「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業」重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第 76 条及び第 77 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等、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを文章により説明を行なうものです。

１．事業所の概要

２．事業の目的と運営方針

３．職員体制

上記、１～３については、居宅介護事業（あるいは、重度障がい者等包括支援事業）重要事項説明書をご参照ください。※事業者により異なりますので、参考例として掲載しています。

４．サービス内容

事業者は、コミュニケーションサポート事業従事者（以下、「事業従事者」といいます。）を派遣し、利用者の入院時における病院スタッフとの意思疎通の円滑化を図るための支援を行ないます。なお、診療報酬の対象となるサービス内容は行ないません。

５．利用料金

（１）利用者負担額

提供するサービスについて、利用料が発生します。利用者の方には、所得区分毎に応じて負担上月額を設定し、その範囲内で利用者負担額を負担していただくこととなります。負担上限月額は、入院時コミュニケーションサポート事業の支給決定通知書に記載しています（障がい福祉サービス受給者証に記載されている金額と同じ金額です）。なお、１日あたりの利用者負担額は、次のとおりです。

・１日あたりの利用時間が４時間 30 分を越える場合　１日あたり 750 円

・1 日あたりの利用時間が 4 時間 30 分以下の場合　30 分あたり 75 円×利用時間数

（2）サービス利用にかかる実費負担額

交通費・・・通常の事業実施地域以外の地区で本事業所のサービス利用を希望される場合は、事業従事者が訪問するための交通費をお支払いいただきます。

（3）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法　※事業者により異なりますので、参考例として掲載しています。

前記（1）、（2）の料金については、サービス提供終了後の 10 日までに計算し、ご請求しますので、〇〇日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 当事業所事務所での現金方法 ② 下記指定口座への入金 〇〇銀行　□□□支店　普通〇〇〇〇〇〇〇　（口座名義）＿＿＿＿＿＿

（4）ご利用の中止、変更について

ア. ご利用予定日の前に、ご利用者のご都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、サービス実施日の前日〇〇:〇〇までに事業者に申し出てください。※事業者により異なりますので、参考例として掲載しています。

イ. サービスの変更・追加は、サービス提供職員の稼動状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整を致します。

6．サービスの利用方法

ア．入院時コミュニケーションサポート事業の支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。本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。

イ．サービス利用が決定した場合は契約を締結し、サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由でサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。ただし、利用前日の〇〇時までの取り消しは無料で行い

ますが、それ以降は取消し料として〇〇円を頂きます。さらに当日現地で中止の場合はサービス提供職員の交通費を実費負担していただきます。※事業者により異なりますので、参考例として掲載しています。

ウ. 適切なサービスを提供するために、書面にて同意を頂いた上で、ご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情報を活用させていただくことがあります。

7. サービスの利用に関する留意事項

（1）事業従事者について

事業所は、サービス提供時に、利用者と病院スタッフとのコミュニケーションが円滑に図れるよう、利用者との意思疎通に熟達した者を事業従事者として決定します。実際のサービス提供にあたっては、複数の事業従事者が交替して提供する場合もあります。担当する事業従事者が交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者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。また、事業従事者は、身分を証する書類を携行し、利用者又は病院スタッフから提示を求められた場合は提示します。

（2）支給決定通知書の確認

「住所」及び「利用者負担月額」「支給期間」等「支給決定通知書」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。また、当事業所職員が「支給決定通知書」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いします。

（3）事業従事者の禁止行為

事業従事者は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- 医療行為及び医療報酬の算定対象となる行為（病院内での介護等）
- 利用者の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- 利用者からの金銭又は物品、飲食の授受
- 利用者以外の者に対するサービスの提供

- 飲酒、喫煙及び飲食
- 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
- その他利用者に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

８．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、サービス提供毎に、実施日時を記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。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。

（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、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

９．本事業所ご利用相談・苦情窓口

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続き等サービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

（１）当事業所における苦情の受付等

受付担当者	
解決責任者	
受 付 時 間	
電 話 番 号	
Ｆ　Ａ　Ｘ	

（２）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

氏　　名	
電 話 番 号	

（３）行政機関

所　　属	大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課
電 話 番 号	０６－６２０８－８２４５
Ｆ　Ａ　Ｘ	０６－６２０２－６９６２

１０．　緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかに連絡します。

【緊急連絡先】

氏　　名	（続柄）
住　　所	
電話番号	

私は、本書面に基づいて「（法人名）　　」の職員〇〇〇〇から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年　　月　　日

〒

利用者　　住　所

氏　名

年　　月　　日

当事業所は、　　様に対する大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業のサービス提供にあたり、上記の通り重要事項について説明いたしました。

〒

事　業　者　　住　所

名　称

説明者