

施設入居ご希望の皆様

この度は、利用申し込みの件でお問い合わせいただきありがとうございます。
ご依頼のありました「入所申込書」を送付させていただきます。
必要事項をご記入の上、添付書類と合わせてご返送ください。
仙台市の【特別養護老人ホーム優先入所指診】に基づき点数化し、原則点数の
高い方から優先的に入所して頂くことになります。

◆添付書類

1. 介護保険証のコピー
2. 主治医の意見書相当の内容のもの

※主治医の意見書相当の物については担当ケアマネージャーにご依頼ください。

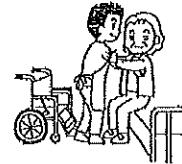
尚、ご不明な点がございましたら、お手数ではございますが下記までお問い合わせください。

問い合わせ先
仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-16
TEL 022-214-0185
担当 生活相談員
古積 長岡

特別養護老人ホームへの円滑な入所のために

仙台市老人福祉施設協議会
仙 台 市

入所指針のご案内



1. 指針作成の趣旨

市内の老人福祉施設で構成する仙台市老人福祉施設協議会と、仙台市は共同で、入所の必要性が高い方から円滑に入所できるように、入所の必要性について、要介護度や認知症の程度、介護者の状況等の基準(下記参照)に基づいて点数化し、原則として点数の高い方から入所して頂くという内容の「特別養護老人ホーム優先入所指針」を作成しております。

この指針に基づいて入所決定が行われることで、入所の必要性が高い方から入所できるだけでなく、入所決定過程の透明性・公平性が確保されることで、入所決定に係る市民の皆さまの不安の解消に役立つものと考えております。

なお、平成27年4月1日以降、新たに入所する方については原則要介護3以上に限定されますが、要介護1又は2の方であっても、老人福祉施設以外での生活が著しく困難と認められる場合は、特例的に施設への入所が認められます。(以下「特例入所」という。) (特例入所の要件は裏面参照)

2. 優先入所基準の概要

次の要因ごとに100点満点で申込者の状況を点数化し、合計点数の高い方から優先して入所できます。

① 本人の状況 40点満点

要介護度等により点数化。要介護度5:40点～特例入所(介護サービス供給等不十分)の要介護1又は2:20点。ただし認知症による加算等あり。

② 介護者の状況 30点満点

介護者がいない場合:30点

介護者がいる場合:主たる介護者の身体・就労・年齢状況により30点～5点

③ その他の個別事情 30点満点

施設毎に申込者が置かれている状況等を考慮し、配点を定めます。

①②は市内各施設共通の基準、③は各施設でそれぞれ基準を設定しています。

3. 特例入所の要件

平成 27 年 4 月 1 日以降、新たに入所する方で、要介護 1 又は 2 の方は次のいずれかの要件に該当することが必要となります。

□ 認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態である。

(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:Ⅲa 以上の方)

□ 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、在宅生活が困難な状態である。

(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:Ⅲa 以上の方)

□ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。

□ 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

4. 申し込み方法

「入所申込書兼状況調査票」※に必要事項を記入の上、入所を希望される市内の特別養護老人ホームへお申し込みください。

※本市ホームページからダウンロードできます。また、次の施設にも備え付けてあります。

○各区役所障害高齢課, 総合支所保健福祉課

○市内の特別養護老人ホーム, 市内の地域包括支援センター

5. 問い合わせ先

○申し込み手続きについては

申し込みを希望される市内各特別養護老人ホームへ

○制度に関することについては

健康福祉局介護保険課(022-214-8318直通)

青葉区役所障害高齢課介護保険係(022-225-7211代表)

宮城総合支所保健福祉課福祉係 (022-392-2111代表)

宮城野区役所障害高齢課介護保険係 (022-291-2111代表)

若林区役所障害高齢課介護保険係 (022-282-1111代表)

太白区役所障害高齢課介護保険係 (022-247-1111代表)

秋保総合支所保健福祉課福祉係 (022-399-2111代表)

泉区役所障害高齢課介護保険係 (022-372-3111代表)

特別養護老人ホームアルテイル青葉
入所申込書兼状況調査票

施設名 アルテイル青葉 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

申請者 (身元保証人)	氏名(ふりがな)				続柄()		
	住所	〒					
	電話	()	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
本人の 状況	介護保険 被保険者番号	※健康保険被保険者番号ではありません。お間違いないようお願いします。					
	氏名(ふりがな)				男	・	女
	住所	〒					
	電話	()	明・大・昭	年	月	日生	歳
	要介護度	1・2・3・4・5	他の特養申請状況	件			
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている					
		<input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 ()					
		担当相談員氏名() 連絡先() 入所又は入院時期(年 月～) 退所予定又は退院予定時期(年 月頃) 「入院」の場合は、入院となった理由をご記入下さい。					
	在宅サービスを利用されている方は☑し頻度を記載下さい。 <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()						
	日常生活 の状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (車椅子・歩行器・杖)を使用		
食事		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養		
排泄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 (紙オムツ・リハビリパンツ)を使用			
入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
視力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用 あり・なし)			

聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴	(補聴器使用 あり・なし)
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> できない	

本人の状況	ある・なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。)		
	次にあげるような症状がありますか？あてはまるものの番号すべてに○をつけてください。		
	<p>1. 記憶力の低下(寸前の記憶がなく、同じ事を繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。)</p> <p>2. 理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解する事が困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。)</p> <p>3. 見当識の障害(今の時期や今いる場所、今一緒にいる人までもが解らない事がある。)</p> <p>4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくる事がある。又不安からか真夜中に奇声を発したり、ごそごと動き回ったりする。)</p> <p>5. 徘徊(目的なく歩き続けたりする。)</p> <p>6. 帰宅願望(「家に帰ると落ち着かなくなる。)</p> <p>7. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」等の実際に無い事を訴える妄想が起こったり、又、見えない物が見えたり、誰もいないのに会話をしたりする。)</p> <p>8. 収集癖(自分の物ではない物や、必用でない物等を持ち帰る行動がみられる。)</p> <p>9. 異食(食べられない物を口に入れる)</p> <p>10. 介護に抵抗する事がある。</p> <p>11. 暴言・暴行・大声をあげる事がある。</p> <p>12. その他()</p>		
	認知症の診断名:		
日常生活の自立度(不明の場合は担当ケアマネージャーに確認して下さい)			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M			
主治医	現在右記のような処置を受	経管(鼻腔栄養) ・ 胃ろう ・ 在宅酸素 インスリン ・ 透析 ・ 人工肛門 ・ 痰吸引 留置カテーテル ・ 褥瘡処置 ・ 点滴	

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

介護を行っている方の状況	同居・別居にかかわらず、介護を行なっている方についてお書き下さい。	氏名(ふりがな)	生年月日(年齢)	続柄(主たる介護者に◎)	同居の有無	仕事の有無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
		()	()	()	同居・別居	フルタイム・パート・無
	①介護を行っている方は、障害やご病気をおもちですか？病名等をお答えください。(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書き下さい。)	障害・病気が(ある・ない) 病名:		※要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	身体障害者手帳のお持ちの方は、何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級)	障害名をお書き下さい。				
	療育手帳をお持ちの方はAかBかお答え下さい。	A(重度)・B(中度・軽度)				
	上記以外の場合にお書き下さい。					
	②複数人の介護・育児をしている・いない	どなたを介護していますか？				
ケアマネージャーはどこに頼んでいますか	居宅介護支援事業者名		担当者名		電話番号	
当施設をどこで知りましたか	ケアマネージャー	知人	ホームページ			
	その他 ()					
本人や身内の方で青葉福祉会のサービスを利用した事がありますか	<input type="checkbox"/> ある 事業所名: <input type="checkbox"/> なし					
【申し込み理由】 特に知らせておきたい事(居住環境の事情により在宅生活が困難。病院や施設から退院・退所を迫られている。経済的な理由から多床室を希望している。等)や当施設のケアを強く希望されている理由等がございましたら併せてご記入ください。						

* 要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件に☑の上、理由も記入して下さい。

特例入所の該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため。
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため。
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態のため。
	<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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため。
	(指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由)

ご本人の状況をより詳しく把握するために、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・押印をお願いします。

氏名(本人)

印

代筆者

印

* 申し込みをされた後に、入所を希望されるご本人の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行なっている方の状況等に変化が合った場合は、アルテイル青葉まで速やかにご連絡下さいますようお願い致します。