**別紙**

**担当ケアマネジャー等の意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者氏名 | 印 | 職種 | □介護支援専門員　□その他（　　　　　　　） |
| 事業所名 |  | 電話番号 | （　　　） |

※　特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所申込者氏名 | 　　　　　　 | 記入日 | 年　　　月　　　日 |
| 【本人の日常生活自立度の状況】（認知症高齢者の日常生活自立度）（日常生活自立度） | （該当する日常生活自立度を○で囲んでください。）自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M 　Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 【本人の心身の状況】 □常時の介護や見守りが必要である。　  □認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 □寝たきりにより食事・排せつ・入浴等日常生活を通じ、介助が必要である。 □ほとんど自立による日常生活が可能である。  〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【介護者の状況】 □介護者が全くいない。 □介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。 □介護者はいるが、十分な介護が困難（高齢、疾病、傷病、認知症、障害、就労） （その他　　　　　　　　　　　　　　　） □介護者が遠隔地にいる。 □介護者が近隣にいる。 □同居の介護者がいる。（　　　人） 〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【在宅生活継続の可能性】 □極めて困難 □在宅生活への復帰が困難である。（施設等へ入所している場合）□在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。  □在宅サービスの利用により、在宅生活の継続が期待できる。　 〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

 |
| 【在宅生活に支障のある状況】 □近くに在宅サービス事業者がなく、その利用が困難。  □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない。 □病院等の入所者で帰る家がない。 〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【家族の負担感】 □介護疲れがひどい。  □ほとんどかかわっていない。 □在宅サービスを利用しているが、介護疲れがある。　〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【意思疎通】　□慣れた人でも意思疎通は困難。  □家族など慣れた人なら問題はない。 □特に問題はない。　〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【入所について】 □拒否傾向 □意思確認が困難 □希望していないが、同意している。 □同意している。 □強く望んでいる。　〔その他特記事項〕

|  |
| --- |
|  |

【その他記載欄】

|  |
| --- |
|  |

 |