

## 「障害者（児）移動支援サービス」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上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総合支援法に基づく移動支援サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者 .....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 営業時間 .....	2
4. 職員の体制 .....	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. サービスの利用に関する留意事項.....	4
7. サービス実施の記録について.....	4
8. 虐待の防止のための措置に関する事項.....	5
9. 身体拘束等の禁止.....	5
10. 損害賠償保険への加入.....	5
11. 苦情の受付について.....	6

社会福祉法人愛南町社会福祉協議会  
(愛南町社協居宅介護事業所)  
**当事業所は県の指定を受けています。**  
(愛媛県指定 第 3814000067 号)

## 1. 事業者

名称	社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会
所在地	愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1 1 5 7 番地
電話番号	0 8 9 5 - 7 3 - 7 7 7 7
代表者氏名	会 長 那 須 英 治
設立年月	平成 1 6 年 1 0 月 1 日

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所・平成 1 8 年 1 0 月 1 日 指定愛媛県 3 8 1 4 0 0 0 0 6 7 号
事業の目的	屋外での移動が困難な利用者に対し、外出のための支援を行うことにより、地域における自立生活を促進し、利用者の社会参加と福祉促進を図ることができるよう、事業者が利用者に対して必要な愛南町障害者（児）移動支援事業実施要綱に基づく障害者（児）移動支援事業を適切に提供する。
事業所の名称	愛南町社協居宅介護事業所
事業所の所在地	愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1157 番地
電話番号	0 8 9 5 - 7 3 - 7 7 7 2
管理者氏名	(管理者) 小 島 綾 乃 (専任・兼任)
事業所の運営方針について	移動支援事業の適切な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、居宅介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な移動支援の提供を確保することを目標とする。
開設年月	平成 1 8 年 1 0 月 1 日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護 平成 16 年 10 月 1 日指定 指定介護予防訪問介護 平成 18 年 4 月 1 日指定 愛媛県 3874000437 号 指定居宅介護事業 平成 18 年 10 月 1 日指定 愛媛県 3814000067 号 地域生活支援事業（訪問入浴事業）の委託事業

## 3. 営業時間

営業日	月～金 但し、祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く。
受付時間	月～金 8 時 3 0 分～ 1 7 時 1 5 分
サービス提供時間帯	月～金 8 時 3 0 分～ 1 7 時 1 5 分

#### 4. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 管理者	1			1名	
2. サービス提供責任者	3		3.0	3名	
3. 居宅介護従事者（ガイドヘルパー）	11	6	14.0		
(1) 視覚障害者移動介護従業者養成研修課程修了者	6	2			
(2) 全身性障害者移動介護従事者養成研修課程修了者	3	2			

事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定移動支援サービス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。

※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施設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時間勤務の職員が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。

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

##### （1）「移動支援計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から移動支援計画を定めて、サービスを提供します。「移動支援計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日時などを記載しています。「移動支援計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

##### （2）サービス利用にかかる実費負担額（契約書第5条参照）

サービス提供に要する下記の費用は、実費をいただきます。

- ① 移動支援サービスにおいてガイドヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、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。）

##### （3）利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、移動支援計画で定めた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17時までに事業者へ申し出てください。
- 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、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。但し利用者の体調不良等やむをえない場合は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	利用者負担相当額

③サービス利用の変更・追加は、ホーム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と協議し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いたします。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) ガイドヘルパーについて

- ☆ サービス提供時に、担当のガイドヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のガイドヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のガイドヘルパーや訪問するガイドヘルパーが交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用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十分に配慮します。
- ☆ 利用者から特定のガイドヘルパーを指名することはできませんが、ガイドヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

### (2) サービス提供について

- ☆ サービスは、「移動支援計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。
- ☆ ガイドヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただきます。

### (3) 決定通知書の確認（契約書第3条参照）

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」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ガイドヘルパーにお知らせください。また、担当ガイドヘルパーやサービス提供責任者が「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。

## 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、利用者にも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いつでもお申し出ください。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（契約書第8条参照）

本事業所では、関係法令（及び愛南町社会福祉協議会個人情報保護規定）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. 感染症対策の強化

感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業員に対して周知させる。また、指針を整備する。

## 9. 業務継続に向けた 取組の強化

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を 継続的に実施するための、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、従業員に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。また、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う。

## 10. 虐待の防止のための措置に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を設置し定期的を開催するとともにその結果を従業員に周知徹底を図る。また、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。これらを適切に実施するために担当者を配置する等の必要な体制整備を行う。

<虐待の防止に関する責任者>

管理者 小島 綾乃

## 11. 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又その家族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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。また、やむを得ず身体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その他必要な事項を記録する。身体拘束等の適正化を図るため指針を整備し、対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果を従業員に周知徹底を図る。また、従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

## 12. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 福祉保険サービス
保険名	社協の保険
補償の概要	社協総合補償プラン 対人・対物3千万円

### 13. 苦情等の受付について（契約書第14条参照）

#### （1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関する相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

お客様相談係〈苦情受付窓口・苦情解決責任者〉

管理者・ 小島 綾乃

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

#### （2）行政機関その他苦情受付機関

愛南町役場 保健福祉課	所在地 南宇和郡愛南町城辺甲2420番地 電話番号 72-1212・FAX 72-1215 受付時間 8時30分～17時15分
愛媛県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 松山市持田町三丁目8番15号 電話番号 (089) 998-3477・FAX 089 (921) 8939 受付時間 10時00分～15時00分

令和 年 月 日

事業者

所在地 愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1157 番地  
名称 社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会  
代表者 会長 那須英治 ㊞  
事業所 愛南町社協居宅介護事業所

移動支援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いました。

説明者職名 サービス提供責任者 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、移動支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 愛南町 氏名 印

代理人・家族 住所 愛南町 氏名 印  
(続柄 )

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第 171 号（平成 18 年 9 月 29 日）第 9 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## 個人情報保護に関する取り扱い

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会では、居宅介護支援事業・訪問介護・訪問入浴介護・指定通所介護事業・障害福祉サービス事業の各事業において、業務上知り得た全ての個人情報を個人情報保護法ならびに下記のとおり、厳正に取り扱ってまいります。

1. 個人情報は明示された目的のためにのみ使用します

個人情報の利用については、契約時に同意していただいた目的にのみ使用するものとし、それ以外の目的で利用する場合は、あらかじめ同意を得るものとします。

2. 個人情報は第三者に提供いたしません

個人情報は、ご本人の承諾なしに、第三者に提供することはありません。

3. 個人情報の安全管理について

皆様からお預かりした個人情報について、漏洩、滅失または毀損を防止するために、セキュリティシステムの導入等により、安全管理対策を実施いたします。

4. 個人情報の取り扱いにおける適用の除外について

皆様の個人情報は上記のとおり取り扱いますが、次のいずれかに該当するときは、上記の取り扱いを適用しない場合があります。

(1) 法令に定めがあり、個人の情報開示が義務付けられる時。

(2) 本人又は第三者の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、緊急かつやむを得ない時。

5. お問い合わせについて

個人情報の取り扱いに関してご質問がある場合は、事業所管理者または責任者までご連絡下さい。

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治

## 個人情報使用同意書

私及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画、訪問介護計画、訪問入浴介護計画、通所介護計画、サービス等利用計画、または居宅介護計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等において必要な場合
- (2) 利用者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合
- (3) 実習の受け入れに協力する場合

#### 2 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治 様

【利用者】 住 所 愛南町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

【家族代表者】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

【代理人】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

