

外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護

重要事項説明書

- 1 当外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護事業所が、提供するサービスについての相談窓口

電話 044-861-5317

担当窓口 神奈川県川崎市高津区末長1丁目3番13号

※ ご不明な点は、なんでもご相談ください。

- 2 サービスの内容

- (1) 基本サービス

- ① 特定施設サービス計画の立案

利用者について、解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービスに係る目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点を盛り込んだ特定施設サービス計画を作成します。

- ② 利用者の安否の確認

事業所の従業者により、利用者の日常の心身の状況を常に気配りいたします。

- ③ 生活相談等

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

- (2) 受託居宅サービス

特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、療養、その他日常生活上の支援について、下記サービスにつき事業者が委託する指定居宅サービス事業者により提供します。

指定訪問看護	高津訪問看護ステーション	神奈川県川崎市高津区溝口 1丁目17番地1
指定訪問介護	養護老人ホームすえなが訪問介護事業所	神奈川県川崎市高津区末長 1丁目3番13号
指定通所介護	介護老人福祉施設すえなが通所介護事業所	神奈川県川崎市高津区末長 1丁目3番13号
指定福祉用具貸与	介護用品ショップあつぷる溝の口店	神奈川県川崎市高津区下作延 2丁目7番41号 コロナーデ溝口206

- (3) 設備の使用、手続き及び介護サービス等

次の事項などのほか、入居に関する契約書の規定によりますのでご参照ください。

- ① 居室

当施設の居室は個室です。入居後、利用者の状況に応じて居室変更をする場合があります。

- ◎居室移動に関する事項

ア 利用者は、次の各号に定める場合には、事業者との協議の上利用者の同意を得た上で居室

を移動する場合があります。

- 一 日照、採光などの環境が、より適切なサービス提供をする合理的理由があるとき
 - 二 現に利用している居室の設備等が、より適切なサービス提供をするうえで著しい支障があるとき
 - 三 より適切なサービス提供をするうえで、他の利用者との関係が日常生活を送るうえで著しい支障があるとき
 - 四 その他既に利用している居室がより適切なサービス提供をするため、利用者の日常生活上に著しい支障があるとき
- イ 事業所は、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護の提供に著しい支障があると認めるときは、事業所の管理者は、利用者の同意を得て、居室を移動させることができます。
- ウ 居室移動をした利用者は、移動する前に使用していた居室を入居前の現状に復してください。その費用は利用者の負担とします。

② 食事

朝食 07:40 ~ 08:30

昼食 11:45 ~ 12:30

夕食 17:45 ~ 18:30

- ・ 食事は利用者の摂取状況に合わせて調理します。
- ・ 医師の指示による食事の提供を行います。

食事介助は、原則として、特定施設サービス計画に沿って受託居宅サービスにて対応します。

- ③ 入浴介助は、原則として、特定施設サービス計画に沿って受託居宅サービスにて対応します。
- ④ その他日常生活上の更衣、排泄、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付添い等の介護は特定施設サービス計画に沿ってサービスの調整を行います。

⑤ 機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を必要に応じて、特定施設サービス計画に沿って受託居宅サービスにて対応します。

⑥ 健康管理

ご利用開始後、健康状態を把握するため、原則毎週1回、診療室にて嘱託医による診察や健康相談のサービスを受けることができます。その他実費負担により歯科医の来診も受けられます。なお、嘱託医以外への外来は原則として、ご家族に実施していただきます。(介添えが必要な場合にはご相談ください。但し緊急時の場合を除き費用がかかる場合があります。)

(4) その他のサービス

① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、実費負担にてご利用頂けます。ご希望の方は申出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

② レクリエーション

年間を通して利用者の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものもございます。

③ ショッピング

一人での外出や買い物が困難な方を対象に、月1回職員が替わって買い物を行います。ご希望の方は実費負担にてご利用頂けます。

3 利用料金

(1) 保険が適用される基本料金（報酬告示関係 1単位：10,720円）

保険が適用される基本料金 (1日あたり)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
①基本サービス費	84	900円	90円	180円	270円
②障害者等支援加算	20	214円	22円	43円	65円
③サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	64円	7円	13円	20円

(2) 受託居宅サービス利用料

利用者が負担する額は事業所にお支払いください。サービスを提供する事業者に支払う必要はありません。

①「指定訪問介護」（報酬告示関係 1単位：10,720円）

ア 身体介護が中心である場合

訪問介護（1サービス利用あたり） (身体介護が中心である場合)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
15分未満の料金	94	1,007円	101円	202円	303円
15分以上30分未満の料金	189	2,026円	203円	406円	608円
30分以上45分未満の料金	256	2,744円	275円	549円	824円
45分以上60分未満の料金	341	3,655円	366円	731円	1,097円
1時間以上1時間15分未満	426	4,566円	457円	914円	1,370円
1時間15分以上1時間30分未満	511	5,477円	548円	1,096円	1,644円

1時間30分以上については、548単位に所要時間1時間30分から計算して所要時間15分を増すごとに36単位を加算した単位です。料金はその単位に10,720円を乗じた額、利用者自己負担は料金の1割、2割または3割の額です。

イ 生活援助が中心である場合

訪問介護（1サービス利用あたり） (生活援助が中心である場合)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
15分未満の料金	48	514円	52円	103円	155円
15分以上30分未満の料金	94	1,007円	101円	202円	303円
30分以上45分未満の料金	142	1,522円	153円	305円	457円
45分以上60分未満の料金	190	2,036円	204円	408円	611円
1時間以上1時間15分未満	214	2,294円	230円	459円	689円
1時間15分以上	256	2,744円	275円	549円	824円

- ② 「指定通所介護」(通常規模型：6時間以上7時間未満)(報酬告示関係 1単位：10.72円)

通所介護 (1回につき) (通常規模型：6時間以上7時間未満)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1の料金	526	5,638円	564円	1,128円	1,692円
要介護2の料金	620	6,646円	665円	1,330円	1,994円
要介護3の料金	716	7,675円	768円	1,535円	2,303円
要介護4の料金	811	8,693円	870円	1,739円	2,608円
要介護5の料金	907	9,723円	973円	1,945円	2,917円

- ③ 「指定訪問看護」(指定訪問看護ステーション)(報酬告示関係 1単位：10.72円)

訪問看護 (1サービス利用あたり)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
20分未満の料金	283	3,033円	304円	607円	910円
30分未満の料金	424	4,545円	455円	909円	1,364円
30分以上1時間未満の料金	741	7,943円	795円	1,589円	2,383円
1時間以上1時間30分未満の料金	1015	10,880円	1,088円	2,176円	3,264円

- ④ 「指定福祉用具貸与」(報酬告示関係 1単位：10.72円)

現に福祉用具貸与に要した単位×10.72×(自己負担割合 1割、2割または3割)

- ⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(報酬告示関係 1単位：10.72円)

{基準単位+サービス提供体制強化加算+障害者等支援加算+通所介護利用単位+訪問介護利用単位(身体介護+生活援助)+福祉用具貸与利用単位}

×122/1000×10.72×(自己負担割合 1割、2割または3割)

- (3) その他自己負担となるもの(保険外の費用で全額利用者の負担となるもの)

① 特別な介護費用

② 医療機関への通院に要する費用

③ その他 実費

理美容代(理美容事業者へ直接お支払いください。)

④ 記録等の複写物に関する費用

サービス提供に関する記録の複写物は実費負担とする。

4 利用料の支払方法

- (1) 口座自動引き落とし

利用者ご自身又はご家族名義の口座から請求金額を引き落とします。

手数料は、当施設負担となります。(別途契約が必要になります。)

引き落とし日は、サービスを提供した翌月の20日です。

(2) 銀行振込

当施設指定の銀行口座へ振込願います。

手数料は、利用者のご負担とさせていただきます。

サービスを提供した翌月の20日までに振込願います。

(3) 現金支払い

サービスを提供した翌月の20日までに施設窓口へお支払い願います。

5 身体的拘束等の禁止

(1) 事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、利用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得ない場合は、この限りではありません。

(2) 前項但し書きの規定に基づき身体的拘束の行為を行った場合には、事業者は直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、「サービス提供記録書」等の書面に記録します。

6 虐待防止

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

(1) 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、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2) 虐待防止のための指針を整備しています。

(3) 職員に対し、虐待を防止するために定期的な研修を実施します。

(4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

7 個人情報の保護

(1) 事業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

(2) 事業者は、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得た場合には、サービス担当者会議等(外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービスにあつては、外部サービス提供事業者)との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

8 非常災害対策

(1) 非常災害に備えて必要な設備を設け、防災、避難に関する計画を作成するとともに、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを職員に周知します。

(2) 定期的に避難、救出その他の訓練を行います。

9 業務継続計画の策定等について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、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い必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、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行います。
- (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。

10 衛生管理等について

感染症の発生、蔓延を防ぐために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 施設における感染症等の蔓延防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 施設における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
- (3) 施設において、職員に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

11 苦情対応

- (1) 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、計画作成担当者、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
- (2) 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- (3) 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取り扱いもいたしません。

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設お客様相談窓口	電話番号	044-861-5317
	FAX 番号	044-861-6194
	相談窓口	田中真美
	対応時間	9時00分から17時30分 *その他時間帯も可能な限り対応いたします。

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 ・川崎市健康福祉局長寿 社会部高齢者事業推進課	所在地	川崎市川崎区宮本町1番地
	電話番号	044-200-0445
	FAX 番号	044-200-3926
	対応時間	8時30分から17時00分
神奈川県国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地	神奈川県横浜市西区楠木町27番地1
	電話番号	045-329-3447
	対応時間	8時30分から17時00分

【重要事項説明書 説明確認欄】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 社会福祉法人 セイワ
養護老人ホーム すえなが

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、重要事項について説明を受け、その内容に同意し、説明書の交付を受けました。

(利用者) 氏 名 _____ 印

(身元保証人) 氏 名 _____ 印

(代理人) 氏 名 _____ 印

(立会人) 氏 名 _____ 印