

入所申込書

(提出書類)

- 入所申込書
- 入所希望者の状況調査書
- 介護保険被保険者証コピー
- 介護保険負担割合証コピー
- 介護保険負担限度額認定証コピー（該当者のみ）

申込年月日	令和 年 月 日
-------	----------

(入所希望者本人)	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所					

(申込者家族)	ふりがな		続柄	電話番号	
	氏名			携帯番号	
	住所				

支援事業者 居宅介護	* 担当のケアマネージャーを記入してください。			
	事業者名		担当者名	
	所在地		電話番号	

他施設への 申込状況	* 他の施設へ申し込みをされている、もしくは、これから申し込みをされる施設名を記入してください。	
	施設名	施設名

介護保険情報	* 介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の内容を記入してください。					
	保険者 (市町村)		利用者負担の割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割
	認定年月日	年 月 日	要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	被保険者番号			<input type="checkbox"/> 認定済み	<input type="checkbox"/> 更新中	<input type="checkbox"/> 変更申請中
認定期間	年 月 日 ~			年 月 日		

(該当するもの1つに☑を記入してください)	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護するものがない。
	<input type="checkbox"/> 介護者が、(<input type="checkbox"/> 長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 遠方に在住)しており、実質的に介護するものがない。
	<input type="checkbox"/> 介護者が、(<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害を有している)ため、十分な介護力がない。
	<input type="checkbox"/> 介護者が、(<input type="checkbox"/> 要支援・高齢 <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 他にも介護 <input type="checkbox"/> 育児がある)ため、時間を十分に確保できない。
	<input type="checkbox"/> 介護するものはいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。
	* 現在の家族状況、介護者の状況等で特記事項がありましたらご記入ください。

* 裏面もご記入ください。

現在の所在地・介護サービスの利用状況 (現在の所在地に☑を記入してください)	<input type="checkbox"/> 施設 施設名 _____ 入所期間 年 月 日 ~ _____ 所在地 _____ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム (<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム(ケアハウス) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	<input type="checkbox"/> 病院 病院名 _____ 入院期間 年 月 日 ~ _____ 所在地 _____ 入院理由(病名) _____
	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 複数の家族と同居) * 利用している介護サービスに☑をしてください <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパーサービス) _____ → (<input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(ヘルパー入浴) _____ → (<input type="checkbox"/> 週1回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回、随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション(デイサービス) _____ → (<input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 _____ → (最近3ヶ月間の利用日数合計 _____ 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス

の所特 有要例 無件入	<input type="checkbox"/> 有り (詳細は別紙「特例入所申込書」とおり) <input type="checkbox"/> 無し
-------------------	--

入所希望時期	入所希望時期について該当するもの1つに☑を記入してください(但し、ご希望に沿えるものではありません) <input type="checkbox"/> すぐに入所を希望する <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年以内に入所を希望する <input type="checkbox"/> 1年~2年以内に入所を希望する <input type="checkbox"/> 介護状態または介護が困難になってから入所を希望する
--------	--

同意欄	・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。 ・入所申込の内容に変更があった場合は、施設に連絡することについて同意します。 ・入所の案内があつたにもかかわらず自己都合により入所を辞退した場合は、名簿から削除されることに同意します。 ・入所制度の適正な運用のため、この入所申込書及び作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 ・施設が居宅介護支援事業者等へ、入所希望者の状況について確認することに同意します。 ・施設が市町村から入所希望者の要介護認定等に係る情報を得ることに同意します。 ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について紹介すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 氏名 _____ (印) (続柄 _____) </div>
-----	---

施設 記入欄	受付者氏名 _____	受付番号 _____
-----------	-------------	------------

特例入所申込書

(入所申込書別紙)

下記のとおり、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ので、特例入所の申立を行います。

申込年月日	令和 年 月 日
-------	----------

氏名		入所申込施設名	
住所			
被保険者番号		要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

1、特例入所に該当する事項に☑を記入し、具体的状況を記載して下さい。

- 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。

【具体的状況】

2、担当の介護支援専門員の意見（事業所名・介護支援専門員名を記載して下さい）

*「特例入所申込書」の書き方

- 1.要介護認定が1または2の人が、入所申込みをする場合にのみ記入して下さい。
- 2.入所申込書を施設へ提出する際に、一緒に提出して下さい。
- 3.「1.特例入所に該当する事項に☑を記入し、具体的・・・」
 - ・4つの□のうち、該当するものに☑をして下さい。
 - ・【具体的状況】は、特例入所の要件に該当しているかどうか、よくわかるように詳しく記入して下さい。
 - ・表面に書ききれない場合は、裏面又は別紙に記入して下さい。
- 4.「2.担当の介護支援専門員の意見」
 - ・担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)の方に、特例入所の要件に該当するかどうかの意見を記入してもらって下さい。
 - ・表面に書ききれない場合は、裏面又は別紙に記入して下さい。

1、【具体的状況】

2、担当の介護支援専門員の意見

入所申込み者様への注意事項

特別養護老人ホームロマンシティあいだ

【はじめに】

施設での生活は在宅での生活と違い集団生活となります。長年住み慣れたご自宅での生活から、不慣れな環境に入ると認知症の症状が進行したり、身体機能が低下する恐れがあります。そのため、本人の意向や心身の状態をよく見極めたうえで入所されることをお願いいたします。

また、特別養護老人ホームは生活の場であり、医療の提供は行っていません。心身の状態が安定し落ち着いている場合に限り利用できます。そのため、入所中に医療行為や精神状態の悪化等が発生し、施設の体制と照らし合わせ、サービス提供が困難となった場合においても利用できません。

【入所の対象者】

入所の対象者は要介護 3 から 5 までの認定を受けている方であって常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な方。

及び、要介護 1 または要介護 2 の認定を受けている方であって、以下のやむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難であるとして、特例的な施設への入所（特例入所）が必要な方。

- (ア) 認知症があつ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。
- (イ) 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。
- (ウ) 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。
- (エ) 単身世帯である。同居家族が高齢また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または生活支援の供給が不十分である。

【特例入所に係る市町村への報告及び意見照会】

施設は、市町村に対して、特例入所に係る入所申込みがあつたことの報告を行うとともに、特例入所の対象者に該当するかどうかの判断に当たっての意見を書面により求めます。

なお、特例入所の要件に該当しないとされた方については、入所申込みから削除されます。

【サービス内容】

入所者の心身の状況等に応じて、提供すべきサービスの内容や種類等を定めた施設サービス計画に基づき、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、食事・入浴・排せつの介護、相談援助、その他日常生活上のお世話、日常生活機能訓練、健康管理及び療養上のお世話等を提供し、入所者の心身の機能維持が図れるよう支援します。

【状況の変更に伴う届出】

申込者は、入所申込み内容に次の変更が生じた場合には、施設に連絡して下さい。

- (ア) 入所希望者の要介護度及び認定期間、所在地など
- (イ) 介護者の状況
- (ウ) 入所の必要がなくなった場合
- (エ) その他入所の必要性に大きく関係する状況

【入所順位の決定】

入所順位については、介護の必要度、本人の置かれている状況、家族の状況、認知症状、医療的処置の状況、緊急性等を考慮し決定します。

ただし、決定した順位は随時、変動しますので入所順位のお問い合わせについてはお答えしておりません。

【入所の決定】

入所の決定にあたっては、施設における利用者の生活全般の安定を図るうえで、面接を行った後、次の事項等を勘案して入所者の決定を行います。

- (1) 性別に応じた居室の状況
- (2) 施設の受入れ体制

【入所案内による辞退者の取り扱い】

施設から入所案内を行った際、入院等やむを得ない場合を除き、申込者の都合により入所の辞退があった場合には、入所順位名簿から削除となります。ただし、入所申込み継続の意思があれば保留とし、次回調査の際に入所申込み継続の意思がある場合に限り、入所順位の検討を行います。

【調査等】

施設は、入所申込みの継続意思並びに申込者及び介護者等の状況等について、年1回～2回調査を行います。調査を行ったが決められた期間内に連絡がない等、調査不能と判断される場合は、入所検討から除外され、保留となります。

【保留者の取り扱い】

保留者については、2年以内に再度入所希望の連絡があれば、入所検討の対象に復帰します。

【入所申込からの削除】

以下の場合には、名簿から削除されます。なお、入所の必要が生じた場合には、再度入所申込み手続きを行って下さい。

- (1) 2年間連絡がない場合。
- (2) 要介護認定の結果、自立及び要支援と認定された場合。
- (3) 入所案内を行ったが、自己都合により入所を辞退された場合。
- (4) 申込み辞退の申出があった場合。

【入所申込時の同意内容】

- ・入所申込の内容に変更があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所の案内があったにもかかわらず自己都合により入所を辞退した場合は、名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この入所申込書及び作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者等へ、入所希望者の状況について確認することに同意します。
- ・施設が市町村から入所希望者の要介護認定等に係る情報を得ることに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について紹介すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

1、入所定員、居室

定員	60名
1名部屋	11室
2名部屋	3室
3名部屋	1室
4名部屋	10室
静養室	1室

2、サービス内容

(1) 施設サービス計画

- ・施設の介護支援専門員が、施設サービス計画書を作成し、ケアを提供します。

(2) 食事

- ・管理栄養士が利用者の状態に合わせた、栄養ケア計画書を作成し、栄養並びに嚥下状態、嗜好等を考慮した食事を提供します。
- ・自立支援のため、離床し食堂にて食事を摂っていただきます。

(3) 入浴

- ・入浴または清拭を、身体状態に合わせた各種浴槽にて、週2回行います。
- ・プライバシー及び、要望があれば同性介護に配慮します。

(4) 排泄

- ・身体状態に合わせた、適切な排泄方法にて援助します。
- ・プライバシー及び、要望があれば同性介護に配慮します。

(5) 健康管理

- ・日常の健康管理は、看護職員が行います。ただし、夜間は看護職員がいません。緊急時には看護職員との連絡体制を確保し緊急時の対応を行います。
- ・施設入所に当たり、現在の、かかりつけ医から施設の配置医へと担当医が変わります。
- ・定期的な医師の往診により、健康管理を行います。
- ・必要時には医療機関を受診します。

(6) 洗濯

- ・施設にて衣類等の洗濯を行います。

(7) 介護用品

- ・おむつ、尿パッド等はサービス費用に含まれています。
- ・車椅子、ポータブルトイレ等は施設備品をご利用いただけます。

(9) レクリエーション、季節の行事

- ・レクリエーションや自主活動援助、季節行事を提供し、楽しみがある生活に努めています。

(10) その他

- ・備え付けのテレビはありません。必要に応じてご自宅からご持参ください。
- ・施設からのおやつ提供はありません。必要に応じてご家族で用意して下さい。
- ・散髪は施設内をご利用いただけます（実費）。

3、施設での医療

特別養護老人ホームは、医師は常駐していないことから特別な医療の提供は行えません。そのため、心身の状態が安定している方が対象となります。

4、機能訓練（リハビリテーション）

日常生活活動や社会参加ができるように、身の回りの物理的環境を整備したり、福祉用具を活用するなど、生活の再建を図っています。

5、身体拘束について

施設では、入所者又は他の入所者等の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等その他の行動を制限する行為を行ってはならないと法律で定められています。身体拘束は人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者の生活の質を根本から損なう危険性があります。

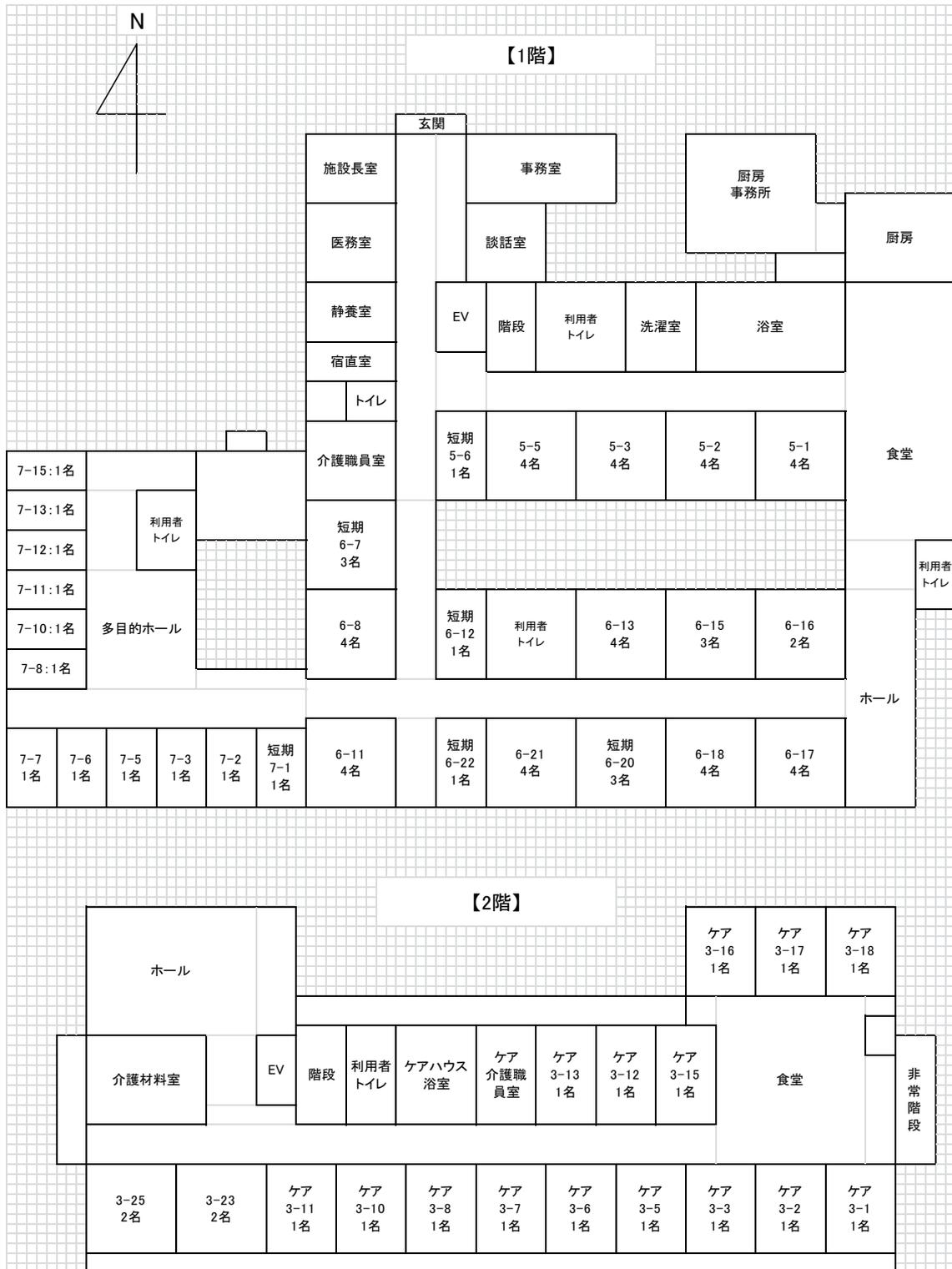
6、事故について

施設では、環境整備やケアの工夫を行い事故防止に努めていますが、高齢者は身体的・認知的機能の低下が進み、危険回避のための行動も低下するため、生活に伴う事故までも含めて回避することはできません。また、場合によっては重篤な事故が発生することもあります。

7、感染症について

施設では、感染症予防のための取り組みを行っていますが、抵抗力や免疫力の低下した高齢者は感染しやすく、重症化する恐れがあります。また、施設での生活は集団生活となることから、施設内で感染症が発生すると集団感染の恐れもあります。

【施設平面図】



入所希望者の状況調査書

記入年月日	令和	年	月	日
入所希望者氏名				

*当てはまる事項に☑を記入してください。

身体 状 況	身長	c m																
	体重	k g																
	視力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なく見える <input type="checkbox"/> 近くのものなら見える <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 不明																
	聴力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なく聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない <input type="checkbox"/> 不明																
	意志	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> 簡単なことなら疎通できる <input type="checkbox"/> 殆ど疎通できない <input type="checkbox"/> 不明																
	麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → [*部位を記入して下さい																
	活動	<input type="checkbox"/> 進んで行動する <input type="checkbox"/> 指示があれば行動する <input type="checkbox"/> じっとしている・寝ていることが多い																
	性格																	
医 療 状 況	感染症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 感染歴なし <input type="checkbox"/> 過去に感染歴がある → [<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 感染症に罹っている → [<input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 (
	医療的処置	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストーマ (人口肛門) <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 (
	傷病歴	*現在までに罹った病気・怪我をご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">傷病名</th> <th style="width: 40%;">年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	傷病名	年月														
	傷病名	年月																

*裏面もご記入下さい。

