**指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム打田皆楽園）入所調査票①**（介護支援専門員が記入のこと）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所申込者（本人）氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 | 保険者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　市 |

注）「※」欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 担当介護支援専門員氏名 |  | 印 | 職種 |  |
| 要介護度 | 認知症の状況 | 介護者の有無 | 在宅サービスの利用率 | 合　計 |
| □１・□2□３・□４・□５ | □正常・□Ⅰ・□Ⅱa・□Ⅱb・□Ⅲa・□Ⅲb・□Ⅳ・□Ｍ | □単身□介護者有 | ※％ | ※点 |
| □未利用□入所（入院）中 |
| ※点 | ※点 |
| **【本人の心身の状況】**□常時の介護や見守りが必要である　□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□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　□多少の一部介助や見守りを必要とする□ほとんど自立による日常生活が可能である□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【介護者の状況】**□介護者が全くいない　□介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる□介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障害・疾病・就労・その他）　□介護者が遠隔地にいる　□介護者が近隣にいる□同居の介護者がいる（　　人　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【在宅生活継続の可能性】**□きわめて困難　□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある　□検討の余地有り□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□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【在宅生活に支障のある状況】**□近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難　□十分なケア（ナイトケア等）が受けられない□施設や病院等の入所（入院）者で帰る家がない　　□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□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【住環境】**□住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭いなど）　□在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある□施設や病院等から退所（退院）を求められている□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **【参考項目】**・家族の負担感・意志疎通・入所についての本人の意志 | □介護疲れがひどい　□ほとんどかかわっていない　□在宅サービスを利用して何とか□在宅サービスの利用により順調　□在宅サービスの利用ないが順調□慣れた人でも意思疎通は困難　□家族など慣れた人なら問題はない　□特に問題はない□強く拒否している　□拒否傾向　□意思確認が困難　□希望はしていないが同意している□同意している　□強く望んでいる |
| 医療の必要性 |  |
| 同居以外の親族や援護者の有無 |  |
| 在宅介護の可能性・介護者の事情介護3以下は※印を詳細に記載 | ※認知症であることにより、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、在宅生活が困難な状態※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、且つ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態 |
| 家族の介護負担感及び介護3以下は※印を詳細に記載 | ※家庭等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態 |
| 住環境の状況 |  |
| その他 |  |