

重要事項説明書

(指定特定施設入居者生活介護および介護予防特定施設入居者生活介護)

当施設は介護保険の指定を受けております。
(兵庫県指定 第2875201762号)

当事業所はご契約者に対して特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所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。

※当サービスの利用は、原則として要支援・要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要支援・要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 施設の概要	2
4. 職員の配置状況	4
5. 施設が提供するサービスと利用料金	5
6. サービス提供における事業者の義務 (契約書第12条、第13条参照)	9
7. 損害賠償について (契約書第14条、第15条参照)	9
8. サービス利用をやめる場合 (契約書第17条、18条、19条、20条参照)	10
9. 事故発生時の対応について (契約書第22条参照)	11
10. 苦情の受付について (契約書第23条参照)	11

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 株式会社川島コーポレーション
(2) 法人所在地 千葉県君津市東猪原 248 番地 2
(3) 電話番号 0439-37-3600
(4) 代表者氏名 川島輝雄
(5) 設立年月日 平成2年9月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定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
平成16年9月1日 兵庫県指定 第2875201762号
- (2) 施設の目的 指定特定施設および介護予防特定施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（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、ご契約者に、特定施設入居者生活介護又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 有料老人ホーム サニーライフ神戸
- (4) 施設の所在地 兵庫県神戸市西区糀台4-20-1
- (5) 電話番号 078-991-2700
- (6) 管理者（支配人） 澤田 靖志
- (7) 当施設の運営方針 ご入居者はもとより、ご家族にとりましても安心して日常生活が送れますよう、きめ細かな行き届いたサービスの提供に努めております。
介護保険制度の趣旨に鑑み、有料老人ホームの役割、重要性を十分に認識しつつ社会責任を果たしてまいります。
- (8) 開設年月 平成16年6月

3. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造・地上7階建
- (2) 建物の延べ床面積 3,370,275 m²
- (3) 入所定員 76名
- (4) 併設事業 当施設では、併設の施設はございません。
- (5) 施設の周辺環境

サニーライフ神戸は、閑静な住宅街の中に佇み、自然を残しつつ、都心へのアクセスが整備され便利で快適な生活環境を提供し、生涯を託すにはふさわしいやすらぎの施設です。

又、ご家族の方が気軽に訪問できる近さにサニーライフ神戸はあります。

(6) 居室の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。居室の変更をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。

(但し、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
介護居室	76室	全室個室です。
食堂	2箇所	1・2階にございます。

談話コーナー	7箇所	各階にございます。 (1階・2階は食堂と兼用)
浴室	1室	2階にございます。
機能訓練コーナー	1箇所	2階にございます。(食堂兼用)
共用トイレ	7箇所	各階にございます。
洗濯室	3箇所	3・4・5階にございます。

☆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、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。その際は、ご契約者やご家族等の協議のうえ決定するものとします。

☆当施設では、居室以外に以下の施設・設備をご利用いただくことができます。

○談話コーナー ○大浴場 ○食堂等 ○機能訓練コーナー ○レストラン等

(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

自動販売機・公衆電話

※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。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護、又は介護予防特定施設入居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。

〈配置職員の職種〉

〈主な職種の配置状況〉※職員配置については、指定基準を遵守しています。

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名以上の直接処遇職員を配置します。
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。 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しますが、日常生活上の介護、介助等も行います。2名以上の看護職員を配置します。
機能訓練指導員	・ご契約者の機能訓練を担当し、1名の機能訓練指導員を配置しています。
計画作成担当者	・ご契約者に対する具体的サービス内容や、サービス提供方針の計画書を作成します。 1名の計画作成担当者を配置しています。

〈主な職種の配置状況〉※職員配置については、指定基準を遵守しています。

※令和3年7月1日現在 入居者定員76名 入居者数69名(自立・未申請・要支援1、2・要介護1～5含む)

職種	常勤換算	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 介護職員	22.8名	
3. 生活相談員	1名	1名

4. 看護職員	5名	2名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 計画作成担当者	1名	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. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7時30分～16時30分 4名 日中： 8時30分～17時30分 1名 遅番： 10時30分～19時30分 3名 夜勤： 16時00分～9時00分 3名
2. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7時00分～16時00分 1名 日中： 8時00分～17時00分 1名 遅番： 9時30分～18時30分 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

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。

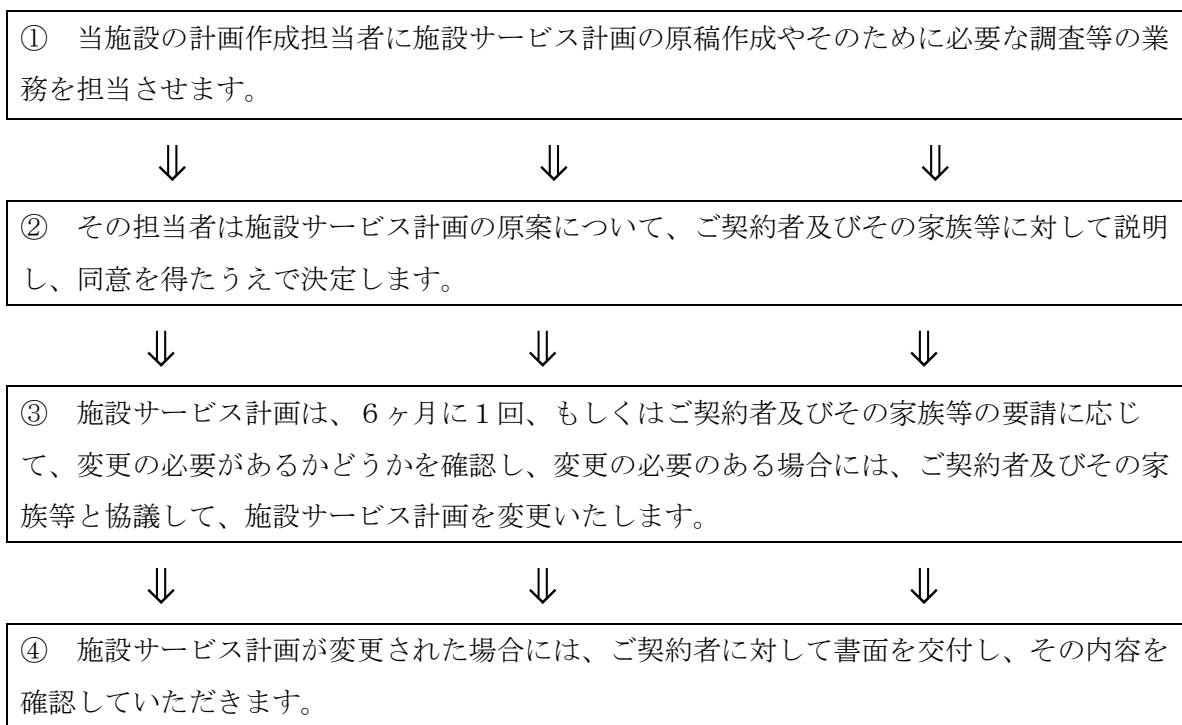
当施設が提供するサービスについて、

① 利用料金が介護保険給付又は予防給付から給付される場合	があります。
② 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合	

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、入居後作成する「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とおり行います。

(契約書第3条参照)



(1) 介護保険給付又は予防給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

〈サービスの概要〉

①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。

②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に活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④その他自立への支援

- ・契約書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。
- ・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。
- ・シーツの交換は週1回実施します。

⑤協力医療機関への健康情報の提供

- ・毎月ご入居者様の健康情報を協力医療機関へ書面にて提供し、より密接な連携を図ることによりご入居者様の健康状態の変化に対応します。

〈サービス利用料（30日あたり）〉（契約書第10条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護状態区分、又は要支援状態区分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。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援状態区分及び要介護状態区分に応じて異なります。）なお、自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合（1割、2割又は3割）に応じた額となります。

・介護サービス利用料金

（1ヶ月間、30日計算の場合の基本金額） 神戸市（4級地）地域区分加算：10.54円

ご契約者の介護度とサービス利用料金		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
		57,548	98,338	170,115	190,984	213,118	233,355	255,173	
基本料	介護保険給付費額	1割の場合	51,793	88,504	153,103	171,885	191,806	210,019	229,655
		2割の場合	46,038	78,670	136,092	152,787	170,494	186,684	204,138
		3割の場合	40,283	68,836	119,080	133,688	149,182	163,348	178,621
	自己負担額	1割の場合	5,755	9,834	17,012	19,099	21,312	23,336	25,518
		2割の場合	11,510	19,668	34,023	38,197	42,624	46,671	51,035
		3割の場合	17,265	29,502	51,035	57,296	63,936	70,007	76,552
その他	医療機関連携加算	給付額（843/月）							
		自己負担1割（85/月）	自己負担2割（169/月）		自己負担3割（253/月）				

<加算関係等>

①介護職員処遇改善加算

(基本料金+その他)の自己負担額に8.2%を乗じた介護職員処遇改善加算がご負担額に加わります。

②介護職員等特定処遇改善加算

(基本料金+その他)の自己負担額に1.2%を乗じた介護職員等特定処遇改善加算がご負担額に加わります。

③個別機能訓練加算

個別機能訓練指導員を配置し、個別機能訓練計画を作成し、これに基づき計画的に機能訓練を行っている場合、1日12単位(1割負担:1日13円、2割負担:1日26円、3割負担:1日37円)が負担額に加わります。

④サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

特定施設の看護、介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上の場合、1日6単位(1割負担:1日7円、2割負担:1日13円、3割負担:1日19円)が負担額に加わります。

⑤退院・退所時連携加算

医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合、1日30単位(1割負担:1日32円、2割負担:1日64円、3割負担:1日95円)が30日間に限って負担額に加わります。(入居後30日経過した場合でも、医療提供機関に30日を超えて入院後、退院した場合算定可能)

⑥口腔衛生管理体制加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合、月30単位(1割負担額1月32円、2割負担:1月64円、3割負担:1月95円)が負担額に加わります。

⑦口腔・栄養スクリーニング加算

サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6ヵ月毎に栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報(医師・歯科医師・栄養管理士等への相談提言を含む)を介護支援専門員に文書で共有した場合、年2回(4月・10月)20単位(1割負担:半年21円、2割負担:半年42円、3割負担:半年63円)が負担額に加わります。

⑧身体拘束廃止未実施減算

10%/日減算

(注1) ご契約者がまだ要支援・要介護認定を申請中でいまだ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。

(注2) 要支援・要介護認定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)。

(注3) 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。

(注4) 介護保険から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。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照)

介護保険法令において、保険給付サービスとは認められない種類のサービスであって、ご契約者との合意に基づき以下のサービスを提供します。

ただし、一部分が介護保険給付対象となる場合もあります。

以下のサービスで、利用料金の全額が原則として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 協力医療機関以外の通院費用
- ② 契約者に対する理美容サービス
- ③個別に行われる買い物
- ④医師の往診等療養上の世話
- ⑤ 教養娯楽施設等の提供或はレクリエーション等の材料費
- ⑥定期健康診断費用

(3) 利用料金のお支払い（契約書第10条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日迄に原則として、以下の方法でお支払いください。（1ヶ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。

毎月27日に、金融機関口座からの自動引き落とし方法による支払い ご利用できる金融機関 殆どの金融機関、及び郵便局
なお、特別の事情等止むを得ない場合は、下記の口座へお振込下さい。 銀行口座 <u>三井住友銀行 木更津支店 普通預金 4349448</u>

(4) 介護の場所（契約書第7条参照）

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室においてサービスを提供します。

但し、契約者の心身の状態により管理上変更する場合があります。その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(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、下記協力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。又、下記協力医療機関での診療・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	医療法人社団翌檜会 さとうクリニック
所在地	神戸市西区櫛谷町福谷882
診療科目	内科、消化器科、人工透析内科

医療機関の名称	医療法人社団董会 伊川谷病院
所在地	神戸市西区池上2-4-2
診療科目	内科、外科、整形外科・循環器内科・消化器外科 等

医療機関の名称	クリニック・ヤマダ
所在地	神戸市西区狩場台3-9-4
診療科目	内科、消化器内科、呼吸器内科・在宅療養支援診療所

療機関の名称	医療法人社団倫生会 みどり病院
所在地	神戸市西区枝吉 1 - 1 6
診療科目	内科、外科、整形外科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科 等

医療機関の名称	医療法人社団関田会 ときわ病院
所在地	三木市志染町広野 5 - 2 7 1
診療科目	内科、神経内科、外科、整形外科、消化器内科 等

②協力歯科医療機関

医療期間の名称	津川歯科診療所
所在地	明石市大久保町大窪 9 4 5 - 1
診療科目	訪問歯科診療

(6) 地域との連携について (契約書第 9 条参照)

周辺地域住民が行う活動等を通じて地域の交流に努め、地方自治体が実施する事業への協力に努めます。

6. サービス提供における事業者の義務 (契約書第 1 2 条、第 1 3 条参照)

当施設では、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、生活環境の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態等の必要な事項について、医師、看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- 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 事業者及びサービス従事者は、契約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えない場合を除き、身体拘束その他契約者の行動を制限する行為をおこなわないものとします。
- ⑤ ご契約者が受けている要介護認定、又は要支援認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定、又は要支援認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑥ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了後 5 年間保存するとともに、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑦ ご契約者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は予め定めた協力医療機関への連絡を行なう等の必要な措置を講じます。
- ⑧ 事業者及び従事者(退職者を含む)は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由無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いたします。

7. 損害賠償について (契約書第 1 4 条、第 1 5 条参照)

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。

ただし、その損害の発生について、ご契約者にも故意又は重大な過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

〈損害賠償がなされない場合〉

以下の場合には、事業者の責に帰すべき事由が認められない限り、ご契約者に生じた損害を賠償いたしません。

- ① ご契約者が、契約締結時に、ご自身の心身の状況や病歴等について、故意に告げず、また虚偽に告げたことがもつぱらの原因として発生した損害
- ② ご契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項（その日の体調や健康状態等）を事業者が確認する際に、故意に告げず、虚偽に告げたことがもつぱらの原因として発生した損害
- ③ ご契約者の急な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由をもつぱらの原因として発生した損害
- ④ ご契約者が、事業者もしくはサービス従業者の指示、依頼に反して行った行為をもつぱらの原因として発生した損害

8. サービス利用をやめる場合（契約書第17条、第18条、第19条、第20条参照）

契約の有効期間は、契約締結の日から12ヵ月ですが、契約期間満了の7日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に12ヵ月同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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。

（契約書第17条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② ご契約者の要支援状態区分及び要介護状態区分が自立と判定された場合
- ③ 施設への入居契約が終了した場合
- ④ 事業者が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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ ご契約者様から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑧ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）

契約の有効期間であっても、契約者から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに備え付けの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・解除することができます。

- ① 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ② 介護保険給付対象外サービスの利用料金変更不同意の場合
- ③ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく本契約に定める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業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業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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第20条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、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3ヶ月以上遅延し、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

9. 事故発生時の対応について(契約書第22条参照)

- ① 事故が発生した場合には、速やかにご家族及び主治医等に連絡を取り、迅速に必要な措置を確保します。
- ② 事故が発生した場合の対応については、予め施設内で定めている対応マニュアルに従い処理します。
- ③ 事故原因の分析、経過及び結果の報告については、記録を残し必要に応じて市区町村へ報告し、再発防止に努めます。

10. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設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。

- ①サニーライフ神戸 生活相談員

電話番号 078-991-2700

(受付時間：毎日 午前8時30分～午後5時30分)

- ②サニーライフ東京事務所 お客様相談室

電話番号 0120-17-0036 (フリーダイヤル)

(受付時間：平日 午前9時～午後5時)

(2) 行政機関の他苦情受付機関

神戸市保険福祉局 介護指導課	所在地 兵庫県神戸市中央区加納町6丁目5-1 3号館3階 電話番号 078-332-6326 受付 平日 8:45~12:00 13:00~17:30
兵庫県国民健康保険 団体連合会（苦情窓口）	所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町1-9-1 電話番号 078-332-5601 受付 平日 8:45~17:15
神戸市生活情報センター	所在地 兵庫県神戸市中央区橘通3丁目4-1 神戸市総合福祉センター 電話番号 078-371-1221 受付 平日 8:45~17:30

西暦 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービス、又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、ご利用者に交付致しました。

有料老人ホーム サニーライフ神戸 説明者職員名 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、指定特定施設入居者生活介護サービス又は介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意し、受領致しました。

利用者 氏名 印

署名代行者 氏名 印

○場合により、立会人の署名でも可能です。

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号第178条の規定に基づき、
利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。