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　7年　5月改定

■　施設入所　サービス費

※１割負担の方の金額となります

●多床室（２人部屋・４人部屋）

の色部分は、介護負担限度額認定証の記載に沿って段階が適用されます

介護度	施設サービス費	夜勤職員配置加算 ※1	在宅復帰在宅療養支援加算(Ⅰ) ※2	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※3	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	793円	24円/日	51円/日	22円/日	＊ 1,880円/日	＊ 437円/日	40円/日	1日 3,247円 月額 100,657円
2	843円							1日 3,297円 月額 102,207円
3	908円							1日 3,362円 月額 104,222円
4	961円				第１段階 ３００円 第２段階 ３９０円	第１段階 ０円 第２段階 ４３０円		1日 3,415円 月額 105,865円
5	1,012円				第３段階① ６５０円 第３段階② 1,360円	第３段階 ４３０円		1日 3,466円 月額 107,446円

● 個室

の色部分は、介護負担限度額認定証の記載に沿って段階が適用されます

介護度	施設サービス費	夜勤職員配置加算 ※1	在宅復帰在宅療養支援加算(Ⅰ) ※2	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) ※3	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	717円	24円/日	51円/日	22円/日	＊ 1,880円/日	＊ 1,728円/日	40円/日	1日 4,462円 月額 138,322円
2	763円							1日 4,508円 月額 139,748円
3	828円							1日 4,573円 月額 141,763円
4	883円				第１段階 ３００円 第２段階 ３９０円	第１段階 ５５０円 第２段階 ５５０円		1日 4,628円 月額 143,468円
5	932円				第３段階① ６５０円 第３段階② 1,360円	第３段階 1,370円		1日 4,677円 月額 144,987円

※１…　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

※２…　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

※３…　①介護福祉士80％以上　②勤続10年以上の介護福祉士35％以上　いずれかに該当する場合加算

■加 算 事 項

加　算　項　目	加　算　内　容	金　額
○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総報酬単位数に7.5%を乗じた金額	
○協力医療機関連携加算	施設と協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者等の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することにより加算	50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
○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
○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	以下内容を実施し加算　・指定医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること　・協力医療機関等との間で一般的な感染症の発生時等の対策を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応　・院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること	10円/月
○高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関から３年に１回以上施設内感染の感染制御等に係る実施指導を受けていることにより加算	5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ことにより加算（入所時1回）	20円/回
○初 期 加 算（Ⅰ）	急性期医療を担う医療機関への入院後３０日間以内に退院し、老健施設に入所した場合、入所日より30日間１日につき加算	60円/日
○初 期 加 算（Ⅱ）	入所日より30日間１日につき加算　※（Ⅰ）を算定している場合は算定しない	30円/日

＊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実施加算（Ⅰ）	入所日から３ヶ月以内、1週に3日を限度として集中的にリハビリを行い、１月に1回以上ADLの評価を行うとともに、評価結果等の情報を厚生労働省に提出していることにより加算	258円/日
○認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	認知症であると医師が判断した者に対し、入所日から３ヶ月以内、1週に3日を限度として集中的にリハビリを実施した場合加	240円/日
○認知症ケア加算	認知症専門棟において認知症に対応した処遇を受けることが適当であると医師が認めた者に対して介護保険施設サービスを行った場合加算	76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）	入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該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を活用していることにより加算	33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
○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加算　（１回を限度）	450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
○退所時情報提供加算（Ⅰ）	（退所先が居宅の場合）退所後の主治医に対し診療情報、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合に加算（入所者1人につき1回に限り算定）	500円/回
○退所時情報提供加算（Ⅱ）	（退所先が医療機関の場合）退所後の医療機関に対し診療情報、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合に加算（入所者1人につき１回に限り算定）	250円/回
○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

○退所時栄養情報連携加算（Ⅰ）	特別食を必要とする入所者に対し、管理栄養士が退所先の医療機関等に当該者の栄養管理に関する情報を提供することによりか		70円/回
○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/回
○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に加算	（死亡日）	1,900円/日
		（死亡日前々日、前日）	910円/日
		（死亡日４～３０日前）	160円/日
		（死亡日３１～４５日前）	72円/日
○若年性認知症利用者受入加算	受け入れた若年性認知症入所者（初老期における認知症によって要介護者となった者）ごとに個別の担当者を定めていることにより加算		120円/日
○外泊時費用	入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1月に６日を限度とし所定利用料にかわり１日につき加算（外泊初日、最終日を除く）		362円/日
○外泊時費用（在宅サービス利用）	退所が見込まれるものを試行的に退所させ、居宅サービスを提供する場合加算		800円/日
○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日を限度として加算		240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加算		400円/月
○所定疾患施設療養費（Ⅱ）	肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪のいずれかに該当する入所者について投薬・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
○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
○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

■ その他のご利用料金

○理・美容代	２，０００円～５，５００円　※別紙料金表をご覧ください	○電話代（携帯電話）	５０円／回
○私物洗濯料	実費　※別紙料金表をご覧ください	○電話代（固定電話）	２０円／回
○家族宿泊利用料	１，１００円	○家電持込料	４２円／1日
○診断書料	死亡診断書　５，５００円　　他診断書等　３，１５０円		

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