

特別養護老人ホーム 愛光苑 入所申請についてのご案内

この度は「特別養護老人ホーム愛光苑」にお申し込みいただきまして誠にありがとうございます。
申し込みについては下記の内容をご理解いただいております。

(特別養護老人ホーム 愛光苑 概要)

- | | |
|----------|--------------------------|
| ①当事業所の名称 | 社会福祉法人鴻仁福祉会 特別養護老人ホーム愛光苑 |
| ②事業所の所在地 | 岡山市南区浦安本町 81 番地 2 |
| ③電話番号 | 086-265-0877 |
| ④入所窓口担当 | 生活相談員 谷崎博明 |

1. 特別養護老人ホームに申し込みの基準

- ①要介護認定で「要介護3～5」の判定を受けられた方。
 - ※ **要介護度1・2の方**は特別に書類が必要になります。
 - ※「介護認定を受けられていなく予定がない方」・「介護認定で自立であった方」・「要支援1・2の方」はお申し込みいただくことができません。
 - ※ また、特別養護老人ホームは医療機関ではないため、医療処置内容によってお断りする場合がございますので、ご了承下さい。(詳細はお尋ね下さい)

2. 申し込みについて。

- ①電話で確認後、来苑にてお申し込み下さい。
- ②「介護保険者証のコピー」の持参・・・現在の介護保険情報を確認させていただきます。
 - ・ ケアマネージャーによる情報提供書をお願いする場合がございます。

3. 入所待機中にお願したい事

- ① 平成27年度より「岡山県特別養護老人ホーム入所指針」が新たに施行とされました。指針に則り、当苑では「入所判定委員会」を設け、個別にお困りの状況にあわせて対応も致しております。その為、入所待機者の方がスムーズに入所いただけますよう、次のような状況が発生した場合は、当苑にご連絡下さい。

- ・ 介護保険更新の結果、以前より悪化した状態が顕著で、入所を急ぐような場合。
- ・ 他の特養、施設に入所し、必要がなくなった場合。
- ・ 転居、死亡等で入所申し込みの必要がなくなった場合。
- ・ 連絡先「住所・電話番号」に変更があった場合。

- ※ 岡山市入所指針とは入所候補者の決定が申込みの順番ではなく、緊急度・介護の必要性・各施設の基準などが主に考慮されます。

詳細は岡山市ホームページ <https://www.pref.okayama.jp/page/414433.html>

- ②改めて情報提供書(その時の状況がわかるもの)をお願いする場合があります。

- ・ 待機順位が上位になった時、待機状態にあるが緊急に入所を希望される時。

※その際にご返事がない場合、その時点では入所希望がないものとさせていただきます。

- ③入所待機中に申請書に記載している連絡先や担当ケアマネージャーに連絡をし、待機者の状況確認をさせて頂く場合がございます。ご了承下さい。

料金表

令和 6年 4月 1日 改訂

◎ 施設利用料金 = ①介護保険利用負担金(加算含む) + ②居室料金 + ③食費 + ④雑費(重要事項本誌記載)

① 介護保険利用負担金(介護保険負担割合証に応じた金額。表示は1割)

	2~4人部屋・個室(31日 / 1日)			
要介護1	23,975	円	/	773 円
要介護2	26,473	円	/	854 円
要介護3	29,077	円	/	938 円
要介護4	31,575	円	/	1,019 円
要介護5	34,036	円	/	1,098 円

◎ 加算に関して、施設、または個人状況に応じ変更することがございます。またこの料金表は目安であり個々の状況に応じ、正確な料金を示すものではございません。

②・③ 居室料金と食費(介護保険負担限度額認定証をお持ちの方はご提示ください)

入所者が属する世帯	② 居室料金(31日 / 1日)		③ 食費(31日 / 1日)	
第4段階(課税世帯)	多床室	26,505円 / 855円	44,950円 / 1,450円	
	個室	36,301円 / 1,171円		
第3段階②(非課税世帯120~)	多床室	11,470円 / 370円	42,160円 / 1,360円	
	個室	25,420円 / 820円		
第3段階①(非課税世帯80~)	多床室	11,470円 / 370円	20,150円 / 650円	
	個室	25,420円 / 820円		
第2段階(非課税世帯)	多床室	11,470円 / 370円	12,090円 / 390円	
	個室	13,020円 / 420円		
第1段階(非課税世帯)	多床室	0円 / 0円	9,300円 / 300円	
	個室	9,920円 / 320円		

◎ 体制加算(介護保険利用負担金に含まれているもの)

日常生活継続支援加算	36円/日	厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合算定。(認知症・重度介護者の割合・入所者に対する介護福祉士の割合)
看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	19円/日	厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合算定。(常勤の看護師を一名以上配置・24時間看護師と連携を摂れる状態にあること)
夜勤職員配置加算Ⅰ	28円/日	厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、夜間に看護師の配置または痰の吸引等の実施が出来る職員を配置している場合算定。
科学的介護推進体制加算	40円/月	科学的介護情報システム(LIFE)へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,683円~2,383円/月	厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合に、所定総単位数に89/1000を乗じた単位を算定(個人により単位数が異なる)
特定介護職員処遇改善加算Ⅰ	550円~778円/月	厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合に、所定総単位数に27/1000を乗じた単位を算定(個人により単位数が異なる)
介護職員ベースアップ等支援加算	521円~739円/月	厚生労働大臣が定める施設基準に適合している場合に、所定総単位数に25/1000を乗じた単位を算定(個人により単位数が異なる)

◎ 個別の加算(個人の状況によって介護保険利用負担金に加算されるもの)

入所時初期加算	30円/日	入所日から起算して30日。30日を超える入院後の再入所をした場合所定単位を算定上限は30日
安全対策体制加算	20円/回	外部研修を受けた担当者が配置され、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合算定。入所月に算定
療養食加算	6円/回	医師の指示のもと、厚生労働大臣が定める療養食・治療食(糖尿病食・腎臓病食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓病食・減塩食等)特別な食事を提供した場合、1食につき1回、日の上限3回とし実績による
入退院時外泊加算	246円/日	入所者が入院及び外泊を行った場合ひと月に6日を限度に算定。2カ月間を限度
看取り介護加算Ⅰ(Ⅱ)	72円/日 144円/日 680円/日 1,280円/日	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、看取り介護を行った場合に算定 退苑日から起算して限度45日迄遡る。さらに条件を満たしている場合(Ⅱ)を算定 Ⅰ~72円×15日・144円×27日・680円(780円)×2日・1280円(1580円)×1日
経口維持加算Ⅰ	400円/月	経口より食事をする方で摂機能障害や誤嚥の恐れがある方に対し、各専門職が観察・会議を行い、必要な経口摂取維持のための計画を作成し管理栄養士が栄養管理を行った場合に算定
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円/日	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の割合。認知症介護に係る専門的な研修を修了している従業者の配置、留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的に開催

※ 個別加算は上記以外にも、ご利用者個人の状況に応じて発生しますが事前の内容説明と同意を行います。

入 所 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	お部屋の希望	4人部屋・個室・どちらでもよい		
本人	フリガナ		明治・大正・昭和		性別 男・女
	氏名	生年月日	年 月 日(歳)		
	住所	〒(-)		電話番号	()
	介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
家族・申込者	フリガナ		続柄	備考	
	氏名				
	住所	〒(-)		携帯番号	()
				電話番号	()
その他の連絡先	〒(-)		電話番号	()	
支 居 宅 介 護 事 業 者	事業所名		事業者番号		
	所在地	〒(-)		電話番号	()
	フリガナ 担当者名		備考		
入 院 ・ 入 所 先	施設名		施設種別		
	所在地	〒(-)		電話番号	()
	フリガナ 担当者名		備考		
他 申 込 施 設 状 況 の 況	施設名1		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	
	施設名2		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	
	施設名3		申込 予定・済	(申込時期 年 月頃)	

【説明確認及び同意書】

- ・ 入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・ 入所可能な案内があってもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・ 入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・ 施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 () 印 (続柄)

施設 記入	担当者名		職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()	
	受付番号		受付年月日	令和 年 月 日	
	備考				

来苑なし

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく、介護する者がいない 2. 介護する者がいない (<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病气療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護している <input type="checkbox"/> 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1~5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者(身元引受人)の状況をご記入ください。
入所者本人の状況	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 現在の住居及び介護サービスの利用状況	1.施設 特養(<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他() 2.病院 (病院:) (入院: 令和 年 月から) (病名:) 3.在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス
その他 (愛光苑独自項目)	<input type="checkbox"/> 内は該当項目にチェック 該当する番号1つに○	1 現病院(施設)での退院(退所)期限(<input type="checkbox"/> 期限を過ぎている <input type="checkbox"/> 期限を提示されている) 2 本人又は家族の地域性(芳泉・福南・福浜) (<input type="checkbox"/> 本人又は家族の現住所が該当地区。 <input type="checkbox"/> 過去のショートステイ利用 <input type="checkbox"/> ボランティア経験。) 3 居住環境(アパートの2階に住んでいる等、在宅生活における特別困難な状況がある) 4 要介護認定を受けてから在宅における介護の期間 (<input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上) 5 上記に該当しない
	特記	

愛光苑 入所申請時調査表

もし入所の可能性があれば	はい 入所の希望があります ・ いいえ 現在は保留します
--------------	--

身長・体重	cm	kg	
食 事	自立・一部介助・全介助	経口摂取 ・ 経管栄養(胃ろう、経鼻、その他)	
食事の様子			
歩 行	自立・一部介助・全介助	自立以外の方	杖・車イス (その他)
移動時の様子			
排 泄	自立・一部介助・全介助	トイレ・Pトイレ・おむつ	
会 話	できる ・ やや難しい ・ 難しい	物忘れ	有 ・ ややあり ・ なし
視力障害	あり ・ なし ・ ()	聴力障害	あり ・ なし ・ ()
夜間の様子	良眠 ・ 不眠 ・ 眠剤		
趣 味・特 技		嗜 好	
日中の過ごし方			

既往症 (過去の病気)			
現在の病名			
主治医	医療機関名:	担当医:	電話:

主 訴	
-----	--

作成日	年 月 日	記入者	
-----	-----------------	-----	--