

記入例

支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画 届出書

- ☐ 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証  
☐ 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

|           |       |          |          |                           |  |
|-----------|-------|----------|----------|---------------------------|--|
| (宛先) 京都市長 |       | 令和 年 月 日 |          | 1プランにつき1枚、すべて記載し提出してください。 |  |
| 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      |       | 計画作成日    | 令和 年 月 日 |                           |  |

上記の利用者への居宅サービス計画について、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。

※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）

|                          | 書類名                                  |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 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          |
| <input type="checkbox"/> | 第1表 居宅サービス計画書(1)                     |
| <input type="checkbox"/> | 第2表 居宅サービス計画書(2)                     |
| <input type="checkbox"/> | 第3表 週間サービス計画表                        |
| <input type="checkbox"/> | 第4表 サービス担当学会議の要点                     |
| <input type="checkbox"/> | 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）（※）  |
| <input type="checkbox"/> | 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）（※） |
| <input type="checkbox"/> | 第5表 居宅介護支援経過 【過去1年分】                 |
| <input type="checkbox"/> | 第5表付属 モニタリング表 【過去1年分】（※）             |
| <input type="checkbox"/> | 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）    |
| <input type="checkbox"/> | 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）  |
| <input type="checkbox"/> | 課題整理総括表                              |
| <input type="checkbox"/> | 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<br>(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                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 住居施設                                                               | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input checked="" type="checkbox"/> 施設等                                                                     |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 施設等の<br>場合                                                         | 施設名 ( きょうとホーム )                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                           |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | トイレ                                                                                                                                                                           | 専用・共有                                                                                                                          | 食堂                             | あり・なし | 浴室 | 専用・共有・特浴  |     |      |
| 家族状況                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 親族あり                                                                                                                                      | <親族と本人との関係>                                                                                                                    |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> 親族なし                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <家族の状況> 子は市内に居住し1～2カ月に1度施設へ訪問あり                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 手帳の有無                                                              | <input type="checkbox"/> あり                                                                                                                                                   | <有の場合>                                                                                                                         |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳                         |                                |       |    |           |     |      |
| 疾患<br>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<br>（平成27年に手術済み。現在経過観察中）                                                                                                                   |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 身体状況                                                               | 身長                                                                                                                                                                            | 153                                                                                                                            | kg                             | 体重    | 41 | kg        | BMI | 17.5 |
| 経済状況                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )           |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 訪問介護の<br>状況                                                        | 身体介護                                                                                                                                                                          | 時間                                                                                                                             | 10:00～10:29                    |       | 回数 | 3 回 月・週・日 |     |      |
|                                                                    |                                                                                                                                                                               | 支援内容                                                                                                                           | 例) 入浴、買物同行 プランの内容に応じて記入してください。 |       |    |           |     |      |
|                                                                    | 生活援助                                                                                                                                                                          | 時間                                                                                                                             | : ~ :                          |       | 回数 | 回 月・週・日   |     |      |
|                                                                    |                                                                                                                                                                               | 支援内容                                                                                                                           |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | 身体介護<br>生活援助                                                                                                                                                                  | 時間                                                                                                                             | : ~ :                          |       | 回数 | 回 月・週・日   |     |      |
|                                                                    |                                                                                                                                                                               | 支援内容                                                                                                                           |                                |       |    |           |     |      |
| その他の<br>サービス                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> その他介護サービス ( )                                                                                                                                        |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス ( )                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険サービス ( 訪問歯科 )                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
|                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 民間サービス ( 訪問理美容 )                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 施設提供サービス ( 食事提供、レクレーション、安否確認 ) |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                                   |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |
| 訪問介護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・調整の有無を記入ください。                       |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                |                                |       |    |           |     |      |