

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム浦和みやびの郷 施設長 様

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
電話番号	()	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介護認定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：			
	心身の状況	1 障害有（障害の種類： ・ 級） 2 なし			
	入所を希望する理由 (※1)	1 主たる介護者 ①ない（音信不通を含む） ②長期入院、施設入所によりいない () 2 主たる介護者がいるが介護が困難（複数回答あり） 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3 地域の介護サービス等に不足がある（複数回答あり） ※3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ③常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4 その他 ()			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号（複数回答あり） 1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度			

- ※1 入所を希望する理由（ ）内には、その具体的理由を記入してください。
- ※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を（ ）内に記入してください。
- ※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

特別養護老人ホーム浦和みやびの郷入所申込書 ②

主たる介護者	(フリガナ)		性 別	本人との関係
--------	--------	--	-----	--------

介護者の状況		氏 名		男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
	従たる介護者	(フリガナ)		性 別	本人との関係	
		氏 名		男・女		
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居区分	1 同居 2 別居 ()			
		介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
	介護期間					
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
	有 (常勤・パート) 無	有 (人 歳) 無	良好 不良 ()			
			主たる介護者の家族の健康状態			
良好 不良 ()						
その他	入所を希望する時期	1 今すぐ 2 年 月頃までには、入所したい				
	申込の状況	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 :				
	待機月数	年 月				
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)					
		該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※ 別表2 をご確認の上、該当する要件を選択してください。				
説明確認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名					

※介護保険被保険者証・負担割合証・限度額認定証 (写)、さいたま市介護保険サービス情報提供パス、サービス利用票 (写) 及びサービス利用票別表 (写) (概ね直近3カ月分) を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

別表 1

認知症等による行動障害	1 徘徊 2 外出して戻れない 3 被害的 4 大声を出す 5 介護に抵抗 6 収集癖 7 一人で出たがる 8 物や衣類を壊す 9 昼夜逆転 10 作話 11 感情が不安定 12 同じ話をする 13 落ち着きなし 14 ひどい物忘れ 15 独り言・独り笑い
-------------	--

※「ときどき見られる行動」については、少なくとも1カ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる行動を記載してください。

※「頻繁に見られる行動」については、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる行動を記載してください。

別表 2

特例入所の要件

要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる要件を申込書に記載してください。

- ア 認知症である者であって、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が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
- 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であること

(様式 1)

特別養護老人ホーム浦和みやびの郷入所申込書①

記入例

特別養護老人ホーム 浦和みやびの郷 施設長 様

申 込 日	令和 1 年 〇〇月 〇〇日
受 付 日	令和 年 月 日

【提出者】

住 所	〒123-4567 埼玉県さいたま市緑区三室 1712	
(フリガナ)	ケイアイ ミヤビ	本人との関係
氏 名	敬愛 雅	長女
電話番号	12(345)6789	

特別養護老人ホームへ入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(フリガナ)	ケイアイ サト	性別	保 険 者	さいたま市
	氏 名	敬愛 さと	男	被保険者番号	98765432
	生年月日	明・大 昭 5 年 4 月 1 日 (87 歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒123-4567 埼玉県さいたま市緑区三室 1712	介護認定 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	ときどき見られる行動の番号: 2 . 4 . 5 . 6 頻繁に見られる行動の番号: 3 . 7 . 9 . 10 . 12			
	心身の状況	1障害有(障害の種類: . 級) 2なし			
	入所を希望する理由 (※1)	1主たる介護者 ① い(音信不通を含む) ②長期入院、施設入所によりいない () 2主たる介護者がいるが介護が困難(複数回答あり) 理由 ①高齢 ②障害者 ③複数の要介護者がいる※2 ④就業 ⑤育児 () 3地域の介護サービス等に不足がある(複数回答あり) ※3 ①夜間の介護サービス ②往診や訪問看護等医療系サービス ② 時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動 ⑤その他 () 4その他 ()			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号(複数回答あり) 1点滴 2中心静脈栄養 3透析 4人工肛門 5酸素療法 6人工呼吸器 7気管切開 8疼痛看護 9経管栄養 10 モニター測定 11 褥瘡 12 カテーテル 摂取している薬及びその頻度 お薬手帳添付			

介護被保険証を確認下さい

※1 入所を希望する理由()内には、その具体的理由を記入してください。

※2 複数の要介護者がいる場合、当該要介護者の要介護度を()内に記入してください。

※3 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

記入例

特別養護老人ホーム浦和みやびの郷入所申込書②

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏 名	ケイアイ ミヤビ 敬愛 雅	性 別	男 ☒ 女	本人との関係	長女	
		生年月日	明・大・ ☒ 昭 42 年 1 月 1 日 (50 歳)					
		同居区分	☒ 同居 2 別居 ()					
		介護の可能性	☒ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
	従たる介護者	(フリガナ) 氏 名	ケイアイ ゴウ 敬愛 郷	性 別	☒ 男 ・ 女	本人との関係	長男	
		生年月日	明・大・ ☒ 昭 37 年 5 月 5 日 (55 歳)					
		同居区分	1 同居 ☒ 2 別居 ()					
		介護の可能性	☒ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能					
	介護期間							
	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態			
☒ 有 (常勤・パート) 無		有 (人 歳) ☒ 無		☒ 良好 不良 ()				
				主たる介護者の家族の健康状態				
				☒ 良好 不良 ()				
そ の 他	入所を希望する時期		1 今すぐ 2 30 年 4 月頃までには、入所したい					
	申込の状況		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:					
	待機月数		年 月					
	やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由 (要介護1又は2の方のみ)		該当する特例入所の要件 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ※別紙をご確認の上、該当する要件を選択してください。					
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。 また、特例入所について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏 名							

※介護保険被保険者証のコピー、認定調査票(写)、さいたま市介護保険サービス情報提供パス(直近三か月以内)、サービス利用表(写)及びサービス利用表別表(写)(概ね直近3カ月分)を添付してください。

※入所の必要性がなくなった場合には、別紙「特別養護老人ホーム入所申込取下げ書」を提出してください。

※申込内容に変更が生じた場合には、施設に連絡し、指示を受けてください。

状 況 確 認 表 ①

※ 該当する項目を記入、☑ してください

ふりがな				性別	生年月日		
入居希望者 氏名				男・女	明・大・昭	年	月 日 (歳)
現在の 生活場所	☐ 自宅 (独居生活) ☐ 施設・病院 病院・施設名 ☐ 家族・親族の自宅 病院・施設名: _____ 住所: _____ 電話: _____						
年 金	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ その他 (/ ヶ月)						
医療保険	☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 後期高齢者医療						
現病名 病歴	病 名	発病時期		病 名	発病時期		
医療的処置 の状況	☐ 胃ろう (腸ろう) ☐ 吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析 ☐ インシュリン注射 (回) ☐ 褥瘡 (床ずれ) ☐ 尿道カテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 鼻腔栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他 ()						
身体 状況	身長・体重	(cm 、 kg)		皮膚疾患	☐ 有 (部位:) ☐ 無		
	意思伝達	☐ できる ☐ 時々 ☐ 殆ど出来ない ☐ できない		指示反応	☐ 通じる ☐ 時々 ☐ 通じない		
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		オムツ	☐ リハパン ☐ オムツ ☐ 布パンツ		
	麻痺	☐ 有 (部位:) ☐ 無		拘縮	☐ 有 (部位:) ☐ 無		
	視力	☐ 普通 ☐ 1m先が見える ☐ 目の前の物が見える ☐ ほとんど見えない ☐ 眼鏡使用					
	聴力	☐ 普通 ☐ やっと聞き取れる ☐ かなり大きい声 ☐ ほとんど聞こえない ☐ 補聴器使用					
日常 生活	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 車椅子		移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	着脱	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		入浴種別	☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ その他 ()		
認知症状による不適応行動		☐ 非常に多い ☐ やや多い ☐ 少しあり ☐ 無					
認知症状	☐ 被害妄想 ☐ 作話 ☐ 感情不安定 ☐ 昼夜逆転 ☐ 同じ話を繰り返す ☐ 大声 ☐ 介護抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 収集癖 ☐ 物を壊す・衣類を破く ☐ 独り言 ☐ 幻聴 ☐ 幻覚 ☐ その他 ()						
その他、認知症状で注意すべき点							
障害 者 手帳	☐	無					
	☐	有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 種) (障害者名) (取得日 年 月 日)					

状 況 確 認 表 ②

家族の状況（差し支えない範囲でご記入ください）

同居	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
別居	氏 名	年 齢	続 柄	住まいの市区町村
その他 (成年後見 等)	氏 名	年 齢		関 係
ご入居者様 の生い立ち (生活歴など)				

※ 生活する上で困っていることや申込書では書ききれなかったこと
希望等があれば具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

特別養護老人ホーム 浦和みやびの郷
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のご案内

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、以下のとおりご案内いたします。

1. 入所の対象となる方

入所の対象となる方は、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方となります。

ただし、要介護1又は要介護2の方であっても施設への特例的な入所（以下「特例入所」という。）の要件に該当する方は対象となります。

なお、介護保険施設に入所している方及び要介護1から5の認定を受け病院に入院している方についても同様です。

2. 入所決定の手続き

(1) 入所の申込み

ア 入所の申込み時には、入所希望者又は家族等に入所申込書を提出していただきます。

イ 申込内容に変更が生じた場合には、必要に応じて再度入所申込書の提出が必要になることがあります。

(2) 入所申込みの受付

ア 施設は入所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します。

イ 施設は申込者に対し、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」に署名を受けます。

(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を設置します。

ア 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します。

イ 委員会は施設長が招集し、原則として毎月1回開催します。

ウ 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文書により通知します。

(4) 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見直します。

3. 入所の必要性を評価する基準

(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ます。

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、優先順位をつけます。

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ます。

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) 要介護1又は2の方の特例入所申込については、別途、入所の必要性を評価する基準がございます

4. 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をします。

(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

以上

要介護 1・2 で入居をご希望の方へ

特別養護老人ホーム 浦和みやびの郷

要介護 1 又は 2 の方の特例的な施設への入所(特例入所)について

特別養護老人ホームは、これまでも、重度の要介護状態で、ご自宅での生活が難しい方に優先的に入所していただくこととしていましたが、介護保険法が改正され、平成 27 年 4 月から、原則として、要介護 3 以上の方のみが入所できることとなりました。

なお、要介護 1 や要介護 2 の方であっても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方については、特例的に入所できます。

(1) 特例入所の要件

- ア、認知症である者であって、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。
- 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。
- ウ、家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- 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である。

(2) 特例入所に該当するか否かの判断

- ①申込みを受け付けた際には、介護保険の保険者である市町村に対して報告を行い、当該入所申込者が特例入所要件に該当するか否かを判断します。

ご不明な点は、生活相談員・介護支援専門員までお尋ねください。

特別養護老人ホーム 浦和みやびの郷
医療行為がある方に関する留意事項

医療処置の内容	受入れの可否	備考
酸素吸入	×	
吸引	○	日中のみ対応可能です。※夜間不可 施設全体での人数により制限があります。
気管切開管理	×	
バルーン留置	○	自己抜去の危険性のない方。 カテーテル交換については外部受診となる場合があります。 頻回に交換する方は不可
ストマー（人工肛門）	○	医師と相談の上で決定します。
経管栄養（胃ろう）	○	施設全体での人数により制限があります。 自己抜去の危険性のない方。
経鼻栄養	×	
IVH（中心静脈栄養）	×	
感染症	○	医師と相談の上で決定します。
透析通院	▲	相談の上で決定します。
糖尿病（インスリン注射など）	○	医師と相談の上で決定します。
褥瘡	○	医師と相談の上で決定します。
看取り	×	※現在は対応不可

○お受け入れ可能 ▲条件付でお受け入れ可能 ×お受け入れは不可能

※ ▲の場合には、当施設の嘱託医の判断・指示の下、判断させていただきます。

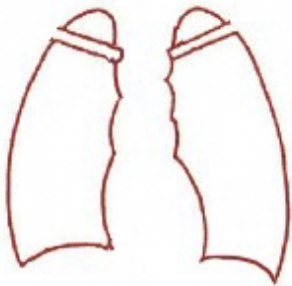
※ 特別養護老人ホームは、病院ではありません。

※ 当施設は、医師が常勤しておらずまた、看護師も夜間帯は勤務しておりません。

従いまして、上記の医療行為が必要な方は、お申込みの受け付けが出来かねますのでご了承ください。

※ 状況により変更となる場合があります。

さいたま市介護保険サービス情報提供パス

氏 名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住 所〒	さいたま市	電話	()			
疾病名 1		年	月	日	発症	
2		年	月	日	発症	
3		年	月	日	発症	
現病歴及び特記事項： _____ _____ _____						
日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M						
内服薬：						
		身長： cm 体重： kg				
		通常血圧： ～ / ～ mmHg				
		脈 拍： ～ /分 不整脈 有・無				
		血圧・脈拍にサービス施行時（入浴、リハ等）制限のある場合：				
		上 限 下 限				
撮影 年 月 日		収縮期血圧 _____ 脈 拍 _____				
感染症：HBS 抗原（－・＋）、HCV 抗体（－・＋）						
皮膚湿疹 有・無 有りの場合、疥癬の可能性 有・無						
褥 瘡 有・無 有りの場合、部位（ ）						
胃 瘻 有・無 経鼻胃チューブ 有・無 膀胱カテーテル 有・無						
気管切開 有・無 その他医療措置（ ）						
血液検査：RBC 万、Hb g/dl、Alb g/dl、BUN mg/dl、Cr mg/dl						
血糖値 mg/dl、HbA1C %（糖尿病患者のみ）						
インフルエンザワクチン 年 月 日						
肺炎球菌ワクチン 年 月 日						
年 月 日		医療機関名 所 在 地 電 話 医 師 名 印				

さいたま市介護保険情報サービス情報提供パスの取扱い

この情報提供パスは、さいたま市内の介護保険サービスを受ける場合において、サービス受給者が円滑に介護保険サービスを受けられることを目的として作成しました。

- 1、この情報提供パスは、医療情報、診断書の基本となるものです。この他、介護保険サービス提供者が特に必要と考えた検査を施行することは妨げません。
- 2、この情報提供パスの有効期限は、原則発行後1年間とします。(ただし、要介護度の変更が必要となる程度の病状変化を来した場合には、再発行をして下さい。)
- 3、HBS 抗原、HCV 抗体に関しては、検査施行後、血液製剤の投与が行われなかった場合、新たな検査は不要であり、既存の情報提供パスのデータを転記できます。
- 4、インフルエンザワクチン及び肺炎球菌ワクチンに関しては、施行した者のみ施行日を記載して下さい。
- 5、MRSA 感染に関しては、さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会研修会「介護保険サービスにおける感染症対策」(2003 年 12 月)において、〔通常 MRSA 保菌者が一般社会で危険を及ぼすことはなく、保菌者が退院して自宅に帰っても、老人ホームに入っても特別な配慮は必要ない。〕との結論を得ました。

そのため、介護保険サービス提供事務所・施設における MRSA 保菌者のスクリーニング検査は不要であると判断し、記載を省いております。