

重要事項説明書
上市老人保健施設つるぎの庭のご案内
(令和7年12月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 上市老人保健施設つるぎの庭
- ・開設年月日 平成10年4月1日
- ・所在地 富山県中新川郡上市町森尻704
- ・電話番号 076-473-0070 ファックス番号 076-473-3300
- ・管理者名 施設長 山本 典子
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(1651680017号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じ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、また、利用者が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)、訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハビリテーション)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

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。

[上市老人保健施設つるぎの庭の運営方針]

- 「1 老人福祉処遇の質の確保と向上に努める—介護老人福祉施設または、家庭と病院との中間処遇をベースにした介護を行う。」
- 「2 医療と福祉の機能を十分備えた位置付けにおける処遇を行う。
医療面の偏重(過剰医療、過小医療)を避け、生活援助の立場としての施設を原則にバランスのとれた処遇に努める。」

(3) 施設の職員体制

	職員数	業務内容
医師	1(老健にて常勤)	利用者の健康管理及び医療の適切なる処置
看護職員 介護職員	6以上 (うち看護1以上)	利用者の保健衛生並びに看護業務、利用者の日常生活全般にわたる介護業務
薬剤師	—	利用者の薬剤管理並びに服薬指導
支援相談員	適当数	利用者等に対する相談業務
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1以上	利用者等に対する理学療法業務・作業療法業務・言語療法業務
管理栄養士	適当数	利用者等に対する栄養指導、栄養管理業務
歯科衛生士	適当数	利用者等に対する口腔ケア指導、口腔ケア管理業務

介護支援専門員	—	利用者等に対する施設サービス計画作成等の業務
事務職員	適当数	事務の処理
その他	適当数	運転業務

- (4) 入所定員等 定員 130名 (うち認知症専門棟 50名)
療養室 1人室 12室、 2人室 4室、 4人室 15室 (一般棟)
1人室 6室、 4人室 11室 (専門棟)
- (5) 通所定員 60名
- (6) 通所リハビリテーションの営業日及び営業時間
①毎週月曜日から土曜日までの6日間を営業日とする。
②営業日の午前8時30分から午後5時15分を営業時間とする
- (7) 通所リハビリテーションの通常の事業の実施地域
上市町・立山町・舟橋村
- (8) 訪問リハビリテーション定員 10名
- (9) 訪問リハビリテーションの営業日及び営業時間
①毎週月曜日から金曜日までの5日間を営業日とする。
②営業日の午前8時30分から午後5時15分を営業時間とする。
- (10) 訪問リハビリテーションの通常の事業の実施地域
上市町・立山町・舟橋村

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
 - ② 短期入所療養介護計画の立案
 - ③ 通所リハビリテーション計画の立案
 - ④ 訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション) 計画の立案
 - ⑤ 食事 (食事は原則として食堂でおとりいただきます。)
朝食 7:30～ 8:30
昼食 12:00～13:00
夕食 18:00～19:00
 - ⑥ 入浴 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭になる場合があります。)
 - ⑦ 医学的管理・看護
 - ⑧ 介護 (退所時の支援も行います。)
 - ⑨ リハビリテーション
 - ⑩ 相談援助サービス
 - ⑪ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
 - ⑫ 利用者が選定する特別な食事の提供
 - ⑬ 行政手続代行
 - ⑭ その他
- *これらのサービスのなかには、基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にはご相談ください。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただき、利用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。

・協力医療機関名

名称 かみいち総合病院
住所 富山県中新川郡上市町法音寺 51

名称 富山西総合病院
住所 富山県富山市婦中町下轡田 1019

・協力歯科医療機関名

名称 小森歯科医院
住所 富山県中新川郡上市町柳町 20

*緊急時の連絡先

緊急の場合には、「利用申し込み及び希望表」にご記入いただいた連絡先に連絡します。また緊急時には必ず連絡が取れる連絡先（携帯電話・勤務先電話等）をご記入下さい。

4. 施設利用に当たっての留意事項

・面会

面会時間は、感染症の流行状況等に応じて変更しますので、施設に確認願います。また、面会時には、面会用紙に記入願います。

・所持品・備品等の持ち込み

所持品、備品の持ち込みは施設にご相談ください。

・金銭・貴重品の管理

金銭、貴重品はご家族の方が保管してください。

・飲食物の持ち込み

衛生面や感染症（食中毒）の予防、誤嚥の危険のある利用者や健康管理上の問題がある利用者もおられますので、原則禁止となっています。

・喫煙

当施設内、敷地内で喫煙することは、禁止となっています。

5. 非常災害対策

・防災設備 消火器、消火栓、火災報知器、火災通報設備、非常放送設備、
スプリンクラー

・防火防災訓練 年2回

・事業継続訓練 年2回以上（災害・感染症）

・震度5強以上の地震が発生した場合、発生後、3日間、通所リハビリテーションを休業とします。災害、ライフラインの復旧状況によっては、休業期間が前後します。

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話 076-473-0070)

- ・ 苦情解決責任者 施設長 山本 典子
- ・ 苦情相談担当 支援相談員
- ・ 受付時間 月曜日 ~ 土曜日、8:30 ~ 17:15

また、要望や苦情等も、支援相談担当者(大嶋・丹下・矢野)または担当介護支援専門員(島田・渡邊・碓井)にお寄せいただくか、備え付けた「ご意見箱」をご利用ください。苦情委員会にて速やかに対応し、相談者に回答致します。

本委員会は、利用者または家族等の①サービス内容に対する苦情②職員、施設に対する苦情③その他相談事を検討・討議し職員に伝達指導を行います。

【その他の苦情等申立先】

富山県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情窓口：電話 076-431-9833

富山県福祉サービス運営適正化委員会：電話 076-432-3280

中新川広域行政事務組合介護保険課：電話 076-464-1316

上市町福祉課：電話 076-472-1111

立山町健康福祉課：電話 076-462-9958

舟橋村生活環境課：電話 076-464-1121

滑川市福祉介護課：電話 076-475-2111

富山市介護保険課：電話 076-443-2041~2043

魚津市社会福祉課：電話 0765-23-1148

新川地域介護保険組合：電話 0765-57-3303

黒部市福祉課：電話 0765-54-2111

入善町健康福祉課：電話 0765-72-1100

朝日町福祉課：電話 0765-83-1100

8. 事故が発生した場合の対応

- ① 事故発生時には、救急搬送の要請など利用者の生命、身体の安全を最優先に対応します。
- ② 速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、事故の状況を説明し、事故に至る経緯・経過・原因等を分析し事故防止対策を検討します。
- ③ サービス提供等により、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います。

9. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

通所リハビリテーションについて

(令和7年12月1日現在)

1. 介護保険証の確認

利用の申込みに当たり、利用希望者の介護保険証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証を確認させていただきます。

2. 通所リハビリテーションについての概要

通所リハビリテーションについては、要支援者及び要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案されたサービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の回復を図るために提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら通所リハビリテーションの提供にあたるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、利用者及び家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容について同意をいただくようになります。

3. 利用料金

(1) 通所リハビリテーションの基本料金

介護保険制度内の1日あたりの自己負担分です。なお、負担割合は介護保険負担割合証に基づいて請求させていただきます。

①施設利用料

[1時間以上2時間未満] ※個別リハビリ20分以上必須	1割	2割	3割
要介護1	357 円	714 円	1,071 円
要介護2	388 円	776 円	1,164 円
要介護3	415 円	830 円	1,245 円
要介護4	445 円	890 円	1,335 円
要介護5	475 円	950 円	1,425 円
[2時間以上3時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	372 円	744 円	1,116 円
要介護2	427 円	854 円	1,281 円
要介護3	482 円	964 円	1,446 円
要介護4	536 円	1,072 円	1,608 円
要介護5	591 円	1,182 円	1,773 円
[3時間以上4時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	470 円	940 円	1,410 円
要介護2	547 円	1,094 円	1,641 円
要介護3	623 円	1,246 円	1,869 円
要介護4	719 円	1,438 円	2,157 円
要介護5	816 円	1,632 円	2,448 円
[4時間以上5時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	525 円	1,050 円	1,575 円
要介護2	611 円	1,222 円	1,833 円
要介護3	696 円	1,392 円	2,088 円
要介護4	805 円	1,610 円	2,415 円
要介護5	912 円	1,824 円	2,736 円

[5時間以上6時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	584 円	1,168 円	1,752 円
要介護2	692 円	1,384 円	2,076 円
要介護3	800 円	1,600 円	2,400 円
要介護4	929 円	1,858 円	2,787 円
要介護5	1,053 円	2,106 円	3,159 円
[6時間以上7時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	675 円	1,350 円	2,025 円
要介護2	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護3	926 円	1,852 円	2,778 円
要介護4	1,077 円	2,154 円	3,231 円
要介護5	1,224 円	2,448 円	3,672 円
[7時間以上8時間未満]	1割	2割	3割
要介護1	714 円	1,428 円	2,142 円
要介護2	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護3	983 円	1,966 円	2,949 円
要介護4	1,140 円	2,280 円	3,420 円
要介護5	1,300 円	2,600 円	3,900 円

6時間以上7時間未満又は7時間以上8時間未満の通所リハに前後して日常生活上の世話をを行った場合の算定対象時間が8時間以上となった場合の加算

8時間以上9時間未満	50 円	100 円	150 円
9時間以上10時間未満	100 円	200 円	300 円

②入浴介助加算

イ 入浴介助加算(I)

通所リハを利用して入浴した場合

	40 円/日	80 円/日	120 円/日
--	--------	--------	---------

ロ 入浴介助加算(II)

利用者宅の浴室の環境及び動作を評価し個別の入浴計画に基づき入浴した場合

	60 円/日	120 円/日	180 円/日
--	--------	---------	---------

	1割	2割	3割
--	----	----	----

③理学療法士等体制強化加算(1時間以上2時間未満の利用)

	30 円/日	60 円/日	90 円/日
--	--------	--------	--------

④リハビリテーション提供体制加算(リハビリ専門職の配置数が基準よりも手厚い体制の場合)

イ 所要時間3時間以上4時間未満	12 円/日	24 円/日	36 円/日
ロ 所要時間4時間以上5時間未満	16 円/日	32 円/日	48 円/日
ハ 所要時間5時間以上6時間未満	20 円/日	40 円/日	60 円/日
ニ 所要時間6時間以上7時間未満	24 円/日	48 円/日	72 円/日
ホ 所要時間7時間以上	28 円/日	56 円/日	84 円/日

⑤リハビリテーションマネジメント加算

イ リハビリテーションマネジメント加算 1

通所リハビリテーション計画を作成、評価し定期的に会議を開催しており、必要に応じて当該計画の見直しをしている場合。

(1) 通所リハビリテーション計画同意日から6月以内	560 円/月	1,120 円/月	1,680 円/月
(2) 通所リハビリテーション計画同意日から6月超	240 円/月	480 円/月	720 円/月

ロ リハビリテーションマネジメント加算 2

リハビリテーションマネジメント 1イの要件と、その情報を厚生労働省に提出している。

(1) 通所リハビリテーション計画同意日から6月以内	593 円/月	1,186 円/月	1,779 円/月
(2) 通所リハビリテーション計画同意日から6月超	273 円/月	546 円/月	819 円/月

ハ リハビリテーションマネジメント加算 3

ロの条件を満たしており、且つ多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔の健康状態の評価をおこなっている。共有した情報を踏まえ、必要に応じて当該計画の見直しを行い、関係職種に対して情報提供をしている。

(1) 通所リハビリテーション計画同意日から6月以内	793 円/月	1,586 円/月	2,379 円/月
(2) 通所リハビリテーション計画同意日から6月超	473 円/月	946 円/月	1,419 円/月

ニ リハビリテーションマネジメント加算 4

通所リハビリテーション計画を作成、評価し定期的に会議を開催しており、必要に応じて当該計画の見直しをしている。また事業所の医師より利用者又は家族に対して説明し同意を得た場合。

	270 円/月	540 円/月	810 円/月
--	---------	---------	---------

⑥短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 円/日 220 円/日 330 円/日
退院(所)日又は要介護認定日から3月以内に集中的に個別リハビリテーションを行った場合。

⑦認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I) 240 円/日 480 円/日 720 円/日
退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内に、医師が認知症と判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、集中的に個別リハビリテーション(1週間に2日を限度)を行った場合。

⑧認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II) 1,920 円/月 3,840 円/月 5,760 円/月
退院(所)日又は通所開始日の属する月から3月以内に、医師が認知症と判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した者に対して、集中的に個別リハビリテーション(1月に4回以上実施)を行った場合。

⑨生活行為向上リハビリテーション実施加算 1,250 円/月 2,500 円/月 3,750 円/月
生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーション計画を定めており、それに基づく利用者の有する能力の向上を支援した場合、通所リハビリの利用を開始した日の属する月から起算して6か月以内の期間に限る。

1割 2割 3割

⑩栄養アセスメント加算 50 円/月 100 円/月 150 円/月
管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント(利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題の把握)を実施し、利用者又は家族に対して説明し、相談等に必要に応じ対応した場合。且つその情報を厚生労働省へ提出した場合。

⑪栄養改善加算 200 円/回 400 円/回 600 円/回
低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合。3月以内の期間に限り、1月に2回を限度とする。

⑪口腔・栄養スクリーニング加算

イ 口腔・栄養スクリーニング加算(I) 20 円/回 40 円/回 60 円/回

利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、当該利用者の介護支援専門員に情報を提供している事。

ロ 口腔・栄養スクリーニング加算(II) 5 円/回 10 円/回 15 円/回

利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該利用者の介護支援専門員に情報を提供している事。

⑫口腔機能向上加算

(1) 口腔機能向上加算 I 150 円/回 300 円/回 450 円/回

口腔機能改善管理計画に従い、歯科衛生士等が口腔機能向上サービスを行い、定期的に評価を行った場合。1月に2回を限度とする。

(2) 口腔機能向上加算 II 1 155 円/回 310 円/回 465 円/回

口腔機能向上加算 I の要件を満たし、リハビリマネージメント(H)を算定していること。口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省へ提出し、口腔衛生の管理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。

(3) 口腔機能向上加算 II 2 160 円/回 320 円/回 480 円/回

口腔機能向上加算 I の要件を満たし、リハビリマネージメント(H)を算定していないこと。口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省へ提出し、口腔衛生の管理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。

⑬重度療養管理加算 100 円/日 200 円/日 300 円/日

要介護3、要介護4又は要介護5で、計画的な医学的管理のもと手厚い医療が必要な方を受け入れた場合。

⑭中重度者ケア体制加算 20 円/日 40 円/日 60 円/日

前年度の利用者総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5の利用者数が一定割合以上であった場合。

⑮送迎減算 -47 円/回 -94 円/回 -141 円/回

事業所が送迎を行わない場合(片道につき)

⑯科学的介護推進体制加算 40 円/月 80 円/月 120 円/月

利用者ごと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た場合。

⑰若年性認知症利用者受入加算 60 円/日 120 円/日 180 円/日

⑱退院時共同指導加算(退院時1回を限度) 600 円/回 1,200 円/回 1,800 円/回

事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合。

⑲移行支援加算 12 円/日 24 円/日 36 円/日

利用者の通所介護等への移行等を支援した場合。

⑳サービス提供体制強化加算

(1) サービス提供体制強化加算(I) 22 円/日 44 円/日 66 円/日

介護職員のうち、介護福祉士が70%以上又は10年以上の介護福祉士が25%以上である場合。

(2) サービス提供体制強化加算(II) 18 円/日 36 円/日 54 円/日

介護職員のうち、介護福祉士が50%以上である場合。

㉑介護職員等処遇改善加算(I) 介護報酬総単位数×8.6%(1円未満の端数四捨五入)

※ ①～㉑は、区分支給限度基準額を超える場合、全額負担となります。

(2) 介護予防通所リハビリテーションの基本料金

介護保険制度内の1月あたりの自己負担分です。なお、負担割合は介護保険負担割合証に基づいて請求させていただきます。

	1割	2割	3割
①施設利用料			
要支援1	2,268 円/月	4,536 円/月	6,804 円/月
要支援2	4,228 円/月	8,456 円/月	12,684 円/月
②利用を開始した日の属する月から起算して12月を利用した場合			
要支援1	-120 円/月	-240 円/月	-360 円/月
要支援2	-240 円/月	-480 円/月	-720 円/月
③生活行為向上リハビリテーション実施加算	562 円/月	1,124 円/月	1,686 円/月
生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション実施計画を定め、利用者に対して、有する能力の向上を支援した場合、利用を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限る。			
④退院時共同指導加算（退院時1回を限度）	600 円/回	1,200 円/回	1,800 円/回
事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合。			
⑤栄養アセスメント加算	50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し、相談等に応じた場合。且つ、その情報を厚生労働省へ提出した場合。			
⑥栄養改善加算	200 円/月	400 円/月	600 円/月
栄養ケア計画に基づき、栄養改善サービスを行い、利用者の栄養状態を定期的に記録している場合。			
⑦口腔・栄養スクリーニング加算			
(1) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 円/回	40 円/回	60 円/回
利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認し、当該利用者の介護支援専門員に情報を提供している事。			
(2) 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 円/回	10 円/回	15 円/回
利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態の <u>いずれか</u> の確認を行い、当該利用者の介護支援専門員に情報を提供している事。			
⑧口腔機能向上加算			
(1) 口腔機能向上加算（Ⅰ）	150 円/回	300 円/回	450 円/回
口腔機能改善管理計画に従い、歯科衛生士等が口腔機能向上サービスを行い、定期的に評価を行った場合。1月に2回を限度とする。			
(2) 口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 円/回	320 円/回	480 円/回
口腔機能向上加算（Ⅰ）の要件と、口腔機能改善管理計画等の情報を厚生労働省へ提出した場合。			
⑨一体的サービス提供加算	480 円/月	960 円/月	1,440 円/月
⑩科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月
利用者ごと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た場合。			

⑪サービス提供体制強化加算

(1) サービス提供体制強化加算 (I)

介護職員のうち、介護福祉士が70%以上又は10年以上の介護福祉士が25%以上である場合。

要支援1	88 円/月	176 円/月	264 円/月
要支援2	176 円/月	352 円/月	528 円/月

(2) サービス提供体制強化加算 (II)

介護職員のうち、介護福祉士が50%以上である場合。

要支援1	72 円/月	144 円/月	216 円/月
要支援2	144 円/月	288 円/月	432 円/月

⑫介護職員等処遇改善加算 (I) 介護報酬総単位数×8.6% (1円未満の端数四捨五入)

※ ①～⑫は、区分支給限度基準額を超える場合、全額負担となります。

(3) その他の料金

- ①食費 昼食 740 円
※原則として、食堂でおとりいただきます。なお、昼食代には、おやつ代も含まれております。
- ②教養娯楽費 (個別に選択した行事やクラブ活動における参加費、材料費など) 実費
- ③基本時間外施設利用料 (1時間あたり) 500 円/時間
- ④その他、別途資料をご覧ください。

(4) 支払い方法

- ・毎月10日頃までに前月分の請求書を発行し、所定の方法により交付します。お支払いいただきますと所定の方法により領収書を交付します。
- ・支払い方法は、話し合いの上、双方合意の方法によります。
- ①金融機関口座自動引き落としの場合は、毎月17日までにお手続きください。
- ②その他の場合は、その月の末日までにお支払い下さい。