

10 特別養護老人ホーム入居申込手続きの変更について

1 特別養護老人ホーム入居要件の変更

○特別養護老人ホーム入居要件の変更

介護保険法の改正により、平成27年4月1日以降、特別養護老人ホームの入居者が以下の方に限定されます。

- ④ 要介護3～5の方
- ⑤ 要介護1・2であって、その心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、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方（「特例入居対象者」）

○「特例入居」の基準

要介護1・2の方が「特例入居対象者」と見なされるためには、以下の状態に該当する方である必要があります。

《【川崎版】特例入居の基準（以下のいずれかに該当）》

1. 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。

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。
--

2. 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。

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。
--

3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難となっている。
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。
5. 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。

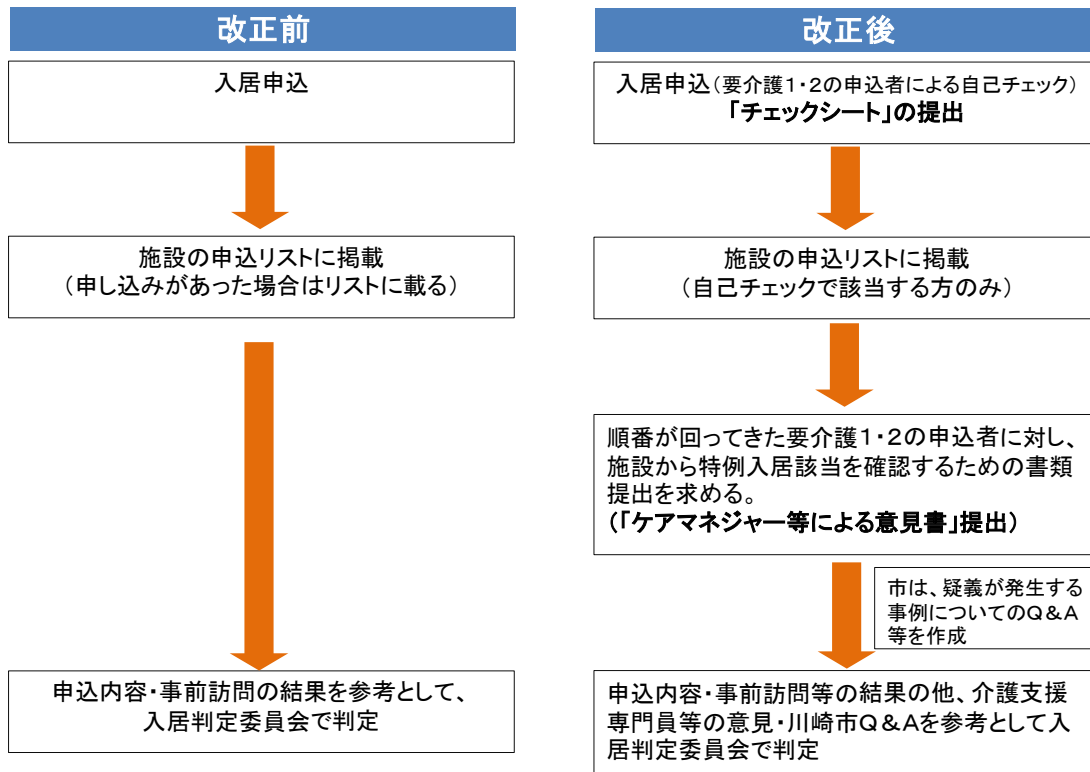
※ 上記の基準は国が示した指針に基づき、川崎市が独自に設定したものになります。他市町村に所在する特別養護老人ホームに入居申込を行う場合は上記とは異なる基準が適用されますのでご注意ください。

○ 申込手続の変更

今回の改正に伴い、要介護1・2の方が特別養護老人ホームへの入居申込を行う場合の手続きが変更されます。

なお、平成26年3月末までに申込をいただいている要介護1・2の方については、再手続きは不要とします。

《要介護1・2の方の申込手続イメージ》



※ 「チェックシート」「ケアマネジャー等による意見書」の様式は、参考添付の「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」を参照してください。

2 その他変更点

○ 配点の見直し

居宅での生活が困難な中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化を図ることを目的とした今回の制度改正を受け、入居優先順位の目安とするための配点の見直しを行いました。

《配点の変更点》

- ① 「認知症等による症状（暴力・自傷行為・火の不始末・徘徊・異食など）」がある場合の加点を厚くする。
- ② 「介護者がいない」「介護者が要支援・要介護、高齢等により十分な介護ができない」場合の加点を厚くする。

川崎市特別養護老人ホーム入退居指針（本文）
新旧対照表

改正後	現行
川崎市特別養護老人ホーム入退居指針	川崎市特別養護老人ホーム入退居指針
<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>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）、生活状況等調書（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>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。</p>	<p>3 入居対象者 入居対象者は、要介護度が1～5と認定された者で、常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者とする。</p>
<p><u>（1）要介護3から要介護5までの要介護者</u></p>	
<p><u>（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</u></p>	
<p>4 特例入居</p>	
<p><u>（1）特例入居の要件</u> 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><u>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。</u></p>	

改正後	現行
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p>(2) 特例入居に係る手続</p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p><u>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。</u></p>	
<p>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・</p>	<p>4 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、6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、入居の決定を行うとともに、9に掲げる退居検討・決定等の考え方(9(1)アを除く)により、</p>

改正後	現行
<p>決定等の考え方（1.1(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>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 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>5 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。</p>
<p>7 入居順位の考え方</p>	<p>6 入居順位の考え方</p>
<p>(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。</p>	<p>(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、点数の高い者を上位として扱うものとする。</p>
<p>ア 本人の状況（要介護度等）</p>	<p>ア 本人の状況（要介護度等）</p>
<p>イ 介護者の状況</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>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】 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>(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。</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） （<u>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</u></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者であること） （指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準省令第16条第3項）</p>

改正後	現行
<p align="center"><u>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)</u></p>	
<p>イ 年齢の高い方</p>	<p>イ 年齢の高い者</p>
<p>(3)【その他施設で考慮する個別事情】</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>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>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>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>エ その他配慮しなければならない個別事情</p>
<p><u>8</u> 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、<u>7</u>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>7 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、<u>6</u>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、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>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</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>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>ウ 長期入院後の再入居希望者。入院が3ヶ月を超えた者で、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>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><u>9</u> 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。</p>	
<p><u>10</u> 入居辞退者の取扱い</p>	<p>8 入居辞退者の取扱い</p>

改正後	現行
<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>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>1.1 退居検討・決定等の考え方</p>	<p>9 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>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>(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>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>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>① 入居者及び家族等が退居を希望している場合</p>	<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>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>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>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>(2)【退居に関する留意事項】</p>

改正後	現行
<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>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>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>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。</p>	<p>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。</p>
<p>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>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 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>1.0 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。</p>
<p>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に他を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>1.1 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に他を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>

改正後	現行
<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>1.2 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>1.5 入退居指針の施行及び経過措置</p> <p>この入退居指針は、平成27年4月1日から施行する。</p> <p>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>1.3 入退居指針の施行</p> <p>この入退居指針は、平成24年2月1日から施行する。</p>

改正後		現行	
別 表		別 表	
1. 本人の状態（要介護度等）		1. 本人の状態（要介護度等）	
要介護5	30点	要介護5	30点
要介護4	25点	要介護4	25点
要介護3	20点	要介護3	20点
要介護2	15点	要介護2	10点
要介護1	10点	要介護1	5点
認知症等の症状により次の加算がされる		要介護1～3については次の加算がされる	
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「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	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		2. 介護者の状態	
介護する者がいない。 <u>（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。）</u>	40点	介護する者がいない。	35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、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、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。	25点
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	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）	15点

改正後	現行
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

施設長様

特別養護老人ホームに入居したいので、次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 氏名 住所 連絡先 (電話番号, 携帯番号) 入居希望者との関係

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。

入居希望者本人 入所希望施設名 保険者番号 被保険者番号 フリガナ 氏名 住所 電話番号 要介護度 入居希望時期 待機場所 入居を希望する理由 認知症等による症状

※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。

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 氏名 住所 連絡先 (電話番号, 携帯番号) 入居希望者との関係

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。

入居希望者 入所希望施設名 保険者番号 被保険者番号 フリガナ 氏名 住所 電話番号 要介護度 入居希望時期 待機場所 入居を希望する理由 認知症等による症状

※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2

生活状況等調査

※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	

認知症等による症状

* 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。

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

疾病の状況

* 現在治療中の病気・今までかかった病気

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 朝 昼 夕 就寝前
 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 日中 夜間

現行

様式2

生活状況等調査

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況

身体 の 状況	食事	1 自立	2 一部介助	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	1 自立	2 一部介助	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	1 自立	2 一部介助	3 全介助	4 行っていない (清拭など)
	着脱衣	1 自立	2 一部介助	3 全介助	
	移動	1 自立	2 一部介助	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	1 普通	2 やや悪い	3 人の動きがわかる程度	
	聴力	1 普通	2 やや悪い	3 大声が聞き取れる	[補聴器 <input type="checkbox"/> 使用]
	言語	1 普通	2 聞き取りにくい	3 聞き取れない	

認知症等による症状

1 認知症等の症状が見られるも、日常生活はほぼ自立している。
 2 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、介護を必要とする。
 3 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常時介護を必要とする。

* 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)

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

疾病の状況

* 現在治療中の病気・今までかかった病気

病名	医療機関	治療中	既往症
		年 月～	年頃
		年 月～	年頃
		年 月～	年頃

医療的処置

1 経管栄養	2 人工肛門	3 胃ろう	4 インシュリン注射
5 カテーテル等	6 たん吸引(昼・夜)	7 その他 ()	

改正後

様式2 (2枚目)

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 マネージャー等	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 程度)						
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 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 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 程度) 宿泊 (月 程度) 訪問 (月 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 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 当該施設のみ申込み						
	<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。						

現行

様式2 (2枚目)

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		男・女			同・別	
	1		男・女			同・別	
	2		男・女			同・別	
	3		男・女			同・別	
	4		男・女			同・別	
担当ケア マネージャー	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 ○をください。	居宅サービスを月何回くらい利用していますか。						
	1 訪問介護・訪問入浴介護・訪問リハビリテーション・夜間対応型訪問介護 (ホームヘルプサービス) (月 程度)						
	2 訪問看護・居宅療養管理指導 (月 程度)						
	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 程度)						
	4 短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ) (月 日程度)						
	5 小規模多機能型居宅介護 (月 程度)						
	6 その他 ()						
	7 利用していない 理由()						
他施設の 申込み状況	1 当該施設のみ申込み						
	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

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をいただいた場合、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お申し込みにご協力をお願いします。

- ◆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

改正後

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者について、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	

特例入居要件該当有無(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か月にかけて続いている。 <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。
特例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	(※)同居親族、キーパーソンを明記
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() ※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) <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 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"/> 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 要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護・要支援区分 介護者の状況 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 在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

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

※本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。

入居希望者本人	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"/> 多床室を希望 <input type="checkbox"/> どちらでもよい 居室 <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	<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 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。 <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 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日)
	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 施設などの名称 () ※2~5の場合 入居・入院年利用年月日 (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。 <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、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	
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 ()	

改正後

現行

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。)

川崎市内の特別養護老人ホームへの入居申込の流れ（概要版）

H27. 4. 1 川崎市高齢者事業推進課

1. 要介護3～要介護5の方

(1) 施設を選ぶ・探す

川崎市ホームページに掲載している「特別養護老人ホーム一覧」や、各区役所等にて配布している「高齢期の住まいガイド」などを参考にいただき、入居希望施設を選んでください。

また、施設によって居室（個室・4人部屋）の構成なども異なるのでご注意ください。

(2) 入居申込（希望者⇒施設）

次の提出書類を作成し、入居を希望している施設ごとに直接提出してください。

郵送による申込も可能です。郵送先は「特別養護老人ホーム一覧」を参照してください。

〈提出書類〉

・「様式1 川崎市特別養護老人ホーム入居申込書」、「様式2 生活状況等調書」、「同意書」

(3) 入居申込書の受理

各施設が入居申込書を受理し、川崎市が入居判定の透明性・公平性を確保するために定めた「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」に基づき、施設が入居申込者の名簿（優先順位順）を作成します。

申込内容に不備、不明点がある場合には、施設から問い合わせが入る場合があります。

(4) 入居判定に当たっての調査

優先順位が上位となった方には、施設から連絡が入り、事前に面接・訪問調査が実施される場合があります。

(5) 入居判定委員会

申込内容や事前の調査結果をもとに、各施設が開催する「入居判定委員会」において、最終的な入居の決定が行われます。

(6) 入居決定

入居判定委員会の結果、入居が決定した方については、施設から連絡が入ります。

その後、具体的な入居日の調整や、諸手続きの案内があります。

2. 要介護1又は要介護2の方

(1) 申込要件の確認

要介護1又は要介護2の方は、申込書類作成の前に必ず「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」にて、自身が特別養護老人ホームの入居申込が可能であることを確認してください。

要件を満たさない方は、入居申込ができませんので、ご注意ください。

(2) 施設を選ぶ・探す

川崎市ホームページに掲載している「特別養護老人ホーム一覧」や、各区役所等にて配布している「高齢期の住まいガイド」などを参考にいただき、入居希望施設を選んでください。

また、施設によって居室（個室・4人部屋）の構成なども異なるのでご注意ください。

(3) 入居申込（希望者⇒施設）

次の提出書類を作成し、入居を希望している施設ごとに直接提出してください。

郵送による申込も可能です。郵送先は「特別養護老人ホーム一覧」を参照してください。

〈提出書類〉

・「様式1 川崎市特別養護老人ホーム入居申込書」、「様式2 生活状況等調書」
「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」、「同意書」

(4) 入居申込書の受理

各施設が入居申込書を受理し、川崎市が入居判定の透明性・公平性を確保するために定めた「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」に基づき、施設が入居申込者の名簿（優先順位順）を作成します。

申込内容に不備、不明点がある場合には、施設から問い合わせが入る場合があります。

(5) 入居判定に当たっての調査、意見書の提出

優先順位が上位となった方には、施設から連絡が入り、「様式4 川崎市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」の提出を依頼されますので、担当のケアマネジャー等に作成を依頼してください。

併せて、面接・訪問調査が実施される場合があります。

(6) 入居判定委員会

申込内容や事前の調査結果をもとに、各施設が開催する「入居判定委員会」において、最終的な入居の決定が行われます。

(7) 入居決定

入居判定委員会の結果、入居が決定した方については、施設から連絡が入ります。

その後、具体的な入居日の調整や、諸手続きの案内があります。

川崎市内に所在する特別養護老人ホームへの入居申込手続きについて

H27.4.1 川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

川崎市では、市内に所在する特別養護老人ホームで統一の入居申込書を使用しています。

入居の必要度の高い方から優先的に入居できるよう、要介護度、その他の内容を点数化し、入居優先度の評価を行います。

1 申し込みできる方（①または②に該当し、自宅での生活が困難な方）

- ① 介護保険の要介護認定が要介護3から5の方で、常に介護を必要とし、自宅では介護が困難な方
- ② 介護保険の要介護認定が要介護1または2の方で、申込書様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たしている方

2 申し込みの対象となる特別養護老人ホーム

「特別養護老人ホーム一覧」を参照してください。4人部屋が主体の「従来型」、居室は個室で、10名前後の個室を1ユニットとして居間などを共有スペースとする「ユニット型」の施設があります。

3 申し込み方法

次の提出書類を作成し、入居を希望されている施設ごとに直接提出してください。

（郵送による申込も可能です。郵送先は「特別養護老人ホーム一覧」を参照してください。）

＜提出書類＞

- 様式1 川崎市特別養護老人ホーム入居申込書（※1）
- 様式2 生活状況等調書（※2）
- 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（要介護1・2の方のみ提出）
同意書

（※1）必ず様式1の裏面に、「介護保険被保険者証」のコピーを張り付けてください。

介護保険被保険者証見本↓

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		住所	〒	給付期間	内容
番号		認定年月日			期間
住所		認定の有効期間			
フリガナ		区分支給限度基準額			
氏名		住宅サービス等			
生年月日		1月当たりサービスの種類	単位		
交付年月日		（うち特給支給限度額等）	種類支給限度基準額		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1413				
	川崎市				
		認定審査会の意見及びサービスの種類等の指定			

（※2）生活状況等調書の作成について

生活状況等調書の作成に当たっては、ケアプランを作成しているケアマネジャー（介護支援専門員）がいる場合は、必ず記入内容の確認・相談をしてください。

4 作成手順

- ① 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」で申込可否を確認（要介護1・2の方のみ）
- ② 「特別養護老人ホーム一覧」等で申込希望施設を探す
- ③ 様式1、様式2、同意書を作成 ⇒作成完了です

5 入居決定までの流れ

- ① 入居申込書の提出・受理（申込者⇒入居希望施設）
- ② 市が定める指針に基づき点数化を行い、各施設が入居順位名簿に登録
- ③ 入居順位が上位となった方への個別訪問・面接等（入居希望施設⇒申込者）
- ④ 各施設の「入居判定委員会」にて、点数及びその他個別の状況に基づき入居順位を決定（※）
- ⑤ 入居決定の連絡（入居希望施設⇒申込者）
- ⑥ 入居契約
- ⑦ 施設への入居

（※）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介護支援専門員等意見書」の追加提出について

要介護1又は要介護2の区分の方は、④の入居判定委員会に先立ち、様式4「川崎市特別養護老人ホーム入居に係る介護支援専門員等意見書」の提出が必要になります。提出が必要な時期になりましたら、施設から連絡が入りますので、ご用意のうえ提出をお願いいたします。

様式4「川崎市特別養護老人ホーム入居に係る介護支援専門員等意見書」については、ケアプランを作成しているケアマネジャーに作成を依頼してください。

施設入居等によって、ケアマネジャーの支援を受けることができない場合には、本人の状態を把握している方（介護者・家族は不可）が作成するようにしてください。

6 入居判定について

入居の必要度の高い方から優先的に入居できるよう、要介護度、その他の内容を点数化して、入居判定の参考としています。入居判定の詳細については、「川崎市特別養護老人ホーム入退居指針」を参照してください。

7 お申込後に状態が変わられた場合

入居申込をいただいた後、状態の変化や、介護者の変更、世帯構成の変化（家族と同居⇒独居 など）等があった場合については、様式5「入居申込状況変更（辞退）届」を、お申込いただいている施設全てに提出してください。

◀入居申込状況変更（辞退）届の提出が必要な場合▶

～状況の変更～

- 申込者の住所や連絡先が変わった場合
- 入居希望者（本人）の要介護度が変わった場合（※川崎市の介護保険証をお持ちの方以外）
- 待機場所に変更があった場合（例 在宅⇒病院 など）
- 入居を希望する理由に変更があった場合
- 認知症等による症状に変化があった場合（例 頻度が増えた など）

～申込の辞退～

- 何らかの理由により、入居の必要がなくなった場合

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				
	〒	□	□	□	
連絡先	電話番号	()	□ 終日	□ 日中のみ	□ 夜間のみ
	携帯電話	()	□ 終日	□ 日中のみ	□ 夜間のみ

1

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。

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1 [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。 <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)				
	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・入居利用年月日(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。 <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、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。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 2. 「常に」があるが1項目以上					

3

4

※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。

《記入要領》

① 申込者・連絡先

今回の申込に関する施設からの連絡や、川崎市が行う「入居意向調査」の調査票などの送付させていただきます。先となります。

② 入居希望施設名

「特別養護老人ホーム一覧」を参考に、入居希望施設名を1つ記入してください。
複数施設に同時にお申込みをいただく場合には、この欄を空欄としたまま他の項目を埋めていただき、コピーしてご利用いただくことも可能です。

③ 介護保険資格情報(保険者番号・被保険者番号 など)

「介護保険被保険者証」(下記参照)の情報を転記してください。
医療保険証の情報とは異なりますので、お間違えの無いようお願いいたします。

(一) 介護保険被保険者証 番号 住所 氏名 生年月日 性別 男・女 交付年月日 保険者番号 及び保険者の名称 川崎市		(二) 認定年月日 認定の有効期間 居宅サービス等 1月当たり サービスの種類 認定審査会の意見及びサービスの内容の指定 川崎市	(三) 給付制限 内容 期 別 種別 名称 種別 名称
--	--	---	--

④ 認知症等による症状

様式2「生活状況等調査書」の「認知症等による症状」を先にご確認ください。

生活状況等調査書

※この書類の作成にあたっては、担当の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																					
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。	<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	<p><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()</p> <p>※「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</p>																					

《記入要領》

生活状況等調査書の作成にあたって、ケアプランを作成しているケアマネジャー（がいる場合は、必ず記入内容などについて相談してください。

① 記入者氏名・関係

調査書の記入者氏名と、本人との関係を記入してください。

《本人の関係例》

「担当ケアマネジャー」「施設職員」「病院ソーシャルワーカー」「家族・介護者」など

② 認知症等による症状

過去6か月程度の状態を元に、該当する症状を選択してください。

「常にある」は週1回以上、「時々ある」は月1回以上の頻度で症状が現れる場合を目安としてください。

また、投薬等によって一時的に症状が治まっている場合には、様式2の2枚目「その他」にその旨を記載してください。

③ 医療的ケアの要否

入居希望者本人が必要とする医療的ケアのうち、該当するものを選択してください。

「インスリン注射」「喀たん吸引」を選択した場合は、下段の設問にも回答をお願いします。

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	①	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	②
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	③				
	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 回数 回程度)				
	<input type="checkbox"/> 2 訪問看護、居宅療養管理指導	(月 回数 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 回数 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 回数 回程度)			
		宿泊	(月 回数 回程度)			
		訪問	(月 回数 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 回数 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 当該施設のみ申込み					
	<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。					

《記入要領》

①家族状況

家族構成をご記入ください。
同居している家族の他、配偶者、子が別居している場合には、ご記入ください。(人数が多い場合は、支援が期待できる方の記載でも構いません。)
また、「同居別居」欄については、同居の場合は「同」、別居の場合は「別」を選択してください。

②就労・健康・障害など

家族状況に記入した家族について、以下のいずれかに該当し、介護に何らかの支障が出ている場合はその旨を記載してください。

- (1) 就労している(「就労」と記入) (2) 高齢による体力低下等(「高齢」と記入)
- (3) 要介護認定を受けている(要介護区分を記入 例「要介護1」)
- (4) 障害を有している(「障害」と記入) (5) 疾病等により健康を損なっている(疾病名等を記入)

③担当ケアマネジャー等

ケアプランを作成しているケアマネジャーがいる場合は、当該欄に記入してください。
なお、介護施設に入居している場合については、施設の担当者を記入してください。

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お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 (頁 格)
平成	年	月	日
		所属事業所等	
		連絡先電話番号	

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か月連続している。			
	<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					

《記入要領》

様式4「川崎市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」については、ケアプランを作成しているケアマネジャーに作成を依頼してください。

施設入居等によって、ケアマネジャーの支援を受けることができない場合には、本人の状態を把握している方(介護者・家族は不可)が作成するようにしてください。

1. 特列入居要件該当有無

過去6か月程度の状態に基づき、4つの選択肢から、該当するものにチェックをつけてください。(複数選択可)なお、「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」場合とは、1週間に1回程度それらの症状・行動等が見られる場合を目安としてください。

2. 特列入居要件に該当する理由・症状等

上の「特列入居要件該当有無」で①～⑤を選択した理由・具体的な状況等を記入してください。その際には、単に症状などを羅列するのではなく、どのような繋がりで現在の生活継続が困難になるかを分かるように記入してください。

【①②を選択した場合の留意事項】

具体的な症状(例 認知症の場合:徘徊、異食、火の不始末 等)と、その頻度は必ず記入してください。それらの症状と関係してどのような理由から施設入居を必要とするか、周辺環境、介護者の負担等を含めて記入するようにしてください。

【⑤を選択した場合の留意事項】

世帯構成や介護者の状況について記載するとともに、「必要な支援を受けることができない理由」「必要なサービス利用に結びつかない理由」について記載してください。

3. 生活歴・生活状況

介護期間については、自宅の場合は「本人が要介護状態又はそれと同等の状態となり、介護者が介護を行った通算の期間(独居の場合は、本人が要介護状態又はそれと同等の状態となつてからの期間)」を記入してください。施設等(介護保険施設、サービス付高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、その他これに準ずる施設等)に入居している場合は、「現在の施設等に入居してからの期間」を記入してください。

4. 家族構成等

本人との同居範囲、主介護者(キーパーソン)が分かるように記載してください。

5. 医療の状況(医療的ケアの要否)

「インスリン注射」を選択した場合には、注射の回数と、服薬管理への移行の検討有無を記入してください。

5. 日常生活自立度

該当するものを○で囲ってください。

6. 要介護認定情報

更新又は変更申請中の場合は、現時点で発行されている介護保険被保険者証(暫定被保険者証)に記載されている情報に基づき記入してください。

7. 介護者の状況

主たる介護者の状況を記入してください。

8. 現在利用しているサービス(介護保険制度)

現在利用している介護保険サービスの種類、頻度を記入してください。限度額超過により全額自己負担が発生している場合についても、超過分のサービスはこちらに計上してください。

9. 居宅サービス利用限度額割合

以下の式で求めた値が当てはまるものにチェックをつけてください。

<計算式>

直近の月の計画単位数(限度額超過分を含む) ÷ 利用限度単位数 = 居宅サービス利用限度額割合

10. 現在利用しているサービス(介護保険制度以外)

現在利用している介護保険制度以外の支援の種類、頻度を記入してください。市が実施している事業の他、活用されている地域資源等がある場合もこちらに記入してください。

11. その他特記事項

上記の項目以外に、本人・介護者の状況などで施設の入居判定に必要なと思われる情報がある場合に記入してください。

川崎市 特別養護老人ホーム申込状況変更(辞退)届

※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。)

同意書

申込者・連絡先 フリガナ 氏名 住所 電話番号

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。

入居希望者本人 保険者番号 被保険者番号 フリガナ 氏名 住所 電話番号 要介護度 入居希望時期 待機場所 入居を希望する理由 認知症等による症状 入居申込みを辞退する理由

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。)