

同居家族等がいる場合の生活援助の算定確認表（中川村）

※要介護の訪問介護（生活援助）、総合事業訪問型サービス（訪問型サービスA）、
独自サービス、生活管理指導・軽度生活援助が対象

被保険者氏名			性別		被保険者番号	0	0	7	0									
生年月日	年	月	日	要介護状態区分等		認定年月日※2					年	月	日					
認定の有効期間※2	年				月	日	～	年		月	日	サービス区分	新規・継続					
※1 「事業対象者」は、チェックリスト実施日。 ※2「事業対象者」は、開始年月日のみ記入。																		

基本的な考え方

生活援助とは、利用者が1人暮らし又は同居の家族等が「障がい・疾病その他やむを得ない理由」により、家事を行う事が困難な場合に行われ、利用者に対する調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助をいいます。

必要とする理由

<input type="checkbox"/> 1	家族等の就労などにより日中1人になってしまう。
<input type="checkbox"/> 2	同敷地内でも別棟として独立している場合 (台所・浴室・寝室等独立した生活ができる環境である)
<input type="checkbox"/> 3	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。 ※家族が介護放棄・虐待は生活援助を算定可とする。
<input type="checkbox"/> 4	上記以外のやむを得ない事情。 (同居家族が高齢だからという理由だけでは認められません)

上記の訪問介護（生活援助）サービス等の利用について、同居家族等がいる場合でも必要であると判断したので、確認をお願いします。

サービス提供開始 年 月～ (下記に週に利用する予定の回数を記入してください)

調理	掃除	洗濯	買い物	衣類整理	見守り	その他
週 回	週 回	週 回	週 回	週 回	週 回	週 回

令和 年 月 日 事業所名 介護支援専門員名

※なお、次回の要介護認定更新・区分変更時や生活支援の内容に大幅な計画変更をする場合、この確認表を提出してください。

上記の内容について確認し、特段の事情と認めます。

令和 年 月 日

中川村長 宮下 健彦 ㊞