

特別養護老人ホームの申し込みについて

入所の申し込みのできる方

- ① 要介護3～5
要介護1～2で 特例による入所が認められた方
特例による入所とは（詳しくは裏面）
- ② 65才以上で常時介護が必要な方
40才～64才で特定疾病の方
特定疾病とは（詳しくは裏面）

申し込み方法

必要書類をそろえて、申し込んでください。
施設の見学をご希望の方はお電話で日時をお知らせください。
郵送での申し込みも受け付けます。

必要書類

- ① 入所申込書兼台帳(両面) 申込者が記入
- ② 入所選考調査票 担当ケアマネージャー、病院相談員等が記入
- ③ 入所申込書に係る同意書 申込者が記入
- ④ 介護保険被保険者証のコピー
- ⑤ 要介護認定調査票のコピー 市役所にて交付
- ⑥ 直近3ヶ月分のサービス利用表とサービス利用表別表のコピー
在宅の介護保険のサービスを利用の方のみ

申し込み書類は大阪府共通なのでコピーをして複数の施設の施設の申し込みができます。

ご不明な点はいつでもお電話でお問い合わせください

〒582-0026 柏原市旭ヶ丘3-13-45

072-976-0090

大阪好意の庭

特定疾病について

40 才から 64 才で特定疾病に認定された方は特別養護老人ホームの入所の対象となります。

特定疾病については、その範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、個別疾病名を列記している。(介護保険法施行令第二条)

- 1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
- 2 関節リウマチ 3 筋萎縮性側索硬化症 4 後縦靭帯骨化症 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 【パーキンソン病関連疾患】 8 脊髄小脳変性症 9 脊柱管狭窄症 10 早老症 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13 脳血管疾患 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

特列入所の判断に当たっての具体的な要件

要介護1～2の方で特列入所が認められた方は特別養護老人ホームの入所の対象になります。

○ 特列入所の判断主体は、現行の入所判定の取扱同様、各施設であること等を踏まえ、入所判定の公正性を確保するため、各市町村や各施設で判断基準に大きな差異が出ないよう、厚生労働省において特列入所の判断に当たっての要件に係る勘案事項を明確に示すこととする。

[要件(勘案事項)の案]

- 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態であるか否か。
- 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、在宅生活が困難な状態であるか否か。
- 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・安心の確保が困難な状態であるか否か。
- 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態であるか否か。

指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム」等入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	
氏名：大阪 〇郎	続柄 子
〒 540-xxxx	
住所：大阪府中央区大手前×丁目	
電話番号	06-(xxxxxx)-xxxxx

申込日	年月日	受付日	年月日
受付番号		担当者名	
法人名			
入所申込施設名			
保険者への報告	不要・要		
報告日	年月日	報告日	年月日

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)	オオサカ 〇〇コ	性別	男	
氏名	大阪 〇子	保険者(番号)	〇〇市	270123
生年月日	明・大・昭和10年10月10日 (満79歳)	被保険者番号	0123456789	
要介護度	1・2・3・4・5 ↓	要介護認定期間	6年9月1日から 7年8月31日まで ※未申請の方は記入してください	
要介護理由	要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり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。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状況である。 <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。			
障がい程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級) 〒540-xxxx 大阪府中央区大手前〇丁目〇番地			
自宅住所	〒540-xxxx 大阪府中央区大手前〇丁目〇番地 電話番号 06(xxxxx)x xxx			
現在の居所	<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 ※自宅以外に居住している場合は記入			
施設・病院の名称	所在地 〒 -			
入所又は入院期間	平成 年 月 日	入所又は入院期間	平成 年 月 日	電話番号 ()
入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、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 checked="" 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			

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

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

申込日	年月日	受付日	年月日
受付番号		担当者名	
法人名			
入所申込施設名			
保険者への報告	不要・要	報告日：	年月日

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。

性別	男性	女性
氏名		
生年月日	明・大・昭	年 月 日(満 歳)
要介護度	1・2・3・4・5	
要介護度	要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり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。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。 <input type="checkbox"/> 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・安心の確保が困難な状況である。 <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。	
障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (□A1 □A2 □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (□1級 □2級 □3級)	
自宅住所	〒 電話番号	
現在の居所	<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	
※自宅以外に居住している場合記入	施設・病院の名称	所在地
入所理由	入所又は入院期間	平成 年 月 日から(年 月) 電話番号 ()
本人の入所意向	<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」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間)同居となり常時の)十分な介護が困難なため <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"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、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	か 月	居宅サービスの利用の有無	□有(下記も記入してください) □無
申込日前月に利用中のサービス	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月
ビ (月分)	通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月 回/月
その他				
入所希望時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内			
利用している居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャー名			
医療の状況	電話番号: □経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □インスリン自己注射 □ストーマ(人工肛門)処置 □カテーテル □中心静脈栄養 □その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】 _____			
他への申込状況	□当該施設のみ申込み □他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む) いる () 箇所) 既に申込んでいる施設名 () () () 今後申込み予定の施設名 () () () 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ 月 _____ 日			
家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人			
(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄(住所)
主たる介護者の氏名	男・女	満 歳		住所: _____ 電話番号: _____
意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)			
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし			

■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のこと
 注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
 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、入所決定に際しては、入所決定に際して、なんら影響を与えないものではありませんので、ありのままご記入ください。

指定介護老人福祉施設 [特別養護老人ホーム] 入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名	被保険者番号				
受付番号	保険者(番号)				

事業所名	連絡先電話番号	地域性	合計
担当ケアマネジャー氏名	職 種	在宅サービスの利用率 % 同一市町村・ 圏域内、隣接市	点
基本的評価基準			
要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
3・4・5 1・2 (特別入所対象)	・単身・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯・その他の世帯	□未利用 □入院・入所中	点
点数	点	点	点
<p>【本人の心身の状況】</p> <p>□常時の介護や見守りが必要である</p> <p>□認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある</p> <p>□寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である</p> <p>□多少の一部介助や見守りが必要とする</p> <p>□ほとんど自立による日常生活が可能である</p> <p>□その他 ()</p> <p>【介護者の状況】</p> <p>□介護者が全くいない</p> <p>□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる</p> <p>□介護者はいいるが十分な介護が困難(高齢・障がい・疾病・就労・その他:)</p> <p>□介護者が遠隔地にいる</p> <p>□介護者が近隣にいる</p> <p>□同居の介護者がいる(人)</p> <p>□その他 ()</p> <p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p>□極めて困難</p> <p>□在宅サービスを利用して在宅生活に支障がある</p> <p>□検討の余地あり</p> <p>□在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる</p> <p>□その他 ()</p> <p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <p>□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難</p>			
意 見 欄			
<p>□十分なケア(ナイトケア等)が受けられない</p> <p>□病院等の入所者で帰る家がない</p> <p>□介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由</p> <p>□その他 ()</p> <p>【住環境】</p> <p>□居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等)</p> <p>□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p>□施設や病院から退所を求められている</p> <p>□その他 ()</p> <p>【参考項目】</p> <p>・家族の負担感</p> <p>□介護疲れがひどい</p> <p>□殆どかわかっていない</p> <p>□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p>□在宅サービスの利用にて順調</p> <p>□在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・意思疎通</p> <p>□慣れた人でも意思疎通は困難</p> <p>□家族など慣れた人なら問題はない</p> <p>□特に問題はない</p> <p>・入所について</p> <p>□強く拒否している □拒否傾向</p> <p>□意思確認が困難</p> <p>□希望はしていないが同意している</p> <p>□同意している □強く望んでいる</p>			
【特記事項】			

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 一 記 入 欄

年 月 日 (記 入 日)

施設記入欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性
		同居以外の親族 や援護者の有無
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情
		家族の 介護負担感
		住環境の状況
		その他

入所申込書受付日	年 月 日	受付番号	入所日	年 月 日
保険者への報告	要・不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日
施設記入欄	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性
	1・2・ 3・4・5	・単身・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市
			点	点
【評価すべき個別的事項等】				
施設記入欄	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性
	1・2・ 3・4・5	・単身・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市
			点	点
【評価すべき個別的事項等】				
年 月 日 (記入日)				

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること
- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス業者に提供すること

【要介護 1 又は 2 で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____