

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	寺田 光太郎
所属・職名	代表取締役

※ 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) かぶしきがいしやりんくはーと 株式会社リンクハート	
主たる事務所の所在地	〒661-0976 尼崎市潮江一丁目20番1号アミング潮江イースト401西E	
連絡先	電話番号	06-6415-8089
	FAX 番号	06-6497-1182
	ホームページアドレス	http://www.linkheart-care.com
代表者	氏名	寺田 光太郎
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 24 年 12 月 26 日	
主な実施事業	介護保険事業、障害者福祉サービス事業 ※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) りんくはーとしもさかべ リンクハート下坂部	
所在地	〒661-0975 尼崎市下坂部1丁目20番30号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 神戸線「尼崎」駅
	交通手段と所要時間	例：①電車利用の場合 JR 尼崎駅下車 徒歩 12 分 ②バス利用の場合 潮江北下車 徒歩 7 分
連絡先	電話番号	06-6494-1481
	FAX 番号	06-6494-1482
	ホームページアドレス	http://www.linkheart-care.com
管理者	氏名	生島 良太郎
	職名	管理者
建物の竣工日		平成 28 年 10 月 31 日
有料老人ホーム事業の開始日		令和 元年 12 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	349.50 m ²				
	所有関係	1 事業者				
		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 (平成28年11月1日～ 令和18年10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	798.49 m ² (4階建)			
		うち、老人ホーム部分	798.49 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28年11月1日～ 令和18年10月31日)				
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				
		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	Ⓢ/無	有/Ⓢ	15.85 m ²	4	一般居室個室
タイプ2	Ⓢ/無	有/Ⓢ	16.08 m ²	3	一般居室個室	

	タイプ3	㊦/無	有/㊦	15.08 m ²	20	一般居室個室
	タイプ4	㊦/無	有/㊦	14.42 m ²	1	一般居室個室
	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。						
共用施設	共用便所における 便房	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な 便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な 便房	1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 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1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			
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. 明るい家庭的な環境を提供し、精神的に安心して生活いただける様に努めます。 2. 入居者及びご家族の意思や人格を尊重したサービスを提供します。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が持つ能力に応じて自立した生活を営むことが出来るよう様に支援します。
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
安否確認又は状況確認サービス	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		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	明倫ファミリークリニック
		住所	尼崎市蓬川町 302 番 16 号 ザ・ガーデネスクシティ・アクア館 104 号
		診療科目	内科
		協力内容	内科医の訪問診療(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同。)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	山口歯科医院
		住所	尼崎市南塚口町 2 - 3 9 - 3 1
		協力内容	訪問歯科診療

(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 ※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				
手続きの内容				
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
留意事項				
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は契約書違反による事業者からの解約の場合			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第27条に記載		
	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:) ② なし			
入居定員	28 人			
その他	連帯保証人を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	0.6
生活相談員				
直接処遇職員	1			1.0
介護職員			14	4.6
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				6.2
※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	8		8
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員	3		3

(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			
柔道整復師			
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 (18時～ 9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	0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・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					7						
前年度1年間の退職者数					4						
業務に従事した経験年数に応じた職員の数	1年未満										
	1年以上				2						
	3年未満										
	3年以上			1	1						
	5年未満										
	5年以上				5						
	10年未満										
	10年以上				7						
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法 【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	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 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30日以上の場合に限り、共益費のみを減額	

利用料金	条件	物価変動、人件費の上昇により改定する場合がある。
の改定	手続き	運営懇談会の意見を聴く。

(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1	要介護5	
	年齢	78 歳	91 歳	
居室の状況	床面積	15.08 m ²	16.08 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	前払金	円	円	
	敷金	150,000 円	150,000 円	
月額費用の合計		119,120 円	70,000 円	
家賃		50,000 円	50,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	42,120 円	円
		管理費	15,000 円	15,000 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	電気代のみ実費	電気代のみ実費
		共益費	12,000 円	12,000 円
その他	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	家賃は個室賃料からなります。(賃料に関しては、建物の月額賃料を部屋数で割った金額を元に算定しています)
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	建物全体(設備)の維持管理費・管理人人件費・水道光熱費。
共益費	共用部分の維持・消耗品・清掃費。
食費	1か月(30日の場合) 39,000円(税別) 朝食=350円 昼食=550円 夕食=600円 ※キャンセルは、3日前の12時までに住宅スタッフへ

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居後の人数)

性別	男性	5
	女性	21
年齢別	65歳未満	1
	65歳以上 75歳未満	2
	75歳以上 85歳未満	12
	85歳以上	11
要介護度別	自立	0
	要支援1	0
	要支援2	0
	要介護1	1
	要介護2	2
	要介護3	6
	要介護4	12
	要介護5	5
入居期間別	6ヶ月未満	3
	6ヶ月以上 1年未満	4
	1年以上 5年未満	15
	5年以上 10年未満	6
	10年以上 15年未満	
	15年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	83
入居者数の合計	28人
入居率※	92%
※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	2人
	死亡者	3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	2人
		(解約事由の例) 療養病床への転院

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	リンクハート下坂部	
電話番号	06-6494-1481	
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	管理者不在時においては、各職員が苦情受付、管理者へ報告の上対応	

(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)

損害賠償保険の加入状況	① あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損保 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)
	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	年一回
		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 2 回
	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 【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	
尼崎市有料老人ホーム設置運営指導指針「第 4 章 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	居室面積が 18 m ² 未満 廊下幅が 1.8 m ² 未満	

ある場合の内容	m未満 外来者宿泊室無し 固定電話の設置が出来ない バルコニーなし 内階段なし 家族面談室なし
「第5章 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
尼崎市有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	あり
不適合事項がある場合の内容	居室面積が18㎡未満 廊下幅が1.8㎡未満 外来者宿泊室無し 固定電話の設置が出来ない バルコニーなし 内階段なし 家族面談室なし

添付書類：別添1（別の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。

署名年月日 _____ 年 月 日

同意者署名 _____ 印

別添1 事業主体が尼崎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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	介護ステーションリアン	尼崎市潮江1丁目20-1 アミング潮江イースト401西E
訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	リアン訪問看護センター	尼崎市潮江1丁目20-1 アミング潮江イースト401西E
訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	デイサービスセンターリアンつがぐち	尼崎市塚口本町2丁目2番20号
通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>		
夜間対応型訪問介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ケアプランセンターリアン	尼崎市潮江1丁目20-1 アミング潮江イースト401西E
<介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	リアン訪問看護センター	尼崎市潮江1丁目20-1 アミング潮江イースト401西E
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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・日常生活支援総合事業>				
第1号訪問事業	あり	なし		
第1号通所事業	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		
介護医療院	あり	なし		
介護療養型医療施設	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（右の「なし／あり」に○）					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）			備考
			包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
おむつ代			なし	あり		実費。
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
特浴介助	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
機能訓練	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
通院介助	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
リネン交換	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		無料。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
おやつ			なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
理美容師による理美容サービス			なし	あり		ご要望があれば訪問理容を手配いたします。
買い物代行	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
金銭・貯金管理			なし	あり		必要に応じ別途契約により提供。無料。
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり		必要時に応じ主治医が行います。
健康相談	なし	あり	なし	あり		必要時に応じ主治医と連携。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		必要時に応じ主治医と連携。
服薬支援	なし	あり	なし	あり		必要時には外部介護保険サービスを利用。
生活リズムの記録	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		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		※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	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		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は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。