

重要事項説明書

作成日 令和 3年 8月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ジョイ&ホープ
代表者名	代表取締役 柴田康弘
所在地	神奈川県三浦郡葉山町堀内2184-30
電話番号/FAX番号	046-876-0872/046-876-0860
ホームページアドレス	https://www.joyhope-ohana.com
設立年月日	平成22年11月22日
直近の事業収支決算額※	(収益)91,731,202円 (費用)91,629,953円 (損益)101,249円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護サービス事業

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

2 施設概要

施設名	オハナの家Hale一色	
所在地	神奈川県三浦郡葉山町一色1962-1	
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） <input checked="" type="checkbox"/> 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 (その他の条件)	1 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 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 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室(夫婦居室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
開設年月日	令和2年7月1日	
管理者氏名	柴田 康弘	
電話番号/FAX番号	046-876-7780/046-876-7783	
メールアドレス	hayamaohana@gmail.com	
交通の便	JR逗子駅からバス15分。バス停「旧役場前」から徒歩3分	
ホームページアドレス	https://www.joyhope-ohana.com	

敷地概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地					
	(借地の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約					
	(借地の場合の契約期間)	令和元年5月15日～令和11年5月14日					
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
	敷地面積	399.98 m ²					
抵当権の設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有						
建物概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家					
	(借家の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約					
	(借家の場合の契約期間)	令和元年5月15日～令和21年5月14日					
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
	建物の構造	鉄筋造 地上3階建 <input checked="" type="checkbox"/> 耐火 ・ 準耐火 ・ その他					
	延床面積	392.28m ² (うち有料老人ホーム 392.28m ²)					
	建築年月日	平成12年3月24日建築					
	改築年月日	令和元年8月1日改築					
建築確認時の主要用途	有料老人ホーム ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他(看護婦寮)						
抵当権の設定	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有						
居室概要	居室総数16室 定員16人(一時介護室を除く)						
	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり						
		定員	トイレ	浴室	面積	室数	
	(内訳)	Aタイプ		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	20.57m ²	
		Bタイプ		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	8.23m ²	
		Cタイプ		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	10.00m ²	
Dタイプ			無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	8.89m ²		
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 36.93m ²)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (各居室 ・ 2.27 m ²)				
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階 ・ 2.88 m ²)				
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階 ・ m ²)				
	便所		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 各居室				

	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	各居室
	医務室 (健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(1階 ・ m ²)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(階 ・ m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(階 ・ m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(階 ・ m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(1階 ・ 7.51 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	1階、2階及び3階
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(1階 ・ m ²)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(1階) 他の共用施設との兼用 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	(階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	(ストレッチャー搬入可 0基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.3m ~ 1.3m)	
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	
危険区域の指定状況	<input type="checkbox"/> 1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	指定されている危険区域 1 水害 ・ 2 土砂災害 ・ 3 その他 ()	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要			

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式					
敷 金	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (465,000 円、家賃相当額の3か月分)					
プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費

Aタイプ	(205,000円)	155,000円	50,000円	0円	(55,000円)	実費
Bタイプ	185,000円	80,000円	50,000円	0円	55,000円	実費
Cタイプ	150,000円	45,000円	50,000円	0円	55,000円	実費
Dタイプ	135,000円	30,000円	50,000円	0円	55,000円	実費
月額利用料の算定根拠	家賃	建物賃借料、改修費等				
	管理費	修繕費、人件費、共有部分の水光熱費				
	介護費用					
	食費	食材料費、人件費、厨房設備維持費				
	光熱水費					
前払金		円				
算定根拠						
償却開始日						
返還対象としない額						
契約終了時の返還金の算定方法						
短期解約の返還金の算定方式						
返還期限						
保全措置		無 ・ 有	保全措置の内容 () 無の場合の理由 ()			
その他留意事項						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	・家賃・管理費は翌月分を、食費は前月分を、20日までにご請求。月末までにお支払ください。
支払方法	・銀行振り込みもしくは口座振替
その他留意事項	入居者が居室で使用する水道、電気の使用料、電話料及びこれに類する公共料金の居室内の使用分は月額実費負担

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	<p>条件</p> <p>事業者は、入居者が次の各号にいずれかに該当し、かつそのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが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> <p>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</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由がなくしばしば遅滞</p>
----------------	---

	するとき 三 入居契約書第19条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき 四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき
	手続き 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。 一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく 二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける 三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には、入居者や身元引受人等その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保について協力する
	解約予告期間 (90日)
入居者からの解約予告期間	30日

(4) その他共通事項

利用料の改定	条件	神奈川県に係る消費者物価指数及び人件費等を勘案する。		
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴いて入居者または身元引受人の同意を得たうえで行う。		
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 3 不在期間が30日以上の場合に限り、日割り計算で減額			
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間	1週間程度	
		費用	1泊2日9,800円	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	地域と繋がりながら最後まで安心して暮らせる家。		
サービスの提供内容の特色	<ul style="list-style-type: none"> ・介護にはユマニチュードを取り入れます。 ・タッチケアを取り入れます。 ・認知症や障害があっても役割をもった暮らし。 		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・有	健康管理の供与	無・有
食事の提供	無・有	安否確認又は状況把握サービス	無・有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・有	生活相談サービス	無・有

月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	修繕費、人件費、共有部分の水光熱費
	食費	食材料費、人件費
	その他	
業務の委託状況	<input type="checkbox"/> ・有	委託先 ()
		委託内容 ()
安否確認の方法・頻度等	3時間おきに居室訪問。	
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・ <input checked="" type="checkbox"/>	保険名 (三井住友海上保険)

※各サービスの詳細は別添1「介護サービス等の一覧表」を参照してください。

(2) 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	居室内
入居後に居室又は施設を住み替える場合	1 一時介護室へ移る場合
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 別の居室へ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	3 提携ホームへ住み替える場合
	<p>・事業者は、入居者によりよいサービスを提供するために必要と判断した場合には、サービスを提供する場所を施設内において変更する場合があります。変更を行う場合、次の手続を行うものとします。</p> <p>一 主治医等の意見を聴く。</p> <p>二 入居者及び身元引受人に説明し、同意を得る。ただし、入居者が自ら判断できない状況にある場合にあつては、身元引受人の同意を得る。</p> <p>三 一定の観察期間を設ける。</p> <p>・なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。追加費用はありません。</p> <p>・入居者の都合による住み替え希望があつた場合には、現居室の補修費用をお支払いいただきます。</p>

(3) 医療の提供状況等

協力医療機関 (又は嘱託医) の概要及び協力内容	名称	かまくらファミリークリニック
	診療科目	内科、家庭医療
	所在地	鎌倉市由比ガ浜2-6-21
	距離及び所要時間	8.1 km、車18分
	協力内容	
協力歯科医療機関 (又は)	名称	逗子メディスタイルクリニック

嘱託医)の概要及び協力内容	所在地	神奈川県逗子市逗子1丁目5-4
	距離及び所要時間	4.3km、車13分
	協力内容	
入居者が医療を要する場合の対応※	通院や協力医療機関への通院の同行は、月額利用料に含まれます。 入院 <ul style="list-style-type: none"> ・医師の判断を基本として、入居者及びご家族とご相談いただき、協力医療機関又は希望する病院に入院となります。 ・入院期間中は、月額利用料のうち管理費及び家賃相当額をお支払いください。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は、入居者の負担となります。 ・入院に係る費用は入居者の負担となります。 ・入院中も居室利用権は存続し、施設の都合で居室を使用することはありません。また、週2回の清掃を行います。 	

※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。

5 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(令和 2年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内訳	管理者	1			
	生活相談員	1			管理者と兼務
	介護職員		16	7 (17時～翌10時) (最小1人)	
	看護職員		1		
	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				
	栄養士				
	調理員		6		
	事務職員				
	その他職員				
合計	2	22			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>								
	資格等	1 無									
		2 <input checked="" type="checkbox"/>									
	資格等の名称		介護福祉士								
	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		1		14	1						

前年度1年間の退職者数										
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満			4						
	1年以上 3年未満				1					
	3年以上 5年未満			4						
	5年以上 10年未満									
	10年以上		1	6						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり	2 なし					

(3) 介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	人	介護職員実務者研修修了者	1 人
介護福祉士	6 人	介護職員初任者研修修了者	5 人
介護支援専門員	2 人	資格なし	人

6 入居状況等

(令和3年 8月 1日現在)

入居者数及び定員	9 人 (定員 16人)		
入居者の状況	男性 2 人、女性 7人		
	自立 人		
	要支援 人	(内訳)	要支援 1 人 要支援 2 人
	要介護 9 人	(内訳)	要介護 1 6 人 要介護 2 人 要介護 3 3 人 要介護 4 人 要介護 5 人
平均年齢	85 歳 (男性 歳、女性 85 歳)		

7 退去状況等

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	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)	人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	人

8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無				
	2 有	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり ()</td> </tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり ()	2 代替措置なし	
1 代替措置あり ()					
2 代替措置なし					
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	無 ・ 有				
苦情解決の体制（相談、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等）	<p>利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、ホームのご利用に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。</p> <p style="text-align: center;">相談窓口 担当者 責任者 山口 明子 (電話番号) 046-876-7780</p> <p style="text-align: center;">連絡先 受付時間 月～金 9:00～17:00</p> <p>当事業所以外に下記の窓口等に苦情を伝えることができます。</p> <p style="text-align: center;">神奈川県高齢福祉課 電話 045-210-1111 葉山町福祉課（運営指導窓口）電話 046-876-1111</p>				
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）	主治医、救急隊、ご家族へ連絡いたします。				
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 可				
身元引受人の条件及び義務等	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、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。				
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生活保証制度への加入状況	協会への加入	無 ・ 有			
	入居者基金への加入	無 ・ 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	1 無				
	2 有	<table border="1"> <tr> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td style="text-align: center;">無 ・ 有</td> </tr> </table>	実施日		結果の開示
実施日					
結果の開示	無 ・ 有				
第三者による評価の実施状況	1 無				
	2 有	実施日			
		評価機関名称			
結果の開示	無 ・ 有				
看取りの対応	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				

9 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	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

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

別添3「介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表」(介護付の場合のみ)

別添4「短期利用のサービス等の概要」(設定がある場合のみ)

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 署名又は記名・押印

介護サービス等の一覧表

※「有料老人ホーム」として提供するサービスの内容のみを記載すること。（外部の介護サービス（訪問介護等）の内容は記載しない。）

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）	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										
・日中 9時～18時	有	—	—	—	3回程度（体調を考慮）	—	—	3回程度（体調を考慮）	—	—
・夜間 18時～9時	有	—	—	—	3時間おき（体調を考慮）	—	—	3時間おき（体調を考慮）	—	—
②食事介助	有	—	—	—	1日3食	—	—	1日3食	—	—
③排泄		—	—	—						
・排泄介助	有	—	—	—	夜間3回	—	—	夜間3回	—	—
・おむつ交換	有	—	—	—	夜間3回	—	—	夜間3回	—	—
・おむつ代	有	—	—	—	—	—	実費	—	—	実費
④入浴等		—	—	—						
・清拭		—	—	—	—	—	—	—	—	—
・一般浴介助		—	—	—	—	—	—	—	—	—
・特浴介助		—	—	—	—	—	—	—	—	—
⑤身辺介助		—	—	—						
・体位交換	有	—	—	—	体調不良時	—	—	体調不良時	—	—
・居室からの移動	有	—	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・衣類の着脱	有	—	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
・身だしなみ介助	有	—	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
⑥機能訓練		—	—	—						
⑦通院の介助	有	—	—	—		希望時（職員付添い）	1,500円/時間		希望時（職員付添い）	1,500円/時間
⑧緊急時対応		—	—	—						
・ナースコール	有	—	—	—	必要時対応	—	—	必要時対応	—	—
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有	—	—	—	週3回程度	—	—	週3回程度	—	—
・洗濯	有	—	—	—	週2回程度	—	—	週2回程度	—	—
②居室配膳・下膳	有	—	—	—	体調不良時のみ対応	—	—	体調不良時のみ対応	—	—
③理美容	有	—	—	—	—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費
④代行		—	—	—						
・買物	有	—	—	—	月1回指定日	—	—	月1回指定日	—	—
・役所手続	無	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有	—	—	—	—	年2回	実費	—	年2回	実費
・健康相談	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・生活指導	有	—	—	—	適宜対応	—	—	適宜対応	—	—
・医師の往診	有	—	—	—	—	月2回程度	医療保険適用	—	月2回程度	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	無	—	—	—	—	—	医療保険適用	—	—	医療保険適用
・移送サービス	有	—	—	—	—	必要時（職員付添い）	1,500円/時間	—	必要時（職員付添い）	1,500円/時間
5. その他サービス										
・レクリエーション	有	—	—	—	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費

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。

神奈川県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。	契約時に本紙にて説明し、納得していただいたうえで契約します。
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	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。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	無			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい施設	無			
16	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	
17	廊下		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※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。	契約時に説明したうえで契約します。車いすを展開する際は広い場所にて転回してもらいます。
18	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(必要な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。)

協力医療機関まで30分かかりますが、緊急時は指示を仰いだうえで救急搬送等対応します。

施設建物賃貸借契約が自動更新ではありませんが、入居者が居住するうちは継続していただけるよう働きかけます。

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。