

特別養護老人ホーム入所申し込みのしおり

足立区では、区内特別養護老人ホームの入所手続きにあたり統一の申込書を使用しています。入所の必要度の高い方から入所できるよう、要介護度、その他の状況を点数化し、入所優先度の評価を行います。

1 申し込みできる方（ または に該当する方）

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
 介護保険の要介護認定が要介護1または2の方で、入所申込書に記載されている理由により在宅での生活が困難な方

2 申し込みの対象となる特別養護老人ホーム

「足立区特別養護老人ホーム一覧」(P.3)参照。4人部屋が主体の「従来型」と約10人を1ユニットとして、居室は個室、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

入所申込書（裏面介護支援専門員等の欄を含む）を記入し、第一希望の施設に提出してください。
 「介護支援専門員等の特記事項」はご本人の居場所により、記入担当者が異なります。（下表参照）

		介護サービス受給状況	意見書の記入の依頼先
ご本人の居場所	在宅	介護保険サービスを受けている、受けたことがある	担当のケアマネジャー（介護支援専門員）
		介護保険サービスを受けていない、ケアマネジャーがいない	担当地域の地域包括支援センター（P.4参照）で状況を話して、記入してもらってください。
	入院中	入院前に介護保険サービスを受けていた	担当していたケアマネジャー（入院してから3か月以上経過した場合は下記によってください）
		入院前に介護保険サービスを受けていない	病院に相談員等がいる場合 施設入所を申込み事情を話し、記入してもらうことが可能であれば依頼してください。（文書料等自己負担が発生することがあります。） 病院に相談員等がいない場合、または相談員等はいるが記入してもらうことが難しい場合 申込み方が、ご本人の体の状況やご家族の状況、介護の状況を記入してください。
老人保健施設、その他施設に入所中		施設のケアマネジャー、施設の指導員・相談員等	

4 申し込みの有効期限

施設に入所申込をした日（申込受付日）の翌年度末まで

例）申込受付日が平成27年12月1日の場合 平成29年3月31日まで有効

5 留意事項

● 特別養護老人ホームは介護福祉施設であるため、入所可能な方は病気がある場合は病状が安定している方です。次のいずれかに該当する方は受け入れできません。

- (1) 入院加療や高度の医療が必要な方
- (2) 常時治療が必要な方、24時間看護が必要な方
- (3) 精神疾患で治療が必要な方
- (4) 他の利用者に暴力、暴言等で危険なことや他の利用者に迷惑をかける恐れのある方
- (5) 自傷行為等がある方
- (6) その他疥癬等医師が入所困難と判断した方

● 胃ろう等医療的なケアが必要な場合、原則受け入れできませんが、一部の施設で状態により受け入れられています。「区内特別養護老人ホーム医療的ケア等の取り扱い」(P.5~7)を参照してください。

- 入所可能との連絡を受けたにもかかわらず、ご本人やご家族のご事情で入所を断った場合、申し込みを辞退していただく場合があります。
- 多くの入所待機者がいる現状では、入所が決まった後、または入所後、別の区内特別養護老人ホームに変更(異動)することはできません。
- 申し込みを取り消す場合は、申し込みをした特別養護老人ホームに「入所申込辞退届」を提出してください。
- 入所申込書に虚偽の記載があった場合は、入所できません。

申し込みから入所までの流れ

申し込み

提出書類 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書（介護支援専門員等の特記事項も必ず記入）
住所が足立区外の方、住所が足立区でも足立区以外の介護保険証の方は、要介護度、要介護認定有効期間がわかる「介護保険被保険者証」等のコピー

申込場所 第一希望の特別養護老人ホーム

入所優先度評価

- ・ 入所申込書から算出される点数、および区で2～3カ月に1回行う「特別養護老人ホーム入所検討委員会*1」により入所希望者の優先度を認定します。
- ・ 区から、申込書に記載された連絡先に「認定された入所優先度*2」(結果通知)をお送りします。
- ・ 施設ごとに入所優先度順に入所希望者の名簿を作成します。

各施設から入所の連絡

- ・ 現在各施設ともほぼ満室です。空きが出て入所の対象となった場合は、各施設から連絡先に直接入所の連絡があります。
- ・ 施設からの連絡後、面接調査、必要な健康診断等を行い、入所に支障がない場合、契約して入所となります。

入所

- * 1 特別養護老人ホーム入所検討委員会は、区内の特別養護老人ホーム施設長、介護支援専門員代表、地域包括支援センター代表、区の関係所管の職員で構成されています。
- * 2 入所優先度は、すべての入所希望者に順位をつけるものではなく、入所希望者をA・B・Cランクの3段階に区分するものです。

ご理解いただきたいこと

- 特別養護老人ホーム入所検討委員会で認定された後に入所優先度のお知らせを差し上げますので、申し込み時からお知らせまで数か月お待ちいただくことがあります。
- 入所優先度の同一ランク内では、原則として、入所優先度認定の総合点数、施設の空き状況(男女別、認知症の状態、医療的ケア等)を考慮して入所者が決定されます。
- 医療的ケア等(胃ろうや尿管カテーテルなど)が必要な方については、受入人数に限りがあるため、優先度が上位であっても入所が困難になっています。

足立区特別養護老人ホーム一覧

平成28年7月1日現在

種類	施設番号	施設名	定員	電話番号	所在地	設置年月
従来型 (4人部屋主体)	01	足立新生苑	220	03(3883)7946	花畑4-39-10	S43.7
	02	紫磨園	120	03(3857)4165	入谷3-3-6	H1.3
	03	さの	100	03(5682)0007	佐野2-30-12	H3.5
	04	扇	76	03(3856)1199	扇1-52-23	H5.4
	05	六月	50	03(5242)0303	六月1-6-1	H7.4
	06	グレイスホーム	50	03(3890)0214	西新井本町4-13-16	H8.6
	07	足立翔裕園	150	03(3855)6363	入谷9-15-18	H9.4
	08	さくら	60	03(5691)7150	皿沼2-8-8	H12.4
	09	中央本町杉の子園	60	03(3886)0002	中央本町4-14-20	H13.4
	10	ウエルガーデン伊興園	130	03(5838)1500	伊興3-7-4	H13.5
	11	イーストピア東和	147	03(5613)1230	東和4-7-23	H13.11
	23	ル・ソリアン綾瀬(多)	40	03(5613)1176	東綾瀬3-9-1	H27.4
	25	(仮)花畑あすか苑(多)	40	03(5856)4751	花畑4-20-1	H28.8 予定
	ユニット 個室	12	プレミア扇	96	03(3890)3333	扇1-3-5
13		ハピネスあだち (聴覚障がいユニット有)	150	03(5839)3630	江北3-14-1	H18.4
14		はるかぜ	30	03(5851)7055	東保木間1-19-5	H19.1
15		千住桜花苑 (視覚障がいユニット有)	100	03(5244)6881	千住元町18-19	H19.6
16		竹の塚翔裕園	100	03(5851)6050	竹の塚7-19-14	H21.11
17		ル・ソリアン西新井	150	03(3899)3005	西新井3-14-3	H23.4
18		ピオーネ西新井	100	03(6807)1213	西新井1-33-15	H26.3
19		奉優の家	74	03(5613)1525	佐野1-29-3	H26.3
20		古千谷苑	120	03(3856)7257	古千谷本町1-3-19	H26.4
21		ケアホーム足立	100	03(3853)6800	入谷1-8-15	H26.4
22		足立万葉苑	100	03(5856)6695	六月2-11-20	H26.6
24		ル・ソリアン綾瀬(ユ)	120	03(5613)1176	東綾瀬3-9-1	H27.4
26		(仮)花畑あすか苑(ユ)	100	03(5856)4751	花畑4-20-1	H28.8 予定

足立区地域包括支援センター 一覧

介護等の相談を受ける施設です。

平成28年7月1日現在

名称	電話番号	ファックス	所在地	主な担当地域
基 幹	03(5681)3373	03(5681)3374	梅島 3-28-8	梅島、中央本町1、島根
あ だ ち	03(3880)8155	03(3880)4466	足立 4-13-22	足立、中央本町2、梅田1
伊 興	03(5837)1280	03(5837)1282	伊興 3-7-4	伊興、東伊興、伊興本町、西伊興、西竹の塚
入 谷	03(3855)6362	03(3855)6360	入谷 9-15-18	入谷、舎人、古千谷、古千谷本町
扇	03(3856)7007	03(3856)1134	扇 1-52-23	扇、興野、本木東・西・南・北町
江 北	03(5839)3640	03(5839)3643	江北 3-14-1	江北、堀之内
さ の	03(5682)0157	03(5682)0158	佐野 2-30-12	加平、北加平町、神明、神明南、辰沼、六木、佐野、大谷田2～5
鹿 浜	03(5838)0825	03(5838)0826	皿沼 2-8-8	鹿浜、加賀、皿沼、谷在家、椿
新 田	03(3927)7288	03(3927)7289	新田 3-4-10	新田、宮城、小台
関 原	03(3889)1487	03(3887)1407	関原 2-10-10	梅田2～8
千 住 西	03(5244)0248	03(5244)0249	千住中居町 10-10	千住桜木・緑町・龍田町・中居町・宮元町・仲町・河原町・橋戸町
千寿の郷	03(3881)1691	03(3870)6717	柳原 2-33-6	柳原、千住関屋町・曙町・東1
千住本町	03(3888)1510	03(5813)8336	千住 2-39	千住、千住元町・大川町・寿町・柳町
中央本町	03(3852)0006	03(3886)0086	中央本町 4-14-20	中央本町3～5、青井1・3～6、西加平
東 和	03(5613)1200	03(5613)1201	東和 4-7-23	綾瀬、東綾瀬、谷中、東和1・3
中 川	03(3605)4985	03(3605)9092	中川 4-2-14	東和2・4・5、中川大谷田1
西 綾 瀬	03(5681)7650	03(5681)7657	西綾瀬 3-2-1	西綾瀬、弘道、青井2
西 新 井	03(3898)8391	03(3898)8392	西新井 2-5-5	西新井、栗原
西新井本町	03(3856)6511	03(3856)5006	西新井本町 2-23-1	西新井本町、西新井栄町
はなはた	03(3883)0048	03(3883)0351	花畑 4-39-11	花畑、南花畑5
一 ツ 家	03(3850)0300	03(3850)0370	一ツ家 4-5-11	平野、一ツ家、保塚町、六町、南花畑1～4
日 の 出	03(3870)1184	03(3870)1244	日ノ出町 27-4-112	日ノ出町、千住旭町、千住東2
保 木 間	03(3859)3965	03(3859)6730	保木間 5-23-20	西保木間、保木間、東保木間
本木関原	03(5845)3330	03(5845)3338	本木 1-4-10	関原、本木1～2
六 月	03(5242)0302	03(5242)0327	六月 1-6-1	六月、東六月町、竹の塚

足立区内特別養護老人ホーム医療的ケア等の取り扱い

認知症の方、常時医療的ケアが必要な方は、各施設の受け入れ状況をご確認のうえ、申し込んでください。

1 認知症、視・聴覚障がい者の受け入れ状況

各施設とも、認知症で軽度～中度の方は受け入れできますが、症状は人によって様々です。申し込みたい施設へ、その方の症状を詳しくお伝えになってご相談ください。

		足立新生苑	紫磨園	さの	扇	六月	グレイスホーム	足立翔裕園	さくら
認知症で受け入れできない例 (「他者への暴力・集団生活が困難な方」は共通事項)		徘徊・興奮・不穏が重度的場合は要相談				徘徊のある方は不可	重度徘徊・自傷行為がある方は不可		
障がい	視覚障がい						○		
	(注)								
	聴覚障がい						○		
	(注)					筆談可能であれば可			

		中央本町杉の子園	ウエルガーデン伊興園	イーストピア東和	プレミア扇	ハピネスあだち	はるかぜ	千住桜花苑	竹の塚翔裕園
認知症で受け入れできない例 (「他者への暴力・集団生活が困難な方」は共通事項)							頻回な徘徊のある方は不可	状態に応じ個別相談	
障がい	視覚障がい								
	(注)							視覚障がいユニット有	
	聴覚障がい								
	(注)					聴覚障がいユニット有			

		ル・ソラリオン西新井	ピオーネ西新井	奉優の家	古千谷苑	ケアホーム足立	足立万葉苑	ル・ソラリオン綾瀬	(仮称)花畑あすか苑
認知症で受け入れできない例 (「他者への暴力・集団生活が困難な方」は共通事項)		自傷行為のある方は要相談	興奮して騒ぎ立てる方は不可		自傷行為のある方は不可	自傷行為のある方は要相談		自傷行為のある方・外へ出てしまう方は不可	状態に応じ個別相談(自傷行為のある方は不可)
障がい	視覚障がい								
	(注)								
	聴覚障がい								
	(注)								筆談可能であれば可

程度/項目		記憶障害	失見当	徘徊	不穏・興奮
【参考】 認知症状態の例	軽度	物忘れ、置忘れが目立つ	異なった環境に置かれると、一時的にどこにいるかわからなくなる	時々部屋の中でうろろろする	興奮して騒ぎ立てることが時にはある
	中度	その日の出来事がわからない	時々自分の部屋がわからなくなる	家中あてもなく歩き回る	興奮して騒ぎ立てることが時々ある
	重度	自分の名前や直前のことも忘れる	自分の部屋がわからない	屋外をあてもなく歩く	興奮して騒ぎ立てることが多い

認知症の症状は各自で異なりますので、参考程度にご覧ください。詳しくは医師の診断が必要になります。

2 入所当初から医療的ケアが必要な方の受け入れ(1)
(受入れ人数は各施設とも若干名です)

平成27年12月1日現在

あくまで参考のものです。ご本人の身体状況、医療処置の内容、施設の受入れ状況により入所できない場合があります。詳しくは各施設に直接お問い合わせください。

		足立 新生苑	紫磨園	さの	扇	六月	グレイス ホーム	足立 翔裕園	さくら	中央本町 杉の子園	ウエル ガーデン 伊興園	イースト ピア東和	プレミア 扇
経管栄養	胃ろう	自己抜去 しない方 人数制限	自己抜去 しない方 人数制限	×	×		×		×	×	人数制限	自己抜去 しない方	自己抜去 しない方
	鼻腔	×	×	×	×	×	×	×	×	×	人数制限	自己抜去 しない方	×
人工肛門			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅酸素		×			×	×				×	○		
			注1	注1			注1	注1	注1			注1	注1
バルーン カテーテル		注1 男性は 要相談	注1	注1	注1 月1回交 換時の受 診付添い	注1 男性は 要相談	注1	注1 男性は 要相談	注1	注1 男性は 要相談	○	注1	注1
インシュリン 注 射		×	○		×							○	
				看護師の いる時間 帯のみ		注1 看護師の いる時間 帯、 自己注射 可能な方	自己注射 可能な方	看護師の いる時間 帯のみ	看護師の いる日動 帯のみ	注1 看護師の いる時間 帯、 自己注射 可能な方			自己注射 可能な方
感 染 症	MRSA	○	○	○	○	○			○	○	○	×	
	全身状態 が良好な 場合						注1 加療を要 しない状 況なら可	注1 加療を要 しない状 況なら可					個別相談
	肝 炎	○	○	○	○		○		○			○	
	確認でき ているこ と					注1		注1 加療を要 しない状 況なら可		現在治療 中でない こと	個別相談		個別相談
その他		×										×	
			加療を要 しない状 況なら可	個別相談	個別相談	個別相談	個別相談	加療を要 しない状 況なら可	個別相談	個別相談	個別相談		個別相談
人工透析		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
												病院の受 入れ状況 による	
点滴・ 気管切開		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
たんの吸引		×			×		×		×				
			個別相談	口腔内 のみ		日中のみ 可(状態 による)		注1		個別相談	個別相談	個別相談 人数制限	個別相談

注1 全身状態が悪い場合は不可

入所当初から医療的ケアが必要な方の受け入れ（２）
（受入れ人数は各施設とも若干名です）

平成27年12月1日現在

あくまで参考のものです。ご本人の身体状況、医療処置の内容、施設の受入れ状況により入所できない場合があります。詳しくは各施設に直接お問い合わせください。

		ハビネス あだち	はるかぜ	千住 桜花苑	竹の塚 翔裕園	ル・ソラ リオン西 新井	ピオーネ 西新井	奉優の家	古千谷苑	ケアホーム 足立	足立 万葉苑	ル・ソラ リオン綾 瀬	(仮)花 畑あすか 苑
経管栄養	胃ろう	自己抜去 しない方	自己抜去 しない方 1日2回 まで	個別相談 人数制限	個別相談	×	○	○	注1	個別相談	個別相談	×	個別相談
	鼻腔	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×
人工肛門		注1	○	個別相談	○	○	○	○	注1	個別相談	○	○	
在宅酸素		注1	個別相談	注1	注1	注1	○	×	注1	注1	注1	×	注1
バルーン カテーテル		注1	注1	個別相談	注1	注1	○		注1	注1	注1	注1	
インシュリン 注 射		個別相談	自己注射 可能な方	個別相談	個別相談	×	個別相談	自己注射 可能な方	個別相談	注1	自己注射可 能な方と看 護師のいる 時間帯のみ の注射で対 応可の方	看護師のい る日勤帯の み	看護師のい る時間帯の み
感 染 症	MRSA	○	○			○			○	○		○	
	全身状態 が良好な 場合			個別相談				注1 加療を要 しない状 況なら可					
	肝 炎	○	○	○		○			○	○		○	
	確認でき ているこ と							注1 加療を要 しない状 況なら可					
その他		個別相談	注1 加療を要 しない状 況なら可	個別相談	個別相談	加療を要 しない状 況なら可	個別相談	個別相談	個別相談	個別相談	個別相談	個別相談	個別相談
人工透析		×	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×
点滴・ 気管切開		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
たんの吸引		個別相談	×	×		×		日中は可 夜間不可	日中は可 夜間不可	個別相談	一時的な 吸引は心 相談	×	日中は可 夜間不可

注1 全身状態が悪い場合は不可

特別養護老人ホームの利用料金

特別養護老人ホームの利用料金は、ご本人と同一世帯の方の収入状況と要介護度で決まります。また、従来型（4人部屋主体）とユニット型（個室）でも利用料金が異なりますので、よくご確認のうえ申し込んでください。なお、生活保護を受給されている方でユニット型の施設に入所をご希望される場合は、お申し込みの際に各施設に必ずご相談ください。

自己負担額の計算

$$\boxed{\text{施設サービス費 (1割または2割)}} + \boxed{\text{居住費}} + \boxed{\text{食費}} + \boxed{\text{日常生活費(理美容代など)}} = \boxed{\text{自己負担額}}$$

施設サービス費は要介護度により、居住費と食費は自己負担限度額の区分と施設により異なります。

自己負担限度額の区分は、ご本人及び同じ世帯の方の収入状況によって異なります。区民税が非課税の場合は、区に申請すると収入状況を確認して負担区分が決まり、「介護保険負担限度額認定証」が発行されます。入所が決まりましたら介護保険課保険給付係で申請してください。

平成27年8月に法改正があり、収入および資産により料金・負担割合等が算定されるように変更となりました。

費用負担のめやす（参考 要介護5の場合 / 月額）

金額の内容は、施設サービス費（介護保険1割負担の場合）+ 居住費 + 食費のめやすとしてお考えください。日常生活費、医療費などは実費となります。ほかに施設ごとの負担金がありますので、詳しくは申し込みたい施設に直接お問い合わせください。

		多床室	ユニット型個室	負担区分
世帯全員が区民税非課税	本人が老齢福祉年金 または 生活保護受給者	3万6千円程度	6万4千円程度	第1段階
	本人の課税年金 収入 + 合計所得 = 80万円以下	5万9千円程度	6万7千円程度	第2段階
	本人の課税年金 収入 + 合計所得 = 80万円超	5万9千円程度	9万円程度	第3段階
本人または同じ世帯の方に 区民税が課税されている		9万5千円程度	13万2千円程度	第4段階

問い合わせ先

入所申込手続きについて	高齢福祉課施設係（区役所中央館3階） 電話03-3880-5498
特養の利用料金について	各特別養護老人ホーム（しおり P.3）
介護保険負担限度額認定について	介護保険課保険給付係（区役所北館1階） 電話03-3880-5743
区民税について	課税課課税第一係～第四係（区役所中央館1階） 電話03-3880-5230～2、03-3880-5418

足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 (新規 変更 更新)

特別養護老人ホーム施設長あて

申込日(変更申請日)平成 年 月 日

入所希望者(ご本人)	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名				男 女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
	住所	〒 - 電話			現在又は在宅していた時 独居 同居者がいる			
	介護保険証番号				要介護認定有効期間	平成 年 月 日まで		
	要介護度	1 2 3 4 5	年金等収入	月額約	万円	生活保護	有 無	
	在宅生活が困難な理由	認知等	認知症高齢者、または知的障がい・精神障がい等を伴い、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					
要介護1・2の方は必ず記入	独居等	単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない						
	虐待	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・安心を確保するため						
連絡先	フリガナ				続柄	電話1	日中	
	氏名				(歳)	電話2	つながる時間帯	
	住所	本人と同じ(違う場合は下に記入) 〒 -						
入所希望施設 施設番号・施設名を必ず1つ以上記入してください。	希望順	施設番号	施設名			個室の施設か4人部屋が主体の施設かで、月額の利用料金が異なります。詳しくは各施設にお問い合わせください。		
	1							
	2							
主な介護者	氏名	続柄:			住所 (本人・連絡先と違う場合は記入してください)			
	(大・昭・平 年 月 日生 歳)	介護者は介護サービス事業者のみ			本人と同じ 連絡先と同じ			
介護者の状況	ご本人と同居(2世帯住宅等を含む)している場合は該当項目に☑してください。							
介護の悩みを共有できる親族あり なし	介護者に、病気(注1)や障がい等(注2)がある。							
	介護者は、一人で本人を含め2人以上の障がい等がある方を介護している。							
ご本人が病院・施設等に入院・入所中の場合は、在宅に戻られた際の状況についてお答えください。	介護者は、75歳以上である。							
	介護者は、65歳以上74歳以下である。							
	介護者は、12歳以下(中学校入学前)の子どもを育児中である。							
	介護者は、週平均()時間勤務をしている。							
	介護のために仕事を続けられなくなった。(歳で退職)							
	その他(具体的に) _____							
(注1)「病気」とは長期に入院中、または進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。								
(注2)「障がい等」とは要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。								
認知症の周辺症状	ある場合は、該当する項目すべてに☑してください。							
ない ある	徘徊	暴力行為	不潔行為	異食	大声や奇声			
	昼夜逆転	介護への抵抗	火の不始末	妄想	幻覚・幻聴			
	その他()							

第1号様式(第3条関係)(裏)

住まいの状況	住居から立ち退きを迫られている(立ち退き期限:平成 年 月 日)、 入院中・入所中であるが、戻る家がない(引き払った、または処分した)、 介護付き施設等に入所中であるが、経済的理由で退所予定である。 部屋または家が2階以上にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。 介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない又は敷地が狭小等の理由で改修できない。 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的な理由で改修できない。 その他(具体的に) _____ 住宅に介護上の問題はない			
ご本人の居場所 生活の本拠地を 記入してください	自宅 グループホーム ケアハウス サービス付き高齢者向け住宅 病院 老人保健施設 有料老人ホーム 介護療養型医療施設 その他()			
	病院・施設名(所在地)	区・市		
	介護付き施設等で生活している期間	3か月未満	3~6か月	6か月~1年 1年以上
ケアプランについて	支給限度額に対する在宅サービス利用率		%	
利用しているものに☑	在宅サービスを利用している場合必ず記入(過去3か月平均) 通所介護(デイサービス) 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 短期入所介護(ショートステイ) 福祉用具貸与 小規模多機能 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 看護小規模多機能 その他()			
治療中の主な疾病	診断名	服薬の種類		
生活上影響の大きいもの	医療機関名	血圧 高脂血症 心臓 糖尿病 認知症 向精神 整腸 その他()		
病歴				
医療等の必要性	胃ろう 経管鼻腔 人工肛門 バルーンカテーテル 在宅酸素 インシュリン(注射・経口薬) M R S A 肝炎 人工透析 たんの吸引 その他()			
介護支援専門員等による特記事項など	在宅生活が困難な理由を詳しくお書きください。		記入者 ケアマネ 相談員 家族 包括 ケースワーカー その他 ()	
介護支援専門員(ケアマネージャー)	事業所名・担当者名	所在地		
		連絡先電話		

* この申請書は、提出した日の翌年度末まで有効です。期限が切れる前に区から更新のお知らせを送ります。

同意書	私は、入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等の提出について協力することに同意します。 平成 年 月 日			
	本人氏名	(代筆者氏名)		

入所申込書兼調査書の記入方法（表）

足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書（新規 変更 更新）

特別養護老人ホーム施設長あて **1** 申込日（変更申請日）平成 27年 12月 1日

入所希望者	フリガナ	アダチ イチロウ		性別	生年月日	
	氏名	足立 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・ 昭和 3年 11月 11日(87歳)	
本人	住所	〒120-8510 電話 3880-5111 3 足立区 中央本町1-17-1		現在又は在宅していた時 <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居者がいる		
	介護保険証番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	要介護認定有効期間	平成 28年 9月 30日まで		
本人	要介護度	1 2 3 4 5	年金等収入 月額 約 15万円	生活保護	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	在宅生活が困難な理由	認知等	認知症高齢者、または知的障がい・精神障がい等を伴い、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			
本人	要介護1・2の方は必ず記入	<input checked="" type="checkbox"/> 独居等	単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない			
		虐待	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・安心を確保するため			
連絡先	フリガナ	アダチ タロウ	続柄	電話1	日中 12~13時	
	氏名	足立 太郎	子 (56歳)	電話2	つながる時間帯 19時以降	
入所希望施設	希望順	施設番号	施設名	個室の施設か4人部屋が主体の施設かで、月額の利用料金が異なります。詳しくは各施設にお問い合わせください。		
	施設番号・施設名を必ず1つ以上記入してください。	1 01	足立新生苑			
主な介護者	氏名	足立 花子	続柄	住所（本人・連絡先と違う場合は記入してください）		
	介護者は介護サービス事業者のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ		連絡先と同じ		
介護者の状況	介護者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同居（2世帯住宅等を含む）している場合は該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。				
	介護の悩みを共有できる親族 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者に、病気（注1）や障がい等（注2）がある。 介護者は、一人で本人を含め2人以上の障がい等がある方を介護している。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 介護者は、65歳以上74歳以下である。 介護者は、12歳以下（中学校入学前）の子どもを育児中である。 介護者は、週平均（ ）時間勤務をしている。 介護のために仕事を続けられなくなった。（ ）歳で退職） その他（具体的に） (注1)「病気」とは長期に入院中、または進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。 (注2)「障がい等」とは要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。				
認知症の周辺症状	認知症の周辺症状	ある場合は、該当する項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/> してください。				
	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	徘徊	暴力行為	不潔行為	異食	大声や奇声
		昼夜逆転	介護への抵抗	火の不始末	妄想	幻覚・幻聴
		その他（ ）				

・ご本人、またはご本人に代わってご家族等の方が太枠内及び同意書欄を記入してください。
・裏面の二重枠内は担当ケアマネジャー等が記入してください。（二重枠以外の項目を記入後、担当ケアマネジャー等に記入を依頼してください。）

《入所希望者（ご本人）》

- 1** 申込日（変更申請日）...施設に申込書を提出する日
- 2** 住所 ...住民票がある住所
- 3** 「独居」とならない場合...ご本人と同じ家に住んでいる方がいる場合（下記の場合も含む）
 - ・二世帯住宅に住んでいる
 - ・同じ敷地内に家が2軒あり、別々の家に住んでいる
 - ・同じ集合住宅だが、別の階に住んでいる
- 4** 介護保険証番号 ...介護保険被保険者証の（一）面の番号
- 5** 要介護度、要介護認定有効期間 ...介護保険被保険者証の（二）面を参照
住所が足立区外の方、住所が足立区でも足立区以外の介護保険証の方は、**4**、**5**が確認できる「介護保険被保険者証」等のコピーを必ず添付してください。
- 6** 年金等収入 ...ご本人の1か月あたりのおおよその収入金額
- 7** 在宅生活が困難な理由...要介護1、2の方は必ず記入。

《連絡先》

- 8** 氏名、住所 ...区から入所優先度（結果通知）のお知らせ等を郵送します。また、入所の声かけ等の連絡先になります。必ず連絡がとれ、郵便物が受け取れるご家族等（ご家族の対応が難しい場合は成年後見人、ケアマネジャー等も可）を記入
- 9** 電話1、電話2 ...日中連絡がつく 電話番号及び時間帯を記入。「電話1」で連絡がつかなかった場合に連絡がつく電話番号及び時間帯を「電話2」に記入

《入所希望施設》

- 10** 施設番号、施設名...1か所は必ず記入。足立区特別養護老人ホーム一覧（しおりP.3）を参照
医療的ケアが必要な方、認知症の症状がある方は、「足立区内特別養護老人ホーム医療的ケア等の取り扱い（しおりP.5~7）」を参照し、受け入れが可能な施設かどうかを必ず確認してください。

《主な介護者、介護者の状況》

- 11** 氏名、住所等 ...主に介護されている方を記入
ご本人が病院・施設等に入院・入所中の場合は、在宅に戻られた際の状況を記入。
介護サービス事業者の利用のみで介護者がいない場合は氏名、住所等の記入不要。
- 12** 介護の悩みを共有できる家族...主に介護されている方が、介護の悩みを話したり、相談したりできる
家族・親族等（同居、別居は問いません。）
- 13** 介護者の状況 ...該当する項目すべてにチェック。「その他」の場合は具体的な状況を必ず記入

《認知症の周辺症状》

- 14** 症状が「ある」場合...該当する項目すべてにチェック。「その他」の場合は具体的な症状を必ず記入

入所申込書兼調査書の記入方法（裏）

住まいの状況 15	住居から立ち退きを迫られている（立ち退き期限：平成 年 月 日）、入院中・入所中であるが、戻る家がない（引き払った、または処分した）、介護付き施設等に入所中であるが、経済的理由で退所予定である。部屋または家が2階以上にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない又は敷地が狭小等の理由で改修できない。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的な理由で改修できない。 その他（具体的に） 住宅に介護上の問題はない		
ご本人の居場所 16 生活の本拠地を記入してください	自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 その他（	グループホーム 老人保健施設	ケアハウス 有料老人ホーム
	サ-ビス付き高齢者向け住宅 介護療養型医療施設		
	病院・施設名（所在地）	病院	足立 区 市
	介護付き施設等で生活している期間	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月未満	3～6か月 6か月～1年 1年以上
ケアプランについて 17 利用しているものに <input checked="" type="checkbox"/>	支給限度額に対する在宅サービス利用率 在宅サービスを利用している場合必ず記入（過去3か月平均） <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） 短期入所介護（ショートステイ） 通所リハビリテーション その他（	（入院前平成27年9月の状況） 70 % <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 小規模多機能 訪問リハビリテーション 看護小規模多機能 その他（	
治療中の主な疾病 18 生活上影響の大きいもの	診断名 高血圧	服薬の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 糖尿病 整腸	高脂血症 認知症 その他（
	医療機関名 病院	心臓 向精神	
病歴 20	H6 高血圧 H20.6 脳梗塞発症 H26.11 肺炎		
医療等の必要性 21	胃ろう インシュリン（注射・経口薬） たんの吸引	経管鼻腔 人工肛門 M R S A	バルーンカテーテル 肝炎 人工透析
在宅酸素	在宅酸素		
介護支援専門員等による特記事項 22 ・申込理由 ・食事状況 ・身体状況（自立度等）	在宅生活が困難な理由を詳しくお書きください。 戸建てに高齢の妻と二人暮らし。妻も高齢で心疾患があり通院中。子は一入るが自身の妻の母を在宅介護しており、援助できない。 脳梗塞後遺症による左半身マヒあり。入院前までは杖、介助つきにて移動していたが、現在は筋力低下のため車椅子使用。食事は自立。排泄は尿・便意あるが、紙オムツ使用。衣服着脱、入浴は全介助。 今後身体機能の向上は望めず、車椅子生活となり、住宅、介護者の状況からも在宅生活は困難である。早期入所を希望している。		
介護支援専門員（ケアマネージャー） 23	事業所名・担当者名 病院 x	所在地 足立区中央本町 - -	連絡先電話 3 8 8 0 - x x x x

《住まいの状況、ご本人の居場所》

- 15 住まいの状況 ...あてはまる項目1つにチェック。「住居から立ち退きを迫られている」場合は立ち退き期限を記入。（日付が未定の場合は、おおよその時期を記入）
- 16 ご本人の居場所 ...住民票の有無にかかわらず、申込日現在の居場所をチェック。自宅以外の場合、施設名、所在地を記入し、生活している期間をチェック。近いうちに介護施設等への入所が決まっている場合は、「介護支援専門員等による特記事項など」欄にその旨を記入してください。

病院、介護老人保健施設等を転々としている場合、「施設名」は現在入院・入所している施設名と、施設等を転々としている旨を記入し、「生活している期間」は通算の期間であてはまる項目にチェック。

例) 介護老人保健施設 A 病院 B 介護老人保健施設 C
(H27年4～5月) (H27年6～8月) (H27年9～現在)
2ヵ月 3ヵ月 3ヵ月 通算8ヵ月

「病院・施設名」には、「介護老人保健施設 C (通算3ヵ所目)」と記入。
「介護付き施設等で生活している期間」は「6か月～1年」にチェック。

短期入所介護施設等を転々としている場合も、「その他」にチェックし、施設の種別と転々としている旨を記入。「施設名」は現在入所している施設名を記入し、「生活している期間」は通算の期間であてはまる項目にチェック。

17～23は、原則担当ケアマネジャー等が記入。（記入するケアマネジャー等がない場合は、ご家族の方が記入してください。）

《ケアプランについて》

- 17 在宅サービス利用率...在宅サービスを利用している場合は、過去3か月間の平均を記入。利用しているサービスにチェック
病院や施設等に入院・入所している場合は、在宅の際に利用していたサービスにチェック（在宅サービス利用率もわかる場合は記入してください。）

《治療中の主な疾病、病歴、医療等の必要性》

- 18 治療中の主な疾病...治療している疾病のうち、生活上一番影響の大きいものを1つ記入。他にも生活上影響が大きいものがある場合は、「特記事項」欄に記入
- 19 服薬の種類 ...服薬中のあてはまるものすべてにチェック
- 20 病歴 ...過去にかかった病気で、現在の生活にも影響しているものを記入
- 21 医療等の必要性 ...あてはまる項目すべてにチェック。感染症、または記載されていないもので医療的なケアの必要がある方は「その他」にチェックし、（ ）に疾病名、ケアの内容等を記入

《介護支援専門員等による特記事項など》

- 22 特記事項 ...在宅生活が困難な理由・状況、ご本人の身体状況（わかる場合は、「日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」）、食事状況等を詳しく記入し、記入者欄をチェック。
- 23 介護支援専門員 ...特記事項欄を記入した担当のケアマネジャーの事業所名、所在地、氏名、連絡先を記入。ケアマネジャー以外の方が記入した場合は、記入者の事業所（病院、施設）名、所在地（住所）、氏名、連絡先を記入

《同意書》

- 24 本人氏名 ...ご本人の署名が可能な場合は、ご本人が記入。代筆の場合は、本人氏名を記入のうえ代筆者氏名も記入。

*この申請書は、提出した日の翌年度末まで有効です。期限が切れる前に区から更新のお知らせを送ります。

同意書
24
私は、入所に関する方法や手続きについて説明をうけました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等の提出について協力することに同意します。

平成 27年 11月 20日

本人氏名 足立 一郎 (代筆者氏名 足立 太郎)

ご署名の記入漏れが多いため、ご注意ください。