

# ひまわり介護送迎サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、ひまわり介護送迎サービスが提供する（居宅介護）について、利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び第77条並びに障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

## 1 事業者の概要

名 称	有限会社ひまわりライフケアサポート
所 在 地	広島県尾道市久保二丁目15番17号
電 話 番 号	0848-20-7630
代表者氏名	代表取締役 長坂 陽子
設 立 年 月	平成12年 1月

## 2 事業所の概要

事 業 所 名	ひまわり介護送迎サービス	
所 在 地	広島県尾道市久保二丁目15番17号	
提供可能サービス 及び事業所番号	居宅介護 (身体障害者のみ) 重度訪問介護	3411100377号
管理者及び連絡先	氏 名	連 絡 先
	丸畑 祐子	0848-20-7630 (FAX 0848-20-7636)
サービス管理責任者	丸畑 祐子、村上 晶恵	
サービス提供地域	尾道市	
営業日	月曜日から土曜日 (但し、国民の祝日及び年末年始(12/31~1/3)を除く)	
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで	

## 3 事業の目的・運営方針

目 的	利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事の介護、の通院、外出等その他の便宜を適切かつ効果的に行います。
-----	---

#### 4 事業所の職員体制等

職 種	資 格	常勤	非常勤	合計
管 理 者	介護福祉士	(1)		1
サービス提供責任者	介護福祉士	(2)		2
介 護 職 員	介護福祉士	2	3	7
	ヘルパー2級 [上記のうちガイドヘルパー]	[2]	[0]	

※ ( ) 内の数字は兼務。

事業所では、厚生労働大臣の定める基準を遵守し、指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

例えば、週20時間勤務する職員を常勤換算した場合は0.5となります。

#### 5 サービスの内容

##### (1) 介護給付費等対象サービス

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
介 護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
通院等乗降介助	利用者の状態に合わせて通院等の乗降の介助を行います。

#### 6 利用料金

##### (1) 介護給付費等対象サービスの料金

介護給付費等対象サービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定した額がサービス料金となります。

利用者負担額は、原則サービス料金の1割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限月額が1月の負担の上限額となりますので、記載されている金額以上ご負担いただく必要はありません。

ただし、介護送迎をご利用になる場合は別途タクシー料金が必要になります。

介護タクシー料金：初乗り4kmまで 500円＋消費税、  
以後1km毎に150円＋消費税を加算

(2) 利用料金のお支払方法

前記(1)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、請求があった月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 金融機関口座からの口座振替 中国銀行・広島銀行・もみじ銀行 他
- ② 現金にてお支払い

7 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

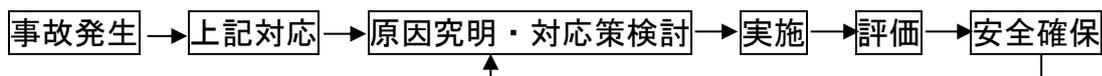
(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上で必要となる他事業所及び医療機関等との連絡調整や、市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意に基づき情報提供を致します。

8 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

順位	利用者宅	順位	送迎運転途上
1	救急対応(状態観察、気道確保)	1	傷者の救助
2	家族から主治医へ	2	現場保存
3	主治医の指示に基づく対応	3	応急対応
4	報告・支援センターに連絡	4	報告・支援センターに連絡
5	通報	5	通報

緊急時に主治医の連絡が取れない場合は当社医師に連絡を入れ指示を仰ぎます。



<緊急連絡先>

緊急連絡先	氏名 〔医療機関名〕	続柄	住所	電話番号 (自宅・勤務先)
主治医	( )	/		
家族等連絡先 1				
家族等連絡先 2				

## 9 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 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は管理者です。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

## 10 要望・苦情等及び虐待防止に関する相談窓口

### 要望・苦情等

当事業所 受付窓口	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 受付担当者 丸畑 祐子</li><li>・ 苦情解決責任者 丸畑 祐子</li><li>・ ご利用時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0</li><li>・ 電話番号 0 8 4 8 - 2 0 - 7 6 3 0</li><li>・ F A X 0 8 4 8 - 2 0 - 7 6 3 6</li></ul>
市町相談窓口	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 尾道市役所 福祉保健部 社会福祉課</li><li>・ 住 所 尾道市久保1丁目15番1号</li><li>・ 電話番号 0 8 4 8 - 3 8 - 9 1 2 4</li><li>・ F A X 0 8 4 8 - 3 7 - 7 2 6 0</li></ul>

( 居宅介護 ) の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名 ひまわり介護送迎サービス事業所

説明者 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、居宅介護の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者  
住所：

氏名： ⑩

(※必要に応じて)

代理人  
住所：

氏名： ⑩

続柄：