

特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園優先入所基準

1 目的

この基準は、「静岡県指定介護老人福祉施設優先入所指針」及び「静岡県指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する取扱要領」に基づき、特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園（以下「本施設」という。）の施設サービスを受ける必要性が高いと認められる者を、優先的に入所させるための基準を明確にし、施設入所の円滑な実施を図ることを目的とする。

2 入所対象者

- (1) 要介護3以上の認定を受けている者。
- (2) 要介護1又は2の認定を受けている者であって、次の①から⑤のいずれかの要件に該当し、7(2)の市町村への意見照会の結果、施設への特例的な入所（以下「特例入所」という。）に該当することが認められた者。
 - ① 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・行動や意思の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。
 - ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、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ること。

3 特例入所の判断に当たって確認すべき事項

2(2)に掲げる要件に該当するか否かを判断するに当たっては、少なくとも以下の事項を確認するものとする。

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度（2(2)①関係）

入所申込者の認知症高齢者の日常生活自立度のランクがIV又はMに該当するか。

＜認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）＞

ランク	判断基準
IV	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、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

(2) 療育手帳・精神障害者保健福祉手帳（2(2)②関係）

入所申込者が療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているか。

交付を受けている場合は、障害の程度又は障害等級等から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者と認められるか。

(3) 障害基礎年金等の受給状況（2(2)③関係）

入所申込者が障害基礎年金等の支給を受けているか。

支給を受けている場合は、障害の程度等から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者と認められるか。

(4) 虐待の疑い等の情報（2(2)③関係）

入所申込者について、深刻な虐待の疑い等の情報が寄せられているか。

(5) 家族等の状況（2(2)④関係）

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ない状況か。

(6) 介護サービスや生活支援の供給状況（2(2)④関係）

地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分か。

(7) 居宅サービス等の利用状況（2(2)⑤関係）

3ヶ月程度の居宅サービス等の利用に関する状況を確認し、利用しているサービス内容や区分支給限度基準額に対する利用割合などから、居宅において日常生活を営むことが困難であることについてやむを得ない事由があると認められるか。

(8) 担当介護支援専門員等の意見（2(2)①～⑤関係）

(1)から(7)までの事項では特例入所対象者に該当するか否か判断がつかない場合等、必要に応じて、入所申込者の担当の介護支援専門員や地域包括支援センター等から、当該入所申込者の居宅における生活の困難度についての意見を聴取するものとする。

4 優先入所方針

優先入所は、別表の入所申込者評価基準により算定された、合計点数の高い順に決定する。

5 優先入所検討委員会

(1) 優先入所順位の決定をするため、特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園優先入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(2) 委員会の委員は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員及び施設長が選任する施設職員以外の第三者の委員で構成する。

なお、第三者の委員の任期は2年とする。

(3) 委員会の招集

ア 委員会は施設長が招集し、委員会の議長は施設長が務める。

イ 施設長に事故あるときは、施設長があらかじめ指名した委員がその職務を代理する。

6 優先入所決定の手続

(1) 入所申込の受付

ア 本施設への入所申込は、入所申込書（様式1）により行う。なお、入所申込書の有効期限は2年とする。

イ 本施設は、入所申込書に基づき、入所申込者名簿（様式2）を作成する。

(2) 入所申込者の調査

本施設は、優先入所調査票（様式3）により入所申込者の状況を調査する。

(3) 優先入所順位の決定

委員会は、優先入所調査票及び入所申込者名簿等の調査結果に基づき優先入所の順位を審査決定し、これに基づく優先入所順位名簿（様式2）を作成する。

(4) 入所の決定

ア 本施設は、委員会において優先入所順位の決定を受けた入所申込者について、静岡市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 25 年条例第 25 条）第 10 条第 3 項に基づき、入所申込者の心身の状況等を把握のうえ、入所を決定する。

イ 本施設は、市町村から老人福祉法第 11 条第 1 項第 2 号の措置による入所の委託があった場合には、他の入所申込者に優先して入所を決定する。

(5) 施設の状況による入所の決定の調整

上記(1)から(4)により、入所順位を決定するが、本施設における適切な処遇及び運営を図るため、次の項目を勘案し、入所者の決定を調整するものとする。

ア 性別

同一居室内に別性が同居しないこと。ユニット型においては、ユニットの状況に応ずる。

イ 重度認知症等の状況

個室等の施設整備等の状況に応ずる。

ウ 膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要な場合は、看護職員の体制や設備の状況に応ずる。

7 特例入所

(1) 入所申込み受付時の対応

本施設は、要介護 1 又は 2 の入所申込者の入所申込み受付時には、以下のとおり対応する。

① 「平成 27 年 4 月 1 日以降の施設への入所が原則要介護 3 以上の要介護者に限定され、要介護 1 又は 2 の要介護者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情がある場合に特例的な施設への入所が認められること」について、丁寧な説明を行う。

② 入所申込者が特例入所要件に該当し、居宅において日常生活を営むことが困難な理由など必要な情報の記載を入所申込にあたって求める。

(2) 市町村への意見照会

ア 対象者

要介護 1 又は 2 の入所申込者のうち、入所申込者名簿の上位者で、委員会において具体的な優先入所順位の検討を行うことが見込まれる入所申込者について、本施設は、市町村に対して、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の意見を求める。

イ 意見照会の時期等

本施設は、原則として、委員会の開催予定日の 3 週間前までに、上記アの対象者について、様式 4 により、市町村に対して意見を求める。

ただし、緊急で委員会を開催しなければならない場合など、必要がある場合には、すみやかに市町村に対して意見を求める。

ウ その他

本施設は、市町村の当初の意見表明を受けた日から 1 年以上経過した場合、又は、入所申込者の状態等が大きく変化した場合は、再度、市町村に対して、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の意見を求める。

(3) 委員会での検討

本施設は、委員会において、入所申込者名簿の上位者で具体的な優先入所の検討を行う入所申込者のうち、要介護 1 又は 2 の入所申込者について、市町村からの意見を踏まえ、特例入所対象者に該当するか否かを判断する。

8 優先入所事務の留意事項

(1) 記録の作成及び保存

委員会は優先入所に係る協議の内容を記録し、これを2年間保存するとともに、都道府県又は市町村から求めがあったときは、これを提出する。

なお、要介護1又は2の入所申込者について、特例入所対象者に該当するか否かの判断を行った場合も同様とする。

(2) 守秘義務

委員会の委員は、委員会において知り得た入所申込者又はその家族に関する個人情報を漏らしてはならない。委員を退任した後も同様とする。

(3) 説明責任

本施設は、入所申込を受けたときには、入所申込者に対し、この基準の内容を説明する。

(4) 情報の提供

本施設は、入所申込者等から入所順位等の結果について情報を求められたときは、これを提供する。

(5) 疑義等に対する対応

本施設は、入所申込者等から入所順位等の結果について疑義等を申し立てられたときは、再度調査のうえ、委員会に諮る。

附 則

- 1 この基準は、平成27年4月1日から実施する。
- 2 この基準の実施と同時に、従前の「特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園優先入所基準」は廃止する。
- 3 この改正は、平成27年12月1日から実施する。
- 4 この改正は、平成29年4月1日から実施する。
- 5 この改正は、平成29年10月17日から実施する。

(別表)

入所申込者評価基準

優先入所の点数は、次の1から4までに掲げる項目の点数を合計した点数又は5の点数とする。

1 本人の状況

①	要介護5	50点
②	要介護4	40点
③	要介護3	30点
④	要介護2	10点
⑤	要介護1	5点

2 介護者等の状況

(1) 自宅（(2)以外の場所）の場合

①	ひとり暮らしで、介護者がいない	50点
②	介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難	
③	介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難	40点
④	ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難	30点
⑤	複数人を介護しているため、介護が困難	
⑥	介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難	
⑦	①から⑥まで以外の状態であるが、介護が困難	20点

(2) 介護保険施設等に入院又は入所している場合

①	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅又は法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設を除く。）	20点
②	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、①のうち介護付きの施設又は病院	10点

注）退所又は退院が予定されている場合は、在宅に復帰したものと仮定して、(1)により点数をつける。

3 居住地

①	静岡市内	20点
②	静岡市の隣接市町内 富士宮市、島田市、富士市、焼津市、藤枝市、川根本町	10点
③	①、②以外	0点

4 特別な状況

特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、その状況に応じて20点を限度に加算することができる。

5 その他

(1) 介護者による虐待、介護放棄等により、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合に

- については、1 から 4 までの合計点数に関わらず 150 点とする。
- (2) 6 か月以内に入所することを希望しない者については、1 から 4 までの合計点数に関わらず 0 点とする。

特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園 入所申込書

平成 年 月 日

施設長 様

※ 施設記入欄

初回申込日	平成 年 月 日
-------	----------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏 名			性 別	生 年 月 日							
			男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)							
住 所	〒 (-)										
	TEL - -										
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号								
要介護度	申請中 要介護度 1 要介護度 2 要介護度 3 要介護度 4 要介護度 5										
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい 2. 6か月以内には入所したい 3. 将来的には入所したい										
認知症の状況	有・無		認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M							
認知症の具体的症状											
知的障害、精神障害等の状況	*手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。										
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。										
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期)										

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

(フリガナ) 氏 名			性別	生年月日	続柄	*介護者
			男・女	昭・平 年 月 日		
住 所	〒 (-)					
	TEL - -					
(フリガナ) 氏 名			性別	生年月日	続柄	*介護者
			男・女	昭・平 年 月 日		
住 所	〒 (-)					
	TEL - -					
(フリガナ) 氏 名			性別	生年月日	続柄	*介護者
			男・女	昭・平 年 月 日		
住 所	〒 (-)					
	TEL - -					

(裏面も記入してください。)

(裏面)

2 介護者等の状況（現在、自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください。	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 〔要介護状態区分：() 病気療養中：(病名等) 障害の等級等：() 〕 介護が困難な状況：
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 〔要支援状態区分：(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢：(歳) 〕 介護が困難な状況：
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔介護が困難な状況： 〕
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔申込者以外の介護の状況： 〕
	6. 介護者が就労しているため、介護が困難 〔就労の状況： (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤：有・無) 〕
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔育児の状況： (育児の対象 歳児) 育児の頻度：常時 半日程度 臨時的〕
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔介護が困難な状況： 〕

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き (施設名) 高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ）
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、 (施設名) 1のうち介護付きの施設、病院

4 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることがあれば記載してください。）

--

希望する居室（○で囲んでください）	4人部屋	個室	どちらでもよい
-------------------	------	----	---------

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名称	
主治医	氏名		医療機関名称	

* 入所申込書の有効期限は2年です。

* 入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。

様式 2

施設名： _____

入所申込者名簿・優先入所順位名簿

平成 年 月 日現在

No	入所申込書転記欄															入所検討委員会記入欄			
	申込年月日	氏名	〒	住所	電話番号	性別	生年月日	被保険者番号	保険者	入所希望時期	要介護度	介護者等の状況		居住地	小計	特別な状況	特別な状況点数	合計	
1											点		点		点	点		点	点
2											点		点		点	点		点	点
3											点		点		点	点		点	点
4											点		点		点	点		点	点
5											点		点		点	点		点	点
6											点		点		点	点		点	点
7											点		点		点	点		点	点
8											点		点		点	点		点	点
9											点		点		点	点		点	点
10											点		点		点	点		点	点
11											点		点		点	点		点	点
12											点		点		点	点		点	点
13											点		点		点	点		点	点
14											点		点		点	点		点	点
15											点		点		点	点		点	点

優先入所調査票

調査者氏名

調査日 (平成 年 月 日)

申込者	ふりがな		申込受付日	平成 年 月 日		
	氏名		保険者名			
			被保険者番号			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女		
	住所 (施設に入所等している場合は施設名)					
家族等 連絡先	住所 _____ 氏名 _____ 続柄 () 電話 ()					
本人及び介護者の状況			該当に点 をつける	摘要欄		
要介護度	要介護5	50点		認定年月日 平成 年 月 日		
	要介護4	40点				
	要介護3	30点				
	要介護2	10点				
	要介護1	5点				
介護者の 状況	ひとり暮らしで、介護者がいない	50点				
	介護者が要介護状態、病气療養中又は障害を有することにより、介護が困難	50点				
	介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難	40点				
	ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難	30点				
	複数人を介護しているため、介護が困難	30点				
	介護者が就労又は育児をしているため、介護が困難	30点				
	上記以外の状態で介護が困難	20点				
施設等 に入所 の状況	養護老人ホーム、経費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、法令で定めるその他の福祉施設に入所 (介護付きの施設を除く)	20点				
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、上記施設のうち介護付きの施設、病院に入所又は入院	10点				
居住地	静岡市	20点				
	富士宮市、島田市、富士市、焼津市、藤枝市、川根本町	10点				
	上記以外	0点				
特別な状況		20点				
	計		点			
その他	介護者による虐待、介護放棄等により、要介護者の生命・身体に危険が生じている場合	150点				
	6か月以内に入所を希望しない者	0点				

※裏面の摘要欄に調査内容を記入すること。

(裏面)

摘要（調査の結果、入所において考慮すべきと判断した事項を記載）

(家族の構成を記載)

(参考)

担当ケア マネジャー	氏 名		
	事業所名		TEL
主 治 医	氏 名		
	病医院名		TEL

(宛先)

様

所在地
施設名称
管理者名

㊦

指定介護老人福祉施設等の特例入所に関する意見照会について

次の入所申込者が、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、保険者市町村の意見を求めます。

1 入所申込者名等

No	氏名	被保険者番号	要介護度	特例入所対象者に該当すると考えられる事情(※1)	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※1 施設として、以下のどの事情に該当すると考えているか、記号を記載すること。

- ① 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こと。
- ② 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。
- ⑤ 居宅サービス等の利用に関する状況などから、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ること。

※2 各入所申込者の入所申込書を添付すること。また、必要に応じて、特定入所対象者に該当すると判断した理由や参考資料等を添付すること。

2 優先入所検討委員会の開催予定日

平成 年 月 日

担当者名：

電話番号：