

特別養護老人ホーム 一つ森 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

社会福祉法人 愛染会
理事長 白 岩 和 弘 様

特別養護老人ホーム 一つ森に入所したいので、次のように申し込みいたします。

入 所 希 望 者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日							
	氏名			大正 昭和	年	月	日	(歳)			
	住所	〒 ー			(TEL) (FAX)						
介 護 保 険 の 情 報	被保険者番号										
	要介護度						1	2	3	4	5
	保険者番号										
	要介護認定年月日	平成 令和 年 月 日			認定の有効期間	平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日					

※初回要介護度認定年月日以外は、入所希望者の介護保険証から転記願います。

※介護保険証のコピーを添付してください。

申 込 者	住所	〒 ー			(TEL) (FAX)					
	ふりがな				入所希望者 との続柄					
	氏名									

申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 既に申し込んだ施設名 () () () () 申し込み予定施設名 () () () ()									
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員	
------------	--	---------	--

説 明 確 認 欄	私は、入所申込に際し、入所順位の決定方法及び状況の変化に伴う届出について、施設から説明を受けました。 また、今後の市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。 令和 年 月 日 入所希望者 _____ <p style="text-align: right;">申 込 者 _____</p>
-----------------------	--

【施設記入欄】

受付年月日 令和 年 月 日 受付職員氏名 _____

【特記事項】

特別養護老人ホーム 一つ森 入所申込調査票

入所申込者氏名：	被保険者番号：
----------	---------

調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() (病院・施設名：) ※自宅の場合は無記入		
医療保険等	種 別	年金等	種 別 *負担割合 割
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類： 障害名：)		
	判定 種 級、その他		

○身体状況 *負担割合は必ず御記入下さい。

体 格	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小柄 <input type="checkbox"/> 大柄 【身長】 cm 【体重】 kg		
視 力	【右眼】普通・見えにくい・全盲 【左眼】普通・見えにくい・全盲 【メガネ使用】有・無・あるが使用していない(理由：) 【白内障】無・左・右 【白内障手術歴】無・左・右(医療機関：)		
聴 力	【右耳】普通・難聴・耳元大きい声で・聞こえない 【左耳】普通・難聴・耳元大きい声で・聞こえない	【補聴器使用】有・無 備考：	
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞取困難 <input type="checkbox"/> 聞取不可能 <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> もぐもぐ感 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症		
麻痺障害	<input type="checkbox"/> 有 【左半身】上肢・下肢 【右半身】上肢・下肢 <input type="checkbox"/> 無		
痛 み	<input type="checkbox"/> 有(部位：) <input type="checkbox"/> 無	しびれ感	<input type="checkbox"/> 有(部位：) <input type="checkbox"/> 無

○日常生活

寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起 上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起 立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 背もたれ1時間以上可 <input type="checkbox"/> 背もたれ1時間未満 <input type="checkbox"/> できない		
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり歩行 <input type="checkbox"/> 歩けない		
	安定性：安定・不安定	備考：	
車 椅子	<input type="checkbox"/> 自操可 <input type="checkbox"/> 自操可だが乗り移り介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用していない (スタンダード・リクライニング)		
	備考：		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助		
	【排尿】尿意(有・たまに有・無) 尿失禁(有・たまに有・無)		
	【排便】便意(有・たまに有・無) 便失禁(有・たまに有・無)		
	【使用器具】日中(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・その他()) 夜間(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・その他())		
	【便秘症】有(対策：下剤・坐薬・浣腸・摘便・無)・無		
	【ズボンの上げ下げ】可・不可 【拭く】可・不可 【頻尿】有・無 【おむつ】日中・夜間 【リハビリパンツ】日中・夜間 【パッド】日中・夜間 【おむついじり】有・無		
備考：			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	【入浴形態】 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	備考：		

着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (準備・ボタン・上衣・ズボン・パンツ・靴下) <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 【主食】ご飯・全粥・()分粥・ミキサー・おにぎり・(胃瘻・鼻腔・腸瘻) 【副食】普通・一口大・粗キザミ・細キザミ・とろみかけ・ミキサー・汁のみトロミ 【特別食】() 【食欲】有・無 () 【入れ歯】総入れ歯・部分入れ歯・有るが使用せず・歯茎のみ・(残歯 本位) 【嚥下障害】有・無 【摂食状況】箸・スプーン・フォーク・自助具()・その他() 【利き手】左・右 【食物アレルギー】有()・無 【麺類】可・不可 【乳製品】牛乳可(温・冷)・ヨーグルト可・乳製品全般不可・ヤクルト可 【偏食】好きな食物() 嫌いな食物() 備考：

○日常生活動作等

整 容	できるものに○ 洗顔・歯磨き・整髪・髭剃り・爪切り・手洗い 備考：
ナースコール	意図的に押すことが <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 波あり <input type="checkbox"/> 使用した事が無い
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 手を添える程度で可 <input type="checkbox"/> かなり抱えて可 <input type="checkbox"/> 行っていない

○精神状態その他

精神状態	<input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 痴呆性 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 問題なし
痴呆症状	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 非常に高度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ある程度可能 <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> その他() 備考：
対人関係	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 否定的 <input type="checkbox"/> 集団生活適応性可 <input type="checkbox"/> 孤独 備考：
性 格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 我慢強い <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 閉鎖的 <input type="checkbox"/> その他()

○行動障害等

徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々室内でうろうろする <input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩き回る <input type="checkbox"/> 屋外を歩き回る 備考：
失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 誘導すれば自分でトイレ可 <input type="checkbox"/> 時々失禁する <input type="checkbox"/> 常に失禁する 備考：
不穏興奮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時には興奮し騒ぎたてる <input type="checkbox"/> しばしば興奮し騒ぎたてる <input type="checkbox"/> いつも興奮している 備考：
不潔行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 衣類等を汚す() <input type="checkbox"/> 場所を構わず放尿・排便有 <input type="checkbox"/> 便・尿いじり 備考：
火 の 不始末	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある(やかん、鍋をよく焦した) <input type="checkbox"/> 火を常にもてあそぶ 備考：
自傷行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自分の衣類を裂く・破く <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 自殺願望・行為を図る 備考：
攻撃的	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 攻撃的な言動を吐く <input type="checkbox"/> 乱暴な振る舞いをする <input type="checkbox"/> 他人に暴力を振るう 備考：

○同居家族がない場合や同居家族以外の連絡先 ※連絡先は連絡が付きやすい番号を記入してください

氏名	年齢	続柄	就労状況	緊急時の連絡先・連絡順位
				TEL : 番目に連絡
				TEL : 番目に連絡
				TEL : 番目に連絡

○主たる介護者の状況

氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日生	歳	続柄
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____ ） 入所希望者宅までの所要時間（約 _____ 時間 _____ 分） 入所希望者宅までの主な交通手段（ _____ ）			
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（週 _____ 日、週 _____ 時間度）			
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療（ _____ カ月程度・病名 _____ ） <input type="checkbox"/> 入院していないが継続的な治療を要する・病名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中・病名（ _____ ）			
身体状況	障害有（ _____ 級・障害の種類： _____ ） <input type="checkbox"/> 無			
要介護度	<input type="checkbox"/> 有（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 無			
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 他に対応を要する家族はいない <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる（子供の年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3か月以上看病（付添）に必要な家族がいる（自宅療養・入院中） <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる 要介護度（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 介護に必要な障害を有する家族がいる （ _____ 種 _____ 級・障害の種類： _____ ）			
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者など）がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる			

【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】

施設使用欄

--

介護支援専門員意見書

氏名:	被保険者番号:
-----	---------

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
--------------	-------	-------	-------	-------

※右の内容が含まれる場合は○をつける 施設利用者 特別理由

3. 主たる介護者・家族等の状況

	独居	高齢者世帯	その他	
①世帯の状況				
②介護者の性別・年齢・続柄	男 女	[] 歳	続柄 []	
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上 就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	男 女	(要支援・要介護 [])		
⑦介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児看病	随時育児看病	なし
⑧介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄)
⑩別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄)
⑪近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4. 特記事項及び意見

①医療的処置(膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等) ②住居環境 ③入所待機期間 ④長期入院等に退院後の再入所 ⑤その他	点数 [] 10点満点
理由	

5. 備考記入欄	意見書作成年月日
	令和 年 月 日
	意見書作成者所属
	意見書作成者

料 金 表 (介護福祉施設サービス費)

施設サービスを利用した場合の負担額は以下の通りとなります。

○要介護度に応じた基本料金と居住費・食費の合計金額をお支払いいただきます。

○ご本人のお小遣い、医療費が必要です。趣味活動・教養娯楽・理美容代などは自己負担になりますのでご了承ください。

*** 原則的には要介護3以上の方が入所の対象となります。**

介護度		基本単価	日常生活継続支援加算	看護体制加算 I II	夜間職員配置加算 II	食費	居住費	月額合計(30日)	
第1段階	要介護1	652 円	46 円	19 円	27 円	300 円	820 円	55,920 円/月	
	要介護2	720 円						57,960 円/月	
	要介護3	793 円						60,150 円/月	
	要介護4	862 円						62,220 円/月	
	要介護5	929 円						64,230 円/月	
第2段階	要介護1	652 円	46 円	19 円	27 円	390 円	820 円	58,620 円/月	
	要介護2	720 円						60,660 円/月	
	要介護3	793 円						62,850 円/月	
	要介護4	862 円						64,920 円/月	
	要介護5	929 円						66,930 円/月	
第3段階	要介護1	652 円	46 円	19 円	27 円	650 円 ① 1,360 円 ②	1,310 円	81,120 円/月① 102,420 円/月②	
	要介護2	720 円						83,160 円/月① 104,460 円/月②	
	要介護3	793 円						85,350 円/月① 106,650 円/月②	
	要介護4	862 円						87,420 円/月① 108,720 円/月②	
	要介護5	929 円						89,430 円/月① 110,730 円/月②	
第4段階	1割	要介護1	652 円	46 円	19 円	27 円	1,530 円 【内訳】朝食360円 昼食560円 夕食610円	2,006 円	128,400 円/月
		要介護2	720 円						130,440 円/月
		要介護3	793 円						132,630 円/月
		要介護4	862 円						134,700 円/月
		要介護5	929 円						136,710 円/月
	2割	要介護1	1304 円	92 円	38 円	54 円	1,530 円 【内訳】朝食360円 昼食560円 夕食610円	2,006 円	150,720 円/月
		要介護2	1440 円						154,800 円/月
		要介護3	1586 円						159,180 円/月
		要介護4	1724 円						163,320 円/月
		要介護5	1858 円						167,340 円/月
	3割	要介護1	1956 円	138 円	57 円	81 円	1,530 円 【内訳】朝食360円 昼食560円 夕食610円	2,006 円	173,040 円/月
		要介護2	2160 円						179,160 円/月
		要介護3	2379 円						185,730 円/月
		要介護4	2586 円						191,940 円/月
		要介護5	2787 円						197,970 円/月
介護職員処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(8.3%)を乗じた金額が加わります。							
介護職員等特定処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(2.7%)を乗じた金額が加わります。							

○加算料金(当施設の体制、利用者の状態等に応じて算定される加算)

加算項目	金額			概要
	1割	2割	3割	
初期加算	30 円	60 円	90 円	入所してから30日間に限り加算
療養食加算	6 円/回	12 円/回	18 円/回	療養食の提供を行った場合(1日3回)
口腔衛生管理加算	90 円/月	180 円/月	270 円/月	歯科医師の指示を受けている歯科衛生士が、介護職員へ毎月1回以上口腔ケアに関わる技術的助言および指導をしている。
経口維持加算 I	400 円/月	800 円/月	1200 円/月	誤嚥が認められる入所者に対し、計画を作成等
経口維持加算 II	100 円/月	200 円/月	300 円/月	上記に加え、医師等が食事の観察、会議に加わった場合
経口移行加算(180日まで)	28 円/月	56 円/月	84 円/月	経管栄養で食事摂取している入所者へ経口移行計画を作成し、各職種による支援
褥瘡マネジメント加算	3 円/月	6 円/月	9 円/月	褥瘡が発生するリスクがあり、ケア計画に基づき褥瘡の管理をした場合
生活機能向上連携加算	200 円/月	400 円/月	600 円/月	リハビリテーション専門職と連携して機能訓練マネジメントを行った場合
再入所時栄養連携加算	200 円/回	400 円/回	600 円/回	入所利用中に病院に入院し、退院して再入所する際に必要な栄養管理が、以前と大きく異なる場合、施設管理栄養士と病院の管理栄養士が連携して栄養ケア計画を策定した場合。
ADL維持等加算	30 円/月	60 円/月	90 円/月	ADLを評価し、その維持・改善の度合いが一定の水準を超えている場合
科学的介護推進体制加算	40 円/月	80 円/月	120 円/月	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症など心身の状況等に係る基本的な情報を国(厚生労働省)のデータベースである「LIFE」に情報提供し、必要に報じてサービス提供に活用している場合。
安全対策体制加算	20 円	40 円/月	60 円/月	組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合。入所時に1回。
外泊費用(6日を限度)	246 円/日	492 円/日	738 円/日	1か月に6日を限度に基本料金に変えて費用がかかります。
看取り介護加算	1280 円/日	2560 円/日	3840 円/日	死亡日
	680 円/日	1360 円/日	2040 円/日	死亡前日及び前々日
	144 円/日	288 円/日	432 円/日	死亡日以前4~30日
	72 円/日	144 円/日	216 円/日	死亡日以前45~31日

医師、看護師、介護職員等が協働して、入所者又はその家族への説明を行い、同意を得て看取りのケアを行った場合

《別添資料1》 料 金 表 (介護予防短期入所生活介護費・短期入所生活介護費) (令和3年8月1日現在)

利用した場合の負担額は以下の通りとなります。

○要介護度に応じた基本料金と居住費・食費の合計金額をお支払いいただきます。

○ご本人のお小遣い、医療費が必要です。趣味活動・教養娯楽・理美容代などは自己負担になりますのでご了承ください。

* 原則的には要介護3以上の方が入所の対象となります。

	介護度	基本単価	看護体制加算		サービス提供体制 強化加算ⅠⅡ	夜勤職員配置 加算Ⅱ	食費	居住費	月額合計(30日)
			ⅢⅣ	ⅤⅥ					
第1段階	要支援1	523 円	46 円	22 円	27 円	300 円	820 円	1,665 円/日	
	要支援2	649 円						1,791 円/日	
	要介護1	696 円						57,330 円/月	
	要介護2	764 円						59,370 円/月	
	要介護3	838 円						61,590 円/月	
	要介護4	908 円						63,690 円/月	
	要介護5	976 円						65,730 円/月	
第2段階	要支援1	523 円	46 円	22 円	27 円	600 円	820 円	1,965 円/日	
	要支援2	649 円						2,091 円/日	
	要介護1	696 円						66,330 円/月	
	要介護2	764 円						68,370 円/月	
	要介護3	838 円						70,590 円/月	
	要介護4	908 円						72,690 円/月	
	要介護5	976 円						74,730 円/月	
第3段階	要支援1	523 円	46 円	22 円	27 円	1,000 円 ①	1,310 円	2,855 円/日①	
	要支援2	649 円						3,182 円/日②	
	要介護1	696 円						2,981 円/日①	
								3,308 円/日②	
	要介護2	764 円						93,030 円/月①	
								102,030 円/月②	
	要介護3	838 円				95,070 円/月①			
						104,070 円/月②			
	要介護4	908 円				97,290 円/月①			
						106,290 円/月②			
	要介護5	976 円				99,390 円/月①			
						108,390 円/月②			
第4段階	1割	要支援1	523 円	46 円	22 円	27 円	1,530 円	2,006 円	4,081 円/日
		要支援2	649 円						4,207 円/日
		要介護1	696 円						129,810 円/月
		要介護2	764 円						131,850 円/月
		要介護3	838 円						134,070 円/月
		要介護4	908 円						136,170 円/月
	要介護5	976 円	138,210 円/月						
	2割	要支援1	1046 円	92 円	44 円	54 円	1,530 円	2,006 円	4,626 円/日
		要支援2	1298 円						4,878 円/日
		要介護1	1392 円						153,540 円/月
		要介護2	1528 円						157,620 円/月
		要介護3	1676 円						162,060 円/月
		要介護4	1816 円						166,260 円/月
	要介護5	1952 円	170,340 円/月						
	3割	要支援1	1569 円	138 円	66 円	81 円	1,530 円	2,006 円	5,171 円/日
		要支援2	1947 円						5,549 円/日
		要介護1	2088 円						177,270 円/月
		要介護2	2292 円						183,390 円/月
要介護3		2514 円	190,050 円/月						
要介護4		2724 円	196,350 円/月						
要介護5	2928 円	202,470 円/月							
介護職員処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(8.3%)を乗じた金額が加わります。							
介護職員等特定処遇改善加算		基本単価+加算にサービス別加算率(2.7%)を乗じた金額が加わります。							

○加算料金(当施設の体制、利用者の状態等に応じて算定される加算)

加算項目	金額			概要
	1割	2割	3割	
療養食加算	8 円/回	16 円/回	24 円/回	療養食の提供を行った場合(1日3回)
医療連携強化加算	58 円/月	116 円/月	174 円/月	利用者の急変の予測や早期発見などのため、看護職員による定期巡視を行っていること。 (経管栄養や褥瘡治療、喀痰吸引を実施している利用者対象)
生活機能向上連携加算	200 円/月	400 円/月	600 円/月	リハビリテーション専門職と連携して機能訓練マネジメントを行った場合
緊急短期入所受入加算	90 円/月	180 円/月	270 円/月	利用者の状態や家族等の事情により、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に利用することが必要と認められた時、7日を限定(やむを得ない事情がある場合は14日を限度)
送迎加算	184 円/月	368 円/月	552 円/月	利用者の心身の状態、家族の事情などから送迎を行うことが必要と認められる時、居宅と事業所間の送迎を行う場合。