

# 介護保健施設サービス重要事項説明書

あなたに対する介護保健施設サービス提供開始にあたり、平成 25 年 1 月 11 日神奈川県条例第 18 号（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 6 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は、次の通りです。

## 1. 事業者およびご利用事業所

事業者の名称	医療法人社団 帰陽会
所在地	神奈川県小田原市荻窪 406
理事長	南 康平
電話番号	0465-34-3444
利用事業所の名称	介護老人保健施設 にじの丘足柄
施設長	堀口 徹
所在地	神奈川県南足柄市岩原 699
電話番号	0465-70-2222
FAX 番号	0465-70-2111
設立年月日	1998 年 12 月 7 日

## 2. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	指定年月日	事業所番号	利用定数
介護老人保健施設	2000 年 2 月 22 日	1454380002	82 床
通所リハビリテーション	2000 年 2 月 22 日	1454380002	35 人
介護予防通所リハビリテーション	2006 年 4 月 1 日	1454380002	
短期入所療養介護	2000 年 2 月 22 日	1454380002	
介護予防短期入所療養介護	2006 年 4 月 1 日	1454380002	
訪問リハビリテーション	2015 年 2 月 1 日	1454380002	

## 3. 事業所の概要

### (1) 敷地及び建物

敷地	4444.75 m <sup>2</sup>		
建物	構造	鉄筋コンクリート造 4 階建（耐火建築）	
	延べ床面積	3391.25 m <sup>2</sup>	
	利用定員	82 人	

### (2) 居室

居室の種類	室数	面積	1 人あたりの面積
個室	19 室	281.04 m <sup>2</sup>	14.79 m <sup>2</sup>
3 人部屋	1 室	33.39 m <sup>2</sup>	11.13 m <sup>2</sup>
4 人部屋	15 室	527.21 m <sup>2</sup>	8.78 m <sup>2</sup>

（注 1）指定基準は、居室 1 人あたり 8 m<sup>2</sup>以上です。

（注 2）各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照して下さい。

### (3) その他主な設備

設備の種類	数	面積	1 人あたりの面積
食堂	3 室	180.01 m <sup>2</sup>	2.20 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1 室	170.76 m <sup>2</sup>	1.01 m <sup>2</sup>
一般浴室	1 室	50.79 m <sup>2</sup>	—
機械浴室	特殊浴槽 1 台	—	—
便所	35 個所	116.95 m <sup>2</sup>	—

診察室	1室	15.48 m <sup>2</sup>	—
レクリエーションルーム	2室	72.23 m <sup>2</sup>	—
サービスステーション	3室	75.02 m <sup>2</sup>	—
調理室	1室	99.79 m <sup>2</sup>	—
洗濯室（洗濯場）	1室	7.5 m <sup>2</sup>	—
汚物処理室	2室	23.54 m <sup>2</sup>	—

（注）各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照して下さい。

#### 4. 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専従	非専従	専従	非専従			
施設長	1	1				1.0	1	医師 1人
医師	2	1	1			1.2	1	医師 2人
薬剤師	1			1		0.3	0.3	
介護職員	28	23	0	5		25.7	19.5	介護福祉士 23人
看護職員	10	5		5		7.8	7.8	看護師 9人 准看護師 1人
理学療法士	5	3	1	1		1.7	0.82	理学療法士 5人
言語聴覚士	3	3				1.4		言語聴覚士 3人
作業療法士	2	2				1.0		作業療法士 2人
管理栄養士	1	1					1	管理栄養士 1人
調理員	委託業者に委託							
事務員	6	3	1	2		5		
支援相談員	3	2	1		0	2.1	1	介護福祉士 3人
介護支援専門員	3	2	1			2.8	1	ケアマネジャー 3人
その他従業者	7	0		7		3.8		

2024年4月1日現在

#### 5. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
介護職員	交代制 ・早番（7：00～15：30） ・日勤（8：30～17：00） ・遅番（11：00～19：30） ・夜勤（16：30～9：00）	平均月9日
看護職員	交代制 ・日勤（8：30～17：00） ・夜勤（16：30～9：00）	
医師	常勤で勤務 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）  公休とその他3日を合算し12ヶ月で等分	
事務員		
支援相談員		
介護支援専門員		
機能訓練指導員		
管理栄養士		
薬剤師	週2日、8：30～16：00まで勤務	—

2024年4月1日現在

## 6.事業所のサービスの概要

### 介護保険サービス内容説明書

#### (1)介護保険給付サービス

種類	内容	利用料(1割負担分)		
		1日当たり		
		個室	多床室	
●介護保健施設サービス費 (排泄の介助) (入浴の介助) (着替え等の介助)	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 週2回の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 生活リズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換は週1回実施します。	要介護1	799円	883円
		要介護2	875円	960円
		要介護3	940円	1,028円
		要介護4	998円	1,087円
		要介護5	1,054円	1,140円
●夜勤職員配置加算	夜勤勤務人数 5人	24円/日		
●サービス提供体制加算(I)	介護福祉士 8割	22円/日		
●初期加算(I)	次の基準のいずれかに適合する介護老人保健施設で、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、施設に入所した方。 ・施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関と定期的に情報共有している。 ・空床情報について、施設のウェブサイトにて定期的に公表し、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っている。	60円/日		
●初期加算(II)	初回目日より30日間	30円/日		
●緊急時施設療養費 緊急時治療管理加算	利用者の病状に合わせた医療、看護を提供します。 必要がある場合には適宜診察します。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合は、他の医療機関での治療となります。	525円/日		
●療養食加算	厚生労働大臣が定める疾病の方(例:糖尿病、腎臓病、他)	6円/回		
●経口移行加算	経管栄養の方	28円/日		
●経口維持加算 I	摂食機能障害や嚥嚥を有する利用者に対して、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食事の観察及び会議等を行い利用者ごとに経口維持計画を作成している場合であり、医師又は歯科医師の指示に基づき栄養管理を行っている場合、月1回。	405円/月		
●経口維持加算 II	当施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持換算 I において行います。食事の観察及び会議等に医師(人員規定医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算 I に加えて月1回。	101円/月		
●口腔衛生管理加算(I)		91円/月		
●口腔衛生管理加算(II)		111円/月		
●外泊時費用		367円/日		
●外泊時費用(在宅サービスを利用する場合)	入所者に対して居宅における外泊を認め、施設が在宅サービスを行った場合、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき	811円/日		
●短期集中リハ加算	3ヶ月以内	261円/日		
●認知症短期集中リハ加算(I)	週3日限度、3ヶ月以内 (1)理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されている。 (2)入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものである。 (3)入所者が退所後生活する居宅または施設等を訪問し、生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成している。	243円/日		
●認知症短期集中リハ加算(II)	週3日限度、3ヶ月以内 上記(1)(2)に該当	121円/日		

● 退所時栄養情報連携加算(Ⅰ)	月に1回を限度	70円/回
● 再入所時栄養連絡加算	1回を限度	202円/回
● 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)		456円/回
● 入所前後訪問指導加算(Ⅱ)		486円/回
● 退所時等支援等加算	退所時等支援加算(一) 試行的退所時指導加算	405円/回
	退所時等支援加算(二) 退所時情報提供加算(Ⅰ)	507円/回
	退所時等支援加算(三) 退所時情報提供加算(Ⅱ)	253円/回
	退所時等支援加算(四) 入退所前連携加算(Ⅰ)	608円/回
	退所時等支援加算(五) 入退所前連携加算(Ⅱ)	405円/回
	退所時等支援加算(六) 訪問看護指示加算(1人につき1回)	304円/回
● 協力医療機関連携加算	令和7年3月31日まで100単位を算定	101円/月
● ターミナルケア加算	以前31日以上45日以下	73円/日
● ターミナルケア加算	以前4日以上30日以下迄	162円/日
● ターミナルケア加算	前日及び前々日	922円/日
● ターミナルケア加算	死亡日	1,926円/日
● 所定疾患施設療養費(Ⅱ)	月10回を限度	486円/日
● かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	1人につき1回を限度	141円/回
● かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	1人につき1回を限度	70円/回
● リハビリテーションマネジメント計画書情報加算		33円/月
● 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)		40円/月
● 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		60円/月
● 安全対策体制加算	入所中1回を限度	20円/回
● 介護職員処遇改善加算Ⅰ		(所定単位×75/1000)/月

(2) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料	
※ 食費負担	管理栄養士が、栄養や利用者の身体状況に配慮し、バラエティに富んだ献立を立てて、食事を提供します。栄養士による検収済みの食材料を用いて、衛生や安全にも配慮した高品質な料理を提供します。	2,000円/日	
※ 居住費	居住費自己負担分(多床室)	520円/日	
※ 居住費	居住費自己負担分(個室)	2,000円/日	
◎ 教養娯楽費	クラブ活動(編み物・クラフト・習字・お花・クッキング等)において、使用する材料や道具の費用です。取り組む作品やクラブによって発生する費用はまちまちですが、いずれも実費でのご利用となります。	希望する 希望しない 10~300円/回	
◎ 日用消耗品費	1) 口腔ケア用品 口腔ケアセット150円 希望 する・しない		
	歯ブラシ	10	する・しない
	歯磨き粉	10	する・しない
	口腔ケアブラシ トゥースエッセ	40	する・しない
	口腔ブラシ クルリーナブラシ	20	する・しない
	洗口液 GUM	54	する・しない
	舌ブラシ	14	する・しない
	コップ	10	する・しない
	入れ歯用ブラシ	20	する・しない
	入れ歯洗浄剤	16	する・しない
	2) スキンケア/衛生用品 スキンケアセット50円 希望 する・しない		
	ニベアスキンクリーム	20	する・しない
	ベビーローション	21	する・しない
	ヘアクリーム	10	する・しない
	綿棒	2	する・しない
ボックスティッシュ(個人用)	14	する・しない	
おしぼり(個人用)	15	する・しない	
<b>■セット料金</b> 1) + 2) 180円 希望 する・しない ◆単品でのご利用も可能です ◆価格は1日当たり、又は一日換算等の料金です			
◎ CSセット	本人及び家族の希望により、委託業者より日用消耗品類レンタルサービスをご利用いただけます。	別紙 CSセット料金表参照	
◎ 理美容サービス	理美容店の出張による理美容サービスをご利用いただけます。	2,000円/回	
◎ 特別な食事(おやつ)	本人及び家族の希望により、おやつを提供します。	希望する 希望しない 100円/日	
○ 電気使用料	個人の電化製品を持ち込むことができます。その際に電気使用料が発生します。	同意する 同意しない 16円/日	
○ 電話使用料	個室に備え付けてあるお電話をご利用いただけます。	実費/回	
○ 個室A		同意する 同意しない 2,750円/日	
○ 個室B		2,200円/日	
○ 特別行事参加費(個人)		実費/回	
◎ 健康管理費	インフルエンザ予防接種に係わる費用で接種を希望された場合にお支払いいただきます。(市町村より指定された金額)	実費/回	
○ 文書料	診断書等	実費/枚	
○ 死亡診断書		5,500円/枚	
○ 死亡処置費用		11,000円	
○ 送迎タクシー代		実費/回	
○ その他の自費	上記以外に発生した場合	実費/回	

2024年8月1日改正

- \* 「1 介護保険給付サービス」はご利用者の所得状況に応じ、2割・3割負担となります。
  - \* これらの料金は、予告なく変更される場合があります。その場合には速やかに連絡いたします。
  - \* 上記内容
    - 介護保険負担分
    - ◎ は希望者のみ提供
    - ※ 食事サービス時負担
    - は税込み価格
- 南足柄市の地域区分は、7級地となっています。

7. 苦情等申立先

にじの丘足柄 相談室	ご利用時間	月～土曜日 祝日（年末年始 12/30～1/3）は休み 午前 8 時 30 分～午後 5 時
	電話	0465 - 70 - 2222
各自治体	南足柄市役所（高齢介護課）	電話 0465 - 73 - 8057
	小田原市役所（高齢介護課）	電話 0465 - 33 - 1827
	開成町役場（福祉介護課）	電話 0465 - 84 - 0316
	松田町役場（福祉課）	電話 0465 - 83 - 1226
	山北町役場（保険健康課）	電話 0465 - 75 - 3642
	大井町役場（福祉課）	電話 0465 - 83 - 8024
神奈川県国民健康保険 団体連合会	電話 045-329-3447（介護保険課苦情相談係） *利用時間 土・日・祝日・年末年始を除く 8：30～17：15	

8. 協力医療機関

医療機関の名称	丹羽病院
院長名	宮下 耕一郎
所在地	神奈川県小田原市荻窪 406
電話番号	0465-34-3444
診療科	内科、消化器科、外科、肛門科
入院設備	ベッド数 51 床
救急指定の有無	有り
契約の概要	当施設と丹羽病院とは、入所者が診療を必要とした時、緊密な連絡協力のもとに円滑な診療を受け得る体制を確立しておくものとする。

協力整形外科医療機関	医療機関の名称	おぎの整形外科歯科
	院長名	荻野 哲夫
	所在地	神奈川県南足柄市関本 750-1
	電話番号	0465-73-1100

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設にじの丘足柄 消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	地区自治会と非常時の相互の応援を約束しています。市役所と福祉避難所の協定を締結しています。			
平常時の訓練等	別途定める「介護老人保健施設にじの丘足柄 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	6個所
	非難階段	1個所	屋内消火栓	5個所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	15個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
			緊急用無線	あり
	*カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：2019年4月1日 防火管理者：岩田 健吾			

10. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に届出て下さい。
医療機関への入院・通院	医療機関へ入院・通院をご希望の際は必ず施設へご相談下さい。
継続判定会議	3ヶ月に1回、居宅における生活への復帰の可否を検討する会議を行います。
入所中の薬の扱いについて	施設医より処方いたします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙	全館禁煙です。火災予防上、居室内には火気類の一切の持込を禁止いたします。
迷惑行為等	騒音等 他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないで下さい。
所持品の管理	原則として本人または家族での管理をお願いします。
現金等の管理	原則として本人または家族での管理をお願いします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内での動物の飼育はお断りします。

11. 緊急時の対応

緊急時診療等を求める医療機関

下記の主治医または協力機関

病 院 名 \_\_\_\_\_ 主 治 医 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先

氏 名 \_\_\_\_\_ 続 柄 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

当事業者（乙）は、利用者に対する介護保健施設サービスの提供開始に当たり、

利用者（甲1）

代理人（甲2）

に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 介護保健施設サービス事業者

主たる事業所所在地 神奈川県南足柄市岩原699

名 称 介護老人保健施設 にじの丘 足柄

説明者 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受け同意し交付を受けました。

(甲1) 利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(甲2) 代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_