

訪問介護における院内介助利用確認依頼書兼確認書

年 月 日

箱根町長 殿

申請者 事業所名 印

介護支援専門員氏名

下記理由により、適切なケアマネジメントを行い、院内スタッフ等による対応が難しく、利用者が介助を必要とする状態を確認したため、訪問介護員による院内の介助時間を身体介護中心型で計画することが必要と判断したため、確認を依頼します。

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|------------------|---------------|--|------|-------|----|-----|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 被保険者名 | | | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | |
| 要 介 護 度 | | | | | 認 定 の 有 効 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 通 院 先 医 療 機 関 名 | 診療科 () | | | | | | | | | | |
| 院内スタッフ等 による対応が 難しい理由 | (確認日 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| 利用者が介護を 必要とする 心身の状態 | | | | | | | | | | | |
| 利 用 者 が 該 当 す る 状 態 | <input type="checkbox"/> 院内の移動に介助が必要な場合 <input type="checkbox"/> 認知症その他のため、見守りが必要な場合 <input type="checkbox"/> 排泄介助を必要とする場合 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |

※添付書類

居宅サービス計画書（第1、2表及び第3表）、サービス担当者会議の要点、訪問介護における院内介助のチェックリスト

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 上記の件について 確認しました。 | | |
| (担当者意見) | 箱根町 | 確認印 |

訪問介護における院内介助のチェックリスト

下記項目を確認し、チェックしてください。

- 利用者の身体状況が「自立生活支援のための見守りの援助」や「直接的な介助」を要する状態である。
- 家族（同居・別居問わず）による支援が不可能である。
- 介護保険外で対応できない。
- 近隣で対応可能な病院はない。
- アセスメントにより訪問介護員による通院・外出介助の必要性が明確である。
- 受付・会計・処方箋の対応、薬剤の授受等において援助が必要である。
- 見守り、身体介護がない時間帯での居宅での状況と矛盾していない。
- 通院日以外の身体介護の必要性と提供状況に矛盾していない。
- 身体的な介護の必要な場合、訪問介護員による「具体的な介助に必要な時間」（単なる待ち時間や単なる付添時間、診察時間は除く）のみ計画している。
- 徘徊等で常時見守りが必要となる場合はその時間を計画している。

チェックのなかった項目についてはその理由を記入してください

被保険者番号 ()

被保険者氏名 ()

確認者（担当ケアマネジャー） 氏名 () 印)