

特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園優先入所基準

～ 入所選考に関する基準及び手続き等 ～

1 目的

この基準は、静岡県及び静岡市の指針等に基づき、特別養護老人ホーム聖ヨゼフの園（以下「当施設」といいます。）のサービスを受ける必要性が高い入所希望者を優先的に入所できるようにするという観点から、優先入所（以下「入所」といいます。）の選考に関する基準及び手続き等を明示することにより、入所決定過程の透明性及び公平性を確保するとともに、介護保険制度の趣旨に即した施設サービスの円滑な実施に資することを目的とします。

2 入所対象者

(1) 特別養護老人ホームは、特に重度の要介護状態である高齢の方々に対する介護サービスを提供する施設です。

介護保険法が改正され、平成 27 年 4 月から入所対象者は、原則として、要介護 3 以上と認定された方で、常時介護を必要とし、居宅において日常生活を営むことが困難な方とされました。

(2) 要介護 1 又は要介護 2 の方については、(3)の特別養護老人ホームへの特例的な入所（以下「特例入所」といいます。）の要件に該当し、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な事情がある場合に、特例的に入所検討の対象者となります。

入所検討の対象者については、「6」の入所申込者名簿の上位者となることが見込まれる場合に、当施設より介護保険の保険者である市町村に対し、特例入所対象者の該当の可否に関する意見照会を行い、その結果、該当とされた方が入所対象者となります。

(3) 特例入所の要件

ア 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

【確認事項】認知症高齢者の日常生活自立度IVに該当する。

日常生活自立度IV…着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等といった症状や行動が見られ、常に目を離すことができない状態。

認知症高齢者の日常生活自立度Mに該当する。

日常生活自立度M…せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

イ 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。

【確認事項】療育手帳又は精神保健福祉手帳の交付を受けており、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等が頻繁に見られる。

【確認事項】障害基礎年金等の支給を受けており、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等が頻繁に見られる。

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。

【確認事項】深刻な虐待の疑い等の情報が寄せられている。

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。

【確認事項】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。

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。

オ 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。

【確認事項】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等から、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理由があると認められる。(3ヶ月程度の居宅サービス等の利用状況を確認)

(4) 当施設では、必要に応じて、入所希望者の担当介護支援専門員や地域包括支援センター等から、入所希望者の居宅における生活の困難度等について意見を聞くものとします。

3 入所対象者であっても受け入れができない場合

(1) 当施設は、医療施設ではありません。特別な医療対応が必要な方や、対応が難しい身体症状の方などは受け入れできません。

※当施設での受け入れができない方【例示】

- ・手術や点滴などによる急性期治療が必要な方
- ・吸引頻度が高い方
- ・人工透析を受けている方
- ・気管切開している方
- ・中心静脈栄養（IVH）により栄養摂取をしている方
- ・人工呼吸器を装着している方

(2) 顕著な問題行動などにより、他の利用者との集団生活が著しく困難な方は、受け入れできません。

(3) 歩行、立ち上がり等の身体機能が維持されている認知症の方については、受け入れができない場合があります。

4 入所選考方針

当施設への入所は、別表の「入所申込者評価基準」により算定された点数の高い順に決定します。

5 入所の申込み

(1) 当施設への入所申込は、「入所申込書」(様式1)により行います。なお、入所申込書の有効期限は2年とします。

(2) 申込書の受付に際しては、原則として、入所申込者又は家族等と面接を行い、入所申込者の心身の状況や病歴等を確認します。

(3) 入所申込者が要介護1又は要介護2の場合は、特例入所の要件に該当し、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な事情を、入所申込書に記載するように求めます。

(4) 入所申込書を受理した場合は、受付簿にその内容を記載して管理します。また、申し込みの辞退等の事由が生じた場合は、その内容を記録します。

(5) 留意事項

- ア 要介護認定申請中の方は、原則として、認定結果が判明してから申し込んでください。
- イ 要介護1又は要介護2の方は、「2」の(3)の特例入所の要件に該当し（特例入所の要件に該当している旨の申立てがある場合を含みます。）、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な事情がある場合に、申し込むことができます。

6 入所申込者名簿の作成

申込書を受け付けた場合には、「入所申込者名簿」（様式2）にその内容を記載し、入所申込者評価基準の「1. 本人の状況」「2. 介護者等の状況」「3. 居住地」の項目の点数を合計した点数又は「5. その他」の項目の点数が高い順に並び替えます。

なお、同一点数内の方については、次の項目を順次勘案し、順位付けをします。

- ア 要介護度（高い順）
- イ 年齢（高い順）
- ウ 待機期間（長短の順）

7 入所申込者の調査

入所申込者名簿の上位者について、訪問調査等により入所申込書の記載内容を確認し、「優先入所調査票」（様式3）を作成します。なお、上位者とは、月ごとに当施設における入所者予想数以上の順の申込者をいいます。

8 入所検討委員会

当施設では、入所検討委員会（以下「委員会」といいます。）を設置し、合議制により入所の決定を行います。

(1) 委員会の構成

委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員及び施設職員以外の第三者等で構成します。

(2) 開催時期

委員会は、施設長が招集し、原則として毎月1回開催します。ただし、新規の入所申込や変更の届出等が全くない月は、委員会を開催しない場合があります。

(3) 優先入所順位名簿の作成

委員会は、優先入所調査票により、入所の必要性の評価を行います。なお、必要に応じて嘱託医の意見を聞くものとします。

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「特別な状況」として点数を加算し、これに基づき、点数の高い方から順に並べた「優先入所順位名簿」（様式2）を作成します。同一点数の場合は、待機期間の長短の順とします。

9 入所の決定

入所者の退所により空床が生じた場合、委員会で決定を受けた優先入所順位名簿の順により、申込者及び申込者の家族等の意思確認を行った上で、入所者の決定を行います。

10 老人福祉法に基づく措置委託による入所

老人福祉法第11条第1項第2号の規定により、市町村が行う委託措置の場合は、通常の入所決定の手続きを経ずに、施設長の判断により入所の決定をすることができるものとします。

11 適正運用

- (1) 当施設は、この基準に基づき適正に入所の決定を行います。
- (2) 入所申込者又はその家族等に対して、入所順位の決定方法等を丁寧に説明します。
- (3) 要介護1又は要介護2の方から入所申込みがあった場合には、当該申込者又はその家族に対して、特例入所の要件等を丁寧に説明します。
- (4) 当施設の職員及び委員会の第三者委員は、業務上知り得た入所申込者及び家族等に関する情報を漏らしません。その職を退いた後もまた同様とします。

附 則

- 1 この基準は、平成27年4月1日から施行する。
- 2 この基準の施行と同時に、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日から施行する。
- 4 この改正は、平成29年4月1日から施行する。
- 5 この改正は、平成29年10月17日から施行する。
- 6 この改正は、平成30年2月16日から施行する。
- 7 この改正は、平成31年1月22日から施行する。
- 8 この改正は、令和元年5月1日から施行する。

(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

令和 年 月 日

施設長 様

※ 施設記入欄

初回申込日	平成・令和 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

令和 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 (令和 年 月 日)

申込者	ふりがな		申込受付日	平成・令和 年 月 日		
	氏名		保険者名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	被保険者番号			
	住所 (施設に入所等している場合は施設名)					
	性別	男・女				
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・令和 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		※重複して該当する場合は、最も高い点数を算定		
	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