

東栄町地域生活支援事業（移動支援事業）重要事項説明書

※ 当事業所では、身体障害者及び身体障害児を対象者として、利用者に対して移動支援サービスを提供します。当サービスの利用は、東栄町地域生活支援給付事業の給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者の概要.....	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業の目的と運営方針.....	2
4. 事業所の職員体制.....	2
5. サービスの内容.....	2
6. 利用料金	3
7. サービスの利用方法.....	4
8. サービス実施時の留意事項.....	5
9. 訪問介護員の禁止行為.....	5
10. 利用者及び家族などの禁止行為.....	5
11. 虐待の防止について.....	5
12. 身体拘束の適正化.....	5
13. 感染症の予防及びびまん防止のための対策.....	6
14. 非常災害対策.....	6
15. 天災等不可抗力.....	6
16. 緊急時の対応方法.....	6
17. サービス実施の記録について.....	7
18. 事故発生の対応.....	7
19. 損害賠償への加入.....	7
20. 苦情などの受付について.....	8

社会福祉法人 東栄町社会福祉協議会
東栄町社会福祉協議会訪問介護事業所
当事業所は障害者自立支援法の登録を受けています。
(東栄町 第 2345400010 号)

1 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 東栄町社会福祉協議会
法 人 所 在 地	愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1
電 話 番 号	0536-76-1740
代表者(氏名・職名)	会 長 初 澤 宣 亮
事業所が行っている 他 の 業 務	基準該当訪問介護 介護予防訪問サービス 居宅介護等

2 事業所の概要

事 業 所 の 名 称	東栄町社会福祉協議会 訪問介護事業所
事 業 所 の 所 在 地	愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1
事 業 所 の 電 話 番 号	0536-76-1740
事 業 の 内 容	移動支援
サービス提供地域	東栄町
サービス提供日及び 時間	月曜日～金曜日 但し祝日及び12月29日から1月3日 を除く。 8時30分～17時15分
障害者総合支援法 における事業者番号	第2345400010号
自己評価の実施状況	定期的に行う
第三者評価の実施状況	未実施
職員への研修の実施状況	年1回以上

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	障がい者及び障がい児の意思及び人格を尊重し、利用者等の立場に立ち、適切な移動支援の提供を確保することを目的とします。
運営方針	事業者は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、地域や家庭との結びつきを重視し、東栄町、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、常に利用者の立場に立ち意思及び人格を尊重し、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じ、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行います。

4 事業所の職員体制

管理者1名 サービス提供責任者1名 訪問介護員3名以上（サービス提供責任者を含む）

5 サービスの内容

障がい者移動支援事業(以下、「移動支援事業」という。)

- (1) 社会生活上必要不可欠な外出支援
役場、金融機関への外出、公的事業への参加、生活必需品の買い物等社会生活上必要不可欠な外出への移動支援を提供します。
- (2) 余暇活動等社会参加のための外出
※宗教活動、営業活動、通勤等の経済活動に係る移動支援は行いません。
- (3) その他町長が必要と認めた外出

6 利用料金

(1) 利用料

① 利用者支払額

移動支援を提供した場合の利用料の額は、サービスに要した費用の1割となります。ただし、利用者の受給者証に記載された月額上限額の範囲内とし、交通費等、当該費用に係る請求書をお渡しします。

- #### ② 移動支援事業に要した費用については、事業者が予め東栄町に対して地域生活支援給付費の代理受領に係る申出をし、かつ利用者が事業者に対し、代理受領に係る委任をした場合には、事業者が利用者に代わり東栄町から地域生活支援給付費を受領します。

(2) 交通費

- ① 「サービス提供地域」においてサービスの利用を開始される場合の交通費は、公共交通機関又はタクシー等を利用した場合には、その実費を利用者から頂きます。また、それ以外の地域でサービスの利用を開始される場合につきましては、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。
- ② サービスを提供する際に必要となる交通費については利用者の負担となります。

(3) 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。

利用予定日の前日までにご連絡いただいた場合	無 料
利用予定日の当日 8:30 までにご連絡いただかなかった場合	利用者負担相当額

(4) 支払方法

上記利用者支払額等の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、20日までにお支払ください。

支払いは、現金または振込でお願いします。

ア. 現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

愛知東農協 東栄支店 普通預金 0007702

(名義) 東栄町社会福祉協議会 訪問介護事業所

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：愛知東農協・豊川信用金庫

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 移動支援事業の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方はご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は移動支援給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 移動支援事業の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、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。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し、7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の5日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 移動支援給付費の支給決定期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ② 利用者が死亡した場合
- ③ 利用者が町外に転居した場合

8 サービス実施時の留意事項

定められた業務以外の禁止

利用者は、「5 サービスの内容」で定めたサービス以外の業務を事業者
に依頼することは出来ません。

9 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員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 利用者家族に対するサービス提供
- ③ 利用者もしくはその家族からの金銭又は物品の授受、金銭の貸借
- ④ 利用者もしくはその家族に対しての宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑤ その他利用者もしくはその家族に行う迷惑行為

10 利用者及び家族などの禁止行為

利用者及びその家族は訪問介護員に対する次の行為は許されません。

- ① セクシャルハラスメント、暴力行為、飲酒の強要、その他迷惑行為
 - ② 身体及び財物の破損・損壊すること
- ※ 利用者が酒酔い状態の場合はサービスの提供を行いません。

11 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止などのため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施。
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置。
 - ① サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、これを東栄町に通報します。

12 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、下記の通り緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は

事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、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について記録します。

- (1) 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合
- (2) 非代替性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止する事ができない場合
- (3) 一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

1 3 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業員へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画に基づいて対応します。

1 4 非常災害対策

事業者は非常災害その他緊急の事態に備え、業務継続計画を作成し研修および訓練を行います。また常に関係機関と連絡を密にし、非常災害時には必要な措置を講じます。利用者（その家族）とは、非常災害時の対応について定期的に確認します。

1 5 天災等不可抗力

契約の有効期間中、地震・噴火等の天災、その他事業所の責めに帰すべからざる事由により、本サービスの実施ができなくなった場合には、以後事業者は利用者に対して本サービスを提供すべき義務を負いません。また、大雪・大雨・強風等悪天候の場合は、訪問時間の遅延もしくは中止となる場合があります。

1 6 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住 所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

1 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

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等を記録し、利用者にその内容をご確認いただきます。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、移動支援及びサービス提供ごとの記録は、当該費用の受領の日から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

利用者の記録や情報につきましては個人情報保護法、その他の関係法令（及び東栄町社会福祉協議会個人情報保護規定）に基づき適正に管理し、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。）

1 8 事故発生の対応

(1) 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに、東栄町、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、事故発生の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

(2) 損害賠償について

サービス提供に伴い、当事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 9 損害賠償への加入

当事業所は下記の損害賠償に加入しています。

保険名	社協の保険
補償の概要	対人・対物・受託品賠償責任等
保険会社名	損害保険ジャパン株式会社

20 苦情などの受付について

- (1) サービスに対する苦情やご意見、契約に関するご相談、記録等の情報開示の請求は以下の窓口で受け付けます。

担当者	苦情解決責任者 岡田 ゆう子
電話番号	0536-76-1740
受付時間	月曜日から金曜日8:30~17:15まで (12月29日から1月3日・祝日は除く)

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住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。利用者は、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。

<第三者委員>

名 前	連 絡 先
長 野 好 孝	電話番号 76-1773
石 田 え り 子	電話番号 76-1456

(3) 行政機関、その他苦情受付窓口

東栄町役場 福祉課 社会福祉係	所在地 愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1 電話番号 0536-76-1815 受付時間 月曜日から金曜日8:30~17:15まで (12月29日~1月3日・祝日は除く)
愛知県社会福祉協議会 (愛知県運営適正委員会)	所在地 名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号 052-212-5515 Fax 052-212-5514 受付時間 9:00~17:00

令和 年 月 日

事業者は、移動支援サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき契約内容及び重要事項を説明しました。

事業者	所在地	愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1
	名称	社会福祉法人 東栄町社会福祉協議会
	代表者氏名	会長 初澤 宣 亮 印

事業所	所在地	愛知県北設楽郡東栄町大字本郷字大沼1番地1
	名称	東栄町社会福祉協議会 訪問介護事業所
	説明者氏名	サービス提供責任者 中野 幸 枝 印

私は、事業者より移動支援サービスの契約内容及び重要事項について説明を受け、この契約内容に同意しサービスの利用を申し込みます。また契約書第12条第3項に定める利用者・家族の個人情報の使用について同意します。

令和6年 月 日

利用者	住所	東栄町
	氏名	印

家族	住所	
	氏名	印

私は利用者本人の契約の意思を確認の上本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行者 住所

氏名 印

本人との続柄