

重要事項説明書（施設入所）

1 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 四季の森
所在地	神奈川県横浜市旭区上白根町字長坂 778 番 1
介護保険事業所番号	1453280054 号
管理者及び連絡先	施設長（医師） 安藤 正彦
	電話番号（施設） 045-958-0333
併設サービス	（介護予防）短期入所療養介護 （介護予防）通所リハビリテーション

2 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	入所者の病状管理及び施設療養管理	1 名（医師兼務）
医 師	入所者の健康を維持管理および保健指導	1 名以上
薬剤師	医師の処方箋に応じた薬剤管理	0.3 名
支援相談員	入所相談・生活指導・入所者の処遇管理	1 名以上
介護職員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務	23 名以上
看護師	診察の補佐並びに保健衛生管理業務	9 名以上
リハビリ職員	残存機能の維持及び自立支援業務	2 名以上
介護支援専門員	入所者の介護計画作成管理業務	1 名
管理栄養士	入所者の栄養管理及び栄養指導業務	1 名
事務担当職員	人事・会計・総務に関する事務全般業務	3 名以上
調理員	委 託	

3 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
利用定員	92 名		
居 室	4 人部屋	20 室（1 室 35㎡）	
	2 人部屋	1 室（1 室 24㎡）	
	個 室	10 室（1 室 19㎡）	
食 堂	3 室（ 264㎡）		
機能回復訓練室	3 室（ 165㎡）		
浴 室	3 室（ 179㎡）		一般浴槽と特殊浴槽があります
便 所	32 箇所		
洗面所	55 箇所		
医務室兼静養室	1 室（ 22㎡）		
面 接 室	1 室（ 8㎡）		

4 サービス内容

- ① 食 事 朝食 7 : 4 5 ~ 9 : 4 5
 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0
 夕食 1 8 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0
- ② 介 護 着替え介助、排せつ介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、
 レクリエーション、生活リハビリテーション…
- ③ 入 浴 週2回入浴が可能です。特別浴または清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練 機能回復訓練室にて、利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 健康管理 適宜医務室にて、診療を受けることができます。
- ⑥ 理容・美容 月1回、理容・美容サービスを実施しております（料金は自己負担）。
- ⑦ レクリエーション 残存機能の維持向上を図る上で毎日様々なレクリエーションを実施しています。

5 利用者負担金

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。（なお、2）又は3）の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があればお尋ねください。）

1) 介護報酬に係る利用者負担金

区 分	要介護度		単位数	日 額 (円)			内 容 の 説 明
				一割負担	二割負担	三割負担	
1) 基本分	従 来 型 個 室	要介護1	788	845	1,690	2,535	1日あたりの負担額
		要介護2	863	926	1,851	2,776	1日あたりの負担額
		要介護3	928	995	1,990	2,985	1日あたりの負担額
		要介護4	985	1,056	2,112	3,168	1日あたりの負担額
		要介護5	1,040	1,115	2,230	3,345	1日あたりの負担額
	多 床 室	要介護1	871	934	1,868	2,802	1日あたりの負担額
		要介護2	947	1,016	2,031	3,046	1日あたりの負担額
		要介護3	1,014	1,087	2,174	3,261	1日あたりの負担額
		要介護4	1,072	1,150	2,299	3,448	1日あたりの負担額
		要介護5	1,125	1,206	2,412	3,618	1日あたりの負担額
2) 加算分	初 期 加 算 (I)		60	65	129	193	入所日から30日間
	初 期 加 算 (II)		30	33	65	97	特定の病院を退院した日から30日間
	短 期 集 中 リ ハ ビ リ 実 施 加 算		258	277	553	830	入所日から3月以内
	リハビリテーションマネ ジメント計画書情報加算		33	36	71	106	1月あたりの負担額
	認 知 症 ケ ア 加 算		76	82	163	245	1日あたりの負担額
	夜 勤 職 員 配 置 加 算		24	26	52	78	1日あたりの負担額
	経 口 移 行 加 算		28	30	60	90	1日あたりの負担額
	経口維持加算 (I)		400	429	858	1,287	1月あたりの負担額
	経口維持加算 (II)		100	108	215	322	1月あたりの負担額
	療 養 食 加 算		6	7	13	20	1回あたりの負担額
	再入所時栄養連携加算		200	215	429	644	1回限り
	口腔衛生管理加算 (I)		90	97	193	290	1月あたりの負担額
	口腔衛生管理加算 (II)		110	118	236	354	1月あたりの負担額
	褥瘡マネジメント加算 (I)		3	4	7	10	1月あたりの負担額
	褥瘡マネジメント加算 (II)		13	14	28	42	1月あたりの負担額
	排せつ支援加算 (I)		10	11	22	33	1月あたりの負担額
	排せつ支援加算 (II)		15	16	32	48	1月あたりの負担額
	排せつ支援加算 (III)		20	22	43	65	1月あたりの負担額

※1単位＝10.72円（地域区分：2級地）として計算します（合計単位数、端数切捨て）

区 分	加 算	単位数	日 額 (円)			内容の説明
			一割負担	二割負担	三割負担	
2) 加算分	外 泊 時 費 用	362	388	776	1,164	月6日限度
	所 定 疾 患 施設療養費 (I)	239	257	513	769	月7日限度
	所 定 疾 患 施設療養費 (II)	480	515	1,029	1,544	月10日限度
	緊 急 時 治 療 管 理	518	556	1,111	1,666	月3日限度
	新興感染症等施設療養費	240	258	515	772	月5日限度
	かかりつけ医連携 調整加算 (I 1)	140	150	300	450	1回限り
	かかりつけ医連携 調整加算 (I 2)	70	75	150	225	1回限り
	かかりつけ医連携 調整加算 (II)	240	258	515	772	1回限り
	かかりつけ医連携 調整加算 (III)	100	108	215	322	1回限り
	入 所 前 後 訪 問 指導加算 (I)	450	483	965	1,448	1回限り
	入 所 前 後 訪 問 指導加算 (II)	480	515	1,029	1,544	1回限り
	退 所 時 栄 養 情 報 連 携 加 算	70	75	150	225	1回限り
	退 所 時 情 報 提 供 加 算 (I)	500	536	1,072	1,608	1回限り
	退 所 時 情 報 提 供 加 算 (II)	250	268	536	804	1回限り
	入 退 所 前 連 携 加 算 (I)	600	644	1,287	1,930	1回限り
	入 退 所 前 連 携 加 算 (II)	400	429	858	1,287	1回限り
	訪 問 看 護 指 示 加 算	300	322	644	965	1回限り
	自立支援促進加算	300	322	644	965	1月あたりの負担額
	協力医療機関連携加算	100	108	215	322	1月あたりの負担額
	高齢者等感染対策 向 上 加 算 I	10	11	22	33	1月あたりの負担額
	高齢者等感染対策 向 上 加 算 II	5	6	11	16	1月あたりの負担額

※1単位＝10,72円（地域区分：2級地）として計算します（合計単位数、端数切捨て）

区 分	加 算	単位数	日 額 (円)			内容の説明
			一割負担	二割負担	三割負担	
2) 加算分	ターミナルケア加算	72	78	155	232	死亡日以前31～45日
		160	172	343	515	死亡日以前4～30日
		910	976	1,951	2,927	死亡日の前日及び前々日
		1,900	2,037	4,074	6,111	死亡日
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	24	47	71	1日あたりの負担額
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	20	39	58	1日あたりの負担額
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	7	13	20	1日あたりの負担額
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60	65	129	193	1月あたりの負担額
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	11	22	33	1月あたりの負担額
	介護職員処遇改善加算	Ⅰ：所定単位数の7.1% Ⅱ：所定単位数の7.5%				所定単位数 施設サービス単位に加算単位 を加えた総単位数

2) 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区 分	金 額	内 容 の 説 明
1) 従来型個室	1日 2,160円	利用者の希望によって個室を利用した場合 (居住費523円、特別な室料1,637円)
2) 居住費	1日 573円	水道光熱費等 個室無償ご利用分も含みます
3) 洗濯代	1回 500円	希望者負担限度額月額6,000円 (清潔保持のため週3回以上洗濯)
4) 食事代	1日 2,042円	食材料費・調理コスト原価
5) 理美容代	カット 2,700円 染 髪 5,800円 パーマ 5,800円 顔剃り 550円	利用者の希望によって提供した場合
6) 日用品費	1日150円 (各種口腔 ケア用ブラシ、タオル、バ スタオル)	利用者の希望・選択によって提供し た場合 (持参の場合は無料)
7) 教養娯楽費	1日150円 (手芸、習 字等クラブ活動及び行事材 料費)	利用者の希望・選択によって提供し た場合

※1. 日用品費に関しては希望により実費で個別選択可能です。ご持参される場合は無料です。

※2. 教養娯楽費に関してはご利用者の希望、選択によって提供した場合の料金です。

3) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

区 分	金 額（単 位）	内 容 の 説 明
行事代	実 費	利用者の希望によって参加した場合
おやつ代	1日165円	選択メニューによる希望者のみ提供
整体施術料	15分 1,100円 30分 2,200円 1時間 4,400円 アロマオイル使用 1,100円	利用者の希望・選択によって提供した場合

(2) 支払方法

利用者負担金は、当事業所より請求書を発行後、サービス提供月の翌月27日（27日が土曜、日曜、祝日の場合は金融機関の翌営業日）にご指定の銀行又は郵便局の口座より引き落としさせていただきます。

6 当施設のサービスの方針等

1. 施設サービス計画に基づいて、看護、医療的管理下における介護及び機能回復訓練、その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
2. 明るく家庭的な雰囲気の中で、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるとともに、居宅における生活への復帰を目指すものである。
3. 地域や家庭との結びつきを重視した、開かれた施設運営を行い、市町村・居宅介護支援事業所・居宅サービス事業者・介護保険施設・保健医療サービスまたは福祉サービス提供者等との密接な連携に努める。

7 サービス利用に当たっての留意事項

- | | |
|-------------|-------------------------------|
| ① 面会時間 | 9時30分～19時00分 |
| ② 金銭・貴重品の管理 | 多額の現金および貴重品は持ち込み禁止 |
| ③ 外出・外泊 | 2日前までに届出を提出して下さい |
| ④ 飲酒・喫煙 | 全館禁止（特別な場合は施設長（医師）の許可を必要とします） |
| ⑤ 設備の利用 | 施設職員に申し出ること可 |
| ⑥ 所持品の持ち込み | 入所案内（携帯品）を参照ください |
| ⑦ 宗教活動 | 禁止 |

8 緊急時等の対応方法

施設サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名
	連 絡 先
緊急連絡先	氏 名
	連 絡 先

9 協力病院等

名 称	上白根病院	横浜旭中央総合病院
代 表 者	富田 祐司	中村 哲夫
所 在 地	神奈川県横浜市旭区上白根2-65-1	神奈川県横浜市旭区若葉台4-20-1
連 絡 先	045-951-3221	045-921-6111

10 非常災害対策

(災害時の対応)

自衛消防本部を1階事務所に置き、一切の通報を受け消防機関への通報、館内への非常放送等入所者の人命安全のための避難誘導を最重点とした態勢をととのえ、防災マニュアルに定める任務を遂行する。

- 2 本部には、防火対象物図面集、入所者台帳及び関係書類、防災計画書、緊急連絡先一覧表等の関係資料を準備し、災害状況の把握と活動上の指揮・命令・報告・連絡体制の確立を図る。

(救護区分)

火災等の災害発生時における入所者の救護区分は、担送、護送、独歩とし、住戸及び居室の入口の見やすい場所及びベッドに次の標識を設置する。

- (1) 担送者 … 名札横に赤色の標識
- (2) 護送者 … 名札横に黄色の標識
- (3) 独歩者 … 標識なし

(応急収容先の指定)

火災等の災害発生時における入所者の応急収容先及び待機場所は次による。

入所者区分	医療機関名等	診 療 科 目	電 話
担送者及び 護送者の一部	昭和大学横浜市 北部病院	内科、小児科、精神神経科、 皮膚科、放射線科、外科、 胸部心臓血管外科、整形外科、脳神経 外科、形成外科、 歯科、耳鼻咽喉科、産婦人科、 救命センター	045-949-7000
担送者及び 護送者の一部	上白根病院	内科、循環器科、脳神経外科 外科、整形外科、耳鼻咽喉科、 放射線科、泌尿器科、麻酔科、 脳神経科、理学診療科、	045-951-3221
独歩者及び 護送者の一部	偕恵学園	知的障害者更生施設	045-951-3436

- 2 寝たきり、認知症等要援護者の搬送にあたっては、健康記録（カルテ）介護状況等を明確にして搬送する。

(備蓄品)

震災に備えて次の品目を備蓄する。 ※数量等は後日提出

備蓄品目	備蓄場所	摘 要
非常食料	1階 食堂・厨房	122人×3日分
飲料水	2階 テラス倉庫	122人×3日分
防災セット	2階 テラス倉庫	懐中電灯・簡易トイレ・ラジオ・ブランケット他

1.1 事故時の対応等

- 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。
- 事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。
- 事故発生時には行政機関に対し速やかに連絡します。また、事故発生防止のため検討委員会を開き、経過、原因究明、今後の対応を検討し、必要に応じ防止対策を行います。

1.2 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	045-958-0333
	FAX番号	045-958-0334
	支援相談員	森 良子・海老原 真美
	対応時間	午前9:00～午後5:00

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 (旭区福祉保健センター 高齢障害支援課)	所在地	横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12
	電話番号	045-954-6115
	FAX番号	045-955-2675
	対応時間	午前9:00～午後5:00
市町村介護保険相談窓口 (横浜市健康福祉局 高齢施設課)	所在地	横浜市中区本町6-50-10 市庁舎16階
	電話番号	045-671-3923
	FAX番号	045-641-6408
	対応時間	午前9:00～午後5:00
神奈川県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所在地	横浜市西区楠木町27番地1
	電話番号	045-329-3445
	FAX番号	045-329-3446
	利用時間	午前9:00～午後5:00
第三者委員	施設内掲示板参照	

13 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 恵愛会
代表者名	菊地 博
所在地・電話	神奈川県横浜市旭区上白根町字長坂 7 7 8 番 1 0 4 5—9 5 8—0 3 3 3
業務の概要	第二種社会福祉事業 生計困難者に対する無料または低額な費用で介護保険法に基づく 介護老人保健施設を利用させる事業
事業所数	1

1.4 利用者のお小遣い管理

施設生活の中で、ご利用者が買い物等をされる場合に備え金銭をお預かりし管理させていただいております。お預かり金額は、買い物程度の金額とさせていただき、明細を管理しご通知致します。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 事業者名 介護老人保健施設 四季の森

説明者 支援相談員 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、同意し、交付を受けました。

利用者 氏 名 _____ 印 _____

保証人 氏 名 印

2009.4.1改定
2011.5.1改定
2011.9.16改定
2011.10.1改定
2012.4.1改定
2013.10.16改定
2014.4.1改定
2015.1.1改定
2015.4.1改定
2015.8.1改定
2016.4.16改定
2017.4.1改定
2018.4.1改定
2019.10.1改定
2021.4.1改定
2022.1.1改定
2022.5.1改定
2022.10.1改定
2023.4.1改定
2024.4.1改定
2024.6.1改定
2024.8.1改定
2025.4.1改定