

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 本人と同居家族との関係性 | |
| 同居家族ができる介護の内容 | |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する） <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他 | |

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時 年 月 日）

| 出席者 | 生活援助算定についての確認・同意 |
|-----|------------------|
| | |

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 本人と同居家族との関係性 | 夫は本人の主介護者として家事全般をこなし関係は良い。長男とも関係は良い。 |
| 同居家族ができる介護の内容 | 拭き掃除を除く家事全般、入浴の介助。通院介助は別居の長女が行っている。 |
| サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断（内容・回数・時間について検討する） <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り <input type="checkbox"/> その他 | 本人はリウマチのため家事ができず、夫は頸椎ヘルニアの手術後、下を向くのがつらく、拭き掃除ができない。長男は精神障害の認定を受けており、支援を期待出来ない。 |

↓サービス担当者会議での確認・同意（開催日時 20 年 ○ 月 ○ 日）

| 出席者 | 生活援助算定についての確認・同意 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|
| △○△○ | 本人は家事ができないが、室内の汚れもさほどではなく、ご主人も庭仕事ができるのだから、床も拭けるのではないか。 |
| △○△○ | 長男には精神の障害があり、行動のおかしな部分があるが、頼めばやってくれるのではないか。 |
| △○△○ | 確かにご主人は下を向くのがつらいが、それで床を拭くことができないとは言えない。庭もきれいに手入れできる力がある。長男さんも気が向けば手伝ってくれる可能性がある。 |
| | 以上により生活援助の算定は見合わせることに合意に達した。 |

↓サービス内容の決定（内容・回数・時間について記載）

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受け取り | 現状では訪問介護での床の拭き掃除はできないことをお伝えし、ご主人、長男さんへ支援をお願いできるか打診。当面は必要なしとすることの了承を得る。また状況が変われば利用できることもお伝えする。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|