

# 重要事項説明書

地域生活支援事業

移動支援

2024年4月1日

医療法人 健康会

ヘルパーステーション いしかわ



# 重要事項説明書

当事業所は利用者に対して、地域生活支援事業における移動支援サービスを提供いたします。事業所のサービスの内容及び利用契約上ご注意いただきたいことを以下のようにご説明いたします。

## 1. 事業者の概要

事業者名称	医療法人 健康会
代表者氏名	理事長 石川 繁一
所在地	愛媛県四国中央市上分町732番地1

## 2. 事業所の概要

事業所名称	ヘルパーステーションいしかわ
所在地	愛媛県四国中央市上分町716番地2
電話番号	0896-58-6022
FAX番号	0896-56-0151
登録年月日	平成30年4月1日
事業実施地域	四国中央市
サービスの主たる対象者	身体障害者 知的障害者 障害児（18歳未満の身体障害者、知的障害者及び精神障害者） 精神障害者
営業日	月曜日～土曜日 （但し、国民の祝祭日・年末年始〈12/30の午後～1/3〉を除く）
営業時間	月曜日～金曜日（8時30分～17時30分） 土曜日（8時30分～12時30分）
事業の目的	移動支援の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、児童及び児童の保護者（以下「利用者等」という。）の意志及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った移動支援の提供を確保することを目的とする。

運営の方針	利用者が地域での自立生活及び社会参加を行うことができるよう、その利用者に身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行うものとする。利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の障がい福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携に努める。
事業所が行う他の障害福祉サービス	居宅介護 3811300486号(平成29年2月1日指定) 重度訪問介護 3811300486号(平成29年2月1日指定)

### 3. 事業所の職員体制

事業所の管理者	森本 美智代
---------	--------

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤職員 1名
サービス提供責任者	①利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画、重度訪問介護計画（以下「居宅介護計画等」という。）を作成し、利用者等及びそのご家族にその内容を説明し、その計画書を交付します。 ②居宅介護計画等の実施状況の把握を行ない、必要に応じて変更を行います。 ③利用の申込みに係る調整や従業者に対する技術指導等を行います。	常勤職員 1名
従業者	①居宅介護計画等に基づきサービスを提供します。 ②サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	常勤換算 2.5名以上

#### 4. サービスの内容

- 利用者等に対するサービスは、利用者の希望により次のとおり区分されるものとします。

個別支援	利用者の外出における個別への支援を行います。
グループ支援	2人の利用者からなるグループの外出における支援を行います。

- 本事業所は、次の各号に掲げる支援をすべて行うものとします。
- ア 外出時の利用者の健康面の管理
  - イ 外出の準備に伴う支援（整容、手荷物準備等）
  - ウ 外出に伴う支援
  - エ 外出中及びその前後における他者とのコミュニケーションに係る支援等
  - オ 外出から帰宅した直後の対応支援（荷物整理等）

#### 5. 利用料金

##### (1) サービスにかかる利用料

利用者は、下記のとおり利用者本人の負担分としてサービス料金の1割（利用料）をお支払いいただきます。

		30分未満	30分以上 1時間まで	1時間以上 1.5時間まで	以後30分毎
移動支援	身体介護を伴う	254円	402円	584円	83円
	身体介護を伴わない	105円	197円	276円	70円

※基準利用料に対して、早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～10時）は、25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

※サービス利用にかかる「利用料」については、世帯の収入状況により無料となります。

##### <利用料の上限等について>

- ・ 移動支援事業のサービス利用に係る利用料は上限が定められています。
- ・ 利用料管理表にて上限額を超えないよう管理しますので、ご利用の際は当事業所へ必ずご相談ください。

〔利用料に関する月額上限〕

※1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「利用料」については、所得に応じて3区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1ヶ月あたりの負担上減額
生活保護	生活保護受給世帯	免除
低所得	市町村民税非課税世帯	免除

※ 四国中央市が2人派遣の決定をした場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用料も2倍になります。ただし、月額上限を超えて利用料を徴収することはありません。

#### (2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、補助金の対象ではありませんので、実費をいただきます。

ア 交通費

イ 娯楽施設等の入場料

#### (3) 利用料及び実費負担額のお支払い方法

前記(1)及び(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア 利用者指定口座からの自動振替を原則とします。(ご指定の金融機関の口座から月1回引落します。)

イ 事業者指定口座への振り込み(期日までにご利用の方がお振込み願います。手数料は利用者負担となります。)

ウ 上記によりがたい場合はご相談に応じます。

お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

#### (4) 利用の中止、変更、追加

ア 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

- イ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等やむをえない場合に限り取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料相当額

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) 利用決定通知書の確認

「住所」及び「利用料上限額」など「決定通知書」の記載内容に変更があった場合は速やかに従業者にお知らせください。また、担当従業者が「決定通知書」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

### (2) 従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次に規定する行為等を行いません。

ア 医行為

イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

ウ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

エ 利用者の配偶者又は2親等以内の親族（姻族を含む。）によるサービス

オ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為

（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

カ 通院

キ 通勤又は営業活動等の経済活動に係る外出

ク 通園又は通学

ケ 法令や国の要綱・通知等により、施設等が行うこととされている送迎

コ 事業者、法に定める他の事業を行う者又は障害者福祉作業所が主催する活動への参加のための外出

サ 社会通念上適当でない外出

シ 前各号の定めのほか、通年かつ長期に渡る外出

## 7. サービス実施の記録について

### (1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

### (2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

## 8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 9. 事故発生時の対応方法について

(1) 利用者に対する地域生活支援事業における移動支援サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町、利用者の家族、当該利用者に係る相談支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとし、当該事故の状況及び事故に際して採った処置を記録し、その原因を解明し再発防止に努めなければならない。

(2) 事業所は、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

## 10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成17年10月20日障発第1020001号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

ア 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 兼 サービス提供責任者 森本 美智代
-------------	------------------------

イ 成年後見制度の利用を支援します。

ウ 苦情解決体制の整備をしています。

エ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 11. 個人情報の保護について

事業者は、その業務上知り得た利用者等及びその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)その他関係法令等を遵守するとともに、下記の取り扱いをします。

ア 職員は、その業務上知り得た利用者等及びその家族の秘密を保持するものとします。

イ 職員であった者に、業務上知り得た利用者等及びその家族の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

ウ 事業所は他の障がい福祉サービス事業者等に対して、利用者等及びその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者等及びその家族の同意を得るものとします。

## 12. 苦情等の受付について

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。また、下記の行政機関でもサービス事業所に対する苦情受付対応を行なっておりますので、ご相談しやすい方法でご連絡下さい。

相談担当窓口	管理者 兼 サービス提供責任者 森本 美智代
受付時間	月曜日～金曜日 8時30分 から 17時30分 まで (但し、国民の祝祭日・年末年始<12/30の午後～1/3>を除く)
利用方法	電話 0896—58—6022 面接・電話相談

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 四国中央市 生活福祉課障がい福祉部	所在地 電話番号 受付時間	愛媛県四国中央市三島宮川4丁目6番55号 0896-28-6023 9:00～17:15
【公共団体の窓口】 愛媛県社会福祉協議会 愛媛県運営適正化委員会 苦情解決部 「救ピット委員会」	所在地 電話番号 受付時間	〒790-8533 愛媛県松山市持田町3丁目8番15号 089-998-3477 月曜日～金曜日（祝日を除く） 9:00～12:00 13:00～16:30

### 13. 感染症対策の強化

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練の実施を行います。

### 14. 業務継続計画に向けた取り組みの強化

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練の実施を行うものとします。

### 15. ハラスメント対策の強化

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、必要な措置を講じるものとします。

### 16. 身体的拘束等の適正化

事業所は、身体的拘束等の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 利用者又は利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (2) 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

#### 附 則

- ①この重要事項は、2018年 4月 1日より施行する。
- ②この重要事項の一部を2020年 9月 1日に改正し、同日より施行する。
- ③この重要事項の一部を2024年 4月 1日に改正し、同日より施行する。

年 月 日

移動支援事業におけるサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

医療法人 健康会

ヘルパーステーション いしかわ

説明者 ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から移動支援事業におけるサービスの提供及び利用について重要事項の説明を受け、移動支援サービスの提供開始に同意しました。

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
電話番号 \_\_\_\_\_

<家族代表> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
電話番号 \_\_\_\_\_  
利用者との続柄 \_\_\_\_\_

<連帯保証人> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
電話番号 \_\_\_\_\_  
利用者との続柄 \_\_\_\_\_