　　年　　月　　日

小　樽　市　長　　様

事業者名

代表者職氏名

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付けた居宅サービス計画届出書

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第１３条第１項第１８号の２に基づき、別添のとおり、居宅サービス計画書その他必要な書類を添えて届け出ます。

【提出概要】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | 管理者氏名 |  |
| 連絡先 |  | 担当介護支援専門員氏名 | |  |

【提出理由】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 |  | 生活援助中心型の訪問介護の回数 | | | 回 |
| 厚生労働大臣の定める回数（平成30年5月2日厚生労働省告示第218号）  「届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービスとし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国利用平均回数+2標準偏差(2SD)」を基準とする。（中略）要介護区分状態に応じて１月あたり以下の回数とする。」 | | | 回数基準 | 要介護１･･････２７回  要介護２･･････３４回  要介護３･･････４３回  要介護４･･････３８回  要介護５･･････３１回 | |

【妥当性の検討（自己チェック）】

|  |  |
| --- | --- |
| 利用の妥当性に関して検討した項目 | 具体的な検討内容と検討結果 |
| ［該当する項目に☑を入れてください。］  □アセスメント(情報収集・評価・課題分析)の検討  □自立支援・重度化防止に向けたサービスの検討  □他の社会資源の活用を検討  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

　※居宅サービス計画第２表のサービス内容欄に記載してある、「生活援助中心型サービスが必要な理由」に赤下線を引いてください。

【添付書類】

|  |  |
| --- | --- |
| 添付 | 添付書類（写し） |
|  | 居宅サービス計画書　【第1表】～【第4表】 |
|  | アセスメント記録　【基本情報】【各種評価】【課題分析】【主治医意見書】【お薬手帳】 |
|  | サービス利用表及びその別表 |
|  | サービス提供事業所の計画（訪問介護計画等） |