

「電子同意」の対象となる帳票

■ 居宅介護支援

出力帳票名	頁
居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)	2
サービス利用票(兼居宅サービス計画)・サービス利用票別表	5
介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)	7

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 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 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 1 ・ 要支援 2 ・ 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	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
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（ ）

〔同意欄〕 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。 同意日 年 月 日 氏名 (印)

利用者名 様

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

※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 様

年 月分 より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
午後	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								
週単位以外のサービス									

[illegible]

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 単価金額	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														
福祉用鵜貸与 レンタル富士	0987128487	車いす貸与(遊歩フレンド)	171001	2000			1	2000	2000											
		(福祉用具貸与)						(2000)	(2000)				2000	10.00	20,000	90	18,000		2,000	
ふじヘルパーステーション	1100000001	身体介護1	111111	244			9	2196	2196											
ふじヘルパーステーション	1100000001	生活援助3	117311	220			17	3740	3740											
		(訪問介護)						(5936)	(5936)				5936	10.00	59,360	90	53,424		5,936	
フジケア	2344232666	通所介護 I 43	152348	796			9	7164	7164											
フジケア	2344232666	通所介護サービス提供体制加算Ⅱ	156100	18			9	(162)												
フジケア	2344232666	通所介護科学的介護推進体制加算	156361	40			1	40	40											
フジケア	2344232666	通所介護処遇改善加算Ⅰ	156108				1	(435)												
		(通所介護)						(7801)	(7204)				7204	10.27	80,116	90	72,104		8,012	
			区分支給限度 基準額(単位)		27048		合計	15140	15140			0	15140		159,476		143,528		15,948	0

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			

利用者負担総額(概算)

介護サービス利用者負担	15,948円
保険対象分	15,948円
公費対象分	0円
利用者負担(全額負担分)	円
全額自己負担	円
その他実費等	円

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
0	0	0

当月の利用者負担 合計	15,948円
-------------	---------

No. _____

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

本人氏名： _____ 様 認定年月日： _____ 年 月 日 認定の有効期限： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援 1・要支援 2

事業対象者

計画作成者氏名： _____ 委託の場合：計画作成事業者・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(民間サービス)	介護保険サービス 又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無										
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無										
健康管理について		☐ 有 ☐ 無										

健康状態について
☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できていない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病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)を記入してください
地域支援事業の場合は必要な事業プログラム枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動 不足	栄養 改善	口腔内 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

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。

年 月 日

氏名