

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老人福祉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39号4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 幸仁会
主たる事業所の所在地	兵庫県淡路市高山甲430番地3
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 洋三
電話番号	0799-86-0668

2. ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 ヴィラ泉
施設の所在地	神奈川県横浜市泉区上飯田町4495
介護保険事業者番号	1473601571
施設長の氏名	中野 照美
電話番号	045-301-2900
ファクシミリ番号	045-301-3435
入所定員	入所 110名

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	横浜市長の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
通所介護 (介護予防)	R. 5. 4. 1	1473601563	20床
短期入所生活介護 (介護予防)	R. 5. 4. 1.	1473601571	10床

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、サービスの必要なご利用者様に安定した生活をしていただけるように支援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

- ・要介護度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事が困難な方（以下のアから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たすような症状・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・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・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

	人員数
施設長	1名（常勤）
医師	1名以上（非常勤）
介護支援専門員	2名以上（常勤）
看護職員	3名以上（常勤換算）
介護職員	34名以上（常勤換算）
機能訓練指導員	1名以上（常勤）
栄養士又は管理栄養士	1名以上（常勤）
生活相談員	2名以上（常勤）
事務員	1名以上（常勤）

（令和4年4月1日 現在）

1 管理者【施設長】

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

- （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

- （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

- （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
 - (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
 - (イ) 機能訓練に関すること。
- 7 管理栄養士又は栄養士
 - (イ) 給食の献立及び給食記録の作成に関すること。
 - (ロ) 入所者の栄養管理に関すること
 - (ハ) 調理及び配膳に関すること。
 - (二) 給食に関する事務。
- 8 生活相談員
 - (イ) 生活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 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0	5 人以上
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0	5 人以上
遅 出	1 1 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0	5 人以上
夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 9 : 3 0	5 人以上

8. 利用料について

施設介護サービスに対する利用料は、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）

9. お支払方法

毎月10日に前月分の請求書を発行しますので、その月の25日までにお支払いください。支払方法は、銀行振り込み、口座引き落とし又は施設で直接お支払いいただくようお願いします。

10. 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

- ①区役所もしくは入所申込受付センターへ申し込み下さい。
- ②施設へ入所希望者のデータが特別養護老人ホーム入所申込受付センターより通知され、優先順位の高い方から面談の調整をさせていただきます。
- ③入所の希望のある方には看護師・介護支援専門員・生活相談員の内、1名もしくは2名が入所の面談に伺います。
- ④施設で入所判定会議を行い入所の可否の判断をさせていただき、入所が可能となれば入所日の調整をさせていただきます。
- ⑤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

入所者様及びご家族様は、1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、利用契約を解除・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、入所者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には利用契約を解除、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入所者様が死亡された場合。
- ⑫入所者様及びご家族様が、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入所者様が、当施設の従業者並びに他の入所者様、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。

11. 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9時から午後9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	各階事務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	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
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	他の入所者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。

12. 身体拘束

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

13. 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。

14. 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。

15. 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。

受付窓口（担当者）

氏名 青木 奈々子

職名 介護支援専門員

電話番号 045-301-2900

受付時間

毎週 月 曜日 ~ 金 曜日
9:00 ~ 17:30

苦情解決責任者

氏名 中野 照美

職名 施設長

第三者委員

氏名 中野 道子（090-4970-6364）

笠木 トミエ（088-612-7862）

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】

○神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:15）

所在地：横浜市西区楠町27-1 電話番号045-329-3447

○横浜市健康福祉局 高齢施設課

所在地：横浜市中区本町6-50-10 市庁舎16階 電話番号045-671-3923

16. 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
		評価期機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

17. 協力医療機関

施設の名称	医療法人 横浜旭中央総合病院
施設の所在地	〒241-0801 横浜市旭区若葉台4 - 20 - 1
診療科目	内科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、耳鼻科、眼科、婦人科、皮膚科
電話番号	0 4 5 - 9 2 1 - 6 1 6 1
F A X	0 4 5 - 9 2 2 - 4 9 3 1

施設の名称	医療法人社団 大和会 多摩川病院
施設の所在地	〒182-0022 東京都調布市国領町5-31-1
診療科目	内科・循環器内科・整形外科・リハビリテーション科
電話番号	0 4 2 - 4 8 3 - 4 1 1 4
F A X	0 4 2 - 4 8 7 - 6 8 5 0

施設の名称	医療法人 平成博愛会 世田谷記念病院
施設の所在地	〒158-0092 東京都世田谷区野毛2丁目30-10
診療科目	内科・整形外科・リハビリテーション科
電話番号	0 3 - 3 7 0 3 - 5 1 0 0
F A X	0 3 - 3 7 0 3 - 7 7 3 0

施設の名称	医療法人 横浜平成会 平成横浜病院
施設の所在地	〒244-0003 横浜市戸塚区戸塚町550番地
診療科目	内科・神経内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・外科・整形外科・眼科・歯科口腔外科
電話番号	0 4 5 - 8 6 0 - 1 7 7 7
F A X	0 4 5 - 8 6 0 - 1 7 4 5

施設の名称	一般財団法人 多摩緑成会 緑成会病院
施設の所在地	〒187-0035 東京都小平市小川西町2丁目35-1
診療科目	内科・循環器内科・小児科・整形外科・リハビリテーション科
電話番号	042-341-3011
FAX	042-345-1392

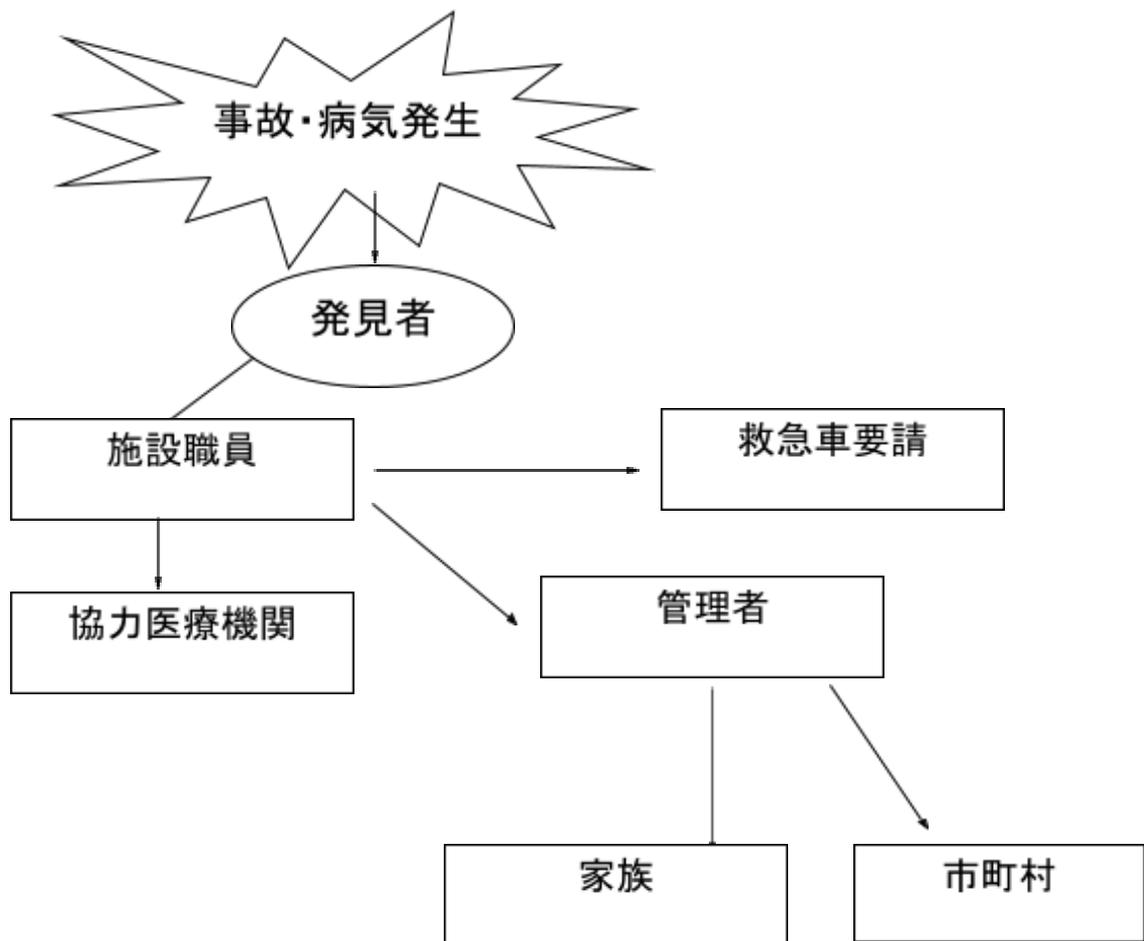
協力歯科医院

施設の名称	医療法人社団 若葉台歯科医院
施設の所在地	横浜市旭区若葉台4-12-106
電話番号	045-922-0200

18. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、入所様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。
- (3) 施設は、入所様に対する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います。

事故発生時の対応



19. 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）

20. 災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要員を決め、組織を編成し任務の遂行に当たります。1年に2回防災訓練を実施します。（内1回は夜間を想定）災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。

私は、本書面に基づいて、施設の職員（職名 _____ 氏名 _____）から上記サービス内容と重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けました。

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、利用者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

（利用者の家族等）

住 所
氏 名

印

同意書

私、及び家族は（ヴィラ泉）との介護保険法に基づく介護老人福祉施設サービス利用契約書第13条に規定する個人情報保持に関し、

（ヴィラ泉）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、（ヴィラ泉）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 幸仁会
介護老人福祉施設 ヴィラ泉

理事長 武久 洋三 殿

（利用者氏名）住所：_____

氏名：_____ 印

（ご家族氏名）住所：_____

氏名：_____ 印