

年 月 日

社会医療法人財団 仁医会 大森平和の里 宛

TEL 5471-6991 FAX 3767-7513 事業所番号 No.1357081219

## 通所リハビリテーション（デイケア）申込書

|                 |         |                                     |  |                  |        |            |  |
|-----------------|---------|-------------------------------------|--|------------------|--------|------------|--|
| ご利用者            | フリガナ    |                                     |  |                  | 性別     | 男 ・ 女      |  |
|                 | 氏 名     |                                     |  |                  | 生年     | 明・大・昭      |  |
|                 |         |                                     |  |                  | 月 日    | 年 月 日      |  |
|                 | 住 所     | 〒 ー                                 |  |                  |        |            |  |
|                 | 電話番号    | ( )                                 |  |                  |        |            |  |
|                 | 要介護度    | 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5<br>その他 ( ) |  |                  |        |            |  |
|                 | 被保険者番号  |                                     |  |                  | 生活保護受給 | 有 ・ 無      |  |
| 主 疾 病<br>(既往歴)  |         |                                     |  |                  |        |            |  |
|                 | かかりつけ医  | 病院名 :                               |  |                  | 主治医 :  |            |  |
| 申込者             | 氏 名     | (続柄 : )                             |  |                  |        |            |  |
|                 | 住 所     |                                     |  |                  |        |            |  |
|                 | 連絡先     |                                     |  |                  |        |            |  |
| 緊急<br>連絡先       | 氏 名     | 続 柄                                 |  | 連 絡 先 ( 自宅・携帯等 ) |        |            |  |
|                 |         |                                     |  |                  |        |            |  |
|                 |         |                                     |  |                  |        |            |  |
| 介護<br>支援<br>事業所 | 事業所名    |                                     |  |                  |        |            |  |
|                 | ケアマネジャー |                                     |  |                  | 事業所番号  |            |  |
|                 | TEL     |                                     |  |                  | FAX    |            |  |
| 利用<br>希<br>望    | 利用日     | 月 火 水 木 金 土                         |  |                  | 送迎希望   | 有 ・ 無      |  |
|                 | 入浴希望    | 有 ・ 無                               |  |                  | 乗車方法   | ステップ ・ 車椅子 |  |
|                 | 希望開始日   | 年 月 日 より ・ 調整つき次第                   |  |                  |        |            |  |
|                 | 通所希望理由  |                                     |  |                  |        |            |  |
| 備考              |         |                                     |  |                  |        |            |  |

\* 分かる範囲での記入で結構です。

内容の確認後、調整付き次第こちらから折り返し連絡を致します。

# 医師診療情報提供書

社会医療法人財団 仁医会

介護老人保健施設 大森平和の里 施設医 宛

|                                                                                                                                     |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|---|
| フリガナ                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明治<br><input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 氏名                                                                                                                                  |  |                                                          | 生年月日                                                                                      |   |   |    |   |
| 住所 〒                                                                                                                                |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 電話番号 ( )                                                                                                                            |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 現在治療を受けている疾患                                                                                                                        |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 既往歴                                                                                                                                 |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 投薬内容（全科のもの含む）                                                                                                                       |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 感染症： M R S A ( ) H B - A g ( ) H C V ( )<br>W a - R ( ) 疥癬 ( ) 活動性結核 ( ) その他 ( )                                                    |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 1. 利用可否について (可 ・ 否)<br>2. 入浴可否について (可 ・ 否)<br>入浴、リハビリについての指導事項<br>* 血圧 / mmHg以上中止 * 脈拍 分以上中止<br>/ mmHg以下中止 分以下中止                    |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 3. 機能訓練についての指導事項 (禁忌事項あればお知らせください)                                                                                                  |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| 身長 cm 体重 kg                                                                                                                         |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |
| ≪ 備 考 ≫                                                                                                                             |  |                                                          |                                                                                           |   |   |    |   |

年 月 日 紹介医療機関（施設）名

住 所

電 話

医 師 名

印

# 日常生活動作（ADL）調査表①

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様 記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 施設名・病院名 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ (続柄・職種 \_\_\_\_\_)

※ 日常生活の様子についてご記入下さい。

| 食事について |                                                                                                                                                                                                               | 【特記事項】       |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 主食     | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> ( ) 粥 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                       | (禁食・アレルギーなど) |
| 副食     | <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー                                |              |
| 提供カロリー | 1日 ( ) Kcal <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |              |
| 平均摂取量  | 主食 / 10割 副食 / 10割                                                                                                                                                                                             |              |
| 治療食    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                   |              |
| 使用器具   | <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク その他 ( )                                                                                                               |              |
| 食事動作   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                         |              |
| 嚥下     | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 悪い (状況を特記事項にご記入ください)                                                                                                      |              |
| 水分摂取   | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (トロミ使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)                                                          |              |
| トロミ使用  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い)                                                                |              |
| 自齧     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) 総入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) |              |
| 歯磨き    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                           |              |

| 移動について |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 【特記事項】       |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 移動手段   | <input type="checkbox"/> 歩行 ( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 伝い <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー)<br><input type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング・チルト | (移動の際の注意点など) |
| 移動状況   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                       |              |
| 移乗状況   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                       |              |
| 寝返り    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                     |              |
| 起き上がり  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                         |              |
| 座位保持   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
| 立ち上がり  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                         |              |
| 立位保持   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                                         |              |

| 排泄について |                                                                                                                                                                                | 【特記事項】                                                                                    |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 尿意     | <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 昼夜とも <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バルン | (排泄の注意点、下剤の種類など)<br>拘束着の着用<br>( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ) |
| 便意     | <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 昼夜とも <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 時々) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ストマ |                                                                                           |
| 場所     | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ                                                        |                                                                                           |
| 日 下着   | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙おむつ                                                   |                                                                                           |
| 中 排泄状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                                          |                                                                                           |
| 失禁     | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無 排泄回数 _____ 回                        |                                                                                           |
| 場所     | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ                                                        |                                                                                           |
| 夜 下着   | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙おむつ                                                   |                                                                                           |
| 間 排泄状況 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                                          |                                                                                           |
| 失禁     | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無 排泄回数 _____ 回                        |                                                                                           |
| 排便頻度   | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2-3日に1回 <input type="checkbox"/> 4日以上1回 下剤の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                     |                                                                                           |

| 清潔について |                                                                                                                                                      | 【特記事項】        |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 入浴     | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) | (入浴における注意点など) |
| 洗身     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (状況を特記事項にご記入ください) <input type="checkbox"/> 全介助                |               |
| 更衣     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                  |               |
| 洗面     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                  |               |

# 日常生活動作（ADL）調査表②

利用者氏名

様

記入日 令和

年

月

日

※ 日常生活の様子についてご記入ください。

| 医療状況について |                                                                                                                                                                                                                                                                                | 【特記事項】          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 薬の管理     | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手渡せば可 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                           | (点眼内容、医療処置内容など) |
| 処方薬剤     | <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 他 ( )                                                                                                                                                          |                 |
| 睡眠       | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不眠                                                                                                                                                                                           |                 |
| 眠剤処方     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 頓服【週 回服用】 )                                                                                                                                                     |                 |
| 皮膚疾患     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                                                                    |                 |
| 医療処置     | <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 他 ( ) |                 |

| 身体状況について |                                                                                                                                                                                                                                 | 【特記事項】       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 視力       | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 制限あり (眼鏡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)                                                                                                          | (身体状況で注意点など) |
| 聴力       | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 制限あり (補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)                                                                                                         |              |
| 麻痺       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                     |              |
| 拘縮       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                     |              |
| 疼痛       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                     |              |
| 安全対策     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 安全ベルト <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> 胴体抑制 <input type="checkbox"/> センサーマット )<br>他 ( )                                 |              |
| 言語障害     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                                     |              |
| 生活自立度    | <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |              |

| コミュニケーション状況等について                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 物忘れ                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> あり 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ) |
| 意思伝達                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない ナースコール <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                  |
| 理解                                                                                                                                       | 毎日の日課を理解すること <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                          | 生年月日や年齢を答えること <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                          | 今現在の季節を理解すること <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                          | 自分がいる場所を理解すること <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 行動                                                                                                                                       | 物を盗られたなど被害的になる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                          | 作り話をして周囲に言いふらす <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                          | 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                          | 泣いたり笑ったり、感情が不安定になる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                          | 夜間不眠や、昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                          | 暴言や暴力 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                          | しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                          | 大声を出す <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                          | 助言や介護に抵抗する <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                          | 目的もなく動き回る <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                          | 家に帰るなどと落ち着かなくなる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                          | 一人で外に出たがり目が離せない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                          | いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                          | 物や衣類を壊したり、破いたりする <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                          | 不潔行為を行う <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                          | 食べられない物を口に入れる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                                         |
| 周囲が迷惑するような性的行為 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 転倒や転落の危険性があり目が離せない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に合った <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

【特記事項】 (問題行動がある場合、その具体的な内容・対応方法について)

# 料金表 <通所リハビリテーション・予防通所リハビリテーション>

社会医療法人財団 仁医会

介護老人保健施設 大森平和の里

TEL:03(3767)7512 FAX:03(3767)7513

| 区 分 内 容 |      |                     |         | 通所リハビリテーション                                                                 |                     |                    |                    |                     |
|---------|------|---------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
|         |      |                     |         | 法定利用単位                                                                      | 法定金額                | 負担額の目安 注1          |                    |                     |
|         |      |                     |         |                                                                             |                     | 1割                 | 2割                 | 3割                  |
| 16      | 3711 | 2時間以上<br>3時間未満      | 要 介 護 1 | 383 <sup>単位</sup>                                                           | 4,251 <sup>円</sup>  | 426 <sup>円</sup>   | 851 <sup>円</sup>   | 1,276 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3712 |                     | 要 介 護 2 | 439 <sup>単位</sup>                                                           | 4,872 <sup>円</sup>  | 488 <sup>円</sup>   | 975 <sup>円</sup>   | 1,462 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3713 |                     | 要 介 護 3 | 498 <sup>単位</sup>                                                           | 5,527 <sup>円</sup>  | 553 <sup>円</sup>   | 1,106 <sup>円</sup> | 1,659 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3714 |                     | 要 介 護 4 | 555 <sup>単位</sup>                                                           | 6,160 <sup>円</sup>  | 616 <sup>円</sup>   | 1,232 <sup>円</sup> | 1,848 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3715 |                     | 要 介 護 5 | 612 <sup>単位</sup>                                                           | 6,793 <sup>円</sup>  | 680 <sup>円</sup>   | 1,359 <sup>円</sup> | 2,038 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3716 | 3時間以上<br>4時間未満      | 要 介 護 1 | 486 <sup>単位</sup>                                                           | 5,394 <sup>円</sup>  | 540 <sup>円</sup>   | 1,079 <sup>円</sup> | 1,619 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3717 |                     | 要 介 護 2 | 565 <sup>単位</sup>                                                           | 6,271 <sup>円</sup>  | 628 <sup>円</sup>   | 1,255 <sup>円</sup> | 1,882 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3718 |                     | 要 介 護 3 | 643 <sup>単位</sup>                                                           | 7,137 <sup>円</sup>  | 714 <sup>円</sup>   | 1,428 <sup>円</sup> | 2,142 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3719 |                     | 要 介 護 4 | 743 <sup>単位</sup>                                                           | 8,247 <sup>円</sup>  | 825 <sup>円</sup>   | 1,650 <sup>円</sup> | 2,475 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3720 |                     | 要 介 護 5 | 842 <sup>単位</sup>                                                           | 9,346 <sup>円</sup>  | 935 <sup>円</sup>   | 1,870 <sup>円</sup> | 2,804 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3721 | 4時間以上<br>5時間未満      | 要 介 護 1 | 553 <sup>単位</sup>                                                           | 6,138 <sup>円</sup>  | 614 <sup>円</sup>   | 1,228 <sup>円</sup> | 1,842 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3722 |                     | 要 介 護 2 | 642 <sup>単位</sup>                                                           | 7,126 <sup>円</sup>  | 713 <sup>円</sup>   | 1,426 <sup>円</sup> | 2,138 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3723 |                     | 要 介 護 3 | 730 <sup>単位</sup>                                                           | 8,103 <sup>円</sup>  | 811 <sup>円</sup>   | 1,621 <sup>円</sup> | 2,431 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3724 |                     | 要 介 護 4 | 844 <sup>単位</sup>                                                           | 9,368 <sup>円</sup>  | 937 <sup>円</sup>   | 1,874 <sup>円</sup> | 2,811 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3725 |                     | 要 介 護 5 | 957 <sup>単位</sup>                                                           | 10,622 <sup>円</sup> | 1,063 <sup>円</sup> | 2,125 <sup>円</sup> | 3,187 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3941 | 5時間以上<br>6時間未満      | 要 介 護 1 | 622 <sup>単位</sup>                                                           | 6,904 <sup>円</sup>  | 691 <sup>円</sup>   | 1,381 <sup>円</sup> | 2,072 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3942 |                     | 要 介 護 2 | 738 <sup>単位</sup>                                                           | 8,191 <sup>円</sup>  | 820 <sup>円</sup>   | 1,639 <sup>円</sup> | 2,458 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3943 |                     | 要 介 護 3 | 852 <sup>単位</sup>                                                           | 9,457 <sup>円</sup>  | 946 <sup>円</sup>   | 1,892 <sup>円</sup> | 2,838 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3944 |                     | 要 介 護 4 | 987 <sup>単位</sup>                                                           | 10,955 <sup>円</sup> | 1,096 <sup>円</sup> | 2,191 <sup>円</sup> | 3,287 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3945 |                     | 要 介 護 5 | 1,120 <sup>単位</sup>                                                         | 12,432 <sup>円</sup> | 1,244 <sup>円</sup> | 2,487 <sup>円</sup> | 3,730 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3726 | 6時間以上<br>7時間未満      | 要 介 護 1 | 715 <sup>単位</sup>                                                           | 7,936 <sup>円</sup>  | 794 <sup>円</sup>   | 1,588 <sup>円</sup> | 2,381 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3727 |                     | 要 介 護 2 | 850 <sup>単位</sup>                                                           | 9,435 <sup>円</sup>  | 944 <sup>円</sup>   | 1,887 <sup>円</sup> | 2,831 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3728 |                     | 要 介 護 3 | 981 <sup>単位</sup>                                                           | 10,889 <sup>円</sup> | 1,089 <sup>円</sup> | 2,178 <sup>円</sup> | 3,267 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3729 |                     | 要 介 護 4 | 1,137 <sup>単位</sup>                                                         | 12,620 <sup>円</sup> | 1,262 <sup>円</sup> | 2,524 <sup>円</sup> | 3,706 <sup>円</sup>  |
| 16      | 3730 |                     | 要 介 護 5 | 1,290 <sup>単位</sup>                                                         | 14,319 <sup>円</sup> | 1,432 <sup>円</sup> | 2,864 <sup>円</sup> | 4,296 <sup>円</sup>  |
| 16      | 5301 | 入浴介助加算Ⅰ(1日につき)      |         | 40 <sup>単位</sup>                                                            | 444 <sup>円</sup>    | 45 <sup>円</sup>    | 89 <sup>円</sup>    | 134 <sup>円</sup>    |
| 16      | 5608 | リハビリテーションマネジメント加算口  |         | 6月以内                                                                        | 593 <sup>単位</sup>   | 6,582 <sup>円</sup> | 659 <sup>円</sup>   | 1,316 <sup>円</sup>  |
| 16      | 5609 | リハビリテーションマネジメント加算口  |         | 6月超                                                                         | 273 <sup>単位</sup>   | 3,030 <sup>円</sup> | 303 <sup>円</sup>   | 606 <sup>円</sup>    |
| 16      | 5614 | 中重度者ケア体制加算          |         |                                                                             | 20 <sup>単位</sup>    | 222 <sup>円</sup>   | 23 <sup>円</sup>    | 45 <sup>円</sup>     |
| 16      | 5613 | 短期集中個別リハビリテーション実施加算 |         | 退院(所)日又は認定日<br>から3月以内                                                       | 110 <sup>単位</sup>   | 1,221 <sup>円</sup> | 123 <sup>円</sup>   | 245 <sup>円</sup>    |
| 16      | 6099 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)     |         |                                                                             | 22 <sup>単位</sup>    | 244 <sup>円</sup>   | 25 <sup>円</sup>    | 49 <sup>円</sup>     |
| 16      | 6361 | 科学的介護推進体制加算         |         | 月1回                                                                         | 40 <sup>単位</sup>    | 444 <sup>円</sup>   | 45 <sup>円</sup>    | 89 <sup>円</sup>     |
| 16      | 6110 | 移行支援加算              |         |                                                                             | 12 <sup>単位</sup>    | 133 <sup>円</sup>   | 14 <sup>円</sup>    | 27 <sup>円</sup>     |
| 16      | 5626 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)口        |         | 月2回                                                                         | 160 <sup>単位</sup>   | 1,776 <sup>円</sup> | 178 <sup>円</sup>   | 355 <sup>円</sup>    |
| 16      | 6370 | 退所時共同指導加算           |         | 退所時1回                                                                       | 600 <sup>単位</sup>   | 6,660 <sup>円</sup> | 666 <sup>円</sup>   | 1,332 <sup>円</sup>  |
| 16      | 5612 | 送迎減算                |         | 片道につき                                                                       | -47 <sup>単位</sup>   | -521 <sup>円</sup>  | -53 <sup>円</sup>   | -105 <sup>円</sup>   |
| 16      | 6107 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 注2     |         | 総単位(基本サービス+各種加算)× サービス別加算率(8.6%)×11.1円                                      |                     |                    |                    |                     |
| 区 分 内 容 |      |                     |         | 予防通所リハビリテーション                                                               |                     |                    |                    |                     |
|         |      |                     |         | 法定利用単位                                                                      | 法定金額                | 負担額の目安 注1          |                    |                     |
|         |      |                     |         |                                                                             |                     | 1割                 | 2割                 | 3割                  |
| 66      | 2111 | 支 援 1               |         | 2268 <sup>単位</sup>                                                          | 25,174 <sup>円</sup> | 2,518 <sup>円</sup> | 5,035 <sup>円</sup> | 7,553 <sup>円</sup>  |
| 66      | 2121 | 支 援 2               |         | 4228 <sup>単位</sup>                                                          | 46,930 <sup>円</sup> | 4,693 <sup>円</sup> | 9,386 <sup>円</sup> | 14,079 <sup>円</sup> |
| 66      | 5010 | 口腔機能向上加算(Ⅱ)         |         | 160 <sup>単位</sup>                                                           | 1,776 <sup>円</sup>  | 178 <sup>円</sup>   | 355 <sup>円</sup>   | 533 <sup>円</sup>    |
| 66      | 6370 | 退所時共同指導加算           |         | 退所時1回                                                                       | 600 <sup>単位</sup>   | 6,660 <sup>円</sup> | 666 <sup>円</sup>   | 1,332 <sup>円</sup>  |
| 66      | 5005 | 事業所評価加算             |         | 120 <sup>単位</sup>                                                           | 1,332 <sup>円</sup>  | 133 <sup>円</sup>   | 266 <sup>円</sup>   | 400 <sup>円</sup>    |
| 66      | 6361 | 科学的介護推進体制加算         |         | 40 <sup>単位</sup>                                                            | 444 <sup>円</sup>    | 45 <sup>円</sup>    | 89 <sup>円</sup>    | 134 <sup>円</sup>    |
| 66      | 6098 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ 1)   | 支援1     | 88 <sup>単位</sup>                                                            | 977 <sup>円</sup>    | 98 <sup>円</sup>    | 195 <sup>円</sup>   | 293 <sup>円</sup>    |
| 66      | 6099 | サービス提供体制強化加算(Ⅰ 2)   | 支援2     | 176 <sup>単位</sup>                                                           | 1,954 <sup>円</sup>  | 195 <sup>円</sup>   | 391 <sup>円</sup>   | 586 <sup>円</sup>    |
| 66      | 6100 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 注2     |         | 総単位(基本サービス+各種加算)× サービス別加算率(8.6%)×11.1円                                      |                     |                    |                    |                     |
| 区 分 内 容 |      |                     |         | 負担額の目安                                                                      |                     |                    |                    |                     |
|         |      |                     |         |                                                                             |                     |                    |                    |                     |
|         |      | 食 費                 |         | 900 <sup>円</sup>                                                            |                     |                    |                    |                     |
|         |      | 特別食                 |         | 150 <sup>円</sup>                                                            |                     |                    |                    |                     |
|         |      | 特別な食事の費用            |         | 550 <sup>円</sup>                                                            |                     |                    |                    |                     |
|         |      | 尿取りパッド              |         | 42 <sup>円</sup>                                                             |                     |                    |                    |                     |
|         |      | テーブル止め              |         | M175 <sup>円</sup> /L186 <sup>円</sup>                                        |                     |                    |                    |                     |
|         |      | リハビリパンツ             |         | S165 <sup>円</sup> /M186 <sup>円</sup> /L206 <sup>円</sup> /LL227 <sup>円</sup> |                     |                    |                    |                     |

【注1】1単位単価は、地域やサービスの種類により異なります。

当施設(東京都大田区)の通所サービスにおける単価は、1単位 11.1円となります。法定利用単位に 11.1円を乗じた金額が介護給付費となり、

そのうちの1割、2割もしくは3割がご利用者様の負担となります。端数処理を行いますので、月での合計金額は目安の金額と多少異なります。

【注2】処遇改善加算は、上記の式から算出された金額より、それぞれ1割、2割もしくは3割がご利用者様の負担となります。