



神戸市 特別養護老人ホーム入所調査票

対象者	神戸花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-----	------	--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

担当ケアマネ氏名： <b>兵庫△子</b>		事業所名： 居宅介護支援事業所○○○ステーション			連絡先電話番号： 322-XXXX		
担当ケアマネ記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
	1・2・③・4・5	～Ⅱa・Ⅱb以上	61%	年 月			
	35点		25点	点	20点		
意見：息子夫婦が東京に住んでいるが、○○のため同居して介護をうけることができない。ホームヘルプサービスを受けているが、夜間には夫が介護している。夫自身も病気がちで、これ以上自宅で妻を介護することが困難になってきたので、施設で十分な介護を受けることを希望されている。							

※ 「認定調査票(調査から3月以内のもの)(写)又は(調査から3月以上であれば)「ADLの状況」を添付して下さい。

※ 「被保険者証(写)・直近3ヵ月分の「サービス利用表」及び別表(写)を添付して下さい。

入所申込書受付日： 年 月 日			入所決定日： 年 月 日				
施設記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
	1・2・3・4・5	～Ⅱa・Ⅱb以上	%	年 月			
	点		点	点	点		
意見：							
施設記入欄	本人の状況（50点）		介護者の必要性（30点）		在宅介護の困難性（20点）		合計
	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度	在宅サービス利用率	老健・病院等の入所	介護者の状況（有無、長期入院、高齢・障害、他に介護者、就業・育児、介護困難）		
	1・2・3・4・5	～Ⅱa・Ⅱb以上	%	年 月			
	点		点	点	点		
意見：							

※1 「担当ケアマネジャー」：居宅介護支援事業者等のケアマネジャー名を記載してください。  
老人保健施設、療養病床等に入所・入院中の場合は、老人保健施設等のケアマネジャーのほか、相談員、MSW等、本人の状況をよくご存知の方が記載してください。

※2 「要介護度」「認知症の程度」：被保険者証、認定調査票の内容を記載してください。

「在宅サービス利用率」：要介護度別の支給限度基準額（単位）に対する実際のサービス利用額（単位）の割合です。過去3か月の平均利用率により記載してください。

老人保健施設や病院等に入所・入院中の方は、在宅サービス利用率の指標化が適切でないので評価基準を適用しません。

点数欄には、入所指針の別紙1評価基準の点数を記載してください。

※4 「意見」：特養の入所が適当と思われる理由（本人の状態や家庭での介護の困難性等）や、指針の評価基準では反映されない特別な事情等についてご意見を記入してください。

※5 「施設記入欄」：申込みを受付けた特別養護老人ホームで記載する欄です。