

障害者移動支援サービス重要事項説明書

利用者：_____様

事業者：大石ヘルパーステーション

この重要事項説明書は、横浜市地域生活支援サービス費及び高額地域生活支援サービス費の支給等に関する規則及び横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づき、文書により説明を行うものです。

1 事業者の概要

事業者の名称	株式会社 大倉山起業
法人種別	株式会社
事業者の所在地	横浜市南区前里町1丁目1番地2 レジデンス前里町304
代表者名	樋沢 繁幸
電話番号	TEL 045 (232) 6880

2 事業の目的と運営の方針

事業所の番号	1460401407
事業所の名称	大石ヘルパーステーション
事業所の所在地	横浜市中区弥生町4-40-1
事業開始年月日	R8年2月1日
事業の種類	障害者移動支援サービス事業所
事業の目的	移動支援事業の適正な運営と適正な移動支援サービスの提供
運営方針	社会生活上必要不可欠な外出及び余暇等の社会参加のための外出における介護及び通学通所支援
管理者名	渡邊 雅則
電話番号/FAX 番号	TEL 045 (251) 0014 / FAX 045 (253) 0096
電子メール	cosumo@ohishi-clinic.or.jp
ホームページ	https://okurayamakigyo.com
サービス提供地域	中区、南区、磯子区の一部、西区の一部
サービス提供日	月曜日から日曜日
サービス提供時間帯	午前8時30分から午後8時00分

3 職員体制

職 種		人 員
管理者		1名
サービス提供責任者		2名
サービス提供者	介護福祉士	9名(常勤 5名、非常勤 4名)
	ホームヘルパー1級 実務者研修	6名(常勤 1名、非常勤 5名)
	基礎研修	2名(常勤 0名、非常勤 2名)
	ホームヘルパー2級 初任者研修	10名(常勤 1名、非常勤 9名)

4 サービス内容

(1) 移動介護

社会生活上必要不可欠な外出及び余暇等の社会参加のための外出における支援を行います。

(2) 通学通所支援

特別支援学校への登下校支援、生活介護等の日中活動系サービス事業所等への通所支援

※各サービスともに、公序良俗に反する目的に係る外出、宗教・政治的活動に係る外出、通勤・営業活動等の経済的活動に係る外出、通所・通学を除く通年かつ長期にわたる外出、その他社会通念上本制度を適用することが適当でないと認められる外出における支援は提供しません。

5 利用料金

(1) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービス事業費が支給され、事業者が代理受領いたしますので、ご利用者は支払決定明細兼負担額通知書の記載内容に基づいた請求書により、利用者負担額をお支払いいただきます。

※事業者が利用者に代わり横浜市から受領した移動支援サービス費等の額については、ご利用者に通知します。

(2) サービス利用に係る実費負担額

サービス提供に要する下記費用は、横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービスの対象ではありませんので、実費を頂きます。

※サービス提供中に、ヘルパーに公共交通機関利用料、入場料等が必要な場合は、その都度ご負担いただきます。

障害福祉サービスの自己負担は、所得に応じて次の４区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス料にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	０円
低所得	市町村民税非課税世帯（注１）	０円
一般１	市町村民税課税世帯（所得割１６万円（注２）未満）	９,３００円
一般２	上記以外	３７,２００円

（注１） ３人世帯で障害者基礎年金１級受給の場合、収入が概ね３００万円以下の世帯が対象。

（注２） 収入が概ね６００万円以下の世帯が対象。

移動支援・通学通所支援			
時 間	単 位	単 価	１割負担
３０分	２５８	２,５８０	２５８
１時間	４１３	４,１３０	４１３
１時間３０分	５６７	５,６７０	５６７
２時間	６５３	６,５３０	６５３

（３）利用者負担額及び実費負担額のお支払方法

上記（１）、（２）の料金・費用は、１ヵ月ごとに集計して請求いたしますので、翌々月１５日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア 現金

イ 指定口座からの引き落とし

（４）ご利用の中止、変更について

ア ご利用者のご都合により、移動支援計画で定めたサービスの利用を事前に中止又は変更することができます。この場合、サービス実施日の前日**17:30**までに事業者申し出ください。

イ やむを得ない理由がある場合を除き、サービス実施日の前日**17:30**までに申し出なく、サービスの利用を中止又は変更した場合は、取り消し料をご負担いただく場合があります。

ウ サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整をいたします。

６ サービスの利用方法

（１）横浜市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援事業支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。

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、

サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由により、移動支援計画で予定されていたサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。ただし、利用前日の 17:30 までのキャンセルは無料で行いますが、それ以降はキャンセル料として 1000 円をご負担いただきます。さらに当日現地で中止の場合は、ヘルパーの交通費を実費負担していただきます。

(3) 適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、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情報を活用させていただくことがあります。

7 受給者証の確認

支給決定期間の更新や、「住所」「利用者負担上限月額」「支給量」等の記載内容の変更があった場合などで、新たに受給者証が発行された場合は、速やかに事業所にお知らせください。また、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きたい旨申し出た場合は、ご提示くださいますようお願いいたします。

8 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等を記録し、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りましたら、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、サービスを完了した日から 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

本事業所では、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。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果の周知（1 年に 1 回以上）
- (2) 虐待の防止のための研修の定期的な実施（1 年に 1 回以上）
- (3) 虐待防止に関する責任者の選定

虐待防止に関する責任者	居宅マネージャー 金井陽子
-------------	---------------

10 身体拘束の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため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。）を行いません。
- (2) 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、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ものとします。
- (3) 事業者は、身体拘束の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - ア 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的開催及びその結果について授業者への周知徹底（1年に1回以上）
 - イ 身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ウ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施（1年に1回以上）

11 感染症対策について

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための定期的な実施

12 業務継続計画の策定について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時においても、利用者に対する必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するための、業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 事業者は、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に実施します。

13 この契約に関する苦情・相談窓口

担当者	事務長
受付時間	（平日）午前8時30分時から午後5時30分
電話番号	045-262-2749
FAX	045-262-2761

当事業所以外に、横浜市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	横浜市健康福祉局相談調整課（横浜市福祉調整委員会事務局）
電話番号	０４５－６７１－４０４５
FAX番号	０４５－６８１－５４５７
Eメール	Kf-fukushisodan@city.yokohama.jp
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前８時４５分～午後５時１５分（午後０時～午後１時を除く）

また、神奈川県社会福祉協議会に設置された「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	０４５－３１１－８８６１
FAX番号	０４５－３１２－６３０２
Eメール	tekisei@knsyk.jp
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く）午前９時～午後５時

14 緊急時の連絡

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連絡します。

【 主 治 医 】

医療機関	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【 緊急連絡先 】

氏名	続柄
住所	
電話番号	

上記重要事項について説明しました。

年 月 日

(事業者) 事業者名 大石ヘルパーステーション

説明者

印

上記重要事項の説明を受け、同意しました。

年 月 日

(利用者) 住 所

氏 名

印

法定代理人 (代理人を選任した場合)

住 所

氏 名

印