

神戸市特別養護老人ホーム入所指針

1. 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）の入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性・公平性を確保するとともに、施設入所の円滑な実施に資することを目的とする。

2. 入所の対象となる者

- (1) 入所の対象となる者は、要介護3～5と認定された者のうち、常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な者とする。
- (2) 要介護1又は2と認定された者のうち、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある者（以下「特例入所申込対象者」という。）とし、以下の事情を考慮する。
 - ① 認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、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
- (3) 特例入所申込対象者の要件に該当するか否かについては、別に定める。

3. 入所の申込み

(1) 申込方法

入所の申込みは、特別養護老人ホーム入所申込書及び入所調査票に、認定調査票・被保険者証・直近3か月分のサービス利用表及び別表の各写し等を添付して、原則としてケアマネジャーを通じて行うこととする。

なお入所申込者が要介護1又は2である場合は、特例入所申込対象者の要件に該当し、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由について、以下の書類にて確認するものとする。

- ① 特例入所申込についての入所申込者の考えを記載してもらった、入所申込書。
- ② ケアマネジャーが特例入所申込理由を記載した入所調査票および、その状況がわかる記録。

(2) 受付簿の管理

申込書を受理した場合は、受付簿にその内容を記載して管理しなければならない。
また、辞退や削除等の事由が生じた場合はその内容を記録しなければならない。

4. 入所検討委員会

- (1) 施設は、入所の決定に係る事務を処理するために、合議制の委員会又は会議（以下「検討委員会」という。）を設置しなければならない。
- (2) 検討委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で構成する。なお、検討委員会には第三者（当該法人の評議員等）を加えることが望ましい。
- (3) 検討委員会は、施設長が招集し、原則として毎月1回開催するものとする。
- (4) 検討委員会は、入所選考者名簿（以下「選考者名簿」という。）を調製するとともに、これに基づいて入所の決定を行う。
- (5) 施設は、特例入所申込対象者を入所検討委員会で検討するにあたっては、あらかじめ特例入所申込対象者の要件に該当していることを確認することとする。
- (6) 検討委員会は、審議の内容を議事録として保管しなければならない。

5. 選考者名簿の調製

(1) 調製方法

選考者名簿は、別表1（入所申込者の評価基準）に基づく評価と次に掲げる個別事情を総合的に勘案し、上位の者から登載する。なお、要介護1又は2である入所申込者については、特例入所申込対象者の要件に該当する場合に、選考者名簿に登載する。

【入所決定に係る個別の事情】

- ①性別（部屋単位の男女別構成）
- ②ベッドの特性（認知症専用床等）
- ③地域性（入所後の家族関係の維持等）
- ④施設の専門性
- ⑤その他特別に配慮しなければならない個別の事情

(2) 調製時期

選考者名簿は、検討委員会の開催に併せてその都度調製する。

6. 入所申込者の調査

施設は、受付簿に記載されている者から次の者を除き、入所申込みの継続意思並びに入所申込者及び介護者等の状況について、原則一年に一度必要な調査を行う。

- ①入所決定された者や辞退・死亡等により削除された者
- ②入所申込みから6月を経過していない者
- ③入所申込みの意思及び入所申込者等の状況が明確な者
- ④その他申込者調査の必要のない者

7. 特別な事由による入所

要介護1～5と認定された者のうち、次に掲げる場合においては、検討委員会の審議によらず施設長の判断により入所を決定することができる。

- ①災害や事件・事故等により検討委員会を招集する余裕がないとき。
- ②神戸市介護保険施設入所相談センターからの斡旋があった場合。
- ③老人福祉法に定める措置委託による場合。
- ④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場合。

8. その他の取り扱い

(1) 辞退者の取り扱い

入所の意思を確認したにも関わらず、申込者の都合により一時辞退があった場合は順位を繰り下げ、再度の辞退があった時は受付簿から削除することができる。

9. 適正運用

- (1) 施設等は、この指針に基づき適正に入所の決定を行うものとする。
- (2) 市は、この指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言を行うものとする。
- (3) その他この指針の運用について必要な事項は、別に定める。

別表1 入所申込者の評価基準

評価項目	評価内容	配点
本人の状況 (50点)	要介護度 5	50
	4	45
	3 知的障害・精神障害等 有(障害程度区分3以上)	50
	3 認知症又は知的障害・精神障害等 有(障害程度区分2以下)	45
	3 認知症及び知的障害・精神障害等 無	40
	2 知的障害・精神障害等 有(障害程度区分3以上)	45
	2 認知症又は知的障害・精神障害等 有(障害程度区分2以下)	35
	2 認知症及び知的障害・精神障害等 無	25
	1 知的障害・精神障害等 有(障害程度区分3以上)	40
	1 認知症又は知的障害・精神障害等 有(障害程度区分2以下)	30
	1 認知症及び知的障害・精神障害等 無	15
介護の必要性 (25点)	在宅サービスの利用率 6割以上	25
	4割以上6割未満	20
	2割以上4割未満	15
	2割未満	10
	老健・病院等の入所・入院の期間 1年以上 3月以上1年未満	15 10
在宅介護の困難性 (25点)	身寄りや介護者が誰もいない	25
	主たる介護者が病気等で長期入院	25
	主たる介護者が高齢又は障害者等で介護困難 ※	20
	複数の要介護者がいるため介護負担が大きい ※	20
	主たる介護者が就業・育児により介護困難 ※	15
	その他の理由(家庭環境や居住環境が介護に適さない等)により 介護困難な場合※	10
	(※の項目が2以上該当するときの合計配点)	(25)

注1 認知症とは、認知症高齢者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
知的障害・精神障害等とは、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳等の交付を受けている者等

注2 在宅サービスの利用率

サービス利用表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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、認知症対応型通所介護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、
看護小規模多機能型居宅介護

注3 老健・病院等には、老人保健施設・病院のほか、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護
事業所、認知症高齢者グループホーム、障害者入所施設等を含みます。

平成 30 年 11 月 1 日
神戸市老人福祉施設連盟・神戸市

神戸市特別養護老人ホーム入所指針にかかる処理要領

1 目 的

この要領は、本市において、特別養護老人ホーム入所指針に関する事務の取扱いについて定める。

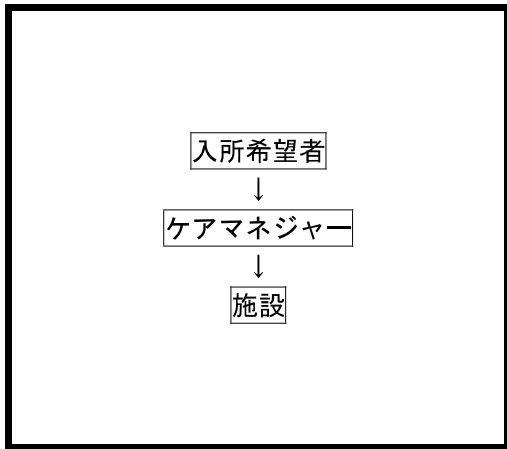
2 要介護 1 又は 2 と認定された被保険者の申込み

- (1) 要介護 1・2 の者の申込みについて、別表 1（入所申込者の評価基準）に基づく評価を行い、評価結果が 65 点以上である場合は、特例入所申込対象者に該当するものとする。
- (2) (1) の規定により特例入所申込対象者に該当しないとされた者であっても、入所希望者の状況が評価基準配点では入所の必要性を反映できていないと入所希望者からの申し出があった場合及び、施設長が入所の必要性があると判断する場合、施設は、保健福祉局高齢福祉部高齢福祉課（以下「本市所管課」という。）に対して、要介護 1・2 の者が特例入所申込対象者に該当するか否かについての意見を求めることができる。
- (3) (2) の規定により本市所管課に対して意見を求める場合、施設は入所希望者から提出を受けた入所申込書等の書類全ての写しを本市所管課に提出することとする。意見の求めを受けた本市所管課は、「特例入所申込対象者にかかる意見決定書」を施設に交付する。
- (4) 施設は、要介護 1・2 の者から受けた入所申込みの状況について、「要介護 1・2 の入所申込状況報告書」により、年 2 回（4 月・10 月の末日まで）前年 10 月から 3 月受付分、4 月から 9 月受付分の状況を本市所管課に報告するものとする。
- (5) 平成 27 年 3 月 31 日にまでに受け付けた要介護 1・2 の者の申込みについては、改めて入所申込書の提出を求める必要はないものとする。ただし、平成 27 年 4 月 1 日以降に入所決定を行う場合には、特例入所申込対象者に該当することが確認できる書類の提出を入所希望者に求めることとする。

3 特別な事由による入所

- (1) 特別な事由による入所の「④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場合。」とは、本市が通報を受けた養護者等による虐待（疑い含む）事例に限る。

入所申込から入所決定までの流れ



入所希望者

「申込書」に必要事項を記載してケアマネジャーに依頼する。

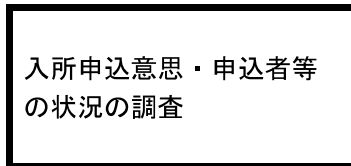
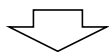
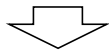
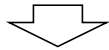
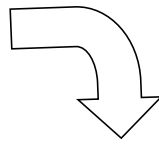
ケアマネジャー

① 申込者に対して制度の説明を行った後、記載の内容の審査及び所要の調査を実施する。

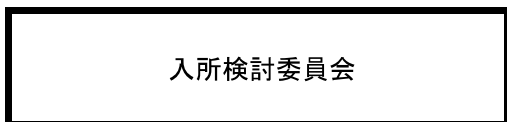
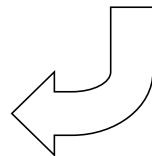
② 「調査票」を作成して、添付書類とともに施設に提出する。

施設

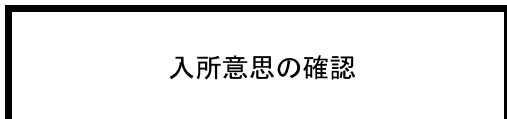
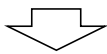
ケアマネジャーから提出された「申込書」・「調査票」・「添付書類」に基づいて内容を審査し、誤りがなければ申請を受理する。



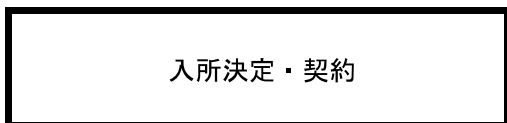
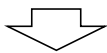
入所申込から原則1年に一度、入所申込意思・申込者・介護者等の状況の確認調査を行う。



指針に基づく適切な入所決定事務を行う。



入所申込者の意思を確認・重要事項等の説明等を行う。



神戸市 特別養護老人ホーム入所申込書（記入例）

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

申込日	(元号) 年 月
受付日	(元号) 年 月

〒：650-8570
住所：神戸市中央区加納町6丁目〇—〇〇 □□□マンション
氏名：神戸太郎
電話：078(×××)××××

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。

入所申込者の状況	申し込み先 (入所希望施設)	特別養護老人ホーム〇〇園		保 険 者	神戸市												
	(フリガナ)	コウ	ベ	ハナ	コ	性別	被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
	氏 名	神戸花子				性別	要介護度 1 2 3 4 5										
	生年月日	明・大・昭 18年 3月 3日 歳				要介護認定有効期間	(元号) 年 月 日から (元号) 年 月 日まで										
	現住所	〒 650 - 8570 神戸市中央区加納町6丁目〇—〇〇 □□□マンション301															
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇ 施設名又は病院名： ◇ 所在地（市区名のみ） ◇ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している															
	入所希望理由 (該当項目を全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院しているため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等から介護が困難なため。 <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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）															
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> (元号) 年 月 日頃までに入所したい															
	特例入所該当理由 (要介護1, 2の方のみ：該当項目をすべて選んでください)	<input checked="" 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・安心の確保が困難である。 <input checked="" 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、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。															
	申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 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（△△△ホーム）（ ）（ ）															
主たる介護者	(フリガナ)	コウベタロウ			性別	本人との関係						夫					
	氏 名	神戸太郎			性別	男						生年月日			明・大・昭 15年 5月 5日		
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 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】 息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護をうけることができない。ホームヘルプサービスを受けているが、夜間には私が介護している。私自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けさせたい。																
同意書	・申込施設が担当ケアマネジャーから入所判定に必要な入所申込者等の状況情報を受けることに同意します。 ・申込施設が行う申込みの継続意思確認調査に対して、2年以上回答がなく、申込みの意思が継続していることが確認できない場合、施設が申込みを取り消すことに同意します。 ・今後の神戸市の施策の参考とするため、この申込書の内容を神戸市に報告することに同意します。 (元号) 〇〇年〇〇月〇〇日 氏 名：神戸太郎																

- ※1「申込日」：申込者がえがおの窓口または施設へ提出した日。
- ※2「受付日」：特別養護老人ホームが受付けた日。
- ※3「申込者」：本人又は本人を代理する家族等になります。
本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。
(代筆の場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。)

※4「要介護度」「要介護認定期間」：被保険者証の内容を記入してください。

- ※5「現況」：該当するもの、いずれか1つに“レ”をいれてください。
- ※6：施設や病院等に入所・入院中の場合は、施設名・所在地、ならびに入所・入院時期を記入してください。

※7「入所を希望する理由」：該当するものに、“レ”をいれてください。（複数でも可）

- ※8：入所希望時期をご参考に記載してください。
- ※9：要介護1, 2の方については、特例入所に該当する理由に、“レ”をいれてください。（複数でも可）

- ※10「申込状況」：いずれか1つに“レ”をいれてください。
参考までに、既に申込みをしている特別養護老人ホームと、これから申し込む予定の特別養護老人ホームの名称を記載してください。
- ※11「主たる介護者」：主に介護を行っている方について、ご記入ください。

また、同居、別居のいずれかに“レ”をいれてください。
老人保健施設や病院等に3か月以上の長期にわたり入所・入院中の場合は、介護者の欄は空欄で結構です。3か月以内の入所・入院中の場合は、自宅に戻れば介護者がいるときには介護者を記入してください。自宅に戻っても介護者がいない場合は空欄にしてください。
養護老人ホームや軽費老人ホームの入所者は、介護者の記入は不要です。
意見欄には、家庭で介護を続けることが困難な事情等を具体的に記入してください。

※12「同意書」：申込者が同意してください。（ケアマネジャーによる代筆も可能です。）
(代筆の場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。)

※「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。

※「被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。

※必要に応じ、「障害福祉サービス受給者証(写)」か「障害程度区分(変更)認定通知書(写)」を添付してください。

神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票（記入例）

対象者	神戸花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-----	------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

担当ケアマネ氏名： 兵庫△子		事業所名： 居宅介護支援事業所〇〇〇ステーション			連絡先電話番号： 322-XXXX			
担当ケアマネ記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計	
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
	2	～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	61%	年 月			
年	35点		25点	点	20点	80点		
月	意見：息子夫婦が東京に住んでいるが、〇〇のため同居して介護を受けることができない。ホームヘルプサービスを受けているが、夜間には夫(要支援1)が介護している。夫自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けることを希望されている。							

※「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。
 ※「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。
 ※必要に応じ、「障害福祉サービス受給者証(写)」か「障害程度区分(変更)認定通知書(写)」を添付してください。

(要介護1・2のみ)担当ケアマネ記入欄	(該当するものすべてを選んでください)	<input checked="" type="checkbox"/>	認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、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ため。
		<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ため。
		<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・安心の確保が困難であるため。(市に報告されているものに限る)
		<input checked="" type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢者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ため。
		昼夜逆転し、生活リズムが不規則になっている。また、外出を好み、勝手に外出しようとすることも増え、夫の見守りだけでは限界に近い状態である。	
		※□にチェックを入れ、[]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。	

入所申込書受付日： 年 月 日			入所決定日： 年 月 日					
施設記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計	
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
		～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	%	年 月			
年	点		点	点	点	点		
月	意見：							

※1 老人保健施設、療養病床等に入所・入院中の場合は、老人保健施設等のケアマネジャーのほか、相談員、MSW等、本人の状況をよくご存知の方が記載してください。

※2 「要介護度」「認知症の程度」：被保険者証、認定調査票の内容を記載してください。

※3 「知的障害・精神障害等」：療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・医師の診断書等の書類により確認、「障害程度区分」：障害福祉サービス受給者証か障害程度区分（変更）認定通知書で確認してください。

「在宅サービス利用率」：要介護度別の支給限度基準額（単位）に対する実際のサービス利用額（単位）の割合です。過去3か月の平均利用率により記載してください。

老人保健施設や病院等に入所・入院中の方は、在宅サービス利用率の指標化が適切でないので評価基準を適用しません。

点数欄には、入所指針の別紙1評価基準の点数を記載してください。

※4 「意見」：特養の入所が適当と思われる理由（本人の状態や家庭での介護の困難性等）や、指針の評価基準では反映されない特別な事情等についてご意見を記入してください。

※5 要介護1、2で申込みされる方は、必ず該当する項目の□にチェックを入れ、[]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類（介護支援経過記録など）を添付してください。

※6 「施設記入欄」：申込みを受付けた特別養護老人ホームで記載する欄です。

神戸市 特別養護老人ホーム入所申込書

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

申込日	(元号) 年 月 日
受付日	(元号) 年 月 日

〒：	
住所：	
氏名：	
電話：	() ()

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。

申し込み先 (入所希望施設)		保 険 者	
(フリガナ)		性別	
氏 名		被保険者番号	
		要 介 護 度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	要介護認定 有効期間	(元号) 年 月 日から (元号) 年 月 日まで
現 住 所	〒 —		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健等施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇ 施設名又は病院名： ◇ 所在地（市区名のみ） ◇ 入所又は入院時期： 年 月 日から入所・入院している		
入所希望理由 (該当項目を 全て選んでく ださい。)	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が病気等で長期入院しているため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者により介護負担が大きいため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等から介護が困難なため。 <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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> (元号) 年 月 日頃までに入所したい		
特例入所該当理由 (要介護1, 2の方のみ：該当項目をすべて選んでください)	<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・安心の確保が困難である。 <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、地域でのサービスや生活支援の供給が不十分である。		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 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	
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 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】		
同意書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 申込施設が担当ケアマネジャーから入所判定に必要な入所申込者等の状況情報を受けることに同意します。 ・ 申込施設が行う申込みの継続意思確認調査に対して、2年以上回答がなく、申込みの意思が継続していることが確認できない場合、施設が申込みを取り消すことに同意します。 ・ 今後の神戸市の施策の参考とするため、この申込書の内容を神戸市に報告することに同意します。 (元号) 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏 名： _____</div>		

- ※「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。
- ※「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。
- ※必要に応じ、「障害福祉サービス受給者証(写)」か「障害程度区分(変更)認定通知書(写)」を添付してください。

神戸市 特別養護老人ホーム入所申込にかかる申立書

(要介護1・2の方用)

要介護1・2の方が特別養護老人ホームに入所されるに当たっては、下記のいずれかの要件に該当することが必要となります。ご自身の判断で該当すると思われる事項に印をつけてください

私は、

- ① 認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通が困難である
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通が困難である
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 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

ので、特別養護老人ホームへの入所を希望します。

(元号) 年 月 日

氏名 _____

神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票

対象者		被保険者番号												
-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネ氏名：		事業所名：				連絡先電話番号：			
担当ケアマネ記入欄	年 月	本人の状況（50点）			介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	%	年 月			
		点			点	点	点	点	
		意見：							

※「認定調査票（調査から3月以内のもの）(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付してください。
 ※「被保険者証(写)」・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付してください。
 ※必要に応じ、「障害福祉サービス受給者証(写)」か「障害程度区分(変更)認定通知書(写)」を添付してください。

(要介護1・2のみ) 担当ケアマネ記入欄	(該当するものすべてを該当する事由を選んでください)	<input type="checkbox"/>	認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、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ため。
		<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ため。
		<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・安心の確保が困難であるため。 (市に報告されているものに限る)
		<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢者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ため。
		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、[]内には入所希望者の具体的な状況を記載し、その状況が確認できる書類を添付してください。			

入所申込書受付日： 年 月 日		入所決定日： 年 月 日							
施設記入欄	年 月	本人の状況（50点）			介護者の必要性（25点）		在宅介護の困難性（25点）		合計
		要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	知的障害・精神障害等及び【障害程度区分】	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
			～Ⅱa・Ⅱb以上	無・有【2以下】・有【3以上】	%	年 月			
		点			点	点	点	点	
		意見：							

A D L の 状 況

氏名 () 記録担当者 () 令和 年 月 日

既往歴・ 現病歴等	既往歴 : 現病歴 : 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
移動・ 移乗等	車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 移乗 (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 (<input type="checkbox"/> 昼間 ・ <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 昼間 ・ <input type="checkbox"/> 夜間) 尿意 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 便意 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
衣類の着脱	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> あり 特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし
入浴	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> あり 特記事項 <input type="checkbox"/> 特になし
会話	意思疎通 (<input type="checkbox"/> 概ね可能 <input type="checkbox"/> 何とか可能 <input type="checkbox"/> 不可能) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
食事	(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助誘導 <input type="checkbox"/> 全介助) (<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> その他) 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
精神状態	記憶障害 <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 見当識障害 <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 特記事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし
その他の 対処方法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特になし