

可児市社会福祉協議会 移動支援事業 重要事項説明書

1 事業者の概要

名称	社会福祉法人可児市社会福祉協議会
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	岐阜県可児市今渡682番地1
電話番号	0574-62-1555
代表者氏名	奥村 啓明

2 事業所の概要

事業所の名称	可児市社会福祉協議会
事業所の所在地	岐阜県可児市今渡682番地1
事業所の電話番号	0574-60-3272
サービス提供地域	可児市内全域
主たる対象者	市長が外出時に支援が必要と認めた者のうち身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
サービス提供曜日・時間	12月29日～1月3日を除く毎日 午前7時～午後10時
事業所番号	2163105063
登録年月日	平成18年10月1日
運営方針	1. ご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる援助に努めます。 2. 地域の保健、医療、福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスに努めます。
事業所が行っている他の業務	居宅介護事業 重度訪問介護事業 同行援護事業 訪問介護事業 介護予防・日常生活支援総合事業

3 事業所の職員体制

R6.6.1 現在

職種	常勤 (人)	非常勤 (人)	資格等
管理者	1人		
サービス提供責任者	2人	1人	介護福祉士
訪問介護員	1人 1人	8人 5人 7人	介護福祉士 介護職員初任者研修修了者 同行援護従業者養成研修終了者
事務員		1人	

4 サービスの内容

①移動支援

社会生活上必要不可欠な外出	官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、生活必需品の買い物（本人同伴）、冠婚葬祭、等
余暇活動等社会参加のための外出	外食、レジャー、レクリエーション、映画鑑賞、観劇等
介護等の相談	介護等に関する相談に対応します。

5 利用料金

(1) 移動支援支給対象サービス利用者負担額

提供した移動支援サービスの費用の1割（ただし、受給者証に記載された上限額の範囲内）の料金をいただきます。

種別	提供時間	サービス単価（1回につき）
身体介護を伴う	30分単位	2,300円
	30分以上1時間未満	4,000円
	1時間以上1.5時間未満	5,800円
	以後30分	900円
身体介護を伴わない	30分単位	800円
	30分以上1時間未満	1,500円
	1時間以上1.5時間未満	2,300円
	以後30分	800円
グループ型支援	30分毎	500円

加算区分

早朝加算（午前6時～午前8時） 夜間加算（午後6時～午後10時）	所定単価×25/100を加算
深夜加算（午後10時～翌日の午前6時）	所定単価×50/100を加算
二人派遣	それぞれに所定額を加算

(2) その他の料金

余暇活動等社会参加のための外出にかかる訪問介護員の料金は利用者負担です。

(3) 交通費

訪問介護員がサービス提供地域の居宅に伺う交通費は無料です。それ以外は交通費の実費をいただきます。自家用車利用の場合は 1 キロメートルにつき 20 円をいただきます。

(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。

- ・ ご利用の前日までにご連絡いただいた場合→無料
- ・ ご利用当日ご連絡いただいた場合→利用者負担額相当額
但し、利用者の体調急変等の場合は無料。

(5) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算しご請求します。翌月 27 日にご指定の金融機関から引き落としさせていただきます。

6 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、当事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業所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、移動支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は受給者証記載の支給期間と同じです。
- 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、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利用者が当事業所に対し7日間の予告期間を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、予告期間外の通知でも契約を解除することができます。
- ②当事業所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、または当事業所が破産した場合、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3か月以上遅延し、料金を支払うよう相当期間を定めた催告にもかかわらず、故意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所や訪問介護員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。

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30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移動支援の支給期間が終了し、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利用者が亡くなった場合。

7 当事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項

--

8 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の様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	

9 損害賠償保険への加入

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保 険 名 居宅介護事業者・居宅介護支援事業者賠償責任保険

補償の概要 サービスを提供するに当たって事業所の責任と認められる事由により利用者に損害を与えた場合にその損害を賠償します。

10 虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置し、適正化のための定期的な委員会を開催します。また、訪問介護員に対し、周知徹底と定期的な研修を実施するものとします。

身体拘束においては、緊急やむを得ない場合を除き行動を制限する行為を行いません。緊急やむを得ない場合は、利用者及び家族の署名・捺印をもらった上で、期間等を決めて行い、必ず利用者の状態等詳細を記録するものとします。

11 ハラスメントについて

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①本契約において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

(2) 個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。

(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
上記は、当該法人職員、利用者及びそのご家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

12 感染症の予防及びまん延防止のための対策について

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者へ周知します。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。

13 業務継続に向けた取り組みについて

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

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。

1.4 天災等不可抗力について

契約の有効期間中、大雪・大雨・強風等悪天候や地震・噴火等の天災、その他事業所の責めに帰す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、利用者及び家族に緊急に連絡し、訪問時間・支援内容等の変更あるいは、訪問の中止・延期等の相談をします。

いずれの場合も利用者及び家族の意向に沿うよう対応しますが、状況によって上記サービスの実施が困難な場合は、当事業所は本サービスを提供すべき義務を負わないものとします。

1.2 この契約に関する苦情・相談窓

当事業所ご利用者相談・苦情窓

担当者	訪問介護係長
電話番号	0574-62-1555
受付時間	祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く 午前8時30分～午後5時15分(月曜日～金曜日)

なお、当事業所では苦情対応について、事務局長を苦情解決責任者とします。

当事業所以外に、市役所の窓口でも受け付けています。

可児市役所 福祉支援課 障がい福祉係	所在地	可児市広見1丁目1番地
	電話番号	0574-62-1111
	F A X	0574-63-1294
	受付時間	祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く 午前8時30分～午後5時15分(月～金)

「運営適正化委員会」においても苦情対応を行っています。

岐阜県社会福 祉協議会(運営 適正化委員会)	所在地	岐阜市下奈良2丁目2番1号(岐阜県福祉農業会館内)
	電話番号	058-273-1111
	F A X	058-275-4858
	受付時間	祝日、年末年始(12月29日から1月3日)を除く 午前8時30分～午後5時15分(月～金)

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

私は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説明書の説明を行いました。

事業者住所 岐阜県可児市今渡682番地1

事業者名 社会福祉法人 可児市社会福祉協議会

代表者氏名 奥村 啓明 印

管理者 高橋 文男

説明者 可児市社会福祉協議会 サービス提供責任者

氏名 印

私（利用者並びにその家族）は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、移動支援サービスの提供開始に同意するとともに、可児市社会福祉協議会と訪問介護員が、サービス担当者会議や主治医関連機関等との連絡調整を行うために、業務上知り得た私並びに私の家族等の個人情報等を、必要最低限の範囲で使用することに同意し、署名捺印します。

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者住所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄 _____