

地域密着型介護老人福祉施設 重要事項説明書

当施設は介護保険事業所の指定を受けています。
(富山市指定 第 1690100993 号)

当施設は利用者に対して指定介護福祉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、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

※ 当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護 3」以上と認定された方が対象となります。

社会福祉法人 おおさわの福祉会
地域密着型特別養護老人ホーム
ささづ苑かすが

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 施設の名称

(1) 設置者の名称	社会福祉法人 おおさわの福祉会
(2) 施設の種類と番号	地域密着型特別養護老人ホーム ささづ苑かすが 平成29年8月1日 富山市指定 第1690100993号
(3) 施設の所在地	〒939-2226 富山市下夕林237番地
(4) 管理者の氏名	施設長 古柴 政美
(5) 電話番号	TEL : 076-468-1000 FAX : 076-468-3001
(6) 開設年月日	平成29年8月1日

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員	国が定める基準
施 設 長	業務の一元的な管理	1名	1名
医 師	健康管理及び療養上の指導	1名	1名
生 活 相 談 員	生活相談及び指導	1名	1名
介 護 支 援 専 門 員	施設サービス計画の作成	1名	1名
介 護 職 員	日常生活全般の介護業務	20名	9名
看 護 職 員	心身の健康管理、機能チェック及び指導、保健衛生管理	3名	1名
機 能 訓 練 指 導 員	身体機能の向上、健康維持の指導	1名	1名
栄 養 士	食事の献立作成、栄養計算と指導	1名	1名

※ 当施設では、法令で定められた配置基準を満たしています

(3) 職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制		
(1) 介 護 職 員	早出(常勤)	(3名)	7:00 ~ 16:00
	日中(常勤)	(3名)	8:30 ~ 17:30
	日中(常勤)	(2名)	11:00 ~ 20:00
	遅出(常勤)	(2名)	13:00 ~ 22:00
	夜勤(常勤)	(2名)	22:00 ~ 7:00
(2) 生活相談員 介護支援専門員	(常勤兼務)	(1名)	平日 8:30 ~ 17:30
	(常勤兼務)	(1名)	平日 8:30 ~ 17:30
(3) 看 護 職 員 機能訓練指導員	(常勤兼務)	(2名)	平日 8:30 ~ 17:30
(4) 医 師	(非常勤)	毎月第2・4週の金曜日	14:00~15:30
(5) 管理栄養士	(常勤兼務)	(1名)	平日 8:30 ~ 17:30

(4) 設備の概要

施設の種類	室	備 考
居室(1人部屋)	29	居室は、いずれかのユニットに属し、1居室の床面積は10.91㎡~11.14㎡、各居室には、洗面設備、ベッド・枕元灯・ナースコール機器等を備えています。
共同生活室	3	1ユニットに1つの共同生活室を有し、入居者の食事、談話及び交流などをする日常生活の場として十分な広さを備え、テーブル・椅子、簡易な調理機器・冷蔵庫・食器類などの備品類を備えています。
脱衣室・浴室	3	ユニットごとに脱衣室(7.52㎡以上)・浴室(9.45㎡以上)を備え、入居者が一人ずつ使用しやすいようにリフト装置付個浴槽を設けています。
便所・洗面所	9	ユニット単位で便所は3箇所設置、洗面設備も便所ごとに1箇所、共同生活室に1箇所、脱衣室に1箇所設置している。
地域交流ホール	1	ユニット入居者と家族及び地域との関係者との交流の場として、喫茶、談話及びホールを備えています。

3. サービスの内容

主なサービス	サービスの内容
①食 事	食事の提供は、入居者の栄養状態、身体の状態・嗜好等を考慮し、その意向を尊重して適切な時間に行います。 入居者の自立的活動に留意し、食事の盛付・配膳・下膳等を職員と一緒にいき、食事時間にも余裕ある幅を持たせた柔軟な対応を行います。
②介護サービス	入居者は、ユニット入居者と相互に自律的な日常生活と社会的関係を築けるように配慮し、心身の状態に応じた適切な方法による介護サービスの支援及び身体的、精神的に家事の役割を持って自立的生活を行うように適切な支援を行います。
③入 浴	入居者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう週2回以上の個浴方式による入浴を提供します。
④機 能 訓 練	入居者の心身の状態等に応じて日常生活を営む上で必要な機能の改善及び減退防止のために適切な訓練及び外出活動の支援を行います。
⑤リクリエーション	季節ごとの適切なリクリエーション及び個性的、自立的参加の機会を企画立案し、ご家族との連携を密にして積極的な参加を促進するような活動を行います。

4. 利用料金

老人福祉施設サービスの利用料金は、①施設介護サービス費(基本料+加算料金)、②食費、③居住費、④日常生活費及び特別なサービス費等から構成されています。

これらの利用料金は、厚生労働大臣が定める基準の介護報酬告示額によって算定され、施設サービス利用料金は、法定代理受領サービス方式のときの利用者の料金負担額は、①介護サービス費は介護報酬額の一定割合の負担、②食費と③居住費は利用者の所得基準区分による定額料金の負担、④日常生活費及び特別なサービス費は実費相当額の負担と定められ、下記に掲載のとおりとなっています。

☆介護報酬告示額による個人負担額

① 施設介護サービス費		1日の利用者負担額(単位)		
(1) 基本料金	介護区分	1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
個室部屋	要介護1	682	1,364	2,046
	要介護2	753	1,506	2,259
	要介護3	828	1,656	2,489
	要介護4	901	1,802	2,703
	要介護5	971	1,942	2,913

(2)加算料金	加算条件等	利用者負担額(単位)		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
初期加算	入居後 30 日間	30/日	60/日	90/日
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士等の共同による 栄養管理・食事観察	11/日	22/日	33/日
療養食加算	医師の食事箋に基づき食事 提供	6/回	12/回	18/回
経口移行加算	医師の指示による経口移行 支援	28/日	56/日	84/日
経口維持加算 I	医師の指示による経口維持 支援	400/月	800/月	1,200/月
経口維持加算 II	上記に加え、会議等に歯科 医師らが参加	100/月	200/月	300/月
外泊時加算 ※7日以降は施設の契約額での徴収	入院外泊 6 日限度	246/日	492/日	738/日
再入所時栄養連携加算	管理栄養士が医療機関での 栄養食事指導に参加	200/回	400/回	600/回
看護体制加算(I)	看護師 1 名以上配置	12/日	24/日	36/日
看護体制加算(II)	看護師 2 名以上配置	23/日	46/日	69/日
配置医師緊急時対応加算	(配置医師の勤務時間外)	325/回	650/回	975/回
	(早朝・夜間)	650/回	1,300/回	1,950/回
	(深夜)	1,300/回	2,600/回	3,900/回
看取り介護加算 (I)	(死亡日以前 45~31 日)	72/日	144/日	216/日
	(死亡日以前 4~30 日)	144/日	288/日	432/日
	(死亡日の前・前々日)	680/日	1360/日	2,040/日
	(死亡日)	1,280/日	2,560/日	3,840/日
看取り介護加算 (II)	(死亡日以前 45~31 日)	72/日	144/日	216/日
	(死亡日以前 4~30 日)	144/日	288/日	432/日
	(死亡日の前・前々日)	780/日	1,560/日	2,340/日
	(死亡日)	1,580/日	3,160/日	4,740/日
日常生活継続支援加算 (II)	要介護度 4・5 の割合が 70% 以上など	46/日	92/日	138/日
夜間職員配置加算 (II)	夜勤職員の配置人数	46/日	92/日	138/日
夜間職員配置加算 (IV)	夜勤職員 (喀痰吸引可) の 配置	61/日	122/日	183/日
口腔衛生管理加算 (I)	歯科衛生士による口腔ケア が月 2 回以上	90/月	180/月	270/月
口腔衛生管理加算 (II)	上記に加え、計画内容を厚生 労働省に提出	110/月	220/月	330/月
褥瘡マネジメント加算(I)	発生リスクの評価・提出	3/月	6/月	9/月

褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	上記を満たしリスク者の褥瘡発生が無い	13/月	26/月	39/月
排せつ支援加算(Ⅰ)	要介護状態の軽減見込みを評価・対応	10/月	20/月	30/月
排せつ支援加算(Ⅱ)	Iを満たし排泄状態の改善が見られる	15/月	30/月	45/月
排せつ支援加算(Ⅲ)	Iを満たし排泄状態が改善	20/月	40/月	60/月
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	認知症介護実践リーダーの配置 認知症自立度Ⅲa以上の者が50%以上	3/日	6/日	9/日
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症入居者毎に担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供	120/日	240/日	360/日
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	入居者の心身状況等の情報を厚生労働省に提出	40/月	80/月	120/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	上記に加え、疾病・お薬の情報を提出	50/月	100/月	150/月
ADL維持等加算(Ⅰ)	入居者ごとにADLを評価・提出	30/月	60/月	90/月
ADL維持等加算(Ⅱ)	上記に加え、調整済みADL利得を平均して得た値が3以上	60/月	120/月	180/月
自立支援促進加算	医師の医学的評価	300/月	600/月	900/月
安全対策体制加算	安全対策部門を設置し、安全対策体制を整備	20/回	40/回	60/回
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	見守り機器等のテクノロジー複数導入、介護助手の活用等の取り組み実施等 年に1回業務改善の取り組み効果データ提出	100/月	200/月	300/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	見守り機器等のテクノロジー1つ以上導入 年に1回業務改善の取り組み効果データ提出	10/月	20/月	30/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	新興感染症発生時の対応を行う体制確保等	10/月	20/月	30/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染制御に係る実施指導を3年に1回受ける	5/月	10/月	15/月
新感染症等施設療養費(月1回、連続5日まで)	該当感染症に感染した入居者に対し、適切な対策実施	240/日	480/日	720/日

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護に携わる職員の処遇改善の実施	月間介護サービス費の 8.3%	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		月間介護サービス費の 2.7%	
介護職員等ベースアップ等支援加算		月間介護サービス費の 1.6%	
<p>※加算料金の算定費目は当施設が対応している加算料金サービス費のみに限定して掲載しています。</p> <p>※富山市は地域区分が「7級地」であるため、上記単位数に 10.14 円を乗じた金額となります。また、利用者負担額(単位)は保険者の発行する「介護保険負担割合証」をご確認下さい。</p>			
② 食費		区分	1日の利用者負担額(円)
(ア)生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		第1段階	300
(イ)下記要件を全て満す ・市町村民税非課税世帯 ・配偶者が非課税(世帯が同じかどうかは問わない)	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 80 万円以下の方 預貯金等が単身で 650 万円、夫婦で 1,650 万円以下 	第2段階	390
	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 80 万円超 120 万円以下の方 預貯金等が単身で 550 万円、夫婦で 1,550 万円以下 	第3段階①	650
	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 120 万円を超える方 預貯金等が単身で 500 万円、夫婦で 1,500 万円以下 	第3段階②	1,360
(ウ)上記以外の方		第4段階	1,980
③ 居住費		区分	1日の利用者負担額(円)
(ア)生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		第1段階	820
(イ)下記要件を全て満す ・市町村民税非課税世帯 ・配偶者が非課税(世帯が同じかどうかは問わない)	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 80 万円以下の方 預貯金等が単身で 650 万円、夫婦で 1,650 万円以下 	第2段階	820
	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 80 万円超 120 万円以下の方 預貯金等が単身で 550 万円、夫婦で 1,550 万円以下 	第3段階①	1,310

	<ul style="list-style-type: none"> 課税年金収入額と非課税年金収入額と他の所得合計が年間 120 万円を超える方 預貯金等が単身で 500 万円、夫婦で 1,500 万円以下 	第 3 段階②	1,310
(ウ)上記以外の方		第 4 段階	2,300
※介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額となります。			
④日常生活費及び特別なサービス費			
特別な食事代	入居者希望による特別な食事の提供	1 回	実費相当額
おやつ代	入居者希望の 1 日 2 回の「おやつ」費	1 日	120
理容美容代	入居者希望の理美容代(委託業者の出張サービス料金)	1 回	2,200
家電持込電気料	持込電化製品の電気料	1 日	100
居室利用料	外泊・入院中の居室利用料 ※当初の 6 日間は、負担限度額認定証に応じた居住費。 7 日目以降は、本人の希望により居室を確保する場合は右記の居住費。	1 日	2,300
口座引き落とし手数料	利用料の引き落とし手数料	1 回	110

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には、施設の従業者にご一報下さい。
- ② 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際は、必ず従業者に声をかけて下さい。
- ③ 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ④ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、一切お受けできません。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年 2 回入居者及び従業者等との共同訓練を行いますのでご協力下さい。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかにご家族、主治医及び協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村及び関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 入居者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入居者及びそのご家族へ十分な説明を行い同意を得ることとします。その態様や時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録し報告します。

12. 苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談	相談・苦情受付担当者	次長：江尻 勇輝
ご相談窓口	苦情解決責任者	施設長：古柴 政美
ご利用時間	月～金曜日	9:00～17:00
ご利用方法	電話番号	076-467-1000（受付担当者・解決責任者）

※ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

富山市役所介護保険課	住所：富山市新桜町7番38号 電話：076-443-2041 受付：月～金曜日(8:30～17:15) 土日・祝日を除く
富山市大沢野行政サービスセンター	住所：富山市高内333番地 電話：076-468-1111 受付：月～金曜日(8:30～17:15) 土日・祝日を除く
富山県国民健康保険団体連合会	住所：富山市下野字豆田995番地3 電話：076-431-9833 受付：月～金曜日(9:00～17:00) 土日・祝日を除く
富山県福祉サービス運営適正化委員会 (富山県社会福祉協議会内)	住所：富山市安住町5番21号 電話：076-432-6157 受付：月～金曜日(9:00～16:00) 土日・祝日を除く

※ 苦情処理第三者委員は、公平中立な立場で苦情の相談に応じていただけます。

西 野 満 男	住所：富山市高内 140 番地	電話：076-467-2925
石 黒 和 子	住所：富山市上大久保 880 番地	電話：076-467-1449

13. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所等の協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

協力医療機関

☆富山市立富山市民病院	住所：富山市今泉北部町 2 番 1 号
☆富山西総合病院	住所：富山市婦中町下轡田 1019
☆富山西リハビリテーション病院	住所：富山市婦中町下轡田 1010
☆八尾クリニック	住所：富山市八尾町福島 7-42

協力歯科医療機関

☆おかもと歯科医院	住所：富山市下大久保 2201 番地 48
☆やすむら歯科医院	住所：富山市上大久保 927-1

緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、届出いただいた連絡先に連絡いたします。

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご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します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご入居者に故意又は過失が認められた場合には、ご入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

【施設】

所在地 富山市下夕林237番地
施設名 社会福祉法人 おおさわの福祉会
地域密着型特別養護老人ホーム
ささづ苑かすが
(富山市指定 第1690100993号)
施設長 古柴 政美

説明者の職名氏名
職名 生活相談員
氏名

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

【入居者】

住 所

氏 名

【入居者代理人（選任した場合）】

住 所

氏 名

(続柄)