**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　　ア　　マ　　ネ　　ー　　ジ　　ャ　　ー　等　記　　入　　欄 | 事　業　所　名 |  | 連絡先電話番号 |  |
| 担当ケアマネージャー等氏名 |  | 職　　　　　種 |  |
| 令和　　年　　月　　日　（　記　入　日　） | 基　本　的　評　価　基　準 |
| 要介護度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 在宅サービスの利用率 | 介護者の有無 | 地域性 | 合計 |
| １．２．３．４．５ | Ⅰ．Ⅱa．Ⅱb．ⅢaⅢb．Ⅳ．M．正常 | ％□未利用□入院・入所中 | 単　身同　居 | 同一市町村圏域内、隣接市 | 　　　点 |
| 点　数 | 　　　　　　　　　　　点 | 　　　　　　点 | 点 | 点 |
| 意見書 | 【本人の心身の状況】* 常時の介護や見守りが必要である。
* 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。
* 食事・排泄・入浴等日常生活生活全般を通じ、介助が必要である。
* 多少の一部介助や見守りを必要とする。
* ほとんど自立による日常生活が可能である。
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

【介護者の状況】* 介護者がまったくいない。
* 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる。
* 十分な介護が困難（高齢、障害、疾病、就労、その他：　　　　　　　　　　　　）
* 遠隔地にいる。
* 近隣にいる。
* 同居の介護者がいる。（　　　人）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　）

【在宅生活継続の可能性】□　極めて困難* 在宅サービスを利用していても在宅生活に支障がある。
* 検討の余地あり
* 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。
* その他（　　　　　　　　　　　　　　）
 | 【在宅生活に支障のある状況】* 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難
* 十分なケアが受けられない。
* 病院などの入院者で帰る家がない。
* 経済的理由
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

【住環境】* 居住環境の事情により十分な介護が困難
* 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある。
* 施設や病院から退所を求められている。
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

【参考項目】①　家族の負担感* 介護疲れがひどい。
* 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある。
* 在宅サービスを利用にて順調
* 在宅サービスの利用がないが順調

②　意志疎通* 慣れた人でも意志疎通は困難
* 家族など慣れた人なら問題ない。
* 特に問題ない。

③　入所について* 強く拒否している。　□　強く拒否傾向。
* 意思確認が困難　　□　希望はして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》※要介護1,2で申込まれる場合、特例入所が必要な理由を付してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設記入欄 | 年月日記入 | 医療の必要性 |  |
|
| 同居以外の親族や援護者の有無 |  |
| 在宅介護の可能性・介護者の事情 |  |
|
| 家族の介護負担感 |  |
|
| 住環境の状況 |  |
|
| 特記事項 |  |
|
|  |
| 入所申込書受付日 | 　　年　　月　　日 | 受付番号 |  | 入所日 | 　月　年　日 |
| 施設記入欄 | 年月 日 | 要介護度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 在宅サービスの利用率 | 介護者の有無 | 地域性 | 合計 |
| １．２．３．４．５ | Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・正常 |  ％□未利用□入院・入所中 | 単　身同　居 | 同一市町村圏域内隣接市 |   点 |
|
|  点 | 点 | 点 | 点 |
| 【評価すべき特記事項】 |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 年月 日 | 要介護度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 在宅サービスの利用率 | 介護者の有無 | 地域性 | 合計 |
| １．２．３．４．５ | Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・正常 |  ％□未利用□入院・入所中 | 単　身同　居 | 同一市町村圏域内隣接市 | 点 |
|
|  点 | 点 | 点 | 点 |
| 【評価すべき特記事項】 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|