別添２　　　　　　　　　　　　　　入居者の個別選択による介護サービス一覧表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | 備　　考 |
| （利用者が全額負担） | 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 |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 口腔衛生管理 | なし | あり | なし | あり |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※利用できる範囲を明確化すること |
| 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 |  |  |  |  |
| **健康管理サービス** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 定期健康診断 |  |  | なし | あり |  |  |  | ※回数（年○回など）を明記すること |
| 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 |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり |  |  |  | ※付添いができる範囲を明確化すること |
| 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：利用者の所得に応じて負担割合が変わる（１割～３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、月額のサービス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。