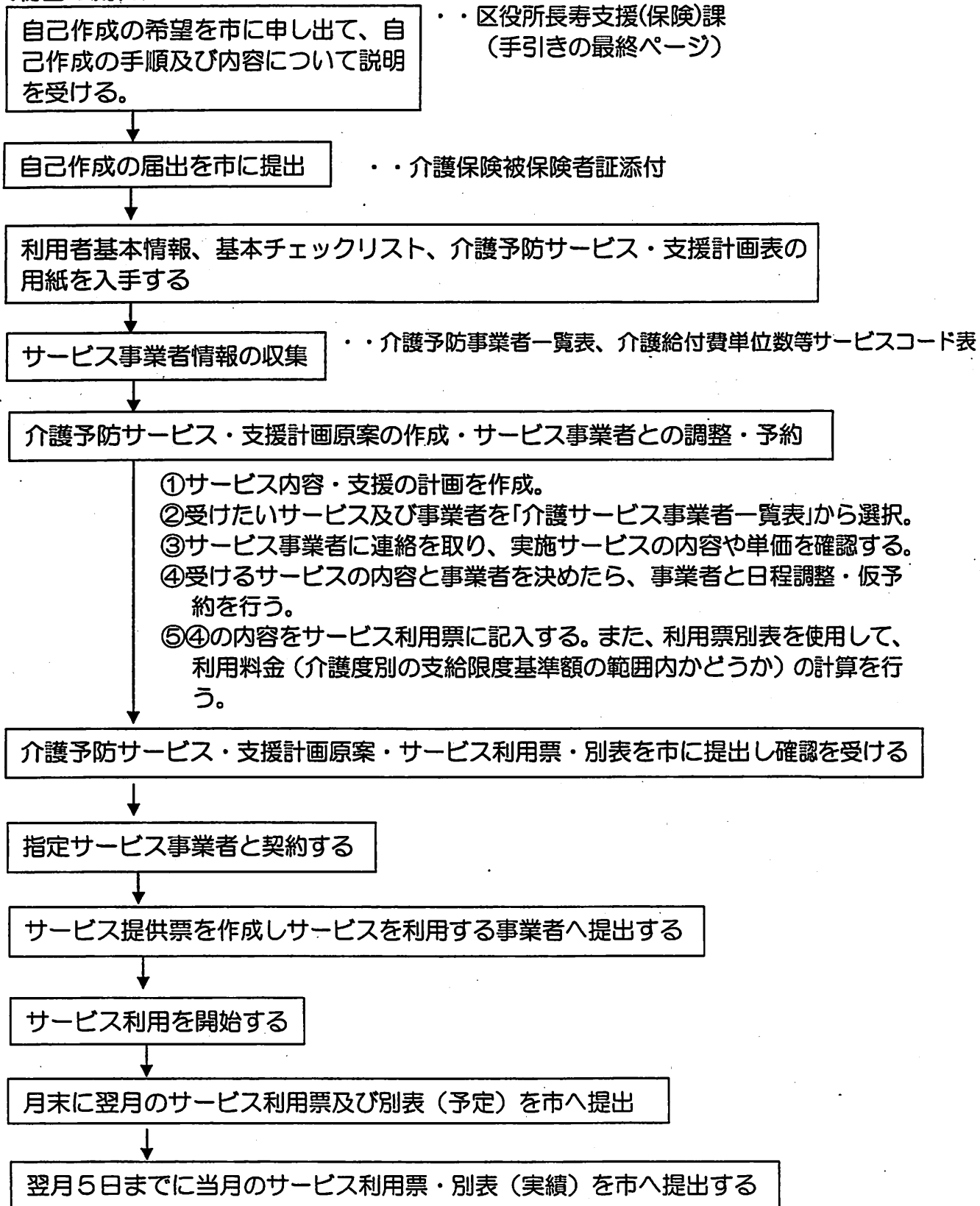


介護予防サービス・支援計画自己作成の手引き
(要支援1・2の方)

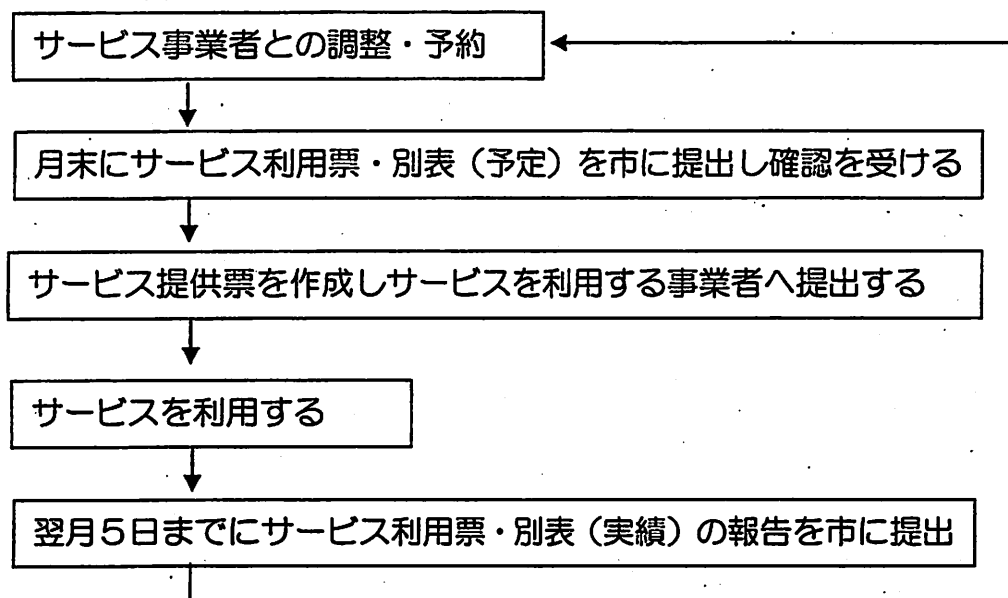
浜松市

介護予防サービス・支援計画を自分で作成する場合の手続き・流れ

<初回の流れ>



<2回目以降の流れ>



問：「介護予防サービス・支援計画」とはどのようなものですか？

答：本人が希望する生活を達成するための介護計画であり、どのようになることを目標に何のサービスを利用したいのかを記載するものです。

次のいずれかに該当する場合は介護予防サービス・支援計画の作成及び市への確認が必要となります。

- ◆ 初めてサービスを利用する時
- ◆ 更新申請時
- ◆ 区分変更申請時
- ◆ 本人の状況が変わり利用するサービス種類や内容を変えたい時

問：「サービス利用票・別表」とはどのようなものですか？

答：何時・どこの事業者のサービスを利用する予定か、また何時・どこの事業者のサービスを利用したかを記入し、地域包括支援センターに変わって市が国保連合会への請求事務に使用する書類です。

同様の事務手続きがサービスを提供した事業者からも国保連合会に提出され、サービス利用者と提供者の整合性を確認されて介護保険からの支払いが行われます。

同じ用紙で当該月の予定と実績を記入する様式となっていますのでご注意ください。作成及び市への提出・報告は毎月となります。

- ◆ 次の月のサービス利用を事業所と調整のうえ利用予定を記入（月末提出）
- ◆ 利用したサービス内容ごとに利用実績を記入（利用終了後直ちに提出）

問：介護予防サービスにはどのようなサービスがありますか？

- 答：◆ 介護予防訪問介護（ホームヘルプ）
◆ 介護予防訪問入浴介護
◆ 介護予防訪問看護
◆ 介護予防訪問リハビリテーション
◆ 介護予防居宅療養管理指導
◆ 介護予防通所介護（デイサービス）
◆ 介護予防通所リハビリテーション（デイケア）
◆ 介護予防認知症対応型通所介護
◆ 介護予防短期入所生活介護（福祉施設のショートステイ）
◆ 介護予防短期入所療養介護（医療施設のショートステイ）
◆ 介護予防小規模多機能型居宅介護
◆ 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）※要支援2の方のみ
◆ 介護予防特定施設入居者生活介護
◆ 介護予防福祉用具貸与
◆ 特定介護予防福祉用具購入費の支給
◆ 介護予防住宅改修費の支給

問：自己作成を止めたい時、介護予防サービス・支援計画はどこに依頼すればいいですか？

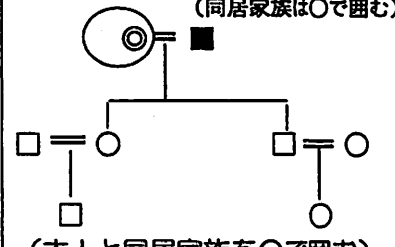
- 答：①お住まいの地区を担当する地域包括支援センターに介護予防サービス・支援計画の作成を依頼します。
②依頼を受けた地域包括支援センターでは、保健師や主任ケアマネジャーが、家庭訪問等を行い、「どのような生活を送りたいか」を相談しながら目標を設定し、介護予防サービス・支援計画を作成します。
③利用者がサービス提供事業者を選び、契約を結びます。介護予防サービス・支援計画の作成費用は全額、保険給付となりますので、自己負担はありません。また、地域包括支援センターでは、サービス提供事業者への連絡やその後の相談及び調整を行い、安心してサービスが受けられるよう、支援を継続して行います。

(1)

利用者基本情報（記入例）

作成者：

《基本情報》

相談日	平成〇〇年〇月〇日（水）	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	ハママツ はなこ 浜松 花子	男・女	M・T・ S 〇年〇月〇〇日生（75）歳	
住所	浜松市中区元城町123 （介護保険被保険者証に記載されてい る住所を記入）	Tel	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・ J1 J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・ 要支 ・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：H.18年4月1日～H.18年9月30日（前回の介護度 ）			
障害等認定	身障（ ）、療育（ ）、精神（ ）、難病（ ） （障害認定があれば○で囲み、障害等級等特記事項を（ ）に記入）			
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 ・共済年金・障害年金・遺族年金・生活保護 （本人の年金等を○で囲もとともに、経済状況を記入）			
来所者 （相談者）	長女		家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 （同居家族は○で囲む） 	
住所 連絡先	浜松市〇区〇〇町〇番地 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇	続柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	浜松一郎	長男		〇〇市 〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇
	浜松さくら	長女	浜松市〇区〇〇町	
			家族関係等の状況 （特記事項があれば記入） 市内に住む長女が、週に2回ほど様子を見に寄る。長男は県外のため、お盆や正月に帰ってくる程度。電話でのやりとりは頻回にあり。	

利用者基本情報（記入例）

《介護予防に関する事項》

今までの生活	高校の美術教師をしていた夫に先立たれた後、一人暮らしをしている。夫の定年退職後にスケッチ旅行に同行したことをきっかけに自分自身も水彩画を始める。夫亡き後も、絵画教室の仲間とスケッチ旅行を楽しむ生活を送っていた。性格は行動的で明るい。数ヶ月前に自宅玄関先の階段で転倒し、腰椎圧迫骨折でしばらく入院。骨折は完治したが歩行の不安定さは残っている。 （本人の現在までの生活について主要な出来事や職業、転居、家族史、家族との関係、居住環境などを記入する。）		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	退院直後には、長女が頻りに訪問して身の回りの世話をしていた。体調の回復とともに、長女の訪問が減った時期頃から「お天気が悪いと腰が痛い」「寒いと頭が痛い」と日中もゴロゴロとしてしまう。		趣味：水彩画 楽しみ：カラオケ
	時間	本人	
	9時 10時	起床後、朝食 室内の掃除	
	毎日決まった生活行為のタイムスケジュールを記入		友人・地域との関係
20時 22時	入浴 就寝		近所づきあいはあり。教室仲間が家に来てくれることもあり。 (交流頻度や方法、内容も記入)

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に○)			経過	治療中の場合は内容
H.17年1月	腰椎圧迫骨折	〇〇病院		Tel 〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経観中 その他	入院し3ヶ月後退院。
65才頃より	高血圧症	〇〇内科医院	○	Tel 〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経観中 その他	降圧剤内服 (3回/日)
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
民生委員の訪問	近くの八百屋と魚屋から配達 (ボランティアや友人などによって行われるもの)

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成〇〇年 〇月 〇日 氏名 浜松 花子 印

基本チェックリスト (記入例)

	No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
	1	バスや電車で1人で外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
栄養	11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	12	身長 148 cm 体重 52 kg (BMI=23.7) (注)		
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
物忘れ	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

介護予防サービス 支援計画表 (記入例)

NO.

利用者名 浜松 花子 様

認定年月日 H.19年3月29日

認定の有効期間 H.19年4月1日～ H.19年9月30日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1

要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

計画作成(変更)日 H.19年4月1日(初回作成日 H.18年4月1日)

担当地域包括支援センター:

目標とする生活

1日	不規則な生活を改め、絵手紙式日記に簡単なスケッチを入れる生活を送る。	1年	水彩画のスケッチ旅行を再開できるだけの体力を身に付けたい。
----	------------------------------------	----	-------------------------------

アセスメント領域と現在の状況 項目ごとに生活状況を記入	本人・家族の意欲・意向 各項目について本人・家族の認識・意向を記入	課題(背景・原因) 生活上困難になっていることを記入	総合的課題 優先度の高い順に課題を列挙する	課題に対する目標と具体策	支援計画							
					目標についての支援のポイント・留意点	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	サービス種別	事業所	期間		
運動・移動について ・転倒に対する不安があるため、手すりや室内の家具につかまるなどして移動するが、歩行は安定している。 ・長距離の歩行は、1年位していないので、自信はないが散歩は20分程度ならできると思われる。 ・現在、ベッド・杖等のサービスは利用していない。	本人：歩くことは苦手だが、転ぶのが怖い。 長女：長女と一緒に買い物に行くと20分くらいはスーパー内を歩いても平気なので歩くことはできると思う。以前のような元気な母に戻ってほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 以前の転倒経験から、不安が大き。不安を克服するたには以下の課題が考えられる。 ・転倒不安の解消 ・歩行能力に自信をもつ ・歩行に関する筋力・体力の回復	1. 生活リズムの乱れによる服薬忘れ、欠食の長期化により体調を崩しやすい。	1. 規則正しい生活の中で、食事・内服・趣味・運動の時間をしっかりとつことができる。 対策：規則的な生活と確実な服薬(服薬の工夫と支援)。	(1) 薬の飲み忘れと飲みすぎ防止のために、服薬薬箱の活用と管理を長女がする。服薬回数等は主治医に調整を依頼する。	本人：規則正しい生活(趣味の時間を自分で決める、3食きちんと摂る、日常的に運動をする)。 長女：薬箱の用意と管理支援。 主治医：服薬回数の相談。	具体的なサービス内容を記入				1ヶ月	支援を実施する期間を記入。実施頻度等も書けると良い
日常生活(家庭生活)について ・炊事、洗濯等の家事は自立。 ・水彩画に熱中すると深夜まで絵を描き、生活リズムを崩してしまう。 ・生活リズムの乱れが欠食や薬の飲み忘れを招いていると考えられる。	本人：水彩画に熱中しすぎてはいけなと思うが、つい時間を忘れてしまう。 長女：不調から回復するまでの時間が長くなったことが心配。長男：同居も考えている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・生活リズムを崩さない範囲の趣味の楽しみ方 ・欠食、薬の飲み忘れ・飲みすぎ ・定期受診ができにくい	2. 外出やある程度の歩行を行わないことにより、転倒・外出の不安が高まり、本人の本来の生活能力以下の生活を繰り返してしまう(悪循環)。	2. 歩行や外出することに対し、自信をつけ、外出し友人との交流する時間を作ることができる。 対策：一人でも外出ができるように、しばらくは体力・筋力をつける工夫をする(歩行能力・筋力向上のための教室参加)。	(2) 生活を見直すきっかけと継続支援があれば、一人での外出も不可能ではないが、本人に自信と余裕が付くまで支援が必要。 体調を整えば、もともと社会性があるので、社会交流の支援は不要と思われるが、「教室」の場の確保は重要。	本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること地域のボランティアや近隣住民の協力などを記入					6ヶ月	
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて ・明るく楽しい人柄で、水彩画教室仲間、カラオケ仲間もいたが、入院後は行き来が減った。 ・生活リズムが乱れると、洋服や化粧などにも気を配れなくなるため、友人の突然の訪問は困る。 ・絵手紙を交換する友人とは今後も交際したい。	本人：教室仲間やカラオケ仲間との交流はなくなしたくない。 長女：母の趣味には賛成。応援したい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・体調が整い、転倒不安による閉じこもりが解消されれば以前のような交流ができると思われる。 ・人前に出るときには「綺麗にしたい」という気持ちは、意欲につながる可能性あり。				本人：外出の機会をもつ。 長女：買い物等の同行。 水彩画仲間：絵手紙交換。	外出したり歩いたりする機会をつくる。	介護予防通所介護	○○センター			
健康管理について ・生活リズムの乱れによって、欠食や服薬忘れを招いている。さらに、薬の飲み忘れが多いと、次回受診が億劫になってしまう。 ・最近「忘れっぽく」なっており、薬の飲み忘れは、その影響もある。	本人：薬の必要性は分かっているが、つい忘れてたり、食事をしなないと飲んではいけないと思いが飲まないときも。 長女：他の事では忘れることはないが理由がわからないが支援していきたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・生活リズムを整え、内服、受診の習慣づけが必要。 ・物忘れを本人が心配しているが、今後経過を見ないとわからない。										

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書：転倒に配慮する。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

- ①生活リズムを整え、欠食・薬の飲み忘れをなくし、体調が改善するようにしていく。
- ②歩行に慣れ、体力と自信をつけ、徐々に一人で外出できるようにする。
- ③趣味をともに楽しめる会などに参加し、活動的になることをめざす。

【本来行うべき支援ができない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

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。

	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	4/5	0/2	0/3	2/2	0/3	0/4

(6)

介護予防支援・サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	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)	今後の方針
<p>「介護予防サービス・支援計画表」の目標を記入する。</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」から期間を転記する。</p>	<p>評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記入する。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防ケアプランを見直す。</p>	<p>目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。</p>	<p>目標が達成されなかった場合、なぜ目標が達成されなかったのか、目標の妥当性も含めて原因を記入する。</p>	<p>目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記入する。</p>

総合的な方針

- プラン継続
- プラン変更
- 終了
-
-

- 介護給付
- 予防給付
- 介護予防特定高齢者施策
- 介護予防一般高齢者施策
- 終了

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												
〇〇センター	221111111	予防通所介護 1	651111	2,226			1	2,226				2,226	10.0	22,260	90	20,034	2,226	
〇〇センター	221111111	予防通所介護運動器 機能向上加算	655002	225			1	225				225	10.0	2,250	90	2,025	225	
				区分支給限度 基準額 (単位)	4,970		合計	2,451				2,451		24,510		22,059	2,451	

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
介護予防訪問介護				介護予防福祉用具貸与			
介護予防訪問入浴介護				介護予防短期入所生活介護			
介護予防訪問看護				介護予防短期入所療養介護			
介護予防訪問リハビリテーション				介護予防認知症対応型通所介護			
介護予防通所介護				介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防通所リハビリテーション				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

お問い合わせの窓口一覧

「てびき」の内容に不明なことがありましたら、下記までお問い合わせください。

浜松市中区役所長寿支援課

〒430-8652

浜松市中区元城町103-2

(本館1階南側フロア)

電話 053-457-2062

浜松市北区役所長寿保険課

〒431-1395

浜松市北区細江町気賀305番地

電話 053-523-1144

浜松市東区役所長寿保険課

〒435-8686

浜松市東区流通元町20番3号

電話 053-424-0183

浜松市浜北区役所長寿保険課

〒434-8550

浜松市浜北区西美園6番地

電話 053-585-1122

浜松市西区役所長寿保険課

〒431-0193

浜松市西区雄踏町宇布見

9571番地の31

電話 053-597-1119

浜松市天竜区役所長寿保険課

〒431-3392

浜松市天竜区二俣町二俣481番地

電話 053-922-0065

浜松市南区役所長寿保険課

〒430-0898

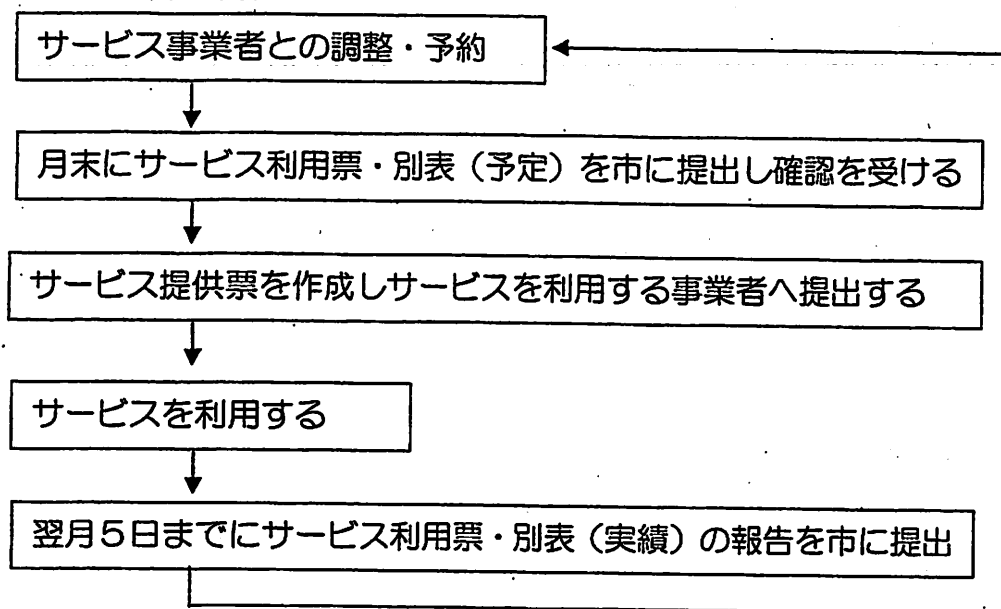
浜松市南区江ノ島町600番地の1

電話 053-425-1542

居宅サービス計画自己作成の手引き
(要介護1～5の方)

浜松市

<2回目以降の流れ>



問：「居宅サービス計画」とはどのようなものですか？

答：本人が希望する生活を達成するための介護計画であり、どのようになることを目標に何のサービスを利用したいのかを記載するものです。

次のいずれかに該当する場合は居宅サービス計画の作成及び市への確認が必要となります。

- ◆ 初めてサービスを利用する時
- ◆ 更新申請時
- ◆ 区分変更申請時
- ◆ 本人の状況が変わり利用するサービス種類や内容を変えたい時

問：「サービス利用票・別表」とはどのようなものですか？

答：何時・どこの事業者のサービスを利用する予定か、また何時・どこの事業者のサービスを利用したかを記入し、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）に変わって市が国保連合会への請求事務に使用する書類です。

同様の事務手続きがサービスを提供した事業者からも国保連合会に提出され、サービス利用者と提供者の整合性を確認されて介護保険からの支払いが行われます。

同じ用紙で当該月の予定と実績を記入する様式となっていますのでご注意ください。作成及び市への提出・報告は毎月となります。

- ◆ 次の月のサービス利用を事業者と調整のうえ利用予定を記入（月末提出）
- ◆ 利用したサービス内容ごとに利用実績を記入（利用終了後直ちに提出）

週間サービス計画表

利用者名 浜松 太郎 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動		
深夜	4:00								起床 朝食		
	6:00										
早朝	8:00										
	10:00										
午前	12:00	デイケア			デイケア					昼食	
	14:00										
午後	16:00										
	18:00										
夜間	20:00							夕食			
	22:00										
深夜	24:00							就寝			
	2:00										
夜	4:00										

週単位以外のサービス	
------------	--

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(金額負担分)
					率%	単位数												
〇〇事業所	22222222	通所リハⅡ31	162171	688			9	6,192				6,192	10.0	61,920	90	55,728	6,192	
				区分支給限度基準額(単位)	16,580	合計	6,192				6,192		61,920		55,728	6,192		

種別別支給限度管理

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				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

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												
〇〇事業所	222222222	通所リハⅡ31	162171	688			9	6,192				6,192	10.0	61,920	90	55,728	6,192	
				区分支給限度基準額(単位)	16,580	合計	6,192				6,192		61,920		55,728	6,192		

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				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

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	実績利用日数

お問い合わせの窓口一覧

「てびき」の内容に不明なことがありましたら、下記までお問い合わせください。

浜松市中区役所長寿支援課

〒430-8652

浜松市中区元城町103-2

(本館1階南側フロア)

電話 053-457-2062

浜松市北区役所長寿保険課

〒431-1395

浜松市北区細江町気賀305番地

電話 053-523-1144

浜松市東区役所長寿保険課

〒435-8686

浜松市東区流通元町20番3号

電話 053-424-0183

浜松市浜北区役所長寿保険課

〒434-8550

浜松市浜北区西美園6番地

電話 053-585-1122

浜松市西区役所長寿保険課

〒431-0193

浜松市西区雄踏町宇布見9571番地
の31

電話 053-597-1119

浜松市天竜区役所長寿保険課

〒431-3392

浜松市天竜区二俣町二俣481番地

電話 053-922-0065

浜松市南区役所長寿保険課

〒430-0898

浜松市南区江ノ島町600番地の1

電話 053-425-1542

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								
早期	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								
夜	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

作成年月日 年 月 日

第4表

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)						

第5表

作成年月日 年 月 日

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。

