別紙様式

重要事項説明書

作成日　令和３年７月１日

１　事業主体概要

事業主体名	ファミリー・ホスピス株式会社
代表者名	代表取締役　本田　凛太郎
所在地	東京都千代田区丸の内3-3-1
電話番号／ＦＡＸ番号	03-6368-4160/03-6368-4161
ホームページアドレス	http://kairos-company.com/index.html
設立年月日	平成23年　12月　　5日
直近の事業収支決算額※	(収益)2,789百万円　(費用)2,704百万円　(損益)84百万円
会計監査人との契約	無 ・ 有（　　）
他の主な事業	高齢者住宅運営、介護保険事業

※　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	ファミリー・ホスピス四之宮ハウス	
所在地	〒254-0014 平塚市四之宮2-23-19	
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（夫婦等居室含む）　２ 相部屋あり
	提携ホームの利用等	無 ・ 有（　　）
開設年月日	平成29年　４月　　１日	
管理者氏名	千田　明子	
電話番号／ＦＡＸ番号	0463-20-9029／0463-20-8414	
メールアドレス	Shimomiya_h@family-hospice.com	
交通の便	JR平塚駅北口発神奈川中央バス 『稲荷前』バス停下車徒歩3分 『四之宮』バス停下車徒歩5分	
ホームページアドレス	http://family-hospice.com/	

敷地概要	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　㎡ 抵当権の設定　無　・　有
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)　平成29年4月1日～令和29年3月31日 (通常借家契約における自動更新条項の有無)　無・有 建物の構造　木造　地下-階 地上2階建(耐火・準耐火・その他) 延床面積999.83㎡（うち有料老人ホーム982.37㎡） (介護保険事業所17.46㎡) 建築年月日平成29年3月3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(　　) 抵当権の設定　無　・　有

居室概要

居室総数　37室　定員　37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	1	無・有	無・有	15.18～15.21㎡	18
Bタイプ	1	無・有	無・有	15.18～15.21㎡	19
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　・　有（　1.2階・　84.96㎡）
浴室	一般浴槽	無　・　有（　2階・　10.27㎡）
	リフト浴	無　・　有（　階・　㎡）
	ストレッチャー浴	無　・　有（　2階・　35.04㎡）
便所		無　・　有（　1階・　3.68㎡）
洗面設備		無　・　有（　1.2階・　㎡）
医務室(健康管理室)		無　・　有（　階・　㎡）
談話室		無　・　有（　階・　㎡）
面談室		無　・　有（　階・　㎡）
事務室		無　・　有（　1階・　42.61㎡）
洗濯室		無　・　有（　階・　㎡）
汚物処理室		無　・　有（　階・　㎡）
看護・介護職員室		無　・　有（　階・　㎡）
機能訓練室		無　・　有（　1.2階） 他の共用施設との兼用　無・有（　）
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		（　1.4m　～　1.9m）

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	訪問看護事業所 (弊社運営　事業所番号1462090298　8.73㎡) 訪問介護事業所 (弊社運営　事業所番号1472004132　8.73㎡) 居宅介護支援事業所 (弊社運営　事業所番号1472004298)		

3　利用料概要

（1）料金プラン

支払い方式	前払い方式　・　月払い方式　・　選択方式
敷　金	無　・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	介護費用	食費	光熱水費
透析	141,920	40,000	76,000		25,920	管理費に含まれる
難病療養	141,920	40,000	76,000		25,920	
	151,920	50,000	76,000		25,920	
がん療養	185,920	40,000	76,000	44,000	25,920	
	195,920	50,000	76,000	44,000	25,920	
自立支援療養	349,920	50,000	76,000	198,000	25,920	
生活保護受給	個別相談	40,000	生活扶助額に応じて個別設定			

月額利用料の算定根拠	家賃	家賃は、１階が40,000円、２階が50,000円となります。 ① 透析療養プラン…人工透析が必要な方が該当 ② 難病プラン…厚生労働大臣が定める疾病等を患っている方が該当 人工呼吸器装着、頻回な痰吸引など医療依存度が高い方の場合は2階居室の利用となる場合があります。 ③ がん療養プラン…末期の悪性腫瘍の方が該当 ④ 自立支援療養プラン…医師からの訪問看護が必要とみなされ医師からの指示のある方で原則介護度4以上の方が該当 ⑤ 生活保護プラン…がん・難病・透析プランのみの利用となる。 ・プランの変更が生じる場合は ・すべてのプランでの訪問介護・訪問看護・居宅介護支援サービス事業者の選択は本人、家族の希望で選択できるものとする。 ＊そのうえで③がん療養プラン・④自立支援療養プランの２プランは自社のサービス事業所を利用時に介護費用が介護保険等の公的サービスで賄いきれない分の介護サービス（下記参照）を上乗せ介護費でパック費用として提供。提供する介護サービス量は事前にファミリー・ホスピスライフプランを作成し、その介護量に合わせて提供する。身体状況の変化に合わせて本人、家族と相談しながら変更することが可能。介護費用について消費税は別途となる。 ・介護事業所選択の際、他事業所を選択の場合に介護保険限度額を超えたものに関してはその事業所との相談となり、介護費用の利用料は請求しない。その場合でもファミリー・ホスピスライフプラン費は、上記＊同様の扱いとなる。 ＊家賃は１階が40,000円、２階が50,000円となり、各プランで居住いただくフロアの設定となります。 ・身体介護 ①清拭・入浴・身体整容②排せつ介助③食事介助④体位変換、移動・移乗介助、外出介助⑤その他必要な身体介護（起床及び就寝介助、服薬介助、自立生活支援の為の見守り的援助等） ・生活援助 ①掃除②洗濯③調理④買い物・薬の受け取り⑤その他必要な家事援助（ベッドメイク、衣類の整理・被服の補修等、日常生活を営むために必要な家事援助）
	管理費	共用施設の維持管理、運営管理に掛かる事務経費管理部門の人件費を勘案して算出
	介護費用	生活支援上の世話に関わる費用を勘案して算出
	食費	１ 食 朝 食 237 円／食（税込み） 昼 食 270 円／食（税込み） 夕 食 378 円／食（税込み） ・食数を月末に集計し、翌月請求いたします。 ・３日前の１６時までに欠食の申出があった場合は費用をいただきません。
	光熱水費	管理費に含まれる

	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	管理規程に定めるとおり
支払方法	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	管理規程に定めるとおり

（3）契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	条件・手続き（　入居契約第5章第27条に定める）
	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	入居契約第4章第25条に定める	
	手続き方法		
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　　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・管理費	
体験入居の取扱い		１　無	
		②　有	期間　3泊4日まで
			費用　１泊あたり、22,000 円（税込み）（食事料金３食含む）

4　サービスの内容

（1）全体の方針

運営に関する方針	入居者個人の個性を尊重し、お一人お一人のプランに沿ったよりよいサービスを提供できるよう、教育、環境、体制を整え、職員が一体的となりサービスに取り組み、常に職員の意識と技術の高揚を図り、地域社会に貢献できるように努めます。
サービスの提供内容の特色	口から食べることができる。自分でトイレに行くことができる。お風呂に入ることができる。という日々を大切にして自己決定を尊重しサポートします。本人の望まない介護や看護は行なうことがないように支援いたします。

サービス提供の状況※			
入浴、排せつ又は食事の介護	無・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	共用施設の維持管理・日常生活における相談支援 郵便物の取次等
	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	介護サービス一覧に記載	
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	保険名（　介護保険・社会福祉事業者総合保険　）

※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	入居している居室にて行います
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	なし

（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	湘南GPクリニック
	診療科目	透析内科、内科
	所在地	平塚市四之宮２－２３－１９
	距離及び所要時間	徒歩１分
	協力内容	健康診断、健康に関する相談・指導
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名　称	アクアデンタルクリニック
	所在地	平塚市四之宮１丁目３番57号
	距離及び所要時間	５km　車で８分

	協力内容	嚥下機能、口腔ケアについての相談
入居者が医療を要する場合の対応※	基本的には在宅診療にて対応して頂き医師と利用者との契約にて診療行為を履行いたします。施設は事前の相談取次ぎを致します。 入院　・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、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。 ・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。	

※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（　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			看護師
	生活相談員				
	介護職員	4	２５	1	介護福祉士等
	看護職員	4	１２	1	看護師等
	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	2	1		調理師
	事務職員	2			
	その他職員				
合　計		9	３８		

（2）職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無　・　有	
	資格等	1　無		
		2　有		
			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										

業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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	人
介護福祉士	人	介護職員初任者研修修了者	人
介護支援専門員	人	資格なし	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	３２人（定員　３７人）		
入居者の状況	男　性　１７人、女　性　１５人		
	自　立　０人		
	要支援　人	（内訳）	要支援１　０人 要支援２　０人
	要介護　人	（内訳）	要介護１　２人 要介護２　５人 要介護３　７人 要介護４　７人 要介護５　１１人
平均年齢	78歳（男性　78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	人
		死亡者	人
		その他	人
	生前解約の状況	施設側の申し出	91人入居、68人
			（解約事由の例）
		入居者側の申し出	０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	１　無 ②　有　１　代替措置あり（　個別に生活状況を説明　） ②　有　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）	・ファミリーホスピス株式会社　担当：お客様相談室 ℡03-6368-4160 ・ファミリー・ホスピス四之宮ハウス　担当：管理者 ℡0463-20-9029 ・神奈川県国民健康保険団体連合会　介護苦情相談課 ℡０４５－３２９－３４４７ **当事者間での解決がつかない場合は、次の行政機関に相談できます。** **また入居契約書第４１条に従って管轄地方裁判所に提訴することができます。** **※第３者機関** **神奈川県福祉子どもみらい局　福祉部** **高齢福祉課　保健・居住施設グループ** **TEL：０４５－２１０－１１１１（代表）**
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）	事故発生時または入居者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、事故対応マニュアルに基づいて速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居者が予め指定する連絡先にも連絡し説明を行います。また、事故についての検証、今後の防止策も講じます。
生活保護受給者の受入れ対応	否　・　可
身元引受人の条件及び義務等	１入居者は、身元引受人及び返還金受取人をあらかじめ定めるものとします。 ２　前項身元引受人及び返還金受取人は、本契約に基づく入居者の施設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うとともに、施設事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。 ３　施設事業者は、入居者の生活において必要な場合には、身元引受人及び返還金受取人への連絡及び協議等に努めるものとします。 ４　施設事業者は、入居者が要支援並びに要介護状態等にある場合には、入居者の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人及び返還金受取人に連絡するものとします。 ５　身元引受人及び返還金受取人は、入居者が死亡した場合に遺体及び慰留金品を引きとるものとします。 （施設事業者に通知を必要とする事項） ◆入居者又は身元引受人及び返還金受取人は、次に掲げる事項を含め、管理規程に規定された施設事業者への通知が必要な事項が発生した場合は、遅滞なく施設事業者に通知するものとします。 一　入居者若しくは身元引受人及び返還金受取人の氏名が変更

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">した場合
二　身元引受人及び返還金受取人が死亡した場合
三　入居者若しくは身元引受人及び返還金受取人について、成年後見制度による後見人、補佐人、補助人の審判があった場合、又は破産の申立て（自己申立てを含む）、強制執行仮差押え、仮処分、競売、民事再生法等の申立てを受け、若しくは申立てをした場合
四　入居者が「任意後見契約に関する法律」に基づき任意後見契約を締結した場合

（身元引受人及び返還金受取人の変更）
◆施設事業者は、身元引受人及び返還金受取人が前条第二号又は第三号の規定に該当することとなった場合には、入居者に対して新たな身元引受人及び返還金受取人を定めることを請求します。
２　入居者は、前項の請求を受けた場合には、新たな身元引受人及び返還金受取人をすみやかに定めるものとします。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">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</td><td colspan="2">協会への加入</td><td>[無]　・　有</td></tr>
<tr><td colspan="2">入居者基金への加入</td><td>[無]　・　有</td></tr>
<tr><td rowspan="3">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</td><td colspan="3">１　無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②　有</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>結果の開示</td><td>[無]　・　有</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第三者による評価の実施状況</td><td colspan="3">①　無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">２　有</td><td>実施日</td><td></td></tr>
<tr><td>評価機関名称</td><td></td></tr>
<tr><td>結果の開示</td><td>無　・　有</td></tr>
<tr><td>看取りの対応</td><td colspan="3">無　・　[有]</td></tr>
</table>

9　情報開示

<table>
<tr><td rowspan="5">入居希望者等への情報開示</td><td>重要事項説明書の公開</td><td>① 公　開（ 閲覧 ・ [写し交付] ）　２ 非公開</td></tr>
<tr><td>入居契約書の公開</td><td>① 公　開（ 閲覧 ・ [写し交付] ）　２ 非公開</td></tr>
<tr><td>管理規程の公開</td><td>① 公　開（ 閲覧 ・ [写し交付] ）　２ 非公開</td></tr>
<tr><td>財務諸表の公開</td><td>① 公　開（ [閲覧] ・ 写し交付 ）　２ 非公開</td></tr>
<tr><td>事業収支計画の公開</td><td>① 公　開（ [閲覧] ・ 写し交付 ）　２ 非公開</td></tr>
</table>

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

別添１

介護サービス等の一覧表【自立療養支援プラン】

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		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		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）税別	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）税別	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）税別
１. 介護サービス		対象外			対象外			介護保険サービスの適用を超えるものについて下記サービスを必要分サービスを提供		
①巡回										
・日中　9時～18時	有							４時間おき（体調・希望を考慮）	—	
・夜間　18時～9時	有							５時間おき（体調・希望を考慮）	—	
②食事介助	有							必要時	—	
③排泄										
・排泄介助	有							必要時	—	
・おむつ交換	有							必要時	—	
・おむつ代	無							—	—	実費
④入浴等										
・清拭	有							必要時	—	
・一般浴介助	有							必要時	—	
・特浴介助	有							必要時	—	
⑤身辺介助										
・体位交換	有							必要時	—	
・居室からの移動	有							必要時	—	
・衣類の着脱	有							必要時	—	
・身だしなみ介助	有							必要時	—	
⑥機能訓練	有							—	—	
⑦通院の介助	有							—	必要時（職員付添い）	1,000円/30分
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有							必要時対応	—	
２. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有							週1回	—	
・洗濯	有							—	クリーニング外注	実費
②居室配膳・下膳	有							体調不良時のみ対応	—	
③理美容	有							—	訪問理容師対応	実費
④代行										
・外出支援	有							—	希望時	プライベートナース 5,000円/時間
３. 健康管理サービス										
・健康診断	有							—	年１回機会を設ける	実費
・健康相談	有							適宜対応		
・生活指導	有							適宜対応		
・医師の往診	有							—	月２回程度	医療保険適用
４. 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	—	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。

別添２

作成年月日：令和３年7月１日

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	□ 個室ではない（相部屋がある）。 □ 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 □ 界壁で区分されていない。	
2	食堂	選択してください	適合	□ 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） □ 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） □ 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	□ 常夜灯がない。 □ 手すりがない。 （居室内に設置していない場合） □ 居室の近くにない。 □ 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） □ 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	□ 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	□ 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）	非該当			
9	看護・介護職員室	非該当			
10	機能訓練室	有			食堂と兼用
11	談話室	非該当			
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	非該当			
16	緊急通報装置	有	適合	（未設置箇所） □ 居室　□ 一時介護室　□ 浴室 □ 脱衣室　□ 便所	
17	廊下		不適合	☑ 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。	車いすが転回できるスペースを設けている
18	居室等の出入口		適合	□ 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。