

重 要 事 項 説 明 書

(移動支援) 8.6 吹田

この「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 条及び吹田市地域生活支援事業者の登録に関する要領に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 移動支援を提供する事業者について

事業者名称	株式会社 プレア
代表者氏名	代表取締役 泉井 智弘
本社所在地 (連絡先)	大阪府吹田市垂水町一丁目 43 番 3 号 電話番号 06-6338-6555 FAX 06-6338-6554
設立年月日	平成 19 年 3 月 7 日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	かすみそうホームケア		
サービスの 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 障がい児 精神障がい者 難病等対象者		
登録 事業所番号	移動支援	2761601166	号（平成 25 年 4 月 1 日登録）
事業所所在地	大阪府吹田市垂水町一丁目 43 番 3 号		
連絡先 相談担当者名	電話番号 06-6338-6555 FAX06-6338-6554 吉田 英恵		
事業所の通常の 事業実施地域	吹田市		
事業所が行なう 他の指定障がい 福祉サービス	居宅介護	2711600839	号（平成 19 年 4 月 1 日指定）
	重度訪問介護	2711600839	号（平成 19 年 4 月 1 日指定）
	同行援護	2711600839	号（平成 23 年 10 月 1 日指定）

(2) 第三者評価の実施状況（無）

(3) 事業の目的および運営方針

事業の目的	利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な移動支援の提供を通して利用者の自立支援を行うことを目的とする。
運営方針	障害者総合支援法及び吹田市地域生活支援事業者（以下「移動支援事業者」）の登録に関する要領に規定する内容のほか関係法令等を遵守し、かつ利用者が所在する市区町村、他の指定障害福祉サービス事業者等その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と緊密な連携に努めながら、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して外出時における移動中の介護を適切かつ効果的におこなうものとする。

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 但し、土曜日・日曜日・祝日・8月14日から8月16日・12月29日から1月3日を除く毎日。
営業時間	月曜日～金曜日 9時～18時

(5) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から日曜日とする。但し、12月31日～1月3日を除く毎日
サービス提供時間	午前8時から午後10時までとする。

(6) 上記の営業日、営業時間、サービス提供時間のほか、電話等により24時間連絡が可能な体制とします。※転送電話の対応となり、電話に出られない場合があります。

(7) 事業所の職員体制

事業所の管理者	吉田 英恵（サービス提供責任者兼務）
---------	--------------------

職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者（サ責）	1 利用者が外出時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、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、障がい福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、支援の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者又は障がい児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した移動支援計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に移動支援計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 移動支援計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて移動支援計画の変更を行います。 5 指定移動支援事業所に対する指定移動支援の利用の申込みに係る調整を行います。 6 移動支援従業者（以下ヘルパーという）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。	常勤 8人

ヘルパー	1 移動支援計画に基づき、移動支援サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	常 勤 8 人 非常勤 28 人
事務職員	移動支援費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	管 理 者 及 び サ責兼務

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

- ①アセスメント等の実施
- ②移動支援計画の作成
- ③外出の準備に伴う支援(整容、手荷物の準備等)
- ④外出時における移動の介護
- ⑤外出時の利用者の健康面の管理
- ⑥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
- ⑦外出から帰宅した直後の支援(荷物の整理等)
- ⑧日々の支援内容の記録
- ⑨前各号に掲げる便宜に付帯するその他必要な介護、相談、助言

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医行為
- ②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
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活を超えたサービス（長期にわたる外出など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦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)
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、市町村の告示の単価による利用料が発生します。利用者の方には、所得区分ごとの負担上限額に応じて、原則として利用料の1割を利用者負担額として負担していただくことになります。

* 利用料金の目安については別紙に定める通り。

上限負担月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。(円未満の端数は四捨五入)

提供時間帯名	早 朝	昼 間	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午前 8 時から 午後 6 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 午前 6 時まで
加算割合	100 分の 25		100 分の 25	100 分の 50

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、移動支援計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、移動支援計画の見直しを行いません。

※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が 2 人派遣を認めた場合は、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、利用者負担額も 2 倍になります。

※ 利用者の体調等の理由で移動支援計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。

4 その他の費用について

通常の地域を超えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関等を利用した場合は、その実費を利用者及び障がい児の保護者から請求させていただきます。なお、この場合事業者の自動車等を使用したときは、次の額を請求させていただきます。

① 交通費 (車等使用の際)	(1) 事業所から片道 10 キロメートル未満 150 円/回 (2) 事業所から片道 10 キロメートル以上 300 円/回	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	12 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12 時間前までにご連絡のない場合	予定されていた提供時間に対し一時間につき千円を請求いたします
※ただし、利用者の病変の急変や、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道及び備品などの費用 ④ 外出時におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費	利用者様の別途負担となります。	

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

利用者負担額について	利用者負担額は、世帯ごとの所得区分に応じて月額の上限額が定められており、上限額を超えた部分については事業者が移動支援費として市町村に請求することとなっています。
利用者負担額その他の費用の支払い方法について	利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 20 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)利用者指定口座からの自動振替 (イ)現金払い (ウ)事業者指定口座への振り込み 三菱東京 UFJ 銀行 江坂駅前支店 普通 1169498 口座名義人 株式会社プレア 代表取締役 泉井 智弘 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、移動支援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。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 2 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	吉田 英恵
	イ 連絡先電話番号	06-6338-6555
	同 ファックス番号	06-6338-6554
	ウ 受付日および受付時間	月～金 9：00～18：00

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 移動支援計画の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「移動支援計画」を作成します。作成した「移動支援計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

サービスの提供は「移動支援計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 移動支援計画の変更等

「移動支援計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、利用者様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

8 虐待の防止について

事業者は、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律「障害者虐待防止法」に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

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	〔管理者〕 吉田 英恵
-------------	-------------

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 虐待防止委員会を設置し、開催しています。

⑤ 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。

⑥ サービス提供中に当該事業者又は擁護者（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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
②個人情報の保護について	○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。 ○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料（一枚当たり百円）などが必要な場合は利用者の負担となります。）

10 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。また主治医への連絡が困難な場合には医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとします。

- かすみそうホームケア【緊急時連絡先】 06-6338-6555（平日 9：00～18：00）

※上記以外は転送または留守番電話対応となります。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する移動支援サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する移動支援サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

市町村	市 町 村 名	吹田市役所
	担 当 部 ・ 課 名	福祉部 障がい福祉室
	電 話 番 号	06-6384-1231（代表）

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	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険
保障の概要	事故対応費用等

12 身分証携行義務

ヘルパーは、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

移動支援の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 連絡調整に対する協力

移動支援事業者は、移動支援の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

移動支援の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

① 移動支援の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容などについて記録を行い、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。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。

② これらの記録はサービスを提供した日から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。
(閲覧や複写等にかかる費用、一枚当たり百円は利用者の負担となります。)

17 移動支援サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した移動支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

(イ) 本事業所の苦情処理の体制としまして、責任者が利用者の状況を詳細に把握する為、必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。責任者は把握した状況を管理者とともに検討を行った後に担当ヘルパーへ確認させて頂き、速やかに利用者及びそのご家族、市町村、その他関連機関などに連絡を行うとともに必要な措置を講じます。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。)

【事業者の窓口（平時および緊急時）】 かすみそうホームケア 担当 サービス提供責任者	所 在 地 吹田市垂水町一丁目 43 番 3 号 電話番号 06-6338-6555 FAX 番号 06-6338-6554 受付時間 月～金曜日（祝日除く） 午前 9 時～午後 6 時
【市町村の窓口】 吹田市 福祉部 障がい福祉室	所 在 地 吹田市泉町 1-3-40 電話番号 06-6384-1231 FAX 番号 06-6368-7348 受付時間 月～金曜日（祝日除く） 午前 9 時～午後 5 時半
【公的団体の窓口】 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」	所 在 地 大阪府中央区谷町 7-4-15 大阪府社会福祉会館 2 階 電話番号 06-6191-3130 ファックス番号 06-6191-5660 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前 10 時～午後 4 時

19 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
-----------------	---	---	---

20 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
-----------------	---	---	---

上記内容について、吹田市地域生活支援事業者の登録に関する要領に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府吹田市垂水町一丁目 43 番 3 号	
	法人名	株式会社 プレア	
	代表者名	代表取締役 泉井 智弘	印
	事業所名	かすみそうホームケア	
	説明者氏名	印	

上記内容の説明を事業者から確かに受けましたので署名します。

利用者	住所	
	氏名	

保証人 利用者家族	住所	
	氏名	続柄（ ）

代筆者 続柄（ ）が代行しました。

手指の障がいなどで、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	大阪府〇〇市△△町 1 丁目 1 番 1 号
	氏名	大 阪 太 郎 印

大阪府〇〇市△△町 1 丁目 1 番 1 号
上記署名は 浪速 花子（子） が代行しました。

