

## 重要事項説明書

作成日 令和3年7月1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	株式会社クローバー
代表者名	代表取締役 黒崎 寿雄
所在地	神奈川県平塚市馬入本町13番11号
電話番号／FAX番号	0463-22-1233／0463-23-8818
ホームページアドレス	
設立年月日	平成26年 5月29日
直近の事業収支決算額※	(収益)232,256,849円 (費用)212,650,312円 (損益)19,606,537円
会計監査人との契約	無・有 (あずさ監査法人)
他の主な事業	介護保険指定事業 (訪問介護、通所介護 等)

※ 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	クローバーライフ厚木	
所在地		
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 (その他の条件)	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 県指定介護保険特定施設 (番号 指定年月日 ) 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) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無・有 ( )
開設年月日	平成30年 4月 1日	
管理者氏名	矢田 拓郎	
電話番号／FAX番号	046-223-5101／046-223-5102	
メールアドレス		
交通の便	小田急小田原線「本厚木」駅より徒歩15分	
ホームページアドレス		

敷地概要	権利形態 (借地の場合の契約形態) (借地の場合の契約期間) (通常借地契約における自動更新条項の有無) 敷地面積 1989.87 m <sup>2</sup> 抵当権の設定	所有・借地 通常借地契約・定期借地契約 年 月 日～年 月 日 無・有				
建物概要	権利形態 (借家の場合の契約形態) (借家の場合の契約期間) (通常借家契約における自動更新条項の有無) 建物の構造 延床面積 2131.18m <sup>2</sup> (うち有料老人ホーム 2018.47m <sup>2</sup> ) 建築年月日 昭和60年 1月 31日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認時の主要用途 抵当権の設定	所有・借家 通常借家契約・定期借家契約 平成27年 4月 1日～平成47年 4月 30日 無・有 鉄骨造 4階建 (耐火・準耐火・その他) 有料老人ホーム・その他( ) 無・有				
居室概要	居室総数 70室 定員 70人(一時介護室を除く)					
(内訳)	1 全室個室 ・ 2 相部屋あり					
		定員	トイレ	浴室	面積	室数
	Aタイプ	70	無・有	無・有	14.65～15.25 m <sup>2</sup>	70
	Bタイプ		無・有	無・有	m <sup>2</sup>	
	Cタイプ		無・有	無・有	m <sup>2</sup>	
Dタイプ		無・有	無・有	m <sup>2</sup>		
共用設備概要	食堂	無・有 ( 1階・ 118.32m <sup>2</sup> )				
	浴室	一般浴槽	無・有 ( 1階・ 27.36 m <sup>2</sup> )			
		リフト浴	無・有 ( 1階・ 27.36 m <sup>2</sup> )			
		ストレッチャー浴	無・有 ( 1階・ 27.36 m <sup>2</sup> )			
	便所	無・有 ( 各階5箇所・計20箇所)				
	洗面設備	無・有 ( 各階・計20箇所)				
	医務室(健康管理室)	無・有 ( 3階・ 2.88 m <sup>2</sup> )				
	談話室	無・有 ( 1階・ 2.35 m <sup>2</sup> )				
	面談室	無・有 ( 1階・ 8.12 m <sup>2</sup> )				
	事務室	無・有 ( 1階・ m <sup>2</sup> )				
	洗濯室	無・有 (2.3.4階・ 全て2.88 m <sup>2</sup> )				
	汚物処理室	無・有 ( 1.2.3.4階・ 全て2.88 m <sup>2</sup> )				
	看護・介護職員室	無・有 ( 2階・ 2.88 m <sup>2</sup> )				
	機能訓練室	無・有 ( 1階) 他の共用施設との兼用 無・有 (小食堂)				
	健康・生きがい施設	無・有 ( 階)				
	緊急通報設備	無・有				
エレベーター	無・有 (ストレッチャー搬入可 1基)					
居室のある区域の廊下幅	( 1.20 m ～1.75m)					
消防設備概要	消火器 (無・有)	自動火災報知設備 (無・有)				
	火災通報設備 (無・有)	スプリンクラー (無・有)				
	防火管理者 (無・有)	防災計画 (無・有)				

危険区域の指定状況	1 無	
	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	訪問介護事業所 (弊社運営/事業所番号 1472902558) 地域密着型通所介護 (弊社運営/事業所番号 1492900293/53.15㎡)	

### 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"/> 有 ( 123,000 円～129,000、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	108,000	41,000	23,800		32,400	10,800
B タイプ	110,000	43,000	23,800		32,400	10,800
C タイプ						
D タイプ						
月額利用料の算定根拠	家賃	近傍家賃相場を勘案して算出				
	管理費	共用施設の維持管理費、運営管理にかかる事務経費、管理部門の人件費等を勘案して算出				
	介護費用					
	食費	1 月 30 日で計算 (朝食 310 円・昼食 360 円・夕食 410 円) 2 日前迄に欠食の申し出があった場合は該当額は無し				
	光熱水費	電気、ガス、水道料を勘案して算出				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	保全措置の内容 ( )				
		無の場合の理由 ( 月払い方式の為なし )				
その他留意事項						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	毎月 27 日（土・日・祝祭日は翌営業日）
支払方法	敷金は入居時一括支払い 月額利用料その他は、毎月の請求による月払い
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	(施設からの契約解除)
	<p>1 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するとき</p> <p>三 入居契約書第 20 条(禁止又は制限される行為)の規定に違反したとき</p> <p>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</p> <p>2 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。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>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</p> <p>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</p>
	(入居者からの契約解除)
	<p>1 入居者は、事業者に対して、少なくとも 30 日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しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 30 日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p>
	<p>手続き（ 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく ）</p>
	<p>解約予告期間（ 90日）</p>
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	ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等が現状料金と乖離している場合
	手続き方法	運営懇談会に諮り、入居者及び家族へ説明し、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）の取扱い		<p>1 減額なし</p> <p>2 日割り計算で減額</p> <p>3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額</p>

消費税の対象外とする利用料等	敷金及び家賃相当額		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	最大5日間
		費用	1泊5,000円

#### 4 サービスの内容

##### (1) 全体の方針

運営に関する方針	1. ご入居者様の個人の尊厳を最大限尊重され、可能な限り元気に暮らし続けていく事を支援します。 2. ご入居者様が医療や介護が必要になった場合に適切なサービスを受けながら、安心して暮らし続けていく事を支援します。 3. 地域における様々な関係機関との連携を図りながら、地域と共に暮らし続けていく環境を整備します。		
サービスの提供内容の特色	ご入居者様の意思を尊重し、様々なサービスを提供します		
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"/>	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	共用施設の維持管理、相談・取り次ぎ	
	食費	3食の提供、配膳、下膳	
	その他		
業務の委託状況	無・有	委託先 ( )	
		委託内容 ( )	
安否確認の方法・頻度等	各居室及び共用施設 (浴室、トイレ) にナースコールを設置 安否確認の方法・頻度等 適宜の居室見回り		
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 ( 超ビジネス保険)	

※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。 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

	2 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	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、一定の観察期間を設け、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 元居室の補修費用をお支払いいただきます。

### (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	医療法人あすなる会 伊勢原サンクリニック
	診療科目	内科
	所在地	神奈川県伊勢原市東大竹 279 番 1 号
	距離及び所要時間	10.4 km 車 26 分
	協力内容	訪問診療（月 2 回）
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団臨応会 ホームケアクリニック多摩
	所在地	東京都日野市多摩平 7-16-30
	距離及び所要時間	29.9 km 車 60 分
	協力内容	訪問診療（月 2 回）
入居者が医療を要する場合の対応※	<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、管理費、水道光熱費、生活サポート費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>	

※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 7 月 1 日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 ( 16時～翌 10時) (最少人数)	備考 (兼務・委託等)
		常勤	非常勤		
従業者の内	管理者	1			訪問介護管理者兼務
	生活相談員	1			通所介護管理者兼務
	介護職員	22	13	3	訪問介護事業所兼務
	看護職員	1	2		通所介護事業所兼務
	機能訓練指導員				

訳	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		8		
	事務職員	1	1		
	その他職員		5		
合計	55	29			

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有								
	資格等	1 無									
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 有									
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	2	1				1			
前年度1年間の退職者数		2	3			1					
業務に 応じた 職員の 経験 年数に 人数	1年未満			2							
	1年以上 3年未満		1	1							
	3年以上 5年未満		1	2							
	5年以上 10年未満	1	8	2							
	10年以上	1	1	12	6						
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 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	4人
介護福祉士	19人	介護職員初任者研修修了者	14人
介護支援専門員	人	資格なし	1人

6 入居状況等

( 令和3年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	64人 (定員 70人)		
入居者の状況	男性	42人、女性	22人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人

	要介護 64人	(内訳)	要介護1 11人 要介護2 15人 要介護3 11人 要介護4 14人 要介護5 13人
平均年齢	75歳 (男性 65歳、女性 86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	1人	
		社会福祉施設	人	
		医療機関	2人	
		死亡者	11人	
		その他	2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 その他運営体制

運営懇談会の実施状況	<p>1 無</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>    1 代替措置あり ( )</p> <p>    2 代替措置なし</p>
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 type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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>施設及び本社の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設担当者 矢田 拓郎 TEL: 046-223-5101</li> <li>本社総務課 石本寛幸 TEL: 0463-22-1233</li> </ul> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 TEL: 045-210-1111 (代表)</li> <li>厚木市福祉部健康長寿課 TEL: 046-225-2220 (代表)</li> </ul>
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。
生活保護受給者の受入れ対応	<input type="checkbox"/> 否 ・ <input 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	<input type="checkbox"/> 無	・ 有
	入居者基金への加入	<input 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	1	<input type="checkbox"/> 無	
	2 有	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 無
第三者による評価の実施状況	1	<input type="checkbox"/> 無	
	2 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 無
看取りの対応	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input 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	<input type="checkbox"/> 1 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	入居契約書の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写し交付 )	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 ( <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 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9時～18時	(有)・無						1回程度（体調を考慮）	—	
・夜間18時～9時	(有)・無						1回程度（体調を考慮）	—	
②食事介助	(有)・無						必要時対応	—	
③排泄									
・排泄介助	(有)・無						必要時対応	—	
・おむつ交換	(有)・無						必要時対応	—	
・おむつ代	(有)・無						—	必要数	実費
④入浴等									
・清拭	(有)・無						必要時対応	—	
・一般浴介助	(有)・無						必要時対応	—	
・特浴介助	(有)・無						必要時対応	—	
⑤身辺介助									
・体位交換	(有)・無						必要時対応	—	
・居室からの移動	(有)・無						必要時対応	—	
・衣類の着脱	(有)・無						必要時対応	—	
・身だしなみ介助	(有)・無						必要時対応	—	
⑥機能訓練	有(無)						—	—	
⑦通院の介助	(有)・無						協力医療機関は無料対応	協力医療機関以外 1回につき	2時間以下3,000円 4時間以下5,000円 6時間以下10,000円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	(有)・無						24時間対応	—	
<b>2. 生活サービス</b>									
①家事									
・清掃	(有)・無						必要時対応	—	
・洗濯	(有)・無						必要時対応	—	
②居室配膳・下膳	(有)・無						—	1回につき	216円
③理美容	(有)・無						—	1回につき	実費
④代行									
・買物	(有)・無						—	1回につき	1,080円
・役所手続	(有)・無						—	1回につき	1,080円
<b>3. 健康管理サービス</b>									
・健康診断	(有)・無						—	年2回	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						—	月2回	実費
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>									
・医療費	(有)・無						—	1回につき	実費
・移送サービス	(有)・無						—	1回につき	実費
<b>5. その他サービス</b>									
・レクリエーション等	(有)・無						—	1回につき	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)		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	不適合	<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 checked="" 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。	自立度に応じた居室選択を行い、重介護者等はナースコールにて職員対応で誘導を実施
5	洗面設備	有	不適合	(居室内に設置していない場合) <input checked="" 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。	自立度に応じた居室選択を行い、重介護者等はナースコールにて職員対応で誘導を実施
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)	有			
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。	自立度に応じた居室選択を行い、重介護者等はナースコールにて職員対応で誘導を実施
18	居室等の出入口		不適合	<input checked="" type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	該当者が発生した際はドアノブヘッドハンドルを設置します。

## 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。