**65歳以上障害高齢者の障害・介護保険サービス利用に関する意見書**

提出　令和　　年　　月　　日

※該当する項目に☑チェックをし、必要事項を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（本人） | （ふりがな） | 作成者 | 事業所名　 |
|  |
| 住所：　年　　月　　日生（　　歳） | 記入者 |
| 本人の利用意向 | ◎希望する障害福祉サービス□就労継続支援B型（新規・継続）　　□生活介護（新規・継続）　　　　　　　　　□障害者支援施設（新規・継続）　　　□共同生活援助（新規・継続）　　　　　　　◎希望する介護保険サービス□通所介護　　□訪問介護　　□施設　　　　□共同生活介護　　□その他（　　　　　　　　　　　）◎サービスの利用目的◎支援者が確認した事項□希望するサービスの目的について説明し理解が得られている□利用継続について年1回協議することを説明している□介護保険の要介護状態又は要支援状態（加齢に伴って生ずる心身上の変化）がある□介護保険サービスについて説明をしている（利用料負担の発生、地域資源） |
| 現状 | ◎本人の状況□65歳以上の障害者□40歳以上65歳未満で介護保険特定疾病に該当◎主となる　　　　　　　　　　　　　　　◎主となる疾患名　　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　　　◎障害手帳について　□知的（　　　判定）　□精神（　　　　級）　□身体（　　　級）　□なし◎住まい　　□居宅　　□共同生活援助　　□障害者支援施設◎収入および医療　　□生活保護　　□年金（老齢・障害）　□就労の工賃□自立支援医療　◎介護保険情報　　区分　□あり（要支援　　　要介護　　）　　　□なし　□訪問介護　　□通所介護　　□通所リハビリテーション　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）◎障害福祉サービス関連□居宅介護　□重度訪問介護　□就労継続（A・B）　□同行援護□行動援護　□重度障害者等包括支援　□短期入所　□療養介護　□生活介護□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援者記入特記事項（根拠） | ◎家族状況（文書またはジェノグラム）　※支援できる家族がいるか記載◎見立て（サービス利用の必要性）※○○を利用することにより○○が期待できる等◎サービス提供事業所の見立て聴取 |
| 市町村記入 |

|  |  |
| --- | --- |
| ◎障害福祉サービスの利用□就労継続支援B型□生活介護□入所支援□共同生活援助 | ◎介護保険サービス□通所介護□訪問介護□施設入所 |

上記サービス利用について、高齢者福祉と障害者福祉で協議の上　（可　・　否　）と判断する。令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 担当部署 | 担当 |
| 高齢者福祉 |  |  |
| 障害者福祉 |  |  |

 |