

ウェルライフ希 入居重要事項説明書

記入年月日	令和6年8月1日
記入者名	守田 順子
所属・職名	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	営利法人
名称	(ふりがな) うえるこんさるかぶしきがいしゃ ウェルコンサル株式会社	
主たる事務所の所在地	〒630-8013 大阪府大阪市生野区巽中3丁目20番12号	
連絡先	電話番号	06-6751-4100
	FAX番号	06-6751-4110
	ホームページアドレス	http://www.wellconsul.co.jp
代表者	氏名	井村 征路
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 13年4月16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) うえるらいふのぞみ ウェルライフ希	
所在地	〒631-0055 奈良県奈良市大和田町1166番	
主な利用交通手段	最寄駅	近畿日本鉄道 奈良線 学園前駅
連絡先	電話番号	0742-53-0251
	FAX番号	0742-53-0253
	ホームページアドレス	http://www.wellconsul.co.jp
管理者	氏名	守田 順子
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成 27年2月28日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 27年3月1日	

(類型)【表示事項】

1又は2に 該当する場 合	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	
	介護保険事業者番号	2970106817
	指定した自治体名	奈良市
	事業所の指定日	平成 27 年 3 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	令和 3 年 3 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2178.69 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	2596.37 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2596.37 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 (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			
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.09 m ²	46	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.42 m ²	4	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	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	5ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	5ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	6ヶ所	チェアー浴	5ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他 ()	0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）
消防用設備等		3	あり（上記１・２に該当しない）	4	なし
	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
緊急通報装置	防災計画	1	あり	2	なし
	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
その他	3 なし	3 なし	3 なし	3	なし

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針					
<p>“お一人お一人の心と身体に寄り添う介護「第二の我が家」を目指してまいります”の運営理念のもと、運営方針を次のように定めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○秘密保持に努めます。 ○利用者様の個別性を尊重し、選択を重視し、受容と傾聴を旨とします。 ○職業倫理の実現を図ります。 ○専門的知識、技術の向上を図ります。 ○地域及び他職種との連携に努めます。 					
サービスの提供内容に関する特色					
<p>施設から徒歩５分の所に大型ショッピングセンターがあり、お買い物にとっても便利な立地にありながら、施設周辺は田んぼで囲まれ、昔ながらの田舎の風景を楽しみながら生活していただくことができます。施設内には園芸コーナーを設け、園芸療法士の資格を持ったスタッフが計画的に、プチトマトやなすび、きゅうりにゴーヤ、そして季節の花々をご入居者と共に栽培し、楽しみと機能訓練の機会を提供しております。</p> <p>また、グループ内にクリニックがあり、健康管理のために月２回の往診の実施、その他医療的なサポートも万全です。</p>					
入浴、排せつ又は食事の介護	1	自ら実施	2	委託	3
食事の提供	1	自ら実施	2	委託	3
洗濯、掃除等の家事の供与	1	自ら実施	2	委託	3
健康管理の供与	1	自ら実施	2	委託	3
安否確認又は状況把握サービス	1	自ら実施	2	委託	3
生活相談サービス	1	自ら実施	2	委託	3

(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

<p>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</p> <p>※「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。</p>	入居継続支援加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)		
	生活機能向上連携加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)		
	個別機能訓練加算	(Ⅰ)	1 あり	2 なし
		(Ⅱ)		
	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)		
	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
	退去時情報提供加算		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
	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) : 1		
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人悠明会 在宅支援いむらクリニック
		住所	奈良県大和郡山市田中町 728 番地
		診療科目	内科、外科、皮膚科
		協力科目	診察・往診・月 2 回の定期的な訪問診療・健康診断
		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 checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2	名称	社会医療法人松本快生会 西奈良中央病院
		住所	奈良県奈良市鶴舞西町 1-15
		診療科目	内科、外科、循環器内科、脳神経外科 他
		協力科目	緊急時の受診、治療、及び入院の受入れ又は支援
		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり		
		医療機関の名称	医療法人悠明会 在宅支援いむらクリニック
		医療機関の住所	奈良県大和郡山市田中町 728 番地
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	西奈良メディカルクリニック
		住所	奈良市二名平野 2-2146-2
		協力内容	緊急時の利用者の受診、治療、及び必要に応じての口腔ケア
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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（全室が介護居室により、原則として、住み替えを行っていません。）	
判断基準の内容		※但し、利用者の症状によっては、フロア内の他利用者の介護レベルを考慮し、別フロアの居室に住み替えが生じることもあります。	
手続きの内容		利用者、利用者の家族、医師、看護師、介護職員、生活相談員、介護支援専門員、施設長の協議によります。	
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		変更なし	
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		
契約の解除の内容	入居契約書第 28 条（契約の終了） 一 利用者が死亡したとき 二 事業者が第 29 条にもとづく解除を行ったとき。 三 利用者が第 30 条にもとづく解約を行ったとき 四 利用者が介護保険認定結果が自立になったとき （双方の協議により別建て契約書により入居を継続できる）	
事業主体から解約を求める場合	入居契約書第 29 条（事業者からの契約解除） 事業者は、利用者、利用者の家族及び身元保証人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、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。 一 入居申込書や診断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。この場合は即時解除となります。 二 月払いの利用料その他の支払を正当な理由なく、2 ヶ月以上遅滞したとき 三 第 20 条の規定に違反したとき 四 利用者、利用者の家族及び身元保証人の行動が、他の利用者の生活を脅かし、他の利用者又は従業員の生命、身体に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ特定施設入居者における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき	

	<p>五 前号の他、利用者の生命の維持を脅かす緊急性が生じた場合で、かつ特定施設入居者における通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行う。</p> <p>一 契約解除の通告について60日の予告期間をおく 但し、本条第1項第四号及び第五号に示す緊急性（生命の危険性）のある場合は本条第三号の手続きを行う。</p> <p>二 前号の通告に先立ち、利用者及び身元保証人等に弁明（協議）の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、利用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保証人等、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ものとする。</p> <p>3 本条第1項第四号及び第五号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の第一号及び第二号に掲げる手続きを行う。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 2週間以上の予告期間を置く</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>解約予告期間</td><td>1ヶ月</td></tr> </table>	解約予告期間	1ヶ月
解約予告期間	1ヶ月		
入居者からの解約予告期間	入居契約書第30条（利用者からの解約）		
	<p>利用者は、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、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 利用者が前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が利用者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>解約予告期間</td><td>1ヶ月</td></tr> </table>	解約予告期間	1ヶ月
解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	<p>1 あり（内容： 管理費・食費・道光熱費・家賃・介護サービスの1泊2日相当額として、6,000円／日を徴収します。利用日数は概ね2泊3日とします。）</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	50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	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員	32	25	7	27.8
介護職員	28	23	5	25.2
看護職員	4	2	2	2.6
計画作成担当者	2	2	0	2.0
機能訓練指導員(兼務)	1	1	0	0.3

栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	2	2	0	2.0
その他職員	1	0	1	0.3
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※ ²				40.0
※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	0	0
介護福祉士	14	14	0
実務者研修の修了者	3	2	1
初任者研修の修了者	8	6	2
介護支援専門員	2	2	0

(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	4	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 7 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	3 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※	a	1.5 : 1 以上	b	2 : 1 以上
	【表示事項】	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）	1.69 : 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		介護支援専門員							
			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	0	0	0	0	0	0	0	0			
前年度 1 年間の退職者数	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0			
業務の経験年数														
	1年未満			1	1	0	0	0	0	0	0			
	1 年以上 3 年未満	2	2	8	0	1	0	1	0	0	0			
	3 年以上 5 年未満	0	0	8	3	0	0	0	0	1	0			
	5 年以上10年未満	0	0	6	1	0	0	0	0	1	0			
	10年以上	0	0	0	0	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 ※家賃の一部前払金について
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 2 なし ※サービス費用について
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（対象：食費、光熱水費、季節光熱費） 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	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する。
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

（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	2				自立			
	年齢	88 歳				88 歳			
居室の状況	床面積	m ²				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	279,000 円				279,000 円			
	敷金	0 円				0 円			
月額費用の合計		184,980 円				206,500 円			
	家賃	60,000 円				60,000 円			
	食事の提供（3食）	48,000 円				48,000 円			
	共益費1（水光熱費）	12,000 円				12,000 円			
	共益費2（管理費）	48,000 円				48,000 円			
	介護費用（特定施設入居者生活介護サービス、基本部分のみ例示）	自己負担分 （1割負担の例 18,480 円）				適用外			
	状況把握及び生活相談サービス	（介護費用に含む）				25,000 円			
	入浴・排泄・食事等の介護サービス	（介護費用に含む）				5,000 円			
	調理・洗濯・清掃等の家事サービス	（介護費用に含む）				5,000 円			
	健康管理サービス	（介護費用に含む）				5,000 円			

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	居室及び共有部に掛かる費用、近傍の家賃などを参考にして算定。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費・共有施設等の維持管理費。
食費	食材費、加工費を1日3食、月30日のときの費用。 （形態食：56,400 円/月、注入食：48,900 円/月、療養食：56,400 円）
光熱水費	居室及び共有施設等の費用。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添「介護サービス等の一覧表」
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	
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		<p>利用者が居住する居室及び共用施設等の費用として、想定居住期間及び想定居住期間を超えた場合に亘って受領する家賃相当費用の一部を前払金として受領する額。</p> <p>家賃相当費用は建設費・修繕費等を基礎として、近傍の家賃を参考に算定している。</p> <p>想定居住期間は社団法人全国有料老人ホーム協会が提供する一時金試算プログラムを使用し算定している。(別添3)</p>
想定居住期間(償却年月数)		<p>入居時年齢ごとに設定。</p> <p>前払金額及び退居時返還額表を参照。(別添4)</p>
償却の開始日		<p>前払金は入居日から日割りで償却していき、その額は一時金試算プログラムのデータを使用し算定している。</p>
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)		<p>初期償却はしない。</p> <p>前払金額及び退居時返還額表を参照</p>
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	返還金の算定方法
	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	前払金の保全先
	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	8人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	6人
	85歳以上	41人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	2人
	要介護1	13人
	要介護2	11人
	要介護3	4人

	要介護 4	7 人
	要介護 5	9 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	21 人
	5 年以上 10 年未満	20 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	91.0 歳
入居者数の合計	48 人
入居率※	96%
※ 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	2 人
	医療機関	3 人
	死亡者	4 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	2 人
		(解約事由の例) 医療ニーズが高く病院からの退院困難

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。

事故発生時の対応

- (1) サービス提供に際して入居者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。
- (2) 前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

虐待の防止について

当施設では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

ハラスメント防止について

職員や利用者等からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備します。

具体的には、被害者への配慮のための取り組み（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して一人で対応させない等）や被害防止のための取り組み（定期的な周知やマニュアル作成、研修の実施等）を行います。

窓口の名称		① ウェルライフ希 守田 順子 ② ウェルコンサル株式会社
電話番号		① 0742-53-0251 ② 06-6751-4100
対応している時間	平日	対応している時間
	土曜	
	日曜・祝日	
対応する内容（①②共通）		苦情報告・ハラスメント相談等

窓口の名称	奈良市介護福祉課
電話番号	0742-34-5422
対応する内容	苦情等

窓口の名称	奈良県国民保険団体連合会
電話番号	0744-29-8311
対応する内容	苦情等

（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） あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 施設損害賠償保険	
	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に基づく。	
	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	開園中常時行う。
		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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 1 回 (未開催)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	(内容) 苦情、相談等の情報を共有し施設運営委員会で改善策等を決定、実施している。
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 checked="" type="checkbox"/> 2 なし	表示はしていないが、当法人及びグループ法人運営の有料老人ホーム、グループホーム等への移行が可能。
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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、当該規定対象外	
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	
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		
非常災害対策について	1・施設は防火管理者を定め、消防計画に基づく訓練の実施、消防設備の点検・維持管理及び風水害・地震等の災害に対する計画に基づく非常災害対策を行います。	

	2・非常災害用の設備点検は契約保守業者委託し、点検の際、防火管理者が立ち会うこととします。 3・防火管理者は施設職員に対して防火教育、消火訓練を実施します。 4・防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・年2回（うち1回は夜間想定）
守秘義務について	事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
ハラスメントの防止について	ハラスメントの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備し、被害者配慮の為の取り組み（メンタルヘルス不調への相談対応・行為者に対して一人に対応させない等）や被害防止のための取り組み（定期的な周知やマニュアル作成・研修の実施等）を行います。

添付書類：別添1（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

※ _____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 事業主体が奈良県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	ウエルライフ郡山	大和郡山市田中町761
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	ウエルライフ郡山	大和郡山市田中町761
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	デイサービス登美の森他	奈良市西登美ヶ丘7-13-31
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	フレンド倶楽部天理他	天理市前栽町224-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	フレンド倶楽部郡山他	大和郡山市外川町72-1
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>					
介護予防訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
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		
介護予防通所介護	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	ウエルライフ郡山	大和郡山市田中町761
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	ウエルライフ郡山	大和郡山市田中町761
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	フレンド倶楽部天理他	天理市前栽町224-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接	フレンド倶楽部郡山他	大和郡山市外川町72-1
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	デイサービス登 美の森他	奈良市西登美ヶ 丘7-13-31	
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				
排泄介助・おむつ交換		なし	あり	なし	あり				
おむつ代				なし	あり				※立替購入
入浴（一般浴）介助・清拭		なし	あり	なし	あり				
特浴介助		なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）		なし	あり	なし	あり				
機能訓練		なし	あり	なし	あり				
通院介助		なし	あり	なし	あり				※提携外病院の受診付き添いは、1500 円/時間。
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				※規定回数以上のものは別途算定
リネン交換		なし	あり	なし	あり				※規定回数以上のものは別途算定
日常の洗濯		なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳		なし	あり	なし	あり				※基本は食堂へ配膳
入居者の嗜好に応じた特別な食事				なし	あり				
おやつ				なし	あり			100 円	※1 日あたり
理美容師による理美容サービス				なし	あり			2700 円	※1 回あたり。カットのみ。
買い物代行		なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行		なし	あり	なし	あり				※介護保険更新申請
金銭・貯金管理				なし	あり				
健康管理サービス									
定期健康診断				なし	あり				※年 1 回
健康相談		なし	あり	なし	あり				※適宜
生活指導・栄養指導		なし	あり	なし	あり				※適宜
服薬支援		なし	あり	なし	あり				※適宜
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		なし	あり	なし	あり				※常時
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				
入退院時の同行		なし	あり	なし	あり				
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				

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 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。