

介護老人福祉施設 《特別養護老人ホーム 風の笛》 入所申込みのご案内

特別養護老人ホーム風の笛への入所申し込み及び入所優先度の決定、お申し込み後にご連絡いただきたい事項などについて以下の通りご説明申し上げます。

1. 入所申し込みの受付

(1) 申し込みいただける方

介護老人保健施設へ入所の申し込みをしていただける方は、要介護認定で要介護3～要介護5に認定された方です。

※ただし、要介護1又は要介護2の認定を受けている者であって、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認められる場合、（特列入所）特段の事情として考慮することがあります。

(2) 提出していただく書類

次の5つの書類を提出していただくことにより、入所申し込みの受付となります。

① 入所申込書（別紙1）

太ワクの中をすべてご記入の上、押印してください。

② 介護支援専門員意見書（別紙2）

担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）へ記入してもらってください。

尚、現在入院中の方や他の施設に入所されている方の場合はその病院の相談員さんまたは施設の介護支援専門員さんをお願いしてください。

③ 介護保険証（緑色）のコピー

④ 介護保険負担限度額認定証（ピンク）のコピー（ある方のみ）

すべてご用意できましたら、当施設に提出してください。ご来荘が困難な場合は郵送でも結構です。また、介護支援専門員の了解が得られれば、その方に届けていただいても結構です。

⑤ 介護保険負担割合証（紫色）のコピー

※ 申し込みの有効期間は入所申込みの日から3年間です。引き続き申し込みをご希望される場合は、更新の手続きが必要です。

こちらをご提出の前に1部コピーをとって保管してください。

2. 入所優先度の決定

提出していただいた上記②「介護支援専門員意見書」記載内容と当施設の調査（※）の結果をもとに、当施設の入所検討委員会において公正に入所の必要性の評価を行い、入所優先度を決めさせていただきます。

＜裏面へ続く＞

(1) 「介護支援専門医意見書」に基づく入所優先度（点数）の決定について
介護支援専門員意見書の各項目について、当施設の入所申込者評価基準
(新潟県が策定した評価基準に準じています) に基づき点数化し、入所優先度を決定
させていただきます。

(2) 当施設職員によるご本人様の心身の状態の調査について

原則として入所優先度（点数）高い方から順に、当施設職員がご本人様の心身の
状態について調査させていただきます。尚、必要とする医療等の状況により、当
施設における受け入れが困難である場合には、その理由を明確にしてご説明申し
上げます。

また、入所優先度の決定には申し込みの順番は勘案されませんので、予めご承知
置きお願い申し上げます。

※当施設の調査…原則としてご本人様にお会いして、心身の状態などを確認
させていただきます。尚、その際は事前にご家族様にもご連絡申し上げます。

3. 申し込み後にご連絡いただきたい事項、及び入所優先度（点数）の 再評価

次の事項に変更があった場合は入所優先度（点数）の再評価をいたしますので、
変更の都度当施設にご連絡いただきますようお願い申し上げます。

- (1) ご本人様の要介護度
- (2) ご本人様の認知症等による不適応行動
- (3) 世帯構成
- (4) 主な介護者はじめご家族様の心身の状態
- (5) 主な介護者の就労状況
- (6) その他、入所の必要性に関わると思われる事柄

【ご連絡電話番号】

特別養護老人ホーム風の笛

TEL 025-271-7700

【担当者】 堀内 香織 杉山 翔子

以上でございます。尚、ご不明の点や疑問な点等がございましたら、どうぞご遠慮
なく当施設までお問い合わせいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

(2022.6)

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

特別養護老人ホーム風の笛入所申込書（新規・更新）

（太わくの中をすべて記入して下さい。不明な点は施設にご相談下さい）

申込者 （連絡先）	住所	〒	
	（フリガナ）		
	お名前	様	
	電話番号	（ ）	
	携帯番号	（ ）	

入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 お 名 前	（フリガナ）		性 別	男・女		
	様		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）		
住 所	〒					
介護保険	被保険者番号				保険者名	
	要介護度	☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5				
	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
健康保険	（種別）国保・健保・共済・後期高齢者医療・生活保護					
年 金 等	（種別）国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・老齢福祉年金・恩給					
障 害 者 手 帳 等	手帳の種類 _____ （障害名： _____） 判 定 _____ 級（度） 年 月 日					
現 況	☐ 自宅（単身・同居） ☐ 施設（病院）に入所（入院）中 名称 _____ （ 年 月 日～）					
医療の状況	☐ 経管栄養（鼻・胃・食道） ☐ 尿カテーテル ☐ ストマ（人工肛門） ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 気管切開 ☐ その他（ _____ ）					
	現在治療中の病気					
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間		
				年 月 日～		
				年 月 日～		
				年 月 日～		
	既往症					
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間		
				年 月 日～ 年 月 日		
				年 月 日～ 年 月 日		

ご本人様の状況					
移動		独歩・杖・歩行器・車椅子（自力操作・介助）		視力障害	無・弱視（左右）・全盲
食事		自立・少し介助必要・ほとんど介助 全部介助・経管栄養		聴力障害	無・やや難聴（左右）・難聴
排泄	昼	自立 少し介助必要または見守り必要 ほとんど介助必要 すべて介助	トイレ ポータブル リハビリパンツ 尿とりパット おむつ	言語障害	無・少し不自由・不自由
	夜	自立 少し介助必要または見守り必要 ほとんど介助必要 すべて介助	トイレ ポータブル リハビリパンツ 尿とりパット おむつ	会 話	普通・どうか可・不可
入 浴		自立・少し介助・ すべて介助（自宅・デイサービス・訪問入浴）		歯の障害	無・一部入歯・総入歯
着脱衣		ひとりで出来る・少し介助・すべて介助		床ずれ	無・有
起き上がり		自立・少し介助・すべて介助		寝返り	ひとりで出来る・少し介助・ すべて介助
認知症		無・有 症状/記憶障害・理解判断力の低下・不安感・幻覚・徘徊・抵抗・その他（ ）			
入所 希望者の 意向		☐ 今すぐに入所したい ☐ 年 月頃までには入所したい ※他施設への入所申込み状況 ☐ 風の笛のみ申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる （他の施設名）			

家族構成（同居家族）					主な介護者にマル を付けて下さい
氏 名	続柄	性別	生年月日	勤務先と電話番号	
別居協力者（子供・親戚等）					
氏 名	続柄	性別	生年月日	住 所	電話番号

ご本人の生活やお体の状況、ご家族が困っている状況等、特に伝えたいことがありましたらご自由にお書きください。（また、連絡先の方に連絡のつきやすい時間帯がございましたら、参考までにご記入ください。）

留意事項	本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡をお願い致します。 【連絡先】 特別養護老人ホーム風の笛 電 話 025 (271) 7700 ファックス 025 (271) 7751 担当者 <u>堀内 香織</u> <u>杉山 翔子</u> <u>申し込みの有効期間は、入所申込みの日から3年間です。</u> <u>引き続き申し込みを希望される場合は、更新の手続きが必要です。</u>
------	---

説明確認及び 情報収集に 係る同意	私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 令和 年 月 日 入所希望者 _____ (印) 入所希望者の家族 _____ (印)
-------------------------	---

担 当 介護支援専門員	氏 名 _____	連絡先 _____	電話 () _____
	事業所名 _____		

希望の居宅タイプがございましたらご記入ください（料金表もご参照下さい）	
（第 希望）①ユニット型個室	60 床（少人数で利用する共同生活室のまわりに個室が配置されています。10人で1ユニットです。）
（第 希望）②従来型個室	16 床（ユニットに属していない個室です）
（第 希望）③従来型多床室	24 床（2人の相部屋です）
☐ どちらでもよい	

特定入所の 要件への該当 に関する考え （要介護1又は要介護2の方が入所を申込みの場合に記入してください。）	入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 ☐ 認知症であるものであって、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。 ☐ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。 ◎上記用件の具体的な理由をご記入下さい。
---	--

【特別養護老人ホーム風の笛入所申込用】

(別紙 2) 介護支援専門員意見書

◆裏面の【作成上の留意事項】をお読みいただき、全項目もれなく記入して下さい。

記載年月日	年 月 日	入所希望者氏名	様
-------	-------	---------	---

1 ご本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
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	
認知症による不適応行動の 具体的内容					
認知症自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ				

2 在宅サービスの利用度

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
-------------------	-------	-------	-------	-------

※入院・入所中の場合は、退院・退所後に予想される状況で判断して下さい。

3 主たる介護者・家族等の状況

※独居世帯の場合は、◆(1)と◆(2)に記載をして下さい (①～⑤までは記載の必要はありません)。

◆(1)世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他（ ）
①主たる介護者の年齢・続柄	歳（続柄： ）		
②介護者の障害・疾病	なし	あり→ 介護は困難 ・ 多少は介護 ・ 介護は可能	
		※ありの場合、内容を具体的に記載してください。	
③介護者の就労	なし	あり（職種等 勤務 日／週、 時間／日）	
④介護者が育児・看病	なし	あり→ 常時の育児・看病、 半日育児・看病、 臨時育児・看病	
		※ありの場合、内容を具体的に記載してください。	
⑤他の同居介護補助者	なし	あり（続柄： 日／週程度）	
◆(2)別居血縁者の介護協力	なし	あり（続柄： 日／週程度）	

【裏面に続く】

【作成上の留意事項】

1 「認知症による不適応行動」

認知症による不適応行動のうち、介護に支障をきたしている行動がある場合に、次を目安として判断してください。

- ・「非常に多い」…毎日ある場合。
- ・「やや多い」……週に1～2回以上ある場合。
- ・「少しあり」……月に1～2回程度ある場合。

2 「在宅サービスの利用度」

①サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいいます。

(サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×100)

②算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断してください。

③算定の対象となるサービスは、次のとおりです。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与

3 「介護者の障害・疾病」

「介護は困難」……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、食事などのADL全般の援助が困難な場合。

「多少は介護」……介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合。

「介護は可能」……介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合。

以上を目安として判断してください。

4 「介護者が育児・看病」

主たる介護者が介護の他に、育児や他の家族の看病をしているかどうかをいいます。

<特に伝えたいご本人やご家族の状況がございましたらご記入下さい>

※他の医療機関や入所施設等に現在入院（所）されている希望者の評価基準算定は、原則として退院（所）後に予想される状況で判断してください。

作成者所属			
電話番号		担当者	印