

## 重要事項説明書

|       |            |
|-------|------------|
| 記入年月日 | 令和6年 12月1日 |
| 記入者名  | 星井 泰世      |
| 所属・職名 | 希望の郷       |

## 4. サービスの内容

## (全体の方針)

|                 |                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 富山市郊外、大沢野中心エリアで上大久保という<br>便利な立地。自由に暮らしながら、質の高い介護<br>サービスと医療サポートによる大きな安心感を<br>入居者にお届けします。病院からの退院時のお住<br>まいや他の施設からの転居先としてご利用いた<br>だけます。                                                                 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者が重度の要介護状態になっても病気や障<br>害を抱えることになっても、その個性を認め尊重<br>し、最期まで住み慣れた地域で自分らしく生活を<br>継続できるよう医療・介護・福祉と連携し、最善<br>の支援とサービスの提供を行う                                                                                 |
| 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                                                                                                                                                                                      |
| 虐待防止            | 入居者の人権の擁護・虐待の防止等のための次<br>の措置を講じます。<br>1} 虐待を防止するための従業員に対する研修の<br>実施<br>2} 入居者及びその家族からの苦情処理体制の整<br>備<br>3} その他虐待防止のために必要な措置<br>また、サービス提供中に当該事業所従業員もし<br>くは養護者による虐待を受けたと思われる入居<br>者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | 報します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 身体的拘束    | <p>1. 身体拘束等の禁止</p> <p>事業所及びサービス従業者は、入居者または他の入居者等の生命及び身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」)を行いません。</p> <p>2. 緊急やむを得ない場合の検討</p> <p>緊急やむを得ない場合に該当する以下の要件すべてを満たす状態である場合、管理者・計画作成責任者・介護職員で検討会議を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 当該入居者または他の入居者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合</li> <li>② 身体拘束等を行う以外に代替する介護方法がない場合</li> <li>③ 身体拘束等が一時的である場合</li> </ul> <p>3. 家族への説明</p> <p>緊急やむを得ない場合はあらかじめ入居者の家族に身体拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間においてのみ行うものとします。</p> <p>4. 身体拘束等の記録</p> <p>身体拘束等を行う場合には、上記の検討会議録、入居者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。</p> <p>5. 再検討</p> <p>身体拘束等を行った場合には、日々の心身の状態等の観察経過を行い、管理者。計画作成担当者・介護職員で検討会議を行い、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い要件に該当しなくなった場合は、直ちに身体拘束等を解除します。また、一時的に解除して観察する等の対応も考えます。</p> |
| サービス向上研修 | 上記の虐待防止、身体的拘束等以外にも、入居者へのサービス向上を目的として、初任者、人権、感染症、食中毒、事故対応、認知症ケア、                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|          |                                                                                                                                                                                                      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | 介護技術等の研修を実施します。                                                                                                                                                                                      |
| ハラスメント対策 | <p>1. 全国的な介護職不足な中で入居者への健全かつ良質のサービスの提供を継続するためには、既存の職員の労働環境の確保。改善を図る必要があります。そこで契約書別紙第六のような職員へのハラスメントは固くお断りします。</p> <p>2. ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。</p> <p>事業所の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。</p> |

(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 |
|                                | 生活機能向上連携加算    | (Ⅰ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                |               | (Ⅱ) | 1 | あり | 2 | なし |
|                                | 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 |

|                                                                                                                                    |                |     |     |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-----|----|----|----|
| ※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。 | 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       |     | (Ⅰ) | 1  | あり | 2  |

|                                  |  |  |   |    |   |    |
|----------------------------------|--|--|---|----|---|----|
| ※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。 |  |  | 1 | あり | 2 | なし |
|----------------------------------|--|--|---|----|---|----|

|                      |              |                      |           |
|----------------------|--------------|----------------------|-----------|
|                      | 対策向上加算       | (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)<br>: 1 |           |
|                      | 2 なし         |                      |           |

(医療連携の内容)

|                |   |                                                                                                                                                             |          |
|----------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | <input checked="" type="radio"/> 1 救急車の手配<br><input type="radio"/> 2 入退院の付き添い<br><input checked="" type="radio"/> 3 通院介助<br><input type="radio"/> 4 その他 ( ) |          |
| 協力医療機関         | 1 | 名称                                                                                                                                                          | 大沢野中央診療所 |

|      |      |                                   |                                   |    |    |    |    |
|------|------|-----------------------------------|-----------------------------------|----|----|----|----|
|      |      | 住所                                | 富山県富山市上大久保 1570-1                 |    |    |    |    |
|      |      | 診療科目                              | 内科 皮膚科 泌尿器科 糖尿病内科                 |    |    |    |    |
|      |      | 協力科目                              | 内科 皮膚科 泌尿器科 糖尿病内科                 |    |    |    |    |
|      |      | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保   | 1  | あり | 2  | なし |
|      | 2    | 名称                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 住所                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 診療科目                              |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 協力科目                              |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保   | 1  | あり | 2  | なし |
|      | 3    | 名称                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 住所                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 診療科目                              |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 協力科目                              |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 協力内容                              | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保   | 1  | あり | 2  | なし |
|      | 4    | 名称                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 住所                                |                                   |    |    |    |    |
|      |      | 診療科目                              |                                   |    |    |    |    |
| 協力科目 |      |                                   |                                   |    |    |    |    |
| 協力内容 |      | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>診療を行う体制を常時確保   | 1                                 | あり | 2  | なし |    |
| 5    | 名称   |                                   |                                   |    |    |    |    |
|      | 住所   |                                   |                                   |    |    |    |    |
|      | 診療科目 |                                   |                                   |    |    |    |    |
|      | 協力科目 |                                   |                                   |    |    |    |    |
|      | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において<br>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<br>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 | あり       | 医療機関の名称 | 大沢野中央診療所                        |           |
|                   |          | 医療機関の住所 | 富山県富山市上大久保 1570-1               |           |
|                   |          | 2 なし    |                                 |           |
|                   | 協力歯科医療機関 | 1       | 名称                              | 富山市西総合病院  |
| 住所                |          |         | 富山県富山市婦中町下轡田 1019               |           |
| 協力内容              |          |         | 訪問歯科                            |           |
| 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<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )                                                        |                     |
| 判断基準の内容                  | ① ご本人、ご家族が希望する場合(やむを得ない理由がある場合で、かつ1回のみ)<br>② 統括施設長が住み替え要と認定した場合                                 |                     |
| 手続きの内容                   | ・ご本人、ご家族、事業者双方が承諾した上で住み替えを行います。<br>・住み替えの要望は少なくとも1か月前までに連絡するものとします。<br>・②の場合、住み替えに要する費用はかかりません。 |                     |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし<br>※一旦退去の手続きを取った上で、住み替え先のお部屋で契約を取り交わし直します。                                            |                     |
| 居室利用権の取扱い                |                                                                                                 |                     |
| 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)<br>2 なし |

(一時的な居室移動の場合)

|                          |                                                                                                                                                    |                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )                                                                                                           |                        |
| 判断基準の内容                  | ・建造物上の修繕に起因する騒音、振動により安静な日常生活を送れない場合<br>※ただし、修繕の要因が事業所側にある場合に限る<br>・他者の感染症発症により、一時避難を要する場合                                                          |                        |
| 手続きの内容                   | ・統括施設長から、ご本人、ご家族に事情を説明。承諾をいただくことを前提とする。<br>・移動先の部屋は事業所が決定する。<br>・部屋が満室の場合、隣接する「希望ヶ丘ハウス」への移動もありうる(一時的な移動に限る)。<br>・自室へ戻る時期については、ご本人、ご家族と相談の上、随時決定する。 |                        |
| 追加的費用の有無                 | 1 あり 2 なし                                                                                                                                          |                        |
| 居室利用権の取扱い                | 入居者に起因する施設、備品のキズや汚れが発生した場合は費用負担いただきます。                                                                                                             |                        |
| 前払金償却の調整の有無              | 1 あり 2 なし                                                                                                                                          |                        |
| 従前の居室との<br>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<br>2 なし<br>(変更内容) |

(入居に関する要件)

|                    |                        |                   |
|--------------------|------------------------|-------------------|
| 入居対象となる者<br>【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               |                        |                   |
| 契約解除の内容            | 契約書第 11 条 (契約の解除) に基づく |                   |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                   | 契約書第 11 条 (契約の解除) |
|                    | 解約予告期間                 | 設定なし              |
| 入居者からの解約予告期間       | ヶ月                     |                   |

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 体験入居の内容 | 1 あり（内容： ）<br>2 なし |
| 入居定員    | 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<br>※1※2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|----------------|
|                                                                                                  | 合計       | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者                                                                                              | 1        | 1  |     |                |
| 生活相談員                                                                                            | 2        | 2  |     |                |
| 直接処遇職員                                                                                           |          |    |     |                |
| 介護職員                                                                                             | 25       | 11 | 14  |                |
| 看護職員                                                                                             | 11       | 8  | 3   |                |
| 機能訓練指導員                                                                                          | 0        | 0  | 0   |                |
| 計画作成担当者                                                                                          | 0        | 0  | 0   |                |
| 栄養士                                                                                              | 0        | 0  | 0   |                |
| 調理員                                                                                              | 0        | 0  | 0   |                |
| 事務員                                                                                              | 3        | 2  | 1   |                |
| その他職員                                                                                            | 1        | 0  | 1   |                |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2                                                                        |          |    |     |                |
| ※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 | 9  | 5   |
| 実務者研修の修了者 | 5  | 3  | 2   |
| 初任者研修の修了者 | 3  | 0  | 3   |
| 介護支援専門員   | 1  | 1  | 0   |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 | 常勤 |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 0  | 0  | 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 ( 18 時 ~ 翌 9 時 ) |       |  |                 |
|---------------------------|-------|--|-----------------|
|                           | 平均人数  |  | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                      | 1 人※1 |  | 1 人※1           |
| 介護職員                      | 2 人   |  | 2 人             |

※1 看護師は隣接する複合施設「希望ヶ丘ハウス」と兼任となります。

(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<br>(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※<br>【表示事項】              | a 1.5 : 1 以上<br>b 2 : 1 以上<br>c 2.5 : 1 以上<br>d 3 : 1 以上 |
|                                                                | 実際の配置比率<br>(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 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              |       | 0人   | 0人  | 5人        | 0人  | 0人    | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の退職者数              |       | 0人   | 1人  | 2人        | 3人  | 0人    | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>職員の人数 | 1年未満  | 0人   | 0人  | 0人        | 0人  | 0人    |     |         |     |         |     |
|                          | 1年以上  | 0人   | 0人  | 0人        | 0人  | 0人    |     |         |     |         |     |
|                          | 3年未満  |      |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 3年以上  | 0人   | 0人  | 1人        | 1人  | 1人    |     |         |     |         |     |
|                          | 5年未満  |      |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 5年以上  | 1人   | 1人  | 3人        | 3人  | 0人    |     |         |     |         |     |
|                          | 10年未満 |      |     |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                          | 10年以上 | 7人   | 2人  | 7人        | 10人 | 1人    |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況            |       |      |     | 1 あり 2 なし |     |       |     |         |     |         |     |

## 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       | 1人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 6人  |
|       | 85歳以上       | 50人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 0人  |
|       | 要支援2        | 0人  |
|       | 要介護1        | 10人 |
|       | 要介護2        | 18人 |
|       | 要介護3        | 15人 |
|       | 要介護4        | 11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   | 6人  |

|  |               |      |
|--|---------------|------|
|  | 1 年以上 5 年未満   | 27 人 |
|  | 5 年以上 10 年未満  | 10 人 |
|  | 10 年以上 15 年未満 | 2 人  |
|  | 15 年以上        | 0 人  |

**(入居者の属性)**

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| 平均年齢                                            | 88 歳 |
| 入居者数の合計                                         | 58 人 |
| 入居率※                                            | 93%  |
| ※ 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      | 1 人      |
|         | 社会福祉施設   | 2 人      |
|         | 医療機関     | 8 人      |
|         | 死亡者      | 5 人      |
|         | その他      | 1 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 | 17 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    |       | 希望の郷         |
| 電話番号     |       | 076-461-5510 |
| 対応している時間 | 平日    | 9:00~18:00   |
|          | 土曜    | 休日           |
|          | 日曜・祝日 | 休日           |
| 定休日      |       | 土日祝          |

(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)<br>東京海上日動火災保険株式会社<br>サービス付き高齢者向け住宅賠償責任<br>保険による  |
|                               | 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)<br>あいおい<br>ニッセイ同和損害保険株式会社<br>介護保険・社会福祉事業者総合保険による |
|                               | 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    | 令和元年9月18日      |
|                                  |      | 結果の開示  | ① あり      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 | 1 入居希望者に公開<br>② 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | 1 入居希望者に公開<br>② 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>③ 公開していない |

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>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 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<br>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                                                  |
| 身体的拘束等の適正化のため<br>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<br>の態様及び時間、入居者の<br>の状況並びに緊急やむを得ない<br>場合の理由の記録 |
| 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                                      | 1 あり 2 なし                                                  |
|                                    | 災害に関する業務継続計画                                       | 1 あり 2 なし                                                  |
|                                    | 職員に対する周知の実施                                        | 1 あり 2 なし                                                  |
|                                    | 定期的な研修の実施                                          | 1 あり 2 なし                                                  |
|                                    | 定期的な訓練の実施                                          | 1 あり 2 なし                                                  |
|                                    | 定期的な業務継続計画の見直し                                     | 1 あり 2 なし                                                  |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                | 1 あり（提携ホーム名：ナーシングホーム希望のひかり・グループ<br>ホームきぼう）<br>2 なし |                                                            |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規定 | 1 あり 2 なし<br>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        |                                                            |

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| する届出                                             | 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<br>の場合等の特例」への適合性                    | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>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（別の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）  
 別添 3（サービス体系一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 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 事業主体が富山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<br>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        | ヘルパーステーション<br>すみれ    | 富山市上大久保<br>1585-1 |
| 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        | 訪問看護ステーション<br>希望のひかり | 富山市上大久保<br>1308-2 |
| 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        | いきいき元気<br>クラブ        | 富山市上大久保<br>1310-1 |
| 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        | 定期巡回サービスセンター<br>すみれ  | 富山市上大久保1581-1     |
| 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        | グループホーム<br>ムきぼう      | 富山市上大久保<br>1581-1 |
| 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        | ナーシングホーム<br>希望のひかり   | 富山市上大久保<br>1581-1 |
| 居宅介護支援               | あり | なし | 併設・隣接        | 介護相談センターあやめ          | 富山市上大久保<br>1308-2 |
| <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        | 訪問看護ステーション<br>希望のひかり | 富山市上大久保<br>1308-2 |
| 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 | ヘルパーステーションすみれ | 富山市上大久保<br>1585-1 |
| 通所型サービス           | あり | なし | 併設・隣接 | いきいき元気クラブ     | 富山市上大久保<br>1310-1 |
| 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 |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり |      |      |      |                                                                 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | ・大沢野中央診療所の場合<br>「定期巡回」などの介護サービスにて可<br>・その他の受診の場合<br>自費サービスにて提供可 |
| 口腔衛生管理                           | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | 「定期巡回」などの介護サービスにて提供可                                            |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |      |                                                                 |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ・掃除機掛け<br>・床拭き<br>・洗面台拭き<br>・トイレ掃除<br>・ゴミ出し                     |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | 週1回、シーツ、枕カバー、ホーフの交換<br>1,000円／月                                 |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ・下着や薄手の洗濯、乾燥、取入れ、収納                                             |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | ・LDK(食堂)にて喫食いただきます。<br>・LDK までの移動介助、配下膳は「定期巡回」などの介護サービスにて提供可    |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |      | ・パン食 +50円 / 食<br>・とろみ食 +20円 / 食                                 |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |      | ・150円 / 日                                                       |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    |      | ・2,000円 / 回                                                     |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり |      | ○    |      | ・希望の郷で常備している日用品<br>・週1回の移動販売                                    |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |      | いずれも料金は自費、立て替え払いにて翌月清算                                          |
| 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 |  |  |  | ・ 日常の測定、管理                     |
| 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    |    |    |    |    |  |  |  |                                |
| 移送サービス           | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ・ 大沢野中央診療所以外の受診の場合、自費サービスにて提供可 |
| 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。

別添 3 サービス体系一覧表

|      | 基本パック                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |                                          | オプション                                                                                  |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス | 定期巡回・随時対応                                                                                                                                                                                                                 | 状況把握・生活相談サービス                                                                                                                                                                                                                                                              | 健康管理サービス                                                                               | リネン交換サービス                                | 自費サービス                                                                                 |
| 概要   | 介護士が定刻での訪問（身体介助や自立支援）したり、ナースコールによる緊急呼び出しに対応したりします。また、看護師やリハビリスタッフがその方の状態に応じて訪問します。                                                                                                                                        | 希望の郷で快適に安心してお住まいいただくためのサービスです。希望の郷専属スタッフのほか、契約している清掃業者や薬剤師が担当します。                                                                                                                                                                                                          | 看護師が日々の体調を確認、管理します。これにより、入居者さんの変化や異常を素早く把握し、必要な医療や介護サービス（定期巡回・随時対応サービスなど）につなげることが出来ます。 | 常に清潔な寝具でお過ごしいただくために、定期的および随時のリネン交換を行います。 | ほとんどの方が<br>定期巡回＋生活支援サポート<br>の定額サービスで安心した生活を送れますが、<br>以下のような個々の有料サービスもご用意しています。         |
| 担当   | 【介護職員】<br>・介護福祉士<br>・介護実践者研修<br>・初任者研修<br>【看護師】<br>【リハビリ専門職】<br>・PT<br>・OT<br>・ST                                                                                                                                         | 【相談員】<br>・社会福祉士<br>【事務】<br>【掃除・洗濯スタッフ】<br>【委託業者】<br>・清掃<br>・移動販売<br>・調剤                                                                                                                                                                                                    | 【看護師】                                                                                  | 【介護職員】<br>・介護福祉士<br>・介護実践者研修<br>・初任者研修   |                                                                                        |
| 保険適用 | あり                                                                                                                                                                                                                        | なし                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし                                                                                     | なし                                       | なし                                                                                     |
| 価格   | 介護1 7,946    ／    介護2 12,413<br>介護3 18,948    ／    介護4 23,358<br>介護5 28,298                                                                                                                                               | 23,100                                                                                                                                                                                                                                                                     | 0                                                                                      | 1,000                                    | 個別対応                                                                                   |
| 内容   | 【介護】<br>・排泄介助            ・入浴介助<br>・食事介助            ・移動、移乗<br>・環境整備（リネン交換等）<br>・配下膳<br>・服薬介助<br>・診療所の通院付き添い<br>・デイサービスの準備、送り出し<br>【看護・リハビリ】<br>・処置<br>・排便管理<br>・リハビリ<br>・服薬準備、残薬チェック<br>・受診時の報告書作成、受診後の管理・調整<br>・緊急時の対応、処置 | ・日常生活での相談（ご家族含む）<br>・安否確認（声掛け）<br>・各種介護サービス事業所との調整<br>・受診の予約、調整（移動手段の手配）<br>・掃除（床拭き、掃除機掛け、洗面台拭き、トイレ掃除、ゴミ出し）<br>・洗濯（下着や薄手の衣類の洗濯、乾燥、取入れと収納）<br>・調剤薬局への支払い<br>・移動販売（購入品の聞き取り、受け渡し）<br>・日用品販売（注文、立替処理、納品）<br>・テレビ電話サービス（接続、立合い、調整）<br>・感染予防対策（差入、消毒など）<br>・理髪受付<br>・必要な物品の代行注文 | ・健康相談<br>・体温や血圧などの測定、管理                                                                | ・週1回の定期交換(シーツ、枕カバー、ホーフ)                  | ・診療所以外の通院付き添い<br>・寝具（シーツ、カバー以外）のクリーニング<br>・調整食（とろみ、パン等）の手配、提供等<br><br>※都度ご相談させていただきます。 |