

# 介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム真寿園入所指針

## 1 目的

この指針は、介護保険制度下における特別養護老人ホーム真寿園（以下「施設」という。）入所に関わる基準を明示することにより、入所決定過程の透明性、公平性を確保し、施設入所の円滑な実施に資することを目的とする。

## 2 入所に関する基準

施設は、入所の決定に係る入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置し、入所に関する基準及び手続きを作成する。

### (1) 委員会

#### ア 委員会の所掌事務

- (ア) 評価基準の作成
- (イ) 優先順位の決定
- (ウ) その他必要事務

#### イ 委員会の構成

委員会の委員は、施設長、事務長、施設長補佐、生活相談員、看護職員、ケアマネジャー等施設職員と施設職員以外の者（地域における医療又は福祉に精通した者等）とする。

ウ 委員会は、施設長が招集し、年2回程度開催。その他、随時現況調査を行うものとする。

#### エ 記録の保存

協議の内容を記録し、2年間保存するものとし、市町村又は県から求められた場合には、これを提出する。

#### オ 守秘義務

委員は、入所申込者やその家族等に関する個人情報を漏らしてはならない。

### (2) 評価基準及び優先順位の決定

評価基準については、個別評価項目と総合評価項目とし、次表のとおりとする。

優先順位の決定は、

- ①個別評価項目の各項目を、それぞれ点数化し、その合計点数を算出し、
- ②更に、総合評価項目により入所の要件を勘案した上で、行うこととする。

なお、施設長は、入所申込者の状況が急に悪化するなど、真にやむを得ないと判断した場合は、職権により入所させることができるものとし、後日入所に至った経

過などを委員会に報告する。

個別評価項目（標準的な個別評価項目は別紙1）
<ul style="list-style-type: none"><li>• 要介護度</li><li>• 認知症高齢者の日常生活自立度</li><li>• 介護者等の状況</li><li>• 在宅サービス利用率など</li></ul>

総合評価項目
<ul style="list-style-type: none"><li>• 身体上又は精神上的の著しい障害による常時介護の必要性</li><li>• 生活上の全面的な介護などの必要性</li><li>• 自立度が低いことによる生活全般にわたる関与などの必要性</li><li>• 認知症による行動障害、在宅のQOL</li><li>• 在宅サービスの利用内容</li><li>• 住宅環境の要因、入所申込時期、地域性、入所した場合の家族との交流など</li></ul>

### 3 入所申込時の対応等

#### (1) 入所申込者への対応

施設は、入所申込者には、特例入所の要件、評価基準及び入所決定までの手続について説明を行い、同意を求めること。この場合において、入所申込者が要介護2又は1であるときには、入所申込後に特例入所の要件を満たさないことを施設が当該入所申込者に通知する際に、併せて申込書類一式を返戻することについても同意を求めること。

なお、申込書は別紙2のとおり。

#### (2) 個人情報の把握の同意

入所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は、市町村、担当ケアマネジャー、他の介護保険施設等からの情報収集に係る同意書を得ること。

#### (3) 施設への報告

入所申込者は、入所申込書に記載した項目に変更があった場合、申込みをした施設に報告する。

#### (4) 特例入所による申込みへの対応

##### ア 施設から市町村への照会

施設は、入所申込者が要介護2又は1である場合には、別紙3の照会文書により、当該入所申込者の入所申込書の写等を添えて、入所申込者が居住する市町村の長あてに、特例入所の要件を満たすかどうか意見を求めること。

##### イ 入所申込者への通知

施設は、市町村長からイにより意見があった場合には、特例入所の要件を満たすかどうか決定し、原則として、入所申込者に通知し、特例入所の要件に該当しないときは、申込書類一式を併せて返戻する。

##### ウ 委員会の開催における留意事項

施設は、2の委員会を開催するに当たり、イにより特例入所の要件を満たすとされた入所申込者の「介護の必要の程度や家族の状況」等について変更があるかどうか、改めて市町村と情報共有することが望ましい。

#### (参 考)

##### 市町村からの意見の表明

アの意見を求められた市町村長は、別紙4の回答文書により、概ね2週間以内に回答するものとする。ただし、入所申込者が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として、家族等による深刻な虐待がある旨が入所申込書に記載されているにもかかわらず、市町村長が当該事由を確認していない場合には、施設と市町村長は個別に協議の上、意見の内容及び意見の回答時期を決めるものとする。

#### 4 老人福祉法による措置入所

施設は、市町村から老人福祉法第11条第1項第2号の規定による措置入所委託があった場合には、入所させること。

#### 5 入所申込書の管理方法

施設は、保管している入所申込書を、①要介護3以上の者 ②要介護2又は1で特例入所の要件に該当する者 ③要介護2又は1で特例入所の要件に該当するか不明な者（見直し後の入所申込書の再提出がない者を含む。） ④要介護2又は1で市町村に照会中の者、⑤保留中の者、⑥リストから削除した者、に区分して保管する。

## 6 その他

### (1) 辞退者の取り扱い

入所の意思を確認した際に、入所希望者および申込者の自己都合による辞退があった場合は、緊急度が低いと判断し入所申し込み者順位リストから削除する。この場合、入所希望者および申込者にその旨の説明を行い、同意を得ること。なお、その後入所希望者および申込者の状況の変化により再度申し込みがあった場合は、あらためて受付ける。ただし、入所希望者および申込者の入院等、やむを得ない理由により辞退があった場合は、順位を保留する。

また、入所希望者に医療機関での入院や治療が優先すると判断される場合、施設主治医の意見を求めながら順位を保留する。ただし、病状が改善された場合は再評価する。

### (2) 入所決定にあたっては、男女別構成、入所者の状況等を総合的に勘案し、入所者全体のサービスの質の確保に努める。

## 個別評価項目

### 1 介護度

評価項目	要介護度5	要介護度4	要介護度3	要介護度2	要介護度1
点数	20	17	13	9	5

### 2 認知症高齢者の日常生活自立度

評価項目	ランクM	ランクIV	ランクIII	ランクII	ランクI
点数	10	8	6	5	3

### 3 介護者等の状況

評価項目	単身であり、在宅では生活が困難	介護者がいるが、在宅での生活が困難	単身であり、在宅では生活が一部困難	介護者がいるが、在宅での生活が一部困難
点数	20	15	10	5

一部困難：日中の時間帯などの一部時間帯に限りサービス提供を現に受けている又は介護を要す。

### 4 在宅サービス利用率（過去3ヶ月の平均）

評価項目	80%以上	60%以上～80%未満	40%以上～60%未満	20%以上～40%未満	20%未満	入院（入所中）
点数	50	39	23	17	6	5

※算定対象サービス（介護予防を含む。）：訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与、通所介護、通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域支援事業訪問型サービス・通所型サービス 等

\*1 在宅サービスの利用率については、提出されたサービス利用票別票の区分支給限度額基準額に対する月の利用単位数で利用率を出し、上記の該当する割合に沿って評価する。

\*2 要介護度の変更など個別事由、地域の実情に応じた設定も可能。

### [構成割合]

身体の状態	30%
介護者等の状況	20%
在宅利用率	50%

（経過的措置）

#### 入所申込時期

評価項目	3年以上	2年以上～3年未満	1年以上～2年未満	6ヶ月以上～1年未満	6ヶ月未満
点数	5	4	3	2	1

### 総合評価項目

- ・身体上又は精神上的の著しい障害による常時介護の必要性
- ・生活上の全面的な介護などの必要性
- ・自立度が低いことによる生活全般にわたる関与などの必要性
- ・認知症による行動障害、在宅のQOL
- ・在宅サービスの利用内容
- ・住宅環境の要因、入所申し込み、地域性、入所した場合の家族との交流など

- ①個別評価項目の各項目を、それぞれ点数化し、その合計点数を算出し、
- ②更に、総合評価項目により入所要件を勘案したうえで、行うこととする。

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日	受付番号
-----	-------	-----	-------	------

## 特別養護老人ホーム真寿園 入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム真寿園施設長 様

入所申込者

(入所希望者との続柄 )

特別養護老人ホーム真寿園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。

(該当する箇所には、□にチェックを入れてください)

フリガナ			生年月日	
氏名	(男・女)		明治・大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
現住所	郵便番号	電話番号		
被保険者番号			保険者名	
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			
	認定期間      年      月      日      ~      年      月      日			
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<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。		入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。			<input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため
	<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。			<input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため( 年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細 )
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称			
	Tel			
	担当者			
			入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
健康保険	種類			
年金の種類等	種類			
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他			
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)			
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位)(直近3ヶ月の平均 _____ 単位)① (支給限度基準額 _____ 単位)②    ①/②*100=(在宅サービス利用率 _____ %)			
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00~午後 6:00 (日中) <input type="checkbox"/> 午後 6:00~午後 10:00 (夜間) <input type="checkbox"/> 午前 6:00~午前 8:00 (早朝) <input type="checkbox"/> 午後 10:00~午前 6:00 (深夜)		
	現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____ ) 年 月 日~		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) [現在治療中の病名] ( _____ )				

過去の入所・入院状況	種類		年	月	日	～	年	月	日
	名称		理由						
	種類		年	月	日	～	年	月	日
	名称		理由						
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項	<p>(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。</p>								
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )								
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )								
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日					
	氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)					
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無				
		Tel		要介護状態区分					
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	申込者との関係	<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 ( )							
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	年齢	備考			

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」 (写)
- 個人情報に関する同意書
- 身体状況確認表

説明確認欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。								
	年 月 日			氏名					

別紙 3

(新規申込又は 26 年度以前申込者で新様式により改めて申込みした場合)

年 月 日

(申込者の住所の) 市町村長 様

特別養護老人ホーム施設長



特別養護老人ホームへの特例入所による申込みについて (依頼)

このことについて、別添のとおり、要介護 2 又は 1 の者から、当施設への入所申込がありました。(なお、入所申込者は、平成 26 年度以前から申込みがありますが、今回の特例入所の要件を満たすかどうか、改めて新しい様式により申込みをしたものです。)

当施設に入所するに当たり、介護保険法施行規則 (平成 11 年厚生省令第 36 号) 第 17 条の 10 に規定する「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た者」に該当し、特例入所の要件を満たしているか、あらかじめ貴職の意見を求めたいので、年 月 日までに御回答いただきますようお願いいたします。

(添付書類)

- 1 入所申込書の写
- 2 個人情報の提供に関する同意書の写 (※市町村長が求める場合に限る。)
- 3 居宅サービス計画、サービス利用票・別表 (1～3、6、7 表) の写
- 4 必要に応じ、市町村長が求める書類



年 月 日

特別養護老人ホームの施設長 様

市町村長



特別養護老人ホームへの特例入所による申込みについて（回答）

年 月 日付けで照会のありました、このことについて、下記のとおり回答します。

記

住 所			
氏 名	性別	生年月日	回答欄
	男・女	年 月 日	
認知症であることにより、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、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。			
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が頻繁に見られ、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。			
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り、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。			
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により、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。			

(添付資料)

市町村長が定める書類