介護老人保健施設シェーンハイムやはば

通所リハビリテーション ご利用料金表

【介護保険事業者番号 ： 0372201004】　（1 日 あ た り の ご 利 用 額）　令和 6年　6月　改定

■ 通所リハビリテーション費

・送迎費用はサービス費に含まれます。

要介護度	施設サービス費			サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			入浴介助（Ⅰ）			教養娯楽費	1日あたり		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担		1割負担	2割負担	3割負担
1	715円	1,430円	2,145円	24円	48円	72円	40円	80円	120円	20円	799円	1,578円	2,237円
2	850円	1,700円	2,550円								934円	1,848円	1,912円
3	981円	1,962円	2,943円								1,065円	2,110円	2,174円
4	1,137円	2,274円	3,411円								1,221円	2,422円	2,486円
5	1,290円	2,580円	3,870円								1,374円	2,728円	2,792円

■ 加算事項

加　算　項　目	加　算　内　容	1割負担	2割負担	3割負担
○介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に8.6%を乗じた金額			
○介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.0%を乗じた金額			
○介護職員等ベースアップ等支援加算	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に1.0%を乗じた金額			
●リハビリマネジメント加算（B）ロ　6月以内	①定期的に施設医と関係者によるリハビリテーション会議の開催。 ②リハビリテーション計画の内容について、施設医が本人またはご家族に説明し、同意を得る。 ③定期的に科学的介護情報システム（LIFE）を用いて厚生労働省に情報を提出する。	593円/月	1,186円/月	1,779円/月
●リハビリマネジメント加算（B）ロ　6月超	＊上記同様 開始日から6月超　経過の場合	273円/月	546円/月	819円/月
○事業所の医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合 ＊上記●リハマネ加算（B）ロ　に加えて	リハビリテーション計画の内容について、施設医が本人またはご家族に説明し、同意を得る。	270円/月	540円/月	810円/月
○科学的介護推進体制加算（LIFE）	厚労省が主体となり、介護関連の情報収集・分析を行い、介護施設ではフィードバック（情報分析の反応や結果をみて、改良・調整を加えること）を受けて、科学的裏付けに基づく介護を実践する。	40円/月	80円/月	120円/月

＊科学的介護情報システム「LIFE」の運用について＊
厚生労働省がこの度の改定を機に科学的に効果が裏ずけられた自立支援・重度防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的に「LIFE」を活用し、介護施設からの高齢者の状態やケアの内容等のデータ提出によりフィードバックし、ケアの向上を図る取り組みを開始することになりました。

＊以下の項目は対象の方のみ加算されます。

○短期集中リハビリテーション加算	退院・退所後又は認定日3ケ月以内に個別にリハビリを実施した場合	１１０円/日	２２０円/日	３３０円/日
○認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅰ）	退院・退所後又は通所開始日から起算して３月以内に個別にリハビリを実施した場合	２４０円/日	４８０円/日	７２０円/日
○若年性認知症利用者受け入れ加算	６５歳未満の認知症の方を受け入れた場合	６０円/日	１２０円/日	１８０円/日
○重度療養加算	介護度3～5の利用者に対し、計画的な医学的管理のもとリハビリを行った場合	１００円/日	２００円/日	３００円/日
○中重度者ケア体制加算	介護度3～5の利用者が30%以上で看護師1名以上の配置している場合	２０円/日	４０円/日	６０円/日
○事業所が送迎を行わなかった場合（受診等で途中帰宅で家族送迎の場合等）	利用者に対して、その居宅と通所リハ事業所との間の送迎を行わない場合。	-47円/片道	-94円/片道	-141円/片道

■ その他のご利用料金（実費）

○教養娯楽費	１回あたりの教養娯楽費	２０円/回
＊食費（昼食・おやつ含み）	１回あたりの食事代	６７０円/回

介護老人保健施設 シェーンハイムやはば

連絡先：　TEL019-697-0066
FAX019-697-0122
担当相談員：小泉

介護老人保健施設シェーンハイムやはば

介護予防通所リハビリテーション　ご利用料金表

【介護保険事業者番号 ： 0372201004】　（ご利用額）　令和　6年　6月　改定

■介護予防通所リハビリテーション費

＊月料金となります。

要支援度	施設サービス費			サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			1ヶ月当たり		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	2,268円	4,536円	6,804円	88円	176円	264円	**2,256円**	**4,712円**	**6,423円**
要支援2	4,228円	8,456円	12,684円	176円	352円	528円	**4,404円**	**8,808円**	**13,212円**

＊利用開始日の属する月から起算して12月を超えた場合

3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催。リハ会議の内容を記録、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直ししている。
利用者ごとにリハビリテーション計画書等の内容の情報を厚生労働省に提出。リハビリテーションの提供に当たり、適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していきます。

・送迎、入浴費用はサービス費に含まれます。

■ 加算事項

		1割負担	2割負担	3割負担
○科学的介護推進体制加算（LIFE）	厚労省が主体となり、介護関連の情報収集・分析を行い、介護施設ではフィードバック（情報分析の反応や結果をみて、改良・調整を加えること）を受けて、科学的裏付けに基づく介護を実践する。	40円/月	80円/月	120円/月
○若年性認知症利用者受け入れ加算	６５歳未満の認知症の方を受け入れた場合	240円/月	480円/月	720円/月
○介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に3.4%を乗じた金額			
○介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.0%を乗じた金額			
○介護職員等ベースアップ等支援加算	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に１.０%を乗じた金額			

＊「LIFE」とは介護現場向けのデータベースです。
利用者の健康状態や提供している介護サービス等を記録し、適切な介護サービスの提供を行うこと、確認・検証の上で利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえた計画書等の改善し、サービスの質を向上を目的としています。
職員の情報共有や情報の一元管理、サービス計画書の作成の円滑化に繋がります。

■ その他のご利用料金

○教養娯楽費	１回あたりの教養娯楽費	２０円/回
＊食費（昼食・おやつ含み）	１回あたりの食事代	670円/回

介護老人保健施設 シェーンハイムやはば

連絡先：　TEL019-697-0066
FAX019-697-0122
担当相談員：小泉

受　付	介護老人保健施設　シェーンハイム やはば	②-1

通 所 利 用 申 込 書

フリガナ 利用希望者 氏　　名	㊞	性別	男・女	明治 大正　　年　　月　　日生まれ　　歳 昭和
住　　所	〒　　- TEL　　-　　-			
利用申込者 氏　　名	㊞	利用希望者 との続柄		
住　　所	〒　　- TEL　　-　　-			
第一連絡先	(氏名)　　(続柄)　　(TEL)自宅 携帯 (住所)　〒　　-			
第二連絡先	(氏名)　　(続柄)　　(TEL)自宅 携帯 (住所)　〒　　-			
利用希望 理　　由 (該当理由へ☑)	□日中の介護者がいない　□介護者が病弱　□認知症の進行が心配　□自宅での入浴が難しい □機能訓練(リハビリ)を受けるため　□病院退院後のリハビリ継続　□自宅での生活に不安がある □今後当施設入所、ショートステイを考えている　□　その他　(　　)			
参考事項	□　利用希望回数　(　1　2　3　何回でもよい　) □　曜日が決まっている　月・火・水・木・金・土（第一希望○、第二希望△で記入） □　曜日はいつでもよい			
要介護度 認定日 認定期間	要支援(1・2)要介護　(　1・2・3・4・5　) 令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日～ 令和　　年　　月　　日	障害者 手帳	・ある　・ない　・申請予定 種別: (　　種　　級　)	
生計維持者	・本人　・配偶者　・その他(　　)	血液型	A・B・O・AB　型	

家族構成	氏　　名	年齢	本人との関係	同居	職　　業(勤務先)
			本人	／	
					〔主介護者〕

生活歴	ご兄弟:　　人　　番目　　お子様:　　人（男　　人、女　　人） どのような暮らしをしておりましたか？ 最近、どのようにお暮らしでしたか？			
出生地	県　　市・町・村	嗜好品		
職　歴		趣味・特技		
結　婚	有　(S.H　　年)・　無	食事	好き	
宗　教			嫌い	

注）申込時には、介護保険被保険者証,介護保険負担割合証、内服薬情報（薬手帳・説明書等）・印鑑をご持参ください。

現在の状況	□ 自宅 … □独居 □同居( )					
	かかりつけ医 病院名 / 医師/通院状況 ・・・月 回・ ヵ月に1回					
	その他受診状況 病院名 / 医師/通院状況 ・・・月 回・ ヵ月に1回					
	□ 病院・施設 ( )					
	入院(所)時期( ) 退院・退所予定時期( )					
病 歴	何歳頃	病名	病院	何歳頃	病名	病院
医療処置の状況	□なし □経管栄養(HP) □インスリン注射(HP)					
	□その他〔 〕					
アレルギー関連	□薬物アレルギー(内容・時期:) □その他(内容・時期:)					
	□食物アレルギー(内容・時期:) □アレルギーなし					

		自 立	一 部 介 助	全 介 助
身体状況	視 力	普 通	弱 視	全 盲
	聴 力	普 通	やや難聴	難 聴 (補聴器 有・無)
	言 葉	普 通	少し不自由	不自由
日常生活動作等の状況	歩 行	独歩 杖 歩行器 車イス	歩行器 車イス	歩行不可 (車イス ・ 寝たきり)
	食 事	自力摂取	一部手を貸す	全介助(自力摂取不可)
	普通食・治療食(Kcal/減塩 g)・経管栄養			
	主食: 米飯・軟飯・粥・ミキサー 副食: 普通・軟菜・刻み・一口大・極刻み・ミキサー 水分: 普通・トロミ有			
	排 泄	自力可 トイレ ポータブル	ポータブル 誘導 ・ 後始末	
	着 衣	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	入 浴	入浴でき洗える〔自宅入浴:可・不可〕	洗介助 浴槽出入り介助	全介助 特浴(リフト)清拭
	身支度	自分でできる	一部手を貸す	全部手助け
	意思疎通	完全に通じる	ある程度通じる	まったく通じない
	褥 創	なし ・ 有り (部位 程度)		

寝たきり度	□ J □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □不明
認 知 度	□ I □ II □ III □ IV □M □不明 HDS-R ／30
周 辺 症 状	□徘徊 □不眠 □異食 □暴力行為 □不潔行為 □その他 〔 〕
負 担 段 階	負担限度額認定証 □無 □有 … 段階
保 険 種 別	1.後期高齢者 2. 国保(本人・家族) 3. 社保(本人・家族) 4. 生活保護(市町村:)
介護保険サービス利用状況	□利用なし □利用有り 居宅介護支援事業所 TEL 担当 利用サービス: 訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・福祉用具・その他( )

住居環境	住居形態	□戸建住宅(□平屋 □二階建)	□アパート・マンション(階／エレベーター□有 □無)
	介護環境	・住宅改修の有無 □有 □無 【改修内容 】 ・介護に支障のある場所等【 玄関・寝室・トイレ・浴室・その他( )】	

予防接種	季節型インフルエンザ	□未 / □ 済 (年 月 日) / □予定 (年 月)
	肺炎球菌ワクチン	□未 / □ 済 (年 月 日) / □予定 (年 月)
	新型コロナワクチン	□未 / □ 済 一回目(年 月 日) 二回目(年 月 日) 三回目(年 月 日) 四回目(年 月 日) 五回目(年 月 日) 六回目(年 月 日) 七回目(年 月 日)
備 考		

アレルギー問診票（シェーンハイムやはば）

お名前（利用者様）　　様　　記入日　　年　　月　　日

ご記入者名（間柄）　　様

抗菌薬（抗生剤）の副作用、食物、ゴム手袋、金属などでアレルギー反応を起こす方がまれに居ります。
軽い症状（発疹、痒み、水泡、発熱など）から重度のアナフィラキシーショックを起きる事があります。
（アナフィラキシーショックとは：息苦しさ、喉の詰り、腹痛、嘔吐、下痢や血圧低下、意識消失など）
当施設利用中に体調に問題があって抗菌剤を使用する事があり、また病院受診した際にもアレルギー問診を受ける事があります。
以下の質問は、施設利用中にアレルギー反応を起こさないようにするための資料として使用させていただきますので、ご記入をお願いします。

１．飲み薬や注射液で具合が悪くなったことがありますか。
　□なし　　□あり（いつ頃ですか。　　）
　薬品名（　　）
　症状　：吐気、嘔吐、発赤、発疹、痒み、咳、くしゃみ、しびれ感、喘鳴、呼吸困難、血圧低下、発熱、その他（　　）

２．食べ物によるアレルギーはありますか
　□なし　　□あり（いつ頃ですか。　　）
　食品名（　　）
　症状　：

３．金属（指輪、ネックレスなど）　　□なし　　□あり（いつ頃　　）
　症状　：

４．ゴム製品（ゴム手袋、輪ゴムなど）　　□なし　　□あり（いつ頃　　）
　症状　：

５．消毒（アルコール消毒、イソジン消毒）　　□なし　　□あり（いつ頃　　）
　症状　：

６．アレルギー性の病気や体質がありますか　□なし、　□あり（いつ頃　　）
　（気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー性鼻炎、花粉症、アトピーなど）

ご協力ありがとうございました。

プレ・インテーク・シート

お名前：

これは当施設（　　）のご利用を希望される皆さまに、より適切なサービスを提供することができるよう、ご要望などをおうかがいするための用紙です。

ご本人、主に介護をされている（今後、介護を予定されている）方、ご親族などの皆さまともよくご相談をなさってください。そのうえで率直なお考えをお書きください。そして次回の面接日にお持ちください。事前にお送りいただいても結構です。

※サービス利用にあたっての「必ず提出しなければならない書類」ではありませんが、できるかぎりご提出をお願いいたします。もちろん、ご記入できるところだけで結構です。

【サービスの利用目的】

サービス利用をご希望されるのは、どのような目的ですか？該当するものすべてに○印をつけてください。また、入所を申し込みされる理由として、特に伝えておきたいことがあれば、具体的に記述欄にお書きください

ご本人	利用希望サービス：　施設入所　・　短期入所　・　通所リハビリテーション 1．今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい 2．その支障は、身体機能に困難なことがあるから 3．その支障は、認知機能に困難なことがあるから 4．その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから 5．その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから 6．ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7．ほかの人から勧められたから 8．とにかく在宅での生活が無理だから 9．その他（　　） ※記述欄
ご家族	利用希望サービス：　施設入所　・　短期入所　・　通所リハビリテーション 1．今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい 2．その支障は、身体機能に困難なことがあるから 3．その支障は、認知機能に困難なことがあるから 4．その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから 5．その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから 6．ひとつふたつではなく、いろいろな理由から 7．ほかの人から勧められたから 8．とにかく在宅での介護をしていくのが無理だから 9．その他（　　） ※記述欄

裏面へ

【サービスを利用の希望と目標】
サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？
また、サービスを利用されるにあたり、私たちにどのような要望がありますか？ごく簡単にで結構ですから、お書きください。例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば…」とか「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものなれば…」などというようなことです。

ご本人	
ご家族	

【ご自宅で（ご自宅での生活に向けて）困っていること、不安や不便と感じること】
ご面倒をおかけしますが、「こんなことに不便している・困っている」とか「手すりがあるといいと思うが、どこにつけると便利なのか？」というような、ご自宅の生活での困りごとを記してください。（大まかで結構ですので、ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣の様子がわかる見取り図をお描きいただければ、さらに助かります。）

お書きいただいた方（方々）のお名前と続柄

・＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）　・＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

・＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）　・＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

ご協力ありがとうございました