

～小平健成苑・健成苑はなこがねいに入所を希望されるお客様へ～

【小平市指定介護老人福祉施設小平健成苑・健成苑はなこがねい入所申込書調査書】に必要な事項をご記入の上、郵送または直接施設へご持参下さい。(書式は共通としていますので、小平健成苑、健成苑はなこがねいどちらでも結構です)

お申し込みの際は、以下の書類も併せてご提出下さい。

① 介護保険被保険者証の写し

⇒A4 サイズでお願い致します。更新中などでお手元に無い場合は、ご持参頂かなくても結構ですが【入所申込兼調査書】の『被保険者番号』・『要介護度』を正確に記入して頂きますようお願い致します。

② 要介護認定一次判定資料の写し

⇒【入所申込書兼調査書】の『情報提供に関する同意確認欄』による同意があれば、提出は不要です。(小平市在住の方のみ)

※事務手続きの関係上、小平市外在住の方が申し込まれる際は、要介護認定一次判定資料の写しの添付をお願い致します。(それぞれの区市町村によって呼び名が違う場合があります。)

【注意事項】

・現状、点滴、経鼻経管栄養、在宅酸素の方は受入れできません。その他、医療行為が必要な方は要相談でお願い致します。

・入所申込をされた後は、資料が準備でき次第、順次優先順位の点数付けをさせていただきますので、入所申込者の状況(要介護度の変更・他施設への入所・死亡等)及び、介護者の状況が変化した場合は、その状況をご連絡下さい。

・入所の決定は、ご本人との事前の面接を行った上、小平市の評価基準の優先度・施設運営との整合性・男女別構成・入所待ちの期間・本人等の意向・緊急的にすべき事柄等を勘案させていただきます。

・健成苑はなこがねいに関しましては、地域密着型介護老人福祉施設の為、市外の方の申込は不可とさせていただきますので、ご了承下さい。

【入所申込書の問い合わせ・提出先の担当窓口】

〒187-0011 小平市鈴木町2-230-3

介護老人福祉施設 小平健成苑 入所担当：田澤

地域密着型介護老人福祉施設 健成苑はなこがねい 入所担当：秋山

小平健成苑 直通 TEL：042-452-3866

健成苑はなこがねい 直通 TEL：042-497-6310

Mail：infor@kenseien.org

ホームページ：<http://www.kenseien.org>

小平市指定介護老人福祉施設小平健成苑・健成苑はなこがねい入所申込書兼調査書

申込日 令和 年 月 日

申込される施設について	小平健成苑のみ申込む・健成苑はなこがねい(ユニット)のみ申込む・両方の施設を申込む							
ふりがな								
入所申込者ご本人のお名前	性別	男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	満歳
住所	〒 -			要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
被保険者番号				認定有効期間	年	月	日	から
ふりがな								
申込書ご記入の方のお名前	入所申込者ご本人との関係		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他()					
この入所申込書に関するお問い合わせ	〒 -			電話番号 () ()				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設の名称 () 入所・入院開始日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> その他 ()							
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる()							
主に介護している方の状況 (施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。)	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる () <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢 ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 病弱(病名 _____ 通院治療 有・無) <input type="checkbox"/> 病気で入院中(年 月～) <input type="checkbox"/> 障害がある(障害の程度 種 級) <input type="checkbox"/> 働いている(パート・正社員) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である(就学前) <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている() 上記以外で介護者の状況について ()							
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外()							
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない							
介護をする上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について ()							

ご本人の状況 について	<u>疾病・障害について</u> 疾病について 病名 _____ 通院 (有・無) 服薬 (有・無) 病名 _____ 通院 (有・無) 服薬 (有・無) 病名 _____ 通院 (有・無) 服薬 (有・無) 障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> ある 障害の内容 _____ 障害の程度 _____種 _____級(度) <input type="checkbox"/> ない
	<u>認知症等の問題行動について</u> <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 外出してもどれない <input type="checkbox"/> 1人で外にでたがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 その他問題行動の状況について (_____)
	<u>医療的措置について</u> <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(_____回/日) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<u>食事・排泄・移動の状況について(ADL)</u> (_____)
在宅サービス について	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を変更したい (具体的な内容 _____)
ケアプランなど について	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <u>介護支援専門員(ケアマネージャー)氏名</u> _____
他施設の申込みの状況 について	市内施設 <input type="checkbox"/> やすらぎの園 <input type="checkbox"/> 小川ホーム <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> 多摩済生園 <input type="checkbox"/> さくら野杜 市外施設 <input type="checkbox"/> あゆみえん(青梅市) <input type="checkbox"/> 塩船園(青梅市) <input type="checkbox"/> 青梅天使園(青梅市) <input type="checkbox"/> 羽村園(羽村市) <input type="checkbox"/> 神明園(羽村市) <input type="checkbox"/> 羽生の里(日の出町) <input type="checkbox"/> その他(_____)
その他特記す べきこと	

情報提供に関する同意確認 欄	<p>私は、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 また、この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネージャーへ情報提供することに同意します。</p> <p>指定介護老人福祉施設 <u>小平健成苑・健成苑はなこがねい</u> 施設長 様</p> <p>令和 _____年 _____月 _____日</p> <p>氏名 (入所申込者ご本人) _____印 (代筆者氏名 _____)</p>
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

優先度評価

入所検討委員会は、申込書兼調査書などをもとに審査し、優先順位の高い順に入所選考者名簿を作成します。

入所者の決定

入所選考者名簿をもとに、申込者の居住地、男女構成、入所待ちの期間や本人の意向、その他緊急に対応すべき事柄などを勘案し、施設長が入所を決定します。

入所申込者の状況（要介護度の変更、他施設への入所、死亡等）及び介護者の状況が変わった場合、その状況を施設に届け出てください。



※特別養護老人ホームと介護老人福祉施設は、同じ施設です。

優先度の評価基準

評 価 項 目		配点		
介護の必要の程度	要介護5	5		
	要介護4	4		
	要介護3	3		
	要介護2	2		
	要介護1	1		
認知症等に伴う問題行動の有無による加算	要介護認定第一次判定資料の第3群の一部(3-8、3-9)及び第4群に記載された問題行動(平成21年4月以前に要介護認定申請を行った方の場合第7群)	「ある」のチェックが6項目以上 「ある」のチェックが1から5項目 「ある」のチェックがない	2 1 0	
	介護提供の環境や困難度	介護者の有無と その状況(※)	介護者がいない 介護者がいる	5 4 2 2 1 0
		介護者の有無	病気や障害がある	4
介護者の健康状態		病弱、高齢である	2	
介護者を手伝う者の有無		就労、育児、複数介護をしている	2	
介護者の就労	手伝う者がいない	1		
		問題なし	0	
住宅の状況	住宅がない、又は立ち退きを求められている		3	
	住宅が介護上問題がある		2	
	介護上の問題はない		0	
《特別な事由とされる例》		5点を限度		
・在宅生活において、本人と介護者(家族)の関係に問題がある。				
・介護老人保健施設や病院等に入所(入院)中だが、退所(退院)後、在宅生活が困難で、転院先がみつからない。				
・他の介護老人福祉施設に入所しているが、都合により近隣の介護老人福祉施設に入所を希望している。				
・老人保健施設等を転々としているため、生活面の安定がない。				
・本人が在宅でのサービスを拒否しているため、サービスの利用ができない。				
・介護者が急死、又は入院した。				
・その他、特別に配慮しなければならない個別の事情がある。				

※「介護者の有無とその状況」については、複数の項目に該当する場合も5点が上限となります。

小平市介護老人福祉施設入所指針(概要)

1 目的

この指針は、介護老人福祉施設の入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性及び公平性を高めるとともに、施設入所のより円滑な実施に資することを目的とする。

2 入所の対象者

入所の対象となる者は、要介護状態区分が要介護1から要介護5までのいずれかに認定された者のうち、常時介護を必要とし、かつ、居宅において介護を受けることが困難なものとす。

3 入所の申込み

(1) 申込方法

入所を希望する本人又はその家族等は、介護老人福祉施設入所申込書兼調査書に、介護保険被保険者証の写し及び要介護認定一次判定資料の写しを添付して、直接施設に入所の申込みを行うものとする。

(2) 入所希望者等への説明

施設は、入所希望者等から申込みを受けた場合、入所決定までの手続及び入所の必要性を評価する基準等について十分に説明しなければならない。

4 入所の優先度評価

施設長は、入所申込者の評価基準(別表)に基づき、すべての入所申込者に対して優先度評価を行うものとする。

5 入所検討委員会

施設長は、入所の決定に係る事務を適正に処理するために、優先度評価の判定結果について審査を行う合議制の入所検討委員会を設置しなければならない。委員会は、施設長が召集し、原則として2か月に1回開催する。

6 入所の決定

入所の決定は、入所選考者名簿に記載された者であって優先度の高いもののうち、申込者の居住地、男女別構成、ユニットケア等の施設運営との整合性、入所待ちの期間、本人等の意向、緊急に対応すべき事柄等を勘案し、施設長が行うものとする。

7 判定結果の説明と申込者へのフォロー

施設は、優先度評価の判定結果及び委員会における審査の経過について、入所申込者及びその家族等から説明を求められた場合、十分な説明を行うものとする。また、入所に至らない入所申込者に対し、地域包括支援センター等と連携を図り、在宅での生活を支援していくための必要な措置が講じられるよう努めなければならない。

8 入所辞退者の取扱い

入所申込者及びその家族等の都合により入所の辞退があった場合は、施設長の判断によりその者の優先度の順位を繰り下げるものとする。再度の辞退があった場合は、その者を入所申込者名簿及び入所選考者名簿から削除することができる。

9 実施時期

この指針は、平成15年12月1日から施行する。

利 用 料 金 表(参考)

特別養護老人ホーム 小平健成苑(多床室)

令和6年4月1日より

要介護度	介護保険1割負担 (30日計算)	利用者負担限度額 区分	食事代(30日計算)/(日額)	居住費(30日計算)/(日額)	日用品費 (30日計算)/(日額)	1ヵ月(30日計算) 基本利用料(目安)
要介護 1	24,622円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	0円	8,790円 (293円/日)	42412 円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	11,100円/月 (370円/日)		56212 円/月
		負担第3段階 ①	19,500円/月 (650円/日)	11,100円/月 (370円/日)		64012 円/月
		負担第3段階 ②	40,800円/月 (1,360円/日)	11,100円/月 (370円/日)		85312 円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	26,550円/月 (855円/日)		133012 円/月
要介護 2	27,109円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	0円	8,790円 (293円/日)	44899 円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	11,100円/月 (370円/日)		58699 円/月
		負担第3段階 ①	19,500円/月 (650円/日)	11,100円/月 (370円/日)		66499 円/月
		負担第3段階 ②	40,800円/月 (1,360円/日)	11,100円/月 (370円/日)		96589 円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	26,550円/月 (855円/日)		135499 円/月
要介護 3	29,725円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	0円	8,790円 (293円/日)	47515 円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	11,100円/月 (370円/日)		61315 円/月
		負担第3段階 ①	19,500円/月 (650円/日)	11,100円/月 (370円/日)		69115 円/月
		負担第3段階 ②	40,800円/月 (1,360円/日)	11,100円/月 (370円/日)		90415 円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	26,550円/月 (855円/日)		138115 円/月
要介護 4	32,239円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	0円	8,790円 (293円/日)	50029 円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	11,100円/月 (370円/日)		63829 円/月
		負担第3段階 ①	19,500円/月 (650円/日)	11,100円/月 (370円/日)		71629 円/月
		負担第3段階 ②	40,800円/月 (1,360円/日)	11,100円/月 (370円/日)		92929 円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	26,550円/月 (855円/日)		140629 円/月
要介護 5	34,721円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	0円	8,790円 (293円/日)	52511 円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	11,100円/月 (370円/日)		66311 円/月
		負担第3段階 ①	19,500円/月 (650円/日)	11,100円/月 (370円/日)		74111 円/月
		負担第3段階 ②	40,800円/月 (1,360円/日)	11,100円/月 (370円/日)		95411 円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	26,550円/月 (855円/日)		143111 円/月

※1割負担部分には、概ねかかる予定の加算も計上されています。

利用料金表

地域密着型特別養護老人ホーム 健成苑はなこがねい

令和6年4月1日より

要介護度	1割負担 (30日計算)	利用者負担限度額 区分	食事代(30日計算)/(日額)	居住費(30日計算)/(日額)	日用品費 (30日計算)/(日額)	1ヵ月(30日計算) 基本利用料(目安)
要介護 1	30,336円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	24,600円/月 (820円/日)	8,760円 (292円/日)	72,696円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	24,600円/月 (820円/日)		75,396円/月
		負担第3段階①	19,500円/月 (650円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		97,896円/月
		負担第3段階②	40,800円/月 (1,360円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		119,196円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	75,000円/月 (2,500円/日)		187,146円/月
要介護 2	32,782円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	24,600円/月 (820円/日)	8,760円 (292円/日)	75,142円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	24,600円/月 (820円/日)		77,842円/月
		負担第3段階①	19,500円/月 (650円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		100,342円/月
		負担第3段階②	40,800円/月 (1,360円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		121,642円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	75,000円/月 (2,500円/日)		189,592円/月
要介護 3	35,369円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	24,600円/月 (820円/日)	8,760円 (292円/日)	77,729円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	24,600円/月 (820円/日)		80,429円/月
		負担第3段階①	19,500円/月 (650円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		102,929円/月
		負担第3段階②	40,800円/月 (1,360円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		124,229円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	75,000円/月 (2,500円/日)		192,179円/月
要介護 4	37,884円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	24,600円/月 (820円/日)	8,760円 (292円/日)	80,244円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	24,600円/月 (820円/日)		82,944円/月
		負担第3段階①	19,500円/月 (650円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		105,444円/月
		負担第3段階②	40,800円/月 (1,360円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		126,744円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	75,000円/月 (2,500円/日)		194,694円/月
要介護 5	40,294円/月	負担第1段階	9,000円/月 (300円/日)	24,600円/月 (820円/日)	8,760円 (292円/日)	82,654円/月
		負担第2段階	11,700円/月 (390円/日)	24,600円/月 (820円/日)		85,354円/月
		負担第3段階①	19,500円/月 (650円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		107,854円/月
		負担第3段階②	40,800円/月 (1,360円/日)	39,300円/月 (1,310円/日)		129,154円/月
		負担第4段階	73,050円/月 (2,435円/日)	75,000円/月 (2,500円/日)		197,104円/月

※1割負担部分には、概ねかかる予定の加算も計上されています。