

重要事項説明書

住宅型有料老人ホーム

こころの里 西脇

株式会社 ジャパンケアライフ

(別表7)

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和4年7月1日 |
| 記入者名 | 岩崎奈保子 |
| 所属・職名 | 施設長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 法人 | |
| 名称 | ※法人の場合、その種類 | 株式会社 |
| 主たる事務所の所在地 | (ふりがな) かぶしがいいしや じゃばんけあらいふ 株式会社ジャパンケアライフ | |
| 連絡先 | 〒651-2122 兵庫県神戸市西区玉津町高津橋 467-1 | |
| 代表者 | 電話番号 | 078-917-7710 |
| | FAX番号 | 078-917-8822 |
| | メールアドレス | |
| | ホームページアドレス | http://japan-carelife.com/ |
| 設立年月日 | 氏名 | 加護 節子 |
| 主な実施事業 | 職名 | 代表取締役 |
| | 2012年3月16日 | |
| | ※別添1 (別の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) ころのさと にしわき ころの里 西脇 | |
| 所在地 | 〒677-0043 兵庫県西脇市下戸田 184-1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR 加古川線新西脇駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① JR 加古川線新西脇駅から徒歩 5 分 ② 滝野社 IC から車で 10 分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0795-22-3456 |
| | FAX 番号 | 0795-22-5050 |
| | メールアドレス | yuryou-koronosato@japan-carelife.com |
| | ホームページアドレス | http://japan-carelife.com/ |
| 管理者 | 氏名 | 岩崎奈保子 |
| | 職名 | 施設長 |
| 建物の竣工日 | 2013 年 7 月 20 日 | |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 2013 年 8 月 1 日 | |

(類型)

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| 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 |
| | 事業所の指定日 |
| | 指定の更新日 (直近) |

3. 建物概要

| | |
|--|--|
| 土地 | 敷地面積 999.06 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 (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし 契約の自動更新 1 あり 2 なし |
| 建物 | 全体 うち、老人ホーム 865.71 m ² 810.38 m ² 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 (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 | ① 全室個室 |
| | 2 相部屋あり 最小 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 18 m ² 18 一般居室個室 |
| タイプ2 | 有 無 13 m ² 6 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。 | |
| 共用施設 | 共用便所における 1ヶ所 うち男女別の対応が可能な便房 0ヶ所 便房 うち車椅子等の対応が可能な便房 1ヶ所 共用浴室 1ヶ所 個室 1ヶ所 |

| | | | | | | |
|----------------------|--------------------|--------|-----------|--------|------|--|
| | | | 大浴場 | 0ヶ所 | 0ヶ所 | |
| 共用浴室における 介護浴室 | | 0ヶ所 | チェア一浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 0ヶ所 | |
| | | | ストレッツチャ一浴 | | 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 用できる調理施設 | 1 あり | ② なし | | | | |
| | 1 あり (車椅子対応) | | | | | |
| | ② あり (ストレッツチャ一対応) | | | | | |
| | 3 あり (上記1・2に該当しない) | | | | | |
| エレベーター | 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 | | | |
| | 火災報知設備 | 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 | | | |
| | 緊急通報 装置等 | 居室 | ① 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし | |
| | | 便所 | ① 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし | |
| | | 浴室 | ① 全室にあり | 2 一部あり | 3 なし | |
| | その他 | 共用トイレ | | | | |
| 1 あり | | 2 一部あり | 3 なし | | | |
| その他 | | | | | | |

4. サービスの内容

| | | | | |
|-----------------|--|------|---|----|
| 運営に関する方針 | <p>高齢の方々が心身ともに健康で可能な限り自立し、安全で快適な生活が営めるように援助します。入居者個々の特性を活かしプランに沿ったサービスの提供と、その関わりの中での気づきを大切にしながら質の高い生活を提供することを目的とします。全従業員が心を一つにし、入居者の尊厳を守り常に入居者の立場に立ったサービスを提供することで安心して毎日を送っていただける様にします。入居者と地域社会とのつながりを大切にすることで、地域においても馴染みの場所となり地域に根差す施設となることを目指します。</p> | | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | <p>医療・介護サービス事業者との連携体制による安心して生活していただける環境を整備しています。</p> <p>すべての入居者が当事業所で行っていない介護サービスを自らの意思で選択し利用できるように地域の介護サービス提供事業者の情報の収集を提供いたします。</p> | | | |
| 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、掃除等の家事の提供 | 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 ※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（緊急時） | |
| | ④ その他（かかりつけ医との連携） | |
| 協力医療機関 | 名称 | 南整形外科 |
| | 住所 | 西脇市和布町 170-3 |
| | 診療科目 | 整形外科、リハビリテーション科 |
| | 協力科目 | 整形外科、リハビリテーション科 |
| | 協力内容 | 入居者に治療が必要であると認められた時、病状の急変時に施設側で対応できない時 |
| | 名称 | 村上クリニック |
| 協力医療機関 | 名称 | 西脇市黒田庄町岡 354-1 |
| | 診療科目 | 内科、小児科 |
| | 協力科目 | 内科 |
| | 協力内容 | 入居者に治療が必要であると認められた時、病状の急変時に施設側で対応できない時 |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 廣田歯科医院 |

| | |
|------|--|
| 住所 | 西脇市和布町1170-6 |
| 協力内容 | 入居者に治療が必要であると認められた時、病状の急変時に施設側で対応できない時 |

(入居に関する要件)

| | | |
|--------------------|--|--|
| 入居対象となる者 | 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 | 年齢が概ね65歳以上の方 | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者から契約解除を行われた場合 (入居契約書 第5章第30条に基づく場合) ②事業者から契約解除を行われた場合 (入居契約書 第5章第29条に基づく場合) | |
| 事業主体から解約を求め る場合 | 解約条項 | 入居条件の不正な手段により契約を締結した場合。支払いの遅延。禁止事項に移管した時。他の入居者の生命・身体・財産に危害を及ぼし通常の介助方法で防止できない時。 |
| 入居者からの解約予告期間 | 解約予告期間 | 2ヶ月 |
| 体験入居の内容 | 1ヶ月 | あり (内容：1泊6000円。食事3食分と寝具一式を含む。2泊3日まで。日常生活を体験していただく。) |
| 入居定員 | 24人 | |
| その他 | 入居者の要介護度が重くなれば、介護保険の支給限度額を超える居宅介護サービスが必要になる場合が想定されます。また、生活ができなくなった場合は、退去し特別養護老人ホーム等に入所する必要があります。 | |

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不要)。

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--------|-----------|-----|----------------|
| | 常勤 | 非常勤 | |
| 合計 | | | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 |
| 生活相談員 | 0 | 0 | 1 |
| 直接処遇職員 | | 0 | 0 |
| 介護職員 | 6 | 2 | 4 |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 |
| 調理員 | 4 | 0 | 4 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 |
| その他職員 | | | |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数※2 | | | |

※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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 | 3 | 3 |
| 実務者研修の修了者 | 0 | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1 | 0 |
| 旧ホームヘルパー2級修了者 | 2 | 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 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 |
| 言語療法士 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜間帯の設定時間 (21 時～ 6 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 |

(職員の状況)

| 管理者 | 他の職務との兼務 | | 1 あり | | 2 なし | |
|----------------|-----------|------|---------|-----|------|-----|
| | 業務にかかる資格等 | | 1 あり | | 2 なし | |
| | 資格等の名称 | | | | | |
| 区分 | 看護職員 | 介護職員 | 生活相談員 | | | |
| | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 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 |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 従業者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 | 1 利用権方式 | |
| | 2 建物賃貸借方式 | |
| | 3 終身建物賃貸借方式 | |
| | 1 全額前払い方式 | |
| 利用料金の支払い方式 | 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 |
| 要介護度に応じた金額設定 | 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 | |
| 利用料金の条件 | 必要に応じて | |
| 改定手続き | 運営懇談会にて協議 | |

(利用料金のプラン (代表的なプラン))

| | | プラン1 | プラン2 |
|------------|------------------|-----------|----------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 1 | 2 |
| | 年齢 | 88 歳 | 85 歳 |
| 居室の状況 | 床面積 | 18 ㎡ | 13 ㎡ |
| | 便所 | あり | あり |
| | 浴室 | なし | なし |
| | 台所 | なし | なし |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 |
| 月額費用の合計 | | 112,964 円 | 94,714 円 |
| 家賃 | | 44,000 円 | 34,000 円 |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護の費用※1 | 円 | 円 |
| | 食費 | 40,824 円 | 40,824 円 |
| | 共益費 | 16,390 円 | 16,390 円 |
| | 介護費用 | 0 円 | 0 円 |
| | 光熱水費 (電気代のみ) | 3,500 円 | 3,500 円 |
| | その他 | 8,250 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する介護費用は、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 | 44,000 円/月 (非課税) : 18 ㎡ 34,000 円/月 (非課税) : 13 ㎡ |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない |
| 共益費 | 共用設備などの維持・管理、事務管理部門の人件費及び事務費、入居者の対する日常生活支援サービスに係る人件費。 |
| 食費 | 厨房の維持管理費、1日3食を提供するための費用。 |

| | |
|----------------------|--|
| 光熱水費等 | 電気代：居室に設置されている電気メーターにより算定。 水道代：徴収していません。 居室に設置される、テレビの受信料は、個人負担。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2 記載されていないものは、個別に相談 |
| その他のサービス利用料 | 健康管理費、ベッド使用料 |

7. 入居者の状況（記入日現在）

（入居者の人数）

| | | |
|------------|------------|-------|
| 性別 | 男性 | 2人 |
| | 女性 | 15人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 0人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 3人 |
| | 85歳以上 | 13人 |
| 要介護度別 | 自立（申請中） | 0人 |
| | 要支援1 | 0人 |
| | 要支援2 | 0人 |
| | 要介護1 | 1人 |
| | 要介護2 | 3人 |
| | 要介護3 | 3人 |
| | 要介護4 | 6人 |
| | 要介護5 | 3人 |
| | 入居期間別 | 6ヶ月未満 |
| 6ヶ月以上1年未満 | | 0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 |

（入居者の属性）

| | |
|--|-------|
| 平均年齢 | 88歳 |
| 入居者数の合計 | 17人 |
| 入居率※ | 70.8% |
| ※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 |
| 数 | 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する窓口等の状況) ※複数ある場合は欄を増やして記入。

| | | |
|----------|----------------|------------|
| 窓口の名称 | こころの里西脇 苦情受付窓口 | |
| 電話番号 | 0795-22-3456 | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:10~17:50 |
| | 土曜日 | 9:10~17:50 |
| | 日曜・祝日 | 9:10~17:50 |
| 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) 損害保険ジャパン(株)ウォームハート |
| | 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) 損害保険ジャパン(株)ウォームハート |
| | 2 なし | |
| 事故対応及び予防のための指針 | 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を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | |
| | 2 なし | 結果の開示 | ① あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | ② なし | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 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 入居希望者に配布 |
| | 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 |
| | 2 入居希望者に配布 |
| | 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 入居希望者に配布 |
| | 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 入居希望者に配布 |
| | 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 入居希望者に配布 |
| | 3 公開していない |

10. その他

| | ① あり | (開催頻度) 年 2 回 |
|---|---|--------------------------|
| 運営懇談会 | ① あり ② なし | |
| | ① 代替措置 あり | (内容)アンケートの実施。 書面にて報告。 |
| | ② 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 | 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 | |
| 兵庫県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 | |
| 合致しない事項がある場合の 内容 | 床面積が一般居室適合 (18 m ²) 以下の居室 (13 m ²) が6室あり | |
| 第5章「既存建物等の活用の特 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 | |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指 導指針の不適合事項 | なし | |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類

- 別添1：事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表
- 別添2：入居者の個別選択によるサービス一覧表

※ _____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

事業主体が兵庫県内で実施する他の介護サービス一覧表

| 介護サービスの種類 | 事業所名称 | 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 |
| 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 |
| 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 |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|----|--|--|---|--|
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | あり | | | | |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | あり | | | | |
| レクリエーション | | | | なし | あり | | | ○ | 原則は無料で実施しているが、個別での希望時は別途料金が必要。1,100円/30分 |
| 健康管理サービス | | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | | なし | あり | | | | 年2回、かかりつけ医または、協力医による定期健康診断の機会を設ける。実費負担 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | あり | | | 0 | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | あり | | | 0 | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | あり | | | 0 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | あり | | | 0 | |
| 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 | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | あり | | | 0 | 基本的には、家族対応だが、状況により実施。緊急車両への同乗や入院手続きなど。 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | あり | | | ○ | 基本的には、家族対応だが、状況により実施。1,100円/30分 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | あり | | | | |

※1：利用者の所得等に依り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」を記入したときには、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依りて、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