

# 入所重要事項説明書

社会医療法人愛仁会

介護老人保健施設しんあい

〒569-1035

大阪府高槻市西之川原 2 丁目 46 番 1 号

TEL 072-680-3000

FAX 072-680-3002

# 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい

## 介護老人保健施設サービス 重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている介護保険施設サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明いたします。

この重要事項説明書は介護老人保健施設の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)第5条の規定に基づき、介護保健施設サービス提供の開始に際して事業所が予め説明しなければならない内容を記した物です。

### 1) 介護老人保健施設サービスを提供する事業者について

事業者名称 社会医療法人 愛仁会  
代表者氏名 理事長 高岡 秀幸  
所在地 大阪府大阪市西淀川区福町三丁目2番39号  
連絡先 電話 06-6375-0660 FAX 06-6375-0560

### 2) ご利用者へのサービスを担当する事業所について

事業所名称 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい  
介護保険事業者番号 2750980084  
事業所所在地 大阪府高槻市西之川原二丁目46番1号  
連絡先 電話 072-680-3000 FAX 072-680-3002  
相談担当者 支援相談員

### 3) 事業の目的及び運営方針

|       |                                                                                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 入所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にすると共に、入所者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスの提供を目的とします。                                                                                         |
| 運営方針  | 入所者の意思及び人格を尊重し、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう、ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。その為に、サービス提供には関連スタッフと協働し、施設サービス計画を作成し入所者及び、そのご家族等に対し療養上必要な事項について懇切丁寧に説明し同意を得て実施いたします。 |

### 4) サービス提供可能な日と時間帯

|      |          |
|------|----------|
| 営業日  | 月曜日から日曜日 |
| 営業時間 | 24時間     |

### 5) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |             |
|------|-------------|
| 営業日  | 月曜日から日曜日    |
| 営業時間 | 午前8時半から午後6時 |

### 6) 事業所の定員

定員 定員 69名 (ユニット数: 7箇所)

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1階ユニット 雪 9名  |                                       |
| <input type="checkbox"/> 2階ユニット 虹 10名 | <input type="checkbox"/> 2階ユニット 宙 10名 |
| <input type="checkbox"/> 3階ユニット 星 10名 | <input type="checkbox"/> 3階ユニット 月 10名 |
| <input type="checkbox"/> 4階ユニット 光 10名 | <input type="checkbox"/> 4階ユニット 風 10名 |

## 7) 事業所の職員体制

|         |                             |        |                                        |
|---------|-----------------------------|--------|----------------------------------------|
| 事業所の管理者 |                             | 1 人    |                                        |
| 従業員の職種  | 医 師                         | 1 人以上  | 入所者の病状及び心身の状況に応じ適切な診療を行います。            |
|         | 看護職員                        | 7 人以上  | 入所者の施設サービス計画及びリハビリテーション計画に基づく看護を行います。  |
|         | 介護職員                        | 16 人以上 | 入所者の施設サービス計画及びリハビリテーション計画に基づく介護を行います。  |
|         | 支援相談員                       | 1 人以上  | 入所者及びその家族等からの相談に適切に応じると共に市町村との連携を図ります。 |
|         | 理学療法士<br>又は作業療法士<br>又は言語聴覚士 | 1 人以上  | リハビリテーション計画を作成し、それに基づき機能訓練の提供にあたります。   |
|         | 管理栄養士                       | 1 人以上  | 入所者の栄養管理及び指導を行います。                     |
|         | 介護支援専門員                     | 1 人以上  | 施設サービス計画を作成し、要介護認定の申請手続きを行います。         |
|         | 事務員                         | 1 人以上  | 必要な事務を行います。                            |

|       |    |                                      |
|-------|----|--------------------------------------|
| 勤務時間帯 | 早出 | 7:00～15:30(介護)                       |
|       | 日勤 | 8:30～17:00(医師・看護・介護・リハビリ・栄養士・事務・相談員) |
|       | 日勤 | 9:30～18:00(事務・相談員)                   |
|       | 遅出 | 11:30～20:00(介護)                      |
|       | 夜勤 | 16:30～09:00(看護・介護)                   |
|       | 夜勤 | 22:30～07:00(介護)                      |

## 8) 提供するサービス内容

|                 |                                                                                                    |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設サービス<br>計画の作成 | 入所者の状態に応じ、関連スタッフと協議し、計画を作成し、入所者若しくはそのご家族等に計画内容を説明し、同意を頂きその内容に基づいた介護サービスを提供します。                     |
| 食 事             | 各ユニットの食卓で召し上がって頂き、身体状況に配慮した食事を提供します。また、病状に応じ、特別な食事が必要な場合には、医師の指示に基づき調理して提供します。                     |
| 入 浴             | 各階に個別浴槽を設置しマンツーマン方式の介助を基本にします。身体状況に応じ、簡単なリフト個浴もあり、1階には機械浴槽も準備しています。                                |
| 医学的管理・看護        | 入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、状態に応じて適切な医療・看護を行います。ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療は医療機関での治療となります。 |
| 排 泄             | 入所者の状態に合わせ細かく対応し、排泄の自立について適切な援助を行います。                                                              |
| リハビリ<br>マネジメント  | 医師、理学療法士、作業療法士やその他の職種の者が協働して、状態に応じたリハビリテーション実施計画を作成します。また、施設全体がリハビリの効果期待したものです。                    |
| 相談援助            | 入所者や、そのご家族等からのご相談に応じます。                                                                            |
| 要介護認定<br>代行申請   | 要介護申請が必要な方は、当施設が代わって各市町村に申請します。                                                                    |

# 9) 施設利用にあたっての留意事項

|              |                                                                               |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 保険証の提示       | ご利用のお申し込みにあたり、介護保険証をお預かりします。                                                  |
| 面会時間         | 原則午前9時30分から午後5時となっております。面会時は事務所で面会簿にご記入願います。                                  |
| 外出・外泊        | 外出・外泊の際は職員にお申し出下さい。ただし、同伴者がご家族以外の方の場合、確認させて頂くことがあります。                         |
| 居室、設備、備品の利用  | 居室や施設の設備、備品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が生じた場合、弁償して頂く場合があります。               |
| 金銭、貴重品等      | 金銭、貴重品は持ち込まないことを原則とします。紛失した場合には責任を負いかねますのでご了承下さい。                             |
| 飲食物          | 入所者が購入された食品及び、ご家族などが持参された食品は必ず、職員にお申し出下さい。                                    |
| 営利行為、宗教、政治活動 | 施設内での他の入所者に対する営利行為、宗教活動、政治活動はご遠慮願います。                                         |
| 飲酒・喫煙        | 原則、禁止とさせて頂いています。飲酒については行事などでの提供がありましたら、個別で相談させて頂きます。                          |
| 備品の持込み       | 陶器やガラスなど割れやすい物、カイロや電気あんか、電気毛布などの火傷の可能性のある物は禁止とさせて頂いています。持参物については個別で相談させて頂きます。 |

# 10) 緊急時の対応方法

サービス提供中に、緊急の事態が発生した場合、予め指定された連絡先に連絡します。

緊急の場合は下記に記す協力医療機関へ搬送させて頂きます。

|                       |                                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称<br>所在地及び連絡先   | 社会医療法人 愛仁会 高槻病院<br>大阪府高槻市古曽部町1丁目3番13号 電話 072-681-3801   |
|                       | 社会医療法人愛仁会 しんあいクリニック<br>大阪府高槻市芥川町2丁目3番5号 電話 072-681-5533 |
| 協力歯科医院の名称<br>所在地及び連絡先 | 高槻ハート歯科<br>大阪府高槻市高槻町15-22 フェリーチェ寺本2F<br>電話 072-684-3606 |

# 11) サービス提供に関する相談、苦情について

入所者及び身元引受人は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望または苦情等について、苦情受付担当者に申し出ることができます。

|                                            |                                         |                                                                                                  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (事業所の窓口)<br>社会医療法人 愛仁会<br>介護老人保健施設<br>しんあい | 所在地<br>電 話<br>FAX<br>受付時間<br>担当者        | 大阪府高槻市西之川原2丁目46-1<br>072-680-3000<br>072-680-3002<br>午前9時から午後5時<br>苦情受付担当者 療養科長                  |
| (市町村の窓口)<br>高槻市役所<br>長寿介護課<br><br>福祉指導課    | 所在地<br>電 話<br>FAX<br>電 話<br>FAX<br>受付時間 | 大阪府高槻市桃園町2-1<br>072-674-7167<br>072-674-7183<br>072-674-7821<br>072-674-7820<br>午前8時45分から午後5時15分 |
| (公的団体の窓口)<br>大阪府国民健康保険<br>団体連合会            | 所在地<br>電 話<br>FAX<br>受付時間               | 大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8<br>06-6949-5418<br>06-6949-5417<br>午前9時から午後5時                                  |

## 12) 賠償責任について

当施設において、施設の責に帰すべき事由において入所者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に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、入所者に故意又は過失が認められる場合には、入所者のおかれた心身の状況により相当と認めたときに限り、施設の損害賠償責任を減じることがあります。入所者に対する、介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

## 13) 秘密の保持と個人情報の保護について

|                   |                                                                                                                                |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入所者等に関する秘密の保持について | 当施設及び施設の雇用する者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。                                  |
| 個人情報について          | 施設は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において入所者等の個人情報を用いませぬ。施設は、入所者等に関する個人情報が含まれる記録物については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際についても第三者への漏洩を防止するものとします。 |

## 14) 非常災害対策について

防災設備を設置し、消防計画を作成すると共に、防火訓練を行います。  
自然災害時には風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき対応します。

## 15) 虐待の防止について

当施設は、入所者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する委員会の定期開催と職員への周知をします。
- ② 虐待防止に関する責任者を選定しています。(介護支援専門員)
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑤ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施しています。
- ⑥ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑦ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 16) 身体拘束等について

当施設は、原則として入所者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者が判断し、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、入所者または入所者の身元引受人に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明し同意を得た上、当施設の医師がその容態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載します。

17) ハラスメントの防止について

- 1 当施設では、職員に対するカスタマーハラスメントを一切容認しません。  
カスタマーハラスメントとは、以下の行為をさします。
  - ①暴力、身体的、精神的な攻撃、暴言、脅迫
  - ②セクシュアルハラスメント、差別的な行為
  - ③過度な要求や不合理な要求を繰り返す行為
  - ④プライバシーの侵害、名誉毀損
  - ⑤その他、利用者、ご家族の皆様と職員との関係を著しく損なう行為
- 2 当施設の判断において、上記の行動が繰り返され、施設からの説明をさせていただいたにもかかわらず改善を認められないと判断した場合には、やむを得ずサービスの利用停止又は、利用契約の解除を行う場合がございますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

## 苦情・相談等の申し立てにおける対応について

(2026年8月1日現在)

### 1 総則

社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設しんあい(以下「当施設」という。)は、入所者からの日々の相談や生活上の問題点や苦情等に真剣に取り組み、生活の質の向上に努めます。

苦情・相談等の申し立てがあった場合、対応者は相談の話を誠実に受け止め、個々の意思や人格を尊重し、多様な実態に配慮し親切丁寧な対応に心がけます。

### 2 受付窓口

担当者: 支援相談員、介護支援専門員

連絡先: 072-680-3000

### 3 対応・改善

苦情・相談等の申し立てがあった場合、苦情対策会議等を開催し、迅速な対応を心掛けます。

構成メンバー: 施設管理者(施設長、事務長、療養科長)、支援相談員、介護支援専門員

①苦情内容(相談内容)の調査・・・施設管理者、支援相談員、介護支援専門員

②原因分析・・・調査に基づき、苦情(相談)発生の根本原因を分析します。

③再発防止策の策定と実行・・・根本原因を解消するため、明確な再発防止策を策定し、実行します。

④適切な対応・・・調査結果を基に、申し立て者に対して、調査で判明した事実や今後の改善策などを具体的に説明します。

### 4 記録

苦情・相談等の日時、内容、申し立て者氏名、連絡先等を詳細に記録します。

# 18) 利用料

## ●介護保険給付の自己負担額

| 項目                        | 金額(円/日) |         |         | 内容                       |                                                                          |
|---------------------------|---------|---------|---------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                           | 1割      | 2割      | 3割      |                          |                                                                          |
| 在宅強化型 要介護1                | 924     | 1,847   | 2,770   | <input type="checkbox"/> | 基本サービス費（介護度に応じて）。                                                        |
| 在宅強化型 要介護2                | 1,004   | 2,007   | 3,011   | <input type="checkbox"/> |                                                                          |
| 在宅強化型 要介護3                | 1,073   | 2,146   | 3,219   | <input type="checkbox"/> |                                                                          |
| 在宅強化型 要介護4                | 1,136   | 2,271   | 3,406   | <input type="checkbox"/> |                                                                          |
| 在宅強化型 要介護5                | 1,191   | 2,382   | 3,573   | <input type="checkbox"/> |                                                                          |
| 在宅復帰・在宅療養<br>支援機能加算Ⅱ      | 54      | 108     | 162     | <input type="checkbox"/> | 施設基準適合の場合。                                                               |
| 夜勤体制加算                    | 26      | 51      | 76      | <input type="checkbox"/> | 施設基準適合の場合。                                                               |
| 初期加算Ⅱ                     | 32      | 64      | 95      | <input type="checkbox"/> | 入所日から30日間。                                                               |
| 短期集中リハビリテーション<br>実施加算Ⅰ    | 272     | 544     | 816     | <input type="checkbox"/> | 入所日から3ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合。<br>1月に1回以上、日常生活動作の評価を行い、見直しを行った場合。            |
| 短期集中リハビリテーション<br>実施加算Ⅱ    | 211     | 422     | 633     | <input type="checkbox"/> | 入所日から3ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合。                                               |
| 認知症短期集中<br>リハビリテーション実施加算Ⅰ | 253     | 506     | 759     | <input type="checkbox"/> | 認知症の方に3ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合。<br>(週に3日を限度)<br>訪問により把握した生活環境を踏まえリハビリを行った場合。 |
| 認知症短期集中<br>リハビリテーション実施加算Ⅱ | 127     | 253     | 380     | <input type="checkbox"/> | 認知症の方に3ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合。<br>(週に3日を限度)                                 |
| 若年性認知症受入加算                | 127     | 253     | 380     | <input type="checkbox"/> | 若年性認知症入所者に対して施設サービスを行った場合。                                               |
| 外泊時費用                     | 382     | 763     | 1,145   | <input type="checkbox"/> | 基本サービス費に代えて算定。(初日と最終日は基本サービス費)                                           |
| 外泊時費用<br>在宅サービス提供時        | 844     | 1,687   | 2,530   | <input type="checkbox"/> | 外泊時に施設が在宅サービスを提供した場合、基本サービス費に代えて算定。(初日と最終日は基本サービス費)                      |
| ターミナルケア加算1                | 76      | 152     | 228     | <input type="checkbox"/> | ターミナルケアを実施した場合。(死亡日以前31～45日以下)                                           |
| ターミナルケア加算2                | 169     | 338     | 506     | <input type="checkbox"/> | ターミナルケアを実施した場合。(死亡日以前4～30日以下)                                            |
| ターミナルケア加算3                | 960     | 1,919   | 2,878   | <input type="checkbox"/> | ターミナルケアを実施した場合。(死亡日以前2又は3日)                                              |
| ターミナルケア加算4                | 2,003   | 4,006   | 6,008   | <input type="checkbox"/> | ターミナルケアを実施した場合。(死亡日)                                                     |
| 再入所時栄養連携加算                | 211/回   | 422/回   | 633/回   | <input type="checkbox"/> | 入院前と大きく異なる栄養管理が必要となり医療機関の管理栄養士と連携して計画を作成した場合。                            |
| 退所時栄養情報連携加算               | 74/回    | 148/回   | 222/回   | <input type="checkbox"/> | 入所者の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に情報提供をした場合。                             |
| 入所前後訪問指導加算Ⅰ               | 475/回   | 949/回   | 1,423/回 | <input type="checkbox"/> | 入所予定日前後に退所後生活する居宅等を訪問し、退所を目的とした計画の策定及び診療方針を決定した場合。                       |
| 入所前後訪問指導加算Ⅱ               | 506/回   | 1,012/回 | 1,518/回 | <input type="checkbox"/> | 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)同様に診療方針を決定するにあたり、生活機能の具体的な改善目標と退所後の支援計画を策定した場合。             |
| 試行的退所時指導加算                | 422/回   | 844/回   | 1,265/回 | <input type="checkbox"/> | 試行的な退所時に入所者及び家族に療養上の指導を行った場合。                                            |
| 退所時情報提供加算Ⅰ                | 527/回   | 1,054/回 | 1,581/回 | <input type="checkbox"/> | 居宅へ退所後の主治医に紹介状等の文書及び情報提供を行った場合。                                          |

|                             |       |         |         |                          |                                                                 |
|-----------------------------|-------|---------|---------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 退所時情報提供加算Ⅱ                  | 264/回 | 527/回   | 791/回   | <input type="checkbox"/> | 医療機関へ退所後の主治医に紹介状等の文書及び情報提供を行った場合。                               |
| 入退所前連携加算Ⅰ                   | 633/回 | 1,265/回 | 1,898/回 | <input type="checkbox"/> | 入所予定日前後 30 日以内に、退所後利用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調整した場合。  |
| 入退所前連携加算Ⅱ                   | 422/回 | 844/回   | 1,265/回 | <input type="checkbox"/> | 入所予定日前後に退所後生活する居宅等を訪問し、退所を目的とした計画の策定及び診療方針を決定した場合。              |
| 訪問看護指示加算                    | 317/回 | 633/回   | 949/回   | <input type="checkbox"/> | 訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した場合。                                      |
| 栄養マネジメント強化加算                | 12    | 23      | 35      | <input type="checkbox"/> | 低栄養状態を改善する為特別な計画を作成し管理を行い、情報を厚労省に提出・活用した場合。                     |
| 経口移行加算                      | 30    | 59      | 89      | <input type="checkbox"/> | 経管摂取の方へ経口摂取を目標に栄養管理を行った場合。                                      |
| 経口維持加算Ⅰ                     | 422/月 | 844/月   | 1,265/月 | <input type="checkbox"/> | 誤嚥が認められる方に経口摂取を継続する為の栄養管理を行った場合。                                |
| 経口維持加算Ⅱ                     | 106/月 | 211/月   | 317/月   | <input type="checkbox"/> |                                                                 |
| 口腔衛生管理加算Ⅰ                   | 95/月  | 190/月   | 285/月   | <input type="checkbox"/> | 歯科衛生士が口腔衛生管理に係る計画を作成・月 2 回以上実施し、介護職員に技術的助言及び指導を行った場合。           |
| 口腔衛生管理加算Ⅱ                   | 116/月 | 232/月   | 348/月   | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅰの要件を満たし、情報を厚労省に提出・活用した場合。                                    |
| 療養食加算                       | 7/食   | 13/食    | 19/食    | <input type="checkbox"/> | 医師の発行する食事せんに基づき特別な食事を提供した場合。                                    |
| かかりつけ医連携<br>薬剤調整加算Ⅰ（イ）      | 148/回 | 296/回   | 443/回   | <input type="checkbox"/> | 入所後 1 月以内にかかりつけ医と連携し、服用薬剤の調整を行った場合。                             |
| かかりつけ医連携<br>薬剤調整加算Ⅰ（ロ）      | 74/回  | 148/回   | 221/回   | <input type="checkbox"/> | 施設において、服用薬剤の評価・調整を行った場合。                                        |
| かかりつけ医連携<br>薬剤調整加算Ⅱ         | 253/回 | 506/回   | 759/回   | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅰを算定、情報を厚労省に提出・活用した場合。                                        |
| かかりつけ医連携<br>薬剤調整加算Ⅲ         | 106/回 | 211/回   | 317/回   | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅱを算定、入所時に 6 種類以上処方されていた内服薬を調整し退所時に減少させた場合。                    |
| 緊急時治療管理加算                   | 546   | 1,092   | 1,638   | <input type="checkbox"/> | 病状の悪化で緊急的な治療管理を行った場合。（月に 3 日を限度）                                |
| 所定疾患施設療養費Ⅰ                  | 252   | 504     | 756     | <input type="checkbox"/> | 所定の医療行為を行った場合。（月に 7 日を限度）                                       |
| 所定疾患施設療養費Ⅱ                  | 506   | 1,012   | 1,518   | <input type="checkbox"/> | 所定の医療行為を行った場合。（月に 10 日を限度）                                      |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ                  | 4     | 7       | 10      | <input type="checkbox"/> | 専門的な認知症ケアを行った場合。                                                |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ                  | 5     | 9       | 13      | <input type="checkbox"/> |                                                                 |
| 認知症チームケア推進加算Ⅰ               | 159/月 | 317/月   | 475/月   | <input type="checkbox"/> | 行動・心理症状の出現の予防および早期対応するため、平時からの取り組みを行った場合。                       |
| 認知症チームケア推進加算Ⅱ               | 127/月 | 253/月   | 380/月   | <input type="checkbox"/> |                                                                 |
| 認知症行動・心理症状<br>緊急対応加算        | 211   | 422     | 633     | <input type="checkbox"/> | 認知症の行動・心理症状が認められる為緊急に入所することが適当と医師が判断し、入所した場合。<br>（入所日から 7 日を限度） |
| 高齢者施設等感染対策<br>向上加算Ⅰ         | 12/月  | 22/月    | 32/月    | <input type="checkbox"/> | 加算の届け出を行った医療機関から、感染抑制の係る実地指導を受けている場合。（1 年に 1 回以上の研修）            |
| 高齢者施設等感染対策<br>向上加算Ⅱ         | 6/月   | 11/月    | 16/月    | <input type="checkbox"/> | 加算の届け出を行った医療機関から、感染抑制の係る実地指導を受けている場合。（3 年に 1 回以上の実地指導）          |
| 生産性向上推進体制加算Ⅱ                | 11/月  | 21/月    | 32/月    | <input type="checkbox"/> | 生産性向上ガイドラインに基づいた活動を継続的にを行い、取り組みの効果を示すデータを厚労省に提出した場合。            |
| リハビリテーションマネジメント<br>計画提出料加算Ⅱ | 35/月  | 70/月    | 105/月   | <input type="checkbox"/> | 多職種が共同してリハビリテーション実施計画を説明、継続的に質を管理し、情報を厚労省に提出・活用した場合。            |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅰ                 | 4/月   | 7/月     | 10/月    | <input type="checkbox"/> | 褥瘡発生を予防するための計画を作成し管理を行い、情報を厚労省に提出・活用した場合。                       |
| 褥瘡マネジメント加算Ⅱ                 | 14/月  | 28/月    | 42/月    | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅰの要件を満たし、褥瘡の発生リスクのある方に褥瘡の発生がない場合。                             |

|                       |            |       |       |                          |                                                             |
|-----------------------|------------|-------|-------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 褥瘡マネジメント加算Ⅲ<br>(経過措置) | 11/月       | 21/月  | 32/月  | <input type="checkbox"/> | 褥瘡発生を予防するための計画を作成し管理を行った場合。<br>(3ヵ月に1回)                     |
| 排せつ支援加算Ⅰ              | 11/月       | 21/月  | 32/月  | <input type="checkbox"/> | 排泄にかかる要介護状態を軽減する為の計画を作成、継続的に支援し、情報を厚労省に提出・活用した場合。           |
| 排せつ支援加算Ⅱ              | 16/月       | 32/月  | 48/月  | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅰの要件を満たし、軽減が見込まれる方の排泄にかかる状態が改善・悪化がない又はおむつ使用ありからなしに改善した場合。 |
| 排せつ支援加算Ⅲ              | 21/月       | 42/月  | 63/月  | <input type="checkbox"/> | 軽減が見込まれる方の排泄にかかる状態が改善・悪化がないかつおむつ使用ありからなしに改善した場合。            |
| 自立支援推進加算              | 317/月      | 633/月 | 949/月 | <input type="checkbox"/> | 医学的評価を行い自立支援計画を策定、必要なケアを実施し、情報を厚労省に提出・活用した場合。               |
| 科学的介護推進体制加算Ⅰ          | 43/月       | 85/月  | 127/月 | <input type="checkbox"/> | 入所者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出・活用した場合。                        |
| 科学的介護推進体制加算Ⅱ          | 64/月       | 127/月 | 190/月 | <input type="checkbox"/> | 上記Ⅰの情報に疾病状況や服薬情報等を加えた場合。                                    |
| 協力医療機関連携加算1           | 106/月      | 211/月 | 317/月 | <input type="checkbox"/> | 協力医療機関の要件を満たし、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催している場合。              |
| 協力医療機関連携加算2           | 6/月        | 11/月  | 16/月  | <input type="checkbox"/> | 入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催している場合。                            |
| 安全対策体制加算              | 21/回       | 42/回  | 63/回  | <input type="checkbox"/> | 外部の研修を受けた担当者を配置、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を整備した場合。           |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ         | 24         | 47    | 70    | <input type="checkbox"/> | 介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が <sup>※</sup> 80%以上の場合。                  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ口         | 所定単位数の9.7% |       |       | <input type="checkbox"/> | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に、施設基準適合の加算率を乗じた金額となります。              |

## ●利用料

| 項 目   | 金額(円/日)                        | 内 容 |
|-------|--------------------------------|-----|
| 食 費   | 2,007 <input type="checkbox"/> |     |
| 居 住 費 | 4,120 <input type="checkbox"/> |     |

※食費・居住費については負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記されている食費・居住費の負担額が1日にお支払いいただく食費・居住費の上限となります。

※居住費については、外泊中は居住費をいただきます。

ただし、外泊中のベッドを短期入所療養介護に利用する場合は、居住費はいただきません。

|       |         |                          |                                                              |
|-------|---------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 特別室料  | 1,580   | <input type="checkbox"/> | 入所者が当該居室を希望、利用する場合。                                          |
| 教養娯楽費 | 120     | <input type="checkbox"/> | 折り紙、粘土等の材料、風船、雑誌等、レクリエーション等で必要な物品の購入代として。                    |
| 理美容代  | 2,500～  | <input type="checkbox"/> | カット代として。(別途、顔そり、毛染め、パーマ等実施可能。)                               |
| 日常生活費 | 実費      | <input type="checkbox"/> | 歯ブラシ、歯磨き粉、石鹸、ティッシュペーパー、エプロン等必要な物品を持参。又は、業者に入所セットとしての申し込みが可能。 |
| 洗濯代   | 実費      | <input type="checkbox"/> | 洗濯を施設に依頼された場合、業者に1袋単位で委託します。                                 |
| 健康管理費 | 実費      | <input type="checkbox"/> | インフルエンザ予防接種等を希望された場合。                                        |
| 文書費用  | 1,100/通 | <input type="checkbox"/> | 1通につきの料金。(内容により、金額が異なる場合があります)<br>受診時の紹介状、書類の再発行 等           |
| 電気代   | 50      | <input type="checkbox"/> | テレビ、加湿器等の電気製品をお持ち込みの場合1点につき。                                 |

※上記料金は全て税込み料金となっております。

※上記料金は1日あたり項目毎の金額を計算している為、実際の月単位の計算とは誤差が生じます。あらかじめご了承ください。

※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、入所者及び身元引受人に対して

事前に説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

●お支払方法

- ◇ 月ごとに精算し、月末締めで翌15日頃に請求書を発行します。
- ◇ 請求書は郵送または直接お渡し致します。
- ◇ 金融機関からの口座振替、もしくは直接事務所にて末日までにお支払頂きます。
- ◇ 領収書は、医療費控除などで必要ですので、大切に保管して下さい。
- ◇ 利用料金のお支払を1ヶ月以上滞納し、当施設が催促したにも関わらず指定した期日までにお支払い頂けない場合は、当施設のご利用を解除、終了していただくことがあります。

★ この重要事項説明書の説明年月日… 年 月 日

★ 上記内容について介護老人保健施設の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令 40 号）第 5 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|      |       |                          |
|------|-------|--------------------------|
| 事業 者 | 所 在 地 | 大阪府高槻市西之川原二丁目46番1号       |
|      | 事業所名  | 社会医療法人 愛仁会 介護老人保健施設 しんあい |
|      | 説 明 者 |                          |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|       |     |  |
|-------|-----|--|
| 利 用 者 | 住 所 |  |
|       | 氏 名 |  |
| 身元引受人 | 住 所 |  |
|       | 氏 名 |  |
|       | 続 柄 |  |

## 「国が定める利用者負担限度額段階（第 1 ～ 3 段階）」 に該当する利用者等の負担額

- ◇ 利用者負担は、所得などの状況から第 1 ～ 第 4 段階に分けられ、国が定める第 1 ～ 第 3 段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- ◇ 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第 1 ～ 第 3 段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは身元引受人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第 4 段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- ◇ 利用者負担第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階にある次のような方です。
- 【利用者負担第 1 段階】  
生活保護を受けておられる方か、所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
- 【利用者負担第 2 段階】  
所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 82.65 万円以下の方
- 【利用者負担第 3 段階】
- ① 所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 82.65 万円超 120 万円以下の方
  - ② 所属する世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 120 万円超の方
- ◇ 利用者負担第 4 段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第 3 段階」の利用料負担となります。
- ◇ その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表(1日当たりの利用料)

| 利用者負担  | 食 費     | ユニット型個室 |
|--------|---------|---------|
| 第1段階   | 300 円   | 880 円   |
| 第2段階   | 390 円   | 880 円   |
| 第3-①段階 | 680 円   | 1,370 円 |
| 第3-②段階 | 1,420 円 | 1,470 円 |

