

重要事項説明書

記入年月日	令和7年4月1日
記入者名	中野 ゆかり
所属・職名	ラ・ナシカこうざい 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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 <u>法人</u>	
	※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	093-392-7005
	FAX 番号	093-932-7015
	メールアドレス	honsya@cedar-web.com
	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	昭和 56 年 4 月 25 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 こうざい ラ・ナシカ こうざい
----	---------------------------------

所在地	〒761-8012 香川県高松市香西本町 218	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 香西駅
	交通手段と所要時間	①JR 利用の場合 ・ JR 香西駅より徒歩 10 分 ②バス利用の場合 ・ 琴電バス 本津停留所より徒歩 3 分
連絡先	電話番号	087-882-3551
	FAX 番号	087-882-3226
	メールアドレス	rh-kouzai@cedar-web.com
	ホームページアドレス	http://www.cedar-web.com
管理者	氏名	中野 ゆかり
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 18 年 2 月 14 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 18 年 3 月 15 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	3770104176
	指定した自治体名	高松（市）
	事業所の指定日	平成 18 年 3 月 15 日
	指定の更新日（直近）	令和 6 年 3 月 15 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,995.76 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（普通賃借）定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり ② なし
		契約期間	① あり (H18 年 2 月 14 日～H48 年 2 月 13 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	2,122.20 m ²

		うち、老人ホーム部分	2,122.20 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 (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 (H18年2月14日～H48年2月13日) 2 なし			
	契約の自動更新	①あり 2 なし			
居室の状況	① 全室個室 (縁故者居室を含む)				
居室区分	2 相部屋あり				
【表示事項】	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 m ²	60 室	介護居室個室
タイプ2	有/無	有/無	m ²		
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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	2ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所	
			大浴場	1ヶ所	
	共用浴室における	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所	

	介護浴槽		リフト浴	1ヶ所
			ストレッチャー浴	0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	便所	浴室	その他（ ）
	① あり	① あり	① あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし
その他	食堂：1階 47.4㎡ 2階：81.0㎡ 3階：81.0㎡ 機能訓練室：63㎡ シアタールーム、カラオケルーム、相談室、健康管理室、図書パソコン室、洗濯室			

4. サービス等の内容

（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ことなく、その人らしい生活が維持できる様支援します。 ②入居者様一人一人を尊重し合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ことを忘れない姿勢で援助します。 ③健康管理及び機能維持を図り、積極的に社会参加することを推進します。 *目標を持って、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整えます。 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。 *どのような状態でも（生命に危険がない限り）、入居者様の意思と行動の自由に配慮します。
サービスの提供内容に関する特色	機能訓練指導員又は弊社独自の研修を修了したトレーニング指導者が、入居者様の心身状態に合わせて個別にプログラムを組んで安心して安全に在宅生活ができるように支援します。
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	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
※1 「協力医療機関連携 加算(Ⅰ)」は、「相談・ 診療を行う体制を常時確保 し、緊急時に入院を受け入 れる体制を確保している協 力医療機関と連携している 場合」に該当する場合を指 し、「協力医療機関連携加 算(Ⅱ)」は、「協力医療 機関連携加算(Ⅰ)」以外 に該当する場合を指す。	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
※2 「地域密着型特定施 設入居者生活介護」の指定 を受けている場合。	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	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(※1)	(Ⅰ)	① あり 2 なし
		(Ⅱ)	① あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算(※2)		1 あり ② なし
	口腔・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
	退居時情報提供加算		① あり 2 なし
	看取り介護加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	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
	高齢者施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)	1 あり ② なし
		(Ⅱ)	1 あり ② なし
	新興感染症等施設療養費		1 あり ② なし
	生産性向上推進体制加算	(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
		(Ⅴ)(1)	1 あり ② なし
		(Ⅴ)(2)	1 あり ② なし
		(Ⅴ)(3)	1 あり ② なし

		(V) (4)	1	あり	②	なし
		(V) (5)	1	あり	②	なし
		(V) (6)	1	あり	②	なし
		(V) (7)	1	あり	②	なし
		(V) (8)	1	あり	②	なし
		(V) (9)	1	あり	②	なし
		(V) (10)	1	あり	②	なし
		(V) (11)	1	あり	②	なし
		(V) (12)	1	あり	②	なし
		(V) (13)	1	あり	②	なし
		(V) (14)	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)			
	②	なし	: 1			

(医療連携の内容)

医療支援		※複数選択可				
		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	キナシ大林病院			
		住所	香川県高松市鬼無町藤井 435-1			
		診療科目	内科・心療内科・精神内科・リウマチ科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・泌尿器科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科			
		協力科目	内科・心療内科・精神内科・リウマチ科・外科・整形外科・脳神経外科・眼科・泌尿器科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		①	あり 2 なし
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保		①	あり 2 なし
	2	名称	西高松脳外科・内科クリニック			
		住所	香川県高松市郷東町 134-1 西高松メディカルビルイース 2 階			
		診療科目	脳神経外科・内科・リハビリテーション科			
		協力科目	脳神経外科・内科・リハビリテーション科			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		①	あり 2 なし

		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保		①あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称		
		医療機関の住所		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団グローバル会デンタルステーション スマイル歯科	
		住所	香川県高松市郷東町 134-1	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	
	2	名称	医療法人社団グローバル会デンタルステーション 谷本歯科医院	
		住所	香川県高松市香西本町 311 番地	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	
	3	名称	医療法人社団グローバル会デンタルステーション リつりん歯科医院	
		住所	香川県高松市田村町 321-1	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	
	4	名称	医療法人社団グローバル会デンタルステーション アップル歯科医院	
		住所	香川県高松市太田上町 420-1	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	
	5	名称	医療法人グローバル会デンタルステーション ピース歯科医院	
		住所	香川県高松市東山崎町 668-1	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	
	6	名称	医療法人社団しんじ歯科医院	
		住所	香川県高松市牟礼町原 594-1	
		協力内容	診療・治療・健康相談の為に歯科医師・歯科衛生士の派遣	

(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		入居者様に対して適切な介護を提供するために必要と判断する場合には、サービス提供の場所を入居施設内において変更する場合があります。	
手続きの内容		変更の際には、次に掲げる手続きを取るものとします。 一 入居者の意思を確認する。 二 入居者の身元引受人等の意思を聴く。 三 事業者の指定する医師の意見を聴く。 四 一定の観察期間をおく。 事業所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 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	介護認定にて「自立」と判断された場合は、退居になります。	
契約解除の内容	【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の該当し、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ヶ月以上滞納するとき 二 入居申込書に虚偽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）の規定に違反したとき 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はこれを防止あるいは調整することができないとき 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 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 八 入居者が長期の外出（60 日以上）するとき 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 十 入居者が「暴力団員による不正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員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 2 前項第一号から第七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 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 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。 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 （入居者からの契約解除） 第 34 条 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日前に解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。 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。利用料金は 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		60 人
その他	なし	

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		0.8
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	22	20	2	20.6
介護職員	18	16	2	16.8
看護職員	4	4	0	3.8
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				外部委託
調理員				外部委託
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
※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			0
介護福祉士	13	13	0
実務者研修の修了者	5	5	0
初任者研修の修了者	3	3	0
介護支援専門員			

(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 (21 時 00 分 ~ 9 時 00 分)		
	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	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 ④ 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)	2.7 : 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							
			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	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0
	3年未満											
	3年以上	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年未満											
	5年以上	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0
10年未満												
10年以上		1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0
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	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】月額の利用料及び食費の費用並びに入居者が事業者に支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。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員の人件費の増加等を勘案し、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。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		要介護 2	要介護 5
	年齢		65 歳以上	65 歳以上
居室の状況	床面積		18 m ²	18 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		円	円
	敷金		100,000 円	100,000 円
月額費用の合計			172,899 円	179,105 円
家賃			55,000 円	55,000 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		19,469 円	25,675 円
	介護保険外※ ²	食費	45,630 円	45,630 円
		管理費	37,400 円	37,400 円
		介護費用	－円	－円
		光熱水費	15,400 円	15,400 円
		その他	円	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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	賃貸仮契約に基づく賃貸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 1.8 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・車両費・保険料等 日常業務に係る事務員費、消耗品費 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	給食業者と給食委託契約に基づき、満室時の入居者数に対して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 507 円 (税込) 昼食 507 円 (税込) 夕食 507 円 (税込) *1 ヶ月 30 日計算 *食費はすべて軽減税率 (8%) 対象
光熱水費	居室 水道代 (トイレ・洗面所)、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	*要介護度に応じてかいご費用の負担金割合に応じた額を徴収する。 介護保険の自己負担分 (1 ヶ月 30 日の場合) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>(単位数)</th><th>(1 割負担分)</th><th>(2 割負担分)</th><th>(3 割負担分)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援 1</td><td>183 単位</td><td>6,237 円</td><td>要支援 1 12,473 円</td><td>要支援 1 18,709 円</td></tr> <tr> <td>要支援 2</td><td>313 単位</td><td>10,191 円</td><td>要支援 2 20,382 円</td><td>要支援 2 30,573 円</td></tr> <tr> <td>要介護 1</td><td>542 単位</td><td>17,431 円</td><td>要介護 1 34,862 円</td><td>要介護 1 52,292 円</td></tr> <tr> <td>要介護 2</td><td>609 単位</td><td>19,469 円</td><td>要介護 2 38,938 円</td><td>要介護 2 58,407 円</td></tr> <tr> <td>要介護 3</td><td>679 単位</td><td>21,599 円</td><td>要介護 3 43,197 円</td><td>要介護 3 64,795 円</td></tr> <tr> <td>要介護 4</td><td>744 単位</td><td>23,576 円</td><td>要介護 4 47,151 円</td><td>要介護 4 70,727 円</td></tr> <tr> <td>要介護 5</td><td>813 単位</td><td>25,675 円</td><td>要介護 5 51,349 円</td><td>要介護 5 77,024 円</td></tr> </tbody> </table> 金額については、1 ヶ月を 30 日として、地域区分 (7 級地 1 単位=10.14 円) で計算しています。 *自己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) (要支援 1, 2 を除く)」を含みます。 *別に介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) (所定単位数の 128/1000)、の自己負担分も徴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)、退去時情報提供加算 (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。		(単位数)	(1 割負担分)	(2 割負担分)	(3 割負担分)	要支援 1	183 単位	6,237 円	要支援 1 12,473 円	要支援 1 18,709 円	要支援 2	313 単位	10,191 円	要支援 2 20,382 円	要支援 2 30,573 円	要介護 1	542 単位	17,431 円	要介護 1 34,862 円	要介護 1 52,292 円	要介護 2	609 単位	19,469 円	要介護 2 38,938 円	要介護 2 58,407 円	要介護 3	679 単位	21,599 円	要介護 3 43,197 円	要介護 3 64,795 円	要介護 4	744 単位	23,576 円	要介護 4 47,151 円	要介護 4 70,727 円	要介護 5	813 単位	25,675 円	要介護 5 51,349 円	要介護 5 77,024 円
	(単位数)	(1 割負担分)	(2 割負担分)	(3 割負担分)																																					
要支援 1	183 単位	6,237 円	要支援 1 12,473 円	要支援 1 18,709 円																																					
要支援 2	313 単位	10,191 円	要支援 2 20,382 円	要支援 2 30,573 円																																					
要介護 1	542 単位	17,431 円	要介護 1 34,862 円	要介護 1 52,292 円																																					
要介護 2	609 単位	19,469 円	要介護 2 38,938 円	要介護 2 58,407 円																																					
要介護 3	679 単位	21,599 円	要介護 3 43,197 円	要介護 3 64,795 円																																					
要介護 4	744 単位	23,576 円	要介護 4 47,151 円	要介護 4 70,727 円																																					
要介護 5	813 単位	25,675 円	要介護 5 51,349 円	要介護 5 77,024 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		
想定居住期間 (償却年月数)		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)		円
初期償却率		%
返 還 金 の 算 定 方 法	入居後 3 月以内の契約終了	
	入居後 3 月を超えた契約終了	
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【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	14 人
	女性	46 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	8 人
	85 歳以上	52 人
要介護度別	自立	一人
	要支援 1	6 人
	要支援 2	3 人
	要介護 1	10 人
	要介護 2	9 人
	要介護 3	17 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	8 人
入居期間別	6 ヶ月未満	11 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	34 人
	5 年以上 10 年未満	8 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	2 人

(入居者の属性)

平均年齢	91.0 歳
入居者数の合計	60 人
入居率※	100.0%
※ 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	2人
	死亡	11人
	その他	2人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人
		入居者様の行動が、集団生活を営むことが困難な状態であり、かつ、入居者様に対する通常の介護方法ではこれを防止あるいは調整することができなかった
	入居者側の申し出	4人
		他施設転居 入院継続

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・ナシカこうざい担当：施設長 中野 ゆかり ② 株式会社シダー 本社総務部
電話番号		① 087-882-3551 ② 093-932-7005
対応している時間	平日	① ②午前8時30分から午後5時まで
	土曜	① ②午前8時30分から午後5時まで
	日曜・祝日	① 午前8時30分から午後5時まで
定休日		① 定休日なし ②日曜日
窓口の名称		① 高松市介護保険課 ② 香川県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話番号		① 087-839-2326 ② 087-822-7453
対応している時間	平日	① ②午前8時30分から午後5時まで
	土曜	① ②休み
	日曜・祝日	① ②休み
定休日		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) 損保ジャパン株式会社
	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、運営懇談会で報告	
		結果の開示	1 あり	2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし			
	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) 年 6 回	
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	① あり 2 なし
	指針の整備	① あり 2 なし
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし
	担当者の配置	① あり 2 なし
身体拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	① あり 2 なし
	指針の整備	① あり 2 なし
	定期的な研修の実施	① あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	① あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録
業務継続計画の策定状況等	① あり 2 なし	
	① あり 2 なし	
	① あり 2 なし	
	① あり 2 なし	
	① あり 2 なし	
	① あり 2 なし	
	① あり 2 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「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	
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）

※_____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。

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等

介護サービス等の種類			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・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

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	
介護サービス									
食事介助	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
排泄介助・おむつ交換	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
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回実施	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				実施致しません	
身辺介助（移動・着替え等）	(なし)	あり	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
機能訓練	なし	(あり)	(なし)	あり				週3回実施	
通院介助（協力医療機関）	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
通院介助（協力医療機関以外）	(なし)	あり	なし	(あり)		○	2,200 円	必要に応じて適宜実施（1 回 1 時間 2,200 円+タクシー第）	
口腔衛生管理	(なし)	あり	(なし)	あり					
生活サービス									
居室清掃	(なし)	あり	なし	(あり)	○			週1 回を基準とします。必要に応じて適宜実施	
リネン交換	(なし)	あり	なし	(あり)	○			週1 回を基準とします。必要に応じて適宜実施	
日常の洗濯	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
居室配膳・下膳	(なし)	あり	なし	(あり)	○			必要に応じて適宜実施	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	(あり)		○	実費	治療食の提供について実費負担	
おやつ			なし	あり				利用者様自身用意していただきます	
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)	○			月 1 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 2 回希望者に対して実施。実費負担	
健康相談	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
生活指導・栄養指導	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
服薬支援	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	(あり)	(なし)	あり				必要に応じて適宜実施	
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				※付添いができる範囲を明確化すること	
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					

その他のサービス：サービス提供記録等複写物にかかる費用1ページ20円　：在宅酸素電気代　4,950円　：食事については前日17時までキャンセル可能

※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

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。

令和 年 月 日

〈入居施設〉

所在地 香川県高松市香西本町218番地

事業者名 ラ・ナシカ こうざい

管理者名 中野 ゆかり

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)