

# 介護サービス等の一覧表

(表示は税抜き金額)

	(自 立)		(要 支 援)		(要 介 護 1～5)	
介護を行う場所	居 室 内		居 室 内		居 室 内	
	一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付、一時金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
介護サービス						
○巡回 ・昼間 ～ ・夜間 ～	———	——— 500円/1回 (本人希望の巡回)	2~3時間毎に巡回	——— 500円/1回 (本人希望の巡回)	2~3時間毎に巡回	——— 500円/1回 (本人希望の巡回)
○食事介助	———	300円/1回	都度見守り、一部介助	300円/1回	都度一部介助または全介助	嚥下補助食品は実費負担
○排泄 ・排泄介助	———	100円/1回	都度見守り、一部介助	100円/1回	随時一部介助または全介助	———
・おむつ交換 ・おむつ代	——— ———	100円/1回 実費負担	———	100円/1回 実費負担	———	——— 実費負担
○入浴等 ・清拭 ・一般浴介助	——— ———	2,000円/1回	必要に応じ随時 週2回入浴時介助	左記以外 2,000円/1回	必要に応じ随時 週2回入浴時介助	———
・特浴介助	———	2,000円/1回	週2回入浴時介助	左記以外 2,000円/1回	週2回入浴時介助	———
○身辺介助 ・体位交換 ・居室からの移動	———	200円/1回	病気などでやむを得ない場合	200円/1回	杖、歩行器、手引き、車いすでの移動を介助	———
・衣類の着脱	———	200円/1回	病気などでやむを得ない場合	200円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に見守り、介助	———
・身だしなみ介助	———	200円/1回	病気などでやむを得ない場合	200円/1回	毎日朝・夜及び入浴時に介助	———
・口腔ケア	———	200円/1回	病気などでやむを得ない場合	200円/1回	随時身体状況に応じた訓練	———
○機能訓練 ・リハビリ	———	———	———	———	———	———
○通院の介助	———	協力病院以外で 300円/15分	———	協力病院以外で 300円/15分	———	協力病院以外で 300円/15分
○緊急時対応 ・ナースコール	移動電話（PHS） で24時間対応	———	移動電話（PHS） で24時間対応	———	移動電話（PHS） で24時間対応	———

生活サービス ○家事 ・清掃	週1回まで	250円/15分	週1回まで	左記以外 250円/15分	週1回まで	左記以外 250円/15分
・洗濯 (業者洗濯・ドライは別)		250円/1回	汚染の場合	左記以外 250円/1回	汚染の場合	
・シーツ交換	週1回まで	左記以外 250円/1回	週1回まで	左記以外 250円/1回	週1回まで	
○居室配膳・下膳	病気等でやむを得ない場合	左記以外 150円/1回	病気等でやむを得ない場合	左記以外 150円/1回		
○理美容		実費負担		実費負担		実費負担
○代行 ・買物	週1回指定日	左記以外 1200円/1回	週1回指定日	左記以外 1200円/1回	週1回指定日	左記以外 1200円/1回
健康管理サービス ・健康診断 ・健康相談	年1回 必要に応じ随時看護師対応	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担	年1回 必要に応じ随時看護師対応	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担	年1回 必要に応じ随時看護師対応	超過分実費負担 主治医対応は 実費負担
・生活相談 ・医師の往診	適宜相談員対応 ————	———— 実費負担	適宜相談員対応 ————	———— 実費負担	適宜相談員対応 ————	———— 実費負担
入退院時、入院中のサービス ・医療費	————	実費負担	————	実費負担	————	実費負担
○移送サービス ・協力医院 ・協力医院以外	適宜対応 ————	———— 送迎人件費、移動コスト等の実費負担	適宜対応 ————	———— 送迎人件費、移動コスト等の実費負担	適宜対応 ————	———— 送迎人件費、移動コスト等の実費負担
その他サービス ・入居者の嗜好に応じた特別な食事 ・館内レク	———— ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担	———— ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担	———— ————	品代実費負担 使用物品は 実費負担
・館外活動 ・個別送迎	————	外食代、有料施設 入園料等実費負担 20円/1km	————	外食代、有料施設 入園料等実費負担 20円/1km	————	外食代、有料施設 入園料等実費負担 20円/1km