

# 入所申込者評価基準に係る意見書

入所申込者(本人)氏名		性別	男・女	年齢	
被保険者番号		保険者名・番号			

ケアマネージャー記入欄

事業所名					
------	--	--	--	--	--

担当ケアマネージャー氏名		連絡先電話番号	
--------------	--	---------	--

要介護度	日常生活自立度(※1)	精神疾患の有無(※1)	在宅サービスの利用率(※2)	日常生活自立度(障害自立度)
1・2・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所・入院中 (※20点加算)	J1 A1 B1 C1 J2 A2 B2 C2
点	点(加算)		点(加算)	

在宅サービスの利用内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護				
-------------	---	--	--	--	--

介護者の状況(※2)	(※2…経済的理由等によりGH等に入居できない場合、加算)	点(加算)
------------	-------------------------------	-------

身寄りがいないなど介護する者がいない(20点)  
介護する者はいるが地理的に離れている若しくは病院等に長期入院する等の状況により事実上介護が不能(17点)  
介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難(15点)  
介護する者はいるが、要介護状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難(12点)  
介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難(10点)  
介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難(10点)  
その他( )

【介護者の具体的状況(本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況など)】

<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護の入居者、40点加算	点数	点
--	----	---

<b>特記事項</b> <b>【身体動作】</b> <input type="checkbox"/> 寝返りできない <input type="checkbox"/> 起き上がりにできない <input type="checkbox"/> 座位保持できない <input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 立ち上がりにできない <input type="checkbox"/> 移乗困難(一部介助又は全部介助) <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【生活動作】</b> <input type="checkbox"/> 洗身困難(一部介助、全介助又は行っていない) <input type="checkbox"/> 食事困難(一部介助又は全介助) <input type="checkbox"/> 飲水困難(同上) <input type="checkbox"/> 排尿・排便困難(同上) <input type="checkbox"/> 清潔(口腔清潔・洗顔・整髪・つめ切り)困難(同上) <input type="checkbox"/> 衣服着脱困難(同上) <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【機能障害】</b> <input type="checkbox"/> 麻痺等がある <input type="checkbox"/> 拘縮、関節痛、関節の可動域制限がある <input type="checkbox"/> 視力(目の前に置いた視力確認表の図が見える又はほとんど見えない) <input type="checkbox"/> 聴力(ほとんど聞こえない) <input type="checkbox"/> その他( )	<b>参考事項</b> <b>【意思疎通】</b> <input type="checkbox"/> なれた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 伝達能力に問題あり <input type="checkbox"/> 家族などなれた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【入所についての本人の意思】</b> <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【医療行為】</b> <input type="checkbox"/> 現在行っている医療行為 痰吸引(口腔内・外、昼・夜)・人工透析・鼻腔胃ろう・褥瘡の処置・その他( )
---	--

**【特列入所要件(※3)】**

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来す症状・行動の有無(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等)  
ほぼ毎日ある   時々ある(週1~2回程度)   少しある(月1~2回程度)   なし
- 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・行動の有無(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等)  
ほぼ毎日ある   時々ある(週1~2回程度)   少しある(月1~2回程度)   なし
- 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・安心確保が困難である。  
該当   非該当
- 単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱であること等により、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。  
該当   非該当

**【その他特記事項】** (在宅生活・介護が困難、退院を迫られているが在宅介護困難、経管栄養等への対応が困難等により点数加算が望まれる、上記のいずれかの「特列入所」に該当する、災害・事件、長期入院後の再入居、独居者の状態悪等の「特別な事由」に該当する等)