

認定有効期間の半数を超える短期入所利用に係る課題分析様式

届出日	対象者	介護度	有効期間	短期入所残日数
	氏名:		-	日 ( 月 日時点)
	被保険者番号:			
対象者・家族の意向				
対象者				
家族				
担当ケアマネジャー(事業所名, 氏名)				
担当者としてショートステイの継続が必要であるとアセスメントした理由(根拠)				
(該当する項目の□にレを記入してください)				
<input type="checkbox"/> 短期入所サービスと他の居宅サービスを組み合わせて利用することにより、在宅生活を継続することが可能 <input type="checkbox"/> 在宅生活が困難なため、本人の心身状況に見合う施設に入所の申し込みを複数行っているが、待機状態が継続している <input type="checkbox"/> 災害や虐待が疑われるなど、緊急性が認められる <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情がある				
<hr/> (上記理由の詳細)				
状況	介護者の状況			
	居宅介護サービスの利用と頻度			
	住居環境			
	退院後の在宅生活	※入院している場合		
	緊急性			

認定有効期間の半数を超える短期入所利用に係る課題分析様式

特養等施設入所など	本人の意向	
	家族の意向	
	身元引受人の有無	
	特段の事情	
	特養等施設入所申込状況	
一時利用	一時利用の理由	※一時避難的利用(長くとも6月以内の利用を想定し、期間経過後は在宅復帰を想定している利用形態)の場合。例 冬期間について、本人の心身状況や住居環境等により在宅生活の困難
ショートステイ継続以外のサービス調整案(介護保険・介護保険外含め)		
その他		

意見(※市記載欄)
保険料段階: