

介護老人福祉施設

《特別養護老人ホーム あしぬま荘》

入所申込みのご案内

特別養護老人ホームあしぬま荘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

- ① 要介護3から要介護5までの認定を受けている方
- ② 要介護1又は要介護2の認定を受けている方であって、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（特例入所）

(2) 提出していただく書類

次の4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）さんに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、介護支援専門員さん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。

※ 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應行動
- (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あしぬま荘

Tel 025-288-1616

【担当者】 主任生活相談員 わたなべ 渡部 岳宏
生活相談員 鈴木 菜美

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。

(2024.5)

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

特別養護老人ホームあしぬま荘入所申込書（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)		
	氏名	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 氏名	(フリガナ)	性別	男・女	
	様	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)
現住所	〒			
介護保険	被保険者番号	電話番号 ()		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3
	認定期間	年 月 日	～	年 月 日
健康保険	(種別・記号番号) 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			
障がい者 手帳等	手帳の種類 _____ (障がい名: _____) 判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日			
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 _____ (年 月 日～)			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃・食道) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 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～	
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		
		年 月 日～ 年 月 日		

ご本人様の状況			
移動	自立（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・一部介助・全介助	聴力障害	無・やや難聴（左右）・難聴
排泄	自立（トイレ・ポータブル） 一部介助（トイレ・ポータブル） 全介助（トイレ・ポータブル）・おむつ	言語障害	無・少し不自由・不自由
		会話	普通・どうか可・不可
入浴	自立・一部介助・全介助	歯の障害	無・一部入歯・総入歯
着脱衣	自立・一部介助・全介助	床ずれ	無・有
起き上がり	自立・一部介助・全介助	寝返り	自立・一部介助・全介助
認知症	無・有（内容）		
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他施設への入所申込み状況 <input type="checkbox"/> あしぬま荘にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 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

担当 介護支援専門員	氏名		連絡先	電話	（ ）
	事業所名				

留意事項	<p>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してください。</p> <p><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></p> <p><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></p> <p>【連絡先】 特別養護老人ホームあしぬま荘</p> <p style="text-align: right;">電 話 025 (288) 1616 ファックス 025 (288) 1617</p> <p style="text-align: right;">担当者 <small>わたなべ</small> 渡部 岳宏 (主任生活相談員) 鈴木 菜美 (生活相談員)</p>
------	---

説明確認及び 情報収集に係 る同意	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">入所希望者の家族 _____ (印)</p>
-------------------------	--

希望の居室タイプがございましたらご記入下さい	
(第 希望)	①ユニット型個室 90室 : 15名で1ユニットの生活空間です。
(第 希望)	②従来型個室 2室 : 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 28室 : 2名の相部屋です。
<input type="checkbox"/> どちらでもよい	

特例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場合に記入してください。)	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、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見られる <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 <p>上記要件の具体的な理由</p>
--	--

【特別養護老人ホームあしぬま荘入所申込用】

(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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

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