

カーサポルト北条の海 入居対象者（身体状況等）

| 内容 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|--------------------------------------|------|------|--|------|------|------|------|
| 介護認定等 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ |
| 介護度 | ※右記の場合には入居対象外。 | | | ① 常時 の身体介護、生活援助が必要な場合。 ②下記、外部サービス（訪問介護等）が必要ではあるが、それを利用しない場合。 | | | | |
| | ※右記の場合には外部サービス（訪問介護等）利用が必要。 | | | ①食事、入浴、排泄、服薬、移動等、 時間単位での 身体介護が必要な場合。 ②居室内の清掃、洗濯、ゴミ出し、外出等、 時間単位での 生活援助が必要な場合。 | | | | |
| 認知度 | ※右記の場合には入居対象外。 | | | ①徘徊又は離所の恐れがある等により 常時 見守りが必要な場合。 ②自傷行為又は、他者へ危害を加える恐れがある等により 常時 見守りが必要な場合。 ③下記、外部サービス（訪問介護等）が必要ではあるが、それを利用しない場合。 | | | | |
| | ※右記の場合には外部サービス（訪問介護等）利用が必要。 | | | ①軽度の認知症により食事、入浴、排泄、服薬、移動等、 時間単位での 身体介護が必要な場合。 ②軽度の認知症により居室内の清掃、洗濯、ゴミ出し、外出等、 時間単位での 生活援助が必要な場合。 | | | | |
| 医療度 | ※右記の場合には入居対象外。 | | | たん吸引、胃ろう、気管切開、ALS、中心静脈栄養（IVH）、尿バルーン、鼻腔経管人工呼吸器 | | | | |
| | ※右記の場合には外部サービス（訪問診療、訪問看護等）利用が必要な場合有。 | | | インスリン投与、ストーマ・人工肛門、ペースメーカー、在宅酸素、人工透析、褥瘡 | | | | |

トレーニングデイカーサポルト 利用対象者（介護認定等）と費用・・・原則送迎なし

| 内容 | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|----|--------------|------|------|------|------|------|------|
| 介護認定等 | ○ | ○ | ○ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 費用 | 自費 | 保険適用（1～3割負担） | | | 自費 | | | |