

【介護支援専門員意見書】 阿賀野市特別養護老人ホーム共通様式(案)

阿賀北総合福祉協会

かがやき苑

シンパシー

(申請先に)

入居希望者氏名：

1.本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
認知症等による不適応行動	毎日	週に1~2回以上	月に1~2回程度	なし

2.在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3.主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他()		/	
②主たる介護者の年齢・続柄	70歳以上	60歳以上	60歳未満			
③主たる介護者の障害・疾病	介護は困難	多少は介護可	介護は可能	なし		
④主たる介護者の就労	8時間以上 就労不能	4~8時間	4時間未満	なし		
⑤主たる介護者の育児状況・家族の病気	常時育児看病	半日育児看病	随時育児看病	臨時育児看病		なし
⑥他の同居介護補助者	なし	時々あり	あり	常時あり		
⑦別居血縁者の介護協力	なし	時々あり	あり	常時あり		
⑧他の同居家族への介護状況	常時あり	あり	時々あり	なし		
⑨総合的にみた介護力	不十分	やや不十分	概ね充分	充分		

4.認知症症状

幻覚幻聴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	徘徊	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
帰宅欲求	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	攻撃性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
うつ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	介護に対する抵抗	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無
不眠	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無				
異食	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無	大声	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々有	<input type="checkbox"/> 無

家族状況・申込経緯・特記事項

作成日

作成者所属

担当者

印

※申請時、阿賀野市医療と介護の連携サマリーを添付

【作成上の留意事項】

1.認知症等による不適応行動

認知症や知的障害・精神障害などにより、認定調査における行動に関連する項目において、

- ・夜間不眠や昼夜が逆転している
- ・1人で外に出たがり目が離せない
- ・火の始末や火の元の管理ができない
- ・ろう便行為等の不潔行為がある
- ・異食行為がある

に関する項目で「ある」または、「ときどきある」が1つ以上ある場合で、頻度を判断する。

2.在宅サービスの利用度

サービス利用票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)

算定の期間については、概ね3か月を標準とし、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、次の通りとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3.主たる介護者・家族等の状況

①高齢者のみの世帯＝65歳以上

③主たる介護者の障害・疾病

「介護は困難」…介護者が障害や疾病の為、要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事等のADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」…介護者が障害や疾病の為、概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」…介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

⑤主たる介護者の育児状況・家族の病気（案）

「常時育児看病」…週4日以上程度

「半日育児看病」…※半日と分かるため、割愛予定

「随時育児看病」…週1～3日程度

「臨時育児看病」…上記以外

⑥他の同居介護補助者・⑦別居血縁者の介護協力

「なし」…月に1回程度協力を得られる。

「時々あり」…月に2～3回程度協力を得られる。

「あり」…週に1～2回程度協力を得られる。

「常時あり」…常時及び必要に応じ協力を得られる。

⑧他の同居家族への介護状況

入居希望者以外の同居家族への介護(ADL面であり、IADL面は含まない)

「常時あり」…食事、排泄、入浴等の介護を行っている。

「あり」…排泄、入浴等の介護を行っている。

「時々あり」…食事等の介護を行っている。

⑨総合的にみた介護状況

「不十分」… 排泄・食事・入浴等の清潔面や衛生及び健康の援助が行き届いていない。

「やや不十分」…排泄、食事等の衛生や健康の援助が行き届いていない。

「概ね十分」… 入浴等の清潔援助が行き届いていない。

「充分」… 日常生活動作全般に渡り援助が行き届いている。

※上記はあくまで家族等の介護状況を評価する者であり、ヘルパー等の援助は差し引いて判断する。

また、詳細が把握しきれない場合は、ヘルパー等より情報収集し判断する。

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申し込み者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

阿賀野市 医療と介護の連携サマリー(入院時情報)

ふりがな		性別	生年月日	
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)	
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 新規申請中 (申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日			
入院時情報提供欄	(添付資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 枚) 提供日 年 月 日			
情報提供事業所				
担当ケアマネジャー				
電話番号		FAX番		
サービス状況	サービスの種類			事業所名
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> ショート	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス () <input type="checkbox"/> その他			
服薬状況	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内服: <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()			
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分) 食事形態: <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 麺 食事制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・制限量/日 kcal <input type="checkbox"/> 水分 ml <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> その他 経管栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 1日 回 (栄養内容) (Fr 最終交換日 /)			
	その他特記事項			
	口腔清潔: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 清掃状態: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 使用器具等			
	移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 1本杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 行っていない			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> チェア入浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 (最終入浴日 月 日)			
	[その他特記事項]			
排泄	尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> 無 日中: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器			
	夜間: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器			
	排便方法: <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 下剤 (日目に 内服) (最終排便日 月 日) <input type="checkbox"/> 浣腸 (日目に施行し、 回/週) <input type="checkbox"/> 摘便 (日目に施行し、 回/週)			
	フォーレ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (Fr 交換日) ストーマ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類 / 日目交換)			
	ハウチ交換: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 全介助 メーカー等 ()			
	コミュニケーション: 視力: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 () 意思疎通: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 () 聴力: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 () 言語: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 ()			
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状態等:			
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 精神状態(疾患): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症の原因疾患等 ()			
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
・在宅における課題 ・本人、家族の意向等				

〈その他・連絡事項〉