

「居宅サービス計画」

自己作成の手引き

【目次】

1. 居宅サービスのご利用について
2. サービス利用票・別票の作業手順を確認しましょう

○ご不明な点がありましたら、係までお問い合わせください。

網走市福祉部介護福祉課介護保険係

電話 (0152) 44-6111 内線391・403

1. 居宅サービスのご利用について

居宅サービス利用には、要介護状態（要介護度）により1か月の利用限度額が設定されています。その利用限度の範囲内であれば、利用したサービス費用の9割が保険で給付され、自己負担は1割となります。限度を超えたサービスを利用した場合は、その超えた費用は全額自己負担となります。

居宅サービスには、下記のようなサービスがあります。

●家庭を訪問するサービス

- [訪問介護] ホームヘルパーの訪問
- [訪問看護] 看護師などの訪問
- [訪問リハビリテーション] リハビリの専門職の訪問
- [訪問入浴介護] 入浴チームの訪問

●福祉用具の貸与

- [福祉用具（車いす、特殊寝台など）の貸与]

●日帰りで通うサービス

- [通所介護（機能訓練、食事や入浴など）] 日帰り介護施設
- [通所リハビリテーション（デイケア）] 介護老人保健施設などへの通所

●施設への短期入所サービス

- [短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）]
特別養護老人ホームや介護老人保健施設などへの短期入所

利用限度額について

要介護度に応じて利用できるサービスの限度額が設定されています。

要介護状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用限度 (1か月)	4,970 単位	10,400 単位	16,580 単位	19,480 単位	26,750 単位	30,600 単位	35,830 単位

利用限度額の範囲内でサービスを利用した場合には、その事業者へ介護サービス費用の1割を支払うだけで済む「現物給付」となります。（保険者が国保連合会を通じて事業者へ9割を支払う）

自己作成の手続きをしないでサービス利用した場合には、一旦、介護サービス費用全額を自己負担し、後からその9割分を網走市へ請求して給付を受ける「償還払い」となります。

●その他（自己作成は必要ないもの）

[居宅療養管理指導] 医師、歯科医師、薬剤師、栄養士、歯科衛生士による指導

[住宅改修費（手すりの取り付けや段差の解消など）の支給]

※ 1住宅につき支給限度30万円（給付額27万円）・・・網走市独自

※ 現物給付のような受領委任払い又は還払いによるご利用となります。

※ 支給申請には、ケアマネージャー等が作成する「住宅改修が必要な理由書」や写真等の資料添付が必要です。

[福祉用具（腰掛け便器、入浴用いすなど）購入費の支給]

※ 1年間（4月～3月）支給限度10万円（給付額9万円）

※ 現物給付のような受領委任払い又は還払いによるご利用となります。

[ロードヒーティング施工費の支給]

※ 1住宅につき支給限度30万円（給付額27万円）・・・網走市独自

※ 現物給付のような受領委任払い又は還払いによるご利用となります。

住宅改修費・福祉用具購入費・ロードヒーティング施工費の支給については、上記のほか、

条件その他留意事項がありますので、事前に介護保険係にお問い合わせください。

居宅サービス計画の例

要介護2の場合～

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	通所介護		訪問介護	通所介護		
午後			訪問看護				
福祉用具貸与							

☆上の居宅サービス計画をもとに介護サービス費を計算してみると…

訪問介護→1時間以上1時間30分未満 584単位 身体介護3 (身体介護中心の場合) 584×週2回×4週×10.00=46,720円①
訪問看護→30分以上1時間未満 830単位 訪問看護2 (指定訪問看護ステーションの場合) サービス提供強化加算 6単位 (830×週1回×4週) + (6×4) × 10.00 = 33,440円②
通所介護→4時間以上6時間未満588単位 併設通所介護2 中度 (要介護1又は2の場合) サービス提供強化加算 6単位 入浴介助加算50単位 計56単位 (588×週2回×4週) + (56×8) × 10.00 = 51,520円③
福祉用具貸与→特殊寝台 (ベット) 1ヶ月1100単位 ※ 1ヶ月 11,000円④

※ベットの単位は事業者により異なります

①+②+③+④=142,680円…1ヶ月のサービス総費用

142,680円×0.9=128,412円…保険からの給付

142,680円-128,412円=14,268円…自己負担分

※サービス単位数は時間・要介護度・地域などにより異なります。

※1か月を4週間と仮定し計算しています。

※1か月を実際に計算するときは、各サービス種類別に単位をかけて得られた数に1円未満の端数がある場合切り捨てとなります。(サービス利用票記入例参照)

以上のように、居宅サービス計画は1週間を基本的な単位として考え、組み立てていきます。

これは、その人のリズムは一定なものであり、毎週変化するとは考えにくい事からです。

計画は、利用者の状態により変えていく必要もできます。

2. サービス利用票・別票の作業手順を確認しましょう

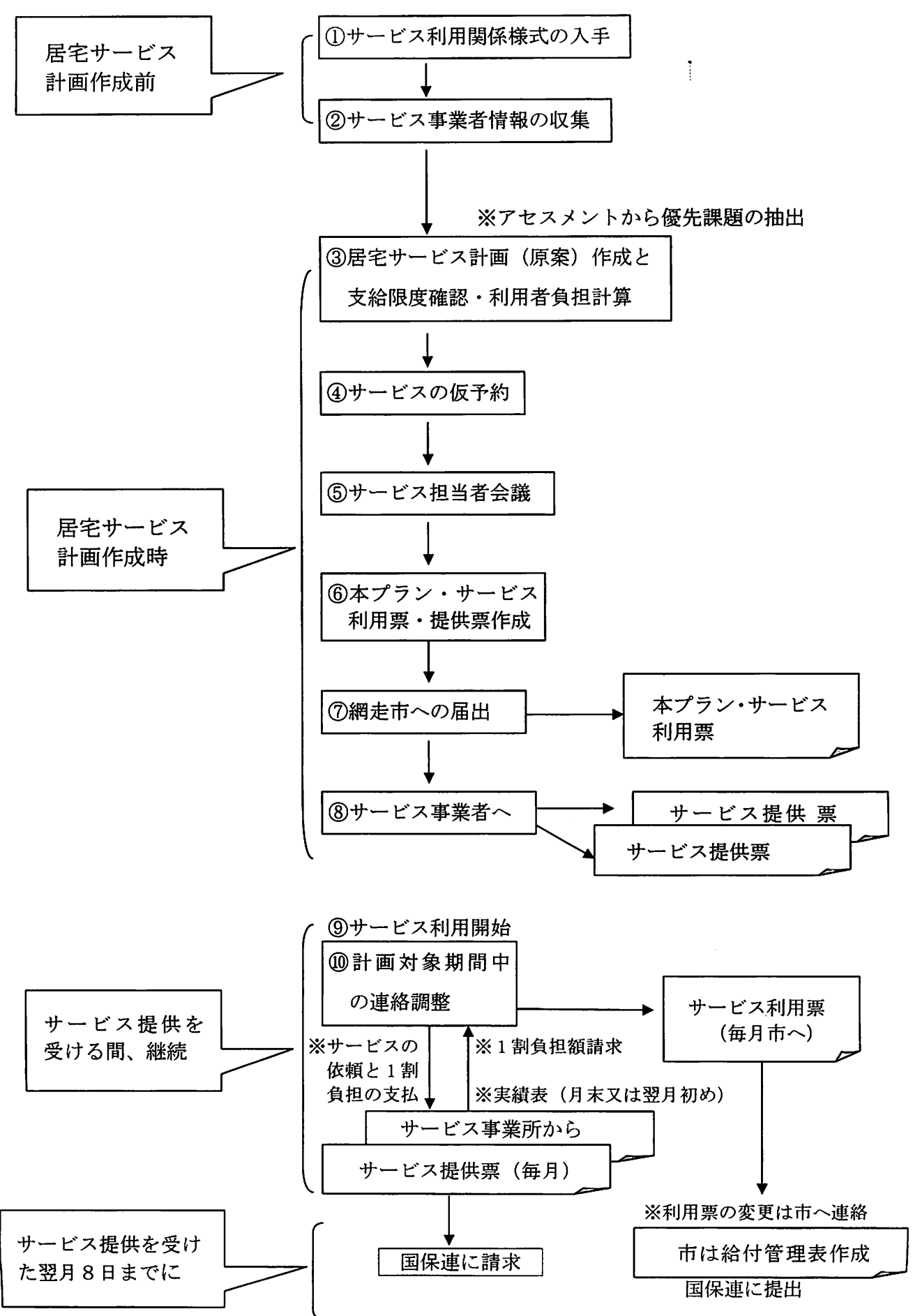
右のページの表と合わせてご覧ください。

①サービス利用関係様式の入手	※①市役所で用意します。
②サービス事業者情報の収集	②市役所でも参考資料がありますが、インターネットホームページ上で調べることもできます。 WAM NET「介護報酬情報システム」 http://www.wam.go.jp/kaigo/ 「介護事業者情報」
③居宅サービス計画（原案）作成とサービス利用単位確認・利用者負担額計算	③区分支給限度基準額内であるかご注意ください。 一単位あたりの金額は、サービスや地域によって異なるのでご注意ください。（網走市は1単位10円）
④サービスの予約	④サービス事業者へ直接お申し込み下さい。その際に事業所番号、サービス内容／種類、サービスコード、単位数等の確認をして下さい。
⑤サービス担当者会議を開催	⑤サービス予約事業者と居宅サービス計画（原案）を基に検討・修正し本プランを作成。（毎月開催ではなくプランを変更するとき、認定が更新されたとき等。）その後「サービス利用表」「サービス提供票」を作成。
⑥本プランとサービス利用票を市役所へ提出	⑥内容を確認しますので、サービス利用月の前月の25日頃迄に市役所にお持ち下さい。保険者確認印押印します。
⑦サービス提供票・別票サービス事業者に提出	⑦サービス提供票コピーをサービス提供事業所へ提出します。（初回のサービス利用の場合は、サービス事業者と利用契約を締結します。）
⑧サービスの利用	⑧サービス利用途中での調整は事業者と行います。 不服がある場合は、事業所責任者又は市役所に申し出て下さい。
⑨サービス利用変更箇所の報告	⑨その月内でサービス利用内容等に変更があった場合、事業者を確認し市役所にお知らせ下さい。
⑩翌月のプランを作成（毎月繰り返す）	⑩翌月のプランを③に戻り利用票と提供票を作成。 サービス事業者・市役所に25日頃までに届ける。

※ケアプラン自己作成にあたり事前に介護保険係に届出をしましょう。

・「居宅サービス計画作成依頼届出書」（様式は市役所にあります）と「介護保険被保険者証」を提出します。

届け出が済むと介護保険被保険者証に「自己作成」と記載され介護サービスが1割負担で利用できます。



利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	平成 年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来(前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 (歳)
住 所		Tel ()	Fax ()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日(前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護に「副」 (同居家族は○で囲む)
住 所 連絡先	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

課題分析（アセスメント）の視点

1. 健康状態	<p>1) 病気・疾患・傷害・怪我… ●現在のADLに関係している疾患・治療や観察を要する疾患を確認する。 ●既往歴を把握する。</p> <p>2) 痛み… ●痛みがあるが、どこがどの程度（部位と頻度）痛むか。訴え・表現の状況。 ●対処法（鎮痛剤やホットパック）に効果があると感じているか。</p> <p>3) 主観的な健康状態・変調…利用者が考えている自分の健康状態を把握する。その状態が日々変化するか（状態のバランス）を把握する。</p> <p>4) 服薬状況… ●病院処方（経口・外用） ●市販薬（服用・使用）の把握。 ●薬の重複等考えられるときは主治医に確認する。</p>
2. ADL	<p>1) 移動に関連する行為（出来る・どのように。できない。出来るけれどもしないのか。）</p> <p>●ベッド上の動作…寝返り、起き上がり、ものにつかまって、誰かの手助け、それは毎回？朝だけ出来ているか？などの確認。</p> <p>●移 乗…自分で出来るか？ 何かにつかまっているか？ 座位・立位はどの位とれるか？ 誰かの手助けを受けているか？ それは、毎日、何回か？ 出来る時と出来ない時があるか？ 筋力低下、可動域制限はないか？</p> <p>●歩 行…室内：自分でどのように歩くか？ 杖は使用しているか？ 足の運びは？ 手引き歩行か？ 身体を支えられ・つかまり歩行か？ 室外：杖は使用しているか？ 足の運び、ショッピングカー、補助具の使用、歩ける距離、時間帯</p> <p>●車椅子移動 …どんな時に車椅子を使用するか？ 自力走行か、他者に押しってもらうか？</p> <p>2) 身のまわりの行為（出来る・どこが出来ない・しない・どうして？）</p> <p>●食 事…セッティングは自分ですか？ してもえたら自分で食べられるか？ 箸やスプーン・補助具の使用、最後まで自分で食べられるか？ 介助者が手を出しすぎてはいないか？ 可動域が制限されていないか？</p> <p>●更 衣…上半身・下半身の更衣：どの程度自分で？ 手助けの必要なところは？ 朝と夜の動作の違いはあるか？ 座位を保って出来るか？ 寝たままか？ 体重を支えていれば座ったままズボンに足を通せるか？</p> <p>●個人衛生 …自分で洗面器や歯ブラシ・櫛・ひげそり等の用意ができ行えるか。用意すれば自分で出来るのか。最後まで自分で行うか、洗い残しや磨き残し、出来ないところはどこか？</p> <p>●排 泄…便器を使用して排泄するか？（様式・和式・ポータブル）夜中や朝と日中の使用に違いがあるか？ 便器への移乗、排泄の後始末、ズボンの上げ下ろしはどのようにしているかを把握する。</p> <p>●入 浴…どのように入浴（身体を洗う：前身、先髪、背中）するか。浴槽に入れるか。掴まり、支えが必要。シャワーが使える。</p> <p>3) 転倒</p> <p>●転倒歴 …それはいつ、どのような状況下で転倒したか。どんな治療（手術）、生活上の留意点。本人の不安感や恐れ、自信喪失などないか？</p> <p>●転倒の危険性…利用者本人の要因：筋力低下、低血圧症、めまい、骨折や関節炎、視力低下、せん妄や痴呆症、気分の低下や散漫など。</p> <p>環境の要因：床・カーペットの段差、階段、慣れた部屋の散らかり、薄暗い廊下など。</p> <p style="text-align: center;">密なアセスメントから再転倒の防止を計る</p>

3. IADL	生活に関連する行為であり、物や媒体を通じて行うことである。交通機関の利用や家事動作などが含まれる。例えば調理・食事の用意、家事一般や、金銭、服薬、買い物、電話の使用、交通手段の利用など、実際に行っている方法を聞き、一連の動作の中で出来るところや可能性の有る所を探しケアに活かす。
4. 認知	<p>1) 日常の意思決定：その日の予定が自分で判断できる。着るものが選べる。食事の時間、場所、トイレ、洗面所の場所・使い方、誰に聞けばよいか解る。</p> <p>2) 短期記憶：朝の食事の内容・いつ薬を飲んだか。言葉で表現できない利用者の場合は「ハイ、いいえ」で答えられる質問や、指の数などで答えてもらう等。</p> <p>手続き記憶：日常行動を段取りを踏んで行えるかを把握する。(例えば、洋服を着る手順がわかるか。味噌汁を作る手順が間違っていないか、など)</p> <p>長期記憶：利用者にとって意味のあることを覚えているかを聞く(例えば、子供の数兄弟の数、過去の仕事など)</p> <p>3) 当識や注意力の変化：急性の錯乱状態がないか。一日のうちで注意力がそらされやすい。見当識が急に変化する。急に行動が不安定になる等のせん妄状態。支離滅裂な思考や睡眠周期の乱れがないかを把握する。原因として認知障害、睡眠不足、抑制、視覚障害、脱水、感染症、その他の医学的症状有無の確認。</p>
5. コミュニケーション能力	<p>1) 資格：明るさの中で見える程度を確認する。急性症状(かすむ・二重に見える・赤発)や、慢性症状(長期にわたりぼやける・霞がかかったように見える)は、白内障・緑内障・糖尿病性網膜症の疑いがあることの確認のため、受診を勧める。</p> <p>2) 聴覚：コミュニケーションの重要な要素(静かな場所で、どの程度聞こえているか、耳垢の有無、補聴器の調子など)</p> <p>3) 伝達能力：言葉による伝達能力や非言語的手段を用いてどの程度伝えられるか。*構音障害(言葉を明確に話せない)*失語症(話し言葉を理解できない、言葉を当てはめられない)*失行症(その言葉を知っていても自発的に音を言葉として結びつけることが困難)痴呆症などがある。</p> <p>4) 理解力：見たり聞いたりしたことの意味。落ち着いた雰囲気の中で(理解できない人と思いつまらず知ってもらいたいことがあるという態度で)理解できる。</p>
6. 社会との関わり	<p>1) 過去の生活習慣において、どのような活動をしていたか(社会的・宗教的・趣味や仕事への参加の程度)、今後どのような活動を再開したいか、確認する。</p> <p>2) 利用者の反応(自信の喪失、落ち込み、あきらめ、あるいは別の機会への参加希望など)や、孤独感(独りに限らず、家族と同居していても起こりうる)。</p>
7. 排尿・排便	<p>*本人がトイレで排泄したいという意思があれば、改善の可能性を探り、出来るだけトイレ排泄のコントロールが出来るように援助する。</p> <p>1) 尿失禁 ①尿路系の問題：感染症、萎縮性尿道炎、膣炎、頻尿、多尿など医療的な確認のため受診を勧める。過去の受診経緯と今後の生活上留意点を把握。</p> <p>②身体、認知、意欲の問題：移動に困難、時間がかかる。せん妄。トイレの場所がわからないか行くことに混乱している。意思やうつ症状の確認。</p> <p>③神経の要因：便詰まりによる脊髄と骨盤の作用への影響があるか。</p> <p>④薬の副作用：利尿剤や鎮痛剤の使用を把握し、医師の受診の時期を確認する。</p> <p>2) カテーテルの使用とコントロールの状態：カテーテルを使用していて、排尿のコントロールが出来ている状態にあるかを把握する。</p> <p>3) おむつや留置カテーテルの使用：おむつに排尿しトイレも使用しているか。おむつのみ。カテーテルのみ(使用しなくても良いケア方法は有るかを検討)</p> <p>4) 便失禁：①便の漏れ(どんな時間帯で、場所、回数、など) ②聞けない、言えない人の場合は、交換時など下着への付着の有無とその程度から把握する。</p> <p>5) 便秘・下痢：①便の形状(コロコロ便・形が整っているか、水様便か) ②便の回数(1日・1週間) ③排便の際に力むか・肛門が痛い・お腹が痛い。</p>

8. 褥瘡・皮膚の問題	<p>1) 部位・程度・要因を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内的要因；自ら身体を動かす、位置を変える能力。身体的な活動低下、尿便失禁、精神的変化、栄養状態。 ・外的要因；圧迫、摩擦、湿潤、浮腫等 <p>2) 褥瘡以外のトラブルを把握する：発疹、病変、損傷、乾燥、かゆみ、清潔状況など。</p> <p>3) 足の問題はないか：足の痛み、魚の目、たこ、水虫、巻爪、爪白癬の有無などを把握する。</p>
9. 口腔衛生	<p>1) 入れ歯（合わない。壊れている）の状態や日々の扱い方。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残存歯（虫歯になったまま、歯が欠けたまま、歯槽膿漏で動いている）の状態を把握する。 <p>2) 歯や入れ歯の磨き方（歯や入れ歯を含み口腔内の清掃が出来ていない。歯磨きが充分でない。磨き方が解らない。磨く習慣がない。入れ歯の扱いが不適切）</p> <p>3) 口腔内の痛み（虫歯・折れ歯・腫れなど）や、咀嚼の状態（噛めない、噛み切れない、噛まない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嚥下の状態（詰まらせる、飲み込めないなど）を把握する。
10. 食事摂取	<p>1) 栄養状態（カロリー摂取量）と栄養素（バランスの良い食事内容）。</p> <p>2) 食事回数と食事の時間。</p> <p>3) 食事の環境（場所、誰と、補助具の使用）などを把握する。</p> <p>4) 水分量（1日にどの位、いつ、どのように、自ら、進められて、介助によって）の把握。</p> <p>5) 体重の変化や元気に変化がみられるか。</p>
11. 行動障害	<p>1) 暴言・暴行・徘徊・介護への抵抗・不潔行為・暴食行動の有無と発生の頻度（いつ、どんなときに、どんなふうに、どのくらい、本人の思い・理由など）</p> <p>2) 火の不始末など危険な状況把握。</p> <p>3) 行動障害に対する介護者の対応はどうか、それに対する利用者の反応はどうか。</p>
12. 介護力	<p>1) 主介護者の状況：同居か、仕事の有無、健康状態、など。</p> <p>2) 介護に対する意思：ゴールの設定など。</p> <p>3) 介護負担の有無：自分の時間、睡眠、介護量、介護方法、ストレス、など。</p> <p>4) その他の介護者の可能性：他の親族・ボランティア・近隣の協力者など。</p>
13. 居住環境	<p>1) 危険箇所：明るさ、暗さ・段差・すべり・突起など。</p> <p>2) 住宅改修の必要性</p> <p>3) 利用者の居場所、なじみの環境とは、を把握する。</p>
14. 特別な状況	<p>1) 虐待の疑い：あざ、おびえた様子、放置など。</p> <p>2) 身体抑制：理由・時間・方法・了解・観察記録の有無。</p> <p>3) 終末期の状況について。</p>

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
統合的な援助の方針	<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
家事援助中心型の算定理由	<p>1.一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ _____ ）</p>

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

訪問通所区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業者番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	回数	サービス点数/金額	種類支給限度基準を超える・単位数
A 訪問介護事業所	111111111	身体介護 3	111311	584	8	4672	
B 訪問看護事業所	222222222	訪問看護 2	131211	830	4	3320	
C 施設	333333333	併設通所介護 2 中度	152321	438	8	3504	
C 施設	333333333	通所介護機能訓練加算	155050	27	8	216	
C 施設	333333333	通所介護食事加算	155100	39	8	312	
C 施設	333333333	通所送迎加算	155200	47	16	752	
C 施設	333333333	通所介護合計				4784	
				区分支給限度基準額(点)	19480	合計	13876

区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内点数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
	4672	10.00	46720	90%	42048	4672	
	3320	10.00	33200	90%	29880	3320	
<p style="text-align: center;">介護給付費明細表参照</p>							0
			0		0	0	
			①		②	①-②	
	4784	10.00	47840	90%	43056	4784	
	0		0		0	0	
	0		0		0	0	
	0		0		0	0	
	0		0		0	0	
	0		0		0	0	
	0		0		0	0	
0	0	13876	138760		124884	13876	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(点)	合計点数	種類支給限度基準を超える点数	サービス種類	種類支給限度基準額(点)	合計点
訪問介護				通所介護		
訪問入浴介護				通所リハビリ		
訪問看護				福祉用具貸与		
訪問リハビリ				合計		

種類支給限度基準を超える点数

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
					率%	単位数												
								合計										
										区分支給限度基準額(単位)								

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)	
					率%	単位数													
								合計											
				区分支給限度基準額 (単位)															

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____
 開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名 _____ 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 _____

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年 月 日	内 容	年 月 日	内 容

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

評価日 _____

利用者氏名 _____

殿

計画者作成氏名 _____

目標	評価時間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了	

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者氏名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・紹介・継続 認定済み・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____ 1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		有 無	1. 2.	1. 2.	1. 2.	1. 2.	()					
日常生活(家庭生活)について		有 無	3.	3.	3.	3.	()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		有 無					()					
健康管理について		有 無					()					

健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実際できない場合、
 妥当な支援の実施に向けた方針】

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

地域包括支援センター

【意見】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____