

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2021年 7月 1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ
代表者名	代表取締役 中川 清彦
所在地	東京都港区北青山二丁目7番13号 プラセオ青山ビル
電話番号/FAX番号	TEL: 03-5413-8228 / FAX: 03-5413-8227
ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp/
設立年月日	昭和50年 6月 2日
直近の事業収支決算額 ※1	(収益)58,824百万円(費用)57,756百万円(損益)1,067百万円
会計監査人との契約	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (大光監査法人)
他の主な事業	介護保険法に基づく居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援、介護予防サービス及び介護予防地域密着型サービスの事業

※1 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、損益は経常利益とする。

2 施設概要

施設名	横浜パークケアコミュニティそよ風	
施設の類型及び表示事項	類型	1 介護付 <input checked="" type="checkbox"/> (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	1 自立 2 要介護 3 要支援・要介護 4 <input checked="" type="checkbox"/> 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 1470400951、指定年月日 平成17年2月1日) 介護専用型・ <input checked="" type="checkbox"/> 混合型・混合型(外部サービス利用型)・地域密着型・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・介護予防(外部サービス利用型) 2 介護保険在宅サービス利用可
	居室区分	1 <input checked="" type="checkbox"/> 全室個室(夫婦等居室含む) 2 相部屋あり
	介護に関わる職員体制	3 : 1 以上
	提携ホームの利用等	1 提携ホーム利用可() 2 提携ホーム移行型()
開設年月日	平成17年2月1日	
施設の管理者氏名	橘川 重成	
所在地	神奈川県横浜市中区山下町74-2	
電話番号/FAX番号	TEL: 045-224-6570 FAX: 045-224-6571	
メールアドレス	yokohamapark@unimat-rc.co.jp	
交通の便 ※3	みなとみらい線 日本大通り駅より徒歩4分	
ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.co.jp/	

敷地概要 ※ 4	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) 平成17年1月18日～平成37年1月17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 259.07 m ²																												
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17年1月18日～平成37年1月17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 地下 階 地上 階建 耐火 ・準耐火・その他) 延床面積 1389.78m ² (うち有料老人ホーム 1186.8m ²) 建築年月日 昭和60年4月19日建築 改築年月日 平成17年1月18日改築 建築確認の用途指定 有料老人ホーム ・その他()																												
居室、一時介護室の概要	居室総数 18室 定員 20人(一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" data-bbox="587 824 1369 1384"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th>面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>18室</td> <td>15.42m²～41.74m²</td> </tr> <tr> <td>2室</td> <td>36.07m²～41.74m²</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>m²～m²</td> </tr> </tbody> </table>			居室定員	室数	面積	居室	個室	18室	15.42m ² ～41.74m ²	2室	36.07m ² ～41.74m ²	m ² ～m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²	一時介護室	個室	室	m ² ～m ²	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²
	居室定員	室数	面積																										
居室	個室	18室	15.42m ² ～41.74m ²																										
	2室	36.07m ² ～41.74m ²	m ² ～m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																										
一時介護室	個室	室	m ² ～m ²																										
	2人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																										
	人部屋(相部屋)	室	m ² ～m ²																										
共用施設・設備の概要(設置箇所、面積、設備の整備状況等)	<table border="1" data-bbox="561 1431 1390 2051"> <tr> <td>食堂</td> <td>設置階 7階 機能訓練室と共用 (41.12 m²)</td> </tr> <tr> <td>浴室</td> <td>一般浴槽 設置階 4・6階(8.55 m²)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">浴室</td> <td>リフト浴 設置階 3階 通所介護と兼用 (12.24 m²)</td> </tr> <tr> <td>ストレッチャー浴 設置階 — (m²)</td> </tr> <tr> <td>便所</td> <td>設置箇所 全居室、2階</td> </tr> <tr> <td>洗面設備</td> <td>設置箇所 全居室、2階</td> </tr> <tr> <td>医務室(健康管理室)</td> <td>設置階 3階 (5.13 m²)</td> </tr> <tr> <td>談話室</td> <td>設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m²)</td> </tr> <tr> <td>面談室</td> <td>設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m²)</td> </tr> <tr> <td>事務室</td> <td>設置階 3階</td> </tr> </table>		食堂	設置階 7階 機能訓練室と共用 (41.12 m ²)	浴室	一般浴槽 設置階 4・6階(8.55 m ²)	浴室	リフト浴 設置階 3階 通所介護と兼用 (12.24 m ²)	ストレッチャー浴 設置階 — (m ²)	便所	設置箇所 全居室、2階	洗面設備	設置箇所 全居室、2階	医務室(健康管理室)	設置階 3階 (5.13 m ²)	談話室	設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m ²)	面談室	設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m ²)	事務室	設置階 3階								
食堂	設置階 7階 機能訓練室と共用 (41.12 m ²)																												
浴室	一般浴槽 設置階 4・6階(8.55 m ²)																												
浴室	リフト浴 設置階 3階 通所介護と兼用 (12.24 m ²)																												
	ストレッチャー浴 設置階 — (m ²)																												
便所	設置箇所 全居室、2階																												
洗面設備	設置箇所 全居室、2階																												
医務室(健康管理室)	設置階 3階 (5.13 m ²)																												
談話室	設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m ²)																												
面談室	設置階 2階 通所介護施設と共用 (6.77 m ²)																												
事務室	設置階 3階																												

	洗濯室	設置階 3・4・6階 脱衣・汚物処理室と兼用(5.90 m ²)
	汚物処理室	設置階 3・4・6階 脱衣室と兼用
	看護・介護職員室	設置階 3階
	機能訓練室	設置階 7階 (41.12 m ²) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (食堂)
	健康・生きがい施設	設置階 7階 (41.12 m ²)
	エレベーター ※5	1基(うちストレッチャー搬入可 0基)
	スプリンクラー	設置箇所 全館・全居室
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (. m ~ . m)
消防用設備等	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(水害・土砂災害を含む)	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
緊急通報装置等緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 各居室、トイレに緊急コールを設置 安否確認の方法・頻度等 夜間は2時間毎に巡回をし、安否確認致します。	
危険区域の指定状況	<input checked="" type="checkbox"/> ・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 ※6	通所介護事業所 (202.98m ²) 第1470400951号	
有料老人ホーム事業の提携ホーム及び提携内容	—	

※3 最寄りの交通機関からの距離を徒歩で示す場合は、1分を80m以下の距離で換算すること。

※4 借地契約を締結していない場合は、敷地面積のみ記入する。

※5 ここでいうストレッチャーは標準仕様のものとする。

※6 同一建物内の施設は全て、営業主と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、介護保険法により居宅サービス事業者として指定されている場合(指定居宅介護支援を含む)は、その種類と番号を記載すること。

3 利用料 ※7

(1) 利用料の支払い方式

支払い方式 ※8	前払い方式	月払い方式	<input checked="" type="checkbox"/> 選択方式
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
利用料金の改定	条件	下記(4)共通事項 改定ルールの通り	
	手続方法	下記(4)共通事項 改定ルールの通り	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	入居一時金は入居時一括払い 月額利用料は毎月15日前後に請求書郵送 毎月27日に入居者の指定する口座より自動引き落としとします。
敷金	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)
前払金 (介護費用の前払金を除く)	法第29条第6項に規定される前払金 5,500,000円 ~6,400,000円
想定居住期間又は償却期間	60カ月
算定の基礎 (内訳)	一時金 = (一時金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額) × (想定居住期間※1) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額※2) ※1 当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております。 ※2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として算定し、入居金額の30%としております。
解約時の返還金 (算定方法等)	契約終了時返還金の算定方法 償却年月数内に利用契約が終了した場合の返還金 = 一時金 - (月次償却額 × 利用期間) - (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額) ※月次償却額: 「一時金 × 70% ÷ 償却年月数」 で算定する1ヶ月あたりの償却額です。 ※月途中に利用契約が開始又は終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。 ※一時金の30%は、契約開始日から、3ヶ月を経過すると返還されません。 ※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。 ※居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。 ※償却期間最終月の償却金額: 月次償却額に1円未満の端数が発生する場合は償却期間の最終月に端数金額の合計を月次償却額に上乗せした額を償却するものとします。
返還の対象とならない額の有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (入居一時金の30%)
初期償却の開始日	入居日 令和 月 日
介護費用の前払金	円 ~ 円
算定の基礎 (内訳)	
解約時の返還金 (算定方法等)	
返還の対象とならない額の有無	無 ・ 有 (円)
初期償却の開始日	
月額利用料	205,195円 (全タイプ共通)

年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	Aタイプ205,195	125,715		57,480	22,000		
	Bタイプ205,195	125,715		57,480	22,000		
	Cタイプ205,195	125,715		57,480	22,000		
Dタイプ340,198	188,571		114,960	36,667			
算定根拠 ※11	管理費	1人入居 125,715円(税込) 2人入居 188,571円(税込) 共用施設等の維持費、事務費、事務管理部門の人件費、生活サービス等に係る人件費 契約月及び退去の月は日割り計算					
	介護費用	—					
	食費	一食当たり 朝食432円、昼食596円、おやつ103円、夕食785円(税込) *お召し上がりいただいた分のみ、お支払いいただきます。 *朝食、昼食、おやつについては軽減税率(8%)の対象となります。 57,480円(税込)(1ヶ月30日食事をお召し上がりの場合)					
	光熱水費	1人入居 22,000円(税込) 2人入居 36,667円(税込) 入退居時、入院等による1ヶ月未満の水光熱費は、日割計算。但し、円未満は切捨てとします。					
	家賃相当額	居室および共用施設等の家賃相当額です。一時金方式の場合は、その全てを前払金として受領しています。					
	その他	介護用品費は別途自費負担、介護サービス等一覧表に準じます。					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週3回以上の機能訓練、週3回以上の洗濯、被服クリーニング、週3回以上の居室清掃、理美容、医師の往診、医療費、バスチャーター代、週2回以上の買物代行、月2回以上の役所手続き、入退院時の横浜市中区外への移送、協力医療機関以外の医療機関への付添、指定行事						
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、介護保険に係る利用料						

介護保険に係る利用料
※13
(適用を受ける場合は、
市区町村から交付され
る「介護保険負担割合
証」に記載された利用
者負担の割合に応じた
額)

特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
要介護1	190,226円	19,023円/38,046円/57,068円
要介護2	213,435円	21,344円/42,687円/64,031円
要介護3	238,080円	23,808円/47,616円/71,424円
要介護4	260,592円	26,060円/52,119円/78,178円
要介護5	284,862円	28,487円/56,973円/85,459円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <u>基準型</u>)	
退院・退所時連携加算	無・ <u>有</u>	
入居継続支援加算	<u>無</u> ・有	I
		II
生活機能向上連携加算	<u>無</u> ・有	I
		II
個別機能訓練加算	<u>無</u> ・有	I
		II
ADL維持等加算〔申出〕の有無	<u>無</u> ・有	I
		II
夜間看護体制加算	<u>無</u> ・有	
若年性認知症入居者受入加算	<u>無</u> ・有	
科学的介護推進体制加算	<u>無</u> ・有	
医療機関連携加算	無・ <u>有</u>	
口腔衛生管理体制加算	<u>無</u> ・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	<u>無</u> ・有	
看取り介護加算	<u>無</u> ・有	I
		II
認知症専門ケア加算	<u>無</u> ・有	I
		II
サービス提供体制強化加算	<u>無</u> ・有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・ <u>有</u>	<u>I</u>
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <u>有</u>	I
		<u>II</u>

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
要支援1	64,963円	6,497円/12,993円/19,489円
要支援2	110,362円	11,037円/22,073円/33,109円

各種加算の状況		
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I
		II
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I
		II
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	月額利用料は毎月15日前後に請求書郵送 毎月27日に入居者の指定する口座より自動引き落としとします。						
敷金	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	296,658円 ~440,190円						
年齢に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
要介護状態に応じた金額設定	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	その他
	Aタイプ 296,658	125,715		57,480	22,000	91,463	
	Bタイプ 301,532	125,715		57,480	22,000	96,337	
	Cタイプ 307,625	125,715		57,480	22,000	102,430	
Dタイプ 440,191	188,571		114,960	36,667	99,993		
算定根拠 ※11	管理費	1人入居 125,715円(税込) 2人入居 188,571円(税込) 共用施設等の維持費、事務費、事務管理部門の人件費、生活サービス等に係る人件費 契約月及び退去の月は日割り計算					
	介護費用	-					

	食費	一食当たり 朝食432円、昼食596円、おやつ103円、夕食785円(税込) *お召し上がりいただいた分のみ、お支払いいただきます。 *朝食、昼食、おやつについては軽減税率(8%)の対象となります。 57,480円(税込)(1ヶ月30日食事をお召し上がりの場合)
	光熱水費	1人入居 22,000円(税込) 2人入居 36,667円(税込) 入退居時、入院等による1ヶ月未満の水光熱費は、日割計算。但し、円未満は切捨てとします。
	家賃相当額	居室および共用施設等の家賃相当額です。
	その他	
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	おむつ代、週3回以上の機能訓練、週3回以上の洗濯、被服クリーニング、週3回以上の居室清掃、理美容、医師の往診、医療費、バスチャーター代、週2回以上の買物代行、月2回以上の役所手続き、入退院時の横浜市中区外への移送、協力医療機関以外の医療機関への付添、指定行事	
消費税の対象外とする利用料等	家賃相当額、介護保険に係る利用料	

<p>介護保険に係る利用料 ※13 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)</p>	<p>特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p>		
	区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
	要介護1	190,226円	19,023円/38,046円/57,068円
	要介護2	213,435円	21,344円/42,687円/64,031円
	要介護3	238,080円	23,808円/47,616円/71,424円
	要介護4	260,592円	26,060円/52,119円/78,178円
	要介護5	284,862円	28,487円/56,973円/85,459円
	<p>各種加算の状況</p>		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
	退院・退所時連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
			II
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
			II
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
			II
	ADL維持等加算〔申出〕の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
			II
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
	科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
	医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
II			
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I	
		II	
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I	
		II	
		III	
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I	
		II	
<p>介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)</p>			
区 分	月 額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)	
要支援1	64,963円	6,497円/12,993円/19,489円	
要支援2	110,362円	11,037円/22,073円/33,109円	

各種加算の状況		
身体拘束廃止取組の有無	(減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型)	
生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
科学的介護推進体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
医療機関連携加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
サービス提供体制強化加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II
		III
		IV
		V
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有	I
		II

(4) 共通事項

前払金の返還金の保全措置	<p>保全措置の内容</p> <p>無・<input checked="" type="checkbox"/>有 (公益社団法人全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度)</p> <p>無の場合の理由()</p>
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	<p>無・<input checked="" type="checkbox"/>有</p> <p>有の場合の保険名</p> <p>(三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険)</p>
短期利用の設定(短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある)	<p><input checked="" type="checkbox"/>有 有の場合は</p> <p>別添短期利用のサービス等の概要 参照</p>

- ※7 消費税を含む総額表示とすること。
- ※8 前払い方式と月払い方式の併用の場合は選択方式とする。
- ※9 前払金や月額利用料の請求時期や支払い方法等を記入する。
- ※10 複数の料金プランがあるときはそれぞれのプランの金額を示す。多様なプランがあるときは別紙による明記でも可能だが、その場合でも、最低額、最高額、標準的な額のプランは記載すること。
- ※11 介護費用は介護保険に係る利用料を除く。
食費が1日単位の場合は、1か月30日の場合の費用を記入するとともに、その旨記入する。
光熱水費は当該費用に含まない部分(居室等)の負担がある場合は、その旨記入する。
- ※12 見込まれる総ての項目名を列記すること。
- ※13 個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入する。

(1) サービスの提供方法

入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施	2 委託	3 なし

(2) サービス等の内容

月額利用料（介護費用、光熱水費、家賃相当額を除く）に含まれるサービスの内容・頻度等	管理費	別途「管理規程」に定める以下のサービス 生活サービス、余暇サービス、生活相談・助言、フロント業務、その他のサービス
	食費	食材費、厨房管理費
	その他	
(介護予防)特定施設入居者生活介護による保険給付及び介護費用によりホームが提供する介護サービスの内容・頻度等	別添	介護サービス等の一覧表による
月額利用料に含まれない実費負担の必要なサービスとその利用料	別添	介護サービス等の一覧表及び管理規程による
一部又は全部の業務を委託する場合は委託先及び委託内容 ※14	-	
苦情解決の体制（相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等） ※15		<p>(施設内)</p> <p>苦情があった場合は、直ちにサービス提供責任者が、相手方に連絡を取り、直接訪問するなどして詳しい事情を聞くと共に、担当者からも事情を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス提供責任者が必要があると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行う。 検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行う。（利用者への謝罪など） 記録を台帳に保存し、再発防止に役立てる <p>施設担当責任者 施設長 橘川 重成 電話 045-224-6570 株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口 電話 03-6692-9532 FAX 03-3403-3585</p> <p>(施設外)</p> <p>公益社団法人全国有料老人ホーム協会 電話：03-3548-1077（入居相談） 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課 電話 045-671-3923</p>

	第三者委員会 LM総合法律事務所所属 弁護士：網野 雅広、弁護士：山本 悟 電話 045-872-4300	
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）		
事故発生の防止のための指針	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	サービス提供に当り、入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、加入している損害賠償保険により速やかに賠償します。ただし、入居者に故意または過失が認められる場合には賠償しない、または損害を減ずることがあります。	
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・ <input checked="" type="checkbox"/>	
	入居者生活保証制度への加入 無・ <input checked="" type="checkbox"/>	
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"/>	実施日
		実施内容
	無	意見箱設置
	備考	
第三者による評価の実施状況	有	実施日
		実施内容
	<input checked="" type="checkbox"/>	
	備考	
運営懇談会の開催状況（開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等）	年2回開催 主な議題（管理費・食費等の収支、サービス提供の状況、入居者及び身元引受人の要望・意見の聴取）	

※14 施設の警備業務など入居者の処遇と直接関わらない業務は除く。

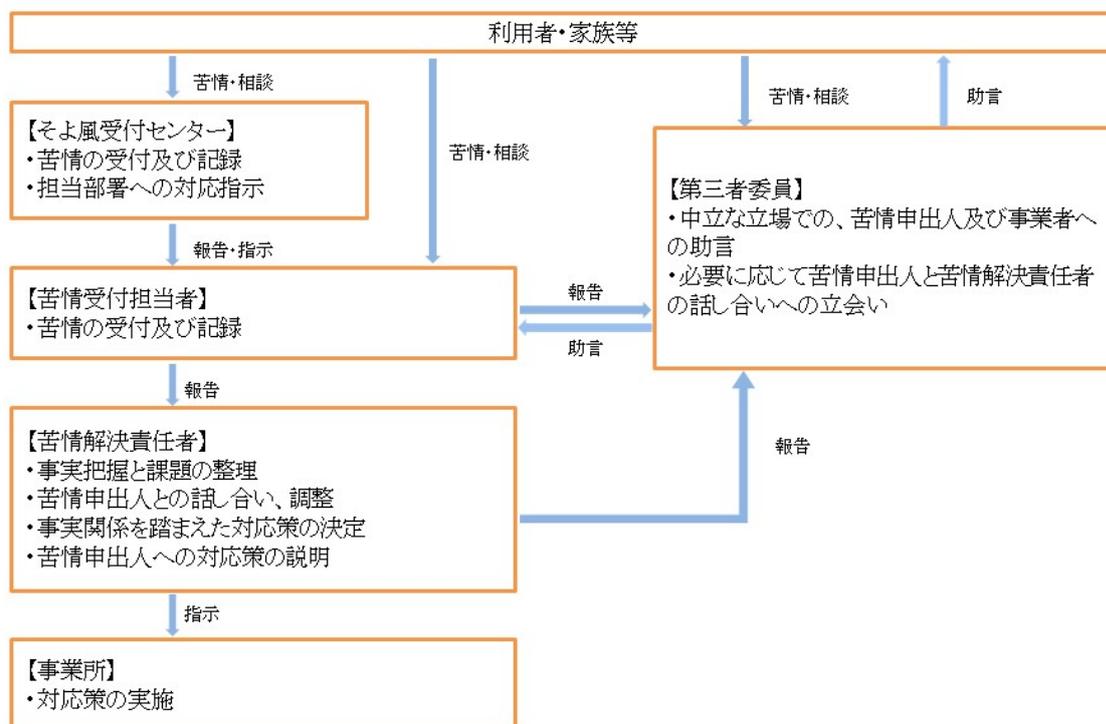
※15 施設の体制と併せて、神奈川県国民健康保険団体連合会や公益社団法人全国有料老人ホーム協会など、入居者が利用可能な第三者機関及び行政の担当部署の名称及び連絡先を記入

- (3) 当社では、社会福祉法及び「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針」(平成12年6月7日厚生2678省関係部局長通知 別紙)に基づき、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。
 第三者委員も直接苦情を受け付けております。

第三者委員(苦情解決と利用者の権利擁護のための中立・公正な機関です)

名 称	LM 総合法律事務所所属 弁護士：網野 雅広、弁護士：山本 悟
電 話 番 号	045-872-4300（毎週木曜日 10:00～17:00（祝祭日を除く）） ※網野もしくは山本宛にご連絡ください

ファクシミリ	045-872-4301（24時間365日受付）
Eメール	amino@lmslaw.jp（24時間365日受付）もしくは、 yamamoto@lmslaw.jp（24時間365日受付）



5 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	各専用居室にて行います
入を居住後に	居室から一時介護室へ移る場合(判断基準・手続、追加費用の可否、居室利用権の取扱い等)
みに替居え室る又場は合施設	原則専用居室で介護を行いませんので、移動はありません。
	症状によって介護が困難な場合は、医師の意見を踏まえ、本人の意思を確認し、身元引受人の同意を得た上で、入居者の専用居室を変更する事ができます。
	2人部屋に入居され、そのいずれか一方が死亡又は退去した場合は、1人部屋への居室の変更をしていただく事があります。
	株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ運営の他施設に移り住む事が出来ます。その場合、一定の観察期間を設けるものとし、施設長・看護師・介護職員・医師の意見を踏まえ、入居者及び身元引受人の同意を得た上で住み替える事が出来ます。

6 医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人リファインネット 保土ヶ谷北クリニック
	診療科目	内科
	所在地	横浜市中区保土ヶ谷区西谷 2-29-10
	距離及び所要時間	10 k m 車利用 約 25 分
	協力内容	入居者の受診及び治療、入院加療必要時の入院支援。要介護等の判断・助言、認知症等の判断・助言
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院
	所在地	内科、外科、消化器科、整形外科、リハビリテーション科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、精神神経科、麻酔科、腎臓内科
	距離及び所要時間	横浜市戸塚区汲沢町 56 番地
	協力内容	20 k m 車利用 約 30 分
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	医療法人社団高輪会 新横浜デンタルクリニック
	所在地	横浜市港北区小机町 2461
	距離及び所要時間	9.5 k m 車利用 約 25 分
	協力内容	診療・治療のための歯科医の訪問 口腔ケア実施のための助言と指導
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）	<p>施設の協力医療機関、または入居者の方が選択する医療機関において治療を受ける事が出来ます。医療保険制度で支給される以外の費用は、入居者の方の負担になります。入退院の付添送迎・手続き代行に対して追加負担はありません。</p> <p>入院により 15 日以上不在の場合、入院証明書をご提出いただく事により、運営管理費が 1 / 2 となります。入院が長期にわたった場合でも、契約は存続しますので、退院後は居室に戻る事が出来ます。</p>	

7 入居状況等

(2021 年 7 月 1 日現在)

入居者数及び定員	18 人 (定員 20 人)		
入居者の状況	男性	5 人	女性 13 人
	自立	2 人	
	要支援	1 人	(内訳) 要支援 1 0 人 要支援 2 1 人

	要介護 15 人	(内訳) 要介護 1 2 人 要介護 2 3 人 要介護 3 3 人 要介護 4 4 人 要介護 5 3 人
平均年齢	89.6 歳 (男性 91.8 歳、女性 88.7 歳)	

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

8 職員体制

(1) 職種別の職員数等

(2021年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 ()			介護福祉士 生活相談員兼務	
	生活相談員	3 (1)			介護職員兼務	
	直接処遇職員	11 (5)	7.24			
	介護職員	9 (4)	6.01		1	
	看護職員	2 (1)	1.23		機能訓練指導員兼務	
	機能訓練指導員	2 (1) ※				看護職員兼務
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	1 (1) ※				介護支援専門員 生活相談員兼務
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	5 (3)				調理師・調理補助
	事務職員	()				
その他職員	()					
合計	17 (8)					

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数

2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入

3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入

4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入

(2) 職員の状況

管理者	他の職務との兼務	1 あり	2 なし
	兼務に係る	1 あり	

		資格等		資格等の名称		介護福祉士					
		2 なし									
		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		0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
前年度1年間の退職者数		0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
業務に 応じた 職員の 経験年 数	1年未満	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1
	1年以上 3年未満	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	2	2	0	0	1	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

○要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

(特定施設入居者生活介護事業者(介護予防特定施設入居者生活介護を含む)の指定を受けた施設のみ記入。利用者数の「前年度の平均値」及び職員数の「常勤換算方法」等については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)等の規定によること)

	前々年度の平均値	前年度の平均値	今年度の平均値 ※18
要支援者の人数	3	3	1
要介護者の人数	11	13	15
指定基準上の直接処遇職員の数 ※16	4.0	5.0	5.0
配置している直接処遇職員の数 ※17	7.8	7.8	7.26
要支援者・要介護者の合計数人に対する配置直接処遇職員の数割合	1.5 : 1	1.7 : 1	1.5 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 40時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員	早番	7 : 00 ~ 16 : 00
		日勤	8 : 00 ~ 17 : 00
		遅番	10 : 30 ~ 19 : 30
		夜勤	16 : 30 ~ 9 : 30
	看護職員	早番	: ~ :
		日勤	8 : 30 ~ 17 : 30
		遅番	: ~ :
		夜勤	: ~ :

※16 常勤換算後の人数

※17 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※18 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

○介護職員の保健福祉に係る資格取得状況

社会福祉士	1 人 (1 人)	介護職員実務者研修修了者	0 人 (人)
介護福祉士	5 人 (人)	介護職員初任者研修修了者	3 人 (人)
介護支援専門員	1 人 (人)	資格なし	0 人 (人)

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。他の資格を持っている職員を () に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

9 入居・退居等

入居者の条件 (年齢、心身の状況(自立・要支援・要介護)等)	・ 概ね65歳以上の方で自立及び要支援・要介護認定者連帯保証人及び身元引受人を1人以上定めていただきます。
身元引受人等の条件及び義務等	・ 連帯保証人は、利用料の支払いについて、入居者と連帯責任を負うこととなります。 身元引受人は、入居契約が解除された時に、入居者を引き取ることとなります。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> ・ 可
施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等 ※19	<p>第30条 (事業者からの契約解除)</p> <p>1. 事業者は、入居者が次の各号のいずれか1または2以上に該当し、かつ、そのことがこの契約における事業者・入居者間の信頼関係を著しく害する場合、入居者に対し、90日間の予告期間において、契約の解除を通告する事ができる。</p> <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき</p> <p>② 入居申込時、事業者に対して提出する予診表に虚偽の事項を記載し、または重大な事実を隠匿して入居契約を行ったとき</p> <p>③ 運営管理費、その他の費用の支払いを正当な理由なく一定期間以上連続して遅滞するとき</p> <p>④ 事業者の承諾を得ないで、第6条第1,2項に規定する行為を遵守しなかったとき</p> <p>⑤ 建物、付帯設備または敷地を故意または重大な過失により汚損破損滅失したとき</p> <p>⑥ 第8条 (管理規定)、第19条 (使用上の注意)、第24条 (居室内の造作)、第26条 (転貸、譲渡等の禁止)、または第27条 (動物飼育の制限)の規定に違反をしたとき</p> <p>⑦ 入居者の日常行動若しくは言動が他の入居者の健康または生活に重大な影響を及ぼすとき、もしくは及ぼす恐れがあり、通常の方法ではこれを防ぐことができないとき。この場合一定の観察期間を設け主治医の意見を聴くものとする。ただし、入居者の行動が特定の病因等に基づくもので事業者の指定する医師または入居者のかかりつけ医師の診断により入居者が医療機関において通院入院により治療を受けてい</p>

		<p>る場合はこの限りでない</p> <p>2. 入居者は、前項の規定により事業所が、この契約の解除を通告した場合には、その予告期間満了後、遅延なくその居室を明け渡すものとする。</p> <p>3. 事業者は、入居者に対し、第1項による契約の解除通告をするに先だって、必ず、入居者及び身元引受人の意見を聞くものとする</p> <p>4. 事業者は、入居者に対し、第1項による契約の解除通告に伴う予告期間中に、必ず、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及び身元引受人、その他関係者、関係機関と協議し、移転先の確保につき協力するものとする</p> <p>5. 事業者は、入居者又はその家族・連帯保証人・身元引受人・返還金受取人等によるハラスメントにより、入居者との信頼関係が著しく害され事業の継続に重大な支障が及んだときに、本契約を解除することがある。</p> <p>第31条（入居者からの契約解除）</p> <p>1. 入居者は、この契約を解除しようとする場合には、30日間の予告期間をもって、事業者が定める契約解除届を事業者に届け出るものとし、その契約解除届に記載された予告期間満了（契約解除日）をもって、この契約は解除されるものとする。</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日目を以て、本契約は解約されたものとみなします。</p>	
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	0人
		死亡者	5人
		その他	0人
	生前解約の状況	施設側の申出	(解約事由の例)
			1人
入居者側の申出	(解約事由の例)		
	特別養護老人ホームへの転居の為		
体験入居の期間及び費用負担等	1泊 11,000円（税込） 食事代別 朝食432円、昼食596円、おやつ103円、夕食785円		

※19 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入

10 情報開示

入居希望者等	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	<input type="checkbox"/> 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	<input type="checkbox"/> 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・ <input type="checkbox"/> 写し交付）	<input type="checkbox"/> 非公開

への情報開示 ※20	財務諸表の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開
	事業収支計画の公開	<input type="checkbox"/> 1 公開 (<input checked="" type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	<input type="checkbox"/> 2 非公開

※20 市指針上、重要事項説明書、入居契約書及び管理規程は写し交付、その他は少なくとも閲覧であることに留意すること。

添付書類：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

別添3「横浜市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 _____

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1～2			要介護3～5		
	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		1日1回の安否の確認	-						
・昼間 9時～ 17時	有・無	-	-	2時間毎に巡回	-		2時間毎に巡回	-	
・夜間 17時～ 9時	有・無	-	-	2時間毎に巡回	-		2時間毎に巡回	-	
②食事介助	有・無	-	-	食事の都度一部介助	-		食事の都度全面介助	-	
③排泄		-	-						
・排泄介助	有・無	-	-	トイレでの排泄の都度一部介助	-		毎日8回以上及び随時全面介助	-	
・おむつ交換	有・無	-	-	必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-	
・おむつ代	有・無	-	-	-	実費徴収		-	実費徴収	
④入浴等		月～土曜日に事前に連絡	-	-	-		-	-	
・清拭	有・無	-	-	必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-	
・一般浴介助	有・無	-	-	週2回以上入浴介助	-		-	-	
・特浴介助	有・無	-	-	-	-		週2回以上（容態に応じて一般浴も）	-	
⑤身辺介助		-	-	-	-		-	-	
・体位交換	有・無	-	-	-	-		必要に応じて随時	-	
・居室からの移動	有・無	-	-	杖又は歩行器で移動を介助	-		車イスでの移動を介助	-	
・衣類の着脱	有・無	-	-	毎朝・夜及び入浴時に一部介助	-		毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	-	
・身だしなみ介助	有・無	-	-	毎朝・夜及び入浴時に一部介助	-		毎日朝・夜及び入浴時に一部介助	-	
⑥機能訓練	有・無	-	-	身体状況に応じて適宜訓練	-		身体状況に応じて適宜訓練	-	
⑦通院の介助	有・無	-	-	協力医療機関等の付添	協力外医療機関等の付添	1,650円/時間	協力医療機関等の付添	協力外医療機関等の付添	1,650円/時間
⑧緊急時対応		-	-	-	-		-	-	
・ナースコール	有・無	24時間対応	-	24時間対応	-		24時間対応	-	
2. 生活サービス									
①家事		-	-	-	-		-	-	
・清掃	有・無	週1回	左記以外	1,100円/回	週1回	左記以外	1,100円/回	週1回	左記以外
・洗濯	有・無	週2回	左記以外	550円/回	週2回	左記以外	550円/回	週2回	左記以外
②居室配膳・下膳	有・無	-	希望時	110円/回	必要時随時	希望時	110円/回	必要時随時	希望時
③理美容	有・無	-	その都度	実費	-	その都度	実費	-	その都度
④代行		-	-	-	-		-	-	
・買物	有・無	-	-	1,650円/時間	週1回指定日	左記以外	1,650円/時間	週1回指定日	左記以外
・役所手続	有・無	-	-	1,650円/時間	月1回指定日	左記以外	1,650円/時間	月1回指定日	左記以外
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無	年2回の機会を設ける	実費		年2回の機会を設ける	実費		年2回の機会を設ける	実費
・健康相談	有・無	必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-
・生活指導	有・無	必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-		必要に応じて随時	-
・医師の往診	有・無	-	必要に応じて随時医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担		-	必要に応じて随時医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担		-	必要に応じて随時医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	有・無	-	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担		-	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担		-	医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担
・移送サービス	有・無	協力医療機関入院の付添	協力外医療機関等の付添	1,650円/時間	協力医療機関入院の付添	協力外医療機関等の付添	1,650円/時間	協力医療機関入院の付添	協力外医療機関等の付添
5. その他サービス									
レクリエーション	有・無	-	-		週3回～5回実施	材料費は実費負担		週3回～5回実施	材料費は実費負担

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。

横浜市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			
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。	
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。