

# 社会福祉法人 東加茂福祉会

## 特別養護老人ホーム 入居申込の案内

「自然に囲まれた我が家です」

介護が必要になってもその人らしい毎日を・・・  
施設でも自宅にいた時と同じような暮らしを・・・

(社福) 東加茂福祉会では「特別養護老人ホーム巴の里」(平成16年3月開所)につづき、平成26年4月に地域密着型の「特別養護老人ホーム石野の里」を豊田市東広瀬町に開所いたしました。

この二つの特別養護老人ホームは、全室個室でユニットケア方式を採用しユニットごとに食堂やキッチンなどを備え、一人ひとりの生活を大切にしながら小規模単位の介護・生活支援サービスを提供いたします。

特に、巴の里は足助病院と隣接しており、医療面でも安心して過ごしていただける環境にあります。また、開設当初からボランティアの方々もたくさん来ていただき、入居者の皆様と楽しく交流していただいています。新設の石野の里は、愛知県下では類のない診療所を併設し、医療と福祉が一体となった複合施設であるとともに、高齢者の相談窓口である地域の包括支援センターや居宅介護支援事業所などのほか、地域の皆様が自由に活用できる地域交流ホールを設置しています。



### 事業内容

【巴の里】 豊田市岩神町

- ▽特別養護老人ホーム  
入居定員80名
- ▽ショートステイ 定員16名
- ▽デイサービス 定員18名

【石野の里】 豊田市東広瀬町

- ▽地域密着型 特別養護老人ホーム  
入居定員29名
- ▽ショートステイ 定員10名
- ▽デイサービス 定員18名
- ▽地域包括支援センター
- ▽居宅介護支援事業所
- ▽診療所

### 施設 基本理念

私たちは、個人の尊厳を守り、豊かな自然に囲まれたこの地域で、今日一日を大切にしたい一人ひとりの生活実践の空間をともに創ります。

# 入居申し込み方法

◎入居(申し込み)の対象となる方は、介護保険で要介護3以上と認定された方または特例入所の要件を満たした方が対象となります。

申し込み先	<b>●巴の里・石野の里に入居を希望される方</b> 〒444-2351 豊田市岩神町仲田38番地5 ◎「特別養護老人ホーム巴の里」 担当：生活相談員 花園 Tel 0565-61-2002 FAX 0565-62-2003 〒470-0307 豊田市東広瀬町神田26番地1 ◎「特別養護老人ホーム石野の里」 担当：生活相談員 殿内 Tel 0565-78-6710 FAX 0565-42-1116
申し込みに必要な書類	①入居申込書 ②介護保険証の写し ※上記書類を郵送または施設にご持参下さい。

※なお、入居は申し込み順ではございませんので、ご了承の上 お申込み下さい。

## 入居申込みについての留意点

- ① 書類の受理後、書類審査等を行います。この審査結果で入居対象者とされた方が入居待として登録されます。
- ② 入居待機者として登録された方を対象に入居検討会議を経て、お部屋の空きがでた時点で申込み者に連絡いたします。  
その後面接調査を実施し、入居を決定します。  
面接調査では、入居申込書記載事実の確認及び入居希望者の身体状況について調査します。面接日時につきましては、こちらから身元引受人（予定者）に連絡いたします。
- ③ 「入居申込書」は、入居判定の資料となりますので、事実を正確に記入して下さい。

## 入居等に関する、よくある質問(Q & A)

### Q1 入居は申し込み順ですか？

A1 入居は申込書の提出順ではありません。第三者委員を含む施設内各職が参加する入居検討会議にて「介護の必要度」「家族の状況」等を勘案し、公正に入居の優先順位を決定します。

### Q2 利用料は、1ヶ月あたりどのくらいかかるのでしょうか？

A2 利用者の方が負担するのは、介護サービス料金の1割となります。他に食事代・居住費・生活上必要な費用（家族会費・金銭管理費等）がかかります。合計金額は要介護度により個人ごとに異なりますが月額7～15万円程度です。（介護報酬等の改定により、金額が変わる場合があります。）また、趣味、嗜好によるものは個人負担となります。尚、所得の低い方は申請により介護費・食事代・居住費の負担額の減免と、1ヵ月かかった費用が高額になる場合は、「高額介護サービス費」により補われる場合もあります。

### Q3 入居中に病気等で入院した場合は、施設との利用契約は解除されますか？

A3 主治医の判断によりますが、短期の入院治療（入院期間が2～3週間程度）であれば、契約解除とはなりません。一方、7日程度でも主治医により長期入院が必要と判断された場合は契約解除（退居）についてご相談をさせて頂くことがあります。

### Q4 外出や外泊、面会は自由ですか？

A4 届出をしていただければ、外出や外泊は自由です。また時間内の面会は自由です。時間外になるようでしたら、予め連絡いただければ可能です。

### Q5 特別養護老人ホームに入居する場合の住所はどうなりますか？

A5 入居後は、長期にわたり生活していただく場となりますので、基本的には住所（住民票）の変更をお願いしていますが、現住所のままでも可能です。

### Q6 入居中の病院受診はどうなりますか？

A6 足助病院の嘱託医師に定期的に来て頂きます。その他の症状により足助病院等近隣の医療機関に受診となります。

### Q7 家具等の私物の持ち込みは可能でしょうか？

A7 持ち込みは自由です。

### Q8 入居が決まった時の手続きとして何がありますか？

A8 施設と入居者、身元引受人と契約を結ぶこととなります。

## 特別養護老人ホーム巴の里 利用料金表

ユニット型介護福祉施設サービス費(Ⅰ)

(令和6年8月1日 現在)

介護度	◎ 介護保険対象利用料金														実費分			1ヶ月(31日) 当たりの利用料 (単位:円)						
	サービス利用に係る基本単位	日常生活継続支援加算	看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	精神科医療養指導加算	夜勤職員配置加算Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰ	個別機能訓練加算Ⅱ(月)	褥瘡マネジメント加算Ⅱ(月)	生産性向上推進体制加算Ⅱ(月)	排せつ支援加算Ⅰ(月)	科学的介護推進体制加算Ⅱ(月)	生活機能向上連携加算Ⅱ(月)	協力医療機関連携加算(月)	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ(月)	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ(月)	介護職員等処遇改善加算Ⅰ				1単位あたりの単価	負担段階	居住費に係る自己負担額	食費に係る自己負担額
	1割負担	2割負担	3割負担																					
要介護1	670	46	4	8	5	18	12	20	13	10	10	50	100	100	10	5	108	10.68	1段階	880	300	65,756	169,953	199,130
																			2段階	880	390	68,546		
																			3段階①	1,370	650	91,796		
																			3段階②	1,370	1,360	113,806		
																			4段階	2,120	1,480	140,776		
要介護2	740	46	4	8	5	18	12	20	13	10	10	50	100	100	10	5	118	10.68	1段階	880	300	68,406	175,251	207,076
																			2段階	880	390	71,196		
																			3段階①	1,370	650	94,446		
																			3段階②	1,370	1,360	116,456		
																			4段階	2,120	1,480	143,426		
要介護3	815	46	4	8	5	18	12	20	13	10	10	50	100	100	10	5	129	10.68	1段階	880	300	71,253	180,946	215,618
																			2段階	880	390	74,043		
																			3段階①	1,370	650	97,293		
																			3段階②	1,370	1,360	119,303		
																			4段階	2,120	1,480	146,273		
要介護4	886	46	4	8	5	18	12	20	13	10	10	50	100	100	10	5	138	10.68	1段階	880	300	73,901	186,242	223,564
																			2段階	880	390	76,691		
																			3段階①	1,370	650	99,941		
																			3段階②	1,370	1,360	121,951		
																			4段階	2,120	1,480	148,921		
要介護5	955	46	4	8	5	18	12	20	13	10	10	50	100	100	10	5	148	10.68	1段階	880	300	76,516	191,473	231,410
																			2段階	880	390	79,306		
																			3段階①	1,370	650	102,556		
																			3段階②	1,370	1,360	124,566		
																			4段階	2,120	1,480	151,536		

※ 端数処理の関係で、実際の請求額と異なる場合があります。

### ☆食費・居住費の自己負担額

食費・居住費について、入居者は施設との契約にもとづく額を負担して頂きます。ただし、低所得者には負担限度額が設けられており、限度額を超えた分は補足給付として支給されます。

区分	対象者	預貯金等の合計基準額
第1段階	●本人および世帯全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金受給者 ●生活保護受給者 等	単身1,000万円 夫婦2,000万円
第2段階	●本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と年金(※)収入額の合計が80万円/年以下	単身650万円、夫婦1,650万円
第3段階①	●本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と年金(※)収入額の合計が80万円超120万円/年 以下	単身550万円、夫婦1,550万円
第3段階②	●本人および世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と年金(※)収入額の合計が120万円/年超	単身500万円、夫婦1,500万円
第4段階	上記以外の方	

※令和3年8月1日から補足給付の認定要件が変更されました。

### 【その他の日常生活費】

電気料金(テレビ、電気ポット、冷蔵庫等)	20円(1日)～
理美容代	実費(カット1,000円、顔そり500円)
新聞、趣味、クラブ等にかかる費用	実費(材料費等)
外出にかかる費用(交通手段等)	実費(送迎等にかかる費用)
「いきいき通販」等による買い物(おやつ、日用品等)	実費
福祉用具(靴等)	実費

### 【介護保険以外の自己負担】

- ☆事務管理費用及び通帳、小口現金等の金銭管理費として1日50円、ご負担していただきます。
- ☆家族会費として、1月500円ご負担していただきます。(家族会費は入居された翌月からの請求となります)

【主な加算の説明】

日常生活継続支援加算	要介護度の高い方や重度の認知症高齢者の方、たんの吸引が必要な方が一定割合以上入居しており、かつ介護福祉士が入居者に対して6:1以上配置している施設の加算です。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員の処遇改善を実施している場合に算定する加算です。(所定単位数の14.0%)
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置している施設の加算です。
4単位/日	
看護体制加算Ⅱ	看護職員を基準以上配置しており、協力病院との24時間連携体制を確保している施設の加算です。
8単位/日	
精神科医療養指導加算	精神科医師による月2回以上の療養指導が行なわれている体制加算です。
5単位/日	
夜勤職員配置加算Ⅱ	夜勤帯16:00～翌8:00に介護職員または看護職員を基準以上に配置している施設の加算です。
18単位/日	
科学的介護推進体制加算Ⅱ	入所者ごとの認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報(栄養状態や口腔機能など)を、厚生労働省に提出し、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基本的情報などを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定できる加算です。
50単位/月	
個別機能訓練加算Ⅰ	常勤専従の機能訓練指導員を配置し個別に計画を策定した際に算定します。
12単位/日	
個別機能訓練加算Ⅱ	加算Ⅰに加えて、個別機能訓練計画書等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合算定できる加算です。
20単位/月	
排せつ支援加算Ⅰ	排せつに介護を要する方の排せつ助が軽減できると医師との連携を図った看護師が判断し、原因分析、計画書作成した上で支援を継続して実施した場合に算定する加算です。※少なくとも3ヶ月に1回見直す。
10単位/月	
排せつ支援加算Ⅱ	加算Ⅰに加え、施設入所時と比較して排せつの状態の改善、又は、おむつ使用の改善がある場合算定できる加算です。
15単位/月	
排せつ支援加算Ⅲ	加算Ⅰに加え、施設入所時と比較して排せつの状態の改善、かつ、おむつ使用の改善がある場合算定できる加算です。
20単位/月	
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	褥瘡ケア計画書を作成し、実施し評価を行うこと。※3ヶ月に1回を限度とする。
3単位/月	
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	加算(Ⅰ)の要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、発生がない場合、算定できる加算です。※(Ⅰ)(Ⅱ)は併用不可
13単位/月	
生産性向上推進体制加算Ⅱ	入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減にする方策を検討するための委員会を開催し、必要な安全対策を講じた上で生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にを行い、かつ見守り機器等を1つ以上導入し、1年以内ごとに1回業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供を行っている場合に算定できる加算です。
10単位/月	
生活機能向上連携加算Ⅱ	他機関と連携して身体機能の評価、機能訓練計画作成の実施している場合に算定できる加算です。
100単位/月	
協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で入居者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合に算定できる加算です。
100単位/月	
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	協力医療機関と一般的な感染症の発生時等の対応を取り決め感染症発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している場合に算定できる加算です。
10単位/月	
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に算定できる加算です。
5単位/月	
☆初期加算	入居した日から起算して30日以内の期間が対象です。入院・外泊期間を除き加算します。1月を超える入院後の再入所の際も30日間加算されます。
30単位/1日	
☆生活機能向上連携加算(Ⅰ)	リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等から助言を受けた上で個別機能訓練計画を作成等している場合に算定できる加算です。※3ヶ月に1回を限度とする。
100単位/月	
☆安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備している場合に算定できる加算です。
20単位(入所時に1回)	
☆経口維持加算Ⅰ	多職種が共同して栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画書を作成等している場合に算定できる加算です。
400単位/月	
☆入院・外泊時の加算について	
施設外泊時費用自己負担額	246単位/日 居住費 2,120円/日
<p>◎入院・外泊時費用(施設外泊時費用)は、入院された翌日から6日間ご負担いただきます。          ※8日目以降、外泊時費用は原則かかりませんが、月をまたぐ場合は最大で12日間ご負担いただきます。          ※減免対象者の方は外泊時費用算定時は通常の負担限度額をご負担いただき、それ以外の期間は2,066円のご負担になります。</p>	
☆配置医師緊急時対応加算	夜間、深夜、早朝等緊急時に医療機関と連携して対応させていただいた際に算定する加算です。
☆退所時情報提供加算	医療機関へ退所する際、医療機関に対して入居者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に算定できる加算です。
250単位/回	
☆退所時栄養情報連携加算	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入居者又は低栄養状態にあると医師に判断退所先の医療機関等に対して栄養管理に関する情報を提供した場合に算定できる加算です。
70単位/回	
<p>※その他加算については、必要に応じ相談の上で算定させて頂く場合もあります。</p>	
☆看取り加算Ⅰ	看取りの体制をとった場合、死亡日に1,280単位、死亡日前日と前々日は680単位、死亡日4日前から30日前までは144単位、死亡日31日前から45日前までは72単位を加算します。
☆看取り加算Ⅱ	看取りの体制をとった場合、死亡日に1,580単位、死亡日前日と前々日は780単位、死亡日4日前から30日前までは144単位、死亡日31日前から45日前までは72単位を加算します。 ※複数名の配置医師を置いている事、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応出来る体制を確保している等。
再入所時栄養連携加算	入居者が医療機関に入院し施設入所時とは大きく異なる栄養管理となり、当該医療機関での栄養食事指導に同席し当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画書の原案を作成した場合、1回のみ加算します。
200単位/回	

### 豊田市内特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム

(巴の里・石野の里) 施設長 様

令和 年 月 日

入所申込者	ふりがな			保険者名		
	氏名			介護保険 被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	要介護度	1・2・3・4・5	認定有効期間	令和 年 月 日から 年 月 日		
	住所	〒 - 電話番号 ( )				
現在いる 場所	<input type="checkbox"/> 住所に同じ ※病院名・施設名またはその他の場所を記入 <input type="checkbox"/> 病院・施設 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

主介護者	氏名			入所申込者 との関係		
	住所	〒 - 電話番号 ( )				

入所希望	入所希望 時期	おおむねの入所希望の時期を選択してください。 ※あくまで希望であり、入所の時期を確約するものではありません <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上先 (理由 )				
------	------------	---	--	--	--	--

申込状況	他の施設 への申込 状況	※他の施設にも入所申込みされる場合には、施設名を以下の空欄にご記入ください。 ・市内の特養 ( ) ( ) ( ) ・市外の特養 ( )				
------	--------------------	--	--	--	--	--

同意及び説明 確認	・入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 ・申込後に状態の変化、連絡先の変更、入所が不要となった場合は施設に申し出ます。 ・入所申込者・介護者の方を円滑に支援するため、市町村・ケアマネジャー等と下記の情報を共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 入所申込書内の項目に関する情報 <input type="checkbox"/> 申込後に生じた転出や死亡に伴う住民票の異動内容 <input type="checkbox"/> その他入所に関する必要な情報				
	令和 年 月 日 入所申込者または記入者氏名				印

事務処理欄	受付日		受付入力		調査	
	調査入力		判定日		判定結果	

(様式2)

整理番号：		希望者氏名：			記入者氏名：			
現 状		独居・高齢者世帯・家族同居 入院中（病院名 _____）・入所中（施設名 _____）						
生 活 状 況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他（ _____ ）			介 助	自立・一部介助・全介助		
	食 事	主) 普通・お粥・軟飯・ミキサー（箸・スプーン）			介 助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー						
	更衣（着替え）				介 助	自立・一部介助・全介助		
	整容（身だしなみ）				介 助	自立・一部介助・全介助		
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ・パット ・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門			介 助	自立・一部介助・全介助		
	入 浴	介助浴・座浴・特浴・その他（ _____ ）			介 助	自立・一部介助・全介助		
送迎時の介助	車椅子（要・不要）・ストレッチャー（要・不要）							
身 体 状 況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	_____ cm	体 重	_____ kg	
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他 _____）			
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知	無・有（日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M・不明）			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有（徘徊・不潔行為・他 _____）			
健 康 状 況	現疾患				病 歴			
	主治医				T E L			
	医療の状況	吸痰・経管栄養（胃ろう・経鼻）・尿カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン注射 ・在宅酸素・その他（ _____ ）						
	感染症	無・有（ _____ ）			アレルギー	無・有（ _____ ）		
	皮膚刺激	普通・弱い			麻 痺	無・有（ _____ ）		
	便秘	無・有（服薬：無・有）			拘 縮	無・有（ _____ ）		
	睡眠	良・不良（服薬：無・有）			褥 瘡	無・有（ _____ ）		
嚥 下	異常なし・むせる・その他（ _____ ）			湿 疹	無・有（ _____ ）			
入れ歯	無・有（上・下）			口腔状況	良・否（ _____ ）			
介 護 者 の 状 況	主たる介護者氏名	_____	年 齢	_____	性 別	男・女	続 柄	_____
	就労状況等	就業中（終日・半日程度）・育児・その他（ _____ ）						
	健康状況	良好 ・ 療養中（ _____ ）						
	介護期間	_____ 年 _____ 月頃から _____						
	他の介護者	協力者なし・別居の親族・親族以外の協力者有・同居の協力者あり						
窓 口 相 談	無・有 介護サービス事業所（ _____ ）・市町村・地域包括支援センター・その他（ _____ ）							
	居宅介護支援事業所名：（ _____ ） ケアマネジャー名：（ _____ ）							
住 環 境	区 分	持ち家 _____ 階（エレベーター 有・無） ・ 借家 _____ 階（エレベーター 有・無）						
	住宅改修	要・不要・改修済（ _____ ）						
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有（送迎・訪問・その他 _____）						
【その他特記事項】								
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書きいただいても結構です。								

(様式2)

[出生地] .....

[職業歴] .....

[生活歴] .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

家族図

男性     女性

[最近の様子]介護などの支援が必要になってから現在までをご記入ください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....