

重要事項説明書

作成日 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	有限会社トータルケア陽だまり
代表者名	代表取締役 星野 英幸
所在地	神奈川県南足柄市岩原145-2
電話番号/FAX番号	0465-42-9910/0465-42-9912
ホームページアドレス	https://www.totalcare-hidamari.co.jp/
設立年月日	平成15年 2月 1日
直近の事業収支決算額※	(収益) 95,509,793円 (費用) 101,850,590円 (損益) △6,340,797円
会計監査人との契約	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険指定事業 (通所介護、訪問介護)

※ 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	住宅型有料老人ホーム陽だまりの家	
所在地	神奈川県南足柄市岩原145-2	
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	1 利用権方式 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <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 (夫婦居室付) 2 相部屋あり
	提携ホームの利用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()

開設年月日	平成31年 4月 1日					
管理者氏名	星野 修枝					
電話番号／FAX番号	0465-42-9910／0465-42-9912					
メールアドレス	Total-hidamari@kde.biglobe.ne.jp					
交通の便	大雄山線相模沼田駅から徒歩8分					
ホームページアドレス	https://www.total-hidamari.co.jp/					
敷地概要	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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 677㎡ 抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
	権利形態 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 年 月 日～年 月 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 造 階建 (耐火・ <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火・その他) 延床面積 602.79㎡ (うち有料老人ホーム 446.30㎡) 建築年月日 年 月 日建築 改築年月日 年 月 日改築 建築確認時の主要用途 <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム ・ その他() 抵当権の設定 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有					
居室概要	居室総数 16室 定員 16人(一時介護室を除く)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.66㎡	12
	Bタイプ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.45㎡	3
	Cタイプ	1	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	13.15㎡	1
	Dタイプ		無・有	無・有	㎡	
共用設備概要	食堂		無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 40.52㎡)			
	浴室	一般浴槽	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 4.39㎡)			
		リフト浴	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 4.39㎡)			
		ストレッチャー浴	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階・ ㎡)			

	便所	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2階・2.48～5.17 m ²)
	洗面設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2階・5.75～6.99 m ²)
	医務室(健康管理室)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 13.66 m ²)
	談話室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 40.52 m ²)
	面談室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 7.45 m ²)
	事務室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1階・ 13.66 m ²)
	洗濯室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 4.55 m ²)
	汚物処理室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1・2階・ 1.24 m ²)
	看護・介護職員室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2階・ 3.72 m ²)
	機能訓練室	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (40.52階) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食堂)
	健康・生きがい施設	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (階)
	緊急通報設備	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	エレベーター	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ストレッチャー搬入可 1基)
	居室のある区域の廊下幅	(1.8m ～ 1.8m)
消防設備概要	消火器 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	自動火災報知設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	火災通報設備 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	スプリンクラー (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
	防火管理者 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	防災計画 (無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)
危険区域の指定状況	1 無	指定されている危険区域
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	通所介護	

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	共益費	介護費用	食費	光熱水費
Aタイプ	108,500円	46,000	32,500		30,000	
Bタイプ	108,500円	46,000	32,500		30,000	
Cタイプ	108,500円	46,000	32,500		30,000	
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				
	共益費	共用施設の維持管理費を勘案して算出				
	介護費用	—				
	食費	1ヶ月30日で計算（朝食200円、昼食400円、夕食400円） （14日前までに欠食の申出があった場合には、返金します）				
	光熱水費	—				
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 ・ 有	保全措置の内容（ ） 無の場合の理由（ 前払い金がないため ）			
その他留意事項						

(2) 月額利用料の取扱い

支払日	末日締め翌月 27 日（27 日が土日祝日の場合翌営業日）
支払方法	銀行引き落とし
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	条件（ 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
----------------	-------------------------------------

	<p>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なく90日以上遅滞するとき。</p> <p>三 施設の利用において入居者に禁止又は制限をしている規定に違反し是正しないとき。</p> <p>四 入居者の行動が他の入居者に危害を及ぼすおそれがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法等ではこれを防止することができないとき。</p> <p>(以下の事由については、即日解約の場合あり)</p> <p>五 入居者の既往歴等について、故意の報告漏れや隠蔽が判明した場合。</p> <p>六 入居者が、施設職員に申請なく自ら離設した場合。</p> <p>七 入居者が施設職員や他の入居者へ暴力行為を行った場合。</p> <p>八 入居者が施設の設定等を自ら破損させた場合。</p> <p style="text-align: right;">)</p>
	手続き (書面にて通知)
	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	消費者物価指数及び人件費等を勘案		
	手続き方法	運営懇談会等で意見を聴き、入居者及び身元引受人の同意		
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	<input checked="" 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			
消費税の対象外とする利用料等	家賃、共益費			
体験入居の取扱い	1 無			
	2 <input checked="" type="checkbox"/>	期間	最長1週間	
		費用	1泊2日10,800円	

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	<p>地域の中で困っている方に手を伸ばすことができる価格帯であること、近隣の地域の中で生活ができる施設づくりを行います。</p> <p>また、様々な理由から「家族と同居できない」環境下にある方の生活サポートとして運営を行います。</p>
サービスの提供内容の特色	<p>地域と連動し、理美容や医療のサービスの提供を円滑に行い、地域の中で共生できる環境を作り出しています。</p>
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"/> 有	健康管理の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
食事の提供	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	安否確認又は状況把握サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
洗濯、掃除等の家事の供与	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	生活相談サービス	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
月額利用料に含まれるサービスの内容・頻度等	共益費	共用施設の維持管理	
	食費	食材費、厨房管理費	
	その他		
業務の委託状況	<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	委託先 ()	
		委託内容 ()	
安否確認の方法・頻度等	1日1回以上居室訪問		
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"/> 有	保険名 (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を移動する場合があります。
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 <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	<ul style="list-style-type: none"> 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。なお、利用権の対象居室は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。追加費用はありません。 入居者の都合による住み替え希望があった場合には、現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	あおぞらクリニック
	診療科目	訪問診療
	所在地	小田原市酒匂2-28-51-1
	距離及び所要時間	約7km 車で20分

	協力内容	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※	入院 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は実費です。 ・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。また、週2回の清掃を行います。 	

※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

(2021年 7月 1日現在)

		職員数		夜間勤務職員数 (17時～翌9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	4	5	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				
	事務職員				
	その他職員		3		
合 計	5	8			

(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				11						
前年度1年間の退職者数				9						
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		1							
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満		2	1						
	10年以上		1	2						
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	1人
介護福祉士	5人	介護職員初任者研修修了者	2人
介護支援専門員	人	資格なし	1人

6 入居状況等

(2021年 7月 1日現在)

入居者数及び定員	14人 (定員 16人)		
入居者の状況	男性	5人、女性 9人	
	自立	0人	
	要支援	0人	(内訳) 要支援1 人 要支援2 人
	要介護	14人	(内訳) 要介護1 5人 要介護2 5人 要介護3 2人 要介護4 2人 要介護5 人
平均年齢	81.8歳 (男性 80歳、女性 83.7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	1人
		死亡者	2人
		その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	1人 (解約事由の例) 自宅願望強く、無断での離設が続いたため	
		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	1 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 1 代替措置あり（書面によって説明と同意を得る）	
		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	<input type="checkbox"/> 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）	<p>施設及び本社の連絡先</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設担当者一星野英幸 Tel0465-42-9910 ・本社お客様相談室 Tel0465-42-9910 <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"> ・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） ・南足柄市福祉健康部 高齢介護課 高齢介護班 Tel0465-73-8046 		
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）	<p>応急措置、119番通報による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</p>		
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	<p>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。</p>		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無		
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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」

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・〇無）

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				3回程度（体調を考慮）	—		3回程度（体調を考慮）	—	
・夜間 時～ 時	有				3時間おき（体調を考慮）	—		3時間おき（体調を考慮）	—	
②食事介助	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
③排泄						—			—	
・排泄介助	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
・おむつ交換	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
④入浴等										
・清拭	有				—	必要時対応	2,200円/回	—	必要時対応	2,200円/回
・一般浴介助	有				—	必要時対応	4,000円/回	—	必要時対応	4,000円/回
・特浴介助	有				—	必要時対応	4,000円/回	—	必要時対応	4,000円/回
⑤身辺介助										
・体位交換	有				体調不良時	—		体調不良時	—	
・居室からの移動	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
・衣類の着脱	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
・身だしなみ介助	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
⑥機能訓練	無				—	—		—	—	
⑦通院の介助	有				—	—	2,200円/時間	—	—	2,200円/時間
⑧緊急時対応	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
2. 生活サービス										
①家事										
・清掃	有				週1回程度	—		週1回程度	—	
・洗濯	有				週1回程度	—		週1回程度	—	
②居室配膳・下膳	有				必要時対応	—		必要時対応	—	
③理美容	有				—	訪問理容師対応	実費	—	訪問理容師対応	実費
④代行										
・買物	無				—	—		—	—	
・役所手続	無				—	—		—	—	
3. 健康管理サービス										
・健康診断	有				—	年1回	実費	—	年1回	実費
・健康相談	有				適宜対応	—		適宜対応	—	
・生活指導	有				適宜対応	—		適宜対応	—	
・医師の往診	有				—	必要時対応	医療保険適用	—	必要時対応	医療保険適用
4. 入退院時、入院中のサービス										
・入退院時の同行	無				—	—		—	—	
5. その他サービス										
・レクリエーション	有				—	イベント時	実費	—	イベント時	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。

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。