

指定同行援護 重要事項説明書

令和6年 9月 1日 現在

この重要事項説明書は、指定同行援護の契約にあたって、利用者やその家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。ご同意頂いたのち、契約書の取り交わしを致します。

1 サービス提供責任者

様の担当は 南部ヘルパーステーション 電話 047-358-0229

2 当事業所の概要

事業所名	市川市福祉公社 南部ヘルパーステーション
所在地	市川市相之川2-6-8 フォンティーヌ武番館101号室
指定事業所番号	千葉県指定 第1212701286号
開設年月日	平成27年6月1日
連絡先	TEL 047-358-0229 FAX 047-307-2510
緊急時の連絡先	TEL 047-322-7522
営業日・営業時間	月～金 午前8:30～午後5:30 ※土・日・祝日及び年末年始(12/29～1/3)は休業
事業所が行っている 他の業務	指定訪問介護 指定介護予防訪問型サービス・指定居宅介護
通常の実施地域	市川市全域
運営の方針	<ul style="list-style-type: none">○ 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の定めにより利用者の心身の状況を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、行動する際に生じ得る危険を回避するための援護、外出時における移動中の介護、排せつ・食事の介護その他の当該利用者が行動する際に必要な援助を行います。○ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者等の立場に立ったサービスの提供に努めます。○ サービスの提供にあたっては、市地域の保健医療福祉サービス事業者等との連携を図り、総合的・効果的なサービスの提供に努めます。

3 当事業所の職員体制

	資 格	常勤	非常勤	計
サービス従事者	管理者	1 名	—	1 名
	同行援護従業者養成研修 (応用課程)	2 名	0 名	2 名
	同行援護従業者養成研修 (一般課程)	1 名	11 名	12 名
	計	4 名	11 名	15 名

4 サービス内容

サービス等利用計画および同行援護計画に基づき、ご利用いただけます。

視覚障害を有する身体障害者児、難病対象者に対し、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）や移動の援護、排泄・食事等の介護、その他外出する際に必要となる援助 など

同行援護の対象は、外出支援のみとなっています。居宅内における家事や介護などの支援を必要とする場合は、別に居宅介護のサービスを利用することになります。

5 具体的な利用料等は、次のとおりです

(1) サービスの利用料金について

利用料は、サービスの内容・利用する時間帯・利用する時間の長さによって異なります。

下表のサービス単位数により、1ヶ月のサービス単位数の合計に該当する加算項目を乗じ、さらに市川市の地域区分単価10.6円を乗じた額の1割が、利用料の目安です。利用者の負担額は、受給者証の記載内容に基づき、市町村が決定する額（利用者負担額）をお支払いいただきます。

区 分	サ ー ビ ス 単 位 数						
	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満	1時間30分 以上2時間 未満	2時間以上 2時間30分 未満	2時間30分 以上3時間 未満	3時間以上
同行援護	191 単位	302 単位	436 単位	501 単位	566 単位	632 単位	697 単位に 30分増す ごとに +66 単位

※ 記載の時間以上の加算につきましては、国が定める基準額に準拠します。

※ 状況により1人の訪問介護員等によるサービスの実施及び訪問が困難と事業所及び保険者等で認められるときは、2人でのサービスの実施及び訪問を行う場合があります

ます。同意頂けない場合は、サービスの実施及び訪問ができない場合もあります。
 なお、同意を得て2人でサービスを実施した時は、2人分の料金となります。(実費負担が発生する場合があります。)

※ 障害支援区分3の該当者は利用料が20%割増、障害支援区分4以上の該当者は利用料が40%割増となります。

〔加算項目〕

① 昼間（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯でサービスを行うときは、次の割合で利用料が割増になります。

提供時間帯	早 朝	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前6時から午前8時	午後6時から午後10時	午後10時から翌朝午前6時
加算割合	25%	25%	50%

② 事業所のとっている体制または対応内容により、下表のとおり料金が加算されます。

種 類	単 価	説 明
特定事業所 加算Ⅱ	所定単位数の 10.0%	人材要件、体制要件を満たす事業所として加算される
初回加算	200単位 (一月につき)	初回時及び過去2ヶ月にサービスの提供を受けていない場合に、サービス提供責任者が同行若しくはサービスの提供を行った際に加算されます。
利用者負担上限 額管理加算	150単位 (一月につき)	利用者のご利用料の上限額管理事務を行った場合に、利用者負担上限額管理加算として加算されます。 (月1回限度)
福祉・介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 41.7%	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(2) 交通費

利用者の自宅への交通費 → 無料
 買い物、通院介助などに要する交通機関の運賃等 → 利用者の実費負担

(3) 水道・電気・ガス代

利用者の自宅で、サービス実施のために水道・電気・ガスを利用した代金
 → 利用者の実費負担

(4) 電話代

利用者の自宅で、サービス実施のために電話を利用した代金
 → 利用者の実費負担

(5) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止するときは、事前にご連絡ください。訪問予定前日の午後5時以降の連絡になりますと、下記のキャンセル料をいただきます。

ただし、急な入院、緊急搬送等の場合には、キャンセル料をいただきません。

前日の午後5時までにご連絡いただいた場合は	無 料
前日の午後5時までにご連絡がなかった場合は	派遣予定時間が1時間未満 550円(税込)
	派遣予定時間が1時間以上 1,100円(税込)

(6) 支払方法

サービスを利用すると、翌月20日頃までに前月分の利用料の請求書をお送りいたしますので、その月の末日までにお支払いください。

支払方法は、銀行自動引落・銀行振込の中からお選びください。

お支払いを確認しましたら、領収書を発行いたします。

通帳の印字：「MBS コウシャカイゴ」

6 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の病状の急変等があったときには、事前の打ち合わせにより、緊急連絡先、主治医、救急隊等へ速やかに連絡をいたします。また、サービス提供中に事故が発生した場合は、保険者へ報告します。

主治医	病院名		電話番号	
	住 所			
緊急連絡先① ()	氏 名		電話番号	
	住 所			
緊急連絡先② ()	氏 名		電話番号	
	住 所			

7 損害賠償

当事業所は、損害賠償保険に加入しています。

当事業所が利用者に対して賠償すべきことが起こったときは、契約書本文第13条、に基づき賠償をいたします。

8 秘密保持について

- (1) 当事業所は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、個人情報保護に関する法律の規定によるもののほか、第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。
- (2) サービス担当者会議などで利用者やその家族の情報を利用するには、利用者またはその家族の同意が必要となりますので、別に作成する同意書（「同行援護利用契約における個人情報使用同意書」）に署名をいただくこととなります。
- (3) 当事業所が管理する情報については、利用者の申請に基づきその内容を開示します。開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。

9 虐待防止について

- (1) 当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講じます。
 - ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
 - ② 虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の設置、開催をします。
 - ③ 成年後見制度の利用を支援します。
 - ④ 苦情解決体制を整備しています。
 - ⑤ 職員に対し虐待の防止を普及・啓発するための研修を実施します。
 - ⑥ 虐待と思われる利用者等を発見した場合は速やかに保険者等に通報します

虐待防止に関する責任者 細野 航平

- (2) 当事業所は利用者の生命または身体を保護するため緊急やむをえないときを除いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

10 ハラスメントについて

当事業所は、職員の人権擁護等のため、ハラスメントと受け取れる行為を利用者やその家族等が行った場合は、次の措置を講じます。

- (1) 速やかに保険者及び関係機関へ相談・報告します。
- (2) 担当者の変更を行います。
- (3) サービスの中止または、契約を解約する場合があります。

11 衛生管理等について

衛生管理について、次の措置を講じます。

- (1) 訪問介護員等の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症予防及びまん延防止のため次の措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
 - ② 事業所における感染症予防及びまん延防止のため指針を整備します。
 - ③ 職員に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1.2 事業継続計画策定について

- (1) 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための事業継続計画を策定し、当該計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

1.3 こんなときはこちらまで（問合せ等連絡先）

- ① 担当者と連絡をとりたいとき

047-358-0229

- ② サービスの利用を中止したいとき

047-358-0229

- ③ 営業時間外で連絡したいとき

047-322-7522

- ④ サービスの提供に関して苦情や相談があるとき

（当事業所の苦情相談窓口）

047-358-0229

苦情受付担当者 細野 航平

苦情解決責任者 金子 明

第三者委員 疋田 憲雄

坂巻 幸夫

（市川市の苦情・相談窓口）

障がい者支援課

047-334-1111（代表）

（公共団体の窓口）

千葉県運営適正化委員会

043-246-0294

1.4 サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	未実施
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

15 連携について

当事業所は、サービスの提供にあたり、相談支援専門員、主治医（かかりつけ医）関係機関と次のとおり緊密な連携を図り、よりよいサービスを提供いたします。

- (1) 利用者の身体や生活に係る情報共有等
- (2) 利用者がサービス等利用計画の変更を希望されるとき

16 契約の終了

利用者が身体障害者療護施設に入所（入院）したときや自立（非該当）と認定されたときなどは、契約は自動的に終了します。

17 契約の解約

利用者は、当事業所が正当な理由なくサービスを提供しないときなどには、文書で通知を行い、ただちに契約を解約することができます。

当事業所が事業を休廃止するときや、ハラスメントと受け取れる行為があったとき、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になったときに、契約を解約する場合があります。（1ヶ月前に文書でお知らせいたします。但し、触法行為等により状況によっては、直ちに解約の場合もあります。）

18 市町村の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。

19 その他ご利用にあたっての注意事項

- (1) 同行援護サービスの実施ごとに、時間・サービス内容等をご確認いただきます。
- (2) 訪問介護員（ホームヘルパー）との連絡は全てサービス提供責任者を通して行います。
- (3) 訪問介護員（ホームヘルパー）の個人情報（住所・電話等）をお教えすることはできませんのでご了承ください。
- (4) 利用者は同行援護計画書で定められたサービス以外の業務を訪問介護員に依頼することはできませんので、必要の際はあらかじめサービス提供責任者へご相談ください。サービス内容の変更が生じた場合はそれに応じた利用料の請求となります。
- (5) 訪問介護員（ホームヘルパー）の交替を希望する場合には、理由を明らかにしてサービス提供責任者へお申し出ください。ただし、利用者やその家族からの特定の訪問介護員（ホームヘルパー）の指名はできません。
- (6) 当事業所の都合により、訪問介護員（ホームヘルパー）を交替することがあります。訪問介護員（ホームヘルパー）を交替する場合は利用者や家族の方に対して事

前にご連絡いたします。

- (7) 訪問介護員（ホームヘルパー）に金銭、品物等を贈ることは固くお断りいたしません。
- (8) 訪問介護員（ホームヘルパー）が訪問した時に、利用者不在の場合はサービスの提供はできません。
- (9) 訪問介護員（ホームヘルパー）は、利用者または家族の預貯金、証書、書類、鍵などの預かりはできません。
- (10) 訪問介護員（ホームヘルパー）が訪問中の喫煙、飲酒はお控えください。
- (11) 訪問介護員（ホームヘルパー）の写真や動画撮影、録音等はお控えください。またそれを無断で SNS 等に掲載はできません。
- (12) 次の場合は、やむを得ずサービスの提供内容、時間、中止等について、ご相談させていただきます。
 - ① 大雨、強風、積雪等の悪天候
 - ② 地震、冠水、河川の氾濫等の自然災害
 - ③ 利用者及び家族や事業所職員が感染症等に罹患した場合

サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(説明年月日)

令和 年 月 日

(説明者氏名)

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

(利用者住所)

(利用者氏名)

(代理人氏名)

(署名代筆者氏名)
