

特別養護老人ホームくりのみ 入所待機について

1、はじめに

厚生労働省の省令に基づき、札幌市と札幌市老人福祉施設協議会が共同で、「札幌市特別養護老人ホーム入所指針」を作成し、平成 15 年 4 月 1 日より施行されました。

それに伴い、従来の申込順による入所ではなく、入所の必要性（緊急性）の高い方より、入所になる申込方法に変更になっております。

2、総合入所優先度ランク（以下ランク）

ランクは優先度の高い方から、A～E で判定されます。

申込必要書類である、特別養護老人ホーム入所申込書・認定調査票・介護保険被保険者証の写し・直近 3 ヶ月のサービス利用表及び別表をもとに、①要介護度 ②精神症状・行動障害の状況 ③介護者の状況 ④生活・経済の状況の 4 つの観点から判定しています。

この指針に基づく入所の決定は、お申込があった都度定期的に入所の必要性（緊急性）を総合的に評価するため、入所の必要性（緊急性）が高いと判断された場合は、先に申し込まれた方よりも早く入所していただくことになります。

上記により、待機順番は流動的なため、ランクにより表わさせていただき、待機者名簿を作成させていただきます。

※申込みの時点で要介護度 1・2 の方の場合

平成 27 年度の介護保険の改正に伴い、要介護度が 1・2 の方は本人状況によって特例入所の該当となる場合があります。

詳細については、相談員までお問い合わせください。

3、お申込者の状況が変わった時

高齢者の方の状況（状態）は変化が著しいと考えております。変化があった際は速やかに、当施設の生活相談員までご連絡下さい。変更があった際に連絡をいただければ申込時の状況で推移させていただきます。

例）・介護度の変更 ・施設又は病院より自宅に戻られた ・施設又は病院より転所又は転院された ・入院された（検査入院等 1 ヶ月未満の入院は除く） ・施設に入所された ・長期的な医療行為（処置）が必要になった ・介護者の方が亡くなられた ・居宅サービスの利用が増大した ・経済状況が著しく変更になった ・ご本人様が亡くなられた ・入所の申込を辞退される 等

上記のように状況が変化した際は、その都度入所の必要性（緊急性）を再検討し、書面にて総合入所優先度判定結果をお知らせいたします。

*状況（状態）に変更がなければ、入所申込時の状況もしくは最後に連絡があった状況でランクは推移いたします。（特に、施設より書面等による連絡はいたしません）

4、医療行為について

当施設は、生活介護の場で、医療行為や個別リハビリを目的とした施設ではありません。

協力病院から医師の往診やお薬の処方が可能です。医師が常勤しておらず、看護職員も夜間帯は不在となり、施設内では健康管理が中心となります。 *協力病院：北樹会病院

上記のことより、特殊な医療行為や継続治療は行えません。

協力病院以外の他科受診、定期受診については、通常ご家族対応をお願いしておりますので、ご協力お願いします。（車両の相談には応じます）

5、医療行為の受け入れ状況について

医師及び看護師が 24 時間常駐している体制ではないため、医療行為においては、処置や手技を伴う場合ため、受け入れできない場合もあります。

また、治療中や病状不安定な方に対しても受け入れが難しい場合がありますことをご了解下さい。

夜間帯につきましては、介護職員は常駐しておりますが、看護師はオンコール（自宅にて携帯当番待機）体制となっております。

*医療行為で不明な点はお問い合わせ下さい。

6、待機から入所までの流れ



* 事前面接の結果、入所判定会議時点で継続治療等の医療行為等がある場合は、入所延期もしくは入所をお断りする場合がございますので、ご了承下さい。

* 当施設では、認知症による行動障害が強い方、それに該当しない方が階（フロア）によって分かれているため、本人の精神状況で、入所が延期になる場合がございますので、ご了承下さい。

現在、自宅で入所申し込みいただき待機されている方については、今後の施設利用される場合を踏まえて、短期入所生活介護（ショートステイ）を一度ご利用される事をお勧めしております。ご利用者様及びご家族様も施設見学だけでは見えない点もあると思いますので、ぜひご検討下さい。

また、申し込み書類を郵送で取り寄せた方につきましては、一度施設見学及び概要説明を受けていただきますよう、お願いしております。（書面だけでは伝わりづらいため）

施設見学・ご質問・お問い合わせは、生活相談員（山森・河合）まで、ご連絡願います。

特別養護老人ホームくりのみ TEL（011）813-8881

入所希望者 各位 様

この度は、社会福祉法人桂和会 特別養護老人ホームくりのみ への入所申し込みに関するお問い合わせを頂き誠にありがとうございました。

入所申込書及び添付書類をご用意の上、下記の書類を一括して、郵送もしくは窓口へ持参して頂きますようお願い申し上げます。

<入所申し込み時必要書類>

1. 入所申込書（2枚）
2. 介護保険被保険者証の複写（コピー）＊札幌市の方はピンクの保険証
3. 認定調査票
(住民票のある、区役所 保健福祉サービス課窓口で取り寄せてください)
＊後日役所から、ご自宅に郵送になる場合もあります。
4. 直近2ヶ月のサービス利用票及び別票（居宅ケアマネージャー作成のもの）
(入院及び入所中の方は必要ありません。居宅サービス利用されている方)

<原則入所申込みは、要介護度3以上の方が対象となります。
要介護度1及び要介護度2の方は特例入所の要件を満たす必要があります>

備考

- ① 入所申込書内の「保険料の段階」は、入所希望者の世帯収入で決定されます。
市民税非課税世帯の方は貯蓄要件により利用料の減額制度（介護保険負担限度額認定証）を受けることができ、それを元に段階が決定いたします。詳細を希望される方は当施設又は、ご本人の住民票のある役場へお問い合わせください。
- ＊1段階→生活保護世帯 2段階・3段階→市民税非課税世帯 4段階以上→市民税課税世帯
- ② 続柄は本人主体に記入ください。（例：長男 次男嫁）
- ③ 「介護者の状況」について、現在、入院及び入所中の方につきましては、自宅に帰られると、仮定して、ご記入下さい。
- ④ 「他施設申込状況」につきましては、他施設を申し込んでいることにより、影響はありません。（札幌市の指針で決められて書式のため）

〒062-0938

札幌市豊平区平岸8条12丁目3番20号
社会福祉法人 桂和会総合福祉センター
特別養護老人ホーム くりのみ

Tel (011) 813-8881 Fax (011) 813-8900

問い合わせ窓口 生活相談員 山森 賢一
生活相談員 河合 勇哉

(様式1)

特別養護老人ホームくりのみ入所申込書

受付日 令和 年 月 日

受付番号

申込者 今後、郵送物等はこの連絡先に
(連絡先) お送りさせていただきます。

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホームくりのみ に申し込みたいので、
次のとおり申し込みます。

(〒 —)			
住所			
ふりがな			
氏名		続柄	
電話			

申込先		特別養護老人ホーム くりのみ		保険者	
				被保険者番号	
	(フリガナ)		性別	要介護度	
	氏名		男 ・ 女	要介護 認定期間	年 月 日から
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	令和 年 月 日まで		
	現住所 (住民票所在地)	(〒 —)			
現況		ア 自宅で一人で暮らし イ 自宅で家族と暮らしている ウ 施設・病院に入所(院)中			
		*「施設・病院に入所(院)の方は記入してください。」			
		施設又は病院名 所在地(区市町村名のみ)			
		入所・入院時期 年 月 日 から入所・入院している			
介護者の 状況	家族構成	ア イ・ウ以外の同居世帯 イ 高齢者夫婦世帯<孫(18歳未満)と老夫婦世帯を含む> ウ 独居			
	介護者の有無	ア 主たる介護者以外に必要時に協力者あり イ 介護者は一人のみ ウ 介護者なし			
	介護者の年齢	ア 60歳未満 イ 60～74歳 ウ 75歳以上及び介護者なし			
	介護者の健康	ア 健康である イ 健康に不安を抱えている ウ 介護者自身が要介護者又は介護者なし			
	介護可能時間	ア 十分に介護可能 イ 一部不在の時間あり ウ ほぼ時間が取れない又は介護者なし			
	要介護者との関係	ア 良好 イ 介護は行っているが、疲労が強い ウ 最低限の関わりのみ又は介護者なし			
生活・経済の 状況	待機状況	ア 施設・病院に入所中で退所の働きかけなし *施設・病院に入所中で退所の働きかけある場合の、利用継続可能時間 イ 制限なし(次が決まるまで) ウ 6～12ヶ月 エ 6ヶ月未満 オ 自宅等(高齢者共同住宅を含む)			
	在宅サービス 利用率	ア 施設・病院に入所(院)中 イ 限度額40%未満 ウ 限度額40%～60%未満 エ 限度額の60%～80%未満 オ 限度額の80%以上			
	在宅サービス 利用状況	ア 施設・病院に入所(院)中 イ 充分サービスを利用している ウ ある程度サービスを利用している エ 一部サービスを抑制している オ ほとんどサービスを抑制している(経済面・限度額より)			
	保険料の段階	イ 第5段階以上 ウ 第4段階 エ 第2・3段階(非課税世帯) オ 第1段階(生活保護等)			
	住居	ア 施設・病院等に入所(院)中 イ 快適な生活のできる家 ウ 一部居住性に問題あり エ 著しく居住性に問題あり オ 帰る住まいが無い			

入所希望時期		ア いますぐ入所希望 イ 年 月 頃までに入所希望 ウ 必要時入所希望					
医療の状況		処置	ア 鼻腔栄養(鼻から栄養) イ 胃ろう ウ 在宅酸素 エ 人工透析 オ インシュリン注射(糖尿病) カ 人工肛門 キ バルーンカテーテル(尿のくだ) ク 定期的な注射 ケ ペースメーカー(心臓) コ その他				
		病気の名前 * 病名が分からない時はどこが悪いか記入(例)狭心症→心臓が悪い	現在治療中の病気 あり ・ なし				
		受診医療機関(お薬処方先)	病院名 () 病院		担当医師氏名		
			病院名 () 病院		担当医師氏名		
他施設申込状況		ア くりのみだけの申込 イ 他の施設を申込済み又は申込予定 申込済みの施設名 申込予定の施設名					
主たる介護者	ふりがな			性別	本人との関係		
	氏名			男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	世帯区分	ア 同居 イ 別居	住所				
意見		【介護をして困っていることなど】 					
特例入所の要件に該当するやむを得ない事由(要介護度1・2の方)		※要件についてはお問い合わせください 記録者 続柄					
居宅介護支援事業所		事業者名		電話番号 担当ケアマネージャー氏名			
施設・病院担当医療ソーシャルワーカー(相談員)		施設・病院名		電話番号 担当相談員氏名			