

重要事項説明書（同行援護用）

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「尼崎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に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成 25 年 4 月 1 日施行）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 トータルケア すいと
代表者氏名	代表取締役 清 家 綾
本社所在地 （連絡先）	尼崎市昭和通 1 丁目 9 番 45 号 電話 06-6481-8341・FAX 06-6481-8349
法人設立年月日	平成 27 年 3 月 26 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	株式会社 トータルケア すいと
サービスの主たる対象者	視覚障害者（児）
尼崎市指定事業所番号	同行援護第 2813004732 号（平成 27 年 6 月 1 日指定）
事業所所在地	尼崎市昭和通 1 丁目 9 番 45 号
連絡先 相談担当者名	連絡先電話 06-6481-8341・FAX 06-6481-8349 相談担当者氏名 清 家 綾
事業所の通常の事業実施地域	尼崎市
事業所が行なう他の指定障害福祉サービス	居宅介護 第 2813004732 号（平成 27 年 6 月 1 日指定） 重度訪問介護第 2813004732 号（平成 27 年 6 月 1 日指定） 移動支援 第 2863004731 号（平成 27 年 6 月 1 日指定）

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	支給決定を受けた障害者又は障害児（以下「利用者」という。）へ適切かつ効果的なサービスの提供を行うことにより、利用者が自立した日常生活又は地域での社会生活を営むことができることを目的とする。
運営方針	○ 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行う。 ○ 地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に努める。 ○ 関係法令等を遵守する。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く
営 業 時 間	午前9時から午後6時まで

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	営業日以外については、その都度、相談に応じる。
サービス提供時間	営業時間以外については、その都度、相談に応じる。

(5) 事業所の職員体制

管 理 者	大 池 美 沙
-------	---------

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	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、障害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 利用者又は障害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 2 人 非常勤 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 4 人 非常勤 6 人

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。
同行援護 (身体介護伴わない)	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）を行い、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。

(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医療行為

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。

※ 障害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。

利用者負担の上限額

所得区分		負担上限額（月額）
生活保護	生活保護世帯の方	０円（利用者負担なし）
低所得１	市町村民税非課税世帯で障害または障害児の保護者の年収が８０万円以下の方	０円（利用者負担なし）
低所得２	市町村民税非課税世帯で低所得１に該当しない方	０円（利用者負担なし）
一般	市町村民税課税世帯の方	37,200円

障害者の利用者負担の軽減（１８歳以上）

低所得１および低所得２	０円（利用者負担なし）
一般（所得割１６万円未満）	9,300円

障害児の利用者負担の軽減（１８歳未満）

低所得 1 および低所得 2	0 円（利用者負担なし）
一般所（得割 2 8 万円未満）	4,600 円

利用料金は、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	2,014 円	202 円	3,180 円	318 円	4,589 円	459 円	5,278 円	528 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		
	5,967 円	597 円	6,656 円	666 円	7,345 円 （3 時間 まで）に 30 分増す ごとに +689 円	735 円に 30 分増す ごとに +69 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ないます。

※ 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
特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の 20/100	左記の 1 割	

特定事業所加算(Ⅱ)	所定単位数の 10/100	左記の1割	
特定事業所加算(Ⅲ)	所定単位数の 10/100	左記の1割	
特定事業所加算(Ⅳ)	所定単位数の 5/100	左記の1割	
福祉・介護職員処遇改善 加算(Ⅰ)	所定単位数の 274/1000	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員処遇改善 加算(Ⅱ)	所定単位数の 200/1000	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員処遇改善 加算(Ⅲ)	所定単位数の 111/1000	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員処遇改善 加算(Ⅳ)	(Ⅲ)の90/100	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員処遇改善 加算(Ⅴ)	(Ⅲ)の80/100	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員等特定処 遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 70/1000	左記の1割	1月につき
福祉・介護職員等特定処 遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 55/1000	左記の1割	1月につき
緊急時対応加算	1,060円	106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	2,120円	212円	初回月、1回のみ
特別地域加算	所定単位数の 15/100	左記の1割	厚生労働大臣が定める地域に居住 している利用者に対しサービス提供 を行った場合

※ 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。

※ 特別地域加算は、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、サービス提供を行った場合に加算します。

なお、本加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った際にいただくことになっている交通費は徴収しません。

お住まいの場所が、対象地域に当たるかどうかは、受給者証に記載されています。

- 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	1,590 円	159 円	1 月あたり

4 その他の費用について

① 交通費	利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域において指定居宅介護等を行う場合は、それに要した費用の支払を利用者等から徴収します。 なお、自動車を使用した場合の交通費は、次のとおりとします。 (1) 実施地域を越えた地点から片道5キロメートル未満は、500円を徴収します。 (2) 上記の片道5キロメートルを1キロメートル越える毎に100円を徴収します
②キャンセル料	利用日の1日前までにキャンセルした場合は無料とし、当日のキャンセルについては、自己負担相当額のキャンセル料をいただきます。 ただし、病状の急変や、急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。
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	利用者（お客様）の別途負担となります。

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5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10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 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10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	清 家 綾
	イ	連絡先電話番号	06-6481-8341
		同 ファックス番号	06-6481-8349
	ウ	受付日および受付時間	
		受付日：月曜日から金曜日	
			ただし、祝日及び12月29日から1月3日までの間を除く。
		時間：午前9時から午後6時	

※ 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、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「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（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

①

- ② 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	管理者兼サービス提供責任者 大 池 美 沙
-------------	-----------------------

- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
 ④ 苦情解決体制を整備しています。
 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。

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」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」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等で使用する等、他の障害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

同行援護の提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する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。主治医への連絡等が困難な場合には、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講じます。

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、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。

なお、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 損害保険ジャパン日本興亜株式会社

保険名 ウォームハート賠償保険
保障の概要 介護事業に係る事故に対する包括的補償

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 他の指定障害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、他の指定障害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、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。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 指定同行援護の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ 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。)

17 指定同行援護サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの指定同行援護サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) サービス提供責任者
- (2) 氏 名 清 家 綾 (連絡先：06-6481-8341)
- (3) 提供予定の指定同行援護サービスの内容と利用料、利用者負担額

曜日	時 間	内 容	利用料 (月額)	利用者 負担額 (月額)
月	: ~ :			
火	: ~ :			
水	: ~ :			
木	: ~ :			
金	: ~ :			
土	: ~ :			
日	: ~ :			

(3) その他の費用

① 交通費の有無	重要事項説明書 4—①記載のとおりです。
② キャンセル料	重要事項説明書 4—②記載のとおりです。
③ サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	重要事項説明書 4—③記載のとおりです。
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	重要事項説明書 4—④記載のとおりです。

(4) 1ヶ月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。

18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した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) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情があった場合は、ただちにサービス提供責任者が相手側に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認します。
- ② サービス提供責任者が、必要があると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行います。（検討会議を行わない場合でも、必ず管理者まで処理結果を報告します。）
- ③ 検討の結果、必ず翌日までに、具体的な対応（利用者に謝罪にいく等）をします。
- ④ 記録をパソコンのデータベースに保管し、再発を防ぐために役立てます。

19 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 株式会社トータルケアすいーと 障害福祉サービス事業担当	所在地 尼崎市昭和通1丁目9番45号 電話番号 06-6481-8341 ファックス番号 06-6481-8349 受付時間 平日 午前9時から午後6時まで
【市町村の窓口】 尼崎市役所課健康福祉局 福祉部 法人指導課	所在地 尼崎市東七松町1丁目23-1 電話番号 06-6489-6352 ファックス番号 06-6489-6351 受付時間 月～金曜日（祝日及び12/29～1/3を除く） 午前9時00分～午後5時30分
【公的団体の窓口】 兵庫県社会福祉協議会 兵庫県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通2丁目1-1 兵庫福祉センター内 電話番号 078-242-6868 ファックス番号 078-271-1709 受付時間 月～金曜日（祝日及び12/29～1/3を除く） 午前10時～午後4時

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

21 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、尼崎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に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成 25 年 4 月 1 日施行）に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	尼崎市昭和通 1 丁目 9 番 45 号
	法人名	株式会社 トータルケア すいーと
	代表者名	代表取締役 清 家 綾 印
	事業所名	株式会社 トータルケア すいーと
	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。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印