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 |  |  |  |  |

1. 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 |

1. 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：　　　　　　　　　　　　　　　　)  勤務　　　　　　日／週、　　　　　時間／日 | | | |
| 高齢で就労不能 |
| ⑤介護者の育児・家族の病気 | 無　し | 臨時の育児看病 | | 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) | | | |

1. 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