

重要事項説明書

| | |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和4年9月30日 |
| 記入者名 | 若佐 由美 |
| 所属・職名 | 施設長 |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

| | | |
|------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃさんうゝ いら 株式会社サンヴィラ | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒805-0054 福岡県北九州市八幡東区天神町2番41号 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 093-616-2115 |
| | FAX番号 | 093-661-3121 |
| | メールアドレス | なし |
| | ホームページアドレス | https://www.sunvilla.co.jp |
| 代表者 | 氏名 | 井坂 奨吾 |
| | 職名 | 代表取締役 |
| 設立年月日 | 昭和63年10月1日 | |
| 主な実施事業 | 別添1 | |

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) うゝ いらのーうゝ あ おおたに ヴィラノーヴァ大谷 | |
| 所在地 | 〒805-0054 福岡県北九州市八幡東区天神町2番41号 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR八幡駅 |
| | 交通手段と所要時間 | 1. バス利用の場合 ・西鉄バス 天神町停留所で下車 徒歩2分 2. 自動車利用の場合 ・北九州都市高速道路 大谷インターチェンジから1分 |

| | | |
|---------------|------------|----------------------------|
| 連絡先 | 電話番号 | 093-661-3665 |
| | FAX番号 | 093-661-3121 |
| | メールアドレス | なし |
| | ホームページアドレス | https://www.sunvilla.co.jp |
| 管理者 | 氏名 | 若佐 由美 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成2年9月30日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成2年10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 | 4070600293 |
| | 指定した自治体名 | 北九州市 |
| | 事業所の指定日 | 平成12年2月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和2年4月1日 |

3 建物概要

| | | | |
|--|---------|--|-----------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 7,316 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| 契約期間 | | 1 あり（2022年9月29日～2042年9月28日） 2 なし | |
| | 契約の自動更新 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 13,275 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 13,275 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 | |
| | | 2 鉄骨造 | |
| | | 3 木造 | |
| | | 4 その他（ ） | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物 | | | |
| 抵当権の設定 | | 1 あり 2 なし | |
| 契約期間 | | 1 あり（2022年9月29日～2042年9月28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 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | | 人部屋 | | |
| | 最大 | | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | Aタイプ | 有/無 | 有/無 | 53.27 m ² | 25 | 一般居室個室 |
| | Bタイプ | 有/無 | 有/無 | 57.25 m ² | 69 | 一般居室個室 |
| | Cタイプ | 有/無 | 有/無 | 67.28 m ² | 14 | 一般居室個室 |
| | Dタイプ | 有/無 | 有/無 | 69.13 m ² | 14 | 一般居室個室 |
| | Eタイプ | 有/無 | 有/無 | 74.52 m ² | 2 | 一般居室個室 |
| | Fタイプ | 有/無 | 有/無 | 84.11 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | Gタイプ | 有/無 | 有/無 | 141.63 m ² | 1 | 一般居室個室 |
| | タイプ1 | 有/無 | 有/有 | 14.40 m ² | 1 | 一時介護室 |
| タイプ2 | 有/無 | 有/有 | 14.00 m ² | 1 | 一時介護室 | |
| 介護棟 | 有/無 | 有/有 | 22.10 m ² | 10 | 介護居室個室 | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における便房 | 3ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 6ヶ所 | 個室 | | 4ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | 2ヶ所 | |
| | 共用浴室における介護浴槽 | 4ヶ所 | チェア浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッチャー浴 | | 1ヶ所 | |
| その他 () | | | 2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(A) | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 火災通報設備(B) | 1 あり 2 なし | | | | |
| | A, Bの連動 | 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 | | | | |
| その他 | | | | | | |

4 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 1. ご入居者の意思を尊重し、自立に向けて支援します。 2. 介護施設として、行政、医療、そして地域との連携を図ります。 3. 皆様から、「信任」「信愛」「信頼」される社員づくりをします。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 1. 自立支援を目的とした介護・看護サービス提供 2. 理学療法士、言語聴覚士の専門職によるリハビリを実施。 3. 住み慣れた居室での終末期に対応 |
| 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、掃除等の家事の供与 | <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 |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 夜間看護体制 | <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 |
| | 科学的介護推進体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | <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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 認知症専門ケア加算 | 1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし |
| | サービス提供体制強化加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 なし |
| | 介護職員処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ 5 加算Ⅴ 6 なし |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (介護・看護職員の配置率) 2 : 1 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------------|------|---|---|
| 医療支援 ※複数選択可 | | <ol style="list-style-type: none"> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 社会医療法人 製鉄記念八幡病院 |
| | | 住所 | 北九州市八幡東区春の町一丁目1番1号 |
| | | 診療科目 | 内科、消化器内科、外科、整形外科、形成外科、心療内科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科をはじめ28診療科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 救急医療が必要と思われる場合の24時間体制での受け入れ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |
| | 2 | 名称 | 中野内科クリニック |
| | | 住所 | 北九州市八幡東区春の町1-6-20 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 往診、医療全般に関する助言等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |
| | 3 | 名称 | 医療法人中央町おだクリニック |
| | | 住所 | 北九州市八幡東区中央3-8-28 |
| | | 診療科目 | 一般内科、呼吸器内科、アレルギー科 |
| | | 協力科目 | 同上 |
| | | 協力内容 | 訪問診療、医療全般に関する助言等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 |
| | 4 | 名称 | 益田内科クリニック |
| 住所 | | 北九州市八幡東区平野3丁目1-2 | |
| 診療科目 | | 内科、腎臓内科 | |
| 協力科目 | | 同上 | |
| 協力内容 | | 訪問診療、医療全般に関する助言等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人みやび会 おおくら歯科医院 | |
| | 住所 | 北九州市八幡東区尾倉3-2-15 | |
| | 協力内容 | 訪問歯科、口腔ケア等、歯科医療全般に関する助言等 ※医療費その他の費用は入居者の自己負担。 | |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | |
|--------------------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | <ol style="list-style-type: none"> 1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 () |
| 判断基準の内容 | <p>【介護居室へ移る場合】</p> <p>要介護3以上を目安として、常時介護が必要な状態または重度の認知症により、自身の居室や愛蔵品等に対する意識</p> |

| | | | |
|--------------|--------|--|--------|
| | | を失い、介護居室での生活が適切と施設が判断した場合。 | |
| 手続きの内容 | | 1. 日常よく観察している施設スタッフの見解 2. 3ヶ月以上の観察期間 3. 身元引受人の承諾 4. 本人の同意 以上4点を確認する。 | |
| 追加的費用の有無 | | 1 あり 2 なし (水道光熱費相当) | |
| 居室利用権の取扱い | | 介護棟への住替えの場合は、介護棟居室へ居室利用権は移行。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | | 1 あり 2 なし | |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり 2 なし | |
| | 便所の変更 | 1 あり 2 なし | |
| | 浴室の変更 | 1 あり 2 なし | |
| | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし | |
| | 台所の変更 | 1 あり 2 なし | |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | 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 2 なし | |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし | |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし | |
| 留意事項 | 要介護認定者の場合は状態が軽度であり、医療行為が日常的に必要ではない程度の方。予備審査あり。 | | |
| 契約の解除の内容 | 1. 入居者が死亡した場合。 (2名入居の場合は、どちらも死亡した場合) 2. 入居者、又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書第26条 | |
| | 解約予告期間 | 30日 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日 | | |
| 体験入居の内容 | 1 あり (内容: 1泊2日(朝食、夕食含む)が基本。 利用料は5,830円/人(税込)) 2 なし | | |
| 入居定員 | 225人 | | |
| その他 | | | |

5 職員体制 【令和4年7月1日現在】

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

| | 職員数(実人数) | | | 常勤換算人数 ※1、※2 |
|-------|----------|----|-----|-----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |

| | | | | |
|--|----|----|---|--------|
| 直接処遇職員 | 35 | 31 | 4 | 31.7 |
| 介護職員 | 29 | 25 | 4 | 26.2 |
| 看護職員 | 6 | 6 | 0 | 5.5 |
| 機能訓練指導員 | 3 | 3 | 0 | 3.0 |
| 計画作成担当者 | 2 | 2 | 0 | 2.0 |
| 栄養士 | — | — | — | 委託 |
| 調理員 | — | — | — | 委託 |
| 事務員 | 5 | 5 | 0 | 4.5 |
| その他職員 | 1 | 0 | 1 | — |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2 | | | | 37.0時間 |
| ※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。 | | | | |
| ※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。 | | | | |

(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 | 1 | 1 | 0 |
| 介護福祉士 | 26 | 25 | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 1 | 0 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 2 | 2 |
| 介護支援専門員 | 3 | 3 | 0 |

(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 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 2 | 2 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 1 | 1 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|---------------------|------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 (22時～ 7時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 1人 | 1人 |
| 介護職員 | 3人 | 2人 |

(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 | 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 |
|----------------------|-----------------------|---|

| | | |
|--|----------------------------------|------------|
| 護・介護職員の割合（一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能） | | 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) | 2.0 : 1 |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である 有料老人ホームの介護サービス提供 体制（外部サービス利用型特定施設以外 の場合、本欄は省略可能） | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(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 | 看護師 | | | | | | | |
| | 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 | 3 | | 5 | 2 | | | 1 | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 5 | | 6 | 2 | | | 2 | | | |
| 職業務に 従事した 経験年数 に応じた 人数 | 1年未満 | | 2 | | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 1 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | 1 | | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | 3 | | 3 | 1 | | | 1 | | |
| | 10年以上 | 3 | | 19 | 2 | 1 | | 2 | | 2 |
| | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 利用料金の支払方法 【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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い | <input checked="" type="checkbox"/> 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 物価や人件費の変動等により改定する場合がある。 手続き 入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。 |

(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 | 自立 | 自立 | |
| | 年齢 | 85歳 | 85歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 57.25㎡ | 57.25㎡ | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 浴室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| | 台所 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 15,720,000円(非課税) | 0円(非課税) | |
| | 敷金 | 0円 | 786,000円(非課税) | |
| 月額費用の合計 | | 166,660円 | 297,660円 | |
| 家賃 | | 0円(非課税) | 131,000円(非課税) | |
| サービス | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 0円(非課税) | 0円(非課税) | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 58,860円(税込) | 58,860円(税込) |
| | | 管理費 | 74,800円(税込) | 74,800円(税込) |
| | | 生活支援費 | 33,000円(税込) | 33,000円(税込) |
| | | 光熱水費 | 実費 | 実費 |
| | | 消耗品費 | 実費 | 実費 |
| その他 | 都度払い費用有 | 都度払い費用有 | | |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | | | | |
| ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入しない） | | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費用 | 算定根拠 |
|------|---|
| 家賃 | 建設費、土地購入費用、借入利息等を基礎とし、厚生労働省作成の簡易生命表から計算される想定居住期間にかかる家賃として算定。加えて、当社における退去率と一定期間の空室発生や販売費用、居室改装費（原状回復を含む）等を踏まえ、安定経営が継続できるように設定。 |
| 敷金 | 家賃の6ヶ月分 |
| 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 | 事務管理部門の人件費、共用部の施設維持管理費並びに水光熱費、備品、消耗品費等 |
| 食費 | 58,860円（1人1日3食×30日の場合の概算額・税込） 朝食：432円＋昼食：540円＋夕食：990円＝1,962(税込)／日 |

| | |
|----------------------|--|
| | <p>※1ヶ月の食費合計が19,800円(税込)に満たない場合、厨房運営基本料として最低料金の19,800円(税込)／月額をご負担頂きます。</p> <p>胃ろうや入院(三ヶ月目以降)など、長期にわたり食事をとることができない場合は9,900円(税込)／月額をご負担頂きます。</p> <p>※朝食・昼食については軽減税率対象8%、夕食・その他の飲食及び厨房運営基本料については軽減税率対象外10%です。</p> |
| 光熱水費 | <p>一般居室：使用実績により実費負担</p> <p>介護棟：11,000円(税込)</p> |
| 生活支援費 | <p>介護保険給付の基準を上回る人員の件数相当分ならびに想定居住期間に対する要支援者及び要介護者以外の入居者に対して、緊急、臨時的、または一時的に入浴、排せつ、食事などの介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話に要する費用。</p> |
| 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 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費用 | 算定根拠 |
|--|------------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 基本報酬、P4に記載する加算の利用者負担分。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス) | (上掲) |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|---|
| 算定根拠 | 居室ごとの月額家賃×想定居住期間+想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて事業者が受領する額。なお、想定居住期間は、厚生労働省作成の簡易生命表にもとづきます。 |
| 想定居住期間(償却年月数) | 7年(84ヶ月)～15年(180ヶ月) |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額) | 入居一時金ごとに異なる。 |
| 初期償却率 | 20% |
| 返還金の算定方法 | <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合、または死亡による契約終了の場合は、受領済みの前払金を全額返還します。</p> <p>ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき、受領します。</p> <p>(計算式)</p> <p>前払金×20%(未返還分を控除した)</p> |

| | | |
|-------------|-------------------|--|
| | | <p>比率) ÷ 想定居住期間の月数 ÷ 30 × (入居日から契約終了日までの実日数)</p> <p>※想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する費用(未返還分)は、全額返還します。</p> <p>※月払い利用料については、1月を30日とした日割精算をします。</p> <p>※必要な原状回復費用があれば受領します。</p> |
| | 入居後3月を超えた契約終了 | <p>償却期間内(想定居住年数と同期間)に本契約が終了する場合は、入居者または返還金受取人に、契約終了日から、償却期間満了日までの額を返還します。</p> <p>ただし、未返還分は対象外になります。</p> <p>(計算式)</p> <p>(1人入居で契約が終了した場合)</p> <p>前払金 × 未返還分を控除した比率 ÷ 償却期間の日数 × 契約終了日から償却期間満了日までの日数(小数点以下切上げ)</p> <p>(2人入居で1人の契約が終了した場合)</p> <p>加算した前払金を対象に、上記の計算式で返還金を算出します。</p> <p>※償却期間を超えた場合は、返還金はありません。</p> |
| 前払金の 保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他(名称:) | |

7 入居者の状況【令和4年7月1日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|------------|------|
| 性別 | 男性 | 38人 |
| | 女性 | 104人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 4人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 34人 |
| | 85歳以上 | 104人 |
| 要介護度別 | 自立 | 65人 |
| | 要支援1 | 2人 |

| | | |
|-------|------------|------|
| | 要支援 2 | 13 人 |
| | 要介護 1 | 20 人 |
| | 要介護 2 | 14 人 |
| | 要介護 3 | 10 人 |
| | 要介護 4 | 11 人 |
| | 要介護 5 | 7 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 4 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 1 人 |
| | 1年以上5年未満 | 36 人 |
| | 5年以上10年未満 | 28 人 |
| | 10年以上15年未満 | 27 人 |
| | 15年以上 | 46 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|--------|
| 平均年齢 | 87.6 歳 |
| 入居者数の合計 | 142 人 |
| 入居率※ | 63.1% |
| ※ 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 | 1 人 |
| | 社会福祉施設 | 1 人 |
| | 医療機関 | 0 人 |
| | 死亡者 | 15 人 |
| | その他 | 2 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 4 人 |
| | | (解約事由の例) 他施設への転出 |

8 苦情・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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | | |
|-----|----------|-------|----------------------------|
| 1 | 窓口の名称 | | ヴィラノーヴァ 苦情処理対策委員会 |
| | 電話番号 | | 093-661-3665 |
| | 対応している時間 | 平日 | 8:40~17:30 |
| | | 土曜 | 8:40~17:30 |
| | | 日曜・祝日 | 8:40~17:30 |
| 定休日 | | なし | |
| 2 | 窓口の名称 | | 福岡県国民健康保険団体連合会(介護サービス相談窓口) |
| | 電話番号 | | 092-642-7859 |
| | 対応している時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |

| | | | |
|-----|--------------|-------------|------------------------|
| | | 日曜・祝日 | なし |
| | 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 |
| 3 | 窓口の名称 | | 北九州市 保健福祉局 介護保険課 |
| | 電話番号 | | 093-582-2771 |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 4 | 窓口の名称 | | 北九州市門司区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-331-1894（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 5 | 窓口の名称 | | 北九州市小倉北区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-582-3433（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 6 | 窓口の名称 | | 北九州市小倉南区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-951-4127（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 7 | 窓口の名称 | | 北九州市若松区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-761-4046（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 8 | 窓口の名称 | | 北九州市八幡東区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-671-6885（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00~17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 9 | 窓口の名称 | | 北九州市八幡西区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-642-1446（直通） |
| | 対応して | 平日 | 9:00~17:00 |

| | | | |
|-----|--------------|-------------|-----------------------|
| | いる時間 | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |
| 10 | 窓口の名称 | | 北九州市戸畑区役所 保健福祉課（介護保険） |
| | 電話番号 | | 093-871-4527（直通） |
| | 対応して いる時間 | 平日 | 9:00～17:00 |
| | | 土曜 | なし |
| | | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土・日・祝日、年末年始 | |

（設置者の責めに帰すべき事由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） 全国有料老人ホーム協会の賠償責任保険 |
| | <input type="checkbox"/> 2 | なし | |
| 設置者の責めに帰すべき事由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）事故対応マニュアルに基づく |
| | <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 | 意見箱設置により随時実施 |
| | | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| <input type="checkbox"/> 2 なし | | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | 実施日 | 平成30年1月31日 |
| | | | 評価機関名称 | 特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会 |
| | | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| <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 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 |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | <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 |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 | 1 あり | (開催頻度) 年4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:) | |
| | 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 | 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 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営 指導指針「6 規模及び 構造設備」に合致しない 事項 | 1 あり 2 なし | |
| 合致しない事項がある 場合の内容 | | |
| 「7 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 | | |
| 不適合事項がある場合 の内容 | | |

添付書類 別添1 (事業主体が北九州市内で実施する他の介護サービス)

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)

様

説明年月日 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

※説明を受けた者の署名

| 介護サービスの種類 | | | 設置の状況 | 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 | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 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 | | |
| 【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 | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 併設・隣接 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 【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 | | |
| 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 | | |
| 【介護予防・日常生活総合事業】 | | | | | |
| 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 | | |

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）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 （都度の料金の説明など） （料金はすべて税込） | |
| | | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | （包含※2の場合）自立者：突発的な傷病により対応が必要となる場合で同一事由延べ7日まで。 （都度※2の場合）自立者及び要支援・要介護者の希望による場合に徴収する。 （包含※2の場合）自立者：突発的な傷病により対応が必要となる場合で同一事由延べ7日まで。 （都度※2の場合）自立者 おむつ代等の消耗材は実費 | |
| 排せつ介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550円/15分 | （包含※2の場合）主（主治医）の内科への通院 | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550円/15分 | （都度※2の場合）自立者：清掃の内容・範囲等は個別設定 | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550円/15分 | 施設が提供するリネンレンタルの利用者のみ月2回まで交換無料 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|---|---|------------|--|
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550 円/15 分 | 施設対応 : 都度 専門業者に委託 : 月額 4,400 円 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 110 円/1 食 | (包含※2 の場合) 自立者:突発的な傷病により対応が必要となる場合で同一事由延べ7日まで。 (都度※2 の場合) 自立者及び要支援・要介護者の希望による場合に徴収する。 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550 円/15 分 | (包含 ※2 の場合) 急な入院等で、同居者または身元引受人等家族が対応できない場合に限り一事由週1回限り実施する。 |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550 円/15 分 | 身元引受人が対応できない場合に実施。内容により都度見積もる。 |
| 金銭・貯金管理 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | ○ | | | 春・秋に年2回実施 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 入居者からの依頼により個別実施。不定期に健康教室等を開催。 |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 入居者からの依頼により個別実施 |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 介護認定者に対して実施 |
| 生活リズムの記録 (排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | ○ | | | 主治医の指示により介護認定者に対して実施 |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | ○ | ○ | 550 円/15 分 | (包含 ※2 の場合) 急な入院等で、同居者または身元引受人等家族が対応できない場合 (都度 ※2 の場合) 検査入院などの計画入院および退院の付添 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550 円/15 分 | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 550 円/15 分 | |

※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 割又は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。