

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
- 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。

特別養護老人ホーム瑞寿苑 利用料金表

ユニット型 介護福祉施設サービス費（Ⅱ）

令和4年10月1日

利用者負担第4段階																
介護度	基本 単位数	日常生活継続 支援加算(Ⅱ)	看護体制加算 (Ⅰ)ロ (Ⅱ)ロ	栄養マ ネジメ ント強 化加算	単位数 1日分	単位数 1ヶ月分	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か月分	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
	1日分	1日分	1日分	1日分	A	B A×30日	C B+50単位	D C×2.7%	E C×8.3%	F C×1.6%	C+D+E+F	単位数合計 ×10.27円 (地域加算)	G 1ヶ月分	H 1日1,445円 ×30日	I 1日2,006円 ×30日	G+H+I 30日計算
1	652単位	46単位	12単位	11単位	721単位	21,630単位	21,680単位	585単位	1,799単位	347単位	24,411単位	250,700円	25,070円	43,350円	60,180円	1割 128,600円 2割 153,670円 3割 178,740円
2	720単位				789単位	23,670単位	23,720単位	640単位	1,969単位	380単位	26,709単位	274,301円	27,430円			1割 130,960円 2割 158,390円 3割 185,820円
3	793単位				862単位	25,860単位	25,910単位	700単位	2,151単位	415単位	29,176単位	299,637円	29,964円			1割 133,494円 2割 163,458円 3割 193,422円
4	862単位				931単位	27,930単位	27,980単位	755単位	2,322単位	448単位	31,505単位	323,556円	32,356円			1割 135,886円 2割 168,242円 3割 200,598円
5	929単位				998単位	29,940単位	29,990単位	810単位	2,489単位	480単位	33,769単位	346,807円	34,681円			1割 138,211円 2割 172,892円 3割 207,573円

<加算について>

日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位/日	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)ロ、(Ⅱ)ロ	12単位/日	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/月	入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況及び心身の状況等に係る基本的な情報(科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報)を厚生労働省に提出している場合に算定。必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービスの提供にあたり、上記の情報その他適切かつ有効に行うために必要な情報を活用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	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。
地域別単位加算	1単位/10.27円	都市によって物価や人件費に違いがある為、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。

特別養護老人ホーム瑞寿苑 利用料金表

ユニット型 介護福祉施設サービス費（Ⅱ）

令和4年10月1日

利用者負担第1段階					利用者負担第2段階				利用者負担第3段階 ①				利用者負担第3段階 ②			
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ヶ月 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ヶ月 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ヶ月 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ヶ月 基本料金
	G 1ヶ月	H 1日300円 ×30日	I 1日820円 ×30日	G+H+I 30日計算	G 1ヶ月	H 1日390円 ×30日	I 1日820円 ×30日	G+H+I 30日計算	G 1ヶ月	H 1日650円 ×30日	I 1日1,310 円×30日	G+H+I 30日計算	G 1ヶ月	H 1日1,360円 ×30日	I 1日1,310円 ×30日	G+H+I 30日計算
1	25,070円	9,000円	24,600円	58,670円	25,070円	11,700円	24,600円	61,370円	25,070円	19,500円	39,300円	83,870円	25,070円	40,800円	39,300円	105,170円
2	27,430円			61,030円	27,430円			63,730円	27,430円			86,230円	27,430円			107,530円
3	29,964円			63,564円	29,964円			66,264円	29,964円			88,764円	29,964円			110,064円
4	32,356円			65,956円	32,356円			68,656円	32,356円			91,156円	32,356円			112,456円
5	34,681円			68,281円	34,681円			70,981円	34,681円			93,481円	34,681円			114,781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。

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。)

□特別養護老人ホーム瑞寿苑 □特別養護老人ホーム緑の郷 □瑞寿苑・緑の郷併用

※本人でない場合は、申込代理者

管理者		殿
申込日	令和	年 月 日
受付日	令和	年 月 日
担当者名		
<備考>		

申込者	ご住所	〒
	フリガナ	
	ご氏名 (ご本人との続柄)	()
	電話番号	

入居希望者の状況	フリガナ		性別	保険者	宇都宮市								
	ご氏名		男・女	被保険者番号									
				要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ()歳		認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで								
	現住所	〒 電 話											
	現況	☐ 自宅で1人で暮らしている。 ☐ 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 病院に入院している。(病院名: 入院時期 年 月から) ☐ 施設に入所している。(施設名: 入所時期 年 月から) ☐ その他 ()											
	入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	☐ 介護する者がいないため。 ☐ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により、十分な介護が困難なため。 ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 ☐ 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 ☐ 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等が頻繁に見られる。 ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 ☐ 家族等の深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 ☐ 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不十分であること。 ☐ その他											

		☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他() [現在治療中の病気・特記事項等]
	申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む。 ☐ 他の施設も申し込んでいる。(申込施設名) ☐ 今後他の施設も申込み予定である。(申込予定施設)
説明 確認欄	私は、入居申込に際し、入居申込から入居契約までの入居決定の方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏 名印	
同意書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取り扱いについて市町村、担当ケアマネジャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 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合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡致します。 令和 年 月 日 氏 名印	

○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 日		
		男 ・ 女	年 月 日		
		男 ・ 女	年 月 日		
		男 ・ 女	年 月 日		

○入居希望者の主な生活歴・職歴

○入居希望者の病歴

年 月	疾患名

○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)
	・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
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

○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

○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 月 日
記入者名：

1.認知症の場合の日常生活自立度

自立	I	II	III	IV	M
----	---	----	-----	----	---

- ☐ 物を盗まれた等被害的になる
☐ 作り話を周囲に言いふらす
☐ 幻聴・幻視がある
☐ 感情が不安定になる
☐ 昼夜逆転がある
☐ その他 ()
- ☐ 大声を上げたり介護に抵抗する
☐ 目的も無く動き回る
☐ 外にでると家に戻れない
☐ 火の不始末や火元の管理が出来ない
☐ 異食行為がある

2.在宅サービス利用度

在宅サービスの 利用割合	20%未満	20%以上	40%以上	60%以上	80%以上
	2点	4点	6点	8点	10点

※ 在宅サービス利用割合とは、サービス利用額を在宅サービス利用票に基づく支給限度額で除した割合

※ 入院、施設に入所中の場合は、6点とみなす

※ 直近3カ月分の利用票別表を参照する。

3.主たる介護者の状況

フリガナ	男 ・ 女		本人との関係	
氏 名			生年月日	年 月 日 () 歳
☐ 同居している	介護上で困っている こと			
☐ 別居している				

介護者の介護負担	☐ 普通	☐ やや重い	☐ 重い	☐ 非常に重い
----------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

介護者の障害や疾病	☐ なし	☐ 介護可能	☐ 多少介護可能	☐ 介護困難
-----------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

＜具体的な状況＞

介護者の就労	☐ なし	☐ 高齢で就労不能
	☐ あり	(常勤・非常勤 勤務内容:) (時間: ☐ 4時間未満 ☐ 4時間～8時間)
＜具体的な状況＞		

当該要介護者以外 に対する育児や看 護・介護の必要性	☐ なし	☐ 臨時 育児・看病・介護	☐ 半日 育児・看病・介護	☐ 常時 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
<具体的な状況>			

※「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。

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
<具体的な状況>				

※在宅生活を送るにあたり、段差・トイレ・浴室・寝室等の状況を見て評価する。

4.医療の状況				
☐ 経管栄養	☐ 胃ろう	☐ 在宅酸素	☐ インシュリン	☐ 人工肛門
☐ 気管切開	☐ ネブライザー	☐ 導尿	☐ バルーン	
☐ その他()				
☐ 床ずれ (有・無) 部位 ()				
☐ 感染症 (有・無) 病名 ()				
<現在治療中の病気・特記事項>				
かかりつけ医療機関名:				
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。)

☐ 特別養護老人ホーム瑞寿苑

瑞寿苑のみ申し込む場合

☐ 特別養護老人ホーム緑の郷

緑の郷のみ申し込む場合

☐ 瑞寿苑・緑の郷併用

瑞寿苑と緑の郷どちらも申し込む場合

管理者 殿		申込者		申込代理者	
申込日	令和 年 月 日	ご住所	〒		
受付日	令和 年 月 日	フリガナ			
担当者名		ご氏名	ご家族の住所・氏名・電話番号を記入してください。電話番号は、なるべく携帯電話と自宅の電話両方ご記入ください。		
<管理者・担当者はこちらで記入致しますので、空欄で大丈夫です。>		(ご本人との続柄)			
申込日を記入してください。		電話番号			

入居希望者の状況	フリガナ		性別	保険者	宇都宮市								
	ご氏名		男・女	被保険者番号									
				要介護度	1・2・3・4・5								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳			認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
	現住所	〒 入居希望者の氏名・住所・生年月日・介護保険の情報・現況(現在、入居希望者がどちらにいらっしゃるのかをご記入ください。)尚、介護保険の情報は介護保険証を参照してください。											
	現況	☐ 自宅で家族と暮らしている。 ☐ 病院に入院している。(病院名: 入院時期 年 月から) ☐ 施設に入所している。(施設名: 入所時期 年 月から) ☐ その他 ()											
	入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んでください)	☐ 介護する者がいないため。 ☐ 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により、十分な介護が困難なため。 ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 ☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 ☐ 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けて下さい。 ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難等が頻繁に見られる。 ☐ 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難等が頻繁に見られる。 ☐ 家族等の深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態にある。 ☐ 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不十分であること。 ☐ その他											

入居をする理由を、当てはまる項目の口の欄にチェックを付けてください。(複数チェック可)

	□経管栄養 □胃ろう □在宅酸素 □インシュリン注射 □その他() [現在治療中の病気・特記事項等] 上記に記載の医療行為をしている場合は、□の欄にチェックを付けてください。現在治療中の病気や上記以外の医療行為をしている場合は、ご自由にご記入ください。
申込状況	□ 当該施設のみ申し込む。 □ 他施設も申し込んでいる。(申込施設名) □ 今後他施設も申し込む予定である。(申込予定施設名) 申し込み状況の確認となっております。差支えなければ当てはまる□の欄にチェックをして、他に申し込みをしている施設等ご記入していただければと思います。
説明確認欄	私は、入居申込に際し、申込から入居契約までの入居決定の方法について施設担当者又は介護支援専門員から説明を受けました。 令和 年 月 日 記入日の日付けをご記入ください。 氏 名 ご家族のご署名と印鑑をお願いします。 印
同意書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取り扱いについて市町村、担当ケアマネジャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 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合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡致します。 令和 年 月 日 記入日の日付けをご記入ください。 氏 名 ご家族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 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		

入居希望者と住所が同じで、一緒に住まわれているご家族の情報を
ご記入ください。

○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		
		男 ・ 女	年 月 日		
		男 ・ 女	年 月 日		
		男 ・ 女	年 月 日		

入居希望者とかかわり
のある別居家族の方
の情報を記入してくだ
さい。

○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) ・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
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

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。

○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ジャー

事業所名	担当ケアマネジャーの事業所名 また、病院の場合は病院名	ケアマネジャー名	担当ケアマネジャーの名前 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

注)1.認知症の場合の日常生活動作
2.在宅サービス利用度は記入不要。

1.認知症の場合の日常生活自立度

☐ 物を盗まれた等被害的になる
☐ 作り話を周囲に言いふらす
☐ 幻聴・幻視がある
☐ 感情が不安定になる
☐ 昼夜逆転がある
☐ その他（ ）

☐ 大声を上げたり介護に抵抗する
☐ 目的も無く動き回る
☐ 外にでると家に戻れない
☐ 火の不始末や火元の管理が出来ない
☐ 異食行為がある

2. ~~在~~宅サービス利用度

※ 在宅サービス利用割合とは、サービス利用額を在宅サービス利用票に基づく支給限度額で除した割合

※ 入院、施設に入所中の場合は、6点とみなす

※ ~~直近3カ月分の利用票別表を参照する。~~

3.主たる介護者の状況

フリガナ	男・女		本人との関係	
氏 名	一番介護に携わっているご家族の情報をご記入ください。		生年月日	年 月 日 () 歳
☐ 同居している	介護上で困っていること	介護を行っている上で、困っていることや悩みなど具体的に記入してください。		
☐ 別居している				

上記介護者の、介護に携わる上での気持ちでよろしいので、当てはまる□の欄にチェックを付けてください。

介護者の介護負担	☐ 普通	☐ やや重い	☐ 重い	☐ 非常に重い
----------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

介護者の障害や疾病	☐ なし	☐ 介護可能	☐ 多少介護可能	☐ 介護困難
＜具体的な状況＞ 上記介護者が、病気を患っている場合、介護は可能なのか困難なのか、当てはまる口の欄にチェッ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。				

介護者の就労	☐ なし ☐ 高齢で就労不能 ☐ あり (常勤・非常勤 勤務内容：) (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□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。

当該要介護者以外 に対する育児や看 護・介護の必要性	☐ なし	☐ 臨時 空旧・手症・介護	☐ 半日 空旧・手症・介護	☐ 常時 空旧・手症・介護
＜具体的な状況＞	上記介護者が、入居希望者以外に、別の方の育児や看病、介護をしていますかということです。当てはまる□の欄にチェックを付けて、育児、看病、介護の部分も当てはまる項目に丸を付けてください。差支えなければ、誰の介護をしているか等ご記入ください。			

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＞	上記介護者の、介護に携わる上での気持ちでよろしいので、当てはまる□の欄にチェックを付けてください。差支えなければ、現在の気持ちを具体的にご記入ください。			

※担当ケアマネ、関係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
＜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□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。

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＞	近隣住民の方は介護を手伝ってくれますかということです。当てはまる□の欄にチェックを付けてください。		

※「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
＜具体的な状況＞	本人が現在の状態で在宅で過ごされていた場合、住環境に支障はありますかということです。当てはまる□の欄にチェックを付けてください。 住宅のどの部分に支障があるのか具体的に記入してください。例)手すりがない等			

※在宅生活を送るにあたり、段差・トイレ・浴室・寝室等の状況を見て評価する。

4.医療の状況				
☐ 経管栄養	☐ 胃ろう	☐ 在宅酸素	☐ インシュリン	☐ 人工肛門
☐ 気管切開	☐ ネブライザー	☐ 導尿	☐ バルーン	
☐ その他()				
☐ 床ずれ (有・無) 部位 ()				
☐ 感染症 (有・無) 病名 ()				
＜現在治療中の病気・特記事項＞				
特殊な医療を受けている場合は、当てはまる□の欄にチェックを付けてください。床ずれ、感染症等も既往があれば、部位や病名などもご記入ください。現在治療中の病気等で、特記事項があれば、具体的にご記入ください。				
かかりつけ医療機関名: 入居希望者のかかりつけ医を記入してください。				
主治医名: 入居希望者のかかりつけ医の先生のお名前をご記入ください。				

担当介護支援専門員 様

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
☐特別養護老人ホーム 緑の郷
☐瑞寿苑・緑の郷どちらも申し込む
 (※申し込む施設の□にレ点を付けて下さい。)

入居に係る介護支援専門員（生活相談員）の意見書

氏 名 (入居希望者)	様
----------------	---

1.本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症における 日常生活自立度	M	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	I

2.在宅サービスの利用度

在宅サービスの 利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-----------------	-------	-------	-------	-------	-------

3.主たる介護者・家族等の状況の評価

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（要支援 1 2 要介護 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（続柄： 程度： ）	
⑩別居血縁者介護協力	無	有（続柄： 程度： ）	
⑪近隣者等の介護協力	ほとんど無	随時有	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 特に問題無

4.介護支援専門員（生活相談員）への入居の意見

令和 年 月 日

事業所名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 TEL _____ / FAX _____

記入者名 _____ 印