

重 要 事 項 説 明 書

(同行援護) 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（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」）及び吹田市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施行条例（令和元年吹田市条例第 35 号）に定める内容のほか関係法令等に基づき、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 同行援護サービス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 TEL 06-6338-6555 FAX 06-6338-6554
法人設立年月日	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	視覚障がい者 視覚障がい児 難病等対象者		
大阪府指定 事業所番号	同行援護 2711600839 号（平成 29 年 10 月 1 日指定）		
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 FAX 06-6338-6554 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（登録） 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）	
	移動支援事業	2761601166 号（平成 25 年 4 月 1 日登録）	

(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居宅介護サービス及び移動支援サービス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	指定居宅介護サービスなどの事業の人員、設備運営に関する基準に定める内容を遵守し、かつ利用者が所在する市区町村、他の指定居宅支援事業者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出来るように配慮して身体介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

(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

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
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1人

サービス提供責任者（サ責）	1 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、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、援助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同行援護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に同行援護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 同行援護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて同行援護計画の変更を行います。 5 指定同行援護事業所に対する指定同行援護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 同行援護従業者（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 4 人
ヘルパー	1 同行援護計画に基づき、同行援護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 3 人 非常勤 7 人
事務職員	介護給付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

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
同行援護計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた手順書を作成し、この手順書を元に同行援護計画を作成します。
同行援護 (身体介護伴う)	外出時において、移動に必要な情報提供（声かけ、代筆、代読等）を行うとともに、利用者がヘルパーの肩やひじを持つなどして移動の支援を行います。 また外出時の移乗、移動、排尿、排便及び食事等において必要な介助を行います。

(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利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（長期にわたる外出など）
- ⑥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）
- ⑦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、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限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。

利用料金の目安は、次表のとおりです。

提供時間 内容	30 分未満		30 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 30 分未満		1 時間 30 分以上 2 時間未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
同行 援護	2047 円	205 円	3237 円	324 円	4673 円	468 円	5370 円	537 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満		2 時間 30 分以上 3 時間未満		3 時間以上 30 分毎に加算			
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額		
	6067 円	607 円	6775 円	678 円	707 円	71 円		

※ 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、同行援護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、同行援護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同行援護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。
- ※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【加算項目】

- ① 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。

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

- ② 事業所のとっている体制又は、対応の内容等により、下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数等
緊急時対応加算	1,072 円	108 円	1 回の要請につき 1 回、利用者 1 人に対し、1 月に 2 回を限度とする
初 回 加 算	2,144 円	215 円	初回月、1 回のみ
処遇改善加算Ⅰ・Ⅱ 加算割合	100 分の 45.6	1000 分の 456	一月の利用料に 45.6%が加算されます
特定事業所加算	100 分の 10	1000 分の 100	一月の利用料に 10%が加算されます

- ※ 緊急時対応加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が同行援護計画の変更を行い、ヘルパーが同行援護計画において計画的に訪問することとなっていないサービスを緊急に行った場合に加算します。
- ※ 初回加算は、新規に同行援護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサ

ービス提供を行う際に同行した場合に加算します。

※ 処遇改善加算は一月の総利用料に 41.7%が加算されます。

※ 特定事業所加算は体制など一定の要件を満たす事業所に認められる加算です。

- ③ 利用者の依頼により、利用者の負担上限月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	1608 円	161 円	1 月あたり

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	(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 時間前までにご連絡の場合	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	1 提供あたり千円を請求いたします
※ただし、利用者の病状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、水道及び備品等の費用 ④同行援護におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費	<u>利用者様の別途負担となります。</u>	

5 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

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)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (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、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。
------------------------	---

※ 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日以内にお支払いがない場合には、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、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・利用者負担上限月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) 同行援護計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「同行援護計画」を作成します。作成した「同行援護計画」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いたします。

サービスの提供は「同行援護計画」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) 同行援護計画の変更等

「同行援護計画」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に十分に配慮します。

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、お客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

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 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。

⑤ 虐待防止委員会を設置し、開催しています。

⑥ サービス提供中に当該事業者又は養護者（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「従業員」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、従業員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、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員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等で使用する等、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

利用者に対する同行援護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、利用者に対する同行援護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
	担 当 部 ・ 課 名	福祉部 障がい福祉室
	電 話 番 号	06-6384-1231

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 損害責任保険
保障の概要 事故対応費用等

12 身分証携行義務

同行援護従業者は、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

指定同行援護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

同行援護事業者は、指定同行援護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

指定同行援護の提供に当り、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 指定同行援護の実施ごとに、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 指定同行援護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) 提供した指定同行援護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携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 総合窓口 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 ファックス番号 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 ファックス番号 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 大阪市中央区谷町 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施行条例（令和元年吹田市条例第 35 号）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。