

# 看護 小規模多機能ホーム 桃の風花

当施設は倉敷市の指定を受けています。  
(倉敷市指定 第 3390201113 号)

重要事項説明書  
＜2024 年 4月 1 日現在＞

## 重要事項説明書

# 看護 小規模多機能ホーム 桃の風花

＜令和6年 4月 1 日現在＞

あなたに対する看護小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者の概要

|            |                  |
|------------|------------------|
| 事業者名称      | 富田ケアセンター有限公司     |
| 主たる事務所の所在地 | 岡山県倉敷市玉島道 2754-1 |
| 法人種別       | 営利法人             |
| 代表者名       | 山中 祥吉            |
| 電話番号       | (086) 526-5900   |

### 2 ご利用事業所

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| ご利用事業所の名称 | 看護 小規模多機能ホーム 桃の風花 |
| 指定事業者番号   | 3390201113        |
| 所在地       | 岡山県倉敷市玉島道 97-1    |
| 電話番号      | (086) 523-2951    |

|            |                             |                                       |
|------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 営業日        | 365日                        |                                       |
| 営業時間       | 訪問系サービス<br>通いサービス<br>宿泊サービス | 24時間<br>9時30分～16時30分<br>16時30分～翌9時30分 |
| 通常の事業の実施地域 | 倉敷市・指定を受けた他市町村              |                                       |
| 登録定員       | 29名                         |                                       |
| 利用定員       | 通いサービス<br>宿泊サービス            | 18名<br>9名                             |

※ 当事業所は、原則として利用申込に応じますが、ご登録をいただいている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。

### 3 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                                          |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者様が可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、もしくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、その有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うことを目的とします。 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営の方針 | 「常に利用者の要望を可能な限り受け止め、全ての人の為に成るかどうかを考え、そして、全ての人が満足できるよう努め、全ての人に愛される事業所を目指します。」という法人理念を遵守しつつ、利用者・地域住民の方々と質の高い生活支援空間を作り上げていきます。 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4 従業員の職種、員数及び勤務の体制

| 従業員の職種  | 資格            | 員数     | 勤務の体制      |
|---------|---------------|--------|------------|
| 管理者     | 看護師           | 1人     | 常勤1名（兼務）   |
| 介護従業者   |               | 5人以上   | 常勤1名以上     |
| 看護従業者   | 看護師又は准看護師・保健師 | 2.5人以上 | 常勤2.5名以上   |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員       | 1人以上   | 常勤1名（兼務）以上 |

#### 5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

| サービスの種類           | 内容・標準的な手順         | 保険適用 | 単位         | 利用料                                                                          |
|-------------------|-------------------|------|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 看護小規模多機能型居宅介護サービス | 介護保険法の内容に沿ったもの    | 適用有  | 一月<br>一割負担 | 要介護1：12,447円<br>要介護2：17,415円<br>要介護3：24,481円<br>要介護4：27,766円<br>要介護5：31,408円 |
|                   |                   |      | 一月<br>二割負担 | 要介護1：24,894円<br>要介護2：34,830円<br>要介護3：48,962円<br>要介護4：55,532円<br>要介護5：62,816円 |
|                   |                   |      | 一月<br>三割負担 | 要介護1：37,341円<br>要介護2：52,245円<br>要介護3：73,443円<br>要介護4：83,298円<br>要介護5：94,224円 |
| 食事の提供に関する費用       | 朝食<br>昼食<br>夕食    | 給付外  | 一食         | 300円<br>650円<br>650円                                                         |
| 宿泊に要する費用          | 9部屋（個室）<br>定員数 9人 | 給付外  | 一泊         | 2750円                                                                        |

#### その他の費用

| 種類      | M           | L    | LL   |
|---------|-------------|------|------|
| 尿取りパット  | 30円         | 50円  |      |
| リハビリパンツ | 150円        | 170円 | 230円 |
| 紙おむつ    | 160円        |      |      |
| 連絡帳     | 100円（希望者のみ） |      |      |

## 6 交通費実費

事業の実施地域にお住いの方は無料です。利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、距離に応じて（1 kmにつき100円）実費を請求致します。

## 7 苦情申立窓口

|                             |                                                                                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 看護 小規模多機能ホーム 桃の風花<br>苦情対応窓口 | 平日 午前8時30分～午後5時30分<br>土日午前8時30分～午後5時30分<br>TEL 086-523-2951<br>苦情相談窓口<br>看護 小規模多機能型居宅介護 桃の風花<br>担当者 古田 幸子 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 行政機関その他苦情受付機関

|                |                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 倉敷市役所介護保険課     | 倉敷市西中新田 640<br>電 話: (086) 426-3343<br>受付時間 8:30~17:15<br>(土・日・祝日・年末年始を除く)  |
| 岡山県国民健康保険団体連合会 | 岡山市北区桑田町17-5<br>電 話: (086) 223-8811<br>受付時間 8:30~17:00<br>(土・日・祝日・年末年始を除く) |

## 8 緊急時の対応方法

利用者の主治の医師又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従うとともに 緊急連絡先に連絡いたします。

|           |           |                 |
|-----------|-----------|-----------------|
| 利用者の主治の医師 | 氏名        |                 |
|           | 所属医療機関の名称 |                 |
|           | 所在地       |                 |
|           | 電話番号      |                 |
| 協力医療機関    | 医療機関の名称   | 医療法人 新風会 玉島中央病院 |
|           | 院長名       | 桜井 勝            |
|           | 所在地       | 倉敷市玉島阿賀崎 2-1-1  |
|           | 電話番号      | 086-526-8111    |
|           | 診療科       | 外科 内科 泌尿器科 皮膚科等 |
| 協力医療機関    | 医療機関の名称   | 医療法人 桃山会 小野内科医院 |
|           | 院長名       | 小野 要            |
|           | 所在地       | 倉敷市玉島八島 1755    |
|           | 電話番号      | 086-525-0700    |
|           | 診療科       | 内科 小児科          |
| 協力医療機関    | 医療機関の名称   | 医療法人 東風会 守屋歯科医院 |
|           | 院長名       | 味村 敏郎           |
|           | 所在地       | 倉敷市連島矢柄 5859    |
|           | 電話番号      | 086-446-6400    |
|           | 診療科       | 歯科 訪問歯科 口腔外科等   |

|       |        |  |
|-------|--------|--|
| 緊急連絡先 | 氏名     |  |
|       | 住所     |  |
|       | 電話番号   |  |
|       | 昼間の連絡先 |  |

## 9 事故発生時の対応方法について

利用者に対する看護小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する看護小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 10 高齢者虐待防止に関する事項

|               |         |
|---------------|---------|
| 高齢者虐待防止検討会    | 運営規定参照  |
| 高齢者虐待防止に関する指針 | 運営規定参照  |
| 高齢者虐待防止研修会    | 年一回以上開催 |

## 11 身体拘束等適正化に関する事項

|               |         |
|---------------|---------|
| 身体拘束適正化検討会    | 運営規定参照  |
| 身体拘束適正化に関する指針 | 運営規定参照  |
| 身体拘束適正化研修会    | 年一回以上開催 |

## 12 職場環境の確保に関する事項

|                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境が害されることを防止する為の措置を講じます。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 13 非常災害対策

|                      |                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 関係機関への通報・連絡体制の整備について | 法人の設置する事故・安全委員会に参画すると共に、速やかに関係機関への通報、連絡ができるよう災害時マニュアルを作成しています。 |
| 避難・救出等必要な訓練の実施について   | 避難訓練は年2回計画いたします                                                |

#### 1 4 業務継続計画の策定等に関する事項

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対しサービスの提供を継続的に実施する為、また非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(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、必要な措置を講じます。また従業者に対し、業務継続計画の周知と必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

#### 1 5 感染症の予防及び蔓延の防止に関する事項

|                   |         |
|-------------------|---------|
| 感染症の予防・蔓延防止検討会    | 運営規定参照  |
| 感染症の予防・蔓延防止に関する指針 | 運営規定参照  |
| 感染症の予防・蔓延防止研修会    | 年一回以上開催 |

#### 減算になる場合について

| 減算についての項目                 | 単 位                                                | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供が過少である場合            | 所定単位数の100分の70に相当する単位数                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・登録者（短期利用居宅介護費を算定するものを除く。）1人当たり平均提供回数が、週4回満たない場合</li> <li>・週平均1回に満たない場合（看多機のみ）【令和6年4月改定】</li> </ul> <p>           ≪登録者一人当たり平均回数≫<br/>           「登録者一人当たり平均回数」は以下の算定式で算出するものとする。<br/>           「登録者一人当たり平均回数」＝<br/> <math display="block">\frac{\text{「暦月のサービス提供回数」}}{\text{「当該当月の日数」} \times \text{「登録者数」}} \times 7</math>           ※月途中から利用開始又は終了した場合は、利用していない日数を控除する。登録者が入院した場合の入院日（入院初日及び退院日を除く。）についても同様とする。         </p> |
| 身体拘束廃止未実施減算<br>【令和6年4月新設】 | 所定単位数の100分の1に相当する単位数<br><br>令和7年3月31日までは経過措置期間とする。 | （１）身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、そのさいの利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。<br><br>（２）身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を3月に1回以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                              |                      |                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              |                      | <p>上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業員に周知徹底を図ること。</p> <p>（３）身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>（４）介護職員その他の従業員に対して、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p>                                                    |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算<br>【令和６年４月新設】 | 所定単位数の１０分の１に相当する単位数  | <p>（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等の活用可能）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ること。</p> <p>（２）虐待の防止のための指針を整備すること。</p> <p>（３）従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。</p> <p>（４）上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。</p> |
| 業務継続計画未策定減算<br>【令和６年４月新設】    | 所定単位数の１００分の１に相当する単位数 | <p>感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合<br/>※令和７年３月３１日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針整備及び非災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。</p>                                                                    |

## 各種加算について

| 加算の項目    | 単 位        | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算     | 30（１日につき）  | 登録日から起算して30日以内の期間。30日を越える病院・診療所への入院に看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用を再開した場合も同様です。                                                                                                                                                                                                                        |
| 認知症加算（Ⅰ） | 920（１月につき） | <p>次の（１）～（５）のいずれも適合する場合算定可能。</p> <p>（１）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、該当対象者の数が19を超えて10又は端数を増やすごとに1を加えて得た数以上配置</p> <p>対象者が20人未満の場合・・・認知症介護実践リーダー研修等修了者1以上</p> <p>対象者が20～29人の場合・・・認知症介護実践リーダー研修等修了者2以上</p> <p>（２）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</p> |

|           |            |                                                                                                                                                                     |
|-----------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |            | <p>(3) 当該事業所の従業員に対して、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関催</p> <p>(4) 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</p> <p>(5) 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、実施または実施予定</p> |
| 認知症加算(Ⅱ)  | 890(1月につき) | 加算(Ⅰ)の基準(1)～(3)のいずれにも該当する場合、算定可能。                                                                                                                                   |
| 認知症加算(Ⅲ)  | 760(1月につき) | 認知高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、(看護)小規模多機能型居宅介護を行った場合、算定可能。                                                                                                                  |
| 認知症加算(Ⅳ)  | 460(1月につき) | 要介護状態区分が要介護2であるものであって、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、算定可能。                                                                                         |
| 退院時共同指導加算 | 600(1回につき) | <p>病院・診療所・介護老人保健施設に入院(所)中の方が退院(所)するに当たり、看護小規模多機能型居宅介護事業所の保健師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、退院(所)後初回の訪問看護サービスを行った場合。当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者は2回)に限り算定</p>    |
| 緊急時訪問看護加算 | 574(1月につき) | <p>利用者の同意を得て、24時間連絡体制にあって、かつ計画的に訪問することになっていない緊急時の訪問を必要に応じて行う場合。利用者・家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること</p>                                                   |
| 特別管理加算(Ⅰ) | 500(1月につき) | <p>看護小規模多機能型居宅介護事業所に關し特別な管理が必要な利用者に、看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画的管理を行った場合</p> <p>要件(Ⅰ)</p> <p>在宅悪性腫瘍患者指導管理・在宅気管切開患者指導料を受けている状態、気管カニューレ・留置カテーテル等を使用している状態</p>                 |
| 特別管理加算(Ⅱ) | 250(1月につき) | <p>要件(Ⅱ)</p> <p>在宅自己腹膜透析指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理等を受けている状態、人工肛門、人</p>                                                                                              |



|             |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |              | 工膀胱設置の状態、真皮を越える褥瘡の状態、週 3 回以上点滴注射の必要な状態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ターミナルケア加算   | 2500（1 回につき） | <p>在宅又は指定看護小規模多機能型居宅事業所で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定看護小規模多機能型介護事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日（死亡日及び死亡日前 14 日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1 日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合を含む。）は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。</p> <p>※別に厚生労働大臣が定める状態の内容は以下の通り</p> <p>次のいずれかに該当する状態</p> <p>イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）、多系統萎縮症（線状体黒変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ；ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態</p> <p>ロ 急性増悪その他該当利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態</p> <p>〈ポイント〉</p> <p>○厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。</p> |
| 看護体制強化加算（Ⅰ） | 3000（1 月につき） | 要件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |             | <p>①算定月の前3月に利用者総数のうち、主治医の指示に基づく看護サービスを提供した利用者の割合が80%以上</p> <p>②算定月の前3月に利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が50%以上</p> <p>③算定月の前3月に、利用者総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が20%以上</p> <p>④ターミナルケア加算の算定者1名以上（12月間）</p> <p>⑤登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者として届出がある。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 看護体制強化加算（Ⅱ）       | 2500（1月につき） | <p>要件</p> <p>看護体制強化加算（Ⅰ）の要件①②③を満たしている場合算定</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） | 1200（1月につき） | <p>次の（１）～（６）のいずれにも適合する場合、算定可能。※（３）は看多機のみ</p> <p>（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。</p> <p>（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、日常的に地域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。</p> <p>（３）地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること。（看多機のみ）</p> <p>（４）日常的に利用者との関わ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。</p> <p>（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。</p> <p>（６）次に掲げる基準のいずれかに適合すること。</p> <p>（一） 地域住民等との連携により、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。</p> <p>（二） 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を行っていること</p> <p>（三） 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、</p> |

|                       |                  |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                  | <p>研修会等を実施していること。</p> <p>(四) 市町村が実施する通いの場や住宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること。</p>                                                                                                                                                 |
| 総合マネジメント体制強化加算<br>(Ⅱ) | 800 (1 月につき)     | <p>加算 (Ⅰ) の基準 (1) ～ (3) のいずれにも該当する場合、算定可能。※ (3) 看多機のみ</p> <p>※総合マネジメント体制強化加算は、(Ⅰ) か (Ⅱ) のいずれか一方のみ算定すること。</p>                                                                                                                   |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅰ) イ | 750 (1 月につき)     | <p>要件</p> <p>①従業員の個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施予定</p> <p>②利用者の情報・留意事項の伝達または従業員の技術指導を目的とした会議を定期的開催</p> <p>③保健師・看護師・准看護師を除く従業員の総数のうち、介護福祉士の割合が 70%以上、または勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 25%以上</p> <p>(Ⅰ) イ従業員 (保健師・看護師又は准看護師を除く) のうち介護福祉士が 50%以上</p> |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅱ) イ | 640 (1 月につき)     | <p>① (Ⅰ) ①～②を満たす。</p> <p>②保健師・看護師・准看護師を除く従業員の総数のうち、介護福祉士の割合が 50%以上</p>                                                                                                                                                         |
| サービス提供体制強化加算<br>(Ⅲ) イ | 350 (1 月につき)     | <p>① (Ⅰ) ①～②を満たす。</p> <p>②次の (ア) ～ (ウ) のいずれかを満たす</p> <p>(ア) 保健師・看護師・准看護師を除く従業員の総数のうち、介護福祉士の割合が 40%以上</p> <p>(イ) 従業員総数のうち常勤職員の割合が 60%以上</p> <p>(ウ) 従業員総数のうち勤続 7 年以上の者が 30%以上</p>                                                |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)        | 所定単位数の 14, 9%を加算 | <p>所定単位は、基本報酬と各種加算を加えた総単位数とする</p>                                                                                                                                                                                              |
| 訪問体制強化加算              | 1000 (1 月につき)    | <p>要件</p> <p>訪問サービスの提供にあたる常勤の従業員を 2 名以上配置。全ての登録者に対する訪問サービスの提供回数が延べ 200 回/月以上。看護小規模多機能型居宅介護事業所が同一建物に集合住宅を併設する場合は、登録者のうち同一建物居住者以外の者の占める割合【この登録者に対する延べ訪問回数が 200 回以上/月】が 100 分の 50 以上</p>                                          |

|               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 若年性認知症利用者受入加算 | 800（１月につき）            | 要件<br>受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること【その者を中心に利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 緊急時対応加算       | 774（１月につき）            | <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準（※１）に適合しているものとして市町村に届け出た指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して当該基準により２４時間連絡できる体制であって、かつ、計画的に訪問することになっていない緊急時における訪問及び計画的に宿泊することとなっていない緊急時における宿泊を必要に応じて行う体制にある場合（訪問については、訪問看護サービスを行う場合に限る。）には１月につき所定単位数を加算する。</p> <p>※１（留意事項通知より抜粋）</p> <p>②緊急時訪問看護加算については、介護保険の給付対象となる訪問看護サービスを行った日の属する月の所定単位数に加算するものとする。なお該当加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護〔定期巡回・随時対応型訪問看護〕を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における２４時間対応体制加算は算定できないこと。</p> <p>→利用者が緊急時の訪問看護を希望し、同意の上、体制が整備されている場合、緊急時の訪問看護サービスを実施していなくても、当該月に介護保険の対象となる訪問看護サービスが行われているならば、当該加算を算定できる。</p> <p>③緊急時訪問看護加算は、１人の利用者に対し、１か所の事業所に限り算定できる。</p> <p>→月途中で利用する看護多機能事業所が変更になった場合は、どちらか一方の事業所しか算定できない。</p> |
| 専門管理加算        | 250（１月につき）※（１月に１回に限る） | <p>次のいずれかに該当すること</p> <p>（１）「緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修」を受けた看護師が、次の①～③いずれかに該当する利用者に対し、計画的な管理を行</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>った場合。</p> <p>①悪性腫瘍の鎮痛療養法又は、化学療法を行っている利用者</p> <p>②真皮を超える褥瘡の状態にある利用者<br/>（重点的な褥瘡管理を行う必要性が認められる者<br/>（在宅での療養を行っているものに限る）にあたっては<br/>真皮までの状態の利用者）</p> <p>③人工肛門又は人工膀胱を造設しているもので管理が困難な利用者</p> <p>（２）「保健師助産師看護師法（昭和２３年法律第２０３号）第３７条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において、同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修（特定行為研修）」を修了した看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号Ｃ００７の注３に規定する「手順書加算」を算定する利用者に対し、計画的な管理を行った場合。</p> <p>保健師助産師看護師法（昭和２３年法律第２０３号）第３７条の２と特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなくてはならない</p> <p>２ この条例、次条及び第４２条の４において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。</p> <p>一 特定行為 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令（※）で定めるものという。</p> <p>二～四 （略）</p> <p>五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。</p> <p>※「保健師助産師看護師法第三十七条の二第二項第一号に規定する特定行為及び同項第四号に規定する特定行為研修に関する省令（平成２７年厚生労働省令第３３号）」の別表第一</p> <p>別表第一 医科診療報酬点数表</p> <p>C700 訪問看護指示料</p> <p>注１～２（略）</p> <p>３当該患者に対する診療を担う保健医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護</p> |
|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |            | <p>ステーション等の看護師（同項第 5 号に指定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第 2 号に規定する手順書を</p> <p>交付した場合は、手順書加算として、患者 1 人につき 6 月に 1 回限り、150 点を所定点数に加算する。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 遠隔死亡診断補助加算 |            | <p>情報通信機器を用いた在宅での看取りにかかる研修を受けた看護師を配置し、当該看護師が、医科診療報酬点数表の区分番号 C100 の注 8（医科診療報酬点数表の区分番号 C100-2 の注 6 の規定により準用する場合（指定特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている有料老人ホームその他これに準ずる施設が算定する場合を除く。）を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域（※）に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合。※倉敷市においては松島及び六甲島のみ。</p> <p>要件を別表第一 医科診療報酬点数表</p> <p>C100 在宅患者訪問診療料（I）</p> <p>注 8 死亡診断加算 200 点</p> <p>以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成 29 年 9 月厚生労働省）」に基づき、ICT を利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。</p> <p>ア 該当患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。</p> <p>イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに 12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。</p> <p>ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保健医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C500-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること</p> |
| 栄養アセスメント加算 | 50（1 月につき） | <p>要件</p> <p>①当該事業所の従業者、または外部との連携により管理栄養士 1 人以上配置。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                       | <p>②利用者ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して栄養アセスメントを実施し、利用者または家族へその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応。</p> <p>③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施にあたり当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施に必要な情報。</p>                                                                                              |
| 栄養改善加算            | 200（1回につき）※3月以内・月2回まで | <p>要件</p> <p>①当該事業所の従業者として、または外部との連絡により管理栄養士を1人以上配置。</p> <p>②利用者の栄養状態を開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能および職形態に配慮した栄養ケア計画を作成する。</p> <p>③栄養ケア計画に従い、必要に応じて利用者宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行うとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録する。</p> <p>④栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価する。</p> |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20（1回につき）※6月に1回まで     | <p>要件</p> <p>利用開始前および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態かつ栄養状態について確認を行い、その情報を担当ケアマネジャーへ提供。口腔状態の低下リスクがある場合、または低栄養状態の場合は、それら改善に必要な情報を含む。</p>                                                                                                                                  |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5（1回につき）※6月に1回まで      | <p>要件</p> <p>利用開始時および利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態または栄養状態について確認を行い、その情報を担当ケアマネジャーへ提供。口腔状態の低下リスクがある場合、または低栄養状態の場合は、それら改善に必要な情報を含む。</p>                                                                                                                                 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ）       | 150（1回につき）※3月以内・月2回まで | <p>要件</p> <p>①言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1人以上配置。</p> <p>②利用者の口腔機能を開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成。</p>                                                                                                                              |

|               |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                       | <p>③指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員が口腔機能向上サービスを行うとともに、口腔機能を定期的に記録。</p> <p>④指導計画の進捗状況を定期的に評価。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ）   | 160（1回につき）※3月以内・月2回まで | <p>要件</p> <p>①（Ⅰ）を満たす。</p> <p>②利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 3（1月につき）              | <p>要件</p> <p>（1）利用者ごとに、利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。</p> <p>（2）（1）の確認及び評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施にあたって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>（3）（1）の確認の結果、褥瘡が認められ、又は（1）の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。</p> <p>（4）利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や利用者の状態について定期的に記録していること。</p> <p>（5）（1）の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。</p> |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 13（1月につき）             | <p>要件</p> <p>（1）上記（1）から（5）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>（2）次のいずれかに適合すること。</p> <p>a 加算Ⅰの基準（1）の確認の結果、褥瘡の認められた利用者について、当該褥瘡が治癒したこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



|           |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |           | <p>ｂ加算Ⅰの基準（Ⅰ）の評価の結果、利用開始時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生のないこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 排泄支援加算（Ⅰ） | 10（1月につき） | <p>（１）利用者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価するとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、排せつ支援の実施に当たって、当該情報その他排泄支援の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。</p> <p>（２）（１）の評価の結果、排せつに介護を要する利用者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、医師、看護師、介護支援員専門員その他の職種の者が共同して、当該利用者が排せつに介護を要する分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施していること。</p> <p>（３）（１）の評価に基づき、少なくとも3月に1回、利用者ごとに支援計画を見直していること。</p> |
| 排泄支援加算（Ⅱ） | 15（1月につき） | <p>（１）加算（Ⅰ）の要件中、（１）～（３）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>（２）次に掲げる基準のいずれかに適合すること、</p> <p>（一）加算（Ⅰ）の要件中（１）の評価の結果、要介護状態の軽減が見込まれるものについて、利用開始時と比較して、排尿又は排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれにも悪化がないこと。</p> <p>（二）加算（Ⅰ）の要件中（１）の評価の結果、利用開始時のおむつを使用していた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、おむつを使用しなくなったこと。</p> <p>（三）加算（Ⅰ）の要件中（１）の評価の結果、利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者であって要介護状態の軽減が見込まれるものについて、尿道カテーテルが抜去されたこと。</p>               |
| 排泄支援加算（Ⅲ） | 20（1月につき） | <p>加算（Ⅰ）の要件全て並びに加算（Ⅱ）の要件中（２）に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 科学的介護推進体制加算    | 40（1月につき）  | <p>（１）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ていること。</p> <p>（２）必要に応じて（看護）小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど、（看護）小規模多機能型居宅介護の提供に当たって、（１）に規定する情報その他（看護）小規模多機能型居宅介護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。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 100（1月につき） | <p>（１）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に置いて、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び該当事項の実施を定期的に確認していること。</p> <p>（一）業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する機器（以下、「介護機器」という。）を活用する場面において利用者の安全及びケアの質の確保</p> <p>（二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>（三）介護機器の定期的な点検</p> <p>（四）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p> <p>（２）（１）の取組及び介護機器の活用による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績があること。</p> <p>（３）介護機器の複数種類活用していること。</p> <p>（４）（１）の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及び質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取組を実施し及び当該取組の実施を定期的に確認すること。</p> <p>（５）事業年度ごとに（１）、（３）及び（４）の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること（オンラインにより1年以内ごとに1回）</p> |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 10（1月につき）  | <p>（１）加算（Ⅰ）の基準（１）に適合していること。</p> <p>（２）介護機器を活用していること。</p> <p>（３）事業年度ごとに（１）に及び（２）の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                            |                              |                                                                                                     |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                              | る実績を厚生労働省に報告すること。（オンラインにより<br>1 年以内ごとに 1 回）                                                         |
| 特別地域看護小規模多機能型居<br>宅介護加算    | 所定単位数に<br>15/100 を乗じ<br>た単位数 | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が別に厚生労働<br>大臣が定める地域に居住している登録者に対して、通常<br>の事業の実施地域を越えて 指定看護小規模多機能型居<br>宅介護を行った場合に算定 |
| 中山間地域等における小規模事<br>業所加算     | 所定単位数に<br>10/100 を乗じ<br>た単位数 | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が別に厚生労働<br>大臣が定める地域に居住している登録者に対して、通常<br>の事業の実施地域を越えて 指定看護小規模多機能型居<br>宅介護を行った場合に算定 |
| 中山間地域等に居住する者への<br>サービス提供加算 | 所定単位数に5<br>/100 を乗じた単<br>位数  | 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が別に厚生労<br>働大臣が定める地域に居住している登録者に対して、通<br>常の事業の実施地域を越えて 指定看護小規模多機能型<br>居宅介護を行った場合に算定 |

（乙）当事業所は、（甲）に対する看護小規模多機能型居宅介護の提供開始に当たり、  
（甲）に対して本書面に基づいて上記重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

富田ケアセンター有限公司 代表取締役 山中 祥吉

看護 小規模多機能ホーム 桃の風花

説 明 者

職 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

（甲）私は、本書面に基づいて（乙）から上記重要事項の説明と交付を受け、  
看護小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意しました。

（甲）利用者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

（甲）家族（代理人・身元引受人）

①住所

\_\_\_\_\_

氏名

（続柄）

\_\_\_\_\_

②住所

\_\_\_\_\_

氏名

（続柄）

\_\_\_\_\_