

ユビキタスネット社会における
新たな地域 ICT サービスの実現に関する調査事業

那智勝浦町 介護ネットワークサービス

調査報告書

参考資料 介護保険サービス帳票

平成19年 3月

株式会社 日立製作所

<参考資料>

本調査で参考とした介護帳票を以下に示す。

なお、介護予防の帳票に関しては、標準的な様式が規定されていない。那智勝浦町では、「地域包括支援センター業務マニュアル」に掲載されている推奨様式を使用している。

- ① 居宅介護サービス計画書(1)
- ② 居宅介護サービス計画書(2)
- ③ 週間サービス計画書
- ④ サービス提供票
- ⑤ サービス提供票 別表
- ⑥ 介護予防サービス・支援計画書

①居宅サービス計画書(1)

第1表		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 _____ 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 _____ 年 月 日			
認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
利用者及び家族の介護に対する意向	_____ _____ _____		
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	_____ _____ _____		
統合的な援助の方針	_____ _____ _____ _____		
家事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 (_____)		

②居宅サービス計画書(2)

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
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										

※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。

③週間サービス計画書

第3表		週間サービス計画表							
利用者名		股							
		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								
	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

④サービス提供票

平成 年 月分 サービス提供票										居宅介護支援事業者→サービス事業者																											
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">観定済 申請中</div>																																					
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																									
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	要支援 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																											
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																																		
			日付	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	合計 回数		
			曜日																																		
			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																																		

⑤サービス提供票 別表

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	施設支給限度基準を超える単位数	施設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	費用総額 (保険対象分)	割引率 (%)	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										

種類別支給限度管理

サービス種類	施設支給限度基準額 (単位)	合計単位数	施設支給限度基準を超える単位数	サービス種類	施設支給限度基準額 (単位)	合計単位数	施設支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所1nd7アクション			
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1nd7アクション				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	実績利用日数

⑥介護予防サービス・支援計画表

介護予防サービス支援計画表																										
No. _____											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									
利用者名 _____ 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日																										
計画作成者氏名 _____											委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____															
計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日) 年 月 日											担当地域包括支援センター： _____															
目標とする生活																										
1日												1年														
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画																			
							目標についての支援のポイント	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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間														
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.	1.	()																			
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.	2.	()																			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3.	3.	3.	3.	()																			
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()																			
健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健康結果、経過結果等を踏まえた留意点				【本来自らへき支援が実施できない場合】 適切な支援の実施に向けた方針				総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント																		
基本チェックリストの該当した項目数 / (質問項目数) を記入して下さい 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい											地域包括支援センター		【意見】		計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>運動不足</td> <td>栄養改善</td> <td>口腔ケア</td> <td>閉じこもり予防</td> <td>物忘れ予防</td> <td>うつ予防</td> </tr> <tr> <td>予防給付 または 地域支援事業</td> <td style="text-align: center;">/5</td> <td style="text-align: center;">/2</td> <td style="text-align: center;">/3</td> <td style="text-align: center;">/2</td> <td style="text-align: center;">/3</td> <td style="text-align: center;">/5</td> </tr> </table>														運動不足					栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	予防給付 または 地域支援事業	/5	/2
	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防																				
予防給付 または 地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5																				

このページは空白です