

移動支援事業 重要事項説明書

本重要事項説明書は、移動支援事業の利用を希望される方に対して、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご利用いただく上でご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「総合支援法」という）第77条第1項第8号に規定する移動支援事業を提供します。当サービスの利用は、地域生活支援事業の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1.	事業所を運営する法人の概要	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業所の営業日・連絡先	1
4.	事業の目的	1
5.	サービス提供の期間	1
6.	提供するサービスの内容	1
7.	サービス提供の記録等	2
8.	利用料金	2
9.	利用者負担額のお支払方法	3
10.	利用日の中止・変更	3
11.	サービス提供の終了	3
12.	サービスの利用に関する留意事項	4
13.	秘密の保持と個人情報の保護	5
14.	損害補償保険への加入	5
15.	事故発生時の対応方法	5
16.	サービス事業所の管理者、サービス提供責任者	6
17.	サービス内容に関する相談・苦情窓口	6

1. 事業所を運営する法人の概要は、次のとおりです。

名称・法人名	社会福祉法人 東近江市社会福祉協議会
代表者名	会 長 大塚 ふさ
所在地・連絡先	〒527-0016 滋賀県東近江市今崎町21番地1 電話番号 0748-24-1302 IP 電話番号 050-5802-9470
設立年月日	平成17年2月11日

2. 事業所の概要は、次のとおりです。

事業所名	東近江市社会福祉協議会ヘルパーステーションせせらぎ
所在地	〒529-1531 滋賀県東近江市市子川原町676番地
管理者	井戸 育代
事業実施地域	東近江市

3. 事業所の営業日・連絡先は、次のとおりです。

電話番号	0748-55-4895	IP 電話番号	050-5802-2528
FAX	0748-55-4570		
営業日	月曜日から金曜日		
営業時間	開始時間 午前8時30分 終了時間 午後5時15分		
緊急連絡先	080-2473-4964		

4. 事業の目的は、次のとおりです。

東近江市の支給決定に基づき、屋外の移動が困難な障がい者について支援を行うことにより、地域における自立生活及び社会参加を支援することを目的とします。

5. サービス提供の期間は、次のとおりです。

開始日と終了日 (期間)	サービス提供の期間は、契約締結の日から受給者証に記載されている「支給決定期間満了日」までです。
-----------------	---

6. 提供するサービスの内容は、次のとおりです。

事業者は、利用者の居宅等にホームヘルパー（以下「ヘルパー」という。）を派遣して、社会生活上不可欠な外出、社会参加のための外出の援助を、東近江市の支給決定の範囲内において行います。

〈具体的なサービス内容〉

- ①社会的移動…官公庁・金融機関での手続き、理美容、選挙の投票、買い物、通院
 - ②社会参加…福祉大会等への参加、地域行事等の各種行事への参加、各種サークル活動
- ※営業時間の範囲内で用務を終えるものおよび県内を原則とし、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年又は長期にわたる外出の介助はいたしません。
- ③その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

7. サービス提供の記録等については、次のとおりです。

事業者は、実績記録票をサービス終了後より5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

8. 利用者負担額については、次のとおりです。

利用に対しては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「総合支援法」という）に基づく地域生活支援事業に係る支援費（以下「支援費」）が支給されます。総合支援法に基づく支援費は事業所が代理受領いたします。

利用者は、受給者証の記載内容に基づき利用者負担額をお支払いいただきます。

＊生活保護世帯、ガイドヘルプ型の対象者である視覚障害者（児）、申請時の市町村税が非課税世帯は利用者負担額が免除されます。

①サービス利用料金

利用時間	報酬単価	
	身体障害者及び精神障害、ガイドヘルプ	知的障害者
30分未満	1,780 円	2,040 円
1 時間未満	2,820 円	3,230 円
1 時間 30 分未満	4,100 円	4,690 円
2 時間未満	4,770 円	5,620 円
2 時間 30 分未満	5,440 円	6,550 円
3 時間未満	6,110 円	7,480 円
3 時間 30 分未満	6,780 円	8,410 円
4 時間	7,450 円	9,340 円

〈2人のヘルパーにより訪問を行った場合〉

1人のヘルパーによる介護が困難と認められた場合等で利用者の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は2倍の利用者負担額をいただきます。

＊2人介護が必要となる場合は受給者証に記載されます。

②その他の料金

外出支援においてヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合、その実費をいただきます。

(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)

9. 利用者負担額のお支払方法

口座からの自動引き落とし、振込、現金払いの中からご指定いただきます。

10. 利用日の中止・変更については、次のとおりです。

①利用者の都合により、移動支援計画で定めたサービス利用を中止または変更することができます。

サービス利用の中止・変更を行う場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 0748-55-4895

②利用予定日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル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。

但し、利用者の体調不良やむをえない場合、キャンセル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	利用者負担相当額

③サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をします。

11. サービス提供の終了については、次のとおりです。

〈利用者からの申し出〉

契約を終了する7日前までに担当のヘルパーまたは事業所までお申し出ください。

〈事業所からの提供終了〉

以下の場合には、サービス提供を終了させていただきます。

①事業の廃止などサービス提供を続けることができないやむを得ない事情が起きた場合

②利用者が、心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または事実と反する申し出を行い、その結果、サービス提供が困難となった場合

- ③サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ④利用者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者の生命・身体・財産信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、サービス提供が継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑤利用者が、入院その他の事情により、続けて3ヶ月を超えて本サービスの利用がないことが明らかな場合、または、実際に続けて3ヶ月を超えて本サービスの利用がなかった場合（事業者は、契約を終了させる日の7日前までに利用者に解約の意思を伝えます）
- ⑥支給決定期間の満了後、東近江市より新たな支給の決定がされなかった場合

12. サービスの利用に関する留意事項については、次のとおりです。

- ①サービス提供に当たっては、複数のヘルパーが交代でサービス提供をします。
- ②利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、交代を希望される場合には、事業所の管理者かサービス提供責任者までご相談ください。
- ③「住所」および「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかにヘルパーにお知らせください。また、担当ヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」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。
- ④ヘルパーは、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
- 2. 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- 3. 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- 4. 利用者の家族等に対するサービスの提供
- 5. 飲酒・喫煙および飲食（移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- 6. 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又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- 7. その他、利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動およびその他迷惑行為

- ⑤ヘルパーは、公共交通機関等を利用した外出支援は行えますが、ヘルパーが自ら運転する車両においての外出支援は、道路運送法第4条の規定に抵触するため行うことができません。
- ⑥ヘルパーの訪問中、業務に支障を来さないように犬などペットを放し飼いにしないようにご協力をお願いします。
- ⑦ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ⑧サービス実施のために必要な備品等は無償で使用させていただきます。

⑨ヘルパーの訪問時に利用者の体調の急変やけが等が起こった場合は、以下の通り対応いたします。

1. 事業所へ指示を仰ぐとともに、状況により相談支援専門員、行政担当者へ連絡いたします。
2. 契約時にお伺いする緊急連絡先へ連絡いたします。
3. 必要に応じ、救急搬送を依頼します。

⑩禁止行為

- ・職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ・職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ・職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

1 3. 秘密の保持と個人情報の保護は、次のとおりです。

- ①担当の職員をはじめ当事業所の全ての職員は、利用者について知り得た情報を、関係者以外の他者に漏らしません。
- ②個人情報の利用については、利用目的・範囲を「個人情報取扱業務概要説明書」で明確に定め、その内容を説明するとともに利用者の同意を得た上で利用します。（同意書にて、その内容を利用者と事業所双方が確認し、同意を得た上で利用することとします）
- ③上記の範囲及び法令等の定めに基づく場合を除いて、みだりに個人情報を外部に提供しません。
- ④利用者に提供する居宅サービスに関しての記録類は、細心の注意を持って取扱い、厳重に管理します。

1 4. 損害補償保険への加入は、次のとおりです。

利用者に対して当事業所の責任において賠償すべきことが起こった場合は、当事業所加入の保険の範囲内において賠償します。

【保険会社名】 損害保険ジャパン株式会社
【保険名】 社協の保険

1 5. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族、担当の相談支援専門員及び市町村等へ連絡し、必要な措置を講じます。

また、利用者に賠償するべき事故が発生した場合には、損害賠償の手続きを行います。

16. サービス事業所の管理者、サービス提供責任者は、次のとおりです。

なお、サービスについてのご相談やご要望がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

管 理 者 : 井戸育代

サービス提供責任者: 井戸育代・武久千恵美・田井中知子・片山愛・小笠原穂里・清水さゆり

連絡先(電話番号): 0748-55-4895

17. サービス内容に関する相談・苦情窓口を当事業所、行政関係機関に設置しています。

(1) サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払い、手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は、下記の窓口で受け付けます。

所 在 地	〒529-1531 東近江市市子川原町 676 番地
連 絡 先	電 話 番 号 0748-55-4895 IP 電話番号 050-5802-2528 FAX 番号 0748-55-4570
対 応 時 間	月～金曜日(祝祭日除く) 8:30～17:15
苦情窓口担当者	管 理 者・在宅福祉課主幹・在宅福祉課長
苦情解決責任者	事 務 局 長

(2) 地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場からサービスに対するご意見等をいただきます。

利用者から直接苦情やご意見を第三者委員に相談することもできます。

第三者委員	小 川 正 道 電話 0749-45-1782 日 永 清 恵 電話 0748-23-4192 森 田 初 枝 電話 0748-55-0795 松 岡 和 幸 電話 050-8034-8242
-------	---

(3) その他の苦情受付機関

東近江市役所 障害福祉課	所 在 地 〒527-8527 東近江市八日市緑町 10 番地5 電 話 番 号 0748-24-5640 I P 電 話 0505-801-5640 F A X 番 号 0748-24-5693 対 応 時 間 月曜日から金曜日(祝祭日除く)8:30～17:15
滋賀県運営適正化委員会 (あんしん・なっとく委員会)	所 在 地 〒525-0072 草津市笠山7丁目 8-138 県立長寿社会福祉センター内 電 話 番 号 077-567-4107 F A X 番 号 077-561-3061 対 応 時 間 月曜日から金曜日(祝祭日除く)9:00～17:00

2020.07.01
2025.04.01 一部改正

指定障害福祉サービス事業所
東近江市社会福祉協議会
ヘルパーステーションせせらぎ

本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

この説明書により重要事項を説明した日

令和 年 月 日

事業所名 滋賀県東近江市市子川原町676番地
東近江市社会福祉協議会ヘルパーステーションせせらぎ
滋賀県指定居宅介護事業者
指定番号 2510500263

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

本人 住所 _____
氏 名 _____ 印

本人代理人（代理人を選任した場合）

住 所 _____
氏 名 _____ 印
本人との関係 _____