

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 7 月 1 日
記入者名	高松 英樹
所属・職名	ヴィラジオ武久・管理者

1. 設置者概要

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人社団
名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん せいじゅかい 医療法人社団 青寿会	
主たる事務所の所在地	〒751-0833 下関市武久町2丁目53番8号	
連絡先	電話番号	083-252-2124
	FAX番号	083-252-5240
	メールアドレス	info@seijukai-or.jp
	ホームページアドレス	http://seijukai-or.jp/
代表者	氏名	颯原 健
	職名	理事長
設立年月日	昭和 ・平成 53年12月7日	
主な実施事業	※別添1(介護サービス等一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ う`いらじおたけひさ 介護付有料老人ホーム ヴィラジオ武久	
所在地	〒751-0833 下関市武久町2丁目37番24号	
主な利用交通手段	最寄駅	幡生駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 サンデン交通、武久停留所で下車、 徒歩5分(250m) ②自動車利用の場合 乗車5分
連絡先	電話番号	083-255-1101
	FAX番号	083-255-1100
	メールアドレス	Villaggio-takehisa@seijukai-or.jp
	ホームページアドレス	http://www.villaggio.jp/
管理者	氏名	高松 英樹
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・ 平成 25年9月24日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・ 平成 25年11月1日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） <input type="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	3 5 7 0 1 0 5 6 5 4
	指定した自治体名	下関市
	事業所の指定日	平成 2 8 年 1 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1, 5 4 0. 3 4 m ² （法定敷地面積）	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2, 8 6 8. 9 9 m ²
		うち、老人ホーム部分	2, 8 6 8. 9 9 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 鉄骨造 4階建て	
		3 木造	
4 その他 ()			
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物		
	2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）		
	抵当権の設定	1 あり 2 なし	
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者居室を含む）			
		2 相部屋あり			
		最少	人部屋		
	最大	人部屋			
	トイレ	浴室	面積(内法)	戸数・室数	区分
タイプ1	有/無	有/無	13.0~14.3 m ² (12.3~13.5 m ²)	6 6	一般居室個室
共用施設	共用便所における 便房	3 3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3 3ヶ所
	共用浴室	7ヶ所	個室		7ヶ所
			大浴場		ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	4ヶ所	チェアー浴		ヶ所
			リフト浴		3ヶ所
			ストレッチャー浴		1ヶ所
その他（ ）			ヶ所		
食堂	1 あり	2 なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり	2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし				
消防用設備 等	消火器	1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし		
	火災通報設備	1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	1 あり	2 なし		
	防火管理者	1 あり	2 なし		
	防災計画	1 あり	2 なし		
緊急通報装置等	居室 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他（ ） 1 あり 2 一部あり 3 なし	
土砂災害警戒区域	該当 1 あり 2 なし		1の場合 □土石流 □急傾斜地 □地すべり		
浸水想定区域 (洪水・津波・高潮)	該当 1 あり 2 なし		1の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 洪水 □津波 <input checked="" type="checkbox"/> 高潮 想定浸水深 m~ m		
その他	食堂兼機能訓練室、相談室、コミュニティルーム、ランドリールーム（4階）				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	事業所は、自立した生活が困難になった入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定して計画的に生活を支援します。また入居者が尊厳ある自立した日常生活場面での世話や機能訓練などの介護その他必要な援助が適切に行われるようにし、入居者の意思及び人格を尊重しながら常に入居者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。
サービスの提供内容に関する特色	入居者様、ご家族様の想いを大切にし、それぞれのニーズに基づいて施設ケアプランに従って提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
掃除の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護保険サービスの内容)

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ケア加算	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(IV)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(V)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
感染対策向上加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		

	介護職員等 特定処遇改 善加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保)		
協力医療機関	名称	医療法人社団 青寿会 武久病院 (ホームから500m)	
	住所	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・歯科 (外来診療科目:内科・泌尿器科・皮膚科・歯科)	
	協力科目	内科・泌尿器科・皮膚科	
	協力内容	・訪問診療による医療サービスの提供 ・後方支援病院としての医療サービスの提供 ※医療費は利用者負担となります。	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団 青寿会 武久病院	
	住所	下関市武久町2丁目53番8号	
	協力内容	歯科医師・歯科衛生士による、口腔ケアを中心とした指導。	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 (一般居室での介護もしくは執務室や事務室に近い居室等で介護サービスを提供します)		
判断基準の内容	1 判断基準 ①利用者が重度の認知症その他の身体症状のために現在入居している居室での生活(介護サービスの提供を受けること)が緊急・一時的に困難になった場合は、協力医又は主治医の意見を踏まえ、利用者及びその身元引受人の同意を受けた後、執務室や事務室に近い居室等で介護サービスの提供を行います。 ②介護等を必要とする状況により、入居した居室から他の居室へ住み替える事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。		
手続きの内容	①協力医又は主治医の意見を伺います。		

		②本人・身元引受人の同意を得ます。 ③執務室や事務室に近い居室等へ居室移動します。
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	利用者およびご家族の都合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。
居室利用権の取扱い	変更なし	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり
	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>身元引受人を1～2人定めて頂きます。身元引受人は利用料の支払いについて入居者と連帯して責任を負うこととなります。入居契約を解除される場合、入居者を引き取る義務があります。</p> <p>対応不可な医療処置対応：筋萎縮性側索硬化症、人工呼吸器、疥癬、その他医療措置や対応について事前に相談・確認が必要な医療処置（胃瘻、インシュリン投与、気管切開、在宅酸素、褥瘡、透析、I V H、認知症、ピック病、末期癌、ターミナルケア、肝炎、結核、梅毒、MRSA）</p>	
契約の解除の内容	<p>[事業者からの契約解除] 事業者は入居者に対し、入居者が次の各項の1に該当した場合、本契約を解除することが出来るものとします。</p> <p>[入居者からの契約解除] 入居者は本契約を解除しようとする時は30日以上予告期間をもって、事業者の定める契約解除届を事業者に提出するものとします。同契約解除届に記載された予告期間満了の日をもって、本契約は解除されるものとします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>(1) 入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正手段により入居した時。</p> <p>(2) 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく</p>

		<p>2 ヶ月滞納した時。</p> <p>(3) 建物及び付属設備又は敷地を故意・重大な過失により汚損・破損・滅失した時。</p> <p>(4) 入院又は外泊が連続して 1 か月を超える時、又は予想される時に復帰の目途が立たない時。</p> <p>(5) 運営規定に違反した時。</p> <p>(6) 利用上の注意を怠った時。</p> <p>(7) 利用権を第三者に譲渡した時。</p> <p>(8) 事業者が提供するサービスの権利を第三者に譲渡した時。</p> <p>(9) 禁止行為に違反した時。</p> <p>(10) 反社会的威力の排除の確約に反する事実が判明した時。</p> <p>(11) 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがある時。</p> <p>医師の診断により、当施設で入居を続けることが困難と判断された時。</p>
	解約予告期間	2 ヶ月
入居者からの解約予告期間		1 ヶ月
体験入居の内容	<p>1 あり</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>	
入居定員		6 6 人
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	28	24	4	24.86
介護職員	25	21	4	22.86
看護職員	3	3		2 (休職 1)
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	2	2		2.0
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				37.5
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	16	16	0
実務者研修修了者	0	0	0
初任者研修・ヘルパ-2級修了者等	9	5	4
介護支援専門員	2	2	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～ 9時)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	人	0 人
介護職員	3	人	2 人 (万一の救急対応にて)

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合	契約上の職員配置比率 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.5 : 1

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務						1 あり 2 なし				
	業務に係る資格等		1 あり								
			資格等の名称								
2 なし											
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数		1		7	2					1	
前年度1年間の退職者数				9						1	
応じた職員 の人数	業務に従事した経験年数に	1年未満								1	
	1年以上			1						1	
	3年未満										
	3年以上			1	1						
	5年未満										
	5年以上			4				1			
10年未満											
10年以上	3		1	5	3	1					
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇等により改正する場合があります。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いて決定します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援1	要介護5	
	介護負担割合	1割	3割	
居室の状況	床面積(内法)	13.3㎡(12.3)	14.0㎡(13.5)	
	便所	1有 2無	1有 2無	
	浴室	1有 2無	1有 2無	
	台所	1有 2無	1有 2無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		121,529円	200,114円	
家賃		35,000円	35,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	7,029円	85,614円	
	介護保険外	食費	43,200円	43,200円
		管理費	36,300円	36,300円
		光熱水費	実費	実費
		その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該ホームの整備に要した費用、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	①運営に係わる費用…フロントサービス、生活相談助言、カルチャーサービス等各種サービス提供に伴う人件費相当 ②共用設備等に係わる費用…共用施設の水光熱費及び建物整備の保守費、什器備品費等 ③健康維持に係わる費用…健康相談、医療機関への連絡や情報提供等のサービス提供費等
食費	1日あたり3食(朝・昼・夕)とします。3日前までに申し出があれば1日あたり1,440円返還します。ただし3食のうち1食でも摂られた場合は返還されません。(朝食360円、昼食540円、夕食540円)
光熱水費	居室内の電気料は個人負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	別添3

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

費目		算定根拠				
特定施設入居者生活介護に対する自己負担						
30日換算						
介護度	基本単位 A	加算 B	処遇 改善加算 C	総単位数 D=A+B+C	介護報酬 E 小数点以下切捨て	自己負担額※1 F=E×0.1 小数点以下切上げ
要支援1	5,490	775	764	7,029	70,290	7,029
要支援2	9,390	775	1,240	11,405	114,050	11,405
要介護1	16,260	1,045	2,111	19,416	194,160	19,416
要介護2	18,270	1,045	2,356	21,671	216,710	21,671
要介護3	20,370	1,045	2,613	24,028	240,280	24,028
要介護4	22,320	1,045	2,851	26,216	262,160	26,216
要介護5	24,390	1,045	3,103	28,538	285,380	28,538
(※)加算の種類			単位	算定	備考	
夜間看護体制加算(Ⅱ)			B	9/日	あり	要介護のみ
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			B	22/日	あり	
協力医療機関連携加算			B	100/月	あり	対象者のみ
高齢者施設等感染対策向上加算			B	15/月	あり	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)			C	所定単位数×0.122	あり	
※退院・退所時連携加算(入居から30日以内に限り算定) 対象:要介護のみ 30単位/日(自己負担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等の情報を提供した場合、1回に限り算定。						
※要介護度に応じて国が定める介護給付費額の1割を負担頂きます。(利用者負担割合が2割の場合記載金額の2倍、3割の場合は3倍となります。)						
※介護保険料は国が定める金額で、適時改正が行われます。						

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9人
	女性	52人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	52人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	3人

	要介護1	23人
	要介護2	15人
	要介護3	10人
	要介護4	5人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上1年未満	15人
	1年以上5年未満	27人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90.1歳
入居者数の合計	61.0人
入居率*	92.4%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	22人
	死亡者	0人
	その他	0人

8. 苦情・虐待・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口の名称	介護付有料老人ホーム ヴィラジオ武久	
電話番号	083-255-1101	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	お盆(8月13日~15日) 年末年始(12月30日~1月3日)	

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口の名称	下関市役所 福祉部 長寿支援課	
電話番号	083-231-1168	
対応している時間	平日	9:00~17:15
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	年末年始等	

窓口の名称	山口県国民健康保険団体連合	
電話番号	083-995-1010	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	年末年始等	

(虐待の防止について)

利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然防止・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	高松 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。		

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 損害賠償責任保険 (損保ジャパン)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 天災・事変その他の不可抗力による場合を除き、速やかに損害の賠償を行います。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	毎年7月実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類

- 別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表
- 別添 2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表
(個別選択による介護サービス一覧表)
- 別添 3 有料老人ホームヴィラジオ武久が提供する介護サービス等一覧表

別添 1 事業者が下関市で運営する他の介護保険サービス事業一覧表

介護保険サービスの種類			併設・隣接 の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーションたけひさ	下関市武久町2-53-8
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	武久病院	下関市武久町2-53-8
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青海荘テイクアセンター	下関市武久町2-53-8
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接	青海荘	下関市武久町2-53-8
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ウエイブ武久	下関市武久町2-37-24
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接	武久ケアプランセンター	下関市武久町2-53-8
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接	訪問看護ステーションたけひさ	下関市武久町2-53-8
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	武久病院	下関市武久町2-53-8
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接	青海荘テイクアセンター	下関市武久町2-53-8
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接	ウエイブ武久	下関市武久町2-37-24
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<地域密着型介護予防サービス>					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接	下関市本庁北部地域包括支援センター（委託事業）	下関市武久町2-2-13

＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接	青海荘 青海荘貳番館	下関市武久町2-53-8
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接	たけひさ介護 医療院	下関市武久町2-53-8
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

別添 2

有料老人ホームが提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護の指定の有無						なし	あり		
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス(利用者が全額負担)			包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり	なし				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			保険給付	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			保険給付	
おむつ代			なし	あり		○	実費	業者へ手配	
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり				保険給付	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				保険給付	
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	○			保険給付	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				保険給付	
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり				保険給付	
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり		○	2,000円	※4) 協力医療機関以外への通院同行 1時間以内 以降 30分増すごとに 500円追加 土日祝日夜間は 3,000円/1時間以内 以降 30分増すごとに 500円追加	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円	基準回数(週1回)を超える居室清掃は 15分以内 (以降 15分増すごとに 500円追加)	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	100円/枚	ラバー(防水)シート	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,500円/月 200円/回 100円/30分	個人用の衣類等の洗濯は実費負担 ランドリールーム内洗濯機使用料 ランドリールーム内乾燥機使用料	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	300円	体調不良時以外(月額上限 3,000円)	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	業者へ手配	
買物同行	なし	あり	なし	あり		○	2,000円	※5) 個別的な実施に限り 1時間以内 (以降 30分増すごとに 500円追加)	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500円	※6) 個別的な実施に限り 1時間以内 (以降 30分増すごとに 500円追加)	
役所手続き	なし	あり	なし	あり		○	1,500円(代行) 2,000円(同行)	※5.6) 保険給付(介護保険変更手続きを実施) 介護保険等に関係のない行政手続き	
金銭・貯金管理			なし	あり					

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス(利用者一部負担※1)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				備考
			包含※2	都度※2	料金※3		
健康管理サービス							
定期健康診断			なし	あり		○	医療機関明示額 協力医療機関にて年1回実施
健康相談	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じ適宜実施
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じ適宜実施
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じ適宜実施
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	2,000円 ※4)協力医療機関以外の移送同行1時間以内
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり			

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割・3割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4：協力医療機関以外の入退院時の同行費用は通院介助と同様の実費負担とする。

緊急時やむを得ず施設車を使用した場合の交通費、1回1,000円・5名。毎に500円、また利用者が入院となり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とする。

※5.6：役所手続は買い物代行・同行費用と同様の実費負担とする。

別添3

介護サービス等一覧表

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
食事介助	食事の提供	管理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。						
	摂取場所	食事場所は各階食堂(兼機能訓練室)です。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。						
	食事の介助	原則として自力摂取	状況に応じて見守りや手助け				状況に応じて見守りや手助け。自力摂取困難な場合は摂食介助	
	食事時間	朝 7:30～、昼 12:00～、夕 17:15～						
	介護保険給付外のサービス	<p>食事代は朝食360円、昼食540円、夕食540円で、合計1,440円(日額)です。欠食は3日前までに申し出があれば1日あたり1,440円返還します。ただし3食のうち1食でも摂れば返還されません。</p> <p>施設が提供する利用者の容態等に応じた食事において、主食は軟飯・お粥・パン(朝のみ)、副食は一口大食・キザミ食・極キザミ食・ミキサー食、治療食は減塩食・糖尿病食を提供します。</p> <p>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。</p> <p>施設が提供する特別な行事等における特別食において、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がありますが、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。</p>						
排泄介助	排泄の介助	原則として自力で排泄処理。但し、健康上の理由で処理が出来ない場合は見守りや手助けをします。	状況に応じて見守りや手助け。汚物処理。			状況に応じて見守りや手助け。排泄の介助。汚物処理。		
	オムツ使用	健康上の理由で一時的にオムツ使用状態になった時は、交換のお手伝いをします。	日中(8:30～17:00)は3回点検・交換(朝・昼・夕)、他随時コール対応。		夜間(17:00～8:30)は2回点検・交換(就寝前・早朝)、他随時コール対応。			
	介護保険給付外のサービス	オムツ代は個人負担です。						
入浴介助	入浴回数	週2回施設サービス計画書で定めた日						
	介助の方法	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。						
		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。						
	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。							
入浴時間	入浴は9:00～11:30、13:30～15:30の間に行います。							
入浴に係る注意事項	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・身だしなみ・清掃・洗濯	衣類の着替え・整容などの介助	寝たきり防止のため、できるだけ離床に配慮し、衣類の着替え・整容その他日常生活上に必要な援助します。	
	居室清掃	週1回清掃(点検を含む)お手伝い	
	介護保険給付外のサービス		着替え、整容、居室清掃、洗濯に係る用具一式は各自でご準備下さい。
			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は業者指定の金額を徴収します。
			美容・美容代は業者指定の金額を徴収します。
			ボタン付けやズボンのゴム通し等の衣類の補修は1回300円
			布団干しなど1回1,000円
	季節の変わり目に伴う洋服の入れ替えによる衣替え1回1,000円/30分(以降30分増すごとに500円追加)		
機能訓練	ラジオ体操	各階にて毎朝行います。	
	レクリエーション	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。	
	生活リハビリ	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。	
	介護保険給付外のサービス	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は通信費を実費頂きます(通常のリクリエーションにおける通信カラオケ利用は無料)。 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は材料代を実費頂きます。	
健康管理	平常時の健康管理	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。	
	身体急変時	随時バイタルチェックを行います。	
		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。	
		夜間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24時間オンコール体制)。但し、緊急を要する場合は協力医療機関の指示に基づき、救急車を手配して病状に応じた専門病院に搬送する事があります。	
	協力医療機関の送迎等	協力医療機関へは送迎介助をします。	
	服薬管理	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。	
介護保険給付外のサービス		医師による治療行為は医療機関明示の金額	
		年1回の健康診査は医療機関明示の金額	
		協力医療機関以外の通院介助・入退院時、職員が同行する場合は平日8:30～17:00の間2,000円/1時間以内(以降30分増すごとに500円追加)。土日祝日8:30～17:00、夜間17:00～8:30の間3,000円/1時間以内(以降30分増すごとに500円追加)	

	介護保険給付外のサービス	協力医療機関以外の通院介助・入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・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 ^分 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。
相談援助		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。
		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。
申請代行	介護保険更新等手続き	介護保険の更新手続きは施設で責任をもって行います。
	介護保険給付外のサービス	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)頂きます。
買物	買物	日用品等の購入に関しては、原則、ご家族にて対応をお願いいたします。
	介護保険給付外のサービス	個別的に実施される買物については、次のとおりとします。 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) 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)
上記に記載した以外の費用		居室の電気料金は個人負担。
		NHK受信料(BS・CSも含む)は個人負担。
		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。
		電話設置費用、電話代は個人負担。
		利用者はサービス提供について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
		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、利用者本人の衣類等、居室のLED照明、電球、蛍光灯、乾電池等の消耗品。
		個別的な理由により、居室へ食事を配膳下膳した場合1日300円(月額上限3,000円)頂きます。個別的に実施される自宅等への外出介助については、1回1時間以内2,000円(30分増すごとに500円追加)頂きます。
備考		上記の費用は、物価の変動等により変更する場合があります。
		上記に記載したもの以外に新しく費用を頂く場合は、事前に文書で同意を得ることとします。
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は、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が必要です。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。
		医療機関で入院中の利用者が外泊等で施設に戻って介護サービスを受ける場合は、その利用者が受けている介護認定等級の10割/日額の他に、上記の介護保険給付対象外サービスに係る費用が必要です。

私は、入居者_____様に対して、重要な事項を説明し、同意を得て、
交付いたしました。

医療法人社団青寿会
介護付有料老人ホーム ヴィラジオ武久
理事長 頼原 健

説明職員署名 _____ ㊟

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)

利用者名 _____ ㊟

住所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯)

被説明者署名 _____ ㊟ (本人との続柄 _____)

署名代行理由 _____