

「同行援護サービス」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して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同行援護を提供します。当サービスの利用は、原則として自立支援介護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	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域	2
4. 営業時間	2
5. 職員の体制	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
7. サービスの利用に関する留意事項	5
8. サービス実施の記録について	6
9. 損害賠償保険への加入	6
10. 苦情の受付について	7

社会福祉法人恵那市社会福祉協議会
恵那市社協ヘルパーステーション山岡
当事業所は障害福祉サービス事業者の指定を受けています
(岐阜県指定 第 2111700049 号)

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会
所在地	岐阜県恵那市大井町727-1
電話番号	0573-26-5221
代表者氏名	会長 宮地政臣
設立年月	平成16年10月25日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定同行援護事業所・平成23年11月1日指定岐阜県第2111700049号
事業の目的	指定同行援護事業
事業所の名称	恵那市社協 ヘルパーステーション山岡
事業所の所在地	岐阜県恵那市山岡町1228-1
電話番号	0573-56-3648
管理者氏名	小栗 礼子
事業所の運営方針について	利用者の基本的人権を尊重し、利用者及び家族の立場に立った暖かく的確な介護サービスを提供する
開設年月	平成18年10月1日
事業所が行っている他の業務	指定居宅介護・指定重度訪問介護・指定行動援護 恵那市障害児(者)移動支援事業の受託経営

3. 通常の事業の実施区域

恵那市全域

4. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日(ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く)
営業時間	午前8時30分から午後5時15分(ただし電話等で24時間連絡がとれる体制をとっている)
サービス提供日	12月29日から1月3日までを除く毎日(ただし、利用者の要請に基づき年末年始の対応については、その都度協議する)
サービス提供時間帯	午前8時から午後6時(ただし利用者の要請に基づき、早朝・夜間の対応については、その都度協議する)

5. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長（管理者）	1			1名	
2. サービス提供責任者	2			1名	
3. 同行援護従事者（ホームヘルパー）	1	14	4.7	2.5	

当事業所では、利用者に対して指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定行動援護、指定同行援護、移動支援事業を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間=1名）となります。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）「同行援護計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から「同行援護計画」を定めて、サービスを提供します。「同行援護計画」は、市町村が決定した同行援護の「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「同行援護計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者の申し出によりいつでも見直すことができます。

〈サービス区分及びサービス内容〉

外出時において当該利用者等に同行し、以下の支援を行う。

- ① 移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む。）
- ② 移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護
- ③ 排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援護
- ④ その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

（2）利用者負担額（契約書第5条参照）

上記サービスの利用に対しては、サービス料金の通常9割が自立支援介護給付費の対象となります。事業所が自立支援給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割を事業所にお支払いいただきます。これを定率負担といいます。後に記載する個別減免が適用される場合は、減免後の金額となります。

〈2人のホームヘルパーにより訪問を行った場合〉

☆ 1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2人分のサービス提供時間の利用料金をいただき

ます。

＜利用者負担額の上限等について＞

☆ 自立支援給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められていますが、サービスのご利用状況により当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。当事業所が代理受領を行った自立支援給付費額は利用者へ通知します。⇒「代理受領のお知らせ」

＜償還払い＞

☆ 自立支援給付費を事業者が代理受領を行わない場合は、市町村が定める自立支援給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると自立支援給付費が支給されます。）

＜利用者負担の減免について＞

☆ 1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担はかかりません。その区分については「障害福祉サ

ービス」受給者証に記載されています。

☆ 収入や資産が一定以下の場合は社会福祉法人減免の対象となり、市町村に申請をして対象と認定された利用者が、社会福祉法人減免の届出をしている当事業所のサービス利用に際しての利用者負担上減額は半額となります。

(3) サービス利用にかかる実費負担額（契約書第5条参照）

サービス提供に要する下記の費用は、自立支援費支給の対象ではありませんので実費をいただきます。

- ① 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。（サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いいただきます。）
- ② 「移動支援」や「通院介助」においてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合その実費を戴きます。（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までに以下の方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

＜利用者の指定金融機関口座からの自動引き落とし＞

（どこの金融機関でもかまいません）

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、同行援護計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日 17 時 15 分までに事業者申し出て下さい。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。但し利用者の体調不良等やむをえない場合は取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	1 回 5 0 0 円

- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパー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提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(6) 実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額（交通費等）を変更する場合は、原則としてその 2 か月前までにご説明します。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) ホームヘルパーについて

☆ サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

☆ 利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

☆ サービスは、「同行援護計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

☆ サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。（ホームヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただくこともあります。）

(3) サービス内容の変更

☆ 訪問時に、利用者の体調等の理由で同行援護計画で予定されていたサービスの実施が

できない場合には、利用者の同意を得てサービス内容の変更します。その場合、事業者は変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) 受給者証の確認（契約書第3条参照）

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合は、速やかにホームヘルパーにお知らせください。また、担当ホーム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く場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(5) ホームヘルパーの禁止行為

ホームヘルパーは、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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 医療行為② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供⑤ 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）⑦ その他利用者もしくはその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迷惑行為 |
|--|

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などを記録し、利用者にも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ればいつでもお申し出ください。なお、同行援護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より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（契約書第8条参照）

本事業所では、関係法令（及び恵那市社会福祉協議会個人情報保護規程）に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、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。）

9. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 全国社会福祉協議会

保険名 社協の保険

補償の概要 傷害補償（同行援護従事者自身の怪我等の補償）

感染症補償（同行援護従事者自身の感染事故の補償）

賠償補償（サービス利用者や他人の身体・財物・信用に損害を与え、賠償責任を負った場合の補償）

10. 苦情等の受付について（契約書第14条参照）

（1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○ お客様相談係 < 苦情受付窓口 >

恵那市社協ヘルパーステーション山岡 管理者 小栗 礼子

電話 0573-56-3648

○ < 苦情解決責任者 >

恵那市社会福祉協議会 事業課 課長 和戸 正紀

電話 0573-26-5221（代）

○ 受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

（2）第三者委員

本事業所では、地域にお住ま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
古山 昭次	電話 0573-25-4489
松岡 勲	電話 0573-54-4563

（3）行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 社会福祉課 障がい係	所在地 恵那市長島町正家一丁目1-1 電話番号 0573-26-2111（内線183） FAX 0573-25-7294 受付時間 午前8時30分から午後5時15分
岐阜県運営適正化委員会	所在地 岐阜市下奈良2丁目2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-278-5136 FAX 058-278-5137 受付時間 午前9時00分から午後5時00分

平成 年 月 日

居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名 小栗 礼子

説明者氏名 ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 ⑩

代理人 ⑩

※この重要事項説明書は、岐阜県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成 24 年岐阜県条例第 85 号）第 9 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。