

特別養護老人ホーム ねむの丘

入所申込案内



特別養護老人ホーム ねむの丘

渋川市北橋町2365-1

TEL 0279-20-4000

FAX 0279-20-4001

E-mail kitsuhood.nemu@green.ocn.ne.jp

入所申込から入所決定までの流れ

特別養護老人ホーム ねむの丘

当施設は、群馬県が策定した「群馬県特別養護老人ホーム入所等指針」にしたがって、以下の流れで入所の必要度が高い方から円滑に入所決定を行ないます。以下の内容をご理解いただきまして、申込をされますようお願いいたします。

入所申込

- * 入所希望者またはご家族が、当施設に來所して施設見学、サービス内容を確認していただいたうえで入所を希望される場合は、当施設所定の入所申込書に入所希望者の状況を事実に基づき正確に記入してください。介護保険証書の写しを頂きます。(入所には、「要介護度3から5までの者」及び「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護度1又は2の者」で特例入所が認められる者である必要があります)

申込受理

- * 申込書受理後、申込書の写しを申込者に渡し、本人等の状況が変化した際には自己申告にて申し出る必要があります。申込内容を確認する資料としてください。

入所希望者のグループ分け

- * 「群馬県特別養護老人ホーム入所等指針」にしたがって、A～Cグループに分けを行います。

Aグループに該当すると

入所の必要性を点数化する

- * Aグループに該当すると「評価基準」に従って確認し、入所の必要性を点数化します。

入所等検討委員会で入所候補者を決める

- * 定期的に行なう入所等検討委員会にて入所予定者の順位付を行います。新規受け入れが可能となったら入所判定会議を開催し入所候補者を決定後に、ご本人・家族に入所の意思確認・本人の状態確認後に入所を決定します。

入所決定・契約

留意点

- * 本人等の状況に変化があった場合は、申込者からの自己申告となっています。生活相談員までご連絡ください。申込者からの、届出が無い場合は、変化が無いものとみなします。
- * 他の特別養護老人ホームの入所等で入所の必要性が無くなった場合も、お手数ですが、生活相談員までご連絡ください。

ご不明な点がございましたらご連絡ください。

電話 0279-20-4000 生活相談員まで

サービス利用料金表

1. 基準サービスによる料金（重要事項説明書 5-（1））

下記の表によって、サービス利用単位に**地域加算渋川 1 単位=10.14 円を乗じた額**の介護保険負担割合証に記載されている割合の利用者負担額をお支払い下さい。（月の総単位数に 10.14 円を乗じ小数点以下切り捨てとなります。下記に示す利用者負担額/日の累計と多少の誤差が生じます。）

2. その他介護給付サービス加算

加算	適用	単位数	利用者負担額	
			2割	1割
初期加算	新規入所及び1ヶ月以上の入院後、退院日より30日間	30 単位/日	60 円/日	30 円/日
入院・外泊時加算	入院及び外泊の場合に6日間を限度に加算	246 単位/日	498 円/日	249 円/日
個別機能訓練加算	個別機能訓練計画に基づき機能訓練を行なった場合	12 単位/日	24 円/日	12 円/日
栄養ケアマネジメント加算	栄養ケア計画に基づき栄養管理を行った場合	14 単位/日	28 円/日	14 円/日
療養食加算	医師の指示に基づき療養食の提供した場合	18 単位/日	36 円/日	18 円/日
経口移行加算	経管栄養から医師の指示に基づき経口摂取を進める場合	28 単位/日	56 円/日	28 円/日
経口維持加算 (I)	多職種による食事の観察（ミールラウンド）や会議等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を含む摂食・嚥下機能を踏まえた経口維持支援を行った場合。	<u>400 単位/月</u>	<u>811 単位/月</u>	<u>405 単位/月</u>
経口維持加算 (II)	上記の食事の観察（ミールラウンド）や会議等に歯科衛生士等が加わった場合。	<u>100 単位/月</u>	<u>202 単位/月</u>	<u>101 単位/月</u>
口腔衛生管理加算	歯科衛生士による口腔ケアを月に4回以上行なった場合	<u>110 単位/月</u>	<u>223 円/月</u>	<u>111 円/月</u>
看取り介護加算	医師が終末期にあると判断し、看取り介護を提供した場合。 さかのぼって算定	亡くなった以前4日以上30日以下 144 単位/日	292 円/日	146 円/日
		亡くなる以前2日及び3日 680 単位/日	1,379 円/日	689 円/日
		亡くなった日 1,280 単位/日	2,595 円/日	1,297 円/日
介護職員処遇改善加算	介護職員の処遇改善に取り組むことで算定されます。	基本サービス費に各種加算を加えた1ヶ月の総単位数に 8.3% を乗じた額の負担割合証に記載されている割合の負担となります。		

※ 体制加算（日常生活継続支援加算・看護体制加算・精神科指導加算・夜勤職員配置加算・口腔衛生管理体制加算）は別紙料金表に記載されています。

※ 旧措置者は、軽減措置により、自己負担が割合に応じて変わります。

3. その他の介護保険基準外サービス

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

② 居住（滞在に要する費用（光熱水費及び室料）

	(基準額) (第4段階) 第1～3段階以外	介護保険負担限度額認定証に記載されている額(補足給付)		
		第3段階 世帯全員が市町村民税非課税 第2段階以外	第2段階 世帯全員が市町村民税非課税 合計所得金額と公的年金等収入額の 合計が年間80万円以下等	第1段階 世帯全員が市町村民税非課税 老齢福祉年金受給者 生活保護受給者
食事の提供に 要する費用	1日 1,380円 朝食 370円 昼食 500円 夕食 440円 おやつ 70円	1日 650円以内	1日 390円以内	1日 300円以内
多床室 (2・4人室)	1日 840円	1日 370円	1日 370円	1日 0円
従来型個室	1日 1,150円	1日 820円	1日 420円	1日 320円
個室 ユニット型	1日 1,970円	1日 1,310円	1日 820円	1日 820円

高額介護サービス費

1ヶ月の介護 保険負担の上 限を超えた分 が払い戻され ます。	現役並みの 所得者	世帯のどなたかが 市町村民税課税	世帯全員が市町村民税非課税 ・合計所得金額と公的年金等収入額の合 計が年間80万円以下等		生活保護を 受給
	44,400円(世帯)	37,200円	世帯 24,600円	個人 15,000円	
					15,000円

※ 重要事項説明書（5-(2)）に定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

※ 外泊・入院等で居室を開けておく場合は、6日間は外泊時加算が算定されます。

※ 外泊時加算算定対象日以外に入院又は外泊した場合は、居住費基準額の1,970円/日が実費負担となります。(ユニット型個室)

③ 預り金管理料(通帳の管理など) 1,000円/月 (管理する上限額100万円)

④ 理容・美容料金

月に2～3回、理容師・美容師の出張による理容美容サービスを、ご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 丸刈り1,000円 カット1,500円

⑤ その他

* 日常生活品で利用者に負担していただくことが適当である物の購入代金は、自己負担となります。

* 外出行事等の、外出時の昼食代、入園・入館料等は実費となります。

* 訪問販売によるお菓子等、自動販売機の飲料などの購入代金。

* 往診の薬代・外来受診・インフルエンザ予防接種等の医療費。

* おむつ代・洗濯代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

介護福祉施設 特別養護老人ホームねむの丘 ～ 料金表 ～

別紙 料金表(多床室)

一日あたりの料金 **(多床室)**

地域加算 渋川市 1単位=10.14円で月の総単位数で計算されます。処遇改善改善加算8.3%加算されます。若干の誤差が生じます。 平成29年4月1日

介護度	対象者	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(Iイ)	看護体制加算(IIイ)	夜勤職員配置加算(Iイ)	介護保険利用者負担日額	介護保険基準外サービス		利用者負担分日額	利用者負担30日分
								居住費	食費		
要介護1	第1段階	547単位	36単位	6単位	13単位	22単位	685円	0円	300円	985円	29,550円
	第2段階	547単位	36単位	6単位	13単位	22単位	685円	370円	390円	1,445円	43,350円
	第3段階	547単位	36単位	6単位	13単位	22単位	685円	370円	650円	1,705円	51,150円
	第4段階	547単位	36単位	6単位	13単位	22単位	685円	840円	1,380円	2,905円	87,150円
	2割負担	547単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,370円	840円	1,380円	3,590円	107,700円
要介護2	第1段階	614単位	36単位	6単位	13単位	22単位	758円	0円	300円	1,058円	31,740円
	第2段階	614単位	36単位	6単位	13単位	22単位	758円	370円	390円	1,518円	45,540円
	第3段階	614単位	36単位	6単位	13単位	22単位	758円	370円	650円	1,778円	53,340円
	第4段階	614単位	36単位	6単位	13単位	22単位	758円	840円	1,380円	2,978円	89,340円
	2割負担	614単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,517円	840円	1,380円	3,737円	112,110円
要介護3	第1段階	682単位	36単位	6単位	13単位	22単位	833円	0円	300円	1,133円	33,990円
	第2段階	682単位	36単位	6単位	13単位	22単位	833円	370円	390円	1,593円	47,790円
	第3段階	682単位	36単位	6単位	13単位	22単位	833円	370円	650円	1,853円	55,590円
	第4段階	682単位	36単位	6単位	13単位	22単位	833円	840円	1,380円	3,053円	91,590円
	2割負担	682単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,667円	840円	1,380円	3,887円	116,610円
要介護4	第1段階	749単位	36単位	6単位	13単位	22単位	907円	0円	300円	1,207円	36,210円
	第2段階	749単位	36単位	6単位	13単位	22単位	907円	370円	390円	1,667円	50,010円
	第3段階	749単位	36単位	6単位	13単位	22単位	907円	370円	650円	1,927円	57,810円
	第4段階	749単位	36単位	6単位	13単位	22単位	907円	840円	1,380円	3,127円	93,810円
	2割負担	749単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,814円	840円	1,380円	4,034円	121,020円
要介護5	第1段階	814単位	36単位	6単位	13単位	22単位	978円	0円	300円	1,278円	38,340円
	第2段階	814単位	36単位	6単位	13単位	22単位	978円	370円	390円	1,738円	52,140円
	第3段階	814単位	36単位	6単位	13単位	22単位	978円	370円	650円	1,998円	59,940円
	第4段階	814単位	36単位	6単位	13単位	22単位	978円	840円	1,380円	3,198円	95,940円
	2割負担	814単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,956円	840円	1,380円	4,176円	125,280円

※口腔衛生管理体制加算：月30単位利用者負担額30円/月が上記料金表加わります。この加算は歯科医師又は歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を月1回以上受けることで算定されます。

※食費・居住費は、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、認定証に記載されている額が、負担額となります。

※介護保険負担割合証に記載されている割合によって1割負担か2割負担かが変わります。

※日常生活継続支援加算は介護福祉士資格者を手厚く配置することで可能な限り尊厳を保持しつつ日常生活が継続を支援することで算定されます。※精神科指導加算は必要に応じて精神科の医師が定期的に療養指導を行うことで算定されます。※看護体制加算Ⅰは常勤の看護師を配置し24時間連絡体制を整え、看護職員が不在時介護職による入所者の観察項目を標準化し必要な研修を実施することで算定されます。※看護体制加算Ⅱ看護職員が入所者25名に対して1名以上配置することで算定されます。※夜勤職員配置加算は夜勤帯で手厚い職員配置にすることで算定されます。

介護福祉施設 特別養護老人ホームねむの丘ユニット型～料金表～

別紙 料金表(ユニット個室)

一日あたりの料金 (ユニット個室) 地域加算(渋川市 1単位=10.14円で月の総単位数で計算されます。処遇改善改善加算8.3%加算されます。若干の誤差が生じます。

平成29年4月1日

介護度	所得段階	介護サービス費	日常生活継続支援加算	看護体制加算(I口)	看護体制加算(II口)	夜勤職員配置加算(II口)	介護保険利用者負担日額	介護保険基準外サービス		利用者負担分日額	利用者負担30日分
								居住費	食費		
要介護1	第1段階	625単位	46単位	4単位	8単位	18単位	769円	820円	300円	1,889円	56,670円
	第2段階	625単位	46単位	4単位	8単位	18単位	769円	820円	390円	1,979円	59,370円
	第3段階	625単位	46単位	4単位	8単位	18単位	769円	1,310円	650円	2,729円	81,870円
	第4段階	625単位	46単位	4単位	8単位	18単位	769円	1,970円	1,380円	4,119円	123,570円
	2割負担	625単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,539円	1,970円	1,380円	4,889円	146,670円
要介護2	第1段階	691単位	46単位	4単位	8単位	18単位	842円	820円	300円	1,962円	58,860円
	第2段階	691単位	46単位	4単位	8単位	18単位	842円	820円	390円	2,052円	61,560円
	第3段階	691単位	46単位	4単位	8単位	18単位	842円	1,310円	650円	2,802円	84,060円
	第4段階	691単位	46単位	4単位	8単位	18単位	842円	1,970円	1,380円	4,192円	125,760円
	2割負担	691単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,684円	1,970円	1,380円	5,034円	151,020円
要介護3	第1段階	762単位	46単位	4単位	8単位	18単位	920円	820円	300円	2,040円	61,200円
	第2段階	762単位	46単位	4単位	8単位	18単位	920円	820円	390円	2,130円	63,900円
	第3段階	762単位	46単位	4単位	8単位	18単位	920円	1,310円	650円	2,880円	86,400円
	第4段階	762単位	46単位	4単位	8単位	18単位	920円	1,970円	1,380円	4,270円	128,100円
	2割負担	762単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,840円	1,970円	1,380円	5,190円	155,700円
要介護4	第1段階	828単位	46単位	4単位	8単位	18単位	992円	820円	300円	2,112円	63,360円
	第2段階	828単位	46単位	4単位	8単位	18単位	992円	820円	390円	2,202円	66,060円
	第3段階	828単位	46単位	4単位	8単位	18単位	992円	1,310円	650円	2,952円	88,560円
	第4段階	828単位	46単位	4単位	8単位	18単位	992円	1,970円	1,380円	4,342円	130,260円
	2割負担	828単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,985円	1,970円	1,380円	5,335円	160,050円
要介護5	第1段階	894単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,065円	820円	300円	2,185円	65,550円
	第2段階	894単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,065円	820円	390円	2,275円	68,250円
	第3段階	894単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,065円	1,310円	650円	3,025円	90,750円
	第4段階	894単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,065円	1,970円	1,380円	4,415円	132,450円
	2割負担	894単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,130円	1,970円	1,380円	5,480円	164,400円

※口腔衛生管理体制加算：月30単位利用者負担額30円/月が上記料金表加わります。この加算は歯科医師又は歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに関わる技術的助言及び指導を月1回以上受けることで算定されます。

※食費・居住費は、市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、認定証に記載されている額が、負担額となります。

※介護保険負担割合証に記載されている割合によって1割負担か2割負担かが変わります。

※日常生活継続支援加算は介護福祉士資格者を手厚く配置することで可能な限り尊厳を保持しつつ日常生活が継続を支援することで算定されます。※精神科指導加算は必要に応じて精神科の医師が定期的に療養指導を行うことで算定されます。※看護体制加算Ⅰは常勤の看護師を配置し24時間連絡体制を整え、看護職員が不在時介護職による入所者の観察項目を標準化し必要な研修を実施することで算定されます。※看護体制加算Ⅱ看護職員が入所者25名に対して1名以上配置することで算定されます。※夜勤職員配置加算は夜勤帯で手厚い職員配置にすることで算定されます。

入所申込書

特別養護老人ホーム ねむの丘

記入日 年 月 日

フリガナ		介護保険者(市町村名)	
入所希望者氏名		介護保険者被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)	性別 男・女

住所

入所希望者の状況

以下の該当する個所すべての口にチェック(シ)を入れてください。

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5
a 入所を希望する理由。	a1 <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 a2 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢者・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 a3 <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる。 a4 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 a5 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 a6 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 a7 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) ()
B 認知症(ぼけ)の症状。	<input type="checkbox"/> 認知症あり⇒以下に該当する個所すべての口にチェック(シ)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 認知症なし⇒ C へお進み下さい。 ----- b1 <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 b2 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 b3 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 b4 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。 b5 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 b11 <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 b6 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く。 b12 <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 b7 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある。 b13 <input type="checkbox"/> 奇声を上げる。 b8 <input type="checkbox"/> 大便をいじる。 b14 <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で排泄する。 b9 <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ。 b15 <input type="checkbox"/> 意志の疎通が困難である。 b10 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 b16 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口に入れてしまう。 b17 <input type="checkbox"/> その他の認知症による症状がありましたら、以下にご記入ください。 ()

*裏面もあります。

C 身体の状況	【日常生活】 次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ○印を付けて下さい。 ア、身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる。 イ、家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 ウ、ベッド上で過ごすことが多いが、車イスに座位姿勢が保てる。 エ、1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。
	【医療の対応】 当てはまるものに、し印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他、医療面で特に注意が必要なこと ()
d 入所希望時期	ア <input type="checkbox"/> すぐに入所したい。イ <input type="checkbox"/> 年 月頃が良い。ウ <input type="checkbox"/> 特に希望はない
E 希望施設種別	ア <input type="checkbox"/> 従来型のみ希望。イ <input type="checkbox"/> ユニット型のみ希望。ウ <input type="checkbox"/> 従来型・ユニット型どちらでもよい
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院名) <input type="checkbox"/> 老人保健施設(施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームには申込をしていない、また申込み予定は無い。 <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームにも申込んでいる、また申込み予定がある。 ＊ 当施設も含めた入所希望施設名を希望順にお書きください。 第1希望 第2希望 第3希望 第4希望 第5希望 _____
申込者欄 《家族等》	
説明確認欄	別紙入所申込に係る説明事項について確認しました。 _____ 年 月 日 _____ 署名
フリガナ	本人との続柄
〒 _____ 住 所 _____ 自宅電話 () _____ 携帯電話 () _____ その他連絡がつかない場合の連絡先 () _____	
担当介護支援専門員(ケアマネジャー) 氏名 _____ 事業所名 _____	
備考	

* 添付書類 被保険者証の写し。

* 必要に応じ連絡のうえ、訪問面接をさせていただく場合があります。

* 上記の状況に変化があった場合、ねむの丘生活相談員までご連絡ください。 電話 0279-20-4000