

ユニット型介護老人保健施設 アイリス

重要事項説明書

当施設はご利用者に対して介護保健施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

医療法人健康会

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名 | 医療法人健康会 |
| (2) 法人所在地 | 愛媛県四国中央市上分町732番地1 |
| (3) 電話番号 | 0896-59-2215 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 石川 繁一 |
| (5) 設立年月日 | 平成23年6月1日 |

2. ご利用施設

- | | |
|-----------|---|
| (1) 施設の種類 | ユニット型介護老人保健施設・平成26年 4月 1日指定
介護保険事業所番号 第3851380034号 |
|-----------|---|

(2) 施設の目的と運営方針

(目 的)

介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行いますので、安心して退所いただけます。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(運営方針)

1. 介護保険制度下において、高齢者ケアの中核施設として、施設サービス計画に基づいて看護・医学的管理の下、高質な介護・機能訓練・ケアサービスを提供する。
2. 入所者の自立を促すケアを実践し、家庭における生活への復帰を支援する。
3. 明るく家庭的な雰囲気の中で、地域や家庭との結び付きを重視した施設運営を行う。
4. 市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者等との密接な連携に努める。

(3) 入所者の権利擁護

当施設は、入所者個人の意思及び人権を尊重し、差別や虐待を一切行わず、最適な施設サービスの提供に努めます。

- | | |
|------------|--------------------|
| (4) 施設の名称 | ユニット型介護老人保健施設 アイリス |
| (5) 施設の所在地 | 愛媛県四国中央市上分町732番地1 |
| (6) 電話番号 | (0896) 58-0011 |
| (7) FAX番号 | (0896) 58-0021 |

(8) 施設長（管理者） 氏 名 石川 洋三

(9) 開設年月日 平成26年4月1日

(10) 入所定員 40床

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室（1人部屋）	40室	室 料
合 計	40室	
食堂・談話室(共同生活室)	4室	
機能訓練室 レクリエーションルーム	1室	〔主な設置機器〕プーリー、ホットパック、マイクロ、輪転器、平行棒、マットプラットフォーム等
浴 室	4室	個浴型介護浴槽・一般個浴
汚物処理室	1室	介護老人保健施設と共用
診察室	1室	介護老人保健施設と共用

※上記は、厚生労働省及び県が定める基準により、介護老人保健施設に必置が義務づけられている施設・設備です。（上記は、短期入所療養介護の居室・設備を含みます。）

☆居室の変更：ご利用者又は家族等から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により当施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者又は家族等と協議のうえ決定するものとしします。

4. 職員の状況

当施設では、ご利用者に対して介護保健施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	員 数	指定基準
1. 施設長（管理者・医師）	1名（兼務）	1名
2. 医師	3名（兼務、非常勤）	
3. 看護職員	7名（内非常勤4）	3. 8名
4. 介護職員	28名（内非常勤8）	9. 5名
5. 支援相談員	2名（兼務）	1名
6. 理学又は作業療法士、 言語聴覚士	14名（兼務）	1名
7. 栄養士	5名（兼務）	1名
8. 介護支援専門員	1名	1名

9. 事務員	3名（兼務）	
10. 歯科衛生士	1名（兼務）	
11. 薬剤師	1名（兼務）	0. 1名

上記は短期入所療養介護を含む職員数です。（令和 6 年 4 月 1 日現在）

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	9：00～18：00 1名 兼務、非常勤 3名
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：00～16：00 4名 日勤： 9：00～18：00 非常勤 6名 遅出：13：00～22：00 4名 夜勤：22：00～ 7：00 2名
3. 看護職員	日勤： 9：00～18：00 3名 日勤： 9：00～17：00 1名
4. 理学又は作業療法士、言語聴覚士	9：00～18：00 15名

上記、勤務体制は短期入所療養介護を含む職員数です。

〈主な配置職員の職務内容〉

- 医師**…… ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
- 介護職員**…… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
- 支援相談員**…… ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 看護職員**…… 主にご利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
- 理学療法士、作業療法士**
- 言語聴覚士**… ご利用者の機能訓練を担当します。
- 介護支援専門員**…ご利用者に係る介護サービス計画を作成します。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

☆ 介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

☆ 施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際ご本人・扶養者の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

サービスについては

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（介護保険負担割合証の保険者負担分、通常9割・8割・7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入 浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 機能訓練

- ・原則として機能訓練室にて行いますが、施設内のすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。理学療法士等により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 医 療

- ・介護老人保健施設は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、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

⑤ 介 護

- ・施設サービス計画に基づいて実施します。

⑥ 口腔ケア

- ・義歯の洗浄、うがい、歯磨き、口腔内のチェック（残歯）、嚥みあわせの確認、舌苔のケア等を行います。

⑦ 生活サービス

- ・当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

⑧ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉

サービスの利用料金は、下記に示している、介護報酬の1割と居住費及び食費の合計金額になります。(介護報酬自己負担額については、ご利用者の要介護度に応じて異なります。又、介護保険負担割合証に記載がある負担割合にて請求させていただきます。)

介護保健施設サービス費 (I) (ii) (ユニット型個室 在宅強化型の場合)

《在宅強化型》・・・施設サービスにおける在宅復帰率、ベッド回転率、重度者(要介護4・5)受入れ割合等の在宅復帰・在宅療養支援等指標などの算定要件を満たす場合
※別紙参照

(介護保険負担割合証 1割の場合)

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	8,760 円	9,520 円	10,180 円	10,770 円	11,300 円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,884 円	8,568 円	9,162 円	9,693 円	10,170 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1割) (1 - 2)	876 円	952 円	1,018 円	1,077 円	1,130 円

(介護保険負担割合証 2割の場合)

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	8,760 円	9,520 円	10,180 円	10,770 円	11,300 円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,008 円	7,616 円	8,144 円	8,616 円	9,040 円
3. サービス利用に係る自己負担額(2割) (1 - 2)	1,752 円	1,904 円	2,036 円	2,154 円	2,260 円

(介護保険負担割合証 3割の場合)

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	8,760 円	9,520 円	10,180 円	10,770 円	11,300 円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,132 円	6,664 円	7,126 円	7,539 円	7,910 円
3. サービス利用に係る自己負担額(3割) (1 - 2)	2,628 円	2,856 円	3,054 円	3,231 円	3,390 円

居住費の負担額

()内は月額概数

	居住費 第4段階	負担限度額				基準費用額
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	
ユニット型 個室	2,260 円／日 (6.8 万円)	880 円／日 (2.6 万円)	880 円／日 (2.6 万円)	1,370 円／日 (4.2 万円)	1,370 円／日 (4.2 万円)	2,066 円／日 (6.3 万円)

但し、外泊期間中の居住費は徴収させていただきます。

※改正による居住費（滞在費）の範囲

ユニット型個室	室料 + 光熱水費
---------	-----------

食費の負担額 ※ 令和7年6月より

()内は月額概数

	第4段階	負担限度額				基準費用額
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	
食費	1,700 円／日 (5.1 万円)	300 円／日 (1.0 万円)	390 円／日 (1.2 万円)	650 円／日 (2.0 万円)	1,360 円／日 (4.0 万円)	1,445 円／日 (4.4 万円)

※改正による食費の範囲

「食材料費」＋「調理費相当」

(利用者負担段階について)

第1段階	：本人および世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金受給者、生活保護受給者の方等。
第2段階	：本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額が合計で80万円以下の方等。
第3段階①	：本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額が80万円超120万円以下の方等。
第3段階②	：本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額が120万円越えの方等。
第4段階	：上記以外の方（標準的な額）

- ☆ 利用者負担第1～第3段階に該当する方で、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が適用され、国が定める基準費用額と施設が定める費用額のどちらか低い費用額と負担限度額との差額を補足給付として保険給付されます。

これ以外に介護保険給付対象となる加算項目について

夜勤職員配置加算		
夜勤者の数が算定要件を満たし配置している場合	24 単位（1 日）	24 円（1 日）
高齢者虐待防止措置未実施減算		
厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合	1 0 0 分の 1 に相当する単位数を 所定単位数から減算	
業務継続計画未策定減算		
厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合	1 0 0 分の 3 に相当する単位数を 所定単位数から減算	
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		
入所日、その後 1 月に 1 回 ADL 等の評価を行い、厚生労働省にデータの提出を行い、早期に在宅での日常生活活動の自立性を向上させる為、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内） ※短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱを算定している場合は不可	258 単位（1 回）	258 円（1 回）
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		
早期に在宅での日常生活活動の自立性を向上させる為、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内） ※短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰを算定している場合は不可	200 単位（1 回）	200 円（1 回）
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ		
厚生労働省にデータの提出を行い、認知症の方に対して、早期の在宅復帰を目的として、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内、週に 3 日を限度として） ※認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱを算定している場合は不可	240 単位（1 回）	240 円（1 回）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ		
認知症の方に対して、早期の在宅復帰を目的として、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内、週に 3 日を限度として） ※認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱを算定している場合は不可	120 単位（1 回）	120 円（1 回）
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ		
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出を行った介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、1 月につき所定単位数を加算する。※リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱを算定している場合は不可	53 単位（1 月）	53 円（1 月）
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ		
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出を行った介護老人保健施設において、リハビリテーションを行った場合は、1 月につき所定単位数を加算する。※リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰを算定している場合は不可	33 単位（1 月）	33 円（1 月）
若年性認知症入所者受入加算		
老人保健施設において、65 歳未満の若年性認知症利用者に対して介護保健施設サービスを行った場合	120 単位（1 日）	120 円（1 日）
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（基本型の場合）		
在宅復帰・在宅療養支援等指標の値が 40 以上などの要件を満たす場合	51 単位（1 日）	51 円（1 日）
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（強化型の場合）		
在宅復帰・在宅療養支援等指標の値が 70 以上などの要件を満たす場合	51 単位（1 日）	51 円（1 日）
外泊時費用加算		
外泊された場合は、1 月に 6 日を限度として通常のサービス料金に代えて外泊時費用をいただきます。但し、外泊の初日及び最終日は含まれない	362 単位（1 日）	362 円（1 日）
試行的外泊時居宅サービス利用費		
入所者に対して、居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合	800 単位（1 日）	800 円（1 日）

初期加算Ⅰ		
急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から 30 日以内の期間に算定します	60 単位（1 日）	60 円（1 日）
初期加算Ⅱ		
介護老人保健施設に入所した者について、当該介護老人保健施設に入所した日から 30 日以内の期間に算定します	30 単位（1 日）	30 円（1 日）
ターミナルケア加算		
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位（1 日）	72 円（1 日）
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	160 単位（1 日）	160 円（1 日）
死亡日の前日及び前々日	910 単位（1 日）	910 円（1 日）
死亡日	1900 単位（1 日）	1900 円（1 日）
再入所時栄養連携加算		
退所後に病院又は診療所入院したのち、特別食等を必要とする者であり、再度入所する際、管理栄養士が病院又は診療所の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合	200 単位（1 回）	200 円（1 回）
入所前後訪問指導加算Ⅰ		
入所期間が 1 ヶ月を越えると見込まれる入所者の入所予定日前 30 日以内又は入所後 7 日以内に退所後生活する居宅を訪問し、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	450 単位（1 回）	450 円（1 回）
試行的退所時指導加算		
退所が見込まれる入所期間が 1 月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合	400 単位（1 回）	400 円（1 回）
入退所前連携加算（Ⅰ）		
指定居宅介護支援事業者と連携し、当該入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用方針を定め、退所に先立って当該入所者の診療状況を示す文書を添えて居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合	600 単位（1 回）	600 円（1 回）
入退所前連携加算（Ⅱ）		
退所に先立って当該入所者の診療状況を示す文書を添えて居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合	400 単位（1 回）	400 円（1 回）

退所時情報提供加算(Ⅰ)		
居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合	500 単位 (1 回)	500 円 (1 回)
退所時情報提供加算(Ⅱ)		
入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合	250 単位 (1 回)	250 円 (1 回)
協力医療機関連携加算Ⅰ.Ⅱ		
協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催しおり、当該協力医療機関が、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 30 条第 1 項第 1 号から第 3 号までに規定する要件を満たしている場合	100 単位 (1 月)	100 円 (1 月)
それ以外の医療機関	5 単位 (1 月)	5 円 (1 月)
老人訪問看護指示加算		
入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護ステーションに対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合	300 単位 (1 回)	300 円 (1 回)
栄養マネジメント強化加算		
都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、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	11 単位 (1 日)	11 円 (1 日)
経口移行加算		
現に経管により食事を摂取する入所者ごとに、医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、経口による食事の摂取を進めるための、経口移行計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合	28 単位 (1 日)	28 円 (1 日)

経口維持加算Ⅰ		
現に経口より食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合	400 単位（1 月）	400 円（1 月）
経口維持加算Ⅱ		
協力歯科医療機関を定め、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合	100 単位（1 月）	100 単位（1 月）
口腔衛生管理加算Ⅰ		
介護老人保健施設において、入所者に対し、歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合	90 単位（1 月）	90 円（1 月）
口腔衛生管理加算Ⅱ		
口腔衛生管理加算Ⅰの要件に加え、口腔衛生の管理に関す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、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用した場合	110 単位（1 月）	110 円（1 月）
療養食加算		
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、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事提供が行われた場合	6 単位（1 食）	6 円（1 食）
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ		
医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講。 入所後 1 月以内に、処方内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し合意。 入所前に当該入所者に 6 種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と主治の医師が共同し、入所中に当該処方内容を総合的に評価及び調整。かつ、療養上必要な指導を行うこと。 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は多職種で変更後の入所者の状態等について確認。 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後 1 月以内に主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合	140 単位（退所時）	140 円（退所時）

かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ		
医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講。 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は多職種で変更後の入所者の状態等について確認。 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している場合	70 単位（退所時）	70 円（退所時）
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ		
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰを算定しており、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、当該情報その他薬物療法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場合	240 単位（退所時）	240 円（退所時）
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ		
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ・Ⅱを算定しており、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介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が共同し、総合的に評価・調整し、介護老人保健施設の医師が、入所時に処方されていた内服薬の種類を1種類以上減少させ、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している場合	100 単位（退所時）	100 円（退所時）
所定疾患施設療養費Ⅰ		
介護老人保健施設において、別に厚生労働大臣が定める入所者（肺炎の者、尿路感染症の者、带状疱疹の者、蜂窩織炎の者、慢性心不全の者）に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合	239 単位（1 日）	239 円（1 日）
所定疾患施設療養費Ⅱ		
所定疾患施設療養費Ⅰの要件に加え、介護老人保健施設の医師が、感染症対策を含む研修を受講しており、厚生労働大臣が定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合	480 単位（1 日）	480 円（1 日）

認知症行動・心理症状緊急対応加算		
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断し、介護保健施設サービスを受けた場合	200 単位（1 日）	200 円（1 日）
褥瘡マネジメント加算Ⅰ		
入所者の褥瘡発生を予防する為、施設入所時等に褥瘡リスクについて評価するとともに、少なくとも 3 月に 1 回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、当該情報を活用し多職種が共同し褥瘡ケア計画を作成し、少なくとも 3 月に 1 回見直しを行っている場合	3 単位（1 月）	3 円（1 月）
褥瘡マネジメント加算Ⅱ		
褥瘡マネジメント加算Ⅰの算定要件に加え、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がない場合	13 単位（1 月）	13 円（1 月）
排泄支援加算Ⅰ		
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するとともに、少なくとも 6 月に 1 回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、医師、看護師、その他の職種が共同して、排泄に介護を要する原因を分析して、それに基づいた支援計画を作成し、少なくとも 3 月に 1 回見直しを行い支援している場合	10 単位（1 月）	10 円（1 月）
排泄支援加算Ⅱ		
排せつ支援加算Ⅰの要件に加え、施設入所時等と比較して、排尿・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無い、または、オムツ使用ありから、使用無しに改善している場合	15 単位（1 月）	15 円（1 月）
排泄支援加算Ⅲ		
排せつ支援加算Ⅰの要件に加え、施設入所時等と比較して、排尿・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無い、かつ、オムツ使用ありから、使用無しに改善している場合	20 単位（1 月）	20 円（1 月）

自立支援促進加算		
①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うとともに、少なくとも3月に1回、医学的な評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること。 ②医学的評価の結果、特に自立支援のために対応が必要であるとされた者毎に、医師・看護師・介護職員・介護支援専門員、その他の職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。 ③少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 ④医師の医学的評価等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進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。 上記①～④に該当する場合	300 単位（1 月）	300 円（1 月）
科学的介護推進体制加算Ⅰ		
入所者・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入所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おり、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合	40 単位（1 月）	40 円（1 月）
科学的介護推進体制加算Ⅱ		
科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾病の状況の情報を厚生労働省に提出している場合	60 単位（1 月）	60 円（1 月）
安全対策体制加算		
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	20 単位（入所時）	20 円（入所時）
安全管理体制未実施減算		
運営基準における事故の発生又は、再発を防止するための措置が講じられていない場合	－5 単位（1 日）	－5 円（1 日）
サービス提供体制強化加算Ⅰ		
介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の80以上、または、勤続10年以上の介護福祉士が100分の35以上のいずれかに該当する場合	22 単位（1 日）	22 円（1 日）
サービス提供体制強化加算Ⅱ		
介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の60以上の場合	18 単位（1 日）	18 円（1 日）

サービス提供体制強化加算 Ⅲ		
介護職員の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の50以上、または、常勤職員が100分の75以上、または、勤続7年以上の職員が100分の30以上、いずれかに該当する場合	6単位（1日）	6円（1日）
介護職員処遇改善加算		
介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合に、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を加算する		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数の1,000分の39に相当する単位数	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数の1,000分の29に相当する単位数	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	総単位数の1,000分の16に相当する単位数	
介護職員等特定処遇改善加算		
介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合		
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数の1,000分の21	
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数の1,000分の17	
介護職員等ベースアップ等支援加算		
介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数の1,000分の8	
高齢者施設等感染対策向上加算		
都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設が、入所者に対して介護保健施設サービスを行った場合		
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10単位（1月）	10円（1月）
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5単位（1月）	5円（1月）
新興感染症等施設療養費		
厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護保健施設サービスを行った場合	240単位（1日） 連続する5日まで	240単位（1日） 連続する5日まで
生産性向上推進体制加算		
介護の働き方改革を目的とし、見守り機器やICTの活用を実施している場合 次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない		
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位（1月）	100円（1月）
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位（1月）	10円（1月）

認知症チームケア推進加算		
厚生労働大臣が定める者に対し認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを提供した場合次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。		
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 単位（1 月）	150 円（1 月）
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位（1 月）	120 円（1 月）

※利用者負担の割合が 2 割又は 3 割の場合は、上記金額を 2 倍若しくは 3 倍した額が自己負担額の目安となります。

☆ご利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、ご利用者にサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用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。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆高額介護サービス費による負担上限額が定められております。

（２） 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 食 事

- ・当施設では、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
の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としてい
ます。

（食事時間）

朝食 8：00～

昼食：12：00～

夕食：17：30～

＊なお、各食事の時間につきましては、ご利用者の身体状況を考慮し、約 30
分ぐらいは前後することがあります。

② 特別な食事（酒を含みます。）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

（ア）利用料金：要した費用の実費

③ 理髪・美容

〔理髪・美容サービス〕

原則月 2 回、理美容師の出張による理髪サービス（調髪）をご利用いただけます。

（ア）利用料金：実費

④ レクリエーション、生き甲斐活動サービス

ご利用者の希望によりレクリエーションや生き甲斐活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

入所者が選定する特別な療養室の提供を行ったことに伴い必要となる費用

1人部屋 1日当たり 340円

※外泊時も室料は発生致しますのでご了承ください。

⑤ 洗濯サービス 洗濯代 1ネット当たり 620円

⑥ 日常生活品費（入浴に関わるもの） 1日当たり 60円

《内訳》シャンプー（リンス入）10円、ボディソープ10円、バスタオル貸出20円、

洗身用タオル貸出10円、フェイスタオル貸出10円

※ご持参される場合は、別紙日常生活品持参申込書を提出後、内訳のとおり減額させていただきます。

⑦ 電気代（電気毛布・コタツ等1点につき） 1日当たり 60円

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑧ 契約書第21条に定める所定の料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は、要介護度に応じ次のとおり請求させていただきます。

ご利用者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	5,000円	6,000円	7,000円	8,000円	9,000円

ご利用者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合で、事情により退所できない期間の料金：5,000円

⑨ 文書料（1通につき） 各種証明書 1,000円～
（※内容により金額が違います。）

死亡診断書 5,000円

請求書・領収書の再発行 50円

（※基本的には再発行は致しかねますので大切に保管下さい。）

当施設で証明書等を発行する場合、文書料として請求させていただきます。（消費税別途）

⑩ エンゼルケア

死亡後の処置代 10,000円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、特別の事情がない限り、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 指定銀行口座への振込み

伊予銀行 川之江支店 普通預金口座NO. 1706681

口座名義 医療法人健康会 介護老人保健施設 アイリス

理事長 石川 繁一

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：愛媛銀行 伊予銀行 愛媛信用金庫 宇和島信用金庫

東予信用金庫 川之江信用金庫 四国労働金庫

愛媛県信連 愛媛県下農業協同組合

(4) 緊急時の医療体制について

利用者の状態が急変した場合は、下記協力医療機関において診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・入院治療を保証するものではありません。)

また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人 石川記念会 HITO病院
所在地	四国中央市上分町 788-1
電話番号	0896-58-2222
診療科	外科、内科、総合診療科、脳神経外科、神経内科、 整形外科、形成外科、美容外科、皮膚科、泌尿器科 放射線科、麻酔科、リハビリテーション科

医療機関の名称	医療法人 健康会 石川クリニック
所在地	四国中央市上分町 732番地1
電話番号	0896-59-2215
診療科	外科、内科

②協力(歯科)医療機関

医療機関の名称	医療法人 石川歯科
所在地	四国中央市上分町 525-1
電話番号	0896-58-3023

医療機関の名称	医療法人 尚古会 坂歯科
所在地	四国中央市川之江町 1 8 5 6 - 1 2
電話番号	0 8 9 6 - 5 8 - 2 0 0 4
医療機関の名称	窪田歯科医院
所在地	四国中央市川之江町 2 5 6 2
電話番号	0 8 9 6 - 5 8 - 2 1 1 4

6. 施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になり専門的な対応が必要になった場合には責任をもって下記の機関を紹介致します。

- | |
|---|
| ☐ 適切な居宅介護支援事業者
☐ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者 |
|---|

7. 損害賠償について（契約書第12条、第13条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用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。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者のお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。

8. 苦情の受付について（契約書第25条関係）＊

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談・ご要望は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【職氏名】 事務長 石水 一八

○受付時間 毎週月曜日～日曜日（祝日可）9：00～18：00

（但し、担当者不在の場合は事務所の日勤者が受付を行います。）

また、苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

○苦情解決責任者 施設長 石川 洋三

（2）行政機関その他苦情受付機関

四国中央市福祉部 介護保険課	所在地 四国中央市三島宮川4丁目6番55号 電話番号 0 8 9 6 - 2 8 - 6 0 2 5 受付時間 平日 8：30～17：15
-------------------	---

愛媛県国民健康保険団体 連合会分室（介護保険課）	所在地 愛媛県松山市高岡町101-1 電話番号 0 8 9 - 9 6 8 - 8 8 0 0（代表） 受付時間 平日 8：30～17：15
-----------------------------	--

苦情処理第3者委員

氏 名	所 属
高橋 功	(元) 四国中央市民生児童委員 (0896-58-3001)
山崎 八重子	(元) 四国中央市民生児童委員 (0896-56-3304)

9. 事故発生時の対応について（契約書第26条）＊

- ① 当事業所は、サービスの提供により事故が発生した場合には、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。
- ③ 当事業所は、サービス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うものとする。
- ④ 事故が発生又は再発することを防止する為、次の措置を講じます。
 - (1) 事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止の為の指針を整備する。
 - (2) 事故が発生した時又はそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備する。
 - (3) 事故発生の防止の為の委員会及び介護職員その他の従業者に対する研修を定期的に行う。

10. 個人情報保護について（契約書第27条）＊

当施設が保有する利用者等の個人情報に関し、適切な取り扱いに努力するとともに広く社会からの信頼を得る為に、自主的なルールおよび体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守します。

11. 感染症対策の徹底について

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みとして、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練の実施を行います。

12. 虐待の防止について

- ① 事業所は、虐待の発生又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ます。
 - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

- ② 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町に通報します。

1 3. 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画（BCP）等の策定、研修の実施、訓練の実施を行います。

1 4. 褥瘡の防止について

褥瘡が発生しないような適切な介護を行うとともに、その発生を防止する為の体制を整備します。

1 5. 非常災害対策

非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

当該施設の立地条件等から個別に検討し、予想される災害の種別（地震、風水害）に応じた具体的計画を作成するとともに、非常事態に対応するための非常食、飲料水等の備蓄確保に努めます。

災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

1 6. ハラスメント対策について

事業所は、適切なハラスメント対策を強化する観点から、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえ、必要な措置を講じます。

1 7. 福祉サービス第三者評価事業について

社会福祉事業の経営者が福祉サービス第三者評価を受けることは、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置の一環です。

平成 30 年 4 月 1 日より、取り組み強化が謳われ、利用者の適切なサービス選択に資するものとなり得ることから、福祉サービス第三者評価を積極的に受審することが望ましいとされている。

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

※施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 利用者の私物に関する持ちこみの制限*

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

①厳禁物：果物ナイフ以外の刃物及びこれに類する危険物。

火災の発生する恐れのある器具等。

②その他：仏壇、冷蔵庫、机等のベッドサイドに置けない大きな物。

③動物：小動物を含む一切の生き物。

※尚、上記の物以外で、ご利用者の希望による私物の持ちこみ品がありましたら、職員にご相談下さい。

(2) 面会

①面会時間は、午前8時から午後8時の間でお願いします。但し、下記の事由により面会を希望される場合には、面会者は、面会時間外受付許可簿に記入し、宿直者に事情を説明し、面会を行って下さい。

- ・仕事の都合により、時間内での面会が困難な場合。
- ・ターミナルケアを受けられている入所者のご家族の場合。
- ・その他、施設が必要と認めた場合。

②面会者は、必ずその都度事務所前カウンターに設置してあります面会記録用紙に記入をお願い致します。

③面会される場合、飲食物の持ち込みはご遠慮下さい。持ちこまれる場合は、看護職員又は介護職員の承諾を得て下さい。なお、当施設並びにサービス従事者に対する心付等は、固くご辞退申し上げます。

(3) 外出・外泊

ご利用者が外出・外泊を希望される場合には、施設側から家族の方へ連絡をいれ、ご協力をお願いすることがあります。外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、5(1)に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

体調等により希望がある場合は、食堂に限らず居室での食事を選択することも可能です。

(5) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第10条) *

○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、または利用者の不注意により施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の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。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

但し、その場合、ご利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

当施設敷地内での喫煙はできません。

18. 連帯保証人について (契約書第24条) *

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 100 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務についてご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び事業所は、連帯保証人の方に利用料等の支払状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

附 則

- ①この重要事項は、平成２６年 ４月 １日より施行する。
- ②この重要事項の一部を平成２６年 ７月 １日に改正し、同日より施行する。
- ③この重要事項の一部を平成２６年１０月 １日に改正し、同日より施行する。
- ④この重要事項の一部を平成２７年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑤この重要事項の一部を平成２７年 ８月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑥この重要事項の一部を平成２９年 １月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑦この重要事項の一部を平成２９年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑧この重要事項の一部を平成２９年 ５月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑨この重要事項の一部を平成３０年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑩この重要事項の一部を平成３０年 ８月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑪この重要事項の一部を令和 １年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑫この重要事項の一部を令和 １年 ７月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑬この重要事項の一部を令和 １年１０月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑭この重要事項の一部を令和 ２年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑮この重要事項の一部を令和 ３年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑯この重要事項の一部を令和 ３年 ８月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑰この重要事項の一部を令和 ４年１０月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑱この重要事項の一部を令和 ６年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑲この重要事項の一部を令和 ７年 ４月 １日に改正し、同日より施行する。
- ⑳この重要事項の一部を令和 ７年 ６月 １日に改正し、同日より施行する。

算定要件等

		超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
	退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
	リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
	地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
	充実したリハ	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	

在宅復帰・在宅療養支援等指標: 下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値 (最高値:90)				
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2	0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 社会福祉士の配置有	3以上 3 社会福祉士の配置無し	2以上 1	2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

※別紙

ユニット型介護老人保健施設入所利用同意書

ユニット型介護老人保健施設アイリスを入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用契約書及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<ご利用者>

住 所

氏 名

印

<代筆者>

住 所

氏 名

印

<家族代表者>

住 所

氏 名

印

ユニット型介護老人保健施設アイリス

施設長 石 川 洋 三 殿

【契約書第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【契約書第9条2項の緊急時の連絡先】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	

【契約書第24条の連帯保証人】

・氏 名	(続柄)
・住 所	
・電話番号	