

# 美濃加茂市社会福祉協議会

## 「指定障害者居宅介護サービス 行動援護」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、事業所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自立支援法に基づく障がい福祉サービス（行動援護）を提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

### 1. 事業者

名 称	社会福祉法人 美濃加茂市社会福祉協議会
所 在 地	美濃加茂市新池町三丁目4番1号
電 話 番 号	(0574) 28-6111
代表者氏名	会 長 海老 和允
設 立 年 月	昭和50年10月

### 2. 事業所の概要

事業所の種類	指定行動援護事業所 平成18年10月1日 指定 岐阜県211100073号
事業の目的	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう行動援護サービスを適切に提供する。
事業所の名称	美濃加茂市社会福祉協議会
事業所の所在地	美濃加茂市深田町三丁目5番8号
電話番号	(0574) 23-0711
管理者氏名	山田 明子
事業所の運営方針について	自立支援給付日の支援決定を受けた障がい者（児）に対し、適切な行動援護サービスを提供する。
開設年月	平成18年4月1日
事業所が行なっている他の業務	指定居宅介護・指定重度訪問介護／指定訪問介護（介護保険）

### 3. 事業実施地域 美濃加茂市の区域

### 4. 営業時間

営業日	月曜日～日曜日（年末年始を除く）
受付時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間帯	午前7時30分～午後8時

### 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. 管理者	1名			1名	業務管理
2. サービス提供責任者	3名			2名	サービス提供に関する調整等
3. 居宅介護従事者 (ホームヘルパー)	1名	16名	8名	2.5名	居宅介護等サービスの提供
(1) 介護福祉士	5名	8名			
(2) 訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級) 課程修了者	—	—			
(3) 訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級) 課程修了者	—	8名			

当事業所では、利用者に対して居宅介護等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。

### 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

#### (1) 「行動援護計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、次のサービス内容から行動援護計画を定めて、サービスを提供します。「行動援護計画」は、市町村が決定した「支給量」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。「行動援護計画」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、写しを利用者に交付します。また、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＞

##### ①行動援護＜ホームヘルプサービス＞

###### 1) 行動援護

知的障がいや精神障がいにより行動が困難で常に介護が必要な方に、行動するときの危険を回避する援助や外出時の移動の支援を行います。

2) その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況を伺い、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、通常9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護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（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

**<利用者負担額の上限等について>**

- 介護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。
- 利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

**<償還払い>**

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護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介護給付費が支給されます。）

**(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、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- 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か月ごとにお支払いいただきます。）

**<サービス利用料金>**

下記の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます。

**1. 基本単位**

○行動援護

1単位10,18円

利用時間	単 価	利用時間	単 価
30分未満	288単位	4時間以上 4.5時間未満	1,479単位
30分以上 1時間未満	437単位	4.5時間以上 5時間未満	1,623単位
1時間以上 1.5時間未満	619単位	5時間以上 5.5時間未満	1,764単位
1.5時間以上 2時間未満	762単位	5.5時間以上 6時間未満	1,904単位
2時間以上 2.5時間未満	905単位	6時間以上 6.5時間未満	2,046単位
2.5時間以上 3時間未満	1,047単位	6.5時間以上 7時間未満	2,192単位

3 時間以上 3.5 時間未満	1, 191 単位	7 時間以上 7.5 時間未満	2, 340 単位
3.5 時間以上 4 時間未満	1, 334 単位	7.5 時間以上	2, 485 単位

#### 【加算】

- ・ 緊急時訪問加算 … 100 単位
- ・ 初回訪問加算 … 200 単位
- ・ 利用者負担上限額管理加算 … 150 単位
- ・ 介護職員処遇改善加算 … 加算率 23.9% (R6.4~R6.5)
- ・ 介護職員等処遇改善加算 … 加算率 26.7% (R6.6~R7.3)
- ・ 特定事業所加算 (Ⅱ) … 加算率 10%

#### (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)

利用者負担額及び実費負担額、通常実施地域以外の交通費の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求します。お支払いは、翌月 27 日に指定の金融機関から引き落としさせていただきます。(金融機関からの引き落としを希望されない方は、請求書により指定口座にお振り込みいただくか、事業所へご持参ください。)

※通常実施地域以外の交通費の料金・費用については、次のとおりです。

- ① 事業所から片道おおむね 5 キロメートル以内 100 円 (自動車を使用した場合)。
- ② 事業所から片道おおむね 5 キロメートルを超える部分について、5 キロメートル又はその端数ごとに 100 円 (自動車を使用した場合)。
- ③ 公共交通機関を利用した場合には実費を負担。

#### (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、行動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。
- 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、利用当日の利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用日の前日の 17 時 15 分までに申し出があった場合	無料
利用日の前日の 17 時 15 分までに申し出がなかった場合	一律に 800 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遠慮なくご相談ください。

### (2) サービス提供について

☆ サービスは、「行動援護計画」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きます。）

### (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行動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、サービス内容を変更します。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」の記載内容に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。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 医療行為</li><li>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</li><li>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</li><li>④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供</li><li>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。）</li><li>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）</li><li>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</li></ol> |
|--|

## 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、行動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、関係法令及び美濃加茂市社会福祉協議会個人情報保護に関する要綱に基づいて、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. 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

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。

- 受 付 窓 口 美濃加茂市深田町三丁目5番8号  
美濃加茂市社会福祉協議会
- 苦情受付担当者 訪問介護係長 山田 明子
- 苦情解決責任者 センター長 太田 恵子
- 受 付 時 間 午前8時30分～午後5時15分 (土・日・祝日を除く)  
電話番号 (0574) 23-0711

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

美濃加茂市障がい者 虐待防止センター	所在地 美濃加茂市太田町3431-1 美濃加茂市役所 西館1階 電話番号 (0574) 25-2111・内線325 ファックス (0574) 24-0290
岐阜県障害者権利擁護センター	所在地 岐阜市茜部大野二丁目219番地 電話番号 (058) 215-0618 ファックス (058) 215-0169
岐阜県運営適正化委員会	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 電話番号 (058) 278-5136 ファックス (058) 278-5137

## 10. 秘密の保持

- ①事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報について、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- ②あらかじめ別に定める文書により利用者の同意を得た場合は前項の規定にかかわらず、利用目的の範囲内で個人情報を取得、使用及び第三者に提供できるものとします。

## 11. 緊急時、及び事故発生時の対応

サービス提供中に、利用者の容態に急変が生じた場合は、主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるほか、ご家族等へ速やかにご連絡いたします。

**【事業所連絡先】**

対応連絡先	(0574) 23-0711
対応日	月曜日～日曜日
対応時間	午前7時30分～午後8時

**【主治医】**

医療機関名	
所在地	
電話番号	
主治医氏名	

**【緊急連絡先】**

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

**1 2. 虐待の防止のための措置**

本事業所では、利用者にたいする虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

**(1) 虐待の防止に関する責任者の選定**

**【虐待防止責任者】** 管理者 山田 明子

**(2) 成年後見制度の利用支援****(3) 苦情解決体制の整備****(4) 従業者にたいする虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施**

令和 年 月 日

行動援護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地 美濃加茂市新池町三丁目4番1号  
事業者名 美濃加茂市社会福祉協議会  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

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、行動援護サービスの提供開始に同意しました。

私は、行動援護サービスを受けるにあたり、利用する居宅介護サービス事業者及び保険者等に対して、自己に対する居宅介護サービス提供に必要な個人情報を用いること、また、緊急時・災害時において生命、身体の保護の為、利用者の安否確認情報と活動サービス内容を行政に提供されることに同意いたしました。

利用者 住所 美濃加茂市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人又は立会人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

この重要事項説明書は、厚生労働省令第171号（平成18年9月29日）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。