

施設入所の手引き

施設名：特別養護老人ホーム豊寿園

1 基本的な理念

- (1) 入所は契約によります。
介護保険施設への入所契約は、入所いただく方と施設の双方の合意に基づいて行われることが大原則であり、事前に入所いただく基準や手続きについて十分に説明し、ご納得のうえで契約させていただきます。
- (2) 施設利用者やそのご家族等の安心のために、継続性のあるサービス提供に努めます。
介護老人福祉施設は各々の地域において、高齢者やそのご家族等の安心な生活を支えるための重要な存在であり、施設で提供する居宅サービスや他の保健・医療・福祉サービスと連携を保ち、一貫した継続性のある良質なサービスに努めます。
- (3) 地域社会の信頼と支援の得られる施設運営に努めます。
介護老人福祉施設は各々の地域において公益性の高い施設として位置づけられており、地域住民の皆様からの日常的な支援と協力をいただき、はじめて適切な運営ができるものと考えています。
私たち施設も、自ら、地域社会に貢献できるよう皆様との信頼関係を確立し、地域社会からの期待に応えられるよう努めます。

2 入所基準の考え方

介護保険制度においては「介護の必要性」によって利用できるサービスの内容が定められますが、介護老人福祉施設の入所の必要性は「介護の必要性」とそれに対する「居宅における介護の困難性」により、各々個別的な事情も加味して総合的、専門的な判断を行う必要があります。たとえば、形式的な基準を一律機械的に当てはめることにはなじまないと考えています。
又、「介護」の目的には、「生活の質」の確保、向上という側面があり、こうした考え方も加えて判断させていただきます。

3 入所申し込みの際の留意事項

入所申し込みの際

- (1) 介護の必要性として
 - ①要介護度
 - ②身体的、精神的な状態
- (2) 居宅における介護の困難性として
 - ①ご家族の状況
 - ②住居等の環境的要因
 - ③居宅サービスの利用状況
 - ④他の保健・医療・福祉サービスの利用状況

を別紙「入所申込書兼台帳」に記入いただき確認させていただきます。
また、最新の介護保険被保険者証のコピーを1通添付して下さい。

ただし、この時点では入所の緊急度や優先度は確定できませんので、原則申し込み順に状況区分別の名簿を作成し、入所検討の基礎資料とします。

4 状況、経過の確認

申し込みをいただいたあとの状況の変化等については、申込者ご本人、及び家族等からご連絡をいただくことを基本としております。状況の変化等がございましたら必ずご連絡下さい。
当施設の提供している居宅サービス等をご利用いただいている場合は、そのサービス提供をとおしてご本人の状況やご家族等のご意向を継続的に確認させていただきます。

5 入所の手続き

特別養護老人ホームへの入所は、申込順を原則として入所が行われておりましたが、このたび、国において省令の改正が行われ、入所の必要性が高い方が優先的に入所できるよう、入所決定の方法を改めることになりました。入所申込された方の「要介護度」や「介護者の状況」「入所待ち期間」などを公平に勘案して、「入所検討委員会」で協議した上、決定させていただきます。

6 災害等急迫事例への対応

- (1) 入所申し込みを受けていない方について市町村行政、及び関係機関から要援護（介護）の急迫した状態にあることの通報や入所要請を受けた場合は、別途、行政、及び関係機関と協議し、受入れの可否を検討します。
- (2) 県内外を問わず災害等により一時的に多数の受け入れが必要になった場合は、県行政機関（本庁及び地方機関）の要請を受けて、ブロック単位あるいは県連盟単位で対応を協議します。

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム豊寿園入所申込書兼台帳

申込者連絡先	氏名		続柄		施設記入欄	申込日	平成 年 月 日
	〒					受付日	平成 年 月 日
	住所					受付番号	
	TEL					法人名	社会福祉法人 豊寿会
今後、郵便物などはこの連絡先にお送りします							
				施設名	特別養護老人ホーム豊寿園		

本人の状況	フリガナ			保険者(番号)			
	氏名			被保険者番号			
	生年月日	M・T・S . .	年齢	要介護度	1. 2. 3. 4. 5		
	認知症状の有無	□なし □ある 程度()		要介護度 認定期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		
	自宅住所	〒		電話番号			
	現在の居所 ※自宅以外に 居住している 場合に記入	□自宅で単身□高齢者のみの世帯 □自宅で家族と暮らしている □他の施設や病院には入っている					
		施設・病院の名称			所在地	〒	
		入所又は入院期間	平成 年 月から	電話			
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により常時十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 施設や病院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"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(あれば記入して下さい:)					
	本人の入所意向	□入所を希望している □迷っている □拒否している □知らせていない □認知力低下で理解困難					
	住居の状況	□自宅 □借家 □借間 平屋・二階・マンション等		居室の状況 和・洋・広さ 畳	介護に支障の有無 有り・なし 段差の有無 有り・なし		
	申込前月に 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	回/月	
	短期入所療養介護	日/月	その他の在宅サービス	()			

利用中の居宅介護支援事業者名	電話番号	担当 ケアマネ ジャー名				備考
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人口肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診中の医療機関 _____ 特記事項					
	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老建・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)(箇所) 既に申し込んでいる施設名() () () 今後申し込む予定の施設名() () () 現在特養待機期間(他施設も含む 年 ヶ月)					
主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他()				
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居□別居	
	主たる介護者の氏名				住所:	
					電話	
意見等 (現状の 介護で 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下さい))					
同居以外の 親族・援助 者の有無	1. 子 2. 兄弟・姉妹・親戚等 3. 親戚はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし					
地域の状況	特別養護老人ホーム(有・ない) 老人保健施設(有・ない) 病院・診療所(有・ない) 在宅サービス提供事業所(有・ない)					
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。 平成 年 月 日 氏名: 印						
同意書	今後、指定介護老人福祉施設「豊寿園」への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期について、保険者である市町村に報告することに同意します。 平成 年 月 日 氏名: 印					

※ 介護保険者証の写しを添付して下さい。

※ 要介護度や他施設へ入所等状況に変化があった時は、豊寿園までお知らせ下さい。電話(0823-66-3300)

※ 必要に応じて、施設より申し込み後の状況について確認や連絡をすることがあります。

豊 寿 園 入 所 申 込 書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 豊寿園
施設長 馬 明 信 也 様

	ご家族	住 所	
		名 前	印
申込者			
	ご本人	住 所	
		名 前	印

私は（特別養護老人ホーム 豊寿園）に入所を希望しますので、別紙のとおり入所申込書兼台帳を提出します。