

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（利用者が全額負担） |      |      | 備考      |
|                                  |                                   |    | 包含※2                       | 都度※2 | 料金※3 |         |
| <b>介護サービス</b>                    |                                   |    |                            |      |      |         |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |         |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |         |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり   | ○    |         |
| 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   | ○    | ※原則伊東市内 |
| <b>生活サービス</b>                    |                                   |    |                            |      |      |         |
| 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   | ○    | ※原則伊東市内 |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    |         |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり   |      |         |
| <b>健康管理サービス</b>                  |                                   |    |                            |      |      |         |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり   |      | 実費 ※年1回 |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり   |      |         |
| 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   |      |         |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>             |                                   |    |                            |      |      |         |
| 移送サービス                           | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    |         |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり   | ○    | ※原則伊東市内 |
| 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。