

(別表1) 基本的評価基準

在宅サービス利用率 ※2 本人の状況 介護者の有無			80%以上	60%以上80%未満	40%以上60%未満	20%以上40%未満	20%未満
			50	40	30	20	15
要介護5		50	100	90	80	70	65
要介護4		45	95	85	75	65	60
要介護3	単身	40	90	80	70	60	55
	介護者有	35	85	75	65	55	50
要介護2(痴呆 有り) ※1	単身	35	85	75	65	55	50
	介護者有	30	80	70	60	50	45
要介護1(痴呆 有り) ※1	単身	30	80	70	60	50	45
	介護者有	25	75	65	55	45	40
要介護2	単身	20	70	60	50	40	35
	介護者有	15	65	55	45	35	30
要介護1	単身	15	65	55	45	35	30
	介護者有	15	65	55	45	35	30

※1 痴呆とは
認定調査票中の痴呆性老人の日常生活自立度の判定基準におけるⅡbランク以上の者。

※2 在宅サービスの利用率
サービス利用票別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の割合。

算定の対象となるサービス

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、福祉用具貸与

特例入所の要件に該当する事由について

●該当する事由に印をつけてください。

- ☐ 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みられる
- ☐ 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が頻繁にみられる
- ☐ 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

●該当する事由の具体的内容について記入してください。

●備 考

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

※特例入所の事由の有・無	
☐ 有	☐ 無

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

〒	-
住 所	
氏 名	
電 話 ()	

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	申し込み先 (入所希望施設)			※保 険 者		
	(フリガナ)		性 別	被保険者番号		
	氏 名		男・女	要 介 護 度	1・2 3・4・5	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	現 住 所	〒 -				
	現 況	☐ 自宅で1人暮らししている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名または病院名 : ◇所在地(市町村名のみ) ◇入所又は入院時期 : 平成 年 月から入所・入院している				
	入所を希望 する理由 (該当するもの すべてを 選んで下さい)	☐ 介護者がいないため ☐ 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため ☐ 介護者の身体的・精神的負担が困難なため ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため ☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい ☐ その他				
	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 平成 年 月頃までに入所したい				
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	障害の状況	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 言語機能障害 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害				
申込状況	☐ 当該施設のみ申し込む ☐ 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 () () () ◇今後申し込む予定の他の施設名 () () ()					
主 た る 介 護 者	(フリガナ)		性 別	本人との関係		
	氏 名		男・女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
	同居の区分	☐ 同居している ☐ 別居している(住所 :)				
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】				
今後、施設への入所を円滑にすため、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。 平成 年 月 日 本人又は介護者の氏名 : 印						

※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由を記載してください。
※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。
※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付してください。

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号											
受付番号		保険者											

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 日 記 入 欄	事業所名			連絡先電話番号			
	担当ケアマネジャー氏名			職 種			
	要介護度	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計		
	1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	単身・	%			
	3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	介護者有	☐ 未利用 ☐ 入所(入院)中			
	点			点			点
	意 見 書 (記入日)	【本人の心身の状況】 ☐ 常時の介護や見守りが必要である ☐ 痴呆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・排泄・入浴等日常生活全般を通じ介助が必要である ☐ 多少の一部介助や見守りを必要とする ☐ ほとんど自立による日常生活が可能である ☐ 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある ☐ 重度の知的又は精神障害がある ☐ その他()					
		【介護者の状況】 ☐ 介護者が全くいない ☐ 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる ☐ 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他) ☐ 介護者が遠隔地にいる ☐ 介護者が近隣にいる ☐ 同居の介護者がいる(人) ☐ その他()					
		【在宅生活継続の可能性】 ☐ きわめて困難 ☐ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある ☐ 検討の余地有り ☐ 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 ☐ その他()					
		【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 ☐ 施設や病院等の入所(入院)者で帰る家がない ☐ 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 ☐ その他()					
【住環境】 ☐ 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) ☐ 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある ☐ 施設や病院等から退所(退院)を求められている ☐ その他()							
【参考項目】 ・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何とか ☐ 在宅サービスの利用により順調 ☐ 在宅サービスの利用ないが順調 ・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 ・入所についての本人の意思 ☐ 強く拒否している ☐ 拒否傾向 ☐ 意思確認が困難 ☐ 希望は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							
【特記事項】							

ケアマネジャー記入欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		そ の 他	

入所申込書受付日： 年 月 日	受付番号		入所日： 年 月 日
-----------------	------	--	------------

施設 設 記 入 欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	単身・	%	
		・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	□未利用 □入所(入院)中	
		点		点	点	
		(評価すべき個別的事項等)				
	年 月 日 (記入日)	要介護度	痴呆の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	単身・	%	
		・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	□未利用 □入所(入院)中	
		点		点	点	
		(評価すべき個別的事項等)				