

「堺市移動支援事業」重要事項説明書

あなたに対する移動支援事業提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者について

名 称	特定非営利活動法人 せかんど
所 在 地	〒590-0142 堺市南区檜尾 3093-7
電話番号	TEL 072-260-1294 FAX 072-260-1295
代表者氏名	代表理事 松上 達史

2. ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	特定非営利活動法人 せかんど 三国ヶ丘 平成24年5月 1日指定 (2766540435号)
サービスの 主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者 障害児 (18歳未満の身体障害者及び18歳未満の知的障害者)
事業所所在地	〒591-8037 堺市北区百舌鳥赤畑町2丁47 DWELL 三国 101
連絡先	TEL 072-202-1294 FAX 072-202-1295
管理者	深見 麻江
事業実施地域	堺市全域

3. サービスの目的・運営方針

目的	障害者が居宅にておいて自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、外出時における移動中の介護等援助を行います。
運営方針	関係法令を遵守し、障害者が必要なときに必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとする。また、他の社会資源との密接な連携に努めます。

4. サービス提供職員の設置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	1		1		
サービス提供責任者	2		2		
ヘルパー	14		5		9

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービス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。

5. 営業日と営業時間

営業日：月曜日～土曜日（国民の祝日及びお盆休み 8月13日～8月15日
及び年末年始休み 12月30日～1月3日は休業）

営業時間：9：00～17：00まで

6. サービス提供の内容と概要

(1) 移動支援計画の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及びご家族の意向に配慮しながら「移動支援計画」を作成します。作成した「移動支援計画」については、案の段階で利用者又はご家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

(2) サービスの提供は「移動支援計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて当事業所が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 移動支援計画の変更等

「移動支援計画」は、利用者の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、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をご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。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当の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、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びそのご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に十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、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、相談窓口等に遠慮なくご相談ください。

(4) 移動支援の内容

社会生活上必要不可欠な外出	冠婚葬祭、官公庁金融機関等手続、理美容等
その他の外出	各種行事等参加、余暇活動等

※通院は、介護保険か障害福祉サービスの居宅介護（通院介助）をご利用ください。

(2) 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の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居ご家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦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や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又はご家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

7. 利用料金

(1) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。利用者には、所得区分ごとの負担上限額に応じて、原則として利用料の1割を利用者負担額として負担していただくこととなります。

(2) 移動支援対象サービス内容の料金の目安

1単位（30分）あたり 800円。利用者負担額、80円（1割）。ただし、生活保護世帯は、1割負担はありません。

障害区分	無料	1割負担
------	----	------

身体	25時間まで	25時間を超え50時間まで
知的・精神	18時間まで	18時間を超え40時間まで
児童	10時間まで	10時間を超え20時間まで (8月は40時間まで)

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、移動支援計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、移動支援計画の見直しを行いません。
- ※ サービス提供を行う手順書等により、堺市が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。
- ※ 利用者の体調等の理由で移動支援計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業所は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。
- ※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの区役所に介護給付費等の支給(お客さま負担額を除く)を申請してください。

(3) サービス利用の取り消し料金

サービス利用のキャンセルについて、サービス利用日の前日までに申出のない場合、利用者は重要事項説明書に定めるキャンセル料として当日キャンセル連絡の場合 1,000 円・当日現地キャンセルの場合 2,000 円を事業者に支払うものとします。

(4) 利用料金のお支払方法

ア 事業者は、当月の利用料金合計額の請求書を翌月 15 日までに送付します。

イ 利用者は、当月の利用料金の合計金額を、翌月末日までに支払います。

ウ 事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けた時は、利用者に領収書を発行します。ただし、郵便振込の場合は、振込書を領収書とみなしますが、必要に応じて領収書も発行します。

① 当事業所による現金集金

② ゆうちょ銀行の事業所指定口座への振込み

③ ゆうちょ銀行の口座振替

8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊急連絡先①	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
緊急連絡先①	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 松浦 博也 ・ご利用時間 9：00～ 17：00 ・電話番号 072-202-1294 F A X 072-202-1295 ・ 担当者が不在の場合は、事業所事務所・管理者までお申し出ください。
健康福祉局 障害福祉部 障害施策推進課	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地： 〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号 ・ 電話番号： 072-228-7818

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受付時間： 月曜日～金曜日 9：00～17：00
大阪府社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地： 〒542-0065 大阪府中央区中寺1-1-54 ・ 電話番号： 06-6191-3130 ・ 受付時間： 月曜日～金曜日 9：00～17：00

平成 年 月 日

地域生活支援事業・移動支援の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：特定非営利活動法人 せかんど 三国ヶ丘

説明者： 氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から地域生活支援事業・堺市移動支援の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所： _____

氏 名： _____ 印

代理人住所： _____

氏 名： _____ 印

続 柄： _____