

平成27年  
4月から

# 特養に入所できるのは 原則として要介護3以上の方となります

特別養護老人ホームは、これまでも、重度の要介護状態で、ご自宅での生活が難しい方に優先的に入所していただくこととしていましたが、介護保険法が改正され、平成27年4月から、原則として、要介護3以上の方のみが入所できることとなります。

なお、要介護1や要介護2の方であっても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方については、特例的に入所できます。

**Q** 特別養護老人ホームはどんなところですか？

**A** 特別養護老人ホームは、特に、重度の要介護状態である高齢の方に対する介護サービスを提供する施設で、主に社会福祉法人により運営されています。

**Q** どうして要介護3以上の方に入所が限定されるのですか？

**A** 現在、特別養護老人ホームの入所を希望しているにもかかわらず、在宅生活を続ける重度の要介護状態の方が多数いらっしゃいます。

そのような方が、これまで以上に優先的に特別養護老人ホームに入所することができるよう、原則として要介護3以上の方だけが入所できるよう見直すこととしました。

**Q** 要介護1や2で、入所が認められるのはどのような場合ですか？

**A** 要介護1や2の方が特例的に入所できるのは、以下のような考慮事項を勘案して特別養護老人ホーム以外での生活が困難な事情がある場合です。

- ① 認知症で、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること
- ② 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等が頻繁に見られること
- ③ 深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること
- ④ 単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であること

**Q** 要介護1や2で、入所するための手続きを教えてください。

**A** 特別養護老人ホームに入所申込みをする際に、特別養護老人ホーム以外での生活が困難である事情について、申込書等に記載していただく必要があります。

施設は、その申込みを受けて、必要に応じて市町村の意見も聞きながら、特例入所の対象として認められるか、重度の要介護状態で入所を待っている方と比較して優先的に入所することが適当か、検討していくこととなります。

# 「判定指針」を用いた入居までのフローチャート

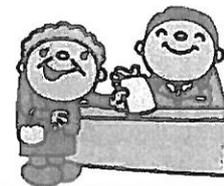
要介護3以上

## ① 要介護度3以上のお客様等からの申し込み

○お客様本人、もしくはご家族から施設への直接、申込み

○居宅介護支援事業所等からの申し込み

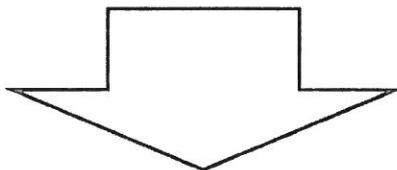
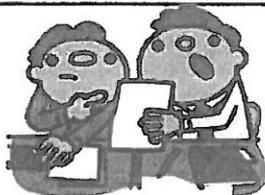
※所定の「入居申込書」および「認定調査票（概況調査おみでも可）」もしくは「介護認定審査会資料が必要



## ② 入居申込書の受理

○「入居申込書」および「認定調査票」もしくは「介護認定審査会の資料」の受理

○待機者名簿への記載



## ③ 「判定指針」による優先度の決定

○「判定指針」を用いて優先度を「一次判定」

※「入居申込書」及び「認定調査票」もしくは「介護認定審査会の資料」から、所定の部分について転記することで自動的に判定される



## ④ 入居判定委員会を開催し、優先度の「総合判定」を決定

○「判定指針」を用いて優先度を「一次判定」と施設で設置されている入居判定委員会でその他の勘案事故を加味して検討を行い、最終的な総合判定」を決定



## ⑤ 入居申込者待機者順位リストに掲載・作成

○「総合判定」に基づいて順位リストを作成

○適当な時期（例：お客様の要介護認定の更新時期等）に前記の作業により順位リストを更新する



## ⑥ 空きベッドの発生と順位リストの上位者に対する入居の働きかけ

○空きベッドが発生した場合に、順位リストを作成

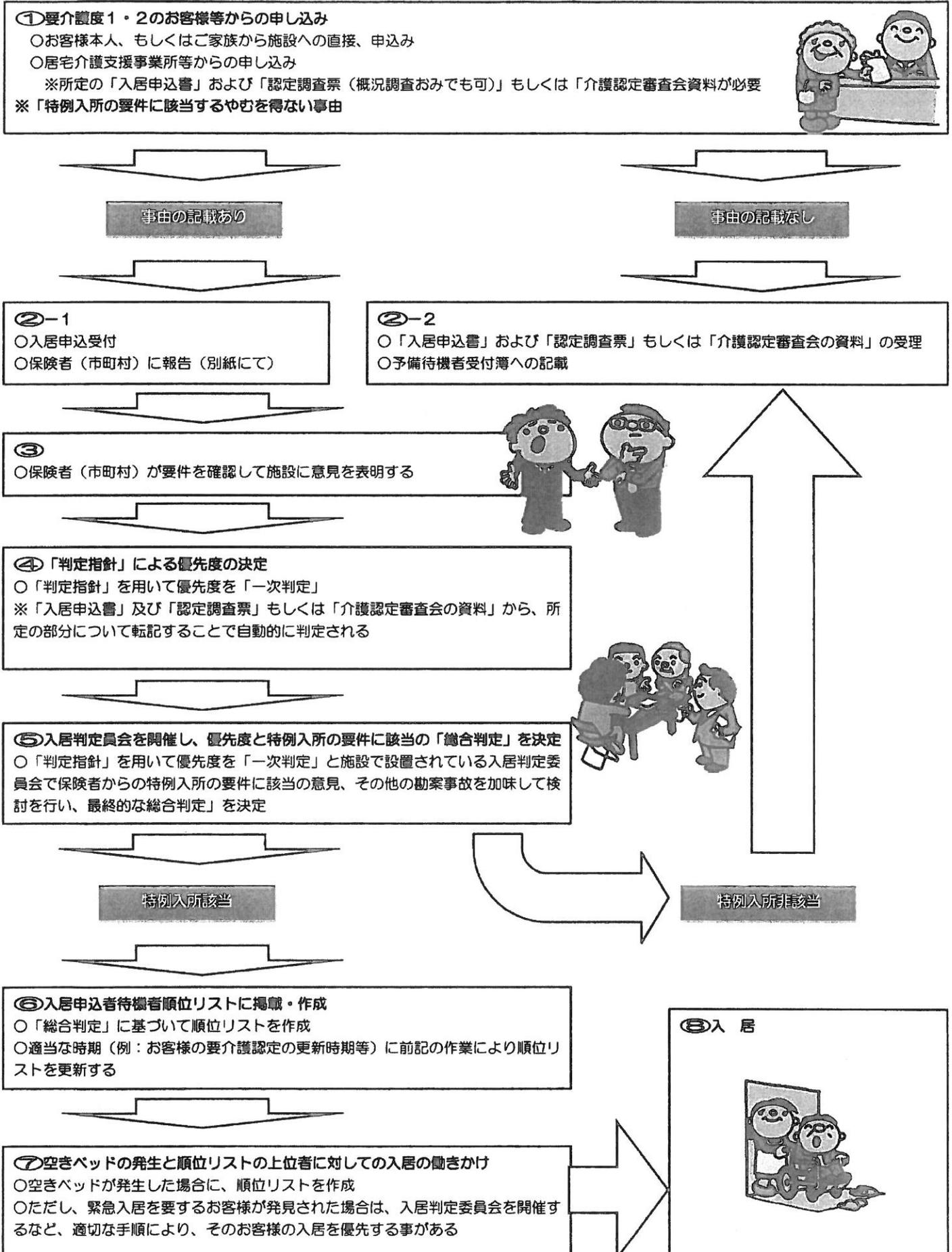
○ただし、緊急入居を要するお客様が発見された場合は、入居判定委員会を開催するなど、適切な手順により、そのお客様の入居を優先する事がある



## ⑦ 入居



## 要介護1・2（特例入所）



指定介護老人福祉施設等 入居申込書

記入例

申込日	2015/8/5
受付日	//

申込者(連絡先) 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。

〒	●●● - ●●●●
住所	札幌市中央区北●条西●丁目●番地
氏名	大雪 花子 続柄 娘
電話	●●● (●●●) ●●●●

特別養護老人ホームに入居したいので  
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)	上川町特別養護老人ホーム 大雪荘	性別	女性	保険者	上川町
(フリガナ)		被保険者番号	- 各自被保険者証をご覧下さい -		
氏名	○ ○ ○ ○	要介護度	要介護3		
生年月日	大正 2 年 ● 月 ● 日 ( 90 ) 歳	要介護 認定期間	平成 ● 年 ● 月 ● 日 から 平成 ● 年 ● 月 ● 日 まで		
現住所	〒●●●● - ●●●● 上川町●●町●番地				
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している				
介護者等の 状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 7. イウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 独居			
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 7. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 7. 60歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 7. 健康である <input checked="" type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 7. 十分に介護に当たる時間有 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 7. 良好 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)				
入居希望者の 生活・経済 状況	待機状況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input checked="" type="checkbox"/> オ. 自宅等			
	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input checked="" type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
	在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. ままあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input checked="" type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している			
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> 7. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input checked="" type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
	住居	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input checked="" type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
入居希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 新型特・養 従来型特・養 ( <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 ) <input type="checkbox"/> どちらでもかまわない				
入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> // 頃までに入居したい				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】 老人性難聴と診断され、現在補聴器を使用中である。				
特例入所の要件に 該当するやむを得ない 事由	該当する特例の要件 ( <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ ) ※該当すると思われる要件をチェックしてください。なお、各要件については申込書の下に記載しております。 備考(以下に具体的な理由等の記入をお願いします。) 老人性難聴と診断され、現在補聴器を使用中である。 (記入者 続柄等 )				
生活歴	・出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他 大正2年、●●町にて生を受ける。昭和●年に結婚、3男2女をもうける。平成●● 年に夫と死別、以来自宅で一人暮らしである。				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇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 ( ) ( )				
主たる 介護者	(フリガナ)	タイセツ ハナコ	性別	女性	
	氏名	大雪 花子	本人との関係	娘	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input checked="" type="checkbox"/> 別居している (住所: 札幌市中央区北●条西●丁目●番地)			
意見	【介護をしている上で困っていること等】 最近、認知症の症状が出ており、火の不始末など一人暮らしをさせておくのが非常に心配である。				
紹介居宅介護支援事業 所など	上川町地域包括支援センター		電話番号	●●● - ●●● - ●●●●	
			担当	○○ ○○	

※特例入所の要件

- ①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。
- ②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。
- ③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こと。
- ④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、介護サービスや生活支援の供給が不十分である

(様式〇)

## 特例入所該当者報告書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

上川町長 様

施設所在地 上川郡上川町西町4番地1  
施設名称 上川町特別養護老人ホーム 大雪荘  
施設長名 谷 越 一 仁

### 1 申込者の状況

(1) 特例入所の要件に該当する可能性のある申込者の氏名等

- ① 住 所：上川郡上川町〇〇町  
② 氏 名：〇 〇 〇 〇 様 (  男 ・ 女 ) 昭和〇年〇〇月〇〇日生 [〇〇歳]  
③ 要介護度：( 1 ・  2 )  
④ 認知症高齢者の日常生活自立度：( I ・ II ・ III ・  IV ・ M )  
⑤ 障がいの程度が分かる手帳の所有：( 有 :  無 )

(2) 特例入所に該当すると認められるやむを得ない事由等

- ① 入所指針2(2)の①～④のうち該当すると認められるもの：(  ① ・ ② ・ ③ ・ ④ )  
② 理由 ※別紙での対応も可

重度の認知症であり、常時、目が離せない状態。  
少しでも目を離すと外に出て行ってしまい、帰れなくなる事も多くある。  
自宅周りには線路があり、その周辺を徘徊する事があったり、高規格道路を歩いている処を発見された事もあり、自宅では見守りしきれず、このままでは命を落としてしまう可能性がある。

### 2 添付資料

- ・入所申込書
- ・認定調査票
- ・その他必要と認められるもの ※障がいの程度が分かる手帳の写し等

3 保険者市町村からの意見の可否：(  要 ・ 不要 )

連絡先 Tel01658-2-3333  
担当者名 落合 雅俊

備考1) カッコの中は選択し、□で記入する。

備考2) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。