

移動支援事業重要事項説明書

1 事業者の概要

名称	尼崎都市美化推進企業組合
法人種別	企業組合
法人所在地	尼崎市長洲西通2丁目8-30
電話番号	TEL 06-6488-1341 FAX 06-6481-2543
代表者氏名	代表理事 三嶋 俊一

2 事業所の概要

事業所の名称	アクティブケア くるみ
事業所の所在地	尼崎市長洲西通2丁目8-30
事業所の電話番号	TEL 06-6488-1342 FAX 06-6481-2543
サービス提供地域	尼崎市全域
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、障害児、精神障害者
サービス提供曜日・時間	月曜日～金曜日(ただし、12/29～1/3を除く) 午前8時～午後7時
事業所番号	2867001133
登録年月日	平成18年10月1日
運営方針	この事業所が実施する事業は、利用者が社会生活上必要不可欠な外出および余暇活動等の社会参加のための移動の介護を行い、より豊かな地域生活を送れるよう、生活等に関する相談及び助言等の援助、利用者の自立や社会参加を支援する。
事業所が行っている他の業務	・訪問介護／介護予防訪問介護 (2873000778) ・居宅介護／重度訪問介護／同行援護(2813001134)

3 事業所の職員体制

職種		常勤	非常勤
1. 管理者		1	
2. サービス提供責任者		1	
3. 居宅介護従事者(ホームヘルパー)		4	1
資格の 内 職 員 所 持 記	(1)実務者研修	2	0
	(2)訪問介護養成研修2級(ヘルパー2級)課程 修了者	2	1

4 サービスの内容

1. 移動支援

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とし、原則として1日の範囲内で良有無を終えるものに限りします。

ただし、以下に該当する内容については、対象となりません。

- ①通勤、営業活動等の経済活動にかかる外出
- ②通学等、通年かつ長期にわたる外出
- ③通院の介助
- ④社会通念上適当でない外出
- ⑤ガイドヘルパーの2人派遣

2. その他のサービス

- ①介護等の相談・助言

5 利用料金

(1)移動支援支給対象サービス利用者負担額

提供した移動支援サービスの費用の1割(ただし、受給者証に記載された上限額の範囲内)の料金をいただきます。

事業者が利用者に代わり市町村から受領した費用の額については、利用者に通知します。

(2)その他の料金

ガイドの際の交通費等の実費の負担は次の通りとします。

①交通費

- ・移動介護の際にかかる交通費はすべて利用者がご負担願います。
- ・待ち合わせ場所および終了場所(原則として自宅)が、通常の事業の実施地域の場合は、ヘルパーの自宅との移動にかかる交通費は含みません。
- ・待ち合わせ場所や終了場所が、通常の事業の実施地域以外の場合は、交通費の実費を請求(利用料請求時に一括清算)いたします。

②飲食代

ガイドが食事時間にかかる時の飲食代は、利用者・ヘルパーそれぞれが支払うものとします。

ただし、会食等飲食を目的とする場所でガイドを必要とする場合や、ヘルパーが食事内容を選択できない場合は、利用者が負担することとします。支払い行為は利用者とお店との間で行って下さい。

③入場料等

入場料等を必要とする場所(遊園地、コンサート、映画、観劇、野球観戦等)でガイドする場合は、利用者負担とします。その場合は、利用者がヘルパーの分を含めた入場料等を直接お支払い下さい。

(3)キャンセル料

サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの通知時間により、キャンセル料を請求いたします。

- ① ご利用日の前日の午後5時までに事務所へご連絡の場合、キャンセル料は不

要です。

- ② ご利用日の当日の連絡の場合、キャンセル料(円)が必要です。

但し、利用者の病変、急な入院等でご利用に慣れない場合、また、当日の天候により急にキャンセルが必要となった場合、当日の午前8時～8時半までにご連絡いただければ、キャンセル料は不要です。

(4) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月毎に計算し、翌月10日までに請求しますで、20日までにお支払い下さい。

支払いは、原則として現金にてお支払い下さい。サービスに入ったヘルパーが集金させていただきます。

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、電話等でご連絡下さい。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2日前までに解約の旨、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、急な入院等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

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、利用者やご家族等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、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず、20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等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 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します。）
- ② 利用者が亡くなった場合

7 サービスご利用の申し込みから実施まで

サービスは、次のような流れで行われます。

- ① 利用者からの申し込みは、ガイドサービスを希望する日の原則1週間前までに、事務所に電話で行って下さい。1週間以内でも、外出を要する用事ができた時は、ご連絡下さい。急なお申し込みの場合はヘルパーの手配ができない場合があるかもしれませんので、予めご了承下さい。
- ② 事務所のサービス提供責任者（または、サービス提供責任者より依頼を受け

たヘルパー)から利用者に電話をかけて、細かい打ち合わせを行います。(ガイド計画作成のための聞き取り)

- ③ 実施の前日に、事務所から利用者に確認の電話をすると共に、ヘルパー氏名について連絡します。
- ④ 当日、ガイドを行います。

8 利用申し込み時の確認事項

- ① 利用の申し込みは、必ず本人が行って下さい。
- ② 特別な事情がない限り、本人以外の申し込みは受け付けません。
- ③ 事務所からの利用確認連絡も全て本人に直接行います。

～利用申し込みの際には、次の事をご連絡下さい。～

- ① 氏名
- ② 利用希望日時、利用目的、行き先及び行き先への希望到着時刻
- ③ 待ち合わせ場所と時刻、終了場所と時刻(30分単位)
- ④ 同伴者の有無(ある場合は具体的に)
- ⑤ 目的地までの経路(分かる範囲で)
- ⑥ 担当するヘルパーが見つからない時は、何日までに連絡すればよいか。
- ⑦ その他(ある場合は、具体的に)

～その他～

- ① サービスを受ける際は、身体障害者手帳、印鑑を必ず所持して下さい。
- ② 申し込み内容を変更または中止するときは、速やかに事務所へ連絡して下さい。
- ③ 待ち合わせ時刻に遅れる場合や、待ち合わせがうまくいかない場合は、事務所へ連絡して下さい。
- ④ 何かトラブルが起きたり、ガイドに関しての要望や意見・提案がある時は、事

務所へ連絡して下さい。

- ⑤ 事務所もヘルパーも、利用者のプライバシーを守りますので、安心してご利用下さい。
- ⑥ ガイド終了時には、ヘルパーが所持している「移動支援サービス提供実績記録票」に、開始時刻、終了時刻を確認した上で、利用者ご自身で捺印下さい。ご自身での捺印が困難な場合などは、確認の上ヘルパーに押印してもらって下さい。
- ⑦ 視覚性のガイドをご利用の方は、待ち合わせる際およびガイドを受ける際は常に白杖を伸ばして携帯して下さい。
- ⑧ ヘルパー個人の住所や、電話番号は聞かないで下さい。サービスに関することは、すべて事務所にご連絡下さい。もし、個人的な通信を取られた場合は、ご解約となる場合もありますので、ご注意下さい。
- ⑨ 金銭に関すること
 - ・ ヘルパーは、金銭の立て替えは出来ません。
 - ・ 買い物の際のお金のやり取りは、利用者とお店側で行って下さい。
 - ・ 利用者の個人的な持ち物は、お預かりできません。
 - ・ 貴重品は、必ず利用者ご自身がお持ちいただくか、身につけておいて下さい。
 - ・ ヘルパーが支払うべき飲食代を利用者にご負担されることのないようお願いいたします。
 - ・ ヘルパーへの心づけ等、謝礼に類する金品等は、一切ご不要に願います。
- ⑩ ヘルパー手配に関すること
 - ・ いつも同じヘルパーが担当できるとは限りません。
 - ・ 場合によっては、日程調整のご依頼をすることもあります。

9 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他、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	病院名() TEL() 氏名()
救急希望病院の有 無	有の場合 病院名() 無しの時は救急車の搬送先となります。
緊急連絡先 1	氏名()続柄() TEL()

10 損害賠償保険への加入

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保 険 会 社 名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名	事業活動総合保険
補 償 の 概 要	身体、財物、共通

11 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

② 個人情報の保護について

事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用の個人情報を用いません。

また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サ

ービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。

事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

12 この契約に関する苦情・相談窓口

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(お客様相談係)

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続き等サービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○ お客様相談係 <苦情受付窓口(担当者)>

〔職名〕サービス提供責任者 : 木天 直人

〔電話〕 06-6488-1342

〔FAX〕 06-6481-2543

○ 苦情解決責任者

〔職名〕管理者 : 三嶋 俊一

○ 受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

○ 受付の体制

① 相談及び苦情の記録については、「相談及び苦情記録表」を作成しています。

② 担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにすると共に、確実に担当者引き継ぐ体制を敷いています。

○ 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。

② 管理者は、従業者に事実関係の確認を行います。

③ 相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、時下の対応を決定します。

④ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)

○ その他参考事項

① 当事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により、適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対処します。

② 苦情処理を行った後、必ず結果を確認し、対応マニュアルに反映し、社内研修の中で取り上げ、サービスの質の向上、経営改善に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

尼崎市役所 障害福祉課	所在地	尼崎市東七松町 1 丁目 23 番 1 号 本庁南館 1 階
	電話番号	06-6489-6750
	FAX	06-6489-6351
	受付時間	9:00～17:00
兵庫県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地	神戸市中央区坂口通 2 丁目 1-1 兵庫県福祉センター内
	専用電話	078-242-6868
	FAX	078-271-1709
	受付時間	10:00～16:00
	電子メール	tekiseika@hyogo-wel.or.jp

年 月 日

移動支援事業利用にあたり、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。

事業者	所在地	尼崎市長洲西通2丁目8-30	
	法人名	尼崎都市美化推進企業組合	
	代表者名	代表理事 三嶋 俊一	印

事業所	所在地	尼崎市長洲西通2丁目8-30	
	事業所名	アクティブケア くるみ	
	説明者名	印	

私は契約書および本書面により、これからサービスを受ける移動支援事業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
	利用者住所氏名欄を代筆の場合は、代筆者名等を下欄にご記入下さい。	
	代 筆 者 氏 名	
	利用者との関係	

利用者代理人として選任されている場合は、下記にご記入下さい。

代理人	住所		
	氏名	印	
	利用者との関係		

平成 30 年 8 月改訂版