

Ⅱ．重要事項説明書

【令和7年4月1日改定】

当事業所は障害者総合支援法の事業所指定を受けています。
(鹿児島県指定 46101100549号)

当事業所はご契約者に対して居宅介護、重度訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1．事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部 鹿児島県済生会
- (2) 法人所在地 鹿児島県薩摩川内市原田町2番46号
- (3) 電話番号 0996-23-5221
- (4) 代表者氏名 支部長 揚松 龍治
- (5) 設立年月 昭和27年8月

2．事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定障害者福祉サービス事業所 平成18年10月1日指定
鹿児島県 4610100549-11 4610100549-12
- (2) 事業所の目的 居宅介護、重度訪問介護サービスを提供する事により、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を営むことができるように支援することを目的とします。
- (3) 事業所の名称 ホームヘルプステーション高喜苑
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿児島市小野町2427番地2
- (5) 電話番号 099-283-6875
- (6) 事業所長(管理者)氏名 野口 佳祐
- (7) 当事業所の運営方針 居宅介護、重度訪問介護サービスの提供を通じて、利用者がその有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように努める。
- (8) 開設年月 平成10年 1月 5日

3．事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 鹿児島市(旧吉田町・喜入町・桜島地域を除く)、日置市(旧伊集院

町とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日 サービス提供日	月曜日から日曜日。但し、12月29日から1月3日までは、利用者の状況に応じて対応する。
営業時間 サービス提供時間	午前8時30分から午後5時15分とする。ただし、サービスの提供にあたっては、上記に関わらず利用者等からの相談に応じる。

※営業日及び営業時間の他、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して居宅介護、重度訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1名		1名
2. サービス提供責任者	5名		4名
3. 訪問介護員	6名	11名	2.5名以上

5. サービスと利用料金

〈利用料金〉

1. 障害福祉のサービスを利用する場合は、障害者総合支援法の定めた額になります。
2. 利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令にしたがって改定後の金額が適用されます。

〈サービスの概要〉

- | |
|--|
| <p>○身体介護
入浴・排せつ・食事等の介護を行います。</p> <p>○生活援助
調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をを行います。</p> |
|--|

☆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた居宅介護計画等に定められます。

① 身体介護

○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く(清拭)などします。

○排せつ介助

…排せつの介助、おむつ交換を行います。

○食事介助

…食事の介助を行います。

○体位変換

…体位の変換を行います。

○通院介助

…通院の介助を行います。

② 家事援助

○調理

…ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません。)

○洗濯

…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません。)

○掃除

…ご契約者の居室の掃除を行います。(ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。)

○買い物

…ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。

(1) 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

(2) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

『支払い方法』

1. 毎月末締め翌月10日以降請求、20日までに現金支払い
2. 毎月末締め翌月10日以降請求、20日までに契約者指定口座からの自動引き落とし指定口座からの自動引き落としの取り扱い金融機関は、下記のとおりとなります。
 - ・ ゆうちょ銀行(1件につき10円の取扱い手数料が必要となります。)
 - ・ 鹿児島銀行(1件につき、110円の取扱い手数料が必要となります。)
3. 毎月末締め翌月10日請求、20日までに指定口座振り込み

※誠に恐れ入りますが、取扱い手数料は、御利用者様のご負担とさせていただきます。

下記指定口座への振り込み

鹿児島銀行 高見馬場支店 普通預金1500138

社会福祉法人恩賜財団済生会支部 鹿児島県済生会
ホームヘルプステーション高喜苑
施設長 吉田 紀子

(3)利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1)サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2)訪問介護員の交替

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

また、定期的に訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約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するものとします。

(3)サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. サービスと利用料金 <サービスの概要>」で定められたサービス以外の業務を事業者へ依頼することはできません。

②サービスの実施に関する指示・命令

サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護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。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4)サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調不良等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5)訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護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。

- ①医療行為
- ②ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及び喫煙
- ⑤ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6)夜間、深夜、早朝におけるヘルパーサービス提供、及び開錠・施錠を必要とする場合は鍵をお預り致します。鍵の返却は契約終了時にお返し致します。

預かり証			
鍵 _____ 本			
上記、お預かり致しました。			
令和	年	月	日
氏名			印

7. 苦情の受付について

(1)苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- | | | |
|----------|-------|--------------|
| ○苦情受付担当者 | (担当者) | (職名) |
| | 野口 佳祐 | 管理者 |
| | 電話番号 | 099-283-6875 |
| ○苦情解決責任者 | (責任者) | (職名) |
| | 早田 利博 | 管理責任者 |
| | 電話番号 | 099-202-0710 |

○受付時間 月曜日～日曜日 午前8時30分から午後5時15分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿児島市役所 健康福祉局 福祉支援部 障害福祉課障害施設係	所在地 鹿児島市山下町11番1号 電話番号 099-808-6782 FAX 099-216-1274 受付時間 8:30～17:15
国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談室	所在地 鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル7階 電話番号 099-213-5122 FAX 099-213-0817 受付時間 9:00～17:00
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島市鴨池新町1-7 電話番号 099-286-2200 FAX 099-257-5707 受付時間 9:00～16:00

8. 虐待防止措置

居宅介護、重度訪問介護サービスの提供にあたって、従業者による利用者に対する虐待を防止するため、従業者への研修、苦情処理体制の整備等により虐待防止の措置を講じます。

(1) 虐待防止の受付

当事業所へのご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○虐待受付担当者 (担当者) (職名)
野口 佳祐 管理者
電話番号 099-283-6875

○虐待解決責任者 (責任者) (職名)
早田 利博 管理責任者
電話番号 099-202-0710

○受付時間 月曜日～日曜日
午前8時30分から午後5時15分

(2) 行政機関行政機関その他虐待防止の受付期間

1:鹿児島市障害者基幹 相談支援センター	所在地 鹿児島市山下町15番1号 市民福祉プラザ3階 電話番号 099-226-1200 FAX 099-226-1144 相談時間 10:00～18:00 相談日 月・火・木・金・土曜日 (水・日曜日・祝日・年末年始休み)
2:鹿児島市障害者 虐待防止センター	
3:鹿児島市役所 健康福祉局 福祉支援部 障害福祉課 ゆうあい係	所在地 鹿児島市山下町11番1号 電話番号 099-216-1272 FAX 099-216-1274 受付時間 8:30～17:00

9. 緊急時及び事故発生時等における対応方法

利用者に対する居宅介護等サービスの提供により緊急時及び事故が発生した場合は、市町村および当利用者に係わる事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

緊急連絡先：ホームヘルプステーション 高喜苑

電話番号：099-283-6875

受付：24時間対応

10. サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	—
第三者評価機関	—
評価結果の開示状況	—

11. 身体的拘束等の適正化の取組み

指定居宅介護、重度訪問介護サービスの提供にあたっては、自傷他害等の恐れがある場合等、ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、原則として身体拘束その他のご利用者の行動を制限する行為（以下、「身体拘束等」という。）を行いません。

緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合、①切迫性（直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人又は他のご利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合）②非代替性（身体拘束等以外に、ご利用者本人又は他のご利用者等の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合）③一時性（身体拘束等は一時的なものであることが必要です。ご利用者本人又は他のご利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除します）の要件を満たしていることを確認の後、ご利用者及びご家族等に説明し、同意を得たうえで対処し、身体拘束等を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、当事業所では身体拘束等をなくしていくための取組みを積極的に行います。

12. <付属文章>

1. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご契約者又はその家族等から聴取、確認します。③サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご |
|---|

契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

⑤ サービス実施時に、ご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

2. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

3. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の障害程度区分認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には当事業所との契約は終了します。

① ご契約者が死亡した場合

② 障害程度区分認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合

③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合

⑤ 当施設が指定障害福祉サービス事業所の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合(詳細は以下をご参照下さい。)

⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合(詳細は以下をご参照下さい。)

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

① 障害福祉サービスの利用料金の変更に同意できない場合

② ご契約者が入院された場合

③ ご契約者に係る居宅サービス計画(ケアプラン)が変更された場合

④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める訪問介護(介護予防訪問介護)サービスを実施しない場合

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合 |
|--|

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、1ヶ月以内に支払うよう催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
|---|

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

Ⅲ. 個人情報の取扱いについて

個人情報に関する基本方針

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部鹿児島県済生会済生会鹿児島地域福祉センター(以下、「法人」という)は、利用者及びその家族の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務を考えます。

法人が保有する利用者及びその家族の個人情報に関し、適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会から信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

記

1、個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人及びその家族の同意を得ることとします。
- ③ 法人が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をします。

2、個人情報の安全性確保の措置

- ① 法人は、個人情報保護の取り組みを全役員等に周知徹底させるために、個人情報に関する規則類を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、法人内において規則類を整備し、安全対策に努めます。

3、個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除・第三者提供の停止等への対応

法人は、本人及びその家族が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、個人情報相談窓口(電話 099-284-8250)までお問い合わせください。

4、苦情の対応

法人は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速な対応に努めます。

なお、この個人情報に関する方針は、当法人のホームページで公表するとともに、要望に応じて紙面にて公表いたします。

URL <http://www.saiseikai-kg.jp/>

個人情報の利用目的

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部鹿児島県済生会済生会鹿児島地域福祉センターでは、個人情報保護法及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここに利用者及びその家族の個人情報「利用目的」を公表します。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

1、施設(又は事業所内)内部での利用目的

- ①施設(又は事業所)が利用者に提供する介護サービス
- ②請求事務
- ③介護サービスの利用にかかる施設(又は事業所)の管理運営業務のうち次のもの
 - ・入退所等の管理
 - ・会計、経理
 - ・介護事故、緊急時等の報告
 - ・当該利用者の介護・医療サービスの向上

2、他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ① 施設(又は事業所)が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - ・その他の業務委託
 - ・利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
- ② 請求事務のうち
 - ・保険事務の委託(一部委託含む)
 - ・審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

1、施設(又は事業所)内部での利用に係る利用目的

- ①施設(又は事業所)の管理運営業務のうち次のもの
 - ・介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・施設(又は事業所)等において行われる学生等への実習への協力
 - ・施設(又は事業所)において行われる事例研究等

2、他の事業所等への情報提供に係る利用目的

- ①施設(又は各事業所)の管理運営業務のうち

・外部監査機関、評価機関等への情報提供

3、広報活動に係る利用目的

事業所活動状況や様子等、写真を含む

①ホームページへの掲載

②広報誌への掲載

③写真の掲示や配布

＊サービス提供時(施設内外行事等を含む)に撮影した写真の利用についてご意向をお聞かせ下さい。 ☐に ☒をお願い致します。

☐ 施設内での掲示に同意します。

☐ 利用者への配布に同意します。

☐ 広報誌、パンフレット等への掲載に同意します。

☐ ホームページへの掲載に同意します。

☐ 上記項目に同意しません。

なお、あらかじめ利用者及びその家族の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービスの提供開始にあたり、利用者、契約者及び家族代表に対して本署名に基づき契約書ならびに重要事項、個人情報の取り扱いについて説明をいたしました。

事業者 住 所 鹿児島県鹿児島市武岡五丁目 5 1 番 1 0 号
事業者名 社会福祉法人^{恩賜}_{財団} 済生会支部鹿児島県済生会
 済生会鹿児島地域福祉センター
代表者氏名 所 長 吉 田 紀 子 印

説明者 事業所名 ホームヘルプステーション高喜苑
事業所番号 4610100549-11 4610100549-12
説明者職名
氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から契約書ならびに重要事項、個人情報の取扱いの説明を受け、指定障害福祉サービスの提供開始及び個人情報の取り扱いについて同意し、契約を締結いたします。

利用者 住 所

氏 名 印

契約者 住 所

氏 名 印
 (利用者との続柄)

家族代表 住 所

氏 名 印
 (利用者との続柄)