

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	認定年月日	給付開始	内容
番号		認定の有効期間	～	開始年月日	開始年月日
住所		区分支給限度基準額		終了年月日	終了年月日
フリガナ		住宅サービス等		開始年月日	終了年月日
氏名		1月当たりサービスの種類	単位	開始年月日	終了年月日
生年月日		(うち特種支給限度基準額)	種別支給限度基準額	開始年月日	終了年月日
交付年月日				開始年月日	終了年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1413	認定審査会の意見及びサービスの種類	指定	介護保険施設等	種類
川崎市				種類	入居年月日 平成 年 月 日
				種類	退居年月日 平成 年 月 日
				種類	入居年月日 平成 年 月 日
				種類	退居年月日 平成 年 月 日

（※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	①	
	〒	〒	
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	入居希望施設名	② <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。 <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・入院利用年月日(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。(スマ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 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。

④ 認知症等による症状

様式2「生活状況等調書」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。

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"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
2	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
3	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
4	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
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											
	【病歴】															
医療の状況	【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
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

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。

申込者・連絡先 フリガナ 氏名 住所 連絡先 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

- 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。)