

介護支援専門員意見書 (1/2)

記入日: 令和 年 月 日

利用希望者氏名

1、本人の状況

●障害老人の日常生活自立度	C2 ・ C1 ・ B2 ・ B1 ・ A2 ・ A1 ・ J2 ・ J1 ・ 正常
●認知症高齢者の日常生活自立度	M ・ IV ・ III b ・ III a ・ II b ・ II a ・ I ・ 正常

2、在宅サービスの利用度(在宅サービスの利用限度額割合)

80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	入所施設 利用中の 場合	20%未満	入院中・ 利用したこ とがない
利用中の 介護サービス	通所介護 訪問看護 小規模多機能型居宅介護	通所リハビリ 訪問入浴	訪問介護 福祉用具貸与 その他()	訪問リハビリ 居宅療養管理指導	短期入所生活介護	

※判断基準

- ・サービス利用表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)
- ・算定の期間としては、概ね3ヶ月を標準とし、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上記サービス一覧のとおりとする。

3、主たる介護者の状況

主たる介護者の年齢・続柄 歳 (明 大 昭 年 月 日生) 続柄

●介護者の障がい・疾病	なし ・ あり	介護は困難 ・ 多少は可能 ・ 介護は可能
-------------	---------	-----------------------

※介護者の障がい疾病での判断基準

「介護は困難」・・・介護者が障がいや疾病のため用介護者の排泄・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」・・・介護者が障がいや疾病のためおおむね2つ程度のADL援助ならばできる場合。

「介護は可能」・・・介護者に障がいや疾病はあるが、ADL全般の援助・介護が可能な場合。

●介護者の就労	なし ・ あり	勤務形態: 勤務時間
●介護者の育児・家族が病気	なし ・ あり	状況: 時間/日
●他の同居介護補助者	なし ・ あり	続柄: 日/週程度
●別居血縁者の介護協力	なし ・ あり	続柄: 日/週程度

4、その他の状況(該当する場合は口欄にチェックをし、具体的に理由を記入してください)

介護保険の居宅サービス給付の区分限度額を超えており、経済的に負担が大きい。

(具体的に: _____)

居住環境の事情により十分な介護が困難である。

(具体的に: _____)

その他(評価基準の特記事項に関すること)

(具体的に: _____)

介護支援専門員意見書 (2/2)

5、特例入所に関する事項(要介護1・2の方が申込み場合に記入)

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障がいや精神行動障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等からの支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

上記特例入所の要件に該当すると判断した理由

作成者所属			
担当者名		電話番号	