

同居家族がいる場合の生活援助提供理由書

被保険者番号		事業者番号	
被保険者氏名		事業者名	
生年月日	年 月 日	計画作成担当者名	
住所		事業所の所在地	
要介護状態区分		電話番号	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
サービス開始予定日	年 月 日		

1 本人の状況 (詳細はケアプランに記載)			
2 生活全般の解決すべき課題			
3 2の解決に必要であって最適と判断する支援内容			
支援内容	希望するサービス内容	回/週、時間等	必要と判断する理由
<input type="checkbox"/> 掃除			
<input type="checkbox"/> 洗濯			
<input type="checkbox"/> 一般的調理 ・配下膳			
<input type="checkbox"/> 買い物			
<input type="checkbox"/> その他			

裏面あり

家屋形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他		
同居家族等の続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子（男・女） <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
同居家族等の状況 ・支援者も含む ・障害、疾病、その他 やむを得ない理由あり と判断した詳細を書く	誰（続柄）		状況
		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他	
4 添付書類	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点		

※やむを得ない事情と判断される場合の例

- ・介護放棄など虐待が認められる場合
- ・家族間の関係に修復不能な深刻な問題があり、援助が期待できない場合
- ・家族が高齢で筋力が低下していて、行うことが難しい家事がある場合
- ・家族の介護負担により共倒れが危惧される場合
- ・同居している家族が、要支援、要介護認定を受けており家事を行うことが困難な場合
(家事ができない(したことがない)、忙しい(仕事・育児など)、苦手、遠慮があつて頼みにくい等は該当しません。

※日中独居を理由として生活援助中心型を計画する場合

同居家族が就労などによって日中独居である場合、家族が滞在している時間帯（休日及び夜間）において対応すれば事足りるものについては援助の対象になりません。家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活に大きな支障が生じる場合は、適切なケアマネジメントにおいて判断してください。

【市記入欄】

事前協議	特記事項