

居宅介護（介護予防）サービス 計画の自己作成について

対馬市役所 保健部 長寿介護課
2025 年 8 月 1 日

目次

1. 居宅介護(介護予防)サービス計画について-----	p, 2
2. ケアプラン（居宅介護サービス計画）の自己作成について【要介護認定者】-----	p, 2
3. ケアプラン（介護予防支援計画）の自己作成について【要支援認定者】-----	p, 21
4. その他の注意事項-----	p, 29

1. 居宅介護（介護予防）サービス計画について

要介護認定を受けた方は、居宅介護支援事業所を選んで、居宅介護（介護予防）支援専門員（以下、ケアマネジャーと標記）に居宅介護（介護予防）サービス計画（以下、ケアプランと標記）を作成してもらいます。

このケアプランは被保険者自身やその家族等で作成することも可能です。

以下は、ケアプランを自己作成する際の手続き等についてご説明します。何かご不明な点等がありましたら、対馬市までご連絡ください。

2. ケアプラン（居宅介護サービス計画）の自己作成について【要介護認定者】

（1）ケアプラン自己作成の流れ

ケアプランを自己作成し、介護サービスを利用する場合の手順は次のとおりです。

- ① 対馬市へ相談します。
- ② 居宅サービス計画自己作成届出書を対馬市へ提出します。----- p, 4
- ③ 要介護（支援）認定者の身体状況等について、フェイスシートに記入します。
- ④ フェイスシートで整理した情報をもとに、ケアプランの原案を作成します。
- ⑤ 原案に基づきサービス事業者とサービス担当者会議を開催します。併せて、サービス事業者へ利用の予約等を行います。
- ⑥ サービス事業者との決定事項をふまえて、ケアプランの本案を作成します。
- ⑦ 本案を対馬市に提出します。
- ⑧ 提出された内容について、対馬市が確認後、ケアプランを作成者へお返しします。
- ⑨ サービス事業所との本契約を行い、サービス利用を開始します。
- ⑩ サービスを利用した翌月 5 日までに、サービスを利用した実績を対馬市へ報告します。
- ⑪ 報告された実績に基づいて、対馬市が給付管理を行います。
※給付管理とは、サービス利用をした月の利用実績を国民健康保険団体連合会に報告することです。

※ 翌月以降もサービス利用を希望する場合は、（2）《次回以降》に示す資料の提出をお願いします。

※ 利用サービスの変更等、ケアプランの内容に変更があった場合は、再度③からの手順で変更する必要があります。

(2) 要介護認定者の提出書類

提出資料については次のとおりです。

《初回》

① フェイスシート(7枚)-----	p, 5
② 居宅サービス計画書(1)-----	p, 12
③ 居宅サービス計画書(2)-----	p, 13
④ 週間サービス計画表-----	p, 14
⑤ サービス担当者会議の要点-----	p, 15
⑥ サービス提供票(事業所毎)・・・注1-----	p, 16
⑦ サービス提供別表(事業所毎)・・・注2-----	p, 17
⑧ サービス利用票兼居宅サービス計画(全体)・・・注3-----	p, 18
⑨ サービス利用票別表(全体)・・・注4-----	p, 19

《次回以降》

① 居宅介護支援経過(モニタリング含む)-----	p, 20
② サービス提供票(事業所毎)・・・注1	
③ サービス提供別表(事業所毎)・・・注2	
④ サービス利用票兼居宅サービス計画(全体)・・・注3	
⑤ サービス利用票別表(全体)・・・注4	

注1) サービス事業毎に作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、それぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。)

注2) サービス事業毎に単位計算を行い作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算してそれぞれに1枚ずつ、計2枚作成します。)

注3) 全体のサービスで作成する資料です。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、1ヶ月の利用予定を1枚に作成します。)

注4) 全体のサービスで単位計算し作成する資料です。(例えば、訪問介護と福祉用具貸与を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算し、月額利用分を1枚に記載します。)

様式第 24 号(第 24 条関係)

対馬市居宅サービス・介護予防サービス計画自己作成届出書

		区 分									
		新規・変更・終了									
フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名		個人番号									
		生年月日									
		年 月 日									

対馬市長 様

居宅サービス等計画を自己作成することを届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所

電 話 番 号

氏名

※届出の提出者が本人でない場合記入

提出 代 行 者	氏名	(関係 :)									
	住所	〒 電話番号									

- (注) 1 新規又は変更の届出をする場合は、サービス利用票と併せて提出してください。
- 2 給付管理を変更(サービス提供事業者の変更、サービスを受ける回数の変更等)するときは、必ず対馬市に届け出てください。届出のない場合は、介護保険居宅サービス等に係る費用の全額を立て替えていただくことがあります。

フェイスシート

①基本情報

アセスメント実施日 令和 年 月 日

本人氏名			男 ・ 女	年齢	M T S	年 月 日生(歳)	
住 所	〒				電話番号(自宅)		
					携帯電話		
緊急連絡先	氏名			男 ・ 女	年齢(歳)	続柄()	
	住所					電話番号(自宅)	
					携帯電話		
要介護認定	済 ➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					認定日	年 月 日
	未(見込み) ➡ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
身障手帳	☐ 有 ☐ 無	等級	種 級		交付日	年 月 日	
療育手帳	☐ 有 ☐ 無	程度			交付日	年 月 日	
精神障害者 保健福祉手帳	☐ 有 ☐ 無	等級	級		交付日	年 月 日	
障害福祉サービス 受給者の有無	☐ 有 ☐ 無	自立支援医療 受給者証の有無	☐ 有 ☐ 無	障害支援区分→()			

■これまでの生活の経過(主な生活歴)

--

②家族構成と介護状況

家 族 構 成 図			家族の介護状況・課題		
(例)					
女性=○ 男性=□ 本人=◎、回 死亡=●、■ 同居= 分かれれば横に年齢を記載					
氏 名 (主たる介護者には※)	続 柄	同別居	就労の状況	健康状態等	特記事項 (自治会、ボランティア等社会的活動)
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			
男・女		同・別			

■インフォーマルな支援活用状況（親戚、近隣、友人、同僚、ボランティア、民生委員、自治会等の地域の団体等）

支援提供者	活用している支援内容	特記事項

本人が受けたい支援／今後必要となると思われる支援	支援提供者	特記事項

③サービス利用状況

在宅利用（直近月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は現在、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6ヶ月の品目数を記載）			
☐ 訪問介護（ホームヘルプサービス）	月	回	☐ （介護予防）特定施設入居者生活介護
☐ （介護予防）訪問入浴介護	月	回	☐ （介護予防）福祉用具貸与
☐ （介護予防）訪問看護	月	回	☐ 特定（介護予防）福祉用具販売
☐ （介護予防）訪問リハビリテーション	月	回	☐ 住宅改修
☐ （介護予防）居宅療養管理指導	月	回	☐ 夜間対応型訪問介護
☐ 通所介護（デイサービス）	月	回	☐ （介護予防）認知症対応型通所介護
☐ （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月	回	☐ （介護予防）小規模多機能型居宅介護
☐ （介護予防）短期入所生活介護（特養等）	月	日	☐ （介護予防）認知症対応型共同生活介護
☐ （介護予防）短期入所療養介護（老健・診療）	月	日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
☐ （介護予防）訪問入浴介護	月	回	
☐ 配食サービス	月	回	☐ 生活支援員の訪問（日常生活自立支援事業）
☐ 洗濯サービス	月	回	☐ ふれあい・いきいきサロン
☐ 移動または外出支援	月	回	☐ 市町村特別給付 []
☐ 友愛訪問	月	回	☐
☐ 老人福祉センター	月	回	☐
☐ 老人憩いの家	月	回	☐
☐ ガイドヘルパー	月	回	☐
☐ 身障／補装具・日常生活用具（			☐
直近の入所・入院	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設（介護医療院） ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）		☐ 医療機関（医療保険適用療養病床） ☐ 医療機関（療養病床以外） ☐ その他の施設
		施設・機関名 所在地 〒 電話番号	

制度利用状況	年金	☐ 老齢関係 → () ☐ 障害関係 → () ☐ 遺族・寡婦 → ()	健康保険	☐ 国保 ☐ 組合健保 ☐ 国公共済 ☐ 私立学校共済 ☐ 後期高齢者医療	☐ 協会けんぽ（旧・政管健保） ☐ 日雇い ☐ 地方共済 ☐ 船員
	☐ 恩給		☐ 労災保険 → ()		
	☐ 特別障害者手当		その他	☐ () ☐ () ☐ ()	
	☐ 生活保護				
	☐ 生活福祉資金貸付				
	☐ 高齢者住宅整備資金貸付				
	☐ 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）				
	☐ 成年後見制度 ⇨ ☐ 成年後見 ☐ 保佐 ☐ 補助				
	成年後見人等 ()				

④住居等の状況

☐ 1戸建て ☐ 集合住宅 賃貸・所有・社宅等・公営住宅・その他()				家屋(居室を含む)見取り図 ※段差には▲を記入		
居室等の状況	ア. ☐ 専用居室あり ☐ 専用居室なし イ. ☐ 1階 ☐ 2階 ☐ その他()階 ⇒ エレベーター ☐ 有 ☐ 無 ウ. ☐ 布団 ☐ ベッド⇒ ☐ 固定式 ☐ ギャッチ ☐ 電動 ☐ その他()					
	エ. 陽あたり ☐ 良 ☐ 普通 ☐ 悪 オ. 暖房 ☐ あり ☐ なし カ. 冷房 ☐ あり ☐ なし					
トイレ	ア. ☐ 和式 ☐ 洋式 ☐ その他() イ. 手すり ☐ あり ☐ なし ウ. トイレまでの段差 ☐ あり ☐ なし		移動手段	福祉機器 ☐ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()		
	ア. ☐ 自宅にあり ☐ 自宅になし イ. 手すり ☐ あり ☐ なし ウ. 浴室までの段差 ☐ あり ☐ なし			福祉機器 ☐ 使用している ☐ 使用していない ↓使用している場合 ☐ 車いす ☐ 電動車いす ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他()		
浴室						
諸設備	調理器具	☐ ガス ☐ IH	暖房器具	☐ ガス ☐ 電気 ☐ 灯油 ☐ その他()		
【周辺環境・立地環境・その他住居に関する特記事項】						

⑤本人の健康状態・受診等の状況

既往歴・現症				障害等の部位	
※要介護状態に関係がある既往歴および現症				(正面) (背面)	
身長	cm	体重	kg		
歯の状況	☐ 歯あり ☐ 歯なし ☐ 総入れ歯 ☐ 局部義歯 ⇒6-②生活機能(食事・排泄等)				
【特記事項】(病気やけが、障害等に関わる事項。改善の可能性等)					
主治医からの指導・助言事項。視力障害、聴力障害、麻痺、関節の動き、褥瘡、その他皮膚疾患(以上要介護認定項目)、外傷、内部障害、言語障害、動悸、息切れ、便秘、尿失禁、便失禁、摂食嚥下障害、口腔(炎症・痛み・出血・口臭・虫歯・不良義歯等)に留意のこと。					

現在の受診状況(歯科含む)

病 名				
薬の有無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
受診状況	発症時期 ※主治医意見書を参考に記入			
	受診頻度	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期	☐ 定期(週・月 回) ☐ 不定期
	受診状況	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診	☐ 通院 ☐ 往診
受診病院	医療機関			
	診療科			
	主治医			
	連絡先	☎	☎	☎
受診方法 留意点等				
【 特記、生活上配慮すべき課題など 】				

⑥本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細

◎ 6-①基本(身体機能・起居)動作		※麻痺・・・自力で動かすことができない。(上げ下ろし、曲げ伸ばし) ※拘縮・・・自力では動かせないが、他者が動かすことができる。(上げ下ろし、曲げ伸ばし)	
1-1	麻痺等(複数可)	☐ なし ☐ 左上肢(腕) ☐ 右上肢(腕) ☐ 左下肢(足) ☐ 右下肢(足) ☐ その他	
1-2	拘縮(複数可)	☐ なし ☐ 肩関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ その他	
1-3	寝返り	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる(ベッド柵、布団等) ☐ できない	
1-4	起き上がり	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる(ベッド柵、布団等) ☐ できない	
		体位変換(寝返り)介助	☐ 有 ☐ 無 起居(体を起こす)動作 ☐ 有 ☐ 無
1-5	座位保持	☐ できる ☐ 自分の手で支えればできる ☐ 支えてもらえばできる(背もたれ等) ☐ できない	
1-6	両足での立位	☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる(手すり等) ☐ できない	
1-7	歩行	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる(杖、手すり、自分の膝等) ☐ できない	
1-8	立ち上がり	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる(手すり、家具等) ☐ できない	
1-9	片足での立位保持	☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる(手すり等) ☐ できない	
1-10	洗身	☐ 介助されていない ☐ 自分でも行うが所々介助が必要 ☐ 全て介助者が洗う ☐ 行っていない 準備・後始末介助 ☐ 有 ☐ 無 移乗移動介助 ☐ 有 ☐ 無 洗髪介助 ☐ 有 ☐ 無 清拭・部分浴 ☐ 有 ☐ 無 褥瘡・皮膚疾患の対応 ☐ 有 ☐ 無	
1-11	つめ切り	☐ 介助されていない ☐ 自分で行うが何らかの介助が必要(準備、切る、後始末) ☐ 全て介助者が切る	
1-12	視力	☐ 普通(日常生活に支障がない) ☐ 約1m先の物は見える ☐ 目の前に置いた物は見える ☐ ほとんど見えない ☐ 見えているのか判断不能 眼鏡使用 ☐ 有 ☐ 無 コンタクト使用 ☐ 有 ☐ 無	
1-13	聴力	☐ 普通 ☐ 普通の声がやっと聞き取れる ☐ かなり大きな声なら何とか聞き取れる ☐ ほとんど聞こえない ☐ 聞こえているのか判断不能 補聴器使用 ☐ 有 ☐ 無 電話対応 ☐ 可 ☐ 不可	
1-14	関節の動き(複数可)	☐ なし ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他	
【 特記・解決すべき課題など 】(6-①に関する特記)			

● 6-②生活機能(食事・排泄等)

2-1 移乗 (椅子等に移り移る行為)	☐ 介助されていない ☐ 見守る程度 ☐ 手をひく、体の一部を支える等 ☐ 介助者が抱える		
2-2 移動	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 体を支える、手を添える等 ☐ 途中から(まで)介護者が歩行器、車いすを押す ☐ 介助者が常時、車いす等を押す等		
2-3 えん下	☐ できる ☐ うまく飲み込めない、喉につまることがある等 ☐ できない		
2-4 食事	☐ 介助されていない ☐ 皿の位置を変えるなど声かけを行う ☐ 途中から(まで)食べさせる、スプーンに乗せるなど一部を介助 ☐ 介助者が全て介助する 主食 ☐ 普通食 ☐ 粥 ☐ 経口栄養 ☐ 経管栄養 ☐ その他() ☐ はし ☐ スプーン 副食 ☐ 普通食 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ その他() ☐ 自助具 ☐ その他		
2-5 排尿	☐ 介助されていない ☐ 声かけ・指示が必要 ☐ 動作の一部に介助を要する ☐ 全介助 準備・後始末介助 ☐ 有 ☐ 無 移乗移動介助 ☐ 有 ☐ 無 尿意 ☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿収器 ☐ 導尿 ☐ おむつ		
2-6 排便	☐ 介助されていない ☐ 声かけ・指示が必要 ☐ 動作の一部に介助を要する ☐ 全介助 準備・後始末介助 ☐ 有 ☐ 無 移乗移動介助 ☐ 有 ☐ 無 便意 ☐ 有 ☐ 時々 ☐ 無 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差し込み便器 ☐ おむつ ☐ 摘便 ☐ 浣腸		
2-7 口腔清潔	☐ 介助されていない ☐ 歯磨き中の見守り・指示・一部介助 ☐ 全介助		
2-8 洗顔	☐ 介助されていない ☐ 洗顔中の見守り・指示・準備等 ☐ 全介助(介助者がおしぼりで拭く等)		
2-9 整髪	☐ 介助されていない(自ら手櫛で整える等) ☐ 櫛を渡す等 ☐ 全介助		
2-10 上衣の着脱	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ等 ☐ 動作の一部に介助を要する ☐ 全介助		
2-11 ズボン等の着脱	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ等 ☐ 動作の一部に介助を要する ☐ 全介助		
2-12 外出頻度	☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満		
2-13 飲水摂取	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ等 ☐ 一部介助(水を渡す等) ☐ 全介助・経管栄養等		
【 特記・解決すべき課題など 】			

● 6-③認知機能

※選択肢 「ときどきある」⇒(月1回以上) 「ある」⇒(週1回以上)

3-1 意思の伝達	☐ 意思を他者に伝達できる ☐ ときどき伝達できる ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない		
3-2 毎日の日課を理解する	☐ できる ☐ できない		
3-3 生年月日や年齢を答える	☐ できる ☐ できない		
3-4 直前の記憶(短期記憶)	☐ できる ☐ できない		
3-5 自分の名前を答える	☐ できる ☐ できない		
3-6 今の季節を理解する	☐ できる ☐ できない		
3-7 自分のいる場所を答える	☐ できる ☐ できない		
3-8 徘徊	☐ ない ☐ ときどきある ☐ ある		
3-9 外出すると戻れない(迷子)	☐ ない ☐ ときどきある ☐ ある		
3-10 介護者の発言への反応	☐ ない ☐ ときどきある ☐ ある		
【 特記・解決すべき課題など 】			

●6-④精神・行動障害

※選択肢「ときどきある」→(月1回以上) 「ある」→(週1回以上)

4-1	被害妄想(物を盗られたなど)	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-2	作話をする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-3	感情が不安定になる	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-4	昼夜逆転	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-5	しつこく同じ話をする	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-6	大声を出す	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-7	介護に抵抗する	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-8	落ち着きがない(「家に帰る」等)	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-9	外に出たがり目が離せない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-10	物を集める、無断で持ってくる	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-11	物を壊す、衣類を破く	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-12	ひどい物忘れ	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-13	独り言や独り笑い	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-14	自分勝手な行動	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-15	話がまとまらない、会話にならない	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-16	幻視、幻聴	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-17	暴言、暴力	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-18	目的なく動き回る	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-19	火の始末、管理	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-20	不潔行為	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
4-21	異食行為	☐ ない	☐ ときどきある	☐ ある
【 特記・解決すべき課題など 】				

●6-⑤社会生活(への適応)力

5-1	薬の内服	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ・薬や水を準備する等 ☐ 全介助
5-2	金銭の管理	☐ 介助されていない ☐ 見守り・指示、自分で少額管理 ☐ 誰かが全て管理
5-3	日常の意思決定	☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる(治療方針など日頃と異なること) ☐ 日常的に困難 ☐ できない
5-4	集団への不適応	☐ ない ☐ ときどきある ☐ ある
5-5	買い物	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ・指示 ☐ 依頼・商品の選択、支払い等の一部に介助を要する ☐ 介助者が全て行う
5-6	簡単な調理	☐ 介助されていない ☐ 見守り・声かけ ☐ 調理の一部を介助する ☐ 調理しない
5-7	電話の利用	☐ 自立 ☐ 一部介助(介助者が番号を押し受話器を渡す等) ☐ 介助者が全て対応する
5-8	日中の活動(生活)状況等	☐ よく動いている ☐ 座っていることが多い ☐ 横になっていることが多い
5-9	家族・居住環境・社会参加の状況などの変化	☐ ある ☐ ない
【 特記・解決すべき課題など 】※家族、近親者、友人、知人、地域近隣との交流の有無など		

●6-⑥医療・健康関係

※記載日から14日以内、継続的に行ったものについて記載する

処置内容	1. 点滴の管理	☐ 有 ☐ 無	具体的内容 ☐ 体温・血圧・脈等のチェック ☐ 定期的な病状観察 ☐ 内服薬 ☐ 坐薬（緩下剤、解熱剤等） ☐ 眼・耳・鼻等の外用薬の使用等 ☐ 温・冷あん法 湿布調布等 ☐ 注射 ☐ 吸引 ☐ 吸入 ☐ 自己注射（インスリン療法） ☐ 経管栄養法 ☐ 中心静脈栄養法 ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸法 ☐ 気管カニューレ管理 ☐ 自己導尿 ☐ 自己腹膜灌流 ☐ 膀胱留置カテーテル管理 ☐ 人工肛門、人工膀胱管理
	2. 中心静脈栄養	☐ 有 ☐ 無	
	3. 透析	☐ 有 ☐ 無	
	4. ストーマ（人工肛門の処置）	☐ 有 ☐ 無	
	5. 酸素療法	☐ 有 ☐ 無	
	6. レスピレーター（人工呼吸器）	☐ 有 ☐ 無	
	7. 気管切開の処置	☐ 有 ☐ 無	
	8. 疼痛の看護	☐ 有 ☐ 無	
	9. 経管栄養	☐ 有 ☐ 無	
特別な対応	10. モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）	☐ 有 ☐ 無	
	11. じょくそうの処置	☐ 有 ☐ 無	
	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）	☐ 有 ☐ 無	

●1日のスケジュール

	本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること (好み)	必要な援助		本人の生活リズム	①本人が自分でしていること ②したいと思っていること (好み)	必要な援助
4				16			
5				17			
6				18			
7				19			
8				20			
9				21			
10				22			
11				23			
12				24			
13				1			
14				2			
15				3			

【特記事項及びまとめ】

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	
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（ ）

居宅サービス計画書（２）

利用者名 殿

[illegible]

※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

利用者名 殿

	0 : 00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	2 : 00								
	4 : 00								
	6 : 00								
早朝	8 : 00								
午前	10 : 00								
	12 : 00								
	14 : 00								
午後	16 : 00								
	18 : 00								
	20 : 00								
夜間	22 : 00								
深夜	24 : 00								

週単位以外
のサービス

サービス担当者会議の要点

利用者名 殿 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						
検討内容						
結論						
残された課題						
(次回の開催時期)						

認定済・申請中

令和 年 月 分 サービス提供票

居宅介護支援事業所→サービス事業所

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	令和 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	令和 年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分	1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額		単位／月	限度額適用 期間	令和 年 月から 令和 年 月まで	前月までの 短期入所利用 日数		日
				変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5 令和 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	福祉用具貸与の場合のみ		日付	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
			用具名称 (機種名)	TAIS・ 届出コード		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	
						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																																

作成年月日 年 月 日

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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

第6表

認定済・申請中

令和 年 月分 サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

居宅介護支援事業所→利用者

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	令和 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	令和 年 月 日	
生年月日	明・大・昭		性別	男・女	要介護状態区分	1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5	単位／月	限度額適用 期間	令和 年 月から	前月までの 短期入所利用 日数	日
	年 月 日				令和 年 月 日	令和 年 月まで								

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	福祉用具貸与の場合のみ		日付	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
			用具名称 (機種名)	TAIS・ 届出コード		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	
						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																																

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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			

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数		

居宅介護支援経過

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名[illegible]

3. ケアプラン（介護予防支援計画）の自己作成について【要支援認定者】

（１）ケアプラン自己作成の流れ

ケアプランを自己作成し、介護サービスを利用する場合の手順は次のとおりです。

- ① 地域包括支援センターに相談します。
- ② 居宅サービス計画自己作届出書を対馬市へ提出します。-----p, 4
- ③ 基本情報シート、アセスメントシート、チェックシートを記入します。
- ④ ③で整理した情報をもとに、ケアプランの原案を作成します。
- ⑤ 原案に基づきサービス事業者とサービス担当者会議を開催します。併せて、サービス事業者へ利用の予約等を行います。
- ⑥ サービス事業者との決定事項をふまえて、ケアプランの本案を作成します。
- ⑦ 本案を地域包括支援センターに提出します。
- ⑧ 提出された内容について、地域包括支援センターが確認後、ケアプランを作成者へお返しします。
- ⑨ サービス事業所との本契約を行い、サービス利用を開始します。
- ⑩ サービスを利用した翌月 5 日までに、サービスを利用した実績を包括支援センターへ報告します。
- ⑪ 報告された実績に基づいて、地域包括支援センターが給付管理を行います。
※給付管理とは、サービス利用をした月の利用実績を国民健康保険団体連合会に報告することです。

※ 翌月以降もサービス利用を希望する場合は、下の（２）《次回以降》に示す資料の提出をお願いします。

※ 利用サービスの変更等、ケアプランの内容に変更があった場合は、再度③からの手順で変更する必要があります。

（２）要支援認定者の提出書類

提出資料については次のとおりです。

《初回》

- ① 利用者基本情報（２枚）----- p, 23
- ② アセスメントシート----- p, 25
- ③ 基本チェックリスト----- p, 26
- ④ 介護予防サービス・支援計画表 ----- p, 27
- ⑤ サービス担当者会議の要点

- ⑥ サービス提供票（事業所毎）・・・注 1
- ⑦ サービス提供別表（事業所毎）・・・注 2
- ⑧ サービス利用票兼居宅サービス計画（全体）・・・注 3
- ⑨ サービス利用票別表（全体）・・・注 4

《次回以降》

- ① 居宅介護予防支援経過（モニタリング含む）-----p, 28
- ② サービス提供票（事業所毎）・・・注 1
- ③ サービス提供別表（事業所毎）・・・注 2
- ④ サービス利用票兼居宅サービス計画（全体）・・・注 3
- ⑤ サービス利用票別表（全体）・・・注 4

注 1）サービス事業毎に作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、それぞれに 1 枚ずつ、計 2 枚作成します。）

注 2）サービス事業毎に単位計算を行い作成する資料であり、ケアプランの自己作成者がサービス事業所毎に提出するものです。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算してそれぞれに 1 枚ずつ、計 2 枚作成します。）

注 3）全体のサービスで作成する資料です。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、1 ヶ月の利用予定を 1 枚に作成します。）

注 4）全体のサービスで単位計算し作成する資料です。（例えば、介護予防訪問介護と介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、サービスごとに単位数を計算し、月額利用分を 1 枚に記載します。）

利用者基本情報

作成担当者： _____

《基本情報》

相談日		来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前)	
把握経路				
本人の現況	在宅 ・ 入院または入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男 ・ 女	生 () 歳	
住所			Tel	
			Fax	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度			
	認知症高齢者の日常生活自立度			
認定情報	認定期限： ～ 前回の介護度 ()			
障害等認定	身障 () ・ 療育 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()			
本人の 住居環境	自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室 (有 %階% 階 ・ 無) ・ 住宅改修 (有 ・ 無)			
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居 (有 ・ 無) 要介護者との同居世帯 高齢者のみ(合算140歳以上) 家族関係等の状況 	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	%現生活%						
現在の生活 状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技			
					時間	本人	介護者・家族
					友人・地域との関係		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 その他	
			TEL	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

--

氏名
印

対馬市 アセスメントシート

氏名

運動・移動について	1	(イスからの) 立ち上がり	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	特記・課題等
	2	何もつかまらずに歩く (5m)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
		5M の道幅を5秒で渡りきる	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	3	片足立ち (1秒)	1) できる 2) つかまれば可能 3) できない	
	4	外出 日用品を買う店まで	1) 行ける (手段) 2) 誰かに頼む 3) 行けない	
		手段 病院に行くときは	1) 行ける (手段) 2) 付き添いあり 3) 行けない	

日常生活(家庭生活)について	5	食事回数	1) 3食/日 2) 2食/日 3) 1食/日 4) その他 (食/日)	特記・課題等
	6	調理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	7	掃除	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	8	洗濯	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	9	ごみ出し	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	10	買い物	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	
	11	金銭管理	1) できる 2) 行っていないが能力はある 3) 一部出来る 4) できない	

社会参加・対人関係について	12	1日誰と過ごす事が多いか	1) 家族・友人 2) ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度 (通院以外)	1) 回/週 2) ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度	1) 回/週 2) ほとんどない	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1) 気にしている 2) 気にならなくなった	
	16	情緒が不安になることの有無	1) ない 2) 情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1) ない 2) 一人になることが不安である	

健康管理について	18	医師からの運動制限	1) ない 2) 運動を制限されている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1) ない 2) 注意を受けている	
	19	定期受診	1) ある 2) ない	
	20	現在の健康状態	1) よい 2) まあまあよい 3) 普通 4) あまりよくない 5) よくない	
	21	睡眠の状態	1) 良く眠れる 2) 眠れないことがある (睡眠薬 有・無)	
	22	服薬管理の状況	1) 指示通り飲む 2) 指示があれば飲む 3) できない	
	23	一人で洗身	1) できる 2) 何とかできる 3) できない	
	24	一人で浴槽をまたぐ	1) できる 2) 何とかできる 3) できない	
	25	口腔機能の状況	1) 問題なし 2) 硬い物が食べにくい 3) よくむせる 4) 口が渇く 5) 義歯が合わない	
	26	歯の手入れ (義歯を含)	頻度 (回/日・週・月) ・方法 ()	

物忘れ等について	27	会話がまとまらない	1) いいえ 2) はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1) いいえ 2) はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1) できる 2) 迷う 3) 難しい	
	30	火の始末は心配ですか	1) 心配ない 2) 心配している 3) 消し忘れの経験あり	
	31	悪徳商法への注意	1) 注意している 2) 注意していない 3) 被害経験あり	

基本チェックリスト

利用者番号： _____

記入日： 令和 年 月 日（ ）

氏名		様	住所		生年月日	
希望するサービス内容						
No.	質問項目				回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか				0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか				0. はい	1. いいえ
3	預貯金のおし入れをしていますか				0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい	0. いいえ
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか				1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない				1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする				1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

複数項目	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	該当
#	5	2	3	NO 16	3	5	非該当

介護予防サービス・支援計画表

No.

利用者名様

認定年月日

認定の有効期間

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

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（初回作成日）

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間

健康状態について
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援ができない場合】
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(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。
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。

	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						

地域包括支援センター	【意見】	
	【確認印】	

計画に関する同意
介護予防サービス支援計画表に同意します。

年 月 日

氏名

印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

殿

計画作成者氏名

[illegible]

4. その他の注意事項

- (1) 初回提出時からサービス内容を変更する場合、又は要介護（支援）認定の更新時は、
《初回》提出資料を変更し提出してください。
- (2) 保険者の審査（チェック）は、被保険者の身体状況等を基に、ケアプランの内容及び
単位計算のチェック等を行うため、1～2週間かかることがあります。また、書類等
に不備があった場合は再提出が必要です。
- (3) 保険者の確認を受けることなくサービスを利用された場合には、給付ができません。
また、初回確認を受けた後に、ケアプランの変更等を行った場合についても、その都
度保険者の確認が必要となります。

ご不明な点等がありましたら、必ず保険者（対馬市）へ確認を行ってください。

問い合わせ先

保健部 長寿介護課（地域包括支援センター）

対馬市豊玉町仁位 380 番地

TEL 0920-58-1118