**作成年月日　　　　年　　月　　　日**

 **居宅サービス計画書（１）**

第１表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**作成年月日　平成　　年　　月　　　日**

**居宅サービス計画書（２）**

第２表

　　利用者名　　　　　　　　　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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。

作成年月日　　　　　年　月　　日

第３表

**週間サービス計画表**

　　利用者名　　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月から

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:0010:008:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 | 14:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22:0024:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 深夜 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 週単位以外のサービス |  |
|  |

作成年月日　　　年　　　月　　　日

第４表

**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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会議出席者利用者・家族の出席本人：【　　】家族：【　　】（続柄：　　　）※備考 | 所 属(職種) | 氏　名 | 所 属(職種) | 氏　名 | 所 属(職種) | 氏　名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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) |  |

**居宅介護支援経過**

第５表

利用者名　　　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　居宅サービス計画作成者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 項　目 | 内　　　　容 | 年月日 | 項　目 | 内　　　　容 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |