

# 江戸川区特別養護老人ホーム入所指針

## 1 背景と経過

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所については、必要性や緊急性の高い方から入所できるように、「江戸川区特別養護老人ホーム入所指針」を定め、平成15年10月1日から運用してきたところです。

このたび介護保険法の改正に伴い、平成27年4月1日以降、指定介護老人福祉施設（指定地域密着型介護老人福祉施設含む。以下同じ。）は、より必要性の高い方が入所しやすくなるよう、居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化を図ります。このため、新たに入所する方については、原則として要介護3以上に限定することになります。しかし、要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難であると認められる場合に限り、「特例入所」として認め、基準を定めることとしました。

## 2 目的

在宅介護が困難になり施設サービスが必要になった場合は、優先的に入所できる基準、手続きを明示することにより、入所決定の透明性と公平性を確保し、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）における介護サービスの円滑な実施を図ることを目的とします。

## 3 入所の必要性を評価する基準

(1) 江戸川区特別養護老人ホーム入所基準表（以下「区特養入所基準表」とする。）

区内共通の「区特養入所基準表」（様式1）により「本人の状況」「介護者の状況」「その他の状況」から在宅介護の困難度をポイント化し、入所の必要性を評価します。

(2) 施設入所規程

各施設において入所規程を定め、入所申込者の状況进行评估します。

## 4 入所判定対象者

要介護3から要介護5までの要介護者及び、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2の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められる者としてします。

平成27年3月31日時点で入所している方については、現状において要介護1又は2の状態に入所している場合のみならず、制度改正後の平成27年4月1日以降に要介護1又は2に改善した場合であっても、継続して入所を可能とする経過措置を講ずることとします。

また、平成27年4月1日以降に入所した方が要介護1又は2に変更になった場合は退所となりますが、その入所者が、特例入所の要件に該当すると認められる場合には、特例的に入所を可能とします。

### (1) 「特例入所」

- ア 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が頻繁に見られること。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。

## 5 入所の申し込み

### (1) 申込方法

「入所申込書（変更届）」（様式2）に介護保険証（写）を添付し、原則として入所希望者又はその家族が、希望する施設に直接申し込みます。ただし、希望する施設が複数ある場合は、いずれかの施設において一括して申し込むことも可能です。

### (2) 申込受付

- ア 施設は、入所希望者又はその家族に、入所指針の内容を説明します。他に「区特養入所基準表」と各施設の入所規程、施設設備の状況について説明し、「入所申込書（変更届）」を受け付けます。入所希望者の病状、医療行為、施設側の設備事情等により、施設サービスの提供が困難な場合は、その理由を入所希望者又は家族に対し十分に説明し、理解を得るように努めるものとします。
- イ 施設は、要介護1又は2の入所希望者若しくはその家族に対して、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について、その理由など必要な情報の記載を入所申込の際に求めるものとします。
- ウ イの場合において、施設は江戸川区に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ため、適宜その意見を求めるものとします。
- エ ウの求めを受けた場合において、江戸川区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、担当する介護支援専門員から居宅における生活

の困難度を聴取し、施設に対して適宜意見を表明できるものとします。

オ 施設は複数の施設の一括申請を受付ける際に、入所希望者又はその家族に対し一括申込の手続きについて説明し「入所申込書（変更届）」（様式2）にて受け付けます。

### **（3） 入所申込者受付名簿の管理**

施設は、受け付けた「入所申込書（変更届）」の内容を名簿に記載するとともに、「区特養入所基準表」によりポイントを記入し、入所順位名簿として整備します。

### **（4） 状況の変更に伴う届出**

入所申込者は、入所希望者や介護者の状況が変わった場合に、施設に「入所申込書（変更届）」を提出します。

## **6 入所申込書の有効期限**

施設が入所申し込み（新規・変更）を受け付けた日から、1年間とします。

## **7 入所検討委員会**

### **（1） 入所検討委員会の設置**

ア 施設は入所検討委員会を設置するものとします。委員会の運営方法、構成員、開催方法は各施設で決定し、施設入所規程に明示します。

イ 入所検討委員会は、施設長と生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の関係職員で構成することとし、地域の実情にあわせて施設職員以外の者の参加を可能な限り求めるものとします。

### **（2） 入所順位名簿の確定**

入所検討委員会は、入所順位名簿の記載内容と順位を確認し、確定します。確定後は必要に応じて名簿の上位から入所希望者の状況を把握します。

### **（3） 施設入所規程による検討**

入所検討委員会は施設入所規程、設備状況等により入所者を検討します。

### **（4） 入所者の決定**

入所検討委員会は、本人の状況、施設入所規程、設備状況等により総合的に判断し、入所者を決定するものとします。

## **(5) 議事録の保管**

- ア 施設は、入所検討委員会を開催する都度、その協議内容（江戸川区の意見を含む。）を記録し、2年間保管するものとします。
- イ 施設は、区又は都から求めがあった場合、アの記録を提出するものとします。

## **8 入所辞退者**

入所希望者や家族等の都合により入所を辞退した場合は、入所申込者名簿から削除します。緊急の病気等のやむを得ない理由がある場合は施設の判断で保留にします。

## **9 特別な事由による入所**

### **(1) 老人福祉法による措置入所**

- ア 家族からの遺棄、虐待を受けている場合。
- イ 認知症等により、意思能力が乏しく、代理する家族もなく契約の締結ができない場合。

### **(2) 緊急入所**

災害、事故等により緊急に入所が必要になり、区が依頼した場合。

## **10 指針の見直し**

見直しの必要が生じた場合は、江戸川区特別養護老人ホーム運営委員会で協議し改正するものとします。ただし、様式の軽微な変更についてはこれを除くものとします。

## **11 指針の施行**

この指針は、平成27年4月1日から施行します。

この施行に伴い、江戸川区特別養護老人ホーム入所指針（平成15年6月1日から適用）は、廃止します。

### **附則**

この入所指針を平成31年4月1日に改正する。

## 江戸川区特別養護老人ホーム入所基準表

受付番号: - -

入所希望者(本人):

受付日 年 月 日

受付施設

担当者

	入所調整項目	要介護		要介護			備考	
		1	2	3	4	5		
本人の状況	要介護度	15	20	35	40	45		
	認知症等による行動・心理症状がある	15		10				
	本人の年齢が80歳以上	5		5				
	計						最高60点	
介護者の状況	介護者がいない	15		30			いずれかひとつまで	
	介護者が別居	7		20				
	介護者が同居	①要支援、身障手帳3級程度、在宅療養	7		20			
		②介護者が75歳以上 ( )歳	5		15			
		③介護者が就労している	5		15			
	介護協力者がいない	2		5			介護者がいないは非該当	
	複数の要介護者を介護している	2		5				
計						最高30点		
その他の状況	退院退所後の住居が無い	現在の居場所 1・2・3・4・5	10		10		いずれかひとつ	
	住宅が介護に適さない		2		5		1. 自宅は非該当	
	同居の介護者による暴力、無視、抑制がある または、暴力、無視、抑制をする可能性がある	5		5			在宅介護に限る 入院・入所は非該当	
	計						最高10点	
合計ポイント								

特別に配慮する点:

- \* 項目を、本人の状況(60)、介護者の状況(30)、その他の状況(10)に分け、上限を100とします。
- \* 介護者が同居の場合、①～③の中で該当する項目を一つ選びポイントとします。
- \* 「介護協力者がいない」「複数の要介護者を介護している」は、介護者が別居の場合もポイントとする。

## 江戸川区介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

令和 年 月 日

※（有効期限・上記申込受付日から1年間）

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更になった場合は、必ずお届けください。

特別養護老人ホーム施設長様

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
保険者		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入ください			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名 ) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に )		

申込（代理）者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	<input type="checkbox"/> 携帯 ( )	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	<input type="checkbox"/> 携帯 ( )	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

入所希望者の状況	身長	c m	体重	kg	
	障害	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) 種 級 障害名 ( )		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 )	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可		<input type="checkbox"/> つかまり歩行	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない			
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所 )			
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 (ピック病など) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	行動・心理 症状	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	医療に関する 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
現在治療中の病気 ( )					
既往歴 ( )					
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
入所希望者の 意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )				

	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
	別居	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 1週間に3回以上通って介護している（1週間に_____回） ※主に介護している方について記入してください		
		氏名		入所希望者との続柄
		住所		
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）			
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください			
	氏名		入所希望者との続柄	
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	（ 歳）
	同居	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <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 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （ 種 級 障害名 _____） <input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている （ 度 _____） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害名 _____） <input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回） <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）		

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない
	<input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる
	<input type="checkbox"/> 本人が動かないようにしぼりつけるなど、抑制することがある

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為に特別養護老人ホーム入所に係る内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター(熟年相談室)・担当ケアマネジャー・区内特別養護老人ホームへ提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

※1部コピーをとって保管してください。 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

**入所申込施設**

入所申込の際は、別紙「江戸川区内特別養護老人ホーム入所申込について」を必ずお読みください。

- 申込み書を提出した施設に◎、その他申し込む施設に○をしてください。
- 順位はつけられません。
- ○を付けた施設への情報提供はひと月に1回、翌月末までに行います。

希望	番号	施設名	希望	番号	施設名
	1	なぎさ和楽苑		12	特別養護老人ホーム きく
	2	リバーサイドグリーン（江東園）		13	特別養護老人ホーム第二みどりの郷
	3	暖心苑		14	特別養護老人ホーム古川親水苑
	4	瑞江特別養護老人ホーム		15	タムスさくらの杜 江戸川
	5	小岩ホーム		16	わとなーる葛西
	6	江戸川光照苑		17	特別養護老人ホーム 癒しの里 西小松川
	7	清心苑		18	タムスさくらの杜 春江
	8	アゼリー江戸川		19	特別養護老人ホーム第三みどりの郷
	9	特別養護老人ホーム ウエル江戸川		20	やすらぎの里北小岩
	10	特別養護老人ホーム 泰山		21	タムスさくらの杜 南葛西
	11	特別養護老人ホーム みどりの郷福楽園		地1	特別養護老人ホーム わとなーる <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">注1</span>

注1 お申し込みは江戸川区の住民に限ります。

.....

※施設記入欄

入所申込受付日	年	月	日	
受付施設名				
受付番号	—	—		

特記事項等

要介護1・2の入所希望者については、こちらもご記入のうえご提出ください。

「**特例入所**」の要件に該当することの判定に際しては、**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ことに關し、以下の事情を考慮します。

- 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。
- 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。

◆要介護1・2の入所希望者については、上記事由の該当番号を記入のうえ、**居宅において日常生活を営むことが困難な具体的な内容**を記入してください。

該当番号	日常生活に支障を来たすような症状・行動・意思の疎通が困難な具体的な内容