

障害者等移動支援事業
重要事項説明書

アニストヘルパーステーション豊中

重要事項説明書

1 移動支援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豊中
サービスの 主たる対象者	身体障害者（全身性障害者） 知的障害者・精神障害者 障害児（全身性障害児・知的障害児・精神障害児）
大阪府指定 事業所番号	移動支援 2764006470 号
事業所所在地	大阪府豊中市箕輪2丁目14番6号メゾンエアポート1階北
連絡先 相談担当者名	電話：06-6841-0809 管理者：丸喜 美由
事業所の通常の 事業実施地域	豊中市の全域
事業所が行なう 他の指定障害福 祉サービス	居宅介護 2714000730 号 重度訪問介護 2714000730 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豊中において実施する移動支援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、移動支援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移動支援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。

(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	丸喜 美由
---------	-------

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 利用者が地域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、外出時における移動中の介護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 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。 ６ 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 ０人
移動支援従業者	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 人 非常勤 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
移動支援計画の作成	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、この手順書を元に移動支援計画を作成します。
移動支援 (身体介護伴う)	社会生活上、必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出（原則、１日で用務を終えるもの。） ・外出時の移動の介護又は介助 ・外出先での排泄、食事等の介護又は介助
移動支援 (身体介護伴わない)	・外出中やその前後におけるコミュニケーション支援 ・外出に伴い、必要と認められるその前後の身の回りの世話や整理

- ＊ 移動支援の提供が可能なもの （例）
 - １ 利用者に同行する買い物
 - ２ 公園での散歩
- ＊ 移動サービスの提供ができないもの （例）
 - １ 障害福祉サービス事業所等への送迎
 - ２ 通勤、営業活動等の経済活動に係る外出
 - ３ 通勤等の通年かつ長期にわたる外出
 - ４ 医療機関への通院
 - ５ 官公庁への手続き
 - ６ 社会通念上適当でない外出（反社会的行為に関すること等）

(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、豊中市障害者等移動支援事業実施要綱に基づき、市長が定める額（補助基準額）の 100 分の 10 に相当する利用料が発生します。

利用者負担額の上限月額の利用者の属する世帯の状況に応じ、次の表のとおりです。

世帯	利用者負担上限月額
生活保護受給世帯	0 円
市民税非課税世帯	0 円
市民税課税世帯	4000 円

利用料金の目安は、次表のとおりです。

<利用者負担の参考例>	日中時間帯の場合		
	1 時間	2 時間	3 時間
身体介護を伴う場合	424 円	694 円	853 円
身体介護を伴わない場合	159 円	312 円	461 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、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ないます。
- ※ サービス提供を行う手順書等により、豊中市が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

① 交通費	通常の事業の実施地域（豊中市の全域）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	<u>利用者（お客様）の別途負担となります。</u>	
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。

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、領収書を発行いたします。 また、移動支援補助金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。
------------------------	---

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	丸喜 美由
	イ 連絡先電話番号	06-6841-0809
	同 ファックス番号	06-6841-0810
	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) 豊中市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「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
- 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、「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。
- 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：丸喜 美由 |
|-------------|-----------|
- 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 事故発生時及び緊急時の対応方法について

- (1) 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。
- (2) 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。
- 連絡先：電話番号_____（対応可能時間：～：）

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の提供により事故が発生した場合は、豊中市、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、利用者に対する居宅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。

市町村	市町村名	豊中市
	担当部・課名	健康福祉部 障害福祉課
	電話番号	0 6－6 8 5 8－2 2 2 9

- 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

- 移動支援従業者は、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

- 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豊中市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

- 移動支援援護の提供に当り、豊中市、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 移動支援の実施ごとに、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 移動支援の実施ごとに、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 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
提供した指定居宅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】 株式会社アニスト	所 在 地：大阪市大正区三軒家東 1-7-18 コニシビル 201 号 電話番号：06-4394-2880 ファックス番号：06-4394-2882 受付時間：月～金曜日（祝日、12/31～1/3 除く） 午前 9 時～午後 6 時
【市区町村の窓口】 豊中市 健康福祉部 障害福祉課	所 在 地：豊中市中桜塚 3-1-1 電話番号：06-6858-2229 ファックス番号：06-6858-1122 受付時間：月～金曜日（祝日、12/29～1/3 除く） 午前 9 時～午後 5 時
【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
【公的団体の窓口】 豊中市 健康福祉サービス 苦情調整委員会	所 在 地：豊中市中桜塚 3-1-1 電話番号：06-6858-2815 ファックス番号：06-6858-4344 受付時間：月～金曜日（祝日、12/29～1/3 除く） 午前 9 時～午後 5 時 15 分

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 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実 施 の 有 無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価の期間	
評価結果の開示状況	

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、「豊中市障害者等移動支援事業実施要綱」第 9 条において準用する「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豊中
	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