

介護老人保健施設さんさんケアセンター 重 要 事 項 説 明 書

1. 施設の概要

法人名 医療法人さんさんヘルスケア
理事長 韓 憲男
開設年月日 平成6年2月21日
所在地 島根県松江市東出雲町揖屋1196
電話番号 (0852) 52-6513
FAX番号 (0852) 52-5006
介護保険指定番号 介護老人保健施設(3251180026)

2. 施設の目的

当施設は、要介護状態と認定されたご利用者に対し看護、医学的管理の下での介護及び機能訓練、その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を提供することによりご利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができるようすることとともに、居宅における生活への復帰を目指すことを目的とします。

3. 運営方針

- (1) ご利用者処遇の質の確保と向上に努めます。
- (2) 医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行い、適切な医療の提供に努めます。

4. 職員体制

職種	職員数	業務内容
施設長	1名	施設運営総轄
医師	1名	診療及び健康管理等
薬剤師	0.2名以上	服薬管理業務
看護職員	5名以上	看護、保健衛生指導等
介護職員	12名以上	介護業務、レクリエーション等
支援相談員	1名以上	入退所調整、生活相談・指導等
理学療法士又は作業療法士	1名以上	リハビリテーション業務
管理栄養士	1名以上	栄養管理、栄養指導等の業務
介護支援専門員	1名以上	施設サービス計画作成等
事務職員	1名以上	庶務、出納、会計事務等

5. 入所定員

50名(4人部屋9室 3人部屋2室 2人部屋4室)

6. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案

- ② 食事
 - 朝食 8時～
 - 昼食 12時～
 - 夕食 17時30分～
- ③ 入浴
 - 一般浴槽のほか介助を要する方には特殊浴槽で対応します。ご利用者は、週2回の入浴となっています。ただしご利用者の病状等により清拭となる場合があります。
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 入退所及び入所生活に関する相談並びに助言
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ 教養娯楽及び各種レクリエーション、地域との交流
- ⑪ その他（希望によるサービス）
 - ア) 理美容 イ) 私物の洗濯 ウ) 予防接種

7. サービスについて

(1) 介護保険証の確認

ご利用のお申込に当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

(2) 介護保健施設サービス

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、ご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・ご家族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。

・医療

介護老人保健施設は病状安定期にある要介護者を対象としていますが、医師・看護師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。

・リハビリテーション

ご利用者の生活機能の改善、悪化の防止という観点から、リハビリテーション実施計画に基づいて提供されます。この計画は、ご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・ご家族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。

・栄養管理

個々人に最適な栄養ケアを行うという観点から、栄養ケア計画に基づいて提供されます。この計画は、ご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。計画の内容については同意をいただくようになります。

・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たって運営しています。

8. 利用料金

(1) 基本料金

原則として以下料金表の1割負担の場合または2割、3割負担の場合に示す額が利用者の負担額となります。負担割合は介護保険負担割合証に記載された利用者負担割合によります。

区分	内容	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
施設利用料 基本型 (要介護認定による要介護度の程度によって利用料が異なります)	要介護1	793円／日	1,586円／日	2,379円／日
	要介護2	843円／日	1,686円／日	2,529円／日
	要介護3	908円／日	1,816円／日	2,724円／日
	要介護4	961円／日	1,922円／日	2,883円／日
	要介護5	1,012円／日	2,024円／日	3,036円／日
施設利用料 在宅復帰強化型 (要介護認定による要介護度の程度によって利用料が異なります)	要介護1	871円／日	1,742円／日	2,613円／日
	要介護2	947円／日	1,894円／日	2,841円／日
	要介護3	1,014円／日	2,028円／日	3,042円／日
	要介護4	1,072円／日	2,144円／日	3,216円／日
	要介護5	1,125円／日	2,250円／日	3,375円／日
初期加算 入所日から起算して30日以内	I	60円／日	120円／日	180円／日
	II	30円／日	60円／日	90円／日
	入所日から起算して30日以内			
短期集中 リハビリテーション実施加算 入所日から起算して3月以内	I	258円／日	516円／日	774円／日
	II	200円／日	400円／日	600円／日
	入所日から起算して3月以内			
認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 入所日から起算して3月以内	I	240円／日	480円／日	720円／日
	II	120円／日	240円／日	360円／日
	入所日から起算して3月以内			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上		18円／日	36円／日	54円／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 I・II		51円／日	102円／日	153円／日
栄養マネジメント強化加算		11円／日	22円／日	33円／日

夜勤職員配置加算		24円／日	48円／日	72円／日
療養食加算	糖尿病食 腎臓病食等	6円／回	12円／回	18円／回
再入所時 栄養連携加算	再入所時1回 限り	200円／回	400円／回	600円／回
排せつ支援加算	I	10円／月	20円／月	30円／月
	II	15円／月	30円／月	45円／月
	III	20円／月	40円／月	60円／月
褥瘡マネジメント 加算I		3円／月	6円／月	9円／月
褥瘡マネジメント 加算II	リスク有→発生 しなかった場合 算定可能	13円／月	26円／月	39円／月
経口移行加算		28円／月	56円／月	84円／月
経口維持加算	I	400円／月	800円／月	1,200円／月
	II	100円／月	200円／月	300円／月
口腔衛生管理加算 II		110円／月	220円／月	330円／月
外泊時費用	外泊の初日と最 終日は算定なし	362円／日	724円／日	1,086円／日
入所前後訪問指導 加算	I	450円／回	900円／回	1,350円／回
	II 入所中1回限度	480円／回	960円／回	1,440円／回
試行的退所時指導 加算		400円／回	800円／回	1,200円／回
退所時情報提供加 算	I	500円／回	1,000円／回	1,500円／回
	II	250円／回	500円／回	750円／回
入退所前連携加算	I	600円／回	1,200円／回	1,800円／回
	II 入所中1回限度	400円／回	800円／回	1,200円／回
訪問看護指示加算		300円／回	600円／回	900円／回
協力医療機関連携 加算(1)	・令和6年度まで	100円／月	200円／月	300円／月
	・令和7年度まで	50円／月	100円／月	150円／月
協力医療機関連携 加算(2)		5円／月	10円／月	15円／月
かかりつけ医 連携薬剤調整加算	Iイ	140円／回	280円／回	420円／回
	Iロ	70円／回	140円／回	210円／回
	II	240円／回	480円／回	720円／回
	III	100円／回	200円／回	300円／回
緊急時治療管理	3日限度	518円／日	1,036円／日	1,554円／日

所定疾患施設療養費	I II	239円／日 480円／日	478円／日 960円／日	717円／日 1,440円／日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	7日限度	200円／日	400円／日	600円／日
ターミナルケア加算	死亡日以前31～45日以下	72円／日	144円／日	216円／日
	死亡日以前4～30日	160円／日	320円／日	480円／日
	死亡日以前2日～3日	910円／日	1,820円／日	2,730円／日
	死亡日	1,900円／日	3,800円／日	5,700円／日
科学的介護推進体制加算	I II	40円／月 60円／月	80円／月 120円／月	120円／月 180円／月
自立支援促進加算		300円／月	600円／月	900円／月
認知症チームケア推進加算	I II	150円／月 120円／月	300円／月 240円／月	450円／月 360円／月
高齢者施設等感染対策向上加算	I II	10円／月 5円／月	20円／月 10円／月	30円／月 15円／月
新興感染症等施設療養費		240円／日	480円／日	720円／日
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	I II	53円／月 33円／月	106円／月 66円／月	159円／月 99円／月
安全対策体制加算	入所時に1回限り	20円／回	40円／回	60円／回
介護職員等処遇改善加算（I）	所定単位数に7.5%を乗じた単位数			

※上記金額は、厚生労働省の告示に基づきます。

(2) その他の料金

① 食費（1日当たり） 1,500円

（ただし、食費について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食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。）

② 居住費（療養室の利用費）（1日当たり）

・多床室 437円

（ただし、居住費について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居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

③ 理美容代 外部委託業者による料金

④ 私物の洗濯代 1ヶ月 5,000円（別途消費税）

1月に満たない場合は洗濯回数に応じた実費額

1ネット 1回700円（別途消費税）

⑤ インフルエンザ	市町村の定める額	(65歳以上)
予防接種代	1回	2,000円 (65歳未満)
⑥ コロナワクチン	市町村の定める額	(65歳以上)
予防接種代	1回	10,000円 (65歳未満)
⑦ ご利用者の希望により日常消耗品を施設が提供する場合	（実費相当額）	
⑧ 電気代（個人で利用される電化製品にかかる費用）		
テレビ		1日 90円
電気毛布、電気あんか		1日 90円
携帯電話、デジカメ、ラジオ、DVD、 パソコン、およびこれに類する家電製品		
		1日 90円

9. 支払方法

毎月8日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の15日までに下記方法によりお支払下さい。

お支払方法

- ①山陰合同銀行からの口座振替（手数料無料）
- ②当法人山陰合同銀行口座への振込み（手数料はご負担願います）

10. 協力医療機関

当施設の協力医療機関は次のとおりです。

- ① 松江市立病院
- ② 雲南市立病院
- ③ 松江生協病院
- ④ 松江赤十字病院
- ⑤ 松江医療センター
- ⑥ 高木歯科医院
- ⑦ たなか脳神経内科

11. 事故発生時の対応

- (1) ご利用者に対して当施設のサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じると共に、ご家族並びに市町村へ連絡をいたします。
- (2) 利用者に対して当施設の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速やかに損害賠償を行います。

12. 身体拘束廃止への対応

原則としてご利用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場合等緊急やむを得ない場合には、身体拘束廃止委員会が判断しご利用者の行動を制限する行為を行うこととし、事後速やかにご家族の同意を得ます。

13. 施設利用にあたっての留意事項

- ① 面会

面会時間は原則、月曜日～土曜日 時間：午前9時～午後16時30分
衛生管理の関係上、食べ物の差し入れはご遠慮下さい。

お酒、タバコは持ち込まないで下さい。（居室内は火気厳禁です）

② 外出・外泊

外出、外泊をご希望の場合は、事前に施設職員までお知らせ下さい。

送迎は、ご家族でお願いします。

外泊時、受診が必要な場合は当施設の医師の指示を受けて下さい。

③ 金銭・貴重品の管理

預金通帳、現金、貴重品につきましてはお預りいたしませんので、ご自分で責任を持って管理して下さい。紛失に対しましても責任を負いかねますのでご了承下さい。

④ 設備・備品の利用

備品は大切に取り扱って下さい。身の回りの整理整頓に努めて下さい。

⑤ 宗教活動

営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。

⑥ 親睦・風紀秩序

相互に親睦を図り、施設内での風紀秩序の維持に努めて下さい。

14. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器
- ・防災訓練 年2回

15. 虐待防止のための措置

虐待の発生又はまたはその再発を防止するため、施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、指針を整備し、従業者に対し、周知徹底、虐待の防止のための研修を定期的に（年2回以上）実施します。

16. 要望及び苦情等の相談

(1) 苦情処理窓口担当者

支援相談員 ☎ 0852-52-6513

(2) 苦情対応責任者 施設長 韓憲男

(3) 申し出方法

①ご意見ポストを利用する。

②直接に苦情処理窓口担当者へ申し出る。

③関係機関へ申し出る

（松江市 55-5689、国保連合会 21-2811）

(4) 回答

施設長又は主務者が直接回答するか、あるいは施設内掲示板にて回答する。

17. 第三者評価による評価の実施状況

有・無

令和7年8月施行

重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

説明者 職名 _____
氏名 _____

重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 _____
氏 名 _____

利用者家族代表 住 所 _____
氏 名 _____