

重要事項説明書

作成日令和 年 月 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 セカンドライフ
代表者名	武居 寛
所在地	神奈川県伊勢原市板戸204番地の1
電話番号／FAX番号	0463-97-3030／0463-93-3100
ホームページアドレス	http://www.i-smile.co.jp/
設立年月日	平成23年3月1日
直近の事業収支決算額※	(収益)293,781,536円 (費用)269,487,652円 (損益)0円
会計監査人との契約	無・有()
他の主な事業	福祉に関する調査、企画、立案、運営

※ 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	すまいる秦野今泉	
所在地	神奈川県秦野市今泉327番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） 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23年11月15日	
管理者氏名	中館 信之	
電話番号／FAX番号	0463-83-7345／0463-83-7346	
メールアドレス		
交通の便	小田急線秦野駅南口から徒歩11分	
ホームページアドレス	http://www.i-smile.co.jp/	

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 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 908.68㎡ 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 建築年月日 改築年月日 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23年11月15日～平成48年11月14日 無 ・ 有 木造 2階建 (耐火・準耐火・その他) 682.00㎡ (うち有料老人ホーム440.27㎡) 平成23年10月31日建築 年 月 日改築 有料老人ホーム ・ その他 () 無 ・ 有				
居室概要	居室総数 17室 17定員 人(一時介護室を除く) □ 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	18.00㎡	12
	Bタイプ	1	無・有	無・有	18.00㎡	4
	Cタイプ	1	無・有	無・有	21.00㎡	1
共用設備概要	食堂	無 ・ 有 (1階(談話室兼用) ・ 36.00㎡)				
	浴室	一般浴槽	無 ・ 有 (1階 ・ 4.14 ㎡)			
		リフト浴	無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
		ストレッチャー浴	無 ・ 有 (階 ・ ㎡)			
	便所	無 ・ 有 (各居室、1階に供用)				
	洗面設備	無 ・ 有 (1階に供用 ㎡)				
	医務室(健康管理室)	無 ・ 有 (階 ・ ㎡)				
	談話室	無 ・ 有 (1階(食堂兼用) ・ 36.00 ㎡)				
	面談室	無 ・ 有 (1階 ・ 9.00 ㎡)				
	事務室	無 ・ 有 (1階 ・ ㎡)				
	洗濯室	無 ・ 有 (1階10.62 ㎡ ・ 2階9.00 ㎡)				
	汚物処理室	無 ・ 有 (1階洗濯室内 ・ 2階倉庫室内)				
	看護・介護職員室	無 ・ 有 (階 ・ ㎡)				
	機能訓練室	無 ・ 有 (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	(1.72m ～ 1.72m)					
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	地域密着型通所介護事業所	

3 利用料概要

(1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <u>月払い方式</u> ・ 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	食費	水光熱費	その他
Aタイプ	148,220円	60,000円	27,500円	49,500円	11,000円	220円
Bタイプ	150,220円	62,000円	27,500円	49,500円	11,000円	220円
Cタイプ	150,220円	62,000円	27,500円	49,500円	11,000円	220円
月額利用料の算定根拠	家賃	近傍家賃相場の(1㎡あたり平均3,400円)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 管理部門の人員費等を勘案して算出				
	介護費用	別添介護サービス等の一覧表。				
	食費	1月30日で計算(朝食374円、昼食627円、夕食649円) 3日前までに欠食の申し出があった場合は、当該額は頂きません。				
	水光熱費	全体の電気、ガス、水道料金を勘案して算出				
	その他	220円。ご利用者様の外部利用自己負担金を月額利用料と一括引落とし。 (代行支払い)するための振込手数料。				
月額利用料に含まれない実費負担等	介護保険自己負担分、医療保険自己負担分、医師の往診料、紙おむつ代、クリーニング代、理美容代、レクリエーション費。 他に別添介護サービス等の一覧表、その他サービス料金表及び管理規定による。					
前払金	無					
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	月末締め翌月 26 日
支払方法	金融機関口座自動引落
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	<p>(事業主体からの契約解除)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者が次の各号のいずれかに該当し、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社会通念上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。 <ol style="list-style-type: none"> 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 二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なくしばしば遅延したとき 三 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 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。 <ol style="list-style-type: none"> 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、移転先の確保に協力いたします。 3. 第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。 <ol style="list-style-type: none"> 一 医師の意見を聴く 二 一定の観察期間をおく
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、介護保険等に変動があった場合に変更する。	
	手続き方法	運営懇談会の意見を聴き、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）の取扱い	<input type="checkbox"/> 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	家賃相当額。なお、それ以外の費用は消費税を含んだ金額です。		
体験入居の取扱い	1 無		
	2 有	期間	7泊まで
費用		1泊3食11,000円(基本料金)	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	近隣の医療機関、福祉施設、地域と連携を取りながら地域に則した入居者の安らぐ快適な暮らしと歳を重ねることができる心地よい信頼と存在感のある施設を目指します。		
サービスの提供内容の特色	利用者が地域活動に参加できるよう、地域の人たちとの交流をするためのレクリエーション等を定期的に行っていきます。		
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費、相談・取次等	
	食費	食材料費、人件費	
	その他	24時間緊急対応サービス 共用部分の維持管理費	
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	昼間は4時間、夜間は3時間毎に巡回(希望者のみ)		
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(介護サービス事業者賠償責任保険)	

※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。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	<ol style="list-style-type: none"> 1 一時介護室へ移る場合 ・該当せず 2 別の居室へ住み替える場合 ・一定の要介護状態になった入居者が、現在の居室から他の居室もしくは提携有料老人ホームに住み替える契約の場合、又は入居者の心身の状態に著しい変化があったときに別の居室に変更する契約の場合にあっては、次の手続きを含む一連の手続きを入居契約書において明らかにしておく。又、居室の変更もしくは提携有料老人ホームに住み替える場合の家賃相当額の差額が発生した場合の取り扱いについても考慮する。 3 提携ホームへ住み替える場合

	・同上
判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等	上記の変化が生じた場合、入居者の同意を得たうえで、変更を行います。そこに差額が発生した場合は、増減の差額分にての費用の発生となります。

(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	秦野寿町クリニック
	診療科目	内科・精神科
	所在地	神奈川県秦野市寿町 4-16-4F
	距離及び所要時間	2.0 km 車で5分
	協力内容	希望者への月2回の訪問診療
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※	緊急時は、協力医療機関との連携により24時間365日対応します。また、専門医等の受診が必要な場合は、家族・本人等と相談の上、医療機関の選定をします。費用に関しては、入居者の自己負担となります。入院期間中の月額利用料は、家賃相当額、管理費及び水光熱費をお支払いいただきます。	

※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 3年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (20時～翌7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				
	介護職員	5	7	1	
	看護職員				
	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		3		
	事務職員				

その他職員				
合計	6	10	1	

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ 有								
	資格等	1	<input type="checkbox"/>								
		2	<input checked="" type="checkbox"/>								
		資格等の名称	介護職員初任者研修								
	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			1	4							
前年度1年間の退職者数			1	3							
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満		0	1							
	1年以上3年未満		1	2							
	3年以上5年未満		2	3							
	5年以上10年未満		2	1							
	10年以上		0	0							
従業者の健康診断の実施状況				<input 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	0人
介護福祉士	2人	介護職員初任者研修修了者	9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	16人 (定員 17人)		
入居者の状況	男性	8人、女性	8人
	自立	人	
	要支援	人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	16人	(内訳) 要介護1 1人 要介護2 4人 要介護3 5人 要介護4 4人 要介護5 2人
平均年齢	84.00歳 (男性 82.6歳、女性 85.4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	0人	
		社会福祉施設	1人	
		医療機関	2人	
		死亡者	2人	
		その他	0人	
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 病院でないとどうしても見れないため	2人
		入居者側の申し出	(解約事由の例) 今よりも安い所が見つかったため	1人

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 ()	
		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)	. 株式会社 セカンドライフ TEL0463-97-3030 . 施設担当者 中館 信之 TEL0463-83-7345 施設及び本部にて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 TEL045-329-3447 ・ 神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 TEL045-210-1111 (代表) ・ 秦野市役所高齢介護課 TEL0463-82-9616		
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、応急処置、協力医療機関への連絡、もしくは119番通報による他の医療機関への搬入を行うとともに、施設長からご家族へ連絡を行います。		
生活保護受給者の受入れ対応	否 ・ 回		
身元引受人の条件及び義務等	身元引受人兼連帯保証人及び連帯保証人は、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、身元引受人については、必要なとき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	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 ・ 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"/> 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 公開 (閲覧 ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 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。

令和 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。

令和 年 月 日 署名又は記名・押印

区 分		要介護 1～5		
提供サービスの別	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）	
1. 介護サービス				
①巡回				
・昼間 時～時	<input checked="" type="radio"/> ・無	4時間毎		
・夜間 時～時	<input checked="" type="radio"/> ・無	3時間毎		
②食事介助	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	500円(消費税50円)
③排泄				
・排泄介助	<input checked="" type="radio"/> ・無			
・おむつ交換(7:30～21:00)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	500円(消費税50円)
・おむつ交換(21:00～7:30)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	600円(消費税60円)
・おむつ代	<input checked="" type="radio"/> ・無			実費
④入浴等				
・清拭	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回30分程度	1,500円(消費税150円)
・一般浴介助	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回30分程度	1,500円(消費税150円)
・特浴介助	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回30分程度	1,500円(消費税150円)
⑤身辺介助				
・体位交換	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	500円(消費税50円)
・体位交換(食事時は適宜対応)	<input checked="" type="radio"/> ・無			
・居室からの移動	<input checked="" type="radio"/> ・無			
・衣類の着脱	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	500円(消費税50円)
・身だしなみ介助	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	500円(消費税50円)
・口腔介助	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	200円(消費税20円)
・薬の塗布	<input checked="" type="radio"/> ・無		1日(3回まで)	200円(消費税20円)
・薬の塗布	<input checked="" type="radio"/> ・無		1日(4回以上)	400円(消費税40円)
・服薬管理	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1ヶ月	3,000円(消費税300円)
・点眼介助	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1ヶ月	10,000円(消費税1,000円)
・とろみアップ代	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1ヶ月	2,000円(消費税200円)
⑥機能訓練	<input checked="" type="radio"/> ・無			
⑦通院の介助	<input checked="" type="radio"/> ・無		30分	1,000円(消費税100円)
			1時間未満	2,000円(消費税200円)
⑧緊急時対応				
・ナースコール	<input checked="" type="radio"/> ・無	24時間対応		
2. 生活サービス				
①家事				
・清掃	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回(15分以内)	500円(消費税50円)
・洗濯(水洗い洗濯できるもの)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	500円(消費税50円)
・私物洗濯(1ネットあたり)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	500円(消費税50円)
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	200円(消費税20円)
③理美容	<input checked="" type="radio"/> ・無			実費
④代行				
・買物	<input checked="" type="radio"/> ・無		30分	1,000円(消費税100円)
			1時間未満	2,000円(消費税200円)
・役所手続	<input checked="" type="radio"/> ・無		30分	1,000円(消費税100円)
			1時間未満	2,000円(消費税200円)
3. 健康管理サービス				
・健康診断	<input checked="" type="radio"/> ・無	年2回機会の提供		実費
・健康相談	<input checked="" type="radio"/> ・無	適宜対応		—
・生活指導	<input checked="" type="radio"/> ・無	適宜対応		—
・医師の往診	<input checked="" type="radio"/> ・無	—		実費
4. 入退院時、入院中のサービス				
・医療費	<input checked="" type="radio"/> ・無	—		実費
・移送サービス	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	30分	1,000円(消費税100円)
5. その他サービス				
・ラバーシート交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	100円(消費税10円)
・リネン交換(シート・枕・包布)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1回	1,500円(消費税150円)
・シート交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	600円(消費税60円)
・枕カバー交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	300円(消費税30円)
・包布交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	600円(消費税60円)
・掛け布団(冬用)交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	2,000円(消費税200円)
・肌掛け布団(夏用)交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	1,800円(消費税180円)
・ベットパット交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	1,000円(消費税100円)
・枕交換	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1回	700円(消費税70円)
・ベットレンタル	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1ヶ月	2,000円(消費税200円)
・リネン交換(シート・枕・包布)	<input checked="" type="radio"/> ・無		1ヶ月	5,900円(消費税590円)
・私物洗濯	<input checked="" type="radio"/> ・無	—	1ヶ月	3,300円(消費税330円)
6. パックサービス				
・おむつ交換パックサービス(昼間)	<input checked="" type="radio"/> ・無	7:30～21:00	30回/月の誘導※1回10以内	9,000円(消費税900円)
・おむつ交換パックサービス(夜間)	<input checked="" type="radio"/> ・無	21:00～7:30	30回/月の誘導※1回10以内	15,000円(消費税1,500円)
・生活パックサービス	<input checked="" type="radio"/> ・無		1ヶ月(リネン交換・私物洗濯)	8,000円(消費税800円)

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	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		選択してください	<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。