

## 『特別養護老人ホーム かなんの杜』への入居をお考えの皆様へ

### 1. 入居のお申込

・特別養護老人ホームは、要介護(3～5)認定を受けており常時介護を必要とする状態であるにもかかわらず、居宅において常時介護サービスを利用することが困難な方が対象者です。

なお、現在介護老人施設等に入居されている方でも申込は可能です。

・申込を希望される方は、下記の書類をご用意下さい。書類のご記入方法等が困難な方は、入居相談の折に担当者とともに整備していただくことも可能です。

#### <作成いただくもの>

○様式1「特別養護老人ホーム かなんの杜 入居申込書」

○様式2「特別養護老人ホーム かなんの杜 入居申込書別紙(調査票)」

担当ケアマネジャーに依頼してください。病院・施設等に入所・入院中の方につきましては相談員・ソーシャルワーカーの方に依頼してください。

#### <ご準備いただくもの>

○介護保険被保険者証(写し)

○負担割合証(写し)

○介護保険負担限度額認定証(写し)

介護保険の所得段階が、1から3段階に該当する方はお部屋代と食費の負担を軽減することができます。申込時点では必要ではありませんが、認定証をお持ちでない方は、市町村役場において所得段階のご確認をお願いいたします。

○介護認定調査票(基本調査)・主治医意見書

当該市町村役場に、特別養護老人ホームの入居申込の際に提出する必要がある旨をお伝えいただき、直近の調査票をご用意願います。開示請求が難しい市町村もあるかもしれません。そのような場合は、申込時にお伝え下さい。

○サービス利用票(直近3ヶ月分)(写し)

現在、居宅サービスを利用している方、または、以前に利用された方は直近の3ヶ月間における「サービス利用票」及び利用料が明記されている「サービス利用票別表」をご持参下さい。

・以上に記しました書類等の準備や記載方法等のご相談は、随時お受けしておりますので、ご来訪の前にお電話でご予約いただきますようお願いいたします。

## 2. 入居順位の決定について

- ・入居順位は、申込順によって決まるものではありません。特別養護老人ホームかなんの杜では、入居検討委員会(施設長、生活支援員、介護支援専門員、看護・介護職チーフ、地域の有識者である第三者委員等で構成)で協議し順の決定を行います。
- ・入居判定委員会において、入居順位が決定しましたら委員会終了後速やかにご連絡差し上げます。その折には、かなんの杜 診療情報提供書(健康診断書)の提出をお願いいたします。診療情報提供書(健康診断書)は、入居決定時にお渡しいたします。
- ・入居申込時と入居決定時では、疾病程度、要介護程度等の変化が予想されますので、診療情報提供書(健康診断書)の提出後に最終的な入居の可否(保留含む)を決定させていただきます。

## 3. 入居の指針(基準)

- ・特別養護老人ホームの入居の指針(基準)については、
  - (1) 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準  
(平成11年3月31日付 厚生省令39号)  
<http://dontaku.fc2web.com/kai shaku/fukushi.htm>
  - (2) 指定介護老人福祉施設の入所に関する指針について  
(平成14年8月7日付 厚生労働省 計画課長通知)  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/020904/4-4.html>
- (1) 及び(2)に則り
  - ①介護の必要程度及び心身の特性
  - ②介護者(家族)の状況
  - ③在宅介護(居宅サービスの利用に関する)状況
  - ④対象者ご本人がどこで生活されているか(医療機関、高齢者居住施設等か)及び当該医療機関等から退院、退去の協議が行われている否か等を入居検討委員会において協議の上、入居順位の決定を行います。

様式1

入所区分	一般 ・ 特例
入居申込日	平成 年 月 日
入居申込受付日	平成 年 月 日

### 特別養護老人ホーム かなんの杜 入居申込書

特別養護老人ホーム かなんの杜  
施設長様

入居申込者 〒 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

電話番号: \_\_\_\_\_

入居希望者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

貴施設に入居を希望しますので関係書類を添えて申し込みます。

#### 記

入居希望者の状況					
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満( )歳
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日	
現住所	〒 _____				
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 <b>【施設又は病院等】</b>				
	名称				
	所在地				
	入居(院)開始年月日	年 月 日から			
保険者名		被保険者番号			
要介護度	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 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
入居希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入居(院)している病院・施設等から退居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( _____ )				

入居希望者の状況	
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入居したい <input type="checkbox"/> 平成      年      月頃までに入居したい
その他入居に関して特に希望する事項  (サービス内容等)	

特例入所を希望する事由
<p>● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 認知症であり、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る。</li> <li><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。</li> <li><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。</li> <li><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。</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul> <p>● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。</p>

同意書
<p>今後の熊本市、熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本市、熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p>
<p>平成      年      月      日</p>
入居申込者    氏名: _____    印
入居希望者    氏名: _____    印

※ 被保険者証(写)を添付してください。

特別養護老人ホーム かなんの杜 入居申込書別紙（調査票）

入居希望者氏名			記入者氏名	印	
記入者所属・職名 (※)	所属		連絡先 電話番号	入居希望者	
	職名			記入者	

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目	内 容							
入所区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特例							
要介護度	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 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	要介護認定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで						
介助の状況	食事	介助の状況	<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					
		食事の内容	(主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( ) (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )					
	排せつ	介助の状況	<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					
		排せつの方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )					
	入浴	介助の状況	<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					
		入浴の方法	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他( )					
	更衣	介助の状況	<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					
体位変換	介助の状況	<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	介助の状況	<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						
	器具の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )						
【その他介助の状況に関する特記事項】								
身体の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない						
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない						
	障害手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【障害手帳等】						
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>手帳等の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害の程度(級・度)</td> <td></td> </tr> </table>			手帳等の種類		障害名		障害の程度(級・度)	
手帳等の種類								
障害名								
障害の程度(級・度)								
【その他身体の状況に関する特記事項】								

調査項目	内 容												
医療の状況	<p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。            ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。</p> <p>【疾病又は処置がある場合のその状況】</p> <table border="1" data-bbox="360 566 1422 1032"> <thead> <tr> <th data-bbox="360 566 572 624">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="572 566 1422 624">治療の状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="360 624 572 707"></td> <td data-bbox="572 624 1422 707"> <input type="checkbox"/>入院治療   <input type="checkbox"/>配置医師の診察   <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院  <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 707 572 790"></td> <td data-bbox="572 707 1422 790"> <input type="checkbox"/>入院治療   <input type="checkbox"/>配置医師の診察   <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院  <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 790 572 873"></td> <td data-bbox="572 790 1422 873"> <input type="checkbox"/>入院治療   <input type="checkbox"/>配置医師の診察   <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院  <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 873 572 956"></td> <td data-bbox="572 873 1422 956"> <input type="checkbox"/>入院治療   <input type="checkbox"/>配置医師の診察   <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院  <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="360 956 572 1032"></td> <td data-bbox="572 956 1422 1032"> <input type="checkbox"/>入院治療   <input type="checkbox"/>配置医師の診察   <input type="checkbox"/>外部医療機関への通院  <input type="checkbox"/>その他( )                 </td> </tr> </tbody> </table> <p>【その他疾病又は処置に関する特記事項】</p>	主な疾病名又は処置名	治療の状況		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )
主な疾病名又は処置名	治療の状況												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )												
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 配置医師の診察 <input type="checkbox"/> 外部医療機関への通院 <input type="checkbox"/> その他( )												
認知症の度合	<p><input type="checkbox"/> IV以上   <input type="checkbox"/> III   <input type="checkbox"/> II   <input type="checkbox"/> I   <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※ 認知症の度合は、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。</p> <p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p> <div data-bbox="360 1592 1422 2007" style="border: 1px solid black; height: 185px;"></div>												

調査項目	内容																													
退居(院)後の在宅での生活環境の予定	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。)  【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																												
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																												
退居(院)後の在宅での介護者の状況の予定	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。  【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="456 938 1426 1700" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">氏名</th> <th style="width: 35%;">入所希望者との続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 30%;">満( )歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>同居の有無</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )                             </td> </tr> <tr> <td>就労等の状況</td> <td colspan="3">週 回、1日当たり 時間、 に従事</td> </tr> <tr> <td>疾病・障害等の状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無                             </td> </tr> <tr> <td>対応状況</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。                               <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。                               <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。                             </td> </tr> <tr> <td>介護の負担</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。                             </td> </tr> <tr> <td>介護者に関する特記事項</td> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	入所希望者との続柄	年齢	満( )歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )			就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事			疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無			対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。			介護者に関する特記事項			
氏名	入所希望者との続柄	年齢	満( )歳																											
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )																													
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																													
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有(内容: ) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護者に関する特記事項																														

調査項目	内容																								
退所(院)後の在宅での介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。																								
	【利用する場合の予定】																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 383 592 488">介護保険の居宅サービス(※)の利用予定</th> <th data-bbox="592 383 802 421">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="802 383 1422 421">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="826 421 1023 459">週・月( )回</td> <td data-bbox="1023 421 1401 459">1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="826 459 1023 497">週・月( )回</td> <td data-bbox="1023 459 1401 497">1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="826 497 1023 535">週・月( )回</td> <td data-bbox="1023 497 1401 535">1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="826 535 1023 573">週・月( )回</td> <td data-bbox="1023 535 1401 573">1回当たり( )時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="459 622 1422 663">全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用予定</td> </tr> </tbody> </table>	介護保険の居宅サービス(※)の利用予定	サービス種類	利用頻度				週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用予定			
	介護保険の居宅サービス(※)の利用予定	サービス種類	利用頻度																						
			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度																					
			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度																					
			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度																					
			週・月( )回	1回当たり( )時間・日程度																					
	全サービス合わせて、支給限度額の( )%程度利用予定																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 663 592 768">介護保険以外の福祉サービス等の利用予定</th> <th data-bbox="592 663 802 701">サービス種類</th> <th data-bbox="802 663 1422 701">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	サービス種類	利用頻度																					
介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	サービス種類	利用頻度																							
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="459 902 592 1061">対応状況</td> <td data-bbox="592 902 1422 1061"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。  <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。  <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。                 </td> </tr> </tbody> </table>	対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																							
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																								
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。																									



様式2

調査項目	内 容
その他入居 申込みに関し て特に留意す べき事項	(前記調査項目以外で、入居申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)