

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、契約上ご注意ください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：合同会社セリカ
事業所名：サヤカ訪問介護ステーション
当事業所は西宮市の登録を受けています。

1. 事業者の概要

名称	合同会社セリカ
法人所在地	兵庫県尼崎市元浜町5-76-3
電話番号	080-3866-7003
代表者氏名	住宮直美

2. 事業所の概要

事業の目的	事業の円滑な運営管理を図るとともに、事業の利用者に対し、適正な移動支援を目的とする
事業所の名称	サヤカ訪問介護ステーション

事業所の所在地	兵庫県西宮市下大市東町13-4メープルコート門戸402号室
事業所の電話番号	0798-31-6574
通常の事業の実施地域	西宮市
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～土曜日 8:30～17:30 (12月29日から1月3日までを除く。)
サービス提供日・時間	日曜日～土曜日 8:30～17:30 (ただし、12月29日から1月3日までを除く。)
登録事業所番号	
登録年月日	令和5年9月1日
運営の方針	利用者が地域における自立生活及び社会参加ができるよう、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、外出時における移動の介護の援助を行うものとする
事業所が行う他の障害福祉サービス	居宅介護 号（令和5年9月1日指定） 重度訪問介護 号（令和5年9月1日指定） 行動援護 号（令和5年9月1日指定） 同行援護 号（令和5年9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	
サービス提供責任者	1	
従業者	3	1

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割が市からの補助金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。

移動支援サービス料金 ３０分当たり １００円

<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３区分の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。

区分	世帯の収入状況	１ヶ月あたりの負担上減額
生活保護	生活保護受給世帯	免除
低所得	市町村民税非課税世帯	免除
一般	市町村民税課税世帯	４，０００円

※ 西宮市が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。

（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

- ウ . . . (その他、実費負担になる事項があれば記載する
注：運営規程にも同様に記載すること)

(3) 利用料及び実費負担額のお支払い方法

前記(1)及び(2)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15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. 下記指定口座への振り込み
 〇〇銀行 〇〇支店 普通預金〇〇〇〇〇
 △△信用金庫△△支店 普通預金△△△△△
 郵便振替□□□□□□□□
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
 ご利用できる金融機関：〇〇銀行、△△信用金庫

(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〇時〇分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、取消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。ただし、利用者の体調不良等やむをえない場合に限り取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料相当額

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
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(保護者のやむを得ない事情により西宮市長が利用を認めた場合を

除く。)

- 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

(3)・・・(その他留意点があれば追加する)

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、利用者にその内容のご確認をいただきます。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。

保険会社名

保険名

補償の概要

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	サービス提供責任者 吉村憲治
-------------	----------------

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。

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）> [職名] ○○ ○○

○ 受付時間 毎週○曜日～○曜日 ○○：○○～○○：○○

<苦情解決責任者> [職名] ○○ ○○

（２）行政機関その他苦情受付機関

東大阪市障害者支援室	東大阪市荒本北一丁目1番1号 電話番号06-4309-3184 FAX番号06-4309-3815 受付時間 9:00~17:30
大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	大阪市中央区谷町七丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階 電話番号06-6191-3130 FAX番号06-6191-5660 受付時間 月~金曜日(祝日を除く) 10:00~16:00

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ました。

管理者名 住宮直美
説明者職名 サービス提供責任者 氏名 吉村憲治 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ました。

利用者住所 氏名 印