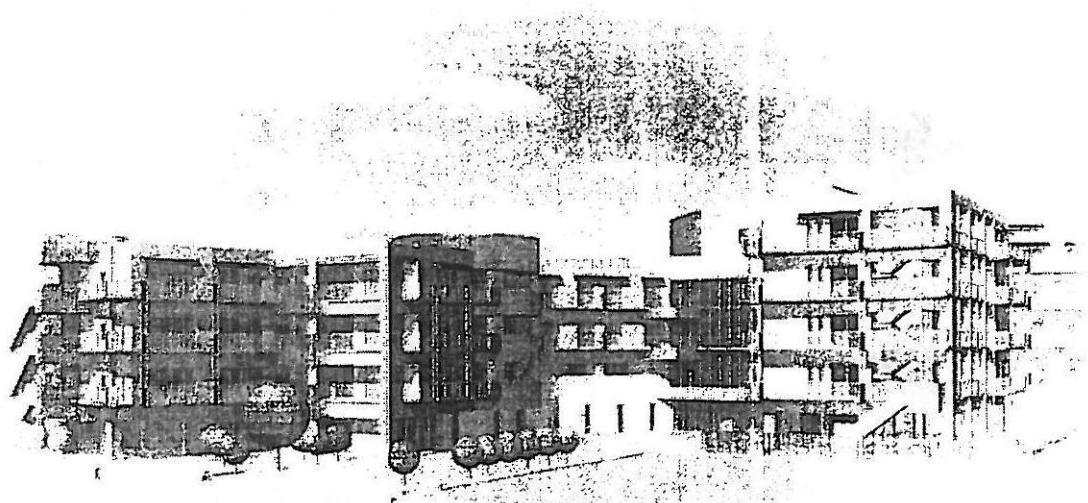


介護老人福祉施設 愛しや
入所のご案内



社会福祉法人 明倫福祉会

ご入所の条件

優先入所の対象となる高齢者等は、入所申込者のうち、要介護3から5までの要介護者及び、要介護1または2であって特例入所の要件に該当する者のうち、身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な高齢者等とする。

- ① 介護保険要介護認定において要介護1～5を受けておられる方
- ② 常時医療機関において治療をする必要のない方
- ③ 自傷他害の恐れのない方
- ④ 契約時にお渡しする入所契約書等に定める事項を承認し、事業者の運営方針に賛同できる方

ご入所までの流れ

ご相談・お問い合わせ



書類のご提出

別紙3種類 及び 追加書類

定期調査の実施

入所申込の継続意思並びに入所申込者及び介護者等の状況把握のため、年に一度状況確認調査を行います。

調査実施に際しては、以下の方は調査の対象となります。

- (1) 入所決定された者や辞退・死亡等により削除された者
- (2) 入所申込から6ヶ月を経過していない者
- (3) 入所申込の意思及び入所申込者等の状況が明確な者
- (4) その他申込者調査の必要な者

面 談

ご連絡を差し上げて面談日を決定し、ご自宅等に伺うか、当施設へご来所いただき、面談を行います。

入所判定会議

法人内にて入所可否の判定を行います。入所可能な場合には、入所日や条件等をお伝えいたします。

入所契約締結

入所前に契約を終結します。



ご入所

事業主体

運営主体 社会福祉法人 明倫福祉会
代表者 理事長 宮地 千尋
所在地 兵庫県神戸市中央区港島中町5丁目2番地

施設概要

施設名 介護老人福祉施設 愛しや（かいごろうじんふくししせつ あしや）
サービス種別 特別養護老人ホーム
開設日 平成19年3月15日
住所 〒659-0032 兵庫県芦屋市浜風町31-3
(アクセス) (JR芦屋駅・阪神芦屋駅より阪急バス17系統 浜風大橋北 下車徒歩1分)
施設規模 入所（特養） 80名
ショートステイ 20名
建物構造 鉄筋コンクリート造 5階建て
住居スペース 全室個室・ユニットケア型
1ユニット（定員10名）を8箇所に設置。

| 主な設備 | 入所全体 | 1ユニット当たり | 備考欄 |
|-------|--------------|------------|-----------------------------|
| 居室 | 80室 | 10室 | 個室 平均面積 14.5 m ² |
| 食堂兼居間 | 8箇所 | 1箇所 | |
| 台所 | 8箇所 | 1箇所 | |
| トイレ | 18箇所 32箇所 | 2箇所 4箇所 | 様式・車椅子対応 居室内 |
| 洗面所 | 80箇所 | 10箇所 | 各居室内 |

提供サービス

日常生活 : 食事・入浴・排泄などの場面において、ご利用者の方の不自由な事をサポート（介助）します。

食事は、普通食・刻み食・ミキサー食など、体調に合わせて提供いたします。

洗濯については、施設に行います。

健康管理 : 日常の健康管理については、医師の指示に基づき、当施設の看護職員が行います。

緊急対応 : 各居室、トイレ、浴室等にナースコールを設置し、緊急時に対応いたします。

協力医療機関

医療法人 明倫会 宮地病院

住所 : 兵庫県神戸市東灘区本山中町4丁目1番8号

ベッド数

88床（内、一般病床36床、地域包括ケア病床8床、医療療養病床44床）

診療科目

内科、消化器科、循環器科、整形外科、外科、放射線科、リウマチ科、リハビリテーション科
〔健診・特殊外来：人間ドック、健診、禁煙外来、もの忘れ外来、特定健診、特定保健指導〕

入居費用

なし（敷金や入居一時金等はありません。）

月額利用料金

- ◎ 介護保険の給付の対象となるサービス

1、介護保険に規定された介護報酬告示上の額の1割・2割または3割

- ◎ 介護保険給付対象外サービス

2、居住費

3、食費

4. 日常生活費・実費

1ヶ月あたりのご利用料金【概算】 *1ヶ月を30日と計算

| 要介護度 | 1、 <u>介護保険</u> 利用者負担 | 2、 <u>居住費</u> | 3、 <u>食費</u> | 4、 <u>日常生活費</u> 実費等 | 合計 |
|------|-------------------------|---------------|--------------|------------------------|------------|
| 要介護1 | 1割 28,539 | | | | 1割 175,539 |
| | 2割 57,078 | | | | 2割 204,078 |
| | 3割 85,617 | | | | 3割 232,617 |
| 要介護2 | 1割 31,096 | | | 下記参照 | 1割 178,096 |
| | 2割 62,192 | | | | 2割 209,192 |
| | 3割 93,288 | | | | 3割 240,288 |
| 要介護3 | 1割 33,836 | 90,000 円 | 57,000 円 | | 1割 180,836 |
| | 2割 67,671 | | | | 2割 214,671 |
| | 3割 101,506 | | | | 3割 248,506 |
| 要介護4 | 1割 36,429 | | | | 1割 183,429 |
| | 2割 72,857 | | | | 2割 219,857 |
| | 3割 109,286 | | | | 3割 256,286 |
| 要介護5 | 1割 38,949 | | | | 1割 185,949 |
| | 2割 77,898 | | | | 2割 224,898 |
| | 3割 116,847 | | | | 3割 263,847 |

※ 介護負担限度額認定証をお持ちの方は居住費及び食費が1日あたり下記料金となります。

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② |
|--------------|------|------|--------|--------|
| 居住費（ユニット型個室） | 880円 | 880円 | 1,370円 | 1,370円 |
| 食 費 | 300円 | 390円 | 650円 | 1,360円 |

日常生活費

- 理美容サービス : 1回 1,500円（カット）
- 医療費・薬代 : 老人医療保険での自己負担分
- トイレ付き居室 : 1日 500円 など

ご提出いただく書類一覧

ご作成いただく書類

- 入所申込書
- 介護支援専門員等意見書(様式2)
- 同意書

添付書類（必ず必要な書類）

- 要介護認定調査票(基本調査)(写)
(市町村より発行してもらう書類)
- 直近3ヶ月分のサービス利用表(写)及び別表(写)
- 介護保険被保険者証(写)

添付書類（お持ちの場合のみ）

- 標準負担額減額認定証(写)
- 薬の情報書類(写)

ご提出先

〒659-0032 芦屋市浜風町31-3

高齢者総合福祉施設 愛しや

こちらまで、ご持参又はご郵送ください。

入所申込関係書類について

- 1、 入所申込書・調査票・同意書に必要事項をご記入願います。
- 2、 提出の際には、添付書類をご確認の上、ご提出ください。介護保険被保険者証等が添付されていない場合、申込書の受理事務が遅れますので、ご留意願います。
- 3、 ご提出いただいた書類を元に、法人内に設置した入所検討委員会において入所判定を行います。
- 4、 書類受付後、面談によりご本人様の様子を確認させていただきます。なお、身体状況等に応じて面談の順番を決定いたします。そのため、書類受付後、必ず面談が行われるわけではありません。
- 5、 申込後、申込書の記載内容に変更がありましたらご連絡願います。

問い合わせ先

社会福祉法人 明倫福祉会

高齢者総合福祉施設 愛しや

〒659-0032 兵庫県芦屋市浜風町31-3

TEL 0797-23-7300 FAX 0797-23-7301

特別養護老人ホーム 入所申込書

申込日： 年 月 日

介護老人福祉施設 愛しや
施設長 和田 周郎 様

入所申込者

| | | | | |
|--------|---------------|--------|-------------------|-----|
| ふりがな | | 性別 | 保険者 | 市・町 |
| 氏名 | | 男 女 | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 要介護度 | 1 · 2 · 3 · 4 · 5 | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 電話番号 | () | |
| 現住所 | 〒 — | | | |

【必要添付書類】

- ①介護支援専門員等意見書（様式2） ②認定調査票（基本調査）（写）
③直近3ヵ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄も記入してください。）

| | | | |
|----|---------------------------|-----------|--|
| 氏名 | | 入所申込者との続柄 | |
| 住所 | 〒 — 日中の連絡先 電話番号 () | | |

上記入所申込者について、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

| 時 期 | 早急 · 年 月 以降 | 申込予定： | 貴施設のみ | 他にも申込む | ヶ所（予定） | |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 現 態 | <input type="checkbox"/> 1 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 2 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 3 老健等施設や病院に入っている。 <p>※「□3 老健等施設や病院に入っている。」に“✓”を入れた場合は下記についても記入してください。</p> <p>◇ 施設名又は病院名： ◇ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している。</p> | | | | | |
| 入所希望理由 <u>（要介護3～5の方は、右記の該当項目を全て選んでください。）</u> | <input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない（狭い、改修不可など） <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない（立地・地形上など） <input type="checkbox"/> 11 その他の理由（具体的にお書き下さい） | | | | | |
| 特例入所該当理由 <u>（要介護1又は要介護2の方は、右記の該当項目を全て選んでください。）</u> | <input type="checkbox"/> 1 認知症・知的障害・精神障害等により常時の見守り・介護が必要 <input type="checkbox"/> 2 介護者がなく、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない <input type="checkbox"/> 3 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難であり、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分でない | | | | | |
| 主たる 介護者 | ふりがな | | 性別 | 本人との関係 | 生年月日 | |
| | 氏 名 | | 男 女 | 日中の連絡先 電話番号 | () | |
| | 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：) | | |
| | 就労状況等 | <input type="checkbox"/> 就業中 | <input type="checkbox"/> 育児 | <input type="checkbox"/> 高齢 | <input type="checkbox"/> 疾病 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 意見 | 【介護をしている上で困っている事等】 | | | | |
| 同意書 | • 申込施設が担当の介護支援専門員や入所申込者の介護保険の保険者である市町（以下、保険者市町という。）から入所判定に必要な入所申込者等の情報を受けることに同意します。 • 入所申込者の入所判定や年1回県と保険者市町が合同で実施する特別養護老人ホーム入所申込状況調査や今後の保険者市町の施策の参考とするため、この申込書及び介護支援専門員等意見書の内容を保険者市町に報告することに同意します。 | | | | | |
| | 年 月 日 | 氏名 | | | | |

調査票

現況

独居・高齢者所帯・家族同居
 入院中(病院名)・入所中(施設名)
 •継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日
 •申込日時の入所等の期間(年 月)

| | | | | | | |
|----------------|--------|---|---------------|--------------------|-----------|----|
| 生活状況 | 移動 | 歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 食事 | 主)普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン) 副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 排泄 | トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 入浴 | 介助浴・座浴・特浴 | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | | |
| | 送迎時の介助 | 車椅子・ストレッチャー | 要・不要 | | | |
| 身体状況 | 視力 | 普通・見えにくい・見えない | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 聴力 | 普通・聴こえにくい・聴こえない | 精神状態 | 安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他) | | |
| | 発語 | 普通・やや不自由・不自由 | 認知症 | 無・有() | | |
| | 理解力 | 普通・分かりにくい・分からない | 問題行動 | 無・有() | 徘徊・不潔行為・他 | |
| 健康状況 | 現疾患 | | 病歴 | | | |
| | 主治医 | | TEL | | | |
| | 医療の状況 | 経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他() | | | | |
| | 感染症 | 無・有() | アレルギー | 無・有() | | |
| | 皮膚刺激 | 普通・弱い | 麻痺 | 無・有() | | |
| | 便秘 | 無・有(服薬:無・有) | 拘縮 | 無・有() | | |
| | 睡眠 | 良・不良(服薬:無・有) | 褥瘡 | 無・有() | | |
| | 嚥下 | 異常なし・むせる・つめる | 湿疹 | 無・有() | | |
| | 入れ歯 | 無・有(上・下) | 口腔保清 | 要・不要() | | |
| 住環境 | 区分 | 持ち家・借家・高層住宅 | 階(エレベーター 有・無) | | | |
| | 住宅改修 | 可・不可・改修済() | | | | |
| | 立地等 | 在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他) | | | | |
| 年金の種類 年金受取額 | | (当欄は、必ずしもご記入いただく必要はありませんが、ご協力いただければ幸いです。) | | | | |

【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。

(様式2)

記入日：_____年_____月_____日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名 :

記載者

氏名：

所属：

職種：

電話：

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合も含む）

① 発生頻度

非常に多い 時々ある 少しはある・稀にある なし

②症状（該当する項目全てにチェック）

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他（）

(2) 主たる介護者・家族等の状況

□身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。

□介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。

□介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。

□介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)

□介護者が近隣にいる。

□同居の介護者がいる。（　　人）

□その他（ ）

(3) 主たる介護者の負担感

□介護疲れがひどい

□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある

□在宅サービスの利用にて順調

□在宅サービスの利用ないが順調

□殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

- 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
- 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない。
- 施設や病院から退所(院)を求められている。
- 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。
- その他 ()

(5) 医療的処置の状況

- 経鼻経管栄養 胃ろう又は腸ろう 在宅酸素 インシュリン
- 人工肛門 カテーテル その他 ()

(6) 認知症高齢者自立度

- 自立 I II II a II b III III a III b IV M

(7) 障害者手帳の所持

①知的障害

- 療育手帳の所持 あり なし
- 障害区分 A B 1 B 2

②精神障害

- 精神障害者保健福祉手帳の所持 あり なし
- 障害区分 1級 2級 3級

(8) 特列入所の該当理由（要介護1又は2と認定された入所申込者についてのみ記入）

- 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がII b以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

(9) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)



同意書

この度、『介護老人福祉施設 愛しや』に入所申込を行うに際し、下記の事項について同意します。

記

- 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること。
- 当施設が、市町等から私（入所希望者）の介護認定情報の提供を受けること。
- 申込書類について、虚偽の記述があった場合には、申込及び入所決定を取り消されること。
- 面談に至らなかった場合、もしくは、入所していただくことが出来なかつた場合などについて、その理由などを含め、異議申立や質疑などを行わないこと。
- 法人から診断書等の提出を求められた場合は、速やかに対応すること。

以上

_____年 _____月 _____日

社会福祉法人 明倫福祉会

理事長 宮地 千尋 様

入所希望者氏名

申込代理者氏名

同意書

[お客様控え]

この度、『介護老人福祉施設 愛しや』に入所申込を行うに際し、下記の事項について同意します。

記

- 入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等にこの申込内容を情報提供すること。
- 当施設が、市町等から私（入所希望者）の介護認定情報の提供を受けること。
- 申込書類について、虚偽の記述があった場合には、申込及び入所決定を取り消されること。
- 面談に至らなかった場合、もしくは、入所していただくことが出来なかつた場合などについて、その理由などを含め、異議申立や質疑などを行わないこと。
- 法人から診断書等の提出を求められた場合は、速やかに対応すること。

以上