

拝啓

この度は、当施設にお問い合わせを頂きまして、誠に有難うございます。

当施設<パンフレット>及び<利用申し込み書類一式>を同封申し上げます。

尚、当施設では、病院を併設致しておりません。そのため「医療装置を必要とされる方（IVH等）」「定期的な諸検査を伴う方」のご利用をお受けする事が出来かねます。

経管栄養・パルーンカテーテル装着・インシュリン・ストマ装着の方は、ご条件によっては、お受け入れする事が出来る場合もございます。

在宅酸素は、ショートステイのご利用のみ可能でございます。

また、施設の構造上、「認知症対応フロア」をご用意いたしておりません。

現在、「問題行動等を伴う認知症状が見られる方」のお受け入れは、審査上、お受け入れが困難と判断させて頂く場合がございます。

当施設の審査方法は<書類審査→ご家族様面談→検討会議>となります。

ご本人様のご状況によっては、ご希望に添えないこともございます。

あらかじめ、ご理解ご了承の上、お申し込みを頂きたく存じます。 敬具

<書類記載方法>

- 1) 「利用申込書」・(家族構成図)「アンケート」は、ご家族様にご記載をお願い致します。
- 2) 「老人診療情報提供書」は、ご担当医師
 - * 検査項目は、全て必要です。
 - * 主治医がお一人でない場合は、ご相談ください。
- 3) 「身体の状況および日常生活」(No.1~3)・「既往症」・「嗜好調査表」は、

病院ご入院中の場合	:	ご担当看護師様
施設ご入所中の場合	:	ケアマネージャー様・ご担当介護士様
在宅の方の場合	:	ケアマネージャー様

それぞれにご記入を頂き、全て揃いましたら、ご送付またはご持参をお願い致します。

ご不明な点がございましたら、副施設長 鈴木まで、お気軽にお尋ねください。

年 月 日

(医社) 恵比須会 介護老人保健施設 ふかさわ
副施設長 (支援相談員) 鈴木 智子
電話 03 (3701) 1164
FAX 03 (3701) 1181

入所についてのご案内

お問い合わせ

ご利用に関するお問い合わせ及びご相談、入所状況等については随時お電話にて承ります。

ご利用をご希望の方へは下記のご順序にてご案内させていただいております。

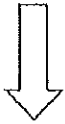
相談受付及び施設見学

ご利用希望のご相談は、お電話で承っております。

※施設において願います

ご見学をご希望の場合は、あらかじめご予約をお取り下さい。

当施設の入所サービスをご希望された場合には、お申し込みに必要な書類一式を、ご送付、または受付にてお渡し致しております。



書類ご記入

*ご記入にご留意いただく事

各書類についてはご記入漏れがないようご注意ください。
特に《老人診療情報提供書》は、かかりつけ医の先生にご記入いただきますようお願い致します。全ての書類へのご記入が終わりましたら、当施設へご返送、又はご持参下さい。
(書類一式を揃って提出していただいた時点で、当施設お申し込み日とさせていただきます。)



書類審査

ご提出いただきました書類は、医師・看護師・介護支援専門員・介護職員・リハビリ専門職員・支援相談員・管理栄養士が各専門分野の視点で、審査をさせていただきます。(ご提出いただいてから1週間程度でご回答させていただきます)



施設面談

※施設において願います

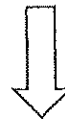
支援相談員がご利用希望者様の心身の状態やご家族様の状況等をご面談でお尋ねします。

尚、ご面談は基本的に当施設内にて行ないますので、日時の調整につきましては、支援相談員からご連絡させていただきます。
ご状態によっては、現在ご入院中の病院・ご入所中の施設等に訪問してご様子を拜見させて頂くこともございます。



利用検討会議

支援相談員とのご面談内容等に基づき、当施設の専門スタッフにて行なわれます。当施設での安全な受け入れが可能であるか(病状の安定等)検討させて頂きその結果をご連絡致します。
(毎週水曜日が検討会議でございます。面談日翌週の水曜日以降にご回答申し上げます)



ご利用

ご希望のお部屋に空室ができ次第、ご利用開始日等のご案内をさせていただきます。

〈その他の注意事項〉

- * ご提出いただいた書類の記入内容に変更の必要があったり、ご利用者様の体調が急変した際は速やかにご連絡下さい。その変更内容によっては、再検討会議が行なわれる場合もございますのでご了承下さい。
- * 認知症専門フロアが無い為、認知症の症状が進行している方及び重度症状の方はご利用いただけない場合もございますのでご了承下さい。
- * 入所期間中の他医療機関受診、お薬の処方に関しては、当施設が担当致しますので現在定期受診されている方は必ず面談時にお申し出下さい。

〈書類一式について〉

利 用 申 込 書：ご利用者及びご家族の状況についてお書き下さい。尚、保険の種類、内容についてはお間違えのないようにご注意の上ご記入下さい。

ア ン ケ ー ト：ご利用者の現在の状況について、できるだけ正確にお書き下さい。

老人診療情報提供書：現在のかかりつけの主治医にご記入していただいて下さい。
(3ヶ月以内のものとしてさせて頂きます。)

ご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい。

介護老人保健施設 ふかさわ

電話 03-3701-1164

利用申込書

介護老人保健施設 (ほかさわ) 施設長殿

記入日: 年 月 日

利用者本人	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
	フリガナ		電話	()	
	現住所	〒 —	要支援	支援1・支援2	
	フリガナ		要介護	1・2・3・4・5	
住民票の住所	〒 —	介護保険負担割合	1・2・3割		
			介護保険負担限度額認定証 あり ・ なし		

*介護保険負担限度額認定証・・・世帯年収が一定以下の方を対象にした負担軽減措置の認定証 (裏面参照)

申請者	フリガナ		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	フリガナ		電話番号		
	現住所	〒 —	自宅	()	
			携帯	()	

保証人	フリガナ		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	フリガナ		電話番号		
	現住所	〒 —	自宅	()	
			携帯	()	

※申請者と保証人の方は、同一の方でも構いません。

利用希望	入所	期間:	年 月 日 ~ 年 月 日		
		部屋:	個室 ・ 多床室		
	短期 (約1ヶ月)	期間:	年 月 日 ~ 年 月 日		
		部屋:	個室 ・ 多床室		

申込理由	現 況				
	<input type="checkbox"/> 在宅				
	<input type="checkbox"/> 病院 (名称)				
	<input type="checkbox"/> 施設 (名称)				

家族構成	氏名	続柄	年齢	同居	介護	住所・電話番号

利用料の支払	本人 (所得・年金・生活保護) ・ 申請者 ・ 保証人 ・ その他 ()				
請求書送付先	氏名	続柄			
	住所 〒	電話 ()			

ケアマネージャー	事業所名:	氏名
	住所:	電話 ()

*** 介護保険負担限度額認定書について**

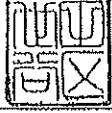
ご利用者様の負担段階が、世帯年収(所得状況)により第1～4段階に設定されています。

第1～3段階の方には、下記のような認定証(介護保険被保険者証とは別の証書)が発行されており、3段階の軽減措置がございませう。

対象となるのは、主に住民税の非課税世帯の方等ですが、その条件のなかには、私共の施設では把握しえない情報も多く含まれていませうので、軽減措置の詳細や、認定申請については、各市区町村の担当窓口にご相談下さい。

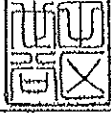
例) 世田谷区発行の介護保険負担限度額認定証

第2段階の方

介護保険負担限度額認定証				
交付年月日 平成 年 月 日				
被 保 険 者	番 号	0 0 0 0		
	住 所	世田谷区		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	
	満期年月日	平成 年 月 日	から	
	有効期限	平成 年 月 日	まで	
食費の負担限度額		390 円		
居 住 費 又 は 滞 在 費 の 負 担 限 度 額	ユニット型個室	820 円		
	ユニット型準個室	490 円		
	従来型個室(特養等)	420 円		
	従来型個室(老健・療養等)	490 円		
	多床室	320 円		
保険者番号 並びに保険者 名称及び印	1 3 1 1 2 8			

世田谷区社会福祉課 電話番号 03(5432)1111(代)

第3段階の方

介護保険負担限度額認定証				
交付年月日 平成 年 月 日				
被 保 険 者	番 号	0 0 0 0		
	住 所	世田谷区		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	
	満期年月日	平成 年 月 日	から	
	有効期限	平成 年 月 日	まで	
食費の負担限度額		650 円		
居 住 費 又 は 滞 在 費 の 負 担 限 度 額	ユニット型個室	1,640 円		
	ユニット型準個室	1,310 円		
	従来型個室(特養等)	820 円		
	従来型個室(老健・療養等)	1,310 円		
	多床室	320 円		
保険者番号 並びに保険者 名称及び印	1 3 1 1 2 8			

世田谷区社会福祉課 電話番号 03(5432)1111(代)

【記入例】

アンケート

ご本人様の精神状態、およびご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

ご利用者様氏名 深沢 花子
 ご記入者様氏名 深沢 太郎

ご本人様の生活歴

東京都世田谷区 生まれ。 5 人兄弟の 3 番目。(うち 2 名健在)
 世田谷高校 卒業後、花屋にて販売の仕事に従事する。
 20歳の時、米屋を営む深沢正夫と結婚、一男一女をもうける。子育てをしながら店の経理を手伝う。平成10年12月に夫が脳梗塞のため他界。
 店をたたみ一人暮らしを続けていたが、平成14年3月、自宅にて転倒し右大腿骨を骨折。深沢病院に3ヶ月入院、退院後長男と同居。現在に至る。

ご本人様の趣味 (園芸、読書、カラオケ)
 ご本人様の性格 (温厚、明るい性格)

ご家族様構成図

ご家族様構成(ご同居されている方・されていない方)

続柄	氏名	年齢	住所	電話/ケータイ番号	同居
長男	深沢 太郎	60	世田谷区深沢〇-〇-〇	××××-××××	○
長男嫁	深沢 良子	57	同上		○
長女	世田谷 正子	58	世田谷区世田谷〇-〇-〇	××××-××××	×
長女夫	世田谷 和男	59	同上		×

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。 (深沢 良子)
 主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。(深沢 太郎)
 ご本人様は、当施設のご利用に関して理解されていますか。(はい) いいえ

アンケート

ご本人様の精神状態、及びご家族様の抱えていらっしゃるお悩みの内容をより理解し、ご利用いただく際の参考とさせていただきますので、以下のアンケートにご協力お願い致します。

ご利用者様氏名 _____

ご記入者様氏名 _____

ご本人様の生活歴

生まれ。 _____ 人兄弟の _____ 番目。(うち _____ 名健在)
卒業後、

ご本人様の趣味 (_____)

ご本人様の性格 (_____)

ご家族様構成図

ご家族様構成(ご同居されている方・されていない方)

	続柄	氏名	年齢	住所	電話/携帯番号	同居

ご家族の中で、主たる介護者はどなたですか。(_____)

主たる介護者のサポートをしている方はどなたですか。(_____)

ご本人様は、当施設のご利用に関して理解されていますか。(はい・いいえ)

御担当医侍史

介護老人保健施設 ふかさわ

施設長 田中 勝紘

老人診療情報提供書記入についてのお願い

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

介護老人保健施設ご利用対象者は、病状が安定期にあり入院治療をする必要はないが、リハビリテーション、看護、介護を必要とする高齢者（40～64歳を含む）のうち、介護保険による要介護認定において「要支援・要介護状態」と認定された方になります。

利用者の健康管理及び医療的対応において老人診療情報提供書が最も重要となります。特に血液・感染症・皮膚疾患は多くの高齢者が集団生活をされている為、情報を必要としております。また、当施設はレントゲンやMRIの設備も持っていませんので、画像診断の所見の記載もお願い致します。

尚、血液検査等の結果については最新の検査結果（概ね3ヶ月以内）の記載をお願い致します。

以上ご理解のうえ御協力お願い申し上げます。

老人診療情報提供書

介護老人保健施設 ふかさわ
施設長 殿

医療機関名..... 診療科.....
所在地.....
医師氏名..... 印 TEL (.....)

記入日: 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和
住所 電話番号 (.....)				
診療	1 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 2 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 3 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)				
症状及び経過	最終診療日 月 日				
意見	本人の健康状態から介護老人保健施設の利用は ①可能 ②適当でない ③判断できない (入所の希望の場合) 入所中、定期的に通院する必要がある ①ない ②ある (理由・頻度等)				
処方内容	※現在処方されているすべてのお薬のご記入をお願い致します				
	目薬	無・有 (.....)		軟膏	無・有 (.....)
身長・体重 cm kg		治療食	不要・要 (.....)	
アレルギー	無・有 (.....)		感染性疾患	無・有 (.....)	
褥瘡	無・有 (部位:.....)		処置:.....)		
麻痺	無・有 (部位:.....)		状態:.....)		
装着機器	ネブライザー・吸引器・留置カテーテル・経管栄養・その他 (.....)				
検査 (検査日 月 日)	血液	白血球数 (.....)	総蛋白質 (.....)	梅毒 (.....) 疥癬 (.....)	
		赤血球数 (.....)	アルブミン (.....)	HBs 抗原 (.....) MRSA (.....)	
		ヘモグロビン (.....)	総コレステロール (.....)	HCV 抗体 (.....) 結核 (.....)	
	尿	ヘマトクリット (.....)	中性脂肪 (.....)	血圧: ~	
血小板数 (.....)		尿酸 (.....)	心電図所見: コピーを添付願います		
G R P (.....)		B U N (.....)	胸部X線所見:		
血糖	ヘモグロビンA1C (.....)	クレアチニン (.....)	検査日 月 日		
	蛋白質 (.....)	G O T (.....)			
	糖 (.....)	G P T (.....)			
	潜血 (.....)	γ G T P (.....)			
	血糖 (.....)	Na (.....) Cl (.....) K (.....)			

裏面もご記入お願い致します

● 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） 該当するランクに○を附して下さい。

	正常
ランクJ：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
	J1：交通機関等を利用して外出する
	J2：隣近所へなら外出する
ランクA：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしでは外出しない	
	A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランクB：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保てる	
	B1：車椅子に移動し、食事、排泄はベッドから離れて行なう
	B2：介助により車椅子に移乗する
ランクC：一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えに介助を要する	
	C1：自力で寝返りをうつ
	C2：自力で寝返りもうたない

● 認知症老人の日常生活自立度 該当するランクに○を附して下さい

	正常
I：何らかの痴呆を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
	IIa：家庭外で上記IIの状態がみられる
	IIb：家庭内で上記IIの状態がみられる
III：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介助を必要とする	
	IIIa：日中を中心として上記IIIの状態がみられる
	IIIb：夜間を中心として上記IIIの状態がみられる
IV：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、介助を必要とする	
M：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする	

その他（特記事項）	
-----------	--

ご協力ありがとうございました。

ケアマネージャー様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の
「身体の状態および日常生活」(No.1～3)に
ご利用希望者様のご状況をご記載頂きたく、
宜しくお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ふかさわ

電話 03(3701)1164

身体状況および日常生活

ご記入者

様 (続柄・職種)

ご利用者名	様 男・女		生年月日: M T S 年 月 日(歳)
保険区分	後高 (1割 3割)	障害手帳 有・無	級 病名()
介護保険	要介護 (1 2 3 4 5)	介護保険負担限度額認定証	無・有 → (2段階 3段階)

<身体状況>

身長	cm	体重	kg
麻痺	有・無 (部位)	拘縮	有・無 (部位)
視力	・普通 ・弱視 ・全盲	(眼鏡使用 有・無)	
言語	・普通 ・はっきりしない ・やっ通じる ・話せない ()		
聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴 (補聴器使用 有・無)		
睡眠	・良好 ・ときどき醒れない ・不眠 → 【眠剤使用】 無・有 (処方内容)		

<ADL状況>

食 事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	食卓状態	・良好 ・不良 ()
	主食 (米飯 軟飯 全粥) 副食 (常菜 キザミ トロミ) 療養食 (食)		
	・カロリー制限 (kcal)	・減塩 (g)	用 具 ばし ・スプーン ()
	・養食 (有 【上・下】 無)	・むせ込み (有 時々有り 無)	・水分トロミ (有 無)
移 動	・自立歩行 ・杖歩行 ・歩行器 ・つかまり歩行 ・車椅子 (自操 ・ 介助)		
起 上	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可	立 位	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・不可
入 浴	・一般浴 ・機械浴 (・自立 ・一部介助 ・全介助)		
更 衣	・自立 ・一部介助 ・全介助		
排 泄	・自立 ・一部介助 ・全介助	尿意 (有・無)	便意 (有・無) 失禁 (有・無)
排泄方法	・トイレ ・ポータブルトイレ ・オムツ (一日中 ・ 夜間のみ)		
	オムツの種類 (前開き ・ リハビリパンツ ・ 尿とりパット ・ しびん)		

<認知・精神状況>

認知症の有無	無・有 → 具体的な症状 ()		
意思疎通	・できる ・ときどきできる ・ほとんどできない ・できない	ナーズコール	・できる ・ときどきできる ・できない
理解力	・あり ・すこしあり ・なし ()		
行 動	・物忘れ ・徘徊 ・幻覚 ・幻聴 ・感情失禁 ・妄想 ・不潔行為 ・昼夜逆転 ・うつ状態 ・独語		
	・暴言 ・暴力 ・大声 ・立ち上がり 危険行為(具体例:		
拘 束	・無 ・有 (・離床センサー ・車イスセンサー ・拘束帯(ベット・車椅子) ・4点柵 ・ミトン ・つなぎ)		

<その他特記事項>

【 在宅用 】

* ご利用者ご希望者の状況につきまして、以下の設問にご回答頂きたく、
ご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。

氏名： 様 男 ・ 女
生年月日： M・T・S 年 月 日生 () 歳

ご記入者ご芳名： 様
事業所・関係機関名：
記載年月日： 年 月 日

1. 認知症・精神神経症の症状について： 有 ・ 無
有りの場合はどのような症状ですか？
抗うつ薬・抗精神薬などを服用されておられますか？： 有 ・ 無

2. 下記に挙げる項目に該当するものが有ればご指摘下さい。
該当する項目に関して、具体的な例を挙げてください。
危険行為 不潔行為 性的行為 暴力 暴言 異食・盗食・拒食
幻覚・幻聴 不穏 不定愁訴 感情失禁 奇声・大声・独語 妄想
収集 他利用者とのトラブル(具体的に)

3. 外出中やご自宅、施設（デイサービス・ショートステイ）ご利用等において、3ヶ月
以内に転倒・転落はありましたか？
： 有 ・ 無

有りの場合は何回ほどでしょうか？ 回（程度）

また、どのような状況で転倒・転落されましたか？

4. 夜間は良眠されていますか？ : 良眠 ・ 不眠
: 入眠 時、起床 時

睡眠導入剤を内服しておられますか？ : 有 ・ 無

トイレ覚醒を含めた覚醒（目を覚ますこと）は何回ほどでしょうか？
約 回 （その内、トイレ覚醒は 回）

5. 食事の摂取量は良好ですか？ : 良好 ・ 不良（ムラがある）
食事時間ほどの位、掛かりますか？ 30分以内 30分程度 1時間程度

6. 現在、「痛み」「かゆみ」を訴えているところはございますか？ 有 ・ 無
有りの場合、患部の場所はどこでしょうか？

どのような対策をとられていますか？（ 湿布 ・ 内服（坐薬） ・ 軟膏塗布 ）

7. その他 特記すべき事がありましたら、教えてください。

大変お忙しいところ、ご回答頂きまして、誠に有り難うございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

< 既往症 >

病歴・既往歴等	※ 今回ご入院時の診療情報提供書記載以外の既往歴についてご記入下さい					
	病名	病院・医院名	手術	入院	通院	期間・状態
	現在かかっている病院・診療所・クリニック等についてご記入ください。					
	病名	病・医院名	診療科目	医師氏名	住所・電話番号	

医療処置	有 ・ 無	内容 :	与薬時刻等 :
既往症に関する注意点			

その他、特記事項

(ご記載年月日) 年 月 日

(ご記入者ご芳名) _____ 様 (続柄 _____)

ご協力誠にありがとうございました。

介護老人保健施設 ふかさわ

嗜好調査表(入所・短期入所)

*おいしい食事を提供させていただくために、次のアンケートにご協力をお願いいたします。

お名前 _____ (男・女)

調査日: 年 月 日

療養食について	
不要・要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 糖尿病食 ・ 心臓病食 ・ 腎臓病食 ・ 肝臓病食 ・ 脂質異常症食 ・ 貧血食 ・ 膵臓病食 ・ 胃潰瘍食 ・ その他() ・ エネルギー制限()kcal ・ 塩分制限(6g・ g) ・ その他の制限()
主食について	
米飯 ・ 軟飯 ・ お粥(全粥 ・ 粥7おも湯3 ・ 粥5おも湯5 ・ 粥3おも湯7) ・ ミキサー粥	
副食について	
常菜 ・ 一口大 ・ きざみ ・ 極きざみ ・ ミキサー ・ 肉類(形・一口・きざみ・極きざみ)	
とろみについて	
なし・あり	(汁 ・ 副食)
アレルギーについて	
なし・あり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 牛乳 ・ 乳製品 ・ 卵 ・ えび ・ さば ・ 青魚 ・ その他()
アレルギー以外嫌いなもの等	
パン ・ 麺 ・ その他()	
食事に関するその他のご要望	
(フォーク使用 ・ 大スプーン使用)	
常菜から一口大の副食をお召上りの利用者様へ	
朝食はパンを希望 (する ・ しない) ※ご利用者様の体調等によりご希望にそえない場合がございます	

ご協力ありがとうございました
介護老人保健施設 ふかさわ

介護老人保健施設 ふかさわ 利用料金表(1割)

令和3年4月1日適用
【入所・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

①	基本利用料(多床室)	要介護1 858円/日	要介護2 911円/日	要介護3 978円/日	要介護4 1,034円/日	要介護5 1,093円/日
	基本利用料(個室)	776円/日	827円/日	894円/日	952円/日	1,008円/日

②	食費負担額	2,100円/日				
	日用品費	600円/日				
	栄養薬費	300円/日				
	夜間職員処置加算	26円/日				
	サージック支援体制強化加算Ⅱ	19円/日				
	在宅医師・在宅看護師巡回加算Ⅰ	37円/日				
	栄養マネジメント強化加算	11円/日				
	リハビリテーションプログラム推進加算	35円/日				
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総定員数の3.9%の1割分				
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月の総定員数の2.1%の1割分				

③	居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3-4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日
---	-----	-----------------------	-------------------------	----------------

④	①+②+③+④	要介護1 4,986円/日	要介護2 5,091円/日	要介護3 5,105円/日	要介護4 5,152円/日	要介護5 5,221円/日
	多床室(2人部屋)	6,186円/日	6,289円/日	6,308円/日	6,362円/日	6,421円/日
	多床室(3-4人部屋)	5,466円/日	5,591円/日	5,622円/日	5,720円/日	5,776円/日
	個室	5,466円/日	5,591円/日	5,622円/日	5,720円/日	5,776円/日

*個室、2人部屋のみの利用の場合、それ以外の施設費が加算されます。(下記下段料金参照)
*上記料金の他、介護職員処遇改善加算の金額が加算されます。

【短期中所療養介護(3ヶ月以内)・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

①	基本利用料(多床室)	要介護1 801円/日	要介護2 854円/日	要介護3 912円/日	要介護4 970円/日	要介護5 1,028円/日
	基本利用料(個室)	719円/日	770円/日	828円/日	886円/日	942円/日

②	食費負担額	2,100円/日				
	日用品費	600円/日				
	栄養薬費	300円/日				
	夜間職員処置加算	26円/日				
	サージック支援体制強化加算Ⅰ	37円/日				
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	19円/日				
	介護職員処遇改善加算Ⅱ	1ヶ月の総定員数の3.9%の1割分				
	介護職員処遇改善加算Ⅲ	1ヶ月の総定員数の2.1%の1割分				

⑤	居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3-4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日
---	-----	-----------------------	-------------------------	----------------

⑥	①+②+③+④+⑤	要介護1 4,986円/日	要介護2 5,086円/日	要介護3 5,105円/日	要介護4 5,152円/日	要介護5 5,221円/日
	多床室(2人部屋)	6,186円/日	6,289円/日	6,308円/日	6,362円/日	6,421円/日
	多床室(3-4人部屋)	5,466円/日	5,591円/日	5,622円/日	5,720円/日	5,776円/日
	個室	5,466円/日	5,591円/日	5,622円/日	5,720円/日	5,776円/日

*上記料金の他、介護職員処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算の金額が加算されます。
⑦ 入所と併せて他の利用料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)
利用状況に応じて、短期入所療養介護のみに適用される以下の料金が別途必要となる場合があります。

・個別リハビリテーション実施加算	261円/日
・緊急病棟への搬送費(往復1日限)	218円/日
・緊急病棟入所費(1日以内)	98円/日
・搬送加算	8円/日
・※2 重症療養管理加算(要介護度4、5が対象)	130円/日

*入所及び短期(3ヶ月以内)のその他利用料金(要介護度と関係ありません。)

項目	利用料金
個室	7,300円/日(30日以下・219,000円)
2人部屋	4,300円/日(30日以下・129,000円)
⑧(3ヶ月以内)	200円(サービス料のみ)
検査室	2,800円(検査料のみ、出張費・消費税)
文書料	2,000円(各種書類作成料、消費税)

※1 算定中は自己都合などで非受療の場合でも予定数の加算が実施されますので御了承下さい。
※2 要介護5の方で、用方直営など厚生労働大臣の定める基準の方に算定いたします。
※この他、体利変化に伴い別途料金が加算される場合がございます。

*上記利用料金の他、次の料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)	
・短期加算(入所日数が30日以内)	32円/日
・※1 短期中リハビリテーション実施加算(入所後3ヵ月以内)	261円/回
・老年性認知症リハビリテーション実施加算(入所後3ヵ月以内)	130円/回
・口腔衛生管理加算Ⅰ	119円/日
・窓口維持加算Ⅰ	496円/月
・窓口維持加算Ⅱ	109円/月
・搬送加算	6円/回
・介治療費加算	394円/日
・巡回診療時滞在加算	436円/回
・巡回診療時滞在加算	545円/回
・入退所前後加算Ⅰ	436円/回
・訪問看護時滞在加算	327円/回
・帰郷サービス付加算Ⅰ	14円/月
・帰郷サービス付加算Ⅱ	10円/月
・帰郷サービス付加算Ⅲ	16円/月
・自立支援促進加算	21円/月
・サカイフケ介護療養病棟加算Ⅰ(通所時回)	108円/回
・サカイフケ介護療養病棟加算Ⅱ(通所時1回)	261円/回
・サカイフケ介護療養病棟加算Ⅲ(通所時1回)	109円/回
・安全対策費加算(入所時1回)	21円/回
・導入新築築費加算	218円/月
・省庁的介護推進費加算Ⅰ	65円/月

介護老人保健施設 ふかさわ 利用料金表(2割)

令和3年4月1日適用
【入所・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

①

基本利用料(多床室)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本利用料(個室)	1,717円/月	1,982円/月	1,987円/月	2,068円/月	2,188円/月
食事利用料(個室)	1,558円/月	1,584円/月	1,789円/月	1,908円/月	2,018円/月

②

変更負担額	2,100円/月
日用品費	800円/月
被服費	300円/月
夜勤職員配置加算	52円/日
ナース支援体制強化加算Ⅰ	39円/日
在宅復帰・在宅療養支援体制加算Ⅰ	74円/日
栄養マネジメント強化加算	23円/日
リハビリテーションプログラム	71円/日

③

介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.9%の1割分
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の1割分
居室費	多床室(2人部屋) 1,000円/月 多床室(3・4人部屋) 2,200円/月 個室 1,640円/月

【短期入所療養介護(ショートステイ)・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

④

基本利用料(多床室)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本利用料(個室)	1,802円/日	1,908円/日	2,047円/日	2,160円/日	2,278円/日
食事利用料(個室)	1,589円/日	1,741円/日	1,876円/日	1,992円/日	2,105円/日

⑤

変更負担額	2,100円/日
日用品費	800円/日
被服費	300円/日
夜勤職員配置加算	52円/日
ナース支援体制強化加算Ⅰ	74円/日
在宅復帰・在宅療養支援体制加算Ⅰ	39円/日
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.9%の1割分
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の1割分

⑥

居室費	多床室(2人部屋) 1,000円/日 多床室(3・4人部屋) 2,200円/日 個室 1,640円/日
-----	---

*上記利用料の他、次の料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)

・短期加算(入所1日又は30日間)	65円/日
・※1 短期集中リハビリテーション実施加算(入所後30日以内)	528円/回
・※2 認知症高齢者集中リハビリテーション実施加算(入所後30日以内)	523円/回
・障害性認知症高齢者集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	261円/日
・口腔衛生管理加算Ⅰ	299円/日
・接口感覚加算Ⅰ	872円/月
・接口感覚加算Ⅱ	218円/月
・療養加算	13円/食
・外泊時費用加算	799円/日
・執行内夜間看護加算	872円/回
・退所前看護相談加算	1,090円/回
・入退所前看護相談加算Ⅰ	872円/回
・訪問看護者派遣加算	654円/回
・看護マネジメント加算Ⅰ	28円/月
・看護マネジメント加算Ⅱ	21円/月
・排せつ支援加算Ⅰ	32円/月
・排せつ支援加算Ⅱ	43円/月
・自立支援促進加算	654円/回
・かかりつけ医連携体制強化加算Ⅰ(退所時1回)	218円/回
・かかりつけ医連携体制強化加算Ⅱ(退所時1回)	523円/回
・かかりつけ医連携体制強化加算Ⅲ(退所時1回)	218円/回
・安全対策体制強化加算(入所時1回)	43円/回
・病入時病室環境加算	496円/月
・科学的介護推進体制強化加算Ⅰ	130円/月

*上記料金の他、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の金額が加算されます。

(注)入所と同時にその他利用料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)
利用状況に応じて、短期入所療養介護のみに適用される以下の料金が別途必要となる場合があります。

・個別リハビリテーション実施加算	523円/日
・認知症高齢者心理看護支援加算(1日限額)	438円/日
・緊急避難入所者入加算(1日限額)	198円/日
・栄養加算	17円/日
・※2 療養管理加算(要介護度4・5が対象)	261円/日

*入所及び短期(ショートステイ)のその他利用料金(要介護度とは関係ありません。)

項目	利用料金
個室	7,300円/月(30日で+219,000円)
2人部屋	4,300円/月(30日で+129,000円)
退所(2+124のみ)	401円(ショートステイのみ)
検査費	2,800円(検査項目依り、別途徴収)
文書料	2,000円(検査項目依り、別途徴収)

※療養中は自己資金などで非喫煙の場合、喫煙者の加算が発生致しませんので御注意下さい。
※2は要介護4・5の方で、月ろう支給金と厚生年金のどちらかの方の支給額に準じています。
※この他、体調変化に伴い別途料金が加算される場合がございます。

介護老人保健施設 ふかさわ 利用料金表(3割)

令和3年4月1日適用
【入所・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 基本利用料(多床室)	2,576円/日	2,793円/日	2,996円/日	3,109円/日	3,279円/日
基本利用料(個室)	2,394円/日	2,481円/日	2,694円/日	2,857円/日	3,024円/日
食費負担額	2,100円/日				
日用品費	600円/日				
娯楽娯楽費	300円/日				
夜間職員巡回加算	78円/日				
② ユーピーエス提供体制強化加算Ⅱ	58円/日				
在宅型車-在宅型車受入れ加算Ⅰ	111円/日				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	35円/日				
リハビリ-ショートステイ	107円/日				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.8%の1割分				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の1割分				
居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3・4人部屋) 2,200円/日	個室 1,940円/日		
③ ①+②+③+④+⑤	要介護1 8,965円/日	要介護2 9,322円/日	要介護3 9,525円/日	要介護4 9,627円/日	要介護5 9,897円/日
多床室(2人部屋)	8,165円/日	8,392円/日	8,529円/日	8,627円/日	8,887円/日
多床室(3・4人部屋)	7,365円/日	7,510円/日	7,718円/日	7,866円/日	8,059円/日
個室	6,425円/日	6,662円/日	6,822円/日	6,927円/日	7,187円/日

*上記料金の他、介護職員処遇改善加算の金額が加算されます。
*個室・2人部屋のご利用の場合、それぞれ別途お部屋の代金がかかります。(下記「料金表参照」)

【短期入所療養介護(ショートステイ)・利用料金】(要介護度に応じて料金が異なります。)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
④ 基本利用料(多床室)	2,704円/日	2,864円/日	3,070円/日	3,240円/日	3,417円/日
基本利用料(個室)	2,459円/日	2,612円/日	2,815円/日	2,988円/日	3,158円/日
食費負担額	2,100円/日				
日用品費	600円/日				
娯楽娯楽費	300円/日				
夜間職員巡回加算	78円/日				
⑤ ユーピーエス提供体制強化加算Ⅰ	111円/日				
在宅型車-在宅型車受入れ加算Ⅰ	58円/日				
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.8%の1割分				
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の1割分				
居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3・4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日		
⑥ ④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨+⑩	要介護1 6,951円/日	要介護2 7,111円/日	要介護3 7,317円/日	要介護4 7,487円/日	要介護5 7,664円/日
多床室(2人部屋)	6,151円/日	6,311円/日	6,517円/日	6,587円/日	6,847円/日
多床室(3・4人部屋)	5,351円/日	5,510円/日	5,718円/日	5,866円/日	6,059円/日
個室	4,411円/日	4,648円/日	4,808円/日	4,913円/日	5,173円/日

*上記料金の他、介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算の金額が加算されます。
⑦ 入所と併用して他の利用料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)
⑧ 利用状況に応じて、短期入所療養介護のみに適用される以下の料金が別途必要となる場合があります。

-個別リハビリ-ショートステイ実施加算	784円/日
-緊急避難行動・処置実施加算(7日限)	654円/日
-緊急避難行動・処置実施加算(7日以内)	294円/日
-緊急避難行動	26円/日
-※2 在宅療養管理加算(要介護度4・5が対象)	392円/日

*入所及び短期(9-15泊)のその他利用料金(要介護度とは関係ありません。)

項目	利用料金
個室	7,300円/日(30日以下)+219,000円
2人部屋	4,300円/日(30日以下)+129,000円
短期(9-15泊)	601円(ショートステイのみ)
文書料	2,800円(各種書類印刷料、消費税込)

※1個室中は自己準備などでお洗濯の場合でもお洗濯の加算が発生致しますので御了承下さい。
※2は要介護5の方で、肩こりや腰痛など厚生労働大臣の定める状態の方に該当いたします。
※この他、体制強化に伴い別途料金が加算される場合がございます。

*上記利用料金の他、次の料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)	98円/日
-初期加算(入所した日から53日目)	784円/回
-※1 認知症初期(入所後3ヵ月以内)	784円/回
-※1 認知症初期(入所後3ヵ月以内)	392円/日
-認知症管理加算	359円/日
-認知症管理加算Ⅰ	1,308円/月
-認知症管理加算Ⅱ	327円/月
-療養加算	191円/日
-外泊時費用加算	1,183円/日
-銀行約通所待機加算	1,308円/回
-通所待機待機加算	1,635円/回
-入浴前準備加算Ⅰ	1,308円/回
-入浴前準備加算Ⅱ	981円/回
-浴室でショート入浴Ⅰ	42円/日
-浴室でショート入浴Ⅱ	32円/月
-排せつ交換加算Ⅰ	49円/月
-排せつ交換加算Ⅱ	981円/回
-自立支援促進加算	327円/回
-かかひつげ医療連携加算Ⅰ(退所時1回)	784円/回
-かかひつげ医療連携加算Ⅱ(退所時1回)	327円/回
-安全対策体制加算(入所時1回)	65円/回
-新人研修娯楽費加算	65円/月
-理学療法費加算Ⅰ	186円/月

介護老人保健施設ふかさわ 介護予防短期入所療養介護 利用料金表

令和3年4月1日適用

【1割負担の方】(要介護度に応じて料金が異なります。)

	要支援1	要支援2
① 基本利用料(多床室)	664円/日	837円/日
基本利用料(個室)	628円/日	785円/日
+		

② 食費負担額	2,100円/日	
日用品費	600円/日	
教養娯楽費	300円/日	
夜勤職員配置加算	26円/日	
サービスマン提供体制強化加算Ⅱ	19円/日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	37円/日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.9%の1割分	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の1割分	
+		

③ 居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3・4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日
+			

①+②+③=日額	要支援1	要支援2
多床室(2人部屋)	4,746円/日	4,919円/日
多床室(3・4人部屋)	5,946円/日	6,119円/日
個室	5,350円/日	5,507円/日

* 個室、2人部屋のご利用の場合、それぞれ別途お部屋代が加算されます。(右記下段料金参照)

上記利用料の他、次の料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)

	加算名	1割負担	2割負担
・個別リハビリメニュー実施加算		261円/回	523円/回
・認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を限度)		218円/日	436円/日
・老年性認知症利用者要入加算		130円/日	261円/日
・送迎加算(片道あたり)		200円/回	401円/回
・養食加算(1回)		8円/回	17円/回

【2割負担の方】(要介護度に応じて料金が異なります。)

	要支援1	要支援2
④ 基本利用料(多床室)	1,329円/日	1,674円/日
基本利用料(個室)	1,257円/日	1,571円/日
+		

⑤ 食費負担額	2,100円/日	
日用品費	600円/日	
教養娯楽費	300円/日	
夜勤職員配置加算	52円/日	
サービスマン提供体制強化加算Ⅱ	39円/日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	74円/日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.9%の2割分	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の2割分	
+		

⑥ 居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3・4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日
+			

④+⑤+⑥=日額	要支援1	要支援2
多床室(2人部屋)	5,501円/日	5,839円/日
多床室(3・4人部屋)	6,701円/日	7,039円/日
個室	6,069円/日	6,376円/日

* 個室、2人部屋のご利用の場合、それぞれ別途お部屋代が加算されます。(下記料金参照)

その他利用料金 (要介護度とは関係ありません。)

項目	利用料金
個室	7,300円/日(30日で+219,000円)
2人部屋	4,300円/日(30日で+129,000円)
訪問薬容	2,800円(キットのみ、出張料・消費税込)
文書料	2,000円(各種書類作成料、消費税込)

※この他、体制変化に伴い別途料金が加算される場合がございます。

令和3年4月1日適用

介護老人保健施設ふかさわ 介護予防短期入所療養介護 利用料金表

令和3年4月1日適用

【3割負担の方】(要介護度に応じて料金が異なります。)

①	要支援1	要支援2
基本利用料(多床室)	1,994円/日	2,511円/日
基本利用料(個室)	1,886円/日	2,357円/日

②	食費負担額	2,100円/日
日用品費	600円/日	
娯楽娯楽費	300円/日	
夜勤職員配置加算	78円/日	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	58円/日	
空室確保・在宅療養支援機能加算Ⅰ	111円/日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.9%の3割分	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1ヶ月の総単位数の2.1%の3割分	

③	居住費	多床室(2人部屋) 1,000円/日	多床室(3・4人部屋) 2,200円/日	個室 1,640円/日
---	-----	-----------------------	-------------------------	----------------

①+②+③=日額	要支援1	要支援2
多床室(2人部屋)	6,251円/日	6,798円/日
多床室(3・4人部屋)	7,451円/日	7,998円/日
個室	6,798円/日	7,244円/日

*個室、2人部屋のご利用の場合、それぞれ別途お部屋代が加算されます。

上記利用料の他、次の料金が加算される場合があります。(該当する方のみ)

個別リハビリテーション実施加算	3割負担 784円/回
認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を限度)	654円/日
若年性認知症利用者受入加算	392円/日
送迎加算(片道あたり)	601円/回
療養食加算(1回)	26円/回

令和3年4月1日現在

介護老人保健施設ふかさわ
ご利用料金早見表(要介護の方)

サービス	居室	限度額認定証	負担割合	1日料金	30日料金
入所	大部屋 (3・4人部屋)	お持ちで無い方	1割	¥6,309	¥189,270
			2割	¥7,419	¥222,570
			3割	¥8,528	¥255,840
		階層2	1割	¥2,769	¥83,070
		階層3	1割	¥3,029	¥90,870
		2人部屋	お持ちで無い方	1割	¥9,409
	2割			¥10,519	¥315,570
	3割			¥11,628	¥348,840
	階層2		1割	¥7,069	¥212,070
	階層3		1割	¥7,329	¥219,870
	個室		お持ちで無い方	1割	¥12,965
		2割		¥13,991	¥419,730
3割		¥15,017		¥450,510	
階層2		1割	¥10,105	¥303,150	
階層3		1割	¥11,185	¥335,550	
短期入所		大部屋 (3・4人部屋)	お持ちで無い方	1割	¥6,306
	2割			¥7,412	¥222,360
	3割			¥8,519	¥255,570
	階層2		1割	¥2,766	¥82,980
	階層3		1割	¥3,026	¥90,780
	2人部屋		お持ちで無い方	1割	¥9,406
		2割		¥10,512	¥315,360
		3割		¥11,619	¥348,570
		階層2	1割	¥7,066	¥211,980
		階層3	1割	¥7,325	¥219,750
		個室	お持ちで無い方	1割	¥12,961
	2割			¥13,982	¥419,460
3割	¥15,003			¥450,090	
階層2	1割		¥10,101	¥303,030	
階層3	1割		¥11,181	¥335,430	

- ※介護度は3で計算しております。
(介護度により、1日あたり数十円～数百円程度の増減がございます。)
- ※食事代・オムツ代が含まれた金額となります。
- ※短期集中リハ加算・個別リハ加算を実施した際は、別途料金がかかります。
- ※訪問美容・訪問歯科・業者クリーニングをご利用の際は、別途料金がかかります。

令和3年4月1日現在

介護老人保健施設ふかさわ
ご利用料金早見表(要支援の方)

サービス	居室	限度額認定証	負担割合	介護度	1日料金	30日料金	
介護予防短期入所	大部屋 (3・4人部屋)	お持ちで無い方	1割	支援1	¥5,947	¥178,410	
				支援2	¥6,119	¥183,570	
			2割	支援1	¥6,695	¥200,850	
				支援2	¥7,039	¥211,170	
			3割	支援1	¥7,443	¥223,290	
				支援2	¥7,959	¥238,770	
		階層2	1割	支援1	¥2,407	¥72,210	
				支援2	¥2,579	¥77,370	
		階層3	1割	支援1	¥2,667	¥80,010	
				支援2	¥2,839	¥85,170	
		2人部屋	お持ちで無い方	1割	支援1	¥9,047	¥271,410
					支援2	¥9,219	¥276,570
	2割			支援1	¥9,795	¥293,850	
				支援2	¥10,139	¥304,170	
	3割			支援1	¥10,543	¥316,290	
				支援2	¥11,059	¥331,770	
	階層2		1割	支援1	¥6,707	¥201,210	
				支援2	¥6,879	¥206,370	
	階層3		1割	支援1	¥6,967	¥209,010	
				支援2	¥7,139	¥214,170	
	個室		お持ちで無い方	1割	支援1	¥12,651	¥379,530
					支援2	¥12,803	¥384,090
		2割		支援1	¥13,363	¥400,890	
				支援2	¥13,677	¥410,310	
		3割		支援1	¥14,075	¥422,250	
				支援2	¥14,546	¥436,380	
		階層2	1割	支援1	¥9,791	¥293,730	
				支援2	¥9,943	¥298,290	
階層3		1割	支援1	¥10,871	¥326,130		
			支援2	¥11,028	¥330,840		

※食事代・オムツ代が含まれた金額となります。

※個別リハ加算を実施した際は、別途料金がかかります。

※訪問美容・訪問歯科・業者クリーニングをご利用の際は、別途料金がかかります。