

(別紙2) 介護支援専門員等意見書

入所申込者氏名： _____

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
認知症による不適応行動	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

在宅サービスの利用限度割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3 主たる介護者・家族の状況

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介護者の障害・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	

4 特に記載すべき事項

※できるだけ入所の必要性を詳しくご記入下さい

居宅介護支援事業所			
担当介護支援専門員		電話番号	()

【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、12点を限度に算定する。
