

特別養護老人ホーム晴山苑入所申し込みについて

1 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）とは

日常生活に介護を常時必要とする者であって、居宅において介護を受けることが困難な要介護者が入所する施設です。

食事・入浴・排泄・その他、日常生活上の世話や健康管理など介護を中心としたサービス提供を行います。

2 当施設の入所受入れ基準

①要介護3から5までの要介護者もしくは、要介護1又は2の要介護者であって、特例入所の要件に該当される方の入所申し込み受付を行います。（特例入所の要件に該当されない要介護1又は2の要介護者の方については、入所申し込みを受付する事ができませんのであらかじめご了承下さい。）

※特例入所の要件とは

- ア 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等が頻繁に見られること。
- 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こと。
- 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こと。
- エ 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サービスの供給が不十分であること。

②施設の性質上、点滴治療・IVH・酸素吸入など医療的な管理が常時必要な方は、ご希望に沿えない場合があります。

また、人工透析・人工肛門・気管切開・経管栄養・留置カテーテル・吸引等を行っている方に関しては医療管理状況に応じて入所申し込みの受付をさせていただきます。

3 千葉県特別養護老人ホーム等の入所に関する指針について

必要性・緊急性の高い方が優先的に入所できるように、「千葉県特別養護老人ホーム等の入所に関する指針」に沿って円滑な入所決定をさせて頂いています。

特別養護老人ホーム等入所申込書、特別養護老人ホーム等入所調査票をもとに「入所申込者評価基準」により点数を算定します。点数がおおむね80点以上の申込者については、入所検討委員会にて順位を適宜審議します。また、おおむね80点未満の申込者については、おおむね80点以上の方が全て入所後、お申し込み順の入所となります。

4 入所検討委員会について

- ①当施設では毎月、施設長及び生活相談員、看護職員、介護支援専門員、その他専門職、第三者を含めた複数名で入所検討委員会を開催しています。おおむね80点以上のお申込者の中から緊急性・必要性の高い10名程度の順位を決定させていただきます。
- ②おおむね80点以上の方については、入所検討委員会開催前に詳細な調査が必要なため、ご連絡した上で担当者がお伺いし、適宜面接をさせていただきます。あらかじめご了承ください。

5 入所申し込み方法について

- ①当施設への入所の申し込みを希望される方は、次に掲げる書類の提出をお願い致します。
 - ア 特別養護老人ホーム入所申込書（様式第1号）
 - イ 入所申込書別紙
 - ウ 介護保険被保険者証の写し
- ②上記書類を提出して頂いた後、当施設担当者がヒヤリングなどを行い、特別養護老人ホーム入所調査票（様式第2号）を作成させていただきます。
- ③原則、当施設に来苑して頂いての申し込みになります。あらかじめご了承ください。
※来苑が難しい場合は、郵送と電話にて対応させていただきますのでご相談ください。

○入所に関する各種ご相談・資料請求については、下記の窓口までご連絡下さい。
また、施設見学も随時受け付けております。お気軽にお問い合わせ下さい。

千葉県花見川区花島町149番地1
特別養護老人ホーム晴山苑
担当 相談室
電話 043-250-7351

特別養護老人ホーム等入所申込書

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
受付日	令和 年 月 日

〒 :
住所 :
氏名 :
電話 :

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。

申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者	
(フリガナ)		性別	
氏 名		被保険者番号	
		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
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"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市区名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: _____ 年 月 から入所・入院している		
入所希望者の状況 てを選んで下さい)	※入所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、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。) <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情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"/> その他()		
	※要介護度1・2の方については、以下該当するものを回答してください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
医療の状況	<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"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
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を() () ()		
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
	同居の区分	<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】	

特別養護老人ホーム等入所調査票

1 本人の状況

要介護度	要 介 護	1	2	3	4	5
日常生活自立度	Ⅲa以上	Ⅱa・Ⅱb		Ⅰ	自立	

2 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			
介護者の介護負担	重 い	や や 重 い	軽 い 負 担 な し
介護者の障害や疾病	無・有(
介護者の就労	無・有(職種等		日／週、 時間／日)
他の要介護者	無・有(要支援、 要介護 1, 2, 3, 4, 5,)		
介護者の育児、家族の病気	無・有(
介護者の介護の関わり方	消 極 的	や や 消 極 的	普 通 積 極 的
他の同居介護補助者	無・有(続柄		日／週程度
別居血縁者介護協力	無・有(続柄		日／週程度
近隣者等の介護協力	ほ と ん ど な し	随 時 あ り	常 時 あ り

4 調査者の意見

記載者氏名 _____

入所申込書 別紙

該当する項目の□にチェックをして下さい

介護支援専門員	居宅介護支援事業所名			
	担当者様			
各種認定	介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	
	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金			
在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理 <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
以前の状況	※現在、施設や病院等にいる場合は、入所前の状況をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 一人で暮らしていた <input type="checkbox"/> ご家族と暮らしていた (<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 別の施設や病院に入所していた			
入所希望者本人の状況	食事	状態	<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"/> 胃ろう等	
		主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー	
	排泄	日中	状態	<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
			場所	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ等) <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ等)
		夜間	状態	<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
			場所	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ等) <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ストマ等)
	入浴	状態	<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	
	移動	方法	<input type="checkbox"/> 独歩・杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
		状態	<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	
	身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 有り(部位) <input type="checkbox"/> 無し	
		視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
		言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない	
		意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない	
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 診断名 () 発症時期 (年 月頃より) <具体的な症状を記入して下さい>		