

# 介護支援専門員意見書

特別養護老人ホーム スマイルガーデン黒埼 施設長宛

入所希望者氏名

様

## 1. 本人の状況

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
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	

## 2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満
--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> その他( )
①主たる介護者の年齢・続柄	歳(続柄: )		
②介護者の障害・疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )・介護は困難・多少は可能・介護は可能		
③介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(職種等: )・勤務 日/週 時間/日		
④介護者の育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )・常時・半日・臨時の育児看病		
⑤他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄: ) 日/週程度)		
⑥別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄: ) 日/週程度)		

## 4. その他(特記事項等)


記入日	年 月 日	担当者	
作成者所属		問い合わせ先	

### ◎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に関する項目に「ある」または「時々ある」が一つ以上ある場合です。

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回以上ある場合

#### 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割合をいいます。

(区分支給限度額基準額単位数÷サービス利用単位数×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。

・算定の基準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の排泄、入浴、移動、着替え、食事など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・介護が可能なる場合。

#### 4. 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。