

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 | | 保険者番号 | | | |

ケアマネジャー記入欄

| | | | | | | |
|---|---|--|------|---|----|---|
| 事業所名 | | | | | | |
| 担当ケアマネジャー氏名 | | | | 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（※1） | | 在宅サービスの利用率（※2） | | |
| 1・2・3・4・5 | Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M | □有 □無 | | % | | |
| 点数 | | 点 | | 点数 | 点 | |
| 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） | | | | | 点数 | 点 |
| <input type="checkbox"/> 身寄りが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、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が不能 <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なっているなど、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居者生活介護の入居者 | | | | | 点数 | 点 |
| 特記事項 | | | 参考事項 | | | |
| 【身体動作】 <input type="checkbox"/> 寝返りできない <input type="checkbox"/> 起き上がりできない <input type="checkbox"/> 座位保持できない <input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 立ち上がりできない <input type="checkbox"/> 移乗困難（一部介助又は全介助） <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"/> 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（ ） | | 【入所についての本人の意思】 <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（ ） | | |
| 【生活動作】 <input type="checkbox"/> 洗身困難（一部介助、全介助は行っていない） <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（口腔清拭・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（ ） | | 【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"/> 視力（目の前に置いた視力確認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（ ） | | 【医療行為】 <input type="checkbox"/> 現在行っている医療行為 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | | |
| 【その他特記事項】 | | | | | | |

注）（※1）については、認知症対応型共同生活介護を利用できない場合に限り加算し、（※2）については、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を利用できない場合に限り加算する。