

移動支援サービス提供重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

1. ヒューマンライフケアの理念

「人を育てる」事業と、「人を社会に送り出す」事業とが一つに連結しているヒューマングループは、SELFing (=Self Defining and Development「セルフイング」。自分発見と自分開発のプロセス)を通じて自己確立をした優秀な人材を社会に送り出すことで、企業や組織の発展に寄与し、その結果として社会も豊かにしていく企業活動を目指しています。ヒューマンライフケアは、ヒューマングループの一員として、利用者、従業員のセルフイングをサポートするとともに、グループの経営資源、ボランティアなど地域の社会資源を有効に活用して、心に届く最高の介護サービスを提供します。

2. 運営の方針

- (1) 移動支援サービス（以下「サービス」とします。）は、利用者がその居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、利用者の身体その他の状況およびその置かれている環境に応じて、移動に関する援助を適切かつ効果的に行うものとします。
- (2) 事業所の運営に当たっては、利用者の意思および人格を尊重して、常にその利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、地域との結び付きを重視し、市区町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

3. 当社の概要

- | | |
|----------------|---|
| (1) 名称・法人種別 | ヒューマンライフケア株式会社 |
| (2) 代表者役職・氏名 | 代表取締役 瀬戸口 信也 |
| (3) 設立年月日 | 2010年4月1日 |
| (4) 資本金 | 1,000万円 |
| (5) 事業内容 | 介護事業、介護教育事業 |
| (6) 本社所在地 | 東京都新宿区西新宿七丁目5番25号 |
| (7) ホームページアドレス | https://human-lifecare.jp/ |
| (8) 電話番号等 | TEL：03-6846-0223 / FAX：03-6846-1217 |

4. ヒューマンライフケア（当事業所）の概要

(1) 基本情報

事業所名	ヒューマンライフケア練馬の輪
所在地	東京都練馬区豊玉北六丁目7番2号 第二愛染ビル1階
指定事業所番号	移動支援サービス（1362001826号）
指定年月日	令和 5年 4月 1日
連絡先	TEL：03-4500-0137/FAX：03-4500-0136 (月～金曜、祝日の9：00～18：00まで)
管理者	大野 了太
通常のサービス 提供地域*	練馬区、中野区

*上記地域以外の方でもご希望の方は遠慮なくご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	人数	備考（兼務の有無等）
管理者	1名	常勤。サービス提供責任者兼務
サービス提供責任者	1名以上	内1名、管理者兼務
サービス従業者	2名以上	

(3) 職務内容

① 管理者

管理者は、当事業所の従業者および業務の管理を一元的に行います。また、法令等に規定されているサービスの実施に関して遵守すべき事項について指揮命令を行います。

② サービス提供責任者

サービス提供責任者は、当事業所に対する移動支援サービスの利用申込みに関する調整、サービス従業者に対する技術指導等のサービス内容の管理および移動支援サービス計画書の作成を行います。

③ サービス従業者

サービス従業者は、介護福祉士、居宅介護従業者（または訪問介護員）養成研修課程1～2級課程修了等の資格を有し、利用者に対するサービスの提供に当たります。

(4) 営業日および営業時間

・月曜日～金曜日、祝日／9：00～18：00

＊土・日曜日は休業。

(5) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 9：00～18：00	早朝 6：00～8：00	夜間 18：00～22：00	深夜 22：00～6：00	備考
月曜～土曜	○				
祝 日	○				

＊時間帯により料金が異なります。

＊利用者からの要請があった場合は、上記以外の時間帯も可能とします。

5. サービス内容

(1) 社会生活上必要不可欠な外出時の移動支援

官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、生活必需品の買い物、冠婚葬祭等、社会生活上必要不可欠な外出時の移動支援サービスを提供いたします。なお、グループに対する支援につきましては、提供可能な範囲で提供いたします。

(2) 余暇活動等社会参加のための外出

外食やレジャー・レクリエーション、映画鑑賞・観劇等、余暇活動等社会参加のための外出時の移動支援サービスを提供いたします。なお、グループに対する支援につきましては、提供可能な範囲で提供いたします。また、移動先でのレクリエーションやスポーツに対する支援につきましても、提供可能な範囲で提供いたします。

(3) 通所・通学支援

日中活動の場や学校等への通所・通学のための移動支援サービスを提供いたします。

※宗教活動、営業活動、通勤等の経済活動に係る移動支援サービスは提供いたしません。

6. 利用料金

(1) 利用者負担額（サービスの類型ごとに定められた割合）

上記サービス利用に対しては、練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費が支給されます。練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費は、本事業所が代理受領致しますので、利用者から受給証の記載内容に基づき、ご利用者負担額をお支払いいただきます。

＜2人のヘルパーによりサービスを提供した場合＞

1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合、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倍のご利用者負担額を頂きます。

※ 利用者の出身世帯が他の市区町村に転出する場合は、ご利用方法や利用者負担額等が変わることもありますので、あらかじめ事業所までご連絡をお願いします。

※ 事業所が利用者に代わり受領した練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費の額については、ご利用者に通知いたします。

※ 練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費を事業者が代理受領を行わない場合（償還払い）は、練馬区が定める練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、ご利用者に「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」を添えて練馬区に申請すると、練馬区障害児・障害者移動支援事業実施要綱に基づく移動支援費が支給されます。

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記費用は移動支援費の対象ではありませんので実費をいただきます。

項 目	説 明
①車両使用料	本事業所所有車の利用を希望される場合は、ガソリン代(1 km/50 円)をお支払いいただきます。なお、ヘルパーが車両を運転している場合、その時間は、移動支援費の支給対象外ですので、移動支援の利用者負担はいたしません。
②ヘルパー交通費	通常の事業実施地域（練馬区）以外の地区から利用開始または終了される場合は、ヘルパーが回送するための交通費をお支払いいただきます。また、移動支援利用中にかかるヘルパーの交通費もお支払いいただきます。
③移動に係る費用	移動支援利用中に入場料・使用料がかかる場合は、ヘルパーにかかる費用も含めて、実費お支払いいただきます。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、キャンセルしたサービスに応じた下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

(連絡先 電話03-4500-0137)

① サービス利用日の前々日までにご連絡いただいた場合 無料
② サービス利用日の前日までにご連絡いただいた場合 介護給付費基準額の 5%に相当する額
③ サービス利用当日の連絡または連絡がない場合 介護給付費基準額の 10%に相当する額

* ただし、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情の場合は、キャンセル料は不要です。

(4) その他利用に当たっての注意事項

- ① 利用者の住まいで、サービスを提供するために必要な水道、ガス、電気、電話等の費用は、無償で使用させていただきます。
- ② 利用者の担当となるサービス従業者の選任（変更）は、事業者が行い、原則として利用者が指名することはできません。ただし、事業者の都合により担当のサービス従業者を変更する場合は、利用者および利用者の家族に事前に連絡するとともに、サービスの利用に不利益が生じないように十分に配慮します。
- ③ サービス従業者は、医療行為や金銭・預貯金通帳の取扱い、証書等の預かりはいたしかねますので、ご了承ください。
- ④ サービス従業者は、事業者のサービスに関する事項を除き、利用者に対し、または利用者と共に行う経済的・営利的活動または政治・宗教活動その他これに類する行為は禁止されておりますので、ご了承ください。
- ⑤ サービス従業者は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません（利用者または第三者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除きます）。
- ⑥ サービス従業者は、利用者のお住まいへの出入りの際、感染症の予防のため、手洗い、うがい等をさせていただきますのでご了承ください。
- ⑦ サービス従業者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。
- ⑧ 料金のお支払い方法

毎月、月末を締め日とした当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 20 日までにお届けします。請求書の内容を確認の上、下記のいずれかの方法により、翌月 27 日までにお支払いください。

(ア) 事業者指定口座への振り込み（手数料は利用者のご負担となります）

(イ) 指定口座からの自動振替

(ウ) 現金支払い

※ ただし、(イ) の場合は、翌月 27 日（金融機関が休日の場合はその翌日）に振替させていただきます

7. 当社の移動支援サービスの特徴等

事 項	有無	備 考
サービス従業者の変更の可否	○	変更を希望される場合は、その理由（業務上不適当と判断される事由）を明らかにして、事業所までお申し出ください。 *業務上不適当と判断される事由がない場合、変更を致しかねる場合があります。
従業員への研修の実施	○	年 3 回以上 研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	

8. サービスの利用方法

- (1) サービスについて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。利用者の受給者証の記載内容を確認し、サービスの説明を致します。
- (2) サービスの利用が決定した場合は、契約を締結し、移動支援サービス計画書を作成してサービスの提供を開始します。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者に病状の急変生じた場合その他必要な場合は、事前の打ちあわせにより、速やかに主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご家族等	氏 名	続柄 ()
	連 絡 先	
その他 ()	氏 名	
	連 絡 先	

10. 事故発生時の対応方法

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、「9. 緊急時の対応方法」に記載した連絡先に加えて市区町村にも連絡を行い、必要な措置を講じます。事故の状況およびその処置については記録を行い、また原因を解明して再発生を防ぐための対策を講じます。

市区町村	担当部署	
	連絡先	

- (2) 事故の原因が当社の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。ただし、事故防止に十分注意したにもかかわらず生じた損害については、その賠償責任を負わないものとします。

1 1. サービス内容に関する苦情

(1) 相談・苦情窓口

・苦情受付担当者 大野 了太 電話 03-4500-0137
・苦情解決責任者 大野 了太

(2) 苦情を解決するための体制・手順

- ① サービス提供中に苦情を受け付けた場合は、直ちに管理者が直接詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。
- ② サービス提供終了後、電話などで苦情を受け付けた場合には、直ちに管理者が相手方に連絡を取り、直接うかがうなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。
- ③ 管理者が必要と判断した場合には、検討会議を行います。
- ④ 検討の結果、速やかに具体的な対応を行います。
- ⑤ 上記の対応は、必要に応じて管理者の上長その他の当社社員が行います。
- ⑥ 受け付けた苦情の内容等の記録は保管し、事例検討会などを通じて従業員間での共有を図り、再発防止に役立てます。

(3) その他

当社以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

①市区町村： _____

担当部署： _____

電話 _____

②東京都社会福祉協議会

担当部署： 運営適正化委員会

電話 03-3268-1148

③その他： _____

担当部署： _____

電話 _____

1 2. 秘密の保持

- (1) 事業者および従業者は、正当な理由なく、サービス提供をする上で知り得た利用者および利用者の家族に関する秘密を第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、当該家族の個人情報を用いません。

《押印欄》

以上、事業者は、サービスの提供開始に当たり、サービスの重要事項について本書面を交付して利用者または利用者の家族に説明しました。なお、本書は2通作成し、利用者および事業者が1通ずつ保有するものとします。

説 明 日： 令和 年 月 日 <説 明 者> _____ 印

事 業 者

<住 所> 東京都新宿区西新宿七丁目5番25号
<事業者名> ヒューマンライフケア株式会社
<代表者名> 代表取締役 瀬戸口 信也 印

事 業 所

<住 所> 東京都練馬区豊玉北六丁目7番2号 第二愛染ビル1階
<事業所名> ヒューマンライフケア練馬の輪

私は、サービスの利用に当たり、事業者から上記のとおり重要事項について説明を受け、サービスの提供開始について、同意いたしました。

令和 年 月 日

利 用 者

<住 所> _____
<氏 名> _____ 印

代理人（選任した場合）

<住 所> _____
<氏 名> _____ 印

身元引受人

<住 所> _____
<氏 名> _____ 印
<利用者との関係（続柄等）> _____