

# 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用届出書

(宛先) 今 治 市 長

令和            年            月            日

下記により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、関係書類を添えて届出します。

<届出区分>

<input type="checkbox"/> 新規        (    回)
<input type="checkbox"/> 区分変更 (    回)
<input type="checkbox"/> 更新        (    回)

※現在の要介護認定の申請区分に該当するものに☑します。回数は区分ごとに届出書を提出した通算を記入します。

事業所所在地	〒            -
事業所名 代表者名	
連絡先	TEL (            )            -
担当介護支援専門員名	

フリガナ											性別		被保険者番号								
被保険者氏名																					
生年月日	(            歳)					利用事業所名															
認定有効期間	~										(計            日)										
認定有効期間 内の利用実績	利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月								
	利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日								
	利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月								
	利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日								
	利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月								
	利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日								
利用日数 累計 (令和            年            月は予定日数)												日									
利用者の状況	要介護状態区分			障害高齢者自立度				認知症高齢者自立度													
	心身状況やその心身状況となった要因、生活状況などを具体的に記入してください。																				
※短期入所が特に必要と思われる在宅生活上の問題については、特に詳細に記入してください。 (単に「高齢又は認知症であること」は、短期入所利用が特に必要な理由とは認められません)																					
家族の状況 及び介護力	同居の家族以外も含む、家族等の状況や介護力について記入してください。																				
短期入所サービス 以外で検討したサービス	現在のプランに至った経緯について、具体的に記入してください。 (地域資源の活用や利用に至らなかったサービス、有料老人ホーム等も含みます)																				

本人の意向	半数を超えることについて <input type="checkbox"/> 理解なし <input type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> その他 ( )
家族の意向	半数を超えることについて <input type="checkbox"/> 理解なし <input type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> その他 ( )
介護支援専門員の所見	
今後の方針	<input type="checkbox"/> 現在、入所を申し込んでいる。 (入所申込中の施設名、申込年月、入所待機順位を記入してください。) ① (      年   月 / 位 ) ..... ② (      年   月 / 位 ) ..... ③ (      年   月 / 位 ) ..... ④ (      年   月 / 位 ) ..... ⑤ (      年   月 / 位 ) ..... ※入所待機順位は施設へ問い合わせをし、必ず記入してください。入所待機順位を記入できない場合は、 その他欄に理由を記入してください(「〇月△日に施設に問い合わせたが、順位がついていない」など) <input type="checkbox"/> 今後、入所を検討している。 <input type="checkbox"/> 状況に応じて在宅へ。 <input type="checkbox"/> その他 (入所申込をしていない場合はその理由や、今後の予定等を記入してください。)  ※要支援又は要介護1・2の場合、「入所申込できる要介護度でない」ことは入所申込をしていない理由には なりません。

【注意事項】

- ・ 認定の有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出してください。
- ・ 記入欄が不足する場合、別紙等に必要な事項を記入し添付してください。
- ・ 直近の居宅サービス計画書(第1表～第4表)を添付してください。

今治市処理欄
<p>受付</p>

## 要介護認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービスの利用について

居宅サービス計画作成にあたっては、短期入所サービスの利用日数が、認定有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならないとされています。

しかし、利用者の心身の状況および本人、家族の意向に照らし、特に必要と認められる場合は、認定有効期間の半数を上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能とされています。

今治市では、介護給付適正化の観点から、短期入所サービスが認定有効期間のおおむね半数を超える理由について確認を行っています。つきましては、短期入所サービスの利用累計日数が認定有効期間のおおむね半数を超える場合には、「認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用届出書」を、関係書類を添えて今治市に提出してください。

### 【届出書類】

- ・ 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用届出書
- ・ 直近の居宅サービス計画書（第1表～第4表）
  - 第1表：居宅サービス計画書（1）
  - 第2表：居宅サービス計画書（2）
  - 第3表：週間サービス計画表
  - 第4表：サービス担当者会議の要点

※介護予防の場合は、支援計画書および支援評価表を提出してください。

※短期入所の必要性について詳しく議論した内容が直近以外の書類に記載されている場合は、該当部分も合わせて提出してください。

### 【届出時期】

認定の有効期間ごとに、有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末まで

### 【留意事項】

- ・ 短期入所サービスの利用については、有効期間のおおむね半数を超える場合であっても、その利用者の心身の状況等を十分に勘案し必要最低限にとどめるよう努めてください。
- ・ 介護保険施設への入所申し込みを行うなど、半数を超えての利用について早期解消に努めてください。
- ・ 次期有効期限においてもおおむね半数を超える見込みとなった場合は、再度提出をお願いします。

# 記入例

## 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用届出書

市長

令和元年9月1日

下記より、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、関係書類を添えて届出します。

<届出区分>

- 新規 ( 回)
- 区分変更 ( 回)
- 更新 ( 1 回)

※現在の要介護認定の申請区分に該当するものに☑します。回数は区分ごとに届出書を提出した通算を記入します。

事業所所在地	〒 794 - 8511 今治市別宮町一丁目4番地1
事業所名 代表者名	居宅介護支援事業所〇〇〇 管理者 今治 花子
連絡先	TEL ( 999 ) 〇〇〇 〇〇〇〇 フルネームで記入してください。
担当介護支援専門員名	高齢 次郎

フリガナ	カイゴ タロウ		性別	男	被保険者番号								
被保険者氏名	介護 太郎				9 9 9 9 9 9 9 9 9 9								
生年月日	昭和5年1月1日 ( 91 歳)		利用事業所名	特	日数は、半年⇒183日、1年⇒365日、2年⇒730日、3年⇒1095日と記入してください								
認定有効期間	平成30年12月1日 ~ 令和元年11月30日 (計 365 日)												
認定有効期間内の利用実績	利用月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	月
	利用日数	0日	0日	1日	3日	27日	27日	29日	27日	28日	26日	28日	日
	利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
	利用日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
利用日数は、介護保険にて短期入所を利用した日数を記入してください。最終月については、利用予定も含めた日数を記入してください。													
利用日数 累計 (令和元年10月は予定日数) 196 日													
利用者の状況	要介護状態区分	要介護4		障害高齢者自立度	A1			認知症高齢者自立度	III b				
	心身状況やその心	一部介助の場合は、その内容を記載してください。 (例) 排泄について 尿意が分からず失禁してしまうため、時間帯で声かけが必要 トイレの場所が分からなくなるため、毎回誘導が必要 などが あり、食事・排泄等について一部介助(食事は数口ごとに声かけ。排泄は尿意が分からず失禁し、後処理も行えないため時間帯で声かけ誘導)。妄想・幻覚、夜間の徘徊あり。外出して戻れなくなっているところを保護されたことがあり、常に目が離せない状態である。短期入所直後は拒否を示し、声を荒げることや介護者の手を払いのけることなどがあつたが、最近はその状況も減り、夜間徘徊も減り、落ち着いて過ごされている。											
単に「高齢又は認知症であること」は短期入所利用が特に必要な理由にはなりません。 高齢又は認知症であることで、在宅生活にどのような問題があつて短期入所が必要かを記入してください。													
家族の状況及び介護力	長男(69歳)と長男妻(67歳)の三人暮らし。長男妻は介護疲れにより中程度のうつ状態にあり、なるべく介護から離れるよう医師に言われている。これまではデイサービスと訪問介護を利用しながら、長男と長男妻が協力して介護を行っていたが、昨年末に長男に末期がんが判明。長男は入退院を繰り返しており、現在も抗がん剤の副作用等で起き上がれない状態が続いていて、常時の介護は困難な状況である。隣接するA市には長女(69歳)が住んでいるが、重度の障害をもつた長女の次男の介護があるため、利用者への支援は見込めない。												
短期入所サービス以外で検討したサービス	現在のプランに至つた経緯について、具体的に記入してください。 (地域資源の活用や利用に至らなかつたサービス、有料老人ホーム等も含みます) 長らく利用していたデイサービスは、認知症の悪化により事業所で対応できなくなった。認知症対応型デイサービスを検討するも、曜日や時間帯が合わず、市内事業所は利用不可。その後、小規模多機能型居宅介護2事業所を利用したが、認知症ではない他の利用者との言い争いから本人が不穏になり(興奮状態が数日間続いた)、強い拒否もみられたため利用を中止した。 利用料が比較的安価で、本人の年金と家族の金銭的支援で利用可能な有料老人ホーム××に申込をしているが、10名ほど入所待ちがある状態である。												

<p>本人の意向</p>	<p>できるならずっと家にいたい、特別養護老人ホーム△△での生活やスタッフにも慣れたので、このまま入所しても構わない。</p> <p>半数を超えることについて <input type="checkbox"/> 理解なし <input checked="" type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> その他</p>										
<p>家族の意向</p>	<p>現在、短期入所を利用しながら施設入所を待っている。空きがあればすぐにでも入所してほしいが、家からも近く、短期入所で慣れている特別養護老人ホーム△△に入所できれば一番よい。(長男)</p> <p>半数を超えることについて <input type="checkbox"/> 理解なし <input checked="" type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>										
<p>介護支援専門員の所見</p>	<p>入所待ちの状態である。認知症の悪化により、排泄、食事等で常時の見守り・声かけが必要であるが、家族からの支援が見込めない。通所系サービスでは不穩になることも多く、短期入所による常時のケアで、何とか落ち着いている状態であるため、入所が決まるまでは短期入所を利用せざるを得ない。</p>										
<p>今後の方針</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 現在、入所を申し込んでいる。 (入所申込中の施設名、申込年月、入所待機順位を記入してください。)</p> <table border="0"> <tr> <td>① 特別養護老人ホーム○○</td> <td>(平成29年10月 / 5位)</td> </tr> <tr> <td>② 特別養護老人ホーム△△</td> <td>(平成31年4月 / 7位)</td> </tr> <tr> <td>③ 特別養護老人ホーム□□</td> <td>(平成31年4月 / 11位)</td> </tr> <tr> <td>④ グループホーム○○</td> <td>(平成29年9月 / 4位)</td> </tr> <tr> <td>⑤ 有料老人ホーム××</td> <td>(平成29年9月 / 9位)</td> </tr> </table> <p>※入所待機順位は施設へ問い合わせをし、必ず記入してください。入所待機順位を記入できない場合は、その他欄に理由を記入してください(「〇月△日に施設に問い合わせたが、順位がついていない」など)</p> <p><input type="checkbox"/> 今後、入所を検討している。  <input type="checkbox"/> 状況に応じて在宅へ。  <input type="checkbox"/> その他 (入所申込をしていない)</p> <p>※要支援又は要介護1・2の場合、「入所申込できる要介護度でない」ことは入所申込をしていない理由にはなりません。</p>	① 特別養護老人ホーム○○	(平成29年10月 / 5位)	② 特別養護老人ホーム△△	(平成31年4月 / 7位)	③ 特別養護老人ホーム□□	(平成31年4月 / 11位)	④ グループホーム○○	(平成29年9月 / 4位)	⑤ 有料老人ホーム××	(平成29年9月 / 9位)
① 特別養護老人ホーム○○	(平成29年10月 / 5位)										
② 特別養護老人ホーム△△	(平成31年4月 / 7位)										
③ 特別養護老人ホーム□□	(平成31年4月 / 11位)										
④ グループホーム○○	(平成29年9月 / 4位)										
⑤ 有料老人ホーム××	(平成29年9月 / 9位)										

本人との関係性を記入してください。

介護保険施設以外の事業所(グループホームや有料老人ホーム等)の申込をした場合も記入してください。

要支援又は要介護1・2の場合、「入所申込できる要介護度でない」ことは入所申込をしていない理由にはなりません。  
 利用者の心身状況や、ほかのサービス(グループホーム等)の検討状況をふまえ、理由を記載してください。  
 主介護者の入院等で半数を超過する場合は、「主介護者が退院し、状態が改善したら、通所介護等を利用しながら在宅サービスを継続する予定」などと記載してください。

【注意事項】

- ・ 認定の有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末まで
- ・ 記入欄が不足する場合、別紙等に必要な事項を記入し添付してください。
- ・ 直近の居宅サービス計画書(第1表～第4表)を添付してください。

介護予防の場合は、支援計画書及び支援評価表を提出してください。

治市処理欄