

重要事項説明書

記入年月日	令和5年12月1日
記入者名	大林 三恵子
所属・職名	ナーシングホーム 施設長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／法人 株式会社ミトリ	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) 株式会社ミトリ	
主たる事務所の所在地	〒441-8051 豊橋市柱四番町 59 番地	
連絡先	電話番号	(0532) 33-0631
	FAX番号	(0532) 46-5691
	ホームページアドレス	https:// www.mitori.care
代表者	氏名	大林 康隆
	職名	代表取締役
設立年月日	平成・令和 4 年 8 月 1 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) なーしんぐほーむみつつのとり ナーシングホーム三つの鳳	
所在地	〒441-8113 豊橋市西幸町字浜池 251 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	豊橋 駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 豊橋駅より、豊鉄バス（豊橋技科大線） 測点停留所下車、徒歩 7 分
連絡先	電話番号	(0532) 39-5111
	FAX番号	(0532) 39-5114
	ホームページアドレス	http:// www.mitori.care
管理者	氏名	大林 三恵子
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和 4年 6月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和 4年 8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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	
	指定の更新日（直近）	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2477.00 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				
		契約の自動更新	1	あり	2	なし				
建物	延床面積	全体	1,199.22 m ²							
		うち、老人ホーム部分	1,199.22 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				
		契約期間	1	あり (年 月 日～ 年 月 日)	2	なし				
		契約の自動更新	1	あり	2	なし				
	居室の状況	居室区分	1 全室個室 30 室							
		【表示事項】	2 相部屋なし							
			最少	人部屋						
			最大	人部屋						
			トイレ	浴室	面積	戸数・室数				
			タイプ1	有/無	15.02 m ²	30				
			タイプ2	有/無	m ²					
			タイプ3	有/無	m ²					
			タイプ4	有/無	m ²					
			タイプ5	有/無	m ²					
			タイプ6	有/無	m ²					

※「個室」「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	8ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	ヶ所
			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
消防用設備等	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）		
その他		3 あり（上記1・2に該当しない）		
		4 なし		
	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	
その他	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	地域の高齢者に安心した暮らしと豊かさを提供する住宅型有料老人ホームです。
サービスの提供内容に関する特色	利用者の方々が生涯を通して安心して穏やかに、暮らせる住宅型有料老人ホームです。
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

（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	2	なし
	生活機能向上連携加算		1	あり	2	なし
	個別機能訓練加算		1	あり	2	なし
	夜間看護体制加算		1	あり	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		1	あり	2	なし
	医療機関連携加算		1	あり	2	なし
	口腔衛生管理体制加算		1	あり	2	なし
	栄養スクリーニング加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算		1	あり	2	なし
	認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(Ⅰ)イ	1	あり	2	なし
		(Ⅰ)ロ	1	あり	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり	2	なし
		(Ⅲ)	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) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配	
※複数選択可		② 入退院の付き添い	
		③ 通院介助	
		4 その他（	

協力歯科医療機関	名称	くさかべ歯科クリニック
	住所	豊橋市弥生町中原 35-7
	協力内容	在宅診療

(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		1 一時介護室へ移る場合 ② その他（頻回な訪室が必要となった場合 ）
判断基準の内容		昼夜問わず、施設職員の頻回な巡回または訪室が必要となった場合詰所付近の居室への移動をお願いする場合があります。
手続きの内容		状況に応じて、本人と身元引請け人の承諾を得て行います。
追加的費用の有無		1 あり ② なし
居室利用権の取扱い		変更手続き等なし
前払金償却の調整の有無		1 あり ② なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし
	洗面所の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	1 あり (変更内容)
		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	事前訪問による面談及び当施設の所定手続き書を完備して頂く	
契約の解除の内容	次のいずれかに該当する場合には、本契約を終了するものとします。 ① 入居者が死亡した場合 ② 入居者が入居契約書第 14 条に基づき解約したとき 事業者が入居契約書第 15 条に基づき解約したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書第 15 条
	解約予告期間	1 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：1 泊 食事料金の 1,566 円 ） 3 泊まで 2 なし	
入居定員	30 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と兼務する職員については、有料老人ホームの職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	1	1	
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(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			
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（ 22 時 ～ 5 時）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	1 人	1 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】	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)	: 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		初任者研修の修了			
							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												
前年度1年間の退職者数												
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満											
	1年以上											
	3年未満											
	3年以上											
	5年未満											
	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						

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 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 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 2 日割り計算で減額 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	社会経済の情勢が変化した場合、行政の指導のもとに変化した時
	手続き	運営懇談会により十分な話し合いにより合意の上、改定できるものとする。運営懇談会のメンバーは入居者または身元引受人等選任して行うものとする。

(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 4	
	年齢		85 歳	歳
居室の状況	床面積		15.02 m ²	m ²
	便所		1 有 ② 無	1 有 2 無
	浴室		1 有 ② 無	1 有 2 無
	台所		1 有 ② 無	1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	入居事務手数 (税抜)		円	円
	敷金		円	円
月額費用の合計			140,500 円	円
家賃 (非課税)			37,000 円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	円
	介護保険外 ※ ²	食費 (税抜)	43,500 円	円
		管理費 (税抜)	25,000 円	円
		介護費用	円	円
		光熱水費 (非課税)	15,000 円	円
		その他	20,000 円	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	家賃相当費用は、設備費、修繕費等を基礎とし、近隣家賃等を勘案して算出
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	施設運営に必要な共有部分の費用、修繕費、維持管理費、生活支援職員人件費相当

食費	原材料費等を勘案して算出。 朝食 250 円 昼食 600 円 夕食 600 円 月 30 日の場合、43,500 円（税抜）
光熱水費	居室、共有部分等の費用を居室割で算出
その他のサービス利用料	寝具リース、シーツ、季節の寝具交換含む （寝具リース業者の費用をもとに算出）5,000 円/月(税抜) オムツ等の消耗品（アメニティセット）仕入費等を勘案して算出 15,000 円/月(税抜) 経管栄養管理費 1 日 100 円（税抜）

(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	
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		
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 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	
	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	8 人
	女性	5 人
年齢別	65 歳未満	3 人
	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	5 人
	85 歳以上	4 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	3 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	11 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	1 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	77.3 歳
入居者数※の合計	13 人
入居率※※	43%
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。	
※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。	

(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	人
	医療機関	2 人
	死亡者	2 人
	その他	人

生前解約の状況	施設側の申し出	1 人
		(解約事由の例) ご家族と施設との話し合いで対応について折り合いがつかなかった為
	入居者側の申し出	2 人
		(解約事由の例) 医療機関入院の為 ご自宅での看取り希望の為

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		ナーシングホーム三つの鳳ご利用者用相談窓口
電話番号		(0532) 39-5111
対応している時間	平日	午前 9 時～午後 6 時
	土曜	午前 9 時～午後 6 時
	日曜・祝日	午前 9 時～午後 6 時
定休日		なし
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等		
公共機関窓口		豊橋市役所 福祉部 長寿介護課
電話番号		(0532) 51-2333
対応している時間		午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
定休日		土・日・祝

(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) 損保ジャパン株式会社
	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) 施設の生活支援サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、入居者に対して損害を賠償します。
	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 (緊急時対応マニュアル施設内掲示)	

(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	1 年に 1 回開催予定	
		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 ① 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	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	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

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年1回 毎年3月予定
	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	1 あり (提携ホーム名:)	

【表示事項】	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	
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添 1（事業者が運営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

（説明を受けられた方の署名）

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 事業者が豊橋市内で運営する他の介護サービス事業

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	三鳳訪問介護ステーション	豊橋市柱四番町59番地
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	三鳳訪問看護ステーション	豊橋市柱四番町59番地
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		
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		
地域密着型通所介護	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		
＜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	三鳳訪問看護ステーション	豊橋市柱四番町59番地
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		
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		
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）		利用料に含む※2			備考	
					その都度徴収※2	料金※3			
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
おむつ代			なし	あり		○	実費	オムツはアメニティに含まれています	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				日常的は施設生活支援。専門的は外部サービスにて実費	
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	550 円（税込） / 15 分	都度依頼内容にかかる時間にて徴収	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	希望に応じて食材費等の自費負担	
おやつ			なし	あり		○	実費	おやつ、その他嗜好品分は自費負担	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	業者委託 移動理美容 2,200 円（税込）～	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込） / 15 分	都度依頼内容にかかる時間にて徴収	
金銭・貯金管理			なし	あり				希望のある場合は業者委託（貸金庫等）	

別添 2（続） 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

健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	※主治医が必要と認める時、保険自費負担	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			随時施設生活支援	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			随時施設生活支援	
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	275 円（税込）/15 分	基本は介護保険（介護保険外はその都度徴収）	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			随時施設生活支援	
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				介護タクシー業者へ依頼	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	550 円（税込）/15 分	都度依頼内容にかかる時間にて徴収	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	550 円（税込）/15 分	都度依頼内容にかかる時間にて徴収	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	550 円（税込）/15 分	都度依頼内容にかかる時間にて徴収	

※ 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。