

相談票（生活援助）

令和元年 5月 1日

事業所情報 (必須)	事業所名	居宅介護支援事業所〇〇			保険者受付印				
	事業所担当者	〇〇 ××							
	電話番号	048 - 982 - ××××							
サービス種類	訪問介護（生活援助中心型）								
利用者情報 (必須)	氏名	吉川 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					
	生年月日	明・大・昭	15年	4月	1日	(75歳)			
	要介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5					

利用者の状態	<input type="checkbox"/> 新規相談 <input checked="" type="checkbox"/> 継続（平成31年11月10日相談済） 【障害高齢者自立度：A1】【認知症高齢者自立度：Ⅲb】 平成28年より認知症発症、周辺症状（昼夜逆転、介護への抵抗）あり。 右上半身に中度の麻痺があり、歩行器があれば見守りで歩行が可能であるが、排泄や食事に介助が必要。夜中に起きて食事を要求し、大きな声を出す。 施設入所は拒否しており、自宅での介護を希望している。 <現在利用中のサービス：福祉用具貸与、通所リハビリ（1/週）>	
同居家族の有無・状況	妻：花子（74歳）と同居。妻は今年の1月に腰椎骨折しており、現在も通院中。元々右足が変形しており、屈む姿勢が取りづらかったが、骨折により屈む姿勢が困難になった。また、利用者に比べ小柄なことや、昼夜逆転症状からの疲れもあり、介護負担の軽減が必要と考えている。 長男は大阪在住で年1回程度の帰省、神奈川に住む長女が妻骨折時は泊まりで利用者の介護に来てくれたが、自身の生活もあり日常的な援助は困難。 近隣に親戚はいない。	
サービス内容詳細 (回数等)	週2回、本人の居室と浴室の掃除。 ※本人の同意が得られれば、ショートステイの利用を検討中である。	
回答希望日	令和元年 5月 15日	※回答までに5日程度時間を要しますので、余裕を持って提出してください。
保険者回答	※本票は個別の相談内容の記録であり、他の相談案件には適用できません。	

保険者確認印