

入所に係る介護支援専門員意見書

1. 本人の状況

要介護度	1	2	3	4	5
認知症における日常生活自立度	M	IV	III	II	I

2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの利用割合	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
-------------	-------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況の評価

世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他		
介護者の年齢・続柄					
介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通	
介護者が障害や疾病	無・有（ ）				
介護者の就労	無・有（職種等			日／週、	時間／日）
他の要介護者	無・有（ 要支援、 要介護 1 2 3 4 5				
介護者の育児、家族の病気	無・有（ ）				
介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	ふつう	
他の同居介護補助者	無・有（続柄		日／週程度	）	
別居血縁者介護協力	無・有（続柄		日／週程度	）	
近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり		
在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし	

4. 介護支援専門員の入居への意見（特記事項）

平成 年 月 日

事業所名 _____

住 所 〒 _____

連絡先 Tel _____ fax _____

記入者名 _____

入居申込者調査票

記入年月日 年 月 日

記入者名

申込先(入居施設)	特別養護老人ホーム桜の華		保 険 者		
入居希望者の状況	(フリガナ)	性別	被保険者番号		
	氏 名	男・女	要介護度		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間		
	現住所	年 月 日から 年 月 日まで			
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所又は入院期間： _____ 年 _____ 月から入所・入院している 「在宅で暮らしている方」は記入して下さい。 ◇居宅介護支援事業者名 _____ ◇担当者名 _____			

1. 認知症の場合の日常生活自立度

認知症老人の日常生活自立度	M	IV	III	II	I	自立
---------------	---	----	-----	----	---	----

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・物を盗まれた等被害的になる ・作話をし周囲に言いふらす ・幻視・幻聴がある ・感情が不安定になる ・昼夜逆転がある ・その他 () | <ul style="list-style-type: none"> ・大声を上げたり介護に抵抗する ・目的もなく動き回る ・外に出ると家などに戻れなくなる ・火の不始末や火元の管理ができない ・異食行為がある |
|--|--|

* 「認知症の場合の日常生活自立度」

「認知症老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（厚生省老人保健福祉局長通知：平成5年10月26日老健局135号）により判断する。

2. 在宅サービス利用度

在宅サービスの	80%以上	60%以上	40%以上	20%以上	20%未満
利用割合	10点	8点	6点	4点	2点

* 在宅サービスの利用割合とは、サービス利用額を在宅サービス利用表に基づく支給限度額で除した割合をいう。

* 入院および他の施設に入所している場合は在宅サービスの利用状況を6点とみなすものとする。

* 直近3カ月分の利用票別表の写しを参照する。別表については、担当ケアマネジャーより取り寄せる。

3. 主たる介護者・家族等の状況

主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)			
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】			

主たる介護者の年齢	70歳以上	65歳以上	60歳以上	60歳未満
-----------	-------	-------	-------	-------

身体的負担の訴え	体力的につらい 体調が思わしくない 睡眠不足 その他
介護者のストレス	大きい それほど大きいとは感じられない
介護者の負担感	それほど負担とは思っていない 負担に感じているが仕方ないと思っている かなり負担と思っている(具体的な内容)
介護によって生じた生活の変化	大きな変化はない 家庭内の役割変化 就労の放棄 趣味活動の放棄 自分の時間がもてない その他()
現在の自分の生活への不満	現状大きな不満はない 不満はあるが仕方ないと思っている 大いに不満がある(具体的な内容)

介護者の介護負担	非常に重い	重い	やや重い	普通
----------	-------	----	------	----

介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
-----------	------	--------	------	----

☆具体的な状況

*留意事項

「介護困難」は、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ADL全般の援助が困難な場合、「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならばできる場合、「介護可能」は、障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。

介護者の就労	なし あり(常勤 非常勤) 仕事の内容・勤務時間等()			
	8時間以上 高齢で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし

☆具体的な状況

当該要介護者以外に対する 育児や看護・介護の必要性	常時の 育児・看病・介護	半日 育児・看病・介護	臨時 育児・看病・介護	なし
------------------------------	-----------------	----------------	----------------	----

☆具体的な状況

介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
-------------	------	--------	-------	----

☆具体的な状況

＊留意事項

担当ケアマネジャー・関係事業所・入所施設相談員等から情報提供

他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—————
-----------	--------	------	------	-------

☆具体的な状況

＊留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。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。

別居血縁者協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—————
---------	--------	------	------	-------

☆具体的な状況

＊留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、1日あたりの目安は2週間程度以上又は頻回以上とする。

近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—————
-----------	--------	------	------	-------

☆具体的な状況

＊留意事項

「随時あり」は週1～3日程度、「常時あり」は週4日程度以上の場合を目安とする。なお、1日あたりの目安は2週間程度以上又は頻回以上とする。

在宅生活に必要な住環境の状態	非常に支障がある	支障がある	やや支障がある	特に問題なし
----------------	----------	-------	---------	--------

☆具体的な状況

建物	1. 一戸建て 2. 賃貸 3. 集合住宅 4. 平屋 5. () 階建	トイレ	1. 洋式・Pトイレ 2. 和式 段差 1. なし 2. あり 手すり等 1. あり 2. なし
専門居室	1. あり 2. なし	浴室	1. 自宅にあり 2. 自宅になし 段差 1. なし 2. あり 手すり等 1. あり 2. なし
日当たり	1. 良好・普通 2. 不良		
段差	1. あり 2. なし		
手すり等	1. あり 2. なし		

4. 概況調査・家族構成

概況調査	家族構成

5. 生活状況

移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介助	自立・一部介助・全介助
食事	主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)	介助	自立・一部介助・全介助
	副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー	介助	自立・一部介助・全介助
排泄	トイレ・ポータブル・尿意・便器・おむつ	介助	自立・一部介助・全介助
入浴	介助浴・座浴・特浴	介助	自立・一部介助・全介助
着脱衣	上肢	介助	自立・一部介助・全介助
	下肢	介助	自立・一部介助・全介助
生活暦			

6. 医療の状況

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素(持続・移動時のみ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人口肛門(ストマー) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> その他()
	既往歴()
	【処置】
	<input type="checkbox"/> 床ずれ(部位) 感染症の有・無(病名)
	<input type="checkbox"/> その他()
	【現在の治療中の病気・特記事項等】
【かかりつけ】	
医療機関名() 主治医名()	

7. 家族・本人の入居における希望等

8. 特記事項