

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

- ・当該居宅介護支援事業所で初めて居宅介護支援を受ける場合は(初回)
- ・居宅介護を受けていた他の事業所、介護保険施設から紹介された場合は(紹介)
- ・1度でも当該事業所で居宅介護を受けている場合は(継続)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者(家族)と介護支援専門員等(援助者)との間で、介護サービス計画原案について説明・同意(共通認識)がなされた日を記載
「平成 15 年 9 月 26 日老振発第 0926001 号」

利用者名 姓 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

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

- ・介護度が確定していない場合は「認定日」「認定の有効期間」は空欄
- ・「要介護状態区分」は想定される介護度を記載

利用者及び家族の生活に対する意向

- ・利用者及び家族が支援を受け、居宅においてどのような生活を希望しているかをそれぞれ記載
- ・利用者・家族(長男等具体的に記載)の思いをそのまま記載

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

- ・介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定について、被保険者証より転記(指示のない場合は「なし」と記載)

統合的な援助の方針

- ・利用者・家族が望む生活を目指して最終的に到達すべき方向性や状況を示す
- ・必要な緊急連絡先を記載

生活援助中心型を算定する場合に記載

家族等に障害、疾病がない場合にあっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合等について、事情の内容を簡易に記載

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他(

通知には載っていないが、文書で確認いただいたことがわかるよう欄を作成し、署名・押印いただくことが望ましい

- ・利用者が記載できない場合は代理
- ・説明・同意日を記入し、押印も必要

〈同意欄〉私はこの居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)に同意し受け取りました。 平成 年 月 日 氏名 印

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	
<p>アセスメントに基づき解決すべき課題を整理して記載</p> <p>「・・・できるようになりたい」というようなICFの観点から記載</p> <p>原則として優先度合いが高いものから順に記載</p>	<p>基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するが、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある</p>		<p>解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びついているか</p> <p>誰にもわかりやすい具体的な内容で記載</p>		<p>「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容との方針を明らかにし、適切・簡潔に記載</p> <p>できるだけ家族・インフォーマルによる援助も明記</p> <p>生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載</p>		<p>正式なサービス名称を記載</p> <p>保険給付対象内サービスについては※1の欄に○を付す</p> <p>インフォーマルな支援等の記載</p>	<p>正式な事業者名を記載</p> <p>家族等の場合は具体的に記載</p>			<p>「短期目標」の期間と連動</p> <p>「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の頻度で実施するかを記載</p>
			<p>「生活全般の解決すべき課題」をいつまでに、どのレベルまで解決するかの期間を記載</p>		<p>「長期目標」の達成期間</p>		<p>それぞれの「期間」は開始日と終了日を○年○月○日～○年○月○日と記載</p> <p>終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載</p> <p>それぞれの「期間」は「認定の有効期間」も考慮する</p>				

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

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								利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
深夜	2:00								
	4:00								

第2表に記載されたサービスが、介護保険内外を問わず記載されているか

通院、福祉用具貸与、短期入所等週間に記載できないサービスを記載

週単位以外のサービス	
------------	--

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

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 開始時間終了時間を記載

開催回数

累計回数を記載

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人	〇〇				
	〇デイサービス					
	〇病院(主治医)	〇医師(照会)				
検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議の開催目的が明確になっているか ・ 検討する項目ごとに番号を入れるとみやすい 例(①サービス内容について) 					
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の項目ごとに内容を検討 ・ 各事業者・利用者・家族の意見も記載 例(①通所介護事業所・・・ ②主治医・・・照会により〇〇に留意との意見あり等) 					
結論	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検討した内容ごとに結論を明確に記載 例(①〇〇に留意しながら現サービスを継続等) 					
残された課題 (次回の開催時期)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結論が出なかったものはその旨を記載 					

・ 所属は正式名称で記載(職種も忘れずに記載)
・ 医師・欠席者も照会・電話での聞き取り等記載

第6表

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認			
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	平成 年 月 日				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 平成 年 月 日	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額適用 期間	平成 年 月から 平成 年 月まで	前月までの 短期入所利用 日数	10日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
				1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土	7 日	8 月	9 火	10 水	11 木	12 金	13 土	14 日	15 月	16 火	17 水	18 木	19 金	20 土	21 日	22 月	23 火	24 水	25 木	26 金	27 土	28 日	29 月	30 火	31 水	
10:00-11:00			予定	1			1			1			1			1			1			1			1			1			1			9	
			実績	1			1			0			1			1			1			0			1			1			1			7	
13:00-14:00			予定																																
			実績																															1	
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

・全事業所からの実績を転記する
 ・予定が変更になった場合予定の回数は削除せず実績に0を記入し、変更理由を簡単に記載すると変更理由が一目で確認できる

体調不良
 受診の為時間変更

サービス利用票別表・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												
			区分支給限度基準額(単位)				合計											

サービス変更等で交付した利用票の実績が上回る時は利用者にサービス・金額の説明を行い、了承を得た上で利用票・提供票を再発行する

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
10	0	10

有効期間の半数を超えないように留意