

平成29年11月1日、「特別養護老人ホーム 国見の杜」を開設しました。

この施設は社会福祉法人厚慈会が設置・運営し、日常生活を営む多床室(4人部屋)を主とした地域密着型の介護老人福祉施設です。65歳以上の方で介護保険の要介護度3～5と認定された方の入所事業(定員29名)です。

入居をご希望される方は次によりお申込みください。

1 入居対象者

当施設は介護保険が適用される地域密着型の施設です。入居の対象となる方は、国見町に在住し、介護保険の保険者が国見町で、要介護度3～5に認定されている方であり、居宅において日常生活を営むことが困難な方が対象になります。

2 入居申込みの受付期間

随時

受付時間:午前8時30分～午後5時まで

3 入居申込み書類

入居申込みには次の申請書類をご持参・提出してください。控えは必ず保管してください。

- ・入所申込書・個別状況調査票・居宅サービス利用票及び別表(写)
- ・介護保険被保険者証(写) ・介護保険負担割合証(写) ・介護保険負担限度額認定証(写)
- ・状態に応じた各種手帳(身体障害者手帳等)

4申込み・連絡先

社会福祉法人厚慈会 特別養護老人ホーム「国見の杜」

〒969-1788国見町小坂南3番地 ☎ 024-563-1721

《入居の流れ》

① 入居申請書	特別養護老人ホーム「国見の杜」までお問い合わせの上、必要な書類等をご請求ください。入居申込みのご案内及び入居申込みに必要な書類をお渡しいたします。
② 入居申込み	提出書類に必要事項を記入の上、お申込みください。なお、入居に際しましては、先着順ではございませんのでご了承ください。
③ 「判定指針」による優先度の決定	「福島県指定介護老人福祉施設の入所に係る指針」によって一次判定を行います。入居判定申込用紙にある情報から入居優先順位を決定いたします。 入居判定用紙にある情報で不足がある場合は詳細をお聞きすることがございます。
④ 面談	書類選考の上、入居優先順位にご本人様およびご家族様との面談をさせていただき、申込者(利用者)様の身体の状況等、入居生活をする上で参考になる事柄をお聞きます。
⑤ 入居判定	入居判定委員会を開催し、慎重に選考させていただきます。
⑥ 入居決定の通知、ご契約、ご入居	入居決定を通知した後、ご契約をさせていただきます。入居日時につきましては、ご相談の上決定させていただきます。

※契約は原則として、当施設にお越しいただき締結いたします。

※ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

特別養護老人ホーム「国見の杜」個別状況調査票

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名		応答者氏名	
居宅介護支援 事業所名		本人との関係	
		電 話	
要介護度		FAX	
認知症の状況 及び頻度			
入所希望の背景 (該当するもの 全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ()		
	<input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ()		
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である ()		
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある <input type="checkbox"/> その他		
	居宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用	
◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
施設サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()		
入所希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()		
	◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他		
	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
機能回復訓練の 必要性			

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。