

入 居 申 込 書

施設長 國井芳雄 殿

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 申込日  | 令和      年      月      日 |
| 受付日  | 令和      年      月      日 |
| 担当者名 |                         |

|            |                  |
|------------|------------------|
| 住所         | 〒                |
| フリガナ<br>氏名 | 入居希望者との関係<br>( ) |
| 電話         |                  |

|                |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |         |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申込先<br>(入居施設名) |                                 | <input type="checkbox"/> やすらぎの里・大田原 従来型多床室<br><input type="checkbox"/> やすらぎの里シエスタ ユニット型個室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 保険者 |         |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入居希望者の状況       | 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<br>年 月 日 ( ) 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |     | 要介護認定期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 現住所                             | 〒 TEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |     |         |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 現 況                             | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている<br>「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。<br>◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____<br>◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |     |         |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 入居を希望する理由<br>(該当するものすべてを選んで下さい) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> <b>要介護 1 又は要介護 2</b> の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。<br/> <input type="checkbox"/>知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。<br/> <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・安心の確保が困難な状態である。 </div> |  |     |         |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



入所に係る介護支援専門員意見書

|         |  |
|---------|--|
| 入所申込者氏名 |  |
|---------|--|

1. 本人の状況

|                |   |    |     |    |      | 評 価            |
|----------------|---|----|-----|----|------|----------------|
| 要介護度           | 5 | 4  | 3   | 2  | 1    | 30 25 20 15 10 |
| 認知症における日常生活自立度 | M | IV | III | II | I 自立 | 10 8 6 5 3 0   |

2. 在宅サービス利用度

|             |       |       |       |       |       |            |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|
| 在宅サービスの利用割合 | 80%以上 | 60%以上 | 40%以上 | 20%以上 | 20%未満 | 10 8 6 4 2 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|

3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

|                        |                                        |  |  |         |
|------------------------|----------------------------------------|--|--|---------|
| 世帯の状況                  | 独居 高齢者世帯 その他（ ）                        |  |  |         |
| 介護者の年齢・続柄              | 続柄（ ） 70歳以上 60歳以上 60歳未満                |  |  | 5 3 1   |
|                        | 補足事項                                   |  |  |         |
| 介護者の介護負担               | 非常に重い 重い やや重い 普通                       |  |  | 5 3 1 0 |
|                        | 補足事項                                   |  |  |         |
| 介護者の障害や疾病              | 無・有（ 介護困難 多少介護困難 介護可能 ）                |  |  | 5 3 1 0 |
|                        | 補足事項                                   |  |  |         |
| 介護者の就労                 | 無・有〔 8時間以上又は 4時間～8時間 4時間未満〕<br>高齢で就労不能 |  |  | 5 3 1 0 |
| 他の要介護者<br>介護者の育児、家族の病気 | 常時の 半日 臨時 無し                           |  |  | 5 3 1 0 |
|                        | 介護・看護・育児 介護・看護・育児 介護・看護・育児             |  |  |         |
|                        | 補足事項                                   |  |  |         |
| 介護者の介護の関わり方            | 介護拒否 非常に消極的 やや消極的 ふつう                  |  |  | 5 3 1 0 |
| 他の同居介護補助者              | 無・有（続柄 日／週程度 ）                         |  |  | 5 3 1   |
| 別居血縁者介護協力              | 無・有（続柄 日／週程度 ）                         |  |  | 5 3 1   |
| 近隣者等の介護協力              | ほとんどなし 随時あり 常時あり                       |  |  | 5 3 1   |
| 在宅生活に必要な住環境の状態         | 非常に支障がある 支障がある やや支障がある 特に問題なし          |  |  | 5 3 1 0 |
| 評価合計                   |                                        |  |  | 点       |

4. 介護支援専門員の入居への意見（特記事項）

|  |
|--|
|  |
|--|

令和 年 月 日

|         |     |
|---------|-----|
| 事業所名    |     |
| 住所 〒    |     |
| 連絡先 Tel | fax |
| 記入者名    | 印   |

# 入所に係る生活相談員意見書

|         |  |
|---------|--|
| 入所申込者氏名 |  |
|---------|--|

## 1. 本人の状況

|                |   |    |     |    |      | 評 価            |
|----------------|---|----|-----|----|------|----------------|
| 要介護度           | 5 | 4  | 3   | 2  | 1    | 30 25 20 15 10 |
| 認知症における日常生活自立度 | M | IV | III | II | I 自立 | 10 8 6 5 3 0   |

## 2. 在宅サービス利用度

|             |       |       |       |       |       |            |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|
| 在宅サービスの利用割合 | 80%以上 | 60%以上 | 40%以上 | 20%以上 | 20%未満 | 10 8 6 4 2 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|

## 3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

|       |               |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|
| 世帯の状況 | 独居　高齢者世帯　その他（ |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|

## 4. 生活相談員の入居への意見（特記事項）

令和 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 長期入所・退所流れ

### 入所希望者の相談（電話・来所）

※入所は要介護認定を受けた方が対象



### 長期入所申し込み（申込書・意見書が必要）

※意見書は担当の介護支援専門員もしくは、入院・入所している病院施設のケースワーカーに記入していただく



### 一次判定

入所選考者名簿の作成  
（提出された意見書の点数を評価基準により算出）



### 入所検討委員会（二次判定）

点数上位20名前

個別事情も含めて、判定委員（施設長、介護士・看護職員・市職員・地域福祉関係者等）が総合的に検討します。



### 入所連絡・準備

入所の順番が回ってくるとご家族に連絡を行い、入所日、契約日を事前に準備していただく物品などをお知らせします。



### 契約・入所

入所を行う前にご家族・施設の間で契約を行います。事前に準備していただいた物品なども預かりを行います。



### 退所・契約終了

・永眠された場合・退所を希望した場合・施設での生活が困難になった場合・病院等に入院し3カ月以上経過しても退院の見込みがない場合 等の理由で退所・契約終了となります。