

入 所 調 査 票

特別養護老人ホーム うねとり荘

被 保 険 者 番 号	氏 名		年 齢		〒	-
	生 年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和	年 月 日	歳	住 所	
世 帯 の 課 税 状 況		調 査 年 月 日	令 和	年 月 日	合 計 点 数	

区分	判断基準	点数	✓	備考
1 要介護度	要介護5	40	<input type="checkbox"/>	
	要介護4	35	<input type="checkbox"/>	
	要介護3	25	<input type="checkbox"/>	
	要介護2	15	<input type="checkbox"/>	
	要介護1	10	<input type="checkbox"/>	
2 介護者の状況	介護家族なし(0)	25	<input type="checkbox"/>	介護者が存在しないか、主介護者が県外等遠隔地に在住で数十年來交流が途絶している等。
	家族介護力なし(1)	20	<input type="checkbox"/>	主介護者が、中重度要介護(要介護2以上)、障がい者(身障手帳1、2級所持)、病弱(疾病による禁忌があるか入院中)、重篤な介護疲れ、未成年のいずれかに当てはまるか、県外等遠隔地に在住である。
	家族介護力なし(2)	15	<input type="checkbox"/>	主介護者が、高齢(65歳以上)、軽度要介護(要支援1以上)、障がい者(身障手帳所持)、病弱(既往あり加療中)のいずれかに当てはまるか、当該市町村及び近隣市町村に居住していない。
	家族介護力なし(3)	10	<input type="checkbox"/>	主介護者が、就労(週20時間以上勤務)、養育(小学生以下の児童を養育)の状態にあるか、これまでの本人との生活経緯により義絶している等。
	介護家族あり(4)	0	<input type="checkbox"/>	上記(0)(1)(2)(3)に該当しない場合。
	独居	5	<input type="checkbox"/>	上記(1)(2)(3)(4)に加え独居の場合に加点(世帯分離や二世帯住宅、隣接地家族居住等は除外、介護者の入院等による実質独居は該当。)(0)には加点されない。
		主たる介護者及びその状況 ※下欄については複数回答可		
				<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 障がい(級) <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 病弱(禁忌・入院中・加療中) <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 申込者以外(介・支)の介護 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 市町村内在住 <input type="checkbox"/> 近隣市町村在住 <input type="checkbox"/> 県内在住 <input type="checkbox"/> 県外在住 <input type="checkbox"/> 就労(週20時間 以上・以下) <input type="checkbox"/> 重篤な介護疲れ(通院中あるいは入院中)
3 指定居宅サービス (3を算定する場合、5は算定しない。)	週5～7日サービス利用	15	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与を除いてカウントする。
	週3～4日サービス利用	10	<input type="checkbox"/>	
	週1～2日サービス利用	5	<input type="checkbox"/>	
4 住居環境 (5と重複の算定も可能とする。)	劣悪あるいは問題ある住居環境	(1～10)	<input type="checkbox"/>	別紙により算定。
5 退院退所後の在宅生活 (5を算定する場合、3は算定しない。)	退院後の在宅生活が困難	10	<input type="checkbox"/>	病院、老健、GH等※の退院退所想定時に、本人の心身状況により在宅生活が困難と思われる場合。(住環境のみが問題の場合は4のみを算定。) ※ 短期入所の継続利用、小規模多機能事業所の連泊利用も含む。

6 特筆すべき事項 (特例入所の要件 関連)	認知症による困難	10	<input type="checkbox"/>	対象者が認知症であり、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ような場合。 ※ 現に認知症の診断を受けている者に限る。単に加齢による物忘れがある場合等は含まない。
	(かつ重度の場合)	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <意思の疎通> <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> <行動障害> <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()
	障がい等による困難	20	<input type="checkbox"/>	対象者が知的障がい・精神障がい等を伴い、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ような場合。 ※1:療育手帳の障がい程度がAまたは知的障がい者更生相談所において障がいの程度が重度の者。 ※2:精神障がい者保健福祉手帳の等級が1または2級に該当する者。 ※3:精神科への通院歴があり、上記と同等の障がいがあると認められる者。
	虐待が疑われる場合	20	<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、対象者の心身の安全・安心の確保が困難であるような場合。 ※ 上記のような場合、市町村が行う措置委託による入所になると考えられるため、虐待を受けている本人または担当介護支援専門員等が入所申込みを行う場合が想定される。
	支援の供給が不十分 (かつ急迫性ある場合)	10	<input type="checkbox"/>	単身世帯又は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ような場合。 ※1:「2介護者の状況」(0)(1)(2)(3)独居のいずれかに該当する者。 ※2:近隣に在宅サービス事業者がなく、その利用が困難な場合等。
7 待機期間	6か月以上	5	<input type="checkbox"/>	特例入所の待機期間は、平成27年4月1日から起算する。 ※施設からの入所の意思確認に際して、承諾を得られなかった場合には緊急性を要しないとみなし、その都度待機期間をリセットする。
	1年以上	10	<input type="checkbox"/>	
	2年以上	15	<input type="checkbox"/>	
8 緊急性 (入所の必要性)	入所見送り(1回目)	-5	<input type="checkbox"/>	入所の承諾が得られなかった場合には、申込みの取り下げ(改めて当荘への入所の必要性が生じた際の再申込み)について勧告する。
	入所見送り(2回目)	-10	<input type="checkbox"/>	
	入所見送り(3回目以上)	-15	<input type="checkbox"/>	

説明者	職名	氏名	㊞
-----	----	----	---

令和 年 月 日

説明・同意確認欄	私は、入所申込に際し、次の事項について施設から説明を受けました。 ① 調査結果及び入所順位の決定方法等。 ② 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡すること。また、特段の変化がない場合においても、少なくとも3ヶ月に1回は施設へ連絡すること。 ③ 原則、要介護3以上が入所要件であり、特段の事情が無い限り要介護1・2では入所できないこと。 また、次の事項について同意します。 ① 申込書及び調査票にある内容について、保険者市町村や担当介護支援専門員から情報を得ること。 ② 保険者市町村からの求めに応じて、この申込情報を保険者市町村へ提供すること。 ③ 申込者が要介護1・2の場合、特例入所該当の有無が確定するまで、この申込は正式な受付とはならないこと。			
	入所申込者(ご本人)	㊞		
	入所申込者のご家族等	㊞	続柄	

【考慮事項】

1 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2 医療的処置の有無	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()
3 出身市町村名	