

## 介護老人福祉施設あくなみ苑に係る入所指針

### 1 目的

介護老人福祉施設あくなみ苑（特別養護老人ホームをいう。以下「施設」という。）の入所に関する基準を明確にし、入所にいたるまでの過程の公平性・透明性を確保することにより、介護保険制度の理念に則った施設入所を円滑に進めることを目的として、この指針を定める。

### 2 入所検討委員会

施設は、入所の選考に係る事務を行うため、入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

#### (1) 委員会の構成

委員会は、施設長、生活相談員、看護職員、介護支援専門員等の関係職員等で構成する。ただし、検討過程の公平性を確保するため、委員会が必要と判断した場合は、第三者委員（当該法人の評議員等をいう。）の参加を求めることができる。

#### (2) 委員会の運営

委員会は、原則として月1回開催する。ただし、次項の優先入所対象名簿を更新、補充する等必要が生じた場合には、随時開催する。

#### (3) 委員会の事務

委員会は、別に定める介護老人福祉施設あくなみ苑入所申込及び優先入所検討要領

(以下「要領」という。)に基づき、入所申込者名簿における優先入所対象者の選定及び入所順位の決定を行い、優先入所対象者名簿の作成を行う。

#### (4) 記録の保管及び公表

① 施設は、優先入所対象者の選定過程、入所順位の決定及び入所対象者の決定に関する記録を2年間保存するものとする。

② 施設は、市町村又は都道府県からの求めがあったときは、入所申込者及び家族のプライバシーに配慮した上で、記録を提出するものとする。

### 3 入所決定手続き等

施設入所の申込みその他の入所決定に係る手続き等については、要領に定めるところによる。

### 4 適正運用

(1) 施設は、この指針に基づき適正に入所の選考・決定を行うものとする。

(2) 施設は、入所希望者等関係者に対して、この指針の内容について適切な説明を行うものとする。

(3) 委員会の委員は、その事務の中で知り得た個人情報については、守秘義務を負う。

(4) 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、この指針と同様の趣旨で指針を策定する場合は、この指針は適用しない。

## 5 附 則

- (1) この指針は、平成27年4月1日から施行する。
- (2) この指針による入所決定の運用は、平成27年4月1日から開始する。
- (3) この指針の運用について見直す必要が生じた場合は、随時見直すものとする。見直しに当たっては、この指針の策定者である入所指針検討委員会で協議するものとする。

## 特別養護老人ホームあくなみ苑入所申込書

老人福祉施設三室園組合管理者  
指定管理者 老人総合福祉施設あくなみ苑  
施設長 田 中 将 史 様

私は、特別養護老人ホームあくなみ苑の入所を希望いたしますので、  
添付書類を添えて申し込みます。

なお、私の理由で申し込みを取り消す場合は、速やかにその旨を連絡いたします。

令和 年 月 日

ご入所予定者	フリガナ		性別	男 ・ 女		
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	介護保険 被保険者番号					
	要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	住 所 (住民票のある住所)	〒 電話番号 ( )				
	現 住 所 (上記と異なる場合)	〒 電話番号 ( )				
	現在の状況	1. 居 宅 2. 老 人 福 祉 施 設 (名称: ) 3. 病 院 (名称: ) 4. そ の 他 (名称: )				
ご家族の連絡先	フリガナ		続柄			
	氏 名			印		
	住 所 (住民票のある住所)	〒 電話番号 ( ) 携帯番号 ( )				
	フリガナ		続柄			
	氏 名			印		
	住 所 (住民票のある住所)	〒 電話番号 ( ) 携帯番号 ( )				
収入状況	ご入所予定者の	年金の種類 ( ) 年 額			円	
	年金等の収入及	年金の種類 ( ) 年 額			円	
	びその他の収入	その他の収入 ( ) 年 額			円	

### 添付書類

入所申込添付書・申込者身体状況書・介護保険被保険者証の写し・年金支払い通知書の写し  
健康診断書(入所時に必要)

## 特別養護老人ホームあくなみ苑入所申込添付書

要介護認定区分等 認定年月日	令和 年 月 日
認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
介護者の状況及びご入所が必要な主な理由 例) ・介護者が病弱 ・複数の要介護者の介護 ・独居(身寄りがない) ・介護不安 などの事情の詳細を記入して下さい。	
居宅サービスの前月の利用状況	訪問介護(ホームヘルプ) 回/月 通所介護(デイサービス) 回/月 通所リハ(デイケア) 回/月 短期入所生活介護(ショートステイ) 日/月 短期入所療養介護(ショートステイ) 日/月 訪問入浴 回/月 訪問看護 回/月 訪問リハビリテーション 回/月 福祉用具レンタル数 品目 福祉用具購入数 品目 グループホーム 特定施設入所者生活介護 住宅改修の有無 有 ・ 無 居宅療養管理指導 回/月 施設入所中 介護保険施設 (療養型・老健・特養) その他 ( )
主な介護者の住所 氏名 TEL FAX 申込者との続柄	

私は市町村への申込内容等を情報提供させていただくことについて同意いたします。

令和 年 月 日

ご入所予定者

ご住所

お名前

印

主な介護者

ご住所

お名前

印

# 申込者身体状況書

〔様式1の添付書類〕

記入年月日    令和        年        月        日

申込者氏名	
-------	--

(視力)    1.見える    2.見えにくい    3.全く見えない        **【眼鏡】**    有 ・ 無

(聴力)    1.聞こえる    2.聞こえにくい    3.全く聞こえない        **【補聴器】**    有 ・ 無

(言語障害)    有 ・ 無

(食事)        **【介助】**    1.自立    2.一部介助    3.全介助        **【食欲】**    有 ・ 無

**【主食】**    1.米食    2.軟飯食    3.粥食    4.ミキサー食        **【副食】**    1.普通食    2.きざみ食    3.ミキサー食

**【アレルギー】**    有 ・ 無 ・ 不明        **【自歯】**    有 (上 ・ 下) ・ 無        **【義歯】**    有 ・ 無

(移動)    自立 ・ 介助 →    1.歩行    2.杖    3.歩行器    4.車椅子

(着替え)    1.自立    2.一部介助    3.全介助 (入浴) 1.自立    2.一部介助    3.全介助 →    1.一般浴    2.特浴

(睡眠)    1.良眠    2.不眠気味    3.不眠        **【眠剤の使用】**    有 ・ 無

(排泄)    1.自立    2.一部介助    3.全介助        **【使用物品】** 布パンツ ・ 紙パンツ ・ 紙おむつ

**【便通】**    1.良好    2.便秘気味    3.軟便気味        **【下剤使用】**    有 ・ 無

(既往歴) \_\_\_\_\_

(現在の病気) \_\_\_\_\_

(現在の処方) \_\_\_\_\_

\*薬情報書またはお薬手帳の写しでも可

(その他の記載する事項) \_\_\_\_\_

緊急連絡先	氏名	TEL
	氏名	TEL

希望搬送先病院	病院名	TEL
---------	-----	-----

身体状況書記入者氏名	本人との続き柄	記入者が事業所等の場合はその名称を記載