

ご利用料金の目安について

介護保険制度でのご利用料金の算定は、

- ・要介護度
- ・介護保険負担割合(通常1割負担か2割負担;一部3割負担の方あり)と

更に入所系サービスを利用ご利用の場合は、

- ・当施設が従来型(ご利用月の前6カ月の在宅復帰率が50%未満)か強化型(ご利用月の前6カ月の在宅復帰率が50%以上)の違い
- ・利用者の方の介護保険食費・居住費負担限度額段階の有無

によって異なります。

また、当施設でご希望される方にご提供する、付帯サービスの利用の有無も関係しますので、最終的に個々の方のご利用料金が異なります。

ここでは、あくまでも一例として、概算料金をお示しし、次のページから料金表を掲載いたします。

個々の方の具体的な金額につきましては、支援相談部までお問い合わせください。

ご利用料金の例(概算表示)

入所療養介護(1か月利用時)

当施設が従来型適用時※1で
負担限度額適用無し※2で

要介護度	負担割合	個室利用	多床室利用
要介護3	1割負担	約305,000円	約132,000円
	2割負担	約327,000円	約162,000円

※1強化型適用の場合はひと月あたり2割負担の方で約4600円、1割負担の方で約2300円高くなります。
※2負担限度額に該当される場合は、食費・居住費が減額されるので安くなります。

短期入所療養介護(1泊2日利用時)

当施設が従来型適用時※3で
負担限度額適用無し※4で

要介護度	負担割合	個室利用	多床室利用
要介護3	1割負担	約19,000円	約8,600円
	2割負担	約21,190円	約12,600円

※3強化型適用の場合は1日あたり2割負担の方で約141円、1割負担の方で約78円高くなります。
※4負担限度額に該当される場合は、食費・居住費が減額されるので安くなります。

通所リハビリテーション(1日利用時)

要介護度	負担割合	日額
要介護3	1割負担	約2,700円
	2割負担	約4,400円

介護予防短期入所・介護予防通所リハビリテーションの料金につきましては上記と異なります。
詳しくは、当施設の支援相談員までお問い合わせください。

入所療養介護利用料一覧表（平成30年6月1日現在）

介護老人保健施設 音羽えびすの郷（TEL 03-3941-0165）

①施設利用料

『①その他型』、『②基本型』、『③在宅強化型』と3パターンの利用料が設定されていますが、別紙記載の国が定める要件を当施設がクリアしている割合によって、利用料が変更となります。

※以下に示す金額で☆が表示されているものは、消費税課税対象項目で税8%が課税された金額です。

	1割負担(1日当たりの自己負担額)											
	①その他型				②基本型				③在宅強化型			
	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室
要介護1	756	824円	684	746円	771	841円	698	761円	818	892円	739	806円
要介護2	803	876円	728	794円	819	893円	743	810円	892	973円	810	883円
要介護3	862	940円	788	859円	880	960円	804	877円	954	1,040円	872	951円
要介護4	912	994円	839	915円	931	1,015円	856	933円	1,010	1,101円	928	1,012円
要介護5	964	1,050円	889	969円	984	1,073円	907	989円	1,065	1,161円	983	1,072円

	2割負担(1日当たりの自己負担額)											
	①その他型				②基本型				③在宅強化型			
	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室
要介護1	1,512	1,648円	1,368	1,492円	1,542	1,681円	1,396	1,522円	1,636	1,784円	1,478	1,611円
要介護2	1,606	1,751円	1,456	1,587円	1,638	1,786円	1,486	1,620円	1,784	1,945円	1,620	1,766円
要介護3	1,724	1,880円	1,576	1,718円	1,760	1,919円	1,608	1,753円	1,908	2,080円	1,744	1,901円
要介護4	1,824	1,989円	1,678	1,829円	1,862	2,030円	1,712	1,866円	2,020	2,202円	1,856	2,023円
要介護5	1,928	2,102円	1,778	1,938円	1,968	2,146円	1,814	1,978円	2,130	2,322円	1,966	2,143円

②食費・居住費（※国が定める利用者負担限度額段階（1～3段階）に該当する利用者の1日あたりの負担額）

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費標準負担額	300円	390円	650円	☆2,200円
居住費（多床室）	負担なし	370円	370円	850円
居住費（個室）	490円	490円	1,310円	2,000円

※食費・居住費について負担限度額認定(第1～3段階)を受けている場合は、介護保険負担限度額認定証に記載されている負担限度額（上記の表）が1日にお支払いただく食費・居住費の上限額となりますので、認定証をご提示ください。

③加算料金

加算名	単位	1割負担料	単位	2割負担料	内容
初期加算	30	1日/33円	60	1日/66円	入所日から30日以内の期間、加算
短期集中リハ実施加算	240	1日/262円	480	1日/524円	入所日から3ヶ月以内に実施した場合、加算
認知症短期集中リハ実施加算 (週に3日限度)	240	1日/262円	480	1日/524円	入所日から3ヶ月以内に実施した場合、加算
若年性認知症入所者受入加算	120	1日/131円	240	1日/262円	受け入れた場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	1日/218円	240	1日/436円	緊急入所した日から7日間に限り
夜勤職員配置加算	24	1日/27円	48	1日/53円	国が定める夜勤職員配置基準を満たしている場合
サービス提供体制強化加算（イ）	18	1日/20円	24	1日/40円	介護福祉士を60%以上配置
サービス提供体制強化加算（ロ）	12	1日/13円	24	1日/27円	介護福祉士を50%以上配置
外泊時費用	362	1日/395円	724	1日/790円	居室における外泊を認めた場合に所定単位数にかえて1ヶ月に6日を限度に加算
外泊時費用 (在宅サービスを利用する場合)	362	1日/395円	724	1日/790円	居室における外泊を認め施設が提供する在宅サービスを利用した場合、所定単位数にかえて1ヶ月に6日を限度に加算

加算名	単位	1割負担料	単位	2割負担料	内容
栄養マネジメント加算	14	1日/16円	28	1日/31円	管理栄養士が栄養管理を行っている場合
再入所時栄養連携加算	400	1回/436円	800	1回/872円	入所者が入院退所し、再入所される場合で、必要な栄養管理が退所前の状態と大きく異なるため、施設の管理栄養士が、病院又は診療所の管理栄養士と連携して栄養計画を策定した場合、加算
低栄養リスク改善加算	300	1月/327円	600	1月/654円	低栄養状態の、又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して専門職種が連携し、栄養管理会議を行い、低栄養状態の改善等を行うための栄養管理計画書を作成し、計画に従い、医師又は歯科医師の指示の基、栄養管理を行った場合、計画作成日の属する月から6月以内の期間に限り加算可。但し、経口移行加算若しくは経口維持加算を算定している場合は、加算不可。また、この栄養管理が6月を超えた期間に行われた場合でも、低栄養状態の改善等が可能な入所者であって、医師の指示に基づき継続して栄養管理が必要とされるものに対しては、引き続き加算可
療養食加算	6	1食/7円	12	1食/13円	療養食を提供した場合
経口移行加算	28	1日/31円	36	1日/62円	経管栄養の方を対象に、他職種により経口移行計画を作成し、経口摂取移行の栄養管理を行った場合
経口維持加算Ⅰ (原則180日まで)	400	1日/436円	800	1日/872円	著しい誤嚥がある方を対象に他職種連携で経口維持計画を作成し、経口摂取維持の栄養管理を行った場合
経口維持加算Ⅱ	100	1日/109円	200	1日/218円	誤嚥が認められる方を対象に他職種連携で経口維持計画を作成し、経口摂取のため栄養管理を行った場合
口腔衛生管理体制加算	30	1月/33円	600	1月/66円	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	1月/99円	1,800	1月/197円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対して口腔ケアを月2回以上行っている場合
緊急時治療管理加算	511	1日/557円	1,022	1日/1,114円	月に1回、連続する3日間に限る
特定治療	緊急時に施設で行う医療行為に、医療報酬に準じて加算				
所定疾患施設療養費（医師が感染症の研修を未受講な場合）	235	1回/257円	470	1回/513円	肺炎・尿路感染症・带状疱疹の入所者に対して、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に1回連続7日を限度に加算
所定疾患施設療養費（医師が感染症の研修を受講済みの場合）	475	1回/518円	950	1回/1,036円	肺炎・尿路感染症・带状疱疹の入所者に対して、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に1回連続7日を限度に加算
排せつ支援加算	10	1月/109円		1月/218円	排せつに介護を要する入所者に対して、適切な対応を行うことで、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断し、医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、排泄に介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6ヶ月以内の期間に限り、加算。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定出来ない。
褥瘡マネジメント加算 (3月に1回)	10	1月/11円	20	1月/22円	国の定める基準に適合しているものとして、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合

加算名	単位	1割負担料	単位	2割負担料	内容
入所前後訪問指導加算 (強化型以外の場合)	450	1回/491円	900	1回/981円	入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設
入所前後訪問指導加算 (強化型の場合)	480	1回/524円	960	1回/1,047円	サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合
試行的退所時指導加算	400	1回/436円	1,000	1回/872円	入所期間が1ヶ月を超える方が試行的に退所し、居宅で生活する時に本人及びそのご家族等が施設職員に指導を受けた場合
退所時情報提供加算	500	1回/545円	1,000	1回/1,090円	退所後に居宅で生活される方の退所後の主治の医師に対して診療状況を示す文書を添えて当該利用者を紹介した場合に退所日に加算
退所前連携加算	500	1回/545円	1,000	1回/1,090円	退所される方に先立って、介護支援専門員と連携して退所後の在宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に退所日に加算
訪問看護指示加算	300	1回/327円	600	1回/654円	退所後に訪問看護を受けられる方でそのための訪問看護指示書を施設の医師が交付した場合
かかりつけ医連携薬剤調整加算 (1回限り)	125	1回/137円	250	1回/273円	次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治医に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算。 イ 6種類以上の内服薬が処方されており、その処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治医が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治医が合意している者 ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者 ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(1)(基本型適用時)	34	1日/37円	68	1日/75円	当施設が国が定める在宅復帰率等を満たしている場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(2)(強化型適用時)	46	1日/51円	52	1日/101円	当施設が国が定める在宅復帰率等を満たしている場合
地域連携診療計画情報提供加算 (1回限り)	300	1回/327円	600	1回/654円	当施設が国が定める在宅復帰率等を満たしている場合
ターミナルケア加算 (国が定める基準に適合している利用者に対して加算)	160 820 1,700	1日/175円 1日/894円 1日/1,853円	320 1,640 3,400	1日/349円 1日/1,788円 1日/3,706円	死亡日以前4日以上30日以内 死亡日の前日及び前々日 死亡日
介護職員処遇改善加算	国が定めによって、上記の利用料等から算定された自己負担額の3.9%を加算				

④その他の日常生活費及び特別な使用料

費目		金額	内容の説明
日用品	フェイスタオル	☆823円	月額 利用者が個人として使用するタオル、バスタオル、シャンプーなど、必要なセットを算定します。 ※ご料金は月途中での開始・終了は日割りで算定します。
	バスタオル	☆1,645円	
	リンスインシャンプー	☆617円	
	男性カミソリ	☆1,029円	
	男性シェービングフォーム	☆2,056円	
私物洗濯物サービス		☆6,075円 ☆1,620円	1月9ネットまで 10ネット目以上1ネット毎 施設に出入の業者との直接契約となります。
特別な室料（日額）		☆4,320円	個室をご利用の際算定させていただきます。
多床室テレビ貸出（月額）		☆3,090円	月途中での使用は日額103円となります。テレビ持込みは可能です。
電気代（日額）		☆22円	電気毛布、酸素濃縮器など個別に電気製品などを使用される時にご負担いただきます。
理美容代（カットのみ）		☆2,700円～	ご希望により施設内で出張調髪を受ける場合の実費負担。
行事費		実費	小旅行、観劇等に参加された場合に算定されます。（事前に同意をいただきます。）
健康管理費		医師会等の統一料金	当施設内でインフルエンザ予防接種等を受けられた場合、算定します。
行政申請代行料		☆3,085円	当施設利用中に、介護保険の更新申請、区分変更手続きを当施設が代行した場合に算定します。
レクリエーション費		実費	自由参加のレクリエーションで、利用者が行う教養娯楽のために要する実費負担。
エンゼルケアに係る費用		☆5,000円	当施設でターミナルケアを受けられた場合と突然死亡された場合、ご遺体の清拭や整容などのケアをいたしますので算定させていただきます。ケアを希望されない場合は、算定いたしませんので早めにお申し出ください。

文書料

文書名	料金
一般診断書	☆5,400円
健康診断書（他施設申込書等）	☆5,400円
死亡診断書（1通目）	☆8,640円
死亡診断書（2通目以降）	☆4,320円
入所証明書	☆5,400円

※文書の作成につきましては、別途、検査費用の実費分をいただく場合がありますので、ご承知おきください。

※上記金額は算定単位等を金額に直したもので、実際の清算時の端数処理で若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

別紙 国が定める『①その他型』、『②基本型』、『③在宅強化型』の要件

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標：				評価項目	算定要件			
下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値 (最高値：90)				退所時指導等 a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。	リハビリテーションマネジメント 入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。			
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0			地域貢献活動 地域に貢献する活動を行っていること。	充実したリハ 少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0					
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0					
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0					
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス 3	1サービス 2					0サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0					
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0					
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0					
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0					
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0					

※要介護4・5については、退所後2週間以内に、居宅訪問。

介護老人保健施設 音羽えびすの郷

TEL 03-3941-0165

短期入所療養介護(介護予防含む)利用料一覧表 (平成30年6月1日現在)

介護老人保健施設 音羽えびすの郷

TEL 03-3941-0165

FAX 03-3941-0167

①施設利用料

『①その他型』、『②基本型』、『③在宅強化型』と3パターンの利用料が設定されていますが、別紙記載の国が定める要件を当施設がクリアしている割合によって、利用料が変更となります。

※以下に示す金額で☆が表示されているものは、消費税課税対象項目で税8%が課税された金額です。

	1割負担(1日当たりの自己負担額)											
	①その他型				②基本型				③在宅強化型			
	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室
要介護1	811	884円	739	806円	826	901円	753	821円	873	952円	794	866円
要介護2	858	936円	783	854円	874	953円	798	870円	947	1,033円	865	943円
要介護3	917	1,000円	843	919円	935	1,020円	859	937円	1009	1,100円	927	1,011円
要介護4	967	1,054円	894	975円	986	1,075円	911	993円	1065	1,161円	983	1,072円
要介護5	1,019	1,111円	944	1,029円	1,039	1,133円	962	1,049円	1,120	1,221円	1,038	1,132円
要支援1	599	653円	566	617円	611	666円	578	630円	658	718円	619	675円
要支援2	750	818円	705	769円	765	834円	719	784円	813	887円	759	828円

	2割負担(1日当たりの自己負担額)											
	①その他型				②基本型				③在宅強化型			
	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室	単位	多床室	単位	個室
要介護1	1,622	1,768円	1,478	1,611円	1,652	1,801円	1,506	1,642円	1,746	1,904円	1,588	1,731円
要介護2	1,716	1,871円	1,566	1,871円	1,748	1,906円	1,596	1,740円	1,894	2,065円	1,730	1,886円
要介護3	1,834	1,999円	1,686	1,838円	1,870	2,039円	1,718	1,873円	2,018	2,200円	1,854	2,021円
要介護4	1,934	2,108円	1,788	1,939円	1,972	2,150円	1,822	1,986円	2,130	2,322円	1,966	2,143円
要介護5	2,038	2,222円	1,888	2,058円	2,078	2,265円	1,924	2,098円	2,240	2,442円	2,076	2,263円
要支援1	1,198	1,306円	1,132	1,306円	1,222	1,332円	1,156	1,260円	1,316	1,435円	1,238	1,350円
要支援2	1,500	1,635円	1,410	1,635円	1,530	1,668円	1,438	1,568円	1,626	1,773円	1,518	1,655円

②食費

朝食	☆600円	昼食	☆780円	おやつ	☆120円	夕食	☆700円	合計金額	☆2,200円
----	-------	----	-------	-----	-------	----	-------	------	---------

※短期入所サービスの場合は、食事毎にご負担いただきます。

③居住費

多床室	850円	個室	2,000円	1日当たりの料金
-----	------	----	--------	----------

※但し、食費・居住費について負担限度額認定を受けいている場合は、介護保険負担限度額認定証に記載されている負担限度額(下記の表)が1日にお支払いいただく食費・居住費の上限額となりますので、認定証をご提示ください。

食費・居住費(※国が定める利用者負担限度額段階(1~3段階)に該当する利用者の1日あたりの負担額)

	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食費標準負担額	300円	390円	650円	☆2,200円
居住費(多床室)	負担なし	370円	370円	850円
居住費(個室)	490円	490円	1310円	2,000円

④加算料金

加算名	単位	1割負担料	単位	2割負担料	備考
夜勤職員配置加算	24	1日/27円	48	1日/53円	国が定める夜勤職員配置基準を満たしている場合
サービス提供体制強化加算（イ）	18	1日/20円	24	1日/40円	介護福祉士を60%以上配置
サービス提供体制強化加算（ロ）	12	1日/13円	24	1日/27円	介護福祉士を50%以上配置
個別リハビリテーション実施加算	240	1回/262円	480	1回/524円	実施回数毎
療養食加算	8	1食/9円	16	1食/18円	療養食を提供した場合
送迎加算	184	片道/201円	368	片道/402円	送迎時に限り、片道15分圏内
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(1)(基本型適用時)	34	1日/37円	68	1日/75円	当施設が国が定める在宅復帰率等を満たしている場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(2)(強化型適用時)	46	1日/51円	52	1日/101円	当施設が国が定める在宅復帰率等を満たしている場合
若年性認知症入所者受入加算	120	1日/131円	240	1日/262円	受け入れた場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	1日/218円	240	1日/436円	緊急入所した日から7日間に限り
重度療養管理加算	120	1日/131円	240	1日/262円	医療的管理が必要な要介護度4以上の方
緊急短期入所受入対応加算	90	1日/99円	180	1日/197円	入所後7日に限り
緊急時治療管理加算	511	1日/557円	1,022	1日/1,114円	月に1回、連続する3日に限り
特定治療	緊急時に施設で行う医療行為に、医療報酬に準じて加算				
介護職員処遇改善加算	国が定めによって、上記の利用料等から算定された自己負担額の3.9%を加算				

⑤その他の日常生活費及び特別な使用料

費目	金額	内容の説明
特別な室料(日額)	☆4,320円	個室をご利用の際算定させていただきます。
多床室テレビ貸出(日額)	☆103円	テレビの設置をご希望の場合、算定させていただきます。テレビ持込みは可。
電気代(日額)	☆22円	電気毛布、酸素濃縮器など個別に電気製品などを使用される時にご負担いただきます。
理美容代(カットのみ)	☆2,700円～	ご希望により施設内で出張調髪を受ける場合の実費負担。
診断書等の文書作成料	☆4,320円～	電気毛布、酸素濃縮器など個別に電気製品などを使用される時にご負担いただきます。
レクリエーション費	実費	自由参加のレクリエーションで、利用者が行う教養娯楽のために要する実費負担。

※なお、お洗濯につきましては、当施設では原則、ご家族関係者様にてお願いいたしております。

特別なご事情のおありの方は、ご相談ください。

※上記金額はそれぞれの算定単位等を金額に直したものであり、実際の清算時には端数処理により若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

別紙 国が定める『①その他型』、『②基本型』、『③在宅強化型』の要件

	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)		在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)		
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標：

下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値
(最高値：90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービズ 5	2サービズ 3	1サービズ 2	0サービズ 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、退所後2週間以内に、居宅訪問。

介護老人保健施設 音羽えびすの郷

TEL 03-3941-0165

FAX 03-3941-0167

医療法人社団 日成会 音羽えびすの郷 通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

ふりがな 利用者氏名	【生年月日】 () 歳 明治・大正・昭和 年 月 日	
利用者住所	〒	
	TEL :	FAX :
要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 区変中 (認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	公的扶助の有無 生保: 有・無
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名:) TEL <input type="checkbox"/> 介護施設に入所中 (施設名:) TEL	
	最終退院(退所)日(予定日も含む): 年 月 日 *入院・入所歴のある方は記入必須	
	認知症の診断の有無	有 無
	若年性認知症の該当の有無	有 無
	栄養状態の改善の必要性の有無	有 無
	口腔機能の改善の必要性の有無	有 無
希望内容	【ご希望時間】 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 午前3時間 <input type="checkbox"/> 午後3時間 【ご希望曜日】月・火・水・木・金・土・特に希望曜日無し / 週 回希望 【送迎希望】 <input type="checkbox"/> あり(一般車両・リフト有)(迎え・送り・往復) <input type="checkbox"/> 無し 【入浴希望】 <input type="checkbox"/> あり(一般浴・リフト浴) <input type="checkbox"/> 無し 【個別リハビリ希望内容】 *PT・OT *ST	
希望理由		
リハビリに期待すること		
相談者氏名	ふりがな	続柄 () 年齢 () 歳
相談者住所	〒	
	TEL :	緊急連絡先(携帯等):
第一連絡先	氏名:	利用者との関係 ()
	住所:	TEL :
指定居宅介護 支援事業所	名称:	
	住所:	
	TEL :	FAX :
	担当ケアマネージャー:	

※お申し込みの際には、介護保険証のコピー添付をお願いします。(18/03/01)

送迎はドア to ドアが原則となりますが、道路状況や地域・構造上などでご相談となる場合がありますのでご了承ください。

医療法人社団 日成会
介護老人保健施設 音羽えびすの郷
〒112-0012 東京都文京区音羽 1-22-14
電話: 03-3941-0165 FAX: 03-3941-0167

通所クラブ活動 参加費一覧

クラブ名	活動名	参加費	備考
元気！脳クラブ	元気！脳クラブ	100 円/回	鉛筆などの材料費を含む
絵画クラブ	カレンダー製作	150 円/1 作品	色鉛筆などの材料費を含む
	季節のぬりえ	150 円/1 作品	色鉛筆などの材料費を含む
生活クラブ	季節作品製作等	100 円~/1 作品	諸々の材料費を含む
書道クラブ	書道	500 円/回	書道道具・半紙・見本代を含む
手芸クラブ 創作クラブ	メタリックヤーン	1300 円~/1 作品	作品により金額は変動します。 【一例】 ・ネット1枚 400 円 ・ヤーン糸1玉 750 円 ・針 1本 100 円 ・ソフトヤーン 350 円 ・その他雑費あり
	ビーズクラフト	500 円~/1 作品	作品により金額は変動します。
	消しゴムはんこ	150 円~/1 作品	作品により金額は変動します。

※消費税などにより価格が変動する場合はそれに応じて費用も変わりますのでご理解下さい。

※作品により高額になる場合には、その都度ご案内をいたします。

※クラブ活動費の参考費用ですので、変更する場合があります。ご了承ください。

医療法人社団 日成会 音羽えびすの郷 通所リハビリテーション

〒112-0013 東京都文京区音羽 1-22-14

☎03-3980-8122