

# 重要事項説明書

Ver 1.3

記入年月日	2026 年 1 月 12 日
記入者名	布目裕貴
所属・職名	代表取締役
取込種別	2 修正
被災確認事業所番号	2300092044105

## 1 事業主体概要

種類	2 法人					
	※法人の場合、その種類	5 営利法人				
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ふれーばー 株式会社フレーバー					
法人番号	法人番号有無	1 有				
	法人番号	7180001104478				
主たる事務所の所在地	〒 470 - 2216					
	愛知県知多郡阿久比町植大前崎 3 8					
連絡先	電話番号	0569	-	47	-	5855
	FAX番号	0569	-	47	-	5791
	メールアドレス	info @				flavor-htoaru.jp
	ホームページ有無	1 有				
	ホームページアドレス	https://		flavor-hotaru.jp		
代表者	氏名	布目裕貴				
	職名	代表取締役				
設立年月日	2012	年	2	月	14	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) かいごつき ゆうりょうろうじんほむ ほたるあぐい							
	介護付き有料老人ホーム ほたる阿久比							
所在地	〒 470 - 2216							
	愛知県知多郡阿久比町植大前崎 5 7							
所在地 (建物名等)								
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	234419 阿久比町				
主な利用交通手段	最寄駅		名鉄 植大駅		駅			
	交通手段と所要時間		徒歩10分					
連絡先	電話番号		0569	-	47	-	5855	
	FAX番号		0569	-	47	-	5791	
	メールアドレス		info		@	flavor-hotaru.jp		
	ホームページ有無		1 有					
	ホームページアドレス		https://		flavor-hotaru.jp			
管理者	氏名		布目裕貴					
	職名		代表取締役					
建物の竣工日			2023	年	3	月	17	日
有料老人ホーム事業の開始日			2023	年	3	月	25	日

(類型) 【表示事項】

類型	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）					
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	2395700376				
	指定した自治体名	阿久比町				
	事業所の指定日	2023	年	3	月	25 日
	指定の更新日（直近）		年		月	日

3 建物概要

土地	敷地面積	2562.23	m <sup>2</sup>
	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の場合	
		賃貸の種別	
		抵当権の有無	
		契約期間	開始
			年 月 日
			終了
			年 月 日
		契約の自動更新	
建物	延床面積	全体	1157.02 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1157.02 m <sup>2</sup>
	耐火構造	2 準耐火建築物	
		3 その他の場合	
	構造	2 鉄骨造	
		4 その他の場合	

	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の場合					
		賃貸の種別					
		抵当権の有無					
		契約期間	開始				
			年	月	日		
			終了				
			年	月	日		
		契約の自動更新					
		居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室含む）			
2 相部屋ありの場合							
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	2 無		2 無	13 m <sup>2</sup>	29	3 介護居室個室	
タイプ2				m <sup>2</sup>			
タイプ3				m <sup>2</sup>			
タイプ4				m <sup>2</sup>			
タイプ5				m <sup>2</sup>			
タイプ6				m <sup>2</sup>			
タイプ7				m <sup>2</sup>			
タイプ8				m <sup>2</sup>			
タイプ9				m <sup>2</sup>			
タイプ10			m <sup>2</sup>				

共用施設	共用便所における便房	7	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0	ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	7	ヶ所	
	共用浴室	3	ヶ所	個室	3	ヶ所	
				大浴場	0	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	2	ヶ所	チェアー浴	0	ヶ所	
				リフト浴	2	ヶ所	
				ストレッチャー浴	0	ヶ所	
				その他	0	ヶ所	
	食堂	1	あり				
入居者や家族が利用できる調理設備	2	なし					
エレベーター	4	なし					
消防用設備等	消火器	1	あり				
	自動火災報知設備	1	あり				
	火災通報設備	1	あり				
	スプリンクラー	1	あり				
	防火管理者	1	あり				
	防災計画	1	あり				
緊急通報装置等	居室	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他	見守りセンサーシステム					
		1	あり				
その他							

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の有する機能に応じた介助を行い、いつまでも安心して暮らすことが出来る環境を作っていきます。
サービスの提供内容に関する特色	「ひとりひとりに寄り添った介護」を目指し、適切なサービスを行います。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施
食事の提供	1 自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1 自ら実施
健康管理の供与	1 自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施
生活相談サービス	1 自ら実施

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護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 (Ⅰ)	2 なし
	入居継続支援加算 (Ⅱ)	2 なし
※1 「協力医療機関連 携加算 (Ⅰ)」は、「相 談・診療を行う体制を常 時確保し、緊急時に入院 を受け入れる体制を確保 してる協力医療機関と連 携している場合」に該当 する場合を指し、「協力 医療機関連携加算 (Ⅱ)」は、「協力医療 機関連携加算 (Ⅰ)」以 外に該当する場合を指 す。	生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	2 なし
	生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	2 なし
※2 「地域密着型特定 施設入居者生活介護」の 指定を受けている場合。	個別機能訓練加算 (Ⅰ)	2 なし
	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	2 なし
	ADL維持等加算 (Ⅰ)	2 なし
	ADL維持等加算 (Ⅱ)	2 なし
	夜間看護体制加算 (Ⅰ)	2 なし
	夜間看護体制加算 (Ⅱ)	1 あり
	若年性認知症入居者受入加算	2 なし
	協力医療機関連携加算 (Ⅰ) (※1)	1 あり
	協力医療機関連携加算 (Ⅱ) (※1)	2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	2 なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)	1 あり
	科学的介護推進体制加算	1 あり
	退院・退所時連携加算	1 あり
	退居時情報提供加算	1 あり
	看取り介護加算 (Ⅰ)	1 あり
	看取り介護加算 (Ⅱ)	2 なし
	認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	2 なし
	認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり
	生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	1 あり
	生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	2 なし

	サービス提供体制 強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員等処遇改 善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅴ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅵ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅶ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅷ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅸ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅹ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅺ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅻ)	2	なし
		(Ⅴ)(Ⅼ)	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	2 なし			
	1 ありの場合			
	(介護・看護職員の配置率)		3	: 1



(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="radio"/>	救急車の手配	
		<input type="radio"/>	入退院の付き添い	
		<input type="radio"/>	通院介助	
			その他	
	1	名称	あいクリニック	
		住所	愛知県半田市新池町2丁目205-1	
		診療科目	内科	
		協力科目	内科	
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり
			診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり

協力医療機関	2	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保			
	3	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保			
	4	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	
診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保				

	5	名称			
		住所			
		診療科目			
		協力科目			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保		
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保				
	新興感染症発生時に連携する医療機関	1	あり		
		1	ありの場合		
			医療機関の名称	あいクリニック	
			医療機関の住所	愛知県半田市新池町2丁目205-1	
協力歯科医療機関	1	名称	みんなの歯医者さん		
		住所	愛知県常滑市大鳥町4-41 カインズモール1F		
		協力内容	往診		
	2	名称			
		住所			
		協力内容			

(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		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
		その他	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無			
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無			
従前の居室との仕様の変更	面積の増減		
	便所の変更		
	浴室の変更		
	洗面所の変更		
	台所の変更		
	1 ありの場合		
	その他の変更	(変更内容)	

(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	2	なし
	要支援の者	2	なし
	要介護の者	1	あり
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家賃、管理費、食費 等の支払いが可能な方</li> <li>・健康保険に加入されている方</li> <li>・契約時に必要な要介護認定を受けられている方</li> <li>・入居者お一人につき身元引受人を1名定めていただきます。入居者がご夫婦、兄弟姉妹（三親等まで）の場合は、お互いに身元引受人になりその他に第三者お一人を定めていただきます。</li> </ul> <p>※備考①へ続く</p>		
契約解除の内容	<p>入居者は事業者にいつでも契約の解除を申し出る事ができます。解除は解約届を事業者にて30日前までに届け出ることとします。入居者が通知を行わずに退去した場合は、事業者が退去の事実を知った日の翌日から30日目以降に解約となります。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>以下の場合には、入居者及び身元引受人の弁明の機会を設け、契約解除の通告について90日の予告期間において契約を解除することがあります。</p> <p>① 不正手段により入居したとき</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく滞納が続く場合</p> <p>③ 入居者の行動が、他の利用者の生命や財産に危害を及ぼすおそれがある場合</p> <p>④ 入居者の行動が、入居者自身の生命、身体、安全をおびやかす、身体拘束などを行わなければ防止出来ない場合</p> <p>⑤ 入居契約書の規定に違反した時</p>	
	解約予告期間	3	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	
	1	ありの場合	
	(内容)	1泊2食付き1万5千円	
入居定員	29		人
その他			

## 5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1 ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.4
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	12	9	3	
介護職員	9	7	2	9
看護職員	3	2	1	1
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員				
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 ※2				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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	2	2	0
実務者研修の修了者	4	3	1
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

## (資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1		1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

## (夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	( 0 時 0 分 ～ 6 時 15 分 )			
	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

## (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】	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				
		業務に係る 資格等		1    あり							
				1    ありの場合							
				資格等の名称				介護福祉士/介護支援専門員			
		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		1		1							
前年度1年間の退職者数				1							
に業 応務 じに た従 職事 員し のた 人経 数験 年数	1 年未満			1							
	1 年以上 3 年未満			4	2						
	3 年以上 5 年未満			2						1	
	5 年以上 10 年未満	1	1						1		
	10 年以上	1				1					
従業者の健康診断の実施状況			1    あり								



## 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】		1 利用権方式
利用料金の支払い方式 【表示事項】		3 月払い方式
		4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択
		<input type="checkbox"/> 全額前払い方式
		<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
		<input type="radio"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定		2 なし
要介護状態に応じた金額設定		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		1 減額なし
		3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>不在期間が</span> <span>日以上</span> </div>
利用料金の 改定	条件	公共料金の変動額、愛知県消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	運営懇談会で協議を行う。急速な物価変動の場合は書面にて通知を行う。

(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			要介護 1			
	年齢			80		歳	
居室の状況	床面積			13		㎡	
	便所			2 無			
	浴室			2 無			
	台所			2 無			
入居時点で必要な費用	前払金			0		円	
	敷金			0		円	
月額費用の合計				149200		円	
家賃				76500		円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用					円	
	介護保険外※2	食費		46200		円	
		管理費		26500		円	
		介護費用				円	
		光熱水費				円	
		その他				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)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	月払い ※周辺家賃等を参照し家賃を算定
敷金	家賃の 2 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	サービス提供のための人件費、事務管理部門の人件費、共用施設等の維持管理 清掃費、共用部の光熱水費、備品、消耗品購入等 ※長期入院・外泊等で滞在しない場合でも、全額納入いただきます。
食費	46,200円(消費税別)／1人・月(1日3食で30日全食喫食の場合) 朝食：480円 昼食 580円 夕食 480円
光熱水費	管理費に含まれる
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	事務手数料 140,000円(書類作成費 40,000円、居室準備費 70,000円、人件費 30,000円) ※退去時に返還金はありません。

(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※に対する自己負担額	要介護 1 : 1 日 546 単位 $\times$ 30 日 = 16380 単位 地域単価 : 7 級地 10.14 円 16380 単位 $\times$ 10.14 円 = 166,093 円 1 割負担 = 16,609 円 要介護 2 : 1 日 614 単位、要介護 3 : 1 日 685 単位、 要介護 4 : 1 日 750 単位、要介護 5 : 1 日 820 単位 (計算は同様)、※加算は備考②へ
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 (上乗せサービス)	
※ 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			
想定居住期間 (償却年月数)		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)		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		
	入居後 3 月を超えた契約終了		
前払金の保全先			
	1	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
	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	6	人
	女性	22	人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	23	人
要介護度別	自立		人
	要支援 1		人
	要支援 2		人
	要介護 1	6	人
	要介護 2	8	人
	要介護 3	7	人
	要介護 4	2	人
	要介護 5	5	人
入居期間別	6ヶ月未満	1	人
	6ヶ月以上1年未満	7	人
	1年以上5年未満	20	人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

(入居者の属性)

平均年齢	88	歳
入居者数の合計	28	人
入居率※	96	%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡	8	人
	その他		人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		人
		(解約事由の例)	

## 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)

窓口1

窓口の名称		株式会社フレーバー									
電話番号		0569	-		47	-		5855			
対応している時間	平日	10	時	0	分	～	16	時	0	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜・日曜・日曜・祝日・夏季休業（8月13日～16日） 冬季休業（12月30日～1月3日）									

窓口2

窓口の名称		阿久比町役場民生部ふくし課高齢介護係									
電話番号		0569	-		48	-		1111			
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜日、日曜日、祝日、 年末年始（12月29日～1月3日）									

窓口3

窓口の名称		愛知県福祉局高齢福祉課施設グループ									
電話番号		052	-		954	-		6287			
対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	30	分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日		土曜・日曜日・祝日・12月29日から1月3日									

窓口4

窓口の名称											
電話番号			-			-					
対応している時間	平日		時		分	～		時		分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日											

窓口5

窓口の名称											
電話番号			-			-					
対応している時間	平日		時		分	～		時		分	
	土曜		時		分	～		時		分	
	日曜・祝日		時		分	～		時		分	
定休日											



(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	
	1 ありの場合	
	その内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険（あいおいニッセイ同和損保）
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	
	1 ありの場合	
	その内容	保険の範囲内での支払い
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	

(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	
	1 ありの場合	
	実施日	2025/4/1
	結果の開示	2 なし
第三者による評価の実施状況	2 なし	
	1 ありの場合	
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

9 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
管理規程	1 入居希望者に公開
事業収支計画書	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

## 10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
	1 代替措置ありの場合	
		(内容)
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の定期的な実施	1 あり
	担当者の配置	1 あり
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり
	指針の整備	1 あり
	研修の実施	1 あり
	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	1 あり
		1 ありの場合
身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、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	1 あり	
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 (BCP)	1 あり
	災害に関する業務継続計画 (BCP)	1 あり
	職員に対する周知の実施	1 あり
	定期的な研修の実施	1 あり
	定期的な訓練の実施	1 あり
	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり
提携ホームへの移行【表示事項】	2 なし	
	1 ありの場合	
	提携ホーム名	

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
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		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		2 なし
		1 ありの場合
		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
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	なし

※①

- ・前項の身元引受人は、本契約に基づく入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負うとともに、事業者が管理規程に定めるところに従い、事業者と協議し、必要なときは入居者の身柄を引き取るものとします。
- ・身元引受人は入居者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引き受けを行うこととします。
- ・要支援の者は夫婦部屋の場合のみ可
- ・要介護から要支援に介護度が変更になった場合は、自宅での生活が可能になったと判断し退去をお願いします。
- ・医療依存度が高くなった場合、退去をお願いする事があります。
- ・携帯電話、冷蔵庫の持ち込みは自己管理出来る場合のも可能です
- ・月途中の料金 入居時：日割り 退去時：月末まで（月末までに物品の持ち帰りをお願いします）

添付書類： 別添 1（別の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 \_\_\_\_\_ 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス等

介護サービスの種類	有無	主な事業所の名称	所在地	併設	隣接
＜居宅サービス＞					
訪問介護	1 有	訪問介護ほたる	知多郡阿久比町植大前崎57	○	
訪問入浴介護	2 無				
訪問看護	2 無				
訪問リハビリテーション	2 無				
居宅療養管理指導	2 無				
通所介護	1 有	小規模デイサービスほたる阿久比	知多郡阿久比町植大前崎38		○
通所リハビリテーション	2 無				
短期入所生活介護	2 無				
短期入所療養介護	2 無				
特定施設入居者生活介護	2 無				
福祉用具貸与	2 無				
特定福祉用具販売	2 無				
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2 無				
夜間対応型訪問介護	2 無				

地域密着型通所介護	2 無				
認知症対応型通所介護	2 無				
小規模多機能型居宅介護	2 無				
認知症対応型共同生活介護	2 無				
地域密着型特定施設入居者生活介護	2 無				
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2 無				
看護小規模多機能型居宅介護	2 無				
居宅介護支援	1 有	介護相談ほたる	知多郡阿久比町植大前崎57	○	
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	2 無				
介護予防訪問看護	2 無				
介護予防訪問リハビリテーション	2 無				
介護予防居宅療養管理指導	2 無				
介護予防通所リハビリテーション	2 無				
介護予防短期入所生活介護	2 無				
介護予防短期入所療養介護	2 無				
介護予防特定施設入居者生活介護	2 無				

介護予防福祉用具貸与	2 無				
特定介護予防福祉用具販売	2 無				
<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	2 無				
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 無				
介護予防認知症対応型共同生活介護	2 無				
介護予防支援	2 無				
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	2 無				
介護老人保健施設	2 無				
介護医療院	2 無				
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	2 無				
通所型サービス	1 有	小規模デイサービスほたる阿久比	知多郡阿久比町植大前崎38		○
その他生活支援サービス	2 無				



## 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						
	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)	個別の利用料金で、実施するサービス (利用者が全額負担)				備 考
		包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス						
食事介助	1 あり	1 あり	○		2000円	/回
排泄介助・おむつ交換	1 あり	1 あり	○		2000円	/回
おむつ代		1 あり		○	100円	/回
入浴（一般浴）介助・清拭	1 あり	1 あり	○		1000円	/回
特浴介助	1 あり	1 あり	○		2000円	/回
身辺介助（移動・着替え等）	1 あり	1 あり	○		2000円	/回
機能訓練	1 あり	1 あり	○		3000円	/回
通院介助	2 なし	1 あり	○		5000円	/時間 阿久比町、半田市内の病院
口腔衛生管理	1 あり	1 あり	○		500円	/回
生活サービス						
居室清掃	1 あり	1 あり	○	○	2000円	/回
リネン交換	1 あり	1 あり	○	○	2000円	/回
日常の洗濯	1 あり	1 あり	○	○	2000円	/回
居室配膳・下膳	1 あり	2 なし	○	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事		1 あり		○	300円	/回 /回 通常の食事代に加算して
おやつ		1 あり		○	150円	/回
理美容師による理美容サービス		1 あり		○	実費	/回
買い物代行	2 なし	1 あり		○	2000円	/回
役所手続き代行	2 なし	1 あり		○	2000円	/回
金銭・貯金管理		2 なし				
健康管理サービス						
定期健康診断		1 あり		○	実費	年2回
健康相談	1 あり	1 あり	○			
生活指導・栄養指導	1 あり	1 あり	○			
服薬支援	1 あり	1 あり	○			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	1 あり	1 あり	○			

入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	2 なし	1 あり		○	5000円	/時間 阿久比町、半田市内の病院
入院中の洗濯物交換・買い物	2 なし	1 あり		○	2000円	/回
入院中の見舞い訪問	2 なし	1 あり		○	2000円	/回

※1:利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3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。