

重要事項説明書

1：事業所の概要

事業所名	医療法人社団 仁恵会 介護老人保健施設 相模大野
所在地	神奈川県相模原市南区豊町17-36
管理者	瀧本 純
介護保険事業所番号	1452680015

2：事業所の職員体制等

	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
・医 師	1			利用者の健康管理・療養指導及び診察業務に従事する。
・看護職員	10	2	1	医師の指示のもと、利用者の保健衛生・日常生活の看護、看護業務及び施設サービス計画作成に従事する。
・薬剤師		1		医師の指示のもと、利用者の処方箋業務に従事する。
・介護職員	24	4	3	看護業務を助け利用者の日常生活全般にわたる介護業務に従事する。
・支援相談員	3			利用者の処遇上の相談、施設サービス計画の作成に従事する。
・理学療法士	5			医師の指示のもと、利用者に対する機能訓練計画に基づく機能訓練業務に従事する。
・作業療法士	3			
・言語聴覚士	1			
・管理栄養士	2			利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理に従事する。
・介護支援専門員	1			療養にあたり、アセスメントに基づき、ケアプランを作成し実施状況を確認し定期的にその評価を行う。 又、他職種と連携し円滑なサービス提供に努める事に従事する。
・事務職員	4			施設における庶務及び経理事務、受付業務に従事する。
・その他調理員	委託			管理栄養士の指導のもと、衛生管理・給食管理（一般食調理、療養食調理）に従事する。

3：設備の概要

区分	設置されている主な設備の内容
療養室	4人部屋（19室）、2人室（4室） 個室（7室：応接セット、テレビ等）
診察室	回診車・薬品棚・与薬車・診察机・診察台・薬品用冷蔵庫
機能訓練室	144.20 m ² マット訓練台・訓練用階段・肋木・輪転機・ステッパー等
談話室	ソファ・テーブル・テレビ・ビデオ・ラジカセ
食堂	235.04 m ² 椅子・テーブル・流し台・湯沸かし器・自動販売機等
浴室	一般浴槽：大浴槽・個別浴槽・薬浴槽（感染対策用） 特別浴槽：簡易浴槽・据置型車椅子入浴装置
レクリエーションルーム	58.13 m ² ソファ・テーブル・テレビ・ビデオ・ラジカセ・書棚
洗面所	地下1階：浴室・待合コーナー 1階：食堂 2階、3階：全療養室 4階：廊下・食堂
便所	ブザー有り
サービスステーション	カルテワゴン・与薬車・収納庫・回診車・清拭車

4：サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 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時30分～ 8時00分
 - 昼食 12時00分～13時00分
 - 夕食 18時00分～19時00分
- ③ 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。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。但し、利用者の身体状況に応じて清拭となる場合があります。）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 相談援助サービス
- ⑦ 栄養管理・栄養ケアマネジメント等の栄養状態の管理
- ⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ 理美容サービス（原則、月2回実施します）
- ⑩ 行政手続代行

5：利用料金

(1) 基本料金

施設利用料（介護保険制度では要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

多床室【在宅超強化型】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	918円	1,836円	2,754円
要介護2	999円	1,997円	2,995円
要介護3	1,069円	2,138円	3,207円
要介護4	1,130円	2,260円	3,390円
要介護5	1,186円	2,372円	3,558円

従来型個室【在宅超強化型】

要介護度	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	831円	1,662円	2,492円
要介護2	910円	1,819円	2,729円
要介護3	979円	1,956円	2,934円
要介護4	1,039円	2,077円	3,115円
要介護5	1,097円	2,193円	3,289円

◆各種加算料金（介護保険適用分）

※対象となる加算が上記施設利用料に加算されます

	1割負担	2割負担	3割負担
*安全対策体制加算 ※入所時に1回を限度	21円／回	43円／回	64円／回
*科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	43円／月	85円／月	127円／月
*科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	63円／月	127円／月	190円／月
*生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	106円／月	211円／月	316円／月
*生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	11円／月	21円／月	32円／月
*サービス提供体制加算Ⅰ	24円／日	47円／日	70円／日
*サービス提供体制加算Ⅱ	19円／日	39円／日	57円／日
*サービス提供体制加算Ⅲ	7円／日	13円／日	19円／日
*夜勤職員配置加算	26円／日	51円／日	77円／日
*栄養マネジメント強化加算	12円／日	24円／日	35円／日
*再入所時栄養連携加算 ※再入所時に1回を限度	211円／月	422円／月	632円／月
*療養食加算 ※1日3回を限度として算定	7円／回	13円／回	19円／回
*経口移行加算	30円／日	59円／日	89円／日

*経口維持加算(Ⅰ)	4 2 2 円／月	8 4 3 円／月	1, 2 6 5 円／月
*経口維持加算(Ⅱ)	1 0 6 円／月	2 1 1 円／月	3 1 6 円／月
*口腔衛生管理加算(Ⅰ)	9 5 円／月	1 9 0 円／月	2 8 5 円／月
*口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1 0 6 円／月	2 1 1 円／月	3 1 6 円／月
*排せつ支援加算(Ⅰ)	1 1 円／月	2 1 円／月	3 2 円／月
*排せつ支援加算(Ⅱ)	1 6 円／月	3 2 円／月	4 8 円／月
*排せつ支援加算(Ⅲ)	2 1 円／月	4 3 円／月	6 4 円／月
*自立支援促進加算	3 1 7 円／月	6 3 2 円／月	9 4 9 円／月
*褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	4 円／月	7 円／月	1 0 円／月
*褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	1 4 円／月	2 7 円／月	4 1 円／月
*認知症ケア加算	8 1 円／日	1 6 0 円／日	2 4 0 円／日
*認知症専門ケア加算(Ⅰ)	4 円／日	7 円／日	1 0 円／日
*認知症専門ケア加算(Ⅱ)	5 円／日	9 円／日	1 3 円／日
*認知症行動・心理症状緊急対応加算	2 1 1 円／日	4 2 2 円／日	6 3 2 円／日
*認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1 5 9 円／月	3 1 6 円／月	4 7 4 円／月
*認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	1 2 7 円／月	2 5 4 円／月	3 8 0 円／月
*若年性認知症入所者受入加算	1 2 7 円／日	2 5 4 円／日	3 8 0 円／日
*かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	1 4 8 円／回	2 9 6 円／回	4 4 3 円／回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	7 4 円／回	1 4 8 円／回	2 2 2 円／回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	2 5 3 円／回	5 0 6 円／回	7 5 9 円／回
*かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	1 0 6 円／回	2 1 1 円／回	3 1 6 円／回
*高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1 1 円／月	2 1 円／月	3 2 円／月
*高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	6 円／月	1 1 円／月	1 6 円／月
*新興感染症等施設療養費	2 5 3 円／日	5 0 6 円／日	7 5 9 円／月
*特定治療 ※全国一律 10 円の単価で算定	実費／回	実費／回	実費／回
*リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	5 6 円／月	1 1 2 円／月	1 6 8 円／月
*リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	3 5 円／月	7 0 円／月	1 0 5 円／月
*短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) ※算定期間は入所後 3 月以内	2 7 2 円／日	5 4 4 円／日	8 1 6 円／日
*短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) ※算定期間は入所後 3 月以内	2 1 1 円／日	4 2 2 円／日	6 3 2 円／日
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) ※1 週に 3 日を限度として算定し、入所後 3 月以内に限る	2 5 3 円／日	5 0 6 円／日	7 5 9 円／日
*認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) ※1 週に 3 日を限度として算定し、入所後 3 月以内に限る	1 2 7 円／日	2 5 4 円／日	3 8 0 円／日
*初期加算(Ⅰ)	6 4 円／日	1 2 7 円／日	1 9 0 円／日
*初期加算(Ⅱ)	3 2 円／日	6 3 円／日	9 5 円／日
*外泊時費用 ※外泊の初日及び最終日は算定できない	3 8 2 円／日	7 6 3 円／日	1, 1 4 5 円／日

*外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	844円／日	1,686円／日	2,530円／日
*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	54円／日	108円／日	162円／日
*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	54円／日	108円／日	162円／日
*入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	475円／回	949円／回	1,423円／回
*入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	506円／回	1,012円／回	1,518円／回
*入退所前連携加算（Ⅰ）	633円／回	1,265円／回	1,897円／回
*入退所前連携加算（Ⅱ）	422円／回	843円／回	1,265円／回
*試行的退所時指導加算	422円／回	843円／回	1,265円／回
*退所時情報提供加算（Ⅰ）	527円／回	1,054円／回	1,581円／回
*退所時情報提供加算（Ⅱ）	264円／回	527円／回	791円／回
*退所時栄養情報連携加算	74円／回	148円／回	222円／回
*再入所時栄養連携加算	211円／回	422円／回	632円／回
*訪問看護指示加算	317円／回	632円／回	949円／回
*所定疾患施設療養費（Ⅰ）	252円／回	504円／回	756円／回
*所定疾患施設療養費（Ⅱ）	506円／回	1,012円／回	1,518円／回
*緊急時治療管理費※1月に1回、連続する3日を限度として算定	546円／日	1,093円／回	1,638円／回
*協力医療機関連携加算	106円／月	211円／月	316円／月
*ターミナルケア加算			
死亡日45日前～31日前	76円／日	152円／日	228円／日
30日前～4日前	169円／日	338円／日	506円／日
前々日～前日	960円／日	1,919円／日	2,878円／日
死亡日	2,003円／日	4,005円／日	6,008円／日
*処遇改善加算			
（Ⅰ）	所定単位数の7.5%を加算		
（Ⅱ）	所定単位数の7.1%を加算		
（Ⅲ）	所定単位数の5.4%を加算		
（Ⅳ）	所定単位数の4.4%を加算		
（Ⅴ）	現行の3加算の取得状況に基づく加算率		

(2) その他の料金 (税込)

① 食費	朝食 1 9 2 円 昼食 3 1 0 円 夕食 2 9 0 円 調理コスト 1, 0 9 2 円 合計 1, 8 8 4 円	第 4 段階 (自己負担額)
	1, 3 6 0 円	第 3 段階②※ (自己負担額)
	6 5 0 円	第 3 段階①※ (自己負担額)
	3 9 0 円	第 2 段階※ (自己負担額)
	3 0 0 円	第 1 段階※ (自己負担額)
② 居住費	従来型個室 1, 9 0 0 円 多床室 5 0 0 円	第 4 段階※ (自己負担額)
	従来型個室 1, 3 7 0 円 多床室 4 3 0 円	第 3 段階②※ (自己負担額)
	従来型個室 1, 3 7 0 円 多床室 4 3 0 円	第 3 段階①※ (自己負担額)
	従来型個室 5 5 0 円 多床室 4 3 0 円	第 2 段階※ (自己負担額)
	従来型個室 5 5 0 円 多床室 0 円	第 1 段階※ (自己負担額)

※ただし、食費、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費、居住費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく食費の上限となります。

③おやつ (1 1 0 円/回)

*希望選択制・・・2 種類のおやつからお好きなほうを選択していただくことができます。

尚、この費用はご利用者様のほうで選択することが出来ます。

④特別な室料

・個室 3 3 0 0 円/日

・2 人室 1 6 5 0 円/日

⑤特別な食事代 1 1 0 円/回 (メニュー以外の食事を希望された場合)

⑥日用品費 1 3 0 円/日

(歯ブラシ、歯磨き粉、ボディソープ、おしぼり、リンスインシャンプー、ティッシュペーパー)

*尚、この費用はご利用者様のほうで希望選択することが出来ます。

⑦嗜好品費 5 0 円/日 (緑茶、烏龍茶、紅茶、珈琲 等)

*尚、この費用はご利用者様のほうで選択することが出来ます。

⑧教養娯楽費 2 0 0 円/回 (クラブ活動・レクリエーションにかかる費用)

*尚、この費用はご利用者様のほうで選択することが出来ます。

⑨健康管理費 実費 (インフルエンザ予防接種等の費用)

⑩理美容代 1 回 2200~3850 円 *入所者希望により業者紹介

⑪洗濯代 4840 円/月 605 円/1 回 *委託業者と直接契約

(3) 支払方法

- ・月末締めで、翌月の10日までに請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、現金・銀行振込・金融機関口座自動引き落としの3方法があります。出来る限り、事務所の窓口で現金支払いをお願いしておりますが、入所契約時にお選びいただいても構いません。

6：面会時間

10：00～20：00まで

＊20：00には正面玄関を閉めさせていただきますので、面会時間はお守りください。

＊＊必ず、面会簿への記入と面会者カードの着用をお願いします。

7：入所中の外出・外泊

ご家族の申請により外出・外泊を許可します。所定の手続きをとり、外出・外泊先、用件、施設帰着予定日時等を施設に届け出てください。

＊利用者の身体状況により許可できない場合もあります。

8：当施設の運営方針

- ① 当施設では、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- ② 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ③ 当施設では、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることが出来るよう努めます。
- ④ 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことが出来るようサービス提供に努めます。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥ 個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則し、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

9：サービス利用にあたっての留意事項

- ・当施設は在宅復帰を目指し、そのためのリハビリテーションや日常生活動作の訓練等を行うことを目的としています。
- ・当施設は介護保険の対象となる施設であるため、要介護1以上の認定を受けた方が入所利用同意書を当施設に提出したときから効力を有します。但し、扶養者に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。
- ・利用者及び扶養者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、入所利用を解除・終了することが出来ます。

- ・当施設は、利用者及び扶養者に対し、次に掲げる場合には入所利用を解除・終了することが出来ます。
- ① 利用者が要介護認定において自立または要支援と認定された場合
- ② 当施設において定期的に実施される入所継続要否判定会議において、退所して居宅において生活が出来る判断された場合
- ③ 利用者の病状、心身の状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び扶養者が、利用料金を2ヶ月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設及び当施設の職員または他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為・反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災・災害・施設設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることが出来ない場合。
- ・原則的に入所期間は、入所後3ヶ月毎にご本人様の状況とご家族様の状況により継続を検討いたします。
- ・当施設は医療機関ではございません。入所の対象となるのは治療を必要としない方となりますので、医療機関での受診治療は行うことが出来ません。
- ・入所中の医療行為は、原則として当施設が行うことになっております。そのため、外出・外泊時の医療機関への受診（薬の処方を含む）も行えません。受診のご希望がある方は、必ず施設へご相談下さい。
- ・利用者の皆様には十分配慮しておりますが、突発的な事故や急変等で緊急性が高いと判断できる場合は、速やかに協力医療機関等を受診する場合がございます。
- ・介護保険の制度上、当施設入所中に入院となった場合には、入院時をもって当施設は退所となります。
- ・当施設入所後は、毎月保険証類の確認を行っています。保険証類一式を必ず窓口へ提示し、確認を受けてください。
- ・当施設では、金銭及び貴重品の持ち込みはご遠慮いただいております。やむを得ない事情のある場合はご相談ください。尚、紛失・破損についての責任は負いかねますのでご了承下さい。
- ・衛生管理や窒息等の事故を未然に防ぐため、飲食物の持ち込みはご遠慮いただいております。やむを得ない事情のある場合には、必ず施設へご相談ください。
- ・すべての持ち物に記名をお願いします。
- ・療養上、心身の状態等により、施設側の判断で居室の移動、及びフロアの移動を考えさせていただく場合がありますので、ご了承下さい。
- ・当施設は、利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後2年間は保管します。（診療録については5年間保管します）
- ・当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。但し、扶養者その他の者（利用者の代理人を含みます）に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。
- ・当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。
- ・当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはその家族等に関する個人情報の利用を適切に取り扱います。また、正当な理由なく第三者に漏らしませ

ん。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、事前に文書を作成し、同意を得た上で情報提供を行うこととします。尚、次に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

- ① サービス提供困難時の事業所間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が、偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治医又は医療機関への連絡等
- ⑤ 生命・身体 の保護のため必要な場合（災害時等において、安否確認情報を行政に提供する場合等）

10：緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、事故や急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医等に連絡します。

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：

11：協力病院等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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〕

- ①名称 黒河内病院

住所 神奈川県相模原市南区豊町17-36

〔協力歯科医療機関〕

- ①名称 義澤歯科医院

住所 神奈川県相模原市南区相模大野3-14-11

- ②名称 原歯科医院

住所 神奈川県相模原市南区相模大野5-9-20

12：非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓等
- ・防災訓練 年2回

13：要望及び苦情等の相談

要望や苦情等は、担当支援相談員にお寄せいただければ速やかに対応いたしますが、備え付けられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡をお願いします。

施設相談窓口	TEL 0 4 2 - 7 4 1 - 1 3 2 1 FAX 0 4 2 - 7 4 1 - 1 3 5 1 対応 介護支援専門員 支援相談員 対応時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (上記時間以外でも連絡可)
--------	---

※公的機関においても、次の機関に苦情の申し出等ができます。

相模原市福祉基盤課 高齢指定・指導班 介護保険相談窓口（市役所本館 4 階）	所在地 相模原市中央区中央 2-11-15 TEL 0 4 2-7 6 9-9 2 2 6 FAX 0 4 2-7 5 9-4 3 9 5 対応時間 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
神奈川県 国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町 2 7 - 1 TEL 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7 0 5 7 0 - 0 2 2 - 1 1 0 対応時間 平日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

※その他の市区町村及び都道府県

(市 区 町 村) 介護保険相談窓口	所在地 TEL FAX 対応時間
(都 道 府 県) 国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 TEL FAX 対応時間

14：賠償責任

介護保健施設サービスの提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

15：利用契約に定めのない事項

重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は扶養者と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

16：当法人の概要

法人の名称	医療法人社団 仁恵会	
代表者	黒河内 三郎	
所在地 電話	神奈川県相模原市南区豊町17-36 042-741-1321	
事業所名	黒河内病院	昭和63年7月19日 病床数：51床
	居宅介護支援センター 相模大野	平成12年2月22日 事業内容：居宅サービス計画の作成 居宅サービス事業者との連絡調整 介護保険施設への紹介 等

《説明確認欄》

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により説明しました。

事業所名 介護老人保健施設 相模大野

説明者 _____ 印

サービス契約の締結にあたり、上記の通り説明受け同意し交付を受けました。

利用者 氏名 _____ 印