お申し込みから入所まで

受け付け

申込書の記入

申込書の提出

待　　機

面　　接

契約締結

入　　所

お電話、または直接当園の窓口へお申し出下さい。入所申込書をお渡し（郵送）いたします。来園される場合は、事前にお電話をいただきますようお願いします。

※お申し込みいただくには、原則として要介護度３～５の認定が必要です。

ご記入していただく書類は

○ 大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕
　入所申込書兼台帳（標準様式１）

○ 大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕
　入所選考調査票　（標準様式２）

○ 日常生活状況票

の３枚です。入所選考調査票（標準様式２）のケアマネージャー記入欄は

・他の介護保険施設に入所中の場合には、施設の相談員または
　ケアマネージャーで
・病院に入院中で、病院のケースワーカーの協力が得られる場合には、
　その病院で
・居宅サービスを利用している場合には、担当のケアマネージャーに

記入してもらってください。その他の場合は当園で記入いたします。

申込書の提出は、事前に電話連絡のうえ当園までお持ちいただきますようお願いします。その際には、

○ 認定調査票のコピー
○ 介護保険被保険者証のコピー
○ 直近３ヶ月分のサービス利用票及び別表のコピー

すでに居宅サービスを利用されている方

を添付して下さい。

施設での介護の必要性がより高い方から、優先して入所していただきます。申し込み受付順ではございませんので、ご了承下さい。

入所の順位が近づいてまいりましたら、入所を希望されるご本人さまと面接をさせていただきます。近郊の方で、当園までお越しいただけない方につきましては、相談員が自宅や病院まで訪問いたします。

＜ご注意下さい＞

特別養護老人ホームへの入所には、原則として要介護度 3～5 の認定が必要です。要介護認定は、市町村役場での受け付けとなります。

また、当園では、病状の安定されていない方で 常時 医療的な看護を必要とされる方につきましては、お受けできないことがありますので、ご了承下さい。

特別養護老人ホーム いわき園　℡ (06)6683-6655
〒559-0015 大阪市住之江区南加賀屋 3-9-2

入所選考方法

いわき園では、大阪市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所選考指針を基本としながら、当園の個別事情等を考慮して入所選考を行なっています。

選考の方法は、まず、ご本人さまの要介護度と世帯の状況、在宅サービスの利用率を基本的評価基準の表にあてはめ、評価点を求めます（基本的評価）。次に、いわき園内の入所選考委員会に諮り、個別的な事情を評価します（個別的評価）。これらの評価を総合的に判断し、入所の順位を決定します。

＜基本的評価＞

○ 要介護度 3、大阪市在住、独り暮らしで、現在は介護老人保健施設に入所中の方の場合

・基本的評価基準の表より、【本人の状況・世帯の状況】の〔要介護 3、単身世帯〕にあてはまりますので、評価点は 40 点になります。

・続いて【在宅サービス利用率】を見ますと、〔施設入所者等の在宅サービスのみなし利用率〕に該当しますので、評価点は 25 点となります。

・最後に大阪市在住の 5 点が加わりますので、

40 点 ＋ 25 点 ＋ 5 点 ＝ 70 点

が合計評価点となります。

＜個別的評価＞

個別的評価では以下の項目について評価されます。

・性別
・居室、ベッドの特性
・各フロアの特性
・認知症、精神の状況
・その他 特別に配慮しなければならない個別の事情

＜特例入所＞

○ 要介護度 1～2 の方の場合

・要介護 1、2 の方の申し込みについては、大阪市により特例入所の要件に該当するかどうかの審査が行われます。その結果、特例入所の要件に該当しない場合は、入所選考の対象にはなりません。

【特例入所の要件】

◇ 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こと

◇ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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こと

◇ 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

◇ 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

入所選考 基本的評価基準

施設入所者等の在宅サービスのみなし利用率 ※2					25		
在宅サービス利用率 ※1			80%以上	60%以上80%未満	40%以上60%未満	20%以上40%未満	20%未満
本人の状況・世帯の状況		評価点	35	30	25	20	15
要介護５	単身世帯	60	95	90	85	80	75
	高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯	55	90	85	80	75	70
	その他の世帯	50	85	80	75	70	65
要介護４	単身世帯	50	85	80	75	70	65
	高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯	45	80	75	70	65	60
	その他の世帯	40	75	70	65	60	55
要介護３	単身世帯	40	75	70	65	60	55
	高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯	35	70	65	60	55	50
	その他の世帯	30	65	60	55	50	45
要介護２（特例入所対象者）	単身世帯	30	65	60	55	50	45
	高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯	25	60	55	50	45	40
	その他の世帯	20	55	50	45	40	35
要介護１（特例入所対象者）	単身世帯	20	55	50	45	40	35
	高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯	15	50	45	40	35	30
	その他の世帯	10	45	40	35	30	25

※１　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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、
小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、短期利用の認知症対応型共同生活介護、
短期利用の地域密着型特定施設入居者生活介護

※２　病院入院・施設入所者で在宅復帰が極度に困難な場合

病院又は他の介護保険施設に入院・入所している人で、退院・退所を求められているが、
在宅復帰が極度に困難な場合は、評価点を 25 点とする。

※３　地域性による評価

上記の評価点に、入所申込者の居住地により、次の点数を加算する。

・大阪市内　　５点
・隣接市町村　　３点

（隣接市町村：豊中市・吹田市・摂津市・守口市・門真市・大東市・東大阪市・八尾市・松原市・堺市・尼崎市）

利用者負担限度額

利用者負担段階			負担限度額（日額）		
段 階	被保険者の所得の状況		居 住 費		食 費
			従来型個室	多 床 室	
第１段階	・世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護を受給されている方	かつ、預貯金等が単身で１０００万円（夫婦で２０００万円）以下	320 円	0 円	300 円
第２段階	・世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税を課税されていない方で合計所得金額と**非課税**年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方		420 円	370 円	390 円
第３段階	・世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税を課税されていない方で上記第 2 段階以外の方		820 円	370 円	650 円
第４段階	・上記以外の方		1,171 円	855 円	1,392 円

高額介護サービス費

利用者負担段階	上限額（月額）
生活保護受給者	15,000 円
・本人の合計所得金額と**課税**年金収入額の合計が年間 80 万円以下の方 ・老齢福祉年金受給者の方	15,000 円
市町村民税非課税世帯	24,600 円
世帯のどなたかが市町村民税を課税されている方	44,400 円
現役並み所得者 ※世帯内に課税所得 145 万円以上の第 1 号被保険者がいる方で、第 1 号被保険者の収入が 383 万円（2 人以上の場合は 520 万円）以上の方（単身の場合は本人のみ、2 人以上の場合は本人と同一世帯の 65 歳以上の方の収入の合計）	44,400 円

サービスにかかった費用の 1 割または 2 割は利用者負担ですが、その額が一定の上限を超えた場合には、申請により超えた分が高額介護サービス費として給付されます。

利用者負担割合

利用者負担割合			
６５歳以上の方	本人の合計所得金額が 160 万円未満		**１割**
	本人の合計所得金額が 160 万円以上 220 万円未満	年金収入+その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で 280 万円未満、または 2 人以上世帯で 346 万円未満	**１割**
		年金収入+その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で 280 万円以上、または 2 人以上世帯で 346 万円以上	**２割**
	本人の合計所得金額が 220 万円以上	年金収入+その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で 280 万円未満、または 2 人以上世帯で 346 万円未満	**２割**
		年金収入+その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で 280 万円以上 340 万円未満、または 2 人以上世帯で 346 万円以上 463 万円未満	**２割**
		年金収入+その他の合計所得金額の合計額が 単身世帯で 340 万円以上、または 2 人以上世帯で 463 万円以上	**３割**

第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記に関わらず１割負担

令和 1 年 10 月 作成

(別表)　　R1.10作成

(A)介護サービス利用料金

	基本単位	加算	1割負担	2割負担	3割負担
介護度1	559	141	¥751	¥1,501	¥2,252
介護度2	627	149	¥832	¥1,664	¥2,496
介護度3	697	157	¥916	¥1,831	¥2,747
介護度4	765	164	¥996	¥1,992	¥2,988
介護度5	832	171	¥1,076	¥2,151	¥3,226

(B)食費・居住費

	食費	多床室	従来型個室
第1段階	¥300	¥0	¥320
第2段階	¥390	¥370	¥420
第3段階	¥650	¥370	¥820
第4段階	¥1,392	¥855	¥1,171

介護保険負担割合証に応じた(A)介護サービス利用料金と介護保険負担限度額認定証に応じた(B)食費・居住費の合計が、1日分のご利用料金です。

加算：　日常生活継続支援加算（Ⅰ）３６単位　（１単位＝１０．７２円）

（日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を要する認知症の入所者の占める割合が100分の65以上であり、介護福祉士を常勤換算方法で、入所者の数が６又はその端数を増すごとに1名以上配置しています。）

（介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上配置しています。）

看護体制加算（Ⅰ）ロ４単位、

（常勤の看護師を1名以上配置しています。）

精神科医師定期的療養指導　５単位

（全入所者の３分の１以上を認知症の症状を呈する入所者が占めていて、精神科担当医師による月２回以上の定期的な療養指導を実施しています。）

栄養マネジメント加算　１４単位、

（常勤の管理栄養士を１名以上配置し、入所者の栄養状態を入所時に把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能に着目した食形態にも配慮した栄養計画を作成し、当該計画に従い栄養管理を行うとともに、栄養状況を定期的に記録し、進捗状況を定期的に評価した上で、必要に応じて当該計画の見直しを行います。）

夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ１３単位

（厚生労働大臣が定める夜勤を行う介護職員の数に１を加えた数以上の介護職員を配置しています。）

介護職員処遇加算（Ⅰ）

上記の算定した単位数の１０００分の８３に相当する単位数

介護職員等特定処遇加算（Ⅰ）

上記の算定した単位数の１０００分の２７に相当する単位数

その他の主なサービス利用料

初期加算

入所後３０日限り、１日につき３６円（１割負担）又は７１円（２割負担）又は１０６円（３割負担）

入所期間中、６日以内（月をまたがる場合は、最大１２日間）の入院または自宅等に外泊された場合、１日当たり２９３円（１割負担）又は５８６円（２割負担）又は８７８円（３割負担）

療養食加算　　６単位（１日につき３回を限度）

医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合、１回当たり８円（１割負担）又は１５円（２割負担）又は２３円（３割負担）

経口維持加算（Ⅰ）

経口による継続的な食事の摂取を進めた場合（６カ月以内）、１月につき４７６円（１割負担）又は９５２円（２割負担）又は１，４２８円（３割負担）

看取り介護加算

看取り介護を行った場合、

死亡日の４日以上３０日以下については１日につき１７２円（１割負担）又は３４３円（２割負担）又は５１５円（３割負担）

死亡日の前日及び前々日については１日につき８１０円（１割負担）又は１，６１９円（２割負担）又は２，４２８円（３割負担）

死亡日については１日につき１，５２３円（１割負担）又は３，０４５円（２割負担）又は４，５６７円（３割負担）

☆　食事に要する費用及び居住に要する費用について、介護保険法施行規則第８３条の６又は同規則第１７２条の２の規定により、介護保険負担限度額認定証又は介護保険特定負担限度額認定証の交付を受けた者にあっては、当該認定証に記載されている負担限度額又は特定負担限度額とします。なお、居住に要する費用について指定施設サービス費に要する費用の額の算定に関する基準（厚生省告示第２１号）により従来型個室の入所者が多床室に係る当該費用の額を算定する者にあっては、多床室の費用の額の支払を受けます。

☆　居住に要する費用について、入院又は外泊中は居住費を徴収することができるものとします。ただし、入院又は外泊中のベットを短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護に利用する場合は、当該入所者から居住費を徴収せず、短期入所生活介護利用者・介護予防短期入所生活介護利用者より短期入所・介護予防短期入所の滞在費を徴収します。

☆　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆　施設は、利用料について、経済的状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、ご利用者に対して変更を行う日の１ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。

様式1

大阪市　指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

表

▪今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込者連絡先（家族等代理の方の場合）			
	氏名:	続柄	
	〒　　－		
	住所:		
	電話:		

申込日	年　月　日		
受付日	年　月　日		
受付番号		担当者名	
法人名			
施設名			
保険者への報告	不要　・　要 報告日：　年　月　日		

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

本人の状況

（フリガナ）		性別	保険者（番号）
氏名		男・女	被保険者番号
生年月日	明・大・昭　年　月　日　（　歳）	要介護認定期間	年　月　日から 年　月　日まで ※未申請の方は記入してください 年　月　日

要介護度

1・2・3・4・5
↓
要介護1又は2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すると思われる項目に印をつけてください。

- ☐ 認知症があり、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。
- ☐ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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。
- ☐ 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。

障がいの程度

- ☐ 療育手帳あり　（ ☐A1　☐A2　☐B1　☐B2 ）
- ☐ 精神障がい者保健福祉手帳あり　（ ☐1級　☐2級　☐3級 ）

自宅住所	〒　　－	電話番号	市外局番 （　　）

現況

☐ 自宅で一人暮らし ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 他の施設や病院に入っている

「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。

◇ 施設名又は病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿　◇ 所在地(市区名のみ)＿＿＿＿＿＿

◇ 入所又は入院期間：　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ください。)

- ☐ 介護する者がいないため。
- ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
- ☐ 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。
- ☐ 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ため
- ☐ その他（　　）

本人の入所意向

- ☐ 入所を希望している ☐ 迷っている　☐ 拒否してる　☐ 知らせていない
- ☐ 認知力低下により理解困難

在宅介護継続期間	年　か月	居宅サービスの利用の有無	☐ 有（下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください） ☐ 無

申込日前月に利用中のサービス（　月分）

訪問介護	回／月	訪問入浴	回／月	訪問看護	回／月
訪問リハ	回／月	居宅療養管理指導	回／月	通所介護	回／月
通所リハ	回／月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日／月
短期入所療養介護	日／月				

入所希望時期

☐ 早期希望（1～3か月以内）☐ 6か月以内 ☐ 1年以内　☐ 1年以上（　）年以内

利用している居宅介護支援事業者名	電話:　（　）	担当ケアマネジャー氏名	

裏

本人の状況	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン自己注射 ☐ ストーマ(人工肛門)処置 ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他(　　) 現在治療中の病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 受診している医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 【特記事項】
	他施設への申込状況	☐ 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 (　　) (　　) (　　) ◇ 特養待機期間(他施設も含む)　　年　　か月

主たる介護者の状況	家族構成	☐ 親　☐ 配偶者　☐ 子　☐ 孫　☐ その他(　　)計　　人				
	(フリガナ) 主たる介護者氏名		性別 男・女	年齢 満　歳	本人との関係	続柄(　　) ☐ 同居 ☐ 別居 住所 電話番号　市外局番 (　　)
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)				
	同居以外の親族や援助者の有無	☐ 子　☐ 兄弟・親戚等　☐ 親族はいないが援助者有　☐ 親族・援助者無				

同意書

入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。
また、介護保険サービス事業に関する次の事項について同意します。

・本施設が介護保険者(市区町村)に対し、本申込書の内容及び施設入所選考に必要な情報を提供すること。

・介護保険者(市区町村)が施設入所選考に係る意見を述べるにあたり、関係する機関又は団体から必要な情報を取得すること。

・介護保険者(市区町村)が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は団体及び介護サービス事業者(本施設を含む)に提供すること。

・介護保険者(市区町村)が本施設に対し、本申込書の内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格について変更があった場合、その他、入所選考に係る情報を提供すること。

年　月　日

入所希望者　氏名:

家族等代理の方　氏名:

主たる介護者の方　氏名:

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

様式2

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票 (表)

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号	
受付番号		保険者(番号)	

ケアマネジャー記入欄

居宅介護支援事業者等名称		連絡先電話番号	(　　)
担当ケアマネジャー等氏名		職　種	

年　月　日〈記入日〉

意見欄

要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計
1・2・3・4・5	□ 単身世帯 □ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 □ その他の世帯	% □ 未利用 □ 入院・入所中	□ 大阪市内 □ 隣接市	
	点	点	点	点

本人の心身の状況

認知症の状況 □ 無　□ 有

□ 常時の介護や見守りが必要である
□ 認知症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・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である
□ 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
□ その他 (　　)

世帯の状況

□ 介護者が全くいない
□ 介護者は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・障がい・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

□ 極めて困難
□ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある
□ 検討の余地あり
□ 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
□ 病院等の入所者で帰る家がない
□ 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

□ 居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
□ 施設や病院から退所を求められている
□ その他 (　　)

参考事項

家族の負担感	□ 介護疲れがひどい	□ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある	
	□ 在宅サービスの利用にて順調	□ 在宅サービスの利用はないが順調	□ 殆ど関わっていない
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ない	□ 特に問題ない
入所についての本人の意思	□ 強く拒否している	□ 拒否傾向	□ 意思疎通が困難
	□ 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

要介護１・２は特例入所要件の情報も記載してください。

裏

施設名		入所申込書受付日		年　月　日
施設受付番号		入所日		年　月　日
保険者への報告 （特例入所）	年　月　日	保険者への意見	特例要件	年　月　日
			要介護度等	年　月　日

施設記入欄	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	

施設記入欄	年　月　日＜記入日＞	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・3・4・5	□ 単身世帯 □ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 □ その他の世帯	% □ 未利用 □ 入院・入所中	□ 大阪市内 □ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
	年　月　日＜記入日＞	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・3・4・5	□ 単身世帯 □ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 □ その他の世帯	% □ 未利用 □ 入院・入所中	□ 大阪市内 □ 隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

日常生活状況票

氏　名

体　格	身長・約　　cm	体重・約　　kg			
視　力	1. 正常	2. 弱視	3. 全盲	4. 眼鏡使用	
聴　力	1. 正常	2. 難聴	3. 補聴器	4. 聞こえない	
言　語	1. 日常会話可能　ある程度可	2. 簡単な会話可能			
	3. 対話困難（意思表示可能）	4. 失語（言語障害）			
起・座	臥床⇔座位	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助	4. 不可能
動　作	椅子⇔起立	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助	4. 不可能
	※				
移　動	1. 独歩	2. 杖・歩行器歩行	3. 介助歩行	4. 車椅子	5. その他
	※				
車椅子	乗降	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助（1・2名介助）	
	操作	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助	
食　事	1. 自力摂取（箸・スプーン使用）		2. 一部介助	3. 全部介助	
	食欲（摂取量）	1. 多い	2. 普通	3. 少ない	
	☆牛乳・・・	不・可（　）	アレルギー・・・	有・無（　　）	
主　食	1. 米飯	2. 粥	3. その他（　　）		
副　食	1. 普通食	2. きざみ（　大　・　小　・　極　）		3. その他（　　）	
歯	1. 自歯（上・下）	2. 義歯（上・下）	3. 一部義歯（上・下）	4. 歯なし	
排　泄	1. トイレ使用	（自力・一部介助・全介助）（常時・日中・夜間）			
	2. ポータブル	（自力・一部介助・全介助）（常時・日中・夜間）			
	3. 便器・尿器	（自力・一部介助・全介助）（常時・日中・夜間）			
	4. オムツ使用	（常時・日中・夜間）			
	※				
	☆　感覚	確か　・　不確か　・　失禁（　　）			
	☆　訴え	有り　・　時々　・　無し（　　）			
	☆　便	日　　回（　自然　・　薬　）			
	☆　尿	日中　　回	夜間　回	オムツ交換　　回（　　）	
入　浴	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助		
着脱衣	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助		
	※				
洗　面	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助		
行　動	1. 注意不要	2. 動き多く注意必要			
	3. 危険な行動有り（　　）				
嗜　好	喫煙	1. 吸わない	2. 吸う（1日　　本位）（本人・家族）管理		
	飲酒	1. 飲まない	2. 飲む（1日　　を　　位）		
	間食	1. 食べない	2. 食べる（　　）		
睡　眠	1. 良眠	2. 普通	3. 少し不眠状態	4. 不眠状態が多い	
	睡眠薬（安定剤）有・無		服用時間	時頃　効果（　　）	
現　病					
内服薬					

いわき園

標準様式1

大阪市　指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

表

記入例

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込者連絡先（家族等代理の方の場合）			
氏名：大阪　〇郎	続柄	長男	
〒 5 3 0 － × × × ×			
住所：大阪市北区中之島１丁目			
〇〇番〇〇－〇〇〇〇号			
電話：０６－××××－××××			

申込日	令和　3 年　4 月　1 日		
受付日	令和　　年　　月　　日		
受付番号		担当者名	
法人名			
入所申込施設名			

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

（フリガナ）	オオサカ　〇〇コ	性別	保険者（番号）	大阪市	2 7 1 0 0 7
氏名	大阪　〇子	男・(女)	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
生年月日	明・(大)・昭　4年 2月 1日（88歳）		要介護度	1 ・ 2 ・ (3) ・ 4 ・ 5	
要介護認定期間	令和 1年 12月 15日から 令和 5年 12月 14日まで		認定申請予定日	令和　年　月　日 ※未申請の方は記入してください	
自宅住所	〒 5 3 0 － × × × × 大阪市北区中之島１丁目〇〇番〇〇－〇〇〇〇号		電話番号	市外局番 ０６ （ ×××× ） ××××	

現況

☐ 自宅で一人暮らし　☐ 高齢者のみの世帯　☑ 自宅で家族と暮らしている　☐ 他の施設や病院に入っている

「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。

◇ 施設名又は病院名：＿＿＿＿＿＿　◇ 所在地(市区名のみ)＿＿＿＿＿＿

◇ 入所又は入院期間：令和　　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ください。）

☐ 介護する者がいないため。
☐ 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。
☑ 介護する者が就労していることから、（昼間独居となり常時の）十分な介護が困難なため。
☑ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。
☐ 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。
☐ 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ため
☐ その他（　　）

本人の入所意向

☐ 入所を希望している　☐ 迷っている　☐ 拒否してる　☐ 知らせていない
☑ 認知力低下により理解困難

在宅介護継続期間	3 年 4 か月	居宅サービスの利用の有無	☑ 有　☐ 無　（下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください）

申込日前月に利用中のサービス（　月分）

訪問介護	回／月	訪問入浴	回／月	訪問看護	回／月
訪問リハ	回／月	居宅療養管理指導	回／月	通所介護	8 回／月
通所リハ	回／月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	12 日／月
短期入所療養介護	日／月				

入所希望時期

☑ 早期希望（1～3か月以内）　☐ 6か月以内　☐ 1年以内　☐ 1年以上（　　）年以内

利用している居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所△△ 電話：０６（××××）××××	担当ケアマネジャー氏名	淀川　〇〇

※1　「申込日」:申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)

※2　「受付日」:特別養護老人ホームが受け付けた日

※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。

(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

(代筆者:ケアマネジャー○○　○○)

標準様式1　**大阪市　指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳**

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

	氏名:　大阪　○郎	続柄	長男	申込日	令和　1　5 年　4 月　1 日

※4　「要介護度」「要介護認定期間」:被保険者証に記載されている内容を記入してください。

区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。

※5　「現況」:該当するもの、いずれか1つに" v "を記入してください。

施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。

認知症高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※6　「入所申込理由」:該当するものすべてに" v "を記入してください。

※7　「本人の入所意向」:該当するものいずれか1つに" v "を記入してください。

※8　「在宅介護継続期間」:在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

※9　「居宅サービスの利用の有無」:該当するものいずれか1つに" v "を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

"有"に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。

※10　「申込日前月の利用中のサービス」:該当するすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。

「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。

「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。

※11　「入所希望時期」:参考までに該当するものいずれか1つに" v "を記入してください。

"1年以上"の場合は、何年以内か数字を記入してください。

※12　「居宅介護支援事業者名」:直近3か月で利用した居宅介護支援事業者の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。

また、居宅介護支援事業者を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がおられない場合は空欄で結構です。

裏

本人の状況	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン自己注射 ☐ ストーマ(人工肛門)処置 ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他(　　) 現在治療中の病名　高血圧症　　受診している医療機関名　□□診療所 【特記事項】 老人性認知症
	他施設への申込状況	☐ 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(○○苑　)(　)(　) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名(　)(　)(　) ◇ 特養待機期間(他施設も含む)　年　か月

主たる介護者の状況	家族構成	☑ 親　☑ 配偶者　☑ 子　☐ 孫　☐ その他(　)計　人				
	(フリガナ)	オオサカ　○○エ	性別	年齢	本人との関係	続柄(長男の妻　)☑ 同居 ☐ 別居
	主たる介護者氏名	大阪　○江	男・(女)	満 50 歳		住所　申込者と同じ 電話番号　市外局番　同上
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください) (例) 妻はパートで、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が顕著になり、私も妻も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。				
	同居以外の親族や援助者の有無	☐ 子　☐ 兄弟・親戚等　☐ 親族はいないが援助者有　☑ 親族・援助者無				

入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。

令和　3年　4月　1日

氏名:　大阪　○郎

同意書	今後、指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕への入所申込者の状況を調査するため、この申込書の内容の中から次の事項を大阪市に報告することに同意します。 (報告事項:施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期) 令和　3年　4月　1日 氏名:　大阪　○子
	今後、この申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格の変更及び他の特別養護老人ホームに入所した場合、大阪市から施設に対し、本人の情報を知らせることに ☑ 同意します。 ☐ 同意しません。 令和　3年　4月　1日 氏名:　大阪　○子

施設処理欄	入所日	令和　年　月　日			
	面接日	令和　年　月　日	健康診断	令和　年　月　日	
	辞　退	令和　年　月　日	(理由:　)		

注1「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

※13 「医療の状況」:該当するものに” v ”を記入してください。(複数でも結構です)
”その他”に記入した場合は、その内容を(　　)内に可能な限り具体的に記入してください。
”現在治療中の病名”は主な傷病を記入してください。

※14 「他施設への申込状況」:該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。
”他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設、また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
”特養待機期間(他施設も含む)”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうかわからない場合は、『病院』として記入してください。

※15 「家族構成」:主たる介護者の家族構成を記入してください。

※16 「主たる介護者」:主に介護を行っている方について記入してください。

他の介護保険施設や」病院等に3か月以上入所(院)中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所(院)の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームに入所されている方は空欄で結構です。

※17 「本人との関係」:主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者から見た関係を記載してください。

※18 「意見等」:在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。

※19 「同居以外の親族や援護者等の有無」:該当するもの、いずれか1つに” v ”を記入してください。

※20 「同意欄」:本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆さまの申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
どうか本制度にご理解をいただき、同意欄に記載している申込者の被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期を、市町村等に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱に関する法令、大阪府や大阪市が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。
なお、大阪市から申し込まれている施設に情報提供する内容は、同意欄に記載しているこの申込書に記載した内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格に変更があった場合と、他の特別養護老人ホームに入所された場合に、参考として情報提供するものです。これらの情報は変更があれば申し込みされた方から施設のほうにお知らせいただきたい内容ですが、かならずしもお知らせいただけていないのが現状です。各施設におきましては、これらの情報を基に申込者の意思等の再確認をさせていただくこととなりますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

標準様式2

記入例

表

大阪市　指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者（本人）氏名	大阪　○子	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
受付番号		保険者（番号）	大阪市 2 7 1 0 0 7

ケアマネジャー記入欄

居宅介護支援事業者等名称	居宅介護支援事業所△△	連絡先電話番号	０６　（××××）　××××
担当ケアマネジャー等氏名	淀川　○○	職　種	ケアマネジャー

年　月　日　〈記入日〉

意見欄

要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計
1・2・③・4・5	☐ 単身世帯 ☐ 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 ☑ その他の世帯	% 85 ☐ 未利用　☐ 入院・入所中	☑ 大阪市内 ☐ 隣接市	
	30 点	35 点	5 点	70 点

本人の心身の状況

認知症の状況　☐ 無　☑ 有

- ☐ 常時の介護や見守りが必要である
- ☑ 認知症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・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である
- ☐ 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
- ☐ その他（　　）

世帯の状況

- ☐ 介護者が全くいない
- ☐ 介護者は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（　3　人）
- ☐ その他（　　）

在宅生活継続の可能性

- ☐ 極めて困難
- ☑ 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある
- ☐ 検討の余地あり
- ☐ 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
- ☐ 病院等の入所者で帰る家がない
- ☐ 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

- ☐ 居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
- ☐ 施設や病院から退所を求められている
- ☐ その他（　　）

参考事項

家族の負担感	☑ 介護疲れがひどい	☐ 在宅サービスを利用してしているが介護疲れがある	
	☐ 在宅サービスの利用にて順調	☐ 在宅サービスの利用ないが順調	☐ 殆ど関わっていない
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ない	☐ 特に問題ない
入所についての本人の意思	☐ 強く拒否している	☐ 拒否傾向	☑ 意思疎通が困難
	☐ 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