

様式1

**特別養護老人ホーム 玲光苑習志野ローズ館 入居申込書**

施設長 沢田 信彦 様

申込者(連絡先)今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

※未記入箇所がありますと受付できない場合がございます。必ずすべての項目にご記入をお願い致します。

住所 〒		
(フリガナ)		続柄
氏名		
電話		
携帯		

受付日 印

他施設への申込状況

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。
	既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( )
	今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	介護保険情報	(市町村名)	
	氏名		男・女	保険者		
				被保険者番号		
	生年月日	大・昭 年 月 日 ( )歳	要介護度	3・4・5		
	要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	負担限度額認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ ]段階		負担割合	1割・2割・3割	
現住所	〒 -					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設に入居中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 施設名または病院名: _____ 所在地(市区名のみ): _____ 入居又は入院時期: 平成・令和 年 月から 入居・入院している					
	入居希望フロア	<input type="checkbox"/> 従来型(多床室) <input type="checkbox"/> ユニット型(個室) <input type="checkbox"/> どちらでも可				
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係		
	氏名		男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
				同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している ※入院中で同住所の場合は同居となります <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)	
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】				

**特別養護老人ホーム 玲光苑習志野ローズ館 入居申込書 別紙**

(フリガナ)		性別
氏 名		男・女

要介護度	1・2
------	-----

1. 入居申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。

要介護度1・2の方については、入居を必要とするやむを得ない理由が必要となることから、次の2欄も回答してください。  
入居を希望する理由(該当するものすべてを選んで下さい)

介護する者がいないため。

介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。

介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。

介護者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が困難なため。

居住環境の事情により十分な介護が困難なため。

施設や病院等から退居を求められているが、自宅での介護が困難なため。

その他 (

2. 以下該当するものを回答してください。

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。

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。

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。

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。

に印をつけた項目について具体的な状況を記載してください。  
(日常生活に支障がある行動等)

様式2-1 特別養護老人ホーム 玲光苑習志野ローズ館 入居申請調査表

本人の状況	身体 の 状 況 ・ 日 常 生 活 動 作 能 力 等	病歴	現在治療中の病気(内服・通院を含め)  過去に治療した病気	
		現在必要な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		身長・体重	身長 cm	体重 Kg
		食 事	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
		(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	
		(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> あら刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 上・下 ( 総義歯・部分義歯・あるが使用せず )	
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> 声掛け・誘導が必要で一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
			<input type="checkbox"/> 使用している物(布パンツ・紙パンツ) 紙オムツ(常時・夜間のみ) [尿意] <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> ない [便意] <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> ない	
		入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
		麻痺等	[麻痺が] (ある・ない) ⇒ 麻痺の部位( )	
			[関節が動かない、変形している] (ある・ない) ⇒ その部位( )	
		更 衣	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
		移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
			<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 掴まり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行車 <input type="checkbox"/> 車椅子	
		視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい字は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない	
		聴 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない(右・左)	
		言 語	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない	
		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
記 憶	<input type="checkbox"/> しっかりしている <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> ほとんど忘れる			
認知・精神の症状有無	<input type="checkbox"/> 何らかの認知を有するが、日常生活は、ほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動 あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。 ( )			

様式2-2 特別養護老人ホーム 玲光苑習志野ローズ館 入居申請調査表  
在宅サービス利用状況

1 デイサービス(デイケア)	週 回	2 ショートステイ(利用回数)	週 回
3 福祉用具貸与		4 その他( )	

在宅サービス利用度 ※ 担当ケアマネージャーに確認して下さい

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
日常生活自立度(別表2参照) または 主治医意見書	I・II・IIa・IIb・III・IIIa 以上			
居宅介護支援事業所名 :	ケアマネージャー名:			
病 院 名 :	ソーシャルワーカー名:			
経済状況「○」をして頂き、金額を記入して下さい。				
[年金] (国民・厚生・共済・遺族・恩給・障がい)				円/月
[その他収入]				円/月
[生活保護] (有・無)				
[市民税] (課税世帯・非課税世帯)	[身体障がい者手帳] (有・無)			

生活歴

※ 出身地・略歴・趣味・嗜好等をご記入下さい。

※ 生活上のこだわりや性格の特徴・宗教など。

主たる介護者以外の家族・親族者

	氏名	続柄	生年月日	職業	連絡先(電話番号)	身元引受順位
同居家族			T・S・H / /			
			T・S・H / /			
			T・S・H / /			
			T・S・H / /			
別居家族・親族等			T・S・H / /			
			T・S・H / /			
			T・S・H / /			
			T・S・H / /			

※身元引受順位欄に第3位までご記入お願いします。

【同意事項】

1. 本入居申込書・調査及び評価票の内容を、特別養護老人ホーム玲光苑習志野ローズ館に提供することに同意します。
2. 本入居申込書・調査及び評価票の内容を自治体から情報提供依頼があった場合、自治体へ提供することに同意します。
3. 本入居申込書・調査及び評価票の内容について、関係病院、施設、担当ケアマネージャーに確認することについて同意します。
4. 法入居申込書・調査及び評価票の内容を、入所検討に関わる範囲内で使用することを同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 氏名 印

入居申込者 氏名 印

※特別養護老人ホーム玲光苑習志野ローズ館は、保有する個人情報の取り扱いに関し、適正かつ適切に対処致しております。

### 様式3 入居申込者評価基準

(あてはまる項目を○で囲んで下さい。)

#### 1. 本人の状況評価(最高点28点)

評価項目	14点	12点	10点	6点
要介護度	5	4	3	2~1
評価項目	14点	10点	6点	0点
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱb	Ⅱa	I・自立

\*別表2「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づく。

#### 2. 主たる介護者・家族等の状況の評価(最高点72点)

評価項目	8点	6点	4点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	
②介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	なし
③介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4~8時間	4時間未満	なし
⑤介護者が育児中 または、家族が病気	常時の 育児・看病	半日程度の 育児・看病	臨時的な 育児・看病	なし
⑥介護者の介護の関わり方	関りが困難	関る事が多少困難	努力すれば関われる	問題なく関われる
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

※ ・ 1人暮らし高齢者は、上記に関わらず①から⑦までを8点とし合計56点とする。

・ 高齢者世帯については⑤は8点とする。

#### 4. 特記事項

--

※ 引き続き入所をご希望される場合には、毎年10月に改めて入所申込書のご提出をお願い致します。

## 入所申込について

### 対象者

原則として、要介護3から要介護5の方であって、常時介護を必要とし、居宅に置いて介護を受けることが困難な方としています。

また要介護1又は要介護2の方であっても以下に挙げるいずれかの理由で居宅での生活が困難な方は特例入所の対象者となります。

- ・認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- ・知的障害、精神障害等をとめない、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- ・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、安心の確保が困難である
- ・単身世帯であり、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、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

### 入所申し込み方法

入所申し込みは、入所申込書 様式1～様式3（計4枚）に必要事項を記入のうえ、施設窓口に直接お持ちいただくか、郵送にてご提出ください。内容に不備がある場合、お申し込みを受けられないことがあります。

※様式1-2は要介護1、2の方で特例入所の申し込みをする場合のみ必要となります。申し込み内容が分からない場合は、担当ケアマネジャー等に相談、又はお問い合わせ下さい。

### 入所の必要性を評価する選定基準

介護に関わる労力の程度、認知症の状況、在宅介護の困難性の3項目を中心に判断していきます。

### 入所待機者の順位見直し、名簿作成

10月に入所待機者の順位を見直します。選定基準により算出した点数の高い人から順位をつけ、入所待機者の名簿を作成します。名簿の有効期間は10月切り替えで毎年更新します。その時期を越えて引き続き入所をご希望される場合には、毎年10月に改めて入所申込書をご提出いただく必要があります。

また10月以外の月にも随時申し込みを受け、点数に応じて名簿に加えていきます。

### 入所者の決定

施設のベッドに空きが生じた場合、性別等の個別事情を考慮して、名簿の上位の方から面接調査等を行い、入居判定会議を開催し決定します。