院 内 介 助 サ ー ビ ス 利 用 届 出 書**（記載要領）**

理由書を作成した日付を記載。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成日　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　介護度（　要介護　１　２　３　４　５　）要介護度にチェック。有効期間まで確認するとよい。 |
| 性　　　別 | 男　・　女 | 生年月日 | （　Ｍ　Ｔ　Ｓ　　年　　月　　日　） |
| 住　　　所 | 担当事業所には、居宅介護支援事業所を記載。訪問介護事業所には、サービス提供する訪問介護事業所を記載する。 |
| 担当事業所 | 病院名と診療科を記載する。病院が複数ある場合は、それぞれ記載する。病院受診の頻度・回数の記載があるとよい。 |
| 訪問介護事業所 |  |
| 通院先医療機関名 | （　　　　　　）診療科（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体の状況 | ・歩行状況　　　　　　□つかまらないでできる　　□何かにつかまればできる　　□できない・車椅子の使用状況　　□使用していない　　□使用中（　□自走可　□自走不可　）**身体状況や障害状況、既往症等から生活に支障を及ぼしている状況**について左記項目内容を中心に具体的に記載する。・車椅子の使用頻度　　□使用していない　　□長時間歩行時等　　常時使用・排泄介助の必要性　　□自立　　□見守り等　　□一部介助　　□全介助 | 特記事項 |
| 精神の状況 | ・認知症の有無　　　　　　　　　□あり　　　□なし・常時見守りが必要な問題行動　　□なし　　　□あり（　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　）精神状況や認知症等の症状から**どのような介助等が発生しているか**記載する。 | 特記事項 |
| ヘルパーによる介助の必要性 | ・家族が対応できるのではないか　　　　　　　　　　□いいえ　　□はい・ヘルパーで代行できない範囲の内容ではないか　　　□いいえ　　□はい・アセスメントにより必要性が明確か　　　　　　　　□はい　　　□いいえ**家族・家族以外の介護力、介護保険サービス該当の有無、経済状況、専門的な視点での必要性の判断・根拠、医療機関の再検討**を含めた内容を具体的に記載する。・介護保険外で対応できないか　　　　　　　　　　　□いいえ　　□はい・できるだけ近隣で対応できる医療機関はないか　　　□いいえ　　□はい | 特記事項 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 院内介助の位置づけ | ・見守り、身体介護がない時間帯の居宅の状況と矛盾はないか　　□はい　　□いいえ・通院日以外の身体介護の必要性と提供時間とに矛盾はないか　　□はい　　□いいえ左記の項目毎に**心身の状況を照らし合わせて**具体的に記載する。例）通院日以外の外出時の様子など。・移乗介助のみで対応できないか　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ　□はい・介護報酬、介護適用外のタクシー代等の説明同意を得ているか　□はい　　□いいえ | 特記事項 |
| 自宅からの経路及び利用方法**身体介護に要する時間**を細かく測定し、記載する。 | ・通院形態　□通院等乗降介助のみ　　□身体介護で介護タクシー　　□身体介護で一般タクシー自宅→車内→病院病院→車内→自宅それぞれにかかる**本人の状況や介助内容を具体的に**記載する。　　　　　　□身体介護のみ（徒歩）　□それ以外の移動手段（　　　　　　　　　　　　　　　）・通院介助に要する時間　①外出前（家）　　　　　　　　分　②往路　　　　　　　　　　　　分　→　介護タクシーで運転手のみの場合は算定不可　③院内（医療機関）　　　　　　分　→　院内において介助を要しない時間　　　・・・⑥　④復路　　　　　　　　　　　　分　→　介護タクシーで運転手のみの場合は算定不可　⑤帰宅後（家）　　　　　　　　分　　※身体介護を要する時間の合計　　　　　時間　　　分　　①～⑥の合計 | 特記事項**サービス提供にかかる合計時間**を算出。サービス提供にかかる**単位数も話合っておく**必要がある。 |
| 医療機関の院内介助の体制 | **基本的には通院先の医療機関が対応するべき**ことなので、**病院内で対応できないか相談することが第一**である。病院が対応できないと判断した後、通院先の医療機関に、病院内で対応可能なこと、不可能なことを確認し記載する。 |
| 主治医の意見 | 院内介助の必要性について　※電話や口頭などの聞き取った内容で可**主治医が判断する病院受診の必要性や病院の環境や体制**について記載する。また、**本人の心身の状況から、病院で対応できない状況が記載されているか**確認する。 |
| 受理印 | 市　　　回　　　答　　　欄 |
|  | 上記理由により院内介助について確認しました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鹿屋市高齢福祉課　担当者　　　　　　　　　　印 |

※ケアプランの写しを添付してください。