

調査票

記入日		令和	年	月	日	記入者	氏名		入所申込者との関係			
							所属名					
							所属住所	〒				
							電話	() -				
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	施設記入欄	
	氏名											
	現住所	〒										
	医療状況	現在治療中の病名										
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名										
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入) により算出										
入所申込者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可				移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				/							
認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ()] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし											
手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ()) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ()) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())											

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> その他 内容: _____)	
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

介護支援専門員等の意見書

〔介護支援専門員等 ⇄ 施設〕

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)	
所属名 (施設名・病院名)	
所属住所	
電話番号	() -

記入年月日	令和 年 月 日	記入者氏名		
介護支援専門員等の意見	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ			
	入所申込者氏名			
現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。) 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】				
入所についての本人及び家族の意思				
その他特記すべき事項等				

※深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員、病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出する。(作成は任意であり、入所申込時に添付する必要はない)

特別養護老人ホームへの入所申込の流れ

(平成27年4月1日～)

●平成27年3月31日以前から施設入所している要介護者は、4月1日以後に要介護1・2に変更になっても引き続き入所可能

●平成27年3月31日以前から入所申込をされている要介護1・2の方は、新たな手続きは不要(特例入所の要件に該当すると考えられる方は、施設に申し出ること)

介護支援専門員等

「調査表」は、介護支援専門員等、入所希望者の状況をよく把握している者に記載を依頼。

特別養護老人ホームへの入所申込は、原則介護支援専門員等の関与のもとに行う。

原則

要介護
3～5

入所希望者本人

若しくは

例外

要介護
1～2

その家族

「入所申込書」、「調査票」、「サービス利用票・別表(写)」、「直近3ヵ月分」、「被保険者証(写)」

申し込み

「入所申込書」、「調査票」、「サービス利用票・別表(写)」、「直近3ヵ月分」、「被保険者証(写)」

申し込み

特別養護老人ホーム

入所検討委員会

制度説明・特例
入所要件の確認

①施設は、「報告書」で要介護1・2の入所申込者を報告し、「意見書」により保険者市町に意見を求める(要介護1・2の入所申込者のみ)
②保険者市町は、申込者を担当する介護支援専門員からの聴取等を踏まえ、意見書で意見を表明できる

意見照会
原則要介護
1・2のみ

保険者市町

回答

【特例入所(要介護1・2の方が入所できる)要件】

- 認知症や知的・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られ、在宅生活が困難
- 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱で、家族等からの支援が期待できず、かつ地域の介護サービスや生活支援の供給が十分に認められず、在宅生活が困難等