

同行援護サービス重要事項説明書

1 事業者の概要

| | |
|-------|----------------|
| 名称 | (有) オークスプランニング |
| 法人種別 | 営利法人 |
| 法人所在地 | 福生市福生2348-6 |
| 電話番号 | 042-539-4180 |
| 代表者氏名 | 橋爪賢治 |

2 事業所の概要

| | |
|-------------|--|
| 事業所の名称 | オークスヘルパーステーション |
| 事業所の所在地 | 福生市福生2348-6 |
| 事業所の電話番号 | 042-539-4180 |
| サービス提供地域 | 福生市・羽村市・昭島市・青梅市・あきる野市・瑞穂町 |
| サービス提供曜日・時間 | 月曜～土曜日 9:00～18:00 |
| 事業所番号 | 1314100072 (平成23年10月1日指定) |
| 運営方針 | 事業所の同行援護従業者は、視覚障害者（児）の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、その人の外出援助を行う。又その実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |
| 自己評価の実施状況 | 個別に実施 |
| 第三者評価の実施状況 | なし |
| 職員への研修の実施状況 | 新人研修月1回 全体研修1ヶ月に1回 |

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) |
|-----------|-------|------------|----------------|
| 管理者 | 1 | | 1 |
| サービス提供責任者 | 1 | | 1 |
| ヘルパー | | | 7 |
| 事務員 | 1 | | 1 |

4 同行援護について

(1) 対象者

- 障害者・障害児（重度の視覚障害者）
 - ・同行援護アセスメント票の基準を満たす者とする。

(2) 支援の範囲

- 外出時における
 - ・移動に必要な情報の提供
 - ・移動の援護、排せつ及び食事等の介護
 - ・その他外出時に必要な援助をします。

(3) 移動の目的

- 社会生活上必要不可欠な外出、社会参加のための外出とする。
※「通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び、社会通念上適当でない外出」を除く。

(4) 定期的な利用については下記の通りとする。また、不定期に利用するサービスについては、事業者と利用者の調整によりサービスを提供することとする。

| | |
|--------|--|
| 利用曜日 | |
| 時間帯 | |
| サービス内容 | |
| 備考 | |

5 ヘルパーの禁止行為

- (1) 利用者に対する暴力等の虐待行為
- (2) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く）
- (3) 利用者の同居家族に対するサービス（家族全員分の食事準備や洗濯など）
- (4) 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、特別な料理など）
- (5) お庭の手入れ、ペットの世話、来客の対応（お茶や食事の手配）
- (6) 留守番
- (7) 医療行為
- (8) 金銭や貴重品の取り扱い（預貯金の引き出しや年金の受け取りなど）

6 利用料金

- (1) 同行援護サービス利用者負担額（オーツヘルパーステーションは、介護職員処遇改善加算Ⅱの事業所です）
サービスに要した費用の原則1割。
※但し同行援護サービス支給決定内容に基づく。
月額負担上限額については、各市区町村長が定めた額。
詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

- (2) 初回加算、1回につき 200 単位（2,072 円）・・利用者負担は原則 1 割
新規に居宅介護計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が自らサービスを実施、又は他の訪問介護員がサービスを行う際に同行訪問を行った場合及び入院等により数ヶ月以上の間サービスの提供がなく、その後再開した場合に算定します。
- (3) 緊急時対応加算、1回につき 100 単位（1,036 円）・・利用者負担は原則 1 割
利用者又は家族等から要請される内容について、緊急対応の必要性をサービス提供責任者が判断し、計画にない同行援護サービス提供の要請を受けてから 24 時間以内に行つた場合に算定します。
- (4) 業務継続計画未実施減算 所定単位数の 1／100 に相当する単位数
[算定要件] 以下の基準に適合していない場合
・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の、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する
・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる
- (5) 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の 1／100 に相当する単位数
[算定要件]
虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合
- (6) 身体拘束廃止未実施減算 所定単位数の 1／100 に相当する単位数
[算定要件] 以下の基準に適合していない場合
・身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、入所者の心身の状況並びに緊急でやむを得ない理由を記録
・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を年に 2 回以上開催し、介護職員その他従業員に周知徹底
・身体拘束等の適正化のための指針を整備
・介護職員その他の従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施
- (7) 利用者は、サービス提供中に交通費が必要な場合には、従業者の分も含めて支払います。
※また市外区域の利用者は、訪問介護員がお訪ねするための交通費が必要です。

(8) キャンセル料

サービス提供実施日の前日午後 5 時までにご連絡いただいた場合は無料です。

※ 上記以外は 1 回 2,000 円をいただきます。

(9) 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 日までに請求しますので、月末日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としてお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当社職員がお伺いします。

契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

* 担当の相談支援専門員がいる場合は、事前に相談支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① お客様の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出てください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等でやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

その場合は、終了 1 ヶ月前までに文書でご通知いたします

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

* お客様がお亡くなりになった場合

④ 契約解除

以下の場合は、双方の合意がなくても、サービスを終了することができます。

○ 当社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、お客様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、又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

○ お客様がサービス利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、10 日以内に支払わない場合、お客様やご家族などが当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難い ほどの背信行為、またはカスタマーハラスメント等※に該当する行為を行った場合は、当社は文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

※ 厚生労働省の「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」では、以下の条件を全て満たすものをカスタマーハラスメントとしています。

- ・利用者（ご家族）からの言動である。

- ・要求の内容が妥当ではない、または要求実現のための手段・態様が社会通念上不相当である。
- ・要求実現のための手段・態様により、従業員が身体的・精神的な苦痛を覚える。

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 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 | サービス提供責任者 橋爪知代子 |
| 電話番号 | 042-539-4180 |
| 受付時間 | 月～日 9～18時 |

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| | |
|------|---------------|
| 担当部署 | 福生市障害福祉課障害福祉係 |
| 電話番号 | 042-551-1742 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

| | |
|------|---------------|
| 担当部署 | 羽村市福祉健康部障害福祉課 |
| 電話番号 | 042-555-1111 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

| | |
|------|---------------|
| 担当部署 | 昭島市保健福祉部障害福祉課 |
| 電話番号 | 042-544-5111 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

| | |
|------|-----------------|
| 担当部署 | 青梅市健康福祉部障がい者福祉課 |
| 電話番号 | 0428-22-1111 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

| | |
|------|-------------------|
| 担当部署 | あきる野市健康福祉部障がい者支援課 |
| 電話番号 | 042-558-1111 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

| | |
|------|---------------|
| 担当部署 | 瑞穂町福祉部福祉課障がい係 |
| 電話番号 | 042-557-0574 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

| | |
|------|------------------------------|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | 03-5283-7020 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

10 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

| | |
|---------|------------------|
| 虐待防止責任者 | サービス提供責任者 橋爪 知代子 |
|---------|------------------|

同行援護サービスの利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(住所) 福生市福生 2348-6
(名称) オークスヘルパーステーション
代表取締役 橋爪 賢治 印

(説明者) 所属
氏名 印

私は本書面により、事業者から同行援護サービスの重要な事項について説明を受け、内容に同意いたしました。

〈利用者〉

住所 〒_____

電話 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

氏名 _____ 印

※利用者が18歳未満の方は、保護者（受給者証記載）の生年月日もご記入ください。

生年月日 大・昭・平 年 月 日

氏名 _____

〈ご家族または代理人〉

住所 〒_____

電話 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

説明及び同意・交付年月日 西暦 年 月 日