

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](mailto: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、当施設に在所して施設見学、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。

ご不明な点があり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		
			1割	2割	3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	30円/日	61円/日	91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	249円/日	499円/日	748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	12円/日	24円/日	37円/日
生活機能向上 連携加算	外部のリハビリ専門職等と連携し機能訓練を行なった場合	200単位/月	203円/月	406円/月	608円/月
	個別機能訓練加算を算定している場合	100単位/月	101円/月	203円/月	304円/月
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	14円/日	28円/日	43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	6単位/回	6円/回	12円/回	18円/回
低栄養リスク改善 加算	低栄養リスクの高い入所者に対し計画に基づく支援を実施した場合。	300単位/月	304円/月	608円/月	913円/月
再入所時栄養連携 加算	入院に伴い栄養管理が必要となり、医療機関と連携し再入所した場合	400単位/回	406円/月	811円/月	1,217円/月
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	28円/日	57円/日	85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。	400単位/月	406円/月	811円/月	1,217円/月
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。	100単位/月	101円/月	203円/月	304円/月
口腔衛生管理加算	歯科衛生士による口腔ケアを月に2回以上行なった場合	90単位/月	91円/月	183円/月	274円/月
排せつ支援加算	排泄の自立に向けて支援計画に基づく支援を実施した場合。	100単位/月	101円/月	203円/月	304円/月
褥瘡マネジメント加算	褥瘡発生を予防に向けて定期的な評価を実施し必要に応じ褥瘡ケア計画作成に基づく支援を実施した場合。	10単位/月	10円/月	20円/月	30円/月
看取り介護加算（Ⅱ）	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	146円/日	292円/日	438円/日
		亡くなる以前2日及び3日 780単位/日	790円/日	1,581円/日	2,373円/日
		亡くなった日 1,580単位/日	1,602円/日	3,204円/日	4,806円/日
介護職員処遇 改善加算（加算Ⅰ）	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 <b>8.3%</b> 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。			
特定処遇 改善加算（新加算Ⅰ）	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 <b>2.7%</b> 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・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 1,392円 朝食 373円 昼食 505円 夕食 443円 おやつ 71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 855円	1日 370円	1日 370円	1日 0円
従来型個室	1日 1,171円	1日 820円	1日 420円	1日 320円
個室 ユニット型	1日 2,006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
			世帯	個人	
	44,400円(世帯)	37,200円	24,600円	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2,006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。若干の誤差が生じます。

令和1年10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	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	715円	0円	300円	1,015円	30,450円
	第2段階	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	715円	370円	390円	1,475円	44,250円
	第3段階	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	715円	370円	650円	1,735円	52,050円
	第4段階	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	715円	855円	1,392円	2,962円	88,860円
	2割負担	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,431円	855円	1,392円	3,678円	110,340円
	3割負担	559単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,147円	855円	1,392円	4,394円	131,820円
要介護2	第1段階	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	792円	0円	300円	1,092円	32,760円
	第2段階	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	792円	370円	390円	1,552円	46,560円
	第3段階	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	792円	370円	650円	1,812円	54,360円
	第4段階	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	792円	855円	1,392円	3,039円	91,170円
	2割負担	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,584円	855円	1,392円	3,831円	114,930円
	3割負担	627単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,377円	855円	1,392円	4,624円	138,720円
要介護3	第1段階	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	871円	0円	300円	1,171円	35,130円
	第2段階	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	871円	370円	390円	1,631円	48,930円
	第3段階	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	871円	370円	650円	1,891円	56,730円
	第4段階	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	871円	855円	1,392円	3,118円	93,540円
	2割負担	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,742円	855円	1,392円	3,989円	119,670円
	3割負担	697単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,613円	855円	1,392円	4,860円	145,800円
要介護4	第1段階	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	947円	0円	300円	1,247円	37,410円
	第2段階	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	947円	370円	390円	1,707円	51,210円
	第3段階	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	947円	370円	650円	1,967円	59,010円
	第4段階	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	947円	855円	1,392円	3,194円	95,820円
	2割負担	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,895円	855円	1,392円	4,142円	124,260円
	3割負担	765単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,843円	855円	1,392円	5,090円	152,700円
要介護5	第1段階	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,023円	0円	300円	1,323円	39,690円
	第2段階	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,023円	370円	390円	1,783円	53,490円
	第3段階	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,023円	370円	650円	2,043円	61,290円
	第4段階	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	1,023円	855円	1,392円	3,270円	98,100円
	2割負担	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	2,046円	855円	1,392円	4,293円	128,790円
	3割負担	832単位	36単位	6単位	13単位	22単位	3,069円	855円	1,392円	5,316円	159,480円

※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割負担から3割負担が異なります。※処遇改善改善加算8.3%特定処遇改善加算2.7%が利用者負担額には加算されています。※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。※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。若干の誤差が生じます。 令和1年10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	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	803円	820円	300円	1,923円	57,690円
	第2段階	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	803円	820円	390円	2,013円	60,390円
	第3段階	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	803円	1,310円	650円	2,763円	82,890円
	第4段階	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	803円	2,006円	1,392円	4,201円	126,030円
	2割負担	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,607円	2,006円	1,392円	5,005円	150,150円
	3割負担	638単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,410円	2,006円	1,392円	5,808円	174,240円
要介護2	第1段階	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	879円	820円	300円	1,999円	59,970円
	第2段階	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	879円	820円	390円	2,089円	62,670円
	第3段階	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	879円	1,310円	650円	2,839円	85,170円
	第4段階	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	879円	2,006円	1,392円	4,277円	128,310円
	2割負担	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,758円	2,006円	1,392円	5,156円	154,680円
	3割負担	705単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,637円	2,006円	1,392円	6,035円	181,050円
要介護3	第1段階	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	961円	820円	300円	2,081円	62,430円
	第2段階	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	961円	820円	390円	2,171円	65,130円
	第3段階	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	961円	1,310円	650円	2,921円	87,630円
	第4段階	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	961円	2,006円	1,392円	4,359円	130,770円
	2割負担	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,922円	2,006円	1,392円	5,320円	159,600円
	3割負担	778単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,883円	2,006円	1,392円	6,281円	188,430円
要介護4	第1段階	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,037円	820円	300円	2,157円	64,710円
	第2段階	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,037円	820円	390円	2,247円	67,410円
	第3段階	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,037円	1,310円	650円	2,997円	89,910円
	第4段階	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,037円	2,006円	1,392円	4,435円	133,050円
	2割負担	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,075円	2,006円	1,392円	5,473円	164,190円
	3割負担	846単位	46単位	4単位	8単位	18単位	3,113円	2,006円	1,392円	6,511円	195,330円
要介護5	第1段階	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,113円	820円	300円	2,233円	66,990円
	第2段階	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,113円	820円	390円	2,323円	69,690円
	第3段階	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,113円	1,310円	650円	3,073円	92,190円
	第4段階	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	1,113円	2,006円	1,392円	4,511円	135,330円
	2割負担	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	2,226円	2,006円	1,392円	5,624円	168,720円
	3割負担	913単位	46単位	4単位	8単位	18単位	3,339円	2,006円	1,392円	6,737円	202,110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割負担から3割負担かが変わります。※処遇改善改善加算8.3%特定処遇改善加算2.7%が利用者負担額には加算されています。

※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	<b>【日常生活】</b> 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。
	<b>【医療の対応】</b> 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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他、医療面で特に注意が必要なこと <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/>人工肛門  <input type="checkbox"/>在宅酸素  <input type="checkbox"/>胃ろう  <input type="checkbox"/>尿管カテーテル       </div>
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"/> 老人保健施設(施設名 _____)
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 病院(病院名 _____) <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <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 _____
<b>申込者欄 《家族等》</b>	
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 氏名	_____ 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(ケアマネージャー) 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きます場合があります。

\* 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