

介護支援専門員意見書（新規・変更）

入居希望者 氏名： _____

1 本人の状況

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1				
認知症による不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし					
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症老人の日常生活自立度	<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	

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
現在利用中のサービス				

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 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 ※「あり」の場合は介護可能かどうかを3つの中から選択してください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護 <input type="checkbox"/> 介護可能
④介護者の就労 ※「あり」の場合は (a) 週就労日数及び (b) 勤務時間について選択してください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高齢のため就労不能 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> あり (a) <input type="checkbox"/> 週5日以上勤務 <input type="checkbox"/> 週3～4日勤務 <input type="checkbox"/> 週1～2日勤務 (b) <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 1日4～8時間未満 <input type="checkbox"/> 1日4時間未満
⑤介護者の育児・家族の病気 ※「あり」の方は育児看病の内容について3つの中から選んでください。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> 常時育児看病あり <input type="checkbox"/> 半日育児看病あり <input type="checkbox"/> 臨時的に育児看病あり
⑥他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり (_____日/週程度)
⑦別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 随時あり (_____日/週程度)

4 その他特に勘案すべき点等

(作成者所属)

(担当者)

様式2

【作成上の留意事項】

i 新規・変更の記載について

標題の(新規・変更)のいずれかを○で囲んでください。

ii 「1 本人の状況」の記載について

「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」・「一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」が一つ以上ある場合で

[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

を目安として判断してください。

「障害老人の日常生活自立度」及び「認知症老人の日常生活自立度」

本意見書記入時の状況で記入してください(直近の要介護度更新調査の内容とは必ずしも一致しなくても構いません)。

iii 「2 在宅サービスの利用度」の記載について

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してください。

算定の対象となるサービスは次のとおりです。

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

iv 「3 主たる介護者・家族等の状況」の記載について

「③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

を目安として判断してください。

「⑥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日以上

を目安として判断してください。

「⑦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日以上

を目安として判断してください。

v その他

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してください。

介護支援専門員意見書の記載内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願いします。

社会福祉法人新潟臨港福祉会 特別養護老人ホーム桃山園
新潟市東区桃山町1丁目114番地7 ☎025(271)4101 Fax025(272)3748