

有料老人ホームの設置者の報告事項 (令和 4年 8月 1日現在)

| | | | | |
|---|--|---------------------------------------|-----------|------|
| 施設名 | サービス付き高齢者向け住宅 シニアステージ浜ノ町 | | | |
| 所在地 | 鳥取県境港市浜ノ町62番地1 | | | |
| 電話・ファクシミリ | (電話) 0859-30-0233 | (FAX)0859-30-0236 | | |
| メールアドレス | hamano@medicalcare.jp | | | |
| 設置者名 | 株式会社シニアリビング・スタイル | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 鳥取県米子市安倍200番地1 | | | |
| 類型及び定員数 | ① 住宅型 2 介護付 定員数 人 | | | |
| 施設の竣工年月日 | 2020/10/31 | | | |
| 事業の開始年月日 | 2020年11月19日 | | | |
| 施設までの主な利用交通手段 | 最寄駅 | 境港 駅 | | |
| | 交通手段と所要時間 | 電車にて境線・境港駅から徒歩6分 | | |
| 居室の状況 | 別紙1のとおり | | | |
| 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 | | | |
| 介護等の内容 | 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 |
| 入居対象となる者 | 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 | | |
| 介護等の利用者への提供実績 ・別紙2より主なサービスを3つ記載 ・最近1ヶ月の入居者数に対する利用 者数 | 1 (サービス名) | 利用者数 | 人/入居者数 | 人 |
| | 2 (サービス名) | 利用者数 | 人/入居者数 | 人 |
| | 3 (サービス名) | 利用者数 | 人/入居者数 | 人 |
| 利用者等の意見を把握する体制 | 1 あり | 実施日 | | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし | |
| ② なし | | | | |
| | 第三者による評価の実施状況等 | 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 | | | | |
| 介護等を利用するに当たっての利 | 別添2のとおり | | | |
| 文書の開示状況 | 入居契約書の雛形 | 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 | | |
| | 管理規定 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない | | |
| | 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない | | |
| | 財務諸表の要旨 | 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 | 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 | | |

※介護等の利用者への提供実績以外の項目は、重要事項説明書の記載と一致する。

別添 1

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|----------------------|-------|---------|
| 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 | | | 1 人部屋 | |
| | 最大 | | | 2 人部屋 | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.00 m ² | 40 | 介護居室個室 |
| | タイプ 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 18.31 m ² | 2 | 介護居室個室 |
| | タイプ 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 24.10 m ² | 5 | 介護居室相部屋 |
| | タイプ 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 27.18 m ² | 6 | 介護居室相部屋 |
| | タイプ 5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 27.12 m ² | 1 | 介護居室相部屋 |
| タイプ 6 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ 7 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ 8 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ 9 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| タイプ 10 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |

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） | | | 備考 |
| | | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | |
| 介護サービス | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | |
| 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 | ○ | 自費による。 |
| 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 | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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 | | |
| 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 | | ※利用できる範囲を明確化すること |
| 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 | | 年2回提供する機会を設ける。自費による。 |
| 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 | | 生活相談サービスの一環として行う。 |
| 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 | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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。