

同居家族等がいる場合の生活援助算定確認シート

年 月 日

事業所名 _____

担当介護支援専門員氏名 _____

被保険者番号			被保険者氏名			
住所			性別	男 ・ 女	年齢	歳
要介護度	要支援 事業対象者	要介護	認定期間	年 月 日～ 年 月 日		

介護保険で利用できる生活援助は、適切なケアプランに基づき、次のような理由により自ら行うことが困難であると認められた、日常生活上必要な家事の支援です。

1. 利用者が一人暮らしの場合。
2. 利用者の家族等が障がいや疾病等の理由により、家事を行うことが困難な場合。

※家族が高齢または介護度を持っているという理由だけでは認められない。生活支援の可・不可によって判断すること。

3. 利用者の家族等が障がいや疾病でなくても、その他の事情により、家事が困難な場合。

1・2に該当する場合には、生活援助を算定可となるので、確認シートの提出は不要です。

3の事由により生活援助を提供する場合は、以下と別紙「相談票」にチェック・記入し、市に提出してください。

●利用者の家族等が障がいや疾病でなくても、その他の事情により、家事が困難な場合について

<input type="checkbox"/>	家族等の就労などにより日中1人になってしまう。 □家族への協力を求めた。
<input type="checkbox"/>	同敷地内でも別棟として独立している。(独立した生活ができる環境である。) □家族への協力を求めた。
<input type="checkbox"/>	家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない。 □家族への協力を求めた。
<input type="checkbox"/>	上記以外のその他のやむを得ない理由

◎上記と別紙「相談票」の理由により、下記の生活援助サービスを提供・算定してもよろしいか。

サービス提供開始年月 年 月 ～

提供サービス内容	調理	掃除	洗濯	買い物	整理整頓	見守り	その他
回数 (1週間あたり)	回	回	回	回	回	回	回
時間 (1回あたり)							

市回答記入欄

算定可とする。

その他

--

相談票（生活援助算定確認用）

家族構成

本人の状況

家族の状況

サービスを提供する詳細な理由

提供サービス内容

担当ケアマネジャーの意見（期待できる事・目標設定）