

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 |                                   |                             |      |      |                     | 2 なし  |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|------|---------------------|---|
|                                  | 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) | 個別の利用料金で、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                             | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     | 安全確保の見守りのみ                                  |
| 排泄介助・おむつ交換                       | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     |   |
| おむつ代                             |                                   | 2 なし                        |      |      |                     |   |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     | 入浴準備（お湯はり、清掃）                               |
| 特浴介助                             | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     | 入浴準備（お湯はり、清掃）                               |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     | 急変時は適宜対応                                    |
| 機能訓練                             | 2 なし                              | 2 なし                        |      |      |                     | 館内の疾病予防運動施設利用可                              |
| 通院介助                             | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                     | 家族困難・緊急時、協力医療機関のみ予約受付送迎お薬受け取り等実施。付き添いは不可。   |
| 生活サービス                           |                                   |                             |      |      |                     |   |
| 居室清掃                             | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                     | 床清掃、週に1回 共用部分は毎日                            |
| リネン交換                            | 2 なし                              | 1 あり                        |      | ○    | 40円（税別）／日           | 週に1回 実費負担あり（税別）                             |
| 日常の洗濯                            | 2 なし                              | 1 あり                        |      |      | 洗濯200円／1回<br>乾燥100円 | コインランドリー設置（有料）<br>クリーニング外注実費負担あり<br>418円／1回 |
| 居室配膳・下膳                          | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                     | 体調不良や何らかの事情で部屋での食事する場合                      |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   | 1 あり                        |      | ○    |                     | 主治医の指示により治療食摂取必要な場合。 実費負担あり                 |
| おやつ                              |                                   | 2 なし                        |      |      |                     |   |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 予約受付。理美容事業者実費負担。                            |
| 買い物代行                            | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                     | 月2回指定日を決め実施（プランB対象外）                        |
| 役所手続き代行                          | 2 なし                              | 1 あり                        | ○    |      |                     | 代行可能なもの月1回指定日。                              |
| 金銭・貯金管理                          |                                   | 2 なし                        |      |      |                     | 基本利用者管理、個別相談対応                              |
| 健康管理サービス                         |                                   |                             |      |      |                     |   |
| 定期健康診断                           |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 同意のもと年2回協力医療機関にて。実費負担あり。簡易健診は随時。            |
| 健康相談                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 協力医療機関との協力体制                                |
| 生活指導・栄養指導                        |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 生活相談応じます。栄養指導は必要時、医療保険での実費。                 |
| 服薬支援                             |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 服薬管理、支援、医療機関との連絡                            |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等)                 |                                   | 1 あり                        | ○    |      |                     | 自己管理が難しい場合は、個別に記録（食事摂取量、排泄、睡眠、特記事項など）       |

|               |  |      |   |  |  |                |
|---------------|--|------|---|--|--|----------------|
| 入退院時・入院中のサービス |  |      |   |  |  |                |
| 入退院時の同行       |  | 1 あり | ○ |  |  | 家族困難時、協力医療機関のみ |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 |  | 2 なし |   |  |  |                |
| 入院中の見舞い訪問     |  | 1 あり |   |  |  | 状態把握のため1回/2週程度 |

※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、月額サービス費用に含まれる場合と、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。