

移動支援事業重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業所（法人）の名称	社会福祉法人丹波市社会福祉協議会
事業所（法人）の所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715
代表者（職名・氏名）	会長 中川 泰一
設立年月日	平成16年11月1日
電話番号	0795-86-7171
FAX番号	0795-86-7211
ホームページ	https://www.tambawel.jp/

2. 事業所の概要

事業所の名称	丹波市社会福祉協議会 ホームヘルプセンター
事業所の所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715
事業所の管理者	十倉 由美子（兼任）
事業所の電話番号	0795-72-1125（柏原地域、山南地域） 0795-72-1102（氷上地域、青垣地域） 0795-72-1103（春日地域、市島地域）
サービス提供地域	丹波市全域
主たる対象者	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を所持する障害者・児の方で、該当市町村より利用決定承認を受けておられる方（発達障害を除く。）
事業所開設年月日	平成16年11月1日
運営方針	事業所の従事者等は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、移動支援の援助を行います。サービスの実施にあたっては、他のサービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。
事業所が行っている他の業務	●介護保険法による指定訪問介護事業所 ●介護保険法（介護予防・日常生活支援事業）による指定介護予防・生活支援サービス「訪問型現行相当サービス」 ●介護保険法（介護予防・日常生活支援事業）による指定介護予防・生活支援サービス「訪問型サービスA」 ●障害者総合支援法による指定居宅介護事業所 ●障害者総合支援法による指定同行援護事業所

3. 営業時間

営業日・受付時間	曜日 月～金曜（祝日、12月29日から1月3日を除く。） 時間 8時30分～17時15分
サービス提供時間	年中無休 6：00 ～ 22：00

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して移動支援を提供する者として、以下の職種の職員を配置しています。

（1）職員の配置状況

職種	員数	職務の内容
管理者（兼務）	1人 （常勤）	事業所と職員の管理及び事業の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、事業の実施に関する法令等、遵守すべき事項について指揮命令を行う。
サービス提供責任者（兼務）	1人以上 （常勤）	居宅介護計画の作成及び説明、サービスに係る調整等を行う。
訪問介護員（兼務）	3人以上 （常勤・非常勤）	居宅介護のサービス提供を行う。
事務員	1名以上 （非常勤）	居宅介護に関する事務を行う。

※当事業所では、ご利用者に対して指定訪問介護、指定介護予防・生活支援サービス「訪問型現行相当サービス」、指定介護予防・生活支援サービス「訪問型サービスA」、指定居宅介護、指定同行援護、移動支援事業を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

（2）身分証明書の携行

ご契約者に居宅介護サービスを提供する当事業所の職員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及びご契約者やご家族から求められた際は、いつでも提示をします。

5. サービスの内容

①移動支援

日常生活における移動の介護

※サービス提供時間内に用務を終えるものとし、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助はいたしません。

※また施設行事等や通院目的、原則として公的手続き又は相談のために官公署を訪れる場合、相談のために指定相談支援事業所を訪れる場合等も利用できません。（障害者総合支援法に基づく給付が優先となります）

②その他のサービス

介護等の相談、助言等

5. 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

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、ご利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればお申し出ください。なお、移動支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス完結の日から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

事業所では、関係法令及び丹波市社会福祉協議会個人情報保護規定に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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書類の複写料などの諸費用は、ご利用者の負担となります。)

6. 利用料金等

(1) 移動支援支給対象サービス利用者負担額

丹波市が決定した利用者負担額(移動支援事業利用承認決定通知書に記載された利用者負担額)をいただきます。なお、利用者負担額の変更が行われた場合、ご利用者に速やかに変更の内容を事業所に対して連絡いただくこととします。

(2) その他の費用

①移動支援を実施する際に、従事者に要する公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等は、ご利用者で負担していただきます。

②ご利用者よりサービス記録や情報の開示申し出があった場合、必要な書類の複写料として1枚20円の複写料をいただきます。

(3) 交通費

①通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。(サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いいただきます。)

ア. 事業所から片道5km未満…300円

イ. 事業所から片道5km以上10km未満…500円

ウ. 事業所から片道10km以上の場合は、イの額に5km毎に300円を加算した額

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

・ご利用の前日午後5時15分までにご連絡いただいた場合・・・無料

・ご連絡がなかった場合・・・予定された移動支援サービスの費用の1割負担相当額

※但し、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。

(5) 支払方法

利用料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し請求しますので、請求月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ア. 窓口での現金支払
- イ. 金融機関口座からの自動引き落とし（自動振替依頼書をお渡しします。）
ご利用できる金融機関：丹波ひかみ農業協同組合、中兵庫信用金庫

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ①移動支援の支給決定を受けた方で、事業所のサービス利用を希望される方は、利用希望日の1週間前までに電話等でご連絡ください。
- ②サービス利用が決定した場合は、移動支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。
- ③移動支援の提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

8. 事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項

- ①特定の従事者を指定してサービスを利用することはできません。
- ②従業者の稼働状況によりサービスの提供ができない場合があります。
(※その場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示するなど必要な調整をいたします。)

9. 移動支援サービス従事者の禁止行為

移動支援サービス従事者は、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 ご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 ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ ご利用者のご家族等に対するサービスの提供
- ⑤ 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等においてご利用者の同意を得てご利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- ⑥ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご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 その他ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

10. 秘密の保持

事業所、職員及び法定研修等における実習生は、サービスの提供にあたって知り得たご契約者又はご家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても第三者には漏らしません。事業所がご契約者へのサービスを円滑かつ一体的に実施するため、サービス担当者会議等において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

11. サービス利用に関する禁止事項（契約の解除）

ご契約者、ご家族、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- （１）職員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- （２）パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為
- （３）サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音したものを無断で SNS などに掲載すること

12. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、ご契約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、ご契約者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

13. 損害賠償（事故発生時の対応）

当事業所の責任において、ご契約者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所はご契約者にその損害を賠償いたします。

ただし、その損害について、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、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

保険会社	株式会社 福祉保険サービス
保険の名称	社協の保険

14. 虐待の防止について

事業所は、ご契約者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次の必要な措置を講じます。

- （１）虐待防止に関する担当者は、管理者とします。
- （２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- （３）虐待防止のための指針の整備をしています。
- （４）職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- （５）サービス提供中に、事業所の職員又は養護者（現に養護しているご家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご契約者を発見した場合は、障害者虐待防止法に基づき、「10. 秘密の保持」に記載の内容にかかわらず、これを市に通報します。

15. 身体的拘束等について

事業所は、原則としてご契約者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の（１）～（３）の要件をすべて満たすときは、ご契約者またはご家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、ご契約者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、５年間保存します。また、身体的拘束等をなくしていくための取

り組みとして、身体拘束適正化委員会を定期的を開催します。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、ご契約者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

16. 業務継続計画の策定について

事業所は、感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成しています。

- (1) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (2) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

17. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症の発生の防止、又はまん延しないように次の必要な措置を講じます。

- (1) 感染症のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。
- (4) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

18. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合は、ご契約者に説明の上、変更内容を記載した別紙を作成して同意を得るものとします。

19. 移動支援サービスに関する苦情・相談窓口

(1) 相談の受付

事業所に対する苦情を含むご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

受付窓口

事業所	[管理者] 十倉 由美子
所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715
電話番号	0795-72-1125 (柏原地域、山南地域) 0795-72-1102 (氷上地域、青垣地域) 0795-72-1103 (春日地域、市島地域)
受付時間	月曜日～金曜日 (祝日及び12月29日から1月3日を除く) 8時30分～17時15分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

(1) 以外にも以下の期間で相談(苦情)の受付が可能です

丹波市役所 障がい福祉課	所在地 兵庫県丹波市氷上町常楽 211 電話番号 0795-88-5262 F A X 0795-88-5283
兵庫県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 兵庫県神戸市中央区坂口通 2 丁目 1-1 電話番号 078-242-6868 F A X 078-271-1709 受付時間 10:00~16:00 月~金曜日(祝日除く)

(3) 第三者委員

本事業所では、第三者委員に選任しています。地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。ご契約者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。詳しくは、お尋ねください。

移動支援事業のサービス開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

説明日時：令和 年 月 日(午前・午後 時 分~ 時 分)

説明場所：ご契約者自宅・事業所事務所・その他()

丹波市社会福祉協議会 ホームヘルプセンター

説明者 氏名 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける移動支援事業の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

契約者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印

(本人との続柄：)