

### 入居に係る介護支援専門員意見書

|       |         |                |
|-------|---------|----------------|
| 入居申込者 | 住 所     |                |
|       | 氏 名     |                |
|       | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
|       | 認定有効期間  | 年 月 日～ 年 月 日   |

#### 1・本人の状況

|                |                  |                |
|----------------|------------------|----------------|
| 要 介 護 度        | 1 2 3 4 5        | 10 15 20 25 30 |
| 認知症の場合の日常生活自立度 | M IV III II I 自立 | 10 8 6 5 3 0   |

#### 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 | 10 8 6 4 2 |
|-------------|-------------------------------|------------|

#### 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 |   |   |   |   |
|-------|-------------------------------------|--|-------|-----|---|---|---|---|
| ①     | 主たる介護者の<br>年齢・続柄                    | 続柄 ( ) 70歳以上 60歳以上 60歳未満                   |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ②     | 介護者の介護負<br>担                        | 非常に重い 重い やや重い 普通                           |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ③     | 介護者の障害や<br>疾病                       | 無・有 (介護困難 多少介護困難 介護可能)                     |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ④     | 介護者の就労                              | 8時間以上又は 4～8時間 4時間未満 無<br>高齢で就労不能           |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑤     | 当該介護者以外<br>に対する介護や<br>看護、育児の必<br>要性 | 常時の 半日の 随時 無<br>介護・看護・育児 介護・看護・育児 介護・看護・育児 |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑥     | 介護者の介護の<br>関り方                      | 介護拒否 非常に消極的 やや消極的 普通                       |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑦     | 他の同居介護の<br>補助者                      | ほとんどなし 随時 常時あり                             |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑧     | 別居血縁者<br>介護協力                       | ほとんどなし 随時 常時あり                             |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑨     | 近隣者等の<br>介護協力                       | ほとんどなし 随時 常時あり                             |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |
| ⑩     | 在宅生活に必要な<br>住居の状態                   | 非常に支障がある 支障がある やや支障がある 問題無                 |       |     | 5 | 3 | 1 | 0 |
|       | 補足事項                                |  |       |     |   |   |   |   |

|      |  |
|------|--|
| 評価合計 |  |
|------|--|

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 | 電話        — (     ) —<br>FAX         — (     ) — |
| 記入者名  |  |