

《介護サービス等の一覧表》

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス＝◎ 利用料に含まれない有料サービス＝○ 利用者の実費負担＝△

要介護（要支援） 認定結果			自 立		要支援 1		要支援 2	
			利用料に含む	含まれない	利用料に含む	含まれない	利用料に含む	含まれない
介護サービス	巡回	昼間 6 時～18 時	—	—	◎（2 回）		◎（2 回）	
		夜間 18 時～6 時	◎（必要に応じ）		◎（1 回）		◎（3 回）	
	食事介助	配膳・下膳	◎		◎		◎	
		食事介助	—	—	—	—	◎（必要に応じ）	
	排泄	排泄介助	—	—	—	—	◎（必要に応じ）	
		おむつ交換	—	—	—	—	—	—
		おむつ代		△		△		△
	入浴等	入浴介助※	◎	—	◎		◎	
		清拭※	—	—	—	—	—	—
	身辺介助	体位交換	—	—	—	—	—	—
		居室からの移動	—	—	—	—	◎（必要に応じ）	
		衣類の脱着	—	—	—	—	◎（必要に応じ）	
		身だしなみ介助	—	—	—	—	◎（必要に応じ）	
	／通 同院 行 介 助	協力医療機関	◎		◎		◎	
		その他医療機関	—	—	—	—	—	—
	機能訓練		◎		◎		◎	
	緊急時対応／ ナースコール		◎		◎		◎	
生活サービス	家事	清掃（必要に応じ）	◎		◎		◎	
		洗濯（必要に応じ）	◎		◎		◎	
	理美容			△		△		△
	買物代行		◎（月 1 回定期）		◎（月 1 回定期）		◎（月 1 回定期）	
	各種手続代行		—	—	—	—	—	—
健康管理サービス	定期健康診断（年 1 回）		◎		◎		◎	
	健康相談		◎		◎		◎	
	生活相談		◎		◎		◎	
	医師の往診			△ （医療費）		△ （医療費）		△ （医療費）
入院時	医療費			△		△		△
	入退院時移送サービス			△		△		△

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス＝◎ 利用料に含まれない有料サービス＝○ 利用者の実費負担＝△

要介護（要支援） 認定結果			要介護 1		要介護 2		要介護 3	
			利用料に含む	含まれない	利用料に含む	含まれない	利用料に含む	含まれない
介護サービス	巡回	昼間 6 時～18 時	◎（2 回）		◎（2 回）		◎（2 回）	
		夜間 18 時～6 時	◎（3 回）		◎（3 回）		◎（3 回）	
	食事介助	配膳・下膳	◎		◎		◎	
		食事介助	◎（間接介助）		◎（主に間接介助／必要により直接介助）		◎（主に直接介助）	
	排泄	排泄介助	◎（間接介助）		◎（主に間接介助／必要により直接介助）		◎（主に直接介助）	
		おむつ交換	—	—	—	—	◎	
		おむつ代		△		△		△
	入浴等	入浴介助※	◎		◎		◎	
		清拭※	—	—	—	—	◎	
	身辺介助	体位交換	—	—	—	—	—	—
		居室からの移動	◎（間接介助）		◎（主に間接介助／必要により直接介助）		◎（主に直接介助）	
		衣類の脱着	◎（間接介助）		◎（主に間接介助／必要により直接介助）		◎（主に直接介助）	
		身だしなみ介助	◎（間接介助）		◎（主に間接介助／必要により直接介助）		◎（主に直接介助）	
	通院／同行介助	協力医療機関	◎		◎		◎	
		その他医療機関	—	—	—	—	—	—
	機能訓練		◎		◎		◎	
	緊急時対応／ナースコール		◎		◎		◎	
生活サービス	家事	清掃（必要に応じ）	◎		◎		◎	
		洗濯（必要に応じ）	◎		◎		◎	
	理美容			△		△		△
	買物代行		◎（月 1 回定期）		◎（月 1 回定期）		◎（月 1 回定期）	
	各種手続代行		—	—	—	—	—	—
健康管理サービス	定期健康診断（年 1 回）		◎		◎		◎	
	健康相談		◎		◎		◎	
	生活相談		◎		◎		◎	
	医師の往診			△（医療費）		△（医療費）		△（医療費）
入院時	医療費			△		△		△
	入退院時移送サービス		—	—	—	—	—	—

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

※ 以下はあくまで目安であり、利用者によって内容が異なる場合があります。

利用料に含まれるサービス＝◎ 利用料に含まれない有料サービス＝○ 利用者の実費負担＝△

要介護（要支援） 認定結果			要介護 4		要介護 5	
			利用料を含む	含まれない	利用料を含む	含まれない
介護サービス	巡回	昼間 6 時～18 時	◎（2 回）		◎（2 回）	
		夜間 18 時～6 時	◎（3 回）		◎（3 回）	
	食事介助	配膳・下膳	◎		◎	
		食事介助	◎（主に直接介助／必要により全面介助）		◎（主に全面介助）	
	排泄	排泄介助	◎（主に直接介助／必要により全面介助）		◎（主に全面介助）	
		おむつ交換	◎		◎	
		おむつ代		△		△
	入浴等	入浴介助※	◎		◎	
		清拭※	◎		◎	
	身辺介助	体位交換	◎		◎	
		居室からの移動	◎（主に直接介助／必要により全面介助）		◎（主に全面介助）	
		衣類の脱着	◎（主に直接介助／必要により全面介助）		◎（主に全面介助）	
		身だしなみ介助	◎（主に直接介助／必要により全面介助）		◎（主に全面介助）	
	通院／同行介助	協力医療機関	◎		◎	
		その他医療機関	—	—	—	—
	機能訓練		◎		◎	
	緊急時対応／ナースコール		◎		◎	
生活サービス	家事	清掃（必要に応じ）	◎		◎	
		洗濯（必要に応じ）	◎		◎	
	理美容			△		△
	買物代行		◎（月 1 回定期）		◎（月 1 回定期）	
	各種手続代行		—	—	—	—
健康管理サービス	定期健康診断（年 1 回）		◎		◎	
	健康相談		◎		◎	
	生活相談		◎		◎	
	医師の往診			△（医療費）		△（医療費）
入院時	医療費			△		△
	入退院時移送サービス		—	—	—	—

※ 入浴および清拭の機会の提供は 1 週間につき 2 回です。

入浴にあたっては、原則、職員を配置し、見守り・介助等をさせていただくこととしております。なお、お一人での入浴をご希望の場合は、「同意書」を締結いただきます。

《 有料サービス一覧表 》

(税込)

No.	項 目	内 容／基 準	単 価
1	<u>ご家族等の利用者居室での宿泊（※）</u> ※ご家族等が、一時的に利用者居室に宿泊することがで きるサービスです。このサービスは、以下の限定的期 間において、ベネッセスタイルケアが事前に認めた場 合に限り、ご利用いただけます。 ・利用開始時 ・終末期の看取り時 なお、利用者不在時のご家族だけの宿泊は認められま せん。 ＊施設・設備利用料です（寝具・リネン類はホームにて ご用意します） ＊食事は含まれません ＊前日までの申込みが必要です（ご利用者の急な体調変 化に伴う付き添い希望の場合等はお相談ください）	1泊2日 1名あたり	1,100 円
2	<u>ご家族等への食事の提供</u> ＊8日前までの申込みが必要です ＊申込期限を過ぎてのキャンセルはキャンセル料（全 額）をいただきます	朝食	308 円
		昼食	473 円
		夕食	473 円
		特別食	1,650 円

※ 上記サービスはホーム利用者のご家族等に提供するものです。