

勘案事項整理票

(給付区分)

介護給付費等

(申請種別)

新規

フリガナ			生年月日	年 月 日 ()			Tel	
氏名	住所							
	障害支援区分	3	認定有効期間	H 年 月 日 まで				
障害の種類及び程度	<input checked="" type="checkbox"/> 身体	(手帳) 1 級 1 種 (障害名) 肢体不自由 (再認定) H 年 月	(その他) 脳腫瘍による四肢体幹機能障害					
	<input type="checkbox"/> 療育	(手帳) AI 第2項 (次回判定) H 年 月	(その他)					
	<input type="checkbox"/> 精神	(手帳) 1 級 (有効期間) H 年 月 (年金) 障害厚生年金 1 級	(自立支援医療) (有効期間) H 年 月 (その他)					
	<input type="checkbox"/> 難病	(確認) 特定疾患医療受給者証 (疾病名) 原発性免疫不全症候群	(その他)					
	<input type="checkbox"/> 児童	(要件) 障害者手帳	(その他)					
その他の心身状況	H26.6月四肢の麻痺が増悪し救急搬送、脳腫瘍の進行みられるも、本人手術的な加療を拒否。在宅緩和ケアのため、自宅に戻る。H26.8月から在宅で抗がん剤治療開始。							
介護を行う者の状況	(介護者) 有 (氏名) 鎌倉 花子 (続柄) 妻 (年齢) 40	(心身の状況) 疾病等 腰痛						
	(生活状況等) 就労有 フルタイム勤務 (藤沢、平日9:00~17:00)。帰宅18:30頃。							
	(その他家族の状況等) 小学5年生の長男は学校から帰宅後剣道の稽古や友達と遊びに行く等家にいないことが多い。							
介護給付費等の受給状況、障害児通所給付費の受給状況	(サービス種類) 身体介護 (支給量) 20時間/月 (1.0時間/回)	(支給決定期間) H 26 年 11 月 1 日 ~ H 27 年 10 月 31 日						
	(サービス種類)	(支給量)						
	(支給決定期間)	H 年 月 日 ~ H 年 月 日						
	(サービス種類)	(支給量)						
	(支給決定期間)	H 年 月 日 ~ H 年 月 日						
	(サービス種類)	(支給量)						
移動支援、日中一時支援の受給状況	(サービス種類)	(支給量)						
	(支給決定期間)	H 年 月 日 ~ H 年 月 日						
地域活動支援センター利用状況	(利用事業所等)							
	(利用日数等)							

介護保険給付に係る居宅サービスの利用状況	(要介護度) (居宅介護支援事業者)									
	(サービス種類) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活/療養介護 <input type="checkbox"/> その他 ()									
(併給等) 障害福祉サービスの上乗せ及び固有のもの の支給有										
他の保健医療サービス又は福祉サービス等の利用状況	(サービス種類) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> その他 ()									
その他の受給状況	(年金) 障害基礎年金 1 級 (年金受給額) 円									
	(手当) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 県在宅重度障害者等手当 (その他) <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 障害者医療費 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療費 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費 <input type="checkbox"/> その他 ()									
障害福祉サービス等の利用に関する意向の具体的内容	(利用目的等) 重度の四肢麻痺でADLは全介助である。抗がん剤治療中でもある。平日日中は妻は就労、子供は小学校のため一人となるため、食事介助、服薬管理、移動介助、排せつ介助および入浴介助の利用希望がある。									
	(申請サービスの種類) 通院等介助 (身体介護伴う)									
	(特記) 2人介護、院内介助、									
	(内容) ・入浴介助：185cm/90kgと体躯大柄でヘルパー2人介護希望。2時間/回、4回/週 ・服薬管理、食事管理：昼1時間/回、5回/週 (食事は妻が朝用意するため食事介助のみ)									
	(申請サービスの種類) 通院等介助 (身体介護伴う)									
(特記)										
(内容) ・入浴介助：185cm/90kgと体躯大柄でヘルパー2人介護希望。2時間/回、4回/週 ・服薬管理、食事管理：昼1時間/回、5回/週 (食事は妻が朝用意するため食事介助のみ)										
(申請サービスの種類) 通院等介助 (身体介護伴う)										
(特記)										
(内容) ・入浴介助：185cm/90kgと体躯大柄でヘルパー2人介護希望。2時間/回、4回/週 ・服薬管理、食事管理：昼1時間/回、5回/週 (食事は妻が朝用意するため食事介助のみ)										
(申請サービスの種類) 通院等介助 (身体介護伴う)										
(特記)										
(内容) ・入浴介助：185cm/90kgと体躯大柄でヘルパー2人介護希望。2時間/回、4回/週 ・服薬管理、食事管理：昼1時間/回、5回/週 (食事は妻が朝用意するため食事介助のみ)										
移動支援の身体介護の有無の判断	<input type="checkbox"/> 国が定める「通院等介助 (身体介護を伴う場合)」の対象者の判断基準に該当する									
	<input checked="" type="checkbox"/> 5領域11項目の調査を行い、障害者に係る通院等介助 (身体介護を伴う) の判断基準に準ずる									
日中一時支援の単価区分	① 食事	② 排泄	③ 入浴	④ 移動	⑤ 行動					移動支援の身体介護
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
日中一時支援の単価区分	① 食事	② 排泄	③ 入浴	④ 移動	⑤ 行動					日中一時支援の単価区分
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			

<p>当該障害者等の置かれている環境</p>	<p>(住居) 持家 (戸建) JR最寄り駅から徒歩20分ほどの山あいの住宅地。近隣は坂が多 (階数) 2階 / 2階建 (立地) い。 (住宅状況) 古い家屋で浴槽が深く浴室内の段差も大きい。 (生活環境)</p>
<p>当該申請に係るサービスの提供体制の整備の状況</p>	<p>(サービス種類) 医療型児童発達支援 (利用予定事業者) ケアステーション鎌倉 (サービス種類) (利用予定事業者) (サービス種類) (利用予定事業者) (サービス種類) (利用予定事業者) (サービス種類) (利用予定事業者) (サービス種類) (利用予定事業者)</p>
<p>計画相談支援</p>	<p>指定特定相談支援 (市内事業者) (担当) (市外事業者) (担当) (モニタリング期間)</p>
<p>備考</p>	

備考