

重要事項説明書

記入年月日	令和 6 年 1 2 月 1 日
記入者名	越路 直樹
所属・職名	常務取締役

1. 設置者（*）

種類	個人／ 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) けいぷらいど (か) ケイプライド株式会社	
主たる事務所の所在地	〒386-0001 長野県上田市上田 2 5 2 8 - 1	
連絡先	電話番号	0 2 6 8 - 7 1 - 7 4 5 0
	FAX番号	0 2 6 8 - 7 1 - 7 4 5 1
	ホームページアドレス	http:// kei-pride.com
	メールアドレス	kpride@tuba.ocn.ne.jp
代表者	氏名	小宮山 まゆみ
	職名	代表取締役
設立年月日	2 0 1 4 年 9 月 9 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) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく「ひだまりクオーレ」 サービス付き高齢者向け住宅「陽だまり Cuore」	
所在地	〒386-0001 長野県上田市上田 1 0 3 3 - 1	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・上田バスで乗車 1 5 分、殿城線「蛇沢」停留所で下車、徒歩 1 3 分 ② 自動車利用の場合 ・タクシー乗車 1 0 分

連絡先	電話番号	0 2 6 8 - 7 5 - 5 5 6 9
	FAX番号	0 2 6 8 - 7 5 - 5 6 0 9
	ホームページアドレス	http:// kei-pride.com
	メールアドレス	kpride@tuba.ocn.ne.jp
管理者	氏名	小宮山 まゆみ
	職名	施設長
建物の竣工日		2 0 2 0 年 2 月 3 日
有料老人ホーム事業の開始日		2 0 2 0 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	県（市）
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要（*）

土地	敷地面積	2, 0 8 9. 0 0 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 （ 普通賃借 ・ ☒ 定期賃借 ）	
		抵当権の有無	1 あり ☒ 2 なし
		契約期間	☒ 1 あり (2020 年 8 月 1 日～2050 年 7 月 31 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	9 9 9. 8 5 m ²
		うち、老人ホーム部分	9 5 7. 1 0 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（普通賃借 ・ 定期賃借）				
		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 【表示事項】	☒ 1 全室個室（縁故者居室を含む）				
		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	☒ 有 / ☐ 無	有 / ☒ 無	18.00 m ²	1 2	一般居室個室
	タイプ2	☒ 有 / ☐ 無	有 / ☒ 無	18.00 m ²	1 8	一般居室個室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
廊下の幅	中廊下（向かい合いの居室に面している廊下）		1. 7 m	その他の廊下	なし	
共用施設	共用便所における便房	2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		2ヶ所	
	共用浴室	ヶ所	個室		1ヶ所	
			大浴場		1ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		0ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
			その他（ ）		0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	☒ あり 2 なし			
	防災計画	☒ あり 2 なし			
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他 ()	
	☒ あり	☒ あり	☒ あり	1 あり	
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	☒ 2 一部あり	
	3 なし	3 なし	3 なし	3 なし	
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色	入居者の生活に応じた生活の支援を行い、自立支援のサポートを行う。
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 (訪問診療医の確保)	
協力医療機関	1	名称	柳澤病院
		住所	長野県上田市中央西 1 - 2 - 1 0
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、整形外科、外科、形成外科、神経内科
		協力科目	内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、整形外科、外科、形成外科、神経内科
		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 2 なし	

			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 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり			
		医療機関の名称		
		医療機関の住所		
	2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称		
		住所		
		協力内容		
	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	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他（本人及び家族の希望）		
判断基準の内容	長年住むにあたり、他の入居者との関係が回復できない時		
手続きの内容	他に空き室がある場合を基本とし、全室満室の場合には、他の入居者及びその家族とからの了承が得られた場合のみとする。		
追加的費用の有無	1 あり 2 なし		
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室に移行		
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	60歳以上の高齢者が入居の対象となる	
契約の解除の内容	・入居者本人の死亡 ・入居者又は事業者から解約した場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	各種費用の未払い
	解約予告期間	概ね6ヶ月ヶ月
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：空き室がある場合のみ。食費の実費） 2 なし	
入居定員	30人	
その他	連帯保証人が設定できない場合は要相談	

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		1．0
生活相談員	2	1	1	1．5
直接処遇職員	4	3	1	3．5
介護職員	3	3		3．0
看護職員	1		1	0．5
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	3		3．0
事務員	1	1		1．0
その他職員	1		1	0．5
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			
介護福祉士	2	1	1
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
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)

	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（ 1 6時30分～翌9時30分 ）			
	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	1 人		1 人

(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		介護支援専門員					
				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	0	1	0	1	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に の人数	1年未満										
	1年以上 3年未満						1				
	3年以上 5年未満			1		1					
	5年以上 10年未満			1							
	10年以上	1									
従業者の健康診断の実施状況				☒ 1 あり 2 なし				採用時に		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	条件	物価変動等により賃料が不相当となった場合
の改定	手続き	貸主及び借主による協議

（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		自立から要介護（北向き部屋）	自立から要介護（南向き部屋）
	年齢		60歳以上	60歳以上
居室の状況	床面積		18.00㎡	18.00㎡
	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	前払金		0円	0円
	敷金		135,000円	180,000円
月額費用の合計			143,500円	158,500円
家賃			45,000円	60,000円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
		食費	58,500円	58,500円
		管理費	30,000円	30,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	実費による居室電気料金	実費による居室電気料金
その他		10,000円	10,000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）				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	建物の建設費用、設備備品費用、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の3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。
管理費 ^{※1}	共用施設の維持管理費。光熱水費。修繕費。事務管理部門の人件費。事務費。

食費	1日3食を提供するための食材費、光熱水費、人件費。
光熱水費等※2	共益費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2（個別選択による介護サービス一覧表）
その他のサービス利用料	定期巡回及び生活相談に要する人件費。

※1 共用施設の修繕費、人件費等の使途をすべて記入し、「等」で括らないこと。

※2 水道、電気、暖房の使用料及びこれに類する公共料金（入居者が居室に設置する場合の受信料等）等を明記すること。

(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 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	4 人
	女性	2 6 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	4 人
	85 歳以上	2 6 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	3 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	5 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	4 人
	要介護 5	6 人
入居期間別	6 ヶ月未満	3 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	4 人
	1 年以上 5 年未満	2 3 人
	5 年以上 10 年未満	0 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	9 0 . 2 7 歳
入居者数の合計	3 0 人
入居率※	1 0 0 %
※ 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	1 人
	医療機関	0 人
	死亡	6 人
	その他	0 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人

況		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0 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) ※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		サービス付き高齢者向け住宅「陽だまり Cuore」事務室
電話番号		0 2 6 8 - 7 5 - 5 5 6 9
対応している 時間	平日	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 (時間外にても対応)
	土曜	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 (時間外にても対応)
	日曜・祝日	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 (時間外にても対応)
定休日		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) 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	☐ 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) 状況により都度対応
	☐ 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		

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 回
	☒ 2 なし	
	☒ 1 代替措置あり	(内容) 年1回の入居者家族を含めた家族会を実施し、意見交換の場を持つ。
	2 代替措置なし	
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 2 なし
	指針の整備	☒ 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	☒ 1 あり 2 なし
	担当者の配置	☒ 1 あり 2 なし
身体拘束等の適正化のための取組の状況	身体拘束等適正化検討委員会の開催	☒ 1 あり 2 なし
	指針の整備	☒ 1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	☒ 1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体拘束等）を行うこと	
	1 あり	身体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 2 なし	
☒ 2 なし		
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	☒ 1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	☒ 1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	☒ 1 あり 2 なし

別添 1 事業主体が長野県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			併設・隣の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
通所介護	あり	なし	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接		
<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	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接		
<介護保険施設>					
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接		
介護医療院	あり	なし	併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>					
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接		

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				保険給付＋上乗せ介護費	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				保険給付	
おむつ代			なし	あり		○	120 円/枚	自己負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	600 円/回	週 2 回まで介護保険、自立者のみ希望時に利用可能	
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	○			保険給付＋上乗せ介護費	
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/ 回	同行受診（2 時間以内・上田市内）	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり	○			保険給付＋上乗せ介護費	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにて週 2 回まで実施	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにて週 2 回まで実施	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにて週 2 回まで実施	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			ケアプランにより実施及び希望時	
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		○	100 円/日	入居者全員が対象	
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	2,200 円/回	外部からの訪問理美容	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	500 円/回	近隣での買い物	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		必要に応じて月 1 回程度	
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				※回数（年○回など）を明記すること	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
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	○			適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施	
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				状況により適宜実施	
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				状況により適宜実施	

※ 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。