

入所申込書

特別養護老人ホーム
日進ホーム 施設長

年 月 日

入所希望者（申込者）		整理番号 <small>注：記入しない下さい</small>	
フリガナ		被保険者番号	
氏名		保険者 (市町村)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護度	3・4・5 (1・2)
性別	男・女	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄
現住所	〒 -	電話番号 ()	
給付制限			
認定審査会意見			

注：介護保険証から転記して下さい。コピーを添付した場合は氏名・生年月日のみの記載で結構です。

申請者（申込代理者）

フリガナ		入所希望者との	
氏名		続柄	
住所	〒 -		
	電話番号 ()		

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所の為の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

希望事項	時期	早急に希望・令和 年 月以降希望 <small>注：実際の入所順に影響はありません</small>	申込予定	・貴施設のみ ・他特養にも申し込む ヶ所（予定）
	申込理由・入所を急ぐ理由	<p>(該当するものすべてに☑印を記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排せ、入浴等日常生活全般に介助が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時の見守り、介護が必要</p> <p><input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない</p> <p><input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない（夜間訪問介護など）</p> <p><input type="checkbox"/> 8 その他の理由（具体的にお書き下さい） 注：書ききれない場合は調査票③にお書き下さい。</p> <p>※（要介護1・2の場合は以下の項目についても該当するものすべてに☑印を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 9 認知症であるものであって、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</p> <p><input type="checkbox"/> 10 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</p> <p><input type="checkbox"/> 11 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</p> <p><input type="checkbox"/> 12 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</p>		
同意及び説明確認	入所希望者、介護者を円滑に支援するため、市町村、ケアマネジャー等に申込内容を情報提供することに同意します。また、入所申込から入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。			
	令和 年 月 日	入所申込者又は申込代理者氏名		印

事務処理欄

申込日：令和 年 月 日	受付日：令和 年 月 日	受付者
受付方法：来所・郵便・	意思確認：令和 年 月 日	
受付簿記入者：	受付簿記入日：令和 年 月 日	
入所基準 基準・特例	特例事由市町村確認：令和 年 月 日	該当 有・無

調査票 ① (特別養護老人ホーム日進ホーム)

		整理番号：	入所希望者氏名：	記入者氏名：			
現況		独居 ・高齢者世帯 ・家族同居 入院中 (病院名) ・入所中 (施設名)					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー ・その他 ()		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	更衣 (着替え)			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容 (身だしなみ)			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴・その他 ()		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子 (要・不要) ・ストレッチャー (要・不要)					
※記入にあたっては、要介護認定調査時の資料から転記していただいても結構です。							
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない		身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知症	無・有 (日常生活自立度 I・II・III・IV・M)		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有 (徘徊・不潔行為・他)		
健康状況	現疾患			病歴			
	主治医	病院名： 医師名：		TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他 ()					
	感染症	無 ・有 ()		アレルギー	無・有 ()		
	皮膚刺激	普通 ・弱い		麻痺	無・有 ()		
	便秘	無 ・有 (服薬： 無 ・有)		拘縮	無・有 ()		
	睡眠	良 ・不良 (服薬： 無 ・有)		褥瘡	無・有 ()		
	嚥下	異常なし ・むせる ・つまる		湿疹	無・有 ()		
入れ歯	無 ・有 (上 ・下)		口腔状況	良・否 ()			
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢	才	性別	男・女	続柄
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他 ()					
	介護期間	年 月頃から		その他の介護者	無 ・有 () 名		
	窓口相談	無・有 介護事業所・市町村・在宅介護支援センター・その他 () 居宅介護支援事業者名 () ケアマネジャー名 ()					
住環境	区分	持ち家 (階 エレベーター 有・無) ・借家 (階 エレベーター 有・無)					
	住宅改修	可・不可・改修済 ()					
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有 (送迎・訪問・その他)					
【その他の特記事項】 ※介護上の注意点や特別な介護方法など							
【介護上の悩み・困っていること】 ※書ききれない場合は調査票③にお書きいただいても結構です。							

調査票 ② (特別養護老人ホーム日進ホーム)

	整理番号：	入所希望者氏名：	記入者氏名：
入所希望者の心身の状況について	常時の介護や身守りが必要である場合や、認知症などを原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある場合は、その状況を具体的に記入してください。		
家族・介護者等の状況について	家族等の介護者がいない（単身世帯など）場合や、介護者、家族の病気又は高齢家族等の事情により、介護が困難である場合は、その状況を具体的に記入してください。		
在宅生活の困難度の状況について	現在居住する住宅による在宅生活の継続（住宅事情）が困難である場合や、在宅サービスについて、何らかの理由によりサービスを利用できない場合は、その理由について具体的に記入してください。		

特別養護老人ホーム日進ホーム 入所基準の概要

1. 入所申込みの際の手続き

施設への入所申込は、入所申込書及び調査票にて行います。施設に来所、又は郵送にて提出してください。今回の申込については、この要綱をもって説明にかえさせていただきますので、ご理解の上、申込書の説明確認欄に署名してください。

申込者は入所申込後、入所希望者の要介護度や入所の必要性について著しい変化が生じ、申込書の内容と状況が変わった場合は、施設に変更内容を連絡していただきますようお願い致します

2. 入所決定の方法

(1) 入所者の選考に係る委員会を設置し、入所の優先順位の決定を行います。

※入所できる方は、原則として要介護3～5の方が対象となります。

ただし、要介護1・2の方でも特例入所の要件（別紙1）に当てはまる場合は、保険者市町村の意見を踏まえた上で入所の可否を判定します。

(2) 委員会は空床が生じた場合、受入条件（男女の別、認知症の程度、その他施設の処遇上の事情など）を検討し、申込者の意思確認と面接を行った上で、入所者の最終決定を行い、その旨申込者にご連絡します。

(3) 委員会は必要な都度開催します。

3. 入所の必要性を評価する方法

委員会において、入所の必要性や緊急性を判断する評価基準は、以下のとおりです。

評価項目	評価の目的	評価基準
①入所希望者の心身の状況	常時介護の必要性及び家族、介護者の日常生活への影響度の評価	<p>常時の介護や身守りが必要である。あるいは、認知症などを原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。</p> <p><例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の自立度が低く、生活全般にわたる関与が必要な場合。 ・頻回な徘徊、対人トラブルなど認知症による行動障害やコミュニケーションの困難などがある場合
②家族・介護者等の状況	在宅生活に必要な家族の介護力の評価	<p>家族等の介護者がいない。あるいは、介護者の病気等の事情により、介護が困難である。</p> <p><例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・単身世帯である場合 ・同居家族が高齢や病弱である場合
③在宅生活の困難度の状況	在宅サービスの利用による、あるいは現在居住する住宅による生活の継続の困難度に係る評価	<p>在宅サービスの利用による、あるいは現在居住する住宅による在宅生活の継続が困難である。</p> <p><例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・近くに在宅サービス機関がなく、その利用が困難である場合 ・病院等の入院患者等で帰る家や居場所がない場合 ・住居が狭い、住居の改修ができない場合

(別紙1) 特列入所の要件について

- 特列入所の判断に当たっての具体的な要件については「愛知県特別養護老人ホーム標準入所指針」に基づき判断することになります。
具体的には、次のような方を想定しています。
- 判断に当たっては、申込者の状態を十分に把握する必要があるため、参考となる資料を提示していただいたり、申込者やご家族の方あるいは介護支援専門員（ケアマネジャー）等にも状況をお伺いします。

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こと。

(想定される方)

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ及びⅢに相当する方

- ※ 日常生活自立度Ⅳ…着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等といった症状や行動が見られ、常に目を離すことができない状態。
- ※ 日常生活自立度Ⅲ…せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

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こと。

(想定される方)

療育手帳A、Bの方

精神障害者保健福祉手帳1級及び2級の方

障害支援区分4、5、6の方

③ 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。

④ 上記3要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅

生活が困難であり、他の介護サービスの利用が困難であること。

特別養護老人ホーム 日進ホームの入所の流れ

入所申し込み

※申込書は、来所又は郵送にてお渡しします。ホームページからもダウンロード可能です。

要介護3～5

常時の介護が必要である。あるいは、認知症などを原因とする問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある方。

要介護1・2の特例入所対象者

心身の状況や置かれている環境等の事情に照らして居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる場合

制度説明 状況確認 申込書受理

入所申込書に必要な事項を記入して提出していただきます。申込書の提出は来初又は郵送でお願いします。状況確認の為、ご連絡又は面接を行うことがあります。

入所希望者調書作成

評価標準表による評価から入所希望調書を作成します。

保険者市町村へ施設から申込者の入所に係る意見照会を提出する。

保険者市町村

保険者市町村は、申込者の状況について、保険者市町村としての意見書を提出する。

入所者の選考に係る委員会による合議、入所の優先順位決定

入所候補者名簿調整

決定された入所順位に基づき入所候補者名簿を調整する。

入所決定

空き部屋が出た時点で入所者候補名簿より空き部屋に応じた入所希望者へ連絡する。