

## 短期入所サービス利用超過確認書

(宛先) 大曲仙北広域市町村圏組合 介護保険事務所

提出日                    年    月    日

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名	
------------	--	-----------	--

被保険者氏名		被保険者番号	
認定有効期間	年    月    日 から	要介護認定区分	要介護    1・2・3・4・5
	年    月    日 まで	負担限度区分	段階    1・2・3・認定なし
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		

### 1 短期入所サービスの利用状況について

短期入所サービス事業所名	①	
	②	
短期入所サービスの利用開始（予定）日 ／ 既に短期入所サービスを利用した日数 <small>（現在の認定有効期間内の累積利用日数※全額自己負担による利用を除く）</small>	年    月    日    /    日	
短期入所サービスの利用頻度 <small>※ 提出日時点における向こう3カ月の利用予定日数の平均</small>	1月あたり                    日程度利用する見込み	

### 2 短期入所サービスが必要な理由等について

ケアプランに短期入所サービスを位置付けた理由（利用者等の生活に対するニーズとの関連性を記載）
利用者や家族等の状況（居住環境や介護者の健康状態、経済的状況など特筆すべき事項を記載）
長期利用しないための検討内容（訪問介護の利用などの代替サービス等、利用者等と検討した内容を記載）
長期利用するやむを得ない理由

### 3 今後の支援の方向性について

今後の支援の方向性・見通し（施設への入所・在宅復帰の可能性等を記載）

### 4 施設入所の申込状況（在宅生活が困難である場合のみ記入）

入所申込みしている施設の名称（申込年月・現在の順位）	
①	（ 年 月・ 番）
②	（ 年 月・ 番）
③	（ 年 月・ 番）
④	（ 年 月・ 番）
⑤	（ 年 月・ 番）
⑥	（ 年 月・ 番）

介護施設等の入所に関する検討内容（利用者および家族等を交えて検討した結果を記載）
--

介護老人福祉施設（地域密着型含む）	
介護老人保健施設	
特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）	
認知症対応型共同生活介護	
有料老人ホーム／サービス付き高齢者向け住宅	
その他（ ）	

### 5 添付書類（次の書類を添付してください）

<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（1）（第1表）	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点（第4表）
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（2）（第2表）	<input type="checkbox"/> サービス利用表（兼居宅サービス計画）（第6表）
<input type="checkbox"/> 週間サービス計画表（第3表）	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与計画書 ※ 福祉用具貸与を併用している場合

#### 注意

- （1） 新規に短期入所を利用する場合で、今後3カ月の利用日数が45日を超えることが見込まれる方の場合、新規に短期入所を利用する月のケアプランを当該月の月末まで提出
- （2） 認定有効期間の半数内で短期入所を利用する予定でいた方が、短期入所の必要性が増し今後認定有効期間の半数を超えることが見込まれた場合、直近月のケアプランを当該月の月末まで提出
- （3） （1）または（2）の方が更新申請または区分変更申請を行った場合で、新しい要介護度が決定した際に新しい有効期間中に利用日数が半数を超えることをあらかじめ見込んでいる場合、サービス担当者会議を開催した月のケアプランを提出
- （4） （1）または（2）の方が更新申請または区分変更申請を行った場合で、新しい要介護度が決定した段階では新しい有効期間中に利用日数が半数を超えないことを想定していたが、以後短期入所の必要性が増し当該有効期間中において半数を超えることになった場合、半数を超える月のケアプランを当該月の月末まで提出

介護保険事務所記入欄