

特別養護老人ホーム大平園 利用 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

特別養護老人ホーム大平園 様

申請者	氏名	印	続柄
	住所	電話 () -	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

利用者氏名	フリガナ	生年月日	M・T・S	年	月	日
		性別	男・女	年齢	満	歳
住所	〒 電話 () -					
介護保険被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5			
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
申請理由 (利用者の状況と家庭介護の状況)						
医療保険	後期高齢 ・ 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保					
身障者手帳	有 ・ 無 < >種 < >級 障害名< >					
経済状況	本人の収入 有 ・ 無 老齢 (国・厚) 障害 (国・厚) 福祉 他 ()					
現況	1. 自宅 (主介護者:) 2. 入院中 (病院:) 3. 施設入所中 (施設:) 4. その他 ()					
利用中のサービス	ショートステイ・デイサービス・デイケア・訪問介護 その他 ()					
身元引受人	氏名		続柄			
	住所	〒 電話 () -				
	勤務先	電話 () -				
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までには入所したい ※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 大平園のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____					
担当介護支援専門員	事業所名		氏名			

(別紙2) 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名 _____

1. 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
-------------	-------	------	------	----

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

3. 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄:)		
③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	
④介護者の就労	なし	あり (職種等) 勤務 日/週 時間/日	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ()	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄 日/週程度)	

4. 入所に関する介護支援専門員の意見等

--

5. 直近の認定調査における主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」

日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	判定日	
---------	----------------------	-----	--

作成年月日	平成 年 月 日	提出年月日	平成 年 月 日
作成者所属		担当者	印

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込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する。

【作成上の留意事項】

1. 「認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目において、「夜間不眠や昼夜が逆転している」「1人で出たがり目が離せない」「火の始末や火元の管理ができない」「ろう便行為等の不潔行為がある」「異食行為がある」に関する項目で「ある」又は「ときどきある」が1つ以上の場合で、

「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 を目安として判断する。

2. 「在宅サービスの利用度」

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う。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3ヶ月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

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、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与

3. 「②介護者の障害や疾病」

「介護困難」は、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ADL全般の援助が困難な場合、「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならば出来る場合、「介護可能」は介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な状態である場合を目安として判断する。

4. 入所に関する介護支援専門員の意見等

家族の状況や本人の状態、在宅介護の困難な理由などについて記載する。

この意見書は、入所申込者が入院(所)中の場合は担当の介護支援専門員の他に、生活相談員や病院のケースワーカー等が記入しても同等の扱いとする。

(別紙3) 特例入所の要件・理由

入所申込者氏名 _____

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る
- 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
- 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

上記要件の具体的な理由

※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。