

## 栃木県特別養護老人ホーム入所等に係る指針

平成15年3月10日制定

平成27年3月10日改正

平成29年12月1日改正

### 1 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という）への入所申込みが増加している中で、特別養護老人ホームの入所に関する基準を明確化することにより、入所決定過程の透明性・公平性を確保し、入所の必要性が高い申込者の円滑な入所に資するため、栃木県、栃木県老人福祉施設協議会及び栃木県高齢者福祉協会がガイドラインとして示すものである。

各施設においては、この指針を踏まえ入所に関する基準を作成し、申込者に周知するものとする。

### 2 入所の対象者

入所の対象となる申込者は、要介護3から要介護5までの要介護者及び、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ことによる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められる者のうち、介護の必要性や居宅における介護の困難性等を勘案した別添1の「入所申込者評価基準」（以下「評価基準」という。）により算出した点数に基づく順位付け（1次判定）の結果が上位の者で、各施設が設置する入所に係る決定（2次判定）を行う検討組織（以下「入所検討委員会」という。）が認めた者とする。

なお、特例入所の要件に該当することの判定に際しては、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由があることに関し、別添2の事情を考慮するものとする。

### 3 入所申込みに係る手続き

(1) 入所の申込みは、本人・家族等が介護支援専門員又は申込みを行う施設の生活相談員を通じて別添3「入所申込書」により行うものとし、別添4「入所に係る介護支援専門員意見書」又は別添5「入所に係る生活相談員意見書」を添付するものとする。

(2) 施設は、要介護1又は2の方からの申込みがあった場合には、入所申込書に特例入所の要件を具体的に記載した上で、その内容を丁寧に説明し、申込者側に特例入所の要件への該当に関する考えを記載してもらおうこととする。この場合において施設は、入所申込者の介護保険の保険者である市町村(以下「保険者市町村」という。)に対して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、その意見を求めるものとする。

また、申込者側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、入所申込みを受け付けない取扱いは認めないこととする。

(注) 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。

#### 4 入所検討委員会

- (1) 施設は、入居を決定するための入所検討委員会を設置しなければならない。
- (2) 入所検討委員会は、施設長、生活相談員、看護職員、介護職員、介護支援専門員等の当該施設の職員の他、当該法人の評議員、地域の福祉関係者などの第三者の委員を参加させることが望ましい。
- (3) 入所検討委員会は、施設長が招集し開催する。
- (4) 入所検討委員会は、入所選考者名簿（以下「選考者名簿」という）の上位複数の者について2次判定を行い入所決定を行う。  
なお、施設は、予め選考者名簿を、「評価基準」により算定した点数が上位の者から順に作成しておくものとする。
- (5) 2次判定においては、入所申込者の個別の特殊事情、当該施設の男女別の部屋の構成や入所者の状況等を総合的に勘案するものとする。
- (6) 2次判定の対象者に、特例入所対象者がいる場合には、必要に応じて「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について、改めて保険者市町村に意見を求めるものとする。
- (7) 入所検討委員会は、入所に係る審議の内容を記録・保管するものとし、申込者等からの請求があった場合には開示するものとする。
- (8) 施設長は、当該施設退所者の再入所及び老人福祉法に定める措置委託による場合は、入所検討委員会の審議によらず入所決定を行うことができる。ただし、当該施設退所者の介護の必要性や居宅における介護の困難性等が当初入所時に比べ軽減されていると認められる場合は、入所検討委員会の決定によるものとする。

#### 5 緊急入所の場合の取扱い

- (1) 対象者  
災害、介護者の緊急入院、虐待、その他の事情により、短期入居生活介護の利用可能な期間を超えて施設へ緊急入所することが必要であると施設長が認めた申込者とする。
- (2) 緊急入所の申込みは、本人・家族等が介護支援専門員又は申込みを行う施設の生活相談員を通じて行うものとする。
- (3) 入所の決定等
  - ① 施設長は、緊急度を調査の上、入所決定を行うものとする。
  - ② 施設長は、調査結果及び決定内容を記録・保管するとともに、その内容を入所検討委員会へ報告するものとする。
  - ③ 施設長は、緊急入所の原因となった事由がなくなると認められる場合は当該入所者を退所させるものとする。この場合において、当該入所者が通常の入所申込みを行うことを妨げない。

#### 6 附則

- この指針は、平成 15 年 4 月 1 日から適用する。  
この指針は、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。  
この指針は、平成 29 年 12 月 1 日から適用する。

## 別添資料

- 1 入所申込者評価基準
- 2 特例入所の判定に際しての考慮事項
- 3 入居申込書（参考様式）
- 4 入所に係る介護支援専門員意見書
- 5 入所に係る生活相談員意見書
- 6 指定介護老人福祉施設における特例入所について(照会) (参考様式)
- 7 指定介護老人福祉施設における特例入所について(意見) (参考様式)
- 8 特別養護老人ホーム 入所選考者名簿（参考様式）

## 入 所 申 込 者 評 価 基 準

## 1. 本人の状況の評価（最高点40点）

## (1) 要介護度

要介護度	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1
	30点	25点	20点	15点	10点

## (2) 認知症の場合の日常生活自立度（最高点10点）

認知症高齢者の日常生活自立度	M	IV	III	II	I	自立
	10点	8点	6点	5点	3点	0点

## 2. 在宅サービス利用度（最高点10点）

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
	10点	8点	6点	4点	2点

※在宅サービスの利用割合とは、サービス利用額を在宅サービス利用表別表に基づく支給限度額で除した割合をいう。

※入院及び他の施設に入居している場合は在宅サービスの利用状況を6点とみなすものとする。

## 3. 主たる介護者・家族等の状況の評価（最高点50点）

評価項目	5点	3点	1点	0点
①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満	—
②介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通
③介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
④介護者の就労	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑤当該要介護者以外に対する育児や看護・介護の必要性	常時の 育児・看病・介護	半日 育児・看病・介護	臨時 育児・看病・介護	なし
⑥介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑦他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑧別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑨近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑩在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし

※ ひとり暮らし高齢者並びに養護老人ホーム等施設入居者で、在宅復帰を想定した場合にひとり暮らしと同等と判断できる場合は、上記にかかわらず①から⑦までで35点とする。

ただし、在宅復帰を想定した場合に介護者がいる場合は上表に基づき評価する。

※ ②～⑥の評価項目についての判断基準は、各施設や地域の状況を勘案し作成するものとする。

※ 同一敷地内に介護者がいる場合には、ひとり暮らしとみなさずに、上表に基づき評価する。

## 4. 特記事項

--

<評価基準における状況評価上の留意事項>

1. 「認知症の場合の日常生活自立度」

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（厚生省老人保健福祉局長通知：平成5年10月26日 老健第135号）により判断する。

2. 「③介護者の障害や疾病」

「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合、「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合、「介護可能」は障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。

3. 「⑦他の同居介護補助者」

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上ある場合を目安とする。  
なお、1日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

4. 「⑧別居血縁者介護協力」

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。  
なお、1日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

5. 「⑨近隣者等の介護協力」

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。  
なお、1日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

特例入所の判定に際しての考慮事項

- 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等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。

## 入 居 申 込 書

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

特別養護老人ホーム

施設長 殿

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
担当者名				

住所	〒			
フリガナ 氏名	入居希望者との関係 ( )			
電話				

申込先（入居施設名）				保 険 者					
氏 名	(フリガナ)	性別		被保険者 番号					
		男・女			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳		要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
現 住 所	〒 TEL								
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所又は入院時期：平成 年 月から入所・入院している								
入居希望者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <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ため。 <input checked="" type="checkbox"/> <b>要介護 1 又は要介護 2 の方</b> 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。								
	入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> <b>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等が頻繁に見られる。</b> <input type="checkbox"/> <b>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。</b> <input type="checkbox"/> <b>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・安心の確保が困難な状態である。</b> <input type="checkbox"/> <b>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。</b>							
	□その他 ( )								

	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>
	申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )
説明 確 認 欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 _____</div>	
同 意 書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 _____</div>	

## 入所に係る介護支援専門員意見書

## 1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症における日常生活自立度	M	IV	III	II	I

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他		
介護者の年齢・続柄					
介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通	
介護者が障害や疾病	無・有（ ）				
介護者の就労	無・有（職種等			日／週、	時間／日）
他の要介護者	無・有（ 要支援、 要介護 1 2 3 4 5				
介護者の育児、家族の病気	無・有（ ）				
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう	
他の同居介護補助者	無・有（続柄		日／週程度	）	
別居血縁者介護協力	無・有（続柄		日／週程度	）	
近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし	

## 4. 介護支援専門員の入居への意見（特記事項）

--

平成 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

記入者名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

## 入所に係る生活相談員意見書

## 1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症における日常生活自立度	M	IV	III	II	I

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他		
介護者の年齢・続柄					
介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通	
介護者が障害や疾病	無・有（ ）				
介護者の就労	無・有（職種等			日／週、	時間／日）
他の要介護者	無・有（ 要支援、 要介護 1 2 3 4 5				
介護者の育児、家族の病気	無・有（ ）				
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通	
他の同居家族補助者	無・有（続柄		日／週程度	）	
別居血縁者介護協力	無・有（続柄		日／週程度	）	
近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし	

## 4. 生活相談員の入居への意見（特記事項）

--

平成 年 月 日

事業所名

記入者名

印

平成 年 月 日

各市町長 様

社会福祉法人〇〇会  
理事長 〇〇 〇〇

指定介護老人福祉施設における特例入所について(照会)

この度、下記の方から入所申込みがありました。  
については、特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たり、貴市・町の意見を賜りたく、関係資料を添えて、照会いたします。

記

- 1 入居申込者 〇〇 〇〇(要介護度1・2)
- 2 当法人の意見 特例入所対象者とすることが相当
- 3 添付資料 入居申込書  
入所に係る(生活相談員・介護支援専門員の)意見書  
その他 ( )

社会福祉法人〇〇会 担当 〇〇 〇〇 TEL 000-000-0000
---

**資料 7**

平成 〇〇年 〇月 〇日  
第〇〇合

社会福祉法人〇〇会  
理事長 〇〇 〇〇 様

〇〇〇市町  
市・町長 〇〇 〇〇

指定介護老人福祉施設における特例入所について(意見)

平成〇年〇月〇日付で照会のありました標記の件について下記のとおり回答します。

記

- 1 入所申込者 〇〇 〇〇(要介護度1・2)
- 2 当市・町の意見 特例入所対象者とすることが相当

〇〇〇市介護保険課 担当 〇〇 〇〇 TEL 000-000-0000
---