

特別養護老人ホーム さくら苑 入居申し込みのご案内

別添の記入要綱『指定介護老人福祉施設 入居のお申込みにあたって』をよくお読みになってご記入下さい。

尚、入居申込にあたり下記の書類が必要となりますので、ご用意の上ご提出ください。また、当施設で、3ヶ月に1度入所判定委員会を開催し、入居判定ランク(A～EランクでAから優先)を決めます。次回開催予定は____月の予定です。決定後、ご連絡の通知を差し上げますのでお待ちください。

〈申込必要書類〉

①特別養護老人ホーム さくら苑 申込書

②要介護認定調査票（写し）

（札幌市においては各区役所の保健福祉課、その他の市町村については役所に請求してください）

③介護保険者証（写し）

④診療情報提供書

（かかりつけの病院の先生(主治医)に、さくら苑指定の診療情報提供書の用紙に、現在の治療状況や内服薬の情報等を記入していただいでください）

⑤在宅サービスを利用されている方は、直近3ヶ月のサービス利用票及びその別表

（入所施設や病院等に入られている方は不要）

⑥個人情報使用同意書

〈当施設に入居できる方〉

- * 介護保険の要介護認定を受けており、判定が要介護3～要介護5の方
- * 日常生活を送る上でご家族の介護を受けることが困難な方
- * 現在疾患がある方は、その疾患が安定しており、継続した特殊な治療を必要としない方
（当施設は治療を目的としているものではなく、ご高齢者の生活をサポートする施設です。）

〈その他〉

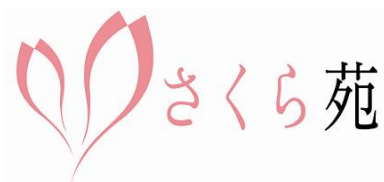
- * 入居は原則として「札幌市特別養護老人ホーム入居指針」に基づき、必要性を評価した上で決定するため、申し込み順ではありません。
- * 入居が決定するまでの間は当施設の入所待機となります。評価ランクに基づき待機順番をつけた上での登録となります。

〈お問い合わせ・ご相談・提出先〉

特別養護老人ホーム さくら苑

〒063-0837 札幌市西区発寒 17条3丁目4-30

TEL 011-669-7000 FAX 011-669-6060



担当 池田 勇貴 (いけだ ゆうき)

※ 個人情報保護に関する法令その他の関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を図ることをお約束いたします。

特別養護老人ホーム さくら苑 入居のお申込みにあたって

このたびは、当施設に入居のお申込みをいただきまして、ありがとうございます。

お申込みをいただくにあたって、「入居申込書」と要介護認定のために行われた「認定調査票の写し」、さらに「介護保険被保険者証の写し」を提出していただくこととなっておりますので、下記事項にご留意の上、それぞれご用意をお願いいたします。

- ①「入居申込書」のご記入にあたっては、下記の記入要領をご覧の上、必要事項をご記入ください。
- ②「認定調査票の写し」につきましては、お住まいの市町村の担当課に依頼してください。
- ③「介護保険被保険者証の写し」につきましては、お手持ちの保険者証のコピーをご用意ください。

【 入居申込書記入要領 】

1. 申込者（連絡先）について

- (1)入居申込みをしていただいた後、連絡先として、確実に連絡のとれる方の住所、氏名、電話番号をご記入ください。
- (2)したがって、必ずしも入居される方ご本人ではなく、ご家族などが連絡先となることもあります。

2. 氏名、生年月日、現住所等について

- (1)入居を希望される方ご本人（以下「ご本人」といいます）について、氏名、生年月日、現住所、性別、保険者、被保険者番号、要介護度、要介護認定期間をご記入ください。
- (2)この場合、「介護保険被保険者証」をご確認の上、ご記入ください。

3. 現況について

- (1)ご本人が現在、どこで生活しておられるかについて、あてはまる口欄に、をつけてください。
- (2)施設や病院に入所（院）している場合は、その施設・病院の名称、所在地（市町村名のみで結構です）、さらに入所（院）した時期をご記入ください。

4. 介護者等の状況について

(1)家族構成（ご本人の家族構成についてご記入ください）

- ① ご本人が、ご夫婦のみか、またはそのご夫婦と18歳未満の方とのみ同居している場合は、「イ」にをつけてください。
- ② ご本人お一人の世帯の場合は、「ウ」にをつけてください。
- ③ 上記“1”・“2”以外の場合は、「ア」にをつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の家族構成について上記と同様にご記入ください。

(2)介護者の有無

- ① 日頃、ご本人を介護していらっしゃる方のほかに、必要に応じて介護の応援をしてくれる方がいる場合は、「ア」欄にをつけてください。
- ② ご本人を介護していらっしゃる方がお一人のみの場合は、「イ」欄にをつけてください。
- ③ 介護者がいなく、お一人で生活している場合は、「ウ」欄にをつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の介護者の有無について上記と

同様にご記入ください。

(3) 介護者の年齢

- ① ご本人を介護していらっしゃる方の年齢が60歳未満である場合は、「ア」欄に☑をつけてください。
- ② ご本人を介護していらっしゃる方の年齢が60～74歳である場合は、「イ」欄に☑をつけてください。
- ③ ご本人を介護していらっしゃる方の年齢が75歳以上である場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。なお、“介護者がいない”場合も「ウ」欄に☑をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の介護者の年齢について上記と同様にご記入ください。

(4) 介護者の健康

- ① ご本人を介護していらっしゃる方が健康である場合は、「ア」欄に☑をつけてください。
- ② ご本人を介護していらっしゃる方が、現在、病気の治療を受けているなど、健康に不安を抱えている場合は、「イ」欄に☑をつけてください。
- ③ ご本人を介護していらっしゃる方も要介護者である場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。なお、“介護者がいない”場合も「ウ」欄に☑をつけてください。
- ④ 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の介護者の健康について上記と同様にご記入ください。

5. 介護可能時間

- (1) ご本人を介護していらっしゃる方が、介護にあたる時間が十分にあるという場合は、「ア」欄に☑をつけてください。
- (2) ご本人を介護していらっしゃる方が、何らかの理由で一部不在になることがあるという場合は、「イ」欄に☑をつけてください。
- (3) ご本人を介護していらっしゃる方が、何らかの理由でほとんど介護にあたる時間がないという場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。なお、“介護者がいない”場合も「ウ」欄に☑をつけてください。
- (4) 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の介護可能時間について上記と同様にご記入ください。

6. 要介護者との関係

＝ご回答しづらい点もあるかと思いますが、できるだけ、率直にご回答ください＝

- (1) ご本人と介護していらっしゃる方の関係が良好である場合は、「ア」欄に☑をつけてください。
- (2) ご本人を介護していらっしゃる方が、介護に対して疲れていると感じている場合は、「イ」欄に☑をつけてください。
- (3) ご本人を介護していらっしゃる方が、介護に対して非常に疲れていると感じ、最低限の介護しかできていないという場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。なお、“介護者がいない”場合も「ウ」欄に☑をつけてください。
- (4) 施設や病院に入所（院）している場合は、家に帰ったとした場合の要介護者との関係について上記と同様にご記入ください。

5. 生活・経済状況について

1. 待機状況

- (1) ご本人が、現在、施設や病院に入所（院）している場合は、次のように記入して下さい。
 - ① 現在、入所（院）している施設や病院から退所（院）してほしいとの働きかけがない場合は、「ア」欄に☑をつけてください。

② 現在、入所（院）している施設や病院から退所（院）してほしいとの働きかけがある場合、ア）とくに期限を定めて退所（院）してほしいとの働きかけがない場合は、「イ」欄に☑をつけてください。

イ）6ヶ月から1年以内くらいに退所（院）してほしいとの働きかけがある場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。

ウ）半年以内に退所（院）してほしいとの働きかけがある場合は、「エ」欄に☑をつけてください。

(2)ご本人が、現在、自宅で生活している場合は、「オ」欄に☑をつけてください。

2. 在宅サービス利用率

(1)ご本人が、現在、施設や病院に入所（院）している場合は、「ア」欄に☑をつけてください。

(2)ご本人が、現在、介護保険の在宅サービスを利用している場合で、要介護度ごとに設定されている介護保険による在宅サービスの月ごとの利用限度額に対して、

① その限度額の40%未満しか利用していない場合は、「イ」欄に☑をつけてください。なお、現在は何も在宅サービスを利用していない場合も、「イ」欄に☑をつけてください。

② その限度額の40～60%未満を利用している場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。

③ その限度額の60～80%未満を利用している場合は、「エ」欄に☑をつけてください。

④ その限度額の80%以上を利用している場合は、「オ」欄に☑をつけてください。

注1：詳しく分からない場合は、担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）の方にお尋ねください。

注2：なお、在宅サービスの利用を始めたばかりで、利用実績がない場合は、ケアプラン上の予定額で結構です。

3. 在宅サービス利用状況

(1)ご本人が、現在、施設や病院に入所（院）している場合は、「ア」欄に☑をつけてください。

(2)在宅サービスを利用している場合で、“十分にサービスを利用している”という場合は、「イ」欄に☑をつけてください。

(3)在宅サービスを利用している場合で、“まあまあサービスを利用している”という場合は、「ウ」欄に☑をつけてください。

(4)在宅サービスを利用している場合で、利用料の負担などのため、“一部、サービスの利用を抑制している”という場合は、「エ」欄に☑をつけてください。

(5)在宅サービスを利用している場合で、利用料の負担などのため、“サービスの利用をかなり抑制している”という場合は、「オ」欄に☑をつけてください。

4. 保険料の段階

(1)介護保険の保険料は、ご本人の所得状況などに応じて5段階に設定されています。お手持ちの**保険料通知書**などをご確認の上、保険料の段階について、第1段階から第7段階（第6段階以上に設定されている場合は、この第5段階に含めてください）について、あてはまる□欄に☑をつけてください。

(2)なお、お分かりにならない場合は、お住まいになっている市町村の担当課にお問合せください。

5. 住居

(1)現在、施設や病院に入所（院）していて、退所（院）後の住居がある場合は、「ア」欄に☑をつけてください。

(2)現在、住んでいるご本人の住居が、快適な生活ができる住宅である場合は、「イ」欄に☑をつけてください。

(3)現在、住んでいるご本人の住居が、生活をする上で、居住性に一部、問題がある場合は、「ウ」

欄に☑をつけてください。

(4)現在、住んでいるご本人の住居が、生活をする上で、居住性にかなり問題がある場合は、「工」欄に☑をつけてください。

(5)現在、施設や病院に入所（院）していて、退所（院）後の住居がないという場合は、「才」欄に☑をつけてください。

6. 入居希望時期について

1. 実際に施設に入居したい時期について、“今すぐ入居したい”と“〇年〇月〇日頃までに入居したい”のどちらかご希望の口欄に☑をつけてください。
2. なお、“〇年〇月〇日頃までに入居したい”場合には、そのご希望の年月日を記入して下さい。

7. 医療の状況について

1. 現在受けている治療で、“経管栄養”、“胃ろう”、“在宅酸素”、“インシュリン注射”の口欄に☑をつけてください。また、その他特別な治療を受けている場合は、“その他”の口欄に☑をつけ、その内容を記入して下さい。
2. 現在、治療を受けている病名や、とくに注意事項などがあればご記入ください。

8. 特列入所の要件に該当するやむを得ない事由

1. 要介護度 1 又は 2 の方については、入所するにあたり特列入所の扱いとなります。そのため、特列入所の要件を入居申込書の下に記載されている各要件を読み、該当すると思われる理由に○を付けて下さい。また、それについての理由も記入をお願いします。

9. 生活歴について

これまでの生活歴について、出生地、学歴、職歴、結婚歴、ご家族などについて、差し支えない範囲でご記入ください。

10. 申込状況について

1. 今回、当施設に入居を申込みほかに、他の施設に申込みをされているかどうかについて、あてはまる口欄に☑をつけてください。
2. なお、現在、既に入居申込みをしている施設があればその施設名を、今後、申込みを行う予定の施設があればその施設名をご記入ください。

11. 主たる介護者について

1. ご本人を日頃、介護なさっている方についてご記入ください。
2. なお「意見」欄には、とくに介護上での悩みなどがあれば、ご記入ください。

12. 紹介事業所について

今回、当施設に入居をお申込みになるにあたり、当施設の紹介を受けた居宅介護支援事業所または在宅介護支援センターがあれば、その事業所（センター）名、電話番号、担当者についてご記入ください。

特別養護老人ホーム さくら苑 入居申込書

2015/4/13

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	/ /
受付日	

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

特別養護老人ホーム さくら苑に入居したいので
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)		特別養護老人ホーム さくら苑		保 険 者		
(フリガナ)		性別		被保険者番号		
氏 名				要介護度		
生年月日		年 月 日 () 歳		要介護 認定期間		
現住所		〒 —		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
現 況		<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している				
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居				
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない				
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)				
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)				
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)				
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)				
入居希望者の 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等				
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上				
	在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している				
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階				
	住 居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> / / 頃までに入居したい					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】					
特例入所の要件に 該当するやむを得ない 事由	該当する特例入所の要件(① ・ ② ・ ③ ・ ④) ※該当すると思われる要件に○を付けてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします) (記入者 続柄等)					
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()					
主たる 介護者	(フリガナ)	性別		本人との関係		
	氏 名			生年月日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)				
	意見	【介護をしている上で困っていること等】				
紹介居宅介護支援事業所など		電話番号		担当		

※特例入所の要件
 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
 ②知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
 ④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

指定介護老人福祉施設 さくら苑 利用料金表（介護度別・居室別・保険料段階別） ※平成 27 年 8 月 1 日現在

	介護福祉施設サービス費			居住費 1ヶ月当り ()内は 1日当り				食費 1ヶ月当り ()内は 1日当り				合 計			
	1日当り サービス費 (円)	1ヶ月当り サービス費 (30日) (円)	1ヶ月当り 自己負担 (30日) (円)	入居者負担				入居者負担				入居者負担			
				第1段階 (円)	第2段階 (円)	第3段階 (円)	第4段階 (円)	第1段階 (円)	第2段階 (円)	第3段階 (円)	第4段階 (円)	第1段階 (円)	第2段階 (円)	第3段階 (円)	第4段階 (円)
要介護 1	6,337	190,410	19,041 【38,082】	24,600 (820)	24,600 (820)	39,300 (1,310)	59,100 (1,970)	9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	41,400 (1,380)	52,641	55,341 【93,423】	77,841 【115,923】	119,541 【157,623】
要介護 2	7,006	210,210	21,021 【42,042】	24,600 (820)	24,600 (820)	39,300 (1,310)	59,100 (1,970)	9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	41,400 (1,380)	54,621	57,321 【99,363】	79,821 【121,863】	121,521 【163,563】
要介護 3	7,726	231,810	23,181 【46,362】	24,600 (820)	24,600 (820)	39,300 (1,310)	59,100 (1,970)	9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	41,400 (1,380)	56,781	59,481 【105,843】	81,981 【128,343】	123,681 【170,043】
要介護 4	8,395	251,880	25,188 【50,376】	24,600 (820)	24,600 (820)	39,300 (1,310)	59,100 (1,970)	9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	41,400 (1,380)	58,788	61,488 【111,864】	83,988 【134,364】	125,688 【176,064】
要介護 5	9,065	271,980	27,198 【54,396】	24,600 (820)	24,600 (820)	39,300 (1,310)	59,100 (1,970)	9,000 (300)	11,700 (390)	19,500 (650)	41,400 (1,380)	60,798	63,498 【117,894】	85,998 【140,394】	127,698 【182,094】

※1 上記利用料金以外に別表 1 に記載されている介護保険給付外サービスに要する費用及び別表 3 に記載されている介護保険給付対象加算等をご負担していただきます。

なお、介護保険給付対象加算等については、算定条件が整っていない場合には算定いたしません。

※2 上記【 】内は 2 割負担の方の料金を示しています。() は 1 日当たりの料金です。

※3 端数処理により合計数が異なる場合があります。

別表 1

施設利用料等一覧（介護保険給付対象外サービス）

項 目	単位等	金額等
<p>預かり金管理費</p> <p>ご契約者（入所者及び関係人）の希望により、嗜好品の購入や医療費（協力医療機関での診察料及び定期薬代は除く）のお支払いの為に現金をお預かりいたします。詳細は下記のとおりとなっています。</p> <p>◇管理する金銭の形態：現金</p> <p>◇保管管理者：施設長</p> <p>◇出納方法：手続き概要は下記のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保管管理者は預かり金に入金があった場合には、預かり書を発行し、その都度、入所者預かり金出納帳に記載します。 ・保管管理者は預かり金より出金があった場合には、その都度、入所者預かり金出納帳に記載し、定期的（1ヶ月毎）にご契約者（入所者又は関係人）にお知らせします。 	1ヶ月	1000円
<p>特別な食事の提供に要する費用</p> <p>ご契約者（入所者及び関係人）のご希望に基づいて特別な食事を提供します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出前 ・行事食 など 	1回	実費
<p>理容・美容に要する費用</p> <p>月1回、理・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カット ・カット、顔そり ・カット、顔そり、シャンプー ・パーマ ・髪染め ・顔そり 	1回 " " " " "	1400円 1800円 2100円 5250円 3500円～ 1100円
<p>医療材料費</p> <p>下記物品を使用されているご契約者（入所者）のみ費用をご契約者（入所者及び関係人）にご負担していただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・シリンジ ・栄養セット など 	1セット "	実費 "
<p>テレビ・冷蔵庫レンタル代</p> <p>当施設にてご用意してある家電を使用された場合に、その費用をご契約者（入所者及び関係人）にご負担していただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・テレビ ・冷蔵庫 	1ヶ月 "	1250円 "
<p>家電電気代</p> <p>居室内において個人所有のテレビ、冷蔵庫、加湿器、電気毛布、ラジカセ、電気シェーバー、固定電話を使用されている入所者のみ、その費用をご契約者（入所者及び関係人）にご負担していただきます。</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ・テレビ ・冷蔵庫 ・加湿器 ・電気毛布 ・ラジカセ ・電気シェーバー ・電話 ・扇風機 	1ヶ月 "	500円 600円 300円 300円 300円 100円 300円 300円
レクリエーション・クラブ活動に要する費用 ご契約者（入所者及び関係人）のご希望により参加していただくことができます。 ・材料費 など	1回	実費
入浴物品関連費 入浴時必要物品の購入代金等ご契約者（入所者）の入浴時に要する費用でご契約者（入所者及び関係人）にご負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担していただきます。 施設備品を使用されない場合は、ご契約者（入所者）又はご家族にてご用意していただきます。 ・リンス in シャンプー ・ボディーソープ	1ヶ月 "	400円 400円
日用品費 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で入所者（契約者）にご負担いただくことが適当であるものに係る費用を負担していただきます。 ・歯ブラシ ・歯磨き粉 ・ティッシュ ・石鹸 ・タオル ・義歯洗浄剤	1本 1個 1箱 1個 1本 1箱	実費 " " " " "
居室の明け渡しに係る費用 ご契約者（入所者及び関係人）が、契約終了後も居室を明け渡さない場合などに、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る居室料金を負担していただきます。 ・居住費（基準費用額の上限額） （介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額）	1日	1970円
その他日常生活上必要となる諸費用 上記以外にも日常生活品の購入代金などご契約者（入所者）の日常生活に要する費用でご契約者（入所者及び関係人）にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用はご負担していただきます。 ・嗜好品の購入（当施設から提供するおやつ以外） ・外注クリーニング代（当施設での洗濯が困難な衣服） など	1回 "	実費 "

別表 3

介護保険給付対象加算等料金（当施設提供分）

項 目	負 担 額	内 容
個別機能訓練加算	約 13 円 / 日	①常勤の機能訓練指導員を 1 名以上配置していること。 ②利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた、訓練の実施及び評価等を行うこと。 ③個別機能訓練開始時及びその 3 ヶ月毎に 1 回以上 入所者又はそのご家族に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録すること。 上記、①、②、③いずれにも該当する場合に算定
栄養マネジメント加算	約 15 円 / 日	①常勤の管理栄養士を 1 名以上配置していること。 ②入所者毎の低栄養状態のリスクを入所時に把握すること。 ③②を踏まえて、入所者毎の解決すべき課題を把握すること。 ④③を踏まえて、栄養ケア計画を作成し、入所者又はそのご家族に対して説明し、同意を得ること。 ⑤入所者毎の栄養状態を把握し、定期的且つ必要時に栄養ケア計画の見直しを行うこと。 上記、いずれにも該当する場合に算定
外泊時費用	約 250 円 / 日	入院及び外泊の場合 1 ヶ月に 6 日を限度として算定 月をまたぐ場合は最大 12 日算定
初期加算	約 31 円 / 日	入所後 30 日間と 30 日以上入院から再入所時に算定
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	約 19 円 / 日	夜勤職員の配置体制が、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たした場合
日常生活継続支援加算	約 47 円 / 日	以下の①～③の要件いずれかを満たしている場合に算定 ①介護 4 若しくは要介護 5 の者の占める割合が前 6 ヶ月または前 12 ヶ月の新規入居者の総数の 70%以上であること。 ②認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が前 6 ヶ月または前 12 ヶ月の新規入居者の総数の 65%以上であること。 ③介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者が 6 またはその端数増すごとに 1 以上であること。

療養食加算	約 19 円 / 日	入所者の疾病に合わせ医師の食事箋に基づき療養食を提供した場合に算定
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	約 13 円 / 日	介護職員の中で介護福祉士を 50%以上配置している場合に算定
看護体制加算(Ⅰ)	約 4 円 / 日	常勤の看護師を 1 名以上配置している場合に算定
口腔衛生管理体制加算	約 1 円 / 日	入所者に対して計画的な口腔ケアを行うことができるよう、歯科医師が施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導等を行う場合に算定
経口維持加算(Ⅰ)	約 405 / 月	誤嚥が認められる入所者に対して、医師又はその他の職種の者が、栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口維持計画を作成した場合に算定
経口維持加算(Ⅱ)	約 100 円 / 月	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合に、入居者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に算定
退所時等相談援助加算		①入居者の退所に先立ち、退所後生活する居宅を訪問し、入居者及びその家族等に対して退所後生活する居宅を訪問し、居宅等又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に算定
①退所前訪問相談援助加算	①約 466 円/日	②入居者の退所後 30 日以内に居宅を訪問し、入居者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に算定
②退所後訪問相談援助加算	②約 466 円/日	③居宅において居宅サービス等を利用する場合、退所時に入居者及びその家族等に対して退所後の居宅等又は福祉サービスについて相談援助を行った場合に算定
③退所時相談援助加算	③約 405 円/日	④退所し、居宅にて居宅等サービスを利用する場合、入居者の退所に先立ち利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入居者の同意を得て、情報提供を行った場合に算定
④退所前連携加算	④約 507 円/日	
看取り介護加算	死亡日以前 4 日以上 30 日以下 約 146 円/日 死亡日の前日及び前々日 約 680 円/日 死亡日 約 1,280 円/日	医師の診断による終末期を迎えられた時、ご本人及びご家族が施設での看取り介護を希望した場合に限り算定

<p>介護職員処遇改善加算(I)</p>	<p>所定単位数に 8.3%を乗じた 単位数で算定</p>	<p>以下の要件に適合している場合に算定</p> <p>(1)介護職員の賃金の改善（以下「賃金改善」という。）に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。</p> <p>(2)介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。</p> <p>(3)当該事業者において、(1)の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事に届け出ていること。</p> <p>(4)当該事業者において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事（地域密着型サービスを実施している事業所にあつては市町村長）に報告すること。</p> <p>(5)算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。</p> <p>(6)当該事業者において、労働保険料の納付が適正に行われていること。</p> <p>(7)次に掲げる基準のいずれかの基準に適合すること。</p> <p>① 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の任用の際における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。</p> <p>b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>② 次に掲げる要件の全てに適合すること。</p> <p>a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。</p> <p>b aについて、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>c 介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。</p> <p>d cの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。</p> <p>(8)平成20年10月から(3)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。</p>
----------------------	---------------------------------------	--

※日常生活継続支援加算を算定した場合にはサービス提供体制強化加算は算定いたしません

個人情報使用同意書

私および私の家族の個人情報につきましては、社会福祉法人 さくら会 が実施する通常の業務において、次の記載することにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

1. 利用目的

(1) 社会福祉法人 さくら会 内部での使用

- ① 社会福祉法人 さくら会 が当該利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 社会福祉法人 さくら会 の管理運営業務
 - ・ 入退所等の管理
 - ・ 会計、経理
 - ・ 事故等の内部報告
 - ・ 当該利用者の介護サービスの向上
 - ・ 費用の請求及び収受に関する業務
 - ・ 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・ 事務所内にて行われる学生の実習への協力
 - ・ 事務所内にて行われるケース研究

(2) 他の事業所等への情報提供を伴う場合

- ① 社会福祉法人 さくら会 が当該利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・ 当該利用者に介護サービス等を提供する他の介護関連事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会の回答
 - ・ 医療機関との連携、照会への回答
 - ・ 利用者の健康管理に係る検査業務の委託 その他の給食業務等の委託
 - ・ 家族等への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち
 - ・ 審査支払期間へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払期間又は保険者からの紹介者への回答
- ③ 管理運営業務のうち
 - ・ 公的な外部監査機関等への情報提供
- ④ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

(3) その他

当該利用者および家族向けに発行する案内文書類への掲載

2. 利用期間

社会福祉法人 さくら会 が当該利用者等に提供する介護サービス契約書の有効期間

平成 年 月 日

ご契約者（利用者） 住所
氏名 ⑩

ご契約者（関係人） 住所
氏名 ⑩

※契約者（利用者）欄を代筆した場合のみ下記へ記載

代筆者（代理人） 住所
氏名 ⑩

診療情報提供書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム さくら苑
施設長 行

医療機関の
所在地及び
名称
担当医氏名 ⑩

氏名		男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日生 (歳)	

紹介目的	
------	--

診断名	1. 5.
	2. 6.
	3. 7.
	4. 8.

既往歴	
-----	--

現病歴	
-----	--

治療経過	
------	--

感染症	
現在：無・有 《ワ氏・HB・MRSA・結核・B型肝炎・C型肝炎・その他()》 特記事項：	
既往：無・有 《ワ氏・HB・MRSA・結核・B型肝炎・C型肝炎・その他()》 特記事項：	

身体状況	
移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事方法： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事形態： <input type="checkbox"/> 常食 () <input type="checkbox"/> 粥食 (分粥・) <input type="checkbox"/> 特食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 cal <input type="checkbox"/> 減塩 g <input type="checkbox"/> その他 ())	
排泄方法： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()	
尿道カテーテル等 (有・無) ストーマ (有・無) 気管切開 (有・無)	
その他特記事項：	

精神状況	
認知症： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
認知症状態： <input type="checkbox"/> 軽いもの忘れ <input type="checkbox"/> 中等度記憶障害 <input type="checkbox"/> 高度記憶障害	
見当識障害：時間(常時・時々・無し) 場所(常時・時々・無し) 人物(常時・時々・無し)	
問題行動：昼夜逆転(常時・時々・無し) 不 穏(常時・時々・無し) 徘徊(常時・時々・無し) 弄 便(常時・時々・無し) 独 語(常時・時々・無し) 奇 声(常時・時々・無し) 幻 視(常時・時々・無し) 幻 聴(常時・時々・無し) 妄 想(常時・時々・無し) 異 食(常時・時々・無し) その他 ()	
その他特記事項：	

現在の処方	
薬剤アレルギー：無・有 ()	

備考	
----	--