ケアサポート凛　重要事項説明書

お客様（お客様のご家族）が利用しようと考えている指定移動支援サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容をご説明いたします。わかりにくいことがあれば、ご遠慮なくご質問ください。

１　法人概要について

名　　称	有限会社　ヤマサキケアネット
所　在　地	〒661-0043　尼崎市武庫元町１丁目２１－１４
連　絡　先	電話　０６－６４３２－４１５５ FAX　０６－６４３２－４１５６
代　表　者	代表取締役　　山﨑　正剛
設立年月日	平成１７年　１月　２５日
事業内容	障害福祉サービス

２　お客様に居宅サービスを担当する事業所について

事　業　所　名	ケアサポート　凛
所　在　地	〒661-0043　尼崎市武庫元町１丁目２１－１４
連　絡　先	電話　０６－６４３２－４１６０ FAX　０６－６４３２－４１５０
管理者　氏　名	山﨑　正剛
営業日 営業時間	月曜日から金曜日 午前９時００分から午後５時３０分までとする。 （だだし、祝日及び１２月２９日から１月３日までを除く）
サービス提供日 サービス提供時間	月曜日から日曜日及び祝日 午前８時００分から午後６時００分までとする。
事業所指定番号	移動支援 №２８６３００３０１４
営業開始時期	平成２３年１０月　１日
通常の事業の実施地域	尼崎市
事業目的・方針	市町村、相談支援事業所、関係機関などと綿密な連携をとり、総合的なサービス提供に努めます。

３　当事業所の従業員について

職　種	員数	業務内容	勤務体制
管理者	１名	業務及び従業員の管理を行います	常勤１名
サービス 担当責任者	２名	居宅介護の利用申込みにかかる調整、居宅介護計画の作成、訪問介護員に対する技術指導、サービスの提供を行います	常勤２名(兼務)
介護従業者	４名	移動支援介護計画に基づき指定移動支援サービスの提供に当たる。	常勤４名(兼務２名)

（1）お客様に居宅介護サービスを提供する当事業所の従業員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及びお客様やご家族から求められた際はいつでも提示をします。

4　当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）「移動支援計画」とサービス内容（契約書第３条・４条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から「移動支援計画」を定めて、サービスを提供します。「移動支援計画」は、市町村が決定した移動支援の「支給量」（「受給者証」に記載してあります）とお客様の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容やお客様に対するサービス実施日などを記載しています。「移動支援計画」は、お客様やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、お客様の申し出によりいつでも見直すことができます。

【サービス区分及びサービス内容】

①　移動支援（外出の介護を行います）

（視覚障害がある方及び脳性マヒなどの全身性障害がある方など屋外での移動に著しい制限のある方を対象としたサービスです）官公庁や銀行等の公共機関への用務など社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の援助を行います。

※１日の範囲内で用務を終えるものを原則とし、通勤、通学、施設サービスへの移動、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助はいたしません

②　その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

（2）お客様負担額（契約書第５条参照）

上記サービスの利用に対しては、障害福祉サービス費が支給されます。障害福祉サービス費は、本事業所が代理受領いたしますので、お客様から受給者証の記載内容に基づき

お客様本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額（利用者負担額）

をお支払いただきます。

※ 別紙　移動支援サービス利用料　参照

【２人のガイドヘルパーにより訪問を行った場合】

１人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合で、利用者様の同意のもと、２人のヘルパーでサービスを提供した場合は、２倍の利用者負担額をいただきます。

【利用者負担額の上限等について】

障害福祉サービス費対象のサービス（ガイドヘルパサービス）利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。本事業者が代理受領を行った障害福祉サービス費額は、お客様に通知します。

【償還払い】

障害福祉サービス費額を事業者が代理受領を行わない場合は、市町村が定める障害福祉サービス費基準額の全額をいったんお支払いただきます。この場合、お客様に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると障害福祉サービス費が支給されます）

（３）サービス利用にかかる実費負担額（契約書第５条参照）

① サービス提供に要する下記の費用は、障害福祉サービス費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で当事業所のサービスを利用される場合は、ガイドヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。（サービス利用料とともに１ヶ月毎にお支払いただきます。）

② ガイドヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます）

（４）お客様負担額及び実費負担額のお支払い方法

利用料金の請求	請求書は毎月下旬までに前月分の請求をいたします。お支払い後領収証を発行いたします。
利用料金の支払い方法	翌月２７日までに銀行振込、口座自動引落しの２通りの中から選べます。

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第６条参照）

① 利用予定日の前にお客様の都合により、移動支援計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出て下さい。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いただく場合があります。但しお客様の体調不良等やむをえない場合は取消料をいただきません。

利用日の前営業日午後５：３０までにご連絡を頂いた場合	**無　料**
連絡が遅れた場合又はご連絡を頂かなかった場合	**６００円（税込）**

※ キャンセルが必要になった場合は、直接事務所までご連絡ください。

連絡先：０６－６４３２－４１６０

③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

④ サービス利用の変更・追加は、ガイドヘルパーの稼働状況により、お客様が希望する時間にサービスの提供が出来ない事があります。その場合は、他の利用可能日時をお客様に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

（６）実施負担額（交通費等）の変更

実費負担額(交通費等)を変更する場合は、原則としてその２か月前までにご説明します。

５　事業者の責務について

（１）ガイドヘルパーについて

① サービス提供時に、担当ガイドヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のガイドヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のガイドヘルパーや訪問するガイドヘルパーが交替する場合は、予めお客様に説明するとともに、お客様及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

② お客様から特定のガイドヘルパーを指名することはできませんが、ガイドヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談くだ

さい。

（２）移動支援計画について

① 当事業者は、お客様の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、お客様の「移動支援計画」を作成し、お客様に説明したうえでこれに従って、計画的にサービスを提供します。

② 当事業所はお客様がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は、「移動支援計画」の変更等の対応を行います。

（３）移動支援サービスの提供内容の記録について

お客様に提供したサービス提供の記録は、サービス提供日から５年間保管します。記録は、お客様とそのご家族に限り閲覧及び写しの交付が可能です。

（４）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、お客様やご家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も従業者の在職中はもとより退職後においても正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で、お客様もしくはご家族の情報を使用する必要があります。この場合には、あらかじめお客様もしくはご家族に説明し、別紙同意書に署名頂いた上で使用します。同意を得た場合は同意書に署名をいただきます。

６　賠償責任について

事業者の責任において、お客様の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業者はお客様にその損害を賠償いたします。

７　緊急時の対応

サービス提供中にお客様に緊急の事態が発生した場合、お客様の主治医にご連絡するとともに、必要な対応を行います。その際、予め指定する連絡先にも連絡します。

８　相談・苦情窓口

（１)当事業所の利用相談・苦情窓口

当事業者が提供するサービスについてご相談や苦情などがございましたら、担当責任者や次の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

窓口名　　ケアサポート凛
受　付　　月曜日～金曜日の（平日）午前９時～午後５時３０分
連絡先　　電話　０６－６４３２－４１６０
　　FAX　０６－６４３２－４１５０
担当者　　苦情解決責任者：山﨑　正剛
　　苦情受付担当者：　阿部　操

（２)その他

当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口でも受付けています。

尼崎市健康福祉局 障害福祉課	尼崎市東七松町 1-23-1　本庁南館１F 電話番号　０６－６４８９－６７５０ FAX　　０６－６４８９－６３５１ 受付時間　９：００～１７：００　月～金（祝日除く）
兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター内 電話番号　０７８－２４２－６８６８ FAX　　０７８－２７１－１７０９ 受付時間　１０：００～１６：００　月～金（祝日除く）

９　虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待等の防止のために、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　　山﨑　正剛

（２）虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

（３）虐待防止のための指針の整備をしています。

（４）従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

（５）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、これをお住まいの地域の地域包括支援センターもしくは尼崎市高齢介護課に通報します。

１０　暴力団等の排除について

事業者及び管理者は、暴力団員等ではないものとする。また、運営について暴力団等の支配を受けません。

個人情報の使用に係る同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１　使用する目的

（１）　利用者の指定移動支援サービスに係る支給申請及び更新、変更のため

（２）　利用者に係る個別支援計画（移動支援計画）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため

（３）　医療機関、福祉事業者、障害地域生活支援センター、指定移動支援サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため

（４）　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合

（５）　利用者の利用する移動支援等事業所内のカンファレンスのため

（６）　行政の開催する評価会議、サービス担当者会議

（７）　その他サービス提供で必要な場合

（８）　上記各号にかかわらず、緊急を要する時の連絡等の場合

２　使用にあたっての条件

（１）　個人情報の提供は、上記１に記載する目的の範囲内で必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に決して漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。

（２）　事業者は、個人情報を使用した会議・相手方・内容等の経過を記録し、請求があれば開示すること。

３　個人情報の内容

（１）　氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況・居住環境等事業者が移動支援等のサービスを行うために行う最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

（２）　その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別され得る情報

４　使用する期間

（１）　令和　　年　　月　　日～契約書に記載の契約満了日

（２）　契約書第２条にある契約期間と同じ期間とし、契約期間が更新された場合は、自動的に同じ内容で更新されるものとする。ただし、上記契約満了日までに、契約解除があった後は利用者及び家族に関する個人情報を使用しないこと。