

## 重要事項説明書

|       |           |
|-------|-----------|
| 記入年月日 | 令和5年10月1日 |
| 記入者名  | 高本 健      |
| 所属・職名 | 総施設長      |

## 1. 事業主体概要

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 種類         | 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 めでいかわーくす<br>株式会社 メディカワークス |   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒920-0025 石川県金沢市駅西本町6丁目15番8号              |   |
| 連絡先        | 電話番号                                      | 076-221-3550  |
|            | FAX番号                                     | 076-221-3551  |
|            | ホームページアドレス                                | <a href="http://medicor-works.com">http://medicor-works.com</a> |
| 代表者        | 氏名  | 菊地 知江   |
|            | 職名  | 代表取締役   |
| 設立年月日      | 平成22年 6月 15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) せいこうあん<br>住宅型有料老人ホーム 静港庵 |  |
| 所在地      | 〒920-0338<br>石川県金沢市金石北1丁目19-40  |  |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅                             | JR 金沢駅   |
|          | 交通手段と所要時間                       | (自家用車) 所要時間 約20分<br>県道17号金沢港線を金石方面に向かい直進<br>金沢西警察署前交差点 斜め右折後約500m直進<br>川沿い右折 50m |
| 連絡先      | 電話番号                            | 076-268-2830   |
|          | FAX番号                           | 076-254-1860   |
|          | ホームページアドレス                      | <a href="http://medicor-works.com">http://medicor-works.com</a>                  |

|               |    |       |     |     |
|---------------|----|-------|-----|-----|
| 管理者           | 氏名 | 東 美喜  |     |     |
|               | 職名 | 施設長   |     |     |
| 建物の竣工日        |    | 平成23年 | 11月 | 15日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |    | 平成23年 | 11月 | 23日 |

**(類型)【表示事項】**

|                                    |            |       |
|------------------------------------|------------|-------|
| 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 <u>住宅型</u>                       |            |       |
| 4 健康型                              |            |       |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合                | 介護保険事業者番号  |       |
|                                    | 指定した自治体名   | 県（市）  |
|                                    | 事業所の指定日    | 年 月 日 |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 年 月 日 |

**3. 建物概要**

|              |                       |  |                          |
|--------------|-----------------------|--|--------------------------|
| 土地           | 敷地面積                  | 821.65 m <sup>2</sup>                            |                          |
|              | 所有関係                  | 1 事業者が自ら所有する土地                                   |                          |
|              |                       | ② <u>事業者が賃借する土地</u>                              |                          |
|              |                       | 抵当権の有無   | ① <u>あり</u> 2 なし         |
| 契約期間         |                       | ① <u>あり</u><br>(2011年10月20日～2041年10月19日)<br>2 なし |                          |
|              | 契約の自動更新               | ① <u>あり</u> 2 なし                                 |                          |
| 建物           | 延床面積                  | 全体   | 1, 324.67 m <sup>2</sup> |
|              |                       | うち、老人ホーム部分                                       | 1, 249.26 m <sup>2</sup> |
|              | 耐火構造                  | ① <u>耐火建築物</u>                                   |                          |
|              |                       | 2 準耐火建築物   |                          |
|              |                       | 3 その他（ ）   |                          |
|              | 構造                    | 1 鉄筋コンクリート造                                      |                          |
| ② <u>鉄骨造</u> |                       |  |                          |
| 3 木造         |                       |  |                          |
| 4 その他（ ）     |                       |  |                          |
| 所有関係         | ① <u>事業者が自ら所有する建物</u> |  |                          |
|              | 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<br>( 年 月 日～ 年 月 日)<br>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<br>【表示事項】  | ① <u>全室個室</u>    |                                 |         |        |     |
|  |   | 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                | 13 m <sup>2</sup>               | 40      | 一般居室個室 |     |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |   |                  |                                 |         |        |     |
| 共用施設   | 共用便所における<br>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  | 2ヶ所              | 個室                              | 2ヶ所     |        |     |
|  |   |                  | 大浴場                             | ヶ所      |        |     |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽  | 0ヶ所              | チェアー浴                           | ヶ所      |        |     |
|  |   |                  | リフト浴                            | ヶ所      |        |     |
|  |   |                  | ストレッチャー浴                        | ヶ所      |        |     |
| その他 ( )  |   |                  | ヶ所                              |         |        |     |
| 食堂   | ① <u>あり</u> 2 なし  |                  |                                 |         |        |     |
| 入居者や家族が利用<br>できる調理設備                             | 1 あり 2 <u>なし</u>  |                  |                                 |         |        |     |
| エレベーター   | 1 あり (車椅子対応)<br>② <u>あり (ストレッチャー対応)</u><br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |                  |                                 |         |        |     |
| 消防用設備<br>等                                       | 消火器   | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
|  | 自動火災報知設備  | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
|  | 火災通報設備  | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
|  | スプリンクラー   | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
|  | 防火管理者   | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
|  | 防災計画  | ① <u>あり</u> 2 なし |                                 |         |        |     |
| 緊急通報装<br>置等                                      | 居室  | 便所               | 浴室                              | その他 ( ) |        |     |
|  | ① <u>あり</u>   | ① <u>あり</u>      | ① <u>あり</u>                     | 1 あり    |        |     |
|  | 2 一部あり  | 2 一部あり           | 2 一部あり                          | 2 一部あり  |        |     |
| 3 なし   | 3 なし  | 3 なし             | 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        | 入居者が快適で心身共に充実した生活を営めること及び良好な生活環境を永続的に確保します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 医療機関との連携により、医療依存度の高い方でも安心してお暮しいただけます。       |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |
| 食事の提供           | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |
| 健康管理の供与         | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |
| 生活相談サービス        | ① <u>自ら実施</u> 2 委託 3 なし                     |

##### (医療連携の内容)

|                |  |                   |  |
|----------------|--|-------------------|--|
| 医療支援<br>※複数選択可 | ① <u>救急車の手配</u><br>② <u>入退院の付き添い</u><br>③ <u>通院介助</u><br>4 その他 ( ) |                   |  |
| 協力医療機関         | 1  | 名称                | 医療法人社団 博友会 金沢西みなとクリニック                             |
|                |  | 住所                | 石川県金沢市金石東1丁目4番11号                                  |
|                |  | 診療科目              | 内科・呼吸器内科   |
|                |  | 協力科目              | 全般   |
|                |  | 協力内容              | 入居者に対する診療・健康診断指導                                   |
|                | 2  | 名称                | 医療法人社団 博友会 金沢西病院                                   |
|                |  | 住所                | 石川県金沢市駅西本町6丁目15番41号                                |
|                |  | 診療科目              | 内科・外科・総合診療科・内視鏡・形成外科・整形外科・脳神経内科外科・小児科・泌尿器科・眼科・婦人科他 |
|                |  | 協力科目              | 全般   |
|                |  | 協力内容              | 入居者に対する診療・健康診断指導                                   |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | 医療法人社団 慈恵会 中嶋歯科医院 |  |
|                | 住所   | 石川県金沢市東山3-5-10    |  |
|                | 協力内容   | 入居者に対する診療・口腔ケア指導  |  |

##### (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 | 1 一時介護室へ移る場合 |
|----------------|--------------|

|                  |  |                  |        |
|------------------|--|------------------|--------|
| ※複数選択可           | 2 介護居室へ移る場合<br>③ <u>その他</u> (医療依存度の変化により、階上階下への移室) |                  |        |
| 判断基準の内容          | 入居者本人、家族の希望の有無                                     |                  |        |
| 手続きの内容           | 入居再契約  |                  |        |
| 追加的費用の有無         | 1 あり ② <u>なし</u>                                   |                  |        |
| 居室利用権の取扱い        | 契約にて担保   |                  |        |
| 前払金償却の調整の有無      | 1 あり ② <u>なし</u>                                   |                  |        |
| 従前の居室との<br>仕様の変更 | 面積の増減  | 1 あり ② <u>なし</u> |        |
|                  | 便所の変更  | 1 あり ② <u>なし</u> |        |
|                  | 浴室の変更  | 1 あり ② <u>なし</u> |        |
|                  | 洗面所の変更   | 1 あり ② <u>なし</u> |        |
|                  | 台所の変更  | 1 あり ② <u>なし</u> |        |
|                  | その他の変更   | 1 あり             | (変更内容) |
|                  |  | ② <u>なし</u>      |        |

#### (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 <u>なし</u>  |
|                    | 要支援の者  | ① <u>あり</u> 2 なし  |
|                    | 要介護の者  | ① <u>あり</u> 2 なし  |
| 留意事項               | 1. 医療支援を希望する場合は、初回相談時に情報提供が必要<br>2. 身元引受人の設定が必要 (存在しない場合は相談可能) |   |
| 契約の解除の内容           | 1. 入居者又は事業主体から解約を申し出た時<br>2. 入居者が死亡した時 (入居者からの解約申し出に準ずる)       |   |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室及び共用部の使用上の注意及び制現に違反し、改善されない場合</li> <li>・支払うべき費用の滞納が続く場合</li> <li>・共同生活の秩序を乱す行為が続く場合</li> <li>・他社の身体に危険を及ぼす行為が続く場合</li> <li>・入居者本人の徘徊等により、施設の有する設備及び人員をもってしても入居者の安全を確保できなくなった場合</li> </ul> |
|                    | 解約予告期間   | 30 日間   |
| 入居者からの解約予告期間       | 14 日間  |   |

|         |   |
|---------|---|
| 体験入居の内容 | ① <u>あり</u> (内容：食事提供・宿泊、健康相談等とし、費用日割)<br>2 なし           |
| 入居定員    | 40人   |
| その他     | 長期入院の場合、退院後の居室確保をお約束することを前提に<br>一時退居をご相談させていただくことがあります。 |

## 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   | 4         |    | 4        |                |
| 看護職員   | 7         |    | 7        |                |
| 機能訓練指導員  |           |    |          |                |
| 計画作成担当者  |           |    |          |                |
| 栄養士  | 1         |    | 1 (業務委託) |                |
| 調理員  | 5         |    | 5        |                |
| 事務員  | 1         | 1  |          |                |
| その他職員  | 2         |    | 2        |                |
| 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           |
| ※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     | 3  |    | 3   |
| 実務者研修の修了者 |    |    |     |
| 初任者研修の修了者 | 1  |    | 1   |
| 介護支援専門員   |    |    |     |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|             | 合計 |    |     |
|-------------|----|----|-----|
|             |    | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師   | 7  |    | 7   |
| 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 (17時～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人              |
| 介護職員              | 1人   | 1人              |

(職員の状況)

| 管理者           | 他の職務との兼務     |      | ① <u>あり</u> 2 なし |     |         |     |         |     |         |     |
|---------------|--------------|------|------------------|-----|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
|               | 業務に係る資格等     |      | ① <u>あり</u>      |     |         |     |         |     |         |     |
|               |              |      | 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   |              | 3    |                  |     | 1       |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数   |              | 1    |                  |     |         |     |         |     |         |     |
| 応じた職員<br>の人数  | 業務に従事した経験年数に | 1年未満 |                  |     | 1       |     |         |     |         |     |
|               | 1年以上         | 3    |                  |     |         |     |         |     |         |     |
|               | 3年未満         |      |                  |     |         |     |         |     |         |     |
|               | 3年以上         | 1    |                  |     |         |     |         |     |         |     |
|               | 5年未満         |      |                  |     |         |     |         |     |         |     |
|               | 5年以上         | 1    |                  |     |         | 1   |         |     |         |     |
|               | 10年未満        |      |                  |     |         |     |         |     |         |     |
| 10年以上         |              |      |                  |     | 3       |     |         |     |         |     |
| 従業者の健康診断の実施状況 |              |      | ① <u>あり</u> 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<br>【表示事項】              | ① <u>利用権方式</u><br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式                             |   |
| 利用料金の支払い方式<br>【表示事項】           | 1 全額前払い方式  |   |
|                                | ② <u>一部前払い・一部月払い方式</u>   |   |
|                                | 3 月払い方式  |   |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択   | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり ② <u>なし</u>   |   |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり ② <u>なし</u>   |   |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | ① <u>減額なし（食費のみ欠食数分を減額）</u><br>2 日割り計算で減額<br>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<br>の改定                    | 条件   | 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合             |
|                                | 手続き  | 運営懇談会及び文章により説明し、同意を得るものとします。            |

### (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<br>況                 | 要介護度                                | 要支援1           | 要介護4           |         |
|                            | 年齢                                  | 70歳            | 90歳            |         |
| 居室の状況                      | 床面積                                 | 13㎡            | 13㎡            |         |
|                            | 便所                                  | ① <u>有</u> 2 無 | ① <u>有</u> 2 無 |         |
|                            | 浴室                                  | 1 有 ② <u>無</u> | 1 有 ② <u>無</u> |         |
|                            | 台所                                  | 1 有 ② <u>無</u> | 1 有 ② <u>無</u> |         |
| 入居時点で<br>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                    |                                     | 137,800円       | 123,300円       |         |
| 家賃                         |                                     | 47,000円        | 47,000円        |         |
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費<br>用 | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用       | 円              | 円              |         |
|                            | 介<br>護<br>保<br>険<br>外 <sup>※2</sup> | 食費             | 49,500円        | 0円      |
|                            |                                     | 管理費（暮らしの支援費）   | 16,500円        | 16,500円 |
|                            |                                     | 介護費用（有償サービス費）  | 0円             | 10,000円 |
|                            |                                     | 光熱水費（共益費）      | 19,800円        | 19,800円 |
| その他（衛生用品、リネンレンタル代、立替費用等）   |                                     | 5,000円         | 30,000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                   | 施設・備品の設備等で要した費用から算定   |
| 敷金                   | なし  |
| 介護費用                 | 短時間の支援が継続的に必要な場合など、所要時間5分につき100円で算定   |
| 管理費                  | 薬の管理・ナースコール対応・安否健康状態確認・家族連絡・食事の配下膳、郵便物等の取次、茶湯の提供・生活ごみ処分・生活相談・医療連携等に要する人件費及び、共有場所で使用する備品・消耗品費からの算定 |
| 食費                   | 朝・昼・おやつ・夕 食材料費、調理員人件費及び備品・消耗品費から算定  |
| 光熱水費                 | 各居室 共用部等に要する費用を按分して算定   |
| 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          | トロミ調整剤の提供を要する場合に費用を算定   |

**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          | 27人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 1人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 3人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 13人 |
|       | 85歳以上       | 16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        | 1人  |
|       | 要介護2        | 6人  |
|       | 要介護3        | 7人  |
|       | 要介護4        | 9人  |
|       | 要介護5        | 10人 |

|       |            |    |
|-------|------------|----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満      | 7人 |
|       | 6ヶ月以上1年未満  | 5人 |
|       | 1年以上5年未満   | 4人 |
|       | 5年以上10年未満  | 3人 |
|       | 10年以上15年未満 | 4人 |
|       | 15年以上      | 0人 |

### (入居者の属性)

|   |     |
|---|-----|
| 平均年齢  | 87歳 |
| 入居者数の合計   | 33人 |
| 入居率*  | 83% |
| ※ 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     | 0人       |
|                 | 死亡者      | 25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)・他施設に転居 |          |          |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |       |                |
|----------|-------|----------------|
| 窓口の名称    |       | 住宅型有料老人ホーム 静港庵 |
| 電話番号     |       | 076-268-2830   |
| 対応している時間 | 平日    | 9時～17時         |
|          | 土曜    | 9時～17時         |
|          | 日曜・祝日 | 9時～17時         |
| 定休日      |       | なし             |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |             |                         |
|-------------------------------|-------------|-------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | ① <u>あり</u> | (その内容)<br>福祉事業者総合賠償責任保険 |
|                               | 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 <u>あり</u> | (その内容)<br>福祉事業者総合賠償責任保険 |
|                               | 2 なし        |                         |
| 事故対応及びその予防のための指針              | ① <u>あり</u> | 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 <u>あり</u> | 実施日    | 随時                    |
|                                  |             | 結果の開示  | 1 あり      ② <u>なし</u> |
| 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 <u>なし</u> |        |                       |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |  |
|----------|--|
| 入居契約書の雛形 | ① <u>入居希望者に公開</u><br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規程     | ① <u>入居希望者に公開</u><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 <u>公開していない</u> |
| 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 <u>公開していない</u> |
| 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 <u>公開していない</u> |

10. その他

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| 運営懇談会  | ① <u>あり</u>  | (開催頻度) 年 年 1 回 |
|  | 2 なし   |                |
|  | 1 代替措置あり   | (内容)           |
|  | 2 代替措置なし   |                |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                              | ① <u>あり</u> (提携ホーム名：住宅型有料老人ホーム 静港庵)<br>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               | ① <u>あり</u> 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 <u>なし</u>   |                |
| 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 <u>なし</u>   |                |
| 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)<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 (別を実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類            |    |    | 事業所の名称             | 所在地                           |
|----------------------|----|----|--------------------|-------------------------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |                    |                               |
| 訪問介護                 | あり | なし |                    | 金沢市駅西本町6丁目15番8号<br>藤江南ハイム506号 |
| 訪問入浴介護               | あり | なし |                    |                               |
| 訪問看護                 | あり | なし |                    | 金沢市金石東1丁目4番11号<br>金沢西彩庵2F     |
| 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 |                    | 金沢市金石東1丁目4番11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 |                    |                               |
| 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 |                    |                               |
| 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＞          |    |    |                    |                               |
| 地域密着型通所介護            | あり |    | 静港庵<br>デイサービス      | 金沢市金石北1丁目19番40号               |
| 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 | 居宅介護支援事業所<br>静港庵   | 金沢市金石北1丁目19番40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 | 訪問看護ステーション<br>しおかぜ | 同上                            |
| 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 |                    |                               |
| 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 |                    |                               |
| 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 | 居宅介護支援事業所<br>静港庵 | 同上 |
| <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 |                  |    |
| <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 | ヘルパーワークス         | 同上 |
| 通所型サービス           | あり | なし | 金沢西彩庵デイサービス      | 同上 |
| その他の生活支援サービス      | あり | なし |                  |    |

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<br>（利用者が全額負担）                 |    |    |    |   | 包含 <sup>※2</sup> | 都度 <sup>※2</sup> | 料金 <sup>※3</sup> | 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 <sup>※1</sup> ） |    |    |    |   |                  |                  |                  | 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 | ○ |                  |                  |                  |    |           |
| 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 | ○ |                  |                  |                  |    | 日帰り可能な範囲内 |
| 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 | ○ |                  |                  |                  |    |           |
| 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 | ○ |                  |                  |                  |    | 毎日 15 時提供 |
| 理美容師による理美容サービス                   |  |    | なし | あり | ○ |                  |                  |                  |    |           |
| 買い物代行                            | なし   | あり | なし | あり | ○ |                  |                  |                  |    | 日帰り可能な範囲内 |
| 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 | ○ |                  |                  |                  |    | 日帰り可能な範囲内 |
| 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。