

# 特別養護老人ホーム松風園

## 地域密着型特別養護老人ホームサテライト松風園 入所判定指針

(目的)

### 第1条

この入所判定指針（以下「指針」という。）は、特別養護老人ホーム松風園、地域密着型特別養護老人ホームサテライト松風園（以下「施設」という。）への入所の必要性が高い申込者が優先的・緊急的に入所できるよう、その手続き及び基準を定め入所決定過程の透明性と公平性を確保するとともに、施設の有する人材及び在宅支援機能を効果的に活用し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる「地域包括ケアシステム」の構築に資することを目的とする。

(入所対象者)

### 第2条

入所判定の対象となる者（以下「入所判定対象者」という。）は、入所申込者のうち、次に掲げる者とする。

(1) 要介護3から要介護5までの者

(2) 要介護1又は要介護2であって、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者として、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」という。）の意見を踏まえ、施設が判断するもの（以下「特例入所対象者」という。）

特例入所対象者の要件に該当することの判断に当たっては、次の事情を考慮するものとする。

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・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・安心の確保が困難であること。

エ 単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱であること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。

(入所検討委員会の設置)

### 第3条

(1) 施設は、入所の決定に係る事務を処理するため、入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置し、その運営は、次のとおり行うものとする。

ア 委員構成

委員会は、理事長、施設長、嘱託医師、事務長、生活相談員、介護士長、看護師長、介護支援専門員等で構成する。又、当法人の評議員を1名以上参画させることが出来るとともに、その他担当介護支援専門員の出席を求めることができる。

イ 開催

委員会は、必要に応じて理事長又は施設長が招集し、開催するものとする。

ウ 所掌事務

委員会は、入所判定対象者に係る入所申込みの内容を整理した上で、入所の必要性を協議し、入所の決定を行うものとする。

(2) 記録の作成及び保存

ア 施設は、委員会を開催する都度、その協議の内容（保険者の意見を含む。）を記録（別紙様式第1号）し、これを2年間保存するものとする。

イ 施設は、保険者から求めがあったときは、この記録を提出するものとする。

ウ 施設は、入所申込者又はその家族から委員会の協議内容の開示を求められたときは、個人情報に係る部分及び開示した場合に公正な入所決定が妨げられる部分を除き、これに応じるものとする。

(入所申込み)

第4条

(1) 施設への入所申込みは、次の書類により、入所申込者又は本人の意思を確認した三親等以内の親族、又は法定代理人等が行うものとする。

ア 入所申込書（別紙様式1）

イ 調査票（別紙様式2）

原則として、介護支援専門員が作成する。

なお、入所申込者が病院又は介護保険施設等（以下「病院等」という。）に入院又は入所している場合は、当該病院等の相談員等が作成するものとする。（以下、調査票を作成する者を「介護支援専門員等」という。）

ウ 介護保険被保険者証の写し

エ 居宅サービス計画標準様式におけるサービス利用票及びサービス利用票別表（これらに準ずるものを含む。）の写し（直近3か月分）

当該書類が作成されていない者は、不要とする。

オ 介護支援専門員等の意見書（別紙様式3）

深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出するものとする。

(2) 入所申込者又はその家族は、入所申込みをした後、入所申込者又は介護者の状況等に変化があったときは、速やかにその情報を施設へ報告し、入所申込書、調査票等記載内容の変更を申し出るものとする。

(特例入所が認められる場合の取扱い)

## 第5条

施設は、要介護1又は要介護2の入所申込者の特例的な施設への入所(以下「特例入所」という。)が認められる場合は、次の取扱いにより、入所判定が行われるまでの間に保険者と情報の共有等を行うものとする。

- (1) 入所申込者が要介護1又は要介護2である場合、施設は、保険者に対して、入所申込者(要介護1・2)に係る報告書(別紙様式4)により報告を行うものとする。
- (2) 施設は、当該入所申込者を特例入所対象者として判断することについて、保険者に対して、入所申込者に係る意見照会書(別紙様式5)により、適宜意見を求めるものとする。
- (3) 施設は、保険者からの意見があった場合は、当該意見の内容を踏まえ、委員会において、特例入所の必要性を判断するものとする。

(入所の決定)

## 第6条

### (1) 入所を決定する基準等

ア 入所の決定に当たっては、入所申込者評価基準(別表1)(以下「評価基準」という。)により、入所の必要性の高さについて、入所判定対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を総合的に考慮するものとする。

イ 入所の検討に当たって、施設は、入所申込者に対して居宅サービス及び施設が持つ生活支援サービス等の在宅支援機能の活用を踏まえた上で、居宅において日常生活を営むことが困難であるかを判断するものとする。

### (2) 入所を決定する際の手続き

ア 施設は、入所申込書を受け付けたときは、評価基準により算定した点数に基づき、委員会の協議等を経た上で、入所の優先順位を決定し、入所待機者名簿(以下「待機者名簿」という。)に登載するものとする。

この場合において、評価基準により算定した点数が上位10名程度となる者については、委員会の協議等を経た上で、入所の優先順位を決定し、待機者名簿に登載することとし、それ以外の者については、委員会の協議等を経ず、入所申込書の受付順に待機者名簿に登載することができるものとする。

なお、入所申込者が要介護1又は要介護2である場合、施設は、特例入所に係る判断要件についての判定表(別表2)を作成し、特例入所対象者の要件に該当することを確認した後、評価基準により算定した点数に基づき、入所の必要性が高いと認める場合は、保険者の意見を踏まえ、委員会の協議等を経た上で、入所の優先順位を決定し、待機者名簿に登載するものとする。

イ 施設は、待機者名簿に基づき、委員会の協議等を経た上で、入所者の決定を行うものとする。

なお、施設による適切な入所者の処遇及び健全な施設運営に努めるうえで、入所者

の決定に考慮、調整することができる項目を、次のとおりとする。

①性別（部屋単位の男女別構成）

②ベッドの特性（従来型・ケアユニット型）

③その他特別に考慮しなければならないと理事長及び施設長が判断した事項

ウ 委員会において入所を決定したにもかかわらず、特段の理由なく入所申込者の都合によりこれを辞退した場合は、入所の優先順位を最下位に繰り下げることができる。

再度にわたり入所を辞退した場合は、入所申込者の意思に関わらず、辞退者名簿に登載し待機者名簿から削除することができる。ただし、入所申込者の入院等やむを得ない理由により、一時的に入所を延期する場合は、順位を保留するものとする。

エ 定期的な状況把握（1年毎）に応じてもらえない場合は、入所の優先順位を最下位に繰り下げることができる。

（待機者名簿の管理）

#### 第7条

- （1）施設は、入所申込書を受け付けたときは、待機者名簿にその内容を記載し管理するものとする。
- （2）施設は、入所申込者の状況把握を年1回以上実施し、入所申込者の同意を得た上で介護支援専門員等と情報の共有を行うとともに、必要に応じて入所の優先順位の見直しを行うものとする。
- （3）施設は、入所申込者から要介護度や介護状況等が変化した旨の連絡があった場合は、その内容を記録し、当該入所申込者の同意を得た上で介護支援専門員等と情報の共有を行うとともに、必要に応じて入所の優先順位の見直しを行うものとする。

（特別な事由による入所）

#### 第8条

次に掲げる場合は、委員会の協議等を経ず、理事長及び施設長の判断で入所を決定することができるものとする。この場合において、理事長及び施設長は、その決定内容をその後に開催する委員会に報告するものとする。

- （1）災害その他特段の緊急性が認められる場合
- （2）介護者の入院、介護者による虐待又は介護放棄等により緊急に入所する必要性が認められる場合
- （3）老人福祉法に定める措置委託による場合

（施設における入所基準の策定及び適正な運用）

#### 第9条

- （1）施設は、この指針を踏まえ、入所基準を策定するものとする。
- （2）施設は、（1）により策定した入所基準に基づき、入所の優先順位及び入所の決定を適正に行わなければならない。

- (3) 施設は、入所基準を策定又はこれを変更したときは、これを公表するとともに、当該入所基準の写しを速やかに福山市に提出するものとする。
- (4) 委員会の委員及び施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所申込者及びその家族に関する個人情報を漏らしてはならない。
- (5) 施設は、委員会の委員又は施設の職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所申込者及びその家族に関する個人情報を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
- (6) 施設は、入所申込者の入所申込状況等について、調査票又は施設が使用している様式等を活用し、年1回程度保険者に報告するものとする。

## 入所検討委員会記録

入所検討委員会開催日	年 月 日 ( )		記録者名	
入所検討委員会参加者氏名	① 名前		② 名前	
	③ 名前		④ 名前	
	⑤ 名前			

  

入所判定対象者	名簿登録番号	入所判定後の順位	名前	年齢	介護度	判定点数	待機場所	備考

.....

提出日 年 月 日

特別養護老人ホーム 松風園
地域密着型 特別養護老人ホーム サテライト松風園 入所申込書

社会福祉法人 松風会
理事長 世良一穂様

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄
施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネージャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。
年 月 日 (入所申込者) 名前
(代筆者) 名前

申請者 (連絡先)
〒 住所
名前
電話
携帯
入所申込者との関係

入所申込者の状況
フリカナ 性別 保険者
名前 印 男・女 被保険者番号
生年月日 年 月 日 要介護状態区分 要介護(1・2・3・4・5)
現住所 〒 要介護認定有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
状況
□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている
□老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください)
※施設名又は病院名:
※所在地:
※入所又は入院時期: 年 月頃から
住環境
□車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難
□住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難
□その他 ( )
特例入所の理由
〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕
※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)
入所希望時期
□今すぐ入所したい
□ 年 月頃 (まで・以降) に入所したい
医療の状況
□経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養 (IVH) □インシュリン注射 □じょく瘡 (床ずれ)
□在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □気管切開 □その他 ( )
特養申込状況
□当該施設のみでの申込み
□他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名: )
主介護者
フリカナ 性別 本人との関係
名前 印 男・女 生年月日 年 月 日
同居有無 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) □その他 ( )
その他の介護者
名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係
名前 年齢 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) 入所申込者との関係

入所の 必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)]	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名( ) 名前( ) <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】
---------

**特記事項**

入所申込後、概ね6ヶ月から1年経過ごとに、入所申込者の状況を電話等で連絡してください。

その他、以下①～④の場合にも連絡してください。

- ①入所申込者の要介護度や住所、医療の状況の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合
- ②入所申込者が他の施設(老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム等)に入所された場合
- ③入所申込者が他の特別養護老人ホームに入所された場合

連絡をいただけない場合は、入所の優先順位を最下位に繰り下げます。

④入所申込者がお亡くなりになられた場合も同様に連絡をお願いいたします。

以上、特記事項を了承の上、入所申込みをいたします。

年 月 日

入所申込者 Ⓜ

代筆者 Ⓜ  
(申込者との関係)

受付日 年 月 日

担当者氏名 \_\_\_\_\_

受付印

--



# 調査票

記入者	名前			入所申込者との関係		
	所属					
	所属住所	〒				
	電話	( ) -				
記入日	年	月	日			
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	名前					
	現住所	〒				
	医療状況	治療中の病名 既往歴				
		投薬中の薬剤名 (全て)				
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名				
	在宅サービス利用率	( ) %	※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (少数点以下四捨五入) により算出			
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ( )] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし				
手帳の有無等	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名: )				
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )				
	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )				
施設記入欄						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
支援専門員等	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> 住環境 (内容： )	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容： )	
の意見	その他特記事項 ..... ..... ..... .....	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。

介護支援専門員等の意見書

[介護支援専門員等 ⇒ 松風園]

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等)	
所 属 (施設名・病院名)	
所 属 住 所	〒
電 話 番 号	( ) -

記入年月日	年 月 日	記入者名前	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	被保険者番号		
	フリガナ		
	入所申込者 名 前	生年月日	年 月 日
現在の生活状況で特記すべき事項(在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。) 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】			
入所についての本人及び家族の意思			
その他特記すべき事項等			

※深刻な虐待が疑われる場合等, 介護支援専門員, 病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し, 直接施設に提出してください。(作成は任意であり, 入所申込時に必ずしも添付する必要はありません。)

(別紙様式4)

年 月 日

入所申込者(要介護1・2)に係る報告書

様

特別養護老人ホーム松風園

見出しのことについて、次のとおり報告します。

1	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
2	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
3	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
4	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
5	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
6	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
7	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
8	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
9	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	
10	名前	住所	被保険者番号	要介護度	申込日
				要介護 1・2	

(別紙様式5)

年 月 日

## 入所申込者に係る意見照会書

様

特別養護老人ホーム松風園  
施設長 奥田久美子

見出しのことについて、当施設が次の入所申込者を特例入所対象者として判断することについて、  
保険者の意見を求めます。

被保険者番号										
住 所										
名 前										
入所検討委員会 開催予定日	年 月 日									

(添付書類) <input type="checkbox"/> 入所申込書(別紙様式1)の写し <input type="checkbox"/> 調査票(別紙様式2)の写し <input type="checkbox"/> 介護支援専門員等の意見書(別紙様式3)の写し(提出があった場合のみ) <input type="checkbox"/> 特例入所に係る判断要件についての判定表(別表2)の写し <input type="checkbox"/> その他( )
--

# 入所申込者評価基準

## 別表 1

評価項目	評価内容	配点	項目別 評点
1 要介護度	要介護 1 ※特例入所の要件に該当し、在宅生活が困難な理由を別表 2「特例入所に係る判断要件についての判定表」により確認	10 点	点
	要介護 2 ※特例入所の要件に該当し、在宅生活が困難な理由を別表 2「特例入所に係る判断要件についての判定表」により確認	15 点	
	要介護 3	20 点	
	要介護 4	25 点	
	要介護 5	30 点	
2 介護者の状況（注 1）	介護者が就業等で介護が困難	5 点	点
	複数の要介護者がいるため介護が困難	10 点	
	介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難	15 点	
	介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難	20 点	
	介護者が長期入院中で、介護が困難	25 点	
3（1）在宅サービスの利用率 （注 2） （※直近 3 か月平均の利用率）	2 割以上 4 割未満	5 点	点
	4 割以上 6 割未満	10 点	
	6 割以上 8 割未満	15 点	
	8 割以上	20 点	
3（2）老健・病院等の入所・ 入院の期間（注 3）	3 か月以上 6 か月未満	5 点	点
	6 か月以上 1 年未満	10 点	
	1 年以上 2 年未満	15 点	
	2 年以上	20 点	
4 その他特記事項	<p>上記項目以外に、施設入所の必要性を判定するため、特段の理由があると認められる場合、次の項目を参考に、点数を加点する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域性（入所申込者の居住地が施設に近い、又は施設と同一の自治体内に居住している）【1 点】</li> <li>・ユニットケアへの適正【1 点】</li> <li>・入退所又は入退院後間がなく、在宅サービスの利用率は低い、在宅生活が困難な状況にある場合【10 点】</li> <li>・経済的理由により、在宅サービスの利用率は低い、在宅生活が困難な状況にある場合【2 点】</li> <li>・認知症の B P S D 等により常時介護が必要な場合【5 点】</li> <li>・住居環境が介護に適さない場合（風呂・トイレの設備や段差等）【1 点】</li> <li>・その他、特段の理由があると認められる場合【 点】</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">（特段の理由： _____）</p>	20 点を 上限に 点数を 加点	点
計			点

※点数が同点の場合、年齢の高い者を上位とする。

（注 1）老健・病院等に入所・入院している者の場合、退所・退院時点での状況により判断する。

（注 2）在宅サービスは、居宅サービス（特定施設入居者生活介護を除く）のほか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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、複合型サービスを含む。

（注 3）老健・病院等には、介護老人保健施設・病院のほか、介護療養型医療施設、（地域密着型）特定施設入居者生活介護事業所、グループホーム等を含む。

## 特列入所に係る判断要件についての判定表

別表 2

〔被保険者番号： \_\_\_\_\_ ， 入所申込者名前： \_\_\_\_\_ 〕

項番	判断要件	申込者の状態等	判定結果
1	要介護度	要介護〔 1 ・ 2 〕	—
2	<p>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，在宅生活が困難な状態であるか否か。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【担当の介護支援専門員等の意見を参考として判断する】</p> <p>※認知症高齢者の日常生活自立度のみに基づき判断をしない</p> </div>	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度〔自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ〕 <input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	適 ・ 否
3	<p>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，在宅生活が困難な状態であるか否か。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【担当の介護支援専門員等の意見を参考として判断する】</p> <p>※等級のみに基づき判断をしない</p> </div>	<input type="checkbox"/> 知的障がいの等級〔B・マルB・A・マルA〕 <input type="checkbox"/> 精神障がいの等級〔3級・2級・1級〕 <input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	適 ・ 否
4	<p>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か否か。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【地域包括支援センター等に状況を確認する】</p> <p>※施設入所以外にとるべき対応策がないかどうか確認</p> </div>	<input type="checkbox"/> 入所申込者の在宅生活の状態 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	適 ・ 否
5	<p>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十分に受けられないことにより，在宅生活が困難な状態であるか否か。</p>	<input type="checkbox"/> 入所申込者の生活環境や介護者の状況，介護サービス・生活支援サービスの供給状況等 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	適 ・ 否
6	<p>その他，入所申込者の特列入所にあたり，参考とすべき事項</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※本項目は参考事項であり，特列入所として考慮すべき項目は1～5であることに注意。</p> </div>	<input type="checkbox"/> 上記以外に在宅生活の継続困難な理由等 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	—
総合判定			適 ・ 否