

お申し込みからご利用まで

見 学

* 初回ご案内時にお渡しする書類

☐ 診療情報提供書

☐ 利用申込書

☐ 日常生活動作
(ADL)調査票

* 医師に作成を依頼してください

* 御家族にて御記入ください

面談予約

* 書類が揃いましたら相談室までご連絡下さい。

電話 0422-36-6262 (相談室 ^{ヨシカワ} 吉川)

FAX 0422-36-6255

面談の日時をご予約して頂きます。

書類は当日お持ち下さい。

月 日 () 午前・午後 時 分

面 談

* ご家族様との面談です。

(ご本人様がお越しになれる場合は、一緒にお越し下さい)

【お持ちいただくもの】

☐ 診療情報提供書

☐ 介護保険証

☐ 利用申込書

☐ 障害者手帳 (お持ちの方)

☐ 日常生活動作調査票

☐ 薬局からの薬の説明文

施設内での検討

判定会議で、ご利用を検討させていただき結果をご連絡致します。

* 御利用者様のお体の状態等によっては、当施設を御利用いただけない場合もございます。何卒、ご了承ください。

日程の調整

ご利用開始・利用期間等は別途ご連絡させていただきます。

* 満床の場合は、ご案内可能となるまでお待ちいただくこととなります。併せてご了承ください。

利用開始

* 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/anzen/>

ご不明な点がござい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

患者氏名 年齢 歳 性別（男性・女性）
生年月日（明・大・昭） 年 月 日

疾患名

既往歴

これまでの治療経過を含む、最近の病状

処方内容

日常生活の自立度等について

・障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

☐正常 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

・認知症老人の日常生活自立度

☐正常 ☐I ☐II a ☐II b ☐III a ☐III b ☐IV ☐M

医学的管理を要する器具（有・無）＜具体的に記載＞

（気管切開チューブ・経鼻胃管・胃瘻・尿道カテーテル・膀胱瘻・その他）

食事制限（有・無）

＜具体的に記載＞（）

認知に関連して

・認知症（有・無）

・問題行動（有・無）

＜具体的に記載＞（）

皮膚トラブル（有・無）

・褥創・白癬・疥癬・その他（部位：）

身体機能

- ・四肢の変形・欠損（有・無）＜部位＞（ ）
- ・麻痺（有・無）＜部位＞（ ）
- ・知覚低下（有・無）＜部位＞（ ）
- ・筋力低下（有・無）＜部位＞（ ）
- ・関節拘縮（有・無）＜部位＞（ ）
- ・失調・不随意運動（有・無）＜部位＞（ ）

身長 cm 体重 kg

検査所見【実施日： 年 月 日】 検査データのコピーでも結構です

血液							
WBC		TP		BUN		FBS	
RBC		Alb		Cre		HbA1c	
Hb		AST(GOT)		Na		T-cho	
Hct		ALT(GPT)		K		TG	
Plt		ALP		Cl		LDH	
		γ-GTP		Ca			

尿		感染症				胸部 X 線【 年 月 日】
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

医療機関名 _____

所在地 _____ 電話 _____

医師名 _____ 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、感染症・胸部 X 線（3ヶ月以内のもの）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

記入日 年 月 日

フリガナ			M T S	年 月 日 (才)
利用者	様 (男・女)			
住 所	〒 都道府県 市区			
電 話	自宅 ()		他電話 ()	
フリガナ			M・T・S 年 月 日 (才)	続 柄 ()
①緊急 連絡先	様 (男・女)			
住 所	〒 都道府県 市区			
電 話	自宅 ()		携帯 ()	
会社等	連絡先名		連絡先 ()	
フリガナ			M・T・S 年 月 日 (才)	続 柄 ()
②緊急 連絡先	様 (男・女)			
住 所	〒 都道府県 市区			
電 話	自宅 ()		携帯 ()	
会社等	連絡先名		連絡先 ()	

●希望サービス ☐ あんす苑 ☐ あんす苑アネックス ←御希望施設をチェックして下さい(複数可)

□入所	・ 早期 ・ / から □1、 □2、 □3 ヶ月間			
□短期入所	・ 日間、 ・ 週間 ・ / から / まで			
希望居室	個室：□希望 □利用可 □利用不可 ・ 2床室：□希望 □利用可 □利用不可 4床室：□希望 □利用可 □利用不可			
□通所	週 回 希望曜日() □苑送迎 (□他送迎) □入浴 □個別リハ			

●家族構成

介護の係り	氏 名	年齢	続柄	職業	住所地
有 ・ 無				有 ・ 無	
有 ・ 無				有 ・ 無	
有 ・ 無				有 ・ 無	
有 ・ 無				有 ・ 無	
有 ・ 無				有 ・ 無	
有 ・ 無				有 ・ 無	

●生活歴など

●自宅間取り図(主に利用する場所)

出身地：	
職歴：	
趣味：	
性格：	
特記事項：	

●かかりつけ医

主:	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師
	病院・診療所	科	医師

●在宅サービスの利用状況

ケアマネジャー	事業所名:	担当者
	住所	電話 ()
デイサービス	事業所名:	() 曜日 / 週
デイケア	事業所名:	() 曜日 / 週
ヘルパー	(生活援助中心) 事業所名:	/ 週 / 月
	(身体介助中心) 事業所名:	/ 週 / 月
訪問看護	事業所名:	/ 週 / 月
訪問入浴	事業所名:	/ 週 / 月
ショートステイ	事業所名:	利用日数 / 月
	事業所名:	利用日数 / 月
施設入所	事業所名:	利用時期
	事業所名:	利用時期
	事業所名:	利用時期
レンタル	□ベット □車椅子 □その他 ()	
配食	事業所名:	□朝 / 週、 □昼 / 週、 □夕 / 週
その他		

●特別養護老人ホームへの申請

☐無し ☐検討中 ☐予定なし

☐有り ケ所、施設名:

●利用後の予定

☐在宅 () 宅) ☐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 日
介護度の移り変わり 初回 →		

●身体障害者手帳 (ある方のみ)

種 級 障害名:

●ご利用にあたってのご要望

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願います)

移動起居動作	歩行(移動)	☐ 独歩 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 車椅子(☐ 自操・ ☐ 介助)				
	[使用器具]	☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 (タイプ:)				
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	[使用器具]	☐ 介助バー ☐ その他()				
	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	立位保持	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	起き上がり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	座位保持	☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 座位不可				
寝返り	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
皮膚	褥瘡	☐ 無 ☐ 有 (部位及び処置:)				
	その他皮膚疾患	()				
食事	摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	形態 (主食)	☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 粥 ☐ ミキサー ☐ 経管				
	(副食)	☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ 一口大 ☐ キザミ ☐ ミキサー				
	水分トロミ対応	☐ 有 ☐ 無				
	治療食	() 嗜好				
	禁止食(アレルギー含む)	() 好きな食材・料理() 嫌いな食材・料理()				
	摂取量	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ ムラ有り				
	使用具	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ エプロン ☐ 自助具				
	咀嚼	☐ 問題無 ☐ やや問題有 ☐ 問題有				
	嚥下	☐ 問題無 ☐ やや問題有 ☐ 問題有				
義歯	☐ 無し ☐ 有 (総 ・ 部分 ・ 上 ・ 下)					
嗜好	喫煙	☐ しない ☐ する				
	飲酒	☐ しない ☐ する				
排泄	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 誘導 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	尿意	☐ 有り ☐ 時々 ☐ 無し ☐ 頻回 日中(回) 夜間(回)				
	便意	☐ 有り ☐ 時々 ☐ 無し				
	[日中]	☐ 布下着 ☐ リハビリパンツ ☐ パット ☐ オムツ				
		☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ その他()				
	[夜間]	☐ 布下着 ☐ リハビリパンツ ☐ パット ☐ オムツ				
☐ トイレ ☐ 尿器 ☐ その他()						
転倒歴		☐ 無し ☐ 有				
	[具体的様子・時期]	()				

* 裏面に続きます

入浴他	整容(洗顔・口腔ケア)	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	更衣	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	洗身	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	形態	☐ 一般浴	☐ 車椅子浴	☐ ストレッチャー浴	☐ シャワー浴 ☐ 清拭
身体・精神障害状態	睡眠	☐ 良好	☐ ムラ有り	☐ 不良	
		睡眠時間(時間) 入眠時間(時頃) 起床時間(時頃)			
		☐ いびき	☐ 歯ぎしり	☐ 寝言	☐ 独語
		☐ 他 ()			
	[眠剤使用]	☐ 有	☐ 無		
	認知の度合い	☐ 無	☐ 年齢相応	☐ 軽度	☐ 中等度 ☐ 重度
	[周辺症状]	☐ 物忘れ	☐ 徘徊	☐ 帰宅願望	☐ 介護抵抗 ☐ 幻視・幻聴
		☐ 収集癖	☐ 暴言・暴力	☐ 被害妄想	☐ 昼夜逆転 ☐ 異食
	[具体的様子・頻度]	()			
	使用器具等				
	ナースコール	☐ 使用できる	☐ 使用できない		
	離床センサー	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	ベッド4点柵	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	ベッド抑制帯	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	車椅子安全ベルト	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	エアマット	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	その他	()			
	レクリエーション	☐ 積極的	☐ 普通	☐ 消極的	☐ 無関心 ☐ 拒否
	リハビリテーション	☐ 積極的	☐ 普通	☐ 消極的	☐ 無関心 ☐ 拒否
	視力障害	☐ 無	☐ 有: 具体的な様子()		
	[眼鏡]	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	聴力障害	☐ 無	☐ 有: 具体的な様子()		
	[補聴器]	☐ 使用している	☐ 使用していない		
	言語障害	☐ 無	☐ 有: 具体的な様子()		
	意思疎通	☐ 問題なし	☐ やや困難	☐ 困難	
	その他特記事項				
ご記入者氏名 : _____ 様 (職種または続柄 : _____) 介護老人保健施設 あんず苑／あんず苑アネックス TEL 0422-36-6262 , FAX 0422-36-6255					

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

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
	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）

項 目	金 額	加算単位	内容の説明
初期加算	32円	1日	入所から30日に限り加算されます
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
短期集中リハビリテーション実施加算	253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日	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日	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（死亡日以前2日又は3日）	865円	1日	
ターミナルケア加算（死亡日）	1,740円	1日	
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日	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
経口維持加算Ⅱ	6円	1日	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
口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
口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、带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日	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スを提供した場合に加算されます
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	5円	1日	
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

サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7円	1日	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	やむを得ない事情により施設で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準じて算定されます		

※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 目		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
	多 床 室	0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 目		金 額	内容の説明
室料（個室A）		5,000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）		4,000円/日（税別）	
室料（2人室A）		3,500円/日（税別）	ご希望により2人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（2人室B）		3,000円/日（税別）	
室料（2人室C）		2,500円/日（税別）	
室料（2人室D）		1,000円/日（税別）	
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	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 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：Bセット、入れ歯洗浄剤、保湿液
	Bセット	95円/日	
	Cセット	120円/日	
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ください
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ます
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ください

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税別）
月	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）
火	折り紙	午後 1：30～	なし
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
水	絵手紙（第1水曜）	午前 10：00～	葉書代等50円
	ビーズ・根付け	午前 10：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
木	書道	午前 10：00～	半紙代等20円
金	刺し子（花ふきん）	午後 1：30～	1枚250円～
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
土	陶芸（月2回）	午後 1：30～	湯呑・小皿200円～、中皿・花瓶300円～
	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）

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
介護保険施設サービス費	従来型個室	791円	840円	907円	962円	1,018円
	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（Ⅲ）	7円	1日	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	やむを得ない事情により施設で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準じて算定されます		

※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
	多 床 室	0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 目	金 額	内容の説明
室料（個室A）	5,000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）	4,000円/日（税別）	
室料（2人室A）	3,500円/日（税別）	ご希望により2人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（2人室B）	3,000円/日（税別）	
室料（2人室C）	2,500円/日（税別）	
室料（2人室D）	1,000円/日（税別）	
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ております。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ください
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ます
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ください

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税別）
月	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）
火	折り紙	午後 1：30～	なし
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
水	絵手紙（第1水曜）	午前 10：00～	葉書代等50円
	ビーズ・根付け	午前 10：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
木	書道	午前 10：00～	半紙代等20円
金	刺し子（花ふきん）	午後 1：30～	1枚250円～
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
土	陶芸（月2回）	午後 1：30～	湯呑・小皿200円～、中皿・花瓶300円～
	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）

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 療養介護費	従来型個室	608円	755円
	多 床 室	645円	808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
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（Ⅲ）	7円	1日	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	やむを得ない事情により施設で行われた特定の処置や手術等について診療報酬に準じて算定されます		

※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
	多 床 室	0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 目	金 額	内容の説明
室料（個室A）	5,000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）	4,000円/日（税別）	
室料（2人室A）	3,500円/日（税別）	ご希望により2人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（2人室B）	3,000円/日（税別）	
室料（2人室C）	2,500円/日（税別）	
室料（2人室D）	1,000円/日（税別）	
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ております。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ください
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ます
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ください

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税別）
月	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）
火	折り紙	午後 1：30～	なし
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
水	絵手紙（第1水曜）	午前 10：00～	葉書代等50円
	ビーズ・根付け	午前 10：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
木	書道	午前 10：00～	半紙代等20円
金	刺し子（花ふきん）	午後 1：30～	1枚250円～
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
土	陶芸（月2回）	午後 1：30～	湯呑・小皿200円～、中皿・花瓶300円～
	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）

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日	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
短期集中リハビリテーション実施加算	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リを実施した場合に加算されます
	1月超3月以内	64円	1日	
個別リハビリテーション加算		86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日	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日	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		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）		

※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。

その他の日常生活費及び特別なサービスの利用料

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
おむつ	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ます
	パンツ型L	200円/枚	
	尿パット	50円/枚	
	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ことがあります。

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費（税別）
月	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）
火	折り紙	午後 1：30～	なし
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
水	絵手紙（第1水曜）	午前 10：00～	葉書代等50円
	ビーズ・根付け	午前 10：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
木	書道	午前 10：00～	半紙代等20円
金	刺し子（花ふきん）	午後 1：30～	1枚250円～
	ビーズ・根付け	午後 3：00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
土	陶芸（月2回）	午後 1：30～	湯呑・小皿200円～、中皿・花瓶300円～
	籐かご編み	午後 3：00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）

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）		

※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。

その他の日常生活費及び特別なサービスの利用料

項 目		金 額	内容の説明
昼食		700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
おむつ	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ます
	パンツ型L	200円/枚	
	尿パット	50円/枚	
	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。

趣味活動費

曜日	活動内容	開始時間	材料費(税別)
月	籐かご編み	午後 3:00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）
火	折り紙	午後 1:30～	なし
	ビーズ・根付け	午後 3:00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
水	絵手紙（第1水曜）	午前 10:00～	葉書代等50円
	ビーズ・根付け	午前 10:00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
木	書道	午前 10:00～	半紙代等20円
金	刺し子（花ふきん）	午後 1:30～	1枚250円～
	ビーズ・根付け	午後 3:00～	キーホルダー100円～、プレスレット100円～
土	陶芸（月2回）	午後 1:30～	湯呑・小皿200円～、中皿・花瓶300円～
	籐かご編み	午後 3:00～	籐かご（直径10cm）100円～ （直径5cmごとに100円増）