介護老人保健施設シェーンハイムやはば

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　7年　5月改定

■ 短期入所療養介護　施設サービス費

※１割負担の方の金額となります

● 2人・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	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（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	830円	24円	22円	51円	＊ 1,880円	＊ 437円	40円	3,284円
2	880円				第１段階 300円	第１段階 0円		3,334円
3	944円				第２段階 600円	第２段階 430円		3,398円
4	997円				第３段階① 1,000円	第3段階 430円		3,451円
5	1,052円				第３段階② 1,300円			3,506円

＊　朝食　490円　昼食・おやつ　700円　夕食　690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）	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（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	753円	24円	22円	51円	＊ 1,880円	＊ 1,728円	40円	4,498円
2	801円				第１段階 300円	第１段階 550円		4,546円
3	864円				第２段階 600円	第２段階 550円		4,609円
4	918円				第３段階① 1,000円	第３段階 1,370円		4,663円
5	971円				第３段階② 1,300円			4,716円

■ 予防介護短期入所　施設サービス費

● 2人・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	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)
要支援1	613円	24円	22円	51円	＊ 1,880円	＊ 437円	40円	3,067円
					第１段階 300円	第１段階 0円		
要支援2	774円				第２段階 600円	第２段階 430円		3,228円
					第３段階① 1,000円	第3段階 430円		
					第３段階② 1,300円			

● 個　　室

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）	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	食事代	居住費	教養娯楽費	一日あたり(食費・居住費込み)
要支援1	579円	24円	22円	51円	＊ 1,880円	＊ 1,728円	40円	4,324円
					第１段階 300円	第１段階 550円		
要支援2	726円				第２段階 600円	第２段階 550円		4,471円
					第３段階① 1,000円	第３段階 1,370円		
					第３段階② 1,300円			

■ 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利用料に7.5%を乗じた金額	
○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
○サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	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	22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。	51円/日

（以下の項目は対象の方のみ加算されます）

○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
○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/回
○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食につき加算	8円/食
○個別リハビリテーション実施加算	個別リハビリを行った場合１日につき加算	240円/回
○緊急短期入所受入加算	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/日
○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/日
○若年性認知症利用者受け入れ加算	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
○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
○総合医学管理加算	治療管理を目的とし、以下の基準に従い、居宅サービス計画で計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、10日を限度として１日につき所定単位数を加算	275円/日
○緊急時治療管理	入所者の病状が重篤になり、救命数急医療が必要となる入所者に対し、応急的な治療管理として投薬、注射、検査、処置等が行われた場合に加算（1月に1回、連続する3日を限度）	518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　②-1

短 期 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　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☑)	□ 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　□ 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 □一般棟 □専門棟 [特別室　個室　多床室 どの部屋でもよい] 送迎希望　□有　□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) 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	
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		食事 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		□ 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		
		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
	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 車椅イス	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（ ）・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		□ 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 □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		□利用なし		
		□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	□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	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 最終接種日 回目（ 年 月 日） 接種場所（ ）		