

## 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込みについて

この度は、特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部へのお問い合わせありがとうございます。当施設では、明るく家庭的な雰囲気大切に誰もが羨むケアを目指した施設にして参りたいと考えております。入所申込みにつきましては、入所申込書・入所申込書別紙に必要事項をご記入の上、指定先へご返送下さい。※添付資料もございますのでご注意ください。平成29年7月1日より、申し込みを開始しております。(手元に届いた時点で入所受付をした事とさせていただきます。)

指 定 先： 〒344-0051 埼玉県春日部市内牧3701-1  
ウエルガーデン春日部開設準備室 入所担当 宛  
電話番号： 048-755-4165

### (注意事項)

1. 入所申込書記入に関しては、内容に不備や不正があった場合は、申込みを受理できない場合があります。
2. 申込み後に身体状況等に大きな変化（入院・他施設への入所を含む）が生じた場合には必ずご連絡をお願いします。
3. 入所申込みを取り下げる場合には、お手数ですが“特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込取り下げ書”をお送り下さい。
4. 入所判定につきましては、“埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針”に基づいて行います。(申込み順ではありませんので、ご了承下さい。)
5. 入所申込み後に情報収集のため面接のご連絡をする場合があります。但し、申込み者多数の場合、直ちに面接できない場合や開設時の受け入れができない場合もありますのでご了承下さい。
6. “特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 “料金目安表” “パンフレット” 又は“チラシ”を確認の上、申込みをして下さい。
7. 申込み期間に受付が集中することが予想されますので、原則、申込書の持参はご遠慮下さい。
8. 提出して頂きました入所申込書の情報は、個人情報保護に関する法令及び厚生労働省のガイドラインに則り、大切に保管を致します。

### (添付資料)

1. 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込書 (両面)
2. 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込書別紙
3. 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 料金目安表・入居までの流れ
4. 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所取り下げ書
5. 埼玉県 特別養護老人ホーム優先入所指針
6. 医療行為受け入れ一覧 及び 減額制度についてのお知らせ

# 特別養護老人ホーム ウェルガーデン春日部 入所 申込書

|          |          |
|----------|----------|
| (*) 受付日  | 平成 年 月 日 |
| (*) 書類番号 |          |

(\*) 部は、記入しないで下さい。

## ①(申請者)

|                             |   |           |              |
|-----------------------------|---|-----------|--------------|
| 氏名<br><small>(フリガナ)</small> |   | 入居希望者との関係 |              |
| 住所                          | 〒 | 電話番号      | 連絡先①<br>連絡先② |

## ②(入居希望者)

|                             |          |            |                          |      |             |  |
|-----------------------------|----------|------------|--------------------------|------|-------------|--|
| 氏名<br><small>(フリガナ)</small> |          | 性別         | 男・女                      | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |  |
| 住所                          | 〒        | 電話番号       |                          |      |             |  |
| 介護保険 被保険者番号                 |          | 保険者名/保険者番号 |                          |      |             |  |
| 要介護認定年月日                    | 平成 年 月 日 | 認定の有効期間    | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで | 要介護度 | 1・2・3・4・5   |  |

## ③(現在利用しているサービスの状況)

|               |                                       |                                   |      |       |  |
|---------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------|-------|--|
| 在宅サービスの利用状況   |                                       | 利用あり ・ 利用なし                       |      |       |  |
| 利用<br>ある<br>方 | 居宅介護支援事業所名                            |                                   |      |       |  |
|               | 担当ケアマネージャー名                           |                                   |      |       |  |
|               | 居宅介護支援事業所 電話番号                        | 居宅介護支援事業所 FAX番号                   |      |       |  |
|               | <b>※ 直近3カ月分のサービス利用表・別表の写しを送って下さい。</b> |                                   |      |       |  |
| 利用<br>ない<br>方 | 施設に入所している。                            | 項目 ( 老健・特養・ケアハウス・養護・グループホーム・その他 ) |      |       |  |
|               |                                       | 施設名 ( )                           | 利用開始 | 年 月 日 |  |
|               | 病院に入院している。                            | 病院名 ( )                           | 入院日  | 年 月 日 |  |

## ④(入所を希望する理由)

| 該当番号に○を付けて下さい。(複数回答可) | *備考 (具体的な理由があれば記載して下さい。)       |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1                     | 介護者がいない                        |
| 2                     | 介護者はいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難        |
| 3                     | 介護者はいるが高齢等のため十分な介護が困難          |
| 4                     | 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難        |
| 5                     | 介護者はいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難 |
| 6                     | 介護保険施設に入所しているが変わりたい            |
| 7                     | その他                            |

## ⑤(申込みについての確認)

|                           |   |             |     |                 |
|---------------------------|---|-------------|-----|-----------------|
| 入所希望時期 (該当する番号に○を付けて下さい。) | 1   | 今すぐ入所したい。   | 2   | 年 月頃までには、入所したい。 |
| 申込の状況                     | ※ウェルガーデン春日部以外の施設に申込をされている方は、施設名を記載し申込の待機期間を記入して下さい。 |             |     |                 |
|                           | 施設名   | 待機期間( 年 月 ) | 施設名 | 待機期間( 年 月 )     |
|                           | 施設名   | 待機期間( 年 月 ) | 施設名 | 待機期間( 年 月 )     |

⑥(介護負担限度額認定証お持ちの方へ)

|                                       |         |   |
|---------------------------------------|---------|---|
| 介護保険負担額認定証に記載されている食費と居住費の限度額を記入して下さい。 | ユニット型個室 | 円 |
|                                       | 食費      | 円 |

⑦(医療状況について)

|                                    |  |           |                |  |
|------------------------------------|--|-----------|----------------|--|
| 現在治療中の病気等について記載して下さい。( )           |  |           |                |  |
| 医療処置・対応等について右記の項目に該当する番号に○を付けて下さい。 | 1 インシュリン注射                                     | 2 在宅酸素法   | 3 人工透析         |  |
|                                    | 4 人工肛門   | 5 中心静脈栄養  | 6 膀胱カテーテル      |  |
|                                    | 7 経管栄養   | 8 気管切開の処置 | 9 皮膚疾患(褥瘡、その他) |  |
|                                    | 10 感染症 → MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ 梅毒 ・ その他( ) |           |                |  |
|                                    | 11 その他(内容 )                                    |           |                |  |
| かかりつけ医                             | 病院名  |           | 医師名            |  |
|                                    | 住所   |           | 電話番号           |  |

⑧(現在入所希望者を介護される方の状況)

|                       |  |                                 |           |        |  |
|-----------------------|--|---------------------------------|-----------|--------|--|
| 主たる介護者                | フリガナ<br>氏名   |                                 | 性別<br>男・女 | 本人との関係 |  |
|                       | 生年月日   | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)              |           |        |  |
|                       | 同居区分   | 1. 同居 2. 別居( )                  |           |        |  |
|                       | 介護期間   | 年 月 日 ※施設に入居する前の期間              |           |        |  |
|                       | ①要介護状態・障害状態・疾病状態で                                  | ない・ある → 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能    |           |        |  |
| ②育児や入所希望以外の看病をする状況に   | ない・ある → 常時育児・看病が必要 ・ 半日育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要       |                                 |           |        |  |
| ③複数の要介護者の介護をおこなって     | ない・いる → 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能                       |                                 |           |        |  |
| ④就労状況                 | ない・ある → 8時間以上/日 ・ 高齢で就労不可 ・ 4時間以上8時間未満/日 ・ 4時間未満/日 |                                 |           |        |  |
| (主介護者の配偶者等)<br>従たる介護者 | フリガナ<br>氏名   |                                 | 性別<br>男・女 | 本人との関係 |  |
|                       | 生年月日   | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)              |           |        |  |
|                       | 介護の可能性   | 従たる介護者なし ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 |           |        |  |
|                       | 同居区分   | 1. 同居 2. 別居( )                  |           |        |  |
|                       | 介護期間   | 年 月 日 ※施設に入居する前の期間              |           |        |  |
| (別居)血縁者による介護の可能性について  |  | 血縁者なし ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能    |           |        |  |

⑨(説明確認)

特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 施設長 様

・ 私は入所申込にあたり、別紙「埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針」のとおり、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、確認しました。

・ ウエルガーデン春日部へ入所希望申込みを致します。又、入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所等からの情報提供を受ける事に同意します。

平成 年 月 日

入所希望者 氏名 (印)

申込代理人 氏名 (印)

# 特別養護老人ホーム ウェルガーデン春日部 入所 申込書別紙

入居希望者の心身及び日常生活動作について

## ①(日常生活動作状況)

|       |   |   |                                    |
|-------|---|---|------------------------------------|
| 視 力   | 日常生活に支障あり ・ 日常生活に支障なし                         | 眼 鏡   | あり ・ なし                            |
| 聴 力   | 日常生活に支障あり ・ 日常生活に支障なし                         | 補聴器   | あり ・ なし                            |
| 麻 痺   | なし ・ あり (部位: _____)                           | 拘 縮   | なし ・ あり (部位 _____)                 |
| 移 動   | 独歩 ・ 杖歩行 ・ つたい歩き ・ 歩行器 ・ 車いす(一部介助) ・ 車いす(全介助) |   |                                    |
| 睡 眠   | 良眠 ・ 不眠 ・ ムラあり / 睡眠導入剤の使用 (有 ・ 無)             |   |                                    |
| 食 事   | 動作  | 自立 ・ 声かけが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                                  |                                    |
|       | 使用物品  | 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具 ・ 経管栄養 (複数回答可)                      |                                    |
|       | 食事形態  | 主食  | 常食 ・ 軟飯 ・ お粥 ・ ミックス粥 ・ ペースト状 ・ ほか( |
|       |   | 副食  | 常菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ムース状 ・ ペースト状 ・ ほか( |
|       | 義歯  | なし ・ あり ⇒ 部分(上 ・ 下) ・ 総(上 ・ 下)                            |                                    |
| アレルギー | なし ・ あり (                                     |   |                                    |
| 排 泄   | 動作  | 自立 ・ 声かけが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                                  |                                    |
|       | 日中  | パンツ ・ 紙パンツ ・ 紙おむつ ・ パッド / ポータブルトイレ使用(有 ・ 無) / 尿器使用(有 ・ 無) |                                    |
|       | 夜間  | パンツ ・ 紙パンツ ・ 紙おむつ ・ パッド / ポータブルトイレ使用(有 ・ 無) / 尿器使用(有 ・ 無) |                                    |
|       | 尿意  | あり ・ なし   | 便意                                 |
|       |   | 下剤服用  | あり ・ なし                            |
| 入 浴   | 動作  | 自立 ・ 声かけが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                                  |                                    |
|       | 浴槽  | 一般浴槽 ・ 介助浴槽 ・ 機械浴槽 / 必要介護用品 ( _____ )                     |                                    |
|       | 着替え   | 自立 ・ 声かけが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助                                  |                                    |

## ②(精神的な状況)

| 認知症   | なし ・ あり        | 認知症日常生活自立度  | I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M          |
|---|----------------|---|--|
|   |                |   | <small>※担当ケアマネジャー又は、主治医にご確認ください。(主治医意見書参照)</small> |
| 理 解   | 自分で意思の伝達出来る    | ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ   | 毎日の日課を理解している ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ                       |
|   | 生年月日や年齢がわかる    | ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ   | 直前の事をわすれてしまう ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ                       |
|   | 自分の名前を言うことが出来る | ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ   | 今の季節がわかる ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ                           |
|   | 自分のいる場所がわかる    | ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ   | 徘徊することがある ⇒ はい ・ 時々 ・ いいえ                          |
| 日常生活で該当する番号に○を付けて下さい。(複数回答可)  |                |   |  |
| 1、物を盗られたなどと被害的になることがある<br>2、泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある<br>3、しつこく同じ話をくりかえすことがある<br>4、「家に帰る」等と言い落ち着きがないことがある<br>5、色々なものを集めたり、無断で持ってくることもある<br>6、ひどい物忘れがある<br>7、介護に抵抗することがある<br>8、自分勝手に行動する事がある |                | 9、作話をし周囲に言いふらすことがある<br>10、昼夜逆転することがある<br>11、大声をだすことがある<br>12、一人で外に出たがり目が離せないことがある<br>13、物を壊したり、衣類を破いたりすることがある<br>14、意味もなく独り事や独り笑いをすることがある<br>15、話がまとまらず、会話にならない事がある |  |

## ③(その他 介護の事で困っていることやウェルガーデン春日部に希望することなどがありましたら記入して下さい。)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## (仮称) ウェルガーデン春日部 料金目安表

<ユニット型個室>ユニット型介護福祉施設サービス費 (1日) / 区分6級地 (10.27円)

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 要介護1 ⇒ 625単位 ⇒ 642円/日 | 要介護3 ⇒ 762単位 ⇒ 783円/日 |
| 要介護2 ⇒ 691単位 ⇒ 710円/日 | 要介護4 ⇒ 828単位 ⇒ 851円/日 |
|                       | 要介護5 ⇒ 894単位 ⇒ 919円/日 |

※要介護1、2の方につきましては「特例含む入所要件」等満たしたと施設側が判断した場合のみ入居の可能性がございますのでご注意ください。

**利用負担の割合 1割の場合 ※基本サービス費：加算料金含む**

(下記加算表の、加算項目(☆印)を算定した場合)

第4段階【基準額】(利用者負担限度額 所得段階区分)

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                       |                       |          | 高額介護サービス費<br>対象外 |
|------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                   | 食費                    | 合計       |                  |
| 要介護1 | 24,292円                | 59,100円<br>(1,970円/日) | 41,400円<br>(1,380円/日) | 124,792円 | /                |
| 要介護2 | 26,494円                |                       |                       | 126,994円 |                  |
| 要介護3 | 28,863円                |                       |                       | 129,363円 |                  |
| 要介護4 | 31,065円                |                       |                       | 131,565円 |                  |
| 要介護5 | 33,268円                |                       |                       | 133,768円 |                  |

※介護保険負担限度額認定を受けている方・高額介護サービス費を申請した方

第3段階【減額】(利用者負担限度額 所得段階区分) 基本サービス費 世帯上限額：24,600円

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                       |                     |         | 高額介護サービス費<br>申請時(支払額) |
|------|------------------------|-----------------------|---------------------|---------|-----------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                   | 食費                  | 合計      |                       |
| 要介護1 | 24,292円                | 39,300円<br>(1,310円/日) | 19,500円<br>(650円/日) | 83,092円 | 83,092円               |
| 要介護2 | 26,494円                |                       |                     | 85,294円 | 83,400円               |
| 要介護3 | 28,863円                |                       |                     | 87,663円 |                       |
| 要介護4 | 31,065円                |                       |                     | 89,865円 |                       |
| 要介護5 | 33,268円                |                       |                     | 92,068円 |                       |

第2段階【減額】(利用者負担限度額 所得段階区分) 基本サービス費 世帯上限額：15,000円

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                     |                     |         | 高額介護サービス費<br>申請時(支払額) |
|------|------------------------|---------------------|---------------------|---------|-----------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                 | 食費                  | 合計      |                       |
| 要介護1 | 24,292円                | 24,600円<br>(820円/日) | 11,700円<br>(390円/日) | 60,592円 | 51,300円               |
| 要介護2 | 26,494円                |                     |                     | 62,794円 |                       |
| 要介護3 | 28,863円                |                     |                     | 65,163円 |                       |
| 要介護4 | 31,065円                |                     |                     | 67,365円 |                       |
| 要介護5 | 33,268円                |                     |                     | 71,368円 |                       |

第1段階【減額】(利用者負担限度額 所得段階区分) 基本サービス費 世帯上限額：15,000円

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                     |                    |         | 高額介護サービス費<br>申請時(支払額) |
|------|------------------------|---------------------|--------------------|---------|-----------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                 | 食費                 | 合計      |                       |
| 要介護1 | 24,292円                | 24,600円<br>(820円/日) | 9,000円<br>(300円/日) | 57,892円 | 48,600円               |
| 要介護2 | 26,494円                |                     |                    | 60,094円 |                       |
| 要介護3 | 28,863円                |                     |                    | 62,463円 |                       |
| 要介護4 | 31,065円                |                     |                    | 64,665円 |                       |
| 要介護5 | 33,268円                |                     |                    | 66,868円 |                       |

利用負担の割合 2割の場合① ※基本サービス費：加算料金含む

(下記加算表の、加算項目(☆印)を算定した場合)

『所得区分』 高額介護サービス費を申請した場合⇒ 世帯上限額：44,400円

- ・ 現行並み所得者 及び 同一世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいて、第1号被保険者の収入が520万円(単身は、383万円)以上の者

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                       |                       |          | 高額介護サービス費<br>申請時(支払額) |
|------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                   | 食費                    | 合計       |                       |
| 要介護1 | 48,584円                | 59,100円<br>(1,970円/日) | 41,400円<br>(1,380円/日) | 149,084円 | 144,900円              |
| 要介護2 | 52,987円                |                       |                       | 153,487円 |                       |
| 要介護3 | 57,726円                |                       |                       | 158,226円 |                       |
| 要介護4 | 62,130円                |                       |                       | 162,630円 |                       |
| 要介護5 | 66,536円                |                       |                       | 167,036円 |                       |

利用負担の割合 2割の場合 ※基本サービス費：加算料金含む

(下記加算表の、加算項目(☆印)を算定した場合)

『所得区分』 高額介護サービス費を申請した場合⇒ 世帯上限額：37,200円

- ・ 上記、2割の場合① 以外の2割負担該当者

| 介護区分 | 1ヶ月(30日)あたり利用者自己負担額 目安 |                       |                       |          | 高額介護サービス費<br>申請時(支払額) |
|------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------------|
|      | 基本サービス費                | 居住費                   | 食費                    | 合計       |                       |
| 要介護1 | 48,584円                | 59,100円<br>(1,970円/日) | 41,400円<br>(1,380円/日) | 149,084円 | 137,700円              |
| 要介護2 | 52,987円                |                       |                       | 153,487円 |                       |
| 要介護3 | 57,726円                |                       |                       | 158,226円 |                       |
| 要介護4 | 62,130円                |                       |                       | 162,630円 |                       |
| 要介護5 | 66,536円                |                       |                       | 167,036円 |                       |

その他の費用（本人の身体状況及び利用状況により発生致します）

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 日用品代（生活雑費） | 150円 / 日 程度（調整中）※変更の可能性あり   |
| 教養娯楽費      | 50～80円 / 日 程度（調整中）※変更の可能性あり |
| 理美容料       | 個人負担額                       |
| 医療費・薬代     | 個人負担額                       |

加算

| 加算項目   | 要介護度別 | 自己負担額/単位数   |
|--|-------|---|
| ☆日常生活継続支援加算Ⅱ   | 共通    | 48円 / 日（1日/46単位）  |
| ☆栄養マネジメント加算  |       | 15円 / 日（1日/14単位）  |
| 経口移行加算（栄養マネジメント実施時）  |       | 29円 / 日（1日/28単位）  |
| 経口維持加算Ⅰ（栄養マネジメント実施時）                                       |       | 411円 / 月（1月/400単位）  |
| 経口維持加算Ⅱ（栄養マネジメント実施時）                                       |       | 103円 / 月（1月/100単位）  |
| ○療養食加算   |       | 19円 / 日（1日/18単位）  |
| ☆個別機能訓練加算  |       | 13円 / 日（1日/12単位）  |
| ☆看護体制加算Ⅰ   |       | 5円 / 日（1日/4単位）  |
| ☆看護体制加算Ⅱ   |       | 9円 / 日（1日/8単位）  |
| ☆夜勤職員配置加算  |       | 19円 / 日（1日/18単位）  |
| ☆口腔衛生管理体制加算  |       | 31円 / 月（1月/30単位）  |
| ○外泊時費用(6日以内/月)   |       | 253円 / 日（1日/246単位）  |
| ○初期加算  |       | 31円 / 日（1日/30単位）  |
| ☆介護職員処遇改善加算Ⅰ<br>加算Ⅱ<br>加算Ⅲ<br>加算Ⅳ<br>加算Ⅴ                   |       | 1月/所定単位×83/1000<br>1月/所定単位×59/1000<br>1月/所定単位×33/1000<br>1月/加算Ⅲの90%<br>1月/加算Ⅲの80%         |
| ○看取り介護加算<br>注) 死亡日以前30日を上限とし、<br>退所日の翌日から<br>死亡日までの算定はしない。 |       | 148円(死亡日以前の4～30日)<br>※1日/144単位<br>699円(死亡日の前日・前々日)<br>※1日/680単位<br>1,315円(死亡日)<br>※1280単位 |

☆項目：算定予定 ○項目：対象時のみ算定予定 その他：未定

※上記記載の料金目安表金額に関しては、制度改正や加算の算定項目の変更、その他理由等により増減する可能性がございます。また、確定的な金額ではございませんのでご了承ください。

## 『 お申込みから入居までの流れ 』

STEP 1

お問合せ

お問い合わせを頂き、資料送付、入居相談等の日程調整を行います。

STEP 2

入居相談

入居相談をお受けいたします。

STEP 3

書類受付 **※随時お受付としております**

入居のご希望がありましたら入居申込書にご記入いただき、提出して頂きます。

STEP 4

書類選考 / (事前面接)

申し込み書類を確認し、選考を行います。後に、ご本人、およびご家族と入居事前面接を行わせていただく予定。(面接時期については、変動あり)

STEP 5

入居判定

申込書等を基に、施設の入居判定委員会にて入居判定会議を行います。

STEP 6

判定結果通知 (内定通知送付)

判定結果のご連絡をさしあげます。入所判定会議にて問題がなければ入居決定となります。※対象者等に状態変化が生じた場合には、入居をお見送りさせていただく場合もありますのでご了承ください。

STEP 7

契約

ご契約に加え、ご入居日など詳細のお打ち合わせをさせていただきます。

STEP 8

入居 (平成 30 年 4 月～) **※入居のタイミングは 5 月以降となる場合もあります**

ご入居となります。



# 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込取下げ書

平成 年 月 日

ウエルガーデン春日部 施設長 殿

入所申込申請者（又は代理人）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

先に提出した「 特別養護老人ホーム ウエルガーデン春日部 入所申込書 」  
の申請を下記の理由により、取り下げさせていただきます

## 記

### 1. 入所申込日

平成 年 月 日

### 2. 入所希望者

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

### 3. 入所申請取下げ理由

- ・ 私事（家事）都合
- ・ 他の介護保険施設等への入所が決定した
- ・ ご希望者がお亡くなりになられた / 被保険者資格を喪失した
- ・ その他 具体的にご記入ください。

( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

## 埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針

### 1 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）のサービスを受ける必要性が高いと認められる者を優先的に入所させるため、施設が優先入所（以下「入所」という。）に関する手続き及び入所の必要性を評価する基準等を制定する際の参考とすべき基準を明示することにより、入所決定過程の透明性・公平性を確保し、施設サービスの円滑な実施に資することを目的とする。

### 2 対象となる施設

この指針の対象となる施設は、県内に所在する施設とする。

なお、市町村及び関係団体等がこの指針と同様の趣旨でその地域に所在する施設を対象とした指針を作成する場合は、その指針による。

### 3 入所の対象となる者

- (1) 入所の対象となる者は、要介護3から要介護5の認定を受けている者で常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な者とする。

ただし、要介護1又は要介護2の者にあつては施設への特例的な入所（以下「特例入所」という。）の要件に該当する者とする。

なお、介護保険施設に入所している者及び要介護1から5の認定を受け病院に入院している者についても同様とする。

- (2) 特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮すること。

ア 認知症である者であつて、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。

イ 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。

ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心確保が困難と認められること。

エ 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な状況であると認められること。

- (3) 要介護1又は要介護2の入所申込者が特例入所対象者に該当するか否か

を判断するにあたっては、以下のような取扱いにより、入所判定が行われるまでの間に施設と入所申込者の保険者市町村との間で情報の共有等を行うこと。

ア 施設は、要介護1又は要介護2の者から入所申込を受けた時は、参考様式6により保険者市町村に報告しなければならない。また、施設は当該申込者が特例入所対象者に該当するか否か判断するにあたっては、参考様式7により保険者市町村に意見を求めることができる。

イ 意見を求められた保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援等の提供体制の状況、介護支援専門員等からの居宅における生活困難度の聴取等を踏まえ、参考様式8により施設に対して意見を表明するものとする。

なお、保険者市町村は必要に応じて入所検討委員会に職員を出席させ意見を表明することができるものとする。

ウ 施設は、入所順位決定の手続きにおいては、必要に応じて「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について、改めて保険者市町村に意見を求めることが望ましい。

#### 4 入所申込み及び入所決定の手続き

##### (1) 入所の申込み

入所の申込みは、入所希望者又は家族等が特別養護老人ホーム優先入所申込書（以下「申込書」という。）（参考様式1）を入所希望する施設に直接提出して行う。

なお、申込内容に変更が生じた場合には施設に連絡し、施設が必要と認められた時には再度申込書を提出する。

##### (2) 入所申込みの受付

ア 施設は申込書の受付に際し、原則として入所希望者又は家族等と面接のうえ、本人の心身の状況等を確認する。

イ 施設は申込者に対し、この指針に定める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説明を行い、申込書の「説明確認欄」に署名を受ける。

ウ 施設は申込書を受け付けた場合には別に備える受付簿（参考様式2）にその内容を記載し、管理する。

##### (3) 入所順位決定の手続き

施設は、入所順位の決定に係る事務を処理するため合議制の入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

##### ア 委員会の構成

委員会は、施設の施設長、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等で

構成する。なお、委員には入所決定の公平性・中立性が保てる第三者を加えるものとする。

イ 委員会の開催

委員会は施設長が招集し、原則として毎月1回開催する。

ウ 委員会の所掌事務

委員会は、特別養護老人ホーム優先入所決定調査票（以下「調査票」という。）（参考様式3）、選考者名簿（参考様式4）、申込書及び保険者市町村の意見（特例入所の場合に限る）等に基づいて入所の必要性を総合的に検討し、入所順位の決定を行う。

エ 委員会の議事録

委員会は開催ごとに議事録を作成し、2年間保管しておくものとする。県又は市町村から議事録を求められた場合には提出しなければならない。

オ 結果の通知

施設は、申込受付後最初に開催する委員会で決定された順位について申込者に特別養護老人ホーム優先入所順位検討結果通知書（参考様式5）により通知する。

カ 説明責任

施設は、入所希望者又は家族等から入所順位の決定に関して説明を求められた場合には、その内容について説明しなければならない。

キ 守秘義務

施設の職員及び委員会の第三者委員は、業務上知り得た入所希望者及び家族等に係る情報を漏らしてはならない。その職を退いた後もまた同様とする。

(4) 入所順位決定後の再確認等

施設は、入所順位の上位に決定した者に対し、必要に応じてその後の状況等を再確認し、調査票を見直す。

5 入所の必要性を評価する基準

施設は、申込書を受け付けた場合には、速やかに調査票を作成し、委員会開催日の前日までに優先順位をつけた選考者名簿を調製する。

(1) 入所順位の評価基準

施設は、次の項目について別表の「入所順位の評価基準」に基づき点数化し、合計点数の高い順に優先順位をつける。

ア 介護の必要の程度及び心身の特性

イ 介護者の状況

ウ 在宅介護の状況

エ 本人の住所地

なお、この方法で順位づけが困難な場合には、更に次の項目を順次勘案し、優先順位をつける。

ア 待機期間（長短の順）

イ 年齢（高い順）

(2) 施設の受入れ体制による調整

委員会は、次の項目を勘案し、処遇上やむを得ないと判断した場合には優先順位を調整できる。

ア 性別に応じた居室の状況

イ 認知症に対する施設の受入体制

ウ 医療行為を必要とする場合における施設の受入体制

(3) 入所辞退者の取扱い

入所希望者の都合により、入所の辞退があった場合には、施設の判断により一定の期間順位を繰り下げる。一定期間経過後入所辞退者から再度の申し出がない場合には選考者名簿から抹消し、受付簿にその旨記載する。

6 入所順位決定の例外的取扱い

次の場合には施設長の判断により例外的に入所順位の決定ができる。

(1) 老人福祉法第11条第1項第2号の規定に基づく措置委託による場合

(2) 緊急的な入所の必要性が認められ、委員会を召集する余裕のない場合

(3) 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（厚生省令第39号）第19条に定める入所者の入院期間中の取扱いによる場合

7 指針の公表

この指針は公表する。

8 指針の見直し

この指針は、必要に応じて見直しを行う。この場合にはこの指針を作成した時と同様に関係団体等で協議する。

9 適正運用

(1) 施設は、この指針を参考に優先入所に係る取扱規程を定め、入所の決定を適正に行わなければならない。

(2) 県は、施設に対しこの指針の適正な取り扱いについて必要な助言を行う。

10 適用時期

この指針は、平成15年1月16日から適用する。

この指針は、平成27年4月1日から適用する。

ウエルガーデン春日部 医療行為受け入れ状況予定一覧

| 医療行為名     | 受け入れ可能 | 受け入れ不可 | 条件付きで受け入れ可能 | 備考           |
|-----------|--------|--------|-------------|--------------|
| 経管栄養（胃ろう） | ○      |        |             |              |
| 経管栄養（鼻腔）  |        | ○      |             |              |
| 膀胱留置カテーテル | ○      |        |             |              |
| 人工肛門      | ○      |        |             |              |
| 人工膀胱      |        |        | ○           |              |
| 在宅酸素療法    | ○      |        |             |              |
| 気管切開      |        | ○      |             |              |
| インシュリン    |        |        | ○           | 看護師勤務時間帯での対応 |
| 褥瘡        |        |        | ○           | 重度の場合は受診対応   |
| ペースメーカー   | ○      |        |             |              |
| 人工透析      |        |        | ○           | 受診送迎可能な病院を利用 |
| 点滴        |        |        | ○           | 生理食塩水のみ対応可   |
| 中心静脈栄養    |        | ○      |             |              |
| MRSA      |        |        | ○           |              |
| 痰吸引       |        |        | ○           | 看護師勤務時間帯での対応 |

## 【 介護保険利用負担限度額認定について 】

介護保険施設に入所（滞在）すると、介護サービス費用の利用者負担分を支払う他に居住費（滞在費）・食費を支払うことになります。居住費（滞在費）・食費の具体的水準については、利用者と施設との契約によることが原則になりますが、所得の低い人については負担の上限額（負担限度額）が定められ、一般の人に比べると負担が軽減されます。負担限度額については、利用者負担段階ごとに定められています。

### <この制度を利用できる方>

負担限度額認定制度を利用するには、下記の二つの要件を満たす必要があります。

●所得要件 ※下記の表1参照

・世帯の全員（世帯分離をしている配偶者を含む）が市民税非課税

●資産要件 「預貯金等が一定額以下」

・配偶者がいる方は合計2,000万円以下 ・配偶者がいない方1,000万円以下

| 表1 :対象者                                  |                      |      |
|--|----------------------|------|
| 生活保護受給者                                  |                      | 第1段階 |
| 市民税非課税者<br>世帯全員が市町村                      | 老齢福祉年金受給者            |      |
|  | 課税年金収入と合計所得金額が80万円以下 | 第2段階 |
|  | 利用者負担第2段階以外の方        | 第3段階 |
| 第1段階～3段階以外の方<br>(減額対象外 ⇒ 基準額/施設設定額となります) |                      | 第4段階 |

### 《 利用者負担段階区分ごとの費用負担額 》

負担段階区分ごとの1日当たりの食費・居住費の利用者負担段階は下記の通りです。

| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の場合（日額） |                   |           |      |        |
|----------------------------|-------------------|-----------|------|--------|
|                            | 基準費用額（日額）<br>第4段階 | 負担限度額（日額） |      |        |
|                            |                   | 第1段階      | 第2段階 | 第3段階   |
| 食費                         | 1,380円            | 300円      | 390円 | 650円   |
| 居住費                        | ユニット型個室           | 820円      | 820円 | 1,310円 |
|                            | ユニット型準個室          | 490円      | 490円 | 1,310円 |
|                            | 従来型個室             | 320円      | 420円 | 820円   |
|                            | 多床室               | 840円      | 0円   | 370円   |