

## 有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2019年6月15日

## 1 事業主体概要

事業主体名	株式会社 庵
代表者名	時田 芳江
所在地	
電話番号/FAX番号	045-582-6871/044-572-9432
ホームページアドレス	
資本金(基本財産)	200万円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※1	時田 芳江 100%
設立年月日	2014年 9月 1日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益)8130万円 (費用)7865万円 (損益)265万円
会計監査人との契約	無・㊸ (OAGアウトソーシング)
他の主な事業	高齢者向け住宅あおぞら(羽田)訪問介護

※1 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。

※2 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。

## 2 施設概要

施設名	高齢者向け住宅 達磨	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付(一般型・外部サービス利用型) ② 住宅型 3 健康型
	居住の権利形態	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式
	入居時の要件	1 自立 ② 要介護 3 要支援・要介護 4 自立・要支援・要介護
	介護保険	1 指定介護保険特定施設 (番号、指定年月日) 介護専用型・混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・介護予防・介護予防(外部サービス利用型) ② 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室(夫婦等居室含む) ② 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	: 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可( ) 2 提携ホーム移行型( )
開設年月日	2014年 9月 1日	
施設の管理者氏名	時田 一人	
所在地	川崎市川崎区大島5-18-7 マリンプラザ 1F	

電話番号／FAX番号	044-211-2228／(faxも同じ)				
メールアドレス					
交通の便 ※3	川崎市バス臨港病院前バス停から徒歩三分				
ホームページアドレス					
敷地概要 ※4	権利形態 所有 ・ 借地 (借地の場合の契約形態) 通常借地契約・定期借地契約 (借地の場合の契約期間) 年 月 日～年 月 日 (通常借地契約における自動更新条項の有無) 無・有 敷地面積156㎡				
建物概要	権利形態 所有 ・ ■借家 (借家の場合の契約形態) ■通常借家契約・定期借家契約 (借家の場合の契約期間) 2018年7月20日～2020年7月19日 (通常借家契約における自動更新条項の有無) ☉・有 建物の構造 鉄筋造 地上3階建(準耐火) 延床面積 ㎡ (うち有料老人ホーム ㎡) 建築年月日 年 月 日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム・その他(不明)				
居室、一時介護室の概要	居室総数7室 定員 8人(一時介護室を除く) (内訳)				
		居室定員	室数	面積	
居室	個室	個 室	7室	5.88㎡～8.8㎡	
		うち2人定員	1室	11.18㎡	
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡	
		人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡
	一時介護室	個室	室	㎡～	㎡
		2人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡
人部屋(相部屋)		室	㎡～	㎡	
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂		設置階1階	(14.3㎡)	
	浴室	一般浴槽	設置階1階	(6.76㎡)	
	浴室 (介護浴槽)	リフト浴	設置階	( ㎡)	
		ストレッチャー浴	設置階	( ㎡)	
	便所		設置箇所	2か所	
	洗面設備		設置箇所	1か所	
	医務室(健康管理室)		設置階	( ㎡)	
	談話室		設置階	( ㎡)	
	面談室		設置階	( ㎡)	
	事務室		設置階		
	洗濯室		設置階	( ㎡)	
	汚物処理室		設置階	1階 屋外	
	看護・介護職員室		設置階		
	機能訓練室		設置階	( ㎡)	
	健康・生きがい施設		設置階	他の共用施設との兼用 無・有 ( )	

	エレベーター ※5	基(うちストレッチャー搬入可 基)
	スプリンクラー	設置箇所 なし
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (0.75m～ . m)
消防用設備等	消火器	無・㊦
	自動火災報知設備	無・㊦
	火災通報設備	無・㊦
	スプリンクラー	㊦・有
	防火管理者	無・㊦
	防災計画(水害・土砂災害を含む)	㊦・有
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 ・各居室及び共用施設(浴室、共用トイレ)に緊急コールを設置 安否確認の方法・頻度等 ・介護職員巡回による安否確認を実施	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6		
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容		

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

### 3 利用料 ※7

#### (1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	月払い方式	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い	1	減額なし
	2	日割り計算で減額(家賃以外)
	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	人件費、物価の変動等に基づく
	手続き方法	入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定する

#### (3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	
敷金	無・㊦( 円、家賃相当額の2か月分)

月額利用料	117000円 ~160000円					
年齢に応じた金額設定	☑ ・ 有					
要介護状態に応じた金額設定	☑ ・ 有					
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳				
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額 その他
	相部屋	35000		61000		64000
	居室1	35000		34000		53700
居室2	35000		34000		48000	
算定根拠 ※11	管理費	一人当たり30000円（税込み） 管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費、光熱費				
	介護費用	介護サービスの提供なし				
	食費	一人当たり34000円（税込み） 用途 1日1000円（税込み）*30日で計算 厨房管理運営費として4000円 続けて3食以上キャンセルされる場合は前日までに申し出いただいた場合、日割り計算とします。				
	光熱水費	管理費に含む				
	家賃相当額	居室及び共用施設の使用料として、近傍同種の家賃相当額を参考に設定				
	その他					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12						

(2) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	人件費、物価の変動等に基づき、入居者及び身元引受人の意見を聴いて改定します。	
前払金の返還金の保全措置	☑ ・ 有	保全措置の内容（ 無の場合の理由（前払い金の受け取りなし）
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	無 ・ ☑	有の場合の保険名（超ビジネス保険）
消費税の対象外とする利用料等	賃料	
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）	☑ ・ 有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※7 消費税を含む総額表示とすること。

- ※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。
- ※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。
- ※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。
- ※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。  
食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。  
光熱水費は当該費用に含まない部分（居室等）の負担がある場合は、その旨記入する。
- ※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。
- ※13 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処遇改善加算を含めて記入する。

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	
サービスの提供内容に関する特色	
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

##### (2) 介護サービスの内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	管理部門に関わる経費及び共用施設・設備の維持管理費、居室清掃費、洗濯費、光熱費
	食費	1日1000円（税込み）*30日で計算 厨房管理運営費として4000円 続けて3食以上キャンセルされる場合は前日までに申し出いただいた場合、日割り計算とします。
	その他	
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添	介護サービス等の一覧表による

月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添 介護サービス等の一覧表及び管理規程による		
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14			
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） ※15	施設及び本社 ・施設担当者一時田 一人 TEL 044（271）9274 ・本社お客様相談室 TEL 045（582）6871 施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。 ・神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課 TEL 045－329－3447 ・川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 TEL 044－200－2666		
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）	事故対応マニュアルに基づいて、応急措置、協力医療機関への搬入若しくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族への連絡を行います。また、事故についての検証、今後の防止策を講じます。		
事故発生の防止のための指針	無 ・ ㊦		
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当たり、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は、地震・津波等の天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、賠償額を減ずることがあります。		
公益社団法人全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入 ㊦ ・ 有		
	入居者基金への加入 ㊦ ・ 有		
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	有	実施日	
		結果の開示	1 有 2 無
㊦			
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 有 2 無
㊦			

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入。

## 5 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	入居している居室で介護します。ただし、心身の状況により居室移動の場合があります。	
入居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・手続、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)	居室から他の居室への住み替え 適切な介護サービス提供のため、一定の観察期間も設け医師の意見を聞いた上で、居室(個室)を変更していただくことがあります。この場合、入居者本人及び身元引受人の同意の上で住み替えていただきます。 入居者からの住み替え申し込み 現居室の補修費用をお支払いいただきます
	提携ホームへ住み替える場合(同上)	

## 6 医療

協力医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	東扇島診療所
	診療科目	内科・皮膚科・アレルギー科
	所在地	川崎市川崎区東扇島7-8 東扇島福利厚生センター 2F
	距離及び所要時間	7.6km 車で12分
	協力内容	法門診療 医療相談
協力歯科医療機関(又は嘱託医)の概要及び協力内容	名称	
	所在地	
	距離及び所要時間	
	協力内容	
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)	<p>通院ー・医療機関へ通院同行します。 (実費を負担して頂きます)</p> <p>入院ー</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話し合いいただき希望する病院に入院となります。</li> <li>・入院期間中に居室をそのままの状態維持しておく場合には、居室維持・医療機関対応費用として家賃をお支払い頂きます。尚、食費は入院日までの日割り料金となります。</li> <li>・入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> </ul>	

7 入居状況等

( 年 月 日現在)

入居者数及び定員	8人(定員8人)		
入居者の状況	男性4人、女性4人		
	自立0人		
	要介護8人	(内訳)	要介護1 1人 要介護2 4人 要介護3 3人 要介護4 1人 要介護5 1人
	要支援 0人	(内訳)	要支援1 1人 要支援2 1人
平均年齢	83歳(男性83.8歳、女性82.3歳)		
運営懇談会の開催状況 (開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等)	年1回開催予定 <議題> (1) ホームにおける入居者の状況、入・退去の状況、要支援・要介護者の状況、サービス提供の状況 (2) 各年度における管理費・食費等の収支状況、ホーム本体の各会計年度の決算内容 (3) 管理費、食費その他のサービス費用及び使用料の改定 (4) 管理規程、細則等の諸規則の改定 (5) 入居者の意向の確認や意見交換 (6) 各年度の職員数・職員配置体制・勤務形態、資格保有の状況、の説明等 (7) その他特に必要と認められた事項		

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。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2019年6月30日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時~翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1(1)	/			
	生活相談員	( )				
	直接処遇職員	5(3)	2.5		1	
	介護職員	5(3)	2.5		1	
	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	( )				
	調理員	( )				
	事務職員	( )				
	その他職員	( )				
	合計	6 (4)				

注1) 職員数欄の( )内は、非常勤職員数で内数。

注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。

注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。

注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。

(2) 職員の状況

管理者		他の職務との兼務				① あり		2 なし			
		兼務に係る資格等	1 あり				② なし				
			資格等の名称								
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した職員の経験年数	1年未満										
	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満			1	2						
	5年以上 10年未満			1	1						
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況					① あり 2 なし						

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人 ( 人 )	介護職員実務者研修修了者	人 ( 人 )
介護福祉士	2 人 ( 1人 )	介護職員初任者研修修了者	2 人 ( 1人 )
介護支援専門員	人 ( 人 )	資格なし	1 人 ( 1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。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	おおむね65歳以上の要介護の方
身元引受人等の条件及び義務等	身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要などときには、入居者の身柄を引き取ります。
生活保護受給者の受入れ対応	否・㊟
施設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 ※19	<p>次の各号のいずれかに該当する場合に本契約は終了するものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居者が死亡したとき。</li> <li>一 入居者が三か月以上不在となった場合。</li> <li>二 事業者が第27条に基づき解除を勧告し、予告期間が満了したとき</li> <li>三 入居者が第28条に基づき解約を行ったとき</li> </ul> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約を将来 にわたって維持することが社会通念状著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</li> <li>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</li> <li>三 契約書第19条の規定に違反したとき</li> <li>四 入居者の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき</li> </ul> <p>入居者は、事業者に対して30日前に解除の申し入れを行うことにより本契約を解除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を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出せず居室を退去した場合、事業者が退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目</p>

		をもって、本契約は解除されたものとします。		
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	人	
		医療機関	人	
		死亡者	2人	
		その他	人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	0人
体験入居の期間及び費用負担等				

※19 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。

## 10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	財務諸表の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	① 公開 ( 閲覧 ・ 写し交付 )	2 非公開

※20 指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「川崎市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

契約の締結にあたり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行いました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払い方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受けました。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

## 介護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（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	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	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）
<b>1. 介護サービス</b>									
①巡回									
・昼間 9時～18時	有	定時巡回（2回）		定時巡回（2回）			定時巡回（2回）		
・夜間 18時～翌9時	有	定時巡回（2回）		定時巡回（2回）			定時巡回（2回）		
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								
④入浴等									
・清拭	無								
・一般浴介助	無								
・特浴介助	無								
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	有		交通費+付添費用 30分1500円		交通費+付添費用	30分1500円		交通費+付添費用	30分1500円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有	管理費内		管理費内			管理費内		
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	有	管理費内		管理費内			管理費内		
・洗濯	有	管理費内		管理費内			管理費内		
②居室配膳・下膳	有	管理費内		管理費内			管理費内		
③理美容	有		偶数月提携業者による 3000円		偶数月提携業者による	3000円		偶数月提携業者による	3000円
④代行									
・買物	有		通信販売による実費		通信販売による実費			通信販売による実費	
・役所手続	有	手続きは管理費内	交通費と関わる実費	手続きは管理費内	交通費と関わる実費		手続きは管理費内	交通費と関わる実費	
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	有		提携医療機関の実費		提携医療機関の実費			提携医療機関の実費	
・健康相談	有		提携医療機関の実費		提携医療機関の実費			提携医療機関の実費	
・生活指導	無								
・医師の往診	有		提携医療機関の実費		提携医療機関の実費			提携医療機関の実費	
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	無								
・移送サービス	有		提携介護タクシー実費		提携介護タクシー実費			提携介護タクシー実費	
<b>5. その他サービス</b>									
	無								

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等は、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。

川崎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)		不適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input checked="" 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	不適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input checked="" type="checkbox"/> スロープがない。 <input checked="" 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	不適合	<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 checked="" 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	不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input checked="" 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)	無	選択してください	<input type="checkbox"/> 医薬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	無			
8	面談室	無			
9	汚物処理室	有	適合	<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	無	選択してください	(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	非該当	選択してください	<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	無			
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		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input checked="" type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input checked="" 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)

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。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。