

入 所 申 込 み 案 内

当施設は介護保険法による指定介護老人福祉施設ですので、

市町村の要介護認定3から5を受けた方がご利用いただけます。

※要介護1と2の方は、入所は出来ませんが、特例の条件を満たすことにより入所は可能です。

特例入所の条件についてはご確認ください。

サービスの基本方針

- 1 入所者の意思及び人格を尊重し、職員はキリスト教の愛の精神に根ざしたサービスを提供します。
- 2 個々の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護、機能訓練、その他日常生活上のお世話を誠心誠意させていただきます。
- 3 入所者一人一人の心や精神を大切にし、生き生きとした生活ができるような援助をこころがけます。
- 4 地域や家庭との結びつきを重視し、総合的なサービスを提供します。

入所申込みについて

以下の書類を提出して下さい。

- (1) 「入所申込書」(様式1) : 書き方が分からない箇所は当施設の受付係にご相談下さい。
- (2) 「介護保険被保険者証」(コピー)
- (3) 最近3ヶ月の「サービス利用票及び利用票別表」(コピー) : サービスを利用していない方は不要です。
- (4) 「介護保険認定調査票」(コピー) または「本人の健康状態」(別紙A) 「認知症による周辺症状」(別紙B) を提出して下さい。

介護保険認定調査票は、市町村介護保険課が発行しますが、ご本人でない方が窓口に行った場合は情報開示の同意書や代理人の身分証明が必要とされます。調査票を取り寄せるのが難しい方は、別紙A「本人の健康状態」と別紙B「認知症による周辺症状」を提出して下さい。

- (5) 「本人の介護状態等」(別紙C)
- (6) 入所申し込み個人情報使用同意書(別紙D)

受付された書類は、当施設の入所検討委員会で総合的に検討し、待機者名簿に登録され、入所基準のポイントの高い方からお入りいただきます。入所が近くなりましたら、ご連絡します。

入所基準について

施設サービスを受ける必要性が高いと認められる人から順に入所していただきます。必要性が高いと判断されるポイントは以下の点です。

- | | |
|-------------------------------|------------|
| (1) 御本人の介護の必要の程度及び心身の特性 | (2) 介護者の状況 |
| (3) 在宅介護の状況(介護保険の在宅サービス利用の状況) | (4) 本人の住所地 |

また、入所希望者の年齢や施設側の性別に応じた居室の状況、認知症に対する施設の受け入れ体制、医療行為を必要とする場合における施設の受入体制、その他特別な事情や緊急性等も考慮し、入所順位を調整します。

利用料について

- 1 施設サービス費(介護保険法に定められた要介護度別の給付額の1割及び2割、3割)
- 2 食事代及び居住費(光熱水費)
- 3 その他(日用品費、理美容代、クラブ参加費等は、実費をいただきます)
- 4 食事代、居住費を含め利用料は、収入によって減額される場合もありますので、ご相談ください。

入所申込み取り下げについて

何らかの事情で、申込みを取り下げる場合は、「入所申込取り下げ書」をお送り下さい。

社会福祉法人 キングス・ガーデン埼玉

特別養護老人ホーム 川越キングス・ガーデン

指定介護老人福祉施設(認可番号1170400228)

〒350-0806 川越市天沼新田247-2 電話049-232-5155 FAX 049-232-5157

特別養護老人ホーム川越キングス・ガーデン入所申込書

特別養護老人ホーム
川越キングス・ガーデン
施 設 長
特別養護老人ホーム川越キングス・ガーデン
に
入所したいので、次のとおり申し込みます。

申込者	〒	
住 所		
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電話番号	()	

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名		性別	介護保険者	(区・市・町・村)
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	男	被保険者番号	
	住 所	〒	女	要 介 護 度	1・2・3・4・5
	認知症等による 周辺症状の有無	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし (1~3の判断基準については、「入所申込書の書き方①」を参照して下さい)			
	現在利用している 在宅サービスの状況	1 訪問介護 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリ 5 通所介護 6 通所リハビリ 7 短期入所生活介護 8 短期入所療養介護 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 10 その他 ()			
	最近3ヶ月の在宅サー ビスの利用割合の状況	限度基準単位の % (この数値の計算方法については、「入所申込書の書き方②」を参照し て下さい。)			
	医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】			
入所を希望する理由 (該当するものすべて に○をつけて下さい)	1 介護者がいないため(本人は単身生活者)。 2 介護者がいるが高齢のため十分な介護が困難なため。 (介護者の年齢が、 a.70歳以上 b.60歳代 c.60歳未満) 3 介護者がいるが障害や病気の状況にある(該当する方は以下のa、b、cのいずれ かに○をつけて下さい)。 a.介護が困難である b.多少なら可能である c.介護できる ※○をつけた方は介護者の障害・疾病内容を記入してください () 4 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため(該 当する方は以下のa、b、cのいずれかに○をつけて下さい)。 (a.常時の育児または看病が必要である) (b.半日ほどの育児または看病が必要である) (c.時々、育児または看病が必要である) ※○を付けた方は育児状況・家族の病気の内容を記入してください				

		() 5 介護者が複数の介護をしている。 (a. 介護が困難である b. 多少なら可能である c. 介護はできる) ※○を付けた方は誰の介護をどこでどの程度行なっていますか () 6 介護者が就労しているため介護が困難 7 その他 ()			
	在宅で介護された期間	1年未満	1年以上	2年以上	3年以上
	現在いらっしゃる場所 (例：〇〇市〇〇病院 〇〇市の次女宅)	1 自宅 2 その他 ()			
介護者の状況	主たる介護者 ①有 ②無	①場合 氏名		性別 男女	本人との関係
		生年月日	年 月 日 (歳)		
		同居・別居 の区分	1 同居 2 別居 (状況：)		
		介護者の 就労状況	a. 1日8時間以上 (常勤) b. 4時間以上8時間未満 (パート) c. 4時間未満 (パート) d. 高齢のため就労不能 e. 就労していない		
	従たる介護者 ①有 ②無	①場合 氏名		性別 男女	本人との関係
		同居・別居 の区分	1 同居 2 別居 (状況：)		
介護の可能性		1 介護は困難である 2 多少介護は可能である 3 介護は可能である			
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい			
	申し込みの状況	1 当施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地： (区・市・町) 施設名：			
	担当の介護支援専門員 氏名	その方の所属事業所名	電話番号		
説明 確認	私は、この度、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 説明者氏名： 年 月 日 氏名： (印)				

【入所申込書の書き方】

- ①「認知症等による周辺症状」の基準は、介護保険認定調査票の「周辺症状」に掲げる項目の内、該当する項目が3項目以上ある場合で、「非常に多い」はそれらが毎日、「やや多い」は週に1～2回以上、「少しあり」は月に1～2回程度ある場合を目安にして下さい。
- ②「最近3ヶ月の在宅サービスの利用割合の状況」は、最近3ヶ月間に利用した単位合計(A)を最近3ヶ月

分の限度基準単位の合計（B）で除し、100 を掛け、小数点以下を切り捨てて出して下さい（ $A \div B \times 100$ ）。
今どこかに入院・入所している場合は、入院・入所する前の3ヶ月分で計算して下さい。

【添付書類】

- ① 認定調査票（写） ②介護保険被保険者証（写） ③最近3ヶ月のサービス利用票（写）

（①認定調査票は市町村の介護保険課に申請してください。すぐ取り寄せることが困難な場合は、認定調査票が無くても、この入所申込書を受付けます。）

【その他の注意】

- * 書き方が分からない場合は申込受付窓口にご相談下さい。
- * この申込書の提出後、何らかの事情で入所の必要がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出して下さい。
- * 申込内容に変更が生じた場合は、施設に連絡して下さい。本人の介護状況が重くなった場合や介護者の状況が悪化した場合は、待機者名簿の順位が上がる可能性があります。

本人の健康状態

※「介護保険認定調査票コピー」があれば提出の必要はありません

(該当するものを○で囲んでください。)

ふりがな 氏名	性別	男女	生年月日	年 月 日
麻痺等の有無	①ない ②左上肢 ③右上肢 ④左下肢 ⑤右下肢 ⑥その他			
不自由な関節	①ない ②肩関節 ③肘関節 ④股関節 ⑤膝関節 ⑥足関節 ⑦その他			
寝返り	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない			
起き上がり	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない			
座位保持	①できる ②自分の手で支えればできる ③支えてもらえればできる ④できない			
両足立位保持	①支えなしでできる ②何か支えがあればできる ③できない			
片足立位保持	①支えなしでできる ②何か支えがあればできる ③できない			
歩行(5m位)	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない			
移乗する行為	(たとえばベッドから車いすに移る) ①自立 ②一部介助 ③全部介助			
移動する行為	(たとえばトイレや風呂場へ移動する) ①自立 ②一部介助 ③全部介助			
立ち上がり	①つかまらないでできる ②何かにつかまればできる ③できない			
体を洗う	①自立 ②一部介助 ③全部介助 ④行っていない			
床ずれや褥瘡	①ない ②ある			
食事摂取	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
食物の飲込み	①できる ②見守りが必要 ③できない			
水の飲込み	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
排尿	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
排便	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
はみがき	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
洗顔	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
整髪	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
つめ切り	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
上衣の着脱	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
下衣の着脱	①自立 ②見守りが必要 ③一部介助 ④全部介助			
薬の内服	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
金銭の管理	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
電話の利用	①自立 ②一部介助 ③全部介助			
日常の意思決定	①できる ②日常的に困難 ③まったくできない			
意思の伝達	①できる ②日常的に困難 ③まったくできない			
指示の反応	①介護者の指示が通じる ②ときどき通じる ③まったく通じない			
生年月日や年齢	①言える ②言えない			
自分の名前	①言える ②言えない			
自分のいる所	①言える ②言えない			
今の季節	①言える ②言えない			
視力	①日常生活に支障ない ②不自由 ③まったく見えない			
聴力	①日常生活に支障ない ②不自由 ③まったく聞こえない			
血圧	①正常 ②高血圧 ③低血圧			
感染症	①ない ②ある(病名)			
既往症	①ない ②ある(病名)			
後遺症	①ない ②ある(病名)			
1ヶ月以内に受けた医療の内容を記入して下さい。 (例：点滴、経管栄養、酸素療法、透析、褥瘡の処置、人工肛門の処置等々)。				

認知症等による周辺症状の有無

※「介護保険認定調査票コピー」があれば提出の必要はありません

以下の19問のうち「有」が2つ以下なら「4. なし」に○、3つ以上ある場合、以下の指示に従って入所申込書の「認知症等による周辺症状の有無」欄の1~4を記入してください。

毎日ある場合は、「1. 非常に多い」に○をつけて下さい。

1週間に1~2回程度ある場合は、「2. やや多い」に○をつけて下さい。

1ヶ月に1~2回程度ある場合は、「3. 少しあり」に○をつけて下さい。

以下の項目で（有）に○を付けた際は頻度と具体的な内容を【】内に記入してください

※具体的な内容について記入しきれない際は裏面に記入してください

1. 物をとられたとかお金を盗まれたとか被害的になることはありますか。 1. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
2. 自分の都合のよいように作話をしたり、事実でない話をしますか 2. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
4. 泣いたり怒ったり等感情の不安定や暴力的になることがありますか。 4. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
5. 昼夜が逆転して困ったことがありますか。 5. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
7. 同じ話を何度もして周囲が困ることがありますか。 7. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
8. 大声を出したり、暴言で周囲に迷惑をかけることはありませんか。 8. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
9. 助言や介護に抵抗する行為がありますか。 9. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
10. 目的もなく動き回ることがありますか。 10. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
11. 「家に帰る」等と言い、落ち着かなくなることがありますか。 11. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
12. 外出して元の場所に戻れないことがありますか。 12. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
13. 一人で出たがって目が離せないことがありますか。 13. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
14. 必要ない物を収集する癖があって困っていませんか。 14. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
16. 物や衣類を壊したり破いたりして困ることはありませんか。 16. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
17. 便をいじったり尿を撒き散らすなどの行為はありませんか。 17. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
18. 食べられない物を口に入れる行為はありませんか。 18. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】
19. 火の始末など、ひどい物忘れで周囲に迷惑になることがありますか。 19. 有・無
【毎日 週に1~2回 月に1~2回 具体的な内容：】

本人氏名 _____

本人の介護状況等

1. ご本人は現在、どこで、どのような生活をしておられますか。

2. 現在、誰がどのような介護を行っていますか。

3. 今まで入所したことのある施設があったら、○で囲んで下さい。
 ①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ②介護老人保健施設 ③介護療養型医療施設
 ④グループホーム ⑤養護老人ホーム ⑥軽費老人ホーム ⑦ケアハウス ⑧その他（ ）
4. 現在、どのようなことで困っていますか。自宅に戻れない理由、自宅で生活するうえで支障になる状況など（認知症が理由で家族が負担になっている事やその頻度など、できるだけ具体的に記入をお願いします。この欄に記入しきれない場合裏面に記入してください）。

5. ご本人が自宅で生活するうえで支障になる住居環境、自宅に戻ることが難しい原因となっている住居環境についてお書きください。（入所や入院している方も、自宅に帰った場合。）

6. ご家族（配偶者、兄弟姉妹、子）の構成

氏名	続柄	年齢	住居地（市町村）	同居・別居の別	生存は○、死別は×
	本人				○
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	
				同居 別居	

7. 上記の別居しているご家族が介護出来ない理由、関わる事が難しい理由をお書きください

8. 特に川越キングス・ガーデンに入所申込みなされた理由があれば、お書き下さい。

(別紙D)

入所申し込み個人情報使用同意書

私（入所希望本人）、及びその家族の個人情報については、以下に記載する範囲内で使用することに同意します。

記

1、使用する目的

特別養護老人ホーム 川越キングス・ガーデンの優先入所検討に関わる会議の資料として使用する。
なお、同会議は入所の必要性が高いと認められる入所申込者の入所順位を決定するための審議機関。

2、使用する範囲

優先入所検討に関わる会議

3、使用する期間

入所申込から入所申込非該当になるまでの期間

4、条件

- (1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
(2)個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

社会福祉法人キングス・ガーデン埼玉
川越キングス・ガーデン特養 御中

令和 年 月 日

<入所希望本人 >

住所
氏名

印

<家族代表 >

住所
氏名

印

入所希望本人は、身体状況等により署名が出来ないため、入所希望本人の意思を確認のうえ私が代筆しました。

<署名代筆者>

住所
氏名

印

特別養護老人ホーム入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム
川越キングス・ガーデン施設長

申込者
住所：
氏名：

私は、さきに提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

1. 申込日

令和 年 月 日

2. 入所希望者

住所：
氏名：

3. 取り下げる理由