

《介護サービス等の一覧表》 (まどか01)

※ 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 | | |
|-------------------|-------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|---|
| | | 利用料を含む | 含まれない | 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 | ◎ (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※ | ◎ (必要に応じ) | — | ◎ (必要に応じ) | | ◎ | |
| | | 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 (週 2 回) | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯 (必要に応じ) | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 1 回定期) | ○ | ◎(週 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。

※ 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 | | |
|------------------|------------------|---------------|------------|------------|-----------------------------|------------|-------------------|---|
| | | 利用料を含む | 含まれない | 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） | | ◎（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） | |
| | 通院介 ／同行 | 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（週 2 回） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯 （必要に応じ） | ◎ | | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 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。

※ 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） | |
| | 通院介助 ／ 同行 | 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（週 2 回） | ◎ | | ◎ | |
| | | 洗濯 （必要に応じ） | ◎ | | ◎ | |
| | 理美容 | | △ | | △ | |
| | 買物代行 | ◎（週 1 回定期） | ○ | ◎（週 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。