

移動支援事業重要事項説明書

1 事業者の概要

名称	有限会社アウトソー
法人所在地	東京都足立区西新井 7-10-14
電話番号	03-5647-9111
代表者氏名	馬場 義和

2 事業所の概要

事業所の名称	訪問介護はすな
事業所の所在地	東京都足立区西新井本町 2-8-14 セントラルマンション西新井 101
事業所の電話番号	03-5809-4470
サービス提供地域	足立区
サービス提供曜日・時間	月 火 水 木 金 土 日 8:00~18:00 その他は相談に応じます。
事業所番号	1372111250
設立年月日	2001 年 9 月 4 日
運営方針	1、 事業所の従事者はご利用者様の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活全般を営むことができるよう、移動支援の援助を行う。 2、 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
事業所が行っている他の業務	重度訪問介護 居宅介護 同行援護

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		1	重度訪問介護従業者養成研修総合課程修了 介護初任者研修
サービス提供責任者	1		2	介護福祉士
ヘルパー	3	16	4.6	介護福祉士・ヘルパ-2・1級
事務員	1			

4 サービスの内容

社会生活上必要不可欠な外出	官公庁や金融機関、病院等への外出。公的行事への参加。生活必需品の買物。冠婚葬祭等。
その他の外出	レジャー、外食、サークル活動、映画鑑賞、生活必需品以外の買物等の余暇活動。

5 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

提供した同行援護サービスの費用の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。

(2) 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。

また、介助においてホームヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。

(3) キャンセル料

急な入院や体調不良の場合を除き、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 →2,000円
- ・ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合 →4,000円

(4) 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、現金にてお支払いください。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①居宅介護について介護給付費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、居宅介護計画を作成して、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。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居宅介護の提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、利用者的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 14 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、7 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。）
- ②利用者が亡くなった場合

7 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 損害賠償保険への加入

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 共栄火災海上保険株式会社

保険名 介護サービス総合保険

補償の概要 居宅介護事業者保険

9 この契約に関する苦情・相談窓口及び虐待等通報先

当事業所ご利用相談・苦情窓口及び虐待等通報先

担当者	馬場果奈子
電話番号	03-5809-4470
受付時間	月曜日～金曜日 9時～17時

当事業所以外に、区市町村の窓口でも受け付けています。

足立区権利擁護センター	03-5813-3551
足立区障害福祉課	03-3880-5255

令和 年 月 日

居宅介護の利用にあたり、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 東京都足立区西新井本町 2-8-14
セントラルマンション西新井 101

有限会社アウトソー
訪問介護はすな
馬場果奈子

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居宅介護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

(代理人による署名の場合)

私は本人の意思を確認し、署名代行いたしました。

住 所
氏 名

(利用者との関係)