**栃木県特別養護老人ホーム入所等に係る指針（新旧対照表）**

|  |  |
| --- | --- |
| **新** | **旧** |
| １　略  ２　略  ３　入所申込みに係る手続き  (1) 入所の申込みは、本人・家族等が介護支援専門員又は申込みを行う施設の生活相談員を通じて別添３「入所申込書」により行うものとし、別添４「入所に係る介護支援専門員意見書」又は別添５「入所に係る生活相談員意見書」を添付するものとする  (2) 施設は、要介護１又は２の方からの申込みがあった場合は、入所申込書に特例入所の要件を具体的に記載した上で、その内容を丁寧に説明し、申込者側に特例入所の要件への該当に関する考えを記載してもらうこととする。この場合において、施設は、入所申込者の介護保険の保険者である市町村（以下「保険者市町村」という。）に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって、その意見を求めるものとする。  　　　また、申込者側から特例入所の要件に該当している旨の申し立てがある場合には、入所申込みを受け付けない取扱いは認めないこととする。  　　（注）特例入所の要件に該当している旨の申立てがない者からの入所申込みに関する取扱いについては、各施設に委ねることとする。  ４　略  ５　略  ６　附則  （略）  この指針は、平成29年12月１日から適用する。  別添資料１～２　略  **資料 ３**  **入居申込書**  申込者（本人でない場合は、申込代理者）   |  |  | | --- | --- | | 住所 | 〒 | |  | 入居希望者との関係  　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） | | 電話 |  |   特別養護老人ホーム  施設長　　　　　　　殿   |  |  | | --- | --- | | 申込日 | 平成　　年　　月　　日 | | 受付日 | 平成　　年　　月　　日 | | 担当者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申込先（入居施設名） | |  | | 保　険　者 |  | | | | | | | | | | | 入　居　希　望　者　の　状　況 | （フリガナ） |  | 性別 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 氏　　　名 |  | 男･女 | | 要介護度 | １・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭  　　年　　月　　日（　　）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 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | | 現　　　況 | □自宅で一人で暮らしている　　□自宅で家族と暮らしている  □老人保健施設などの施設に入っている  「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。  ◇施設名又は病院名　　　　　　　　　　　　　　　　◇所在地  ◇入所又は入院時期：平成　　　年　　　月から入所・入院している | | | | | | | | | | | | | | **入居を希望する理由**  **（該当するものすべてを選んで下さい）** | **□介護する者がいないため。**  **□介護する者が「高齢」「障害」「疾病」｢認知症｣等により十分な介護が困難なため。**  **□介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。**  **□介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。**  **□居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。**  **□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。**  **□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。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。**   |  | | --- | | **□　認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。**  **□　知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。**  **□　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・安心の確保が困難な状態である。**  **□　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。** |   **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 医療の状況 | □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他（　　　　　　　）  【現在治療中の病気・特記事項等】 | | 申込状況 | □当該施設のみ申し込む。□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（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　） | | 説明確認欄 | 私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。  　　平成　　年　　月　　日  　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | 同意書 | １．入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、  他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。  ２．入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。  　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |   削除  別添資料４～７　略 | １　略  ２　略  ３　入所申込みに係る手続き  入所の申込みは、本人・家族等が介護支援専門員又は申込みを行う施設の生活相談員を通じて別添３「入所申込書」により行うものとし、別添４「入所に係る介護支援専門員意見書」又は別添５「入所に係る生活相談員意見書」を添付するものとする。  なお、施設は、要介護１又は２の方からの申込みがあった場合には、入所申込者に対し、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、その理由など必要な情報の記載を求めるものとする。この場合において、施設は、入所申込者の介護保険の保険者である市町村（以下「保険者市町村」という。）に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって、その意見を求めるものとする。            ４　略  ５　略  ６　附則  　（略）    別添資料１～２　略  **資料 ３**  **入居申込書**  申込者（本人でない場合は、申込代理者）   |  |  | | --- | --- | | 住所 | 〒 | |  | 入居希望者との関係  　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　） | | 電話 |  |   特別養護老人ホーム  施設長　　　　　　　殿   |  |  | | --- | --- | | 申込日 | 平成　　年　　月　　日 | | 受付日 | 平成　　年　　月　　日 | | 担当者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申込先（入居施設名） | |  | | 保　険　者 |  | | | | | | | | | | | 入　居　希　望　者　の　状　況 | （フリガナ） |  | 性別 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 氏　　　名 |  | 男･女 | | 要介護度 | １・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭  　　年　　月　　日（　　）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 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | | 現　　　況 | □自宅で一人で暮らしている　　□自宅で家族と暮らしている  □老人保健施設などの施設に入っている  「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。  ◇施設名又は病院名　　　　　　　　　　　　　　　　◇所在地  ◇入所又は入院時期：平成　　　年　　　月から入所・入院している | | | | | | | | | | | | | | **入居を希望する理由**  **（該当するものすべてを選んで下さい）** | **□介護する者がいないため。**  **□介護する者が「高齢」「障害」「疾病」｢認知症｣等により十分な介護が困難なため。**  **□介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。**  **□介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。**  **□居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。**  **□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。**  **□要介護1又は要介護2の方は、備考欄の事項を参考に、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由を具体的に記載してください。**   |  | | --- | |  |   **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 医療の状況 | □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他（　　　　　　　）  【現在治療中の病気・特記事項等】 | | 申込状況 | □当該施設のみ申し込む。□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（　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　） | | 説明確認欄 | 私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。  　　平成　　年　　月　　日  　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | 同意書 | １．入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、  他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。  ２．入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。  　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |   **備考）　　要介護1･2の方が居宅において日常生活を営むことが困難である事情**   1. **認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見ら**   **れること。**   1. **知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に**   **見られること。**   1. **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・安心の確保が困難な状態であること。** 2. **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。**  別添資料４～７　略 |