



特別養護老人ホーム

四季の郷 上尾 ご入居案内

* ご入居の対象となる方

要介護3～5の認定を受けている方で、常時の介護を必要とし、在宅での介護が困難な方。

1. お問い合わせ・ご相談

まずは、お気軽にお電話にてお問い合わせください。
生活相談員、ケアマネジャーがお話を伺います。
電話番号：048-783-2581

2. 申込書・資料のご請求

当施設からお客様宛に、下記の書類をご送付します。
直接施設にお越しいただいた場合は、窓口にて書類一式をお渡しします。

- ① 「特別養護老人ホーム 四季の郷 上尾 ご入居案内」
- ② 「特別養護老人ホーム優先入所に係る取扱規程」
- ③ 「医療的処置が必要な方のお受入れに関して」
- ④ 「料金一覧表」
- ⑤ 「特別養護老人ホーム優先入所申込書」
- ⑥ 「身体状況・日常生活動作 確認票」
- ⑦ 「行動・心理症状 確認票」
- ⑧ 「介護保険サービス情報提供パス」
- ⑨ 「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」

3. お申込み

◎ご提出いただく書類

- ① 「特別養護老人ホーム優先入所申込書」(上記⑤)
- ② 「身体状況・日常生活動作 確認票」(上記⑥)
- ③ 「行動・心理症状 確認票」(上記⑦)
- ④ 介護保険証のコピー
- ⑤ 介護保険負担限度認定証のコピー(お持ちの方のみ)
- ⑥ 介護保険負担割合証のコピー
- ⑦ 介護保険サービス情報提供パス(上記⑧)
- ⑧ 認定調査票(ご自宅にて過ごされているかたのみ)

※その他必要書類がある場合は、別途ご連絡いたします。

4.入居一次判定（入居順位の決定）

『埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針』に準拠した、入居基準に基づき当施設の入居検討委員会におきまして、ご入居の優先順位を決定させていただきます。

ご入居の優先順位が決定しましたら、その結果を「申込者」の方に郵送にて通知致します。

★優先入居順位内に入った方

- ①当施設より連絡の上、ご本人様及びご家族様と面接をさせていただきます。
- ②面接後、入居判定会議を開催し、最終判定を致します。
- ③最終判定で特に問題がなければ「入居決定」となります。原則として当施設にご来所していただき、ご契約、必要な手続き、ご入居日の決定、その他詳細事項を決めさせていただきます。

☆優先入居順位内に入らなかった方

待機者として登録させていただきます。

【お問い合わせ・ご相談・申込先】

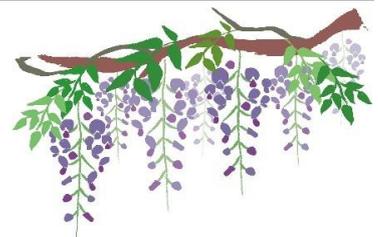
社会福祉法人 藤和会

特別養護老人ホーム 四季の郷 上尾

生活相談員・ケアマネジャー あて

住 所：〒362-0052 上尾市大字中新井333-2

電話番号：048-783-2581



特別養護老人ホーム 四季の郷 上尾 優先入所に係る取扱規程

平成 29 年 10 月 1 日現在

1. 目的

当規程は、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方を優先的にご入所いただくため、施設がご入所に関する手続き及びご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致します。

2. 基本となる指針

当規程は、埼玉県が作成する「埼玉県特別養護老人ホーム優先入所指針」に基づいて作成致しました。

3. ご入所の対象となる方

ご入所の対象となる方は、要介護度 3 から 5 の認定を受けている方で、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致します。

なお、他の介護保険施設にご入所している方、及び要介護度 3 から 5 の認定を受け病院に入院している方についても対象となります。

4. ご入所お申込み及びご入所決定の手続き

(1) ご入所のお申込み

ご入所のお申込みは、原則としてご入所をご希望されるご本人又はご家族等が下記申込書類を当施設に提出することにより行っていただきます。

- ① 「特別養護老人ホーム優先入所申込書」
- ② 「身体状況・日常生活動作 確認票」
- ③ 「行動・心理状況 確認票」
- ④ 介護保険証のコピー
- ⑤ 介護保険負担限度額認定証のコピー（お持ちの方のみ）
- ⑥ 診療情報提供書

※ お申込み内容に変更が生じた場合には、当施設にご連絡をお願いします。

再度、申し込み書類をご提出していただく場合もございます。

※ お申込みを取り下げられる場合には、「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」をご提出いただきます。

(2) ご入所お申込みの受付

- ア. 申込みの受付に際し、原則としてご入所ご希望者又は、ご家族等と面談の上、ご本人の心身状況等を確認させていただきます。
- イ. 申込みの方に対し当規程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」に署名をいただきます。
- ウ. 当施設は申込書を受け付けた場合には別に備える「受付簿」にその内容を記載し、管理致します。

(3) 入所順位決定の手続き

当施設は、入所順位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)を設置致します。

ア. 委員会の構成

委員会は施設の施設長、生活相談員、介護支援専門員、介護職員等で構成致します。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致します。

イ. 委員会の開催

委員会は、施設長が召集し、原則として毎月1回開催致します。

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)、「選考者名簿」及び「申込書等」に基づいてご入所の必要性を総合的に検討し、入所順位の決定を行います。

エ. 委員会の議事録

委員会は、開催毎に議事録を作成し2年間保管しておくものと致します。県又は、市町村から求められた場合には提出致します。

オ. 結果の通知

当施設は、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、お申込者に「特別養護老人ホーム優先入所順位検討結果通知書」によりご通知致します。

カ. 説明責任

当施設はご入所ご希望又は、ご家族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、その内容についてご説明致します。

キ. 守秘義務

当施設の職員及び委員会の第三者委員は、業務上知り得たご入所ご希望者及び

ご家族等に係る情報を、外部には漏らしません。その職を退いた後もまた同様と致します。

(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のに対し、必要に応じてその後の状況等を再確認し、調査票を見直します。

5. 入所の必要性を評価する基準

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付けた「選考者名簿」を調整します。

(1) 入所順位の評価基準

次の項目について「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. 介護の必要性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。

【勘案事項】

ア. 待機期間（長短の順）

イ. 年齢（高い順）

(2) 施設の受け入れ体制による調整

【施設調整】

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ものと致します。

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) 入所辞退者の取扱い

ご入所ご希望者の都合により、ご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ます。一定期間経過後、ご入所ご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」にその旨記載致します。

6. 入所順位決定の特例

【例外入所】

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ます。

- (1) 老人福祉法第 11 条第 1 項第 2 号の規程に基づく措置委託による場合
- (2) 緊急的なご入所の必要性が認められ、委員会を招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（厚労省令第 39 号）
第 19 条に定めるご入所者の入院期間中の取扱いによる場合

7. 取扱規程の公表

当「特別養護老人ホーム 四季の郷 上尾 優先入所に係る取扱規程」は公表致します。

8. 取扱規程の見直し

当規程は、必要に応じて見直しを行います。

9. 適正運用

- (1) 当施設は、当規程により、ご入所の決定を適正に行います。
- (2) 当施設は、当規程の適正な運営にあたり、県及び市から必要な助言を得ます。

10. 適用期間

当規程は、平成 29 年 10 月 1 日より適用致します。

医療的処置が必要な方のお受入に関して

令和3年7月1日現在

医療的処置の内容	お受入の可否	備考（お受入れ可能条件等）
インスリン注射	△	看護師の勤務している日勤帯で対応可能な方 又は、自己注射、自己管理が可能な方は可
血糖値測定（BSチェック）	△	看護師の勤務している日勤帯で対応可能な方は可
褥瘡（床ずれ）	△	軽度なら可、その他治療済みなら可
胃ろう	△	自己抜去の危険性がなければ可 お受入れの人数制限があります
経鼻経管栄養	×	
在宅酸素	△	自己抜去、酸素流量の自己調整等の危険性がなく、 酸素使用の認識ができている方であれば可
人工呼吸器	×	
尿道留置（バルーン）カテーテル	△	自己抜去の危険性がなければ可
ストーマ（人工肛門）	△	理解力の低下により損傷の危険性のある方は不可 造設直後の方は、要相談
定時導尿	×	
人工透析	×	
痰の吸引	△	夜間吸引が必要な方は不可
点滴	×	
IVH（中心静脈栄養）	×	
埋め込み式静脈ポート（カテーテル）	×	
疼痛ケア	△	麻薬の点滴は不可
ペースメーカー	○	
ネブライザー	×	
結核	×	陳旧性は可、活動性は不可
疥癬	△	治療が完治していれば可
緑膿菌	×	
B型肝炎（HBV）、C型肝炎（HCV）	△	抗原（+）の場合は、検査結果を要提出

○：お受入れ可能 △：応相談 ×：お受入れ不可

- ※ 上表において△の場合には、ご状態により判断させていただきます。
- ※ 身体拘束が常時必要な方は、ご入居不可となります。
- ※ 特別養護老人ホームは生活の場であり、病院ではありません。
ご入居後は、当施設の配置医が往診を月2回程度行います。往診医での往診が困難な場合は、外部医療機関への受診はご家族様へ対応をお願いすることがございます。

特別養護老人ホーム四季の郷 上尾

介護保険給付サービスご利用料金表

1.基本サービスご利用料金 (掃除、洗濯、おむつ代、協力医療機関への通院付き添い含む)

	1日の単位数	日額	月額 (30日で計算)		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護3	793	815	24,450	48,900	73,350
要介護4	862	886	26,580	53,160	79,740
要介護5	929	955	28,650	57,300	85,950

2.加算項目

基本加算項目名称	単位		
初期加算 (入居から30日)	30	日	◎1割負担 = 単位 × 地域単価 10.27 × 日数 × 0.1
個別機能訓練加算Ⅰ	12	日	
入院・外泊時費用 (1ヶ月6日まで)	246	日	
療養食加算	6	1食を1回	
看護体制加算Ⅰ (口)	4	日	◎2割負担 = 単位 × 地域単価 10.27 × 日数 × 0.2
看護体制加算Ⅱ (口)	8	日	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	日	
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	月	
夜勤職員体制加算Ⅱ (口)	18	日	◎3割負担 = 単位 × 地域単価 10.27 × 日数 × 0.3 ※月単位は月1回のみ 算定
看取り介護加算Ⅱ (死亡日)	1580	日	
看取り介護加算Ⅱ (死亡日前日・前々日)	780	日	
看取り介護加算Ⅱ (死亡日以前4日以上30日以下)	144	日	
看取り介護加算Ⅱ (死亡日以前31日以上45日以下)	72	日	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護報酬による所定の単位数 × 83/1000		
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ	介護報酬による所定の単位数 × 27/1000		

*対象となるご入居者について加算があります

*上記以外の加算については適用時加算となります

【その他の介護保険の給付対象とならないサービス】

3.食費 (食材料費及び調理費) ※1日あたりの料金

通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定に記載されている額			
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
1,500	300	390	650	1360

4.居住費（水光熱費及び室料相当） ※1日あたりの料金

区分	第4段階	介護保険負担限度額認定に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
ユニット型個室	2,300	820	820	1,310	1,310

5.その他の費用 ※1日あたりの料金

項目	金額
日常生活費（口腔ケア・スキンケア用品）	310
電気代	100

6.1 か月あたりの料金目安（1 + 3 + 4 + 5）

1割負担	要介護度	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
	3	70,350	73,050	95,550	116,850
	4	72,480	75,180	97,680	118,980
	5	74,550	77,250	99,750	121,050

1割負担	要介護度	負担限度額対象外
	3	150,750
	4	152,880
	5	154,950

2割負担	要介護度	負担限度額対象外	3割負担	要介護度	負担限度額対象外
	3	175,200		3	199,650
	4	179,460		4	206,040
	5	183,600		5	212,250

その他、医療費や私物購入は自己負担となります。

特別養護老人ホーム優先入所申込書

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム四季の郷 上尾 施設長様

住 所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電 話 番 号	()	

特別養護老人ホームへ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 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	
人	住 所	〒	女	要介護度	1・2・3・4・5
	の	現在利用している 在宅サービスの 状況	1 訪問介護 ()	6 通所リハビリテーション ()	
2 訪問入浴介護 ()			7 短期入所生活介護 ()		
3 訪問看護 ()			8 短期入所療養介護 ()		
4 訪問リハビリテーション ()			9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ()		
5 通所介護 ()			10 その他 ()		
認知症等による不応行動			1 非常に多い 2 やや多い 3 少しあり 4 なし		
状	医療的措置の状況	【現在治療中の病気等】			
	況	優先入所を 希望する 理由	1 介護者がいないため ()		
2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()					
3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()					
4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()					
5 介護者が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なため ()					
6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()					
7 その他 ()					

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居()			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		同居の区分	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)	有(人 歳)		良好 不良 ()		
	無	無		主たる介護者の家族の健康状態		
良好 不良 ()						
そ の 他	優先入所を希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい				
	申し込みの状況	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:				
	待機期間	年 月				
	居室において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)					
説明 確認	私は、優先入所申込の際、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: _____					

※1 認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の()内には、その具体的内容を記入してください。

※3 優先入所を希望する理由の()内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

身体状況・日常生活動作 確認票

ご入居希望者名:

現在いらっしゃる場所		介護度		要介護 1・2・3・4・5		
身 体 状 況 A D L	視 力	1 普通	2 やや悪い	3 人や物の動きがわかる	4 全く見えない	
	聴 力	1 普通	2 大声なら聞こえる	3 耳元で大声なら聞こえる	4 全く聞こえない	
	言 語	1 普通	2 聞き取りにくい	3 聞き取れない	4 全く話せない	
	食 事	1 自立	2 スプーン等使用し自立	3 一部介助	4 全面介助	
	歩 行	1 自立	2 杖・手摺り等使用	3 要介護	4 這う	5 全面介助
	義 歯	1 無	2 有(ア 全部 イ一部 ウ 有るが使用せず)			
	着脱衣	1 自立	2 指示すれば可	3 ボタンなど一部介助	4 ほとんど着せる	5 全面介助
	排 泄	1 自立	2 便器まで介助	3 自立でポータブル利用	4 便器介助	5 おむつ使用
	入 浴	1 自立	2 一部介助	3 全介助		
	記憶見当識 の障害	1 名前(可 不可) 2 生年月日(可 不可) 3 今日の日付(可 不可) 4 年齢(可 不可) 5 家族の名前(可 不可)				
その他の 症状	6 現住所(可 不可)					
	1 不安 2 あせり 3 興奮 4 幻覚 5 妄想 6 生活意欲の低下・無意					
	7 その他()					
ADLに関して	上記以外で付け加えることがあれば記入					
問題行動	有 無 有の場合下記に記入してください。					
現病・既往歴				服薬等(現在内服されている薬)		
主治医	氏名 病院名					
生活状況	出身地 職歴(主な) 趣味 現在の様子(いつからそのような状態になったか)					
身体障害者手帳	種 級					

家庭状況					
申込者					
身元引受人	氏名	続柄		電話	
	住所				
家族構成	氏名	性別	年齢	続柄	住所
入所希望理由					
家族について 介護ができない 理由、家族につ いて補足するこ とがある場合記 入					
費用支払	年金 有・無 ()年金 その他()				
入居判定					

特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム四季の郷 上尾 施設長 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優先入所申込書」を下記のとおり取り下げます。

記

- 1 申込み日
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