

特別養護老人ホーム

いちかわ翔裕園 入居までの流れ

入居ご希望本人
またはご家族様

- ・ いちかわ翔裕園 相談課までご相談ください。
窓口 相談課 午前9時～午後5時まで
- ・ 申請書は施設に来園、または郵送にてお渡しいたします。

入居申請

- ・ 入居申込書に必要事項を記入して提出してください。
※ 記入漏れがあると、正確な順位付けが出来ないことがありますので、ご注意ください。
※ 介護保険被保険者証の写し(コピー)・介護保険負担限度額認定証の写し(コピー)・居宅サービスご利用の方は、サービス利用票の、直近2か月分を必ず提出して下さい。

施設説明
状況確認

- ・ 入居申請書は来園、または郵送でお願いいたします。
- ・ 状況確認のため、ご連絡、又は面接を行なう場合があります。

入居希望待機者
名簿作成

- ・ 入居評価基準表による評価から、入居待機者の順位付けを実施し、名簿を作成します。
※ 評価は受付順ではありません。
要介護度・年齢・身体の状態・介護者の状況等での評価となります。

入居前調査

- ・ 待機者名簿の優先順位が高い方から面接を行ないます。
※ 本人および、家族の状況確認を行ないます。

入居判定会議

- ・ 面談にてお聞きした情報をもとに、入居判定および、ケア方法等を検討いたします。

入居決定

- ・ 入居日を決定し、入居までの準備をしていただきます。

入居

【お問い合わせ】

〒272-0802 千葉県市川市柏井町1-1076

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園

TEL 047-303-5525 fax 047-303-5335

入居申し込みに関する注意事項

○ 提出資料について

- 1) 介護保険被保険者証の写し(コピー)を必ず1部コピーしてください。
また有効期間をご確認の上、更新された場合は、更新後の写し(コピー)を再提出してください。
- 2) 居宅サービスをご利用の方は、サービス利用票の直近2か月分の写し(コピー)を提出してください。
- 3) 介護保険負担限度額認定証の写し(所持されている方のみ)

○ 入居の順番について

入居の順番は、お申込み順ではありませんのでご了承ください。
千葉県「特別養護老人ホーム入居指針」に基づき、申込者(入居希望者)の要介護度、介護サービスの利用状況など、施設介護サービスを受ける必要性の高い方から、ご入居いただくこととなります。

○ 入居申込書について

入居の必要性を確認する上で、重要な書類となりますので、記入漏れがないように、お願いいたします。

○ 大きな体調の変化や、他施設への入居等、住所変更があった場合

申し込み中に、大きな体調の変化があった場合は、お手数ですが再度入居申込書の提出をお願いいたします。また、他施設への入居や入院先の変更、介護者の変更や住居の状況など、入居申請書の内容が変わった場合および、入居の必要がなくなった場合には、必ず下記連絡先までご連絡をお願いいたします。

○ 利用料について

利用料は別紙3の利用料金表をご確認ください。利用料金表には、介護保険1割負担分と、加算の1部負担分・食費・居住費が記載されています。その他に、医療費・薬代・理美容代・ご利用者個人の買い物費用については別途かかります。

○ 相談窓口について

いちかわ翔裕園 相談課までお問い合わせください。直接来園される場合は、相談員が不在の場合がございますので、予めご連絡をお願いいたします。

【問い合わせ先】

社会福祉法人 長寿の里
特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園
〒 072-0802 市川市柏井町1-1076
TEL 047-303-5525 fax 047-303-5335
※ 受付時間 : 月~金の午前9時~午後5時まで



社会福祉法人 長寿の里

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園 利用料金表

全室ユニット型個室

| | ユニット型施設 サービス費 (月額) | 利用者負担段階 | 食費 (月額) | 居住費 (月額) | 1日分利用料 | 30日分利用料 |
|----------|--------------------------|---------|------------|-------------|--------|---------|
| 要介護 1 | 642 | 第1段階 | 300 | 820 | 1,762 | 52,860 |
| | | 第2段階 | 390 | 820 | 1,852 | 55,560 |
| | | 第3段階 | 650 | 1,310 | 2,602 | 78,060 |
| | | 第4段階 | 1,750 | 2,700 | 5,092 | 152,760 |
| 要介護 2 | 710 | 第1段階 | 300 | 820 | 1,830 | 54,900 |
| | | 第2段階 | 390 | 820 | 1,920 | 57,600 |
| | | 第3段階 | 650 | 1,310 | 2,670 | 80,100 |
| | | 第4段階 | 1,750 | 2,700 | 5,160 | 154,800 |
| 要介護 3 | 783 | 第1段階 | 300 | 820 | 1,903 | 57,090 |
| | | 第2段階 | 390 | 820 | 1,993 | 59,790 |
| | | 第3段階 | 650 | 1,310 | 2,743 | 82,290 |
| | | 第4段階 | 1,750 | 2,700 | 5,233 | 156,990 |
| 要介護 4 | 851 | 第1段階 | 300 | 820 | 1,971 | 59,130 |
| | | 第2段階 | 390 | 820 | 2,061 | 61,830 |
| | | 第3段階 | 650 | 1,310 | 2,811 | 84,330 |
| | | 第4段階 | 1,750 | 2,700 | 5,301 | 159,030 |
| 要介護 5 | 919 | 第1段階 | 300 | 820 | 2,039 | 61,170 |
| | | 第2段階 | 390 | 820 | 2,129 | 63,870 |
| | | 第3段階 | 650 | 1,310 | 2,879 | 86,370 |
| | | 第4段階 | 1,750 | 2,700 | 5,369 | 161,070 |

| 加算項目 | 月額 | 30日分 | 加算項目 | 月額 | 30日分 |
|----------------------|-----|-------|----------------------|------|------|
| 初期費用 (入居日から30日間) | 31 | 930 | 栄養マネジメント加算 | 15 | 450 |
| 入院外泊時加算 (入院・外泊時の6日間) | 253 | 759 | サービス提供体制加算 (I口) | 13 | 390 |
| 個別機能訓練加算 | 13 | 390 | 看取り介護加算 (死亡日以前4~30日) | 83 | 249 |
| 看護体制加算 | 5 | 150 | 看取り介護加算 (死亡日前日・前々日) | 699 | 2097 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 31 | 930 | 看取り介護加算 (死亡日) | 1315 | 3945 |
| 日常生活継続支援加算 | 48 | 1,440 | その他法令に定める加算 | | |

※ 市川市地域加算は1単位=10.27円のため、端数処理にて若干の金額の差が生じます。上記金額はあくまでも目安の表記となります。

- ※ 上記30日分利用料には加算とその他の費用は含まれておりません。
- ※ 介護保険法改正時には金額を変更する場合があります。
- ※ 加算とその他の費用はすべての方が該当するものではありません。

〈 その他 費用 〉

- ※ 医療費及び薬代、理美容代、個人の趣味活動等は実費となります。
- ※ その他個々に使用する日用品費は実費となります。
- ※ インフルエンザ予防接種等の健康管理費は実費となります。

特別養護老人ホーム 入居申込書

| | |
|-----|----------|
| 申込日 | 平成 年 月 日 |
|-----|----------|

特別養護老人ホーム
いちかわ翔裕園
施設長 様

| | | | |
|-------------|--------|--------|--|
| 申 込 者 | 住所 | 〒 | |
| | (ふりがな) | | |
| | 氏名 | 本人との関係 | |
| | 電話番号 | () | |

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園へ入居したく、次のとおり申し込みます。

| | | | | | | |
|--------------------------------|------------|--|---|----|-------|-------------------|
| 本 人 の 状 況 ① | (ふりがな) | | | 住所 | 〒 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| | 保険者 | | 被保険者番号 | | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| | 介護認定期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで | | | | |
| | 負担限度額認定 | | | 段階 | | |
| | 在宅サービスの利用度 | 利用限度額割合 | 60%以上 ・ 50%以上 ・ 30%以上 ・ 30%未満 | | | |
| | | 居宅介護 支援事業者 | ※担当:()ケアマネージャー | | | |
| | 医療的処置の状況 | 現病名 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | | ※ 糖尿病の方 | 治療薬 : <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 糖尿病食 : <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(kcal) インスリン注射 : <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日) | | | |
| | | 既往歴 (病歴) | | | | |
| | | 患った事 のある感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 肝炎 ・ <input type="checkbox"/> 梅毒 ・ <input type="checkbox"/> 結核 ・ <input type="checkbox"/> MRSA ・ <input type="checkbox"/> 疥癬 ・ <input type="checkbox"/> その他) 時期 : 年 月頃 その他の病名及び時期 : ()時期 : 年 月頃 | | | |
| | | 服薬内容 | | | | |
| 【特記事項】 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|------------------------------------|--------|--------|
| 介 護 者 の 状 況 ① | 主たる介護者 | (ふりがな) | | 性別 | 本人との関係 | |
| | | 氏名 | | 男・女 | | |
| | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| | | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 別居 () | | | |
| | | 介護期間 | | | | |
| | | 介護負担 | <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし | | | |
| | | 主たる介護者の就労状況 | <input type="checkbox"/> 有 (常勤・パート) <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | | 主たる介護者の育児状況 | <input type="checkbox"/> 有 (人 歳) <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | | 主たる介護者の健康状態(疾病・障がい等) | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ※下記に詳細を記入 () <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護 <input type="checkbox"/> 介護可能 | | | |
| | | 同居介護補助者 | <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり(週1~3回) <input type="checkbox"/> 常時あり(週4回以上) | | | |
| | | 介護補助者の健康状態(疾病・障がい等) | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ※下記に詳細を記入 () | | | |
| | | 同一世帯の他の要介護者様の身体状況 | 要介護度 | 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | |
| 認知症による周辺症状(※2) | 【内容】 <input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし (毎日ある) (週1回~2回) (月1回~2回) | | | | | |
| 施設入居又は病院入院の有無 | <input type="checkbox"/> 入居または入院している() <input type="checkbox"/> 入居または入院していない | | | | | |
| 従たる介護者 | (ふりがな) | | 性別 | 本人との関係 | | |
| | 氏名 | | 男・女 | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 (歳) | |
| | 同居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 別居 () | | | | |
| | 介護 | <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 | | | | |
| 介護期間 | | | | | | |
| 近隣者などの介護協力 | <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり(週1~3回) <input type="checkbox"/> 常時あり(週4回以上) | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|--|---------------|----------------------|-----------------|-------------------|---------------|-------------------|----------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| 介護者の情報 ② | 入居を希望する理由 (※3) | <input type="checkbox"/> 親族が全くおらず、介護者がいないため(単独世帯) <input type="checkbox"/> 親族がいるが介護者がいない(同居家族がいない) <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、障害や疾病の状況にあり、介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業しているので十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の精神的・身体的負担が多く、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、育児または家族が病気の状況にあり、介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退居・退院を求められているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> 現在の施設や病院の費用が高額で負担できない <input type="checkbox"/> その他 () | 計 | | | | | | | | | |
| | 在宅での介護期間 | 年 月 日 ~ 現在まで(年 ヶ月間) | | | | | | | | | | |
| その他 ① | 待機期間 | 平成 年 月頃 ~ 現在まで | | | | | | | | | | |
| | 現在利用している 在宅サービスの状況 (※1) | <table border="0"> <tr> <td>① 訪問介護 ()</td> <td>⑥ 通所リハビリテーション ()</td> </tr> <tr> <td>② 訪問入浴介護 ()</td> <td>⑦ 短期入居生活介護 ()</td> </tr> <tr> <td>③ 訪問看護 ()</td> <td>⑧ 短期入居療養介護 ()</td> </tr> <tr> <td>④ 訪問リハビリテーション ()</td> <td>⑨ 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()</td> </tr> <tr> <td>⑤ 通所介護 ()</td> <td>⑩ その他 ()</td> </tr> </table> | ① 訪問介護 () | ⑥ 通所リハビリテーション () | ② 訪問入浴介護 () | ⑦ 短期入居生活介護 () | ③ 訪問看護 () | ⑧ 短期入居療養介護 () | ④ 訪問リハビリテーション () | ⑨ 福祉用具の貸与・購入費の支給 () | ⑤ 通所介護 () | ⑩ その他 () |
| ① 訪問介護 () | ⑥ 通所リハビリテーション () | | | | | | | | | | | |
| ② 訪問入浴介護 () | ⑦ 短期入居生活介護 () | | | | | | | | | | | |
| ③ 訪問看護 () | ⑧ 短期入居療養介護 () | | | | | | | | | | | |
| ④ 訪問リハビリテーション () | ⑨ 福祉用具の貸与・購入費の支給 () | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 通所介護 () | ⑩ その他 () | | | | | | | | | | | |
| | 申込の状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設(特別養護老人ホーム)にも申し込んでいる。又は申し込む予定。 【申込施設(予定も含む)】 () | | | | | | | | | | |
| | 住宅の状況 | <input type="checkbox"/> 特に問題なく生活できる住居 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 現在の住居では生活が難しい <input type="checkbox"/> 帰る住居がない | | | | | | | | | | |
| | 経済状況 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯(円/年間) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特に負担は感じていない <input type="checkbox"/> 負担を感じている | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------|-----------|---|
| その他② | 入居を希望する時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい <input type="checkbox"/> しばらくは居宅サービスを利用し、今後必要になった時に入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までには入居したい |
| | 待機期間 | 平成 年 月頃 ～ 現在まで |
| 入居希望者の身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼) <input type="checkbox"/> 全盲(いつから) <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳) <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない) |
| | 言語 | <input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由(<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> その他) |
| | 立位 | <input type="checkbox"/> つかまらずに立てる <input type="checkbox"/> つかまれば立てる <input type="checkbox"/> なんとか介助で立てる <input type="checkbox"/> まったく立てない |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 手すり等につかまれば歩ける <input type="checkbox"/> 手引きで歩ける <input type="checkbox"/> 補助具を使って歩ける(<input type="checkbox"/> 杖(1点杖・4点杖) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー) <input type="checkbox"/> まったく歩けない(<input type="checkbox"/> 車いすを自走できる <input type="checkbox"/> 自走できない <input type="checkbox"/> リクライニング) |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) |
| | 拘縮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位) |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分で行けるが拭いたりできない <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 日中： <input type="checkbox"/> 紙パンツのみ <input type="checkbox"/> 紙パンツとパット使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツとパット使用 夜間： <input type="checkbox"/> 紙パンツのみ <input type="checkbox"/> 紙パンツとパット使用 <input type="checkbox"/> 紙オムツとパット使用 <input type="checkbox"/> 普通の下着を使用 <input type="checkbox"/> 失禁がない <input type="checkbox"/> 時々失禁がある <input type="checkbox"/> 随時失禁がある |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 <input type="checkbox"/> 箸で食べる <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使用する <input type="checkbox"/> その他の自助具 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 胃ろう用食品 副食： <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 食べられないもの・禁食() |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自分で入れる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 入浴回数： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3回/週 <input type="checkbox"/> 1回程度/週 <input type="checkbox"/> 清拭のみ |
| | 着替え | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 声をかければできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 年齢相応の物忘れはあるが問題はない) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 常時徘徊がある <input type="checkbox"/> 家に戻れなくなる <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 収集癖がある <input type="checkbox"/> ものとられ妄想がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 食べられないものを口にする <input type="checkbox"/> その他() |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能だがその場限りである <input type="checkbox"/> 可能だが同じことを繰り返す <input type="checkbox"/> 難しい |
| | 睡眠状況 | <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤を使用している <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対になっている <input type="checkbox"/> ほとんど昼も夜も寝ずに起きていることが多い <input type="checkbox"/> 1日中寝ていることが多い |

| | | | |
|-----------|--------------|-----------|----|
| 入居希望者の生活歴 | • 出身地 | | |
| | • 兄弟 | | |
| | • 最終学歴 | | |
| | • 職業 | | |
| | • 結婚 | | |
| | • 配偶者 | | |
| | • 子供 | | |
| | • 病歴及び発症月日 | | |
| | (病名:いつ頃) | (病名:いつ頃) | |
| | (病名:いつ頃) | (病名:いつ頃) | |
| | (病名:いつ頃) | (病名:いつ頃) | |
| | • 趣味 (以前 :) | | |
| | (以前 :) | | |
| • 性格 () | | | |
| • その他() | | | |
| () | | | |
| () | | | |
| • 身長 | cm | • 体重(現在) | kg |

【同意書】

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園の申請にあたり、入居に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、申し込みにあたり入居希望者、その家族などに関する必要な情報を提供し、判定会議や入居調整のために施設が用いることに同意します。

平成 年 月 日

入居希望者

氏名

印

ご家族代表者(記入者)

氏名

印

社会福祉法人長寿の里

特別養護老人ホーム いちかわ翔裕園