

重要事項説明書

記入年月日	令和8年2月1日
記入者名	一戸 亮輔
所属・職名	ラ・ナンカみとま 施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 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
	メールアドレス	honsya@cedar-web.com
	ホームページアドレス	https://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 (事業主体が福岡市内で実施する他の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 みとま ラ・ナシカ みとま	
所在地	〒811-0201 福岡県福岡市東区三苫五丁目4番39号	
主な利用交通手段	最寄駅	西日本鉄道 三苫駅
	交通手段と所要時間	西日本鉄道 三苫駅 下車 徒歩5分
連絡先	電話番号	092-603-8011
	FAX番号	092-603-8022
	ホームページアドレス	https://cedar-group.co.jp/
管理者	氏名	一戸 亮輔
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 17 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 17 年 11 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input 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	4070801966
	指定した自治体名	福岡市
	事業所の指定日	平成 17 年 11 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 5 年 11 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,356.40 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 (平成17年11月1日～平成42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	2206.53 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2206.53 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				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成17年11月1日～平成42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				
		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 m ²	52	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.75 m ²	6	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		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		0ヶ所		
			リフト浴		1ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
			その他（ ）		0ヶ所		
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input 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）			
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
その他	食堂（1階 リハビリ・ダイニング 170.8 m ² 、2階 45.60 m ² 、3階 45.78 m ² ）、シアター ルーム、カラオケルーム、相談室、健康管理室、洗濯室等 カメラ設置 1階3ヶ所、2階1ヶ所、3階1ヶ所						

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>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に援助します。</p> <p>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と言う事を忘れない姿勢で援助します。</p> <p>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事を推進します。 ※目的をもってはつらつとした生活を目指します。</p> <p>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提供します。 ※個人情報保護に努め、安心できる生活環境を提供します。</p> <p>⑤身体拘束を廃止、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)、入居者様の意志と行動の自由に配慮します。</p>
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	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	L I F Eへの登録		1	あり	2	なし
	入居継続支援加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	生活機能向上連携加算	(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
	科学的介護推進体制加算		1	あり	2	なし
	ADL維持等加算		1	あり	2	なし
	夜間看護体制加算 (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	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		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
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	
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 type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	福岡和白病院
		住所	福岡県福岡市東区和白丘二丁目2番75号
		診療科目	内科・外科・脳神経外科・眼科・その他
		協力内容	診察・健康相談等(医療費その他の費用は入居者様の自己負担)
	2	名称	医療法人 竹村医院
		住所	福岡県糟屋郡新宮町下府五丁目12番7号
		診療科目	内科
		協力内容	診察・健康相談等(医療費その他の費用は入居者様の自己負担)
	3	名称	社会医療法人財団 池友会 福岡和白総合健診クリニック
		住所	福岡県福岡市東区和白丘二丁目11-17
		診療科目	総合健診
		協力内容	診察・健康診断・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)
	4	名称	医療法人 徳隣会 つつみクリニック福岡
		住所	福岡県福岡市博多区店屋町1番31号博多アーバンスクエア1階・2階
		診療科目	内科・整形外科・精神科・その他
		協力内容	診察・健康相談等(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		名称	和白歯科クリニック
		住所	福岡県福岡市東区和白丘二丁目2番35号
		協力内容	歯科・口腔外科(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="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input 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	入居者に対してより適切な介護を提供する為に必要と判断する場合には、サービスの提供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	事業所は、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。 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見を聴く。 ③ 事業所の指定する医師の意見を聴く。 ④ 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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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 (変更内容) <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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	介護認定にて「自立」と判定された場合は、退居になります。	
契約の解除の内容	【入居契約書第34条】1 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ヶ月以上遅滞するとき 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	

	<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整することができないとき</p> <p>六 入居者が自分自身を傷つけたり他人に妨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」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>十一 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>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、事業者は次の各号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35号】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。</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食食事付、消費税込み。電気代等は含まず。)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	58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		0.7
生活相談員	2	2		1.4
直接処遇職員	26	23	2	21.6
介護職員	22	21	1	18.0
看護職員	4	3	1	3.6
機能訓練指導員	1	1		0.1
計画作成担当者	2	2		1.7
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
事務員	2	2		2.0
その他職員	1		1	0.9
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	16	15	1
実務者研修の修了者	3	3	
初任者研修の修了者	5	4	1
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			
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	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)	2.9 : 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		2		1				1	
前年度1年間の退職者数	1				1				1	
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			4						
	1年以上	2		4			1		2	
	3年未満									
	3年以上			6						
	5年未満									
	5年以上	1		2						
	10年未満									
10年以上		1	5	1	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】	<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 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、同意を得たうえで行う ものとし、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	75 歳	85 歳
居室の状況	床面積	18 m ²	18.75 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無

	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
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		203,474 円	211,970 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	17,964 円	26,460 円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	55,710 円	55,710 円
		管理費	56,100 円	56,100 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	18,700 円	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> <p>※3 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。</p>				

(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・車両管理・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、環境美化費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算定しております。 朝食 5 2 9 円・昼食 6 3 7 円・夕食 6 9 1 円 (税込み) ※1 ヶ月 3 0 日計算 ※食費は全て軽減税率 (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	別添 2 (提供するサービスの一覧表)

よるサービス利用料	
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する。</p> <p>介護保険サービスの自己負担分（負担金に応じた額）</p> <p>※1ヶ月30日の場合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1割</th> <th>2割</th> <th>3割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援1</td> <td>6,427円</td> <td>12,854円</td> <td>19,281円</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>10,503円</td> <td>21,005円</td> <td>31,507円</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>17,964円</td> <td>35,927円</td> <td>53,891円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>20,064円</td> <td>40,128円</td> <td>60,192円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>22,259円</td> <td>44,517円</td> <td>66,776円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>24,297円</td> <td>48,593円</td> <td>72,889円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>26,460円</td> <td>52,919円</td> <td>79,379円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※金額については、1ヶ月を30日として地域区分（5級地 1単位=10.45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（Ⅰ）、夜間看護体制加算（Ⅱ）（要支援1、2を除く）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・要支援1、2を除く）の自己負担も徴収させていただきます。</p>		1割	2割	3割	要支援1	6,427円	12,854円	19,281円	要支援2	10,503円	21,005円	31,507円	要介護1	17,964円	35,927円	53,891円	要介護2	20,064円	40,128円	60,192円	要介護3	22,259円	44,517円	66,776円	要介護4	24,297円	48,593円	72,889円	要介護5	26,460円	52,919円	79,379円
	1割	2割	3割																														
要支援1	6,427円	12,854円	19,281円																														
要支援2	10,503円	21,005円	31,507円																														
要介護1	17,964円	35,927円	53,891円																														
要介護2	20,064円	40,128円	60,192円																														
要介護3	22,259円	44,517円	66,776円																														
要介護4	24,297円	48,593円	72,889円																														
要介護5	26,460円	52,919円	79,379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（上乘せサービス）	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	13人
	女性	45人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	52人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	16人
	要介護2	17人
	要介護3	9人
	要介護4	7人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	25人
	5年以上10年未満	9人
	10年以上15年未満	1人
	15年以上	1人

（入居者の属性）

平均年齢	91歳
------	-----

入居者数の合計	58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
	他の有料老人ホーム	1人
	介護保険施設 (※)	1人
	その他の社会福祉施設	0人
	医療機関	4人
	死亡者	8人
	その他	0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	14人
		(解約事由の例) 永眠・入院継続・他施設転居
※介護保険施設・・・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設及び介護医療院		

8. 苦情・事故等に関する体ワード

(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 みとま 担当：管理者 一戸 亮輔
--------	------------------------

電話番号	092-603-8011	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
定休日	なし	
窓口の名称2	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	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	祝日のみ8:30~17:00
定休日	日曜日	
窓口の名称3	① 福岡県国民健康保険団体連合会 ② 福岡市東区役所福祉・介護保険課	
電話番号	① 092-642-7859 ② 092-645-1071	
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	

(高齢者虐待に関する窓口)

窓口の名称1	福岡市役所 虐待通報等受付窓口	
電話番号	092-711-4319	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	12月29日~翌年1月3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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	実施日	随時実施。意見は運営懇談会で報告。
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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 type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2 回				
	<input type="checkbox"/> 2 なし				
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 2 代替措置なし</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)			
<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし					
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input 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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
福岡市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="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 3 適合していない				
福岡市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 (事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表)

別添 2 (提供するサービスの一覧表)

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 福岡市東区三苫五丁目4番39号

事業者名 ラ・ナシカ みとま

管理者 一戸 亮輔

説明者

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 事業主体が福岡市内で実施する他の介護サービス一覧表

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	あおぞらの里和白ヘルバーステーション	福岡市東区和白東一丁目16番10号
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	あおぞらの里和白訪問看護ステーション	福岡市東区和白東一丁目16番10号
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	あおぞらの里和白デイサービスセンター (他3ヶ所)	福岡市東区和白丘二丁目11番17号
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	ラ・ナシカ みとま	福岡市東区三苫五丁目4番39号
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	ラ・ナシカ ちはや	福岡市東区松崎四丁目33番21号
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	あおぞらの里和白ケアプランセンター (他3ヶ所)	福岡市東区和白東一丁目16番10号
<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	あおぞらの里和白訪問看護ステーション	福岡市東区和白東一丁目16番10号
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	ラ・ナシカ みとま	福岡市東区三苫五丁目4番39号
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	ラ・ナシカ ちはや	福岡市東区松崎四丁目33番21号
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

提供するサービスの一覧表【介護付有料老人ホーム】

	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		○	希望者に対して実施。
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回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 治療食の提供につき実費負担
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
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			実施いたしません
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※4	サービス提供記録に等の複写に係る費用 1ページ20円 ②食事については前日17時までキャンセル可能 ③在宅酸素電気代 月額4,950円						

※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、月額の利用料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。※4：その他のサービス欄は、上記以外のサービスがある場合に、必要に応じて記入すること。