**居宅介護等の利用に係る理由書（介護保険併給）**

**記入日：令和　　　年　　月　　日　記入者氏名：　　　　（事業所名：　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | S・H・R　　年　　月　　日 |
| 障害種別 | □ 身体（　　　　級）　□ 知的（　　　　）　□ 精神（　　　　　級）□ 難病（　　　　　 ）　□ その他診断名等（　　　　　　　　　　） |
| 介護保険利用量 | 介護区分：　　　　区分支給限度単位：　　　　：介護利用単位数　　　　　　 |
| １．希望する支給量および支給期間 | 1. 身体介護：（　　　時間／月）（令和　　年　月から令和　年　月）
2. 家事援助：（　　　時間／月）（令和　年　月から令和　年　月）
3. 通院等介助：（　　時間／月）（令和　年　月から令和　年　月）
4. 重度訪問介護：（　　時間／月）（令和　年　月から令和　年　月）
 |
| ２．希望する支援の具体的内容 | 別紙週間計画表（第３表）へ記載　※身体介護・家事援助など第３表へ、３０分・１時間単位の支援内容をご記載ください。 |
| ３．障害福祉サービス併給の必要性について | □介護保険サービス単位超過　□身近に利用出来る事業所なし□その他下記理由によるもの（４へ詳細をご記載ください。） |
| ４．特性に応じた必要な支援を受ける上で懸念される課題と現状※該当する課題にチェックし、現状を☑し詳細を記載 | **介護保険において対応できない理由・課題解決に必要な支援方法**□介護保険の介護度変更の検討について介護審査会再審査予定：　有　　・　　無・審査会日程：・結果：□利用可能な介護保険サービスが身近にない、利用定員に空きがない

|  |
| --- |
| ・利用予定のサービス名： ・サービス調整事業所名： ・事業所の受け入れ状況： ・今後の課題について解消の目処： ・介護長寿課サービス担当者及び調整内容： 担当者（　　）調整内容（　）・介護長寿課サービス担当からの返答：  |

□介護サービスのその他のサービスの代替案の検討について例）訪問リハから訪問介護へサービス利用量の変更など。□家族（親族）介護の協力状況における身の回りの世話や、日常生活等に関する課題、障害サービス提供により改善が期待出来る状態（その他、インフォーマルサービスの検討結果）

|  |
| --- |
|  |

□移動や動作等に関すること課題・障害サービス提供により改善が見込まれる状態

|  |
| --- |
|  |

□意思疎通等に関すること（聴覚障害や、視覚障害などによりコミュニケーションの障害に関連すること）

|  |
| --- |
|  |

□行動障害に関すること（こだわり、多動、パニック　等）

|  |
| --- |
|  |

□特別な医療に関すること（現状の課題・治療方針など）

|  |
| --- |
|  |

□その他（関係機関との連携情報・今後の方針等）

|  |
| --- |
|  |

 |
| ５．検討していく予定の地域資源　など※施設名・確認していく予定の資源内容等を記載 | **今後の方針について：今後障害サービス以外での環境整備について検討していることや、介護サービスの新規事業所の検討などを記載** |
| ６．その他補足事項等　　（懸念事項など）※障害サービスが利用できない時の課題など |  |