

8 その他

福岡県指定介護老人福祉施設等入所指針

1 目的

この指針は、指定介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という。）への入所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・公平性を確保するとともに、入所の必要性の高い者の円滑な入所を図ることを目的とする。

2 入所対象者

- (1) 入所対象者は、介護保険法第 14 条に規定する介護認定審査会において認定された要介護状態区分が要介護 3 から要介護 5 までの者（以下「要介護 3 以上の者」という。）及び要介護 1 又は要介護 2 の者であって、やむを得ない事由があることにより特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められる者とする。
- (2) 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、次の事情を考慮すること。
 - 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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
 - イ 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こと。
 - 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・安心確保が困難であること。
 - 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。

3 入所申込みの方法及び状況把握

入所申込みの方法及び状況把握については、次のとおりとする。

- (1) 施設への入所申込みは、入所申込書（様式 1）により行うものとする。
- (2) 施設は、入所申込みがあった場合には、当該申込者の状況を面談等の方法により把握し、調査票（様式 2）を作成する。
- (3) 施設は、要介護 1 又は要介護 2 の者から入所申込みがあった場合には、

次のとおり対応する。

ア 入所申込書(様式1)裏面の特例入所の要件を申込者側に丁寧に説明し、申込者側に特例入所の要件への該当に関する申込者側の考えを記載してもらうこと。

イ 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しないこと。

ウ 入所判定が行われるまでの間に施設と介護保険の保険者である市町村等(以下「市町村(保険者)」という。)との間で情報の共有等を行うこと。

エ 当該申込者が特例入所対象者に該当するか否かを施設が判断するに当たって、入所申込書(様式1)の写しを添付した特例入所申込受付報告書(様式3)により、市町村(保険者)にその状況を報告し、意見を求めること。

(4) 施設は、下記4の入所検討委員会において、特例入所対象者の入所の必要性の高さを判断するに当たって、特例入所意見照会書(様式4)等により、市町村(保険者)に意見を求める。

4 入所検討委員会

(1) 施設は、入所の決定等に係る事務を処理するため、入所に関する検討のための委員会(以下「入所検討委員会」という。)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、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の施設職員と施設外の第三者で構成するものとする。

(3) 入所検討委員会は、別紙入所評価基準に基づき、次のとおり入所申込者(要介護3以上の者及び特例入所対象者である者に限る。以下同じ。)の入所の必要性の評価を行い、評価合計点数の高い順に、入所申込者の優先順位を決定し、入所優先順位名簿(様式6。以下「名簿」という。)を作成する。

なお、特例入所対象者の入所の必要性については、上記3(4)の市町村(保険者)の意見を踏まえて評価を行う。

ア 入所の必要性の評価

評価は次の項目ごとに点数化し、評価票(様式5)により整理する。

(ア) 本人の状況

(イ) 介護サービス等の利用状況

(ウ) 介護者等の状況

(エ) 特記事項

イ 名簿の作成

名簿は、毎年4月1日及び10月1日現在で作成する。

なお、入所検討委員会が必要と認めた場合は、年3回以上作成することができる。

ウ 入所申込者の把握

名簿の作成に当たっては、全ての入所申込者について、調査票（様式2）の新たな作成や上記3（4）の市町村（保険者）の意見を新たに求めることなどにより、入所申込者の入所の必要性や申込みの意思を正確に把握する。

エ 入所の必要性等がない場合の取扱い

死亡、他施設への入所等により、明らかに入所の必要性等がない場合は、その理由を調査票（様式2）に記録するとともに、入所申込者及びその家族等に連絡し、評価票（様式5）の作成及び名簿への記載は行わない。

（4）施設は、入所検討委員会の審議の内容を議事録としてまとめ、これを5年間保管しなければならない。

また、市町村（保険者）又は県から求めがあった場合には、当該議事録を提出しなければならない。

（5）入所検討委員会の構成員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

なお、その職を退いた後も、同様とする。

5 入所者の決定

（1）施設は、入所検討委員会が作成した名簿により入所者を決定する。

（2）施設は、入所を希望する者等が次のいずれかに該当する場合は、入所検討委員会が作成した名簿によらず、入所者を決定することができる。

ア 緊急の場合

（ア）介護者による虐待・介護放棄が認められ、緊急の保護を要する場合

（イ）災害時

（ウ）在宅復帰又は長期入院をした者について再入所が必要と認められる場合

（エ）その他特段の緊急性が認められる場合

イ 措置の場合

老人福祉法第11条第1項の規定に基づく措置の委託による場合

（3）施設は、次の事情がある場合は、入所優先順位を変更することができる。

なお、変更した場合は、次回の入所検討委員会に報告し、承認を得なければならない。

ア 多床室において性別により入所が困難な場合

イ 入所申込者の希望する定員の居室に入所できない場合

ウ その他適切な処遇の確保ができないおそれのある場合

(4) 入所申込者が自己都合（入院等やむを得ない場合を除く。）により入所を辞退した場合は、当該入所申込者を名簿から削除する。

なお、名簿から削除された者が入所を再度希望する場合は、改めて入所申込手続を行わなければならない。

6 平成27年4月1日以降に入所した要介護3以上の者が要介護1又は要介護2となった場合

(1) 施設は、特例入所の必要性の高さを判断するに当たって、入所継続意見照会書（様式7）により、市町村（保険者）に意見を求める。

(2) 施設は、市町村（保険者）の意見を踏まえ、特例入所による入所の継続が必要と判断した場合、入所の継続を決定することができる。

7 適正運用

(1) 施設は、この指針に基づき適正に入所の決定を行うものとする。

(2) 施設は、入所申込者及びその家族等に対して、入所申込者の優先順位の決定方法等を十分に説明しなければならない。

(3) 施設は、要介護1又は要介護2の者から入所申込みがあった場合には、当該入所申込者及びその家族等に対して、特例入所の要件等を十分に説明しなければならない。

(4) 施設は、平成27年4月1日以降に入所した要介護3以上の者及びその家族等に対して、要介護1又は要介護2となった場合の特例入所による入所の継続の要件等を十分に説明しなければならない。

(5) 県、市町村（保険者）及び措置の実施者である市町村は、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。

8 その他

(1) 市町村（保険者）及び関係団体において、当該市町村（保険者）の区域に所在する施設への入所に関する具体的な指針の作成について、独自の取組がある場合は、これを尊重する。

(2) この指針は、必要に応じて見直すものとし、その場合、県は、福岡県老人福祉施設協議会と協議した上で、市町村（保険者）の意見を聴くものとする。

(3) この指針は、平成29年10月1日から適用する。

入 所 申 込 書

申込年月日		年 月 日	受付番号		※施設記入										
入 所 申 込 者	フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和					性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名				年 月 日 (歳)										
	住所	〒 (-)							連絡先		()				
	介護保険 情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中			要介護度		<input type="checkbox"/> 要1 <input type="checkbox"/> 要2 <input type="checkbox"/> 要3 <input type="checkbox"/> 要4 <input type="checkbox"/> 要5							
		保険者番号													
認定有効期間		年 月 日 ~					年 月 日								
現在の 住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所・介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 ()														
	年 月頃より			施設名等【 】											
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ				続柄		備考								
	氏名														
	住所	〒 (-)							連絡先		()				
	その他の 連絡先	フリガナ				続柄		備考		連絡先			()		
		氏名								連絡先			()		
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名				フリガナ										
					担当者名										
	連絡先	()			備考										
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名 1				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)										
	施設名 2				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)										
	施設名 3				申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)										
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい														

【特例入所に関する事項】

「要介護1」又は「要介護2」の場合は、該当する項目にチェックしてください。

- 認知症であって、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。
- 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が頻繁に見られる。
- 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。
- 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。
- その他（内容を具体的に記入してください。）

【説明確認及び同意欄】

次の事項について施設から説明を受けました。

- ① 入所申込から契約までに必要な手続及び入所にあたっての注意事項。
- ② 入所申込者の入所優先順位決定方法。
- ③ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。
- ④ 要介護3以上及び、やむを得ない事由がある要介護1、2のみが入所できること。

次の事項について同意します。

- ① 入所が可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ② 入所申込後の入所の意思確認に応じられなかった場合に、入所優先順位名簿から削除されること。
- ③ 優先入所制度の適正な運用及び入所申込状況の把握等のために、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供すること。
- ④ 上記に記入している申込み済（予定）の施設間において、この申込書内容及び調査票の内容を相互に提供すること。

年 月 日 氏名 _____ 印 続柄 (_____)

【施設記入欄】

受付年月日	年 月 日		
受付担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 (_____)
備 考			

調 査 票

年 月 日調査

申込年月日		年 月 日		受付番号	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 年 月 日 (歳)	
本人の状況	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		被保険者番号	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	行動心理症状	<input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> 随時ある <input type="checkbox"/> なし			
身体障害者手帳・原爆手帳等の有無		<input type="checkbox"/> あり (級) <input type="checkbox"/> なし			
介護サービス等の利用状況	住居	年 月頃より 施設名等【 】 住居種別番号(裏面より選択)【 】			
	居宅介護サービス等 利用状況	年	サービス別単位	<input type="checkbox"/> 訪問介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 _____ 単位 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 _____ 単位 (上記単位合計) _____ 単位 ÷ 要介護1~5の区分支給限度基準額の平均 = 割	
				月利用	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 上記サービスの利用頻度 <input type="checkbox"/> 週5日以上 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週2日以下
	介護者1	フリガナ			家族の構成
		氏名			
続柄	年齢	歳			
住所	〒 -				
介護者2	フリガナ			家族の構成	
	氏名				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
続柄	年齢	歳			
住所	〒 -				
主たる介護者の状況		<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 就労			
他の介護協力の有無		<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			
特記事項	家族等の介護拒否		理由:		
	遠距離介護		理由:		
	長期にわたる介護		理由:		
	施設等からの退所		理由:		
	住環境問題		理由:		
	経済的理由による居宅サービス利用状況		理由:		
	経済的理由により入所先が限定		理由:		
	在宅における医療的処置		理由:		
	点数化できない認知症		理由:		
	知的障がい・精神障がい等		理由:		
居住地域の介護サービスが不十分		理由:			
介護負担が大きい		理由:			
その他		理由:			
備考					

調査担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()
受付担当者名		職 種	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()

住居種別

1. 自宅
2. 養護老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
3. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
4. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
5. 軽費老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
6. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
7. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
8. 有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護を除く。)
9. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
10. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
11. サービス付き高齢者向け住宅 (特定施設入居者生活介護を除く。)
12. " (特定施設入居者生活介護 (外部サービス利用型を除く。))
13. " (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護)
14. 特別養護老人ホーム
15. 介護老人保健施設
16. グループホーム
17. 病院
18. 有床診療所
19. 介護療養型医療施設
20. その他

市町村（保険者） 殿

特例入所申込受付報告書

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり特例入所申込みを受け付けましたので、入所申込書の写しを添付の上、報告します。

申込者氏名						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和					年	月	日			
保険者番号						要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2				
被保険者番号											
申込内容	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。										
	(具体的状況及び施設の見解)										

入所申込みの「受付」についての意見を下記又は任意の様式により、年 月 日までにお知らせください。

市町村 (保険者) 意見	次のとおり意見します。										

年 月 日 市町村（保険者）長 印

市町村（保険者） 殿

特例入所意見照会書

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり入所検討委員会を開催しますので、特例入所対象者についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所検討委員会開催日時	年 月 日 時 分 より
-------------	--------------

○特例入所対象者の状況

1	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日
	保 険 者 番 号				被保険者番号				
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入 所 申 込 日	年 月 日				
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見			
<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				
2	氏 名		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日
	保 険 者 番 号				被保険者番号				
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		入 所 申 込 日	年 月 日				
	入所申込者の状況 ※施設記入					市町村（保険者）意見			
<input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化ありません。 <input type="checkbox"/> 申込日(受付報告)から変化があります。					次のとおり意見します。				

年 月 日

市町村（保険者）長 印

評 価 票

申込年月日	年 月 日	受付番号						
フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)					
申込者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
入 所 判 定 基 準		回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
		評価月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
		評価者						
本人の状況	要介護度		点	点	点	点	点	点
	認知症の行動・心理症状		点	点	点	点	点	点
介護の必要性	①居宅サービス利用量		点	点	点	点	点	点
	②施設・病院に入所・入院		点	点	点	点	点	点
介護者等の状況	①単身世帯で介護者なし		点	点	点	点	点	点
	②①以外							
	世帯の状況		点	点	点	点	点	点
	主たる介護者の年齢		点	点	点	点	点	点
	主たる介護者の状況		点	点	点	点	点	点
	その他の介護支援		点	点	点	点	点	点
特記事項	チエック項目	家族等による介護拒否	点	点	点	点	点	点
		遠距離介護	点	点	点	点	点	点
		長期にわたる介護	点	点	点	点	点	点
		施設等からの退所	点	点	点	点	点	点
		住環境問題	点	点	点	点	点	点
		経済的理由による居宅サービス利用状況	点	点	点	点	点	点
		経済的理由により入所先が限定	点	点	点	点	点	点
		在宅における医療的処置	点	点	点	点	点	点
		点数化できない認知症	点	点	点	点	点	点
		知的障がい・精神障がい等	点	点	点	点	点	点
		居住地域の介護サービスが不十分	点	点	点	点	点	点
		介護負担が大きい	点	点	点	点	点	点
		その他	点	点	点	点	点	点
特記事項 小計			点	点	点	点	点	点
合 計			点	点	点	点	点	点

備 考	1回目	
	2回目	
	3回目	
	4回目	
	5回目	
	6回目	

入所優先順位名簿

順位	氏名	氏名	施設番号	生年月日 (六桁で付入)	性別 男 女	住所 大字以下 市区町村名	介護施設 自立程度	現住の居宅 年月(和暦)	1 本人の状況		2 介護サービス の状況		3 介護者の状況		4 特記事項		備考	
									① 介護 程度	② 認知 症の有 無	① 入居 状況	② 介護 サービス の状況	① 介護 者の状況	② 介護 者の状況	① 介護 者の状況	② 介護 者の状況		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		
32																		
33																		
34																		
35																		
36																		
37																		
38																		
39																		
40																		
41																		
42																		
43																		
合計																		

* 記入内容は、調査票(様式2)に基づくものとする。

市町村（保険者） 殿

入所継続意見照会書

施設名 _____

施設長名 _____ 印

担当者名 _____

電話番号 _____

次のとおり平成27年4月1日以降に入所した要介護3から要介護5までの入所者が要介護1又は要介護2となりましたので、当該入所者の特列入所による入所の継続についての意見を下記又は任意の様式により、 年 月 日までにお知らせください。

入所者氏名						性別	□男 □女				
生年月日	□明治 □大正 □昭和					年	月	日			
保険者番号						要介護度	□要介護1 □要介護2				
被保険者番号											
入所者の状況	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、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。										
	(具体的状況及び施設の見解)										

市 町 村 (保 険 者) 意 見	次のとおり意見します。									

年 月 日 市町村（保険者）長 印

入所評価基準

1 本人の状況

(1) 要介護度

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
15点	18点	20点	25点	30点

(2) 認知症の行動・心理症状（要介護1～3）

常時ある	随時ある
10点	5点

2 介護サービス等の利用状況

(1) 居宅サービス等を利用している場合

利用単位数の割合（※1）			包括単位サービスの利用状況		
6割以上	4割以上 6割未満	4割未満	直近月の平均利用頻度		
			週5日以上	週3日以上 週4日以下	週2日以下
15点	10点	5点	15点	10点	5点

(2) 施設サービス等を利用している場合（※2）

<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設又は介護療養型医療施設を利用している場合 1月を超えて病院又は診療所を利用している場合 	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、特定施設入居者生活介護（外部サービス利用型を除く。）、地域密着型特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護を利用している場合
7点	5点

3 介護者等の状況

事実上の単身世帯で介護者がいない場合
35点

上記以外の場合は、次の点数を合計する。

①世帯の状況

単身者又は高齢者のみの世帯（事実上）	左記以外
7点	5点

②主たる介護者の年齢

75歳以上	65歳以上75歳未満	65歳未満
7点	5点	3点

③主たる介護者の状況（複数加点可能）

障害や疾病 がある	複数の介護 をしている	育児（6歳未満） をしている	就労している
3点	3点	3点	3点

④主たる介護者以外の他の家族・近隣者等の介護支援（※3）

なし	随時あり	常時あり
7点	4点	1点

4 委員会の判断による加点

委員会の判断による加点は、1項目5点とし、4項目を上限とする。

（加点事例）

- ・ 家族等の介護拒否がある場合
- ・ 遠距離介護である場合
- ・ 長期間の介護となっている場合
- ・ 入所している施設等から退所を迫られている場合
- ・ 住環境が適していないため十分な介護が見込めない場合
- ・ 経済的理由等により居宅サービス等の利用状況が点数に反映されない場合
（「利用単位数の割合」を適用している場合に限る。）
- ・ 経済的理由により介護老人福祉施設（地域密着型を含む。）の利用以外を検討できない場合
- ・ 在宅での医療的処置が必要な場合
- ・ 点数化できない認知症の行動・心理症状がある場合
- ・ 知的障害・精神障害等を伴い日常生活に支障を来す行動等がある場合
- ・ 地域に十分な介護サービスが無い場合
- ・ 介護の負担割合が大きい場合（介護による睡眠不足、精神疾患等）
- ・ その他

※1 「利用単位数の割合」とは、区分支給限度基準額の平均（要介護1～5の区分支給限度基準額の合計を5で除した数）に占める直近1月の利用単位数（包括単位を除く。）の割合をいう。

※2 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム（健康型及び住宅型に限る。）、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護又は救護施設を利用している場合、病院又は診療所の利用が1月を超えない場合は、「居宅サービス等を利用している場合」とする。

※3 「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上を目安とする。

保医発0325第3号
令和4年3月25日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）等が告示され、令和4年4月1日から適用されること等に伴い、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）の一部を下記のように改め、令和4年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。また、要介護被保険者等である患者に対する診療報酬の取扱いについては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）も併せて参照すること。

なお、下記事項については、子ども家庭局、社会・援護局、障害保健福祉部及び老健局と協議済みであるため、念のため申し添える。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

1 保険医が、次の（１）から（６）までのいずれかに該当する医師（以下「配置医師」という。）である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があつて行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

（１） 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年厚生省令第19号）第12条第1項第2号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）第12条第1項第2号、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第121条第1項第1号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第129条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師

（２） 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設されている場合の当該病院又は診療所（以下「併設医療機関」という。）の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。（３）において同じ。）、盲導犬訓練施設、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。

（３） 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）第4条第1項第1号の規定に基づき、指定障害者支援施設に配置されている医師

（４） 障害者総合支援法第5条第6項に規定する療養介護を行う事業所（以下「療養介護事業所」という。）に配置されている医師

（５） 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準（昭和41年厚生省令第18号）第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）に配置されている医師

（６） 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年厚生省令第63号）第21条第