

地域密着型特別養護老人ホーム グランスマイル  
入所判定指針

平成 27 年 4 月

## 1.目的

特別養護老人ホーム（以下「特養」という）の入所について、介護保険制度が被保険者の自由選択に基づく契約制度であることを尊重しつつ、入所決定の公平性と透明性を確保するとともに施設に入所する必要性の高いと認められる者が優先的に入所できるよう、入所判定基準および入所手続きについて指針を定める。

## 2.入所対象者

要介護認定を受けた者のうち、原則要介護3～5で常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者を対象とし、介護の必要の程度、家族の状況等により、入所の必要性が認められる者とする。

※要介護1.2の者については、市町村からの許可を得られた場合は特例入所の対象とする。

## 3.入所の申込み

原則として、高森町地域密着型小規模特別養護老人ホーム入所申込書を高森町に提出し受け付けるものとする。

また、必要に応じて市町村担当課や居宅介護支援事業所のケアマネジャーからも状況を聴取するものとする。

入所の申込み後、要介護度や介護者の状況など変更が生じた場合には、変更届を提出するものとする。

### 【提出書類】（申込時）

- ① 高森町地域密着型小規模特別養護老人ホーム入所申込書【別紙1】
- ② 「要介護1.2の方へ」（要介護1.2の方のみ）【別紙2】

## 4.入所判定

### ①入所判定基準

高森町は【別紙3】に定める入所判定基準に従い、入所の必要性や緊急性を判断する。

### ②入所判定委員会

施設は入所判定委員会（以下「委員会」という）を設置し、合議制により入所の判定を行うこととする。

#### ア. 構成員

生活相談員、看護部長、市町村担当職員

#### イ. 開催

原則として、年4回開催し、その開催時期については以下のとおりとする。

開催時期：3月・6月・9月・12月（広域連合の審査会の時期に準じ、前月の末日を申込の締切日とする。）

#### ウ. 協議事項

入所判定基準（別紙2）に基づき、入所申込者の優先順位を決定する。

原則として、評点の高い者から順に決定するものとする。

評点が同じ者については、特記事項を勘案し、より緊急性を有すると判断されるものを上位とする。ただし、地域・居室の特性等を考慮することは可能とする。

#### エ. 委員の守秘義務

委員会の委員は、その事務の中で知り得た個人情報について守秘義務を負う。

#### オ. 入所順位名簿

入所者受付者名簿および入所順位者名簿を作成・更新し、2年間保管する。入所申込者から入所の順位等の説明を求められたときは、必要な説明を行うこととする。

#### カ. 委員会の記録

優先入所の取り扱いについては、透明性及び公平性の観点から、委員会の協議内容を記録し、2年間保管するものとする。

保険者または県および市町村から求めがあったときは、入所申込者および家族のプライバシーに配慮したうえで記録を提出するものとする。

#### ③入所辞退者の取扱い

入所決定があったにもかかわらず、入所申込者が辞退したときはその時点での入所の必要はないものとみなし、他の申込者を入所させるものとする。

また、入所申込書の取下げについては、地域密着型特養入所利用申込書<sup>取下げ</sup>【別紙4】を記入し、施設へ提出してもらい、町へ報告することとする。

#### 5.特別な事由による入所

次の場合は、本指針による手続きのよらずに入所できるものとする。

ただし、直近の委員会に報告するとともに委員会の記録に記載するものとする。

##### ①老人福祉法第11条第1項第2号に定める措置委託による場合

##### ②緊急的な入所の必要性が認められ、委員会を召集する余裕のない場合

##### ③医療機関入院で施設退所となった者が退院するにあたり、元の施設に再入所を希望する場合

#### 6.適正運用

施設は、この指針に基づき、施設の特性等を考慮したうえで入所判定評価基準を定め、それに則った適正な入所決定を行うこととする。

県および市町村は指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言・指導を行うものとする。

#### 7.附則

①本指針は、平成27年4月1日より施行する。

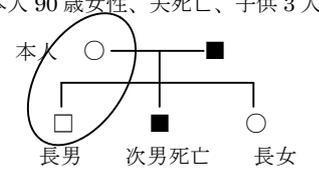
②本指針は、地域密着型小規模特別養護老人ホーム グランスマイル入所判定委員会において、必要に応じ見直しを行うものとする。

# 高森町 地域密着型小規模特別養護老人ホーム入所申込書

【別紙 1】

地域密着型特別養護老人ホーム施設長 様  
高森町長 様

[ 新規 ・ 変更 ・ 更新 ]

|   |   |   |    |    |   |         |                                 |    |      |
|---|---|---|----|----|---|---------|---------------------------------|----|------|
| 申込日   |   | 平成 年 月 日  |    |    | 保険者名<br>(市町村名)  |         |                                 |    |      |
| 「入所に関する連絡先」<br>申込者  | ふりがな  |   |    |    | 性別  |         | 入所希望者との関係                       |    |      |
|   | 氏名  |   |    |    | □男 □女   |         | □配偶者 □子 □子の配偶者<br>□兄弟姉妹 □その他( ) |    |      |
|   | 住所  | 〒   |    |    | 自宅電話 ( )<br>携帯電話 ( )  |         | 昼間の連絡先：□自宅 □携帯 □会社等「 」電話番号 ( )  |    |      |
| 入所希望者の状況  | ふりがな  |   |    |    | 性別  |         | 被保険者番号                          |    |      |
|   | 氏名  |   |    |    | □男 □女   |         |                                 |    |      |
|   | 住所  | 〒   |    |    | 年齢  | 介護度     | □1 □2 □3 □4 □5                  |    |      |
|   |   | 電話 ( )  |    |    | 歳   | 認定期間    | 平成 年 月 日から<br>年 月 日まで           |    |      |
|   | 生年月日  | □明治 □大正 □昭和 年 月 日   |    |    |   |         |                                 |    |      |
|   | 医療の状況   | □経管栄養(□経鼻 □胃瘻 □腸瘻) □カテーテル □ストーマ □酸素療法 □透析<br>□インシュリン □気管切開 □その他( )<br>[現在治療中の病名]( ) |    |    |   |         |                                 |    |      |
| 現在の生活場所   | □在宅で生活 □老健・療養型、又は1年以上病院に入院<br>□特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム □特別養護老人ホーム<br>各施設名または病院名( ) 入所・入院時期 年 月から |   |    |    |   |         |                                 |    |      |
| 家族・親族等の状況   | 世帯等の形態  | □自宅では一人で暮らしている □自宅では高齢者のみで暮らしている<br>□自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている                          |    |    |   |         |                                 |    |      |
|   | 近隣家族の有無   | □近隣に家族はいない □近隣に家族がいる<br>□敷地内、隣、道路向いに家族がいる ※「家族」：2親等 ※「近隣」：概ね車で30分以内                 |    |    |   |         |                                 |    |      |
|   | 同居家族及び近隣家族の状況   | 氏名  | 住所 | 続柄 | 年齢  | 同居・別居   | 要介護                             | 障害 | 複数介護 |
|   |   |   |    |    |   | □同居・□別居 | □                               | □  | □    |
|   |   |   |    |    |   | □同居・□別居 | □                               | □  | □    |
|   |   |   |    |    |   | □同居・□別居 | □                               | □  | □    |
|   |   |   |    |    | □同居・□別居   | □       | □                               | □  |      |
| ※「要介護」：要介護1以上 ※「障害」：身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級<br>※「複数介護」：複数人の家族を介護、看護、または未就学児の育児中。<br>介護・看護・育児を受けている方の氏名( ) ( ) ( ) |   |   |    |    |   |         |                                 |    |      |
| ジェノグラム(家系図)   | 男性□、女性○ 亡くなっている場合■・● 同居者は線で囲む   |   |    |    | 例：本人90歳女性、夫死亡、子供3人<br> |         |                                 |    |      |





|                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| 被保険者番号                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  |
| 【当てはまるものにチェックしてください】<br>要件<br>(勘案事項) | <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難。                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難。                              |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |
|                                      | <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。   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |
|                                      | <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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ことにより、在宅生活が困難。 |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |
| ≪具体的な状況について自由記載≫                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |

特別養護老人ホーム入所順位判定基準 個別評価項目 【別紙3】

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者番号 |  |
| 氏名     |  |

| 区分              | 比率 | 分類                                      | 点数  | チェック欄 |
|-----------------|----|---|-----|-------|
| 1.要介護度          | 40 | ①要介護5                                   | 40  |       |
|                 |    | ②要介護4                                   | 35  |       |
|                 |    | ③要介護3                                   | 25  |       |
|                 |    | ④要介護2                                   | 2   |       |
|                 |    | ⑤要介護1                                   | 0   |       |
| 2.認知症高齢者日常生活自立度 | 25 | ①M                                      | 16  |       |
|                 |    | ②IV                                     | 23  |       |
|                 |    | ③III                                    | 25  |       |
|                 |    | ④II                                     | 23  |       |
|                 |    | ⑤I                                      | 4   |       |
|                 |    | ⑥自立                                     | 0   |       |
| 3.待機場所          | 5  | ①在宅                                     | 5   |       |
|                 |    | ②老健・療養型・1年以上入院                          | 3   |       |
|                 |    | ③特定施設(有料老人H等)・GH                        | 1   |       |
|                 |    | ④特養                                     | -25 |       |
| 4.世帯・介護者の状況     | 17 | (1)独居                                   | /   |       |
|                 |    | ①在宅独居                                   | 17  |       |
|                 |    | ②在宅以外                                   | 8   |       |
|                 |    | (2)高齢者のみ世帯                              | /   |       |
|                 |    | ①同居者は寝たきり等のみで事実上本人の介護不可                 | 16  |       |
|                 |    | ②介護者後期高齢者、障害・要介護者且つ複数介護                 | 14  |       |
|                 |    | ③介護者後期高齢者、障害・要介護者                       | 12  |       |
|                 |    | ④介護者後期高齢者、複数介護                          | 12  |       |
|                 |    | ⑤介護者後期高齢者                               | 10  |       |
|                 |    | ⑥介護者前期高齢者、障害・要介護者且つ複数介護                 | 12  |       |
|                 |    | ⑦介護者前期高齢者、障害・要介護者                       | 10  |       |
|                 |    | ⑧介護者前期高齢者、複数介護                          | 10  |       |
|                 |    | ⑨介護者前期高齢者                               | 8   |       |
|                 |    | ⑩在宅以外                                   | 4   |       |
|                 |    | (3)家族と同居                                | /   |       |
|                 |    | ①同居者は寝たきり等のみで事実上本人の介護不可                 | 16  |       |
|                 |    | ②同居者は障害・要介護者且つ複数介護の介護者のみ                | 10  |       |
|                 |    | ③同居者は障害・要介護者の介護者のみ                      | 8   |       |
|                 |    | ④同居者は複数介護の介護者のみ                         | 8   |       |
|                 |    | ⑤同居者は配偶者のみ                              | 6   |       |
|                 |    | ⑥同居者は未婚の子のみ                             | 6   |       |
|                 |    | ⑦介護者は複数介護、又は他の同居者の看護、又は育児をしている(他の家族と同居) | 6   |       |
|                 |    | ⑧介護者他家族と同居                              | 4   |       |
| ⑨在宅以外           | 0  |   |     |       |

|                     |     |   |   |  |
|---------------------|-----|---|---|--|
| 5.近隣の家族状況           | 3   | (1)近隣に家族なし                                      |   |  |
|                     |     | ①近隣に家族なし  | 3 |  |
|                     |     | (2)近隣に家族がいる                                     |   |  |
|                     |     | ①近隣の家族は、障害・要介護者のみ((3)隣接等を除く)                    | 3 |  |
|                     |     | ②近隣の家族は、後期高齢者のみ、又は複数介護者                         | 2 |  |
|                     |     | ③近隣に家族がいる(①②を除く)                                | 1 |  |
|                     |     | (3)隣接等(敷地内、隣接、道路向かい)に家族がいる                      |   |  |
|                     |     | ①隣接等の家族は、障害・要介護者のみ                              | 3 |  |
|                     |     | ②隣接等の家族は、後期高齢者のみ、又は複数介護者                        | 1 |  |
|                     |     | ③隣接等に家族がいる(①②を除く)                               | 0 |  |
|                     |     | (4)以下の場合には近隣の家族状況を評価しない                         |   |  |
|                     |     | ①本人の同居者に、障害・要介護者でない家族及び、他の家族がいる<4(3)⑦、4(3)⑧の場合> | 0 |  |
|                     |     | ②本人が在宅以外<4(1)②,4(2)⑩,4(3)⑨の場合>                  | 0 |  |
| 6.子供の有無             | 3   | ①子供あり   | 0 |  |
|                     |     | ②子供なし   | 3 |  |
| 7.要介護3以上に認定されてからの期間 | 4   | ①1年未満   | 1 |  |
|                     |     | ②1年以上2年未満                                       | 2 |  |
|                     |     | ③2年以上3年未満                                       | 3 |  |
|                     |     | ④3年以上   | 4 |  |
| 8.在住年数              | 3   | ①3年未満   | 0 |  |
|                     |     | ②3年以上   | 3 |  |
| 合計                  | 100 |   |   |  |

## 地域密着型特別養護老人ホーム入所利用申込書

取 下 げ

平成 年 月 日

特養グランスマイル施設長

高 森 町 長 様

届出人 (1. 利用申込者家族 2. 居宅介護支援事業者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(事業者名) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり施設利用申し込みを取り下げます。

|        |      |                |  |
|--------|------|----------------|--|
| 被保険者番号 |      |                |  |
| フリガナ   | 生年月日 | M T S 年<br>月 日 |  |
| 氏 名    | 性 別  | 男 ・ 女          |  |
| 住 所    | 要介護度 |                |  |

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| 取<br>り<br>下<br>げ<br>の<br>理<br>由 | 1. 待機中の死亡 (平成 年 月 日) |
|                                 | 2. 在宅可能のため           |
|                                 | 3. 身体状況の変化           |
|                                 | 4. 入院療養のため           |
|                                 | 5. 特養入所 (施設名: )      |
|                                 | 6. その他施設入所 (施設名: )   |
|                                 | 7. 市郡外施設入所           |
|                                 | 8. 市郡外へ転出            |
|                                 | 9. その他               |

|            |       |
|------------|-------|
| 保険者名(市町村名) | 高 森 町 |
|------------|-------|

|                  |     |
|------------------|-----|
| 参<br>考<br>事<br>項 | No. |
|------------------|-----|

