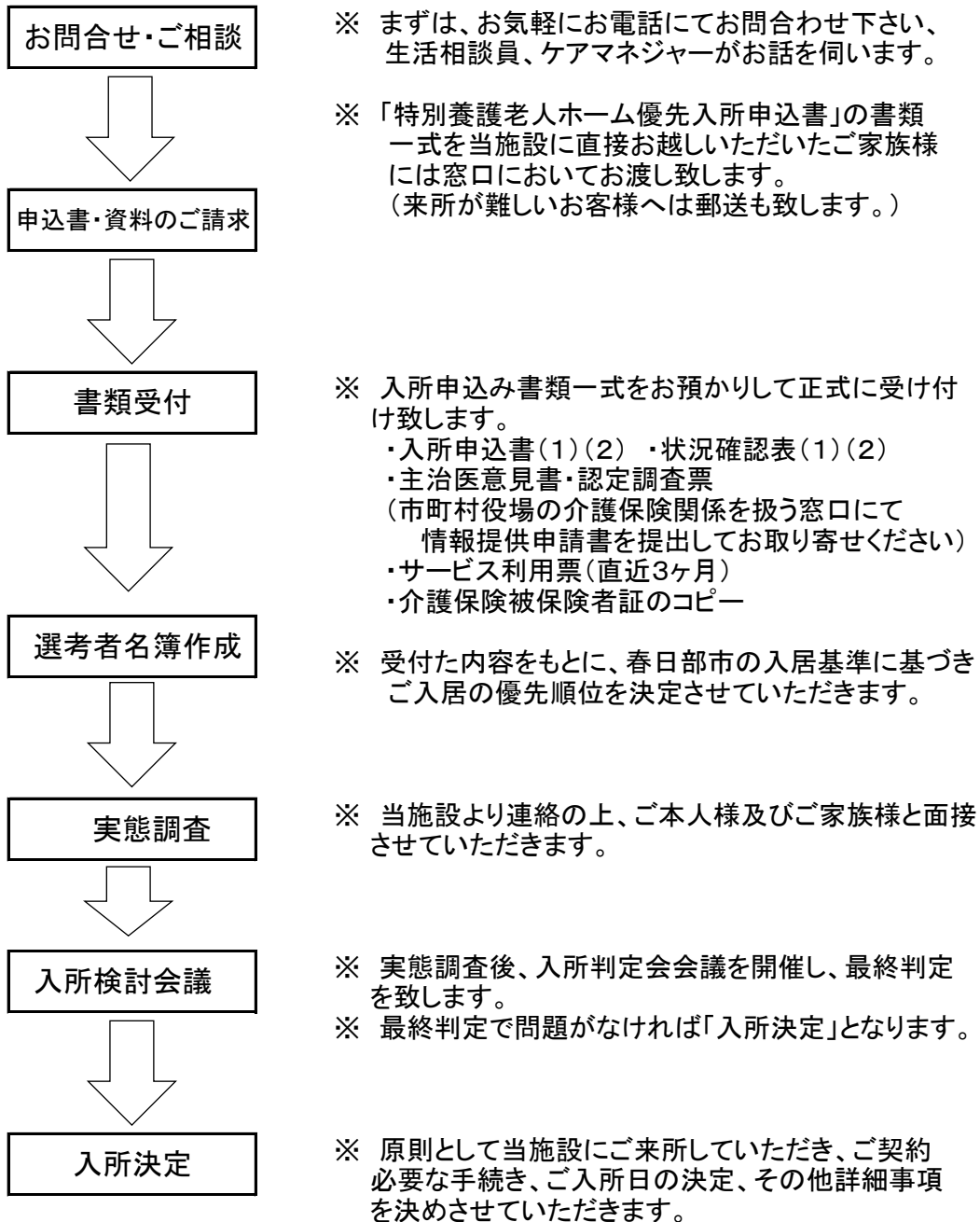


優先入所順位決定までの流れ



お問合せ・ご相談・郵送先

社会福祉法人 春栄会 特別養護老人ホーム おおまし

TEL 048-739-3000 FAX 048-739-3001

〒344-0036 埼玉県春日部市下大増新田78-1

入居申し込みに関する留意事項

特別養護老人ホーム おおまし

(埼玉県特別養護老人ホームの優先入所指針より)

※入所対象者となる方

・入所の対象となる者は、**要介護3から要介護5**の認定を受けている者で常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な者とする。

ただし、要介護1又は要介護2の者にあっては施設への特例的な入所(以下「特例入所」という)の要件に該当する者とする。

なお、介護保険施設に入所している者及び要介護1から5の認定を受け病院に入院している者についても同様とする。

【特例入所】

特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに關し、以下の事情を考慮すること。

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。

イ 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難と認められること。

ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められること。

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の供給が不十分な状況であると認められること。

※ 要介護1または2の認定を受けている方の申込を受け付けた場合には、保険者(市区町村)に報告し、特例入所要件に該当するか否かを判断します

※ 申込受付後に開催する入所検討委員会で検討された結果について、申込者に対し検討結果通知書により通知します。

この通知は、入所の必要性の有無についての検討結果(概ねの順位)を通知するもので、直ぐに入所できると決定した通知ではありませんので、予めご了承ください。

特別養護老人ホーム おおまし 入所申込書(1)

申込日 令和 年 月 日

受付日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム おおまし
施設長様

申込者	住所	〒
	フリガナ氏名	続柄 ()
	電話番号	自宅: 携帯:

入所希望者の状況

フリガナ氏名		男・女	保険者 被保険者番号	
生年月日	明治 年 月 日 歳 大正 昭和		要介護度 介護認定 期間	要介護 年 月 日 から 年 月 日 まで
住 所	〒			
現在の居場所	1	自宅・自宅以外の家族の家()で生活		
	2	老人保健施設・病院・有料老人ホーム・(介護付き・住宅型)・グループホーム他・() (施設名・病院名)に(平成・令和) 年 月 日 より(入院・入所)中		
	3	ショートステイ(施設名)を(短期・長期)利用中		
	4	その他()		
担当ケアマネジャー	事業所名: 所在地:		氏名: 電話番号:	
入所を希望する理由	1	主たる介護者が不在 ① いない(音信不通を含む) ②長期入院・施設入所等によりいない 具体的な理由()		
	2	主たる介護者はいるが介護が困難 ① 高齢者(歳) ②障害(手帳 有・無)障害名() ③ 複数人の要介護者(人):要介護度などの状況() ④ 就業() ⑤育児()		
	3	地域の介護サービス等に不足がある ① 夜間の介護サービス ②訪問診療や訪問看護等の医療系サービス ③ 常時の見守り ④家事支援等の安価なサービス活動等 ⑤ その他()		
	①から⑮のうち症状がない場合は空欄、1ヶ月に1回以上に現れる行動に△ 1週間に1回以上現れる行動に○を記載してください。			
	☐ ①徘徊 ☐ ②外出して戻れない ☐ ③被害的 ☐ ④大声を出す ☐ ⑤介護に抵抗 ☐ ⑥収集癖 ☐ ⑦1人で出たがる ☐ ⑧物や衣類を壊す ☐ ⑨昼夜逆転 ☐ ⑩作話 ☐ ⑪感情が不安定 ☐ ⑫同じ話をする ☐ ⑬落ち着かない ☐ ⑭ひどい物忘れ ☐ ⑮独り言・ひとり笑い			

特別養護老人ホーム おおまし 入所申込書(2)

介護者の状況

(1) 主たる介護者					
フリガナ 氏名		男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日 歳	続柄
同居区分	① 同居 ② 別居(具体的な状況)				
(2) 従たる介護者 (有・無)					
フリガナ 氏名		男・女	生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日 歳	続柄
同居区分	① 同居 ② 別居(具体的な状況)				

要介護1または2のみ

やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である理由	
ア	認知症があり、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意志疎通の困難さが頻繁にみられる
イ	知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意志疎通の困難さが頻繁にみられる
ウ	家族による深刻な虐待が疑われこと等により、心身の安全・安心の確保が困難である
エ	単身世帯である、同居家族が高齢者又は病弱である等により家族等による支援が期待できないかつ、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

その他

入所希望する時期	1) 今すぐ入所したい 2) 令和 年 月頃まで
申し込み状況	1) おおましのみに申し込む 2) 他の施設に申し込んでいる 施設名:

説明確認・同意書

私は、入所申込みの際、入所に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準について説明を受けました。
また、特例入所判断にあたり、調査内容を保険者に報告すること、必要に応じて担当ケアマネジャー・入院入所先等に情報を提供することに同意します

令和 年 月 日

氏名 _____

- ※ 被保険者証(写)、サービス利用票(写)及びサービス利用票別表(写)(概ね直近3カ月)を添付してください。
- ※ 入所の必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム入所取り下げ書」を提出してください。
- ※ 申し込み内容に変更が生じた場合には、施設にご連絡ください。

状 況 確 認 表(1)

※ 該当する項目を記入、☒ してください

ふりがな		性別		生年月日	
入居者希望氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日(歳)	
現在の生活場所		☐ 自宅 (独居生活) ☐ 家族・新族の自宅 ☐ 施設・病院 病院・施設名 住所: 電話:			
医療保険		☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 後期高齢者医療			
現病名 病歴		病 名		発病時期	
医療的処置の状況		☐ 胃ろう (腸ろう) ☐ 吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 透析 ☐ インシュリン注射 ☐ 褥瘡 (床ずれ) ☐ 尿道カテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 鼻腔栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他 ()			
身体状況	視力	☐ 普 ☐ 弱 ☐ 全盲	聴力	☐ 普通 ☐ 難聴	発語 ☐ 普通 ☐ 困難
	皮膚疾患	☐ 有 (部位:) ☐ 無			
	オムツ	☐ 有 (☐ リハビリパンツ ☐ パット ☐ オムツ) ☐ 無			
	麻痺	☐ 有 (部位:) ☐ 無			
	拘縮	☐ 有 (部位:) ☐ 無			
	むくみ	☐ 有 (部位:) ☐ 無			
日常生活	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 車椅子	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	着脱	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	睡眠	☐ 良眠 ☐ 不眠	
認知症状による不適応行動		☐ 非常に多い ☐ やや多い ☐ 少しあり ☐ 無			
認知症状		☐ 被害妄想 ☐ 作話 ☐ 感情不安定 ☐ 昼夜逆転 ☐ 同じ話を繰り返す ☐ 大声 ☐ 介護抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 収集癖 ☐ 物を壊す・衣類を破く ☐ 独り言 ☐ 幻聴 ☐ 幻覚 ☐ その他 ()			
その他、認知症状で注意すべき点					
障害者手帳	☐	無			
手帳	☐	有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 級 種) (障害者名) (取得日 年 月 日)			

要介護1・要介護2で申込みの方・・・

平成27年4月より、特別養護老人ホームの入居判定の対象となる方が、原則要介護3以上の要介護者に限定されますが、要介護1または要介護2の方はやむえない理由が有る方のみ判定の結果、特例的に入居が認められます。

要介護1または要介護2で入居申し込みされる方は、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由を具体的に記載してください。

令和 年 月 日 現在

ふりがな		性別	要介護度
入居希望者 氏名		男・女	要介護1 ・要介護2
書類記載者 氏名		続柄 関係	
特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由			

※ この書類は本人、ご家族のほか入居希望者本人を担当する介護支援専門員・入居希望者の状況を十分把握されている方が記載されても差し支えありません。

特別養護老人ホーム優先入所申込取り下げ書

令和 年 月 日

社会福祉法人 春栄会
特別養護老人ホーム・おおまし
施設長 様

【申込者】

ふりがな

氏名:

続柄

住所:

私は、先に提出した「特別養護老人ホーム・おおまし 入所申し込み」を
下記のとおり取り下げます。

記

申込日

令和 年 月 日

優先入所希望者

ふりがな

氏名:

〒

住所:

取り下げる理由

- 1) 他施設への入居が決まった為(入居施設名)
- 2) 死亡した為
- 3) その他 ()

健康診断書(医療情報提供書)

特別養護老人ホーム おおまし

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

医 師 名

印

患者氏名	殿	生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	男・女
傷病名及び 既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有・無)						
現病歴・現症・検査・所見・治療経過など							
処方内容				胸部X線 (エコー等) 異常なし ・ 異常あり (所見)  実施日(/ /)			
点眼薬 (あり・なし)							
測定値		臨床検査		採血日 年 月 日			
身長	cm	血清アルブミン (g/dl)		総コレステロール (mg/dl)			
体重	kg	ヘモグロビン (g/dl)		LDL (mg/dl)			
血圧	/	血糖値 (g/dl)		HDL (mg/dl)			
糖尿病のある場合HbA1 (%)				クレアチニン (mg/dl)			
				BUN (mg/dl)			
HBs抗原	+ -	HCV抗体	+ -	MRSA	+ -	疥癬	+ -

特別養護老人ホーム おおまし

医療行為がある方の受け入れに関して

医療的処置の内容	可否	備考(受け入れ可能条件等)
糖尿病(インスリン注射・血糖値測定)	△	看護師の勤務している日勤帯で対応可能な方
褥瘡(床ずれ)	△	軽度なら可・重度は不可
胃ろう	△	自己抜去の危険性がなければ可 お受入の人数制限があります
在宅酸素	△	自己抜去、酸素流量の自己調整等の危険性のない方
痰の吸引	△	吸引頻度の高い方は不可
B型肝炎・C型肝炎	△	抗原(+)の場合は検査結果を要提出
MRSA	△	鼻腔、咽頭検査(+)は(-)になってから
疥癬	△	治療が完治していれば可
ペースメーカー	○	
ストーマ(人工肛門)	○	
留置カテーテル	○	
経鼻経管栄養	×	
感染症(活動性の結核・肺炎等)	×	
人工透析	×	
IVH(中心静脈栄養)	×	
緑膿菌	×	

○:お受け入れ可能 △:条件付きでお受入可能 ×:お受入は不可です

※△の場合には、面談により状態を拝見させていただいた上で判断させていただきます。

※特別養護老人ホームは生活の場であり、病院ではありません。
ご入居後、往診医での対応が困難な場合、外部医療機関への受診はご家族様へ
対応をお願いすることがございます、ご協力よろしくお願いします。

優先順位評価表

介護者の状況	主介護者	ふりがな		性別	本人との関係
		氏名		男・女	
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (① 歳)		
		住所	〒		
		電話(自宅)			
		電話(携帯)			
		同居区分	☐ 同居 ☐ 別居		
		② 健康状態	☐ 不良 ☐ やや不良 ☐ 不良だが介護は可能 ☐ 良好		
		③ 育児・家族の病気状況	☐ 常時育児・看病が必要 ☐ 半日育児・看病が必要 ☐ 時々育児・看病が必要 ☐ 育児・看病は無		
		④ 入居希望者以外の介護状況	☐ 複数の介護をしている ☐ 複数の介護をしているが多少介護可 ☐ 複数の介護をしているが介護可 ☐ 複数の介護はしていない		
	⑤ 就労状況	☐ 8時間以上 ☐ 4時間以上～8時間未満 ☐ 4時間未満 ☐ 無			
	⑥ 入居希望者の主介護者以外の同居者	ふりがな		性別	本人との関係
		氏名		男・女	
従たる介護者の介護の可能性		☐ 介護できる ☐ 多少介護できる ☐ 介護困難 ☐ 介護者がいない			
⑦ その他の家族状況(別居している血縁者)	ふりがな		性別	本人との関係	
	氏名		男・女		
	住所	〒			
	電話(自宅)				
	電話(携帯)				
	その他家族の介護の可能性	☐ 介護できる ☐ 多少介護ができる ☐ 介護困難 ☐ 血縁者がいない			
その他	入居希望時期	☐ 今すぐ入居を希望 ☐ 年 月頃までには入居したい			
	入居希望者の収入状況	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 恩給 ☐ 受給なし 円 (2ヵ月) その他の収入 円			
	私は、優先入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 :				

※ 状況確認表・介護保険被保険者証の写し・サービス提供票(実績のある方)の写しを添付してください

※ 申込を辞退される場合、または申込内容に変更が生じた場合には、施設までご連絡をお願いします。

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

認知	介護者	在宅	住所	合計