

## 【入所のお申し込みに際して】※要介護1・要介護2の方へ

平成27年度の介護保険制度改正に伴い、要介護1または2の方は、原則、特別養護老人ホームに入所することはできません。

但し、下記「特例入所の要件」に該当する場合は入所申込を行うことが可能です。該当する項目にチェックをつけて下さい。

なお、特例入所の要件への該当の有無に関しては、施設から保険者(市町村)に意見照会をした上で、特別養護老人ホームへの入所(申込)可否の意見をいただきます。

### 【特例入所(申込)の要件】 ※当てはまる項目にチェックをしてください

- 認知症がある者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- 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。
- 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。

### 【参考】

「～今般、介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第21項の改正と、それに伴う介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)の改正により、平成27年4月1日以降の施設への入所が原則要介護3以上の方に限定される一方で、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よる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所(以下「特例入所」という。)が認められる。これらの運用に当たっては、透明性及び公平性が求められるとともに、特例入所の運用については、市町村による適切な関与が求められる。」

『指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について(老高発1212第1号/平成26年12月12日付)』より抜粋。

入所申込書兼台帳 指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] (H27.4月改訂版)

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号	担当者名		
	法人名	社会福祉法人 晋栄福社会		
	入所申込施設名	菫の台ちどり		

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。

本人の状況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)							
	氏名	男 女	被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1・2	3・4・5					
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください						
	介護保険負担限度額	利用者負担額 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 )								
	自宅住所	〒	電話番号							
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている								
	施設・病院の名称	所在地	〒 -							
	入居又は入院期間	平成 年 月 日から( 年 か月)	電話番号	( )						
	入居申受理由 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等、日常生活全般に介助が必要なため <input type="checkbox"/> 認知症などにより、常時の見守り・介護が必要なため <input type="checkbox"/> 介護者がいない、介護者が入院等で介護できないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居(遠方)等のため、介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが充分ではないため(夜間訪問看護など) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情(狭い・改修不可能・立地・地形上など)により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超える等、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ( )								
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難									
在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無							
申込日前月に利用中のサービス( 月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月				
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月				
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月				
	短期入所療養介護	日/月								

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望 (1~3か月内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 (    ) 年以内			
	利用している 居宅介護支援 事業所名	電話番号:	担当ケア マネジャー名		
	他施設 への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設[特養・老健・療養型・病院]にも申し込んでいる(予定も含む)(    箇所) 既に申し込んでいる他の施設名(    )(    )(    ) 今後申し込む予定の施設名(    )(    )(    ) 特養待機期間(他施設も含む)    年    月    日			
	生活状況	移動・移乗	歩行・杖・歩行器・押し車・車椅子 ストレッチャー	介助	自立・一部介助・全介助
		食 事	主食/ 普通・粥・ミキサー(箸・スプーン)	介助	自立・一部介助・全介助
			副食/ 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ソフト・ミキサー		
		排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ (布パンツ・紙パンツ・パット)	介助	自立・一部介助・全介助
		入 浴	一般浴・チェア浴・特浴(機械浴)	介助	自立・一部介助・全介助
	身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない (メガネ/ 有・無)		
		聴 力	普通・聞こえにくい・聞こえない (補聴器/ 有・無)		
発 語		普通・やや不自由・不自由	身 長	cm	
理解力		普通・分かりにくい・分からない	体 重	kg	
精神状態		安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他    )			
認知症		無・有(    )			
問題行動		無・有(    )			
健康状況	現疾患		既往歴		
	主治医	病院名    病院 / 医師名    Dr / TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・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)	こうしやく 拘縮	無・有(    )	
	睡眠	良・不良(服薬:無・有)	じよくそう 褥瘡	無・有(    )	
	えんげ 嚥下	異常なし・むせる・つめる	湿疹	無・有(    )	
	入れ歯	無・有(上・下・部分)	口腔清拭	不要・要(    )	

	本人…◎		
家族構成	◎ _____	自由記入欄	

主たる 介 護 者 の 状 況	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる 介 護 者 の 氏 名		男 ・ 女	満 歳		住 所 :
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他( )				
	現状の介護で 困っていること・悩みなど	※別の用紙にお書き頂いても結構です。				
その他の 介 護 者	無・有(子・兄弟・親戚・その他 )					
本人の 住 環 境	区 分	持ち家・借家・高層住宅 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 )				

入所の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。

平成 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_

同 意 欄	今後、指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】への入所申込者の状況を調査するため、氏名・生年月日・住所(居所)・入所希望時期について、県や保険者である市町村に報告することに同意します。				
	平成 年 月 日 氏名: _____				

注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください。

注2 入所のための待機中に、当施設以外の施設に入所が決定した場合、または要介護度や連絡先、介護保険の状況等について変更がありました場合は、速やかにご連絡をお願い致します。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

入所申込書受付日		年 月 日		受付番号	入所日		年 月 日		
施設 記入 欄	年	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計		
		1・2	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村			
		3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	圏域内、隣接市			
	月			点	点	点	点		
		【評価すべき個別的事項等】							
	日 (記入日)								
		年	要介護度	認知症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
			1・2	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村		
	3・4・5		IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	圏域内、隣接市			
月			点	点	点	点			
	【評価すべき個別的事項等】								
日 (記入日)									