

(別紙2)

入所順位の評価基準

1 本人の状況 (最高点40点)

要介護度	5	40点
	4	35点
	3	25点
	2	10点
	1	5点

2 介護の必要性 (最高点15点)

在宅サービスの利用率	
8割以上	15点
6割以上8割未満	10点
4割以上6割未満	5点
老健・病院等の入所・入院期間	
2年以上	15点
1年以上2年未満	10点
6月以上1年未満	5点

※ 老健・病院等の入所・入院期間による配点又は在宅サービスの利用率による配点のどちらか高い方を採点とする。

※ 在宅サービスの利用率の採点については、介護保険施設に入所している者の場合は、当該施設に入所する前の状況とする。

書式変更: インデント: ぶら下げインデント: 1字  
左 2.14 字, 最初の行: -1 字

3 在宅介護の困難性 (最高点35点)

認知症等による行動障害により在宅生活が困難	0~35点
主たる介護者である家族がいない(音信不通を含む)	25点
主たる介護者が長期入院、施設入所によりいない	20点
主たる介護者が高齢又は障害者等で介護が困難	15点又は20点
複数の要介護者がいるため介護負担が大きい	15点又は20点
主たる介護者が就業又は育児により介護が困難	15点
家族等の支援が困難かつ地域の介護サービス等に不足がある	15点又は20点
その他の理由により介護が困難	5点

※ 老健・病院等に入所している者の場合は、退所する時点での状況により判断する。

4 本人の住所地

さいたま市内	さいたま市外
10点	0点

(参考様式1)

特別養護老人ホーム入所申込書(その1)

申込日	年 月 日
面接日※1	年 月 日
受付日※2	年 月 日
有効期間	受付日から 年 月 日まで

表の書式変更

コメントの追加 [S1]: 申込→面接→受付の手続きを明確化しました。

コメントの追加 [S2]: 受付の定義を明確化しました。

特別養護老人ホーム〇〇施設長 様

【提出者】

住 所	〒	
(フリガナ) 氏 名		本人との関係
電話番号	( )	

表の書式変更

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		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男	被保険者番号	
	住 所	〒	女	要介護度	
	認知症等による行動障害 (別表1参照)	とどとき見られる行動の番号: 頻繁に見られる行動の番号:	1・2・3・4・5	介 護 認 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
	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※3	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※4 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) ※5 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 _____			

書式変更: 右揃え

削除:

削除:

削除: 1)

削除: 2

削除: 3

削除:

※1 申込書のほか、裏面の※6の添付書類に不足・不備がないことが確認できてから面接日を決定します。

※2 面接(やむを得ず電話連絡のみとする場合を含む。)後、施設が記入します。

※3 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。

※4 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。

※5 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

削除: 1

削除: 2

削除: 3

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）

介 護 者 の 状 況	主たる介護者	(フリガナ) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係
		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) 氏 名		性 別 男・女	本人との関係
		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、 <u>入所申込みの有効期間</u> 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。 年 月 日 氏 名				

※6 被保険者証（写）、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。

※7 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。

※8 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。

※9 申込書の有効期間は受付日から2年間です。入所申込みを継続する場合は、「入所申込み継続願」を提出してください。

書式変更：インデント：左：0 mm、ぶら下げインデント：2字、最初の行：-2字

別紙

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。

書式変更：インデント：左：0 mm, ぶら下げインデント：1字, 最初の行：-1字

**【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。





(参考様式3)

入所申込み継続願

年 月 日

特別養護老人ホーム〇〇施設長 様

提出者

住 所

氏 名

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」の有効期間を満了した後も、貴施設への入所を希望するため、下記のとおり入所申込みの継続を願います。

記

1 入所申込みの有効期間

年 月 日 ~ 年 月 日

2 継続後の有効期間（1の有効期間を満了する日の翌日から2年間）

年 月 日 ~ 年 月 日

3 入所希望者

住 所

氏 名

4 入所申込書の内容から変更が必要となる内容

(参考様式 4)

削除: 3

特別養護老人ホーム入退所決定調査票

入所申込受付日	年 月 日	委員会開催日	年 月 日
---------	-------	--------	-------

削除:

申込者	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	性別	男 ・ 女

削除:

	内 容	点数
本人の状況	・要介護度 1・2・3・4・5 被保険者番号:	点
介護の必要性	・利用している在宅サービス 〔 〕	点
	・在宅サービスの利用状況(利用率) %	
	・老健・病院等の入所・入院期間 年 月	点
在宅介護の困難性 (複数に該当する場合には最高点で評価)	・認知症 ※1 (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: ・介護者の状況 〔 〕 ・家族等の支援が困難かつ地域の介護サービス等に不足がある ※2 1ある(複数選択可) 2なし 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	点

	・その他の理由により介護困難な場合		
本人の住所地	・さいたま市内	・さいたま市外	点
合計			点
勤 案 項 目	待機 月数	年 月	
	年 齢	歳	
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)			
【特例入所 の要件】	ア・イ・ウ・エ	障害の種類： 級	・
施設の受入 体制 による調整	有・無 有	の	場 合
	(	)	
入所順位決 定の 例外的取扱 い	有・無 有	の	場 合
	(	)	

調査票の作成 者職氏名	職名 氏名	作 成 年 月 日	優先順位	
		年 月 日		

- 削除:
- 削除:
- 削除:

施設での処理利用欄

事務処理欄	決裁	年 月 日					

※ 在宅サービスの利用状況は、直近3か月で算定する。

※ 申込内容に変更があり、再度の申込があった場合にもこの調査票を作成する。

※ 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。

※ 2   金銭面及び負担限度額による不足を除く。

書式変更：インデント：左：0 mm, ぶら下げインデント：1 字, 最初の行：-1 字

(参考様式 5)

選考者名簿

委員会開催 年 月 日

優先 順位	申込者の氏名	住 所	合計 点数	勘 案 項 目	施 設 調 整	特例入所の取扱い 【特例入所の要件】	決定 順位	備 考

削除: 4

削除: ( )

削除:

削除: け

削除:

※ 勘案項目欄には、勘案した待機月数、年齢を記入する。 ※ 施設調整欄には、受入れ体制による調整又は施設長判断による例外的取扱いの項目を記入する。

※ 特例入所の取扱い欄には、適用した【特例入所の要件】を記入する。 ※ 決定順位欄には、委員会で決定した順位を記入する。

(参考様式 6)

削除: 5

番 号  
年 月 日

〇〇市町村長 様

特別養護老人ホーム〇〇施設長

特別養護老人ホーム入所希望者に関する報告書

特別養護老人ホームの入所を希望した貴市町村の被保険者に関し下記のとおり報告します。

記

氏 名	被 保 険 者 番 号	要 介 護 度	入所を希望する時期
		1 ・ 2	1 今すぐ 2 年 月頃
		1 ・ 2	1 今すぐ 2 年 月頃
		1 ・ 2	1 今すぐ 2 年 月頃
		1 ・ 2	1 今すぐ 2 年 月頃

連絡先  
電 話 - -

削除:

削除: 番

(参考様式 7)

削除: 6

番 号  
年 月 日

〇〇市町村長 様

特別養護老人ホーム〇〇施設長

特別養護老人ホーム入所希望者に関する意見要求書

特別養護老人ホームの入所を希望した下記の貴市町村の被保険者に関し特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたり意見を求めます。

記

- 1 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
- 2 被保険者番号 \_\_\_\_\_
- 3 要介護度 1 ・ 2
- 4 やむを得ない事情等 別添「特別養護老人ホーム入退所決定調査票」のとおり

連絡先  
電 話 - -

削除: 番

(参考様式 8)

削除: 7

番 号  
年 月 日

特別養護老人ホーム〇〇施設長 様

〇〇市町村長

### 特別養護老人ホーム入所希望者に関する意見書

貴施設より意見を求められた特別養護老人ホームの入所を希望する下記被保険者について次のとおり意見を表明します。

記

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

(【特例入所の要件】に関する意見)

- ① 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か。  
・見られる          ・見られない
- ② 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か。  
・見られる          ・見られない
- ③ 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・安心の確保が困難と認められるか。  
・認められる          ・認められない
- ④ 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か。  
・認められる          ・認められない

(裏面)

(その他の意見)

担\_当  
\_〇〇課〇〇担当  
電\_話\_ \_ \_

削除: 番

(参考様式 9)

特別養護老人ホーム入所順位検討結果通知

削除: 8

番 号  
年 月 日

様

特別養護老人ホーム〇〇施設長

年 月 日の入所申込につきましては、当施設入退所検討委員会における検討の結果、下記のとおりとなりました。

記

- 1 年 月 日の入退所検討委員会における入所申込者数 人
- 2 検討結果 人中 番目です。

- ※ 入所が可能となった場合には、別途連絡いたします。
- ※ 順番については、毎月開催する検討委員会の検討結果により変動する場合がありますので、必要な場合には、施設に御確認願います。
- ※ 検討結果について、詳しくお知りになりたい方は、施設まで御連絡ください。

書式変更: インデント: 左: 0 mm, ぶら下げインデント: 1 字, 最初の行: -1 字

問い合わせ先  
電話 \_\_\_\_\_

削除: -

(参考様式10)

特別養護老人ホーム入所申込取下げ書

年 月 日

特別養護老人ホーム〇〇施設長 様

提出者

住 所

氏 名

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム入所申込書」を下記のとおり取り  
下げます。

記

1 申込み日

年 月 日

2 入所希望者

住 所

氏 名

3 取り下げる理由

削除: 別紙

削除: 申込者