# 介護老人保健施設サニーヒル　　重要事項説明書

入所者様に対する介護保険施設サービスの提供開始にあたり、厚生省令第３９号第４条に基づいて、当事業者が入所者様に説明すべき事項は次のとおりです。

## １　事業者

| | |
|---|---|
| 事業者の名称 | 医療法人社団　　清春会 |
| 法人所在地 | 神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号 |
| 法人種別 | 医療法人社団 |
| 代表者氏名 | 理事長　　春日　慎一 |
| 電話番号 | ０７８－６４７－３２５５ |

## ２　ご利用施設

| | |
|---|---|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設サニーヒル |
| 施設の所在地 | 神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号 |
| 施設長名 | 奥村　明彦 |
| 電話番号 | ０７８－６４７－３２５５ |
| Fax番号 | ０７８－６４７－３２４４ |

## ３　ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 兵庫県知事の事業者指定 | | 利用定数 | 神戸市基準　該当サービス |
|---|---|---|---|---|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 介護老人保健施設 | 平成22年11月1日 | 2850680014 | 150名 | ◯該当・非該当 |
| 短期入所療養介護 | 平成22年11月1日 | 同上 | 空きベッド対応 | ◯該当・非該当 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 平成26年4月1日 | 同上 | | ◯該当・非該当 |
| 通所リハビリテーション | 平成26年11月1日 | 同上 | 35名 | ◯該当・非該当 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 平成26年4月1日 | 同上 | 35名 | ◯該当・非該当 |
| 訪問リハビリテーション | 平成22年11月1日 | 同上 | | ◯該当・非該当 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 平成24年4月1日 | 同上 | | ◯該当・非該当 |

## ４　事業の目的と方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 原則６５歳以上の者であって、病状が安定期にあり、入院治療を必要としない方に、医学的な管理のもとにリハビリテーション、看護、介護を提供して生活の自立性を尊重して家庭への復帰をはかることを目的とした事業です。 |
| 施設運営の方針 | 施設入所者の人間性を尊重し、明るい魅力ある環境づくりに努力します。<br>地域との交流、共存に留意します。 |

## ５　　施設の概要

| | | |
|---|---|---|
| 敷地（介護老人保健施設） | | ３９５９．１５㎡ |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造　７階建て（耐火構造） |
| | 延床面積 | ６７１０．１０㎡ |
| | 利用定員 | 介護老人保健施設　１５０名、通所リハビリテーション　３５名 |

１）居室

| 居室の種類 | 部屋数 | 面積 | １人当りの面積 |
|---|---|---|---|
| 個室（従来型個室） | ５０室（２６室） | 10.17㎡～17.51㎡ | 10.17㎡～17.51㎡ |
| ２人部屋 | ８室（４室） | 19.46㎡～19.69㎡ | 9.73㎡～9.84㎡ |
| ４人部屋 | ２１室（９室） | 35.07㎡～51.07㎡ | 8.76㎡～12.76㎡ |

注）指定基準は、居室１人当り　８㎡

注）上記（　）内は認知症専門棟における部屋数

２）主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | １人当りの面積 |
|---|---|---|---|
| 食堂 | 4 | 328.49㎡ | 2.18㎡ |
| 機能訓練室 | 1 | 182.46㎡ | 1.21㎡ |
| 一般浴室 | 2 | 113.01㎡ | |
| 機械浴室 | 3 | 110.42㎡ | |
| 入所者用デイルーム | 2 | 140.46㎡ | |
| 通所者用デイルーム兼食堂 | 1 | 96.50㎡ | |
| レクリエーションルーム | 1 | 82.79㎡ | |

## ６　　職員体制（主たる職員）

| 従業員の種類 | 人数 | 事業所の指定基準 | 保有資格等 |
|---|---|---|---|
| 施設長 | １ | １ | 医師 |
| 医師（施設長含む） | ２ | １．５ | 内科、外科 |
| 看護職員 | ５０ | ５０ | 正看護師、准看護師 |
| 介護職員 | | | 介護福祉士、実務者研修修了者等 |
| 介護支援専門員 | ２ | ２ | 介護支援専門員 |
| 支援相談員 | ２ | １．５ | 社会福祉士、介護福祉士等 |
| 薬剤師 | １ | ０．５ | 薬剤師 |
| 作業療法士・理学療法士<br>言語聴覚士 | １０ | １．５ | 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士 |
| 管理栄養士 | ２ | １ | 管理栄養士 |

※職員数は上記記載人数を上回ることがあります。

## ７　　職員の勤務体制

| 従業員の職種 | 勤務体制 |
|---|---|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤（週３２時間）で勤務 |
| 医師 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤（週３２時間）で勤務<br>夜間については自宅待機を行い、緊急時に備えます |
| 看護師 | 正規の勤務時間帯（下記の通り）常勤で勤務<br>日勤　　９：００～１８：００　　夜勤　　１７：００～９：３０ |
| 介護職員 | 早出　　７：３０～１６：３０　　日勤　　９：００～１８：００<br>遅出　　１０：３０～１９：３０　夜勤　　１７：００～９：３０ |
| 介護支援専門員 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 支援相談員 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 薬剤師 | 勤務時間帯　　１３：００～１７：００　非常勤で勤務 |
| 作業療法士・理学療法士<br>言語聴覚士 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |

※勤務時間については変更する場合があります。医師（施設長）以外の常勤職員は週４０時間での勤務となります。

## ８　　施設サービスの概要

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 食事 | ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。<br>（食事時間の目安）朝食　７：３０　　昼食　１１：３０　　夕食　１７：３０ |
| 排泄 | ・入所者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴 | ・週に２回以上の入浴又は随時清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴を行います。 |
| 離床、着替え<br>整容等 | ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 |
| 機能訓練 | ・有資格者である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による入所者様の状況に適合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。<br>・当施設の保有するリハビリ器具<br>ワーキングテーブル、ジムニックボール、プーリー、リカンベルトバイク、レッグプレス<br>セラピーマスター、練習用階段、平行棒 |
| 相談援助 | ・当施設は、入所者様およびそのご家族様からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。<br>（相談窓口）　介護支援専門員、支援相談員 |
| 健康管理 | ・医師により健康管理に努めます。緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。<br>・入所者様が外部の医療機関に通院する場合、その介添えについて配慮します。<br>（当施設の医師）　氏名　：　奥村　明彦<br>診療科：　内科 |
| 社会生活上の<br>便宜 | ・当施設では、教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 |

## ９　　利用料金

１）介護保険負担分　※介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ⅲ）（基本型）[従来型]

１．個室　　２．多床室

| 介護度 | 単位数 | 負担額（1割/日） | 負担額（1割/30日） | 介護度 | 単位数 | 負担額（1割/日） | 負担額（1割/30日） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 要介護１ | 717 | ¥756 | ¥22,680 | 要介護１ | 793 | ¥836 | ¥25,080 |
| 要介護２ | 763 | ¥805 | ¥24,150 | 要介護２ | 843 | ¥889 | ¥26,670 |
| 要介護３ | 828 | ¥873 | ¥26,190 | 要介護３ | 908 | ¥957 | ¥28,710 |
| 要介護４ | 883 | ¥930 | ¥27,900 | 要介護４ | 961 | ¥1,012 | ¥30,360 |
| 要介護５ | 932 | ¥983 | ¥29,490 | 要介護５ | 1012 | ¥1,067 | ¥32,010 |

注1）介護保険負担割合証にて2割の方は上記負担額が2倍、3割の方は上記負担額が3倍になります。

注2）感染症等、又は著しい精神症状等により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した方につきましては、個室利用であっても多床室での算定となります。

注3）夜勤職員の配置基準を満たさない場合は、上記単位数の97%での算定となります。

注4）金額につきましては、小数点以下の計算上、多少の誤差が生じる可能性がございます。

３．各種加算

| |
|---|
| ●夜勤職員配置加算　24単位/日 |
| 入所者等の数が20又はその端数を増すごとに、夜勤を行う看護職員又は介護職員を1名以上配置した場合に算定されます。 |
| ●短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）　258単位/日(LIFE)、　同加算（Ⅱ）200単位/日 |
| （Ⅰ）医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、入所日から3か月以内に集中的にリハビリテーションを行った場合であて、かつ原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚労省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直している場合に算定されます。<br>（Ⅱ）医師が入所日より3月以内に集中的にリハビリテーションを行った場合に算定されます。 |
| ●認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）　240単位/日、　同加算（Ⅱ）120単位/日 |
| 認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された方に対して、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届け出を行った介護老人保健施設において、 医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、入所日から3か月以内の期間に限り、1週に3日を限度として1日につき当該単位数を加算する。　加算（Ⅰ）（2）いずれかの加算を算定している場合はその他の加算は算定しません。 |
| ●認知症ケア加算（76単位/日） |
| 日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の入所者（認知症自立度Ⅲaより重度と医師が判断し、認知症専門棟にて対応している方）に対して算定されます。 |
| ●若年性認知症利用者受入加算　　120単位/日 |
| 若年性認知症入所者に対して個別に担当者を定め、その者を中心に特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定されます。 |
| ●在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）　　51単位/日 |
| 厚生労働大臣が定める指標において継続的に40点以上を取得する他、一定の要件を満たした場合に算定されます。 |
| ●外泊時費用加算　　362単位/日、月に6日が限度 |
| 入所者に対して外泊を認めた場合に算定されます（初日と最終日は除く）。 |

●ターミナルケア加算

死亡日：1900単位/日、死亡日前日及び前々日：910単位/日、
死亡日以前4～30日：160単位/日、死亡日以前31～45日：72単位/日

当施設又は居宅にて死亡された方の内、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された方で、入所者又はご家族等の同意を得てターミナルケア計画が作成されており、その内容についての説明を行い、同意を得た上でターミナルケアが行われた方に対して算定されます。

●初期加算（Ⅰ）60単位/日、（Ⅱ）30単位/日

（Ⅰ）当施設の空床情報を地域医療情報連携ネットワーク等を通じ地域の医療機関に定期的に情報共有しており、空床情報を当施設のウェブサイトに定期的に公表し、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報提供行った場合に算定されます。

（Ⅱ）入所日から30日間、過去3か月間に入所歴のない方（認知症自立度Ⅲaより重度の方は1か月）に限り算定されます。尚、短期入所療養介護からの継続入所の場合は、短期入所療養介護の利用日数を30日から除いた日数に限り算定されます。

●入所前後訪問指導加算（Ⅰ）450単位

入所期間が1か月を超える見込みの方に、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、その方が退所後に生活される居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に、1回に限り算定されます。

●入所前後訪問指導加算（Ⅱ）480単位

入所期間が1か月を超える見込みの方に、入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に、その方が退所後に生活される居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合に、1回に限り算定されます。

●試行的退所時指導加算　400単位/月

①入所期間が1か月を超える方が退所し、その居宅において療養を継続するにあたり、退所時に入所者及びご家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、1回に限り算定されます。

②入所期間が1か月を超える方がその居宅に試行的に退所するにあたり、試行的な退所時に入所者及びご家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中最初に試行的な退所を行った月から3か月間に限り、算定されます。

●入退所前連携加算（Ⅰ）　600単位/回

下記いずれの要件も満たした場合、1回に限り算定されます。

①入所予定日前30日以内または入所後30日以内に、入所者の同意を得た上で希望する居宅介護支援事業所と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定める。

②入所期間が1ヶ月を超える方が退所し居宅サービス等を利用する場合、退所に先だって入所者の同意を得た上で希望する居宅介護支援事業所に対し、診療状況を示す文書を添えて情報提供し、かつ居宅介護支援事業所等と連携して居宅サービス等の調整を行う。

●入退所前連携加算（Ⅱ）　400単位/回

「入退所前連携加算（Ⅰ）」の②の要件を満たした場合に、1回に限り算定されます。

●退所時栄養情報連携加算　70単位/回

管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合、1月に1回を算定する。

●再入所時栄養連携加算　200単位/回

病院等への入院のため当施設を退所された方が退院後に再入所されるにあたり、施設の管理栄養士が栄養に関する指導やカンファレンスに同席し、病院等の管理栄養士と連携して再入所後の栄養ケア計画を作成した場合に1回に限り算定されます。

●退所時情報提供加算（Ⅰ）500単位/回、　（Ⅱ）250単位/回

（Ⅰ）居宅へ退所する入居者について、退所後の主治医に対して入所者を紹介する場合。入所者の同意を得て、診療情報・心身の状況・認知機能・生活歴等を示す情報を提供した場合に、入居者1人につき1回に限り算定されます。

（Ⅱ）医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関へ入所者を紹介する際に入所者の同意を得て、心身の状況・認知機能・生活歴等を示す情報を提供した場合に、入居者1人につき1回に限り算定されます。

●協力医療機関連携加算（1）100単位/月（令和6年度）、50単位/月（令和7年度～）

協力医療機関との間で入所者等の同意を得て、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合は算定されます。

●訪問看護指示加算　300単位

退所時に当施設の医師が診療に基づき、訪問看護が必要であると認め、入所者が希望する訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合に、1回に限り算定されます。

●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ　140単位/回　　※入所前に6種類以上の内服薬投与された方が対象

入院前の主治医と連携して入所後1月以内に薬剤を評価及び調整し、療養上必要な指導を行ったり、入所中に入所者の処方内容の変更があった場合は関係職種にて情報共有を行い入所者の状態などを確認した場合に算定される。

●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ　70単位/回　　※入所前に6種類以上の内服薬投与された方が対象

施設において入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ療養上必要な指導を行った場合に算定。

●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）　240単位/回

「かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ・ロ」が算定された上で、入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方に当たって、必要な情報を活用している場合に、1回に限り退所時に算定されます。

●かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）　100単位/回

「かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）」が算定された上で、6種類以上の内服薬が処方されており、入所中に処方内容を施設医師とかかりつけ医が共同で評価・調整し、退所時に処方されている内服薬が入所時に処方されていたていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少している場合に、1回に限り退所時に算定されます。

●療養食加算　　6単位/回、日に3回が限度

食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、入所者の年齢や心身の状況によって適切な内容の食事が提供された場合に算定されます。

●栄養マネジメント強化加算　　11単位/日

入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合に、算定されます。

●再入所時栄養連携加算（200単位）

病院等への入院のため当施設を退所された方が、退院後に再入所されるにあたり、前回入所時と栄養管理が大きく異なるため、施設の管理栄養士が病院等の管理栄養士と連携して栄養ケア計画を作成した場合に、1回に限り算定されます。

●経口移行加算（28単位/日）

医師の指示に基づき、管理栄養士や介護支援専門員等が共同して経口移行計画を作成し、その計画に従って経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合に、計画の作成から180日間に限り算定されます。尚、180日を超えた場合も栄養管理が必要とされる方に対しては、引き続き算定されます。

●経口維持加算Ⅰ（400単位/月）

医師の指示に基づき、摂食機能障害があり誤嚥が認められる方に対して管理栄養士や介護支援専門員等が共同して経口維持計画を作成し、その計画に従って管理栄養士等が栄養管理を行った場合に、算定されます。

●経口維持加算Ⅱ（100単位/月）

入所者の経口による継続的な食事摂取を支援するための会議等に医師や言語聴覚士等が加わった場合は、経口維持加算Ⅰを算定している月に限り算定されます。

●口腔衛生管理加算Ⅰ（90単位/月）

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを月2回以上行い、介護職員に対して入所者の口腔ケアに関する具体的な技術的助言及び指導を行い、入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じて対応している場合に算定されます。

●口腔衛生管理加算Ⅱ（110単位/月）

「口腔衛生管理加算Ⅰ」の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、必要な情報を活用している場合に、算定されます。

●緊急時施設療養費

①緊急時治療管理（518単位/日）

入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合に月に1回、連続する3日を限度として算定されます。

②特定治療

医科診療報酬点数表の第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条3項に規定されているリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に、医科診療報酬点数表に定められた点数に10円を乗じた額が算定されます。

●所定疾患施設療養費Ⅰ（239単位/日）

診断、診断を行った日、実施した投薬、検査（肺炎、又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る）、注射、処置等の内容等が診療録に記載しており、算定開始の翌年度以降において、前年度の当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表している場合に月に1回、連続する7日を限度として算定されます。

●所定疾患施設療養費Ⅱ（480単位/日）

診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査（肺炎、又は尿路感染症の者については検査を実施した場合に限る）、注射、処置等の内容等（近隣の医療機関と連携し実施した検査等を含む）を診療録に記載しており、算定開始の翌年度以降において、前年度の当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表し、当施設の医師が感染症対策に関する研修を受講した場合に月に1回、連続する10日を限度として算定されます。

※所定疾患施設療養費Ⅰ・Ⅱについて、緊急時施設療養費が算定された日は、算定されません。

※加算Ⅰ、Ⅱの対象疾患は、肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

●認知症専門ケア加算（Ⅰ）3単位/日、（Ⅱ）4単位/日、並算定不可

厚生労働大臣が定める人員の配置基準を満たした場合に算定されます。

●認知症行動・心理症状緊急対応加算（200単位/日）

医師が認知症の行動・心理症状があると認め、在宅生活が困難であり緊急に入所することが適当と判断された方に対して、サービス提供した場合に、入所日から7日を限度として算定されます。

●認知症情報提供加算（350単位）

過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断したが、施設内での診断が困難であると判断された方について、入所者又はご家族等の同意を得た上で診療状況を示す文書を添えて指定機関への紹介を行った場合に、1回に限り算定されます。

●認知症チームケア推進加算（Ⅰ）　150単位/月

認知症の行動・心理症状（BPSD)の予防及び発現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでおり、対象者に対し個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に対する値を測定しチームケアを実施している。また、認知症ケアについて、カンファレンスに開催、計画の作成、認知症の程度について定期的な評価、計画に見直し等を行った場合に算定されます。

●認知症チームケア推進加算（Ⅱ）　120単位/月

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）の加算要件である研修修了者1名について、加算（Ⅱ）においては研修修了者の研修要件を「認知症介護に係る専門的な研修修了者」の場合に算定する。

●地域連携診療計画情報提供加算（300単位）

地域連携診療計画加算を算定して退院された方に対して、退院元が作成した診療計画に基づいて治療等を行うとともに、入所者の同意を得た上で退院月の翌月までに、加算を算定した病院に診療情報を文書により提供した場合に、1回に限り算定されます。

●褥瘡マネジメント加算Ⅰ（3単位/月）

入所者ごとに入所時の褥瘡の有無を確認し、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、入所時及びその後3か月に1回評価を行い、その結果を厚生労働省に提出し褥瘡管理の実施にあたり、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。

評価の結果、褥瘡が認められ、また、発生リスクがある方について、医師、看護師、管理栄養士介護支援専門員等が共同して個別に褥瘡ケア計画を作成し褥瘡管理の実施と状態について定期的に記録します。

施設入所時の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直した場合に算定されます。

●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」を算定しており、入所時に褥瘡の認められた入所者の褥瘡が治癒した場合、又は褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者に、褥瘡の発生が無かった場合に算定されます。

※褥瘡マネジメント加算ⅠとⅡは併算定できません。

●リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）53単位/月、　（Ⅱ）33単位/月

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他職種の者「関係職種」がリハビリテーション実施計画書等の内容について、一体的に共有し、LIFEにて厚労省へ情報を提出した情報を活用して計画の見直し等を行った場合に算定される。

※（Ⅱ）は上記サービスを行うも、口腔衛生管理加算Ⅱ及び栄養マネジメント強化加算等を算定していない場合

●排せつ支援加算（Ⅰ）　10単位/月

排せつに介護を要する入所者等ごとに、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施設入所時等に評価し、少なくとも3か月に1回評価を行い、その結果等を厚生労働省に提出し、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者について、医師や介護支援専門員、看護師、管理栄養士等が共同して排せつ支援計画を作成し、その計画に基づく支援を継続して実施し、少なくとも3ヶ月に1回計画の見直しを行った場合に算定されます。

●排せつ支援加算（Ⅱ）　15単位/月

排せつ支援加算Ⅰの要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれる者について、入所時等と比較して、排尿・排便の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化していない、または、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合、又は入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた方が抜去できた場合に算定されます。

●排せつ支援加算（Ⅲ）　20単位/月

排せつ支援加算Ⅰの要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれる者について、入所時等と比較して、排尿・排便の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化していない。

又は入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた方が抜去できた場合。

かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に算定されます。

※排せつ支援加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲは併算定できません。

●自立支援促進加算　300単位/月

医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行い、少なくとも3月に1回評価の見直しを行い、特に対応が必要とされた入所者ごとに、医師や介護支援専門員、その他の職種のものが共同して自立支援に係る支援計画を策定し、計画に従ったケアを実施し、少なくとも3か月に1回、計画の見直しを行い、また医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、実施のために必要な情報を活用した場合に算定されます。

●高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）10単位/月、　　（Ⅱ）5単位/月

（Ⅰ）新興感染症の発生時等に感染者の診療等を担う医療機関（第二種協定医療機関）と連携体制を確保する。
また、新興感染症以外の感染症については、近隣の協力医療機関との間で連携し適切に対応し、
感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届出済の医療機関が行う院内感染対策に関する研修又は訓練
に1年に1回以上参加した場合に算定されます。
（Ⅱ）感染対策向上加算を届出済の医療機関から3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の対応に
係る実地指導を受けた場合に算定されます。

●新興感染症等施設療養費　240単位/日（連続する5日限度）

新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供
することや、感染拡大のため病院の病床ひっ迫を避けるため必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保
した上で感染した高齢者を施設内で療養した場合に加算されます。

●生産性向上推進体制加算（Ⅰ）100単位/月　、　（Ⅱ）10単位/月

（Ⅰ）会議現場における生産性の向上の促進を図るため介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の
継続的な活用を支援するため利用者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減のための方策を検討する
委員会の開催や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い、
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等を行う。また、県知事に対し
年1回の業務改善の取組による効果を示すデータをオンラインにて提供した場合算定されます。
（Ⅱ）については見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入した場合に算定されます。

●科学的介護推進体制加算（Ⅰ）40単位/月　　（Ⅱ）60単位/月）

入所者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他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の見直しなど必要な情報を活用している
場合に算定されます。なお、基本的な情報に加えて、疾病の状況や服薬情報等の情報を厚生労働省
に提出している場合は、科学的介護推進体制加算Ⅱが算定されます。

●身体拘束廃止未実施減算　（-10%/日）

身体拘束等の適正化のための必要な措置を講じていないと判断された場合に算定されます。

●安全対策体制加算　20単位/回

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し組織的に安全対策を実施
する体制が整備されている場合に、入所初日に限り算定されます。

●サービス提供体制加算（Ⅰ）　22単位/日

介護職員のうち、介護福祉士が80%以上の割合で配置、あるいは勤続10年以上の介護福祉士が35%
以上配置された場合に算定されます。

●サービス提供体制加算（Ⅱ）18単位/日

介護職員のうち、介護福祉士が60%以上の割合で配置された場合に算定されます。

●サービス提供体制加算（Ⅲ）6単位/日

介護職員のうち、介護福祉士が50%以上の割合、あるいは看護職員・介護職員の総数のうち、常勤
職員が75%以上の割合、あるいは入所者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続7年以上
の者が30%以上の割合で、配置された場合に算定されます。

●介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）１ヶ月の総単位数の7.5%/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）に加え以下の要件を満たす場合に加算されます。
・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している場合

●介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）１ヶ月の総単位数の7.1%/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）に加え以下の要件を満たす場合に加算されます。
・改善後の賃金年額440万円以上が1名以上在職している
・職場環境の更なる改善、見える化する

●介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）１ヶ月の総単位数の5.4%/月

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）に加え以下の要件を満たす場合に加算されます。
・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

| ●介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）１ヶ月の総単位数の4.4%/月 |
| --- |
| ・介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）の1/2以上を月額賃金で配分している<br>・職場環境の改善を行っている<br>・賃金体系等の整備及び研修の実施等 |

２）その他の料金

１．特別室料（個室のみ）　１６５０円/日

２．理美容代金　実費

３．文書料　実費　※診断料、証明書等、各文書の内容により異なります。

４．レクリエーション費　実費（レクリエーションの内容による）

５．電気使用料　（１日あたり）　※電化製品の持込の場合に限る

・テレビ　６０円/日　（税込）

・パソコン　６０円/日　（税込）

・在宅酸素濃縮器　１２０円/日　（税込）

利用者様のご希望により、上記以外の電化製品をお持込みされた場合は別途ご相談させていただきます。

６．テレビレンタル料　（1日あたり）　２２０円/日　（税込）

※こちらの代金につきましても、ご利用料金と一緒に引落にて対応させていただきますので、現金をお持ちいただく必要はありません。

## １０　一日の流れ

| | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 起床・洗面 | ７：００ | 入浴 | １４：００ |
| 朝食 | ７：３０ | おやつ | １４：３０ |
| 入浴（週２回） | ９：３０ | 夕食 | １７：３０ |
| ラジオ体操 | １０：００ | 就寝（消灯） | ２１：００ |
| 昼食 | １１：３０ | | |

※あくまで目安であり、ご参考程度になります。可能な限り、お一人お一人の生活リズムに合わせた対応を致します。

※保健衛生上、食事の取り置きは調理後２時間までとなっております。

## １１　年間行事予定

| | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４月 | お花見 | ８月 | 夏祭り | １２月 | クリスマス会 |
| ５月 | 遠足・母の日 | ９月 | 敬老会 | １月 | 新年会 |
| ６月 | 父の日 | １０月 | 運動会 | ２月 | 節分 |
| ７月 | 七夕 | １１月 | 遠足・外出 | ３月 | ひな祭り |

※その他、随時お誕生日会等を行っております。

## １２　　苦情・要望等申立先

| | | |
|---|---|---|
| 当施設のご利用に関する相談窓口 | 担当者　… | 各棟の担当介護支援専門員及び支援相談員 |
| | 利用時間　… | ９：００～１７：００ |
| | 連絡先　… | （代表）０７８－６４７－３２５５<br>（直通）０７８－６４７－３２９０ |

## １３　　その他の苦情受付機関

令和6年4月　現在

| | |
|---|---|
| ○介護保険サービスに関すること<br>神戸市福祉局監査指導部 | 連 絡 先:　０７８－３２２－６２４２<br>受付時間:　（平日）8：45～12：00 、13：00～17：30 |
| ○介護保険サービス苦情相談窓口<br>兵庫県国民健康保険団体連合会 | 連 絡 先:　０７８－３３２－５６１７<br>受付時間:　（平日）8：45～17：15 |
| ○契約に関すること<br>神戸市消費生活センター | 連 絡 先:　０７８－３７１－１２２１<br>受付時間:　（平日）9：00～17：00 |
| ○高齢者虐待ホットライン<br>高齢者虐待通報専用電話（神戸市監査指導部内） | 連 絡 先:　０７８－３２２－６７７４<br>受付時間:　（平日）8：45～12：00 、13：00～17：30 |

## １４　　協力医療機関　（他協力医療機関あり）

| 医療機関の名称 | 春日病院 | おおがま歯科医院 |
|---|---|---|
| 院長 | 春日　慎一 | 大釜　一郎 |
| 所在地 | 神戸市北区大脇台３－１ | 神戸市長田区長田町１－２－４ |
| 電話番号 | ０７８－５９２－７５００ | ０７８－６４６－８０３５ |
| 診療科 | 内科、外科、整形外科、消化器内科、<br>腎臓内科（人工透析）、<br>リハビリテーション科 | 歯科 |

## １５　　非常時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設サニーヒル　消防計画」に則り対応致します。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 地元消防団に非常時の応援を依頼しております。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 別途定める「介護老人保健施設サニーヒル　消防計画」に則り、年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 各階・各居室 | ガス漏れ報知器 | あり |
| | 非難すべり台 | １箇所 | 防火扉 | 各階 |
| | 非常階段 | ２箇所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 非常用電源 | あり |
| | ※カーテン等は防火性能のある物を使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日　令和１年１０月２２日<br>防火管理者　福岡　正典 | | | |

## １６　　当施設ご利用の際の留意事項

| | |
|---|---|
| 来訪・面会 | 当施設の規定に定める。<br>体調不良や感染症の状況により、面会をお断りさせていただく場合がございます。 |
| 外出・外泊 | 当施設の規定に定める。<br>ご希望の際は、担当介護支援専門員または支援相談員までご連絡をください。 |
| 居室・設備<br>器具の利用 | 施設内の居室や設備及び器具は、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反した<br>ご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |

| | |
|---|---|
| 喫煙 | 施設内は全て禁煙となっております。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等、他の入所者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。また、むやみに他の入所<br>者様の居室等に立ち入らない様、お願い致します。 |
| 現金の管理 | 原則的に自己管理になります。持ち込まれた私物等の紛失や破損につきましては、<br>当施設では一切責任を負いかねます。そのため、極力持ち込みはお控えください。 |
| 宗教活動等 | 施設内での宗教活動や政治活動（勧誘や斡旋等）はご遠慮下さい。 |
| 食事等の持ち込み | 施設入所中の食事・おやつにつきましては、特段の事情が無い限り施設から提供<br>される物をお召し上がり下さい。栄養管理も施設のサービス内容に含まれています<br>ので、ご理解下さい。 |

## １７　　個人情報の利用目的

当施設では、入所者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預りしている個人情報について利用目的を以下の通り定めます（利用契約書第２０条を参照下さい）。

・当施設が提供する介護サービスに係ること
・介護保険事務に係ること（国保連へのレセプト提出等）
・当該入所者様のサービスの向上
・当該入所者様に居宅サービスを提供する居宅介護支援事業所等との連携
・病院受診や救急搬送等、医療機関への必要な情報提供
・外部監査機関への情報開示

私は、本書面の説明を受け、その内容について同意します。

（説明者）

介護老人保健施設サニーヒル　　支援相談員　　印

令和　　年　　月　　日

（契約者）

住所

氏名　　印

電話番号

（署名代行者）

私は、下記の理由により、契約者に代わり、契約者本人の意志を確認した上で、上記署名を行いました。

住所

氏名　　印

電話番号

署名を代行した理由

# 介護老人保健施設サニーヒル
# 短期入所療養介護　重要事項説明書
# 介護予防短期入所療養介護　重要事項説明書

短期入所療養介護サービス・介護予防短期入所療養介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第３９号第４条に基づいて、当事業者が利用者様に説明すべき事項は次のとおりです。

## １　事業者

| | |
|---|---|
| 事業者の名称 | 医療法人社団　　清春会 |
| 法人所在地 | 神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号 |
| 法人種別 | 医療法人社団 |
| 代表者氏名 | 理事長　　春日　慎一 |
| 電話番号 | ０７８－６４７－３２５５ |

## ２　ご利用施設

| | |
|---|---|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設サニーヒル |
| 施設の所在地 | 神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号 |
| 施設長名 | 奥村　明彦 |
| 電話番号 | ０７８－６４７－３２５５ |
| Fax番号 | ０７８－６４７－３２４４ |

## ３　ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 兵庫県知事の事業者指定 | | 利用定数 | 神戸市基準該当サービス |
|---|---|---|---|---|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 介護老人保健施設 | 平成22年11月1日 | 2850680014 | 150名 | 該当・非該当 |
| 短期入所療養介護 | 平成22年11月1日 | 同上 | 空きベッド対応 | 該当・非該当 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 平成26年4月1日 | 同上 | | 該当・非該当 |
| 通所リハビリテーション | 平成26年11月1日 | 同上 | 35名 | 該当・非該当 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 平成26年4月1日 | 同上 | 35名 | 該当・非該当 |
| 訪問リハビリテーション | 平成22年11月1日 | 同上 | | 該当・非該当 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | 平成24年4月1日 | 同上 | | 該当・非該当 |

## ４　事業の目的と方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 原則６５歳以上の者であって、病状が安定期にあり、入院治療を必要としない方に、医学的な管理のもとにリハビリテーション、看護、介護を提供して生活の自立性を尊重して、在宅生活の継続をはかることを目的とした事業です。 |
| 施設運営の方針 | 施設利用者の人間性を尊重し、明るい魅力ある環境づくりに努力します。<br>地域との交流、共存に留意します。 |

## ５　　施設の概要

| | | |
|---|---|---|
| 敷地（介護老人保健施設） | | ３９５９．１５㎡ |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造　７階建て（耐火構造） |
| | 延床面積 | ６７１０．１０㎡ |
| | 利用定員 | 介護老人保健施設　１５０名、通所リハビリテーション　３５名 |

１）居室

| 居室の種類 | 部屋数 | 面積 | １人当りの面積 |
|---|---|---|---|
| 個室（従来型個室） | ５０室（２６室） | 10.17㎡～17.51㎡ | 10.17㎡～17.51㎡ |
| ２人部屋 | ８室（４室） | 19.46㎡～19.69㎡ | 9.73㎡～9.84㎡ |
| ４人部屋 | ２１室（９室） | 35.07㎡～51.07㎡ | 8.76㎡～12.76㎡ |

注）指定基準は、居室１人当り　８㎡

注）上記（　）内は認知症専門棟における部屋数

２）主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | １人当りの面積 |
|---|---|---|---|
| 食堂 | 4 | 328.49㎡ | 2.18㎡ |
| 機能訓練室 | 1 | 182.46㎡ | 1.21㎡ |
| 一般浴室 | 2 | 113.01㎡ | |
| 機械浴室 | 3 | 110.42㎡ | |
| 入所者用デイルーム | 2 | 140.46㎡ | |
| 通所者用デイルーム兼食堂 | 1 | 96.50㎡ | |
| レクリエーションルーム | 1 | 82.79㎡ | |

## ６　　職員体制（主たる職員）

| 従業員の種類 | 人数 | 事業所の指定基準 | 保有資格等 |
|---|---|---|---|
| 施設長 | 1 | 1 | 医師 |
| 医師 | 2 | １．５ | 内科、外科 |
| 看護職員 | ５０ | ５０ | 正看護師、准看護師 |
| 介護職員 | | | 介護福祉士、初任者研修修了者等 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | 介護支援専門員 |
| 支援相談員 | 2 | １．５ | 社会福祉士等 |
| 薬剤師 | 1 | ０．５ | 薬剤師 |
| 作業療法士・理学療法士<br>言語聴覚士 | 2 | １．５ | 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士 |
| 管理栄養士 | 1 | 1 | 管理栄養士 |

※職員数は上記記載人数を上回ることがあります。

## ７　　職員の勤務体制

| 従業員の職種 | 勤務体制 |
|---|---|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤（週３２時間）で勤務 |
| 医師 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤（週３２時間）で勤務<br>夜間については自宅待機を行い、緊急時に備えます |
| 看護師 | 正規の勤務時間帯（下記の通り）常勤で勤務<br>日勤　　９：００～１８：００　　夜勤　　１７：００～９：３０ |
| 介護職員 | 早出　　７：３０～１６：３０　　日勤　　９：００～１８：００<br>遅出　　１０：３０～１９：３０　夜勤　　１７：００～９：３０ |
| 介護支援専門員 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 支援相談員 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 薬剤師 | 勤務時間帯　　１３：００～１７：００　非常勤で勤務 |
| 作業療法士・理学療法士<br>言語聴覚士 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務 |

※勤務時間については変更する場合があります。医師（施設長）以外の常勤職員は週４０時間での勤務となります。

## ８　　施設サービスの概要

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 食事 | ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。<br>・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。<br>（食事時間の目安）朝食　７：３０　　昼食　１１：３０　　夕食　１７：３０ |
| 排泄 | ・入所者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入浴 | ・週に２回以上の入浴又は随時清拭を行います。<br>・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴を行います。 |
| 離床、着替え<br>整容等 | ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 |
| 機能訓練 | ・有資格者である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による入所者様の状況に適合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。<br>・当施設の保有するリハビリ器具<br>ワーキングテーブル、ジムニックボール、プーリー、リカンベントバイク、レッグプレス<br>セラピーマスター、練習用階段、平行棒 |
| 相談援助 | ・当施設は、入所者様およびそのご家族様からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。<br>（相談窓口）　介護支援専門員、支援相談員 |

| | |
|---|---|
| 健康管理 | ・医師により健康管理に努めます。緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。<br>・入所者様が外部の医療機関に通院する場合、その介添えについて配慮します。<br>（当施設の医師）　氏名　：　奥村　明彦<br>診療科：　内科 |
| 社会生活上の便宜 | ・当施設では、教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 |

## ９　利用料金

１）介護保険負担分　※当施設は従来型に該当します。

１．個室

| 介護度 | 単位数 | 負担額（1割/日） |
|---|---|---|
| 要支援１ | 579 | ¥610 |
| 要支援２ | 726 | ¥765 |
| 要介護１ | 753 | ¥793 |
| 要介護２ | 801 | ¥844 |
| 要介護３ | 864 | ¥910 |
| 要介護４ | 918 | ¥967 |
| 要介護５ | 971 | ¥1,023 |

２．多床室

| 介護度 | 単位数 | 負担額（1割/日） |
|---|---|---|
| 要支援１ | 613 | ¥646 |
| 要支援２ | 774 | ¥815 |
| 要介護１ | 830 | ¥874 |
| 要介護２ | 880 | ¥927 |
| 要介護３ | 944 | ¥994 |
| 要介護４ | 997 | ¥1,050 |
| 要介護５ | 1052 | ¥1,108 |

注1）介護保険負担割合証にて2割の方は上記負担額が2倍、3割の方は上記負担額が3倍になります。

注2）感染症等、又は著しい精神症状等により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した方につきましては、個室利用であっても多床室での算定となります。

注3）夜勤職員の配置基準を満たさない場合は、上記単位数の97%での算定となります。

注4）金額につきましては、小数点以下の計算上、多少の誤差が生じる可能性がございます。

３．各種加算

●夜勤職員配置加算（24単位/日）

入所者等の数が20又はその端数を増すごとに、夜勤を行う看護職員又は介護職員を1名以上配置した場合に算定されます。

●認知症行動・心理症状緊急対応加算（200単位/日）

医師が認知症の行動・心理症状があると認め、在宅生活が困難であり緊急に入所することが適当と判断された方に対して、サービス提供した場合に、入所日から7日を限度として算定されます。

●緊急短期入所受入対応加算（90単位/日）

居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない短期入所を行った場合に、入所日から7日（利用者の日常生活上の世話を行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として算定されます。但し、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定されません。

●個別リハビリテーション実施加算（240単位/日）
医師や看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が共同して、利用者毎に個別リハビリテーション計画を作成し、その計画に基づいて医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合に算定されます。

●認知症ケア加算（76単位/日）
日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の入所者（認知症自立度Ⅲaより重度と医師が判断し、認知症専門棟にて対応している方）に対して算定されます。

●若年性認知症利用者受入加算（120単位/日）
若年性認知症入所者に対して個別に担当者を定め、その者を中心に特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定されます。但し、認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は、算定されません。

●認知症専門ケア加算（Ⅰ：3単位/日、Ⅱ：4単位/日、並算定不可）
厚生労働大臣が定める人員の配置基準を満たした場合に算定されます。

●重度療養管理加算（120単位/日）
要介護4又は5で、厚生労働大臣の定める状態（喀痰吸引、ストマ、褥瘡、胃瘻、気管切開等）の方に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合に算定されます。

●総合医学管理加算（275単位／日）
治療管理を目的とし、厚生労働大臣が定める基準に従って、居宅サービス計画で計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行った場合に、7日間を限度として算定されます。但し、緊急時施設療養費を算定する日は、算定されません。

●在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ（51単位/日）
厚生労働大臣が定める指標において継続的に40点以上を取得する他、一定の要件を満たした場合に算定されます。

●送迎加算（184単位/片道）
必要に応じて、利用者様や家族様の居宅への送迎を行った場合に算定されます。

●療養食加算（8単位/回、日に3回が限度）
食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理され、入所者の年齢や心身の状況によって適切な内容の食事が提供された場合に算定されます。

●緊急時施設療養費
①緊急時治療管理（518単位/日）
入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合に月に1回、連続する3日を限度として算定されます。

②特定治療
医科診療報酬点数表の第1章及び第2章において、高齢者の医療の確保に関する法律第57条3項に規定されているリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療を行った場合に、医科診療報酬点数表に定められた点数に10円を乗じた額が算定されます。

●サービス提供体制加算Ⅰ（22単位／日）
介護職員のうち介護福祉士が80%以上、もしくは勤続10年以上介護福祉士35%以上の割合で配置された場合に算定されます。

●サービス提供体制加算Ⅱ（18単位/日）
介護職員のうち介護福祉士が60%以上の割合で配置された場合に算定されます。

●サービス提供体制加算Ⅲ（6単位/日）
介護職員のうち介護福祉士が50%以上、もしくは利用者に直接サービスを提供する職員のうち常勤職員が75%以上配置、もしくは勤続7年以上が30%以上配置された場合に算定されます。

●介護職員等処遇改善加算Ⅱ（1か月の総単位数の7.1%/月）
職位・職責・職務内容等に応じた任用要件と賃金体系を整備し（要件Ⅰ）、資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保し（要件Ⅱ）、経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設け（要件Ⅲ）、賃金改善以外の処遇改善を実施（職場環境等要件）した場合に算定されます。

２）その他の料金　　※１日あたり

| | |
|---|---|
| １．食費 | １８００円（朝食：５００円、昼食・おやつ：７００円、夕食：６００円）<br>※昼食を提供せず、おやつのみの提供の場合は、１００円のみいただきます。 |
| ２．居住費 | １７００円（個室）<br>５５０円（多床室） |

※食費・居住費について、介護保険負担限度額認定証の申請をされ、認定を受けられた場合には、認定証に記載されている金額が上限となります。

※感染症等、又は著しい精神症状等により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した方につきましては、個室利用であっても多床室の料金になります。

| | |
|---|---|
| ３．特別室料（個室のみ） | １６５０円 |
| ４．理美容代金 | 実費 |
| ５．文書料 | 診断書の内容等により実費 |
| ６．行事費用 | 実費 |
| ７．その他 | テレビ代　２２０円/日（税込み）<br>特別な電気代（在宅酸素：１２０円、持込のテレビ：６０円）等 |

※こちらの代金につきましても、ご利用料金と一緒に引落にて対応させていただきますので、現金をお持ちいただく必要はありません。

## １０　　一日の流れ

| | | | |
|---|---|---|---|
| 起床・洗面 | ７：００ | 入浴 | １４：００ |
| 朝食 | ７：３０ | おやつ | １４：３０ |
| 入浴（週２回） | ９：３０ | 夕食 | １７：３０ |
| 昼食 | １１：３０ | 就寝（消灯） | ２１：００ |

※あくまで目安であり、ご参考程度になります。可能な限り、お一人お一人の生活リズムに合わせた対応を致します。

※保健衛生上、食事の取り置きは調理後２時間までとなっております。

## １１　　年間行事予定

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ４月 | お花見 | ８月 | 夏祭り | １２月 | クリスマス会 |
| ５月 | 遠足・母の日 | ９月 | 敬老会 | １月 | 新年会 |
| ６月 | 父の日 | １０月 | 運動会 | ２月 | 節分 |
| ７月 | 七夕 | １１月 | 遠足・外出 | ３月 | ひな祭り |

※その他、随時お誕生日会等を行っております。

## １２　　苦情・要望等申立先

| | | |
|---|---|---|
| 当施設のご利用に関する相談窓口 | 担当者 | … 各棟の担当介護支援専門員及び支援相談員 |
| | 利用時間 | … ９：００～１７：００ |
| | 連絡先 | … （代表）０７８－６４７－３２５５<br>（直通）０７８－６４７－３２９０ |

## １３　　その他の苦情受付機関

| | |
|---|---|
| ○介護保険サービスに関すること<br>神戸市福祉局監査指導部 | 連 絡 先:　０７８－３２２－６２４２<br>受付時間:　（平日）8：45～12：00、13：00～17：30 |
| ○介護保険サービス苦情相談窓口<br>兵庫県国民健康保険団体連合会 | 連 絡 先:　０７８－３３２－５６１７<br>受付時間:　（平日）8：45～17：15 |
| ○契約に関すること<br>神戸市消費生活センター | 連 絡 先:　０７８－３７１－１２２１<br>受付時間:　（平日）9：00～17：00 |
| ○高齢者虐待ホットライン<br>高齢者虐待通報専用電話（神戸市監査指導部内） | 連 絡 先:　０７８－３２２－６７７４<br>受付時間:　（平日）8：45～12：00、13：00～17：30 |

## １４　　協力医療機関

| | | |
|---|---|---|
| 医療機関の名称 | 春日病院 | おおがま歯科医院 |
| 院長 | 春日慎一 | 大釜　一郎 |
| 所在地 | 神戸市北区大脇台３－１ | 神戸市長田区長田町１－２－４ |
| 電話番号 | ０７８－５９２－７５００ | ０７８－６４６－８０３５ |
| 診療科 | 内科、外科、整形外科、消化器内科、<br>腎臓内科（人工透析）、<br>リハビリテーション科 | 歯科 |

## １５　　非常時の対策

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設サニーヒル　消防計画」に則り対応致します。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 地元消防団に非常時の応援を依頼しております。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 各階・各居室 | ガス漏れ報知器 | あり |
| | 非難すべり台 | １箇所 | 防火扉 | 各階 |
| | 非常階段 | ２箇所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 非常用電源 | あり |
| | ※カーテン等は防火性能のある物を使用しております。 | | | |

| | |
|---|---|
| 平常時の訓練等 | 別途定める「介護老人保健施設サニーヒル　消防計画」に則り、年２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画等 | 消防署への届出日　　令和１年１０月２２日<br>防火管理者　　福岡　正典 |

## １６　　当施設ご利用の際の留意事項

| | |
|---|---|
| 来訪・面会 | 当施設の規定に定める<br>体調不良や感染症の状況により、面会をお断りさせていただく場合がございます。 |
| 外出・外泊 | 当施設の規定に定める。<br>ご希望の際は、担当介護支援専門員または支援相談員までご連絡をください。 |
| 居室・設備器具の利用 | 施設内の居室や設備及び器具は、本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙 | 施設内は全て禁煙となっております。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等、他の入所者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。また、むやみに他の入所者様の居室等に立ち入らない様、お願い致します。 |
| 所持品の管理 | 原則的に自己管理になります。持ち込まれた私物等の紛失や破損につきましては、当施設では一切責任を負いかねます。そのため、極力持ち込みを控えていただくことをお勧めしております。現金につきましても同様です。 |
| 宗教活動等 | 施設内での宗教活動や政治活動（勧誘や斡旋等）はご遠慮下さい。 |
| 食事等の持ち込み | 施設入所中の食事・おやつにつきましては、特段の事情が無い限り施設から提供される物をお召し上がり下さい。栄養管理も施設のサービス内容に含まれていますので、ご理解下さい。 |

## １７　　個人情報の利用目的

当施設では、入所者様の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預りしている個人情報について利用目的を以下の通り定めます（利用契約書第２０条を参照下さい）。

・当施設が提供する介護サービスに係ること
・介護保険事務に係ること（国保連へのレセプト提出等）
・当該入所者様のサービスの向上
・当該入所者様に居宅サービスを提供する居宅介護支援事業所等との連携
・病院受診や救急搬送等、医療機関への必要な情報提供
・外部監査機関への情報開示

私は、本書面の説明を受け、その内容について同意します。

（説明者）

介護老人保健施設サニーヒル　　支援相談員　　印

令和　　年　　月　　日

（契約者）

住所

氏名　　印

電話番号

（署名代行者）

私は、下記の理由により、契約者に代わり、契約者本人の意志を確認した上で、上記署名を行いました。

住所

氏名　　印

電話番号

署名を代行した理由

# 『指定居宅サービス』重要事項説明書

# 『介護予防サービス』重要事項説明書

## ～通所リハビリテーション～

## ～介護予防通所リハビリテーション～

当事業所は介護保険の指定を受けています。
通所リハビリテーション　　（兵庫県指定第 2850680014 号）
介護予防通所リハビリテーション（兵庫県指定第 2850680014 号）

当事業所はご契約者に対して通所リハビリテーションサービス・介護予防通所リハビリテーション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、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◇◆目次◆◇

１.事業者
２.事業所の概要
３.職員の配置状況
４.当事業所が提供するサービスと利用料金
５.サービスの利用をやめる場合（契約終了について）
６.サービス提供における事業者の義務
７.サービスの利用に関する留意事項
８.事故発生時について
９.損害賠償について
１０.個人情報の利用目的
１１.苦情の受付について

## １．事業者

| | |
|---|---|
| （１）法人名 | 医療法人社団清春会 |
| （２）法人所在地 | 神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号 |
| （３）電話番号 | ０７８－６４７－３２５５ |
| （４）代表者名 | 理事長　春　日　慎　一 |
| （５）設立年月 | 平成１４年１１月１日 |
| （６）インターネットアドレス番号 | http://www.seishunkai.jp/ |

## ２．事業所の概要

（１）建物の構造　　鉄骨鉄筋コンクリート造　地上７階

（２）建物の延べ床面積　　１７９．２９㎡

### 事業所の説明

| | |
|---|---|
| （１）事業所の種類 | 通所リハビリテーション・平成２６年１１月１日（指定年月日） |
| | 兵庫県指定第２８５０６８００１４号 |
| | 介護予防通所リハビリテーション・平成２６年４月１日（指定年月日） |
| | 兵庫県指定第２８５０６８００１４号 |
| | ＊当事業所は介護老人保健施設サニーヒル内に併設されています。 |

（２）事業所の目的　　介護保険法令に従い、ご契約者（ご利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、リハビリテーション、生活訓練、レクレーションなどのサービスをおこなうことによって、心身機能の維持回復を図ります。

（３）事業所の名称　　サニーヒルデイケアセンター

（４）事業所の所在地　　神戸市長田区大日丘町３丁目２番１号
交通機間　　神戸電鉄　丸山駅下車　徒歩 11 分
神戸市営バス　④系統　大日丘住宅前下車　徒歩２分

（５）電話番号　　（０７８）６４７－３２６６
ＦＡＸ番号　　（０７８）６４７－３２４４

（６）事業所長（管理者）氏名
サニーヒルデイケアセンター　　施設長　奥村　明彦

（７）当事業所の運営方針

当事業所では、ご利用者の意思、人格を尊重したサービス提供をおこない、リハビリテーションを中心に明るい家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭の結びつきを重視した運営をおこないます。また、市町村、その他介護保険事業者、施設、保健医療福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

（８）開設（サービス開始）年月

平成１４年１１月１日（通所リハビリテーション）

平成１８年　４月１日（介護予防通所リハビリテーション）

（９）通常の事業実施地域

神戸市長田区、兵庫区、北区の一部、須磨区の一部（要相談）

(10) 営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 月曜日～土曜日 |
| 受付時間 | 月～土<br>９時～１７時 |
| サービス提供時間帯 | １０時～１６時１５分 |

＊　年末年始は１２月３０日から１月３日まで休日とさせていただきます。

(11) 利用定員

３５人

## ３．職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション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。

○通所リハビリテーション

| 職　　種 | 人　数 |
|---|---|
| 1　事業所長（管理者） | １名 |
| 2　医　師 | １名 |
| 3　看護職員 | １名 |
| 4　介護職員 | ４名 |
| 5　支援相談員 | １名 |
| 6　理学療法士もしくは作業療法士 | １名 |
| 7　言語聴覚士 | １名 |
| 8　管理栄養士 | １名 |

＊　配置人数については上記人数を上回ることがあります。

職員の職務内容は次のとおりとします。

（１）事業所長（管理者）は当事業の業務全般を把握、統括し執行します。

（２）医師はご利用者の健康管理及び医療に適切な処理をおこないます。

（３）看護職員はご利用者の保健衛生並びに看護業務をおこないます。

（４）介護職員はご利用者の日常生活全般にわたる介護業務をおこないます。

（５）支援相談員はご利用者の相談業務をおこないます。

（６）理学療法士・作業療法士は、リハビリテーション等の計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導をおこないます。

（７）管理栄養士はご利用者の栄養管理をおこないます。

## ４．当事業所が提供するサービスとサービス利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

| |
|---|
| ○通所リハビリテーション<br>○介護予防通所リハビリテーション |

また、それぞれのサービスについて

| |
|---|
| （１）　利用料金が介護保険から給付されるサービス<br>（利用料金の９割又は８割が介護保険の給付）<br>（２）　利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス |

があります。

＜サービスの概要（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）＞

①　食事

・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況を考慮した食事を提供します。

（食事時間）　　昼食：１２:００～１３:００

②　入浴

・身体状況に応じて機械浴槽を使用して入浴することができます。

③　排せつ

・必要に応じて排せつの介助を行います。

④　健康管理

・医師、看護職員が、健康管理を行います。

⑤　リハビリテーション

理学療法士又は作業療法士が機能訓練をおこないます。

⑥　定例行事およびレクリエーション

（1） 利用料金が介護保険から給付されるサービス（利用料金の9割又は8割が介護保険の給付）

〇通所リハビリテーション（6時間～7時間）

| 介護度 | 単位 | 自己負担分（1割） | 請求 |
|---|---|---|---|
| 要介護1 | 715単位 | 763円 | 1日あたり |
| 要介護2 | 850単位 | 907円 | |
| 要介護3 | 981単位 | 1,046円 | |
| 要介護4 | 1,137単位 | 1,212円 | |
| 要介護5 | 1,290単位 | 1,376円 | |

☆入浴介助加算（Ⅰ）（入浴を行った場合）

・・1日につき43円加算されます。

☆入浴介助加算（Ⅱ）（入浴を行い、尚且つ医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室での動作及び浴室の環境を評価している場合）

・・1日につき64円加算されます。

☆リハビリテーションマネジメント加算（A）イ（リハビリテーション会議の開催、個別計画書作成、定期評価、見直し、居宅を訪問し指導等を行った場合）

・・1月につき560単位　597円が加算されます。（開始月から6月以内）

・・1月につき240単位　256円が加算されます。（開始月から6月超）

☆リハビリテーションマネジメント加算（A）ロ（上記イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供にあたり当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を提供している場合）

・・1月につき593単位　633円が加算されます。（開始月から6月以内）

・・1月につき273単位　291 円が加算されます。（開始月から6月超）

☆リハビリテーションマネジメント加算（B）イ

・・1月につき830単位　885円が加算されます。（開始月から6月以内）

・・1月につき510単位　544円が加算されます。（開始月から6月超）

☆リハビリテーションマネジメント加算（B）ロ

・・1月につき863単位　920円が加算されます。（開始月から6月以内）

・・1月につき543単位　579円が加算されます。（開始月から6月超）

☆短期集中個別リハビリテーション実施加算（退院・退所後又は認定日から起算して3月以内に短期集中的に個別リハビリテーションを行った場合）

・・1日につき110単位　118円が加算されます。

☆認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（改善が見込めると判断された認知症利用者に対し、退院・退所日又は通所開始日から起算して3月以内に短期集中的に個別リハビリテーションを行った場合）　240単位

・・一日につき256円が加算されます。（週2日限度）

☆認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）（改善が見込めると判断された認知症利用者に対し、退院・退所日の翌日の属する月又は通所開始月から起算して３月以内に短期集中的に個別リハビリテーションを行った場合）　1,920 単位

・・１月につき 2,047 円が加算されます。

☆若年性認知症利用者受入加算（若年性認知症利用者に対し、サービスを提供した場合）

・・60 単位　一日につき 64 円が加算されます。

☆栄養改善加算（低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご利用者に対し、改善のための計画書作成、サービスの実施、定期評価、見直し等を行った場合）

・・150 単位　一回につき 160 円が加算されます。（月 2 回限度）

☆口腔機能向上加算（口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご利用者に対し、改善のための計画書作成、サービスの実施、定期評価、見直し等を行った場合）

・・150 単位　一回につき 160 円が加算されます。（月 2 回限度）

☆重度療養管理加算（要介護 3 以上の方で手厚い医療が必要なご利用者に対し、サービスを提供した場合）

・・100 単位　１日につき 107 円が加算されます。

☆中重度者ケア体制加算（中重度要介護者を積極的に受け入れ、看護職員又は介護職員が指定基準よりも常勤換算方法で１以上配置されている場合）

・・20 単位　１日につき 22 円が加算されます。

☆送迎減算（事業所が送迎を行わない場合）

・・片道につき 47 単位　51 円が減算されます。

☆社会参加支援加算（厚生労働大臣が定める基準に適合している場合）

・・12 単位　１日につき 13 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（介護福祉士が 70％以上配置されている場合、あるいは勤続 10 年以上の介護福祉士が 25％以上配置されている場合）

・・22 単位　１回につき 24 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（介護福祉士が 50％以上配置されている場合）

・・18 単位　１回につき 20 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（介護福祉士が 40％以上配置されている場合、あるいは勤続.7 年以上の職員が３０％以上配置されている場合）

・・6 単位　１回につき７円が加算されます。

☆リハビリテーション提供体制加算（厚生労働大臣が定める基準に適合している場合）

・・24 単位　１回につき 26 円の加算がされます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（算定要件を全て満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 8.6%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 8.3%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 6.6%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 5.3%が加算されます。

○介護予防通所リハビリテーション（6 時間～7 時間）

| 介護度 | 単位 | 自己負担分（1 割） | 請求 |
|---|---|---|---|
| 要支援 1 | 2,268 単位 | 2,418 円 | 1 月あたり |
| 要支援 2 | 4,228 単位 | 4,508 円 | |

☆事業所評価加算（厚生労働大臣が定める基準に適合している場合）

・・1 月につき 128 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（介護福祉士が 70%以上配置されているか、あるいは勤続 10 年以上の介護福祉士が 25%以上配置されている場合）

・・1 月につき 188 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（介護福祉士が 50%以上配置されている場合）

・・1 月につき 154 円が加算されます。

☆サービス提供体制強化加算（Ⅲ）（介護福祉士が 40%以上配置されているか、あるいは常勤職員が 75%以上配置されている場合、あるいは勤続 7 年以上の職員が 30%以上配置されている場合）

要支援 1 の場合・・1 月につき 26 円が加算されます。

要支援 2 の場合・・1 月につき 52 円が加算されます。

☆栄養アセスメント加算

（当該事業所の従業者又は外部との連携により管理栄養士を 1 名以上配置し、利用者ごとに多職種が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者またはその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じて対応している等の場合）

・・50 単位　　1 月につき 54 円が加算されます。

☆栄養改善加算（低栄養状態にある者又はそのおそれのあるご利用者に対し、改善のための計画書作成、サービスの実施、定期評価、見直し及び等を行った場合）

・・200 単位　1 月につき 214 円が加算されます。

☆口腔機能向上加算（口腔機能の低下している者又はそのおそれのあるご利用者に対し、改善のための計画書作成、サービスの実施、定期評価、見直し等を行った場合）

・・150 単位　1 月につき 160 円が加算されます。

☆若年性認知症利用者受入加算（若年性認知症利用者に対し、サービスを提供した場合）

・・240 単位　1 月につき 256 円が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（算定要件を全て満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 8.6%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 8.3%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 6.6%が加算されます。

☆介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）（算定要件を一部満たしている場合）

・・基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の 5.3%が加算されます。

☆長期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化に伴う減算（利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直し）

・・利用開始日の属する月から 12 か月超

要支援 1 の場合　120 単位　月 128 円減算

要支援 2 の場合　240 単位　月 256 円減算

☆通所リハ令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分（新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価）

・・基本報酬に 0.1%上乗せ

自己負担分は 1 割で計算しております。（2 割のご契約者は記載金額の倍となります。）

☆通所リハ感染症等対応加算（感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合）

・・所定単位数に 3%上乗せ

※ 尚、金額につきましては、計算上、何円単位の誤差が生じることがあります。

※ 介護保険から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いたします。

（２）利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス（1 日につき）

食費　　700 円（おやつ代含む）

嗜好品　　72　円（コーヒー・紅茶）

（３）利用料金のお支払方法（契約書第 10 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、次の通りお払い下さい。

１か月ごとに計算し（１か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）、毎月翌々月の 3 日までにご請求しますので預金口座からの自動引落としにてお支払い下さい。口座引落ができない場合には、振込にてお支払下さい。

（４）利用の中止、変更（契約書第 9 条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合、利用予定日の 7 日前までに事業者に申し出てください。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

○サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の可動状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時をご契約者に提示して協議します。

（５）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。但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。
（原則として医療機関への受診、送迎等は当事業所では行いません。尚、緊急時はこの限りではありません。）

《協力医療機関》

| | |
|---|---|
| 医療機関の名称 | 春日病院 |
| 院長名 | 春日　慎一 |
| 所在地 | 神戸市北区大脇台３番１号 |
| 電話番号 | ０７８－５９２－７５００ |
| 診療科 | 内科・外科・胃腸科・肛門科・整形外科・リハビリテーション科<br>人工透析室完備（人工透析室　１３床） |

**５．サービス利用をやめる場合（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し入れがない場合には、契約は更に６ヶ月間（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、継続して新しいサービスを利用することができますが、仮にこのような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（詳細は以下をご参照下さい）
⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

（１）ご契約者から解約・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除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・解除届書をご提出下さい。
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 ご契約者が入院された場合（一部解約はできません。）
③ 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（一部解約はできません。）
④ 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
⑤ 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
⑥ 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
⑦ 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、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おいて、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
② ご契約者による、サービス利用期間の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間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者サービス等の財物・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 ご契約者の行動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

（３）契約の一部が解約又は解除された場合（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１８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。

## ６．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）

事業者は、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。事業者では、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、健康状態からみて看護職員が必要に応じて、医師と連携の上、ご契約者から聴取確認します |
| ③ | ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年と 1 か月間保管するとともに、ご契約者の請求に対しては閲覧に応じ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります |
| ④ | ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど、適正な処置等を行う場合があります |
| ⑤ | ご契約者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 |
| ⑥ | 事業者及びサービス従事者または従業員は、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、医療機関等のご契約者の心身等の情報を提供します |

## ７．サービスの利用に関する留意事項

（１）持ち込みの制限

利用にあたり、ペット等は原則として持ち込むことができません。

（２）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下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、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、営利活動等を行うことはできません。

（３）喫煙

施設内は全面禁煙です。

## ８．事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

**９．損害賠償について**（契約書第１５条、第１６条参照）

（１）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、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。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、ご契約者側に故意又は過失が認められる場合や、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。

（２）事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

①ご契約者（そのご家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

②ご契約者（そのご家族も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合

③ご契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合

④ご契約者が事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った為にもっぱら起因して損害が発生した場合

当社は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。
○加入保険名　　施設賠償責任保険　　（東京海上日動火災保険株式会社）

**１０．個人情報の利用目的**

サニーヒルデイケアセンターでは、ご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と定めます。

（１）ご利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

①デイケアセンター内部での利用目的

・当センターがご利用者等に提供する介護サービス
・介護保険事務
・介護サービスのご利用者に係る当センターの管理運営業務のうち
　－利用状況等の管理
　－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

② 事業者等への情報提供を伴う利用目的

・当センターがご利用者等に提供する介護サービスのうち

－ご利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等の連携（サービス担当者会議等)、照会への回答

－ご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

－ご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

－審査支払期間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

（２）上記以外の利用目的

①当センターの内部での利用に係る利用目的

・当センターの管理運営業務のうち

－医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

－当センターにおいて行われる学生の実習への協力

－当センターにおいて行われる事例研究

②他の事業者等への情報提供に係る利用目的

・当センターの管理運営業務のうち

－外部監査機関への情報提供

## １１．苦情の受付について（契約書第２５条参照）

（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ご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）支援相談員

受付時間　　毎週月曜日～土曜日

９：００～１７：００（不在の場合、デイケアセンター担当職員が対応する。）

連絡先　　０７８－６４７－３２６６

○苦情解決責任者

施設長　　奥村　明彦

なお、苦情の受付窓口は、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事が出来ます。さらに、第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話合いへの立会いなども致します。

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

（２）その他苦情受付機関

| | |
|---|---|
| ○介護保険サービスに関すること<br>神戸市福祉局監査指導部 | 電話：078-322-6242<br>受付時間８：45～12：00　13：00～17：30<br>（平日） |
| ○介護保険サービス苦情相談窓口<br>兵庫県国民健康保険団体連合会 | 電話：078-332-5617<br>受付時間８：45～17：15　（平日） |
| ○契約に関すること<br>神戸市消費生活センター | 電話：078-371-1221<br>受付時間９：00～17：00　（平日） |
| ○養介護施設従事者等による高齢者虐待通報<br>専用電話（監査指導部内） | 電話：078-322-6774<br>受付時間８：45～12：00　13：00～17：30<br>（平日） |

令和　　年　　月　　日

指定居宅サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者　　サニーヒルデイケアセンター
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、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　　㊞
ＴＥＬ

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、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　　㊞
ＴＥＬ
（契約者との関係　　）

立会人
住　所
氏　名　　㊞
ＴＥＬ
（契約者との関係　　）