「指定居宅サービス」短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

重　要　事　項　説　明　書

当事業者が提供するサービスについての相談窓口
電話番号　（０７８）９６５－３０８０
ＦＡＸ　（０７８）９６５－３０９０
担　　当　生活相談員（ショートステイ）　井上　夕子
　　生活相談員（ショートステイ）　山野　さとみ
　　生活相談員（特養）　林　大輔

１．事業者の概要

（１）法 人 名　社会福祉法人　弘英会
（２）所 在 地　神戸市西区神出町南字谷畑３６８番地１１９
（３）電話番号　（０７８）９６５－３０８０
　ＦＡＸ　（０７８）９６５－３０９０
　メールアドレス　kandes.c@office.eont.ne.jp
（４）代 表 者　理事長　米田　秀志

２．事業所の概要

（１）名　　称　特別養護老人ホーム　神出シニアコミュニティ
（２）種　　類　指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
（３）事業所番号　２８７５２００３６８
（４）管 理 者　施設長　宅見　壽仁
（５）所 在 地　神戸市西区神出町南３６８－１１９
（６）開業年月日　平成８年５月１日
（７）利用定員　２０名（特別養護老人ホーム１００名に併設）
（８）事業実施区域　神戸市西区、三木市
（９）送迎可能区域　神戸市西区、三木市
（10）交通機関　神戸市営地下鉄『西神中央駅』より、神姫バス（大久保行、三木行）に乗車し、『神出南』停留所にて南へ徒歩７分
（11）事業目的　介護保険法令に従い、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、その日常生活を営むため必要な居室および共用設備等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスおよび介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。

（12）職員体制（配置状況）

	定　数	業　務　内　容
管　理　者	１名(兼務)	事業全体の統括
嘱　託　医	１名(兼務)	健康管理業務
生活相談員	１名	相談業務
看護職員	１名	看護業務
介護職員	７名(介護老人福祉施設と兼務)	介護業務
機能訓練指導員	１名(看護職兼務)	機能訓練
管理栄養士	１名(兼務)	栄養管理業務

（13）嘱 託 医　　早川　正徳　早川内科循環器科医院　三木市大村１４２－７

（14）協力病院　　広野高原病院　神戸市西区北山台３丁目１番１号

（内科・外科・呼吸器科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・歯科）

３．事業所の建物・設備の概要

（１）建物　鉄筋コンクリート造２階建（一部３階）

（２）設備（介護老人福祉施設と併設）

個　　室	２０室　（一人当たりの面積　１３．０４㎡～１５．９０㎡）
２人部屋	１０室　（一人当たりの面積　９．７５㎡～１１．７８㎡）
４人部屋	２０室　（一人当たりの面積　９．１１㎡～１１．４７㎡）
食　　堂	４ヵ所
機能訓練室	平行棒、肋木　（７７㎡）
浴　　室	一般浴槽（３種類）　特殊浴槽（１種類）
ト イ レ	男性用（５ヵ所）女性用（５ヵ所）共用（４ヵ所）
医務室	本館　１室
静養室	本館　１室　　北館　１室

（３）利用にあたって別途利用料金をご負担いただく居住費等、上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際はご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

４．サービス内容について

ご本人、家族、担当介護支援専門員とご相談後、短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護計画を作成し、それに基づき提供します。

（１）食事サービス　　利用者の身体状況と栄養に配慮した食事を提供します。当事業者は自立支援のため、離床して食堂で食事を摂って頂くことを原則としています。また、利用者に対して適切な栄養・食事相談を行います。

①食事摂取、水分摂取の介助

②特別食（治療食・経管栄養）の方は、ご相談ください。

食事の提供時間は適切なものとします。

※食事時間　　朝食　7：45～8：45　　昼食　12：00～13：00　　夕食　17：30～18：30

（２）入浴サービス　　利用者の心身状況に応じて入浴していただけます。
週に２回以上入浴または、清拭し保清に努めます。
①一般浴　　見守りは必要だがほぼご自分でできる方（月、木曜日に実施）
夜間入浴も随時実施しています。
②介助浴　　洗身、衣服の着脱の介助が必要な方（月、木曜日に実施）
③特殊浴槽浴　　寝たきりの方、又は寝たきりに準ずる方（火、金曜日に実施）
※体調不良などのため入浴できなかった方は、全身清拭、衣類の更衣を行います。

（３）排泄介助サービス　利用者の心身状況に応じて適切なサービスを提供します
①トイレ介助　　排泄の自立を促すため、残存能力を活用した援助を行います
②オムツ交換　　ご利用者の状況にあわせて排泄のお手伝いを致します
オムツは利用代金に含まれていますが、施設で使用していない特別なものはご持参ください
③ポータブルトイレの設置　　ご希望者にはお部屋に設置します

（４）整容サービス
①更衣　　起床時と就寝前の更衣を促し介助します
②洗面　　身体状況等、ご自分で洗面出来ない方はおしぼりを提供します
③髭剃り　　午前中に電気カミソリを使用して行います
④口腔清拭　　毎食後に歯磨き、うがいを行います
⑤整髪　　毎離床後に行います
⑥散髪　　月３日　理美容師が来所し希望者に行っています。事前にご確認下さい（ただし、実費をいただきます）

（５）基本動作介助サービス
①体位変更　　２時間置きに実施しています。必要な場合は、これを超えて行います
※ご自宅で使用されている体位変換用の用具等をご使用されている方は、ご持参ください
②リハビリ　　日常の生活基本動作的な訓練は実施できます。

（６）健康管理サービス　常に利用者の健康状態に留意します
①薬剤管理　　持参の薬の保管、服薬介助を行います
②処置　　褥瘡の処置など、適宜行います
③測定　　血圧、脈拍、体温の測定を行います
④巡視　　夜間勤務者による巡回を行います

（７）生活相談
①相談、助言　　利用者及びその家族からの相談について、誠意をもって応じます
②援助　　可能な限り必要な援助を行うように努めます

（８）身体拘束について　契約書第 10 条に定めたとおり、原則として身体拘束は、緊急やむを得ない場合を除きいたしません。ただし、下記に該当する場合、行う場合があります。

①利用者からの申出があった場合

②事業者と利用者の家族の両方がともに、利用者の生命または身体の保護が必要だと認めたとき、身体を拘束し、安全を図る場合があります

③安全を図るため、利用者の行動を制限する場合があります

（例）・車椅子使用時の安全ベルトの着用（生命、身体の保護）

・認知症があり、医師の指示で安静が必要な場合（行動の制限）

※上記については、事前に確認します

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用申し込み

①必ず、契約している介護支援専門員を通して予約を行ってください。（個人で居宅介護サービスを作成されている方は、内容を確認させていただきます）

②利用期間決定後、契約書の内容をご確認ください。確認後、利用されるまでに契約を締結いたします。

③原則として利用開始日より１週間以上前に予約してください（最大３カ月先まで予約可能です）

④契約していただいた方は、緊急時にも可能な限りご希望に添えるようにいたします。

（２）サービス計画書について

サービスのご利用にあたり計画書を作成し、利用者又はその家族に対して説明の上同意を得た上でサービスの実施をします。

（３）送迎について

①送迎可能な時間帯は、施設出発時間が９：００～１６：００の間です。

②送迎場所によっては、お迎えに行けない場所があります。

（４）利用制限、利用中止について

①感染症を有している方は、他の利用者に対し、重大な影響を与える恐れがあるため、治癒するまでは、ご利用をお断わりすることがあります。

②迷惑行為をされる方（他の利用者に対して暴力行為を行う方、性的嫌がらせを行う方など）は、ご利用をお断わりする場合があります。

③当施設の禁止行為を何度注意されても受け入れていただけない方は、ご利用をお断わりする場合があります。

④利用料を長期にわたり滞納されている方は、ご利用をお断わりする場合があります。

（５）当施設での禁止行為について

①火気、危険物の持ち込み

②喫煙場所以外での喫煙

③他の利用者に対して宗教活動、政治活動、営利活動

④施設の許可のない飲酒行為

⑤施設内へのペットの持ち込みおよび飼育

（６）サービス利用契約の終了

①利用者の都合でサービス利用契約を終了される場合

・実際に短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護をご利用でなければ文書でのお申し出によりいつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効となります。

・利用者が故意に不実を告げたり病状等を故意に告げなかったりしたために円滑にサービスを提供できなくなった場合

②自動終了

・利用者が介護保険施設に入所された場合

・利用者がお亡くなりになられた場合

・利用者が要介護・要支援認定区分が非該当（自立）と認定された場合

③事業者の都合で契約を解除するにいたった場合

・やむを得ない事業がある場合、利用者に対して１カ月の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

・事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合

④その他

・利用者が、サービス利用料金の支払いを１カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合

・利用者やご家族が当施設や施設職員に対し、本契約を継続しがたい背信行為を行い事業者からの申し入れにもかかわらず改善されない場合

６．サービスの利用料金について

別紙料金表のとおり

７．予約取り消し料

（１）入所前に利用者の都合でサービスを中止する場合、下記の予約取り消し料がかかります

・入所日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合　　無料

・入所日の前日午後５時までにご連絡がなかった場合　　１日当たりの利用料金の５０％

（２）利用期間中に利用者の都合でサービス利用期間の短縮変更される場合、下記の予約取り消し料がかかります

・変更を希望される利用終了日の前日午後５時までにご連絡いただいた場合　　無料

・変更を希望される利用終了日の前日午後５時までにご連絡がなかった場合

１日当たりの利用料料金の５０％

８．支払方法

利用料金の自己負担金のお支払いについては、１ヶ月ごとに計算し、翌月２７日（銀行の休日により変動）にご指定の金融機関の口座より自動引き落としいたします。但し、通帳残高不足などの理由で自動引き落としが行えない場合には、窓口にて料金をお支払いいただくことがあります。

引き落としの確認後、領収証を発行します。なお、領収証は再発行いたしませんので大切に保管してください。

※償還払いとなる場合は、いったん利用料を全額自己負担にてお支払いいただきます。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」を発行します。

９．施設ご利用に当たっての留意事項

・当施設は、生活の場の延長です。緊急時に受診する以外での医療行為は、原則として行っていません。また、事業者の嘱託医に受診する場合は事前に確認します。

・面会をご希望の場合は、必ずその都度面会簿に記載のうえ職員に申し出てください。
※感染症等の発生・流行時には、施設内での蔓延防止のため、ご家族等の面会、利用者の外出等について制限することもあります。

・外出される場合は、事前にご連絡ください。外出される当日にご連絡があった場合には、食材費をいただきます。

・施設の設備や器具は、本来の用法にしたがってご使用ください。これに反したご使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。

・現金等の貴重品や所持品の自己管理される場合においては一切責任を負いかねますので、できるだけ貴重品はお持ち頂かないようお願いします。もし、貴重品をお持ちの場合は、必ずお預けください。預かり書を発行します。

10．緊急時の対応について

・体調悪化等の緊急時には、ご家族に対し速やかに連絡させていただきます。

・事故が発生した場合には、利用者やその家族に対し速やかに状況を報告し、その被害拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

11．損害賠償について

（１）当施設において、事業者の責任によりご利用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。
ただし、その損害の発生について、利用者側に故意又は過失が認められる場合において利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。なお、当施設は、ひょうご福祉サービス総合保障制度に加入しています。

（２）事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ、以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

①利用者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、利用者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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

②利用者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

③利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合

④利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反し行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

12. 苦情の受付について

（１）当施設における苦情の受付

苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。さらに第三者は、苦情解決を図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。また、苦情解決責任者は、苦情の申出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

○第三者委員　［職　名］　小澤　正人
　［連絡先］　神戸市西区神出町　０７８－９６５－２６０４
○第三者委員　［職　名］　監事　琴浦　圭子
　［連絡先］　明石市太寺　０７８－７８５－８６６６
○苦情受付担当者　［職　名］　短期入所生活介護・予防短期入所生活介護相談員　井上　夕子
　［連絡先］　受付時間　毎週月曜日～金曜日（９：００～１７：００）
　ＴＥＬ　０７８－９６５－３０８０
○苦情解決責任者　［職　名］　施設長　宅見　壽仁

（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　神戸市中央区三宮町１丁目９番１－１８０１号
ＴＥＬ　（０７８）３３２－５６１７
ＦＡＸ　（０７８）３３２－５６５０
受付時間　平日（８：４５～１７：１５）

○神戸市　福祉局　監査指導部（法人・施設指導担当）
ＴＥＬ　（０７８）３２２－６２４２
受付時間　平日（８：４５～１２：００　／　１３：００～１７：３０）

○要介護施設従事者等による高齢者虐待通報専門電話（監査指導部内）
ＴＥＬ　（０７８）３２２－６７７４
受付時間　平日（８：４５～１２：００　／　１３：００～１７：３０）

○神戸市消費生活センター
ＴＥＬ　（０７８）３７１－１２２１
受付時間　平日（９：００～１７：００）

13. サービス提供における事業者の義務（契約書第 10 条、第 11 条）

（１）利用者の生命、身体、財産の安全に配慮したサービス提供を行います。

（２）利用者の体調・健康状態からみて必要な場合には、まずご家族へ状態報告についてのご連絡をいたします。ご家族と相談の上で対応について決めさせていただきます。

（３）非常災害に関する具体的な計画を策定するとともに、非常災害に備えて３日間の非常食を準備しています。また、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行います。居室及び共用部分については、スプリンクラーを設置しています。

（４）利用者に対する身体拘束その他の行動を制限する行為を行いません。
ただし、利用者又は他の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には、必要となった理由および行った期間を記録に記載するなどして、適切な手続きにより身体等を

拘束する場合があります。

（５）利用者に対するサービスの記録について５年間保管します。
ご希望により利用者及びご家族に限り記録の閲覧および写しを交付します。写しの交付をご希望の場合は、実費がかかります。

（６）介護保険法の規定に基づき正当な理由なく知り得た秘密を漏らしません。

（７）重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合、その内容について書類を交付し、利用者の同意確認を行います。

14. 非常災害時の対策について

（１）非常時の対応	①迅速な人命救助 ②職員の緊急招集 ③速やかなご家族への連絡 ④けがの応急処置 ⑤病院への搬送 ⑥地域住民の方との相互協力
（２）平常時の訓練	①職員と入所者の方で行う訓練 ②職員の防災教育
（３）防災設備	スプリンクラー、防火扉、防火シャッター、避難誘導灯 自動火災報知機、非常通報装置、自家発電設備、漏電火災報知機 ガス漏れ報知機、非常階段、補助散水栓 カーテン、カーペット等は、防火性のものを使用しています
（４）その他	・防火管理者　　西畑　健人 ・地域の消防団員との緊急時の応援の要請

15. 緊急時の連絡票

令和　　年　　月　　日現在

利用者氏名	様
住所	
電話番号	

※緊急連絡先　ご自宅以外でお願いいたします。また、変更のある場合やご旅行などで下記の連絡先が繋がらない場合は必ずご連絡ください

第一連絡先	氏名		ご本人との続柄	
	住所			
	電話番号		その他電話番号	

第二連絡先	氏名		ご本人との続柄	
	住所			
	電話番号		その他電話番号	

旅行で外出等される場合の連絡先

外出時住所			
電話番号		その他電話番号	

※主治医等　現在受診されている。または往診していただいている病院・医院・診療所・クリニック・その他についてご記入ください

病院等の名称			
診療科目			
電話番号			

※緊急時対応　ご利用時に、医療上の緊急対応が必要となった時のご要望について
ご希望の項目にレを入れてください。

ご要望内容	□指定の病院に搬送する □かかりつけ医の往診を希望する □施設の協力病院に搬送する □救急隊の対応に一任する	病院 かかりつけ医　先生 広野高原病院

備考	

※施設利用時の体調不良の対応については、まずご家族様に連絡させていただいております。必要に応じ連絡を取らせて頂きますが、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

確認者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

令和　　年　　月　　日、　　時　　分から　　時　　分

短期入所生活介護および介護予防短期入所生活介護サービスを利用するに当たって、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所　特別養護老人ホーム　神出シニアコミュニティ
　　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
　　説明者　職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明をうけ、同意しました。

〇利用者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

〇署名代行者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者との続柄　　）

〇身元引受人

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（利用者との続柄　　）

【R6.8.1 改訂】

料　金　表

（１）基本料金（介護保険給付対象）　（円）

介護度	単位数	サービス提供(Ⅱ)	看護体制Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置Ⅲ	合計単位数	処遇改善加算Ⅰ	金　額	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
支１	451	18	0	0	469	66	5,703	571	1,141	1,711
支２	561	18	0	0	579	81	7,035	704	1,407	2,111
介１	603	18	12	15	648	91	7,877	788	1,576	2,364
介２	672	18	12	15	717	100	8,709	871	1,742	2,613
介３	745	18	12	15	790	111	9,604	961	1,921	2,882
介４	815	18	12	15	860	120	10,446	1,045	2,090	3,134
介５	884	18	12	15	929	130	11,288	1,129	2,258	3,387

※介護職員等処遇改善加算Ⅰ　所定単位数の 1000 分の 140 に相当する単位数

（２）その他加算

加算項目	単位数	自己負担額（円）（処遇改善加算含む）			備　　考
		１割	２割	３割	
送迎加算	１８４	２２４	４４８	６７２	自宅まで送迎を行った場合（片道）
療養食加算	８	１０	１９	２９	医師の食事箋による療養食を提供した場合（1回につき）
長期利用者減算	－３０	３７	７３	１０９	連続して３０日を超えて短期入所生活介護を利用した場合
緊急短期入所受入加算	９０	１１０	２２０	３３０	居宅介護サービスに位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合７日、やむを得ない事情がある場合は１４日を限度として算定

※送迎加算については、エリア外・自宅以外への送迎時は１㎞５０円の実費負担となります。

（３）居住、食事の提供に要する費用

利用料金	第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②	第４段階
食事に係る負担額	300	600	1,000	1,300	1,650
個室に係る負担額	380	480	880	880	1,240
多床室に係る負担額	0	430	430	430	920

※食事１日当たりの料金　１，６５０円（ご提供した分のみいただきます）
（内訳　朝食３１０円　昼食６２０円　おやつ１００円　夕食６２０円）

（４）その他利用料

項　　目	料　　金	内　　容
理美容費	1,５００円	月に３回理美容師が来所し実施します
病院受診時に係る費用	実　費	老人保健法の規定通り、受診医療機関にお支払いください
写真代	１枚　４０円	
日用品	－	要した費用の実費をいただきます
その他	－	利用料金以外に要した費用については実費をいただきます
テレビ使用料	１日　５０円	居室に設置しているテレビを使用した場合

各種加算一覧表

加 算 名 称	算　定　要　件	単　位
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を１名以上配置している場合	４単位/日
看護体制加算Ⅱ	常勤の看護職員を１名以上配置し、施設の看護職員により２４時間の連絡体制を確保している場合	８単位/日
夜勤職員配置加算Ⅲ	夜勤を行う看護職員・介護職員を配置基準より１名以上上回り配置又は見守り機器を入所者の 15%以上設置し夜勤を行う看護職員・介護職員を０．９名以上上回り配置し、夜勤時間帯を通じて看護職員又は喀痰吸引等ができる看護職員を配置した場合の加算	１５単位/日
療養食加算	医師の指示による療養食を提供することによる加算	８単位/日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護福祉士が６０％以上配置されていることによる加算	１８単位/日
緊急短期入所受入加算	居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合７日、利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾患等やむを得ない事情がある場合は１４日を限度として算定	９０単位/日
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして、届出を行った指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定短期入所生活介護事業所が利用者に対して行った場合	所定単位数 1000 分の 140