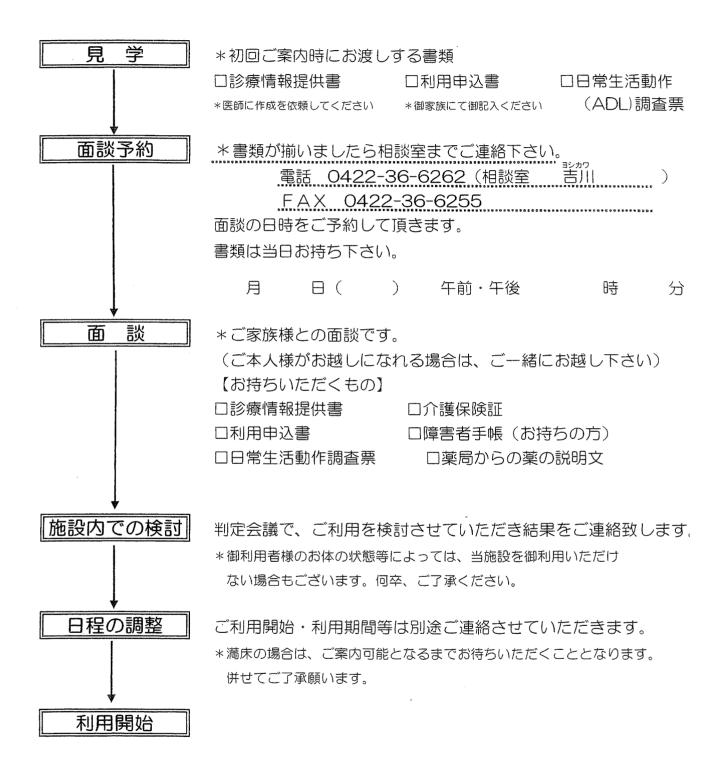
## お申し込みからご利用まで



\* ショートステイ空室情報についてはインターネットにて御確認いただけます。 あんず苑ホームページアドレス http://care-net.biz/13/anzuen/

ご不明な点がありましたらいつでもお問い合わせ下さい。

介護老人保健施設 あんず苑・あんず苑アネックス相談室

## 診療情報提供書

記載日 平成 年 月 日

患者只	名		With the said of	年齢	歳	性別(	男性・	女性 )	
生年月	日(明・大・	昭) 年	月_	<u> </u>					
疾患名									
2010-1-12								. , ,	
既往歷									
- 10 + - 503A	最後ではそるも	見にか特仏							
これまでの指	療経過を含む、	東近の衲状							
					•				
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
処方内容									
日党生活の白	立度等について					*			
and the specimens of the site of the	エスザーン 日常生活自立度	4	)						
□正常 □J1			~⁄ □B1	□B 2	□C1	□C2			
	の日常生活自立								
□正常□Ⅰ		∐ь □Ша	□Шв	$\Box$ IV	$\Box M$				
尼兰仍然细头	一一フ甲目 (・	<del>-</del> <del>-</del> <del>-</del> <del>-</del>	F 4444	- =7 ±½ \					
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	<b>要する器具</b> ( <sup>&gt;</sup> ューブ ・ 経鼻				テル。	睦 床 趣	・その研		)
食事制限(有				<b>但</b> 77 /		1月  11日 安	C 42 IE		
<具体的に記載>									)
認知に関連し				- 100			<u></u>		
・認知症(有		N <sub>m</sub>							
・問題行動(									
<具体的に記載								)	
	(有。	無 )							
	穿・疥癬・シ		$\overline{\Lambda}$ :				)		

身体機能					, 1119						
・四肢の変形	• 欠損(	有 · 無)	<部位	た> (							)
・麻痺( 有	• 無)	<部位>(									)
・知覚低下	(有。)	無 ) <部位>	(								)
・筋力低下	(有・針	無 ) <部位>	(								)
・関節拘縮	(有・分	無 ) <部位>	(								)
・失調・不随	意運動(	(有·無)	<部位	立> (							)
身長	cm	Andrew Comment of the	体重	Ì	kg						
W+= 0 1/2		Fr		□ <b>1</b> 4Δ-★-:	ブ カカー1	2 -57					
<b>検査所見</b> 【3	天他口·	年 ,	月 ———		データのコ b 	こっても称	百件 じゅ				
UDC		/mp		1111	Ţ			FBS			
WBC		TP			BUN				1		
RBC		Alb			Cre			HbA			
Hb		AST(G			Na			T-cho			
Het		ALT(G)	PT)		K			TG			
Plt		ALP			Cl			LDH	· -		
		γ -GTP	)		Ca					]	
	····			DNL -t-			III. den so	645 V	<b>—</b>		<b>7</b>
尿			,	感染症 ┬────			胸部 X	一	年 		
糖		HBs 抗原		RPR		_					
蛋白		HCV 抗体		MRSA							
潜血		TPHA									
心電図所見	【実施日	: 年	月	日】							
				•							
その他 特	記事項										
			医规	療機関名							
			所7	<b>生地</b>				話			
						医師					印

- ・入所ご希望の方につきましては、上記検査一式(3ヶ月以内のもの)お願いいたします。
- ・通所ご希望の方につきましては、<u>感染症・胸部 X 線(3 ヶ月以内のもの)</u>は必須でお願いいたします。その他検査項目につきましては情報として必要とのご判断がありましたら、よろしくお願いいたします。

所在地 : 東京都武蔵野市境1-18-5

電話番号: 0422-36-6262

介護老人保健施設 あんず苑 管理医師 天野秀介

		利	用	申	込		書			· 記入E	3	年		月	$\Box$
フリガナ										M	年	Æ		В	
利用者						様	(男・	女)		T S	•	·	J		+)
	Ŧ							1							才)
住所		都道 府県			ቹ ፯										
電話	自宅	加完	(	<u> </u>	<u>^</u> )			他電	話	(		)			
フリガナ										$M \cdot T \cdot S$	年	<del></del>	8(	<del></del>	
1緊急						様	(男・	女)		続柄	(				
連絡先	Ŧ									מער טטו					
住所		都道 府県			市 <u>又</u>										
電話	自宅	//U /TK	(		<u>~</u> )			携帯		(		)			
会社等	連絡先名							連絡	先	(		)			
フリガナ ②緊急										$M \cdot T \cdot S$	年	月	⊟ (	才)	
連絡先						様	(男・	女)		 続 柄	(			)	
	〒	和一			<del></del>										
住所		都道 府県			节 区							,			
電話	自宅		(		)			携帯		(		)			
会社等	連絡先名							連絡	先	(	•	)			
●希望 <sup>†</sup>	ナービス	口あ	んず苑		]あん	しずす	でアネ	ックス	. •	←御希望施設を	チェックし	て下さい	/)(複数)	到)	
口入所	・早期	•	/	から				1、		2、□3	ケノ	月間			
口短期入所		日間			周間				_	から		/		で	· •••••••
希望居至	個室:口		□利用		□利!			• 2	床:	室:□希望	□ᡮ	训用可	山木	川用不	<u>- 미</u>
口通所	4床室:[   週	山布奎 希望曜		IH U			不可	□他送	:3CD`	) 口入浴	П	個別リ	/\		
	1	112	± LJ \		/	1768				/	I	ر ودرو			
●家族村介護の係り			名		午	・始	1 4	売柄		職業		1	主所地	)	
有・無						ין פש		ניוויטע		有・無			1.17111		
有・無										有・無					
有・無										有・無					
有・無										有・無・					
有・無					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					有・無					
有・無						100 117 177 177 177 177 177 177 177 177	may a facilità de la companie de la	en er		有・無				***************************************	
●生活	をなど		****			宅間	り取り かんしゅう かいしゅう かいしゅう しゅうしゅう かいしゅう かいしゅう かいしゅう かいしゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう しゅう	2図(	ÈΙ	こ利用する	5場門	所)			
出身地:					×.										
職歴:															
趣味:															
性格:															
1-10.	:														

病院・診療所 科 色 病院・診療所 科 色 病院・診療所 科 色	医師
病院・診療所 科 優 病院・診療所 科 優 病院・診療所 科 優 不定・でスの利用状況 事業所名: 担当者 住所 電話 ( )	医師
病院・診療所 科 图 病院・診療所 科 图 病院・診療所 科 图 を	三師
病院・診療所 科 图	
●在宅サービスの利用状況	医師
ケアマネジャー事業所名:担当者住所電話( )	
ケアマネジャー事業所名:担当者住所電話( )	
ケアマネジャー住所電話()	
デイサービス 事業所名:	/\C
	/週
デイケア   事業所名:   ( )曜日	/週
	/月
(身体介助中心)事業所名: / 週 / / / / / / / / / / / / / / / / /	/月
	/月
訪問入浴 事業所名: /週 /週	/月
ショートスティー 事業所名: 利用日数 利用日数	/月
事業所名:  利用日数	/月
事業所名: 利用時期	
施設入所 事業所名: 利用時期	
事業所名: 利用時期	
レンタル ロベット 口車椅子 口その他(	)
配食事業所名: □朝 /週、 □昼 /週、 □夕 /	/週
その他	
	Model on our of next
●特別養護老人ホームへの申請	
□無し □検討中 □予定なし .	
口有り ヶ所、施設名:	
●利用後の予定	
□在宅(おりまた □病院 □施設 □未定	
●介護保険証	
介護度   □支1  □支2  □1  □2  □3  □4  □5   □申請中   □更新中   □区分変	更中
認定年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日 ~ 年 月	E
介護度の移り変わり 初回 →	
process of the elements of the	
●身体障害者手帳(ある方のみ)	·
●身体障害者手帳(ある方のみ) 種 級 障害名:	
●身体障害者手帳(ある方のみ)	
●身体障害者手帳(ある方のみ) 種 級 障害名:	
●身体障害者手帳(ある方のみ) 種 級 障害名:	

# 日常生活動作(ADL)調査票

記入日 平成 年 月 日

ご利用者氏名: 様 (男・女) 年齢 歳

(該当する箇所をチェック	ク	願し	ょ	す)	١
--------------	---	----	---	----	---

	歩行(移動)	口独步	口見守り	口一部介	助	□車椅-	子(口首	操・口介!	助)
	[使用器具]	口杖	ロシルバー	-カー 口参	步行器	(タイフ <sup>°</sup> :			)
移	移乗	口自立	口見句	<b>ア</b> り	Π-	-部介助	[	口全介助	
動	[使用器具]	ロ介助バー	- □そ <i>の</i>	)他(				)	
起居	立ち上がり	口自立	口見与	<b>ア</b> り		-部介助	[	口全介助	
動作	立位保持	口自立	口見句	<b>デ</b> り	П-	部介助	l	口全介助	
ΥF	起き上がり	口自立	口見句	<b>ア</b> り	П-	部介助	Ī	口全介助	
	座位保持	口安定	口不安	定定		E位不可			
	寝返り	口自立	口見与	子り	□-	−部介助		口全介助	
皮	褥瘡	口無	口有	(部位及び処	L置:				)
膚	その他皮膚疾患	(							)
	摂取	口自立	口見守	<b>予り</b>		-部介助		口全介助	
	形態(主食)	□常食	口軟食	口粥		キサー	口紹	<b>管</b>	
	(副食)	口常菜	口軟菜	ローロ大	、ロキ	ザミ		キサー	
	水分トロミ対応	口有	口無						
	治療食	(		) 嗜好	食材•*	11里(	***************************************		······································
食事	禁止食(アレルギー含む)	(			食材 *				)
-	摂取量	口良好	口普通	1	ロム	ラ有り			
	使用具	口箸	コスプーン	ロフォーク	ПΤ	プロン	口自則	力具	
	咀嚼	□問題無	ロや・	や問題有		· 口問題	題有		
	嚥下	口問題無	ロや・	や問題有		口問題	題有		
	義歯	口無し	口有(	総・ 部分	・上	· 下	)		
嗜	喫煙	口しない		する					
好	飲酒	口しない		する					
	介助	口自立	口見守り	口誘導		口一部介	<b>)</b> 助	口全介即	b
	尿意	口有り 口	時々口無し	口頻回 日	中(	回) ?	夜間(	回)	
†4F	便意	口有り		诗々		無し			
排泄	[日中]	口布下着	ロリハヒ゛リ	Jハ°ンツ [	□パット		オムツ		
	L i i 十 j	ロPトイレ	口尿器	口その化	<u>ħ</u> (			)	
	[夜間]	口布下着	ロリハヒ゛リ	Jハ°ンツ [	ロパット		オムツ		
		ロPトイレ	□尿器	口その化	<u>t</u> (			)	
転 倒 歴		口無し	口有		***************************************				
歴	[具体的様子・時期]	(							')

	整容(洗顔・口腔ケア)	口自立	口見守	J	口一部介助	口全介助	
入※	更衣	口自立	口見守	J	口一部介助	口全介助	
浴他		口自立	口見守	J	口一部介助	口全介助	
	形態	口一般浴	口車椅子浴	ロストレッチ	ヤー浴 ロシャワ	-浴 口清拭	
	睡眠	口良好	ロムラ	与り	口不良		
		睡眠時間(	時間)	し眠時間(	時頃) 起	床時間(時頃)	
		口いびき	で搬り	L bJ	口寝言	口独語	
		□他(				)	
	[眠剤使用]	口有	口無				
	認知の度合い	口無	口年齢相応	□軽度	口中等度	₹ □重度	
	[周辺症状]	口物忘れ	口徘徊	口帰宅願望	口介護抵抗	, □幻視・幻聴	
		□収集癖	□暴言•暴;	カロ被害	妄想 口昼夜	逆転 口異食	
	[具体的様子・頻度]	(		***************************************		)	
身	使用器具等						
体	ナースコール	口使用できん	5 I	コ使用できな	()		
· 精	離床センサー	口使用してい	いる	口使用してい	ない		
神	ベッド4点柵	口使用している 口使用していない					
神障害状	ベッド抑制帯	口使用して	いる	口使用してい	ない		
状態	車椅子安全ベルト	口使用しては	いる	口使用してい	ない		
悲	エアマット	口使用してし	いる	口使用してい	ない		
	その他	(				)	
	レクリエーション	口積極的	口普通	口消極的	口無関心	口拒否	
ĺ	リハビリテーション	口積極的	口普通	口消極的	口無関心	口拒否	
	視力障害	口無	口有: 具	具体的な様子	(	)	
	[眼鏡]	口使用してし	ハる 口使用	していない			
	聴力障害	口無	口有∶具	体的な様子	(	)	
	[補聴器]	口使用してい	ハる 口使用	していない			
	言語障害	口無	口有:具	体的な様子	(	)	
<u> </u>	意思疎通	口問題なし	ロやや	·困難 	□困難		
そ0	)他特記事項						
			***				
						:	
	ご記入者氏名 :			様(職種ま	たは続柄 :	)	

## 介護保健施設サービス(入所)利用料一覧表

基本利用料(保険給付の一割負担分/1日あたり)

平成25年4月1日

<u>— 1 13/3/11 (PRE)(PRE) 13 42</u>		1 - 57/- 7			1 12	<del></del>
項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保健施設サービス費	従来型個室	749円	798円	865円	919円	975円
月暖休健心改り一し人員	多 床 室	829円	879円	946円	1,002円	1,058円

加算利用料(保険給付の一割分負担)

加算利用料(保険給付の・		+n <del>/ ←</del> → →	THE O = X III
初期加算	金額 32円	加算単位 1日	内容の説明 入所から30日に限り加算されます
物		18	
短期集中リハビリテーショ			に加算されます リハビリテーション実施計画に基づき、短期集中的にリ
ン実施加算	253円	1 🖯	ハビリを行った場合に加算されます
認知症短期集中リハビリ テーション実施加算	253円	1日	軽度の認知症入所者に対し短期集中的な個別リハビリを 行なった場合に加算されます
若年性認知症入所者受入加算	127円	1日	若年性認知症疾患者を受け入れ、介護サービスを提供・ 評価を行った場合に加算されます
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	23円	1⊟	30%以上の在宅復帰を実現している施設に加算されます
ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)	169円	1⊟	
ターミナルケア加算(死亡日以前2日又は3日)	865円	1⊟	看取りのケアを行った場合に加算されます
ターミナルケア加算(死亡日)	1,740円	1⊟	
栄養ケアマネジメント加算	15円	1日	管理栄養士が利用者の栄養状態を考慮した栄養計画を作成した場合に加算されます
経口移行加算	30円	1 🗆	医師の指示に基づき、経管栄養から経口摂取を進めた場合に加算されます
経口維持加算 I	30円	1日	経口摂取できるが、著しい誤嚥が認められる者に特別な 栄養管理を行った場合に加算されます
経□維持加算Ⅱ	6円	1⊟	経口摂取できるが、誤嚥が認められる者に特別な栄養管理を行った場合に加算されます
□腔機能維持管理体制加算	32円	1月	歯科医師等が介護職員に口腔ケアに係る技術的助言・指導等を行った場合に加算されます
□腔機能維持管理加算	116円	1月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月4回 以上行った場合に加算されます
療養食加算	25円	1日	医師の発行する食事箋に基づき、療養食を提供した場合 に加算されます
入所前後訪問指導加算	485円	入所中 1回を限度	入所前に訪問しサービス計画の策定・診療方針の決定を 行った場合に加算されます。
退所前訪問指導加算	485円	入所中 1回を限度	入所中に訪問指導を行った場合に加算されます
退所後訪問指導加算	485円	退所後 1回を限度	退所後に訪問指導を行った場合に加算されます
退所時指導加算	422円	退所時 1回を限度	退所後の療養上の指導を行った場合に加算されます
退所時情報提供加算	527円	1回を限度	主治医に診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に加算されます
退所前連携加算	527円	1回を限度	居宅介護支援事業者への情報提供と連携調整を行った場合に加算されます
老人訪問看護指示加算	317円	1回を限度	老健の医師が訪問看護指示書を交付した場合に加算されます
外泊時施設サービス費	382円	1日(1ヶ月 6日を限度)	外泊した場合に基本利用料に代えて算定されます
緊急時治療管理	527円	1日(1ヶ月1 回3日を限度)	緊急医療の必要時、施設で応急的な治療管理を行った場合に加算されます
所定疾患施設療養費	317円	1日(1ヶ月1 回7日を限度)	肺炎、尿路感染症、帯状疱疹の利用者に投薬、検査、注射、処置等を行った場合に加算されます
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	4円	1 🗆	認知症ケアの専門研修を修了した者を配置し介護サービ
認知症専門クア加算(Ⅱ)	5円	1 🖯	スを提供した場合に加算されます
認知症行動・心理症状緊急対応加算	211円	入所後7日を限度	認知症行動・心理症状が認められ、在宅生活が困難で緊急に入所する事が必要と判断された場合に加算されます
認知症情報提供加算	369円	入所中 1回を限度	認知症診断の促進のため認知症疾患医療センター等に紹介・評価を行った場合に加算されます  地域連携診療計画に係る医療機関からる。所含れば場合に
地域連携診療計画城東提供加算	317円	1回を限度	地域連携診療計画に係る医療機関から入所されが場合に 加算されます。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	13円	1日	介護福祉士50%以上配置の場合に加算されます
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7円	1日	常勤職員を75%以上配置の場合に加算されます

サービ 入提供体制強化加算(皿)	7円	1⊟	3年以上の勤続年数の職員を30%以上配置の場合に加算されます					
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		介護職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます。(介護報酬総単位数に対 し1.5%に相当する単位数)						
特定治療	やむを得ない じて算定され		受で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準					

<sup>※</sup>上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

### 居住費・食費(1日あたり)

項		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
居住費	従来型個室	490円	490円	1,310円	1,640円
冶压貝	多 床 室	O円	320円	320円	750円
食	費	300円	390円	650円	1,870円

#### その他の日常生活費及び特別なサービスの利用料

項		金額	内容の説明				
室料(個室A)		5,500円/日(税別)	ご <u>そはにより</u> 用穴を利用されて担合に穴 <u>似を</u> きポキサブハなだきます				
室料(個室B)		4,500円/日(税別)	- ご希望により個室を利用される場合に室料を請求させていただきます 				
特別な食事(月	目の行事食)	300円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させ ていただきます				
おやつ代(おやつ	&飲物セット)	150円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます				
Aセット		60円/日	施設で用意するものをご利用いただく場合に請求させていただきます				
日常生活費	Bセット	95円/日	【Aセット:入浴用のタオル 【Bセット:Aセット、ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、コップ┃				
	Cセット	120円/日	Cセット:Bセット、入れ歯洗浄剤、保湿液				
タオルリース 2		20円/枚(税別)	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます				
BOXティッシュペーパー		90円/箱(税別)	同上				
歯ブラシ		190円/本(税別)	同上				
歯磨き粉		210円/個(税別)	同上				
コップ		130円/個(税別)	同上				
入れ歯洗浄剤		890円/箱(税別)	同上				
保湿液		380円/個(税別)	同上				
レンタルテレ		_	詳細はレンタルテレビ利用案内をご覧下さい				
電気代		100円/日(税別)	持込みの電化製品1台につきご請求させていただきます				
理美容代		1,800円/回(税別)	ご利用の場合に請求させていただきす				
電話代		_	ご利用状況に応じて請求させていただきます				
文書料		3,000~8,000円/通(税別)	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます				
私物洗濯		_	詳細は私物洗濯利用案内をご覧下さい				

曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)
月	絵手紙(第1)	午前 10:00~	葉書代等50円
	華道クラブ(第2)	午後 1:30~	材料費(花・オアシス)500円程度
火	絵手紙(第2・4)	午前 10:00~	葉書代等50円
	マット編み(第2)	午後 1:30~	毛糸代
水	書道(第2・4)	午前 10:00~	半紙代等20円
	ビーズ・根付け	午後 3:30~	キーホルダー100円~、ブレスレット100円~
木	歌声広場	午後 1:30~	なし
	(第2・4)		
金	書道(第1・3)	午前 10:00~	半紙代等20円
	折り紙(第2・4)	午後 1:30~	なし
	刺し子(花ふきん)	不定期	1枚250円~

## 短期入所療養介護利用料一覧表

基本利用料(保険給付の一割負担分/1日あたり)

平成25年4月1日

項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険施設	従来型個室	791円	840円	907円	962円	1,018円
サービス費	多 床 室	871円	922円	988円	1,044円	1,100円

#### 加算利用料(保険給付の一割分負担)

項目	金額	加算単位	内容の説明	
夜勤職員配置加算	26円	1日	介護・看護職員を一定基準以上夜勤に配置している場合 に加算されます	
リハビリ機能強化加算	32円	1日	リハビリ体制を強化した施設内でリハビリを行う場合に 加算されます	
個別リハビリテーション実 施加算	253円	1日	個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に加 算されます	
認知症行動·心理症状緊急 対応加算	211円	1日(1ヶ月 7日を限度)	認知症の行動・心理症状の出現によって在宅生活困難者 の緊急利用を行った場合に加算されます	
緊急短期入所受入加算	95円	1日(1ヶ月 7日を限度)	居宅サービス計画に計画されてない、緊急にサービスを 利用された場合に加算されます	
若年性認知症利用者受入加算	127円	1日	若年性認知症疾患者を受け入れ、介護サービスを提供・ 評価を行った場合に加算されます	
重度療養管理加算	127円	1日	医療ニーズの高い利用者(要介護度4・5)で療養上必要な処置を行った場合に加算されます。	
送迎加算	194円	片道	入退所時に送迎を利用された場合に加算されます	
療養食加算	25円	1日	医師の発行する食事箋に基づき、療養食を提供した場合 に加算されます	
緊急時治療管理	527円	1日 (1ヶ月1 回3日を限度)	緊急医療の必要時、施設で応急的な治療管理を行った場合に加算されます	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	13円	1日	介護福祉士50%以上配置の場合に加算されます	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7円	1日	常勤職員を75%以上配置の場合に加算されます	
サービス提供体制強化加算(皿)	7円	1⊟	3年以上の勤続年数の職員を30%以上配置の場合に加算されます	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます。(介護報酬総単位数に対し1.5%に相当する単位数)			
特定治療	やむを得ないじて算定され		受で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準 	

<sup>※</sup>上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

### 滞在費・食費(1日あたり)

項		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
滞在費	従来型個室	490円	490円	1,310円	1,640円
市任貝	多 床 室	巴	320円	320円	750円
食	費	300円	390円	650円	1,870円

項目	金額	内容の説明
室料(個室A)	5,500円/日(税別)	ご希望により個室を利用される場合に室料を請求させていただきます
室料(個室B)	4,500円/日(税別)	C布里により  1至を利用される場合に生料を請求させていたにきより
特別な食事(月の行事食)	300円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させ ていただきます
おやつ代(おやつ&飲物セット)	150円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます
日常生活費	_	入浴用のタオルは基本報酬に含まれおります。それ以外利用者 のご希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を 別途販売致します
タオルリース	20円/枚(税別)	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます
BOXティッシュペーパー	90円/箱(税別)	同上
歯ブラシ	190円/本(税別)	同上
歯磨き粉	210円/個(税別)	同上
コップ	130円/個(税別)	同上
入れ歯洗浄剤	890円/箱(税別)	同上
保湿液	380円/個(税別)	同上
レンタルテレビ		詳細はレンタルテレビ利用案内をご覧下さい
電気代	100円/日(税別)	持込みの電化製品1台につきご請求させていただきます
理美容代	1,800円/回(税別)	ご利用の場合に請求させていただきす
電話代	_	ご利用状況に応じて請求させていただきます
文書料	3,000~8,000円/通(税別)	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます
私物洗濯		詳細は私物洗濯利用案内をご覧下さい

曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)
月	絵手紙(第1)	午前 10:00~	葉書代等50円
	華道クラブ(第2)	午後 1:30~	材料費(花・オアシス)500円程度
火	絵手紙(第2・4)	午前 10:00~	葉書代等50円
	マット編み(第2)	午後 1:30~	毛糸代
水	書道(第2・4)	午前 10:00~	半紙代等20円
	ビーズ・根付け	午後 3:30~	キーホルダー100円~、ブレスレット100円~
木	歌声広場	午後 1:30~	なし
	(第2・4)		
金	書道(第1・3)	午前 10:00~	半紙代等20円
	折り紙(第2・4)	午後 1:30~	なし
	刺し子(花ふきん)	不定期	1枚250円~

## 介護予防短期入所療養介護利用料一覧表

基本利用料(保険給付の一割負担/1日あたり)

平成25年4月1日

項目		要支援1	要支援2
介護予防短期入所	従来型個室	608円	755円
療養介護費	多 床 室	645円	808円

加算利用料(保険給付の一割分負担)

川昇利用科(床映前1907年制力負担)						
項目	金額	加算単位	内容の説明			
夜勤職員配置加算	26円	1日	介護・看護職員を一定基準以上夜勤に配置している場合 に加算されます			
リハビリ機能強化加算	32円	1⊟	リハビリ体制を強化した施設内でリハビリを行う場合に 加算されます			
個別リハビリテーション実 施加算	253円	1⊟	個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に加算されます			
認知症行動·心理症状緊急 対応加算	211円	1日(1ヶ月 7日を限度)	認知症の行動・心理症状の出現によって在宅生活困難者 の緊急利用を行った場合に加算されます			
若年性認知症利用者受入加算	127円	1日	若年性認知症疾患者を受け入れ、介護サービスを提供・ 評価を行った場合に加算されます			
送迎加算	194円	片道	入退所時に送迎を利用された場合に加算されます			
療養食加算	25円	1日	医師の発行する食事箋に基づき、療養食を提供した場合に加算されます。			
緊急時治療管理	527円	1日(1ヶ月1 回3日を限度)	緊急医療の必要時、施設で応急的な治療管理を行った場合に加算されます			
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	13円	1日	介護福祉士50%以上配置の場合に加算されます			
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	7円	1日	常勤職員を75%以上配置の場合に加算されます			
サービス提供体制強化加算(皿)	7円	1⊟	3年以上の勤続年数の職員を30%以上配置の場合に加算されます			
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		護職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます。(介護報酬総単位数に対 1.5%に相当する単位数)				
特定治療	やむを得ない じて算定され		设で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準			

<sup>※</sup>上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

#### 滞在費・食費(1日あたり)

項目		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
滞在費	従来型個室	490円	490円	1,310円	1,640円
冲江貝	多 床 室	O円	320円	320円	750円
食費		300円	390円	650円	1,870円

項目	金額	内容の説明		
室料(個室A)	5,500円/日(税別)	ごそはにより個会を利用される場合に会料を達成させていただきます。		
室料(個室B)	4,500円/日(税別)	<ul><li>─ご希望により個室を利用される場合に室料を請求させていただき</li></ul>		
特別な食事(月の行事食)	300円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させていただきます		
おやつ代(おやつ&飲物セット)	150円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます		
日常生活費	I	入浴用のタオルは基本報酬に含まれおります。それ以外利用者 のご希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を 別途販売致します		
タオルリース	20円/枚(税別)	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます		
BOXティッシュペーパー	90円/箱(税別)	同上		
歯ブラシ	190円/本(税別)	同上		
歯磨き粉	210円/個(税別)	同上		
コップ	130円/個(税別)	同上		
入れ歯洗浄剤	890円/箱(税別)	同上		
保湿液	380円/個(税別)	同上		
レンタルテレビ	_	詳細はレンタルテレビ利用案内をご覧下さい		
電気代	100円/日(税別)	持込みの電化製品1台につきご請求させていただきます		
理美容代	1,800円/回(税別)	ご利用の場合に請求させていただきす		
電話代		ご利用状況に応じて請求させていただきます		
文書料	3,000~8,000円/通(税別)	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます		
私物洗濯	_	詳細は私物洗濯利用案内をご覧下さい		

1047.97(7)			
曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)
月	絵手紙(第1)	午前 10:00~	葉書代等50円
	華道クラブ(第2)	午後 1:30~	材料費(花・オアシス)500円程度
火	絵手紙(第2・4)	午前 10:00~	葉書代等50円
	マット編み(第2)	午後 1:30~	毛糸代
水	書道(第2・4)	午前 10:00~	半紙代等20円
	ビーズ・根付け	午後 3:30~	キーホルダー100円~、ブレスレット100円~
木	歌声広場	午後 1:30~	なし
	(第2・4)		
金	書道(第1・3)	午前 10:00~	半紙代等20円
	折り紙(第2・4)	午後 1:30~	なし
	刺し子(花ふきん)	不定期	1枚250円~

# 通所リハビリテーション利用料一覧表

### 基本利用料(保険給付の一割負担分/1日あたり)

平成25年4月1日

項目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
通所リハビリテーション費 (通常規模型)	1h~2h	288円	320円	352円	384円	416円
	3h~4h	303円	363円	424円	483円	543円
	3h~4h	412円	494円	576円	658円	740円
	4h~6h	536円	651円	765円	879円	993円
	6h~8h	716円	876円	1,034円	1,195円	1,355円
延長料金(8~9h)				54円		
延長料金(9~10h)				107円		

#### 加算利用料(保険給付の一割分負担)

項目		金額	加算単位	内容の説明	
理学療法士等体制強化加算		32円	1日	理学療法士等を2名以上配置している(1時間以上2時間未満の利用)の場合に加算されます。	
入浴介助加算		54円	1 🗆	入浴される場合に加算されます。	
通所リハ計画作成・見直し加算		587円	1回(1ヶ月 1回を限度)	理学療法士・作業療法士等がご家庭を訪問して運動機能等の検査を 行い、リハビリ計画の作成等を行った場合に加算されます。	
リハビリテーションマネジメント 加算		246円	1月	リハビリテーション実施計画を作成した場合に加算されます。	
短期集中リハビリ	1月以内	128円	1日	リハビリテーション実施計画に基づき、短期集中的にリハビ	
テーション実施加算	1月超3月以内	64円	1⊟	リを実施した場合に加算されます。	
個別リハビリテーション加算		86円	1⊟	個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に加算されます。	
認知症短期集中リハビリテーション 実施加算		256円	1日	軽度の認知症入所者に対し短期集中的な個別リハビリを行 なった場合に加算されます	
若年性認知症利用者受入加算		64円	1日	若年性認知症の利用者にサービス提供を行った場合に加算されます。	
栄養改善加算		160円	1回(1ヶ月 2回を限度)	管理栄養士が利用者の栄養状態を考慮した栄養計画を作成した場合に加算されます。	
口腔機能向上加算		160円	1回(1ヶ月 2回を限度)	口腔機能改善管理指導計画を作成した場合に加算されます。	
重度療養管理加算		107円	1日	医療ニーズの高い利用者(要介護度4・5)で療養上必要な 処置を行った場合に加算されます。	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		13円	1 🗆	介護福祉士40%以上配置の場合に加算されます。	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		7円	1⊟	3年以上の勤続年数の職員を30%以上配置の場合に加算されます。	
介護職員処遇改善加算			隻職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます。(介護報酬総単位数に対し1.7% 目当する単位数)		

<sup>※</sup>上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

項	項目金額		内容の説明	
昼食		700円/食	施設で提供する食事をお取りいただいた場合に請求させていただき ます。	
特別な食事(月の行事食)		300円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させてい ただきます	
おやつ代(おやつ&飲物	勿セット)	150円/食(税別)	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます	
日常生活費		-	入浴用のタオルは基本報酬に含まれおります。それ以外利用者のご 希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を別途販売 致します	
タオルリース		20円/枚(税別)	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます	
BOXティッシュペーパー		90円/箱(税別)	同上	
歯ブラシ		190円/本(税別)	同上	
歯磨き粉		210円/個(税別)	同上	
コップ		130円/個(税別)	同上	
入れ歯洗浄剤		890円/箱(税別)	同上	
保湿液		380円/個(税別)	同上	
	パンツ型M	180円/枚	ご利用された場合に請求させていただきす。	
	パンツ型L	200円/枚		
	尿パット	50円/枚		
おむつ	平型おむつ昼用	70円/枚		
	平型おむつ夜用	120円/枚		
	シャギーパンツM	180円/枚		
	シャギーパンツL	200円/枚		
文書料		3,000~8,000円/通(税別)	診断書等の文書の発行が生じた場合に請求させていただきます。	
キャンセル料			欠席の連絡をいただいた日時によってキャンセル料が発生し、所定 額を請求させていただく事があります。	

曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)
月	絵手紙(第1)	午前 10:00~	葉書代等50円
	華道クラブ(第2)	午後 1:30~	材料費(花・オアシス)500円程度
火	絵手紙(第2・4)	午前 10:00~	葉書代等50円
	マット編み(第2)	午後 1:30~	毛糸代
水	書道(第2・4)	午前 10:00~	半紙代等20円
	ビーズ・根付け	午後 3:30~	キーホルダー100円~、ブレスレット100円~
木	歌声広場	午後 1:30~	なし
	(第2・4)		
金	書道(第1・3)	午前 10:00~	半紙代等20円
	折り紙(第2・4)	午後 1:30~	なし
	刺し子(花ふきん)	不定期	1枚250円~
	ドリンクサービス	ご利用時間内随時	ご希望によりコーヒー、紅茶、緑茶を
			ご利用いただけます(50円/1日)(税別)

<sup>※</sup>ドリンクサービスを希望されない場合は、麦茶(冷)を無料にてご用意しております。

# 介護予防通所リハビリテーション利用料一覧表

基本利用料(保険給付の一割負担分/1日あたり)

平成25年4月1日

項目	要支援1 •	要支援2 •
介護予防通所リハビリテーション費 (※1月単位で算定します。)	2,572円	5,147円

## 加算利用料(保険給付の一割分負担)

項目	金額	加算単位	内容の説明
運動器機能向上加算	240円	1月	運動器機能向上計画を作成した場合に加算されます。
栄養改善加算	160円	1月	栄養ケア計画を作成した場合に加算されます。
口腔機能向上加算	160円	1月	口腔機能改善管理指導計画を作成した場合に加算されます。
選択的サービス複数実施加算(I) 運動器機能向上及び栄養改善	512円	1月	運動器機能向上及び栄養改善の複数のサービスを利用され た場合に加算されます。
運動器機能向上及び口腔機能向上	512円	1月	運動器機能向上及び口腔機能向上の複数のサービスを利用された場合に加算されます。
栄養改善及び口腔機能向上	512円	1月	栄養改善及び口腔機能向上の複数のサービスを利用された 場合に加算されます。
選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 運動器機能向上、栄養改善及び口 腔機能向上	747円	1月	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上の複数のサービスを利用された場合に加算されます。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)			
要支援1	52円	1月	介護福祉士40%以上配置の場合に加算されます。
要支援2	103円	1月	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)			
要支援1	26円	1月	3年以上の勤続年数の職員を30%以上配置の場合に加算されます。
要支援2	52円	1月	
事業所評価加算	128円	1月	厚生労働省の定める基準を達成した場合に加算されます。
介護職員処遇改善加算	介護職員の賃金改善等を行っている場合に加算されます。(介護報酬総単位数に対し 1.7%に相当する単位数)		

<sup>※</sup>上記金額は、実際の精算時には端数処理により若干の金額の違いが生じることがあります。

項目		金	額	内容の説明	
昼食		700F	円/食	ご希望により食事をお取りいただいた場合に請求させていただきます。	
特別な食事(月の行事食)		300円/食	(税別)	ご希望によりお申込みされた場合、昼食代とあわせて請求させてい ただきます	
おやつ代(おやつ&飲物セット)		150円/食	(税別)	ご希望によりお申込みされた場合に請求させていただきます	
日常生活費		_		入浴用のタオルは基本報酬に含まれおります。それ以外利用者のご 希望に応じてティッシュペーパー、口腔用品、保湿液等を別途販売 致します	
タオルリース		20円/	枚(税別)	個人利用としてお申込みされた場合に請求させていただきます	
BOXティッシュペーパー		90円/	箱(税別)	同上	
歯ブラシ		190円/	本(税別)	同上	
歯磨き粉		210円/	個(税別)	同上	
コップ		130円/	個(税別)	同上	
入れ歯洗浄剤		890円/	箱(税別)	同上	
保湿液		380円/	個(税別)	同上	
	パンツ型M	180F	円/枚		
	パンツ型L	200F	円/枚		
おむつ	尿パット	50F	円/枚		
	平型おむつ昼用	70F	円/枚	ご利用された場合に請求させていただきす。	
	平型おむつ夜用	120F	円/枚		
	シャギーパンツM	180F	円/枚		
	シャギーパンツL	200F	円/枚		
文書料		3,000~8,000	円/通(税別)		

	巡りた日知貞						
曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)				
月	絵手紙(第1)	午前 10:00~	葉書代等50円				
	華道クラブ(第2)	午後 1:30~	材料費(花・オアシス)500円程度				
火	絵手紙(第2・4)	午前 10:00~	葉書代等50円				
	マット編み(第2)	午後 1:30~	毛糸代				
水	書道(第2・4)	午前 10:00~	半紙代等20円				
	ビーズ・根付け	午後 3:30~	キーホルダー100円~、ブレスレット100円~				
木	歌声広場	午後 1:30~	なし				
	(第2・4)						
金	書道(第1・3)	午前 10:00~	半紙代等20円				
	折り紙(第2・4)	午後 1:30~	なし				
	刺し子(花ふきん)	不定期	1枚250円~				
	ドリンクサービス	ご利用時間内随時	ご希望によりコーヒー、紅茶、緑茶を				
			ご利用いただけます(50円/1日)(税別)				

<sup>※</sup>ドリンクサービスを希望されない場合は、麦茶(冷)を無料にてご用意しております。