

指定介護老人福祉施設長老園 入所申込者評価基準による意見書

入所申込者(本人)氏名		性別		年齢	
被保険者番号		保険者番号			
ケアマネージャー又は医療連携室担当者 記入欄			作成日 令和 年 月 日		
事業所・病院名					
ケアマネ又は医療連携室 氏名		連絡先電話番号			
評 価 基 準					
要介護度	日常生活自立度	精神疾患の有無	在宅サービスの利用率		
1・2・3・4・5	I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	%		
<input type="checkbox"/> 【認知症対応型共同生活介護が利用できない理由】	要介護1から3の場合であって、経済的理由、精神疾患等により認知症対応型共同生活介護を利用できない場合				
<input type="checkbox"/> 【右記施設を利用できない理由】	要介護度、経済的理由等により、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護(地域密着型を含む)を利用することができない場合				
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 <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					
<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れてる若しくは病院等に長期入院するなどの状況による事実上介護が不能 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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所者生活介護の入所者					
特記事項			特記事項		
【身体動作】 <input type="checkbox"/> 寝返りができない <input type="checkbox"/> 起き上がりができない <input type="checkbox"/> 座位保持ができない <input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 立ち上がりができない <input type="checkbox"/> 移乗困難(一部介助) <input type="checkbox"/> 移乗困難(全介助) <input type="checkbox"/> その他()			<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"/> その他()		
【生活動作】 洗身困難 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助又は行っていない 食事困難 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 飲水困難 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排尿・排便困難 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清潔困難(口腔清潔) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清潔困難(洗顔) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清潔困難(整髪) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清潔困難(つめ切り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服着脱困難 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()			【意思疎通】 <input type="checkbox"/> なれた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族などなれた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> その他()		
【機能障害】 <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"/> 聴力(ほとんど聞こえない)			【入所について本人の意思】 <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()		
【医療行為】 <input type="checkbox"/> 現在行っている医療行為 []					
特例入所用件(*3)					
1 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動の有無(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少しある(月に1~2回程度) <input type="checkbox"/> なし					
2 知的・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動の有無(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少しある(月に1~2回程度) <input type="checkbox"/> なし					
3 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。 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
4 単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等により支援が期待できず、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。 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
特記事項					

(*3)については、要介護1又は要介護2の場合に記載する。

入所申込者評価基準による意見書記入における注意点

* 平成27年4月1日現在を持って、介護老人福祉施設における入所指針が一部変更され、それに伴いケアマネジャーの皆さまに記入していただく、「入所申込者評価基準に係る意見書」の項目が変更となりましたので、下記事項を参考の上ご記入くださいますようお願い致します。

【留意点】

1. 要介護度

利用者の要介護度を丸を付けてください。

2. 日常生活自立度

該当する自立度に丸を付けてください。

3. 精神疾患の有無

精神疾患等の有無についてチェックをお願いします。

4. 在宅利用サービス

直近3ヶ月のサービス利用率を記載してください。サービス利用表別表に基づく支給限度基準額とサービス利用額の単位の平均割合により算出してください。

入院・入所中の方は、口にチェックを、在宅サービス未利用の方はその口にチェックを付けてください。

5. 認知症対応型共同生活介護が利用できない理由

要介護1から3の人であって、認知症対応型共同生活介護に入所していない理由が、経済的理由、精神疾患等によもの場合にチェックをお願いします。

6. 右記施設を利用できない理由

認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護(地域密着型を含む)を利用することができない理由が、要介護度、経済的理由等による場合にチェックしてください。(介護度が4～5の方はここにチェックが入らないと点数が高くなりませんのでご注意ください)

7. 在宅サービスの利用内容

在宅サービスを利用している場合、利用しているサービス全をチェックをして下さい。

8. 介護者の状況

介護者の状況について、該当する項目にチェックをして下さい。該当項目がない場合は、その他として()内に記入をして下さい。

9. 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)

介護者の状況等、在宅で介護することが困難な状況について記載をして下さい。

10. 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護の入所者

認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護に入所している方で、その入所事業所より介護が困難である為、介護老人福祉施設への入所を希望されており、その事実が認められる場合にチェックをお願いします。

11. 特記事項

ご利用者のADL状態で、該当する項目にチェックをお願いします。

12. 特例入所要件

要介護1又は要介護2の場合に記載してください。

〒039-0814

青森県三戸郡南部町大字坵渡字東あかね5-125

特別養護老人ホーム 長老園

担当者氏名 生活相談員 向山泰庸

TEL 0178-84-3131

FAX 0178-84-3132