移動支援サービス重要事項説明書

１　事業者の概要

名称	医療法人社団やない外科胃腸科
所在地	兵庫県西脇市下戸田２７４－２
電話番号	０７９５－２３－２９２３
代表者氏名	理事長　柳井映二
事業所が所有するサービス	･クリニック･サービス付き高齢者向け住宅 ･訪問介護サービス､介護予防訪問サービス､生活支援訪問サービス ･地域密着型通所介護､介護予防通所サービス･居宅介護支援

２　事業所の概要

事業所の名称	訪問介護アリビオのぞみ
事業所の所在地	兵庫県神戸市垂水区塩屋町１丁目９９４ - ６
事業所の電話番号	０７８－７５１－３００７
管理者	中濱江理子
サービス提供責任者	松本光佐子
サービス提供地域	神戸市中央区、灘区、東灘区、北区、長田区、兵庫区、須磨区、垂水区、西区
サービス提供曜日・ 時間	月・火・水・木・金・土曜日・祝日 ９：００～１８：００
事業所番号	２８６０８１１１１２
運営方針	１　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、利用者の意思及び人格を尊重し、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、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行う。 ２　移動支援の実施にあたっては地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の地域生活支援事業者及び指定障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と密接な連携に努める。 ３　移動支援の実施にあたっては利用者の必要な時に必要な移動支援の提供に努める。

３　事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	合計員数（常勤換算）	資格等
管理者	１　人（兼）		１人（兼）	介護福祉士
サービス提供責任者	１人		１人	実務者研修修了者
ヘルパー	人	人	人	介護福祉士　実務者研修修了者 ヘルパー１級・２級 介護職員基礎研修課程修了者 介護職員初任者研修課程修了者 障害者(児)居宅介護従業者養成研修２級

４　サービスの内容

全身性障害者（児）、視覚障害者（児）、知的障害者（児）及び精神障害者に対して、社会生活

上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の支援

５　利用料金

身体介護有	単位数	利用料金	自己負担額
30 分未満	256 単位	2,744 円	274 円
30 分以上 60 分未満	405 単位	4,341 円	434 円
60 分以上 1 時間 30 分未満	453 単位	4,856 円	485 円
1 時間 30 分以上 2 時間未満	528 単位	5,660 円	566 円
2 時間以上 2 時間 30 分未満	603 単位	6,464 円	646 円
2 時間 30 分以上 3 時間未満	678 単位	7,268 円	726 円
3 時間以上 3 時間 30 分未満	753 単位	8,072 円	807 円
3 時間 30 分以上 4 時間未満	828 単位	8,876 円	887 円
4 時間以上 4 時間 30 分未満	903 単位	9,680 円	968 円
4 時間 30 分以上 5 時間未満	978 単位	10,484 円	1,048 円

(1)移動支援サービス利用者負担額

①サービス提供に伴う実費（ガイドヘルプ、通院に付き添う際の利用者宅から行先までのヘルパーの交通費）は活動毎にご負担して頂きます。また、市民税が課税の方等については、サービス提供にかかる費用の１割（負担上限月額あり）を１カ月ごとにお支払いして頂きます。

②利用できる回数（時間）については障害福祉サービス受給者証等に書かれている支給量（時間）に基づいて提供し、負担額については障害福祉サービス受給者証等に記載される「利用者負担上限月額」以上の負担はありません。

(2)その他の料金

障害福祉サービスが適用されないサービスを利用する場合、利用者の全額自己負担となります。

利用料は、１時間２,２００円です。

(3)交通費

上記２で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、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。

(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。

・ご利用の前日１７時までにご連絡いただいた場合　→無料

・ご利用の当日申し出の場合　→１,０００円

但し、利用者の体調不良等やむを得ない場合はいただきません。

キャンセルが必要になった場合には至急ご連絡下さい。

(5)その他

利用者のお住まいでの従業者がサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。

(6)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日までに請求しますので、月末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でお願いします。ただし、これによりがたい場合は、振込でお願いします。

【実費負担額】

「移動支援」「通院介護」等におけるホームヘルパーの公共交通機関などの交通費のほか入場料、利用料等、サービス提供時に要する費用は、支援費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。（サービス利用時にその都度ご負担いただきます。）

【支払い方法】

支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月中旬までにご請求いたします。お支払方法は、ご都合によりお選びください。

◇銀行口座より引き落とし：但馬銀行の口座をご用意ください。

◇銀行振込

振込先金融機関名：但馬銀行　桃山台支店

口　座　番　号　：普通口座　7194639

口　座　名　義　：医療法人社団やない外科胃腸科　理事長　柳井映二

振込手数料負担者：ご利用者様

◇現金：ご請求書を発行した際にお支払いください。

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、電話等でご連絡ください。当事業者の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、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は移動支援支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③移動支援サービスの提供に当たっては、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利用者が当事業者に対し７日間の予告期間をおいて文書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、利用者の病変、急な入院などやむを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、または当事業者が破産した場合、利用者は文書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、３０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、事業者は文書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を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ことがあります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

(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利用者が亡くなった場合

②施設入所支援のサービスを受ける場合

③区外に転居された場合

④指定居宅介護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します。）

7　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	

8　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	管理者　中濱　江理子
電話番号	０７８－７５１－３００７
受付時間	月曜日～金曜日　９時～１８時

当事業所以外に、市の窓口等でも相談・苦情を受け付けています。

担当部署	神戸市保健福祉局自立支援課
電話番号	０７８－３２２－５２３２
受付時間	月曜日～土曜日　９時～１７時

9　利用者の人権擁護、虐待の防止のため、責任者を設置しています。

責任者	管理者　中濱　江理子

１０　秘密保持

従業者は業務上知り得た利用者または家族に関する秘密及び個人情報を漏らすことがないよう、また、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約書の内容とし、周知徹底します。介護サービス提供に必要な範囲で、サービス担当者会議や他の指定居宅介護事業者等に対し情報提供する際には、あらかじめ利用者から文書により同意を得ます。

１１　事故発生時の対応と損害賠償

サービスの提供により事故が生じた場合には、速やかに家族及び市に連絡するとともに必要な措置を講じます。サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合、利用者に対してその損害を賠償します。

当事業者は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所がお客様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応します。

保　険　会　社	あいおいニッセイ同和損害保険（株）

移動支援サービス利用にあたり、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。

支援事業所

（所在地）神戸市垂水区塩屋町１丁目９９４－６

（名称）訪問介護アリビオのぞみ

（説明者）

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける移動支援の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

年　　月　　日

(利用者)

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人または立会人等）

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印