様式第３号

介護支援専門員意見書

記入日：令和　　年　　月　　日

入居希望者	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性　別
	氏　名		男　・　女
	生年月日	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。

介護支援専門員氏名　　：

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

障害高齢者の日常生活自立度	自立　Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２		負担割合	割
認知症高齢者の日常生活自立度（主治医意見書より）	正常　Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ		負担限度額	申請中 段階
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（　　）		
本人の心身の状況 生活の状況（ADLの状態や精神状態、認知症の状況などを記入してください）				

２．家族・介護者等の状況

世帯状況		同居　高齢者のみ　独居
介護者が感ずる介護負担		負担なし　やや重い　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　高齢　複数人介護　就労　その他（　　）
	主な内容	
自身・家族の要介護度	無　有	要支援　１　２　要介護　１　２　３　４　５

※　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	無	有

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がいない場合は、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）が記載してください。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に☑を付けてください。

□ 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・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、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

□ 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、且つ、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ください。