

## 重要事項説明書

作成日2021年7月1日

## 1 事業主体概要

事業主体名	株式会社シーユーシー・ホスピス
代表者名	代表取締役 吉田 豊美
所在地	東京都中央区東日本橋一丁目1番7号
電話番号/FAX番号	03-5809-3319 / 03-5839-2176
ホームページアドレス	http://cuc-hospice.com
設立年月日	平成29年3月3日
直近の事業収支決算額※	(収益)3,292,171,087円 (費用)3,102,866,509円 (損益) 189,304,578円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
他の主な事業	有料老人ホーム運営、コンサルティング、訪問看護・訪問介護事業所運営

※ 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	在宅ホスピス秦野	
所在地	秦野市富士見町2番2号	
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 2 要介護 3 要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 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 ) <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 (夫婦個室含む) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( )
開設年月日	2020年11月 1日	
管理者氏名	西野 健一	
電話番号/FAX番号	0463-73-6182 / 0463-73-6185	
メールアドレス	k-nishino@cuc-hospice.com	
交通の便	バス停 富士見町入口より徒歩1分	
ホームページアドレス	http://cuc-hospice.com	

敷地概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借地				
	(借地の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借地契約 ・ 定期借地契約				
	(借地の場合の契約期間)	2020年11月1日～2040年10月31日				
	(通常借地契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	敷地面積	495.88㎡ (実測 495.94㎡)				
抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
建物概要	権利形態	所有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家				
	(借家の場合の契約形態)	<input checked="" type="checkbox"/> 通常借家契約 ・ 定期借家契約				
	(借家の場合の契約期間)	2020年11月1日～2040年10月31日				
	(通常借家契約における自動更新条項の有無)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有				
	建物の構造	木造 3階建 (耐火・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火・その他)				
	延床面積	841.11㎡ (うち有料老人ホーム841.11㎡)				
	建築年月日	2020年9月30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・その他(居宅サービス事業所)					
抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有					
居室概要	居室総数30室	定員30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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	14.08㎡	12
	Bタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.46㎡	8
	Cタイプ	1	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.00㎡	10
共用設備概要	食堂 談話室、機能訓練室を兼ねる		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1 階・ 22.34㎡)			
			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 階・ 14.14㎡)			
			無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3 階・ 14.14㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2・3階・ 12.47㎡)			
機械浴槽		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 1階・ 12.23㎡)				
便所・洗面設備		無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・1.69㎡) (2・3階・3.65㎡)				

	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 9.95 m <sup>2</sup> )
	面談室 (相談室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 8.28 m <sup>2</sup> )
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 27.27 m <sup>2</sup> )
	汚物処理・洗濯室	無・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・2.92 m <sup>2</sup> ) (2・3階・ 3.39 m <sup>2</sup> )
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ( 1階・ 7.71 m <sup>2</sup> )
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> ・ 有 ( 階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	( 1.8 m ~1.8m)
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	1 <input type="checkbox"/> 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・障害福祉サービス居宅介護・重度訪問介護事業所	

### 3 利用料概要

#### (1) 料金プラン

支払い方式	前払い方式 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 ・ 選択方式				
敷金	<input type="checkbox"/> 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(税込)
Aタイプ	100,000円	45,000円	25,000円	—	32,400
Bタイプ	110,000円	55,000円	25,000円	—	32,400
Cタイプ	120,000円	65,000円	25,000円	—	32,400
生活保護対応	*それぞれの市町村の扶助上限費用に基づいて対応します。				
月額利用料の算定根拠	家賃	近隣家賃相場を勘案して算出しています。			
	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、管理部門の人件費を勘案して算出しています。光熱水費は、管理費に含まれています。			
	介護費用	—			
	食費	一か月30日で計算(朝食324円 昼食324円 夕食432円) (税込) (2日前までに欠食の申出があった場合には、返金します。)			

生活支援サービス費 月額 27,500円 (税込)	日常生活を営むために必要な5分以内の保険外サービスの費用を任意で徴収します。但し、ADL上徴収が必要と認められる方及び必要支援・要介護に認定された方は、徴収します。		
前払金	0円		
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	月額利用料等は、毎月20日の請求により、同月27日にお支払いいただきます。
支払方法	家賃相当額、管理費、生活支援サービス費は、請求書により次月分を前月27日までに振込又は、口座引落し、食費は、当月実食分を翌月の請求書にて請求させていただきます。
その他留意事項	この他、個別に発生する費用(医療費、介護保険利用料、おむつ代等)は、月額利用料に含まれません。

(3) 契約解約手続き

事業主体から解約を求める場合	入居契約書第28条による(入所申込に虚偽事項があり不正手段により入居した場合、月額利用料の支払いが正当な理由なく遅延した場合、入居者に自傷、他害行為があり、介護方法によって防止ができない場合)		
	契約解除の通告に先立ち、入居者及び身元引受人に弁明の機会を設ける。契約解除の予告期間中に、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と協議し、移転先の確保に協力する。入居契約書第28条により契約を解除する場合には、加えて主治医等の意見を聴くとともに、一定の観察期間を設ける。 解約の手続きは、書面をもって解約を通知する。		
	解約予告期間 ( 90日前 )		
入居者からの解約予告期間	30日前		

(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します。		
	手続き方法	神奈川県に事前に相談し、運営懇談会の意見を聴いた上で、入居者または身元引受人の同意を得ます。		
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし(家賃相当額、管理費は、お支払いいただきます)但し、食費、生活支援サービス費は、日割で計算します。			
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則ります。)			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 有	期間	6泊7日を限度とします。	
		費用	1泊2日 10,000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	在宅ホスピス秦野では、がん末期・神経難病の方に特化した施設運営をします。ご入居者の尊厳を大切に生活の質向上に向け「その人らしい」暮らしを支援します。		
サービスの提供内容の特色	24時間看護師を配置し、体調悪化時等も在宅で対応可能な医療を提供し、お看取りまで継続したケアの提供を目指します。		
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、取次等	
	食費	食材費 厨房維持管理費 厨房人件費	
	その他	—	
業務の委託状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・有	委託先 ( )	
		委託内容 ( )	
安否確認の方法・頻度等	要支援・要介護者には、毎食事時間帯、夜間は、必要に応じて		
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 保険適用外サービス拡大補償 総合補償制度 (訪問看護事業共済会)	

※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提供します。
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"/> 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	ご入居者の心身の状態により変更が必要な場合、主治医の意見を聞いた上で居室の変更を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。

##### (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	杏月会 奥田外科・胃腸科クリニック
	診療科目	内科 消化器科 胃腸科 訪問診療
	所在地	秦野市富士見町 2-55
	距離及び所要時間	隣接 徒歩1分

	協力内容	入所者の日常的な健康管理に努めると共に施設に訪問し、健康相談の機会を月に1回以上設ける。入居者に急変が生じた場合、連絡のもと迅速に適切な対応をする。
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※		

※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

(2021年7月1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌9時30分) (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			訪問介護管理者兼務
	介護職員	6		1	訪問介護事業所兼務 生活支援兼務
	看護職員	6		1	生活支援兼務
	機能訓練指導員				
	理学療法士				
	作業療法士				
	調理員				
	事務職員	1			
	生活支援員				
合計		14		2	

### (2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/>			
	資格等	1 無				
		2 <input checked="" type="checkbox"/>	資格等の名称	介護福祉士		
	看護職員		介護職員		その他	
	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	8	0	6	0	0	0
前年度1年間の退職者数	2	0	3	0	0	0
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			2	1	
	3年以上 5年未満	2	0	4		
	5年以上 10年未満	3				
	10年以上	1				
従業者の健康診断の実施状況			1 <input checked="" type="checkbox"/>	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	5人	介護職員初任者研修修了者	1人
介護支援専門員	人	資格なし	人

## 6 入居状況等

(2021年7月1日現在)

入居者数及び定員	17人(定員30人)		
入居者の状況	男性	10人、女性	7人
	自立	0人	
	要支援	0人	(内訳) 要支援1 0人 要支援2 0人
	要介護	17人	(内訳) 要介護1 3人 要介護2 2人 要介護3 3人 要介護4 7人 要介護5 2人
平均年齢	歳(男性 歳、女性 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		人
			(解約事由の例)	
		入居者側の申し出	(解約事由の例)	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)	施設: 施設長 西野 健一 連絡先: 0463-73-6182 法人: 株式会社シーユーシー・ホスピス 本社 連絡先: 03-5809-3319
有料老人ホーム運営指導窓口	神奈川県高齢福祉課 連絡先: 045-210-1111 (内線 4857~4859) 秦野市福祉部高齢介護課 連絡先: 0463-82-9616

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き応急措置、協力医療機関であるクリニックに連絡し指示を得る若しくは、119番通報による他の医療機関への搬送を行うとともに、家族等身元引受人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	否 ・ <input checked="" 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 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	無 ・ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 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 checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 公開（閲覧・ <input checked="" type="checkbox"/> 写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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 checked="" type="checkbox"/> 1 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」

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（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	必要に応じて巡回	—		必要に応じて巡回	—		必要に応じて巡回	—	
・夜間 18時～9時	有	必要に応じて巡回	—		必要に応じて巡回	—		必要に応じて巡回	—	
②食事介助										
	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
③排泄										
・排泄介助	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・おむつ交換	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・おむつ代	有	—		実費	—		実費	—		実費
④入浴等										
・清拭	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・一般浴介助	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・特浴介助	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
⑤身辺介助										
・体位交換	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・居室からの移動	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・衣類の着脱	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・身だしなみ介助	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
⑥機能訓練										
	無	—	—		—	—		—	—	
⑦通院の介助										
	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
⑧緊急時対応										
・ナースコール	有	24時間対応	—		24時間対応	—		24時間対応	—	
<b>2. 生活サービス</b>										
①家事										
・清掃	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・洗濯	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
②居室配膳・下膳										
	有	本人希望時 （体調不良時は無料）	希望時	1回110円（税込）	本人希望時 （体調不良時は無料）	希望時	1回110円（税込）	本人希望時 （体調不良時は無料）	希望時	1回110円（税込）
③理美容										
	有	—	希望時	実費	—	希望時	実費	—	希望時	実費
④代行										
・買物	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
・役所手続	有	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）	—	希望時	15分500円（税別）
<b>3. 健康管理サービス</b>										
・健康診断	有	—	（年2回）	実費	—	（年2回）	実費	—	（年2回）	実費
・健康相談	有	随時実施	—		随時実施	—		随時実施	—	
・生活指導	有	随時実施	—		随時実施	—		随時実施	—	
・医師の往診	有	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費	—	月2回程度	実費
<b>4. 入退院時、入院中のサービス</b>										
・医療費	無	—		医療保険適用	—		医療保険適用	—		医療保険適用
・移送サービス	有	—	必要時	15分500円（税別）	—	必要時	15分500円（税別）	—	必要時	15分500円（税別）
<b>5. その他サービス</b>										
・レクリエーション等	有	—	適宜	実費	—	適宜	実費	—	適宜	実費
・モノクロコピー	有	—	—	1枚10円（税込）	—	—	1枚10円（税込）	—	—	1枚10円（税込）
・カラーコピー	有	—	—	1枚50円（税込）	—	—	1枚50円（税込）	—	—	1枚50円（税込）
・FAX	有	—	—	1枚10円（税込）	—	—	1枚10円（税込）	—	—	1枚10円（税込）
・衣服の修繕	有	—	—	実費	—	—	実費	—	—	実費
・その他	有	—	別途協議・契約	実費	—	別途協議	実費	—	別途協議	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	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)	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		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。