

## 静岡県指定介護老人福祉施設優先入所指針

### 1 目的

この指針は、介護保険制度の趣旨に基づき、指定介護福祉施設サービス又は指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受ける必要性が高いと認められる入所申込者を指定介護老人福祉施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という。）に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 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。

### 3 優先入所検討委員会

#### （１）優先入所検討委員会の設置

施設は、優先入所順位の決定をするため、優先入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置しなければならない。

#### （２）委員会の構成

委員会の委員は、施設職員及び施設職員以外の第三者の委員で構成する。

### 4 優先入所決定の手続き

#### （１）入所申込みの受付

ア 施設への入所申込は、入所申込書（様式１）により行う。

イ 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。

ウ 要介護１又は２の状態の入所申込者についての取扱いは、静岡県指定介護老人福祉施設等の特列入所に関する取扱要領によるものとする。

#### （２）入所申込者の調査

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ものとする。

#### （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 施設は、委員会において優先入所順位の決定をうけた入所申込者について、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 施設は、市町から老人福祉法第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 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、県又は市町村から求めがあったときは、これを提出しなければならない。

### (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等を漏らしてはならない。委員会の委員を退任した後も同様とする。

### (3) 説明責任

施設は、入所申込を受けた時には、入所申込者等に対し、施設の優先入所に係る基準の内容を説明しなければならない。

### (4) 情報の提供

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、これを提供しなければならない。

### (5) 疑義等に対する対応

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、施設において再度、調査のうえ、委員会に諮るものとする。

## 6 市町優先入所指針の取扱い

市町は、この指針に基づき、地域の実情等を反映した優先入所に係る指針を策定することができる。

(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所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	施設所在地と同一の市町内又はその市町と介護保険の保険者として一部事務組合を設立している市町内	２０点
②	施設所在地と同一の圏域内（①を除く。）又は県内の隣接市町内	１０点
③	施設所在地の圏域外	０点

注）圏域とは、静岡県が策定したふじのくに長寿社会安心プランにおける長寿者保健福祉圏域をいう。

### 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。

※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	〒 (      —      ) <div>TEL</div>							
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. 将来的には入所をしたい							
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、サービス付高齢者向け住宅、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			続 柄	介護者
住 所	〒 (      —      ) <div>TEL</div>			
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
住 所	〒 (      —      ) <div>TEL</div>			
(フリガナ) 氏 名			続 柄	介護者
住 所	〒 (      —      ) <div>TEL</div>			

(裏面も記入してください。)

## 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. 介護者が就労をしているため、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 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） (施設名 )
	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、 1のうち介護付きの施設、病院 (施設名 )

## 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。）

--

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名	
主治医	氏名		病医院名	

\* 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。  
 \* 要介護1、2又は申請中の方は別紙も記入してください。

要介護1又は2の方が入所するためには、下記①から⑤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と思われる項目に印を付けてください。

- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。

※やむを得ない事由について具体的な状況を入所申込書裏面の「4 その他事項」欄に記載してください。

施設名： \_\_\_\_\_ 入所申込者名簿・優先入所順位名簿

入所申込書転記欄												入所検討委員会記入欄			平成	年	月	日現在
No	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											0点		0点	0点		0点	0点	
2											0点		0点	0点		0点	0点	
3											0点		0点	0点		0点	0点	
4											0点		0点	0点		0点	0点	
5											0点		0点	0点		0点	0点	
6											0点		0点	0点		0点	0点	
7											0点		0点	0点		0点	0点	
8											0点		0点	0点		0点	0点	
9											0点		0点	0点		0点	0点	
10											0点		0点	0点		0点	0点	
11											0点		0点	0点		0点	0点	
12											0点		0点	0点		0点	0点	
13											0点		0点	0点		0点	0点	
14											0点		0点	0点		0点	0点	
15											0点		0点	0点		0点	0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、病気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、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、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	施設所在地と同一の市町内又はその市町と介護保険の保険者として一部事務組合を設立している市町内	20 点							
	施設所在地と同一の圏域内又は県内の隣接市町内	10 点							
	施設所在地の圏域外	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