

(様式2) 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名： _____

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
認知症等による 不適応行動	非常に多い (毎日)	やや多い (週1~2回以上)	少しあり (月1~2回程度)	なし	
認知症等の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の症状が見られるも、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常時の介護を必要とする。 *次のような行動がある場合は、すべてにチェックしてください。(複数可) <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 自傷・他害 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用 限度額割合	80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	20%未満

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居世帯	高齢者(70歳以上) のみの世帯	同居・その他 (_____)	
①主たる介護者の 続柄・年齢	続柄： _____			
	70歳以上	60歳以上	60歳未満	
②介護者の障害・ 疾病	なし	あり(障害・疾病名等 _____)		
		介護は困難	多少は介護	介護は可能
③介護者の就労 (1週あたり)	なし	あり(職種等 _____)		
		35時間以上 60歳以上で就労不能	20時間以上 35時間未満	20時間未満
④介護者が育児・ 家族が病気	なし	あり(_____)		
		常時の育児看病	半日育児看病	臨時育児看病
⑤他の同居介護 補助者	なし	あり(続柄： _____)		
		ほとんどなし	随時あり (週1~3日程度)	常時あり (週4日以上)
⑥別居血縁者の 介護協力	なし	あり(続柄： _____)		
		ほとんどなし	随時あり (週1~3日程度)	常時あり (週4日以上)

4. 担当ケアマネージャー

作成日	年 月 日	担当者	印
事業所名		電話番号	

(様式2) 介護支援専門員意見書

【評価基準算定に当たっての留意事項】

- 1 「認知症等による不適応行動」
認知症や知的障がい・精神障がい等により、認定調査における行動に関連する項目において
- ・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。
- に関する項目で「ある」または「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介護者の障害・疾病」
- 「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
 - 「多少は介護」…………… 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
- を目安として判断する。
- 4 「⑤他の同居介護補助者」
- 「随時あり」…………… 週1～3日程度
 - 「常時あり」…………… 週4日程度以上
- を目安として判断する。なお、1日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。
- 5 「⑥別居血縁者の介護協力」
- 「随時あり」…………… 週1～3日程度
 - 「常時あり」…………… 週4日程度以上
- 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。なお、この場合における在宅サービス利用限度額割合の判断は、入院(所)前の状況や現在の申込者の心身の状況を勘案し、15点を限度に算定する。