



施設入所申込書

- 入所申込書（兼 個人情報使用に関する同意書）
- 施設入所希望者調査票
- 優先入所ガイドライン配点表
- 各様式記載例
- 優先入所ガイドライン配点表による目安点確認例
- 入所申込書の取扱いについて
- 特例入所に関わる申し込みのご案内



松塩筑木曾老人福祉施設組合



組合施設入所手続きのご案内

本組合では、施設入所の必要性が高い方を受け入れるために、「松塩筑木曾老人福祉施設組合優先入所ガイドライン」に基づき、入所の受け入れを行いますので、提出書類などを確認のうえ手続きをしていただきますようお願いいたします。

なお、提供いただきました個人情報につきましては、守秘義務を遵守します。

ご不明な点がございましたら、お気軽に担当までお問い合わせください。

※ 介護度2以下の方は末ページの「要介護度1・2の方へ」を参照してください。

1 提出書類について

入所の申し込みに際しては、最初に「組合施設入所申込書兼同意書」と「組合施設入所希望者調査票」を下記「お問合せ先」または最寄り施設に郵送いただくか、持参いただきます。

提出書類の用紙は組合各施設・組合事務局にございます。また、組合ホームページからもダウンロードができますので、ご活用ください。

提出された書類は、控えを取っておかれることをお勧めします。

※記入に際して、以下のものが必要となりますので、ご準備ください。

- ・入所希望者と申込者の印鑑
- ・介護保険証
- ・医療保険証
- ・お薬手帳もしくは薬局で渡された薬の説明書（服薬されている方）
- ・居宅サービス計画書（お持ちの方）

2 申し込み後の流れについて

申込書受付後は、次の手順で事務をすすめます。

- (1) 在宅サービスの利用状況をはじめ、入所希望者の状況や家族介護者の状況を点数化することにより入所の待機者名簿を点数の高い順に作成します。
- (2) 「組合施設入所希望者調査票」の内容をはじめ、保険者や地域包括支援センター等からの情報を得ます。
- (3) 必要により訪問し面接等を行います。
- (4) 第三者を含めた優先入所判定委員会で情報を総合的に検討し、入所の決定を行います。
- (5) 入所希望者及び申込者の希望により、入所の受け入れ施設が決まります。
- (6) 決定された施設から申込者へ連絡をして、入所の手続きを行います。

3 その他

「組合施設入所希望者調査票」の内容に変更が生じた場合はご連絡ください。

お問合せ先

〒399-0704 塩尻市大字広丘郷原1683番地 1

松塩筑木曾老人福祉施設組合 総合相談窓口

TEL 0263-51-1147

FAX 0263-51-1148

E:mail sougou-soudan@aiohato.jp

URL <http://aiohato.com>

受付時間 (平日) 午前9時～午後4時30分



(入所判定 1)

申込日 令和 年 月 日

松塩筑木曾老人福祉施設組合
管理者 様

介護老人福祉施設入所申込書

(兼 個人情報使用に関する同意書)

私は、「松塩筑木曾老人福祉施設組合優先入所ガイドライン」により手続きが行われることに同意し、施設入所の申込みをします。

また、施設入所希望者の調査に関する内容のうち、要介護認定結果などに関する調査について、松塩筑木曾老人福祉施設組合が、私の代理人として保険者および担当の介護支援専門員等より情報を取得することに同意し、その調査を依頼します。

なお、調査方法については松塩筑木曾老人福祉施設組合へ委任します。

フリガナ

入所希望者



性別 男 ・ 女

生年月日

(明治 ・ 大正 ・ 昭和) 年 月 日

住所

〒 -

電話番号

(番号)

介護保険
被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者
(市町村名等)

フリガナ

申込者 ※



続柄

住所

〒 -

電話番号

(番号)

携帯番号

(番号)

※申込者を連絡先とさせていただきます

契約されている居宅介護支援事業所等について

ご契約されている居宅介護支援事業所の連絡先及び担当者名をご記入ください。
 なお、施設や病院にいる場合は、その名称をご記入ください。

事業所名			
担当者名		電話番号	()

入所申込施設

申し込む施設の申込欄に入所希望順位を記入してください。

申込	施設名	定員	所在地		電話番号
	岡田の里	110	松本市	大字岡田下岡田677番地1	0263-33-3306
	やまびこの里	72		大字今井4820番地1	0263-85-5711
	四賀福寿荘	112		刈谷原町613番地	0263-64-2922
	ちくまの	62		波田6914番地1	0263-92-8885
	桔梗荘	110	塩尻市	大字広丘郷原1683番地1	0263-52-2376
	サンライフおみ	116	東筑摩郡	麻績村 麻2117番地1	0263-67-4555
	ピアやまがた	110		山形村 4699番地1	0263-98-3888
	サニーヒルきそ	70	木曾郡	木祖村 大字藪原842番地2	0264-36-3820
	なんてんの里	62		木曾町 三岳10039番地	0264-46-3335
	木曾あすなろ荘	67		南木曾町 田立150番地1	0573-75-4458

(組合通信欄)

組合施設入所希望者調査票

入所希望者の現在の状況について、すべての項目にご記入ください。

なお、この調査票に記載された内容は、優先入所判定委員会の資料となります。記入した内容と事実が異なると、入所ができない場合がありますのでご注意ください。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ											生 年 月 日					
氏 名	様										明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)					
要介護認定	被保険者番号											性別 男 ・ 女				
	保険者名											認定日	平成・令和 年 月 日			
	介護度※	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (<input type="checkbox"/> 特列入所 要介護1・2)														
	認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日														
現在の居所	該当箇所に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()															

身体的な日常生活の状況について

以下の項目について、自分でできることすべてに☑をしてください。

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
屋外を歩ける。	家の中であれば、つかまったりしながら歩くことができる。	何かにつかまりながらも立ち上がることができる。	ベッドなどで起き上がり、座っている。	寝返りならできる。もしくは、寝返りもできない。

認知症状等に関する日常生活の状況について

区分	該当する症状に☑をしてください。	毎日	時々	過去	具体的な様子
a	<input type="checkbox"/> 直前の行為を思い出せない (記憶障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> トイレの場所等がわからない (見当識)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b	<input type="checkbox"/> 幻が見える (幻視)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 幻が聞こえる (幻聴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 目的なく歩き回ることがある (徘徊)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 食べられない物を口にする (異食)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 意欲の低下がある (うつ症状)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 夜眠れずに起きている (不眠)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち着かない (不穏)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 物を盗られたと訴える (妄想)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 大声をだす、たたく (暴言・暴力)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

在宅サービスの利用状況について

1箇月のサービス利用状況を記入してください。

なお、その他訪問については、医師、歯科医師、薬剤師などの訪問を記入してください。

①	訪問介護	回	訪問リハビリ	回	通所リハビリ	回	③ 小規模多機能	有・無
	訪問看護	回	その他訪問	回	短期入所	日	④ 住宅改修	有・無
	訪問入浴	回	通所介護	回	② 入院・入所	日	⑤ 福祉用具の使用	有・無

※施設利用は、原則として要介護3以上が対象となります。

介護者及び家族の状況について

入所希望者以外の家族構成を記入してください。 (同居している方は、☑をしてください。)					家庭の状況を述べた次の各項目のうち、 該当する項目すべてに☑をしてください。
氏名	同居	年齢	続柄	職業	項目
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 一人暮らしをしている。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 介護者も要介護認定を受けている。または病気療養中である。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 配偶者、子供以外の者が主な介護者である。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 介護者が75歳以上である。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 他にも家族に介護等が必要な者がいる。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 介護者が生計のため、一日の大半を留守にしている。

医療の状況について

現在行われている医療に☑をしてください。

- 経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう) 痰吸引
尿管カテーテル 人工肛門 インスリン注射 在宅酸素療法
透析 中心静脈栄養 気管切開

以下の項目についてご記入ください。

- ・入院されたことはありますか？ ある ない
- ・どんな病気で入院されましたか？

- ・現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ない
- ・何のためのお薬ですか？ (*お薬手帳や薬の説明書のある方は写しを添付してください。)

- ・主治医からの病気に対する注意事項をご記入ください。

特にお困りなことがありましたらご記入ください。

申込者(記入者)	印	続柄
----------	---	----

----- < 以下は、組合施設記入欄 > -----

整理欄	受付施設	担当	受付日	事務局
-----	------	----	-----	-----

ご不明な点がありましたら、組合事務局総合相談窓口(0263-51-1147)または組合各施設までお問い合わせください。

優先入所ガイドライン配点表

施設入所希望者調査票（以下調査票という）に記載された内容をもとに、一次判定を行っております。一次判定の点数は、こちらの表で目安となる点数を試算することができますので参考としてください。

なお、要介護認定情報を保険者から得た際には、その結果により点数を更新します。

1 要介護状態について

介護度

調査票「要介護認定」欄に記入した介護度について、下の表で配点を確認し、㊦へ記入してください。

介護度	配点
3	40
4	50
5	60

㊦

点

自立度（身体的な日常生活状況）

調査票「身体的な日常生活の状況について」欄の☑箇所のうち、一番左側にある☑に記載されたアルファベットを下の表の項目に当てはめ、その配点を㊧へ記入してください。

項目	配点	状態像
A	0	歩ける
B	5	つかまって歩ける
C	10	立ち上がれる
D	15	起き上れる
E	20	いずれもできない

㊧

点

自立度（認知症状等に関する日常生活状況）

調査票「認知症状等に関する日常生活の状況について」欄の区分a, bの☑箇所について、下の表にある状態像から確認し、一番高い配点を㊨へ記入してください。

状態像	配点
区分 a が時々ある	0
区分 a が毎日ある	5
区分 b が時々ある	10
区分 b が毎日ある	15
区分 b に治療を要する	20

㊨

点

2 在宅サービスの利用状況について

調査票の「在宅サービスの利用状況について」欄で記入した内容について、下の指示に従い計算式へ数字を記入し、㊸へ合計点を記入してください。なお、合計点が100を超える場合には100を記入してください。

①の回数
の合計数
を記入

②の日数
の合計数
を記入

③が
「有」の
場合には
60を記入

④が
「有」の
場合には
5を記入

⑤が
「有」の
場合には
5を記入

$$\left(\boxed{} + \boxed{} \right) \times 2 + \boxed{} + \boxed{} + \boxed{} = \boxed{\ominus} \text{点}$$

3 介護者及び家族の状況について

調査票裏面「介護者及び家族の状況について」欄の項目の☑箇所を下の表左端のチェック欄へ転記し、その☑した組み合わせが、表右側の○の組み合わせと同じものを見つけてください。その組み合わせの列の上に記された配点を㊹へ記入してください。

項目/配点	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
<input type="checkbox"/> 一人暮らしをしている	○									
<input type="checkbox"/> 介護者も要介護認定を受けている。または病気療養中である。	○	○ ○ ○	○ ○ ○	○						
<input type="checkbox"/> 配偶者、子供以外の者が主な介護者である。	○ ○ ○	○	○		○ ○ ○ ○ ○ ○					
<input type="checkbox"/> 介護者が75歳以上である。	○ ○ ○ ○		○		○ ○ ○		○ ○ ○ ○			
<input type="checkbox"/> 他にも家族に介護等が必要な者がいる。	○ ○	○ ○	○		○	○	○ ○		○ ○	
<input type="checkbox"/> 介護者が生計のため、一日の大半を留守にしている。	○					○	○	○	○	○

㊹ 点

4 合計点

1から3で記入した点数（㊺から㊹）を下の表に記入し合計点を出してください。

$$\boxed{\text{㊺}} + \boxed{\text{㊻}} + \boxed{\text{㊼}} + \boxed{\text{㊽}} + \boxed{\text{㊹}} = \boxed{\text{合計点}} \text{点}$$

5 その他

配点の合計が同点となった場合は、年齢の高い方を優先します。

(入所判定 1)

申込日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

松塩筑木曾老人福祉施設組合
管理者 様

介護老人福祉施設入所申込書

(兼 個人情報使用に関する同意書)

私は、「松塩筑木曾老人福祉施設組合優先入所ガイドライン」により手続きが行われることに同意し、施設入所の申込みをします。

また、施設入所希望者の調査に関する内容のうち、要介護認定結果などに関する調査について、松塩筑木曾老人福祉施設組合が、私の代理人として保険者および担当の介護支援専門員等より情報を取得することに同意し、その調査を依頼します。

なお、調査方法については松塩筑木曾老人福祉施設組合へ委任します。

フリガナ ショウエン キソオ

入所希望者

松塩 木曾男



性別

男

女

生年月日

(明治・大正・昭和) 12 年 3 月 4 日

住所

〒 ○○○ - △△△△

長野県塩尻市広丘郷原1683番地1

電話番号

○○○○ ()

介護保険
被保険者番号

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

保険者
(市町村名等)

塩尻市

フリガナ ショウエン チクコ

申込者 ※

松塩 筑子



続柄

長女

住所

〒 ○○○ - △△△△

電話番号

○○○○ (△△) ○○○○

携帯番号

○○○ (△△△△) ○○○○

※申込者を連絡先とさせていただきます

契約されている居宅介護支援事業所等について

ご契約されている居宅介護支援事業所の連絡先及び担当者名をご記入ください。
 なお、施設や病院にいる場合は、その名称をご記入ください。

事業所名	松塩居宅介護支援事業所		
担当者名	木曾 松子	電話番号	〇〇〇〇 (△△) 〇〇〇〇

入所申込施設

申し込む施設の申込欄に入所希望順位を記入してください。

申込	施設名	定員	所在地		電話番号
	岡田の里	110	松本市	大字岡田下岡田677番地1	0263-33-3306
②	やまびこの里	72		大字今井4820番地1	0263-85-5711
	四賀福寿荘	112		刈谷原町613番地	0263-64-2922
	ちくまの	62		波田6914番地1	0263-92-8885
①	桔梗荘	110	塩尻市	大字広丘郷原1683番地1	0263-52-2376
	サンライフおみ	116	東筑摩郡	麻績村 麻2117番地1	0263-67-4555
③	ピアやまがた	110		山形村 4699番地1	0263-98-3888
	サニーヒルきそ	70	木曾郡	木祖村 大字藪原842番地2	0264-36-3820
	なんてんの里	62		木曾町 三岳10039番地	0264-46-3335
	木曾あすなろ荘	67		南木曾町 田立150番地1	0573-75-4458

(組合通信欄)

組合施設入所希望者調査票

入所希望者の現在の状況について、すべての項目にご記入ください。

なお、この調査票に記載された内容は、優先入所判定委員会の資料となります。記入した内容と事実が異なりますと、入所ができない場合がありますのでご注意ください。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	ショウエン キソオ		生年月日											
氏名	松塩 木曾男 様		明治・大正・昭和 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)											
要介護認定	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	・女
	保険者名	塩尻市				認定日	平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日							
	介護度※	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (□特列入所 要介護1・2)												
	認定期間	平成 ○○年 ○○月 ○○日				～	平成 ○○年 ○○月 ○○日							
現在の居所	該当箇所に☑をしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()													
身体的な日常生活の状況について														
以下の項目について、自分でできることすべてに☑をしてください。														
A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C	<input checked="" type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>					
屋外を歩ける。		家の中であれば、つかまったりしながら歩くことができる。		何かにつかまりながらも立ち上がることができる。		ベッドなどで起き上がりたり、座ってられる。		寝返りならできる。もしくは、寝返りもできない。						
認知症状等に関する日常生活の状況について														
区分	該当する症状に☑をしてください。				毎日	時々	過去	具体的な様子						
a	<input checked="" type="checkbox"/> 直前の行為を思い出せない (記憶障害)				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食べたことを忘れて、いつも空腹を訴えて、なんでも口に入れようとしてしまっています。						
	<input type="checkbox"/> トイレの場所等がわからない (見当識)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
b	<input type="checkbox"/> 幻が見える (幻視)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> 幻が聞こえる (幻聴)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> 目的なく歩き回ることがある (徘徊)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input checked="" type="checkbox"/> 食べられない物を口にする (異食)				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> 意欲の低下がある (うつ症状)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> 夜眠れずに起きている (不眠)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち着かない (不穏)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 物を盗られたと訴える (妄想)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 大声をだす、たたく (暴言・暴力)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
在宅サービスの利用状況について														
1箇月のサービス利用状況を記入してください。 なお、その他訪問については、医師、歯科医師、薬剤師などの訪問を記入してください。														
①	訪問介護	2	1	回	訪問リハビリ	回	通所リハビリ	回	③	小規模多機能	有・無			
	訪問看護	回	その他訪問	回	②	短期入所	日	④	住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 有	・無			
	訪問入浴	4	回	通所介護	9	回	入院・入所	日	⑤	福祉用具の使用	有・無			

※施設利用は、原則として要介護3以上が対象となります。

介護者及び家族の状況について

入所希望者以外の家族構成を記入してください。 (同居している方は、☑をしてください。)					家庭の状況を述べた次の各項目のうち、 該当する項目すべてに☑をしてください。
氏名	同居	年齢	続柄	職業	項目
松塩 筑子	<input type="checkbox"/>	52	長女	公務員	<input type="checkbox"/> 一人暮らしをしている。
松塩 安子	<input checked="" type="checkbox"/>	85	妻	無	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者も要介護認定を受けている。または病気療養中である。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 配偶者、子供以外の者が主な介護者である。
	<input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が75歳以上である。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 他にも家族に介護等が必要な者がいる。
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 介護者が生計のため、一日の大半を留守にしている。

医療の状況について

現在行われている医療に☑をしてください。

経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう) 痰吸引
 尿管カテーテル 人工肛門 インスリン注射 在宅酸素療法
 透析 中心静脈栄養 気管切開

以下の項目についてご記入ください。

・入院されたことはありますか？ ある ない

・どんな病気で入院されましたか？

糖尿病で入院しました。教育入院で5回ほどしましたが、膝下を切断するのに2年前にも入院しました。

・現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ない

・何のためのお薬ですか？ (*お薬手帳や薬の説明書のある方は写しを添付してください。)

お薬手帳の写しをつけます。

・主治医からの病気に対する注意事項をご記入ください。

飲酒と間食はやめて、一回の食事を指導した内容で食べさせるようにとされています。インシュリンは、昼食前に一回するようにされています。

特にお困りなことがありましたらご記入ください。

母と一緒に暮らしていますが、母も白内障があり家事ができないのに加えて、1週間前に転倒して骨折し、現在入院してしまいました。

申込者 (記入者)	松塩 筑子		続柄	長女
-----------	--------------	--	----	-----------

----- < 以下は、組合施設記入欄 > -----

整理欄	受付施設	担当	受付日	事務局
-----	------	----	-----	-----

ご不明な点がございましたら、組合事務局総合相談窓口 (0263-51-1147) または組合各施設までお問い合わせください。

優先入所ガイドライン配点表

施設入所希望者調査票（以下調査票という）に記載された内容をもとに、一次判定を行っております。一次判定の点数は、こちらの表で目安となる点数を試算することができますので参考としてください。

なお、要介護認定情報を保険者から得た際には、その結果により点数を更新します。

1 要介護状態について

介護度

調査票「要介護認定」欄に記入した介護度について、下の表で配点を確認し、①へ記入してください。

介護度	配点
3	40
4	50
5	60

① 50

点

自立度（身体的な日常生活状況）

調査票「身体的な日常生活の状況について」欄の☑箇所のうち、一番左側にある☑に記載されたアルファベットを下の表の項目に当てはめ、その配点を②へ記入してください。

項目	配点	状態像
A	0	歩ける
B	5	つかまって歩ける
C	10	立ち上げれる
D	15	起き上れる
E	20	いずれもできない

② 10

点

自立度（認知症状等に関する日常生活状況）

調査票「認知症状等に関する日常生活の状況について」欄の区分a, bの☑箇所について、下の表にある状態像から確認し、一番高い配点を③へ記入してください。

状態像	配点
区分 a が時々ある	0
区分 a が毎日ある	5
区分 b が時々ある	10
区分 b が毎日ある	15
区分 b に治療を要する	20

③ 15

点

2 在宅サービスの利用状況について

調査票の「在宅サービスの利用状況について」欄で記入した内容について、下の指示に従い計算式へ数字を記入し、㊦へ合計点を記入してください。なお、合計点が100を超える場合には100を記入してください。

①の回数
の合計数
を記入

②の日数
の合計数
を記入

③が
「有」の
場合には
60を記入

④が
「有」の
場合には
5を記入

⑤が
「有」の
場合には
5を記入

$$\left(\boxed{34} + \boxed{0} \right) \times 2 + \boxed{0} + \boxed{5} + \boxed{0} = \boxed{\text{㊦} \quad 73} \text{点}$$

3 介護者及び家族の状況について

調査票裏面「介護者及び家族の状況について」欄の項目の☑箇所を下の表左端のチェック欄へ転記し、その☑した組み合わせが、表右側の○の組み合わせと同じものを見つけてください。その組み合わせの列の上に記された配点を㊦へ記入してください。

項目/配点	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10
<input type="checkbox"/> 一人暮らしをしている	○									
<input checked="" type="checkbox"/> 介護者も要介護認定を受けている。または府気療養中である。	○	○	○	○	○					
<input type="checkbox"/> 配偶者、子供以外の者が主な介護者である。	○	○	○		○	○	○	○		
<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が75歳以上である。	○	○	○	○		○		○	○	○
<input type="checkbox"/> 他にも家族に介護等が必要な者がいる。	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 介護者が生計のため、一日の大半を留守にしている。	○				○	○	○	○	○	○

$$\boxed{\text{㊦} \quad 80} \text{点}$$

4 合計点

1から3で記入した点数（㊠から㊦）を下の表に記入し合計点を出してください。

$$\boxed{\text{㊠} \quad 50} + \boxed{\text{㊡} \quad 10} + \boxed{\text{㊢} \quad 15} + \boxed{\text{㊦} \quad 73} + \boxed{\text{㊦} \quad 80} = \boxed{\text{合計点} \quad 228} \text{点}$$

5 その他

配点の合計が同点となった場合は、年齢の高い方を優先します。

施設入所申込書の取扱いについて

当組合施設入所のお申し込みをいただき誠にありがとうございます。
ご提出いただきました入所申込書は、次により取扱いますのでご確認ください。

1 申込書の保管について

優先入所ガイドラインに基づき、組合事務局で保管します。

2 申し込みのキャンセルについて

次の（１）～（７）の項目に該当する場合には申し込みを取り消します。その際、その情報を得た翌月末に、提出された申込書を当組合で廃棄します。

- （１）入所申込者が申し込みを取り下げた場合
- （２）入所希望者が組合外の特別養護老人ホームへ入所した場合
- （３）介護度が３、４、５以外となった場合
- （４）意向・現況調査への返信が、締切日を経過してもない場合
- （５）居場所が不明となり、連絡が取れない場合
- （６）介護認定の認定期間が終了し、新たな認定がされていない場合
- （７）遠方への転居等により、入所が見込めないと判断された場合

3 今後の施設入所申し込み手続きについて

改めて施設入所の申し込みをされる場合には、新規の申し込みと同様になります。

4 お願い

適切に入所希望者の管理を行うため、次の（１）～（５）の項目に該当する場合はご連絡ください。

- （１）介護度が変わった場合
- （２）ご家庭の状況（主介護者や同居家族の状況）が変わった場合
- （３）組合施設以外の特養で入所が決まった場合
- （４）転居等、連絡先が変わった場合
- （５）入所希望者が死去された場合

特例入所に関わる申し込みのご案内

1 「特例入所」とは

特例入所に関わる国の指針に基づき、市町村が介護度1、2の方を、特別養護老人ホームへの入所対象者と認定することです。

特例入所に関わる国の指針

- ・認知症であることにより、日常生活に支障を来すような行動や意思の疎通の困難さが頻繁にあり、居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由がある。
- ・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行動や意思疎通の困難さが頻繁にあり、居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由がある。
- ・家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全、安心の確保が困難な状態であり、居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由がある。
- ・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により、居宅での生活が困難なことについてやむを得ない事由がある。

2 手続き

特例入所の申し込みを希望される場合には、下記提出書類が必要となりますので、担当介護支援専門員（ケアマネジャー）とご相談ください。

現在、担当の介護支援専門員がいない方は、市町村にあります地域包括支援センターへご相談ください。

3 提出書類

	提出書類
申 込 者	① 入所申込書兼同意書 ②入所希望者調査票
担 当 介護支援専 門 員	① 居宅サービス計画（1表、2表、3表） ② サービス利用表（6表） ③ 別表（7表） ④ 特例となる状況についての意見書（任意様式）

4 結果の通知

特例入所の認定結果は、申込者に文書でお知らせします。お申込みいただいた日から結果の通知まで、およそ2箇月を見込んでください。

なお、認定が非該当となった場合には、上記提出書類につきましては担当介護支援専門員に返却させていただきます。