

移動支援事業重要事項説明書

(令和8年10月1日現在)

1 事業者の概要

名称	株式会社 永仁サービス
法人種別	株式会社
法人所在地	江戸川区平井4丁目1番19号
電話番号	03-3683-4441 (代)
代表者氏名	三 崎 孝 子

2 本事業所の概要

事業所の名称	永仁介護サービス
事業所の所在地	江戸川区平井4丁目1番19号
事業所の電話番号	03-3683-4441 (代)
サービス提供地域	江戸川区平井・小松川地区全域
サービス提供日 時間	年末年始(12/30~1/3)を除く月曜日~金曜日 但し、介護を必要とするご利用者様には土日祝日、年末年始(12/30~1/3)もサービスを提供 24時間体制
事業所番号	9912300260【平成22年4月1日指定】
運営方針	利用者の皆様の立場に立ったサービスの実施
自己評価の実施状況	あり
第三者評価の実施状況	なし
職員への研修の実施状況	職務技能向上を目指した各種研修への参加、社内の研修等を実施。

3 事業所の職員体制 (令和8年10月1日現在)

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	介護福祉士
サービス提供責任者	3	0	3	介護福祉士
ヘルパー	0	24	24	介護福祉士、1級、2級
事務員	1	1	2	

4 主たる対象者

--

5 サービスの内容

(1) 移動支援

- ① 社会生活上必要不可欠な外出
- ② その他の外出

(2) その他のサービス

介護等の相談

6 利用料金

(1) 移動支援支給対象サービス利用者負担額

利用者負担額は、提供した移動支援サービスに要した費用の原則1割とします。江戸川区より利用者負担減額の決定を受けている場合は、当該決定に基づき、減額後の利用者負担額を適用します。月額負担上限額は、江戸川区長が定める額とします。

※移動支援サービスに要した費用と利用者負担額の目安は、下記表のとおりです。

・下記表の利用料は、本事業所の所在地（１級地；特別区）の１単位単価（１１，２０円）で算定しています。また、利用者負担額は利用料の１割相当額を記載しています。（１円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定しています。）

移動支援 (身体介護有)	単位数	利用料	利用者負担額
３０分未満	２５６	２，８６７円	２８６円
３０分以上１時間未満	４０４	４，５２４円	４５２円
１時間以上１時間３０分未満	５８７	６，５７４円	６５７円
１時間３０分以上２時間未満	６６９	７，４９２円	７４９円
２時間以上２時間３０分未満	７５４	８，４４４円	８４４円
２時間３０分以上（３０分増すごとに）	８３	９２９円	９２円
移動支援 (身体介護無)	単位数	利用料	利用者負担額
３０分未満	１０６	１，１８７円	１１８円
３０分以上１時間未満	１９７	２，２０６円	２２０円
１時間以上１時間３０分未満	２７５	３，０８０円	３０８円
１時間３０分以上（３０分増すごとに）	６９	７７２円	７７円

（２）加算単位数

下記に該当する場合は、（１）の基本単位数に加算を算定します。

○夜間早朝加算 夜間（１８時～２２時）、早朝（６時～８時）の場合は（１）の単位の２５％増

○深夜加算 ２２時～６時の場合は、（１）の単位の５０％増

○緊急時対応加算 １回につき１００単位

○初回加算 ２００単位／月

新規に移動支援計画を作成した利用者に対して、初回又は初回に属する月にサービス提供責任者が移動支援サービスを提供した場合、又は従業者のサービスに同行した場合に算定します。

○特定事業所加算（Ⅱ）（基本単位＋加算単位）の１００分の１０相当単位／月

（３）その他の料金

移動支援サービス中に係る諸費用につきましては、実費精算させていただきます。

（４）交通費

江戸川区平井・小松川地区にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、当社サービス担当者と相談してください。

（５）キャンセル料

当日の援助の３時間前までにご連絡をいただけなかった場合、１，０００円のキャンセル料をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

（ 連絡先 電話番号 ： ０３－３６８３－４４４１（代））

（６）支払方法

上記利用料金の支払いは、１ヶ月ごとに計算し、翌月２０日までに請求しますので２７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移動支援の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、移動支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は受給者証記載の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日間の予告期間に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、又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、7日以内にお支払いいただけない場合、又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きます。
- ④当事業所を閉鎖又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きます。この場合、契約を解除する日の30日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移動支援の支給期間が終了し、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 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

9 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】

ふりがな 氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

10 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	三 崎 卓 也
電話番号	03-3683-4441（代）
受付時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00

なお、当事業所では苦情対応について独自の取り組みを行っています。

班別会議	苦情内容を元に担当チームメンバーによる対策会議の実施
ケーススタディー	苦情内容を想定した従業員教育の実施
全体会議	苦情内容によっては幹部会審議後全体会議を行い、社長による訓話

当事業所以外に、江戸川区の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	江戸川区福祉部障害者福祉課庶務係
電話番号	03-5662-0054
受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15

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」においても江戸川区や東京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	月曜日～金曜日 9:00～17:00

11 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者名	三 崎 卓 也
虐待防止担当補佐	三 崎 真 也

12 感染症の予防及びまん延防止

手指衛生、消毒、個人防護具の使用等、感染症防止のための体制を整備しています。利用者様や同居家族に感染症が疑われる場合には、訪問方法の変更や延期をお願いすることがあります。

13 災害等不可抗力に関する事業継続計画（BCP）

地震・風水害・停電等の災害時には、職員の安全確保を最優先とし、事業所の状況を確認した上で、サービス提供の可否や代替手段について速やかにご連絡いたします。必要に応じて区役所・地域包括支援センター・消防・医療機関等と連携します。

14 カスタマーハラスメント防止

利用者様またはご家族からの言動が社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害する場合には、カスタマーハラスメントに該当することがあります。

該当する行為の例：

- ・ 大声での叱責、威圧的な言動
- ・ 人格否定、差別的発言
- ・ 過度・不当な要求
- ・ 長時間の拘束、執拗なクレーム
- ・ 暴力行為、物を投げる行為
- ・ セクシュアルハラスメント

これらが認められた場合には、複数名訪問、サービス方法の見直し、行政・警察等への相談を行うことがあります。

改善が見られない場合には、サービス継続が困難となり、契約の見直しや解除をお願いする場合があります。

なお、正当なご意見や苦情については、誠意をもって対応いたします。

令和 年 月 日

移動支援事業の利用にあたり、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） 東京都江戸川区平井4丁目1番19号

（名 称） 株式会社 永仁サービス ⑩

（説 明 者） 所属 永仁介護サービス

氏名 ⑩

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事業の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

（住 所）

（氏 名） ⑩

代理人又は立会人等

（住 所）

（氏 名） ⑩

（続 柄）

（理 由）