介護 サービス等の一覧表(令和7年7月1日)

			ス等の一覧表)			
	(自	立)	(要支援、要介護	Ⅰ~Ⅱ区分)	(要介護Ⅲ~	~V区分)		
	前払金及び 月額利用料に 含むサービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付 前払金及び 月額利用料に 含むサービス	その都度徴収す るサービス	介護保険給付 前払金及び 月額利用料に 含むサービス	その都度徴収す るサービス		
<介護サービス>								
〇巡回						• •		
・昼間9:00 ~17:30	—	—	必要に応じ対応	<u> </u>	必要に応じ対応	—		
∙夜間17:30 ~9:00	_		必要に応じ対応		必要に応じ対応			
〇食事介助	_	_	原則なし 要介護 I ~ II は必要に 応じ一部介助	_	必要に応じ介助	_		
〇排泄介助	_	_	原則なし 要介護 I ~Ⅱ は必要に 応じ一部介助	_	必要に応じ介助	_		
〇おむつ交換	_	_	必要に応じ一部介助		必要に応じ介助			
〇おむつ代	_	実費	_	実費	_	実費		
〇入浴(一般浴)			入浴できない場合	希望により左記を	入浴できない場合	希望により左記を		
•清拭	_	_	週3回 (状態に応じ週2回)	超える場合 1回2,200円税込	週3回 (状態に応じ週2回)	超える場合 1回2,200円税込		
•介助	_	_		希望により左記を 超える場合 1回2,200円税込	週3回全介助 (状態に応じ週2回)	希望により左記を 超える場合 1回2,200円税込		
•洗髮	_	(美容室利用)	入浴時実施	_	入浴時実施	_		
〇特浴介助	_	_		希望により左記を 超える場合 1回2,200円税込	週3回 (状態に応じ週2回)	希望により左記を 超える場合 1回2,200円税込		
〇身辺介助								
•体位変換	_	_	必要に応じ対応 要介護 I ~ II は 一部介助	_	必要に応じ介助	_		
・居室からの移動	_	_	必要に応じ杖、歩行器、 車椅子または手つなぎで 移動を介助	_	必要に応じ移動を介 助	_		
・衣類の着脱	_	_	必要に応じ対応 要介護 I ~ II は一部介助	_	必要に応じ介助	_		
・身だしなみ介助	_	_	必要に応じ対応 要介護 I ~ II は一部介助	_	必要に応じ介助	_		
口腔衛生管理	_	_	必要に応じ対応 要介護 I ~ II は一部介助		必要に応じ介助			
〇機能訓練 (個別機能訓練)	_		必要に応じ対応	_	必要に応じ対応			
〇通院介助	9:00~17:30							
·協力医療機関 (多摩丘陵病院)	必要に応じ付き添 い	_	必要に応じ付き添い	_	必要に応じ付き添い			
·協力医療機関 (他指定病院)	指定日の付き添い	税込	指定日の付き添い	指定日以外は、 30分毎に550円 税込	指定日の付き添い	指定日以外は、 30分毎に550円 税込		
•上記以外	_	高速代・駐車料金の 他30分毎に 550円税込	_	高速代・駐車料金の 他30分毎に 550円税込		高速代・駐車料金の 他30分毎に 550円税込		
付き添いサービスの提供時間	_	やむを得ず時間外の 付き添いが必要な場 合は、30分毎に 550円税込	_	やむを得ず時間外の 付き添いが必要な場 合は、30分毎に 550円税込	_	やむを得ず時間外の 付き添いが必要な場 合は、30分毎に 550円税込		
○緊急時対応		^° > . H° > . I ==!—		. ^° > . 		. A° S. J. ∓d.—		
・ナースコール	24時間対応	ペンダント型コー ルを希望の場合: 利用料月1,100円	24時間対応	ペンダント型コー ルを希望の場合: 利用料月1,100円	24時間対応	ペンダント型コー ルを希望の場合: 利用料月1,100円		

	(自 立)		(要支援、要介護 [~Ⅱ区分)		(要介護Ⅲ~Ⅴ区分)	
<生活サービス>						
〇居室清掃		希望により居室清 掃45分以内で 3,300円税込	月2回	左記を超える場合 45分以内で 3,300円税込	月2回	左記を超える場合 45分以内で 3,300円税込
〇リネン交換	_	_	必要に応じ介助	_	必要に応じ介助	_
〇日常の洗濯	_	2kg毎に 550円税込	必要に応じ介助	2kg以上の場合 2kg毎に 550円税込	必要に応じ介助	2kg以上の場合 2kg毎に 550円税込
○居室配膳・下膳		左記以外 1食220円税込	れない場合	左記以外 1食220円税込	体調が悪く食堂へ出 られない場合	左記以外 1食220円税込
〇嗜好に応じた特別食	_	必要に応じ対応 実費	_	必要に応じ対応 実費	_	必要に応じ対応 実費
Oおやつ	_	_	原則なし 要介護 I ~ II は必要に 応じ一部介助 おやつ代は実費		必要に応じ介助 おやつ代は実費	
〇理美容	_	実費	_	実費	_	実費
〇買物代行 (通常の利用区域)	_	指定日で 1回220円税込	指定日:月2回	指定日で 月3回目以降 1回220円税込	指定日:月2回	指定日で 月3回目以降 1回220円税込
○買物代行 (上記以外の指定区域 または指定日以外)	_	30分毎に 550円税込		30分毎に 550円税込		30分毎に 550円税込
〇役所手続き代行	_	30分毎に 550円税込		30分毎に 550円税込	_	30分毎に 550円税込
○金銭・預金管理 <健康管理サービス	_	_	_	_	_	_
〇定期健康診断		左記以外 自己負担		左記以外 自己負担	年2回可能	左記以外 自己負担
〇健康相談	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応	_
〇生活指導 · 栄養指導	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応		必要に応じ対応	_
〇服薬支援	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応 ※別途、居宅療養管理 契約が必要となる場		必要に応じ対応 ※別途、居宅療養管 契約が必要となる:	
〇生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応	_	必要に応じ対応	_
<入退院時のサーL	スト					
〇入退院時の同行						
•多摩丘陵病院	対応		対応		対応	
・上記以外	5時間以内の付き 添い(高速代・駐車 料金は実費)	5時間を超える場 合30分毎に1,100 円税込(高速代・駐 車料金は実費)	5時間以内の付き添い (高速代・駐車料金は実 費)	5時間を超える場 合30分毎に1,100 円税込(高速代・駐 車料金は実費)		5時間を超える場合30分毎に1,100円税込(高速代・駐車料金は実費)