

入所ご利用料金表

【介護保険事業者番号：0372201004】

令和元年10月1日改定

■ 施設サービス費

● 多床室（2人部屋・4人部屋）

介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算（I）			栄養マネジメント加算			食費	居住費	教養娯楽費	1日あたり （食費・居住費・教養娯楽費込）			1月あたり （1ヶ月31日で換算）				
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担		
1	775円	1,550円	2,325円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	14円	28円	42円	* 1,630円	* 377円	40円	2,878円	3,709円	4,540円	89,218円	114,979円	140,740円		
2	823円	1,646円	2,469円													2,926円	3,769円	4,684円	90,706円	116,839円	145,204円		
3	884円	1,768円	2,652円													第1段階300円	第1段階 0円	2,987円	3,891円	4,867円	92,597円	120,621円	150,877円
4	935円	1,870円	2,805円													第2段階390円	第2段階370円	3,038円	4,029円	5,020円	94,178円	124,899円	155,620円
5	989円	1,978円	2,967円													第3段階650円	第3段階370円	3,092円	4,137円	5,182円	95,852円	128,247円	160,642円

● 個室

介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算（I）			栄養マネジメント加算			食費	居住費	教養娯楽費	1日あたり			1月あたり （1ヶ月31日で換算）				
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担				1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担		
1	701円	1,402円	2,103円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	14円	28円	42円	* 1,630円	* 1,668円	40円	4,095円	4,852円	5,609円	126,945円	150,412円	173,879円		
2	746円	1,492円	2,238円													4,140円	4,942円	5,744円	128,340円	153,202円	178,064円		
3	808円	1,616円	2,424円													第1段階300円	第1段階490円	4,202円	5,066円	5,930円	130,262円	157,046円	183,830円
4	860円	1,720円	2,580円													第2段階390円	第2段階490円	4,254円	5,170円	6,086円	131,874円	160,270円	188,666円
5	907円	1,814円	2,721円													第3段階650円	第3段階1,310円	4,301円	5,264円	6,227円	133,331円	163,184円	193,037円

■加算事項

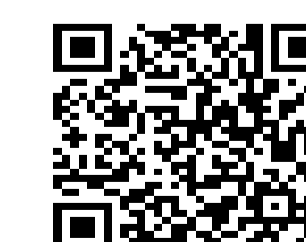
加算項目	加算内容	1割負担	2割負担	3割負担	
○介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.9%を乗じた金額				
○介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.1%を乗じた金額				
○初期加算	入所日より30日間1日につき加算	30円	60円	90円	
○短期集中リハビリ実施加算	入所日から3ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合、1日につき加算	240円	480円	720円	
○認知症短期集中リハビリ加算	入所日から3ヶ月以内に実施した場合、1週間に3回を限度として加算	240円/回	480円/回	720円/回	
○外泊時費用	1ヶ月6日を限度とし所定利用料にかわり一日につき（外泊初日、最終日を除く）	362円	724円	1086円	
○ターミナルケア加算	医師が医学的見地に基づき回復の見込みが無いと診断した方であること。入所者又はその家族の同意を得て、ターミナルケア計画が作成されていること。医師看護師介護職員等が共同して、入所者の状態について家族の求め等に応じ随時説明を行い、同意書を得てターミナルが行われていること。以上のいずれにも該当する場合	（死亡日）	1,650円	3300円	4950円
		（2～3日）	820円	1640円	2460円
		（4～30日）	160円	320円	480円
○再入所時栄養連携加算（1回限度）		400円	800円	1200円	
○入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる方の入所予定前30日から入所後7日以内に当該入所者の居宅訪問して退所を念頭に置いた施設サービス計画策定、及び診療方針の決定を行った場合（1回を限度に加算）	450円/回	900円/回	1350円/回	
○試行的退所時指導加算	入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を行った場合に加算（1月1回を限度）	400円/回	800円	1200円	
○退所時情報提供加算	退所後の主治医に対し診療情報を提供した場合に加算（1回を限度に加算）	500円/回	1000円/回	1500円/回	
○退所前連携加算	居宅介護支援事業所と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合に加算（1回を限度に加算）	500円/回	1000円/回	1500円/回	
○訪問看護指示加算	老健退所時、介護老人保健施設の医師が訪問看護事業者に対し訪問看護指示書を交付した場合	300円/回	600円/回	900円/回	
○低栄養リスク改善加算		300円	600円	900円	
○経口移行加算/180日以内	経管により食事摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成し、経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合計画作成より180日以内の期間に限り1日につき加算	28円	56円	84円	
○経口維持加算（Ⅰ）	摂食機能障害により誤嚥が認められる利用者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し、継続して経口での食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合、1月につき算定。	400円	800円	1200円	
○療養食加算	医師の食事せんに基づき療養食を提供した場合、1食につき加算	6円/1食	12円/1食	18円/1食	
○在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	在宅復帰・在宅療養支援等指標40以上を満たし、なおかつ在宅復帰したものが退所者数の3割を越えた場合に一日につき加算。	34円	64円	102円	
○所定疾患施設療養費（Ⅰ）	肺炎、尿路感染症、带状疱疹について投薬・検査・注射等を行った場合月連続した7日間を限度に1日につき加算	235円	470円	705円	
○認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため在宅生活が困難で緊急に入所が必要であると判断した方に対して7日間を限度に加算	200円	400円	600円	
○地域連携診療計画情報提供加算	保険医療機関を退院した入所者に対して、退院する日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を提供した場合。（1回を限度に加算）	300円/回	600円/回	900円/回	
○若年性認知症利用者受け入れ加算	初老期の65歳未満の認知症受け入れた場合、1日につき加算	120円	240円	360円	
○認知症情報提供加算	認知症疾患医療センター等への紹介（1回を限度に加算）	350円/回	700円/回	1050円/回	

（以下の項目は認知症専門棟入所者のみ加算されます）

○認知症専門ケア加算	認知症介護専門研修（認知症介護実践実践リーダー研修）修了者配置により1日につき加算	3円/日	6円/日	9円/日
○認知症ケア加算	1日につき76円	76円	152円	228円

■ 其他のご利用料金

○家族宿泊利用料	1,100円			
○理・美容代	1,000円～5,000円	詳しくは別掲料金表をご覧ください。		



お問い合わせ先: TEL 019-697-0166(代)
FAX 019-697-0122

担当相談員: 宮武

入 所 利 用 申 込 書

受 付					
フリガナ 利用希望者 氏 名	⑩	性 別	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日 生まれ 歳
住 所	〒 - TEL - -				
利用申込者 氏 名	⑩	利用希望者 との続柄			
住 所	〒 - TEL - -				
第一連絡先	(氏名)		(続柄)	(TEL) 自宅 携帯	
	(住所) 〒 -				
第二連絡先	(氏名)		(続柄)	(TEL) 自宅 携帯	
	(住所) 〒 -				
利用希望 理 由 (該当事項へ☑)	<input type="checkbox"/> 在宅介護が困難なため (<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 家屋状況が悪い) <input type="checkbox"/> 機能回復訓練を受けるため <input type="checkbox"/> 福祉施設待機 <input type="checkbox"/> その他 ()				
参 考 事 項	<input type="checkbox"/> 自宅に帰ることができる (時期)				
	<input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 申込予定 <input type="checkbox"/> 申込済 施設名[]				
	<input type="checkbox"/> その他				
希 望 事 項	入所希望時期(. .) 入所希望居室 <input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 専門棟 [特別室 個室 多床室]				
要 介 護 度 認 定 日 認 定 期 間	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 平成 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		障害者 手帳	・ある ・ない ・申請予定 種別: (種 級)	
生 計 維 持 者	・本人 ・配偶者 ・その他()		血液型	A ・ B ・ O ・ AB 型	
収 入 状 況	・年金(年金 万円/月) (年金 万円/月) ・その他収入()				
家 族 構 成	氏 名	年 齢	本人と の 関 係	同居	職 業 (勤務先)
			本人		
生 活 歴	ご兄弟: 人 番目 お子様: 人 (男 人、女 人) (どのような暮らしをしていましたか?)				
出 生 地	県 市・町・村		嗜 好 品		
職 歴			趣 味 ・ 特 技		
結 婚	有 (S.H 年) ・ 無		食 好 好 嫌 い		
宗 教			食 好 好 嫌 い		

注) 申込時には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・内服薬情報(薬手帳・説明書等)・印鑑をご持参ください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 … <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()			
	かかりつけ医	病院名	医師/通院状況	
	その他受診状況	病院名	医師/通院状況	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設 ()			
病歴	入院(所)時期()		退院・退所予定時期()	
	何歳頃	病名	病院	
	何歳頃	病名	病院	
	何歳頃	病名	病院	
医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(HP) <input type="checkbox"/> インスリン注射(HP) <input type="checkbox"/> その他 { }			
身体状況 日常生活 活動 作業 の 状況	自立	一部介助	全介助	
	視力	普通	弱視	全盲
	聴力	普通	やや難聴	難聴
	言葉	普通	少し不自由	不自由
	歩行	独歩杖 歩行器 車イス	歩行器 車椅子	歩行不可(車イス・寝たきり)
	食事	自力摂取	一部手を貸す	全介助(自力摂取不可)
	普通食・治療食()・経管栄養	主食:軟飯・粥・ミキサー 副食:普通・刻み・極刻み・ミキサー		
	排泄	自力可 トイレ ポータブル リハビリパンツ オムツ	ポータブル 誘導・後始末 リハビリパンツ ・オムツ	常時オムツ・全面介助
	着衣	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	入浴	入浴でき洗える	洗介助 浴槽出入り介助	全介助 特浴(リフト)清拭
身支度	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け	
意思疎通	完全に通じる	ある程度通じる	まったく通じない	
褥創	なし・有り (部位 程度)			
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明			
認知度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明	HDS-R	/30	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 { }			
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 … 段階			
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護(市町村:)			
介護保険サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし			
	<input type="checkbox"/> 利用有	居宅介護支援事業所	TEL 担当	
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 二階建)	<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	介護環境	・住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【改修内容】 ・介護に支障のある場所等 【】		
予防接種	季節型インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 予定(年 月)	
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 予定(年 月)	
備考				