

。別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者	宮腰 史也
所属・職名	ラ・ナシカあきた 施設長

1. 設置者概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ しだー 株式会社 シダー	
主たる事務所の所在地	〒802-0042 福岡県北九州市小倉北区足立二丁目1番1号	
連絡先	電話番号	093-932-7005
	FAX番号	093-932-7015
	ホームページアドレス	http:// http://www.cedar-web.com
代表者	氏名	座小田 孝安
	職名	代表取締役
設立年月日	平成13年 1月 1日	
主な実施事業	※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)	

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) ら・なしか あきた ラ・ナシカ あきた	
所在地	〒010-0003 秋田市東通四丁目4番13号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅 秋田駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・秋田中央交通バス 駅東団地より徒歩2分 ②自動車利用の場合 ・乗車10分以内
連絡先	電話番号	018-887-6700
	FAX番号	018-887-6702
	ホームページアドレス	http:// http://www.cedar-web.com
管理者	氏名	宮腰 史也

	職名	施設長
建物の竣工日	平成 22 年 3 月 31 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 22 年 5 月 1 日	

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	0 5 7 0 1 1 8 4 2 2
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	平成 28 年 5 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 4 年 5 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,822.42 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (平成 22 年 4 月 1 日～平成 47 年 4 月 30 日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	2179.23 m ²
		うち、老人ホーム部分	2179.23 m ²
	耐火構造	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 2 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
	契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (平成 22 年 4 月 1 日～平成 47 年 4 月 30 日) 2 なし	
	契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> 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※
	タイプ1	有/無	有/無	18.0 m ²	48 室	介護居室
	タイプ2	有/無	有/無	18.6 m ²	12 室	介護居室
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※「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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		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施設	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			
その他	食堂（1階30.04 m ² 、2階56.48 m ² 、3階56.48 m ² ）、機能訓練室（46.65 m ² ）、シアタールーム（11.84 m ² ）、カラオケルーム（7.68 m ² ）、					

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	その人らしい生活が維持できることを目指します。入居者一人一人を尊重し、尊敬しあえる人間関係を構築することに努めます。健康管理及び機能維持を行い、積極的に社会参加することを推進します。入居者様の人権・プライバシーを保護し、安心できる生活環境を整えます。身体拘束を廃止し、入
----------	---

	居者様の自由を制限しないことに努めます。		
サービスの提供内容に関する特色	(その内容) 機能訓練指導員、介護職員が共同して入居者の心身状況に合わせた個別の運動プログラムを作り、元気にその人らしく生活できるよう支援する。		
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	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	① 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	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	② なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり	② なし	
	個別機能訓練加算	1 あり	② なし	
	夜間看護体制加算	① あり	2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり	② なし	
	医療機関連携加算	① あり	2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり	② なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり	② なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり	② なし	
	看取り介護加算	1 あり	② なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり	② なし
		(II)	1 あり	② なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	1 あり	② なし
		(III)	1 あり	② なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	① あり	2 なし
		(II)	1 あり	② なし
		(III)	1 あり	② なし
		(IV)	1 あり	② なし
		(V)	1 あり	② なし
介護職員等特定処遇改善加算	(I)	① あり	2 なし	
	(II)	1 あり	② なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算		① あり	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) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配 <input type="radio"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 3 通院介助 <input type="radio"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	外旭川サテライトクリニック
		住所	秋田市外旭川字中谷地46
		診療科目	内科、精神科、神経内科
		協力内容	定期診察、年2回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者様の自己負担)、緊急時の外来及び対応等
	2	名称	
		住所	
協力歯科医療機関		名称	ひがしとおり歯科
		住所	秋田市東通3丁目10-15
		協力内容	定期診察、治療、健康相談等、年2回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者様の自己負担)

(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	<input type="radio"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他(介護居室から別の介護居室へ移る場合)	
判断基準の内容	入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断される場合には、サービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。	
手続きの内容	変更の判断に際しては、次に掲げる手続きをとるものとします。 <input type="radio"/> ①入所者の意思を確認する。 <input type="radio"/> ②入居者の身元引受人等の意見を聴く。 <input type="radio"/> ③事業者の指定する医師の意見を聴く。 <input type="radio"/> ④一定の観察期間をおく。 事業者の判断により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費は請求しません。ただし、入居者の希望により介護居室を変更した場合、前居室の原状回復費を請求します。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	居室の利用権が移行します。	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	その他の変更	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	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	介護認定にて『自立』と判断された場合は、退居になります。		
契約の解除の内容	<p>【入居契約書第33条】事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 家賃または管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上停滞するとき</p> <p>二 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不当手段により入居したとき</p> <p>三 第24条(禁止または制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>四 身体に著しい変化があり、医療依存度が施設対応不可能と判断したとき</p> <p>五 入居者の行動が、集団生活を営むことが困難な状態であり、かつ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止あるいは調節できないとき</p> <p>六 入居者が自分自身を傷つけたり他人に危害を加えたりする行為がみられたとき</p> <p>七 身元引受人が不在もしくは連絡がとれなくなったとき</p> <p>八 入居者が長期の外出(60日以上)をするとき</p> <p>九 入居者及びその関係者が当社の運営を著しく妨害する行為がみられたとき</p> <p>十 入居者が「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」(以下「指定暴力団等」という)の構成員及びその周辺のものであることが明らかになったとき、または指定暴力団等及び反社会的勢力との取引が明らかになったとき</p> <p>2 前項第一号から第七号による契約の解除は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告については、緊急性がある場合を除き60日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号から第六号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>【入居契約書第34条】入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解</p>		

	<p>約の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができます。解除の申し入れは、事業者の定める「退居届(解約届)」を事業者に届け出るものとし、「退居届(解約届)」に契約解除日を明示します。</p> <p>2 入居者が前項の「退居届(解約届)」を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって本契約は解除されたものとしします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第33条
	解約予告期間	60日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<p>① あり (内容：空室がある場合に体験入居ができます。利用料金 2泊3日 11,000円 5食食事つき、消費税込み。電気代等は含みます。)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	60人	
その他		

5. 職員体制

※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の必要はありません)。

(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名	1名		0.9
生活相談員	1名	1名		1.0
直接処遇職員	18名	17名	1名	17.4
介護職員	14名	14名		13.1
看護職員	5名	4名	1名	4.3
機能訓練指導員	1名	1名		0.1
計画作成担当者	1名	1名		1.0
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1名	1名		1.0
その他職員	0名	0名		
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				
<p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※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。</p>				

(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	8名	8名	
実務者研修の修了者	5名	5名	
初任者研修の修了者	8名	8名	
介護支援専門員		1名	

(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名	1名	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復師			
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 (時～ 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

(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 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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)	2.6 : 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	介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事任用資格	
		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	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事した職員の人数 に経験年数に応	1年未満	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	0	4	0	0	0	0	0	0
	10年以上	2	1	6	0	1	0	1	0	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 減額あり 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	
	手続き	

(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	要介護 1	要介護 3
	年齢	70歳	75歳
居室の状況	床面積	18.0 m ²	18.0 m ²
	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	4,020,000 円	0 円	
	敷金	100,000 円	100,000 円	
月額費用の合計		162,350 円/164,550 円	233,430 円/235,630 円	
家賃		8,000 円	75,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	17,180 円	21,260 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,770 円	55,770 円
		管理費	64,900 円	64,900 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	(夏季) 16,500 円/ (冬季) 18,700 円	(夏季) 16,500 円/ (冬季) 18,700 円
		その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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、本欄には記入していない）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	賃貸借契約に基づく賃借料と近隣の家賃相場及び、経年劣化による借主負担の修繕積立金を勘案した上で算定しています。
敷金	家賃の 1. 3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	共用部分の照明・空調・車両管理費・保険料等 ・日常業務に係る事務員費、消耗費・事務用品費・通信費 ・共用部分の清掃費、ごみ収集費 ・植栽管理、環境美化等 の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております
食費	給食業者との給食委託契約に基づき、満室時の入居者数に対しての実費費用を見込んでおり、入居者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。 朝食453円(税込)、昼食669円(税込)、夕食737円(税込) 朝食、昼食は軽減税率(8%)対象
光熱水費	居室の水道代(トイレ・洗面所)及び電気代(家電品・エアコン)等の実費費用を見込んでおり、入居者に対し応分の費用負担を加味し算定しております。
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
----	------

<p>特定施設入居者生活介護※に対する自己負担</p>	<p>※要介護度に応じて負担金割合に応じた額を徴収する。 介護保険の自己負担（1割）分（1ヶ月30日の場合）</p> <table border="0"> <tr><td>要支援1</td><td>6,200円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>10,070円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>17,180円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>19,160円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>21,260円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>23,180円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>25,250円</td></tr> </table> <p>金額については、1ヶ月を30日として、地域区分 （その他1単位 10.00円）で計算しています。</p> <p>※1割負担分には、医療機関連携加算及び夜間看護体制加算（要支援1・要支援2を除く）、サービス提供体制強化加算Ⅰを含みます。</p> <p>※別に介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（所定の単位数の82/1000）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数の18/1000）及び介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位数の15/1000）の自己負担分も徴収させていただきます。</p>	要支援1	6,200円	要支援2	10,070円	要介護1	17,180円	要介護2	19,160円	要介護3	21,260円	要介護4	23,180円	要介護5	25,250円
要支援1	6,200円														
要支援2	10,070円														
要介護1	17,180円														
要介護2	19,160円														
要介護3	21,260円														
要介護4	23,180円														
要介護5	25,250円														
<p>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）</p>	<p>なし</p>														
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>															

費目	算定根拠														
<p>特定施設入居者生活介護※に対する自己負担</p>	<p>※要介護度に応じて負担金割合に応じた割を徴収する。 介護保険の自己負担（2割）分（1ヶ月30日の場合）</p> <table border="0"> <tr><td>要支援1</td><td>12,400円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>20,140円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>34,360円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>38,320円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>42,520円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>46,360円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>50,500円</td></tr> </table> <p>金額については、1ヶ月を30日として、地域区分 （その他1単位 10.00円）で計算しています。</p> <p>※2割負担分には、医療機関連携加算及び夜間看護体制加算（要支援1・要支援2を除く）、サービス提供体制強化加算Ⅰを含みます。</p> <p>※別に介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（所定の単位数の82/1000）及び介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数の18/1000）及び介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位数の15/1000）の自己負担分も徴収させていただきます。</p>	要支援1	12,400円	要支援2	20,140円	要介護1	34,360円	要介護2	38,320円	要介護3	42,520円	要介護4	46,360円	要介護5	50,500円
要支援1	12,400円														
要支援2	20,140円														
要介護1	34,360円														
要介護2	38,320円														
要介護3	42,520円														
要介護4	46,360円														
要介護5	50,500円														
<p>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）</p>	<p>なし</p>														
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>															

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	<p>※要介護度に応じて負担金割合に応じた割を徴収する。 介護保険の自己負担（3割）分（1ヶ月30日の場合）</p> <table border="0"> <tr><td>要支援1</td><td>18,600円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>30,210円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>51,540円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>57,480円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>63,780円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>69,540円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>75,750円</td></tr> </table> <p>金額については、1ヶ月を30日として、地域区分（その他1単位 10.00円）で計算しています。</p> <p>※3割負担分には、医療機関連携加算及び夜間看護体制加算（要支援1・要支援2を除く）、サービス提供体制強化加算Iを含みます。</p> <p>※別に介護職員処遇改善加算（I）（所定の単位数の82/1000）及び介護職員等特定処遇改善加算（I）（所定単位数の18/1000）及び介護職員等ベースアップ等支援加算（所定単位数の15/1000）の自己負担分も徴収させていただきます。</p>	要支援1	18,600円	要支援2	30,210円	要介護1	51,540円	要介護2	57,480円	要介護3	63,780円	要介護4	69,540円	要介護5	75,750円
要支援1	18,600円														
要支援2	30,210円														
要介護1	51,540円														
要介護2	57,480円														
要介護3	63,780円														
要介護4	69,540円														
要介護5	75,750円														
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（上乗せサービス）	なし														
※ 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	家賃及び保身に係る管理費用等として前受家賃を算定しています。 平均居住年数を5年と見積もっており、前受家賃は60回で償却します。未経過部分については、入居契約書の「返還金の算定方法」に基づき返還致します。
想定居住期間（償却年月数）	60ヶ月目まで 5年(60ヶ月) 61か月目以降 3年(36ヶ月)
償却の開始日	入居日（予定）
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）	なし
初期償却率	なし
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了 全額返還致します。

		ただし、入居期間中の家賃部分日額（T）2,233円（U）900円（V）233円は、差し引いた残額とします。
	入居後3月を超えた契約終了	<p>(T)402万円 償却額:月額67,000円(日額:2,233円) 初期償却後の402万円—{(利用月数—2ヶ月)×67,000円+(償却起算月と契約解除月の利用日数×2,233円)}</p> <p>(U)162万円 償却額:月額27,000円(日額:900円) 初期償却後の162万円—{(利用月数—2ヶ月)×27,000円+(償却起算月と契約解除月の利用日数×900円)}</p> <p>(V)42万円 償却額:月額7,000円(日額:233円) 初期償却後の42万円—{(利用月数—2ヶ月)×7,000円+(償却起算月と契約解除月の利用日数×233円)}</p> <p>(E)1,728,000円 償却額:月額48,000円(日額:1,600円) 初期償却後の1,728,000円—{(利用月数—2ヶ月)×48,000円+(償却起算月と契約解除月の利用日数×1,600円)}</p> <p>*「利用月数」は、償却起算月と契約解除月を含め暦月で数えます。 *償却起算日と契約解除月の日割り計算は、退居時に精算します。 *償却起算日が1日の場合及び契約解除日が月末の場合は、暦月の日数に関わらず月額償却となります *居室明け渡しまでの日割り計算に基づく家賃、管理費、水光熱費及び現状回復費(経年劣化を除く)、利用料金等の未払い金を差し引きます。</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	株式会社朝日信託 入居一時金保全信託
	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【冒頭に記した記入日現在】
(入居者の人数)

性別	男性	16人
	女性	44人

年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	9人
	85歳以上	48人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	6人
	要支援 2	7人
	要介護 1	15人
	要介護 2	6人
	要介護 3	9人
	要介護 4	15人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	9人
	6ヶ月以上 1年未満	14人
	1年以上 5年未満	28人
	5年以上 10年未満	7人
	10年以上 15年未満	2人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0 歳
入居者数の合計	60人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	8人
	その他	3人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	12人 (解約事由の例) 医療依存度、療養型医療施設へ転居 死亡、自宅へ

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。

窓口の名称	ラ・ナシカ あきた 担当：管理者 宮腰 史也
-------	------------------------

1	電話番号		018-887-6700
	対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時
		土曜	午前8時30分～午後5時
		日曜・祝日	午前8時30分～午後5時
定休日		なし	
2	窓口の名称		株式会社 シダー 本社総務部
	電話番号		093-932-7005
	対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時
		土曜	午前8時30分～午後5時
		日曜・祝日	祝日のみ 午前8時30分～午後5時
定休日		日曜日	

(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	① あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社
	2 なし	
介護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	① あり 事故対応マニュアル	(その内容) 事故対応マニュアル
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり (事故対応のマニュアル)	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	① あり	実施日	
		結果の開示	① あり 2 なし
2 なし			
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
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	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
----------	---------------------------------------

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

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 12回 <input type="radio"/> 2 なし
	<input type="radio"/> 1 代替措置あり (内容) <input type="radio"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行【表示事項】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 適合している (代替措置) <input type="radio"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="radio"/> 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（別の実施する介護サービス一覧表）

別添 2（個別選択による介護サービス一覧表）

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	あり	なし
訪問入浴介護	あり	なし
訪問看護	あり	なし
訪問リハビリテーション	あり	なし
居宅療養管理指導	あり	なし
通所介護	あり	なし
通所リハビリテーション	あり	なし
短期入所生活介護	あり	なし
短期入所療養介護	あり	なし
特定施設入居者介護	あり	なし
福祉用具貸与	あり	なし
特定福祉用具販売	あり	なし
<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
夜間対応型訪問介護	あり	なし
認知症対応型通所介護	あり	なし
小規模多機能型居宅介護	あり	なし
認知症対応型共同生活介護	あり	なし
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし
居宅介護支援	あり	なし
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし
介護予防訪問看護	あり	なし
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし
介護予防短期入所生活介護	あり	なし
介護予防短期入所療養介護	あり	なし
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし

介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

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（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）				備考	
			包含※2	都度※2	料金※3			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
おむつ代			なし	あり		○	希望者に対し実施	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			週3回を標準とする	
特浴介助	なし	あり	なし	あり			実施しない	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
機能訓練	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
通院介助（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
通院介助（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円 必要に応じ適宜実施（1回1時間2,200円+タクシー代）	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	週1回を標準とする	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	週1回を標準とします。その他必要に応じて実施	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			必要に応じ適宜実施	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	必要に応じ適宜実施	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費 特別食実費負担	
おやつ			なし	あり		○	食費代に含まれる	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費 実費負担	
買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	なし	あり		○	週1回指定日のみ	
買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円 1回1時間2,200円+タクシー代	

役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし					相談に応じます。
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年2回希望者に対して実施。費用は全額自己負担
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				実施致しません。
入退院時の同行（協力医療機関）	なし	あり	なし	あり				必要に応じて実施（交通費の負担はなし）
入退院時の同行（協力医療機関以外）	なし	あり	なし	あり		○	2,200円	必要に応じて実施 （1回1時間2,200円+タクシー代）
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				実施致しません。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じ適宜実施。
その他サービス ・サービス提供記録等の複写物にかかる費用 1ページ 20円 ・食事については前日17:00までキャンセル可能。 ・在宅酸素電気代 4,950円/月								

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1～3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、月額サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に応じて、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。

入居者様に対し、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

〈入居施設〉

所在地 _____

事業者名 _____

管理者名 _____

説明者名 _____

私は、契約書及び本書面により、入居施設から重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

〈入居者〉

住所 _____

氏名 _____

〈身元引受人〉

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

