

個別評価項目

1 介護度

| 評価項目 | 要介護度5 | 要介護度4 | 要介護度3 | 要介護度2 | 要介護度1 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 点数 | 20 | 17 | 13 | 9 | 5 |

2 認知症高齢者の日常生活自立度

| 評価項目 | ランクM | ランク | ランク | ランク | ランク |
|------|------|-----|-----|-----|-----|
| 点数 | 10 | 8 | 6 | 5 | 3 |

3 介護者等の状況

| 評価項目 | 単身であり、在宅では生活が困難 | 介護者がいるが、在宅での生活が困難 | 単身であり、在宅では生活が一部困難 | 介護者がいるが、在宅での生活が一部困難 |
|------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 点数 | 20 | 15 | 10 | 5 |

一部困難：日中の時間帯などの一部時間帯に限りサービス提供を現に受けている又は介護を要す。

4 在宅サービス利用率（過去3ヶ月の平均）

| 評価項目 | 80%以上 | 60%以上～80%未満 | 40%以上～60%未満 | 20%以上～40%未満 | 20%未満 | 入院（入所中） |
|------|-------|-------------|-------------|-------------|-------|---------|
| 点数 | 50 | 39 | 23 | 17 | 6 | 5 |

算定対象サービス（介護予防を含む。）：訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与、通所介護、通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域支援事業訪問型サービス・通所型サービス 等

- *1 在宅サービスの利用率については、提出されたサービス利用票別票の区分支給限度額基準額に対する月の利用単位数で利用率を出し、上記の該当する割合に沿って評価する。
- *2 要介護度の変更など個別事由、地域の実情に応じた設定も可能。

[構成割合]

| | |
|---------|-----|
| 身体状況 | 30% |
| 介護者等の状況 | 20% |
| 在宅利用率 | 50% |

(経過措置)

入所申込時期

| 評価項目 | 3年以上 | 2年以上～3年未満 | 1年以上～2年未満 | 6ヶ月以上～1年未満 | 6ヶ月未満 |
|------|------|-----------|-----------|------------|-------|
| 点数 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

総合評価項目

- ・身体上又は精神上の著しい障害による常時介護の必要性
- ・生活上の全面的な介護などの必要性
- ・自立度が低いことによる生活全般にわたる関与などの必要性
- ・認知症による行動障害、在宅のQOL
- ・在宅サービスの利用内容
- ・住宅環境の要因、入所申し込み、地域性、入所した場合の家族との交流など

個別評価項目の各項目を、それぞれ点数化し、その合計点数を算出し、更に、総合評価項目により入所要件を勘案したうえで、行うこととする。

| | | | | |
|-----|-------|-----|-------|------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 | 受付番号 |
|-----|-------|-----|-------|------|

特別養護老人ホーム真寿園 入所申込書

特別養護老人ホーム真寿園施設長 様

入所申込者

(入所希望者との続柄)

特別養護老人ホーム真寿園に入所したいので、関係書類を添付して申し込みます。
(該当する箇所には、 にチェックを入れてください)

| | | | | | | |
|--|--|------------------|---|--|----------|--------------|
| フリガナ | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | (男・女) | | | | 明治・大正・昭和 | 年 月 日生 (歳) |
| 現住所 | 郵便番号 | | | | 電話番号 | |
| | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | 保険者名 | |
| 要介護認定 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | |
| | 認定期間 | | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | | |
| 該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面項目に記入すること。) | 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。 | | 入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の項目に記入すること。) | 介護者がいないため | | |
| | 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が頻繁に見られる。 | | | " 高齢、障害、疾病等のため | | |
| | 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。 | | | " 就労しているため | | |
| | 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。 | | | " 育児等しているため | | |
| 担当の居宅介護支援事業所等 | 事業所の名称 | | 入所希望時期 | 不在となる時間があり、不安を抱えているため | | |
| | 担当者 | | | 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため | | |
| | | | | 介護者の身体的、精神的負担が大きいため | | |
| | | | | 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定) (その他詳細) | | |
| 健康保険 | 種類 | | | | | |
| 年金の種類等 | 種類 | | | | | |
| 居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等 | 訪問介護 | 訪問入浴 | 訪問看護 | 訪問リハ | 福祉用具貸与 | |
| | 通所介護 | 通所リハ | 短期入所生活介護 | 短期入所療養介護 | | |
| | 特定施設入居者生活介護 | 小規模多機能型居宅介護 | 認知症対応型共同生活介護 | | | |
| | 認知症対応型通所介護 | 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 | その他 | | | |
| | 【地域支援事業】 (訪問介護相当・訪問型サービスA) (通所介護相当・通所型サービスA) | | | | | |
| (前月の介護保険利用実績 _____ 単位)(直近3ヶ月の平均 _____ 単位) | | | | | | |
| (支給限度基準額 _____ 単位) / *100 = (在宅サービス利用率 _____ %) | | | | | | |
| 利用時間 | 午前 8:00 ~ 午後 6:00 (日中) | | | 午後 6:00 ~ 午後 10:00 (夜間) | | |
| | 午前 6:00 ~ 午前 8:00 (早朝) | | | 午後 10:00 ~ 午前 6:00 (深夜) | | |
| 現況及び医療状況 | 自宅 | | | | | |
| | 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____) 年 月 日 ~ | | | | | |
| | 経管栄養 | カテーテル | ストーマ | 酸素療法 | インシュリン | |
| 透析 気管切開 痰吸引 その他(_____) | | | | | | |
| [現在治療中の病名] (_____) | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--|-------|---------|-------|----|----|----------|-----|---|
| 過去の入所・入院状況 | 種類 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 名称 | | 理由 | | | | | | |
| | 種類 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| | 名称 | | 理由 | | | | | | |
| 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 | (例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。 | | | | | | | | |
| 他の施設への申込状況 | 申込済の施設名称 () () | | | | | | | | |
| | () () () | | | | | | | | |
| | 今後申込予定の施設名称 () () | | | | | | | | |
| | () () () | | | | | | | | |
| 主たる介護者の状況 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 | 月 | 日生 | (歳) | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | 要介護認定の有無 | 有・無 | |
| | | | | | | | 要介護状態区分 | | |
| | 同居の区分 | 同居 別居 | | | | | | | |
| 申込者との関係 | 配偶者 | | 子 | 子の配偶者 | | | | | |
| | 兄弟姉妹 | | その他 () | | | | | | |
| 家族等の状況 | 家族図 | | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 備考 | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

添付書類

直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(写)

個人情報に関する同意書

身体状況確認表

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|----|--|--|--|--|--|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 | | | | | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 氏名 | | | | | |

個人情報同意書

入所申込者および家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについては、市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集に係る同意をします。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム真寿園
施設長 小林 一博 様

<入所希望者>

住 所

氏 名

印

<代理人>

住 所

氏 名

印

<家族代表者>

住 所

氏 名

印

(続 柄)

身体状況確認表

| 生活・身体状況確認表 該当する部分を で囲み、空欄は記入して埋めてください。 | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------|-------------------|--------------------|-----------|--|
| フリガナ | | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 日 | |
| 氏名 | 様 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | |
| | | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | |
| | | 主治医 | 相澤病院 高須 信行 先生 | | | |
| 既往歴 | | 服薬状況 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 身 体 状 況 | | | | | | |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助 | 嚥下状態 | | | | |
| アレルギー | あり ・ なし () | | | | | |
| 食事形態 | 主食： | 副食： | トロミ：(あり・なし) | 食事用具 | スプーン・箸() | |
| 経管栄養 | 胃ろう・鼻腔() | 内容 | | | | |
| | | | | | | |
| 排泄動作 | 自立・一部介助・全介助 | 尿・便意 | 有り ・ 無し | | | |
| 排泄状況 | 昼： | 夜： | その他 | | | |
| バルーン | | 最終排便 | 月 | 日 | | |
| 失禁 | ある・時々ある・なし | 排便状況 | (日に 回) | | | |
| 寝返り | 自力・つかまりで可・出来ない | | | | | |
| 立ち上がり | 自力・つかまりで可・出来ない | | | | | |
| 歩行 | 自立・要見守り・一部介助・出来ない | | | | | |
| 車椅子 | 自立・介助 | | | | | |
| 移乗動作 | 自立・要見守り・一部介助・出来ない | | | | | |
| 入浴 | 自立・一部介助・全介助 | 種類：特浴・一般浴 | | | | |
| 更衣 | 自立・一部介助・全介助 | | | | | |
| 口腔ケア | 自立・一部介助・全介助 義歯：総義歯/部分義歯(上下) | | | | | |
| 皮膚状態 | | 麻痺 | (有・無) 部位： | | | |
| 視力 | 見える・良く見えない・見えない | | 聴力 | 聞こえる・良く聞こえない・聞こえない | | |
| 会話 | 出来る・出来ない() | | 理解力 | | | |
| 精神症状 | 徘徊・帰宅願望・離設行為・妄想・幻覚・幻聴・夜間不眠・収集癖・暴言・暴力 | | | | | |
| | 介護抵抗・拒否・放尿・放便・不潔行為・その他： | | | | | |
| その他 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

身体状況確認表

| 生活・身体状況確認表 該当する部分を で囲み、空欄は記入して埋めてください。 | | | | |
|--|---|------------------|---|--|
| 主治医（かかり付けのお医者さん） | | 既往歴 入院歴 など | | |
| 氏名 | | | | |
| 病院名 | | | | |
| 連絡先 | | | | |
| お薬の内容 | | | | |
| 身 体 状 況 | | | | |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助 | 嚥下状態 | | |
| 食事形態 | 主食： 副食： トロミ：（あり・なし） | 食事用具 | スプーン・箸（ ） | |
| 経管栄養 | 胃ろう・鼻腔（ ） | 内容 | | |
| 排泄動作 | 自立・一部介助・全介助 | 尿・便意 | 有り ・ 無し | |
| 排泄状況 | 昼： 夜： その他 | | | |
| 失禁 | ある・時々ある・なし | 排便状況 | （ 日に 回） | |
| 寝返り | 自力・つかまりで可・出来ない | | | |
| 立ち上がり | 自力・つかまりで可・出来ない | | | |
| 歩行 | 自立・要見守り・一部介助・出来ない | | | |
| 車椅子 | 自立・介助 | | | |
| 移乗動作 | 自立・要見守り・一部介助・出来ない | | | |
| 入浴 | 自立・一部介助・全介助 | 種類：特浴・一般浴 | | |
| 更衣 | 自立・一部介助・全介助 | | | |
| 口腔ケア | 自立・一部介助・全介助 | 義歯：総義歯/部分義歯（上下） | | |
| 皮膚状態 | | 麻痺 | （有・無） 部位： | |
| 視力 | 見える・良く見えない・見えない | 聴力 | 聞こえる・良く聞こえない・聞こえない | |
| 会話 | 出来る・出来ない（ ） | 理解力 | | |
| 精神症状 | 徘徊・帰宅願望・離接行為・妄想・幻覚・幻聴・夜間不眠・収集癖・暴言・暴力 | | | |
| | 介護抵抗・拒否・放尿・放便・不潔行為・その他： | | | |
| 本人の生き立ち・趣味・趣向品など | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |