

同居家族等がいる場合の生活援助算定（介護保険特別事案）相談表
（ 新規 ・ 継続 ・ 変更 ）

令和 年 月 日

日置市介護保険課長 様

住 所
事業所名
代表者名
担当者名

以下の利用者について、同居家族等がいる場合でも介護保険による訪問介護での生活援助が必要であると判断したので、確認をお願いします。

1 基本情報

被 保 険 者 氏 名			被保険者番号																	
	生年月日		年	月	日（ 歳）	要介護状態区分														
	認定の有効期間		年	月	日～	年	月	日												

2 世帯の情報

氏名	年齢	続柄	備考（就労の有無や要介護認定等）

3 利用を希望する生活援助の概要 ※内容は具体的に記載してください

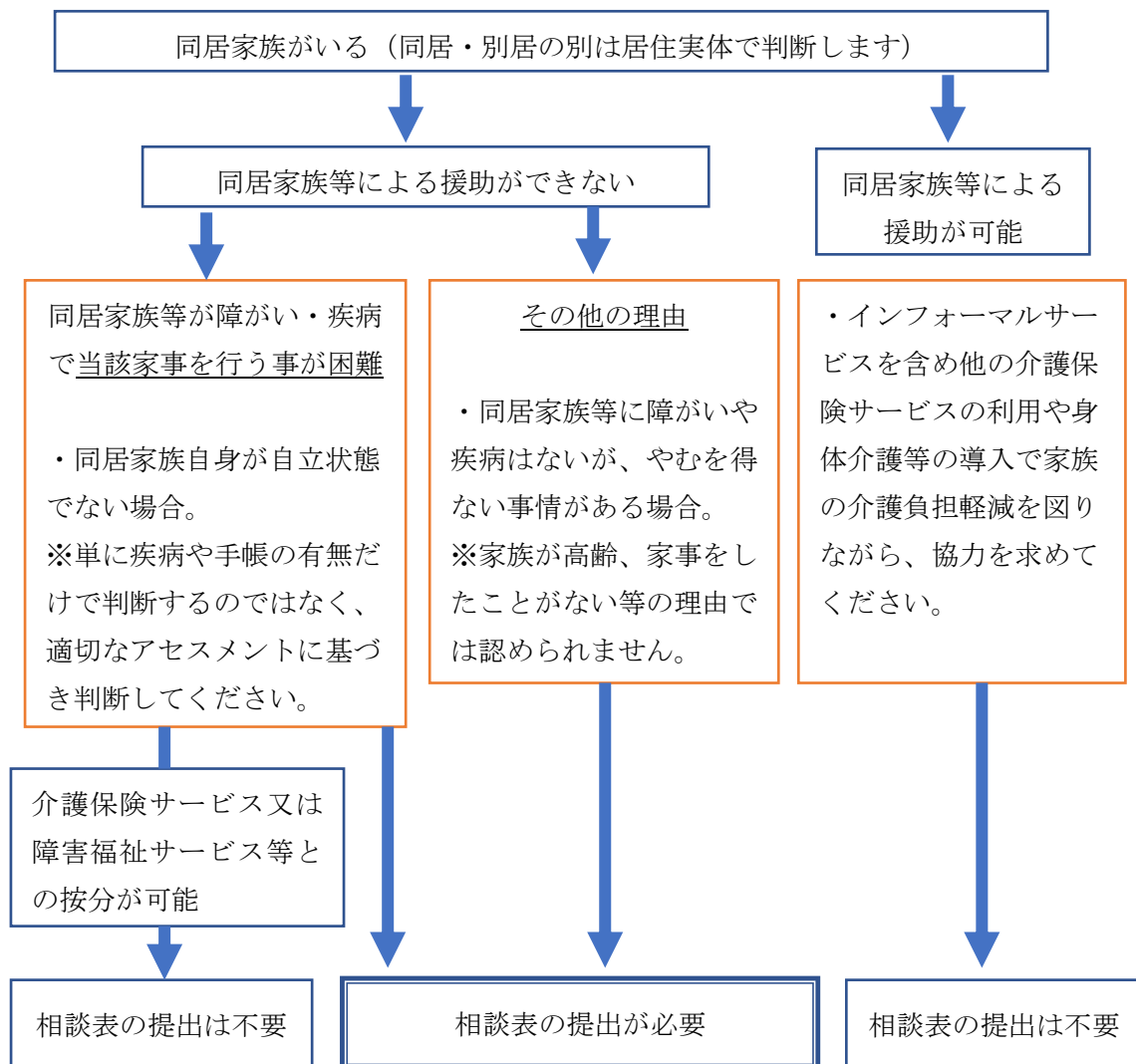
サービス内容 (掃除は場所も記載)	所要 時間	回数	備考 夫婦按分や家族不在時等の状況についても記載
	分	週 回	
	分	週 回	
	分	週 回	
	分	週 回	

裏面へ続きます

4 添付書類

- ケアプラン（第1表から第3表）又は介護予防サービス・支援計画書
※生活援助の位置づけが記載されているものを提出してください。
- アセスメント表
- 担当者会議の記録（介護予防支援の場合は、支援経過記録）
※生活支援による各援助の必要性について、本人が行えない、又は同居家族等が援助できない具体的な理由を記載する必要があります。当該部分をラインマーカー等で分かるようにして提出してください。

【参考】相談要否判定フロー



（注1）この取扱いは、訪問介護事業所等が、算定対象外の部分を自費対応等で提供することを妨げるものではありません。

（注2）相談表を確認し、生活援助の提供が妥当と判断された場合でも、当該家族等に対する支援はできません。また、利用者の支援であっても**利用者**と共有する部分

（例：家族も使用するトイレの掃除や家族の衣類を含む洗濯等）の算定は不可です。

（注3）小規模多機能型居宅介護については、相談表の提出は求めませんが、生活援助の提供範囲については同様に取扱います。