社会福祉法人 美生会

地域密着型特別養護老人ホーム ヴィラージュ虹ヶ丘

重要事項説明書

（地域密着型介護老人福祉施設サービス）

本施設は、介護保険の指定を受けています。
（川崎市指定　第　1495600320　号）

本施設は、ご契約者に対して、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次のとおり説明します。

◇◆ 目　次 ◆◇

1　施設経営法人
2　ご利用施設
3　設備概要
4　職員配置状況
5　本施設が提供するサービスと利用料金
6　協力医療機関
7　虐待防止に関する事項
8　感染症対策の強化
9　業務継続に向けた取組
10　ハラスメント対策の強化
11　会議や多職種連携における ICT の活用
12　契約締結からサービス提供までの流れ
13　施設を退居していただく場合（契約の終了について）
14　所持品の引き受けについて
15　苦情の受付
16　損害賠償
17　サービス提供における事業者の義務
18　非常災害時の対策
19　緊急時における対応方法
20　事故発生の防止及び事故発生時の対応方法
21　本施設ご利用の際に留意いただく事項
22　福祉サービス第三者評価の実施状況

○指定地域密着型介護老人福祉施設サービス重要事項同意書

本施設への入居は、「要介護 3」以上の認定の方が対象となります。

1　施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人　美生会（びせいかい）
法人の所在地	川崎市多摩区宿河原 1 丁目 18 番 1 号
電話番号	044-930-5552
ＦＡＸ番号	044-930-5558
代表者氏名	理事長　中島 秀彦
設立年月日	平成 22 年 5 月 24 日

2　ご利用施設

施設の種類	指定地域密着型介護老人福祉施設
介護保険事業所番号	川崎市　第 1495600320 号
指定年月日	平成 26 年 6 月 1 日指定
施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム ヴィラージュ虹ヶ丘
施設の所在地	川崎市麻生区虹ヶ丘 1 丁目 22 番 1-2 号
電話番号	044-712-5511
ＦＡＸ番号	044-712-5516
施設長	兼子　綾子
施設の運営方針	ご契約者に対して、普通の暮らしを大切にするケアを目指し、地域に根付き、地域とともに成長する施設を構築します。
開始年月日	平成 26 年 6 月 1 日
入居定員	29 名 長期入院等で空床がある場合には、ご相談の上（介護予防）短期入所生活介護サービスを提供させていただくことがあります。その際、居住費はいただきません。

3　設備概要

本施設の設備は、以下のとおりです。

敷地	3,009.44 ㎡	
建物	構　　造	鉄筋造　地上 2 階建
	延べ面積	2,398.54 ㎡
居室	29 室	個室
共同生活室	3 室	各ユニットに 1 室
浴室	3 室	一般浴（リフト付）2 室、特浴（機械浴）1 室
医務室	1 室	
静養室	1 室	1 階 他事業所共用
その他	スプリンクラー、エレベーター、非常用照明、自動販売機 等	

4　職員配置状況

本施設では、ご契約者に対して指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供する職員を、次のように配置しています。

(1) 主な職員の配置状況（職員の配置は、指定基準を遵守しています。）

職　　種	員数	区　分				保有資格等
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
施　設　長	1					
安全対策担当者	1		1			施設長、相談員等
生活相談員	1		1			介護福祉士 社会福祉士 等
介 護 職 員	18	12		6		介護福祉士　初任者研修 等
看 護 職 員	4		2		2	看護師　准看護師等
機能訓練指導員	1				1	看護師 准看護師等
介護支援専門員	1	1				介護支援専門員
医　　師	1				1	医師
栄　養　士	1		1			管理栄養士又は栄養士
事　務　員	2		2			

(2) 職員の勤務体制

職　種	勤務体制	
施設長(管理者)	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	
生活相談員	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	
看 護 職 員	早　　番	7 時 00 分から 15 時 30 分まで
	日　　勤	8 時 30 分から 17 時 00 分まで
	遅　　番	9 時.30 分から 18 時 00 分まで
	※夜間オンコール対応	
機能訓練指導員	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	
介護支援専門員	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	
栄　養　士	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	
事　務　員	8 時 30 分から 17 時 00 分まで	

(3) 介護職員の勤務体制

早　番　①	7 時 00 分から 15 時 30 分まで
②	7 時 30 分から 16 時 00 分まで
日　　勤	8 時 30 分から 17 時 00 分まで
遅　番　①	10 時 00 分から 18 時 30 分まで
②	10 時 30 分から 19 時 00 分まで
夜　勤　①	16 時 30 分から翌 9 時 30 分まで
②	17 時 00 分から翌 10 時 00 分まで

(4) 職員の配置状況

介 護 職 員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生 活 相 談 員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看 護 職 員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行いますが、日常生活の介助等も行います。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

介護支援専門員…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

医　　師…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

5　本施設が提供するサービスと利用料金

本施設では、ご契約者に対して次に掲げる場合にサービスを提供します。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合（入居契約書第 3 条関係）

次のサービスは、居住費及び食費を除き負担割合証に応じて介護保険から給付されます。

① サービスの概要

種　類	内　　容
居　室	・居室は、全室個室です。ご契約者の心身の状況によっては、ご契約者やご家族と協議の上、居室の変更を行う場合があります。
食　事	・本施設では、管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ご契約者の自立支援のため、離床して食堂で召し上がれるように配慮します。 【朝食】7 時 45 分　　【昼食】12 時　　【夕食】18 時
排　泄	・ご契約者の状況に応じて、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。
入　浴 清　拭	・入浴又は清拭を週 2 回行います。 ・寝たきりの方も、特殊浴槽を使用して入浴することができます。
整　容	・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をします。 ・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。 ・シーツは、週 1 回交換します。
機能訓練	・機能訓練指導員が、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	・往診日を設けて、嘱託医師により健康管理に努めます。 ・緊急時必要な場合は、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 【嘱託医師】　医療法人社団 晃進会／医師　小松　邦光 診療科目／内 科 往診日／毎週金曜日
相 談 及 び 援 助	・本施設では以下の窓口を設置し、ご契約者及びそのご家族からのご相談に応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 【相談窓口】　生活相談員　大澤　祐太朗
社会生活上の便宜	・本施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活が実りあるものとなるよう援助します。 ・各種クラブ活動等に参加し、費用がかかった場合には、材料費等の実費をいただく場合があります。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご契約者及びそのご家族の状況により代わりに行います。
自立への支援	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

② サービス利用料金　　【令和 6 年 4 月 1 日改正】

次の表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金(自己負担額) をお支払いいただきます。

■ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(Ⅰ)　　【1 日当たり】

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1 日あたりの 介護給付費単位	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位

■体制加算　　【1 日当たり】

加　算	1 日あたりの 介護給付費単位	加算条件
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	46 単位	通常の夜勤人数よりも多く配置している場合
配置医師 医療機関連携加算	50 単位/月	協力医療機関と、ご利用者急変時の相談体制、診療体制、入院病床を原則確保している場合
退所時情報提供加算	250 単位/月	医療機関へ退所する入所者について情報提供した場合
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位/月	新興感染症発生時の体制を確保している事
新興感染症等施設療養費	240 単位/連続 5 日	厚生労働省が定める感染症に感染し、事業所で適切な対応をした場合
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位/月	医療機関から 3 年に 1 度感染症発生時の実地指導を受けている事
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150 単位/月	認知症介護指導の専門的な研修を修了した者を配置し計画・評価をおこなっている事
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120 単位/月	日常生活自立度によって、認知症計画・評価をしている事
看護体制加算(Ⅰ)	12 単位	常勤の看護師を 1 名配置している場合
看護体制加算(Ⅱ)	23 単位	看護師を基準より多く配置し、医療機関と 24 時間の連絡体制を確保している
安全対策体制加算	20 単位	施設内の安全対策体制が整備されている場合、入所時 1 回限り算定
入院及び外泊時加算	246 単位	利用者が入院及び外泊した場合､6 日を限度として加算。ただし、入院及び外泊の初日並びに末日のご負担はありません

加　算	1日あたりの 介護給付費単位	加算条件
再入所時栄養連携加算	200単位/回 ※1回限り	医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となり、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と介護保険施設の管理栄養士が相談の上、栄養ケア計画の原案を作成した場合
サービス提供強化加算(Ⅰ)	22単位	介護福祉士を80%以上配置している場合等
サービス提供強化加算(Ⅱ)	18単位	介護福祉士を60%以上配置している場合等
日常生活継続支援加算 (Ⅱ)	46単位	新規入所者の総数のうち、要介護4・5の者の占める割合が70%以上 認知症である者の占める割合が65%以上の場合
生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	100単位/月	機能訓練指導員が介護職員等と共同でアセスメントを行い、個別の訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	200単位/月	医療提供施設の理学療法士等が、介護老人福祉施設の職員と共同でアセスメントを行い、個別の訓練計画を作成し、機能訓練を実施した場合
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12単位	常勤の理学療法士を配置している場合
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位	上記に加え個別機能訓練計画書の情報を厚生労働省に提出している場合
個別機能訓練加算(Ⅲ)	20単位	個別機能訓練加算(Ⅱ)、口腔衛生管理加算(Ⅱ)、栄養マネジメント強化加算を算定している事
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月	排泄に介護を要する原因等についての分析と分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を行った場合
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月	上記対象者に排泄の改善があった場合や、利用開始時の留置カテーテル抜去されたこと
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月	上記対象者におむつ有から無への改善があった場合や、利用開始時の留置カテーテル抜去されたこと

加　算	1日あたりの 介護給付費単位	加算条件
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	認知症に関する専門研修を終了した介護職員・看護師を併せて3名以上配置している場合 等
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	上記に加え、認知症介護指導者を1名以上配置し施設全体に研修を行っている場合
褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	3単位/月	褥瘡の発生に係るリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行いその評価結果を提出した場合 また入居者ごとに褥瘡ケア計画の作成と見直し、褥瘡管理を実施した場合
褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	13単位/月	上記の評価の結果、褥瘡発生リスクがあるとされた入所者に褥瘡が発生していない又は治癒した場合
経口移行加算	28単位	経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合
経口維持加算(Ⅰ)	400単位/月	著しい摂食障害のある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合
経口維持加算(Ⅱ)	100単位/月	摂食障害のある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/月	歯科衛生士の指示を受けた歯科衛生士が月2回以上介護職員に指導した場合
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/月	上記に加え口腔衛生管理の情報を厚生労働省に提出している場合
ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位/月	適切にADL値を測定した結果が1以上であり、厚生労働省に提出している場合
ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位/月	適切にADL値を測定した結果が2以上であり、厚生労働省に提出している場合
自立支援促進加算	280単位	医師による医学的評価が定期的に行われている場合
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	40単位/月	利用者ごとのADL・口腔状態等の状況を厚生労働省に提出している場合

加　算	1日あたりの 介護給付費単位	加算条件
科学的介護推進体制加算 （Ⅱ）	50 単位/月	上記に加え疾病状況を厚生労働省に提出している場合
生産性向上 推進体制加算（Ⅰ）	100 単位/月	（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータを基に業務改善している事
生産性向上 推進体制加算（Ⅱ）	10 単位/月	見守り機器等を導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動をおこなっている事
療養食加算	6 単位 (1 日 3 回限度)	医師の指示に基づく療養食を提供した　場合
栄養マネジメント 強化加算	11 単位	管理栄養士を配置し入居者の個々の栄養計画を作成し、厚生労働省に提出している場合
若年性認知症 入所者受入加算	120 単位/日	若年性認知症入所者に対してサービスを行った場合
介護職員処遇改善加算	所定単位数に乗じる単位数 Ⅰ(イ)16.3%　Ⅰ(ロ)17.6%　Ⅱ(イ)15.9%　Ⅱ(ロ)17.2%	
看取り介護加算(Ⅰ)	72 単位	本人又は家族等の同意に基づいて、施設で終末期を過ごした場合(死亡日 45 日前～31 日前)
	144 単位	本人又は家族等の同意に基づいて、施設で終末期を過ごした場合(死亡日 30 日前～4 日前)
	680 単位	本人又は家族等の同意に基づいて、施設で終末期を過ごした場合（死亡日の前日及び前々日）
	1,280 単位	本人又は家族等の同意に基づいて、施設で終末期を過ごした場合（死亡日）
退所時栄養情報連携加算	70 単位/回	低栄養状態にあると医師が判断した入所者に管理栄養士が退所先の医療機関に情報提供した場合
再入所時栄養連携加算	200 単位/回	再入所の際一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため栄養ケア計画を策定した場合

注 1：介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

注 2：本施設が所在する川崎市は、地域区分「2 級地(1 単位＝10.72 円)」の適用となります。

注 3：体制加算は、施設職員の配置状況やご入居者の状態等により異なります。

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（入居契約書第４条関係）

次のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

サービス種　類	内　　容	料　　金
食　事	食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費)。ご契約者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。実費相当額の範囲内で負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1 日当たり）のご負担となります。	1 日 2,030 円
居　室（居住費）	この施設及び設備を利用し滞在される場合に、光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）をご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方についてはその認定証に記載された居住費の金額（1 日当たり）のご負担となります。	1 日 2,400 円
特別な食事	通常提供される食事以外の物を希望される場合	実　費
理髪・美容	理容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。	実　費
健康管理費	インフルエンザ予防接種、健康診査等に係る費用	実　費
事務費	金銭の出し入れ（往診代、薬代、理美容代、嗜好品等の支払い代行）に関し事務費をいただきます。 立て替え金出納方法につきましては、備付けの届出書の内容に従い出納を行います。出入金の都度、出入金記録を作成し、施設利用料とともにご請求いたします。	月額 3,000 円
レクリエーション及びクラブ活動	ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。	実　費
複写物の交付	ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、コピーを必要とする場合には、実費をご負担いただきます。	1 枚 10 円

(3) 本施設の居住費及び食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けられている方の場合は、施設利用の居住費及び食費の負担が軽減されます。

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

	通常（第 4 段階）	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②
食事の提供に要する費用	1 日 2,030 円	1 日 300 円	1 日 390 円	1 日 680 円	1 日 1,420 円

※ 重要事項説明書「5 の(2)」に定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事、　　外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

② 居住に要する費用（光熱水費及び室料/建物設備等の減価償却費）

1 日当たりの利用料（居住費）

	通常（第 4 段階）	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②
個　　室	1 日 2,400 円	1 日 880 円	1 日 880 円	1 日 1,370 円	1 日 1,470 円

(4) 入居契約書第 21 条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

要 介 護 度	1 日当たりの料金
要介護度 1	6,700 円
要介護度 2	7,407 円
要介護度 3	8,168 円
要介護度 4	8,876 円
要介護度 5	9,583 円

(5) 利用料金のお支払方法（入居契約書第 6 条関係）

前記の「5（1）から（3)」の料金及び費用は、1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに施設の窓口にお支払いいただくか、金融機関口座からの引き落としによるお支払いとなります。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります。）

(6) 入居中の医療の提供

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、次の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。ただし、協力医療機関での優先的な診療及び入院治療を保証するものではありません。また、協力医療機関での診療及び入院治療を義務付けるものでもありません。

(7) 入院期間中の利用料金

入院期間中の利用料金につきましては、居住費及び介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

6　協力医療病院

施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、実効性ある連携体制を構築するため、入所者の病歴等の情報を、当該協力医療機関と共有させていただきます。

名　　称	医療法人社団　晃進会　たま日吉台病院
医 師 名	病院長　渡邊　みどり
所 在 地	川崎市麻生区王禅寺 1105 番地
電話番号	044-955-8220
診療科目	内科、呼吸器内科、泌尿器科、精神科、糖尿病内科、外科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科、放射線科
入院設備	有り

名　　称	医療法人社団　晃進会　川崎みどりの病院
医 師 名	病院長　桑野稔啓
所 在 地	川崎市麻生区王禅寺 1142 番地
電話番号	044-955-1611
診療科目	人間ドック・健康診断 内科・リハビリテーション科
入院設備	有り

名　　称	医療法人社団　三医会　鶴川記念病院
医 師 名	病院長　舩津到
所 在 地	東京都町田市三輪町 1059 番地 1
電話番号	044-987-1311
診療科目	内科、小児科、リハビリテーション科
入院設備	有り

医 院 名	医療法人社団　優紀会　ホワイトラビット歯科医院
所 在 地	東京都品川区東大井 5-21-9　K-8 ビル
電話番号	03-6404-6290
診療科目	歯科

7　虐待防止に関する事項

本施設は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

② 虐待の防止のための指針を整備する。

③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

④ 前 3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

⑤ 本施設は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

8　感染症対策の強化

① 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。

② 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

③ 感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

⑴事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 3 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

⑵事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

⑶従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的に実施します。

⑷⑴から⑶までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

9　業務継続に向けた取組

① 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１０　ハラスメント対策の強化

本施設は、ハラスメント対策を強化するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案件が発生しないための入発防止策を検討します。

③ 職員に対しハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

１１　会議や多職種連携における ICT の活用

運営基準や加算の要件等において実施が求められる各種会議等（利用者の居宅を訪問しての実施が求められるものを除く）について、感染防止や多職種連携の促進の観点から以下を実施します。

①利用者が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にして、テレビ電話等を活用して各種会議等の実施をします。

② 利用者等が参加して実施するものについて、上記に加えて、利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して各種会議等の実施をします。

１２　契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者（入居者）に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については入居後に　作成する「施設サービス計画（ケアプラン)」に定めます。「施設サービス計画（ケアプラン)」の作成及びその変更は次のとおり行います。

① 本施設の介護支援専門員が施設サービス計画の原案作成、そのために必要な調査等を行います。

② その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びそのご家族に対して説明し、同意のうえで決定します。

③ 施設サービス計画は、1 年に 1 回もしくはご契約者及びそのご家族等の要請に応じて、変更の必要がある場合、ご契約者及びそのご家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。

④ 施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対し書面を交付し、その内容をご確認いただきます。

１３　施設を退居していただく場合（契約の終了について）（入居契約書第 15 条関係）

本施設との契約では、契約が終了する期日を特に定めていません。したがって、次の事由等がない限り、継続してサービスを利用することができますが、該当するに至った場合には、原則として本施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくことになります。

① 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が要介護 2 以下と判定された場合
② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
④ 本施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は、次の「(1)」をご参照ください）
⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は、次の「(2)」をご参照ください）

(1)　ご契約者からの退居の申し出の場合（中途解約又は契約解除）（入居契約書第 16 条関係）

契約の有効期間であっても、ご契約者から本施設からの退居を申し出ることができます。
その場合には、退居を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。
ただし、次の場合には、即時に契約を解約又は解除し、施設を退居することができます。

① 介護保険の基準外サービスの料金の変更に同意できない場合
② 地域密着型特別養護老人ホーム ヴィラージュ虹ヶ丘運営規程（以下「運営規程」という。）の変更に同意できない場合
③ ご契約者が入院された場合
④ 事業者又はサービス従事者が正当な理由なく、本入居契約書に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
⑤ 事業者又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑥ 事業者又はサービス従事者が故意若しくは過失によりご契約者の身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他本入居契約を継続し難い重大な事情が認められる場合
⑦ 他の利用者が、ご契約者の身体、財物、信用等を傷つけた場合又は傷つける恐れがある場合で、事業者が適切な対応を取らない場合

(2)　事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（入居契約書第 18 条参関係）

次の事項に該当する場合は、本施設から退居していただくことがあります。

① ご契約者が契約締結時に、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本入居契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、以後 1 ヶ月の催告にも関わらずこれを支払わない場合
③ ご契約者が、故意若しくは重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本入居契約を継続し難い事情を生じさせた場合
④ ご契約者が、連続して 1 ヶ月以上病院若しくは診療所に入院すると見込まれる場合又は入院した場合
⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合又は介護療養型医療施設に入院した場合

(3)　契約者が病院等に入院された場合（入居契約書第 20 条関係）

本施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次のとおりです。

①1 ヶ月以内の入院の場合

入院されて 1 ヶ月以内の退院ができる場合には、退院後再び施設に入居する事ができます。

② 1 ヶ月以内の退院が見込まれない場合

1 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、原則契約を解除します。
退院後、在宅生活が困難で、再入居の希望がある場合は、本施設の入退居判定委員会で判断させていただきます。また併設する（介護予防）短期入所生活介護サービスや看護小規模多機能型居宅介護にて待機もできるよう便宜を図ります。

(4)　円滑な退居のための援助（入居契約書第 19 条関係）

ご契約者が本施設を退居する場合には、希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を速やかに行います。

ア　適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介

イ　居宅介護支援事業者の紹介

ウ　その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※　ご契約者が退居後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

１４　所持品の引き受けについて（入居契約書第 22 条関係）

契約の締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありませんが、入居契約の終了後、本施設に残されたご契約者の所持品をご契約者自身が引き受けられない場合に備えて、契約者代理人を所持品の引き受け者として定めさせていただきます。

本施設は、ご契約者の所持品を契約者代理人に連絡の上、お引き渡しいたします。引渡しにかかる費用については、ご契約者又は契約者代理人にご負担いただきます。また施設に処分を依頼する場合は実費にてご負担いただきます。

１５　苦情の受付（入居契約書第 24 条関係）

(1)　本施設における苦情相談窓口

本施設における苦情の受け付けやご相談は、以下の窓口で受け付けます。

＊　苦情受付相談窓口

担　　当　　生活相談員　大澤　祐太朗
受付時間　　9 時から 17 時
電　　話　　044-712-5511

(2)　行政機関その他苦情受付機関

＊　麻生区役所 高齢・障害課高齢者支援係　☎044-965-5148

＊　川崎市役所健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課　☎044-200-2910

＊　神奈川県国民健康保険団体連合会　介護苦情相談課　☎045-329-3447

１６　損害賠償（入居契約書第 12 条及び第 13 条関係）

本施設において、事業者の責任により、ご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌し、相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。詳細は、入居契約書第 12 条及び、第 13 条をご参照ください。

１７　サービス提供における事業者の義務（入居契約書第 8 条及び第 9 条関係）

本施設は、ご契約者にサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

① ご契約者の生命、身体及び財産の安全・確保に配慮します。
② ご契約者の体調及び健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取・確認します。
③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保存するとともに、ご契約者、ご家族又は代理人の請求に応じて閲覧していただき、その複写物を交付します。
⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命及び身体を保護するために緊急やむを得ない　場合には、記録を記載するなど、適正な手続により、身体等を拘束する場合があります。
⑥ 事業者サービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者及びご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等に　　ご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書で、ご契約者の同意を得ます。

１８　事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法

本施設は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、施設の保全について計画的に取り組みます。

① 契約者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、速やかに、契約者の家族等に連絡を行うとともに、事案によっては市町村に報告し、必要な措置を講じます。
② 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
③ 契約者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

１９　緊急時における対応方法

本施設は、緊急時における対応方法として、次に掲げる措置を講じます。

①　サービス従業者は、施設における介護サービスを提供中に、契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに家族及び主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じ、施設長に報告しなければならない。

２０　非常災害時の対策（入居契約書第８条関係）

防火管理者	大澤　祐太朗
非常時の対応	別途定める「ヴィラージュ虹ヶ丘 消防計画」に則り対応します。
防災訓練	非常災害時を想定した防災訓練（避難訓練）を年２回実施します。
防災設備	本施設では、次の防災設備を設置しています。 スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、非常誘導灯、屋内消火栓、非常通報装置、煙熱感知器　他

２１　本施設ご利用の際に留意いただく事項（入居契約書第 10 条及び第 11 条関係）

本施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性や安全性を確保するため、 次の事項を遵守してください。

来訪・面会	・面会は 14：00、14：30 の予約制となっております。 上記以外の時間ご希望の場合はお問い合わせください。
外泊・外出	・予めご連絡をお願いします。
食　　事	・食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。
協力病院以外の 医療機関への受診	・看護職員にご相談ください。 ・送迎や付き添いは原則的にご家族の対応となります。
設備・備品等の利用	・居室及び施設内の設備等は本来の用途に従いご利用ください。 ・本来の用途に反した使用により破損等が生じた場合には、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・喫煙は、施設内は全面禁煙です。 ・飲酒を希望される入居者は、担当職員にご相談ください。
迷惑行為等	・騒音等、入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 ・むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないでください。
宗教活動・政治活動	・施設内で、他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
そ　の　他	・面会あるいは外出時等に食べ物を持ち込まれる場合、必ず職員にお知らせください。食中毒の予防や、他の入居者の誤飲食の原因となります。（場合によっては、お預かりすることがあります。） ・ご家族の住所や電話番号に変更があったときは、早めに事務所へ連絡をしてください。 ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生の管理上の必要かあると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合には、ご本人のプライバシー等の保護について、充分に配慮します。

２２　福祉サービス第三者評価による評価の実施状況

第三者評価の実施状況	1　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1　あり　　2　なし
	2　なし		

指定地域密着型介護老人福祉施設サービス　重要事項　同意書

令和　　年　　月　　日

指定地域密着型介護老人福祉施設のサービス提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

指定地域密着型介護老人福祉施設
地域密着型特別養護老人ホーム　ヴィラージュ虹ヶ丘
施設長　兼子　綾子

説 明 者　　職 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和　　年　　月　　日

利 用 者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人 兼 身元引受人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞（続柄　　）

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連帯保証人 兼 身元引受人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞（続柄　　）

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿