

ターミナルケアマネジメント加算同意書

私は、貴事業所が提供するターミナルケアマネジメントについての説明を受けましたが、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意いたします。

記

- ① ターミナル期に担当ケアマネジャーが通常よりも頻回に訪問すること
- ② 担当ケアマネジャーが状態変化やサービス変更の必要性を把握すること
- ③ 把握した心身の状況等の情報を記録すること
- ④ 把握した心身の状況等を主治の医師等やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供すること
- ⑤ 必要に応じて主治医等に病状等に関する指示をうけること

居宅介護支援事業所

かなれ介護支援センター 管理者 殿

平成 年 月 日

利用者 住所

氏名

㊞

家族 住所

氏名

㊞

居宅介護支援事業所用

ターミナルケアマネジメント加算算定チェックシート

- ターミナルケアマネジメントを受けることの同意を利用者から得ていますか？
- ターミナルケアマネジメント加算の体制について保険者に届け出をしていますか？
- 24時間連絡できる体制を確保していますか？
- 24時間体制の中で、必要に応じて居宅介護支援を提供できる体制を整備していますか？
- 在宅で死亡した利用者ですか？
- (死亡診断目的で医療機関に搬送され、24時間以内に死亡確認されたケースでも可)
- 利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問していますか？
- 利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供していますか。

◆ターミナルケアマネジメント加算について

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、**ターミナル期に通常よりも頻回な訪問**により利用者の**状態変化やサービス変更**の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の**心身の状況等の情報を記録**し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する

○対象利用者

・末期の悪性腫瘍であって、**在宅で死亡した利用者**（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

○算定要件

- ・**24時間連絡がとれる体制を確保**し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、**死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問**し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、**主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供**