

行動援護サービスサービス重要事項説明書

あなたに対する行動援護サービスの提供開始にあたり、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（以下総合支援法という）に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	一般社団 ふくしやねっと
主たる事務所の所在地	福岡県飯塚市鹿毛馬1668番地28
代表者（職名・氏名）	代表理事 織間 修
設立年月日	2012年10月18日
電話番号	0948-92-6410

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーション ひいろ	
サービスの種類	行 動 援 護	
事業所の所在地	〒820-0021 飯塚市潤野23番地43	
電話番号	0948-28-2105	
指定年月日・事業所番号	令和7年4月1日指定	4015502281
管理者の氏名	仲道 久留美	
通常の事業の実施地域	飯塚市・嘉麻市・桂川町・小竹町・宮若市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	一般社団ふくしやねっとが設置するヘルパーステーションひいろ（以下「事業所」という。）において実施する指定障害福祉サービス事業の行動援護（以下「行動援護」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、行動援護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者及び障害児の保護者（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行動援護の提供を確保することを目的とする。
運営の方針	事業所は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該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、当該利用者が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排泄及び食事等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適切かつ効果的に行うものとする。 また、関係市町村および地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

(1) 提供するサービスの内容は次のとおりです。

サービスの種類	内 容	提供内容・時間帯・曜日・回数
行 動 援 護	・ 食事介護 ・ 排泄介護 ・ 衣類着脱介護 ・ その他外出時における移動中の介護 ・ 危険を回避する為に必要な援護 ・ 行動する際に必要な援助 ・ 関係機関との連絡・相談など	利用者のニーズとケア計画により毎月作成する行動援護計画書の通り

5. 営業日時

営 業 日	月曜日から土曜日までとする。 休日 日曜日及び1月1日2日
営 業 時 間	午前8時45分から午後5時45分まで
サービス提供日	日曜日から土曜日までとする。 休日無し
サービス提供時間	午前7時から午後10時までとする。

6. 事業所の職員体制

(令和6年4月1日現在)

従業者の職種	勤務の形態・人数
管 理 者	常勤兼務 1名
サービス提供責任者	常勤専従 1名以上 常勤兼務 1名
訪問介護員	非常勤 2名以上

7. サービス提供責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	大 町 智 子
--------------	---------

8. 利用料

(1) 利用料金・利用者負担金

【料金表：利用料金一昼間（午前8時～午後6時）】

利 用 時 間	利 用 料 金	利 用 時 間	利 用 料 金
30分未満	2, 880円	1時間未満	4, 370円
1時間30分未満	6, 190円	2時間未満	7, 620円
2時間30分未満	9, 050円	3時間未満	10, 470円
3時間30分未満	11, 910円	4時間未満	13, 340円

4時間30分未満	14,790円	5時間未満	16,230円
5時間30分未満	17,640円	6時間未満	19,040円
6時間30分未満	20,460円	7時間未満	21,920円
7時間30分未満	23,400円	8時間未満	24,850円

※ 上記利用者料金に地域区分報酬単価7級地 1.018 を乗じます

※ **【加算】** 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合(1月につき)	2,000円
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,000円
特別地域加算	特別地域の利用者の場合	上記基本部分の15%
特定事業所加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分の20%
令和6年4月～5月 福祉介護職員処遇改善加算Ⅰ 福祉介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 福祉ベースアップ等支援加算 福祉処遇改善支援補助金	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算減算の合計の23.9% 上記基本部分と各種加算減算の合計の7.0% 上記基本部分と各種加算減算の合計の4.5% 上記基本部分と各種加算減算の合計の1.6%
令和6年6月より 福祉介護職員等処遇改善加算等新加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算減算の合計の38.2%

【利用者負担金】

利用者及びその扶養義務者が負担すべき額は、利用料の1割です。

上 限 月 額 円

・総合支援法の改正・軽減措置等で変更になった時は、受給者証に記載された金額になります。

(2) 交通費

- ・ 2のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
- ・ それ以外の地域の方は

- ① 実施地域を超えた地点から、片道おおむね20km未満 100円
- ② 実施地域を超えた地点から、片道おおむね20km以上 200円

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日午後5時30分までに連絡があった場合	無 料
利用予定日の前日午後5時30分までに連絡がなかった場合	利用者負担金の額

(4) 支払い方法

事業者は、当月の料金合計額の請求書に明細を付して、翌月10～20日までに請求いたしますので、末日までに振込・引き落としまたは集金人へお支払いください。

事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

(5) その他

サービス提供証明書の発行について

お客様からご依頼があれば、提供した行動援護サービスの種類・内容・利用単位・費用等を記入したサービス提供証明書を発行します。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏 名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名 (利用者との続柄)	()
	電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の相談支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談・虐待防止対応・身体的拘束対応は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所苦情相談窓口	電話番号 0948-28-2105
	FAX番号 0948-28-2130
虐待防止対応窓口	担 当 者 大町 智子
	解決責任者 仲道 久留美
身体的拘束対応窓口	面接場所 当事業所の相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談・虐待防止対応・身体的拘束対応は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情相談窓口	市町名 ()	住所 〒 - 電話番号 FAX番号
虐待防止対応窓口	福岡県運営適正化委員会	住所 〒816-0804 春日市原町3-1-7 クローバープラザ4階
身体的拘束対応窓口		電話番号 092-915-3511
		FAX番号 092-915-3512

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などは必要ありません。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の相談支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

行動援護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び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 福岡県飯塚市鹿毛馬 1668 番地 28

事業者名 一般社団 ふくしやねっと

代表者名 代表理事 織間 修

＜ 説 明 者 ＞

氏 名

私は、契約書および本書面により、事業者から行動援護サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

＜ 利 用 者 ＞

住 所

氏 名

私は、利用者本人の契約の意思を確認のうえ、本人に代わり上記署名を行いました。

＜ 利用者代理人（選任した場合）＞

住 所

代理人氏名