（様式２）

記入日：　　年　　月　　日

介護支援専門員等意見書

入所申込者（本人）氏名：

記載者
氏名：
所属：
職種：
電話：

※　この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

（1）　認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

□非常に多い　□時々ある　□少しある・稀にある　□なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

□幻視・幻聴　□昼夜逆転　□暴言暴行　□大声を出す　□介護に抵抗
□常時の徘徊　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□自傷行為
□性的問題行動　□その他(　　)

（2）　主たる介護者・家族等の状況

□身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
□介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
□介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
□介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：　　)
□介護者が近隣にいる。
□同居の介護者がいる。（　　人）
□その他（　　）

（3）　主たる介護者の負担感

□介護疲れがひどい
□在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
□在宅サービスの利用にて順調
□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　□B１　□B２

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と認定された入所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)

（　　）