

重要事項説明書（介護老人福祉施設サービス）

あなたに対する介護保険施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令４０号５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とおりです。

１．事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 兵庫福祉会
主たる事業所の所在地	兵庫県加古川市志方町成井１００番地
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	０７９－４５３－２１００

２．ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 ヴィラ播磨
施設の所在地	兵庫県加古川市志方町成井１００番地
介護保険事業者番号	２８７２２００３２０
施設長の氏名	徳賀 茂雄
電話番号	０７９－４５３－２１００
ファクシミリ番号	０７９－４５３－２１０１
入所定員	入所 ８０名

３．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
短期入所生活介護 （介護予防）	平成１２年４月１日	２８７２２００３２０	２０名
通所介護	平成１２年４月１日	２８７２２００６３５	４０名
介護予防型通所サ ービス	平成２９年４月１日		
介護予防通所介護 相当サービス			
訪問介護	平成１２年４月１日	２８７２２００６５０	
介護予防型訪問サ ービス	平成２９年４月１日		
介護予防訪問相当 サービス			
居宅介護支援事業所	平成１２年４月１日	２８７２２００４４５	

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、寝たきり老人や独居老人を主とし老人の自立を支援し、家庭復帰を促進することを目的とする。
運営の方針	当施設にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を保持し、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行う。

5. 利用対象者

入 所

- ・介護保険にて要介護3以上の認定を受けている方
- ・要介護1・2の認定を受けている方で、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難な方（以下のア～エの特例入所要件のいずれかに該当する方）
 - ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
 - イ 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
 - ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
 - エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

6. 施設サービス

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 生活全般の介護サービス
- ⑤ 機能訓練（レクリエーション）
- ⑥ 相談援助サービス

7. 施設の人員配置と勤務体制

	基準人員数
施設長	1名
医師（非常勤）	1名以上
介護支援専門員	1名以上
看護職員	3名以上
介護職員	30名以上
栄養士又は管理栄養士	1名以上
生活相談員	1名以上

（令和3年4月1日改訂）

① 管理者【施設長】（１人）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して施設の業務を統括し、運営管理に万全を期する。

② 事務員（１人）

（イ）一般庶務及び他に属さない事務等

（ロ）会計経理に関すること。

③ 医師（１人以上）

（イ）入所者等の病状把握及び診療業務に関すること。

（ロ）施設療養全般に関すること。

（ハ）入所者等の健康管理及び療養上の指導に関すること。

④ 介護支援専門員（１人以上）

（イ）介護サービス計画の作成に関すること。

（ロ）施設処遇のモニタリングに関すること。

（ハ）家族や地域全般との調整に関すること。

⑤ 看護職員・介護職員（３３人以上）

（イ）医師の指導に従い入所者等に必要な医療措置を講ずること。

（ロ）入所者等の保健衛生に関すること。

（ハ）入所者の日常生活介護に関すること。

⑥ 機能訓練指導員（１人以上）

（イ）機能訓練に関すること。

⑦ 管理栄養士又は栄養士（１人以上）

（イ）給食の献立及び給食記録の作成に関すること。

（ロ）調理及び配膳に関すること。

（ハ）給食に関する事務。

⑧ 生活相談員（１人以上）

（イ）療養上の相談に関すること。

（ロ）市町村との連絡調整に関すること。

当施設の看護及び介護職員は必要に応じて下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

早 出	7：00 ～ 15：30	2～4 人
日 勤	8：30 ～ 17：00	6～10人
遅 出	11：00 ～ 19：30	2～4 人
当 直	16：30 ～ 9：00	4 人

8. 利用料について

施設介護サービス費に対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとする。（別紙利用料表参照）

介護保険適用外の利用料について変更する場合は、1か月以上前に文書にて連絡致します。

9. お支払方法

お支払方法は、原則として口座振替をご利用下さい。ご都合により他の支払い方法をご希望の場合は、窓口にて現金もしくは銀行振込みでお支払い下さい。

毎月10日頃に前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。口座引落しの場合は、毎月26日に引落としとなります。

10. 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

- ①当施設の相談員・介護支援専門員により、入所相談を行います。
- ②必要書類（入所申込書、診療情報提供書等）を提出していただきます。
- ③利用者様及びご家族様と面談させていただきます。
- ④当施設の施設長、看護師、介護福祉士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員で入所判定を行います。
- ⑤後日、相談員・介護支援専門員より入所判定の結果等について連絡させていただきます。
- ⑥当施設への入所にあたり、重要事項の説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

(2) 退所の手続き

※入所者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、2週間以上の予告期間をもって、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

※当施設からの契約解除

当施設は、利用者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

- ① 入所者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ② 要介護1又は2と認定された方で、特例入所要件に該当しなくなった場合
- ③ 入所者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合。
- ④ 入所者様の行動が、他の入所者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。
- ⑤ 入所者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。
- ⑥ 入所者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。
- ⑦ 入所者様、ご家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要されるような場合。
- ⑧ 入所者様、ご家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。
- ⑨ 入所者様が、他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑩ 入所者様が、病院等の医療機関に入院された場合。

- ⑪ 入所様が死亡された場合。
- ⑫ 入所様及びご家族様が、本契約に定める利用料金を2か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合。
- ⑬ 入所様が、当施設の従業者並びに他の入所様、又は、当施設の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

1 1. 施設利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供致します。 食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午前8時から午後8時とします。 受付カウンターにある面会簿に必要事項を記入してください。
消灯時間	午後9時とします。
外出・外泊	各階詰所にお申し出下さい。 所定の届出書に記載頂き、許可により外出、外泊をしていただきます。
飲酒	事前にご相談下さい。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備、備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。 多額な金銭及び貴重品は所持されないようにお願いします。
営利行為 宗教・政治活動	他の入所様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。

1 2. 身体拘束

施設は、入所者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行わない。

ただし、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間・時間帯・期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。

施設は、身体的拘束等の適正化を図る為、次に掲げる措置を講じる。

- ① 身体的拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。）を3ヵ月に1回以上開催すると共に、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図るものとする。
- ② 身体的拘束等の適正化の為の指針を整備する。
- ③ 介護職員その他の従業員に対し、身体的拘束等の適正化の為の研修を定期的の実施する。

1 3. 高齢者虐待の防止

利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止する為、以下の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待の防止の為の対策を検討する虐待防止委員会(テレビ電話装置等の活用含む)を定期的に開催すると共に、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止の為の指針を整備します。
- ③ 従業員に対し、虐待防止の為の研修を定期的に開催します。
- ④ 事業所はサービス提供中に、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。
- ⑤ 上記措置を適切に実施する為、虐待防止委員会委員長を担当者とします。

1 4. 守秘義務の徹底

当施設の職員は、業務上知り得た入所者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当施設は入所者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

書面での説明・同意を行うものについて、従来の利用者等の署名・捺印は当事業所が電磁的記録等を代替的手段として明示し利用者様等の同意を得た場合、署名・捺印を省略します。

サービス担当者会議は、感染防止や多職種連携促進等の観点からテレビ電話装置等を活用して行う場合があります。但し活用にあたっては、利用者等の同意を得て、個人情報等の適切な取り扱いに留意して行います。

1 5. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ① 介護保険法令に従い、入所者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ② 入所者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③ 契約終了によって、入所者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。

16. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

施設は、その提供した指定介護福祉施設サービスに関する利用者からの苦情に迅速かつ適正に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する。

施設は、その提供した指定介護福祉施設サービスに関し、保険者が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め、又は保険者の職員からの質問及び照会に応じ利用者からの苦情に関して、保険者が行う調査に協力するとともに、保険者から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

施設は、その提供した指定介護福祉施設サービスに関する、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに国民健康保険団体連合会からの指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

受付窓口（担当者）

氏名 松井 敦子

職名 生活相談員

電話番号 079-453-2100

苦情解決責任者

氏名 徳賀 茂雄

職名 施設長

第三者委員

氏名 笠木 トミエ

連絡先 090-1003-2688

氏名 平岡 泰子

連絡先 090-7781-1247

受付時間

毎週 月曜日 ～ 金曜日

8時半 ～ 17時

第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますので、ご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○加古川市役所 法人指導課

所在地：〒675-8501 加古川市加古川町北在家 2000

電話番号：079-427-9123

○兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

所在地：神戸市中央区三宮町1丁目9番地

電話番号：078-332-5617

受付時間：土曜、日曜、祝日及び12/29～1/3を除く9時～17時

17. 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状 況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

18. 協力医療機関

施設の名称	医療法人社団 淡路平成会 東浦平成病院
施設の所在地	〒656-2311 兵庫県淡路市久留麻1867
診療科目	内科、循環器内科、外科、脳神経外科、整形外科、小児科、 耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、心療内科、リハビリテーショ ン科、放射線科
電話番号	0799-74-0503
FAX	0799-74-2323

協力歯科医院

施設の名称	渡辺歯科
施設の所在地	兵庫県加古川市志方町成井190
電話番号	079-452-4180

19. 事故発生時の対応

施設は、事故の発生又はその再発を防止する為、次の各号に定められた措置を講じるものとする。

- (1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の為の指針を整備する。
- (2) 利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- (3) 利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行う。
- (4) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備する。
- (5) 事故発生の防止の為の委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行う。
- (6) 前5号に掲げる措置を適切に実施する為の担当者の設置。

20. 衛生管理等

施設は、利用者の使用する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、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医療品及び医療用具の管理を適正に行う。

施設は、当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 施設における感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことが出来るものとする。）を概ね3ヵ月に1回以上開催すると共に、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- ② 施設における感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を整備する。
- ③ 施設において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的実施する。
- ④ 前3号に掲げるもののほか、「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」に沿った対応を行う。

21. 非常災害対策

非常災害に備えて避難、救出、夜間想定を含め、その他必要な訓練を年2回以上実施する。消防法に準拠して防災計画を別に定める。

災害対応に関する計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知すると共に、必要な訓練を実施する。またその対策や訓練には可能な限り地域住民の参加が得られるよう連携に努める。

感染症や災害発生時においても業務継続が出来るよう計画等を策定し、それに基づいた研修や訓練を年2回以上実施する。

22. 業務継続計画の策定等

施設は、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介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

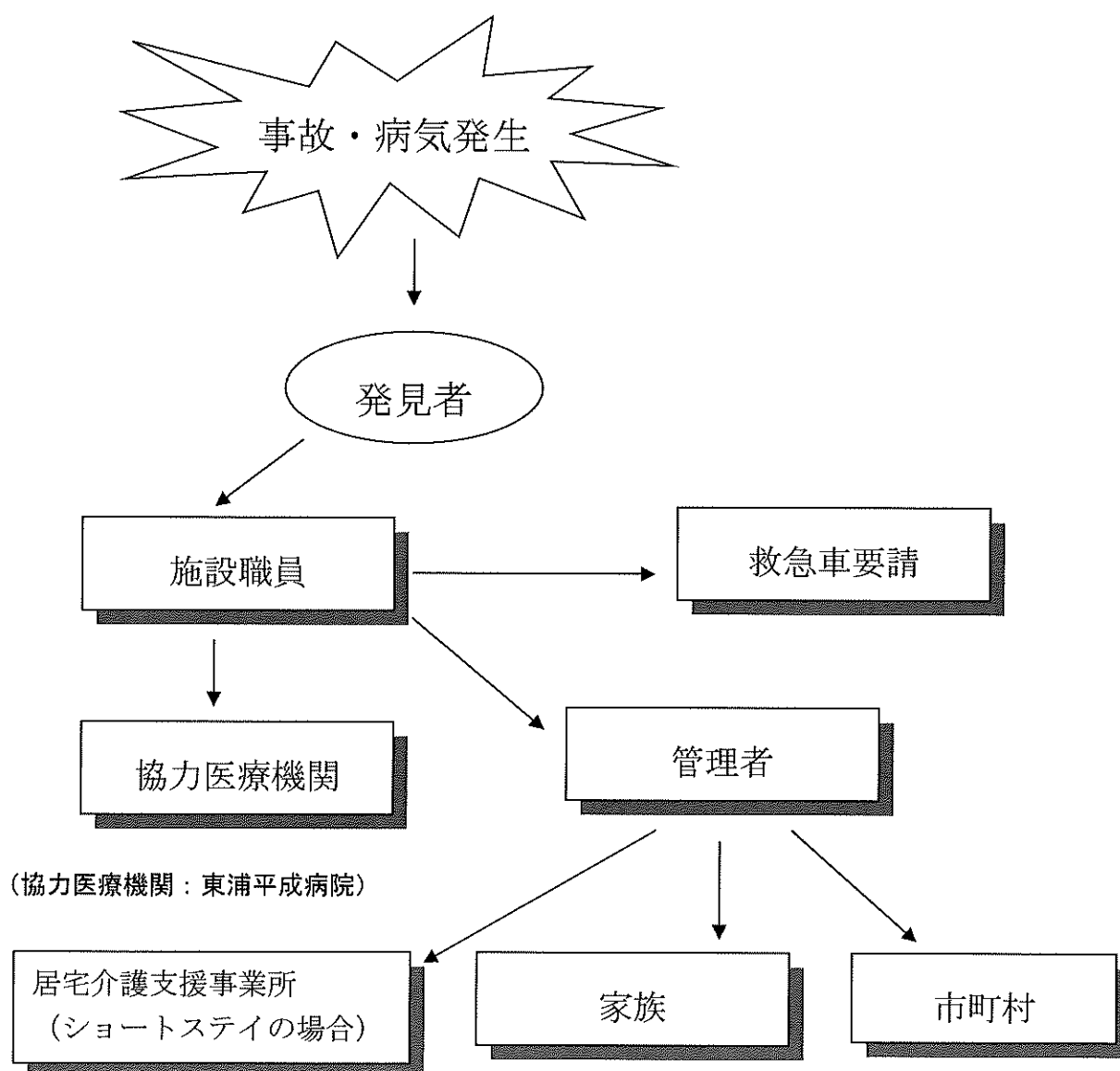
施設は、従業員に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

施設は、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うものとする。

22. 法令との関係

この規程に定めのないことについては、厚生省令並びに介護保険法の法令に定めるところによる。

事故発生時の対応



20. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。(別紙参照)

利用料

介護老人福祉施設 ヴィラ播磨

①施設サービス費についての利用者負担は下表の通りです。

<基本サービス費>

要介護度	多床室・従来型個室
要介護1	589単位/日
要介護2	659単位/日
要介護3	732単位/日
要介護4	802単位/日
要介護5	871単位/日

<その他の加算>

初期加算	30単位/日	精神科医師定期的療養指導加算	5単位/日
安全対策体制加算	20単位/入所時に1回	障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	26単位/日
外泊加算	246単位/日	障害者生活支援体制加算(Ⅱ)	41単位/日
在宅サービスを利用したときの費用	560単位/日	退所前訪問相談援助加算	460単位/回
日常生活継続支援加算	36単位/日	退所後訪問相談援助加算	460単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日	退所時相談援助加算	400単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日	退所前連携加算	500単位/回
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/日	在宅復帰支援機能加算	10単位/日
看護体制加算(Ⅰ)	4単位/日	在宅・入所相互利用加算	40単位/日
看護体制加算(Ⅱ)	8単位/日	看取り介護加算(Ⅰ)	72単位/日
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	13単位/日		144単位/日
夜勤職員配置加算(Ⅲ)	16単位/日		680単位/日
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12単位/日		1280単位/日
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20単位/月	看取り介護加算(Ⅱ)	72単位/日
個別機能訓練加算(Ⅲ)	20単位/月		144単位/日
生活機能向上連携加算	200単位/月		780単位/日
	100単位/月		1580単位/日
栄養マネジメント強化加算	11単位/日	身体拘束廃止未実施減算	10%/日
低栄養リスク改善加算	300単位/月	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位/月
再入所時栄養連携加算	400単位/回	自立支援促進加算	300単位/月
療養食加算	6単位/回	ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位/月
経口移行加算	28単位/日	ADL維持等加算(Ⅱ)	60単位/月
経口維持加算Ⅰ	400単位/月	排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月
経口維持加算Ⅱ	100単位/月	排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月
口腔衛生管理加算Ⅰ	90単位/月	排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月
口腔衛生管理加算Ⅱ	110単位/月	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位/月
認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位/日	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月
認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位/日	生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位/月
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150単位/月	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位/月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120単位/月	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10単位/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5単位/月
準ユニットケア加算	5単位/日	退所時情報提供加算(Ⅰ)	500単位/回
若年性認知症入所者受入加算	120単位/日	退所時情報提供加算(Ⅱ)	250単位/回
常勤専従医配置加算	25単位/日	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数×14.0%
配置医師緊急時対応加算	650単位/回	介護職員等特定処遇改善加算(※1)	Ⅰ:総単位数×2.7% Ⅱ:総単位数×2.3%
	1300単位/回		
協力医療連携加算	50単位/月	介護職員等ベースアップ等支援加算(※1)	総単位数×1.6%
退所時栄養情報連携加算	70単位/月	地域区分	10.14円/単位(※2)

※1 基本サービス費と各種加算の総単位数に所定の割合を乗じた単位数が加算となります。

令和6年6月より介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・介護職員等ベースアップ加算を1本化した名称として、『介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)』となります。

※2 地域区分により、1単位当たりの単価が10.14円となります。

※ 負担割合は、介護保険負担割合証に準ずる割合となります。

- ② 食費の負担として、1日1650円いただきます。
(但し、食費に関しては世帯の所得に応じた軽減措置があります)
- ③ 主費として、従来型個室 1日1171円 多床室 1日855円いただきます。
(但し、居住費に関しては世帯の所得に応じた軽減措置があります)
* 令和6年8月より居住費が1日60円値上がります。
- ④ 日用品費(トイレトーパー、石鹸、シャンプー等)と教養娯楽費
(新聞、雑誌、BGM、お誕生日会、各種レクリエーション等)につきましては、
当施設では施設側が負担いたしますので、利用者様のご負担金は必要ありません。
物品について指定される場合は、個人負担となります。
- ⑤ 電気代は以下の通り頂きます。
- | | | | | | |
|------|-------|-----|-------|-----|-------|
| テレビ | 50円/日 | ラジオ | 10円/日 | 冷蔵庫 | 50円/日 |
| 電気毛布 | 50円/日 | アンカ | 40円/日 | ポット | 50円/日 |
| 扇風機 | 30円/日 | | | | |
- (消費税込み)
- ⑥ 貴重品管理費として(保険証、介護保険証等の管理、入出金記録の配布等の手数料)
一ヶ月あたり 100円
- ⑦ 理美容代として、1回 1300円～1500円いただきます。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 生活相談員 氏名 ）
から上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所

氏 名

印

署名代行の理由

（身元引受人・連帯保証人）

住 所

氏 名

印

同意書

私、及び家族は（ヴィラ播磨）との介護保険法に基づく施設サービス利用契約書第15条に規定する個人情報保持に関し、（ヴィラ播磨）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（ヴィラ播磨）従業者が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 兵庫福祉会
介護老人福祉施設 ヴィラ播磨

理事長 武久 敬洋 殿

（利用者）住所： _____

氏名： _____ 印

（ご家族）住所： _____

氏名： _____ 印