

おる d e 新町介護付有料老人ホーム

重要事項説明書

株式会社 ベルワイド

おる de 新町介護付有料老人ホーム

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|-----------------|
| | | 記入年月日 | 令和 6 年 12 月 1 日 |
| 記入者名 | 井上 節子 | 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--|------|
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 株式会社 |
| | 名称 | (ふりがな) かぶしきがいしゃべるわいど 株式会社ベルワイド | | |
| 事業主体の主たる事務所 の所在地 | 〒796-0071 | | | |
| | 愛媛県八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 | | | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 0894-22-0222 | | |
| | FAX 番号 | 0894-22-0258 | | |
| | メールアドレス | bellwide@air.ocn.ne.jp | | |
| | ホームページアドレス | http://orude.jp/ | | |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 鈴木 善幸 | | |
| | 職名 | 代表取締役 | | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成 16 年 2 月 19 日 | | | |
| 主な実施事業 | ※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表) | | | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | | |
|----------|---|---|
| 名称 | (ふりがな) おるでしんまちかいごつきゆうりょうろうじんほーむ おる de 新町介護付有料老人ホーム | |
| 所在地 | 〒796-0071 愛媛県八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | J R 八幡浜駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ①バス利用の場合 ・ J R 八幡浜駅 ～ 大黒町一丁目下車 ～ 徒歩約 2 分 ②タクシー利用の場合 乗車約 5 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0894-22-0222 |
| | FAX 番号 | 0894-22-0258 |

| | | |
|---------------|------------|------------------------|
| | メールアドレス | bellwide@air.ocn.ne.jp |
| | ホームページアドレス | http://orude.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 井上 節子 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | | 平成 17 年 11 月 30 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 17 年 12 月 1 日 |

【類型】【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|------------------|
| 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1 又は 2 に 該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 3870400540 |
| | 指定した自治体名 | 愛媛県 |
| | 事業所の指定日 | 平成 17 年 12 月 1 日 |
| | 指定の更新日（直近） | 令和 11 年 12 月 1 日 |

3. 土地建物概要

| | | | |
|----|------|-----------------------|-----------------------------------|
| 土地 | 敷地面積 | 562.99 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | 2 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり 2 なし |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 2,123.01 m ² |
| | | うち、老人ホーム部分 | 1,808.71 m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 | |
| | | 2 準耐火建築物 | |
| | | 3 その他 () | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 | |
| | | 2 鉄骨造 | |
| | | 3 木造 | |
| | | 4 その他 () | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する建物 | |
| | | 2 事業者が賃借する建物 | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|----------------------|-------|------------|
| | | <div> <div>契約期間</div> <div> 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし </div> </div> <div> <div>契約の自動更新</div> <div>1 あり 2 なし</div> </div> | | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | 1 全室個室（夫婦部屋） | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最少 | 人部屋 | | | |
| | | 最大 | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ |
| | タイプ1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 21.83 m ² | 35 | 一般居室 個室 |
| | タイプ2 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| | タイプ3 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | 有 / <input type="checkbox"/> 無 | m ² | | |
| ※「一般居室個室（夫婦部屋）」「一般居室相部屋」「介護居室個室（夫婦部屋）」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 11ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | 2ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 6ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 0ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | 1ヶ所 | | |
| 共用浴室における | ヶ所 | チェアー浴 | 1ヶ所 | | | |
| | 介護浴槽 | | リフト浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | その他（ ） | ヶ所 | | |
| | 食堂 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | エレベーター | 1 あり（車椅子対応） 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし | | | | |
| 消防用設備等 | 消火器 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 自動火災報知設備 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 火災通報設備 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | スプリンクラー | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防火管理者 | 1 あり 2 なし | | | | |
| | 防災計画 | 1 あり 2 なし | | | | |
| その他 | エントランス、屋上ガーデンテラス、機能訓練室、応接室、事務室、洗濯室、汚物処理室 | | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 入居者に対して健康管理、介護、食事、入浴等日常生活における様々なサービスを終身にわたって提供する。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 提供するサービスの一覧表に基づき、入居者が安心して尊厳を保った生活を営めるように支援します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 入居継続支援加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 生活機能向上連携加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 個別機能訓練加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 協力医療機関連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 口腔衛生管理体制加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 栄養スクリーニング加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 退院・退所時連携加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 看取り介護加算 (I) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (I) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 (II) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 退居時情報提供加算 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 認知症専門 ケア加算 | (I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (II) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | サービス提 供体制強化 加算 | (I) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (II) <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし (III) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 I | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) 3 : 1 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |

(医療連携の内容)

| | | |
|----------------|--|--|
| 医療支援 ※複数選択可 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 | |
| | 4 その他 () | |
| 協力医療機関 | 名称 | 医療法人広仁会 広瀬病院 |
| | 住所 | 愛媛県八幡浜市 1280 番地 9 |
| | 診療科目 | 内科・外科・泌尿器科・整形外科・リハビリ ・婦人科・胃腸科・放射線科・神経内科 |
| | 協力内容 | ①往診による入居者の健康診断、健康指導、診療 ②治療の受け入れ、救急医療の対応 ③他の医療機関に入院・転院の紹介 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 高岡歯科医院 |
| | 住所 | 愛媛県八幡浜市大黒町 3 |
| | 協力内容 | ①入居者の歯の健康指導、診療 ②治療の受け入れ |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 | |
| | 3 その他 () | |
| 判断基準の内容 | ご入居者様の健康状態によって判断 | |
| 手続きの内容 | 居室の移動に伴う契約変更 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 居室利用権の取扱い | 継続 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 便所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 洗面所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| | その他の変更 | (変更内容) |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|---|---|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | <p>■入居者の条件について</p> <p>下記①～②の条件を全て満たす事が可能な方</p> <p>①原則として 60 歳以上の方</p> <p>②要支援・要介護認定を受けている方</p> <p>■利用をお断りする場合について</p> <p>下記の各項に該当する場合「おる d e 新町」のご利用をお断り致します。</p> <p>①常時入院加療を要する病状の方、常時医療的処置を要する方</p> <p>②暴力を振るう、他人に害を及ぼす恐れがある方</p> <p>③伝染病・感染症等他の入居者に伝染の恐れのある方</p> <p>④施設側が当施設の入居者としてふさわしくないと判断した方</p> | |
| 契約の解除の内容 | <p>■契約の終了</p> <p>以下の場合、当施設の入居契約は自動的に終了します。</p> <p>(1) 利用者が死亡した時</p> <p>■入居者からの契約解除</p> <p>この契約を解除しようとする場合には、当施設に当施設の定める契約解除届けを提出するものとし、その届出書面の提出された日の翌日から起算して 30 日目をもってこの契約は解除されるものとします。</p> | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | <p>当施設は入居者及び身元引受人に対して、理由を示した書面で通知することにより、本契約を解約することが出来ます。この場合、当施設は入居者、又は身元引受人に対し説明、協議の場を設けます。</p> <p>①入居者が利用料の支払いを 3 ヶ月以上滞納したとき。</p> <p>②入居者の行動が入居者本人または他の入居者・利用者あるいは当施設の従業員の身体または生命に危害を及ぼす恐れがある場合、他の入居者に対する介護に著しく悪影響を及ぼす場合など当施設において入居者に対する適切な介護サービスの提供が困難であると合理的に判断されるとき。</p> <p>③入居者が病院に入院するなどの理由で当施設を不在にし、不在期間が 3 ヶ月を超えることが明らかな場合。</p> |

| | | |
|--------------|--|--|
| | | ④天災、法令の改変、その他やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小するとき。 ⑤利用者またはその家族が、当施設またはその従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき。 |
| | 解約予告期間 | 90 日間 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | <div>1</div> あり（内容：実際に体験入居できるのは、入居者ご本人のみ。1泊2日 15,000 円） <div>2</div> なし | |
| 入居定員 | 35 人 | |
| その他 | | |

5. 職員体制

（職種別の職員数）

| | 職員数（実人数） | | | 常勤換算人数 ※1 |
|---|----------|----|-----|--------------|
| | 合計 44 | | | |
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 3 | 3 | 0 | 2.0 |
| 直接処遇職員 | 29 | 19 | 9 | 20.1 |
| 介護職員 | 23 | 17 | 7 | 14.9 |
| 看護職員 | 6 | 3 | 3 | 5.2 |
| 機能訓練指導員 | 4 | 0 | 4 | 0.2 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | 1 | 0 | 1 | 0.2 |
| 調理員 | 委託 | | | |
| 事務員 | 4 | 4 | 0 | 3.2 |
| その他職員 | 6 | 0 | 6 | 4.1 |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 37.5 時間 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 19 人 | | |
|---------------------------|---------|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 9 | 8 | 1 |
| 実務者研修の修了者 (旧基礎研修・1級課程) | 2 | 2 | 0 |
| 初任者研修の修了者 (旧2級課程) | 2 | 1 | 1 |
| 介護支援専門員 | 3 | 2 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 6 人 | | |
|-------------|--------|----|-----|
| | | 常勤 | 非常勤 |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 4 | 0 | 4 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤または宿直を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (16:30 ~ 9:30) | | |
|---------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 2 人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 3 : 1 |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択 | | |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------|-----------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-----|---|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | 1 あり | | | | | | | | | |
| | | 資格等の名称 | 正看護師 | | | | | | | | |
| | | 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 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| 応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数 | 1年未満 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 1 | 0 | 8 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | 1 あり 2 なし | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | | <input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 | |
| | | <input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択 | <input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | | <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 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 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 | 1.介護保険に係る利用料以外の料金については、施設の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、運営懇談会等にて説 明、改定する場合があります。 2.介護保険に係る利用料については、介護保険の介護給付基準が変更される場 合、それに連動して変動します。 | |
| | 手続き | | |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 |
|------------|------------------|---|---|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 要支援1 | 要介護3 |
| | 年齢 | 85歳 | 80歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 21.83 m ² | 21.83 m ² |
| | 便所 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 浴室 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 台所 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 5,200,000円 | 2,000,000円 |
| | 敷金 | 0円 | 0円 |
| 月額費用の合計 | | 117,992円 | 195,081円 |
| サービス費用 | 家賃 | 45,000円 | 50,000円 |
| | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 6,932円 | 24,021円 |
| | 介護保険外※2 | | |
| | 食費 | 55,860円 | 55,860円 |
| | 管理費 | 1,200円 | 43,200円 |
| | 介護費用 | 0円 | 0円 |
| | 光熱水費 | 約2,000円 | 約2,000円 |
| | その他(おむつ代など) | 約7,000円 | 約20,000円 |

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)

(注) NHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|--|
| 家賃 | 近傍家賃を参照し、想定居住期間を勘案して算出 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 管理費 | 事務管理部門の人件費・事務費、共用施設等の維持管理費、水道光熱費(一部前払金を含む) |
| 食費 | 業務委託料をもとに算出(基本料金12,000円は食数にかかわらず徴収します) |
| 光熱水費 | 電気代、電話料金は実費 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | 修繕積立金30,000円(6か月毎) |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|------------------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 基本報酬、加算の利用者自己負担分 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |
| ※介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 算定根拠 | | 共用施設使用料及び管理費の一部×契約期間（72ヵ月）で算定（6年ごとにお支払い頂きます） |
| 想定居住期間（償却年月数） | | 72 ヶ月 |
| 償却の開始日 | | 入居日 |
| 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（初期償却額） | | 0 円 |
| 初期償却率 | | — |
| 返還金の算定方法 | 入居後 3 月以内の契約終了 | 入居一時金－（入居一時金÷72 ヶ月÷30 日×入居日数）＝返還額 |
| | 入居後 3 月を超えた契約終了 | 入居一時金×（72 ヶ月－入居月数）÷72 ヶ月＝返還額 ※入居月と退去月は日割で計算 |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 | |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 | |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 4 全国有料老人ホーム協会 | |
| | 5 その他（名称： ） | |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | |
|-------|---------------|------|
| 性別 | 男性 | 7 人 |
| | 女性 | 28 人 |
| 年齢別 | 65 歳未満 | 0 人 |
| | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人 |
| | 75 歳以上 85 歳未満 | 5 人 |
| | 85 歳以上 | 30 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 4 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |

| | | |
|-------|---------------|------|
| | 要介護 1 | 4 人 |
| | 要介護 2 | 4 人 |
| | 要介護 3 | 5 人 |
| | 要介護 4 | 11 人 |
| | 要介護 5 | 7 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 3 人 |
| | 6 ヶ月以上 1 年未満 | 8 人 |
| | 1 年以上 5 年未満 | 12 人 |
| | 5 年以上 10 年未満 | 10 人 |
| | 10 年以上 15 年未満 | 2 人 |
| | 15 年以上 | 0 人 |

(入居者の属性)

| | |
|---|------|
| 平均年齢 | 91 歳 |
| 入居者数の合計 | 35 人 |
| 入居率※ | 100% |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 | |

(前年度における退去者の状況)

| | | |
|---------|----------|------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 人 |
| | 医療機関 | 4 人 |
| | 死亡者 | 6 人 |
| | その他 | 1 人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 人 |
| | | (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 5 人 |
| | | (解約事由の例) 長期入院の為。 |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|------------------------|
| 窓口の名称 | | おる de 新町苦情相談窓口 担当：上味弘幸 |
| 電話番号 | | 0894-22-0222 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 : 00～17 : 00 |
| | 土曜 | なし |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 土日祝、年末年始 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 東京海上日動火災保険株式会社 超ビジネス保険に加入 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 直ちに救急要請等を行うとともに、入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。事故の原因が事業者の故意または過失による場合には、入居者及び身元引受人に誠意をもって対応します。ただし、入居者側にも故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償責任が免除または軽減される場合があります。 |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし | |

(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)

| | | | |
|----------------------------------|--|--------|--|
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | 毎年2月・8月 |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input type="checkbox"/> 2 なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 管理規程 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

| | |
|---------|---|
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|--|--------------|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり | (開催頻度) 年 2 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし 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、届出が不要 | |
| 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 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所 在 地 |
|----------------------|----|----|---------------------|--------------------|
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | おる de 新町ヘルプステーション | 八幡浜市天神通一丁目 1420 番地 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | おる de 新町デイサービスセンター | 八幡浜市天神通一丁目 1420 番地 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | おる de 新町短期入所生活介護事業所 | 八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | おる de 新町介護付有料老人ホーム | 八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | おる de 新町居宅介護支援事業所 | 八幡浜市天神通一丁目 1420 番地 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | おる de 新町短期入所生活介護事業所 | 八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | おる de 新町介護付有料老人ホーム | 八幡浜市新町三丁目 272 番地 1 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 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 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | | | | | | | なし | | あり | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------------|--------------------------|----|--|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備 考 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 介護サービス | | | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | 実費 | | | |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 531 円/30 分 | 協力医療機関以外 | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | ○ | 70 円 | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | 2000 円 | | | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 215 円 | 通常想定している範囲の店舗以外の店舗に係る買い物 | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 640 円 | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | ○ | | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | | | 年 2 回 | | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | ○ | | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | ○ | 640 円/30 分 | 協力医療機関以外 | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 640 円/30 分 | 協力医療機関以外 | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別表

有料老人ホームの類型

| 類型 | 類型の説明 |
|--------------------------------------|---|
| 介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護) | 介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。) |
| 介護付有料老人ホーム (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護) | 介護等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となっても、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護を利用しながら当該有料老人ホームの居室で生活を継続することが可能です。(有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホームについては介護付と表示することはできません。) |
| 住宅型有料老人ホーム(注) | 生活支援等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。 介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の訪問介護等の介護サービスを利用しながら当該有料老人ホームの居室での生活を継続することが可能です。 |
| 健康型有料老人ホーム(注) | 食事等のサービスが付いた高齢者向けの居住施設です。介護が必要となった場合には、契約を解除し退去しなければなりません。 |

注) 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないホームにあつては、広告、パンフレット等において「介護付き」、「ケア付き」等の表示を行ってはいけません。

○有料老人ホームの表示事項

| 表示事項 | | 表示事項の説明 |
|--------------------|---------|---|
| 居住の権利形態(右のいずれかを表示) | 利用権方式 | 建物賃貸借契約及び終身建物賃貸借契約以外の契約の形態で、居住部分と介護や生活支援等のサービス部分の契約が一体となっているものです。 |
| | 建物賃貸借方式 | 賃貸住宅における居住の契約形態であり、居住部分と介護等のサービス部分の契約が別々になっているものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容は有効になりません。 |

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| | 終身建物賃貸借方式 | 建物賃貸借契約の特別な類型で、都道府県知事から高齢者の居住の安定確保に関する法律の規定に基づく終身建物賃貸借事業の認可を受けたものです。入居者の死亡をもって契約を終了するという内容が有効です。 |
| 利用料の支払い方式 (注1・注2) | 全額前払い方式 | 終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の全部を前払金として一括して受領する方式 |
| | 一部前払い・一部月払い方式 | 終身にわたって受領する家賃又はサービス費用の一部を前払いとして一括受領し、その他は月払いする方式 |
| | 月払い方式 | 前払金を受領せず、家賃又はサービス費用を月払いする方式 |
| | 選択方式 | 入居者により、全額前払い方式、一部前払い・一部月払い方式、月払い方式のいずれかを選択できます。どの方式を選択できるのかを併せて明示する必要があります。 |
| 入居時の要件 (右のいずれかを表示) | 入居時自立 | 入居時において自立である方が対象です。 |
| | 入居時要介護 | 入居時において要介護認定を受けている方（要支援認定を受けている方を除く）が対象です。 |
| | 入居時要支援・要介護 | 入居時において要支援認定又は要介護認定を受けている方が対象です。 |
| | 入居時自立・要支援・要介護 | 自立である方も要支援認定・要介護認定を受けている方も入居できます。 |
| 介護保険 | 愛媛県指定介護保険特定施設 (一般型特定施設) | 介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。介護サービスは有料老人ホームの職員が提供します。(注3) |
| | 愛媛県指定介護保険特定施設 (外部サービス利用型特定施設) | 介護が必要となった場合、当該有料老人ホームが提供する特定施設入居者生活介護サービスを利用することができます。有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。(注3) |
| | 在宅サービス利用可 | 介護が必要となった場合、介護保険の在宅サービスを利用するホームです。 |
| 居室区分(右のいずれかを表示。※には1～4の数値を表示) (注4) | 全室個室 | 介護が必要となった場合に介護サービスを利用するための一般居室又は介護居室が、すべて個室であるホームです。(注5) |
| | 相部屋あり(※人部屋～※人部屋) | 介護居室はすべて個室ではなく、相部屋となる場合があるホームをいいます。 |

| | | |
|--|---|--|
| 一般型特定施設である有料老人ホームの介護にかかわる職員体制 (右のいずれかを表示) (注 6) | 1.5 : 1以上 | 現在及び将来にわたって要介護者 3 人に対して職員 2 人（要介護者 1.5 人に対して職員 1 人）以上の割合（年度ごとの平均値）で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の 2 倍以上の人数です。 |
| | 2 : 1以上 | 現在及び将来にわたって要介護者 2 人に対して職員 1 人以上の割合（年度ごとの平均値）で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護の基準の 1.5 倍以上の人数です。 |
| | 2.5 : 1以上 | 現在及び将来にわたって要介護者 5 人に対して職員 2 人（要介護者 2.5 人に対して職員 1 人）以上の割合（年度ごとの平均値）で職員が介護に当たります。これは介護保険の特定施設入居者生活介護で、手厚い職員体制であるとして保険外に別途費用を受領できる場合の基準以上の人数です。 |
| | 3 : 1以上 | 現在及び将来にわたって要介護者 3 人に対して職員 1 人以上の割合（年度ごとの平均値）で職員が介護に当たります。介護保険の特定施設入居者生活介護のサービスを提供するために少なくとも満たさなければならない基準以上の人数です。 |
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制（※に職員数、※※※※に介護サービス事業所の名称を入れて表示） (注 7) | 有料老人ホームの職員※人 委託先である介護サービス事業所 訪問介護 ※※※※※※ 訪問看護 ※※※※※※ 通所介護 ※※※※※※ | 有料老人ホームの職員が安否確認や計画作成等を実施し、介護サービスは委託先の介護サービス事業所が提供します。 |
| その他（右に該当する場合にのみ表示。 ※※※に提携先の有料老人ホームを入れて表示） | 提携ホーム利用可 (※※※ホーム) | 介護が必要となった場合、提携ホーム（同一設置者の有料老人ホームを含む）に住み替えて（地域密着型）特定施設入居者生活介護を利用することができます。（注 8） |

注 1) 老人福祉法の改正を受けて、従来は「一時金」「一時金方式」と記載していた項目については「前払金」「前払い方式」と修正していますが、当面の間、広告、パンフレット等において「一時金」「一時金方式」という表現を使用することも可能です。なお、「前払金」については、家賃又はサービス費用の前払いによって構成されるものであることから、その実態を適切に表現する名

称として、広告、パンフレット等の更新の機会に応じて、順次、「前払金」という名称に切り替えるようにすることが望ましいものと考えます。

注2) 「前払金方式(従来の一時金方式)」については、「家賃又はサービス費用の全額を前払いすること」と、「家賃又はサービス費用の一部を前払いし、一部を月払いすること」では、支払方法に大きな違いがあることから、前者を「全額前払い方式」とし、後者を「一部前払い・一部月払い方式」としています。当面の間、広告、パンフレット等において、従来どおり「一時金方式」という表現を使用することも可能ですが、その場合であっても、入居希望者・入居者への説明にあつては、家賃又はサービス費用の全額を前払いする方式なのか、一部を前払いする方式なのかを、丁寧に説明することが望ましいものと考えます。

注3) 入居者が希望すれば、当該有料老人ホームの特定施設入居者生活介護サービスに代えて、訪問介護等の介護サービスを利用することが可能です。

注4) 一般居室はすべて個室となっています。この表示事項は介護居室(介護を受けるための専用の室)が個室か相部屋かの区分です。従って、介護居室を特に設けず、一般居室において介護サービスを提供する有料老人ホームにあつては、「個室介護」と表示することになります。

注5) 個室とは、建築基準法第30条の「界壁」により隔てられたものに限ることとしていますので、一の居室をふすま、可動式の壁、収納家具等によって複数の空間に区分したものは個室ではありません。

注6) 介護にかかわる職員体制は、当該有料老人ホームが現在及び将来にわたって提供しようと想定している水準を表示するものです。従って、例えば、現在は要介護者が少なく1.5:1以上を満たす場合であっても、要介護者が増えた場合に2.5:1程度以上の介護サービスを想定している場合にあつては、2.5:1以上の表示を行うこととなります。なお職員体制の算定方法については、「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」第175条第1項第2号イ及び同第2項の規定によります。なお、「1.5:1」、「2:1」又は「2.5:1」の表示を行おうとする有料老人ホームについては、年度ごとに職員の割合を算定し、表示と実態の乖離がないか自ら検証するとともに、入居者等に対して算定結果及びその算定方法について説明することが必要です。

注7) 訪問介護、訪問看護及び通所介護以外のサービスについて、委託先のサービス事業所がある場合には、サービス区分及びサービス事業所の名称を表示することが必要です。

注8) 提携ホームには、介護老人保健施設、病院、診療所、特別養護老人ホーム等は含まれません。