

お 知 ら せ

1 埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針作成の趣旨

平成12年4月の介護保険制度の施行により、要介護度1以上であれば利用者の選択と施設との契約によって入所できることになりました。

しかしながら、入所希望者の急激な増加に伴い、入所の必要性が高いにもかかわらず入所が困難な状況となっています。

そこで、国において「入所の基準」（平成11年厚生省令第39号）が改正され、「施設は介護の必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるように努めなければならない」とする改善が図られました。

こうした経緯を踏まえ、埼玉県において県内の統一的仕組みに改められ、「入所順位の評価基準」に基づいて必要性を点数で評価し、原則としてその点数の高い方から順番に入所していただくこととなりました。

2 特別養護老人ホーム入所申込の手続きについて

（1）提出物

① 特別養護老人ホーム入所申込書（様式1）

②介護認定調査票の写し・主治医意見書の写し

※各市町村の介護保険担当部署に問い合わせてください

③介護保険被保険者証の写し

④サービス利用票の写し（直近3ヶ月分）

※居宅サービス（ホームヘルパーやデイサービスなど）を受けると、ケアマネジャーさんより毎月交付されることになっています。その書類の直近3ヶ月分の写しです。

現在、入院や介護保険施設等に入所されている方につきましては、入院・入所以前3ヶ月分をお持ち下さい。

（「サービス利用票」と「サービス利用票別表」のことです。）

詳しくは、担当のケアマネジャーさんにお尋ねください。

（2）提出方法

上記の①～④の書類が揃いましたら、下記に電話連絡の上、お手数ですが当園まで起こし下さい。またご不明な点がありましたら、お気軽にお問い合わせください。

特別養護老人ホーム清寿園
048-763-3331

【1 申込書の記載方法】

説明を要すると思われる項目に限って、申込書の記載の順番にしたがって説明します。

なお、ここでは、施設に入所しようとしている方を「本人」と呼んで説明します。

(1) **申込日**：提出（直接ご持参）する日の日付を記載してください。

(2) **受付日**：空欄のまま提出してください。

(3) **電話番号**：自宅の電話番号を記載してください。

昼間は、職場や携帯電話の方がよい場合は、その電話番号も記載してください。例えば、昼間は携帯、夜間は自宅というようにそれぞれの都合があるときは、時間帯もお書きください。

(4) **保険者、被保険者、被保険者番号、要介護度、介護認定期間**：介護保険被保険者証を見て書き写してください。

(5) **65歳以上の高齢者のみの世帯であるか否か**：本人を基準にして判断してください。

65歳以上の本人だけの単身のみの世帯は「1」になります。

(6) **本人が入院・入所中か否か**：本人が医療施設や老人保健施設等（グループホームを含む）に入院・入所している場合は「1」に○を、自宅で生活している場合は「2」に○をしてください。

なお、この申込書の「入所を希望する理由」や「介護者の状況」の欄で介護者や介護のことについての記載が求められています。入院・入所中の場合は、基本的に介護者がいないわけですが、退院・退所して家庭に戻ったときのことを想定して記載してください。

(7) **日常生活の状況**：「1 食事」から「5 移動」までの5項目については、「自立・一部介助・介助」のうちの該当する項目に○をしてください。

なお、「5 移動」については、移動の際に補助具を使用している場合（ ）内に具体的な補助具の名称（例：車椅子、杖）を記載してください。「6 認知症の有無」については、「有・無」の該当する方に○をしてください。

(8) **現在利用している在宅サービス**：時季によって利用するサービスは、その旨説明書きをお願いします。

(9) **認知症等による不適応行動**

「不適応行動」については、被害的な考え・作話・幻覚・幻聴・感情不安定・昼夜逆転・暴言・暴行・同じ話・不快音・大声を出す、介護の抵抗、徘徊、一人で戻れない、火の不始末、不潔行為等の**介護上の負担となる事柄**と理解してください。頻度の目安については、該当する項目が3項目以上ある場合で、次に該当する項目に○をしてください。

「1 非常に多い」 → それらがほぼ毎日のようにある場合

「2 やや多い」 → それらが週1～2回程度以上ある場合

「3 少しあり」 → それらが月1～2回程度以上ある場合

(10) **健康状態**

【**主な既往歴**】：現在の要介護状態の原因となった病気等について、その病名と発症時期を記載してください。

例：脳梗塞で右半身麻痺（平成〇〇年〇〇月）

【**現在治療中の病気等**】：入所後の生活において配慮する必要のある病気等を記載してください。

例：高血圧、糖尿病、人工透析、じょくそう、酸素療法、経管栄養、中心静脈栄養、留置カテーテル、人工肛門

(11) 「主たる介護者」の「**介護者の状況**」

それぞれの項目について、次の判断基準を参考にして該当するものに○をつけてください。

「② 主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか。」

主たる介護者自身障害や疾病等で、本人の介護に対する困難の程度を記入。

・入浴・排泄・食事の全般にわたって殆ど対応できない。 → **介護困難**

・入浴・排泄・食事のうちの幾つかにおいてが対応できない。 → **多少介護可能**

・入浴・排泄・食事の介護全般にわたって、概ね介護できている。 → **介護可能**

・介護者の支障になるような障害や疾病はない。 → **なし**

「③ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にあるか。」

主たる介護者が育児又は本人以外の家族の看護等に、どの程度手をかけなければならないか判断。

・育児、看護等にどれくらいの時間を必要とするかによって、「常時・・・」「半日・・・」「時々・・・」のいずれかに○をつけてください。

- ・ 育児又は家族の看護等をしなければならない状況にはない。 →なし

「④ 主たる介護者が複数名の介護をしているか。」

主たる介護者が複数名を介護しているため、本人の介護に対する困難の程度を記入。

- ・ 本人の介護にどれくらいの時間をかけることができるかによって判断してください。

本人の介護には半日未満の時間しかかけられない。 →介護困難

半日程度介護することが可能。 →多少介護可能

概ね常時介護することが可能。 →介護可能

- ・ 複数名の介護をしなければならない状況にはない →なし

「⑤ 主たる介護者の就労の状況」

・ 主たる介護者が高齢のために就労できる状況にない場合は、「8 時間以上又は高齢で就労不能」に○をつけてください。

・ 主たる介護者が就労しているときは、1 日当たりの平均勤務時間（通勤時間を含む。）によって、該当するものに○をつけてください。（介護等のため就労できない人は「なし」に○をつけてください。）

（1 2）同居している従たる介護者の介護の可能性

従たる介護者としての役割を期待されている方がどの程度対応できているか。

- ・ 同居している従たる介護者がいない。 →いない

- ・ 同居している従たる介護者がいる場合のうち ほとんど対応できない。 →介護困難
半分程度対応できている →多少介護可能
概ね対応できている。 →介護可能

（1 3）別居している身内による介護の可能性

別居している親族やその配偶者が、主たる介護者・従たる介護者以外の方による介護をどの程度期待できるか。

そのような親族等はいない。 →身内はいない

ほとんど期待できない →介護困難

必要な介護の半分程度は期待できる。 →多少介護可能

必要な介護は概ね期待できる。 →介護可能

（1 4）介護開始時期（介護期間）：主たる介護者、従たる介護者が誰であるかにかかわらず、本人に対する介護が開始された時期及びその時点から現在（申込日）までの期間を記入してください。

（1 5）主たる介護者の健康状態及び主たる介護者の家族の健康状態

主たる介護者の健康状態について「良好」か「不良」の該当する方に○をつけ、「不良」の場合は具体的な状況を記載してください。主たる介護者の家族の健康状態についても同様です。

例：介護に著しい障害を伴うほどではないが、右側の膝関節痛のため、2 週間ごとに通院治療を受けている。

【2 添付書類】

（1）介護認定調査票の写し

- ・ この書類の取扱いについては、市町村ごとに異なりますので、本人のお住まいの市町村の介護保険担当課にご相談ください。

（2）介護保険被保険者証の写し

- ・ 被保険者の住所・氏名・要介護状態区分、認定の有効期間等の項目が記載されている面をコピーしてください。

（3）サービス利用票の写し

- ・ 在宅はサービス（ホームヘルプサービス、デイケア、デイサービス等）を利用している方は必ず添付してください。

現在は入院・入所中である方についても、それ以前に利用していた方は添付してください。

- ・ 添付していただくものは直近3 ヶ月分です。

- ・ 不明な点は介護支援専門員（ケアマネジャー）にお問い合わせください。

入所順位の評価基準

1 介護の必要の程度及び心身の特性(最高点34点)

		認知症等による不適応行動			
		非常に多い	やや多い	少しあり	なし
要介護度	5	34点	30点	24点	18点
	4	30	26	20	14
	3	26	22	16	10
	2	22	18	12	6
	1	18	14	8	2

2 介護者の状況(最高点42点)

	6点	4点	2点	0点
① 主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
② 主たる介護者が障害や疾病の状況にある	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
③ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある	常時の育児・看病が必要	半日育児・看病が必要	時々育児・看病が必要	なし
④ 主たる介護者が複数名の介護をしている	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
⑤ 主たる介護者の年齢就労の状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし
⑥ 従たる同居介護者の状況	従たる同居 介護者はいない	介護困難	多少介護可能	介護可能
⑦ 別居している身内による介護の可能性	別居している 身内はいない	介護困難	多少介護可能	介護可能

※ 単身生活者で介護するものが全くいない場合は、①から⑥までで36点とする。
※ 65歳以上の高齢世帯のみの場合は、③は6点とする。
※ 介護保険施設に入所している者の場合には、退所する時点での状況により判断する。
※ 主たる介護者の就労の状況の内、高齢で就労不能とは70歳以上とする。

3 在宅介護の状況(最高点14点)

		在宅介護期間	
		1年以上	1年未満
在宅サービスの状況の利用状況	80%以上	14点	12点
	40%以上80%未満	12	10
	40%未満	10	8
	利用なし	0	0

4 本人の住所地(最高点10点)

本人の住所	施設住所地と同一市町村内	施設住所地と同一の圏域内	施設所在地の圏域外	県外
	春日部市	蓮田市 宮代町 杉戸町 草加市 八潮市 越谷市 三郷市 吉川市 松伏町 白岡町 さいたま市	埼玉県内で右の欄以外の市町村	埼玉県以外の都道府県
	10点	6点	4点	0点

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム
清寿園 園長 様

申込日	令和	2	年	5	月	1	日
受付日	令和		年		月		日

【申込者】



住 所	〒 344 - 0051 春日部市内牧2072番地		
(ふりがな)氏 名	セイジュエン 清寿園	タロウ 太郎	本人との関係 夫
電話番号	自宅 048-763-3331	緊急連絡先(勤務先)	
	携帯 090-1111-2222		

本人の状況	(ふりがな)氏 名	セイジュエン 清寿園		ハナコ 花子	性 別	男 女	保険者	春日部市112144		
	生年月日	大(昭)	13	年	1	月	1	日 (80 歳)	介護認定期間	平成(令和)30年1月1日から 平成(令和)3年12月31日まで
	住 所	〒 344 - 0051 春日部市内牧2072番地				65歳以上の高齢者のみの世帯であるか否か 1 はい 2 いいえ				
	本人が入院入所中か否か	1 入院・入所中である 2 否	施設名: 春日部市		所在地: 春日部中央7-2		電話番号: 048-736-1261			
	日常生活の状況	1 食事 自立・一部介助・介助 2 排泄 自立・一部介助・介助 3 入浴 自立・一部介助・介助				4 更衣 自立・一部介助・介助 5 移動 自立・一部介助・介助 補助具の使用(車椅子) 6 認知症の有無: 有・無				
	現在利用している在宅サービスの状況	1 訪問介護(ホームヘルパー) 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 ※該当する番号を○で囲んで下さい。				6 通所リハビリテーション(デイ・ケア) 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				
	認知症による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし								
	健康状態	【主な既往歴】 脳梗塞で右半身麻痺等(25年3月) アルツハイマー型認知症				【現在治療中の病気等】 右大たい部骨折 変形性膝関節症				
	入所を希望する理由	1 介護者がいない 2 介護者はいるが、高齢である。 3 介護者はいるが、障害や疾病があって十分な介護困難である。 4 介護者はいるが、他の家族の看護や育児等もしなければならず、十分な介護困難なため 5 主たる介護者が、複数名の介護している 6 介護者はいるが、就業していて、十分な介護が困難なため 7 医療施設に入院又は介護保険施設に入所中であるが、特別養護老人ホームに移りたい。 8 その他								
	なお、8については、さらに具体的な理由を記載して下さい。									

介護者の状況	主たる	(ふりがな) 氏 名	セイジュエン タロウ 清寿園 太郎		性別	本人との関係	
		生年月日	① 明・大・ 昭	10 年 2 月 2 日 (83 歳)	① 男 ・ 女	夫	
		同居・別居の区分 ① 同居 2 別居 「別居」の場合は住所					
	介護者	介護者	②主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか。 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし				
		状 況	③主たる介護者が育児又は 常時の育児看病が必要・半日育児・看病が必要・時々育児看病が必要・なし 家族が病気の状況にある。				
		状 況	④主たる介護者が複数名の介護をしているか。 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし ⑤主たる介護者の就労の状況 8時間以上又は高齢で就労不能・4時間以上8時間未満・4時間未満・なし				
	従たる	(ふりがな) 氏 名	セイジュエン ジロウ 清寿園 次郎		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・ 昭	40 年 4 月 1 日 (53 歳)	男 ・ ② 女	子	
		介護者	従たる同居介護者の ⑥ 介護の可能性 1 いなし ② 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能				
		別居している身内による介護の可能性 ⑦ 1 身内はいない ② 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能					
介護開始時期(介護期間) 平成・令和 19 年 4 月から (1 年 5 か月)							
その他	主たる介護者の健康状態		主たる介護者の家族の健康状態				
	良好 ① 不良 (腎不全により通院中)		良好 ① 不良 ()				
その他	入所を希望する時期	① 今すぐ入所したい 2 年 月頃までに入所したい 2を○で囲んだ場合はその理由 ()					
	申込みの状況	1 当該施設のみ申し込む ② 他の施設に申し込んでいる 所在地: 申込施設ご住所 施設名: 申込先施設名					
説明確認	私は、入所申込の際、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。 令和 年 月 日 氏 名: _____						

※ 申込に際しては、①介護認定調査票のコピー、②介護保険被保険者証のコピー、③サービス利用票のコピーの3種類の資料を添付して下さい。

なお、③のサービス利用票のコピーは、在宅サービスを利用されている方については、直近3ヶ月分を添付してください。また、現在、介護保険施設に入所、あるいは医療施設に入院している方についても、入所・入院前に在宅サービスを利用されていた方は、その当時の最後の3ヶ月分のコピーを添付してください。

※ この申込書を提出した後、他施設に入所することができたなどの理由によって、当施設への入所の必要性がなくなった場合は、その旨を速やかに連絡してください。

※ この申込書を提出した後、記載事項に変更が生じたときは、その変更内容を速やかに連絡してください。

特別養護老人ホーム入所申込書

特別養護老人ホーム
清寿園 施設長 様

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

【申込者】

住 所	〒			—
(ふりがな) 氏 名			本人との関係	
電話番号	自宅		緊急連絡先(勤務先)	
	携帯			

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏 名			性 別	保 険 者		
				男・女	被保険者 番号		
					要介護度	1・2・3・4・5	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		
	住 所	〒		—		65歳以上の高齢者のみの世帯であるか否か	
						1 はい 2 いいえ	
	本人が 入院 入所中か 否か	1 入院・入所中 である	施設名:		所在地:	電話番号:	
		2 否					
	日常生活の状況	1 食事 自立・一部介助・介助 2 排泄 自立・一部介助・介助 3 入浴 自立・一部介助・介助		4 更衣 自立・一部介助・介助 5 移動 自立・一部介助・介助 補助具の使用() 6 認知症の有無: 有 ・ 無			
	現在利用している在宅 サービスの状況	1 訪問介護(ホームヘルパー) 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 ※該当する番号を○で 囲んで下さい。		6 通所リハビリテーション(デイ・ケア) 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			
認知症による不適応行動	1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし						
健康状態	【主な既往歴】			【現在治療中の病気等】			
入所を希望する理由	1 介護者がいない 2 介護者はいるが、高齢である。 3 介護者はいるが、障害や疾病があって十分な介護困難である。 4 介護者はいるが、他の家族の看護や育児等もしなければならず、十分な介護困難なため 5 主たる介護者が、複数名の介護している 6 介護者はいるが、就業していて、十分な介護が困難なため 7 医療施設に入院又は介護保険施設に入所中であるが、特別養護老人ホームに移りたい。 8その他						
※ 該当する番号を○で 囲んでください。							
なお、8については、さら に具体的な理由を記載 して下さい。							

介護者の状況	主たる	(ふりがな) 氏 名		性別	本人との関係
		① 生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)		男 ・ 女	
		同居・別居の区分 1 同居 2 別居 「別居」の場合は住所			
	介護者	介護者		②主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか。 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし	
		③主たる介護者が育児又は 常時の育児看病が必要・半日育児・看病が必要・時々育児看病が必要・なし 家族が病気の状況にある。			
		状 況	④主たる介護者が複数名の介護をしているか。 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 ・ なし		
			⑤主たる介護者の就労の状況 8時間以上又は高齢で就労不能・4時間以上8時間未満・4時間未満・なし		
	従たる	(ふりがな) 氏 名		性別	本人との関係
		生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)		男 ・ 女	
		従たる同居介護者の⑥ 介護の可能性 1 いない 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能			
別居している身内による介護の可能性		⑦ 1 身内はいない 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能			
介護開始時期(介護期間)		平成・令和 年 月から(年 か月)			
主たる介護者の健康状態			主たる介護者の家族の健康状態		
良好 不良 ()			良好 不良 ()		
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までに入所したい 2を○で囲んだ場合はその理由 ()			
	申込みの状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:			
説明確認	私は、入所申込の際、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。 令和 年 月 日 氏 名: _____				

- ※ 申込に際しては、①介護認定調査票のコピー、②介護保険被保険者証のコピー、③サービス利用票のコピーの3種類の資料を添付して下さい。
- なお、③のサービス利用票のコピーは、在宅サービスを利用されている方については、直近3ヶ月分を添付してください。また、現在、介護保険施設に入所、あるいは医療施設に入院している方についても、入所・入院前に在宅サービスを利用されていた方は、その当時の最後の3ヶ月分のコピーを添付してください。
- ※ この申込書を提出した後、他施設に入所することができたなどの理由によって、当施設への入所の必要性がなくなった場合は、その旨を速やかに連絡してください。
- ※ この申込書を提出した後、記載事項に変更が生じたときは、その変更内容を速やかに連絡してください。

特別養護老人ホーム清寿園

サービス単位表：介護老人福祉施設(多床室)

令和6年8月改正

＜特養 基本料金案内＞

サービス内容	要介護度	単位数	自己負担額(1日)		
			1割	2割	3割
介護福祉施設サービス費Ⅱ 1	要介護1	589 単位	⇒ 604 円	1,209 円	1,814 円
介護福祉施設サービス費Ⅱ 2	要介護2	659 単位	⇒ 676 円	1,353 円	2,030 円
介護福祉施設サービス費Ⅱ 3	要介護3	732 単位	⇒ 751 円	1,503 円	2,255 円
介護福祉施設サービス費Ⅱ 4	要介護4	802 単位	⇒ 823 円	1,647 円	2,470 円
介護福祉施設サービス費Ⅱ 5	要介護5	871 単位	⇒ 894 円	1,789 円	2,683 円

＜特養 加算料金案内＞

サービス内容	該当	単位数	自己負担額(1日)		
			1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅱ	全員	18 単位/日	⇒ 18 円	36 円	55 円
看護体制加算Ⅰ 2	全員	4 単位/日	⇒ 4 円	8 円	12 円
看護体制加算Ⅱ 2	全員	8 単位/日	⇒ 8 円	16 円	24 円
夜勤職員配置加算Ⅰ 2	全員	13 単位/日	⇒ 13 円	26 円	40 円
療養食加算 (※1食につき加算。1日3食までを限)	対象者	6 単位/食	⇒ 6 円	12 円	18 円
外泊時加算 (※1月最大6日までを限度)	外泊対象者	246 単位/日	⇒ 252 円	505 円	757 円
初期加算 (※①)	対象者	30 単位/日	⇒ 30 円	61 円	92 円
安全対策体制加算	入所月に1回のみ	20 単位/回	⇒ 20 円	41 円	61 円
退所前訪問相談援助加算 退所後訪問相談援助加算	対象者	460 単位/回	⇒ 472 円	944 円	1,417 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ (※②)	全員	14.0 %	地域単価	6級地	10.27 円

※① 初期加算：入所後30日間又は30日を越える入院後再び入所の際に算定となります。

※②一ヶ月分ご利用の合計介護保険単位数に対して所定のパーセントを乗じた単位数を算定させていただきます。

＜特養 保険外サービス料金案内＞

サービス内容	利用者負担額
理容・美容サービス (月1回、理容師・美容師来園)	カット代：1,500円又は1,980円 (パーマ代：5,000円)
□貴重品管理料 (1ヶ月分)	2,000円
□日用品費・レクリエーション活動費	実費相当額

※その他上記以外にかかる費用については、ご相談の上実費負担となります。

お問い合わせ

電話：048-763-3331 F A X：048-763-3332

担当：江森までご連絡ください

社会福祉法人 清 寿 会
特別養護老人ホーム 清 寿 園

特別養護老人ホーム清寿園 入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 清寿園
施設長 小原 昭廣 様

【申込者】

住所：_____

氏名：_____

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム清寿園 優先入所申込書」を
下記のとおり取り下げます。

記

1 申し込み日

令和 年 月 日

2 優先入所希望者

住 所：_____

氏 名：_____

3 取り下げる理由