

様式2

介護支援専門員意見書

入居希望者名 _____

1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
------	---	---	---	---	---

日常生活自立度	
認知症	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
寝たきり度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

2. 居宅サービスの利用頻度

居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・家族の状況

世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	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	なし	あり() ・介護は困難 ・多少は介護 ・介護は可能	
③介護者の就労	なし 就労不可能	あり(職種など) 勤務 日/週 時間/日	
④介護者の育児・家族の病気	なし	あり() ・常時の育児看病 ・半日育児看病 ・臨時の育児看病	
⑤他の同居介護補助者	なし	(続柄 日/週程度) (続柄 日/週程度) (続柄 日/週程度)	
⑥別居血縁者の介護協力	なし	(続柄 日/週程度) (続柄 日/週程度) (続柄 日/週程度)	

※世帯状況・・・世帯区分は、住民基本台帳上の住所や世帯分離の有無ではなく、実際の状況に基づいて記入ください。

※独居の場合は「単独世帯」に○を付け、⑥のみに記入してください。

※高齢者のみの世帯の方は④の「高齢者のみの世帯」に○を付けてください。

入所の緊急度	非常に高い	高い	今後の状況により必要
〈特記事項〉			

作成年月日	担当者
作成者所属	

㊞

※すべての項目を記入してください。別紙1もありますのでご記入をお願いします。

別紙1

・入居希望者ご本人の状況をご記入ください。

医療 情報	・現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期 間
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
	病名	入院・通院医療機関名	期 間
			年 月 日 ~
			年 月 日 ~
		年 月 日 ~	
		年 月 日 ~	
		年 月 日 ~	
原因・経緯			
<input type="checkbox"/> 経管栄養			
<input type="checkbox"/> カテーテル			
<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)			
<input type="checkbox"/> インシュリン注射			
<input type="checkbox"/> 酸素療法			
<input type="checkbox"/> その他			

心身の状況	
移動	<input type="checkbox"/> 歩行自立 <input type="checkbox"/> 歩行補助用具(杖・歩行器等)使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 / <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ / <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為
居室の状況	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> どちらでも可能
備考	

【介護支援専門員意見書 作成上の留意】

1. 「認知症による行動障害」

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」
- ・「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、福祉用具貸与

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他の同居補助者」、「別居血縁者の介護協力」

「随時あり」……………週1～3日程度

を目安として判断する。なお、一日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

※ 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。

※介護支援専門員意見書の記載内容が変更になった場合は、再度提出をお願いします。