

## 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：訪問介護事業所 つながり  
当事業所は天津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	京都府京都市西京区牛ヶ瀬川原口町 22 番地 6
電話番号	075-874-2776
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訪問介護事業所 つながり（以下「事業所」という。）が行う、大津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、大津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	訪問介護事業所 つながり
事業所の所在地	滋賀県大津市大萱 6 丁目 3-8 セゾン阪長 102
事業所の電話番号	077-574-7226
通常の実業の実施地域	大津市・草津市・守山市・栗東市
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。 （但し 12/30～1/3 を除く） 午前 9：00 から午後 6：00
サービス提供日・時間	月曜日から土曜日までとする。 午前 9：00 から午後 6：00（要相談に応じます）
登録事業所番号	【大津市指定 2510101955 号】
登録年月日	令和 2 年 4 月 1 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 大津市指定 2510101955号（令和2年4月1日指定） 重度訪問介護 大津市指定 2510101955号（令和2年4月1日指定） 行動援護 大津市指定 2510101955号（令和2年4月1日指定） 同行援護 大津市指定 2510101955号（令和2年4月1日指定）

### 3. 事業所の職員体制

職種	常勤（人）	非常勤（人）
管理者	1人	
サービス提供責任者	2人	0人
従業者	7人	0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。
車両移送型支援	自動車により利用者を目的地まで送迎します。
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

上記のサービスを利用するに際し、介護報酬として以下の利用料が発生致します。また、市民税課税世帯の方のみ利用者負担額が発生致します。

#### ①個別支援

支援時間	介護報酬	利用者負担額 (市民税課税世帯のみ)
0.5 時間以内	2,600 円	左記の 1 割
0.5 時間を超えて 1.0 時間以内	4,100 円	左記の 1 割
1.0 時間を超えて 1.5 時間以内	6,000 円	左記の 1 割
以後 0.5 時間ごとに加算	800 円	左記の 1 割

※2 人介護の場合、上記料金が 2 倍となります。

#### ②グループ支援

※利用者 1 人につき

支援時間	介護報酬	利用者負担額 (市民税課税世帯のみ)
0.5 時間以内	1,200 円	左記の 1 割
0.5 時間を超えて 1.0 時間以内	1,500 円	左記の 1 割
1.0 時間を超えて 1.5 時間以内	1,800 円	左記の 1 割
以後 0.5 時間ごとに加算	300 円	左記の 1 割
(視覚障害者のみを対象とした場合) 1 時間	1,500 円	左記の 1 割

#### ③車両移送型支援

※車両 1 台につき

支援時間	車両	
	併用型/利用者負担額	単独型/利用者負担額
10 分以内	400 円/左記の 1 割	700 円/左記の 1 割
10 分を超えて 20 分以内	700 円/左記の 1 割	1,200 円/左記の 1 割
20 分を超えて 30 分以内	1,000 円/左記の 1 割	1,700 円/左記の 1 割
以後 10 分ごとに加算	300 円	

(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（高速代・駐車料金など） ・ イ 娯楽施設等の入場料

(1) 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道2キロメートル未満 100円

(2) 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道2キロメートル以上 300円

※福祉有償運送サービスを御利用の場合は実費で30分毎に500円を請求させていただきます。

(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

カジエイフリード デイアウトリマリヤ シラスキ 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 指定居宅介護等の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。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、書面にて発行いたします。
- 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。)

## 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。

## 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 堀内 未央
-------------	-----------

- 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 堀内 未央

○ 受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～18：00

<苦情解決責任者> 代表取締役 白杉 陽子

## 13. 気象災害時の場合

（1）外出支援前日、または当日に台風や大雪などの気象災害警報が発令した場合は安全性を考慮したうえで、支援をキャンセルさせて頂くご相談をさせていただきます。



(2) 行政機関その他苦情受付機関

<p>【事業者の窓口】 訪問介護事業所 つながり 相談窓口責任者 堀内 未央</p>	<p>電話番号 077-574-7226 ファックス番号 077-574-7227 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】 大津市役所 福祉子ども部 障害福祉課</p>	<p>電話番号 077-528-2745 ファックス番号 075-524-0086 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】 草津市役所 障害福祉課</p>	<p>電話番号 077-561-2363 ファックス番号 077-561-2480 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③】 守山市 障害福祉課</p>	<p>電話番号 077-582-1168 ファックス番号 077-581-0203 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】 滋賀県社会福祉協議会 運営適正化委員会 「あんしん・なっとく委員会」</p>	<p>電話番号 077-567-4107 ファックス番号 077-561-3061 受付時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 午前10:00～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 堀内 未央

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： \_\_\_\_\_