

重要事項説明書

(移動支援)

この「重要事項説明書」は、当事業者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「西宮市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等を定める条例（平成 24 年西宮市条例第 20 号）」第 9 条の規定に基づき、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 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	株式会社十人十色
代表者氏名	代表取締役 中瀬 敏雄
本社所在地 (連絡先)	兵庫県西宮市城ヶ堀町 3-17 0798-38-9191 / 0798-38-9192
法人設立年月日	令和 5 年 11 月 8 日

2 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	ヘルパーステーション十人十色西宮
指定 事業所番号	移動支援 身体障害者 28204100398169 号 (令和 7 年 7 月 15 日指定) 知的障害者 28204200398168 号 (令和 7 年 7 月 15 日指定) 障害児 28204300398167 号 (令和 7 年 7 月 15 日指定) 精神障害者 28204500398165 号 (令和 7 年 7 月 15 日指定) 難病患者等 28204600398164 号 (令和 7 年 7 月 15 日指定)
事業所所在地	兵庫県西宮市城ヶ堀町 3-17 ファインキャッスル城ヶ堀 1 階
連絡先 相談担当者名	電話 0798-37-0840 / ファックス 0798-37-0841 管理者 櫻井 昌明
事業所の通常 の事業実施地域	西宮市 (山口支所管内、塩瀬支所管内を除く)
事業所が行う 他の指定障害福 祉サービス等	居宅介護 2810904223 号 (令和 6 年 3 月 1 日指定) 重度訪問介護 2810904223 号 (令和 6 年 3 月 1 日指定) 同行援護 2810904223 号 (令和 6 年 12 月 1 日指定)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する。
運営の方針	利用者が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、その利用者の身体その他の状況等に応じて、外出時における移動中の支援を適切かつ効果的に行う。

(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 ただし、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 5 時 30 分

(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
サービス提供時間	24 時間

(5) 事業所の職員体制

管 理 者	櫻井 昌明
-------	-------

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を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等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 1 人 （管理者 と兼務） 非 常 勤 1 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。	常勤換算 2.5 人以上
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。	常 勤 非常勤 0 人

3 提供するサービスの内容と料金及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。
移動支援サービスの提供	外出時における移動中の介護等外出時の付き添いに関する事等、必要な介護の相談及び助言その他、移動全般にわたる援助を適切かつ効果的に行います。

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供に当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（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦外出支援時の飲酒、喫煙、飲食
- ⑧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)
- ⑨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、別表「移動支援サービス利用単価表」をご参照ください。
サービスを提供した際には、サービスに係る利用者負担額の支払いを受けるものとします。

- ※ 負担上限額等に関する詳細については、お住いの市町村窓口までお問合せください。
- ※ サービス提供を行う計画書により、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。
- ※ 事業者が法定代理受領を行わない移動支援を提供した際は、利用者から市が定めるサービス費の額の支払いを受けるものとします。この場合、その提供したサービスの内容、費用の額その他の必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付いたします。

4 その他の費用について

① 交通費	実費を負担していただきます。
② 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	利用者（お客様）の別途負担となります。
③ 通院等介助等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。

※ 上記の他、利用者は、事前に事業者へ連絡することにより予定されたサービスをキャンセルすることができますが、内容によりキャンセル料を申し受けることがあります。

- ・前日までに連絡した場合は、キャンセル料は発生しません。
- ・当日に連絡した場合は、予定していたサービスの50%を請求します。
- ・当日に訪問して不在だった場合は、予定していたサービスの100%を請求します。

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	<p>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。</p> <p>(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</p> <p>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。</p> <p>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、保管をお願いします。</p>
------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、サービス利用月の翌月から数えて2ヶ月以上遅延し、1ヶ月以上の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合には、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、右の相談担当者までご相談ください。	<p>ア 相談担当者氏名 櫻井昌明</p> <p>イ 連絡先電話番号 0798-37-0840</p> <p>同 ファックス番号 0798-37-0841</p> <p>ウ 受付日及び受付時間 月～金曜日の9:00～17:30 (12/29～1/3を除く)</p>
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 担当ヘルパーの変更に関して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 サービスの提供に当たっての留意事項

(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) 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基づいて行います。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、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致します。

(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当たっては、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、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 嶋田麻由美
-------------	-----------

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。

⑤ 虐待防止委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底しています。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>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「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。</p> <p>○事業者及び従業者は、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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
<p>②個人情報の保護について</p>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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、追加又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。）</p>

10 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 0798-38-9191（対応可能時間 平日の午前9時～午後5時半）

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービス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	西宮市
	担 当 部 ・ 課 名	生活支援部 生活支援課
	電 話 番 号	0798-35-3130
	市 町 村 名	
	担 当 部 ・ 課 名	
	電 話 番 号	
	市 町 村 名	
	担 当 部 ・ 課 名	
	電 話 番 号	

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 損害保険ジャパン株式会社

保険名 賠償責任保険（ウォームハート）

補償の概要 被害者・事故対応費用に関する補償 1,000万円まで

12 身分証携行義務

従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又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

サービス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

事業者は、サービス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

サービスの提供に当たり、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又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

18 その他運営に関する事項

- (1) 事業所は、職員の資質の向上のために研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備するものとします。
 - ① 採用時研修 採用後3か月以内に研修の機会を設けるものとします。
- (2) 事業所は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備するものとします。
- (3) 事業所は、利用者等に対する移動支援の提供に関する諸記録を整備し、移動支援を提供した日から5年間保存するものとします。
- (4) 事業所は、移動支援の利用について市町村又は一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者が行う連絡調整にできる限り協力するものとします。
- (5) 運営に関する重要事項は事業者と事業者の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

19 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

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、「西宮市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等を定める条例（平成 24 年西宮市条例第 20 号）」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	西宮市城ヶ堀町 3-17 ファインキャッスル城ヶ堀 1 階	
	法人名	株式会社十人十色	
	代表者名	中瀬 敏雄	印
	事業所名	ヘルパーステーション十人十色西宮	
	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