

**新規** | **変更**

様式2

## 入居判定評価基準調査書

記入日 令和 年 月 日

氏名	様	年齢	歳	市町村	
----	---	----	---	-----	--

### 1 本人の状況

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症の医学的診断	<input type="checkbox"/> あり 診断名( ) <input type="checkbox"/> なし
認知症による具体的な行動・心理症状の記入	

### 2 介護者・家族等の状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり	家族構成 <input type="checkbox"/> 団	本人 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
主介護者の年齢	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年月日	歳
主介護者の続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( )		
介護者の障がい・疾病	<input type="checkbox"/> 介護は困難 理由( ) <input type="checkbox"/> 助け無しは困難 理由( ) <input type="checkbox"/> なんとか可能 理由( ) <input type="checkbox"/> 介護は可能 理由( ) <input type="checkbox"/> なし		
介護者の就労	<input type="checkbox"/> あり 職種( ) 勤務 日／週 時間／日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 就労不可能 理由( )		
介護者の育児 家族の病気等	<input type="checkbox"/> 育児( 才) 内容( ) <input type="checkbox"/> 家族の病気 内容( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日以上 <input type="checkbox"/> 週に2~3日 <input type="checkbox"/> 月に2~3日程度		
他の副介護者	<input type="checkbox"/> あり 続柄( ) <input type="checkbox"/> 週4日以上 <input type="checkbox"/> 週1~3日程度 <input type="checkbox"/> 月2~3日程度 <input type="checkbox"/> なし 理由( )		
別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> あり 続柄( ) <input type="checkbox"/> 週4日以上 <input type="checkbox"/> 週1~3日程度 <input type="checkbox"/> 月2~3日程度 <input type="checkbox"/> なし 理由( )		

### 3 在宅サービスの利用度等（利用票実績を添付）

月	単位	月	単位	月	単位
---	----	---	----	---	----

※裏面にも記入欄あり

### 4 特記事項

○要介護度1及び要介護度2の方で申込みをされる方については該当する項目に☑をいれ、それに関する特記事項を下記に記入すること。

- 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、在宅生活が困難である。
- 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等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。
- 家族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である。
- 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、かつ、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である

○特記すべき意見や状況等（※全ての方が必ず記入すること）

記入者名		職名	
事業所名		電話	

受付日（施設で記入）：令和 年 月 日

# 入居判定評価基準調査書（様式2）の記入について

## 1. 本人の状況

- ・「認知症高齢者の日常生活自立度」について

正常    I    IIa    IIb    IIIa    IIIb    IV    M

主治医の意見書を基に以上8つの該当する項目に☑をつけて下さい。

- ・認知症の医学的診断のある方は「□あり」にチェックをし、主治医の意見書の診断名に載っている病名を記入して下さい。

診断名のない方は「□なし」にチェックを入れて下さい。

- ・認知症による具体的な行動・心理症状を記入して下さい。

## 2. 介護者・家族等の状況

- ・高齢者世帯と見なす基準は、65歳以上の者のみの世帯、または65歳以上の者と18歳未満の子供で構成された世帯とします。

- ・家族の構成図と年齢を図表で記入して下さい。また、同居家族を囲んで下さい。

- ・主介護者の障がい・疾病があり介護が困難な場合の基準

「介護困難」 ・・・ 主介護者が障がいや疾病の為要介護者の排泄・入浴・移動・着替え・食事等のADL全般において援助が困難であり、就労することも難しい状態である場合

「助け無しは困難」 ・・・ 他の介護者がいなければ、全般的な援助が困難な場合

「なんとか可能」 ・・・ 介護者が概ね2つ程度のADL援助なら介護ができる。

注：介護者の具体的な障害や疾病名等を必ず記入して下さい。

- ・主介護者が育児や家族の病気等の為介護が困難な場合は「誰をどのような育児・介護をしているのか」分かりやすく具体的に理由を記入して下さい。

また、育児をされている場合はお子さんの年齢を記入して下さい。

- ・副介護者とは主介護者以外の家族で介護をどの程度協力されているか頻度にチェックをつけて下さい。協力が『なし』の場合はなぜ協力できないのか具体的な理由を記入して下さい。

- ・別居家族の介護協力についても同様に記入して下さい。『なし』の場合は具体的な理由を記入して下さい。

## 3. 在宅サービスの利用度

- ・申込に直近3ヶ月分の利用票実績の写しを添付して下さい。

- ・特記事項に必ず現在の状況や調査内容の説明・補足等自由に記入して下さい。

## 4. 特記事項

- ・要介護度1及び要介護度2の方で申込みをされる方については該当する項目に☑を入れ、それに関する特記事項も記入してください。

- ・特記すべき意見や状況等については全ての方が詳しく記入して下さい。

※ 記入に際して不明な点がありましたらご連絡をお願いします。

また受付後に情報を再度伺う場合がありますのでご協力宜しくお願い致します。

### お問い合わせ先

○桜井の里	0256-94-3939	担当	生活相談員	村上
○桜井の里・絆	0256-94-3939	担当	生活相談員	間嶋
○分水の里	0256-97-7111	担当	生活相談員	小越
○はな広場・しまかみ	0256-47-1222	担当	生活相談員	白倉