**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 | |  | | |