

いどうしえんじぎょう    じゅうようじこうせつめいしょ  
移動支援事業    重要事項説明書

もとじゅうようじこうせつめいしょは、とうじぎょうしょ    きーびす    りようけいやく    ていけつ    きぼう    かた    たいして、  
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。

ほんじぎょうしょでは、りようしゃ    たいして    しょうがいしゃ    ちゅうごうしえんほう    もとづ    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。

ほうじんめい    かぶしきがいしゃ    あてな  
法人名：株式会社    アテナ

じぎょうしょめい    けあ    せん    たー    えんまん  
事業所名：ケアセンターえんまん

# 1. 事業者の概要

名称	株式会社 アテナ
法人所在地	羽曳野市南恵我之荘 8-6-6
電話番号	072-936-7474
代表者氏名	花川 豪

# 2. 事業所の概要

事業の目的	株式会社アテナ(以下「事業者」という。)が設置するケアセンターえんまん(以下「事業所」という。)において実施する移動支援事業の適正な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、移動支援事業の円滑な運営管理を図ると共に、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立ったサービスの提供を確保することを目的とします。
事業所の名称	ケアセンターえんまん
事業所の所在地	羽曳野市南恵我之荘 8-6-6
事業所の電話番号	072-936-7474
通常の実施地域	羽曳野市、藤井寺市、柏原市、河南町
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 難病等対象者(18歳未満の者を含む)
営業日・時間	(事業所の営業日及び営業時間を記載する) 月曜日 ~ 金曜日 9:00~18:00 (ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。)
サービス提供日・時間	24時間とする。
運営の方針	事業所は、利用者等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、当該利用者等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、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。 移動支援の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な移動支援の提供ができるよう努めるものとする。 移動支援の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者(以下「障害福祉サービス事業者等」という。)との密接な連携に努めるものとする。 前三項のほか、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「法」という。)及び「障害者自立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（平成18年厚生労働省令第171号）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、移動支援事業を実施するものとする。	
事業所が行う他の障害福祉サービス	居宅介護 2713800353号	（平成22年10月1日指定）
	重度訪問介護 2713800353号	（平成22年10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	3（1名は管理者兼務）	
従業者	5	21

### 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分あたり 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

※市町村が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

(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、翌月20日までに

請求明細書を添えてご利用者又はご家族様あてにお届けします。

支払い方法については下記の通りです

ア.	窓口での現金支払
イ.	下記指定口座への振り込み 成協信用組合 天美支店 株式会社 アテナ 普通 2260216 (25日振替 但し、休日の場合は翌日)
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：成協信用組合 天美支店

(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17時00分までに事業者に申し出てください。

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はい行いません。

ア 医行為

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市町村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 財団法人 介護労働安定センター

(幹事会社を東京海上日動として他4社との共同保険となっております。)

保険名 賠償責任保険 (介護事業者賠償責任保険)

補償の概要 介護業務を行う事業者が、業務中に他人の体を傷つけたり、他人の物を壊したり、又はケアプラン作成ミスにより利用者に過剰な経済負担をさせたことにより法律上の損害賠償責任を負担しなければならない場合にその賠償金等を保証する保険です。

## 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	代表取締役	花川 豪
-------------	-------	------

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

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の窓口を設置しております。

- <苦情・相談受付窓口（担当者）> 管理者 松原 歩美
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

<p>はびきのし 保健 福祉部 羽曳野市 障害福祉課</p>	<p>はびきのし こんだんちようめ1ばん1ごう 羽曳野市菅田四丁目1番1号 でんわばんごう 072-958-1111 うけつけじかん 9:00～17:30</p>
<p>おおさかふしやかいふくしきようぎかい 大阪府社会福祉協議会 うんえいてきせいはいんかい 運営適正化委員会</p>	<p>おおさかしちゆうおうくたにまちなちようめ4ばん15ごう 大阪市中央区谷町七丁目4番15号 おおさかふしやかいふくしはいんかい 大阪府社会福祉会館2階 でんわばんごう 06-6191-3130 FAXばんごう 06-6191-5660 うけつけじかん げつ きんようび しゆくじつ のぞく 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 10:00～16:00</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
-----------------	---	---	---

平成 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 松原 歩美

説明者職名 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ました。

利用者 住所

氏名 印

代筆者 住所

氏名 印 続柄 ( )

(メモ) この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者(説明者)の双方が(署名)記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、移動支援の利用者本人の意思に基づくものでなければならぬことはいまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力(行為能力)が十分でない場合は、代理人(法定代理人・任意代理人)を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者(たとえば同居親族や近縁の親族など)であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住所	大阪府東大阪市 △ △ 町1丁目1番1号			
	氏名	東	大阪	一	太郎 印

大阪府東大阪市 △ △ 町1丁目1番1号  
上記署名は 渡来 君子(子) が代行しました。

(メモ) 重要事項説明書にあたっては、利用者の障害の特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して、懇切丁寧に説明をおこなってください。

なお、書面については、点字版・拡大文字版・録音テープ版・ルビ版・絵文字版・ビデオテープ版・手話通訳による説明など複数用意されていることが望ましいです。