

重要事項説明書兼契約書別紙（日中一時支援用）

この「重要事項説明書兼契約書別紙」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条および「池田市地域生活支援事業実施規則」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し、契約書の別紙として作成するものです。

1 日中一時支援を提供する事業者について

事業者名称	株式会社 Accompaniment
代表者氏名	代表取締役 奥原 真由美
本社所在地 (連絡先)	〒562-0045 大阪府箕面市瀬川二丁目6-10 TEL・FAX: 072-747-7542
法人設立年月日	2021年9月2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	かのん介護
サービスの 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 障がい児（18歳未満の身体障がい者及び知的障がい者） 精神障がい者 難病等対象者
登録 事業所番号	日中一時支援 2762501118号（2022年12月1日指定）
事業所所在地	〒562-0045 大阪府箕面市瀬川二丁目7-21
連絡先 相談担当者名	TEL・FAX: 072-774-5566 担当者: 管理者 森 博美
事業所の通常の 事業実施地域	池田市
事業所が行う 指定障がい福祉 サービス	居宅・重度訪問介護 2711401113号（2022年12月1日指定） 同行援護 2711401113号（2023年9月1日指定） 移動支援（池田市）2762501118号（2022年12月1日指定） 移動支援（箕面市）2761432291号（2022年12月1日指定） 移動支援（豊中市）2761404199号（2023年2月1日指定）

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者、障がい児及び障がい児の保護者の意思及び人格を尊重して、当該利用者等の立場に立った日中一時支援の提供を確保することを目的とする。
-------	---

運 営 の 方 針	利用者等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、利用者等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、入浴、排せつ、及び食事の介護その他必要な保護を適切かつ効果的に行うものとする。 また、地域や家庭との結び付きを重視し、関係市町村、他の地域生活支援事業者及び指定福祉サービス事業者等、その他福祉サービス又は保健医療サービス事業者等との密接な連携に努める。
-----------	---

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 (ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く)
営 業 時 間	午前9時～午後5時

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	12月29日から1月3日までを除く毎日
サービス提供時間	午前9時から午後10時

(5) 利用定員

利用定員	3名
------	----

(6) 事業所の職員体制

管 理 者	森 博美
-------	------

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 日中一時支援に係るサービス提供計画を作成します。 2 利用者及びその同居の家族にサービス提供計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 3 サービス提供計画作成後においても、サービスの実施状況の把握を行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。	常 勤 1人以上
従業者	サービス提供計画に基づき、日中一時支援サービスを提供します。	常 勤 0人 非常勤 3人以上

3 サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構 造	木造瓦葺 2階建
	延べ床面積	57.76 m ²

(2) 主な設備

用途	部屋数	備 考
デイルーム	1 室	10 m ²
洗面所	1 室	0.76 m ²
トイレ	1 室	0.82 m ²
静養室	1 室	7.53 m ²

4 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
日中一時支援の内容	日中、障がい者等に活動の場を提供し、見守り、社会に適応するための日常的な訓練その他の支援を行います。
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
食事の提供	ご希望により食事を提供します。
身体等の介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって入浴、清拭、排せつ、食事等の介護及び日常生活上の支援を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
送迎	ご希望により送迎サービスを提供します。
家族との連携	必要に応じ、家族との連携を行います。
日常生活の援助	その他日常生活に必要な援助を行います。
その他	上記に附帯するその他必要な介護、相談、助言を行います。

(2) 従業者の禁止行為

従業者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)
- ⑤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、高槻市の条例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。

※ サービス提供に係る費用のうち、世帯の所得に応じた額をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

負担上限月額等に関する詳細については、支給決定を行った市町村にお問合せください。

【利用料および利用者負担額】

提供時間 内容	1回につき	
	利用料	利用者負担額
日中一時支援	4,000 円	400 円

【加算】

加算名称	利用料
運営加算（1回につき）	2,350 円

※加算については、利用者負担額はありません。

5 その他の費用について

① 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。	
	24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場合	1提供当たりの利用料の10%を請求致します。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供当たりの利用料の50%を請求致します。
※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致しません。		
③ 食費	実費	

④ 日用品費	実費
⑤ レクリエーション費	実費
⑥ その他の日常生活費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。

6 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 15 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 25 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) 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、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。
------------------------	---

※ 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 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。

7 サービスの提供に当たっての留意事項

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。

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 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 森 博美
-------------	----------

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 従業者に対し虐待防止のための研修を実施しています。

⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

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。 ○ 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、利用者から予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予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。）

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。

主治医	医療機関の名称： 氏名： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先（家族等）	氏名： 住所： 連絡先電話番号：

- 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 072-774-5566 （月～金 9時～17時）
（但し、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く）

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	池田市
	担 当 部 ・ 課 名	福祉部 障がい福祉課
	電 話 番 号	0 7 2 - 7 5 4 - 6 2 5 5

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 介護保険・社会福祉事業者総合保険

保障の概要 賠償責任保険（訪問介護事業者特約）

12 非常災害対策

防 災 設 備	・ 自動火災報知機 有 ・ ガス漏れ報知器 有
保 険 加 入	本事業者は、下記の損害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 介護保険・社会福祉事業者総合保険 保障の概要 賠償責任保険（訪問介護事業者特約）

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が行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の登録事業者等との連携

サービスの提供に当たり、市町村、他の登録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 サービスを提供したときは、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の記録を行います。
- ② サービスを提供したときは、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。
(複写等に係る費用は実費を負担いただきます。)

17 業務継続計画の策定等

- ① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し必要なサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- ② 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及

び訓練を定期的実施するものとします。

- ③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

18 衛生管理等

- ① 事業所は、従業員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- ② 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

19 苦情解決の体制及び手順

- ① 提供したサービス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。

【事業者の窓口】 かのん介護 担当者：管理者 森 博美	所在地：箕面市瀬川二丁目7番21号 電話番号 072-774-5566 ファックス番号 072-774-5566 受付時間：月～金曜日 午前9時～午後5時 (国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く)
【市町村の窓口】 池田市 福祉部 障がい福祉課	所在地 池田市城南1丁目1番1号 池田市役所2階 電話番号 072-754-6255 ファックス番号 072-752-5234 受付時間 月～金（祝日を除く） 午前8時45分～午後5時15分
【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 大阪府中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター1階 電話番号 06-6191-3130 ファックス番号 06-6191-5660 受付時間 月～金（祝日を除く） 午前10時～午後4時

- ② 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 クレームの発生
- ② クレームの受け入れ。
- ③ 対応者がクレームの苦情（相談）対応記録を記入し、担当者、管理者に報告する。
- ④ 担当者および管理者が事実確認と対応方法を検討する。

- ⑤ 当社の過失である場合、改善策を立て、関係者に謝罪、改善策を実行する。担当者及び管理者は、苦情が上がって来た当日中に先方に電話し訪問の許可を取る。訪問し事実の報告と改善対応方法を報告し、深く謝罪する。（報告が夜の場合、翌日中に必ず連絡する。）また、当社の過失でない場合、関係者に誤解である旨を伝え、誤解が生じたことを謝罪し、今後誤解が生じないよう改善策を実行する。
- ⑥ 状況に応じて損害賠償手続きなどに進む。
- ⑦ 担当者は苦情（相談）対応記録を作成する。また記録をもとに職員会議を行う。会議では苦情の内容、原因、対応策、再発防止の取り組み、職員の改善策を周知する。

20 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感 染 症 対 策	事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴 重 品 の 管 理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
喫 煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願い致します。
宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

21 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
-----------------	-------

22 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、社会福祉法第76条および「池田市地域生活支援事業実施規則」に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒562-0045 大阪府箕面市瀬川二丁目6-10
	法人名	株式会社 Accompaniment
	代表者名	代表取締役 奥原 真由美
	事業所名	かのん介護
	説明者氏名	サービス提供責任者 奥原 真由美

私は、本書により事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意するとともに、本書が契約書の別紙（一部）であることを承諾します。

年 月 日

利用者：
（住所）

（氏名）

印

署名代行者：
（住所）

本人との続き柄 （ ）

（氏名）

印

立会人：
（住所）

（氏名）

印