

(参考)

## 保険者市町村が意見表明に当たって確認すべき事項等

### ○認知症高齢者の日常生活自立度

・Ⅲ以上 -----

①に該当

・Ⅱ以下



### ○療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の状況等

手帳の交付を受けており、日常生活に支障を来すような  
症状・行動や 意思疎通の困難さ等が頻繁に見られるか

・見られる -----

②に該当

・見られない



### ○虐待の疑い等

虐待の疑い等の情報が保険者市町村に寄せられているか

・寄せられている -----

③に該当

・寄せられていない



### ○家族等の状況

単身世帯，同居家族が高齢又は病弱等で家族等による支援  
が期待できない状況か

・期待できる -----

非該当

・期待できない



### ○居宅サービスの利用に関する状況，担当介護支援専門員の意見

居宅において日常生活を営むことが困難であることにやむ  
を得ない事由があると認められるか

・認められる -----

④に該当

・認められない -----

非該当