

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名： _____ 様

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
認知症等による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄:)		
③介護者の障がい・疾病	なし	あり () 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり (職種等) 勤務 日/週、 時間/日	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ()	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄: 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄: 日/週程度)	

作成者所属		担当者	印
-------	--	-----	---

【作成上の留意事項】

1 「認知症等による不適応行動」

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「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「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

を目安として判断する。

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の割合をいう。

(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か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

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、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3 「②介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」……… 介護者が障がい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

「多少は介護」……… 介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」……… 介護者に障がいや疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

裏面もご記入をお願いします。

《ご利用希望者の現在の様子をお知らせください》

身体状況

視 力	<input type="checkbox"/> 不自由なし <input type="checkbox"/> 新聞の見出し程度 <input type="checkbox"/> 物の輪郭程度 <input type="checkbox"/> 全盲
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通の声で聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴
発 語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 「はい」、「いいえ」のみ
意思表示	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> 基本的なもの（排泄・食事等）はできる <input type="checkbox"/> しているようだが理解しにくい
話の了解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できるが少し的外れる <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 反応はあるが理解していない
①麻 痺： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	②拘 縮： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
③硬 直： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	④褥 瘡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
歯： <input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下）	
眼 鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

基本動作・日常生活動作

① 起き上がり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ②立ちあがり： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ③立位保持： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
④座位保持： <input type="checkbox"/> 可（時間 分くらい） <input type="checkbox"/> 不可 ⑤寝返り： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
⑥転 倒： <input type="checkbox"/> よく転倒する <input type="checkbox"/> たまに転倒する <input type="checkbox"/> 転倒しない	
⑦衣類着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子（自操 可・不可） <input type="checkbox"/> 寝たきり
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（一人介助・複数介助・他 ）
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（内容 ）
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿とりパッド
	尿便意： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 失禁： <input type="checkbox"/> 有（頻度 ） <input type="checkbox"/> 無
	夜間：（ ）回起きる その他： <input type="checkbox"/> 床を汚す <input type="checkbox"/> 水を流せない
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
	主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食
	方法： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン利用
	カロリー制限： <input type="checkbox"/> 有（ kcal） <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（一人介助・複数介助・他 ）
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴

認知症の状況

<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 判断力の低下 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食過食 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 強いこだわり <input type="checkbox"/> 帰宅欲求 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 他（ ）

医療の状況

<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析

ご記入ありがとうございました。