

《外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業重要事項説明書》

あなたに対する社会福祉法人ゆいの里養護老人ホームハートヒル川路における（介護予防）特定施設サービスを開始するにあたり、当事業者が厚生省令第37号第8条に基づいて、あなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1、事業者の概要

事業者の名称	ゆいの里
主たる事業所の所在地	飯田市龍江7159-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 大原 泰一
電話番号	0265-27-4600

2、ご利用事業所

事業所の名称	社会福祉法人ゆいの里 養護老人ホームハートヒル川路
指定番号	長野県第 2070501248 号
所在地	飯田市川路3457-1
電話番号	0265-27-2208

3、事業目的及び運営方針

(1) 事業の目的

社会福祉法人ゆいの里が運営する、社会福祉法人ゆいの里養護老人ホームハートヒル川路が行う外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の生活相談員その他の従業員が要介護又は要支援の状態となった高齢者に対し、適切なサービスを提供することを目的とする。

(2) 運営の方針

事業所の生活相談員は、要介護状態等となった場合においても、その心身の特性を踏まえ、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに 利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4、ご利用事業所の職員体制

管理者 1名 （養護老人ホーム施設長と兼務）

生活相談員 3名 （介護職員と兼務）

看護職員 1名

介護職員数については利用者数に対し、常勤換算10：1以上となるように随時変更する

計画作成担当者 1名 （他の職種と兼務）

事務員 2名 （養護老人ホームハートヒル川路と兼務）

5、営業時間帯

終 日

6、受託サービス事業者及び受託サービス事業所の名称は以下の通りとする。

サービス	事業者	事業所	住所
指定訪問介護	社会福祉法人ゆいの里	ヘルパーステーションおひさま	飯田市川路3457-1
指定通所介護	社会福祉法人ゆいの里	デイサービスセンターおよりて	飯田市龍江7159-1
指定通所介護	社会福祉法人ゆいの里	かわじデイサービスセンター	飯田市川路3467-2
指定通所介護	NPO法人あやめ	川路宅老所さろん あやめ	飯田市川路2682
指定通所介護	株式会社 たまゆら	デイサービスセンター 杜のおんがっかい	飯田市下瀬242-5
指定訪問看護	医療法人 健和会	訪問看護ステーション健和会	飯田市鼎上山1552-1
福祉用具貸与	有限会社 かふね	介護のかふね	飯田市育良町2-24-2
福祉用具貸与	株式会社 サン・アイ	サン・アイ福祉部	飯田市松尾寺所8055-1
福祉用具貸与	株式会社 マスト	マスト	飯田市上郷別府3313-8
福祉用具貸与	株式会社 上條器械店	上條器械店飯田営業所えがお	飯田市三日市場406-1

7、利用料

(1) 介護保険の対象となる利用料 (別紙参照)

- ア、 要介護度及び利用時間 (滞在時間) に応じて利用料は異なります。(別紙の通り)
- イ、 受けた介護サービスの内容により利用料は異なります。(別紙の通り)
- ウ、 介護保険の対象となる利用料のうち、介護保険負担割合証に応じた割合額の負担と決められています。

☆ 自己負担額については、老人ホームの「費用負担額」により異なります。

(2) 介護保険の対象とならない利用料

ア、 食事料 (原則として、ハートヒルの昼食をご用意します)

(3) 利用取消しに伴う費用弁償

- ① 次の事情による利用取消しは費用弁償を求めない。
 - ア、 利用者の病気等体調不良による取消し。
 - イ、 葬儀等社会通念上緊急止むを得ない取消し。

8、利用者負担金の納付

(1) 負担金の納付

介護報酬の金額が確定してきたところで個人負担内訳を作成し、事務手続きの関係で3カ月に1回清算をさせていただきます。

9、苦情申立・相談窓口

申立て・相談窓口	「受付時間」「電話番号」「面接場所」
ご利用事業所	受付：営業日の午前9時00分から午後5時45分まで 電話：0265-27-2208 面接：社会福祉法人ゆいの里ハートヒル川路事務室 （飯田市川路3457-1）
飯田市役所 長寿支援課	受付：（曜日）月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く） （時間）午前8時30分から午後5時15分まで 介護相談係 電話：0265-22-4511 「介護相談係」（内線5765） 面接：市役所長寿支援課（飯田市大久保町2434）
長野県 国民健康保険団体連合会	電話：026-238-1555 面接：長野市大字西長野字加茂北143-8

『外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護事業』の創設により、皆様のご希望をお聞きし、ハートヒル川路が、外部サービス提供事業者と契約することにより以下のサービスを受けることができます。

※ 特定施設サービスの内容

1、生活介護

ご利用者の身体状況及び希望により、以下の身体的介護および居室の清掃などの生活援助を受けられるようにします。

- ① 入浴介助
- ② 食事介助
- ③ 居室の清掃・清拭整理・包布交換など
- ④ 排泄介助

2、通所介護

ご利用者の希望により、通所介護（デイサービス・宅老所）サービスを受けられるようにします。

3、福祉用具貸与

ご利用者の身体状況及び希望により、福祉用具の貸与を受けることができます。

4、その他

当事業所が、あなたに提供するサービス及びその利用料は以下の通りです。

1、提供するサービス

別途あなたの「（介護予防）特定施設サービス計画」に基づき、サービスを提供します。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。分からないことがあったら、いつでも職員にご遠慮なくご質問下さい。
- ③ 特定施設サービス計画は、あなたのご希望や心身の状況、環境を踏まえて、具体的なサービス内容を検討して作成し、あなたの同意を得ていますが、サービス内容の変更をご希望の場合は、いつでも申し出て下さい。

2、あなたの利用料

(1) 介護保険の対象となる利用料（介護認定を受け特定施設サービス計画が作成されている場合）

利用者自己負担金 ※利用1回分負担額 円

- ① 自己負担額は介護保険負担割合証に応じた割合額の負担と決められています。
- ② 介護保険の利用料は、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護重要事項説明書「利用料」の欄の記載通りです。

※なお、あなたの介護保険の対象となる利用料の内訳は、下記の通りです。

ア、介護度別利用料 () 円

(小計) 円

(2) 介護保険の対象とならない利用料（その他の費用）

ア、食事料（原則として、ハートヒルの昼食を用意します）

3、緊急連絡先の確認

(1) 家族・親族等

氏名 _____

住所 _____

電話 _____ FAX _____

(2) 主治医

氏名 _____

医療機関名 _____

電話 _____ FAX _____

住所 _____

4、当事業所で提供しているサービス内容一覧

当事業所で提供しているサービスは、別紙「ゆいの里養護老人ホームハートヒル川路のサービス内容一覧」の通りです。サービス内容を変更する場合の参考として下さい。

令和 年 月 日

(利用者) 当事業者は、利用者1に対する外部サービス利用型(介護予防)特定施設入居者生活介護の提供開始に当たり、□利用者1(□利用者2)に対して外部サービス利用型(介護予防)特定施設入居者生活重要事項説明書及び(介護予防)特定施設サービス内容説明書に基づいて、重要事項及びサービス内容を説明しました。

(事業者) 外部サービス利用型(介護予防)特定施設入居者生活介護

事務所所在地 飯田市龍江7159-1

名称 社会福祉法人ゆいの里

代表者 理事長 大原 泰一

事業所 名称 (社) ゆいの里 養護老人ホームハートヒル川路

住所 飯田市川路3457-1

電話 0265-27-2208 FAX0265-27-4657

説明者 ①職名 _____ ②職名 _____

氏名 _____ 氏名 _____

(利用者) 私は、外部サービス利用型(介護予防)特定施設入居者生活介護重要事項説明書及び(介護予防)特定施設サービス内容説明書に基づいて、事業者から重要事項及びサービスの説明を受け、同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族(又は関係者)

住所 _____

氏名 _____ (印)(続柄等) _____

《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) 内部での利用

- ① 介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービスの利用者に関わる事業所等の管理運営業務のうち、
 - 1) 退居等の管理
 - 2) 会計・経理
 - 3) 事故等の報告
 - 4) 介護サービスの向上

(2) 他の事業所等への情報提供

- ① 事業所等が利用者等に提供する介護サービスのうち、
 - 1) 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）や照会への回答
 - 2) その他の業務委託
 - 3) 家族等への心身状況説明
- ② 介護保険事務のうち、
 - 1) 保険事務の委託
 - 2) 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 3) 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償などの関わる共済連等への相談又は届出等

(3) 上記以外の利用

介護関係事業者の管理運営業務のうち、

- 1) 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 2) 学生の実習への協力

2、 利用範囲

(1) 介護保険法で業務として明記されているもの

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業者等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等

(2) 行政機関等への対応として義務づけられているもの

- ① 市町村による文章等提出等の請求への対応
- ② 厚生労働大臣又は都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応
- ③ 都道府県知事による立入検査等への対応
- ④ 市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
- ⑤ 事故発生時の市町村への連絡

3、 使用する期間

令和 年 月 日から社会福祉法人ゆいの里介護保険サービス契約終了まで

4、 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した余談、相手方、内容等の経過を記録しておくこと
- (3) 社会福祉法人 ゆいの里が定める個人情報保護方針および規定等を遵守すること

社会福祉法人 ゆいの里
理事長 大原 泰一 殿

令和 年 月 日

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

(代理同意)

家族等 氏名 _____ 印 続柄 ()

【肖像権について】

当法人のホームページ・パンフレット・施設内外研修・掲示物・広報誌などにおいて利用者様・ご家族様の写真・映像を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入ください。

法人内・利用者様・ご家族様への通信等での写真等使用について (同意します ・ 同意しません)

法人外の通信・宣伝広告・ホームページなどでの写真等使用について (同意します ・ 同意しません)

令和 年 月 日

利用者 氏名 _____ 印

(代理同意)

家族等 氏名 _____ 印 続柄 ()

法人内・利用者様・ご家族様への通信等での写真等使用について (同意します ・ 同意しません)

法人外の通信・宣伝広告・ホームページなどでの写真等使用について (同意します ・ 同意しません)

令和 年 月 日

家族等 氏名 _____ 印 続柄 ()

介護保険の対象となる利用料（別表）

*自己負担額は1割負担の方の金額となります。

1. 「特定施設生活介護」

基本単価 1日 84単位： 840円 利用者自己負担額： 84円

要介護の方

2. 「外部訪問介護」

① 身体介護が中心である場合（1サービス利用あたり）

15分未満の料金	94単位：	940円	利用者自己負担額：	94円
30分未満の料金	189単位：	1,890円	利用者自己負担額：	189円
45分未満の料金	256単位：	2,560円	利用者自己負担額：	256円
1時間未満の料金	341単位：	3,410円	利用者自己負担額：	341円
1時間15分未満の料金	426単位：	4,260円	利用者自己負担額：	426円
1時間30分未満の料金	511単位：	5,110円	利用者自己負担額：	511円

1時間30分以上については、548単位に所要時間から計算して所要時間15分をまず毎に36単位を加算した単位です。料金はその単位に10円を乗じた額、利用者自己負担額は料金の1割の額です。

② 生活援助が中心である場合（1サービス利用あたり）

15分未満の料金	48単位：	480円	利用者自己負担額：	48円
30分未満の料金	94単位：	940円	利用者自己負担額：	94円
45分未満の料金	142単位：	1,420円	利用者自己負担額：	142円
1時間未満の料金	190単位：	1,900円	利用者自己負担額：	190円
1時間15分未満の料金	214単位：	2,140円	利用者自己負担額：	214円
1時間15分以上	256単位：	2,560円	利用者自己負担額：	256円

3. 「外部通所介護」

① 地域密着型（所要時間7時間以上8時間未満の場合）

要介護1の料金	678単位：	6,780円	利用者自己負担額：	678円
要介護2の料金	801単位：	8,010円	利用者自己負担額：	801円
要介護3の料金	929単位：	9,290円	利用者自己負担額：	929円
要介護4の料金	1,055単位：	10,550円	利用者自己負担額：	1,055円
要介護5の料金	1,181単位：	11,810円	利用者自己負担額：	1,181円

③ 通常規模型（所要時間7時間以上8時間未満の場合）

要介護1の料金	592単位：	5,920円	利用者自己負担額：	592円
要介護2の料金	699単位：	6,990円	利用者自己負担額：	699円
要介護3の料金	810単位：	8,100円	利用者自己負担額：	810円
要介護4の料金	921単位：	9,210円	利用者自己負担額：	921円
要介護5の料金	1,033単位：	10,330円	利用者自己負担額：	1,033円

4. 「外部訪問看護」

① 訪問看護ステーションの場合（1サービス利用あたり）

20分未満の料金	283単位：	2,830円	利用者自己負担額：	283円
准看護師の場合	254単位：	2,540円	利用者自己負担額：	254円
30分未満の料金	424単位：	4,240円	利用者自己負担額：	424円
30分以上1時間未満の料金	741単位：	7,410円	利用者自己負担額：	741円
1時間以上1時間30分未満の料金	1,015単位：	10,150円	利用者自己負担額：	1,015円

5. 「予防特定生活介護」

基本単価1日	57単位：	570円	利用者自己負担額：	57円
--------	-------	------	-----------	-----

要支援の方

6. 「予防外部通所介護」（すべて1カ月あたり）

要支援1の料金	1511単位：	15,110円	利用者自己負担額：	1,511円
要支援2の料金	3099単位：	30,990円	利用者自己負担額：	3,099円

7. 「予防外部訪問介護」（すべて1カ月あたり）

訪問介護費（Ⅰ）支援1.2の方	1032単位：	10,320円	利用者自己負担額：	1,032円
訪問介護費（Ⅱ）支援1.2の方	2066単位：	20,660円	利用者自己負担額：	2,066円
訪問介護費（Ⅲ）支援2の方	3277単位：	32,770円	利用者自己負担額：	3,277円

8. 「予防外部訪問看護」（すべて1カ月あたり）

20分未満の料金	273単位：	2,730円	利用者自己負担額：	273円
准看護師の場合	245単位：	2,450円	利用者自己負担額：	245円
30分未満の料金	406単位：	4,060円	利用者自己負担額：	406円
30分以上1時間未満の料金	715単位：	7,150円	利用者自己負担額：	715円
1時間以上1時間30分未満の料金	981単位：	9,810円	利用者自己負担額：	981円

9. 「介護職員等処遇改善加算」

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の128/1000の加算
--------------	-------------------