

(移動支援サービス)

# 重要事項説明書

特定非営利活動法人シティウイング  
ソレイユケアサービス

# 移動支援サービス重要事項説明書

(令和 年 月 日現在)

## 1 法人の概要

|       |  |
|-------|--|
| 法人名   | 特定非営利活動法人シティウイング   |
| 法人所在地 | 東京都葛飾区立石5-22-7 太陽ビル1階  |
| 電話番号  | 03(5672)2940   |
| 代表者氏名 | 理事長 日向野 真由美  |
| 事業内容  | 居宅介護支援事業/訪問介護事業/障害福祉サービス事業/地域生活支援事業<br>グループホーム事業/サービス付き高齢者向け住宅事業 |

## 2 事業所の概要

|          |   |
|----------|---|
| 事業所の名称   | ソレイユケアサービス  |
| 事業所の所在地  | 東京都葛飾区立石5-22-7 太陽ビル1階   |
| 事業所の電話番号 | 03(5671)2940  |
| サービス提供地域 | 葛飾区   |
| 営業時間     | (月～金) 9:00～18:00  |
| サービス提供時間 | 365日24時間  |
| 主たる対象者   | 身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者   |
| 事業所番号    | 1312201385 (平成23年8月8日指定)  |
| 事業所の運営方針 | 1. 地域密着の事業所として、近隣の方々と自然なお付き合いが出来る事業所運営であること<br>2. 真心こもったサービスで、ご利用者とご家族にやすらぎと安心を提供できる支援内容であること<br>3. 従業員1人1人が個性を發揮し、やりがいをもって楽しく働くことのできる職場環境であること |

## 3 事業所の職員体制

| 職種        | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数(常勤換算)      | 資格等                |
|-----------|-------|--------|-----------------|--------------------|
| 管理者       | 1名    |        | 常勤換算数<br>2.5名以上 | 介護福祉士              |
| サービス提供責任者 | 1名以上  |        |                 | 介護福祉士              |
| サービス従業者   | 2名以上  |        |                 | 介護福祉士又はヘルパー2級課程修了者 |

## 4 提供するサービスの内容

(1)「移動支援計画」の作成

- ① サービス提供責任者は、支援内容や利用者の心身の状況、利用者及び家族の意向等を踏まえ、具体的なサービス内容を記載した「移動支援計画」の案を作成し、利用者又は家族に説明し同意を得た後、正式な「移動支援計画」として交付します。
- ② 「移動支援計画」は、利用者の心身の状況の変化や意向の変更により、必要に応じて変更することが出来ます。
- その際は、上記手順に従って、改めて「移動支援計画」を利用者やその家族に説明し、交付します。

(2) サービス提供の内容

社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等、社会参加のための外出とし、原則として1日の範囲内で業務を終えるものに限ります。

[移動支援サービスの提供が可能なもの]

③ 社会生活上必要不可欠な外出(例)

| 事 由   | 外出内容                    | 外出先の例                 |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 社会通念上外出が必要不可欠と認められる場合                                 | 行政機関等に関わる手続き、相談、選挙の投票等  | 市役所、区役所、裁判所、警察署等の官公庁等 |
|   | 医療機関への受診、出産・入院等の手続き、相談等 | 病院、診療所、保健センター等        |
| 社会参加促進の観点から、日常生活上外出が必要な場合                             | 文化施設等の利用                | 美術館、映画館、コンサート会場等      |
|   | 体育施設等の利用                | 体育館、競技場、プール等(※)       |
|   | 観光施設等の利用                | 動物園等                  |
|   | 買い物                     | 商店、デパート等              |
|   | 理容・美容・着付け               | 理容院、美容院               |
|   | 冠婚葬祭                    | 結婚式、葬式、法事等の会場         |
|   | 金融機関の利用                 | 銀行、郵便局等               |
| 国、都、区主催の研修・講座・訓練・見学等各種行事への参加<br>障がい者団体等の主催する福祉大会等への参加 | 政策提言サポーター懇談会等           |                       |

※プール等、単独での利用の年齢制限が設けられている施設については、利用者が単独で利用できる年齢に達していない場合、移動支援の対象とはならない。

[移動支援の対象として認められない外出内容]

| 事 由             | 外出先の例             |
|-----------------|-------------------|
| 経済的活動に関わる外出     | 通勤、営業活動等          |
| 通年かつ長期にわたる外出    | 通学、通所、通園、学童保育への送迎 |
| 本制度を利用することが適当では | 布教活動、選挙運動等の政治活動   |

## ※通学・学童保育への送迎

保護者が何らかの理由により付き添いが出来ない場合、移動支援の利用が認められる場合があります。

## 5 利用料金

## (1) 移動支援サービス利用者負担額

- ① 各市町村が定める移動支援費の額の1割を利用者負担額として負担していただきます（利用者負担額は、受給者証に記載された利用者負担額の上限までとし、それ以上の負担の必要はありません。）
- ② 複数の事業所で移動支援を利用される場合は、利用料管理表にて上限が超えないよう管理しますので、ご利用の際は当事業所へご相談下さい。

## (2) その他の料金

- ① 移動支援の際にかかる交通費・入場料はすべて利用者様にご負担願います
- ② 待ち合わせ場所及び終了場所が通常の事業の実施地域にある「利用者の自宅」の場合は、ヘルパーの自宅との移動にかかる交通費は含みません。

## (3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- ・サービス提供日の前日午後6時までにご連絡いただいた場合 → 無料
- ・サービス提供日の前日午後6時までにご連絡いただけなかった場合 → サービス料金全額

## (4) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月15日を目安に東京都葛飾区で金額が確定後速やかに請求しますので、27日までにお支払いください。

支払いは、事業者の指定する方法で支払いをお願いします。

## 6 サービスの利用方法

## (1) サービスの利用開始

- ① 移動支援の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者の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、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は移動支援支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 移動支援サービスの提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、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状況等を把握させていただきます。

## (2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し1週間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③ 利用者がサービス利用料金の支払いを 60 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30 日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

① 移動支援の支給期間が終了し、その後支給決定がない場合

② 利用者が亡くなった場合

## 7 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

### (1) 支給決定状況の確認

① サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量、支給内容等を確認させていただきます。

② 受給者証の記載内容に変更が生じた場合（住所の変更・支給量の変更等）は、速やかに事業所にお知らせ下さい。

※契約締結後、必要事項を受給者証に記載し、支給決定期間等の把握のため、受給者証の写しを事業所において保管させていただきます。

### (2) サービス提供の変更等

① サービス提供は、「移動支援計画」に基づいて行い、実施に関する指示は全て事業者が行います。

② サービスの変更や追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者の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行います。

③ サービス提供時に担当ヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供に当たっては、複数のヘルパーが交代してサービスを提供します。担当ヘルパーや訪問する予定のヘルパーが交代する場合、予め利用者又はその家族に説明し、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。

④ 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。

⑤ サービス実施のために必要な備品等は無償で使用させていただきます。

また、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場合があります。

## 8 緊急時の対応方法

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ご連絡します。

### 【主治医】

|       |  |
|-------|--|
| 医療機関名 |  |
| 住所    |  |
| 電話番号  |  |
| 主治医氏名 |  |

### 【ご家族等緊急連絡先】

|      |  |
|------|--|
| 氏名   |  |
| 住所   |  |
| 電話番号 |  |
| 続柄   |  |

## 9 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシーの保護のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

### 10 身体の拘束、虐待等の禁止

|              |  |
|--------------|--|
| 身体の拘束、虐待等の禁止 | <p>①事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報いたします。</p> <p>②事業所は、当該利用者又は他の利用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き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、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を記録いたします。</p> |
|--------------|--|

### 11 ハラスメントの防止

|           |   |
|-----------|---|
| ハラスメントの防止 | <p>当法人の定める「就業規則」に基づき、事業所におけるハラスメント行為を禁止します。</p> <p>ハラスメントは、「パワーハラスメント」のみならず、「セクシュアルハラスメント」「マタニティハラスメント」「出産・育児に関するハラスメント」、加えて法人事業の利用者及び家族関係者による職員への「カスタマーハラスメント」も含まれます。</p> <p>利用者及び家族関係者による「カスタマーハラスメント」の場合、サービスの提供が事業所以外の場所である事もあり、その場合は「職場」として扱います。</p> |
|-----------|---|

### 12 衛生管理

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| 衛生管理 | 事業所は、感染症の予防まん延防止するため、次の各号に掲げる措置を講じ |
|------|------------------------------------|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>るものとする。</p> <p>①訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。</p> <p>②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。</p> |
|--|--|

1.3 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

|      |                  |
|------|------------------|
| 担当者  | (管理者) 白井 深雪      |
| 電話番号 | 03 (5671) 2940   |
| 受付時間 | (月～金) 9:00～18:00 |

なお、当事業所では苦情対応について下記の取り組みを行っています。

|  |
|--|
| <p>①苦情があった際は、必ず詳細な記録を残し、関係者全員で情報を共有する。</p> <p>②苦情があった際は、必ず適切な状況把握及び事情確認、聞き取り等の必要な情報を確認し、関係者ととも、今後の対応方法を検討する。</p> <p>③対応内容に基づき、関係者へ連絡調整を行うとともに、利用者又はその家族に対処方法を含めた結果報告をする。</p> |
|--|

当事業所以外に、葛飾区障害福祉課の窓口等でも相談・苦情を受け付けています。

|      |                  |
|------|------------------|
| 担当部署 | 葛飾区福祉部障害者福祉課     |
| 電話番号 | 03 (5654) 8262   |
| 受付時間 | (月～金) 8:30～17:15 |

移動支援サービス利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

**【事 業 者】**

(所在地) 東京都葛飾区立石 5-22-7 太陽ビル 1階

(名 称) 特定非営利活動法人シティウイング

(代表者) 理事長 日向野 真由美 印

**【サービス提供事業所】**

(所在地) 東京都葛飾区立石 5-22-7 太陽ビル 1階

(名 称) ソレイユケアサービス

(管理者兼説明者) 白井 深雪 印

以上の内容に間違いなく、署名いたします。

令和 年 月 日

特定非営利活動法人 シティウイング 殿

氏 名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)