

重要事項説明書

指定（介護予防）短期入所生活介護事業

サニーヒル横須賀

社会福祉法人 隆徳会

介護保険法に基づく介護サービスを提供する事業は、あらかじめ利用申込者等に対し、事業運営についての重要事項、サービス提供者の勤務体制、その他のサービス選択に資する事項の説明を行い、同意を得なければならない旨が規定されています。

1. 法人・事業所の概要

法人名	社会福祉法人 隆徳会
所在地	神奈川県横須賀市長井6-21-7
電話	046(855)3032
FAX	046(855)3021
代表者	山崎 美香
事業所名	指定(介護予防)短期入所生活介護事業 サニーヒル横須賀
事業所指定番号	1471900264
定員数	17名
管理者	山崎 憲司
併設サービス	指定介護老人福祉施設・指定(介護予防)通所介護事業 ・指定居宅介護支援事業
第三者評価	2005年度受審 神奈川県社会福祉協議会
協力医療機関	衣笠病院・ながいクリニック (協力歯科医療機関:湘南グリーンクリニック歯科)
通常の送迎の実施地域	横須賀市、三浦市、逗子市、葉山町

2. 目的及び運営方針

事業者は、介護保険法及び横須賀市条例等の関係法令に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むために必要な居宅サービスを提供致します。また、利用者の選択に基づき適切な居宅サービスが確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を図り支援させて頂くことを目的とします。

3. 事業所の従業者体制等 (2024.4.1)

職種	職務	人員
管理者	管理・監督・指導	1名 (常勤兼務1名)*
医師	健康管理・指導	1名 (非常勤兼務1名)*
生活相談員	相談・援助	3名 (常勤兼務2名)*
介護職員	身体介護	56名 (常勤兼務34名)*
看護職員	健康管理・機能訓練	7名 (常勤専従1名)*
管理栄養士	食事の管理・指導	1名 (常勤兼務1名)*

*併設指定介護老人福祉施設と兼務

4. 設備の概要

区分	数量	区分	数量
居室	個室 17 部屋	食堂	3 室
便所	27 室	洗面所	12 か所
医務室	1 室	静養室	3 室
浴室	2 室 一般浴槽と特殊浴槽があります		

5. 標準的なサービスの内容

食事	朝食 7:20～ 昼食 11:35～ 夕食 17:35～
介護	生活介護、身体介護
入浴	週 2 回 (利用日数、曜日により入浴回数は変わります)
健康管理	身体、食事、排泄状態観察、必要があればご家族へ連絡致します
理美容	毎月各 1 回 理容・美容サービスを実施 (料金は自己負担)
機能訓練	フラワーアレンジメント、書道、音楽鑑賞、体操等を定期的 to 実施
入退所送迎	介護者による送迎が困難な場合は、別記に基づき実施致します

6. 利用料金

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金、各加算から介護保険給付額を除いた金額 (1 割から 3 割の利用者負担) と食事、居住費など自己負担額の合計額をお支払い下さい。

※別紙「サービス利用料金表」参照

7. 利用料金清算：(契約書第 6 条 1 項)

利用料は、1 ヶ月毎に計算し、翌月 10 日頃ご請求させていただきます。下記の方法でお支払い下さい。

(1) 指定預金口座からの自動振替

請求月の 27 日 (土日祝日の場合は翌営業日) にご指定口座より口座振替となります。口座振替手数料として 1 件につき 100 円 (税別) の金融機関への実費手数料分を合わせて申し受けます。

別途「預金口座振替依頼書・自動振込利用申込書」の提出をお願いします。ご入金確認後、領収書を発行します。

(2) 何らかの事情により振替不能の場合は下記方法にてお支払いをお願いします。

指定口座への振込

金融機関：湘南信用金庫 武山支店 普通0085969

口座名義：社会福祉法人隆徳会 フク) リュウトクカイ

8. サービス利用の中止

サービスの利用の中止をする際には、サービス利用の前日までに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先電話 046 (855) 3032

連絡時間 9:00 ~ 17:00

9. サービス利用に当たっての留意点

面会時間	9:00~19:00
外出・外泊	事前にご連絡ください。
飲酒・喫煙	原則 不可となります。
施設外での受診	定期受診はご家族対応になります。
健康診断書	有効期限は作成日から1年間です。
介護保険証	確認させていただく場合があります。

10. 秘密保持

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。

あらかじめ文章により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることができます。

11. 緊急時における対応方法

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合その他緊急事態が発生したときは、速やかに協力医療機関と利用者家族に連絡する等の措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事業者は、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録します。

事業者は、サービス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。

13. 身体拘束の禁止

原則として、ご用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。ただし、緊急やむ

を得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前にご用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 4. 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

ご用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、ご用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

ご用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います

1 5. 従業者の研修

事業者は、従事者の資質の向上のために、その研修の機会を確保するものとする。研修については、採用後3ヶ月以内に行い、年2回以上資質向上のために、内部研修、外部研修を実施します。

1 6. 守秘義務に関する対策

事業所及び従事者は、業務上知り得た利用者及び代理人の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従事者との雇用契約の内容としています。

1 7. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき訓練を行います。

1 8. 衛生管理

サービスの提供及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、施設の従業者がご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を講ずるものとします。なお、その場合、事業者は、ご利用者のプライバシー等について、十分配慮するものとします。

1 9. 利用者の安全確保

防犯カメラの設置をしております。

2 0. サービス提供の記録

事業者は、従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備し当該記録のうち次に掲げる記録については、その完結の日から5年間保存します。

(1) 従業者の勤務の体制に関する記録

(2) 施設介護サービス費の請求に関して国民健康保険連合会に提出したものの写し

(3) サービスの提供に関する記録

2 1. 緊急時連絡先

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づきご家族、主治医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先 ① (代理人)	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	携 帯	
緊急連絡先 ②	氏 名	
	住 所	
	電 話	
	携 帯	
かかりつけ医師	医院名	
	医師名	
	住 所	
	電 話	

2 2. 苦情・相談の受付体制

- (1) 事業所担当 (サニーヒル横須賀) 電 話 046 (855) 3032
 FAX 046 (855) 3021
 相 談 員 : 早川 圭哉 並木 明美
 対 応 時 間 : 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 (日曜除く)

(2) 第三者委員

長井地区民生委員・児童委員協議会会長 白井幸江 電話 046-856-2353
 長井地区ボランティアセンター運営委員長 熱田千津子 電話 046-857-4957

(3) 市町村、国民健康保険団体連合会

- ① 横須賀市民生局福祉こども部 介護保険課 給付係
 所在地：横須賀市小川町11番地 電 話 046 (822) 8253
 開庁時間：月曜日から金曜日の午前8時

2024.4.1

30分から午後5時まで（土曜日・日曜日、祝日・休日、年末年始を除く）

② 三浦市保健福祉部 高齢介護課

所在地：三浦市城山町1番1号

電話 046（882）1111

開庁時間：月曜日から金曜日の午前8時
30分から午後5時15分まで
（祝日、休日、年末年始を除く）

③ 神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）介護保険課介護苦情相談係

所在地：横浜市西区楠町27番地1

電話 045（329）3447

受付時間：午前8時30分～午後5時15分まで（土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く）

④ 横須賀市、三浦市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へお問い合わせください。

重要事項について説明し、内容の同意を受け、文書を交付しました。

年 月 日 説明者

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意し、本書面の交付を受け、指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供の開始に同意致します。

年 月 日

ご利用者：

住所

氏名

印

代理人：（身元引受人）

住所

氏名

印