

重要事項説明書

| | | | |
|------|------|-------|-------------|
| | | 記入年月日 | 2022/07/01 |
| 記入者名 | 松尾 桂 | 所属・職名 | 有)あいらんど 取締役 |

1. サービスの内容 (全体の方針)

| | | | |
|-----------------|--|------|-----------|
| 運営に関する方針 | ご利用者様が安心して日常生活を送ることができるよう、スタッフが生活、介護などの相談、見守り、安否確認及び緊急時の対応などのサービスを提供し、家庭的な雰囲気の中で楽しく穏やかな生活環境を提供します。 | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者やご家族が自由で気軽に参加できる季節の行事や誕生日会などを定期的実施し、入居者同士自然に交流が深まるような取り組みを行います。 入居者の皆様が自分らしく生き生きと暮らしていくために、自分にとっての生きがいとは何かを見出して頂けるような、「地域との交流・共生」を目指し、地域住民との交流の機会と、地域の高齢者も含めた“生きがいづくり”のサービス提供をします。 | | |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | ① | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | ① | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | 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 | ① | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① | 自ら実施 | 2 委託 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|---|------------|-----------------------------|
| 医療支援 | | ① 救急車の手配 | |
| | | ② 入退院の付き添い | |
| | | ③ 通院介助 | |
| | | 4 その他（ ） | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 梶原クリニック |
| | | 住所 | 愛媛県伊予郡松前町出作字山王 1-1 |
| | | 診療科目 | 外科・消化器内科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 医学的処置を行うため万全の体制を確保する |
| | 2 | 名称 | 医療法人 千舟町クリニック |
| | | 住所 | 愛媛県松山市千舟町6 丁目 4-9 |
| | | 診療科目 | 総合 |
| | | 協力内容 | 医学的処置を行うため万全の体制を確保する |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 佐々木歯科医院 |
| | | 住所 | 愛媛県伊予市下吾川 1202-2 |
| | | 協力内容 | 緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処置を行う |

(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 | ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者（配偶者 / 60 歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている 60 歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） | |
| 契約の解除の内容 | 解約する2ヶ月前までに文書にて解約の申し出を通知することで、本契約を解約することができます。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第8・9・11 条による |
| | 解約予告期間 | 随時 ヶ月 |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | ① あり （内容： 朝食 440 円 昼食 540 円 夕食 640 円 ） 2 なし | |
| 入居定員 | 28 人 | |
| その他 | | |

2. 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 | 常勤 | 非常勤 | |
| | 23 | | | |
| 管理者 | | | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | 12 | | 12 | 1.93 |
| 看護職員 | 1 | | 1 | 0.4 |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | 8 | 1 | 7 | 2.3 |
| 事務員 | 2 | 2 | | 2.0 |
| その他職員 | | | | |
| 1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | 40 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 | 常勤 | 非常勤 |
|----------------------------|----|----|-----|
| | 12 | | |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 4 | | 5 |
| 実務者研修の修了者 （旧基礎研修・1 級課程） | 1 | | 1 |
| 初任者研修の修了者 （旧 2 級課程） | 6 | | 6 |
| 介護支援専門員 | 1 | | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数) ※配置なし

| | 合計 | 常勤 | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
| | | | |
| 看護師又は准看護師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 柔道整復師 | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | |

(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 (19 時～ 07 時) | | | |
|------------------------|------|-----------------|--|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) | |
| 看護職員 | 人 | 人 | |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 | |

((職員の状況)

| | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------|-----|-----------|-----|-----------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者 ※配置なし | 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 | | | | | | | |
| | | | 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 | | | | 4 | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満 | | | 4 | | | | | | |
| | 1年以上 3年未満 | 1 | | 6 | | | | | | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 2 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 従業者の健康診断の実施状況 | | | ① あり 2 なし | | | | | | | |

3. 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 | 8 人 |
| | 女性 | 19 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 | 6 人 |
| | 85 歳以上 | 21 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 人 |
| | 要支援 1 | 1 人 |
| | 要支援 2 | 0 人 |
| | 要介護 1 | 7 人 |
| | 要介護 2 | 8 人 |
| | 要介護 3 | 3 人 |
| | 要介護 4 | 5 人 |
| | 要介護 5 | 3 人 |
| 入居期間別 | 6 ヶ月未満 | 4 人 |

| | | | |
|--|------------|----|---|
| | 6ヶ月以上1年未満 | 3 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 12 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 8 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 0 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| | | |
|---|------|---|
| 平均年齢 | 89.5 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 27 | 人 |
| 入居率※ | 96.6 | % |
| ※ 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 | 1 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 2 | 人 |
| | 医療機関 | 2 | 人 |
| | 死亡者 | 2 | 人 |
| | その他 | 0 | 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 |
| | 入院・特別養護老人ホームの順番待ちをしていたため | | |

4. 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)

| | | |
|----------|-------|---------------------|
| 窓口の名称 | | サービス付き高齢者住宅 あいらんど上野 |
| 電話番号 | | 089-995-8850 |
| 対応している時間 | 平日 | 8時30分～17時30分 |
| | 土曜 | 8時30分～17時30分 |
| | 日曜・祝日 | 8時30分～17時30分 |
| 定休日 | | 特になし |

| | | |
|----------|-------|--------------------|
| 窓口の名称 | | 有限会社 あいらんど |
| 電話番号 | | 089-983-3445 |
| 対応している時間 | 平日 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| | 土曜 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| | 日曜・祝日 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| 定休日 | | 特になし |

(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 | ① あり | (その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 | |
| | 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 | ① あり | (その内容) 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 | |
| | 2 なし | | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 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 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |

5. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 ※制定なし | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 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 3 公開していない |

6. その他

| | | |
|--|---|------------|
| 運営懇談会 ※設置なし | 1 あり | (開催頻度) 年 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:) 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 | 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 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 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | サ高住のため適用除外 | |
| 「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 | 指導指針目次項目 7. 職員の配置、 8. 有料老人ホーム事業の運営 | |
| 不適合事項がある場合の内容 | 7. 管理者配置なし 8. 管理規定の制定なし・運営懇談会未設置 | |

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 | ヘルパーステーションあいらんど | 伊予市上野 1267 |
| 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 | デイサービスあいらんど上野 | 伊予市上野 1267 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | デイサービスあいらんど | 伊予市下三谷 2420-4 |
| 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 | グループホームあいらんど | 伊予市下三谷 2278-1 |
| 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 | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ヘルパーステーションあいらんど | 伊予市上野 1267 |
| 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 | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | デイサービスあいらんど上野 | 伊予市上野 1267 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | デイサービスあいらんど | 伊予市下三谷 2420-4 |
| 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 | グループホームあいらんど | 伊予市下三谷 2278-1 |
| 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 | | |

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 | 無料 | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 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 | 無料 | | | | |
| 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 | 無料 | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 30分500円 | | |
| 生活サービス | | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | ○ | | 実費 | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 実費 | |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 30分500円 | | 買物付添いに限る |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | | |
| 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 | | ○ | | 実費 | 医療機関を紹介します |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | 健康状態により実施 |
| 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 | | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | 30分500円 | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | 無料 | | | | |

※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、月額の利用料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 | 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 |

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になります。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。