

介護看護多機能サービスみゆき
看護小規模多機能型居宅介護
重要事項説明書
(令和6年6月1日)

重要事項説明書

1. 事業者の概要

法人の名称	医療法人信愛会
所在地	愛知県豊川市国府町流霞103番地
電話番号	0533-88-2235
代表者	理事長 大石 明宣

2. 事業所の概要

事業所の名称	介護看護多機能サービスみゆき
事業名	看護小規模多機能型居宅介護サービス
所在地	愛知県豊橋市西幸町字笠松85番地
電話番号	0532-87-4718
管理者	樫詰 みさ子
介護保険事業者番号	2392000275
指定年月日	平成25年9月1日

3. 職員体制及び勤務体制

	常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			介護職員と兼務
介護支援専門員		1			介護職員と兼務
看護職員		6		3	穂の国訪問看護ステーションみゆき 看護職員と兼務
介護職員	10	2	4		1名は管理者、1名は介護支援専門員と兼務

勤務体制	時間	備考
日勤	午前9時00分から 午後6時00分	定員18名に対し、6名の職員配置（訪問看護、訪問介護の職員も含む）となっています。
夜勤	午後4時00分から 翌午前9時30分	定員9名に対し、1名以上の職員配置となっています。
待機	午後6時00分から 翌午前9時00分	オンコール体制で、看護職員1名の職員配置となっています。

※日勤帯：午前6時30分から午後9時00分

夜勤帯：午後9時00分から翌午前6時30分

4. 事業所設備の概要

設 備	室 数	備 考
居 間	1	レクリエーション、憩いの場
食 堂	1	
居 室	9	全個室対応、洋室8、和室1
静 養 室	1	ベッド3台
浴 室	2	個浴1、寝浴1
ト イ レ	4	身障者対応

5. 運営方針

利用者一人ひとりの人格を尊重し、地域住民との交流や地域活動への参加を図りながら、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、宿泊サービス、訪問サービスを柔軟に組み合わせることにより、住み慣れた地域での暮らしを支援します。

6. 利用料金（利用者負担）

（1）保険給付の自己負担額

1単位＝10,17円とし、介護報酬告示上の額（単位数の総額）に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を負担していただきます。

○看護小規模多機能型居宅介護費○

利用料は、通い・宿泊・訪問の包括費用で、1か月ごとの定額です。

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス	12,447 単位/月	17,415 単位/月	24,481 単位/月	27,766 単位/月	31,408 単位/月

上記基本サービス料金とは別に、該当する下記加算の1割または2割または3割の負担をお願いします。

- 初期加算 30単位/日（登録日から30日以内）
- 認知症加算（Ⅰ） 920単位/月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
- 認知症加算（Ⅱ） 890単位/月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
- 認知症加算（Ⅲ） 760単位/月（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ、M）
- 認知症加算（Ⅳ） 460単位/月（日常生活自立度ランクⅡ、要介護度2）
- 若年性認知症利用者受入加算 800単位/月（若年性認知症利用者を受け入れた場合）
- 栄養アセスメント加算 50単位/月（利用者ごとに管理栄養士等が共同して栄養アセスメントを実施し、必要に応じて対応した場合）

- 栄養改善加算 200単位/回(低栄養状態にある利用者またはそのおそれのある利用者に対して、栄養改善サービスを行った場合、3か月の期間に1月で2回が限度)
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) 20単位/回(利用者ごとに口腔の健康状態、栄養状態について確認した場合、6月に1回を限度)
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) 5単位/回(利用者ごとに口腔の健康状態、または栄養状態について確認した場合、6月に1回を限度)
- 口腔機能向上加算(Ⅰ) 150単位/回(口腔機能が低下している利用者またはそのおそれのある利用者に対して、口腔機能向上サービスを行った場合、1月に2回を限度)
- 口腔機能向上加算(Ⅱ) 160単位/回(口腔機能向上加算(Ⅰ)に加え、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、必要な情報を活用していること、1月に2回を限度)
- 退院時共同指導加算 600単位/回(退院時の初回の訪問看護)
- 緊急時対応加算 774単位/月(計画的な訪問以外の緊急時の訪問及び計画的に宿泊することに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)
- 専門管理加算 250単位/月(別に厚生労働大臣が定める状態に該当する利用者に対し、専門性の高い看護師が計画的な管理を行った場合)
- 特別管理加算(Ⅰ) 500単位/月(別に厚生労働大臣が定める状態に該当する利用者の場合)
- 特別管理加算(Ⅱ) 250単位/月(別に厚生労働大臣が定める状態に該当する利用者の場合)
- ターミナルケア加算 2,500単位(14日以内に2日以上 of ターミナルケア)
- 遠隔死亡診断補助加算 150単位(ターミナルケア加算を算定し、看護師が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)
- 看護体制強化加算(Ⅰ) 3,000単位/月(事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合)
- 看護体制強化加算(Ⅱ) 2,500単位/月(事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合)
- 訪問体制強化加算 1,000単位/月(事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合)
- 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) 1,200単位/月(事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合)
- 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ) 800単位/月(事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合)
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月(利用者ごとに計画的に継続的に褥瘡管理をした場合)
- 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位/月(褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)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で、褥瘡の発生がないこと)
- 排泄支援加算(Ⅰ) 10単位/月(排泄の介護が必要な利用者に対して計画的に支援を継続している場合)

- 排泄支援加算（Ⅱ） 15単位／月（排泄支援加算（Ⅰ）に加え、排尿・排便の状態がいずれも改善、悪化していないことまたはおむつ使用がありからおむつ使用がなしになっていること）
 - 排泄支援加算（Ⅲ） 20単位／月（排泄支援加算（Ⅱ）に加え、排尿・排便の状態がいずれも改善、悪化していないことかつおむつの使用がありからなしになっていること）
 - 科学的介護推進体制加算 40単位／月（利用者ごとに基本的な情報等を厚生労働省に提出し、サービス計画の見直しに役立てていること）
 - サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 750単位／月（70%以上が介護福祉士等）
 - サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 640単位／月（50%以上が介護福祉士等）
 - サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 350単位／月（40%以上が介護福祉士等）
 - 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位／月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
 - 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位／月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 基本サービスと各該当加算×0.149
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 基本サービスと各該当加算×0.146
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 基本サービスと各該当加算×0.134
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 基本サービスと各該当加算×0.106
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）～（14） 介護職員処遇改善加算、介護職員特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の取得状況に基づく加算率
- ※令和7年3月31日まで

※月ごとの包括料金なので、契約者の体調不良や状態の変化等により看護小規模多機能型居宅介護サービス介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、また多かった場合であっても日割りでの割引、増額はありませぬ。

※月途中から登録した場合、または月途中で登録を終了した場合には、登録した期日、終了日に応じて日割りした料金でお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」は契約締結日ではなく、通い・訪問・宿泊のいずれかを実際に利用した日、「登録終了日」は、利用を終了した日となります。

○短期利用居宅介護費○

緊急やむを得ない場合など一定の条件を満たした場合、14日を限度として限定的に利用可能な宿泊サービスで、1日ごとの料金です。

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス	571単位 ／日	638単位 ／日	706単位 ／日	773単位 ／日	839単位 ／日

上記基本サービス料金とは別に、該当する下記加算の1割または2割または3割の負担をお願いします。

- 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位／日（認知症の行動・心理症状で緊急に利用した場合、利用開始した日から7日間を限度）
- サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 25単位／日（70%以上が介護福祉士等）

- サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 21単位／日（50%以上が介護福祉士等）
 - サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 12単位／日（40%以上が介護福祉士等）
 - 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位／月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
 - 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位／月（事業所が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合）
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 基本サービスと各該当加算×0.149
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 基本サービスと各該当加算×0.146
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 基本サービスと各該当加算×0.134
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 基本サービスと各該当加算×0.106
 - 介護職員等処遇改善加算（Ⅴ）（1）～（14） 介護職員処遇改善加算、介護職員特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の取得状況に基づく加算率
- ※令和7年7月31日まで

※利用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。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、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。

(2) 介護保険の給付対象外となる負担額

以下のサービスは、利用料全額が契約者の負担となります。

① 食事の提供（いずれも1回につき）

朝食 400円 昼食 710円 おやつ 160円 夕食 580円

② 宿泊に要する費用

1泊 2,400円

③ グループ活動費（希望者のみ）

1回 150円

④ おむつ代

リハビリパンツ S：85円／枚 M：90円／枚 L：100円／枚

紙オムツ M：100円／枚 L：110円／枚

パッド 25円／枚

⑤ 複写物の交付

1枚につき 10円

⑥ 洗濯代

1回につき 102円

⑦ エンゼルケア用品

一式 3,500円

⑧ エンゼルケア

10,000円

⑨ 文書料（居宅サービス医療費控除証明書等）

1通につき 550円

※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、相当の額に変更することがあります。その場合、変更を行う1か月前までに変更内容と変更する事由について説明します。

(3) 支払い方法

利用料は、毎月末締とし翌月の15日頃に請求書を発行いたします。お支払いは口座振替にて指定日に振り替えさせていただきます。口座振替を利用されない方につきましては、翌月末日までに指定金融機関にお振り込みいただくか、現金にてお支払いいただきます。お支払いいただいた後に領収書を発行しますが、領収書の再発行はできませんので大切に保管をお願いします。

(4) その他

事業所は、利用者が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、介護サービス費として市町村から給付を受ける額（以下、介護保険給付額という）の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます（代理受領）。利用者は、サービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた額を事業所に支払います。ただし、要介護認定前にサービスを受け、その後の審査会において自立と認定された場合は、サービス利用料金の全額相当分を事業所に支払うものとします。

また、利用者の被保険者証に支払い方法の変更の記載（保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）がある場合は、一旦費用の全額を事業所に支払い、居住地の介護保険担当窓口にて申請のうえ、介護保険適用分の払い戻しを受けていただくこととなります。

なお、社会情勢の変化や介護保険法などの法改正に伴い、保険給付の単位数並びに利用料金等の改定があった場合、今後は別紙にてその内容を明記し説明のうえで同意を得るものとします。

7. サービスの概要と利用方法

(1) 通常の実施地域

豊橋市

(2) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 年中無休
- ② 通いサービス（基本時間） 午前10時15分から午後4時30分まで
- ③ 宿泊サービス（基本時間） 午後4時30分から翌午前10時15分まで
- ④ 訪問サービス（基本時間） 24時間

※受付・相談については、午前9時00分から午後6時00分まで

(3) 登録定員及び利用定員

登録定員は29名です。

通いサービスの定員は1日18名、宿泊サービスの定員は1日9名です。

(4) サービスの内容

- ① 通いサービス 事業所のサービス拠点において食事・入浴・排泄等の日常生活上の世話や機能訓練、健康チェック、送迎サービスを行います。

- ② 宿泊サービス 事業所に宿泊していただき、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。
- ③ 訪問サービス 利用者の自宅にお伺いし、食事や排泄等の日常生活上の世話を提供します。また、皮膚疾患やペグ装着等医療依存度の高い利用者について、医師の指示に基づき処置等を行います。

(5) サービスの開始

この説明により、利用者及び家族等からの同意を得たあと、事業所の介護支援専門員が看護小規模多機能型居宅介護サービス計画を作成し、サービスを開始します。

(6) サービスの終了

契約書第10条第1項、第2項、第3項に定めるとおりとします。

8. サービス利用にあたっての留意事項

- ① 設備、器具は本来の用途により使用願います。故意による破損、欠損、故障については、相当額を負担していただきます。
- ② 暴風警報等が発令された場合、また降雪による路面凍結等から安全確保が困難と判断された場合、サービス提供を中止することもあります。その場合午前7時30分までに連絡させていただきます。
- ③ 敷地内は禁煙となっていますので、喫煙に関しましてはご遠慮いただきますよう、ご理解とご協力をお願いします。
- ④ 宿泊の際の居室内へテレビ等の電気器具をご希望される場合は、予め職員にお申し出ください。

9. 運営推進会議の設置

事業所は、看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、その提供状況について定期的に報告し、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、看護小規模多機能型居宅介護サービスについての知見者、市職員、地域包括支援センター職員

開催：隔月に1回

任期：2年

10. 協力医療機関及びバックアップ施設

事業所は、利用者の主治医との連携を基本とし、病状の急変に備えて以下の関係機関を協力医療機関、バックアップ施設として連携体制を整備しています。

【協力医療機関】

芳賀クリニック	所在地	豊橋市西幸町字浜池58番地1
	TEL	0532-38-0808
しんあいクリニック	所在地	豊川市光明町一丁目19番地の10
	TEL	0533-56-7878

きたやま歯科クリニック 所在地 豊橋市弥生町松原45番地
Tel 0532-39-1415

【バックアップ施設】

医療法人信愛会 介護老人保健施設おとわの杜
所在地 豊川市赤坂町東山12番地の1
Tel 0533-87-0111

社会福祉法人明世会 特別養護老人ホーム秋桜の里
所在地 豊川市三蔵子町北浦4番地
Tel 0533-80-2006

1.1. 非常災害対策

非常時の備え 自衛消防の活動、緊急連絡網の徹底、地元自治会及び消防団との連携、消防署への協力
防災訓練 年2回、通報訓練・初期消火訓練・避難訓練の実施
消防設備 消火器、自動火災報知器、スプリンクラー、誘導灯

1.2. 苦情処理

利用者は、事業所の看護小規模多機能型居宅介護サービス提供について、いつでも苦情を申立てることができます。

苦情申立窓口

介護看護多機能サービスみゆき	0532-87-4718 (樫詰)
豊橋市 長寿介護課	0532-51-2359
東三河広域連合 介護保険課	0532-26-8471
愛知県国民健康保険団体連合会 (介護福祉室内 苦情相談室)	052-971-4165

1.3. 事故発生時の対応等

事業所は利用者に対する介護サービスの提供により事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者の家族、当該利用者に係る関係事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、この事故の状況及び事故に際してとった処置については記録するものとし、記録は5年間保存します。

なお、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき、事業所に故意過失がない場合はこの限りではありません。また、利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

1.4. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における虐待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利用して行うことができるものとします。）を定期的を開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- 2 前項各号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	① あり	実施日 (直近年月日)	令和6年4月18日
		評価機関名称	介護看護多機能サービス みゆき運営推進会議
		評価結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		

看護小規模多機能型居宅介護サービス

重要事項説明同意書

当事業所は、令和6年6月1日現在の重要事項説明書に基づいて、看護小規模多機能型居宅介護サービスの内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 住 所 愛知県豊橋市西幸町字笠松85番地

事業所名 介護看護多機能サービスみゆき

管 理 者 _____

説 明 者 _____

私は、令和6年6月1日現在の重要事項説明書に基づいて、看護小規模多機能型居宅介護サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者

氏 名 _____

署名代行者 (続柄: _____)

家 族

(代理人)

氏 名 (続柄: _____)