

オーシャンビュー湘南荒崎
重要事項説明書

株式会社日本アメニティライフ協会

有料老人ホーム重要事項説明書

作成日 2022年7月1日

1 事業主体概要

事業主体名	株式会社日本アメニティライフ協会
代表者名	江頭 瑞穂
所在地	横浜市青葉区みたけ台5番地10
電話番号／FAX番号	045-978-5051 / 045-978-5750
ホームページアドレス	https://jala.co.jp
資本金（基本財産）	50,000千円
主な出資者（出捐者）とその金額又は比率 ※1	1 株式会社オフィスみずほ 60% 2 江頭 大 15% 3 江頭 瑞穂 10%
設立年月日	1996年04月03日
直近の事業収支決算額 ※2	(収益) 20,352,672,950円 (費用) 19,697,110,635円 (損益) 655,562,315円
会計監査人との契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ()
他の主な事業	介護保険指定事業（認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護・訪問介護）

※1 出資（出捐）額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資（出捐）額又は比率を記入する。

※2 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	オーシャンビュー湘南荒崎	
施設の類型及び表示事項	類型	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 横須賀市指定介護保険特定施設 番号：1471907020 指定年月日：2019年6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・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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 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	2.5：1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	2019年6月1日	
施設の管理者氏名	金子 真由美	
所在地	神奈川県横須賀市長井5丁目25番1号	
電話番号／FAX番号	046-855-0604／046-855-0605	
メールアドレス	oceanview@jala.co.jp	

交通の便 ※3	電車：京浜急行 「三崎口」駅下車 施設まで4.5km バス：京浜急行バス 「三崎口駅」乗車～「長井小学校」下車 徒歩2分																																					
ホームページアドレス	https://oceanview.jala.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) 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 3,067.50㎡																																					
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) 2015年1月6日～2035年1月5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 鉄筋コンクリート造 地上6階建 (耐火・準耐火・その他) 延床面積 5,344.73㎡ (うち有料老人ホーム 4,226.70㎡) 建築年月日 2007年 9月14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()																																					
居室、一時介護室の概要	居室総数 79 室 定員 84 人 (一時介護室を除く) (内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>居室定員</th> <th>室数</th> <th colspan="2">面積</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">居室</td> <td>個室</td> <td>79室</td> <td colspan="2">20.04㎡</td> </tr> <tr> <td>うち2人定員</td> <td>5室</td> <td colspan="2">40.15㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～</td> <td>㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td>㎡～</td> <td>㎡</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一時介護室</td> <td>個室</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>2人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～ ㎡</td> </tr> <tr> <td>人部屋(相部屋)</td> <td>室</td> <td colspan="2">㎡～ ㎡</td> </tr> </tbody> </table>				居室定員	室数	面積		居室	個室	79室	20.04㎡		うち2人定員	5室	40.15㎡		2人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡	人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡	一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡		2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡		人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡	
	居室定員	室数	面積																																			
居室	個室	79室	20.04㎡																																			
	うち2人定員	5室	40.15㎡																																			
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡																																		
	人部屋(相部屋)	室	㎡～	㎡																																		
一時介護室	個室	室	㎡～ ㎡																																			
	2人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																																			
	人部屋(相部屋)	室	㎡～ ㎡																																			
共用施設・設備の概要 (設置箇所、面積、設備の整備状況等)	食堂		設置階 2階(146.44㎡) 3・4・5階(157.09㎡)																																			
	浴室	一般浴槽	設置階 2・4・5階 各1箇所 (介助浴室 15.66㎡) 3・4・5階 各1箇所 (一般浴室 2.52㎡)																																			
			設置階 1階(20.39㎡) ※併設デイサービスと兼用																																			
	浴室	リフト浴	設置階 1階(39.14㎡) ※併設デイサービスと兼用																																			
		ストレッチャー浴	3階(15.66㎡)																																			
	便所		設置箇所 各居室、各階共用部																																			
	洗面設備		設置箇所 各居室、各階共用部																																			
	医務室(健康管理室)		設置階 1階(18.27㎡)																																			
談話室		設置階 階(㎡)																																				

	面談室	設置階 1階2箇所(13.65㎡、23.03㎡) ※内1箇所 併設事業所と兼用
	事務室	設置階 1階
	洗濯室	設置階 2・3・4・5階 各2箇所 (4.86㎡)
	汚物処理室	設置階 各階
	看護・介護職員室	設置階 2・3・4・5階
	機能訓練室	設置階 1階(39.06㎡) 他の共用施設との兼用 無・ <input checked="" type="checkbox"/> (多目的ホール)
	健康・生きがい施設	設置階 (㎡)
	エレベーター ※5	2基(うちストレッチャー搬入可 2基)
	スプリンクラー	設置箇所 全館 (各居室・共用部・廊下)
	居室のある区域の廊下幅	両手すり設置後の有効幅員 (2.7m)
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	<p><u>緊急通報装置等の種類及び設置箇所</u> 各居室(ベッド横壁面・トイレ内)、各共用便所、各浴室にナースコールを設置しています。常時スタッフが携帯するPHSおよび各階介護ステーションで受信し対応します。</p> <p><u>安否確認の方法・頻度等</u> 日中は適宜行います。 夜間は、原則として同意をいただいた上でスタッフが2時間毎に巡回を行います。 状態観察が必要な場合には、同意をいただいた上でモニターカメラ・センサーマット等の必要性を協議します。必要性が認められた場合には、入居者側の費用負担により設置することが可能です。</p>	
同一敷地内の併設施設又は事業所等の概要 ※6	<p>事業所名 : デイサービスセンター湘南荒崎 サービス種類 : 通所介護・第1号通所事業 事業所番号 : 1471907012 事業所面積 : 191.82㎡ 運営主体 : 株式会社日本アメニティライフ協会</p>	
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、営業主体と面積とともに記入する。併設施設又は事業所等が、

介護保険法により指定居宅サービス事業者等として指定されている場合（指定居宅介護支援を含む。）は、その種類と事業所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 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）の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	神奈川県に係る消費者物価指数および人件費等を勘案し、改定を行います。	
	手続き方法	運営懇談会にて入居者およびご家族等へ説明を行い、了承をいただいた上で実施します。	

(2) 前払い方式

費用の支払方法 ※9	前払金：原則として入居日の前日までに、事業者指定の口座へお振込みいただく方法によりお支払いいただきます。 月額利用料：入居者あてに消費税等を含めた費用項目の明細を提示し、毎月20日までに電磁的方法等により交付を行います。その金額について当月分を前月の27日に、入居者指定の預金口座から自動振替により引き落とす方法でお支払いいただきます。		
敷金	<input checked="" 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7項に規定される前払金	個室Aプラン①：11,000,000円	個室Aプラン②：8,800,000円 個室Aプラン③：4,900,000円 個室Bプラン：16,000,000円
想定居住期間又は償却期間	7年（84か月）		
算定の基礎（内訳）	厚生労働省の有料老人ホーム設置運営指導指針及び事務連絡（平成24年3月16日付）で示された算式に基づいて算定します。 算式：前払金＝1か月分の家賃相当額×想定居住期間（月数） ＋想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 個室Aプラン①：11,000,000円÷102,142円×84か月＋2,420,000円 個室Aプラン②：8,800,000円÷81,714円×84か月＋1,936,000円 個室Aプラン③：4,900,000円＝45,500円×84か月＋1,078,000円 個室Bプラン：16,000,000円÷148,571円×84か月＋3,520,000円		

解約時の返還金 (算定方法等)	<ul style="list-style-type: none"> 償却期間内の返還金は下記の算式にて算定します。 返還金＝前払い金×78%÷償却期間の日数 ×契約終了日から償却期間満了日までの日数 (入退去月は、1月を30日として日割り計算します。) 返還金は、契約終了の翌日から起算して90日以内に返還します。 前払金償却期間の起算日から3月以内において、入居契約第30条に基づく契約終了の場合は、受領済みの前払い金から目的施設の利用対価の日数分、月額利用料の契約期間に係る日割り分、および原状回復費用を支払うことで契約を終了できるものとします。当該費用の支払いおよび居室の明け渡しを受けた後、90日以内に受領済みの前払金を無利息で返還します。 前払金償却期間の起算日から3月以内において、入居契約第28条第1号に基づく契約終了の場合は、受領済みの前払金から目的施設の利用対価の日数分、月額利用料の契約期間に係る日割り分、および原状回復費用を差し引いたうえで居室の明け渡しを受けた後、90日以内にその差引金額を無利息で返還します。 						
返還の対象とならない額の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 個室Aプラン①：2,420,000円 個室Aプラン②：1,936,000円 個室Aプラン③：1,078,000円 個室Bプラン：3,520,000円						
初期償却の開始日	入居日の翌日						
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	個室Aプラン①：153,771円 個室Aプラン②：174,199円 個室Aプラン③：210,413円 個室Bプラン①(1人で入居の場合)：287,486円 個室Bプラン②(夫婦で入居の場合)：389,829円(2人分)						
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					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	

	153,771円 (個室Aプラン①)	51,428	36,000	66,343	※算定根拠参照		
	174,199円 (個室Aプラン②)	51,428	36,000	66,343	※算定根拠参照	20,428	
	210,413円 (個室Aプラン③)	51,428	36,000	66,343	※算定根拠参照	56,642	
	287,486円 (個室Bプラン①)	185,143	36,000	66,343	※算定根拠参照		
	389,829円 (個室Bプラン②)	185,143	72,000 (2人分)	132,686 (2人分)	※算定根拠参照		
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費より算出					
	介護費用	人員を基準の3:1に対して2.5:1を配置して提供するサービスに係る人件費より算出					
	食費	1月を30日とした食費と厨房管理費より算出 食費:1日1,620円(48,600円/30日) (朝食391円・昼食535円・夕食586円・おやつ108円) 厨房管理費:17,743円 1週間前までに欠食の申し出があった場合には、上記の該当する食費を減額します。厨房管理費は喫食の有無にかかわらずご負担いただきます。					
	光熱水費	一人部屋で使用する電気、夫婦部屋で使用する電気・水道・ガスの使用料およびこれに類する料金については、これを供給する事業体の規定に基づき請求します。 共用施設の光熱水費は管理費に含みます。					
	家賃相当額	建物賃借料、販売管理費、修繕費等より算出					
	その他	自立・介護保険認定非該当の方については、自立加算金として70,000円/月をご負担いただきます。 ※上記月額利用料の記載額には含まれていません。					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護・医療保険に係る実費分、おむつ代等の介護用品費、日用品費、レクリエーション等材料費、理美容代、私物洗濯代、電話設置費、電話代、NHK受信料、新聞代、駐車場使用料、特別食、介護サービス等の一覧表に基づく実費負担						

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割の場合/2割の場合/3割の場合)
要介護1	168,663円	16,867円 / 33,733円 / 50,599円
要介護2	189,354円	18,936円 / 37,871円 / 56,807円
要介護3	211,299円	21,130円 / 42,260円 / 63,390円
要介護4	231,363円	23,137円 / 46,273円 / 69,409円
要介護5	252,994円	25,300円 / 50,599円 / 75,899円

各種加算の状況

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

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割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援1	57,057円	5,706円 / 11,412円 / 17,118円
要支援2	97,498円	9,750円 / 19,500円 / 29,250円

各種加算の状況

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

(3) 月払い方式

費用の支払方法 ※9	入居者宛てに消費税等を含めた費用項目の明細を提示し、毎月20日までに電磁的方法等により交付を行います。その金額について当月分を前月の27日に、入居者指定の預金口座から自動振替により引き落とす方法でお支払いいただきます。						
敷金	☐ 無 ・ 有 (円、家賃相当額の か月分)						
月額利用料	個室Aプラン④：303,771円						
年齢に応じた金額設定	☐ 無 ・ 有						
要介護状態に応じた金額設定	☐ 無 ・ 有						
料金プラン ※10	月額利用料	内 訳					その他
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	
	303,771円 (個室Aプラン④)	51,428	36,000	66,343	※算定根拠参照	150,000	
算定根拠 ※11	管理費	共用施設の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費より算出					
	介護費用	人員を基準の3：1に対して2.5：1を配置して提供するサービスに係る人件費より算出					
	食費	1月を30日とした食費と厨房管理費より算出 食費：1日1,620円(48,600円/30日) (朝食391円・昼食535円・夕食586円・おやつ108円) 厨房管理費：17,743円 1週間前までに欠食の申し出があった場合には、上記の該当する食費を減額します。厨房管理費は喫食の有無にかかわらずご負担いただきます。					
	光熱水費	一人部屋で使用する電気、夫婦部屋で使用する電気・水道・ガスの使用料およびこれに類する料金については、これを供給する事業体の規定に基づき請求します。 共用施設の光熱水費は管理費に含みます。					
	家賃相当額	建物賃借料、販売管理費、修繕費等より算出					
	その他	自立・介護保険認定非該当の方については、自立加算金として70,000円/月をご負担いただきます。 ※上記月額利用料の記載額には含まれていません。					
月額利用料に含まれない実費負担等 ※12	介護・医療保険に係る実費分、おむつ代等の介護用品費、日用品費、レクリエーション等材料費、理美容代、私物洗濯代、電話設置費、電話代、NHK受信料、新聞代、駐車場使用料、特別食、介護サービス等の一覧表に基づく実費負担						

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割の場合/2割の場合/3割の場合)
要介護1	168,663円	16,867円 / 33,733円 / 50,599円
要介護2	189,354円	18,936円 / 37,871円 / 56,807円
要介護3	211,299円	21,130円 / 42,260円 / 63,390円
要介護4	231,363円	23,137円 / 46,273円 / 69,409円
要介護5	252,994円	25,300円 / 50,599円 / 75,899円

各種加算の状況

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

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割の場合/2割の場合/3割の場合)
要支援1	57,057円	5,706円 / 11,412円 / 17,118円
要支援2	97,498円	9,750円 / 19,500円 / 29,250円

各種加算の状況

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

(4) 共通事項

改定ルール（勘案する要素及び改定手続等）	施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費等を勘案し、運営懇談会で意見を聴いたうえで改定を行うこととします。改定にあたっては、入居者および身元引受人等へ事前に通知します。
前払金の返還金の保全措置	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 保全措置の内容 (（公社）全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度加入)
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 有の場合の保険名 (損害賠償保険 三井住友海上火災保険株式会社)
消費税の対象外とする利用料等	前払金、家賃相当額
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）	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照

※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。

4 サービスの内容

(1) 全体の方針

運営に関する方針	「照一隅」を念頭に、「安心・安全・清潔をベースに笑顔のある生活」の提供を目指す。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・湘南の海を眺望できる素晴らしいロケーション ・24時間看護師常駐による安心の見守り体制 ・ユニットケア方式を取り入れたゆとりのサポート
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(2) 介護サービスの内容

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	共用施設の維持管理、事務管理、入居者に対する日常生活支援サービス提供等
	食費	朝・昼・夕食およびおやつの提供、配下膳 厨房維持管理
	その他	入居者に対する手厚い介護 (人員基準3:1に対して2.5:1の配置)
(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>苦情・要望・相談等は下記の窓口にて受付いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 株式会社日本アメニティライフ協会（法人本社） 電話：045-978-5051 オーシャンビュー湘南荒崎（施設）担当者：金子 真由美 電話：046-855-0604 <p>法人および施設での解決が難しい場合には、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 電話：045-329-3447（苦情相談直通ダイヤル） 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 電話：03-3548-1077（平日の月・水・金 10～17時） 横須賀市民生局福祉こども部介護保険課給付係 電話：046-822-8253 <p>「横須賀市以外の方は、当該市町村介護保険担当窓口へ」</p>
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、入居者の生命、身体に影響がある場合、協力医療機関等および家族に連絡を取ります。また、必要に応じて救急車の要請、病院への搬送を行います。また、家族へ入居者の状況や事故の状況者の連絡・説明を行います。
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）		サービス提供上で施設の責に帰すべき人身事故・財物事故が発生した場合に備えて「施設賠償責任保険」に加入しています。万が一事故が発生し、損害が発生した場合には、ただちに必要な措置を講ずるとともに、誠意を持って対応いたします。ただし、施設側に重大な過失が認められない場合は除きます。
(公社)全国有料老人ホーム協会及び同協会の入居者基金制度への加入状況	協会への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/>
	入居者基金への加入	無・ <input checked="" type="checkbox"/> (入居者生活保障制度)

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	有	実施日	
		結果の開示	無・有
	無		
第三者による評価の実施状況	有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	無・有
	無		

※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（公社）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する。

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	入居している居室で介護を行います。
入居後に居室又は施設を住み替える場合	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手続、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）
	<p>従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）</p> <p><u>他の介護居室への住み替え</u> 入居者に対してより適切な介護を提供するために必要と判断される場合には、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞き、入居者または身元引受人の同意のうえで介護居室を住み替えていただきます。</p> <p><u>入居者からの住み替え申し込み</u> 原則として、介護上の理由による住み替えに限ります。入居者の費用負担による現居室の原状回復を行ったうえで、他居室へ住み替えていただきます。</p>
	提携ホームへ住み替える場合（同上）

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	池田町クリニック
	診療科目	内科、精神科、神経科
	所在地	横須賀市池田町5-8-11 2階
	距離及び所要時間	距離：12.9km、所要時間：約20分（車）
	協力内容	定期訪問診療、他医療機関の紹介

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	サンライズファミリークリニック
	診療科目	内科、整形外科
	所在地	横須賀市武1-20-17 3階
	距離及び所要時間	距離：5.9km、所要時間：約17分（車）
	協力内容	定期訪問診療、他医療機関の紹介
	名称	三浦メディカルクリニック
	診療科目	内科、皮膚科
	所在地	三浦市初声町下宮田5-16
	距離及び所要時間	距離：7.6km、所要時間：約18分（車）
協力歯科医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名称	古屋歯科医院
	所在地	横須賀市舟倉町1-14-5
	距離及び所要時間	距離：10km、所要時間：約30分（車）
	協力内容	訪問歯科診療
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>通院：入居者の希望または必要に応じ、通院同行を行います。 協力医療機関への同行は月額利用料に含まれますが、協力医療機関以外への同行は、別途実費負担となります。 ※定期的に協力医療機関以外に通院する場合は、ご家族様による対応をお願いしています。</p> <p>入院：医師の判断を基本として、入居者および家族等と協議を行ったうえ、協力医療機関または希望する病院に入院となります。協力医療機関への入退院の移送・同行に係る費用は月額利用料に含まれますが、協力病院以外への移送・同行は、別途実費負担となります。入院期間中は、不在時の食費を減額した月額利用料をお支払いいただきます。入院期間中であっても、入居者は施設の利用権を保有し、施設の都合で居室を使用することはありません。</p>	

7 入居状況等

（2022年7月1日現在）

入居者数及び定員	68人（定員 84人）		
入居者内訳	性別	男性 31人、女性 37人	
	介護の要否別	自立	0人
		要介護	56人
		（内訳）要介護1	10人
		要介護2	10人
		要介護3	8人
		要介護4	19人
要介護5		9人	
要支援	12人		
（内訳）要支援1	9人		
要支援2	3人		
未認定	0人		

平均年齢	85.5歳（男性81.07歳、女性89.6歳）
運営懇談会の開催状況 （開催回数、設置者の役員を除く参加者数、主な議題等）	書面開催（令和3年 7月15日付、送付） （令和4年 3月10日付、送付）

（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

（ 2022年7月1日現在 ）

（1）職種別の職員数等

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 （17時～翌時半） （最少人数）	備考 （資格・委託等）
		人数	うち自立者		
従業者の内訳	管理者	1（ ）	/		社会福祉士、生活相談員と兼務
	生活相談員	2（ ）			管理者、計画作成担当者と各々兼務
	直接処遇職員	61（ 54 ）			
	介護職員	45（ 39 ）		3	
	看護職員	16（ 15 ）		1	看護師、准看護師
	機能訓練指導員	※1（ ）			看護師兼務
	理学療法士	（ ）			
	作業療法士	（ ）			
	その他	1（ ）			看護師
	計画作成担当者	※2（ ）			介護支援専門員、生活相談員と兼務
	医師	（ ）			
	栄養士	（ ）			
	調理員	（ ）			
	事務職員	6（ 5 ）			
	その他職員	6（ 6 ）			
合計	79（ 65 ）				

注1）職員数欄の（ ）内は、非常勤職員数を内数で記入する。

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に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する。

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する。

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する。

（2）職員の状況

管理者	他の職務との兼務	1 あり 2 なし	
	兼務に係る資格等	1 あり	
	資格等の名称	社会福祉士/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			1		5						
前年度1年間の退職者数			1	1							
業務に応じた従事した職員の経験年数	1年未満				5						
	1年以上3年未満	1	4		7						
	3年以上5年未満		11	6	27	1	1				
	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						

○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	20	20	11	
要介護者の人数	58	58	56	
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※16	21.3	21.3	19.8	
配置している直接処遇職員の人数 ※17	32.9	40.6	36.2	
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数の割合	2.2:1	1.5:1	1.6:1	
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	9:00	～	18:00
	遅番	11:00	～	20:00
	夜勤	17:00	～	9:30
	看護職員 早番	:	～	:
	日勤	9:00	～	18:00
	遅番	:	～	:
	夜勤	17:30	～	9:30

※16 常勤換算後の人数を記入する。

※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	人 (人)	介護職員実務者研修修了者	2人 (人)
介護福祉士	12人 (2人)	介護職員初任者研修修了者	23人 (人)
介護支援専門員	人 (人)	資格なし	8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60歳以上で、健康な方および日常生活で介護の必要な方。夫婦部屋への2人で入居は、夫婦・親子・兄弟姉妹に限ります。
身元引受人等の条件及び義務等	入居者の責務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要ときは入居者の身柄を引き取るものとします。また、入居者が死亡した場合には遺体および遺留品の引き取りを行うこととします。
生活保護受給者の受入れ対応	<input checked="" type="checkbox"/> 否 ・ 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>入居契約書の条項より抜粋</p> <p><u>施設からの解約について</u></p> <p>第29条 (事業者からの解約)</p> <p>事業者は、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、本条第2項および第3項に規定した条件の下に、本契約を解約することがあります。</p> <p>(1) 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</p> <p>(2) 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、3ヶ月以上滞納するとき</p> <p>(3) 第20条の規定に違反したとき</p> <p>(4) 入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、またはその危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法および接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく解約の場合は、事業者は、書面にて次の各号に掲げる手続を行います。</p> <p>(1) 解約の通告について、90日の予告期間をおきます。</p> <p>(2) 前項の通告に先立ち、入居者および身元引受人等に弁明の機会を設けます。</p> <p>(3) 解約の通告にともなう入居期間中に、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あるいは関係機関と協議し、移転先の確保について協力します。</p> <p>3 本条第1項第4号によって契約を解約する場合には、事業者</p>

		<p>は、書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>(1) 医師の意見を聴きます。</p> <p>(2) 一定の観察期間をおきます。</p> <p><u>入居者からの契約解除について</u></p> <p>第30条（入居者からの解約）</p> <p>入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは、事業者の定める解約届を事業者に届け出ることにより行います。</p> <p>2 入居者が、前項の解約届を提出しないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、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 退居者の状況	退居先別の人数	自宅等	人
		社会福祉施設	6人
		医療機関	人
		死亡者	30人
		その他	人
	生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
入居者側の申し出		(解約事由の例) 社会福祉施設に入居等	6人
体験入居の期間及び費用負担等		<p>期間：1泊2日～7泊8日</p> <p>費用：1泊2日 10,800円（3食付）</p> <p>※介護保険の適用はありません。</p>	

※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する。

10 情報開示

入居希望者等への情報開示 ※20	重要事項説明書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（閲覧・写し交付）	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開（ <input 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 type="checkbox"/> 閲覧・写し交付）	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。

1 1 その他

<p>有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</p> <p>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出不要</p>
<p>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</p>	<p>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</p>

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「横須賀市有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表」

<余白>

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の内容の説明を受け、これに同意をし、交付を受けました。

年 月 日 署 名 _____ ㊟

別添1

介護サービス等の一覧表

介護度	自立・要支援1～2・要介護1～5	
介護を行う場所	介護居室	
	介護保険給付※、一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス ○巡回 ・昼間7：00～20：00 ・夜間20：00～7：00 ○食事介助 ○排泄 ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代 ○入浴等 ・清拭 ・個人浴 ・一般浴介助 ・特浴介助 ○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助 ○機能訓練 ○通院の介助 ○緊急時対応 ・ナースコール	自立：希望により 2時間毎及び適宜 2時間毎及び適宜 見守り・一部介助・全介助 適宜対応 適宜対応 未入浴時 週2回及び発汗時等対応 週2回 週2回 週2回 適宜対応 適宜対応 適宜対応 適宜対応 特定施設サービス計画書による 協力医療機関へは適宜対応 24時間対応	実費 週3回以上は540円 週3回以上は540円 週3回以上は応相談（1回1,620円） 協力医療機関以外1時間2,400円
生活サービス ○家事 ・清掃 ・私物洗濯 ・シーツ交換 ・被服クリーニング ○居室配膳・下膳 ○理美容 ○代行 ・買物 ・役所手続	週2回 週1回 取り次ぎ 適宜対応 週1回 週1回	週3回以上1回1,620円 1か月4,320円 週2回以上は、1回540円 実費 個人的な要望の場合1回216円 実費 週2回以上は1時間1,620円 週2回以上は1時間1,620円
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診	年2回 随時 随時 随時	週1回以上 実費
入退院時、入院中のサービス ・医療費 ・介助サービス ・入院中の訪問	協力医療機関への介助 週1回（協力病院）	実費 協力医療機関以外は1時間2,400円 協力医療機関以外は1時間1,620円

その他サービス ・三崎口駅送迎介助 ・個人的要望の外出付き添い	適宜対応 適宜対応	1回 2,400円 1時間2,400円
---------------------------------------	--------------	------------------------

注1) 介護度別（自立、要支援、要介護の8区分）に介護サービス等の一覧表を作成してください。ただし、一覧表上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てください。

注2) サービスの項目については、必要最低限の項目を掲げたものであるため、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ください。

注3) サービスごとに回数及び費用負担等を明示してください。

注4) 「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してください。

(※) (介護予防) 特定施設入居者生活介護による保険給付を指します。有料老人ホームが提供しない訪問介護等のサービスは含みません。

短期利用のサービス等の概要

(1) サービスの内容

利用可能期間	最短 日 ~ 最長 30 日
サービスの内容	1 重要事項説明書「4 サービスの内容」と同一である
	2 重要事項説明書「4 サービスの内容」と相違するところがある
	《上記2に該当する場合のサービス内容の相違点》 (公社) 全国有料老人ホーム協会 入居者生活保証制度の適用なし

(2) 利用料

費用の支払方法 ※	現金払いまたは振込						
1日あたりの利用料	個室Aプラン：10,093円 個室Bプラン：15,692円						
年齢に応じた金額設定	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>						
要介護状態に応じた金額設定	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>						
料金プラン ※	利用料	内 訳 (円)					
		管理費	介護費用	食費	光熱水費	家賃相当額	厨房管理費
	10,093円 個室A・20.04㎡	3,429	1,200	1,620	110	3,333	591
15,692円 個室B・40.15㎡	6,171	1,200	1,620	110	6,000	591	
算定根拠 ※	管理費	共用施設の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費より算出					
	介護費用	人員を基準の3:1に対して2.5:1を配置して提供するサービスに係る人件費より算出					
	食費	朝食391円・昼食535円・夕食586円・おやつ108円					
	光熱水費	施設内における使用量等を勘案し算出					
	家賃相当額	建物賃借料、販売管理費、修繕費等より算出					
	厨房管理費	給食業者委託費用より算出					
1日あたりの利用料に含まれない実費負担等 ※	介護・医療保険に係る実費分、おむつ代等の介護用品費、日用品費、レクリエーション等材料費、理美容代、私物洗濯代、特別食、介護サービス等の一覧表に基づく実費負担						
介護保険に係る利用料 ※ (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						
	区 分	日 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合/3割の場合)				
	要介護1	5,622円	562円 / 1,124円 / 1,686円				
	要介護2	6,311円	631円 / 1,262円 / 1,893円				
	要介護3	7,043円	704円 / 1,408円 / 2,112円				
	要介護4	7,712円	771円 / 1,542円 / 2,313円				
	要介護5	8,433円	843円 / 1,686円 / 2,529円				
	夜間看護体制加算 (無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input checked="" type="checkbox"/>) サービス提供体制加算 (Iイ・Iロ・II・III) 介護職員処遇改善加算 (I <input type="checkbox"/> ・ II・III・IV・V)						

※ 重要事項説明書の当該箇所に準じて記載すること

※ 計算上の端数処理の関係で、日数により上記額に差異が生じる場合があります。

(3) その他

利用（契約）に際しての 留意点、特記事項等	<ul style="list-style-type: none">・利用期間は30日以内になります。・空室がある場合にご利用いただけます。・ご利用開始前に面談、判定会を行います。・判定会の結果により、ご利用いただけない場合があります。
--------------------------	---

横須賀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 <input type="checkbox"/> 界壁で区別されていない。 <input type="checkbox"/> 地下に居室がある。 <input type="checkbox"/> 出入口が空地、廊下又は広間に直接面していない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 手指を洗浄する設備がない。	
3	浴室	有	適合	<input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> スロープがない。 <input type="checkbox"/> 浴槽用リフトがない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 介護浴槽(機械浴等)を設けていない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 <input type="checkbox"/> 共用使用の便所が男女別に整備されていない。	
5	洗面設備	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室内未設置又は居室の近くにない。 <input type="checkbox"/> 車椅子使用者に対応していない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 洗剤等を保管する設備がない。	
6	医務室 (健康管理室)	有	適合	<input type="checkbox"/> 医薬品等を錠付ロッカーなどで管理していない。 (介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 医務室(又は健康管理室)を設置していない。	
7	談話室	有			
8	面談室	有			
9	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	
10	看護・介護職員室	有	適合	(介護付有料老人ホームの場合) <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。 <input type="checkbox"/> 談話室や廊下等を見通すことができる形状となっていない。	
11	エレベーター	有	適合	<input type="checkbox"/> ストレッチャーを収納できない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。	
12	スプリンクラー	有			
13	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 <input type="checkbox"/> エレベーター	
14	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 <input type="checkbox"/> 手すり等がない。 <input type="checkbox"/> 両側に手すりがない。 <input type="checkbox"/> 連続して手すりが設けられていない。 ※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。	
15	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(夜間対応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能とします。