

【記入例1：介護保険更新、プラン見直しの場合】

通所型サービス確認シート

(更新申請 プラン見直し 新規)

氏名： 香川 さぬき
生年月日： M T S 23 年 11 月 14 日
担当事業所： 地域包括支援センター中央 担当者：高松 中市

受付日	令和 6 年 2 月 10 日
プラン開始日	令和 6 年 3 月 1 日
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者
担当：地域包括支援センター・サブセンター	<input checked="" type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 仏生山 <input type="checkbox"/> 山田 <input type="checkbox"/> 勝負 <input type="checkbox"/> 香川 <input type="checkbox"/> 牟礼 <input type="checkbox"/> 国分寺

① 疾病により歩行に支障があり送迎がないとサービス利用ができない

認定調査結果の「障害高齢者の自立度」のランクが「A2」以上

A2以上 該当なしだが従前相当サービスが必要 自立～A1

② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられる

認定調査結果の「認知症高齢者の自立度」のランクが「Ⅱa」以上

Ⅱa以上 該当なしだが従前相当サービスが必要 なし～Ⅰ

③ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがある

主治医意見書等により、疾病の記載が確認できること

記載あり 該当なしだが従前相当サービスが必要 記載なし

④ 通所介護サービス利用にあたり、日常生活動作のうち、「入浴」「排せつ」「更衣」のいずれかにおいて見守りなどが必要

認定調査結果の「洗身」が「一部介助」以上 「排尿・排便」が「見守り等」以上 「上着の着脱・ズボン等の着脱」が「見守り等」以上

該当項目あり 該当なしだが従前相当サービスが必要 該当項目なし

従前相当サービスが必要と判断した理由（記載は必須）

独居。3か月前に夜間、トイレに行こうとして転倒。右肩骨折し、入院して手術を行う。右腕が肩までしか挙上しないため、洗髪、背中洗身に介助が必要。通所介護にて洗髪や洗身の一部介助の必要があると思われる。

①～④の状態像の目安の項目のうち、当てはまるものに「」にチェックを入れ、判断した理由を記載する。

※該当ありの場合でもアセスメントした状況について必ず記載してください。

事務処理

<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	A・B・C
ケア小会議（ 月	
地域ケア小会議での対応（従前相当サービス）	
<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	<input type="checkbox"/> サービスA・B・C

通所型サービス確認シート
 (更新申請 プラン見直し 新規)

氏名： 瀬戸 内海
 生年月日： M T S 9 年 1 月 26日
 担当事業所： 地域包括支援センター中央 担当者：高松 市子

受付日	令和 6 年 2 月 10 日
プラン開始日	令和 6 年 3 月 1 日
区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者
担当：地域包括支援センター・サブセンター	<input checked="" type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 仏生山 <input type="checkbox"/> 山田 <input type="checkbox"/> 勝負 <input type="checkbox"/> 香川 <input type="checkbox"/> 牟礼 <input type="checkbox"/> 国分寺

① 疾病により歩行に支障があり送迎がないとサービス利用ができない

認定調査結果の「障害高齢者の自立度」のランクが「A2」以上

<input checked="" type="checkbox"/> A2以上	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なしだが従前相当サービスが必要	<input type="checkbox"/> 自立～A1
--	---	--------------------------------

② 日常生活に支障をきたすような認知症が認められる

認定調査結果の「認知症」

<input type="checkbox"/> II a以上	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし～I
---------------------------------	-------------------------------	--

③ 精神疾患等の疾病があり、環境の整備により、日常生活に支障をきたす恐れがある

主治医意見書等により、疾病の経過が記載されている

<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 該当なしだが従前相当サービスが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 記載なし
-------------------------------	--	--

④ 通所介護サービス利用にあたり、日常生活動作のうち、「入浴」「排せつ」「更衣」のいずれかにおいて見守りなどが必要

認定調査結果の「洗身」が「一部介助」以上
 「排尿・排便」が「見守り等」以上
 「上着の着脱・スボン等の着脱」が「見守り等」以上

<input type="checkbox"/> 該当項目あり	<input checked="" type="checkbox"/> 該当なしだが従前相当サービスが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 該当項目なし
---------------------------------	---	--

事業対象者には外部提供情報がないので、①～④の項目に沿って計画作成担当者がアセスメントを行い、左右のどちらかにチェックを入れる。

従前相当サービスが必要と判断した理由（記載は必須）

医療機関は受診していない。
 独居。転倒を繰り返し、下肢筋力の低下が見られる。室内では柱や手すりなどにつかまって移動し、しっかりとしたものに寄りついて立ち上がっている。浴槽のまたぎは過去に浴槽で転倒したことがあり不安が強く、浴槽に入れない。転倒のリスクが高く、移動時の手引き・浴槽のまたぎの際の体幹の支えが必要と思われる。

※アセスメントした状況について必ず記載してください。

事務処理欄

アセスメント結果	
<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターサービスA・B・C (個別サービス)
ケア小会議 (月 日) 出席者：	
地域ケア小会議での合意形成（利用するサービス）	
<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	<input type="checkbox"/> サービスA・B・C

【記入例3：訪問型サービス 事業対象者の場合】

訪問型サービス確認シート
 更新申請 プラン見直し 新規

氏名： 瀬戸 内海
 生年月日： M T S 9年 1月 26日
 担当事業所： 地域包括支援センター中央 担当者：高松 市子

受付日	令和 6 年 2 月 10 日
プラン開始日	令和 6 年 3 月 1 日
区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者
担当：地域包括支援センター・サブセンター	<input checked="" type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 仏生山 <input type="checkbox"/> 山田 <input type="checkbox"/> 勝賀 <input type="checkbox"/> 香川 <input type="checkbox"/> 牟礼 <input type="checkbox"/> 国分寺

① 入浴や排せつ等、身体介護が必要		
認定調査結果の「障害高齢者の自立機能」		
<input checked="" type="checkbox"/> A2以上	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input type="checkbox"/> 自立～A1
② 日常生活に支障をきたすようである		
認定調査結果の「認知症高齢者の自立機能」		
<input checked="" type="checkbox"/> II a以上	<input type="checkbox"/> 該当なし	<input checked="" type="checkbox"/> なし～I
③ 精神疾患等の疾病があり、ヘルパーの交代が困難な恐れがある		
主治医意見書等により、疾病の記載が確認できること		
<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 該当なしだが従前相当サービスが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 記載なし
④ 一時的に身体介護が必要		
退院直後や骨折の治療中等 (*最大3か月ごとに訪問モニタリングにて必要性を見直す)		
<input type="checkbox"/> 該当項目あり	<input type="checkbox"/> 該当なしだが従前相当サービスが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 該当項目なし

事業対象者には外部提供情報がないので、①～④の項目に沿って計画作成担当者がアセスメントを行い、左右のどちらかにチェックを入れる

従前相当サービスが必要と判断した理由（記載は必須）

医療機関は受診していない。独居。転倒を繰り返し、下肢筋力の低下が見られる。室内では柱や手すりなどにつかまって移動し、しっかりとしたものに取り付けて立ち上がっている。浴槽のまたぎは過去に浴槽で転倒したことがあり不安が強く、浴槽に入れない。転倒のリスクが高く、移動時の手引き・浴槽のまたぎの際の体幹の支えが必要と思われる。

※アセスメントした状況について必ず記載してください。

事務処理欄	
アセスメント結果	
<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	<input type="checkbox"/> 地域ケア小会議 (個別サービス利用検討) A・B・C
ケア小会議 (月 日) 出席者：	
地域ケア小会議での合意形成 (利用するサービス)	
<input type="checkbox"/> 従前相当サービス	<input type="checkbox"/> サービスA・B・C