訪問介護・予防訪問介護　計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護事業所 | 計画作成者（サービス提供責任者） | 作成年月日 | 年　 　月 　 日 |
|  |  |
| 利用者氏名 | 男・女 | 住　所 |  |
| 連絡先 |  |  | 主介護者 | （続柄：　　） |
| 要介護度 | 要介護（　　　　） | 認定有効期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |
| 要支援（　　　　） | 介護保険証原本確認日 | 平成　　年　　月　　日 | 確認者 |  |
| 居宅介護支援事業所 |  | 介護支援専門員 |  |
| 予防訪問介護サービス提供の期間 | 平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日 |

**【援助目標】**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者及び家族の希望 | （本人） |
| （家族） |
| 解決すべき課題 |  |
| 援助目標 | 長期目標 |  |
| 短期目標 |  |

**【援助内容】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | サービスの項目 | サービスの具体的内容 | 所要時間 | 留意事項・特記事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【町田市推奨版】

**【週間計画表】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 週間計画 |  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |

以上、訪問介護計画書に基づきサービス提供を行います。訪問介護計画書の説明を致しました。

平成　　年　　月　　日

サービス提供責任者

訪問介護計画書の説明を受け、援助内容に同意致します。

平成　　年　　月　　日

本　　人　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代理人・家族（続柄）　　　　　　　　　　　（　　　　）㊞

**【評価】**

|  |  |
| --- | --- |
| 評価期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |
| サービスに対する利用者・家族の評価 | サービス全体に対する満足度 | 　1.満足　　2.やや満足　　3.やや不満　　4.不満 |
| 利用者の変化 | 　1.良くなった　　2.変化なし　　3.悪くなった |
| 主介護者の変化 | 　1.良くなった　　2.変化なし　　3.悪くなった |
| 介護環境の変化 | 　1.良くなった　　2.変化なし　　3.悪くなった |
| 短期目標 | 実施状況 | 達成状況 | 本人家族の満足度 | 今後の方針 |
|  | 1.実施されている2.実施されてない事がある3.実施されていない | 1.効果がみられる2.目立った変化なし3.悪化している | 1.満足されている2.やや満足されている3.不満である | 1.継続する2.中止する3.変更する |
| 短期目標 | 実施状況 | 達成状況 | 本人家族の満足度 | 今後の方針 |
|  | 1.実施されている2.実施されてない事がある3.実施されていない | 1.効果がみられる2.目立った変化なし3.悪化している | 1.満足されている2.やや満足されている3.不満である | 1.継続する2.中止する3.変更する |
| サービス全体の適正度 | 1.適正　　　2.検討を要する　　3.適正とはいえない |
| サービスの要望 | 1.あり　　　2.なし　　　　　　3.その他 |
| (特記事項) |

**【実施状況及び評価の説明】**

サービスの実施状況及び評価（上記）について、利用者又はその家族に説明を致しました。

平成　　年　　月　　日

　　　　　　サービス提供責任者

【町田市推奨版】