

重 要 事 項 説 明 書

記入年月日	2021年 9月1日
記入者名	小笠原 ひとみ
所属・職名	住宅型有料老人ホームえみのわ厚木 管理者

※ 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まで及び6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

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) かぶしきがいしゃえみのわ 株式会社 えみのわ	
法人番号	法人番号有無	有り
	法人番号	6240001050254
主たる事務所の所在地	〒543-0031 大阪府大阪市天王寺区石ヶ辻6-13-104	
連絡先	電話番号	06-7878-8716
	FAX番号	06-7878-8533
	メールアドレス	
	ホームページ有無	有り
	ホームページアドレス	http://eminowa.net/
代表者	氏名	本西泰子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 28 年 11 月 25 日	
主な実施事業	※別添1（別の実施する介護サービス一覧表）	

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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ えみのわあつぎ 住宅型有料老人ホーム えみのわ厚木	
所在地	〒243-0203 神奈川県厚木市下荻野1483-4	
市区町村コード	神奈川県	厚木市 142123
主な利用交通手段	最寄駅	本厚木 駅
	交通手段と所要時間	小田急線本厚木駅下車 バス13分 荻野新宿下車徒歩5分
連絡先	電話番号	046-241-3646
	F A X 番号	046-280-5657
	メールアドレス	
	ホームページ有無	有り
	ホームページアドレス	http://eminowa.net/
管理者	氏名	小笠原 ひとみ
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和 ・ 平成 25 年 12 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和 ・ 平成 29 年 3 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	803.7㎡				
	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	通常借地契約			
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (2017年3月1日～ 2044年6月末日)			
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	624.96			㎡
		うち、老人ホーム部分	594.82			㎡
	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		通常借地契約				
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり (2017年3月1日～ 2044年2月末日)				
		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				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有 / 無	有 / 無	18.21 ㎡	16	一般居室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	15.	1	一般居室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	㎡		

	タイプ9	有 / 無	有 / 無	m ²	
	タイプ10	有 / 無	有 / 無	m ²	
※「一般居室個室」、「一般居室相部屋」、「介護居室個室」、「介護居室相部屋」、「一時介護室」の別を記入					
共用施設	共用便所における便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所	
			うち車いす等の対応が可能な便房	2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室	2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	1ヶ所	
			リフト浴	0ヶ所	
			ストレッチャー浴	0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 (車いす対応) 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	1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし		
	火災通報設備	1 あり	2 なし		
	スプリンクラー	1 あり	2 なし		
	防火管理者	1 あり	2 なし		
	防災計画	1 あり	2 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	ご入居者が快適で安心した自分らしい生活ができるように施設運営に努めてまいります。画一的でない個々のニーズを尊重したサービス提供を目指します。そして必要な時に必要なサービスが常に提供できるよう体制を整えます。また、地域社会との交流機会を積極的に持ち、地域に根ざした施設運営をおこなってまいります。
サービスの提供内容に冠する特色	ご入居者が自立した生活を送れるように従業員が考えながら支援を行っていきます。自身の本当の住居のような生活環境を整えます。
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
		(Ⅳ)	1 あり 2 なし
(Ⅴ)		1 あり 2 なし	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし	
	(Ⅱ)	1 あり 2 なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率)	

ヒノケの肥の旨

: 1

2 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 checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 4 その他()	
協力医療機関	1	名称	本厚木駅前内科皮膚科クリニック
		住所	神奈川県厚木市中町4-14-4 山口ビル3F
		診療科目	内科、在宅医療
		協力内容	訪問診療 緊急対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	妻田ナンバ歯科医院
		住所	厚木市妻田1-2-3 妻田ビル2F
		協力内容	月4回の口腔ケア(希望制)・必要に応じて治療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他()		
判断基準の内容				
手続の内容				
追加的費用の有無		1 あり	2 なし	
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無		1 あり	2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし	
	便所の変更	1 あり	2 なし	
	浴室の変更	1 あり	2 なし	
	洗面所の変更	1 あり	2 なし	
	台所の変更	1 あり	2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		2 なし		

(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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
留意事項			
契約の解除の内容		契約書 第27条～第33条参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第28条	
	解約予告期間	30日	
入居者からの解約予告期間		1ヵ月	
体験入居の内容		<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊5,000円 7泊8日まで)	

	2 なし	
入居定員		17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(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。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)		常勤換算人数	
	合計	常勤	非常勤	※1 ※2
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	10	8	2	
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 ※2				
※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	5	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	2	2	
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 (16時30分 ~ 9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く。)
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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	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			1								
前年度1年間の退職者数			2	1							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		1								
	1年以上3年未満										
	3年以上5年未満		1	1							
	5年以上10年未満		1								
	10年以上		5	1							
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 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式をすべて選択	
年齢に応じた金額設定	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input 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 type="checkbox"/> 1 減額なし 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	
利用料金の改定	条件	社会情勢、経済状況などの変化に応じて勘案
	手続	運営懇談会にて意見を聴取する

(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～	
	年齢	歳	
居室の状況	床面積	18.21～18.65㎡	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		125,000円	円
家賃		57,000円	円
サービス費用※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	食費	45,000円	円
	管理費	20,000円	円
	介護費用	円	円
	光熱水費	3,000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。）

利用料金は、同一施設に入居する利用者により異なるが、本館には記入していません。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建築費用により算定
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	人件費・共有スペースの光熱水費、共有スペースの消耗品費
食費	人件費・食材費により算定
光熱水費	3,000円/月
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 人件費による
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了
	入居後3月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

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	7 人
	女性	10 人
年齢別	6 5 歳未満	0 人
	6 5 歳以上 7 5 歳未満	4 人
	7 5 歳以上 8 5 歳未満	4 人
	8 5 歳以上	9 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	7 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	6 人
	1 年以上 5 年未満	5 人
	5 年以上 1 0 年未満	5 人
	1 0 年以上 1 5 年未満	0 人
	1 5 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	85 歳
入居者の数の合計	17 人
入居率※	100 %
※ 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	0 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	3 人
	死亡者	1 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	1 人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	7 人
		(解約事由の例) 要医療行為

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		住宅型有料老人ホーム えみのわ厚木
電話番号		046-241-3646
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日
窓口の名称		神奈川県高齢福祉課
電話番号		045-210-1111
対応している時間	平日	9:00~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日
窓口の名称		厚木市高齢政策課
電話番号		046-225-2220
対応している時間	平日	9:00~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日祝日

(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	① あり	(その内容) 超ビジネス保険 介護サービスの提供にあたり、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は、地震・津波等の天災、戦争、暴動及び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いたします。ただし、入居者に重大な過失がある場合には、損害を減じることがあります。
	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	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づいて、応急処置、119番通報による他の医療機関への搬入を行うと共に、施設長からご家族への連絡を行います。
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	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	① あり	実施日	
		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			

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input 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) 年 1 回
	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	① あり	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	② なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「6 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	② なし
合致しない事項がある場合の内容		
「7 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 令和 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。

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）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 時～ 時	有								
・夜間 時～ 時	有								
②食事介助	有								500/回
③排泄									
・排泄介助	有								500/回
・おむつ交換	有								500/回
④入浴等									
・清拭	有								
・一般浴介助	有								1500/回
・特浴介助	有								1500/回
⑤身辺介助									
・体位交換	有								500/回
・居室からの移動	有								500/回
・衣類の着脱	有								500/回
・身だしなみ介助	有								500/回
⑥機能訓練	無								
⑦通院の介助	有							通常の利用区域内	1500/30分
⑧緊急時対応	有								
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有								1000/回
・洗濯	有								500/回
②居室配膳・下膳	有								200/回
③理美容	有							ご紹介	
④代行									
・買物	有							通常の利用区域内	1500/30分
・役所手続	有								1500/30分
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有								実費
・健康相談	有								実費
・生活指導	有								
・医師の往診	有								実費
4. 入退院時、入院中のサービス									
・入退院時の同行	有							通常の利用区域内	1500/30分
5. その他サービス									
・レクリエーション	有								

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)		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。	
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	無			
10	機能訓練室	無			
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		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。