〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉

事業所名:

担当介護支援専門員氏名:

作成日:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | 要支援要介護状態区分 | |  | |
| 被保険者番号 |  | | 年齢 |  | 性別 |  |
| 本人の状況・できる事（詳しくはケアプランに記載） | |  | | | | |
| 希望するサービス内容  （本人の希望を記入　内容・回数・時間）   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳 * 買い物・薬受け取り * その他 | |  | | | | |
| 家屋の形態  （特記事項） | | □ 一戸建て　□ 二世帯住宅　□ 集合住宅  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | | | | |
| 同居家族の続柄 | | * 夫　□ 妻　　□ 子（□ 男・□ 女）   □ 子の配偶者　□ 孫　□ その他（　　　　　　　） | | | | |
| 同居家族の状況  （障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く）   * 障害 * 疾病 * 要介護者 * 日中独居 * その他 | |  | | | | |
| 本人と同居家族との関係性 | |  | | | | |
| 同居家族ができる介護の内容 | |  | | | | |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する）   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳 * 買い物・薬受け取り * その他 | |  | | | | |

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時　　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 出席者 | 生活援助算定についての確認・同意 |
|  |  |

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

|  |  |
| --- | --- |
| * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳   □　買い物・薬受け取り |  |

〈同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート〉記載例

事業所名:　　　○△○　事業所

担当介護支援専門員氏名:　　　　○△○△

作成日:　　　　　　　平成20年○月○日

✓

✓

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | △○△○ | | 要支援要介護状態区分 | | 要介護　3 | |
| 被保険者番号 | 000△○△○△○△ | | 年齢 | ○○才 | 性別 | 女 |
| 本人の状況・できる事（詳しくはケアプランに記載） | | リウマチによる手足の変形のため、家事のほとんどを夫が行っている。調理の手伝いくらいはできる。 | | | | |
| 希望するサービス内容  （本人の希望を記入　内容・回数・時間）   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳 * 買い物・薬受け取り * その他   ✓ | | 今まで夫が掃除をしていたが、夫も頚椎ヘルニアの手術の後、下を向くのが大変になり、床の拭き掃除ができない。週に１回でもヘルパーさんに１時間くらいお願いできないだろうか。 | | | | |
| 家屋の形態  （特記事項）  ✓ | | □ 一戸建て　□ 二世帯住宅　□ 集合住宅  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ✓  ✓ | | | | |
| 同居家族の続柄 | | * 夫　□ 妻　　□ 子（□ 男・□ 女）   □ 子の配偶者　□ 孫　□ その他（　　　　　　　） | | | | |
| 同居家族の状況  （障害・疾病・その他やむを得ない理由ありと判断した理由を詳細に書く）   * 障害 * 疾病 * 要介護者 * 日中独居 * その他 | | 夫は頚椎ヘルニアの手術の後下を向くのが大変になっているが、毎日庭仕事はしている。また長男が同居しているが、精神障害の認定を受けて、デイサービスに通っている。 | | | | |
| 本人と同居家族との関係性 | | 夫は本人の主介護者として家事全般をこなし関係は良い。長男とも関係は良い。 | | | | |
| 同居家族ができる介護の内容 | | 拭き掃除を除く家事全般、入浴の介助。通院介助は別居の長女が行っている。 | | | | |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する）   * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳 * 買い物・薬受け取り * その他 | | 本人はリウマチのため家事ができず、夫は頚椎ヘルニアの手術後、下を向くのがつらく、拭き掃除ができない。長男は精神障害の認定を受けており、支援を期待出来ない。 | | | | |

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時　20　年　○　月　○　日）

✓

|  |  |
| --- | --- |
| 出席者 | 生活援助算定についての確認・同意 |
| △○△○  △○△○  △○△○ | 本人は家事ができないが、室内の汚れもさほどではなく、ご主人も庭仕事ができるのだから、床も拭けるのではないか。  長男には精神の障害があり、行動のおかしな部分があるが、頼めばやってくれるのではないか。  確かにご主人は下を向くのがつらいが、それで床を拭くことができないとは言えない。庭もきれいに手入れできる力がある。長男さんも気が向けば手伝ってくれる可能性がある。  以上により生活援助の算定は見合わせることの合意に達した。 |

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

|  |  |
| --- | --- |
| * 掃除 * 洗濯 * ベッドメイク * 衣類の整理・補修 * 一般的調理・配下膳   □　買い物・薬受け取り | 現状では訪問介護での床の拭き掃除はできないことをお伝えし、ご主人、長男さんへ支援をお願いできるか打診。当面は必要なしとすることの了承を得る。また状況が変われば利用できることもお伝えする。 |