



重要事項説明書

障害者移動支援サービス

株式会社 パキラ
訪問介護センター パキラ北葛西本部

1. 事業者について

事業者名	株式会社 パキラ
代表者氏名	代表取締役社長 東 佳津也
本社所在地	東京都江戸川区北葛西 1-22-17
電話番号	03-6663-9420(代表)
創業年月	2023 年 7 月

2. 事業所について

(1) 概要

事業所名	訪問介護センターパキラ北葛西本部
管理者氏名	東 佳津也
所在地	東京都江戸川区北葛西 1-22-17 メッツ葛西 300 号室
電話番号	03-6663-9420(代表)
事業者番号	<移動支援事業> 2024 年 1 月 10 日指定 指定番号 9912304619 号
サービス日(曜日)及び サービス提供時間	月曜日～金曜日、祝日、午前 9:00～午後 6:00 365 日サービス提供(24 時間電話連絡体制とする)
休日	土曜日、日曜日、12 月 29 日～1 月 3 日
サービスを提供する地域	江戸川区
事業所が行っている 他の業務	<訪問介護事業> 2024 年 1 月 1 日指定 指定番号 1372311249 号 <居宅介護事業> 2024 年 1 月 1 日指定 指定番号 132304619 号 <重度訪問介護事業> 2024 年 1 月 1 日指定 指定番号 132304619 号

※営業日・営業時間外の利用をご希望の方はご相談下さい。

(2) 第三者評価実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況は下記の通りです。

第三者評価の実施有無	無
評価実施日(直近)	無
実施評価機関名称	無
評価結果の開示状況	無

(3) 職員体制(2024 年 1 月 1 日現在)

当事業所では、利用者に対して指定移動支援を提供する職員として、下記の職員を配置しています。

移動支援

	介護福祉士	介護職員初任者研修	実務者研修	介護職員基礎研修	訪問介護員1級	訪問介護員2級	看護師	その他
管理者 (兼・サービス提供責任者)	1名	名	名	名	名	名	名	名
サービス提供責任者	2名	名	名	名	名	名	名	名
常勤訪問介護員	2名	名	名	名	名	名	名	名
非常勤訪問介護員	1名	4名	名	名	名	名	名	名
介護事務職員	名	1名	名	名	名	名	名	名

<合計7名>

(4) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社パキラ開設する（事業所）行う移動支援事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問介護員（以下、「ヘルパー」といいます）が利用者に対し、適正な移動支援サービスを提供することを目的とします。
運営方針	1) 事業所のヘルパーは、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じて地域での自立生活及び社会参加を促進するため、移動支援を行います。 2) 事業の実施に当たっては、関係市区町村、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します。

3. サービス実施の流れ

移動支援計画

市区町村が決定した「支給量」と、利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを盛り込んだ「移動支援計画」を作成します。

「移動支援計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

サービス実施

次のサービスの中から「移動支援計画」に組み込まれたサービスを実施します。

原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限りします。

その際、医療・看護・介護の知識・技術を有する専門家において一般的に通用している理解をもとに、事業者が提供可能なサービスとして相当と認められる範囲を逸脱して、サービス提供することや、そのご要望等に応じることとはできません。

I 社会生活上必要不可欠な外出への移動支援

官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、生活必需品の買物、冠婚葬祭等、社会生活上必要不可欠な外出への移動支援を提供いたします。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。

II 余暇活動等社会参加のための外出への移動支援

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への移動支援を提供いたします。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。

サービス実施の記録

サービス終了時に実施したサービスの内容を記録し、ご利用者に確認していただきます。

※禁止行為

次のような行為はすることができません。

- ・ 通勤、営業活動等の経済活動にかかる外出
- ・ 通年かつ長期にわたる外出
- ・ 社会通念上適当でない外出

※地域生活支援受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「地域生活支援受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかにお知らせください。また、事業所のヘルパーやサービス提供責任者が「地域生活支援受給者証」の確認をさせていただく場合にはご提示ください。

4. 利用料金

(1) 利用料金および利用者負担額

サービスの利用に対しては、江戸川区障害児・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。事業者が移動支援費を代理受領する場合には、利用者は受給者証の記載内容に基づき利用者負担額を事業者にお支払いいただきます。個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

【 料金表 】

	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満	1時間30分 以上 2時間未満	2時間以上 2時間30分 未満	2時間30分 以上 3時間未満	3時間以上 3時間30分 未満	3時間30分 以上30分毎に 加算
基本料金 (身体介護あり)	2,867円	4,524円	6,574円	7,492円	8,444円	9,374円	10,315円	以降30分を増すごとに 929円加算
うち利用者 負担額	286円	452円	657円	749円	844円	937円	1,031円	以降30分を増すごとに 92円加算
基本料金 (身体介護なし)	1,187円	2,206円	3,080円	3,864円	4,636円	5,409円	6,182円	以降30分を増すごとに 772円加算
うち利用者 負担額	118円	206円	308円	386円	463円	540円	618円	以降30分を増すごとに 77円を加算

【 割増料金 】

区分	時間帯	割増料金
早朝	午前6時から午前8時まで	基本料金の20%増し
夜間	午後6時から午後10時まで	基本料金の25%増し
深夜	午後10時から午前6時まで	基本料金の50%増し

※2人のヘルパーにより訪問を行った場合

1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、2人のヘルパーで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。

※利用者負担額の上限等について

負担上限月額、市区町村が交付している地域生活支援事業受給者証で定められている金額となります。

※代理受領を行った場合

事業者が代理受領を行った移動支援費の利用者負担額については、利用者に通知しますので、お支払いください。

※代理受領を行わない場合（償還払い）

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、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「領収証」を添えてお住まいの市区町村に申請すると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

- 1) 通常の事業実施地域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いただきます。(サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いいただきます。) やむを得ぬ事情により自動車を使用した場合には、通常の実地地域を超えた地点から、ガソリン代として移動距離1kmにつき100円をお支払いいただきます。
- 2) サービスに伴い、ヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合、その実費をいただきます。(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)
- 3) 利用者の依頼により記録の複写を交付した場合、複写に係る経費について実費(10円/枚)をお支払いいただきます。

(3) キャンセル料

利用者のご都合でキャンセルされる場合、下表のキャンセル料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急以下の連絡先までお電話ください。

<連絡先>

訪問介護センターパキラ 電話 03-6663-9420

※ 利用者の緊急な入院等特別な事情による場合には、この限りではありません。

サービス前営業日の20時00分までに ご連絡いただいた場合	無 料
サービス前営業日の20時00分までに ご連絡がなく、訪問時不在等によりキャンセル となった場合	キャンセル料金として1,000円を徴収致します

(4) 料金のお支払い方法

当月の料金については翌月20日までに請求をいたしますので、毎月27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)に口座振替にてお支払いいただくか、翌月末日までに現金にてお支払い下さい。

5. 契約

(1) 契約の期間

- 1) この契約の期間は、契約締結日から利用者の移動支援費支給期間満了日までとします。
- 2) 利用者から事業者に対して契約期間満了の1週間前までに文書による契約終了の申し出が無い場合、かつ利用者の移動支援費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

(2) 契約の終了

- 1) 利用者のご都合で契約を終了する場合契約の終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。
- 2) 事業者の都合で契約を終了する場合
やむを得ない事情により契約を終了させていただく場合は、終了1ヶ月前まで文書でご連絡いたします。

3) 契約が自動的に終了する場合

以下の場合、所定の期間の経過をもって終了します。

- ・ 利用者の移動支援についての移動支援費の支給決定が取り消された場合
- ・ 移動支援費支給期間終了に伴い移動支援費支給申請を行った結果不支給となった場合

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が施設等に入所された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合
- ・ 最終サービス利用月から1年が経過した場合

4) その他特別な理由による契約の終了の場合

① 次の事由に該当した場合は、利用者が文書にてお申し出いただくことにより、直ちに契約を終了することができます。

- ・ 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・ 事業者が守秘義務に反した場合
- ・ 事業者が利用者に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 事業者が破産した場合

② 次の事由に該当した場合は、文書で通知することによって、直ちに契約を終了させていただくことがあります。

- ・ 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、支払いを催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- ・ 利用者やご家族などが事業者や事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った、または暴言・暴力・ハラスメント等があり、職員とのトラブル及びサービス提供に支障が生じると事業者が判断した場合

6. 身元引受人について

(1) 事業所は利用者の行為能力が低下した、または喪失した場合には身元引受人を求めます。

(2) 身元引受人は以下の責務を負うこととします。

- 1) サービスの利用の申し込み、契約の代行・代理にかかわること
- 2) 介護方針を決定する場合の窓口になること
- 3) 事業者との連絡・調整の窓口となること
- 4) サービス利用に関する必要な援助

(3) 身元引受人は前項の責務のほか、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行する責任を負います。

その場合の身元引受人の負担は下記に記載する極度額を限度とします。

(ア) 極度額 30万円

(4) 前項の身元引受人が負担する債務の額は5.(2)の契約終了事由に該当した時に確定するものとします。

7. 虐待の防止について

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止策に努めます。

(2) 事業所の利用者等からの苦情の相談窓口として、虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 東 佳津也
-------------	-----------

- (3) 虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努めます。
- (4) 国および地方公共団体が講ずる虐待の防止のための啓発活動および虐待を受けた障害者の保護のための施策に協力するよう努めます。
- (5) 虐待を受けたと思われる障害者を発見した場合には、速やかに、これを市区町村等に報告・相談します。
- (6) 事業者は、虐待防止のため、スタッフに研修を実施します。

8. 秘密保持

- (1) 事業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も同様です。なお、従業員が退職した場合においても、在職中に業務上知り得た利用者等の秘密を決して漏らしません。
- (2) 事業者は、サービスの提供に係る必要な業務を外部に委託するために個人情報を預託する場合は、守秘義務契約等の必要な契約を締結すると共に、預託する情報を必要最小限に留め、個人情報の厳格な管理・監督を行います。
- (3) 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、ケア会議等において利用者の個人情報を用いることは致しません。
- (4) 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、ケア会議等において当該家族の個人情報を用いることは致しません。

9. 緊急時の対応

事業者が利用者に対して行うサービスの提供中に利用者の容態が急変した場合等は、利用者との事前の打ち合わせにしたがって、下表に記載された連絡先へ連絡・報告します。

主治医	医 療 機 関	
	氏 名	
	電 話 番 号	
ご家族	氏 名	
	電 話 番 号	

10. 事故発生時の対応

事業者が利用者に対して行うサービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者の所在する市区町村等※、利用者のご家族、利用者に係わる関係機関に連絡・報告するとともに、必要な措置を講じるものとします。

※市区町村が定める事故報告取扱要領に基づき、報告します。

利用者に対するサービス提供時に事業者側の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、事業者は損害賠償を速やかに行います。

1 1. 相談・苦情の窓口

(1) 事業所の相談窓口事業所が提供するサービスについては、次の窓口で相談・苦情を承ります。

苦情があった場合、早急に事実を確認し、必要に応じた対応を行います。

苦情に関する記録を台帳に保管し、再発防止に役立てます。

訪問介護センター北葛西本部 相談・苦情受付

担 当	東 佳津也 (あずま かづや)
住 所	東京都江戸川区北葛西 1-22-17 メッツ葛西 300 号室
電 話	03-6663-9420
F A X	03-6663-9421
受付時間	月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 6 : 00

都道府県や市区町村の相談窓口にも相談や苦情を伝えることができます。

江戸川区 障害者福祉課庶務係	住 所	東京都江戸川区中央 1-4-1
	受付時間	月曜日～金曜日 午前 8 : 30～午後 5 : 15
	電話番号	03-5662-0054
	FAX 番号	03-3656-5874
東京都 社旗福祉協議会 福祉サービス 運営適正化委員会事務局	住 所	東京都千代田区神田駿河台 1-8-11 東京 YWCA 会館 3 階
	受付時間	月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 5 : 00
	電話番号	03-5283-7020
	FAX 番号	03-5283-6997
	住 所	
	受付時間	
	電話番号	
	FAX 番号	

12. 重要事項説明の年月日

年 月 日

上記内容について、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、利用者に重要な事項を説明し、本書面を交付いたしました。

事業者

事業者名 株式会社 パキラ
所在地 東京都江戸川区北葛西 1-22-17 メッツ葛西 300 号室
代表者 代表取締役社長 東 佳津也

事業所

事業所名 訪問介護センターパキラ北葛西本部
所在地 東京都江戸川区北葛西 1-22-17 メッツ葛西 300 号室
指定番号 2024 年 1 月 10 日指定 指定番号 9912304619 号
管理者名 東 佳津也 印
説明者名

私は、本書面により、事業者から移動支援についての重要事項の説明を受け、この内容に同意し、本書面を受領いたしました。

利用者

氏 名 印

☐署名代行者 ☐身元引受人【利用者との関係】

氏 名 印

法定代理人【利用者との関係】

※登記事項証明書の写しを添付すること

氏 名 印