

有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	ホスピス対応型住宅リベル 日野		
定員・室数	38 人 ・ 38 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	利用権方式		
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	定員1人		
1 事業主体			
名 称	法人等の種別 営利法人		
	フリカナ	カブシキカイシャリベルケア	
名 称	株式会社リベルケア		
主たる事務所の所在地	〒	450-6411	
	愛知県名古屋市中村区名駅三丁目28番12号		
連 絡 先	電 話 番 号	052-856-5682	
	ファックス番号		
ホームページ	http://www.libercare.jp		
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名 清原 達観
設 立 年 月 日	平成29年2月24日		
主 な 事 業 等	訪問看護、訪問介護、居宅介護支援、住宅型有料老人ホームなどの運営		
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	訪問介護リベル 日野	東京都日野市万願寺5-6-10
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	1	訪問看護リベル 日野	東京都日野市万願寺5-6-10
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	1	訪問看護リベル 日野	東京都日野市万願寺5-6-10
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

名称	フリカナ	ホスピス対応型住宅リベル 日野				
所在地	〒 191-0024	東京都日野市万願寺5-6-10				
連絡先	電話番号	042-843-2805				
	ファックス番号	042-843-2806				
ホームページ	https://www.libercare.jp/location/hospice/hino/					
管理者職氏名	役職名	管理者	氏名	松山 里美		
事業開始年月日	令和7年9月1日					
届出年月日	令和7年8月20日					
届出上の開設年月日	令和7年9月1日					
事業所へのアクセス	多摩モノレール「万願寺」より徒歩 約12分					
施設・設備等の状況						
敷地	権利形態	—	抵当権	あり		
	面積	883.83 m ²				
建物	権利形態	賃貸借	抵当権	あり		
	延床面積	1302.49 m ²	うち有料老人ホーム分	1290.07 m ²		
	竣工日	令和7年7月12日				
	階数	地上		3階	地下	0階
		うち有料老人ホーム分		地上	1~3階	地下
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	老人ホーム		
併設施設等	あり (訪問介護事業所、訪問看護事業所)					
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	令和7年9月1日 ~ 令和42年8月31日			
		自動更新	あり			
居室	階	定員	室数	面積		
	1階	1	6	14.28 m ²	~ 14.93 m ²	
	2階	1	16	13.04 m ²	~ 16.34 m ²	
	3階	1	16	13.04 m ²	~ 16.34 m ²	
				m ²	~ m ²	
一時介護室	階	定員	室数	面積		
				m ²	~ m ²	
居室内の設備等	便所	一部あり				
	洗面	全室あり				
	浴室	なし				
	冷暖房設備	全室あり				
	電話回線	なし ()				
	テレビアンテナ端子	全室あり (テレビ等の設置各自、NHK等の受診は契約も料金負担も各自)				

共同便所	5 箇所	(男女共用)		
共同浴室	個浴： 1	大浴槽： 0	機械浴： 2	
	併設施設との共用	なし ()		
食堂	兼用	あり	(機能訓練室)	
	併設施設との共用	なし ()		
その他の共用施設	あり (相談室)			
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	訪問看護リベル 日野 管理者と兼務
生活相談員						0人		
看護職員：直接雇用			12			12人	4.8	訪問看護リベル 日野 看護職員と兼務
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用			9			9人	1.8	訪問介護リベル 日野 介護職員と兼務
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						0人		
事務員						0人		
その他従業者			3			3人		

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					
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					
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

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯	20 時 0 分～ 7 時 0 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年以上3年未満											
3年以上5年未満											
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		0	0	0	0	0	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	なし	
口腔衛生管理サービス	なし	
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	なし	
金銭管理サービス	なし	
定期的な安否確認の方法	居室訪問にて安否を確認。（日中随時、夜間1回）	
施設で対応できる医療的ケアの内容	協力医療機関、併設の訪問看護・訪問介護サービスと連携しての提供を行う。主に医師の指示の通り、「バイタルチェック等の健康管理、抹消点滴の管理、経鼻胃管・胃ろうの管理、ストマ管理・インスリン管理等の医療行為を伴う内容」にて対応可能。	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	あいクリニック
	所在地	東京都多摩市貝取1431-3
	協力の内容	受診、治療、健康診断、健康相談その他医療全般
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	協力の内容	
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	
	名称	
	所在地	
協力歯科医療機関	名称	
	所在地	
	協力の内容	
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	あり（年1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		
自費によるショートステイ事業	なし	
入居に当たっての留意事項		
入居の条件	年齢	概ね60歳以上の方、又は介護保険利用者。60歳未満の方であっても日常生活を送ることが困難な方はご相談ください。
	要介護度	自立、要支援、要介護
	医療的ケア	必要とする
	認知症	応相談（医療的ケアを必要とする）
	その他	医療的ケアが必要な方を優先する
身元引受人等の条件、義務等	<ul style="list-style-type: none"> 入居者には身元引受人を定めていただきます。 利用契約から生ずる、利用者のすべての債務の連帯保証。（但し、保証人が利用者と連帯して保証する金額には、限度額を定めています。詳細については、入居契約書を参照ください。） 入居契約終了時の入居者の身柄引取り。 入居契約終了時に入居者が生存していない場合の慰留金品の引取り。 	
体験入居	利用期間	7泊8日までとさせていただきます。
	利用料金	1泊あたり22,000円で実施します。（食費3食分含む）

	その他	体調により受診をお願いすることがあります。 当方で受診対応は行いません。
入院時の契約の取扱い		不在期間でも家賃、管理費が発生します。

高齢者虐待防止のための取組の状況	指針の整備	あり
	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	(年 2 回)
	定期的な研修の実施	(年 2 回)
	担当者の役職名	管理者
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	指針の整備	あり
	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	(年 4 回)
	定期的な研修の実施	(年 2 回)
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	あり
	身体的拘束を行う場合の様態及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	あり
	やむを得ず身体拘束を行う場合の手続	当該入居者又は他の入居者、職員の生命又は身体保護するためにやむを得ない場合を除き、身体拘束及び行動を制限する行為(以下「身体拘束等」といいます。)を行わないことを原則とします。ただし、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合は、あらかじめ非代替性、一時性、切迫性の3つの要件の充足性についてそれぞれ検討の上、その態様及び時間、その際の当該入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するとともに、事前に家族等に説明し同意を得るものとします。 ※3つの要件については、職員の個人判断ではなく、関係者が幅広く参加した委員会で検討します。 ※3つの要件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	あり
	災害に関する業務継続計画	あり
	職員に対する周知の実施	あり
	定期的な研修の実施	(年 2 回)
	定期的な訓練の実施	(年 2 回)
	定期的な業務継続計画の見直し	あり
事業者からの契約解除	<p>入居者が次のいずれかに該当し、かつ、そのことが入居契約を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、事業者は入居契約を解除することができます。</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 ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき ③入居契約書第19条の規定に違反したとき ④入居者及びその家族の行動が、他の入居者又は職員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等ではこれを防止することができないとき ⑤入居者又はその家族が第三者を利用して、次に掲げる行為をしたとき (1)他の入居者又は職員に対して脅迫的な言動又は暴力を用いる行為 (2)偽計又は威力を用いて事業者の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為</p>	
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	<p>判断基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者またはその家族からの要望 ・入居者の容態変化 ・入居者に対する介護・看護サービス等処遇内容の変化 ・他の入居者に対する特別な配慮 <p>手続</p> <p>入居者やその家族様に対する説明を行い、同意を得るものとします。居室の住み替えにより入居者の権利や利用料金等に重大な変更が生じる場合は、前文の手続きとあわせ、次に掲げる手続を事業者が定める様式をもって行うものとします。</p> <p>①緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける。 ②住み替え後の居室の概要、費用負担の増減等について、入居者及び身元引受人等の説明を行う。 ③入居者の同意を得る。ただし入居者が自ら判断できない状況にある場合にあっては、身元引受人等の同意を得る。 ④医師の意見を聴く。</p>	
利用料金の変更	移動先の料金形態に準じます。	
前払金の調整	なし	
従前居室との仕様の変更	間取りが異なる場合があります。	

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	ホスピス対応型住宅リベル 日野		
電話番号	042-843-2805		
対応時間	8:30 ~ 17:30 (月曜~日曜)		
窓口の名称2	株式会社リベルケア		
電話番号	052-856-5682		
対応時間	9:00 ~ 18:00 (平日)		
窓口の名称3	東京都 福祉局 高齢者施策推進部 施設支援課 有料老人ホーム担当		
電話番号	03-5320-4296		
対応時間	8:30 ~ 17:00 (平日)		
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称:		
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	あり		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢：	歳	入居者数合計：	0 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								
65歳以上75歳未満								
75歳以上85歳未満								
85歳以上								
合計	0	0	0	0	0	0	0	0

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							0

男女別入居者数	男性：	人	女性：	人
---------	-----	---	-----	---

入居率（一時的に不在となっている者を含む。）	0 %（定員に対する入居者数）
------------------------	-----------------

直近1年間に退去した者の人数と理由			
理由	人数	理由	人数
自宅・家族同居		その他の福祉施設・高齢者住宅等へ転居	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居		医療機関への入院	
介護老人保健施設へ転居		死亡	
介護療養型医療施設へ転居		その他	
他の有料老人ホームへ転居		退去者数合計	0

6 利用料金

入居準備費用	なし	円
--------	----	---

明内細訳	
支払日・支払方法	
解約時の返還	

敷金	あり	※Cプランの場合は、敷金あり（家賃3か月分）
金額	161,100 円	※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。

家賃及びサービスの対価							
プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)				
			家賃	管理費	介護費用	食費	光熱水費
プランA	0円	195,000円	53,700	30,000	24時間ケアサポート費 (¥85,380)	25,920	管理費に含む
プランB	0円	109,620円	53,700	30,000	-	25,920	管理費に含む
プランC	0円	109,620円	53,700	30,000	-	25,920	管理費に含む
		0円					
前払金	月額単価（ 円）×想定居住期間（ 月）により算出						
	（月額単価の説明）						
家賃	（想定居住期間の説明）						
	建物所有者への支払う賃料、近隣有料老人ホームの家賃相場、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、長期に渡って安定的な経営ができるような利用料金に設定しております。						
管理費	施設の維持・管理費、水光熱費、厨房運営費を勘案して設定しています。						
各料金の内訳・明細	介護費用	「24時間ケアサポート費」85,380円/月（Aプランのみ） 「医療保険および介護保険の適用範囲外」で以下サービスを提供します。 ①見守り・巡視巡回 ②生活・療養支援・個別健康管理（1回につき5分～30分程度目安） 移動・移乗、食事介助、排泄/おむつ交換、入浴、身辺介助 ③その他（1回につき5分～10分程度目安） 生活リズムの記録、ナースコールによる対応、食事の配膳、 他必要に応じてご相談（看護師または介護士による保険外サービス） ※症状・状態によって内容は変わります。 詳細はご本人・ご家族と相談の上、看護管理者・介護管理者の判断により決定します。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。					
		朝食 216 円・昼食 324 円・夕食 324 円 間食 含まず 円 1日当たり 864 円 × 30日で積算					

食費	(食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 前日の17:00までに欠食連絡があった場合は無料
光熱水費	管理費に含みます

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	指定日に口座振替
その他留意事項	おむつ代、洗濯代、リネン代は実費 (おむつ代660円/日、洗濯代165円/日、リネン代110円/日)

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	<p>月払いの利用料を改定する場合には、次の措置を講じます。</p> <p>①改定する利用料の収支状況等や目的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、人件費等を勘案した改定理由について、運営懇談会の意見を聴く</p> <p>②改定に当たっては、入居者・身元引受人へ事前に通知する</p>
---------	---

【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	Aプラン		
	単位：円		
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	0	0	195,000
※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	

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

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>署名 _____</p>
--

<p>説明年月日</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p>説明者職・氏名</p> <p>職 _____</p> <p>署名 _____</p>
--

介護サービス等の一覧表(参考様式)

区分	(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を含む)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)
サービス			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を含むサービスに○	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▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○		○	
巡回 夜間	○		○	
食事介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
排泄介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
おむつ交換		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
おむつ代				660円/日
入浴(一般浴)介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
清拭		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
特浴介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
身辺介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
・体位交換		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
・居室からの移動		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
・衣類の着脱		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
・身だしなみ介助		※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、 「24時間ケアサポート費」を含む
口腔衛生管理				
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		110円/日		110円/日
日常の洗濯		165円/日		165円/日
居室配膳・下膳	○		○	
嗜好に応じた特別食		実費		実費
おやつ				
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	(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を含む)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)
サービス			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を含むサービスに○	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	機会を設ける	実費	機会を設ける	実費
健康相談	○	医師による相談は実費	○	医師による相談は実費
生活指導・栄養指導				
服薬支援				▲ ※Aプランの場合、「24時間ケアサポート費」を含む
生活リズムの記録(排便・睡眠等)		※Aプランの場合、「24時間ケアサポート費」を含む		▲ ※Aプランの場合、「24時間ケアサポート費」を含む
医師の訪問診療		医療保険		医療保険
医師の往診		医療保険		医療保険
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス				
入退院時の同行(協力医療機関)				
入退院時の同行(上記以外)				
入院中の洗濯物交換・買物				
入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>		「生活支援パック」594円/日 (希望者のみ) (寝衣、タオル類、口腔ケアグッズ、生活消耗品)		「生活支援パック」594円/日 (希望者のみ) (寝衣、タオル類、口腔ケアグッズ、生活消耗品)

施設名:ホスピス対応型住宅リベル 日野

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なものとするため、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	・	不適合 ・ 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	
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	
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	
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	・	不適合 ・ 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	・	不適合 ・ 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	・	不適合 ・ 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。