

移動支援事業 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス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 条に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

本事業所では、利用者に対して障害者自立支援法に基づく移動支援におけるサービスを提供します。当サービスの利用は、原則として移動支援の利用決定を受けた方が対象となります。

法人名： 株式会社 Jフリード
事業所名：Jフリード 訪問介護事業所
当事業所は京都市の登録を受けています。

1. 事業者の概要

名称	株式会社 Jフリード
法人所在地	京都市西京区桂上野東町 78 番地
電話番号	075-406-6425
代表者氏名	白杉 陽子

2. 事業所の概要

事業の目的	株式会社 Jフリードが設置するJフリード 訪問介護事業所（以下「事業所」という。）が行う、京都市における移動支援事業について、人員及び管理運営にする事項を定め、京都市の支給決定を受けた障害者及び障害児（以下「利用者」という。）並びに障害児の保護者（以下「利用者等」という。）に対し、適正な移動支援の提供を確保することを目的とする。
事業所の名称	Jフリード 訪問介護事業所
事業所の所在地	京都市西京区桂上野東町 78 番地
事業所の電話番号	075-406-6425
通常の実業の実施地域	京都市（左京区、山科区、右京区京北地域除く）
サービスの主たる対象者	身体障害者 知的障害者 障害児（18歳未満の身体障害者、知的障害者及び精神障害者） 精神障害者
営業日・時間	月曜日から土曜日までとする。 ただし、年末年始を除く。 午前9：00から午後6：00
サービス提供日・時間	月曜日から日曜日までとする。 午前0：00から午後12：00（相談に応じます）
登録事業所番号	【京都市指定 2664030281 号】
登録年月日	平成 30 年 12 月 10 日
運営の方針	事業所の従事者は、利用者が居宅において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、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行う。 2 事業所の従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って移動支援の提供を行う。 3 事業の実施に当たっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携に努める。

事業所が行う 他の障害福祉サ ービス	居宅介護 京都市指定 2614081715号(平成30年12月10日指定) 重度訪問介護 京都市指定 2614081715号(平成30年12月10日指定)
--------------------------	--

3. 事業所の職員体制

事業所の管理者	三場 一輝
---------	-------

職種	常勤(人)	非常勤(人)
管理者	1人	
サービス提供責任者	7人	
従業者	9人	3人

4. サービスの内容

- 利用者等に対するサービスは、利用者の希望により次のとおり区分されるものとします。

個別支援	利用者の外出における個別への支援を行います。
グループ支援	2人の利用者からなるグループの外出における支援を行います。

- 本事業所は、次の各号に掲げる支援をすべて行うものとします。
- ア 外出時の利用者の健康面の管理
 - イ 外出の準備に伴う支援（整容、手荷物準備等）
 - ウ 外出に伴う支援
 - エ 外出中及びその前後における他者とのコミュニケーションに係る支援等
 - オ 外出から帰宅した直後の対応支援（荷物整理等）

5. 利用料金

(1) サービスにかかる利用料

上記のサービス利用に対しては、通常9割が市からの介護給付費の給付対象となります。利用者は、下記のとおり利用者本人の負担分としてサービス料金の1割（利用料）を事業者にお支払いいただきます。

<利用料の上限等について>

- ・ 移動支援事業のサービス利用に係る利用料は上限が定められています。

- ・ 利用料管理表にて上限額を超えないよう管理しますので、ご利用の際は当事業所へ必ずご相談ください。

〔利用料に関する月額上限〕

- ※ 1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「利用料」については、所得に応じて月額負担上限額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

◆障害者の利用者負担額

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般	市町村民税課税世帯 (所得割 16万円未満)	9,300円
	市町村民税課税世帯 (所得割 16万円以上)	37,200円

◆障害児の利用者負担額

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般	市町村民税課税世帯 (所得割 28万円未満)	4,600円
	市町村民税課税世帯 (所得割 28万円以上)	37,200円

- ※ 京都市が2人派遣の決定をした場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用料も2倍になります。ただし、月額上限を超えて利用料を徴収することはありません。

【利用料の計算】 ◆利用料金の目安は、次表のとおりです。

	時間数	利用料	利用者負担額
う 身 体 介 護 伴 員 支 援 型	30分未満	2,710円	271円
	30分以上1時間未満	3,920円	392円
	1時間以上1時間30分未満	5,730円	573円
	1時間30分以上2時間未満	6,670円	667円
	2時間以上2時間30分未満	7,600円	760円

	2時間30分以上3時間未満	8,520円	852円
	3時間以上3時間30分未満	9,430円	943円
	3時間30分未満4時間以上	10,340円	1,034円
個別支援型 身体介護伴わない	30分未満	2,600円	260円
	30分以上1時間未満	2,600円	260円
	1時間以上1時間30分未満	3,440円	344円
	1時間30分以上2時間未満	4,280円	428円
	2時間以上2時間30分未満	5,090円	509円
	2時間30分以上3時間未満	5,910円	591円
	3時間以上3時間30分未満	6,640円	664円
	3時間30分未満4時間以上	7,370円	737円
グループ支援型 身体介護伴う	30分未満	1,900円	190円
	30分以上1時間未満	2,740円	274円
	1時間以上1時間30分未満	4,010円	401円
	1時間30分以上2時間未満	4,670円	467円
	2時間以上2時間30分未満	5,320円	532円
	2時間30分以上3時間未満	5,960円	596円
	3時間以上3時間30分未満	6,600円	660円
	3時間30分未満4時間以上	7,250円	725円
グループ支援型 身体伴わない	30分未満	1,830円	183円
	30分以上1時間未満	1,830円	183円
	1時間以上1時間30分未満	2,410円	241円
	1時間30分以上2時間未満	2,990円	299円
	2時間以上2時間30分未満	3,570円	357円
	2時間30分以上3時間未満	4,140円	414円
	3時間以上3時間30分未満	4,650円	465円
	3時間30分未満4時間以上	5,170円	517円

※表記以降の時間につきましては、事業所に直接お問い合わせください。

◆サービス提供の時間帯により以下の通り料金が加算されます。

提供時間帯	早朝	夜間	深夜
時間帯	午前6:00～午前8:00	午後6:00～午後10:00	午後10:00～午前6:00
加算率	25%増し	25%増し	50%増し

◆新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の移動支援等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。

内容	利用料	利用者負担額	
初回加算	2,120円	212円	1月あたり1回が限度

◆利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

内容	利用料	利用者負担額	
利用者負担上限額管理加算	1,590 円	159 円	1 月あたり 1 回が限度

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、補助金の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- ア 交通費
- イ 娯楽施設等の入場料

(3) 利用料及び実費負担額のお支払い方法

前記(1)の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払
イ. 指定口座からの引き落とし
ウ. 下記指定口座への振り込み 京都中央信用金庫 下津林支店 普通預金 0608539 株式会社 J フリード 代表取締役 白杉 陽子 カジエイフロード デイホトリマリヤク シラスギ ヨコ

お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

(4) 利用の中止、変更、追加

ア 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日午後 6 : 00 までに事業者へ申し出て下さい。

イ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、当日キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日午後 6 : 00 までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日午後 6 : 00 までに申し出がなかった場合	450 円 / 30 分

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) 利用決定通知書の確認

「住所」及び「利用料上限額」など「決定通知書」の記載内容に変更があった場合は速やかに従業者にお知らせください。また、担当従業者が「決定通知書」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(2) 従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次に規定する行為等を行いません。

ア 医療行為（ただし、喀痰吸引等の研修を修了した職員や有資格者等が主治医の指示書を基に支援の一環として行う場合を除く）

イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

ウ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

エ 利用者の配偶者又は2親等以内の親族（姻族を含む。）によるサービス

オ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為

（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

カ 通院

キ 通勤又は営業活動等の経済活動に係る外出

ク 通園又は通学

ケ 法令や国の要綱・通知等により、施設等が行うこととされている送迎

コ 事業者、法に定める他の事業を行う者又は障害者福祉作業所が主催する活動への参加のための外出

サ 社会通念上適当でない外出

シ 前各号の定めのほか、通年かつ長期に渡る外出

7. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にもその内容のご確認をいただきます。また電子媒体による記録を行うため、控えが必要な場合はその旨をお伝えいただき後日、発行致します。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

8. 緊急時における対応方法

現にサービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変、サービス提供による事故が生じた場合その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医及び家族にご連絡します。
なお、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】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

9. 損害賠償保険への加入

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害保険会社名 あいおいニッセイ同和損保株式会社

保険名 介護保険、社会福祉事業総合保険

保障の概要 対人、対物最大1億円

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成 17 年 10 月 20 日障発第 1020001 号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

ア 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 三場 一輝
-------------	-----------

イ 成年後見制度の利用を支援します。

ウ 苦情解決体制の整備をしています。

エ 従業員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。

11. 個人情報の保護について

事業者は、その業務上知り得た利用者等及びその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）その他関係法令等を遵守するとともに、下記の取り扱いをします。

ア 職員は、その業務上知り得た利用者等及びその家族の秘密を保持するものとします。

イ 職員であった者に、業務上知り得た利用者等及びその家族の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

ウ 事業所は他の障害福祉サービス事業者等に対して、利用者等及びその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者等及びその家族の同意を得るものとします。

12. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

- お客様相談係 <苦情受付窓口（担当者）> 管理者 三場 一輝
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～18：00
- 苦情解決責任者 三場 一輝・白杉 優一

(2) 行政機関その他苦情受付機関

<p>【事業者の窓口】 Jフリード 訪問介護事業所 相談窓口責任者 三場 一輝 白杉 優一</p>	<p>電話番号 075-406-6425 ファックス番号 075-406-6426 受付時間 月曜日～土曜日 午前9:00～午後6:00</p>
<p>【市町村の窓口①】 京都市役所 障害保健推進室</p>	<p>電話番号 075-222-4161 ファックス番号 075-251-2940 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【市町村の窓口②】 京都市役所 保健福祉部 監査指導課</p>	<p>電話番号 075-744-1153 ファックス番号 075-213-2084 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【公的団体の窓口】 京都府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」</p>	<p>電話番号 075-252-2152 ファックス番号 075-212-2450 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前10時～午後4時</p>
<p>【各行政区の窓口①】 西京区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-381-7666 ファックス番号 075-393-0867 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口②】 右京区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-861-1451 ファックス番号 075-861-4678 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口③】 南区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-681-3282 ファックス番号 075-691-1397 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口④】 上京区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-441-5121 ファックス番号 075-432-2025 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口⑤】 北区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-432-1285 ファックス番号 075-451-0611 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口⑥】 中京区役所 保健福祉センター 保健福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-812-2594 ファックス番号 075-822-7151 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口⑦】 伏見区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-611-2392 ファックス番号 075-611-1166 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>
<p>【各行政区の窓口⑧】 下京区役所 保健福祉センター 健康福祉部 障害保健福祉課</p>	<p>電話番号 075-371-7217 ファックス番号 075-351-9028 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前9:00～午後5:00</p>

13. 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
-----------------	-------

14. 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
-----------------	-------

令和 年 月 日

移動支援事業におけるサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、署名・捺印をいただき1部を事業所保管、1部を交付いたしました。

管理者名 三場 一輝

説明者職名 サービス提供責任者 氏名 _____ 印

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、署名・捺印をして交付を受けました。

本人署名

利用者住所： _____

氏 名： _____ 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者の代理として署名・捺印しました。

代理人署名

利用者住所： _____

氏 名： _____ 印

続 柄： _____