

# ～ ご入居の手続き ～

## お問い合わせ・ご見学・資料のご請求

まずは「川口みやびの郷」にご連絡下さい。担当者がご案内させていただきます。  
TEL048-290-7777



## お申し込み

- 入居申込書(その1～2)、(別紙1～2)
- 介護保険被保険者証の写し
- 介護保険負担割合証の写し
- 介護保険負担限度額認定証の写し(該当者)
- 後期高齢者医療保険受給者証の写し
- 介護認定調査票(介護保険者(市町村)の介護保険課にて申請しお取り寄せ下さい)
- 主治医意見書※要介護1・2の方のみ(介護保険者[市町村]の介護保険課にて申請しお取り寄せ下さい)
- サービス利用表(直近3ヶ月分)の写し ※在宅介護の方のみ

以上をご提出して頂き、正式に受付致します。



## 選考者名簿作成

お申し込みを頂いた内容をもとに、川口市の入居基準に基づき、ご入居の優先順位を決定させていただきます。



## 実態調査(ご本人様との面談)

当施設職員がご自宅・病院・施設までお伺い致します。  
日程についてこちらからご連絡させていただきます。後日、健康診断を受けていただき、  
「川口市介護保険サービス共用診断書」を提出していただきます。



## 入居判定

入居判定会議を開催し最終判定を致します。最終判定で問題がなければ「入居決定」となります。



## 入居決定

原則として当施設にご来所していただき、ご契約に必要な手続き、ご入居日の決定、その他の詳細事項を決めさせていただきます。ご契約は入居前でも可能です。

※今回の申込みを取り下げる場合には、別紙「入居取り下げ書」をご記入の上、提出して下さい。

お問い合わせ・ご相談

社会福祉法人 敬愛会 特別養護老人ホーム 川口みやびの郷  
TEL:048-290-7777 FAX:048-290-7770  
〒333-0823 埼玉県川口市石神58

(様式1)

特別養護老人ホーム 川口みやびの郷 入居申込書(その1)

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム 川口みやびの郷 施設長様

住 所	〒	
(ふりがな)		本人との関係
氏 名		
電 話 番 号	( )	

入居したいので次のとおり申し込みます。

本	(ふりがな) 氏 名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	女	要介護度	1・2・3・4・5
	住 所	〒	介 護 認 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
人	現在利用している 在宅サービスの 状況 利用回数・事業所等	1 訪問介護 ( )	6 通所リハビリテーション ( )		
		2 訪問入浴介護 ( )	7 短期入所生活介護 ( )		
		3 訪問看護 ( )	8 短期入所療養介護 ( )		
		4 訪問リハビリテーション ( )	9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( )		
		5 通所介護 ( )	10 その他 ( )		
の	認知症等による不適応行動	1 非常に多い	2 やや多い	3 少しあり	4 なし
	医療的措置の状況 【現在治療中の病気等】	1 点滴	2 中心静脈栄養	3 透析	4 人工肛門
		5 酸素療法	6 人工呼吸器	7 気管切開	8 疼痛看護
		9 経管栄養	10 褥瘡	11 カテーテル	
状	入 居 を 希 望 す 理 由	1 介護者がいないため ( )			
		2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( )			
		3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( )			
		4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( )			
		5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( )			
		6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( )			
況		7 その他 ( )			

特別養護老人ホーム 入居申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
		同居の区分	1 同居 2 別居( )			
	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名		性別	本人との関係	
同居の区分		1 同居 2 別居( )				
介護の可能性		介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能				
介護期間						
状 況	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態	
	有 (常勤・パート)		有( 人 歳)		良好 不良 ( )	
	無		無		主たる介護者の家族の健康状態 良好 不良 ( )	
そ の 他	入居を希望する時期		1 今すぐ入居したい 2 年 月頃までには入居したい			
	申し込みの状況		1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる 所在地: 施設名:			
	待機期間		年 月			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)		<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 家族等による深刻な虐待等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 <input type="checkbox"/> 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不十分な状況である			
説 明 確 認	私は、入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: _____					

※1 主治医意見書(写)、認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の( )内には、その具体的内容を記入してください。

※3 入居を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入居申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

(様式1)

特別養護老人ホーム 川口みやびの郷 入居申込書(その1)

申込日	令和 ◎ 年 ○○ 月 ○○ 日
受付日	令和 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホーム 川口みやびの郷 施設長様

住所	〒123-4567 埼玉県川口市石神58	
(ふりがな)	ケアイ ミヤビ	本人との関係
氏名	敬愛 雅	長女
電話番号	048 (000) 0000 / 090-0000-0000	

入居したいので次のとおり申し込みます。

本人	(ふりがな) 氏名	ケアイ 敬愛 さと	性別	保険者	川口市
	生年月日	明・大・昭 5 年 4 月 1 日 ( 87 歳)	男	被保険者番号	0098765432
の	住所	〒123-4567 埼玉県川口市石神58	介護認定 期 間	要介護度	1・2・3・4・5
	現在利用している 在宅サービスの 状況 利用回数・事業所等	1 訪問介護 ( ) 2 訪問入浴介護 ( ) 3 訪問看護 ( ) 4 訪問リハビリテーション ( ) 5 通所介護 ( デイサービスみやび 週2回 ) 6 通所リハビリテーション ( ) 7 短期入所生活介護 ( ショートステイみやび 1週間 / 月 ) 8 短期入所療養介護 ( ) 9 福祉用具の貸与・購入費の支給 ( ) 10 その他 ( )			
の	認知症等による不適応行動	1 非常に多い (2) やや多い 3 少しあり 4 なし			
	医療的措置の状況 【現在治療中の病気等】	1 点滴 2 中心静脈栄養 3 透析 4 人工肛門 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開 8 疼痛看護 9 経管栄養 10 褥瘡 11 カテーテル			
状	入居を 希望する 理由	1 介護者がいないため ( ) 2 介護者がいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ( 腰痛を患っており、自宅での介護が困難 ) 3 介護者がいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ( ) 4 介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難なため ( ) 5 介護者がいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ( ) 6 介護保険施設に入所しているが替わりたい ( ) 7 その他 ( )			
況					

特別養護老人ホーム 入居申込書(その2)

介 護 者 の 状 況	主たる 介護者	(ふりがな) 氏名	ケイアイ ミヤビ <b>敬愛 雅</b>	性別	本人との関係
		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 42年1月1日(50歳)	女	長女
		同居の区分	1 同居 2 別居( )		
介 護 者 の 状 況	従たる 介護者	(ふりがな) 氏名	ケイアイ ゴウ <b>敬愛 郷</b>	性別	本人との関係
		同居の区分	1 同居 2 別居( <b>東京都足立区</b> )	男	長男
		介護の可能性	<b>介護困難</b> ・ 多少介護可能 ・ 介護可能		
介護期間					
状 況	主たる介護者の就労状況		主たる介護者の育児の状況		主たる介護者の健康状態
	<b>有</b> (常勤・パート)		有( 人 歳)		<b>良好</b> 不良( )
	無		<b>無</b>		主たる介護者の家族の健康状態 <b>良好</b> 不良( )
そ の 他	入居を希望する時期	1 今すぐ入居したい <b>2</b> ○○年○月頃までには入居したい			
	申し込みの状況	1 当該施設のみ申し込む <b>2</b> 他の施設に申し込んでいる 所在地: <b>埼玉県さいたま市緑区三室1712</b> 施設名: <b>浦和みやびの郷</b>			
	待機期間	年 月			
	居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 家族等による深刻な虐待等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"/> 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不十分な状況である			
説明 確認	私は、入居申込の際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: _____				

※1 主治医意見書(写)、認定調査表(写)、被保険者証(写)、サービス利用表(写)を添付してください。

※2 現在利用している在宅サービスの状況の( )内には、その具体的内容を記入してください。

※3 入居を希望する理由の( )内には、その具体的理由を記入してください。

※4 必要性がなくなった場合は、別紙「特別養護老人ホーム優先入居申込取り下げ書」を提出してください。

※5 申込み内容に変更が生じた場合は、施設に連絡し指示を受けてください。

# 状 況 確 認 表 ①

※ 該当する項目を記入、☑ してください

ふりがな				性別	生年月日			
入居希望者 氏名				男・女	明・大・昭	年	月	日( 歳)
現在の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居生活) <input type="checkbox"/> 施設・病院 病院・施設名 <input type="checkbox"/> 家族・親族の自宅      病院・施設名: _____ 住所: _____ 電話: _____							
年 金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他 (      /      ヶ月 )							
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療							
現病名 病歴	病 名	発病時期	病 名	発病時期				
医療的処置 の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう (腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(      回) <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 (      )							
身 体 状 況	身長・体重	(      cm 、      kg )		皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 (部位:      ) <input type="checkbox"/> 無			
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど出来ない <input type="checkbox"/> できない		指示反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 通じない			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		オムツ	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 布パンツ			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (部位:      ) <input type="checkbox"/> 無		拘縮	<input type="checkbox"/> 有 (部位:      ) <input type="checkbox"/> 無			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1m先が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと聞き取れる <input type="checkbox"/> かなり大きい声 <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用						
日 常 生 活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴種別	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他(      )			
認知症状による不適応行動			<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 無					
認知症状			<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物を壊す・衣類を破く <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> その他 (      )					
その他、認知症状で注意すべき点								
障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> 無							
	有 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳      級      種) (障害者名      ) (取得日      年      月      日)							

## 状 況 確 認 表 ②

家族の状況（差し支えない範囲でご記入ください）

同居	氏 名	年 齢	続 柄	職 業
別居	氏 名	年 齢	続 柄	住まいの市区町村
その他 (成年後見 等)	氏名	年 齢		関 係
ご入居者様 の生い立ち (生活歴など)				

※ 生活する上で困っていることや申込書では書ききれなかったこと  
希望等があれば具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

**特別養護老人ホーム 川口みやびの郷**  
**入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等についてのご案内**

入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、以下のとおりご案内いたします。

1. 入所の対象となる方

入所の対象となる方は、要介護3から要介護5の認定を受けている者で常時介護を必要とし、居宅において介護を受けることが困難な方となります。

ただし、要介護1又は要介護2の方であっても施設への特例的な入所(以下「特例入所」という。)の要件に該当する方は対象となります。

なお、介護保険施設に入所している方及び要介護1から5の認定を受け病院に入院している方についても同様です。

2. 入所決定の手続き

(1) 入所の申込み

ア 入所の申込み時には、入所希望者又は家族等に入所申込書を提出していただきます。

イ 申込内容に変更が生じた場合には、必要に応じて再度入所申込書の提出が必要になることがあります。

(2) 入所申込みの受付

ア 施設は入所申込書の受付けに際し、原則として入所希望者又は家族等と面接のうえ、本人の心身の状況等を確認します。

イ 施設は申込者に対し、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について説明を行い、申込書の「説明確認欄」に署名を受けます。

(3) 入所順位決定の手続き

施設は、入所順位の決定に係る事務を処理するため合議制の入所検討委員会を設置します。

ア 委員会は、施設の施設長、生活相談員、介護職員、介護支援専門員等で構成します。

イ 委員会は施設長が招集し、原則として毎月1回開催します。

ウ 施設は、申込受付後最初に開催する委員会で決定された順位について申込者に文書により通知します。

(4) 施設は、入所順位の上位に決定した者に対し、必要に応じてその後の状況等を再確認し見直します。



### 3. 入所の必要性を評価する基準

#### (1) 入所順位の評価基準

施設は、次の項目について別表の「入所順位の評価基準」に基づき点数化し、合計点数の高い順に優先順位をつけます。

- ア 介護の必要の程度及び心身の特性
- イ 介護者の状況
- ウ 在宅介護の状況
- エ 本人の住所地

なお、この方法で順位づけが困難な場合には、更に次の項目を順次勘案し、優先順位をつけます。

- ア 待機期間(長短の順)
- イ 年齢(高い順)

#### (2) 施設の入入れ体制による調整

委員会は、次の項目を勘案し、処遇上やむを得ないと判断した場合には優先順位を調整できます。

- ア 性別に応じた居室の状況
- イ 認知症に対する施設の入入体制
- ウ 医療行為を必要とする場合における施設の入入体制

#### (3) 要介護1又は2の方の特例入所申込については、別途、入所の必要性を評価する基準がございます

### 4. 入所順位決定の例外的取扱い

次の場合には施設長の判断により例外的に入所順位の決定をします。

- (1) 老人福祉法第11条第1項第2号の規定に基づく措置委託による場合
- (2) 緊急的な入所の必要性が認められ、委員会を召集する余裕のない場合
- (3) 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(厚生省令第39号)第19条に定める入所者の入院期間中の取扱いによる場合

以上

# 要介護 1・2 で入居をご希望の方へ

特別養護老人ホーム 川口みやびの郷

## 要介護 1 又は 2 の方の特例的な施設への入所(特例入所)について

特別養護老人ホームは、これまでも、重度の要介護状態で、ご自宅での生活が難しい方に優先的に入所していただくこととしていましたが、介護保険法が改正され、平成 27 年 4 月から、原則として、要介護 3 以上の方のみが入所できることとなりました。

なお、要介護 1 や要介護 2 の方であっても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方については、特例的に入所できます。

### (1) 特例入所の要件

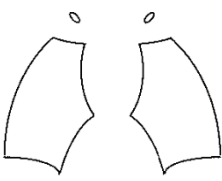
- ア、 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- イ、 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- ウ、 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- エ、 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

### (2) 特例入所に該当するか否かの判断

- ① 申込みを受け付けた際には、介護保険の保険者である市町村に対して報告を行い、当該入所申込者が特例入所要件に該当するか否かを判断します。

ご不明な点は、生活相談員・介護支援専門員までお尋ねください。

# 川口市介護保険サービス共用診断書

氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所	電話 ( )					
病名	1	_____				
	2	_____				
	3	_____				
	4	_____				
	5	_____				
		既往歴	_____			
		_____				
		_____				
内服薬		_____				
注射薬		_____				
		_____				
身長 : _____ cm		体重 : _____ kg		胸部Xp : _____		
通常血圧 : _____ ~ _____ / _____ ~ _____ mmHg				異常 有・無		
脈拍 : _____ ~ _____ / 分 ( 整・不整 )				(特記事項)		
心電図検査 特記事項 ( _____ )						
(心電図異常の場合は、コピーを添付)						
収縮期血圧 : _____		※入浴リハに制限ある場合		CTR _____ %		
脈拍 : _____				撮影 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
感染症 : HBS抗原 ( -・+ )		HCV抗体 ( -・+ )				
		MRSA ( -・+ ) (鼻腔咽頭粘液で可)				
		梅毒 ( -・+ )				
皮膚疾患 : 皮膚湿疹 有・無		※有の場合、疥癬の可能性		有・無		
		褥瘡 有・無		※有の場合、部位		
医療処置 : 胃瘻 有・無						
		経鼻胃チューブ 有・無				
		膀胱カテーテル 有・無				
		気管切開 有・無				
		その他医療措置 ( _____ )				
インフルエンザワクチン : _____ 年 _____ 月 _____ 日		肺炎球菌接種		有 無		
				_____ 年 _____ 月		
血液検査						
WBC	μℓ	TP	g/dℓ	AST(GOT)	IU/l	血糖
RBC	× 10 <sup>4</sup> μℓ	Alb	g/dℓ	ALT(GPT)	IU/l	
Hb	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	BNP	pg/mL	HbA1c
Plt	μℓ	Cr	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ	(糖尿病の方)
%						
特記事項 _____						
_____						
HDS-R: _____ 点						
_____						
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		医療機関名				
		所在地				
		電話				
		医師名				
						印

**特別養護老人ホーム 川口みやびの郷  
医療行為がある方に関する留意事項**

医療処置の内容	受入れの可否	備考
ペースメーカー	○	医療機関の指示通りにご家族様のほうで定期検査を受けてください
緑膿菌	○	
MRSA	○	
B型肝炎・C型肝炎	○	
留置カテーテル	▲	自己抜去がなければ可能 受入れ人数に限りがあります。
経管栄養(胃ろう)	▲	自己抜去がなければ可能 受入れ人数に限りがあります。
褥瘡(床ずれ)	▲	軽度ならば可能。
痰の吸引	▲	日中のみ対応可能 受入れ人数に限りがあります。
ストーマ(人工肛門)	×	
糖尿病(インスリン注射など)	▲	※日中帯で打つ回数や打つ時間の変更が可能な方。
経管栄養(鼻腔)	×	
中心静脈栄養(IVH)	×	
人工透析	×	
在宅酸素	×	
感染症(活動性結核・肺炎など)	×	
常時の点滴	×	

○お受け入れ可能    ▲条件付でお受け入れ可能    ×お受け入れは不可能

※ ▲の場合には、当施設の嘱託医の判断・指示の下、判断させていただきます。

※ 特別養護老人ホームは、病院ではありません。

※ 当施設は、医師が常勤しておりません。また、看護師も夜間帯は勤務しておりません。

従いまして、上記の医療行為が必要な方は、お申込みの受け付けが出来かねますのでご了承願います。

※ 状況により変更となることがあります。