短期入所利用日数延長理由書

※全ての項目について記載してください。　　提出日　　年　　月　　日

指定居宅介護 支援事業所名			
介護支援 専門員名		電話番号	

被保険者	氏　名		生年月日	年　月　日	（　歳）
	住　所		被保険者番号		
	要介護度		認定有効期間	～	
医師による 認知症の診断	有　・　無　（備考）				

●認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績　（　　時点　）

利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数												
短期入所事業所名								合計利用日数			日	

●短期入所サービスを長期利用する理由

短期入所 サービス 長期利用 の必要性に チェック✓		独居での在宅サービスを利用しているが、在宅生活は困難である。		
		利用者が認知症であることにより、同居している家族等の介護が困難である。		
		同居している介護者が高齢、疾病、入院等を理由として、十分な介護が困難である。		
		調整しながら利用してきたが、突発的な理由により、認定期間の概ね半数を超えてしまう。		
		（上記以外のやむを得ない理由を記入）		
入所・入居 施設の 申込状況	待機 施設 1	申込年月：　年　月	待機 施設 2	申込年月：　年　月
	待機 施設 3	申込年月：　年　月	その他	
施設等に 申し込んで いない場合	（具体的な理由を記入）			

●本人・家族等の意向及び現在利用しているサービス等

本人の意向				
家族等の意向 本人との続柄				
現在利用しているサービス（介護保険外も含む）				
本人・家族への説明	短期入所サービスの位置付け	済　・　未	利用日数の原則に関すること	済　・　未

●被保険者の心身の状況、生活状況から見られる問題点と課題

心身の状態	疾病	
	認知症	
	ADLの状態	
	その他	
生活状況	生活環境	
	介護者の状況	
	他の世帯員・親族等の状況	
	その他	

●短期入所サービスの長期利用に至るまでの経緯（回避するためにどのような検討をしたか等）

●介護支援専門員としての意見（認定期間の半数を超える利用が特に必要と判断した理由）

●今後の支援の方向性

※認定有効期間の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。

（桐生市指定居宅介護護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例 第16条第１項第24号）

※必要添付書類…□居宅サービス計画書（第１～３表）又は介護予防サービス・支援計画書
□サービス担当者会議の要点