



聖隷福祉事業団 施設入居申込書の送付について

この度は聖隷福祉事業団の施設に入居のお問合せいただき、誠にありがとうございます。以下の書類を同封いたしますので、ご確認ください。

1. 「入居申込書」 介護付有料老人ホーム・介護付軽費老人ホーム・特別養護老人ホーム
2. 「現在の状況表」
3. 「パンフレット・料金表」

特別養護老人ホームに入居のお問い合わせの方は、以下の書類も同封いたします。

4. 「介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル」
5. 「介護支援専門員等意見書」
6. 「特別養護老人ホーム入所申込に係る資料開示申出書」

(6. については介護保険証記載が宝塚市の方のみご使用になれます。
宝塚市以外の方は保険証記載の市町村指定用紙をご使用ください)

.....
申込に際し、提出していただく書類は以下の通りです。

・介護付有料老人ホーム・介護付軽費老人ホーム

- ①「入居申込書」(様式1)
- ②「現在の状況表」(様式2)
- ③「介護保険証(写)」

・特別養護老人ホーム

- ①「入居申込書」(様式1)
- ②「現在の状況表」(様式2)
- ③「介護保険証(写)」
- ④「介護支援専門員等意見書」(様式3)
- ⑤「認定情報(事務局用)(写)」
- ⑥(在宅サービス利用者のみ必要)
「直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)」

.....
⑥は、市から出される資料になります。宝塚市が保険者の方は同封の「特別養護老人ホーム入所申込に係る資料開示申出書」を宝塚市介護保険課に提出ください。(その際、窓口に来られた方の身分証の提示が必要です。)

また、郵送でも可能ですがその場合は宝塚市介護保険課にお問い合わせください。

資料を取り寄せた上で申込書と一緒にご提出ください。

宝塚市以外の保険者の方については各市の介護保険課にお問い合わせいただき、書類を取り寄せた上で申込書と一緒にご提出ください。

入居申込書は、ご郵送いただくか、聖隷福祉事業団各施設までお持ちください。
また、できるだけ詳しくご記入いただきますよう、よろしくお願いいたします。
ご不明な点等ございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせください。

宝塚栄光園

〒665-0025 宝塚市ゆずり葉台3-1-2

Tel 0797-71-1151 Fax 0797-77-3072 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

花屋敷栄光園

〒665-0808 宝塚市切畑字長尾山5-138

Tel 072-740-3388 Fax 072-740-3980 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

ケアハウス花屋敷

〒665-0808 宝塚市切畑字長尾山5-138

Tel 072-740-3535 Fax 072-755-0408 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

結いホーム宝塚

〒665-0826 宝塚市弥生町2-1

Tel 0797-84-1165 Fax 0797-84-1170 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

ケアハウス宝塚

〒665-0826 宝塚市弥生町2-2

Tel 0797-85-3706 Fax 0797-85-3562 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

宝塚すみれ栄光園

〒665-0826 宝塚市弥生町2-2

Tel 0797-85-3656 Fax 0797-85-3562 午前9時~午後5時(土・日・祝日を除く)

(様式1)

聖隷福祉事業団 施設入居申込書

(表)

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 様

申込日：(西暦) 年 月 日

※複数の施設を希望される場合は、希望施設順に()欄に数字をお書きください。
1つの施設を希望される場合は()に〇をしてください。

() 特別養護老人ホーム 宝塚栄光園 のみ【個室 / 多床室】希望部屋に〇を付けてください	
() 特別養護老人ホーム 花屋敷栄光園	() 介護付有料老人ホーム 結いホーム宝塚
() 特別養護老人ホーム 宝塚すみれ栄光園	() 介護付軽費老人ホーム ケアハウス宝塚

入居希望者(申込者)

フリガナ			保険者	市・町	
氏名			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳
性別	男・女	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
現住所	〒				
	電話番号 ()				

注：介護保険証を転記してください。

*下記の書類を添付してください。

	特別養護老人ホーム	結いホーム宝塚 ケアハウス宝塚
①入居申込書(様式1)	○	○
②現在の状況表(様式2)	○	○
③介護保険証(写)	○	○※
④介護支援専門員等意見書(様式3)	○	/
⑤認定情報(事務局用)(写)(介護保険証に記載のある市町村の介護保険担当課へ申請して下さい。)	○	
⑥在宅サービスをご利用のかたは、直近3ヵ月分のサービス利用票(写)及び別表(写)	○	

※要介護認定を受けておられる方のみ

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。)

フリガナ			入居希望者との続柄	
氏名				
住所	〒			
	電話番号	-	携帯番号	-
E-mail	@			

上記入居申込者について、この入居申込書により入居を希望いたします。

なお、入居のための待機中に、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りました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

事務処理欄

初回申込日：(西暦)	年 月 日	今回受付日：(西暦)	年 月 日	申込番号
受付者	受付方法：来所・郵送・		意思確認：(西暦)	年 月 日

裏に続く→

時 期	早急 ・ 年 月以降	申込予定： 貴施設のみ ・ 他にも申込む ヶ所 (予定)
現 況	<input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 ※「 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。」に“ <input checked="" type="checkbox"/> ”を入れた場合は下記についても記入してください。 ◇ 施設名又は病院名： () ※現在の施設・病院利用時期： 年 か月 *継続施設・病院利用総期間： 年 か月	
入居希望理由 (該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 1 施設入居により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退居を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書きください) ()	
特養入居 特列入居 要介護1 又は要介護2 の方は、 該当項目を 全て選んで 下さい	<input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 4 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	
主たる介護者	フリガナ	性別 本人との関係 生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名	男・女 電話番号
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)
	就労状況等	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> その他 ()
意見	【介護をしている上で困っている事等】	
同意書	・申込施設が担当の介護支援専門員や入居申込者の介護保険の保険者である市町(以下、保険者市町という。)から入居判定に必要な入居申込者等の情報を受けることに同意します。 ・入居申込者の入居判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入居申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。	
	(西暦) 年 月 日 氏名	印

(様式2) 現在の状況

● 有料老人ホーム/ケアハウス のお申し込みの場合、ご記入ください

収入の概算状況	年金	約	円	その他収入	約	円
	合計収入			年額	約	円

● 特別養護老人ホーム のお申し込みの場合、負担限度額認定証をお持ちの方はご記入ください

負担限度額の金額		居住費	約	円	食費	約	円
健康 状 況	歩 行	自立 杖または歩行器等使用 介助歩行 車椅子使用 備考 ()			つかまり歩行 座位を保てない		
	排 泄	自立 おむつ使用 備考 ()	無	有	一部介助 全介助 (・夜間のみ ・常時)		
	食 事	自立 備考 ()	見守り		一部介助 全介助		
	入 浴	自立 備考 ()			一部介助 全介助		
	着 脱 衣	自立 備考 ()			一部介助 全介助		
	洗 面	自立 備考 ()			一部介助 全介助		
	視 力	普通 備考 ()			見えにくい 見えない		
	聴 力	普通 備考 ()			聞こえにくい 聞こえない		
	言 葉	普通 備考 ()			やや不自由 不自由		
	意 思 疎 通	できる 備考 ()			やや難しい 難しい		
	認 知 症 状	徘徊行動 不眠・昼夜逆転 その他 () 備考 ()			暴言・暴力行為 自傷行為	不潔行為 被害妄想・せん妄	
医 療 の 状 況	現 病 名						
	既 往 歴						
	主 治 医	医療機関	主治医				
状 況	担当ケアマネジャー	事業所名 () 担当者名 ()					
	連絡方法優先順位	() に優先順位を記入し、連絡先をお選びください。 () 電話 (本人・申込者) () E-mail (本人・申込者)					

1. 施設の概要

(1) 経営法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団

(2) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
2000年4月1日指定 兵庫県287110125号

(3) 施設の目的

指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

(4) 施設の名称 特別養護老人ホーム 宝塚栄光園

(5) 施設の所在地 宝塚市ゆずり葉台3丁目1番2号

(6) 電話番号及びFAX番号 電話 0797-71-1151
FAX 0797-77-3072

(7) 施設長（管理者） 氏名 園長 萬雲 房美

(8) 当施設の運営方針

施設は、サービス計画に基づき、可能な限り在宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

また、施設は利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定介護福祉施設サービスの提供に努めます。

(9) 開設年月 1979年 4月 1日

(10) 入所定員 70名

(11) 施設の周辺環境

当施設は六甲国立公園の一角にあり、四季折々の花と緑と小鳥のさえずりに囲まれ、おいしい空気と水に恵まれ、夜には大阪を中心とする宝石をちりばめたような素晴らしい夜景も楽しめる、閑静な場所に建っています。

2, 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護3」以上と認定された方が対象となります。
- また、入所時において「要介護」の認定を受けておられる入所者であっても、将来「要介護」認定者でなくなった場合は、退所していただくことになります。
- (2) 入所契約の締結前に、事業者から契約に対して感染症等に関する健康診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、ご契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

3, 園内設備

1人部屋 (10室) 2人部屋 (2室) 4人部屋 (14室)
大食堂 (1室) 中食堂 (1室) 小食堂 (2室) 喫茶コーナー
浴室 (2室) 静養室 (5室)
事務室 医務・看護室 調理室 相談員室 霊安室

☆ 入居される居室は、原則としてご契約者の心身の状況を確認して施設にて決めさせていただきます。

☆ 全室空調設備を完備しています。各室すべてベッドとなっています。各ベッド脇には専用の物入れがありますので、入居の際、持込みの必要はありません。

4, 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	指定基準	配置人員
1, 施設長 (管理者)	1名	1名
2, 介護職員	利用者3名に 対して1名	21名以上
3, 看護職員		3名
4, 生活相談員	1名	1名
5, 機能訓練指導員	1名	1名
6, 介護支援専門員 (生活相談員が兼務)	1名	1名
7, 医師	必要数	必要数
8, 管理栄養士	1名	1名

常勤換算 : 職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--------------------------|
| 1. 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| 2. 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

<サービスの概要>

① 食事

- ・ 当施設は管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および、嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食事をとっていただくことを原則としています。

(食 事 時 間)

朝食 : 8時～10時 昼食 : 12時～14時 夕食 : 18時～20時

② 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。 (入浴出来ない場合は清拭を行います)
- ・ 寝たきりでも特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 個別機能訓練

- ・ 機能訓練指導員 (看護師) の指示により看護職員又は介護職員が、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥ その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額をご契約者の負担となります。

< サービスの概要と利用料金 >

① 特別な食事 (酒、嗜好品を含みます)

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供した場合は、要した費用の実費をいただきます。

② レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動 (車いすダンスなど) に参加ができます。

- 利用料金 : 材料代等の実費をいただきます。

③ 複写物の受付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には、実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④ 日常生活

日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑤ 園内葬儀について

ご希望により園内での告別式をキリスト教式でお手伝いいたします。

会場使用料金 5万円

別途葬儀料（葬儀会社）

(3) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません）

① 協力医療機関

医療機関の名称	宝塚エデンの園付属診療所
所在地	宝塚市ゆずり葉台3丁目1-1
診療科	内科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	山口歯科
所在地	西宮市田中町3-1 エイヴィスプラザ203

③ 協力精神科医療機関

医療機関の名称	森田医院
所在地	宝塚市川面5丁目8-5
診療科	心療内科

6. 身元引受人に関するお願い

(1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。

しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

(2) 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

- (3) 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、ご契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うこととなります。また、こればかりでなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などをおこなったり、更には、当施設と協力、連帯して退所後のご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うこととなります。
- (4) ご契約者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品の引取りなどの処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引取りなどの処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくこととなります。
- (5) 身元引受人が死亡、破産宣告を受けた場合には、ご契約者は、新たな身元引受人を立てていただきます。ただし、社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと認められる場合はこの限りではありません。
尚、成年後見人制度をご利用される場合はご相談ください。

7. ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります

- (1) ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- (2) ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聞きとり、確認します。
- (3) 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に非難、救出、その他必要な訓練を行います。
- (4) ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日までに、要介護認定の更新のための必要な援助を行います。
- (5) ご契約者に提供したサービスについて記録作成し、2年間保管するとともにご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
ただし、複写費用については、記載のコピー代をいただきます。
- (6) ご契約者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行為を行いません。ただしご契約者又は、他の利用者などの生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体などを拘束する場合があります。
- (7) 事業者及びサービス従事者又は、従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を正当に理由なく、第三者に漏洩しません。ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関などにご契約者の心身などの情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得て行ないます。

サービス利用料金表

(2021年8月1日改定)

【要介護度に応じたサービスの利用料金となります】

	部屋種別		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	従来型個室 又は多床室		6,793	7,599	8,441	9,247	10,041
2. うち、介護保険から給付される金額	従来型個室又は、 多床室	1割	6,113	6,839	7,596	8,322	9,036
		2割	5,434	6,079	6,752	7,397	8,032
		3割	4,755	5,319	5,908	6,472	7,028
3. サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	従来型個室、又は 多床室	1割	680	760	845	925	1,005
		2割	1,359	1,520	1,689	1,850	2,009
		3割	2,038	2,280	2,533	2,775	3,013
4. 居住費	従来型個室	1,390					
	多床室	970					
5. 食費	1,500						
6. 自己負担計 (3+4+5)	従来型個室	1割	3,570	3,650	3,735	3,815	3,895
		2割	4,249	4,410	4,579	4,740	4,899
		3割	4,928	5,170	5,423	5,665	5,903
	多床室	1割	3,150	3,230	3,315	3,395	3,475
		2割	3,829	3,990	4,159	4,320	4,479
		3割	4,508	4,750	5,003	5,245	5,483

※ 上記金額は基本のサービス料金です。この金額に体制加算Ⅰ（施設全体が適用を受けるため、入居者全員に適用される項目）の中で適用されるものが加算されます。

※外泊時、入院時に上記料金はかかりません。その代りに入院又は外泊をした場合（初日と最終日を除いた6日間、月をまたぐ場合に12日間）は292円/日（2割負担の場合は583円/日、3割負担の場合は875円）がかかります。

（加算Ⅰ内容）

精神科医療養指導加算、日常生活継続支援加算、看護体制加算Ⅰ、看護体制加算Ⅱ、夜勤職員配置加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ、生活機能向上連携加算、サービス提供体制加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、障害者生活支援体制加算Ⅰ・Ⅱ、科学的介護推進体制加算Ⅰ・Ⅱ、安全対策体制加算

* 上記以外でサービスに応じて加算Ⅱ（入居者個人が適用を受けるため、個別に適用を受ける項目）が追加される場合があります。

（加算Ⅱ内容）

外泊時費用、在宅サービスを利用したときの費用、再入所時栄養連携加算、栄養マネジメント強化加算、療養食加算、初期加算、経口移行加算、経口維持加算Ⅰ・Ⅱ、若年性認知症入所者受入加算、口腔衛生管理加算Ⅰ・Ⅱ、個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ、生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ、看取り介護加算Ⅰ・Ⅱ、配置医師緊急時対応加算、在宅復帰支援機能加算、在宅・入所相互利用加算、認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ、退所前訪問相談援助加算 退所後訪問相談援助加算、退所時相談援助加算、退所前連携加算、認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱ、在宅復帰支援機能加算、褥瘡マネジメント加算、排泄支援加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ、認知症行動・心理症状緊急対応加算、褥瘡マネジメント加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、自立支援促進加算、ADL維持等加算Ⅰ・Ⅱ

※ 上記全ての金額につきまして介護職員処遇改善加算Ⅰ（所定単位数×8.3%の1割から3割負担分）と、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（所定単位数×2.7%の1割から3割負担分）の金額が含まれています。また、端数処理等で、数円の誤差が生じる場合がございますので、ご了承ください。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせてご契約者の負担額を変更します。

※ 一時外泊については、外泊期間中、日数分の食事に係る負担額は、いたしません。

※ 加算料金表については、加算適用条件が整い、指定が得られたものについては、今後追加してご負担いただくこととなります。そのような場合には事前にその内容と負担額の変更について通知いたします。

※ 保険者（市区町村）への申請により介護保険負担額の認定を受けている方は、居住費・食費に対して、所得に応じ下記のような利用負担の減額があります。

【居住費の所得段階別負担限度額】

居室区分	負担限度額			基準費用額 第4段階
	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	
従来型個室	320円	420円	820円	1,171円
多床室	0円	370円	370円	855円

【食費の所得段階別負担限度額】

	負担限度額				基準費用額 第4段階
	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	
食費（1日あたり）	300円	390円	650円	1,360円	1,445円

介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアル

平成 14 年 10 月 25 日

改正 平成 22 年 4 月 1 日

改正 平成 27 年 4 月 1 日

1 目的

平成 26 年 12 月 12 日付け老高発 1212 第 1 号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」を踏まえ、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）への入所を真に必要とする人が、速やかに入所（優先入所）できるよう、「入所コーディネートマニュアル」（以下「マニュアル」という。）を定め、介護の必要の程度や家族等の状況など、入所の必要性や緊急性を評価し、適正に入所調整を行うための指針とする。

2 優先入所の対象となる高齢者等

優先入所の対象となる高齢者等は、入所申込者のうち、要介護 3 から 5 までの要介護者及び、要介護 1 又は 2 であって特例入所の要件に該当する者のうち、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な高齢者等とする。

3 特例入所の要件に該当する者

要介護 1 又は 2 であって、次の（1）から（3）のいずれかに該当することにより、居宅において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と認められる高齢者等とする。

- （1）認知症がある者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb 以上であり、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。
- （2）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こと。
- （3）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。

4 入所決定までの手続き等

（1）事前相談

入所希望者は、最もふさわしいサービスを選択することができるよう、入所申込みに先立ち、介護サービスに関する相談窓口や介護支援専門員等へ事前に十分相談を行う。

（2）入所申込み

ア 特養に入所を希望する場合には、原則として本人が入所申込みを行う。

イ 本人以外の者が申込みを行う場合には、各施設において入所希望者本人の意思（確認できない場合は、介護支援専門員等の意見）を確認する。

ウ 入所申込みは、様式 1（特別養護老人ホーム入所申込書）及び様式 2（介護支援

専門員等意見書)並びに認定調査票(基本調査)の写し、直近3カ月分のサービス利用票の写し及び同票別表の写しを添付した書類(以下「申込書」という。)により行う(サービス利用票の写し及び同票別表の写しの添付を要するのは、在宅サービス利用者に限る。)

(3) 変更の届出

入所申込みを行う者(以下「入所申込者」という。)は、入所申込後、要介護度や介護者の状況など申込書の内容に変更が生じた場合には、申込書に基づき、変更届を提出する。

(4) マニュアルの説明

施設は入所申込者に対して入所決定の方法等のマニュアルに係る説明を行い、理解を得られるよう努めることとする。

(5) 要介護1又は2の入所申込者が特列入所の要件に該当するか否かの判断

要介護1又は2である者の入所申込みがあった場合、施設は当該入所申込者について(別紙)評価基準に基づき評価を行い、(別紙)評価基準による評価点数が65点以上の場合、下記(6)にある市町への意見照会を経ずに、施設が当該入所申込者について特列入所の要件に該当すると判断することができる。

(6) 特列入所の要件に該当するか否かに係る介護保険の保険者である市町(以下、「市町」という。)への意見照会

上記(5)の判定で、点数が65点未満となったが、当該入所申込者について施設が特列入所の要件に該当するか否かを評価できないと判断した場合には、施設は市町に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特列入所対象者に該当するか否かを判断するにあたって、様式1(特別養護老人ホーム入所申込書)及び様式2(介護支援専門員等意見書)の写しを添えて市町に文書で意見を求める。

5 市町の協力

(1) 認定調査関係情報の提供

市町は、特養への入所申込みのために本人、本人が属する世帯の世帯主又は法定代理人から認定調査票(基本調査)の写しの提供を求められた場合は、市町における個人情報取り扱い規定等に基づき、本人の要介護度その他厚生省令基準第7条に規定する特養入所者の要件(身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者)を確認した上で、円滑な入所手続きに資するため、認定調査票(基本調査)の写しを提供する。

ただし、状況確認の結果、特養入所申込みに関して疑義が生じた場合は、当該者を担当する介護支援専門員又は地域包括支援センター若しくは居宅介護支援事業所に連絡し、協議したうえで対応を決定することとする。

(2) 特列入所の要件に該当するか否かに係る市町の意見表明

4の(6)により、施設から入所申込者が特列入所の要件に該当するか否かの意見の求めを受けた場合、市町は、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、意見を求められた日から原則15日以内に施設に対して文書で意見を表明しなければならない。なお、必要に応じて、入所検討委員会に出席して直接意見を表明することを妨げないものとする。

6 入所を決定する際の手続き

(1) 評価基準

施設において、入所の必要性や緊急性を判断する評価基準は、(別紙)評価基準のとおりとし、施設は、その評価基準に基づき、評価点数の高い順、点数が同じ場合は申込み順で、順位を決定するものとする。

(2) 入所検討委員会による優先順位の決定

施設は、入所検討委員会(以下「委員会」という。)を設置し、合議制により介護の必要の程度や家族等の状況などを総合的に評価し、入所申込者の優先順位の決定を行う。

ア 委員会は、施設長、医師、生活相談員、看護職員、介護職員、栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員等で構成する。なお、委員会には、必要に応じて、第三者委員(当該法人の評議員等)を加えることが望ましい。

イ 委員会は、原則として、月1回程度開催する。

ウ 委員会は、評価基準及び次の(ア)から(オ)に掲げる入所決定に係る個別事情、特例入所に係る市町への意見照会を行なった入所申込者については市町からの意見等を勘案して、入所申込者の優先順位を決定する。

(ア) 性別(部屋単位の男女別構成)

(イ) ベッドの特性(認知症専門床等)

(ウ) 地域性(入所後の家族関係の維持等)

(エ) 施設の専門性(認知症対応や医療的ケア体制等の充実を図っているなど)

(オ) その他特別に配慮しなければならない個別の事情(日常生活で常時の見守りが必要である、又は、認知症を原因とする問題行動があるために、介護者の日常生活に支障があり入所の緊急性が認められる場合等)

なお、ショートステイ床を利用した特別な事由による入所(※)についても委員会で決定する。

※介護が必要な高齢者のうち、入所の緊急性が高い場合に特別養護老人ホーム定員の5%の範囲内で、ショートステイ床を利用して入所できる方法。

(3) 入所順位名簿の登載・更新

ア 委員会で決定した入所申込者について、入所順位名簿(以下「名簿」という。)に登載し、管理する。なお、要介護1又は2である入所申込者については、特例入所対象者に該当する場合に限り、名簿に登載する。

イ 次項(4)に掲げる入所申込者の定期調査や直近に把握した事情等を踏まえて、適正に名簿の更新(順位の見直しを含む。以下同じ。)を行うよう努めなければならない。

(4) 定期調査の実施

入所申込みの継続意思並びに入所申込者及び介護者等の状況把握のため、原則として年に一度調査を行う。ただし、保険者又は県が行う入所申込者に関する調査(依頼を受けて施設が行うものを含む。以下同じ。)をもってこれにかえることができる。

調査実施に際しては、名簿に記載されている者から次の者を調査対象者から除くことができることとする。

ア 入所決定された者や辞退・死亡等により削除された者

イ 入所申込から6月を経過していない者

ウ 入所申込の意思及び入所申込者等の状況が明確な者

エ その他申込者調査の必要のない者

(5) 入所の決定

ア 施設は、空床が生じた場合、名簿及び下記イの確認に基づいて受入条件（認知症の程度、男女の別、その他施設の処遇方針など）を判断した上で、入所申込者の意思確認を行い、入所者の決定を行う。

イ 施設は、上記アの入所の決定に際して、入所申込者に係る居宅介護支援事業者等に対し、厚生省令基準第7条第3項に基づく当該者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等（介護保険法第8条第2・3項に規定する指定居宅サービス等をいう。）の利用状況等の確認を行う。

(6) 記録の保管・公表等

ア 入所優先順位の評価・決定に至る経過を記録し、2年間保管する。

イ 申込者等から求められた場合、記録を公表する。

ウ 入所申込状況を兵庫県老人福祉事業協会（以下「県老協」という。）へ定期的に報告する。

エ 施設は、市町又は県から求められた場合、記録を提出する。

7 特別な事由による入所

次にあげる場合においては、このマニュアルに定める手続きによらずに入所を決定することができる。なお、マニュアルによらずに入所決定した場合は、その後、直近に開催する委員会に報告するとともに、委員会の記録にその旨記載すること。

(1) 老人福祉法第11条に定める措置委託の場合

(2) 災害時その他の特に緊急を要するため委員会を開催する時間的余裕がない場合

(3) 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場合

8 関係機関による助言

県老協、市町及び県は、このマニュアルの運用について、施設に対し必要な助言を行う。

9 マニュアルの適用等

(1) このマニュアルは、兵庫県内（神戸市を除く。）に所在する特養に適用する。

(2) マニュアルを改正する必要がある場合は、所要の見直しを行う。

(3) 改正後のマニュアルの適用に際しては、現に存する改正前の規定による申込書については、変更の届け出があるまでの間、その効力を有する。

(別紙)

評 価 基 準

項 目	評 価 基 準	
①本人の状況 (50点)	要介護度及び認知症の状態に応じた評価	
	要介護度	点数評価
	5	50
	4	45
	3	40
	2 (認知症等あり)	30
	2 (認知症等なし)	25
	1 (認知症等あり)	20
	1 (認知症等なし)	15
②介護の必要性 (30点)	在宅サービス又は施設サービスの利用状況による評価	
	在宅サービス利用	施設利用
	8割以上	30
	6割以上8割未満	25
	4割以上6割未満	20
	2割以上4割未満	15
	2割未満	10
	2年以上	15
	1年以上2年未満	10
	6月以上1年未満	5
③在宅介護の困難性 (20点)	在宅での介護の状況による評価	
	身寄りや介護者が誰もいない	20
	主たる介護者が病気等で長期入院	20
	主たる介護者が高齢又は障害者等で介護困難※	15
	複数の要介護者がいるため介護負担が大きい※	15
	主たる介護者が就業・育児により介護困難※	10
	その他の理由により介護困難な場合(住環境の問題等)	5
	(※の項目が2以上該当するときの合計配点)	20

注1 認知症等あり：認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準におけるⅡbランク以上の者
療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている者

注2 在宅サービス利用：サービス利用票別表に基づく算定

(1) 利用割合の算定式：サービス利用(単位合計)÷区分支給限度基準額(単位)

(2) 対象サービス：訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、認知症対応型通所介護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

注3 施設利用：特養(地域密着型特養を含む。)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護(地域密着型特定施設を含む。)

(様式3)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入居申込者(本人)氏名： _____ 記載者
氏名： _____
所属： _____
職種： _____
電話： _____

※ この意見書は、入居申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入居申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。

介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。

介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。

介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)

介護者が近隣にいる。

同居の介護者がいる。(人)

その他()

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい

在宅サービスを利用しているが介護疲れがある

在宅サービスの利用にて順調

在宅サービスの利用ないが順調

殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

- 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
 施設や病院から退居(院)を求められている。
 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。
 その他 ()

(5) 医療的処置の状況

- 経鼻経管栄養 胃ろう又は腸ろう 在宅酸素 インシュリン
 人工肛門 カテーテル その他 ()

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

- 療育手帳の所持 あり なし
 障害区分 A B 1 B 2

②精神障害

- 精神障害者保健福祉手帳の所持 あり なし
 障害区分 1 級 2 級 3 級

(7) 特例入居の該当理由 (要介護1又は2と認定された入居申込者についてのみ記入)

- 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 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。

(8) 特記事項(在宅または入院・入居先で生活継続が困難である理由等)

()

特別養護老人ホーム入所申込に係る資料開示申出書

平成・西暦 年 月 日

(あて先) 宝塚市長

受付整理番号 _____

私は、特別養護老人ホーム入所申し込みのため、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、個人の情報を記した書類であることに鑑み、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

申 出 者	氏名	(フリガナ) 印	男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 西暦 年 月 日
	住所	(〒 -)	電話番号 - -		
	介護認定申請者との関係	1 本人 2 本人の親族等 (続柄等) 3 代理人 ()			
	開示を申し出る資料	認定調査票(基本調査)の写し			
被 保 険 者	氏名	(フリガナ)	男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 西暦 年 月 日
	住所	(〒 -)	電話番号 - -		
	被保険者番号				

事務処理欄

申出者認	・ 介護保険被保険者証
	・ 運転免許証
	・ その他()

課長	副課長	係長	係

受 付 印	発行済
	送付済
	平成 年 月 日