

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3年11月1日		
届出者氏名	介護 六郎		届出事業所番号	2222222222	
届出事業所名	京都介護センターABC(株)		(連絡先)	555-5555	
被保険者氏名	京都 太郎		被保険者番号	1	0001-00000
要介護度	要介護3	利用回数	54回	計画作成日	令和3年10月1日

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

※以下、提出前に必要書類のチェックをお願いします。

○ 添付書類チェック欄（居宅サービス計画等）

- 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 サービス担当者会議の要点
 - サービス担当者に対する照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録（※）
 - 居宅介護支援計画連絡票（主治医への照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録（※）
 - 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、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	75 歳	性別	男・女
日常生活自立度	障害高齢者（寝たきり）	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
家族関係	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 親族あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり	<本人との関係> <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） <同居家族について> 年齢（73歳） 要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 事業対象者・要支援（ ）・要介護（3） 障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 就労 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他状況 （妻も認証と診断されており、家事が十分にできない。）	
複数の同居人がいる場合は、主介護者について記載してください。			
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅	<集合住宅の場合> <input checked="" type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム エレベーターの有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<有の場合> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	
認知症（診断）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<有の場合> 診断時期（平成28年 8月） 症状（物忘れ等の記憶障害、言葉の能力の低下等）	
疾患	アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、高血圧、胃がん（平成27年に診断、手術済。現在経過観察中）		
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 障害年金
生活援助で実施しているサービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ベッドメイク <input checked="" type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修	<input checked="" type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り
その他の利用サービス	<input type="checkbox"/> 生活援助以外の介護保険サービス（ ） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ） <input type="checkbox"/> 医療保険サービス（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 民間サービス（配食サービス） <input type="checkbox"/> その他（ ）		