

## 担当ケアマネージャー等の意見書

記入者氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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。			
入所希望者氏名		記入日	年 月 日
【本人の日常生活自立度の状況】	(該当する日常生活自立度を○で囲んで下さい。)		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
<b>【本人の心身の状況】</b> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である。 <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊などの問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴など日常生活を通じ、介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 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] [ ]			
<b>【介護者の状況】</b> <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。 <input type="checkbox"/> 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、育児) (その他 ) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる。 <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる。 <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる。( 人) [その他特記事項] [ ]			
<b>【在宅生活継続の可能性】</b> <input type="checkbox"/> 極めて困難。 <input type="checkbox"/> 在宅生活への復帰が困難である。(施設等に入所している場合) <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある。 <input type="checkbox"/> 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所がなく、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。
- ほとんど関わっていない。
- 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。
- 意思疎通が困難。
- 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】**