介護老人保健施設シェーンハイムやはば

入所ご利用料金表

【介護保険事業者番号 ： 0372201004】

令和6年8月1日改定

■ 施設サービス費

●多床室（２人部屋・４人部屋）

介護度	施設サービス費			夜勤体制加算			サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			食費	居住費	教養娯楽費	合計額（食費・居住費・教養娯楽費込）※月額は31日で算出		
	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	793円	1,586円	2,379円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	＊ 1,780円	＊ 437円	40円	1日 3,092円 月額 95,852円	1日 3,927円 月額 121,737円	1日 4,762円 月額 147,622円
2	843円	1,686円	2,529円										1日 3,142円 月額 97,402円	1日 3,991円 月額 123,721円	1日 4,912円 月額 152,272円
3	908円	1,816円	2,724円							第１段階３００円	第１段階 0円		1日 3,207円 月額 99,417円	1日 4,121円 月額 127,751円	1日 5,107円 月額 158,317円
4	961円	1,922円	2,883円							第２段階３９０円	第２段階４３０円		1日 3,260円 月額 101,060円	1日 4,263円 月額 132,153円	1日 5,266円 月額 163,246円
5	1,012円	2,024円	3,036円							第３段階①６５０円 第３段階②1360円	第３段階４３０円		1日 3,311円 月額 102,641円	1日 4,365円 月額 135,315円	1日 5,419円 月額 167,989円

● 個室

介護度	施設サービス費			夜勤職員配置加算			サービス提供体制強化加算（Ⅰ）			食費	居住費	教養娯楽費	合計額（食費・居住費・教養娯楽費込）※月額は31日で算出		
	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	753円	1,506円	2,259円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	＊ 1,780円	＊ 1,728円	40円	1日 4,343円 月額 134,633円	1日 5,138円 月額 159,278円	1日 5,933円 月額 183,923円
2	801円	1,602円	2,403円										1日 4,391円 月額 136,121円	1日 5,234円 月額 162,254円	1日 6,077円 月額 188,387円
3	864円	1,728円	2,592円							第１段階３００円	第１段階５５０円		1日 4,454円 月額 138,074円	1日 5,360円 月額 166,160円	1日 6,266円 月額 194,246円
4	918円	1,836円	2,754円							第２段階３９０円	第２段階５５０円		1日 4,508円 月額 139,748円	1日 5,468円 月額 169,508円	1日 6,428円 月額 199,268円
5	971円	1,942円	2,913円							第３段階①６５０円 第３段階②1,360円	第３段階1,３７０円		1日 4,561円 月額 141,391円	1日 5,574円 月額 172,794円	1日 6,587円 月額 204,197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
○短期集中リハビリ実施加算Ⅰ	入所日から三ヶ月以内に集中的にリハビリを行った場合、1日につき加算		258円/日	516円/日	774円/日
○認知症短期集中リハビリ加算Ⅰ	入所日から3ケ月以内に実施した場合、１週間に３回を限度として加算		240円/回	480円/回	720円/回
○認知症ケア加算	１日につき７６円　※認知症専門棟入所の方が対象となります		76円/日	152円/日	228円/日
○若年性認知症利用者受け入れ加算	初老期の６５歳未満の認知症受け入れた場合、１日につき加算		120円/日	240円/日	360円/日
○初 期 加 算	入所日より30日間１日につき加算		30円/日	60円/日	90円/日
○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40以上を満たし、かつ在宅復帰したものが退所者数の３割を越えた場合一日につき加算		34円/日	64円/日	102円/日
○外泊時費用	1ヶ月6日を限度とし所定利用料にかわり一日につき（外泊初日、最終日を除く）		362円/日	724円/日	1,086円/日
○外泊時費用（在宅サービス利用）			800円/日	1,600円/日	2,400円/日
○ターミナルケア加算	医師が医学的見地に基づき回復の見込みが無いと診断した方であること。入所者又はその家族の同意を得て、ターミナルケア計画が作成されていること。医師看護師介護職員等が共同して、入所者の状態について家族の　求め等に応じ随時説明を行い、同意書を得てターミナルが行われていること。以上のいずれにも該当する場合	（死亡日）	1,650円/日	3,300円/日	4,950円/日
		（2～3日）	820円/日	1,640円/日	2,460円/日
		（4～30日）	160円/日	320円/日	480円/日
		（31～45日）	80円/日	160円/日	240円/日
○入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	入所期間が１ケ月を超えると見込まれる方の入所予定前30日から入所後７日以内に当該入所者の居宅訪問して退所を念頭に置いた施設サービス計画策定、及び診療方針の決定を行った場合　（１回を限度に加算）		450円/回	900円/回	1,350円/回
○試行的退所時指導加算	入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を行った場合に加算		400円/回	800円/回	1,200円/回
○退所時情報提供加算（Ⅰ）	退所後の主治医に対し診療情報を提供した場合に加算　（１回を限度に加算、退所先が在宅）		500円/回	1,000円/回	1,500円/回
○退所時情報提供加算（Ⅱ）	退所後の主治医に対し診療情報を提供した場合に加算　（１回を限度に加算、退所先が医療機関）		250円/回	500円/回	1,000円/回
○退所時栄養情報連携加算（Ⅰ）	退所後の主治医に対し診療情報を提供した場合に加算　（２回を限度に加算、退所先が医療機関）		70円/回	140円/回	210円/回
○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に３．９％を乗じた金額（令和6年6月1日より）				
○夜勤職員配置加算	夜勤者を入所者20名に1名以上、かつ41名以上に2名、40名以下では1名を超える人数配置した場合に加算		24円/日	48円/日	72円/日
○ターミナルケア加算	医師が医学的見地に基づき回復の見込みが無いと診断した方であること。入所者又はその家族の同意を得て、ターミナルケア計画が作成されていること。医師看護師介護職員等が共同して、入所者の状態について家族の　求め等に応じ随時説明を行い、同意書を得てターミナルが行われていること。以上のいずれにも該当する場合	（死亡日）	1,650円/日	3,300円/日	4,950円/日
		（2～3日）	820円/日	1,640円/日	2,460円/日
		（4～30日）	160円/日	320円/日	480円/日
		（31～45日）	80円/日	160円/日	240円/日

○入退所前連携加算（Ⅰ）	居宅介護支援事業所と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合に加算　（１回を限度に加算）		600円/回	1,200円/回	1,800円/回
○協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 以下要件を満たす場合に加算①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制の常時確保。②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制の常時確保。③入所者等の病状が急変した場合において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制の確保。	令和7年3月31まで	100円/月	200円/月	300円/月
		令和7年3月31まで	50円/月	100円/月	150円/月
○新興感染症等施設療養費	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、１月に１回、連続する５日を限度として算定する。		240円/日	480円/日	720円/日
○経口維持加算（Ⅰ）	摂食機能障害により誤嚥が認められる利用者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し、継続して経口での食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合、１月につき算定		400円/月	800円/月	1200円/月
○療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合、１食につき加算		6円/1食	12円/1食	18円/1食
○かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	処方薬の減少について、退所時または退所後1月以内に、入所者のかかりつけ医に報告、診療録に記載し加算		140円/退所時	280円/退所時	420円/退所時
○所定疾患施設療養費（Ⅱ）	肺炎、尿路感染症、帯状疱疹について投薬・検査・注射等を行った場合月連続した10日間を限度に加算		480円/日	960円/日	1,440円/日
○緊急時治療管理	入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬,検査、注射,処置等を行ったときに１回に連続する３日を眼度として月１回に限り加算		518円/日	1,036円/日	1,554円/日
○認知症行動・心理症状緊急対応加算	医師が認知症の行動・心理症状により在宅生活が困難で緊急に入所が必要であると判断した方に対し７日間を限度に加算		200円/日	400円/日	600円/日
○リハビリテーションマネジメント計画書　情報提供加算（Ⅱ）	①リハビリテーション実施計画書を作成し、3ヵ月毎に科学的に提出すること。 ② 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント加算を算定していること。 ③入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。		33円/月	66円/月	99円/月
○科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	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見て、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ことにより加算		40円/月	80円/月	120円/月
○自立支援促進加算	以下内容を実施し加算　医 師が、①施設入所時入所者ごとに、自立支援に係る医学的評価を行う②その後6ヶ月に1回以上見直し③自立支援に係る支援計画等の策定等に参加 評価の結果、自立支援促進の対応が必要とされる利用者ごとに多職種共同で、①自立支援に係る支援計画の策定、②支援計画に従ったケアの実施 医学的評価に基づき、3ヶ月に1回以上入所者ごとに支援計画を見直し、医学的評価の結果等の情報をLIFEで厚生労働省に提出		300円/月	600円/月	900円/月
○安全対策体制加算	外部研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に加算		20円/入所時1回	40円/入所時1回	60円/入所時1回

■ その他のご利用料金

○家族宿泊利用料	１，１００円
○理・美容代	１，０００円～５，０００円　※詳しくは別掲料金表をご覧ください。

介護老人保健施設 シェーンハイムやはば

お問い合わせ先 TEL:０１９-６９７-００６６（代）

FAX:０１９-６９７-０１２２　　担当相談員：宮武

受　付

介護老人保健施設　シェーンハイム　やはば

入 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 昭和	年　月　日生まれ　歳
住　　所	〒　　- TEL　　-　　-				
フリガナ 利用申込者 氏　　名	㊞	利用希望者 との続柄			
住　　所	〒　　- TEL　　-　　-				
第一連絡先	フリガナ (氏名)　　(続柄)　　(TEL)自宅 携帯 (住所)　〒　　-				
第二連絡先	フリガナ (氏名)　　(続柄)　　(TEL)自宅 携帯 (住所)　〒　　-				
利用希望 理　　由 (該当事項へ☑)	□　在宅介護が困難なため（□介護者がいない　□介護者が病弱　□家屋状況が悪い） □　機能回復訓練を受けるため　□　福祉施設待機（施設名:　　） □　その他（　　）				
参考事項	□　自宅に帰ることができる　(時期　　) □　施設入所　□申込予定　□申込済　施設名[　　] □　その他（　　）				
希望事項	入所希望時期(　年　月　)入所希望居室　□一般棟　□専門棟［ 個室 ・ 多床室 ］				
要介護度 認定日 認定期間	要介護（ 1 ・2 ・3 ・4 ・5 ） 年　月　日 年　月　日　～　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		
収入状況	・年金(　年金　万円/2月)（　年金　万円/2月）・その他収入(　　)				

家族構成	氏　　名	年齢	本人との関係	同居	職　　業(勤務先)
			本人		

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？)			
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			
	その他受診状況 病院名 / 医師/通院状況			
	□ 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： ）□その他（内容： ）			
	□食物アレルギー（内容： ）□アレルギーなし			
身体状況		自 立	一 部 介 助	全 介 助
	視 力	普 通	弱 視	全 盲
	聴 力	普 通	やや難聴	難 聴
	言 葉	普 通	少し不自由	不自由
日常生活動作の状況	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・制限食（ ）・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・ミキサー			
	排 泄	自力可 トイレ ポータブル リハビリパンツ オムツ	ポータブル 誘導・後始末 リハビリパンツ ・オムツ	常時オムツ ・全面介助
	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	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			
認知症周辺症状	□徘徊 □不眠 □異食 □暴力行為 □不潔行為 □昼夜逆転 □介護拒否			
	□その他 〔 〕			
負担段階	負担限度額認定証 □無 □申請中 □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	□利用あり 居宅事業所名 〔 〕			
	□利用なし 居宅担当者名 〔 〕TEL			
	利用サービス 〔 〕			
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 〔 〕		
予防接種	インフルエンザワクチン □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		
		最終接種日 回目（ 年 月 日） 接種場所（		
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

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）当施設入所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、施設入所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）

７.手術等により体内に金属製の医療器具を装着されていますか。または MRI 検査を受けられないと説明を受けたことはありますか。（人工骨頭、人工関節、ペースメーカ、髄内釘、骨固定用のボルト・プレート、人工内耳・外耳、脳内シャント、クリップ類など）
　□なし、　□あり（いつ頃　　）

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