

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

提出日 令和 年 月 日

1 利用者、居宅介護支援事業所・介護支援専門員

| | | | |
|---------------|-------------|-----------|---|
| ふりがな 利用者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 初回届出日 | 平成・令和 年 月 日 | 届出回数 | 回 |
| 居宅介護支援事業所 | | 介護支援専門員氏名 | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| E-mail | | | |

2 届出の理由（該当する種別に○を記入してください）

| 種別 | 説明 |
|----|-------------------------------|
| | 新規に居宅サービス計画を作成した。 |
| | 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 |
| | 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 |
| | 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

3 要介護度・生活援助中心型の回数／月

| | | |
|--------|--------|---|
| 要介護度 | 要介護（ ） | ※左記の回数には、身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合（生活援助加算）の回数は含みません。 |
| 計画上の回数 | | |

4 訪問介護（生活援助中心型）が必要と考えた理由、利用や回数に関する妥当性の検討結果を記入して下さい。

利用者、家族の意向、課題等を踏まえて、介護支援専門員としてどのように判断したか記入してください。

5 訪問介護（生活援助中心型）を導入するにあたって確認、検討した内容を記入して下さい。

利用者、家族の意向、利用者の心身の状況、生活環境、介護保険サービス以外の社会資源の活用の可能性など、介護支援専門員が確認、検討した内容で重要と考える内容を記入してください。

| 事業所 | | 提出書類 |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 課題分析表（利用者基本情報・アセスメント表） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 居宅サービス計画書（第1表～7表） ※利用者へ交付し、署名があるもの ※居宅介護支援経過（第5表）は、前回短期目標期間のもの |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ①訪問介護計画書 ※訪問介護事業所から提供を受けたもの ②その他のサービス事業所計画表（①以外の利用がある場合 例：通所介護計画書等） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | モニタリングの結果を別途作成している場合は、前回短期目標期間の当該モニタリング結果 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 課題総括整理表 ※作成している場合、提出してください |

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

記載例

1 利用者、居宅介護支援事業所・介護支援専門員

| | | | |
|---------------|-------------|-----------|---|
| ふりがな 利用者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 初回届出日 | 平成・令和 年 月 日 | 届出回数 | 回 |
| 居宅介護支援事業所 | | 介護支援専門員氏名 | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| E-mail | | | |

1 届出の理由（該当する種別に○を記入してください）

| 種別 | 説明 |
|----|-------------------------------|
| | 新規に居宅サービス計画を作成した |
| | 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 |
| | 要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 |
| | 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

2 要介護度・生活援助中心型の回数／月

| 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|--------|------|------|------|------|------|
| (基準回数) | 27回 | 34回 | 43回 | 38回 | 31回 |
| 計画上の回数 | | | | | |

※上記の回数には、身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合（生活援助加算）の回数は含みません。

3 訪問介護（生活援助中心型）が必要と考えた理由、利用や回数に関する妥当性の検討結果を記入して下さい。

利用者、家族の意向、課題等を踏まえて、介護支援専門員としてどのように判断したか記入してください。

独居で子どもがいなく、親族等にも確認したが、日々の食事等の生活の支援は期待できなかった。また、認知症があり、食事の準備、その他の生活援助がないと在宅生活が困難であると判断した。

4 訪問介護（生活援助中心型）を導入するにあたって確認、検討した内容を記入して下さい。

利用者、家族の意向、利用者の心身の状況、生活環境、介護保険サービス以外の社会資源の活用の可能性など、介護支援専門員が確認、検討した内容で重要と考える内容を記入してください。

まず配食サービスを導入したが、食べずに放置されていることがあり中止した。しかし、自ら食事を準備することが困難で、栄養状態が悪く体重減少が見られた。親族等にも食事の買出し等を打診したが、親族も癌の治療中で体調が悪く支援は難しいとのことであった。また、小規模多機能型居宅介護サービスの提案も行ったが、本人の拒否があったため実現しなかった。今後も引き続き利用者への働きかけを継続していく。

| 事業所 | | 提出書類 |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 課題分析表（利用者基本情報・アセスメント表） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 居宅サービス計画書（第1表～7表） ※利用者へ交付し、署名があるもの ※居宅介護支援経過（第5表）は、前回短期目標期間のもの |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ①訪問介護計画書 ※訪問介護事業所から提供を受けたもの ②その他のサービス事業所計画表（①以外の利用がある場合 例：通所介護計画書等） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | モニタリングの結果を別途作成している場合は、前回短期目標期間の当該モニタリング結果 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 課題総括整理表 ※作成している場合、提出してください |