

## 重要事項説明書

記入年月日	2024年 7月 25日
記入者名	岡田 浩治
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	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん せいあんかい 医療法人 誠安会	
主たる事務所の所在地	〒639-0231 奈良県香芝市下田西 2 丁目 7-61	
連絡先	電話番号	0745-43-5184
	FAX番号	0745-77-7787
	メールアドレス	honbu@nukumori-group.jp
	ホームページアドレス	http://www.nukumori-group.jp
代表者	氏名	安川 義孝
	職名	理事長
設立年月日	昭和63年 11月 16日	
主な実施事業	※別添 1 (別を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) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む ぬくもりきずな 介護付 有料老人ホーム ぬくもり絆	
所在地	〒636-0301 奈良県 磯城郡田原本町 黒田 286-4	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄 黒田 駅
	交通手段と所要時間	近鉄 黒田駅から 50m (徒歩 1 分)
連絡先	電話番号	0744-34-0220
	FAX番号	0744-34-0230
	メールアドレス	<a href="mailto:nukumorikizuna@seiankai.jp">nukumorikizuna@seiankai.jp</a>
	ホームページアドレス	http://www.nukumori-group.jp
管理者	氏名	岡田 浩治
	職名	施設長
建物の竣工日		令和 6年 7月 25日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 6年 9月 1日



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	13.30 m <sup>2</sup>	44	介護居室個室
タイプ2	有/無	有/無	15.04 m <sup>2</sup>	6	介護居室個室
タイプ3	有/無	有/無	14.50 m <sup>2</sup>	4	介護居室個室
タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		

※「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	20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	6ヶ所	
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所	
			大浴場	0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	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	1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		

	居室	便所	浴室	その他 ( )
緊急通報装置等	1 あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部あり 3 なし	1 あり 2 一部あり 3 なし
その他				

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	<p>私たちは、介護保険開始時より地域に根ざした介護と生活リハビリを基本理念として、地域住民の皆さまが安心して暮らせるようにという思いで介護施設を運営してまいりました。</p> <p>要介護状態にある高齢者に対し、「特定施設・介護保険施設・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを連携させることにより、要介護高齢者の在宅介護から施設介護まで一貫したサービスを提供できること」、「生活リハビリの充実により、利用者様の身体・精神機能を改善し、生活の質を向上させること」、ならびに「特定施設の機能を活用した生活を継続していくこと」を提供してまいります。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>当施設は近鉄田原本線黒田駅より徒歩1分、目の前に位置しています。京奈和自動車道もほど近く、電車でも車でもご家族ご友人が立ち寄りやすい立地です。</p> <p>入所されても、ご家族ご友人との交流を途切れさせることなく、社会の一員として外出して食事や買い物を楽しめるよう支援します。</p> <p>長く自立した生活を楽しめるよう、リハビリ専門職が介入する生活リハビリプログラムやカルチャーコンテンツなど、豊富なアクティビティをご用意いたします。</p>
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
洗濯の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
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  ※「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。	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
	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
	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
	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
	科学的介護推進体制加算		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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (4)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (5)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (6)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (7)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (8)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (9)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (10)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (11)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (12)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (13)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(V) (14)	1 あり <input checked="" 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) : 1
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他（緊急受診、緊急入院の付き添い）			
協力医療機関	1	名称	ぬくもりクリニック田原本	
		住所	奈良県磯城郡田原本町宮古741-1	
		診療科目	脳神経内科・内科・リハビリテーション科	
		協力科目	脳神経内科・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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり    2 なし
	2	名称	国保中央病院	
		住所	奈良県磯城郡田原本町宮古404-1	
		診療科目	内科、外科、整形外科、小児科、泌尿器科、放射線科、皮膚科、 麻酔科	
		協力科目	内科、外科、整形外科、小児科、泌尿器科、放射線科、皮膚科、 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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"/> 1	あり	
		医療機関の名称	国保中央病院
		医療機関の住所	奈良県磯城郡田原本町宮古404-1
	<input type="checkbox"/> 2	なし	
協力歯科医療機関	1	名称	よしむらファミリー歯科
		住所	奈良県香芝市真美ヶ丘1-5-11
		協力内容	訪問歯科診療

**(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 ( )	
判断基準の内容	入居者の生活の維持及びホーム運営上、支障や特別な配慮が必要であると認められた場合、居室を変更する場合があります。	
手続きの内容	1. 緊急やむをえない場合を除いて変更前に一定の観察期間を設ける。 2. ホームの指定する医師の意見を聞く。 3. 入居者及びその身元引受人等の同意を得る。	
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		
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
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	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	(1) 入居者は、概ね60歳以上の方 (2) 自立者、要支援1・2又は要介護1以上の方 (3) 複数入居者による共同生活を営むことに支障がないこと (4) 自傷又は他人へ危害を加える恐れがないこと		

	<p>(5) 常時医療機関等において治療を必要としないこと</p> <p>(6) 本契約に定める事項を承諾し、ホームの運営方針に賛同できること</p>		
契約解除の内容	<p>入居契約書の規定に基づき、以下のとおり対応します。</p> <p>(1) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が、入居者に対し、不法行為を行った場合</p> <p>(2) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が、第9条の守秘義務違反をした場合</p> <p>(3) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が、正当な理由無くサービスの提供を拒否した場合</p> <p>(4) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が、破産、民事再生を申し立て、又は申し立てを受けた場合</p> <p>(5) 前各号の他、入居者又は身元引受人及び介護付有料老人ホーム ぬくもり絆との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p>		
事業主体から解約を求める場合	<table border="1"> <tr> <td>解約条項</td> <td>以下に記載のとおり</td> </tr> </table>	解約条項	以下に記載のとおり
	解約条項	以下に記載のとおり	
<p>(1) 入居申込書及び入居に必要な書類に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合</p> <p>(2) 入居者による利用料金の支払いが、正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、1ヶ月以上の期間を定めた催告にも関わらず、これが支払われない場合</p> <p>(3) 入居者又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、故意に介護付有料老人ホーム ぬくもり絆並びにホームの介護・介護予防従業者及び他の入居者の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、本契約を継続し難い事情が認められる場合</p> <p>(4) 入居者又は身元引受人、ご家族その他ご関係者が、法令及び本契約の条項に重大な違反を行い、改善の見込みがない場合</p> <p>(5) 伝染性疾患等により、他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合</p> <p>(6) 入居者の行動が、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆並びにホームの介護・介護予防従業者及び他の入居者の生命、身体、財産もしくは信用を傷つけ、介護保険法上の方法ではこの行動を防止できないと介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が判断した場合</p> <p>(7) 入居者が入居中に医療行為が必要になり、関係法令に基づきホームの人員体制では対応が困難であると判断した場合、又は病気治療のため病院もしくは診療所等に入院し、</p>			

	<p>明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合。尚、いずれの場合においても、医師の意見を考慮するものとする。</p> <p>(8)前号に掲げる場合の他、入居者が2ヶ月以上の長期に亘ってホームを離れることが明らかな場合</p> <p>(9)前各号の他、入居者又は身元引受人、ご家族その他ご関係者及び介護付有料老人ホーム ぬくもり絆との間の信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり、適切なサービスの提供を継続できないと判断される場合</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>解除（解約）予告期間</td> <td>是正可能な解除事由について30日</td> </tr> </table>	解除（解約）予告期間	是正可能な解除事由について30日
解除（解約）予告期間	是正可能な解除事由について30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： ）</p> <p>2 なし</p>		
入居定員	54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	
	33			
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	23			21.6
介護職員	18	17	1	19.0
看護職員	4	2	2	2.6
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員	6	1	5	3.2
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				40時間
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(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			
初任者研修の修了者	3	3	
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		
	1	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1	1	3
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 ( 16 : 30 ~ 9:30 )		
	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	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* 【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)	: 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり										
		資格等の名称	介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士									
		<input type="checkbox"/> 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												
前年度1年間の退職者数												
応じた職員 の人数 業務に従事 した経験 年数に	1年未満											
	1年以上 3年未満			3	1							
	3年以上 5年未満			2			2		1			
	5年以上 10年未満			4								
	10年以上	2	2	9		1		1				
	従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>
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 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 手続き

**(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	15.04 m <sup>2</sup>	14.50 m <sup>2</sup> および13.30 m <sup>2</sup>	
	便所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		183,640 円	183,640 円	
家賃		76,500 円	76,500 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費 ※30日計算	62,190 円 (うち消費税 4,590 円)	62,190 円 (うち消費税 4,590 円)
		共益費	40,000 円	40,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	共益費に含む	共益費に含む
		その他（おやつ代） ※30日計算	4,950 円 (うち消費税 450 円)	4,950 円 (うち消費税 450 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	居室及び共有部にかかる費用、近傍の家賃等を参考にして算定
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	水光熱費・事務費・共有施設などの維持管理費

食費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食費は朝食 691 円、昼食 691 円、夕食 691 円、1 日あたり 2,073 円(税込)として計算し請求いたします。おやつ代は別途 165 円(うち消費税 15 円) /食として計算し請求いたします。</li> <li>・欠食の場合は 8 日前正午までの申出により、1 日あたり 2,073 円(税込)として請求控除いたします。</li> </ul>
光熱水費	共益費に含む
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)**

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	介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額
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	
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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	人
	要介護 3	人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上 1年未満	人
	1年以上 5年未満	人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人

		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

## 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		介護付有料老人ホーム めくもり絆 (事務室)
電話番号		0744-34-0220
対応している時間	平日	9:00~17:00 (1月1日2日除く)
	土曜	
	日曜・祝日	
対応する内容		苦情報告・ハラスメント相談 等
定休日		土日祝日
窓口の名称		医療法人 誠安会
電話番号		0745-43-5184
対応している時間	平日	9:00~17:00 (1月1日2日除く)
	土曜	—
	日曜・祝日	—
対応する内容		苦情報告・ハラスメント相談 等
定休日		土日祝日
窓口の名称		田原本町 健康福祉部 長寿介護課
電話番号		0744-34-2103
対応する内容		苦情等
窓口の名称		奈良県国民健康保険団体連合会
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) 損保ジャパン株式会社 ウォームハート損害賠償保険
	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) 以下のとおり対応します。
	2 なし	

入居契約書の規定に基づき、対応します。

1. 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆は、入居者に対するサービスの提供に伴って、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆の責めに帰すべき事由により入居者又はご家族の生命、身体、財産又は名誉に損害が発生したときは、速やかに損害を賠償します。但し、入居者に過失のあるときは、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆の賠償責任が免除され、又は賠償額が減額されるものとします。
2. 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆は、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆の責めに帰すべからざる事由により入居者に生じた損害については、損害賠償の責を負わないものとします。とりわけ、以下の事由に該当する場合には損害賠償の責を免れます。
  - (1) 入居者及び身元引受人、ご家族その他ご関係者が、契約締結時にその疾患及び身体等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
  - (2) 入居者及び身元引受人、ご家族その他ご関係者が、サービス提供のために必要な事項に関する聴取及び認に対して、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
  - (3) 入居者の身体上の素因による急激な体調の変化その他介護付有料老人ホーム ぬくもり絆の提供したサービスを原因としない事由により損害が発生した場合
  - (4) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が第 18 条第 2 項の規定により管理することとした金銭を除く入居者の金銭その他の財産が、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆の責めに帰さない事由により紛失した場合
  - (5) 介護付有料老人ホーム ぬくもり絆が、必要なサービス提供のために、入居者又は身元引受人、ご家族その他ご関係者の所有物品を通常の使用方法により使用したにも関わらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合
  - (6) 入居者及び身元引受人、ご家族、その他ご関係者が、介護付有料老人ホーム ぬくもり絆及びホームの従業者の指示及び依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合
3. 入居者又は身元引受人は、入居者又は身元引受人、ご

	<p>家族その他ご関係者の故意又は過失によりホームの居室又は共同の利益に供する場所の備品について通常の保守及び管理の程度を越える補修等が必要となったときは、その費用を負担するものとします。</p> <p>4. 入居者又は身元引受人は、前項に定めるものの他、入居者又は身元引受人、ご家族、その他ご関係者の責めに帰すべき事由により介護付有料老人ホーム ぬくもり絆又はホームの従業者もしくは他の入居者の生命、身体、財産又は信用に損害を及ぼしたときは、その損害賠償の責を追うものとします。</p>
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	実施日	毎年1月
		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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" 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
	2 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】	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	
	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	
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		
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 \_\_\_\_\_

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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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		
認知症対応型通所介護	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		
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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11

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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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 併設・隣接 併設・隣接	ぬくもり田原本 ぬくもり葛城 ぬくもり広陵	磯城郡田原本町黒田28 5-1 葛城市西室150-8 北葛城郡広陵町馬見北 5丁目13-11
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	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	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）							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					実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					職員 1名 30分 2,200円（税込）
特浴介助	なし	あり	なし	あり					職員 1名 30分 2,200円（税込）
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					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	なし	あり					
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり					職員 1名 30分 1,100円（税込）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					
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					実費負担
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	なし	あり	なし	あり					職員 1名 30分 1,100円（税込） 駐車場代別途必要 半径 1km 以内を通常の利用区域とする
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり					
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					
健康相談	なし	あり	なし	あり					
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり					
服薬支援	なし	あり	なし	あり					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり					
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					
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割又は2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