

## アルテンハイム鹿児島入居をお待ちの皆さまへ

アルテンハイム鹿児島を入居希望頂きまして、ありがとうございます。

平成27年4月より厚生労働省の指針のもと、指定介護老人福祉施設の入居に関する取り扱いが改正され、介護の必要性の程度及び家族等の状況を勘案し、施設利用者の必要性が高いと認められる方の優先入居に努めることが義務化されました。

アルテンハイム鹿児島においても、ご本人やご家族の状況により、入居順位の調整がなされることとなりますが、単に事務的な調整に終わらせず、施設サービスを必要としている方々に、出来るだけご希望に合わせたサービス提供が出来ますよう努力して参ります。つきましてはご面倒ですが、指定の入居申し込み用紙を記入のうえ、提出して頂きたいと思っております。入居申込用紙記入について、ご不明な点がございましたら、アルテンハイム鹿児島までお問い合わせ下さい。また、状況によりましては、こちらから問い合わせさせていただくこともあるかと思っております。その際にはご協力お願い致します。お手数をお掛けしますが、宜しくお願い致します。

### ○入居申し込みに必要な書類

- ・入居申し込み書(4枚組【裏表なら2枚組】)
- ・介護保険負担割合証のコピー(介護保険の負担割合が記載されているもの)
- ・介護保険被保険者証のコピー(要介護度が記載されているもの)
- ・介護保険負担限度額認定証のコピー(該当者のみ)

### ○入居までの流れ

- ・入居申し込み書等の必要書類を提出して頂きます。

↓

- ・施設は厚生省が定めた「入居判定基準」に基づき、入居検討委員会を3ヶ月間隔で開催し点数化します。

※入居検討委員会には施設長・生活相談員・施設介護支援専門員・看護の他に地域の保健福祉関係者3名以上で組織されます。

↓

- ・委員会が作成した入居順位名簿により入居が決定し、順位が近づいた場合はアルテンハイム鹿児島担当よりご連絡致します。

※判定会の結果である順位はお伝えすることを控えさせていただいております。

ご理解とご協力をよろしくお願い致します。

### 〈問い合わせ先〉

〒890-0062

鹿児島県鹿児島市与次郎1丁目4-18

介護老人福祉施設 アルテンハイム鹿児島

施設長 牧元 里恵子

TEL099-230-7777

担当 生活相談員 柿木



※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※口欄は、該当するものに×を記入してください。

### 指定介護老人福祉施設等入所申込書

入 所 を 希 望 す る 者	フリガナ		保 険 者 名	
	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳	性別 ( 男 ・ 女 )	
	現 住 所	〒 - 電話番号 - -		
認 定 状 況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 区分変更申請中 (平成・令和 年 月 日申請) 更新申請中 (平成・令和 年 月 日申請)			
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない 認定申請中 (平成・令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている			
世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がいない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる		
入所を希望する理由	<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」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <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			
指定介護老人福祉施設 アルテンハイム鹿児島 施設長 吉井 満寛殿  貴施設に入所を希望するため申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。  令和 年 月 日 (申込者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 (続柄) _____				

提出者 (連絡先)

氏名 :	続柄 :	電話番号 :
〒 :	住所 :	

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※□欄は、該当するものに×を記入してください。

◎介護者・家族等の状況

家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
主 た る 介 護 者	フリガナ		年齢	本人との関係	備考		
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人々の看病等があり、介護困難な状態である ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である ( <具体的に> ) <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年      月頃から介護している (期間: 約      年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____ ) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____ )					
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]					

申込者名

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等 の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている { ・施設名又は医療機関名： _____ ( _____ 市・町・村) ・所在地： _____ ・入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所(入院)している。 ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。( いる ・ いない ) } <input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した { ・入所していた施設名： _____ ( _____ 市・町・村) ・退所した時期：平成・令和 年 月退所 } <input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 { _____ }
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない(理由) <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である(理由) その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 { _____ }
	認知症などの状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない { <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど) <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にする) <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) }
入所希望者が要介護1・2の場合	特例入所の申立	<u>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。</u> <u>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。</u> <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・行動や意志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・行動や意志疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 ※具体的状況 { _____ }

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

入所希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <現在療養中の病気・特記事項等>			
		主治医	(病院名)	(医師名)	(住所)
			(電話番号)	—	—

介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員 氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	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		
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
	在宅サービス利用率	% (直近3ヶ月の平均)		
	意見等	[ 特例入所の要件 (※要介護1・2の場合のみ) に該当するかや、入所の必要性 緊急性などの意見を記入してください。 ]		
※要介護1・2の方の「特例入所」の要件 ①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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 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。				

施設記入欄	入所申込書受付日	令和	年	月	日
	入所決定日	令和	年	月	日