区分支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画の届け出についての確認シート

厚生労働大臣が定める区分支給限度基準額一定割合超に係る居宅サービス計画を作成し、市から提出を求められた場合、この文書を提出書類と合わせてご提出ください。

１　以下の基礎情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 高齢福祉課への提出日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 管理者名 |  |
| 担当介護支援専門員名 |  |
| 利用者名 |  |
| 利用者被保険者番号 |  |
| 要介護度 | 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ |
| 区分支給限度基準額　**①** | 単位/月 |
| サービス費の総額及び  区分支給限度基準額に対する割合　**②** | 単位/月  (　　　　　　割　※②/①) |
| 訪問介護費の総額及び  サービス費の総額に対する割合　**③** | 単位/月  (　　　　　　　割　※③/②) |

２　提出する書類にチェックマークを入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 区分支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画の届け出についての確認シート（本用紙） |  |
|  | アセスメントシート  ※通知時点で適用されているケアプランの根拠が確認できる。  ※訪問介護が必要と判断した根拠箇所にマーカーや印等の記載している。 | ☐ |
|  | 第１～３表　居宅サービス計画・週間サービス計画表  　※通知時点で適用となっているケアプランが該当 |  |
|  | 第４表　サービス担当者会議の要点　等  ※直近に訪問介護の必要性を検討した記録がある書類が該当 |  |
|  | 第５表　居宅介護支援経過  ※通知時点から過去３カ月分の支援経過が該当 |  |
|  | 第６～７表　サービス利用票・サービス利用票別表  ※通知時点から過去３カ月分が該当 |  |
|  | 訪問介護計画書  ※通知時点で適用となっているもの |  |
|  | 介護給付算定相談票の回答写し　（相談票を提出している場合） |  |

* 「⑻介護給付算定相談票の回答写し」については、同居家族がいる場合の生活援助等について相談票を提出し回答を得ている場合は添付してください。

３　以下の項目について、「はい」又は「いいえ」にチェックを入れ、質問項目にご回答ください。

1. 現在、訪問介護で行っている内容について、本人及び同居家族等が行うことが困難なことを明らかにし、居宅サービス計画等に記録していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい | 「はい」の場合、記録及びマーカー、印を記載している帳票を具体的にお書きください。  例．サービス担当者会議の会議録 |
| いいえ | 「いいえ」の場合、本人及び同居家族が行うことが困難な具体的な状況をお書きください。 |

1. 現在、訪問介護で行っている内容について、その援助内容で本人ができること、できないこと、できるが行っていないこと、手助けがあれば行えることを明らかにし、介入頻度及び所要時間の必要性について、記録していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい | 「はい」の場合、記録及びマーカー、印を記載している帳票を具体的にお書きください。 |
| いいえ | 「いいえ」の場合、具体的な状況をお書きください。  例．入浴  お湯張り、入浴後の衣類・バスタオル類の準備、脱衣所の椅子に座り衣類の着脱、身体前面の洗体は一人で可能。洗髪及び背部・足部の洗体、浴槽への出入りに介助を必要とし、入浴前後の浴室等の環境整備等も必要である。最低限の清潔保持のため週２回の頻度及び一連の介助のために最低でも1回の介入にあたり40分程度の時間を必要とする。　など |

1. 同居家族、別居の家族・親族、友人、近隣住民等との関わりについて把握し、記録していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい | 「はい」の場合、記録及びマーカー、印を記載している帳票を具体的にお書きください。 |
| いいえ | 「いいえ」の場合、同居家族、別居の家族・親族、友人、近隣住民等との関わりについて具体的な状況をお書きください。 |

1. 同居家族、別居の家族・親族、友人、近隣住民等との関わりを援助内容に反映していますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい |  |
| いいえ | 「いいえ」の場合、反映しなかった、できなかった理由をお書きください。 |

1. 有償サービス、地域の生活支援サービス、配食サービス等の形態で、訪問介護の内容を補える可能性について検討した記録がありますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい | 「はい」の場合、記録及びマーカー、印を記載している帳票を具体的にお書きください。 |
| いいえ | 「いいえ」の場合、有償サービス、地域の生活支援サービス、配食サービス等の形態で訪問介護の内容を補える可能性について検討した内容を具体的にお書きください。 |

1. 本人・家族の意向のみではなく、訪問介護の専門性（疾患の改善・予防・悪化防止、利用者の意欲を高める関わり、他職種との連携等）を勘案して、訪問介護を居宅サービス計画に位置付けていますか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい |  |
| いいえ | いいえの場合には、介護保険の訪問介護の適切な利用とは判断が困難です。  サービス利用の必要性について再度検討してください。 |

1. 第２表　居宅サービス計画⑵の記載は、本人が持つ能力をできるかぎり活用し、自立に資する内容ですか？

|  |  |
| --- | --- |
| はい | 「はい」の場合、今後の訪問介護の必要性・介入方法について見込みを教えてください。  例．入浴  訪問リハビリテーションも並行して利用しており、入浴を含めた生活動作の訓練や環境調整を実施中である。３か月後には、シャワー浴までなら一人で行えるようになり、訪問介護の介入頻度は減らせるのではないかと見込んでいるが、完全な自立は困難なため、訪問介護を終了することは困難と思われる。　など |
| いいえ | いいえの場合には、介護保険の訪問介護利用として適切な利用とは判断が困難です。  サービス利用の必要性について再度検討してください。 |