

## 指定介護老人福祉施設等における入所の取扱いに関する指針

### 1 目的

この指針は、宮崎県内の指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という。）の入所に係る取扱いを明確化することにより、入所決定過程の公平性及び透明性を確保するとともに、入所の必要性の高い者の円滑な入所を図ることを目的とする。

### 2 入所の申込み

#### (1) 申込方法

入所の申込みは、入所申込書（様式1）により行うものとする。

#### (2) 要介護1又は要介護2の方の入所申込みの手続

要介護1又は要介護2の方の入所申込みについては、次のとおりとする。

- ① 施設は、入所申込書（様式1）の要介護1又は要介護2の者の特例的な入所（以下「特例入所」という。）の要件を入所申込者及びその家族等（以下「申込者側」という。）に丁寧に説明し、申込者側に特例入所の要件への該当に関する申込者側の考えを記載してもらうこと。
- ② 申込者側から特例入所の要件に該当している旨の申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しないこと（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。）。
- ③ 施設は、②の申立てがある場合には、入所申込者の保険者である市町村（以下「保険者市町村」という。）に特例入所申込受付報告書（様式2）に入所申込書の写しを添付し、報告を行うこと。

#### (3) 入所申込みの受付

- ① 施設は、入所申込書を受け付けた場合は、入所申込受付簿に記載するものとする。
- ② 施設は、受付時に、次の場合には遅滞なく施設に対して申し出るよう、申込者側に対して説明するものとする。
  - ア 申込者側の心身の状態及び生活環境等が、入所申込時と比較して大きく変化した場合
  - イ 申込者側の事情により入所申込みを取り下げる場合
  - ウ 入所申込者が他の介護保険施設、社会福祉施設その他の高齢者向けの施設に入所した場合

エ 入所申込者が死亡した場合

### 3 入所判定対象者の選定について

#### (1) 入所判定対象者

入所判定の対象となる者は、入所申込者のうち、要介護3から要介護5までの要介護者及び、要介護1又は要介護2であって(2)①に定める特例入所の要件に該当する者とする。

#### (2) 特例入所について

##### ① 特例入所の要件

特例入所の対象となる者（以下「特例入所対象者」という。）は、入所申込者のうち、要介護1又は要介護2であって、次の判断のいずれかに該当する場合に限る。

項目	視点	判定基準
①入所申込者の心身の状況	常時の介護の必要性	認知症又は、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（BPSD）や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
②在宅生活における状況	在宅生活における安全・安心の確保	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。
③家族の状況及び在宅生活の可能性	在宅生活に必要な家族の介護力、介護者の日常生活への影響度	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十分に認められない。

##### ② 特例入所に係る保険者市町村との情報共有等

施設は、特例入所を決定するに当たっては、以下の取扱いにより、入所判定が行われるまでの間に施設と保険者市町村との間で情報の共有等を行うものとする。なお、施設と保険者市町村との間で必要な情報共有等が行われるのであれば、以下の取扱いと異なる手続とすることを妨げるものではない。

ア 施設は、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、保険者市町村に対して特例入所意見照会書（様式3）によりその意見を求めること。

イ アの求めを受けた場合において、保険者市町村は、地域の在宅サービスや生活支援な

どの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対して理由を付して意見を表明すること。この場合において、保険者市町村は、必要に応じて、専門的知見を有する者の意見を参考にするものとする。

③ 特例入所対象者の判定

施設は、②の保険者市町村との情報共有等を踏まえ、特例入所対象者に該当するか否かを判定する。

#### 4 入所の必要性の評価

(1) 入所に関する検討のための委員会の設置

- ① 施設は、入所に関する検討のための委員会（以下「委員会」という。）を設け、入所の決定はその合議によるものとする。
- ② 委員会は、施設長と生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員などの関係職員で構成するものとし、あわせて、施設職員以外の当該社会福祉法人の評議員、苦情解決に関する第三者委員などの参加を求めることが望ましい。
- ③ 保険者市町村は、委員会の適正かつ円滑な運営に支障がない範囲で、委員会を傍聴することができる。

(2) 評価基準に基づく入所優先順位の検討等

- ① 委員会は、別紙「評価基準」に基づき、入所の必要性の評価を行い、評価票（様式4）により整理する。
- ② 委員会は、評価合計点数の高い順に入所判定対象者の優先順位を決定し、入所優先順位名簿（様式5）（以下「名簿」という。）を作成する。なお、特例入所対象者の入所の必要性については、3(2)②の保険者市町村の意見を踏まえて評価を行うとともに、必要に応じて「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について、改めて保険者市町村に意見を求めるものとする。
- ③ 施設は、継続的に入所判定対象者の状況を把握することが必要であることから、原則として入所判定対象者又はその家族による自己申告を促すとともに、介護支援専門員との連携、施設による調査など必要な措置を講じるよう努めるものとする。また、保険者市町村は、施設による調査において、施設から協力依頼があった場合は、協力するよう努めるものとする。

- ④ 施設は、委員会を開催する都度、その協議の内容（3(2)②に係る保険者市町村の意見を含む。）を記録し、これを2年間保存するものとする。また、県又は保険者市町村から求めがあった場合は、当該記録を提出するものとする。

## 5 入所者の決定

### (1) 入所者決定の取扱い

- ① 施設は、委員会が作成した名簿により入所者を決定するものとする。
- ② 施設は、入所判定対象者が次のいずれかに該当する場合は、委員会が作成した名簿によらず、入所者を決定することができるものとする。

#### ア 緊急の場合

- (ア) 介護者による虐待・介護放棄が認められ、緊急の保護を要する場合
- (イ) 災害時
- (ウ) 在宅復帰又は長期入院をした者について再入所が必要と認められる場合
- (エ) その他特段の緊急性が認められる場合

#### イ 措置の場合

老人福祉法第11条第1項の規定に基づく措置の委託による場合

- ③ 施設は、次の事情がある場合は、委員会で決定した入所優先順位を変更することができるものとする。

ア 多床室において性別により入所が困難な場合

イ 入所判定対象者の希望する居室に入所できない場合

ウ その他適切な処遇の確保ができないおそれのある場合

- ④ 施設は、②及び③の手続により入所者を決定した場合は、次回の委員会に報告し、承認を得るものとする。

- ⑤ 施設は、特例入所対象者の入所が決定した場合は、特例入所対象者入所（入所継続）決定報告書（様式6）により、保険者市町村に報告を行うものとする。

### (2) 入所の辞退等に関する取扱い

- ① 施設は、入所の決定前に、申込者側から入所申込みの取下げの申出又は入所申込者の死亡の申出があった場合は、入所申込受付簿及び委員会が作成した名簿から当該入所申込者を削除するものとする。

- ② 施設は、入所の決定に基づき入所の意思の有無を照会した入所判定対象者が、入所の一

時辞退（延期）を申し出た場合は、入所希望時期等を確認した上で、委員会において入所順位を調整するものとする。

## 6 平成27年4月1日以降に入所した要介護3以上の者が要介護1又は要介護2となった場合

### (1) 入所継続の要件

平成27年4月1日以降に入所した要介護3以上の者が要介護1又は要介護2となった場合、引き続き入所が認められる者は、3(2)①に定める特列入所の要件に該当する者とする。

### (2) 入所継続に係る保険者市町村との情報共有等

施設は、入所の継続を決定するに当たっては、以下の取扱いにより、施設と保険者市町村との間で情報の共有等を行うものとする。なお、施設と保険者市町村との間で必要な情報共有等が行われるのであれば、以下の取扱いと異なる手続とすることを妨げるものではない。

- ① 施設は、当該入所者が特列入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって、入所継続意見照会書（様式7）により、保険者市町村に意見を求めること。
- ② ①の求めを受けた場合において、保険者市町村は、地域の在宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況等を踏まえ、施設に対して理由を付して意見を表明すること。この場合において、保険者市町村は、必要に応じて、専門的知見を有する者の意見を参考にするものとする。
- ③ 施設は、保険者市町村の意見を踏まえ、特列入所による入所の継続が必要と判断した場合、入所の継続を決定することができるものとする。
- ④ 施設は、入所の継続を決定した場合は、特列入所対象者入所（入所継続）決定報告書（様式6）により、保険者市町村に報告を行うものとする。

## 7 適正運用

- (1) 施設は、この指針に基づき適正に入所の決定を行うものとする。
- (2) 施設は、申込者側に対して、入所判定対象者及び優先順位の決定方法等を十分に説明するものとする。
- (3) 施設の職員及び委員会の委員又はこの職にあった者は、正当な理由なく、業務上知り得た申込者側に関する個人情報を漏らしてはならない。
- (4) 県及び市町村は、この指針の適正な運用について、施設に対して必要な助言を行うものとする。

## 8 その他

- (1) この指針は、必要に応じて見直すものとし、その場合、県は、宮崎県老人福祉サービス協議会及び市町村と協議するものとする。
- (2) この指針は平成31年4月1日から適用する。

## 評 価 基 準

## 1 要介護度

要介護 5	30点
要介護 4	25点
要介護 3	20点
要介護 2	15点
要介護 1	10点

## 2 心身の状況

認知症又は、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（BPSD）や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。	20点
---	-----

## 3 介護者の状況

身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	40点
介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	20点

## 4 在宅生活の可能性

在宅サービスを利用しても在宅生活の継続が困難である（例：十分なケアが受けられない（夜間の介護等）・近くに在宅サービス機関がなくその利用が困難）	10点
---	-----

## 5 家屋等の状況

在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある（例：住居が狭い、住宅の改修ができない、立地・地形上の理由から在宅サービスの利用が困難）	10点
--	-----

## 6 特記事項

<p>特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、入所判定委員会の判断により、その状況に応じて点数を加算することができる。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・入所している施設等から退所を迫られている場合</li><li>・経済的理由により特別養護老人ホームの利用以外を検討できない場合</li><li>・在宅での医療処置が必要な場合</li><li>・介護者の介護の負担割合が大きい場合（介護による睡眠不足、精神疾患等）</li></ul> <p>※合計で30点を限度とする。ただし、1の事情あたりの点数は概ね10点以内とする。</p>	<p>合計で30点を限度</p>
---	------------------







**【担当介護支援専門員等記入欄】**

以下は、担当介護支援専門員や、その役割を果たされている方（施設（病院）のソーシャルワーカー、相談員）、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載してください。適当な方がいない場合は記載不要です。

担当介護支援専門員等の役職・氏名	事業所名	連絡先電話番号

入所についての意見等（入所の必要性、緊急性等）を記載してください。

(参考)

記載する内容については、以下項目例を参考にしてください。

○項目例

- 【本人の心身の状況】
- 【介護者（家族等）の状況】
- 【在宅生活の可能性】
- 【家屋等の状況】

**【施設記入欄】**

受付年月日	年 月 日		
受付担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 (   )
備 考			

(保険者市町村の長名) 殿

特例入所申込受付報告書

施設名 \_\_\_\_\_  
 施設長名 \_\_\_\_\_ 印  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり特例入所申込みを受け付けましたので、入所申込書の写しを添付の上、報告します。

申込者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年	月	日
住所	〒 _____				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2				
被保険者番号					
申込年月日	年	月	日		
申込内容	<input type="checkbox"/> 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る。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。				

(保険者市町村の長名) 殿

特例入所意見照会書

施設名 \_\_\_\_\_  
 施設長名 \_\_\_\_\_ 印  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次の申込者について、特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たり、保険者である貴市町村の意見を求めます。

申込者氏名			性別	□男 □女	
生年月日	□明治 □大正 □昭和		年	月	日
住所	〒 _____				
要介護度	□要介護1 □要介護2				
被保険者番号					
申込年月日	年	月	日		
特例入所に係る事由	<input type="checkbox"/> 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る。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。				
	(日常生活自立度)				
	認知症高齢者の日常生活自立度	I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
	障がい高齢者の日常生活自立度	J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2			
	(備考)日常生活自立度判定者	職種		氏名	
(具体的状況及び施設の見解)					

照会のありました件については、下記のとおり、回答します。

市町村(保険者)意見	次のとおり意見します。 <input type="checkbox"/> 特例入所要件に該当すると考えられます。 <input type="checkbox"/> 特例入所要件に該当しないと考えられます。 <input type="checkbox"/> その他 _____
	上記意見の理由は次のとおりです。 _____

評 価 票

申込年月日		年 月 日						
フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和				
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日		年 月 日 ( 歳)		
		1 回目		2 回目		3 回目		
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
		該当に○		該当に○		該当に○		
		点数		点数		点数		
1 要介護度	要介護 5	30点		点	点	点	点	
	要介護 4	25点						
	要介護 3	20点						
	要介護 2	15点						
	要介護 1	10点						
2 心身の状況	認知症等によるBPSDや意思疎通の困難さ等有り	20点		点	点	点	点	
	上記以外	0点						
3 介護者の状況	介護する者がいない	40点		点	点	点	点	
	介護する者による十分な介護が困難	20点						
	上記以外	0点						
4 在宅生活の可能性	在宅サービスを利用しても在宅生活の継続が困難	10点		点	点	点	点	
	上記以外	0点						
5 家屋等の状況	在宅サービスの利用に必要な住環境に支障有り	10点		点	点	点	点	
	上記以外	0点						
6 特記事項		合計30点(各項目概ね10点以内)		点	点	点	点	
合 計			—	点	—	点	—	点

備 考	1 回目	
	2 回目	
	3 回目	



(保険者市町村の長名) 殿

特例入所対象者入所（入所継続）決定報告書

施設名 \_\_\_\_\_  
 施設長名 \_\_\_\_\_ 印  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次の特例入所対象者について、入所（入所継続）が決定しましたので報告します。

氏名			性別	□男 □女	
生年月日	□明治 □大正 □昭和		年	月	日
住所	〒 _____				
要介護度	□要介護1	□要介護2	左記要介護度 認定年月日	□平成	年 月 日
施設入所日	□平成		年	月	日 ※入所継続の場合に記入
従前の要介護度	□要介護3	□要介護4	□要介護5	※入所継続の場合に記入	
被保険者番号					
申込年月日	年 月 日		※入所決定の場合に記入		
特例入所に係る事由	<input type="checkbox"/> 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る。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。				



(保険者市町村の長名) 殿

入所継続意見照会書

施設名 \_\_\_\_\_  
 施設長名 \_\_\_\_\_ 印  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり平成27年4月1日以降に入所した要介護3から要介護5までの入所者が要介護1又は要介護2となりましたので、特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たり、保険者である貴市町村の意見を求めます。

入所者氏名				性別	□男 □女					
生年月日	□明治 □大正 □昭和			年	月	日				
要介護度	□要介護1	□要介護2	左記要介護度 認定年月日	□平成	年	月	日			
施設入所日	□平成			年	月	日				
従前の要介護度	□要介護3 □要介護4 □要介護5									
被保険者番号										
特例入所に係る事由	<input type="checkbox"/> 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る。 <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等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。									
	(日常生活自立度)									
	認知症高齢者の日常生活自立度			I・II a・II b・III a・III b・IV・M						
	障がい高齢者の日常生活自立度			J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	(備考)日常生活自立度判定者			職種	氏名					
(具体的状況及び施設の見解)										

照会のありました件については、下記のとおり、回答します。

市町村(保険者)意見	次のとおり意見します。 <input type="checkbox"/> 特例入所要件に該当すると考えられます。 <input type="checkbox"/> 特例入所要件に該当しないと考えられます。 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	上記意見の理由は次のとおりです。 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>