

施設利用をご希望の皆様へ

平素より、当施設の運営に多大な御理解と御協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、平成27年4月1日以降、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）への入所が、原則要介護3以上の方に限定されます。

一方で、要介護1又は2の方については、「居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由（※）」がある場合のみ、特例的に施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められることとなります。

【(※) 居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由】

- 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。
- 知的障害・精神障害等を伴い、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。

このことを受けて、広島県により、新たな施設入所に関する指針が定められました。

については、平成27年4月1日以降は、別紙「特別養護老人ホームへの入所申込の流れ（参考様式1）」のとおり入所申込みの手続きを行いますので、ご理解いただいた上で、施設をご利用いただきますようお願いいたします。

●【主な変更点】

(1) 施設に入所できるのは、次の方となります。

①要介護3以上の方

②要介護1又は2の方（在宅生活が困難なことについてやむを得ない事由があり、保険者市町の意見を踏まえ、施設が特例入所の対象であると認める場合に限り。）

(2) 施設への入所申込は、原則介護支援専門員等の関与のもとに行っていただきます。

(3) 入所判定の基準は点数化し、入所決定過程の透明性・公平性を図ります。

●【提出いただく書類】

入所申込には以下の書類をご提出下さい。

(1) 入所申込書（別紙様式1）

(2) 調査票（別紙様式2）

※「調査票（別紙様式2）」は、担当の介護支援専門員や病院・施設の相談員等、入所希望者の心身の状態をよく把握している方に記載いただいでください。

(3) サービス利用票・別表（写） 直近3ヶ月分

※介護保険サービスを利用の方は担当の介護支援専門員にご依頼、ご相談ください。

(4) 介護保険証（写）

〒737-2518

広島県呉市安浦町内海北1-2-42

特別養護老人ホーム春香園

電話 (0823) 84-3118

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～)

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。

- 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）

入所希望者本人

若しくは

その家族

原則

要介護
3～5

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

申し込み

特別養護老人
ホーム

例外

要介護
1～2

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

申し込み

入所検討委員会

制度説明・特例
入所要件の確認

〔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

- 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

回答

意見照会
(原則要介護1・2のみ)

保険者市町

調査票

記入日 平成 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	□普通 □弱視 □全盲 眼鏡使用:□有 □無		着脱衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助			
	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴 補聴器使用:□有 □無		排泄	□トイレ □PTイレ □オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	□可 □ときどき可 □ほとんど不可 □不可		移動	□歩行(自力・杖・歩行器) □車椅子(自力・介助) □不可			
	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		入浴	□自立 □一部介助 □全介助			
	整容	洗面:□自立 □一部介助 □全介助 歯磨き:□自立 □一部介助 □全介助 入れ歯:□有 □無		/				
身体状況	<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: ())						
等	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)	
	介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	

※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	平成 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)