

## 有料老人ホーム重要事項説明書（住宅型専用）

施設名	戸倉ヴィラ	
定員・室数	17人・17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	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	エリーエーカブシキガイシャ	株式会社
主たる事務所の所在地	〒192-0919	東京都八王子市七国6-35-1	
連絡先	電話番号	042-636-8794	
	ファックス番号	042-637-3474	
ホームページ	<a href="http://tokura-villa.com">http://tokura-villa.com</a>		
代表者職氏名	役職名	代表取締役	氏名 梅本 勝也
設立年月日	平成22年1月5日		
主な事業等	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	なし		
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	4	デイサービス戸倉ヴィラ	あきる野市戸倉519-2
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 称	フリカヽナ	トカラヴィラ
名 称	戸倉ヴィラ	
所 在 地	〒 190-0173	東京都あきる野市戸倉519-2
連 絡 先	電 話 番 号	042-588-5215
	ファックス番号	042-588-5215
ホ ー ム ペ ー ジ	<a href="http://tokura-villa.com">http://tokura-villa.com</a>	
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長
	氏名	橋本 貴英
事 業 開 始 年 月 日	平成 22 年 2 月 1 日	
届 出 年 月 日	平成 23 年 10 月 23 日	
届出上の開設年月日	平成 23 年 11 月 1 日	
事業所へのアクセス	JR武蔵五日市線 武蔵五日市駅下車 西東京バス①番乗り場 西東京バス養沢・数馬・藤倉・小岩行き (10分乗車3.5km) 西戸倉下車 (徒歩300m)	

### 施設・設備等の状況

敷 地	権利形態	一	抵当権	なし
	面 積	831 m <sup>2</sup>		
建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	なし
	延床面積	631.42 m <sup>2</sup>	うち有料老人ホーム分	561.42 m <sup>2</sup>
	竣工日	平成 22 年 1 月 26 日		
	階 数	地上 2 階	地下 0 階	
		うち有料老人ホーム分	地上 2 階	地下 0 階
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	共同住宅
賃貸借契約の概要	併設施設等	あり	( デイサービス戸倉ヴィラ )	
	建物	契約期間	平成23年8月1日	～ 令和11年9月30日
		自動更新	あり	
居 室	階	定員	室数	面積
	1階	1人	8室	16.5 m <sup>2</sup> ~ 16.5 m <sup>2</sup>
	2階	1人	9室	16.5 m <sup>2</sup> ~ 16.5 m <sup>2</sup>
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>
				m <sup>2</sup> ~ m <sup>2</sup>
居 室 内 の 設 備 等	便 所	全室あり		
	洗 面	全室あり		
	浴 室	なし		
	冷暖房設備	全室あり		
	電話回線	全室あり	( NTT 固定電話回線 )	
	テレビアンテナ端子	全室あり	( 地上デジタル BS 放送 )	

共同便所	3箇所	(男女別)				
共同浴室	個浴：1 併設施設との共用	大浴槽：1 あり(午前中デイサービス使用)	機械浴：0			
食堂	兼用 併設施設との共用	なし 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：一部あり	浴室：一部あり	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	介護職員兼務
生活相談員						0人		
看護職員：直接雇用						0人		
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用	1	3	5	1	10人	4.5	常勤・非常勤の非専従 職員4名デイサービス 職員兼務	
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	2		2			4人	2.2	
事務員						0人		
その他従業者						0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	1	4		5	1	
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	0	0		0	0	
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 介護福祉士

#### ④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 18時0分～9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
1年未満										
1年以上3年未満				3	5					
3年以上5年未満				1						
5年以上10年未満					1					
10年以上										
合計		0	0	4	6	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		あり
入浴介助サービス		あり
排せつ介助サービス		あり
口腔衛生管理サービス		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	起床・就寝・食事・10時・15時お茶・2時間毎昼夜巡視確認 状況に応じ（体調・本人希望等）確認回数を増減	
施設で対応できる医療的ケアの内容	医師または、看護師の指示にて介護職員が行うバイタル測定・体位変換・服薬支援・軟膏塗布等を実施	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	小机クリニック
	所在地	東京都あきる野市小中野160
	協力の内容	内科・循環器・外科入居者様の健康管理・指導・緊急時対応・往診等 費用 医療費自己負担額1割～3割
協力医療機関(2)	名称	しみず在宅クリニック
	所在地	東京都あきる野市野辺1028-2
	協力の内容	訪問診療 往診（在宅総合診療）契約者のみ 費用 医療費自己負担1割～3割
新興感染症発生時に連携する医療機関	有無	なし
	名称	
	所在地	
協力歯科医療機関	名称	岡山歯科医院
	所在地	東京都八王子市北野台4-27-2
	協力の内容	往診治療・義歯作成 費用 医療費自己負担1割～3割
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2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 その他応相談
	要介護度	自立・要支援1～要介護5まで可能
	医療的ケア	疥癬・胃瘻等不可・その他は応相談
	認知症	可（但し徘徊・暴力等周辺症状が著しい場合は不可）
	その他	入居時保証人がいない場合は不可
身元引受人等の条件、義務等	入居者様の家賃の未払い等の債権は、連帯してその債務を負うものとする	
体験入居	利用期間	2泊3日まで
	利用料金	1泊8080円（食事1食540円×2食及び宿泊費・介護サービス費等が含まれます）
	その他	空室がある場合のみ利用可能
入院時の契約の取扱い	入院中は、食費（1食648円税込）基本介護サービス費（5000円/月）生活支援費（15000円/月）は徴収しないものとする。また入院期間が1ヶ月を超える場合は、「家賃相当額」及び「光熱水費」のみを支払うものとする。	

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 4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	判断基準として以下の3つの条件を満たすものとする。切迫性・利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる危険性が著しく高いこと。非代替性・身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法が無いこと。一時性・身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。また身体拘束に関する説明を家族を行い、説明書へ同意して頂く。また早期に身体拘束を解除するため、心身の状態等を経過観察記録に記入し必要に応じてカンファレンスを開催する。
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	賃料・管理費等契約に伴い、支払い義務を違反した場合において、相当期間を定めて、当該義務の履行を催促したにも関わらず、その期間内にその義務が履行されない場合。また入居者に14日前の解除の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができる。	
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	入居者の希望又は、心身の状況にて居室を移動する場合がある。	
利用料金の変更	なし	
前払金の調整	なし	
従前居室との仕様の変更	なし	
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	戸倉ヴィラ	
電話番号	042-588-5215	
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日 ~ 金曜日)	
窓口の名称2	LEA株式会社	
電話番号	042-636-8794	
対応時間	9:00 ~ 18:00 (月曜日 ~ 金曜日)	
窓口の名称3	あきる野市役所高齢者支援課	
電話番号	042-558-1111	
対応時間	9:00 ~ 17:00 (月曜日 ~ 金曜日)	
賠償責任保険の加入	あり	保険の名称：東京海上日動火災 施設賠償責任保険
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	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 : 89.4 歳		入居者数合計 : 17 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					1	1	1	1	
85歳以上					3	5	3	1	1
合計		0	0	0	3	6	4	2	2

### 入居継続期間別入居者数

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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	8	0	7	2	0	0	17

### 男女別入居者数

男性 : 3 人 女性 : 14 人

入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) 100 % (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	1	医療機関への入院	
介護老人保健施設へ転居		死亡	7
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	8

## 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	
金額	420,000 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
生活支援費利用なし	なし	179,560円	70,000	40,000	5,000	61,560	3,000
生活支援費利用あり	なし	194,560円	70,000	40,000	20,000	61,560	3,000
		0円					
		0円					

各料金の内訳 ・明細	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)
(想定居住期間の説明)		
家賃	近傍同種の賃貸住宅平均坪単価4,500円にて算出	
管理費	40000円共有部分(1階大浴場・2階個浴場・障がい者トイレ・健常者トイレ・食堂・多目的室・駐車場管理)日常清掃費(建物内外)維持管理費・人件費・修繕費	
介護費用	介護保険サービス利用単価を参考にし、その金額を算定根拠とする。 <基本介護サービス費5,000円/月> 夜間見守り・ナースコール対応・緊急時対応等人件費・自立の方は生活支援費15,000円を頂きます。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
食費	朝食 648 円・昼食 648 円・夕食 648 円 間食 108 円 1日当たり 2,052 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 2日前に職員への欠食の申し出を行う。	
光熱水費	上下水道代金月3000円+別途居室電気料金(東京電力と個人契約)	

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	当月分を10日までに銀行振り込み		
その他留意事 項	基本的には、銀行振り込みにて支払うものとする。		
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			
料金改定を行う際は、運営懇談会にて同意を得ることとする。			
【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	生活支援費利用なしプラン		
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
なし	420,000	なし	179,560
※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	ホームページ

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。	説明年月日 _____年_____月_____日
	説明者職・氏名 _____
年 月 日 _____	職 _____
署名 _____	署名 _____

## 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 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▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○2時間毎		○2時間毎	
巡回 夜間	○2時間毎		○2時間毎	
食事介助		30分当たり2000円+ 実費	★	
排泄介助		30分当たり2000円+ 実費	★	
おむつ交換		30分当たり2000円+ 実費	★	
おむつ代		実費	実費	
入浴(一般浴)介助		30分当たり2000円+ 実費	★ ★印について	
清拭		30分当たり2000円+ 実費	★ 原則として介護	
特浴介助		30分当たり2000円+ 実費	★ 保険サービスを	
身辺介助		30分当たり2000円+ 実費	★ 利用。介護保険	
・体位交換		30分当たり2000円+ 実費	★ 適用外サービス	
・居室からの移動		30分当たり2000円+ 実費	★ については30分	
・衣類の着脱		30分当たり2000円+ 実費	★ 当たり2000円	
・身だしなみ介助		30分当たり2000円+ 実費	★ を徴収します。	
口腔衛生管理		30分当たり2000円+ 実費	★	
機能訓練		30分当たり2000円+ 実費	★	
通院介助 (協力医療機関)		30分当たり2000円+ 実費	★	
通院介助 (上記以外)		30分当たり2000円+ 実費	★	
緊急時対応	○		○	
オンコール対応	○		○	
<生活サービス>				
居室清掃		30分当たり2000円+ 実費	★	
リネン交換		30分当たり2000円+ 実費	★	
日常の洗濯		30分当たり2000円+ 実費	★	
居室配膳・下膳		30分当たり2000円+ 実費	★	
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)		30分当たり2000円+ 実費	★	
買物代行(上記以外の区域)		30分当たり2000円+ 実費	★	
役所手続き代行		30分当たり2000円+ 実費	★	
金銭管理サービス		月当たり1000円		月当たり1000円

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		実費(年1回)		実費(年1回)
健康相談	○(介護職員による)		○(介護職員による)	
生活指導・栄養指導	○(介護職員による)		○(介護職員による)	
服薬支援	○		○	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	○		○	
医師の訪問診療		契約者のみ実費		契約者のみ実費
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				
入退院時の同行(協力医療機関)		1時間当たり2500円		1時間当たり2500円
入退院時の同行(上記以外)		1時間当たり2500円		1時間当たり2500円
入院中の洗濯物交換・買物		1時間当たり2500円		1時間当たり2500円
入院中の見舞い訪問		1時間当たり2500円		1時間当たり2500円
<その他サービス>				

施設名:戸倉ヴィラ

## 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
<b>安定的・継続的な居住の確保のための項目</b>			
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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	非該当 契約期間18年
<b>緊急時の安全確保のための項目</b>			
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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	共同住宅のため
4 耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	健常者トイレに設置なし
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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	
<b>入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目</b>			
8 各居室は界壁により区分されているか。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	
9 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13m <sup>2</sup> 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7.43m <sup>2</sup> 以上)であるか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	
<b>入居者の財産を保全するための項目</b>			
13 前払金について、規定された保全措置を講じているか。	<input checked="" type="radio"/> 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。)	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 適合	不適合	非該当

- ※ 開設日前にあっ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。