

重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 6 月 1 日
記入者名	加藤 奈都子
所属・職名	ラ・ナシカあしかが 施設長

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 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://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 (別に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 あしかが ラ・ナシカ あしかが	
所在地	〒326-0021 栃木県足利市山川町 10 番地 11	
主な利用交通手段	最寄駅	足利市駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・アシバスあっしー富田線で乗車 15 分、白 髭神社前で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・足利市駅より乗車 10 分
連絡先	電話番号	0284-44-4010
	FAX 番号	0284-44-3010
	ホームページアドレス	http://www.cedar-web.com
管理者	氏名	加藤 奈都子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 24 年 3 月 15 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 24 年 4 月 1 日

【類型】【表示事項】

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） 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） 3 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	0970202321
	指定した自治体名	栃木県
	事業所の指定日	平成 24 年 4 月 1 日
	指定の更新日（直近）	令和 6 年 4 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,470.91 m ²	
	所有関係	① 事業者が自ら所有する土地	
		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 (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	1,167.84 m ²

		うち、老人ホーム部分	1,167.84 m ²									
	耐火構造	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 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 2 事業者が賃借する建物 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">抵当権の設定</td><td>1 あり 2 なし</td></tr> <tr> <td>契約期間</td><td>1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし</td></tr> <tr> <td>契約の自動更新</td><td>1 あり 2 なし</td></tr> </table>					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
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										
		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	③ 有 / 無	有 / ③ 無	13.10 m ²	2	介護居室個室						
	タイプ2	③ 有 / 無	有 / ③ 無	13.16 m ²	28	介護居室個室						
	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	0ヶ所								
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所								
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所								
			大浴場	1ヶ所								
	共用浴室における	3ヶ所	チェアー浴	3ヶ所								

	介護浴槽		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	
その他	食堂・機能訓練室（100.72 m ² ）、シアタールーム、カラオケルーム			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	1. その人らしい生活が維持できることを目指します。 ※価値観や生活リズムを変えることなく、その人らしい生活が維持できるよう援助します。 2. 入居者様一人ひとりを尊重しあえる人間関係を構築します。 ※入居者様は、人生の大先輩であるということを忘れない姿勢で援助します。 3. 健康管理並びに機能維持を図り、積極的に社会参加することを推進します。 ※目的をもってはつらつとした生活を目指します。 4. 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 ※個人情報保護に努め、安心できる生活環境を提供します。 5. 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。 ※どのような状況でも（生命に危険がない限り）、入居者様の意思と自由に配慮します。
サービスの提供内容に関する特色	機能訓練指導員、介護職員等が共同して入居者の心身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します。

提供するサービスの種類	提供状況及び入居者への提供実績（記入年月日現在）				
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし		29人
食事の提供	1 自ら実施	② 委託	3 なし		29人
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし		29人

健康管理の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	29 人
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	29 人
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし	29 人

(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	(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	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
	協力医療機関連携加算	(Ⅰ)	① あり	2 なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
	退居時情報提供加算		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
	介護職員等処遇改善加算	(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
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		☒ 1 救急車の手配 ※複数選択可 ☒ 2 入退院の付き添い（協力医療機関のみ） ☒ 3 通院介助（協力医療機関のみ） ☐ 4 その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 千歳会 富田内科医院
		住所	足利市錦町 45
		診療科目	内科 消化器科 皮膚科 アレルギー科
		協力内容	定期診察 緊急時の外来及び対応 健康診断 看護指導等 （医療費その他の費用は入居者様の自己負担）
	2	名称	朝倉町よしだクリニック
		住所	足利市朝倉町 3-15-19
		診療科目	泌尿器科 腎臓内科 腎臓外科 内科
		協力内容	定期診察 緊急時の外来及び対応 健康診断 看護指導等 （医療費その他の費用は入居者様の自己負担）
協力歯科医療機関 1		名称	長谷川歯科医院
		住所	群馬県太田市由良町 294-1 （医療費その他の費用は入居者様の自己負担）
		協力内容	定期診療 治療 健康相談

(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	☐ 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（介護居室から別の介護居室に移る場合）
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する場合には、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	変更の際は、次に掲げる手続きをとるものとします。 ① 入居者の意思を確認する。 ② 入居者の身元引受人等の意思を聴く。 ③ 事業者の指定する医師の意見を聴く。 ④ 一定の観察期間を置く。 事業所の判断により介護居室を変更した場合、前室の原状回復費は請求致しません。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 ☒ 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 ☒ 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	自立の方生活サポート費として72,600円(税込)必要	
契約の解除の内容	【入居契約第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。 一 家賃又は管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、2か月以上遅滞するとき 二 入居申込書に記載の事項を記載する等の不正手段により入居したとき 三 第24条（禁止又は制限される行為）の規制に違反したとき 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 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これを防止あるいは軽減することができないとき 六 入居者が長期の外出（30日以上）をするとき 七 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 八 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 九 身元引受人が不在となったとき 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」第2条に定める指定暴力団または指定暴力団連合（以下「指定暴力団等」という）の構成員及びその周辺の者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指定暴力団の勢力との取引が明らかになったとき 2 前項第一号による契約の解除の場合、事業者は次の各号の手続きによって行います。 一 契約解除の通知については、緊急性がある場合を除き60日の予告期間をおく 二 前号の通知に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通知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の関係者・関係機関と協議し移転先の確保について協力する 3 本条第1項第四号、五号及び第八号によって契約を解除する場合においては、事業者は次の各号の手続きを行います。 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく 三 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の関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する 【入居契約第34条】入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解除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（様式第1号）」に解除日を明示します。 2 入居者が前項の「退居届（様式第1号）」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日間をもって本契約が解除されたものとします。	
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	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。） 2 なし	
入居定員	30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※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.6
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	12	10	2	10.7
介護職員	9	8	1	8.1
看護職員	3	2	1	2.6
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				外注
調理員				外注
事務員	1	1		1.0
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5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			
介護福祉士	7	6	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員	1	1	

(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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (21 時～翌 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0	人
介護職員	2 人	1 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 前年度の平均値÷記入日の前月の看護・介護の常勤換算数	2.5 : 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 訪問介護員養成研修 2 級課程修了	
	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
前年度 1 年間の採用者数	2	3		
前年度 1 年間の退職者数	0	2		
応じた職員の人数 業務に従事した経験年数	1 年未満	1		
	1 年以上	3		1
	3 年未満			
	3 年以上	2		
	5 年未満			
	5 年以上	1	1	
	10 年未満			

に	10 年以上		1	1	1					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（家賃・管理費） ☒ 2 日割り計算で減額（水光熱費） ☐ 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	介護保険法の改定又は公租公課及び物価並びに経済情勢の変動があった場合。
	手続き	入居契約書第31条（費用の改定） 事業者は、第28条（月額利用料）及び第29条（食費）の費用並びに入居者が事業者を支払うべき第30条（その他の費用）の額を改定することがあります。事業者は、前項の費用の改定にあたっては、介護保険法の改定又は公租公課及び物価並びに経済情勢の変動等もしくは事業者が雇用する従業者の人件費に増加等を勘案し、第9条（運営懇談会）に定める運営懇談会において入居者に説明した上で行うものとします。本条第1項の改定にあたっては、事業者は入居者及び身元引受人等に事前に通知します。

(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2	要介護2
	年齢	85歳	90歳
居室の状況	床面積	13.10㎡	13.16㎡
	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	36万円	360万円
	敷金	10万円	10万円
月額費用の合計		212,670円	167,820円
家賃		66,000円	12,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	10,050円	19,200円
	② 介護保険外※		
	食費(30日の場合)	57,420円	57,420円
	管理費	62,700円	62,700円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	16,500円	16,500円
その他		0円	0円

※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、本欄には記入していない)

(注)居室にあるテレビ等のNHK受信料については、入居者が個々で契約して負担して下さい。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	土地・建物の減価償却負担及び建物の維持修繕にかかる費用をふまえ、近隣の家賃相場を勘案したうえで算定しております。
敷金	家賃の 1.39 か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 【要介護認定を受けていない場合 生活サポート費】 健康管理、日常生活上の見守り（夜間巡視を含む）、食事の配膳・下膳や居室清掃等の生活支援、機能訓練、レクリエーションに係る費用です。
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、満室時の入居者様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算定しております。 朝食 453 円 昼食 669 円 夕食 792 円（税込） ※ 1 か月 30 日計算 ※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

費目	算定根拠																												
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	※要介護度に応じて介護費用の1割を徴収する。 介護保険サービスの1割負担分(1ヶ月30日の場合) <table> <tr><td>要支援1</td><td>6,150円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>10,050円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>17,190円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>19,200円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>21,300円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>23,250円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>25,320円</td></tr> </table> 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=10,000円)で計算しています。 ※1割負担分には、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」「夜間看護体制加算Ⅱ」を含みます。 ※要介護度に応じて介護費用の2割を徴収する。 介護保険サービスの2割負担分(1ヶ月30日の場合) <table> <tr><td>要支援1</td><td>12,300円</td></tr> <tr><td>要支援2</td><td>20,100円</td></tr> <tr><td>要介護1</td><td>34,380円</td></tr> <tr><td>要介護2</td><td>38,400円</td></tr> <tr><td>要介護3</td><td>42,600円</td></tr> <tr><td>要介護4</td><td>46,500円</td></tr> <tr><td>要介護5</td><td>50,640円</td></tr> </table> 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=10,000円)で計算しています。 ※2割負担分には、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」「夜間看護体制加算Ⅱ」を含みます。	要支援1	6,150円	要支援2	10,050円	要介護1	17,190円	要介護2	19,200円	要介護3	21,300円	要介護4	23,250円	要介護5	25,320円	要支援1	12,300円	要支援2	20,100円	要介護1	34,380円	要介護2	38,400円	要介護3	42,600円	要介護4	46,500円	要介護5	50,640円
要支援1	6,150円																												
要支援2	10,050円																												
要介護1	17,190円																												
要介護2	19,200円																												
要介護3	21,300円																												
要介護4	23,250円																												
要介護5	25,320円																												
要支援1	12,300円																												
要支援2	20,100円																												
要介護1	34,380円																												
要介護2	38,400円																												
要介護3	42,600円																												
要介護4	46,500円																												
要介護5	50,640円																												

	※要介護度に応じて介護費用の3割を徴収する。 介護保険サービスの3割負担分（1ヶ月30日の場合） <table> <tr><td>要支援 1</td><td>18,450円</td></tr> <tr><td>要支援 2</td><td>30,150円</td></tr> <tr><td>要介護 1</td><td>51,570円</td></tr> <tr><td>要介護 2</td><td>57,600円</td></tr> <tr><td>要介護 3</td><td>63,900円</td></tr> <tr><td>要介護 4</td><td>69,750円</td></tr> <tr><td>要介護 5</td><td>75,960円</td></tr> </table> 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＝10,000円）で計算しています。 ※3割負担分には、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」「夜間看護体制加算Ⅱ」を含みます。 ※別に介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数の128/1000）の自己負担分収させていただきます。 ※要件に該当した場合は別に、協力医療機関連携加算（1月100単位又は1月40単位）、退居時情報提供加算（250単位）、退院・退所時連携加算（1日30単位・入居日から30日間・要支援1,2を除く）の自己負担分も徴収させていただきます。	要支援 1	18,450円	要支援 2	30,150円	要介護 1	51,570円	要介護 2	57,600円	要介護 3	63,900円	要介護 4	69,750円	要介護 5	75,960円
要支援 1	18,450円														
要支援 2	30,150円														
要介護 1	51,570円														
要介護 2	57,600円														
要介護 3	63,900円														
要介護 4	69,750円														
要介護 5	75,960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		家賃の前払い金として前受家賃を算定しております。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」に基づき返還いたします。
想定居住期間（償却年月数）		60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）		無
初期償却率		無
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	前受家賃：全額返金致します。ただし、入居期間中の家賃部分日額（T）200円（U）1,000円（V）2,000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	(T)36万円 $36万円 - \{ (利用月数 - 2ヶ月) \times 6,000円 + (償却起算月と契約解除月の利用日数 \times 200円) \}$ (U)180万円 $180万円 - \{ (利用月数 - 2ヶ月) \times 30,000円 + (償却起算月と契約解除月の利用日数 \times 1,000円) \}$ (V)360万円 $360万円 - \{ (利用月数 - 2ヶ月) \times 60,000円 + (償却起算月と契約解除月の利用日数 \times 2,000円) \}$ (E)1,728,000円 $1,728,000円 - \{ (利用月数 - 2ヶ月) \times 48,000円 + (償却起算月と契約解除月の利用日数 \times 1,600円) \}$ ※「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。 ※償却起算月と契約解除月の日割り計算は退去時に精算します。 ※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の償却となります。 ※居室の明け渡しまでの日割り計算に基づく家賃、管理費、水光熱費及び原状回復費（経年劣化を除く）、利用料金等の未払い金を差し引きます。 ※入居される前に契約を解除された場合、既受領分の敷金、前受家賃の全額を返還します。
前払金の	1 連帯保証を行う銀行等の名称	

保全先	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	3 人
	女性	27 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	25 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	3 人
	要支援 2	1 人
	要介護 1	7 人
	要介護 2	7 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	6 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	4 人
	1 年以上 5 年未満	13 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	90.3 歳
入居者数の合計	30 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	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	2 人
	死亡者	3 人
	その他	2 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
	入居者側の申し出	永眠、入院継続、転居 8 人

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		① ラ・ナシカあしかが 担当：加藤 奈都子 ②株式会社シダー 本社総務部
電話番号		① (0284) 44-4010 ② (093) 932-7005
対応している時間	平日	① ②午前8時30分～午後5時00分
	土曜	① ②午前8時30分～午後5時00分
	日曜・祝日	① 午前8時30分～午後5時00分
定休日		①なし ②日曜日及び年末年始
窓口の名称		①足利市役所 福祉部 元気高齢課 ②栃木県国民健康保険団体連合会
電話番号		① (0284) 20-2136 ② (0286) 43-2220
対応している時間	平日	①②午前8時半～午後5時00分
	土曜	①②定休日
	日曜・祝日	①②定休日
定休日		①②土日祝日及び年末年始

(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	(その内容) 事故対応のマニュアル
	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	随時実施。意見は運営懇談会にて報告	
	2 なし	結果の開示	① あり	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	☒ 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
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 ☒ 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 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 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	☒ 1 あり	(開催頻度) 2 か月に 1 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
虐待の防止のための措置	当事業所は、別途定める「高齢者虐待防止のための指針」に基づき虐待の防止に努めます。虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を配置します。また、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者さまを発見した場合は、速やかに市町村に通報します。	
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	1 あり ☒ 2 なし	

住宅の登録	
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 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	なし
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添１（別に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）

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。

年 月 日

〈入居施設〉

所在地 栃木県足利市山川町10番地11

事業者名 ラ・ナシカ あしかが

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。

年 月 日

〈入居者〉

住所

氏名

〈身元引受人〉

住所

氏名 (続柄)

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	あおぞらの里 御幸ヶ原デイサ ービスセンター	栃木県宇都宮市御幸ヶ原町 8 4 番地
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		
特定施設入居者生活介護	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	あおぞらの里 御幸ヶ 原ケアプランセンター	栃木県宇都宮市御幸ヶ原町 8 4 番地
<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		備 考	
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）										※2 都度※2			料 金※3
個別の利用料で、実施するサービス（利用者一部負担※1）										包含※2			
介護サービス	食事介助	なし	あり	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	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	あり	なし	あり						週3回実施	
	特浴介助	なし	あり	あり	なし	あり						実施いたしません	
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	なし	あり						必要に応じ適宜実施	
	機能訓練	なし	あり	あり	なし	あり						週3回以上実施	
	通院介助（協力医療機関）	なし	あり	あり	なし	あり						必要に応じ適宜実施	
	通院介助（協力医療機関外）	なし	あり	あり	なし	あり				○	2,200円（税込）	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	あり	なし	あり			○			週1回を標準とする。	
	リネン交換	なし	あり	あり	なし	あり			○			週1回を標準とする。その他必要に応じ実施	
	日常の洗濯	なし	あり	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	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	治療食提供について実費負担	
	おやつ				なし	あり			○			食費に含まれる。	
	理美容師による理美容サービス				なし	あり			○			実費負担	
	買い物代行（通常の利用区域）	なし	あり	あり	なし	あり			○			週一回指定日のみ。	
	買い物代行（上記以外の区域）	なし	あり	あり	なし	あり			○		2,200円（税込）	1回1時間2,200円+タクシー代	
	役所手続き代行	なし	あり	あり	なし	あり			○			月一回指定日のみ。	
	金銭・貯金管理				なし	あり						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	年二回希望者のみ実施。（実費負担）	
	健康相談	なし	あり	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	あり	なし	あり						必要に応じ適宜実施	
	服薬支援	なし	あり	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	あり	なし	あり						必要に応じ適宜実施	

(あり)

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					実施しない
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（税込）	必要に応じて実施（交通費は自己負担）
入院中の洗濯物交換・買い物		なし	あり	なし	あり					実施しない
入院中の見舞い訪問		なし	あり	なし	あり			○		必要に応じて適宜実施
その他のサービス サービス提供記録等の様写物にかかる費用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5,080円（税込）										

※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、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの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。

