

第1表

・認定日は、介護保険被保険者証で確認。
・認定の有効期間内のプランであるか。
・認定更新、認定区分変更、サービス変更時に作成していますか。

居宅サービス計画書(1)

作成年月日： 年 月 日

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
認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月

当該事業所が初めて居宅介護支援を受ける場合「初回」、他の事業所または介護保険施設で居宅介護支援を受けていた場合は「紹介」、過去に一度でも当該事業所が居宅介護支援を受けたことがあれば「継続」とします。

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

サービス提供前に作成していますか。
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

・利用者や家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて明確に記載していますか。
・利用者と家族の言葉は区別して記載していますか。
・利用者と家族の意向が異なり、かつ秘匿にしている内容は、第5表「支援経過記録」に記載します。
・上段に利用者本人及び家族の生活に対する意向・希望等を記入し、下段に課題分析の結果を記入する。
→記入例…別紙1参照

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、それを転記します。記載がない場合は「記載なし」等と記載します。

総合的な援助の方針

・課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対して、チーム(本人、家族、近隣住民、介護支援専門員、各種サービス事業者等)がどのようなチームケアを行うのか記載していますか。
・あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、緊急連絡先について記載していますか。

訪問介護のうち「生活援助中心型」を算定する場合は、○をつけます。

家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合等は、「その他」に○をつけ、その事業を簡潔明瞭に記載する。判断した事情や理由は第5表もしくはアセスメントシートに記載する。例：家族が高齢で筋力低下し行うことが困難等。

・同意書欄がある場合、説明・同意日を記入、署名します。利用者署名が困難な場合、代筆者も併記してください。押印は不要です。
・同意書欄がない場合、利用者が説明を受け同意をしたことが分かるように第5表等に記載します。
・同意日はサービス開始前になっていますか。
・認知症自立度の高い利用者は、家族の同意も必要です。

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

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄

第2表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

長期目標期間：概ね1年～6か月 短期目標期間：概ね6か月～3か月 ※年月日まで記載
期間は一律ではなく、利用者の状態像から、目標を達成するために適切な期間を設定していますか。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				返切内容					
	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

- ・目標は抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい具体的な内容になっていますか。
- ・目標は、実際に解決が可能と見込まれるものになっていますか。
- ・サービスの利用が目的となっていないか。
- ・短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標になっていますか。
- ・期間は「認定の有効期間」も考慮して設定していますか。
- ・期間について、開始時期と終了時期を特定しない場合は開始時期のみでも可。

○印のついているサービスについては、第6、第7表の内容と一致していますか。

短期目標を達成するために、左記「サービス内容」に挙げたサービスをどのぐらいの期間実施するかを記載します。

- ・サービスをどの程度、回数等で行うかを記載していますか。
- ・短期目標を達成するために必要なサービスを利用者の無理のない頻度で組んでいますか。

- ・自立支援に向けた適切なアセスメントになっていますか。
- ・利用者が意欲的に取り組めるような表現で、わかりやすく簡潔に記載していますか。
- ・利用者・家族と相談して緊急性、優先度が高い順に記載していますか。

- ・短期目標達成に必要なサービス内容になっていますか。
- ・利用者自身のセルフケアの記載をしていますか。
- ・家族の支援、インフォーマルな支援についても記載していますか。
- ・福祉用具の種類に記載はしていますか(車椅子、歩行器等)
- ・手すり・・・設置場所の記載はしていますか。
- ・サービス事業者が個別援助計画を立てるのに必要なサービス項目(送迎、食事等)や体制加算以外の加算(入浴等)も記載していますか。
- ・訪問介護を必要とする場合にはその旨を記載していますか。

- ・正式なサービス名称を記載していますか。
- ・介護保険外のサービス等も記載していますか。(家族が行う場合は、誰が行うかも記載します。)
- ・サービスや特定の事業所による偏りはありませんか。
- ・主治医意見書、サービス担当者会議の意見を反映していますか。

※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。

第3表

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	0:00								<p>↑</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の平均的な1日の過ごし方を記載していますか。(起床、就寝、食事、服薬、排せつ等) ・日中独居の場合は、可能な限り家族の出勤時間、帰宅時間等の記載もあると望ましいです。 	
	2:00									
早朝	4:00									
	6:00	<p>・利用者によりわかりやすい形で記載していますか(色分け、文字の拡大等も可)。 ・第2表の「援助内容」に記載したサービスを、保険給付内外を問わず記載していますか。 ・第2表の「援助内容」の「頻度」と合っていますか。</p>								
午前	8:00									
	10:00									
午後	12:00									
	14:00									
夜間	16:00									
	18:00									
深夜	20:00									
	22:00	<p>・週単位以外のサービス(福祉用具)、各月に利用する短期入所等、及び医療機関等への受診状況、その他の外出やインフォーマルなサービスを記載していますか。</p>								
深夜	24:00									
週単位以外のサービス		<p>↓</p>								

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日

年 月 日

・会議に出席できないサービス担当者の所属・氏名、参加できない理由について記載していますか。
(他の書類で確認できる場合は、記載省略可。)

利用者名 _____ 殿 サービス開始前に開催していますか。 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
利用者・家族の出席 本人:【 】 家族:【 】 (続柄:) ※備考						
検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の開催目的が明確になっていますか。 ・検討する上で、テーマが明確になっていますか。 ・次の事項を記載していますか。 <ul style="list-style-type: none"> 会議に出席できないサービス担当者に照会した年月日、内容及び回答 やむを得ず担当者会議を開催しない場合は、その理由、サービス担当者に照会した年月日、内容及び回答、更新時における福祉用具貸与継続の必要性及び検討 					
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本表の「検討した項目」に対応する形で記載していますか。 ・サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等、具体的に記載していますか。 					※会議の要点を簡潔に記載
結論	<ul style="list-style-type: none"> ・テーマにあった結論になっていますか。 ・検討したことについて、結論が明確に記載されていますか。 					
残された課題 (次回の開催時期)	<ul style="list-style-type: none"> ・結論が出なかったことについては、その旨を記載していますか。 ・次の開催時期と方針が記載されていますか。 					

居宅介護支援経過表

作成年月日

年 月 日

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容

・介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（訪問、電話、FAX等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載していますか。

・サービス担当者との連携内容について記載していますか

・サービス事業者からの利用者に関する情報を記載していますか。

・作成者氏名を記載していますか。

・項目別に整理して記載していますか。

・サービス担当者会議を開催したことを記載していますか。

・月に一度、利用者宅を訪問し、モニタリングの結果を記載していますか。
(モニタリング表を別途作成していない場合は本表への記載でも可)

・モニタリング結果を次の居宅サービス計画に反映していることを記載していますか。

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	年 月 日	利用者確認	
被保険者番号						フリガナ 被保険者氏名				届出年月日	年 月 日		
生年月日	明・大・昭					要介護状態区分	支1 支2 1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額適用 期間	年 月から 年 月まで	前月までの 短期入所利用日数	日
	年 月 日	性別			変更後 要介護状態区分 変更日	支1 支2 1 2 3 4 5	年 月 日						

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

・本表に記載している内容が第2表、第3表にも位置付けられていますか。
 ・1部を利用者に交付し、控えを保管していますか。
 ・同意を得た後速やかに事業所に提供票を交付していますか。

サービス利用票別表・提供票別表

作成年月日 年 月 日

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	給付管理単位数	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/事業対象分	給付率(%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単位金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 全額負担分	
					率%	単位数															
・利用料、自己負担額の明細 ・事業所ごとの合計サービス単位数が、給付管理票の各事業所の給付計画単位数とあっていますか。 ・支給限度額を超える場合、そのサービスは必要なサービスですか。																					
			区分支給限度基準額(単位)	合計																	

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
				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

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和 3年 4月 1日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 那 塩 花 子 殿 生年月日 ○○年○○月○○日 住所 栃木県那須塩原市共墾社 108-2

居宅サービス計画作成者氏名 那須塩原 太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○○居宅介護支援事業所 栃木県那須塩原市共墾社一丁目 108

居宅サービス計画作成（変更）日 令和 3年 4月 1日 初回居宅サービス計画作成日 令和 3年 4月 1日

認定日 令和 3年 3月 1日 認定の有効期間 令和 3年 3月 1日 ~ 令和 4年 2月28日

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
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>(本人)・もっと自力で歩けるようになりたい。一人では入浴できず痒みがあるのでお風呂に入りたい。誰かと話したい。</p> <p>(家族)・自分でできるところは自分でしてほしい。歩く練習をお願いしたい。退院後、外に出る機会が減ってしまったので、楽しく過ごせる機会があるといい。(長男○○さん)</p> <p>・家族では入浴を手伝うことが難しいので、お風呂に入れてほしい。(長男妻△△さん)</p> <p>(分析結果)・主治医より、骨折後の身体状態と持病に問題はないが、痛みや体調の変化に注意するように指示が出ている。・入浴と移動については、当面介助が必要である。・一時は10m歩けるまで回復していたこと、本人も意欲があることから、リハビリにより歩行能力が改善する可能性がある。・交流や会話により楽しく過ごすことで、活動性が増す可能性がある。・家族は仕事をしているため、家族による介助はこれ以上増やすことができないので状況に応じた支援が必要である。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	記載なし
総合的な援助の方針	<p>・令和3年2月に筋力低下による転倒で骨折し歩行等が不安定です。持病等の体調の変化に気をつけ必要に応じて主治医に報告します。</p> <p>・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるように支援します。・介助や福祉用具の活用により転倒なく移動できるように支援します。</p> <p>・保清と保湿により痒みが軽減できるように支援します。・人と関わる機会を持てるように支援します。家族の仕事状況等によってはお泊り等の支援を検討します。</p> <p>【緊急連絡先】 長男妻△△さん携帯：000-0000-0000 勤務先：1111-11-1111 体の具合が悪くなった時 那塩内科医院：0287-12-3456</p>
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（ ）

第5表

居宅介護支援経過

利用者名 ○○ ○○ 様

居宅サービス計画作成者氏名



年月日	区分	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者家族の考え方
令和3年5月20日	モニタリング 自宅訪問	退院されてしばらくたちますが、自宅内の生活環境にも慣れてきて、食事は3回/1日・全量摂取され、体調も安定しています。通所リハビリでは近距離の歩行や立ち上がりの訓練を行っており、ご本人「最近前より動けるようになってきた気がする。」と話され、通所リハビリでの会話等も楽しみながら通われているようです。 ご本人・ご家族も今までのプランを希望されているため継続とする。ただし、ご家族の仕事の状況によっては短期入所の日数の増加等も検討する。 6月分利用票配布。	通所リハビリ○○さん 近距離の歩行等訓練を行っている。 今後も状態をみながら行っていきます。	長男妻△△さん 介護サービスを利用して在宅での生活が継続できてよかった。 今後仕事が忙しくなる時に家で一人になってしまう時間が増えるのが心配。
令和3年6月15日	モニタリング 自宅訪問	生活は落ち着いており、笑顔も見られています。 身体状況については膝関節は疼痛も残存しているものの様子に変わりはないようです。 ご本人「通所リハビリで入浴もできて体の痒みも減ってきた。ただ前みたいに自分一人で入れるようになりたい。」と笑顔で話される。 以前は立ち上がりも困難であったため動作には十分に注意していただくよう伝えた。 7月分利用票配布	○/○○-△/△まで、短期入所■■■ ■の利用を確認した。 各事業所に連絡確認した。	長男◇◇さん 仕事が忙しくなり○/○○～△/△まで出張で本人独居状態になってしまうため短期入所の利用日数を増やしたい。
令和3年7月5日	状況確認 長男妻へ電話	短期入所■■■での様子は落ち着いており、以前よりも利用日数が長いことが心配だったが、本人も楽しく過ごせた模様。通所リハビリにも励んでおられ、落ち着くまでは現状のとおり利用したいとのこと。		
令和3年7月20日	モニタリング 自宅訪問	短期入所■■■での生活も慣れてきて、職員さんと一緒に歩行や立ち上がり訓練などをおこなっているそうです。ご本人「お泊りだと誰かがいてくれるから安心できる」とのこと。食事もコンスタントに摂取されて、排便なども良好とのことです。 8月分利用票配布	□/□-□/□□は風症状の為に利用中止に。	長男妻△△さん 自宅でも定期的に清拭して皮膚の状況もいい。