

特別養護老人ホーム慈光園へ入所を申込まれる方へ

1 特別養護老人ホームとは

心身に障害があり常時介護を要する方（介護保険の認定において要介護3～5に認定された方）のうち、在宅で介護を受けることが困難な方が利用する介護保険施設です。要介護認定において3～5までの認定を受けても状況によっては必ずしも入所できる訳ではないことをご理解ください。

2 申込みにあたっての状況確認

申込みにあたっては、ご本人の心身状況はもとより、介護をしている方の状況・家族構成等立ち入ったことをお聞きすることもあります。秘密は厳重に守りますので詳しい状況の聞き取りにご協力ください。

3 入所の順番は

入所申込み者の介護の必要の程度や家族等の状況を踏まえて山形県特別養護老人ホーム入所指針により決定することになります。尚、入所指針とは身体状況・家族状況等を意見書、面接等で点数化するものです。

- * 申込み受付順ではありませんのでご承知おきください。
- * 介護度、身体状況、家族環境等の変化より入所順位の変動が考えられます。変更があった場合は必ず連絡ください。連絡がない場合申請時の状態で検討いたします。
- * 申込み者が死亡又は他の施設に入所する等により入所申込みを辞退する場合においては速やかに慈光園にその旨を報告してください。

4 申込みの手続きについて

申込みにあたっては、以下の書類をご用意の上、慈光園に直接ご持参下さい。

- ① 特別養護老人ホーム慈光園入所申請書
- ② 特別養護老人ホーム入所意見書（ケアマネジャー等に依頼してください）
- ③ 介護保険証または写し

※担当者不在時は、受付できない場合がありますので
予めお電話で予約の上来園くださいますようお願い
します。

問い合わせ

〒993-0014

長井市小出 3453 番地

特別養護老人ホーム慈光園

TEL 0238-88-2711

FAX 0238-88-2712

担 当 情野・飯澤・平田

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）「慈光園」入所申込書

年 月 日申し込み

申込者氏名	(ふりがな)	続柄	
住所	〒		
電話	自宅	()	携帯電話
	勤務先	()	名称
入所希望者本人の同意の有無	有 無 不可能		

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、同意の欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	氏名	(ふりがな)	性別		
			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	現住所	〒 - 電話番号 ()			
	介護保険	被保険者番号		保険者名	
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中		
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	氏名	事業所名	電話 ()
	健康保険	(種別・記号番号)			
	年金等	(種別)	支給年額		
	生活保護受給	あり・なし		重度心身医療証受給	あり・なし
	障害者手帳等	手帳の種類 _____ (障害名: _____) 判定 _____ 級 (度) 年 月 日			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他()			
		<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 (一般) <input type="checkbox"/> 病院 (療養) <input type="checkbox"/> その他 () 施設名又は病院名 (_____) 所在市町村名 : _____) 入所又は入院の時期 : 年 月 頃			
	主たる介護者	(ふりがな)	性別	本人との関係	
			男・女	生年月日: 大正・昭和・平成	年 月 日
家族構成	氏名	続柄	年齢	世帯	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	
身元引受人	契約代理になっていただける方		(氏名)	(続柄)	
連帯保証人	(氏名)	(続柄)	(氏名)	(続柄)	

入所希望者の状況	主治医	(ふりがな) 氏名 医療機関所在地	医療機関名 電話	
	医療の状況	病歴（現病名： ） （既往歴： ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう・食道ろう） <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA その他感染症（ ）		
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症（重い・軽い・なし） <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動（ ） <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする <input type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔がわからない <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができなくなる <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方がわからない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 幻覚症状がある <input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない <hr/> <input type="checkbox"/> 視力に問題がある：具体的に <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある：具体的に <hr/> 歩 行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食 事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> （ ） 入 浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	入所の希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため 特記事項(具体的な事情など)		
		※要介護1及び2の方は必ず記入して下さい <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である 理由(具体的な状況など)		
説明確認および情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者施策の参考とする為、山形県及び関係市町村に報告提供することに同意します。 なお、入所申し込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げします。 年 月 日 入所希望者名 _____ 同上家族氏名 _____			

別紙 特別養護老人ホーム入所意見書

1 本人の状況

要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
障がい自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2				
認知症自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M				
行動心理症状等	発生頻度	非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし			
	症 状 (該当する行動を○で囲む)	◎項目 1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声を出す 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 10. その他 ()			

2 介護の状況

①居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	40%以上	30%以上	30%未満
②居宅での介護期間	5年以上	4年以上	3年以上	2年以上	1年以上 1年未満
③介護施設等の入所期間	3年以上	2年以上	1年以上	1年未満	入所等なし

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	一人暮らし 二人暮らし その他 世帯構成の記入
②主たる介護者の続柄・年齢等	続柄 () 年齢 歳 生年月日 M.T.S 年 月 日
③主たる介護者の心身の状況	心身の障がい : 無・有 () 介護困難 多少介護可能 介護可能
④主たる介護者の就労	無・有 (職種等 : 日/週、 時間/日) 8時間以上 4~8時間 (パート的就労及び農業等の補助的就労) 4時間未満
⑤家族が介護に従事する時間	1日中(8時間以上)の介護 半日程度(4~6時間)の介護 多少の介護時間あり なし
⑥主たる介護者の同居家族の状況	・同居する他の要介護者等を介護している ・就労等により日中家族不在 ・主たる介護者が乳、幼児を育児 ・他の家族が入院、入所中 ・小、中学生の世話をしている (その他の状況 :)
⑦他の要介護者等	無・有 続柄 () (要支援, 要介護 1, 2, 3, 4, 5) 有の場合 行動心理症状等 (非常に多い・やや多い・少しあり・なし) 行動・心理症状 (該当する行動を○で囲む) ◎項目 1. 昼夜逆転 2. 暴言暴行 3. 大声をだす 4. 介護に抵抗 5. 常時の徘徊 6. 火の不始末 7. 不潔行為 8. 摂食異常 9. 自傷行為 ・居宅サービス利用限度額割合 (60%以上・50%以上・40%以上・30%以上・30%未満) ・居宅における介護期間 (5年以上・4年以上・3年以上・2年以上・1年以上・1年未満)

4 介護支援専門員等の入所への意見

入所申込者氏名 _____
(被保険者番号 _____)

令和 年 月 日現在

所属事業所名 _____
住 所 _____
職 名 _____
電 話 番 号 _____
記載者氏名 _____

<特別養護老人ホーム入所意見書記載における留意事項>

1 「行動心理症状等」

昼夜逆転、暴言暴行、大声を出す、介護に抵抗、常時の徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動〔摂食異常〕及び自傷行為が1項目以上ある場合で、それらの症状がほぼ毎日ある場合は「非常に多い」、週に1～2回以上ある場合は「時々ある」、月に1～2回程度ある場合は「少しある」「稀にある」とする。前記以外の行動心理症状等と思われる症状または特記すべき行動心理症状等については、「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載すること。

2 「介護の現況」

「①居宅サービス利用限度額割合」

居宅サービス利用限度額割合は、各要介護度の支給限度基準額に基づき、直前の平均的な利用度（概ね3ヶ月）を算出すること。なお、申込時点において、病院、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及びその他施設（以下「病院等」という。）に入院（入所）中の者については、「60%以上」とする。

「②居宅での介護期間」

居宅での介護期間は、要介護状態、又はそれと同程度の状態となり現に居宅において介護をした通算の期間（一人暮らし世帯にあつては、要介護状態、又はそれと同程度の状態となつてからの期間）とする。この期間において、病院等に入院（入所）している期間は除くこと。

「③介護施設等の入所期間」

介護施設（介護老人保健施設、グループホーム、介護療養型病床、有料老人ホーム等）に入所している通算の期間とする。短期入所等を継続的に利用している場合は、状況により入所期間に含める場合があるので継続的に利用せざるを得ない状況、理由等を「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載すること。

3 「主たる介護者・家族等の状況の評価」

○病院等に入院（入所）している場合は、居宅に復帰した際の状況を想定し記入すること。

○「一人暮らし世帯」

「一人暮らし世帯」には、入所申込者以外に高校生以下の者が同居する場合を含む。また、主たる介護者が長期入院等により、実質的に「一人暮らし」と認められる場合は、「一人暮らし世帯」として扱う。

(1) 「③介護者の心身の状況」

「介護困難」は、介護者が障がいや疾病のために、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合、「多少介護可能」は、介護者が障がいや疾病のために、要介護者のADL援助を2つ程度しかできない場合、「介護可能」は、介護者に障がいや疾病はあるが、要介護者の介護が可能な状態である場合とする。

(2) 「④主たる介護者の就労」

「8時間以上」とは、主たる介護者が家族の生計維持の中心となっている場合。かつ、会社員等においては週5日以上及び週40時間以上の勤務に就労している場合、または、農業等の自営業に従事している場合とする。「4～8時間」及び「4時間未満」とは、主たる介護者が生計維持の為の補助的な就労をしている場合であり、会社員等においては週5

日未満及び週40時間未満の勤務の状態とし、農業等の自営業においては、主たる生計維持者の補助的な就労をしている場合とし、実際に就労している時間により記入すること。職種、週当たりの就労日数、1日当たりの就労時間についても必ず記入すること。

(3) 「⑤家族が介護に従事する時間」

介護に従事する時間については、1日当たりの申込者に係る実際の介護従事時間とし、この時間には「見守り」の時間も含むこととする。居宅サービス（通所介護、訪問介護、短期入所生活介護及び短期入所療養介護等）を利用している場合は、介護に従事する時間に含めないが、利用頻度を考慮し、判断すること。判断に迷う場合は、「介護支援専門員等の入所への意見」欄に状況等を記載すること。

病院等に入院（入所）中の者については、「なし」とする。

(4) 「⑥主たる介護者の同居家族の状況」

「他の要介護者等を介護している」の要介護者等には要支援者も含まれる。また、要介護度認定になっていない身体障がい者、知的障がい者等の家族を何らかの形で介護している場合は、その状況を「介護支援専門員等の入所への意見」欄に記載する。

「就労等により日中家族不在」とは、主たる介護者も含め家族全員が就労している為、申込者が日中は一人になる状態が6時間以上継続する場合。「主たる介護者が乳、幼児を育児」とは、申込者を介護しながら小学生未満の子の育児をしている場合。「小、中学生の世話をしている」とは、申込者を介護しながら小学生又は中学生の世話をしている場合とする。項目が重複する場合については、該当する項目全てをチェックすること。

(5) 「⑦他の要介護者等」

他の要介護者等については、3-⑥において評価しているが、要介護者の状況により、特記事項において評価することがあるので、正確に記入すること。

4 「特記事項」

- (1) 「家族の介護拒否・虐待」「住環境の状況」「経済的状況」「問題行動・精神状況」等について記載すること。
また、二人暮らし世帯においては、その世帯の状況を記載すること。
- (2) 居宅における介護の継続の可否や、世帯構成において特に考慮すべき事項等、その他「入所意見書」に記載項目のない個別事情について記載すること。

別紙 重要事項説明書

5 利用料金

①-1 要介護度別自己負担金額

(保険者から交付される介護保険負担割合証の記載が「1割」の場合)

上段:個室 下段:多床室

1日あたり個人負担料金単価(円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1 介護報酬の1割負担	589	659	732	802	871
2 日常生活継続支援加算	36	36	36	36	36
3 夜勤職員配置加算Ⅲロ	16	16	16	16	16
4 個別機能訓練加算(Ⅰ)	12	12	12	12	12
5 看護体制加算(Ⅰ)ロ	4	4	4	4	4
6 看護体制加算(Ⅱ)ロ	8	8	8	8	8
7 障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	26	26	26	26	26
8 栄養マネジメント強化加算	11	11	11	11	11
9 居住費	1,231	1,231	1,231	1,231	1,231
	915	915	915	915	915
10 食費	1,445	1,445	1,445	1,445	1,445
一日合計	3,378	3,448	3,521	3,591	3,660
※ 別途加算有	3,062	3,132	3,205	3,275	3,344

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 上表の1～8の合計額(注2～注9及び「①-2月額加算」が加算された場合は、その加算額も含む。)の14.0%に相当する額が利用者負担として加算されます。

注1 居住費、食費について、負担限度額認定を受けている方については、負担限度額認定証に記載されている居住費、食費の金額となります。

注2 契約者様の同意の下、看取り介護を行った場合看取り介護加算が加算されます。

死亡日以前31日以上45日以下	72円/日
死亡日以前4日以上30日以下	144円/日
死亡日の前日及び前々日	680円/日
死亡日	1,280円/日

注3 医師が発行した食事箋に基づき、療養食を提供された方は1食(回)6円加算されます。

注4 医師が必要に応じて、通常の診察時間外に施設を訪問して、利用者に対して診療を行った場合(1)から(3)のいずれかが加算されます。

(1) 早朝(午前6時から午前8時)、夜間(午後6時から午後10時)	650円/回
(2) 深夜(午後10時から午前6時)	1,300円/回
(3) 通常の診療時間外であって(1)(2)を除く時間帯	325円/回

注5 若年性認知症の方は、1日につき120円加算されます。

注6 入院又は外泊された場合、1か月に6日を限度として1日につき246円加算されます。

注7 入所された日から30日以内に限り、1日につき30円加算されます。

注8 裏面(①-2)加算項目に該当する場合は、1か月につき1回加算されます。

注9 その他の加算項目に該当する場合は、予め書面により説明し、同意を得た上所定の金額が加算されます。

①-2 月額加算

加算項目	加算額	摘要
1 安全対策体制加算	20円	入所時に1回のみ。
2 個別機能訓練加算（Ⅱ）	20円	個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、有効な機能訓練実施のためにデータを活用したサービスを提供した場合。
3 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円	入所者すべてのデータ（心身の状況等）収集を行い、それを活用した介護サービスを行った場合。
4 ADL維持等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	30円 又は 60円	一定期間に当事業所を利用した方のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合。
5 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）	3円 又は 13円	継続的に褥瘡（床ずれ）管理を行い、その結果により算定。
6 排せつ支援加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）	10円 又は 15円 又は 20円	排泄に介助を要する方で、要介護度の軽減又は悪化の防止が見込まれる場合に支援計画を作成し、当該計画に基づく支援を継続して実施し、その結果により算定。
7 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円	入所者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資するため、必要な検討・介護機器の活用・職員研修等、基準に適合した場合