

重要事項説明書

サンケア上甲子園

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、介護保険法令に基づき、当事業者があなたに説明すべく事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	社会福祉法人 新湊福祉会
法人所在地	富山県射水市殿村136番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 片岡 泰人
電話番号	0766-30-2389
FAX番号	0766-30-2309

2. ご利用施設

施設の名称	サンケア上甲子園
施設所在地	兵庫県西宮市甲子園春風町1-20
管理者氏名	遠部 晶広
電話番号	0798-78-3833
FAX番号	0798-78-3655
サービス提供実施地域	西宮市、尼崎市、芦屋市

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	西宮市事業者指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2022/4/15	2890900737	29人
(介護予防)短期入所生活介護	2023/2/1	2870909492	9人

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的と運営方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
------------	---

5. 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地		1,198.67㎡
建物	構造	鉄骨造3階建て 耐火建造物
	延べ床面積	1,416.88㎡
利用定員		9名

(2) 主な設備

設備の種類	室数	面積
宿泊室	3階9室	最小11.14㎡
一般浴室	3階1室	18.60㎡
機械浴室	1階2室	13.85㎡
相談室	1階1室	12.50㎡
居間・食堂	3階1室	99.49㎡

6. 職員体制

従業者の職種	人数	常勤		非常勤		保有資格 ※備考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護福祉士 ※併設特養と兼務
生活相談員						介護福祉士 ※併設特養に配置
介護職員	6	5		1		介護福祉士、ユニットリーダー研修修了
看護職員						看護師 ※併設特養に配置
機能訓練指導員						看護師 ※併設特養に配置
栄養士						栄養士 ※併設特養に配置

7. 営業日および受付時間

営業日	年中無休
営業(受付)時間	8時30分～17時30分

8. 利用者負担金

利用者負担金は、次の2種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担(負担割合証による) (費用全体の1割/2割/3割)
- ② 厚生労働省令で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)

(1)介護保険給付サービス(1割～3割負担)

地域区分:西宮市(3級地) 1単位=10.83円

《短期入所生活介護》

① 併設型ユニット型短期入所生活介護費(I)

	単位数/日		1日あたりの自己負担額					
			1割		2割		3割	
要介護1	704	単位	763	円	1,525	円	2,288	円
要介護2	772	単位	836	円	1,672	円	2,508	円
要介護3	847	単位	918	円	1,835	円	2,752	円
要介護4	918	単位	995	円	1,989	円	2,983	円
要介護5	987	単位	1,069	円	2,138	円	3,207	円

② 各種加算

加算名	単位数/日		1日あたりの自己負担額					
			1割		2割		3割	
生活相談員配置等加算	13	単位	14	円	28	円	42	円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18	単位	20	円	39	円	59	円
送迎加算	184	単位	200	円	399	円	598	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	単位	7	円	13	円	20	円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	単位	4	円	7	円	10	円
看護体制加算(Ⅰ)	4	単位	5	円	9	円	13	円
看護体制加算(Ⅱ)	8	単位	9	円	18	円	26	円
医療連携強化加算	58	単位	63	円	126	円	189	円
若年性認知症利用者受入加算	120	単位	130	円	260	円	390	円
長期利用者提供減算	-30	単位	-33	円	-65	円	-98	円
長期利用者減算(要介護1)	-34	単位	-37	円	-74	円	-111	円
長期利用者減算(要介護2～5)	-32	単位	-35	円	-70	円	-104	円

※長期利用者減算:連続61日以上短期入所生活介護を行った場合

介護職員等处遇改善加算(Ⅰ) 月額所定単位数の14.0%

※各加算にはそれぞれ条件があり、必ずしも算定されるものではありません。

《介護予防短期入所生活介護》

① 併設型ユニット型介護予防短期入所生活介護費(I)

	単位数/日		1日あたりの自己負担額					
			1割		2割		3割	
要支援1	529	単位	573	円	1,146	円	1,719	円
要支援2	656	単位	711	円	1,421	円	2,132	円

② 各種加算

加算名	単位数/日		1日あたりの自己負担額					
			1割		2割		3割	
生活相談員配置等加算	13	単位	14	円	28	円	42	円
送迎加算	184	単位	200	円	399	円	598	円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	単位	7	円	13	円	20	円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	単位	4	円	7	円	10	円
若年性認知症利用者受入加算	120	単位	130	円	260	円	390	円
長期利用者減算(要支援1)	-26	単位	-29	円	-57	円	-85	円
長期利用者減算(要支援2)	-33	単位	-36	円	-72	円	-108	円

※長期利用者減算:連続31日以上予防短期入所生活介護を行った場合

介護職員等处遇改善加算(Ⅰ) 月額所定単位数の14.0%

(3)介護保険給付外サービス

① 食費	1,800円/日	朝食	450	円/食
	(おやつ代50円を含む)	昼食	700	円/食
		夕食	600	円/食
	負担限度額認定証	第1段階	300	円/日
		第2段階	600	円/日
第3段階①		1,000	円/日	
第3段階②		1,300	円/日	
② 滞在費	2,800円/日			
負担限度額認定証	第1段階	880	円/日	
	第2段階	880	円/日	
	第3段階	1,370	円/日	

※ 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。

※ 理容代金等は利用料金とあわせて請求致します。

9. 短期入所生活介護サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

種類	内容
食事	栄養士の立てる献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバランスよくバラエティに富んだお食事を提供いたします。ご利用者の希望に沿った食事時間・場所でお召し上がりできます。食材料費については給付対象外です。
入浴	必要な方は職員が介助いたします。ご利用者の健康状態、日常生活レベルにより、シャワー浴、機械浴、または清拭を行います。
排泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
口腔ケア	口腔内の清潔保持のため、毎食後ご利用者に応じた口腔ケアを実施いたします。必要な方は職員が介助いたします。
整容	更衣及び整容の援助を、ご利用者の心身の状況に応じて行います。
機能訓練	ご利用者の身体状況に合わせた介助を行うことにより、身体機能低下を防止するように努めます。また、体操・レク活動・行事を通じて、健康維持・増進に努めます。
健康管理	入浴前に看護職員又は介護職員が健康状態を確認いたします。利用時間中は、看護職員が状態を把握し異常があれば迅速に対応を行います。服薬については看護師で管理いたします。
相談及び援助	ご利用者及びそのご家族からの相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
送迎	身体状況など一定の基準に該当する方で、ご自分で来所が困難な方は、リフト付送迎車などで送迎を行います。ご家族による送迎も可能です。

(2) 介護給付外サービス

種類	内容
食材の提供	新鮮で良質な食材を提供いたします。
レクリエーション行事	行事計画に基づき、各種行事やレクリエーションを提供いたします。

10. 利用料金のお支払い方法

<p>毎月20日前後に前月分の利用料金等をご請求致します。お支払いは毎月27日に原則としてご指定の金融機関から自動引き落としさせていただきます。ご指定の金融機関より自動引き落としができなかった場合はお振り込みでお支払いいただきますようお願い致します。事業所窓口での現金支払いはご遠慮下さい。 ※自動引き落としに係る手数料も合わせて請求させていただきます。</p> <p>お振り込み先(振込み手数料はご負担ください。) ※ ご利用者のお名前でお振込みをお願い致します。</p> <p>口座名 みなと銀行 西宮支店 (普通)1778751 口座名義 社会福祉法人新湊福祉会 理事長 片岡 泰人</p> <p>お支払いを確認いたしましたら、お支払いの翌月に領収書をお渡しいたしますので必ず保管をお願いします。</p>

11. サービス利用の中止

ご利用者・ご家族のご都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。

キャンセル料	食費相当額(1,800円)
--------	---------------

12. 苦情・ご相談等の窓口

サービスに関する苦情・ご相談については、次の窓口で対応致します。

① 当施設相談室	苦情受付担当者 (相談員 高木 誠樹) 苦情解決責任者 (管理者 遠部 晶広) ご利用時間 8時30分～17時30分(年中無休) ご利用方法 電話 0798-78-3833 FAX 0798-78-3655 直接ご面談などによる
----------	---

次の公的機関においても苦情申立ができます。

② 公的機関	西宮市健康福祉局福祉総括室 法人指導課 住所:西宮市六湛寺町10-3 受付時間:平日 9:00～17:30 TEL:0798-35-3423
	兵庫県国民健康保険団体連合会(介護サービス苦情相談窓口) 住所:神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 受付時間:平日 8:45～17:15 TEL:078-332-5617
	兵庫県福祉サービス運営適正化委員会 住所:神戸市中央区坂口通2丁目1-1兵庫県福祉センター内 受付時間:平日 10:00～16:00 TEL:078-242-6868

13. 第三者による評価の実施状況について

1. あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	
2. なし		

14. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める『サンケア上甲子園消防計画』に基づき、対応いたします。
平常時の訓練	別途定める『サンケア上甲子園消防計画』に基づき年2回以上、避難訓練を行います。
防火設備	非常警報設備、スプリンクラー設備、非常用照明、誘導灯、消火器

15. 緊急時の対応

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、事前の打合せに基づき、ご家族、主治医や医療機関、居宅介護支援事業所等に連絡する等、必要な措置を講じます。

緊急時の連絡先については別紙「緊急連絡先(搬送先)」に基づき、対応致します。

16. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって、事故が発生し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、その責任の範囲においてご利用者に対してその損害を賠償します。

※事故発生時の対応

- 1 事業者は、ご利用者に対するサービスの提供により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等に連絡を行うと共に、必要な措置を講ずる。
- 2 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しておく。
- 3 事業者は、利用者に対するサービスの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う。

17. 秘密保持について

当事業所及び従業員は、正当な理由がない限り、ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって知り得たご利用者またはその家族の秘密を漏らしません。

当事業所は、従業員が退職後在職中業務上知り得た、ご利用者またはその家族の秘密を正当な理由なく漏らすことがないように必要な措置を講じます。

当事業所は文書によりご利用者またはその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等必要な範囲内で、ご利用者の個人情報を用いることができるものとします。

事業者は、ご利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報及び伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分する際にも、第三者への漏洩を防止するものとします。

18. 指定(介護予防)短期入所生活介護計画の作成について

居宅サービス計画の内容に沿ってご利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を踏まえ、指定(介護予防)短期入所生活介護計画書を作成します。指定(介護予防)短期入所生活介護計画書の作成にあたっては、その内容について、ご利用者又はそのご家族に対してご説明し、同意を得るとともに指定(介護予防)短期入所生活介護計画書を交付致します。

19. 当施設をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	施設内の居室や設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 1階正面玄関、各階エレベーターは電子ロックになっています。
喫煙・飲酒	喫煙は施設内ではお断りします。 飲酒は原則的にご遠慮願います。
迷惑行為等	騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
現金等の管理	基本的に個人で管理していただきます。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動についてはご遠慮下さい。
その他	利用者間の金品等の貸借、譲渡はご遠慮願います。 飲食物の持ち込みはご遠慮願います。 営利目的の勧誘、チラシの配布等はお断りさせていただきます。

令和 年 月 日

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際し、本書面に基づき重要事項の変更について説明を行いました。

サンケア上甲子園

説明者職名

相談員

氏名

高木 誠樹

私は、本書面に基づいて事業所から、重要事項の変更の説明を受け、指定(介護予防)短期入所生活介護サービスの提供について同意しました。

ご利用者

住所

氏名

ご契約者

住所

氏名

続柄