

認定有効期間の半数を超えての短期入所サービスに利用について

《概要》

短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるもので、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るためのものです。

居宅サービス計画に位置付ける場合には、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所サービスの日数が要介護認定の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りません。

なお、この目安は要介護認定の有効期間の半数の日数以内にあるかについて機械的な適用を求めるものではなく、特に必要と認められる場合には、これを上回る日数を位置づけるなど、必要に応じて弾力的に運用することが可能です。

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」

（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十八号）第十三条 二十一 抜粋

介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の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

つきましては、短期入所サービスの利用を有効期間のおおむね半数を超えて計画に位置付ける場合には、小美玉市に対し「短期入所サービスの規定日数を超えての利用願ひ」（以下、理由書）を提出してください。

《提出書類》

- ・「短期入所サービスの規定日数を超えての利用願ひ」（理由書）
- ・居宅サービス計画書第1表～第4表
- ・直近の居宅サービス利用票

《留意点》

- ・理由書の提出は、認定の有効期間内に短期入所サービスがおおむね半数を超える見込みとなった際に提出してください。
- ・必要に応じ介護保険施設等への申し込みを検討するなど、必要な援助を行ってください。
- ・理由書については、概要及び基準に鑑みて、必要な理由を記載して提出をして下さい。（単に「慣れている」「近いから」など、理由にはなりません。）

短期入所サービスの規定日数を超えての利用願い

ふりがな								被 保 険 者 番 号							
被保険者氏名															
住 所	小美玉市							☎							
生年月日	明・大・昭	年	月	日(才)	性別	男 女									
要介護状態区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5								
認定有効期間	年 月 日～			年 月 日											
下記事由により、短期入所生活(療養)介護を拡大して利用したいので、申請いたします。 (必要な理由等)															

小美玉市長 島田穰一様

年 月 日

[申請者]

住 所 小美玉市

氏 名

印 (被保険者との関係)

<担当介護支援専門員記入>

居宅介護支援事業所名							
担当介護支援専門員氏名							
現在までのショートステイ利用総日数							
今後のショートステイ 利用計画日数等	月	月	月	月	月	月	月
	日	日	日	日	日	日	日

※ 直近の介護サービス利用票及び別表を添付してください。

(介護福祉課記入欄)	申請許可する・申請却下			
	課 長	課長補佐	係 長	係