

平成27年4月1日より  
特別養護老人ホームの入所基準が変わります

介護保険法等の改正により、これまで、要介護1から5の方が入所対象となっていました。が、平成27年4月1日以降、原則、要介護3以上となります（全面的な介助が必要な重度の方に限定されました）。

■平成27年4月1日以降、入所及び入所申込みされる方

○ 要介護1・2の方

ア. 原則、入所できません。

イ. ただし、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著しく困難であると認められる場合は、申込みが可能です（特例入所）。

ウ. 上記イの場合、入所申込時に、下記の【特例入所の具体的な要件（やむを得ない事情）】に該当する旨の理由書が必要となります。

【特例入所の具体的な要件（やむを得ない事情）】

- ①認知症であり、頻繁に日常生活に支障をきたす症状・行動があり、意思疎通が困難な状態
- ②知的・精神障害等で、頻繁に日常生活に支障をきたす症状・行動があり、意思疎通が困難な状態
- ③家族等による深刻な虐待が疑われるなど、心身の安全・安心の確保が困難な状態
- ④独居や老老介護など介護できる家族が近くになく、かつ、介護事業所等の不足により介護サービスや生活支援など十分に受けられない状態

○ 要介護3以上の方

ア. 今までどおり入所対象者となります。

イ. ただし、入所後、要介護1・2になった場合は、原則、退所となります（特例入所の対象となる場合を除く）。

■平成27年4月1日以前から入所している方

○ 要介護1・2の方

引き続き入所できます（要支援1・2になった場合を除く）。

○ 要介護3以上の方

要介護1・2となった場合でも、引き続き入所できます。（要支援1・2になった場合を除く）。

注）今後、入院等により一度退所された場合は、「平成27年4月1日以降、入所及び入所申込みされる方」と同様の取り扱いとなります。

# 介護老人福祉施設 入所申込書



申込番号

申込日

年 月 日

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和				
利用者氏名	様		<input type="checkbox"/> 女		年	月	日	(	歳)		
現住所					電話	( ) -					
現在 いるところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の施設										
病院もしくは 施設の名称					電話	( ) -					
申込者 (当施設からの 連絡に使用しま す)	氏名				続柄						
	住所	〒	区	市	町	電話	( ) -				
ご家族	氏名				続柄	○ — □					
	氏名				続柄						
	氏名				続柄						
介護保険	保険者	<input type="checkbox"/> 昭島市 <input type="checkbox"/> その他の区市町村 ( )									
	被保険者番号								生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	要介護区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 現在申請中									
	有効期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日
	ケアマネージャー					事業所名					
状 況	同居の方	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる									
	主な介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない   健康状態： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害がある									
	介護を手伝う方	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない   手伝う方： <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他									
	住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅に戻れない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> その他									
		<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅に住む <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない									
		<input type="checkbox"/> 風呂やトイレが住む階にない <input type="checkbox"/> その他									
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 奇声大声 <input type="checkbox"/> 重度の物忘れ									
<input type="checkbox"/> 妄想・幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> うつ状態											
<input type="checkbox"/> その他；											
特別な医療	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他										
現在 利用している 介護保険 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイサービス） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケアサービス） <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他のサービス（										

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を  
 保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、  
 通知することに同意します。

特別養護老人ホーム 施設長 殿

平成 年 月 日

氏名

印

