

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

別紙1-2

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | |
|----------------|-----|-----|---------|--------------|
| ◎ 入所申込者 | | | | |
| (フリガナ) | | 性 別 | 被保険者番号 | |
| 氏 名 | 印 | 男・女 | 要 介 護 度 | 1 ・ 2 |
| 生 年 月 日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 要 介 護 認定有効期間 |
| | 年 | 月 | 日 ()歳 | |
| 現住所 | 〒 - | | | |

| | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ◎ 入所申込者の状況 | |
| 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"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町名のみ): _____ ◇入所又は入院時期:平成 年 月 から入所・入院 している |
| | ※申込者の身体の様況及び生活環境、介護者の身体の様況や生活実態を含め、具体的に記入してください。 |
| | 居宅において日常生活を営むことが困難な理由 |
| 医療の様況 | <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> その他(_____) 【現在治療中の病気・特記事項等】 |
| 申込の様況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <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み予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名(_____)(_____)(_____) ◇今後申し込み予定の他の施設名(_____)(_____)(_____) |

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|
| ◎ 主たる介護者 | | | |
| (フリガナ) | | 性 別 | 本人との関係 |
| 氏 名 | | 男 | 生 年 月 日 |
| | | 女 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 同居、別居の区分 | <input type="checkbox"/> 同居している <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】 | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ◎ 同意書 | |
| 今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。 平成 年 月 日 | |
| 入所申込者 | (印) |
| 代 理 人 | (印) |

※「被保険者証(写)」・直近3ヶ月の「サービス利用票(写)」・「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

| | |
|----|----|
| 新規 | 更新 |
|----|----|

| | |
|------|----------|
| 申込日 | 平成 年 月 日 |
| 受付日 | 平成 年 月 日 |
| 有効期限 | 平成 年 月 日 |

連絡先 (今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。)

〒 : _____

住所: _____

| | | |
|---------|-----------|--|
| 氏名: | 本人との関係 | |
| 電話番号: | (_____) | |
| 携帯電話番号: | (_____) | |

介護支援専門員等意見書

入所申込者氏名

1. 本人の状況

| 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------|-----------------------------|------|------|----|---|
| 認知症による不適応行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | | |

2. 在宅サービス利用度

| | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 在宅サービス限度額割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|

3. 主たる介護者・家族等の状況

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------------------|-------|--------|------|
| 世帯の状況 | 独居 | 高齢者世帯 | その他() | |
| 介護者の年齢・続柄 | 歳・続柄() | | | |
| 介護者の介護負担 | 重い | やや重い | 軽い | 負担なし |
| 介護者が障害や疾病 | 有・無() | | | |
| 介護者の就労 | 有・無(職種等 日/週 時間/日) | | | |
| 介護者の育児、 家族の病気 | 有・無() | | | |
| 主たる介護者以外の 介護協力 | 有・無(続柄 日/週程度 * 1日あたりの目安は、2時間程度以上又は、頻回以上とする。) | | | |

4. 他の要介護者による評価の調整

| | |
|--------|------------------------|
| 他の要介護者 | 有・無(要支援・要介護 1・2・3・4・5) |
|--------|------------------------|

5. 入所についての介護支援専門員等の意見

事業所名

記載者氏名

印

注意)意見書作成にあたっては、別紙3-2<評価基準における状況評価上の留意事項>を参照の上記入のこと

入所（利用）申込者評価基準

入所申込者氏名

1. 本人の状況の評価（最高44点）

| 評価項目 | 26点 | 20点 | 14点 | 8点 | 4点 | 評点 |
|------|-----|-----|-----|----|----|----|
| 要介護度 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

| 評価項目 | 18点 | 12点 | 6点 | 0点 | 評点 |
|-------------|-------|------|------|----|----|
| 認知症による不適応行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし | |

1. 計

2. 在宅サービス利用度（最高20点）

| 評価項目 | 20点 | 16点 | 12点 | 8点 | 2. 計 | 評点 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|------|----|
| 在宅サービス利用限度額割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 | | |

3. 主たる介護者・家族等の状況の評価（最高36点）

| 評価項目 | 6点 | 4点 | 2点 | 0点 | 評点 |
|--------------------|---------|------------------|-----------------|----|----|
| ①主たる介護者の年齢 | 70歳以上 | 60歳代 | 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 | 4～8時間 | 4時間未満 | なし | |
| | 高齢で就労不能 | | | | |
| ⑤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 | |
| ⑥主たる介護者以外の 介護協力 | ほとんどなし | 随時あり (週に1～3日) | 常時あり (週4日以上) | — | |

「注」 独居（ひとり暮らし）高齢者は、上記にかかわらず①から⑤までで30点とする。
 高齢者世帯は⑤について6点とする。

3. 計

4. 他の要介護者による評価の調整

4. 計

入所申込者の他に同居の要介護者がいる場合には、その同居の要介護者についての

「1 本人の状況の評価」「2 在宅サービスの利用度」を加算する。

なお、要支援1・2の場合の要介護度数は4点とする。

5. 1～4計

5. 特記事項

| |
|--|
| |
|--|

1 「認知症による不適切行動」

昼夜逆転、徘徊、暴言、暴行、放尿、放便など認定調査における行動に関する項目が、3つ以上ある場合で「非常に多い」は毎日ある場合、「やや多い」は週に1～2回以上ある場合、「少しあり」は月に1～2回程度ある場合を目安とする。

2 「③介護者の障害や疾病」

「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合、「多少困難」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合、「介護可能」は障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。

3 「⑥主たる介護者以外の介護協力」

「随時あり」は週に1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上ある場合を目安とする。

4 病院、施設等に入院(所)中の者については、当該施設への入所の緊急性及び評価基準
照らし詳細な調査を行い検討委員会で協議の上判定する。

5 「高齢者」とは、65歳以上。「高齢世帯」とは、夫婦等同居者がすべて65歳以上。

「ひとり暮らし高齢者」とは、同一敷地内に介護者(扶養義務者)が居ない場合で本人が65歳以上。

いずれも申請日現在の年齢とする。