

# 移動支援 重要事項説明書

〈令和7年4月1日 現在〉

## 1. 介護サポートかがやき有限会社 事業所の概要

### ① 提供できるサービスの種類と地域

|          |                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名     | 介護サポートかがやき有限会社                                                           |
| 所在地      | 東京都練馬区北町8丁目37番8号<br>ベルソーナ北町111号                                          |
| 事業所番号    | 練馬区 1362000430号                                                          |
| サービス提供地域 | *練馬区<br>旭町・春日町・北町・田柄・錦・早宮・光が丘・氷川台・<br>平和台<br>*板橋区<br>赤塚・赤塚新町・徳丸・成増・西台・四葉 |

\* 上記以外の地域についてもご相談に応じます。

### ② 事業所の営業日および営業時間

| 営業日                        | 営業時間                                          |
|----------------------------|-----------------------------------------------|
| 日曜日・年末年始(12月30日～1月3日)を除く毎日 | 月曜日から土曜日午前9時から午後6時まで<br>*時間外、日曜日についてはご相談に応じます |

### ③ 事業所の職員体制

|           | 資格         | 常勤   | 非常勤   | 計     |
|-----------|------------|------|-------|-------|
| 管理者(サ責兼務) | 介護福祉士      | 1(1) |       | 1(1)  |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士      | 5(1) | 3(0)  | 8(1)  |
| 従業者       | 介護福祉士      | 3(0) | 10(1) | 13(3) |
| 従業者       | 介護職員実務者研修等 | 0(0) | 1(0)  | 1(0)  |
| 従業者       | 介護職員初任者研修等 | 1(0) | 16(1) | 17(1) |

( ) 内は男性再掲

### ④ サービスの提供時間

|        | 通常時間帯      | 早朝        | 夜間              | 深夜         |
|--------|------------|-----------|-----------------|------------|
| 時間帯    | 8:00～18:00 | 6:00～8:00 | 18:00～<br>22:00 | 22:00～6:00 |
| 平日     | ○          | ○         | 応相談             | 応相談        |
| 土・日・祝日 | ○          | ○         | 応相談             | 応相談        |

\*時間帯により料金が異なります。

## 2. サービスの内容

### (1) サービスの内容

①屋外での移動が困難な障害者（児）に対し、社会参加等に必要な移動のための支援を行います。

#### ②対象となる外出

社会生活上不可欠な外出および余暇活動等の社会参加のための外出で、原則として1日の範囲内で用務を終える場合に限りです。

\*利用対象とならない外出

- ・通勤、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（就学児の通学支援・生活介護の送迎介助・就労継続支援B型の通所介護を除く。）
- ・社会通念上本制度を適用することが適当でない外出
- ・障害者関係の施設や団体が実施するプログラムにおける職員の補佐を、介助者が行わなければならないとみられる外出
- ・事業を提供する事業者が、自ら実施する催し等のプログラムに参加させることを目的とした外出

#### ③通年かつ長期にわたる外出の例外として「通学介助」「送迎介助」「通所介助」

- ・「通学介助」…単独での通学が困難な障害児に対し、登校、下校時の移動を支援するサービス
- ・「送迎介助」…生活介護事業所の通所に係る送迎バスの利用に当り、自宅とバスポイント間の送迎を介助するサービス
- ・「通所介助」…就労継続支援B型事業所に単独で通所することが困難な方に対し、送迎の支援をするサービス

### (2) ヘルパーの禁止行為

- ①利用者に対する暴力等の虐待行為
- ②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く）
- ③利用者の同居家族に対するサービス

## 3. 利用料金

### ① 地域生活支援費の支給対象サービス利用者負担額

- ・サービスに要した費用の月額負担上限額を超えない原則1割。上限額を超える場合は月額負担上限額。区市町村から地域生活支援費等利用者負担額減額の決定を受けている場合は、減額後の額。
- ・月額負担上限額については、各区市町村長が定めた額。
- ・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、同時に2人の訪問介護員によってサービス提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

※事業者が区市町村から受領した地域生活支援事業費の額については、受領しだい利用者に通知します。

#### 【基本単価】

| 時 間                              | 単 位         | 利用料金    | 利用者負担 |
|----------------------------------|-------------|---------|-------|
| 身体介護あり<br>移動支援・通学介助<br>送迎介助・通所介助 | 30 分未満      | 2,700 円 | 270 円 |
|                                  | 1 時間未満      | 4,300 円 | 430 円 |
|                                  | 1 時間 30 分未満 | 6,200 円 | 620 円 |
|                                  | 2 時間未満      | 7,100 円 | 710 円 |
| 身体介護なし<br>移動支援・通学介助<br>送迎介助・通所介助 | 30 分未満      | 1,100 円 | 110 円 |
|                                  | 1 時間未満      | 2,100 円 | 210 円 |
|                                  | 1 時間 30 分未満 | 2,900 円 | 290 円 |

#### 【早朝夜間加算】

| 時 間                              | 単 位         | 加算料金    | 利用者負担 |
|----------------------------------|-------------|---------|-------|
| 身体介護あり<br>移動支援・通学介助<br>送迎介助・通所介助 | 30 分未満      | 675 円   | 270 円 |
|                                  | 1 時間未満      | 1,075 円 | 107 円 |
|                                  | 1 時間 30 分未満 | 1,550 円 | 155 円 |
|                                  | 2 時間未満      | 1,775 円 | 177 円 |
| 身体介護なし<br>移動支援・通学介助<br>送迎介助・通所介助 | 30 分未満      | 275 円   | 27 円  |
|                                  | 1 時間未満      | 525 円   | 52 円  |
|                                  | 1 時間 30 分未満 | 725 円   | 72 円  |

#### ② 交通費

- ・訪問介護員が上記に定める通常のサービス提供地域を越える地域に訪問、出張する場合は、その交通費（実費）の負担をお願いいたします。
- ・サービス提供に関わる交通費は、サービス提供地域の内外を問わず、交通費（実費）の負担をお願いいたします。

#### ③ キャンセル料

利用前日、午後 5 時以降のキャンセルについては、1 回の支援につき 60 分以内の場合は 1,000 円。60 分以上の場合は 30 分につき 500 円を加えた金額をいただきます。

キャンセルが必要になった場合は、早めにご連絡ください。なお、急な病気、身体状況の急変に伴うキャンセルの場合、キャンセル料はいただきません。

#### ④ その他

- ・外出先で利用する施設利用料金等（訪問介護員の飲食以外の料金）については、負担をお願いいたします。
- ・サービス提供地域以外の訪問介護員の移動時間や通学・送迎・通所介助時の訪問介護員の一人移動時間については、30 分単位 1,000 円の負担をお願いいたします。

- ・利用者の居宅において、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担になります。
- ・サービスを提供するために必要な機器、備品、消耗品等については、利用者の居宅で通常使用しているものをそのまま使用させていただきます。また、ご本人の心身状況による必要性や円滑なサービス提供の観点から、機器、備品、消耗品の購入をお願いすることがあります
- ・通常の使用方法で用いた場合に生じた機器や備品の「故障」や「破損」については、「その経緯や状況」「使用（耐用）年数」等から補償できない場合もあります。
- ・料金の支払い方法について

お支払は口座振替でお願いします。請求事務の都合上、毎月１５日までに前月分の請求額を郵送、２７日にご指定の口座から振替させていただきます（金融機関の休業日にあたる場合は翌営業日の振替となります）。また、現金でのお支払いをご希望の場合は、毎月２０日までに前月分の請求を致しますので、１０日以内にお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行します。

#### 4. サービスの利用方法

##### ① サービスの利用方法

まずはお電話でお申し込みください。サービス提供責任者がお伺いいたします。移動支援計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

##### ② サービスの終了

(ア)利用者の都合でサービスを終了する場合

お申し出いただければいつでも解約できます。

(イ)事業所の都合で終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、１ヶ月前までに文書で通知いたします。

##### ③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- 利用者が施設に入所した場合
- 地域生活支援費の給付費支給期間が終了し、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）
- 利用者が亡くなった場合

##### ④ その他

利用者のサービス利用料金の支払いが１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３０日以内に支払われない場合や、利用者や家族などが当事業者や訪問介護員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、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

## 5. 当事業所の移動支援サービスの特徴

### ① 運営の方針

- 利用者が可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう援助にあたることを基本とします。
- 利用者や家族とのより良い信頼関係を築けるよう努めるとともに、サービス提供に際しては、利用者個々の希望やライフスタイルを尊重します。
- 移動支援のサービス提供を通じて、地域住民から信頼を得られる事業所となるよう事業を進めていきます。

### ② サービス利用のために

| 事 項          | 有無 | 備 考                          |
|--------------|----|------------------------------|
| ホームヘルパーの変更   | ○  | 変更を希望される方はお申し出ください           |
| 男性ヘルパーの有無    | ○  |                              |
| ホームヘルパー研修    | ○  | 東京都、保険者等が開催する研修会に積極的に参加しています |
| サービスマニュアルの作成 | ○  |                              |

## 6. 緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従って、主治医・救急隊・ご家族・関係事業所等へ連絡をいたします。

|         |         |  |
|---------|---------|--|
| 主治医     | 医療機関名   |  |
|         | 主治医氏名   |  |
|         | 連絡先     |  |
| 緊急時     | 希望医療機関  |  |
| ご家族     | 氏名（続柄）  |  |
|         | 連絡先     |  |
| 相談支援事業所 | 相談支援専門員 |  |
|         | 連絡先     |  |

## 7. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、区および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 8. 虐待の防止について

利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。(責任者 内村)
- ② 成年後見人制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 虐待防止を啓発・普及するために従業者に対して研修を実施しています。
- ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置を実施しています。

## 9. ハラスメント対策について

就業環境内、支援事務内におけるセクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメント、妊娠・出産・育児・介護休暇等に関するハラスメント対策の策定に取り組みます。

ハラスメント担当者は相談窓口として職員等から苦情・相談を申し受け、問題処理を行います。(担当者： 内村・錦織)

## 10. 第三者評価の実施について

|          |       |       |                |
|----------|-------|-------|----------------|
| 第三者による評価 | 1, あり | 実施日   |                |
|          |       | 評価機関  |                |
|          |       | 結果の開示 | 1, あり    2, なし |
|          | 2, なし |       |                |

## 11. 個人情報の取扱いについて

別紙『個人情報の取得および利用に関する同意書』のとおり

## 12. 相談窓口、苦情対応

### ① 当事業所の相談窓口、苦情対応

当事業所の移動支援サービスに関する相談・苦情および移動支援サービス計画に基づいて提供している各サービスについての相談・苦情は、次の窓口で対応いたします。

|          |                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 電話番号/FAX | 03-5945-7881 / 03-5945-7885                                              |
| 担当者      | 管理者 内村 健                                                                 |
| 受付時間     | 日曜日、年末年始を除く毎日、午前9時から午後6時まで                                               |
| その他      | 相談苦情については、担当者、管理者が対応いたします。不在の場合は、対応した者が必ず「相談苦情対応シート」に記入し、担当者・管理者に引き継ぎます。 |

② その他以下の機関にも相談、苦情の窓口がございます

【苦情相談窓口】

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| 名 称  | 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会          |
| 所在地  | 東京都千代田区神田駿河台 1-8-11 東京 YWCA 会館 3 階 |
| 電話番号 | 03-5283-7020                       |
| 受付時間 | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前9時から午後5時まで    |

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 名 称  | 練馬区保健福祉サービス苦情調整委員                     |
| 所在地  | 東京都練馬区豊玉北 6-12-1 練馬区役所内               |
| 電話番号 | 03-3993-1344                          |
| 受付時間 | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前8時30分から午後5時15分まで |

【虐待通報窓口】

|        |                                      |
|--------|--------------------------------------|
| 名 称    | 練馬区所会社虐待防止センター                       |
| 所在地    | 東京都練馬区豊玉北 6-12-1<br>練馬区役所内 障害者施策推進課内 |
| 電話番号   | 03-3984-1344                         |
| FAX 番号 | 03-3984-4721                         |
| 受付時間   | 24時間対応                               |

【相談窓口】

(身体障害・知的障害のある方、難病の方) <〒176 地域の方>

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 名 称  | 練馬総合福祉事務所 障害者支援係・知的障害者担当係             |
| 所在地  | 東京都練馬区豊玉北 6-12-1 練馬区役所内               |
| 電話番号 | 03-5984-4609 障害者支援係                   |
| 電話番号 | 03-5984-4611 知的障害者担当係                 |
| 受付時間 | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前8時30分から午後5時15分まで |

(身体障害・知的障害のある方、難病の方) <〒179 地域の方>

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 名 称  | 光が丘総合福祉事務所 障害者支援係・知的障害者担当係            |
| 所在地  | 東京都練馬区光が丘 2-9-6 光が丘区民センター内            |
| 電話番号 | 03-5997-7796 障害者支援係                   |
| 電話番号 | 03-5997-7075 知的障害者担当係                 |
| 受付時間 | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前8時30分から午後5時15分まで |

(精神障害のある方) 練馬区民の方

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| 名 称  | 豊玉保健相談所                            |
| 所在地  | 東京都練馬区豊玉北 5-15-19                  |
| 電話番号 | 03-3992-1188                       |
| 受付時間 | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前8時30分から午後5時まで |

|       |                                           |
|-------|-------------------------------------------|
| 名 称   | 北保健相談所                                    |
| 所 在 地 | 東京都練馬区北町 6 - 3 5 - 7                      |
| 電話番号  | 0 3 - 3 9 3 1 - 1 3 4 7                   |
| 受付時間  | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前 8 時 30 分から午後 5 時まで  |
| 名 称   | 光が丘保健相談所                                  |
| 所 在 地 | 東京都練馬区光が丘 2 - 9 - 6 光が丘区民センター内            |
| 電話番号  | 0 3 - 5 9 9 7 - 7 7 2 2                   |
| 受付時間  | 祝日、年末年始を除く月曜日から金曜日、午前 8 時 3 0 分から午後 5 時まで |

### 13. 運営法人の概要

|             |                        |                                |      |            |
|-------------|------------------------|--------------------------------|------|------------|
| 名 称         | 介護サポートかがやき有限会社         |                                |      |            |
| 代表者         | 代表取締役 堅木 弘幸            |                                |      |            |
| 所在地         | 東京都練馬区北町 8 丁目 3 番 20 号 |                                |      |            |
| 実施事業<br>の概要 | 事業所名                   | 事業種別                           | 設置主体 | 事業所指定番号    |
|             | 介護サポート<br>かがやき有限会社     | 居宅介護支援事業                       | 練馬区  | 1372002368 |
|             |                        | 訪問介護事業（介護保険）                   | 東京都  | 1372002368 |
|             |                        | 介護予防・日常生活支援総合事業                | 練馬区  | 1372002368 |
|             |                        | 居宅介護・重度訪問介護<br>・同行援護（障害者総合支援法） | 東京都  | 1312000282 |
|             |                        | 地域生活支援事業                       | 練馬区  | 1362000430 |
|             |                        | 地域生活支援事業                       | 板橋区  | 1312000282 |
|             | ぶらいと<br>ライフケア          | 訪問介護事業（介護保険）                   | 東京都  | 1372013639 |
|             |                        | 介護予防・日常生活支援総合事業                | 練馬区  | 13A2001025 |
|             |                        | 居宅介護・同行援護（障害者総合支援法）            | 東京都  | 1312004409 |
|             |                        | 地域生活支援事業                       | 練馬区  | 1362006312 |
|             | サーラかがやき                | 地域密着型通所介護事業                    | 練馬区  | 1372006476 |
|             | あいケアハウス<br>練馬北町        | 都市型軽費老人ホーム                     |      |            |
| 事業所数        | 4 か所                   |                                |      |            |



令和      年      月      日

移動支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明、交付しました。

〈事業者〉

所在地      東京都練馬区北町 8 丁目 3 7 番 8 号  
ベルソーナ北町 111 号室

法人名      介護サポートかがやき有限会社  
代表取締役      堅   木   弘   幸      印

事業所名      介護サポートかがやき有限会社（訪問介護）  
管理者      内   村   健

説明者      氏名      \_\_\_\_\_

私は、本書面により、事業者から移動支援について重要事項の説明、交付を受け、同意しました。

〈利用者〉

住   所      \_\_\_\_\_

氏   名      \_\_\_\_\_

〈代理人または立会人等〉

住   所      \_\_\_\_\_

氏   名      \_\_\_\_\_

続   柄（利用者との関係）      \_\_\_\_\_