

障がい福祉サービス(移動支援)重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して、地域生活支援事業サービスの契約において、事業者・事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

1. 事業者の概要

事業者(法人)の名称

事業者(法人)の名称	合同会社 あい
主たる事業所の所在地	〒812-0053 福岡市東区箱崎3丁目21-4-102
代表者	代表社員 上谷浩昭
設立年月日	令和3年11月22日
事業所の名称	あい障がい福祉サービス
連絡先	TEL:092-643-5577 FAX:092-643-5578
指定年月日	移動支援 : 令和4年11月1日
事業所番号	4060202100
管理者の氏名	上谷 浩昭
事業の実施地域	福岡市(離島を除く)

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 指定障がい福祉サービス事業所

(2) 事業所の運営方針

- 一、保健・医療・福祉との連携を大切にし、地域の皆様への介護サービスに貢献します。
- 一、常に知識と技術の向上に努め真心を持って利用者様本位の質の高いサービスを提供致します。

(3) 事業の目的

事業者は、障害者自立支援法等の障がい福祉サービス関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営む事が出来るよう適切な地域生活支援事業(移動支援)サービスを提供する事を目的とします。

(4) 営業日及び営業時間

事務所 営業日時 8:00 ~ 18:00 但し、1月1日を除く

サービス提供日時 8:00 ~ 18:00 但し、1月1日を除く

(5) 当事業所が提供するサービス

サービスの提供にあたっては、地域生活支援事業受給者証の決定の内容に沿って「移動支援計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。サービスの主たる対象者：身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児

3. 事業所の職員体制と担当者

管理者	・サ責	提供責任者	1名	2名(常勤 2名・非常勤 名)
		介護福祉士	2名	2名(常勤 1名・非常勤 1名)
		実務者研修終了者		5名(常勤 5名・非常勤 2名)
		初任者研修	3名	2名(常勤 0名・非常勤 3名)
		看護師	2名	2名

職務内容

管理者・・・従業者の管理及び地域生活支援事業サービスの利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。又、従業者に運営に関する基準を遵守させる為に必要な指揮命令を行います。

サービス提供責任者・・・サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえてサービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した移動支援計画書を作成し、実施・記録します。地域生活支援事業サービスの利用者の申し込みに係る調整、サービス従業者に対する技術指導などサービス内容の管理を行います。

介護職員・・・地域生活支援事業サービスの実施及び記録を行います。必要に応じて利用者の心身の状況等についてサービス提供責任者に報告を行います。

従業者の勤務体制 適宜交代制

訪問介護員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも提示を求めることができます。

4. 担当事業所が提供する移動支援サービス内容について

サービスの種別	サービスの内容
移動支援	社会生活上外出が必要不可欠な外出 余暇活動等社会参加促進のための外出をする場合

※介護員の禁止行為

介護員は、契約者に対するサービスの提供にあたって、次の各号に該当する行為は行えません。

①医療行為

②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④利用者の同居家族に対するサービスの提供

⑤社会生活の範囲を超えた外出（ギャンブル場所など）

⑥外出先での飲酒、喫煙

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利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

5. 利用者負担額

（1）サービスに対する利用者負担額は障害者自立支援法等の関係省令に基づくものとし、「地域生活支援事業受給者証」に記載された所得区分ごとの月額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。

サービス類型		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	以後30分
移動支援	身体介護を伴う	¥263	¥417	¥605	¥86
	身体介護を伴わない	¥109	¥204	¥286	¥73

* 障害者自立支援法に基づく障がい福祉サービス及び地域生活支援事業（移動支援）に係わる利用者負担額の合計が利用者負担上限月額を越えた場合は、利用者負担額の請求金額は上限月額まで減額されます。

①今回のサービスに対する利用者負担額（1割負担）の目安です。

サービス内容	時間／1回	1回分の負担額	回数／月	1ヶ月の負担額
移動支援				3,000

今回のサービスに対する利用者負担額は、月 約 3,000 円となります。

但し、今後、サービス内容（プラン）が変更した場合はこの限りではありません。

* サービス提供を行う手順書などにより、市町村が2人体制を認めた場合は、利用者の同意のもと介護員2人を派遣しますが、その場合の利用者負担額は2人分となります。

②交通費（全額自己負担）

サービスにおいて発生しました訪問介護員の交通費につきましては、利用者様にご負担いただきます。また、事業所が設定していますサービス提供地域以外に該当する場合においても、交通費をご負担いただくことになります。

③変更・キャンセル料

利用者の方の都合でサービスを中止・変更（日・時）する場合は、サービス開始予定時間の2時間前までにご連絡下さい。2時間前までにキャンセル及び変更のご連絡がなかった場合は800円の変更・キャンセル料を請求させていただきます。

但し、緊急な入院等のやむ得ない場合は事業所等の判断でいただかない場合も有ります。

④支給決定を受けた以外のサービス利用に係る費用（全額自己負担）

地域生活支援事業の支給決定を受けた内容以外のサービスの利用に係る費用は、利用者の方がご負担いただくことになります。

(2) 利用者負担金のお支払方法は、国民健康保険団体連合会にて利用者の負担額が確定(ご利用月の2ヶ月後)した後での請求になります。確定した月の翌月15日までに請求書を発行しますので末日までにお支払いください(お支払方法につきましては ゆうちょ銀行引落とし・郵便振込・集金等ご相談下さい)。

(3) 事業者は利用者から負担額の支払いを受けた場合は、利用者又はご家族の方へ領収書を交付します。

6. 緊急時の対応

利用者に緊急の事態が発生した場合、主治医等に連絡するとともに必要な対応を行います。その際予め指定する連絡先にも連絡します。

医療機関等	病院名	
	主治医	
	連絡先	() —
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	() —

7. 事故発生時の対応

ご家族や関連機関への報告・対応を迅速に行います。

サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には当社加入保険によりその損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りでは有りません。(契約書第13条)

8. サービス提供のキャンセルおよび変更について

- (1) 利用者の方の都合でサービス利用の中止（キャンセル）変更をする際には、サービス開始予定時間の2時間前までに、次の連絡先（又は担当のサービス提供責任者）までご連絡ください。

連絡先（電話）： 092-643-5577

連絡先（ファックス）： 092-643-5578

- (2) サービス開始予定時間の2時間前までにキャンセル及び変更のご連絡がなかった場合は800円の変更・キャンセル料を請求させていただきます。

但し、緊急な入院等のやむ得ない場合は事業所等の判断でいただかない場合も有ります。

9. 苦情・担当介護員の変更・相談窓口

サービス提供への苦情、担当介護員の変更を希望につきましては、下記のサービス提供責任者が相談窓口となり対応しますのでご連絡下さい。

連絡先 サービス提供責任者（ 上谷浩昭 ）
電話番号 092-643-5577

※ 担当介護員の変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に副えない場合もありますことを予めご了承ください。

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止に関する責任者を選定しています。また、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

虐待防止に関する責任者（管理者： 上谷 浩昭 ）

11. その他運営に関する重要事項

- (1) 受給者証支給決定内容等の確認

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・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) サービスの変更・追加等

サービス予定日時の変更・追加は、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など必要な調整をいたします。

(3) 担当ヘルパーの決定等

担当のヘルパーを決定します。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、ご遠慮なく相談ください。

(4) 次のようなサービスは地域生活支援事業（移動支援）サービスとして該当しませんのでご了承下さい。

① 同居家族に対するサービス

…同居されている家族等のための買物等のサービス

② 社会生活の範囲を超えた外出

…パチンコ店、競艇場、競馬場、オートレース場、競輪場、その他ギャンブル関係の場所など

③ 医療行為

…服薬、塗布、座薬挿入、ストマ、吸引等のうち医療行為に該当するもの

④ その他

…犬の散歩、金銭関係（預貯金通帳、証書、書類）のお預かり及び銀行、金融機関などの取引・取扱

サービスの契約に当たり上記の契約、重要事項説明における確認の説明いたしました。

令和 年 月 日 説明者 上谷 浩昭

1 2. 個人情報保護規定

1. 目的

この規定は、地域生活支援事業サービス提供体制における、個人情報保護の体制を確立し、個人情報の保護と活用の両立を目的とする。

2. 適用

この規定は、当事業所の全職員に適用する。

3. 個人情報保護体制

事業所に 1 名の個人情報保護責任者を選任する。個人情報保護責任者は、当事業所全体の個人情報保護活動にあたりるとともに、個人情報保護の推進活動を行う。

4. 利用目的

- (1) 当事業者が収集し利用する個人情報の利用は地域生活支援事業サービスの提供に伴うものとする。
- (2) 当事業者の個人情報の利用目的を変更する場合には、事前に個人情報の本人から書面による承諾を得なければならない。
- (3) 利用目的の公表については、各事業所に掲示するものとする。
- (4) 事業所は利用目的について問い合わせを受けた場合、個人情報保護責任者に問い合わせを転送する。

5. 収集規則

- (1) 個人情報の収集は、4. (1) の利用の為にのみ可能であり、これ以外の目的の為に情報を収集してはならない。ただし、これ以外の目的について本人に説明し、個別に本人の同意を得た場合はこの限りではない。
- (2) 書面により個人情報を収集する際は、記入に先立ち当該個人情報の利用目的を書面により示し、個人情報の収集についての同意の書面を取得するものとする。

6. 保有規則

- (1) 職員が個人情報を保管する媒体を取り扱う際には、個人情報の漏洩に留意し、慎重に取り扱い、保管場所については安全性の保たれた場所に保管するものとする。
- (2) 保管にあたっては保管期間を定め、期限を越した個人情報は速やかかつ漏洩しない様慎重に消去破棄する。

7. 利用規約

- (1) 法令で定める他 4 (1) で定めた目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。4 (1) 以外の利用目的で個人情報を取り扱う場合には、事前に書面にて本人等の承諾を待たなければならない。
- (2) 当事業所において事業部門や事業所を超えて個人情報の伝達を行う場合は、個人情報の漏洩が発生しないよう慎重に取り扱う事。
- (3) 個人情報は法令を定める場合のほか、個人データを第三者に提供してはならない。もし第三者に提供する必要がある場合は、本人に書面での同意を得た上で提供する事。
- (4) 個人情報は当事業所内部及び、医療連携に関わる医療機関及び、その他事業所その下に関係しているサービス担当者会議において共同利用ができるものとする。

8. 開示等規則

- (1) 開示等請求権は当該事業所とし、その住所、電話番号、FAX 番号は末尾に記入された場所、番号とする。なお、開示請求の受付時間は平日午前9時～午後5時までとする。
- (2) 開示等請求は書面によって、直接窓口を提供するか、もしくは郵送によるものとする。
- (3) 開示請求可能な者は、本人または法定代理人もしくは任意代理人が出来るものとする。ただし任意代理人については、本人からの委任状を確認すると共に、必要に応じて本人に直接または電話にて、その意思を確認するものとする。

- (4) 開示請求する者は、本人確認書類を提示し本人であることの確認を受けなければならない。また代理人についても、代理人の本人確認書類を提出しなければならない。同時に法定代理人にあたっては、成年後見登記証明書を任意代理人については委任状を提出しなければならない。
- (5) 郵送による開示請求は本人確認用の書類の写しを添付しなければならない。ただし、8の⑥の(3)および(4)については、原本を提出するものとする。
- (6) 本人確認書は下記の(1)または(2)から選択しなければならない。ただし開示請求者が(1)、(2)両方とも所有していない場合は(3)～(9)のいずれかの中より選択して提出することができるものとする。
 - (1)運転免許証(2)パスポート(3)印鑑証明書(発行3ヶ月以内のもの)
 - (4)戸籍抄本(発行3ヶ月以内のもの)(5)健康保険証(6)年金手帳
 - (7)障害者手帳(8)その他(政府関係機関が発行する写真付き証明書)
- (7) 開示にかかる手数料は実費とし、次の通りとする。
 - (1)ケアプラン 1050円(2)計画書 1050円(3)その他の記録は1枚につき210円とし、コピー代は別途1枚10円とする。
- (8) 開示請求の開示データは窓口で本人に直接渡すか、もしくは「本人限定郵便局」にて郵送する。
- (9) 事業所および個人情報保護責任者は開示項目が個人情報保護法第25条12項ならびに「医療・介護事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」の開示の例外に当たると判断した場合や個人データが存在しない場合、所定の手数料を支払わない場合に開示を拒否することができる。

9. 教育訓練規則

事業所は個人情報の保護と活用を両立とさせるために職員に対し、継続的に教育、研修を実施する。

10. 苦情処理規則

- ① 個人情報保護管理者は個人情報管理にかかわる苦情相談窓口となり苦情の処理にあたる。
- ② 苦情窓口は当該事業所とし、その住所、電話番号、FAX番号は末尾に記入された場所、番号とする。

11. 緊急対応規則

個人情報保護管理者は個人情報管理にかかわる苦情相談窓口となり苦情の処理にあたる。当事業所は、ご利用者の個人情報保護についての理解と認識を深め全職員が一丸となり対策に取り組んでいます。当事業所はご利用者及びご家族など関係者の個人情報につきまして下記の目的に利用しその取り扱いには細心の注意を払います。

○サービスの提供

- ・当事業所がご利用者に提供する相談・調整サービス
- ・当事業所が移動支援サービスを提供する為の訪問調査・計画書・契約・実際のサービス提供記録・内部連絡
- ・他のサービス事業者・施設等との連携（サービス担当者会議）
- ・地域生活支援事業サービスの提供について、ご利用者の御家族への説明

○介護給付事務

- ・介護給付等請求収納に関する事務及びその委託
- ・審査支払い機関へのレセプトの提出
- ・審査支払い機関または保険者からの照会への回答

○当事業所の管理運營業務

- ・利用開始・終了などの管理
- ・利用料の請求収納業務
- ・苦情・事故などの報告
- ・ご利用者本人へのサービスの向上
- ・サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料

○損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等

○外部監査機関への情報提供

○個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が地域生活支援事業サービスを提供する為に最低限度必要なご利用者やご家族の個人に関する情報。

○当職員に対しての厳守事項

- ・あい障がい福祉サービスの社員としての自覚を持って常にご利用者の立場に立ち、満足いただけるサービスの提供を行う。
- ・勤務上知り得た情報は第三者に漏らさないこと、又会社外部への関係資料の持ち出しを禁じます。※退職時、退職後の個人利用も是に準じます。
- ・業務中に発生した事故・苦情等は、内容の如何に拘わらず全て所定の様式にて報告する。
- ・項目について厳守出来ない場合又、改善が認められていない時は、あい障がい福祉サービスの社員として適切ではないと判断し雇用契約を破棄致します。

○当職員に対しての守秘事項誓約書

- ・私は貴社において職務上知り得た下記のすべての事項について、貴社の許可なくいかなる方法をもってしても、開示、漏洩、使用、または機密情報の不正使用をしないことをここに誓約いたします。

- ① 貴社および貴社の利用者の情報
- ② 貴社の業務上構築した機密情報
- ③ その他貴社にかかわるすべての事項

・貴社を退職した後においても、第三者に対していかなる方法をもって、開示、漏洩、もしくは使用しないことを約束致します。これに反して情報の開示、漏洩もしくは使用したときは、法的な責任を負担することを確認し、これにより貴社が被った一切の損害を賠償することを誓約いたします。

<付記>

1. 上記のうち、個人情報の提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨申し出てください。
2. 申し出が無いものについては、同意を得られたものとして取り扱わせていただきます。
3. 同意及び保留につきましては、その後申し出により、いつでも変更等をする事ができます。
4. 不要となった情報等は復元不可能な形にして破棄します。

<その他>

個人情報に関するお問合せは、当事業所まで申し出て下さい。

上記の通り個人情報保護規定についての説明を受け同意いたします。

(利用者)

氏名

印

住所

(御家族)

氏名

印

上記のとおり、契約が成立したことを証するため、この契約書及び重要事項説明書を
2通作成し、利用者及び事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

上記のとおり、地域生活支援事業サービスの契約を締結します。

サービスの契約にあたり重要事項説明、個人情報保護規定、損害賠償、利用料金の
説明を受けました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

サービスの提供にあたり、御利用者が自らの意思を表明することが困難な状況で
あるため、または、御利用者が自らの意思を表明することが困難な状況になられた
場合に、当事業者からサービスに関する判断をお願いする際、ご利用者様に代わり
に判断を行っていただける方をお申し出願います。

(注) 代理人とは、ご利用者に代わって契約の締結ができる人であり、あくまでもご利用者
の代理として、法的行為を行う地位にある人で、法的義務を負うものではありません。

(例えば、料金支払い義務はご利用者にあり代理人に生じるものではありません。)

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

注) 「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認する方がいる場合に
記載してください。

(立会人) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

(事業所) 所在地 福岡市箱崎3丁目21-4-102

事業所名 あい障がい福祉サービス 印

管理者名 上谷浩昭

【契約書付属】

契約変更合意書

【第 回変更】

本件契約の内容を次のとおり変更しました

変更の内容：

令和 年 月 日
(利用者) 氏名 _____ (印)

(代理人・立会人)
氏名 _____ (印)

(事業者) 事業者名 _____
代表者名 _____ (印)

【第 回変更】

本件契約の内容を次のとおり変更しました

変更の内容：

令和 年 月 日
(利用者) 氏名 _____ (印)

(代理人・立会人)
氏名 _____ (印)

(事業者) 事業者名 _____
代表者名 _____ (印)