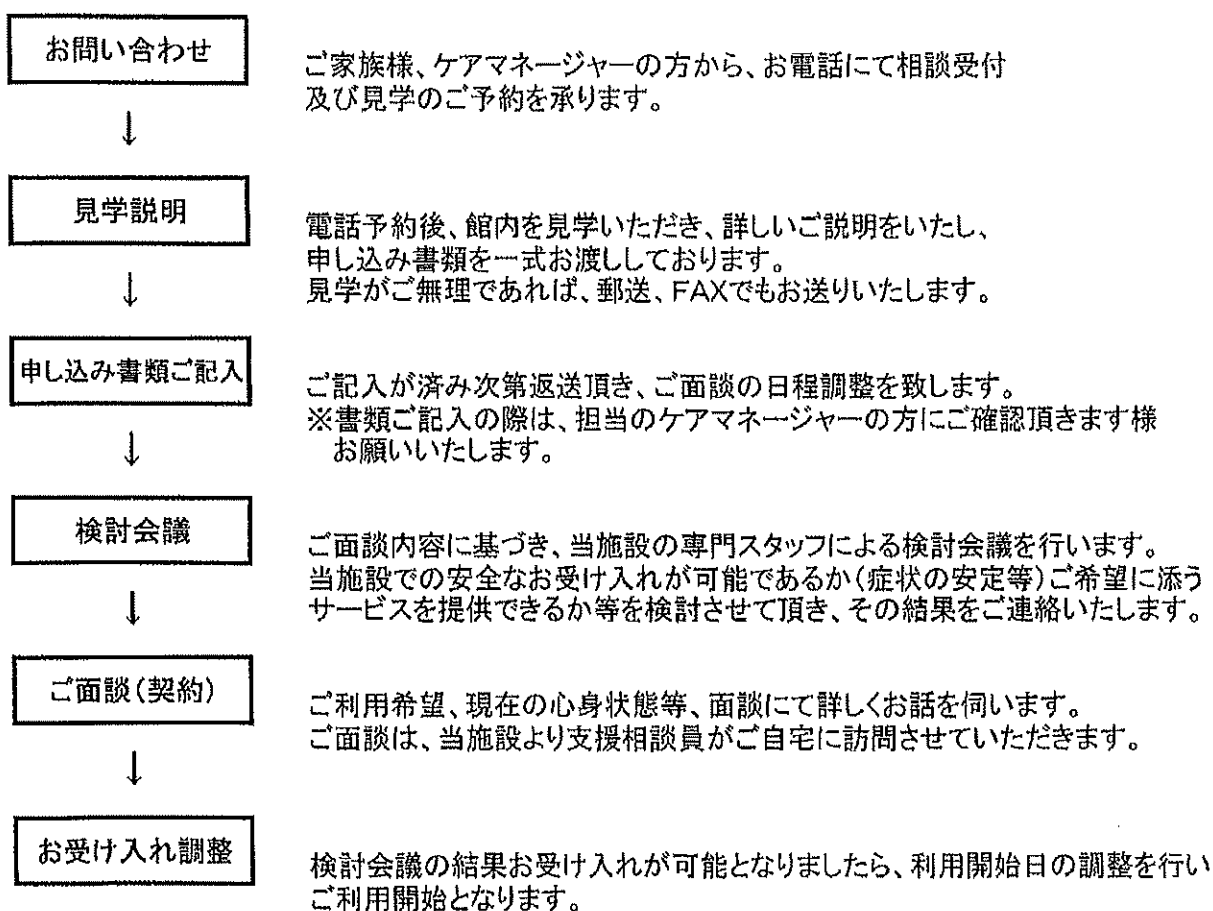


## 介護老人保健施設 ふかさわ 通所リハビリテーションのご案内

### 【お申し込みの流れ】



- \* ご利用をお急ぎの方は、お電話にてその旨をお伝えください。早急に対応させていただきます。
- \* 見学説明等の日程については、随時ご相談受付けておりますのでお問い合わせください。
- \* ご不明な点等ございましたら下記までご連絡下さい。

介護老人保健施設 ふかさわ  
〒158-0081  
東京都世田谷区深沢1-9-3  
TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181  
( 直通番号 03-3701-6726 )

## 【通所リハビリテーション利用申込み書類の記載方法】

この度は、通所リハビリテーションご利用のお問合せを頂きまして、誠にありがとうございます。

- |                                      |   |                |
|--------------------------------------|---|----------------|
| ① 利用申込書                              | } | ご家族様にて         |
| ② アンケート（既往症等）                        |   |                |
| ③ 嗜好調査票                              |   |                |
| ④ アンケート（生活歴・家族図）                     |   |                |
| ⑤ 興味・関心チェックシート                       |   |                |
| ⑥ 身体状況および日常生活                        |   | ご担当ケアマネージャー様にて |
| 入浴、個別リハビリご希望の方                       |   |                |
| ⑦ 通所リハビリテーション指示書<br>（全項目の記載が必要となります） |   | ご担当医先生にて       |

それぞれご記載頂き、全て揃いましたらご送付願います。

※介護保険証のコピー・現在内服されているお薬の処方内容の書かれた用紙（コピー可）がございましたら同封してください。

尚、ご利用にあたっては書類審査→面談→検討会議での審査があります。  
ご本人の状況によっては、ご利用出来ない場合がございます。  
あらかじめご了承の上、お申し込み頂きたく存じます。

## 【ご利用の際のお願い事項】

- ・ 朝の送り出しと夕方の出迎えは、基本的にご家族様対応となっております。  
※ヘルパー対応でも可
- ・ 2階や3階などに玄関があるお宅は、1階まで降りてお待ち頂くようお願い致します。
- ・ ご利用中の急変時などは、当施設の提携病院である奥沢病院へのご搬送となります。  
奥沢病院以外へのご希望がございましたら、事前にご連絡願います。

ご家族様

誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の  
「利用申込書」「アンケート（既往症等）」「嗜好調査票」  
「アンケート（生活歴・家族図）」「興味・関心チェック  
シート」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

通所リハビリテーション

電話 03(3701)1164

通所直通 03(3701)6726

介護老人保健施設 ふかさわ  
通所リハビリテーション 利用申込書

記入日： 年 月 日

ご利用者本人	フリガナ			
	氏名	(男・女)		
	生年月日	大正・昭和	年	月 日 (歳)
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
介護保険情報	被保険者番号		保険者	世田谷区 / 区外 ( )
	要支援・要介護度	支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5・申請中・区分変更中		介護保険負担割合 1・2・3割
	有効期限	年 月 日	～	年 月 日
	交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
利用希望詳細	希望曜日	月・火・水・木・金・土・日	回数	週 回
	希望サービス	送迎	有・無 / ステップ乗車・車椅子乗車	
		入浴	有・無 / 一般浴・機械浴	
		個別リハビリ	有・無 ( )	
希望・方針	通所リハビリを利用することによって求める効果(当てはまる物に○をつけて下さい) 通所利用目的：リハビリ・入浴・他者交流・外出機会の確保・ご家族の介護負担軽減・その他( ) 良くなったら行いたいこと：			
保証人連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
緊急連絡先	フリガナ			
	氏名	(続柄)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
主治医	病院名			
	主治医名			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
居宅事業所	事業所名		事業所番号	
	ケアマネジャー			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	



## ＜ 嗜好調査表 ＞

\* おいしい食事を提供させて頂くために、次のアンケートにご協力をお願い致します。

お名前 \_\_\_\_\_ 様( 男 ・ 女 )      調査日:      年    月    日

治療食	不要 ・ 要( エネルギー調整食1400kcal、1200kcal ・ 減塩食6g ・ その他 )		
主食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ( 7 ・ 5 ・ 3 )分粥 ・ 粥ミキサー ・ その他( )		
副食	常菜 ・ 一口大サイズ ・ きざみ ・ 超きざみ ・ ミキサー ・ 汁のみとろみ ・ 全とろみ		
アレルギー	無 ・ 有( 食品名: _____ 代替え→ )		
肉類	食べる → 形態: 普通 ・ 刻み ・ 超刻み (嫌いな物: _____ ) 食べない → 理由: _____		
好きな食べ物		嫌いな食べ物 (アレルギー以外)	
飲み物	好きな物: _____ ※お酒: 飲む ・ 少々飲む ・ 飲まない 嫌いな物: _____		
義歯	自歯 ・ 総義歯 ・ 部分義歯		
※水分にとろみが必要な方は、右の有りに○をして下さい。      有り ( 弱 ・ 中 ・ 強 )			

※主食(米飯)のグラムとカロリーの目安表記

大盛・170g (1,600カロリー) / 日

普通・130g (1,400カロリー) / 日

小盛・ 90g (1,200カロリー) / 日

1/2盛・85g (1,000カロリー) / 日

■米飯以外はグラム数が変わります。

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

通所リハビリテーション

# 【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 ※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

生まれ: 東京(都)道・府・県 世田谷(市)区・町・村で 5 人兄弟の 3 番目として誕生。

学歴: 〇〇高校 卒業後 花屋 に勤務し 23 歳まで勤める。

結婚歴: 23歳の時に米屋を営む深沢正夫25歳の(夫)妻と結婚。その後 2人の子に恵まれる。

生活歴・病歴: 子育てをしながら、店の経理を手伝う。

平成21年1月に夫が脳梗塞の為に他界。店をたたみ一人暮らしを続けていたが、平成24年3月自宅にて転倒し、右大腿骨を骨折。〇〇病院へ3ヶ月入院する。退院後に長男と同居。現在に至る。

ご本人様の性格(当てはまることに〇をして下さい) ※何か所でも構いません

内向的・(社会的)・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・(優しい)・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他( )

ご家族の構成(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、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

ご記入者様氏名

## ご本人様の生活歴

※結婚歴がない方は結婚歴欄に「なし」とご記入ください

生まれ:	都・道・府・県	市・区・町・村で	人兄弟の	番目として誕生。
学歴:	卒業後	に勤務し	歳まで勤める。	
結婚歴:	歳の時に	歳の夫・妻と結婚。その後	人の子に恵まれる。	
生活歴・病歴:				

## ご本人様の性格(当てはまることに○をして下さい) ※何か所でも構いません

内向的・社会的・神経質・慎重・多弁・頑固・気が弱い・気が強い・楽観的・几帳面・大雑把・気長・短気・仕事人・生真面目・優しい・お人好し・ひょうきん・子供っぽい・自己中心的・せっかち・その他( )

## ご家族の構成(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

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)



興味・関心チェックシート  
(プレ・インタビューシート)

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲・サッカー等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他( )				その他( )			
その他( )				その他( )			

ご利用者氏名: \_\_\_\_\_ 様

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」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

通所リハビリテーション

電話 03(3701)1164

電話直通 03(3701)6726

身体状況および日常生活について

事業所名

ご記入者(ケアマネージャー)

様

ご利用者名	様		男・女	生年月日	T S 年 月 日( 歳)
身長	om	体重	kg		
介護保険	要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)		介護保険負担割合	1・2・3割	
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)				
送迎	・ステップ乗車 ・車椅子乗車				
入浴	・一般浴(自立 一部介助 全介助) ・機械浴				
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)				
食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助			食思状態	良好 ・不良( )
	・主食(米飯 軟飯 五分粥 全粥 ミキサー) ・副食(常菜 一口大 キザミ トロミ) ・療養食(有・無)				
	・カロリー制限( kcal ) ・減塩( g )				
	・介助方法: 箸 スプーン フォーク 吸い飲み			・水分トロミ(無・有(弱・中・強))	
	・義歯(有【上・下・部分】無)			・むせ込み(有 時々有り 無)	
麻痺	有(部位: 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) ・無			拘縮	有・無(部位)
視力	普通 ・ やや弱視 ・ 弱視 ・ 全盲 ・ 老眼			(眼鏡使用 有・無)	
言語	普通 ・ はっきりしない ・ やっと通じる ・ 話せない(失語・認知症・不明言語・その他)				
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 (補聴器使用 有・無)				
意思疎通	できる ・ とくときできる ・ ほとんどできない ・ できない				
認知症	無・有				
	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・帰宅願望・離脱・その他(具体例: )				
<通所利用希望きっかけ> ご本人希望・ご家族希望・ケアマネのすすめ・医師のすすめ・その他( )					
<通所利用目的> リハビリ・入浴・他者交流・外出機会の確保・ご家族の介護負担軽減・その他( )					
<他サービスからの連絡事項> 無・有( )					
<その他特記事項>					

介護老人保健施設 ふかさわ

〒158-0081 東京都世田谷区深沢1-9-3

TEL 03-3701-1164 FAX 03-3701-1181

ご担当医先生

入浴、個別リハビリをご希望の場合は、  
誠にお手数をお掛け致しますが、別紙の  
「通所リハビリテーション指示書」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

通所直通 03(3701)6726

# 通所リハビリテーション 指示書

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 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ 印 TEL ( ) \_\_\_\_\_

記入日: 年 月 日

氏名			男・女	生年月日	大正 _____ 年 月 日( 歳)	
					昭和 _____ 年 月 日( 歳)	
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 年 月 日					
身長・体重			cm	kg		
治療食	無 ・ 有 ( )					
アレルギー	無 ・ 有 ( )					
嚥下障害	無 ・ 有					
感染症疾患	無 ・ 有 疥癬( + ・ - ) MRSA( + ・ - ) 結核( + ・ - ) HBs抗原( + ・ - ) HCV抗体( + ・ - )					
褥瘡	無 ・ 有 ( 部位: _____ )		処置: _____			
麻痺	無 ・ 有 ( 部位: _____ )		状態: _____			
拘縮	無 ・ 有 ( 部位: _____ )		状態: _____			
精神障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症( ) <input type="checkbox"/> 精神障害( )					
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( )					
障害老人日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症老人日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V					
◎ リハビリテーション指示						
・ 評価の上、機能訓練及びADL訓練等の具体的指示						
・ 訓練施行上の注意、禁忌事項						
◎ 入浴時の指示 (入浴の際の注意事項等)						

ふかさわ通所リハビリテーション

1日のタイムスケジュール（1日の流れ）

9：00 1便バス到着

10：00 2便バス到着（3便まである日もあります）

10：30 朝の会（職員挨拶）

創作活動（手作業を中心に、ちぎり絵・折り紙など）

※入浴 9：00～12：00（月・金が入浴お休みです、入所の方が入浴日の為）

※個別リハビリ 9：00～12：00

11：30 集団体操・嚥下体操

12：00 昼食

休息

※個別リハビリ 13：00～16：30

13：40 集団体操

レクリエーション（体を使ったレクリエーション・クイズ・脳トレなど）

14：50 おやつ

15：30 帰りの会（職員挨拶）

16：00 1便バス出発

17：00 2便バス出発

【通所リハビリテーションご利用料金表 1・2・3割】(介護度に応じて料金が異なります。料金は概算であり、詳細は請求書をご確認下さい)  
令和3年4月1日改定

基本料金(1日当たり)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満(1割)	840 円/日	995 円/日	1,153 円/日	1,338 円/日	1,519 円/日
7時間以上8時間未満(2割)	1,680 円/日	1,991 円/日	2,306 円/日	2,677 円/日	3,039 円/日
7時間以上8時間未満(3割)	2,520 円/日	2,987 円/日	3,459 円/日	4,015 円/日	4,558 円/日

食費	940 円/日
日用品費	250 円/日
教養娯楽費	140 円/日



基本料金合計(1日当たり)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
7時間以上8時間未満(1割)	2,170 円/日	2,325 円/日	2,483 円/日	2,668 円/日	2,849 円/日
7時間以上8時間未満(2割)	3,010 円/日	3,321 円/日	3,636 円/日	4,007 円/日	4,369 円/日
7時間以上8時間未満(3割)	3,850 円/日	4,317 円/日	4,789 円/日	5,345 円/日	5,888 円/日

加算	1割			2割			3割			紙おむつ (当施設で提供したものを ご請求致します)
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	
リハビリテーションプログラム加算A1(6ヶ月以内)	621 円/月	1,243 円/月	1,864 円/月	1,709 円/月	1,864 円/月	621 円/月	1,243 円/月	1,864 円/月	1,709 円/月	1,864 円/月
リハビリテーションプログラム加算A2(6ヶ月超)	266 円/月	532 円/月	799 円/月	1,065 円/月	1,332 円/月	266 円/月	532 円/月	799 円/月	1,065 円/月	1,332 円/月
リハビリテーションプログラム加算A2.1(6ヶ月以内)	658 円/回	1,316 円/回	1,974 円/回	2,632 円/回	3,290 円/回	658 円/回	1,316 円/回	1,974 円/回	2,632 円/回	3,290 円/回
リハビリテーションプログラム加算A2.2(6ヶ月超)	303 円/日	606 円/日	909 円/日	1,212 円/日	1,515 円/日	303 円/日	606 円/日	909 円/日	1,212 円/日	1,515 円/日
リハビリテーションプログラム加算B1(6ヶ月以内)	921 円/日	1,842 円/日	2,763 円/日	2,632 円/日	2,501 円/日	921 円/日	1,842 円/日	2,763 円/日	2,632 円/日	2,501 円/日
リハビリテーションプログラム加算B1.1(6ヶ月超)	566 円/日	1,132 円/日	1,698 円/日	1,567 円/日	1,436 円/日	566 円/日	1,132 円/日	1,698 円/日	1,567 円/日	1,436 円/日
リハビリテーションプログラム加算B2.1(6ヶ月以内)	957 円/回	1,915 円/回	2,873 円/回	2,742 円/回	2,611 円/回	957 円/回	1,915 円/回	2,873 円/回	2,742 円/回	2,611 円/回
リハビリテーションプログラム加算B2.2(6ヶ月超)	602 円/回	1,205 円/回	1,808 円/回	1,677 円/回	1,546 円/回	602 円/回	1,205 円/回	1,808 円/回	1,677 円/回	1,546 円/回
通所リハビリ提供体制加算	31 円/回	62 円/回	93 円/回	124 円/回	155 円/回	31 円/回	62 円/回	93 円/回	124 円/回	155 円/回
短期集中個別リハビリテーション実施加算(3ヶ月以内)※1	122 円/月	244 円/月	366 円/月	366 円/月	366 円/月	122 円/月	244 円/月	366 円/月	366 円/月	366 円/月
入浴介助加算I	44 円/月	88 円/月	133 円/月	133 円/月	133 円/月	44 円/月	88 円/月	133 円/月	133 円/月	133 円/月
口腔・栄養プログラム加算I	22 円/回	44 円/回	66 円/回	66 円/回	66 円/回	22 円/回	44 円/回	66 円/回	66 円/回	66 円/回
口腔・栄養プログラム加算II	5 円/月	11 円/月	16 円/月	16 円/月	16 円/月	5 円/月	11 円/月	16 円/月	16 円/月	16 円/月
栄養アセスメント加算	55 円/月	111 円/月	166 円/月	166 円/月	166 円/月	55 円/月	111 円/月	166 円/月	166 円/月	166 円/月
栄養改善加算(月2回限度)	222 円/回	444 円/回	666 円/回	666 円/回	666 円/回	222 円/回	444 円/回	666 円/回	666 円/回	666 円/回
サービスマニエール強化加算Ⅲ	6 円/回	13 円/回	19 円/回	19 円/回	19 円/回	6 円/回	13 円/回	19 円/回	19 円/回	19 円/回
重度療養管理加算※2	111 円/回	222 円/回	333 円/回	333 円/回	333 円/回	111 円/回	222 円/回	333 円/回	333 円/回	333 円/回
科学的介護推進体制加算	44 円/回	88 円/回	133 円/回	133 円/回	133 円/回	44 円/回	88 円/回	133 円/回	133 円/回	133 円/回
送迎未実施(片道分)…自己送迎時	-52 円/回	-104 円/回	-156 円/回	-156 円/回	-156 円/回	-52 円/回	-104 円/回	-156 円/回	-156 円/回	-156 円/回
介護職員処遇改善加算I	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000	所定単位×47/1000
介護職員等特定処遇改善II	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000	所定単位×17/1000
感染症等3%加算	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%	所定単位×3%
令和3年9月30日迄上乗せ分	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000	所定単位×1/1000

※1 算定中は自己都合などで非実施の場合でも予定数の加算が発生致します。

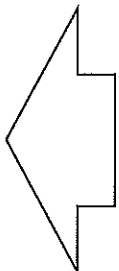
※2 要介護3,4,5の方で、胃ろう造設など厚生労働大臣の定める状態の方に算定いたします。

この他、社会情勢等に伴い別途料金が加算される場合がございます。

【介護予防通所リハビリテーション利用料金表 1割・2割・3割】(介護度に応じて料金が異なります。料金は概算であり、詳細は請求書をご確認ください)  
令和3年4月1日改定

基本料金(1月当たり)		
1割負担	要支援1	要支援2
2割負担	2,278	4,438
3割負担	4,557	8,877
	6,836	13,316

食費	940円/日
日用品費	250円/日
教養娯楽費	140円/日



基本料金合計(1回当たり)		
1割負担	要支援1	要支援2
2割負担	3,608	5,768
3割負担	5,887	10,207
	8,166	14,646

基本料金合計(1月当たり)			要支援1 (月4回ご利用 の場合)	要支援2 (月8回ご利用 の場合)
1割負担		7,598	15,078	
2割負担		9,877	19,517	
3割負担		12,156	23,956	

加算名	1割	2割	3割	紙おむつ (当施設で提供したものを ご請求致します)
運動器機能向上加算/月	249	499	749	
栄養改善加算/月	222	444	666	テープタイプ(M) 170円/枚
口腔栄養スクリーニング加算 I/回	22	11	66	テープタイプ(L) 180円/枚
口腔栄養スクリーニング加算 II/回	5	11	16	パンツタイプ(M) 180円/枚
選択的サービス複数実施加算 I 1/月	532	1,065	1,598	パンツタイプ(L) 200円/枚
選択的サービス複数実施加算 I 2/月	532	1,065	1,598	尿とりパッド 40円/枚
選択的サービス複数実施加算 I 3/月	532	1,065	1,598	訪問美容 2,200円/回
選択的サービス複数実施加算 II /月	777	1,554	2,331	
サービス提供体制加算Ⅲ 1 (要支援1の方)	26	53	79	
サービス提供体制加算Ⅲ 2 (要支援2の方)	53	106	159	
科学的介護推進体制加算	44	88	133	
事業所評価加算				
介護職員処遇改善加算 I				※所定単位×4.7%の1割(2割・3割)分となります。
介護職員等特定処遇改善加算 II				※所定単位×1.7%の1割(2割・3割)分となります。
令和3年9月30日まで上乗せ分				※所定単位×1%の1割(2割・3割)分となります。

注:この他、社会情勢等に伴い別途料金が加算される場合がございます。