

特養入所申し込みの皆様へ

入所申し込みの際しての留意事項

☆特別養護老人ホームのお申込時にご用意頂きたい書類

1. 入所申込書 (no.1～no.2)
：ご記入は**ご家族様**がお願いします。
2. 特養申込者フェイスシート (ADL状況表)
3. 介護支援専門員意見書
：**担当介護支援専門員、病院相談員**等、状態を把握している方がご記入ください。
(写し) 直近3ヶ月の居宅サービス利用票 (注：在宅の方のみ)
4. 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証等の写し

なお、特別養護老人ホームの申し込みにあたり、下記の内容をご確認ください。

- 介護保険制度の改正により平成27年4月以降は、原則として**要介護1及び要介護2の方は**特別養護老人ホームへの入所はできません。ただし、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由があることにより特例的に入所が可能となる場合等を考慮し、お申込みは随時受付させて頂いております。特列入所の詳細は入所申込書をご確認ください。

○特別養護老人ホームは生活の場であり、**医療を提供する場ではない為**、ご本人様の医療状況と当施設の医療体制等を考慮し入所が適当ではない場合も考えられます。個別の事例につきましては生活相談員までお問い合わせ下さい。

- 申し込みを頂いた後、その内容につきまして定期的にご家族様または介護支援専門員様等へ現状を確認させて頂きたいと思っております。伺った内容は待機登録に反映させて頂きますので、ご理解・ご協力をお願い致します。

※いずれか1施設への申し込みにより、当法人の2施設への申し込み・待機が有効となります。

お申込み内容や待機情報は両施設において共有いたします。

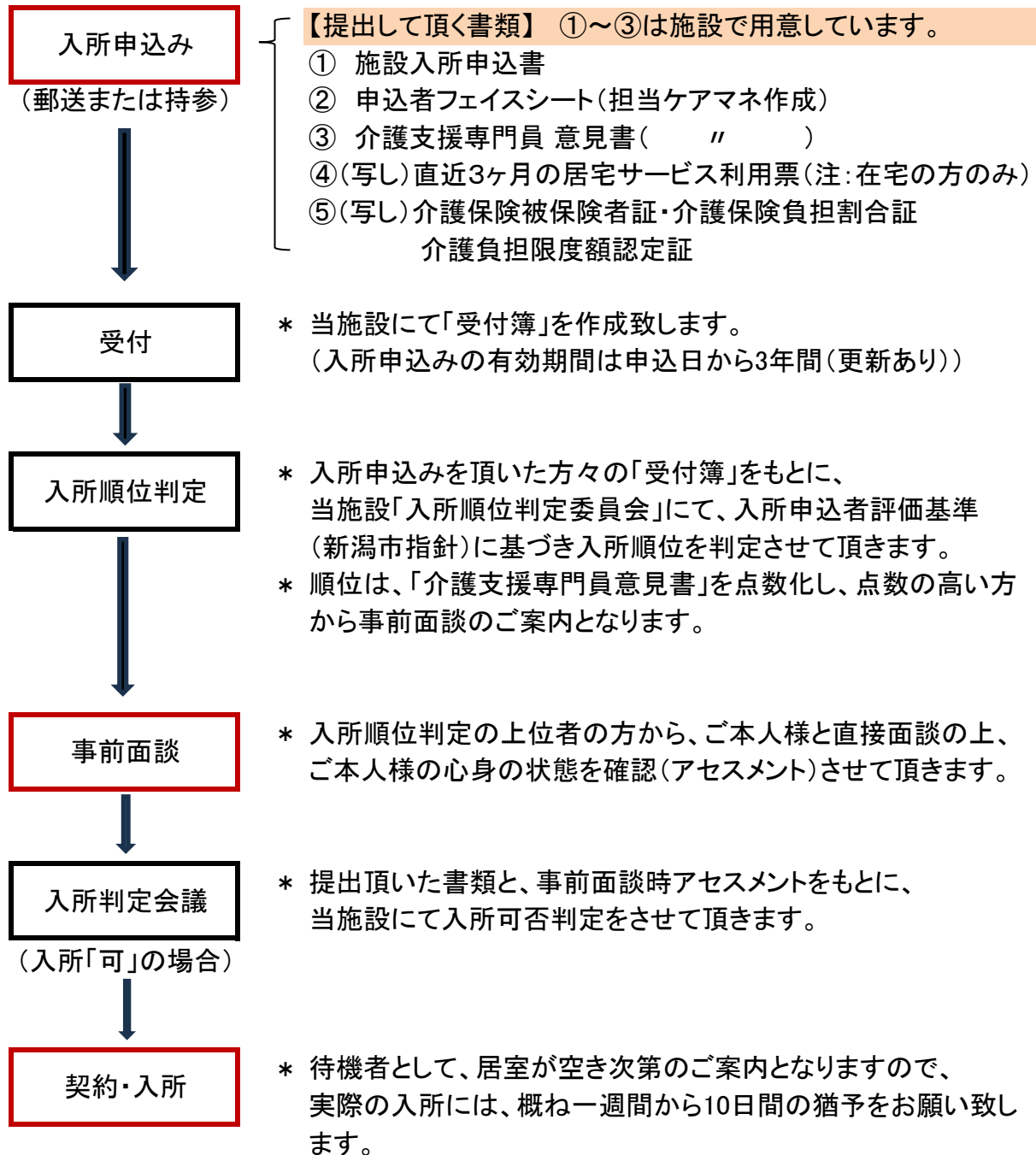
入所申込書類の提出にあたっては、直接ご持参いただくか、郵送で受付しております。
郵送される場合は下記住所までお願い致します。

〒950-2011
新潟市西区小針上山9-32
特別養護老人ホーム・ショートステイ 有徳の家
TEL : 025-265-7770
FAX : 025-265-7771

〒950-2011
新潟市西区小針上山10-5
特別養護老人ホーム・ショートステイ Luana(ルアナ)
TEL : 025-211-6650
FAX : 025-252-8008

特別養護老人ホームの申込みから入所までの流れ

社会福祉法人 有徳会



以上

社会福祉法人有徳会 医療行為の受け入れ基準
(看護職員の勤務時間:8:30~17:30)

2025年2月1日更新

＜○:受け入れ可、△:要相談、×:受け入れ不可＞

医療行為		判定	備考
ペースメーカー		○	
ストーマ		○	
尿フォーレ		○	
在宅酸素		△	夜間の酸素量の調整が必要な場合は応相談
インスリン注射		△	上記、看護師のいる時間帯での対応
点滴		△	特養の場合、一時的な点滴は可能 看取り期において、希望によって対応可能 短期入所は不可
経管栄養	胃ろう	×	
	腸ろう	×	
	経鼻	×	
導尿		×	
喀痰吸引		×	
気管切開		×	
人工呼吸器		×	
輸血		×	
人工透析		×	

入 所 申 込 書 (新 規 ・ 更 新)

特別養護老人ホーム ルアナ
特別養護老人ホーム 有徳の家 施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒	
(ふりがな)		
氏名	希望者との続柄()	
電話番号	①	②

※日中連絡の取れる番号もご記入ください

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女		
			生年月日	大正・昭和 西暦 年 月 日 (歳)		
現 住 所	〒 電話番号 () -					
介護保険	被保険者番号		保険者名	新潟市・その他 ()		
	要介護度	<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				
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
担当介護支援専門員	氏 名		連絡先	Tel () -		
	事業所名					
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護		介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階		障がい手帳種類() 級			
年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 遺族		年金額	月額	万円 その他収入()	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日 ~)					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() かかりつけ医療機関 主治医名					
	■ 現在治療中の病気					
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間		
				年 月 日 ~		
				年 月 日 ~		
				年 月 日 ~		
				年 月 日 ~		
	■ 既往症					
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間		
				年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日			
			年 月 日 ~ 年 月 日			
特例入所の要件について	<p>平成27年4月より、特別養護老人ホームの入所の対象となる者については「要介護3から要介護5までの要介護者及び、要介護1又は要介護2であって特例入所の要件に該当する者」とされております。 要介護1又は要介護2の方は下記の条項について該当する点にチェックを入れてください。</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 認知症により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 2. <input type="checkbox"/> 知的障害および精神障害により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 3. <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、心身の安全および安心の確保が困難である。 4. <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢、病弱、育児等の理由により家族による介護に困難が見られる。 (具体的な内容は裏面『申し込み理由』の欄にご記入ください)</p>					

(特例入所の要件も含む) 申し込み理由	(本人の状態と経過、家族介護の状況など)
---------------------	----------------------

に入所希望	<input type="checkbox"/> なるべく早く入所したい <input type="checkbox"/> 順番が来たら入所したい <input type="checkbox"/> すぐにではないがいずれ入所したい
	他施設への申込(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 申込施設名:

家族構成等	<table><tr><td>氏名</td><td>続柄</td><td>年齢</td><td>住所</td><td>連絡先</td><td>勤務先 勤務先Tel</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						氏名	続柄	年齢	住所	連絡先	勤務先 勤務先Tel																								
	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先	勤務先 勤務先Tel																														
	<table><tr><td></td><td>氏名</td><td>続柄</td><td>住所</td><td>連絡先</td><td>勤務先 勤務先Tel</td></tr><tr><td>身元引受人</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>身元引受人に対する 連帯保証人</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							氏名	続柄	住所	連絡先	勤務先 勤務先Tel	身元引受人						身元引受人に対する 連帯保証人																	
		氏名	続柄	住所	連絡先	勤務先 勤務先Tel																														
	身元引受人																																			
	身元引受人に対する 連帯保証人																																			
※上記、2名の記入をお願いいたします。																																				

留意事項	本入所申込書に記載した事項(介護度・医療状況・待機場所等)に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所等で申込み取消とする場合は、必ず当施設に連絡をしてください。申込の有効期間は、申込日から3年間となります。引き続き申込を希望する場合は更新手続きが必要となります。 【連絡先】 特別養護老人ホームルアナ 特別養護老人ホーム有徳の家 電話 025-211-6650 電話 025-265-7770
------	--

待機に関する確認	原則として、この申し込みをもちまして当法人の下記二施設への申し込み、待機といたします。待機情報を下記二施設において共有いたします。 もしもいずれか片方だけの施設のみをご希望の場合は、下記に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ルアナ <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 有徳の家
----------	---

説明確認及び情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込みに際し、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。
	なお、貴施設が入所順位決定の為、必要な範囲内において、申込者等に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。
	年 月 日 入所希望者 _____ 入所希望者の家族 (代筆者) _____

特養申込者フェイスシート（ADL状況表）

記入年月日 年 月 日

※記入者は施設、病院相談員やケアマネジャー等の方のご記入をお願いします。

入所希望者氏名	様	記入者	
待機場所	自宅・病院・老人保健施設(施設名)) ・ その他(施設名))		

日常生活動作

歩行	独歩・杖使用・シルバーカー使用 転倒歴：無・有（場所 ）		
	特記事項		
移動 移乗等	普通車いす・リクライニング車いす	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）	
	移乗	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）	
	立ち上がり	（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）	
	特記事項		
麻痺	無 ・ 有（右上肢・左上肢・右下肢・左下肢）・その他（ ）		
排泄	自立・声かけ・見守り・一部介助誘導（昼間・夜間）・全介助（昼間・夜間）		
	尿意 （ 有 ・ 無 ） 便意 （ 有 ・ 無 ） 下着→ 布パンツ・紙パンツ・オムツ		
	特記事項		
衣類の着脱	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ※入浴形態→ 一般浴 ・ リフト浴 ・ 機械浴		
	特記事項		
会話	意志疎通 （ 問題なし ・ おおむね可能 ・ 何とか可能 ・ 不可能 ）		
	特記事項		
視力	支障なし ・ 弱視（右・左） ・ 全盲 ・ 眼鏡（有・無）		
聴力	支障なし ・ やや難聴（右・左） ・ 難聴（右・左） ・ 補聴器（有・無）		
食事	自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養（鼻腔・胃ろう）		
	【主食】 常食 ・ 軟飯 ・ 全粥		
	【副食】 常食 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ペースト		
	水分等によるムセ（ 有 ・ 無 ） 治療食（ 有 ・ 無 ） 義歯（ 有 ・ 無 ）		
精神状態 (該当する 場合は項 目に○を し、内容と 頻度を記 載してくだ さい)	記憶障害	有()・無	
	見当識障害	有()・無	
	妄想	有()・無	
	徘徊	有()・無	
	介護への拒否	有()・無	
	夜間の不眠・昼夜の逆転	有()・無	
	特記事項		
その他			

～お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました～

介護支援専門員意見書

特別養護老人ホーム ルアナ
特別養護老人ホーム有徳の家 施設長 様

入所希望者名 様

1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症による不適応行動	非常に多い(毎日)	やや多い(週1～2回)	少し有り(月1～2回)	無	

※不適応行動・・・認定調査における精神・行動障害に関連する項目において「ある」または「ときどきある」が1つ以上ある場合で判断願います。

(不適応行動の主な行動内容)

徘徊が	ある・時々・ない	介護への抵抗が	ある・時々・ない					
外出すると戻れない	ある・時々・ない	帰宅欲求が	ある・時々・ない					
物を盗られたなど被害的になる	ある・時々・ない	一人で外に出たがり目が離せない	ある・時々・ない					
作話をすることが	ある・時々・ない	収集癖が	ある・時々・ない					
感情が不安定になることが	ある・時々・ない	物や衣類を壊したり破いたりする	ある・時々・ない					
昼夜逆転が	ある・時々・ない	独り言、独り笑いが	ある・時々・ない					
しつこく同じ話をすることが	ある・時々・ない	話がまとまらず会話にならないことが	ある・時々・ない					
大声を出すことが	ある・時々・ない	自分勝手に行動する	ある・時々・ない					
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度		I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M

※主治医意見書の情報を記載

2. 居宅サービスの利用頻度

居宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

※直近3カ月分のサービス利用票のコピーも添えてください。

3. 家族状況

① 世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他
② 主たる介護者の年齢・続柄	歳(続柄)		
③ 介護者の傷害・疾病	なし	あり () ・介護は困難 ・多少は介護 ・介護は可能	
④ 介護者の就労	なし 就労不可能	あり () 勤務 日／週 時間／日	
⑤ 介護者の育児・家族の病気	なし	あり () ・常時の育児看病 ・半日育児看病 ・臨時の育児看病	
⑥ 他の同居介護補助者	なし	あり () (続柄 : 日／週程度) (続柄 : 日／週程度)	
⑦ 別居血縁者の介護協力	なし	あり () (続柄 : 日／週程度) (続柄 : 日／週程度)	

4. 【特別養護老人ホームの特例入所要件について】

平成27年4月より、特別養護老人ホームの入所の対象となる者については「要介護3から要介護5までの要介護者及び、要介護1又は要介護2であって特例入所の要件に該当する者」とされております。

要介護1又は要介護2の方は下記の条項について該当する点にチェックを入れて頂き、その具体的な内容について別途ご記入をお願い致します。

- ☐ 認知症により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ☐ 知的障害および精神障害により、日常生活に支障をきたすような症状や行動および意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全および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、病弱、育児等の理由により家族による介護に困難が見られる。

具体的な内容

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

作成年月日 年 月 日	作成者
作成者所属	