

別紙様式

サービス付き高齢者向け住宅「リンク玉村」(群馬県)

重要事項説明書

記入年月日	2023年8月1日
-------	-----------

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ りんく 株式会社L i n k	
主たる事務所の所在地	〒370-1135 群馬県佐波郡玉村町大字板井 887-6	
連絡先	電話番号	0270-61-5380
	FAX番号	0270-61-5381
	ホームページアドレス	http://www.link-care.co.jp
	メールアドレス	info@link-care.co.jp
代表者	氏名	高荷 紘子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 24年 9月 6日	
主な実施事業	※別添1 (別々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) りんくたまむら リンク玉村	
所在地	〒370-1135 群馬県佐波郡玉村町大字板井 887-6	
主な利用交通手段	最寄駅	高崎駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・群馬中央バス、県立女子大前行きで乗車 21分、板井団地入口で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車21分
連絡先	電話番号	0270-61-5841
	FAX番号	0270-61-5842
	ホームページアドレス	http://www.link-care.co.jp
	メールアドレス	link-ws.tamamura@crocus.ocn.ne.jp
管理者	氏名	七五三木 貴志
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 24年 10月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年 1月 8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

(特記事項)

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 不要*
※ 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	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	デイサービスセンターリンク玉村
		サービスの類型	通所介護
		事業所番号	1072800806
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	988.32 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		
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権
		抵当権の有無	1 あり	2 なし
契約期間	1 あり	令和19年 (平成25年1月10日～平成49年10月28日)		
契約の自動更新	1 あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	988.32 m ²	
		うち有料老人ホーム部分	m ²	
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2)		
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3)		
		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 ()			
建物階数	2 階建て (うち有料老人ホーム部分 1階～2階)			
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	令和19年 (平成25年1月10日～平成49年10月28日)	
		2 なし		

		契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.4 m ²	23	一般居室個室
	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」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入						
共用施設	共用便所における 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	ヶ所		
			ストレッチャー浴	ヶ所		
その他 ()			ヶ所			
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					

	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	入居者・同居者及び来訪者が、快適で心身ともに充実安定した生活を営むことに資すると共に住宅の良好な生活環境を確保します。
サービスの提供内容に関する特色	住宅街の中にあり静かで安心して生活して頂けます。隣に畑があり利用希望者は利用可能です。 近隣には医療施設もあり安心して生活していただける環境です。
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) (II) なし

	サービス提供体制強化加算	(I)イ (I)ロ (II) (III) なし
	介護職員処遇改善加算	(I) (II) (III) (IV) (V) 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	※複数選択可	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1 救急車の手配</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">2 入退院の付添い</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;">3 通院介助</div> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 民善会 細谷たかさきクリニック
		住所	群馬県高崎市南大類町888-1
		診療科目	一般内科
		協力内容	緊急対応、往診、健康相談
	2	名称	県央医科歯科クリニック
		住所	群馬県高崎市中泉町610番地2
		診療科目	内科、外科、整形外科、胃腸内科、肛門科
		協力内容	緊急対応、往診、健康相談
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	芳賀歯科医院	
	住所	群馬県前橋市高花台1-9-2	
	協力内容	往診、口腔ケア、健康相談	

(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			
手続の内容			
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
入居対象となる者の年齢	60歳以上の方		
留意事項	要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の方がご入居いただけます。		
契約の解除の内容	<p>入居契約書第28条</p> <p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 入居契約書第21条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除の場合は、事業者は次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>※契約解除の前に、入居者及び身元引受人お方とお話させていただきます。</p>		

事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 28 条
	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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 あり（内容：入居時と同等のサービスの提供）</div> 2 なし	
体験入居の費用		5,500 円
入居定員		23 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（併設介護保険事業所等同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

(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		0.13
生活相談員				
直接処遇職員	9	6	3	4.9
介護職員	9	6	3	4.9
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				
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	3	3	
初任者研修等修了者	5	4	1
介護支援専門員			
上記以外のもの	2		2

(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 (17 時～ 9 時)		
	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】	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし				
	業務に係る資格等		1 <input checked="" type="checkbox"/> あり								
			資格等の名称		ホームヘルパー2級						
			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				1	1						
前年度1年間の退職者数				0	0						
応じた業務に従事した経年数に 業務に従事した職員の人数	1年未満				1						
	1年以上			2	1						
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上			5	1						
	10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり		2 なし					

6. 利用料金

省略（別添 登録事項等説明書参照）

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	11人
	女性	10人
年齢別	60歳未満	0人
	60歳以上 65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	5人
	85歳以上 90歳未満	7人
	90歳以上 95歳未満	3人
	95歳以上 100歳未満	3人
	100歳以上	0人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	5人
	要介護2	3人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	11人
	5年以上 10年未満	5人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人
入居時の住所 地	玉村内	7人
	県内の他の市町村	4人
	県外	10人

（入居者の属性）

平均年齢	85歳
入居者数の合計	21人
入居率※	91.3%
※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡者	2人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	1人
		(解約事由の例) 施設に入所後、歩けるようになり自宅へ戻られた為

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	リンク玉村	
電話番号	0270-61-5841	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	
定休日	日曜・祝日	

(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	(その内容) 支払限度額1人当たり身体50000千円 1事故当たり身体500000千円、財物5000千円
	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) 支払限度額1人当たり身体50000千円 1事故当たり身体500000千円、財物5000千円
	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
重要事項説明書	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
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 随時開催
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) 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 <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	
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		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

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 令和 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

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		
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	・デイサービスセンターリンク玉村 ・デイサービスセンターこすもすの庭	・佐波郡玉村町大字板井887-6 ・前橋市文京町2-10-26
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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・サービスパッケージ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		個別の利用料で、実施するサービス		包含※2		都度※2		料金※3		備考	
特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）		特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）		（利用者が全額負担）							
特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）	特定施設入居者生活介護（利用者負担一部負担※1）
介護サービス											
食事介助	あり	なし	あり	なし	あり	○					
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし	あり	○					
おむつ代								実費			
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,100			
特浴介助	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,100			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし	あり	○					
機能訓練	あり	なし	あり	なし	あり						
通院介助	あり	なし	あり	なし	あり			30分 1,100（介護員）、 30分 2,200（看護師）			※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス											
居室清掃	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,100			
リネン交換	あり	なし	あり	なし	あり	○					
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,100			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし	あり						
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり	なし	あり	○					
おやつ	あり	なし	あり	なし	あり	○					
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり	なし	あり	○		訪問による実費			
買物代行	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,100			※利用ができる範囲を明確化すること
役所手続代行	あり	なし	あり	なし	あり	○					
金銭・貯金管理	あり	なし	あり	なし	あり	○					
健康管理サービス											
定期健康診断	あり	なし	あり	なし	あり	○					※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	あり	なし	あり	なし	あり	○					
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし	あり	○					
服薬支援	あり	なし	あり	なし	あり	○					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	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	あり	なし	あり	なし	あり	○		介護タクシー実費			
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし	あり	○		30分 1,100			※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり	なし	あり	○		1回 1,650			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり	なし	あり	○					

- ※ 1 : 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる (1 割から 3 割までの利用者負担) 。
- ※ 2 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービスの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比べて、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。