

同居者がいる利用者への生活援助に係る確認シート

このシートは、保険給付の対象外となる同居者がいる利用者への生活援助の例外的な給付を行うための確認シートとなっております。下記の手順に沿って確認・検討した上で、保険者へ必要書類を提出していただきますようお願いいたします。

例外給付を検討する前に…

- *利用者及び家族に対して生活援助の原則論を説明の上、十分に理解と協力を得ることが必要です。
- *なぜ同居家族が行えないのか、具体的にはどういった援助が必要なのかを整理してください。
- *介助者が男性であるため等は介助者不在の理由にはならないので、利用者及び家族には十分にご説明ください。
- *まずは配食サービスやコインランドリーの利用等、介護保険外のサービスの利用を検討してください。
- *訪問介護は「家政婦ではない」ということを重々承知いただいた上で、利用者本人への支援としてその生活援助が必要であるかどうかを検討・判断してください。

1 利用者の情報の整理

氏名:		性別	年齢	介護度 :
被保険者番号				有効期間: / / ~ / /
必要な生活援助(場所や回数、時間等も記載すること) 【記入例: 清掃(本人の寝室) 週1回 1時間】				
既往歴(主に生活援助が必要な原因の疾病)			家族構成(同居家族は○で囲む)	
家族の状況(生活援助が出来ない理由)				
現在の状況等				

⇒右の確認リストの項目を確認して下さい。チェックがつかないものがある場合は、検討・調整をしてください。

2 確認リスト

項目	確認
利用者及び家族に対して、生活援助の原則論を説明の上、理解を得ている	
同居家族が行えない理由や、具体的に必要な援助の内容が整理されている	
同居家族が行えない理由が下記のいずれかに当てはまる ・同居の家族が(身体・疾病・障害)の理由で介助が出来ない ・同居の家族が就業のため介助ができない(※家族の就業が休みの日は対象外となるので注意すること) (※援助できない理由が個人的な理由(趣味や享楽)である場合等は認められないので注意すること) 上記理由以外でも、介護放棄による虐待が疑われる場合はチェックを入れて下さい。	
他のサービスや方法(配食サービス・コインランドリー等)について検討しており、それらでは対応しきれない理由がある。またその理由が担当者会議の記録やケアプラン等に記載されている。	
サービス担当者会議において当該生活援助の必要性が検討されている	
生活援助の範囲は本人のものに限られているおり、家族に説明・了承を得ている(掃除の場合は共有スペースは対象外であることや、食事・洗濯等は本人のものに限られていること等)	
一時的なものであったり、時期的なものである場合その期間をケアプランに記載している	
ケアプランには、サービスが必要な理由や量、具体的な内容等が整理されて記載されている	

滝沢市長 様

上記のとおり、同居者がいる利用者への生活援助の必要性があるため、関係書類を提出しますので、確認願います。

年 月 日

居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所

事業者名..... ケアプラン作成担当者名.....

電話番号.....(.....)

★提出する書類

- 本確認シート
- 利用者基本情報
- サービス計画表(1)～(4)
- サービス担当者会議の要点(当該生活援助について検討した部分を含めること)
- その他必要性が分かる書類(任意)…(例)家族の就労時間が分かる資料、家族の疾病に関する資料、等

＜保険者確認欄＞

確認した結果、下記のとおりとなりましたので通知します。

平成 年 月 日 滝沢市長

同居者がいる利用者への生活援助の必要性を確認しました。

該当する生活援助	
期間・時間・回数等	
その他特記事項	

下記の理由から同居者がいる利用者への生活援助の必要性を確認できませんでした。

事由: