認定有効期間の半数を超える短期入所の利用状況確認書

令和元年　５月　１日

事業所情報	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－××××	

利用者氏名	吉川　太郎	被保険者番号	０００００００００００
生年月日	明・大・(昭) １５年　４月　１日	要介護度	要支援　１・２ 要介護　１・２・３・(４)・５
家族の状況	□独居 ☑その他（　二男と同居　）	日常生活	認知症度（　Ⅱｂ　） 日常生活自立度（　Ｂ１　）
認定の有効期間	平成３０年１０月　１日　～　令和元年　９月３０日（上限：３６５日）		

半数を超える理由	【本人・家族の心身の状況、生活環境等を詳しく記入（必要に応じ資料添付）してください】 本人は二男との２人世帯。食事の準備やトイレ等で見守りや介助が必要。 二男は仕事（配送業）で早朝から深夜まで不在のため、日中独居となる。 長男（越谷在住）も同様に仕事があるため、老健を退所後は自宅に戻ったが、 ショートステイを継続利用中。昨年は入退院を２回繰り返している。 現在、特養を３ヶ所申込み中であり、短期入所利用日数が認定有効期間の半数 を超えてしまうが、その間は本人の安全確保のため、ショートステイの利用が 必要である。
施設等の申込状況	☑現在、入所を申し込んでいる。 ☑介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設 □地域密着型介護老人福祉施設　□その他（　　） □どこにも申し込んでいない。（日数超過見込：　　日）

≪提出書類≫

☑ アセスメントシート、基本情報シート

☑ 居宅サービス計画１表～４表（必要に応じて５表）

保険者チェック欄	認定の有効期間の半数を超える理由	チェック項目		
			介護者がいないまたは家族が利用者を介護できない状況にある。	
			他の施設入所または病院への入院が困難である。	
			本人または家族が施設入所を拒んでいる。	
			一時的に超えてしまうもの。(30 日超を含む)	
			その他の理由：	保険者確認印
	当該の届出について 承認　・　不承認　とします。		指摘事項	

※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。