

## 介護保険 短期入所制限日数を越える利用に関する確認依頼書

短期入所の認定有効期間の半数を超える利用に関しては、法的な罰則規定はありません。しかし、在宅サービスであることに鑑み、認定有効期間のおおむね半数を原則としています。よって、認定有効期間の半数を超えて利用する必要性を把握するため本書の提出を求めるものです。

提出は突発的な理由でない限り、**制限日数を超過する3か月前**を目安に提出してください。

被 保 険 者 氏 名	フリガナ					保険者番号	0 3 2 1 6 9								
	氏名					被保険者番号	0	0	0	0					
介護度			認定有効期間												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳 )	性 別	男 ・ 女								
被保険者の身体状況 ( ※ )															
被保険者の家庭状況 ( ※ )															
入所前後の居宅サービス利用状況・その他特記すべき事項 ( ※ )															

(※) …利用者基本情報やケアプランに明記されている場合は省略可

利用予定の短期入所サービス事業所			名称								
			名称								
利用月	利用日数	内自費分	利用月	利用日数	内自費分	利用月	利用日数	内自費分	利用月	利用日数	内自費分
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
月	日	日	月	日	日	月	日	日	月	日	日
※有効期間内の短期入所利用日数を記入して下さい。									計	日	日

●短期入所制限日数を越える利用とならないための改善策等をご記入ください。

入所の申し込み等	
特別養護老人ホーム	
老人保健施設	
その他の施設	
その他の工夫や改善策	

### ○確認リスト

項目	確認
利用者・家族に対して短期入所の利用日数の原則については説明し理解を得ている	
下記のいずれかに該当すること <input type="checkbox"/> 独居で在宅サービスを利用しても在宅での生活が困難である <input type="checkbox"/> 利用者が認知症・精神疾患等であることにより、常時見守りが必要であり同居家族等の介護が困難である <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、入院の理由で、十分な介護が出来ない <input type="checkbox"/> 在宅での生活によって虐待を受ける可能性が高い	
施設入所希望である場合、1か所だけではなく複数の施設に入所の申し込みを行っている	
自費の利用やデイサービスの利用等により、日数を越える利用とならないための工夫がされてきている	
入所日が決まっている、介護者の退院日が決まっている等、超過日数の目途が立っている。 ※無制限での延長は原則認めておりませんので、無制限の延長が必要な相応の理由等を整理してください。	
2回目以降の延長で前回超過時に課せられた条件等がある場合、それについて検討しているか	

### ★提出する書類

- 本確認シート
- 利用者基本情報
- サービス計画表(1)～(4)
- サービス担当者会議の要点(短期入所の延長について検討した部分を含めること)
- その他必要性が分かる書類(任意)

滝沢市長 様
上記のとおり、短期入所制限日数を越える利用の必要性があるため、関係書類を提出しますので、確認願います。
年 月 日
居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所
事業者名..... ケアプラン作成担当者名.....
電話番号.....(.....).....