

## 特別養護老人ホーム真和の森の入居希望者へ留意事項

ご入居のお申込みができる方は、介護保険の要介護度1から要介護度5の認定を受けている方で、ご家庭での介護が困難になっている方が対象となります。

また平成27年4月より要介護1・2の方に関しては特別な事情が無い限りは入居のご案内が難しくなっておりますのでご了承下さい。

ご入居にあたっては埼玉県の「特別養護老人ホーム入居指針」に基づき入所検討委員会にて入所判定をさせていただきます。

### ■当施設の入居お申込みをお考えの際、ご留意いただきたい点■

- ① 施設は、機能訓練指導員の配置をしておりませんのでリハビリテーションは行っておりません。
- ② 当施設は、医療施設ではございません。継続的な医療行為や処置を行う事が難しい場合は退所となることがあります。詳細に関しては別途ご相談下さい。
- ③ ご入居者様が当施設嘱託医以外で病院受診をご希望する場合は、ご家族様の対応となります。ただし、ご入居者様の急変など緊急性の高い場合は施設判断で対応し、あわせてご家族にご連絡します。
- ④ ユニットにおけるスタッフの配置基準は基準を満たしておりますが、ご入居者様お一人おひとりの要望に添えない場合があります。個室環境という生活施設の特性上、ご入居者様の状態等により、転倒・転落などの不慮の事故さらには予期せぬ急変などに関しては未然に防ぐことができないことがあります。
- ⑤ 一定期間の入院（約3ヶ月程度）が見込まれる場合もしくはその期間が過ぎた場合は、契約解除（退所）となります。またより多くの方にご利用して頂くためにもご入居者様の入院期間中、ショートステイのご利用者がお部屋を使用させて頂く場合がございます。

### ■真和の森からのお願い事■

- ① 家具はご利用者様が楽しめる程度の物であればお持込は可能です。  
ただし、ご利用者様の身体的状況により介護機器の使用上、スペースが必要となった場合はお持ち帰りいただくことがございますのでご了承ください。
- ② ご本人様の状態によりご面会に関して、ご配慮していただくことがあります。
- ③ ご本人様の私物（義歯・眼鏡等）を、職員の故意・過失以外で破損された場合、責任を負いかねませんので予めご了承ください。また補聴器は、故障または電池切れ等が考えられるため面会時等に都度確認しご本人の生活に支障がない様ご協力をお願いします。

上記をご理解・ご了承の上、お申し込みください。

特別養護老人ホーム 真和の森  
施設長

# 特別養護老人ホーム真和の森入所に係る取扱規定

## 1 目的

この規定は、特別養護老人ホーム真和の森（以下「当施設」）に入所を希望する方の、入所の必要性を評価する基準等を定めることにより、サービスを受ける必要性の高い方から優先的に入所して頂く事を目的とし、合わせて入所に関する手続きを明示することで、入所決定過程の透明性・公平性を確保することを目的とします。

## 2 入所の対象となる方

- ① 入所の対象となる方は、要介護度3から5の認定を受けている方で、常時介護を必要とし、在宅において介護を受けることが困難な方です。

また要介護1または2の方においては、特例的な入所（以下「特例入所」という。）の要件に該当する方となります。

なお、他の介護保険施設に入居されている方、要介護度1から5の認定を受け病院に入院されている方もお申し込みいただけます。

- ② 特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅における日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある事に関し、以下の事情を考慮します。

ア 認知症である方であって、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こと。

イ 知的障害・精神障害を伴い、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ること。

ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められること。

エ 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な状況であると認められること。

- ③ 要介護1又は要介護2の入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたっては、以下の様な取扱いにより、入所判定が行われるまでの間に当施設と入所申込者の保険者市町村との間で情報の共有などを行います。

ア 当施設は要介護1又は要介護2の方から入所申込を受けた時は、その方の保険者市町村に報告します。また、当施設は当該申込者が特例入所対象者に該当するか否か判断するにあたっては、その方の保険者市町村に意見を求めます。

イ 意見を求められた保険者市町村は地域の居宅サービスや生活支援等の提供体制状況、介護支援専門員等からの居宅における生活困難度の聴取等を踏まえ、当施設に対して意見を表明することとなります。なお、保険者市町村は必要に応じて入所検討委員会に職員を出席させ意見を表明して入所検討を行っていただきます。

ウ 当施設は、入所順位決定の手続きにおいては、必要に応じて「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について、改めて保険者市町村に意見を求め入所検討を行います。

### 3 入居の申込み手続き

#### (1) 申込み書類

入居の申込みは、原則としてご本人又はご家族が「入居申込書」（以下「申込書」）を当施設に郵送又は直接提出して頂きます。その際は、以下の書類を添付して頂きます。なお、申込み内容に変更が生じた場合は、当施設に連絡していただきます。その際、再度「申込書」を提出して頂く場合があります。

- ① 入居申込書（その1）・（その2）
- ② 入居申込現況調査票（1）・（2）
- ③ 介護保険被保険者証の写し
- ④ 介護保険負担割合証写し
- ⑤ 直近3ヶ月のサービス利用票の写し（サービスを利用されている方）
- ⑥ 介護認定調査票の写し（所沢市にお住いの方は別紙の「同意書」をご記入ください）
- ⑦ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方のみ）

#### (2) 受付

- ①当施設は、入居申込みの受付け後、原則としてご本人又はご家族と面談し、ご本人の心身の状況を確認させていただきます。
- ②当施設は、申込者に対し、本規定に定める入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等についてご理解頂き、申込書の「説明確認欄」に署名して頂きます。
- ③当施設は、お申込みを受け付けた場合には、別に備える「受付簿」にその内容を記載し管理します。

### 4 入居順位決定の手続き

#### (1) 入居の必要性の点数化

申込み受付後、「埼玉県特別養護老人ホーム優先入居指針」に基づき、次の項目を点数化し、「調査票」を作成する。調査票の点数の上位者から順番に「選考会名簿」を調整します。

- ① 介護の必要の程度及び心身の特性
- ② 介護者の状況
- ③ 在宅介護の状況
- ④ ご本人の住所地

#### (2) 入所検討委員会

当施設は、入居順位の決定に係る事務を処理するため、合議制の入居検討委員会（以下「委員会」）を設置します。

##### ① 委員会の構成

委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等で構成します。  
なお、委員には入居決定の公平性・中立性を保つため第三者も加えます。

##### ② 委員会の開催

委員会は、施設長が召集し、原則として月1回開催します。

##### ③ 委員会の所掌事務

委員会は、「調査表」、「選考者名簿」及び「申込書」及び「市町村の意見（特例入所の場合）」等に基づき入居の必要性を総合的に検討し、入居順位を決定します。

##### ④ 委員会の議事録

委員会は、開催ごとに議事録を作成し、2年間保管します。

⑤ 守秘義務

職員及び委員会の第三者委員は、業務上知り得たご本人及びご家族等に係る情報を漏らしません。またその職を退いた後も同様です。

(3) 施設の受入れ体制による調整

委員会は、次の項目を勘案し、処遇上やむを得ないと判断した場合には順位を調整させていただきます。

- ① 認知症に対する施設の受入れ体制
- ② 医療行為を必要とする場合における施設の受入れ体制
- ③ 職員体制による受入れ体制

(4) 入居順位決定後の通知と再確認等について

施設は、入所順位の上位に決定した方については、文書で通知いたします。また必要に応じてその後の状況等を確認し、「調査票」を見直す場合があります。

(5) 入居辞退の取り扱い

入居辞退の申し出があった場合は、「受付簿」にその旨記載し、「申込書」を取り下げて頂きます。

**5 入居順位決定の特例**

次の場合には施設長の判断により例外的に入所順位の決定をさせて頂く事があります。

- (1) 老人福祉法第11条第1項第2号の規定に基づく措置委託による場合
- (2) 緊急的な入居の必要性が認められ、委員会を招集する余裕のない場合
- (3) 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（厚生省令第39号）第19条に定める入居者の入院期間中の取り扱いによる場合

**6 規定公表**

この規定は、公表します。

**7 規定の見直し**

この規定は、必要に応じ見直しを行います。

**8 規定の適用時期**

この規定は、平成23年11月10日より適用します。

この規定は、平成27年8月1日より適用します。

特別養護老人ホーム 真和の森 入居申込書(その1)

特別養護老人ホーム  
真和の森 施設長 様

※受付No.

申込日	平成	年	月	日
※受付日	平成	年	月	日

申込者	住所	〒	
	(ふりがな)氏名		本人との関係
	電話番号		

特別養護老人ホーム「真和の森」へ入居したいので、次の通り申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)氏名		性別 男・女	保険者 (市町村名)		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		被保険者番号		
	住所	〒		要介護度	1・2・3・4・5	
				介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	現在利用している在宅サービスの状況 ( )内は事業所名を記入して下さい。	1 訪問介護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回	6 通所リハビリテーション ( ) 開始日 年 月/ 月 回	7 短期入所生活介護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回	8 短期入所療養介護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回	9 福祉用具貸与・購入費の支給
		2 訪問入浴介護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回				10 その他
		3 訪問看護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回				
		4 訪問リハビリテーション ( ) 開始日 年 月/ 月 回				
		5 通所介護 ( ) 開始日 年 月/ 月 回				
	入居を希望する理由 (該当する番号に○をつけて下さい)  ※( )内は具体的な理由を記入して下さい。	1 一人暮らし、又は介護者がいないため ( ) 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( ) 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( ) 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( ) 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) 6 介護保険施設に入居しているが替わりたい ( ) 7 その他 ( )				
現在の状況	1 病院(入院先: 期間:平成 年 月 日~ ) 2 施設(施設名: 期間:平成 年 月 日~ ) 3 在宅 4 その他( )					

特別養護老人ホーム 真和の森 入居申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	単身生活者の場合	1 介護者がいる		2 介護者がいない		
	主たる介護者	(ふりがな) 氏 名			男・女	本人との関係
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 ( 歳)
		同居の区分	1 同居 2 別居(住所: )			
		複数介護の有無	1 あり (①介護困難 ②多少介護可能 ③介護可能) 2 なし			
		就労状況	育児・家庭の状況		健康状態	
	1 あり ① 8時間以上 高齢で就労不能 ② 4時間以上8時間未満 ③ 4時間未満 2 なし	1 あり ①常時の育児・看護が必要 ②半日の育児・看護が必要 ③時々の育児・看護が必要 ④65歳以上の高齢者のみ 2 なし		1 良好 2 疾病又は障害あり ① 介護困難 ② 多少介護可能 ③ 介護可能		
	従たる介護者	(ふりがな) 氏 名			男・女	本人との関係
		同居の区分	1 同居 2 別居 (住所: )			
		同居介護者の状況	1 従たる同居介護者なし 2 従たる同居介護者あり ①介護困難 ②多少介護可能 ③介護可能			
別居血縁者による介護の可能性	1 別居している血縁者なし 2 別居している血縁者あり ①介護困難 ②多少介護可能 ③介護可能					
介護期間	年 月					
そ の 他	入居を希望する時期	平成 年 月頃までに入居したい 理由( )				
	他施設への申込み状況	施設名: 申込日:平成 年 月 日		施設名: 申込日:平成 年 月 日		
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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等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な状況である				
説明確認	私は入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 印					

添付書類(以下の書類を申込書と一緒にご提出ください)

- 1 認定調査の写し 2 最近3ヶ月のサービス利用票の写し 3 介護保険被保険者証の写し  
 ※1 入居の必要がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入居申込取り下げ書」を提出してください。  
 ※2 申込内容に変更が生じた場合は、施設にご連絡ください。

# 特別養護老人ホーム 真和の森 入居申込書(その1)

特別養護老人ホーム  
真和の森 施設長 様

※受付No.

申込日	平成 30 年 4 月 1 日
※受付日	平成 年 月 日

提出する日を記載して下さい。※受付日・受付No.は記入しないで下さい。

申込者	住所	〒 359-0001 所沢市下富1206-1	
	(ふりがな)氏名	しんわ たろう 真和 太郎	本人との関係 長男
	電話番号	04-2990-1	

介護保険証の内容を転記して下さい。

特別養護老人ホーム「真和の森」へ入居したいので、次の通り申し込みます。

本人の	(ふりがな)氏名	しんわ いちろう 真和 一郎	性別	男・女	保険者(市町村名)	所沢市	
	生年月日	明治・大正・昭和 10 年 1 月	住民票がある住所をご記入下さい。	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	住所	〒 359-0001 所沢市下富1206-1	更介護度	1・2・3 4・5			
	現在利用している在宅サービスの状況 ( )内は事業所名を記入して下さい。	1 訪問介護 ( )	開始日 年 月/ 月 回	6 通所リハビリテーション ( )	開始日 年 月/ 月 回		
		2 訪問入浴介護 ( )	開始日 年 月/ 月 回	7 短期入所生活介護 ( )	開始日 年 月/ 月 回	4~6日/月	
		3 訪問看護 ( )	開始日 年 月/ 月 回	8 短期入所療養介護 ( )	開始日 年 月/ 月 回		
		4 訪問リハビリテーション ( )	開始日 年 月/ 月 回	9 福祉用具貸与・購入費の支給	車椅子のレンタル スローレンタル		
		5 通所介護 ( 週に2回利用している )	開始日 平成 27 年 12 月/ 月 8 回	10 その他			
	ご本人と住所を同一にしているご家族の状況を記載して下さい。  ※( )内は具体的な理由を記入して下さい。	1 一人暮らし、又は介護者がいないため ( )					
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( 慢性疾患により月に数回病院受診が必要 )					
3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( )							
4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( 正社員で働いており、日中の介護は困難 )							
5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( )							
6 介護保険施設に入居している ( )		入院・入所している場合は病院名・施設名をご記入下さい。					
7 その他 ( )							
現在の状況	1 病院(入院先: )	期間:平成 年 月 日 ~ )					
	2 施設(施設名: )	期間:平成 年 月 日 ~ )					
	3 在宅	4 その他( )					

# 特別養護老人ホーム 真和の森

「介護者がいない」は、同居している家族が一人もいない、単身世帯の場合にご記入下さい。

前身生活者の場合		1 介護者がいる		2 介護者がいない			
介護者の状況	住民票上の住所が同一であっても、実態として別居している状況にある場合には「別居」を選択して下さい。施設に入所されている場合も同様の解釈です。	(ふりがな) 氏名	しんわ たろう 真和 太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	本人との関係 長男	
		生年月日	明治・大正・昭和 昭利		ご本人以外に要介護者等、介護が必要な( )歳)		
		同居の区分	1 同居		2 別居(住所: )		
		複数介護の有無	1 あり (①介護困難 ②多少介護可能 ③介護可能)		2 なし		
		就労状況	1 あり ① 8時間以上 高年齢で就労不能 ② 4時間以上8時間未満 ③ 4時間未満 2 なし		育児・家庭の状況	健康状態	
			1 あり ① 8時間以上 高年齢で就労不能 ② 4時間以上8時間未満 ③ 4時間未満 2 なし		1 あり 世帯員すべてが65歳以上の場合はこちらに○ ① 必要 ② 必要 ③ 必要 ④ 65歳以上の高齢者のみ 2 なし	1 良好 2 疾病又は障害あり ① 介護困難 ② 多少介護可能 ③ 介護可能	
		主たる介護者 ※主に介護をしている方	(ふりがな) 氏名	しんわ はなこ 真和 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	本人との関係 長男の嫁
		従たる介護者 ※上記の方に続いて介護をしている方	同居の区分	1 同居		2 別居(住所: )	
			同居介護者の状況	1 従たる同居介護者なし 2 従たる同居介護者あり ① 介護困難 ② 多少介護可能		ご本人と同居している方が主介護者のみ、もしくは同居家族が一人もいない場合は「なし」を選択して下さい。	
		別居血縁者による介護の可能性	1 別居している血縁者なし 2 別居している血縁者あり ① 介護困難 ② 多少介護可能 ③ 介護可能				
	介護期間	5 年 月					
その他	入居を希望する時期	平成 年 月頃までに入居したい 理由( )					
	他施設への申込み状況	施設名: A特別養護老人ホーム 施設		申込日: 平成 29 年 12 月 1 日			
		施設名: 施設		申込日: 平成 年 月 日 申込日: 平成 年 月 日			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由(要介護1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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等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な状況である					
説明確認	私は入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 ご来所の際に説明を受ける場合は未記入で結構です。申し込みにはなるべく主介護者又は従たる介護者ご本人がお越し下さい。 氏名 _____ 印 _____						

添付書類(以下の)

- 1 認定調査の写し 2 最近の介護サービス利用票の写し 3 介護保険被保険者証の写し  
 ※1 入居の必要がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入居申込取り下げ書」を提出して下さい。  
 ※2 申込内容に変更が生じた場合は、施設にご連絡ください。



# 入居申込現況調査票(1)

特別養護老人ホーム 真和の森

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			要介護度			
氏名		男・女	認定の有効期間	平成	年	月 日
				平成	年	月 日
住所	〒					
本籍						
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)					
家族の状況	連絡先	氏名 住所				
	①身元保証人	年 月 日生	電話	携帯		
	②身元保証人	氏名 住所				
		年 月 日生	電話	携帯		
	家族構成	( 本人 )				
		入居希望の理由(現状経過)				
本人の状況	既往歴					
	現病					
	かかりつけ医	医院名	主治医	TEL		
		医院名	主治医	TEL		
	服薬	※別にお薬説明書を添付して頂いても結構です。				
	医療的処置 (該当するものを選んでください)	有・無				
		1. 尿カテーテル 2. ストマ(人工肛門) 3. 胃瘻 4. 経鼻経管栄養 5. 酸素療法 6. インシュリン注射(自己注射・他者注射) 7. 褥瘡処置 8. 吸引 9. 疼痛管理 10. 点眼 11. その他( )				
	生活歴等					
	収入	年金種類	国民・厚生・共済・遺族・その他		その他の収入	
(年金・恩給)	年額	年 / 円				

## 入居申込現況調査票(2)

認知症等	認知症 有・無 (年齢相応・軽度・中度・重度・不明) ※複数選択可		
	暴言・暴力 (有・無)	徘徊 (有・無)	収集癖 (有・無)
	昼夜逆転 (有・無)	幻視・幻覚 (有・無)	不定愁訴 (有・無)
	不潔行為 (有・無)	介護拒否 (有・無)	異食 (有・無)
	帰宅願望 (有・無)	大声を出す (有・無)	妄想・作話 (有・無)
	上記内容で「有」と答えた箇所に関して、詳細な状況を記載して下さい		
身体機能	身長 cm 体重 kg		
	起き上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)	座位保持 (可・支えて可・不可)	
	寝返り (自立・見守り・一部介助・全介助)	立位保持 (可・支えて可・不可)	
	移動手段 (歩行・杖歩行・シルバーカー・サークル歩行器・車椅子)		
	移動動作 (自立・見守り・一部介助・全介助)	※車椅子の場合 (自操可・不可)	
	移乗動作 (自立・見守り・一部介助・全介助)	※ふらつき (有・無)	
	麻痺 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	拘縮 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	衣類の着脱 (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	言葉 (話せる・聞き取りにくい・単語のみ・不可・言語障害)		
	コミュニケーション (可・時々通じる・簡単な言葉ならば可・ほとんど不可・不可)		
	視力 (普通・あまり見えない・見えない・判断できず)		
	聴力 (普通・大声・補聴器・聞こえない・判断できず)		
その他			
食事	食事 自立・見守り・一部介助・全介助 (はし・スプーン・フォーク・自助具・エプロン)		
	嚥下 普通・時々むせる・とろみをつける・困難		水分とろみ (有・無)
	形態 主食 (常食・軟飯・粥・ミキサー)	パン (可・不可)	麺 (可・不可)
	副食 (常食・一口大・刻み・極刻み・ミキサー)		
	義歯 (上・下・一部・無)	好きなもの	嫌いなもの
	禁食 無・嗜好・服薬・その他 品目( )		
	療養食 無・塩分・カロリー・その他( ) 対応内容( )		
その他			
清潔	排泄 自立・見守り・一部介助・全介助		
	日中	トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)	
	夜間	トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)	
	入浴 自立・見守り・一部介助・全介助		
	入浴の種類 (特殊浴・中間浴・一般浴・シャワー浴)		
	その他		
睡眠	ベッド・床	センサー使用 (有・無)	夜間帯の様子
	睡眠 (良眠・浅眠・時折不眠・不眠)		
	眠剤使用 (有・無) 薬名( )		
性格等	性格	趣味	嗜好(酒・タバコ)
	本人の希望		家族の希望

# 入居申込現況調査票(1)

特別養護老人ホーム 真和の森

記入日 平成 30 年 3 月 31 日

ふりがな	しんわ いちろう		要介護度	4	
氏名	真和 一郎		男・女	男	
			認定の有効期間	平成 30 年 4 月 1 日 平成 32 年 3 月 31 日	
住所	〒359-0001 所沢市下富1206-1				
本籍	埼玉県所沢市下富1206-1				
生年月日	明治・大正・昭和 10 年 1 月 〇〇 日( 〇〇 歳)				
家族の状況	連絡先	氏名 真和 太郎	住所	所沢市下富1206-1	
	①身元保証人	昭和 40 年 4 月 1 日	〇〇〇 携帯	△△△△	
	②身元保証人	氏名 真和 次郎	京都〇〇〇市〇〇〇〇町〇〇		
	家族構成	昭和 41 年 2 月 2 日	××× 携帯	□□□□	
	家族構成	生活希望の理由(現状経過)			
	所沢市下富	<p>平成21年本人の夫が死亡した後、長男世帯と一緒に生活していたが、長男夫婦は仕事や出張が多く日中はほとんどいないため介護が難しい。また孫は学生ということもあり同様に困難。次男は東京都におり、仕事もあるため、介護に携われるのは月に1回程度。 最近では本人の認知症も進んできており、常時目が離せない状況になってきている。家族の介護負担も限界にきており入所を希望した。</p>			
		<p>死亡されている場合は黒塗りにて記載して下さい。</p> <p>同世帯の場合は○で囲って下さい。</p>			
本人の状況	既往歴	左大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術(H24年12月24日)			
	現病	アルツハイマー型認知症 高血圧症 糖尿病			
	かかりつけ医	医院名	C内科クリニック	主治医	C 先生 TEL 〇〇〇
		医院名		主治医	TEL
	服薬	※別にお薬説明書を添付して頂いても結構です。			
	医療的処置 (該当するものを選んでください)	有・無			
		1. バルーンカテーテル 2. ストマ(人工肛門) 3. 胃瘻 4. 経鼻経管栄養 5. 酸素療法 6. インシュリン注射(自己注射・他者注射) 7. 褥瘡処置 8. 吸引 9. 疼痛管理 10. 点眼 11. その他( )			
生活歴等	福岡県に生まれ25歳の時に結婚し二人の子供をもうける。その後夫の転勤にて現在の埼玉県に引っ越し専業主婦として生活をしていた。平成21年に夫が死亡した後は徐々に認知症が現れ始め、転倒による骨折にて入院となり現在の状態に至る。				
収入	年金種類	国民・厚生・共済	遺族・その他	その他の収入	
(年金・恩給)	年額	平成 〇〇 年 /	150万 円	家賃収入 200万円/年	

## 入居申込現況調査票(2)

認知症等	認知症 有・無 (年齢相応・軽度・中度・重度・不明) ※複数選択可		
	暴言・暴力 (有・無)	徘徊 (有・無)	収集癖 (有・無)
	昼夜逆転 (有・無)	幻視・幻覚 (有・無)	不定愁訴 (有・無)
	不潔行為 (有・無)	介護拒否 (有・無)	異食 (有・無)
	帰宅願望 (有・無)	大声を出す (有・無)	妄想・作話 (有・無)
	上記内容で「有」と答えた箇所に関して、詳細な状況		
施設や病院等に入所/入院されている場合は、担当の職員が記載して頂いても可。			
身体機能	身長 cm 体重		
	起き上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)	座位保持 (可・支えて可・不可)	
	寝返り (自立・見守り・一部介助・全介助)	立位保持 (可・支えて可・不可)	
	移動手段 (歩行・杖歩行・シルバーカー・サークル歩行器・車椅子)		
	移動動作 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※車椅子の場合 (自操可・不可)		
	移乗動作 (自立・見守り・一部介助・全介助) ※ふらつき (有・無)		
	麻痺 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	拘縮 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	衣類の着脱 (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	言葉 (話せる・聞き取りにくい・単語のみ・不可・言語障害)		
	コミュニケーション (可・時々通じる・簡単な言葉ならば可・ほとんど不可・不可)		
	視力 (普通・あまり見えない・見えない・判断できず)		
	聴力 (普通・大声・補聴器・聞こえない・判断できず)		
	その他		
食事	食事 自立・見守り・一部介助・全介助 (はし・スプーン・フォーク・自助具・エプロン)		
	嚥下 普通・時々むせる・とろみをつける・困難 水分とろみ (有・無)		
	形態 主食 (常食・軟飯・粥・ミキサー) パン (可・不可) 麺 (可・不可)		
	副食 (常食・一口大・刻み・極刻み・ミキサー)		
	義歯 (上・下・一部・無) 好きなもの 嫌いなもの		
	禁食 無・嗜好・服薬・その他 品目( )		
	療養食 無・塩分・カロリー・その他( ) 対応内容( )		
その他			
清潔	排泄 自立・見守り・一部介助・全介助		
	日中 トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)		
	夜間 トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)		
	入浴 自立・見守り・一部介助・全介助		
	入浴 (特殊浴・中間浴・一般浴・シャワー浴)		
睡眠	入所した際にご本人が施設生活でどう過ごしていきたいか等の希望を記載して下さい。	センサー使用 (有・無)	夜間帯
		浅眠・時折不眠・不眠)	
		薬名( )	
性格等	本人の希望	趣味	嗜好
		家族の希望	

# 特別養護老人ホーム真和の森入居申込み取り下げ書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム  
真和の森 施設長 様

申込者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム真和の森の入居申込書」を  
下記の理由により取り下げます。

## 記

1 申込日

平成 年 月 日

2 入居希望者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

3 取り下げる理由

お申込を取り下げる場合は、この用紙にご記入の上、返送をお願いします。

〒359-0001  
埼玉県所沢市下富1206-1  
特別養護老人ホーム 真和の森

# 同意書

(あて先)所沢市長

介護老人福祉施設への入所判定に際し、必要な書類[認定調査票(基本調査)]について  
下記の施設に対し情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

被保険者住所:

被保険者氏名:

印

被保険者番号:

連絡先:

記

介護老人福祉施設名:特別養護老人ホーム 真和の森

所在地 : 埼玉県所沢市下富1206-1

施設長名 : 岡田 俊明

連絡先 : 04-2990-1133

平成 年 月 日

## 情報提供書

施設長 様

所沢市長 藤本 正人

過日情報提供依頼のありました下記被保険者の情報提供をいたします。

記

被保険者住所:

被保険者氏名:

被保険者番号:

※所沢市にお住まいの方は、こちらの用紙を提出していただきますようお願い申し上げます。

# 特別養護老人ホーム真和の森 利用料金表

## 【特別室】

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険負担額（1割）		654	722	797	866	935
看護体制加算Ⅰ		5	5	5	5	5
夜勤職員配置加算Ⅱ		19	19	19	19	19
口腔衛生管理体制加算/月		31	31	31	31	31
栄養マシ以外加算		15	15	15	15	15
サービス提供体制強化加算Ⅰ（□）		13	13	13	13	13
食費		1,680	1,680	1,680	1,680	1,680
居住費		3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
介護職員処遇改善加算Ⅰ		総単位数の8.3%				
1割	1日あたり	5,474	5,548	5,629	5,704	5,779
	月額（30日）	163,256	165,492	167,928	170,164	172,399
2割	1日あたり	6,269	6,417	6,579	6,729	6,879
	月額（30日）	186,112	190,584	195,456	199,927	204,397
3割	1日あたり	7,062	7,284	7,527	7,752	7,977
	月額（30日）	208,968	215,675	222,984	229,691	236,395

## 【一般室】

※介護保険負担限度額証をお持ちの方は居住費と食費が減額されます。

※介護保険負担限度額認定証については、お住まいの市町村窓口にてお問い合わせください。

	第1段階	第2段階	第3段階
食費	300円	390円	650円
居住費	820円	820円	1,310円

(円)

月額（30日）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
第1段階	56,456	58,692	61,128	63,364	65,599
第2段階	59,156	61,392	63,828	66,064	68,299
第3段階	88,790	90,992	86,328	88,564	90,799

\*上記加算が含まれております。

## ●注意事項●

- 1 左記料金に、日用品費・理美容代・電気代・薬代は含まれておりません。
- 日用品費は、利用者様が日常生活上必要とする下記内容品を提供させていただきます。(実費)

### 【日用品一覧】

1・歯ブラシ	2・入歯用ブラシ及び入歯用洗浄剤	3・歯磨き粉
4・口臭ケア用品	5・スポンジ歯ブラシ	6・フェイスマッサージ（化粧水）
7・顔用保湿クリーム	8・ボディ保湿ローション	9・薬用ハンドクリーム
10・メンソレータムまたはオロナイン軟膏	11・水溶性ティッシュ	12・ウエットティッシュ（アルコール有）
13・ウエットティッシュ（アルコール無）	14・ヘアブラシ	15・綿棒
16・フェイスタオル	17・ハンドタオル	18・バスタオル
19・リップクリーム	20・寝ぐせスプレー	21・弱酸性ボディソープ
22・弱酸性シャンプー及びリンス	23・消臭剤	24・その他日常に必要なと思われる消耗品

- 理美容サービス利用(1,600円～2,200円/回)
  - 居室のテレビ・電気毛布・加湿器などの使用があった場合は電気製品使用料（10円～50円/日）をお支払いいただきます。
  - 嘱託医に掛かる医療費等は、請求させていただきます。
  - 行事やクラブ活動等に参加された場合は、都度お知らせのうえ、実費をお支払いいただきます。
- 2 洗濯代金は利用料金に含まれております。（クリーニングに出す必要がある衣類等に関しては、専門業者に委託する必要があるため別途ご負担いただきます。）
  - 3 介護保険負担限度額認定証をお持ちの方が特別室をご利用になる場合は、特別な室料として別に1日あたり1,030円をご負担頂きます。
  - 4 施設内喫茶室【花・一輪】へお連れすることがあります。その際はご注文の飲食代金（一律300円）を徴収させていただきます。

## ●加算利用料●（施設の体制、及び利用者様の状況、要望に応じて加算する利用料）

費目	金額	費目	金額
日常生活継続支援加算（ユニット型）	47 円/日	看取り介護加算 1	148 円/日
※初期加算	31 円/日	看取り介護加算 2	698 円/日
看護体制加算Ⅱ	8 円/日	看取り介護加算 3	1,315 円/日
若年性認知症利用者受入加算	123 円/日	※入院・外泊時費用	253 円/日
専従常勤医師配置加算	26 円/日	在宅復帰支援機能加算	10 円/日
精神科医師療養指導加算	5 円/日	在宅・入所相互利用加算	41 円/日
退所前後訪問相談援助加算	472 円/回	認知症専門ケア加算Ⅰ	0 円/日
退所時相談援助加算	411 円/回	認知症専門ケア加算Ⅱ	4 円/日
退所前連携加算	0 円/回	サービス提供体制加算（Ⅰ）イ	19 円/日
経口移行加算	0 円/日	サービス提供体制加算（Ⅰ）ロ	13 円/日
経口維持加算（Ⅰ）	411 円/月	サービス提供体制加算（Ⅱ）	6 円/日
経口維持加算（Ⅱ）	103 円/月	サービス提供体制加算（Ⅲ）	6 円/日
※療養食加算	19 円/日	※排せつ支援加算	103 円/月
個別機能訓練加算	12 円/日	※褥瘡マネジメント加算（3月に1度を限度とする）	11 円/月

※対象となる加算です。今後の加算については、予めご報告させていただきます。