

特別養護老人ホーム梅菅園 入所申込のご案内

1 入所申し込みのできる方

- ① 要介護3以上の方
- ② 要介護1または2の方（特例）
（在宅生活が困難なことについてやむを得ない事由があり、保険者市町の意見を踏まえ、特例入所の対象であると認める場合に限り。担当の介護支援専門員などにご相談ください。）

2 入所申し込み

原則として介護支援専門員等の関与のもとに行っていただきます。

【必要書類】

- ① 入所申込書（別紙様式 1）
入所申込者本人または本人の意思を確認したご家族などがご記入ください。
- ② 調査票（別紙様式 2）
介護支援専門員や病院・施設の相談員など入所希望者の心身の状態をよく把握している方に記載していただいでください。
- ③ サービス利用表・別表（写）（直近3ヶ月分）
サービス利用のない方は不要です。
- ④ 介護保険被保険者証（写）
- ⑤ 要介護認定にかかる資料提供申出書

- ・ 申込必要書類を準備し、窓口へ直接お持ちいただくか、郵送にてお申込みください。当施設に届いた日付を受付日とさせていただきます。
- ・ 記入漏れ・書類の不備がございますと適正な入所判定ができませんのでご注意ください。

※入所判定の基準は点数化し、入所決定過程の透明性・公平性を図ります。
入所の緊急性の高い方より入所決定となります。申し込み順ではございませんので、ご理解の上お申込み頂きますようお願いいたします。

裏面もご確認ください

3 入所申し込み有効期間について

- ① 入所申し込みの有効期間は、介護保険証に記載されている「要介護認定有効期間」と同一とさせていただきます。
- ② 介護保険証を更新された際は、「入所申し込み」も更新をお願いします。
(電話での受付もしております)
- ③ 尚、有効期限が切れた後、3ヶ月以内に更新の手続きをされていない場合は、お申し込みを取り下げられたものとさせていただきますのでご注意ください。

※申込書類の内容で変更があれば随時ご連絡をお願いします。

特に下記の状況変更があった場合には必ずご連絡をお願いします。

- ① ご家族などの介護をしている方の状況が変わった場合
- ② 特別養護老人ホーム等への施設入所が決まった場合
- ③ 入所希望をキャンセルされる場合

【特養での医療ケアについて】

特別養護老人ホームには嘱託医が勤務しておりますが、主に健康管理を目的としており、長期にわたる治療や、医療行為などが必要な方の受け入れは困難となっています。

医療器具を利用されている方や医療的処置の必要な方の入所については、個別にご相談をさせていただきます。

(中心静脈栄養 (IVH) による栄養摂取・人口呼吸器の装着・人工透析・インシュリン注射されている方など)

ご不明な点がございましたら、担当者までご連絡ください。

〒729-0414

広島県三原市下北方2丁目9番1号
特別養護老人ホーム梅菅園

TEL 0848-86-1750

FAX 0848-86-1788

担当：鳥越・正月

(2020.3.12 作成)

| | | | |
|-----|-----|----|----|
| 施設長 | 事務長 | 合議 | 担当 |
| | | | |

提出日 令和 年 月 日

No. _____

特別養護老人ホーム梅菅園入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | |
|-----|---|
| 同意欄 | 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 |
| | 令和 年 月 日 氏名 (被保険者) (印) |

| | | | |
|--------------|------------|-----------|-------------|
| 申請者 (連絡先) | 〒 _____ 住所 | 氏名 | _____ |
| | | 電話 | () () () |
| | | 携帯 | () () () |
| | | 入所申込者との関係 | _____ |

| | | | | | | |
|----------|------------------|---|-------|---|------------------------------|-------|
| 入所申込者の状況 | フリカゝナ _____ | 性別 | _____ | 保険者 | _____ | |
| | 氏名 _____ (印) | 男・女 | _____ | 被保険者番号 | _____ | |
| | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 | | | 要介護状態区分 | 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) | |
| | 現住所 〒 _____ | | | 要介護認定有効期間 | _____年 月 日から _____年 月 日まで | |
| | 状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： _____ ※所在地： _____ ※入所又は入院時期： _____年 _____月頃から | | | | |
| | 住環境 | <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| | 特例入所の理由 | 【要介護1又は2の入所申込者のみ記入】 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように) _____ | | | | |
| | 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 _____年 _____月頃 (まで・以降) に入所したい | | | | |
| | 医療の状況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| | 特養申請状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (申請している施設名： _____) | | | | |
| 主介護者 | フリカゝナ _____ | 性別 | _____ | 入所申込者との関係 | _____ | |
| | 氏名 _____ | 男・女 | _____ | 生年月日 | 明・大・昭・平 _____年 月 日 | |
| | 同居有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| その他の介護者 | 氏名 _____ | 年齢 | _____ | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) | 入所申込者との関係 | _____ |
| | 氏名 _____ | 年齢 | _____ | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) | 入所申込者との関係 | _____ |
| | 氏名 _____ | 年齢 | _____ | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) | 入所申込者との関係 | _____ |
| | 氏名 _____ | 年齢 | _____ | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) | 入所申込者との関係 | _____ |
| | 氏名 _____ | 年齢 | _____ | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) | 入所申込者との関係 | _____ |

| | |
|------------|--|
| 入所の 必要性 | 【自由記述】 〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕 |
| | 備考 担当ケア マネジャー |

| |
|----------------|
| 【施設記入欄】 |
|----------------|

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

調査票

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|---|-------|--|
| | | | 記入者 | 氏名 | | 入所申込者との関係 | | | |
| | | | | 所属名 | | | | | |
| | | | | 所属住所 | 〒 | | | | |
| 記入日 | | | | 電話 | () - | | | | |
| 入所申込者の状況 | フリガナ | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | 施設記入欄 | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 現住所 | | 〒 | | | | | | |
| | 医療状況 | 現在治療中の病名 | | | | | | | |
| | | 主治医病院名・病院住所・担当医師名 | | | | | | | |
| 在宅サービス利用率 | | [] % | | ※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出 | | | | | |
| 入所申込者の身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助) | | | |
| | 意思疎通 | | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | 移動 | <input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 起立(自立・つかまり・不可) | | |
| | | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 入浴 | | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 整容 | | 洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | / | | | |
| | | 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | |
| 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |
| 身体状態等 | <input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度: ()〕 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD)有 <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 知的障害有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし | | | | | | | | |
| | 況等 | 手帳の有無 | | 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ()) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ()) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ()) | | | | | |

| | | |
|---------|---|--|
| 介護者の状況 | <input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可) | |
| | 介護 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載) | |
| 支援専門員等 | <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____) | |
| | <input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____) | |
| | <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____) | |
| | <input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____) | |
| | <input type="checkbox"/> その他 内容: _____) | |
| その他特記事項 | | |
| 意見 | | |
| 見 | | |

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

三原市要介護認定にかかる資料提供申出書(事業者用)

令和 年 月 日

三原市長 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係わる要介護認定に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

| | | | | | |
|-------------|--------------|--|---|--------|---|
| 申 出 者 | 氏名 | 生活相談員 | 印 | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター |
| | 事業者 施設名称 | 特別養護老人ホーム 梅菅園 | | | |
| | 代表者名 | 施設長 岡林 浩一 | | | |
| | 住 所 (所在地) | 〒729-0414 広島県三原市下北方2丁目9番1号 Tel 0848 (86) 1750 | | | |

| | | | | |
|------------------|------|--|-------------|-------|
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | 被保険者 番 号 | |
| | 生年月日 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | | | |

| | | | |
|------------------|-----------------|--------|------------|
| 資 料 提 供 | 1. 訪問調査資料の閲覧 | 同意者氏名 | |
| | 2. 訪問調査資料の写しの交付 | (被保険者) | 印 |
| | 3. 医師の意見書の閲覧 | 代 筆 者 | (続柄) |
| | 4. 医師の意見書の写しの交付 | 代筆理由 | |

| | | | |
|----|----|-----|---|
| 課長 | 係長 | 担当者 | 月 |
| | | | 日 |

| |
|----|
| 備考 |
|----|

【遵守事項】

- 1 私は、提供を受けた資料に係わる被保険者(以下「本人」という)の情報(以下「本人情報」という)または被保険者の親族の情報を本人の居宅(介護予防)サービス計画, 施設サービス計画の作成及び介護保険施設の入所判定以外の目的に使用しません。
- 2 私は、本人情報を本人の文書による同意を得ることなく、(主治医意見書については主治医の同意を得ることなく)本人以外の者に知らせ若しくは提供することはありません。
- 3 私は、私の従事者または従事者であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 4 私は本人の同意を得ることなく(主治医意見書については主治医の同意を得ることなく)、提供を受けた資料を複写または複製しません。
- 5 私は、提供を受けた資料を紛失、破損しないよう適正な管理に努めるとともに、提供を受けた資料を紛失または破損した場合は、ただちに本人または親族にその旨の連絡を行い、その指示に従った上で市長に対しても連絡します。
- 6 私は、本人との居宅介護(介護予防)支援, 施設サービスまたは居宅(介護予防)サービスの提供に係わる契約関係が終了した場合その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、当該資料を市長に2ヶ月以内に返却します。
- 7 私は、本人または市長から提供資料の提示または提出若しくは返還をもとめられたときはいつでもこれに応じます。

注：上記の遵守事項に違反した場合、資料の提供が受けられなくなる場合があります。

(別紙)

特別養護老人ホーム梅菅園料金表 (R3年8月1日～)

○基本料金

要介護度によって基本料金は変わってきます。(下表をご参照ください)

| 要介護度 | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|-----|------|------|------|------|------|
| 料金/日 | 個室 | 573円 | 641円 | 712円 | 780円 | 847円 |
| | 多床室 | | | | | |

○各種加算

当事業所では基本料金に加えて下記の加算を頂いております。ご了承ください。

(加算料金は要介護度に関係ありません)

| 加算 | 料金/日 | 説明 |
|-------------|------|--|
| 看護体制加算Ⅰ | 4円 | 常勤の看護師を1名配置してサービスを提供します。 |
| 看護体制加算Ⅱ | 8円 | 基準よりも1名多く看護師がおり、24時間の連絡体制を整えています。 |
| 個別機能訓練加算Ⅰ | 12円 | 機能訓練指導員による計画的な個別リハビリを行います。 |
| 夜勤職員配置加算 | 13円 | 基準よりも1名多くの夜勤者を配置しサービスを提供します。 |
| 日常生活継続支援加算 | 36円 | 介護の重度化に対応したサービスを一定数の介護福祉士が提供します。 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | | 利用料金(基本料金+加算料金)に1000分の83を乗じた数を加算します。 |
| 特定処遇改善加算 | | 利用料金(基本料金+加算料金)に1000分の27を乗じた数を加算します。 |
| ※療養食加算 | 回6円 | 医師の食事箋に基づいた食事を提供します。 |
| ※初期加算 | 30円 | 入所日から30日間発生します。 |
| ※安全管理体制加算 | 20円 | 担当者が配置され、組織的に安全対策を実施します。1回を限度。 |
| ※外泊時費用 | 246円 | 外泊もしくは入院をされた場合、6日を限度として発生します。 |
| ※看取り介護加算 | - | 医師が終末期にあると判断し、看取り介護を行った場合に加算します。 死亡日以前31日以上45日以下72円 死亡日以前4日以上30日以下144円 死亡日の前日及び前々日680円 死亡日1,280円 |

※がついている加算は該当する方の加算となります。

○上記の基本料金と各種加算の合計が1日の利用料金(自己負担1割分)となります。

○介護保険負担割合証により自己負担割合が2割または3割となる場合があります。

○生活費

生活費として以下の料金を頂きます。

| | | |
|-----|----------|----------|
| 食費 | 1,600円/日 | |
| 居住費 | 個室 | 1,200円/日 |
| | 多床室 | 920円/日 |

生活費に関しては、「介護保険負担限度額認定証」の提示により以下のように負担軽減ができます。

| | 第一段階 | 第二段階 | 第三段階① | 第三段階② |
|-----|--------|--------|--------|----------|
| 食費 | 300円/日 | 390円/日 | 650円/日 | 1,360円/日 |
| 居住費 | 個室 | 320円/日 | 420円/日 | 820円/日 |
| | 多床室 | 0円/日 | 370円/日 | 370円/日 |

| No. | 費用名 | 金額 | No. | 費用名 | 金額 |
|-----|------------|----------|-----|---|-----|
| 1 | 貴重品預かり費 | 2,000円/年 | 6 | 各クラブ(生花・習字) | 実費 |
| 2 | 金銭管理料 | 1,500円/月 | 7 | 特別な食材(おやつなど) | 実費 |
| 3 | 理美容代 | 1,000円/回 | 8 | ※外泊入院時居住費 (負担限度額認定証をお持ちの場合は該当する居住費。但し、第一段階の方は個室 420円、多床室 370円をいただきます。) | 居住費 |
| 4 | 診療費・薬剤費 | 実費 | | | |
| 5 | 電気代(テレビ代等) | 300円/月 | | | |

特別養護老人ホーム梅菅園料金表 (R3年8月1日～)

○基本料金の目安 [基本料金+各種加算+居住費+食費の合計]

■月額 (入所者全員に算定する加算のみで試算) 療養食加算、初期加算、安全管理体制加算、外泊時費用は含まず

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-----------|-----|----------|----------|----------|----------|----------|
| 第四段階 | 個室 | 105,512円 | 107,776円 | 110,141円 | 112,405円 | 114,636円 |
| | 多床室 | 97,112円 | 99,376円 | 101,741円 | 104,005円 | 106,236円 |
| 第三段階 ② | 個室 | 86,912円 | 89,176円 | 91,541円 | 93,805円 | 96,036円 |
| | 多床室 | 73,412円 | 75,676円 | 78,041円 | 80,305円 | 82,536円 |
| 第三段階 ① | 個室 | 65,612円 | 67,876円 | 70,241円 | 72,505円 | 74,736円 |
| | 多床室 | 52,112円 | 54,376円 | 56,741円 | 59,005円 | 61,236円 |
| 第二段階 | 個室 | 45,812円 | 48,076円 | 50,441円 | 52,705円 | 54,936円 |
| | 多床室 | 44,312円 | 46,576円 | 48,941円 | 51,205円 | 53,436円 |
| 第一段階 | 個室 | 40,112円 | 42,376円 | 44,741円 | 47,005円 | 49,236円 |
| | 多床室 | 30,512円 | 32,776円 | 35,141円 | 37,405円 | 39,636円 |

生活保護の方はサービス費と多床室は公費負担になります。個室料金だけの負担となります。

○基本料金の目安は自己負担割合1割の方の目安となります。

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な上乗せ0.1%(令和3年4月1日～9月まで)は含めていません。