

# 鳥取県指定介護老人福祉施設等の入所における優先的取扱いに関する指針 (入所選考指針)

## 1 趣旨及び目的

この指針は、国の省令改正等に基づき、鳥取県内の指定介護老人福祉施設等（以下「施設」という。）における入所選考に関する基準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、施設における入所選考の合理的かつ円滑な実施に資することを目的とする。

## 2 入所の対象となる者

- (1) 入所の対象となるものは、入所申込者のうち、要介護3から要介護5までに認定された者のうち、常時介護を必要とし、かつ、居宅において継続して介護を受けることが困難な者及び、要介護1又は要介護2であって、次の(2)に定める特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）の要件に該当する者とする。
- (2) 特例入所要件に該当することの判定に際しては、介護保険法施行規則第17条の10に定める「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る」ことに関し、以下の事情を考慮する。
  - ① 認知症や、知的障がい又は精神障がい等を伴う者であって、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 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・安心の確保が困難な状態であること。
  - ③ 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。

## 3 入所の申し込み

### (1) 申し込み方法

- ① 入所の申し込みは、「指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳（標準様式1 以下「申込書」という。）」及び原則として居宅介護支援事業者、施設等の介護支援専門員等（以下「介護支援専門員等」という。）の意見を付した「指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所選考調査票（標準様式2 以下「調査票」という。）」により、本人又は家族等から施設に対して行うものとする。なお、既申込者に関し、身体状況に著しく変化のあった場合も同様とする。

その際介護支援専門員等は、申し込みに際して必要な援助を行うものとする。
- ② 施設は、要介護1又は2の者からの申し込み時に、特例入所の要件を申込者に丁寧に説明するものとする。
- ③ 施設は、②の申し込み時に、申込者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、入所の申し込みを受け付けない取扱いは認められない。なお、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の申込みに関する取扱いについては、各施設に委ねることとする。

## (2) 添付資料

申し込みは、このほか介護保険被保険者証（写）、要介護認定調査票の基本調査（写）、直近3か月分のサービス利用票（写）、サービス利用票別表（写）を添付した上で行うものとする。

## (3) 入所申込受付簿の整理

施設が申込書を受付した場合は、「入所申込受付簿（標準様式3 以下「受付簿」という。）」にその内容を記載して管理するものとする。

また、辞退や除外等の事由が生じた場合は、受付簿にその内容を記載するものとする。

## (4) 特例入所における取り扱い

要介護1又は2の入所申込者に関し、以下のような取り扱いにより、入所判定が行われるまでの間に施設と入所申込者の介護保険の保険者である市町村又は広域連合（以下「保険者市町村」という。）との間で情報の共有等を行うこと。なお、必要な情報共有等が行われるのであれば、以下の取り扱いと異なる手続きでも差し支えない。

- ① 施設は、保険者市町村に対し「特例入所に関する報告書（標準様式4）」により報告を行うとともに、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適宜その意見を求める。
- ② ①の求めを受けた場合において、保険者市町村は、地域の居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等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「特例入所に関する意見書（標準様式5）」によりすみやかに意見を表明するものとする。
- ③ 施設は、入所の選考に係る事務を行うための合議制の委員会（以下「入所選考委員会」という。）の開催に際し、必要に応じて特例入所に該当するか否か改めて保険者市町村に確認することが望ましい。

## 4 入所選考委員会

- (1) 施設は、入所選考委員会を設置するものとする。
- (2) 入所選考委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等で構成する。なお、入所選考委員会には施設以外の第三者（地域の代表として選任されている当該施設を運営する社会福祉法人の評議員や福祉サービスに関する苦情解決の仕組みにおいて選任することとされている第三者委員等）が参加することが望ましい。
- (3) 入所選考委員会は、施設長が招集し、原則として毎月1回開催するものとする。
- (4) 入所選考委員会は、「入所選考者名簿（標準様式6 以下「選考者名簿」という。）」を調整するとともに、これに基づき入所順位の決定を行う。
- (5) 施設は、入所選考委員会を開催したときは、その協議の内容（3の（4）③及び④の保険者市町村の意見を含む。）を記録し、これを5年間保存するものとする。
- (6) 施設は、保険者市町村又は県から求めがあったときは、上記の記録を提出するものとする。

## 5 選考者名簿の調整

### (1) 調整方法

選考者名簿は、入所申込者に対して、別表に定める基本的評価基準による評価（(a)

～(d)の合計点)と個別の評価事項を総合的に勘案し、上位の者から登載する。

#### 【基本的評価基準】

- ①要介護度
- ②認知症の程度
- ③在宅サービスの利用率
- ④介護者の有無
- ⑤地域性による評価

#### 【個別的评价事項】

施設は、基本的評価基準項目以外で

〈個別の事情〉

- ①遠隔地の利用者を親族の居住地付近の施設に入所させる場合の配慮。
- ②家族の介護量や経済的事由により在宅サービスの利用度が低位な者に対する配慮。
- ③その他特別に配慮しなければならない個別の事情。

〈施設の事情〉

- ④性別
- ⑤ベッドの特性
- ⑥サービス供給体制

などの個別に評価する事項について、独自に評価方法を設定し、評価するものとする。

#### (2) 調整時期

選考者名簿は、入所選考委員会の開催ごとに調整する。(開催：原則月1回)

## 6 特別な事由による入所

次のいずれかの場合は、施設長は、入所選考委員会の審議によらず申込者の入所を決定することができる。その場合において、施設長は、事後の当該委員会で報告をするものとする。

- (1) 災害又は事件・事故や介護者の急な入院等により、緊急に入所が必要と認められ、かつ、入所選考委員会を招集する余裕がない場合。
- (2) 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第11条に規定する措置を受託する場合。

## 7 その他の取扱い

#### (1) 辞退者の取扱い

入所に際して入所意志の再確認をしたにもかかわらず、申込者の都合により辞退があった場合は、その申込者の順位を繰り下げる。ただし、本人の入院等やむを得ない理由により一時的に辞退をする場合は、順位を保留するものとする。又、順位を繰り下げた後に再度の辞退があった場合は、改めて施設利用が必要となるまでの間、受付簿から除外することができる。

#### (2) 施設入所者等の取扱い

他の介護保険施設又は病院等に入所(入院)している者で、当該施設から退所(退院)を求められている者のうち、在宅復帰が極度に困難な者については、次に掲げる方法のいずれかにより入所選考委員会の審議を経て入所の順位を決定することができる。

ア 選考者名簿の調整に当たっては、基本的評価基準による評価を行う際の当該者の在宅サービス利用率については、別表に定めた点数にて評価を行うが、それ以外の評価事項については、他の申込者と同様に扱うこと。ただし、入所（入院）直前の在宅サービス利用率が60%以上の場合には、その率に該当するものとして評価すること。

イ 施設が独自に適切な基準を設ける場合は、それにより評価すること。この場合において、選考者名簿の上位登載者と比較考量して、バランスを欠くことのないよう、入所の必要性及び優先性について慎重に審査し、その認定理由を記録すること。

## 8 適正運用

- (1) 県及び鳥取県老人福祉施設協議会は、本入所選考指針をそれぞれ公表するとともに、この指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言を行うものとする。
- (2) 施設等は、この指針に基づき適正に入所の選考・決定を行うものとする。
- (3) 施設は、入所希望者等関係者に対して、この指針の内容について適切な説明をするものとする。
- (4) 施設は、必要に応じて入所選考に係る説明又は資料の開示を行う場合に、適切な対応ができるよう、予め責任者や窓口を明確にしておくとともに個人のプライバシー等個人情報の取り扱いについて細心の注意を払い、その保護に当たるものとする。
- (5) 施設の職員及び入所選考委員会の第三者の委員は、業務上知り得た入所希望者やその家族に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後又は委員を退任した後も同様とする。
- (6) 市町村と関係団体が当該市町村に所在する施設を対象として、本指針と同様の趣旨で指針を策定する場合は、本指針は適用しない。

## 9 附 則

- (1) 施設における、指針に基づく入所決定の運用は、平成15年10月1日から開始する。
- (2) この指針は、平成27年4月1日から改正して施行する。
- (3) この指針は、平成29年5月15日から改正して施行する。

※ 別表 指針5(1)の基本的評価基準

在宅サービスの利用率(a)	居宅					指針7(2) 施設入所者等 入所(入院)直前の利用率が60%以上の者	
	80%以上	60%以上80%未満	40%以上60%未満	20%以上40%未満	20%未満	20点	
	35点	25点	15点	10点	5点		
要介護度(b)	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2 (認知症 有り)	要介護 1 (認知症 有り)	要介護 2	要介護 1
	55点	45点	35点	30点	25点	20点	15点
介護者の有無(c)	介護者がおらず、単身の場合は次の点数を加算する。						
	5点						
地域性による評価(d)	上記の評価点に、原則として、施設の所在地と入所申込者の居住地により、次の点数を加算する。						
	同一市町村内			同一高齢者保健福祉圏域内又は隣接市町村内			
	5点			3点			

(a) 「在宅サービス」の利用率とは、サービス利用表別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

原則として直近3か月の実績の平均利用率を使用する。

〔算定の対象となるサービス〕

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、  
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与  
定期巡回・随時対応型サービス、夜間対応型訪問介護  
認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

(b) 「認知症有り」とは、要介護認定調査票「基本調査」の認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準におけるⅡbランク以上の者をいう。

指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所申込書兼台帳

申込者氏名	フリガナ:	施設記入欄	申込日	年 月 日	
	氏名:		受付日	年 月 日	
	〒		続柄	受付番号	
	住所:		担当者名	法人名	
	電話番号:		入所申込	施設名	
	携帯番号:				

今後、連絡等は申込者の方にさせていただきます。

本人の状況	フリガナ	性別	保険者(番号)		
	氏名	男・女	被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5	
	要介護認定期間	平成 年 月 日から	変更申請日		
		平成 年 月 日まで	変更申請理由		
	自宅住所	〒	電話番号		
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅家族同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院入所中			
	同居者(自宅のみ)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 夫又は妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 同居なし			
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院等の名称	住所	〒	
		入所・入院期間	平成 年 月 日から ( 年 ヶ月)	電話番号	
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為			
		<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難な為			
<input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為					
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が出来ない為					
<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為					
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為					
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難な為					
<input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為					
※要介護度が1、2の方のみ記入	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <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。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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"/> 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。				
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせてない <input type="checkbox"/> 理解困難				

標準様式1 (2/2)

本人の状況	担当ケアマネジャー名		居宅介護支援事業者名	電話番号	
	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
		治療中の病名 受診している医療機関 《特記事項》			
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ( 箇所)				
	すでに申し込んでいる他の施設名				
	今後申し込む予定の施設名				
	待機期間(最初の入所申し込みからの経過年月) 年 月				
主たる介護者の状況	フリガナ				
	介護者名	住所			
	続柄 ( ) 年齢 ( )	電話番号			
同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし					
意見等(現在の介護で困っている事等)					
説明確認	入所申込に際し、入所申し込みから入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について、施設から、説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 続柄( )				
同意書	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者市町村に報告する事に同意します。 平成 年 月 日 氏名				

指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号				
受付番号		保険者(番号)				
事業所名		連絡先電話番号				
担当介護支援専門員等氏名		職種				
介護支援専門員等記入欄	基 本 的 評 価 基 準					
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	
	1. 2. 3.	I. IIa. IIb. IIIa	%	単身	同一市町村	
	4. 5	IIIb. IV. M. 正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同居	圏域内、隣接市	
	点数	点	点	点	点	
	平成	年	【本人の心身の状況】		【在宅生活に支障のある状況】	
			<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である。 <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・入浴等日常生活生活全般を通じ、介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする。 <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である。 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない。 <input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない。 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	月	日	【介護者の状況】		【住環境】	
			<input type="checkbox"/> 介護者がまったくいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる。 <input type="checkbox"/> 十分な介護が困難(高齢、障がい、疾病、就労、その他: ) <input type="checkbox"/> 遠隔地にいる。 <input type="checkbox"/> 近隣にいる。 <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる。( 人 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	(記入日)	)	【在宅生活継続の可能性】		【参考項目】	
<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している在宅生活に支障がある。 <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			① 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用がないが順調 ② 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない。 <input type="checkbox"/> 特に問題ない。 ③ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している。 <input type="checkbox"/> 強く拒否傾向。 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしてないが同意している。 <input type="checkbox"/> 同意している。 <input type="checkbox"/> 強く望んでいる			
《特記事項》						



標準様式2 (2/2)

介護 支 援 専 門 員 記 入 欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族や 援護者の有無	
	日	在宅介護の可能 性・介護者の事情	
	記	家族の介護 負担感	
	入	住環境の状況	
	欄	特記事項	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号	入所日	月 年 日	
施 設 記 入 欄	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計
	1. 2. 3.	I・IIa・IIb・IIIa・	%	単 身	同一市町村	
	4. 5	IIIb・IV・M・正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同 居	圏域内隣接市	
		点	点	点	点	点
	年	【評価すべき特記事項】				
	月					
日						
入 欄	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計
	1. 2. 3.	I・IIa・IIb・IIIa・	%	単 身	同一市町村	
	4. 5	IIIb・IV・M・正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同 居	圏域内隣接市	
		点	点	点	点	点
	年	【評価すべき特記事項】				
	月					
日						



特例入所に関する報告書

年 月 日

(保険者市町村) 様

(施設名及び施設長名)

担当者

電話番号

要介護1又は要介護2に該当する者から、下記のとおり当施設への入所申込みがありましたので、当施設の意見を沿えて報告します。

ついては、折り返し、保険者市町村の意見をお知らせください。

記

氏 名			性別	
被保険者番号		生年月日 (年齢)	( )	
住 所	〒 -			
入所申込みの日				
要 介 護 度		認知症高齢者の日常生活自立度		
住まいの状況				
家族等の状況				
特例入所に該当するか否かにかかる意見				

※添付資料

「指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所申込書兼台帳 (標準様式1)」

「指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]等入所選考調査票 (標準様式2)」

### 特例入所に関する意見書

年 月 日

(施設長) 様

(保険者市町村長)

担当者

電話番号

平成 年 月 日付けで提出のあった「特例入所に関する報告書」に対し、下記のとおり意見をお知らせします。

なお、この意見は、貴施設から提出のあった「特例入所に関する報告書」を踏まえ、地域の居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等からの聞き取りを踏まえ判断したものです。本人、家族、生活環境等の状況に変化があった場合は、改めてお知らせください。

記

氏 名			性別	
被保険者番号		生年月日 (年齢)	( )	
住 所	〒 -			
要介護度		認知症高齢者の日常生活自立度		
特例入所に該当するか否かにかかる意見				

