

見本

第1表

居宅サービス計画書 ( 1 )

作成年月日 年 月 日

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
●利用者と家族が、支援を受けながらどのように生活していきたいかを記載します。
●利用者と家族の意向は、分けて記載します。家族の意向は、家族の「誰」の意向か記載します。
●発した言葉をそのまま記載します。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定
●認定審査会が、居宅サービス計画に対する意見及びサービスを指定した時は、介護保険証から転記します。

総合的な援助の方針
●利用者を含むケアチームが目指す共通の方針を記載します。
●利用者や家族が望む生活をめざし、自ら積極的に取り組むことができるように記載します。
●サービス担当者会議で話し合ったうえで記載します。
●第2表の長期目標を統合化した内容になるよう記載します。
●緊急連絡先や、サービス提供上の留意事項は、この欄に記載します。
●生活援助中心型(訪問介護)を算定する場合に記載します。

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( )

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

第2表

見本

居宅サービス計画書（2）

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

作成年月日 \_\_\_\_\_

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												
<p>●肯定的な表現で分かりやすくシンプルな内容を記載します。</p> <p>●本人の望む生活を実現できるための課題を記載します。</p>	<p>●概ね1年後のゴールとして、具体的にどのような生活が実現できるのかをイメージできるような表現にします。</p> <p>●達成可能な目標とします。</p>		<p>●長期目標を達成するための具体的な活動の目標にします。</p> <p>●本人や家族が具体的にどんな取り組みをするかも記載します。</p>		<p>●短期目標を達成するために必要なサービス内容を記載します。</p> <p>●本人の取り組みや家族の取り組みも記載します。</p> <p>●サービス事業所が提供するサービス・加算なども記載します。</p> <p>●主治医等の専門家から示された留意事項があれば、記載します。</p>		<p>●正式な名称を記載する。</p> <p>●介護保険、医療や市町村が実施する施策、地域の取り組みなども含みます。</p> <p>介護保険サービスは※1の欄に○をつけます。</p> <p>●本人・家族の取り組みは、「本人」、「家族」等と記載します。</p>				<p>●短期目標期間と同じ期間を記載します。</p>											

※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。

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。	説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------	--------	---

第3表

見本

# 週間サービス計画表

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

作成年月日 年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								<p>●本人の主な日常生活の様子を記載します。 いつ起床し、日中はどのように過ごし、いつ就寝するか、食事はいつ摂取するか等。</p>
	6:00								
早朝	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								
夜	4:00								

- 第2表のサービスや支援を、週間予定表として記載します。
- 介護サービス利用の内容・曜日・時間を1時間単位で記載します。
- 配食サービスなど、介護保険外のサービスも利用している場合は、記載することで一週間の様子がわかります。

福祉用具貸与・特定福祉用具購入  
通院・地域の活動など、週単位以外の内容を記載します。

週単位以外のサービス