

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 お客様 一郎 殿 生年月日 昭和10年10月10日 住所 神奈川県横浜市神奈川区栄町1-1-1

居宅サービス計画作成者氏名 ケアマネ 一郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 NCC支援事業所 神奈川県横浜市神奈川区栄町9-9-9

居宅サービス計画作成(変更)日 平成20年2月19日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 平成20年2月1日 認定の有効期間 平成20年2月1日 ~ 平成21年1月31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	本人： 「妻が亡くなり家事に困っているので訪問介護で援助を受けたい」 「肩から手の先にかかえてしびれと痛みがあり、何とかしたい」 「視力障害があるので、郵便物が読めない。市役所などの手続きもできない為、助けてほしい」	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし。	
総合的な援助の方針	引き続き訪問介護サービスを利用していただき、一人暮らしの生活に不自由がないように応援します。 特に、視力が低下している事で、不自由になっている郵便物のチェックや市役所の手続きなどを、訪問介護でお手伝いします。 体調不良については、お子さんと相談し、症状が軽減し、安心して暮らせるよう病院受診を介助します。	
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 ()	
下記の項目について介護支援専門員より説明を受けました。	説明・同意日	年 月 日
① 居宅サービス計画(1)(2)について、説明を受け、同意しました	利用者署名・捺印	印
② 介護保険サービス等に対するサービス種類や内容の説明を受けました		
③ 様々なサービス事業者から選択できることの説明を受け、自分で事業者の選択をしました		

居宅介護支援介護給付費明細書

平成	1	9	年	1	2	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---

公費負担者番号																			
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	所在地	〒 2 2 1 - 0 0 5 7						
	事業所 名称	居宅支援事業所 1													横浜市神奈川区青木町 1 - 1 - 1													
	連絡先	電話番号 0120-111-2222																										
	単位数単価	1 0 0 0 (円/単位)																										

項番	被保険者																			請求計算														
1	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	(フリガナ)	キョクマ イロウ							サービス コード	4	3	2	1	1	1
	公費受給者番号														氏名	お客様 一郎							単位数											
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和													性別	1. 男 2. 女								請求 金額	1 0 0 0 0									
	要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														認定 有効期間	平成 1 9 年 1 0 月 1 日 から 平成 2 0 年 4 月 3 0 日 まで								1 0 0 0 0									
	担当介護支援 専門員番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成 1 9 年 5 月 1 日							摘要				
2	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	キョクマ ジロウ							サービス コード	4	3	2	1	1	1
	公費受給者番号														氏名	お客様 次郎							単位数	1 0 0 0 0										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和													性別	1. 男 2. 女								請求 金額	1 0 0 0 0									
	要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														認定 有効期間	平成 1 9 年 1 2 月 1 日 から 平成 2 0 年 5 月 3 1 日 まで								1 0 0 0 0									
	担当介護支援 専門員番号	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成 1 9 年 6 月 1 日							摘要				
	被保険者番号														(フリガナ)								サービス コード											
	公費受給者番号														氏名									単位数										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和													性別	1. 男 2. 女							請求 金額											
	要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														認定 有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																	
	担当介護支援 専門員番号														サービス計 画作成依頼 届出年月日		平成 年 月 日							摘要										
	被保険者番号														(フリガナ)								サービス コード											
	公費受給者番号														氏名									単位数										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和													性別	1. 男 2. 女							請求 金額											
	要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														認定 有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																	
	担当介護支援 専門員番号														サービス計 画作成依頼 届出年月日		平成 年 月 日							摘要										
	被保険者番号														(フリガナ)								サービス コード											
	公費受給者番号														氏名									単位数										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和													性別	1. 男 2. 女							請求 金額											
	要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														認定 有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																	
	担当介護支援 専門員番号														サービス計 画作成依頼 届出年月日		平成 年 月 日							摘要										

ケアプランチェックシート

2007/12～2007/12

担当ケアマネージャ: ケアマネ 一子

横浜営業所

項番	お客様氏名	新・更・変 申請日	訪問日	アセスメント	1～3表作成 (原案は除く)	担当者会議 照会開催	利用者交付	事業者交付	モニタリング	備考
1	お客様 01	新 更 変								
2	お客様 02	新 更 変								
3	お客様 03	新 更 変								
4	お客様 04	新 更 変								
5	お客様 05	新 更 変								
6	お客様 06	新 更 変								
7	お客様 07	新 更 変								
8	お客様 08	新 更 変								
9	お客様 09	新 更 変								
10	お客様 10	新 更 変								
11	お客様 11	新 更 変								
12	お客様 12	新 更 変								

介護ソフト介舟ファミリー: <http://www.ofours.com/kaishu/>

提供票送付チェックシート

平成19年11月

担当ケアマネージャ: ケアマネ 一子

横浜営業所

項番	公費負担	お客様氏名	認定期間	要介護状態区分	訪問日	提供票送付チェック				連絡先	備考	
1	12	お客様 01	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221 浦島町1-2-3 0120-1111-2222	
2		お客様 02	H19.9.1~ H20.3.31	要介護2		横浜サービス事業所					大口仲町	
3		お客様 03	H19.9.1~ H20.3.31	要介護3		横浜サービス事業所					〒221-0865 片倉1-2-3	
4	12	お客様 04	H19.9.1~ H20.3.31	要介護4		横浜サービス事業所					〒221-0042 浦島町1-2-3	
5		お客様 05	H19.9.1~ H20.3.31	要介護5		横浜サービス事業所					〒221-0042 浦島町1-2-3	
6		お客様 06	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221-0003 大口仲町1-2-3	
7		お客様 07	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221-0046 神奈川本町1-2-3	
8		お客様 08	H19.9.1~ H20.3.31	要介護3		横浜サービス事業所					〒221-0002 大口通1-2-3	
9		お客様 09	H19.9.1~ H20.3.31	要介護4		横浜サービス事業所					〒221-0024 恵比須町1-2-3	
10		お客様 10	H19.9.1~ H20.3.31	要介護5		横浜サービス事業所					〒221-0003 大口仲町1-2-3	
11		お客様 11	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221-0002 大口通	
12		お客様 12	H19.9.1~ H20.3.31	要介護2		横浜サービス事業所					〒221-0024 恵比須町	
13		お客様 13	H19.9.1~ H20.3.31	要介護3		横浜サービス事業所					〒221-0062 浦島丘	
14		お客様 14	H19.9.1~ H20.3.31	要介護4		横浜サービス事業所					〒221-0014 入江	
15		お客様 15	H19.9.1~ H20.3.31	要介護5		横浜サービス事業所					〒221-0024 恵比須町	
16		お客様 16	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221-0055 大野町	
17		お客様 17	H19.9.1~ H20.3.31	要介護2		横浜サービス事業所					〒221-0032 出田町	
18		お客様 18	H19.9.1~ H20.3.31	要介護3		横浜サービス事業所					〒221-0831 上反町	
19		お客様 19	H19.9.1~ H20.3.31	要介護4		横浜サービス事業所					〒221-0057 青木町	
20		お客様 20	H19.9.1~ H20.3.31	要介護5		横浜サービス事業所					〒221-0842 泉町	
21		お客様 21	H19.9.1~ H20.3.31	要介護1		横浜サービス事業所					〒221-0865 片倉	

介護ソフト介舟ファミリー <http://www.ofours.com/kaishu/>

居宅サービス計画書(2)

利用者名 お客様 一郎 殿

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	期間
家事のサポートを受けながら、在宅生活を継続したい。	できない部分は援助を受けながら家事を継続できます。	H19.08.01 ～ H20.01.31	家事をする意欲が出てきます。	H19.08.01 ～ H19.10.31	調理・掃除などできる部分は行っていただくよう促し、見守ります。	○	訪問介護 本人	A事業所 本人	週3回 週3回	H19.08.01 ～ H19.10.31
しびれや痛みを心配することなく暮らしたい。	症状の悪化を防ぎ、痛みが軽減します。	H19.08.01 ～ H20.01.31	しびれや痛みの原因を詳しく検査することで、治療方法が見つかります。	H19.08.01 ～ H19.10.31	精密検査を行い、原因と治療方法判断します。		定期受診	P病院	隔週	H19.08.01 ～ H19.10.31
					定期的に通院し、治療を継続します。		本人	本人	隔週	
					通院時の介助をします。	○	訪問介護	B事業所	隔週	
視力障害があるが、できるだけ不自由なく生活したい。	不自由さを感じないで生活できます。	H19.08.01 ～ H20.01.31	困った時のサポートを求めることができます。	H19.08.01 ～ H19.10.31	郵便物のチェック、市役所などの手続きを代行を行います。	○	訪問介護	S事業所	週3回	H19.08.01 ～ H19.10.31
					外出時の介助をします。		ガイドヘルパー	F訪問介護事業所	必要時	
安全に自宅で入浴したい。	安心して自宅で入浴できます。	H19.08.01 ～ H20.01.31	浴槽へ出入りをしやすくし、事故を防ぎます。	H19.08.01 ～ H19.10.31	シャワーチェアを提供します。	○	特定福祉用具販売	R福祉用具事業所	早々	H19.08.01 ～ H19.10.31
					浴室に手すりを設定します。	○	住宅改修	R福祉用具事業所	早々	
					入浴中に危険のないよう、見守り介助を行います。	○	訪問介護	S事業所	週3回	

※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。

介護ソフト介舟ファミリー: <http://www.ofours.com/kaishu/>

利用者名 お客様 一郎 殿

週間サービス計画表

	04:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜 早朝	04:00								
	06:00								
	08:00								起床
午前	10:00	身体介護		身体介護	身体介護	身体介護			朝食
	12:00		配食				訪問入浴介護		
	14:00	身体介護		身体介護	身体介護	身体介護		身体介護	昼食
午後	16:00								
	18:00								夕食
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
	02:00								
深夜	04:00								

週単位以外のサービス 訪問看護指導、移送サービス

利用者名 お客様 一郎 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 スタッフ 一郎

開催日 平成20年2月20日

開催場所 お客様 一郎様宅

開催時間 14:00 ~ 15:00

開催回数 2

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	訪問看護	訪看 一郎				
	訪問介護	訪介 一郎				
	介護支援専門員	介護 一郎				
検討した項目	1. 現在の状態確認 2. 目標達成度 3. 先日の介護事故について 4. 本人の要望について					
検討内容	1. この頃起きている時間が長く、買い物にも行きたいと言っている。 2. 調理をしたい様子。簡単なことなら出来るのではないか。 3. カテーテルが入っているとどうしても動けないのではないか。					
結論	1. (金)を1時間から1時間30分へ変更(訪問介護)。調理を一緒に行うを追加。 2. 排泄方法は主治医に確認。					
残された課題	バルーンカテーテル抜去についての検討。その後の排泄方法について主治医と相談。					
(次回の開催時期)						

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

作成年月日 平成20年11月13日

利用者名 お客様 一郎 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 スタッフ 一郎

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	担当ヘルパーさんが休みのため参加できません。
-------------------------------------	------------------------

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
横浜事業所	平成19年10月25日	居宅サービス計画に対する意向。 サービスがスタートした現在の状態。 目標達成の見通しについて。	回答者 一郎 (サービス提供者)	平成19年11月10日	1. ご主人も帰ってこられて安心した様子。もう少し様子を見ます。 2. すぐに洗面所で手を洗いたいとか歯磨きをしたい等、希望があったので対応し、すでに報告済み。 本人の意欲は高いです。

※ 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。

介護ソフト介舟ファミリー:

<http://www.ofours.com/kaishu/>

居宅介護支援経過

利用者名 お客様 一郎 殿

居宅サービス計画作成者氏名 スタッフ 一郎

年月日	内 容	年月日	内 容
平成20年2月1日	本人宅で、本人・娘と一緒に介護予防サービス計画を作成し、同意を得られたため、同日にTセンターに連絡。口腔機能向上教室と栄養教室の日程を確認した。両教室同時参加の調整が必要なため、後日Tセンターにて担当者会議を開催することになり、娘にも参加をお願いして、本人と一緒に出席することを決めた。		本人の様子を聞くと、「久しぶりの健診で緊張した。一緒に受けている人がみな元気そうで、毎年受けていると自慢していたのでまだまだ自分も負けられないと思った」と話していた。
平成20年3月11日	担当者会議開催 時間:午後1時半～2時半 参加者:本人・娘・保健師・A歯科衛生士・B管理栄養士 検討テーマ:①目標の確認と方法の共有②日程や内容の調整 検討結果:①本人が主体的に体力向上に取り組めるよう、本人の好みや方法を取り入れて行うことが確認された。栄養教室は、生活機能評価後に参加する。口腔機能向上教室は歯科医師が講義と個別相談を行う予定である。 今後の予定:それぞれの教室での指導内容・アセスメント内容などは個別の計画や介護予防手帳等で確認し、必要に応じて担当保健師に連絡を取るようにする。口腔機能向上教室は、3か月後に終了予定。栄養教室は6か月後に終了予定。		

介護ソフト介舟ファミリー:

<http://www.ofours.com/kaishu/>

給付管理票総括票

平成20年3月提出分

作成区分	① 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成（保険者番号： ） 3. 介護予防支援事業所作成										
居宅介護/ 介護予防 支援事業所	事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	事業所名	居宅支援事業所A									
	所在地連絡先	0120-111-2222									

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス/ 介護予防サービス給付管理票	新規分	2 枚	2 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス/ 介護予防サービス給付管理票	新規分	15 枚	14 件
		修正分	7 枚	7 件
		取消分	5 枚	5 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

介護ソフト介舟ファミリー： <http://www.ofours.com/kaishu/>

給付管理票（平成20年3月分）

保険者番号										保険者名									
1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	横浜市									
被保険者番号										被保険者名									
1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	フリガナ 林ヶ谷マゴロウ お客様 五郎									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大・昭 20年2月2日					男・女					要支援1・2 経過的要介護・要介護1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
35830 単位/月					平成19年11月					～					平成20年8月				

作成区分															
① 居宅介護支援事業者作成 2 被保険者自己作成 3 介護予防支援事業者作成															
居宅介護／介護予防 支援事業所番号					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
担当介護支援専門員番号					4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名					居宅支援事業所A										
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先					入間郡三芳町藤久保2-4-12 0120-111-2222										
委託 した 場合		委託先の支援事業所番号													
		介護支援専門員番号													

居宅サービス・介護予防サービス																	
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)									指定／基準該当／ 地域密着型 サービス識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
事業所・介護	1	0	0	0	0	0	0	0	1	指定・基準該当・ 地域密着	訪問介護	1	1	2	0	1	0
事業所・介護	1	0	0	0	0	0	0	0	1	指定・基準該当・ 地域密着	訪問看護	1	3	4	1	5	2
事業所・介護2	1	0	0	0	0	0	0	0	4	指定・基準該当・ 地域密着	通所介護	1	5	3	0	3	0
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
										指定・基準該当・ 地域密着							
合計												9	1	9	2		

保 険 者
(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 20年 3月 17日

事業所番号	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
請求事業所	名称	居宅支援事業所 1												
	所在地	〒 2 3 1 - 0 0 1 2 神奈川県横浜市中区相生町1-1-1												
	連絡先	電話番号 0120-1111-1111												

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額	
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等												
居宅介護支援・ 介護予防支援	1	800	8,576	8,576	/	/	/	/	/	/	/	/
合計	1	800	8,576	8,576								

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	800	8,576	8,576	/	/	/
10 感染症 37条の2					/	/	/
21 障自・通院医療					/	/	/
15 障自・更生医療					/	/	/
19 原爆・一般					/	/	/
51 特定疾患等 治療研究					/	/	/
57 障害者・支援措置(経過措置)					/	/	/
81 被爆者助成					/	/	/
86 被爆体験者					/	/	/
87 有機ヒ素・緊急措置					/	/	/
88 水俣病総合対策 メチル水銀					/	/	/
66 石綿・救済措置					/	/	/
58 障害者・支援措置(全額免除)					/	/	/
25 中国残留邦人等					/	/	/
合計				8,576			0