

介護老人保健施設フォーシーズンズヴィラいろどり 重要事項説明書

1. 法人の概要

法人種別・名称	医療法人 青鳳会
代表者氏名	理事長 美馬 紀章
所在地	徳島県吉野川市鴨島町上下島497
電話	0883-24-2957
F A X	0883-24-0724

2. ご利用施設

名称	介護老人保健施設 フォーシーズンズヴィラいろどり
施設長氏名	風間 繁
所在地	神奈川県横浜市緑区三保町867
電話	045-938-5253
F A X	045-938-5254

3. ご利用施設で実施する事業

事業の種類	都道府県の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
介護老人保健施設	平成20年6月1日	1453380045	120名

4. 施設の目的

当施設は、要介護状態と認定され、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である利用者（以下単に「利用者」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保健施設サービスを提供することを目的とします。

5. 運営の方針

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事が出来るよう、施設サービス計画に基づき、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。

6. 施設の概要

敷地	11218.05㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート3階建
	延床面積	6827.14㎡
	利用定員	120名

7. 居室（※10室単位の個室を1つの生活単位とし、施設全体では合計12ユニット）

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
ユニット型個室	120室	2016㎡	13.39~13.87㎡

8. 主な設備

設備	室数	面積（一人当たりの面積）	備考
食堂	12	720.72㎡(6.0㎡)	
機能訓練室	1	176.42㎡(1.47㎡)	
浴室	15	374.99㎡(3.12㎡)	
診察室	1	23.8㎡	
レクリエーションルーム	2	151.58㎡(1.26㎡)	

9. 施設の職員体制（R6.4.1現在）

従業者の職種	人数	区分				常勤換算後の人数
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			1.0
医師	2		1	1		1.2
薬剤師	1			1		0.7
看護職員	14	11		4		12.1
介護職員	63	59		4		60.4
支援相談員	4	4	2			5.0
理学療法士	4		4			4.0
作業療法士	2		2			2.0
言語聴覚士	1			1		0.7
管理栄養士	1	1				1.0
介護支援専門員	3	1	2			2.0
事務員	7	3		4		4.7

10. 職務内容

職種	職務内容
管理者	介護老人保健施設に携わる従業者の総括管理、指導を行う。
医師	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
薬剤師	医師の指示に基づき調剤を行い、施設で保管する薬剤を管理するほか、利用者に対し服薬指導を行う
看護職員	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行なうほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行う。

介護職員	利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。
支援相談員	利用者及びその家族からの相談に適切に応じると共に、レクリエーション等の計画・指導を行い市町村との連携を計る他、ボランティアの指導を行う。
理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う。
管理栄養士	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を行う。
介護支援専門員	利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行う。
事務員	施設運営に関し施設長を補佐するとともに、報酬・利用料の請求、会計上の計数管理、利用者に関する情報管理、施設設備の管理、物品等の購入等事務的業務を行う。

1.1. 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア. サービス内容

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・時間 朝食8:00～9:00 昼食12:00～13:00 夕食18:00～19:00 ・場所 各ユニットの共同生活室 ・できるだけ離床してお召し上がりください。 ・お菓の関係で召し上がれないものやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の病状に合わせた医療・看護を提供します。 ・医師による定期診察を行います。 ・それ以外でも必要がある場合は適宜診察しますので、看護師等にお申し付け下さい。 ・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の医療については他の医療機関での治療になります。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によりご利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴又は清拭を行います。 ・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。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
整容	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	<ul style="list-style-type: none"> ・シーツ交換は週1回行います。
相談援助業務	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者とその家族からのご相談に応じます。

イ. 費用

- ・原則として別紙利用表の利用料金がご利用者の負担額となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

ア. サービス内容

種 類	内 容
理 髪	毎月1回以上、理美容業者が施設に出張します。
行 事	主な行事 ①納涼祭、②クリスマス会、等 ※任意参加となります。
日常生活品の提供	石けん・ハブラシ等の日常生活に必要な物品の提供
食 事	食事の提供
特別な食事	ご希望による特別な食事の提供
特別な居室	特別室の提供
お や つ	おやつ・飲み物の提供

※医療について

当施設の医師で対応できる医療・看護については介護保険給付サービスに含まれておりますが当施設で対応できない処置や手術、及び病状の著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をして頂くこととなります。

イ. 費 用

- ・原則として別紙利用表の利用料金をご利用者の負担額となります。

1 2. 身体の拘束等

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、緊急時やむを得ない場合は、施設長が判断し、身体拘束及び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、施設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。

13. 相談、苦情等の対応

(1) 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。

介護老人保健施設 フォーシーズンズ ヴィラいろどり	所在地	〒226-0015 横浜市緑区三保町867
	電話番号	045-938-5253
	F A X	045-938-5254
	担 当	支援相談員
	対応時間	8:30~17:30

(2) 次の機関においても、苦情申出等ができます。

横浜市 健康福祉局 高齢施設課	所在地	〒231-0017 横浜市中区港町1番地1
	電話番号	045-671-3923
	F A X	045-641-6408
	対応時間	8:45~17:15 (月曜日~金曜日)
神奈川県 国民健康保険 団体連合会 介護苦情相談課	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1
	電話番号	045-329-3447 0570-022110 (ナビダイヤル)
	F A X	0570-033110 (ナビダイヤル)
	対応時間	8:45~17:15 (月曜日~金曜日)
緑区役所 高齢・障害支援課 福祉保健相談係	所在地	〒226-0013 横浜市緑区寺山町118
	電話番号	045-930-2311
	F A X	045-930-2310
	対応時間	8:45~17:15 (月曜日~金曜日)

14. 非常災害時等の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に従い対応を行います。
避難訓練	別途定める消防計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、消火器、自動火災報知器、防火扉 誘導灯及び誘導標識、屋内消火栓、非常通報装置 非常用電源、カーテン等は防火性能のあるものを使用しております。
消防計画等	緑消防署への届出日：令和6年4月1日 防火管理者：秋津 晃一

1 5. 協力医療機関

①	医療機関名	横浜新緑総合病院
	所在地	横浜市緑区十日市場1726-7
	電話番号	045-984-2400
	診療科	消化器内科・消化器外科・脳神経外科・整形外科・内科・呼吸器科・循環器科・神経内科・血液内科・外科・乳腺外科・婦人科・泌尿器科・皮膚科・他
	入院設備	あり（236床）
②	医療機関名	上白根病院
	所在地	横浜市旭区上白根2-65-1
	電話番号	045-951-3221
	診療科	内科・循環器内科・呼吸器内科・糖尿病内科・外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・眼科・婦人科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・他
	入院設備	あり（150床）
③	医療機関名	医療法人社団 ユニメディコ
	所在地	横浜市泉区領家3-2-4 山手台 IK プラザ2F
	電話番号	045-814-6821
	診療科	内科
	入院設備	なし（訪問）
④	医療機関名	高村歯科医院
	所在地	東京都町田市小川3-2-5
	電話番号	042-795-6718
	診療科	歯科（訪問）

1 6. 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 9時から17時30分(退出)まで。 ※来所される方は面会時間を遵守してください。 事務所受付 9時から17時30分まで。 ※お電話でのお問い合わせも上記の時間内にてお願い致します。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず『外出・外泊届』を記入・提出して下さい。
喫煙	館内・敷地内禁煙となります。
禁止行為等	①宗教や習慣の違いなどで他人を排撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと ②喧嘩又は口論、泥酔する等他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。 ③故意に施設もしくは物品を破損したり、施設外に持ち出すこと。 ④金品又は物品によって、賭け事をする事。 ⑤施設内の秩序を乱したり、安全衛生を害すること。 ⑥ハラスメント行為などにより、当施設又は当施設の職員の通常の業務遂行に支障を生じさせること。 ・暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、手を払いのける等） ・セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等） ・その他（個人の携帯電話番号を聞く、ストーカー行為） ⑦無断で物品の位置を変えたり、形状を変えること。 ※上記の違反行為により、他の入所者や施設の物品等に被害が生じた場合は、賠償責任が発生することがあります。
貴重品の管理	①不要な貴重品は持ち込まないでください。 ②貴重品は、本人又はその家族等が保管してください。
動物等の飼育	施設内への動物等の持ち込み及び飼育はお断りします。

施設利用料金(入所サービス)①

1. 施設利用料(日額)(令和6年8月1日改訂)

	要介護度	基本料金(1割)	食費	居住費	利用料合計
第二段階	要介護1	¥939	¥390	¥880	¥2,209
	要介護2	¥1,021			¥2,291
	要介護3	¥1,092			¥2,362
	要介護4	¥1,155			¥2,425
	要介護5	¥1,212			¥2,482
第三段階①	要介護1	¥939	¥650	¥1,370	¥2,959
	要介護2	¥1,021			¥3,041
	要介護3	¥1,092			¥3,112
	要介護4	¥1,155			¥3,175
	要介護5	¥1,212			¥3,232
第三段階②	要介護1	¥939	¥1,360	¥1,370	¥3,669
	要介護2	¥1,021			¥3,751
	要介護3	¥1,092			¥3,822
	要介護4	¥1,155			¥3,885
	要介護5	¥1,212			¥3,942
第四段階	要介護1	¥939	¥1,900	¥2,560	¥5,399
	要介護2	¥1,021			¥5,481
	要介護3	¥1,092			¥5,552
	要介護4	¥1,155			¥5,615
	要介護5	¥1,212			¥5,672

※1. 第4段階は、一般料金です。主に市県(区都)民税を納付されている方となります。

※2. 第2段階は、主に市県民(区都)税が非課税の方となります。

※3. 第2～3段階料金で利用される方は、市区町村より発行される「介護保険負担限度額認定証」(市区町村にて申請発行)を施設までご提出の必要があります。

※4. 制度の概要や申請方法につきましては、支援相談員までお問い合わせ下さい。

施設利用料金(入所サービス)②

2. 加算料金 ※サービス内容に応じて、個別に加算算定される費用(1割負担の場合)となります。

種類	適用単位		自己負担額	備考
夜間職員配置加算	24	1日	¥26	介護保険法令に基準準拠の場合
初期加算Ⅰ	60	1日	¥65	入所日より最初の30日間に限る
初期加算Ⅱ	30	1日	¥33	入所日より最初の30日間に限る
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	258	1日	¥277	老健初回入所後3ヶ月以内の期間に限る
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240	1日	¥258	老健初回入所後3ヶ月以内の期間の週3日
口腔衛生管理加算Ⅱ	110	1月	¥118	歯科の指導による口腔ケアの実施
外泊加算	362	1日	¥388	月6日を限度とする※入院中は不可
療養食加算	6	1回	¥6	心身の状態に合わせた療養食の提供
経口維持加算Ⅰ	400	1月	¥429	医師の指示のもと経口維持計画を行った場合

経口維持加算Ⅱ	100	1月	¥108	経口維持加算Ⅰにおいて会議等に歯科医師、 歯科衛生士、言語聴覚士等が加わった場合
排せつ支援加算Ⅰ	10	1月	¥11	排泄に介護を要する原因分析と計画・支援
褥瘡マネジメント加算	13	1月	¥14	褥瘡発生のリスク評価、褥瘡管理の実行等
所定疾患治療費Ⅱ	480	1日	¥515	肺炎・尿感染症等の投薬・処置を実施の場合
緊急時治療管理	511	1日	¥547	緊急時治療の場合(月1回・連続3日迄)
ターミナルケア加算	72	1日	¥78	死亡日前31～45日
	160	1日	¥171	死亡日前4～30日
	910	1日	¥976	死亡日前日及び前々日
	1,900	1日	¥2,037	死亡日のみ
入所前後訪問指導加算Ⅰ	450	1回	¥482	入所30日以内及び入所後7日以内に実施
入退所前連携加算(Ⅰ)	600	1回	¥644	入所日前後で居宅支援事業者と連携した場合
入退所前連携加算(Ⅱ)	400	1回	¥429	退所前に居宅支援事業者と連携した場合
安全対策体制加算	20	1回	¥22	安全対策の整備と実施がされている場合
試行的退所時指導加算	400	1回	¥429	試行退所時に療養上の指導を行った場合
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算Ⅰ	33	1月	¥36	リハビリテーション実施計画の立案と継続的 にリハビリの質を管理している場合
科学的介護促進体制加算(Ⅱ)	60	1月	¥65	基本情報を厚生労働省に提出、活用の実施
退所時情報提供加算	500	1回	¥536	退所後の主治医に施設医へ情報提供した場合
訪問看護指示加算	300	1回	¥321	退所時に訪問看護指示書を交付の場合
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6		¥7	人材確保、サービスの質に対する評価
自立支援促進加算	300	1月	¥322	基本情報を厚生労働省に提出、活用の実施
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ	70	1回	¥75	既定の減薬がなされた場合
かかりつけ医薬剤調整連携加算Ⅱ	240	1回	¥258	基本情報を厚生労働省に提出、活用の実施
かかりつけ医薬剤調整連携加算Ⅲ	100	1回	¥108	退所時に既定の減薬がなされた場合
認知症チームケア加算	150	1月	¥161	行動・心理症状の出現時にチームで対応時
在宅復帰、在宅療養支援機能加算 Ⅱ	51		¥55	在宅復帰・在宅療養支援に係る指標に基づ き、要件をみたしている場合
協力医療機関連携加算	50	1回	¥54	協力医療機関との間で定期的な会議等の実施
栄養マネジメント強化加算	11		¥12	定数の管理栄養士の配置と計画、観察の実施
新興感染症等療養費	240		¥258	新興感染症感染時に施設内で療養した場合
再入所時栄養連携加算	200	1回	¥215	退院時に栄養士間で連携を行った場合
経口移行加算	28		¥30	経管栄養から経口摂取への移行を行った場合
生産性向上推進体制加算	10	1月	¥11	入居者の安全と職員の負担軽減に資した場合
退所時栄養情報連携加算	70	1回	¥75	退所時に栄養士間で連携を行った場合

介護職員処遇改善加算が上記料金に加算されます。

3. ご入所者様の要望に応じて提供する物品及びサービス ※利用回数に応じご負担戴きます。

種 類	適用単位	自己負担額	備 考
特別な室料A	1日	¥660	
特別な室料B	1日	¥550	
特別な室料C	1日	¥440	
おやつ代（特別な食事）消費税込	1日	¥220	
衣類リース 日用品費	A. 基本セット	1日	¥255 口腔用品、スキンケア用品、衛生セット
	B. 衣類リース	1日	¥713 衣類、パジャマ、肌着、靴下
	ブリーフ（男性用）	1日	¥81
	ショーツ（女性用）	1日	¥81
テレビ使用料	1日	¥165	
理美容代	1回	実 費	カット、ブロー、パーマ、毛染め
予防接種	1回	実 費	インフルエンザ予防接種等
診断書料	1枚	¥3,605～	検査は別途実費になる事があります
特別行事食	1回	実 費	納涼祭等特別な食事にかかる費用
嗜好食材料費	1個	実 費	嗜好品などの提供をした場合
電気使用料	1日	¥110	

当施設は入所を希望する利用者の関係者に対し、重要事項説明書に基づき介護老人保健施設フォーシーズンズヴィラいろどりのサービス内容及び重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日

【事業所(乙)】

住 所	〒226-0015 神奈川県横浜市緑区三保町867
法 人 名	医療法人 青鳳会
事業所名	介護老人保健施設 フォーシーズンズヴィラ いろどり
理 事 長	美馬 紀章 印

【説明者】

職 名	支援相談員
氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づき介護老人保健施設フォーシーズンズヴィラいろどりのサービス及び重要事項の内容について、上記説明者より説明を受けこれらを十分に理解した上で同意致します。

令和 年 月 日

【利用者(甲)】

住 所	〒
氏 名	印

【代理人】

住 所	〒
氏 名	印

