

ヴィラージュ川崎（介護予防）短期入所生活介護 重要事項説明書

<令和 7 年 10 月 1 日現在>

1 本施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 044-930-5552 （午前9時～午後5時）

2 ヴィラージュ川崎（介護予防）短期入所生活介護の概要

本事業所が提供する短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護の内容に関する重要事項は、次のとおりです。

(1) 運営法人

| | |
|--------|----------------------------|
| 法人名称 | 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 1-18-1 |
| 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) ご利用施設

| | |
|---------|--|
| 事業所の種類 | （介護予防）短期入所生活介護 |
| 事業所番号 | 1475402580 |
| 指定年月日 | 平成28年11月1日 |
| 事業所の目的 | （介護予防）短期入所生活介護は、介護保険法令に従って、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用の施設等をご利用いただき、（介護予防）短期入所生活介護のサービスを提供します。 |
| 事業所名 | ヴィラージュ川崎（介護予防）短期入所生活介護 |
| 所在地 | 〒214-0021 川崎市多摩区宿河原 1-18-1 |
| 電話番号 | 044-930-5552 |
| FAX番号 | 044-930-5558 |
| 管理者 | 施設長 守屋貴志 |
| 法人開設年月日 | 平成24年3月1日 |

(3) 施設の概要

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| 定 員 | 従来型 4 名・多床型空床型 2 名・ユニット型空床型 1 名 |
| 居 室 タ イ プ | 4 人部屋(混合部屋) |
| 浴 室 | 一般浴槽及び特殊浴槽 |
| 食 堂 ・ 機 能 訓 練 室 | 25.10 m ² |
| 廊 下 幅 | 2.7 m ² 以上 |
| 医 務 室 | 11.24 m ² (特養共用) |
| 静 養 室 ・ 看 護 室 | 12.96 m ² (特養共用) |
| そ の 他 | スプリンクラー、冷暖房、空気洗浄機、テレビ、洗面台等 |

(4) 職員の配置状況

| 職 種 | 常 勤 | | 非 常 勤 | | 計 | 備 考 |
|-----------|-----|----|-------|----|----|-------|
| | 専任 | 兼任 | 専任 | 兼任 | | |
| 管 理 者 | | 1 | | | 1 | |
| 事 務 職 員 | | 3 | | | 3 | |
| 生 活 相 談 員 | | 1 | | | 1 | |
| 看 護 職 員 | | 3 | | | 3 | |
| 介 護 職 員 | | 19 | 3 | | 22 | |
| 機能訓練指導員 | | 1 | | | 1 | 看護師兼務 |
| 管 理 栄 養 士 | | 1 | | | 1 | |
| 医 師 | | | | 1 | 1 | |

※配置職員は併設特養の基準で表示しています。

3 健康診断書の提出（任意）

ご利用される方の健康状態を把握し、適切な援助を行うため、サービス利用申込時に健康診断書の提出をお願いしております。

4 サービス内容

| | |
|-------------------|---|
| (1) サービス 計画書作成 | 利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス計画を作成します。 |
| (2) 食事 | 朝食 7 時 30 分から 昼食 12 時から 夕食 18 時から |
| (3) 入浴 | 原則として、週に 2 回入浴していただけます。 ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。 |
| (4) 介護 | サービス計画に沿って、必要に応じて次の介護を行います。食事介助、入浴介助、排泄介助、おむつ交換、着替え介助、口腔ケア、移動介助、移乗介助、体位交換、シーツ交換、認知症状へのケア等 |
| (5) 機能訓練 | 機能訓練指導員が、ご利用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します。 |
| (6) レクリエーション | 季節ごとの行事や書道、手工芸、音楽などのクラブ活動にご参加いただけます。 |
| (7) 健康管理 | サービス利用中の健康管理のための援助を、担当職員により行います。 |
| (8) 生活相談 | 施設での生活上の様々なご相談をはじめとして、地域の社会資源や利用できるサービスのご紹介等をご相談に応じて行います。 |
| (9) 理美容 | 月 1 回サービスを実施しております。料金は、直接業者にお支払いください。 |

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用申込み

担当の介護支援専門員又は当事業所へお申込みください。初回ご利用時は、申込受付後にご契約させていただきます。

利用予約は、当月の 3 か月前から可能です(例：7 月ご利用分のご予約は 4 月 1 日から受付可能です。)

(2) サービス利用契約の終了

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護をご利用中でなければ、文書でのお申し出により、いつでも解約ができます。

(3) サービス利用契約の自動終了

次の場合には、双方の通知がなくても、自動的に契約は終了とみなします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ ご利用者がお亡くなりになった場合

ウ 介護保険給付でサービスを受けているご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

(4) その他

サービス利用料金の支払を 90 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合又はやむを得ない事情により施設を閉鎖若しくは縮小する場合は、90 日前までに文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただくことがあります。

また、ご利用者やご家族などが本施設及び職員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合には、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。この場合、契約終了後の予約は無効となります。

6 本事業のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

本事業は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行います。また、ご利用者の心身の機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担軽減を図ることを目指します。

本事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | ・面会時間は、10時から19時までです。 |
| 外出 | ・事前に施設までご連絡をお願いします。 |
| 居室・設備・器具の利用 | ・施設内の居室、設備及び器具は、本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利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。 |
| ペット | ・施設内にペットの持込みはできません。 |
| 所持品の持ち込み | ・入居期間に合わせて、最小限の所持品をお持ちください。 |
| 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。 |
| 食事 | ・食事が不要な場合には、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合には、「食事に係る自己負担」はありません。 |
| 迷惑行為等 | ・騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| その他 | ・面会又は外出時等に施設内に食べ物を持ち込まれる場合、体調悪化や食中毒発生の要因となる場合があります。必ず職員へお知らせいただくようお願いいたします。(場合により、お預かりすることがあります。予めご了承ください。) ・ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。この場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をいたします。 |

7 緊急時の対応方法

ご利用者の容態に変化等があった場合、協力病院又は掛かりつけの医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族へ速やかに連絡いたします。

8 非常災害対策

本事業では、消火設備、非常放送設備等、災害や非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して、具体的な防災計画・避難計画等を立て、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的の実施いたします。

9 サービス内容に関する相談及び苦情

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | |
|---------|--------------|-----------------------|
| 苦情受付担当者 | 電話番号 | 044-930-5552 |
| | FAX番号 | 044-930-5558 |
| | 氏名 | 山田 直美（生活相談員） |
| | 対応日・ 対応時間 | 平日（月曜日～金曜日） 9時～17時 |

(2) 次の公的機関においても、苦情申し立てができます。

| | | |
|--|--------------|---------------------------|
| 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 | 〒214-8570 川崎市川崎区宮本町1番地 |
| | 電話番号 | 044-200-0445 |
| | 対応日・ 対応時間 | 平日（月曜日～金曜日） 9時～16時 |
| 神奈川県国民健康 保険団体連合会 （国保連） 介護保険部介護 苦情相談課 | 所在地 | 〒220-0003 神奈川県横浜市西区楠町27-1 |
| | 電話番号 | 045-329-3447 |
| | 対応日・ 対応時間 | 平日（月曜日～金曜日） 9時～16時 |

10 法人及び事業所の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 美生会
代表者役職・氏名 理事長 中島 秀彦
法人所在地 川崎市多摩区宿河原1丁目18番1号
連絡先 電話 044-933-5552
FAX 044-930-5558

- | | |
|---------------------------|---------|
| ・特別養護老人ホームヴィラージュ川崎 | 定員 52 名 |
| ・特別養護老人ホームヴィラージュ川崎（ユニット型） | 定員 34 名 |
| ・ヴィラージュ川崎（介護予防）短期入所生活介護 | 定員 4 名 |
| ・ヴィラージュ川崎デイサービスセンター | 定員 30 名 |

11 利用料金等

(1)介護給付によるサービス(1日当たり)

＜サービス利用料金＞

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（介護保険負担割合1割又は2割又は3割）をお支払いいただきます。

サービスの利用代金は、以下の計算式で算定します。

（要介護度別の単位数＋体制加算）×日数×単位単価 10.88 円×自己負担割合＋滞在に係る自己負担額＋食事に係る自己負担額＝サービス利用料金

短期入所生活介護（多床型）

| | 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 併設型短期入所生活介護費（Ⅱ） | 603 単位 | 672 単位 | 745 単位 | 815 単位 | 884 単位 |
| 2 夜間職員配置加算（Ⅰ） | 13 単位 | | | | |
| 3 サービス提供強化体制加算（Ⅰ） | 22 単位 | | | | |
| 4 生活機能向上連携加算Ⅰ | 100 単位 | | | | |
| 5 認知症行動・心理症状緊急対応加算（実績による） | 200 単位 | | | | |
| 6 若年性認知症利用者受入加算（実績による） | 120 単位 | | | | |
| 7 送迎加算（実績による） | 片道 184 単位 | | | | |
| 8 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 8.3% を乗じた単位数 | | | | |
| 9 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 2.7% を乗じた単位数 | | | | |
| 10 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 1.6% を乗じた単位数 | | | | |
| 11 介護職員処遇改善加算 ※令和 6 年 6 月～ | 所定単位数に 乗じる 単位数 (Ⅰ) 14.9% (Ⅱ) 14.6% (Ⅲ) 13.4% (Ⅳ) 10.6% | | | | |
| 12 療養食加算(実績による) | 23 単位 | | | | |
| 13 在宅中重度者受入加算(実績による) | 421 単位 | | | | |
| 14 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ) 100 単位／月 (Ⅱ) 10 単位／月 | | | | |

短期入所生活介護(多床型空床型)

| | 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 併設型短期入所生活介護費（Ⅱ） | 603 単位 | 672 単位 | 745 単位 | 815 単位 | 884 単位 |
| 2 夜間職員配置加算（Ⅰ） | 13 単位 | | | | |
| 3 生活機能向上連携加算Ⅰ | 100 単位 | | | | |
| 4 認知症行動・心理症状 緊急対応加算（実績による） | 200 単位 | | | | |
| 5 若年性認知症利用者受入加算（実績による） | 120 単位 | | | | |
| 6 送迎加算（実績による） | 片道 184 単位 | | | | |
| 7 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 8.3% を乗じた単位数 | | | | |
| 8 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 2.7% を乗じた単位数 | | | | |
| 9 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 1.6% を乗じた単位数 | | | | |
| 10 介護職員処遇改善加算 ※令和 6 年 6 月～ | 所定単位数に 乗じる 単位数 （Ⅰ）14.9% （Ⅱ）14.6% （Ⅲ）13.4% （Ⅳ）10.6% | | | | |
| 11 療養食加算（実績による） | 23 単位 | | | | |
| 12 在宅中重度者受入加算（実績による） | 421 単位 | | | | |
| 13 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ）100 単位／月 （Ⅱ）10 単位／月 | | | | |

短期入所生活介護（ユニット型空床型）

| | 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 併設型ユニット型短期入所生活介護費（Ⅰ） | 704 単位 | 772 単位 | 847 単位 | 918 単位 | 987 単位 |
| 2 夜間職員配置加算（Ⅱ） | 18 単位 | | | | |
| 3 サービス提供強化体制加算（Ⅲ） | 6 単位 | | | | |
| 4 生活機能向上連携加算Ⅰ | 100 単位 | | | | |
| 5 認知症行動・心理症状緊急対応加算（実績による） | 200 単位 | | | | |
| 6 若年性認知症利用者受入加算（実績による） | 120 単位 | | | | |
| 7 送迎加算（実績による） | 片道 184 単位 | | | | |
| 8 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 8.3％を乗じた単位数 | | | | |
| 9 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 2.7％を乗じた単位数 | | | | |
| 10 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 1.6％を乗じた単位数 | | | | |
| 11 介護職員処遇改善加算 ※令和 6 年 6 月～ | 所定単位数に乘じる単位数 （Ⅰ）14.9％（Ⅱ）14.6％（Ⅲ）13.4％（Ⅳ）10.6％ | | | | |
| 12 療養食加算（実績による） | 23 単位 | | | | |
| 13 在宅中重度者受入加算（実績による） | 421 単位 | | | | |
| 13 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ）100 単位／月 （Ⅱ）10 単位／月 | | | | |

介護予防短期入所生活介護（多床型・多床型空床型）

| | 要支援 1 | 要支援 2 |
|--------------------------------------|--|--------|
| 1 併設型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ） | 446 単位 | 555 単位 |
| 2 サービス提供強化体制加算（Ⅰ） | 22 単位 | |
| 3 送迎加算（実績による） | 片道 184 単位 | |
| 4 生活機能向上連携加算 | 100 単位 | |
| 5 療養食加算（実績による） | 23 単位 | |
| 6 若年性認知症利用者受入加算（実績による） | 120 単位 | |
| 7 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 8.3% を乗じた単位数 | |
| 8 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 2.7% を乗じた単位数 | |
| 9 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 1.6% を乗じた単位数 | |
| 10 介護職員処遇改善加算 ※令和 6 年 6 月～ | 所定単位数に乘じる単位数 （Ⅰ）14.9%（Ⅱ）14.6%（Ⅲ）13.4%（Ⅳ）10.6% | |
| 11 療養食加算（実績による） | 23 単位 | |
| 12 在宅中重度者受入加算（実績による） | 421 単位 | |
| 13 生産性向上推進体制加算 | （Ⅰ）100 単位／月 （Ⅱ）10 単位／月 | |

介護予防短期入所生活介護（ユニット型空床型）

| | 要支援 1 | 要支援 2 |
|-----------------------|-----------|--------|
| 1 併設型介護予防短期入所生活介護費（Ⅱ） | 523 単位 | 649 単位 |
| 2 サービス提供強化体制加算（Ⅲ） | 6 単位 | |
| 3 送迎加算（実績による） | 片道 184 単位 | |
| 4 生活機能向上連携加算 | 100 単位 | |
| 5 療養食加算（実績による） | 23 単位 | |

| | |
|--------------------------------------|---|
| 6 若年性認知症利用者受入加算（実績による） | 120 単位 |
| 7 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 8.3% を乗じた単位数 |
| 8 介護職員特定処遇改善加算Ⅰ ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 2.7% を乗じた単位数 |
| 9 介護職員等ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 6 月～廃止 | 所定単位数に 1.6% を乗じた単位数 |
| 10 介護職員処遇改善加算 ※令和 6 年 6 月～ | 所定単位数に 乗じる 単位数 (Ⅰ) 14.9% (Ⅱ) 14.6% (Ⅲ) 13.4% (Ⅳ) 10.6% |
| 11 療養食加算(実績による) | 23 単位 |
| 12 在宅中重度者受入加算(実績による) | 421 単位 |
| 13 生産性向上推進体制加算 | (Ⅰ) 100 単位／月 (Ⅱ) 10 単位／月 |

- ◇ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ◇ 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、ご利用者の負担額を変更します。
- ◇ 滞在と食事に係る費用について、介護保険負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載されている負担限度額とします。
- ◇ 送迎加算は送迎を希望される方、療養食加算は医師の指示がある方が対象となります。

(2) その他の費用

| | |
|--|-----|
| ① 理美容代 | 実 費 |
| ② 日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者が負担することが適当と認められる日用品費 | 実 費 |
| ③ 教養、娯楽のための費用 | 実 費 |

◇ 本施設の滞在費・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）や生活保護を受けておられる方の場合、ショートステイの滞在費及び食費の負担が軽減されます。

| 対 象 者 | | 区 分 | 滞在費 多床型/ ユニット型 | 食 費 |
|--------------------|---|------------------|---|----------|
| 生活保護受給者 | | 利用者負担 第 1 段階 | 0 円 / 880 円 | 300 円 |
| 市 町 村 民 税 非課税世帯 | 老 齢 福 祉 年 金 受 給 者 | | | |
| | 世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方 | 利用者負担 第 2 段階 | 430 円 / 880 円 | 600 円 |
| | 世帯全員が市民税非課税で、利用者負担第 1 段階・第 2 段階以外の人 | 利用者負担 第 3 段階① | 430 円 / 1,370 円 | 1,000 円 |
| | | 利用者負担 第 3 段階② | 430 円 / 1,370 円 | 1,300 円 |
| 上記以外の方 | | 利用者負担 第 4 段階 | 施設との契約により設定されます。 所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる 平均的な費用額は、次のとおりです | |
| | | | 1,350 円 / 2,450 円 | ※2,000 円 |

※第 4 段階の食費代 2,000 円の内訳は朝食：510 円、昼食：840 円、夕食：650 円です。

(3) 利用料金等の支払方法

- ア 利用者が事業所に支払う利用料金等の支払については、利用料金等の合計額を月ごとに支払います。
- イ 事業所は、当月の利用料金等の合計額の請求明細を付して、翌月 15 日までにご利用者に送付します。
- ウ 支払方法は、金融機関口座からの引き落としになります。ただし、手続が間に合わない場合に限り、窓口での現金払い又は指定口座への振込みとなります。

(4) キャンセル料

利用者のご都合により短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護をキャンセルした場合には、次の料金をいただきます。

なお、キャンセルする場合は、お早めに本事業所までご連絡ください。

ア 入所のキャンセル料

入所前日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合、2,000 円のキャンセル料が発生します。

イ 入所中のキャンセルの場合

ご利用者が中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金等を支払っていただきます。

(5) その他

ご利用者の被保険者証に支払方法の変更の記載（利用者が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を一時支払っていただきます。この場合、本事業でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口に提出して差額（介護保険適用部分の 9 割又は 8 割又は 7 割）の払い戻しを受けてください。

12 サービス提供における事業者の義務 (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を開催するとともに、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を実施します。
- (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を実施します。
 - ④ ①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の実施します。

（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に必要な体制の整備、相談変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。

《（介護予防）短期入所生活介護サービス 重要事項同意書》

令和 年 月 日

（介護予防）短期入所生活介護の利用にあたって、ご利用者に対して、契約書及び本書面に基づいて重要な事項をご説明しました。

【説明者】

事業所名 ヴィラージュ川崎（介護予防）短期入所生活介護

職 種 _____

氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、当該事業所から短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護についての重要事項の説明を受けました。

【利用者】

氏 名 _____ 印

【代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

（関係： ）

