

特別養護老人ホーム 入所申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人ともしび会
理事長 工藤 嘉左衛門 様

申込者氏名 続柄 ()

住 所

電話番号 ()

どちらの施設申し込みかを○印してください。	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 光峰苑 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ほどの
-----------------------	--

上記施設に入所したいので、次のように申込みいたします。

利 用 対 象 者	被保険者番号	※介護保険証でご確認ください					
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください					
	氏 名						
	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性 別	1. 男 2. 女	
		年	月	日			
	要 介 護 状 態 区 分	要介護度 1・2・3・4・5 (要介護認定申請中：申請日 年 月 日)					
	認 定 有 効 期 間	平成・令和	年	月	日	から	
		平成・令和	年	月	日	まで	
住 所	〒 -						
電 話 番 号	()			F A X 番 号	()		
家 族 等 の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	電話番号	
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		

1. 私は、上記利用申込者情報について、ともしび会が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
2. 上記申込者の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに、私は同意します。
3. 上記申込有効期間は受付から 1 年間とし、その後入所に関して継続の意思等の連絡が無い場合は入所申し込みを辞退したものとみなす事に同意します。

対象者名 (印)

申込者名 (印)

※ 今般、本申込を受理しましたが、入所順位は必ずしも申し込み順とはなりませんのでご承知おきください。なお、このことについては別添の入所ガイドラインをご参照ください。

(施設記入欄) 【受付 No. 】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	(印)
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

氏 名				被保険者番号			
調査年月日	令和	年	月	日	調査者氏名		
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 ()						
使用施設名	() ※自宅等の場合は無記入						
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()						
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込状況 ()						
健康保険	種別				年金等	種別	
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名判定 () 級、その他 ())						
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ()						
	内 容	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	食事制限 ()	
		副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 細食	<input type="checkbox"/> ミキサー	()	
			<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)						
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有・無) 便 日 回、失禁 (有・無)						
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) ()						
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況:						
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況:						
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能						
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度)						
	問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況:						
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ()						
既往歴	年 月 (頃)						
	年 月 (頃)						
	年 月 (頃)						
現在の受診先				継続の希望	有 ・ 無		

【 特 記 事 項 】

介護支援専門員意見書

氏名		被保険者番号	
----	--	--------	--

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用度割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

※右の内容が含まれる場合は○を付ける

施設利用者	特別理由
-------	------

3. 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	男	女	続柄 <input style="width: 50px;" type="text"/>	
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上 就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	有	無	（要支援・要介護 <input style="width: 100px;" type="text"/> ）	
⑦介護者が育児、家族が病気	常時の育児看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑧介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	（続柄 <input style="width: 50px;" type="text"/> ）
⑩別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	（続柄 <input style="width: 50px;" type="text"/> ）
⑪近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4. 特記事項及び意見

- ①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等
- ②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等
- ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている
- ④長期入院等に退院後の再入所
- ⑤その他

点数 10点満点

理由

5. 備考記入欄

意見書作成年月日
令和 年 月 日
意見書作成者所属
意見書作成者
⑧

平成 27 年 4 月 1 日

介護支援専門員 各位

社会福祉法人ともしび会
理事長 工藤 嘉左衛門

利用申し込みへのご協力について（依頼）

貴職におかれましては、日頃の繁多な相談援助業務の中、ますますご活躍のことと拝察いたします。

さて、この度当法人においては、平成 27 年 4 月に秋田県より示された「秋田県特別養護老人ホーム入所ガイドライン」を基に、光峰苑・ほどの「入所ガイドライン」（別添）を作成し、これにより受付事務を処理することにいたしました。

つきましては、今後の利用申し込みに係る事務委託を受けられた際には、所定の書類整備について格別のご高配、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、既に申し込みをいただいているケースの中からもご相談があると思いますので、こちらの方も同様に対応してくださるよう、併せてお願い申し上げます。

特別養護老人ホーム光峰苑・ほどの 入所ガイドライン

第1 目的

このガイドラインは、特別養護老人ホーム光峰苑・ほどの入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性・公平性を確保するとともに、施設入所の円滑な実施に資することを目的とする。

第2 入所の対象となる方

- (1) 入所の対象者は、要介護3から要介護5までの認定を受けた者のうち、常時介護を必要とし、かつ、認知症等介護度状況や在宅サービス利用度及び家族等の介護負担状況から判断し、真に居宅において介護を受けることが困難な者とする。
- (2) 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要介護1又は2の者の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められたものとする。

第3 特例入所の要件について

特例入所の要件に該当することの判定に際しては、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ことに関し、以下の事情を考慮する。

- (1) 認知症であって、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みられること。
- (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みられること。
- (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・安心の確保が困難であること。
- (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であること。

第4 特例入所の取り扱いについて

入所判定が行われるまでの間に施設と、入所申込者の介護保険の保険者である市町村及び一部事務組合を構成する市町村（以下「保険者市町村という」）との間で、以下の取り扱いにより情報の共有等を行う。

なお、特例入所に該当するか否かについては、最終的には施設の判断となるが、施設と保険者市町村の判断に齟齬が生じないように適切に連携等を実施する。

- (1) 施設は、入所申込者に対して、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について、その理由など必要な情報の記載を入所申込に当たって求めなければならない。

- (2) (1) の場合において、施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求めること。
- (3) (2) の求めを受けた保険者市町村は、地域の居宅サービスや生活支援等の提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対して適宜意見を表明することができる。
- (4) 下記第6の入所を決定する際の手続きとして設置する入所調整委員会においては、必要に応じて「介護の必要の程度」（要介護度を勘案すること等）や「家族の状況」（単身世帯か否か、同居家族が高齢又は病弱か否か等）等について、改めて保険者市町村に意見を求めることが望ましい。
- ※施設と保険者市町村との間で必要な情報共有等が行われるのであれば、(1)～(4)の取り扱いと異なる手続きとすることを妨げるものではない。

第5 入所の申込み方法及び利用申込書の管理等

(1) 申込み方法

- ア 特別養護老人ホーム光峰苑・ほどの入所申込書（様式1、様式2、以下「申込書」、「調査票」という。）及び介護支援専門員等意見書（様式3、以下「意見書」という。）を添えることとし、原則として介護支援専門員を通じて行うものとする。
- イ 意見書の記載にあたっては、原則として入所申込者を担当する介護支援専門員が記載するが、施設が入所申込者の状況を十分に把握していると判断したものが記載することもできる。
- ウ 直接の来苑、郵便等による申し込みの場合についてもこれを受け付け、後日所要の手続きを行うものとする。
- エ 特例入所の判定が必要な申込みについては、申込者の特例入所申込理由記載欄に、本人や家族または申込者本人を担当する介護支援専門員等の入所申込者の状況等を十分に把握できる者が記載するものとする。
- オ 特例入所の判定が必要な申込みについては、調査書及び意見書の特記事項欄に第3(1)～(4)に定めるいずれかの事情に該当していることを記載するものとする。

(2) 申込書の管理

申込書を受理した場合は、所定の入所申込受付簿（以下「受付簿」という。）によりその管理を適切に行う。又、入所申込み受諾後、辞退やその内容の一部に変更の事由が生じた場合は、速やかにその内容を記し受付簿を整備する。

(3) 入所申込辞退者の取り扱い

利用申込者が自己の都合により、一旦、入所を辞退した場合でも、入所申込みは有効として取り扱う。ただし、再度辞退した場合には、受付簿から削除するこ

とができる。

第6 入所調整委員会

- (1) 管理者は、入所の決定に係わる事務を処理するために、入所調整委員会（以下「委員会」という。）を設置する。
- (2) 委員会の員数は若干名とし、管理者、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、介護支援専門員等で構成し、管理者がこれを決定する。また、構成にあたっては、施設以外の第三者の参加を求めることが望ましい。
- (3) 管理者は、必要があると認めるときは、委員会に他事業所の介護支援専門員等の出席を求め意見を聞くことができる。
- (4) 委員会に委員長を置き、管理者がこれを務める。
- (5) 委員長は委員会を代表し、会務を総括する。
- (6) 委員会は委員長が召集し、議長となる。
- (7) 委員会は適宜開催する。
- (8) 委員会は会議の内容（第4の（3）及び（4）の保険者市町村の意見を含む。）を記録（以下「会議録」という。）し、この委員会会議録を開催日から2年間保管する。
- (9) 委員会の会議録について、開示の求めがあった場合には入所希望者若しくは入所申込者に、当該に関する情報のみについてこれを開示することができる。
- (10) 開示についての窓口は、管理者若しくは管理者が指名する職員とする。
- (11) 会議録について、関係自治体から求めがあった場合には、これを提出する。
- (12) 委員会の委員は、業務上知り得た情報について守秘義務を負うものとし、委員を辞した後もこれを遵守しなければならない。

第7 入所の決定方法

- (1) 委員会の合議による決定
委員会は、申込書及び意見書等をもとに、入所申込者評価基準（別紙1）及び入所申込者評価基準における評価上の留意事項（別紙2）により、適正に入所決定を実施する。
- (2) 委員会の会議を経ない決定
管理者は、施設の退所者の再入所及び老人福祉法に定める措置委託による場合にあつては、委員会を開催せずに入所決定を行うことができる。また、災害や事故・事件等が発生し、委員会を開催することができない場合も入所を決定することができる。
- (3) 公正な情報のもとでの審議
委員会開催にあつては、入所申込者の動向に遺漏のないよう情報収集し、入所決定審議の公正を期するよう努める。

(4) 委員会は、前各号に配慮しつつ、施設の男女別利用構成、入所者全体のサービスの質の確保等、総合的な利用状況を勘案し、これを決定する。

第8 適正運用

このガイドラインに定めのないものについては、関係する法令及び通知などに基づき、適正な運用を図るものとする。

附 則

このガイドラインは、平成15年3月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、平成27年4月1日から施行する。