

入所申込みいただく皆様へ

特別養護老人ホーム けやきの杜 入所申込み手続きについて

この度は、当施設にお申し込みいただき、誠に有り難うございます。

つきましては、入所申込み手続きに必要な幾つかの書類を、同封致します。

お手数をお掛けして誠に申し訳ございませんが、同封書類に不備（記入漏れ）がないか
ご確認の上、ご持参いただくか、ご返信いただきますようお願い致します。

| | |
|---|-----|
| <p>用意していただく書類</p> <p>① サービス利用票の写し（※）</p> <p>（ <u>直近、3ヶ月分の写し： 担当介護支援専門員にお問い合わせ下さい</u> ）</p> <p>（<u>※現在、在宅サービスを利用されている方、入院・入所前に在宅サービスを利用されていた方は、提出をお願い致します。</u>）</p> <p>※在宅サービス《訪問看護・訪問介護・通所リハビリ・通所介護 短期入所など》</p> <p>② 介護保険被保険者証の写し、介護保険負担割合証の写し</p> <p>③ 主治医意見書・認定調査票の写し（※）</p> <p>（<u>※市町村によっては、取得できない場合があります。</u>）</p> <p>（<u>※この書類の取り扱いに関しては、市町村によって異なりますので ご本人様の住所地の介護保険担当課まで、ご相談下さい。</u>）</p> | 確認欄 |
|---|-----|

| | |
|---|-----|
| <p>ご記入していただく書類</p> <p>① 特別養護老人ホーム 優先入所申込書 その1（表面）</p> <p>② 特別養護老人ホーム 優先入所申込書 その2（裏面）</p> <p>③ 個人情報取り扱い同意書</p> | 確認欄 |
|---|-----|

（ ご注意ください ）

入所申込書 その1・その2は、記入漏れのないように、お願い致します。

記入漏れや提出書類に不足があると、正確な評価が出来ませんのでご注意ください。

申込開始から入所までの流れについて同意していただいたのち、入所申込書その2にある説明確認欄の
ご署名をお願い致します。

同封する資料

- ① 入所申込手続きについて
- ② 申込開始から入所までの流れ
- ③ 施設入所についてのご案内
- ④ 特別養護老人ホーム 優先入所申込書 その1・その2 (両面用紙)
- ⑤ 個人情報取り扱い同意書
- ⑥ 利用料金表
- ⑦ 入所申込取り下げ書

(お願い)

申込後、介護度が変更になりましたら、施設に新しい介護保険被保険者証の写し(コピー)をご郵送下さい。

介護保険被保険者証は、被保険者証の住所・氏名・要介護状態区分・認定の有効期限等の項目が記載されている面を、コピーしていただけますようお願い致します。

<お問い合わせ先 ・ 郵送先>

特別養護老人ホーム けやきの杜

(受付時間 月～金 8:30～17:30)

〒364-0011

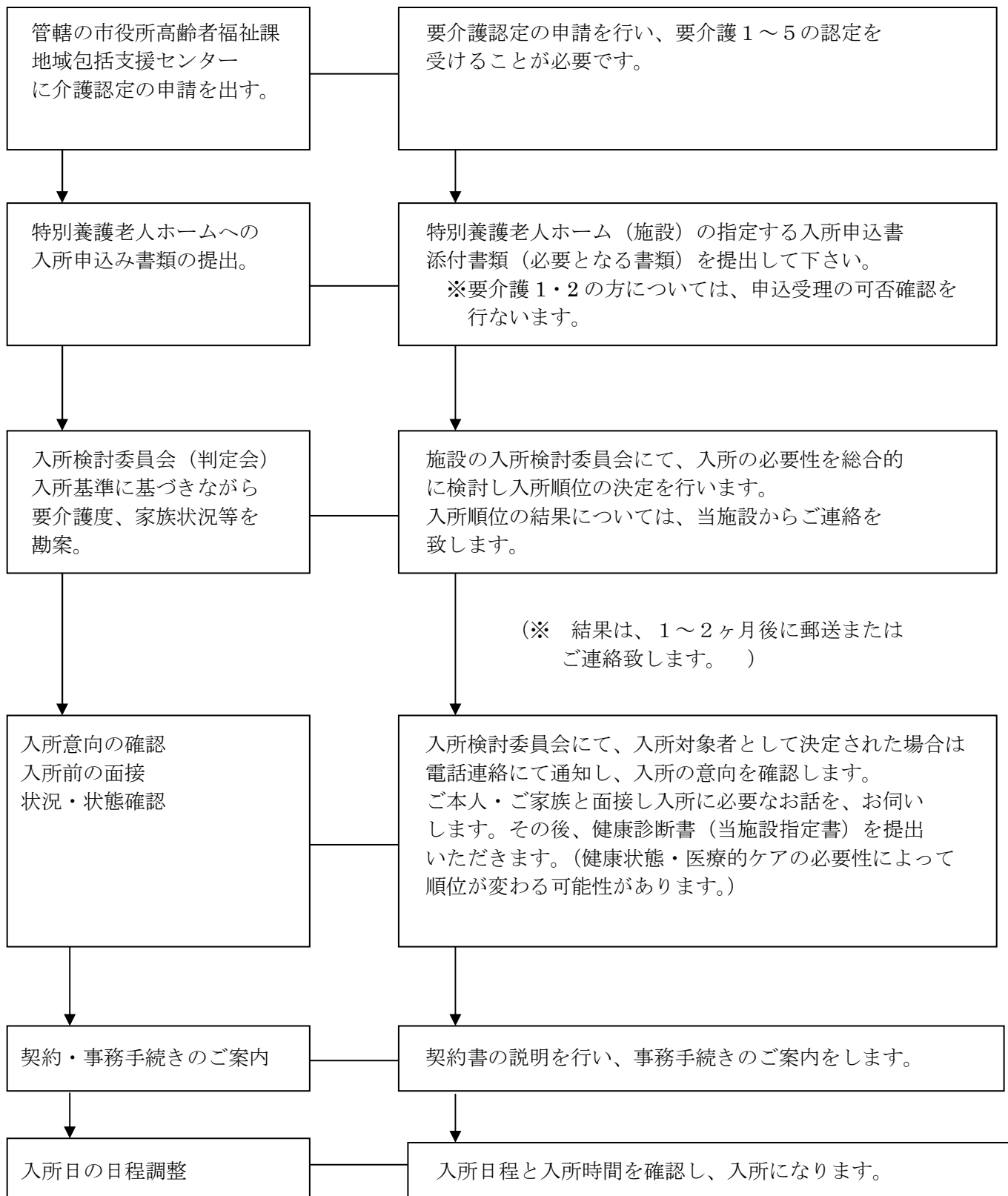
埼玉県北本市朝日1丁目30番1

TEL : 048-593-8080

FAX : 048-593-0035

担当 坂本・落合

入所申込開始から入所までの流れ



お問い合わせ先： 特別養護老人ホーム けやきの杜
担当： 坂本・落合

施設入所についてのご案内

当施設は医療機関ではなく、介護サービスを通して日常生活の支援や活動性ある生活を、お過ごしいただくための福祉施設です。

そのため、医師の常駐はなく看護師の夜間帯の配置がない為、病気、事故等が発生した際に、十分な対応ができない場合があります。万一事故等が発生した場合、出来る限りの対応をいたしますが以下の事柄に関しまして事前にご理解を頂き、その上で、ご入所を決定して頂きますようお願い申し上げます。

1) 転倒・転落について

施設内では、歩行中（歩行器・杖なども含む）の転倒や車椅子、ベッドからの転落等が起こる危険性があります。当施設では身体拘束は致しません。法定基準で定められている職員配置を実施していますが、身体機能を低下させない為にも施設内で歩行されている場合、転倒される場合があります。

また、就寝時、ベッドから転落する場合があります。

2) 不慮の骨折について

転倒や転落事故以外でも、ご高齢者の方は骨粗鬆症等によって、日常生活を過ごす中で起き上がる、寝返る、座位をとる時にでも骨折してしまう場合があります。

3) 誤嚥による障害について

ご高齢者の方は、食べ物を噛む力や飲み込む力が弱くなり、誤嚥を起こす可能性が高く、肺炎をも引き起こす可能性もあります。食事形態の変更などの対応をさせていただきますが、困難な場合もあります。

4) 感染症について

ノロウイルス、インフルエンザ、疥癬（ダニ）等で入所者が感染する場合があります。

感染の拡大を防ぐために、入浴の制限や居室を移動していただく場合があります。医師の診断に基づき対応を実施いたしますが、状況や状態によっては、ご家族の面会もお断りする場合があります。

5) 物品の紛失について

金品や貴重品を紛失する場合がありますので、金品は持ち込まないようお願い致します。また、衣類等の日用品に関しては、必ず、お名前の明記をお願い致します。

6) 病院受診同行について

定期の病院（かかりつけ病院）受診同行は、ご家族のご協力をお願い致します。

7) 救急対応について

施設では応急処置を行い、救急車による病院への搬送を依頼しますが、病院側の事情等により搬送が遅れる場合もあります。

8) 提供医療機関について

施設と連携している医療機関側（病院側）の事情等により入院できない場合もあります。

9) 食べ物の持ち込みについて

面会時の食べ物の持ち込みは、食中毒予防の為、その場、その日にお召し上がる量をお願い致します。

(様式1)

特別養護老人ホーム優先入所申込書(その1)

| | |
|-------|----------|
| 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けやきの杜 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けやきの杜へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--------|-----------|
| 本 人 の 状 況 | (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 | |
| | 住 所 | 〒 | 女 | 要介護度 | 1・2・3・4・5 |
| | 現在利用している 在宅サービスの 状況 | 1 訪問介護 () 2 訪問入浴介護 () 3 訪問看護 () 4 訪問リハビリテーション () 5 通所介護 () | 6 通所リハビリテーション () 7 短期入所生活介護 () 8 短期入所療養介護 () 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 () 10 その他 () | | |
| | 認知症等による 不適応行動 | 1 非常に多い | 2 やや多い | 3 少しあり | 4 なし |
| | 医療的措置の状況 | 【現在治療中の病気等】 | | | |
| | 現在、本人が入院中 または入所中であるか | 1 いいえ 2 はい ⇒ 病院、施設名 【 所在地 【 電話番号 【 | | | |
| 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 () 上記の具体的状況 () | | | | |

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 () | | | |
| | | 複数介護 | 1 有 状況 () 本人の介護 (困難 ・ 多少可能 ・ 可能) 2 無 | | | |
| | 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 | | | |
| | 介護開始時期 | 年 月 頃から | | | | |
| | 主たる介護者の就労状況 | | 主たる介護者の育児・看病の状況 | | 主たる介護者の健康状態 | |
| | 1 有 ・ 8時間以上 ・ 4時間以上～8時間未満 ・ 4時間未満 2 無 | | 1 有 (人 歳) ・ 常時の育児・看病が必要 ・ 半日の育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要 2 無 | | 1 良好 2 不良 状況 () ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 | |
| 別居している血縁者による 介護の可能性 | | 別居血縁者はいない ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 | | | | |
| 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: | | | | |
| | 居宅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) | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| 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 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。

※4 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。

個人情報取り扱い同意書

私は、介護老人福祉施設・特別養護老人ホームけやきの杜の入居申込にあたり、貴施設が状況・状態把握のために、関係機関との連携に於いて、私に関する必要な個人情報を用いる事、また情報（主治医意見書等）を収集・閲覧する事について、あらかじめ同意いたします。

令和 年 月 日

社会福祉法人 ピースクエア

特別養護老人ホーム けやきの杜 御中

利用者本人 氏名 印

住所

利用者が署名できない為、利用者の意思を確認の上、私が代行致します。

署名代行者 氏名 印

住所

利用料金表

(ユニット型個室)

令和6年4月より

1. 介護保険基準サービス (1日あたり)

※ 保険分の負担額には、1円以下の金額が発生することもある為、実際の請求金額と以下の料金表とは異なる場合がございます。

| 要介護度サービス 利用料金 | 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 介護保険対象 1割分 | ユニット型 個室 | 689 | 760 | 838 | 910 | 981 |
| 介護保険対象 2割分 | | 1,377 | 1,520 | 1,675 | 1,820 | 1,962 |
| 介護保険対象 3割分 | | 2,065 | 2,280 | 2,512 | 2,730 | 2,943 |

| 居室にかかる 自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 左記以外の方 |
|-----------------|-------------|------|------|-------|-------|--------|
| | ユニット型 個室 | 820 | 820 | 1,310 | 1,310 | 2,050 |

| 食事にかかる 自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 左記以外の方 |
|-----------------|----|------|------|-------|-------|--------|
| | | | 300 | 390 | 650 | 1,360 |

2. 1以外のサービス ※以下はご希望・ご要望によりご負担いただきます。

| サービス名称 | 単位: 単価(円) | 内容 |
|-----------|-----------|---|
| 日用品費 | 308円/日 | ※一括で常時提供を選択する場合 ※個別提供を希望する場合は、歯ブラシ308円、歯磨き粉308円、手洗いソープ1234円、ペーパータオル308円、シャンプーリンス2057円、ボディソープ2057円、BOXティッシュ102円、入れ歯洗浄剤2571円、保湿ローション2571円等が随時必要となります。提供を希望しない場合はご持参ください。 |
| 教養娯楽費 | 500円/月 | 行事・誕生日会の際の特別食 ※1ヶ月あたり |
| 金銭管理サービス | 1,800円/月 | 預かり金管理 ・ 証書類管理に関わる事務手数料 |
| 電化製品持ち込み料 | 1,000円/月 | 室内で常時使用する電化製品を持ち込んだ場合 |
| 理美容代 | 実費 | 理容師等の出張による理美容サービスを利用した場合 |

◎ 1ヶ月あたりの金額

【 ユニット型個室 】

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 第1段階 | 42,183 | 44,340 | 46,651 | 48,838 | 50,964 |
| | 第2段階 | 69,483 | 71,640 | 73,951 | 76,138 | 78,264 |
| | 第3段階① | 91,983 | 94,140 | 96,451 | 98,638 | 100,764 |
| | 第3段階② | 113,283 | 115,440 | 117,751 | 119,938 | 122,064 |
| 上記以外の方 | 1割負担 | 138,033 | 140,190 | 142,501 | 144,688 | 146,814 |
| | 2割負担 | 158,676 | 162,989 | 167,611 | 171,986 | 176,237 |
| | 3割負担 | 179,319 | 185,789 | 192,721 | 199,283 | 205,661 |

3. 介護サービスの加算

※ 介護保険の負担額については、別紙の各種加算がかかることがあります。

利用料金表

(従来型多床室)

令和6年4月より

1. 介護保険基準サービス (1日あたり)

※ 保険分の負担額には、1円以下の金額が発生することもある為、実際の請求金額と以下の料金表とは異なる場合がございます。

| 要介護度サービス 利用料金 | 区分 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 介護保険対象 1割分 | 従来型 多床室 | 605 | 677 | 752 | 824 | 895 |
| 介護保険対象 2割分 | | 1,210 | 1,354 | 1,504 | 1,648 | 1,790 |
| 介護保険対象 3割分 | | 1,815 | 2,031 | 2,256 | 2,471 | 2,684 |

| 居室にかかる 自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 左記以外の方 |
|-----------------|------------|------|------|-------|-------|--------|
| | 従来型 多床室 | 0 | 370 | 370 | 370 | 855 |

| 食事にかかる 自己負担額 | 区分 | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 左記以外の方 |
|-----------------|----|------|------|-------|-------|--------|
| | | | 300 | 390 | 650 | 1,360 |

2. 1以外のサービス ※以下はご希望・ご要望によりご負担いただきます。

| サービス名称 | 単位: 単価(円) | 内容 |
|-----------|-----------|---|
| 日用品費 | 308円/日 | ※一括で常時提供を選択する場合 ※個別提供を希望する場合は、歯ブラシ308円、歯磨き粉308円、手洗いソープ1234円、ペーパータオル308円、シャンプーリンス2057円、ボディソープ2057円、BOXティッシュ102円、入れ歯洗浄剤2571円、保湿ローション2571円等が随時必要となります。提供を希望しない場合はご持参ください。 |
| 教養娯楽費 | 500円/月 | 行事・誕生日会の際の特別食 ※1ヶ月あたり |
| 金銭管理サービス | 1,800円/月 | 預かり金管理 ・ 証書類管理に関わる事務手数料 |
| 電化製品持ち込み料 | 1,000円/月 | 室内で常時使用する電化製品を持ち込んだ場合 |
| 理美容代 | 実費 | 理容師等の出張による理美容サービスを利用した場合 |

◎ 1ヶ月あたりの金額

【 従来型多床室 】

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 第1段階 | 39,687 | 41,844 | 44,093 | 46,250 | 48,376 |
| | 第2段階 | 53,487 | 55,644 | 57,893 | 60,050 | 62,176 |
| | 第3段階① | 61,287 | 63,444 | 65,693 | 67,850 | 69,976 |
| | 第3段階② | 82,587 | 84,744 | 86,993 | 89,150 | 91,276 |
| 上記以外の方 | 1割負担 | 99,687 | 101,844 | 104,093 | 106,250 | 108,376 |
| | 2割負担 | 117,834 | 122,148 | 126,646 | 130,960 | 135,211 |
| | 3割負担 | 135,981 | 142,452 | 149,199 | 155,669 | 162,047 |

3. 介護サービスの加算

※ 介護保険の負担額については、別紙の各種加算がかかることがあります。

3. 介護サービスの加算

※ 介護保険の負担額については、別途下記の各種加算がかかることがあります。

| サービス内容 | 単 位 | 算 定 要 件 |
|-------------------|-------------|---|
| 福祉施設日常生活継続支援加算Ⅰ | 36 1日につき | 従来型多床室利用にて、認知症高齢者が一定数以上入所しており、介護福祉士の有資格者を一定数以上配置している場合 |
| 福祉施設日常生活継続支援加算Ⅱ | 46 1日につき | ユニット型個室利用にて、認知症高齢者が一定数以上入所しており、介護福祉士の有資格者を一定数以上配置している場合 |
| 福祉施設看護体制加算Ⅰ 1 | 6 1日につき | 常勤の看護師を1名以上配置している場合（入所定員31人以上50人以下） |
| 福祉施設看護体制加算Ⅰ 2 | 4 1日につき | 常勤の看護師を1名以上配置している場合（入所定員30人又は51人以上） |
| 福祉施設看護体制加算Ⅱ 1 | 13 1日につき | 看護職員を基準数以上配置しており、協力病院との24時間の連携体制を確保している場合（入所定員31人以上50人以下） |
| 福祉施設看護体制加算Ⅱ 2 | 8 1日につき | 看護職員を基準数以上配置しており、協力病院との24時間の連携体制を確保している場合（入所定員30人又は51人以上） |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 1 | 22 1日につき | 従来型多床室利用にて、夜勤職員を一定以上配置している場合（入所定員31人以上50人以下） |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅰ 2 | 13 1日につき | 従来型多床室利用にて、夜勤職員を一定以上配置している場合（入所定員30人又は51人以上） |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅱ 1 | 27 1日につき | ユニット型個室利用にて、夜勤職員を一定以上配置している場合（入所定員31人以上50人以下） |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅱ 2 | 18 1日につき | ユニット型個室利用にて、夜勤職員を一定以上配置している場合（入所定員30人又は51人以上） |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅲ 1 | 28 1日につき | 上記Ⅰに加え、所定の職員を配置している場合 |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅲ 2 | 16 1日につき | 上記Ⅰに加え、所定の職員を配置している場合 |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅳ 1 | 33 1日につき | 上記Ⅱに加え、所定の職員を配置している場合 |
| 福祉施設夜勤職員配置加算Ⅳ 2 | 21 1日につき | 上記Ⅱに加え、所定の職員を配置している場合 |
| 福祉施設生活機能向上連携加算Ⅰ | 100 1月につき | リハビリテーションを行う専門機関の理学療法士や医師から助言を受け、個別機能訓練計画の作成等をする場合（3月に1回を限度） |
| 福祉施設生活機能向上連携加算Ⅱ 1 | 200 1月につき | 上記Ⅰについて、リハビリテーションを行う専門機関の理学療法士や医師が訪問して行う場合 |
| 福祉施設生活機能向上連携加算Ⅱ 2 | 100 1月につき | 上記Ⅱ 1について個別機能訓練加算を算定する場合 |
| 福祉施設個別機能訓練加算Ⅰ | 12 1日につき | 機能訓練計画を作成、実施した場合 |
| 福祉施設個別機能訓練加算Ⅱ | 20 1月につき | 上記Ⅰに加え、所定の方法で情報を提出して必要な情報を活用した場合 |
| 福祉施設個別機能訓練加算Ⅲ | 20 1月につき | 上記Ⅱに加え、所定の方法で情報を提出して必要な情報を活用し、他所定の加算項目を算定した場合 |
| 福祉施設ADL維持等加算Ⅰ | 30 1月につき | 入所者に対し身体機能の専門的評価を行った上で所定の方法で情報を提出して、一定の効果が得られた場合 |
| 福祉施設ADL維持等加算Ⅱ | 60 1月につき | 上記Ⅰよりさらに効果が得られた場合 |
| 福祉施設若年性認知症受入加算 | 120 1日につき | 若年性認知症の入所者に対して個別にサービス提供をした場合 |
| 常勤医師配置加算 | 25 1日につき | 常勤の医師を1名以上配置している場合 |
| 精神科医療養指導加算 | 5 1日につき | 精神科を担当する医師に療養指導が月2回以上行われている場合 |
| 障害者生活支援体制加算Ⅰ | 26 1日につき | 視覚障害者等が一定数以上入所しており、専従の障害者生活支援員を一定数以上配置した場合 |
| 障害者生活支援体制加算Ⅱ | 41 1日につき | 視覚障害者等が一定数以上入所しており、専従の障害者生活支援員を一定数以上配置した場合 |
| 福祉施設外泊時費用 | 246 月6日限度 | 病院等へ入院した場合及び居宅における外泊を認めた場合 |
| 福祉施設外泊時在宅サービス利用費用 | 560 月6日限度 | 居宅における外泊を認め、施設が在宅サービスを提供した場合 |
| 福祉施設初期加算 | 30 1日につき | 入所日から30日以内、もしくは30日以上入院後の再入所時に加算 |
| 福祉施設退所時栄養情報連携加算 | 70 1月につき | 特別食や低栄養状態の方が退所する際、主治医等に対し栄養士が栄養管理に関する情報を提供した場合 |
| 福祉施設再入所時栄養連携加算 | 200 1回限り | 入所者が入院して入所時と異なる栄養管理が必要となり、医療機関と施設の管理栄養士が連携して計画を作成し、施設へ再入所した場合 |
| 福祉施設退所前訪問相談援助加算 | 460 1回につき | 入所者の退所に先立って、退所後生活する居宅等を訪問し、相談援助を行った場合（入所中1回または2回を限度） |
| 福祉施設退所後訪問相談援助加算 | 460 1回限り | 入所者の退所後30日以内に居宅等を訪問し、相談援助を行った場合 |
| 福祉施設退所時相談援助加算 | 400 1回限り | 入所者の退所時に相談援助を行い、かつ、退所後2週間以内に市区町村等に対して情報提供した場合 |
| 福祉施設退所前連携加算 | 500 1回限り | 入所者の退所に先立って、居宅介護支援事業者に対して情報提供をし、かつ、サービス利用に関する調整を行った場合 |
| 福祉施設退所時情報提供加算 | 250 1回限り | 入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、心身の状況等情報提供の上紹介を行った場合 |
| 福祉施設協力医療機関連携加算 | 50又は5 1月につき | 指定医療機関との間で病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催した場合 |
| 福祉施設栄養マネジメント強化加算 | 11 1日につき | 管理栄養士の十分な配置と低栄養リスクが高い入所者に対し栄養ケア計画を策定し、所定の方法で情報を提出して必要な情報を活用した場合 |
| 福祉施設経口移行加算 | 28 1日につき | 経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合 |
| 福祉施設経口維持加算Ⅰ | 400 1月につき | 著しい摂食障害がある方の経口摂取を維持するための栄養管理を実施した場合 |
| 福祉施設経口維持加算Ⅱ | 100 1月につき | 上記に際し、医師や歯科医師らが共同で栄養管理を実施した場合 |

| | | | |
|----------------------|------------|-------|--|
| 福祉施設口腔衛生管理加算Ⅰ | 90 | 1月につき | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月2回以上行った場合 |
| 福祉施設口腔衛生管理加算Ⅱ | 110 | 1月につき | 上記Ⅰに加え、所定の方法で情報を提出して必要な情報を活用した場合 |
| 福祉施設療養食加算 | 6 | 1食につき | 療養食を提供した場合（1日3食を限度） |
| 福祉施設特別通院送迎加算 | 594 | 1月につき | 透析を要する入所者の通院のための送迎を、月12回以上行った場合 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 325 | 1回につき | 配置医師が通常の勤務時間外に訪問して診療を行った場合 |
| | 650 | 1回につき | 上記対応が早朝（午前6時～午前8時）又は夜間（午後6時～午後10時）の場合 |
| | 1300 | 1回につき | 上記対応が、深夜（午後10時から午前6時）の場合 |
| 福祉施設看取り介護加算Ⅰ・Ⅱ | 72 | 1日につき | 看取り介護の体制ができていて、死亡日以前31日以上45日以下に加算 |
| | 144 | 1日につき | 看取り介護の体制ができていて、死亡日以前4日以上30日以下に加算 |
| | 680又は780 | 1日につき | 看取り介護の体制ができていて、死亡日前日、前々日に加算 |
| | 1280又は1580 | 1日につき | 看取り介護の体制ができていて、死亡日に加算 |
| 福祉施設在宅復帰支援機能加算 | 10 | 1日につき | 一定期間内の退所者総数のうち、在宅介護を受けることになったものの占める割合が一定数を超えている場合 |
| 福祉施設在宅・入所相互利用加算 | 40 | 1日につき | 複数の利用者で予め在宅期間及び入所期間を定め、個室を計画的に利用した場合 |
| 福祉施設認知症専門ケア加算Ⅰ | 3 | 1日につき | 認知症高齢者が一定数以上入所しており、認知症介護実践リーダー研修修了者を一定数以上配置した場合 |
| 福祉施設認知症専門ケア加算Ⅱ | 4 | 1日につき | 福祉施設認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置した場合 |
| 福祉施設認知症チームケア推進加算Ⅰ | 150 | 1月につき | 認知症高齢者が一定数以上入所しており、専門的研修を修了した者の配置と必要なチーム体制を整えた場合 |
| 福祉施設認知症チームケア推進加算Ⅱ | 120 | 1月につき | 認知症高齢者が一定数以上入所しており、専門的研修を修了した者の配置と必要なチーム体制を整えた場合 |
| 福祉施設認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 200 | 1日につき | 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となったため施設で受け入れを実施した場合（入所後7日を限度） |
| 福祉施設褥瘡マネジメント加算Ⅰ | 3 | 1月につき | 褥瘡発生のリスクについて指標を用いて定期的に評価し、所定の方法で情報を提出して、計画を作成して定期的な見直し等管理をした場合 |
| 福祉施設褥瘡マネジメント加算Ⅱ | 13 | 1月につき | 上記Ⅰに加え、褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者に褥瘡発生がない場合 |
| 福祉施設排せつ支援加算Ⅰ | 10 | 1月につき | 排泄に介護を要する入所者に対して、要介護状態を軽減できる取り組みを行い、所定の方法で情報を提出して活用した場合 |
| 福祉施設排せつ支援加算Ⅱ | 15 | 1月につき | 上記Ⅰに加え、排尿・排便の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がない、またはおむつ使用から使用無しに改善した場合 |
| 福祉施設排せつ支援加算Ⅲ | 20 | 1月につき | 上記Ⅰに加え、排尿・排便の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がない、かつおむつ使用から使用無しに改善した場合 |
| 福祉施設自立支援促進加算 | 280 | 1月につき | 医師が自立支援のための医学的評価を定期的に行った上で支援計画を策定し、所定の方法で情報を提出して有効な情報活用をした場合 |
| 福祉施設科学的介護推進体制加算Ⅰ | 40 | 1月につき | 入所者の心身の状況等を、所定の方法で情報を提出してケアの質の向上に取り組む場合 |
| 福祉施設科学的介護推進体制加算Ⅱ | 50 | 1月につき | 上記Ⅰに加え、疾病等の情報提供も行い、必要な情報を活用した場合 |
| 福祉施設安全対策体制加算 | 20 | 1回限り | 安全対策部門や担当者の配置で組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | 10 | 1月につき | 指定医療機関との間で、感染症対応を行う体制確保や発生時の対応の取り決め、研修の実施等を行った場合 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | 5 | 1月につき | 施設内で感染症が発生した場合の対応について、上記指定医療機関より規程回数以上の実地指導を受けている場合 |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 | 月5日限度 | 指定感染症に対応する医療機関を確保し、かつ感染した入所者に対し、適切な対応を行った上で施設サービスを行った場合 |
| 福祉施設生産性向上推進体制加算Ⅰ | 100 | 1月につき | 入所者の安全、介護サービスの質の確保、職員負担軽減に資する方策を実施し、介護機器等活用の実績について、所定の方法で情報を提出した場合 |
| 福祉施設生産性向上推進体制加算Ⅱ | 10 | 1月につき | 入所者の安全、介護サービスの質の確保、職員の負担軽減に資する方策を実施検討し、所定の方法で情報を提出した場合 |
| 福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅰ | 22 | 1日につき | 介護福祉士の占める割合が100分の80以上、勤続10年以上の介護福祉士が100分の35以上、サービス向上の取り組み実施、いずれか該当 |
| 福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅱ | 18 | 1日につき | 介護福祉士の占める割合が100分の60以上 |
| 福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅲ | 6 | 1日につき | 介護福祉士の占める割合が100分の50以上、常勤職員が100分の75以上、勤続7年以上の職員が100分の30以上、いずれかに該当 |
| 福祉施設処遇改善加算Ⅰ | ※ | 1月につき | 介護職員の賃金改善等を実施した場合 ※所定単位数に83/1000を乗じる |
| 福祉施設処遇改善加算Ⅱ | ※ | 1月につき | 介護職員の賃金改善等を実施した場合 ※所定単位数に60/1000を乗じる |
| 福祉施設処遇改善加算Ⅲ | ※ | 1月につき | 介護職員の賃金改善等を実施した場合 ※所定単位数に33/1000を乗じる |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | ※ | 1月につき | ※所定単位数に27/1000を乗じる |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | ※ | 1月につき | ※所定単位数に23/1000を乗じる |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | ※ | 1月につき | ※所定単位数に16/1000を乗じる |

※ 各種サービス内容については、利用者の状態、施設の人員体制により、個々の利用者で加算内容が変わります。
 ※ 上記単位数の料金換算は、(単位数×利用日数分×10.27)円のうち、介護保険負担割合に応じた額となります。

(別紙)

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けやきの杜施設長様

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

年 月 日

2 優先入所希望者

住所：

氏名：

3 取り下げる理由