

入所調査票

入所希望者氏名	被保険者番号								
保険者	保険者番号								

担当介護支援専門員記入年月日			令和 年 月 日			
事業所名	担当者連絡先 ( ) -					
担当介護支援専門員氏名	職種					
要介護度	認知症状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計		
1・2・3・4・5 要支援2 (グループホームのみ対象)	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	単身 介護者あり	□未利用 □入所(入院中) %	点		
【本人の状況】						
<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の行動障害(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"/> 視覚、聴覚若しくは言語障害に重度の障害がある又は重度の知的障害、精神障害がある <input type="checkbox"/> その他( )						
【介護者の状況】						
<input type="checkbox"/> 介護者が全くない <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 type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 介護者が全くない遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる( )人						
【在宅生活継続の可能性】						
<input 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"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に頼る在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> その他( )						
【在宅生活に支障がある状況】						
<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 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア)等が受けられない <input type="checkbox"/> 施設や病院等の入所(入院)者で、帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を越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"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる <input type="checkbox"/> その他( )						
【住環境】						
<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"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> その他( )						
【参考項目】						
家族の負担感	<input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> ほとんど関わっていない		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して何とか			
	<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により順調		<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが、順調			
意志疎通	<input type="checkbox"/> 慣れた人でも意志疎通は困難		<input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない			
	<input type="checkbox"/> 特に問題はない					
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			
【特記事項】						

ケアマネジャー記入欄

ケアマネジャー記入欄

医療の必要性	
同居以外の親族や 援助者の有無	
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	

(別表1) 基本的評価基準

		80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満	
		50	40	30	20	15	
要介護5		50	100	90	80	70	65
要介護4		45	95	85	75	65	60
要介護3	単身	40	90	80	70	60	55
	介護者あり	35	85	75	65	55	50
要介護2 (認知症あり)	単身	35	85	75	65	55	50
	介護者あり	30	80	70	60	50	45
要介護1 (認知症あり)	単身	30	80	70	60	50	45
	介護者あり	25	75	65	55	45	40
要介護2	単身	20	70	60	50	40	35
	介護者あり	15	65	55	45	35	30
要介護1	単身	15	65	55	45	35	30
	介護者あり	15	65	55	45	35	30

※ 認知症とは

認定調査票中の日常生活自立度の判定基準におけるⅡaランク以上の者

※ 在宅サービス利用率

サービス利用票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割合

【算定の対象となるサービス】

訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、  
短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与

※ 申込時期に他の介護保険施設や病院等に入所(入院)している場合、在宅サービス利用率を「40%以上  
60%未満」の点数に該当するとみなします。但し、入所(入院)直前の在宅サービス利用率が60%以上の  
場合は、その利用率に該当するとみなします。