

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

|             |  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入所申込者(本人)氏名 |  | 被保険者番号  | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 受付番号        |  | 保険者(番号) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                                                                   |                                               |                      |                                       |                                           |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|
| ケ<br>ア<br>マ<br>ネ<br>年<br>ネ<br>ジ<br>月<br>ヤ<br>見<br>日<br>（<br>記<br>入<br>日<br>）<br>欄 | 事業所名                                          |                      | 連絡先電話番号                               |                                           |                   |
|                                                                                   | 担当ケアマネジャー氏名                                   |                      | 職 種                                   |                                           |                   |
|                                                                                   | 基本的評価基準                                       |                      |                                       |                                           |                   |
|                                                                                   |                                               | 要介護度                 | 介護者の有無                                | 在宅サービスの利用率                                | 地域性               |
|                                                                                   |                                               | 3・4・5<br>1・2（特列入所対象） | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要<br>支援以上の世帯 ・その他の世帯 | %<br>□未利用 □入院・入所中                         | 同一市町村・<br>圏域内、隣接市 |
|                                                                                   | 点数                                            | 点                    |                                       | 点                                         | 点                 |
|                                                                                   | 【本人の心身の状況】                                    |                      |                                       | □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない                     |                   |
|                                                                                   | □常時の介護や見守りが必要である                              |                      |                                       | □病院等の入所者で帰る家がない                           |                   |
|                                                                                   | □認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、<br>介護者の日常生活に支障がある |                      |                                       | □介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担して<br>いるなど経済的理由 |                   |
|                                                                                   | □寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介<br>助が必要である       |                      |                                       | □その他（ ）                                   |                   |
| □多少の一部介助や見守りを必要とする                                                                |                                               |                      | 【住環境】                                 |                                           |                   |
| □ほとんど自立による日常生活が可能である                                                              |                                               |                      | □居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）           |                                           |                   |
| □その他（ ）                                                                           |                                               |                      | □在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある               |                                           |                   |
| 【介護者の状況】                                                                          |                                               |                      | □施設や病院から退所を求められている                    |                                           |                   |
| □介護者が全くいない                                                                        |                                               |                      | □その他（ ）                               |                                           |                   |
| □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる                                                           |                                               |                      | 【参考項目】                                |                                           |                   |
| □介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障がい・疾病・<br>就労・その他： ）                                          |                                               |                      | ・家族の負担感                               |                                           |                   |
| □介護者が遠隔地にいる                                                                       |                                               |                      | □介護疲れがひどい                             |                                           |                   |
| □介護者が近隣にいる                                                                        |                                               |                      | □殆どかかわっていない                           |                                           |                   |
| □同居の介護者がいる（ 人）                                                                    |                                               |                      | □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある                |                                           |                   |
| □その他（ ）                                                                           |                                               |                      | □在宅サービスの利用にて順調                        |                                           |                   |
| 【在宅生活継続の可能性】                                                                      |                                               |                      | □在宅サービスの利用ないが順調                       |                                           |                   |
| □極めて困難                                                                            |                                               |                      | ・意思疎通                                 |                                           |                   |
| □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある                                                           |                                               |                      | □慣れた人でも意思疎通は困難                        |                                           |                   |
| □検討の余地あり                                                                          |                                               |                      | □家族など慣れた人なら問題はない                      |                                           |                   |
| □在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる                                                        |                                               |                      | □特に問題はない                              |                                           |                   |
| □その他（ ）                                                                           |                                               |                      | ・入所について                               |                                           |                   |
| 【在宅生活に支障のある状況】                                                                    |                                               |                      | □強く拒否している □拒否傾向                       |                                           |                   |
| □近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難                                                           |                                               |                      | □意思確認が困難                              |                                           |                   |
|                                                                                   |                                               |                      | □希望はしていないが同意している                      |                                           |                   |
|                                                                                   |                                               |                      | □同意している □強く望んでいる                      |                                           |                   |
| 【特記事項】                                                                            |                                               |                      |                                       |                                           |                   |

|       |                      |                     |  |
|-------|----------------------|---------------------|--|
| 施設記入欄 | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 医療の必要性              |  |
|       |                      | 同居以外の親族<br>や援護者の有無  |  |
|       |                      | 在宅介護の可能性<br>・介護者の事情 |  |
|       |                      | 家族の<br>介護負担感        |  |
|       |                      | 住環境の状況              |  |
|       |                      | その他                 |  |

|          |                      |                |                                       |            |                  |    |  |
|----------|----------------------|----------------|---------------------------------------|------------|------------------|----|--|
| 入所申込書受付日 | 年 月 日                | 受付番号           |                                       | 入所日        | 年 月 日            |    |  |
| 保険者への報告  | 要 ・ 不要<br>年 月 日      | 保険者から<br>の情報提供 | 有<br>無                                | 年          | 月 日              |    |  |
| 施設記入欄    | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 要介護度           | 介護者の有無                                | 在宅サービスの利用率 | 地域性              | 合計 |  |
|          |                      | 1・2・<br>3・4・5  | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援<br>以上の世帯 ・その他の世帯 | %          | 同一市町村<br>圏域内、隣接市 |    |  |
|          |                      |                | 点                                     | 点          | 点                | 点  |  |
|          |                      | 【評価すべき個別的事項等】  |                                       |            |                  |    |  |
|          |                      |                |                                       |            |                  |    |  |
|          |                      |                |                                       |            |                  |    |  |
| 施設記入欄    | 年<br>月<br>日<br>(記入日) | 要介護度           | 介護者の有無                                | 在宅サービスの利用率 | 地域性              | 合計 |  |
|          |                      | 1・2・<br>3・4・5  | ・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援<br>以上の世帯 ・その他の世帯 | %          | 同一市町村<br>圏域内、隣接市 |    |  |
|          |                      |                | 点                                     | 点          | 点                | 点  |  |
|          |                      | 【評価すべき個別的事項等】  |                                       |            |                  |    |  |
|          |                      |                |                                       |            |                  |    |  |
|          |                      |                |                                       |            |                  |    |  |