移動支援サービス　重要事項説明書

（令和　7年　4月　1日現在）

1　事業者の概要

名称	医療法人社団　　平真会
法人種別	医療法人
法人所在地	東京都練馬区南田中３丁目２６番３号
電話番号	０３－３９９７－２６５７
代表者氏名	平良　眞一郎
法人の特色	地域のホームドクターである薬師堂診療所を中心にして、医療と一体化した質の高い介護サービスの提供を行っています。
法人が所有する事業所の種類	診療所・・・薬師堂診療所 介護保険サービス・・・訪問介護/通所介護/居宅療養管理指導 短期入所生活介護/小規模多機能型居宅介護/ 認知症対応型共同生活介護/居宅介護支援

2　事業所の概要

事業所の名称	医療法人社団平真会　薬師堂介護サービス
事業所の所在地	東京都練馬区富士見台３丁目５５番３号
事業所の電話番号	０３－５３９３－５２８１　　FAX　０３－５３９３－５２８３
事業所の営業時間	月～土曜日　9:00～18:00 （但し、祝日及び8月13～15日、12月31日～1月3日は休み）
サービス提供地域	練馬区
サービス提供曜日・時間	月曜日～日曜日　通常　8:00～18:00　早朝　6:00～ 8:00 夜間 18:00～22:00　深夜 22:00～午前 6:00
事業所番号	1362003285　（平成18年 4月 1日指定）
運営方針	利用者等が地域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、その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、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行う。事業の実施に当たっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係区市町村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努める。
第三者評価の実施状況	実施なし
職員への研修の実施状況	月に１回

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	
サービス提供責任者	2		2	介護福祉士
訪問介護員			２．５以上	介護福祉士・２級ヘルパー

4 主たる対象者

身体障害者（全身性障害者・視覚障害者）

知的障害者

精神障害者

障害児（全身性障害児・視覚障害児・知的障害児・精神障害児）

5 サービスの内容

社会生活上必要不可欠な外出や社会参加を目的とした外出時の移動を支援します。
原則として1日の範囲内で用務を終える場合に限ります

6 利用料金

(1) 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、練馬区から利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額となります。

月額負担上限額については、練馬区長が定めた額。

ただし、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。

<基本単価> ※日中の単価です。時間帯により、金額が変わります。

区分	支援時間	単価	1割負担額
身体介護あり	30分未満	2,700円	270円
	1時間未満	4,300円	430円
	1.5時間未満	6,200円	620円
	2時間未満	7,100円	710円
身体介護なし	30分未満	1,100円	110円
	1時間未満	2,100円	210円
	1.5時間未満	2,900円	290円

※区分「身体介護あり・なし」について

日常生活において、「歩行」「食事」「排泄」のいずれかにおいて、身体介助が発生する状態にあるかどうかを区が判断します。

(2) 交通費

前記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、当事業所の従業者がお伺いするための交通費は無料です。

それ以外の地域へのサービス提供につきましては、交通費の実費をいただきます。

その他、サービス提供中の移動にかかる交通費や入場料等については、利用者負担となります。

(3) 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。

- ご利用日の前営業日18時までにご連絡をいただいた場合 ⟶ 無料
- ご利用日の前営業日18時までにご連絡がなかった場合 ⟶ 1,500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

前記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、26日までにお支払いください。

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

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

① 移動支援について移動支援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、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。契約の有効期間は移動支援費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 移動支援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 利用者が当事業者に対し７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２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１ヶ月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 移動支援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。）

③ 利用者が亡くなった場合。

8 虐待防止のための措置に関する事項

①虐待防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者名　　副理事　平良真吾

②成年後見制度の利用を支援します。

③苦情解決の体制を整備しています。

④従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
⑤虐待防止委員会を定期的に開催し、委員会での検討結果を従業者に周知徹底します。

9 身体拘束の適正化

(1) 事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむお得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
(2) 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況及び緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。

10 感染症対策について

事業所において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる処置を講じます。

① 介護職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
③ 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
④ 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
⑤ 従業員に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

11 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者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	

12 この契約に関する苦情・相談窓口

①当事業所のご利用相談・苦情窓口

担当者	平良　真吾（副理事）
電話番号	０３－５３９３－５２８１
受付時間	月曜～土曜　9:00～18:00

②当事業所以外に、練馬区の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担 当 部 署	練馬区保健福祉サービス苦情調整委員
電 話 番 号	０３－３９９３－１３４４
受 付 時 間	月曜～金曜日　8:30～17:00

③また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても練馬区や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担 当 部 署	東京都社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会事務局
電 話 番 号	０３－５２８３－７０２０
受 付 時 間	月曜～金曜　10:00～16:00

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。

事業者

（所在地）　東京都練馬区富士見台3丁目55番3号
（名　称）　医療法人社団平真会　薬師堂介護サービス　　印
（説明者）　所属　薬師堂介護サービス
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、同意しました。

利用者

（住　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名）　　印＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族又は代理人）

（住　所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏　名）　　印＿＿＿＿＿＿＿＿