（福）福寿会　担当介護支援専門員等意見書

（令和元年10月改訂）

記入日：令和　　年　　月　　日現在

入所申込者	氏　名	様	所属事業所（居宅・病院・施設）名称	
	住　所		介護支援専門員等担当者氏名	

以下の事項について、本人・家族状況で把握している範囲での記入をよろしくお願いします。

１．本人の状態

＊　１）は記入され、３）４）は該当する区分に○を付けて下さい。

１）要介護状態区分等：要介護　（認定有効期限：平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

２）前回の要介護状態区分等：要介護　（認定有効期限：平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

３）認知症高齢者の日常生活自立度（　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　M　）

４）現在の生活満足度　（　満足　　やや満足　　どちらでもない･不明　　やや不満　　不満　）

＊　２）は、当施設入所申込月前で要介護認定が変更または更新申請中等のみ記入下さい。

＊本人の身体状況（食事、排泄、入浴、移動、移乗他）や**精神状況**（認知症（中核症状や周辺症状等）、**医療行為等**（経管栄養（経鼻・胃瘻）、インスリン注射、在宅酸素、膀胱留置カテーテル、吸痰、褥瘡）を簡単にご記入下さい（万が一身体拘束等あればその状態も）

２．在宅サービス利用状況

＊入所申込月の前月か当月１ヶ月の在宅サービスの利用状況をご記入下さい。

（入院・入所（グループホームも含む）で在宅サービス利用が無ければ未記入でお願いします。）

在宅サービス利用状況

訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
回/週･月	回/週･月	回/週･月	回/週･月	回/週･月
訪問入浴	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	福祉用具貸与	その他（　　）
回/週･月	回/週･月	回/週･月	有･無	

＊　ア～エの中から該当するものに○を付けて下さい。

ア　限度額の70％以上の利用	イ　限度額の40％～70％未満の利用	ウ　限度額の40％未満の利用	エ　利用していない

３．家族・介護者等の状況

＊　１）あるいは２）～７）の中から該当するものに○を付けて下さい。

１）介護者がいない　　①介護者が遠方に居住　　②介護者が長期入院　　③介護放棄・虐待

④本人の父母、配偶者、子（養子）、孫、兄弟姉妹、本人と同居者（子の妻、子の夫等）がいずれもいない

２）主介護者の年齢（満）　　①８０歳以上　　②７５歳以上　　③６５歳以上

３）主介護者の健康状態　①要介護＜重度障害＞　②要支援＜中度障害＞　③介護者が通院等必要

＊＜重度＞は「身障手帳は１と２級」、「療育手帳Ａ」、＜中度＞は「身障手帳は３と４級の一部」、＜軽度＞は「身障手帳は5～6級」「療育手帳B」

４）主介護者の介護可能時間　①他に要介護者、障害者（児）がいる。

②就労、子育て、看病等により、ほとんど介護できない。　③高齢や障害等で就労不能

④就労、子育て、看病等により、日中（午前7時から午後7時まで）の介護可能時間が6時間以内

５）主介護者以外の家族等の介護への協力　①殆どなし　②別居者による介護への協力あり

６）本人の住環境　①住環境が劣悪（ゴミ放置等）　②住環境が不便（便所、風呂、洗濯場等）な状態

７）在宅介護期間　①３年以上　②１～３年　③半年～１年

８）その他　（介護者の心的負担の状況、経済状況、本人の現在の生活に対する訴え等の特記事項）

４．在宅（現在の生活場所）での介護の継続

＊①～③の中から該当するものに○を付けて下さい。

①　継続可能　　②　支援対策強化が必要　　③　入所の必要性が高い

＊必ず以下に「在宅介護が継続あるいは困難かの具体的な事情」を記入下さい。