

## (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所小たつの家重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(たつの市指定 第 2893600029 号)

当事業所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、契約上ご注意していただきたいことを次の通り説明いたします。

### 1、事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人桑の実園福祉会
- (2) 法人所在地 たつの市揖西町小神字塚原 1551
- (3) 電話番号 0791-66-1360
- (4) 代表者氏名 理事長 徳永 憲威
- (5) 設立年月日 昭和 63 年 11 月 1 日

### 2、事業所の概要

- (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所  
平成 19 年 3 月 28 日指定 たつの市 2893600029 号
- (2) 事業所の目的  
住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、「通いサービス」「訪問サービス」「宿泊サービス」を柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称  
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所「小たつの家」
- (4) 事業所の所在地  
たつの市揖保川町半田字辻姫 1303
- (5) 電話番号  
0791-60-6394
- (6) 事業所長（管理者）  
日高 藍
- (7) 当事業所の運営方針  
要介護者が可能な限りその自宅において、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、「通いサービス」、「訪問サービス」、「宿泊サービス」の形態で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、必要な日常生活上の援助を行うことにより、要介護者の日々の暮らしの支援を行い、また要

介護者の孤立感の解消及び心身機能の維持並びに要介護者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(8) 開設年月日

平成 19 年 3 月 28 日

(9) 登録定員 25 名

通いサービス定員 15 名 (1 日につき)

宿泊サービス定員 9 名 (1 日につき)

(10) 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室ですが、2 人部屋など他の種類の利用をご希望される場合は、その旨お申し出ください。(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。)

| 居室・設備の種類 |       | 室数  | 備考 |
|----------|-------|-----|----|
| 宿泊室      | 個室    | 6 室 | 専用 |
|          | 2 人部屋 | なし  |    |
|          | その他   | 3 室 | 専用 |
|          | 合計    | 9 室 | 専用 |
| 居間       |       | 専用  |    |
| 食堂       |       | 専用  |    |
| 台所       |       | 専用  |    |
| 浴室       |       | 専用  |    |
| 消防設備     |       | 専用  |    |
| その他      |       | 専用  |    |

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備です。

3、事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 龍野西中学校区の周辺にお住まいの方

※ 上記以外の地域の方は別途相談に応じます。

(2) 営業日及び営業時間

|        |                  |
|--------|------------------|
| 営業日    | 24 時間 365 日      |
| 通いサービス | 月～日曜日 6:00～21:00 |
| 訪問サービス | 月～日曜日 24 時間      |
| 宿泊サービス | 月～日曜日 21:00～6:00 |

#### 4、職員の配置状況

当事業所では、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、指定基準を遵守しています。）

| 従業者の職種       | 配置職員      | 指定基準 |
|--------------|-----------|------|
| 1, 事業所長（管理者） | 1人以上（兼務）  | 1人   |
| 2, 介護支援専門員   | 1人以上（兼務）  | 1人   |
| 3, 介護職員      | 11人以上（兼務） |      |
| 4, 看護職員      | 1人以上（兼務）  | 1人   |

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）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、

常勤換算では、1 人（8 時間×5 人÷40 時間＝1 人）となります。

（主な職員の勤務体制）

| 従業者の職種       | 勤務体制                                                                                                                           |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1, 事業所長（管理者） | 勤務時間 8:30～17:30                                                                                                                |
| 2, 介護支援専門員   | 勤務時間 8:30～17:30                                                                                                                |
| 3, 介護職員      | 勤務時間<br>・早出 6:30～15:30<br>・日勤 8:30～17:30<br>・遅出 13:00～22:00<br>・夜勤 20:30～ 9:00<br>・宿直 20:30～ 9:00<br>その他利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4, 看護職員      | 勤務時間 8:30～17:30                                                                                                                |

#### 5、当事業所が提供するサービスと利用料金

〈サービスの概要〉

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助や機能訓練を提供します。

##### ①食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場で利用者が調理することができます。
- ・食事サービスの利用は任意です。

##### ②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

### ③排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

### ④機能訓練

- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

### ⑤健康チェック

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

### ⑥送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

## イ 訪問サービス

利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

#### ①医療行為

#### ②ご契約者もしくはその家族等からの金銭または物品の授受

#### ③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

#### ④ご契約者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

#### ⑤その他ご契約者もしくはその家族等に対して行う迷惑行為

## ウ 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の援助や機能訓練を提供します。

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。

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| （１）利用料金が介護保険から給付される場合<br>（介護保険の給付の対象となるサービス）     |
| （２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合<br>（介護保険の給付対象とならないサービス） |

### （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９割、８割または７割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の１割、２割または３割の金額とな

ります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、(介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

〈サービス利用料金〉

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）全てを含んだ1ヶ月単位の包括費用の額  
利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。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）をお支払いいただきます。（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）

※ お手持ちの介護保険負担割合証が2割又は3割の場合は、「1、サービス利用料金」の2割又は3割が「3、サービス利用に係る自己負担額」となります。

（以下、イ 各種加算（介護保険給付）①～⑦についても同様となります。）

| 要介護度                     | 要支援<br>1 | 要支援<br>2 | 要介護度<br>1 | 要介護度<br>2 | 要介護度<br>3 | 要介護度<br>4 | 要介護度<br>5 |
|--------------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1、サービス<br>利用料金           | 34,500 円 | 69,720 円 | 104,580 円 | 153,700 円 | 223,590 円 | 246,770 円 | 272,090 円 |
| 2、介護保険か<br>ら給付され<br>る金額  | 31,050 円 | 62,748 円 | 94,122 円  | 138,330 円 | 201,231 円 | 222,093 円 | 244,881 円 |
| 3、サービス利<br>用に係る自<br>己負担額 | 3,450 円  | 6,972 円  | 10,458 円  | 15,370 円  | 22,359 円  | 24,677 円  | 27,209 円  |

☆ 1ヶ月ごとの包括料金です。ご契約者の体調不良や状態の変化等により（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より多かった場合であっても日割りでの割引または増額はいたしません。

☆ 月途中から登録された場合または月途中で登録を終了された場合には、登録された期日に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

「登録日」～利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日  
「登録終了日」～利用者と当事業所の利用契約を終了した日

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。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。

☆ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。

(P13. (2) ウ及び P13. (2) エ参照)

☆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。

イ 各種加算（介護保険給付）

① 初期加算（1 日につき）

（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所に登録した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として下記の通り加算分の自己負担が必要となります。30 日を超える入院をされた場合又は他の居宅介護支援事業所を利用された後に再び利用を開始した場合も同様です。

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 初期加算（30 日まで）<br>300 円（1 日あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 270 円（1 日あたり）                 |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 30 円（1 日あたり）                  |

② 認知症高齢者等への対応や常勤の看護職員の配置に対する加算

認知症加算（Ⅰ）

- ・ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- ・ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催
- ・ 認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定

認知症加算（Ⅱ）

- ・ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加

えて得た数以上配置

- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- ・当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

認知症加算（Ⅲ）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合

認知症加算（Ⅳ）

要介護状態区分が要介護２である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

| 1、加算対象サービス料金     | 認知症加算（Ⅰ）<br>9,200 円（1 月あたり） | 認知症加算（Ⅱ）<br>8,900 円（1 月あたり） | 認知症加算（Ⅲ）<br>7,600 円（1 月あたり） | 認知症加算（Ⅳ）<br>4,600 円（1 月あたり） |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 2、介護保険支給されるサービス  | 8,280 円（1 月あたり）             | 8,010 円（1 月あたり）             | 6,840 円（1 月あたり）             | 4,140 円（1 月あたり）             |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 920 円（1 月あたり）               | 890 円（1 月あたり）               | 760 円（1 月あたり）               | 460 円（1 月あたり）               |

看護職員配置加算（Ⅰ）

事業所が常勤かつ専従の看護師を 1 名以上配置している場合について加算となります。

看護職員配置加算（Ⅱ）

事業所が常勤かつ専従の准看護師を 1 名以上配置している場合について加算となります。

看護職員配置加算（Ⅲ）

事業所が看護職員を常勤換算方法で 1 名以上配置している場合について加算となります。

| 1、加算対象サービス料金     | 看護職員配置（Ⅰ）<br>9,000 円<br>（1 月あたり） | 看護職員加算（Ⅱ）<br>7,000 円<br>（1 月あたり） | 看護職員加算（Ⅲ）<br>4,800 円<br>（1 月あたり） |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 2、介護保険支給されるサービス  | 8,100 円<br>（1 月あたり）              | 6,300 円<br>（1 月あたり）              | 4,320 円<br>（1 月あたり）              |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 900 円<br>（1 月あたり）                | 700 円<br>（1 月あたり）                | 480 円<br>（1 月あたり）                |

③ 介護従事者の専門性等のキャリアに関する加算（いずれか一つを算定）

※当該加算については区分支給限度基準額の算定には含まれません

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

- ・事業所の介護職員のうち介護福祉士が 70%以上配置されている場合
- ・事業所の介護職員のうち勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

- ・事業所の介護職員のうち介護福祉士が 50%以上配置されている場合

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

- ・事業所の介護職員のうち介護福祉士が 40%以上配置されている場合
- ・事業所の職員のうち常勤職員が 60%配置されている場合
- ・事業所の職員のうち勤続年数が 7 年以上の職員が 30%以上配置されている場合

| 1、加算対象サービス料<br>金     | 体制強化加算<br>(Ⅰ)<br>7,500 円<br>(1 月あたり) | 体制強化加算<br>(Ⅱ)<br>6,400 円<br>(1 月あたり) | 体制強化加算<br>(Ⅲ)<br>3,500 円<br>(1 月あたり) |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 2、介護保険支給される<br>サービス  | 6,750 円<br>(1 月あたり)                  | 5,760 円<br>(1 月あたり)                  | 3,150 円<br>(1 月あたり)                  |
| 3、サービス利用に係る<br>自己負担額 | 750 円<br>(1 月あたり)                    | 640 円<br>(1 月あたり)                    | 350 円<br>(1 月あたり)                    |

④ 訪問サービスの機能強化に関する加算

訪問体制強化加算

下記の基準をいずれも適合する場合について加算となります。

- ・訪問サービスを担当する常勤従業者を 2 名以上配置していること
- ・算定月における提供回数について、当事業所における延べ訪問回数が 1 月あたり 200 回以上であること
- ・事業所の所在する同一の建物に集合住宅を併設している場合は、登録者の総数のうち小規模多機能型居宅介護費の同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合を算定する者の占める割合が 100 分の 50 以上であり、かつ、これを算定する登録者に対する延べ訪問回数が 1 月あたり 200 回以上であること

※当該加算については区分支給限度基準額の算定には含まれません

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 訪問体制強化加算<br>10,000 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 9,000 円（1 月あたり）              |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 1,000 円（1 月あたり）              |

⑤ 看取り期における加算

看取り連携体制加算

下記の基準をいずれも適合する場合について加算となります。

（利用者の基準）

- ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したものであること
- ・看取り期における対応方針に基づき登録者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用し行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者であること

（施設基準）

- ・看護職員配置加算（Ⅰ）を算定していること
- ・看護師との 24 時間連絡体制が確保されていること
- ・看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、登録又はその家族に対して、説明し同意を得ていること

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 看取り連携体制加算<br>640 円（1 日あたり）             |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 576 円（1 日あたり）                          |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 64 円（1 日あたり）<br>※死亡日から死亡日前<br>30 日以下まで |

⑥ 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するための加算

生活機能向上連携加算（Ⅰ）

- ・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のもの又は当該病院を中心とした半径 4k m以内に診療所が存在しないものに限る。）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成（変更）すること

- ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又は ICT を活用した動画等により、利用者の状況を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

#### 生活機能向上連携加算（Ⅱ）

- ・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同して行うこと
- ・介護支援専門員が生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成すること

|                  |                                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 生活機能向上連携加算（Ⅰ）<br>1,000 円（1 月あたり） | 生活機能向上連携加算（Ⅱ）<br>2,000 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 900 円（1 月あたり）                    | 1,800 円（1 月あたり）                  |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 100 円（1 月あたり）                    | 200 円（1 月あたり）                    |

#### ⑦ 認知症の方に適切なサービスを提供するための加算

##### 若年性認知症利用者受入加算

- ・若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の方を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供する
- ・若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定める

|                  |                                  |                                      |
|------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 若年性認知症利用者受入加算<br>8,000 円（1 月あたり） | 若年性認知症利用者受入加算（予防）<br>4,500 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 7,200 円（1 月あたり）                  | 4,050 円（1 月あたり）                      |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 800 円（1 月あたり）                    | 450 円（1 月あたり）                        |

#### ⑧ 口腔・栄養改善についての加算

##### 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）

- ・介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供していること

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）

- ・介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中 6 月ごとに利用者の口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供していること用者を担当する介護支援専門員に提供していること

|                  |                                             |                                            |
|------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 口腔・栄養スクリーニング<br>加算（Ⅰ）<br>200 円（6 月に 1 回を限度） | 口腔・栄養スクリーニング<br>加算（Ⅱ）<br>50 円（6 月に 1 回を限度） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 180 円（6 月あたり）                               | 45 円（6 月あたり）                               |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 20 円（6 月あたり）                                | 5 円（6 月あたり）                                |

⑨ 総合マネジメントに関する体制強化加算

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）

地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する加算となります。

※当該加算については区分支給限度基準額の算定には含まれません

|                  |                                           |                                          |
|------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 総合マネジメント体制<br>強化加算（Ⅰ）<br>12,000 円（1 月あたり） | 総合マネジメント体制<br>強化加算（Ⅱ）<br>8,000 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 10,800 円（1 月あたり）                          | 7,200 円（1 月あたり）                          |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 1,200 円（1 月あたり）                           | 800 円（1 月あたり）                            |

⑩ 介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みに関する加算

科学的介護推進体制加算

下記の基準をいずれも適合する場合について加算となります。

- ・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に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。
- ・必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 科学的介護推進体制加算<br>400 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 360 円（1 月あたり）                |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 40 円（1 月あたり）                 |

⑪介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用を評価する加算

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）

- ・（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たこと
- ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること
- ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること
- ・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の提供を行うこと

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や必要な安全 対策を講じた上で、生産性向上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 つ以上導入していること
- ・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の提供を行うこと

|                  |                                       |                                     |
|------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1、加算対象サービス料金     | 生産性向上推進体制加算<br>（Ⅰ）<br>1,000 円（1 月あたり） | 生産性向上推進体制加算<br>（Ⅱ）<br>100 円（1 月あたり） |
| 2、介護保険支給されるサービス  | 900 円（1 月あたり）                         | 90 円（1 月あたり）                        |
| 3、サービス利用に係る自己負担額 | 100 円（1 月あたり）                         | 10 円（1 月あたり）                        |

⑫介護職員の処遇改善に関する加算

- ・「基本サービス費」と「(算定させていただいた)加算」の合計金額に 18.6% を掛けた金額を介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ） ロとしてご負担いただきます。

※当該加算については区分支給限度基準額の算定には含まれません

※自己負担金（食費、滞在費等）は掛け率に含まれません。

⑬ サービスの提供が過少である事業所に対する評価の適正化

過少サービスに対する減算

事業所の利用者 1 人当たりの 1 ヶ月における平均サービス提供回数が一週間に 4 回未満の事業所について適用されます。

所定単位数に 70/100 で算定

(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）

以下のサービスは、利用料金の金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〉

ア 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前期のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません）が必要となります。

イ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分をご負担いただきます。

① 1 枚 10 円

ウ 食事の提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

① 朝食 310 円

② 昼食 730 円（おやつ代含む）

③ 夕食 610 円

④ おやつ 100 円

エ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

① 短期宿泊 3,210 円

② 長期宿泊 2,160 円（おおむね週 5 回以上）

オ 通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費

通常の事業実施地域及び、通常の事業実施地域外で当事業所から半径 5 km 圏内への送迎や訪問に対して行う送迎費及び交通費は無料とし、当事業所から半径 5 km 圏外への送迎や訪問に対して行う送迎費及び交通費として下記の料金をいただきます。

① 送迎 240 円（片道分）

② 交通 240 円（片道分）

カ レクリエーション・クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

①実費相当額をいただきます。

キ 日常生活上必要となる諸費用

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。

① 実費相当額をいただきます。

ク おむつ代

ご利用時に事業所のおむつ等を貸し出した場合、費用を負担いただくか現物返却をしていただきます。

① S : 60 円 M : 70 円 L : 80 円 LL : 90 円又は現物返却

ケ 理容（福祉会利用）

毎月、定期的に理容師の出張による利用サービスをご利用いただけます。

① 実費相当額をいただきます。

ただし、利用者の人数によっては出張日程の変更を行うこともあります。

コ 電気代

宿泊時にお部屋でテレビ等の使用があった場合、費用を負担いただきます。

① 60 円／日（対象者）

② 210 円／日（室内酸素をご利用の場合）

サ 貴重品管理料

事業所にて通帳等管理させていただく場合に費用が発生します。

① 3,300 円／月

シ マスク代

ご利用時にマスクを持参されていなかった場合などに、事業所のマスクを使用された時に費用を負担いただきます。

① 10 円

☆ 介護保険の給付対象とならないサービスに係る利用料金については、経済状況の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（1 ヶ月前まで）に変更の内容と変更する事由についてご説明します。

（3）利用料金のお支払い方法

前記、（1）、（2）の料金・費用は次のとおりお支払い下さい。

① 利用料等については、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれか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. 口座振替（利用料の自動引き落とし）

桑の実園福祉会が指定する金融機関に口座をお持ちの方、もしくは口座開設される方は口座振替が出来ます。（手数料は福祉会の負担）

なお、口座振替を希望される方は事務所へ必要書類を提出下さい。

イ. 下記指定口座への振り込み

i・西兵庫信用金庫 龍野支店 普通預金 0208130

口座名義 社会福祉法人桑の実園福祉会

特別養護老人ホーム桑の実園 理事長 徳永憲威

ii・兵庫西農業協同組合 揖西支店 普通預金 0014797

口座名義 社会福祉法人桑の実園福祉会

なお、振込料は振込ご依頼人様にてご負担下さい。

ウ. 窓口での現金支払

（4）利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

☆（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、ご契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に「通いサービス」、「訪問サービス」または「宿泊サービス」を組み合わせで介護サービスを提供いたします。

☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、（介護予防）小規模多機能型居宅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、利用予定日の前々日までに事業者に出し出して下さい。

☆ 介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。ただし、介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| 利用予定日の前々日 17 時までに申し出があった場合 | 無 料          |
| 利用予定日の前日 17 時までに申し出があった場合  | 当日の利用料金の 50% |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合      | 当日の利用料金の全額   |

☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

(5) (介護予防) 小規模多機能型居宅介護計画について

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、「通いサービス」、「訪問サービス」、「宿泊サービス」を柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援いたします。

事業所は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画を定め、またはその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

6、運営推進会議の設置

当事業所では、(介護予防)小規模多機能型居宅介護の運営にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

〈運営推進会議〉

|     |                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 構 成 | 利用者、利用者家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、(介護予防)小規模多機能型居宅介護についての知見を有する者等 |
| 開 催 | 隔月で開催                                                                |
| 会議録 | 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等についての記録を作成します。                                    |

7、サービス利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、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。(ただし、下記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。また、下記医療機関での診療・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 | とくなが病院                   |
| 所 在 地   | たつの市神岡町東薺崎字鍵田 473-5      |
| 診 療 科   | 内科、神経内科、外科、整形外科、眼科、リハビリ科 |

② 協力社会福祉施設

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| 福祉施設の名称 | 特別養護老人ホーム桑の実園            |
| 所在地     | たつの市揖西町小神字塚原 1 5 5 1     |
| 福祉施設の名称 | 老人保健施設旭陽                 |
| 所在地     | たつの市揖西町小神字塚原 1 5 5 6 - 1 |

8、非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また避難訓練を年 2 回以上、ご契約者も参加して行います。

たつの市消防署への届出日 令和 6 年 4 月 10 日

防火管理者 嶋津 誠

〈消防用設備〉 消火器、火災報知設備、火災通報報知設備、誘導灯、水道連結型スプリンクラー設備

9、サービス利用を終了する場合（契約の終了について）

契約期間満了の 7 日前までにご契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更に 6 か月間（要介護認定期間）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が、仮に以下の事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 18 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定又は要支援認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 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
- ⑤ 当事業所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
- ⑥ ご契約者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（1）をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下（2）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 19 条、第 20 条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約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 日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合（一部解約できません）
- ④ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約できません）
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者もしくはサービス従事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、または著しい不信行為、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
- ⑧ 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具体的な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 21 条参照）

以下の事項に該当する場合には、1 か月以上の予告期間をおいて文書で理由を通知することにより、本契約の全部又は一部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、もしくはその恐れのある場合
- 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（1 ヶ月）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サービス等の財物・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
- ④ ご契約者の行為が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたる恐れがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合、もしくはその恐れのある場合

（３）契約の一部が解約または解除された場合（契約書第 22 条参照）

本契約の一部が解約又は解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（４）契約の終了に伴う援助（契約書第 22 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し必要な援助を行うよう努めます。

10、サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活、環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第 11 条、第 12 条に規定される義務を負います。当事業所では、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、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、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 ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧・複写物の交付をいたします。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者は、原則としてご契約者又は利用者に対し身体的拘束をしないこととし、ご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得ず拘束を行う場合には速やかに身元引受人・家族等に状況説明を行い、承諾の上実施し、必要となった理由及び行った期間・解除の日時等をサービス提供記録に明記することとします。
- ⑥ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または職員は、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なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供するほか、必要に応じて他の居宅介護支援事業所の介護支援専門員をはじめ関係機関への情報を提供させていただきます場合がございます。ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、ご契約者の同意を得ます。

#### 1 1、サービスの利用に関する留意事項

##### （1）施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、第14条参照）

- ☆ 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用していただきます。
- ☆ 故意、または、わずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ☆ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

##### （2）喫煙

- ☆ 施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

#### 1 2、損害賠償について（契約書第15条、第16条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、次の加入保険により事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

- <保険会社> 損害保険ジャパン株式会社
- <保険の名称> しせつの損害補償

守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と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。

### 13、苦情の受付について（契約書第26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。

○苦情受付窓口（毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00）

小たつの家 管理者 日高 藍 (0791)60-6394

福祉情報室 理事長 徳永 憲威 (0791)66-1360

#### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                          |                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 兵庫県国民健康<br>保険団体連合会       | 所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号<br>電話番号 (078)332-5617<br>FAX番号 (078)332-5650<br>受付時間 9:00～17:15 月～金 |
| たつの市役所<br>高年福祉課<br>介護保険係 | 所在地 たつの市龍野町富永1005-1<br>電話番号 (0791)64-3155<br>FAX番号 (0791)63-0863<br>受付時間 8:30～18:00 月～金       |

※ 上記のほか、ご契約者の住所地（市町）の窓口でも受付できます。

#### （3）第三者委員の設置

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 山口 昇 （監事） 電話 0791-65-0343

第三者委員 有田 尚徳 （弁護士） 電話 079-288-7266

### 14、福祉サービス第三者評価の受審

当事業所は、「福祉サービス第三者評価」を受審しておりません。

### 15、衛生管理

- （1） 当事業所で使用する備品等は清潔を保持するため、業務開始前・終了後の日々の清掃・消毒を施すなど、常に衛生管理に留意するものとする。
- （2） 職員へは、研修や勉強会を通じ感染症対策や衛生管理に関する知識の習得を図る。
- （3） 当事業所における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるもの

とする。)をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

- (4) 当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (5) 当事業所において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施する。
- (6) 「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応を行う。

#### 16、虐待の防止等

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

#### 17、業務継続計画の策定等

- (1) 当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 当事業所は、従業者に対し、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実施する。
- (3) 当事業所は、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う。

## 個人情報の利用目的

(令和8年8月1日現在)

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所小たつの家では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

### 【利用者への介護サービス及び介護予防サービスの提供に必要な利用目的】

〔(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所小たつの家内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス、介護予防サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービス、介護予防サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - －会計・経理
  - －事故等の報告
  - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当事業所が利用者等に提供する介護サービス、介護予防サービスのうち
  - －利用者に居宅サービス又は介護予防サービスを提供する他の居宅サービス事業者・介護予防サービス事業者や居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
  - －保険事務の委託
  - －審査支払機関へのレセプトの提出
  - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【上記以外の利用目的】

〔当事業所の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －医療・介護サービス・介護予防サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

令和 年 月 日

(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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 (介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所小たつの家

説明者 職名 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、(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。

ご契約者(利用者)

住 所

氏 名 印

私は、ご契約者が事業所から重要事項の説明を受け、(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、ご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

ご契約者との関係 ( )

(立 会 人)

住 所

氏 名 印

ご契約者との続柄 ( )