

住宅型有料老人ホーム

ハートランド相模大野

重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は令和元年10月1日時点の料金、消費税率及び  
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。  
軽減税率（8％）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食材料費です。  
それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については  
軽減税率の対象となりません。

## 重要事項説明書

## 1. 事業主体概要

種類	個人/法人	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ 株式会社ワイグッドケア		
法人番号	9120001177676		
主たる事務所の所在地	〒367-0023 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号		
連絡先	電話番号	0495-71-6551	
	FAX番号	0495-71-6575	
	ホームページアドレス	https://ygood.jp	
代表者	氏名	山崎 保	
	職名	代表取締役	
設立年月日	平成25年6月4日		
他の主な事業	訪問介護事業所、高齢者向け住宅の運営		

## 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) はーとらんどさがみおおの ハートランド相模大野		
所在地	〒252-0313 神奈川県相模原市南区上鶴間本町8-2-20		
主な利用交通手段	最寄駅	小田急電鉄 相模大野駅	
	交通手段と所要時間	相模大野駅から徒歩20分	
連絡先	電話番号	042-705-7462	
	FAX番号	042-705-8961	
	ホームページアドレス	https://ygood.jp	
管理者	氏名		
	職名	施設長	
建物の竣工日	令和 5年 5月 31日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 5年 7月 1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 住宅型 4 健康型			
1又は2に 該当する場合	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	平成	年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成	年 月 日

## 3. 建物概要

土地	敷地面積	1304.72 m <sup>2</sup>				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		賃貸の種別				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし			
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	1810.89 m <sup>2</sup>	うち、老人ホーム部分	1810.89 m <sup>2</sup>	
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		賃貸の種別	1 普通賃貸 2 定期賃貸			
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (令和5年6月1日 ~ 令和40年5月31日) 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 【表示事項】	1 全室個室 (縁故者個室含む)			
2 相部屋あり						
		最少	人部屋	最大	人部屋	
		トイレ	浴室	面積 (壁芯)	戸数・室数	区分※
タイプ1		有/無	有/無	18.00 m <sup>2</sup>	49	一般居室個室
共用施設	共用便所における 便房	6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	5ヶ所	個室		5ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		1ヶ所	
			ストレッチャー浴		1ヶ所	
			その他 ( )		0ヶ所	
	食堂	1 あり 2 なし				
	入居者や家族が利用 できる調理設備	1 あり 2 なし				
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし					

消防用 設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
緊急通報 装置等	居室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	便所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他 ( ) 1 あり 2 一部あり 3 なし	
その他					

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

運営に関する方針	お客様と共に過ごす私たちは、笑顔を絶やさず、感謝と尊敬の気持ちで奉仕し、アットホームな心あたたまる施設を目指して、お客様が幸せに暮らせる支援者であり続けます。				
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者やご家族様との連携を重視し、ご入居者の気持ちに寄り添った生活の細やかな部分に対応した、自立支援に力を入れます。また、介護事業所や医療機関と連携する場合にサービス事業者（介護サービス、医療サービス等）を自由に選択できます。				
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
食事の提供	1	自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1	自ら実施	2	委託	3 なし

## (医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	<input type="checkbox"/> 4 その他 ( )
協力医療 機関	1	名称	医療法人社団大和会 町田クリニック
		住所	東京都町田市旭町3-1-15 旭町メディカルビル3階
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	定期的な訪問診療、臨時往診
	2	名称	医療法人社団交鐘会 あおぞら在宅診療所 多摩
		住所	神奈川県川崎市麻生区五カ田2-2-1 メイヒルズ205
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	定期的な訪問診療、臨時往診
協力歯科 医療機関	名称	医療法人桜樹会 カオス歯科	
	住所	神奈川県相模原市南区相模大野5-13-15 1F	
	協力内容	定期的な訪問歯科診療	

## (入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約締結時に原則満65歳以上の方で日常生活にお手伝いを必要とする方</li> <li>・当施設利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方</li> </ul>		
契約の解除の内容	入居者は、事業者に対して1か月前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届けを事業者に届け出るものとします。		
事業主体から解約を 求める場合	解約条項		
	解約予告期間	3か月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 2 なし (内容) 2泊3日から6泊7日まで、一日あたり6,600円(税込) 食事提供含む		
入居定員	49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

## (職種別の職員数)

(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。)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員	16	8	8	
介護職員	16	8	8	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>				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	7	4	3
実務者研修の修了者	2	1	1
初任者研修の修了者	7	3	4
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			
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（20時00分～7時00分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1人

## (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		ホームヘルパー2級					
		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			14	13						
前年度1年間の退職者数			9	7						
業務に 応じた 従事した 職員の 経験年数 に 人数	1年未満		6	7						
	1年以上		2	1						
	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			1 あり		2 なし					



## 6. 利用料金

## (利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式    2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式    2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が    日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の 改定	条件	月額施設利用料及び有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、又は諸種の経済状況を勘案し、事業の安定的継続の視点から、改定する場合があります。
	手続き	運営懇談会を開催し意見を聞いて、改定します。

## (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	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護4	
	年齢	80歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有    2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	70,000円	70,000円	
月額費用の合計		174,500円	174,500円	
家賃		70,000円	70,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	55,000円	55,000円
		管理費	49,500円	49,500円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
その他	円	円		

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

## (利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用施設の家賃相当額です。
敷金	家賃相当額の1か月分で設定
介護費用	
管理費	施設の維持・管理費、共用・居室部分の水光熱費、入居者の健康管理、ナースコール対応、生活サービス、事務処理費等
食費	<p>食費は月額 55,000 円 (税込) とします。</p> <p>欠食の場合は 2 日前までに申し出を頂くことで、食材費として、朝食 176 円 (税込) 昼食 297 円 (税込) 夕食 297 (税込) を返金します。それ以外の返金はありません。</p> <p>軽減税率 (8%) の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり 670 円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。</p> <p>軽減税率の対象となる入居者は、65 歳以上又は要介護認定を受けている者となります。</p> <p>食事委託業者：HITOWA フードサービス株式会社 東京都港区港南 2-15-3 品川インターシティ C 棟</p>
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	<p>宿泊者などへの食事の追加は有料です。</p> <p>朝食：550 円 昼食：660 円 夕食 660 円 (税込)</p>

## 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	17人
	女性	30人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	6人
	75歳以上85歳未満	18人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	10人
	要介護2	12人
	要介護3	10人
	要介護4	10人
	要介護5	5人
入居期間別	6か月未満	11人
	6か月以上1年未満	36人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

## (入居者の属性)

平均年齢	83.4歳
入居者数の合計	47人
入居率※	95.9%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

## (前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	7人
	医療機関	人
	死亡者	20人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

窓口 1	窓口の名称		ハートランド相模大野 苦情相談室
	電話番号		042-705-7462
	対応している時間	平日	9:00~17:00
		土曜	9:00~17:00
		日曜・祝日	9:00~17:00
定休日			
窓口 2	窓口の名称		ワイグッドケア 苦情相談窓口
	電話番号		0495-71-6551
	対応している時間	平日	9:30~17:00
		土曜	—
		日曜・祝日	—
定休日		土・日曜日、祝祭日、年末年始を除く	
窓口 3	窓口の名称		福祉基盤課 指定・指導班（市役所本館4階）
	電話番号		042-769-9226
	対応している時間	平日	9:00~17:00
		土曜	—
		日曜・祝日	—
定休日		土・日曜日、祝祭日、年末年始を除く	
窓口 4	窓口の名称		神奈川県国民健康保険団体連合会
	電話番号		045-329-3447
	対応している時間	平日	8:30~17:15
		土曜	—
		日曜・祝日	—
定休日		土・日曜日、祝祭日、年末年始を除く	

## (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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 施設の責めに帰する事故の場合には、賠償責任を負います。 東京海上日動火災保険株式会社：施設賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

## (利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等 利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	ご意見箱を設置し、随時対応
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

## 9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

## 10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度)
	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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： )	
	2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第 5 条第 1 項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある 場合の内容		
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」への 適合性	1 適合している (代替措置)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※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	有無	事業所の名称	所在地	併設隣接
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	有	訪問介護ハートランド金沢文庫	横浜市金沢区町屋町 35-23	
訪問入浴介護	無			
訪問看護	有	訪問看護ステーション悠楽々相模大野	相模原市南区上鶴間本町 8-2-20	併設
訪問リハビリテーション	無			
居宅療養管理指導	無			
通所介護	有			
通所リハビリテーション	無			
短期入所生活介護	無			
短期入所療養介護	無			
特定施設入居者生活介護	有	ハートランド・エミシア横濱旭	横浜市旭区都岡町 72-4	
福祉用具貸与	無			
特定福祉用具販売	無			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無			
夜間対応型訪問介護	無			
地域密着型通所介護	無			
認知症対応型通所介護	有			
小規模多機能型居宅介護	有			
認知症対応型共同生活介護	有			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無			
看護小規模多機能型居宅介護	無			
居宅介護支援	無			
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	無			
介護予防訪問看護	無	訪問看護ステーション悠楽々相模大野	相模原市南区上鶴間本町 8-2-20	併設
介護予防訪問リハビリテーション	無			
介護予防居宅療養管理指導	無			
介護予防通所リハビリテーション	無			
介護予防短期入所生活介護	無			
介護予防短期入所療養介護	無			
介護予防特定施設入居者生活介護	無			
介護予防福祉用具貸与	無			
特定介護予防福祉用具販売	無			
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	無			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無			
介護予防支援	無			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	無			
介護老人保健施設	無			
介護療養型医療施設	無			
介護医療院	無			
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>				
訪問型サービス	無			
通所型サービス	無			
その他生活支援サービス	無			

## 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	
	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				
<b>介護サービス</b>							
食事介助	なし	あり	○				臨時に必要な場合に対応します。定期的な対応が必要な場合は、介護保険をご利用ください。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○				臨時に必要な場合に対応します。定期的な対応が必要な場合は、介護保険をご利用ください。
おむつ代	なし	あり					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり					
特浴介助	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○				臨時に必要な場合に対応します。定期的な対応が必要な場合は、介護保険をご利用ください。
機能訓練	なし	あり					
通院介助	なし	あり		○	1,650円/30分		事前の申し込みがあり、対応できる場合のみ。施設から半径15キロ以内を原則とします。
<b>生活サービス</b>							
居室清掃	なし	あり					
リネン交換	なし	あり	○				週一回シーツ交換を提供しますが、交換はご自身でお願いします。
日常の洗濯	なし	あり	○				週2回の洗濯をしますが、洗濯後のかたづけはご自身でお願いします。
居室配膳・下膳	なし	あり	○				心身の状態を勘案して、必要な方は対応します。
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		○	実費		毎月1回の機会提供をします。
買い物代行	なし	あり		○	1,650円/30分		近隣のスーパーなどで購入できるものに限りです。
役所手続き代行	なし	あり		○	1,650円/30分		相模原市南区、相模原市中央区、町田市を原則とします。
金銭・貯金管理	なし	あり					現金管理は致しません。物品の購入については、立替金サービスをご利用ください。利用料は無料です。
<b>健康管理サービス</b>							
定期健康診断	なし	あり		○	実費		年1回の機会を提供します。
健康相談	なし	あり	○				
生活指導・栄養指導	なし	あり	○				
服薬支援	なし	あり	○				必要な方は、対応させていただきます。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	○				必要な方は、対応させていただきます。
<b>入退院時・入院中のサービス</b>							
入退院時の同行	なし	あり					原則、ご家族で対応ください。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり					原則、ご家族で対応ください。
入院中の見舞い訪問	なし	あり					原則、ご家族で対応ください。

※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。



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13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡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設備されていない	
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"/> 医療品等を錠付ロッカー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18㎡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る。	
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)

※代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。