

「福岡市地域生活支援事業(移動支援事業)」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と福岡市地域生活支援事業(移動支援事業)に関する利用契約の締結を希望される方に対して、福岡市移動支援事業実施要項に基づき、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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 営業日及び営業時間	2
4. サービス提供日及びサービス提供時間	2
5. 職員の体制	2
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
7. サービスのご利用の際にご留意いただく事項	6
8. 虐待の防止について	7
9. 事故発生時の対応方法について	7
10. 秘密の保持と個人情報の保護について	8
11. 苦情等の受付について	9
12. 事業所ご利用の際にご留意いただく事項	9

【令和6年度改定後】

株式会社 かど家

ケアサポート HIBIKI

当事業所は福岡市の登録事業所です。

事業所番号：4061202117

1. 事業者

事業者名称	株式会社 かど家
代表者氏名	代表取締役 角家 美代香
本社所在地 (連絡先)	〒811-1352 福岡市南区鶴田3丁目21番37号 電話092-986-2940 FAX092-986-2941
法人設立年月日	令和 3年 5月13日

2. 事業所の概要

事業所名称	ケアサポート HIBIKI
事業の目的	株式会社かど家が設置するケアサポート HIBIKI（以下「事業所」という。）において実施する福岡市移動支援事業実施要項に基づく移動支援（以下「移動支援」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、移動支援の円滑な運営管理を図るとともに、利用者及び障がい児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重し、利用者等の立場に立った適切な移動支援の提供を確保することを目的とする。
運営の方針	1 事業所が実施する事業は、屋外での移動が困難な場合、利用者が地域における自立生活及び社会参加を促すよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、社会生活上必要不可欠な外出等における移動の介護を適切に行うものとする。 2 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った移動支援サービスの提供に努めるものとする。 3 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 4 事業の実施にあたっては、障害者総合支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）その他関係法令等、福岡市移動支援事業実施要項及び福岡市が業務に関し行う指示等を遵守し、事業を誠実に履行するものとする。
登録事業所番号	移動支援事業者 4061202117号（令和6年1月17日通知）
管理者	宮崎 大輔（みやざき だいすけ）
サービス管理責任者	宮崎 大輔（みやざき だいすけ）
事業所所在地	〒811-1352 福岡市南区鶴田3丁目21番36号

連絡先	092-984-0097 (相談担当者 角家 充)
事業所の通常の事業実施地域	福岡市全域
サービスの主たる対象者	身体障がい者（全身性障がい者） 視覚障がい者 知的障がい者 精神障がい者（18歳未満の者を含む） 障がい児（児童福祉法に定める障がい児）
開設年月日	令和 6年 2月 1日
事業所が行う指定障がい福祉サービス	居宅介護・重度訪問介護 4011202118号（令和5年7月1日指定） 同行援護 " (令和6年1月1日指定)

3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、国民の祝日、5月3日から5日、8月13日から15日、12月30日から1月3日までを除く。
営業時間	午前9時から午後5時までとする。

4. サービス提供日及びサービス提供時間

サービス提供日	日曜日から土曜日までとする。
サービス提供時間	午前0時から午後11時59分までとする。

5. 職員の体制

事業所の管理者	宮崎 大輔 (みやざき だいすけ)
---------	-------------------

(令和6年4月1日現在)

職種	職務内容	人員数
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1人

サービス管理責任者	<p>1 利用者が社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出ができるよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、移動支援が適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。</p> <p>2 利用者又は障がい児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した移動支援計画を作成します。</p> <p>3 利用者及びその同居の家族に移動支援計画の内容を説明し、同意を得て交付します。</p> <p>4 移動支援計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて移動支援計画の変更を行います。</p> <p>5 移動支援事業所に対する移動支援の利用の申込みに係る調整を行います。</p> <p>6 移動支援従業者（以下「従業者」という）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。</p> <p>7 従業者に対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。</p>	常勤 1人以上 (管理者兼務)
従業者	<p>1 移動支援計画に基づき、移動支援を提供します。</p> <p>2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、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。</p>	常勤 非常勤 3人以上
事務員	給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	(必要に応じて)

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

サービス区分と種類	サービスの内容
移動支援計画の作成	利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した移動支援計画を作成します。
外出時における移動の介護	外出時の移動の介護等外出時の付添いに関するこを行います。
支援の記録	日々の支援内容を記録します。
その他	その他必要な介護、相談、助言を行います。

※従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- 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
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 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その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(2) 利用料金

- ・提供するサービスについて、福岡市移動支援事業サービスコード表の単価による利用料が発生します。
- ・利用者の方には、世帯の所得に応じた額（負担上限月額）をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般 1	市民税所得割 16(28)万円未満	4,600円 ↓ 未就学児 0円 学齢児 3,000円
一般 2	市民税所得割 16(28)万円以上	18,600円 ↓ 未就学児 0円 学齢児 3,000円

※負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない（利用者が償還払いを希望する）場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えて福岡市に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

利 用 料 金 表

【福岡市移動支援事業サービスコード表より】

サービス時間	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
利用料	2,970円 1,260円	4,690円 2,370円	6,820円 3,230円	7,760円 4,110円
利用者負担額	297円 126円	469円 237円	682円 332円	776円 411円
サービス時間	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	以後30分増すごとに加算
利用料	8,720円 4,920円	9,710円 5,740円	10,660円 6,550円	970円 820円
利用者負担額	872円 492円	971円 574円	1,066円 655円	97円 82円

※加算の設定はありません

上段：身体介護を伴う場合 下段：身体介護を伴わない場合

(3) その他費用について

① 交通費	事業所より 10km未満 0円 10km以上 500円/片道	
	サービスの利用をキャンセルする場合、連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
②キャンセル料	24時間前までにご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	12時間前までにご連絡の場合	1提供当たりの利用料の50%を請求致します。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供当たりの利用料の100%を請求致します。
	※ なお、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求致しません。	

(4) 利用料金等のお支払い方法

前記(2)及び(3)の費用は、サービスを利用した月の翌月15日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合の上、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

- ア. 窓口での現金支払
 - イ. 下記指定口座への振り込み
- 福岡銀行 那珂川支店 普通預金 0976321
- 口座名義人 株式会社かど家 代表取締役 角家 美代香
- ウ. 利用者指定口座からの自動振替

お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。
また、介護給付費等について福岡市より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、保管をお願いします。

7. サービスのご利用の際にご留意いただく事項

(1) 受給者証の確認

受給者証に記載された「住所」、「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職員にお知らせください。また、職員が「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します。

(2) 移動支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら移動支援計画を作成します。作成した移動支援計画については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で交付いたします。

(3) 移動支援計画の変更等

移動支援計画は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(4) サービス実施記録の確認

サービス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、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

(5) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、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。

なお、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。

(6) 心身の状況の把握

移動支援のサービス提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

(7) 連絡調整に対する協力

移動支援事業者は、移動支援サービスの利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

(8) 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

移動支援サービスの提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

8. 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、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

※R3年度介護報酬改定により、虐待の防止に関する措置を講じることがR6.4.1より義務化

- ① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 宮崎 大輔
-------------	-----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するため年次計画により研修を実施しています。

9. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により緊急時対応および事故等が発生した場合は、緊急時連絡先への連絡、県、市町村への対応を行うとともに必要な措置を講じます。

〈公的連絡先一覧〉

福岡市東区福祉・介護保健課 健康課	092-645-1067 092-645-1079
福岡市博多区福祉・介護保険課 健康課	092-419-1079 092-419-1092
福岡市中央区福祉・介護保険課 健康課	092-718-1100 092-761-7339
福岡市城南区福祉・介護保険課 健康課	092-833-4102 092-831-4209
福岡市早良区福祉・介護保険課 健康課	092-833-4353 092-831-4209
福岡市西区福祉・介護保険課 健康課	092-895-7064 092-895-7074
福岡市南区福祉・介護保険課 健康課	092-559-5121 092-559-5118

〈事業所窓口〉

担当者 宮崎 大輔	月曜日から金曜日 9時から17時 092-984-0097 080-7281-6544 《24時間対応》
--------------	--

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。】

保険会社名 損害保険ジャパン株式会社

保険名 ウオームハート

保障の概要 居宅サービス・居宅介護等支援事業者等補償

被害者対応、事故対応、経済的損失、徘徊時受託貴重品などの賠償

10. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<ul style="list-style-type: none">○ 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。○ 事業者及び事業者の使用者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
②個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none">○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（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。）

11. 苦情等の受付について

提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業者の窓口 担当者 宮崎 大輔	所在地 福岡市南区鶴田3丁目21番36号 電話番号 092-984-0097 受付時間 月曜日から金曜日 9時から17時
福岡市の窓口 福岡市障がい福祉課	所在地 福岡市中央区天神1丁目8-1 電話番号 092-711-4249 ファックス番号 092-711-4818
公的団体の窓口	福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番地7 (社会福祉法人福岡県社会福祉協議会) 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-584-3790 受付時間 月～金(祝日を除く) 9:00～17:00

12. 事業所のご利用の際にご留意いただく事項

感 染 症 対 策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
喫 煙	喫煙は決められた時間に決められた場所でお願い致します。
宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

福岡市地域生活支援事業(移動支援サービス)の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和　年　月　日

法人及び代表者名	株式会社 かど家 代表取締役 角家 美代香	
事業者住所	福岡市南区鶴田3丁目21番36号	
事業者名	ケアサポート HIBIKI	
管理者名	宮崎 大輔	
説明者職名	氏名	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、福岡市地域生活支援事業(移動支援サービス)の提供開始に同意しました。

令和　年　月　日

利用者住所 (続柄 :)	氏名	印
代理人住所	氏名	印