　　年　　月　　日

沖縄県介護保険広域連合長　殿

　　　　　　　　　　　事業所所在地：

　　　　　　　　　　　事　業　所　名：

　　　　　　　　　　　担当者名/連絡先：

**同居家族がいる場合の生活援助に係る理由書**

次の被保険者に対して、下記の理由で生活援助が必要と判断しましたので届出ます。

1. **利用を予定している被保険者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 住所 |  |
| 要介護度 |  | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～  　年　　　月　　　日 |

1. **同居家族の状況**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族構成  （ジェノグラム）  同居家族の状況及び家族構成がわかるよう記載 |  | 本人との関係性 | 協力的・非協力的・どちらでもない |
| 介護力 | 協力的・非協力的・どちらでもない |
| 特記すべき事項（虐待等） |  |
| 身体状況の詳細  （障害・疾病、その他やむを得ない理由） | □家族に障害・疾病あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □認定の有無（　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 就労状況の詳細  （就労時間・休日等） | 無  有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

1. **生活援助が必要な理由**

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助が必要と判断した理由（疾患、身体状況、生活状況、支援等） |  |
| 支援内容 | * 掃除　□洗濯　□調理　□買い物　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人家族の役割 |  |
| 家族との共有部分の取り扱い |  |
| 介護保険以外のサービスの検討状況 | □配食サービス　□有償サービス（　　　　　　　）  □家政婦　　　　□無償ボランティア  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 「自立生活支援のための見守り的援助（身体介護）」の検討 |  |
| 利用終了後の方向性 |  |
| 利用開始日 | 年　　　月　　　日～　　年　　　月　　　日まで利用予定 |

**添付書類：基本情報及びアセスメントシート・居宅サービス計画書の第1～3表・サービス担当者会議の要点**