

入所希望者氏名 _____

1 本人の状況

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

認知症等による不適応行動	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

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
	入院・入所中施設 ()			
	サービス利用上の問題・特記事項			

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	単身世帯	高齢者のみの世帯	その他 ()
②主たる介護者の年齢・続柄	M・T・S・H 年 月 日生 () 歳	(続柄:)	
③介護者の障害・疾病	なし	あり (内容:) 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)	

作成者所属			
担当者		電話番号	()

作成年月日 _____

《記入上の留意事項》

1 「認知による不適応行動」

認定調査における行動に関する項目のうち

「昼夜逆転」・「一人で出たがる」・「物や衣類を壊す」・「ひどいもの忘れ」・「自分勝手に行動する」

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、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、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為要介護者の排せつ、入浴、移動、着替え、食事などの
A D L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為概ね2つ程度のA D L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A D L全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※1 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、「30%以上」を限度に○を付ける。

※2 この意見書は、申込者が在宅の場合は介護支援専門員、施設に入院(所)している場合は担当の介護支援専門員、ケースワーカー、看護師等の事情が分かる方が記入する。