

特別養護老人ホーム「さしまの家」 入居申込みについて

この度は、特別養護老人ホーム「さしまの家」へのお問い合わせありがとうございます。当施設では、「気兼ねなく暮らせる第二の我が家」を基本理念とし、一人ひとりが心地よい毎日を過ごしていただけるような施設にして参りたいと考えております。入居申込みにつきましては、入居申込書・入居申込書別紙に必要事項をご記入の上、指定先へご返送下さい。

※添付いただく資料もございますのでご注意ください。

指定先： 〒306-0504 茨城県坂東市生子1630-1
慈光学園 さしまの家 生活相談員 宛
電話番号： TEL 0280-33-6400

(注意事項)

1. 入居申込書記入に関しては、内容に不備や不正があった場合は、申込みを受理できない場合があります。
2. 申込み後に身体状況等に大きな変化（入院・他施設への入所を含む）が生じた場合には必ずご連絡をお願いします。
3. 入居判定につきましては、特別養護老人ホーム「さしまの家」“入居指針”に基づいて行います。（申し込み順ではありませんのでご了承下さい。）
4. 入居申込み後に情報収集のため面接のご連絡をする場合があります。但し、申込み者多数の場合、直ちに面接できない場合や開設時の受け入れができない場合もありますのでご了承下さい。
5. 特別養護老人ホーム「さしまの家」 “利用料金表（めやす）” “パンフレット”等をご確認の上、申込みをして下さい。
6. 提出して頂きました入居申込書の情報は、個人情報保護に関する法令及び厚生労働省のガイドラインに則り、大切に保管致します。

(同封資料)

1. 添付資料のお願い
2. 特別養護老人ホーム「さしまの家」 入居申込書（両面）
3. 特別養護老人ホーム「さしまの家」 入居申込書別紙
4. 特別養護老人ホーム「さしまの家」 入居指針
5. 特別養護老人ホーム「さしまの家」 利用料金表（めやす）
6. 入居までの流れ
7. 医療行為受け入れ予定一覧

添付資料のお願い

特別養護老人ホーム「さしまの家」の入居申込をいただく際、以下の資料を添付してください
ますようお願いいたします。

「添付資料」

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| ①介護保険被保険者証（写し） | 1部 |
| ②後期高齢者医療被保険者証（写し）または、その他医療保険証（写し） | 1部 |
| ③介護保険負担割合証（写し） | 1部 |
| ④介護保険負担限度額認定証（写し） <u>※申請されている方のみ</u> | 1部 |
| ⑤内服状況のわかるもの「おくすり手帳など」（写し） | 1部 |
| ⑥健康状態がわかるもの（主治医意見書等） | 1部 |
| ⑦ <u>在宅サービス利用者の場合</u> | |
| 直近3ヶ月分のサービス利用票・別表（写し） | 各1部 |
| <u>施設に入居されている場合</u> | |
| 施設サービス計画書（写し） <u>※申込時対象期間のもの</u> | 1部 |

※⑥⑦に関しましては、さしまの家担当者の方で、在宅のケアマネージャー様、または施設
ケアマネージャー様へ直接情報提供依頼として連絡し、取り寄せることも可能です。ご準備が
難しい場合にはご連絡ください。

また、ご不明点等ございましたらご連絡ください。

特別養護老人ホーム「さしまの家」入居申込書

申 込 日	令 和	年	月	日
受 付 日	令 和	年	月	日

※受付日は施設で記入します

申込代理人（手続きにお見えになった方）

フリガナ 氏 名		続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話番号 ()			
介 護 保 険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5		
認 定 期 間	年 月 日から 年 月 日			
健 康 保 険	種別		記号・番号	
年 金 等	種別			
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 利用中	病院又は施設	名 称	
			住 所	
		入院又は利用期間		年 月 日～
医療状況について	現在治療中の病気等について			
	医療処置・対応について右記の項目で該当する番号に○をつけて下さい。	1 経管栄養	2 膀胱カテーテル	3 人工肛門
		4 在宅酸素法	5 気管切開の処置	6 インスリン注射
		7 皮膚疾患（褥瘡、その他）	8 人工透析	9 中心静脈静養
		10 感染症 → MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ その他 ()		
		11 その他 ()		
かかりつけ医	病院名		医師名	
	住所		電話番号	

利用を希望する理由

該当するものすべてを選んでください

身寄りがなく介護者がいないため
介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため
介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため
介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため
介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため
施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため
その他（ ）

【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】

認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難
知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難
家族等による深刻な虐待により、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ない
特記事項（ ）

家族の状況	氏名 主介護者をチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	別居の場合	
						住所	電話番号
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

利用を希望する時期

今すぐ利用したい
 年 月頃までには利用したい

申込状況

当該施設にのみ申込している
他の施設にも申し込みをしている
 (他の施設名)

入居希望

従来型多床室 ・ ユニット型個室 ・ どちらでも可 ・ ショートステイから利用

特記事項

担当介護支援 専門員	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄

私は、利用申し込みの際し、

利用順位の決定方法
特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること
 について施設から説明を受けました。

令和 年 月 日

入居希望者 氏名 _____

申込代理人 氏名 _____

入居申込から入居決定までの流れ

- ① **お 問 合 せ** …… お問合せを頂き、入居相談等の日程調整を行います。
- ↓
- ② **入 居 相 談** …… 入居相談をお受けいたします。
- ↓
- ③ **書 類 受 付** …… 入居のご希望がありましたら、入居申込書をご記入いただき、必要書類を添付のうえ提出していただきます。
- ↓
- ④ **書 類 選 考** …… 入居申込書類を確認し、入居希望者様及びご家族様と面接したうえ、ご本人様の状況等を点数化し、順位をつけます。
- ↓
- ⑤ **入 居 事 前 面 接** …… 入居順位の上位になりましたら、入居希望者様、ご家族様と入居事前面接を行い、ご本人様の状態確認と、入居の意思確認を行います。
- ↓
- ⑥ **入 居 判 定 会 議** …… 申込書等を基に、施設の入居判定委員会にて入居判定会議を行います。
- ↓
- ⑦ **判 定 結 果 通 知** …… 判定結果の連絡を差し上げます。
診療情報提供書を提出していただきます。
※ご本人様の状態等に変化があった場合は、入居を見送りさせて頂く場合もありますのでご了承ください。
- ↓
- ⑧ **契 約** …… ご契約に加え、入居日などの詳細を打合せさせていただきます。
- ↓
- ⑨ **入 居** …… ご入居になります。

特別養護老人ホーム「さしまの家」 入居申込書別紙

入居希望者の心身及び日常生活動作について

① 日常生活動作状況

入居希望者氏名 _____

視力	日常生活に支障あり・日常生活に支障なし	眼鏡	あり・なし		
聴力	日常生活に支障あり・日常生活に支障なし	補聴器	あり・なし		
麻痺	なし・あり(部位: _____)	拘縮	なし・あり(部位: _____)		
移動	独歩・杖歩行・つたい歩き・歩行器・車いす(一部介助)・車いす(全介助)				
睡眠	良眠・不眠・ムラあり / 睡眠導入剤の使用(有・無)				
食 事	動作	自立・声かけが必要・一部介助・全介助			
	使用物品	箸・スプーン・フォーク・自助具・経管栄養(複数回答可)			
	食事形態	主食	米飯・全粥・ミキサー粥・ほか(_____)		
		副食	常菜・刻み(一口大)・極刻み・ミキサー食・ほか(_____)		
	義歯	なし・あり ⇒ 部分(上・下)・総(上・下)			
アレルギー	なし・あり(_____)				
排 泄	動作	自立・声かけが必要・一部介助・全介助			
	日中	パンツ・紙パンツ・紙おむつ・パット / ポータブルトイレ使用(有・無) / 尿器使用(有・無)			
	夜間	パンツ・紙パンツ・紙おむつ・パット / ポータブルトイレ使用(有・無) / 尿器使用(有・無)			
	尿意	あり・なし	便意	あり・なし	下剤服用
入 浴	動作	自立・声かけが必要・一部介助・全介助			
	浴槽	一般浴槽・介助浴槽・機械浴槽 / 必要介護用品(_____)			
	着替え	自立・声かけが必要・一部介助・全介助			

② 精神的な状況

認知症	なし・あり	認知症日常生活自立度	I・II・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
※担当ケアマネジャーにご確認下さい。(主治医意見書参照)				
理 解	自分の意志の伝達ができる	⇒はい・時々・いいえ	毎日の日課を理解している	⇒はい・時々・いいえ
	生年月日や年齢がわかる	⇒はい・時々・いいえ	直前のことを忘れてしまう	⇒はい・時々・いいえ
	自分の名前を言うことができる	⇒はい・時々・いいえ	今の季節がわかる	⇒はい・時々・いいえ
	自分のいる場所がわかる	⇒はい・時々・いいえ	徘徊することがある	⇒はい・時々・いいえ

日常生活で該当する番号に○をつけて下さい。(複数回答可)

1 物を盗られたなど被害的になることがある	9 作話をし周囲に言いふらすことがある
2 泣いたり笑ったりして感情が不安定になることがある	10 昼夜逆転することがある
3 しつこく同じ話をくりかえすことがある	11 大声をだすことがある
4 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことがある	12 一人で外に出たがり目が離せないことがある
5 色々なものを集めたり、無断で持ってくるがある	13 物を壊したり、衣類を破いたりすることがある
6 ひどいもの忘れがある	14 意味もなく独り言や独り笑いをすることがある
7 介護に抵抗することがある	15 話がまとまらず、会話にならない事がある
8 自分勝手に行動する事がある	

③ その他、介護の事で困っていることやさしまの家に希望することなどがありましたらありましたら記入して下さい

令和2年7月1日

特別養護老人ホーム さしまの家

入居指針

特別養護老人ホームさしまの家 入居指針

1 目的

この指針は、特別養護老人ホームさしまの家（以下「さしまの家」という）の入居に関する手続き及び基準を定め、入居希望者の施設サービスを受ける必要性、緊急性を勘案した入居決定を円滑に実施できるようにするとともに、入居決定過程における透明性、公平性を確保することを目的とする。

さしまの家は、この指針に基づき、施設の特性等を考慮したうえで入居評価基準を定め、それに則った適正な入居決定を行う。

2 入居対象者

入居対象者は、介護保険法に定める介護認定審査会において要介護3から要介護5と認定された者で居宅において介護を受けることが困難な者及び要介護1又は要介護2の者でさしまの家への特例的な入所（以下「特例入所」という）の要件に該当する者とする。

3 入居の申し込み

(1) 入居の申し込みは、「特別養護老人ホームさしまの家入居申込書」（以下「申込書」という）により行う。

(2) 申込書には、被保険者証の写し、後期高齢者医療被保険者証の写し、介護保険負担割合証の写しを添付する。

(3) さしまの家は、原則として入居を希望する者（以下「入居希望者」という。）及び家族と面接したうえで、申込みを受け付けるが、遠方の場合には郵送による受付も可能とする。

また、必要に応じて市町村の担当課や居宅介護支援事業者の介護支援専門員から状況を聴取する。

(4) さしまの家は、入居の申し込みを受理した場合は、受付簿等にその内容を記載して管理する。また、入居や辞退等の事由が生じた場合には、その内容を記載する。

(5) さしまの家は、入居希望者及び家族等に対して入居決定方法等の内容を説明し、申込書の「説明確認欄」に署名を受ける。

また、要介護度が変わった等、入居希望者の状況に変化があったときは、その変化の内容について、本人又は家族等から施設あてに報告するよう求める。

4 入居検討委員会

(1) さしまの家は、入居（要介護1又は要介護2の入居希望者が特例入所の要件に該当するか否かの判断（以下「特例入所判断」という。）を含む）に関する検討のための委員会を設け、入居者の決定及び特例入所判断は、その合議によるものとする。

- (2) 委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員及び介護支援専門員等で構成する。また、委員会には、第三者委員として施設所在地市町村の担当課職員を加えることとし、併せて、当該社会福祉法人の理事、評議員等を加えることができる。
- (3) 委員会は、施設長が招集し、原則として月に1回程度開催するものとする。ただし、入居申込みの状況及び空床状況等により、3月に1回まで開催時期を延伸することができるものとする。また、特段の必要がある場合は適宜開催することができる。
- (4) 委員会は、協議の内容（5（4）の保険者市町村の意見を含む）を記録し、2年間保存するとともに、県または市町村から求めがあったときは、これを提出する。

5 特例入所に係る手続き

- (1) さしまの家は、入居希望者が要介護1又は要介護2であって特例入所を希望する場合には、居宅において日常生活を営むことが困難な事由について、その理由等必要な情報を申込書に記載するよう求める。
- (2) 特例入所判断に際しては、入居希望者が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ことに関し、次に掲げる事情を考慮する。
 - ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。
 - エ 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) さしまの家は、委員会において特例入所判断を行うに当たっては、入居希望者の介護保険の保険者である市町村（以下「保険者市町村」という）に対して報告を行うとともに、「特例入所申込に係る意見照会書」により、適宜その意見を求める。
- (4) 保険者市町村は、（3）によりさしまの家から意見を求められた場合は、地域の居宅サービスや生活支援等の提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅における生活の困難度の聴取の内容等も踏まえ、さしまの家に対し「特例入所申込に係る意見書」を交付するものとする。

なお、さしまの家との調整により、当該意見書の交付に代えて保険者市町村の職員が施設の委員会に出席したうえで意見を表明することができるものとする。
- (5) 要介護1又は要介護2の入居希望者で（2）の特例入所の要件に該当する者については、例外的にさしまの家への入居の申し込みができるものであり、入居の決定に当たっては、他の入居希望者（要介護3以上の者）と同じく「6入居評価基準に

よる評価及び入居順位の決定」によることに留意する。

- (6) さしまの家と保険者市町村との間での必要な情報共有等が行われるのであれば、
(3) 及び(4) の取扱いと異なる手続きとすることを妨げないものとする。

6 入居評価基準による評価及び入居順位の決定

(1) 入居の必要性を評価する基準

さしまの家は、入居の申し込みを受けたときは、個別事情を調査し、次に掲げる項目について別表「入居評価基準」により評価を行うものとする。

- ア 要介護度
- イ 認知症の場合の日常生活自立度
- ウ 介護者の状況
- エ 在宅サービス利用率
- オ 近住性

(2) ランク付けと入居希望者名簿の作成

さしまの家は、(1) により評価した点数に基づいて下表のとおりランク付けを行い、ランク別に入所希望者名簿を作成する。

Aランク	Bランク	Cランク	Dランク
170点以上	160点以上	140点以上	139点以下

(3) 委員会による入居者の決定

さしまの家は、次に掲げる諸事情を考慮したうえ、各施設における最上位ランクより委員会の合議で入居順位を定め、空床が生じた場合、施設長は入居順位に従い入居者を決定する。

- ア 施設の状況
 - 居室やベッドの特性、男女構成及び施設の専門性等
- イ 入居希望者の諸事情
 - 認知症の行動・心理状態、医療ニーズ、家屋等の環境的要因、待機期間、経済的事由及び介護者の介護に対する理解及び精神的負担等

7 特別な事由による優先入居

さしまの家は、次に掲げる場合には、委員会の合議によらず施設長の判断により優先的に入居を決定すること（以下「優先入居」という）ができるものとする。ただし、要介護1又は要介護2の者にあつては5(2)のアからエまでで示す事情を考慮し、入居を決定する。

なお、施設長は、優先入居を実施した場合には、その後の委員会において報告する

ものとする。

(1) 市町村からの入居依頼

ア 老人福祉法第11条第1項第2号に定める措置委託があった場合

イ 家庭における虐待や介護放棄、事故や災害の発生等の事情により、市町村が緊急性を認め入居依頼があった場合

(2) 緊急性が認められる場合

入居希望者や介護者の心身の状態が急変（介護放棄、虐待等を含む）するなど、直ちに施設入居を必要とすると判断された場合

8 入居辞退の取扱いについて

入居希望者の都合により入居辞退があった場合には、辞退理由及びそのときの状況に応じて再び優先度の判断を行い、入居順位の繰り下げ等の取扱いを決定できる。

9 入居希望者名簿の更新

入居希望者名簿登載者については、申込（状況変化の報告があった場合はその報告）より、原則として半年毎に電話等による実態把握確認を行い、委員会において更新する。

10 市町村の担当課職員及び介護支援専門員への情報提供依頼

さしまの家は、入居希望者の状況をより詳細に把握するため、市町村の職員及び介護支援専門員に情報提供を依頼することができる。

11 指導及び助言

県及び市町村は、指針の適正な運用についてさしまの家に対し必要な指導・助言を行うものとする。

付 則

(1) 本指針は令和2年7月1日から施行する。

(2) 入居指針に基づく、各施設における入居評価基準による入居決定の運用は、令和2年8月1日から開始する。

(3) 本指針は、必要に応じ見直しを行うこととする。

(別表)

入居評価基準 (総点数 200 点)

1 要介護度 (60 点)

要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1
60 点	50 点	40 点	30 点	20 点

2 認知症の場合の日常生活自立度 (25 点)

Ⅳ以上	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	なし
25 点	20 点	15 点	10 点	0 点

※「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」による。

3 介護者の状況 (60 点)

項目	10 点	6 点	4 点	0 点
①主たる介護者の年齢	75 歳以上	65 歳以上	60 歳以上	60 歳未満
②主たる介護者の障害・疾病の状況	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
③主たる介護者の就労状況	8 時間以上 高齢で就労不能	4 時間以上 8 時間未満	4 時間未満	なし
④主たる介護者の育児・家族の病気	常時育児・看病 が必要	半日程度育児・ 看病が必要	随時育児・看病 が必要	なし
⑤他の同居者の介護補助	ほとんど無し	随時あり	常時あり	—
⑥別居している血縁者による介護の可能性	ほとんど無し	随時あり	常時あり	—

※単身生活者の場合は、①から⑤まで全て 10 点を加点し、計 50 点とする。

②「主たる介護者の障害・疾病の状況」

「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事等の ADL 全般の援助が困難な場合。「多少介護可」は、二つ程度の ADL 援助なら
できる場合

④「主たる介護者の育児・家族の病気」

高齢者 (65 歳以上) のみの世帯の場合は、10 点とする。

主たる介護者が複数の介護をしている場合は、④に含めて評価する。

⑤「他の同居者の介護補助」 ⑥「別居している血縁者による介護の可能性」

「随時あり」は週1～3日程度, 「常時あり」は週4日程度以上を目安として判断する。

4 在宅サービス利用率 (25点)

80%以上	60%以上	40%以上	40%未満	在宅生活困難により, 特養以外の施設に入所(入院)している
25点	20点	15点	10点	20点

※「在宅サービス利用率」とは, 支給限度基準額に対する実際のサービス利用額の単位の割合をいう。

※直近3ヶ月の在宅サービス利用率とする。なお, 特養以外の施設に入所等していた者で退所後3ヶ月を経過していない者においては, 入所前の直近3ヶ月か, それによりがたい場合には, 退所後2ヶ月または退所後1ヶ月の利用率とする。

※在宅サービス利用率の算定対象となるサービスは次のとおりとする。

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

5 近住性 (30点)

① 施設所在地と入居希望者または家族の居住地が同一市町村内である。(施設整備に係る意見書を交付した市町村を含む)	30点
② 施設所在地と入居希望者または家族の居住地が同一高齢者福祉圏域内又は県内の隣接市町村である	20点
③ 入居希望者または家族の居住地が茨城県内である	10点
④ 入居希望者または家族の居住地が他県の隣接市町村内である	5点

※高齢者福祉圏(構成市町村)

古河・坂東(古河市, 坂東市, 五霞町, 境町)

氏名()入居評価基準 (総点数200点)

Aランク	Bランク	Cランク	Dランク	入居評価基準
170点以上	160点以上	140点以上	139点以上	総点数200点

1 要介護度(60点)

要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1
60点	50点	40点	30点	20点

2 認知症の場合の日常生活自立度(25点)

Ⅳ以上	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	なし
25点	20点	15点	10点	0点

※「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」による。

3 介護者の状況(60点)

項目	10点	6点	4点	0点
①主たる介護者の年齢	75歳以上	65歳以上	60歳以上	60歳未満
②主たる介護者の障害・疾病の状況	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
③主たる介護者の就労状況	8時間以上 高齢で就労不能	4時間以上 8時間未満	4時間未満	なし
④主たる介護者の育児・家族の病気が必要	常時育児・看病が必要	半日程度育児・看病が必要	随時育児・看病が必要	なし
⑤他の同居者の介護補助	ほとんど無し	随時あり	常時あり	—
⑥別居している血縁者による介護の可能性	ほとんど無し	随時あり	常時あり	—

※単身生活者の場合は、①から⑤まで全て10点を加点し、計50点とする。

4 在宅サービス利用率(25点)

80%以上	60%以上	40%以上	40%未満	在宅生活困難により、特養以外の施設に入所(入院)している
25点	20点	15点	10点	20点

5 近住性(30点)

① 施設所在地と入居希望者または家族の居住地が同一市町村内である。(施設整備に係る意見書を交付した市町村を含む)	30点
② 施設所在地と入居希望者または家族の居住地が同一高齢者福祉圏域内又は県内の隣接市町村である	20点
③ 入居希望者または家族の居住地が茨城県内である	10点
④ 入居希望者または家族の居住地が他県の隣接市町村内である	5点

※高齢者福祉圏(構成市町村)古河・坂東(古河市、坂東市、五霞町、境町)

特別養護老人ホームさしまの家 医療行為受け入れ可能一覧

R6.11.1現在

医療行為名	受け入れ可否	備考
MRSA	○	
ペースメーカー	○	
褥瘡	△	ステージⅠまで(回復の見込みがあれば)受け入れ可
インシュリン	△	看護師勤務時間帯で対応可能であれば受け入れ可
在宅酸素療法	△	痰吸引等ご本人の状況を伺って検討
痰の吸引	△	夜間の痰吸引は対応しておりません
膀胱留置カテーテル	△	専門医による挿入が必要な場合には通院していただきます
人工肛門	△	皮膚の状態等ご本人の状況を伺って検討
経管栄養(胃ろう)	×	
経管栄養(鼻腔)	×	
人工膀胱	×	
気管切開	×	
人工透析	×	
中心静脈栄養	×	

実態調査表

調査日：令和 年 月 日

調査員名： _____

本調査表に記載されている内容は入所検討の書類とし、本施設以外に漏れることはありません。

フリガナ			男 ・ 女	生年月日	
名前				T・S	年
住所	〒		TEL		
緊急連絡先	1. 氏名		(続柄:)	TEL	
	2. 氏名		(続柄:)	TEL	
	3. 氏名		(続柄:)	TEL	
介護保険	支援 : 1 2 要介護 : 1 2 3 4 5			区変中 (/ 付け)	
認定期間	R 年 月 日		~	R 年 月 日	
介護保険番号			ケアマネ事業所		
			担当ケアマネ		
医療保険	種別		記号・番号		
マル福受給	なし あり		身障者手帳 なし あり ()		
年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ その他				
現在の状況	自宅 ・ 入所中 ・ 入院中		家族構成		
	病院又は施設名 :				
	入院・入所期間 : ~				
他施設への申込	なし ・ 有り ()				
かかりつけ医	病院名 :		生活歴		
	主治医 :				
	病院名 :				
	主治医 :				
現病歴 既往歴	診断年月日				
疾患・ 感染症等に 関する 特記事項					
予防接種	コロナワクチン		回接種	年	月 日
	インフルエンザ			年	月 日
	肺炎球菌			年	月 日
	()			年	月 日
居室の希望	ユ ・ 多	負担限度額認定証		有 (段階) ・ 対象外 ・ 申請なし	
本人の意向			その他		
家族の意向					

ADL（日常生活動作）			
寝返り	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
起き上がり	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
座位保持	出来る 支えがあれば出来る 出来ない		
立ち上がり	掴まらないで出来る 掴まれば出来る 出来ない		
立位保持	支えなしで出来る 支えがあれば出来る 出来ない		
歩行	独歩 杖歩行 伝い歩き 歩行器 車いす		
移乗	出来る 一部介助 全介助		
車椅子	自走 一部介助 全介助		
麻痺	有（左上肢 右上肢 左下肢 右下肢）・無		
褥瘡	有・無	皮膚疾患	有・無
下肢筋力低下	有・無		
拘縮	有（肩 膝 股関節 その他）・無		
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	食欲	旺盛 普通 低下
	使用食器 箸 スプーン フォーク エプロン		
	食事形態 主：米飯 全粥 ミキサー 水分トロミ：無・有 副：常食 刻み（1口大） 極刻み ペースト		
	禁食 無・有（ ） 嫌いな物 無・有		
	アルコール 可・不可 ※行事等で提供されることがあります		
	制限食 無・有（塩分 g・Kcal・水分 CC		
口腔	自歯（有・無）・義歯（上 下 部分）		
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助		
	日中 布パンツ Rパンツ パット オムツ トイレ Pトイレ		
	夜間 布パンツ Rパンツ パット オムツ トイレ Pトイレ		
	尿意：有・無 便意：有・無		
入浴	個浴 機械浴 寝台浴		
洗身	自立 見守り等 一部介助 全介助		
着脱	自立 見守り等 一部介助 全介助		
コミュニケーション能力	有・無		
聴力	会話に支障なし 普通の声がやっと聞こえる ほぼ聞こえない（補聴器 有）		
視力	普通 ほとんど見えない 見えない（眼鏡 有） 近眼 老眼 遠視 乱視 白内障 緑内障 その他（ ）		
ベッド	可・布団		
睡眠	良眠 不眠 ムラあり・睡眠導入剤の使用 有・無		
医療行為	○在宅酸素療法 ○ペースメーカー △膀胱留置カテーテル 褥瘡 △インスリン その他（ ）		
精神状態	正常 / 認知症 不安 抑うつ状態 興奮 幻覚 妄想 せん妄 睡眠障害		
行動障害	攻撃的行為 自傷行為 火の扱い 徘徊 不穏興奮 不潔行為 異食行為		
備考		：	起床 排泄回数（日中） 朝食 ：
		：	昼食 ：
		：	夕食 ：
		：	就寝 排泄回数（夜間）