

【入居申込場所】現地ご案内図



交通

- バスをご利用の方
「名西二丁目」
停留所より徒歩約5分
- 電車をご利用の方
地下鉄鶴舞線
「浄心」
駅より徒歩約15分

※お車でのお越しの方様用に
駐車場を1台分をご用意して
おります。

お問合せ窓口

オーネスト名西開設準備室
(入居申込受付窓口)

〒451-0064

名古屋市西区名西二丁目6-16

お問合せ 052-523-3335

担当 黒田・鷺見 (スミ)

特別養護老人ホーム



オーネスト名西

Honest Meisei

ユニット型特別養護老人ホーム／短期入所生活介護
居宅介護支援事業所

オープン(予定)

▶平成28年4月1日

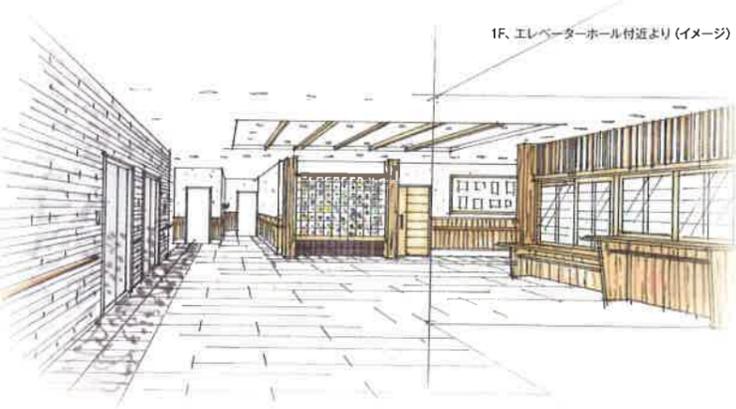
申込受付期間

▶平成28年1月4日(月)～

平成28年1月31日(日)

社会福祉法人 紫水会

大切な日々の暮らしに、 「もてなしの心」を添えて。



1F、エレベーターホール付近より(イメージ)



1F、地域交流イベントスペース(イメージ)

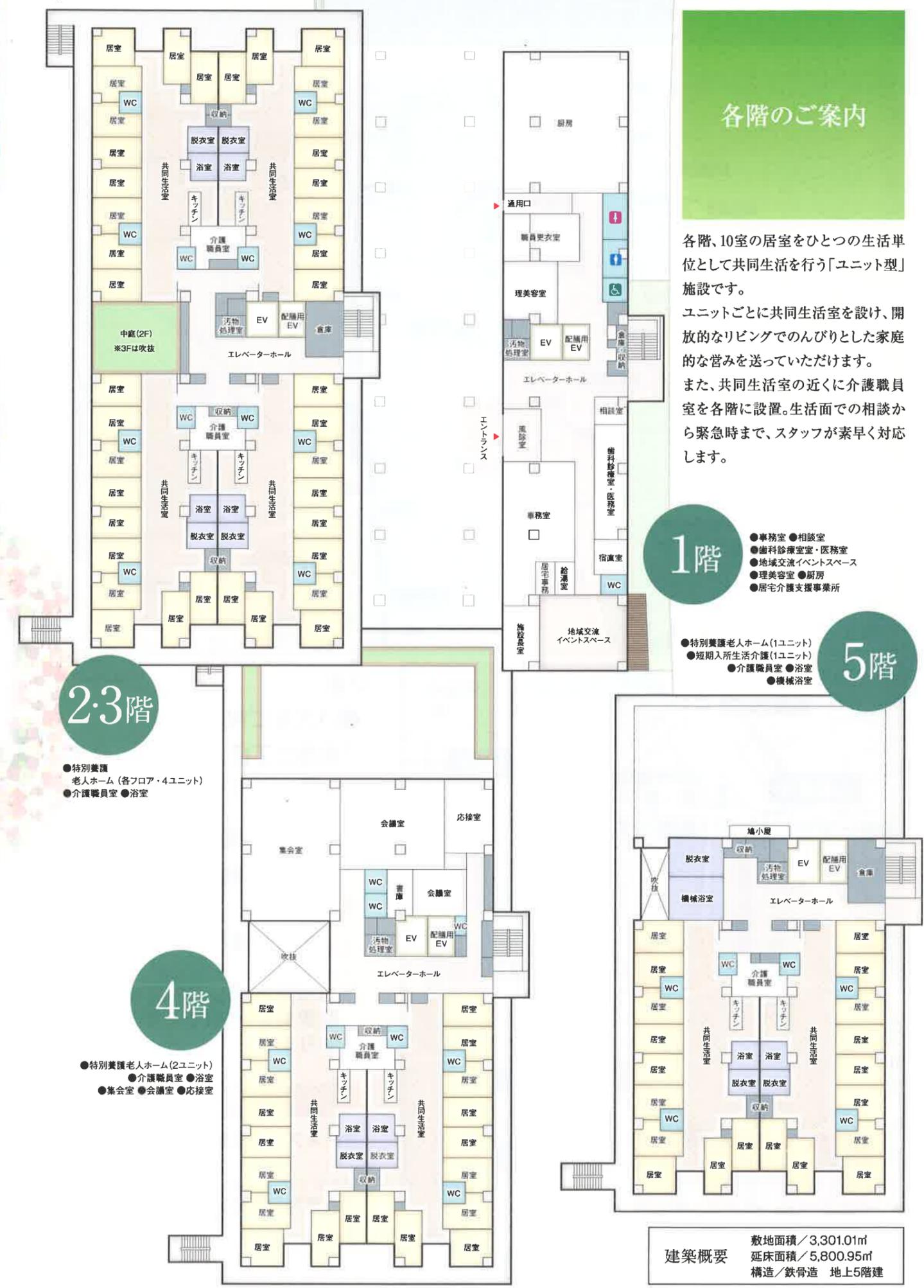
懐かしさと新しさが混在する西区、名西。

施設近くには東海道と中山道を結ぶ美濃街道がはしり、古くは江戸以前より人々が行き交い、それに伴い様々なコミュニティーが存在していました。

その周辺には、日本でも有数の菓子玩具問屋「明道町」もあり、ご近所同士が助け合いながら暮らしていた、良き時代の空気を残しています。

現在、都市部における地域コミュニティーが上手く稼動しなくなった社会に於いて、これからの社会福祉施設は、入所した方々の新しいコミュニティーの場として、誰もが心地よく生活していただく事はもちろん、地域の方々とのふれあいも大切に、その土地に根付いていく事こそが、役割ではないでしょうか。

開かれたスペースを提供し、スタッフや、地域の皆様と一帯となって名西の福祉活動の中心を担っていく…私たち「オーネスト名西」はその信念を軸に、社会福祉施設を創り上げて行きたいと考えています。



1. 施設の概要

- (1) 施設名 特別養護老人ホーム オーネスト名西
- (2) 経営主体 社会福祉法人 紫水会
- (3) 所在地 〒451-0064
名古屋市西区名西二丁目 3301-22
- (4) 事業内容 ・特別養護老人ホーム (110室)
2階 4ユニット 3階 4ユニット
4階 2ユニット 5階 1ユニット
・短期入所生活介護 (10室)
5階 1ユニット
・居宅介護支援事業所 1階
- (5) 建物 鉄骨造5階建て
敷地面積 3,301.01㎡
延べ床面積 5,800.95㎡
- (6) 開設 平成28年4月1日(予定)

2. 入居の対象になる方

以下の条件をすべて満たしている方

- ① 日常生活において支えが必要な方や認知症などにより常時介護が必要とされる原則、要介護3以上の方。
*要介護1、2の方は認知症等の程度により在宅生活が困難な状態にあると特例的に認められる場合に限る。
- ② 自宅での生活(介護)が困難な方
*ただし入院治療の必要な方は入居できません。

3. ご利用料金

別紙参照

4. 申込み方法

★事前に電話予約の上、入居申込書(別紙)に必要事項をご記入いただき、下記の申込窓口へご持参ください。

- (1) 申込窓口 住所:名古屋市西区名西二丁目6-16
特別養護老人ホーム オーネスト名西 開設準備室
電話:052-523-3335 予約受付時間9時から18時まで
- (2) 申込期間 平成28年1月4日(月)~平成28年1月31日(日)
土・日・祝日も受付致します。

- (3) 受付時間 午前 9 時から午後 6 時まで
- (4) 必要書類 ①介護老人福祉施設入居申込書 (別紙)
②介護保険被保険者証の写し
③直近の在宅サービス利用票及び別表の写し
(在宅サービスを利用されている方のみ)

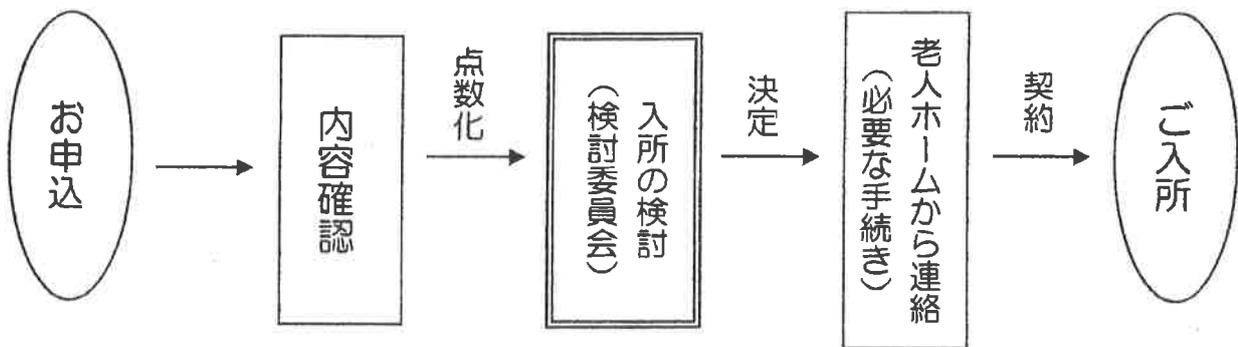
5. 選考方法

名古屋市特別養護老人ホーム優先入所指針に基づいて入居の必要性を評価し、名簿を作成します。その名簿の優先順位の高い方より入居していただきます。入居前には事前にご本人とご家族に面接調査をさせていただきます。

特別養護老人ホームの入所申込にあたって

名古屋市内の特別養護老人ホームでは、同じ入所基準に沿って、入所の優先順位を決定しています。具体的には、入所を希望される方の介護状況その他に応じて、入所の必要度を点数化し、点数の高い方からご入所いただける制度となっています。

お申込からご入所まで



- ①はじめに、介護状況その他についてお伺いするため、お申込書を作成いただきます。分からないところは、申込時に職員がお聞きします。
- ②お申込書から入所の必要度を点数化します。その点数をもとに、老人ホームごと開催する入所検討委員会で入所の決定を行います。入所できることになりましたら、老人ホームから連絡があります。
- ③ご連絡後、必要な面談や健康診断を行い、入所に支障がない場合、契約をして入所となります。申込書に事実と異なる記載があったときは、入所できなくなりますので、ご注意ください。

(1) お申込のときの状態から変更があった場合は、変更届の提出をお願いします。変更届がない場合は、適切な点数化ができないことがあります。

【変更届が必要な場合】

- ア 入所希望者の要介護度
- イ 主たる介護者の変更（介護の困難性に関わる状況の変更含む。）
- ウ その他入所の必要性に大きく関係すると思われる状況変化

(2) 連絡先が不通となり、連絡先変更のご連絡がない場合は、取下げの扱いとさせていただきますので、ご了承ください。

(3) 他の老人ホームに入所するなどして、申込の必要がなくなりましたら、申込をした老人ホームにご一報くださいますようお願いいたします。

名古屋市特別養護老人ホーム優先入所指針

1 目的

この指針は、特別養護老人ホーム（以下「施設」という。）への入所申込みが増大する中、国の基準省令改正の趣旨にかんがみ、施設サービスを受ける必要性が高い者から優先的に入所いただくため、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案した優先入所基準並びに入所決定の手続きを予め示すことにより入所の透明性・公平性を確保し、もって施設サービスの円滑な実施に資することを目的とする。

2 入所申込みの方法

施設への申込みは、各施設で定める入所申込書により行う。

なお、各施設は、優先的な入所を判断する際に勘案する項目を盛り込んだ標準入所申込書（様式1）に準じた入所申込書を作成するものとする。

(1) 入所申込書の受付

① 施設の説明

施設は、入所申込書を受け付ける際に、原則として入所希望者及び家族等と面接を行い、心身の状況や病歴等の把握に努めるとともに、入所順位の決定方法及び下記(2)について十分説明を行い、入所申込書に署名を受けることとする。

なお、医療的ケアを要することのみをもって申込みを断ってはならないが、入院治療の必要があるなど、施設サービスの提供が困難な場合は、その理由を入所希望者及び家族等に対し十分説明し、理解を得るとともに、医療機関や介護療養型医療施設・介護老人保健施設等を紹介するなどの措置を講じるものとする。

② 受付簿の管理

施設は、入所申込書を受理した場合は、受付簿にその内容を記載して管理する。

また、入所や辞退等の事由が生じた場合は、その内容を記録し、経緯を明らかにしなければならない。

(2) 状況の変更に伴う届出

入所申込書を提出した後、入所希望者等について以下の状況が変化した場合、入所申込者は書面にてその旨の届け出をするか再度の入所申込みを行うものとする。

ア 入所希望者の要介護度や認知症による中核症状、行動・心理症状変化

イ 主たる介護者の変更

ウ その他入所の必要性に大きく関係する状況変化

3 入所候補者の選定について

(1) 入所候補者

入所候補者は、入所申込者のうち、要介護 3 から要介護 5 までの要介護者と、要介護 1 又は要介護 2 であって特例入所の要件に該当する者とする。

(2) 特例入所の要件

特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことに関し、以下の事情を考慮すること。

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。

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。

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こと。

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こと。

オ 上記 4 要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅生活が困難であり、他の介護サービスの利用が困難であること。

(3) 特例入所に関する施設と名古屋市の情報共有等

特例入所が認められる場合には、以下のように施設と名古屋市の間で情報の共有等を行う。

① 施設は、入所申込者に対して、特例入所に該当する事由について、その理由など必要な情報を申込時に特例入所該当申出書(様式 2)及びその他の資料にて求めるものとする。

② 施設は、①の場合において、特例入所判定の可否について意見書(様式 3)を用いて名古屋市に意見を求めることができる。また、意見を求める場合は、特例入所の要件に該当することの判定に関する資料を添付すること。

③ 名古屋市は、②の求めを受けた場合において、施設に対し適宜意見を表明できるものとする。

4 入所決定の手続

(1) 入所検討委員会の設置

施設は、入所の決定に係る事務を処理するため、入所検討委員会(以下「委員会」という。)を設置しなければならない。委員会の構成・運営は以下のとおりとする。

① 委員

委員会の委員は、施設長、生活相談員、介護支援専門員、介護職員、看護職員並びに少なくとも 1 名の施設職員以外の第三者により構成する。

なお、施設長は、各施設の実情に応じ、上記以外の職種の職員を委員に加えることができるものとする。

② 開催

委員会は、施設長が召集し、少なくとも 3 か月に一度開催する。ただし、必要な場合は、これに限らず開催するものとする。

③ 所掌事務

委員会は合議制とし、入所申込書及び当該申込書を基に調製した入所希望者調書（以下「調書」という。）により入所の必要性を審議し、優先順位の高い方から順に、入所候補者名簿を調製する。

④ 議事録

委員会は、会議開催の都度、審議の内容を記載した議事録を作成し、2 年間保存するとともに、名古屋市又は愛知県から求められた場合は、これを提出するものとする。

(2) 委員の義務

委員会の委員は、業務上知り得た入所待機者及びその家族等に関する個人情報を出し漏らしてはいけない。委員の職務を退いた後もまた同様とする。

5 入所の必要度の評価基準

施設は、次に掲げる項目について調書を作成し、その結果を総合的に勘案した上で、入所に係る優先順位を決定する。

なお、施設は、調書作成に際し、必要に応じて、入所希望者が利用する居宅介護支援事業所の介護支援専門員、入院中の病院の職員、入所中の施設の職員等から意見を聴取するものとする。

(1) 優先順位の決定方法

次の勘案項目について評価基準表により点数化し、合計点の高い順に優先順位を決定する。

①要介護度、認知症による中核症状、行動・心理症状

②主たる介護者の状況

③他の要介護者等及び介護協力者の有無

なお、以下の勘案項目については、入所希望者等の個別事情を勘案する項目とし、委員会の判断により評価基準表に基づき点数化を行なう。

- ア 居宅サービスの利用状況
- イ 要介護認定日以降の介護期間の長短
- ウ 介護によって生じる身体的・精神的負担
- エ 居住環境
- オ その他居宅生活における困難性

(2) 本市の被保険者

合計点が同点の場合は、本市の被保険者を優先して入所決定するものとする。

6 特別な事由による入所

上記 5 にかかわらず、次の場合は、施設長の判断により入所を決定することができる。この場合、決定直後の委員会において、その経過を報告するとともに、議事録に登載することとする。

- (1) 区社会福祉事務所長から老人福祉法第 11 条に定める措置入所依頼があった場合
- (2) 災害や事件、虐待等の事情により、緊急性が認められ、委員会を開催する余裕がないとき
- (3) 長期入院（3 か月以上）による契約解除の後、再入所が可能となった場合で、在宅生活が困難なとき

7 施設の状況による入所者決定の調整

入所順位は上記 4 及び 5 により決定するが、施設における適切な入所者処遇と適切な施設運営を図るため、次の項目を勘案して入所者の決定を調整することができるものとする。この場合、入所直後の委員会において報告を行うとともに議事録に登載する。

- ① 性別
- ② 施設の特長（認知症専用床、その他）
- ③ 医療行為を必要とする場合における施設の受入体制

8 入所希望者等への情報開示

入所希望者等から、入所検討委員会の結果について照会があった場合、施設長はその結果について説明を行い、十分理解を得るよう努めるものとする。

その場合、当該入所希望者に関して入所検討委員会に提出した資料については、必要に応じて本人又は申込者に開示するものとする。

9 入所辞退者の取り扱い及び入所申込者の状況確認

この指針に基づく入所申込者から、入所に際して自らの都合により一時的に入所を辞退する旨の申し出があった場合、施設は改めて入所の意思表示があるまでの間、入所候補者名簿に登載しないことができる。また、登載しないこととした者の入所申込書は、登載しないこととした日から1年を経る日まで保管し、辞退扱いとすることができる。

施設は、長期間連絡のない入所申込者に対し、状況把握に努めることとするが、入所申込者との連絡が不通となった場合は、一時的に入所を辞退する旨の申出があった場合と同じ取扱いとする。

10 その他

(1) 優先入所指針の適用時期

この指針は、平成15年4月1日から適用する。

ただし、適用に向けた各種準備手続きについては事前に進める。

(2) 指針の適正運用

①施設は、この指針に基づき適正に入所の決定を行うものとする。

②名古屋市老人福祉施設協議会（以下「老施協」という。）と名古屋市は、この指針が円滑に運用されるまでの当分の間、合同で「入所指針運用適正化委員会」を設置し、各施設に寄せられた相談・苦情等を定期的に検証して施設に助言等を行なうとともに、老施協全体で情報を共有化し、指針の適正な運用を図るものとする。

なお、その際、併せて、事例検討を通じた評価基準適用の標準化も図るものとする。

(3) 指針の見直し

指針適用後の状況から、指針を見直す必要があると判断した場合には、適宜見直しを行うこととし、老施協及び名古屋市で協議する。

(4) 特列入所の扱い

平成27年4月の介護保険法改正に伴う特列入所の扱いについては、平成27年4月1日の入所から適用する。

参考 特例入所の要件について

- ・ 特例入所の判断に当たっての具体的な要件については「名古屋市特別養護老人ホーム優先入所指針」に基づき判断することになりますが、①～③については以下の方を想定しています。
- ・ 判断に当たっては申込者の方の状態を十分に把握する必要があるため、参考となる資料を提示していただいたり、申込者やご家族の方あるいは介護支援専門員（ケアマネジャー）等にも状況をお伺いします。

- 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こと。

（想定される方）

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ及びⅢの方

- ※ 日常生活自立度Ⅳ…着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等といった症状や行動が見られ、常に目を離すことができない状態。
- ※ 日常生活自立度Ⅲ…せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

- 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こと。

（想定される方）

愛護手帳 1 度、2 度及び 3 度の方

精神障害者保健福祉手帳 1 級及び 2 級の方

障害支援区分 4、5、6 の方

- 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・安心の確保が困難な状態であること。

（想定される方）

**身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクト（介護や世話の放棄）、
経済的虐待等が疑われる方**

- ④ 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こと。

- ⑤ 上記 4 要件に準ずる状態が複合的に生じている等、総合的に勘案して在宅生活が困難であり、他の介護サービスの利用が困難であること。

ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書
(特別養護老人ホーム)

施設名

特別養護老人ホーム オーネスト名西 施設長 様
入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな				性別	男	生年月日			
	氏名					女	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒				(TEL)			(FAX)	
被保険者番号					要介護度	3 4 5 (1 2)				
保険者番号					保険者名					
初回要介護認定年月日	平成 年 月 日				認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
認定審査会の意見等										

※上記(初回要介護認定年月日以外)は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒			入所希望者との続柄	(TEL)			(FAX)	
	ふりがな									
	氏名									
連絡先	住所	〒			入所希望者との続柄	(TEL)			(FAX)	
	ふりがな									
	氏名									

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () ()	() ()
	申し込み予定施設名 () ()	() ()
	() ()	() ()

説明確認欄	<p>私は、入居申込みに際し、入所順位の決定方法、状況の変化に伴う届出及び辞退の取扱いについて、施設から説明を受けました。</p> <p>また、今後の名古屋市の施策の参考とするため、この申込書の内容を名古屋市に報告することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 ()</p>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

介護者の状況

介護者の状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間 (_____ 分)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 _____ 日、週 _____ 時間程度)						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 _____) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名 _____) ・要入院加療 (_____ か月程度・病名 _____)						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級・種類: _____)							
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							
【介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。】								

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用票及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

施設使用欄

入所希望者の親族の状況

同居の家族（※入所希望者本人については記入不要です。）

氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	続柄	
				就労状況	

近親者の状況

The diagram consists of several interconnected boxes:

- 配偶者** (Spouse): A box at the top left, connected to the main person by a vertical line.
- 本人** (Person): A central box representing the applicant.
- 兄弟姉妹** (Siblings): A box below the main person, connected by a vertical line.
- 子** (Children): A large box to the right of the main person, connected by a horizontal line.
- 孫** (Grandchildren): A large box to the right of the children box, connected by a horizontal line.
- 甥姪** (Nephews/Nieces): A box below the siblings box, connected by a horizontal line.

特別養護老人ホーム オーネスト名西 利用料金一覧(日額費用)

1日あたり		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費(1割)		765 円	837 円	917 円	992 円	1,067 円
介護サービス費(2割)		1,529 円	1,675 円	1,835 円	1,984 円	2,134 円
食事負担額 (保険外)	利用者負担額 第1段階	¥300				
	利用者負担額 第2段階	¥390				
	利用者負担額 第3段階	¥650				
	基本料金	¥1,380				
居住費 (保険外)	利用者負担額 第1段階 (ユニット型個室)	¥820				
	利用者負担額 第2段階 (ユニット型個室)	¥820				
	利用者負担額 第3段階 (ユニット型個室)	¥1,310				
	基本料金 (ユニット型個室)	¥2,300				
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額 第1段階 (1割)	1,885 円	1,957 円	2,037 円	2,112 円	2,187 円
	利用者負担額 第2段階 (1割)	1,975 円	2,047 円	2,127 円	2,202 円	2,277 円
	利用者負担額 第3段階 (1割)	2,725 円	2,797 円	2,877 円	2,952 円	3,027 円
	基本料金 (1割)	4,445 円	4,517 円	4,597 円	4,672 円	4,747 円
(2割)		5,209 円	5,355 円	5,515 円	5,664 円	5,814 円

※ 介護費用(1割または2割)の中には、施設介護報酬、看護体制加算Ⅰ、夜勤職員配置加算、個別機能訓練加算、栄養マネジメント加算、口腔衛生管理体制加算、介護職員処遇改善加算(Ⅰ)が含まれています。

※上記の金額は目安です。上記の他、日常生活費等の実費分が掛かります。

平成28年4月1日施行

特別養護老人ホーム オーネスト名西 利用料金一覧(月額費用)

30日あたり			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額 第1段階		56,541 円	58,719 円	61,122 円	63,365 円	65,608 円
	利用者負担額 第2段階		59,241 円	61,419 円	63,822 円	66,065 円	68,308 円
	利用者負担額 第3段階		81,741 円	83,919 円	86,322 円	88,565 円	90,808 円
	基本料金	(1割)	133,341 円	135,519 円	137,922 円	140,165 円	142,408 円
		(2割)	156,281 円	160,639 円	165,445 円	169,930 円	174,416 円

31日あたり			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室・自己負担	利用者負担額 第1段階	(1割)	58,435 円	60,677 円	63,160 円	65,472 円	67,795 円
	利用者負担額 第2段階	(1割)	61,225 円	63,467 円	65,937 円	68,262 円	70,585 円
	利用者負担額 第3段階	(1割)	84,475 円	86,717 円	89,187 円	91,512 円	93,835 円
	基本料金	(1割)	137,795 円	140,037 円	142,507 円	144,832 円	147,155 円
		(2割)	161,479 円	165,993 円	170,965 円	175,584 円	180,230 円

※上記の金額は目安です。上記の他、日常生活費等の実費分が掛かります。

平成28年4月1日施行

変更届

施設長様

先に提出した「ユニット型指定介護老人福祉施設入居申込書（特別養護老人ホーム）」の内容に変更がありましたので届け出ます。

入居希望者氏名			変更届出年月日： 平成 年 月 日				
要介護度	3・4・5 (1・2)						
住所	〒 (TEL)						
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)						
特別な医療的対応	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()						
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度						
介護者の状況	ふりがな	性	男	生年	明・大・昭	続	
	氏名	別	女	月日	年 月 日	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所：) 入所希望者宅までの所要時間 (分)					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中・病名) ・入院していないが継続的な治療を要する・病名) ・要入院加療 (か月程度・病名)					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級・障害の種類：) <input type="checkbox"/> 無					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無					
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (級・種類：)					
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない						

※変更があった箇所のみご記入ください。