

## 重要事項説明書

作成日 令和3年 9月 18日

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3までの内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1 事業主体概要

事業主体名	有限会社 昭和梱包サービス
代表者名	代表取締役 西脇 大輔
所在地	神奈川県厚木市上荻野1718-1
電話番号/FAX番号	046-242-2563/046-241-1734
ホームページアドレス	<a href="mailto:sks@ayu.ne.jp">sks@ayu.ne.jp</a>
設立年月日	昭和51年 7月 12日
直近の事業収支決算額※	(収益)140,019,249円 (費用)141,333,909円 (損益)▲1,314,660円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	運送業

※ 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	デイ&ステイ ファミリーホーム棚沢	
所在地	神奈川県厚木市棚沢191-3	
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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1472902103 指定年月日 平成26年10月1日) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 全室個室(夫婦居室含む) <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
開設年月日	平成28年 11月 1日	

管理者氏名	西脇 大輔					
電話番号／FAX番号	046-265-0637／046-265-0638					
メールアドレス	<a href="mailto:family1001@asahi.email.ne.jp">family1001@asahi.email.ne.jp</a>					
交通の便	小田急本厚木駅から車で約30分					
ホームページアドレス	—					
敷地概要	権利形態	所有 ・ <input type="checkbox"/> 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)	平成26年 9月 1日～ 平成36年 8月 30日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	<input type="checkbox"/> 無・有				
敷地面積	283.68㎡					
抵当権の設定	無 ・ 有					
建物概要	権利形態	<input type="checkbox"/> 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)	年 月 日～ 年 月 日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	<input type="checkbox"/> 無・有				
	建物の構造	木造 地上1階建 (耐火・準耐火・ <input type="checkbox"/> その他)				
	延床面積	139.12㎡ (うち有料老人ホーム 139.12㎡)				
	建築年月日	平成26年 8月 29日建築				
改築年月日	年 月 日改築					
建築確認時の主要用途	有料老人ホーム・ <input type="checkbox"/> その他(デイサービス)					
抵当権の設定	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数 3室 定員 6人(一時介護室を除く)					
	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
(内訳)		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	2	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> 無・有	9.39㎡	2室
	Bタイプ	2	<input type="checkbox"/> 無・有	<input type="checkbox"/> 無・有	8.69㎡	1室
	Cタイプ		無・有	無・有	㎡	
	Dタイプ		無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 48.98㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 4.14㎡)			
		リフト浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( 階・ ㎡)			

	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 2.69㎡ ) ( 1階・ 4.96㎡ )
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 4.96㎡ )
	医務室(健康管理室)	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階・ ㎡ )
	談話室	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階・ ㎡ )
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 階・ 3.72㎡ )
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 階・ 9.93㎡ )
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 4.96㎡ )
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 4.96㎡ )
	看護・介護職員室	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階・ ㎡ )
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階 ) 他の共用施設との兼用 <input type="checkbox"/> ・ 有 ( )
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階 )
	緊急通報設備	<input type="checkbox"/> ・ 有
	エレベーター	<input type="checkbox"/> ・ 有 (スリッパ搬入可 基)
	居室のある区域の廊下幅	( 1.64m ~ 1.64m )
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> )
危険区域の指定状況	<input type="checkbox"/> 無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 円、家賃相当額の か月分)

プラン名	月額利用料	(内訳)				
		家賃	管理費	生活支援費	食費	光熱水費
Aタイプ	28日 100,000円	40,000円	15,000円	15,000円	35,280円	
Bタイプ	30日 100,000円	40,000円	15,000円	15,000円	37,800円	
Cタイプ	31日 100,000円	40,000円	15,000円	15,000円	39,060円	
Dタイプ						

月額 利用 料の 算定 根拠	家賃	地域の相場を考慮して安く設定				
	管理費	共用部分の維持				
	生活支援費	安否確認(巡視) 生活相談 緊急時対応				
	食費	(朝食 220円 昼食+おやつ 520円 夕食 520円) 28日/35,280円 30日/37,800円 31日/39,060円				
	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	月額利用料その他は、月末締め請求による。
支払方法	口座引落とし/指定口座へ振込/現金払い
その他留意事項	

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件 ( 入居契約書第23条による )
----------------	---------------------

	手続き（ 入居契約書第26条による ）
	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に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	県に事前相談し、運営懇談会の意見を聞いた上で、入居者または身元引受人の同意を得る。	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 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（その他税法上の規定に限る）		
体験入居の取扱い	1 無	期間	2泊3日を上限とする。
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 有	費用	1泊2日3,200円（介護保険の適用はありません。）

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	介護保険法及び関係法令に基づき、高齢者の尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活が出来るようにサービスを提供し支援することを目的とします。		
サービスの提供内容の特色	一、ご利用者様のすべてに平等に、介護サービスを提供し、尊厳の念を持って接するよう努めています。 二、小規模ならではの視点を生かし「目が届く」「心が届く」「手が届く」を常に取り組んでいます。 三、ご利用者様の日常生活に共用する住空間造りに日々心がけ、自立支援サービスの提供を行っています。 四、職員一同協力して、本当の介護の在り方を見いだせるよう、日々邁進しております。 五、ご利用者様のご家族の負担の軽減を鑑み、幾何かのご協力の出来るよう職員全体で努力しています。 六、職員一同、如何にして地域社会に貢献できるかを、常に考え日々勤しんでいます。		
サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有

月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用部分の維持
	食費	3食の提供、配膳、下膳
	その他	安否確認（巡視） 生活相談 緊急時対応
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	1日中、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押して頂ければ事務室に通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（生活支援介助）を行います。提携先のクリニックの先生と密に連絡を取り合い緊急時の対応を仰ぎます。 毎日、午前9時より2時間ごとに各住戸に職員が伺い、様子の確認を行います。上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。	
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	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>	保険名（ 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 損害責任保険 ）

※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	入居している居室で介護します。
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"/> 別の居室へ住み替える場合 3 提携ホームへ住み替える場合
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	心身の状態により居室移動の場合

(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	のぞみ医院
	診療科目	内科 小児科 皮膚科 心療内科
	所在地	神奈川県厚木市栄町2-6-18
	距離及び所要時間	約6キロ 車で20分
	協力内容	入居者との個別契約による訪問診療
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※	通院 医療機関への通院同行は月額利用料に含まれません。	

	<p>入院</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>往診医を付けられない入居者にはご家族とお話しさせていただき、希望する病院に入院となります。</li> <li>往診医が付いている入居者に対しては、医師の判断を基本として、入居者及びご家族とお話しさせていただき、希望する病院に入院となります。</li> <li>入院期間中は、月額利用料のうち家賃相当額をお支払いください。</li> <li>病院への入退院の移送・同行に係る費用は実費となります。</li> <li>入院に係る費用は入居者の負担となります。</li> <li>入院中も居室利用権は存続する。</li> </ul> <p>(但し、30日以上継続して本物件を留守にし、かつ、当該30日を経過した時点で、さらに相当期間継続して本物件を留守にすると認められる場合においては、本契約の解約を申し入れることができます。)</p>
--	--

※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3年 9月 18日現在)

	職員数		夜間勤務職員数 (18時～翌9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		
	介護職員		11	4
	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			
	事務職員	1		
	その他職員			
合計	3	12	4	

### (2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ 〇								
	資格等	1 無									
		2 有									
	資格等の名称		初任者研修								
	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											
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					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	2人	介護職員初任者研修修了者	4人
介護支援専門員	人	資格なし	4人

6 入居状況等

(令和3年 9月 18日現在)

入居者数及び定員	6人 (定員 6人)		
入居者の状況	男性	4人、女性	2人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	6人	(内訳) 要介護1 人 要介護2 1人 要介護3 1人 要介護4 3人 要介護5 2人
平均年齢	78歳 (男性 77歳、女性 79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	2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)	0人
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	0人



8 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	1 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	1 代替措置あり ( )	
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	施設担当者 西脇 大輔 電話046-265-0637  施設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 TEL046-329-3447 ・ 福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 ・ 厚木市福祉部介護保険課 TEL046-225-2240		
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)	事故マニュアルに基づいて、119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、施設長から家族へ連絡を行います。また事故についての検証、今後の防止策を講じます。		
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 可		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人とは、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連携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。		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有	
	入居者基金への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 無		
	2 有	実施日	
結果の開示		無 ・ 有	
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有		

9 情報開示

〇へ等者	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付)	2 非公開
------	------------	---	-------

入居契約書の公開	<input type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	2 非公開
事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 公開（ <input checked="" type="checkbox"/> 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

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）
<b>1. 介護サービス</b>										
①巡回										
・昼間 時～ 時	有・無								} 2時間ごと及び 適宜対応	
・夜間 時～ 時	有・無									
②食事介助										
	有・無								適宜対応	
③排泄										
・排泄介助	有・無								適宜対応	
・おむつ交換	有・無								適宜対応	
④入浴等										
・清拭	有・無								} サービス計画 に基き実施	
・一般浴介助	有・無									
・特浴介助	有・無									
⑤身辺介助										
・体位交換	有・無								適宜対応	
・居室からの移動	有・無								適宜対応	
・衣類の着脱	有・無								適宜対応	
・身だしなみ介助	有・無								適宜対応	
⑥機能訓練										
	有・無								サービス計画に基づき実施	
⑦通院の介助										
	有・無								協力医療機関へ適宜対応	左記以外は家族様対応
⑧緊急時対応										
	有・無								適宜対応	
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有・無								週2回	
・洗濯	有・無								入浴時に洗濯 必要時は対応	
②居室配膳・下膳										
	有・無								適宜対応	
③理美容										
	有・無									1回 1,000円
④代行										
・買物	有・無								—	
・役所手続	有・無								—	
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有・無									実費
・健康相談	有・無								適宜対応	
・生活指導	有・無								適宜対応	
・医師の往診	有・無									実費
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・入退院時の同行	有・無								協力医療機関へは適宜対応	左記以外は家族様対応
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション	有・無								サービス計画に基づき実施	

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。

## 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	運営資金を貯め、適合する居室を設けていくよう日々努力します。居室仕切りにパーテーションを設置しプライバシー保護に図ります。
2	食堂	選択してください	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	選択してください	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	選択してください	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	選択してください	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	選択してください	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	選択してください	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)	選択してください			
9	看護・介護職員室	選択してください			
10	機能訓練室	選択してください			
11	談話室	選択してください			
12	洗濯室	選択してください			
13	エレベーター	選択してください			
14	スプリンクラー	選択してください			
15	健康・生きがい施設	選択してください			
16	緊急通報装置	選択してください	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		適合	<input 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。	
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。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。