

# 要介護1または要介護2の方の特例入居に係るケアマネージャー等意見書

令和 年 月 日

社会福祉法人 緑風福祉会  
特別養護老人ホーム だて緑風園 施設長あて

意見書作成者 \_\_\_\_\_ ⑤  
所属事業所等 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

次の特別養護老人ホーム入居申込者について、下記の通り意見書を提出致します。

入所申込者	生年月日	M・T・S	年	月	日( 歳)
介護保険被保険者番号	住所				

## 特例入居の要件に該当する理由

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
  - 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。
  - 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
  - 単身である同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。
- (※在宅サービスを利用できる状況にあるが、サービスを利用していない場合は該当しません。)

## 特例入居の要件に該当する具体的な内容(理由、症状等)

--

## 1、本人の状況

認定状況	①要介護度 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2	②認知症高齢者の日常生活自立度 ( )	③障害者高齢者の日常生活自立度 ( )	④身体障害者手帳の等級( ) ⑤療育手帳の等級( ) ⑥精神障害者手帳の等級( )
医療的ケアの要否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 経鼻 ) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他( ) [ 病名等 ] ( ) [ 病院名 ] ( ) [ 主治医 ] ( )			
精神・行動障害	症状 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( ) 頻度 <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度 <input type="checkbox"/> なし			

## 2、在宅サービスの利用状況

利用率	% <input type="checkbox"/> 入院・入居中(施設名: )
利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )
提供状況	<input type="checkbox"/> 十分である <input type="checkbox"/> 不十分である(理由: )

## 3、主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他(同居 人世帯・別居)
主たる介護者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる⇒ 続柄( ) 年齢( 歳)
介護者の心身の状況	<input type="checkbox"/> 「高齢」、「障害」、「病弱」等により介護に支障がある (要介護認定: ) (障害手帳: 級 / 障害名: ) <input type="checkbox"/> 慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護に支障がある <input type="checkbox"/> 就学のため、日中不在等で介護できない <input type="checkbox"/> 就学前の子供を療育している <input type="checkbox"/> 就労のため、日中不在等で介護できない <input type="checkbox"/> 入居申込者以外にも要介護者がいる
他家族等の協力	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週半分程度 <input type="checkbox"/> 月数回 <input type="checkbox"/> 年数回 <input type="checkbox"/> なし

## 4、特別養護老人ホーム以外での生活が困難な理由

--