

社会福祉法人 美生会
特別養護老人ホーム ヴィラージュ川崎

重 要 事 項 説 明 書

(介護老人福祉施設サービス)

<令和 7 年 10 月 1 日現在>

本施設は、介護保険の指定を受けています。
(神奈川県指定 第 1475401707 号)

本施設は、ご契約者に対して、指定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 運営法人
- 2 施設概要
- 3 居室・設備
- 4 職員配置
- 5 提供サービスと利用料金
- 6 契約の解除
- 7 所持品引受人
- 8 苦情・相談窓口
- 9 損害賠償
- 10 サービス提供における事業者の義務
- 11 非常災害時の対策
- 12 本施設ご利用時の留意事項
- 重要事項説明書付属文書
- 指定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、原則、要介護 3 以上と認定された方が対象となります。

1 運営法人

法人の名称	社会福祉法人美生会
法人の所在地	〒214-0021 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 12 日

2 施設概要

施設の種類	指定介護老人福祉施設
介護保険事業所番号	神奈川県 第 1475401707 号
指定年月日	平成 24 年 3 月 1 日指定
施設の名称	特別養護老人ホーム ヴィラージュ川崎
施設の所在地	〒214-0021 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
施設長（管理者）	守屋 貴志
本施設の運営方針	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 24 年 3 月 1 日
入居定員	52 名

3 居室・設備

本施設では、次の居室及び設備を設置しています。

居室・設備の種類	室 数	備 考
居室（多床室）	14 室	1 室=4 名、ショートステイ 4 床含む
食堂及び機能訓練室	3 室	各階に 1 室
浴室	5 室	機械浴室 2 室、個浴室 3 室（ユニット共用）
医務室・看護職員室	1 室	
静養室	1 室	
その他		スプリンクラー、冷暖房、空気清浄機、エレベーター2 基 等

4 職員配置

本施設では、指定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) 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(管理者)	1		1				
生活相談員	2		2			介護福祉士又は社会福祉主事	
介護職員	33	22		11		介護福祉士等	
看護職員	4	3		1		看護師	
機能訓練指導員	1		1			理学療法士等	
介護支援専門員	1		1			介護支援専門員実務研修修了者	
医師	1				1	医師	
管理栄養士	1		1			管理栄養士	
事務員	3		3				

(2) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長	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	8時30分から17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
管理栄養士	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) 介護職員の基本勤務体制

早出	7時15分から15時45分まで
日勤	8時30分から17時00分まで
遅出	11時15分から19時45分まで
夜勤	16時30分から9時30分まで

5 提供サービスと利用料金

本施設では、ご契約者に対して次のサービスを提供します。

毎月の施設利用料は、次の①施設サービス費、②食費・居住費、③日常生活費（往診・理美容代等）を合計した額になります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス（入居契約書第3条関係）

種類	内容
居室	<ul style="list-style-type: none">・入居される居室は、多床室（4人部屋）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、居室の変更等を行う場合があります。
食事	<ul style="list-style-type: none">・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、離床して召し上がるよう配慮します。 <p>【食事時間】 朝食 7時30分／昼食 12時／夕食 18時</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none">・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	<ul style="list-style-type: none">・入浴又は清拭を週2回行います。・寝たきりの方でも、特殊浴槽を使用して入浴することができます。
整容	<ul style="list-style-type: none">・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、週に1回取り替えます。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none">・ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るため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	<ul style="list-style-type: none">・嘱託医により、回診日を設けて健康管理に努めます。・緊急必要な場合は、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。 <p>【嘱託医】たま日吉台病院／医師 泉崎 謙介 【診療科】内科：(昭和大藤が丘 呼吸器内科) 【回診日】毎週 金曜日／午前</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none">・本施設は、ご契約者及びそのご家族からの相談には誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宣	<ul style="list-style-type: none">・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。・クラブ活動等において、材料費等を実費でいただく場合があります。
その他の支援	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

【①施設サービス費】

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。
サービスの利用料金は、以下の計算式で算定します。

[(基本単位+体制・実施加算)×日数×単位単価(10.72円)×1~3割=自己負担額]

基本単位

[1日当たり]

要介護区分	1	2	3	4	5
介護福祉施設 サービス費Ⅱ	589 単位	659 単位	732 単位	802 単位	871 単位

体制・実施加算

[1日当たり]

加 算	介護給付費単位	加算条件等
日常生活支援加算Ⅰ	36 単位	次のいずれかに該当し、定められた施設基準を満たす場合 ・入居者の 70%以上が要介護 4 又は 5 ・入居者の 65%以上が日常生活に支障を来す症状又は行動が認められる認知症 ・入居者の 15%以上が社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第 1 条に掲げる行為を必要とする
夜勤職員配置加算Ⅰ口	13 単位	夜勤職員数が最低基準+1 名以上多く配置している
夜勤職員配置加算Ⅱ口	18 単位	夜勤職員数が最低基準+1 名以上多く配置しており、さらに夜間帯を通じて看護職員又は喀痰吸引の実施ができる介護職員を配置している
個別機能訓練加算Ⅰ	12 単位	理学療法士等を 1 名以上配置し、入居者ごとに作成した個別機能訓練計画書に基づき機能訓練を実施している
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	個別機能訓練加算Ⅰを算定している入居者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他の機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用
個別機能訓練加算Ⅲ	20 単位/月	個別機能訓練加Ⅱ、口腔衛生管理加算及び栄養マネジメント加算を算定している入居者について、理学療法士等が個別機能訓練、口腔健康状態、栄養状態を共有している
看護体制加算Ⅰ口	4 単位	常勤の看護師を配置している
看護体制加算Ⅱ口	8 単位	基準を上回る看護職員を配置しており、病院と 24 時間の連絡体制を確保している
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	介護福祉士 80%以上 勤続 10 年以上の介護福祉士 35%以上
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	介護福祉士 60%以上
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	介護福祉士 50%以上 常勤職員 75%以上 勤続 7 年以上が 30%以上
若年性認知症入所者受入加算	120 単位	若年性認知症利用者ごとに個別担当者を定め、サービスを提供した場合

加 算	介護給付費単位	加算条件等
常勤医師配置加算	25 単位	専従の常勤医師を 1 名以上配置している
精神科医療養指導加算	5 単位	精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月 2 回以上行われている
障害者生活支援体制加算 I	26 単位	視覚障害者等の数が 15 以上又は入居障害者数が入居者総数の 30%以上の施設において、常勤の障害者生活支援員を 1 以上配置
障害者生活支援体制加算 II	41 単位	入居障害者数が入居者の 50%以降かつ障害者支援専門員としての勤務する常勤職員を 2 名以上配置している
外泊時費用	246 単位	利用者が入院及び外泊した場合（月 6 日を限度）
初期加算	30 単位	利用者が新規に入居及び 30 日以上の入院後に再入居した場合に 30 日間に限り算定
経口移行加算	28 単位	医師の指示に基づき、経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し、当該計画に従い栄養管理及び支援を行った場合
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
経口維持加算 I	400 単位/月	摂食機能障害があり誤嚥が認められる入居者に対し、経口摂取を維持するための経口維持計画を作成し、当該計画に従い医師又は歯科医師の指示を受けた（管理）栄養士が栄養管理を実施した場合
経口維持加算 II	100 単位/月	経口維持加算 I を算定している場合で、経口摂取を支援する会議等に歯科医師等が加わった場合
口腔衛生管理加算 I	90 単位/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が月 2 回以上口腔ケアを行った場合
口腔衛生管理加算 II	120 単位/月	口腔衛生管理加算 I の要件に加え、口腔衛生等に関する情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する
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（死亡日から 45 日前から 31 日前まで）
	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 日前から 4 日前まで）
	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（死亡日の当日）
看取り介護加算 II	72 単位	看取り介護体制に加え、配置医師と協力医療機関の医師が連携し 24 時間体制を確保している場合 算定日数は看取り介護加算 I と同じ
	144 単位	
	780 単位	
	1, 580 単位	
療養食加算	6 単位/食	医師の指示に基づき療養食を提供した場合

加 算	介護給付費単位	加算条件等
退所前訪問相談援助加算	460 単位/回	退所前に退所後生活する居宅又は他の社会福祉施設等を訪問し、その後のサービスについて相談援助又は情報提供等を行った場合
退所後訪問相談援助加算	460 単位/回	退所後 30 日以内に居宅又は他の社会福祉施設にて入居者及び家族に対して相談援助等を行った場合
退所時相談援助加算	400 単位/回	退所後に居宅サービス等を利用する場合において、そのサービスについて相談援助を行い、かつ、退所から 2 週間以内に文書で介護状況等の情報を他の社会福祉施設等に提供了した場合
退所前連携加算	500 単位/回	退所後に本人が希望する居宅介護支援事業所に対して、文書で介護状況等の情報を提供了した場合
在宅復帰支援機能加算	10 単位	退所するに当たり本人及び家族に対し相談援助を行い、退所後の居宅サービス等に介護状況等の情報を文書で提供了した場合
在宅・入所相互利用加算	40 単位	あらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて施設を利用している場合で、居宅及び施設の介護支援専門員間で情報を交換し施設サービスを提供了した場合
認知症専門ケア加算 I	3 単位	入所者の 50%以上が日常生活に支障を來す症状又は行動が認められる認知症、かつ、規定に定められた認知症ケアに係る研修を受けた職員及び認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置し専門的な認知症ケアを実践している
認知症専門ケア加算 II	4 単位	認知症専門ケア加算 I の基準に適合し、かつ、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している職員及び認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置し認知症ケアの指導等を実施している
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位	医師が認知症の行動・心理症状のため在宅生活が困難であり、緊急に入所することが適當であると判断した者に対し施設サービスを実施した場合（上限 7 日）
配置医師緊急時対応加算	325 単位/回 (通常勤務時間外) 650 単位/回 (早朝・夜間の場合) 1,300 単位/回 (深夜の場合)	配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入居者の診療を行った場合
生活機能向上連携加算 I	100 単位/ 3 月に 1 回	医療提供施設の理学療法士等からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、個別機能訓練計画を作成等する
生活機能向上連携加算 II	200 単位/月 (個別機能訓練を算定している場合 /100 単位)	医療提供施設の理学療法士等が施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、該当計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること
排せつ支援加算 I	10 単位/月	排せつ介助を要する入居者に対し、医師又は医師と連携した看護師が入所時等に評価し、6 月に 1 回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって該当情報等を活用しいていること等

加 算	介護給付費単位	加算条件等
排せつ支援加算Ⅱ	15 単位/月	排せつ支援加算Ⅰの算定要件を満たし、且つ入所時等と比較して排尿・排便の状態が少なくとも一方が改善するとともに、いずれにもあつかがない。または、オムツ使用ありからなしに改善していること
排せつ支援加算Ⅲ	20 単位/月	排せつ支援加算Ⅰの算定要件を満たし、且つ入所時等と比較して排尿・排便の状態が少なくとも一方が改善するとともに、いずれにもあつかがない。かつ、オムツ使用ありからなしに改善していること
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月	褥瘡発生を予防するため、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、入居者ごとに褥瘡を管理する場合
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13 単位/月	褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件に加え、褥瘡のリスクがあるとされた入居者等について、褥瘡の発生がないこと
外泊時在宅サービス利用費用	560 単位	居宅における外泊を認め、施設より提供される在宅サービスを利用した場合（1月に6日を限度）
再入所時栄養連携加算	200 単位/回	医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など栄養管理が施設入居時と大きく異なる状態で再入居する場合に、医療機関と施設の管理栄養士が連携して栄養管理を調整した場合
ADL 維持等加算Ⅰ	30 単位/月	利用者等の総数が10人以上であり、BarthelIndexにてADL値を測定し、厚生労働省に提出していること また、評価対象利用者の調整済ADL利得を平均して得た数値が1以上であること
ADL 維持等加算Ⅱ	60 単位/月	ADL 維持等加算Ⅰの要件を満たし、かつ評価対象利用者の調整済ADL利得を平均して得た数値が2以上であること
自立支援促進加算	280 単位/月	医師が入所者ごとに必要な自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行い、少なくとも6か月に1回評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること等
安全対策体制加算	20 単位/回	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40 単位/月	入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/月	科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾患の状況や服薬情報等の情報を提出していること。
配置医師医療機関連携加算	R7.3.31まで 100 単位/月 R7.4.1以降 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

加 算	介護給付単位	加算条件等
介護職員処遇改善加算 (I)～(IV)	所定単位数に乘じる単位数 (I) 14.9% (II) 14.6% (III) 13.4% (IV) 10.6%	
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

注 1 : 川崎市は、地域区分「2級地（1単位=10.72円）」が適用されます

注 2 : 介護保険法の改正等により、介護給付単位数が変更になる場合があります

注 3 : 施設サービスの利用状況及び施設の体制状況により、加算の算定内容は異なります

注 4 : 表の単位数は、毎月加算されるものと実施状況に応じて加算されるものがあります

注 5 : 加算により、算定の上限が定められているものがあります

(2) 介護保険の給付対象外となるサービス（入居契約書第4条関係）

【②食費・居住費】

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購入及び調理に係る費用です。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いては、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。	1,850 円/日
居室・居住	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等）） この施設及び設備を利用し滞在される場合に、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用の方には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。 ※外泊、入院等で居室を空けておく場合には、第1段階から第3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。	1,250 円/日

【③日常生活費】

事務費	詳細は、次のとおりです。 ① 保管管理者：事務の責任者 ② 預り金管理：手続の概要は次のとおりです。 • 預金の預け入れ及び引出しが必要な場合、備付けの届出書を事務の責任者へ提出していただきます。 • 事務の責任者は、上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引出しを行います。 • 事務の責任者は出入金の都度、出入金記録を作成し、翌月に報告書、領収書を郵送します。	3,000 円 /月額
診療費 処方	往診又は通院により係った治療費及びそれに伴い発生した処方箋料等の医療費	実 費
医療材料費	個人の特別な疾患等によりかかる医療保険の対象となる医療材料費	
理美容	理美容の出張サービスをご利用いただけます（カットのみ）	
レクリエーション費	レクリエーションやクラブ活動に参加した場合に発生する材料費等	
特別な食事	通常提供される食事以外の物を提供又は希望される場合	
生活用品	個人で使用する日常生活用品等	
電気代	居室内に持ち込んだ電化製品の電気代	40／日
送迎費用	ご家族が希望する受診、外出時の送迎代（往復、5キロ以内）	500 円／回
複写物の交付	ケア記録等のコピーを希望される場合、1枚 10 円（片面白黒）をご負担いただきます	10 円／枚

(3) 本施設の食費及び居住費の負担限度額

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は、食費及び居住費の負担額が軽減される場合があります。

① 食事の提供に要する費用 (食材料費及び調理費)

[1日当たり]

負担段階	介護保険負担限度額認定証に記載されている額				標準額
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	
食費	300円	390円	650円	1,360円	2,000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、実費負担となるため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)

[1日当たり]

負担段階	介護保険負担限度額認定証に記載されている額				標準額
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	
居住費	0円	430円	430円	430円	1,250円

※外泊、入院等で居室を空けておく場合、居住費は1日目からの徴収となります。

(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の、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1	6,142円
要介護2	6,871円
要介護3	7,632円
要介護4	8,361円
要介護5	9,079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又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

① 協力医療機関（提携病院）

医療機関名	医療法人社団 晃進会 たま日吉台病院
病院長	鈴木 敏夫
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、外科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科
入院設備	有り

医療機関名	医療法人社団 晃進会 川崎みどりの病院
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	内科、リハビリテーション科
入院設備	有り

医療機関名	医療法人社団 三医会 鶴川記念病院
病院長	船津 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

医療機関名	医療法人社団 三医会 鶴川リハビリテーション病院
病院長	新井 基央
所在地	東京都町田市三輪町 1129 番地
電話番号	044-988-2322
診療科目	内科、リハビリテーション科
入院設備	有り

医療機関名	医療法人社団 京浜会 京浜病院
病院長	熊谷 賴佳
所在地	東京都大田区大森南 1-14-13
電話番号	03-3741-6721
診療科目	内科、外科、精神科
入院設備	有り

医療機関名	医療法人社団 博慈会 青葉さわい病院
病院長	澤井 崇博
所在地	神奈川県横浜市青葉区元石川町 4300 番
電話番号	045-901-0025
診療科目	整形外科・内科
入院設備	有り

② 協力歯科医院

医療機関名	川崎市歯科医師会 等
所在地	川崎市川崎区砂子 2-10-10
診療科目	歯科
入院設備	無し

6 契約の解除（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、本施設との契約は終了し、ご契約者に退去していただくことになります。

- ① 要介護認定により、ご契約者的心身の状況が自立又は要支援 1、2 と判定された場合
- ② 要介護認定により、要介護 1 又は要介護 2 と判定された場合
ただし、次の要件に該当した場合はこの限りではありません。
 - ・平成 27 年 3 月 31 日以前に要介護 1 又は要介護 2 の状態で入居している場合
 - ・平成 27 年 3 月 31 日以前に要介護 3 から要介護 5 の状態で入居していた者が、平成 27 年 4 月 1 日以降に要介護 1 又は要介護 2 に改善した場合
 - ・平成 27 年 4 月 1 日以降に入居したものが、その後、要介護 1 又は要介護 2 の認定を受け、かつ、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる場合
- ③ 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
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 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
- ⑥ ご契約者から退去の申し出があった場合（詳細は、次の「(1)」をご参照ください。）
- ⑦ 事業者から退去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) ご契約者からの退去の申し出の場合（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去を申し出ることができます。その場合には、退去を希望する日の 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、施設を退去することができます。

- ① 介護保険外のサービス料金の変更に同意できない場合
- ② 特別養護老人ホーム ヴィラージュ川崎運営規程（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去していただく場合（契約解除）（入居契約書第18条関係）

次の事項に該当する場合は、本施設から退去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ヶ月の催告にもかか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3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) ご契約者が病院等に入院された場合の対応について（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。

- ① 3ヶ月以内の入院の場合
入院から3ヶ月以内に退院された場合には、再び施設に入居することができます。
- ② 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合
3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、原則、本契約を解除します。
退院後、在宅生活が困難、かつ、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。
- ③ 入院期間中の利用料金
入院期間中、介護保険から給付される費用の一部及び居住費をご負担いただきます。
- ④ 入院期間中の空床利用
入居者の入院期間中、ご家族等の同意を得た上で、ショートステイご利用者にベッドを利用させていただく場合があります（空床利用）。空床利用期間中は、居住費はご負担いただけません。

(4) 円滑な退去のための援助（入居契約書第19条関係）

ご契約者が本施設を退去する場合には、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、円滑な退去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

※ ご契約者が退去後、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。

7 所持品引受人（入居契約書第22条関係）

契約の締結にあたって、身元引受人をお願いすることはありません。ただし、入居契約が終了した後、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、「所持品引受人」を定めていただきます。

本施設は、ご契約者の所持品を「所持品引受人」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、ご契約者又は所持品引受人にご負担いただきます。

8 苦情・相談窓口（入居契約書第24条関係）

(1) 本施設における苦情の受付

本施設における苦情の受け付けやご相談は、専用の窓口で受け付けます。

また、苦情受付ボックスを1階正面玄関受付前に設置しています。

* 苦情受付相談窓口

苦情受付担当者：生活相談員

介護支援専門員

苦情解決責任者：施設長

受付時間：9時から17時（月曜日から金曜日）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

* 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課事業者指導係

所在地：川崎市川崎区宮本町1番地

電話番号：044-200-3802

受付時間：9時から16時（月曜日から金曜日まで）

* 神奈川県国民健康保険団体連合会

所在地：横浜市西区楠町27番地1

電話番号：045-329-3400

受付時間：9時から16時（月曜日から金曜日まで）

9 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。

10 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、ご家族に説明し同意を得たのち、適正な手続き（記録等）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。

（虐待防止に関する事項）

事業所は、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ります。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
 - (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します。
 - (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きます。
- 2 事業所は、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。

（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引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) 事業所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に、次に掲げる措置を講じます。
 - ①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。
 - ②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ます。
 - ③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。
 - ④①から③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。

(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。

(ハラスメント対策の強化)

事業者におけるハラスメントの内容、職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発します。相談（苦情を含む）に応じ、適切に対応するため必要な体制の整備、相談対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知します。

(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ドライン」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。

11 非常災害時の対策（入居契約書第8条関係）

防火管理者	守屋 貴志																						
非常時の対応	別途定める「ヴィラージュ川崎消防計画」に則り対応します。																						
非常時の訓練等 防 災 設 備	別途定める「ヴィラージュ川崎消防計画に基づいて、定期的に夜間及び 昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。 <table border="1"><thead><tr><th>設備名称</th><th>箇所等</th><th>設備名称</th><th>箇所等</th></tr></thead><tbody><tr><td>スプリンクラー</td><td>有</td><td>屋内消火栓</td><td>9 箇所</td></tr><tr><td>非難階段</td><td>2 箇所</td><td>非常通報装置</td><td>有</td></tr><tr><td>自動火災報知器</td><td>有</td><td>ガス漏れ報知器</td><td>有</td></tr><tr><td>誘導灯</td><td>31 箇所</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> カーテン等は、防炎性のあるものを使用しております。			設備名称	箇所等	設備名称	箇所等	スプリンクラー	有	屋内消火栓	9 箇所	非難階段	2 箇所	非常通報装置	有	自動火災報知器	有	ガス漏れ報知器	有	誘導灯	31 箇所		
設備名称	箇所等	設備名称	箇所等																				
スプリンクラー	有	屋内消火栓	9 箇所																				
非難階段	2 箇所	非常通報装置	有																				
自動火災報知器	有	ガス漏れ報知器	有																				
誘導灯	31 箇所																						

12 本施設ご利用時の留意事項（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	・面会時間は、10時から19時です
外泊・外出	・事前の届出が必要です。事前にお手続きをお願いします
食事	・お食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください
飲食及び食品の管理方法	・面会時の差し入れや、外出又は外泊時に外食されることは可能ですが、食事摂取量や疾患等に影響を及ぼす可能性がありますので、施設で提供するお食事以外の物を召し上がった場合は、必ず職員にご連絡をお願いいたします ・食中毒や異食行為等の原因となる可能性があるため、居室での食べ物の自己管理はできません。施設でお預かりし、適宜提供させていただきます。居室に冷蔵庫を設置することはできません
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。原則、ご家族対応となります ・協力病院であっても、状態や状況等により、ご家族様へ受診の付き添いをお願いする場合があります
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室、設備及び器具は本来の用途に従ってご利用ください。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	・施設敷地内は禁煙です ・飲酒を希望される方は、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	・施設内での、宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	・面会時を含め、施設内へのペットの持ち込み及び飼育はできません
その他	・ご家族の住所や電話番号に変更があった場合は、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が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、その場合には、ご本人のプライバシー等の保護について、充分な配慮をいたします

《重要事項説明書付属文書》

1 施設構造

敷 地		2482. 63 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 地上4階建
	延べ面積	3, 635. 15 m ²
定 員		52名
居 室		4人部屋14室（うちショートステイ4床含む）

2 施設職員の職務

職 種	主な職務内容
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
看護師	主にご契約者の健康管理や療養上の世話をいますが、日常生活上の介護、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

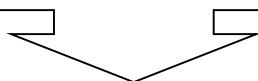
3 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約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、入所後作成します。その内容は、「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

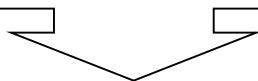
「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更の流れは、次のとおりです。

（入居契約書第2条関係）

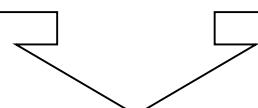
- ① 当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービス計画の原案の作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



- ② その担当者は、施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族に説明し、同意を得た上で決定します。



- ③ 施設サービス計画は、6か月若しくは12か月に1回又はご契約者及びその家族等の要請に応じて変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合にはご契約者及びその家族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、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

《指定介護老人福祉施設サービス 重要事項 同意書》

指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

【説明者】

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ヴィラージュ川崎

職種 _____

氏名 _____

印 _____

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

【契約者】

氏名 _____

印 _____

【契約者代理人】

住所 _____

氏名 _____

印 _____

