

重要事項説明書

記入年月日	令和7年6月1日
記入者名	竹内 博美
所属・職名	サービス付き高齢者向け住宅 コスモスプラネットあもり 管理者

注 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	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) 株式会社コスモスプラネット	
主たる事務所の所在地	〒388-8004 長野市篠ノ井会 618-2	
連絡先	電話番号	026-299-6716
	FAX番号	026-299-6717
	ホームページアドレス	http://www.cosmosnet.or.jp
代表者	氏名	山田 徳実
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 10年 2月 4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) サービス付き高齢者向け住宅コスモスプラネットあもり
----	-------------------------------------

所在地	〒380-0941 長野市安茂里 5095-1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR・しなの鉄道 安茂里駅
	交通手段と所要時間	安茂里駅より徒歩 7 分 アルピコバス：長野駅発（犀北団地線） 犀北団地より徒歩 2 分
連絡先	電話番号	026-217-7030
	FAX番号	026-267-6606
	ホームページアドレス	http://www.cosmosnet.or.jp
管理者	氏名	竹内 博美
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和 平成 26年 3月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 平成 26年 4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	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	3,503 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 (2014年3月1日～2034年8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	999.25 m ²
		うち、老人ホーム部分	999.25 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 (平成 26 年 3 月 1 日～平成 46 年 8 月 31 日) 2 なし				
		契約の自動更新	(1) あり 2 なし				
居室の状況		(1) 全室個室 2 相部屋あり					
	【表示事項】	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	有／無	18.84 m ²	29 介護居室個室		
	タイプ 2	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 3	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 4	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 5	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 6	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 7	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 8	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 9	有／無	有／無	m ²			
	タイプ 10	有／無	有／無	m ²			
※「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)		1.8m	その他の廊下	1.8m		
共用施設	共用便所における便房	5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		5ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
共用浴室における		ヶ所	チエア一浴		ヶ所		

介護浴槽	リフト浴	ヶ所
	ストレッチャー浴	ヶ所
	その他 ()	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	1 あり 2 なし
	防災計画	1 あり 2 なし
所在地域との防災協定の締結	1 あり	2 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	1. 入居者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援する。 2. 入浴・排泄・食事等の介護、その他日常生活の援助、機能訓練及び療養上の援助を行なう。 3. 明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業所やその他地域保健医療サービス又は福祉サービスとの密接な連携に努めると共に、関係地区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
サービスの提供内容に関する特色	1. 関連法人である、医療法人コスモスを始めとしたコスモスグループとの協力体制があります。訪問診療も含め、グループ内での連携の下、安心・安全・信頼のサービス提供を心がけ

	ています。		
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
	(I)イ (I)ロ (II) (III)	1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 1 あり 2 なし 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	(介護・看護職員の配置率) 1 あり : 1 2 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	(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 ()	
協力医療機関	1	名称	クリニックコスモス長野
		住所	長野市小島田町 380
		診療科目	内科・外科
		協力内容	訪問診療・健康相談・通院対応・緊急時対応
協力歯科医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		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 ()
判断基準の内容	管理者の判断による。
手続きの内容	1. 本人又は身元引受人の同意を得る。 2. 経過観察を行なう。
追加的費用の有無	1 あり ② なし
居室利用権の取扱い	
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					
契約の解除の内容	1. 入居者が逝去した場合。 2. 入居者から契約解除が行なわれた場合。 3. 事業者から契約解除が行なわれた場合。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 11. 12. 13 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 2 日 空室がある場合のみ) 2 なし				
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		0.5
生活相談員				
直接処遇職員	12			
介護職員	9	4	5	7.2
看護職員	3	1	2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2		2	
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			
介護福祉士	7	4	3
実務者研修の修了者	0		0
初任者研修の修了者	2		2
介護職専門員			

(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			

(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	0 人	0 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	ホームの職員数	人
--------------------	---------	---

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)	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				<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				
	業務に係る資格等			<input checked="" type="radio"/> あり	<input checked="" type="radio"/> 資格等の名称 看護師				
				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
前年度1年間の採用者数		1	1	3					
前年度1年間の退職者数		1	2	2					
応じた職員の人数に従事した業務に経験年数	1年未満			1					
	1年以上			1	1				
	3年未満								
	3年以上			1	1				
	5年未満								
	5年以上			2	2				
	10年未満								
	10年以上	1	2	1	2				
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> 採用時に		<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 3 月払い方式		
	4 選択方式	1 全額前払い方式	
	※該当する方式を全て選択	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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし
	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 国内の経済状況・消費者物価指数・税制改正等 手続き 同意書

(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	1	5
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	18.84 m ²	18.84 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 必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		175,590円	175,590円
家賃		51,000円	51,000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	67,590円	67,590円
	管理費	24,000円	24,000円
	介護費用	33,000円	33,000円
	光熱水費	0円	0円
	その他	0円	0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	土地賃料・建物建築費
敷金	家賃の ケ月分
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	事務管理等人件費・施設等の維持管理費・共用部の消耗品費・水道光熱費 車両管理、燃料費

食費	食材料費・調理に関する人件費・調理に関する水光熱費
光熱水費	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
その他のサービス利用料	

(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	12人
	女性	17人
年齢別	65歳未満	0人

	65 歳以上 75 歳未満	1 人
	75 歳以上 85 歳未満	0 人
	85 歳以上	28 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	9 人
	要介護 2	4 人
	要介護 3	6 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	4 人
入居期間別	6 ヶ月未満	8 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	9 人
	1 年以上 5 年未満	11 人
	5 年以上 10 年未満	1 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	88.7 歳
入居者数の合計	29 人
入居率*	100%
※ 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	2 人
	社会福祉施設	4 人
	医療機関	6 人
	死亡者	7 人
	その他	3 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	15 人
		(解約事由の例) 身体状況が安定したから。身体状況が 変わり、重度になったための住み替えなど。

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 (1)	サービス付き高齢者向け住宅コスモスネットあもり苦情相談窓口	
電話番号	026-217-7030	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	不在の場合は苦情受付簿にて出勤職員が対応	
窓口の名称 (2)	市高齢者活躍支援課	
電話番号	026-224-5029	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日	土日祝日 年末年始	

(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) 民間の損害賠償保険に加入。
	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) (その内容) 民間の損害賠償保険に加入。サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力または入居者に起因する場合を除き賠償される。
	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情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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 6回
	<input checked="" type="radio"/> ② なし ① 代替措置あり	(内容) (内容) 定期的に住民の方々との意見交換会を実施 (4半期ごと)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input checked="" type="radio"/> ① あり (提携ホーム名: グループ内特定施設、老人保健施設、老人福祉施設、グループホーム) 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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」	1 あり <input checked="" type="radio"/> ② なし	

に合致しない事項	
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（別に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 事業主体が長野市内で実施する他の介護サービス

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 ヘルパーステーション コスモスプラネットあもり	長野市安茂里5095-1
訪問入浴介護	あり なし	
訪問看護	あり なし	
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 コスモスプラネット篠ノ井ディサービスセンター	長野市篠ノ井会618-2
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 福祉用具販売レンタル コスモスプラネット	長野市篠ノ井会614-1
特定福祉用具販売	あり なし 福祉用具販売レンタル コスモスプラネット	長野市篠ノ井会614-1
<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	
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 グループホーム コスモスプラネット篠ノ井	長野市篠ノ井会619-1
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 居宅介護支援事業所コスモスプラネット篠ノ井・篠ノ井	篠ノ井：長野市篠ノ井会618-2 稻里：長野市稻里町中央1丁目15-1
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問入浴介護	あり なし	
介護予防訪問看護	あり なし	
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 福祉用具販売レンタル コスモスプラ	長野市篠ノ井会614-1

特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	ネット 福祉用具販売 レンタル コスモスプラ ネット	長野市篠ノ井会614-1
--------------	----	----	--	--------------

<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	グループホーム コスモスプラ ネット篠ノ井	長野市篠ノ井会619-1
介護予防支援	あり	なし	居宅介護支援 事業所コスモ スプラネット 篠ノ井・稻里	篠ノ井：長野市篠ノ井会6 18-2 稻里：長野市稻里町中央1 丁目15-1

<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		

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 ¹⁾	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		○	1,100/30分	ケアプラン以外の食事介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	220円/1回	おむつ交換、更衣、陰部洗浄、ポータブルトイレの洗浄、ズボンの上げ下ろし等
おむつ代			なし	あり		○		使用した分を請求（パック販売）
入浴（一般浴）介助	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/1回	お湯はり、入浴介助、見守り、清掃等
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
清拭介助	なし			あり		○	1,650/回	清拭、更衣、オムツ交換含む
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	330/1回	内容による。（別紙オプションサービス一覧表参照）
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	備考参照	自立：（介助を必要としない）1,000円/片道 軽介助：（少しの手助けで車移乗できる）1,500/片道 車椅子：3,000円/片道
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,100円/1回	居室のモップ掛け、トイレ清掃
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	770円/1回	失禁時のシーツ交換も含む
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1回 2kg/770円	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		実費
おやつ			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	2,200円/回	移動時間も含め30分程度の範囲
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		長野市内に限る
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			
	健康相談	なし	あり	なし	あり	○		
	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	○		
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○		
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	○	自立：（介助不要）1,100円/片道 軽介助：1,650円/片道 車椅子：3,300円/片道	

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割・2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、月額の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。