

# 短期入所 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)

令和元年10月改定

## ■ 短期入所療養介護 施設サービス費

### ● 2人・4人部屋

の赤部分は、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

要介護度	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)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	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	835円	1,670円	2,505円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	*1630円	*377円	40円	2,924円	3,801円	4,678円
2	880円	1,760円	2,640円							2,969円	3,882円		4,813円		
3	942円	1,884円	2,826円							第1段階300円	第1段階 0円		3,031円	4,004円	4,999円
4	995円	1,990円	2,985円							第2段階390円	第2段階370円		3,084円	4,106円	5,158円
5	1,046円	2,092円	3,138円							第3段階650円	第3段階370円		3,135円	4,212円	5,311円

### ● 個室

要介護度	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)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	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	755円	1,510円	2,265円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	*1630円	*1668円	40円	4,135円	4,932円	5,729円
2	801円	1,602円	2,403円							4,181円	5,024円		5,867円		
3	862円	1,724円	2,586円							第1段階300円	第1段階490円		4,242円	5,146円	6,050円
4	914円	1,828円	2,742円							第2段階390円	第2段階490円		4,294円	5,250円	6,206円
5	965円	1,930円	2,895円							第3段階650円	第3段階1,310円		4,345円	5,352円	6,359円

## ■ 予防介護短期入所 施設サービス費

### ● 2人・4人部屋

の赤部分は、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

要介護度	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)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	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
要支援1	613円	1,226円	1,839円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	*1630円	*377円	40円	2,702円	3,357円	4,012円
要支援2	768円	1,536円	2,304円							第1段階300円	第1段階 0円		2,857円	3,667円	4,477円

### ● 個室

要介護度	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)			食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)		
	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
要支援1	580円	1,160円	1,740円	24円	48円	72円	18円	36円	54円	*1630円	*1668円	40円	3,960円	4,582円	5,204円
要支援2	721円	1,442円	2,163円							第1段階300円	第1段階 0円		4,101円	4,864円	5,627円

## ■ 共通加算事項

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（Ⅱ）	施設サービス費に各種加算を加えた利用料に2.9%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2.1%を乗じた金額			

（以下の項目は対象の方のみ加算されます）

○送迎加算	事業所と居宅との間の送迎を行う場合片道につき加算	184円	368円	552円
○療養食加算	医師の食事せんに基づき療養食を提供した場合、1日につき加算	23円	46円	69円
○個別リハビリ加算	個別リハビリを行った場合1日につき加算	240円	480円	720円
○緊急短期受け入れ加算	居宅介護サービス計画に於いて計画的に行うこととなっていない短期入所療養介護を行った場合、7日間を限度に1日につき加算	90円	180円	270円
○重度療養管理加算	要介護4又は5であって、厚生労働大臣が定める状態である方に対して、医学管理のもと短期入所療養介護を行った場合1日につき加算	120円	240円	360円
○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1日につき加算	120円	240円	360円
○認知症専門ケア加算	認知症介護専門研修（認知症介護実践実践リーダー研修）修了者配置により1日につき加算	3円/日	6円/日	9円/日

## ■ 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（詳細は希望時別紙料金表にてご説明いたします）

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

短期入所利用申込書

受付					
フリガナ 利用希望者 氏名	⑩	性 別	男 女	明治 大正 昭和	年 月 日生まれ 歳
住所	〒 - TEL - -				
利用申込者 氏名	⑩	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☑)	<input type="checkbox"/> 在宅介護が困難なため ( <input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 家屋状況が悪い ) <input type="checkbox"/> 機能回復訓練を受けるため <input type="checkbox"/> 福祉施設待機 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望事項	リハビリ希望回数 週 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )				
	入所希望居室 <input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 専門棟 [ 特別室 個室 多床室 どの部屋でもよい ]				
	送迎希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 平日のみのご対応となります。迎え10:00 送り14:00 )				
要介護度 認定日 認定期間	要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			障害者 手帳	種別: ( 種 級 )
	平成 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
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/月 ) ( 年金 万円/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いましたか?)				
出生地	県 市・町・村		嗜好品		
職歴			趣味・特技		
結婚	有 (S.H 年) ・ 無		食 好 喜		
宗教			事 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	<input type="checkbox"/> 自宅 … <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設 ( )			
病歴	入院(所)時期( )		退院・退所予定時期( )	
	何歳頃	病名	病院	
	何歳頃	病名	病院	
	何歳頃	病名	病院	
医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養(HP ) <input type="checkbox"/> インスリン注射(HP ) <input type="checkbox"/> その他 { }			
身体状況 日常生活 活動 作業 の 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
	歩行	独歩杖 歩行器 車イス	歩行器 車椅子	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( )・経管栄養	主食:軟飯・粥・ミキサー 副食:普通・刻み・極刻み・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	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明			
認知度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 HDS-R /30			
周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 { }			
負担段階	負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 … 段階			
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護(市町村: )			
介護保険サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用有 居宅介護支援事業所 TEL 担当 利用サービス { }			
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 二階建 ) <input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
	介護環境	・住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【改修内容】 ・介護に支障のある場所等 【】		
予防接種	季節型インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定( 年 月 )		
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 予定( 年 月 )		
備考				