

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		〇あり					
居室の例	自立 一般居室							自立～要支援2 一般居室							要支援1・要支援2 介護居室						
	管理費等で実施するサービス(利用者一部負担)		備考	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				管理費、自立支援サービスで実施するサービス		備考	介護予防特定施設入居者生活介護費等で、実施するサービス(利用者一部負担)		備考	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)							
	なし	あり		なし	あり	包含	都度	料金	なし		あり	なし		あり	なし	あり	包含	都度	料金		
<b>&lt;介護予防サービス&gt;</b>																					
運動機能向上訓練	〇			〇					〇				〇				週2回(指定日)	〇			
口腔機能向上訓練	〇			〇					〇				〇				週1回(指定日)	〇			
栄養改善	〇			〇					〇				〇				月1回	〇			
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>																					
<b>巡回・安否確認</b>																					
昼間(9:00-17:00)		〇	1日1回(ボード)	〇					〇	1日1回(ボード)	〇	4時間毎及び必要時	〇					〇			
夜間(17:00-9:00)		〇	1日1回(必要時)	〇					〇	1日1回(必要時)	〇	7~8時間毎及び必要時	〇					〇			
食事介護(形態対応含む)	〇			〇					〇	形態対応のみ	〇	必要時見守り 一部介助	〇					〇			
排泄介助・おむつ交換	〇			〇					〇		〇		〇					〇			
おむつ代	〇			〇	〇	実費			〇		〇		〇	〇	実費			〇			
入浴介助・清拭	〇			〇					〇		〇	週3回(一部介助)	〇	〇	週4回以上1回2,100円			〇			
特浴介助	〇			〇					〇		〇		〇	〇	1回2,100円			〇			
居室からの移動	〇			〇					〇		〇		〇					〇			
体位交換	〇			〇					〇		〇		〇					〇			
身だしなみ介助	〇			〇					〇		〇	必要時見守り 一部介助	〇					〇			
機能訓練	〇			〇					〇		〇		〇					〇			
生活リハビリ	〇			〇	〇	10分350円			〇		〇		〇	〇	10分350円			〇			
通院付き添い(病院一覧表内)※1		〇	初回のみ	〇	〇	再診時 10分350円			〇	必要時	〇	月1回	〇	〇	月2回以上10分350円			〇			
通院付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇		〇		〇	〇	10分350円			〇			
外出介助	〇			〇	〇	10分350円			〇	個別対応散歩	〇		〇	〇	10分350円			〇			
緊急時対応		〇	随時	〇					〇	随時	〇	随時	〇					〇			
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>																					
<b>居室清掃</b>																					
居室清掃	〇			〇	〇	10分350円			〇	週1回(指定日)	〇	週1回(指定日)	〇	〇	週2回以上10分350円			〇			
日常の洗濯※2	〇			〇	〇	10分350円			〇	週1回(指定日)	〇		〇	〇	月額4,400円			〇			
環境整備		〇	病気時のみ(目安10日間)	〇					〇	週1回	〇	必要時	〇					〇			
居室配膳・下膳		〇	病気時のみ(目安10日間)	〇	〇	1回350円			〇	必要時	〇	必要時	〇					〇			
食事強による特別な食事		〇	カロリー、塩分調整のみ	〇	〇	左記備考以外実費			〇	カロリー、塩分調整のみ	〇	カロリー、塩分調整のみ	〇	〇	左記備考以外実費			〇			
おやつ	〇			〇	〇	実費			〇		〇		〇	〇	実費			〇			
理美容師による理美容サービス	〇			〇	〇	実費			〇		〇		〇	〇	実費			〇			
買い物代行	〇			〇	〇	10分350円			〇	週1回(指定日)	〇	週1回(指定日)	〇	〇	週2回以上10分350円			〇			
役所手続き代行	〇			〇	〇	10分350円			〇	月1回	〇	月1回	〇	〇	月2回以上10分350円			〇			
支払い代行(立替払い)		〇	フロント対応のみ	〇	〇	10分350円			〇	10分350円	〇	必要時	〇					〇			
新聞・郵便物の管理		〇	不在時のみ	〇	〇	10分350円			〇	必要時	〇	随時	〇					〇			
代筆・代読	〇			〇	〇	10分350円			〇	必要時	〇	必要時	〇					〇			
貴重品類の保管		〇	入院、判断力低下等の場合	〇	〇	1回350円			〇	入院、判断力低下等の場合	〇	入院、判断力低下等の場合	〇	〇	1回350円			〇			
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>																					
<b>バイタルチェック</b>																					
バイタルチェック	〇			〇	〇	10分350円			〇	必要時	〇	必要時	〇					〇			
<b>健康診断のご案内</b>																					
健康診断のご案内		〇	年1回は管理費内にて実施	〇					〇	年1回は管理費内にて実施	〇	年1回は管理費内にて実施	〇					〇			
<b>健康相談</b>																					
健康相談		〇	随時	〇					〇	随時	〇	随時	〇					〇			
<b>生活指導・栄養指導</b>																					
生活指導・栄養指導		〇	随時	〇					〇	随時	〇	随時	〇					〇			
<b>薬の仕分け管理・服薬支援</b>																					
薬の仕分け管理・服薬支援	〇			〇	〇	10分350円			〇	必要時	〇	必要時	〇					〇			
<b>生きがい支援マネジメント</b>																					
生きがい支援マネジメント	〇			〇					〇	週1~3回	〇		〇					〇			
<b>入退院時・入院中のサービス※3</b>																					
<b>入退院時の付き添い(病院一覧表内)</b>																					
入退院時の付き添い(病院一覧表内)		〇	必要時	〇					〇	必要時	〇	必要時	〇					〇			
<b>入退院時の付き添い(病院一覧表外)</b>																					
入退院時の付き添い(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇		〇		〇	〇	10分350円			〇			
<b>入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)</b>																					
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)		〇	週1回	〇	〇	週2回以上10分350円			〇	週1回	〇	週1回	〇	〇	週2回以上10分350円			〇			
<b>入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)</b>																					
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)	〇			〇	〇	10分350円			〇		〇		〇	〇	10分350円			〇			

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:月額4,400円のサービスについては、15日以上不在の場合、費用は半額となります。特別なクリーニングは実費。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)上記サービスに関わる交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

注)自立支援サービスは、介護保険の申請を前撮りした認定時までのサービスとなります。

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)  
・2,100円(消費税込2,310円)  
・4,400円(消費税込4,820円)

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(下記の内容はケア計画に基づきサービスします)

居宅の例	自立 介護居宅		要介護1、要介護2 介護居宅						要介護3、要介護4、要介護5 介護居宅							
	備考		備考		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		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		備考		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)		個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)	
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり
<b>&lt;介護予防サービス&gt;</b>																
運動機能向上訓練	○			○	週2回(指定日)	○			○			○		週2回(指定日)	○	
口腔機能向上訓練	○			○	週1回(指定日)	○			○			○		週1回(指定日)	○	
栄養改善	○			○	月1回	○			○			○		月1回	○	
<b>&lt;介護サービス&gt;</b>																
巡回・安否確認																
昼間(9:00-17:00)	○		1日1回(ボード)	○	4時間毎及び必要時	○			○			○		4時間毎及び必要時	○	
夜間(17:00-9:00)	○		1日1回(必要時)	○	7~8時間毎及び必要時	○			○			○		2時間毎及び必要時	○	
食事介助(形態対応含む)	○		必要時見守り一部介助	○	必要時見守り一部介助	○			○			○		一部介助、全介助	○	
排泄介助・おむつ交換	○			○	必要時随時	○			○			○		必要時随時	○	
おむつ代	○			○					○	○	実費	○			○	○
入浴介助・清拭	○			○	週3回(一部介助)	○			○	○	週4回以上1回2,100円	○		週3回(全介助)	○	○
特浴介助	○			○	週3回(一部介助)	○			○	○	週4回以上1回2,100円	○		週3回(全介助)	○	○
居室からの移動	○			○	必要時随時 一部介助	○			○			○		必要時随時、全介助	○	
体位交換	○			○	必要時随時	○			○			○		必要時随時	○	
身だしなみ介助	○			○	必要時随時 一部介助	○			○			○		必要時随時、全介助	○	
機能訓練	○			○		○			○			○			○	
生活リハビリ	○			○	毎日	○			○	○	10分350円	○		毎日	○	○
通院付き添い(病院一覧表内)※1	○		初回のみ	○	月4回	○			○	○	月6回以上10分350円	○		月4回	○	○
通院付き添い(病院一覧表外)	○			○		○			○	○	10分350円	○			○	○
外出介助	○			○		○			○	○	10分350円	○			○	○
緊急時対応	○		随時	○	随時	○			○			○		随時	○	
<b>&lt;生活サービス&gt;</b>																
居室清掃	○		週1回(指定日)	○	週1回及び必要時	○			○			○		週1回及び必要時	○	
日當の洗濯 ※2	○		10分350円	○		○			○	○	月額4,400円	○			○	○
環境整備	○		毎日(ゴミ出し)	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
居室配膳・下膳	○		必要時	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
食事案による特別な食事	○		カロリー、塩分調整のみ	○	カロリー、塩分調整のみ	○			○	○	左記備考以外実費	○		カロリー、塩分調整のみ	○	○
おやつ	○			○		○			○	○	実費	○			○	○
理美容師による理美容サービス	○			○		○			○	○	実費	○			○	○
買い物代行	○		週1回(指定日)	○	週1回(指定日)	○			○	○	週2回以上10分350円	○		週1回(指定日)	○	○
役所手続き代行	○			○	月1回	○			○	○	月2回以上10分350円	○		月1回	○	○
支払い代行(立替払い)	○			○	必要時	○			○			○		必要時	○	
新聞・郵便物等の管理	○		随時	○	随時	○			○			○		随時	○	
代筆・代読	○		必要時	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
貴重品類の保管	○		入院、判断力低下等の場合	○	入院、判断力低下等の場合	○			○	○	1回350円	○		入院、判断力低下等の場合	○	○
<b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>																
バイタルチェック	○		必要時	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
健康診断のご案内	○		年1回は管理費内にて実施	○	年1回は管理費内にて実施	○			○			○		年1回は管理費内にて実施	○	
健康相談	○		随時	○	随時	○			○			○		随時	○	
生活指導・栄養指導	○		随時	○	随時	○			○			○		随時	○	
薬の仕分け管理・服薬支援	○		必要時	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
<b>入退院時・入院中のサービス※3</b>																
入退院時の付き添い(病院一覧表内)	○		必要時	○	必要時	○			○			○		必要時	○	
入退院時の付き添い(病院一覧表外)	○			○		○			○	○	10分350円	○			○	○
入院中の見舞い訪問(病院一覧表内)	○		週1回	○	週1回	○			○	○	週2回以上10分350円	○		週1回	○	○
入院中の見舞い訪問(病院一覧表外)	○			○		○			○	○	10分350円	○			○	○

※1:病院一覧表の内協力医療機関については、別途通院付き添いの費用は発生しません。(特定契約者のみ)

※2:月額4,400円のサービスについては、15日以上不在の場合、費用は半額となります。特別なクリーニングは実費。

※3:入退院時、入院中のサービスは、全て病院一覧表を参照ください。

注)上記サービスに関する交通費は実費入居者負担です。但し、緊急時対応及び週1回のお見舞いについては除きます。

※上記は、本体価格表記です。  
別途、消費税(税率10%)を負担いただきます。  
・350円(消費税込385円)  
・2,100円(消費税込2,310円)  
・4,200円(消費税込4,620円)  
・4,400円(消費税込4,820円)