ご入居までの流れ

施設に直接お越しになり、 申し込みを行う場合。

① お問合せ後、施設に来苑していただき、 入居についての説明(料金や入居申し込み書等)をさせていただきます。

随時受け付けております。ご連絡いただければ、 日時のご相談をさせていただきます。お部屋の様子 や共有スペース、その場の雰囲気や入居者・職員の 表情など、施設の様子をゆっくりとご覧ください。 あわせて現在の状況や、お困り事などお聞かせくだ さい。

瑞寿苑 TEL: 028-656-5948 岩男・石島 緑の郷 TEL: 028-678-8451 田上・坂入 ホームページより資料をダウンロードしていただき、申し込みを行う場合。

- ① 下記の書類をダウンロードしていただき、ご記入下さい。意見書は担当のケアマネジャーの方、また入院中であれば病院のソーシャルワーカーの方へ依頼して下さい。介護保険被保険者証のコピーを添付して郵送して下さい。
- ○入居申込書 3枚
- 〇入居申込者評価基準調査票 2枚
- ○入居に係る介護支援専門員の意見書 1枚

瑞寿苑 TEL: 028-656-5948 岩男・石島 緑の郷 TEL: 028-678-8451 田上・坂入



②面談・面接

ご本人様の身体状況や生活環境等面談を行わせていただきます。

面談結果をふまえて、ご入居可能かどうか、月に1度行われる入居検討委員会にて審査させて いただきます。



③ご契約

契約に関しては、ご入居前に入居契約書等のご説明をさせていただくため、施設までお越しいただきます。



④ご入居

入居日に合わせて、お引っ越しの準備をお願い致します。

「瑞寿苑」での新しい生活がスタートします。

なお、家具等はご本人様が自宅で使っていたものなど、親しみのあるものをお持ちください。

地域密着型特別養護老人ホーム緑の郷 利用料金表 ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費(I)

令和4年10月1日より

									利用者負担	3第4段階			_			
介護	基本単位数	日常生活 継続支援 加算(Ⅱ)	看護体制 加算 (I)イ (II)イ	栄養ケア マネジメン ト強化加 算	単位数 1日分	単位数 1ヵ月分	科学的介 護推進体 制加算 (Ⅱ)	特定処遇改善 加算(I)	処遇改善 加算(I)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	単位数合計 1ヵ月分	介護費用 合計	介護費用合計 の 10%自己負担	食費自己負担	居住費 自己負担	基本料金介護保険負担割合
護度	1日分 (単位)	1日分 (単位)	1日分 (単位)	1日分 (単位)	A (単位)	B A×30日 (単位)	C (単位)	D (B+C)× 2.7%(単位)	E (B+C)× 8.3%(単位)	F (B+C)× 1.6%(単位)	B+C+D+E+F (単位)	単位数合計 × 10.27円 (地域加算)	G 1ヶ月分	H 1月1,445円 ×30日	I 1月2,006円 ×30日	G+H+I 30日計算
1	661				753	22,590		611	1,879	362	25,492	261,803円	26,181円			1割 129,711円 2割 155,891円 3割 182,071円
2	730				822	24,660		667	2,051	395	27,823	285,742円	28,574円			1割 132,105円 2割 160,679円 3割 189,253円
3	803	46	35	11	895	26,850	50	726	2,233	430	30,289	311,068円	31,107円	43,350円	60,180円	1割 134,637円 2割 165,744円 3割 196,851円
4	874				966	28,980		784	2,409	464	32,687	335,695円	33,570円			1割 137,100円 2割 170,669円 3割 204,239円
5	942				1,034	31,020		839	2,579	497	34,985	359,296円	35,930円			1割 139,460円 2割 175,390円 3割 211,319円

<加算について>

1/4PJF (- 2 1 C)		
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位	重度及び認知症高齢者が一定割合入所しており、介護福祉士を一定割合以上配置している場合に加算されます。
看護体制加算	(I)12/(II) 23単位	基準を上回る看護師の配置がある場合に加算されます。
栄養ケアマネジメント強化加算	11単位/日	栄養状態を把握し、栄養ケア計画の立案・実施された場合に加算されます。
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位	入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報、疾病の状況や服薬情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。
介護職員処遇改善加算(I)	8.3%/月	介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的とした加算で、合計単位数に8.3%加算されます。
介護職員等特定処遇改善加算(I)	2.7%/月	10%消費増税にあわせて、本体報酬の増額、新たな経済政策パッケージに基づく介護職員等への処遇改善加算で、合計単位数に2.7%加算されます。
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.6%/月	コロナ克服・新時代開拓のための経済対策を踏まえ、介護職員の賃金改善(3%程度)に充てることを目的とした加算で、合計単位数に1.6%加算されます。
地域別体制加算	1単位/10.27円	都市によって物価や人件費に違いがあるため、地域ごとの定められた1単位あたりの単価であり、 宇都宮市は1単位に10.27円乗じた分が加算されます。

[※]上記の金額は1ヶ月あたりの金額ですが、実際の清算時には端数処理により、若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

地域密着型特別養護老人ホーム緑の郷 利用料金表

ユニット型地域密着型介護福祉施設サービス費(I)

令和4年10月1日より

		利用者負担第1段階 利用者負担第						利用者負担第3段階①②						
介護度	介護費用合計 の 10%負担	食費 自己負担	居住費 自己負担	基本料金 介護保険 負担割合	介護費用合計 の 10%負担	食費 自己負担	居住費 自己負担	基本料金 介護保険 負担割合		介護費用合計 の 10%負担	食費自己 負担 ①	食費自己 負担 ②	居住費 自己負担	基本料金 介護保険 負担割合
度	G 1ヶ月分	H 1∃300円 ×30日	I 1日820円 ×30日	G+H+I 30日計算	G 1ヶ月分	H 1∃390円 ×30日	I 1日820円 ×30日	G+H+I 30日計算		G 1ヶ月分	H 1日650円 ×30日	H 1∃1,360円 ×30∃	I 1月1,310円 ×30日	G+H+I 30日計算
1	26,180円			59, 780円	26,180円			62, 480円		26,180円				① 84,980円 ②106,280円
2	28,574円			62, 174円	28,574円			64, 874円		28,574円				① 87,374円 ②108,674円
3	31,107円	9,000円	24,600円	64, 707円	31,107円	11,700円	24,600円	67, 407円		31,107円	19, 500円	40,800円	39, 300円	① 89,907円 ②111,207円
4	33,570円			67, 170円	33,570円			69, 870円		33,570円				① 92,370円 ②113,670円
5	35,930円			69, 530円	35,930円			72, 230円		35,930円				① 94,730円 ②116,030円

[※]上記の金額は1ヶ月あたりの金額ですが、実際の清算時には端数処理により、若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

特別養護老人ホーム緑の郷ショートステイ 利用料金表

併設型ユニット型(介護予防)短期入所生活介護費(I)

令和4年10月1日より

						利用者負担第	54段階					
介護度	基本単位数	サービス提 供体制加算 (II)	単位数	特定処遇改 善加算(I)	処遇改善 加算(I)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	単位数合計	介護費用 合計	介護費用合計 の 10%自己負担	食費 自己負担	居住費自己負担	1日あたりの基本料金
度	1日分 (単位)	1日分 (単位)	A (単位)	B A×2.7% (単位)	C A×8.3% (単位)	D A×1.6% (単位)	A+B+C+D (単位)	単位数合計 ×10.33円 (地域加算)	E	F	G	E+F+G
要支援1	523		541	15	45	9	610	6,301円	630円			1割 4,082円 2割 4,712円 3割 5,342円
要支援2	649		667	18	55	11	751	7,758円	775円			1割 4,227円 2割 5,003円 3割 5,779円
要介護1	696		714	19	59	11	803	8,295円	830円			1割 4,281円 2割 5,110円 3割 5,940円
要介護2	764	18	782	21	65	13	881	9,101円	910円	1,445円	2,006円	1割 4,362円 2割 5,272円 3割 6,182円
要介護3	838		856	23	71	14	964	9,958円	996円			1割 4,447円 2割 5,443円 3割 6,439円
要介護4	908		926	25	77	15	1,043	10,774円	1,077円			1割 4,529円 2割 5,606円 3割 6,684円
要介護5	976		994	27	83	16	1,120	11,570円	1,157円			1割 4,608円 2割 5,765円 3割 6,922円

<加算について>

17011-31 (= 1)		
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が一定以上配置されている場合に加算されます。
介護職員処遇改善加算(I)	8.3%/月	介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的とした加算で、合計単位数に8.3%加算されます。
介護職員等特定処遇改善加算(I)	2.7%/月	10%消費増税にあわせて、本体報酬の増額、新たな経済政策パッケージに基づく介護職員等への処遇改善加算で、合計単位数に2.7%加算されます。
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.6%/月	コロナ克服・新時代開拓のための経済対策を踏まえ、介護職員の賃金改善(3%程度)に充てることを目的とした加算で、合計単位数に1.6%加算されます。
地域別体制加算	1単位/10.33 円	都市によって物価や人件費に違いがあるため、地域ごとの定められた1単位あたりの単価であり、 宇都宮市は1単位に10.33円乗じた分が加算されます。
送迎加算	184単位	入所時又は退所時に希望により送迎を行った場合に片道184単位加算されます。

[※]上記の金額は1日あたりの金額ですが、実際の清算時には端数処理により、若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

特別養護老人ホーム緑の郷ショートステイ 利用料金表

併設型ユニット型 (介護予防) 短期入所生活介護費 (I)

令和4年10月1日より

		利用者負	担第1段階	Ł i		利用者負	担第2段階	比 i	利用者負担第3段階①②						
介護度	介護費用合計 の 10%自己負担	食費 自己負担	居住費 自己負担	1日あたりの 基本料金	介護費用合計 の 10%自己負担	食費 自己負担	居住費 自己負担	1日あたりの 基本料金	介護費用合語 の 10%自己負担	自己負担	食費 自己負担 ②	居住費 自己負担	1日あたりの 基本料金		
度	E	F	G	E+F+G	E	F	G	E+F+G	E	F	F	G	E+F+G		
支1	630円			1,750円	630円			2,050円	630円				① 2,940円 ② 3,240円		
支2	775円			1,895円	775円			2,195円	775円				① 3,085円 ② 3,385円		
介1	830円			1,950円	830円			2,250円	830円				① 3,140円 ② 3,440円		
介2	910円	300円	820円	2,030円	910円	600円	820円	2,330円	910円	1,000円	1,300円	1,310円	① 3,220円 ② 3,520円		
介3	996円			2,116円	996円			2,416円	996円				① 3,306円 ② 3,606円		
介4	1,077円			2,197円	1,077円			2,497円	1,077円				① 3,387円 ② 3,687円		
介5	1,157円			2,277円	1,157円			2,577円	1,157円				① 3,467円 ② 3,767円		

[※]上記の金額は1日あたりの金額ですが、実際の清算時には端数処理により、若干の金額の違いが生じますのでご了承ください。

社会福祉法人 東晴会 入居申込書

(※申し込む施設の□にレ点を付けて下さい。)

					(**	甲し	込む	了他責	ダクノし	」にレ思を付け		15	' 。)							
	特別養護		、ホー	-ム	瑞美	导苑]特	別養	護老人ホー	·人系	录の	郷		瑞夷	苑	j•緑	: の 約	郎併月	Ħ
									※本	人でない場合に	ま、申	込代	(理え	皆						
	管理者					展	ı Z			が存ま	Ŧ									
申	込 日 令	和	年		月	ļ	3			ご住所										
受	付 日 令	和	年		月	ļ	Ħ		申込	フリガナ										
担旨	当者名								者	ご氏名										
< (f	備考>									(ご本人との続柄)						())
										電話番号										
	フリガナ							性	別	保険者				宇	都	宮	市			_
	, , , , ,							'	/3 3	被保険者番号				<u>,</u>	П					_
	ご氏名		男	·女	要介護度			1	• 2	• 3		4 •	5	ļ						
				明	<u>・</u> ナ	<u> </u>	昭	<u> </u>				平成	· 令 [‡]	旬	年		 月		から	_
	生年月日		年	E	· 	日	(,) 歳	認定期間		平成			年		月		まで	
		╁				Н			/ //)火	[T-PJX.	11 1	I.H			<u></u>	<u> </u>	٠, ٢	
	現住所	'								HE 111										
				宝字	<u></u> で1 /	人で暑	享らし	てい	る。											_
						族と東														
	現況								病院名					、院時			年		から)	
							ている	る。(フ	施設名	Ž:			入	、所問	护期		年	J.]から) `	
入居					也 (する ⁾	者がい	ハない	いたと	か 。)	_
希										「疾病」「認知症	」等に	こより	、十	分な	介護	が困	難な	ため	0	
望者			Í	广護 ⁵	者が	就労	して	いるこ	ことから	ら、十分な介護	が困	難な	ため	0						
の (A)			Í	で護う	者の	身体	的•#	青神的	的負担	且が大きく、十分	な介	護力	逐星	誰なだ	きめ 。					
状況						•				かられているが、			,							
			_	~ · · ·			~~			入所するために						1.2	<u>当する</u>	<u> </u>	が必要	五
			7	<u>:す。</u>	, <u>C E</u>]身(つ判別	断で記	亥当す	「ると思われる項	目に	こ印を	と付り	ナてく	(ださい	,) ₀				
	入居を希望 する理由		Г		 忽知:	定で	ある	者で	あっ	て、日常生活に		章を	来た	すよ	うな	症壮	 犬・彳		4	
	(該当するも			意思	<u>〔 </u>	通の	困難	さ等	が頻う	<u> 終に見られる。</u>										
	のすべてを 選んでくださ	-		」 友	卯的	津害	- 精	神障	害等	を伴い、日常生	上活	こ支	障を	きた	<u>:すよ</u>	うな	よ症も	大 - 	這	
	迷ん くくにらい)			<u>動</u> -	<u>や意</u>	思疎	通の	大学 (大学)	きさ	が頻繁に見ら	<u>れる</u>	<u> </u>								
								_		疑われること等	等に、	より.	Ů	身の	安全	- 3	<u> </u>	D確 ⁽	足	
						な状				╧╧┸┸╇	و مشعر عال	.	_	Auto a	11		in Auto s.	_ L	_	
										<u>家族が高齢又に</u> 地域での介護										
						加い るこ			<u>,, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,</u>		·/		<u>. ~ 3</u>	_/[]_	<u>~16€</u> V.	<u>, DZ</u>	<u> </u>	111	•	
					_															

□ その他

			□胃ろう 中の病気・特部	, _,	素 □インシュリン注射	□その他()
		L つい1117月7月	1.02)b1 %(1/1 ti] 开"只 寸]			
		□ 当該	施設のみ申し	込む。			
	申込状況	□ 他の	施設も申し込	んでいる。(1	申込施設名)
		□ 今後	他の施設も申	込む予定で	ある。(申込予定施設)
説	私は、入	、居申込に際	し、入居申込	から入居契約	的までの入居決定の方法	について、施設担当者	又は、介
明	護支援専	門員から説明	明を受けました	- -0			
確認		令和 4	年 月	日			
欄					_	~	
	1 7 兄は	ロンス・老・ひってど気	3 佐の伊河 押す	氏 ク 見な行うため	<u>名</u> 、個人情報の取り扱いに	のいてま町は、担当を	アーウ・・
同							7~~
					集を施設が行うことに同意	· -	
意	2. 入居の)ための待機	期間中に、貴	施設以外の	施設に入居が決定した場	易合、また要介護度や連	絡先、
書	介護の特	犬況等につい	いて変更があっ	た場合は、	速やかに貴施設に連絡到	致します。	
		令和 4	年 月	日			
				氏 /	Ż	印	

○家族構成(生計同一者)

氏 名	続柄	性別	生 年	月日		職業(勤務先)	電話番号
		男・女	年	月	日		
		男・女	年	月	日		
		男・女	年	月	日		
		男・女	年	月	日		
		男・女	年	月	日		
		男・女	年	月	日		

○家族構成(別居家族)

氏 名	続柄	性別	生 年	月日		職業(勤務先)	電話番号
		男・女	年	月	田		
		男・女	年	月	田		
		男・女	年	月	田		
		男・女	年	月	日		

	$\overline{}$		$\square \times$	+ □ +	~)		. 7-	17.13	職歷
1	1	Λ	T- 7	L/7 Z	(\prime)) \top	$T \wedge T$. v—	<i>™</i> •	

○入居希望者の病歴

年 月	疾患名

○日常生活動作

○心身の状況

移動	·自立(独歩·杖·歩行器)·車椅子(自操·介助)·不可					
食 事	·自立·一部介助·全介助					
・自立(トイレ・ポータブルトイレ)・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ) 排 泄						
17上 7匹	・全介助(トイレ・ポータブルトイレ)・オムツ使用(昼夜・夜のみ)					
入 浴	入 浴 ·自立·一部介助·全介助					
着 脱	•自立•一部介助•全介助					
寝返り	•自立•一部介助•全介助•不可					

物忘れ	有 · 無
徘 徊	有・無
夜間不眠	有・無
幻覚•幻視	有・無
介護拒否	有・無

○担当の介護支援事業所及びケアマネージャー

事業所名	ケアマネージャー名	
------	-----------	--

入居申込者評価基準調査票

記入年月日: 令和	年 年	月	日			
記入者名:						
1.認知症の場合の日	常生活自立	Z.度		1		
自立	I	II	Ш	IV	M	
□物を盗まれた等被	皮害的になる	3		□ 大声を	上げたり介護に抵抗	する
□ 作り話を周囲に言	いふらす			□ 目的も	無く動き回る	
□ 幻聴・幻視がある				□ 外にて	ざると家に戻れない	
□ 感情が不安定に	なる			□ 火の不	が始末や火元の管理が	ら出来ない
□ 昼夜逆転がある				□ 異食行	う為がある	
□ その他 ()
2.在宅サービス利用原	度					
在宅サービスの	20%未満	20%以上	40%以上	60%以上	80%以上	
利用割合	2点	4点	6点	8点	10点	
※ 在宅サービス利用書	削合とは、サ	ービス利用客	質を在宅サー	-ビス利用票	に基づく支給限度額で降	除した割合
※ 入院、施設に入所で	中の場合は、	6点とみなす	-			
※ 直近3カ月分の利用	月票別表を参	*照する。				
3.主たる介護者の状況	兄					
フリガナ			男・女	本人との関	月孫 日本	
氏 名				生年月日	年月	日()歳
□ 同居している	∧ =#:[~:]					
		困っている				
□ 別居している						
介護者の介護負担		 普通	中	や重い	□ 重い	□ 非常に重い
介護者の障害や疾病		なし	口介	護可能	□ 多少介護可能	□ 介護困難
<具体的な状況>						
		なし		□ 高齢で	で就労不能	
介護者の就労		あり	(常勤・非常	常勤 勤務	务内容:)
			(時間: □] 4時間未	満 □4時	間~8時間)
<具体的な状況>				<u> </u>		

当該要介護者以外に対する育児や看	ロなし	□臨時	□ 半日	□ 常時
護・介護の必要性		育児·看病·介護	育児·看病·介護	育児·看病·介護
<具体的な状況>				
介護者の関り方	□ 普通	□ やや消極的	□ 非常に消極的	□ 介護拒否
<具体的な状況>				
※担当ケアマネ、関係	系機関からの情報提供	たによる		
他の同居介護補助者	□ 常時あり	□ 随時あり	□ ほとんどなし	1
<具体的な状況>	<u> П</u> нимууу	□	L (4C/0C/4C	1
くろくいようなかくひょう				
▶ 「常時あり」は週4日			こりの目安は2時間程度	」 度以上又は頻回以上。
				-
近隣者等の介護協力	□ 常時あり	□ 随時あり	□ ほとんどなし	
<具体的な状況>				
]
※「常時あり」は週4日	以上、「随時あり」は過	週1~3日程度。1日あた	とりの目安は2時間程度	 関以上又は頻回以上。
在宅介護に必要な 住環境の状態	□ 問題なし	□ やや支障あり	□ 支障あり	□ 非常に支障あり
<具体的な状況>				<u>l</u>
※在宅生活を送るにる	あたり、段差・トイレ・浴	室・寝室等の状況を見	見て評価する。	
4.医療の状況				
				□ 人工肛門
	□ ネブライザー	□導尿	□ バルーン	\
□ その他(4m.) 対応法()
	無) 部位 (無) 病名 ()
□ 感染症 (有 · <現在治療中の))
一个九1工行/京中////	Y) X(17时			
かかりつけ医療機関名	名:			
主治医名:				

社会福祉法人 東晴会 入居申込書

(※申し込む施設の□にレ点を付けて下さい。)

	特別養護者	と人ホーム	ム瑞寿苑	□特別養	護老人ホー	ム緑の	郷	□瑞	寿苑	5•緑(の郷	併用
T _[湍寿苑のみ申	し込む場合	î	T 緑の郷の)み申し込む場合	合	弋理者	•		と緑の 込む場		ちら
	管理者	4	殿		~ A =	₹			, 0,			
申	込 日 令和	和年	月 日		ご住所							
受	付 日 令君	和年	月 日	申 申	フリガナ		一家	族の住	所•日	- 名 - 雪	<u> </u>	
担	当者名 /	<i>/</i>		→ 込 者・	ご氏名	—		号を記			_	
</td <td>管理者·担当</td> <td>者はこち</td> <td></td> <td>を記入して</td> <td>(ご本人との続柄)</td> <td></td> <td>い。</td> <td>番号は</td> <td>ナンス</td> <td>スペノゼ</td> <td>生</td> <td>)</td>	管理者·担当	者はこち		を記入して	(ご本人との続柄)		い。	番号は	ナンス	スペノゼ	生)
	らで記入致し空欄で大丈夫		ください	\ <u>\</u>	電 話 番 号		帯電	話と自!	宅の	電話両	_	
	フリガナ			性 別	保険者	l	方ご	記入くた 宇都				
	7927			1生 別	被保険者番号			十 郁	<u> </u>	111		\top
	ご氏名			男•女								
					要介護度		1 •	2 ·	3 •	4 •	5	
	生年月日	明	・大・昭	3	認定期間	숚		年	月	E	から	
	<u> </u>	年	月 日	()歳	かいシーンシューコ	4	介和	年	月	E	まで	
	珀分記	₹ 入居希	望者の氏名	•住所•牛年		の情報・	現況(現在、	入居	希望者	か	
	現住所	どちら	にいらっしゃる		入ください。)尚							
	/		てください。									
	現況	·	さで家族と暮ら	_	7.		⊐ , 17	院時期		左	ПΑ	
	5元 7元		完に入院してい 没に入所してい					元时期 所時期		年年	月カ 月カ	- 1
入			D他(O (NEHAT)	- 1 •) \ 1,	21. 3.791		,	7414)
居希			隻する者がい れ	=								
望		_			疾病」「認知症」				と が 団	引難なが	ため。	
者/					ら、十分な介護』 旦が大きく、十分		_					
状況					かられているが、				-	め。		
10L					入所するために					当する	ことが	必要
		<u>~</u>	ご自身の半	判断で該当す	てると思われる項	目に印る	を付け	て下さい	<u> </u>			
	入居を希望 する理由	□請		<u></u> 者であって、	日常生活に支障	章を来た	すよう	な症状	• 行 勇	 bや		1
	(該当するも のすべてを	'-	で思疎通の困難		,							
	選んでくださ	· ·	田的障害・精神 【思疎通の困		い、日常生活にラタルスータートータ	支障をき	たすよ	うな症	状·行	「動や		
	(·)		_ ,		ゃに兄られる。 われること等に。	より、心身	の安	全•安心	いのな	催保が	困難為	2
			態にある。	, 50,21,600 ,,5	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			_ / · ·				
					長が高齢又は病		-	•	-			
		期]待できず、か	つ地域でか	介護サービスや							
					入居をする理 にチェックを(
		 □ その	 D他									_

		□経管	常栄養	□胃	3う []在宅酸	素 🗆	インシュ	リン注射	口その	他()
			[現在》	台療中の)病気・	特記事項	[等]						
										クを付けて ヨにご記 <i>入</i>			台療
									申し込み	状況の確	認となってはま	っておりま	きす。
	申込状況		他の施		し込ん	<u>む。</u> でいる。(む予定て		2名 申込子》	思います	こ記入し	に申し込		じょう
説	私は、入	居申记	こに際し	、申込7	から入居	民契約ま	での入居	決定の	方法につ	いて施設	担当者	又は	
明	介護支援	専門員	から説り	明を受り	ナました	•0							
確認		令和	年	月	日	記入日	の日付け	をご記	入ください	١,			
欄					氏	名				とお願いし		卸	
	1. 入居申	1込者及	及び家族	をの状況	兄把握る	と行うため	、個人情	青報の取	り扱いに	ついて市	町村、担	当ケブ	マネー
同	ジャー	、他の	介護保障	険施設等	等からの)情報収	集を施設 しょうしょう しょうしょ しょうしょ しょうしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしょ かんしょう かんしょ しゅうしゅう かんしゅう かんしゅう かんしょう かんしょう かんしょう かんしょう しゅうしゅう しゅうしゃ しゃりん しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゅうしゃ しゃりん しゅうしゃ しゅうしゃ しゃりん しゅうしゃ しゃく しゅうしゃ しゅうしゃ しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく し	が行うこ	とに同意	いたしま	す。	1	
	2. 入居の	つための)待機期	間中に	、貴施	設以外の	施設に	入居が没	中定した場	易合、また	要介護	度や連絡	先、
意	介護の特	犬況等に	こついて	て変更か	ぶあった	場合は、	速やかん	こ貴施設	とに連絡す	めします。		,	1
書		令和	年	月	日	記入日	の日付	けをご記	己入くださ	い。			
					氏	名	ご家族の	のご署名	と印鑑を	お願いし	ます。	印	

※「説明確認欄」と「同意欄」の署名は 同じ家族様の名前で大丈夫です。 ※印鑑も同じもので大丈夫です。

○家族構成(生計同一者)

氏 名	続柄	性別	生年月	月日	職業(勤務先)	電話番号
		男・女	年	月 日		
入居希望者と	:住所が同	男・女	年	月 日		
じで、一緒に住ているご家族	の情報を	男・女	年	月 日		
ご記入ください	\ <u>\</u> __	男・女	年	月 日		
		男・女	年	月 日		
		男・女	年	月 日		

○家族構成(別居家族)

氏 名		続柄	性別	生 年	月日		職業(勤務先)	電話番号
			男·女	年	月	日		
入居希望者と	とかか	わり	男・女	年	月	日		
のある別居家 の情報を記り	マ族 の	方	男・女	年	月	日		
さい。			男・女	年	月	日		

○入居希望者の主な生活歴・職歴

入居希望者がどこで生まれて、 どのような職業に就いていたの かなどを記入してください。

○入居希望者の病歴

年 月 疾患名

今までに患ったご病気をご記入く
ださい。わかる範囲で年月日も記
入してください。
また、手術の有無、入院した病院
も分かればお願い致します。

○日常生活動作

移動	·自立(独歩·杖·歩行器)·車椅子(自操·介助)·不可					
食 事	•自立•一部介助•全介助					
排 泄	・自立(トイレ・ポータブルトイレ)・一部介助(トイレ・ポータブルトイレ)					
7分十 71年	・全介助(トイレ・ポータブルトイレ)・オムツ使用(昼夜・夜のみ)					
入 浴	・自立・一部介助・全介助現在の身体状況の確認					
着 脱	・自立・一部介助・全介助 です。当てはまる部分に 丸を付けてください。					
寝返り	・自立・一部介助・全介助・不可					

○心身の状況

物忘れ	有・無
徘 徊	有・無
夜間不眠	有・無
幻覚•幻視	有・無
介護拒否	有・無

現在の身体状況の確認 です。当てはまる部分に 丸を付けてください。

○担当の介護支援事業所及びケアマネージャー

事業所名

担当ケアマネージャーの事業所名 また、病院の場合は病院名

ケアマネージャー名

担当ケアマネージャーの名前 病院の場合は、ソーシャルワーカー でも結構です。

入居申込者評価基準調査票

記入年月日: 令	和 年	月	日	注)1.	認知症の場合の日常	生活動作	
記入者名:					在宅サービス利用度に		
1.認知症の場合の日常生活自立度							
自立	I	П	Ш	IV	M		
□ 物を盗まれた等待	皮害的になる	1		□ 大声を	上げたり介護に抵抗	する	
□ 作り話を周囲に言	言いふらす			□ 目的も	無く動き回る		
□ 幻聴・幻視がある)			□ 外にで	ると家に戻れない		
□ 感情が不安定に	なる			□ 火の不	が対象を大元の管理が	出来ない	
□ 昼夜逆転がある				□ 異食行	う為がある		
□ その他 ()	
2.在宅サービス利用	变						
在宅サービスの	20%未満	20%以上	40%以上	60%以上	80%以上		
利用割合	2点	4点	6点	8点	10点		
※ 在宅サービス利用	割合とは、サー	-ビス利用客	原を在宅サー	ービス利用票	に基づく支給限度額で除	余した割合	
※ 入院、施設に入所	中の場合は、6	点とみなす	-				
※ 直近3カ月分の利用	用票別表を参り	照する。					
3.主たる介護者の状況	况						
フリガナ	A =## - 1## 1		里・女	本人との関	月 係		
	・介護に携わり情報をご記			生年月日	年月	日()歳	
□ 同居している	介護上で国	っている		介護を行っ	ている上で、困ってい	ることや	
7 段上(日)(、 0			悩みなど具体的に記入してください。				
					でよろしいので、当て		
介護者の介護負担	はまる□のホ	刺 ーナエツ 手通	<i>y</i> <u> </u>	や重い	□ 重い		
万 咬石 V 7				/ 至/	□ 重/	口 タトili(C重(
介護者の障害や疾病	☐ 7°	Z L	口介	護可能	□ 多少介護可能	□ 介護困難	
					は可能なのか困難な		
0	り欄にチェック	クを付けて	ください。	差支えなけ	れば、患っている病名	もご記入ください。	
		[5]		□ 高齢で			
介護者の就労		あり	(常勤•非	,	务内容:)	
ノ □支´日 ∨ノがL 刀		9 9				問~2時間)	
(時間: □ 4時間未満 □4時間~8時間) <具体的な状況> 上記介護者が就労しているか、していないか、高齢で就労ができないのかを当て							
はまる口の欄にチェックを付けてください。また、常勤か非常勤かに丸を付け、時 間帯にもチェックを付けてください。							
$\overline{}$	144 HJ 12 07 -	-// 4131	., = _00	0			

当該要介護者以外に対する育児や看	ロなし	□臨時	□ 半日	□常時				
く具体的な状況~	とです。当てはまる口	望者以外に、別の方(]の欄にチェックを付け さい。差支えなければ、	の育児や看病、介護を て、育児、看病、介護	していますかというの部分も当てはまる				
介護者の関り方	□普通	□ やや消極的	□ 非常に消極的	□ 介護拒否				
※担当ケアマネ、関係	系機関からの情報提供	による						
他の同居介護補助者	□ 常時あり	□ 随時あり	□ ほとんどなし					
す。手	<具体的な状況 上記介護者を同居している家族は手伝ってくれますかということです。当てはまる口の欄にチェックを付けてください。家族のだれが手伝ってくれるのか具体的に記入してください。							
※「常時あり」は週4日	以上、「随時あり」は退	11~3日程度。1日あた	上りの目安は2時間程度	度以上又は頻回以上。				
近隣者等の介護協力	□ 常時あり	□ 随時あり	□ ほとんどなし					
<具体的な状況>		護を手伝ってくれます にチエックを付けてくた						
※「常時あり」は週4日以上、「随時あり」は週1~3日程度。1日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上。								
在宅介護に必要な								
住環境の状態	□問題なし	□ やや支障あり	□ 支障あり	□ 非常に支障あり				
住環境の状態 <具体的な状況	 大が現在の状態で在 です。 当てはまる口の	□ やや支障あり E宅で過ごされていたな D欄にチエックを付けて Eがあるのか具体的に	場合、住環境に支障は にください。	はありますかというこ				
住環境の状態 <具体的な状況	 人が現在の状態で在 です。 当てはまる口の 宅のどの部分に支障	 E宅で過ごされていた¤ 欄にチエックを付けて	易合、住環境に支障は ください。 記入してください。例)	はありますかというこ				
住環境の状態 <具体的な状況	 人が現在の状態で在 です。 当てはまる口の 宅のどの部分に支障	 E宅で過ごされていたち 欄にチエックを付けて があるのか具体的に	易合、住環境に支障は ください。 記入してください。例)	はありますかというこ				
住環境の状態 <具体的な状況 ※在宅生活を送るに 4.医療の状況 □ 経管栄養	本人が現在の状態で在です。当てはまる口の性宅のどの部分に支障 あたり、段差・トイレ・浴口	E宅で過ごされていたなり欄にチェックを付けていたないあるのか具体的に空・寝室等の状況を見ている。 在宅酸素	易合、住環境に支障は にください。 記入してください。例) 上て評価する。 □ インシュリン	はありますかというこ				
住環境の状態 <具体的な状況 ※在宅生活を送るに 4.医療の状況 □ 経管栄養 □ 気管切開	 人が現在の状態で在 です。当てはまる口の 生宅のどの部分に支障 あたり、段差・トイレ・浴	E宅で過ごされていたなり欄にチェックを付けていたないあるのか具体的に空・寝室等の状況を見ている。 在宅酸素	易合、住環境に支障は で ださい。 記入してください。例) して評価する。	はありますかというこ 手すりがない等				
住環境の状態 <具体的な状況 ※在宅生活を送るに 4.医療の状況 □ 経管栄養 □ 気管切開 □ その他(本人が現在の状態で在 です。当てはまる口の 主宅のどの部分に支障 あたり、段差・トイレ・浴	E宅で過ごされていたなり欄にチェックを付けていたないあるのか具体的に空・寝室等の状況を見ている。 在宅酸素	易合、住環境に支障は にください。 記入してください。例) 上て評価する。 □ インシュリン	はありますかというこ 手すりがない等				
住環境の状態 <具体的な状況 ※在宅生活を送るに 4.医療の状況 □ 経管栄養 □ 気管切開 □ その他(□ 床ずれ(有・	★人が現在の状態で在です。当てはまる口の き宅のどの部分に支障 あたり、段差・トイレ・浴□ 胃 ろ う□ ネブライザー無) 部位(E宅で過ごされていたなり欄にチェックを付けていたないあるのか具体的に空・寝室等の状況を見ている。 在宅酸素	易合、住環境に支障は にください。 記入してください。例) 上て評価する。 □ インシュリン	はありますかというこ 手すりがない等				
住環境の状態 < 4. 医療の状況 ** 4. 医療の状況 4. 医療の状況 2 を管栄養 気管切開 その他(床ずれ (有・ 回 感染症 (有・	★人が現在の状態で在です。当てはまる口の 注宅のどの部分に支障 あたり、段差・トイレ・浴□ 胃 ろ う□ ネブライザー無) 部位(無) 病名(E宅で過ごされていたなり欄にチェックを付けていたないあるのか具体的に空・寝室等の状況を見ている。 在宅酸素	易合、住環境に支障は にください。 記入してください。例) 上て評価する。 □ インシュリン	はありますかというこ 手すりがない等				
住環境の状態 < 具体的な状況 ※ 在宅生活を送るに 4. 医療の状況 □ 気管栄養 □ 気で切開 □ その他(□ 床ずれ(有・		E宅で過ごされていたは D欄にチェックを付けて があるのか具体的に 室・寝室等の状況を見	場合、住環境に支障は でださい。 記入してください。例) して評価する。 ロインシュリン ロバルーン がルーン が関にチェックを ず、部位や病名	はありますかというこ 手すりがない等				
住環境の状態 < 4. 医療の状況 ** ** ** ** ** ** 4. 医療の状況 □ □ □ □ □ □ □ □ □	人が現在の状態で在です。当てはまる□の	E宅で過ごされていたは D欄にチェックを付けて があるのか具体的に 室・寝室等の状況を見	場合、住環境に支障は でださい。 記入してください。例) して評価する。 ローインシュリン ローバルーン があれ があれ	はありますかというこ 手すりがない等				

社会福祉法人 東晴会 特別養護老人ホーム 瑞寿苑 管 理 者 菊地 秀利 特別養護老人ホーム 緑の郷 管 理 者 田上 博司

『入居に係る介護支援専門員(生活相談員)意見書』記入の依頼について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のお引き立て賜り、誠 にありがとうございます。

さて、早速ですが、この度当該者様より弊施設への入居申し込みの意向がございました。 それに伴いまして、当該者様の特別養護老人ホームの入居に関する介護支援専門員(生活相談員)様のご意見を賜りたく、ご依頼申し上げます。

つきましては、当書類についてご記入頂きますよう、よろしくお願い致します。

直接ご郵送、またはご家族様・ご本人様にお渡しする方法、どちらでもご都合の良い方法で結構です。

ご多忙の所とは存じますが、何卒ご尽力のほど宜しくお願いします。

ご不明な点等ございましたら、お手数ですがご連絡頂きますよう、よろしくお願い致します。

同封書類:『入居に係る介護支援専門員(生活相談員)意見書』

特別養護老人ホーム 瑞寿苑 〒321-0913

栃木県宇都宮市上桑島町 1476-2

TEL 028-656-5948

FAX 028-656-5910

問い合わせ担当

介護支援専門員 岩男 生活相談員 石島 特別養護老人ホーム 緑の郷 〒321-0917

栃木県宇都宮市西刑部町 2544-175

TEL 028-678-8451 FAX 028-678-8452

問い合わせ担当

介護支援専門員 坂入 生活相談員 田上

□特	別養護老人ホー	ム 瑞寿苑	į					
□特	別養護老人ホー	ム 緑の組	3					
□瑞	寿苑・緑の郷ど	ちらも申し	込む	•				
(;; ⊧	申し込む施設の□]にレ点を作	寸けて	こ下さい	(\ ₀)			
	入居に	係る介護す	え 援専	門 <u>員</u>	(生活相談	員) の意見	書	
					氏 名			様
				(,	入居希望者)			148
1.本	人の状況	1			·	<u> </u>		-
	要介護度	1		2	3	4	5	
	認知症における	M		IV	Ш	П	I	
	日常生活自立度	1V1	-	IV III		11	1	
2.在	宅サービスの利用原	Ę			·	<u> </u>		-
	在宅サービスの	80%以上	60%	6以上	以上 40%以上	20%以上	20%未満	
	利用割合	00/05/1	007		40 /0 公工	20 /05/1	20 /0 /八刊明	
3.主	たる介護者・家族等	等の状況の評	価					
	①世帯の状況				独居	高齢者世	帯 その	他
	②介護者の年齢・	続柄						
	③介護者の介護負担			非常に重い 重い やや重い 普通				
	④介護者の障害・疾病			無 有()				
	⑤介護者の就労状況			無	有(職種	等:	形態:)
⑥他の要介護者				無	有(要支	接 1 2 要	至介護 1 2	3 4 5)
⑦介護者の育児・家族の病気				無	有()
	⑧介護者の介護の	関わり方		介護拒否 非常に消極的 やや消極的 普通				
	⑨他の同居介護者補助者			無	有(続杯	ī:	程度:)
	⑩別居血縁者介護協力			無	有(続杯	ī:	程度:)
	⑪近隣者等の介護協力				まとんど無	随時	有常	常時有
	⑫在宅生活に必要な住環境の状況 非常に支障有 支障有 やや支障有 特に問題:					に問題無		
4.介	護支援専門員(生活	5相談員) へ	の入居	居の意見	1 1			
令和	年 月	日						
	<u>事</u>	業所名						
	<u>住 所 〒</u> 連 絡 先 TEL							
						/FAX		
	<u>記</u>	入者名					印	