

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 _____ 様 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 _____ 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 日

当該事業所で初めて居宅介護を受ける場合「初回」他の事業者または介護保険施設で居宅支援を受けていたら「紹介」過去に一度でも当該事業所で居宅介護支援を受けていたら「継続」

サービス提供前に作成されているか。

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

認定日は介護保険証で確認！！

- ・ 利用者や家族の生活に対する意向が明確に書かれていますか。
- ・ 利用者と家族の言葉は区分して記載していますか。
- ・ 関わりの強い別居家族などにも連絡を取り確認をしていますか。
- ・ 利用者や家族が話した言葉を活かしていますか。
- ・ 利用者と家族の意向が異なり、且つ秘匿している場合は介護支援経過に記載します。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

給付制限

介護保険証に記載がない場合は「特に記載なし」と書く。

統合的な援助の方針

- ・ 尊厳ある自立を目指した総合的な援助方針となっていますか。
- ・ 利用者や家族の意向が十分に反映され、ケアチームが目指す共通の方針となっていますか。
- ・ 地域の実情等を勘案した実現可能な方針となっていますか。
- ・ サービス担当者会議で話し合った上で書かれていますか。
- ・ 必要な緊急連絡先等は書かれていますか。

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は、その他に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。 判断した事情や理由は第2表に記載する。

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（

生活援助中心型の訪問介護を位置づける必要がある場合に○をつける

説明・同意日を記入、署名又は印が必要

居宅サービス計画書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 平成 年 月 日 氏名 印

利用者が主役です

利用者名

長期目標・短期目標の達成期限を決めることは計画としての基本です。目標の達成の目安となる期間を設定。概ね6か月～1年

計画書 (2)

短期目標達成の目安となる期間を設定。開始時期と終了時期を記載する。
概ね3か月～6か月

作成年月日 年 月 日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	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
<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に向けた適切なアセスメントを行っていますか。 アセスメントの結果に基づき生活全般の解決すべき課題が整理されていますか。 問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点です。 権利擁護の視点に立って記載していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 長期的に見て、総合的な援助の方針と一致していますか。 個々の解決すべき課題に対応して設定していますか。 短期目標が一つずつ解決できたゴール(結果)として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現で記載されていますか。 生活の目標になっていますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか。 ニーズによっては、一挙に達成しなければならない場合もあります。 モニタリングの際に達成度がわかるよう具体的な目標設定となっていますか。 課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」となっていますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標を達成するために必要な援助の内容となっていますか。 セルフケア、家族・インフォーマルな支援、保健・医療・福祉等のサービスが包括的に入っていますか。 利用者及び家族にわかりやすい表現で記載されていますか。 加算の対象になっているサービスを記載していますか。 訪問介護の身体介護と生活援助の内容を分けて記載していますか。 生活援助中心型を必要とする場合にはその旨を記載していますか。 福祉用具の種目を記載していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> ニーズに応じて自治体独自のサービスや権利擁護サービスも含まれていますか。 家族・インフォーマルの支援の記載はありますか。 訪問介護、通所介護、福祉用具貸与など正式なサービス名称を書いていますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標の達成を目指してサービス内容ごとに適切な頻度を設定していますか。 利用者や介護者の生活リズムに配慮していますか。 一定期間(週・日)内の回数、実施曜日を記載していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 正式な事業者名が書かれていますか。 家族の場合は、支援する人(例:妻、長女)を記入していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標の期間と連動していますか。 サービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載していますか。 		

※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。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 早朝	4:00								<ul style="list-style-type: none"> 利用者や介護者の1日の平均的な日常生活の様子（起床・就寝・食事・排泄・入浴・昼寝等）を記載する。 利用者本位の計画書となっているか。 日中独居の場合家族の出勤時間、帰宅時間を記載していますか。
	6:00	<ul style="list-style-type: none"> 第2表に掲げられたサービスが、介護保険内外を問わず記載されていますか。 サービスは具体的な名称を記載していますか。 介護保険以外の家族や地域住民の支援、インフォーマルサービス等を記載していますか。 夜間・深夜・早朝や土日のサービスが、利用者や介護者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。 							
8:00									
10:00									
午前	12:00	配食サービス							
	14:00	訪問介護 (13:00-15:00)							
	16:00								
午後	18:00			長男入浴見守り			長男入浴見守り		
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
深夜	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	2週間に1回の通院（科別）・短期入所・福祉用具貸与（種目）等月単位や隔週で提供されるサービス名をと頻度を記載。
------------	---

所属は正式名称で記載して
いますか。職種は漏れて
いませんか

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名

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

累積回数
です。

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	<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。 参加者に理解できるように明確に記載されていますか。 検討する項目ごとに番号を入れていますか。 			<p>医師の参加が不可能でも照会をしていたら〇〇医師(照会)と記載していますか。</p>		
検討内容	<ul style="list-style-type: none"> 医師の照会内容が記載されていますか。 テーマにあった内容が検討されていますか。 福祉用具貸与の検討もされていますか。 上記の番号すべての内容を検討していますか。 					
結論	<ul style="list-style-type: none"> テーマにあった結論となっていますか。 検討した結論が明確に記載されていますか。 上記の番号すべてに結論を出していますか。 					
残された課題 (次回の開催時期)	<ul style="list-style-type: none"> 未充足ニーズとその理由(社会資源の不足など)についての記載はありますか。 結論が出なかったものは、その旨を記載してありますか。 次の開催時期と方針が記載されていますか。 					

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	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 要支援 1 2 3 4 5 変更後 要介護状態区分 変更日 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 日

欄外に同意
日を記載

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	
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															

第3表の「週間サービス計画表」に記載されて
いるサービスの種類と、この「サービス利用
票」に記載されているサービスの種類及び曜日
等の整合性を確認します。