**居宅サービス計画書（１）**作成年月日　　　　年　　　月　　　日

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**居宅サービス計画書（２）**

第２表

作成年月日　　　年　　　月　　　日

　　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。