

様式第3号

介護支援専門員意見書

記入日 年 月 日

入居希望者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳		
上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。			
介護支援専門員 _____			
居宅介護支援事業所名 _____		TEL _____	
居宅介護支援事業所所在地 _____		FAX _____	

1. 入居希望者本人の状況

要介護区分	要介護		1	2	3	4	5		
障害高齢者自立度 (主治医意見書より)	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症高齢者自立度 (主治医意見書より)	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
知的障害・精神障害等の程度	無	有	●療育手帳 級		●精神障害者保健福祉手帳 級		●身体障害者手帳 級 ●その他 ( )		
認知症による 不適応行動	頻度	無	有	月 1～3 回程	週 1～4 回程	ほぼ毎日	日に数回		
	主な内容								
特に配慮すべき医療	無	有	(複数回答可) 経管栄養 インスリン注射 人工透析 点滴 褥瘡 気管切開 難病 悪性新生物 各種感染症 その他						

※ 1に記入しきれない状況は3に記載

2. 主たる介護者・家族等の状況

世帯状況	一般世帯	高齢者(障害者)のみ世帯	独居
介護者が感ずる介護負担	負担なし	やや重い	非常に重い
介護者の 介護困難理由	無	有	(複数回答可) 障害 疾病 育児 複数人介護 就労 その他
	主な内容		
自身または家族の要介護度	無	有	(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)
同居家族の介護協力	非常に多い	やや多い	やや少ない ほとんどなし
血縁者、近隣の介護協力	非常に多い	やや多い	やや少ない ほとんどなし

※ 2に記入しきれない状況は3に記載

3. 介護支援専門員による他の意見

緊急性	低い	やや低い	普通	やや高い	高い

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

( 裏 面 )

特例入居の要件に該当する事由について（入居申込者等記入欄）＊要介護 1、2 に該当の方

● 該当する事由に印を付けて下さい。

- 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見られる
- 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見られる
- 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

● 該当する事由の具体的内容について記載して下さい。