「指定介護老人福祉施設」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。
（神戸市指定 第2870600299号）

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設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

（１）法人名　　社会福祉法人　こころの家族
（２）法人所在地　　大阪府堺市南区桧尾3360-12
（３）電話番号　　072-271-0881
（４）代表者氏名　　理事長 田内　基
（５）設立年月　　昭和63年9月29日

２．ご利用施設

（１）施設の種類　　指定介護老人福祉施設・平成13年2月1日指定
（神戸市指定 第2870600299号）
（２）施設の目的　　高齢者生活介護
（３）施設の名称　　特別養護老人ホーム　故郷の家・神戸
（４）施設の所在地　兵庫県神戸市長田区東尻池7丁目4-21
（５）電話番号　　078-651-1555
（６）施設長（管理者）氏名　　松下　良平
（７）当施設の運営方針・・違いを認め合うホーム・安心して暮らせるホーム
日常生活の延長線上にあるホーム
（８）開設年月　　平成13年2月1日
（９）入所定員　　58人
（１０）第三者評価の実施の有無　　無

３．居室の概要

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、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出

下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室　数	備　考
個室（1人部屋）	18室	
4人部屋	13室	
合　　計	31室	ショートを含む
食堂	2室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 平行棒・ホットパック等
浴室	2室	機械浴・一般浴槽・特殊浴
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆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。

４．職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設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。（ただし、併設型短期入所生活介護の職員を含む。）

〈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	常勤換算	指定基準
1.　施設長（管理者）	1	1名
2.　介護職員	23以上	23名
3.　生活相談員	1以上	1名
4.　看護職員	4以上	3名
5.　機能訓練指導員	1	1名
6.　介護支援専門員	1	1名
7.　医師	非常勤	必要数
8.　管理栄養士	1以上	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で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤　務　体　制

1. 医師	毎週月曜日（内科） 14：00～16：00 第1土曜日・第3木曜日（精神科） 13：00～15：00 10：30～12：30
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7：30～16：00 4名 日中： 8：30～17：00 2名 遅出1：10：45～19：15 2名 遅出2：11：45～20：15 2名 夜勤： 16：30～翌日9：30 4名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 8：00～16：30 1名 遅出：10：30～19：00 1名 日勤： 9：00～17：30 1名
4. 機能訓練指導員	日勤： 9：00～17：30 1名

５．当施設が提供するサービスの概要と利用料金

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。

当施設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サービス
（２）利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス

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３条関係）

以下のサービスについては、原則として利用料金の9割（現役並みの所得を有するご契約者については異なりますので、介護保険負担割合証をご確認ください。）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①介護保険給付対象の介護サービス

当施設では24時間介護サービスを行います。

②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。

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機能訓練

- 機能訓練指導員等により、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の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- 医師や看護職員が、健康管理を行います。
- 服薬の管理は、看護職員が行います。

⑥看取りへの対応

- 看護職員への夜間の連絡体制を確保し、夜間帯での利用者の医療ニーズに対応します。
- 入所者の看取りについて、医師の診断の下、本人またはご家族の同意を得ながら介護職、看護職などが共同して看取りを行います。
- 施設での看取り介護を希望される場合、施設医の特別な往診に係る往診料等は自己負担となります。

⑦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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金〉

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）に別に定める居住費・食事代をお支払い下さい。
（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度・居住の種別に応じて異なります。）

多床室及び従来型個室（第１段階から第４段階は同額になります。）

※ご契約書の所得により負担割合が異なりますので、詳細については介護保険負担割合証をご確認ください。

要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	589	6,208円	621円	1,242円	1,862円
要介護2	659	6,945円	695円	1,389円	2,084円
要介護3	732	7,715円	772円	1,543円	2,315円
要介護4	802	8,453円	845円	1,691円	2,536円
要介護5	871	9,180円	918円	1,836円	2,754円

☆その他加算対象サービスについて

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本単位	利用者負担額			算定回数等
		1割負担	2割負担	3割負担	
個別機能訓練加算Ⅰ	12	13円	26円	38円	1日につき
個別機能訓練加算Ⅱ	20	21円	42円	63円	1日につき
栄養マネジメント強化加算	11	11円	23円	34円	1日につき
看護体制加算Ⅰ	4	5円	9円	13円	1日につき
看護体制加算Ⅱ	8	9円	17円	26円	1日につき
夜勤職員配置加算Ⅰ	13	14円	28円	42円	1日につき

日常生活継続支援加算	36	38 円	76 円	114 円	1 日につき
精神科医療養指導加算	5	6 円	11 円	16 円	1 日につき
安全対策体制加算	20	21 円	42 円	63 円	入所時に 1 回限り
初期加算	30	32 円	64 円	95 円	入所して 30 日間
加算	基本単位	利用者負担額			算定回数等
		1 割負担	2 割負担	3 割負担	
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	53 円	106 円	159 円	1 月につき
協力医療機関連携加算	50	53 円	106 円	159 円	1 月につき
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	11 円	21 円	32 円	1 月につき
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	4 円	7 円	21 円	1 月につき
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	14 円	28 円	42 円	1 月につき
療養食加算(一食)	6	7 円	13 円	19 円	医師の指示により療養食の提供が行われた場合
経口維持加算Ⅰ	400	422 円	844 円	1,265 円	医師の指示のもと多職種共同で経口摂取支援を実施した場合
口腔衛生管理加算Ⅱ	110	116 円	232 円	348 円	歯科衛生士が口腔衛生管理を月 2 回以上実施し、計画書を作成および厚生労働省に情報を提出し活用した場合
外泊時費用	246	260 円	519 円	778 円	1 月に 6 日を限度入院又は外泊された場合
看取り介護加算Ⅰ1	72	76 円	152 円	228 円	死亡日 45 日前～31 日前
看取り介護加算Ⅰ2	144	152 円	304 円	456 円	死亡日 4 日前～30 日前
看取り介護加算Ⅰ3	680	717 円	1,434 円	2,151 円	死亡の前日および前々日
看取り介護加算Ⅰ4	1,280	1,350 円	2,699 円	4,048 円	死亡日
配置医師緊急時対応加算	650	686 円	1,371 円	2,056 円	早朝・夜間(6 時～8 時、18 時～22 時)
配置医師緊急時対応加算	1,300	1,371 円	2,741 円	4,111 円	深夜(22 時～翌 6 時)
配置医師緊急時対応加算	325	343 円	685 円	1,028 円	時間外(配置医師の通常勤務時間外)
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数の 176/1,000	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	

☆今後の施設サービス提供体制により、利用料金が若干変更となる場合がございます。

☆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全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。
☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合に入所され、要介護認定申請中に死亡された時には、その期間の料金はサービス料の全額（利用者平均介護度３相当分）を頂きます。
☆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。

〈高額介護サービス費〉

1 ヶ月ごとの利用者負担の合計額が一定の上限を超えるときには、申請により「高額介護サービス費」としてその超えた額が支払われます。（同じ世帯に複数の利用者がいる場合には、世帯の合計額となります。）

対象者	利用者負担月額上限
(1) 生活保護受給者の方	個人　15,000 円
(2) 世帯全員が市民税非課税の方	世帯　24,600 円
① 本人の公的年金等の収入金額とその他の合計所得金額の合計が 82.65 万円以下の方 ②老齢福祉年金受給者	個人　15,000 円
(3) 課税所得 380 万円未満の方	世帯 44,400 円
(4) 課税所得 380 万円（年収約 770 万円）～課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）未満	世帯 93,000 円
(5) 課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上	世帯 140,100 円

（２）介護保険の給付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居住費と食事代

段階	区分	食事代標準負担額(日額)	居住費	
			多床室費(日額)	個室(日額)

第1段階	①生活保護等受給の方 ②老齢福祉年金受給者で、 世帯全員が市民税非課税の方	300円	0円	380円
第2段階	世帯全員が市民税非課税で、本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が82.65万円以下の方	390円	430円	480円
第3段階①	世帯全員が市民税非課税で、本人の年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が82.65万円超120万円以下の方	680円	430円	880円
第3段階②	世帯全員が市民税非課税で、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	1,420円	530円	980円
第4段階	上記の第1～第3段階以外の方	1,650円	915円	1,231円

※　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いる方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

＊ 当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、利用者一人ひとりの栄養状況や摂食状況に応じた個別の対応を重視し、栄養ケアによって低栄養状態を改善する他、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が、ご契約者の希望や心身の状況に応じて、食事場所及び時間の変更に対応いたします。

＊ 食事時間

朝食：8：00～9：00　昼食：12：00～13：00　夕食：18：00～19：00

※　居住に要する費用（光熱水費及び室料）

＊　居住費は、施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費用相当額及び室料（建物設備等の原価償却費等）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いる方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日当たり）のご負担となります。

※外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合は、第１～３段階の方は、６日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、７日目からは別途料金が発生します。

＊　居住費ならびに食事に係る自己負担額については、ご契約者の所得等に応じて異なる場合があります。また、医師の指示により提供される特別な食事の自己負担額も標準自己負担額とは異なります。

②特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

③理髪・美容

［サービス］

○月に1回、理容師・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

○代金は次のとおりです。

カット	1,300円／回
カット&カラー	2,300円／回
カット&パーマ	2,800円／回

④貴重品の管理

ご契約者の貴重品管理サービスをさせていただきます。

（事務手数料…貴重品管理に係る人件費、事務費等：１日あたり　100円）

○お預かりするもの：介護保険証、医療保険証、印鑑など
その他ご契約者のご要望に応じて、貴重品管理規程に基づき、対応させていただきます。

○保管管理者：施設長

⑤四季折々のレクリエーション活動

ご契約者の希望により、季節ごとのレクリエーションに参加していただくことができます。

＜例＞　主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容（例）	備考
1月	１日－お正月（おせち料理をいただき、新年をお祝いします。） 誕生会・有料喫茶	誕生プレゼント 特別メニュー
2月	3日－節分（施設内で豆まきを行います。） 旧正月 誕生会・有料喫茶	誕生プレゼント 特別メニュー
3月	3日－ひなまつり 誕生会・有料喫茶	誕生プレゼント 特別メニュー
4月	上旬－お花見 誕生会・有料喫茶	誕生プレゼント 特別メニュー

⑥日常生活上必要となる諸費用

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。（実費）

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

テレビ	100円/日（使用料、電気代）
電気ポット	50円/日（使用料、電気代）
冷蔵庫	50円/日（使用料、電気代）
電気毛布	50円/日（使用料、電気代）
空気清浄機	50円/日（使用料、電気代）

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、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。

⑧契約書第22条第2項に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（1日につき）

ご契約者の要介護度		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料金	1割負担	621円	695円	772円	845円	918円
	2割負担	1,242円	1,389円	1,543円	1,691円	1,836円
	3割負担	1,862円	2,084円	2,315円	2,536円	2,754円

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア．窓口での現金支払
イ．下記指定口座への振り込み
　銀行名：三菱UFJ銀行　光明池支店
　口座種別：普通預金
　口座番号：1167504
　名義人：社会福祉法人　こころの家族　理事長　田内　基（タウチモトイ）
ウ．リコーリースによる金融機関口座からの自動引き落とし

（４）閲覧

・ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。
・利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に関する諸記録を整備し、その実施日から5年間保存するものとする。

（５）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、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	神戸医療生活協同組合神戸協同病院
所在地	長田区久保町２丁目４－７ TEL（078-641-6211）FAX（078-641-0284）
診療科	総合病院

②協力医療機関

医療機関の名称	神戸朝日病院
所在地	長田区房王子町３丁目５－２５ TEL（078-612-5151）FAX（078-612-5152）
診療科	総合病院

③協力医療機関

医療機関の名称	神戸高橋病院
所在地	須磨区大池町５－１８－１ TEL（078-733-1136）
診療科	内科･外科

６．施設を退所していただく場合（契約の終了）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、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、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所し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又は要支援と判定された場合
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ホームを閉鎖した場合
③ 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
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 ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を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 ご契約者が入院された場合
③ 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介護福祉施設サービスを実施しない場合
④ 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
⑤ 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
⑥ 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）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

① ご契約者等が、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6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
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者等の生命・身体・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 ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

ご契約者が病院等に入院された場合の対応

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

（３）円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、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、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
②居宅介護支援事業者の紹介
③その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

７．残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

８．秘密の保持と個人情報の保護について

（１）利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

（２）個人情報の保護について

事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。

事業者は利用者及びその家族に対する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

（３）個人情報の使用目的、使用内容の変更について

事業者は、前項により知り得た個人情報の使用目的や使用内容を変更するときは、

その都度文書による同意を得ることとします。

９．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（１） 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています

（２） 虐待防止のための指針の整備

（３） 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

（４） 虐待防止に関する担当者・責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者及び責任者　　施設長　松下　良平

（５） 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、

従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

１０．衛生管理等

事業所において感染症が発症し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

（１） 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

（２） 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

（３） 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

（４） 専任担当者の配置

感染症防止に関する担当者　看護職員　井上　ひとみ

１１．業務継続計画の策定等について

（１） 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

（２） 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

（３） 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１２．身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等おそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（１）緊急性・・・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命･身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（２）非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

（３）一時性・・・・・利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１３．苦情の受付

（１）当施設における苦情の受付

当事業所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。
また、苦情受付窓口の他、第三者委員に直接申し出ることができます。

○苦情受付窓口（担当者）
［職名］　介護課長　井上　ひとみ
○受付時間　　9：30～17：00

また、苦情受付ボックスを玄関受付に設置しています。

1.苦情解決責任者　　施設長　松下　良平

2.第三者委員

⑴ 久　次　米　　健　市（医師）
神戸市長田区苅藻通3丁目5-7　　電話　078-682-0123

⑵ 野　田　　邦　子（弁護士）
大阪市北区西天満1丁目8番9号　ヴィークタワーOSAKA2908号
野田総合法律事務所　電話06-6316-0256(代)

⑶ 石　古　　暁（司法書士）
神戸市東灘区住吉本町2-13-7

どんぐり司法書士事務所　電話078-857-4345

⑷ 第三者委員の窓口は苦情受付担当者が受け賜ります。

（２）行政機関その他苦情受付機関

神戸市福祉局　監査指導課	電話　　：078-322-6242 受付時間：8:45～12:00、13:00～17:30（平日）
神戸市消費生活情報センター （契約についてのご相談）	電話　　：078-371-1221 受付時間：9:00～17:00（平日）
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 受付時間：8:45～17:15（平日）
養介護施設従事者等による高齢者虐待 通報専用電話（監査指導課内）	電話　　：078-322-6774 受付時間：8:45～12:00、13:00～17:30（平日）

重要事項　説明確認書

令和8年8月1日以降利用の指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項について文書を交付し、説明を行いました。

指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム故郷の家・神戸

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

・・・

＜重要事項説明書付属文書＞

１．施設の概要

（１）建物の構造　　鉄骨鉄筋コンクリート造　地上3階、地下1階

（２）建物の延べ床面積　 3399.61㎡

（３）併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[短期入所生活介護]	平成13年2月1日指定	神戸市2870600315	定員20名
	平成13年10月1日		定員12名
[通所介護]	平成13年5月1日指定	神戸市2870600349	定員30名
	平成16年4月1日		定員40名
	平成17年4月1日		定員30名
[居宅介護支援]	平成13年6月29日	神戸市2870600356	
[訪問介護]	平成14年5月15日	神戸市2870600463	

（４）施設の周辺環境

長田区の住宅街に位置する。

最寄の苅藻駅より徒歩で2分と近距離です。

２．職員の配置状況

〈配置職員の職種〉

介護職員：　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名の介護･看護職員を配置しています。

生活相談員：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行いますが、日常生活上の介護、介助等も行います。3名の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員：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。

介護支援専門員：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。
生活相談員が兼ねる場合もあります。

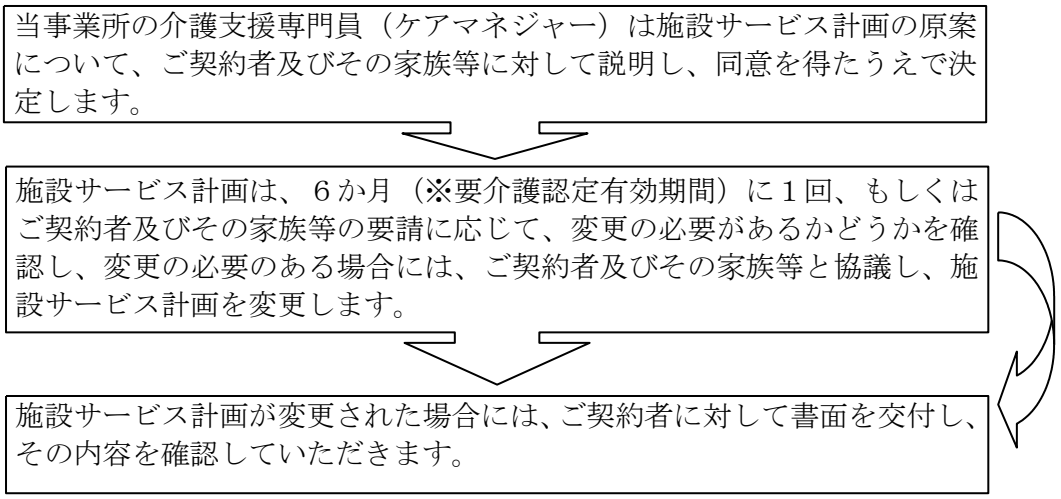
管理栄養士：ご契約者に対して食事に関する栄養管理を行います。
1名の管理栄養士を配置しています。

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。
必要数の医師を配置しています。

３．契約締結からサービス提供までの流れ

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、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン)」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



４．サービス提供における事業者の義務

当施設は、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･確保に配慮します。

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うえ、ご契約者から聴取、確認します。

③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。

④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結の日から5年間保管するとともに、ご契約者又はその代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

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、ご契約者又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、記録を記載するなど、適正な手続き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又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又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）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、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の援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

５．施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の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。

（１）持ち込みの制限

入所にあたり、貴重品管理サービスにおける貴重品以外は原則として持ち込むことができません。（仏壇、位牌等）

（２）面会　　面会時間　９：００～２１：００

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合、生物の持ち込みはご遠慮ください。

※ご家族からの差し入れ（食品）については、誤嚥・窒息等の安全面から必ず面会カードに記載いただき、職員にご連絡をお願いします。無断で差し入れされた食事による誤嚥等の事故については責任を負いかねますのでご了承ください。

（３）外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

（４）入院

入院の場合、ベッドをショートステイに利用いただく場合があります。

（５）食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 ５の（１）及び（２）に定める「利用料金」は減免されます。

差し入れされた食品は、誤嚥・窒息等安全面から原則居室内で保管することはできません。面会中にご家族が見守りながら提供していただくか、職員に預けていただきますようお願いいたします。

（６）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、又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。

○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、営利活動を行うことはできません。

（７）喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

６．緊急時・災害時等の対応方法について

（１）緊急時の対応

サービス提供中にご契約者に緊急の事態が発生した場合、ご契約者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

24時間、常時介護は不可能なため、当施設がご契約者に対して行うサービス提供により、事故が発生した場合には、速やかにご契約者のご家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地及び電話番号	
家族等	緊急連絡先の家族等	
	住所及び電話番号	

（２）事故発生防止及び事故発生時の対応

施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次に定める措置を講じるものとする。

① 事故が発生した場合の対応、②に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備する。

② 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従事者に周知徹底する体制を整備する。

③ 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）及び従業者に対する研修を定期的に行う。

④ 上記①～③の措置を適切に実施するための担当者の設置

・施設は、入所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、速やかに、市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。

・施設は、事故の状況及び事故に際して採った措置について記録するものとする。

・施設は、入所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ものとする。

（３）非常災害対策

- 非常時の対応･･･初期消火、避難誘導等、緊急時マニュアルに従い対応します。
- 防災設備･･･スプリンクラー全室設置、屋内消火栓、消火器、自動火災報知器等完備
- 防災訓練･･･毎年実施
- 防火責任者･･･施設長

７．損害賠償について

当施設において、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時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

特別養護老人ホーム故郷の家・神戸における看取り介護指針

１ 目 的

この指針は、特別養護老人ホーム故郷の家・神戸のご利用者に対する「看取り介護」を実施していくための指針とする。

３ 看取り介護とは

故郷の家・神戸における「看取り介護」とは、ご利用者が人生の終焉を迎えた時に、ご本人及びご家族等の意向を尊重したケアを実施することで､安らげる生活の場を提供し、自然な状態のまま残された余命を平穏に過ごしていただく事をいう。

２　対象

①疾患あるいは障害、加齢により自然治癒力の低下が著しくなり、治療による改善の可能性が認められないと医師が診断したご利用者。
②ご本人及びご家族等がそれ以上の治療や人工的栄養補給等を望まれない場合。
③看取りについて十分理解し看取りについて同意があったご利用者。

４　基本的姿勢

①ご利用者の人生の歴史を尊重したうえでケアを実践する。
②ご利用者やご家族の思いや願いをすべて汲み取る姿勢で臨む。
③一貫したケアに努める。
④ＱＯＬを損なわないように、苦痛の除去、安楽で安心を感じるケアを目指す。
⑤ご利用者とともにご家族の精神的負担への対応を意識して実施する。

５ 看取り介護の流れ

①看取り介護の開始時期

医師が看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員又は生活相談員等を通じご家族に連絡をとり、日時を定めて、施設において医師より利用者又は家族へ説明を行なう。この際、施設でできる看取りの体制を説明する。

②意思確認及び同意

説明を受けた上で、ご本人又はご家族は当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することができる。医療機関入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行なう。ご家族が看取り介護を選択された場合は「看取り介護同意書」に、記名捺印をしていただき書面にて確認する。

③看取り介護計画

看取り介護実施にあたり、医師の指示を得ながら多職種共同体制（介護支援専門員、看護師、介護士、生活相談員、管理栄養士、機能訓練士等）のもと、ご本人及びご家族等の意向や要望を尊重し、看取り介護計画書を作成する。その「看取り介護計画書」

に基づき、ケアに努める。看取り介護計画書は、ご本人の状態変化に合わせて、適宜、見直しを行い、ご本人及びご家族に説明し同意を得る。

④看取り介護の実施

看取り介護を行なう際は、ご本人及びご家族等の要望を共有し、多職種共同体制のもと適切なケアを実施する。施設の全職員は、利用者が尊厳を持つひとりの人間として、安らかな死を迎えることができるようご本人及びご家族の支えとなり身体的、精神的支援に努める。

⑤環境設定

看取り介護の実施に関しては原則として住み慣れた居室環境（個室に限る）で対応することとする。但し、住み慣れた居室環境での生活を継続することが困難な場合においては静養室で対応する。尚、家族が泊まりを希望する場合、看取りの個室に家族宿泊用のベッドをセットするなど可能な限り家族への便宜を図る。

⑥偲びのカンファレンスの実施

看取り介護が終結した後、看取り介護の実施状況についての評価カンファレンスを行う。

６　故郷の家・神戸における医療体制

施設は利用者または家族に対し以下の確認を事前に行い理解を得る。

①常勤医師の配置がないこと、医師とは協力医療機関とも連携し必要時は２４時間の連絡

体制を確保して必要に応じ健康上の管理などに対応すること、夜間は医療スタッフが不在で、看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること

②病状の変化などに伴う緊急時の対応については看護師が医師との連携をとり判断するこ

と。夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制にもとづき看護師と連絡を取って緊急対応を行うこと。

③家族との２４時間の連絡体制を確保していること。

④看取りの介護に対する家族の同意を得ること。

７　看取り介護における記録

看取り介護に携わる職員は、記録物等の整備、保管をする。

①看取り介護同意書

② 医師の指示書

③看取り介護計画書

④カンファレンス記録

⑤経過観察記録

⑥臨終時の記録

⑦看取り介護終了後のカンファレンス記録

８　各職種の役割分担について

①管理者

1) 看取り介護の総括管理

2) 看取り介護に生じる諸課題の総括責任

②医師

1) 看取り介護期の診断と家族への説明

2) 緊急時、夜間帯の対応と指示

3) 各協力病院への連絡と調整

4) 死亡確認、死亡診断書等記録の記載

③生活相談員・介護支援専門員

1)看取り介護同意書の説明

2) 継続的な家族支援（連絡・説明・相談・調整）

3) 家族等の面会や付き添いなどに関する細やかな援助

4) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの連携の強化

5) 臨終後のケアとしての家族支援と身辺整理

④介護支援専門員

1) 看取り介護計画書の作成

2) カンファレンス記録の作成

3) 定期的なモニタリングによる計画の修正・変更

⑤看護職員

1) 医師との連携の強化

2) 看取り介護にあたり他職種協働のチームケアの確立

3) 看取り介護に携わる職員からの相談

4)状態観察の結果に応じ、医師の指示に基づき点滴や酸素吸入など必要な処置の実施

5) 疼痛の緩和

6) 急変時への対応（オンコール体制）

7) 家族への説明と不安への対応

⑥介護職員

1)食事、排泄介助、清潔保持の提供

2)身体的、精神的緩和ケアと安楽な体位の工夫

3)コミュニケーション（十分な意思疎通を図る）

4)状態観察、不安軽減のための頻回な訪室

5)経過記録の記載

⑦管理栄養士

1) 利用者の状態と嗜好に応じた食事の提供

2) 食事・水分摂取量・排泄状態の把握

⑧機能訓練士

1)安楽な体位の工夫

2)マッサージ、関節可動域運動などによる疼痛の緩和や循環の維持

９　看取りに関する職員教育

看取りの介護の理念を理解し、その目的を明確化するために定期的に職員の研修を行う。

①看取り介護の理念
②死生観教育
③看取り期に起こりうる機能的・精神的変化への対応
④夜間・緊急時の対応
⑤看取り介護実施にあたりチームケアの充実
⑥家族支援
⑦看取り介護への振り返り（検証と評価）

１０　緊急時の対応

①夜間緊急時の連絡と対応について
　当施設の夜間緊急時の連絡・対応マニュアルに沿って適切な連絡を行う。
②協力医療機関との連携体制
　当施設は協力医療機関であるくじめ内科との連携により、365 日、24 時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応することができる体制をとっている。

１１　責任者

夜間緊急対応および看取り介護については、看護リーダー（看護師）を責任者とする。

社会福祉法人　こころの家族
　　理事長　田内　基　殿

個人情報使用同意書

私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1　使用する目的

（1）介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

（2）上記（1）の他、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。

（3）現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2　使用する期間

契約の締結からサービス終了まで

3　留意点

（1）個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

（2）個人情報を使用した会議、内容等の経過を記録いたします。

年　　月　　日

(利用者)　　住所

氏名

(利用者の家族等代理人・立会人)　　住所

氏名

(利用者との関係　　)

(家族)　　住所

氏名

(利用者との関係　　)

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　こころの家族
特別養護老人ホーム故郷の家・神戸
施設長　松下　良平　　殿

依　頼　書

私は、下記の者に施設利用中の貴重品管理を依頼します。

代理人　住所　神戸市長田区東尻池町７丁目４－21
特別養護老人ホーム　故郷の家・神戸
職員

依頼人　入所者　氏名

代筆者　住所

氏名　　(関係)

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　こころの家族
特別養護老人ホーム故郷の家・神戸
施設長　松下　良平　　殿

同　意　書

ご入院・外泊については、居室を地域の皆様により多く利用していただくために、居室を使用する場合もあることを同意します。

入所者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族等代理人・立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入所者との関係　　）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　こころの家族
特別養護老人ホーム故郷の家・神戸
施設長　松下　良平　　殿

同　意　書

1.　事務手数料・貴重品管理サービス等（100 円/日）

2.　日常生活上必要となる諸費用

＊ 個人使用テレビ・在宅酸素電気代（100/日）

＊ ポット・冷蔵庫・電気毛布等電気代（50 円/日）

＊ 散髪・実費相当額

上記につき、自己負担となることに同意します。

入所者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族等代理人・立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入所者との関係　　）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　こころの家族
特別養護老人ホーム故郷の家・神戸
施設長　松下　良平　　殿

同　意　書

保険証がない場合の医療機関受診（夜間受診・期限切れ等正規の保険証があれば返済されます。）

上記につき、自己負担となることに同意します。

入所者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族等代理人・立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入所者との関係　　）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　こころの家族
特別養護老人ホーム故郷の家・神戸
施設長　松下　良平　　殿

同　意　書

施設での看取り介護を希望する場合、施設医の特別な往診に係る往診料等が自己負担となることに同意します。

入所者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族等代理人・立会人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（入所者との関係　　）