

入居申し込みについて

① 入居申込書の記入

「入居申込書」「認知症・精神の症状について」(計5枚)に必要な事項をご記入ください。

② 面接予約

事前に相談員と面接日時をご相談ください。

③ 面接(30分程度)

次の書類をお持ちください

- ・ 入居申込書一式 (5枚)
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度について
- ・ 介護保険証のコピー
- ・ 介護保険負担割合証のコピー
- ・ 介護保険負担限度額認定証のコピー (お持ちの方)
- ・ 診断書のコピー (お持ちの方)

・ 内容を確認させていただきながら、過去の病歴や入院歴、現在のご本人様の状態やご家族状況をお伺い致しますので、申込書に詳細をご記入ください。

④ 入居検討委員会

申込書類と面接内容をもとに施設内で話し合いを行い、待機順位が決定します。

⑤ 申し込み完了

入居待機とさせていただきます。順番が近づきましたらご連絡いたします。

【 ご入居申込み・施設見学に関するお問い合わせ先 】

社会福祉法人ケアネット ご利用相談窓口

電話 046-237-3365 (特別養護老人ホーム 陽だまり内)

受付時間 平日 8:30~17:30 土曜 8:30~12:30

*見学も随時お受け致します。まずは、お気軽にご連絡ください。

入居のお申し込みにあたって

特別養護老人ホーム「さつき」「シェ・モア」「^{なごみ}和心」「陽だまり」への入居お申し込みにあたりまして、下記の点をよくご理解いただきますようご案内申し上げます。

入居費用以外は四施設共通内容となります。

I. 入居費用と対象者について(1ヶ月31日の場合)

	さつき	シェ・モア	^{なごみ} 和心	陽だまり
入居費用/月(1割)	19~20万円	20~21万円	16~17万円	20~22万円
入居費用/月(2割)	22~24万円	22~24万円	19~21万円	22~25万円
入居費用/月(3割)	24~27万円	25~28万円	21~24万円	26~29万円

※入居対象者：要介護3以上の方、または要介護1、要介護2で特例入居対象となる方

※入居費用は介護保険の自己負担分、食費、居住費等を含めた総額です。

※ 要介護1、要介護2の方へ

平成27年4月より、特別養護老人ホームに入居するには、居宅において日常生活を営むことが困難で、やむを得ない事由があると認められることが必要です。

- ① 認知症である者であって、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が頻繁に見られる。
- ② 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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 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。
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢また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。

そうした事情がある場合には、詳細を申込書に記載してください。

II. 入居待機順位について

当施設では、入居申し込みをしていただいた方の中からより必要性の高い方に優先的にご入居いただけるよう様々な要素を点数化し、総合的に入居の順位を決定致します。あくまで入居順位は申し込み順ではありませんので、後からお申込み頂いた方が先に入居されることもあります。主旨をよくご理解いただきご協力くださいますようお願い申し上げます。

また、入居待機順位や待機期間についてのお問い合わせにつきましては、可能な範囲で回答させていただきますが、あくまで目安ということになりますのでご了承ください。

Ⅲ. 入居順位決定基準

入居順位の決定に当たっては、下記のような要素を点数化します。

- ① 要介護度
- ② 介護者の状況 ※介護をなさっている方の身体的・社会的な状況等を考慮いたします。
- ③ 特記事項

居住地(入居希望者または身元引受人の方のお住まい) 次の順番で優先いたします。

1. 海老名市
2. 綾瀬市・座間市・厚木市・大和市・寒川町・藤沢市

※その他、入居を考慮すべき状況が認められる場合は、入居検討委員会の判断により上記以外の要素も勘案し、順位に反映させます。上記①～③までの点数が同点の場合、年齢の高い方を優先します。

Ⅳ. その他の優先

得点に関わらず、以下に該当する場合は入居を優先させていただく場合があります。

- ① 市町村から、措置入所の依頼や緊急的な入居依頼があった場合
- ② その他、緊急性等が認められると判断された場合

Ⅴ. 注意事項

- ・ 当施設は生活施設のため、特別な医療を必要とされる方はご入居が困難となっております。また、認知症の方については、状況によって受け入れが困難な場合があります。あらかじめご了承ください。
- ・ 最終的な入居の判断は診断書をご提出いただき、入居検討委員会にて行います。経管栄養（胃ろう）等の医療的処置が必要な方の入居については、そのときの施設の状態により受入が困難な場合があります。
- ・ 入居の順番がまわった際に辞退され、次回の入居を希望された場合は、得点を減点し、順位を変更させていただきます。

Ⅵ. お願い

※以下に該当する場合必ず当施設の相談員までご連絡をお願い致します。

(入居申込書の内容に虚偽がある場合や、申込み時と状況が変わったにも関わらずお申し出がなかった場合、ご入居いただけない場合がございます。)

- ・ 入居希望者の身体状況、認知症の状態、要介護度等が入居申込み時と変わった場合(改善、悪化いずれの場合も)。
- ・ 介護者の方の状況が入居申込み時と変わった場合。
- ・ 入居希望者が他の特別養護老人ホーム等に入居された、死亡された等、当施設の入居申込みを取り消されたい場合。

入居申込書

申込受付日	令和 年 月 日
-------	----------

※ 受付後5年間保存します。

※ 希望される施設にチェックをしてください。

- 特別養護老人ホーム さつき 施設長 宛
 特別養護老人ホーム 和心(なごみ) 施設長 宛
 特別養護老人ホーム シェ・モア 施設長 宛
 特別養護老人ホーム 陽だまり 施設長 宛

申込者(連絡先)

住 所	〒		
フリガナ		続柄	電話番号 ・ 携帯電話
氏 名			

入居を希望するため、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	フリガナ				性別	男 ・ 女			
	氏 名				住民登録	市・区・町・村			
	現住所	〒			電話番号				
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)							
	年 金	種別			年額	円			
		種別			年額	円			
	障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ 障害名 _____ (判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日交付)							
	介護保険	被保険者番号				利用負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
		認定期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日まで						
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (食費の負担限度額： <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 無								
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所・入院している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所・入居している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている								
	◆施設・病院等に入所・入院している場合								
	施設又は病院名								
	所在地								
入所(入院)日	平成・令和 年 月 日			～ 入所(入院)中					

入居希望者の状況	現在利用している居宅サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)															
		<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅 (月に 回程度)															
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 商品名〔 〕																
	<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 改修箇所〔 〕																
	*1 該当するものをすべて選んでください	*2 〔 〕内に事業者名を記入して下さい															
身体状況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援															
		食事の種類 { 【主食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー															
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ支援 (一部支援・全部支援) <input type="checkbox"/> ベッド上支援 (全部支援) 【オムツの使用】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 昼夜使用															
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援														
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援															
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部支援 <input type="checkbox"/> 全部支援 【手段】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす															
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない															
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない															
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 言語障害あり																
医療的処置 *該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 疼痛看護																
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()																
分かる範囲でご記入ください	◆現在治療中の病気																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>区分</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		病名	病院名	区分	期間			入院・通院	年 月～			入院・通院	年 月～	感染症		
病名	病院名	区分	期間														
		入院・通院	年 月～														
		入院・通院	年 月～														
感染症																	
◆既往歴																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>区分</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>～ 年 月 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>入院・通院</td> <td>～ 年 月 月</td> </tr> </tbody> </table>		病名	病院名	区分	期間			入院・通院	～ 年 月 月			入院・通院	～ 年 月 月				
病名	病院名	区分	期間														
		入院・通院	～ 年 月 月														
		入院・通院	～ 年 月 月														

入居希望者	入居希望者の意向 (入居希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入居希望者が特別養護老人ホームへの入居を希望している。 <input type="checkbox"/> 入居希望者は在宅での生活を希望している。 <input type="checkbox"/> 入居希望者の意向は確認していない又はできていない <input type="checkbox"/> その他(
	入居を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行なっている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下、浴室、便所等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居外に階段や段差などがあり、スロープなどを使用しても十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 老人保健施設、療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが在宅介護が困難 <input type="checkbox"/> 当施設を退居して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()				
家族や住居等の状況	フリガナ		生年月日	大・昭	年 月 日	
	氏名		年齢	歳	性別 男・女	
	住居の区分	<input type="checkbox"/> 同居	別居の場合住所	〒		
		<input type="checkbox"/> 別居			電話	
	主な介護者	本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他(
		他の介護者 (本人との関係)	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹) <input type="checkbox"/> いない			
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えてい <input type="checkbox"/> 病気療養中 ()				
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に時間あり <input type="checkbox"/> 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ほとんど時間が取れない				
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ				
	介護をしている上で特に困っていること _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					

居宅介護支援事業所 ケアマネージャー様
医療ソーシャルワーカー様

認知症高齢者の日常生活自立度について

平素より大変お世話になっております。当法人では入居申込にあたって認知症高齢者の日常生活自立度を確認させていただいております。

確認理由は以下の3項目があります。

- ①神奈川県保健福祉事務局からの老人ホーム等総合調査時に必要な情報のため
- ②入居特例要件該当の有無を判断するため
- ③日常生活継続支援加算算定の有無を判断するため

上記3項目に関する認知症状の状態に関しては医師の判断が基準となります。

しかし、入居申込時点では施設職員から保険者への照会が認められていない内容のため、現在のご担当者様に確認をさせていただいております。

ご不明な点やご相談がございましたら、下記まで連絡下さい。

ご理解、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

入居希望者名				様
要介護度		認定期間		

認知症高齢者の日常生活自立度（いずれかに○をつけて下さい）

医師	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
認定情報	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

ご担当者名	
貴事業所名	
ご連絡先(電話番号)	

【連絡先】 社会福祉法人ケアネット ご利用相談窓口

電話 046-237-3365

(特別養護老人ホーム 陽だまり内)

受付時間 平日8:30~17:30 土曜8:30~12:30