# 重要事項説明書

## 特定施設入居者生活介護／介護予防特定施設入居者生活介護

（令和８年１０月１日現在）

医療法人社団青寿会が開設する介護付有料老人ホーム ヴィラジオ武久（以下「事業所」という）が特定施設入居者生活介護および介護予防特定施設入居者生活介護（以下「指定特定施設等」という）事業の運営を行うにあたって、事業の運営について重要な事項を定めたものです。事業所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。

【事業者】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業者の名称 | 医療法人社団　青寿会 | | |
| 主たる事業者の所在位置 | 山口県下関市武久町２丁目５３番８号 | | |
| 代表者名 | 理事長　顕原　健 | | |
| 電話番号 | ０８３－２５２－２１２４ | | |
| ＦＡＸ番号 | ０８３－２５２－５２４０ | | |
| ホームページ | http://seijukai-or.jp/ | | |
| 指定年月日及び指定番号 | 特定施設入居者生活介護 | 平成 28 年１月１日 | 3570105654 |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | 平成 28 年１月１日 | |

【事業所の概要】

| | |
|---|---|
| 施設の名称 | 介護付有料老人ホーム ヴィラジオ武久 |
| 施設の所在地 | 山口県下関市武久町２丁目３７番２４号 |
| 管理者名 | 髙松　英樹 |
| 電話番号 | ０８３－２５５－１１０１ |
| ＦＡＸ番号 | ０８３－２５５－１１００ |

【事業の目的および運営の方針】

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 要介護状態にある利用者に対し適切な居宅サービスを提供し、その有する能力に応じ自立した生活を営むことを目的とします。 |
| 運営の方針 | １事業所は、指定特定施設等の利用契約者（以下、「利用者」という）に対して食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を行うことにより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出来るように支援します。<br>2 事業所が提供する指定特定施設等は介護保険関係法令および厚生労働省通知の内容に沿ったものとします。<br>3 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努力し、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。<br>4 サービス提供は、個別の特定施設サービス計画および介護予防特定施設サービス計画を作成し、利用者の同意のもとに実行します。<br>5 利用者の個人情報の取り扱いについては、その利用目的を示し本人の同意を得て取り扱うものとし、個人情報保護法の精神に立って個人情報の管理に努めます。 |

【施設の概要】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 土　　地 | 敷　地　面　積 | | １，５４０．３４　㎡ |
| 建　　物 | 延　床　面　積 | | ２，７５８．９９　㎡<br>（うち老人ホーム部分２，７５８．９９㎡） |
| | 耐　火　構　造 | | 耐火建築物 |
| | 構　　造 | | 鉄骨造 |
| 居室の状況 | 全　室　個　室 | | ６６　室 |
| | 利　用　定　員 | | ６６　人 |
| | 面　　積 | | １３．０～１４．３　㎡ |
| | 種　　類 | | 介護居室個室 |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | ３３　カ所 | １．９　～　５．５　㎡ |
| | 共用便所における多目的便所 | ４　カ所 | ５．５　㎡ |
| | 共　用　浴　室 | ７　カ所 | ３．９　～　１７．２　㎡ |
| | 共用浴室における介護浴槽 | ４　カ所 | ３．９　㎡ |
| | 食堂兼機能訓練室 | ４　カ所 | ５０．６　～　６５．３　㎡ |
| | エ　レ　ベ　ー　タ | | ストレッチャー対応 |
| 消防用設備等 | 消火器、自動火災報知設備、火災通報設備、スプリンクラー | | |

【従業者の職種、員数および職務内容】

１．従業者の職種および職務内容

| | |
|---|---|
| 管　理　者 | 事業所の従業者の管理および業務の管理を一元的に行います |
| 生活相談員 | 利用者またはその家族からの相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。 |
| 看　護　職　員 | 利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置をとります。 |
| 機能訓練指導員 | 利用者の心身の状況等を踏まえて、必要に応じ日常生活を送る上で必要な生活機能の改善または維持のための機能訓練を行います。 |
| 計画作成担当者 | 利用者の心身の状況等を踏まえて、特定施設サービス計画および介護予防特定施設サービス計画を作成します。 |
| 介　護　職　員 | 心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するように、適切な介護を行います。 |
| 事　務　職　員 | 必要な業務を行います。 |
| その他職員 | 利用者と直接関わらない業務を行います。 |

２．従業者の員数

| 従業者の種類 | 員数 | 区分 | | | | 保有資格 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | |
| 管　理　者 | １人 | １人 | | | | |
| 生活相談員 | １人 | １人 | | | | 介護支援専門員１人 |
| 看護職員 | ３人 | ３人 | | | | 正看護師３人 |
| 機能訓練指導員 | １人 | | １人 | | | 正看護師１人 |
| 計画作成担当者 | １人 | １人 | | | | 介護支援専門員１人 |
| 介護職員 | 25 人 | 22 人 | | 3 人 | | 介護福祉士１７人、実務者研修１人、<br>初任者研修７人 |
| 事務職員 | １人 | | | | | |
| その他職員 | １人 | | | | | |

３．職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | |
|---|---|---|
| 管　理　者 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| 生活相談員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| 看護職員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| | 看護職員は、月～金曜日の夜間、土・日曜日・祝日オンコール体制で緊急時に備える | |
| 機能訓練指導員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| 介護支援専門員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| 介護職員 | ①早出勤務 | ６：００～１４：３０(うち休憩１時間) |
| | ②早出勤務 | ７：００～１５：３０(うち休憩１時間) |
| | ③日勤 | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| | ④遅出勤務 | １０：００～１８：３０(うち休憩１時間) |
| | ⑤夜勤 | １７：００～　９：００(うち休憩２時間) |
| | 介護職員は勤務予定表に基づいて配置 | |
| 事務職員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |
| その他職員 | ①常勤勤務(月～金) | ８：３０～１７：００(うち休憩１時間) |

【営業日】

| | |
|---|---|
| 営　業　日 | 年中無休 |

【介護保険給付サービスの概要】

| サービスの種類 | 具体的なサービス内容 |
|---|---|
| 食事介助 | ①栄養士が献立をたて、施設内で調理員が調理したものを提供します。<br>②食事場所は各階食堂(兼機能訓練室)です。<br>③健康上の理由で各階食堂(兼機能訓練室)での食事が困難な場合は居室へ配膳・下膳の介助をします。<br>④状況に応じて、見守りや手助けを行います。また自力での摂食が困難な場合は摂食の介助を行います。<br>⑤食事提供時間<br>朝　７：３０～、昼　１２：００～、夕　１７：１５～ |
| 排泄介助 | ①状況に応じて見守りや手助け、排泄の介助、汚物処理のお手伝いをします。<br>②オムツ使用者に対しては、日中(８：３０～１７：００)は3回点検・交換(朝昼夕)、夜間(１７：００～８：３０)は2回点検・交換(就寝前、早朝)、他随時コールで対応します。 |
| 入浴介助 | ①週２回、施設サービス計画書で定めた曜日に入浴を行います。<br>②心身の状況に応じて、居室から浴室までの移動、衣類の着脱、洗身・洗髪等の介助を行います。<br>③車いすや寝たきりの方には特殊浴槽での入浴介助を行います。<br>④健康上の理由で入浴ができない方には清拭(週２回)を行います。<br>⑤入浴は９：００～１１：３０、１３：３０～１５：３０の間に行います。<br>⑥入浴に係る注意事項<br>・利用者の健康状態(血圧変動や発熱等)により、必ずしも入浴日および入浴時間どおりに入浴サービスの提供が出来るとは限りません。 |
| 着替え・整容<br>身だしなみ<br>清掃・洗濯 | ①寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。<br>②一切の見守りや介助を必要としない方は、衣類の着替え、整容その他日常生活に必要な声掛けをします。<br>③心身の状態に応じて、衣類の着替え、整容その他日常生活に必要な介助を行います。<br>④週１回清掃（点検を含む)のお手伝いをします。 |
| 機能訓練 | ①ラジオ体操を毎朝各階で行います。<br>②月～金曜日までの間、１日１時間程度、身体機能面の充実や精神機能面の回復、身体機能レベルの維持目的でレクリエーションを実施します。<br>③生活動作における移動時の歩行訓練、ベッドでの起上り訓練やベッドから車いす等への移乗訓練等を生活リハビリとして行います。 |
| 健康管理 | ①平常時の健康管理<br>・医師による健康管理の必要な方は　バイタルチェックを行います。<br>②身体急変時の健康管理<br>・随時バイタルチェックを行います。<br>・状況に応じて病院受診、医師の往診、救急車の手配をします。<br>・夜間や土日・祝日、看護職員はオンコール体制で緊急時に備え身体急変時に対処します。(協力医療機関とも連絡体制あり) |

| サービスの種類 | 具体的なサービス内容 |
|---|---|
| | ただし、緊急を要する場合は協力医療機関の指示に基づき、病状に応じた専門病院に搬送する事があります。<br>③協力医療機関へは送迎介助をします。<br>④服薬管理が出来ない人については看護職員が管理し、看護職員および介護職員が服薬のお手伝いをします。 |
| 相談援助 | ①生活相談員が相談業務を担当し、利用者とその家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。<br>②苦情処理窓口は生活相談員が担当します。お気軽に相談ください。 |
| 行政手続<br>申請代行 | ①介護保険の更新手続きは施設で責任をもって行います。<br>②介護保険等に関係のない住所変更等の各種行政手続きで職員が役所等に赴く場合１時間以内代行 1,500 円・同行 2,000 円(30 分増すごとに 500 円追加)負担頂きます。 |
| 買物 | 日用品等の購入ついては、原則、ご家族にて対応をお願い致します。<br><br>ご家族の対応が難しい場合には、次の通りの対応が可能です。<br>買物代行１回１時間以内 1,500 円(30 分増すごとに 500 円追加)<br>買物同行１回１時間以内 2,000 円(30 分増すごとに 500 円追加) |

【介護を行う場所等】

| 介護を行う場所 | 居室（介護居室個室） |
|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合の判断基準内容 | 1 判断基準<br>必要とする介護等の状況により、入居した居室から他の居室へ住み替えることが適切であると判断し、且つ住み替え先の空き室がある場合に変更します。その際は、協力医又は主治医の意見を踏まえるとともに、利用者及びその身元引受人の同意を得ることとします。<br><br>2 追加的費用の有無<br>①事業者の都合により居室変更をするとき、利用者は費用負担を要しません。<br>②利用者の介護等の状況により居室変更をするとき、利用者はそれまで使用していた居室のクリーニング費用および経年的変化を除いた入居当時の居室状態を回復するための費用を負担頂きます。 |

【身体拘束】

当該利用者が緊急やむを得ない場合にのみ下記の手続きを行った上で身体拘束を行うことがあります。

| | |
|---|---|
| やむを得ず身体拘束等を行う場合の手続き（判断基準・手続き・記録） | 1 判断基準<br>下記の３要件に該当する場合は、身体拘束を行うことがあります。<br>①切 迫 性　利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いとき<br>②非代替性　代替する介護方針が無いとき<br>③一 時 性　一時的なものであるとき<br>2 手 続 き　「身体拘束に関する同意書」を作成し、身体拘束の事由・方法・拘束の開始及び解除の予定を記載した上で家族の同意を得、身体拘束を開始します。<br>3 記　　録　「緊急時やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録」を作成し、経過の記録の記載、及び身体拘束中の早期解除に向けての検討を行います。 |

【介護保険給付による利用料】

１．介護保険給付費

※下記の自己負担金は、介護給付費額の１割

（利用者負担割合が２割の場合は下記の自己負担金が２倍、３割の場合は３倍）となります。

| 区　　分 | 介護給付費／日 | 介護給付費額／日 | 自己負担金／日 | １か月(30 日)の自己負担金目安 |
|---|---|---|---|---|
| 要支援１ | １８３単位 | １，８３０円 | １８３円 | ５，４９０円 |
| 要支援２ | ３１３単位 | ３，１３０円 | ３１３円 | ９，３９０円 |
| 要介護１ | ５４２単位 | ５，４２０円 | ５４２円 | １６，２６０円 |
| 要介護２ | ６０９単位 | ６，０９０円 | ６０９円 | １８，２７０円 |
| 要介護３ | ６７９単位 | ６，７９０円 | ６７９円 | ２０，３７０円 |
| 要介護４ | ７４４単位 | ７，４４０円 | ７４４円 | ２２，３２０円 |
| 要介護５ | ８１３単位 | ８，１３０円 | ８１３円 | ２４，３９０円 |

２．加算給付費

| 区　　分 | 対象 | 介護給付費 | 介護給付費額 | 自己負担金 | １か月(30 日)の自己負担金目安 |
|---|---|---|---|---|---|
| 協力医療機関連携加算 | 要支援<br>要介護 | １００単位／月 | 1,000 円／月 | １００円／月 | １００円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 要支援<br>要介護 | ２２単位／日 | ２２０円／日 | ２２円／日 | ６６０円 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（イ） | 要支援<br>要介護 | 所定単位数<br>×０．１４８ | ― | ― | ― |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ） | 要介護 | ９単位／日 | ９０円／日 | ９円／日 | ２７０円 |
| 感染対策向上加算 | 要支援<br>要介護 | １５単位／月 | １５０円／月 | １５円／月 | １５円 |

※退院・退所時連携加算（入居から３０日以内に限り算定）

対象：要介護　３０単位／日　（自己負担金３０円／日）

※退居時情報提供加算（２５０単位／回）

医療機関に退所する際、同意を得て心身の状況などの情報提供をした場合、1回に限り算定します。

【介護保険給付対象とならないサービス利用料】

| 種　　類 | サ ー ビ ス 内 容 | 費　　用 |
|---|---|---|
| 家賃相当額 | | ３５，０００円／月 |
| 管　理　費 | 施設の維持管理及び運営に必要な費用（人件費､居室･共用施設の水光熱費等） | ３６，３００円／月 |
| 食　　費 | ３食のうち１食でも摂れば、日額１，６５０円をいただきます。 | 朝　　４１０円<br>昼　　６２０円<br>夕　　６２０円<br>日額　１，６５０円 |
| 施設が提供する利用者の容態等に応じた食事 | 主　食：軟飯、お粥、パン(朝のみ)<br>副　食：一口大食、キザミ食、極刻み食、ミキサー食<br>治療食：減塩食、糖尿病食 | 当該食事に係る食費の範囲内とし、追加料金は頂きません。 |
| 施設が提供する特別な行事等における特別食 | 毎月１回の誕生日食､その他イベント行事に係る特別料理。 | 当該食事に係る食費の範囲内とし、追加料金は頂きません。 |
| 配膳下膳料 | 体調不良時以外において個別的な理由により居室で食事を摂取される際の配膳下膳。 | １日　３００円<br>月額上限　３，０００円 |
| オムツ代 | | 実費負担。ご自宅からの持参もしくは業者を紹介します。 |
| 基準回数(週１回)を超える居室清掃 | | ５００円／１５分以内(以降１５分増すごとに５００円追加) |
| 洗　　濯 | 個人用寝具のシーツ等洗濯および施設が貸与したシーツ等の洗濯並びに個人用衣類等の洗濯を業者に依頼する場合。 | 業者指定の金額 |
| 衣類の補修 | ボタン付けやズボンのゴム通し等。 | １回　３００円 |
| 布団干し | 布団干しなど。 | １回　１，０００円 |
| 衣　替　え | 季節の変わり目に伴う洋服の入れ替え。 | １回　１，０００円／３０分(以降３０分増すごとに５００円追加) |
| 理容・美容 | 美容師、理容師による整髪等。 | 業者指定の金額 |

| 種　　類 | サ　ー　ビ　ス　内　容 | 費　　用 |
|---|---|---|
| レクリエーション | ①通常のレクリエーション。<br>②個人的趣味もしくは技量上達のため通信カラオケを独占利用する場合。<br>③個別に材料費を伴うレクリエーションに参加された場合。 | 無料<br>通信費実費<br><br>材料代実費 |
| 健　康　管　理 | 医師による治療、健康診断　年１回 | 医療機関明示の金額 |
| 協力医療機関以外への通院介助（代行・同行）<br>入退院時の同行 | 協力医療機関以外の通院介助・入退院時の同行<br>①平　　日　　８：３０～１７：００<br>②土日祝日　　８：３０～１７：００<br>③夜　　間　１７：００～　８：３０ | ①２，０００円／１時間以内(以降３０分増すごとに５００円追加)<br>②・③３，０００円／１時間以内(以降３０分増すごとに５００円追加) |
| 通院介助・入退院時の同行における付随費用 | 協力医療機関以外の通院介助・入退院時の同行において、緊急時やむを得ず施設車を使用及び駐車場料金等の付随費用が発生した場合、通院介助・入退院時の同行費用に加え、別途実費負担（施設車を使用した場合の交通費１回 1,000 円・5 ㌔毎に 500 円）。また、医療機関同行において利用者が入院となった場合、同行職員の帰設によるタクシー代が発生した場合、別途実費負担。 | 実費負担 |
| 買　物　代　行 | 個別的な買物等の代行…利用者の特別な希望による買物等の代行に要する費用。 | １，５００円／１時間以内(３０分増すごとに５００円追加) |
| 買　物　同　行 | 個別的な買物等の同行…利用者の特別な希望による買物等の同行に要する費用。 | ２，０００円／１時間以内(３０分増すごとに５００円追加) |
| 外　出　介　助 | 利用者の特別な希望により、個別に行われる買物、自宅等への外出介助(当該指定特定施設等の行事、機能訓練、健康管理の一環として行われるものは除く)等に要する費用。 | ２，０００円／１時間以内(３０分増すごとに５００円追加) |
| 居室の電気料金 | | 実費負担 |
| ＮＨＫ受信料 | ＢＳ・ＣＳも含む | 実費負担 |
| 個人的趣味に基づく教養娯楽費 | 新聞購読料、雑誌、その他個人的趣味に基づく教養娯楽費に係る費用。 | 実費負担 |
| 電　話　設　置　代 | | 実費負担 |
| 複写物の依頼 | 利用者はサービス提供の記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とされる場合は実費をご負担いただきます。 | １枚　10 円 |

| 種　　類 | サ ー ビ ス 内 容 | 費　　用 |
|---|---|---|
| その他日常生活上必要なもの | 居室における日用品(ティッシュペーパー、洗面用具一式)、清掃用具一式、湯茶等の嗜好品及びその用具一式、寝具一式及び利用者本人の衣類その他の日用品並びにその洗濯代、居室の LED 照明、電球、蛍光灯、乾電池等の消耗品、その他の日用品で、明らかに利用者が負担するべきものとして、運営規程及び本説明書に記載した日用品諸雑費類。 | 実費負担 |

【介護保険の適用されない特異なケースのサービスに係る費用】

| | |
|---|---|
| 自立と認定された人又は特定施設契約を締結しない人が要介護者なみのサービスを受ける場合。但し、心身の状態が急変した場合はこの限りではありません。 | サービスの基本料金として日額2,500円の他に、前項までに記載した介護保険給付対象外サービスに係る費用。 |

【費用の支払方法】

①利用者は、月払い利用料およびその他の費用を、次の方法により事業者に支払います。
②事業者は、その集金を金融機関に委託し、利用者は本契約と同時にこれら金融機関へ利用申込みをするものとします。
③利用料等の口座引落は、利用者の金融機関口座から毎月 26 日（金融機関が休業日の場合は翌営業日)に行い、利用者はこの方法により前月分の月払い利用料とその他の費用を支払います。なお、引落による支払ができなかった場合は、事業者が指定する方法にて支払うこととします。

【費用の改定】

①月払い利用料等利用者が支払うべき費用を改定することがあります。
②費用の改定に当たっては施設が所在する地域の消費者物価指数や人件費等を勘案し運営懇談会の意見を聴いたうえで改定するものとします。
③利用者が支払うべき費用を改定するときは、あらかじめ事業者は利用者および身元引受人等に通知し、同意を得ます。
④介護保険給付費については、厚生労働省が告示する介護保険給付基準に従って変更されます。

【当該施設の利用にあたっての留意事項】

<table>
<tr><td colspan="2">利用者は、健康と生活の安定のため、管理者が定めた日課を尊重し、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めて頂きます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者は、施設の清潔保持、整頓、その他環境衛生の改善のために施設にご協力頂きます。また、金銭の管理に関しては、原則、自己管理のため、現金等の取扱いや保管には十分にご注意下さい。</td></tr>
<tr><td>事業所内における禁止行為</td><td>①けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかけること<br>②政治活動、宗教、習慣等により、自己の利益のために他人の自由を侵害したり、他人を排撃したりすること<br>③指定した場所以外で火気を用いること<br>④事業所の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること<br>⑤故意又は無断で、事業所又は備品に損害を与え、又はこれらを事業所以外に持ち出すこと</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者が規定に違反等をし、事業者または他の利用者等の第三者に損害を与えたときは、事業者または当該第三者に対して損害賠償責任が生じることがあります。</td></tr>
</table>

【医療連携】

| | |
|---|---|
| 協力医療機関 | 協力医療機関とは、利用者の体調不良等に対応・協力していただける医療機関を指します。(事業所のかかりつけ医) |
| 名　　称 | 医療法人社団青寿会　武久病院 |
| 場　　所 | 下関市武久町２丁目５３番８号 |
| 診 療 科 目 | 内科・循環器内科・泌尿器科・リハビリテーション科・皮膚科・整形外科・歯科（外来診療科目：内科・泌尿器科・皮膚科・歯科） |
| 協力の内容 | ・訪問診療による医療サービスの提供<br>・利用者の病状が急変した場合等の医師・看護職員による相談対応、利用者について診療の求めがあった場合の対応 |
| 医療機関との医療サービスに関する契約について | 医療サービスに関する契約は、利用者・ご家族が医療機関と直接契約頂くものです。かかりつけ医を協力医療機関とするか、他の医療機関とするかは、利用者・ご家族でお選びいただけます。<br>※医療サービス・費用等に関する質問や問合せは、直接医療機関にお願いします。<br>※医療費は利用者の負担となります。 |
| 利用者が医療を要する場合および緊急時の対応 | ・疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、身元引受人の同意を得て協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。協力医療機関以外の受診・治療は、原則、ご利用者・ご家族にて対応をお願いします。<br>・協力医療機関での診察や入院治療については優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また協力医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。<br>・入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、身元引受人の同意を得て、医師の判断・指示により近隣病院への入院調整や情報提供に協力します。<br>入院による不在が１か月を超えるとき、または予測されるときで復帰の目途が立たない時は、当施設より利用者・ご家族にご相談させて頂きます。<br>※医療費は利用者の負担となります。<br>※入院期間における利用料の取り扱いについては、家賃、管理費をご負担いただきます。<br>・夜間・緊急時の対応については、主治医に連絡するとともに、指定する連絡先に連絡します。<br>※あくまで「人命尊重」の原則に従って緊急時対応を行います。指定する連絡先に連絡がつかなかった場合、ご家族からの指示を頂かないうちに、救急処置、緊急入院・手術などの医療処置に及ぶ場合があります。 |
| そ　の　他 | ・インフルエンザ等の予防接種(年１回)：費用は利用者の負担となります。<br>・医師は常駐しておりません。<br>・看護職員は専門有資格者ですが、法規上、診療行為や医師の指示のない診療補助業務を行うことはできません。<br>・看護職員が行うのは日常の「健康管理」です。専門知識・経験を活かして、利用者の心身状況の把握や協力医療機関、主治医との連携をとります。 |

【緊急時の連絡先】

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名 | |
| | 主治医 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 家族等 | 緊急時連絡先家族等 | |
| | 電話番号 | |
| | 住所 | |

【事故発生時等の対応】

| | |
|---|---|
| 事故発生時等の対応 | ①利用者の病状による急変、その他事故が発生した場合には、速やかに身元引受人や利用者の家族に連絡をとるとともに、主治医に連絡をとる等必要な措置を講じます。<br>②状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市役所へ報告します。<br>③対処方法については、施設内で対応マニュアルを定めており、都度その原因を解明し、再発生しないように対策を講じます。 |
| 火災・非常災害時の対応 | ①施設設備<br>・関連諸法令に従い、火災・非常災害時に備えて、避難経路の確保、消防用設備機器の設置、防炎資材の使用など必要な措置を行います。<br>②防火管理<br>・消防関係法令に従い、火災・非常災害時に備えて防火管理者を定め、具体的な消防計画を作成、管轄消防署に届け出をしています。<br>・定期的に消防用設備等の点検を実施するとともに、年2回の定期消防訓練を実施しています。<br>・防火管理者のもとに防火担当責任者・火元責任者を配置し、日常の防火管理を徹底するとともに、職員の防災教育を適宜実施、自衛消防隊を組織して火災発生時に備えています。<br>③大規模災害<br>大規模災害(地震、大火災・台風・洪水・津波・竜巻等の大規模な風水害、爆発・化学物質などによる事故等により引き起こされる広域的かつ甚大な災害)が発生した際、情報収集と応急対策および復旧対策等を迅速且つ的確に行うため、厚生労働省・山口県および下関市の担当部局、消防防災関係機関、医療法人社団青寿会内に設置する大規模災害対策本部と連絡を密にし、災害対策について連絡調整 |

| | |
|---|---|
| 火災・非常災害時の対応 | を行い、業務にあたります。<br>②台風等の来襲の恐れがある時<br>台風等(含豪雨)の来襲の恐れがある時の災害防備における基本的事項を定め人命及び施設物件を保護し被害を最小限にとどめる事を目的とし、災害対策班を設置し、医療法人社団青寿会内に設置する災害対策本部と連絡を密にし、業務にあたります。 |

【サービス提供に関する相談・苦情】

| | | |
|---|---|---|
| 窓口の名称 | | 介護付有料老人ホーム　ヴィラジオ武久 |
| 住所 | | 下関市武久町２丁目３７番２４号 |
| 電話番号 | | ０８３－２５５－１１０１ |
| ＦＡＸ番号 | | ０８３－２５５－１１００ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：００ |
| | 土曜 | 休　み |
| | 日曜・祝日 | 休　み |
| その他の休み | | お盆（8月１３日～１５日）<br>年末年始（１２月３０日～１月３日） |
| 窓口の名称 | | 下関市役所　福祉部　介護保険課事業者係 |
| 住所 | | 下関市南部町１番１号　下関市役所本庁舎西棟２階 |
| 電話番号 | | ０８３－２３１－１３７１ |
| ＦＡＸ番号 | | ０８３－２３１－２７４３ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１６：３０ |
| | 土曜 | 休　み |
| | 日曜・祝日 | 休　み |
| その他の休み | | 年末年始等 |
| 窓口の名称 | | 山口県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | | ０８３－９９５－１０１０ |
| ＦＡＸ番号 | | ０８３－９３４－３６６５ |
| 対応している時間 | 平日 | ９：００～１７：００ |
| | 土曜 | 休　み |
| | 日曜・祝日 | 休　み |
| その他の休み | | 年末年始等 |

【虐待防止について】

| | | |
|---|---|---|
| 利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。 | | |
| （1）虐待防止責任者の選定 | 職種 | 氏名 |
| | 施設長 | 髙松　英樹 |
| （2）虐待防止の指針を整備し、委員会活動及び研修会を実施します。 | | |
| （3）虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合には、速やかに市へ連絡します。 | | |

【ご利用の際に留意頂く事項】

| | |
|---|---|
| 面会 | 面会時間は原則８：３０～２０：００です。来訪者は、必ずその都度来訪者名簿に記載下さい。 |
| 外出・外泊 | 外出、外泊をされる場合は、事前に「外出・外泊届」を事務所もしくは職員へ提出下さい。なお、外泊期間中も家賃・管理費はご負担頂きます。 |
| 喫煙 | 施設及び敷地内は禁煙です。 |

【その他運営に関する重要事項】

| | |
|---|---|
| 損害賠償 | ①事業者は、サービスの提供にあたって事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が生じたときは、ただちに必要な措置を講じ、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して必要な損害賠償を行います。ただし、利用者側に故意または重大な過失があるときは賠償額を減じることがあります。<br>②事業者は、事故の状況およびその処置等について記録します。<br>③事業者は、損害賠償責任保険に加入しています。 |
| 秘密保持 | 事業者および事業者が使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。 |
| 個人情報の取扱い | 事業者は利用者からあらかじめ書面で同意を得ない限り、個人情報を用いません。<br>また、利用者家族の個人情報についても、あらかじめ書面で同意を得ない限り、個人情報を用いません。<br>事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良なる管理者の注意義務をもって管理し、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |

指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供開始にあたり、

私は、重要な事項を説明し、同意を得て、交付しました。

医療法人社団　青寿会
有料老人ホーム ヴィラジオ武久
理事長　　頴原　健

職員署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、入居に関する「重要事項説明書」の内容について、項目ごとの説明を受け、同意し、

受領いたします。

令和　　年　　月　　日（※入居日と同じ）

入居者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被説明者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との続柄：　　）