**サービス内容及び重要事項説明書**

**庄原市地域生活支援事業(移動支援)**

あなた様に対する庄原市地域生活支援事業(移動支援)の提供の開始にあたり、障害者総合支援法第７７条（第１項第３号）及び庄原市との事業協定に基づいて、当事業所があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

説明にあたり、障害の特性に応じて拡大文字版、ルビ版等ご希望の説明を行います。

１．事業所の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者の名称 | 社会福祉法人　庄原市社会福祉協議会 | |
| 事業者の所在地 | 広島県庄原市西本町四丁目5番26号 | |
| 事業の種類 | 指定移動支援事業所 | 平成18年12月6日　指定庄原市　３４６１８００108　号 |
| 事業所の名称 | 庄原市社協訪問介護事業所みらい | |
| 事業所の所在地 | 広島県庄原市高野町新市１１５０番地１ | |
| 管理者の氏名 | 柳迫　春香 | |
| 連絡先 | ０８２４－８６－３０４４ | |
| 事業所の実施地域 | 庄原市 | |
| 事業所が行っている  他の業務 | 指定介護保険事業 | 訪問介護  指定介護保険事業（訪問介護　介護予防訪問介護） |
| 指定障害福祉事業 | 居宅介護・重度訪問介護 |

２．事業の目的

|  |
| --- |
| 障害者又は障害児の、地域における自立生活の支援及び社会参加の促進に資することを目的とします。 |

３．運営の方針

|  |
| --- |
| 利用者又は障害児の保護者の意志及び人格を尊重して、関係機関との連絡調整を図りながら、常に利用者又障害児の保護者の立場に立ったサービス提供に努め、自立支援に考慮した介護サービスの提供を行います。 |

４．事業所の職員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事者の種類 | 人　　数 | |
| 総　数 | 内　訳 |
| 介護福祉士 | １０人 | 常勤３人　非常勤７人 |
| ホームヘルパー | ４人 | 非常勤４人 |

５．営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ●月曜日から日曜日まで  〈定休日〉12月29日から1月3日  ※但し、利用者の状況によっては、この限りではありません。 |
| 営業時間 | ●原則午前6時から午後9時まで  ※但し、利用者の状況によっては、この限りではありません。 |
| その他 | ●電話等により365日、24時間常時連絡が可能な体制としています。  〈営業時間外〉０８０－５２３９－４０８５ |

６．サービス内容（移動支援）

　　　社会生活上不可欠な余暇活動等の社会参加のために外出する際に、障害者等の移動について

　　必要な介助及び介護等を提供します。

　　但し、次に揚げる場合はサービス対象としません。

　　　ア　小中学校又は高等学校若しくは専門学校又は大学等へ通学するとき。

　　　イ　就労による通勤をするとき。

７．利用料金

　　　※１　付属別紙「庄原市地域生活支援事業（移動支援）ご利用料金表」をご参照ください。

８．受給者証の確認

　　「住所」及び「利用者負担額」「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速

やかに職員にお知らせください。また、職員が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、

ご提示ください。

９．サービス提供記録について

（１）サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「記録カード」（別紙様式参照）等の書面に、

必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

（２）事業所は、前記の「記録カード」その他の記録をサービス提供日より5年間は、適正に保

管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は、実費負担によりその写しを交付します。

１０．サービス提供責任者及び担当職員の変更について

（１）サービス提供責任者は次のとおりです。サービスについてのご相談やご不満等ご遠慮なくお問い合わせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 〈サービス提供責任者〉 | 柳迫　春香 |
| 大塚　智子 |
| 松浦　綾子 |
| 本谷　とも子 |

（２）利用者はいつでも、担当の職員を変更することができます。

　　　　その場合、サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

　　　　当事業所は、正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。

１１．緊急時の対応方法

（１）サービス提供中に、利用者の急変等緊急事態が生じた時には、利用者の主治医等に連絡する

　　とともに、医師の指示に従い適切な対応にあたります。また、速やかに管理者へ報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先へ連絡を行い、必要に応じて協力医療機関、警察、消防署等へ協力依頼し、保険者に連絡します。

なお、利用者の主治医及び緊急連絡先に関しては、移動支援サービス計画作成時に確認さ

　　　せていただきます。

（２）利用者又はその家族等からの緊急時の要請に、速やかに対応するため、365日24時間受付を行います。

　　　　依頼を受けた時間、対応内容、提供時間帯等を記録し、サービス提供責任者の判断のもと、必要に応じて緊急時対応を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 〈代表電話番号〉 | ０８２４－８６－３０４４ |
| 〈営業時間外〉 | ０８０－５２３９－４０８５ |

１２．虐待防止について

　　　事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

（１）虐待防止委員会の開催

（２）高齢者虐待防止のための指針の整備

（３）虐待防止研修の実施

（４）専任担当者の配置

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止受付担当者 | 二上　明 |

１３．衛生管理について

事業所の設備及び備品等について衛生的な管理を行い、清潔の保持、健康の保持に努めます。

１４．秘密の保持

　　　従業者は業務上知り得た秘密を漏らしません。また、退職後もこれを守秘します。

１５．苦情・相談体制について

　　　事業所が提供するサービスに関する苦情、相談については、毎日開催する定例ミーティング、

苦情等解決の為の会議を速やかに開催し、今後の対応について協議します。

　　　サービス利用にあたり、利用者は次の所へ苦情を申し立てる事ができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【事業所窓口】 | **庄原市社会福祉協議会庄原市社協訪問介護事業所みらい** | |
| 所 在 地 | 広島県庄原市高野町新市１１５０番地１ |
| 電　　話 | ０８２４－８６－３０４４  ０８０－５２３９－４０８５（営業時間外） |
| 受 付 時 間 | ３６５日　午前８時３０分～午後５時３０分 |
| 苦情解決責任者 | 二上　明 |
| 相談・苦情受付担当者 | 柳迫　春香 |
| 【第三者委員】 | **居宅介護事業、重度訪問介護事業に対する苦情等の連絡調整を行う第三者** | |
| 委　　員 | 加島　眞一 |
| 所 在 地 | 広島県庄原市高野町下湯川５５５番地 |
| 電　　話 | ０８２４－８６－２２３５ |
| 委　　員 | 藤原　弘子 |
| 所 在 地 | 広島県庄原市高野町上湯川１５６番地 |
| 電　　話 | ０８２４－８６－２６３７ |
| 委　　員 | 石寺 武試 |
| 所 在 地 | 広島県庄原市比和町比和３１６番地 |
| 電　　話 | ０８２４－８５－２７５３ |
| 委　　員 | 冨田 ひろ子 |
| 所 在 地 | 広島県庄原市比和町三河内７４６番地 |
| 電　　話 | ０８２４－８５－２１５８ |
| 【行政窓口】 | **庄原市役所社会福祉課障害者福祉係** | |
| 所 在 地 | 広島県庄原市中本町一丁目10番1号 |
| 電　　話 | ０８２４－７３－１２１０ |
| 受付時間 | 月曜日～金曜日（午前８時３０分～午後５時１５分） |
| 定 休 日 | 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始はお休み |
| **広島県社会福祉協議会（広島県福祉サービス運営適正化委員会）** | |
| 所 在 地 | 広島市南区比治山本町１２－２ |
| 電　　話 | ０８２－２５４－３４１９ |
| 受付時間 | 月曜日～金曜日（午前８時３０分～午後５時） |
| 定 休 日 | 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始はお休み |

１６．事故発生時の対応方法

　　　事業者が提供するサービス中に事故が発生した場合は、市町、家族、緊急連絡先に連絡を行

い、必要な措置を講じます。

（１）事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの整備や研修会

等を開催するなど事故防止に努めます。

（２）事故の状況及び採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償

を速やかに行います。

（３）必要に応じて保険者・県等の指導助言を仰ぎます。

１７．その他

（１）事業所は、従業者の資質向上を図るため、次のような研修の機会を設けるものとします。

※同行研修を行う場合がございますのでご了承ください。

①採用時研修　　②継続研修　　③その他の研修

（２）すべての従業者は定期的に健康診断を行い、健康管理、清潔の保持に努めます。

（３）職員は常に身分証明証を携帯しておりますので、必要な場合には提示をお求めください。

（４）職員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

（５）サービス利用の変更・追加は、介護職員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　者に掲示する

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）サービス訪問時間が、希に交通事情その他当事業所の都合により多少前後することがござ

いますがご了承ください。

（７）介護職員が利用者宅にてサービス提供時、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。

（８）この説明書に記載した事項のほか、事業所の運営に関する重要事項は、可能な限り利用者の

立場に立つことを原則に、社会福祉法人庄原市社会福祉協議会と事業所の管理者との協議に

基づいて定めるものとします。

（９）サービス提供にあたり、厚生労働省令に定められた基準に基づき行うものとし、改正

　　　に伴う重要事項説明書の一部変更は、その都度速やかに利用者に通知するものとします。

令和　　　年　　　月　　　日

当事業所は､利用者に対する地域生活支援事業(移動支援)提供開始にあたり､利用者及び利用者の家族に対して､サービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明いたしました｡

利用者は、重要事項の内容について同意したことを証するため、本書２通を作成し、利用者若し

くはその代理人と事業所が署名・押印の上、１通ずつ保有するものとします。

　　　　　　　　　　　事業者（法人）　広島県庄原市西本町四丁目5番26号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人　庄原市社会福祉協議会

代表者　　　　　会長　　上田　正之

　　　　　　　　　　　事業所名　　　　庄原市社協訪問介護事業所みらい

　　　　　　　　　　　事業所所在地　　広島県庄原市高野町新市1150番地１

説明者　　　　　サービス提供責任者

私は、地域生活支援事業（移動支援）のサービス内容及び重要事項につきまして、この説明書を基に、事業者から説明を受けました。

（利用者）住　所

氏　名

（署名代行者）住　所

氏　名

利用者との関係　（　　　　　　　　　 ）

（署名代行の理由　※□に✓）□ 本人が身体上の理由により署名できない

□ その他の理由

2024.4

※１　付属別紙

**庄原市地域生活支援事業(移動支援)ご利用料金表**

**庄原市社協訪問介護事業所みらい**

利用料金については、下記に記載の表１のとおりです、

　○　提供サービスの費用の1割(ただし、受給者証に記載された上限額の範囲内)の料金をお支払いいただきます。

　○　事業所が利用者に代わり庄原市から受領した費用の額については、利用者に通知します。

　○　表１（利用料金表）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス時間 | 個別支援 | グループ支援型 | |
| ２分の１以上 | ３分の１以上２分の１未満 |
| 0.5時間未満 | １，３６０円 | ９４０円 | ６７０円 |

注※　グループ支援型にあっては、サービス提供者の人数を利用者の人数で除した数に応じ、給付基準額を適用するものとします。

①　通常の事業の実施地域以外の地域に居住される利用者に対してサービスを提供する場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から路程1キロメートル当たり25円を実費としていただきます。

　②　当事業者は、あなたに対し、サービスの利用回数及び当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し請求書に添付して請求先に送付します。

　③　利用者の個人負担金は、当月分を翌月末に徴収する事とし現金徴収、または口座振替による支払いとします。その当月分の請求明細書は翌月２５日までに利用者宛、または、その希望される宛先へ送付することとします。

　④　サービス利用の中止をする際には、すみやかに事業所まで、ご連絡ください。

利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日17時30分

までにご連絡ください。当日のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受けることになり

ます。ご了承ください。（ただし、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場

合は、キャンセル料は不要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| **時　　期** | **キャンセル料** |
| **サービス利用日の前日17時30分まで** | **無料** |
| **サービス利用日の前日17時30分以降**  **サービス利用日の当日**  **訪問時不在の場合** | **基本利用料の全額** |

　　　※利用者又は家族等による度重なるサービスのキャンセルがある場合には、利用者の担当相談支援専門員に連絡を行い、相談させていただきます。

　⑤　１人の介護職員による支援が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと２人の介護職員でサービスを提供した場合は、２倍の利用者負担額をいただきます。

　⑥　外出時の移動中の介護において介護職員に公共交通機関の交通費、入場料などが必要な場合、その実費をいただきます。（サービス利用時、その都度ご負担いただきます。）

　⑦　身体介護有り又は無しによる区分はありません。

　⑧　深夜、早朝等の加算はありません。