介 護 老 人 保 健 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 1650180183 号）

当施設は利用者に対して指定介護保険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。

社会福祉法人　おおさわの福祉会
介護老人保健施設　ささづ苑かがやき

改訂：R8.8.1

１．　事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人保健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	介護老人保健施設　ささづ苑かがやき 令和６年４月１日 富山市指定　第 1650180183 号
(3)　施設の所在地	〒939-2224　富山市春日 362-1
(4)　管理者の氏名	施設長　毛利　英之
(5)　電 話 番 号	TEL：076-467-5151　　FAX：076-467-5009
(6)　開設年月日	令和６年４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
支 援 相 談 員	生活相談及び指導	３名	１名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成	３名	１名
介　護　職　員	日常生活全般の介護業務	24 名	16 名
看　護　職　員	心身の健康管理、口腔衛生と機能チエック及び指導、保健衛生管理	10 名	２名
理 学 療 養 士 作 業 療 養 士 言 語 聴 覚 士	身体機能の向上、健康維持の指導	10 名	１名
栄　　養　　士	食事の献立作成、栄養計算と指導	２名	１名
薬　　剤　　師	薬剤管理	１名	１名

※上記人員は併設する短期入所の職員も含め記載しています

※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	早番(常勤)	(2名)	7：00 ～ 15：50
	日中(常勤)	(6名)	8：40 ～ 17：30
	遅番(常勤)	(2名)	10：00 ～ 18：50
	夜勤(常勤)	(3名)	16：40 ～ 9：00
(2) 生活相談員	(常勤)	(1名)	平日 8：30 ～ 17：30
介護支援専門員	(常勤)	(1名)	平日 8：30 ～ 17：30
(3) 看護職員	日中(常勤)	(4名)	8：30 ～ 17：30
	夜勤(常勤)	(1名)	16：40 ～ 9：00
(4) 理学療養士 作業療養士 言語聴覚士	(常勤)	(8名)	8：30 ～ 17：30
(5) 医師	(常勤)	(1名)	平日 8：30 ～ 17：30
(6) 管理栄養士	(常勤)	(1名)	平日 8：30 ～ 17：30
(7) 薬剤師	(非常勤)	(1名)	平日 8：30 ～ 17：30

※職員体制により、勤務体制に多少の変動がありますこと、予めご了承ください

(4) 設備の概要

施設の種類	室	備　考
居室(1人部屋)	6	1人当たり面積 14.7 ㎡　従来型個室
居室(2人部屋)	5	1人あたり面積 9.8 ㎡　多床室
居室(4人部屋)	21	1人あたり面積 8.5 ㎡　多床室
居室合計	32	居室は、ベッド・枕元灯・タンス等を備えています。
浴室	2	一般浴槽・特殊浴槽 94.1 ㎡ 浴室は、入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けています。
洗面所	39	洗面所を備えています。
便所	37	便所を備えています
機能訓練室	1	入所者が使用できる充分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具を備えています。
診察室	1	入所者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、入所者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えています。

３． サービスの内容

主なサービス	サービスの内容	
① 食事の時間	朝食： 8：00 ～ 9：00 昼食：12：30 ～ 13：30 夕食：17：45 ～ 18：45	
②介護サービス	食事等の介助、着替え介助、排泄介助、体位変換、施設内移動の付き添い、日常生活上の相談・精神的ケアの世話を行います。	
③入 浴	最低、週 2 回の一般浴及び特別浴又は清拭を実施します。	
④リハビリテーション	入所者の状況に応じてリハビリテーションを実施します。	
⑤理容・美容	月 2 回、理容師の委託出張による理容・美容のサービスを実施しています(料金は自己負担)。	
⑥ レクリエーション 現在は、下記の内容を実施しています。		
行事の内容		備 考
外 出 会	施設外へのドライブ（花見等）・買い物・美術館等の見学・喫食等	参加者の実費は自己負担
季 節 の イ ベ ン ト	餅つき・クリスマス会・納涼祭等	

４． 利用料金

介護保険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
㋐多床室 （2 人・4 人）	要介護 1	871	1,742	2,613
	要介護 2	947	1,894	2,841
	要介護 3	1,014	2,028	3,042
	要介護 4	1,072	2,144	3,216
	要介護 5	1,125	2,250	3,375
㋑個室	要介護 1	788	1,576	2,364
	要介護 2	863	1,726	2,589
	要介護 3	928	1,856	2,784
	要介護 4	985	1,970	2,955
	要介護 5	1,040	2,080	3,120

(2)加算料金	加算条件等	利用負担額（単位）		
		1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職配置加算	夜勤職員の配置人数	24／日	48／日	72／日
初期加算Ⅰ	入所後 30 日間	60／日	120／日	180／日
初期加算Ⅱ	入所後 30 日間	30／日	60／日	90／日
短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）	ADLの評価と共に厚生労働省に提出している。3 ヶ月以内に集中的にリハビリを行う	258／日	516／日	774／日
短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）	ADLの評価と共に厚生労働省に提出している。3 ヶ月以内に集中的にリハビリを行う	200／日	400／日	600／日
認知症短期集中リハビリ加算（Ⅰ）	リハビリ担当を適切に配置。入所者が退所後生活する居宅等を訪問しリハビリ計画を作成	240／日	480／日	720／日
認知症短期集中リハビリ加算（Ⅱ）	リハビリ担当を適切に配置	120／日	240／日	360／日
若年性認知症受入加算	若年性認知症診断者かつ第二号被保険者を受け入れた場合	120／日	240／日	360／日
在宅復帰 在宅療養支援加算（Ⅰ）	算定式により算定４０以上	51／日	102／日	153／日
在宅復帰 在宅療養支援加算（Ⅱ）	算定式により算定７０以上	51／日	102／日	153／日
外泊時費用	施設サービス費に代えて、ひと月６日程度	362／日	724／日	1,086／日
外泊時費用 （在宅サービス利用）	施設サービス費に代えて、ひと月６日程度	800／日	1,600／日	2,400／日
ターミナルケア加算	死亡日 45 日前～31 日前	72／日	144／日	216／日
ターミナルケア加算	死亡日 30～4 日前	160／日	320／日	480／日
ターミナルケア加算	死亡日 45 日前～31 日前	910／日	1,820／日	2,730／日
ターミナルケア加算	死亡日前々日、前日	1,900／日	3,800／日	5,700／日
再入所時栄養連携加算	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする者	200／回	400／回	600／回
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	在宅強化型・在宅強化型以外共に。入所前から入所者の自宅などを訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と診療方針の決定	450／回	900／回	1,350／回
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	（Ⅰ）に加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目のない支援計画を作成	480／回	960／回	1,440／回

試行的退所時 指導加算	試行的に退所する場合に、退所後の診療上の指導	400／回	800／回	1,200／回
退所時情報提供加算（Ⅰ）	退所後の主治医に対して診療情報を提供	500／回	1,000／回	1,500／回
退所時情報提供加算（Ⅱ）	医療機関へ退所した場合心身状況等の情報提供	250／回	500／回	1,500／回
入退所前連携加算（Ⅰ）	居宅介護支援事業所と入所前から連携し、情報提供とサービス調整	600／回	1,200／回	1,800／回
入退所前連携加算（Ⅱ）	診療状況を示す文章を添えて情報提供し、退所後の利用に関する調整	400／回	800／回	1,200／回
訪問看護指示加算	入所者一人につき１回を限度	300／回	600／回	900／回
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士２名配置。ミールラウンドを週３回等	11／日	22／日	33／日
経口移行加算	全職種が経管により食事摂取している利用者に、経口移行計画を作成し、支援が行われている	28／日	56／日	84／日
経口維持加算（Ⅰ）	摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に経口による持続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成	400／月	800／月	1,200／月
経口維持加算（Ⅱ）	協力歯科医療機関を定めている老健が、経口維持加算（Ⅰ）を算定し食事観察及び会議等に医師、歯科医師等が加わった場合	100／月	200／月	300／月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月 2 以上行う。介護職員に具体的な助言及び指導。介護職員からの相談に応じる	90／月	180／月	270／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	入所者ごとの口腔衛生等の計画内容等の情報を厚労省に提出する	110／月	220／月	330／月
療養食加算	１日に３回を限度。医師の指示による療養食	6／回	12／回	18／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	入所時、退所時におけるかかりつけ医との連携	140／回	280／回	420／回
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	施設において薬剤を評価、調整した場合	70／回	140／回	210／回
かかりつけ医連携薬剤	（Ⅰ）に加えて、LIFE に提出し	240／回	480／回	720／回

調整加算（Ⅱ）	ている			
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	（Ⅱ）に加えて、減薬に至った場合	100／回	200／回	300／回
緊急時治療管理	緊急その他やむを得ない場合の医療行為	518／日	1,036／日	1,554／日
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	肺炎。尿路感染・帯状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪のいずれかに投薬・注射・処置の実施譲状況を公表	239／日	478／日	717／日
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	（Ⅰ）に加え医師が感染症の研修を受講している	480／日	960／日	1,440／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	日常生活自立度Ⅱの入所者割合いが 50%以上、認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含む専門研修を修了した者を 1 名以上配置、チームケアを実施、定期的な評価、見直しを行う	150／月	300／月	450／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	日常生活自立度Ⅱの入所者割合いが 50%以上、専門研修を修了した者を 1 名以上配置、チームケアを実施、定期的な評価、見直しを行う	120／月	240／月	360／月
リハビリマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	（Ⅱ）に加え口腔衛生管理加算（Ⅱ）栄養マネジメント強化加算を算定。関係職種が計画の内容や必要な情報を相互に共有。必要に応じ計画の見直し、その内容を関係職種で共有	53／月	106／月	159／月
リハビリマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	リハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚労省に提出。必要に応じて実施計画の内容を見直す等必要な情報を活用	33／月	66／月	99／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	褥瘡リスクの評価。LIFE に提出	3／月	6／月	9／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	Ⅰに加え、発生が無い	13／月	26／月	39／月
排せつ支援加算（Ⅰ）	排泄にかかる介護の評価。LIFE に提出	10／月	20／月	30／月
排せつ支援加算（Ⅱ）	Ⅰに加え、一部状態改善	15／月	30／月	45／月
排せつ支援加算（Ⅲ）	Ⅰに加え、状態改善	20／月	40／月	60／月

自立支援促進加算	医学的評価・支援計画書・LIFEに提出	300／月	600／月	900／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	心身状況の情報共有、活用	40／月	80／月	120／月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	Ⅰに加え、疾病の状況についても共有・活用	60／月	100／月	150／月
協力医療機関連携加算	相談・診療体制を常時確保し緊急時入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関との連携	50／月	100／月	150／月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（Ⅱ）の要件に加え、介護機器を複数使用し、委員会で負担軽減についての実績などを検討し、厚労省に提出	100／月	200／月	300／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	ICT,介護ロボットを活用した業務効率化、質向上、職員の負担軽減に資する機器の使用	10／月	20／月	30／月
安全対策体制加算	入所時に１回	20／回	40／回	60／回
サービス提供体制強化加算	介護職員の配置、高品質のサービス	22／日	44／日	66／日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)－ロ	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 9.7%		

※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。
※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。

② 食費（おやつ代含む）		区分	１日の利用者負担額(円)
㈠　生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		第１段階	300
㈡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）	● 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（82.65）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
	● 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（82.65）万円超 120	第３段階①	680

	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		
	● 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	1,420
㈂上記以外の方		第 4 段階	朝食：440 昼食：890 （おやつ代含む） 夕食：770 合計 2,100

③ 居住費		区分	1 日の利用者負担額(円)	
			多床室	個室
㈀生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		第 1 段階	0	550
㈁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）	● 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（82.65）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	430	550
	● 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（82.65）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	430	1,370
	● 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	530	1,470
㈂上記以外の方		第 4 段階	(通常室) 1,000 (特別室) 1,400	(通常室) 2,300 (特別室) 3,300

※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		利用負担額（円）	
理容美容代	入所者希望の理美容代(委託業者の出張サービス料金)	1回	2,200
家電持ち込み電気料	持込電化製品の電気料	1日	100
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
郵送料	書類等の送付	1回	110
文書料	診断書・証明書等	1通	2,000

５． サービス利用に当たっての留意事項

① 入所者又はその家族は、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 入所者は、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． 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	毛利　英之

② 苦情解決体制を整備しています。
③ 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

７． 感染症の予防及びまん延の防止について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６ヶ月に１回以上開催すると共にその結果について従業員に周知徹底しています。
② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

８.業務継続計画の策定について

① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する入所サービスの提供を継続的に実施するため、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

② 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い､必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

９． 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回入所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。

10. 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。

11. 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。

12. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入所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るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 入所者の尊厳

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。

14. 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、事前に入所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、その際の入所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。

15. 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	石坂麻希・荒井康徳・北村由佳
ご相談窓口	苦情解決責任者	吉野英樹
ご利用時間	月～金曜日	9:00～17:00
ご利用方法	電話番号	076-467-5151（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 365 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：076-432-3280 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
牧野　啓行	住所：富山市下大久保 1878-4 番地	電話：076-467-1449

※福祉サービス第三者評価事業に関して、受審はありませんでした。

16. 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、入所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
☆みなみの星病院	住所：富山市二俣 382

□協力歯科医療機関

☆山田歯科医院	住所：富山市高内 233-2

□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。

17. 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、ご入所者に故意又は過失が認められた場合には、ご入所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

介護老人保健施設サービスの開始にあたり、入所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　富山市春日 362-1
施　設　名　社会福祉法人　おおさわの福祉会
介護老人保健施設　ささづ苑かがやき
（富山市指定　第 1650180183 号）
施設長　　毛利　英之

説明者の職名氏名
職　名　支援相談員
氏　名

令和　　年　　月　　日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人保険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。

［入所者］

住　　所 ……

氏　　名 ……

［入所者代理人（選任した場合）］

住　　所 ……

氏　　名 ……
（続柄　　）