

別添 1-① 介護サービス等の一覧表（生活援助サービス）

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 ・ 無 ）

※「生活援助サービス」は、一般居室に居住している介護保険制度の「要支援1・2」「要介護1～5」の認定者以外の方が対象となります。
 ※体調不良時や自立した生活を継続するために提供するサービスです。

【身体状態とサービスの程度】

介護保険制度の認定区分		認定者以外	
		（平常時）	（一時的な支援状態）
ADL	歩行	自立	見守り又は一部介助
	食事（喫食）	自立	見守り又は一部介助
	排泄	自立	見守り又は一部介助
	入浴	自立	見守り又は一部介助
	衣服の着脱	自立	見守り又は一部介助

【生活援助サービスの利用方法】

- ①サービスの利用にあたっては原則としてご本人に申請していただきます。
- ②自立した日常生活を送っていただくため、ご本人と相談の上、状態に応じたサービスを提供いたします。
 * サービス内容については下記の表の中より選択いたします。
 * 各サービスにおける回数は標準的な回数を示したものです。
- ③同一サービスの提供が1週間を超えた場合又は継続が予測される場合は、ご本人と相談の上「サービス計画書」を立案し実施の記録及び保管を行います。
- ④立案された計画書をケア会議で検討・確認し、ご本人の同意を得た上でサービスを提供いたします。
- ⑤その後も自立した日常生活を送っていただけるサービス内容であるかを定期的にご本人と相談の上、ケア会議で検討いたします。
 ・ケア会議は園長、診療所長、副園長、ケアサービス課長、各職場責任者（ケアサービス課、居室サービス課、生活サービス課、運営管理課）等で構成し、原則月1回定例開催します。

※ADL（＝Activity of Daily Living）とは摂食、睡眠、衣類着脱、移動、衛生、排泄等の日常生活動作をいいます。

I. 生活援助サービス提供場所・時間

サービス提供場所	一般居室	ケアサロン	一時介護室
サービス提供時間	原則 9：00～16：00	原則 7：00～19：00	原則24時間
	・食事関連サービスは、7：30～18：30	・食事関連サービスは、7：30～18：30	・家事・病院訪問・代行・入浴は、9：00～16：00
	・緊急時対応はこの限りではありません。	・緊急時対応はこの限りではありません。	

※一時介護室の利用は、管理規程別表Ⅲ-1-④「介護サービスを提供する場所等の変更」を参照してください。

II. 生活援助サービス基準

サービスを提供する場所	一般居室				一時介護室			
	提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	
	サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	金額（単価）
1. 介護サービス								
①巡回	・昼間（8時30分～17時00分） ・夜間（17時00分～翌8時30分）	有 有	必要に応じて(1日1回)				必要に応じて(2～3時間毎) 必要に応じて(2～3時間毎)	
②食事関連	・テーブル配下膳 ・喫食介助 ・水分補給 ・おやつ介助 ・介護食の提供	有 有 有 有 有	食堂で必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて				食堂・ケアサロンで必要に応じて 必要に応じて 1日2～3回又は必要に応じて 1日2～3回又は必要に応じて 1日3回又は必要に応じて	
③排泄	・後片付け（おむつ・トイレ・紙おむつ等） ・排泄介助 ・おむつ交換 ・おむつ代	有 有 有 有	1日1回又は必要に応じて 必要に応じて			実費	排泄の都度 必要に応じて 1日6回～8回又は必要に応じて	実費
④入浴等	・清拭 ・一般浴介助 ・特浴介助 ・洗髪 ・洗面・口腔などの衛生 ・爪切り・耳掃除	有 有 有 有 有	必要に応じて 介助浴室で必要に応じて週3回以内 介助浴室で必要に応じて週3回以内 必要に応じて				介助浴室で必要に応じて週3回以内 介助浴室で必要に応じて週3回以内 介助浴室で必要に応じて週3回以内 1日3～4回又は必要に応じて 週1回又は必要に応じて	
⑤身辺介助	・体位交換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみ介助	有 有 有 有 入浴時必要に応じて 必要に応じて				2時間毎又は必要に応じて 随時 1日2～3回又は必要に応じて 1日2～3回又は必要に応じて	
⑥生活機能低下予防	・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 ・閉じこもり予防・支援 ・うつ予防・支援 ・認知症予防・支援	有 有 有 有 有	必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて				必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて	
⑦機能訓練	・機能回復訓練 ・日常生活訓練	有 有	必要に応じて 必要に応じて				必要に応じて 必要に応じて	
⑧通院の介助		有	必要に応じて	※①			必要に応じて	※①
⑨緊急時対応	・ナースコール	有	24時間対応				24時間対応	

サービスを提供する場所	一般居室				一時介護室			
	提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	
	サービスの提供内容等		提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	金額（単価）
2. 生活サービス								
①家事	・清掃 ・洗濯 ・シーツ交換 ・ゴミ出し ・衣類の修理（ボタン付け程度） ・夏・冬衣類の入れ替え ・布団乾燥	有 有 有 有 有 有	※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて※ 必要に応じて年2回※ 必要に応じて月1回※				※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週2回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週2回※ 必要に応じて※ 必要に応じて年2回※ 必要に応じて月1回※	
②居室配膳・下膳		有	必要に応じて				1日3回又は必要に応じて	
③理美容		無						
④代行	・買物 ・役所等の手続 ・代読・代筆等 ・郵便・宅配	有 有 有 有	※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて※				※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて週1回※ 必要に応じて※	
3. 健康管理サービス								
・健康診断（定期） ・健康診断（簡易） ・健康チェック（血圧・脈拍測定） ・服薬管理 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診	有 有 有 有 有 有 無		年2回 月1回 月1回又は必要に応じて 必要に応じて 適宜対応 適宜対応				年2回 月1回 1日1～2回又は必要に応じて 1日3～4回又は必要に応じて 適宜対応 適宜対応	
4. 入退院時、入院中のサービス								
・医療費 ・移送サービス ・入院中の病院訪問 ・入院中の洗濯など	無 有 有 有		必要に応じて 必要に応じて週1回（※②） 週1回又は必要に応じて（※②）	※①			必要に応じて 必要に応じて週1回（※②） 週1回又は必要に応じて（※②）	※①
5. その他サービス								
・レクリエーション園内 ・レクリエーション園外 ・外出介助 ・相談（栄養・介護・生活等） ・身辺の対処困難時（不安等）の対応 ・福祉用具の貸与	有 有 有 有 有 有		必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③ 必要に応じて 必要に応じて	必要に応じて 必要に応じて	実費 実費		必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③ 必要に応じて 必要に応じて	必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて 必要に応じて

※①協力医療機関・指定医療機関以外（神奈川県・東京都内に限る）の通院の介助・移送サービスは職員1人につき2,200円（税込）、交通費は付添いを含め実費負担となります。（別表Ⅸ「患者搬送に関する規定Ⅱ」を適用します。）

※②原則、協力医療機関・指定医療機関に限ります。

※③所定時間を超えた場合は、30分784円（税込）で、付添いを含め交通費は実費となります。

協力医療機関	油壺エデンの園附属診療所（同一法人経営・同一建物内）／医療法人 社団信武会 げんぶんだんタルクリニック ※協力医療機関とは、協力契約を締結している医療機関です。施設では、受診付添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供します。 * 油壺エデンの園附属診療所では、通常の診療の他に、定期健康診断／年2回、健康相談・健康指導／随時、他の医療機関への紹介を行います。 * 「げんぶんだんタルクリニック」では、訪問による居宅療養管理指導及び介護予防活動（歯科医師：月2回、歯科衛生士：月4回）を行います。
指定医療機関	三浦市内・横須賀市内の病院と、「聖隷横浜病院」です。 ※指定医療機関とは、協力医療機関以外に、施設が、受診付き添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供すると定めている医療機関です。 * 指定医療機関の入退院時の送迎・手続きなどは、別表Ⅸ「患者搬送に関する規定Ⅰ」を適用します。

《その他》

★問題行動が著しいため、サービス提供に相当な困難を伴い、かつ他の入居者の生活に重大な影響を与えると医師及びケア会議が判断した場合には、身元引受人等の意見を聞いた上で 専門的施設において治療・療養を行っていただきます。

別添 1-② 介護サービス等の一覧表（介護予防サービス）

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 ・ 無 ）

※「介護予防サービス」は、介護保険制度の認定区分で「要支援1」、「要支援2」の方が対象となります。

【身体状態とサービスの程度】 ※「介護保険制度の認定区分」は一般的な場合の目安です。

介護保険制度の認定区分	要支援1・2	
ADL	歩行	自立又は見守り
	食事（喫食）	自立
	排泄	自立
	入浴	自立又は見守り
	衣服の着脱	自立

※ADL（＝Activity of Daily Living）とは摂食、睡眠、衣類着脱、移動、衛生、排泄等の日常生活動作をいいます。

I. 介護予防サービス提供場所・時間

サービス提供場所	一般居室		ケアサロン		一時介護室	
	原則 9：00～16：00		原則 7：00～19：00		原則 24時間	
サービス提供時間	・食事関連サービスは、7：30～18：30		・食事関連サービスは、7：30～18：30		・家事・病院訪問・代行・入浴は、9：00～16：00	
	・緊急時対応はこの限りではありません。		・緊急時対応はこの限りではありません。			

※一時介護室の利用は、管理規程別表Ⅲ-1-④「介護サービスを提供する場所等の変更」を参照してください。

II. 介護予防サービス基準

サービスを提供する場所	主として一般居室				主として一時介護室			
	提供サービスの別		その都度徴収するサービス		提供サービスの別		その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス								
①巡回								
・昼間（8時30分～17時00分）	有	必要に応じて（1日1回）			必要に応じて（2～3時間毎）			
・夜間（17時00分～翌8時30分）	有	・・・			必要に応じて（2～3時間毎）			
②食事介助								
・テーブル配下膳	有	食堂で必要に応じて			食堂・ケアサロンで必要に応じて			
・喫食介助	有	・・・			必要に応じて			
・水分補給	有	・・・			1日2～3回又は必要に応じて			
・おやつ介助	有	・・・			1日2～3回又は必要に応じて			
・介護食の提供	有	・・・			1日3回又は必要に応じて			
③排泄								
・後片付け（オムツ・紙おむつ等）	有	1日1回又は必要に応じて			排泄の都度			
・排泄介助	有	・・・			必要に応じて			
・おむつ交換	有	必要に応じて			1日6回～8回又は必要に応じて			
・おむつ代	有						実費	
④入浴等								
・清拭	有	必要に応じて			介助浴室で必要に応じて週3回以内			
・一般浴介助	有	介助浴室で必要に応じて週3回以内			介助浴室で必要に応じて週3回以内			
・特浴介助	有	・・・			介助浴室で必要に応じて週3回以内			
・洗髪	有	介助浴室で必要に応じて週3回以内			1日3～4回又は必要に応じて			
・洗面・口腔などの衛生	有	・・・			週1回又は必要に応じて			
・爪切り・耳掃除	有	必要に応じて						
⑤身辺介助								
・体位交換	有	・・・			2時間毎又は必要に応じて			
・居室からの移動	有	・・・			随時			
・衣類の着脱	有	入浴時必要に応じて			1日2～3回又は必要に応じて			
・身だしなみ介助	有	必要に応じて			1日2～3回又は必要に応じて			
⑥生活機能低下予防								
・運動器の機能向上	有	必要に応じて			必要に応じて			
・栄養改善	有	必要に応じて			必要に応じて			
・口腔機能の向上	有	必要に応じて			必要に応じて			
・閉じこもり予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて			
・うつ予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて			
・認知症予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて			
⑦機能訓練								
・機能回復訓練	有	必要に応じて			必要に応じて			
・日常生活訓練	有	必要に応じて			必要に応じて			
⑧通院の介助	有	必要に応じて		※①	必要に応じて		※①	
⑨緊急時対応								
・ナースコール	有	24時間対応			24時間対応			

サービスを提供する場所	主として一般居室				主として一時介護室			
	提供サービスの別		その都度徴収するサービス		提供サービスの別		その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）
2. 生活サービス								
①家事								
・清掃	有	※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※			※1日延べ1時間以内 必要に応じて週2回※			
・洗濯	有	必要に応じて週1回※			必要に応じて週1回※			
・シーツ交換	有	必要に応じて週1回※			必要に応じて週1回※			
・ゴミ出し	有	必要に応じて週1回※			必要に応じて週2回※			
・衣類の修理（ボタン付け程度）	有	必要に応じて※			必要に応じて※			
・夏・冬衣類の入れ替え	有	必要に応じて年2回※			必要に応じて年2回※			
・布団乾燥	有	必要に応じて月1回※			必要に応じて月1回※			
②居室配膳・下膳	有	必要に応じて			1日3回又は必要に応じて			
③理美容	無							
④代行								
・買物	有	※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※			※1日延べ1時間以内 必要に応じて週1回※			
・役所等の手続	有	必要に応じて週1回※			必要に応じて週1回※			
・代読・代筆等	有	必要に応じて週1回※			必要に応じて週1回※			
・郵便・宅配	有	必要に応じて※			必要に応じて※			
3. 健康管理サービス								
・健康診断（定期）	有	年2回			年2回			
・健康診断（簡易）	有	月1回			月1回			
・健康チェック（血圧・脈拍測定）	有	月1回又は必要に応じて			1日1～2回又は必要に応じて			
・服薬管理	有	必要に応じて			1日3～4回又は必要に応じて			
・健康相談	有	適宜対応			適宜対応			
・生活指導	有	適宜対応			適宜対応			
・医師の往診	無							
4. 入退院時、入院中のサービス								
・医療費	無							
・移送サービス	有	必要に応じて		※①	必要に応じて		※①	
・入院中の病院訪問	有	必要に応じて週1回 ※②			必要に応じて週1回 ※②			
・入院中の洗濯など	有	週1回又は必要に応じて ※②			週1回又は必要に応じて ※②			
5. その他サービス								
・レクリエーション園内	有	必要に応じて			必要に応じて		実費	
・レクリエーション園外	有	必要に応じて			必要に応じて		実費	
・外出介助	有	必要に応じて月1回（1日延べ1時間以内）※③			必要に応じて月1回（1日延べ1時間以内）※③			
・相談（栄養・介護・生活等）	有	必要に応じて			必要に応じて			
・身辺の対処困難時（不安等）の対応	有	必要に応じて			必要に応じて			
・福祉用具の貸与	有	必要に応じて			必要に応じて			

※①協力医療機関・指定医療機関以外（神奈川県・東京都内に限る）の通院の介助・移送サービスは職員1人につき2,200円（税込）、交通費は付添いを含めて実費負担となります。（別表Ⅹ「患者搬送に関する規定Ⅱ」を適用します。）

※②原則、協力医療機関・指定医療機関に限ります。

※③所定時間を超えた場合は、30分784円（税込）で、付添いを含め交通費は実費となります。

協力医療機関	油壺エデンの園附属診療所（同一法人経営・同一建物内）／医療法人 社団信武会 げんぶんデンタルクリニック ※協力医療機関とは、協力契約を締結している医療機関です。施設では、受診付添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供します。 *油壺エデンの園附属診療所では、通常の診療の他に、定期健康診断／年2回、健康相談・健康指導／随時、他の医療機関への紹介を行います。 *「げんぶんデンタルクリニック」では、訪問による居宅療養管理指導及び介護予防活動（歯科医師：月2回、歯科衛生士：月4回）を行います。
指定医療機関	三浦市内・横須賀市内の病医院と、「聖隷横浜病院」です。 ※指定医療機関とは、協力医療機関以外に、施設が、受診付添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供すると定めている医療機関です。 *指定医療機関の入退院時の送迎・手続きなどは、別表Ⅹ「患者搬送に関する規定Ⅰ」を適用します。

《その他》

★問題行動が著しいため、サービス提供に相当な困難を伴い、かつ他の入居者の生活に重大な影響を与えると医師及びケア会議が判断した場合には、身元引受人等の意見を聞いた上で 専門的施設において治療・療養を行っていただきます。

別添 1-③ 介護サービス等の一覧表（介護援助サービス）

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（ 有 ・ 無 ）

※「介護援助サービス」は、介護保険制度の認定区分で「要介護1～5」（要介護認定者）の方が対象となります。

【身体状態とサービスの程度】 ※「介護保険制度の認定区分」は一般的な場合の目安です。

介護保険制度の認定区分	要介護1	要介護2・3	要介護4・5	
介護の程度	軽度	中度	重度	
ADL	歩行	見守り又は一部介助	一部介助	全介助又は一部介助
	食事（喫食）	見守り又は一部介助	一部介助	全介助又は一部介助
	排泄	見守り又は一部介助	一部介助	全介助
	入浴	見守り又は一部介助	一部介助	全介助
	衣服の着脱	見守り又は一部介助	一部介助	全介助

※ADL（＝Activity of Daily Living）とは摂食、睡眠、衣類着脱、移動、衛生、排泄等の日常生活動作をいいます。

I. 介護援助サービス提供場所・時間

サービス提供場所	一般居室	ケアサロン	一時介護室
サービス提供時間	原則 9：00～16：00 ・食事関連サービスは、7：30～18：30 ・緊急時対応はこの限りではありません。	原則 7：00～19：00 ・食事関連サービスは、7：30～18：30 ・緊急時対応はこの限りではありません。	原則 24時間 ・家事・病院訪問・代行・入浴は、9：00～16：00

※一時介護室の利用は、管理規程別表Ⅲ-1-④「介護サービスを提供する場所等の変更」を参照してください。

※一般居室から介護居室の住み替えは、管理規程Ⅲ-1-④「介護サービスを提供する場所等の変更」を参照してください。

【介護援助サービスの利用方法】

- サービスの利用は、原則としてご本人の同意を得た上で介護保険法に基づき要介護認定を受けていただきます。
- 管轄の市区町村への要介護認定等の申請は、ご本人や身元引受人でもできますが、介護支援専門員による申請の代行を依頼できます。
- 要介護認定等の申請をした後、市区町村職員又は市区町村から委託を受けた調査員が心身の状態などの聞き取り調査に伺います。
- 調査後、訪問調査の結果と主治医の意見書をもとにして、市区町村の介護認定審査会で審査・判定し、認定結果がご本人に文書で通知されます。
- 要介護認定を受けてから介護保険サービスである「特定施設入居者生活介護（有料老人ホームの介護サービス）」の契約をしていただきます。
- 「介護援助サービス」は、原則として介護支援専門員がご本人（又は身元引受人）と相談の上、個別性を重視して「サービス計画書」を立案し実施及び記録の保管をします。
* サービス内容は下記の表の中より選択します。
* 各サービスにおける回数は標準的な回数を示したものです。
- 立案された計画書をケア会議で確認・検討し、ご本人の同意を得た上でサービスを提供します。
- 計画内容にあったサービス内容であるか、一定期間毎（サービス内容によって1ヶ月～最大3ヶ月）ご本人と相談の上、ケア会議で検討します。
・ケア会議は園長、診療所長、副園長、ケアサービス課長、各職場責任者（ケアサービス課、居室サービス課、生活サービス課、運営管理課）等で構成し、原則月1回定例開催します。

II. 介護援助サービス基準

介護保険制度の認定区分（介護の程度）	要介護1（軽度）		要介護2・3（中度）				要介護4・5（重度）		
	主として一般居室		主として一般居室		主として一時介護室・介護居室		主として一時介護室・介護居室		
サービスを提供する場所	主として一般居室		主として一般居室		主として一時介護室・介護居室		主として一時介護室・介護居室		
提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス		
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	金額（単価）	金額（単価）
1. 介護援助サービス									
①巡回									
・昼間（8時30分～17時00分）	有	必要に応じて（1日1回）			必要に応じて（2～3時間毎）				必要に応じて（2～3時間毎）
・夜間（17時00分～翌8時30分）	有	・・・・・・・・			必要に応じて（2～3時間毎）				必要に応じて（2～3時間毎）
②食事介助									
・テーブル配下膳	有	食堂で必要に応じて			食堂・ケアサロンで必要に応じて				食堂・ケアサロンで必要に応じて
・喫食介助	有	・・・・・・・・			必要に応じて				必要に応じて
・水分補給	有	必要に応じて			ケアサロンで1日3回以内				1日2～3回以内又は必要に応じて
・おやつ介助	有	必要に応じて			ケアサロンで1日2～3回以内				1日2～3回以内又は必要に応じて
・介護食の提供	有	必要に応じて			ケアサロンで1日3回以内				1日3回以内又は必要に応じて
③排泄									
・後片付け（おむつ・紙おむつ等）	有	1日1回又は必要に応じて			排泄の都度				排泄の都度
・排泄介助	有	・・・・・・・・			必要に応じて				必要に応じて
・おむつ交換	有	必要に応じて			1日6～8回又は必要に応じて				1日6～8回又は必要に応じて
・おむつ代	有			実費				実費	
④入浴等									
・清拭	有	必要に応じて			必要に応じて週3回以内				必要に応じて週3回以内
・一般浴介助	有	介助浴室で必要に応じて週3回以内			介助浴室で必要に応じて週3回以内				介助浴室で必要に応じて週3回以内
・特浴介助	有	・・・・・・・・			介助浴室で必要に応じて週3回以内				介助浴室で必要に応じて週3回以内
・洗髪	有	介助浴室で必要に応じて週3回以内			介助浴室で必要に応じて週3回以内				介助浴室で必要に応じて週3回以内
・洗面・口腔などの衛生	有	・・・・・・・・			必要に応じて				1日3～4回又は必要に応じて
・爪切り・耳掃除	有	必要に応じて			週1回又は必要に応じて				週1回又は必要に応じて
⑤身辺介助									
・体位交換	有	・・・・・・・・			2時間毎又は必要に応じて				2時間毎又は必要に応じて
・居室からの移動	有	・・・・・・・・			随時				随時
・衣類の着脱	有	入浴時必要に応じて			1日2～3回又は必要に応じて				1日2～3回又は必要に応じて
・身だしなみ介助	有	必要に応じて			1日1～2回又は必要に応じて				1日1～2回又は必要に応じて
⑥生活機能低下予防									
・運動器の機能向上	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・栄養改善	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・口腔機能の向上	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・閉じこもり予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・うつ予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・認知症予防・支援	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
⑦機能訓練									
・機能回復訓練	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
・日常生活訓練	有	必要に応じて			必要に応じて				必要に応じて
⑧通院の介助	有	必要に応じて	※①		必要に応じて	※①		※①	必要に応じて
⑨緊急時対応									
・ナースコール	有	24時間対応			24時間対応				24時間対応

介護保険制度の認定区分（介護の程度）		要介護1（軽度）				要介護2・3（中度）						要介護4・5（重度）					
サービスを提供する場所		主として一般居室				主として一般居室			主として一時介護室・介護居室			主として一時介護室・介護居室			主として一時介護室・介護居室		
提供サービスの別		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス		利用料金に含まれるサービス		その都度徴収するサービス	
サービスの提供内容等		提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）		提供方法（回数等）	金額（単価）
2. 生活サービス																	
①家事																	
・清掃	有	※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内			
・洗濯	有	必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※			
・シーツ交換	有	必要に応じて週1回※				必要に応じて週2回※				必要に応じて週2回※				必要に応じて週2回※			
・ゴミ出し	有	必要に応じて週1回※				必要に応じて週2回※				必要に応じて週2回※				必要に応じて週2回※			
・衣類の修理（ボタン付け程度）	有	必要に応じて※				必要に応じて※				必要に応じて※				必要に応じて※			
・夏・冬衣類の入れ替え	有	必要に応じて年2回※				必要に応じて年2回※				必要に応じて年2回※				必要に応じて年2回※			
・布団乾燥	有	必要に応じて月1回※				必要に応じて月1回※				必要に応じて月1回※				必要に応じて月1回※			
②居室配膳・下膳	有	必要に応じて				必要に応じて				1日3回又は必要に応じて				1日3回又は必要に応じて			
③理美容	無																
④代行																	
・買物	有	※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内				※1日延べ1時間以内			
・役所等の手続	有	必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※			
・代読・代筆等	有	必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※				必要に応じて週1回※			
・郵便・宅配	有	必要に応じて※				必要に応じて※				必要に応じて※				必要に応じて※			
3. 健康管理サービス																	
・健康診断（定期）	有	年2回				年2回				年2回				年2回			
・健康診断（簡易）	有	月1回				月1回				月1回				月1回			
・健康チェック（血圧・脈拍測定）	有	月1回又は必要に応じて				月1回又は必要に応じて				1日1～2回又は必要に応じて				1日1～2回又は必要に応じて			
・服薬管理	有	必要に応じて				1日3回又は必要に応じて				1日3～4回又は必要に応じて				1日3～4回又は必要に応じて			
・健康相談	有	適宜対応				適宜対応				適宜対応				適宜対応			
・生活指導	有	適宜対応				適宜対応				適宜対応				適宜対応			
・医師の往診	無																
4. 入退院時、入院中のサービス																	
・医療費	無																
・移送サービス	有	必要に応じて		※①		必要に応じて		※①		必要に応じて		※①		必要に応じて		※①	
・入院中の病院訪問	有	必要に応じて週1回 ※②				必要に応じて週1回 ※②				必要に応じて週1回 ※②				必要に応じて週1回 ※②			
・入院中の洗濯など	有	週1回又は必要に応じて ※②				週1回又は必要に応じて ※②				週1回又は必要に応じて ※②				週1回又は必要に応じて ※②			
5. その他サービス																	
・レクリエーション園内	有	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費
・レクリエーション園外	有	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費	必要に応じて		必要に応じて	実費
・外出介助	有	必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③				必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③				必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③				必要に応じて月1回(1日延べ1時間以内)※③			
・相談（栄養・介護・生活等）	有	必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて			
・身辺の対処困難時(不安等)の対応	有	必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて			
・福祉用具の貸与	有	必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて				必要に応じて			

※①協力医療機関・指定医療機関以外（神奈川県・東京都内に限る）の通院の介助・移送サービスは職員1人につき2,200円（税込）、付添いを含めて交通費は実費負担となります。（別表IX「患者搬送に関する規定Ⅱ」を適用します。）

※②原則、協力医療機関・指定医療機関に限りです。

※③所定時間を超えた場合は、30分784円（税込）で、付添いを含め交通費は実費となります。

協力医療機関	油壺エデンの園附属診療所（同一法人経営・同一建物内）／医療法人 社団信武会 げんぶんデンタルクリニック ※協力医療機関とは、協力契約を締結している医療機関です。施設では、受診付添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供します。 *油壺エデンの園附属診療所では、通常の診療の他に、定期健康診断／年2回、健康相談・健康指導／随時、他の医療機関への紹介を行います。 *「げんぶんデンタルクリニック」では、訪問による居宅療養管理指導及び介護予防活動（歯科医師：月2回、歯科衛生士：月4回）を行います。
指定医療機関	三浦市内・横須賀市内の病院と、「聖隷横浜病院」です。 ※指定医療機関とは、協力医療機関以外に、施設が、受診付き添い・入退院時の送迎、手続き・入院中の訪問や洗濯などのサービスを提供すると定めている医療機関です。 *指定医療機関の入退院時の送迎・手続きなどは、別表IX「患者搬送に関する規定Ⅰ」を適用します。

《その他》

★問題行動が著しいため、サービス提供に相当な困難を伴い、かつ他の入居者の生活に重大な影響を与えると医師及びケア会議が判断した場合には、身元引受人等の意見を聞いた上で専門的施設において治療・療養を行っていただきます。

神奈川県有料老人ホーム設置運営指導指針 適合表

(本表は、指導指針の「建物の規模及び構造設備」の主な項目について、適合の有無を確認するものです。)

No.	指針項目	設備の有無	適合・不適合	不適合となっている項目についてチェック	備考(代替措置・改善計画等)
1	居室 (一時介護室)		適合	<input type="checkbox"/> 個室ではない(相部屋がある)。 <input type="checkbox"/> 面積が13㎡以上(夫婦等居室は一人当たり10.65㎡以上)ない。 <input type="checkbox"/> 界壁で区分されていない。	
2	食堂	有	適合	<input type="checkbox"/> 機能を十分に発揮し得る適当な広さ有していない。	
3	浴室	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。 (要介護者等を入居対象とする場合) <input type="checkbox"/> 身体の不自由な者が使用するのに適していない。	
4	便所	有	適合	<input type="checkbox"/> 常夜灯がない。 <input type="checkbox"/> 手すりがない。 (居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 居室の近くでない。 <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
5	洗面設備	有	適合	(居室内に設置していない場合) <input type="checkbox"/> 全ての入居者が利用できる適当な規模・数を設けていない。	
6	汚物処理室	有	適合	<input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置していない。	
7	面談室	有	適合	<input type="checkbox"/> プライバシーの保護に配慮した構造になっていない。	
8	医務室 (健康管理室)	有			
9	看護・介護職員室	有			
10	機能訓練室	有			
11	談話室	有			
12	洗濯室	有			
13	エレベーター	有			
14	スプリンクラー	有			
15	健康・生きがい 施設	有			
16	緊急通報装置	有	適合	(未設置箇所) <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 一時介護室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 脱衣室 <input type="checkbox"/> 便所	
17	廊下		適合	<input type="checkbox"/> 廊下幅が1.8m(1.4m※)以上ない。 ※すべての居室が個室で、床面積が18㎡以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合は廊下の有効幅員は1.4m以上とすることができる。	
18	居室等の出入口		適合	<input type="checkbox"/> 引き戸やドアハンドル等を備えていない。	

その他 (上記項目以外の主な指針不適合事項)
例(必要な職員を配置していない、前払金の保全措置を講じていない等、事業者が入居者に説明すべきと考える事項を記載してください。)

※ 代替措置、改善計画等は、別紙で明記することも可とする。

介護保険サービスに関する給付体制等の一覧表

1 給付体制等の概要

介護保険施設種別	1 介護専用型 <input checked="" type="checkbox"/> 2 混合型 3 混合型（外部サービス利用型） 4 地域密着型 <input checked="" type="checkbox"/> 5 介護予防 6 介護予防（外部サービス利用型）																																																												
介護保険に係る利用料（適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額）	特定施設入居者生活介護 （1 か月 30 日の例）																																																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">区 分</th> <th style="width: 25%;">月 額</th> <th style="width: 60%;">利用者負担額（1割/2割/3割の場合）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護1</td> <td style="text-align: right;">200,860 円</td> <td style="text-align: right;">20,086 円/40,172 円/60,258 円</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td style="text-align: right;">223,228 円</td> <td style="text-align: right;">22,323 円/44,646 円/66,969 円</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td style="text-align: right;">246,952 円</td> <td style="text-align: right;">24,696 円/49,391 円/74,086 円</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td style="text-align: right;">268,642 円</td> <td style="text-align: right;">26,865 円/53,729 円/80,593 円</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td style="text-align: right;">292,027 円</td> <td style="text-align: right;">29,203 円/58,406 円/87,609 円</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	月 額	利用者負担額（1割/2割/3割の場合）	要介護1	200,860 円	20,086 円/40,172 円/60,258 円	要介護2	223,228 円	22,323 円/44,646 円/66,969 円	要介護3	246,952 円	24,696 円/49,391 円/74,086 円	要介護4	268,642 円	26,865 円/53,729 円/80,593 円	要介護5	292,027 円	29,203 円/58,406 円/87,609 円																																										
	区 分	月 額	利用者負担額（1割/2割/3割の場合）																																																										
	要介護1	200,860 円	20,086 円/40,172 円/60,258 円																																																										
	要介護2	223,228 円	22,323 円/44,646 円/66,969 円																																																										
	要介護3	246,952 円	24,696 円/49,391 円/74,086 円																																																										
	要介護4	268,642 円	26,865 円/53,729 円/80,593 円																																																										
	要介護5	292,027 円	29,203 円/58,406 円/87,609 円																																																										
	各種加算の状況																																																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">身体拘束廃止取組の有無</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">減算型・<input checked="" type="checkbox"/> 基準型</td> </tr> <tr> <td>退院・退所時連携加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>入居継続支援加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">個別機能訓練加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (II)</td> </tr> <tr> <td>生活機能向上連携加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>夜間看護体制加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>若年性認知症入居者受入加算</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">有</td> </tr> <tr> <td>医療機関連携加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔衛生管理体制加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>口腔・栄養スクリーニング加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">看取り介護加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">認知症専門ケア加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> 有</td> <td style="text-align: center;">(I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td>科学的介護推進体制加算</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ADL維持等加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">サービス提供体制強化加算</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> (I)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(II)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(III)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">介護職員処遇改善加算</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護職員等特定処遇改善加算</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">無・<input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> </table>	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型		退院・退所時連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)	<input type="checkbox"/> (II)	生活機能向上連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有	医療機関連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I)	<input type="checkbox"/> (II)	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)	(II)	科学的介護推進体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>	ADL維持等加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)	(II)	サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)	(II)	(III)	介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I	II	III	介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I	II
	身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <input checked="" type="checkbox"/> 基準型																																																											
	退院・退所時連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	入居継続支援加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																										
	個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)																																																										
			<input type="checkbox"/> (II)																																																										
	生活機能向上連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	夜間看護体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/>	有																																																										
	医療機関連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	口腔衛生管理体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	口腔・栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																										
	看取り介護加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	(I)																																																										
			<input type="checkbox"/> (II)																																																										
	認知症専門ケア加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(I)																																																										
			(II)																																																										
科学的介護推進体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>																																																											
ADL維持等加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)																																																											
		(II)																																																											
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)																																																											
		(II)																																																											
		(III)																																																											
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I																																																											
		II																																																											
		III																																																											
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I																																																											
		II																																																											

介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)

区分	月額	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
要支援1	76,480円	7,648円/15,296円/22,944円
要支援2	120,200円	12,020円/24,040円/36,060円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	減算型・ <u>基準型</u>	
生活機能向上連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>
個別機能訓練加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)
		<input type="checkbox"/> (II)
若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> 無	有
医療機関連携加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>
口腔衛生管理体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>
口腔・栄養スクリーニング加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 無・有	(I)
		(II)
科学的介護推進体制加算	無	<input checked="" type="checkbox"/>
サービス提供体制強化加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (I)
		(II)
		(III)
介護職員処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		II
		III
介護職員等特定処遇改善加算	無・ <input checked="" type="checkbox"/>	I
		II

介護保険に係る利用料(適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額)

- ・地域加算(6級地)として1単位10.27円で計算しています。
- ・退院・退所時連携加算として、要介護の方が病院、診療所等で30日を超える入院をし、特定施設に入居(退院)した場合は、30日間を限度として30単位/日が加算されます。
- ・個別機能訓練加算として、個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を実施した場合の12単位/日、20単位/月を加算しています。
- ・生活機能向上連携加算として、外部(診療所等)のリハビリ専門職等(理学療法士等)を協働して計画的に機能訓練を実施することを評価する場合の100単位(個別機能訓練加算を算定しない場合は200単位/月)を加算しています。
- ・夜間看護体制加算として、要介護の方に10単位/日を加算しています。
- ・医療機関連携加算として、看護職員が利用者ごとに健康状態を継続的に記録すると共に、当該利用者の同意を得て、協力医療機関、または当該利用者の主治医に対して、看護職員が当該利用者の健康の状況について、月に1回以上情報を提供した場合は、介護給付として80単位/月を加算しています。
- ・口腔衛生管理体制加算として、30単位/月を加算しています。
- ・口腔・栄養スクリーニング加算として、20単位/6ヶ月を加算しています。
- ・科学的介護推進体制加算として、40単位/月を加算しています。
- ・ADL等維等加算として、要介護の方に30単位/月を加算しています。
- ・サービス提供体制強化加算として、22単位/日を加算しています。
- ・介護職員処遇改善加算として8.2%、介護職員等特定処遇加算として1.8%を基本単位、及び各種加算の合計にそれぞれ加算しています。
- ・介護保険法令等の変更があった場合には、当該利用料を変更することがあります。

	・要介護の方に居室にて看取り介護を行った場合、看取り介護加算が適用されます。			
		単位数	介護給付費	利用者負担額 (1割/2割/3割の場合)
	死亡日以前 31～45日	572	5,874円	588円/1,175円/1,763円
	死亡日以前 4～30日	644	6,613円	662円/1,323円/1,984円
	死亡日前日・前々日	1,180	12,118円	1,212円/2,424円/3,636円
	死亡日	1,780	18,280円	1,828円/3,656円/5,484円
合計(最大)	30,108	309,209円	30,921円/61,842円/92,763円	
短期利用の設定(短期利用特定 施設入居者生活介護の届出)	<input type="checkbox"/> 無 ・ 有	有の場合は 別添短期利用のサービス等の概要 参照		

2 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制

	前々年度の 平均値	前年度の平均値	記入日時点の 平均値
要支援者の人数	48.8	41.8	35.4
要介護者の人数	87.8	91.8	97.4
指定基準上の直接処遇職員の人数	35	35	35
配置している直接処遇職員の人数	59.3	61.4	60.9
要支援者・要介護者の合計人数に対 する配置直接処遇職員の人数の割合	1.8 : 1	1.7 : 1	1.8 : 1
常勤換算方法の考え方	常勤職員の週勤務時間 37.5時間で除して算出		
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番 6:30～15:00 日勤 8:30～17:00 遅番 11:00～19:30 夜勤 16:30～翌9:00		
	看護職員 日勤 8:30～17:00 夜勤 16:30～翌9:00 ※夜勤の介護職員・看護職員5人(介護職員4人)ただし 0時～1時及び2時～4時については休憩により介護職 員が3名になります。		