

入所申込のご案内

1. ご利用できる方

- (1) 介護認定で要介護3～5の認定を受けている方
- (2) 専門的な医療行為や病院の入院が必要のない方（詳しくは生活相談員にご確認ください。）

2. お申し込みについて

- 申し込み必要書類を窓口へ直接お持ちいただくか、郵便にてお申し込み下さい。
- 記入漏れ、書類不備のないように、ご確認をお願いします
- 要介護度に変更がありましたら、ご連絡をお願いします。
- 入所の緊急性が高い方より入所選考を行います。
- お申し込み後、他施設等に入所の場合、事情によりキャンセルされる場合は、ご連絡をお願いします。

3. 必要書類

1. 特別養護老人ホーム 入所申込書兼台帳（標準様式1）
 2. 特別養護老人ホーム 入所選考調査票（標準様式2）
 3. 介護保険認定調査票の写し
 4. 直近3か月分のサービス利用票及びサービス利用票別表の写し
 5. 介護保険被保険者証の写し
 6. 介護保険負担割合証の写し
 7. 介護保険負担限度額認定書の写し（お持ちの方のみ）
-
1. 特別養護老人ホーム 入所申込書兼台帳（標準様式1）
入所希望のご本人もしくはご家族等でご記入ください。
 2. 特別養護老人ホーム 入所選考調査票（標準様式2）
居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャー等に記入して頂いてください。現在、介護老人保健施設等に入所中の方は、その施設のケアマネージャー等に記入して頂いてください。病院に入院中の方は、相談員、看護師長等、ご本人の状況をよくご存知の方に記入のご依頼をお願い致します。
 3. 介護保険認定調査票の写し
お持ちでない場合は、担当のケアマネージャー様にご確認下さい。
 4. 直近3か月分のサービス利用票及びサービス利用票別表の写し
在宅サービス（デイサービス、ショートステイ等）をご利用されている方はご用意ください。

大阪府 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等

入 所 選 考 指 針

1 趣旨及び目的

この指針は、国の省令改正等に基づき、指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕及び指定地域密着型介護老人福祉施設〔地域密着型特別養護老人ホーム〕（以下「施設」という。）における入所選考に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性及び公平性を確保するとともに、施設における入所選考の合理的かつ円滑な実施に資するため、大阪府、府内の保険者である市町村・広域連合（以下「市町村等」という。）及び大阪府社会福祉協議会老人施設部会と協議し、優先入所に関する指針として共同で策定するものである。

2 入所の対象となる者

入所の対象となる者は、要介護3以上と認定された者のうち、居宅において日常生活を営むことが困難な者とする。ただし、要介護1又は2の者のうち、次に掲げるいずれかの場合で、施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合は、介護保険の保険者（以下「保険者」という。）の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所選考委員会を経て、特例的に入所（以下、「特例入所」という）を認めることとする。

【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等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等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
- ・ 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

3 入所の申込み

(1) 申込方法

入所の申込みは、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及び原則として居宅介護支援事業者、施設等の介護支援専門員等（以下「ケアマネジャー等」という。）の意見を付した入所選考調査票により、本人又は家族等から施設に対

して行うこととする。要介護1又は2の場合は、特例入所の要件に該当し施設以外での生活が著しく困難な理由を、入所申込書に付記する。その際、ケアマネジャー等は、申込みに際して必要な援助を行うものとする。

(2) 添付資料

施設への申込みに当たっては、介護保険被保険者証（写）、要介護認定調査票の基本調査（写）、直近3か月分のサービス利用票（写）、サービス利用票別表（写）を添付した上で行うものとする。

(3) 受付簿の管理

施設が申込書（特例入所を含む）を受付した場合は、受付簿にその内容を記載して管理するものとする。また、辞退や除外等の事由が生じた場合は、その内容を記録するものとする。

(4) 特例入所について

特例入所の要件に該当する場合は、施設から保険者に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が、特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたり、適宜その意見を求めるものとする。

4 入所選考委員会

(1) 施設は、入所の選考に係る事務を行うため、合議制の委員会（以下「入所選考委員会」という。）を設置するものとする。

(2) 入所選考委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で構成する。なお、入所選考委員会には施設以外の第三者（地域の代表として選任されている当該施設を運営する社会福祉法人の評議員や福祉サービスに関する苦情解決の仕組みにおいて選任することとされている第三者委員等）が参加することが望ましい。

(3) 施設は入所選考委員会において特例入所対象者の選考を行うとき、入所の必要性の高さを判断するため、保険者に対して適宜意見を求めるものとする。また保険者は施設に対し適宜意見を表明することができる。

(4) 入所選考委員会は、施設長が招集し、原則として毎月1回開催するものとする。

(5) 入所選考委員会は、入所選考者名簿（以下「選考者名簿」という。）を調製するとともに、これに基づき入所順位の決定を行う。

(6) 施設は、入所選考委員会を開催したときは、その協議の内容（保険者の意見を含む）を記録し、これを5年間保存するものとする。

(7) 施設は、保険者又は大阪府から求めがあったときは、上記の記録を提出するものとする。

(8) 施設は、入所選考の結果、特例入所対象者の入所が決定したときは、保険者に報告を行うものとする。

5 選考者名簿の調製

(1) 調製方法

選考者名簿は、入所申込者に対して、別表に定める基本的評価基準による評価と個別的评价事項を総合的に勘案し、上位の者から登載する。

【基本的評価基準】

- ①要介護度
- ②介護者の有無
- ③在宅サービスの利用率
- ④地域性による評価

【個別的评价事項】

施設は、基本的評価基準項目以外で、緊急性、性別、ベッドの特性、施設の専門性、遠隔地の利用者を親族の居住地付近の施設に入所させる場合の配慮、家族の介護量や経済的事由により在宅サービスの利用度が低位な者に対する配慮、その他特別に配慮しなければならない個別の事情などの、個別的に評価する事項について独自に評価方法を設定し、評価するものとする。

(2) 調製時期

選考者名簿は、入所選考委員会を開催するごとに調製する。

6 特別な事由による入所

次に掲げるいずれかの場合は、施設長は、入所選考委員会の協議によらず申込者の入所を決定することができる。その場合において、施設長は、事後の当該委員会で報告をするものとする。

- (1) 災害又は事件・事故等により緊急に入所が必要と認められ、かつ、入所選考委員会を招集する余裕がない場合
- (2) 老人福祉法（昭和 38 年 法律第 133 号）第 11 条に規定する措置委託を行う場合
- (3) 特例入所制度（厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定の方法の一部改正について（平成 12 年 11 月 21 日付け厚生省老人保健福祉局振興課長・老人保健課長通知）第 1 に規定する特例利用をいう。）の運用をする場合

7 その他の取扱い

(1) 既入所申込者の取扱い

施設は、保険者と協力し、本指針に基づく入所決定運用の際、既に各施設へ入所の申込みをしている者に対して、本指針を周知するとともに、要介護1又は2の者については、特例入所の要件に該当するか否かの確認を行うものとする。

(2) 辞退者の取扱い

入所に際して入所意思の再確認をしたにもかかわらず、申込者の都合により一時辞退があった場合は、その申込者の順位を繰り下げる。ただし、本人の入院等やむを得ない理由により一時辞退をする場合は、順位を保留するものとする。また、順位を繰り下げた後に再度の辞退があった場合は、改めて施設利用が必要となるまでの間、受付簿から除外することができる。

(3) 施設入所者等の取扱い

他の介護保険施設又は病院等に入所（入院）している者で、当該施設から退所（退院）を求められているもののうち、在宅復帰が極度に困難な者については、次に掲げる方法のいずれかにより入所選考委員会の協議を経て入所の順位を決定することができる。

ア 選考者名簿の調製に当たっては、基本的評価基準による評価を行う際の当該者の在宅サービス利用率については、40%以上60%未満に該当するとみなして評価を行うが、それ以外の評価事項については、他の申込者と同様に取り扱うこと。ただし、入所（入院）直前の在宅サービス利用率が60%以上の場合には、その率に該当するものとして評価すること。

イ 施設が独自に適切な基準を設ける場合は、それにより評価すること。この場合において、選考者名簿の上位登載者と比較考量して、バランスを欠くことのないよう、入所の必要性及び優先性について慎重に審査し、その認定理由を記録すること。

8 適正運用

- (1) 府及び市町村等は、本指針をそれぞれ公表するとともに、本指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言を行うものとする。
- (2) 施設は、本指針に基づき適正に入所の選考・決定を行うものとする。
- (3) 施設は、入所希望者等関係者に対して、本指針の内容について適切な説明をするものとする。
- (4) 施設は、必要に応じて入所選考に係る説明又は資料の開示を行う場合に、適切な対応ができるよう、予め責任者や窓口を明確にしておくとともに個人のプライバシー等個人情報の取扱いについて細心の注意を払い、その保護に当たるものとする。
- (5) 施設の職員及び入所選考委員会の第三者の委員は、業務上知り得た入所希望者やその家族に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とする。
- (6) 市町村と関係団体が当該市町村に所在する施設を対象として、本指針と同様の趣旨で

指針を策定する場合は、本指針は適用しない。

9 附 則

- (1) 本指針は、平成15年1月1日から施行する。
- (2) 施設における、指針に基づく入所決定の運用は、平成15年4月1日から開始する。
- (3) 本指針は、指針の運用に重大な支障がある等、見直す必要が生じた場合は、随時見直すこととし、見直しに当たっては本指針を共同策定した三者で協議するものとする。
- (4) 本指針は、平成17年1月31日から施行する。
- (5) 本指針は、平成27年2月27日から施行する。
- (6) 施設における、指針に基づく入所決定の運用は、平成27年4月1日から開始する。

【参 考】

- ・「大阪府指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年大阪府条例第117号）
- ・「大阪府特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年大阪府条例第114号）
- ・「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」（平成26年老高発第1212第1号 厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）

別表 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		在宅サービス	80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満
			25				
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)

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	申込日	年	月	日
	〒	-	受付日	年	月	日
	住所:		受付番号		担当者名	
			法人名			
	電話:		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と思われる項目に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。										
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)										
	自宅住所	〒	-	電話番号		市外局番	()					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 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"/> 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。)	<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」、「障がい」、「疾病」等により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困難なため。 <input type="checkbox"/> 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。 <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"/> 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()										
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難										
	在宅介護継続期間	年	月	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 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									

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)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 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 _____ 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 電話番号 _____ 市外局番 _____ ()
	主たる介護者氏名		男・女	満歳		
	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	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 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。

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		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

事業所名		連絡先電話番号	
担当ケアマネジャー氏名		職種	

基本的評価基準

ケアマネジャー 年 月 日 欄 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 点
			□未利用	□入院・入所中		
	3・4・5 1・2 (特列入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 ・その他の世帯		%	同一市町村・ 圏域内、隣接市	
点数		点		点	点	

	<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が全くいない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる</p> <p><input type="checkbox"/> 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:)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる</p> <p><input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる (人)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/> 極めて困難</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 検討の余地あり</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【在宅生活に支障のある状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難</p>	<p><input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等) が受けられない</p> <p><input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【住環境】</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭い等)</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【参考項目】</p> <p>・ 家族の負担感</p> <p><input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい</p> <p><input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・ 意思疎通</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難</p> <p><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題はない</p> <p>・ 入所について</p> <p><input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向</p> <p><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している</p> <p><input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる</p>
--	---	---

【特記事項】

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	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
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 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				