

障害福祉サービス

地域生活支援事業
「 移動介護 」

重要事項説明書

ふりがな ご利用者氏名			
住 所	飛騨市		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡名①		続柄①	
緊急連絡先住所①			
電話番号①		携帯電話①	
緊急連絡名②		続柄②	
緊急連絡先住所②			
電話番号②		携帯電話②	
医療機関名		主治医名	
医療機関住所		連絡先	

当事業所は総合支援法に規定する地域生活支援事業 移動介護事業を行うものとして飛騨市の指定を受けています。

当事業所の概要や提供するサービスの内容、ご契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 飛騨市指定 移動介護

(身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児)

※但し、視覚に障害を有する者及び児については、同行援護とする

(2) 事業所の目的

総合支援法に基づき、移動介護事業は、一人で屋外の移動が困難なご利用者に対し、訪問介護員を派遣して、ご利用者の意思及び人格を尊重し、その置かれている環境に応じた適切な支援を提供することにより、障害者の自立と社会復帰を促進し福祉の増進を図ることを目的としています。

(3) 事業所の名称 吉城ホームヘルパーステーション古川
事業所の所在地 飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
電話番号 0577-73-7715
ヘルパー専用携帯 090-8671-5143
FAX番号 0577-73-7133

(4) 設置者 社会福祉法人 吉城福祉会
代表者 理事長 橋本 正人

(5) 事業所長（管理者） 泉原 美由紀

(6) 当時業所の運営方針

- ①当事業所の訪問介護員は、ご利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、心身の状況及びその置かれている環境に応じて、社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出の際の介護及び支援、並びにこれらに付随するその他の便宜を適切かつ効果的に行う。
- ②事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、相談支援事業所、保健・医療・福祉サービスを提供する事業所等の密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(7) 事業開始年月日 平成15年11月 1日
みなし指定年月日 平成18年 4月 1日
飛騨市事業者指定年月日 平成18年10月 1日

(8) 通常の事業の実施地域 飛騨市内

2. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して移動介護サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

職 種	常勤 (専従・兼務)	非常勤 (専従・兼務)	常勤換算	指定基準	職務内容
1. 管理者	1名			1名	管 理
2. サービス提供責任者	2名		2名	2名	調整・指導 計画・訪問
3. 訪問介護員	5名	6名	2.5名 以上	2.5名 (常勤換算上)	移動介護 (同行援護資格保有者6名)
(1) 介護福祉士	5名	6名			
(2) ヘルパー1級					
(3) 介護職員初任者研修終了者(ヘルパー2級)					

<主な職員の配置状況>

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の訪問介護員5名いる場合、常勤換算では、

1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

- (1) 管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うものとし、その業務に支障のない限りにおいて他の業務と兼務することができる。
- (2) サービス提供責任者は、事業所に対する移動介護の利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、移動介護計画の作成等を行うとともに、自らも移動介護の提供に当たる。
- (3) 訪問介護員は、移動介護の提供に当たる

3. 営業日及び営業時間

吉城ホームヘルパーステーション古川

営業日	月曜日～金曜日 (但し、祝祭日・12月31日～1月3日を除く)
受付時間	月曜日～金曜日 6時00分～22時00分
営業時間	月曜日～日曜日 6時00分～22時00分

※電話等により、連絡が可能な体制とし、上記営業日、営業時間外でも話し合いにより別途対応可能とする。但し、飛騨市の許可を得た移動介護に限る。

4. 当事業所が提供するサービスの内容

- (1) 移動介護（身体介護あり）
 - (2) 移動介護（身体介護なし）
 - (3) (1) と (2) に係る移動介護計画の作成
 - (4) (1) と (2) に付随するその他必要な介護、相談、助言
- ①. サービス提供範囲について、飛騨市の実施要綱に基づき、移動介護の対象と
ならない外出はサービスを提供しない。
※例として、通勤・営業活動等の経済活動にかかる外出、通年かつ長期にわたる
外出（通学を除く）、通院介助、その他社会通念上適当でない外出。
 - ②. サービス提供時間について、飛騨市の実施要綱に基づき、原則1日の範囲内
で用務を終えるものに限る（1日につき12時間が上限）。支給量の範囲でサ
ービスの提供を行う。
 - ③. 前項1及び2項に限らず、必要に応じて契約者と飛騨市や事業所で相談の上、
サービス提供を行う場合がある（保険対象外のサービスの利用など）。

5. サービス実施時の留意事項

- (1) サービス提供を行う訪問介護員
サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。但し、実際のサ
ービス提供に当たっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供
します。
- (2) 訪問介護員の交替
 - ① ご契約者からの交替の申し出
選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が
業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する事由をあきら
かにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができま
す。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。
 - ② 事業者からの訪問介護員の交替
事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介
護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用
上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。
- (3) サービス実施時の留意事項
 - ① 定められた業務以外の禁止
契約者は「4. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス
以外の業務を事業者に依頼することはできません。
 - ② 移動介護サービスの実施に関する指令・命令
移動介護サービスの実施に関する指令・命令はすべて事業者が行いま
す。但し、事業者は居宅介護サービスの実施にあたって契約者の事
情・意向等に十分に配慮するものとします。
 - ③ 飛騨市の実施規定に基づき、移動介護の利用対象者とならない場合は、
移動介護サービスの実施ができない場合があります。
※例として、医師が外出が適当でないと認めた者。外出介護を行うヘル
パーが2人以上必要な者（満18歳に満たない者は除く）。利用者の
体調不良の時。外出先が通常の業務の範囲を超えており対応ができ
ない時。

(4) 訪問介護員の禁止行為

移動介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為又は医療補助行為
- ②ご契約者もしくはその家族等からの物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する移動介護サービスの提供
- ④飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご契約者の家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

6. 利用料とお支払方法

- (1) サービス提供の利用料の額は、市町村が定める額（下記の利用料）とし、便宜の供与を行った時間数の額とします。
- (2) 指定されたサービスの提供が行われなかった場合は、サービスが提供されなかった分を差し引いた利用料の額となります。
- (3) 自宅等からの移動に係る交通費、入場料等は、ご契約者が同行するヘルパーの実費分をその都度、お支払いいただきます。
- (4) 受給者証に記載された各支払いの所得区分に応じた限度額までの支払いを基本としますが、それを超えた場合には、実費負担していただきます。
- (5) 利用料の支払いにあたっては、1ヶ月ごと定められた方法を用いて定められた期間内に収めていただきます。利用料金・費用は、1カ月ごとに計算し、請求書を送付致しますので、翌月末日までにお支払い下さい。（1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

<利用料金>

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前8時～午後6時）での料金は別紙①の通りです。給付費額を除いた金額（1割の自己負担額）をお支払い下さい。

<その他>

- (1) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明します。
- (2) 市独自の減免制度及び社会福祉法人等負担減額対象の方については、資格証を提示していただくことによって、記載された割合に応じて減額をさせていただきます。

7. 利用の中止、変更、追加、その他

- (1) 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、移動介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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に出して下さい。
- (2) 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、キャンセル料として料金をお支払いいただく場合があります。キャンセル料は、予定利用料の1割です。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。
- (3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。
 - (4) 「受給者証の確認」として、住所・利用者負担上限月額・支給量等に変更が生じ、受給者証の記載内容に変更があった場合は、速やかに本事業所従事者にお知らせ下さい。また、本事業所従事者より受給者証の確認をさせていただく場合には、ご提示下さいますようお願いいたします。

8. 虐待防止に関する事項

当事業者は、ご利用者の人権擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うと共に、その従事者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとします。

9. 個人情報を用いる場合の同意

当事業者が、サービスを提供する上で、サービス担当者会議において、ご利用者またはそのご家族等の個人情報を用いることに同意していただきます。

また、特定個人情報（マイナンバー）についての取扱いは一切行っておりません。

10. 緊急時における対応方法

- (1) 訪問介護員は、移動介護を実施中にご利用者の状態が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡するなどの処置を講ずるとともに、ご家族にもご連絡します（※吉城福社会緊急時対応マニュアルにて対応）
そのため、初回アセスメント時に、緊急連絡先等について確認させていただきますが、変更が生じた時には、遅滞無くお教えいただきますようお願いいたします。
- (2) 緊急事態の対応について訪問介護員は管理者に報告し、必要に応じて市及び県に報告します。

11. 秘密の保持

- (1) 訪問介護員は、仕事上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。
- (2) 従事者であった者に、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、従事者の雇用契約において規定しています。

12. 損害賠償について

- (1) 損害賠償がなされる場合

ご契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。また、守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

(2) 損害賠償がなされない場合

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

13. 苦情の受付について

(1) 苦情等に関する常設窓口（連絡先）

社会福祉法人 吉城福祉会
 岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号
 電話：0577-73-7715
 FAX：0577-73-7133

(2) 苦情解決責任者 山腰 邦彦
 苦情受付担当者 泉原 美由紀 ・ 内海 良介

(3) 対応時間 月曜日から金曜日 午前8時00分～午後5時00分
 （但し、祝祭日及び12月31日～1月3日までを除きます）

(4) 行政機関その他苦情受付

吉 城 福 祉 会	所在地：岐阜県飛騨市古川町若宮二丁目1番60号 電話番号：0577-73-7715 受付時間：午前8：00～午後5：00
第 三 者 委 員	佐 野 光 弘 （電話0577-73-2523） 岩 佐 美 保 子 （電話0577-73-5489）

<p>飛驒市役所 障がい福祉課</p>	<p>所在地：岐阜県飛驒市古川町若宮二丁目1番60号 電話番号：0577-73-7483 受付時間：午前8：30～午後5：15</p>
<p>国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係</p>	<p>所在地：岐阜県岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内 電話番号：058-275-9826 受付時間：午前9：00～午後5：00</p>

令和 年 月 日

移動介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 吉城福祉会

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、移動介護サービスの提供開始に同意しました。また、個人情報を用いることについても同意いたしました。

利用者 住所 飛驒市
氏名 印

代理人 住所 飛驒市
(代筆者) 氏名 印