

重要事項説明書

記入年月日	令和8年2月1日
記入者名	山下 美歩
所属・職名	ラ・ナシカ あさり・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	https://www.cedar-group.co.jp
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 あさり ラ・ナシカ あさり	
所在地	〒047-0152 北海道小樽市新光一丁目6番25号	
主な利用交通手段	最寄駅	朝里駅
	交通手段と所要時間	JR朝里駅から徒歩18分 中央バス朝里車庫前から徒歩5分
連絡先	電話番号	0134-51-5050
	FAX番号	0134-54-6550
	ホームページアドレス	https://www.cedar-group.co.jp
管理者	氏名	山下 美歩
	職名	施設長
建物の竣工日		平成18年10月16日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和56年4月25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	0172001182
	指定した自治体名	北海道
	事業所の指定日	平成18年10月27日
	指定の更新日（直近）	令和6年10月27日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,595.04 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 (<u>普通賃貸</u> ・ 定期賃貸)				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成18年11月1日～平成43年10月31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	2,072.61 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,072.61 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 (<u>普通賃貸</u> ・ 定期賃貸)						
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (平成18年11月1日～平成43年10月31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	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.0 m ²	50	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.91 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	7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	4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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし	
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
緊急通報装 置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	一部あり
		2	一部あり	3	なし
	その他 ()	1	あり	2	一部あり
		<input checked="" type="checkbox"/> 3	なし		
その他	食堂(1階 39.51 m ² ・2階 49.91 m ² ・3階 48.72 m ²)、機能訓練室(1階 41.06 m ²)、シアター ルーム(9.81 m ²)、カラオケルーム(6.89 m ²)、相談室、健康管理室、洗濯室等				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 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援助できるよう援助します。 2. 入居者様一人一人を尊重し尊敬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(生命に危険が無い限り)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、介護職員が共同して入居者様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。
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 ※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	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL維持等加算	(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	<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	
協力医療機関連携加算(※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

力医療機関連携加算 (I)」以外に該当する 場合を指す。	口腔衛生管理体制加算 (※2)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1	あり	<input type="checkbox"/> 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。	退院・退所時連携加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	退居時情報提供加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	高齢者施設等感染対策向上 加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	新興感染症等施設療養費		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	生産性向上推進体制加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(III)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
(IV)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (1)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (2)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (3)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (4)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (5)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (6)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (7)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (8)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (9)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (10)		1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	
(V) (11)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
(V) (12)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
(V) (13)	1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
(V) (14)	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		: 1			

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可			<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()
協力医療機関	1	名称	朝里中央病院	
		住所	北海道小樽市新光一丁目 21 番 5 号	
		診療科目	内科、整形外科	
		協力科目	内科、整形外科	
		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	<input type="checkbox"/> あり
		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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	2	名称	三ツ山病院	
		住所	北海道小樽市稲穂一丁目 9 番 2 号	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		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	<input type="checkbox"/> あり
		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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし
	3	名称	小樽セントラルクリニック	
		住所	北海道小樽市富岡一丁目 4 番 15 号	
		診療科目	脳神経外科	
協力科目		脳神経外科		
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input type="checkbox"/> あり	医療機関の名称	朝里中央病院	
		医療機関の住所	北海道小樽市新光一丁目 21 番 5 号	
		医療機関の名称	三ツ山病院	
		医療機関の住所	北海道小樽市稲穂一丁目 9 番 2 号	
	<input type="checkbox"/> なし			
協力歯科医療機関	1	名称	あかり歯科	
		住所	北海道小樽市住吉町 10 番 4 号	
		協力内容	訪問診療 (医療費その他の費用は入居者様の自己負担)	

	2	名称	かず歯科
		住所	北海道小樽市新光一丁目9番18号
		協力内容	訪問診療(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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 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	入居者様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	変更之际は、次に掲げる手続きをとるものとします。 一 入居者様の意思を確認する。 二 入居者様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、入居者様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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり
	<input checked="" type="checkbox"/> 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」「要支援」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>【入居契約第 34 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>①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ヶ月以上遅滞するとき</p> <p>②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</p> <p>③第 24 条(禁止又は制限される行為)の規程に違反したとき</p> <p>④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>⑤入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、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することができないとき</p> <p>⑥居者が自分自信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>⑦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>⑧入居者が長期の外出(60日以上)をするとき</p> <p>⑨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>⑩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反社会的勢力との取引が明らかになったとき</p> <p>⑪入居者又は身元引受人等が保証会社との協議に応じないとき</p> <p>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。</p> <p>①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>②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>③解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転の有無について確認し、移転先がない場合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各号の手続きを行います。</p> <p>①医師の意見を聴く</p> <p>②一定の観察期間をおく</p> <p>【入居契約第 35 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、事業所の定める「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 34 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 14,300 円 5 食食事つき、消費税込み。電気代等は含まれます。)</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		0.9
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	26	24	2	21.6
介護職員	21	20	1	17.5
看護職員	5	4	1	5
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	1	1		0.9
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	1	1		1
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			
介護福祉士	14	14	
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	5	5	
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		
理学療法士	1	1
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～9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	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						
		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		1							
前年度1年間の退職者数				1							
応じた業務に従事した経年数に 職業の人数	1年未満	1	1	3							
	1年以上 3年未満	2									
	3年以上 5年未満			1							
	5年以上 10年未満			5	1	1					
	10年以上	1		10					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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式 <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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を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者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 1	要介護 5
	年齢	90 歳	90 歳
居室の状況	床面積	18.0 m ²	18.0 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	100,000 円	100,000 円

月額費用の合計		夏期 204,780 円 冬期 206,980 円	夏期 212,910 円 冬期 215,110 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	17,070 円	25,200 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,710 円	55,710 円
		管理費	58,300 円	58,300 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱水費	夏期 18,700 円 冬期 20,900 円	夏期 18,700 円 冬期 20,900 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）

(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ください

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	賃貸借契約に基づく貸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おります。
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、利用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、利用者に対し、応分の費用負担を加味して算定しております。朝食 529 円、昼食 637 円、夕食 691 円（税込）。※1 ヶ月 30 日計算です。 ※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、利用者に対し、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	<p>※要介護度に応じて介護費用の負担金割合に応じた額を徴収させていただきます。</p> <p>介護保険の自己負担（1割）分（1ヶ月30日の場合） 要介護1：17,070円 要介護2：19,080円 要介護3：21,180円 要介護4：23,130円 要介護5：25,200円</p> <p>介護保険の自己負担（2割）分（1ヶ月30日の場合） 要介護1：34,140円 要介護2：38,160円 要介護3：42,360円 要介護4：46,260円 要介護5：50,400円</p> <p>介護保険の自己負担（3割）分（1ヶ月30日の場合） 要介護1：51,210円 要介護2：57,240円 要介護3：63,540円 要介護4：69,390円 要介護5：75,600円</p> <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円）で計算しています。</p> <p>※自己負担分には、サービス提供体制強化加算（Ⅱ）、夜間看護体制加算（Ⅱ）を含みます。</p> <p>※別に介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）（所定単位数の128/1000）の自己負担分も徴収させていただきます。</p> <p>※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）の自己負担分も徴収させていただきます。</p> <p>夜間看護体制加算（Ⅱ）について、要支援者は対象外です。</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）	
※ 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

(入居者の属性)

平均年齢	90.1 歳
入居者数の合計	54 人
入居率*	90%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	3 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	14 人
	死亡者	0 人
	その他	6 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	24 人
		(解約事由の例) 入院後、療養型病院へ転院。特別養護老人ホームへ転居。

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・ナシカあさり 担当：管理者 山下 美歩
電話番号		0134-51-5050
対応している時間	平日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで
	土曜	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで
定休日		なし
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 分から午後 5 時 00 分まで
	土曜	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで
	日曜・祝日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで
定休日		日曜

窓口の名称		小樽市役所介護保険課
電話番号		0134-32-4111
対応している時間	平日	午前9時00分から午後5時00分まで
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		なし
窓口の名称		後志総合振興局保健環境部社会福祉課
電話番号		0136-23-1936
対応している時間	平日	午前9時00分から午後5時00分まで
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		なし
窓口の名称		北海道国民健康保険団体連合会
電話番号		011-231-5175
対応している時間	平日	午前9時00分から午後5時00分まで
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		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)

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 対人・対物1億円
	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	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	運営懇談会時、随時報告
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 <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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年	2 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	担当者の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
身体的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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	指針の整備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし	
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	2 なし			

業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	災害に関する業務継続計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	職員に対する周知の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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： ） <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 <input type="checkbox"/> 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				

添付書類：別添 1（別を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。

令和 年 月 日

〈入居施設〉

所在地 北海道小樽市新光一丁目6番25号

事業者名 ラ・ナシカあさり

管理者名 山下 美歩

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 _____)

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		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	ラ・ナシカ ていね (その他一か所)	札幌市手稲区手稲本 町二条三丁目3番5号
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	ラ・ナシカ ていね (その他一か所)	札幌市手稲区手稲本 町二条三丁目3番5号
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
	なし	あり	なし	あり					
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			実費		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					実施いたしません
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					必要に応じ適宜実施
機能訓練	なし	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	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		○	2,750円		必要に応じ適宜実施(1時間 2,750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回を標準とします、必要に応じ適宜実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○				週1回を標準とします、必要に応じ適宜実施
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		治療食の提供について実費負担
おやつ			なし	あり	○				食費に含まれます
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		○	2,750円		1回1時間 2,750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									
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり					必要に応じて適宜実施(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		○	2,750円		必要に応じて適宜実施(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					実施いたしません
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
その他のサービス	サービス提供記録の複写物に係る費用 1ページ 20円 食費のキャンセルは前日の17:00まで可能 在宅酸素電気代 4,950円(税込)/月(使用者のみ)								

※ 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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。