

せとうちショートステイ料金表

R5年4月1日～

※1単位=10円

【1割・2割・3割負担】

要介護度	負担割合	日額 ①+②+③	施設介護 サービス費①	内 訳						介護職員 処遇改善加算 (Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	滞在費 ③
				所定の 基本単位数	サービス提供 体制強化加算	機能訓練 指導体制加算	個別機能 訓練加算	看護体制加算 (Ⅲ)(Ⅳ)	夜勤職員 配置加算					
要支援1	1割	¥4,485	¥685	523単位/日										
	2割	¥5,170	¥1,370											
	3割	¥5,855	¥2,055											
要支援2	1割	¥4,627	¥827	649単位/日										
	2割	¥5,454	¥1,654											
	3割	¥6,281	¥2,481											
要介護1	1割	¥4,740	¥940	696単位/日										
	2割	¥5,680	¥1,880											
	3割	¥6,620	¥2,820											
要介護2	1割	¥4,816	¥1,016	764単位/日	18単位/日	12単位/日	56単位/日							
	2割	¥5,832	¥2,032											
	3割	¥6,848	¥3,048											
要介護3	1割	¥4,900	¥1,100	838単位/日				35単位/日	18単位/日					
	2割	¥6,000	¥2,200											
	3割	¥7,100	¥3,300											
要介護4	1割	¥4,978	¥1,178	908単位/日										
	2割	¥6,156	¥2,356											
	3割	¥7,334	¥3,534											
要介護5	1割	¥5,055	¥1,255	976単位/日										
	2割	¥6,310	¥2,510											
	3割	¥7,565	¥3,765											

【介護保険負担限度額認定】

※1単位=10円

要介護度		日額 ①+②+③	施設介護 サービス費①	内 訳						介護職員 処遇改善加算 (Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	滞在費 ③
				所定の 基本単位数	サービス提供 体制強化加算	機能訓練 指導体制加算	個別機能 訓練加算	看護体制加算 (Ⅲ)(Ⅳ)	夜勤職員 配置加算					
要支援1	第3段階(2)	¥3,355	¥685	523単位/日										
	第3段階(1)	¥2,995												
	第2段階	¥2,105												
	第1段階	¥1,805												
要支援2	第3段階(2)	¥3,497	¥827	649単位/日										
	第3段階(1)	¥3,137												
	第2段階	¥2,247												
	第1段階	¥1,947												
要介護1	第3段階(2)	¥3,610	¥940	696単位/日										
	第3段階(1)	¥3,250												
	第2段階	¥2,360												
	第1段階	¥2,060												
要介護2	第3段階(2)	¥3,686	¥1,016	764単位/日	18単位/日	12単位/日	56単位/日							
	第3段階(1)	¥3,213												
	第2段階	¥2,436												
	第1段階	¥2,136												
要介護3	第3段階(2)	¥3,770	¥1,100	838単位/日				35単位/日	18単位/日					
	第3段階(1)	¥3,410												
	第2段階	¥2,520												
	第1段階	¥2,220												
要介護4	第3段階(2)	¥3,848	¥1,178	908単位/日										
	第3段階(1)	¥3,488												
	第2段階	¥2,598												
	第1段階	¥2,298												
要介護5	第3段階(2)	¥3,925	¥1,255	976単位/日										
	第3段階(1)	¥3,565												
	第2段階	¥2,675												
	第1段階	¥2,375												

◎介護サービスの提供内容に応じて加算される費用

送迎加算	184単位/日	療養食加算	8単位/回	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位/日(7日間を限度)
若年性認知症利用者受入加算	120単位/日				

◎その他の費用

サービスの主な内容	金額	サービスの主な内容	金額
日常生活費・嗜好品等購入費	実費相当額	予防接種料金	利用する医療機関が定めた金額
理美容代	実費相当額	医療費	医療保険制度による自己負担分
個人専用品・電気代	別途負担	その他(新聞代、クラブ活動費等)	実費

特別養護老人ホームせとうち料金表

【利用者1割負担】

R5年4月1日～

※1単位＝10円

要介護度	月額(30日)	日額 ①+②+③	施設介護 サービス費 ①	内 訳					介護職員 処遇改善加 算(Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改 善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	居住費 ③	
				所定の 基本単位数	看護体制 加算(Ⅰ) (Ⅱ)	夜勤職員配 置加算	個別機能訓 練加算	日常生活継 続支援加算						認知症専門 ケア加算
要介護1	¥139,080	¥4,636	¥836	652単位/日										
要介護2	¥141,390	¥4,713	¥913	720単位/日										
要介護3	¥143,850	¥4,795	¥995	793単位/日	12単位/日	18単位/日	12単位/日	46単位/日	3単位/日	総単位数 × 8.3%	総単位数 × 2.7%	総単位数 × 1.6%	¥1,600	¥2,200
要介護4	¥146,190	¥4,873	¥1,073	862単位/日										
要介護5	¥148,440	¥4,948	¥1,148	929単位/日										

【利用者2割負担】

※1単位＝10円

要介護度	月額(30日)	日額 ①+②+③	施設介護 サービス費 ①	内 訳					介護職員 処遇改善加 算(Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改 善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	居住費 ③	
				所定の 基本単位数	看護体制 加算(Ⅰ) (Ⅱ)	夜勤職員配 置加算	個別機能訓 練加算	日常生活継 続支援加算						認知症専門 ケア加算
要介護1	¥164,160	¥5,472	¥1,672	652単位/日										
要介護2	¥168,780	¥5,626	¥1,826	720単位/日										
要介護3	¥173,700	¥5,790	¥1,990	793単位/日	12単位/日	18単位/日	12単位/日	46単位/日	3単位/日	総単位数 × 8.3%	総単位数 × 2.7%	総単位数 × 1.6%	¥1,600	¥2,200
要介護4	¥178,380	¥5,946	¥2,146	862単位/日										
要介護5	¥182,880	¥6,096	¥2,296	929単位/日										

【利用者3割負担】

※1単位＝10円

要介護度	月額(30日)	日額 ①+②+③	施設介護 サービス費 ①	内 訳					介護職員 処遇改善加 算(Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改 善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	居住費 ③	
				所定の 基本単位数	看護体制 加算(Ⅰ) (Ⅱ)	夜勤職員配 置加算	個別機能訓 練加算	日常生活継 続支援加算						認知症専門 ケア加算
要介護1	¥196,170	¥6,539	¥2,739	652単位/日										
要介護2	¥186,990	¥6,233	¥2,433	720単位/日										
要介護3	¥203,550	¥6,785	¥2,985	793単位/日	12単位/日	18単位/日	12単位/日	46単位/日	3単位/日	総単位数 × 8.3%	総単位数 × 2.7%	総単位数 × 1.6%	¥1,600	¥2,200
要介護4	¥210,570	¥7,019	¥3,219	862単位/日										
要介護5	¥217,320	¥7,244	¥3,444	929単位/日										

【減額】

※1単位＝10円

要介護度	月額(30日)	日額 ①+②+③	施設介護 サービス費 ①	内 訳					介護職員 処遇改善加 算(Ⅰ)	介護職員等 特定処遇改 善 加算(Ⅰ)	介護職員等 ベースアップ 等支援加算	食費 ②	居住費 ③		
				所定の 基本単位数	看護体制 加算(Ⅰ) (Ⅱ)	夜勤職員配 置加算	個別機能訓 練加算	日常生活継 続支援加算						認知症専門 ケア加算	
要介護1	第3段階(2)	¥105,180	¥3,506	¥836	652単位/日										
	第3段階(1)	¥83,880	¥2,796												
	第2段階	¥61,380	¥2,046												
	第1段階	¥58,680	¥1,956												
要介護2	第3段階(2)	¥107,490	¥3,583	¥913	720単位/日										
	第3段階(1)	¥86,190	¥2,873												
	第2段階	¥63,690	¥2,123												
	第1段階	¥60,990	¥2,033												
要介護3	第3段階(2)	¥109,950	¥3,665	¥995	793単位/日	12単位/日	18単位/日	12単位/日	46単位/日	3単位/日	総単位数 × 8.3%	総単位数 × 2.7%	総単位数 × 1.6%	¥1,360	¥1,310
	第3段階(1)	¥88,650	¥2,955												
	第2段階	¥66,150	¥2,205												
	第1段階	¥63,450	¥2,115												
要介護4	第3段階(2)	¥112,290	¥3,743	¥1,073	862単位/日										
	第3段階(1)	¥90,990	¥3,033												
	第2段階	¥68,490	¥2,283												
	第1段階	¥65,790	¥2,193												
要介護5	第3段階(2)	¥114,540	¥3,818	¥1,148	929単位/日										
	第3段階(1)	¥93,240	¥3,108												
	第2段階	¥70,740	¥2,358												
	第1段階	¥68,040	¥2,268												

◎介護サービスの提供内容に応じて加算される費用

初期加算	30単位/日	自立支援促進加算	300単位/月	排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位/月
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月	療養食加算	6単位/回	外泊時費用	246単位/日	その他、看取り加算などの加算があります。	

◎その他の費用

サービスの主な内容	金額	サービスの主な内容	金額
日常生活費・嗜好品等購入費	実費相当額	予防接種料金	利用する医療機関が定めた金額
理美容代	実費相当額	医療費	医療保険制度による自己負担分
個人専用品・電製品の電気代	別途負担	その他(新聞代、クラブ活動費等)	実費

入 所 申 込 書

申込年月日						
本 人	フリガナ			明治・大正・昭和		
	氏名	生年月日	年	月	日(歳) 性別 男・女	
	住所	郵便番号(-)		電話番号	()	
保険者名		(住所)		(電話番号)		
家 族 ・ 申 込 者	フリガナ					
	氏名	続柄	備考			
	住所	郵便番号(-)		携帯番号	()	
				電話番号	()	
その他の連絡先	郵便番号(-)		電話番号	()		
居 宅 介 護 支 援 事 業 者	事業所名			事業者番号		
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()	
	フリガナ	備考				
入 院 ・ 入 所 先	施設名			施設種別		
	所在地	郵便番号(-)		電話番号	()	
	フリガナ	備考				
他 施 設 の 申 込 状 況	施設名1			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名2			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		
	施設名3			申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)		

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・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について同意します。
- ・入所可能な案内があ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は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所申込者の状況について確認することに同意します。
- ・入所申込者が特例入所対象者である場合に、施設が介護保険の保険者である市町村へ特例入所の申込状況及び入所希望者の状況等について照会すること、また、当該市町村が担当の介護支援専門員等から入所申込者の状況等について確認することに同意します。

氏名 印 (続柄)

施 設 入 記 入	担当者名	職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()		
	受付番号	受付年月日			
	備考				

入 所 調 査 票

介護認定	申請(更新・変更)中・済	被保険者番号	
要介護度	1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
介護者の状況	(□内は該当項目にチェック) 該当する番号1つに○	1. 身寄りがなく介護する者がいない。 2. 介護する者がいない (□ 介護者が長期入院・入所 □ 介護者が遠方に在住) 3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が □ 要介護状態 □ 病気療養中 □ 障害がある) 4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □ 要支援状態・高齢 □ 就労している □ 他にも介護している □ 育児している) 5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 6. 1～5に該当しない(介護に欠ける状態ではない)。 ※ 上記を記入し、現在の家族状況、介護者の状況をご記入ください。	
		1. 施設 □ 特養(□従来型 □ユニット型) □ 老健 □ 介護療養型 □ 養護 □ ケアハウス □ 認知症高齢者グループホーム □ 有料老人ホーム □ 救護・更生施設(保護施設) □ 障害者入所施設 □ 生活支援ハウス □ その他() 2. 病院 (病名: _____ 入院: 平成 年 月から) 3. 在宅 □ 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2～3回 □ 週1回) □ 訪問入浴介護 (□ 週1回以上) □ 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □ 夜間対応型訪問介護 □ 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回) □ 認知症対応型通所介護 □ 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用日数合計 ____日) □ 小規模多機能型居宅介護 □ 複合型サービス	
特列入所要件の有無		有(詳細は別紙「特列入所申込書」のとおり)・無	
その他			

特別養護老人ホームせとうち 小規模多機能ホームせとうち

訪問調査前アンケート

※差し支えのない範囲でご記入ください。守秘義務に基づき責任を持って情報を管理させていただきます。但し、緊急的に他機関との情報交換が必要になった時には、事後の連絡になることもあります。ご了承ください。

フリガナ		フリガナ	
ご本人名		記入者名	
			続柄

【入居を希望される理由】

【介護保険証】

介護保険証	有 ・ 無	介護保険証番号	
要介護状態区分等	自立 ・ 要支援 1・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定有効期限	平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日		

【現在の状況】

在宅サービス

担当ケアマネージャー		事業所名	
------------	--	------	--

サービスの種類	利用事業所名	利用日・利用頻度
通所介護(デイサービス)		
通所リハビリ(デイケア)		
訪問介護(ホームヘルパー)		
訪問看護		
短期入所(ショートステイ)		
小規模多機能型居宅介護		
グループホーム		
その他		

施設サービス

施設の種類	施設名	入居日
		平成・令和 年 月 日

入院中

病院名	入院日
	平成・令和 年 月 日

【日常行動調査】

入所ご希望の方に現在の状況についてお尋ねします。なるべく詳しくご記入ください。
あてはまる箇所に✓をしてください。

身体の状態			
1立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
2歩行	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
3食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> ミキサー食
			<input type="checkbox"/> 経管栄養
4排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> オシメを使用している
5入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
6更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全部介助が必要
7視力	<input type="checkbox"/> よく見える	<input type="checkbox"/> 少しは見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
8聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる	<input type="checkbox"/> 少しは聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
9言葉	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 少しはできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない
認知症の状態			
10昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
11自傷行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
12不潔行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
13常時の徘徊	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
14暴言・暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
15放尿・放便	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
16その他			

【好きなもの・嫌いなもの】

分かる範囲で結構なのでご記入ください。

好きな食べ物		嫌いな食べ物	
食物アレルギー		薬物アレルギー	
お酒	1日()合 ・ ビール()本 その他() 飲まない		
タバコ	1日()本 吸わない		
好きな歌		好きな歌手	
好きなタレント		好きなテレビ	
その他好きなモノ・コト			
喜ぶ話			
趣味・昔得意にしていたこと			
嫌いなモノ・コト			

ご協力ありがとうございました。

特別養護老人ホームせとうち入所指針

平成27年 4月 1日 制 定

1 目的

この指針は、「介護保険法に基づく指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準等を定める条例」（平成24年岡山県条例第63号）第10条第2項の規定又は各市町村の条例（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の人員、設備及び運営の基準等が定められているものをいう。）における同趣旨の規定に基づき、特別養護老人ホームせとうち（以下「施設」という。）の入所に当たり、必要性が高い者の優先的な入所を行うため、入所に関する手続及び基準等を定めることにより、入所決定過程の透明性及び公平性を確保するとともに、施設入所の円滑な実施に資することを目的とする。

2 入所の対象者

入所の対象者は、入所申込者のうち、要介護3から要介護5までの認定を受けている者であって常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難なもの、及び要介護1又は要介護2の認定を受けている者であって、やむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難であるとして、特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が必要なものとする。

なお、特例入所が必要な者は、次の各号のいずれかの要件に該当する者とする。

- 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もの
- イ 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もの
- 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もの
- 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又は生活支援の供給が不十分であるもの

3 入所申込み及び受付

(1) 入所申込み

入所申込みは、入所希望者本人又は家族等（以下「申込者」という。）が、原則として入所を希望する施設を訪問し、施設職員から説明を受けた後に、次の書類を直接提出して行う。

ア 入所申込書（様式1号）

なお、特例入所に係る入所申込みの場合は、申込者は、やむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難であることについて、現在の状況等を特例入所申込書に記載する。（様式1－2号）

イ 被保険者証の写し

（2）入所申込書の受付

ア 施設は、入所申込書の受付に際し、原則として申込者と面接のうえ、入所希望者本人の心身の状況等を確認する。

なお、特例入所に係る入所申込みの場合は、施設は、やむを得ない事由により居宅において日常生活を営むことが困難であることについて、入所申込書の記載等により、申込者に確認する。

イ 施設は、入所申込書を受け付けた場合には、速やかに入所申込書及び入所順位評価基準（別表）を基に入所順位を付けた入所順位名簿を作成する。この場合において、調査票の合計点数が同点の場合は、「要介護度」や「介護者の状況」等を総合的に判断して、入所順位付けを行う。

（3）状況の変更に伴う届出

申込者は、次に掲げる事項に変更を生じた場合には、施設に連絡する。

ア 入所希望者本人の要介護度

イ 介護者の状況

ウ その他入所の必要性に大きく関係する状況

（4）特例入所に係る市町村への報告及び意見照会

施設は、入所希望者本人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、特例入所に係る入所申込みがあったことの報告を行うとともに、当該入所希望者本人が特例入所の対象者に該当するかどうかの判断に当たっての意見（以下「意見」という。）を書面により求めることができる。なお、保険者市町村は、施設から意見を求められた場合又は必要と認める場合は、地域の居宅サービス、生活支援等の提供体制に係る状況及び当該入所希望者本人の担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度について聴取した結果等も踏まえ、施設に対して書面により意見を表明する。

（5）入所検討委員会資料の作成

施設は、（2）の入所申込書又は（3）の届出を受け付けた場合には、次項に定める入所検討委員会の開催日の前日までに入所判定委員会用資料を作成する。

4 入所順位の決定

施設は、入所順位の決定に係る事務を公平に処理するため、合議制の入所検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(1) 委員会の構成

委員会は、施設長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等を委員として、5人以上で構成する。なお、委員には入所決定の公平性・中立性が保たれる第三者を加えることができる。

(2) 委員会の開催

委員会は、施設長が招集し、原則として毎月、部署間会議後に開催する。但し、対象者がいない場合は、中止とする。

(3) 委員会の所管事務

委員会は、申込書、調査票、保険者市町村の意見書等に基づいて入所の必要性について検討し、入所順位の決定を行い、入所順位名簿を作成する。

なお、特例入所に係る入所希望者本人の入所の必要性の検討に当たっては、必要に応じて保険者市町村に対して、意見を求めることができる。

(4) 委員会の議事録

委員会は、開催ごとに議事録を作成し、2年間保存するとともに岡山県又は市町村から求められた場合には、これを提出するものとする。

(5) 説明責任

施設は、申込者から入所順位の決定等に関して説明を求められた場合には、その内容について説明しなければならない。

(6) 守秘義務

委員は、業務上知り得た申込者に係る情報を漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

5 入所者の決定

施設長は、入所順位名簿に基づき入所者の決定を行う。ただし、入所者の決定に当たっては、施設における利用者の生活全般の安定を図る上で、次の項目等を勘案して入所者の決定を調整する。

(1) 性別に応じた居室の状況

(2) 認知症に対する施設の受入体制

(3) 医療を必要とする場合における施設の受入体制

6 特別な事由による入所決定

次の場合には、施設長の判断により例外的に入所の決定ができる。ただし、この場合、入所決定後、最初に開催する委員会において、その経過を報告し、議事録に記載する。

- (1) 老人福祉法第11条第1項第2号の規定に基づく措置入所による場合
- (2) 入院中の入所者の再入所が早まった場合
- (3) 介護者による虐待、介護放棄若しくは介護者の急な入院・死亡等により、緊急的な入所の申出があり、その必要性が認められ委員会を招集する余裕のない場合
- (4) 在宅復帰、又は長期入院していた者からの入所申込みがあり、再入所が妥当と認められる場合

7 入所辞退者の取扱い

施設から申込者に入所の案内を行った際、申込者の都合により入所の辞退があった場合には、入所順位名簿から削除する。ただし、入所申込継続の希望があれば入所順位名簿から除外し、入所保留者名簿（様式5号）に記載する。また、入院等やむを得ない事由による入所辞退の場合は、入所順位名簿上に入所順位を保留する。

8 申込者の調査等

施設は、入所順位名簿に記載されている者に、入所申込みの継続意思並びに申込者及び介護者等の状況等について、年1回調査を行う。調査を行ったが連絡がない等調査不能と判断される場合は、入所順位名簿から除外し、入所保留者名簿に記載する。

9 入所保留者名簿の取扱い

- (1) 入所保留者名簿に記載された者については、2年以内に再度入所希望の連絡があれば、入所順位名簿に復帰するものとする。
- (2) 入所保留者名簿に記載後、2年間連絡がない場合は、入所保留者名簿から削除し、受付簿にその旨を記載する。なお、入所保留者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。

10 指針の公表

この指針は、公表する。

11 指針の見直し

この指針について見直す必要が生じた場合は、随時見直すこととする。見直しは、岡山県介護老人福祉施設等入所指針に準ずる。

12 適正運用

- (1) 施設は、この指針に基づき入所の決定を適正に行わなければならない。
- (2) 施設は、この入所指針を掲出し、申込者に対し、この指針に定める入所決定の手續及び入所の必要性を評価する基準等について十分に説明を行い、入所申込書、調査票等及びそれらから作成した名簿等を、岡山県又は市町村の求めに応じて、情報提供することについて同意を求める。
- (3) 施設は、岡山県又は市町村から求められた場合、委員会で作成した入所順位名簿等を提出するものとする。
- (4) 岡山県及び市町村は、施設に対しこの指針の適正な運用について、必要な助言を行う。

13 実施時期

この指針は、平成27年4月1日から適用する。