

同居家族がいる場合の生活援助算定チェックリスト

吉野川市役所 長寿いきがい課

作成日： 令和 年 月 日

事業所名			
所在地			
担当介護支援専門員氏名		連絡先	
被保険者氏名			被保険者番号
生年月日	M T S 年 月 日 才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済	要支援1～要介護5	
認定有効年月日	平成 令和 年 月 日 ~	平成 令和 年 月 日	
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	

1本人の状況・できること できないこと			
------------------------	--	--	--

2希望するサービス内容 (本人の希望を記入 内容・所要時間・回数(週あたり)) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイキング <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受取 <input type="checkbox"/> その他	希望するサービス内容詳細	回数/週	備考

3家屋形態 (特記事項)	<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()	家族構成図	◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)

4同居家族等の続柄 (支援者も含む)	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------------	--

5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) <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	誰	状況

6本人と同居家族等との関係性 (支援者も含む)	誰	関係性

7同居家族等ができる 介護の内容 (支援者も含む)	誰	介護内容		

8ケアマネジャーが必要と判断する支援内容と回数(/週) (判断する理由含む)					
支援内容 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイキング <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受取 <input type="checkbox"/> その他	必要なサービス内容詳細	所要時間	回数/週	必要と判断する理由	

↓9サービス担当者会議での検討(開催日 月 日) ※本人・同居家族等・ケアマネの発言は省略

出席者	生活援助算定についての発言(担当者会議録第4表を添付の場合は記載不要)

* 結論 8について

↓10サービス内容の決定(内容・曜日・時間について記載)

内容	曜日	時間	詳細内容
<input type="checkbox"/> 掃除			
<input type="checkbox"/> 洗濯			
<input type="checkbox"/> ベッドメイキング			
<input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修			
<input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳			
<input type="checkbox"/> 買い物・薬受取			

上記の件について確認しました。

※新たにケアプランが変更及び更新になった場合には再度提出してください。

備考

市 確 認 印	
------------------	--