（別紙）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**院内介助が必要な理由書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | 被保険者氏名 |  |
| 要介護度 | | 介　1 　2 　3 　4 　5 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 被保険者住所 | | 〒 | | |
| 認定有効期間 | | 年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 居宅介護支援事業所 | | 〒  ＴＥＬ　　（　　　）　　　　　　　(担当介護支援専門員：　　　　　　　　) | | |
| 通院先の状況  （院内スタッフ等による対応が難しい理由） | | 医療機関名： | | 診療科： |
| 理由： | | |
| 家族等の介護  体制の有無 | | * 有　　　　　　　　　　　□　無 | | |
| 家族状況等 | | * 近隣に親族のない単身世帯 * 同居家族有 * その他   （家族が介助できない理由） | | |
| 利用者が介助を必要とする心身の状態 | | * 院内の移動に介助を必要とする * 認知症その他のため、見守りが必要である * 排せつ介助を必要とする * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 院内介助の具体的内容  **（身体介護を算定するためには必ず自宅から目的地に行くための準備を含む一連のサービス行為とみなし得る場**  **合に限り認められます。単なる見守りの時間は算定できません。）** | | | | |
| 受　付　印 | 市回答欄 | | | |
|  | 上記理由書に基づく保険給付については　承認　・　不承認　と致します。  理由：  西海市保健福祉部長寿介護課長 | | | |

* **添付書類**

**居宅サービス計画書及びサービス担当者会議の要点の写しを添付してください。**

※訪問介護における院内介助については『通院等乗降介助』及び『身体介護中心型』が適用されるが、『通院等乗降介助』とは、介護保険における訪問介護（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第２項）の一形態であり、居宅要介護者について、通院等のため、指定訪問介護事業者の訪問介護員等が自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助を行った場合に、介護給付費の算定をすることができるものであるため、要支援１・２の高齢者については介護報酬として算定できない。