

重要事項説明書

移動支援

合同会社 Rapport

移動支援サービス重要事項

1 事業者の概要

名称	合同会社 Rapport
法人種別	移動支援サービス事業
法人所在地	愛知県豊橋市植田町字一本木 116 番地 181
電話番号	0532-48-3800
代表者氏名	山口 泰明

2 事業所の概要

事業所の名称	ケアステーション ラポール
事業所の所在地	愛知県豊橋市潮崎町 36 マンションきらら 302
事業所の電話番号	0532-48-3800
サービス提供地域	豊橋市内全域
サービス提供日	毎日 7:00~22:00 (12月31日~1月3日を除く)
事業所番号	豊橋市 2362010999 (令和5年 4月 1日指定)

3 事業所の職員体制

管理者 1 名
サービス提供責任者 1 名 以上
従業者 1 名 以上

4 サービスの内容

- 移動支援（身体介護を伴う）
- 移動支援（身体介護を伴わない）

5 利用料金

(1) 移動支援サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則 1 割。ただし、住民税非課税世帯及び生活保護世帯については、無料。

また、住民税課税世帯の月額負担上限額については豊橋市が定めた額とし、介護給付・訓練等給付の利用者負担額と移動支援サービス利用者負担額を合算した額が月額負担上限額を超えない範囲で、利用者は移動支援サービス利用者負担額を支払う。この場合、介護給付・訓練等給付の利用者負担額を優先して計上することとする。

※事業者が利用者に代わり豊橋市から受領した移動支援サービス費の額については、利用者に通知します。

(2) 交通費

「サービス提供地域」におけるサービス利用については、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、当事業所の従業者がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

(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。

- ・ご利用の前日までにご連絡いただいた場合 → 無料
- ・当日のキャンセル → 当事業所が定める相当額が発生 ※体調不良の場合は除く。

(4) その他

上記（１）から（３）のほかに、従業者がサービスを提供するために必要となる実費相当額としての費用は、利用者にご負担いただきます。

(5) 支払方法

上記利用料金の支払いは、１か月ごとに計算し、翌月 20 日までに請求書を郵送しますので、27 日までにお支払いください。お支払い方法は以下の通りです。

(ア) 現金支払い

(イ) 利用者指定口座からの自動振替

(ウ) 事業者指定口座への振り込み

振込先 豊橋信用金庫 向ヶ丘支店 普通 0184427
合同会社 R a p p o r t 代表社員 山口泰明

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 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。契約の有効期間は移動支援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。
- ② 移動支援サービス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 利用者が当事業所に対し 1 週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 当事業所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、または当事業所が破産した場合、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。
 - ① 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、30 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 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 施設入所支援のサービスを受ける場合
- ② サービス提供地域外に転居された場合
- ③ 利用者が亡くなった場合

7 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医療機関名	(主治医氏名)
	TEL	
ご家族	代表者氏名	(続柄)
	TEL	
ご家族	代表者氏名	(続柄)
	TEL	

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する移動支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する移動支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
保険名 賠償責任保険

9 虐待防止について

事業所は利用者の人権擁護・虐待の防止に関する責任者をおき苦情解決体制の整備を整えると共に従業者に対する虐待防止の啓発・普及するための研修を実施する。

10 感染症対策について

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

- ①訪問介護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事業所における感染症及びまん延防止のための指針を講じます。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施します。

11 業務継続に向けた取り組みについて

感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

12 ハラスメント対策について

事業者は介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は許容しません。

- (1)身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2)個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は当法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し会議等により、同事案が発生しないための再発防止策を検討します。

③ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解除等の措置を講じます。

13 身分証携行義務

移動支援従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14 心身の状況の把握

移動支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15 連絡調整に対する協力

移動支援事業者は、移動支援の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

16 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

移動支援の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

17 サービス提供の記録

- ① 移動支援の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行います。
- ② これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

18 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	山口 美紀
電話番号	0532-48-3800
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時30分

当事業所以外の相談・苦情受付機関

担当部署	豊橋市役所 障害福祉課
電話番号	0532-51-2345

19 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容事業の人員、設備及び運営に関する基準について利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒441-8134 豊橋市植田町字一本木116番地181
	法人名	合同会社 Rapport
	代表者名	代表社員 山口泰明 印
	事業所名	ケアステーション ラポール
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印