

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	摂津 ○子	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
受付番号		保険者(番号)	摂	津	市	2	7	2	2	4	5	

事業所名	居宅支援事業所○○○	連絡先電話番号	06 (××××) ××××									
担当ケアマネジャー氏名	桜町 ○○	職種	ケアマネジャー									

基本的評価基準					
ケ ア マ ネ ジ ャ ー の 見 込 み 欄	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
	③・4・5 1・2 (特例入所対象)	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要 支援以上の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ・その他の世帯	85 % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input checked="" type="checkbox"/> 同一市町村・ <input type="checkbox"/> 圏域内、隣接市	70点
点数	30点		35点	5点	

ケ ア マ ネ ジ ャ ー の 見 込 み 欄	【本人の心身の状況】	<input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等) が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 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いるなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 () 【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 (住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難 (高齢・障がい・疾病・ <input checked="" type="checkbox"/> 就労・その他 : () <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる (3 人) <input type="checkbox"/> その他 ()	【参考項目】 ・ 家族の負担感 <input checked="" type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ・ 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input checked="" type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input checked="" 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
	【在宅生活継続の可能性】	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()	【在宅生活に支障のある状況】 <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難
	【特記事項】		

※1 「入所申込者(本人)氏名」: 指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】入所申込兼台帳の本人の状況に記入されている氏名を記入してください。

「被保険者証番号」「保険者」: 介護保険被保険者証等の内容を記入してください。

※2 「担当ケアマネジャー」: 居宅介護支援事業所等のケアマネジャーの氏名を記入してください。

介護保険施設や病院等に入所・入院中の場合は、介護老人保健施設等のケアマネジャーのほか相談員、医療ソーシャルワーカー等、本人の状況をよくご存知の方が記入してください。

「職種」: ケアマネジャー、相談員、看護師長、医療ソーシャルワーカー、精神医学ソーシャルワーカー等

※3 「要介護度」: 原則として介護保険被保険者証、要介護認定調査票に基づき記入してください。認知症による日常生活の困難については、【特記事項】の欄に具体的に記入してください。

「介護者の有無」: 同居の介護者の有無により、単身か、高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯、その他の世帯を記入してください。この場合において、老々介護などの理由で実質的に介護ができていない事例については、「介護者の状況」や【特記事項】の欄にその内容を記入してください。

「在宅サービスの利用率」: 直近3か月の平均利用率により記入してください。

「点数」: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)の点数を記入してください。

他の介護保険施設や病院等に入所(入院)中の方は、『口入所・入院中』の項目に“✓”を記入してください。

なお、当該施設から退所(退院)を求められ、かつ、在宅復帰が極度に困難な方については、入所選考指針の基本的評価基準(別添)の点数(25点)を適用してください。ただし、入所・入院直前の在宅サービスの利用率が60%以上の場合には、その率に該当するものを記入してください。

「地域性」: 『同一市町村』『圏域内、隣接市』のいずれかに該当する場合は、記入してください。点数欄には、入所選考指針(別表) 基本的評価基準の点数を記入してください。

圏 域 名	市 町 村
大 阪 市 老 人 保 健 福 祉 圏	大阪市
豊 能 老 人 保 健 福 祉 圏	豊中市、池田市、吹田市、箕面市、豊能町、能勢町
三 島 老 人 保 健 福 祉 圏	高槻市、茨木市、摂津市、島本町
北 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	守口市、枚方市、寝屋川市、大東市、門真市、四條畷市、交野市
中 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	八尾市、柏原市、東大阪市
南 河 内 老 人 保 健 福 祉 圏	富田林市、河内長野市、松原市、羽曳野市、藤井寺市、大阪狭山市、太子町、河南町、美原町、千早赤阪村
堺 市 老 人 保 健 福 祉 圏	堺市
泉 州 老 人 保 健 福 祉 圏	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、和泉市、高石市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町

※4 「意見欄」: 該当するものを、いずれか1つに“✓”を記入してください。

該当する選択肢がない場合はその他に“✓”を記入し、()内にその具体的内容を記入してください。

原則として要介護認定調査票の内容を記入してください。要介護認定調査票が添付されていない場合は、申込者の状態に基づき、ケアマネジャーが可能な範囲で記入してください。

【参考項目】: 各項目に該当するものいずれか1つに“✓”を記入してください。

【特記事項】: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)では反映されない事項で、特に配慮しなければならない個別の事情等について、具体的に記入してください。

施設 記 入 欄	年 月 日 (記 入 日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や介護者の有無	
		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	
		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 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年	月 日
施設 記 入 欄	年 月 日 (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・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				
欄	年 月 日 (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・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】				

- ※5 上段の「施設記入欄」：申込書を受付けた特別養護老人ホームのケアマネジャーや生活相談員が入所選考にあたり、特別に配慮しなければならない個別の事情と判断されることを記入してください。
- ※6 「保険者への報告」：要介護1又は2で特例入所の要件に該当する場合は保険者への報告が必要です。また申込書及び意見書の内容から、行政機関との連携により適切な対応が必要な場合は、必要に応じて施設の判断で行ってください。
- ※7 「保険者からの情報提供」：特例入所に該当するか否か、または入所の必要性の高さを判断するにあたり、保険者から意見の表明があった場合に記入してください。
- ※8 下段の「施設記入欄」：要介護度等本人の状況の変化があった場合に記入してください。