

指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所

天川たちばなプラス

重要事項説明書

当事業者は介護保険の指定を受けています。
(洲本市指定 第2891500098号)

当事業者はご契約者に対して指定介護予防小規模多機能型居宅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とおり説明します。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 洲本たちばな福社会
- (2) 法人所在地 兵庫県洲本市由良1丁目6番7号
- (3) 電話番号 0799-27-0146
- (4) F A X 0799-27-0384
- (5) 代表者氏名 理事長 伊富貴 幸廣
- (6) 設立年月日 昭和27年5月31日
- (7) 法人が行う他の事業
介護老人福祉施設・短期入所生活介護事業・通所介護事業・訪問介護事業
特定施設入居者生活介護事業・外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業
居宅介護支援事業・地域密着型介護老人福祉事業
- (8) U R L <http://sumoto-tachibana.or.jp>
- (9) E - m a i l y2t3a4@sumoto.tachibana.or.jp

2. ご利用事業所の説明

- (1) 事業所の種類 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業
平成23年3月14日・洲本市指定2891500098号
- (2) 事業の目的と運営方針
要支援状態にある方に対し、適正な介護予防小規模多機能型居宅介護を提供することにより要支援状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。
また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (3) 事業所の名称 天川たちばなプラス
- (4) 事業所の所在地 兵庫県洲本市由良町由良431番1
交通機関 淡路交通バス 由良線 停留所「日の出」下車
- (5) 電話番号 0799-25-7050
- (6) F A X 番号 0799-25-7051
- (7) 管理者氏名 森下 弘美
- (8) 開設年月日 平成23年3月14日
- (9) U R L <http://sumoto-tachibana.or.jp/sisetu/amagawa.html>
- (10) E - m a i l a-plus@sumoto-tachibana.or.jp

(11) 営業日及び営業時間	営業日	毎日	
	営業時間	通いサービス	9時00分～16時00分
		宿泊サービス	16時00分～ 9時00分
		訪問サービス	24時間

(12) 利用定員

登録定員	25名
通所サービスの利用定員	15名
宿泊サービスの利用定員	9名

3. サービスの内容

利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス又は宿泊サービスを組み合わせた介護を行います。

介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成した際は、当該計画を利用者に交付します。

- ・通いサービス … 事業所において、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。
- ・訪問サービス … 利用者宅を訪問し、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。
- ・宿泊サービス … 一時的な施設への入所となり、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護予防小規模多機能型居宅介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金（1か月当たり）

介護区分	利用料	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援 1	34,500円 (3,450単位)	3,450円	6,900円	10,350円
要支援 2	69,720円 (6,972単位)	6,972円	13,944円	20,916円

※ 月の途中から登録した場合や月の途中で登録を終了した場合には、登録期間に応じて日割りした利用料となります。

(2) 加算料金等

加算適用表

区 分	算定要件（抜粋）	1割負担額	2割負担額	3割負担額
初期加算	登録した日から起算して30日以内の期間	30円/日	60円/日	90円/日
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ	総合マネジメント体制強化加算Ⅱの要件かつ(4)日常的に利用者に関りのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること(5)必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービスを含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること また、(6)地域住民との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること(7)障害福祉サービス事業所、児童福祉施設と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること(8)地域住民等、他事業所との共同で事例検討会、研修会等を実施していること(9)市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業に参加していること 上記の(6)(7)(8)(9)の要件のうち事業所の特性に応じて1つ以上実施していること 上記の要件を満たした場合に算定	1,200円/月	2,400円/月	3,600円/月
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ	(1)個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員(計画作成責任者)や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。(2)利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること 上記要件を満たした場合に算定	800円/月	1,600円/月	2,400円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち介護福祉士が70%以上、または、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上である場合	750円/月	1,500円/月	2,250円/月
サービス提供体制強化加算Ⅱ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合	640円/月	1,280円/月	1,920円/月

区 分	算定要件（抜粋）	1割負担額	2割負担額	3割負担額
サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上、または常勤の職員が60%以上、勤続7年以上の介護福祉士が30%以上である場合	350円/月	700円/月	1,050円/月
科学的介護推進体制加算Ⅰ	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなどサービス提供にあたり、必要な情報を活用している場合（1月につき）	40円/月	80円/月	120円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担の取組を行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）	100円/月	200円/月	300円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催、必要な安全対策を講じた上で生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）	10円/月	20円/月	30円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして洲本市長に届け出た指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所であること	基本サービス費に適用の加算を加えた単位数に14.9%を乗じた金額		

所定の要件をみたます場合に限り、加算をいただきます。

□その他の費用

(1) 送迎費用

- ①通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 5 km 未満 300円
- ②通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 5 km 以上 15 km 未満 600円
- ③通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 15 km 以上 900円

(2) 交通費（訪問サービスを提供する場合）

- ①通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 5 km 未満 300円
- ②通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 5 km 以上 15 km 未満 600円
- ③通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道につきおおむね 15 km 以上 900円

(3) 食事の提供に要する費用 朝食306円 昼食665円 夕食510円

(4) 宿泊に要する費用 1,800円

(5) おむつ代 1枚100円

(6) 日常生活費 実費

□利用料金のお支払方法

前記の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。ア.以外については翌月20日までに以下の方法でお支払い下さい。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。

ア. 下記のいずれかの金融機関の指定口座への口座振替（※ 振り込み手数料は不要です。）

- 淡路信用金庫
- 淡陽信用組合

イ. 下記指定口座への振り込み（※振り込み手数料は、契約者のご負担になります。）

三井住友銀行 洲本支店 普通口座 5210052
天川たちばなプラス（アマガワタチバナプラス）

※ その他の支払い方法についてはご相談ください。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ②事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ③従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ④敷地内の喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などには、速やかに主治医や協力医療機関に連絡を行うなど必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）中川 良美

[職 名] 介護職員

受付時間 毎週月曜日～金曜日 10時00分～16時00分

（連絡先：天川たちばなプラス 0799-25-7050）

○苦情解決責任者（氏 名）森下 弘美

[職 名] 管理者

○第三者委員（2名）

（氏 名）越田 まさよ 船越 健司

苦情解決第三者委員は洲本市社会福祉協議会との共同設置です。

（連絡先：洲本市社会福祉協議会 0799-26-0022）

なお、苦情の窓口は受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることが出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方との話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険 団体連合会	神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 TEL：(078) 332-5617 FAX：(078) 332-5650 9時00分～17時15分 (月)～(金)
○洲本市役所 健康福祉部 介護福祉課 介護保険係	洲本市本町3丁目4番10号 TEL：(0799) 22-9333 FAX：(0799) 26-0552 8時30分～17時15分 (月)～(金)

13. 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

- ・名称 高橋内科医院
- ・住所 兵庫県洲本市宇原2243番地

・協力歯科医療機関

- ・名称 竹内歯科医院
- ・住所 兵庫県洲本市栄町1丁目3番7号

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

15. 重要事項に記載されている内容が変更された場合、以下のとおり通知いたします。

- ・担当者の変更等、軽微なものは口頭でお知らせします。
- ・その他内容については文書でお知らせします。
- ・制度改正等による大幅な変更は、文書でお知らせするとともに、場合によっては契約を更改させていただきます。

「指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業 重要事項説明書」同意書

令和 年 月 日 時 ～ 時

指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面（及び付属別紙）に基づいて重要事項の説明を行いました。

指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 天川たちばなプラス

説明者職名

氏名

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、指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所

氏名

印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名

印

契約者との続柄

身元引受人

住所

氏名

印

契約者との続柄