

重要事項説明書

重要事項説明書

1 重度訪問介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 アニスト
代表者氏名	代表取締役 戸部 義明
本社所在地 (連絡先)	〒551-0002 大阪市大正区三軒家東1丁目7番18-201号
設立年月日	2004年 1月 29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	アニストヘルパーステーション東大阪
サービスの主たる対象者	身体障がい者 精神障がい者 難病等対象者
大阪府指定事業所番号	重度訪問介護 2715001455 号
事業所所在地	東大阪市西堤本通西3丁目8-43 第5大原マンション106号
連絡先 相談担当者名	電話：06-4306-4862 管理者：羽田 愛
事業所の通常の事業実施地域	東大阪市、八尾市の全域
事業所が行なう他の指定障害福祉サービス	居宅介護 2715001455 号

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社アニストが設置するアニストヘルパーステーション東大阪において実施する重度訪問介護の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、重度訪問介護の円滑な運営管理を図るとともに、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重度訪問介護の提供を確保す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、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、利用者が可能な限りその居宅において、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、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。また、利用者の所在する関係市区町村、保健医療サービス及び福祉サービス、他事業者との連携に努めるものとする。

アニストヘルパーステーション東大阪

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜から金曜日までとする。ただし、国民の祝日、１２月３１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時までとする。 ＊但し、利用者からの希望で、上記以外のサービスも考慮する。

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	年中無休とする
サービス提供時間	２４時間とする

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	羽田 愛
---------	------

職種	職 務 内 容	人員数
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重度訪問介護計画を作成します。 ３ 利用者及びその同居の家族に重度訪問介護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 ４ 重度訪問介護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて重度訪問介護計画の変更を行います。 ５ 指定重度訪問介護事業所に対する指定重度訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 ６ 重度訪問介護従業者（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 ３ 人
重度訪問介護従業者	１ 重度訪問介護計画に基づき、重度訪問介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 ８ 人 非常勤 ４ 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
重度訪問介護計画の作成		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、この手順書を元に重度訪問介護計画を作成します。
身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助・清拭	入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
家事援助	買物援助	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
	調理援助	利用者の食事の用意を行います。
	掃除援助	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯援助	利用者の衣類等の洗濯を行います。
通院介助		通院等のための屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。

(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医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金の通帳、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（大掃除、庭掃除など）
- 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。

＊世帯の所得に応じて４区分の月額負担上限額が設定され、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。

(負担上限月額等一覧)

区分	負担上限額	世帯の収入状況
生活保護	0 円	生活保護受給世帯
低所得 1	1 5, 0 0 0 円	市区町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が 8 0 万円以下の方
低所得 2	2 4, 6 0 0 円	「低所得 1」以外の市区町村民税非課税世帯
一 般	3 7, 2 0 0 円	市区町村民税課税世帯

＊また、指定重度訪問介護を利用する場合、経過措置として、資産が一定以下であれば、月額負担上限額の軽減の対象となります。

「障がい者」の利用者負担上限月額（平成 2 0 年 7 月～）

区 分	低所得 1	低所得 2	一 般	
			市 区 町 村 民 税 所得割 16 万未満	市 区 町 村 民 税 所得割 16 万以上
軽減措置後 負担上限月額	1, 5 0 0 円	3, 0 0 0 円	9, 3 0 0 円	3 7, 2 0 0 円

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		1 時間未満		1 時間 30 分未満		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
身 体 介 護	2597 円	260 円	4113 円	411 円	5978 円	598 円	6826 円	683 円
	2 時間 30 分未満		3 時間未満		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		
	7674 円	767 円	8522 円	852 円	848 円	85 円		
提供 時間 内容	30 分未満		1 時間未満		1 時間 30 分未満		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
通 院 介 助 （ 身 体 介 護 を 伴 う 場 合 ）	2597 円	260 円	4113 円	411 円	5978 円	598 円	6826 円	683 円
	2 時間 30 分未満		3 時間未満		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		
	7674 円	767 円	8522 円	852 円	848 円	85 円		
提供 時間 内容	30 分未満		45 分未満		1 時間未満		1 時間 15 分未満	
	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
家 事 援 助	1071 円	107 円	1548 円	155 円	2003 円	200 円	2427 円	243 円
提供 時間 内容	30 分未満		1 時間未満		1 時間 30 分未満		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
通 院 介 護 を 伴 わ な い 場 合 ）	1071 円	107 円	2003 円	200 円	2798 円	280 円	3509 円	351 円

※ サービス提供の時間帯により下表の通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、重度訪問介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、重度訪問介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、市区町村が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重度訪問介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。

※ 通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間（２０～３０分程度以上）を要しかつ食事や着替えの介助、排泄介助など外出に際しての身体介護を行う場合には、「通院介助(身体介護を伴う場合)」を算定します。

※ 「通院等介助(身体介護を伴う場合)」の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護(例：入浴介助、食事介助など)に３０分～１時間以上を要しかつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。

※ 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区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。

※ 利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合（利用者負担額が上限額を超えた場合（利用者負担額上限額管理結果票の利用者負担上限額管理結果欄が「３」の場合）に限る）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	1500 円	150 円	1 月あたり

4 その他の費用について

① 交通費	通常の事業の実施地域（東大阪市、八尾市の全域）を越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、その実費を請求させていただきます。	
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。	
	前々日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です

	前日までにご連絡の場合	利用者負担分の ５０％を請求いたします。
	当日のご連絡	利用者負担分の １００％を請求いたします。
※ただし、利用者の病変、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、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	
④通院介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費		

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介護給付費として市区町村に請求することとなっています。 複数のサービスを利用した場合は、いずれかの事業者が上限額管理を行うことにより、サービスごとの利用者負担額を確定します。
上限額管理について	重度訪問介護における利用者負担上限額管理とは、複数の事業者によるサービスを利用する利用者等について、利用者負担の額が利用者及びその世帯ごとの負担上限額を超えることがないよう事業者ごとの徴収額の管理を行なうことです。 対象者は市区町村で認定され、受給者証にその旨を記載して「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」が交付されます。 利用者の希望により、当事業所を利用者負担上限額管理者に選任される場合、サービス開始までにお申し出ください。その際、「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」を提出してください。事業者が必要事項を記載してお返ししますので、「受給者証」とともに市区町村に届け出てください。（受給者証に上限額管理者名が記載されます。） 利用者等が上限額管理を行う事業者を選択しなかった場合、上限を超えた利用者負担額は、利用者等が直接市区町村に償還給付の申請を行うことにより給付を受けることとなります。 また、例えば、利用者がグループホーム又はケアホームに入居されている場合は、グループホーム又はケアホームが上限額管理を行うことになるなど複数のサービスを利用している場合には優先順位が決められていますので、ご注意ください。
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日頃までに利用月ごとの請求書を郵送又はお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア) 口座振替サービス利用による支払。 (イ) 上記が困難な場合に限り他の方法を相談させていただきます。 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。

※ 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 3 ヶ月以上遅延し、故意に支払いの督促から 1 ヶ月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ただきます。

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	羽田 愛
	イ	連絡先電話番号	06-4306-4862
		同 ファックス番号	06-4306-4863
	ウ	受付日および受付時間	月曜から金曜日まで 午前 9 時から午後 6 時まで

※ 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) 市区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) 重度訪問介護計画の作成
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「重度訪問介護計画」を作成します。作成した「重度訪問介護計画」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、ご確認ください。
サービスの提供は「重度訪問介護計画」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) 重度訪問介護計画の変更等
「重度訪問介護計画」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、ホーム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
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、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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：羽田 愛 |
|-------------|----------|
- 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「福祉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 事故発生時及び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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する重度訪問介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市区町村、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、利用者に対する重度訪問介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。

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保
保険名：介護賠償責任保険
保障の概要：1 事故につき 3 億円まで

12 身分証携行義務

重度訪問介護従業者は、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

指定重度訪問介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

重度訪問介護事業者は、指定重度訪問介護の利用について市区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

指定重度訪問介護の提供に当り、市区町村、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 指定重度訪問介護の実施ごとに、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 指定重度訪問介護の実施ごとに、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 指定重度訪問介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

提供した指定重度訪問介護に係わる利用者及びその家族の相談及び苦情を受け付ける為の窓口を設置します。

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	名 称 : アニストヘルパーステーション東大阪 所 在 地 : 東大阪市西堤本通西 3 丁目 8-43-106 電話番号 : 06-4306-4862
------------------------------	---

【市区町村の窓口】 (利用者の居宅がある市区町村の障がい福祉サービス担当部署の名称)	所 在 地 : 八尾市本町 1 丁目 1 番 1 号 八尾市役所 健康福祉部 障がい福祉課 電話番号 : 072-924-3838
【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、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する為の法律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(厚生労働省令第 171 号平成 18 年 9 月 29 日)」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業所	事業所名	アニストヘルパーステーション東大阪
	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