

## 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 |                                       |    |                                |      |      | なし | あり                   |  |
|----------------------------------|---------------------------------------|----|--------------------------------|------|------|----|----------------------|--|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費<br>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<br>（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  | ○    |    |                      |  |
| 排せつ介助・おむつ交換                      | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 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   |      |    |                      |  |
| 特浴介助                             | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 機能訓練                             | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 通院介助                             | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  |      | ○  | 1,000円 送迎・受診付添・薬受け取り |  |
| 生活サービス                           |                                       |    |                                |      |      |    |                      |  |
| 居室清掃                             | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| リネン交換                            | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 日常の洗濯                            | なし                                    | あり | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  | ○    |    |                      |  |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                       |    | ○なし                            | あり   |      |    |                      |  |
| おやつ                              |                                       |    | なし                             | ○あり  | ○    |    |                      |  |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                       |    | なし                             | ○あり  |      | ○  | 実費                   |  |
| 買い物代行                            | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  |      | ○  | 1,000円 往復30分の距離内     |  |
| 役所手続き代行                          | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  |      | ○  | 1,000円 所要時間30分       |  |
| 金銭・貯金管理                          |                                       |    | なし                             | ○あり  |      | ○  | 3000円/月              |  |
| 健康管理サービス                         |                                       |    |                                |      |      |    |                      |  |
| 定期健康診断                           |                                       |    |                                | ○あり  |      | ○  | 実費 年1回               |  |
| 健康相談                             | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  | ○    | ○  | * *協力医による相談は実費になります  |  |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  | ○    |    |                      |  |
| 服薬支援                             | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  | ○    |    |                      |  |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | 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  |      | ○  | 下記料金に含む              |  |
| 入退院時の同行                          | なし                                    | あり | なし                             | ○あり  |      | ○  | 病院への状態説明・退院時の引継ぎ等    |  |
| 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。