

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

| | |
|-------|---------|
| 施設名 | シルバー館 |
| 定員・室数 | 40人・35室 |

有料老人ホームの類型・表示事項

| | |
|----------|-----------|
| 類型 | 住宅型 |
| サ付登録の有無 | 無 |
| 居住の権利形態 | 建物賃貸借方式 |
| 利用料の支払方式 | 月払い方式 |
| 入居時の要件 | 混合型（自立含む） |
| 介護保険の利用 | 居宅サービス利用可 |
| 居室区分 | 相部屋あり |

1 事業主体

| | | | | |
|------------|--------------------|-----------------|----|-------|
| 名称 | 法人等の種別 | 営利法人 | | |
| | フリカナ | ユウゲンカイシャ シルバーかん | | |
| | 名称 | 有限会社 シルバー館 | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 | 177-0045 | | |
| | 東京都練馬区石神井台八丁目17番8号 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3928-0121 | | |
| | ファックス番号 | 03-3928-0122 | | |
| ホームページ | なし | | | |
| 代表者職氏名 | 役職名 | 取締役 | 氏名 | 櫻井 守人 |
| 設立年月日 | 平成12年8月24日 | | | |
| 主な事業等 | 住宅型有料老人ホーム運営 | | | |

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

| 介護サービスの種類 | 箇所数 | 主な事業所の名称 | 所在地 |
|------------------|-----|------------|------------------|
| <居宅サービス> | | | |
| 訪問介護 | 1 | シルバー支援センター | 東京都練馬区石神井台8-17-8 |
| 訪問入浴介護 | なし | | |
| 訪問看護 | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | なし | | |
| 通所介護 | なし | | |
| 通所リハビリテーション | なし | | |
| 短期入所生活介護 | なし | | |
| 短期入所療養介護 | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 福祉用具貸与 | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | なし | | |

| | | | |
|------------------------|----|--|--|
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | なし | | |
| 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護) | なし | | |
| 居宅介護支援 | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | なし | | |
| 介護予防特定福祉用具販売 | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | なし | | |
| 介護予防支援 | なし | | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | なし | | |
| 介護老人保健施設 | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | なし | | |
| 介護医療院 | なし | | |

2 事業所概要

| | | | | |
|-----------|--|-----------------------|--------------------|-------|
| 名 | フリガナ 称 | シルバーカン | | |
| | | シルバー館 | | |
| 所在地 | 〒 | 177-0045 | 東京都練馬区石神井台八丁目17番8号 | |
| | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 03-3928-0121 | | |
| | ファックス番号 | 03-3928-0122 | | |
| ホームページ | なし | | | |
| 管理者職氏名 | 役職名 | 館長 | 氏名 | 櫻井 守人 |
| 事業開始年月日 | 平成12年8月27日 | | | |
| 届出年月日 | 平成23年8月8日 | | | |
| 届出上の開設年月日 | 平成23年9月1日 | | | |
| 事業所へのアクセス | 電車利用の場合：西武新宿線「武蔵関」北口より 徒歩12分 バス利用の場合：西武バス「小関」バス停下車 徒歩2分 | | | |
| 敷地 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | あり |
| | 面積 | 452.69 m ² | | |

| | | | | | |
|-----------|-------------|--------------------------|------------|--|--|
| 建 物 | 権利形態 | 所有 | 抵当権 | あり | |
| | 延床面積 | 1049.88 m ² | うち有料老人ホーム分 | 1049.88 m ² | |
| | 竣工日 | 昭和 63 年 7 月 18 日 | | | |
| | 階 数 | 地上 4 階 地下 2 階 | | | |
| | | うち有料老人ホーム分 地上 4 階 地下 2 階 | | | |
| | 構造 | 耐火建築物 | 建築物用途区分 | 店舗・事務所・下宿 | |
| | 併設施設等 | なし () | | | |
| 賃貸借契約の概要 | 契約期間 | ～ | | | |
| | 自動更新 | | | | |
| 居 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | 1階 | 1人 | 11 | 8.35 m ² ～ 9.625 m ² | |
| | 1階 | 2人 | 1 | 13.67 m ² ～ 13.67 m ² | |
| | 2階 | 1人 | 12 | 8.35 m ² ～ 9.625 m ² | |
| | 2階 | 2人 | 1 | 13.67 m ² ～ 13.67 m ² | |
| | 3階 | 1人 | 6 | 8.35 m ² ～ 9.625 m ² | |
| | 3階 | 2人 | 1 | 13.67 m ² ～ 13.67 m ² | |
| | 4階 | 1人 | 4 | 9.625 m ² ～ 9.625 m ² | |
| | 4階 | 2人 | 1 | 13.5 m ² ～ 13.5 m ² | |
| 一 時 介 護 室 | 階 | 定員 | 室数 | 面積 | |
| | | | | m ² ～ m ² m ² ～ m ² | |
| 便 所 | 居室 | 設置なし | 共同便所 | 13 箇所 (男女共用) | |
| 浴 室 | 居室 | 設置なし | 共同浴室 | 個浴：なし 大浴槽：1 機械浴：1 | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| 食 堂 | 兼用 | | なし () | | |
| | 併設施設との共用 | | なし () | | |
| その他の共用施設 | なし () | | | | |
| エレベーター | あり 1 基 | | | | |
| 消 防 設 備 | 自動火災報知設備：あり | | 火災通報装置：あり | スプリンクラー：あり | |
| 緊急呼出装置 | 居室：あり | 便所：あり | 浴室：あり | 脱衣室：あり | |

3 従業者に関する事項

| 職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-------|--------|--------|
| ① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態 | | | | | | | | |
| 職種 | 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 | 兼務状況 等 |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | |
| 管理者（施設長） | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 生活相談員 |
| 生活相談員 | | | 1 | | | 1人 | 0.5 | 管理者 |
| 看護職員：直接雇用 | | | | 4 | | 4人 | 1.1 | |
| 看護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 介護職員：直接雇用 | | | | 5 | | 5人 | 1.0 | |
| 介護職員：派遣 | | | | | | 0人 | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | 0人 | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | 0人 | | |
| 栄養士 | | | | | | 0人 | | |
| 調理員 | | | | 5 | | 5人 | 2.1 | |
| 事務員 | | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| その他従業者 | | 1 | | | | 1人 | 1.0 | |
| ② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 40 時間 | | |

| ③-1 介護職員の資格 | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|------|-----|---------------------|-----|-------|------------|---------|-----|---------|-----|--|--|--|--|
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | | | | | |
| 介護福祉士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実務者研修 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員初任者研修 | | | | 5 | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（不特定） | | | | | | | | | | | | | | | |
| たん吸引等研修（特定） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格なし | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③-2 機能訓練指導員の資格 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格 | 延べ 人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | | | | | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | | 4 | | | | | | | | | | | |
| 柔道整復師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり師又はきゅう師 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③-3 管理者（施設長）の資格 | | | | | | なし | | | | | | | | | |
| ④ 夜勤・宿直体制 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配置職員数が最も少ない時間帯 | | | | 18 時 30 分～ 7 時 30 分 | | | | | | | | | | | |
| 上記時間帯の職員配置数 | | | | 介護職員 1 人以上 | | | 看護職員 0 人以上 | | | | | | | | |
| 従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤続 年数 | 職種 | 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 | | | | |
| 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 | | | 3 | | 3 | | | | | | | | | | |
| 10年以上 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |
| 合計 | | 0 | 4 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |

4 サービスの内容

| 提供するサービス | |
|-----------------------|---|
| 食事の提供サービス | あり（直営） |
| 食事介助サービス | なし |
| 入浴介助サービス | なし |
| 排せつ介助サービス | あり |
| 居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス | あり |
| 相談対応サービス | あり |
| 健康管理サービス（定期的な健康診断実施） | あり |
| 服薬管理サービス | あり |
| 金銭管理サービス | あり |
| 定期的な安否確認の方法 | 巡回は基本的に日中午前2回・夜間4回。 但し、入居者の状態に合わせ適宜対応する。 |
| 施設で対応できる医療的ケアの内容 | 医療的ケアの対応はしていない。病気・ケガによる治療は医療機関で受診し、医療費は入居者負担。 |
| 医療機関との連携・協力 | |
| | 名称 医療法人社団横山三慶会 橋本クリニック |
| | 所在地 東京都練馬区東大泉1-19-35 三慶ビル |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| 協力医療機関(1) | 協力の内容 | 診療科目：内科・循環器科・消化器科・外科 リハビリテーション科・皮膚科 利用者実費負担・希望者は訪問診療が利用でき、緊急時の相談に対応。特定の主治医との併用可。当館からの距離3km |
| | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 協力医療機関(2) | 協力の内容 | |
| | 名称 | フォレストデンタルクリニック |
| | 所在地 | 東京都西東京市東町3-1-13 西東京ケアコミュニティそよ風1階 |
| 協力歯科医療機関 | 協力の内容 | 診療科目：歯科（歯科に係る健康指導・相談） 利用者実費負担・希望者は訪問診療を利用でき、緊急時は可能な限り対応。当館からの距離約2km。 |
| | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 利用者の個別的な選択によるサービス提供 | | あり |
| 運営懇談会の開催 | | なし（年 回予定） |
| 入居者の人数が少ないなどのため実施しない場合の代替措置 | | 入居者及び入居者の家族・身元保証人等との個別の連絡体制を確保し、定期的に個別面談を実施している。 |
| 自費によるショートステイ事業 | | あり |
| 入居に当たっての留意事項 | | |
| 入居の条件 | 年齢 | 60歳以上を基本とする |
| | 要介護度 | 自立・要支援・要介護の方 |
| | 医療的ケア | 対応していない |
| | 認知症 | 受け入れ可 |
| | その他 | なし |
| 身元引受人等の条件、義務等 | 入居者は、身元保証人を予め定める。*詳細は入居契約書第6章参照。 | |
| 体験入居 | 利用期間 | 利用の上限：1泊2日 |
| | 利用料金 | 11000円（宿泊費・介護サービス込み） |
| | その他 | 食費 1食 540円 別途 |
| 入院時の契約の取扱い | 契約は継続し、退院後は入院前の居室に戻れる。 また、食費は入院翌日から請求しない。 | |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続 | 切迫性・非代替性・一時性の3要素を満たす場合に限り多職種で協議し、やむを得ない場合は本人・家族・身元保証人等に説明・同意を得た上で行う。また、身体拘束を行った場合は、記録し要件に該当しなくなった場合には、直ちに解除するよう観察・再検討を行う。 | |
| 事業者からの契約解除 | 虚偽の事項記載等不正手段による入居、賃料その他支払いをしばしば延滞する等 *詳細は入居契約書第29条参照 | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | |
| 一時介護室への移動 | なし | |
| 判断基準・手続 | | |
| 利用料金の変更 | | |
| 前払金の調整 | | |
| 従前居室との仕様の変更 | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|----|
| その他の居室への移動 | あり | | |
| 判断基準・手続 | 常時見守りが必要となった場合。御本人・御家族・身元保証人等の承諾を得て、ヘルパーステーションがある1階居室に移動して頂くことがある。 | | |
| 利用料金の変更 | 移動後の居室の利用権を付与する。 (月額利用料が移動により変更となる場合がある) | | |
| 前払金の調整 | なし | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | 居住面積の増減あり | | |
| 提携ホーム等への転居 | なし | | |
| 判断基準・手続 | | | |
| 利用料金の変更 | | | |
| 前払金の調整 | | | |
| 従前居室との仕様の 変更 | | | |
| 苦情対応窓口 | | | |
| 窓口の名称1 | シルバー館 苦情受付 | | |
| 電話番号 | 03-3928-0121 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金 (祝日・年始年末を除く)) | | |
| 窓口の名称2 | シルバー支援センター 苦情受付 | | |
| 電話番号 | 03-3928-0125 | | |
| 対応時間 | 9:00 ~ 17:00 (月~金 (祝日・年始年末を除く)) | | |
| 窓口の名称3 | 練馬区石神井総合福祉事務所 | | |
| 電話番号 | 03-5320-4537 | | |
| 対応時間 | 8:30 ~ 17:15 (月~金 (祝日・年始年末を除く)) | | |
| 賠償責任保険の加入 | あり 保険の名称： あいおいニッセイ同和損保・社会福祉事業者賠償責任保険 | | |
| 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | | | |
| 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 | なし | | |
| 東京都福祉サービス第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |
| その他機関による第三者評価の実施 | なし | 結果の公表 | なし |

5 入居者

| | | | | | | | | |
|------------------------|----------|--------------|--------------|------------------|----------------|-------|------|------|
| 介護度別・年齢別入居者数 | 平均年齢： | 74.8 歳 | 入居者数合計： | 26 人 | | | | |
| 年齢 \ 介護度 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 65歳未満 | 1 | | | 1 | 2 | 1 | 1 | |
| 65歳以上75歳未満 | | | | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | | | | 1 | 3 | | 2 |
| 85歳以上 | | | 1 | | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 合計 | 2 | 0 | 1 | 2 | 5 | 8 | 5 | 3 |
| 入居継続期間別入居者数 | | | | | | | | |
| 入居期間 | 6月未満 | 6月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 | 合計 | |
| 入居者数 | 3 | 1 | 9 | 13 | | | 26 | |
| 男女別入居者数 | 男性： 19 人 | | 女性： 7 人 | | | | | |
| 入居率（一時的に不在となっている者を含む。） | | | | 65 %（定員に対する入居者数） | | | | |

| | | |
|---|-------------------------|-----------|
| 前払金の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | | |
| 償却開始日 | | |
| 返還対象としない額 | | |
| | 位置づけ | |
| 契約終了時の返還金の算定方式 | | |
| 短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式 | 期間：3か月 | 起算日：入居した日 |
| | | |
| 返還期限 | 契約終了日から | 日以内 |
| 保全措置 | 保全先： | |
| その他留意事項 | | |
| 月額利用料の取扱い | | |
| 支払日・支払方法 | 毎月末までに翌月分支払い | |
| その他留意事項 | 月途中入退去の場合は日割り計算 | |
| 利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | 一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり） | |
| 料金改定の手続 | | |
| 経済情勢の変動、公租公課の増減、近隣との比較等により不相当となった時は、料金の改定手続を行う。 | | |

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

| | | | |
|---|---------|-----|---------|
| プランの名称 | Bプラン | | |
| 単位：円 | | | |
| 入居準備費用 | 敷金 | 前払金 | 月額利用料 |
| 0 | 150,000 | 0 | 130,000 |
| ※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。 | | | |

7 入居希望者等への事前の情報開示

| | | | |
|----------|----------|---------|---------|
| 入居契約書の雛形 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の要旨 | 公開していない |
| 管 理 規 程 | 入居希望者に公開 | 財務諸表の原本 | 公開していない |
| 事業収支計画書 | 公開していない | その他開示情報 | なし |

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。

_____年 月 日

署名 _____ 印

説明年月日
_____年 月 日

説明者職・氏名

職

氏名 _____ 印

介護サービス等の一覧表(参考様式)

| 区分 サービス | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------|---------------------------------|---------------------|----------------|---------------------|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの | その都度徴収するサービス(料金を表示) |
| <介護サービス> | | | | |
| 巡回 日中 | ○(2回) | | ○(2回) | |
| 巡回 夜間 | ○(4回) | | ○(4回) | |
| 食事介助 | | | | ▲ |
| 排泄介助 | (○) | | (○) | ▲ |
| おむつ交換 | (○) | | (○) | ▲ |
| おむつ代 | | 実費 | | 実費 |
| 入浴(一般浴)介助 | | | | ▲ |
| 清拭 | | | | ▲ |
| 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 | | | | ▲ |
| 通院介助 (協力医療機関) | | | | ▲ |
| 通院介助 (上記以外) | | | | ▲ |
| 緊急時対応 | ○ | | ○ | |
| オンコール対応 | ○ | | ○ | |
| <生活サービス> | | | | |
| 居室清掃 | | ○ | | ▲ |
| リネン交換 | | ○ | | ▲ |
| 日常の洗濯 | | | | ▲ |
| 居室配膳・下膳 | | | | ▲ |
| 嗜好に応じた特別食 | | 実費 | | 実費 |
| おやつ | | 実費 | | 実費 |
| 理美容 | | 実費 | | 実費 |
| 買物代行(通常の利用区域) | | ○ | | ▲ |
| 買物代行(上記以外の区域) | | ○ | | ▲ |
| 役所手続き代行 | | ○ | | ○ |
| 金銭管理サービス | ○ | | ○ | |

| 区分 サービス | (自 立) | | (要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分) | |
|------------------|---------------------------------|---------------------|---|--|
| | 追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) | 追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○ | その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲ |
| <健康管理サービス> | | | | |
| 定期健康診断 | | | | |
| 健康相談 | 随時 | | 随時 | |
| 生活指導・栄養指導 | | | | |
| 服薬支援 | 随時 | | 随時 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | 随時 | | 随時 | |
| 医師の訪問診療 | | 実費 | | 実費 |
| 医師の往診 | | 実費 | | 実費 |
| <入退院時、入院中のサービス> | | | | |
| 移送サービス | | 応相談 | | 応相談 |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | | 応相談 | | 応相談 |
| 入退院時の同行(上記以外) | | 応相談 | | 応相談 |
| <その他サービス> | | | | |
| 1<館内の介護・介助> | 10分 500円 | 20分 1000円 | 30分 1500円 | 60分 2500円 |
| 2<館外の介護・介助・付添> | 10分 650円 | 20分 1300円 | 30分 1800円 | 60分 3000円 |

施設名：シルバー館

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

| 指針項目 | 該当に○ | 備考 |
|--|---------|----------------------------------|
| 安定的・継続的な居住の確保のための項目 | | |
| 1 有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 2 借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実にものとするため、指針4(3)から(5)までに定めるすべての要件を満たしているか。 | 適合 | ○ 非該当 |
| 緊急時の安全確保のための項目 | | |
| 3 有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。 | 適合 | ○ 不適合 用途区域は店舗・事務所・下宿 |
| 4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 5 各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 6 【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ○ 適合 | 不適合 非該当 |
| 7 消防法施行令に定める消防用設備(スプリンクラー設備等)を設置し、消防機関の検査を受けているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目 | | |
| 8 各居室は界壁により区分されているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上(既存の建築物を転用した場合等で必要な要件を満たした場合は7.43㎡以上)であるか。 | 適合 | ○ 不適合 一人部屋： 二人居室： |
| 10 すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。 | 適合 | ○ 不適合 費用の点で相部屋を希望されるケースがある |
| 11 入居時及び定期的に健康診断を受ける機会を提供しているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 12 緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。 | ○ 適合 | 不適合 |
| 入居者の財産を保全するための項目 | | |
| 13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。 | 適合 | ○ 非該当 保全先： |
| 14 前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。) | 適合 | ○ 非該当 初期償却率： % |
| 15 入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。 | 適合 | ○ 非該当 |

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。