名古屋市移動支援事業重要事項説明書

１　事業者の概要

名称	ＮＰＯ法人アヴェニール
法人種別	ＮＰＯ
法人所在地	名古屋市北区山田４丁目１２番３３号
電話番号	０５２－８７０－３７８８
代表者氏名	理事長　　野中　ひとみ
設立日	平成２７年１０月２８日

２　事業所の概要

事業所の名称	アヴェニールサポート
事業所の所在地	名古屋市北区山田４丁目１２番３４号　フラット大曽根１階中
事業所の電話番号	０５２－９１６－３７８６
サービス提供地域	名古屋市北区・東区（その他の名古屋市の区域については、事前の相談により対応可能な場合もあり）
主たる対象者	なし
事業所営業時間	月～金曜日　８時３０分～１７時３０分

	但し、土・日曜日・祝日 お盆休み（8／13〜15）、年末年始（12／28〜1／3）を除く
事業所番号	２３６７３０９７９２
指定年月日	令和６年３月１日
サービス提供日	月〜日曜日　午前７時〜午後 11 時 30 分 但し、お盆休み（8／13〜15）、年末年始（12／28〜1／3）を除く
運営方針	1　事業所が実施する事業は、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、利用者の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、利用者宅を訪問し、入浴、排泄，及び食事の介助、調理，洗濯及び掃除等の家事、生活に関する相談及び助言並びに外出における移動の介護。その他の生活全般にわたる援助を適切に行うものとします。 2　事業の実施に当たっては、利用者の必要な時に必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとします。 3　事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図る

	ものとします。 4　前3項のほか、「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容のほか関係法令を遵守し、事業を実施するものとします。
事業者が行っている他の業務	「介護保険法」に基づく訪問介護事業、介護予防訪問介護事業 「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（障害者総合支援法）」に基づく移動支援事業、重度訪問介護事業、同行援護事業

3　事業所の職員体制及び職務内容

職種	常勤（名）	非常勤（名）	合計数	資格等
管理者	1	0	1	介護福祉士(サ責兼務)
サービス提供責任者	2	0	2	介護福祉士２名 （うち１名、管理者兼務）
介護職員(ヘルパー)	0	7	7	介護福祉士 実務者研修

	職 務 内 容
管理者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を、遵守させるために必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	①利用者の日常生活全般の状況及び希望等を把握・分析し、移動支援のサービス提供によって解決すべき課題を明らかにし、これに基づいた具体的なサービスの内容等を記載した個別支援計画を作成し、利用者等及びそのご家族にその内容を説明し、その計画書を交付します。 ②個別支援計画等の実施状況の把握を行ない、必要に応じて変更を行います。 ③利用の申込みに係る調整や従業者に対する技術指導等のサービス内容の管理等を行います。
従業者	①個別支援計画等に基づきサービスを提供します。 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。

4　サービスの内容

①　移動支援の種類と利用できる時間

外出の種類	利用内容	利用できる時間
社会生活上必要不可欠な外出	通所施設など社会福祉施設への通所 (小規模作業所などへの通所を含む。)	区役所、支所又は保健所が認めた必要な時間数
	医療機関への通院　(原則、中学生以上)	
	行政機関での手続き　(障害者のみ)	
	郵便局・金融機関での手続き　(障害者のみ)	
	食料品などの日用品の買い物　(障害者のみ)	
	理美容院の利用	
	小学校、中学校、高等学校などへの通学	
	学童保育所、トワイライトスクール、放課後デイサービスへの通所	
	その他冠婚葬祭などの社会生活上必要不可欠な外出 (障害者のみ)	
その他の外出	余暇活動などの社会参加を目的とする外出	36 時間以内／月 但し、中高生は 24 時間以内／月 小学生は 12 時間以内／月

※次のような外出には利用できません。

・通勤、営業活動などの経済活動のための外出

・ギャンブルなどの社会通念上適当でない外出

・原則として１日を超える外出

・ヘルパー又は利用者が車の運転を行う外出

・１回の外出について、移動時間が２０分未満の外出

② 移動支援の内容

・外出の際の移動の介助　（移動中の食事やトイレなどの介助を含みます。）

・目的地での移動が必要な場合は、継続して介護を受けることができます。

③ その他のサービス

介護等の相談・・・サービス提供責任者が承ります。

5　利用料金

（1） 移動支援支給対象サービス利用者負担額

移動支援を提供した場合の利用料の額は、名古屋市長が定める額とし、当該移動支援が法定代理受領サービスであるときは、名古屋市長の定める利用者負担額の支払いを受けるものとする。

ただし、利用者の受給者証に記載された月額の範囲内とする。

通常の事業の実施地域を超えて行う移動支援に要した交通費は、その実費を徴収す

る。

（２）その他の費用

実費負担

通常の事業の実施地域を超えて行う移動支援に要した交通費は、その実費を徴収する。

映画・コンサート・スポーツ観戦等のチケット代

遊園地等の入場料や日帰り旅行等の実費

一緒に行動することで従業者に係る上記の金額

（３） 交通費

名古屋市北区・東区

・上記地域にお住いの方のサービス利用については、従業者がお伺いするための交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業者がお伺いするための交通費の実費をいただきます。（名古屋市交通局の場合一日乗車券分等、それ以外は実費）

・自家用車で出向いた場合、実施地域を超えたところから３キロメートル未満は、５００円。実施地域を超えて３キロメートル以上の場合、３キロメートルまでの５００円に１キロメートル毎１００円の追加でお支払いいただきます。

・移動支援中の従業者の交通費については、名古屋市交通局の一日乗車券購入の場合や介助者の福祉パスをお持ちの場合は不要ですが、それ以外を利用の場合実費を

ご負担いただきます。

（4） キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

・ご利用の2日前までに、ご連絡いただいた場合　→　無料

・ご利用の前日までに、ご連絡いただい場合　→　1000円

・ご利用の直前に、ご利用いただいた場合　→　当日利用の1時間分相当

（5） 利用者負担額及びその他の費用についての支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求いたしますので、翌月27日までにお支払いください。

① 利用者指定口座からの自動振替を原則とします。（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

② 事業者の指定口座への振り込み（期日27日までに利用者の方が、お振込み願います。振込手数料は利用者様の負担になります。）

金融機関名：瀬戸信用金庫　大曽根支店

普通口座　0841568

口座名義：NPO法人アヴェニール　理事長　野中　ひとみ

③ 上記によりがたい場合は、ご相談に応じます。

お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いい

たします。

（6） 毎月月末に、前々月請求分の支払いを名古屋市から支払を受けた後、各利用者様に、事業者が利用者様に代わり名古屋市から受領した費用の額については、利用者様に通知します。

6　サービスの利用方法

（1） サービスの利用開始

① 　移動支援の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、相談支援センターの生活相談支援員にご相談の上、ご連絡ください。当事業所のサービス提供に関わ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、移動支援計画書を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は受給者証記載の支給期間と同じです。

③ 　移動支援の提供にあったては、適切なサービスを提供するために、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状況等を把握させていただきます。

（2） サービスの終了

① 利用者が当事者に対し７日間の予告期間をおいて文章で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の急病、急な入院などやむ

得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

② 当事業者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、利用者や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、または当事者が破産した場合、利用者は文章で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③ 利用者がサービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14 日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文章で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむ得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただく事があります。この場合契約を解除する日の 30 日前までに文章で通知します。

（３）契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

① 移動支援の支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了いたします。）

② 利用者が亡くなった場合

7　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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1）虐待防止に関する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　富永　慶子

（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）従業者に対して、虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

（5）介護相談員を受入れます。

（6）サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

8　緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の様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	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

主治医の携帯	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
緊急連絡の場合 携帯番号	

９　事故発生時の対応方法について

　利用者に対する移動支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する移動支援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。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険

補償の概要			支払限度額
			1 事故
賠償責任	身体・財物	1 事故・期間中	1 億円
	受託物	1 事故・期間中	50 万円
	受託物(現金等貴重品)	1 事故・期間中	5 万円
	人格権侵害	1 名・1 事故・期間中	500 万円
	経済的損失	1 請求・期間中	1,000 万円
事故対応特別費用		1 事故・期間中	1000 万円
被害者対応費用		1 名・期間中	2 万円／1,000 万円
徘徊時賠償		1 事故・期間中	1000 万円

１０　苦情・相談窓口連絡先

当事業所への連絡先

ご利用相談 苦情の連絡先	事業所名	アヴェニールサポート
	担当者	富永　慶子
	電話番号	０５２－９１６－３７８６
	FAX 番号	０５２－９１６－３７８７
	受付時間	平日　午前８時３０分～午後５時３０分

当事業所以外に、区役所・市役所の窓口でも受け付けています。

名古屋市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害者支援課　分室	所在地	〒460-0008 名古屋市中区栄１８番1号 ナディアパークビジネスセンタービル１０階
	電話番号	０５２－２３８－０５６７
	FAX 番号	０５２－２３８－０５７８
	受付時間	平日８時４５分～１７時３０分

「社会福祉法人　愛知県社会福祉協議会」においても苦情対応を行っています。

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地	名古屋市東区白壁一丁目 50 番地
	電話番号	０５２－２１２－５５１５
	FAX 番号	０５２－２１２－５５１４
	受付時間	平日午前９時～午後５時

１１　第三者評価の実施状況

実施しておりません。

１２　サービスの提供可能年月日

名古屋市移動支援の提供開始予定年月日	**令和　　年　　月　　日（　）**

以上

令和　　　年　　　月　　　日

名古屋市移動支援の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事 業 者

所　　在　　地　：　名古屋市北区山田４丁目１２番３３号

法　　人　　名　：　ＮＰＯ法人アヴェニール

理　　事　　長　：　野中　ひとみ

事　業　所　名　：　アヴェニールサポート

事業所所在地　：　名古屋市北区山田四丁目 12 番 34 号

フラット大曽根１階中

管　理　者　名　：　富　永　　慶　子

説　明　者　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、本書面に基づいて事業所から名古屋市移動支援の提供及び利用について重要事項の説明を受けました。

利　用　者　住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話　　番　　号　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利　用　者　氏　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

　利用者は、身体の状況により署名ができないため、利用者本人の意思の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代 筆 者 住 所　：____

連　　絡　　先　：____

代 筆 者 氏 名　：____________________________________㊞

続　　　　　柄　：____________________