

短期入所療養介護サービス重要事項説明書

あなたに対する短期入所療養介護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 20 号（指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準）第 204 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 ²		
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 ²	
	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 ²	14.79 m ²
3 人部屋	1 室	33.39 m ²	11.13 m ²
4 人部屋	15 室	527.21 m ²	8.78 m ²

（注 1）指定基準は、居室 1 人あたり 8 m²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 ²	2.20 m ²
機能訓練室	1 室	170.76 m ²	1.01 m ²
一般浴室	1 室	50.79 m ²	—
機械浴室	特殊浴槽 1 台	—	—
便所	35 個所	116.95 m ²	—

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

（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		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
その他従業員	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. 営業日及びご利用の予約

営業日 月曜日～日曜日

8. 苦情等申立先

にじの丘足柄 担当相談員	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（介護保険課介護苦情相談係） *利用時間 土・日・祝日・年末年始を除く 8：30～17：15	

9. 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

10. 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			

11. 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。
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	携帯電話・補聴器等の所持品は、原則として本人または家族での管理をお願いします。紛失や故障の際は自己責任となります。
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。紛失の際は自己責任となります。
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。

12. 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 _____

13. その他

施設利用時に、甲の身体に異常が発見された場合、乙から甲に対して専門医への受診をお願いする場合があります。

_____ 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）短期入所療養介護サービス事業者

主たる事業所所在地 神奈川県南足柄市岩原 6 9 9

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 _____