

暫定

居宅サービス計画書 (1)

暫定でサービスを利用開始するまでに必ず作成する

令和5年3月1日

認定済・申請中

利用者名 _____ 年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成 _____

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 令和5年3月1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 _____
見込みの介護度を入れる

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 (_____)
暫定のサービスを利用開始するまでに暫定プランの内容に同意を得る

※居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し、計画の交付を受けました。

年 月 日 氏名 _____

代筆者 氏名 _____ (続柄 _____)

居宅サービス計画書（2）

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
家族に迷惑をかけるないように、トイレで排泄したい。	1人で排泄ができるようになる。	R5.3.1 ~ R6.2.29	1人で起き上がり・立ち上がりができる。	R5.3.1 ~ R5.5.31	特殊寝台のギャシアップ機能、手すりを使い起き上がる。	○	福祉用具貸与	◇◇レンタル	毎日	R5.3.1 ~ R5.5.31
			トイレまで約1.0mを1人で移動できる。	R5.3.1 ~ R5.5.31	手すりにつかまり立ち上がる。	○	福祉用具貸与	◇◇レンタル	毎日	
					杖を使いトイレまで移動する。	○	福祉用具貸与	◇◇レンタル	毎日	R5.3.1 ~ R5.5.31
					下肢筋力の維持・向上のため、リハビリを行う。	○	通所リハビリ	◎◎デイケア	週1回	

※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。