真愛あらたホーム

空床型　介護予防短期入所者生活介護　　重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。 （　指定　第　2870503592　号　）

当施設はご契約者に対し空床型　短期入所者生活介護サービスを提供します。施設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

⑴　法人名　　社会福祉法人イエス団

⑵　法人所在地　神戸市中央区吾妻通５丁目２－２０

⑶　代表者氏名　理事長　神﨑清一

⑷　設立年月日　1954 年 4 月 30 日

２．運営事業者

⑴ 事業者名　　神戸高齢者総合ケアセンター真愛

⑵ 所在地　　神戸市中央区日暮通５丁目５－８

⑶ 電話番号及びＦＡＸ番号　(TEL)078-251-7000/(FAX)078-251-7020

⑷ 代表者氏名　　施設長　出上俊一

⑸ 設立年月日　　1996 年 10 月 1 日

⑹ 事業の概要

介護老人福祉施設 空床型短期入所生活介護（予防）	特別養護老人ホーム 真愛ホーム 東部高齢者介護支援センター　空床型　ショートステイ	70 名 －
地域密着型介護福祉施設 短期入所生活介護（予防）	小規模特別養護老人ホーム 真愛くもちホーム	29 名 6 名
介護老人福祉施設 空床型短期入所生活介護（予防） 短期入所生活介護（予防）	特別養護老人ホーム 真愛たきやまホーム 真愛たきやまホーム　空床型　ショートステイ 真愛たきやまホーム　ショートステイ	80 名 － 14 名
介護老人福祉施設 空床型短期入所生活介護（予防）	特別養護老人ホーム　真愛あらたホーム 真愛あらたホーム　空床型　ショートステイ	110 名 －
地域密着型通所介護（予防）	真愛たきやま　　デイサービス	15 名
一般型通所介護（予防）	東部高齢者介護支援センター(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)	45 名

居宅介護支援事業	神戸高齢者ケアセンター真愛 東川崎ケアセンター真愛 真愛あらた　居宅介護支援事業所	
訪問介護(予防)	神戸高齢者ケアセンター真愛（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ） 東川崎ケアセンター真愛(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ)	
地域包括支援事業	春日野あんしんすこやかセンター ハーバーランドあんしんすこやかセンター	
サービス付高齢者向け住宅 地域密着型通所介護(予防)	レジデンス神仙寺しんあい (ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)	27名 15名

３．ご利用施設

(1)　サービスの種類　空床型　介護予防短期入所者生活介護
2020年(R2)8月1日　指定　第　2870503592　号

(2)　サービスの目的　空床型　介護予防短期入所者生活介護（以下空床型ショートステイと言う）は、介護保険法令に従い、ご契約者が、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居室及び共用施設等をご利用いただき、介護サービスを提供します。
このサービスは、身体上又は精神上障害があるために介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

(3)　サービスの名称　　真愛あらたホーム　空床型　介護予防短期入所者生活介護

(4)　施設の所在地　　神戸市兵庫区荒田町3丁目47番1号
交通機関　　JR神戸駅より市バス約10分、市営地下鉄大倉山駅から徒歩10分。

(5)　電話番号及びＦＡＸ番号　TEL 078-335-8120 / FAX 078-335-8160

(6)　施設長（管理者）氏名　　島田　聖

(7)　当施設の運営方針
①老人福祉法の理念を尊重し、介護福祉法を守ります。
②施設を利用者の生活の場とし、介護にあたっては、利用者の主体性を大切にします。
③地域の高齢者のための専門的社会資源であることを自覚し、地域福祉を支えます。

(8)　開設年月　　2020年8月1日

(9)　入所定員　　ユニット型介護老人福祉施設定員110名内の空床数とする。

(10)　建物の構造　　鉄筋コンクリート造　地上４階

(11)　建物の延べ床面積　　約5288.99㎡

(12)　施設の周辺環境　JR神戸駅から市バスで10分、市営地下鉄　大倉山駅から徒歩10分。
施設周辺は、緑が多く素晴らしい景色が広がる。

４．ショートステイ利用対象者

(1)　当サービスを利用できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要支援」と認定された方が対象となります。

５．居室の概要

(1)　居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、ご契約者・ご家族の希望及び、ご契約者の状態を考慮して決定させていただきます。

居室・設備の種類	室　数	備　考
2　階（個室）	38 室	面積　14.30 ㎡、14.60 ㎡、 ﾄｲﾚ、洗面所あり
3　階（個室）	36 室	面積　14.30 ㎡、14.60 ㎡、 ﾄｲﾚ、洗面所あり
4　階（個室）	36 室	面積　14.30 ㎡、14.60 ㎡、 ﾄｲﾚ、洗面所あり
合　　計	110 室	
食堂・機能訓練室	12 室	2・3・4 階　各階　36 ㎡
浴　　室	6 室	各階　特殊浴槽 1 台、個浴 2 台
医務室	1 室	3 階　10.67 ㎡
静養室	1 室	2 階　面積　10.67 ㎡

(2)居室の変更

ご契約者の状態変化や、他のご利用者との関係により居室を変更していただくことがあります。その際は、原則として事前に担当ケアマネージャーを通し、お伝えいたします。

６．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して空床型　短期入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 〈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。

	常　勤	非常勤	計
施設長	1名		1名
医師	1名	2名	3名
生活相談員	3名		3名
介護支援専門員	1名		1名
看護職員	5名（4名兼務）	2名（兼務）	7名
機能訓練相談員	4名（兼務）	2名（兼務）	6名
管理栄養士	2名		2名
介護職員	54名	7名	61名
事務職員	1名		1名

(2) 〈主な職種の勤務体制〉

職　種	勤務体制
介護職員	標準的な時間帯 早朝：　7：00～15：30　12名 日中：　9：00～17：30　6～10名 11：00～19：30　12名 夜間：19：00～ 8：30　6名
看護職員	標準的な時間帯 日中：　9：00～17：30　5名

(3) 〈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。
３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行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。７名の看護職員を配置しています。

介護支援専門員	…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。 １名の介護支援専門員を配置しています。

医　師	…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。 １名の常勤医師と２名の医師を配置しています。

７．サービスと利用料金

空床型ショートステイでは、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

空床型ショートステイが提供するサービスについて

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。

⑴介護保険の給付の対象となるサービス

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。

〈サービスの概要〉

①食事

・当サービスは管理栄養士の立てる献立により、栄養並びにご契約者の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、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：7：30～9：00　昼食：11：30～13：00　夕食：17：30～19：00

但し　ご契約者の状況及び希望により変更は可能です。

②入浴

・機械浴槽を使用して入浴することもできます。

③排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④レクリエーション

・介護・看護職員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必　要な機能を活用し、その減退を防止し心身の活性化のためのﾚｸﾘｴｰｼｮﾝを実施します。

⑤健康管理

・医師（原則、かかりつけ医）や看護職員が、健康管理を行います。

・介護を行う際に褥瘡が発生しないような適切な介護を行うとともに、その発生を防止するための体制を整備します。

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送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

・シーツ交換は、週１回実施します。また、汚染された場合は随時交換を行います。

〈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額を除いた金額（自己負担額）と食費の合計金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。）

サービス利用料金表　１割負担

要　支　援		要支援１	要支援２
1. サービス利用料金	個室	¥5,575	¥6,918
2. うち介護保険から給付される金額	個室	¥5,017	¥6,226
3. サービス利用自己負担額	個室	¥558	¥692
4. 食　費（日額）		¥1,800	
5. 個室 居住費（日額）		¥2,370	
自己負担　日額合計 (3+4+5)	個室	¥4,728	¥4,862
送迎加算		送迎利用料金　¥1,961	自己負担額　¥197（片道） ¥394（往復）

サービス利用料金表　２割負担

要　支　援		要支援１	要支援２
1. サービス利用料金	個室	¥5, 575	¥6, 918
2. うち介護保険から給付される金額	個室	¥4, 460	¥5, 534
3. サービス利用自己負担額	個室	¥1, 115	¥1, 384
4. 食　費（日額）		¥1, 800	
5. 個室 居住費（日額）		¥2, 370	
自己負担　日額合計 (3+4+5)	個室	¥5, 285	¥5, 554
送迎加算		送迎利用料金　¥1, 961	自己負担額　¥393（片道） ¥786（往復）

サービス利用料金表　３割負担

要　支　援		要支援１	要支援２
1. サービス利用料金	個室	¥5, 575	¥6, 918
2. うち介護保険から給付される金額	個室	¥3, 902	¥4, 842
3. サービス利用自己負担額	個室	¥1, 673	¥2, 076
4. 食　費（日額）		¥1, 800	
5. 個室 居住費（日額）		¥2, 370	
自己負担　日額合計 (3+4+5)	個室	¥5, 843	¥6, 246
送迎加算		送迎利用料金　¥1, 961	自己負担額　¥589（片道） ¥1, 178（往復）

※　サービス利用料金（月額）と食費・居住費(日額)の減免適応による自己負担

第2～4段階は、世帯全員（本人含む）、配偶者が非課税であることが対象者の要件となります。

	第4段階	第3段階　②	第3段階　①	第2段階	第1段階
利用者 負担段階区分	右記に該当しない方。 ①本人が市民税課税、世帯に課税者がある方。 ②預貯金等が基準額を超過する方	本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が、120万円超の方。	本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が、80万円超120万円以下の方。	本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が80万円以下の方	①老齢福祉年金を受給されている方。 ② 生活保護を受給されている方。
食費（日額）	¥1,800	¥1,300	¥1,000	¥600	¥300
居住費（日額）	¥2,370	¥1,370	¥1,370	¥880	¥880

○　第1～3段階　朝食¥350　昼食¥480　夕食¥550　／　第4段階　朝食¥400　昼食¥650　夕食¥650

・ご契約者がまだ要支援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。
・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記表と異なることがあります。

加算について

①　サービス体制強化加算

（Ⅰ）介護福祉士が80%以上、又は勤続10年以上の介護福祉士が35%以上の場合、
1日　1割24円／2割47円／3割71円　の加算となります。

（Ⅱ）介護福祉士が60%以上配置されている場合1日　1割20円／2割39円／3割58円の加算になります。

（Ⅲ）介護福祉士が50%以上、又は常勤職員（看護、介護）が75%以上、又は勤続7年以上の直接サービスを提供する職員が30%以上で、1日　1割7円／2割13円／3割19円の加算がつきます。

＊　注：（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）について加算を算定する場合は、いずれかのうち1つとなります。

② 認知症行動・心理症状緊急対応加算

医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅での生活が困難であり、緊急サービスを利用することが適当と判断し受け入れを行った場合は、利用開始から7日を限度として、
1日　1割214円／2割427円／3割640円の加算がつきます。

③ 若年性認知症利用者(40 歳～64 歳の認知症)受入加算

若年性認知症利用者の方の受入を行った場合、1 日　1 割 128 円／2 割 256 円／3 割 384 円の加算がつきます。

＊注：②,③について加算を算定する場合は、どちらかのうち１つとなります。

④　療養食加算

医師の指示に従い厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合、

1 日　1 割 9 円／2 割 17 円／3 割 26 円の加算となります。

⑤　認知症専門ケア加算（Ⅰ）

認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が総数の 1/2 以上で、認知症介護　実践者リーダー研修修了者を 1 名以上配置し、専門的な認知症ケアを実施しており、職員に対して技術指導に係る会議を定期的に開催している場合、1 日　1 割 4 円／2 割 7 円／3 割 10 円　の加算となります。

⑥　認知症専門ケア加算（Ⅱ）

認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置し、介護・看護職員のごとの研修計画を作成し、実施している場合、

1 日　1 割 5 円／2 割 9 円／3 割 13 円　の加算となります。

＊　注：認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）について加算を算定する場合は、いずれかのうち 1 つとなります。

⑦　介護職員処遇改善加算Ⅰ

基本単位に加算単位を加えた総単位数の 14.0%に相当する額の１割／2 割／3 割が加算されます。

⑧　介護職員処遇改善加算Ⅱ

基本単位に加算単位を加えた総単位数の 13.6%に相当する額の１割／2 割／3 割が加算されます。

＊　注：特定処遇改善加算Ⅰと特定処遇改善加算Ⅱについて、加算を算定する場合は、どちらかの加算、１つのみの算定となります。

⑨　個別機能訓練加算

専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を１名以上配置し、入所者ごとに個別機能訓練計画の作成を行い、計画的な機能訓練を実施している等、その要件を満たした場合、

1 日　1 割 60 円／2 割 120 円／3 割 179 円　の加算となります。

⑩　生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること等、その要件を満たしている場合、以下の要件を満たした場合、

1 月　1 割 107 円／2 割 214 円／3 割 320 円の加算になります。

⑪　生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること等、その要件を満たした場合、

1 月　1 割 11 円／2 割 22 円／3 割 32 円の加算になります。

⑵ 介護保険の給付の対象とならないサービス

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特別な食事（酒を含みます。）

ご契約者のご希望及び医師の指示に従い特別な食事を提供します。

・コーヒー（おやつ時）：¥50-

・行事参加費　：¥1500-/回

・ホーム喫茶　：¥100-～¥200-/１品目

・外出時食費等　：実費

②レクリエーション、クラブ費　：実費

・コーラス、ヨガ、朗読、体操、工作など

③ご契約者の移送に係る費用

送迎における高速代：実費

④その他　　テレビ貸出料　１日：¥200-

往診料・医薬品・衛星材料費、その他希望にて購入代行した物品など後日実費を請求いたします。

⑶　利用料金のお支払い方法

前記⑴,⑵の料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月にご請求致しますので、

預金口座自動振替のお申込みをお願い致します。

① 別紙申込書に記載されております、ゆうちょ銀行を含む金融機関の中から利便性のある口座をご指定下さい。

② 口座振替にかかる手数料につきましては施設の負担とさせて頂きます。

③ 口座振替申込書に記入・捺印の上、施設へご提出をお願い致します。

④ 書類に不備がなければ、翌月からの振替になります。
手続きが完了しましたら、別途、振替開始日をご案内させて頂きます。

⑤ 毎月 27 日が振替日になりますが、銀行休業日の場合は翌営業日に振替になりますので、前日までに利用料のご入金をよろしくお願い致します。

⑥ 尚、口座振替分には、通帳の摘要欄に「DF.RL ﾀﾞｲｺｳ」と、
ゆうちょ銀行でお申し込みをされたご契約者の方は「自払ﾘｺｰﾘｰｽﾀﾞｲｺｳ」と印字されます。

(4) 急変時の対応について

入所中の急変等により対応が必要となり、主治医と連絡が取れない状況にあって医療を必要とする場合は、下記協力医療機関と連携を取ります。（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。）

協力医療機関

医療機関の名称	川崎病院
所在地	神戸市兵庫区東山町 3-3-1
診療科	内科/外科/整形外科/形成外科/皮膚科/泌尿器科/婦人科/眼科/ 耳鼻咽喉科/放射線科/麻酔科/糖尿病内分泌内科/血液腫瘍内科/ 腎臓内科/消化器内科/循環器内科/歯科口腔外科

医療機関の名称	医療法人榮昌会　吉田病院　附属脳血管研究所
所在地	神戸市兵庫区大開通 9 丁目 2 番 6 号
診療科	脳神経外科・内科・循環器科・リハビリテーション科

医療機関の名称	あらた診療所
所在地	神戸市兵庫区荒田町 3 丁目 47 番 1 号
診療科	内科・呼吸器科

協力歯科医療機関

医療機関の名称	神戸みなとまちオーラルケア
所在地	神戸市兵庫区塚本通３丁目１－２４

医療機関の名称	神戸ハーバー歯科クリニック
所在地	兵庫県神戸市中央区吾妻通 5-2-20 賀川記念館１階医療モール

＊　地域医療の状況・身体の状況等により、他の医療機関への受診・搬送となることがございますので、ご了承ください。

８．サービスを中止させていただく場合（契約の終了について）

次項に該当するに至った場合には、契約を終了し、サービスを中止させていただくことになります。

①要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
②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
③事業所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
④当施設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
⑤ご契約者からサービス中止の申し出があった場合
⑥事業者からサービス中止の申し出を行った場合

(1)　ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、退所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施設の運営規程の変更に同意できない場合
③ご契約者が入院された場合
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
⑧ケアプラン内容の変更により、サービスを変更することがあった場合

⑵　事業者からの契約解除

以下の事項に該当する場合には、本契約を直ちに解除させていただきます。

①ご契約者（そのご親族、身元引受人等も含む）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（そのご親族、身元引受人等も含む）による、サービス利用料金の支払いが３か月以上遅延し、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

＊なお、３か月遅延した段階で事業者から内容証明郵便にて催告書を送付します。期限内（書面受け取りから７日以内）に支払い又は連絡がない場合は、事業者と包括的な契約を締結している司法書士等が法的措置をとることになります。

③ご契約者（そのご親族、身元引受人等も含む）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者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合

（精神的苦痛を与えるハラスメント行為を含む）

又は、法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為、この契約の目的を達することが困難となる行為をなし、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（そのご親族、身元引受人等も含む）の行動が他の利用者や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り、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合

⑤前各号の他、ご契約者（そのご親族、身元引受人も含む）と事業者との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、事業者が適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合。

９．身元引受人

⑴　契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。

しかしながら、ご契約者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、重要事項説明にあたって、身元引受人の必要はありません。

⑵身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族、又できる限り法定相続人の方に就任していただくのが望ましいと考えております。

⑶　身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。

また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続を円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力、連携して退所後のご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。

⑷　ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。

また、ご契約者が死亡されていない場合でも、当施設に残されたご契約者の残置物をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引取っていただく場合があります。

これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。

⑸ 身元引受人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。

１０．苦情の受付について

⑴　当施設における苦情の受付

当施設における苦情は専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口（担当者）・苦情解決責任者・第三者委員

〇受付時間　　毎週月曜日～金曜日　９：００～１７：００

詳しくは苦情解決の仕組みに関する規程に記載しています。

⑵　行政機関その他苦情受付機関

〇　神戸市福祉局監査指導部

℡　：　078-322-6242　（平日　8：45～12：00，13：00～17：30）

〇　養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内）

℡　：　078-322-6774　（平日　8：45～12：00，13：00～17：30）

〇　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

℡　：　078-332-5617（平日　8：45～17：15）

〇　神戸市消費生活センター（契約についてのご相談）

℡　：　078-371-1221（平日　9：00～17：00）

１１．個人情報保護について

個人情報の取り扱いについては、別に定める「個人情報保護規程」に従って対処するものとします。

＊介護記録等情報開示のご案内

◆開示可能な介護情報等

ケース記録、医療記録、ケアプラン、利用者台帳、その他記録

（注）ただし、いずれもサービス完結の日から５年以内のものに限ります。

◆請求できる方

介護情報の開示に関し、請求可能な方は次の通りとします。

①契約者本人

②契約者の身元引受人

③契約者の法定代理人

④相続人

⑤3 親等以内の親族

⑥その他（任意後見人・代理人等）

◆開示の制限について

次の場合には、契約者本人であっても開示しないことがあります。

①当該開示請求に本人が同意しない意思を明示している場合。

②契約者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合

③ホームの業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合

④介護情報の提供が、当該介護機関の介護従事者を除く第三者の不利益になると考えられる場合

⑤契約者の相続発生後、その相続人からの情報の開示請求にあたり、契約者本人の生前の意思に明確に反する場合、または契約者本人の名誉を棄損する恐れがある場合

⑥開示することが法令に違反する場合

◆開示に関する費用

基本手数料 1,000 円とコピー代（1 枚 10 円）が必要となります。

１２．サービス提供における事業者の義務

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 ご契約者の体調不良、健康状態の悪化が著しい場合においては、ご家族へ経緯及び、状況を報告します。

③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、５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、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。

⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。

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）。

ただし、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、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合にはご契約者の同意を得ておこないます。

当施設は、実習生やボランティアを多く受け入れており、研修・養成等の目的で、実習生及びボランティア等が介護に同席する場合があります。この場合も、事業者及びサービス従事者または従業員と同様、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

⑦ 事業所内における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する感染症予防・対策委員会を月一回定期的に開催し、その結果について介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。又感染症又は食中毒の予防まん延防止のためのマニュアルを作成し、その研修を定期的に実施します。

さらにそういった状況が疑われる際には、別に厚生労働大臣が定める手順（運営規程遵守）に沿った対応を行います。

１３．サービス利用の留意事項

利用にあたって、共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

⑴　面会

面会時間　７：００～２１：００（但し必要があればこの限りではありません）

来訪者は、必ずその都度面会者名簿に記入してください。

なお、来訪される場合、ペットの持ち込みはご遠慮ください。

また、医療等で食事制限の指示のある契約者については、対象となる飲食物の持ち込みを禁止させていただきます。

⑵　食事

１日の全食が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、前記８⑴（サービス利用料金表記載参照）に定める「食費」は減免されます。

⑶　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、事業所、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。

・ご契約者に対するサービスの実施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、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

・当施設の職員や他の入所者に対し、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。

⑷　病状急変時事故発生時の対応について

・病状急変時・事故発生時の場合は、速やかに近隣の医療機関等に受診するとともにご家族・身元引受人に連絡させていただきます。

入院に至る場合は、状況如何によっては深夜であっても連絡をいたします。

・事故が発生した時又はそれにいたる危険性がある事態が生じた時には「利用者事故・急変等報告書」及び「ヒヤリハット情報提供シート」により事実が報告され、その分析を通じた改善策を従事者に周知徹底させます。

又、事故防止委員会及び介護職員その他に対する研修を定期的に行います。

以上の報告の方法等が記載された事故発生防止のためのマニュアルを整備します。

⑸　喫煙　　決められた場所以外での喫煙はできません。

⑹ 貴重品について

現金や装飾品（アクセサリー・時計など）、クレジットカードやキャッシュカードなどのカード類、その他貴重品の持ち込みは、原則禁止しております。万一紛失等の事由が発生いたしましても、当施設は責任を負いかねます。

１４．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。

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（しんしゃく）して、事業者の損害賠償責任を減じることがあります。

また、事業者及び当施設の職員が予測・想定しえない不慮の事故、天変地異による事故等により生じた損害については、事業者の損害賠償責任が減免されることがあります。

附則

この規程は、　2020 年　8 月　1 日から施行する。
2021 年　4 月　1 日から改定する。
2021 年　8 月　1 日から改定する。
2022 年　8 月　1 日から改定する。
2022 年 10 月　1 日から改定する。
2022 年 11 月 10 日から改定する。
2023 年　4 月　1 日から改定する。
2023 年　7 月　6 日から改定する。
2024 年　4 月　1 日から改定する。
2024 年　6 月　1 日から改定する。
2024 年　8 月　1 日から改定する。
2025 年　1 月　1 日から改定する。
2025 年　4 月　1 日から改定する。
2025 年　7 月　1 日から改定する。

真愛あらたホーム 空床型　介護予防短期入所者生活介護でのサービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項および苦情解決の仕組みに関する規程、個人情報保護規程、（以下、重要事項等の説明）についての説明を行いました。

重要事項説明日　　年　　月　　日

事業者
真愛あらたホーム　空床型　介護予防短期入所者生活介護
施設長（管理者）氏名　　島田　聖　　印
重要事項説明者　　印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項等の説明を受け、同意しました。

契約者兼利用者
住所
氏名　　印

身元引受人
住所
氏名　　印
(契約者との続柄　　)

私は、契約者が事業者から重要事項等の説明を受け、真愛あらたホーム　空床型　介護予防短期入所者生活介護のサービス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いたします。

署名代行者
住所
氏名　　印
（契約者との関係　　）