

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホームエルピスやぶき)

記入例

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
住所	〒		
電話	()	携帯電話	()
申込者氏名	印 結		

入所対象者本人の同意の有無

※原則として入所申込者は本人及び家族又は代理人となり
※今後の連絡先とさせていただきます。

申込者の氏名等、各項目の記入と捺印を3ヵ所をお願いします。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所対象者	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	MTS 年 月 日
	介護保険被保険者番号		保険者	
	要介護度		保険者番号	
	要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	現住所	〒
	連絡先	電話 () / 携帯電話	施設名及び病院名をご記入下さい。	
	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同 <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入所(院)中 ◇ 施設(病院)名称 (記入例:〇〇病院、老人保健施設〇〇) ◇ 入所(院)の時期 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス利用中 ◇ 居宅介護支援事業所 (記入例:〇〇居宅介護支援事業所 居宅〇〇) ◇ 担当ケアマネージャー ()			
主たる介護者	フリガナ		性別	男 女
	氏名	入所対象者の介護を主に行っている方の氏名	生年月日	MTS 年 月 日
	本人との関係		同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	現住所	〒	家族構成	
	連絡先	電話 () / 携帯電話 ()	介護困難な理由をご記入下さい。	
身元引受人	フリガナ		性別	男 女
	氏名		生年月日	MTS 年 月 日
	連絡先(電話)		同居の別	<input type="checkbox"/> 同
	現住所	〒	本人との関係	同居されている人数をご記入下さい。
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる、今後申し込む予定 ◇ 施設名 : ◇ 施設名 :			
	以上は、特別養護老人ホーム入所指針の説明を書いたものです。 必ず写しを添付して下さい。なお、被保険者証の前面を広げての写しをお願いします。 本人 印 家族(又は代理人) 印			

※①申込の際には、介護保険被保険者証(写)を添付してください。

※②要介護1又は2の方については、特例入所の該当要件を「介護者の意見」欄に記入してください。

特別養護老人ホーム「エルピスやぶき」個別状況調査 I

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名		応答者氏名	
居宅介護支援 事業所名		本人との関係	
		電 話	
要介護度		携帯電話	
認知症の状況 及び頻度			
入所希望の背景 (該当するもの 全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ()		
	<input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い ()		
	<input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ()		
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である ()		
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある <input type="checkbox"/> その他		
	居宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用	
◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
施設サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()		
入所希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()		
	◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他		
	◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
機能回復訓練の 必要性			

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

特別養護老人ホーム「エルピスやぶき」個別状況調査票

記入例

対象者氏名	氏名をご記入下さい。	被保険者番号	
今回調査日	年 月 日	前回調査日	年 月 日

調査員氏名	※未記入で結構です。	応答者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
		電話	
要介護度		FAX	
認知症の状況及び頻度			
入所希望の背景 (該当するもの全てを選択)	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない () <input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある (記入例:介護が全く困難なのか、多少介護が可能なのか等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病等を行っている (記入例:常時の育児や看病が必要なのか、半日ほど必要なのか等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している (記入例:主介護者が全く困難なのか、多少介護が可能なのか等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており介護が困難/介護により生計維持者の就労が困難 (記入例:介護により生計維持者の就労が困難または、多少介護が可能か等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 同居家族や別居血縁者等による介護への協力が無い (記入例:ほとんどいない、又はいない、多少協力可能等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある () <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難である (記入例:借家等の住居状況、経済的状況、地域性等により在宅介護困難等ご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある <input type="checkbox"/> その他		
施設や病院等に入所又は、入院している方で、具体的に退所や退院の求めがある方のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 単位数の80%以上の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%以上 80%未満の利用 <input type="checkbox"/> 単位数の50%未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
施設サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (現在利用をしている施設名をご記入下さい。)		
入所希望状況	<input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順位到来時		
医療の状況	◆ 既往症の有無 <input type="checkbox"/> 無 (※今までかかった事のある病名(既往歴)をご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (記入例:H14糖尿病、H16認知症等) ◆ 特記事項 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ◆ 通院の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
機能回復訓練の必要性	担当のケアマネージャーに確認して、利用表(提供表)及び、別表の写しを添付して下さい。		

(注) ・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて記入すること。
 ・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
 ・居宅サービス利用票及び別表(写)を添付すること。

特別養護老人ホーム「エルピスやぶき」個別状況調査Ⅱ

入所対象者氏名		調査日	令和	年	月	日
身 体 状 況 等	食 事	自立 ・ 介助 ・ 経管栄養（胃ろう・鼻腔） ・ その他（ ）				
	入 浴	一般浴 ・ 機械浴 ・ その他（ ）				
	排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 オムツ等の使用（有 ・ 無 ）				
歩 行	自立 ・ 一部介助（手すり ・ 手引き ） ・ 補助具の使用（ ）					
車椅子	使用（標準型 リクライニング） 自力移動 可能 不可					
移乗動作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
特記事項						
<家族図>			<既往歴等>			
			<かかりつけ医> ()			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">記入の仕方</div> 本人…回 ◎ 男…□ 女…○ 死亡…■ ● 夫婦…= 同居者を線で囲む			<備 考>			

個別状況調査 Ⅲ (認知症の状況及び頻度)

入所対象者氏名() 調査日 令和 年 月 日

<特記事項>

選択肢の判断基準(1.時々ある→1ヶ月に1回以上・2.ある→1週間に1回以上・3.毎日ある)

(1) 暴言、暴力が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(2) 大声を出す事が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(3) 介護に抵抗することが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(4) 目的もなく動き回ることが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(5) 一人で外出すると、戻れなくなる事が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(6) 一人で外に出たがり、目が離せない状況が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(7) 火の不始末が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(8) 不潔行為が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(9) 異食行動が(食べられない物を食べてしまうことが)	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(10) 昼夜の逆転が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(11) 「物を盗られた」などの妄想が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(12) 作り話をすることが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(13) 実際に見えないものが見えたり、聞こえたりする	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(14) 感情が不安定になることが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(15) しつこく同じ話を繰り返したり、不快な音をたてる事が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(16) 「家に帰る」など、落ち着かないことが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(17) いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる事が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(18) 物を壊したり、衣類を破ってしまう事が	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(19) ひどい物忘れが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(20) 意味もなく、独り言や、独り笑いをすることが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(21) 自分勝手に行動することが	1.時々ある	2.ある	3.毎日
(22) 話がまとまらず、会話にならないことが	1.時々ある	2.ある	3.毎日



主要項目(1~10)・・・1つ以上



その他の項目(11~22)・・・3つ以上

【基本調査】							
① 本人の状況 (最高40点)	要介護度	認知症の行動・心理症状の頻度 (該当する点数に○をつける)					
		なし	少しあり (月1~3回)	やや多い (週1~3回)	非常に多い (ほぼ毎日)		
	5	30点	33点	36点	40点		
	4	24点	27点	30点	34点		
	3	18点	21点	24点	28点		
	2	12点	15点	18点	22点		
	1	6点	9点	12点	16点		
② 主介護者の状況 (最高40点)	項目	内容	6点	内容	4点	内容	2点
	①主介護者が障害、疾病、高齢の状況にある	介護困難(ADL全般援助困難)		多少介護可(ADL2つ程度援助可能)		介護可能(ADL全般援助可能)	
	②主介護者が複数の家族等を介護している	介護困難		多少介護可能		介護可能	
	③主介護者が育児又は家族の看病を行っている	介護困難(常時の育児・看病が必要)		多少介護可能(半日程育児・看病が必要)		介護可能(時々育児・看病が必要)	
	④主介護者の就労状況	介護困難(介護により生計維持者の就労が困難)		多少介護可能		/	
	⑤主介護者以外の同居家族の協力状況	ほとんどなし又ははない		多少あり		/	
	⑥別居血縁者等の協力状況	/		ほとんどなし又ははない		多少協力可能	
	⑦住環境の状況	借家等の住宅状況、経済的状況、地域性等により在宅介護が困難		/		/	
※・単身生活者で介護するものが全くいない場合は、①~⑤の合計30点加点。 ・65歳以上の高齢者のみの世帯または2人暮らし世帯の場合は、②は「6点」とする。 ・介護保険施設・病院等に入所(入院)している場合には、退所(退院)する時点での状況により判断する。							
③ サービスの利用状況	居宅サービス利用状況	単位数の80%以上					20点
		単位数の50%以上80%未満					15点
		単位数の50%未満(経済的事由)					15点
		単位数の50%未満(介護の必要状況)					8点
	施設サービス利用状況	特養以外の施設・病院等に入所(入院)しており、退所(退院)を求められている					10点
※居宅サービスの単位数とは、支給限度基準額を示す。							
特記事項							
点数 (① 点) + (② 点) + (③ 点) = 合計 点							

別表1「指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所に係る参酌基準表」(指針第6の3)

【 I 基本調査参酌基準】					
本人の状況 (最高40点)	要介護度	認知症の行動・心理症状の頻度			
		なし	少しあり (月1~3回)	やや多い (週1~3回)	非常に多い (ほぼ毎日)
	5	30点	33点	36点	40点
	4	24点	27点	30点	34点
	3	18点	21点	24点	28点
	2	12点	15点	18点	22点
1	6点	9点	12点	16点	
※「認知症の行動の行動・心理症状の頻度」は、次の(1)~(22)を対象とし、そのうち(1)暴言暴行、(2)大声を出す、(3)介護に抵抗、(4)目的もなく動き回る、(5)外出して戻れず、(6)1人で外に出たがり目が離せない、(7)火の不始末、(8)不潔行為、(9)異食行動、(10)昼夜逆転が1項目以上ある場合。または、(11)物盗られ等の妄想がある、(12)作話をする、(13)実際無いものを見聞きする、(14)感情が不安定になる、(15)しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる、(16)「家に帰る」等落ち着きがない、(17)いろいろな物を集めたり無断で持って来る、(18)物や衣類を壊したり破いたりする、(19)ひどい物忘れがある、(20)意味もなく独り言や独り笑いをする(21)自分勝手に行動する、(22)話がまとまらず、会話にならない、が3項目以上ある場合。					
主介護者の状況 (最高40点)	項目	6点	4点	2点	
	①主介護者が障害、疾病、高齢の状況にある	介護困難(ADL全般援助困難)	多少介護可能(ADL2つ程度援助可能)	介護可能(ADL全般援助可能)	
	②主介護者が複数の家族等を介護している	介護困難	多少介護可能	介護可能	
	③主介護者が育児又は家族の看病を行っている	介護困難(常時の育児・看病が必要)	多少介護可能(半日程度育児・看病が必要)	介護可能(時々育児・看病が必要)	
	④主介護者の就労状況	介護困難(介護により生計維持者の就労が困難)	多少介護可能		
	⑤主介護者以外の同居家族の協力状況	ほとんどなし又ははない	多少あり		
	⑥別居血縁者等の協力状況		ほとんどなし又ははない	多少協力可能	
	⑦住環境の状況	借家等の住宅状況、経済的状況、地域性等により在宅介護が困難			
※・単身生活者で介護するものが全くいない場合は、①~⑤の合計を「30点」とする。 ・65歳以上の高齢者のみの世帯又は二人暮らし世帯の場合は、②は「6点」とする。 ・介護保険施設・病院等に入所(入院)している場合には、退所(退院)する時点での状況により判断する。					
サービス (最高の20点利用状況)	居宅サービス利用状況	単位数の80%以上	20点		
		単位数の50%以上80%未満	15点		
		単位数の50%未満(経済的事由)	15点		
		単位数の50%未満(介護の必要状況)	8点		
	施設サービス利用状況	特養以外の施設・病院等に入所(入院)しており、退所(退院)を求められている	10点		
※居宅サービスの単位数とは、支給限度基準額を示す。					
【 II 優先入所順位参酌基準】					
介護の必要性と居宅における介護の困難性を、介護支援専門員等が調査実施した個別状況調査表による特記すべき事項等を勘案し、優先対象一覧を作成する。 優先対象一覧による入所順位の決定の際には、入所申込者の入院治療等の必要性や、高度な機能回復訓練の必要性及び著しい問題行動への対応が可能か否かを判断するものとする。					

様式第2号（指針第5の3）

入所申込取下書

令和 年 月 日

特別養護老人ホームエルピスやぶき施設長 様

私（入所希望対象者）、_____は、次の理由により貴施設への入所
申込みを取下げいたします。

（理由）

届出者 氏名 _____

関係 _____

住所 _____

※届出者は、原則として入所申込書の申込者とする。

入所申込取下書受理年月日	年 月 日
選考者名簿整理年月日	年 月 日

様式第7号(指針第5の1)

介護老人福祉施設特例入所意見書交付願

市町村長 様

氏名		性別	男	女	明大昭	年	月	日
住所								
被保険者番号							要介護度	
当施設へ入所申込みがあった上記の者については、要介護1又は2の者であるため、特例入所に係る意見を求めます。								
施設名： 特別養護老人ホームエルピスやぶき								
施設長氏名： 池田 厚								
年 月 日								
介護老人福祉施設特例入所意見書								
特例入所要件								該当する欄に○印
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ること。								
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ること。								
③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こと。								
④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こと。								
⑤上記、①～④のいずれにも該当いたしません。								
該当する要件に関する意見等								
介護老人福祉施設特例入所の要件については、上記のとおりです。								
年 月 日								
保険者名								印