

記入例

生活援助中心型訪問介護に係る居宅サービス計画 届出書

(宛先) 京都市長				令和 年 月 日			
届出者氏名				届出事業所番号			
届出事業所名				(連絡先)		—	
被保険者氏名				被保険者番号		—	
要介護度		利用回数		回		計画作成日	
						令和 年 月 日	

1プランにつき1枚、
全て記載し提出し
てください。

上記の利用者への居宅サービス計画について、訪問介護（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の1訪問介護費の注3に規定する生活援助が中心である指定訪問介護に限る。）の利用回数を一定回数（基準第13条第18号の2により厚生労働大臣が定める回数。）以上位置付けましたので、別添のとおり当該居宅介護サービス計画を添えて届け出ます。

○ 厚生労働大臣が定める回数（1月につき）

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

○ 添付書類チェック欄（居宅サービス計画等）

※以下、提出前に必要書類のチェックをお願いします。

	書類名
☒	アセスメントツール等によるアセスメント結果がわかる記録
☒	第1表 居宅サービス計画書(1)
☒	第2表 居宅サービス計画書(2)
☒	第3表 週間サービス計画表
☒	第4表 サービス担当学会議の要点
☒	サービス担当者に対する照会内容（FAX等による照会回答記録も可）（※）
☒	居宅介護支援計画連絡票（主治医へのFAX等による照会回答記録も可）（※）
☒	第5表 居宅介護支援経過（モニタリング記録を含む。）（過去1年分）
☒	第6表 サービス利用票（直近から過去3か月分の実績を記入したもの）
☒	第7表 サービス利用票別表（直近から過去3か月分の実績を記入したもの）
☒	課題整理総括表
☒	訪問介護計画書（※）

（※）は、記録がある場合のみ提出してください

（裏面のケース概要も御記載ください。）

ケース概要

年齢	歳	性別	男	女
日常生活自立度	障害高齢者 (寝たきり)	自立・J 1・J 2・A 1	A 2	B 1・B 2・C 1・C 2
	認知症高齢者	自立・I・II a・II b	III a	III b・IV・M
家族等の状況	☐ 独居	☐ 親族あり ☐ 親族なし		
	☒ 同居	<親族等と本人との関係> ☒ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他		
		<同居親族等の状況> 年齢 () 歳 要介護認定 ☐ なし ☒ あり (要介護度)		
		障害 ☒ なし ☐ あり (障害種別)		
		就労 ☒ なし ☐ あり <その他の状況> 妻も認知症と診断されており、家事が十分にできない。		
住居施設	☒ 一戸建て ☐ マンション・アパート ☐ 施設等			
施設等の場合	施設名 ()			
	☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 ()			
	トイレ	専用・共有	食堂	あり・なし
			浴室	専用・共有・特浴
手帳の有無	☐ あり	<有の場合>		
	☒ なし	☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳		
疾患 (治療内容)	アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、高血圧(服薬治療中) 胃がん(平成27年に診断手術済。現在経過観察中)			
身体状況	身長	174	cm	体重
				65
				kg
				BMI
				21.5
経済状況	☒ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()			
生活援助で 実施している サービス内容	☒ 掃除	☐ ベッドメイク	☒ 一般的な調理・配下膳	
	☒ 洗濯	☒ 衣類の整理・被服の補修	☐ 買い物・薬の受け取り	
	☐ その他 ()			
その他の 利用サービス	☐ 通所介護	☐ 通所リハ	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハ
	☐ 福祉用具貸与			
	☐ その他介護サービス ()			
	☐ 障害福祉サービス ()			
	☐ 医療保険サービス ()			
	☒ 民間サービス (配食サービス)			
	☐ 施設提供サービス ()			
	☐ その他 ()			
生活援助の支援が この回数必要と判 断した理由、 他サービスの検 討・調整の有無を 記入してくださ い。				

同居者が複数の場合は、主たる介護者の状況を記入してください。