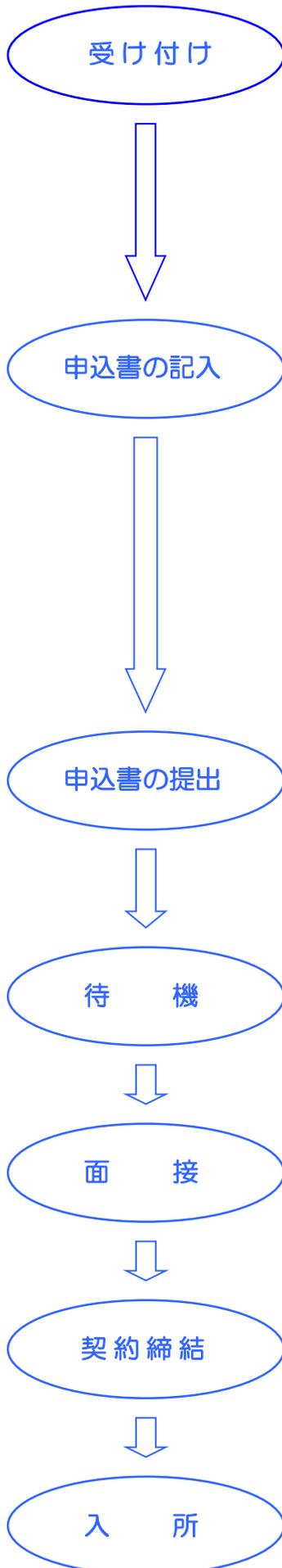


お申し込みから入所まで



お電話、または直接当園の窓口へお申し出下さい。入所申込書をお渡し（郵送）いたします。来園される場合は、事前にお電話をいただきますようお願いいたします。

※お申し込みいただくには、原則として要介護度3～5の認定が必要です。

ご記入していただく書類は

- 大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕
入所申込書兼台帳（標準様式1）
- 大阪市 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（標準様式2）
- 日常生活状況票
の3枚です。入所選考調査票（標準様式2）のケアマネージャー記入欄は
 - ・ 他の介護保険施設に入所中の場合には、施設の相談員またはケアマネージャーで
 - ・ 病院に入院中で、病院のケースワーカーの協力が得られる場合には、その病院で
 - ・ 居宅サービスを利用している場合には、担当のケアマネージャーに記入してもらってください。その他の場合は当園で記入いたします。

申込書の提出は、事前に電話連絡のうえ当園までお持ちいただきますようお願いいたします。その際には、

- 認定調査票のコピー
- 介護保険被保険者証のコピー
- 直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表のコピー

すでに居宅サービスを利用されている方

を添付して下さい。

施設での介護の必要性がより高い方から、優先して入所していただきます。申し込み受付順ではございませんので、ご了承下さい。

入所の順位が近づいてまいりましたら、入所を希望されるご本人さまと面接をさせていただきます。近郊の方で、当園までお越しいただけない方につきましては、相談員が自宅や病院まで訪問いたします。

<ご注意下さい>

特別養護老人ホームへの入所には、原則として要介護度3～5の認定が必要です。要介護認定は、市町村役場での受け付けとなります。

また、当園では、病状の安定されていない方で常時医療的な看護を必要とされる方につきましては、お受けできないことがありますので、ご了承下さい。

入所選考方法

いわき園では、大阪市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所選考指針を基本としながら、当園の個別事情等を考慮して入所選考を行なっています。

選考の方法は、まず、ご本人さまの要介護度と世帯の状況、在宅サービスの利用率を基本的評価基準の表にあてはめ、評価点を求めます（基本的評価）。次に、いわき園内の入所選考委員会に諮り、個別的な事情を評価します（個別的评价）。これらの評価を総合的に判断し、入所の順位を決定します。

」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」

<基本的評価>

○ 要介護度 3、大阪市在住、独り暮らしで、現在は介護老人保健施設に入所中の方の場合

- ・ 基本的評価基準の表より、【本人の状況・世帯の状況】の〔要介護 3、単身世帯〕にあてはまりますので、評価点は 40点 になります。
- ・ 続いて【在宅サービス利用率】を見ますと、〔施設入所者等の在宅サービスのみなし利用率〕に該当しますので、評価点は 25点 となります。
- ・ 最後に大阪市在住の 5点 が加わりますので、

$$\underline{40点 + 25点 + 5点 = 70点}$$

が合計評価点となります。

」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」

<個別的评价>

個別的评价では以下の項目について評価されます。

- ・ 性別
- ・ 居室、ベッドの特性
- ・ 各フロアの特性
- ・ 認知症、精神の状況
- ・ その他 特別に配慮しなければならない個別の事情

」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」 」

<特列入所>

○ 要介護度 1~2 の方の場合

- ・ 要介護 1、2 の方の申し込みについては、大阪市により特列入所の要件に該当するかどうかの審査が行われます。その結果、特列入所の要件に該当しない場合は、入所選考の対象にはなりません。

【特列入所の要件】

- ◇ 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こと等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
- ◇ 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

入所選考 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 利用率 ※1	25				
			80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満
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)

利用者負担限度額

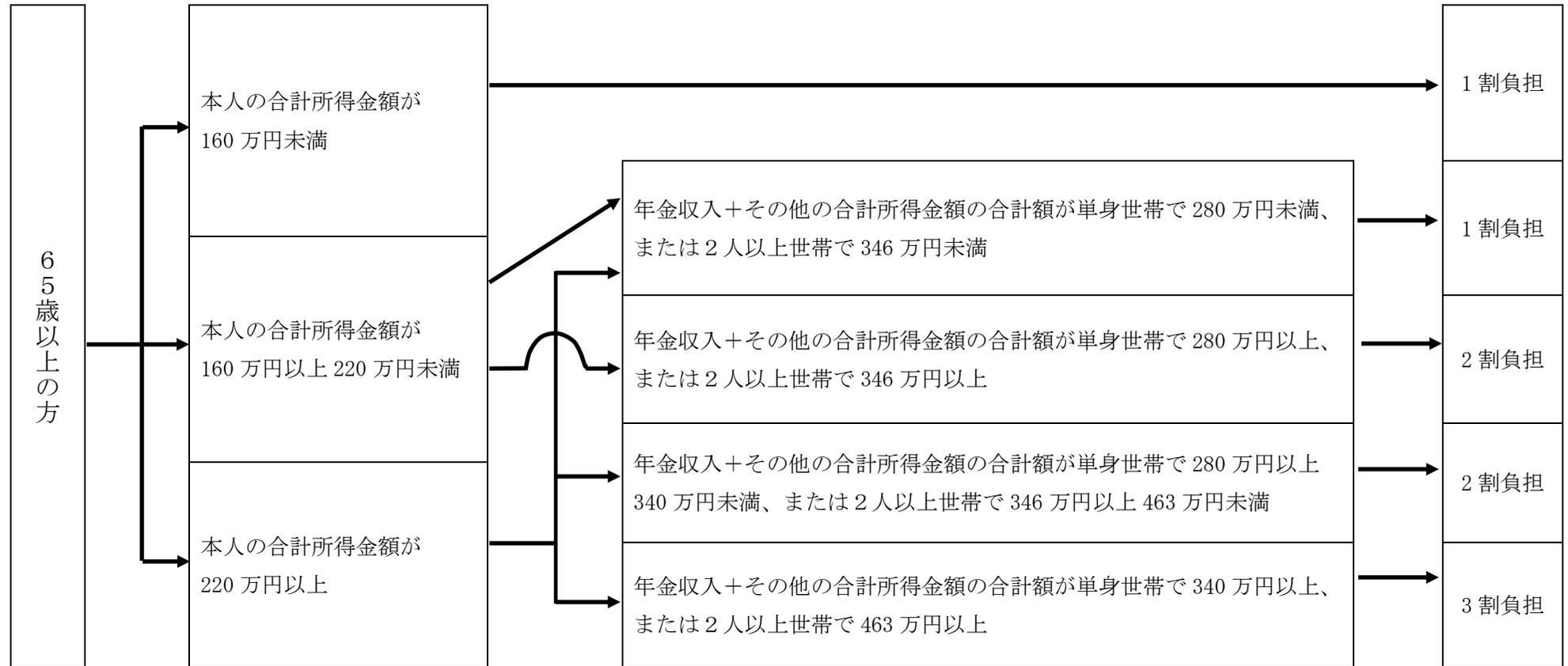
利用者負担段階			負担限度額（日額）				
段階	被保険者の所得の状況		預貯金等 (夫婦の場合)	食費		居住費	
				特養	ショート	従来型個室	多床室
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 		1,000万円 (2,000万円)以下	300円	300円	380円	0円
第2段階	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入金額＋合計所得金額が 80万円以下	650万円 (1,650万円)以下	390円	600円	480円	430円
第3段階①		年金収入金額＋合計所得金額が 80万円超120万円以下	550万円 (1,550万円)以下	650円	1,000円	880円	430円
第3段階②		年金収入金額＋合計所得金額が 120万円超	500万円 (1,500万円)以下	1,360円	1,300円	880円	430円
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯に課税者がいる方 本人が市町村民税課税 			1,445円	1,445円	1,231円	915円

高額介護サービス費

利用者負担段階	上限額（月額）
生活保護を受給している方等	15,000円
<ul style="list-style-type: none"> 老齢福祉年金受給者 前年の公的年金等収入金額＋その他の合計所得金額の合計が 年間80万円以下の方等 	15,000円
世帯の全員が市町村民税非課税	24,600円
市町村民税課税～課税所得380万円（年収約770万円）未満	44,400円
課税所得380万円（年収約770万円）～課税所得690万円（年収約1,160万円）未満	93,000円
課税所得690万円（年収約1,160万円）以上	140,100円

利用者負担割合

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は下記に関わらず1割負担



(別表)

令和6年8月1日～改定

利用料

従来型個室					1日分					利用者負担額			
	単位/日	加算	居住費	食費	1割負担	2割負担	3割負担	居住費	食費	(1割)	(2割)	(3割)	
第1段階	要介護1	589	155	380	300	798	—	—	380	300	1,478	—	—
	要介護2	659	165	380	300	884	—	—	380	300	1,564	—	—
	要介護3	732	175	380	300	973	—	—	380	300	1,653	—	—
	要介護4	802	185	380	300	1,058	—	—	380	300	1,738	—	—
	要介護5	871	195	380	300	1,143	—	—	380	300	1,823	—	—
第2段階	要介護1	589	155	480	390	798	—	—	480	390	1,668	—	—
	要介護2	659	165	480	390	884	—	—	480	390	1,754	—	—
	要介護3	732	175	480	390	973	—	—	480	390	1,843	—	—
	要介護4	802	185	480	390	1,058	—	—	480	390	1,928	—	—
	要介護5	871	195	480	390	1,143	—	—	480	390	2,013	—	—
第3段階①	要介護1	589	155	880	650	798	—	—	880	650	2,328	—	—
	要介護2	659	165	880	650	884	—	—	880	650	2,414	—	—
	要介護3	732	175	880	650	973	—	—	880	650	2,503	—	—
	要介護4	802	185	880	650	1,058	—	—	880	650	2,588	—	—
	要介護5	871	195	880	650	1,143	—	—	880	650	2,673	—	—
第3段階②	要介護1	589	155	880	1,360	798	—	—	880	1,360	3,038	—	—
	要介護2	659	165	880	1,360	884	—	—	880	1,360	3,124	—	—
	要介護3	732	175	880	1,360	973	—	—	880	1,360	3,213	—	—
	要介護4	802	185	880	1,360	1,058	—	—	880	1,360	3,298	—	—
	要介護5	871	195	880	1,360	1,143	—	—	880	1,360	3,383	—	—
第4段階	要介護1	589	155	1,231	1,445	798	1,595	2,393	1,231	1,445	3,474	4,271	5,069
	要介護2	659	165	1,231	1,445	884	1,767	2,650	1,231	1,445	3,560	4,443	5,326
	要介護3	732	175	1,231	1,445	973	1,945	2,917	1,231	1,445	3,649	4,621	5,593
	要介護4	802	185	1,231	1,445	1,058	2,116	3,174	1,231	1,445	3,734	4,792	5,850
	要介護5	871	195	1,231	1,445	1,143	2,286	3,429	1,231	1,445	3,819	4,962	6,105

多床室					1日分					利用者負担額			
	単位/日	加算	居住費	食費	1割負担	2割負担	3割負担	居住費	食費	(1割)	(2割)	(3割)	
第1段階	要介護1	589	155	0	300	798	—	—	0	300	1,098	—	—
	要介護2	659	165	0	300	884	—	—	0	300	1,184	—	—
	要介護3	732	175	0	300	973	—	—	0	300	1,273	—	—
	要介護4	802	185	0	300	1,058	—	—	0	300	1,358	—	—
	要介護5	871	195	0	300	1,143	—	—	0	300	1,443	—	—
第2段階	要介護1	589	155	430	390	798	—	—	430	390	1,618	—	—
	要介護2	659	165	430	390	884	—	—	430	390	1,704	—	—
	要介護3	732	175	430	390	973	—	—	430	390	1,793	—	—
	要介護4	802	185	430	390	1,058	—	—	430	390	1,878	—	—
	要介護5	871	195	430	390	1,143	—	—	430	390	1,963	—	—
第3段階①	要介護1	589	155	430	650	798	—	—	430	650	1,878	—	—
	要介護2	659	165	430	650	884	—	—	430	650	1,964	—	—
	要介護3	732	175	430	650	973	—	—	430	650	2,053	—	—
	要介護4	802	185	430	650	1,058	—	—	430	650	2,138	—	—
	要介護5	871	195	430	650	1,143	—	—	430	650	2,223	—	—
第3段階②	要介護1	589	155	430	1,360	798	—	—	430	1,360	2,588	—	—
	要介護2	659	165	430	1,360	884	—	—	430	1,360	2,674	—	—
	要介護3	732	175	430	1,360	973	—	—	430	1,360	2,763	—	—
	要介護4	802	185	430	1,360	1,058	—	—	430	1,360	2,848	—	—
	要介護5	871	195	430	1,360	1,143	—	—	430	1,360	2,933	—	—
第4段階	要介護1	589	155	915	1,445	798	1,595	2,393	915	1,445	3,158	3,955	4,753
	要介護2	659	165	915	1,445	884	1,767	2,650	915	1,445	3,244	4,127	5,010
	要介護3	732	175	915	1,445	973	1,945	2,917	915	1,445	3,333	4,305	5,277
	要介護4	802	185	915	1,445	1,058	2,116	3,174	915	1,445	3,418	4,476	5,534
	要介護5	871	195	915	1,445	1,143	2,286	3,429	915	1,445	3,503	4,646	5,789

加 算

日常生活継続支援加算（Ⅰ） 36単位/日 （1単位＝10,720円）

（日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を要する認知症の入所者の占める割合が100分の65以上であり、介護福祉士を常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1名以上配置しています。）

（介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の60以上配置しています。）

看護体制加算（Ⅰ） 4単位/日

（常勤の看護師を1名以上配置しています。）

精神科医師定期的療養指導 5単位/日

（全入所者の3分の1以上を認知症の症状を呈する入所者が占めていて、精神科担当医師による月2回以上の定期的な療養指導を実施しています。）

夜勤職員配置加算（Ⅰ） 13単位/日

（厚生労働大臣が定める夜勤を行う介護職員の数に1を加えた数以上の介護職員を配置しています。）

科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 50単位/月

（ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス計画の見直しを含めた取り組みをしています。）

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 3単位/月 （Ⅱ） 13単位/月

（Ⅰ）褥瘡ケア計画を作成し、定期的な評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出しています。）

（Ⅱ）Ⅰの要件を満たした上で、褥瘡が発生していない場合）

排せつ支援加算（Ⅰ） 10単位/月

（排せつ支援計画を作成し、定期的な評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出しています。）

協力医療機関連携加算 100単位/月 ※令和7年4月1日からは50単位

（相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携しています。）

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 上記の算定した単位数の1000分の140に相当する単位数

その他の主なサービス利用料

安全対策体制加算

入所時に1回 25円（1割負担）又は50円（2割負担）又は74円（3割負担）

初期加算

入所後30日限り、1日につき37円（1割負担）又は73円（2割負担）又は110円（3割負担）

入院、外泊加算

入所期間中、6日以内（月をまたがる場合は、最大12日間）の入院または自宅等に外泊された場合、1日当たり301円（1割負担）又は601円（2割負担）又は901円（3割負担）

療養食加算 6単位（1日につき3回を限度）

医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合、1回当たり8円（1割負担）又は15円（2割負担）又は23円（3割負担）

経口維持加算（Ⅰ）

経口による継続的な食事の摂取を進めた場合、1月につき489円（1割負担）又は978円（2割負担）又は1,467円（3割負担）

看取り介護加算

看取り介護を行った場合、

死亡日の31日前～45日前については1日につき88円（1割負担）又は176円（2割負担）又は264円（3割負担）

死亡日の4日前～30日前については1日につき176円（1割負担）又は352円（2割負担）又は528円（3割負担）

死亡日の前日及び前々日については1日につき831円（1割負担）又は1,662円（2割負担）又は2,493円（3割負担）

死亡日については1日につき1,564円（1割負担）又は3,128円（2割負担）又は4,692円（3割負担）

☆ 食事に要する費用及び居住に要する費用について、介護保険法施行規則第83条の6又は同規則第172条の2の規定により、介護保険負担限度額認定証又は介護保険特定負担限度額認定証の交付を受けた者については、当該認定証に記載されている負担限度額又は特定負担限度額とします。なお、居住に要する費用について指定施設サービス費に要する費用の額の算定に関する基準（厚生省告示第21号）により従来型個室の入所者が多床室に係る当該費用の額を算定する者については、多床室の費用の額の支払を受けず。

☆ 居住に要する費用について、入院又は外泊中は居住費を徴収することができるものとします。ただし、入院又は外泊中のベットを短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護に利用する場合は、当該入所者から居住費を徴収せず、短期入所生活介護利用者・介護予防短期入所生活介護利用者より短期入所・介護予防短期入所の滞在費を徴収します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆ 施設は、利用料について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、ご利用者に対して変更を行う日の1ヶ月前までに説明を行い、当該利用料を相当額に変更します。



・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:
	〒 -	
	住所:	

	電話:	

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
受付番号	担当者名
法人名	
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・安心の確認が困難である。 <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・精神的負担が大きき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き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
	主たる介護者氏名		男・女	満歳		住所
	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。

大阪市指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票

表

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

居宅介護支援事業者等名称				連絡先電話番号	()					
担当ケアマネジャー等氏名				職 種						
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	要介護度	世帯の状況		在宅サービスの利用率	地域性		合計			
		1・2・ 3・4・ 5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要 支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市					
			点	点	点	点				
	本人の 心身の 状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
		<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <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 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他()								
		<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <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:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他()								
		<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <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 <input type="checkbox"/> その他()								
		<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 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <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 <input type="checkbox"/> その他()								
		<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <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 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()								
		<input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない								
<input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない										
<input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる										
参考事項										
入所についての本 人の意思										
特事項		要介護1・2は特例入所要件の情報も記載してください。								

施設名		入所申込書受付日	年 月 日
施設受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告 (特例入所)	年 月 日	保険者への意見	年 月 日
		特例要件 要介護度等	年 月 日

施設記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族や援護者の有無	
	日	在宅介護の可能性・介護者の事情	
	日	家族の介護負担感	
	日	住環境の状況	
	日	その他	

施設記入欄	年	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
	月	1・2・ 3・4・ 5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	日		点	点	点	点
	日	【評価すべき個別的事項等】				
	年	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
	月	1・2・ 3・4・ 5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	日		点	点	点	点
	日	【評価すべき個別的事項等】				

日常生活状況票

氏 名

体 格	身長・約	cm	体重・約	kg
視 力	1. 正常	2. 弱視	3. 全盲	4. 眼鏡使用
聴 力	1. 正常	2. 難聴	3. 補聴器	4. 聞こえない
言 語	1. 日常会話可能 ある程度可 2. 簡単な会話可能 3. 対話困難(意思表示可能) 4. 失語(言語障害)			
起・座 動 作	臥床⇔座位	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助 4. 不可能
	椅子⇔起立	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助 4. 不可能
	※			
移 動	1. 独歩	2. 杖・歩行器歩行	3. 介助歩行	4. 車椅子 5. その他
	※			
車椅子	乗降	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助(1・2名介助)
	操作	1. 自力	2. 一部介助	3. 全部介助
食 事	1. 自力摂取(箸・スプーン使用) 2. 一部介助 3. 全部介助			
	食欲(摂取量)	1. 多い	2. 普通	3. 少ない
	☆牛乳・・・	不・可()	アレルギー・・・	有・無()
主 食	1. 米飯 2. 粥 3. その他()			
副 食	1. 普通食 2. きざみ(大・小・極) 3. その他()			
歯	1. 自歯(上・下) 2. 義歯(上・下) 3. 一部義歯(上・下) 4. 歯なし			
排 泄	1. トイレ使用 (自力・一部介助・全介助)(常時・日中・夜間)			
	2. ポータブル (自力・一部介助・全介助)(常時・日中・夜間)			
	3. 便器・尿器 (自力・一部介助・全介助)(常時・日中・夜間)			
	4. オムツ使用 (常時・日中・夜間)			
	※			
	☆ 感覚	確か	・ 不確か	・ 失禁()
	☆ 訴え	有り	・ 時々	・ 無し()
	☆ 便	日	回(自然・薬)	
	☆ 尿	日中	回	夜間 回 オムツ交換 回()
入 浴	1. 自力 2. 一部介助 3. 全部介助			
着脱衣	1. 自力 2. 一部介助 3. 全部介助			
	※			
洗 面	1. 自力 2. 一部介助 3. 全部介助			
行 動	1. 注意不要 2. 動き多く注意必要			
	3. 危険な行動有り()			
嗜 好	喫煙	1. 吸わない	2. 吸う(1日	本位)(本人・家族)管理
	飲酒	1. 飲まない	2. 飲む(1日	を 位)
	間食	1. 食べない	2. 食べる()	
睡 眠	1. 良眠 2. 普通 3. 少し不眠状態 4. 不眠状態が多い			
	睡眠薬(安定剤)有・無	服用時間	時頃	効果()
現 病				
内服薬				

標準様式1 大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所申込書兼台帳

表

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。

記入例

(家族等代理の方の場合) 申込者連絡先	氏名: 大阪 ○郎	続柄	長男	申込日	令和 3年 4月 1日
	〒 5 3 0 - × × × ×			受付日	令和 年 月 日
	住所: 大阪市北区中之島1丁目 ○○番○○-○○○○号			受付番号	担当者名
	電話: 0 6 - × × × × - × × × ×			法人名	
				入所申込施設名	

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕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)	オオサカ ○○コ		性別			
	氏名	大阪 ○子		男 ● 女	保険者(番号)	大阪市 2 7 1 0 0 7	
	生年月日	明・大・昭 4年 2月 1日 (88歳)		要介護度	1 ・ 2 ・ ●3 ・ 4 ・ 5		
	要介護認定期間	令和 1年 12月 15日から 令和 5年 12月 14日まで		認定申請予定日	令和 年 月 日 ※未申請の方は記入してください		
	自宅住所	〒 5 3 0 - × × × × 大阪市北区中之島1丁目○○番○○-○○○○号		電話番号	市外局番 0 6 (× × × ×) × × × ×		
	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 checked="" 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: 令和 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」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難					
	在宅介護継続期間	3 年 4 か月	居宅サービスの利用の有無	<input checked="" 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	8 回/月
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	12 日/月
		短期入所療養介護	日/月				
入所希望時期	<input checked="" 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	居宅介護支援事業所△△		担当ケアマネジャー氏名	渡川 ○○			
	電話: 0 6 (× × × ×) × × × ×						

※1 「申込日」: 申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)

※2 「受付日」: 特別養護老人ホームが受け付けた日

※3 「申込者」: 本人又は本人を代理する家族等になります。

本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。

(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

(代筆者: ケアマネジャー○○ ○○)			
標準様式1 大阪市 指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]入所申込書兼台帳			
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。			
氏名:	大阪 ○郎	続柄	長男
申込日	令和 15年	4月	1日

※4 「要介護度」「要介護認定期間」: 被保険者証に記載されている内容を記入してください。

区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。

※5 「現況」: 該当するもの、いずれか1つに” v ”を記入してください。

施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。

認知症高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※6 「入所申込理由」: 該当するものすべてに” v ”を記入してください。

※7 「本人の入所意向」: 該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

※8 「在宅介護継続期間」: 在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

※9 「居宅サービスの利用の有無」: 該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

”有”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。

※10 「申込日前月の利用中のサービス」: 該当するすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。

「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。

「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。

※11 「入所希望時期」: 参考までに該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

”1年以上”の場合は、何年以内か数字を記入してください。

※12 「居宅介護支援事業者名」: 直近3か月で利用した居宅介護支援事業者の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。

また、居宅介護支援事業者を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がおられない場合は空欄で結構です。

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 <u>高血圧症</u> 受診している医療機関名 <u>〇〇診療所</u>		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input checked="" 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 (<u>〇〇苑</u>) () () ◇ 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 月 日		

主たる介護者の状況	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 人				
	(フリガナ)	<u>オオサカ</u> <u>〇〇エ</u>		性別	年齢	本人との関係 続柄(<u>長男の妻</u>) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 <u>申込者と同じ</u> 電話番号 <u>市外局番 同上</u>
	主たる介護者氏名	<u>大阪</u> <u>〇江</u>		男・女	満 50 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) (例) 妻はパートで、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が顕著になり、私も妻も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。				
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 checked="" type="checkbox"/> 親族・援助者無					

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。
 令和 3年 4月 1日
 氏名: 大阪 〇郎

同意書	今後、指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]への入所申込者の状況を調査するため、この申込書の内容の中から次の事項を大阪市に報告することに同意します。 (報告事項: 施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期) 令和 3年 4月 1日 氏名: <u>大阪 〇子</u>
	今後、この申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格の変更及び他の特別養護老人ホームに入所した場合、大阪市から施設に対し、本人の情報を知らせることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 令和 3年 4月 1日 氏名: <u>大阪 〇子</u>

施設処理欄	入所日	令和 年 月 日	健康診断	令和 年 月 日
	面接日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
	辞退	令和 年 月 日 (理由:)		

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。

- ※13 「医療の状況」:該当するものに” v ”を記入してください。(複数でも結構です)
”その他”に記入した場合は、その内容を()内に可能な限り具体的に記入してください。
”現在治療中の病名”は主な傷病を記入してください。
- ※14 「他施設への申込状況」:該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。
”他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設、また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
”特養待機期間(他施設も含む)”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうかわからない場合は、『病院』として記入してください。
- ※15 「家族構成」:主たる介護者の家族構成を記入してください。
- ※16 「主たる介護者」:主に介護を行っている方について記入してください。
他の介護保険施設や「病院等に3か月以上入所(院)中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所(院)の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームに入所されている方は空欄で結構です。
- ※17 「本人との関係」:主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者から見た関係を記載してください。
- ※18 「意見等」:在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。
- ※19 「同居以外の親族や援護者等の有無」:該当するもの、いずれか1つに” v ”を記入してください。
- ※20 「同意欄」:本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆さまの申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
どうか本制度にご理解をいただき、同意欄に記載している申込者の被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期を、市町村等に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報の取扱いに関する法令、大阪府や大阪市が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。
なお、大阪市から申し込まれている施設に情報提供する内容は、同意欄に記載しているこの申込書に記載した内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格に変更があった場合と、他の特別養護老人ホームに入所された場合に、参考として情報提供するものです。これらの情報は変更があれば申し込みされた方から施設のほうにお知らせいただきたい内容ですが、かならずしもお知らせいただけていないのが現状です。各施設におきましては、これらの情報を基に申込者の意思等の再確認をさせていただくこととなりますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

大阪市 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	大阪 ○子	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
受付番号		保険者(番号)	大阪市 2 7 1 0 0 7

居宅介護支援事業者等名称	居宅介護支援事業所△△	連絡先電話番号	0 6 (× × × ×) × × × ×
担当ケアマネジャー等氏名	淀川 ○○	職 種	ケアマネジャー

要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計
1・2・ ③・4・ 5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他の世帯	% 85 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
	30 点	35 点	5 点	70 点

ケ
ア
マ
ネ
ジ
ャ
ー
記
入
欄

年
月
日

見
入
日

本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他()
	世帯の状況
	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input checked="" type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(3人) <input type="checkbox"/> その他()
	続在宅可能生活性
	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <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 <input type="checkbox"/> その他()
	障在宅ある生活に況支
<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 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <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 <input type="checkbox"/> その他()	
住環境	
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <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 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()	
参考事項	家族の負担感 <input checked="" type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用してしているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない
	意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input checked="" type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない
	入所についての本人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる
特記事項	