

《介護サービス等の一覧表》 (新G 04)

※ 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)	○(週3回目以降)	◎ (必要に応じ)	○(週3回目以降)	◎	○(週3回目以降)	
		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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

※ 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※	◎	○（週3回目以降）	◎	○（週3回目以降）	◎	○（週3回目以降）
		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（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。利用者個別のご希望により、週 3 回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3 回目以降は別途料金をお支払いいただきます。

※ 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※	◎	○（週3回目以降）	◎	○（週3回目以降）
		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。利用者個別のご希望により、週3回以上の入浴介助・清拭を行う場合、3回目以降は別途料金をお支払いいただきます。