

# 別添1 事業者が埼玉県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類                    |    | 事業所の名称 |             | 所在地             |
|------------------------------|----|--------|-------------|-----------------|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>        |    |        |             |                 |
| 訪問介護（総合事業を含む）                |    | あり     | ケアプランひばり    | 大宮区・見沼区・白岡市各1ヶ所 |
| 訪問入浴介護                       | なし |        |             |                 |
| 訪問看護                         | なし |        |             |                 |
| 訪問リハビリテーション                  | なし |        |             |                 |
| 居宅療養管理指導                     |    | あり     | ひばり薬局       | 埼玉県内10ヶ所        |
| 通所介護（総合事業を含む）                |    | あり     | でいとれセンターひばり | さいたま市内14ヶ所      |
| 通所リハビリテーション                  | なし |        |             |                 |
| 短期入所生活介護                     | なし |        |             |                 |
| 短期入所療養介護                     | なし |        |             |                 |
| 特定施設入居者生活介護                  | なし |        |             |                 |
| 福祉用具貸与                       | なし |        |             |                 |
| 特定福祉用具販売                     | なし |        |             |                 |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>     |    |        |             |                 |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護               | なし |        |             |                 |
| 夜間対応型訪問介護                    | なし |        |             |                 |
| 認知症対応型通所介護                   | なし |        |             |                 |
| 小規模多機能型居宅介護                  | なし |        |             |                 |
| 認知症対応型共同生活介護                 | なし |        |             |                 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護             | なし |        |             |                 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護         | なし |        |             |                 |
| 複合型サービス                      | なし |        |             |                 |
| 居宅介護支援                       |    | あり     | ケアプランひばり    | 北区・大宮区・見沼区各1ヶ所  |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>    |    |        |             |                 |
| 介護予防訪問入浴介護                   | なし |        |             |                 |
| 介護予防訪問看護                     | なし |        |             |                 |
| 介護予防訪問リハビリテーション              | なし |        |             |                 |
| 介護予防居宅療養管理指導                 |    | あり     | ひばり薬局       | 埼玉県内10ヶ所        |
| 介護予防通所リハビリテーション              | なし |        |             |                 |
| 介護予防短期入所生活介護                 | なし |        |             |                 |
| 介護予防短期入所療養介護                 | なし |        |             |                 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護              | なし |        |             |                 |
| 介護予防福祉用具貸与                   | なし |        |             |                 |
| 特定介護予防福祉用具販売                 | なし |        |             |                 |
| <b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b> |    |        |             |                 |
| 介護予防認知症対応型通所介護               | なし |        |             |                 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護              | なし |        |             |                 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護             | なし |        |             |                 |
| 介護予防支援                       | なし |        |             |                 |
| <b>&lt;介護保険施設&gt;</b>        |    |        |             |                 |
| 介護老人福祉施設                     | なし |        |             |                 |
| 介護老人保健施設                     | なし |        |             |                 |
| 介護療養型医療施設                    | なし |        |             |                 |
| 介護医療院                        | なし |        |             |                 |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                   |                            |    |    |      |      | なし   | あり                       |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----|----|------|------|------|--------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考                       |
|                                  |                                   |                            |    |    |      |      |      |                          |
| <b>&lt;介護サービス&gt;</b>            |                                   |                            |    |    |      |      |      |                          |
| 食事介護                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| おむつ代                             |                                   |                            | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 特浴介助                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 身辺解除（移動・着替え等）                    | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 機能訓練                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 通院介助                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| <b>&lt;生活サービス&gt;</b>            |                                   |                            |    |    |      |      |      |                          |
| 居室清掃                             | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| リネン交換                            | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |      | *食堂がないため、全居室への個別配膳       |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |                            | なし | あり |      |      |      | *1品目程度のアレルギーによる禁食への代替配慮  |
| おやつ                              |                                   |                            | なし | あり |      |      |      | *原則、居室にて本人の嗜好で食べられる      |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |                            | なし | あり |      |      |      | *外部業者を施設訪問にて利用できる        |
| 買い物代行                            | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |                            | なし | あり |      |      |      | *やむを得ない場合、本人・身元引受人の承諾で実施 |
| <b>&lt;健康管理サービス&gt;</b>          |                                   |                            |    |    |      |      |      |                          |
| 定期健康診断                           |                                   |                            | なし | あり |      | ○    |      | *希望者のみ、年2回の機会を設ける        |
| 健康相談                             | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |      | *各居室に相談装置あり              |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |      | *栄養指導については、軽微なもの         |
| 服薬支援                             | なし                                | あり                         | なし | あり | ○    |      |      | *自己管理できない方は、一包化薬の預かり     |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>             |                                   |                            |    |    |      |      |      |                          |
| 移送サービス                           | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *原則、介護保険サービスにて対応         |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      | *救急車同乗などの緊急時、短時間のみ対応     |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      |                          |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり                         | なし | あり |      |      |      |                          |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（個々の負担割合証による負担割合額）

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。