

1 事業主体概要

事業主体名	ALSOKジョイライフ株式会社
代表者名	代表取締役 遠藤 嘉裕
所在地	大阪市北区西天満4丁目14番3号 TEL:(06)6360-6369 FAX:(06)6360-6368

2 事業所概要

事業所名称	ユトリーム朝霧
介護保険指定事業者番号	2870802713
管理者氏名	丹 修志
施設所在地	兵庫県神戸市垂水区狩口台6丁目12番1号
連絡先	電話 078-224-5001 FAX 078-224-5011 担当者 丹 修志
敷地概要（権利関係）	敷地面積 1184.53㎡ 山陽電気鉄道株式会社（抵当権なし） （定期借地契約期間 2011年3月1日～2041年2月28日）
建物概要（権利関係）	延床面積 2411.67㎡ 山陽電気鉄道株式会社
居室（一般居室・介護居室）、 一時介護室の概要 （面積は有効面積で記載）	一般居室 12室 定員 22名（27.72㎡～53.88㎡） 介護居室（全室個室）39室 定員 39名 （18.00㎡～19.50㎡） 一時介護居室 1室 ベッド数 1床（11.06㎡）
浴室、食堂、機能訓練室の概要	<浴室> 1階 特殊浴槽1槽 2階 個浴2槽 3階 個浴2槽 4階 個浴1槽、特殊浴槽1槽 5階、6階の一般居室は居室内浴室設置 <食堂・機能訓練室> 1階 一般居室者用 1室 2階 介護居室者用（機能訓練室と兼用） 1室 3階 介護居室者用（機能訓練室と兼用） 1室 4階 介護居室者用（機能訓練室と兼用） 1室
共用施設概要	エントランスホール、受付カウンター、健康管理室、ダイニングルーム、 食堂兼機能訓練室、機械浴室、個室浴室、ルーフトラス、駐輪場、メールボックス、エレベーター等
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報用コールボタン設置

3 事業の目的及び運営方針

使用種別	事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> 要介護（要支援）状態にある入居者（以下「入居者」という。）に対し、適正な指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
□	特定施設入居者生活介護	<ol style="list-style-type: none"> 特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要介護状態となった場合でも、入居者が当該施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。 安定的かつ継続的な事業運営に努める。 指定特定施設入居者生活介護の実施に当っては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
□	介護予防特定施設入居者生活介護	<ol style="list-style-type: none"> 介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、入居者が当該施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。 安定的かつ継続的な事業運営に努める。 指定介護予防特定施設入居者生活介護の実施に当っては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4 事業所の職員体制

(2022年2月1日現在)

	職員数	常勤換算後の人数		夜間勤務職員数 (20時～翌7時)	備考
			うち自立者 対応		
従業者の内訳	管理者	1	1		
	生活相談員	1	0.5		介護職員兼務
	直接処遇職員				
	介護職員	19(6)	15.5	3(2)	
	看護職員	4(1)	3.2		
	機能訓練指導員	1	0.5		看護職員兼務
	計画作成担当者	1	1.0		介護支援専門員
	医師				提携病院
	栄養士				外部委託による
	調理員				外部委託による
	事務職員	5(4)	3.0	3.0	
その他職員					
合計	30(11)	24.7	3.0	3	

※ 生活相談員は介護職員が、機能訓練指導員は看護職員が兼務しているため、職員数合計には含まれない。
() は非常勤で内数。

5 職員の勤務体制

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値
要介護者等の人数	32.92 人	34.83 人	32.45 人
指定基準上の直接処遇職員の人数 (常勤換算)	10.97 人	11.61 人	10.82 人
ホームに配置する直接処遇職員の人数 (常勤換算・自立者対応の人数を除く。)	20.90 人	19.47 人	22.23 人
要介護者等の人数に対する直接処遇職員 の人数の割合	1.58 : 1	1.79 : 1	1.46 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の月間勤務時間を 168 時間 (2 月のみ 160 時間) として換算		
従業者の勤務体制の概要	1 ヶ月変形労働時間制 2 直 2 交代制 早出 7 : 00 ~ 16 : 00 遅出 11 : 00 ~ 20 : 00 日勤 9 : 00 ~ 18 : 00 夜勤 16 : 00 ~ 10 : 00 (注釈) 記載の勤務体制については、標準的な例を示したものであり、各時間帯の従業者の配置を約したのではない。		

6 特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の内容と費用 (介護保険給付対象サービス)

一 サービス内容

種 類	内 容
食 事	・ 入居者の状況に応じ適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行う
入 浴	・ 週 2 回の入浴介助 (または清拭) を行う ・ 入居者の状況に応じ適切な入浴介助を行うと共に、入浴の自立についても適切な援助を行う
排 泄	・ 入居者の状況に応じ適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行う
身辺介助	・ 入居者の状況に応じ適切な身辺介助を行う ・ 入居者個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助する
機能訓練	・ 機能訓練指導員により入居者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止し自立支援に努める
生活支援	・ 入居者の状況に応じ適切な生活支援を行う
健康管理	・ 年 2 回の健康診断を実施する ・ 看護職員により入居者の状況に応じて、適切な措置を講じる
生活相談	・ 入居者とその身元引受人からの相談に応じる

※この他詳細は別紙「サービス一覧」の介護保険給付の欄を参照

二 費用

使用区分	介護保険法令等に基づく介護報酬の自己負担額になります。(1 ヶ月 30 日の場合)				
	介護度	単位	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
□	要支援 1 のご入居者	182 単位/日	5,755 円/月	11,510 円/月	17,265 円/月
	要支援 2 のご入居者	311 単位/日	9,834 円/月	19,668 円/月	29,502 円/月
□	要介護 1 のご入居者	538 単位/日	17,012 円/月	34,023 円/月	51,035 円/月
	要介護 2 のご入居者	604 単位/日	19,099 円/月	38,197 円/月	57,296 円/月
	要介護 3 のご入居者	674 単位/日	21,312 円/月	42,624 円/月	63,936 円/月
	要介護 4 のご入居者	738 単位/日	23,336 円/月	46,671 円/月	70,007 円/月
	要介護 5 のご入居者	807 単位/日	25,518 円/月	51,035 円/月	76,552 円/月

<p>※当ホームの介護報酬は1単位＝10,54円（4級地）です</p> <p>※サービス提供体制強化加算（I）適用の場合、22単位／日が増加されます。</p> <p>※夜間看護体制加算適用の場合、10単位／日が増加されます</p> <p>※医療連携体制加算適用の場合、80単位／月が増加されます</p> <p>※口腔衛生管理体制加算適用の場合、30単位／月が増加されます</p> <p>※退院・退所時連携加算適用の場合、入居日から30日間は30単位／日が増加されます</p> <p>※介護職員処遇改善加算（I）適用の場合、基本単位に各種加算を加えた単位数×8.2％／日が増加されます。</p> <p>※介護職員等特定処遇改善加算（I）適用の場合、基本単位に各種加算を加えた単位数×1.8％／日が増加されます。</p> <p>※生活機能向上連携加算（I）適用の場合、100単位／月が増加されます</p> <p>※看取り介護加算適用の場合は以下の該当日数に応じて最大合計6,428単位増加されます。</p> <p>死亡日1,280単位／日 死亡日前日・前々日680単位／日</p> <p>死亡日4～30日144単位／日 死亡日31日～45日72単位／日</p> <p>※科学的介護推進体制加算適用の場合、40単位／月が増加されます</p>

（介護保険給付対象外サービス）

人員配置が手厚い場合の介護サービス利用料（上乗せ介護サービス費）

内容	<p>介護および看護職員について、国の定める人員配置基準（3：1）を超えて、手厚く配置させていただくために必要な費用（人件費相当額等）をご負担いただきます。</p> <p>ユトリーム朝霧では、2.5：1以上の人員配置をいたします。</p>
----	---

その都度費用が発生するサービス（有料サービス）

種類	内容
排泄	おむつ代の実費をご負担いただきます。
理美容	理美容費の実費をご負担いただきます。
外出同行	690（税込）円／15分毎をご負担いただきます。
代行	690（税込）円／15分毎をご負担いただきます。
健康管理	医療費にかかる実費をご負担いただきます。
レクリエーション及び行事	レクリエーション及び行事にかかる費用の実費をご負担いただきます。
その他	その他申し出事項については、690（税込）円／15分毎をご負担いただきます。

※この他詳細は別紙「サービス一覧」のその他有料サービス費用の欄を参照

7 利用料等の支払い方法

支払期日	当月25日の請求に対し、翌月10日（金融機関休業日はその翌営業日）
支払方法	入居者は、入居時に事業者所定の預金口座振替依頼書を提出することで、事業者が入居者の指定金融機関口座から月額利用料を自動引き落としにて受領する。
領収書	入金確認日にかかる月の請求時に合わせて、領収書を発行する。

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

（1）苦情等処理の体制および手順

ア：提供したサービスに係る入居者、身元引受人からの苦情に対して、苦情を受け付けるための窓口を（2）苦情等相談窓口を設置する。

イ：苦情等に円滑かつ適切に対応するための体制および手順は次のとおりとする。

① 苦情受付の方法

苦情等は面接、電話及び書面等により随時、苦情等を受け付けます。又、ご意見箱及び行政機関よりの苦情等を受け付ける。

② 苦情受付の報告・確認

苦情を受け付けた担当者（職員）は受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告し、苦情解決責任者は苦情申し出人に対して報告を受けた旨を通知する。

③ 苦情解決のための話し合い

解決責任者は、苦情申し立て人と誠意を持って話し合いによる解決に極力努めるものとするが、必要に応じて運営懇談会に諮り入居者の意見を聴き解決案の調整及び改善事項等の解決策を決定する。

④ 苦情解決結果の記録報告

苦情を受けた担当者は、苦情受付から解決改善までの経過と結果の記録を行う。行政機関・苦情申立機関・紛争解決機関よりの指導又は助言を得た場合は、それに従い必要な改善を行いその結果を行政に報告する。

⑤ 苦情解決結果の公表

苦情解決策を実施しその結果を公表・掲示する。

サービスの選択並びに事業者に於けるサービスの質や信頼性の向上を図るため個人情報に関するものを除き解決結果を公表する。

⑤ 苦情解決結果の周知

解決責任者は入居者及び身元引受人に周知する。職員関係スタッフに指示及び周知を行う。

(2) 苦情等相談窓口

相談窓口	【事業所の窓口】 苦情解決責任者	窓口担当者：支配人 丹 修志 電話番号：078-224-5001 FAX 番号：078-224-5011
	【事業者の窓口】 株式会社かんでんジョイライフ 本社苦情解決責任者	所在地：大阪市北区西天満4丁目14番3号 窓口担当者：福祉サービス事業部 サービス品質グループ 西村 誉代 電話番号：06-6360-6369 FAX 番号：06-6360-6368 受付時間：09：00～18：00
	【市町村の窓口】 神戸市保健福祉局監査指導部	電話番号：078-322-6242
	【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会 業務管理部介護保険課苦情相談係	電話番号：078-332-5682
	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会	電話番号：03-3272-3781
	神戸市生活情報センター	電話番号：078-371-1221

9 高齢者の虐待防止について

事業者は、入居者等の人権擁護、虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

責任者：（職名）管理者 （氏名）丹 修志

② 個別支援計画の作成等適切な支援の実施に努めます。

③ 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、職員が人権擁護に取り組める環境の整備に努めます。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に基づき年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	消火器	19台	スプリンクラー設備	あり
	避難誘導灯	12台	スプリンクラーヘッド	371台
	通路誘導灯	14台	自動火災報知機	1台
	階段誘導灯	10台	感知器	194台
消防計画等	消防署への届出日：2020年9月1日 防火管理者：渡辺 真一			

11 緊急時等における対応方法

入居者が医療を要する場合の対応	<ul style="list-style-type: none"> 入居者が疾病、負傷等により治療が必要となった場合は、事業者の協力医療機関、入居者の選択による医療機関、または「ユトリーム朝霧」において、必要な治療が受けられるよう、連絡、紹介等の協力を行う。 治療の必要性の判断は、医師が行うこととする。 入居者が入院治療が必要と判断される場合には、入居者を協力医療機関等にお連れし、入院していただく。 入院の必要性の判断は、必ず医師の意見に基づくものとし、事前に入居者の意見を確認しますと共に、身元引受人の同意を得ることとする。 入院中における付き添いはしない。
-----------------	--

12 協力医療機関等

協力医療機関（又は囑託医）の概要及び協力内容	<p><医療法人薫風会 佐野病院> (協力の内容)</p> <p>○住 所：神戸市垂水区清水が丘2丁目5番1号</p> <p>○病 床：160床</p> <p>○標榜科目：内科・消化器内科・腫瘍内科・内視鏡内科・糖尿病内科・人工透析内科・疼痛緩和内科・外科・消化器外科・腫瘍外科・乳腺外科・内視鏡外科・肛門外科・整形外科・リハビリテーション科・婦人科・小児科・放射線診断科</p> <p>○関連施設：介護老人保健施設マイン・レーベン</p> <p>○協力概要：</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 全診療科目での時間内及び時間外受診 ② 利用者の緊急時の入院受付 ③ 利用者の入院受付 ④ 利用者の検査等の外来受診 ⑤ 利用者の入居前健康診断の受け入れ ⑥ 定期健康診断（人間ドック含む）の受け入れ <p>○医療費は自己負担</p> <p><神戸医療生活協同組合 協同歯科> (協力の内容)</p> <p>○住 所：明石市大蔵谷狩口192-3</p> <p>○診療科目：歯科</p> <p>○協力概要：</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者およびホーム内従業員の予約による外来治療の受け入れ
------------------------	--

	<p>②利用者およびホーム内従業員の予防歯科治療及び口腔ケアに関する助言・指導</p> <p>③診療所に出向くことが難しい利用者に対する定期的な往診による歯科治療および口腔ケアの実施と評価</p> <p>④口腔機能の回復のための指導および助言</p> <p>⑤利用者に関してホーム内従業員が行なうカンファレンスへの可能な範囲での参加および助言</p> <p>○医療費は自己負担</p>
--	--

1 3 その他関連病院

	<p><関西電力病院> (協力の内容)</p> <p>○住所：大阪市福島区福島2丁目1-7</p> <p>○診療科目：内科、循環器内科、消化器・肝胆臓内科、糖尿病・代謝・内分泌センター・血液内科、腎臓内科、呼吸器内科、腫瘍内科神経内科、神経科、消化器外科、脊柱外来・手外科・整形外科・脳神経外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、形成再建外科皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科・放射線治療科、麻酔科、救急集中治療・総合診療科</p> <p>○協力概要</p> <p>①嘱託医・ホーム紹介利用者の緊急時の入院受付</p> <p>②嘱託医・ホーム紹介利用者の予約による優先入院の受入</p> <p>③嘱託医紹介利用者の検査等の外来受診</p> <p>④入居前健康診断の受け入れ</p> <p>⑤定期健康診断の受け入れ</p> <p>○医療費は自己負担</p>
--	--

1 4 事故発生時の対応方法について

サービスの提供にあたり事故が発生した場合は、市町村、身元引受人等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、入居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います。ただし、入居者に過失がある場合、賠償額は減額されます。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名	介護保険事業者総合保険
保障の概要	介護保険事業者（サービス実施に伴う事故）保障： 対人1億円/人

1 5 専用居室又は一時介護室の利用条件・手続き

要介護時（認知症を含む。） に介護を行う場所	専用居室
入居後に	一時介護居室へ移る場合（判定基準・手続き、追加費用の可否、居室利用権の取扱い等）
	一般居室の入居者が、一時的に24時間の介護が必要となった場合は、医師の意見等を聴いた上、一時介護居室に移っていただいて介護等のサービスを提供します。期間は最長1ヶ月とする。この間にアセスメントを行い、自室復帰・延長・介護居室への移動を検討します。（追加費用なし。）

居室 又は 施設を 移る 場合	介護居室へ 住み替える場合 (同上)	<ul style="list-style-type: none"> ・一般居室の入居者が、一般居室での生活が難しくなった場合、医師の意見等を聴くと共に、概ね3ヶ月の観察期間を経た上、介護居室に移っていただいて介護等のサービスを提供する。 ・入居者が介護居室に移る場合、費用の精算をするとともに、入居者の介護認定区分に応じた介護保険給付対象サービス費をお支払いいただく。 ・介護居室は、ベッド、照明とエアコンが完備。 ・居室の向きが変更になる可能性がある。
	他のホームへ移る場合 (同上)	なし

16 契約解除の条件

(死亡による契約終了)

- ・事業者は、入居者が死亡した場合、死亡の日をもってこの契約を終了する。

(期間満了による契約終了)

- ・事業者は、ホームの定期建物賃貸借契約期限をもとに2041年2月28日をもって全ての入居者との契約を終了する。
 - ・事業者は、前項の終了日以降、入居者が引き続き事業者の運営する別のホームへの入居を希望する場合、別のホームに移ることができるよう努力する。
- (入居者からの契約終了)
- ・入居者は、いかなる場合でも所定の書面によりこの契約を終了することができる。
- (契約の消滅事項)
- ・天災、事変その他の不可抗力により、ホームの継続的な運営が困難になった場合、この契約は消滅し終了する。

17 秘密の保持と個人情報の保護について

入居者およびその家族に関する秘密の保持	<p>事業者およびその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た入居者、入居者の家族又は身元引受人の秘密を第三者に漏らさない。</p> <p>また、この義務は契約終了後も継続する。</p> <p>事業者は、居宅介護支援事業者等必要な機関に対し、入居者および身元引受人に関する情報を提供する必要がある場合には、入居者および身元引受人に使用目的等を説明し、文書により同意を得るものとする。</p>
個人情報の保護	<p>事業者は、入居者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物(磁気媒体情報および伝送情報を含む)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとする。</p>

18 施設入居・利用契約

施設の運営については、入居者と事業者との間で結ばれた入居契約に従う。

当事者は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護のサービス内容および重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業者	住所	大阪市北区西天満4丁目14番3号
	法人名	ALSOKジョイライフ株式会社
	代表者名	代表取締役 遠藤 嘉裕
	事業所名	ユトリーム朝霧
	説明者職名・氏名	_____

私は、重要事項説明書に基づいて、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護のサービス内容および重要事項の説明を受けました。

年 月 日

入居者	住所	_____
	氏名	_____

身元引受人	住所	_____
	氏名	_____