



在宅サービスの利用ないが順調

殆ど関わっていない

(4) 在宅生活に支障がある状況

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。

施設や病院から退所(院)を求められている。

介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。

その他 ( )

(5) 医療的処置の状況

経鼻経管栄養

胃ろう又は腸ろう

在宅酸素

インシュリン

人工肛門

カテーテル

その他 ( )

(6) 障害者手帳の所持

①知的障害

○療育手帳の所持

あり

なし

○障害区分

A

B 1

B 2

②精神障害

○精神障害者保健福祉手帳の所持

あり

なし

○障害区分

1 級

2 級

3 級

(7) 特例入所の該当理由 (要介護1又は2と認定された入居申込者についてのみ記入)

認知症である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。

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・行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。

単身世帯である、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こと。

(8) 特記事項(在宅または入院・入所先で生活継続が困難である理由等)

[ ]