

## 重要事項説明書（介護予防短期入所生活介護サービス）

あなたに対する介護予防短期入所生活介護サービス提供にあたり、「神戸市指定介護予防サービス事業者の指定の基準、指定介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年12月20日神戸市条例第29号）」の規定に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 惠愛園
主たる事務所の所在地	西宮市山口町名来1076番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	下里 英規
設立年月日	平成15年12月17日
電話番号	078-904-2777
ファクシミリ番号	078-904-3508
ホームページアドレス	<a href="https://orangegroup-swc.com">https://orangegroup-swc.com</a>

### 2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム オレンジ神戸
事業所指定番号	2870804115
施設の種類	介護予防短期入所生活介護
施設の所在地	神戸市垂水区舞子台4丁目9番11号
施設長の氏名	米田 望美
電話番号	078-782-3030
ファクシミリ番号	078-782-3111
開設年月	平成31年4月

### 3. ご利用施設があわせて実施する事業

事業の種類	利用定員
特別養護老人ホーム	50名
ショートステイ	10名
障害者デイサービス	10名

#### 4. 施設の基本理念と運営の方針等

施設の基本理念	～大切な人を預けたい～ そう想える場所を創造します
運営方針 (16のバリュー)	「笑顔咲かせる」「お客様本位」「安心創造」「自覚と責任」「即時改善」「切磋琢磨」「オレンジの顔」「コミュニケーション」「環境作り」「仲間意識」「報連相」「人材育成」「私たちの仕事」「サービスの向上」「人財」「社会貢献」の16のバリューを持って施設運営を行います。
事業の目的	施設サービス計画書に基づき、可能な限り、居宅での生活の復帰を念頭におき、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養の介助を行うことにより、利用者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう援助することを目的とします。

#### 5. 施設の概要

敷地	3,646.44 m <sup>2</sup>		
建物	構造	鉄骨造 5階建て	
	延床面積	4,945.14 m <sup>2</sup>	
	利用定員	10名 (ユニット型個室)	

##### (1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
ユニット型個室	10	260.31 m <sup>2</sup>	10.98 m <sup>2</sup> (内法、最小)

◇居室の変更:入居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

入居者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

##### (2) 主な設備 ※介護老人福祉施設を含む

設備の種類	数	特色
介護ステーション	4	
医務室	1	
キッチン	8	
共同生活室	8	
入浴設備	特浴1、リフト式4、個浴3	2~5階各2箇所、 特浴は2階
洗面所	2~5階2箇所ずつ	各居室にもあり
便所	2階~5階2箇所ずつ(ウォシュレット、ナースコール設備有)	各居室にもあり
洗濯室	4	2~5階にあり
汚物処理室	4	2~5階にあり

## 6. 職員体制 ※介護老人福祉施設を含む

〈主な職種の配置体制〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	常勤換算	指定基準	保有資格等
管理者	1	1	施設長資格認定講習
医師	必要数	必要数	医師免許
看護職員	4以上	3	正・准看護師
介護職員	26.6 以上	17	
生活相談員	1以上	1	
機能訓練指導員	1以上	1	必要資格
栄養士	1以上	1	栄養士(管理栄養士)
介護支援専門員	1以上(兼務)	1	介護支援専門員
事務員	1 以上	—	—

※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の週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。

## 7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制(標準的な時間帯)
管理者	9:00～18:00
医師	第1第3火曜日及び毎週水曜日 14:00～16:00
看護職員	早出 8:00～17:00 日勤 9:00～18:00
介護職員	早出 7:00～16:00 日勤 9:00～18:00 遅出 11:00～20:00 夜勤 16:00～翌10:00
生活相談員	9:00～18:00
機能訓練指導員	9:00～18:00
栄養士	9:00～18:00
介護支援専門員	9:00～18:00
事務員	9:00～18:00

## 8. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

### (1) - 1 介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容
排泄	排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
入浴	入浴日～週2回以上 入浴時間 9時～15時(多少時間の変更あり)
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯を行います。
機能訓練	日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減退を防止するために、機能訓練指導員による機能訓練をあなたの状況にあわせて行います。
介護相談	入居者とその家族からのご相談に応じます。
健康管理服薬管理	医師や看護職が健康管理・服薬管理を行います。

### (1) - 2 食事について（食費）

食事	食事時間(多少時間の変更あり) 朝食8時～9時頃 昼食12時～13時頃 夕食17時～18時頃 食事場所 ご入居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。 栄養並びにご入居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。	負担額 朝食 350円/食 昼食 600円/食 夕食 550円/食 (介護保険負担限度 額認定対象者は負 担限度額の範囲内)
----	---	--

### (1) - 3 居室（居住費）

当施設には下記の種類の居室があります。

居室の種類	内容
ユニット型個室	1ユニット10名で、台所、食堂、浴室などの共用スペー スが設けられている個室です。 自己負担額は2,600円／日

※食費、居住費は介護保険負担限度額認定の対象になります。

(1) —4<サービス利用料金（1日あたり）>

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）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1. ご入居者の 要介護度とサービ ス利用料金	負担 割合	要支援1	要支援2
		5,639 円	6,992 円
2. うち、介護保険 から給付される金 額	1割	5,075 円	6,292 円
	2割	4,511 円	5,593 円
	3割	3,947 円	4,894 円
3. サービス利用 に 係る自己負担額 (1-2)	1割	564 円	700 円
	2割	1,128 円	1,399 円
	3割	1,692 円	2,098 円
4. 居室に係る 自己負担額		2,600 円	
5. 食事に係る 自己負担額		1,500 円(朝食:350 円、昼食 600 円、夕食 550 円)	
6.自己負担額合 計(3食すべて召し 上がった場合) (3+4+5)	1割	4,664 円	4,800 円
	2割	5,228 円	5,499 円
	3割	5,792 円	6,198 円

○ご契約者がま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金額をいったんお支払いいただきます。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）。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。

## <加算>

○**送迎加算**…184 単位(自己負担 197 円/片道)

短期入所の入退所時に、利用者本人の心身の状況や家族の事情等により送迎が必要だと認められた時、自宅と事業所間の送迎に限定して実施した場合に加算されます。

○**サービス提供体制加算(I)**…22 単位/日(自己負担 24 円/日)

①介護福祉士割合 70%以上、②勤続 10 年以上の介護福祉士割合 25%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

○**サービス提供体制加算(II)**…18 単位/日(自己負担 19 円/日)

介護福祉士の資格を持つ介護職員が 60%越えている事業所に対して加算されます。

○**サービス提供体制加算(III)**…6 単位/日(自己負担 7 円/日)

①介護福祉士割合 50%以上、②常勤職員割合 75%以上、③勤続 7 年以上の職員割合 30%以上のいずれかを満たす場合に加算されます。

○**個別機能訓練加算**…56 単位/日(自己負担 60 円/月)

○**生活機能向上体制加算(II)**…200 単位/月(自己負担 214 円/月)

事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成した場合に加算されます。

○**認知症専門ケア加算**…3 単位/日、又は 4 単位/日(自己負担 4 円又は 5 円)

利用者のうち日常生活に支障を来す恐れのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症のものの占める割合が 2 分の 1 以上かつ、認知症介護にかかる専門的な研修の終了者、又は認知症介護の指導にかかる専門的な研修を終了している者を 1 名以上配置している場合に加算されます。

○**療養食加算**…8 単位/食(※自己負担 9 円/食)対象者のみ。

厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合に算定されます。

○**若年性認知症利用者受入加算**…120 単位/日(※自己負担 128 円/日)

若年性認知症患者毎に担当者を定め、個別のニーズに応じたケアを行なった場合に算定されます。

## <処遇改善加算>

【令和 6 年 6 月 1 日より】

○**介護職員等処遇改善加算(I)**…所定単位数の 14.0%を加算されます。

【令和 6 年 5 月 31 日まで】

○**介護職員処遇改善加算(I)**…総単位数の 1000 分の 83 に相当する単位数

○**特定介護職員処遇改善加算(I)**…総単位数の 1000 分の 27 に相当する単位数

○**特定介護職員処遇改善加算(II)**…総単位数の 1000 分の 23 に相当する単位数

○**介護職員等ベースアップ支援加算**…総単位数の 1000 分の 16 に相当する単位数

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出て、承認された施設に加算されます。

※上記金額の一ヶ月分を合算したものを単位数計算は四捨五入、円換算時は端

数切捨てを行なった上で精算いたしますので実際の請求額と若干差が生じます。

○上記の単位数に記載されている金額は、1割負担の場合の例となります。「介護保険負担割合証」にて負担割合のご確認をお願い致します。

○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。

#### ◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

対象者	区分	居住費	食費
市町村民税 非課税世帯 全員（世帯を 分離してい る配偶者を 含む）が	老齢福祉年金受給者、生活保 護受給者	利用者負担 段階1	880 円 300 円
	課税年金収入額と合計所得金 額の合計が80万円以下の方	利用者負担 段階2	880 円 600 円
	課税年金収入と非課税年金収 入額の合計が80万円超の方な ど	利用者負担 段階3	1,370 円 650 円
上記以外の方	利用者負担 段階4	2,600 円	1,500 円

#### （2）介護保険給付外サービス

サービスの 種別	内容	自己負担額
理髪・美容	1か月に1回(希望者のみ)	実費をご負担いただけ ます。
レクリエーシ ョン行事	当施設では、レクリエーション行事等を行つ ております。参加されるか否かは任意です。	実費をご負担いただけ ます。
特別な食事	ご希望に応じて、特別食のご用意ができま す。	実費をご負担いただけ ます。
貴重品管理 サービス	銀行通帳、実印、現金等の保管サービスを 行います。ご利用されるか否かは任意です。 ご利用頂く場合には別途ご契約が必要で す。	保管サービス費 100 円/日

その他	※医療 当施設の医師による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担して頂くことになります。
	○写物の交付代 1枚 白黒10円、カラー30円(税込)
	○電化製品使用料金 以下の物品を居室に持ち込む場合には一律 一品目一日／20円(税込) 品目:テレビ(大小問わず)、冷蔵庫、その他家電製品(加湿器、 電気毛布、電気アンカ等暖房器具=11月～3月においてのみ)
	○嗜好飲料 100円／日
	○私物クリーニング 実 費 ※(外注となりますので直接業者への支払になります)
	○おやつ代 100円／1食(税込)(希望によるもの)

## 9. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室(受付担当者:山本、藤本、電話 078-782-3030)までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

神戸市福祉局 監査指導部	電話 078-322-6326 受付時間 平日 8：45～12：00、13：00～17：30
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	電話 078-332-5617 FAX 078-332-5650 受付時間 平日 8：45～17：15
神戸市消費生活センター (契約について)	電話 078-371-1221 受付時間 平日 8：45～17：30

## 10. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人浩生会 舞子台病院
院長名	塩屋 文紀
所在地	神戸市垂水区舞子台 7-2-1
電話番号	078-782-0055
診療科	内科、外科、泌尿器科等

医療機関の名称	医療法人双葉会 西江井島病院
院長名	藤原 仁志

所在地	明石市大久保町西島 653
電話番号	078-947-5311
診療科	内科、胃腸科、脳神経外科等

### 11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団一功会 フェニックス診療所 -歯科-
院長名	菊池 宗法
所在地	神戸市西区岩岡 654-156
電話番号	078-967-0036

### 12. 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「オレンジ神戸消防計画」に則り対応を行います。
近隣との協力関係	舞子台4丁目自治会会員
平常時の訓練	別途定める「オレンジ神戸消防計画」に則り年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 ガス漏れ報知器 防火扉・シャッター 屋内消火栓 非常通報装置 漏電火災報知器 非常用電源 カーテン・布団等は、防炎性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。 防火管理者:下里 晋也

### 13. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間9時30分～16時00分 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください、 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください
居室・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、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は当施設所定場所以外ではお断りします。

	飲酒は担当医の許可が必要となります。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
貴重品の管理	原則、貴重品は自己責任にて管理いただきます。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
身体拘束	入居者又は他の入居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を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為を行いません。
事故発生時	入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
虐待防止	施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止に関する責任者を選定しています。
損害賠償責任保険の加入状況	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険社会福祉事業者総合保険に加入しています。
介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合の対応	オレンジ神戸の責めに帰すべき事由によりお客様の生命、身体、財産又は名誉に損害を発生させた場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、速やかに相当因果関係の範囲内の損害を賠償するものとします。但し、お客様にも責めに帰すべき事由が存するときは、賠償額が減額されるものとします。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護のサービスの提供の開始に際し、「神戸市指定居宅サービス事業者の指定の基準並びに指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年12月20日神戸市条例第28号）の規定に基づいて、上記重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム オレンジ神戸

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受け、その内容を理解しました。

利 用 者

住所	〒
氏名	印

連帯保証人（身元引受人）

住所	〒		
氏名	フリガナ 印 立会人 (続柄 )		
連絡先	電話番号	FAX番号	携帯電話

連帯保証人（身元引受人）

住所	〒		
氏名	フリガナ 印 立会人 (続柄 )		
連絡先	電話番号	FAX番号	携帯電話

重要事項の説明に立ち会われた方は、氏名記入欄の『立会人』に○を記して下さい。

【請求書兼明細書 及び 領収書の送付先】

住所	〒		
氏名	<u>ワカナ</u> (続柄)印		
連絡先	電話番号	FAX 番号	携帯電話