

## 記入例

## 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： (事業所名： )

対象者氏名		生年月日	S・H	年 月 日
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体( 級) <input type="checkbox"/> 知的( ) <input type="checkbox"/> 精神( 級) <input type="checkbox"/> 難病( ) <input type="checkbox"/> その他診断名等( )			
介護保険利用量 (計画案に基づく量)	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  ※障害サービスで必要な支給量を、記載して下さい。	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(内移動： 時間)/月)(令和 年 月から令和 年 月) ⑤ 生活介護：( 回／月) (令和 年 月 から 令和 年 月) ⑥ 短期入所：( 日／月) (令和 年 月 から 令和 年 月)			
2. 希望する支援の具体的な内容	<b>別紙週間計画表（第3表）へ記載</b> ※身体介護・家事援助など週間計画表第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	※障害福祉サービスが必要な状況について、4以下へ記入してください。 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス単位超過 <input type="checkbox"/> その他下記理由によるもの			
4. 家族の協力状況について <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">(必須)</span>	<input type="checkbox"/> 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） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【※記載例】</b></p> <p>ご家族（親族）等介護に協力している状況や、介護の協力が難しい状況について、各々の状況を記載ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・父：○歳。父親自身、疾病あり要介護○で、普段通所リハを利用し、在宅介護のサービスを受けており、本人の介護は難しい状況。</li> <li>・母：○歳。変則勤務をしており、土日出勤もあり、本人の介護にあたれない時間帯がある。</li> <li>・兄弟：○歳。市外に住んでおり、就労など（詳しい状況記載）により介護協力が難しい。</li> <li>・祖母：○歳と高齢。</li> <li>・一人暮らし、他に親族との繋がりなく、協力を得るのは困難。</li> </ul> </div>			

5. 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□へ記載

#### 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

##### □介護保険の介護度の変更の検討について

介護審査会再審査予定：例)  有  無

- ・審査会日程：例) R○年○月○日
- ・結果：例) ※介護区分を、記入してください。

##### □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：例) **通院等介助**

・サービス調整事業所名：例) ①○○、②○○、③○○

・事業所の受け入れ状況：

例)

①不可（理由：人手が足りないなど）

②不可（理由：遠方で対応できない）

③不可（理由：○○○）

・今後の課題について解消の目処：

例) ①R○年○月に、人手が増え対応可能となる見込みあり。

・介護サービス担当との調整内容：

例) 介護サービスの通院等介助の理由書の提出期限（R○年○月○日）

※現在、介護保険担当と調整している状況について記載して下さい。

・介護サービス担当からの返答：

例) 通院等介助のサービス検討結果：(  該当  非該当 )

##### □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の変更など。

##### □移動や動作等に関すること課題や、障害サービス提供により改善が見込まれる状態

例) 日常生活に全介助を要するため、介護保険のサービス量では足りない身体介護を障害サービスで充当することで、ひとり暮らしでの介護の不足を解消することができる。その環境を整えることで、褥瘡予防や身体の補正、自傷行為による危険を回避することができるなど。

□意思疎通等に関するここと（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するここと）

例）視力障害あり、介護保険のサービスにはない移動を伴う支援として、障害サービス固有の同行援護のサービスを利用することで、社会的な要件（※詳細記載）を行うことが出来る など。

□行動障害に関するここと（こだわり、多動、パニック等）

例）こだわりが強く、行動面での見守りをし安全に配慮した関わりが必要な状況がある（※詳細を記載）。障害サービス固有の行動援護のサービスを利用することで、本人に適したケアを受け、状態安定が図れると考えるなど。

□特別な医療に関するここと（現状の課題・治療方針など）

- ・○○○の疾患により、在宅酸素療法が必要となっている。
- ・週○回訪問看護のサービスが追加されている。
- ・今後の治療の方針として、R○年○月○日○○手術予定。治療の見通しとして、R○年○月頃、在宅酸素療法終了となり状態改善の見込みである。

※状態の、維持、悪化、改善の見込みなど、治療方針について記載をしてください。

## 6. その他補足等

※今後検討していく予定の地域資源及び懸念事項について

※施設名・確認していく予定の資源内容等を記載

※障害サービスが利用できない時の不安など

### □その他（関係機関との連携情報・今後の方針等）

※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

例)

- ・介護保険の支給量の余りについて、今後訪問介護の事業所を増やしたいと検討しており、今後も対応可能な事業所探しを継続する。

### □懸念事項について

※今後、障害サービスが利用できない時の懸念事項の詳細を記載

例)

- ・障害サービスが利用出来ないことで、24 時間介助が必要な本人の生活を維持する事や、急な体調不良による突発的な病院受診など医療を受けることが困難になることが想定される。