

やまびこ荘入所申込みについて

記入に関して、わからないことがございましたらご相談ください。判断に迷う部分に関しては未記入で提出いただいて結構です。後ほどこちらから連絡させていただきます。

本入所のお問い合わせありがとうございます。申し込み方法についてご案内いたします。横須賀市標準入所申込書に必要事項を記入し、健康診断書と介護保険証のコピーを添えて、やまびこ荘まで郵送もしくは、直接お届けください。申込書を受理しましたら控えをお送りいたします。入所時期が近づきましたら連絡を申し上げます。

なお、申し込みの前に下記の事項について御確認ください。

○ 本入所を申し込める方

- ・ 介護保険の要介護度が原則3以上であること（見込みを含む）
- ・ 身元を保証する家族（または成年後見人）がいること
- ・ いざという時に、本人に代わって判断を下せる親族がいること
（身寄りがない場合は、保証人との事前相談が必要です）

○ 申し込めない方

- ・ 介護保険の要介護度が1、2、または要支援の方。

※ただし、要介護1または2の認定を受けた方であっても、特例入所要件に該当し、市町村の適切な関与の下、入所検討委員会を経た場合に申込みが可能となります。

○ 相談が必要なケース

- ・ インシュリン（自己注射）を常用している方
- ・ 経管栄養（鼻腔）、胃ろうの方
- ・ 人工肛門（ストーマ）の方
- ・ 感染症の方（疑いを含む）
- ・ その他医療行為が必要な方
- ・ 在宅酸素を常用している方
- ・ 精神疾患（認知症を除く）の方
- ・ 人工透析を利用している方
- ・ 重度認知症により、施設外へ出る恐れが強い方

※ お願い 入所待ちの間に次のようなことがありましたら必ず御連絡ください。

- ・ 要介護度が変化したとき
- ・ 体調変化などで頻繁に医療処置が必要となったとき
- ・ 御本人や家族の連絡先が変わったとき
- ・ 他施設へ入所が決まったとき
- ・ 入所申し込みを取り下げるとき

(連絡先) 〒238-0313 神奈川県横須賀市武 3-39-2

特別養護老人ホームやまびこ荘 入所受付係 宛 TEL 046-858-0800

【入所決定方法について】

入所の決定については横須賀地区で統一された基準を適用します。

(この基準は平成 15 年 1 月より開始されました) (令和 3 年 4 月 1 日改正)

(1) 入所優先順位の評価基準

施設は、次の勘案項目について、点数化し、合計点数の高い順に入所の優先順位を決定します。

① 要介護度

要介護度 5	45 点
要介護度 4	40 点
要介護度 3	30 点
要介護度 2	20 点
要介護度 1	10 点

② 家族等の状況

身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	45 点
介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不能	40 点
介護する者はいるが、要介護状態、病气療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	35 点
介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	25 点
介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	25 点
介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	25 点

③ 特記事項

特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、各施設の委員会の判断により、その状況に応じて点数を加算することができる。 (例) ① 膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要な場合 ② 住居環境（廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修が困難）が介護に適さない場合 ③ その他の事情により特別養護老人ホーム以外の生活が難しいと判断される場合など	合計で 10 点を限度とする
--	----------------

(2) 特別な事由による優先入所

上記に関わらず、次の場合は施設の委員会の判断において、優先入所を決定することができます。

① 市町村から入所依頼があった場合

老人福祉法に基づく措置入所や事故発生による場合など、市町村が緊急性を認めた場合

② 長期入院後に再入所する場合

すでに入所していた方が病院への長期入院により退所した後の、再入所申請の場合

③ 緊急性等が認められる場合

入所希望者や介護者の心身の状況が急に悪化するなど、ただちに入所が必要と判断された場合

(参考)

※指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 39 号）

第 6 条 第 1 項・2 項は略

3 指定介護老人福祉施設は、入所希望者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護老人福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所希望者を優先的に入所させるよう努めなければならない

※特例入所要件

- 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。

(様式 1)

(複写可)

横須賀地区特別養護老人ホーム標準入所申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
※ 受付後 5 年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 様

申込者 (連絡先)

住 所	〒 _____		
(フリガナ) 氏 名	_____	電話番号	() _____

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。

入所希望者の状況	(フリガナ)	_____			性 別	男 ・ 女	
	氏 名	_____			住民登録	市・区・町・村	
	現 住 所	〒 _____			電話 _____		
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日 (歳)		
	健 康 保 険	種 別	_____	記号・番号	_____		
	年 金 等	種 別	_____				
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判 定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)					
	介 護 保 険	被保険者番号	_____	_____	_____	_____	
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5					
		【要介護 1、要介護 2 の方へ】 要介護 1 又は要介護 2 の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことに伴ってやむを得ない事由があると認められることが必要です。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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・安心確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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。 という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。					
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている						
	(施設に入所(入居・入院)している場合)						
	施設名又は病院名(所在地)	_____ 市・区・町・村					
入所又は入院期間	年 月 日～						

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()
	*1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業者名を記入してください。	
身体状況	食 事 取 扱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩 行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	補足すべき身体状況について、具体的に記載してください。	
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする (自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。 _____ _____ _____ _____ _____	

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他 (現在治療中の病気)	<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 疼痛看護																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td>内服薬</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>感染症</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (既往症) <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	内服薬			感染症			病名	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他()	
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～																															
		年 月～																															
		年 月～																															
内服薬																																	
感染症																																	
病名	入院・通院病院	期間																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
		年 月～ 年 月																															
家族や住居等の状況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい																															
		<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。)																															
主な介護者	(フリガナ)		性別	年齢/生年月日	(歳)																												
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日																												
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 電話 ()																															
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()																															
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない																															
	意見	(介護をしている上で特に困っていること) _____ _____																															

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話 ()
	事業所名			

備考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

おねがい 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

同意確認欄	<input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 印</p>
-------	--

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日 氏名 ()</p>
-------	---