

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

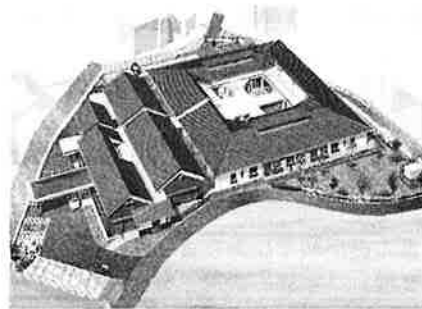
「自然に囲まれた我が家です」

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たい小規模単位の介護・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	●巴の里・石野の里に入居を希望される方 〒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になります。

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	〒 ー 電話番号 ()				
現在いる 場所	☐ 住所に同じ ※病院名・施設名またはその他の場所を記入 ☐ 病院・施設 ☐ その他					

主介護者	氏 名			入所申込者 との関係		
	住 所	〒 ー 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 ☐ 1ヵ月以内 ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ 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。 ○入所申込書内の項目に関する情報 ○申込後に生じた転出や死亡に伴う住民票の異動内容 ○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	

入所申込理由

該当するものすべてにチェックをし、具体的な状況を記入してください。

- ☐ 介護する者がいないため
☐ 介護する者が入院等で介護できない
☐ 介護する者が高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難
☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため
☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難
☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため
☐ その他の事情（ ）

具体的な状況

特例入所申込理由

該当するものすべてにチェックをしてください。

- ☐ 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
☐ 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

特例入所該当確認欄（施設記入欄）

確認年月日： 年 月 日

※ 特例入所該当確認欄については、確認方法を記載すること。

(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	就労中（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]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[最近のご様子]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。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

家族図

☐ 男性 ☐ 女性

特別養護老人ホーム石野の里 利用料金表

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費(Ⅰ)

(令和6年8月1日 現在)

◎ サービス利用料金																実費分			1ヶ月(31日) 当たりの利用料 (単位:円)				
介護度	サービス利用に係る基本負担額	日常生活継続支援加算	看護体制加算Ⅰ	看護体制加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	精神科医療費指導加算	夜勤職員配置加算(Ⅱ)	科学的介護推進体制加算(月)	排せつ支援加算(Ⅰ)(月)	生産性向上推進体制加算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)	褥瘡マネジメント加算(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
ユニット型個室	要介護1	682	46	12	23	11	5	46	50	10	10	100	10	5	13	116	10.68	1段階	880	300	67,959	174,358	205,737
																		2段階	880	390	70,749		
																		3段階①	1,370	650	93,999		
																		3段階②	1,370	1,360	116,009		
																		4段階	2,120	1,480	142,979		
	要介護2	753	46	12	23	11	5	46	50	10	10	100	10	5	13	126	10.68	1段階	880	300	71,840	179,717	213,776
																		2段階	880	390	74,630		
																		3段階①	1,370	650	97,880		
																		3段階②	1,370	1,360	119,890		
																		4段階	2,120	1,480	146,860		
	要介護3	828	46	12	23	11	5	46	50	10	10	100	10	5	13	137	10.68	1段階	880	300	73,469	185,379	222,269
																		2段階	880	390	76,259		
																		3段階①	1,370	650	99,509		
																		3段階②	1,370	1,360	121,519		
																		4段階	2,120	1,480	148,489		
	要介護4	901	46	12	23	11	5	46	50	10	10	100	10	5	13	147	10.68	1段階	880	300	76,225	190,891	230,536
																		2段階	880	390	79,015		
																		3段階①	1,370	650	102,265		
																		3段階②	1,370	1,360	124,275		
																		4段階	2,120	1,480	151,245		
	要介護5	971	46	12	23	11	5	46	50	10	10	100	10	5	13	157	10.68	1段階	880	300	78,866	196,172	238,459
																		2段階	880	390	81,656		
																		3段階①	1,370	650	104,906		
																		3段階②	1,370	1,360	126,916		
																		4段階	2,120	1,480	153,886		

※ 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基づく額を負担していただきます。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	所得要件	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、高齢福祉年金受給者 ●生活保護受給者 等	単身1000万円 夫婦2000万円
第2段階	●本人および世帯全員(別世帯の配偶者を含みます)が市町村民税非課税で、合計所得金額と公的年金等収入金額(非課税年金を含みます)の合計が80万円/年 以下	単身650万円・ 夫婦1650万円
第3段階①	●本人および世帯全員(別世帯の配偶者を含みます)が市町村民税非課税で、合計所得金額と公的年金等収入金額(非課税年金を含みます)の合計が80万円超120万円/年 以下	単身550万円・ 夫婦1550万円
第3段階②	●本人および世帯全員(別世帯の配偶者を含みます)が市町村民税非課税で、合計所得金額と公的年金等収入金額(非課税年金を含みます)の合計が120万円/年超	単身500万円・ 夫婦1500万円
第4段階	上記以外の方	

【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、痰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ている介護職員の賃金の改善等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(イ) 12単位/日	常勤の看護師を1名以上配置している施設が算定する加算です。
看護体制加算Ⅱ(イ) 23単位/日	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が算定する加算です。
栄養マネジメント強化加算 11単位/日	管理栄養士を所定数配置し、栄養ケア計画に従い食事の様子を確認したり、入所者ごとの栄養状態等を踏まえた食事の調整等を行い厚生労働省に情報を提出し継続的な栄養管理を実施しその情報を活用している場合に加算されます。
精神科医療指導加算 5単位/日	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場合に算定する加算です。
夜勤職員配置加算Ⅱ 46単位/日	夜勤帯(16:00～8:00)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が算定する加算です。
科学的介護推進体制加算Ⅱ 50単位/月	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)厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画書を見直すなど、サービスの提供にに当たり基本的情報など適切かつ有効に行う為に必要な情報を活用している場合に加算されます。
協力医療機関連携加算 100単位/月	協力医療機関との間で入居者の病歴等の情報共有を行う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。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月	入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて施設入所時・サービス利用開始時に評価するとともに少なくとも3月に1回、評価を行いその評価結果を厚生労働省に報告し、医師や看護師、管理栄養士、介護職員等が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画書を作成し、実施しその内容について見直し等を行っている場合に加算します。
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13単位/月	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、算定する加算です。※(Ⅰ)(Ⅱ)は併用不可
認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日	日常生活に支障を来す症状等により介護を必要とする入所者が入所者総数の2分の1以上で認知症介護に係る専門的な研修を修了し、職員に指導など会議を定期的に開催している場合に算定する加算です。
排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位/月	排せつに介護を要する方の排せつ介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、計画書作成したうえ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回見直しします。
排せつ支援加算(Ⅱ) 15単位/月	加算(Ⅰ)の要件に加え、施設入所時と比較して排せつ状態の改善、又は、おむつ使用の改善がある場合に算定されます。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位/月	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資する方策を検討するための委員会の開催し、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、かつ見守り機器等の一つ以上導入し、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。
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ 10単位/月	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。
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ 5単位/月	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。
☆初期加算	新規に入居した場合に算定する加算です。入居した日から起算して30日以内の期間が対象となります。なお、入院・外泊期間を除いて算定し、1月を超える入院後の再入所の際も30日間、算定する加算です。
☆安全対策体制加算 20単位(入所時に1回)	外部研修を受けた安全対策担当者が配置され、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されている場合に算定する加算です。
☆経口維持加算Ⅰ 400単位/月	摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入居者に対し、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。
☆入院・外泊時の加算について 施設外泊時費用自己負担額 居住費	246単位/日 2,120円/日
◎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額をご負担いただき、それ以外の期間は2,120円のご負担になります。	
☆退所時情報提供加算 250単位/回	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。
★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いただく場合があります。	

【介護保険以外の自己負担】

☆事務管理費用及び通帳、小口現金等の管理費用として、金銭管理費を1日50円をご負担いただきます。
(金銭管理費は入院中も発生いたします。)

☆歯科往診時の交通費1,000円(往診1回につき)

なお、複数名の受診の場合は、人数で割った金額となります。

☆居室にテレビを設置する方は、テレビ受信料200円/月のご負担をいただきます。

【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/日 ～
新聞、雑誌、ヤクルト等	実費
理美容代	実費(カット1,000円、顔そり500円)
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(交通手段など)	実費(送迎等にかかる費用)
「いきいき通販」による買い物(おやつ、日用品等)	実費
福祉用具(靴等)	実費