

## 重要事項説明書 (介護予防・短期入所生活介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令37号140条の13、125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430-3
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

事業所の名称	介護老人福祉施設 ヴィラ泉
事業所の所在地	神奈川県横浜市泉区上飯田町4495
介護保険事業者番号	147 3601 571
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
利用定員	10名 (短期入所)

### 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	
介護老人福祉施設	R5.4.1	147 3601 571	110名
通所介護 (予防)	R5.4.1	147 3601 563	20名

### 4. 事業所の目的と運営の方針

事業所の目的	この事業所は、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事を目的とする。
運営の方針	当事業所にあたっては、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

介護保険にて要支援、要介護と認定された方

### 6. 送迎の実施区域 泉区 瀬谷区 戸塚区 旭区 大和市 藤沢市

## 7. 事業所でのサービス

- 1 短期入所生活介護計画の立案
- 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

## 8. 事業所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）
看護職員	1名以上（常勤換算）
介護職員	3名以上（常勤換算）
栄養士又は管理栄養士	1名以上（常勤）
生活相談員	1名以上（常勤）
機能訓練指導員	1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事業所の業務を統括し、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）利用者等の病状把握及び診療業務に関すること。
- （ロ）事業所療養全般に関すること。
- （ハ）利用者等の健康管理及び療養上の指導に関すること。
- （ハ）家族や地域全般との調整に関すること。

### 4 看護職員・介護職員

- （イ）医師の指導に従い利用者等に必要な医療措置を講ずること。
- （ロ）利用者等の保健衛生に関すること。
- （ハ）利用者の日常生活介護に関すること。

### 5 機能訓練指導員

- （イ）機能訓練に関すること。

### 6 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）利用者の栄養指導に関すること。
- （ハ）給食に関する事務。

### 7 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。

当事業所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	1 人 以 上
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0	1 人 以 上
遅 出	1 1 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0	1 人 以 上
夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 9 : 3 0	1 人 以 上

## 9. 利用料について

短期入所生活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）

## 10. 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、銀行振込み、口座引き落とし又は施設に直接お支払いいただきますようお願いいたします。

## 11. 利用の手続き

### (1) 利用開始の手続き

- ①当事業所の相談員・介護支援専門員により、利用相談を行います。
- ②必要書類（利用申込書、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当事業所の施設長、看護師、介護福祉士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員で利用判定を行います。
- ⑤後日、相談員・介護支援専門員より利用判定の結果等について連絡させていただきます。
- ⑥当事業所の利用にあたり、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) 利用中止の手続き

#### ※利用者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、1週間以上の予告期間をもって、当事業所に対し、利用中止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。

#### ※当事業所からの契約解除

当事業所は、利用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利用者様が要介護認定において自立と認定された場合
- ②利用者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切な介護保険サービスの提供が困難と判断された場合。
- ③利用者様の行動が、他の利用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。
- ④利用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。
- ⑤利用者様が、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。
- ⑥利用者様、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。
- ⑦利用者様、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。
- ⑧利用者様が、他の介護保険施設に入所された場合。

- ⑨利用者様が、病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑩利用者様が死亡された場合。
- ⑪利用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。
- ⑫利用者様が、当事業所の従業者並びに他の利用者様、又は、当事業所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。

## 12. 事業所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	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	他の利用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。

## 13. 身体拘束

当事業所は、原則として利用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、当事業所がその様態及び時間、その際の利用者様の心身の状況、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。

## 14. 守秘義務の徹底

当事業所の職員は、業務上知り得た利用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、当事業所は利用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。

## 15. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当事業所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、利用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利用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、利用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。

受付窓口（担当者）

氏名 安藤 愛 職名 生活相談員  
電話番号 045-301-2900

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）

受付時間 毎週 月曜日 ～ 金曜日 9時 ～ 17時半

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】

○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

・泉区高齢障害支援課

所在地：横浜市泉区和泉中央北5-1-1 電話番号045-800-2436

・瀬谷区高齢者支援担当

所在地：横浜市瀬谷区二ツ橋町190 電話番号045-367-5716

・戸塚区高齢障害支援課

所在地：横浜市戸塚区戸塚町16-17 電話番号045-866-8429

・旭区高齢障害支援課

所在地：横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12 電話番号045-954-6061

○大和市健康福祉部人生100年推進課

所在地：大和市鶴間1-31-7 電話番号046-260-5611

○藤沢市福祉部 介護保険課

所在地：藤沢市朝日町1番地の1 新館2階 電話番号0466-25-1111

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
		評価期機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

18. 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	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	0 4 2 - 3 4 1 - 3 0 1 1
F A X	0 4 2 - 3 4 5 - 1 3 9 2

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 科・眼科・歯科口腔外科
電話番号	045-860-1777
FAX	045-860-1745

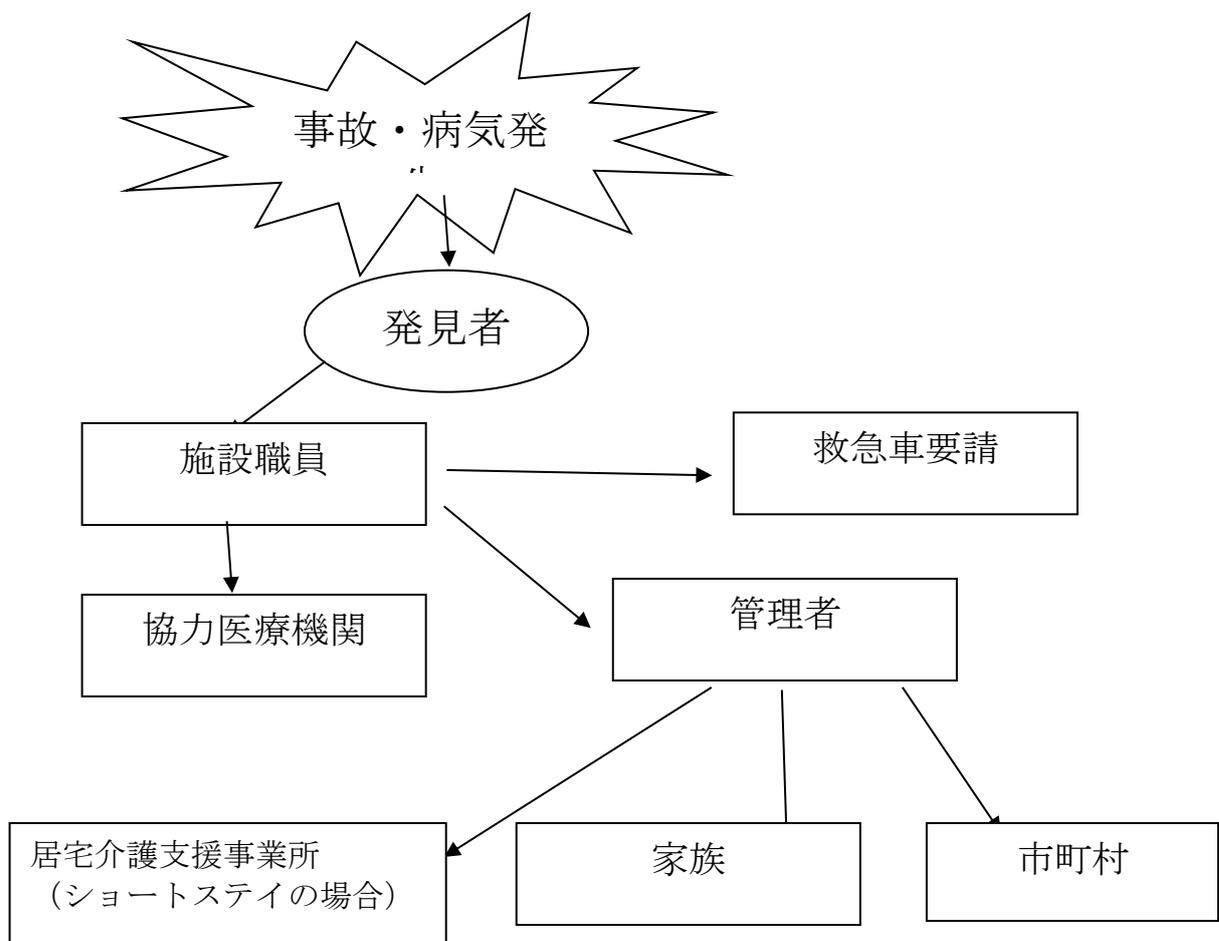
#### 協力歯科医院

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

#### 19. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、利用者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、利用者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



## 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）

## 21. 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。

## 22. 職員の研修

従業員の質的向上を図るための研修の機会を設け、また、業務体制を整備します。

- ①採用時研修 採用後1か月以内実施
- ②継続研修 年1回以上実施

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

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施設サービス利用

契約書第 12 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）住所：

氏名： \_\_\_\_\_ 印

（ご家族）住所：

氏名： \_\_\_\_\_ 印