

同行援護サービス重要事項説明書

(令和6年7月1日現在)

1 事業者の概要

名称	兵庫県高齢者生活協同組合
法人名	消費生活協同組合
法人所在地	神戸市長田区大橋町9丁目4-6
連絡先	TEL 078-676-3771 FAX 078-641-9816
代表者氏名	理事長 阿江善春
法人の沿革・特色	1999年6月設立。高齢者の互助組織として、介護・福祉事業とともに、組合員の支えあい、助け合いの活動をすすめています。
法人が所有する 営業所の種類・数	居宅介護支援事業所 5ヵ所 ながた・ひらの・六甲・宝塚・ひだまり 移動支援事業所 2ヶ所 ながた・ひらの（六甲休止中） 福祉用具貸与事業所 1ヵ所

2 事業所の概要

事業所の名称	高齢者生協 ケアステーションながた
事業所の所在地	神戸市長田区大橋町9丁目4-6
事業所の電話番号	078-641-9819
営業日	月曜日～金曜日・祝日 (ただし、12月31日から翌1月3日を除く)
営業時間	午前9時～午後6時
サービス提供地域	神戸市長田区、須磨区、兵庫区 中央区 灘区 東灘区
サービス提供日	月曜日～金曜日 国民の祝日 (ただし、12月31日から翌1月3日を除く)
時間	午前9時～午後6時
事業所番号	同行援護：2810600185（令和6年7月1日 神戸市指定）
運営方針	障害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、介護サービスをすすめる。
自己評価の 実施状況	神戸市等の通達に応じて実施
第三者評価の	神戸市等の通達に応じて実施

実施状況	
職員への研修の実施状況	神戸市等が開催する障害者ヘルパー研修への参加 毎月 1 回ヘルパー研修を実施

3 事業所の職員体制

職種	常勤（人）	非常勤（人）	資格等
管理者	1		介護福祉士（同行援護従業者養成研修一般課程修了）
サービス提供責任者	1		介護福祉士（同行援護従業者研修応用・一般課程修了）
ヘルパー		9	介護福祉士（同行援護従業者養成研修応用・一般課程修了）

4 サービスの内容

- ① 移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読）を行います
- ② 移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護を行います。
- ③ 排便・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助を行います。
- ④ その他、生活等に関する相談や助言をいたします。

5 利用料金等

（1）利用料

- ① 受給者証に記載の利用者負担上限月額を上限として、同行援護等サービス費の 1 割の料金をいただきます。
- ② 同行援護については、次に該当する場合、初回加算又は緊急時対応加算がサービス費の算定に加算されます。

＜初回加算＞ 新規又は過去 2 月以上当該事業所から同行援護サービスを受けていない利用者に対して、同行援護等計画を作成し、従業者がサービスの提供を開始した日または開始した日に属する月等に、サービス提供責任者が自らサービスを提供するか、又はサービス提供責任者が従業者に同行して指導をした場合には、初回加算が算定されます。

＜緊急時対応加算＞ 同行援護計画に位置づけられていないサービス提供を利用者又は家族等から申請を受け、サービス提供責任者が緊急対応の必要があると判断し、24 時間以内にサービスの提供を行った場合に、緊急時対応加算が算定されます。(ただし、1 回の申請につき 1 回が限定で、月 2 回まで。)

- ③ 利用者の身体的理由により、1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に 2 人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2 人分の料金をいただきます。
- ④ サービスの利用者に対して、介護給付費として、その利用者負担額を差し引いた額が市町村から支給されますが、当事業所が代理受領いたします。この場合、市町村から代理受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

(2) 交通費

上記 2 の「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。

それ以外の地域でのサービス提供に要する交通費は、公共交通機関又は、タクシーを利用した場合は、その実費をいただきます。

なお、外出に伴う交通費については、実費を請求させていただきます。

(3) その他の料金

サービスに提供を要する下記費用は、障害者自立支援法に基づく介護給付費等の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- ① 本事業所所有車の利用を希望される場合は、ガソリン代 (20 円/Km) をお支払いいただきます。
- ② 業務上必要な入場料、利用料については、実費をお支払いいただきます。また、食事が目的の場合には食事代を含みます。
- ③ キャンセル料

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。キャンセルの連絡をいただいた 時間に応じて、下記の①～③の料金をいただきます。

① ご利用前日の 18 時までにご連絡いただいた場合	無料
② 利用者の急な病変等、やむを得ない状況と当事業所が判断した場合	
③ ご利用前日の 18 時までにご連絡いただけなかった場合	2, 0 0 0 円

(4) その他

利用者のお住まいで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。

(5) 支払方法

上記利用料金等（利用者が当日支払い済み分を除く。）の支払いは、1 か月ごとに計算し、20 日までに請求をいたしますので、利用内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記の①～③のいずれかの方法でお支払いください。

① 現金支払い
② 事業者指定口座からの自動振替
③ 事業所指定口座への振り込み ゆうちょ銀行 口座：00900-4-145500 口座名義人 ： 兵庫県高齢者生活協同組合

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 同行援護サービスについて介護給付費支給決定を受けた方で、当事業所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。当事業所のサービスの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、同行援護計画を作成して、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、利用者からの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 同行援護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 利用者が当事業所に対して 10 日以上予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解約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。
- ③ 当事業所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、または当事業所が破産した場合、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 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 利用者が施設に入所した場合
- ② 同行援護サービスの期間が終了し、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）
- ③ 利用者が亡くなった場合

7 当事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項

計画に基づくサービスの提供にご理解・ご協力ください。

8 秘密保持と個人情報の保護

- (1) 事業所及びその従事者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に

関する秘密及び個人情報については、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者に決して漏らしません。

- (2) 事業所は、その従事者が退職後においても、在職中に知り得た利用者及びその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必要な措置を講じます。

- (3) 事業所は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者等からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議・他の障害福祉サービス事業所等に、利用者の家族の個人情報を提供しません。

9 障害者虐待防止法について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり措置を講じます

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

10 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その他必要な場合は、運営規定に定めた緊急時の対応方法に基づき、速やかにご家族、主治医等の医療機関、関係者等に連絡するなど、必要な措置を講じます。

なお、当事業所は、同行援護サービスにおいて、24 時間連絡可能となっております。

1.1 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医又は関係医

療機関、関係行政機関等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

なお、本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保 險 会 社 名 : あいおい損保

保 險 名 : 介護保険社会福祉事業者総合保険

補 補 の 概 要 : 対人・対物賠償

1 2 この契約に関する苦情・相談窓口

(1) 当事業所のご相談窓口・苦情窓口

担 当 者	管理者 石橋 真弓
電 話 番 号	0 7 8 - 6 4 1 - 9 8 1 9
受 付 時 間	午前 9 時～午後 6 時 *受け付け時間外も電話対応しています。

(2) 事業者のご利用相談・苦情窓口

担 当 者	専務理事 新原 耕治
電 話 番 号	0 7 8 - 6 4 6 - 3 7 7 1
受 付 時 間	午前 9 時～午後 6 時

(3) 当事業所以外に、社会福祉法 83 条により設置された下記の福祉サービスに関する苦情相談機関でも受け付けています。

名 称	兵庫県福祉サービス運営適正化委員会
所 在 地	神戸市中央区坂口通 2 - 1 - 8 兵庫県福祉センター内
電 話 番 号	0 7 8 - 2 4 2 - 6 8 6 8
F A X 番 号	0 7 8 - 2 7 1 - 1 7 0 9
受 付 時 間	平日 1 0 時～1 6 時

(4) 虐待に関する相談窓口

名 称	神戸市障害者虐待防止センター
電 話 番 号	0 7 8 - 7 3 1 - 0 1 0 1
F A X 番 号	0 7 8 - 7 3 1 - 0 8 0 1
受 付 時 間	2 4 時間 3 6 5 日対応

令和 年 月 日

重度訪問介護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。

(事業者)

所在地 神戸市長田区大橋町 9 丁目 4・6

名 称 兵庫県高齢者生活協同組合

代表者 理事長 阿江 善春 印

(説明者) 高齢者生協ケアステーションながた

氏 名 _____

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同行援護サービスの重要な事項について、事業所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)

住 所 _____

氏 名 _____ 印