

非定型理由書

計画作成事業所名(〇〇〇相談支援事業所) 計画作成者名(〇〇 〇〇)

記入例

氏名	〇〇 〇〇			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			年齢	〇歳	性別	男・女
障害者手帳	☐ 身体 ☒ 知的 ☐ 精神 ☐ 特定疾病		(等級・障害名・疾患名等) 身体障害手帳 1種1級 〇〇(障害名) 療育手帳 A-1						障害の受給		☐ 有 ☒ 無
	単身：障害者等の属する世帯が実態上半身世帯である場合 単身扱い：単身世帯ではないが、介護者の事情で1日のうち相当な時間利用者のみになる場合 介護者あり：上記以外の世帯										
障害支援区分	1・2・3・4						3・4・5				
世帯状況		☐ 単身 ☐ 単身扱い ☒ 介護者あり									
家族状況	続柄	年齢	同居の有無	日中の活動	勤務状況、健康状態、その他						
	父	〇	有・無	会社員	平日9:00～17:00勤務。慢性的な腰痛あり。						
	母	〇	有・無	専業主婦	甲状腺機能低下症で疲れやすい。						
	兄	〇	有・無	会社員	〇〇県在住。遠方のため半年1回帰省。						
			有・無								
本人の状態像		自立	一部介助	全介助	特記事項(詳しい心身の状況等を記載)						
寝返り	☐	☒	☐	自立：一人で出来る場合 一部介助：何らかのサポート、用具、支え等が必要な場合 全介助：自身では困難な場合							
起き上がり	☐	☐	☒	具体的などのようなサポートが必要か、頻度はどれくらいかなど、ご本人の状態が分かるようにご記入ください。							
座位	☐	☒	☐	支え等が必要な場合							
移乗	☐	☐	☒	移動が必要な場合							
入浴	☐	☐	☒	感染予防のため週〇回入浴をしている。全介助。							
歩行	☐	☐	☒	☒ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補装具使用							
更衣	☐	☐	☒	麻痺があり、協働動作はしてくれるが不十分で着せにくい。							
排泄	☐	☐	☒	場所： ☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☒ オムツ							
食事	☐	☒	☐	スプーンを使って食べるが、皿の取り換えなど介助を要す。また早食いでむせることがあるため声掛けが必要。							
視力	☒	☐	☐	☒ 問題なし ☐ はっきり見えない ☐ ほとんど見えない							
聴力	☒	☐	☐	☒ 問題なし ☐ はっきり聞こえない ☐ ほとんど聞こえない (補聴器使用 有・無)							
精神面の行動	☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 自傷・他害 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 危険行為 ☒ こだわり										
	☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 徘徊 ☐ 認知 程度：()										
	☐ 注意欠陥/多動 ☐ 強度行動障害 ☐ その他()										
医療的ケア	☐ 膀胱留置カテーテル ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう ☐ 人口呼吸										
	☐ その他() 家族での対応： ☐ 可 ☐ 不可										
家族の介護力	☐ 有 ☒ 無 (理由など) 父は日中就労で不在。母が日中在宅時は介護を行っているが、持病で疲れやすく、できないこともある。 兄は遠方に住んでおり、年に数回の帰省のため本人の介護を行うことはできない。										
本人・家族の意向	住み慣れた自宅で介護を受けながら安心・安全に暮らしてほしい。 福祉サービスを利用して、どのような生活を送りたいか、ご希望をご記入ください。										

既往歴など	H○年○○のため新生児仮死にて出生。○○病院NICUに○か月間入院。 ○歳時○○園に通園。 卒園後○○特別支援学校へ就学。（小学部～高等部） H○年○○特別支援学校高等部卒業。 H○年○月より生活介護○○に通所開始。			
	通院・入院歴（初診・診断・通院頻度など）、相談歴（療育、カウンセリングなど）、大きな環境の変化など、これまでの流れが分かるようにご記入ください。			
現在受けているサービス	サービス種別	サービス内容	基準量/月	現在量/月
	身体介護	浴時や移乗時の二人介護、更衣、食事、整容などの介	60時間	100時間
	生活介護	平日の日中活動	当該月－8日	当該月－8日
	日中	福祉サービスの名称 例：身体介護 重度訪問介護 短期入所	用事の際の一時的見	非定型となる内容についてご記入ください。 例：支給量超過 併給不可
希望非定型サービス	サービス種別	非定型の種類	基準量/月	希望量/月
	身体介護	支給量超過	60時間	100時間
	非定型サービスを必要とする期間			
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
非定型を必要とする理由	(非定型サービスを必要とする理由や必要量の積算根拠を具体的に記載)			
	基準を超えるサービスが必要な理由を具体的にご記入ください。 例：希望するサービスの支給を受けられない場合に、下記のようなリスクが高まってしまう。 ・身体的な安全が確保できない。生命維持が困難になる。 ・ご家族の生活、精神・身体面にリスクが生じる。 ・心理的な安定が確保できない（いざという時にサービスが利用できるようにしたい）。 根拠・・・家族力、本人の状態像など。 ※時間数の根拠については積算をご記入いただくか、週間ケア計画に詳しくご記載ください。			
非定型サービス解消見込み(理由)		解消見込みの有無の理由について、ご本人やご家族の状況をふまえてご記入ください。		
有 ・ 無				