



## 施設ご利用のご案内

当施設は病状が安定期にあり、リハビリテーション等を必要とされる方が入所または短期入所（ショートステイ）し、看護・医学的管理下での介護・機能訓練等の必要な医療や、日常生活上のお世話をさせていただきます。

通所リハビリテーション（デイケア）では日中施設をご利用いただき、ご家庭の介護負担の軽減を図り、ご本人様の心身の機能維持・回復に必要なリハビリ・レクリエーションなどを行います。

《 サービスをご利用いただける方 》

**入所**  
要介護 1～5 と認定された方  
(要支援の方はご利用できません)

**短期入所 (ショートステイ)  
通所リハビリテーション (デイケア)**  
要支援 1・2  
要介護 1～5 と認定された方

### ☆ お申込みからご利用までの流れ ☆

- ① 書類提出      利用申込書 (ご本人またはご家族の方でご記入下さい)  
                         診療情報提供書 (主治医に記入していただいて下さい)
- ② 面談            事前に面談日を決定し、ご家族と来所いただくか、こちらから訪問させていただきます。
- ③ 利用判定会議      ご利用の可否の判定を行い、結果をご連絡させていただきます。
- ④ 利用契約締結      ご利用前に利用契約締結に来所いただきます。
- ⑤ 利用開始

# 利用申込書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24

TEL (078)739-7272 FAX (078)735-7200

利用サービス種類 ・入所 ・短期入所 ・通所リハビリ(希望曜日:月・火・水・木・金・土)		申込受付日 令和 年 月 日	
フリガナ	男・女	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 ( 歳)
利用者氏名		介護保険 認定期間	年 月 日 令和 年 月 日
住 所	〒 -	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
		減額証	有 (第 段階) ・ 無
年金の種類	国民年金・厚生年金・その他 ( )	居宅介護支援事業所名:	
自宅電話番号	( ) -	ケアマネジャー: 居宅電話番号:	

申 込 者	フリガナ	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日	
	氏名			(続柄 )
	住 所	〒 -	自宅電話番号	( ) -
			携帯電話番号	( ) -

## ・ 家族の状況

家 族 構 成	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	同居・別居	主介護者 に〇印	備 考
			・ ・		同居/別居		
			・ ・		同居/別居		
			・ ・		同居/別居		
			・ ・		同居/別居		
			・ ・		同居/別居		

## ・ 入所希望内容

希望部屋	個 室 ・ 2・4人部屋
現在の生活	<input type="checkbox"/> 一人暮らし
	<input type="checkbox"/> 同 居 (誰と ) 在宅かかりつけ医:
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名: : 年 月より入院中 主治医: ) (担当相談員 (リ-ヤル-カ): )
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名: : 年 月より入所中 主治医: ) (担当相談員: )
申込み理由	

## ・ 過去1年間の入院・入所歴

病院・施設名:	: 年 月 日 ~ 年 月 日まで
---------	-------------------

## ・ 退所後の予定

自宅 ・ 施設 :	特養 ・ 老人保健施設 ・ ケアハウス ・ グループホーム ・ その他 ( )
申込済 (施設名:	)
申込未 (希望施設名:	)

※ わかる範囲で結構ですのでご記入下さい。

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

身体 の 状 況	視 力	① 普 通 ② 見えにくい ③ ほとんど見えない ④ 見えない ⑤ 眼鏡使用
	聴 力	① 普 通 ② 聞こえにくい ③ 補聴器使用 ④ 全く聞こえない
	意思疎通	① 完全に通じる ② ある程度通じる ③ 殆ど通じない
	睡 眠	① 良 眠 ② 不 眠 ③ 昼夜逆転 [眠剤 無・有 ( )]
	嚥下障害	無 ・ 軽 ・ 重 ・ むせやすい
	褥 瘡	無 ・ 有 ( )
	義 歯	無 ・ 有 [上・下] (適合・良・不良)
	そ の 他	・麻痺 無・有 [右・左] ・拘縮 無 ・ 有 [右・左] ・点眼 無・有 ( )
日 常 生 活 の 状 況	食 事	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( ) ・ 治療食 無・有 ( ) ・ 主食 ( 米 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー ) ・ 副食 ( 普通 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ミキサー ) ・ 嗜好品 好物 ( ) 嫌いな物 ( ) ・ 飲酒 無 ・ 有 ( ) ・ 喫煙 無 ・ 有 ・ 食物アレルギー 無 ・ 有 ( )
	排 泄	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( ) ・ 尿意 ( 無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明 ) 便意 ( 無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明 ) ・ オムツ ( 使用無 ・ 昼のみ使用 ・ 夜のみ使用 ・ 終日使用 ) ・ ポータブルトイレ ( 要 ・ 不要 )
	入 浴	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
	更 衣	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
	身だしなみ	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
	歩 行	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ 車イス ( 自 操 ・ 介 助 ) ⑤ 自助具 ( 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー )
	寝 返 り	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
	座れますか	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
	立ち上がり	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ( )
精 神 症 状	1. 認知症有り 2. 日常生活に支障のない程度の認知症 3. 日常生活に支障をきたす認知症 4. 認知症無し	
性 格	趣 味	宗 教
長く携わってこられた職業		
備 考		

# 診療情報提供書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉  
〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24  
TEL (078)739-7272 FAX (078)735-7200

ふりがな		男・女	生年月日	明 大 昭	年	月	日
氏名						(	歳)
住所	〒 —						
病名／発症年月日				現 症			
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
既往歴／発症年月日				処方内容			
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
・ 年 月 日(頃)発症							
入所・通所に関する主治医の意見							
・リハビリの指示(有・無)内容:							
・療養食指示(有・無)内容:							
アレルギーの有無		有( ) 無					
身体状況		運動障害: 無 有( )		視力障害: 無 有( )			
		言語障害: 無 有( )		聴力障害: 無 有( )			
日常生活の自立度		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症状態		正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
問題行動		無	徘徊 ・ 不穏 ・ 攻撃行動 ・ 不潔行為 ・ その他( )				
精神状態		正常	不安 ・ うつ ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 睡眠障害 ・ その他( )				
血 圧		心電図		胸部X-P			
血液検査		実施日: 年 月 日		※血液検査・感染症の検査データを添付して下さい			
感 染 症		HCV	HBS抗原	MRSA	疥 癬 (マイナスの場合も既往があればご記入下さい)		
褥 瘡		有 部位( )		程度・大きさ( )		処置( ) ・ 無	
そ の 他		令和 年 月 日					
		医療機関名					
		所在地					
		TEL					
		身長( cm)		医師氏名		®	
		体重( kg)					

## 入所時の血液検査項目

以下の項目は必ず実施していただきたいと存じます。  
お手数ですが何卒よろしくお願い申し上げます。

総蛋白	総コレステロール
アルブミン	中性脂肪
総ビリルビン	血糖
GOT	HbA <sub>1c</sub>
GPT	白血球数
γ GTP	赤血球数
LDH	ヘモグロビン
ChE	ヘマトクリット
BUN	MCV
クレアチニン	血小板数
eGFR	CRP定量
尿酸	尿蛋白
Na	尿糖
K	尿一般定性・尿沈渣
CL	白血球5分類
Ca	

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

# 入所利用料金表

令和6年4月1日 改定

## ① 介護保険施設サービス費基本料金(1日あたり)

\* 介護保健施設サービス費の地域区分4級地(神戸市)で計算した額です。

1割負担、2割負担、3割負担は介護保険負担割合証をご参照下さい。

従来型個室	要介護度	1割	2割	3割
	要介護1	756円	1,512円	2,268円
	要介護2	805円	1,609円	2,413円
	要介護3	873円	1,746円	2,619円
	要介護4	931円	1,862円	2,792円
	要介護5	983円	1,965円	2,947円

多床室	要介護度	1割	2割	3割
	要介護1	836円	1,672円	2,508円
	要介護2	889円	1,777円	2,666円
	要介護3	957円	1,914円	2,871円
	要介護4	1,013円	2,026円	3,039円
	要介護5	1,067円	2,134円	3,200円

## ② 加算(1日につき若しくは、1回につき)

\* 介護保健施設サービス費の地域区分4級地(神戸市)で計算した額です。

種類	1割	2割	3割	種類	1割	2割	3割	
初期加算Ⅰ(入所後30日間のみ)	64円/日	127円/日	190円/日	療養食加算(1日3回を限度)	7円/日	13円/回	19円/回	
初期加算Ⅱ(入所後30日間のみ)	32円/日	64円/日	95円/日	栄養マネジメント強化加算	12円/日	23円/日	35円/日	
夜勤体制配置加算	26円/日	51円/日	76円/日	経口移行加算	30円/日	59円/日	89円/日	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	24円/日	47円/日	70円/日	経口維持加算Ⅰ	422円/月	844円/月	1,265円/月	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	19円/日	38円/日	57円/日	経口維持加算Ⅱ	106円/月	211円/月	317円/月	
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	272円/日	544円/日	816円/日	口腔衛生管理加算Ⅰ	95円/月	190円/月	285円/月	
短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	211円/日	422円/日	633円/日	口腔衛生管理加算Ⅱ	116円/月	232円/月	348円/月	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	253円/日	506円/日	759円/日	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	4円/月	7円/月	10円/月	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	127円/日	253円/日	380円/日	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	14円/月	28円/月	42円/月	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ強化型	54円/日	108円/日	162円/日	排せつ支援加算Ⅰ	11円/月	21円/月	32円/月	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ加算型	54円/日	108円/日	162円/日	排せつ支援加算Ⅱ	16円/月	32円/月	48円/月	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ	56円/月	112円/月	168円/月	排せつ支援加算Ⅲ	21円/月	42円/月	63円/月	
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ	35円/月	70円/月	105円/月	外泊時費用	382円/日	763円/日	1,145円/日	
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ(1回限り)	148円	295円	443円	外泊時在宅サービス利用費用	844円/日	1,687円/日	2,530円/日	
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ(1回限り)	74円	148円	222円	入所前後訪問指導加算Ⅰ2(1回限度)	475円/回	949円/回	1,423円/回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ(1回限り)	253円	506円	759円	入所前後訪問指導加算Ⅱ2(1回限度)	506円/回	1,012円/回	1,518円/回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ(1回限り)	106円	211円	317円	退所時等支援加算	試行的退所時指導加算	422円/回	844円/回	1,265円/回
緊急時治療管理(月1回3日限度)	546円/日	1,092円/日	1,638円/日		退所時情報提供加算Ⅰ	527円	1,054円	1,581円
所定疾患施設療養費Ⅰ(月7日限度)	252円/日	504円/日	756円/日		退所時情報提供加算Ⅱ	264円	527円	791円
所定疾患施設療養費Ⅱ(月10日限度)	506円/日	1,012円/日	1,518円/日		入退所前連携加算Ⅰ	633円	1,265円	1,898円
協力医療機関連携加算(1)	106円/月	211円/月	317円/月		入退所前連携加算Ⅱ	422円	844円	1,265円
協力医療機関連携加算(2)	6円/月	11円/月	16円/月	訪問看護指示加算	317円	633円	949円	
認知症ケア加算	81円/日	161円/日	241円/日	退所時栄養情報連携加算	74円	148円	222円	
認知症専門ケア加算Ⅰ	4円/日	7円/日	10円/日	再入所時栄養連携加算	211円	4,221円	633円	
認知症専門ケア加算Ⅱ	5円/日	9円/日	13円/日	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	11円/月	21円/月	32円/月	
認知症チームケア推進加算Ⅰ	159円/月	317円/月	475円/月	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	6円/月	11円/月	16円/月	

認知症チームケア推進加算Ⅱ	127円/月	253円/月	380円/月	生産性向上推進体制 加算Ⅰ	106円/月	211円/月	317円/月
若年性認知症利用者受入加算	127円/日	253円/日	380円/日	生産性向上推進体制加算Ⅱ	11円/月	21円/月	32円/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	211円/日	422円/日	633円/日	安全対策体制加算(1回限り)	21円	42円	63円
自立支援促進加算	317円/月	633円/月	949円/月	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	令和6年6月 利用分より	所定単位数に7.5%乗じた単位数	
新興感染症等施設療養費	253円/日	506円/日	759円/日	介護職員等処遇改善加算Ⅱ		所定単位数に7.1%乗じた単位数	
科学的介護推進体制加算Ⅰ	43円/日	85円/日	127円/月	介護職員等処遇改善加算Ⅲ		所定単位数に5.4%乗じた単位数	
科学的介護推進体制加算Ⅱ	64円	127円	190円/月	介護職員等処遇改善加算Ⅳ		所定単位数に4.4%乗じた単位数	

\* 令和6年5月31日まで介護職員処遇改善加算Ⅰ(所定単位数に3.9%乗じた単位数)、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ(所定単位数に2.1%乗じた単位数)及び介護職員等ベースアップ等支援加算(所定単位数に0.8%乗じた単位数)が算定となります。

ターミナルケア加算11(死亡日以前31日以上45日以下)	76円/日	152円/日	228円/日
ターミナルケア加算21(死亡日以前4日以上30日以下)	169円/日	338円/日	506円/日
ターミナルケア加算31(死亡日以前2日又は3日)	960円/日	1,919円/日	2,878円/日
ターミナルケア加算41(死亡日)	2,003円/日	4,006円/日	6,008円/日

### ③施設利用料(令和6年8月利用分より一部居住費が変更となります。)

	第1段階		第2段階		第3段階①		第3段階②		第4段階	
	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり	1日当たり	30日当たり
食費	300円	9,000円	390円	11,700円	650円	19,500円	1,360円	40,800円	1,840円	55,200円
ユニット型個室	820円	24,600円	820円	24,600円	1,310円	39,300円	1,310円	39,300円	2,100円	63,000円
令和6年8月1日より	880円	26,400円	880円	26,400円	1,370円	41,100円	1,370円	41,100円	変更なし	
従来型個室	490円	14,700円	490円	14,700円	1,310円	39,300円	1,310円	39,300円	1,700円	51,000円
令和6年8月1日より	550円	16,500円	550円	16,500円	1,370円	41,100円	1,370円	41,100円	変更なし	
多床室	0円	0円	370円	11,100円	370円	11,100円	370円	11,100円	620円	18,600円
令和6年8月1日より	変更なし		430円	12,900円	430円	12,900円	430円	12,900円	変更なし	

特別な室料 (3Fのみ)	ユニット型個室	1日	2,200円	30日	66,000円
	従来型個室	1日	1,700円	30日	51,000円

その他の日常生活費	1日	150円	30日	4,500円
日用品費	実費		ご希望により日常生活に必要なもの	
作業療法材料費	実費		対象者のみ	
義歯洗浄剤	6円/個		義歯使用者のみ	
理美容代	1,800~3,600円		希望者のみ(カット・パーマ・カラー等)	
電気代(1品目につき)	1日	5~35円	個人の電化製品を持ち込み、ご利用の方	
診断書	1通につき	3,300円		
死亡診断書	1通につき	4,400円		
エンゼルケアセット	11,000円			

### ④その他(別途業者との契約となります)

リス	タオル・衣類等リース	1日	188円(税込)~	別紙参照
	テレビレンタル	1日	132円(税込)	希望者のみ