

重要事項説明書 (移動支援)

訪問介護 あかるい手

令和6年7月版

移動支援サービス重要事項説明書

(2024年7月1日)

1 事業者の概要

名称	有限会社 石井
法人種別	有限会社
法人所在地	堺市南区三原台3-19-7
電話番号	072-349-6155
代表者氏名	石井 伸太郎

2 事業所の概要

事業所の名称	訪問介護 あかるい手
事業所の所在地	堺市南区深阪南105
事業所の電話番号	072-349-6156
サービス提供地域	堺市
サービス提供曜日・時間	月～土 7時から19時
事業所番号	2766440149 (18年10月1日指定)
運営方針	有限会社石井が設置する訪問介護あかるい手 (以下「事業所」という。)において実施する移動支援事業(以下「事業」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、移動支援事業の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、両者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。

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1			介護福祉士
移動支援 サービス提供責任者	2			介護福祉士
ヘルパー	6			介護福祉士
ヘルパー		7		その他

4 主たる対象者

移動支援費の支給を受けられる希望者

5 サービスの内容

【移動支援】

身体介護あり	ベッドから車椅子への移乗を含む身体介護を含む移動サービス。
身体介護なし	身体介護を含まない移動支援。

6 利用料金

(1) 移動支援サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。ただし、住民税非課税世帯及び生活保護世帯については、無料。

また、住民税課税世帯の月額負担上限額については堺市長が定めた額とし、介護給付・訓練等給付の利用者負担額と移動支援サービス利用者負担額を合算した額が月額負担上限額を超えない範囲で、利用者は移動支援サービス利用者負担額を支払う。この場合、介護給付・訓練等給付の利用者負担額を優先して計上することとする。

※事業者が利用者に代わり堺市から受領した移動支援サービス費の額については、利用者に通知します。

(2) その他の料金

車両利用代	泉北ニュータウン内 地点ごとに固定料金
	堺市内 当社規定による時間料金
	堺市外以遠 相談により決定

(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、当事業所の従業員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24時間前までにご連絡いただいた場合 | →無料 |
| | ・ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合 | →800円 |
| | ・ご利用の12時間前までにご連絡いただかなかった場合 | →1400円 |

(5)その他

上記(1)から(4)のほか、従業者がサービスを提供するために必要となる実費相当額としての費用は、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15日までに請求しますので、25日までに現金でお支払いください。

7 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30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2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、10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利用者が介護給付において重度訪問介護・重度障害者包括支援・行動援護の支給決定がなされた場合
- 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利用者が亡くなった場合

8 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

9 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	

10 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	森中 公香
電話番号	072-349-6156
受付時間	月～金9時から18時

当事業所以外に、堺市保健福祉課及び保健福祉部障害施策推進課の窓口等でも相談・苦情を受け付けています。

担当部署	地域福祉課
電話番号	072-290-1812
受付時間	9時から18時

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。

令和 年 月 日

事業者 有限会社 石井

(所在地) 堺市南区三原台3-1 9-7

(名称) 訪問介護 あかるい手 印

(説明者) 所属 訪問介護あかるい手

氏名 _____ 印 _____

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。

利用者

(住所)

(氏名) 印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名) 印