

地域生活支援（移動支援）重要事項説明書

＜令和6年4月1日現在＞

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0587-34-5288（午前9時～午後5時まで）

担当 山田 優華 *ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. ホームヘルプふれあいサービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

* 下記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

事業所名	ホームヘルプふれあいサービス		
所在地	稲沢市井之口大坪町 80 番地 1 号		
居宅介護サービス	居宅訪問介護	2312800093	稲沢市 2352200197 号
			清須市 2334500003 号
その他のサービス（介護保険）	訪問介護 2373900097 号		居宅介護 2373900105 号
サービス提供する地域	稲沢市 清須市		

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名（ ）			1名（ ）
サービス提供責任者	介護福祉士	4名（ ）	1名		5名（ ）
	ホームヘルパー1級	0名（ ）			0名（ ）
	ホームヘルパー2級	0名（ ）			0名（ ）
事務職員		名（ ）	1名（ ）		1名（ ）
従事者	介護福祉士	6名（2）	11名（ ）		17名（2）
	1級修了者	名（ ）	1名（ ）		1名（ ）
	2級修了者	名（ ）	19名（ ）		19名（ ）

*（ ）内は男性再掲

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 6:00~8:00	夜間 18:00~22:00	深夜 22:00~6:00	備考
平日	○				
土	○				

* 時間帯により料金が異なります。

(4) 休業日

休業日	日祝日 8/13~8/16	12/29~1/3
-----	---------------	-----------

3.利用料金

(1) 利用料

提供した移動支援費用は、市町村が定める利用者負担割合の範囲内とする

【 料金表—基本料金・昼間— 】

移動支援	30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分未満	1時間30分～30 分増すごとに
身体介護を伴う	2560円	4040円	5870円	820円を追加

* 1単位=10.36円

* 上記の料金設定の基本となる時間は、実際の移動支援時間ではなく、お客様の移動支援計画に定められた目安の時間を基準とします。

* やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は2人分の料金となります。

(2) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、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 0587-34-5288)

条 件	発生する料金
事前電話連絡があった場合	無 料
ヘルパーが訪問してからのキャンセルの場合	1,000円

(3) その他

① 料金のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、26日まで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。
お支払方法は、口座振替でお願いします。

4.サービスの利用方法

(1) 移動支援サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。
移動支援サービス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) 移動支援サービスの終了

① お客様のご都合で移動支援サービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合で移動支援サービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、移動支援サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了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。

1. お客様が施設に入所した場合。
2. 有効期間が終了し、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. お客様がお亡くなりになった場合。

④ その他

1. 当社が正当な理由なく移動支援サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知する事によって即座に移動支援サービスを終了する事が出来ます。
2. お客様がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族などが当社や当社の移動支援サービス従業者に対して本契約書を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座に移動支援サービスを終了させていただく場合がございます。

5.当社の移動支援サービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業者の移動支援介護員等は、利用者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、移動等に係る援助を行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。そのために必要があると判断した場合は、移動支援等のサービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いさせていただく場合がございます。

(2) サービス利用のために

事項	有無	
ガイドヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出下さい
男性ヘルパーの有無	○	
従業員への研修の実施	○	年 12.回研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	

6.緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

7.サービス内容に関する苦情

① 当社お客さま相談・苦情担当

お客さまサービス課 電話 0587-34-5288 山田 優華

② その他、当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

8.当社の概要

名称・法人種別	有限会社 ふれあいサービス
代表者役職・氏名	代表取締役 吉田 晃
本社所在地・電話番号	〒492-8137 稲沢市井之口大坪町 80 番地 1 号 0587-34-5288
定款の目的に定めた事業	訪問介護・居宅介護支援・一般乗用旅客自動車運送（患者等輸送）・在宅介護サービス・その他前各号に附帯する一切の事業

その他移動支援職員は

- ・ 医療行為を行うことができません。
- ・ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。
- ・ 利用者のための家事・介護を行う業務なので、庭の草取りや他の家族の食事の用意などをする事はできません。

..... 契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

移動支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書およ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 稲沢市井之口大坪町 80 番地 1 号

名称 有限会社 ふれあいサービス 印

私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

(代理人) 氏名 印