

# 不当表示の具体的なチェックポイント

## 記載例 A

### 〇〇〇有料老人ホーム



①土地・建物を所有していない場合には、その旨を明りょうに表示する必要があります。

新築

■土地・建物所有者/△△(株)

■土地・建物の権利形態/賃貸契約期間平成〇年より〇年間(更新あり)

④施設の構造・仕様の一部に異なるものがある場合にはその旨明りょうに表示する必要があります。

⑤居室についての表示で、入居後に、他の居室に住み替えることがある場合や、費用・面積等条件に変更が生じる場合、その旨明りょうに表示する必要があります。

バリアフリー構造

(居室の写真等)

(食堂等の写真)

(プール・ジム等の写真)

③専用のものとして設置・使用されているものではない場合、その旨明りょうに表示する必要があります。

⑫「管理費」等との包括的な表示だけでなく具体的な内訳を明りょうに記載する必要があります。

②ホーム等で設置した施設・設備でない場合等は、その旨明りょうに表示する必要があります。

◆入居一時金：〇万円～〇万円(税込、返還金制度有)

◆月額利用料：〇万円

内訳 食費(1日3食) 〇万円

水道光熱費〇万円

管理費〇万円(事務職員の人件費・施設管理費・衛生管理費・洗濯)

◆週〇回以上の入浴介助：1回△円、規定範囲以外の買い物代行：週〇回△円

◆その他おむつ代・クリーニング代・日用雑貨費用は実費負担となります

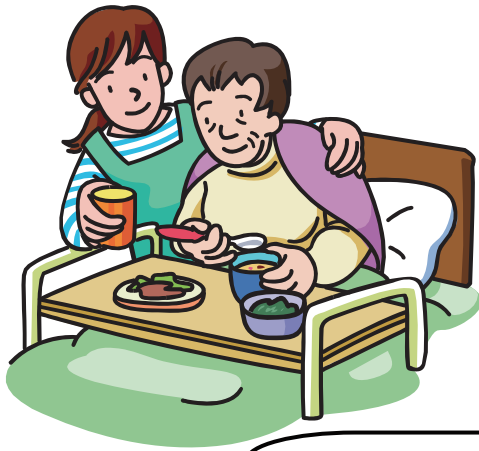
⑨介護保険法の保険給付の対象とならない介護サービスの内容と費用を明りょうに記載する必要があります。

■経営・事業主体/(株)〇〇 ■施設所在地/〒〇〇〇-〇〇〇〇 新宿区西新宿〇-〇-〇 ■交通/JR〇線「〇〇」駅下車、バス〇分(〇km)〇〇停留所下車〇m ■総居室数/〇〇室 ■今回募集室数/〇室(〇〇㎡～〇〇㎡・即入居可、満室になり次第予約受付) ■共用施設/食堂・機能訓練室(教養娯楽室と共用)・多目的スペース(機能訓練実施時には機能訓練室として使用) ■入居条件/満〇才以上の方支援および介護の必要な方 ■看護師常勤〇人、非常勤〇人 ■介護に関わる職員体制/〇：1以上(週〇時間換算)、夜間最少時の介護職員数〇人・看護職員数〇人(夜間は〇時から翌〇時までの時間帯) ■敷地面積/〇〇㎡ ■延床面積/〇〇㎡(鉄筋コンクリート造り2階建て) 開設/平成〇年〇月(築〇年・平成〇年〇月改修) ■広告有効期限/平成〇年〇月末日

※「記載する必要があります」とする事項については、強調した表示の近くに、高齢者にも分かりやすく目立つように記載する必要があります。

※ふきだし中の丸付き数字は、告示「有料老人ホーム等に関する不当な表示」の項番号を示す。

# 〇〇〇有料老人ホーム



## 充実の医療体制

安心！〇〇病院と連携

⑦協力医療機関について表示する場合、医療機関の名称(〇〇病院〇科)・協力の具体的な内容(年〇回健康診断等)を記載する必要がある。

⑧提供される介護サービスについて、ホーム等が自ら行うのではなく、外部の介護サービスを利用する場合、そのことを明らかに記載する必要がある。

⑥終身にわたって居住し、介護サービスの提供を受けられるかのような表示を行う場合は、※のように記載する必要がある。

## 終身介護

※注意事項 特別な身体状況により、行動が他の入居者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす場合、共同生活ができない場合、本人及び身元引受人の同意を得た上で、退去や住み替えをお願いすることがございます。

## 豊富な介護スタッフが職員 24 時間体制

■介護に関わる職員体制/〇: 1以上(週〇時間換算)、夜間最少時の介護職員数〇人・看護職員数〇人(夜間は〇時から翌〇時までの時間帯)

⑩介護職員等の数の表示は、常勤換算方法による介護職員等の数、夜間における最少時の介護職員数等を記載する必要がある。

## 常駐する看護師を中心とした健康管理サービス

■看護師常勤〇人、非常勤〇人

⑪介護福祉士、看護師など資格を有する介護職員等については、常勤・非常勤の別ごとに記載する必要がある。

■経営・事業主体/(株)〇〇 ■施設所在地/〒〇〇〇-〇〇〇〇 新宿区西新宿〇-〇-〇 ■交通/J R〇線「〇〇」駅下車、バス〇分(〇km)〇〇停留所下車〇m ■総居室数/〇〇室 ■今回募集室数/〇室(〇〇㎡~〇〇㎡・即入居可、定員になり次第予約受付) ■共用施設/食堂・機能訓練室(教養娯楽室と共用)・多目的スペース(機能訓練実施時には機能訓練室として使用) ■入居条件/満〇〇才以上の方支援および介護の必要な方 ■入居一時金/終身利用の場合〇〇万円(税込、返還金制度あり、5年償却)1年契約もあり ■月額利用料/〇〇万円~〇〇万円(維持管理費・食費・家賃相当額、税込)居室光熱水費、日用品の実費、介護用品および介護保険の1割負担分は別途負担 ■協力医療機関/〇〇病院(〇科)年に〇回の健康診断 ■土地・建物の権利形態/賃貸(契約期間平成〇年より〇年間。更新あり) ■土地・建物所有者/〇〇(株) ■敷地面積/〇〇㎡ ■延床面積/〇〇㎡(鉄筋コンクリート造り2階建て)開設/平成〇年〇月(築〇年・平成〇年〇月改修) ■広告有効期限/平成〇年〇月末日

※「記載する必要がある」とする事項については、強調した表示の近くに、高齢者にも分かりやすく目立つように記載する必要がある。

※ふきだし中の丸付き数字は、告示「有料老人ホーム等に関する不当な表示」の項番号を示す。