

重要事項説明書

記入年月日	令和5年10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／ <input type="checkbox"/> 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2528-1	
連絡先	電話番号	0268-71-7450
	FAX番号	0268-71-7451
	ホームページアドレス	http://kei-pride.com
	電子メールアドレス	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	昭和・ <input type="checkbox"/> 平成26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	さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく「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1033-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR上田駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・上田バスで乗車15分、殿城線「蛇沢」停留所で下車、徒歩13分 ② 自動車利用の場合 ・タクシー乗車10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
	電子メールアドレス	kpride@tuba.ocn.ne.jp
管理者	氏名	宮坂 直樹
	職名	施設長
建物の竣工日		<input checked="" type="checkbox"/> 令和 平成 2 年 2 月 3 日
有料老人ホーム事業の開始日		<input checked="" type="checkbox"/> 令和 平成 2 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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 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	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (令和2年8月1日～令和3年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ()	
建物	構造	1 鉄筋コンクリート造	
		2 鉄骨造	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 木造	

		4 その他 ()				
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.00 m ²	1 2	一般居室個室
タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 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. 7m	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	2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	0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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				

	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
緊急通報装置等	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 一部あり 3 なし
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 一部あり 3 なし
	浴室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 一部あり 3 なし
	その他（2階踊り場）	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 一部あり 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

（医療連携の内容）

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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1-2-10
		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	内科医の訪問診療、医療相談、
	2	名称	
		住所	
診療科目			

		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	相当の期間 (概ね6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。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	1		1	0.5
直接処遇職員				
介護職員	1	1		1.0
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	1	1		0.5
調理員	3	3		3.0
事務員	1	1		1.0
その他職員	6	6		6.0
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	
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者	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			<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし	採用時に		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	物価変動等により賃料が不相当となった場合
	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）	自立から要介護（南向き）
	年齢	60歳以上	60歳以上
居室の状況	床面積	18.00㎡	18.00㎡
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		円	円
家賃		45,000円	60,000円
サービス費用	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	円	円
	介護保険外 ^{※2}	光熱水費	実費による居室電気料金
	その他	10,000円	20,000円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(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。
<p>※1 共用施設の修繕費、人件費等の用途をすべて記入し、「等」で括らないこと。</p> <p>※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。</p>	

(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）	
<p>※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p>	

(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	6人
	女性	24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	5人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	5人
	要介護2	9人
	要介護3	1人
	要介護4	4人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	0人
	1年以上5年未満	29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	88.90歳
入居者数の合計	30人
入居率*	100.0%
※ 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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	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		0268-75-5569
対応している時間	平日	9:00~18:00 (時間外にても対応)
	土曜	9:00~18:00 (時間外にても対応)
	日曜・祝日	9:00~18:00 (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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(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。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	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	
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					
提携ホームへの移行 【表示事項】	<table border="1"> <tr> <td>1 あり (提携ホーム名 : _____)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table>	1 あり (提携ホーム名 : _____)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
1 あり (提携ホーム名 : _____)					
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 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</td> </tr> </table>	1 あり 2 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
1 あり 2 なし					
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> </table>	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td>1 適合している (代替措置)</td> </tr> <tr> <td>2 適合している (将来の改善計画)</td> </tr> <tr> <td>3 適合していない</td> </tr> </table>	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	
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 (別を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・隣接の 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	「陽だまり」訪問 介護事業所	長野県上田市上田25 28-1
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	「陽だまり」居宅 介護支援事業所	長野県上田市上田25 28-1
＜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	「陽だまり」訪問 介護事業所	長野県上田市上田25 28-1
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	備 考	
	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
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり			保険給付＋上乘せ介護費	
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり			保険給付	
おむつ代			なし	<input type="checkbox"/>		○	120 円/枚 自己負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		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	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		保険給付＋上乘せ介護費	
機能訓練	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
通院介助	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		週 1 回は上乘せ介護費、2 回目以降は保険給付。	
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		ケアプランにて週 2 回まで実施	
リネン交換	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		ケアプランにて週 2 回まで実施	
日常の洗濯	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		ケアプランにて週 2 回まで実施	
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		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			<input type="checkbox"/>	あり				
おやつ			なし	<input type="checkbox"/>		○	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	<input type="checkbox"/>		○	2,200 円/回 外部からの訪問理美容	
買い物代行	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○			
役所手続き代行	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>	○		必要に応じて月 1 回程度	
金銭・貯金管理			なし	<input type="checkbox"/>	○		必要に応じて管理費で実施	
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/>	あり				
健康相談	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>			適宜実施	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>			適宜実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/>	あり	なし	<input type="checkbox"/>			適宜実施	
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
入退院時の同行	なし	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>			状況に応じて適宜実施	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>			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