

リアンレーヴ相模原

サービス付高齢者向け住宅
登録事項等についての説明書類一式

株式会社木下の介護

登録事項についての説明(高齢者住まい法第17条関係)【参考様式】

年　月　日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号

新宿アイランドタワー29階

氏名 株式会社 木下の介護

代表取締役 佐久間 大介

代理人 住所 神奈川県相模原市中央区相模原
5丁目4番3号

氏名 リアンレーヴ相模原
施設長 赤津 翔

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するにあたり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

登録の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 (従前の登録番号 相29(1)001)					
住宅の名称	(ふりがな) りあんれーう” さがみはら					
所在地	リアンレーヴ相模原					
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR横浜 線 相模原 駅から 徒歩 で 7 分) <input type="checkbox"/> 2.その他()					
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 2019 年 2 月 1 日から 2049 年 1 月 31 日まで					
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 2019 年 2 月 1 日から 2049 年 1 月 31 日まで					
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2019 年 2 月 1 日から 2049 年 1 月 31 日まで					

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしや きのしたのかいご 株式会社 木下の介護
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 163-1329) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー29階 電話番号 03-5908-1310
法人の役員	別添 1 のとおり

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな) 商号、名称又は氏名	
	住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	別添2のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ きのしたのかいご 株式会社 木下の介護	
	(郵便番号 163-1329) 東京都新宿区西新宿六丁目5番1号 新宿アイランドタワー29階 電話番号 03-5908-1310	

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数 48 戸		
居住部分の 規模	(最小) 18.00 m ²	詳細については、別添 3 のとおり	
	(最大) 20.67 m ²		
構造及び設備	共同利用設備 ■ あり □ なし	階 数 地上6 階建	
	構 造 RC 造		
竣工の年月	2019 年 1 月 31 日		
加齢対応構造 等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 緊急通報装置を備えている		

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	■ 賃貸借契約 □ その他
終身賃貸事業 者の事業の認 可	□ 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ■ ②高齢者十同居者（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている 60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の 者をいう。）

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	-------------------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

高齢者生活支援サービス	サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	詳細については、別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 33,000 円	
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 36,300 円	
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
家賃の概算額	(最低)	約 71,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約 71,000 円		
共益費の概算額	(最低)	約 42,700 円		
	(最高)	約 42,700 円		
厨房管理費	37,500 円／人 (30日の場合)		軽減税率の判定対象としております。このため、喫食の有無に応じて適用税率が変更されます。なお、歴月で1月食事の提供がなかった場合は、厨房管理費は徴収いたしません。別添5を併せて確認ください。システム上は共益費と合算しております。	
敷金の概算額	(最低)	約 0 円	家賃の 0 月分	
	(最高)	約 0 円		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約 円	(最高)	約 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法				
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務 の内容 (契約事項)	建物管理業務(法定点検業務・設備管理業務・清掃業務等)
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) じゃぱんふあしりていーかぶしきがいしゃ ジャパンファシリティー株式会社
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 111-0042) 東京都台東区寿四丁目13番8号 電話番号 03-5830-7662
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定
その他計画的 な修繕予定	

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
木下の介護 相模原（訪問介護）	① 身体介護 ② 生活援助	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
木下の介護 相模原（居宅介護支援）	ケアプランの作成、指導	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号

連携又は協力の内容	
-----------	--

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び神奈川県の高齢者住居安定確保計画に沿って適切に運営いたします。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

年　　月　　日

　　借主　（乙）　　住所

　　氏名　　　　　印

役員名簿

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

役員名簿

法第6条第1項第4号の役員に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

別添 3

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

注1)住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2)設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

※居室に設置したテレビに係るNHK等の放送契約及び受信料の支払いは各自にてお願ひします。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (m ²)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	5	52.72	1階、2階、3階、4階	48	
食堂	6	154.72	1階、2階、3階、4階、5階、6階	48	2階、3階、4階、5階、6階に台所あり
脱衣室	4	21.38	1階、2階、3階、4階	48	
談話スペース	1	10.69	1階	48	
娯楽室	5	44.70	2階、3階、4階、5階、6階	48	
トイレ	2	5.94	1階	48	
洗濯室	1	6.66	1階	48	

注)整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する			
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名 (ふりがな).....						
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等						
サービスを提供する者の人数	□ 医師	人員	人	□ 社会福祉士	人員	人	
	□ 看護師	人員	人	□ 介護支援専門員	人員	人	
	□ 准看護師	人員	人	■ 養成研修修了者	人員	4人	
	□ 介護福祉士	人員	人	■ 上記以外の職員	人員	1人	
				合 計	人員	5人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)						
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()						
常駐する時間	日中	09時00分	～	18時00分	人員	1人	
	上記以外の時間	18時00分	～	09時00分	人員	1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各居室訪問による状況把握					毎日	1回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)						
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	00時00分	～	24時00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間				
	通報方法	ナースコール					
	通報先	職員PHS			通報先から住宅までの到着予定時間	1分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の算定方法				
	前払金	約 0 円					
備考							

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する					<input checked="" type="checkbox"/> 委託する
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しつぷへるすけあふーど シップヘルスケアフード株式会社				
	住 所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 101-0041) 東京都千代田区神田須田町1-10		電話番号 03-5296-3065		
	住 所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号 252-0231) 神奈川県相模原市中央区相模原5丁目4番3号		電話番号 042-750-2529		
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂	<input type="checkbox"/> 各居住部分	<input type="checkbox"/> その他()		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応	<input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食	<input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択	<input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()		
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 廉房で調理	<input type="checkbox"/> 配食サービスを利用	<input type="checkbox"/> その他()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 36,300 円	内訳	朝食 289 円 昼食 402 円 夕食 519 円		
	前払金	約 0 円	前払金の算定 方法			
備考	消費税軽減税率制度における飲食料品の提供については、1食につき税別690円以下で、その累計額が1日2,070円に達するまでの食費が該当し、軽減税率(8%)が適用されます。当住宅では、食費及び厨房管理費を軽減税率の対象としているため、朝食の費用のみ軽減税率(8%)の対象となります。					

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態	<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する					<input type="checkbox"/> 委託する
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住 所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号)		電話番号		
	住 所 (法人にあって は本業務に係 る事業所の所 在地)	(郵便番号)		電話番号		
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応	<input checked="" type="checkbox"/> その他(事前予約)			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護	<input type="checkbox"/> 排せつ介護	<input type="checkbox"/> 食事介護		
		<input type="checkbox"/> その他	()			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定 方法			
	前払金	約 0 円				

備考	<ul style="list-style-type: none"> ・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・排泄介助1回1,826円(要支援・要介護者のみ) ・入浴時の見守り・安否確認1回2,200円 ・一般浴入浴介助1回2,750円(要支援・要介護者のみ、清拭の場合を含みます) ・特浴介助1回4,400円(要介護者のみ) ・入浴衛生管理1回550円(個浴利用時の準備、清掃対応) ・居室配膳・下膳1回330円(要支援・要介護者のみ、入居者様都合の場合) 詳細は事前に受付(事務室)までご相談下さい。
----	--

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな).....			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前予約)			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・洗濯 : 1,870円／回 (洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちいたします。必要に応じ収納) ·清掃 : 1,980円／回 (1回20分程度にて整理整頓、ゴミ捨て、窓ふき等) ・リネン交換:1,870円／回 ・寝具レンタル1,650円／月(布団・枕・ベッドパット) ・リネンレンタル1,100円／月(シーツ・布団カバー・枕カバー) ・詳細は事前に受付(事務室)までご相談下さい。 				

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する			<input type="checkbox"/> 委託する
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな).....			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			電話番号
提供方法	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)			電話番号
	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

サービス提供の対価(概算額)	月額	約 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 円		
備考				

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号) 電話番号		
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(事前予約)		
	内容	付き添いサービス(病院、買い物等)		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・こちらはご希望された方のみ提供する有料サービスです。 ・買い物代行660円／回 (Webで購入する場合のみ対応可能です。) ・通院の介助2,728円／30分 (交通費は実費) ・クリーニングの取り次ぎ 330円／回 ・外出介助4,400円／1時間(交通費は実費) ・詳細は事前に受付 (事務室) までご相談下さい。 			

軽減税率の適用判定について

当ホームは、建物賃貸借契約第7条2項の規定に基づき軽減税率適用について以下一覧のとおりに判定しております。サービス付き高齢者向け住宅における食費（飲食料品の提供の対価）に係る消費税について、1食690円以下、1日累計額2,070円に達するまでは軽減税率の対象となります。

	朝食	昼食	夕食
食費単価(税込)	289円	402円	519円
食費単価(税抜)	268円	366円	472円
厨房管理費※	276円	378円	487円
合計	544円	744円	959円
1日累計額(軽減税率対象)	544円／日		
軽減税率適用	対象	対象外	対象外

※厨房管理費は1日あたりの各食費の割合に応じて以下の方法により按分算出しております。
いずれも税抜価格です。端数は小数点以下四捨五入しております。

$$\begin{aligned} & (\text{厨房管理費} \div 30\text{日}) \div \text{①厨房管理費日額} \\ & (\text{各食費単価}) \div \text{食費日額} \times \text{①} = \text{各食按分厨房管理費} \end{aligned}$$

【欠食した場合の取扱いについて】

当ホームでは、欠食の届出がなされた場合、厨房管理費を除く食費単価が差し引かれます。これにより軽減税率適用は以下一覧のとおりの判定となります。一覧は3食とも欠食した場合です。

	朝食	昼食	夕食
食費単価	0円	0円	0円
厨房管理費	276円	378円	487円
合計	276円	378円	487円
1日累計額(軽減税率対象)	1,141円／日		
軽減税率適用	対象	対象	対象

いずれも税抜価格です。

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書
(「登録事項等についての説明」の補足)

作成日	年 月 日
登録番号	相 29 (2) 001
施設名	リアンレーヴ相模原

「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	2019年3月1日
名称	リアンレーヴ相模原
所在地	神奈川県相模原市中央区相模原5-4-3
住宅の管理者氏名※1	赤津 翔
電話番号 / FAX番号	042-750-2520／042-750-2523
メールアドレス	reve-sagamihara@kinoshita-group.co.jp
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facility/service_housing/lien_reve_sagamihara.html

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

FAX番号	03-5908-2382
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
資本金(基本財産)	1 億円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	株式会社木下グループ (100%)
設立年月日	1995年10月26日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 44,163百万円 (費用) 44,128百万円 (損益) 35百万円
会計監査人との契約	なし・あり()
他の主な事業	介護保険指定事業(訪問介護、通所介護、居宅介護支援、認知症対応型共同生活介護、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護)

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

FAX番号	03-5908-2382
ホームページアドレス	https://www.kinoshita-kaigo.co.jp/

「4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舎	・	共同住宅	・	有料老人ホーム	・	その他
建築物の耐火構造	耐火構造	・	準耐火構造	・	その他	()
消防用設備等	消火器	なし	・	あり			
	自動火災報知設備	なし	・	あり			
	火災通報設備	なし	・	あり			
	スプリンクラー	なし	・	あり			
	防火管理者	なし	・	あり			
	防災計画	なし	・	あり			
緊急通報装置等	緊急通報装置等の種類及び設置箇所						
緊急連絡・安否確認	居室のベッド脇、便所等にナースコールを設置						
	安否確認の方法・頻度等						
	各居室訪問による確認・毎日1回						

「5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期（居住の用に供する前である場合）」について

（1）入居契約の状況等

身元引受人等の条件及び義務等※4	連帯保証人を1人定め、連帯保証人は建物賃貸借契約に参加するものとします。 連帯保証人は、契約の履行及び契約に基づく債務について、入居者と連帶して契約書記載の極度額を限度として履行の責を負うものとし、また乙の身柄を引き取るものとします。 入居者がご逝去された場合のご遺体及び遺留金品の引き受けを行うこととします。
生活保護受給者の受け入れ対応	否
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※5	【事業者からの契約解除】 ※建物賃貸借契約書 第15条（契約の解除）より 第15条 事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないとときは、本契約を解除することができる。 一 第5条第1項に規定する家賃支払義務 二 第6条第2項に規定する管理共益費支払義務 三 第7条第1項に規定する厨房管理費支払義務 四 第13条第1項後段に規定する費用負担義務 2 事業者は、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、事業者が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。 一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務 二 第8条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のう

		<p>ち、別表第1第七号から第九号までに掲げる行為に係るものを除く。)</p> <p>三 その他本契約書に規定する入居者の義務</p> <p>3 事業者は入居者が、次に掲げる状態となり、本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、相当の期間を定めて本契約を解除することができる。</p> <p>一 入居者の行動が、他の入居者又は事業者の従業員等の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ入居者に対する住戸における通常の接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>二 入居者等による、事業者の従業員や他の入居者等に対するハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだとき</p> <p>二 入居者が感染症等に罹患し、他の入居者に感染させる恐れがあるとき</p> <p>三 入居者の身体の状態が常時医療行為を伴うとき</p> <p>4 事業者は、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>5 事業者又は入居者的一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>一 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合</p> <p>二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>6 事業者は、入居者が別表第1第七号から第九号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>【入居者からの契約解除】</p> <p>※建物賃貸借契約書 第16条（乙からの解約）より</p> <p>第16条 入居者は、事業者に対して少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、入居者は、解約申入れの日から30日分の家賃（本契約の解約後の家賃相当額を含む。）を事業者に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、隨時に本契約を解約することができる。</p>
前年度における 退去者の状況	退去先別の人数	自宅等 2人
		社会福祉施設 4人
前年度における 退去者の状況	生前解約の状況	医療機関 4人
		死亡者 5人
		その他 人
		事業者側の申し出 人 (解約事由の例)
		入居者側の申し出 10人

		(解約事由の例) 在宅復帰、療養型入院、特養入居等
体験入居の期間及び費用負担等	体験入居費用：14,400円/泊 体験入居期間：7泊8日以上2週間まで 備考：夕・朝食付き（2泊以上の利用で昼食無料）	

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

（2）入居状況等 (年　月　日現在)

入居者内訳	性別 介護の要否別	男性　　人、女性　　人				
		自立人		(内訳)	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	人 人 人 人 人
	要介護　人					
	要支援　人	(内訳)		要支援1 要支援2		人 人
平均年齢	歳（男性　　歳、女性　　歳）					

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭」について

（1）運営に関するこ

運営に関する方針	私たちは、入居者・家族・地域の方々・職員の幸せのため、何をすべきか、何ができるかを考え行動すること、これを原点に介護事業に取り組んでいます。心を込めてお一人おひとりに向き合い寄り添うこと、それが何より重要と考えます。人と人との関わりを大切にし、そこから学び、互いに教え合い、穏やかで温もり溢れる日々をお過ごしいただけるよう、務めてまいります。
サービスの提供内容に関する特色	ホームでの生活は、入居者が居室に籠ることなく、他の入居者との接点を提供し、自然に入居者同士のコミュニティが出来るように関わって参ります。また、入居者が出来ることはご自分で、出来ないことを職員や他の入居者が支え合うことで、身体レベル等の維持・向上を目指し、入居者がホームで過ごす日々を楽しんで頂けるよう、入居者の生活全般のサポートを行って参ります。
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く 参加者数、主な議題等)	

※6 運営懇談会を設置している場合は記入

(2) 苦情等の取り扱い

苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	1、リアンレーヴ相模原 管理者：赤津 翔 連絡先：042-750-2520 2、木下の介護 本社 窓 口：介護ご意見110番 連絡先：0120-100-537 3、相模原市 窓 口：コールセンター 連絡先：042-770-7777 窓 口：相模原市健康福祉局福祉基盤課 連絡先：042-769-9226		
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じた時は、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは119番通報による医療機関への搬送等を行います。また、早急に家族に連絡をとり、事故の内容の説明を行うなどの適正な対応を行います。事故については、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。		
事故発生の防止のための指針	なし・あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、事故が発生し入居者の生命、身体財産に損害が生じた場合、当社に過失が認められるものについては速やかに損害賠償の手配を行い、誠意をもって対応します。ただし、地震・津波等の天災、戦争・暴動や入居者の故意によるもの等は除きます。		
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	なし・あり ありの場合の保険名（介護保険・社会福祉事業者総合保険：あいおいニッセイ同和損保）		
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	2025年10月16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	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		

(3) 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団大和会 相模原東クリニック
	診療科目	内科、皮膚科
	所在地	神奈川県相模原市中央区相模原2-1-5 サトウビル2F
	距離及び所要時間	約0.4km、徒歩で約6分
	協力内容	往診、緊急時対応のアドバイス、健康診断への協力、健康相談

	名 称	アグリホームクリニックまちだ
	診療科目	内科、外科、精神科
	所在地	東京都町田市成瀬が丘1-3-2
	距離及び所要時間	約10.4km、車で約38分
	協力内容	往診、24時間オンコール体制による医療サービスの提供、緊急時対応のアドバイス、健康相談
協力歯科医療機関	名 称	あおば台デンタルクリニック
	所在地	神奈川県横浜市青葉区しらとり台2番地19
	距離及び所要時間	約13.9km、車で約48分
	協力内容	訪問歯科診療
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）	・原則、協力医療機関での受診とするが、かかりつけ医がある場合は、そちらでの受診もできる。 ・医療費用の負担については利用者負担とする。 ・長期入院を要する場合の月額料金については、家賃及び管理共益費を通常通り支払うものとする。	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(年 月 日現在)

		職 員 数	常勤換算後の 人數		夜間勤務職員数 (時～翌 時) (最少人數)	備 考 (資格・委託等)
			うち自立対応			
従業者 の内訳	管理者	()				
	生活相談員	()				
	直接処遇職員	()				
	介護職員	()				
	看護職員	()				
	機能訓練指導員	()				
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	()				
	医師	()				
	栄養士	()				業務委託
	調理員	()				業務委託
	事務職員	()				
その他職員		()				
合 計		()				
介護に関わる職員体制		※7	: 以上			

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。

なお、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

- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。
- 5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 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

イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	兼務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数	0	1	4	4	0	0	0	0	0	0	0	
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満											
	1年以上3年未満											
	3年以上5年未満											
	5年以上10年未満											
	10年以上											
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（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）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者的人数			
要介護者的人数			
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8			
配置している直接処遇職員の人数 ※9			
要支援者・要介護者の合計人数に対する配置直接処遇職員の人数の割合	:	:	:

常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間	時間で除して算出
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番 7：00 ～ 16：00	
	日勤 9：00 ～ 18：00	
	遅番 12：00 ～ 21：00	
	夜勤 16：00 ～ 10：00	
	看護職員 早番 :	～ :
	日勤 9：00 ～ 18：00	
	遅番 :	～ :
	夜勤 :	～ :

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	人(人)	医師	人(人)
介護福祉士	人(人)	看護師	人(人)
介護支援専門員	人(人)	准看護師	人(人)
介護職員実務者研修修了者	人(人)	資格なし	人(人)
介護職員初任者研修修了者	人(人)		

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を()に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

入居希望者等 への 情報開示	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開(閲覧・写し交付) 2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開(閲覧・写し交付) 2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開(閲覧・写し交付) 2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開(閲覧・写し交付) 2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開(閲覧・写し交付) 2 非公開

(6) その他

相模原市サービス付き高齢者向け住宅整備運営指導指針に適合していない事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>
---	---------------------

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の8～14に該当する運営面に関することを記述すること。

なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時(認知症を含む) に介護を行う場所	
--------------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 合施 設	居室から一時介護室へ移 る場合(判断基準・手續、 追加費用の要否、居室利 用権の取扱い等)	
	従前の居室から別の居室 へ住み替える場合(同上)	
	提携ホームへ住み替える 場合(同上)	

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は 、市区町村から交付さ れる「介護保険負担割 合証」に記載された利 用者負担の割合に応じ た額) ※13	○特定施設入居者生活介護			(1か月 30日の例)
	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	
	要介護1	円	円 /	円
	要介護2	円	円 /	円
	要介護3	円	円 /	円
	要介護4	円	円 /	円
	要介護5	円	円 /	円

○各種加算の状況		
介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付され る「介護保険負担割合 証」に記載された利用 者負担の割合に応じた 額) ※13	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)
	退院・退所時連携加算	(無・有)
	入居継続支援加算	(無・有)
	生活機能向上連携加算	(無・有)
	個別機能訓練加算	(無・有)
	夜間看護体制加算	(無・有)
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)
	医療機関連携加算	(無・有)
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)
	栄養スクリーニング加算	(無・有)
	看取り介護加算	(無・有)
	認知症専門ケア加算	(無・有) (I) (II)
	サービス提供体制強化加算	(無・有) (I) イ (I) ロ (II) (III)
	介護職員待遇改善加算	(無・有) I II III IV V

○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
要支援1	円	円 / 円
要支援2	円	円 / 円
各種加算の状況		
介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、 市区町村から交付され る「介護保険負担割合 証」に記載された利用 者負担の割合に応じた 額) ※13	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)
	生活機能向上連携加算	(無・有)
	個別機能訓練加算	(無・有)
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)
	医療機関連携加算	(無・有)
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)
	栄養スクリーニング加算	(無・有)
	認知症専門ケア加算	(無・有) (I) (II)
	サービス提供体制強化加算	(無・有) (I) イ (I) ロ (II) (III)
	介護職員待遇改善加算	(無・有) I II

短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) ※14	無・有
--	-----

※13 月額は、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員待遇改善加算を含めて記入する。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

- 添付書類：別添1 「介護サービス等の一覧表」
別添2 「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分	自立		要支援1～2		要介護1～5	
提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス						
①巡回						
・昼間 9時～17時	○・無					
・夜間 17時～9時	○・無					
②食事介助	○・無					
③排泄						
・排泄介助	○・無					
・おむつ交換	○・無					
・おむつ代	○・無		実費			実費
④入浴等						
・清拭	○・無		2,750円／回		2,750円／回	
・入浴見守り・安否確認	○・無		2,200円／回		2,200円／回	
・一般浴介助	○・無				2,750円／回	
・特浴介助	○・無					4,400円／回
・入浴衛生管理	○・無		550円／回		550円／回	
⑤身辺介助						
・体位交換	○・無					
・居室からの移動	○・無					
・衣類の着脱	○・無					
・身だしなみ介助	○・無					
⑥機能訓練	○・無					
⑦通院の介助（交通費実費）	○・無		2,728円／30分		2,728円／30分	
⑧緊急時対応						
・ナースコール	○・無	○	—	○	—	—
・緊急搬送時対応	○・無	○	—	○	—	—
2. 生活サービス						
①家事						
・清掃 ※1	○・無	—	1,980円／回	—	1,980円／回	—
・洗濯 ※2	○・無	—	1,870円／回	—	1,870円／回	—
・リネン交換	○・無	—	1,870円／回	—	1,870円／回	—
・寝具レンタル	○・無	—	布団・枕・ベッドパット 1,650円／月	—	布団・枕・ベッドパット 1,650円／月	—
・リネンレンタル	○・無	—	シーツ・布団カバー・枕カバー 1,100円／月	—	シーツ・布団カバー・枕カバー 1,100円／月	—
・ゴミ回収	○・無	—	粗大ごみ等 実費	—	粗大ごみ等 実費	—
②居室配膳・下膳	○・無	—	—	入居者様都合の場合	330円／回	—
③理美容	○・無	—	実費	—	実費	—
④代行						
・買物（Webのみ）	○・無	—	660円／回	—	660円／回	—
・役所手続	○・無	—	—	—	—	—

区分	自立			要支援1～2			要介護1～5			
提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	(有)・無	—	年2回の機会提供	実費	—	年2回の機会提供	実費	—	年2回の機会提供	実費
・健康相談	(有)・無	○	—	—	○	—	—	○	—	—
・生活指導	(有)・無	○	—	—	○	—	—	○	—	—
・医師の往診	有(無)	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費
・バイタルチェック	有(無)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
・服薬管理	有(無)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	有(無)	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費	—	—	医療保険適用範囲外の費用は実費
・移送サービス	有(無)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. その他サービス										
・外出介助（交通費実費）※3	(有)・無	—	—	4,400円／1時間	—	—	4,400円／1時間	—	—	4,400円／1時間
・クリーニングの取り次ぎ	(有)・無	—	—	330円／回	—	—	330円／回	—	—	330円／回
・レクリエーション	有(無)	—	—	—	—	—	—	—	—	—

※金額表記は全て（税込）表記です。

※1 1回約20分程度（整理整頓、ゴミ捨て、窓ふき等）

※2 洗濯・乾燥・たたみをセットにて居室までお持ちいたします。必要に応じ収納

※3 スタッフの状況によりお受けできない場合がございます。

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

相模原市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考（代替措置・改善計画等）
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある) <input type="checkbox"/> 面積が13m ² 以上(夫婦等居室は一人当たり10.65m ² 以上)ない <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない <input type="checkbox"/> 地下に居室がある <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない <input type="checkbox"/> スロープがない <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない <input type="checkbox"/> 常夜灯がない <input type="checkbox"/> 手すりがない <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない <input type="checkbox"/> 手すり等がない <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない	
6	医務室 (健康管理室)	有		<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロックなどで管理していない (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	汚物処理室	有		<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない	
10	看護・介護職員室	有		(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない <input type="checkbox"/> 手すり等がない	
12	スプリンクラー	有			
13	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない <input type="checkbox"/> 手すり等がない <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない ※すべての居室が個室で、床面積が18m ² 以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができます。	
15	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない	

その他（上記項目以外の主な指針不適合事項）

例（夜間対応職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。）