

有料老人ホーム重要事項説明書

施設名	クレストケア八王子	
定員・室数	53 人	53 室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
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
介護に関する職員体制	

1 事業主体

名 称	法 人 等 の 種 别		営利法人			
	フリガナ	カブシキガイシャクレストケア				
	名 称	株式会社クレストケア				
主たる事務所の所在地	〒	197-0012	東京都福生市加美平3-18-3			
連絡先	電 話 番 号	042-513-3775				
	ファックス番号	042-513-3778				
ホ ー ム ペ ー ジ	http://crestcare.jp					
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	細谷沙紀		
設立年月日	令和2年12月22日					
主な事業等	介護施設の運営/医療・介護に対するコンサルタント業務					

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	ケアステーションさくら	八王子市石川町1248番地
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	フリガ カナ	クレストケアハチオウジ			
	名 称	クレストケア八王子			
所 在 地	〒 192-0032	東京都八王子市石川町1248番地			
連 絡 先	電 話 番 号	042-649-3261			
	ファックス番号	042-649-3262			
ホ ー ム ペ ー ジ	http://crestcare.jp				
介 護 保 険 事 業 所 番 号					
管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名 細谷沙紀		
事 業 開 始 年 月 日	令 和 3 年 10 月 1 日				
届 出 年 月 日					
届出上の開設年月日					
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日（初回）				
	指定の有効期間				
	まで				
介護予防	新規指定年月日（初回）				
特定施設入居者生活介護	指定の有効期間				
	まで				
事 業 所 へ の ア ク セ ス	JR八高線 北八王子駅より徒歩15分				

施設・設備等の状況

敷 地	権利形態	一	抵当権	あり
	面 積	2465. 78 m ²		
	権利形態	賃貸借	抵当権	あり

建物	延床面積	1721.64 m ²	うち有料老人ホーム分	1682.08 m ²		
	竣工日					
	階数		地上	2階	地下	階
		うち有料老人ホーム分	地上	2階	地下	階
	耐火構造	耐火建築物				
	構造	鉄骨造	建築物用途区分	老人ホーム(有料)		
賃貸借契約の概要	併設施設等	なし	()	
居室	契約期間		令和3年10月1日	～	令和28年9月30日	
	自動更新		なし			
	階	定員	室数	面積		
	1階	18人	18	15.68	m ²	～
	2階	35人	35	15.68	m ²	～
				m ²	～	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	5	箇所	(男女共用)
浴室	居室	設置なし	共同浴室	個浴：1	大浴槽：1	機械浴：0
		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	あり	(洗濯室・洗面室)				
居室内のテレビアンテナ端子	あり	()
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
	防火管理者	なし	防災計画	なし	施行令別表第一	
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	1.0	
生活相談員	1					1人	1.0	
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	4			7		11人	6.0	
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	2			3		5人	2.5	

事務員	1		2		3人	2.0	
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 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	2			6		
実務者研修	1					
介護職員初任者研修	2					
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 なし

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯 20時 30分～ 6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 人以上

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等

職種	実人数	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
計画作成担当者						
計画作成担当者						

⑤-1 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						

⑤-2 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											
⑤-3 看護職員及び介護職員 1人当たり（常勤換算）の利用者数				人							
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					3						
1年以上3年未満				1	3						
3年以上5年未満				3	1	1					
5年以上10年未満											
10年以上											
合計		0	0	4	7	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	あり	
入浴介助サービス	あり	
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	施設職員の定期的巡回（夜間は20：30／23：30／5：00の3回並びに毎食事に確認） 巡回では、居室ドア越しの見回りのみで、原則として居室の入室はしません。	
施設で対応できる医療的ケアの内容	医療的ケア対応不可	
医療機関との連携・協力		
協力医療機関(1)	名称	医療法人社団永生会 グリーングラス川口町クリニック
	所在地	東京都八王子市川口町1591-1
協力医療機関(1)	協力の内容	診療科目：内科・脳神経内科・泌尿器科・整形外科・眼科・皮膚科 所要時間：当施設より車で30分 協力内容： 1) 入居者の受診、治療、健康診断を行う。 2) 急変時の相談に協力する。 3) 専門医による治療や入院加療が必要な時、入居者に対し病院の紹介に努める。

協力医療機関(2)	名称	山内歯科医院	
	所在地	八王子市石川町2966-1	
協力歯科医療機関	協力の内容	診療科目：歯科 所要時間：当施設より車で5分 協力内容： 1) 入居者の往診、治療、口腔ケアの指導。 2) 入歯の手入れ。 3) 研磨、補填 4) 歯のクリーニング	
	名称		
介護保険加算サービス等	所在地		
	協力の内容		
介護保険加算サービス等			
個別機能訓練加算		なし	
夜間看護体制加算		なし	
看取り介護加算		なし	
医療機関連携加算		なし	
認知症専門ケア加算		なし	
サービス提供体制強化加算		なし	
介護職員処遇改善加算		あり(Ⅲ)	
介護職員等特定処遇改善加算		なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算		なし	
入居継続支援加算		なし	
テクノロジーの導入（入居継続支援加算関係）		なし	
生活機能向上連携加算		なし	
若年性認知症入居者受入加算		なし	
A D L維持等加算		なし	
科学的介護推進体制加算		なし	
口腔衛生管理体制加算		なし	
口腔・栄養スクリーニング加算		なし	
退院・退所時連携加算		なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施		なし	
短期利用特定施設入居者生活介護の算定		不可	
利用者の個別的な選択によるサービス提供		可	
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		あり	
入居に当たっての留意事項			
入居の条件	年齢	不問	
	要介護度	要介護1～5までを対象とします。	
	医療的ケア	常時	
	認知症	相談に応じます。	
	その他	感染症の方は入居できません。	
身元引受人等の条件、義務等	入居契約書第32条（身元引受人）及び第33条（連帯保証人）による。		

体験入居	利用期間 1週間 利用料金 1日あたり10,500円（お食事・入浴込み） その他 保証人（2名）となる人の連絡先が必要です。
入院時の契約の取扱い	入院中においても利用権が継続します。ただし、室料及び管理費を支払う必要があります。
やむを得ず身体拘束を行う場合の手続等	身体拘束の三要件に照らし、施設職員・主治医等関係者によるカンファレンスにおいて、緊急やむを得ない場合と判断された場合、本人及び身元引受人に説明した上で、実施する。実施中は記録を作成し、観察・モニタリングを行い早期の解除に努める。
高齢者虐待防止及び不当な侵害防止に向けた適切な対策	定期的に高齢者虐待防止の研修を行う。
職員に対する虐待防止研修・内部及び	高齢者虐待に関する施設内研修を年1回開催。
非常災害対策	非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難訓練等、必要な訓練を行います。
事業者からの契約解除	施設は、入居者が次の各号のいずれかに該当するときは、1か月の猶予期間を定めて本契約を解除することができる。 1. 入居者が利用料等支払義務に違反した場合において、履行催告にもかかわらず2か月以内に当該義務が履行されないとき。 2. 禁止又は制限行為に違反したとき。 3. 本物件、その付帯施設又はその敷地内を故意又は重大な過失により、汚損、破壊、又は滅失したとき。

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	居室移動によって生じたA・Bタイプの賃料の変更にも対応可能。	
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	身体的機能の低下や歩行困難な場合（車椅子・手押し車の使用等）、2階より1階へ居室を変更できる。入居者及び他の入居者の状況に応じ、入居者本人及び身元引受人と協議して判断する。	
利用料金の変更	居室移動によって生じたA・Bタイプの賃料の変更にも対応可能。	
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		
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	クレストケアハ王子相談窓口
電話番号	042-649-3261

対応時間	9:00 ~ 17:30 ()
窓口の名称2	八王子市役所 高齢福祉課
電話番号	042-620-7420
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日のみ)
窓口の名称3	東京都国民健康保険団体連合会
電話番号	03-6238-0177
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日のみ)
窓口の名称4	
電話番号	
対応時間	~ ()
賠償責任保険の加入	あり 保険の名称 :
介護サービス提供により 賠償すべき事故が発生し たときの対応	その内容 :
事故対応及びその予防の ための指針	
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
第三者による評価の実施状況	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 : 82.0 歳		入居者数合計 : 48 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						2				
65歳以上75歳未満	1				3	2	3	3		
75歳以上85歳未満	0	2			6	1	3	0		
85歳以上	1	2	2		4	5	6	1	1	
合計	2	4	2	13	10	12	4		1	

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	2	4	42				48

男女別入居者数 男性 : 27 人 女性 : 21 人

入居率 (一時的に不在となっている者を含む。) 91 % (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 退去者数合計 : 7 人

理由	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
自宅・家族同居				1					
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）へ転居								1	
介護老人保健施設へ転居									
介護医療院へ転居									
他の有料老人ホームへの転居									1
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居									
医療機関（入院）						2	1		
死亡								1	
その他									
合計	0	0	1	0	0	2	3	1	

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	家賃相当額の2ヶ月分	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		
Aタイプ	0円	150,000円	62,000	40,000		48,000			
Bタイプ	0円	155,000円	67,000	40,000		48,000			
		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)									
各料金の内訳 ・明細	家賃	居室の使用料として、近傍同種の家賃相当額を参考に設定 Aタイプ：一般的な居室/Bタイプ：角部屋							
	管理費	共用部の維持管理、共用の消耗品費、管理事務費、光熱水費、生活支援サービス費用等として設定							
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。							
	食費	朝食 400 円・昼食 600 円・夕食 600 円 間食	円	1日当たり	円 × 30日で積算	円など			
厨房管理運営費 (食事をキャンセルする場合の取扱いについて)									
返金せず。入院が1ヶ月を超えた場合に限り支払いを免状します。									
光熱水費 管理費に含む。									

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	
その他留意事項	

介護保険サービスの自己負担額

※要介護度に応じて利用料の1割(一定以上所得の場合2割)を負担する。

(30日換算・自己負担1割の場合) 単位：円

介護度	介護報酬	自己負担額
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		

加算の種類	算定	備考
個別機能訓練加算	なし	
夜間看護体制加算	なし	要介護のみ
看取り介護加算	なし	対象者のみ
医療機関連携加算	なし	対象者のみ
認知症専門ケア加算	なし	
サービス提供体制強化加算	なし	
入居継続支援加算	なし	
生活機能向上連携加算	なし	
若年性認知症入居者受入加算	なし	対象者のみ
ADL維持等加算	なし	
科学的介護推進体制加算	なし	
口腔衛生管理体制加算	なし	
口腔・栄養スクリーニング加算	なし	対象者のみ
退院・退所時連携加算	なし	対象者のみ
介護職員処遇改善加算	あり(Ⅲ)	
介護職員等特定処遇改善加算	なし	
介護職員等ベースアップ等支援加算	なし	

利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
料金改定の手続			
運営懇談会に諮った上で決定する。			
【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			
単位：円			
入居準備費用	敷金	前払金	月額利用料
0	124,000	0	150,000
※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
管理制度
事業収支計画書
財務諸表の要旨
財務諸表の原本
その他開示情報

添付書類： 介護サービス等の一覧表

八王子市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		
年 月 日		説明者職・氏名	
署名		印	
職		氏名	
印			

重要事項説明書 別紙

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の特定施設入居者生活介護のサービスに■
<介護サービス>			住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅前払金又は月額利用料に含むサービスに○
巡回 日中	○	○	
巡回 夜間	○	○	
食事介助			▲
排泄介助			▲
おむつ交換			▲
おむつ代			▲
入浴(一般浴)介助		実費徴収(1,500円)	▲
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		実費徴収(1,000円/回)	実費徴収(1,000円/回)
居室配膳・下膳	○	○	
嗜好に応じた特別食		実費徴収(3,000円/月)	実費徴収(3,000円/月)
おやつ			
理美容		実費徴収(2,200円/月)	実費徴収(2,200円/月)
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		実費徴収(1,000円/月)	実費徴収(1,000円/月)
<健康管理サービス>			
定期健康診断		年2回実費徴収 (健診事項各自異なる)	年2回実費徴収 (健診事項各自異なる)
健康相談	○	○	
生活指導・栄養指導	○	○	
服薬支援			服用サービス (5,000円/月)
生活ルームの記録(排便・睡眠等)			
医師の訪問診療			月2回あり
医師の往診			
<入退院時、入院中のサービス>			
移送サービス		実費徴収(2,500円/時)	実費徴収(2,500円/時)
入退院時の同行(協力医療機関)		実費徴収(2,500円/時)	実費徴収(2,500円/時)
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>			
外出支援		実費徴収(2,500円/時)	実費徴収(2,500円/時)

この様式は参考様式です。施設ごとに、独自様式により作成しても差し支えありません。

注1) 自立、要支援及び要介護状態区分にして介護サービス等の一覧表を作成。自立、要支援Ⅰ・Ⅱ、要介護Ⅲ~Ⅴと区分した場合は8区分となるが、一覧表を分かりやすくする観点から、一覧表上サービス内容が同じ表現である場合等は、適宜、複数の区分をまとめて差し支えないこととする。

注2) 上記のサービスの項目については、少なくとも記載すべき事項を掲げており、ホームの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ものであること。

注3) 記入にあたっては、回数、費用負担を明らかにすること。

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すること。

施設名:クレストケア八王子

八王子市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 継続を制限される恐れのある抵当権ではない理由: 建物建築費を金融機関から借りるために設定された抵当権のため
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
8 災害時の関係機関への通報及び連携体制並びに地域との連携体制を整備し、これらを定期的に職員に周知しているか。	○ 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		
9 各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	● 不適合
10 各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13m ² 以上であるか。	○ 適合	● 不適合
11 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
12 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
13 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
14 入居者への虐待の防止早期発見のため、職員に対する研修の実施その他の必要な措置を講じているか。	○ 適合	● 不適合
15 職員の資質向上のために、外部研修その他、適切な研修の機会を確保しているか。	○ 適合	● 不適合
入居者の財産を保全するための項目		
16 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:
17 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: %
18 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
その他		
19 入居希望者への事前の情報開示することが定められているか。	○ 適合	● 不適合

※ 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。