

神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針

1 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）のサービスを受ける必要性が高い入所希望者が優先的に施設に入所できるようにするという観点から、入退所に関する手続き及び基準を明示することにより、入退所における透明性及び公平性を確保するとともに、介護保険制度の趣旨に即した施設サービスの円滑な実施に資することを目的とします。

2 入所申込み及び入退所決定の手続き

（1）特別養護老人ホームの入所対象者

平成27年4月1日以降の施設への入所は、要介護3から要介護5までの方のほか、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ことによる要介護1又は要介護2の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）に限られます。

特例入所の要件に該当することの判定に際しては、次の事情を考慮することとします。

（考慮事項）

- 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
- 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・安心の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、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

（2）入所申込みの方法

施設への入所申込みは、各施設で定める入所申込書により行います。

入所希望者が要介護1又は要介護2であって特例入所を希望する場合には、施設は、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について、その理由などの必要な情報を入所申込書に記載するよう求めます。

なお、優先的な入所を判定する際に勘案する項目を盛り込んだ標準入所申込書を（様式1）のとおり定め、各施設はこれに準じて入所申込書を作成することとします。

(3) 入所申込みの受付

① 受付、説明

施設は、入所申込書を受け付ける際に、原則として入所希望者及び家族等と面接を行い、必要に応じて健康診断書の提出を求める※など心身の状況や病歴等の把握に努めるとともに、特例入所の要件の判定に係る考慮事項や入所優先順位の評価基準に係る勘案事項に関する個別事情を確認します。

また、特例入所の要件や入所順位の決定方法等について説明を行い、入所申込書の「説明確認欄」に署名を受けることとします。

なお、入院治療の必要がある場合など、自ら適切な施設サービスを提供することが困難な場合は、その理由を入所希望者及び家族等に対して十分に説明し、理解を得るとともに、病院・診療所、介護老人保健施設等を紹介するなどの措置を講じます。

※ 健康診断書は、実際に入所を判断する段階で求めることが適当です。

② 受付簿の管理

施設は、入所申込書を受け付けた場合は、受付簿にその内容を記載して、5年間はこれを管理します。

また、入所や辞退等の事由が生じた場合は、その内容を記録することにより、入所申込書の取扱いの経緯を明らかにするとともに、特例入所の対象者及び要介護3以上の者であって、受付後2年を超えるもの又は要介護認定の有効期間を経過した者（入所の優先順位が低く、当分の間、入所決定に至らないと考えられる者を除く。）については、入所の必要性を再確認し、常に、入所待機者の状況を把握します。

(4) 入所判定対象者名簿の作成

① 入所判定対象者名簿

施設は、入所希望者のうち入所判定の対象となる者の名簿を作成し、(5)で決定した入所の優先順位を記載します。

入所判定の対象となる者は、要介護3から要介護5までの要介護者と、②により特例入所の要件に該当すると判定した要介護1又は要介護2の要介護者です。

② 特例入所の要件の判定

特例入所は、入所希望者について、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、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と認められることが必要です。

施設は、要介護1又は要介護2の入所希望者ごとに、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ことに

関し、(1)に定める考慮事項を考慮し、特例入所の要件に該当するかどうかを判定します。

③ 保険者市町村への報告

施設は、特例入所の要件に該当すると判定した入所希望者について、月ごと、保険者市町村ごとに特例入所対象者報告書（様式3）を作成して、各保険者市町村に送付します。

特例入所対象者報告書には、「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」の有無に係る施設における検討結果を記載した書面を添付します。

④ 保険者市町村への意見の求め

施設は、②の特例入所の要件の判定を行うに当たり、必要に応じて、特例入所の要件に該当すると考えられる入所希望者について、当該入所希望者の介護保険の保険者である市町村（特別区を含む。以下「保険者市町村」という。）に意見依頼書（様式4）を送付して意見を求めます。

また、施設は、特に必要がある場合に限り、特例入所の要件に該当しないと考えられる入所希望者について、保険者市町村に意見依頼書を送付して意見を求めます。

意見依頼書には、「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」の有無に係る施設における検討内容を記載した書面を添付します。

これに対して、保険者市町村から意見の表明があった場合には、施設は、その内容を踏まえて特例入所の要件に該当するかどうかを判定します。

なお、意見依頼書は、緊急の必要性がある場合を除き、保険者市町村ごとにとりまとめた上で毎月末までに送付することとします。

⑤ 入所判定対象者名簿の管理

施設は、(3)②の受付簿による入所の必要性の再確認にあわせて、入所判定対象者名簿に記載された要介護1又は要介護2の者について特例入所の要件の再確認を行い、心身の状態や環境の変化等により特例入所の要件に該当しなくなった者は入所判定対象者名簿から削除します。

また、更新認定等により要介護3以上から要介護1又は要介護2への変更があった者については、特例入所の要件の判定を行い、要件に該当しない者は入所判定対象者名簿から削除する他、申込者から心身の状態や環境の変化等についての申出があり、要介護1又は要介護2の者について改めて特例入所の要件の判定を行った結果、新たに特例入所の要件に該当すると判定した者は入所判定対象者名簿に追加し、特例入所の要件に該当しなくなった者は入所判定対象者名簿から削除します。

なお、再確認等により特例入所の要件に該当しなくなった者や新たに

特例入所の要件に該当すると判定した者についても、③の特例入所対象者報告書に記載して、各保険者市町村に送付します。

(5) 入退所決定の手続き

各施設は、入退所の決定に係る事務を処理するため、入退所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置します。

委員会の設置・運営は、次の要領で行います。

① 委員構成

委員会の委員は、施設長、介護支援専門員、生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士及び施設関係者以外の第三者（市町村職員や利用者の家族など）等で構成します。

② 開催

委員会は、施設長が招集し、原則として毎月1回以上開催します。

③ 所掌事務

委員会は、3及び4の基準に基づいて合議により入所の決定及び退所の検討を行います。

入所については、各施設において標準入所希望者調査票（様式2）に準じた調査票により入所の必要性を評価して入所の優先順位を決定し、これに基づいて入所の決定を行います。

なお、災害、事故その他のやむを得ない事由により委員会を開催することが困難な場合には、3の基準に基づいて、施設長の判断により入所を決定することができます。この場合にあっては、後日開催する委員会において承認を求めることとします。

④ 保険者市町村への意見の求め

委員会は、特例入所の要件に該当する入所希望者の入所の必要性を評価するに当たっては、必要に応じて、当該入所希望者の保険者市町村に意見を求めます。

(6) その他

① 守秘義務

施設の職員及び委員会の委員は、業務上知り得た入所希望者やその家族等に関する個人情報等を漏らしてはなりません。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とします。

② 説明責任者等の設置

施設は、入所希望者や家族等から入退所の決定等に関する説明を求められた場合に適切に対応できるよう、責任者あるいは窓口を設置することとします。

③ 記録の作成及び保管

施設は、委員会を開催する都度、協議の経過、判断の理由、決定の内容等を記録し、2年間保存するとともに、市町村又は県から求めがあった場合には、これを提出するものとします。

また、特例入所の要件の判定に係る記録及び保険者市町村の意見についても同様とします。

3 入所を決定する基準

委員会は、次の基準に基づき、入所判定の対象となる者について入所の優先順位を決定します。

(1) 入所優先順位の評価基準

委員会は、次の勘案項目について、それぞれ別表により点数化し、合計点数の高い順に入所の優先順位を決定します。

(勘案項目)

- ① 要介護度
- ② 家族等の状況
- ③ 特記事項

認知症状による顕著な問題行動、医療的処置の状況、住居環境、介護保険による居宅サービスや施設サービスの利用状況、地域性、入所待機期間等において、特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、委員会の判断により勘案します。

なお、①～③の合計点数が同じ者については、年齢を重視し、年齢の高い順に優先順位を決定します。

注 「地域性」とは、地域や家庭との結び付きを重視した施設運営を図るため、施設が所在する市町村若しくは近隣市町村に居住している者又は家族等が居住している者を優先することをいいます。

(2) 特別な事由による優先入所

(1)により決定した優先順位にかかわらず、次の場合には、委員会の判断により優先入所を決定することができます。

① 市町村から入所依頼があった場合

市町村から、老人福祉法第11条第1項第2号の規定に基づく措置入所依頼があった場合、又は家庭等における虐待、事故の発生等の事情により、市町村が緊急性を認め、入所依頼があった場合は優先することができます。

② 長期入院後に再入所する場合

入所者が入院治療の必要が生じて病院に入院し、概ね3か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、退院後に円滑に入所できるよ

うに計画的にベッドを確保するとともに、入院が3か月を超えた場合についても、在宅生活が困難と認められるなど、状況に応じて再入所を優先することができます。

③ 緊急性等が認められる場合

入所希望者や介護者の心身の状況が急に悪化するなど、直ちに施設入所を必要とすると認められる場合は優先することができます。

④ 退所後に再入所する場合

入所者が退所後に、心身の状況が急に悪化し、退所前と変わらない状況であると認められる場合は、再入所を優先することができます。

(3) 施設の状況による入所決定の調整

委員会は、原則として(1)により決定した優先順位に基づき入所を決定しますが、適切な施設サービスの提供を確保するため、次のとおり入所者の決定を調整することができます。

なお、調整を行う場合には、調整が必要な理由及び調整の内容を記録します。

① 性別・認知症等の症状

多床室で男女混合となることを避けたり、入所者の障害や症状等の態様に応じたサービス提供を行うなどの目的で、性別や認知症等の症状などに応じて、入所者の決定を調整することがあります。

② 医療ニーズ

胃ろうによる栄養管理、たんの吸引等の医療的処置が必要な場合は、看護職員の勤務体制や設備の状況に応じて、入所者の決定を調整することがあります。

③ 在宅・入所相互利用

在宅生活を継続する観点から複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間を定めて計画的な施設利用を行う在宅・入所相互利用（ホームシェアリング）を行おうとする場合に、定期的・継続的な入所を実施する観点から、入所者の決定を調整することがあります。

(4) 入所辞退の取扱い

入所希望者の都合により入所辞退があった場合は、一時的に入所決定を繰り下げる取扱いとし、その順位付けについては、辞退の理由等を考慮して各施設が判断することとします。

4 退所を検討する基準

施設は、次に掲げる入所者の心身の状況や退所後に置かれる環境等を十分に検討した上で退所を決定し、また、必要な援助を行います。

(1) 退所基準

- ① 要介護認定において、自立若しくは要支援 1 又は要支援 2 と認定された場合
 - ② 要介護認定において、要介護 1 又は要介護 2 と認定され、かつ特例入所の要件に該当しない場合
 - ③ 要介護 1 又は要介護 2 であって特例入所の要件に該当しなくなった場合
 - ④ 要介護状態等の改善が認められ、かつ次の要件を満たす場合
 - ア 入所者及び家族等が退所を希望している場合
 - イ 家庭等における介護環境及び地域における居宅サービスの提供体制等が、十分整っていると認められる場合
 - ⑤ 3 か月を超える長期にわたる入院加療が必要となった場合
 - ⑥ 感染力の強い感染症に罹患するなど、医学的管理の必要性が増大し、施設での介護や集団生活が困難と認められる場合
- ※ ②及び③は平成27年 3 月31日までに入所した入所者には適用しません。

(2) 入所者の特例入所の要件の判定

施設は、更新認定等により要介護 3 以上から要介護 1 又は要介護 2 への変更があった入所者について、特例入所の要件の判定を行います。

また、特例入所している入所者について、特例入所を必要とする事由が解消したと考えられる場合には、特例入所の要件の再確認を行います。

特例入所の要件の判定は、2(4)②及び④に準じて行い、要介護 3 以上から要介護 1 又は要介護 2 への変更があった入所者のうち新たに特例入所の要件に該当すると判定した者や再確認により特例入所の要件に該当しなくなった入所者については、2(4)③の特例入所対象者報告書に記載して、各保険者市町村に送付します。

(3) 退所に関しての留意事項

- ① ADLや認知症等の各種調査
施設において、ADLや認知症等の各種調査を定期的実施するとともに、その記録を適切に管理・保存することにより、入所者の心身の変化の状況を正確に把握します。
- ② 入所者や家族等の意向確認
入所者や家族等の意向を十分に尊重し、安易に施設側の理由により退所を促すことのないよう留意します。
- ③ 退所の判断
退所の判断に際しては、入所者の心身の機能や健康状態の安定性を検

証するとともに、退所後の在宅における介護力や介護環境、あるいは地域における居宅サービスの提供体制等を十分に確認します。

④ 退所に向けた支援

円滑な退所に向けて、事前に介護者に対して必要な介護技術の指導を行うとともに、入所者及び介護者等への精神的ケアを行います。

また、退所者がケアハウス（軽費老人ホーム）や認知症高齢者グループホーム等への入居を希望する場合は、施設の選定や経済的負担等に関する適切な助言を行います。

⑤ 退所後の支援

退所に際しては、入所者又は家族等の同意を得た上で、居住地の地域包括支援センター等に必要な情報提供を行うとともに、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることにより、退所者に対する適切なフォローを行います。

5 市町村の関与

市町村は、「指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について」（平成26年12月12日老高発1212第1号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）において、特例入所の運用については市町村による適切な関与が求められるとされ、また、特例入所が認められる場合には施設と保険者市町村との間で情報の共有等を行うこととされている趣旨を踏まえ、入所決定に係る施設からの報告、意見の求めについては、次のとおり取り扱うこととします。

（1）特例入所対象者の報告

市町村は、施設から2(4)③、⑤及び4(2)による報告があった場合には、被保険者台帳等に記録するなどの方法により、当該情報を適切に管理する。

（2）特例入所の要件に係る意見表明

市町村は、施設から2(4)④により意見を求められた場合には、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や担当の介護支援専門員からの居宅における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえて、意見を表明する。

（3）入所の必要性の評価に係る意見

市町村は、施設から2(5)④により意見を求められた場合には、意見を表明する。

6 その他

(1) 市町村・関係団体の作成する入退所指針との関係

市町村及び関係団体が各市町村に所在する施設を対象として策定した指針の内容が、本指針の趣旨に即したものであり、優先的な入所の取扱いについて透明性及び公平性が確保されるものであると認められるときは、この指針は、当該市町村に所在する施設については適用しません。

(2) 入退所指針の見直し

本指針は、2年ごとに見直すこととし、また、その間に見直す必要が生じた場合は、随時、見直すこととしますが、見直す場合は神奈川県、市町村及び一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会の三者で協議します。

(3) 入退所指針の適用時期

本指針は、令和4年3月28日から適用します。

ただし、入所決定に係る事項については、令和2年5月1日以降の入所者を対象とすることとし、令和2年4月30日以前の入所者については従前の例によります。

別表 入所順位の評価基準（３（１）関係）

１ 要介護度

要介護 5	40点
要介護 4	35点
要介護 3	30点
要介護 2	20点
要介護 1	10点

２ 家族等の状況

身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	40点
家族等はあるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不能	35点
介護する者はあるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	30点
介護する者はあるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	25点
介護する者はあるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	20点
介護する者はあるが、就業しているため、十分な介護が困難	20点

３ 特記事項

<p>特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、各施設の委員会の判断により、その状況に応じて点数を加算することができる。</p> <p>（例）</p> <p>① 自傷行為、不潔行為、常時の徘徊など、在宅生活が困難と認められる認知症状による問題行動がある場合</p> <p>② 膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要な場合</p> <p>③ 住居環境（廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修が困難）が介護に適さない場合</p> <p>④ 介護保険による居宅サービス（訪問介護、通所介護等）を利用しても在宅生活が困難と認められる場合</p> <p>介護老人保健施設や病院等に入所（入院）しており、退所（退院）後も在宅生活が困難と認められる場合</p> <p>⑤ 入所待機期間が長期となっている場合</p> <p>⑥ 施設が所在する市町村若しくは近隣市町村に入所希望者又は家族等が居住している場合</p>	合計で20点を限度とする
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

(様式 1)

標準入所申込書

申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
※ 受付後 5 年間保存します。		受付時刻	午前・午後 時 分

施設長 殿

申込者（連絡先）

住 所	〒		
(フリガナ) 氏 名		電話番号	()

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。

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)					性 別	男 ・ 女						
	氏 名					住民登録	市・区・町・村						
	現 住 所	〒 電話											
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)											
	健 康 保 険	種 別			記号・番号								
	年 金 等	種 別											
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 (判定 級(度) (障害名 年 月 日)											
	介 護 保 険	被保険者番号											
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5											
		【要介護 1、要介護 2 の方へ】 要介護 1 又は要介護 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。 以下のうち、該当すると思われる項目に印を付けてください。（複数可）。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 認知的障害・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。 <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・安心の確保が困難である、 <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。 ※該当すると思われる項目については、詳細について何う必要がありますので、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。											
(認定期間) 年 月 日～ 年 月 日													
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入院)している場合) <table><tr><td>施設名又は病院名 (所 在 地)</td><td>市・区・町・村</td></tr><tr><td>入所又は入院期間</td><td>年 月 日～</td></tr></table>									施設名又は病院名 (所 在 地)	市・区・町・村	入所又は入院期間	年 月 日～
施設名又は病院名 (所 在 地)	市・区・町・村												
入所又は入院期間	年 月 日～												

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入 所 希 望 者 の 状 況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()
	* 1 該当するものをすべて選んでください。 * 2 [] 内に事業者名を記入してください。	
身 体 の 状 況	食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自 立 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 見守り (むせる・むせない) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (排せつの拒絶) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自 立 (歩 行) <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	<input type="checkbox"/> 補足すべき身体の状況について、具体的に記載してください。	
認 知 症 ・ 精 神 の 症 状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。	

入 所 希 望 者 の 状 況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<div><input type="checkbox"/> カテーテル</div> <div><input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)</div> <div><input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう)</div> <div><input type="checkbox"/> 酸素療法</div> <div><input type="checkbox"/> インシュリン注射</div> <div><input type="checkbox"/> 疼痛看護</div> <div><input type="checkbox"/> その他 ()</div> <div>(現在治療中の病気)</div> <table><thead><tr><th>病 名</th><th>入院・通院病院</th><th>期 間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～</td></tr><tr><td>内 服 薬</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>感 染 症</td><td colspan="2"></td></tr></tbody></table> <div>(既往症)</div> <table><thead><tr><th>病 名</th><th>入院・通院病院</th><th>期 間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr></tbody></table>					病 名	入院・通院病院	期 間			年 月～			年 月～			年 月～	内 服 薬			感 染 症			病 名	入院・通院病院	期 間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
	病 名	入院・通院病院	期 間																																	
		年 月～																																		
		年 月～																																		
		年 月～																																		
内 服 薬																																				
感 染 症																																				
病 名	入院・通院病院	期 間																																		
		年 月～ 年 月																																		
		年 月～ 年 月																																		
		年 月～ 年 月																																		
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)		<div><input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している</div> <div><input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している</div> <div><input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない</div> <div><input type="checkbox"/> その他 ()</div>																																		

家 族 や 住 居 等 の 状 況	入所を希望する理由 * 該当するものをすべて選んでください。	<div><input type="checkbox"/> 身寄りが無い若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない</div> <div><input type="checkbox"/> 家族等が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない</div> <div><input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい</div>				
		<div><input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難</div>				
		<div><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難</div> <div><input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載してください。)</div> <div>[]</div>				
	主な介護者	(フリガナ)		性 別	年齢／生年月日	(歳)
		氏 名		男 ・ 女	明・大・昭	年 月 日
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 電話 ()			
		入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない				
	意 見	(介護をしている上で特に困っていること)				

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

担当ケアマネジャー	氏 名		連 絡 先	電話 ()
	事業所名			

備 考	<p>本入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p>
------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

同意確認欄	<p><input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。</p> <p>入所希望者氏名</p> <p>申 込 者 氏 名</p>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

説明確認欄	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>(本人との続柄)</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏 名 ()</p>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(様式2)

標準入所希望者調査票

入所申込受付日	年 月 日	入所決定日	年 月 日
---------	-------	-------	-------

入所希望者名		住 所	
--------	--	-----	--

勘 案 項 目		入退所検討委員会の開催							
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数
要介護度									
介護者の状況									
特 記 事 項	認知症による 問題行動								
	医療的処置の 状況								
	住居環境								
	居宅・施設サ ービス								
	入所待機期間								
	その他地域性 等								
	小 計 点								
合 計 点									
同 点 時 順 位 判 定 (年 齢)									
市町村からの入 所依頼等									
長期入院後の再 入所									
緊急性等									
入所順位									

(注) 入所希望者又は介護者から勘案項目に係る状況変化の申出があった場合に、直近の入退所検討委員会において、再評価を行うこととします。

(様式 3 - 1 : 入所希望者用)

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地
名 称
施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました要介護 1 又は要介護 2 の入所希望者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、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こと）を次のとおり判定しましたので、当該入所希望者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所希望者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなったと判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の()内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

(添付書類)

施設における検討結果

(様式 3 - 2 : 入所者用)

特例入所対象者報告書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地
名 称
施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の要介護 1 又は要介護 2 の入所者について、介護保険法施行規則第17条の10に定められた要件（その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことにについてやむを得ない事由があること）を次のとおり判定しましたので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村に対して報告します。

入所者		判定結果
氏名	被保険者番号	
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更
		ア 新たに該当と判定() イ 該当から非該当に変更

備考 「判定結果」欄は、新たに特例入所要件に該当すると判定した場合には「ア」に、特例入所要件に該当すると判定していた者について、状態の変化等により要件に該当しなくなったと判定した場合には「イ」に、○を付けてください。なお、「ア」の()内には、考慮事項の該当する番号を記入してください。

(添付書類)

施設における検討結果

(様式４－１：入所希望者用)

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地
名 称
施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設に入所申込みのありました次の入所希望者について、特別養護老人ホームの特例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所希望者の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所希望者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

(添付書類)

施設における検討内容

(様式 4－2：入所者用)

意見依頼書

年 月 日

市町村介護保険担当課長 殿

所 在 地
名 称
施 設 長

事業所番号	
電 話	
担 当 者	

当施設の次の入所者について、特別養護老人ホームの特例入所の要件に該当することの判定を行うに当たり参考としたいので、当該入所者の介護保険の保険者である貴市町村の意見を求めます。

No.	入所者		施設における検討 内容に基づく判断
	氏名	被保険者番号	
1			該 当 ・ 非該当
2			該 当 ・ 非該当
3			該 当 ・ 非該当
4			該 当 ・ 非該当
5			該 当 ・ 非該当

(添付書類)

施設における検討内容

(参考様式)

意見書

年 月 日

特別養護老人ホーム

施設長 殿

市町村介護保険担当課長

年 月 日付けで貴施設から依頼のありました特例入所の要件の判定に係る意見については、次のとおりです。

No.	入所(希望)者		貴施設の検討内容に対する意見
	氏名	被保険者番号	
1			無・有（別紙 ）
2			無・有（別紙 ）
3			無・有（別紙 ）
4			無・有（別紙 ）
5			無・有（別紙 ）

担当課名	
担当者名	
電話番号	
(内線)	