

特定医療法人共和会

訪問介護事業所 れんげ草

(愛知県指定障害福祉サービス事業所番号 第 2318800212 号)

障害福祉サービス重要事項説明書

<移動支援>

◆◆目次◆◆

- 1 事業者の概要
- 2 ご利用の事業所の概要
- 3 事業所の職員体制
- 4 主たる対象の方
- 5 利用料金
- 6 サービスの内容
- 7 サービスのご利用方法
- 8 当事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項
- 9 個人情報の利用について
- 10 緊急時の対応方法
- 11 この契約に関する苦情・相談窓口

令和7年9月1日現在

1 事業者の概要

名称	医療法人共和会
法人種別	医療法人
法人所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目123番地
電話番号	0562-46-2222
FAX 番号	0562-47-6577
代表者氏名	西岡 和郎
設立年月日	昭和34年10月1日

2 ご利用の事業所の概要

事業所の名称	訪問介護事業所 れんげ草
事業所の所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目70番地
事業所の電話番号	0562-45-7227
事業所の FAX 番号	0562-45-7230
管理者	石川 雅也
サービス提供地域	大府市 知多市 名古屋市 東海市 東浦町
営業日	年中無休
受付時間	午前8時30分から午後5時15分まで(電話等により24時間常時連絡可能です)
サービス提供時間帯	午前6時から午後10時まで ご利用者様の要請に呼応したサービスを設定いたします (要望があれば24時間体制で実施いたします)
事業所番号	大府市 2368800328 (平成23年10月26日指定) 知多市 (平成23年11月1日指定) 東海市 2361100312 (平成23年11月1日指定) 名古屋市 2360180844 (平成23年12月1日指定) 東浦町 2365900319 (平成23年11月28日指定)
運営方針	関係法令を遵守し、障がいを持つ方が、必要なときに必要な障がい福祉サービスの提供ができるよう努めるものとします。また、他の社会資源との密接な連携に努めます。
自己評価の実施状況	月1回実施
第三者評価の実施状況	無し
職員への研修の実施状況	採用時研修 採用後2か月以内に実施 継続研修 年2回実施

3 事業所の職員体制

職種		資格等
管理者	1名	介護福祉士
サービス提供責任者	3名以上	介護福祉士
訪問介護員	2.5以上（常勤換算）	介護福祉士・ヘルパー2級

4 主たる対象の方

区分	要件
視覚障がい者・児	外出時に移動の支援が必要（単独で外出をすることが困難）と認められる視覚障がい者・児
全身性障がい者・児	外出時に移動の支援が必要（単独で外出をすることが困難）と認められる者で、「両上肢」及び「両下肢」（又は体幹）のいずれにも障がいを有する身体障がい者手帳の肢体不自由1・2級の者 又はこれに準ずると市町村長が認める者
知的障がい者・児	外出時に移動の支援が必要（単独で外出をすることが困難）と認められる知的障がい者・児
精神障がい者（18歳未満の者を含む）	外出時に移動の支援が必要（単独で外出をすることが困難）と認められる精神障がい者（18歳未満の者を含む）

5 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割です。ただし、住民税非課税世帯及び生活保護世帯については、無料となります。

また、住民税課税世帯の月額負担上限額については市町村長が定めた額とし、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、ご利用者様に移動支援サービス利用者負担額をお支払いいただきます。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いたします。

※事業者がご利用者様に代わり市町村から受領した移動支援サービス費の額については、ご利用者様に通知いたします。

(2) その他の料金（全額自己負担）

日常生活においても通常必要となり、ご利用者様が負担することが適当とする費用として、ご利用者様には下記の金額を事業所にお支払いいただきます。

区分	金額（単位）	内容の説明
日常生活において通常要するもの	実費分をご負担いただきます。	行事の際の入場料、食事代等

(3) 支給決定を受けた内容以外のサービス利用に係る費用（全額自己負担）

支給決定を受けた内容以外のサービスの利用、又は決定を受けた支給量を超えるサービスの利用に係る費用は、ご利用者様にご負担いただくこととなります。費用負担が必要な場合は、事前に説明して同意を頂いた上でサービスの提供を行います。

(4) 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、当事業所の従業員がお伺いするための交通費は無料となります。

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。

また、別途外出中の交通費が必要となります。（同行するヘルパー分を含む）

(5) 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。

- | | | |
|---|--------------------------------|----------------|
| { | ・ご利用日の前日午後5時15分までにご連絡いただいた場合 | →無料 |
| | ・ご利用の前日午後5時15分までにご連絡いただかなかった場合 | →ご契約者様負担金の100% |

(6) その他

上記（1）から（4）のほか、従業員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、ご利用者様にご負担いただきます。

(7) 支払方法

上記ご利用料金のお支払いは、1か月ごとに計算し、翌月20日までに請求いたしますので、翌々月6日までにお支払いください。

お支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いいたします。ただし、これによりがたい場合は、現金またはお振込でお願いいたします。

6 サービスの内容

(1) 移動支援は外出時における移動の介護、外出時の排せつ、食事等の介護、外出時の代筆、代読等、その他外出に伴い必要と認められる支援を行うサービスです。

(2) サービスは、別添の「サービス計画書」に沿って計画的に提供いたします。

(3) サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、次のとおりです。

なお、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名： _____ 連絡先（電話）： _____

連絡先（ファックス）： _____

- (4) サービスを提供する主なヘルパーは次のとおりです。なお、事業所の都合によりヘルパーを変更する場合、サービス提供責任者から事前に連絡いたします。

主なヘルパーの氏名：_____

- (5) ヘルパーは、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者様又はご利用者様のご家族様からその提示を求められたときは、いつでも身分証を提示いたします。

7 サービスのご利用方法

(1) サービスのご利用開始

- ①移動支援の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提供に係る重要事項についてご説明いたします。
- 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、
サービスの提供を開始いたします。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、ご利用者様から契約終了のお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、ご利用者様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ご利用者様が当事業所に対し7日間の予告期間に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、ご利用者様の病変、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、
ご利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、
ご利用者様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ご利用者様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、30日以内にお支払いいただけない場合、
またご利用者様やご家族様が事業所やサービス従業者に対し、
本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、
事業所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いたします。

(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 ご利用者様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他市町村に転居された場合
- ④ご利用者様が亡くなられた場合

8 当事業所のサービス利用に際し留意いただきたい事項

- (1) ご利用者様がヘルパーの交代を希望される場合には、
できる限り対応いたしますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。
- (2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - ①ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取扱いはいたしかねます。
(買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です)。
 - ②ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

9 個人情報の利用について

(1) 使用目的

居宅介護サービスを提供するにあたり、相談支援専門員と当事業所との間で開催されるサービス担当者会議において、ご利用者様の状態、ご家族様の状況を把握するために必要な場合、又、相談支援専門員又は、他のサービス事業所との連絡調整のために必要な場合、現に居宅介護サービスの提供をしている場合で、ご利用者様の体調等の変化により病院・診療所等に同行したときに医師・看護師等に説明を行う場合、必要最小限の範囲内でご利用者様の個人情報を使用いたします。

(2) 個人情報を提供する事業所

居宅介護サービス計画に掲載されている他のサービス事業所、ご利用者様の体調の変化により診療することとなった場合の病院又は診療所へ個人情報を提供いたします。

(3) 使用する期間

サービス提供を行っている期間のみ使用いたします。

(4) 使用する条件

個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外のもに漏れることのないよう最新の注意を払います。又、個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録いたします。

10 緊急時の対応方法

サービス提供中にご利用者様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、ご家族様が不在の場合等、必要に応じて次の緊急連絡先へ速やかにご連絡いたします。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族様等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

1 1 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	加藤 洋一
電話番号	0562-45-7227
受付時間	午前8時30分から午後5時15分まで

当事業所以外に、運営適正化委員会でも相談・苦情を受け付けています。

担当部署	社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会
電話番号	052-202-0167
受付時間	月曜日から金曜日 9時から17時（国民の祝日・休日、年末年始は除きます）

令和 年 月 日

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。

事業所

(所在地) _____

(名称) _____ 印

(説明者氏名) _____ 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。

ご利用者様

(住所) _____

(氏名) _____ 印

(代理人または立会人等)

(住所) _____

(氏名) _____ 印