

## ケアハウス こもれび 「特定施設入所者生活介護」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。

(神奈川県指定 第 1472603016 号)

当事業所はご契約者に対して特定施設入所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、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。

### ～～目次～～

- 1・事業者
- 2・事業所の概要
- 4・事業実施地域及び営業時間
- 5・当事業所が提供するサービスと利用料金
- 6・協力病院等について
- 7・防災訓練について
- 8・苦情の受付について

#### 1・事業者

- |         |                     |
|---------|---------------------|
| ① 法人名   | 社会福祉法人 希望           |
| ② 法人所在地 | 神奈川県相模原市南区大野台4-4-36 |
| ③ 電話番号  | 042-757-7330        |
| ④ 代表者氏名 | 理事長 石川 廣直           |
| ⑤ 設立年月日 | 平成17年10月 1日         |

#### 2・事業所の概要

- |           |  |
|-----------|--|
| ① 事業所の種類  | 特定施設入所者生活介護事業所・平成17年10月1日指定<br><b>神奈川県 第 1472603016号</b>   |
| ② 事業所の目的  | 利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の援助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。 |
| ③ 事業所の名称  | ケアハウス こもれび   |
| ④ 事業所の所在地 | 神奈川県相模原市南区大野台4-4-36  |

⑥ 電話番号 042-757-7330

⑦ 事業所長（管理者）氏名 小檜山 裕子

⑦ 事業所の運営方針

1. 本事業所において提供する特定施設入所者生活介護は、介護保険法並びに関係する政令、省令や告示、通達等の主旨及び内容に沿ったものとする。
2. 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に特定施設サービス計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
3. 利用者又はその家族に対して、サービスの内容及び提供方法についてわかり易く説明する。
4. 適切な介護技術を持ってサービスを提供する。
5. 常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。

⑧ 開設年月日 平成 17 年 10 月 1 日

⑨ 利用定員 20 人

3・事業所実施地域及びサービス提供時間

① 通常の事業の実施地域

特定ケアハウス こもれば施設内

② 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
サービス提供時間	月～日 24 時間対応

4・職員配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定 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。

<主な職員の配置状況>・職員の配置については、基準人員を遵守しています。

職 種	実人員	基準人員
1. 管理者	1 名	1 名
2. 介護職員	名	名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	1 名	1 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6・介護計画作成員	1 名	1 名
7・栄養士	1 名	1 名
8. 医師	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事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除いた数です。

（ ）は兼務職員

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	勤務時間 早番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 日勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 遅番 1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 夜勤 2 0 : 0 0 ~ 7 : 0 0
2. 看護職員	勤務時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
3. 生活相談員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

5・事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所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場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担していただく場合 |
|---|

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 4 条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分 (通常 9 割) が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います。

② 排泄

- ・ ご契約者の排泄の介助を行います。(※但し入所時は自立されている方が前提です。)
- ・ 利用中に ADL (日常生活動作) の低下された方は、一部介助を行います。

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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 掃除・洗濯

- ・ お部屋の掃除・洗濯等の生活支援を行います。

⑤ 買い物

- ・ 日用品の買い物の付き添い又は代行を行います。

⑥ その他

- ・ 身の回りに関するあらゆる生活相談に随時応じます。

<サービス利用料金 (1 日あたり) > (契約書第 4 条、第 7 条参照)

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)をお支払い下さい。(上記のサービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

### 1 割負担

1、ご契約者 要介護度とサービス 利用料金	2、うち、介護保険 から給付される金 額 ※1	3、サービス利用 に係る一部自己 負担額 ※1	2、うち、介護保険 から給付される金 額 ※2	3、サービス利用に 係る一部自己負担 額 ※2
要支援 1 (182)	60,911 円	6,768 円	62,853 円	6,984 円
要支援 2 (311)	101,587 円	11,287 円	104,922 円	11,658 円
要介護度 1 (538)	173,228 円	19,248 円	178,951 円	19,883 円
要介護度 2 (604)	194,058 円	21,562 円	200,475 円	22,275 円
要介護度 3 (674)	216,150 円	24,017 円	223,303 円	24,811 円
要介護度 4 (738)	236,348 円	26,261 円	244,175 円	27,131 円
要介護度 5 (807)	258,124 円	28,680 円	266,677 円	29,631 円

### 2 割負担

1、ご契約者 要介護度とサー ビス利用料金	2、うち、介護保険 から給付される金 額 ※1	3、サービス利用 に係る一部自己 負担額 ※1	2、うち、介護保険 から給付される金 額 ※2	3、サービス利用に 係る一部自己負担 額 ※2
要支援 1 (182)	54,143 円	13,536 円	55,869 円	13,967 円
要支援 2 (311)	90,300 円	22,575 円	93,264 円	23,316 円
要介護度 1 (538)	153,981 円	38,495 円	159,068 円	39,767 円
要介護度 2 (604)	172,496 円	43,124 円	178,200 円	44,550 円
要介護度 3 (674)	192,133 円	48,033 円	198,492 円	49,623 円
要介護度 4 (738)	210,087 円	52,522 円	217,044 円	54,261 円
要介護度 5 (807)	229,444 円	57,361 円	237,046 円	59,262 円

### 3 割負担

1、ご契約者 要介護度とサービス 利用料金	2、うち、介護保険 から給付される金額 ※1	3、サービス利用に 係る一部自己負担 額 ※1	2、うち、介護保険 から給付される金額 ※2	3、サービス利用に係 る一部自己負担額 ※2
要支援 1 (182)	47,375 円	20,304 円	48,885 円	20,951 円
要支援 2 (311)	79,012 円	33,862 円	81,606 円	34,974 円
要介護度 1 (538)	134,733 円	57,743 円	139,184 円	59,650 円
要介護度 2 (604)	150,934 円	64,686 円	155,925 円	66,825 円
要介護度 3 (674)	168,117 円	72,050 円	173,680 円	74,434 円
要介護度 4 (738)	183,826 円	78,783 円	189,914 円	81,392 円
要介護度 5 (807)	200,763 円	86,041 円	207,416 円	88,892 円

※1・1ヶ月30日で計算されております。

※2・1ヶ月31日で計算されております。

☆介護保険自己負担額の中には、サービス提供体制強化加算Ⅲ（6単位/日）、口腔衛生管理体制加算(30単位/月)、医療機関連携加算(80単位/月)、科学的介護推進体制加算（40単位/月）処遇改善加算（8.2%）、特定処遇改善加算Ⅱ（1.2%）、介護職員等ベースアップ加算（1.5%）を含みます。

☆11月から3月までの期間は、冬季加算として2,070円が加算されます。

☆要支援又は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。

☆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。

#### ☆介護保険利用料金についての計算方法

##### （1割負担）

1、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.1＝利用者一割分の料金となります。

2、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.9＝介護保険よりの料金となります。

##### （2割負担）

1、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.2＝利用者一割分の料金となります。

2、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.8＝介護保険よりの料金となります。

##### （3割負担）

1、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.3＝利用者一割分の料金となります。

2、介護度の単位×月の日数×1.082×10.54×0.7＝介護保険よりの料金となります。

（介護保険より施設に入る料金となります。）

(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、第7条参照）

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>他別紙（施設サービス内訳等）参照

サービス内容	利用料金	備考
①利用者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜に要する費用	実費	・ 個別的な買い物等の代行 ・ 標準的な回数以上の入浴介助
② おむつ代	1枚／150円 尿取りパット 1枚／50円	施設の物を使用した場合
③ その他の日常生活費	実費 ※別表2参照	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。
④ その他	実費 ※別表2参照	施設サービスとは関係のない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。例) 理美容・レク・クラブ活動材料費・提携病院等の医療費・当法人取引業者からの購入費等

☆ 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ヶ月前までにご説明します。

食事

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の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取っていただくことを原則としています。（食事時間）

朝食・7:00～	昼食・12:00～	夕食・17:00～
----------	-----------	-----------

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

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日に指定口座より自動引き落としさせていただきます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、特定施設入所者生活介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。



(2) 行政機関その他 苦情受付期間

相模原市 福祉基盤課 指定・指導班	所在地 相模原市中央区中央 2-11-15 市役所本館 4 階 電話番号 042-769-9226 受付時間 8:30 ~ 17:00 (平日)
神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護保険部 介護苦情相談課	所在地 横浜市西区楠町 27 番地 1 電話番号 045-329-3447 0570-022110 受付時間 8:30 ~ 17:15 (平日)
(お住まいが相模原市以外の方)	所在地 電話番号 受付時間
(お住まいが神奈川県以外の方)	所在地 電話番号 受付時間

令和 年 月 日

特定施設入所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ました。

ケアハウス こもれび

説明者 職種 生活相談員 芹澤 清志 (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、特定施設入所者生活介護サービスの内容を理解し、その提供開始に同意し交付を受けました。

利用者 住所 TEL  
氏名 (印)

身元保証人 住所 TEL  
氏名 (印)