

短期入所生活介護 新規利用申込書

特別養護老人ホーム古川親水苑
生活相談員行 (FAX 03-5667-1215)

申込日: 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
利用者氏名		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)	
住所	〒				
電話		携帯電話			
かかりつけ医療機関	病院名		電話		
	主治医名				
	診療科名				
要介護度	要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5	負担割合	割	介護保険 負担限度額認定証	段階

連絡先①	フリガナ		電話		
	氏名		携帯電話		
		続柄()			
	該当する箇所に☑→	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者	勤務先		
住所	〒				
連絡先②	フリガナ		電話		
	氏名		携帯電話		
		続柄()			
	該当する箇所に☑→	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 受診付添い者 <input type="checkbox"/> 副介護者 <input type="checkbox"/> 同居者	勤務先		
住所	〒				
居宅支援事業所	事業所名		担当ケアマネージャー氏名		
	電話		FAX		
【備考】					

※お持ちのものは、コピーの添付をお願いします

- 介護保険被保険者証 介護保険負担割合証 身体障害者手帳
介護保険負担限度額認定証 医療被保険証

希望期間	年 月 日() ~ 月 日() 【 日間】 上記期間の中で必ず必要な日がありましたらご記入ください→【 】
希望理由	

普段の様子をお教えてください

<p>(1日の過ごし方)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>6:00</p> <p style="text-align: right;">13:00</p> <p style="text-align: left;">12:00</p> <p style="text-align: right;">23:00</p> </div>	<p>(家族構成) 本人は男性:回 女性:◎ (□男 □女)</p>
---	------------------------------------

日常生活状況

移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	生活様式はどちらですか	<input type="checkbox"/> ベッド・椅子の生活 <input type="checkbox"/> 布団・畳の生活
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み(一口大/みじん切り) <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 経管(胃ろう/鼻腔) <input type="checkbox"/> その他()		
摂食方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(ml/日)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
カロリー制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kcal/日)	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(g/日)
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ		
更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	【普段の介助方法】	
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 義歯 ※義歯に問題 無・有()		
言語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 言語障害あり	意思の伝達と判断決定	<input type="checkbox"/> 伝達可能 <input type="checkbox"/> いづらか困難 <input type="checkbox"/> 困難

【普段から気をつけていること・困っていること・既往歴等】

短期入所生活介護 再利用申込書

特別養護老人ホーム古川親水苑 生活相談員行
(TEL 03-5667-1211/FAX 03-5667-1215)

申込日: _____年 ____月 ____日
決定日: _____年 ____月 ____日

利用者氏名		男・女	明治 大正 昭和	____年 ____月 ____日生 (____歳)
居宅支援事業所	事業所名	担当ケアマネージャー氏名		
	電話	FAX		

担当ケアマネージャー記入欄

施設担当者記入欄

《希望期間》	《決定日》	検討結果
____月 ____日() ~ ____月 ____日() 上記期間中で必ず必要な日→【 ____ 】 ⇒ ____月 ____日() ~ ____月 ____日() 希望理由→【 ____ 】		可・否
____月 ____日() ~ ____月 ____日() 上記期間中で必ず必要な日→【 ____ 】 ⇒ ____月 ____日() ~ ____月 ____日() 希望理由→【 ____ 】		可・否
特に期間の希望がない場合 日数→【 ____ 日間】 ⇒ ____月 ____日() ~ ____月 ____日() 時期→【月の前半・月の後半・いつでも可】 希望理由→【 ____ 】		可・否

ADL等 ※前回利用時から変化がある場合はご記入ください

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	主食(常食・粥)/副食(常食・一口大・きざみ・ミキサー)
嚥下	普通・やや悪い・悪い トロミ(あり・なし)	食事制限	
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	歩行	独歩・伝い歩行・杖・歩行器・車椅子 自立・介助
認知症	なし・あり()	排泄	自立・一部介助・全介助 オムツ・リハビリ
送迎	有・無	その他連絡事項等()	
処方内容	有・無 ※変更有の場合は、お薬手帳のコピーをご送付ください。		

- ・申込期間は、原則としてご利用予定月2ヶ月前の1日から受付開始とします。
1日が土・日・祝日の場合は、翌平日からの受付開始とします。
- ・同じ利用期間に多数のお申し込みがあった場合は先着順とし、同日のお申し込みの場合には抽選となります。また、希望期間と前後する場合や、キャンセル待ちとなる場合があります。
- ・利用決定のお知らせは、この用紙に決定日を記入して返信させていただきます。
- ・ご利用当日のキャンセルは実費をご負担いただきます。
- ・その他ご不明点がございましたら、生活相談員までご連絡ください。

社会福祉法人 東京優貴会
特別養護老人ホーム古川親水苑
〒134-0013 東京都江戸川区江戸川5-4-2

(施設記入欄)

入所検討会議 開催日: _____年 ____月 ____日

施設長	副施設長	看護師	介護職員	生活相談員	介護支援 専門員	管理栄養士	リハビリ職員

ユニット型特別養護老人ホーム古川親水苑 介護予防短期入所生活介護 料金表
(2018年4月変更)

第1段階 対象者：生活保護受給者の方・老齢福祉年金受給者・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの				(円)
		自己負担額	食費	居住費	合計	
要支援1	512	569	300	820	1,689	
要支援2	636	706	300	820	1,826	

第2段階 対象者：合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの				(円)
		自己負担額	食費	居住費	合計	
要支援1	512	569	390	820	1,779	
要支援2	636	706	390	820	1,916	

第3段階 対象者：合計の所得金額と課税年金収入の合計が80万円以上266万円以下の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの				(円)
		自己負担額	食費	居住費	合計	
要支援1	512	569	650	1,310	2,529	
要支援2	636	706	650	1,310	2,666	

第4段階 <1割負担> 対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの				(円)
		自己負担額	食費	居住費	合計	
要支援1	512	569	1,960	2,070	4,599	
要支援2	636	706	1,960	2,070	4,736	

第4段階 <2割負担> 対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの				(円)
		自己負担額	食費	居住費	合計	
要支援1	512	1,137	1,960	2,070	5,167	
要支援2	636	1,412	1,960	2,070	5,442	

※【食費内訳】朝食：620円 / 昼食：720円 / 夕食：620円

加算料金等

加算項目	1日の単位	1日の自己負担額		算定要件
		(1割)	(2割)	
●機能訓練体制加算	12	14	27	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置している場合
△個別機能訓練加算	56	63	125	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置、共同して計画を作成し訓練を行い、3ヶ月に1回居宅訪問の上、説明・見直しを行った場合
☆生活機能向上連携加算(1回/月) (機能機能訓練加算を算定している場合)	200 100	222 111	444 222	医療提供施設の職員が訪問し、施設職員と共同で個別機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を実施している場合
☆若年性認知症利用者受入加算	120	134	267	若年性認知症利用者の受け入れを行った場合
△認知症専門ケア加算Ⅰ	3	4	7	認知症入居者の割合が2分の1以上で研修修了者を配置した場合
△認知症専門ケア加算Ⅱ	4	5	9	指導に係る専門的な研修修了者を配置している場合
☆送迎加算	184	205	409	送迎を行う場合(片道につき)
☆療養食加算(1食につき1回)	8	9	18	医師の処方箋に基づき療養食が提供された場合
☆認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	222	444	認知症行動が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した場合緊急に利用を開始した日から7日間を限度として算定
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	20	40	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の60以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12	14	27	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の50以上である場合

△サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6	7	14	看護師・准看護師または介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合
●△サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	7	14	職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合
●介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	—	—	—	総単位数に8.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	—	—	—	総単位数に6.0%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	—	—	—	総単位数に3.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	—	—	—	総単位数に3.3%を乗じた単位数の90%に相当する単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	—	—	—	総単位数に3.3%を乗じた単位数の80%に相当する単位数

注1) ●印・・・すべての入居者に対し算定するものです

注2) ☆印・・・入居者の状況により算定が異なります

注3) △印・・・人員配置・その他の基準を満たしている場合に算定します

【キャンセル料金】

ご利用当日のキャンセルの場合、1,400円を実費でお支払いいただきますのでご了承ください。

(食材費・送迎手配費用・事務手数料等)

ユニット型特別養護老人ホーム古川親水苑 短期入所生活介護 料金表
(2019年10月変更)

第1段階 対象者：生活保護受給者の方・老齢福祉年金受給者・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	684	760	300	820	1,880	
要介護2	751	834	300	820	1,954	
要介護3	824	915	300	820	2,035	
要介護4	892	991	300	820	2,111	
要介護5	959	1,065	300	820	2,185	

第2段階 対象者：合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下・境界層該当者の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	684	760	390	820	1,970	
要介護2	751	834	390	820	2,044	
要介護3	824	915	390	820	2,125	
要介護4	892	991	390	820	2,201	
要介護5	959	1,065	390	820	2,275	

第3段階 対象者：合計の所得金額と課税年金収入の合計が80万円以上266万円以下の方

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	684	760	650	1,310	2,720	
要介護2	751	834	650	1,310	2,794	
要介護3	824	915	650	1,310	2,875	
要介護4	892	991	650	1,310	2,951	
要介護5	959	1,065	650	1,310	3,025	

第4段階
<1割負担>

対象者：市町村民税課税世帯

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	684	760	2,100	2,200	5,060	
要介護2	751	834	2,100	2,200	5,134	
要介護3	824	915	2,100	2,200	5,215	
要介護4	892	991	2,100	2,200	5,291	
要介護5	959	1,065	2,100	2,200	5,365	

第4段階
<2割負担>

対象者：市町村民税課税世帯（2015年8月から）

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	682	1,519	2,100	2,200	5,819	
要介護2	749	1,668	2,100	2,200	5,968	
要介護3	822	1,830	2,100	2,200	6,130	
要介護4	889	1,981	2,100	2,200	6,281	
要介護5	956	2,129	2,100	2,200	6,429	

第4段階
<3割負担>

対象者：市町村民税課税世帯（2018年8月から）

要介護度	サービス基本単位	1日あたりの自己負担額	1日あたりの食費	1日あたりの居住費	1日あたりの合計	(円)
要介護1	682	2,278	2,100	2,200	6,578	
要介護2	749	2,501	2,100	2,200	6,801	
要介護3	822	2,744	2,100	2,200	7,044	
要介護4	889	2,971	2,100	2,200	7,271	
要介護5	956	3,194	2,100	2,200	7,494	

※【食費内訳】朝食：660円 / 昼食：770円 / 夕食：670円

加算料金等

加算項目	1日の単位	1日の自己負担額			算定要件
		(1割)	(2割)	(3割)	
△看護体制加算(Ⅰ)	4	5	9	14	常勤の看護師を1名以上配置している場合
△看護体制加算(Ⅱ)	8	9	18	27	看護職員の数が基準を満たしており、看護職員または病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保している場合
△看護体制加算(Ⅲ)イ	12	14	27	40	看護体制加算Ⅰで要介護3以上の利用者が100分の70以上の場合
△看護体制加算(Ⅳ)イ	23	26	51	77	看護体制加算Ⅱで要介護3以上の利用者が100分の70以上の場合
△医療連携強化加算	58	65	129	193	看護体制加算Ⅱを算定し、医療連携の基準を満たしている場合
●△夜勤職員配置加算(Ⅱ)	18	20	40	60	夜勤を行う職員の数が、最低基準を1人以上上回っている場合
△夜勤職員配置加算(Ⅳ)	20	23	45	67	夜勤時間帯を通じて看護職員または喀痰吸引等ができる介護職員を配置している場合
●△機能訓練体制加算	12	14	27	40	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置している場合
△個別機能訓練加算	56	63	125	187	常勤専従の理学療法士等を1名以上配置、共同して訓練計画を作成し、3ヶ月に1回居宅訪問の上、説明・見直しを行った場合
☆生活機能向上連携加算(1回/月) (機能機能訓練加算を算定している場合)	200 100	222 111	444 222	666 333	医療提供施設の職員が訪問し、施設職員と共同で個別機能訓練計画を作成して計画的に機能訓練を実施している場合
☆若年性認知症利用者受入加算	120	134	267	400	若年性認知症利用者の受け入れを行った場合
△認知症専門ケア加算Ⅰ	3	4	7	10	認知症入居者の割合が2分の1以上で研修修了者を配置した場合
△認知症専門ケア加算Ⅱ	4	5	9	14	指導に係る専門的な研修修了者を配置している場合
☆送迎加算	184	205	409	613	送迎を行う場合(片道につき)
☆緊急短期入所受入加算	90	100	200	300	緊急に受け入れを行った場合、7日間(家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日間)を限度として算定
☆在宅中重度者受入加算(1)	421	468	935	1402	訪問看護事業所による健康管理等を行った場合(看護体制加算(Ⅰ)を算定している場合)
☆在宅中重度者受入加算(2)	417	463	926	1389	訪問看護事業所による健康管理等を行った場合(看護体制加算(Ⅱ)を算定している場合)
☆在宅中重度者受入加算(3)	413	459	917	1376	訪問看護事業所による健康管理等を行った場合(看護体制加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)をいずれも算定している場合)
☆在宅中重度者受入加算(4)	425	472	944	1416	訪問看護事業所による健康管理等を行った場合(看護体制加算を算定していない場合)
☆長期利用者減算	-30	-34	-67	-100	連続30日を越えて利用を行った場合、1日につき減算
☆療養食加算(1食につき1回)	8	9	18	27	医師の処方箋に基づき療養食が提供された場合
☆認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	222	444	666	認知症行動が認められ、在宅生活が困難であると医師が判断した場合、緊急に利用を開始した日から7日間を限度として算定
●△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	20	40	60	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の60以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12	14	27	40	介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の50以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6	7	14	20	看護師・准看護師または介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分の75以上である場合
△サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	7	14	20	職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上である場合
●△介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に2.7%を乗じた単位数
●△介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	-	-	-	-	総単位数に8.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	-	-	-	-	総単位数に6.0%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	-	-	-	-	総単位数に3.3%を乗じた単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	-	-	-	-	総単位数に3.3%を乗じた単位数の90%に相当する単位数
△介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	-	-	-	-	総単位数に3.3%を乗じた単位数の80%に相当する単位数

注1) ●印・・・すべての入居者に対し算定するものです

注2) ☆印・・・入居者の状況により算定が異なります

注3) △印・・・人員配置・その他の基準を満たしている場合に算定します

【キャンセル料金】

前日17時までに通知することなくサービスの中止をした場合、1日分の基本料金の1割と1日分の食費・居住費を実費でお支払いいただきますのでご了承ください。(体調不良等のやむを得ない理由を除く)