

介護老人福祉施設 ヴィラ神奈川 利用料表

1.施設サービス費についての利用者負担は下表の通りです。
2.下表に示す料金は令和7年4月1日以降適用されます
(ユニット型個室)

令和7年4月1日改訂

要介護度	単位数	介護報酬	利用者負担 (介護報酬の1割)	利用者負担 (介護報酬の2割)	利用者負担 (介護報酬の3割)
要介護1	670	7,182円/日	719円/日	1,437円/日	2,155円/日
要介護2	740	7,932円/日	794円/日	1,587円/日	2,380円/日
要介護3	815	8,736円/日	874円/日	1,748円/日	2,622円/日
要介護4	886	9,497円/日	950円/日	1,900円/日	2,850円/日
要介護5	955	10,237円/日	1,024円/日	2,048円/日	3,072円/日
初期加算	30	321円/日	33円/日	65円/日	97円/日
外泊時費用	246	2,637円/日	264円/日	528円/日	792円/日
看護体制加算Ⅰ	4	42円/日	5円/日	9円/日	13円/日
看護体制加算Ⅱ	8	85円/日	9円/日	17円/日	26円/日
栄養マネジメント強化加算	11	117円/日	12円/日	24円/日	36円/日
経口維持加算Ⅰ	400	4,288円/月	429円/月	858円/月	1,287円/月
経口維持加算Ⅱ	100	1,072円/月	108円/月	215円/月	322円/月
療養食加算	6	64円/回	7円/回	13円/回	20円/回
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	32円/月	4円/月	7円/月	10円/月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	139円/月	14円/月	28円/月	42円/月
排せつ支援加算Ⅰ	10	107円/月	11円/月	22円/月	33円/月
排せつ支援加算Ⅱ	15	160円/月	16円/月	32円/月	49円/月
排せつ支援加算Ⅲ	20	214円/月	22円/月	43円/月	65円/月
個別機能訓練加算Ⅰ	12	128円/日	13円/日	26円/日	39円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20	214円/月	22円/月	43円/月	65円/月
個別機能訓練加算Ⅲ	20	214円/月	22円/月	43円/月	65円/月
ADL維持等加算Ⅰ	30	321円/月	33円/月	65円/月	97円/月
ADL維持等加算Ⅱ	60	643円/月	65円/月	129円/月	193円/月
夜勤職員配置加算Ⅳ	21	225円/日	23円/日	45円/日	68円/日
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	235円/日	24円/日	47円/日	71円/日
日常生活継続支援加算Ⅱ	46	493円/日	50円/日	99円/日	148円/日
口腔衛生管理加算Ⅱ	110	1,179円/月	118円/月	236円/月	354円/月
安全対策体制加算	20	214円/回	22円/回	43円/回	65円/回
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	536円/月	54円/月	108円/月	161円/月
看取り介護加算Ⅰ(死亡日以前31日以上45日以下)	72	771円/日	78円/日	155円/日	232円/日
(死亡日以前4日以上30日以下)	144	1,543円/日	155円/日	309円/日	463円/日
(死亡日の前日及び前々日)	680	7,289円/日	729円/日	1,458円/日	2,187円/日
(死亡日)	1280	13,721円/日	1,373円/日	2,745円/日	4,117円/日
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10	107円/月	11円/月	22円/月	33円/月
認知症チームケア推進加算Ⅱ	120	1,286円/月	129円/月	258円/月	386円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10	107円/月	11円/月	22円/月	33円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5	53円/月	6円/月	11円/月	16円/月
新興感染症等施設療養費	240	2,572円/日	258円/日	515円/日	772円/日
協力医療機関連携加算1	50	536円/月	54円/月	108円/月	161円/月
再入所時栄養連携加算	200	2,144円/回	215円/回	429円/回	644円/回
退所時情報提供加算	250	2,880円/回	288円/回	536円/回	805円/回
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	140/1000	基本サービス費と各種加算を足したものに左記の額を乗じた額			

※1単位＝10.72円(2級地)
実際の利用料金は、費用計算の際に端数処理のためにわずかに異なる場合がございます。
職員の体制により変動する場合もございます。

2.食費 1日 1,750円

負担限度額		(単位:円/日)
食費	利用者負担第1段階	300
	利用者負担第2段階	390
	利用者負担第3段階①	650
	利用者負担第3段階②	1,360

第1・2・3段階の方に関しては、国からの補足給付を受けるものとする。

3.居住費 1日 2,100円

負担限度額		ユニット型個室
居住費(滞在費)	利用者負担第1段階	880
	利用者負担第2段階	880
	利用者負担第3段階①	1,370
	利用者負担第3段階②	1,370
	「ユニット型特別養護老人ホーム施設居住費助成」通知書をお持ちの方	1,404

第1・2・3段階の方に関しては、国からの補足給付を受けるものとする。

4.理美容代 実費

5.教養娯楽費

新聞代(個人購読の場合) 実費
(雑誌、BGM、遠足、お誕生会、イベント、各種レクリエーション等につきましては当施設では施設側が負担致しますので、利用者のご負担金は必要ありません。)

6.電気代

テレビ 34円/日×30日＝1,020円/月 冷蔵庫 11円/日×30日＝ 330円/月 電気毛布 29円/日×30日＝ 870円/月
ラジオ 13円/日×30日＝ 390円/月 アンカ 31円/日×30日＝ 930円/月 ポット 21円/日×30日＝ 630円/月
扇風機 22円/日×30日＝ 660円/月 (消費税込み)

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 平成記念会
主たる事業所の所在地	徳島県徳島市勝占町松成４６
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	０８８－６６９－２２２８

２．ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 ヴィラ神奈川
施設の所在地	神奈川県横浜市神奈川区菅田町１９
介護保険事業者番号	１４７０２０２１８３
施設長の氏名	小林 拓也
電話番号	０４５－４７１－１３００
ファクシミリ番号	０４５－４７６－５７６７
入所定員	１４０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 25 年 4 月 1 日 令和 7 年 4 月 1 日更新	1470202183	20 床
通所介護 （介護予防）	平成 25 年 4 月 1 日 令和 7 年 4 月 1 日更新	1470202233	20 名

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～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	常勤で兼務1名
医師（非常勤）	1名以上
介護支援専門員	2名以上（常勤1名以上）
看護職員	常勤換算4名以上（常勤1名以上）
介護職員	常勤換算43名以上（常勤1名以上）
機能訓練指導員	1名以上
栄養士又は管理栄養士	1名以上
生活相談員	常勤で兼務2名以上
事務員	1名以上

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) 調理及び配膳に関すること。
- (ハ) 入所者の栄養管理に関する事。

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	7 名以上
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0	7 名以上
遅 出	1 1 : 0 0 ~ 1 9 : 3 0	7 名以上
夜 勤	1 7 : 0 0 ~ 9 : 3 0	7 名以上

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、口座引落または銀行振込でお支払いいただくようお願いします。

口座引落の場合の振替日は毎月26日となります。（金融機関休日の場合は翌営業日）

10. 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

- ①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頂いた上で、契約を締結します。

(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 久根口 恵子

職名 生活相談員

電話番号 045-471-1300

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 小林 拓也

職名 施設長

第三者委員

氏名 笠木 トミエ ・ 佐竹 光

電話番号 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

○はまふくコール（横浜市苦情相談コールセンター）

（月～金曜日 9:00～17:00 土日祝及び12月29日～1月3日除く）

所在地：横浜市中区本町6-50-10

電話番号045-263-8084

16. 協力医療機関

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

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	03-3703-5100
FAX	03-3703-7730

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

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	042-483-4114
FAX	042-487-6850

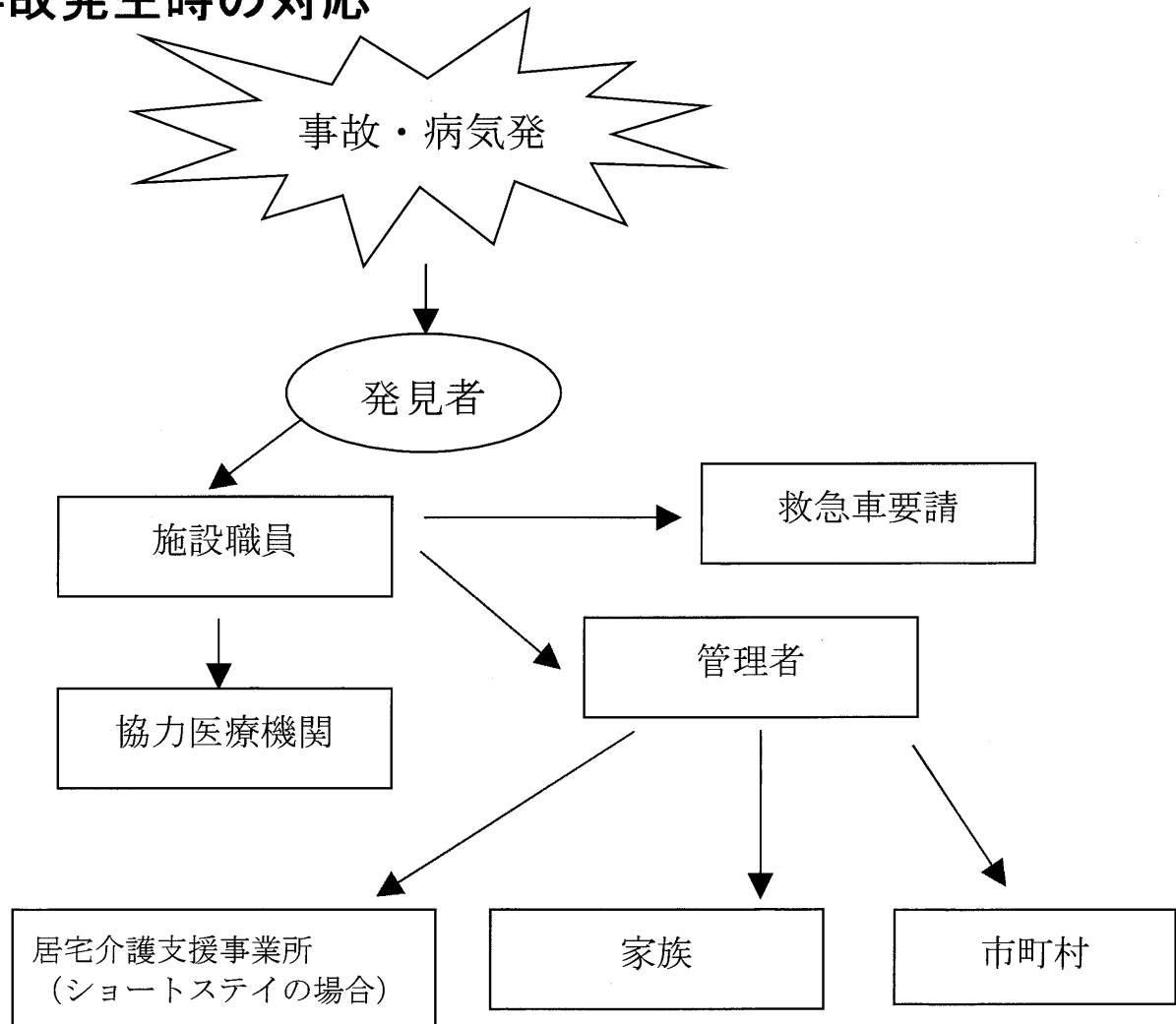
協力歯科医院

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

17. 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緯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



18. 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。

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。

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	なし
---------------	----

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、同意をして交付を受けました。

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（ヴィラ神奈川）との介護保険法に基づく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、（ヴィラ神奈川）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、（ヴィラ神奈川）従業員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 平成記念会
介護老人福祉施設 ヴィラ神奈川

理事長 武久 洋三 殿

（利用者） 住所：_____

氏名：_____ 印

（ご家族の代表） 氏名：_____ 印

住所：_____