

重要事項説明書

さん舞子神港園ホームヘルプセンター

居宅介護・重度訪問介護サービスを提供するに当たり、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(以下、「障害者総合支援法」という。)に基づき、当事業所の概要やサービス内容、その他ご留意戴きたいこと等について説明いたします。

1. 事業者(法人格)の名称等

事業者名	社会福祉法人 神港園		
所在地	〒651-2311 神戸市西区神出町東 1188-345		
電話番号	078-965-1407	F a x	078-965-1225
代表者	理事長 高 谷 明		
設立年月日	昭和 26 年 1 月 23 日		

2. 事業所の名称等

種 別	指定障害者サービス事業所		
事業所名	さん舞子神港園ホームヘルプセンター		
事業所の種類	居宅介護事業所 平成 29 年 9 月 1 日指定 兵庫県第 2810801361 号 重度訪問介護事業所 平成 29 年 9 月 1 日指定 兵庫県第 2810801361 号		
所在地	〒655-0035 神戸市垂水区五色山 7 丁目 12-38		
電話番号	078-704-2021	F a x	078-704-2022
責任者	管理者 高屋 純子		
開設年月日	平成 29 年 9 月 1 日		

3. 併設事業所

指定特定施設入居者生活介護	さん舞子神港園 (介護型ケアハウス)
指定短期入所生活介護	さん舞子神港園ショートステイ
指定通所介護	さん舞子神港園デイサービスセンター
指定居宅介護支援事業	さん舞子神港園ケアプランセンター
指定介護老人福祉施設	さん舞子神港園いこいの家 (特別養護老人ホーム)

4. サービス提供地域

神戸市垂水区内

5. サービスの特徴と運営方針

障害福祉サービス受給者証を所持する利用者一人一人のご希望をできる限り尊重しサービス利用計画に沿ったサービスを提供いたします。

利用者が可能な限り自立した居宅生活を営むために必要な、食事、排泄、入浴等に関する身体介護をはじめ、調理、清掃、洗濯等の日常生活全般にわたる援助も行います。

6. 職員体制

職位及び職種	資 格	配置人員
管 理 者	社会福祉士	1 名(兼務)
サービス提供責任者	介護福祉士	2 名(兼務)
サービス担当者	介護福祉士、実務者研修修了、基礎研修修了、初任者研修修了、ヘルパー1 級修了、ヘルパー 2 級修了	8 名以上

7. 介護サービスの内容

(1) 身体介護	食事介助	入浴介助	衣類着脱の介護	身体の清拭・洗髪	通院等の介助	その他必要な身体 の介助
	排泄介助					
(2) 家事援助	食事調理	衣類の洗濯補修	住居等の掃除、整理 整頓	薬受け取り等各種 代行	生活必需品の買 い物	その他必要 な家事
(3) 重度訪問 介護	身体介護、家事援助、外出移動中の介護等生活全般にわたる援助					

(1) 家事援助は、障害者総合支援法に基づく居宅介護・重度訪問介護で規定する内容の範囲内でサービスを提供します。

単なる話し相手、ペットの世話や大掃除、草取り等については障害者総合支援法では認められていません。

(2) 同居家族がおられる場合、家事援助のサービスが一部制限される場合があります。

8. 営業日時及びサービス提供日時等

営業日及び営業時間	月曜日から金曜日(12月30日から1月3日除く) 9時00分～17時30分
サービス提供日及び サービス提供時間	月曜日から金曜日(12月30日から1月3日除く) 9時00分～17時30分 休日、時間外については相談に応じ適宜対応いたします。

9. サービス利用料

別紙「重要事項説明書別紙 利用料表(概算)」の通り。

10. サービス利用の変更又は中止等

(1) サービス利用の変更又は中止を希望される場合は、速やかにサービス提供責任者までご連絡下さい。

電話番号	078-704-2021
------	--------------

11. サービス利用料のお支払いについて

サービス利用料のお支払いは、1ヶ月ごとに請求し、翌月指定日の27日(銀行休業日の場合は、翌銀行営業日)に指定口座から引き落としさせていただきます。(初回利用月は、銀行の手続きの関係で現金払いになることがあります。)

12. 利用の中止、変更

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの中止または変更が出来ます。中止または変更は出来る限り前日までをお願いします。

13. キャンセル料

サービス提供予定時刻の1時間前までにサービス利用中止のご連絡をいただけない場合は、キャンセル料、1,000円(消費税別)を申し受けます。但し、緊急入院、体調不良等、やむを得ない事情による場合はその限りではありません。

14. 秘密保持及び個人情報の保護

事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者等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・他の障害福祉サービス事業者等に利用者及び利用者の家族の個人情報を提供しません。事業従事者が退職する場合は誓約を交わし、退職後であっても守秘義務に反した場合は、厳重に処分いたします。

※これは利用終了後においても継続するものと致します。

※実習生・ボランティアにおいても同様とし、別途規定を設け徹底した指導を行っています。

15. 事故発生時の対応及び損害賠償

(1) 利用者に対する居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、当該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、市等に報告します。

(2) サービス提供に伴って事故が発生し、事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、不可抗力による場合を除き利用者に対してその損害を賠償します。なお、万が一の事故発生に備え、損害保険に加入しています。

16. 虐待の防止

管理者は、利用者の権利の擁護・虐待の防止のために、下記の対策を講じます。

- ①虐待防止推進のため、虐待防止のための指針を整備します。
- ②虐待防止の普及啓発のため、従業者に対して定期的な研修を実施します。
- ③虐待防止を検討するための委員会として虐待防止検討委員会を設置し、その検討結果を従業者に周知します。
- ④虐待防止に関する責任者を選定し、相談・報告等の体制を整備します。
- ⑤苦情解決体制を整備します。
- ⑥成年後見制度の利用を支援します。

17. 身体的拘束等の適正化推進

管理者は身体的拘束等の適正化推進のため、次の措置を講じます。

- ①身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ②身体的拘束等の適正化推進のため、従業者に対して定期的な研修を実施します。
- ③身体的拘束等の適正化推進のための対策を検討する委員会として身体的拘束等適正化検討委員会を設置し、その検討結果を従業者に周知します。
- ④やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、定められた手続きに従って実施するとともに、必要な事項について適切に記録します。

18. 相談・苦情等について

- (1) 当事業所への相談又は苦情は以下の窓口で受付します。 受付時間(9:00～17:00)

苦情解決担当者	サービス提供責任者	平山 佳代	078-704-2021
苦情解決責任者	管理者	高屋 純子	
第三者委員	福祉経験者	水間 一彦	090-1914-8756
	法人の監事	琴浦 圭子	090-9169-7648
	地域関係者	南 誠二	080-3849-4637

※第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会い等をいたします。また、直接苦情を受け付けることが出来ます。

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申請ができます。

兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	078-242-6868	平日	10:00～16:00
神戸市福祉局監査指導課 (サービスに関すること)	078-322-6326	平日	8:45～12:00 13:00～17:30
神戸市障害者虐待防止センター (虐待に関すること)	078-731-0101		24時間 365日対応
神戸市福祉局監査指導課 (虐待以外に関すること)	078-322-5232	平日	8:45～12:00 13:00～17:30

19. 緊急時の対応等

利用者に体調不良や急変等が生じた場合は、家族等と相談の上、かかりつけ医又はご希望の医療機関に連絡し、医師の指示を受けて対応いたします。

- (1) 連絡先 固定電話 078-704-2021
- (2) 通常営業時間帯の緊急連絡(月～土 9:00～17:30)
連絡方法 利用者・家族 ⇄ 事業所・サービス提供責任者 ⇄ ヘルパー
- (3) 日曜・早朝(8:00～9:00) 夜間(17:30～18:00)
連絡方法 利用者・家族 ⇄ 管理宿直

↑ ↓
サービス提供責任者 ⇄ ヘルパー

かかりつけ又は 指定の医療機関	医療機関名	
	医師名	
	所在地	
	電話番号	(平日) (夜間)

20. その他の留意事項

公序良俗に反する言動や著しい迷惑行為が認められた場合、ヘルパーの同時2名派遣やご利用中止の判断をさせていただくことがあります。

また、自然災害等で安全性の確保が難しい場合も、利用の変更または中止をさせていただくことがあります。

職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。

年 月 日 本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	神戸市垂水区五色山7丁目12-38
	名 称	指定障害福祉サービス事業所
		さん舞子神港園ホームヘルプセンター
	責任者	管理者 高屋 純子

説明者	印
-----	---

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、これに同意いたしました。

利用者 住 所

氏 名	印
身元引受人 (続柄)	)

住 所	
氏 名	印