（様式第３号）

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 郵便番号 | 〒 | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 |  | | | | | | | | | |

鳥取市長　様

訪問介護検討型地域ケア会議の指摘事項に係る改善状況報告書

　訪問介護検討型地域ケア会議で指摘を受けた厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付けた居宅サービス計画について、下記のとおり指摘事項についての改善状況を報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 介護保険被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | 生年月日 | | 明・大・昭 | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 住所  (住民票住所) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 要介護度 | □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検討内容 | □生活援助中心型サービスが規定回数以上  □サービス費総額が区分支給限度基準額の100分の70以上、かつ訪問介護の利用割合がサービス費総額の100分の60以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活援助検討型地域ケア会議の指導事項 | 指導事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改善状況 | □改善完了  □改善対応中 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記が「改善対応中」の場合、その理由と改善完了の目途を記入 | 改善対応中  となっている  理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改善完了の目途 | 年　　　月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □居宅サービス計画（第１票～第７票）  □課題分析票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活援助中心型サービスの回数/月  (要介護度の欄に記入) | 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 | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |