

地域生活支援事業（移動支援） 重要事項説明書 令和6年4月2日～

本重要事項説明書は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく地域生活支援事業(移動支援)利用契約の締結を希望される方に対して、当事業の概要やサービスの内容、契約上ご注意頂きたい事を説明するものです。原則として地域生活支援給付費の支給決定を受けた方が利用対象者となります。

1. 事業者の概要

認定NPO法人たすけあいの会ふきのとうは、非営利の事業者です。
市民みんなが自分らしく生活できる為の支援を行います。

名 称	認定NPO法人 たすけあいの会ふきのとう
所在地・TEL	千葉県四街道市四街道 1521-19 043-424-0233
代表者氏名	森 明子
事業内容	[介護保険] 居宅介護支援事業・訪問介護事業・通所介護事業 小規模多機能型居宅介護事業 [障害者自立支援] 障害福祉サービス事業・地域生活支援事業 [たすけあい活動] 在宅福祉サービス等 [ボランティア活動] 喫茶樺・喫茶ふうちゃん、他
設 立 年 月	1998年10月1日

2. 地域生活支援サービス事業所の概要

当事業所では、利用者の意思・人格を大切にし、地域での自立生活および社会参加を促すよう、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく移動支援サービス等を提供します。

名 称	たすけあいの会ふきのとう	
所在地・TEL	千葉県四街道市四街道 1521-19 043-424-0233	
担当者氏名	管理者：片野由美子 サービス提供責任者：片野由美子 佐藤享子	
サービスの種類	地域生活支援事業→・移動支援 ・	
開 設 年 月	2006年10月1日（支援費制度は・2003年4月1日～）	
サービス提供地域	四街道市の全域	
営 業 時 間	(1) 受付時間	▪ 平日 → 9時～17時30分
	(2) サービス提供時間	▪ 平日・土曜日 → 8時～18時 ▪ 日曜日 → 原則として休日 ▪ 祝日・12月29日～1月3日 → 休日 (上記のサービス提供時間については、必要によりご相談に応じます)
次頁に続く		

職員体制 R6年4月1日現在 常勤 2名	職 種（資格）	人数	職 種（資格）	人数
	管理者	1	同行援護ヘルパー	15
	サービス提供責任者	2	全身性障害者ガイドヘルパー	3
	社会福祉士	1	精神障害者ホームヘルパー	3
	介護福祉士	8	知的障害者ホームヘルパー	1
	介護福祉士実務者研修	2	難病等ホームヘルパー	6
	介護職員初任者研修等	16	盲聾者むけ通訳・介助者	1

3. 当事業所・提供サービス

(1) 「移動支援計画」

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、地域生活支援事業・受給者証に書かれている利用量(利用上限時間)や、ご利用者の意向や心身の状況を踏まえて、サービス提供責任者が立てます。その際、ご利用者や家族へ事前説明をし、同意をいただいて、計画をたてますが、ご利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。「移動支援計画書」については、具体的なサービスの内容や実施日などを記載し、ご利用者等の同意・確認として、署名・捺印をいただきます。

(2) サービスの内容

移動支援（身体介護を伴う／身体介護を伴わない）

屋外での移動に困難がある障害児者の方へ、外出支援をおこないます

- 社会生活に不可欠な外出 → 冠婚葬祭、買い物、銀行等の手続きなど
- 社会参加のための外出 → 個人で完結する個人的余暇活動など
- 外出に関連する介助 → 外出準備、排泄介助、食事介助など

※通年かつ長期の利用は、原則、行えません。（例）教育機関への通学、保育所、施設などへの通所、勤務先への通勤など

※原則、一日の範囲内で終える外出が対象です。

※原則、サービスの起点・終点は、ご利用者の居宅となります。

※利用の状況により、使えるサービスの範囲が異なる場合があります。（例）中抜き：サービスの一部が制度外サービスになる等。利用時に、ご説明します。

4. 料金

(1) 利用者負担額 (【別紙B】の説明)

移動支援サービスの利用については、原則、利用料の一割を利用者負担額としてお支払いいただきます。利用者により、利用者負担の限度額が違います。

- ① ヘルパー2名で介助した場合、2名分の利用者負担となります。
※2名介助提供要件 → ご利用者の同意および市の許可が必要です。
- ② 早朝・夜間・深夜の各時間帯は、各加算がプラスされた利用者負担となります。
※早朝：午前6時～8時 夜間：午後18時～22時 深夜：午後22時～午前8時の間
- ③ 緊急時の利用については、緊急時対応加算がプラスされた利用者負担となります。
※加算要件 → ・移動支援計画外の緊急な依頼 ・ご利用者から要請を受けて24時間以内のサービス提供 ・ご利用者一人に対し月に2回を限度 ・決定支給量の範囲内(原則) ・身体介護を伴うサービスが対象
- ④ 初回サービス月については、初回加算がプラスされた利用者負担となります。
※加算要件 → 新規の移動支援計画を作成した月内、又は過去2ヵ月以上を経てサービスが再開する月内に、サービス提供責任者が初回訪問(ケア実施、又は、ヘルパー同行等)を行うこと。
- ⑤ 特定事業所に該当する場合、特定事業所加算がプラスされた利用者負担となります。
※Ⅰ～Ⅳ、の3つの加算に分かれ、該当する期間、算定となります
※該当事業所になったとき、改めてご相談・説明いたします。
- ⑥ その他、新たな加算が発生する場合、別紙の差し替え等で説明対応いたします。

★「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の改正等で、別紙の内容などが変わった場合は、説明と共に該当ページの差し替えなどを行い、新たな契約書の署名捺印は、必要ありません(サービスの利用契約三「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」による利用者負担支払いの同意となる為) 尚、改正等によりご利用者がお困りになる状況が発生した場合、移動支援計画(サービス時間や回数の変更)などの調整の他、ご相談等に十分配慮いたします

(2) 実費負担額

移動支援サービス対象外の経費等については、実費分をお支払していただきます。

- ① ヘルパーにかかる交通費
 - ご利用者宅等訪問に係わる交通費は、四街道市内は無料ですが、市外では
(a)通常 300円 (b)公共交通機関・タクシー等を使った場合、その利用金額
(c)サービスの開始・終了場所が市外の時など、ヘルパーが車等を使用した場合は、「4KMまで100円」「4KMを超えた場合、2KM毎50円追加」の金額が、実費負担となります

- ② ケア実施中などにおいて、ヘルパーにかかる公共交通機関などの交通費・入場料・利用料などは、現場での利用者払いとなります。
- ③ ヘルパーにかかる飲食代（ご利用者の依頼または同意）は、原則、必要ないですが、1000円以上かかる場合（下記の例参照）や、2時間以内のケアの場合は、現場などでの利用者払いとなります。
 ※会費に限定された食事代が含まれるもの → 食事会、忘年会、新年会など
 ※限定された最低料金・メニューの食事代 → バイキング、会席料理など
- ④ その他、個別に実費負担に該当すると考えられる場合はその都度、実費負担の金額・適用範囲を変更する場合は原則2ヶ月前までに、ご説明いたします。

（3）キャンセル料

ご契約者のご都合で当日ケアを中止する時、原則以下の場合キャンセル料をいただきます

- ① 中止の連絡が間に合わず、ヘルパーがご利用者宅に訪問してしまった場合、または、ヘルパーが訪問途中で中止の連絡を受けた場合・・・1000円／1回
 - ② 前日 18:00 よりサービス開始時間までに中止の連絡を受けた場合・・・500円／1回
- ☆キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡下さい。（連絡先 424-0233）

（4）その他

- ① ご利用者宅で、サービス実施の為に使用するものは、ご利用者の負担となります
 - ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話代
 - 水道・ガス・電気などの費用
 - ② 料金・費用のお支払いは、以下の中から、契約時に選択していただきます
 - お支払方法 → (a) 郵便振替払込 (b) 銀行又は郵便振り込み
- ※料金・費用は、毎月・中旬に前月分の請求をいたしますので、その月の末日までに、お支払ください。 引き換えに、領収書を発行いたします。

5. サービス利用に関する留意事項

（1）サービスについて

- ① ご利用者の都合により、サービス利用予定日の前の変更や、サービスの追加をすることができません。又、事業者がやむをえず変更等をお願いする場合があります。
 ※その際、変更・追加のご希望日時に対応できない場合もありますが、他の利用可能日時への提示などの調整に努めます。
- ② サービスは、「移動支援計画」に基いて行います。又、実施に関する指示は事業所が行います。※その際、ご利用者の状況・意向等について、十分に配慮します。
- ③ ホームヘルパーが、「移動支援サービス提供実績記録票」や「サービス提供記録」に実施日時・内容などを記録します。その時に、ご利用者にその内容の確認とし

各用紙の利用者欄に捺印をいただきます。

- ④ ホームヘルパーがサービス提供記録に記入する時間は、原則、実際に提供した時間ではなく、移動支援計画の時間＝ケアが行われるべき時間を記入します
※サービス提供時間に、記録を書いている時間も含まれます。
※その時の状況により実績時間で記入する場合があります

(2) 受給者証

- ① 「利用者負担額」「利用量」など『四街道市地域生活支援事業 受給者証』の記載内容に変更があった場合は、サービス提供責任者等に速やかにお知らせ下さい。
※受給証の確認または契約変更・終了等の記入は、電話・訪問のほか、お預りして行ないます。その際、コピーさせていただきます。
- ② 当事業所との新規や変更の契約により、受給者証に記入する契約日、契約支給量等の内容は、市に契約報告書として提出します。

(3) ヘルパーについて

- ① 訪問するヘルパーの変更や、担当するヘルパーが交替したりする場合があります。
その際には、予めご利用者に説明するとともに、ご利用者等に対してサービス上の不利益が生じないように十分に配慮します
- ② ご利用者やご家族等から、特定のヘルパーの指名は出来ません。
※ヘルパーのご要望やご意見等がある場合は、お申し出・ご相談ください。

(4) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーは、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・喫煙及びご利用者等の同意なしの飲食
- ⑥ ご利用者に対する暴力等の虐待行為
- ⑦ 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身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑧ 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、及びその他の迷惑行為

(5) サービス利用にあたって ご留意頂きたい事項 (禁止行為)

- ① ヘルパー等従業者に対する 身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

- ② ヘルパー等従業者に対する 精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為)
- ③ ヘルパー等従業者に対する セクシャルハラスメント(交際や性的関係の誘い掛け、好意的な態度の要求等、性的嫌がらせ行為)

6. 緊急時の対応

サービス提供を行っている時にご利用者の病状等の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族、主治医、などに連絡をとる等必要な措置を講じます。

【 緊急時の 連絡先 / 対応時間 】

- ・ たすけ合いの会 ふきのとう
- ・ 営業時間内（月～金9時～17時30分）→ TEL：043-424-0233
- ・ 営業時間外 → TEL：043-424-0233(転送電話)

7. 個人の記録・情報

当事業所では、関係法令に基づき、ご利用者等(ご家族等に関連するものも含む)の記録や情報に対し、適切に利用、管理・保存・開示などをおこないます。

(1) 管理・保存

ご利用者の同行援護計画やサービス提供ごとの記録、及び情報等の記録は、サービス提供日より5年間保存し、適切に管理します。

(2) 開示・苦情等

管理する個人の記録・情報に関して、ご本人または代理人の方から、開示請求や苦情等の申し出があった場合、当該事業所「苦情・相談受付窓口」にて受付、対応します。

※開示に際して必要なコピー料などの諸費用は、ご利用者等の負担となります。

(3) 第三者への情報提供

ご利用者等の同意を得て、当事業所・その他のサービス実施に必要な範囲内で関連する者に、ご利用者等の個人情報の提供・共有を行いません。

※関係法令により例外として認められた場合も同様とします。

●利用契約の時等に、上記に関する確認・同意（署名・捺印）をお願い致します。

(4) 個人情報利用目的・範囲

ご利用者に信頼されるサービスを提供する為、業務・利用目的達成に利用します
事業所内部の利用

- ①提供する援護等サービス
- ②提供サービスの請求事務
- ③管理運営業務（事故

報告、会計経理、契約等) ④サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料
⑤介護実習への協力 ⑥事例検討(教育、育成、研究)

事業所外部の利用

- ①関連事業所・機関との連携や照会への回答 ②関連医療機関等から意見・助言を求める場合 ③提供サービスの給付事務 ④管理運営業務(機関からの評価、監査など) ⑤ 損害賠償に係る保険会社等への相談・届出など
- 上記に関するご利用者の等の確認・同意は、当該重要事項説明書(9~10頁)の署名・捺印で行い、個人情報使用同意書も兼ねる。

8. 契約の終了

(1) ご契約者からの契約終了

ご契約者の都合で契約を終了する場合、事業者を終了の1週間前の予告期間において、文書または口頭で通知して下さい

※やむをえない事情がある場合は、1週間以内の通知で契約解約する事ができます。

(2) 事業者からの契約終了

事業者の事情で契約を終了する場合は、ご契約者に終了の3週間前までに、理由を示した文書または口頭で通知いたします

※やむをえない事情がある場合は、終了3週間以内の通知で契約解消となります。

※該当する事業者事情の例：ヘルパー等従業者の心身に危害が生じ、又は生じる恐れのある場合であって、その危害発生、又は、再発生を防止することが難しい等により、利用者に対して介護サービスを提供するのが著しく困難になったとき

9. 損害賠償保険

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	A I G損害保険(株)
保険名	賠償責任保険
補償の概要	第三者賠償責任等

10. サービス内容に関する 苦情/相談

(1) 当事業所『ご利用者 苦情・相談 窓口』

- ・電話 043-424-0233 FAX 043-423-7920

- 受付時間 月～金：午前9時～午後17時
- 担当者 管理者：片野由美子、サービス提供責任者：片野由美子、佐藤享子
※サービスに関するご意見、質問なども受け付けています。
※利用者の記録等、個人情報の開示請求受付も この窓口で行っております。

(2) その他

当事業所以外に、四街道市役所（043-421-6122）、国民健康保険連合会（043-254-7452）の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

11. 虐待防止の為に取組むことに関する事項

当事業所は、虐待防止に関する必要な取組を講じます。

(1) 責任者の設置

虐待防止に関する責任者を選任します 虐待防止責任者 代表：森明子

(2) 虐待防止委員会

虐待防止等の為に取組む対策を検討する委員会の設置・定期開催、結果周知を実施します。

(3) 指針

身体拘束等の防止の為に取組む指針の整備を行います。

(4) 研修、その他

従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為に取組む研修の実施を行います。

成年後見制度の利用を支援します。

12. 感染症の予防

当事業所では、感染症の発生と蔓延防止の為に必要な取組を講じます。

(1) 委員会

感染症予防等の為に取組む対策を検討する委員会を設置・定期開催、結果周知を実施します。

(2) 指針

感染症発生等の防止の為に取組む指針の整備を行います。

(3) 研修

従業者に対する感染症予防を啓発・普及する為に取組む研修の実施を行います。

13. 業務継続計画

当事業所は、感染症や非常災害の発生でも、ご利用者への継続的サービスを実施する為に

非常時の体制で早朝の業務再開を図る為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処置を講じます。

(1) 業務継続計画

継続的業務等を図る為の計画の整備・見直し等を行います。

(2) 研修

従業者に対する業務継続の為の研修・訓練を行います。

令和 年 月 日

地域生活支援事業（移動支援）のサービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基
づき、ご利用者等に重要事項及び個人情報について説明を行いました。

事業者 住 所	千葉県四街道市四街道1521-19		
事業者名	認定NPO法人たすけあいの会ふきのとう		
説明者	氏名		印
代表者	氏名	森 明子	印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面に基ついで事業者から重要事項及び個人情報についての説明を受
け、利用者の地域生活支援事業（移動支援）のサービス開始に同意しました。又、私の状
況を把握する必要があるときは、サービスの提供を受けている期間、貴事業者・その他本
事業の実施に必要な範囲で関係する者に、個人の情報（家族に関連する情報も含む）を提
供する事に同意にします。

利用者 住 所			
	氏 名		印

ご利用者本人が署名することが困難な場合、代理者の方に代行していただきます。

私は、利用者の地域生活支援事業（移動支援）のサービス開始にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、サービスの提供を受けている期間、貴事業所・その他本事業の実施に関係する者に、代理者(家族等)の情報を提供する事に同意します。

代理人（保護者等） 住 所

（続柄： ） 氏 名

印

別紙 B 移動支援サービス費

地域生活支援サービス（移動支援）／重要事項説明書

移動支援（身体介助伴う）

30分	1時間	1時間30分	2時間	2時間30分	3時間	3時間30分以上
256単位	404単位	587単位	669単位	754単位	837単位	921単位+83単位/30分毎

移動支援（身体介助伴わず）

30分	1時間	1時間30分	2時間以上
106単位	197単位	275単位	345単位+69単位/30分毎

【地域加算】・・・・・・・・・・利用料に含まれます。四街道市は、10.60です。

【早朝加算】【夜間加算】・・ 午前6時～8時：25%増

【深夜加算】・・・・・・・・・・午後10時～午前6時：50%増

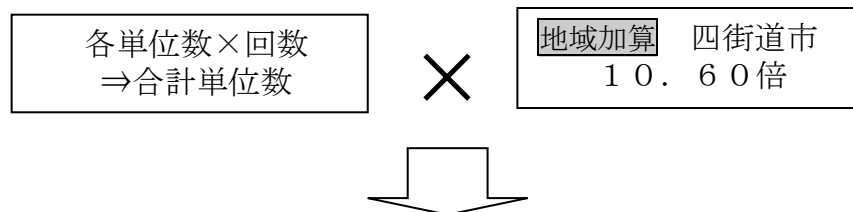
【初回訪問加算】・・・・・・・・200単位/月

【緊急時対応加算】・・・・・・・・100単位/1回

【特定事業所加算】・・・・・・・・当事業所が該当した場合、ご説明いたします。

☆加算の内容など詳しい説明は、当重要事項説明書を参照してください

【(例) Aさんの4月分の移動支援サービス費及び利用者負担額】



*利用者負担額は、原則上記算定額の1割（9割は公費負担）

*利用者負担額は、利用者負担上限額により、異なります。