

○入所の申込案内

① 入所の条件

- ・入所頂ける方は、原則要介護3～5と認定された方です。要介護1または2の方については、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場合に、特例的に入所できます。それ以外の方や、自立・要支援と認定された方は、入所していただくことはできません。入所後も、上記の入所条件に該当しなくなった場合は、入所を続けていただくことができませんので、退所となります。
- ・特別養護老人ホームへの申し込みについては、滋賀県より入所のガイドラインが示され、申し込み順ではなく、入所の必要性の高い方から優先的に入所となります。
- ・入所希望の方は、詳しく説明させていただきますので、施設までご連絡ください。日程を調整させていただき、入所の説明・施設のご案内をいたします。

② 入所の申し込み

- ・入所をご希望される方は、下記の書類をご記入後、ご提出ください。
 - (1)「特別養護老人ホーム入所申込書」(滋賀県内共通用紙)
 - (2)「特例入所申込理由書」(要介護1または2の方)
 - (3)「入所申込者調査票」(ハッピーライフゆりの郷指定用紙)
 - (4)直近の「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」の写し
 - (5)在宅サービスを利用の方は、過去3ヶ月間の「サービス利用票及びサービス利用票別表」の写し
 - (6)障害者手帳の写し(要介護1または2の方で手帳の交付を受けている方)
- ・書類を、ご提出いただいた時に、ご本人様の状況をご確認させていただきます。また、ご本人様の詳しい状況確認のために、自宅や利用されている介護保険施設、入院中の病院等に後日訪問して、調査させていただくこともあります。

③ 入所申し込み後の更新や変更について

- ・要介護認定の更新時や状況等変更があれば、必ず「変更届出書」のご提出をお願いします。(状況に変更がなく、有効期間の変更だけであれば「介護保険被保険者証」の写しのみの提出で結構です)
- ・ご提出が無い場合は、お申し込みをご辞退されたと判断させていただく場合があります。
- ・申し込み後に、他の特別養護老人ホームに入所が決定した場合や、死亡された場合など、当施設に入所する必要がなくなった場合は、速やかにご連絡をお願いします。

④ 順番が近づいたとき

- 順番が近づけば、ご連絡いたします。入所の意思確認後、ご本人様に面接させていただきます。尚、その時点でのご本人様の状況によっては、入所をお断りする場合や、延期させて頂く場合があります。(健康診断書をご提出いただきます)
- 入所決定後に、ご家族様には「重要事項説明書」等に基づいて入所についてご説明させていただきます。説明に同意していただいてから、ご契約を締結します。
- 入所日を調整し、ご入所していただきます。
(特別な事情がない限り、住所の変更は必要ありません)

(注) 該当する方をチェックしてください

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

入所申込
変更届出

特別養護老人ホーム入所申込（変更届出）書

特別養護老人ホーム _____ 施設長 様

私は、次のとおり現在の私および私の介護者の状況に関する情報を付して、貴施設に入所申込（変更届出）を行います。

入所申込者（本人）の状況

入所申込者（本人）の状況				特 例	(*1)																				
フリガナ		性別	要介護度	1・2	3・4・5																				
氏 名	印	男・女	有効期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで																					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		保険者名 (市町名)																						
現住所	〒 住 所 電話番号 () ファックス番号 () 携帯電話番号 (本人・家族) () メールアドレス (本人・家族)																								
本人の状況 (該当する項目をすべてチェックしてください)	<input type="checkbox"/> ア 認知症のため常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> イ 過去3カ月以内に何らかの在宅サービスを利用したことがある <input type="checkbox"/> ウ 医療サービス等介護保険外のサービス（医療保険のリハビリテーション等）を利用したことがある。（利用した内容を記載してください） [_____] <input type="checkbox"/> エ 施設や病院に入所（入院）中 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>入所（入院）期間</th> <th>種 別</th> <th>施 設（病 院）名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月～ 現 在</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (注) 複数の施設等を連続して利用している場合は、新しい順から記入してください。 種別：特養、老健、療養型、病院、軽費、養護、グループホーム、有料、サ高住、障害施設等 <input type="checkbox"/> オ 3カ月以上入院したため、貴施設を退所（契約解除）になった <input type="checkbox"/> カ 胃ろう、人工肛門、カテーテル、在宅酸素、インシュリン注射、たんの吸引、褥そうの処置、その他 (_____) の医療的ケアを要する <input type="checkbox"/> キ 障害者手帳等の交付を受けている (*2) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>手帳の種類 _____ (障害名： _____)</td> </tr> <tr> <td>(判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定)</td> </tr> </table>					入所（入院）期間	種 別	施 設（病 院）名	年 月～ 現 在			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			手帳の種類 _____ (障害名： _____)	(判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定)
入所（入院）期間	種 別	施 設（病 院）名																							
年 月～ 現 在																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
年 月～ 年 月																									
手帳の種類 _____ (障害名： _____)																									
(判定 _____ 級(度)・ _____ 年 月 日認定)																									

【添付書類】

- ① 要介護1または2の方は、別記様式「特例入所申込理由書」を添付してください。（*1）
- ② 「介護保険被保険者証」の写し
- ③ イに該当する場合は、過去3カ月間の「サービス利用票」および「サービス利用票別表」の写し
- ④ キに該当する場合は、障害者手帳等の写し（*2）

介護者の状況（施設等入所中の場合は、在宅に戻ったとした場合に予想される状況を記入）

該当する項目をすべてチェックしてください。

- ア 介護者がいない（独り暮らし）
 - イ 独り暮らしではあるが、介護者がいる。
 - ウ 本人を含む家族全員が65歳以上の世帯（高齢者世帯）
 - エ 介護者はいるが、疾病、傷病、認知症、障害、複数介護、育児、就労、家族が病気、介護放棄等の介護困難事情のため十分な介護ができない
- イ～エに該当する場合の記入欄

主	氏名	年齢	本人との関係	介護困難事情	同居 別居	別居の場合の 住所

- (注) 1 すべての介護者・すべての世帯構成員について記入してください。
 2 介護困難事情の欄は、具体的に記入してください。
 3 主の欄は、主たる介護者について○を記入してください。

主たる介護者の意見

介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。

- 常時の介護や見守りが必要である。
- 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。
- 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。
- 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。
- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 介護疲れがひどい。 慣れた人でも意思疎通は困難。

その他

- ()
- ()
- ()

同意書（本人）

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため、滋賀県または県内市町から要請があった場合または入所決定に関して保険者へ報告および意見を求める必要がある場合は、当施設が保有する入所申込に関する情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印

代行者（本人に代わってこの申込（届出）書を記入された場合は、次の欄を記入してください。）

氏名	印	本人との関係
住所	〒	
電話番号	()	ファックス番号 ()
携帯電話番号	()	メールアドレス

注1 氏名を記入する欄は全て自署（サイン）または記名押印をしてください。

注2 この申込書の提出後に介護者の状況や本人の状況などに変更が生じた場合、要介護認定を更新した場合、要介護認定区分が変更となった場合には、変更届出書を提出する必要があります。ただし、要介護認定の更新時の場合、要介護度その他申込書に記入した事項に変更がない場合は、更新後の介護保険被保険者証の写しの提出をもって変更届にかえることができます。これらの提出が無い場合は、施設が確認の上、辞退されたものとみなすことがあります。

別紙

担当ケアマネジャー等の意見書

記入者氏名	印	職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
事業所名	電話番号		()

※ 特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。

入所申込者氏名	記入日	年 月 日
【本人の日常生活自立度の状況】 (認知症高齢者の日常生活自立度) (日常生活自立度)	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>常時の介護や見守りが必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>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><input type="checkbox"/>寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>ほとんど自立による日常生活が可能である。</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
<p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が全くいない。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者はいるが、十分な介護が困難（高齢、疾病、傷病、認知症、障害、就労） (その他)</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が遠隔地にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>介護者が近隣にいる。</p> <p><input type="checkbox"/>同居の介護者がいる。(人)</p> <p>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		
<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/>極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/>在宅生活への復帰が困難である。(施設等へ入所している場合)</p> <p><input type="checkbox"/>在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。</p> <p><input type="checkbox"/>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>〔その他特記事項〕</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>		

【在宅生活に支障のある状況】

- 近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。
- 十分なケア（ナイトケア等）が受けられない。
- 病院等の入所者で帰る家がない。

〔その他特記事項〕

【家族の負担感】

- 介護疲れがひどい。
- ほとんどかかわっていない。
- 在宅サービスを利用しているが、介護疲れがある。

〔その他特記事項〕

【意思疎通】

- 慣れた人でも意思疎通は困難。
- 家族など慣れた人なら問題はない。
- 特に問題はない。

〔その他特記事項〕

【入所について】

- 拒否傾向
- 意思確認が困難
- 希望していないが、同意している。
- 同意している。
- 強く望んでいる。

〔その他特記事項〕

【その他記載欄】

特例入所申込理由書

入所申込者氏名 _____

要介護1または2の方で、次の①から④のいずれかの要件に該当するため、特例入所申込をされる場合は、その具体的な状態をできるだけ詳しく記載してください。

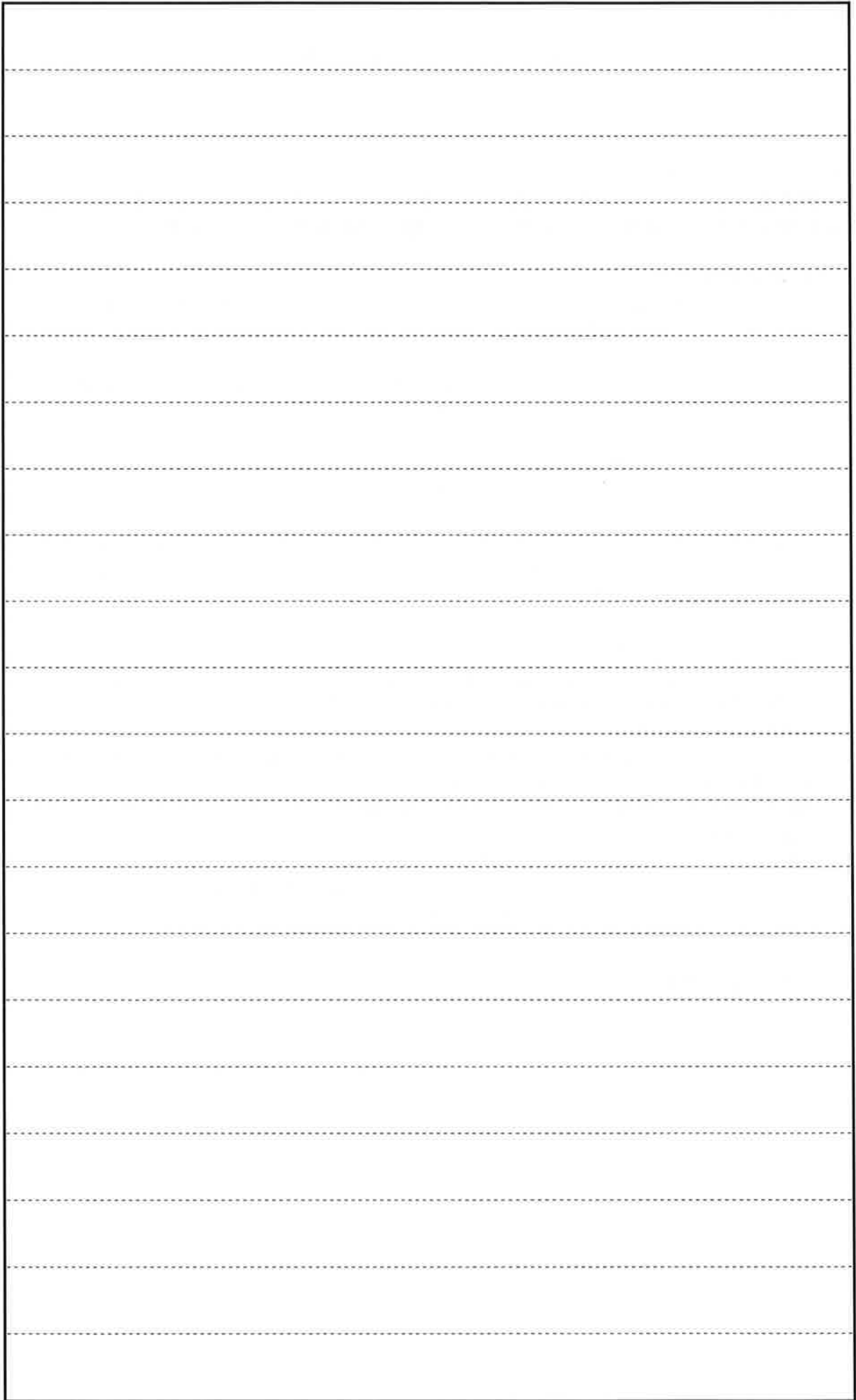
【特例入所の要件】

- ① 認知症である者であって、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、在宅生活が困難な状態である。
- ② 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。
- ③ 家族等による虐待があるもしくは虐待の可能性があり、在宅サービス等を利用しても生活環境の改善の見込みが立たず、在宅生活が困難な状態である。
- ④ 単身世帯であるもしくは同居家族が高齢また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サービスが十分に提供されないことにより、在宅生活が困難な状態である。

〔記入にあたっての留意事項〕

- 1 要件①②の場合は、日常生活に支障を来すような症状・行動の具体的な状態（異食、徘徊、大声をあげる、不潔行為、妄想等）やその頻度（日中が中心、夜間が中心、常時等）、意思疎通の状況等を記載してください。
- 2 要件②の場合は、知的障害・精神障害等を伴うことを証する書類（療育手帳や精神障害者保健福祉手帳の写し、医師の診断書等）を添付してください。
- 3 要件③の場合は、虐待の内容や程度、申込者の健康状態、在宅サービス等の利用状況、介護者の心身の状態等を記載してください。
- 4 要件④の場合は、家族等による支援が期待できない具体的な状況や、地域での介護サービスや生活支援サービスが十分に提供されない状況（近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難、ナイトケア等が受けられない等）等を記載してください。

【具体的な状態】



入所希望者調査票

記入日	令和 年 月 日
-----	----------

ハッピーライフゆりの郷 提出用

ふりがな	
ご本人氏名	

介護保険について	
要介護度	1・2・3・4・5
有効期限	H・R 年 月 日～
	H・R 年 月 日まで

ご本人の生活歴(主な生い立ち)	

入所希望時期	1. なるべく早く入所したい 2. いずれ入所したい	
待機されている所	1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院 4. 特別養護老人ホーム 5. その他 ※2～5の場合その名称()	
疾病の状況	既往病	現疾患
医療的処置	1. 経管栄養 2. 人工肛門 3. インシュリン 4. カテーテル 5. 酸素 6. その他 ※6の場合その名称()	

ご本人の日常生活動作表

最近のご様子について、○又は()内に補足を記入して下さい。(複数可)

生活時間	起床時間	：	昼寝時間	：	就寝時間	：
身体状況	身長・体重	・身長 cm ・体重 kg				
	視力	・普通 ・見えにくい ・ほとんど見えない		メガネの使用(あり ・ なし)		
	聴力	・普通 ・聞えにくい ・ほとんど聞こえない		補聴器の使用(あり ・ なし)		
	言語障害	・ない ・少し不自由 ・不自由				
	麻痺	・ある (右 ・ 左 ・ 両側) (上半身 ・ 下半身) ・ない				
	床ずれ	・ある (部位) ・ない				
	口腔	・自歯 ・義歯 (上 ・ 下)				
行動のしかたについて	起き上がり	・自分でできる ・一部介助(人の介助 ・ 電動ベット) ・全介助				
	座位保持	・背もたれなしで座れる ・背もたれがあれば座れる ・できない				
	立ち上がり	・自分でできる ・手すりや台を使ってできる ・介助でできる ・できない				
	立位保持	・何も持たなくても立位を保つ事ができる ・つかまり立ちなら座れる ・できない				
	移動・歩行方法	・独歩 ・杖 ・老人車 ・歩行器 ・車椅子 自室内で移動は…(できる ・ 一部介助でできる ・ できない) 屋内でも移動は…(できる ・ 一部介助でできる ・ できない) 屋外でも移動は…(できる ・ 一部介助でできる ・ できない)				
車椅子への移乗(複数選択自由)	・移乗は全介助 ・移乗時介護者を呼ぶ ・移乗は自分でできる ・危険なのに1人で移乗する ・移乗には見守りが必要 ・移乗には一部介助が必要 (どのような)					

日常生活について	食事について	食事の仕方	・自分で食べられる ・一部介助なら食べられる ・全介助 (どのような介助ですか)					
		水分の摂り方	・自分で飲める ・一部介助なら飲める ・全介助 (どのような介助ですか)					
		食事時間	・普通(15分位) ・時間がかかる(分位)					
		ムセの有無	・なし ・あり(その場合の注意点)					
		療養食	・糖尿食(kcal) ・減塩食(g) ・その他()					
		経管栄養	・鼻注 ・胃ろう					
	入浴	入浴方法	・自分で入浴できる ・一部介助ならできる ・全介助 自宅では(・清拭 ・シャワーのみ ・浴槽に入る ・訪問入浴を利用) デイ等では(・特浴(寝た状態) ・チェアー浴(座った状態) ・一般浴)					
			排泄方法	・自分でできる ・一部介助ならできる ・全介助 ・トイレ(日中・夜) ・ポータブルトイレ(日中・夜) ・おむつ(日中・夜) ・尿意(あり・なし) 便意(あり・なし) ・夜間(就寝から起床までの間)のトイレへ行く回数(回位) ・留置カテーテル ・ストーマー ・その他()				
				状態	・熟睡 ・普通 ・浅い ・眠れない ・昼寝をする(時間位) ・昼夜逆転 ・薬剤使用(あり・なし)			
					状態	・自分で着替えられる ・一部介助 ・全介助 自分でしている事⇒ ○ 介助者がしている事⇒△ ボタン ・ファスナー ・パンツ ・シャツ ズボン ・くつした ・靴 ・その他()		
						状態	・自分でできる ・声かければできる ・一部介助でできる ・全介助 自分でしている事⇒ ○ 介助者がしている事⇒△ 顔を洗う ・化粧をする ・ひげを剃る ・歯を磨く 義歯の洗浄 ・整髪 ・爪切り	
							・自ら話しかけたりできる ・話しかけると答える ・声かけに反応する ・一日中無気力状態 ・日常会話は可能 ・はい、いいえの意思表示ができる ・意思疎通が難しい 趣味や日中の好きな行動	
意欲・記憶等について	活動性及び意思疎通	・物忘れがある ・大声をだす(常に・時々)ことがある ・目的もなく動き回る ・食べ物でないものを口にする ・一人しゃべりが多い ・不潔行為がある ・自傷行為がある ・介助を嫌がる ・他人を責めたりする ・その他()						
	物忘れ等							
収入		無 ・ 有 年金の種類(年間約 万円)						
費用負担の軽減		介護保険負担限度額認定証 無 ・ 有 (第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階)						

入所に関する連絡先

フリガナ氏名	(続柄)	住所	〒	—
電話		携帯電話		