

<b>介護支援専門員等意見書</b>
--------------------

入所申込者氏名	
---------	--

## 1. 本人の状況

要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
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
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	独居      高齢者世帯      その他(      )
介護者の年齢・続柄	歳 ・ 続柄(      )
介護者の介護負担	重い      やや重い      軽い      負担なし
介護者が障害や疾病	有 ・ 無 (      )
介護者の就労	有 ・ 無 ( 職種等 日 / 週      時間 / 日 )
介護者の育児、 家族の病気	有 ・ 無 (      )
主たる介護者以外の 介護協力	有 ・ 無 ( 続柄      日 / 週程度 * 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。

## 4. 他の要介護者による評価の調整

他の要介護者	有 ・ 無 ( 要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )
--------	---------------------------------------

## 5. 入所についての介護支援専門員等の意見

--

作成年月日 R 年 月 日

事業所名

記載者氏名

印

注意)意見書作成にあたっては、別紙3-2&lt;評価基準における状況評価上の留意事項&gt;を参照の上記入のこと

### 特養申込者フェイスシート（ADL状況表）

※把握されている範囲で記入をお願いいたします

記入年月日 R 年 月 日

要介護度	3	4	5	負担割合	1割	2割	3割
原爆	あり	なし		負担限度額	段階		

現病歴	
-----	--

#### 日常生活動作

歩行	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	移動方法	歩行 ・ 歩行器 ・ 車イス
	立ちあがり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	転倒リスク	なし ・ 低い ・ 高い      センサー   有 ・ 無
排泄	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	排泄方法	トイレ・ Pトイレ ・ オムツ   その他（ バルーン ・ 尿
	尿・便意	あり ・ 時々 ・ なし
	失禁	なし ・ 時々 ・ あり
食事	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助   その他（ 経管 ）
	誤嚥リスク	なし ・ 低い ・ 高い      ムセ   有 ・ 無
会話	意思疎通	可能 ・ やや困難 ・ 困難
	視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲
	聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴
	言葉	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由
日中の過ごし方		
夜間の状況		
睡眠		良眠 ・ 浅眠 ・ 不眠
周辺症状	フツ   ・   介助拒否   ・   暴言   ・   暴力行為   ・   入 声   頻氷   ・   不潔行為   ・   異食行為   ・   徘徊   ・   セ ん妄 帰宅願望   ・   立ち上がり   ・   危険な体動（ベッド上）	
	特記事項	

お忙しい中ご協力ありがとうございました

<b>介護支援専門員等意見書</b>
--------------------

入所申込者氏名	
---------	--

## 1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
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	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅰa・Ⅰb・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M				

※ 徘徊及び認定調査における「精神・行動障害」に関する項目に3つ以上該当する場合で、「非常に多い」は毎日ある

## 2. 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
-------------	-------	-------	-------	-------

## 3. 主たる介護者・家族等の状況

※ 直近3カ月のすべてが入所・入院期間の場合、「介護支援専門員等の意見」欄に「老健入所中」「病院入院中」等と記載するとともに、可能な限り在宅での想定で在宅サービス利用による在宅生活の可能性を記入して下さい。

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他( )	
介護者の年齢・続柄	歳・続柄( )			
介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
介護者が障害や疾病	有・無( )			
介護者の就労	有・無(職種等)		日/週 時間/日	
介護者の育児、 家族の病気	有・無( )			
主たる介護者以外の 介護協力	有・無(続柄 日/週程度)			

\* 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。

## 4. 他の要介護者による評価の調整

他の要介護者	有・無(要支援・要介護 1・2・3・4・5)
--------	------------------------

入所申込者以外に同居の要介護者がいる場合、記載する

## 5. 入所についての介護支援専門員等の意見

事業所名	
記載者氏名	印

注意)意見書作成にあたっては、別紙3-2<評価基準における状況評価上の留意事項>を参照の上記入のこと