

障害者移動支援サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、仙台市地域生活支援サービス費及び高額地域生活支援サービス費の支給等に関する規則及び仙台市障害者移動支援事業実施要綱に基づき、文書により説明を行うものです。

1 事業者の概要

事業者の名称	株式会社エヌエスケア仙台
法人種別	営利法人
事業者の所在地	宮城県仙台市青葉区本町一丁目 12 番 12 号 G M ビルディング 2 階
代表者名	大和 則康
電話番号/FAX 番号	0 2 2 - 3 9 8 - 3 0 2 9 / 0 2 2 - 3 9 8 - 3 0 6 4

2 事業の目的と運営の方針

事業所番号	0 4 1 0 0 1 0 0 2 3 0 1 5 4
事業所の名称	ヘルパーステーションきずな
事業所の所在地	宮城県仙台市青葉区本町一丁目 12 番 12 号 G M ビルディング 2 階
事業開始年月日	令和 6 年 1 月 1 日
事業の種類	移動支援事業
主たる対象者	身体障害者（児）、知的障害者（児）、精神障害者（児） 発達障害者（児）、難病患者等（児）
事業の目的	株式会社エヌエスケアが運営する「ヘルパーステーションきずな」が行う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に基づく移動支援事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従業員が、支給決定を受けた障害者又は障害児に対し、適正な移動支援サービスを提供する。
運営方針	当事業所が実施する事業は、屋外での移動が困難な利用者が地域における自立生活及び社会生活を促すよう、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、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。
管理者名	藤澤 雄二
電話番号/FAX 番号	0 2 2 - 3 9 8 - 3 0 4 9 / 0 2 2 - 3 9 8 - 3 0 6 4
サービス提供地域	仙台市
サービス提供日	月曜日から金曜日
サービス提供時間帯	9 : 0 0 から 1 8 : 0 0

3 職員体制

職種	職員数	常勤	非常勤
管理者	1	1	
サービス提供責任者	3	3	0
ヘルパー	30	23	7

4 サービス内容

(1) 移動支援

社会生活上必要不可欠な外出及び余暇等の社会参加のための外出（通勤、営業活動その他の経済活動に係る外出、通学、通所その他の通年かつ長期にわたる外出、通院のための外出及び社会通念上適当でないと市長が認める外出を除く。）における支援を行います。

5 利用料金

(1) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、仙台市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービス事業費が支給され、事業者が代理受領いたしますので、ご利用者は支払決定明細兼負担額通知書の記載内容に基づいた請求書により、利用者負担額をお支払いいただきます。

(2) サービス利用に係る実費負担額

サービス提供に要する下記費用は、仙台市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援サービスの対象ではありませんので、実費を頂きます。

項目	説明
①ヘルパー交通費	通常の事業の実施地域を越えてからの公共交通機関利用の実費相当額（自動車の場合は往復 1 kmあたり 20 円で計算）を徴収します。
②その他	サービス提供中に、ヘルパーに公共交通機関利用料、入場料、食費等が必要な場合は、サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。

(3) 利用者負担額及び実費負担額のお支払方法

上記（1）及び（2）①、②の料金・費用は、1か月ごとに集計して請求いたしますので、翌月 26 日までに、以下のいずれかの方法でお支払ください。

ア 現金

イ 下記指定口座への入金

仙台銀行 本店営業部 普通預金 0149860 力) エヌエスケアセンダイ

(4) ご利用の中止、変更について

- ア ご利用者のご都合により、移動支援計画で定めたサービスの利用を事前に中止又は変更することができます。この場合、サービス実施日の当日2時間前までに事業者に申し出てください。
- イ サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼動状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整をいたします。

6 サービスの利用方法

- (1) 仙台市障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援事業支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。サービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- (2) サービス利用が決定した場合は契約を締結し、移動支援計画を作成して、サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由により、移動支援計画で予定されていたサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。
- (3) 適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用情報を活用させていただくことがあります。
- (4) 外出時の万が一の事故に備えて、第三者損害賠償保険にご加入をお願いします。

7 受給者証の確認

支給決定期間の更新や、「住所」「利用者負担上限月額」「支給量」等の記載内容の変更があった場合などで、新たに受給者証が発行された場合は、速やかに事業所にお知らせください。また、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きたい旨申し出た場合は、ご提示くださいますようお願いします。

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

移動支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを完了した日から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

本事業所では、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための研修の定期的な実施(1年に1回以上)
- (2)

10 身体拘束の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- (2) 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者的心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。
- (3) 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
- ア 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施（1年に1回以上）

11 この契約に関する相談窓口、苦情・ハラスメント対応

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	藤澤 雄二
電話番号	022-398-3049
受付時間	9時～18時

当事業所以外に、仙台市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	仙台市健康福祉局 障害者支援課 地域生活支援係
電話番号	022-214-8164
FAX番号	022-223-3537
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前8時30分～午後5時00分

カスタマーハラスメント等

事業所の従事者へのハラスメントについては次のとおりです。

事業所の従事者が、利用者又はその家族等から次のカスタマーハラスメントを受けた場合は、事業者と利用者が締結した移動支援サービス契約第15条の規定に基づき、この契約を解除する場合があります。

職員個人に対する暴力・暴言、セクシャルハラスメント等	身体的暴力 물을 투げる, 치거나, 차거나, 짓거나, 물을 \ 吐거나 등 신체적인력을 사용해 해를 끼치는 행위
	精神的暴力 大声で威圧する、怒鳴る、理不尽な要求、暴言等、個人の尊厳や人格を言葉や態度で傷つけたり、おとしめたりする行動
	セクシャルハラスメント 必要もなく手や腕を触る、胸やお尻・陰部を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする、サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる、その他職員が嫌がる性的な行為をするなど

	<p>その他の行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員個人に対する誹謗中傷（インターネット、SNS上のものを含む） ・職員個人に対する威迫、脅迫 ・職員個人に対するストーカー行為（頻繁な電話やメール並びにSNSのメッセージ送信を含む） ・職員個人の人格を否定する発言 ・職員個人を侮辱する発言
利用者やその家族等からの過剰または不合理な要求	<ul style="list-style-type: none"> ・合理的理由のない謝罪の要求 ・株式会社エヌエスケア仙台 職員に関する解雇等の法人内処罰の要求 ・社会通念上相当程度を超えるサービス提供の要求
利用者やその家族等からの合理的範囲を超える時間的・場所的拘束	<ul style="list-style-type: none"> ・合理的な理由のない長時間の拘束 ・合理的な理由のない事業所以外の場所への呼び出し
利用者やその家族等からのその他のハラスメント行為	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者やその家族等からのプライバシー侵害行為 ・利用者やその家族等からのその他各種のハラスメント

12 緊急時の連絡

サービス提供中にご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	

【ご家族緊急連絡先】

氏名	続柄
住所	
電話番号	

上記重要事項について説明しました。

年 月 日
事業者 所在地 宮城県仙台市青葉区本町一丁目 12 番 12 号
GMビルディング 2 階
名称 ヘルパーステーションきずな
説明者 _____ 印

上記重要事項の説明を受け、同意しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

(続柄 :)

氏 名 _____ 印