

重要事項説明書（介護老人福祉施設サービス・ユニット型）

あなたに対する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	社会福祉法人平成福祉会
主たる事業所の所在地	三重県四日市市垂坂町8番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 井川 誠一郎
電話番号	059-363-2121

2. ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設ヴィラ四日市（ユニット型）
施設の所在地	三重県四日市市垂坂町8番地の2
介護保険事業者番号	2470204724
施設長の氏名	藤田 由美
電話番号	059-363-2121
ファクシミリ番号	059-363-3737
入所定員	入所 100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26年9月1日	2470204732	10名
通所介護 介護予防通所介護	平成12年4月1日	2470200458	43名
	平成18年4月1日	24A0201087	
訪問介護 介護予防訪問介護	平成12年4月1日	2470203007	
	平成18年4月1日	24A0200733	

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居者へのサービスの提供に関する計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるように支援する事を目的とする。
-------	---

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. 入所対象者

- ・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事が困難な方(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。または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

職種	基準人員数 (兼務あり)
施設長	1名
事務員	3名
医師（嘱託）	1名
介護支援専門員	2名
看護職員	4名(常勤換算)以上
介護職員	37名以上 (常勤換算)
機能訓練指導員	2名
管理栄養士又は栄養士	2名
生活相談員	2名

(令和7年1月1日現在)

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（３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）

（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（２人）

（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（４名以上）

（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 介護職員（３７名以上）

（イ）入所者等の保健衛生に関すること。

（ロ）入所者の日常生活介護に関すること。

⑦ 機能訓練指導員（２人）

（イ）機能訓練に関すること。

⑧ 管理栄養士又は栄養士（２人）

（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。

⑨ 生活相談員（２人）

（イ）生活上の相談に関すること。

（ロ）行政機関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 : 0 0 ~ 1 5 : 3 0	5 人
日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0	1 1 人
遅 出	1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0	5 人
夜 勤	1 6 : 4 5 ~ 9 : 1 5	6 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)

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、その月の末日までにお支払いください。
支払方法は、銀行振込みか引き落とし、施設で直接お支払頂くようお願い致します。

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(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看護師・介護支援専門員・生活相談員のいずれかが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ヶ月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または2と認定された方で、特例入所条件に該当しなかった場合
- 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、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。 食べ物の持ち込みの際は、必ず職員に伝えてください。
面会時間	面会時間は午前8時30分から午後5時00分とします。(状況により変更あり) 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。(共用スペースに限る)
外出・外泊	事務所にお申し出下さい。(状況により変更あり) 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	基本的に制限はありませんが、収納スペースに限りがある為、品物によってはお断りさせていただきます。生活相談員にご相談下さい。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。(紛失の場合責任を負いかねます) 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 担 当 者 : 生活相談員 渡 邊 真 里
苦 情 解 決 責 任 者 : 施設長 藤 田 由 美
電 話 番 号 : 0 5 9 - 3 6 3 - 2 1 2 1

第三者委員：伊藤 裕 連絡先 0 5 9 - 3 3 1 - 9 2 8 1
伊藤 孫栄 連絡先 0 5 9 - 3 6 5 - 0 1 3 3

受付時間：毎週 月～金曜日 8：30～17：00

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致します。

また、ご意見箱での受け付けも致しております。こちらもご利用下さい。

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】

○四日市市役所： 所在地：〒510-8601 四日市市諏訪町 1-5

・ 高齢福祉課介護保険相談窓口 電話番号：059-354-8170

・ 介護保険課 相談窓口 電話番号：059-354-8190

○三重県福祉サービス運営適正化委員会 苦情相談室

所在地：三重県津市桜橋 2-131（三重県社会福祉会館 3 階）

電話番号：059-224-8111

受付時間：9 時～17 時 （土曜、日曜、祝日及び 12/29～1/3 を除く）

○三重県国民健康保険団体連合会

所在地：三重県津市桜橋 2-96（三重県自治会館 2 階）

電話番号：059-222-4165

16. 協力医療機関

施設の名称	鳥井医院
施設の所在地	〒512-0902 四日市市小杉町 1282
診療科目	内科、外科、胃腸科、肛門科
電話番号	059-331-8081

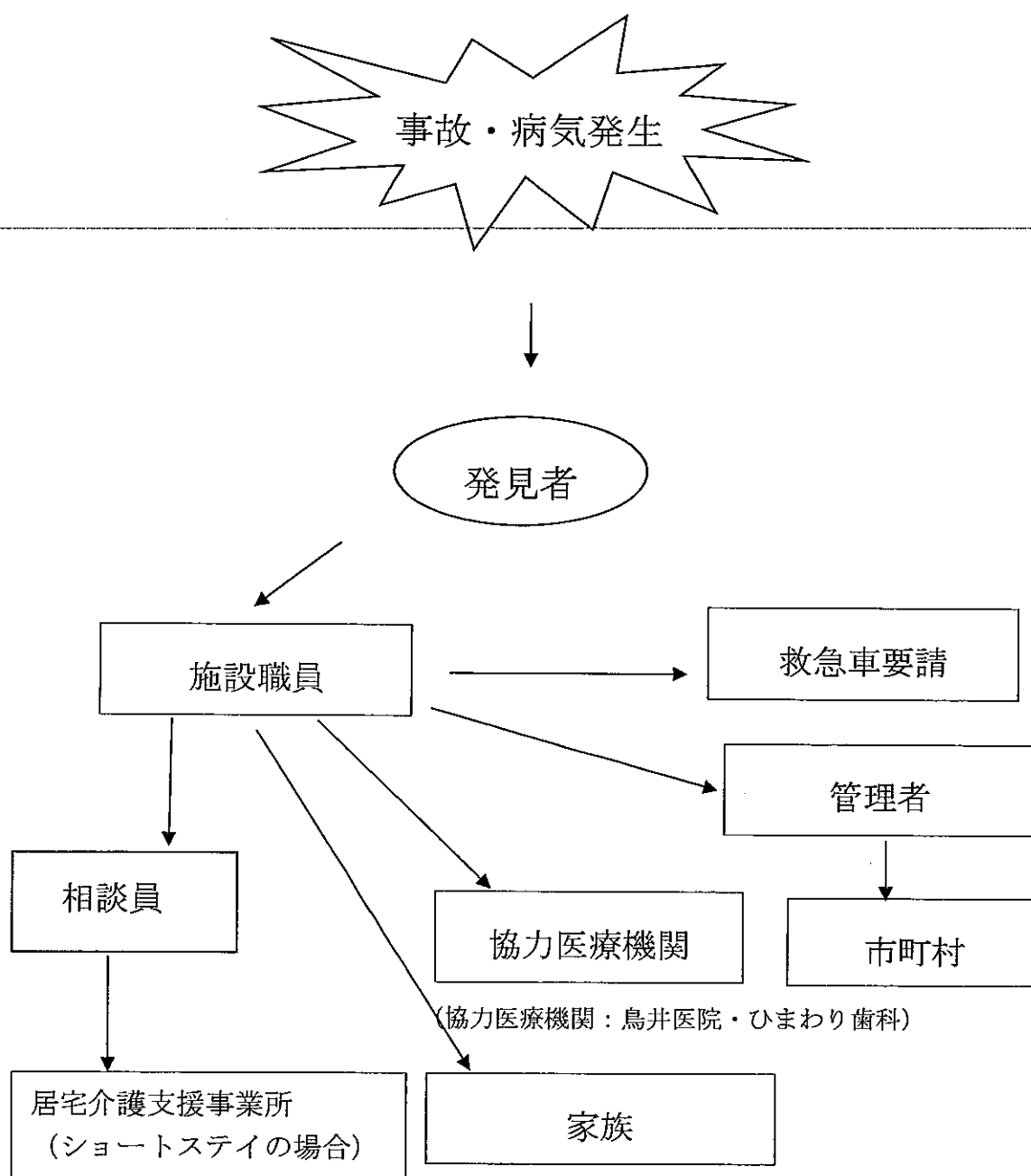
協力歯科医院

施設の名称	歯科診療所 ひまわり
施設の所在地	三重県四日市市山分町 491-1
電話番号	059-361-5100

17. 事故発生時の対応

- （１）施設は、入所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、入所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



18. 緊急時の対応

入所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。

19. 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あたります。年に2回防災訓練を実施します。（うち1回は夜間を想定）災害時マニュアルに従い、入所者様の安全確保に努めます。

20. 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	H28年3月
		評価機関名称	中部評価センター
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		

21. 虐待防止に関する事項

事業所は入所者様の人権の擁護・虐待等の防止のために次にあげる通り必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者：施設長 藤田 由美

2. 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。
3. 虐待防止のための指針を整備しています。
4. 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
5. 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（入所者様の家族等、高齢者を現に擁護するもの）による虐待を受けたと思われる入所者様を発見した場合には速やかに市町村に通報します。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（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、交付を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

（入所者）

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

（入所者の家族等）

住 所

氏 名

印

ヴィラ四日市(ユニット型) 利用料金

介護度	サービス費	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算(Ⅰ)	夜勤職員配置加算Ⅱ-ロ	看護体制加算Ⅰ(ロ)	看護体制加算Ⅱ(ロ)	日常生活継続支援加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員等処遇改善加算Ⅰ(単位)	食費	居室代	1ヶ月(31日)/円
1	670								108	1,600	2,066	141,546
										1,360	1,370	112,530
										650	1,370	90,520
										390	880	67,270
2	740								117	1,600	2,066	144,088
										1,360	1,370	115,072
										650	1,370	93,062
										390	880	69,812
3	815	11	12	18	4	8	46	14.0%	128	1,600	2,066	146,816
										1,360	1,370	117,800
										650	1,370	95,790
										390	880	72,540
4	886								138	1,600	2,066	149,389
										1,360	1,370	120,373
										650	1,370	98,363
										390	880	75,113
5	955								148	1,600	2,066	151,900
										1,360	1,370	122,884
										650	1,370	100,874
										390	880	77,624

すべての居室が個室対応となります(洗面・ベランダ・備え付けタンス・電動ベッドが標準装備されています)

負担限度額	基準費用額	利用者負担第3段階②	利用者負担第3段階①	利用者負担第2段階	利用者負担第1段階
食費(1日)	1,600円	1,360円	650円	390円	300円
ユニット型個室(1日)	2,066円	1,370円	1,370円	880円	880円

その他(月単位の加算等)	療養食加算	6	健康状態により療養食の提供となった場合算定 1食につき6円
	外泊時費用	246	入院・外泊等の場合、1ヶ月の内6日を限度として算定 サービス費に代わり1日につき246円
	口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	歯科医師の指示により歯科衛生士が、月2回以上の口腔ケアを行い、また入所者の口腔ケアについて介護職員に対し具体的な技術的援助指導を行い、職員からの相談等に必要に応じて対応する。1ヶ月110円
	個別機能訓練加算(Ⅱ)	20	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定しており個別機能訓練計画の内容を厚生労働省へ提出機能訓練の実施に当たり、その必要な情報を活用していること。1ヶ月20円
	経口維持加算(Ⅰ)	400	経口により食事を摂取でき、摂食機能障害、嚥下を有する入所者に対して医師の指示に基づき医師、管理栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同し食事の観察及び会議を行い、経口維持計画を作成 1ヶ月400円
	経口維持加算(Ⅱ)	100	協力歯科医院を定めており上記の観察及び会議に歯科医師、歯科衛生士が加わった場合さらに 1ヶ月100円
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50	ADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身状況等に係る情報や服薬状況等の情報を把握しサービス計画を作成及び見直しする。1ヶ月50円
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13	褥瘡発生リスクの高い入所者に対し、褥瘡管理に対する計画、実施を行なった場合 1ヶ月13円 褥瘡発生した場合は1ヶ月 3円
	排泄支援加算(Ⅰ)	10	要介護状態の軽減が見込まれる者に対して、多職種が共同して排泄に介護が必要な原因を分析し支援を行う。1ヶ月10円 改善が見られた場合はそれに応じ(Ⅱ)15単位(Ⅲ)20単位の加算
	ADL維持等加算	30又は60	日常生活動作(ADL)の機能を維持できているかを評価し、維持改善の度合いが一定の水準を超えた等の要件を満たす場合、評価の平均値に応じ(Ⅰ)1ヶ月30円または(Ⅱ)1ヶ月60円となる。
実費負担	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	介護現場においてテクノロジーを1つ以上導入し、業務改善への取り組みが評価された場合 1ヶ月10円
	協力医療機関連携加算	5	協力医療機関との連携体制を構築するため、情報共有を行う会議を定期的に開催している。 1ヶ月 5円
	理美容代	実費(2,200円) 毎月1回目の火曜日実施予定	
	電気代	適宜請求となります。(テレビ・電気毛布・冷蔵庫など) 1品につき1日60円	
	その他	個人の日常生活用品は実費負担となります。	

※一定以上の所得がある方は、利用者負担が2割・3割となる場合があります。利用者負担割合を示す証明書(負担割合証)を確認させていただきます。

※令和6年8月より介護報酬改定に伴い変更