

「同行援護」重要事項説明書

本事業所では、利用者に対して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同行援護を提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

目次

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域
4. 営業日
5. 職員体制
6. サービスの内容
7. 利用料金
8. サービスの利用手順
9. 緊急・事故発生時の対応方法
10. サービス実施の記録
11. 損害賠償保険への加入
12. 苦情の受付け
13. その他

社会医療法人財団 天心堂
天心堂ホームヘルパーステーションたんぽぽ
戸次事業所
当事業所は大分市の指定を受けています
・ 同行援護

1. 事業者

名称	社会医療法人財団 天心堂
所在地	大分市大字中戸次字二本木 5956 番地
電話番号	(097) 597-4535
代表者氏名	河村 忠雄
設立年月日	1980 年 9 月 1 日

2. 事業所の概要

事業所の種類	同行援護 平成 23 年 12 月 1 日 指定 4410100129 番号
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ための法律に基づき、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援する事を目的として、サービスを提供します。
事業所の名称	天心堂ホームヘルパーステーションたんぽぽ 戸次事業所
事業所の所在地	大分市大字中戸次字寺ノ内 5111 番 1
電話番号	(097) 597-4788
管理者氏名	古庄 達彦
事業所の運営方針	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基本理念に添って、利用者が心身ともに健やかに育成され又その有する能力に応じ、自立した日常生活ができるよう支援することを基本に、サービスの提供に努めます。
事業所が行っている他の業務	指定訪問介護 平成 12 年 4 月 1 日指定 4470103831 番号 居宅介護 平成 18 年 10 月 1 日指定 4410100129 番号 重度訪問介護 平成 18 年 10 月 1 日指定 4410100129 番号 行動援護 平成 21 年 6 月 15 日指定 4410100129 番号 移動支援 平成 18 年 10 月 1 日指定 4460100110 番号

3. 事業実施地域

大在・坂ノ市・佐賀関・野津原地域を除く大分市内
上記地域以外の方でご希望の方はご相談ください。

4. 営業日及び提供時間帯

月～金曜日：8 時 30 分～17 時 30 分

土曜日：8 時 30 分～12 時 30 分

日曜日・祝祭日については要相談とする。

※年末年始による休業日は 12 月 30 日から 1 月 3 日まで

※上記の営業日・提供時間帯の他、緊急時は電話等により連絡可能な体制とする。

5. 職員体制

1. 常勤介護福祉士 5名以上 (内サービス提供責任者 3.5名以上配置)
2. 訪問介護職員 35名以上

6. 同行援護サービス内容

当事業所では、「同行援護計画」を定めてサービスを提供します。

「同行援護計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向及び心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「同行援護計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意を戴くとともに、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

同行援護とは視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護、排泄及び食事等の介護、その他の当該障害者等が外出する際に必要な援助を行います。サービスの利用開始場所及び終了場所は、利用者の安全が確保されれば、居住場所以外も可能です。ただし、児童の場合は、保護者等からの引き渡し及び引き受けが確実に行われることが必要です。

【サービス内容】

外出に伴う必要な準備、移動介助(交通機関の利用介助)、移動に必要な情報の提供(代読・代筆を含む)、外出先での介助、帰宅した際の介助等の一連の行為を含みます。

〔対象となる外出〕

(1) 社会生活上必要不可欠な外出

官公署への各種手続きや相談、金融機関の利用、公的行事への参加、生活必需品の買い物、冠婚葬祭等の外出、医療機関への通院

(2) 余暇活動等社会参加の為の外出

自己啓発や教養を高めるもの、体力作りや健康増進を図るもの、生活の内容の充実・質の向上を図るもの(例: レジャー・レクリエーション・映画鑑賞・スポーツ観戦等)

〔対象とならない外出〕

(1) 営業活動等の経済活動に係る外出

(2) 学校への通学や、障害者施設等への通所

(3) 宗教活動、政治活動

(4) その他、社会通念上、適当でないと判断される外出(例: ギャンブル、飲酒を目的とした外出等)

(5) 散歩、遊び相手

※ 同行援護の支給決定をされた場合は、居宅介護の通院等介助及び移動支援(グループ支援は除く)は対象外となります。

7. 利用料金

介護給付費の対象となるサービスの利用料金

1. 利用料: 支給決定利用者は、介護給付費として、厚生労働大臣が定める費用の額の原則 9割分が支給され、ご利用者の負担は 1 割負担となります。さらに、所得に応じた利用者負担上限月額が設定される場合はこの上限額が当月の負担上限額となります。

- (2) 利用者負担上限月額の詳細は、障害福祉サービス受給者証に記載されていますのでご確認下さい。

適応制度	利用時間	同行援護
障害者の日常生活及び社会生活を総合に支援するための法律	30分未満	191円
	30分以上1H未満	302円
	1H以上1.5H未満	436円
	1.5H以上2H未満	501円
	2H以上2.5H未満	566円
	2.5H以上3H未満	632円
	3H以上	697円に30分毎 66円加算

※上記金額に福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱ（40.2%）を算定させていただきますのでご了承お願い申し上げます。尚3時間以上のご利用の方につきましては30分毎の利用料金加算（¥66）が発生いたしますのでご了承お願い申し上げます

※ 上記金額に関しまして、記載されております金額は基本料金となっております。その為障害区分3・4～6の方に関しましては厚生労働省障害福祉サービス費等の報酬算定構造に基づき料金をいただきますのでご了承お願い申し上げます

【主な加算】

- ① 初回訪問時、初回加算が200円加算されます。
- ② 緊急時対応加算が100円加算されます。
- ③ 上限額管理加算が150円加算されます。
- ④ 指定された地域のみ特別地域加算が15%加算されます。
- ⑤ 特定事業所加算Ⅳ（5%）加算されます

- (3) 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の同行援護計画に定められた目安の時間を基準とします。
- (4) 交通事情などにより計画時間と実際の時間とが多少異なる場合もございます。
ご了承下さい
- (5) 上記金額に加え、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- (6) キャンセル料
原則、利用者は、事業者に対してサービス提供の24時間前までに通知、もしくは病変、急な入院等その他私用に関してのやむを得ない事情がある場合はサービス提供開始時間から2時間前までの間に通知することにより、利用料金を負担する事なくサービス利用を中止することができます。尚、サービス利用開始から2時間以内にサービス中止の通知がない場合は別途定めたキャンセル料金を頂きます。ただし災害によ

るサービスの中止の場合は除きます。

キャンセル料：利用料の60%

(7) 介護給付費の対象外となるサービスの利用料金

支給決定サービス内容の範囲を超えるサービス提供があった場合は、介護給付費の対象となりませんので、全額自費負担となります。

【2人のホームヘルパーにより訪問を行った場合】

- ・1人のヘルパーによる介護が困難と認められた場合等で、利用者の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2倍の利用者負担額をいただきます。

【利用者負担額の上限について】

- ・介護給付費対象のサービスは、利用者負担額の上限が定められています。
- ・利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合は、サービス利用開始の際に、その旨をお申し出ください。

【サービス利用にかかる実費負担額】

- ・サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。
- ・実施地域外の地域での支援を行った際も実費をいただきます。

※交通費として、実施地域を越えてからの1km当たり30円(税別価格)をいただきます。

- ・サービスにおいてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料が必要な場合、その実費をいただきます。

※サービス御利用時にその都度ご負担いただきます。

【その他費用】

- ・記録の複写費用：1枚50円(税別価格)
- ・事故証明に関する費用：1件1,000円(税別)

8. サービスの利用手順

(1) サービス利用開始

- ① 障害福祉サービス(同行援護)について介護給付費の支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② 相談支援専門員よりサービス等利用計画原案を受けて、サービス担当者会議に出席の後、サービス等利用計画に基づく同行援護計画が作成されます。
- ③ サービス利用が決定した場合は、契約を締結し、同行援護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は、介護給付費支給決定期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ④ 同行援護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し7日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などのやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用

者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破綻した場合、利用者は文書で通知する事により直ちに、この契約を解除することができます。

- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを 6 カ月以上遅滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、お支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続したいほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で通知することにより、ただちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただく事があります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合等やむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービスを終了させていただく事があります。この場合、契約の 30 日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 介護給付費支給決定期間が終了し、その後支給決定がない場合
- ③ 利用者が死亡した場合

9. 緊急時及び事故発生時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、相談支援事業所等へ連絡いたします。

主治医	医療機関名	
	連絡先	
ご家族	①氏 名	
	連絡先	
	②氏 名	
	連絡先	

10. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容をご確認いただきます。内容に、間違いやご意見があれば、いつでもお申し出ください。なお、同行援護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より紙もしくは電子で 5 年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

※開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。

11. 損害賠償保険の加入

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 株式会社 全老健共済会

保険名 居宅サービス事業者 賠償事故補償制度

12. 相談・要望窓口

訪問介護に関する相談、要望、苦情、虐待、ハラスメント等担当者もしくは下記窓口までお申し出ください。

担当者	古庄 達彦		
電話番号	097-597-4788		
受付け時間	月～金曜日 8時30分から17時30分		
市・県窓口	<p>(苦情) 大分市障害福祉課 電話：097-537-5658 大分県福祉サービス運営適正化委員会 電話：097-558-0300 対応時間：8時30分から17時15分 その他市町村担当窓口にご相談下さい。</p> <p>(虐待) 大分市障害者虐待防止センター 電話：097-585-6003 対応時間：8時30分から18時00分（土・日・祝を除く）</p>		

13. その他

本重要事項説明書は、2025年9月1日から適用する。

同行援護の利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

(事業者名) 社会医療法人財団 天心堂
(法人所在地) 大分市大字中戸次字二本木 5956 番地
(代表者) 理事長 河村 忠雄 印
(事業所名) 天心堂ホームヘルパーステーションたんぽぽ 戸次事業所

事業所 所在地 大分市大字中戸次字寺ノ内 5111 番 1
名 称 天心堂ホームヘルパーステーションたんぽぽ 戸次事業所

説明者氏名 _____ 印

私は契約書及び本書面により、事業所から同行援護についての重要事項の説明を受け同意いたしました。

利用者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ 印

家族または代理人

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____ 印

同意年月日 年 月 日