

「指定居宅サービス」重要事項説明書

～介護予防短期入所生活介護～

当事業者は介護保険の指定を受けています。
介護予防短期入所生活介護（兵庫県指定 第 2870100241 号）

当事業所は特別養護老人ホームおおぎの郷に併設されています。

当事業所はご契約者に対して指定介護予防短期入所生活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. 施設経営法人

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 千種会 |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県神戸市東灘区北青木1丁目1番3号 |
| (3) 電話番号及びFAX番号 | TEL 078-431-0001 FAX 078-431-2000 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岸本 多佳子 |
| (5) 設立年月日 | 平成2年3月14日 |
| (6) メールアドレス | oogi@chikusakai.jp |

2. ご利用施設の概要

- | | |
|-----------------|---|
| ① 建物の構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート造陸屋根7階建 内1・2階部分 |
| ② 建物の延べ床面積 | 2679.81㎡ |
| ③ 事業の種類 | 指定介護予防短期入所生活介護サービス 兵庫県第2870100241号 |
| ④ 事業の目的 | 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。 |
| ⑤ 施設の名称 | 特別養護老人ホーム おおぎの郷 |
| ⑥ 施設の所在地 | 兵庫県神戸市東灘区北青木1丁目1番3号 |
| ⑦ 電話番号及びFAX番号 | TEL：078-431-0001 FAX：078-431-2000 |
| ⑧ 施設長（管理者）氏名 | 福田 昭一 |
| ⑨ 運営方針 | ・要支援状態にある利用者が明るく快適な環境のもとで、健康で充実した生活ができるよう、また社会的孤立感の解消・心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減に努める。 |
| ⑩ 開設（サービス開始）年月日 | 平成18年4月1日 |
| ⑪ 通常の事業の実施地域 | 神戸市東灘区・灘区・芦屋市 |
| ⑫ 営業日及び受付時間 | 営業日 月～金（祝日も営業）
受付時間 午前9：00～午後6：00 |
| ⑬ 利用定員 | 2人 |

⑭ 居室等の概要

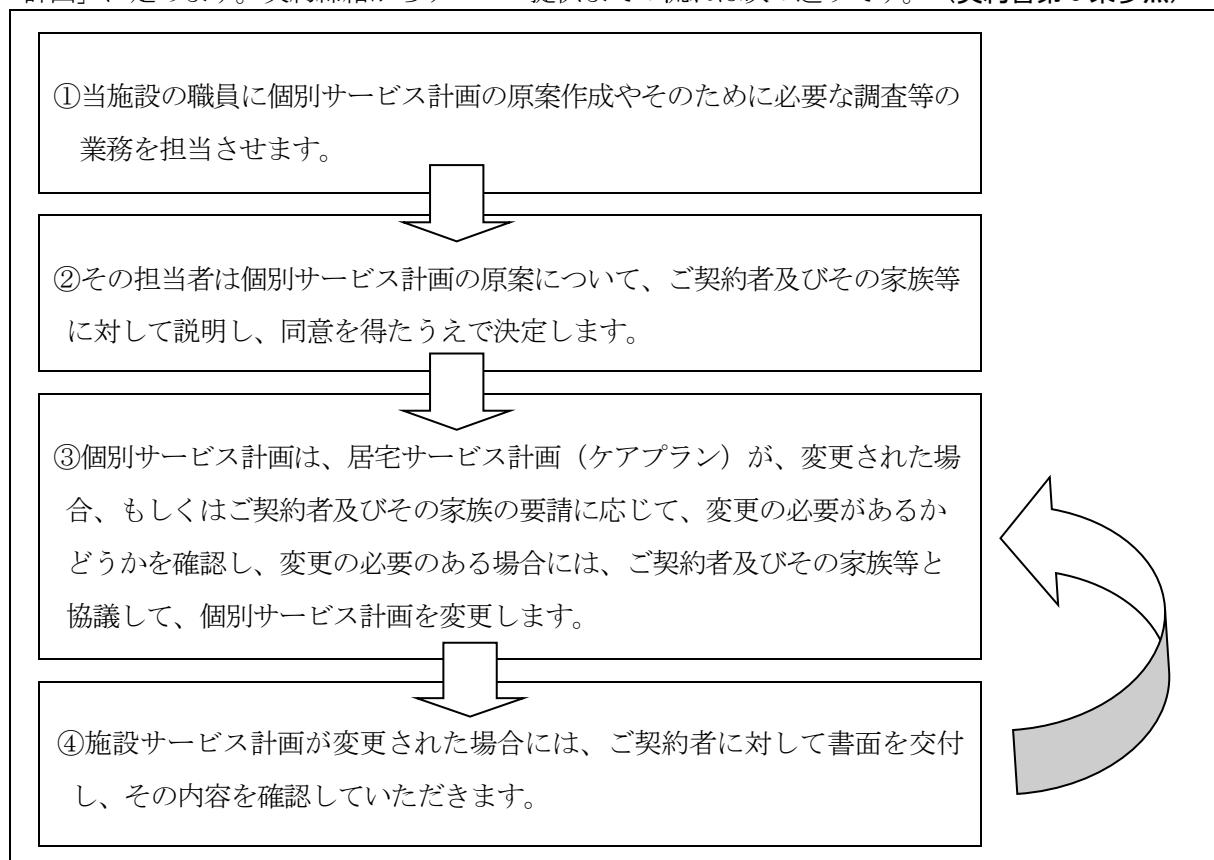
介護予防短期入所生活介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	1室	16.68 m ² (1人当たり 8.34 m ²) トイレなし
合計	1室	
食堂・機能訓練室	1室	217.37 m ²
浴室	1室	座位式特殊浴槽・特殊浴槽・一般浴槽あり
医務室	1室	16.06 m ²

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により、施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

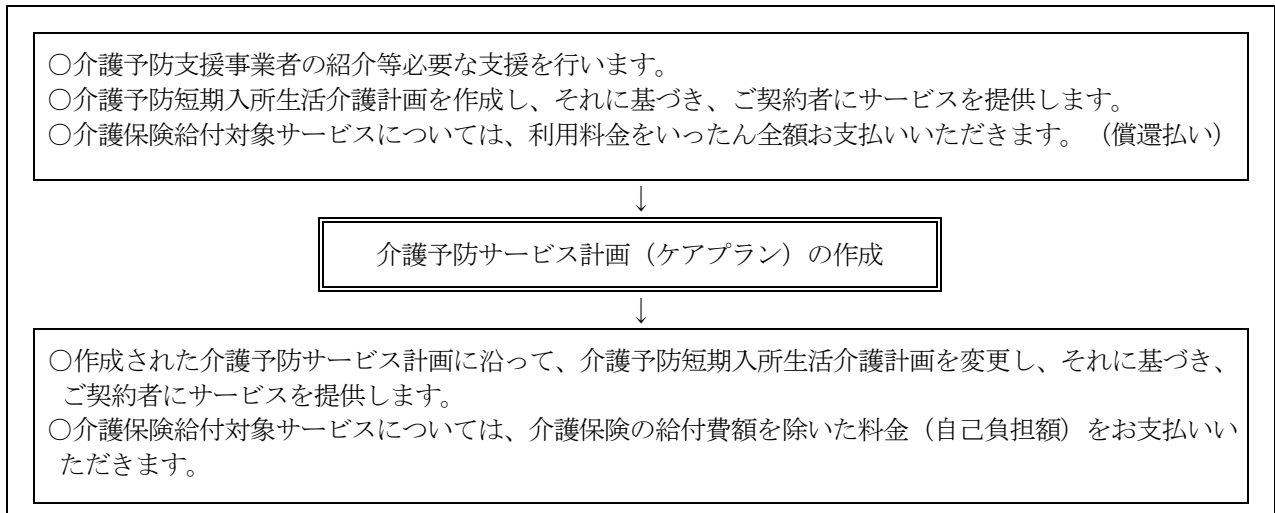
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防短期入所生活介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

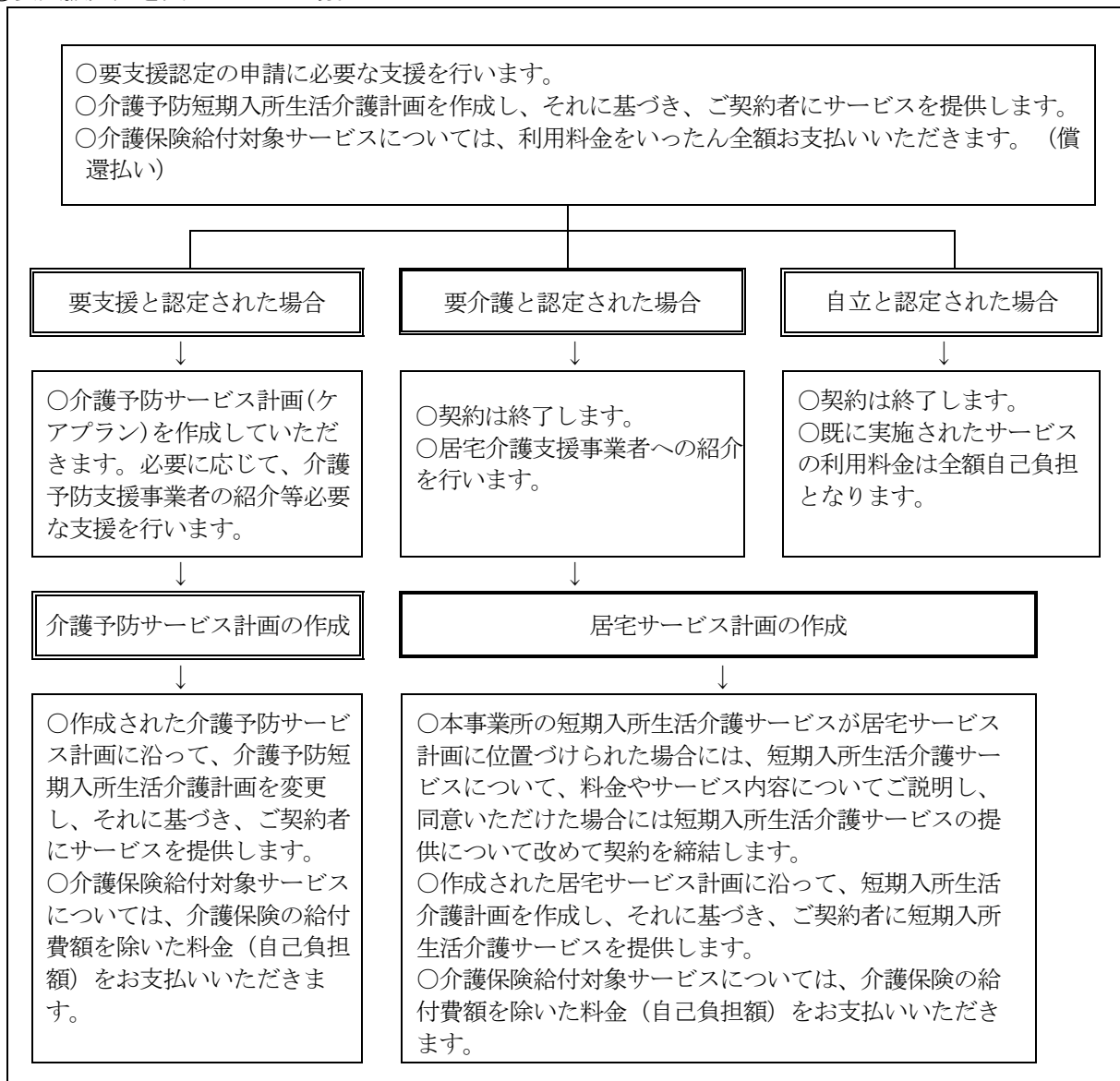


(2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合



②要支援認定を受けていない場合



4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種（特養と兼務）の職員を配置しています。

* 指定介護老人福祉施設事業と併せた職員配置表になっています。

〈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	配 置(常勤換算)	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名（兼務）	1名
2. 介護職員	20.4名以上	20.4名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	3名以上	3名
5. 機能訓練指導員(看護師資格所有含)	1名	1名
6. 介護支援専門員	1名（兼務）	1名
7. 管理栄養士	1名	1名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	標準的な勤務体制
1. 医師	月～金： 9：00～18：00
2. 介護職員	早出： 7：00～16：00 日勤： 10：00～19：00 遅出： 11：00～20：00 夜勤： 17：15～10：15
3. 看護職員	日勤： 9：00～18：00
4. 機能訓練指導員	日勤： 10：00～19：00

〈配置職員の職種〉

介護職員

…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
3名の利用者に対して1名以上の介護・看護職員を配置しています。

生活相談員

…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
1名の生活相談員を配置しています。

看護職員

…主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等もを行います。
1名の特養兼務で配置しています。

機能訓練指導員

…ご契約者の機能訓練を担当します。
1名の機能訓練指導員を配置しています。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

また、そのサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

(ア) 〈サービスの概要〉

① 居室の提供

② 食事

- ・当事業所では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間) **朝食** 7:00～8:30 **昼食** 11:30～13:00 **夕食** 17:30～19:00

③ 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④ 排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

⑤ 健康管理

- ・看護職員が、健康管理を行います。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活がおくれるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(イ) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第8条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

なお、当施設の居住費は日額1,231円（従来型個室）日額915円（従来型多床室）、食費は日額1750円と設定しております。（おやつ代別途日額130円となります。）

注) 居室と食事に係る自己負担額につきましては、負担限度額認定を受けておられる場合、認定証に記載している負担限度額になります。

サービス利用料金表(従来型個室・多床室共通/1日当たりの概算)

1. 基準となる利用額		要支援 1 4,807 円	要支援 2 5,980 円				
2. サービス利用料に係る自己負担額	(1 割負担)	480 円	598 円				
	(2 割負担)	961 円	1,196 円				
	(3 割負担)	1,442 円	1,794 円				
3. 居室に係る自己負担額		従来型個室	多床室				
	(第 1 段階)	320 円	0 円				
	(第 2 段階)	420 円	370 円				
	(第 3 段階)	820 円	370 円				
	(第 4 段階)	1,231 円	915 円				
4. 食事に係る自己負担額		従来型個室・多床室共通					
	(第 1 段階)	300 円					
	(第 2 段階)	390 円					
	(第 3 段階) ①	1,000 円					
	(第 3 段階) ②	1,300 円					
	(第 4 段階)	1,750 円 (食事区分：朝食 400 円、700 円、夕食 650 円)					
5. 自己負担額合計 (2+3+4)		円	円	円	円	円	円

◆上記表のサービス利用料金以外に下記の加算内容をご負担いただきます。

内 容	自己負担額 (1日当たり)		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算Ⅱ 1 ※1	19 円	38 円	57 円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 円	21 円	31 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※2	1 ヶ月の所定単位数 14.0%の 1 割～3 割負担分		

※1…サービス提供体制強化加算Ⅰ 1 (サービス提供する介護職員総数に占める介護福祉士の割合が 60%以上)

※2…所定単位数 (基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数) にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。

☆ 実施地域内の送迎費は、片道約 196 円 (1 割負担) /392 円 (2 割負担) /588 円 (3 割負担) のご負担となります。(実施地域外においては下記 (2) ⑧を参照)

☆ ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ 前々日まで利用中止の申し出がない場合は、要介護認定に応じサービス利用料金表に定める料金を頂きます。(利用中止日数分)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条、第8条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 居住に要する費用(水道光熱費及び室料(建物設備等の減価償却費))

当施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用の方は水道光熱費相当額、個室利用の方には水道光熱費及び室料をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けておられる方には、その認定証に記載されている居住費の金額(1日あたり)のご負担となります。

② 食事の提供に要する費用

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。実費相当額の範囲内にてご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けて折られる方は、その認定証に記載されている食費の(1日あたり)のご負担となります。

③ 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記5(1)(イ)のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額(自己負担額ではありません)が必要となります。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当額として1枚につき10円(ただし、カラー複写は40円)ご負担いただきます。

⑤ レクリエーション

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

⑦ 理髪・美容

月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、顔剃、洗髪)をご利用いただけます。

利用料金：実費

⑧ ご契約者の移送に係る費用

緊急やむを得ない場合や各自の都合によりご契約者の通院や入院及び外泊等による移送サービスを行った場合、タクシー利用の場合…実費タクシー代

施設送迎の場合…送迎片道2000円(10km以内、10km以上については1km増すごとに200円をご負担いただきます。

なお移送とともに職員の付添を必要とする場合については、別途付添料金2,000円/30分毎をご負担いただきます。

⑨ その他の実費負担

・アメニティ(口腔物品を含む)をご利用される場合、1日あたり20円をご負担いただきます。

・テレビをご利用(レンタルを利用)される場合、1日あたり100円をご負担いただきます。

・家電製品を持ち込みして使用される場合、1日あたり50円をご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末日で締め1か月ごとに計算し、ご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

◎ **自動お引き落とし（引落手数料は施設負担です）**

お手持ちの銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行口座からお引落させていただきます

引落口座のお手続きをお願いします。

引落日：翌月27日

（ただし、27日が土日祝の場合は翌営業日です）

6. サービス利用をやめる場合（契約終了について）

契約期間の7日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に6ヶ月間（要介護認定期間）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、仮に以下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。

（契約書第18条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は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当施設を閉鎖した場合
- 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当事業所が介護保険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事業所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（契約書第19条・20条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部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日前までに解約解除届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外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ご契約者の「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約は出来ません）
- 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サービスを実施しない場合
- 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

⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 21 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- 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最低 3 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促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サービス等の財物・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
- ④ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

(3) 契約の一部が解約または解除された場合 (契約書第 22 条参照)

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

(4) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 18 条参照)

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務めます。

7. サービス提供における事業者の義務 (契約書第 11 条・第 12 条参照)

事業者はご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条にされる義務を負います。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。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③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、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ④ご契約者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者または他の利用者等の生命、身体等を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑤事業者は、サービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかにご家族または指定の緊急連絡先に連絡を行う等必要な措置を講じます。

⑥事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者また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）
 但し、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
 また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

8. サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	笹生病院
所在地	西宮市弓場町
診療科	内科・放射線科・外科・整形外科、リハビリテーション科・循環器科・消化器科・脳神経外科・麻酔科

医療機関の名称	医療法人明倫会 宮地病院
所在地	兵庫県神戸市東灘区本山中町 4-1-8
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、整形外科、外科、リハビリテーション科、放射線科、心療内科、精神科、リウマチ科

医療機関の名称	公益財団法人甲南会 六甲アイランド甲南病院
所在地	兵庫県神戸市東灘区向洋町中 2-11
診療科	内科、脳神経内科、小児科、皮膚科、腎臓科、外科、整形外科、リハビリテーション科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	六甲福祉会メンタルクリニック 歯科
所在地	神戸市東灘区深江本町 3 丁目 9-1 深江駅前ビル 203

9. サービスの利用に関する留意事項

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。
 衣類、下着、歯ブラシ、コップ、茶瓶、電気アンカ、その他身の回りの物、ラジカセ等娯楽物（他者の迷惑にならない使用をお願いします。）

(2) 面会

面会時間 9：00～18：00 *ご都合により、それ以外の時間でもかまいません。
 来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。

なお、来訪される場合、見舞金等の金品、生もののお菓子等の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

10. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利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。

11. 損害賠償について

当事業所において、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場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

12. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当法人における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）津野 貴徳

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～18：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 (月曜日～金曜日) 8:45～17:00
○神戸市消費生活センター	所在地 神戸市中央区橋通3丁目4番1号 電話番号 (078) 371-1221・FAX (078) 351-5556 受付時間 8:45～17:30 月曜日～金曜日
○神戸市保健福祉局 高齢福祉部介護指導課	所在地 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所内 電話番号 (078) 322-6326 受付時間 (月曜日～金曜日) 8:45～12:00、13:00～17:30

* 神戸市以外の方は、それぞれの市区町村にご連絡ください。

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説明を行いました。

事業者 特別養護老人ホーム おおぎの郷

説明者職名 生活相談員 氏名

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、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住 所

氏 名

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

身元引受人

住 所

氏 名

（契約者との関係 ）

【重要事項説明書 更新履歴】

更新年月日	施行年月日	主な更新内容
平成 29 年 11 月 1 日	同 左	旧説明書の全部改正（新規制定）
令和元年 9 月 25 日	令和元年 10 月 1 日	旧説明書の一部改正（料金改訂）
令和 3 年 8 月 1 日	同 左	旧説明書の一部改正（新規制定）
令和 6 年 3 月 1 日	同 左	旧説明書の一部改正（入所定員変更）
令和 6 年 4 月 1 日	同 左	旧説明書の一部改正（新規制定）
令和 6 年 5 月 1 日	同 左	説明書の一部改正（新規制定）
令和 6 年 8 月 1 日	同 左	説明書の一部改正（居住費変更）
令和 7 年 2 月 1 日	同 左	説明書の一部改正（食費変更）