

## 有料老人ホーム青空介護サービス等の一覧表

### 介護付特定施設入居者生活介護サービス一覧表

- この一覧表は、当ホームにおいて可能かどうかを示す目的で作成されています。
- それぞれの入居者の状態に応じて、当ホームにおいて医師の意見を聞くとともに入居者の意思を確認した上で、下記に示したサービスを取捨選択し必要なサービスを提供します。
- それぞれの入居者の「要介護認定等」の確定や変更が市区町村によりなされた場合、又ご負担される利用料金や支払方法が変更された場合などには、書面にて入居者の意見を確認します。（特定施設入居者生活介護利用契約書第6条）
- それぞれの入居者に提供するサービスの内容が変更される場合には、当ホームの「特定施設サービス計画」の作成担当者が、入居者に対して説明し、協議し、同意を得た上で行います。内容は書面にて通知します。（同第7条）

#### 1、 介護の程度について

介護の程度	軽度	中度	重度
介護保険による認定の区分	・ 認定外（自立）の場合でホームが必要と判断した場合 ・ 要支援 1.2 の場合	・ 要介護度Ⅰ～Ⅲの場合	・ 要介護度Ⅳ、Ⅴの場合
介護の場所	一般居室	一般居室状態により介護用居室へ改装	介護居室

- 上記の「認定の区分」と「介護の場所」は、一般的な場合の目安です。それぞれの入居者の状態に応じて、変更される場合があります。

2. 提供される介護サービスの内容

介護度	軽 度		中 度		重 度	
介護サービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス	保険給付、一時金及び月額利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<b>■巡回</b> ・昼間  ・夜間			9時～19時 必要に応じ随時巡回		9時～19時 必要に応じ随時巡回	
	19時～8時 2時間毎巡回 必要時応じて順次		19時～8時 2時間毎巡回 必要に応じ順次		19時～8時 2時間毎巡回 必要に応じ順次	
<b>■食事介助</b>			食事の都度本人の状況に応じて介助		食事の都度本人の状況に応じて介助	
<b>■排泄</b> ・排泄介助			身体状況に合わせてトイレ又は居室で排泄の都度一部介助		2時間毎及び随時身体状況に合わせて一部又は全面介助	
・おむつ交換  ・おむつ代		1枚35～220円 別途料金表による	状態に合わせて就寝時に使用することあり	1枚35～220円 別途料金による	状況に合わせて随時交換	1枚35～220円 別途料金による
<b>■入浴等</b> ・清拭					体調により必要に応じ実施	
・一般介助 ・特浴介助	週2回 但し、体調により増減あり。	3回目より費用負担あり2000円/回	週2回 介助身体状況により一般浴介助～機械浴 但し、体調による	3回目より費用負担あり2000円/回	週2回 介助身体状況により一般浴介助～機械浴 但し、体調による	3回目より費用負担あり2,000円/回
<b>■身辺介助</b> ・体立交換					1～2時間毎及び随時のおむつ交換時	
・居室からの移動  ・衣類の着脱  ・身だしなみ介助			身体状況に合わせて杖又は歩行器等で移動を介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に合わせて介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて一部介助		身体状況に合わせて歩行器又は車椅子での移動を介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて介助 ・毎日朝・夜及び入浴時の状況に応じて介助	

■機能回復訓練	希望に合わせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）	希望をあわせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）。	希望をあわせて体操など	症状により施設外のリハビリ希望時には有料（医療保険適応・適応外自費）。
■通院の介助 受診の介助		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間		当園指定病院以外への通院 3,000円・時間
■緊急対応 ナースコール	24時間		24時間		24時間	
生活サービス						
■家事 ・ベッドメイク	1日1回		1日1回		1日1回	
・洗濯	必要に応じて随時	クリーニング代 実費	必要に応じて随時	クリーニング代 実費	必要に応じて随時	クリーニング代 実費
・居室掃除・下膳	希望があれば随時		希望があれば随時		希望があれば随時	
・希望食		希望があれば 実費		希望があれば 実費		希望があれば 実費
■理美容		実費		実費		実費
■各種代行サービス ・買い物	希望があれば随時	商品代実費	希望があれば随時	商品代実費	希望があれば随時	商品代実費
付添での外出		1時間5000円介助者1人につき車両別途		1時間5000円介助者1人につき車両別途		1時間5000円介助者1人につき車両別途
健康管理サービス						
■健康診断	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担	年1回	医療保険で負担される以外の部分は自己負担
■健康相談・生活相談	必要に応じて随時	個人負担 約15610円程度	希望に応じて随時	個人負担 約15610円程度	希望に応じて随時	個人負担 約15610円程度
■医師の往診(提携病院)	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時	田沢医院による月2回の往診 病状に合わせて	必要に応じて随時

<input checked="" type="checkbox"/> 指定病院以外への通院・受診		左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費		左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費		左記の内医療保険制度で支給される以外の費用は実費
<input checked="" type="checkbox"/> 入居前検診		指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間		指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間		指定医以外への通院：交通費、付添料込3000円/時間
<input checked="" type="checkbox"/> 入院中のサービス	基本的になし	付添 2000 円～/時間	基本的になし	付添 2000 円～/時間	基本的になし	付添 2000 円～/時間
<input type="checkbox"/> 移送サービス		実費		実費		実費
<input type="checkbox"/> 入院中の付き添い		応相談		応相談		応相談
その他サービス						
<input type="checkbox"/> レクリエーション	毎日 天気、様子により 随時散歩などの野外活動 華道・絵手紙 習字	希望するレクの材料費等は実費負担  材料費は実費	毎日 天気、様子により 随時散歩などの野外活動 華道・絵手紙 習字	希望するレクの材料費等は実費負担  材料費は実費	毎日 天気、様子により 随時散歩などの野外活動 華道・絵手紙 習字	希望するレクの材料費等は実費負担  材料費は実費
その他サービス続き						
<input type="checkbox"/> クラブ活動	健康状態、気候による	必要経費は実費	健康状態、気候による	必要経費は実費	健康状態、気候による	必要経費は実費
<input type="checkbox"/> 散歩	健康状態、気候による	個人の希望物品は自費	体調、希望等により随時	個人の希望物品は自費	体調、希望等により随時	個人の希望物品は自費
<input type="checkbox"/> おやつ嗜好品	15時のおやつは食費に含む	おやつ以外の嗜好品は実費負担	15時のおやつは食費に含む	おやつ以外の嗜好品は実費負担	15時のおやつは食費に含む	おやつ以外の嗜好品は実費負担
<input type="checkbox"/> 水分補給	食事、10時15時 夜間の水分補給 随時	本人の希望する特別な飲み物(酒、ジュース等)は実費負担	食事、10時15時 夜間の水分補給 随時	本人の希望する特別な飲み物(酒、ジュース等)は実費負担	食事、10時15時 夜間の水分補給 随時	本人の希望する特別な飲み物(酒、ジュース等)は実費負担
金銭管理						
<input type="checkbox"/> 日常支払い代行	立替代行料は無料	立て替えた品物の代金は自己負担	立替代行料は無料	立て替えた品物の代金は自己負担	立替代行料は無料	立て替えた品物の代金は自己負担
療養上のお世話						
<input type="checkbox"/> 与薬管理	毎回の服薬はホーム管理(体調変化時のとんぶく、坐	嚥下困難時の服薬ゼリー等自費	毎回の服薬はホーム管理(体調変化時のとんぶく、坐	嚥下困難時の服薬ゼリー等自費	毎回の服薬はホーム管理(体調変化時のとんぶく、坐	嚥下困難時の服薬ゼリー等自費

	薬等も含む)		薬等も含む)		薬等も含む)	
<input type="checkbox"/> バイタルチェック	毎日血圧、脈、体温測定		毎日血圧、脈、体温測定		毎日血圧、脈、体温測定	
清潔保持						
<input type="checkbox"/> 洗髪	入浴時ご随時		入浴時ご随時		入浴時ご随時	
<input type="checkbox"/> 髭剃り	毎朝声掛けにて促す		本人の状況に応じ声掛け等一部介助		本人の状況に応じ介助	
<input type="checkbox"/> 口腔等の衛生	毎朝夜声掛けにて促す	口腔ケア物品	本人の状況に応じ声かけ等一部介助	口腔ケア物品	本人の状況に応じ介助	口腔ケア物品
<input type="checkbox"/> その他		希望する化粧品等の購入		希望する化粧品等の購入		希望する化粧品等の購入
家事援助						
<input type="checkbox"/> 居室清掃整理	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え支援	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え	居室清掃、洗濯物の整理	衣替え
<input type="checkbox"/> シーツ交換	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費	週1回、必要に応じて随時	汚染対応のシーツ購入・洗濯費用自費
<input type="checkbox"/> 衣類補修		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担		左記についてかかる材料費、本人が希望するものについては自己負担
<input type="checkbox"/> 洗濯		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円／日 クリーニング代実費		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円／日 クリーニング代実費		洋服・タオル等の持ち込み・洗濯に応じて雑費として計270円・440円／日 クリーニング代実費
<input type="checkbox"/> その他	本人との話し合いによる		本人との話し合いによる		本人との話し合いによる	

平成22年4月 平成24年4月1日 (改) 平成25年4月1日 (改) 令和4年12月1日 (改) 令和5年4月1日 (改)

重要事項説明書及び介護サービスの一覧表の説明及び確認についての署名

(事業者)

事業者 社会福祉法人 青空  
代表者名 理事長 大谷 貴美子

説明年月日 令和 年 月 日  
施設名 有料老人ホーム 青空  
住所 静岡県沼津市小諏訪 1 5 - 1  
理事長 大谷 貴美子  
説明者名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて重要事項・介護サービスの一覧及び個人情報保護について説明を受け  
たうえで、指定特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者) ご本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(契約者) ご本人・ご親族・成年後見人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

TEL \_\_\_\_\_

(身元引受人) ご家族・ご親族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印