

健康福祉委員会資料

(健康福祉局関係)

2 所管事務の調査（報告）

(3) 川崎市特別養護老人ホーム入退居指針の一部改正について

資料1 川崎市特別養護老人ホーム入退居指針の一部改正について

資料2 川崎市特別養護老人ホーム入退居指針（案）

資料3 川崎市特別養護老人ホーム入退居指針 新旧対照表（案）

資料4 「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針（案）」への御意見募集
について

平成30年5月30日

健康福祉局

1 経緯

川崎市特別養護老人ホーム入退去指針については、これまでも、「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」の策定や、介護保険法の改正時期などに合わせて、介護保険制度の趣旨に則した施設サービスの円滑な提供に資することを目的に、改正を行ってきた。

今回の改正を行うにあたり、「川崎市特別養護老人ホーム入居指針見直し検討委員会」を設け、施設関係者（特別養護老人ホーム施設長、川崎市老人福祉施設事業協会）、川崎市介護支援専門員連絡会の外部委員の協力を得て、現状における課題を整理し必要な改正を行う。

2 課題

(1) 入居申込時の市民負担

入居を希望する各施設に直接申込みをする必要があるため、複数の施設に申込みを行う場合は、入居申込書を希望する施設分作成し、各施設に提出（送付）する必要があり市民への負担が過大となっている。

(2) 入居申込者施設数の未設定

入居申込施設数の上限が未設定であるため、一人で過大な施設数の申込ができる。

(3) 有効期限の未設定

入居申込の有効期限が未設定であるため、一度申込を行うと無期限に申込状態が継続され、途中で入居の必要がなくなった場合においても、入居申込者数のカウントは継続され続けている。

(4) 要介護高齢者を取り巻く状況変化

近年の様々な家庭環境の変化により、両親を介護する複数介護や育児とのいわゆる「ダブルケア」の他、介護のための離職者が多いため、要介護者を取り巻く状況の変化に対応する必要がある。

3 課題への対応

(1) 入居申込先の一元化（指針案第2条第1号関係）

入居希望施設に申込みを行う場合、複数必要だった申込先を一元化する。
⇒申請手続きの簡素化による市民負担軽減

(2) 入居希望施設数の設定（指針案第2条第2号関係）

入居を希望する施設を、原則として5施設までとする。
⇒円滑な入居手続きによる早期入居を実現

(3) 有効期限の設定（指針案第2条第3号関係）

入居申込書の有効期限を、要介護度認定区分の更新又は区分変更の効力が生じる日の前日まで（概ね1年から3年間）とする。
⇒入居申込者数の正確な情報を把握

(4) 入居判定時の配点変更（指針案別表関係）

様々な家庭環境の変化により、複数介護や育児とのいわゆる「ダブルケア」や介護離職防止への配慮を行うために、配点を見直す。
⇒要介護高齢者を取り巻く社会状況の変化への対応

4 スケジュール

平成30年5月30日（水）	健康福祉委員会にて改正案について報告
平成30年6月1日（金）	
～7月2日（月）	パブリックコメントの実施
平成30年7月下旬	パブリックコメントの報告
平成30年8月1日（水）	「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」施行
平成30年8月1日（水）	入退居申込勧奨

川崎市特別養護老人ホーム入退居指針（案）

1 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）への入居申込者が増加している中で、入居の必要性の高い入居申込者を優先的に入居させるため、入退居に関する基準を定めることにより、入退居の判断を行う上での透明性・公平性を確保し、介護保険制度の趣旨に則した施設サービスの円滑な提供に資することを目的とする。

2 入居の申込

- (1) 入居の申込は入居申込書（様式1）、生活状況調書（様式2）、介護保険被保険者証の写し、その他必要な書類を添え、川崎市老人福祉施設事業協会又は最寄りの施設に申し込むものとする。
- (2) 申込者は入居申込にあたり、入居を希望する施設のうち、原則として5施設までを入居申込書（様式1）に記入し、提出することができる。
- (3) 入居申込書の有効期限は、直近の要介護度の認定区分の更新又は区分変更の効力が生じる日の前日までとする。

3 入居判定対象者

入居判定対象者は、入居申込者のうち、次に掲げる要件のいずれかに該当し、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる者とする。

- (1) 要介護3から要介護5までの要介護者
- (2) 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する者

4 特例入居

(1) 特例入居の要件

特例入居の対象となる者は、次に掲げる要件のいずれかに該当し、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こと。
- 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 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いていること。
- オ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態であること。

(2) 特例入居に係る手続

- ア 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する方が入居申込を行う場合は、2に掲げる入居申込書類の他、要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート（様式3）を入居を

希望する施設に提出するものとする。

- イ 施設は、要介護1又は要介護2の入居申込者について、5に掲げる入居判定委員会により入居の判定を行う場合には、委員会の開催に先立って、要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書（様式4）の提出を入居申込者に対して求め、入居判定委員会において、当該入居申込者が特例入居の要件に該当しているかを確認するものとする。

5 入退居判定委員会

施設は、合議制の入退居判定委員会を設置し、7に掲げる入居順位の考え方を基本とする総合的な判断から入居順位名簿を作成し、3に掲げる入居判定対象者を対象として、入居の判定を行うとともに、11に掲げる退居検討・決定等の考え方（11(1)アを除く）により、退居についての検討等を行うものとする。入退居判定委員会は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員等で構成する。また、より公平性確保の意味で、委員の中に、施設外の第三者を加えることが望ましい。委員会は原則として月1回程度開催するものとする。

6 入退居判定委員会の記録

入退居判定委員会の審議内容については議事録を作成し、入居順位名簿とともに保管する。なお記録の保存年限は当該年度終了後2年間とする。また市から、審議内容についての照会があった場合は、その求めに応ずるものとする。

7 入居順位の考え方

(1)【基本事項】

入居については、次に掲げる入居希望者本人の状態（要介護度など）、介護者の状況等の項目を別表に定める点数表に基づき点数化し、点数の高い方を上位として扱うものとする。

- ア 本人の状況（要介護度等）
- イ 介護者の状況
- ウ 本人の居住地（川崎市内に住民票があること。）

(2)【優先事項】

上記の点数化により条件が同じ場合は、次の順で優先し上位として扱うものとする。

- ア 地域性（地域や家庭との結び付きを重視する運営の観点から、施設の所在地の近隣に家族等が居住していること）

（川崎市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例第21条第3項及び川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第164条第3項関係）

- イ 年齢の高い方

(3)【その他施設で考慮する個別事情】

- ア 居室の構造等で考慮すべき性別
- イ 要介護度・重度認知症等の受け入れ体制及び居室状況
- ウ 医療的ケアが必要な希望者についての嘱託医の判断

エ その他配慮しなければならない個別事情

8 特別な事由による優先入居

次に掲げる場合は、施設長等は、7に掲げる入居順位の考え方によらず、入居の決定を行うことができる。なお、この規定により入居の決定を行った場合は、直近の入退居判定委員会に報告しなければならない。

ア 老人福祉法第11条第1項第2号に基づく措置入所依頼があった場合、又は家庭における虐待や介護放棄、事故の発生等の理由により、市が緊急性を認め、入所依頼があった場合

イ 災害等の理由で入居判定委員会の開催ができない場合

ウ 長期入院後の再入居希望者。入院が3ヶ月を超えた方で、退院にあたり在宅での生活が困難な場合

エ 退居による在宅復帰後の再入居希望者。在宅復帰者の内、在宅での生活が困難な場合

9 入居決定の取消

施設は、2で定める入居の申込の内容に虚偽が認められる場合は、入居の決定を取り消すことができる。

10 入居辞退者の取扱い

入居希望者の都合により入居辞退があった場合は、一時的に入居決定を繰り下げる取扱いとし、その順位付けについては、辞退の理由等を考慮して各施設が判断するものとする。

11 退居検討・決定等の考え方

施設は、次に掲げる入居者の心身の状況や退居後に置かれる環境等を十分に検討した上で、退居を決定し、また、必要な援助を行うものとする。

(1)【退居基準】

ア 要介護認定・要支援認定において、自立若しくは要支援1又は要支援2と認定された場合

イ 要介護状態等の改善が認められ、かつ次の要件を満たす場合

① 入居者及び家族等が退居を希望している場合

② 家庭等における介護環境及び地域における居宅サービスの提供体制等が、十分整っていると認められる場合

ウ 3か月を超える長期にわたる入院加療が必要となった場合

エ 医療的ケア、医学的管理の必要性が増大し、施設での介護や生活が困難と認められる場合

オ 要介護認定において、要介護1又は要介護2の認定を受けた者。ただし、次の要件に該当した場合はこの限りではない。

① 平成27年3月31日以前に要介護1又は要介護2の状態に入居している場合

② 平成27年3月31日以前に要介護3から要介護5の状態に入居していた者が、平成27年4月1日以降に要介護1又は要介護2に改善した場合

③ 平成27年4月1日以降に入居した者が、その後、要介護1又は要介護2の認定を受け、か

つ、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる場合

(2)【退居に関する留意事項】

ア 入居者や家族等の意向確認

入居者や家族等の意向を十分に尊重し、安易に施設側の理由により退居を促すことのないよう留意すること。

イ 退居の判断

退居の判断に際しては、入居者の心身の機能や健康状態の安定性を検証するとともに、退居後の在宅における介護力や介護環境、あるいは地域における居宅サービスの提供体制等を十分に確認すること。

ウ 退居に向けた支援

円滑な退居に向けて、事前に介護者に対して必要な介護技術の指導を行うとともに、入居者及び介護者等への精神的ケアを行うこと。

また、退居予定者がケアハウス（軽費老人ホーム）や認知症高齢者グループホーム等への入居を希望する場合は、施設の選定や経済的負担等に関する適切な助言を行うこと。

エ 退居後の支援

退居に際しては、入居者又は家族等の同意を得た上で、居住地の地域包括支援センター等に必要情報提供を行うとともに、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることにより、退居者に対する適切な支援を行うこと。

1.2 入退居指針の公正な運用

施設は、この指針に基づいて入退居の決定を行うとともに、入居希望者、退居予定者または家族の求めに応じて、その内容を説明するものとする。

1.3 守秘義務

施設の職員及び入居判定委員会の委員は、業務上知り得た入居希望者やその家族等に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とする。

1.4 指針の見直し

この指針については、見直す必要が生じた場合は、随時見直すものとする。

1.5 入退居指針の施行及び経過措置

この入退居指針は、平成30年8月1日から施行する。

ただし、指針2(2)、(3)、別表に係る規定及び様式1から様式6までについては平成31年2月1日から施行する。

別 表

1. 本人の状態（要介護度等）	
要介護5	30点
要介護4	25点
要介護3	20点
要介護2	15点
要介護1	10点
認知症等の症状により次の加算がされる	
認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり	10点
認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり	5点

2. 介護者の状態		
該 当 す る 事 由 を 1 つ 選 択	介護する者がいない。（同居・別居を問わず、介護する能力を有する者がいない場合。）	40点
	介護する者が、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。	30点
	介護する者はいるが、次の理由により十分な介護ができない（複数選択可）。 □複数介護 □育児中	25点
	介護する者が就労中で常時十分な介護ができない。（就労時間別により、以下から1つ選択する）	
	就労時間が週35時間以上	25点
	就労時間が週20時間以上35時間未満	20点
	就労時間が週20時間未満	10点

（※）就労時間は雇用契約書上の勤務時間とする

3. 本人の居住地	
川崎市内に住民票がある。	10点

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書(案)

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。 新規の申込み 継続の申込み
 (今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ			入居希望者との関係				
	氏名			()				
	住所	〒 -						
	連絡先	電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ			
		携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ			
入居希望者本人	入居希望施設名 ※原則5施設まで	1			2			
		3			4			
		5						
		居室タイプ <input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> 個室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい						
		保険者番号 () <input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他 ()						
	被保険者番号 () 介護保険被保険者証の写しを必ず貼付用紙に貼付し提出してください。							
	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
	住所	〒 -						
	電話番号	()						
	担当ケアマネジャー等	フリガナ			事業所名			
		氏名						
		連絡先	()					
	要介護度	<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] 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日)						
※要介護1又は要介護2の方へ 様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。								
待機場所	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 [認定有効期間] 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日)							
	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他 () ※2~5の場合 施設などの名 () ※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日)							
入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいるが、次の一方又は双方の理由により十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児中 (該当するものをすべてチェック)							
	<input type="checkbox"/> 4. 介護する者が就労中で常時十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 週35時間以上 <input type="checkbox"/> 週20時間以上35時間未満 <input type="checkbox"/> 週20時間未満 (常勤・非常勤の呼称やパート就労等の就労形態は問わない)							
認知症等による症状	生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上							

この面に介護保険被保険者証
の写しを貼付してください。

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に必ずご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																
身体の状況	食事 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]															
	排泄 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]															
	入浴 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない (清拭など)															
	着脱衣 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助															
	移動 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]															
	視力 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度															
	聴力 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]															
	言語 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 3 聞き取れない															
* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可) なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。																
認知症等による 症状 * 症状のある方のみ 記入してください。																
1 乱暴なふるまいを行う <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 2 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 3 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 4 徘徊し迷子になったことがある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 5 興奮したり騒いだりする <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 6 不潔な行為がある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある 7 異食することがある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常にある																
※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合 「常にある」…週に1回以上行動がある場合																
* 現在治療中の病気・今までかかった病気																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">病名</th> <th style="width: 20%;">医療機関</th> <th style="width: 20%;">治療期間</th> <th style="width: 30%;">既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 ~</td> <td style="text-align: center;">年頃</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 ~</td> <td style="text-align: center;">年頃</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;">年 月 ~</td> <td style="text-align: center;">年頃</td> </tr> </tbody> </table>	病名	医療機関	治療期間	既往症			年 月 ~	年頃			年 月 ~	年頃			年 月 ~	年頃
病名	医療機関	治療期間	既往症													
		年 月 ~	年頃													
		年 月 ~	年頃													
		年 月 ~	年頃													
医療的ケア の要否	<input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他()															
	※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間															

家族状況	氏名		性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
	主な 介護者		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてください。	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (ホームヘルプサービス) (月 回程度)						
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 回程度)						
	<input type="checkbox"/> 3 通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション (デイサービス、デイケア) (月 回程度)						
	<input type="checkbox"/> 4 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ) (月 日程度)						
	<input type="checkbox"/> 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 回程度) 宿泊 (月 回程度) 訪問 (月 回程度)						
	<input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 訪問 (月 回程度)						
	<input type="checkbox"/> 7 その他 ()						
	<input type="checkbox"/> 8 利用していない 理由()						
その他	*生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。						

要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート

本人氏名 _____

《要介護1又は要介護2の方へ》

平成27年4月の介護保険制度改正により、「要介護1」「要介護2」の判定を受けている方については、一定の要件に該当しない場合には、特別養護老人ホームへの入居申込ができなくなりました。

入居申込を行う場合は、このチェックシートで申込が可能であるか確認をしていただく必要があります。

◆チェック項目①

入居希望者の要介護区分が「要介護1」又は「要介護2」と判定されている。

- はい ⇒チェック項目②に進んでください。
 いいえ ⇒チェックシートの作成は不要です。

◆チェック項目②

入居希望時期を教えてください。 なるべく早く入居したい⇒チェック項目③に進んでください

いずれ入居したい

⇒ 入居の必要性が高い状態の方から優先的に入居のご案内をしております。
 早期入居の必要性が低い段階でお申し込みをいただいた場合、その後に状態が悪化した場合などに正確な状態の把握が出来ず、優先順位が下がってしまう可能性があります。
 入居のご案内は申込順ではございませんので、具体的に入居の必要性が出てからの申し込みにご協力をお願いいたします。

◆チェック項目③

入居希望者本人が以下の項目に該当する場合は、チェックをつけてください。(複数可)

- (ア) 認知症(医師の診断あり)であり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (イ) 認知症の疑い(医師の診断なし)があり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (ウ) 知的障害・精神障害を伴い、表2のいずれかに該当し、かつ、それらの障害が原因で日常生活の継続が困難となっている。
- (エ) 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
- (オ) 介護者がいない、又は介護者が高齢・病弱である等により十分な支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。

表1

乱暴なふるまいを行う。
 自分の体を傷つける。
 火の不始末がある。
 徘徊し迷子になったことがある。
 興奮したり騒いだりする。
 不潔な行為がある。
 異食することがある。

表2

療育手帳の交付又は障害者更生相談所の判定を受けている。
 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。
 精神障害を事由とする年金を受給している。
 精神障害を事由とする特別障害給付金の給付を受けている。
 自立支援医療受給者証(精神通院医療に限る)の交付を受けている。
 医師の診断を受けている。

チェック項目③の(ア)～(オ)のいずれか1つ以上に該当する方は、特別養護老人ホームへの入居申込が可能です。このチェックシートは、添付資料として必要ですので、必ず入居申込書と一緒に提出してください。

「チェック項目③」の(ア)～(オ)の1つ以上に該当する はい

要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書

施設長あて
 意見書作成者 _____ 印 (_____)
 所属事業所等 _____
 連絡先電話番号 _____
 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

次の特別養護老人ホーム入居申込者について、川崎市特別養護老人ホーム入退居指針の規定に基づき意見書を提出します。

本人氏名	生年月日	年	月	日
介護保険被保険者番号	住所			

特列入居要件該当有無(複数可)	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> ④ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数月に渡って続いている。
	<input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。
特列入居要件に該当する理由・症状等	

生活歴・生活状況	在宅(又は現在の施設等)での介護期間	年	家族構成等	(※)同居範囲、キーパーソンを明記

医療の状況	【病歴】			
	【医療的ケアの要否】 <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他(_____) ※インスリン注射の場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 服薬管理への切り替えの検討有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)	障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック)
	<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2

要介護認定情報	要介護区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
	認定期間	年 ____ 月 ____ 日 ~ 年 ____ 月 ____ 日
介護者の状況	要介護・要支援認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護・要支援区分
	心身の障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害等の種類
	その他疾病有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 疾病等の種類

現在利用しているサービス(※)種類・頻度を明記	介護保険制度				
	居宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 100%以上	<input type="checkbox"/> 80%以上	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 60%未満
	介護保険制度以外				

その他特記事項	
---------	--

同意書

川崎市 長 あて

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出に伴い、次に掲げる事項の内容が申込書に記載した内容と相違している場合、川崎市が保有している、各事項について、入居申込書を提出した施設に提供することに同意します。

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 介護保険被保険者番号 | 2. 氏名 |
| 3. 住所 | 4. 性別 |
| 5. 生年月日、年齢 | 6. 要介護度 |
| 7. 要介護認定・要支援認定の有効期間 | |
| 8. 介護保険サービス利用状況 | 9. 介護保険資格情報 |

平成 年 月 日

入居希望者

住所

氏名

印

同意書を必要とする理由

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出後、記載された各項目について、変更、相違が生じた場合に、より正確な情報の把握を行うことにより、必要度に応じた入居判定の適正及び公平性、また円滑な入居判定の実施を図るために、川崎市から上記に示された各事項の範囲内において、入居申込書を提出した施設に対し情報提供を行うものです。

(ただし、川崎市在住の方のみの情報提供になります。)

川崎市特別養護老人ホーム入退居指針
新旧対照表（案）

改正後	現行
<p style="text-align: center;">川崎市特別養護老人ホーム入退居指針</p> <p>1 目的 この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）への入居申込者が増加している中で、入居の必要性の高い入居申込者を優先的に入居させるため、入退居に関する基準を定めることにより、入退居の判断を行う上での透明性・公平性を確保し、介護保険制度の趣旨に則した施設サービスの円滑な提供に資することを目的とする。</p> <p>2 入居の申込 <u>（1）入居の申込は入居申込書（様式1）、生活状況調書（様式2）、介護保険被保険者証の写し、その他必要な書類を添え、川崎市老人福祉施設事業協会又は最寄りの施設に申し込むものとする。</u> <u>（2）申込者は入居申込にあたり、入居を希望する施設のうち、原則として5施設までを入居申込書（様式1）に記入し、提出することができる。</u> <u>（3）入居申込書の有効期限は、直近の要介護度の認定区分の更新又は区分変更の効力が生じる日の前日までとする。</u></p> <p>3 入居判定対象者 入居判定対象者は、入居申込者のうち、次に掲げる要件のいずれかに該当し、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる者とする。 （1）要介護3から要介護5までの要介護者</p>	<p style="text-align: center;">川崎市特別養護老人ホーム入退居指針</p> <p>1 目的 この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）への入居申込者が増加している中で、入居の必要性の高い入居申込者を優先的に入居させるため、入退居に関する基準を定めることにより、入退居の判断を行う上での透明性・公平性を確保し、介護保険制度の趣旨に則した施設サービスの円滑な提供に資することを目的とする。</p> <p>2 入居の申込 入居の申込は入居申込書（様式1）、生活状況調書（様式2）、介護保険被保険者証の写し、その他各施設が必要とする書類を添え、入居を希望する施設に申し込むものとする。</p> <p>3 入居判定対象者 入居判定対象者は、入居申込者のうち、次に掲げる要件のいずれかに該当し、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる者とする。 （1）要介護3から要介護5までの要介護者</p>

改正後	現行
<p>(2) 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する者</p> <p>4 特例入居</p> <p>(1) 特例入居の要件</p> <p>特例入居の対象となる者は、次に掲げる要件のいずれかに該当し、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者とする。</p> <p>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。</p> <p>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こと。</p> <p>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。</p> <p>エ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いていること。</p> <p>オ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態であること。</p> <p>(2) 特例入居に係る手続</p> <p>ア 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する方が入居申込を行う場合は、2に掲げる入居申込書類の他、要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート(様式3)を入居を希望する施設に提出するものとする。</p> <p>イ 施設は、要介護1又は要介護2の入居申込者について、5に掲げる入居判定委員会により入居の判定を行う場合には、委員会の開催に先立って、</p>	<p>(2) 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する者</p> <p>4 特例入居</p> <p>(1) 特例入居の要件</p> <p>特例入居の対象となる者は、次に掲げる要件のいずれかに該当し、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者とする。</p> <p>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。</p> <p>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こと。</p> <p>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。</p> <p>エ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いていること。</p> <p>オ 介護者がいない、介護者が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態であること。</p> <p>(2) 特例入居に係る手続</p> <p>ア 要介護1又は要介護2であって、特例入居の要件に該当する方が入居申込を行う場合は、2に掲げる入居申込書類の他、要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート(様式3)を入居を希望する施設に提出するものとする。</p> <p>イ 施設は、要介護1又は要介護2の入居申込者について、5に掲げる入居判定委員会により入居の判定を行う場合には、委員会の開催に先立って、</p>

改正後	現行
<p>要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書(様式4)の提出を入居申込者に対して求め、入居判定委員会において、当該入居申込者が特例入居の要件に該当しているかを確認するものとする。</p> <p>5 入退居判定委員会</p> <p>施設は、合議制の入退居判定委員会を設置し、7に掲げる入居順位の考え方を基本とする総合的な判断から入居順位名簿を作成し、3に掲げる入居判定対象者を対象として、入居の判定を行うとともに、11に掲げる退居検討・決定等の考え方(11(1)アを除く)により、退居についての検討等を行うものとする。入退居判定委員会は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員等で構成する。また、より公平性確保の意味で、委員の中に、施設外の第三者を加えることが望ましい。委員会は原則として月1回程度開催するものとする。</p> <p>6 入退居判定委員会の記録</p> <p>入退居判定委員会の審議内容については議事録を作成し、入居順位名簿とともに保管する。なお記録の保存年限は当該年度終了後2年間とする。また市から、審議内容についての照会があった場合は、その求めに応ずるものとする。</p> <p>7 入居順位の考え方</p> <p>(1)【基本事項】</p> <p>入居については、次に掲げる入居希望者本人の状態(要介護度など)、介護者の状況等の項目を別表に定める点数表に基づき点数化し、点数の高い方を上位として扱うものとする。</p>	<p>要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書(様式4)の提出を入居申込者に対して求め、入居判定委員会において、当該入居申込者が特例入居の要件に該当しているかを確認するものとする。</p> <p>5 入退居判定委員会</p> <p>施設は、合議制の入退居判定委員会を設置し、7に掲げる入居順位の考え方を基本とする総合的な判断から入居順位名簿を作成し、3に掲げる入居判定対象者を対象として、入居の判定を行うとともに、11に掲げる退居検討・決定等の考え方(11(1)アを除く)により、退居についての検討等を行うものとする。入退居判定委員会は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員等で構成する。また、より公平性確保の意味で、委員の中に、施設外の第三者を加えることが望ましい。委員会は原則として月1回程度開催するものとする。</p> <p>6 入退居判定委員会の記録</p> <p>入退居判定委員会の審議内容については議事録を作成し、入居順位名簿とともに保管する。なお記録の保存年限は当該年度終了後2年間とする。また市から、審議内容についての照会があった場合は、その求めに応ずるものとする。</p> <p>7 入居順位の考え方</p> <p>(1)【基本事項】</p> <p>入居については、次に掲げる入居希望者本人の状態(要介護度など)、介護者の状況等の項目を別表に定める点数表に基づき点数化し、点数の高い方を上位として扱うものとする。</p>

改正後	現行
<p>ア 本人の状況（要介護度等）</p> <p>イ 介護者の状況</p> <p>ウ 本人の居住地（川崎市内に住民票があること。）</p> <p>（２）【優先事項】</p> <p>上記の点数化により条件が同じ場合は、次の順で優先し上位として扱うものとする。</p> <p>ア 地域性（地域や家庭との結び付きを重視する運営の観点から、施設の所在地の近隣に家族等が居住していること）</p> <p>（川崎市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例第２１条第３項及び川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第１６４条第３項関係）</p> <p>イ 年齢の高い方</p> <p>（３）【その他施設で考慮する個別事情】</p> <p>ア 居室の構造等で考慮すべき性別</p> <p>イ 要介護度・重度認知症等の受け入れ体制及び居室状況</p> <p>ウ 医療的ケアが必要な希望者についての嘱託医の判断</p> <p>エ その他配慮しなければならない個別事情</p> <p>８ 特別な事由による優先入居</p> <p>次に掲げる場合は、施設長等は、７に掲げる入居順位の考え方によらず、入居の決定を行うことができる。なお、この規定により入居の決定を行った場合は、直近の入退居判定委員会に報告しなければならない。</p> <p>ア 老人福祉法第１１条第１項第２号に基づく措置入所依頼があった場合、</p>	<p>ア 本人の状況（要介護度等）</p> <p>イ 介護者の状況</p> <p>ウ 本人の居住地（川崎市内に住民票があること。）</p> <p>（２）【優先事項】</p> <p>上記の点数化により条件が同じ場合は、次の順で優先し上位として扱うものとする。</p> <p>ア 地域性（地域や家庭との結び付きを重視する運営の観点から、施設の所在地の近隣に家族等が居住していること）</p> <p>（川崎市指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営の基準に関する条例第２１条第３項及び川崎市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営の基準等に関する条例第１６４条第３項関係）</p> <p>イ 年齢の高い方</p> <p>（３）【その他施設で考慮する個別事情】</p> <p>ア 居室の構造等で考慮すべき性別</p> <p>イ 要介護度・重度認知症等の受け入れ体制及び居室状況</p> <p>ウ 医療依存度の高い希望者についての嘱託医の判断</p> <p>エ その他配慮しなければならない個別事情</p> <p>８ 特別な事由による優先入居</p> <p>次に掲げる場合は、施設長等は、７に掲げる入居順位の考え方によらず、入居の決定を行うことができる。なお、この規定により入居の決定を行った場合は、直近の入退居判定委員会に報告しなければならない。</p> <p>ア 老人福祉法第１１条第１項第２号に基づく措置入所依頼があった場合、</p>

改正後	現行
<p>又は家庭における虐待や介護放棄、事故の発生等の理由により、市が緊急性を認め、入所依頼があった場合</p> <p>イ 災害等の理由で入居判定委員会の開催ができない場合</p> <p>ウ 長期入院後の再入居希望者。入院が 3 ヶ月を超えた方で、退院にあたり在宅での生活が困難な場合</p> <p>エ 退居による在宅復帰後の再入居希望者。在宅復帰者の内、在宅での生活が困難な場合</p> <p>9 入居決定の取消</p> <p>施設は、2で定める入居の申込の内容に虚偽が認められる場合は、入居の決定を取り消すことができる。</p> <p>10 入居辞退者の取扱い</p> <p>入居希望者の都合により入居辞退があった場合は、一時的に入居決定を繰り下げる取扱いとし、その順位付けについては、辞退の理由等を考慮して各施設が判断するものとする。</p> <p>11 退居検討・決定等の考え方</p> <p>施設は、次に掲げる入居者の心身の状況や退居後に置かれる環境等を十分に検討した上で、退居を決定し、また、必要な援助を行うものとする。</p> <p>(1)【退居基準】</p> <p>ア 要介護認定・要支援認定において、自立若しくは要支援1又は要支援2と認定された場合</p> <p>イ 要介護状態等の改善が認められ、かつ次の要件を満たす場合</p>	<p>又は家庭における虐待や介護放棄、事故の発生等の理由により、市が緊急性を認め、入所依頼があった場合</p> <p>イ 災害等の理由で入居判定委員会の開催ができない場合</p> <p>ウ 長期入院後の再入居希望者。入院が 3 ヶ月を超えた方で、退院にあたり在宅での生活が困難な場合</p> <p>エ 退居による在宅復帰後の再入居希望者。在宅復帰者の内、在宅での生活が困難な場合</p> <p>9 入居決定の取消</p> <p>施設は、2で定める入居の申込の内容に虚偽が認められる場合は、入居の決定を取り消すことができる。</p> <p>10 入居辞退者の取扱い</p> <p>入居希望者の都合により入居辞退があった場合は、一時的に入居決定を繰り下げる取扱いとし、その順位付けについては、辞退の理由等を考慮して各施設が判断するものとする。</p> <p>11 退居検討・決定等の考え方</p> <p>施設は、次に掲げる入居者の心身の状況や退居後に置かれる環境等を十分に検討した上で、退居を決定し、また、必要な援助を行うものとする。</p> <p>(1)【退居基準】</p> <p>ア 要介護認定・要支援認定において、自立若しくは要支援1又は要支援2と認定された場合</p> <p>イ 要介護状態等の改善が認められ、かつ次の要件を満たす場合</p>

改正後	現行
<p>① 入居者及び家族等が退居を希望している場合</p> <p>② 家庭等における介護環境及び地域における居宅サービスの提供体制等が、十分整っていると認められる場合</p> <p>ウ 3か月を超える長期にわたる入院加療が必要となった場合</p> <p>エ <u>医療的ケア</u>、医学的管理の必要性が増大し、施設での介護や生活が困難と認められる場合</p> <p>オ 要介護認定において、要介護1又は要介護2の認定を受けた者。ただし、次の要件に該当した場合はこの限りではない。</p> <p>① 平成27年3月31日以前に要介護1又は要介護2の状態に入居している場合</p> <p>② 平成27年3月31日以前に要介護3から要介護5の状態に入居していた者が、平成27年4月1日以降に要介護1又は要介護2に改善した場合</p> <p>③ 平成27年4月1日以降に入居した者が、その後、要介護1又は要介護2の認定を受け、かつ、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる場合</p> <p>(2)【退居に関する留意事項】</p> <p>ア 入居者や家族等の意向確認 入居者や家族等の意向を十分に尊重し、安易に施設側の理由により退居を促すことのないよう留意すること。</p> <p>イ 退居の判断 退居の判断に際しては、入居者の心身の機能や健康状態の安定性を検証するとともに、退居後の在宅における介護力や介護環境、あるいは地域における居宅サービスの提供体制等を十分に確認すること。</p>	<p>③ 入居者及び家族等が退居を希望している場合</p> <p>④ 家庭等における介護環境及び地域における居宅サービスの提供体制等が、十分整っていると認められる場合</p> <p>ウ 3か月を超える長期にわたる入院加療が必要となった場合</p> <p>エ 医療依存度、医学的管理の必要性が増大し、施設での介護や生活が困難と認められる場合</p> <p>オ 要介護認定において、要介護1又は要介護2の認定を受けた者。ただし、次の要件に該当した場合はこの限りではない。</p> <p>① 平成27年3月31日以前に要介護1又は要介護2の状態に入居している場合</p> <p>② 平成27年3月31日以前に要介護3から要介護5の状態に入居していた者が、平成27年4月1日以降に要介護1又は要介護2に改善した場合</p> <p>③ 平成27年4月1日以降に入居した者が、その後、要介護1又は要介護2の認定を受け、かつ、居宅において日常生活を営むことが困難であると認められる場合</p> <p>(2)【退居に関する留意事項】</p> <p>ア 入居者や家族等の意向確認 入居者や家族等の意向を十分に尊重し、安易に施設側の理由により退居を促すことのないよう留意すること。</p> <p>イ 退居の判断 退居の判断に際しては、入居者の心身の機能や健康状態の安定性を検証するとともに、退居後の在宅における介護力や介護環境、あるいは地域における居宅サービスの提供体制等を十分に確認すること。</p>

改正後	現行
<p>ウ 退居に向けた支援</p> <p>円滑な退居に向けて、事前に介護者に対して必要な介護技術の指導を行うとともに、入居者及び介護者等への精神的ケアを行うこと。</p> <p>また、退居予定者がケアハウス（軽費老人ホーム）や認知症高齢者グループホーム等への入居を希望する場合は、施設の選定や経済的負担等に関する適切な助言を行うこと。</p> <p>エ 退居後の支援</p> <p>退居に際しては、入居者又は家族等の同意を得た上で、居住地の地域包括支援センター等に必要な情報提供を行うとともに、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることにより、退居者に対する適切な支援を行うこと。</p> <p>1 2 入退居指針の公正な運用</p> <p>施設は、この指針に基づいて入退居の決定を行うとともに、入居希望者、退居予定者または家族の求めに応じて、その内容を説明するものとする。</p> <p>1 3 守秘義務</p> <p>施設の職員及び入居判定委員会の委員は、業務上知り得た入居希望者やその家族等に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とする。</p> <p>1 4 指針の見直し</p> <p>この指針については、見直す必要が生じた場合は、随時見直すものとする。</p>	<p>ウ 退居に向けた支援</p> <p>円滑な退居に向けて、事前に介護者に対して必要な介護技術の指導を行うとともに、入居者及び介護者等への精神的ケアを行うこと。</p> <p>また、退居予定者がケアハウス（軽費老人ホーム）や認知症高齢者グループホーム等への入居を希望する場合は、施設の選定や経済的負担等に関する適切な助言を行うこと。</p> <p>エ 退居後の支援</p> <p>退居に際しては、入居者又は家族等の同意を得た上で、居住地の地域包括支援センター等に必要な情報提供を行うとともに、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めることにより、退居者に対する適切な支援を行うこと。</p> <p>1 2 入退居指針の公正な運用</p> <p>施設は、この指針に基づいて入退居の決定を行うとともに、入居希望者、退居予定者または家族の求めに応じて、その内容を説明するものとする。</p> <p>1 3 守秘義務</p> <p>施設の職員及び入居判定委員会の委員は、業務上知り得た入居希望者やその家族等に関する個人情報を他に漏らしてはならない。また、施設を退職した後及び委員を退任した後も同様とする。</p> <p>1 4 指針の見直し</p> <p>この指針については、見直す必要が生じた場合は、随時見直すものとする。</p>

改正後	現行																																				
<p>15 入退居指針の施行及び経過措置 この入退居指針は、<u>平成30年8月1日から施行する。</u> <u>ただし、指針2(2)、(3)、別表に係る規定及び様式1から様式6までについては平成31年2月1日から施行する。</u></p> <p>別 表</p>	<p>15 入退居指針の施行及び経過措置 この入退居指針は、平成27年4月1日から施行する。 ただし、別表に係る規定については、平成27年4月16日から施行し、平成27年4月1日から4月15日の期間に開催する入居判定委員会においては、従前の別表の規定に基づき、判定を行う。</p> <p>別 表</p>																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1. 本人の状態（要介護度等）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護5</td> <td>30点</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>25点</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>20点</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">認知症等の症状により次の加算がされる</td> </tr> <tr> <td>認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり</td> <td>5点</td> </tr> </tbody> </table>	1. 本人の状態（要介護度等）		要介護5	30点	要介護4	25点	要介護3	20点	要介護2	15点	要介護1	10点	認知症等の症状により次の加算がされる		認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり	10点	認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり	5点	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1. 本人の状態（要介護度等）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要介護5</td> <td>30点</td> </tr> <tr> <td>要介護4</td> <td>25点</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>20点</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>15点</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td colspan="2">認知症等の症状により次の加算がされる</td> </tr> <tr> <td>認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり</td> <td>5点</td> </tr> </tbody> </table>	1. 本人の状態（要介護度等）		要介護5	30点	要介護4	25点	要介護3	20点	要介護2	15点	要介護1	10点	認知症等の症状により次の加算がされる		認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり	10点	認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり	5点
1. 本人の状態（要介護度等）																																					
要介護5	30点																																				
要介護4	25点																																				
要介護3	20点																																				
要介護2	15点																																				
要介護1	10点																																				
認知症等の症状により次の加算がされる																																					
認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり	10点																																				
認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり	5点																																				
1. 本人の状態（要介護度等）																																					
要介護5	30点																																				
要介護4	25点																																				
要介護3	20点																																				
要介護2	15点																																				
要介護1	10点																																				
認知症等の症状により次の加算がされる																																					
認知症等による症状の「常にある」が1項目以上あり	10点																																				
認知症等による症状の「時々ある」が1項目以上あり	5点																																				

改正後			現行		
2. 介護者の状態			2. 介護者の状態		
該当する事由を1つ選択	介護する者がいない。(同居・別居を問わず、介護する能力を有する者がいない場合。)	40点	介護する者がいない。(同居・別居を問わず、介護する能力を有する者がいない場合。)	40点	
	介護する者が 、要支援・要介護状態、高齢、病气療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。	30点	介護する者はいるが 、要支援・要介護状態、高齢、病气療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。	30点	
	介護する者はいるが、次の一方又は双方の理由により十分な介護ができない。 □複数介護 □育児中	25点	介護する者はいるが、就労中、複数介護、育児中であり、十分な介護ができない。	20点	
	介護する者が就労中で常時十分な介護ができない場合(就労時間別により、以下から1つ選択する)。		介護する者はいるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護を行うことができない。(パート就労等による時間的拘束等)	10点	
	就労が週35時間以上	25点			
	就労が週20時間以上35時間未満	20点			
就労が週20時間未満	10点				
(※) 就労時間は雇用契約書上の勤務時間とする					
3. 本人の居住地			3. 本人の居住地		
川崎市内に住民票がある。		10点	川崎市内に住民票がある。		10点

改正後

様式1

平成 年 月 日

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書(案)

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。 新規の申込み 継続の申込み
(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係		
	氏名	()		
	住所	〒 - - - - -		
	連絡先	電話番号 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ 携帯電話 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ		
入居希望者本人	入居希望施設名 ※原則5施設まで	1	2	
	居室タイプ	<input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> 個室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
	被保険者番号	介護保険被保険者証の写しを必ず貼付用紙に貼付し提出してください。		
	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳		
	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
	住所	〒 - - - - -		
	電話番号	()		
	担当ケアマネジャー等	フリガナ	氏名	事業所名
	要介護度	<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] 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日) ※要介護1又は要介護2の方へ 様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。		
待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他 () ※2~5の場合 施設などの名 () ※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日)			
入居を希望する理由	当てはまるもの、ひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいれるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいれるが、次の一方又は双方の理由により十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 育児中 (該当するものをすべてチェック) <input type="checkbox"/> 4. 介護する者が就労中で常時十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 週35時間以上 <input type="checkbox"/> 週20時間以上35時間未満 <input type="checkbox"/> 週20時間未満 (常勤・非常勤の呼称やパート就労等の就労形態は問わない)			
認知症等による症状	生活状況等調査の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上			

現行

様式1

平成 年 月 日

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書

施設長様
特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。
(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係		
	氏名	()		
	住所	〒 - - - - -		
	連絡先	電話番号 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ 携帯電話 () <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ		
入居希望者本人	入居希望施設名	<input type="checkbox"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> 個室を希望		
	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
	被保険者番号	介護保険被保険者証の写しを必ず裏面に貼付してください。		
	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳		
	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
	住所	〒 - - - - -		
	電話番号	()		
	要介護度	<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] 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日) ※要介護1又は要介護2の方へ 様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。		
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く入居したい <input type="checkbox"/> 2. いずれ入居したい 理由:		
	待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他 () ※2~5の場合 施設などの名 () ※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日)		
入居を希望する理由	当てはまるもの、ひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 2. 介護するものはいれるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 3. 介護するものはいれるが、就労中、複数介護、育児中により、十分な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 4. 介護するものはいれるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。(パート就労等による時間拘束等)			
認知症等による症状	生活状況等調査の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常にある」が1項目以上			

※本入居申込書に記載された事項に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず申込みをされた施設に御連絡ください。

改正後

様式1 別紙

この面に介護保険被保険者証
の写しを貼付してください。

現行

様式1裏面

この面に介護保険被保険者証の
写しを貼付してください。

様式2

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に必ずご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																						
食事	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]																					
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]																					
入浴	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない(清拭など)																					
着脱衣	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助																					
移動	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]																					
視力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度																					
聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]																					
言語	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 3 聞き取れない																					
認知症等による症状	<p>* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可)なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。</p> <table border="0"> <tr> <td>1 乱暴なふるまいを行う</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2 自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3 火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4 徘徊し迷子になったことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5 興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6 不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7 異食することがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> </table> <p>※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合 「常にある」…週に1回以上行動がある場合</p>	1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
疾病の状況	<p>* 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>医療機関</th> <th>治療期間</th> <th>既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> </tbody> </table>	病名	医療機関	治療期間	既往症			年 月～	年頃			年 月～	年頃			年 月～	年頃					
病名	医療機関	治療期間	既往症																			
		年 月～	年頃																			
		年 月～	年頃																			
		年 月～	年頃																			
医療的ケアの要否	<input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他() ※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間																					

様式2

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に必ずご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																						
食事	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]																					
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]																					
入浴	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない(清拭など)																					
着脱衣	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助																					
移動	<input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]																					
視力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度																					
聴力	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]																					
言語	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 3 聞き取れない																					
認知症等による症状	<p>* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可)なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。</p> <table border="0"> <tr> <td>1 乱暴なふるまいを行う</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2 自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3 火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4 徘徊し迷子になったことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5 興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6 不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7 異食することがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> </table> <p>※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合 「常にある」…週に1回以上行動がある場合</p>	1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																				
疾病の状況	<p>* 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>医療機関</th> <th>治療期間</th> <th>既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> </tbody> </table>	病名	医療機関	治療期間	既往症			年 月～	年頃			年 月～	年頃			年 月～	年頃					
病名	医療機関	治療期間	既往症																			
		年 月～	年頃																			
		年 月～	年頃																			
		年 月～	年頃																			
医療的ケアの要否	<input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他() ※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間																					

改正後

家族状況	氏名	性別	年齢	続柄	同居別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
	主な介護者		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてください。	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (ホームヘルプサービス) (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 3 通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション (デイサービス、デイケア) (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 4 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ) (月 日程度)					
	<input type="checkbox"/> 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 回程度) 宿泊 (月 回程度) 訪問 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 訪問 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 7 その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 8 利用していない 理由()					
その他	*生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。					

現行

家族状況	氏名	性別	年齢	続柄	同居別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所
	主な介護者		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
担当ケア マネジャー等	氏名					
	事業所名					
	電話番号	()				
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてください。	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (ホームヘルプサービス) (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 3 通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション (デイサービス、デイケア) (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 4 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ) (月 日程度)					
	<input type="checkbox"/> 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 回程度) 宿泊 (月 回程度) 訪問 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 訪問 (月 回程度)					
	<input type="checkbox"/> 7 その他 ()					
	<input type="checkbox"/> 8 利用していない 理由()					
他施設の 申込み状況	<input type="checkbox"/> 1 当該施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 2 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定 *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 ()					
その他	*生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。					

改正後

様式3

◀「要介護1」「要介護2」の方のみ作成してください▶

要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート

本人氏名 _____

◀要介護1又は要介護2の方へ▶
平成27年4月の介護保険制度改正により、「要介護1」「要介護2」の判定を受けている方については、一定の要件に該当しない場合には、特別養護老人ホームへの入居申込ができなくなりました。
入居申込を行う場合は、このチェックシートで申込が可能であるか確認をしていただく必要があります。

◆チェック項目①
入居希望者の要介護区分が「要介護1」又は「要介護2」と判定されている。
 はい ⇒チェック項目②に進んでください。
 いいえ ⇒チェックシートの作成は不要です。

◆チェック項目②
入居希望時期を教えてください。
 なるべく早く入居したい⇒チェック項目③に進んでください
 いずれ入居したい
⇒入居の必要性が高い状態の方から優先的に入居のご案内をしております。早期入居の必要性が低い段階でお申し込みいただいた場合、その後状態が悪化した場合などに正確な状態の把握が出来ず、優先順位が下がってしまう可能性があります。
入居のご案内は申込額ではございませんので、具体的に入居の必要性が出てからの申し込みにご協力をお願いいたします。

◆チェック項目③
入居希望者本人が以下の項目に該当する場合は、チェックをつけてください。(複数可)

- (ア) 認知症(医師の診断あり)であり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
 (イ) 認知症の疑い(医師の診断なし)があり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
 (ウ) 知的障害・精神障害を伴い、表2のいずれかに該当し、かつ、それらの障害が原因で日常生活の継続が困難となっている。
 (エ) 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
 (オ) 介護者がいない、又は介護者が高齢・病弱である等により十分な支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。

表1
乱暴なふるまいを行う。
自分の体を傷つける。
火の不始末がある。
徘徊し迷子になったことがある。
興奮したり騒いだりする。
不潔な行為がある。
異食することがある。

表2
療育手帳の交付又は障害者更生相談所の判定を受けている。
精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。
精神障害を事由とする年金を受給している。
精神障害を事由とする特別障害給付金の給付を受けている。
自立支援医療受給者証(精神通院医療)の交付を受けている。
医師の診断を受けている。

チェック項目③の(ア)～(オ)のいずれか1つ以上に該当する方は、特別養護老人ホームへの入居申込が可能です。このチェックシートは、添付資料として必要ですので、必ず入居申込書と一緒に提出してください。

「チェック項目③」の(ア)～(オ)の1つ以上に該当する はい

現行

様式3

◀「要介護1」「要介護2」の方のみ作成してください▶

要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート

本人氏名 _____

◀要介護1又は要介護2の方へ▶
平成27年4月の介護保険制度改正により、「要介護1」「要介護2」の判定を受けている方については、一定の要件に該当しない場合には、特別養護老人ホームへの入居申込ができなくなりました。
入居申込を行う場合は、このチェックシートで申込が可能であるか確認をしていただく必要があります。

◆チェック項目①
入居希望者の要介護区分が「要介護1」又は「要介護2」と判定されている。
 はい ⇒チェック項目②に進んでください。
 いいえ ⇒チェックシートの作成は不要です。

◆チェック項目②
入居希望時期を教えてください。
 なるべく早く入居したい⇒チェック項目③に進んでください
 いずれ入居したい
⇒入居の必要性が高い状態の方から優先的に入居のご案内をしております。早期入居の必要性が低い段階でお申し込みいただいた場合、その後状態が悪化した場合などに正確な状態の把握が出来ず、優先順位が下がってしまう可能性があります。
入居のご案内は申込額ではございませんので、具体的に入居の必要性が出てからの申し込みにご協力をお願いいたします。

◆チェック項目③
入居希望者本人が以下の項目に該当する場合は、チェックをつけてください。(複数可)

- (ア) 認知症(医師の診断あり)であり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
 (イ) 認知症の疑い(医師の診断なし)があり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
 (ウ) 知的障害・精神障害を伴い、表2のいずれかに該当し、かつ、それらの障害が原因で日常生活の継続が困難となっている。
 (エ) 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
 (オ) 介護者がいない、又は介護者が高齢・病弱である等により十分な支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。

表1
乱暴なふるまいを行う。
自分の体を傷つける。
火の不始末がある。
徘徊し迷子になったことがある。
興奮したり騒いだりする。
不潔な行為がある。
異食することがある。

表2
療育手帳の交付又は障害者更生相談所の判定を受けている。
精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。
精神障害を事由とする年金を受給している。
精神障害を事由とする特別障害給付金の給付を受けている。
自立支援医療受給者証(精神通院医療)の交付を受けている。
医師の診断を受けている。

チェック項目③の(ア)～(オ)のいずれか1つ以上に該当する方は、特別養護老人ホームへの入居申込が可能です。このチェックシートは、添付資料として必要ですので、必ず入居申込書と一緒に提出してください。

「チェック項目③」の(ア)～(オ)の1つ以上に該当する はい

改正後

様式4

要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書

施設長あて
意見書作成者 _____ 印 (_____)
所属事業所等 _____
連絡先電話番号 _____
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

次の特別養護老人ホーム入居申込書について、川崎市特別養護老人ホーム入居指針の規定に基づき意見を提出します。

本人氏名	生年月日	年 月 日
介護保険 被保険者番号	住所	

特別入居要件 該当有無 (複数可)	<input type="checkbox"/> ① 認知症である者であって、日常生活に支障を及ぼすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られる。 <input type="checkbox"/> ② 知的障害・精神障害等を併い、日常生活に支障を及ぼすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られる。 <input type="checkbox"/> ③ 家族等による深刻な虐待が認められること等により、心身の安全・安心・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> ④ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。 <input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が高齢又は高齢である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。
特別入居要件 に該当する 理由・症状等	

生活歴・ 生活状況	家族構成等
在宅(又は現在の施設等)での介護期間	年

医療の 状況	【病歴】 【医療的ケアの要否】 <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他(_____) <small>※インスリン注射の場合 注射の回数 _____ 薬量管理への切り替えの検討有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</small>
-----------	--

日常生活 自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック) <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 <input type="checkbox"/> Ⅱc <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック) <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 <input type="checkbox"/> Ⅱc <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2
-------------	---

要介護 認定情報	要介護区分 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 認定期間 年 ____ 月 ____ 日 ~ 年 ____ 月 ____ 日 介護者の状況 要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護・要支援区分 _____ 心身の障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害等の種類 _____ その他疾病有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 疾病等の種類 _____
-------------	--

現在利用 している サービス (※)種類・額度 を明記	介護保険 制度 居宅サービス 利用限度額割合 <input type="checkbox"/> 100%以上 <input type="checkbox"/> 80%以上 <input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 60%未満 介護保険 制度以外
---	--

その他 特記事項	
-------------	--

現行

様式4

要介護1又は要介護2の方の特別養護老人ホーム入居に係るケアマネジャー等意見書

施設長あて
意見書作成者 _____ 印 (_____)
所属事業所等 _____
連絡先電話番号 _____
平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

次の特別養護老人ホーム入居申込書について、川崎市特別養護老人ホーム入居指針の規定に基づき意見を提出します。

本人氏名	生年月日	年 月 日
介護保険 被保険者番号	住所	

特別入居要件 該当有無 (複数可)	<input type="checkbox"/> ① 認知症である者であって、日常生活に支障を及ぼすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られる。 <input type="checkbox"/> ② 知的障害・精神障害等を併い、日常生活に支障を及ぼすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られる。 <input type="checkbox"/> ③ 家族等による深刻な虐待が認められること等により、心身の安全・安心・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> ④ 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。 <input type="checkbox"/> ⑤ 介護者がいない、介護者が高齢又は高齢である等により支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。
特別入居要件 に該当する 理由・症状等	

生活歴・ 生活状況	家族構成等
在宅(又は現在の施設等)での介護期間	年

医療の 状況	【病歴】 【医療的ケアの要否】 <input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀たん吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他(_____) <small>※インスリン注射の場合 注射の回数 _____ 薬量管理への切り替えの検討有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</small>
-----------	--

日常生活 自立度	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック) <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 <input type="checkbox"/> Ⅱc <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 障害高齢者の日常生活自立度(該当するものにチェック) <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 <input type="checkbox"/> Ⅱc <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2
-------------	---

要介護 認定情報	要介護区分 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 認定期間 年 ____ 月 ____ 日 ~ 年 ____ 月 ____ 日 介護者の状況 要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護・要支援区分 _____ 心身の障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 障害等の種類 _____ その他疾病有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 疾病等の種類 _____
-------------	--

現在利用 している サービ ス (※)種類・額度 を明記	介護保険 制度 居宅サービス 利用限度額割合 <input type="checkbox"/> 100%以上 <input type="checkbox"/> 80%以上 <input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 60%未満 介護保険 制度以外
---	--

その他 特記事項	
-------------	--

改正後

様式5 川崎市 特別養護老人ホーム申込状況変更(辞退)届 平成 年 月 日

※太線枠内の項目は必ず記入してください。それ以外の項目については、変更の場合は内容の変更が生じた箇所のみ記入してください。辞退の場合は、「入居申込みを辞退する理由」欄のみ記入してください。

提出した川崎市特別養護老人ホーム入居申込書について(内容の変更・辞退)がありましたので届出します。
(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係	
	氏名		
	〒		
連絡先	電話番号	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ	

保険者番号	<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他()
被保険者番号	
フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
住所	〒
電話番号	()

	変更前	変更後
入居希望施設名 ※原則5施設まで ※1施設のみの変更でも希望する全ての施設をご記入ください。	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5

居室タイプ 多居室を希望 個室を希望 どちらでもよい

要介護度 要介護3 要介護4 要介護5
[認定有効期間] 平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで
※申請中の場合(申請日平成 年 月 日)

※要介護1又は要介護2の方へ
様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。

要介護1 要介護2
[認定有効期間] 平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで
※申請中の場合(申請日平成 年 月 日)

待機場所 1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院・診療所
 4. 養護老人ホーム 5. その他 ()
※2~5の場合 施設などの名称 ()
※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日) 利用年月日(平成 年 月 日)

入居を希望する理由
あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。
 1. 介護するものがない。
 2. 介護するものはいれるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。
 3. 介護するものはいれるが、次の理由により十分な介護ができない(複数選択可)。
 就労中 複数介護 育児中
 4. 介護するものはいれるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。(パート就労等による時間拘束等)

認知症等による症状
生活状況等調査書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。
 1. 「時々ある」が1項目以上 2. 「常にある」が1項目以上

入居申込みを辞退する理由(入居申込みの辞退を希望される方のみ御記入ください。)
 1. 市内の特別養護老人ホームに入居したため。(施設名)
 2. 市外の特別養護老人ホームに入居したため。(施設名)
 3. 1・2以外の施設、病院等へ入所、入院したため。(施設・病院名)
 4. 在宅での生活を継続するため。
 5. 要介護状態区分等が自立若しくは要支援1又は要支援2と認定されたため。
 6. 死亡のため。
 7. その他 ()

現行

様式5 川崎市 特別養護老人ホーム申込状況変更(辞退)届 平成 年 月 日

※太線枠内の項目は必ず記入してください。それ以外の項目については、内容の変更が生じた箇所のみ記入してください。

施設名

施設長様
提出した川崎市特別養護老人ホーム入居申込書について(内容の変更・辞退)がありましたので、届出します。
(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ	入居希望者との関係	
	氏名		
	〒		
連絡先	電話番号	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ	

また、本申込書を、待機者数等の情報を把握し、川崎市の今後の施策に反映させるための資料に利用することを承諾します。

保険者番号	<input type="checkbox"/> 1. 川崎市 <input type="checkbox"/> 2. その他()
被保険者番号	入居希望 <input type="checkbox"/> 多居室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> 個室を希望
フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
住所	〒
電話番号	()

要介護度 要介護3 要介護4 要介護5
[認定有効期間] 平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで
※申請中の場合(申請日平成 年 月 日)

※要介護1又は要介護2の方へ
様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。

要介護1 要介護2
[認定有効期間] 平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで
※申請中の場合(申請日平成 年 月 日)

入居希望時期 1. なるべく早く入居したい 2. いずれ入居したい
理由: ()

待機場所 1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院・診療所
 4. 養護老人ホーム 5. その他 ()
※2~5の場合 施設などの名称 ()
※2~5の場合 入居・入院年月日(平成 年 月 日) 利用年月日(平成 年 月 日)

入居を希望する理由
あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。
 1. 介護するものがない。
 2. 介護するものはいれるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。
 3. 介護するものはいれるが、就労中、複数介護、育児中により、十分な介護ができない。
 4. 介護するものはいれるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。(パート就労等による時間拘束等)

認知症等による症状
生活状況等調査書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。
 1. 「時々ある」が1項目以上 2. 「常にある」が1項目以上

入居申込みを辞退する理由(入居申込みの辞退を希望される方のみ御記入ください。)
 1. 市内の特別養護老人ホームに入居したため。(施設名)
 2. 市外の特別養護老人ホームに入居したため。(施設名)
 3. 1・2以外の施設、病院等へ入所、入院したため。(施設・病院名)
 4. 在宅での生活を継続するため。
 5. 要介護状態区分等が自立若しくは要支援1又は要支援2と認定されたため。
 6. 死亡のため。
 7. その他 ()

様式6

同意書

川崎市長あて

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出に伴い、次に掲げる事項の内容が申込書に記載した内容と相違している場合、川崎市が保有している、各事項について、入居申込書を提出した施設に提供することに同意します。

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 介護保険被保険者番号 | 2. 氏名 |
| 3. 住所 | 4. 性別 |
| 5. 生年月日、年齢 | 6. 要介護度 |
| 7. 要介護認定・要支援認定の有効期間 | |
| 8. 介護保険サービス利用状況 | 9. 介護保険資格情報 |

平成 年 月 日

入居希望者

住所

氏名

印

同意書を必要とする理由

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出後、記載された各項目について、変更、相違が生じた場合に、より正確な情報の把握を行うことにより、必要度に応じた入居判定の適正及び公平性、また円滑な入居判定の実施を図るために、川崎市から上記に示された各事項の範囲内において、入居申込書を提出した施設に対し情報提供を行うものです。

(ただし、川崎市在住の方のみの情報提供になります。)

様式6

同意書

川崎市長あて

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出に伴い、次に掲げる事項の内容が申込書に記載した内容と相違している場合、川崎市が保有している、各事項について、入居申込書を提出した施設に提供することに同意します。

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 介護保険被保険者番号 | 2. 氏名 |
| 3. 住所 | 4. 性別 |
| 5. 生年月日、年齢 | 6. 要介護度 |
| 7. 要介護認定・要支援認定の有効期間 | |
| 8. 介護保険サービス利用状況 | 9. 介護保険資格情報 |

平成 年 月 日

入居希望者

住所

氏名

印

同意書を必要とする理由

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出後、記載された各項目について、変更、相違が生じた場合に、より正確な情報の把握を行うことにより、必要度に応じた入居判定の適正及び公平性、また円滑な入居判定の実施を図るために、川崎市から上記に示された各事項の範囲内において、入居申込書を提出した施設に対し情報提供を行うものです。

(ただし、川崎市在住の方のみの情報提供になります。)

「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針（案）」 への御意見を募集します。

川崎市は近隣の他都市と比較して子育て世代が多く住まう若いまちですが、一方で確実に高齢化も進んでいます。2025年前後には本市でも人口のうちに占める高齢者の割合が21%を超える超高齢社会を迎えているものと推測しています。

このような傾向と並行して、要介護認定を受けている方も年々増加し、市内にある特別養護老人ホームへ入居を希望される方も増加しています。

入居申込手続きの簡素化や真に入居を希望される方への配慮、入居申込者数の正確な把握等、早期入居の実現を目指すための取組みの一環として、入退居指針の改正を行う予定です。このたび指針（案）をとりまとめましたので、広く市民の皆様の御意見を募集いたします。

1 意見の募集について

- (1) 期間 平成30年6月1日（金）から平成30年7月2日（月）まで
 ※郵送の場合は当日消印有効です。
 ※直接お持ちになる場合は、土日祝日を除き、6月29日までの8：30から17：15までの時間帯でお願いします。
- (2) 資料の閲覧場所
 各区役所、かわさき情報プラザ、川崎市健康福祉局高齢者事業推進課
 ※市のホームページからも資料をダウンロードしていただけます。
- (3) 意見の提出方法
 ア 郵送 イ FAX ウ 持参
 エ 電子メール（市ホームページのパブリックコメントの専用フォーム利用）
- (4) 提出先 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
 川崎市役所健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課
 FAX番号：044-200-3926

2 注意事項

- (1) いただきました御意見について個別の回答はいたしませんので、御了承ください。御意見の概要とこれに対する市の考え方を上記1(2)と同じ場所で公表いたします。
- (2) 記載いただきました個人情報については、提出された御意見の内容を確認する場合に利用します。また、個人情報は川崎市個人情報保護条例に基づき厳重に保護・管理されます。
- (3) 御意見の概要等を公表する際に、個人情報を公開することはありません。
- (4) 電話又は口頭での御意見の提出は御遠慮願います。

3 意見募集に関するお問い合わせ先

上記1(4)の「健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課」
 電話：044-200-2454 までお願いします。