

## 特別養護老人ホーム 三恵苑・ひかわへの入所申し込みについて

この度は特別養護老人ホーム三恵苑・ひかわへの入所を希望いただきありがとうございます。下記に入所申し込みについての説明を記載致します。

### 1. 三恵苑とひかわの違いについて

三恵苑は4人一部屋を基本とした多床室の施設になります。多床室は病院と同じようにご利用者のベッドはカーテンで仕切られております。たくさんのご利用者様と一緒に生活されているため、寂しいのが苦手という方にはよろしいかと思えます。また利用料金に関して、個室のユニット型より安価な設定となっております。

ひかわは全室個室のユニット型の施設になります。全室個室のため一人の時間を大切にされたいなどプライベートな部分が確保できます。またご家族が会いに来られる際も個室でゆっくりと過ごして頂けます。

### 2. 申し込みに必要な書類

- [①]入所申込書 (※太枠内を記入ください)
- [②]入所希望者状況確認書 (※太枠内を記入ください)
- [③]施設サービス利用に係る情報提供同意書
- 介護保険被保険者証のコピー (※更新中の方はその旨記載ください)
- 負担限度額認定証のコピー (※お持ちの方のみ)

- ・書類送付での申込みの方には、ご本人様の状況把握の為、申込者様あてにこちらから連絡させていただく場合があります。
- ・ご本人様の介護度や、介護者の状況が変わった場合、お手数ですが施設までご連絡をお願いします。こちらの変更で待機順位が変更になる可能性もあります。

### 3. 申し込み後の流れ

入所判定基準に従って待機順位を判定致します。その後当施設の入所判定会議にて入所を判断し、順位の高い方から入所のお声掛けをさせていただきます。また入所の前に当施設職員がご本人様に直接訪問し状態を確認させていただきます。そこで当施設の受け入れ体制で問題ないかを判断させていただきます。

#### <施設情報>

特別養護老人ホーム三恵苑

〒331-0077

埼玉県さいたま市西区中釘 2219-4

TEL：048-622-6727

施設長：皆川 慎一郎（ミナガワ シンイチロウ）

特別養護老人ホーム ひかわ

〒331-0071

埼玉県さいたま市西区高木 892

TEL：048-620-7533

施設長：仁木 甲之（ニキ コウシ）

----- 三恵会ホームページ：<http://www.sankeikai.org/> -----

## 特別養護老人ホーム 三恵苑・ひかわの料金表

### 【特別養護老人ホーム 三恵苑（多床室）】

介護度	負担段階						
	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階		
			①	②	1割負担	2割負担	3割負担
介護1	34,620	48,420	56,220	77,520	94,620	117,240	139,830
介護2	37,020	50,820	58,620	79,920	97,020	122,040	147,060
介護3	39,570	53,370	61,170	82,470	99,570	127,110	154,650
介護4	42,000	55,800	63,600	84,900	102,000	131,970	161,940
介護5	44,400	58,200	66,000	87,300	104,400	136,770	169,140

### 【特別養護老人ホーム ひかわ（全室個室）】

介護度	所得階層						
	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階		
			①	②	1割負担	2割負担	3割負担
介護1	62,640	65,340	87,840	109,140	132,570	158,580	184,590
介護2	64,890	67,590	90,090	111,390	134,820	163,110	191,400
介護3	67,500	70,200	92,700	114,000	137,430	168,300	199,200
介護4	69,960	72,660	95,160	116,460	139,890	173,250	206,610
介護5	72,330	75,030	97,530	118,830	142,260	177,990	213,720

◇上記金額は30日の場合の利用料金になります。

◇上記金額は介護保険料、居住費、食費、日用品（洗濯・オムツ代）の合計金額です。

◇医療診療を受けた場合は別途医療費が発生します。

◇上記金額以外に別途加算（※1）が発生する場合があります。

◇「ひかわ」のみ特別室料 6,000 円/30 日のお部屋もあります。（30 室）

◇上記金額は令和3年8月1日時点の金額になります。

（※1）初期加算、外泊時加算、療養食加算、看取り加算等が発生する場合があります。

### 【各階層の説明】

第1段階・・・老齢福祉年金受給者、もしくは生活保護受給者の方になります。

第2段階・・・市民税非課税者で、本人の合計所得金額の合計が年間80万円以下の方

第3段階①・・・市民税非課税者で、本人の合計所得金額の合計が年間120万円以下の方

第3段階②・・・市民税非課税者で、本人の合計所得金額の合計が年間120万円以上の方

第4段階（1割負担）・・・本人の合計所得金額の合計が年間160万円未満の方

第4段階（2割負担）・・・本人の合計所得金額の合計が年間220万円未満の方

第4段階（3割負担）・・・本人の合計所得金額の合計が年間220万円以上の方

※第1段階～第3段階の方の2割負担、3割負担はありません。

※介護保険負担限度額認定証をお持ちでない方は第4階層となります。





## 別表

### ＜認知症等による行動障害＞

認知症等による 行動障害	1 徘徊	9 昼夜逆転
	2 外出して戻れない	10 作話
	3 被害的	11 感情が不安定
	4 大声を出す	12 同じ話をする
	5 介護に抵抗	13 落ち着きなし
	6 収集癖	14 ひどい物忘れ
	7 一人で出たがる	15 独り言・独り笑い
	8 物や衣類を壊す	

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

### ＜特例入所の要件＞

要介護1又は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要件を申込書に記載してください。

ア：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こと

イ：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

ウ：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であること

#### ※要介護1・2で入所をご希望の方へ※

平成27年4月1日以降、特別養護老人ホームへの新たに入所する方について、原則要介護3以上に限定することとなりました。ただ要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により日常生活を営むことが困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与のもと入所を認めると定められております。

そのため要介護1・2の方から入所申込を受けた場合は、入所申込者の情報を保険者市町村に報告することとなっております。その後当施設にて設置している入所検討委員会を経て、特例的に入所という運びになります。

## 〔②〕入所希望者状況確認書

記入日：令和		年	月	日	入所希望者氏名：		様
<b>【身体状況】</b>							
体型	身長	cm	、	体重	kg	<input type="checkbox"/> 不明	
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見え難い	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 全く見えない			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえ難い	<input type="checkbox"/> 耳元で大声が必要	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない			
発語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 発言のみ	<input type="checkbox"/> 全く話せない			
記憶	<input type="checkbox"/> 年相応	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> ほとんど忘れる				
<b>【生活状況】</b>							
生活全般	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 家の中なら歩ける <input type="checkbox"/> 起きられるがあまり動かない <input type="checkbox"/> 寝たきり・ほとんど寝たきり						
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 不可		
立位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 一部介助				
座位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> （ ）分なら可				
転倒の危険性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> たまにあり	<input type="checkbox"/> 常時あり				
麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→（部位： ）					
拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→（部位： ）					
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れている <input type="checkbox"/> あまり眠れていない <input type="checkbox"/> 眠剤使用→（薬名： ）						
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事量（ ）		
	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> ペースト			
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ひとくち大	<input type="checkbox"/> キザミ食	<input type="checkbox"/> ペースト		
嚥下	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 困難	水分	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> トロミ対応	<input type="checkbox"/> 不可	
義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→（ <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 有るが使用せず ）					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立でポータブルトイレ使用			<input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> おむつ使用（常時・昼のみ・夜のみ）						
尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守りのみ	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
お風呂	<input type="checkbox"/> 家にあるような普通浴槽 <input type="checkbox"/> 車イスで入る特殊浴槽						
<b>【その他】</b>							
既往歴							
治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→（ ）					
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる→（病院名： 医師名： ）					
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金_____カ月に_____万円程度 <input type="checkbox"/> その他収入：月_____万円程度						
同居家族	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 合計_____人（※本人以外）→（続柄： ）						

### [③]施設サービス利用に係る情報提供同意書

特別養護老人ホーム三恵苑、特別養護老人ホームひかわの利用にあたり、私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（点線内を記入してください）

令和      年      月      日

住 所  
利用者

住 所  
利用者家族

#### 1. 使用する目的

- ① 利用申込に関わる施設入所判定会議での情報提供
- ② 利用者の施設サービス計画を立案するためのサービス担当者での情報提供
- ③ 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整において必要となった情報提供

#### 2. 使用に当たっての条件

- ① 個人の情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係するもの以外の者に漏れることの無いよう、細心の注意を払うこと。
- ② 個人の情報を使用した会議の内容、経過を記録しておくこと。

〒331-0077  
さいたま市西区中釘 2219-4  
社会福祉法人 三恵会  
理事長 皆川 正好