

入所ご利用料金表

【介護保険事業者番号：0372201004】

令和3年8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）			食費	居住費	教養 娯楽費	合計額 （食費・居住費・教養娯楽費込）※月額は31日で算出					
	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	768円	1,536円	2,304円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	* 1,700円	* 377円	40円	1日	2,927円	1日	3,737円	1日	4,547円
月額	90,737円	月額	115,847円										月額	140,957円				
2	836円	1,672円	2,508円										1日	2,995円	1日	3,837円	1日	3,051円
月額	92,845円	月額	118,947円										月額	94,581円				
3	898円	1,796円	2,694円										第1段階300円	第1段階 0円	1日	3,057円	1日	3,961円
月額	94,767円	月額	122,791円	月額	153,047円													
4	949円	1,898円	2,847円	第2段階390円	第2段階370円	1日	3,108円	1日	4,099円	1日	5,090円							
月額	96,348円	月額	127,069円	月額	157,790円													
5	1,003円	2,006円	3,009円	第3段階①650円	第3段階370円	1日	3,162円	1日	4,207円	1日	5,252円							
月額	98,022円	月額	130,417円	月額	162,812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）			食費	居住費	教養 娯楽費	合計額 （食費・居住費・教養娯楽費込）※月額は31日で算出					
	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	714円	1,428円	2,142円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	* 1,700円	* 1,668円	40円	1日	4,164円	1日	4,920円	1日	5,676円
月額	129,084円	月額	152,520円										月額	175,956円				
2	759円	1,518円	2,277円										1日	4,209円	1日	5,010円	1日	5,811円
月額	130,479円	月額	155,310円										月額	180,141円				
3	821円	1,642円	2,463円										第1段階300円	第1段階490円	1日	4,271円	1日	5,134円
月額	132,401円	月額	159,154円	月額	185,907円													
4	874円	1,748円	2,622円	第2段階390円	第2段階490円	1日	4,324円	1日	5,240円	1日	6,156円							
月額	134,044円	月額	162,440円	月額	190,836円													
5	925円	1,850円	2,775円	第3段階①650円	第3段階1,310円	1日	4,375円	1日	5,342円	1日	6,309円							
月額	135,625円	月額	165,602円	月額	195,579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（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に3.9%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/日	60円/日	90円/日	
○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/日	480円/日	720円/日	
○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	
○夜勤職員配置加算	夜勤者を入所者20名に1名以上、かつ41名以上に2名、40名以下では1名を超える人数配置した場合に加算	24円/日	48円/日	72円/日	
○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/日	724円/日	1086円/日	
○外泊時費用（在宅サービス利用）		800円/日	1600円/日	2400円/日	
○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/日	3300円/日	4950円/日
		（2～3日）	820円/日	1640円/日	2460円/日
		（4～30日）	160円/日	320円/日	480円/日
		（31～45日）	80円/日	160円/日	240円/日
○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/回	1200円/回	
○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	
○入退所前連携加算	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）	600円/回	1200円/回	1800円/回	
○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/日	56円/日	84円/日	
○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方が共同して、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/月	800円/月	1200円/月	
○療養食加算	医師の食事せんに基づく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、かつ在宅復帰したものが退所者数の3割を越えた場合一日につき加算	34円/日	64円/日	102円/日	
○かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）	処方薬の減少について、退所時または退所後1月以内に、入所者のかかりつけ医に報告、診療録に記載し加算	100円/退所時	200円/退所時	300円/退所時	
○所定疾患施設療養費（Ⅱ）	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日間を限度に加算	480円/日	960円/日	1440円/日	
○認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状により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7日間を限度に加算	200円/日	400円/日	600円/日	
○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/日	240円/日	360円/日	
○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	
○科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	厚労省が主体となり、介護関連の情報収集・分析を行い、介護施設ではフィードバック（情報分析の反応や結果を見て、改良・調整を加えること）を受けて、科学的裏付けに基づく介護を実践することにより加算	40円/月	80円/月	120円/月	
○自立支援促進加算	以下内容を実施し加算 医師が、①施設入所時入所者ごとに、自立支援に係る医学的評価を行う②その後6ヶ月に1回以上見直し③自立支援に係る支援計画等の策定等に参加 評価の結果、自立支援促進の対応が必要とされる利用者ごとに多職種共同で、①自立支援に係る支援計画の策定、②支援計画に従ったケアの実施 医学的評価に基づき、3ヶ月に1回以上入所者ごとに支援計画を見直し、医学的評価の結果等の情報をLIFEで厚生労働省に提出	300円/月	600円/月	900円/月	
○安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算	20円/入所時1回	40円/入所時1回	60円/入所時1回	
（以下の項目は認知症専門棟入所者のみ加算されます）					
○認知症ケア加算	1日につき76円	76円/日	152円/日	228円/日	
■ その他のご利用料金					
○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 019-697-0066（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	㊦	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	㊦	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 (☐介護者がいない ☐介護者が病弱 ☐家屋状況が悪い) <input type="checkbox"/> 機能回復訓練を受けるため ☐ 福祉施設待機 (施設名:) <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 ☐申込予定 ☐申込済 施設名[] <input type="checkbox"/> その他 ()				
希 望 事 項	入所希望時期(年 月) 入所希望居室 ☐一般棟 ☐専門棟 [個室・多床室]				
要 介 護 度	要介護 (1・2・3・4・5)		障害者 手帳	種別: ・ある ・ない ・申請予定	
認 定 日	年 月 日			(種 級)	
認 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日				
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/2月) (年金 万円/2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 好 好		
宗 教			事 嫌 嫌 嫌		

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 () 入院(所)時期() 退院・退所予定時期()							
病 歴	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 ()							
アレルギー関連	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー(内容:) <input type="checkbox"/> その他(内容:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(内容:) <input type="checkbox"/> アレルギーなし							
身 体 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				
日 常 生 活 動 作 の 状 況	歩 行	独歩 杖 歩行器 車イス	歩行器 車イス	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・制限食()・経管栄養	主食: 米飯・軟飯・粥・ミキサー 副食: 普通・軟菜・刻み・一口大・ミキサー						
排 泄	自力可 トイレ ポータブル	ポータブル 誘導・後始末		常時オムツ・全面介助				
	リハビリパンツ オムツ	リハビリパンツ ・オムツ						
着 衣	自分で行える	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	自分で行える	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	
認 知 症 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"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <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	1.後期高齢者 2. 国保(本人・家族) 3. 社保(本人・家族) 4. 生活保護(市町村:)							
介 護 保 険 サ ー ビ ス 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 利用あり 居宅事業所名 { } { }							
	<input type="checkbox"/> 利用なし 居宅担当者名 { } TEL 利用サービス { }							
住 居 環 境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(☐平屋 ☐二階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター☐有 ☐無)				
	介護環境	<input type="checkbox"/> 住宅改修の有無 ☐有 ☐無 【改修内容】 <input type="checkbox"/> 介護に支障のある場所等 { }						
予 防 接 種	インフルエンザワクチン ☐未 ☐済(年 月 日) ☐予定(年 月)							
	肺炎球菌ワクチン ☐未 ☐済(年 月 日) ☐予定(年 月)							
	新型コロナワクチン		☐未 / ☐ 済 一回目(年 月 日) 二回目(年 月 日) 三回目(年 月 日)					
備 考								

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。

アレルギー問診票 (シェーンハイムやはば)

お名前 (利用者様) _____ 様 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご記入者名 (問柄) _____ 様

抗菌薬 (抗生剤) の副作用、食物、ゴム手袋、金属などでアレルギー反応を起こす方がまれに居ります。軽い症状 (発疹、痒み、水泡、発熱など) から重度のアナフィラキシーショックを起さる事があります。(アナフィラキシーショックとは: 息苦しさ、喉の詰り、腹痛、嘔吐、下痢や血圧低下、意識消失など) 当施設入所中に体調に問題があつて抗菌剤を使用する事があり、また病院受診した際にもアレルギー問診を受ける事があります。

以下の質問は、施設入所中にアレルギー反応を起こさないようにするための資料として使用させていただきますので、ご記入をお願いします。

1. 飲み薬や注射液で具合が悪くなったことがありますか。

なし あり (いつ頃ですか。)

薬品名 ()

症状 : 吐気、嘔吐、発赤、発疹、痒み、咳、くしゃみ、しびれ感、喘鳴、呼吸困難、血圧低下、
発熱、その他 ()

2. 食べ物によるアレルギーはありますか

なし あり (いつ頃ですか。)

食品名 ()

症状 :

3. 金属 (指輪、ネックレスなど)

なし あり (いつ頃)

症状 :

4. ゴム製品 (ゴム手袋、輪ゴムなど)

なし あり (いつ頃)

症状 :

5. 消毒 (アルコール消毒、イソジン消毒)

なし あり (いつ頃)

症状 :

6. アレルギー性の病気や体質がありますか なし、 あり (いつ頃)

(気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピーなど)

ご協力ありがとうございました。

これは当施設（ ）のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。

ご本人、主に介護をされている（今後、介護を予定されている）方、ご親族などの皆さまともよくご相談をなさってください。そのうえで率直なお考えをお書きください。そして次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。

※サービス利用にあたっての「必ず提出しなければならない書類」ではありませんが、できるかぎりご提出をお願いいたします。もちろん、ご記入できるところだけで結構です。

【サービスの利用目的】

サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？該当するものすべてに○印をつけてください。また、入所を申し込みされる理由として、特に伝えておきたいことがあれば、具体的に記述欄にお書きください

ご本人	利用希望サービス： 施設入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリテーション
	1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい 2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから 4. その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから 5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7. ほかに人から勧められたから 8. とにかく在宅での生活が無理だから 9. その他（ ） ※記述欄
ご家族	利用希望サービス： 施設入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリテーション
	1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい 2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから 4. その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから 5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7. ほかに人から勧められたから 8. とにかく在宅での介護をしていくのが無理だから 9. その他（ ） ※記述欄

裏面へ



【サービスを利用の希望と目標】

サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？

また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？ごく簡単に結構ですから、お書きください。例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば…」とか「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものなれば…」などというようなことです。

ご本人

ご家族

【ご自宅で（ご自宅での生活に向けて）困っていること、不安や不便と感ずること】

ご面倒をおかけしますが、「こんなことに不便している・困っている」とか「手すりがあるといいと思うが、どこにつけると便利なのか？」というような、ご自宅の生活での困りごとを記してください。（大まかで結構ですので、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣の様子が見取り図をお描きいただければ、さらに助かります。）

お書きいただいた方（方々）のお名前と続柄

・ _____ () ・ _____ ()
・ _____ () ・ _____ ()

ご協力ありがとうございました