

## 川崎市高齢者在宅サービス事業に係る様式を定める要領

### (目的)

第1条 この要領は、川崎市ねたきり高齢者等紙おむつ及び日常生活用具給付事業、川崎市在宅ねたきり高齢者寝具乾燥事業、川崎市養護老人緊急一時入所事業、川崎市老人福祉電話設置相談事業及び川崎市在宅高齢者訪問理美容サービス事業（以下「各事業」という。）に係る様式を定めるものとする。

### (利用の申出)

第2条 各事業における利用の申出は、「高齢者在宅サービス利用申出書（共通第1号様式）」により行うものとする。

### (高齢者台帳等)

第3条 各事業において利用の申出があった場合には、必要に応じて面接の結果等を「高齢者台帳（共通第2号様式）」により記録するものとする。

2 前項の記録以外であって、継続して各事業を利用する者に関する事項や、その他高齢者福祉業務全般において対応した重要な事項等については、「対応記録票（共通第3号様式）」により記録するものとする。

### (調査票)

第4条 各事業において利用の申出があった場合には、対象者の状況等を調査するにあたり、必要に応じて「調査票（共通第4号様式）」を使用するものとする。

### (変更・停止・廃止の申出)

第5条 各事業において利用の変更・停止・廃止の申出は、「高齢者在宅サービス変更・廃止等申出書（共通第5号様式）」により行うものとする。

### 附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

### 附 則

#### (施行期日)

1 この要領は、平成31年1月1日から施行する。

#### (経過措置)

2 改正前の要領の規定により作成した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正等した上、引き続きこれを使用することができる。

### 附 則

#### (施行期日)

1 この要領は、令和2年10月1日から施行する。

#### (経過措置)

2 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正等した上、引き続きこれを使用することができる。

### 附 則

#### (施行期日)

1 この要領は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正等した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の要領の規定により調製した帳票で現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正等した上、引き続きこれを使用することができる。

## 高齢者在宅サービス利用申出書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(宛先) 川崎市長

申出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( ) \_\_\_\_\_

次の在宅サービスの利用を申し出ます。申出にあたり、利用者の状況に応じた適切な在宅サービスを提供するため、利用者基本情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号・世帯状況・要介護度・介護認定に係る主治医意見書の内容）及びサービス提供内容（サービス内容・利用料等認定事項）について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

また、事業の実施に必要な川崎市における住民登録・市税・介護保険・生活保護・障害福祉状況の調査について委任します。

※施設入所及び入院（おおむね1か月以上）等の在宅の要件を満たさない事由が発生した場合は、停止・廃止の申出をしてください。

利用者	住所	川崎市 区 _____											
	フリガナ 氏名						電話 ( ) _____	生年月日		年 ____月 ____日			
	介護保険 被保険者番号												
該当するサービスに <u>チェック</u> ■してください。													
1 日常生活用具の給付 <input type="checkbox"/> 紙おむつ (希望事業者 _____) <input type="checkbox"/> 自動消火器 (希望事業者 _____) <input type="checkbox"/> 電磁調理器 (希望事業者 _____)													
2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥													
3 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス													
4 <input type="checkbox"/> 養護老人緊急一時入所 (施設名 : _____)													
利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)										介護保険料段階	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他											
	所得状況	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					中国残留邦人生活支援給付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
本人市民税課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税													

【裏面にも記入項目があります】

家族状況（本人に代わり連絡を受けたい場合は右の代理欄に○をしてください。）

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	同居 別居	住所・電話番号 (同居の場合は住所の記入は 不要です。)	代理
		年 月 日	同居 別居	電話 ( )	
		年 月 日	同居 別居	電話 ( )	
		年 月 日	同居 別居	電話 ( )	
		年 月 日	同居 別居	電話 ( )	
		年 月 日	同居 別居	電話 ( )	

居宅介護支援事業所 :	受付印
電話 担当者	
地域包括支援センター :	
電話 担当者	
備考欄 ※備考欄は記入しないでください。	

# 高齢者福祉サービス利用台帳

No	高齢者福祉サービス	利用開始年月日
1	日常生活用具給付事業（事業者名：） □ 紙おむつ □ 自動消火器 □ 電磁調理器	年 月 日
2	寝具乾燥事業	年 月 日
3	福祉電話相談事業	年 月 日
4	訪問理美容サービス事業	年 月 日
5	徘徊高齢者発見システム事業	年 月 日
6	要介護者生活支援ヘルパー派遣事業（事業者名：）	年 月 日
7	緊急通報システム事業（事業者名：） □ 携帯型 □ 自宅設置型緊急ペンダントのみ □ 自宅設置型付加サービス （ □ 火災センサー □ ガスセンサー □ 生活リズムセンサー ）	年 月 日
8	生活支援型食事サービス事業（事業者名：）	年 月 日
9	外出支援サービス事業	年 月 日
10	ひとり暮らし等高齢者見守り事業	年 月 日
11	住宅改造費助成事業	年 月 日
12	住替え家賃助成制度	年 月 日
13	外国人高齢者福祉手当	年 月 日
14	その他 （ ） （ ）	年 月 日 年 月 日
	施設入所 （ ）	（申請） 年 月 日 （入所） 年 月 日

共通第2号様式

受付NO \_\_\_\_\_  
面接年月日 . . .

面接者	合議	係長	課長

## 高齢者台帳（面接記録票）

高齢者本人	フリガナ		性別・年齢	男・女（ 歳）
	氏名		生年月日	M. T. S. 年 月 日
	介護保険被保険者番号			
	住所	川崎市 区		電話（ ）

本人の状況	認定状況	□自立 □要支援（1 2） □要介護（1 2 3 4 5）		
	年月日	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	再認定結果	□自立 □要支援（1 2） □要介護（1 2 3 4 5）		
	年月日	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	再認定結果	□自立 □要支援（1 2） □要介護（1 2 3 4 5）		
	年月日	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	世帯状況	□ひとり暮らし □高齢者世帯 □日中独居 □その他		
障害の状況	種 級 障害名（ ）			
疾病の状況	□在宅 □入院（ . . ~ ） □通院 □往診 病名（ ） 医療機関名 電話 既往症（ ） （ ）			
かかりつけ医	医療機関名 電話（ ） 主治医			

来所者	氏名	続柄	住所
			電話（ ）

居宅介護支援事業所：	電話（ ）	担当者
地域包括支援センター：	電話（ ）	担当者

家族の状況	氏名	続柄	同居	性別	生年月日	職業・住所・電話番号等
					・	
					・	
					・	
					・	
緊急連絡先	氏名	続柄	同居	住所・電話番号等		
				電話 ( )		
				電話 ( )		
家族構成図	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>				(近隣の支援状況)	
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> </div>					
介護の状況	介護力	<input type="checkbox"/> 弱 (ひとり暮らしであり、近隣に介護者がいない。) <input type="checkbox"/> やや弱 (介護者はいるが、高齢者・病弱・有識など困難な状況がある。) <input type="checkbox"/> やや強 (介護者がひとり) <input type="checkbox"/> 強 (介護者に特に困難がなく、さらに定期的な副介護者がいる。)				
	介護者	主介護者 ( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他 ) 副介護者 ( <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他 )				
	主介護者	(氏名)	(住所)			
	副介護者	(氏名)	(住所)			
	介護者及び家族の考え					
	本人の考え					
所得状況・保険	生保適用	無 ・ 有 (生活保護開始日 ・ ・ )				
	年金等	国民・厚生・共済・恩給・その他 ( ) (年額 円)				
	課税状況	本人	<input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 所得税課税			
		生計中心者	<input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 市民税課税 <input type="checkbox"/> 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 所得税課税			
健康保険	国保・後期高齢・社保・生活保護・その他 ( ) — ( 本人・家族 )					
住居	<input type="checkbox"/> 一戸建 (持家・賃貸) <input type="checkbox"/> マンション (持家・賃貸) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 間借り <input type="checkbox"/> 公営住宅 (市営・県営) <input type="checkbox"/> 公社・公団 (持家・賃貸) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	家賃	月額	円	市内居住年月日	・	

相談内容	来所目的 (主訴)
	経過・状況等
	相談結果・方針



調査票①

対象者				記入日	年 月 日		調査員名				
身体 の 状 況	視 力	1 普通 2 やや悪い		3 人や物の動きが分かる		4 ほとんど見えない					
	聴 力	1 普通 2 大声で聴こえる		3 耳元で大声で聴こえる		4 ほとんど聴こえない					
	言 語	1 普通 2 聴きとり難い		3 聴きとれない		4 ほとんど話せない					
	特記事項										
基 本 動 作	寝 返 り	1 自立 ( )		2 一部介助 ( )		3 全介助					
	起き上がり	1 自立 ( )		2 一部介助 ( )		3 全介助					
	座位保持	1 自立 ( )		2 一部介助 ( )		3 全介助					
	立ち上がり	1 自立 ( )		2 一部介助 ( )		3 全介助					
	立位保持	1 自立 ( )		2 一部介助 ( )		3 全介助					
日 常 生 活 動 作 能 力 及 び 介 護 状 況	歩 行	1 自立 2 杖・歩行器使用により可 (種類 )									
		3 つかまり歩き・歩行介助			4 車椅子使用			5 歩けない			
		行動範囲	1 単独外出		2 家の周り		3 屋内のみ		4 床の上		
	4 の場合 床上動作		1 腰掛足投出		2 座位介助		3 寝返り (可・不可)				
	食 事	1 箸・スプーン 使用自立 2 手づかみ 3 全介助									
		食事形態	主食		1 常食 2 半粥 3 全粥		4 ミキサー		5 流動		
			副食		1 常菜 2 刻み 3 みじん		4 ミキサー				
		アレルギー	1 な し		2 あ り ( )						
		義 歯	1 総入れ歯		2 上のみ		3 下のみ		4 一部		5 なし
	特記事項										
	排 泄	1 自立 2 介助にて 3 尿器・ポータブル 4 おむつ使用 便器使用可 使用 (自立・介助) (夜間のみ・一日中)									
		失 禁	1 有 2 無	尿 意		1 有 2 無	便 意		1 有 2 無	便 秘	1 有 2 無
		特記事項									
	更 衣	1 自立		2 一部介助 ( )				3 全介助			
	入 浴	1 自立		2 一部介助 ( )				3 全介助			
在宅での入浴		1 一週間に		回 (入浴・シャワー・清拭)		2 入浴サービス					
特記事項											
整 容	1 洗 顔 (可・不可)			2 歯磨き・義歯洗い (可・不可)							
	3 身だしなみ (可・不可)			4 うがい・口ゆすぎ (可・不可)							
洗 濯	下着、ハンカチ等の小物を洗うことが 1 できる 2 できない										
金銭管理	1 できる		2 一部できる		3 できない						
	特記事項										



調査票②

対象者		記入日	年 月 日	調査員名
本人の生活状況	1 日の様子	・起床（ 時ごろ） → 朝食（ 時ごろ） → 昼食（ 時頃） → 夕食（ 時ごろ） → 就寝（ 時ごろ） ・日中はどんなことをして過ごしていますか。 （ ）		
	睡眠	1 よく眠れる      2 夜間に起きる      3 余り眠れない		
	嗜好	1 アルコール（ ）      2 タバコ（ ）		
	健康状態	病名 通院先 服薬管理    1 できる    2 一部できる（ ）    3 できない		
精神の状況	* 本人からの聞き取り			
	記憶	1 名前（可・不可）    2 年齢（可・不可）    3 生年月日（可・不可） 4 出生地（可・不可）		
	意識	1 今日の日付（可・不可）    2 現住所（可・不可） 3 いま世話をしてくれる人は誰ですか。    （可・不可） 4 誰と住んでいますか。    （可・不可） 5 体の悪いところがありますか。    （可・不可）		
	* 該当する項目に○を付け、その状態を特記事項に記入する。			
	1 意思の疎通    2 物忘れ    3 多弁    4 独語    5 過食    6 拒食    7 大声 8 昼夜の区別    9 虚作話    10 性的異常行動    11 自分の物と他人の物の区別 12 そう・うつ    13 徘徊    14 幻覚・幻聴    15 けいれん発作    16 被害妄想 17 弄便（便をいたずらす）    18 弄火（火をいたずらす）    19 外出時の迷子    20 攻撃的行動 21 自殺企画（自殺をするような言動）    22 寡黙    23 好訴    24 盗癖    25 その他			
特記事項				
理解度	1 一度言えば理解して忘れない    2 理解するが忘れやすい    3 理解するがすぐ忘れる 4 容易に理解できない（理解力が著しく低下している） 5 全く理解できない（反応が全くない）			
その他	近所付き合い	1 良く面倒をみてもらう    2 ときどき    3 あいさつ程度    4 交流なし		
	道路状況	1 問題なし    2 車往来多い    3 坂道あり    4 段差あり    5 歩道の整備状況悪い		
調査結果	1 適当と認める    2 不适当と認める			
	所見			

## 高齢者在宅サービス変更・廃止等申出書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(宛先) 川崎市長

申出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( )

次の高齢者在宅サービスを（変更・停止・停止解除・廃止）したいので申し出ます。

また、停止又は廃止の処理に伴い、利用者基本情報（住所・氏名・性別・生年月日・電話番号・世帯状況・要介護度・介護認定に係る主治医意見書の内容）及びサービス提供内容（サービス内容・利用料等認定事項）について、地域包括支援センター、サービス事業者、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者	住所	川崎市 区														
	フリガナ 氏名						電話									
							生年月日	年	月	日						
	介護保険	被保険者番号														
申出事由	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 要介護度対象外	<input type="checkbox"/> 事業者変更 ( 新事業者 )													
	<input type="checkbox"/> 入院	( 病院・施設名 )					<input type="checkbox"/> 市外転出	( 新住所 )								
	<input type="checkbox"/> 入所						<input type="checkbox"/> 市内転居									
	<input type="checkbox"/> その他	( )														
	事由発生日		年	月	日											
<p>該当するサービスに<u>チェック</u>■してください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 <input type="checkbox"/>日常生活用具の給付（紙おむつ）</td> <td style="width: 50%;">3 <input type="checkbox"/>福祉電話</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/>寝具乾燥</td> <td>4 <input type="checkbox"/>訪問理美容サービス</td> </tr> </table>													1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付（紙おむつ）	3 <input type="checkbox"/> 福祉電話	2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス
1 <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付（紙おむつ）	3 <input type="checkbox"/> 福祉電話															
2 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥	4 <input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス															
居宅介護支援事業者：										受付印						
電話 ( ) 担当者																
地域包括支援センター：										受付印						
電話 ( ) 担当者																