

介護支援専門員意見書

記入日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム あがうら 施設長 様

入所希望者氏名 _____ 様

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
	(有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)			

該当する欄に○印を付けてください

認知症による不適応行動の頻度	非常に多い (毎日ある)	やや多い (週1~2回程度)	少しあり (月1~2回程度)	なし
夜間不眠や昼夜が逆転している				
1人で外に出たがり目が離せない				
火の始末や火元の管理ができない				
ろう便行為等の不潔行為がある				
異食行為がある				

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

3. 主たる介護者・家族の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみ世帯	その他 ()	
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄:)			
③介護者の障害・疾病	無し	有り () 介護は困難 ・ 多少は可能 ・ 介護は可能		
④介護者の就労	無し	有り (職種等:)		
	高齢で就労不能	勤務 日/週、 時間/日		
⑤介護者の育児・家族の病気	無し	臨時的育児看病	半日程度の育児看病	常時の育児看病
⑥他の同居介護補助者	無し	有り (続柄: 日/週程度)		
⑦別居血縁者の介護協力	無し	有り (続柄: 日/週程度)		

4. その他 (特記事項等)

作成者所属		作成者	

※作成上の留意事項は裏面をごらん下さい

◎作成上の留意事項

1 認知症による不適応行動

認定調査における行動に関連する項目のうち、

「夜間不眠や昼夜が逆転している」、「1人で外に出たがり目が離せない」、

「火の始末や火元の管理ができない」、「ろう便行為等の不潔行為がある」、「異食行為がある」

に関する項目について、以下を目安として判断してください。

「非常に多い」 → 毎日ある場合

「やや多い」 → 週に1～2回以上ある場合

「少しあり」 → 月に1～2回程度ある場合

2 在宅サービスの利用度

・サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額をいいます

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

・算定の期間については概ね3か月を基準とし、平均利用割合により判断してください

・算定の対象となるサービスは次のとおりとしてください

訪問介護、訪問入浴介護、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

3 ③介護者の障害・疾病

下記を目安に判断してください。

・「介護は困難」 → 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

・「多少は可能」 → 介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

・「介護は可能」 → 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(入所)している入所希望者の評価基準算定は、原則として退院(退所)後に予想される状況で判断してください