

介護支援専門員意見書 (1/2)

記入日：平成 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 日/週 時間/日
●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: _____)

