

# 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（ケアマネー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・八木  
平田・飯澤

# 特別養護老人ホーム慈光園入所申請書

受付 年 月 日 受付者

年 月 日 受付者

## I. 申請者

氏名		利用者との続柄	
連絡先	〒	TEL	Fax

## II. 利用者（被保険者）

利用者氏名 <small>りようしよしめい</small>		性別	男・女	生年月日	M . T . S 年 月 日 ( 歳)
住所	〒	TEL		Fax	
現在の居所	〒	TEL		Fax	

## III. 介護保険

保険者名		保険者番号		被保険者番号		第1号 第2号
1. 認定済（認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日～ 年 月 日）						
2. 申請中（申請日 年 月 日） 3. 未申請（申請希望： 有 無）						
かかりつけ医院		医師名		主な病名		
障がい者手帳等	無・有⇒	手帳の種類 _____ (障害名) 判定 _____ 級 (度) ・ 交付年月日 年 月 日				
認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当（自立・要支援） <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					

## IV. 家族構成

氏名	続柄	年齢	職業・学校・特記事項
緊急連絡先	① 氏名	続柄	TEL
	② 氏名	続柄	TEL

## V. 入所希望の理由

私は入所等に係る説明を受け、上記の理由により特別養護老人ホーム慈光園への入所を申請致します。

平成 年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_ ㊟

利用者 \_\_\_\_\_ ㊟

特別養護老人ホーム慈光園長 様

# 入所希望者個人票 (慈光園記入用)

氏名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日現在

住 所					
受付受理年月日	平成 年 月 日	要介護度		性別	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (満 歳)		待機場所		
身体障害者手帳等	手帳の種類 判定 級 (度)		障害名 交付年月日		
	利用サービス	サービス種類 頻 度	担当ケアマネージャー		
1. 家族構成 [同=同居者に○] [介護者=主介護者：1 副介護者：2]					
同 介	続柄	氏 名	年 齢	職 業・特記事項	
2. 医療の状況					
医療機関		主治医氏名			
現病名					
既往歴					
特別な医療	経管栄養	中心静脈栄養	褥 瘡	透 析	
	カテーテル コ・留	ストマ (人工肛門)	気管切開	酸素療法	
その他の医療					
3. 介護の状況					
歩 行	食事と内容	排 泄	その他介護上の特記		
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症老人日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
4. 特記すべき事項					
調査員の参考順位			最終判定順位		

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
問題行動	発生頻度	非常に多い		やや多い	少しあり	なし
	症状 (該当する行動を○で囲む)	◎主要項目 1. 暴言暴行 2. 大声をだす 3. 介護に抵抗 4. 常時の徘徊 5. 外出して戻れない 6. 一人で外にでたがる 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行動 ○その他の項目 ア. 被害的 イ. 作話 ウ. 幻視幻聴 エ. 感情が不安定 オ. 昼夜逆転 カ. 同じ話をする キ. 落ち着きなし ク. 収集癖 ケ. 物や衣類を壊す コ. ひどい物忘れ				

2 居宅における介護の状況

①居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
②居宅における介護期間	3年以上	2年以上	1年以上	1年未満
③家族が介護に従事する時間	8時間以上	6時間以上	4時間以上	4時間未満

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	続柄 ( ) 年齢 歳
③主たる介護者の障害や疾病	無・有 ( )
④主たる介護者の就労	無・有 (職種等 日/週、 時間/日)
⑤主たる介護者が育児、家族が病気	無・有 ( )
⑥他の同居親族の介護協力	ほとんどなし 随時あり 常時あり
⑦別居親族介護協力	続柄 ( ) ほとんどなし 随時あり 常時あり
⑧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 ・問題行動 (非常に多い・やや多い・少しあり・なし) 問題行動の症状 (該当する行動を○で囲む) ◎主要項目 1. 暴言暴行 2. 大声をだす 3. 介護に抵抗 4. 常時の徘徊 5. 外出して戻れない 6. 一人で外にでたがる 7. 火の不始末 8. 不潔行為 9. 異食行動 ○その他の項目 ア. 被害的 イ. 作話 ウ. 幻視幻聴 エ. 感情が不安定 オ. 昼夜逆転 カ. 同じ話をする キ. 落ち着きなし ク. 収集癖 ケ. 物や衣類を壊す コ. ひどい物忘れ ・居宅サービス利用限度額割合 (60%以上・50%以上・30%以上・30%未満) ・居宅における介護期間 (3年以上・2年以上・1年以上・1年未満) ・家族が介護に従事する時間 (8時間以上・6時間以上・4時間以上・4時間未満)

4 介護支援専門員等の特別養護老人ホーム入所への意見

入所申込者氏名 \_\_\_\_\_

平成 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 「問題行動」

認定調査票（基本調査）第7群「問題行動に関連する項目」19項目のうち、主要項目（カ暴言暴行、ク大声を出す、ケ介護に抵抗、コ常時の徘徊、シ外出して戻れず、ス1人で外にでたがる、ソ火の不始末、チ不潔行為、ツ異食行動）が1項目以上ある場合またはその他の項目が3項目以上ある場合で、それらの症状が毎日ある場合は「非常に多い」、週に1～2回以上ある場合は「やや多い」、月に1～2回程度ある場合は「少しあり」とする。

### 2 「居宅における介護の状況」

#### (1) 「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、痴呆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。

また、医療保険における重度痴呆患者デイ・ケア又は精神科デイ・ケアを算定している場合は、居宅サービス利用限度額割合を算出する際に、重度痴呆患者デイ・ケアについては1日につき750単位を、精神科デイ・ケアについては1日につき600単位を介護保険の居宅サービスを利用したものとして加えること。

#### (2) 「②居宅における介護期間」

居宅における介護期間は、要介護状態またはそれと同程度の状態となり、現に介護をした期間（一人暮らし世帯にあっては、要介護状態また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) 「③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介護従事時間とし、この時間には、通所介護及び訪問介護を利用している時間は含めないこと。また、短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用者については、月の延べ介護時間数から短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用日数に通常居宅において介護する時間を乗じて得た時間数を減じた時間数を、その月の日数で除した時間数とする。なお、病院等に入院（入所）している場合は、「4時間未満」とする。また、一人暮らし世帯の場合は、「8時間以上」とする。ただし、病院等に入院（入所）している場合は、「4時間未満」とする。

### 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。

#### (1) 「①世帯の状況」

世帯の状況について、なるべく詳細に記入すること。「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。「二人暮らし世帯」には、入所申込者と主たる介護者以外に高校生以下の者が同居する場合を含む。なお、一人暮らし世帯の場合は、子供や兄弟の居住地を記入すること。

例：申込者の夫、長男夫婦（共働き）、孫3人（25歳就労、高校3年生、中学1年生）

一人暮らし世帯（長男：東京在住、次男：同一市内在住、長女：〇〇町在住）

(2) 「③主たる介護者の障害や疾病」

「介護困難」は、介護者が障害や疾病のために、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、介護者が障害や疾病のために、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、介護者に障害や疾病はあるが、要介護者の介護が可能な状態である場合とする。

(3) 「④主たる介護者の就労」

農業に従事している場合等、年間を通じて繁閑がある業務に従事している場合は、年間を通じての平均的な1日当たりの従事時間を記入すること。

(4) 「⑤主たる介護者が育児、家族が病気」

育児は、小学生以下の者について評価すること。入所申込者及び主たる介護者以外の家族で、定期的な通院等が必要な場合で居宅において看病が必要な者、及び居宅において介助が必要な障害を有する者について記入すること。

(5) 「⑥他の同居親族の介護協力の有無」及び「⑦別居親族介護協力」

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、1日あたりの目安は2時間程度以上または頻回以上とする。

(6) 「⑧他の要介護者等」

他の要介護者等とは、入所申込者以外で同居している要介護者及び要支援者をいう（二人暮らし世帯で、主たる介護者が要介護者または要支援者である場合を含む。）。

他の要介護者等が有る場合は、要介護状態区分及び要支援状態について記入すると共に、他の要介護者等における「問題行動」、「居宅サービス利用限度額割合」、「居宅における介護期間」、「家族が介護に従事する時間」についても記入すること。

#### 4 介護支援専門員等の特別養護老人ホーム入所への意見

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、入所申込に関する所見を記入すること。



〇〇市町村長 様

特別養護老人ホーム慈光園  
園 長 皆 川 善 典

特別養護老人ホーム特例入所に関する（照会・意見書）について

当施設に入所申込のありました下記対象者に関し、特例入所の要件に該当するかについて照会いたします。

氏 名 :

介護保険被保険者番号 :

生 年 月 日 : 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)

現 住 所 :

= 上記の方についての特例入所要件 =

- 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、在宅生活が困難である。
- 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が頻繁に見られ、在宅生活が困難である。
- 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。
- 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

【理由】（介護支援専門員による意見）



① 要介護度別自己負担金額

平成 30 年 4 月 1 日から適用

(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
01 介護報酬の 1 割負担	557	625	695	763	829
02 日常生活継続支援加算	36	36	36	36	36
03 夜勤職員配置加算Ⅲ口	16	16	16	16	16
04 個別機能訓練加算	12	12	12	12	12
05 精神科医師による加算	5	5	5	5	5
06 栄養マネジメント加算	14	14	14	14	14
07 看護体制加算 (I) 口	4	4	4	4	4
08 障害者生活支援体制加算(I)	26	26	26	26	26
09 居住費	1,150	1,150	1,150	1,150	1,150
	840	840	840	840	840
10 食費	1,380	1,380	1,380	1,380	1,380
一日合計	3,200	3,268	3,338	3,406	3,472
※ 別途加算有	2,890	2,958	3,028	3,096	3,162

※ 上表の 1～8 の合計額(注 2～注 8 が加算された場合は、その加算額も含む。)に「介護職員処遇改善加算 8.3%」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 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 若年性認知症の方は、120 円加算されます。

注 5 入院又は外泊された場合、1 か月に 6 日を限度として 246 円加算されます。

注 6 排泄に介護を要する方で、要介護度の軽減若しく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た場合は、3 か月ごとに 1 回 10 円加算されます。

注 7 継続的に褥瘡管理を行った場合は、6 か月を限度に 1 か月につき 100 円加算されます。

注 8 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 その他の自己負担額(介護保険の給付対象とならないサービス)

預り金等管理料	月額 1,000 円	依頼された通帳や金品等の管理料です。
利用者様の選定する特別な食事	実費	契約者に提供する食事の材料等にかかる費用です。
利用者様の選定する特別な室料	日額 750 円	6 棟特別個室。
レクリエーション・クラブ活動	実費	材料代(活動参加は希望によります。)
理美容料	1,500 円	
各種証明書等	一通 500 円	
複写物交付料	一枚 10 円	
インフルエンザ予防接種	実費	市で定める基準額から軽減額を控除した金額
テレビレンタル料	月額 600 円	テレビ使用に係る電気料含。
テレビ電気料	月額 150 円	テレビを持ち込まれる場合のテレビにかかる電気料等負担額です。
医療費	実費	
その他個人に関わる諸経費	実費	衣類、新聞購読料、他

## ② 要介護度別自己負担金 (保険者から交付される介護保険負担割合証の記載が「2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
01 介護報酬の 2 割負担	1,114	1,250	1,390	1,526	1,658
02 日常生活継続支援加算	72	72	72	72	72
03 夜勤職員配置加算Ⅲ口	32	32	32	32	32
04 個別機能訓練加算	24	24	24	24	24
05 精神科医師による加算	10	10	10	10	10
06 栄養マネジメント加算	28	28	28	28	28
07 看護体制加算 (I) 口	8	8	8	8	8
08 障害者生活支援体制加算(I)	52	52	52	52	52
09 居住費	1,150	1,150	1,150	1,150	1,150
	840	840	840	840	840
10 食費	1,380	1,380	1,380	1,380	1,380
一日合計	3,870	4,006	4,146	4,282	4,414
※ 別途加算有	3,560	3,696	3,836	3,972	4,104

※ 上表の 1～8 の合計額(注 2～注 6 が加算された場合は、その加算額も含む。)に「介護職員処遇改善加算 8.3%」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 4 日以上 30 日以下 288 円/日

死亡日の前日及び前々日 1,360 円/日

死亡日 2,560 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)12 円加算されます

注 4 若年性認知症の方は、240 円加算されます。

注 5 入院又は外泊された場合、1 か月に 6 日を限度として 492 円加算されます。

注 6 排泄に介護を要する方で、要介護度の軽減若しく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た場合は、3 か月ごとに 1 回 20 円加算されます。

注 7 継続的に褥瘡管理を行った場合は、6 か月を限度に 1 か月につき 200 円加算されます。

注 8 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。

## ③ その他の自己負担額 (介護保険の給付対象とならないサービス)

預り金等管理料	月額 1,000 円	依頼された通帳や金品等の管理料です。
利用者様の選定する特別な食事	実費	契約者に提供する食事の材料等にかかる費用です。
利用者様の選定する特別な室料	日額 750 円	6 棟特別個室。
レクリエーション・クラブ活動	実費	材料代 (活動参加は希望によります。)
理美容料	1,500 円	
各種証明書等	一通 500 円	
複写物交付料	一枚 10 円	
インフルエンザ予防接種	実費	市で定める基準額から軽減額を控除した金額
テレビレンタル料	月額 600 円	テレビ使用に係る電気料含。
テレビ電気料	月額 150 円	テレビを持ち込まれる場合のテレビにかかる電気料等負担額です。
医療費	実費	
その他個人に関わる諸経費	実費	衣類. 新聞購読料. 他