

理想的な介護サービス計画作成において、課題分析として足りない項目は何か

項目	
MDS方式	MDSは生活歴が長い期間で把握しにくい
MDS方式	MDSは在宅復帰に関する内容が不足
MDS方式	MDSに体重減少項目はあるが、増加項目がないのが気になった
MDS方式	MDSでは問題点・ニーズが抽出しづらい
MDS方式	便秘については、社会福祉士会、三団体ではスムーズにアガったが、MDSでは向精神薬関係としかアがらなかった
MDS方式	服薬は、三団体方式では「服薬面での問題等」として自己管理の不可、配薬後確実に服用できるか等が記入できるが、MDSでは「与薬」の項目しかなく不十分
介護福祉士会方式	介護福祉士会方式のように記述が多いとあらゆる方面から観察できてよい
三団体方式	三団体方式は、在宅として使うには住環境が不足しているという意見もあるが、障害の程度によって何が問題かわかるため個別に対応できる
三団体方式	三団体方式は、経験と力量により介護サービス計画作成に違いが出てくると考えられる
三団体方式	三団体方式は、特記事項が多く力量により大きく影響される疾患についてはチェック項目が少ない、既往や予想される疾患について問題が見つけにくい
三団体方式	精神的な不安から生じていると思われるような問題に対して、三団体方式では調査者に委ねられているような面もあり、アセスメント項目が無いのが気になった
三団体方式	気分は、MDSでは大きく取り上げられているが、三団体方式では項目として足りない
三団体方式・社会福祉士会方式	三団体、社会福祉士会方式では、問題点、ニーズの優先目標が自然に導き出された
社会福祉士会方式	社会福祉士会方式は、アセスメント内容が多すぎて時間がかかった
社会福祉士会方式	社会福祉士会方式は、心理面、性格面、気分、感情面を抽出する項目が欠けているよう
社会福祉士会方式	社会福祉士会方式は、心理面がやや薄いと感じた
社会福祉士会方式	社会福祉士会方式は、かなり時間を要し、今後介護保険制度で使うとなると、もう少し簡素
全社協方式	全社協方式の「希望」欄は本人・家族のニーズがひとめでわかるのでよい
全社協方式	全社協方式の社会生活意欲の状態や介護者の状況等が不足
全体	権利擁護の項目は今後重要
全体	生活歴や趣味なども大切な情報
全体	1人でやらなければならない人の状況がわかりやすく出てくる項目が必要
全体	それぞれ利用者の現状がチェック項目ごとにチェックするのでそれなりに必要なケアサ-
全体	ADLがどのアセスメントでもアがっているが、能力レベル(機能レベル)をきちんと評価する項目として上げているアセスメント票はない
全体	どんな些細な情報でも必要がないということはない
全体	アセスメントの違いを知る、慣れるという意味では勉強になった
全体	ターミナルケア情報は訪問看護方式にはあったが他にはなく、在宅で終末期を希望したときには在宅での看護介護サービスができないのでは、在宅サービス支援につながる虐待や家族とうまくいっていないなどの項目はどれにも入れてほしい
全体	現在の問題点が問題・課題としてアがってくるが、問題だけでなくもう少し何かをしたら自立できるのではということもプランに入れた方がよい
全体	在宅支援を推進して行くには、主介護者の状況についてのアセスメント項目は必要だと思
全体	施設版の介護サービス計画は、多少の違いはあってもだいたい似たようなものになった
全体	どのアセスメント票も必要と思われるものを項目として上げているため、足りないものと考えても思い浮かばないが、家族の要望、希望、本人の生活歴は詳しく文章で書ける部分が
全体	チェック票に番号や記号をチェックするだけでは状況は漠然としてしまい、全体の把握をするときに後で見直しても具体的な内容が思い浮かばなかった
全体	施設版の三つの方式ではだいたい同じ様な計画書になった
全体	生活の活性化についての項目があればよい
全体	本人家族の意向、心理面の状況、終末期の本人・家族の要求の項目が必要
全体	対象者の希望が組み入れられるような項目が必要
全体	在宅での介護者の状況をよみとるものや、在宅での居住環境
全体	痴呆面での問題
全体	ADLのどの面に介助が必要かははっきり出るものが必要
全体	在宅復帰のために施設生活で望むこと
全体	必ず在宅復帰を前提におき、希望するサービス記入
全体	家族への在宅意識付け
全体	痴呆老人の心理社会的部分に関することや日中の行動での問題がみえない

全体	ADLの状況に対して、本人や家族の希望が記入できると利用者にあったプランが作成で
全体	ADLの状況だけのチェックではアセスメントした者の考えでサービスは制限されたり、合わないサービスをつなげてしまう恐れがある
全体	本人と家族の思いが違ふことが多いプラン作成上もそのことは重要であり、双方の意見等が見やすい書式だとプランの方向も考えやすいと思う
全体	利用者の個々の多様性から、1つの方式でその人を把握することは難しいと思うが、アセスメント担当者が選択した方式を使いこなせるかが課題分析の鍵になると思った
全体	主な介護者以外の介護者となり得る人の介護力がもう少し明確になるとよいと思った

実際の在宅介護サービス計画は、各地域の社会資源の制約を受けると考えられるが、その場合にどのような項目があれば介護サービス計画が作成しやすいと考えるか

利用者が望むものがアセスメントに必要
家族や本人の意向が提示できればよい
同じ様な項目が多く、アセスメントに時間がかかりすぎる
ボランティアの項目必要
在宅では何に困っているのか、それはどうして困るのか、どうしたら解消できるのかがそれぞれの項目があればプランは作成しやすい
MDS-HCでは疾患的なものほでてくるが、在宅で何が必要かがでてこない
三団体では痴呆のリハビリ項目はあがってこなかった
介護福祉士会方式は、記入項目が多いので、チェック項目にした方がプランが作成しやすい
個々のアセスメント項目に加える必要はないが、限度額、サービス単価、地域の在宅サービス一覧など必要
各地域ごとに制約が違うので、統一したアセスメント方式に組み込むことは考えられない
三団体方式のように地域に実際にあるサービスをチェックする項目があればよい
社会資源の制約より職員数を考えることが多い特に施設では何の作業に何人かかっている、プランを実施するためにどの時間に何人が必要かがわかるようなものあればよい
難病の方が集まれるグループホームのようなものはないか
ヘルパーステーション数が増えればよい
自己負担額が多くなり、在宅では支えられないと実感した
在宅では支えられないと痛感
本人・家族が利用したいサービス、利用したくないサービス、抵抗感の有無、サービス提供者への要望など記入欄があれば今後のサービスの仕方、新しいサービス等を考える上でプラスになる
その人に必要なサービスを利用できるものすべてを利用して、現実にあった計画をたてなければならないので大きく影響はしない
訪問時間の回数、延長など、大幅に増量し共働きも可能
緊急連絡設備の充実
家族の介護可能な時間
家族の経済的負担可能額
在宅での利用者の望む各種サービス
居住地域内の各種サービスと、本人・家族の希望するサービス
今までに利用したことのあるサービス

わが国におけるアセスメント、介護サービス計画作成、介護保険制度におけるサービス計画作成について

在宅介護サービス計画の記入が判断しにくい
アセスメントは今まで学んできた方法を使用せざるをえない
アセスメントの記入が正確であれば、介護サービス計画作成ができることを今回の調査で実感した
在宅のサービス計画は、かなり深いところまで知らなければ記入できない
面接技術や生活ニーズの引き出し方など基本的な学習が必要
MDSは職種・経験による差がなくニーズがでてくる
三団体はアセスメント段階で調査者の主観が大きく入ってくると思われる
要介護認定では特記事項が重要
介護サービス計画作成様式は全国一律にできないか
アセスメントに時間がかかりすぎる
居宅と施設の方式が統一できないか
アセスメントは詳しすぎる
生活歴や家族歴など経過を追うような内容のものは特記として記入する方がわかりやすい
社会福祉士方式の要約票は再度記入する形となっているため手間がかかる
MDSは現実的サービス計画ではあがらずに、理想的であがってきた
社会福祉士方式はアセスメントを行う際に見にくい
共通のアセスメントを使用し、他は個別にアセスメントを行う方がよいのではないかと感じた
方式によってはかなりプライバシーにかかわる項目が出てくるが、他人に知られたくない部分までチェックされるのは考えもの
社会福祉士会方式はアセスメント項目が多い
各方式の使いやすさ、わかりやすい部分を選んで施設方式、在宅方式を一つにするように厚生省が作成した方がよい
どのアセスメントを利用してもケアプランの内容はあまり変わらない
ケアプランに慣れない人にとっては、アセスメント項目がある程度手がかりとなる
アセスメントに時間がかかりすぎる
入院、入所や在宅などでアセスメントを実施するのではなく、すべてに継続して実施できるアセスメントツール
多種類のチェック方式を一本化してほしい
日本社会福祉士会方式は要点がつかみにくい
介護サービス計画票のうち、日課計画表は不必要
対象者によってはどのアセスメントを使用してもでてくるニーズは同じ
どのアセスメントを利用しても施設の場合は似たような介護サービス計画になる。立案する人によって差がでてくるのではないか
アセスメントや介護サービス計画票が複雑になればなるほど、その差異は大きくなるので、できる限り項目は少なくすべきである
要介護認定調査票とリンクさせていると何度も同じことを聞かなくてすむことと、同じ人が調査をした場合によるアセスメントの統一化のためには、時間の短縮が必要
MDS以外は理論的な裏づけが乏しい
実行したプランを評価する項目がサービス計画書にないのはおかしい
同じ様な項目が多く、必要な項目は統一できる
どのアセスメントを使用しても同じケアプランになってしまう
チェック項目の解釈の幅を広げたり、施設独自のチェック項目を増やすなどの工夫が必要
制度が複雑
ケアマネジメントとケアプランを混同している
アセスメントツールが異なることで介護サービス計画が異なるのではなく、作成者が異なることで計画に違いがでてくるのではないか
第である
個々のケアマネジャーの質が重要
自分の職種以外の職種からの情報収集の仕方が下手なケアマネジャーが多い
アセスメントを通じて確認した自分の思いでケアプランを立案していることに気づいた
アセスメント結果ではなく、本人を見て考えたケアプランを立てている
アセスメントはサービス提供者間で情報を共有するためには有効であるが、ケアプランへの展開過程が客観的であるとは思えない
アセスメントには客観性をいかに確保するかが重要
どの方式もいずれかの部分に主観が入る余地があった
介護保険制度ではどのようにプランが適正かを確認するのか
アセスメントやカンファレンスの時間、ケアプラン作成の時間を国はどのように考えているのか

それぞれの職種によってアセスメントツールが異なるが、統一したものが必要
介護サービス計画の善し悪しはアセスメント能力に影響されると感じた
対象者の把握イコールニーズの把握を実感した
介護者が行っている介護は、介護サービス計画に盛り込まれないので施設利用者と在宅利用者間に格差が生じると感じた
他職種、他サービス機関との連絡を取っていくことが多くなり、効率的に調整を行う資料としてアセスメントは従来よりケアプラン作成に基づいた介護を行っており、介護保険制度における介護サービス計画作成は当
介護サービス計画の決定権は本人にあるので、利用者が求めるもの、望もののアンケートはどうか
利用者のサポートに対して、人に聞かれたくないことまで情報を把握し、自立支援に向けて計画作成することが必要か
サービスの支給限度額が規定されており、その地域にサービスがない場合又は偏ったサービスしかない場合、必要又は利用したサービスを盛り込んだサービス計画が作成しにくいのではないかと
もっと簡単にでき、わかりやすく、ある程度までは誰がアセスメントしても同じ様なプランが立てられるものにしてもらいたい
アセスメントは自分が使いやすいもの、よいと思うものを使うのでよい統一する必要はない
アセスメントは何を使っても同じプランができるそれは作成者が何を問題と感じたかによって決まる、内容の偏りや独断的なプランが作られるのを避けるためにカンファレンスがある
本人や家族の希望に添えるかということが大切
介護保険制度について本人・家族が漠然としか理解していないので、不安が出ているように思われる
要支援になったら施設での生活ができなくなり、受入先の社会資源も少ない、実際にそういう人の精神状態に変化が出てくる
サービスなくして計画作成はできない十分なサービス提供が必要
現在MDSを使用しているのですが、MDSのチェックはしやすかったが、三団体方式、日本社会福祉士会方式はケアチェック項目が多すぎる
社会福祉士会方式は、項目が多く、家族との情報のやりとりに時間を要した
三団体方式は、施設内では対応しやすい
社会福祉士会方式は在宅で使用する方がよい
いずれにしてもコンパクトにならないか
3つの方式でアセスメントを行うことにより、それぞれのアセスメントの特徴が少しだけでも解って勉強になった
調査者の職業・経験などの影響の少ないアセスメント票でケアプランが作成されることが望ましい
今回施設版で行ったが、アセスメント項目に影響を受けずに、だいたい同じ様なケアプランになった。同時期にアセスメントを行ったことにも起因するが、ある程度の課題や目標はアセスメント票を使用しなくてもできあがると思われる
アセスメントをチェックすることで知らないことに気づいたり、アセスメントの違いばかりではなく、普段使用していないアセスメント票を使用することにより、介護の奥深さを知るよい勉強になった
要介護者にとって真に必要な介護サービス計画表に基づいた介護が提供できるように今回の結果を活かし
家族、本人の希望・要望、本人の状況をしっかり把握できればどのアセスメントを使用してもケアプランの内容は同じになる
自分でチェックをして情報をまとめる際に、使いやすいものと使いにくいものがあるだけだと思う自分で使いやすいアセスメント票を利用すればよい
社会福祉士会方式では十分な知識を持っていないため、とても手間取ってしまった
課題分析票はそれぞれ特色があるが、それぞれのよいところを集約し、一本化していけたらよいのではない
理想と現実の二種類の介護サービス計画を作成したが、より理想に近いものかと思いついてケアプランを立てサービスを提供しているのですが、現在の業務態勢で行えないプランは理想しかないと思う
施設版の3つの方式はすべて初めてであり、それぞれの特徴がつかめたとともに、自分のケアプランの立て方がよいのかなど勉強になった
初めての方式はテキスト1冊だけでは記入しにくい
介護サービス計画作成に必要なアセスメントは最小限にすべきである
施設内ケアプランを勤務時間内に仕上げるのはかなり困難
社会福祉士会方式のアセスメントは、立ち入った家族環境の項目が多く、ある程度の信頼関係が築けた上で行わないと無理があると感じた
施設版週間サービス計画表は、内容が同じために線引きが多く、票としては無駄だと思うので、もっと違う形にしたほうがよい
ケアマネジャーの役割はどこまで実際に介護を行うスタッフの意見はどこでどのように取り入れられるかが疑問に思った
職種ごとの領域でアセスメントができ、プランを立てられればよいのではないかと思った
本人のリハビリの努力により、ADLがアップし、在宅生活を送っているにも関わらず介護認定によりサービス利用が減少してしまうのは矛盾を感じた

本人、家族に対して、とても深くいろいろな事情を聞くことにより、そのときの対応に十分気配りする必要がある
今回の調査により、各部署の考え方がわかり、客観的にみることができた
高齢者の生活も感覚も流動的な捉え方が必要であり、受け止め、認容する感覚も伴っていないなければならない
なるべく簡単に作成できるよう項目を少なくする必要がある
ケアプランについては、ある程度のパッケージを作ってあてはめられるようにしていく必要がある
介護保険の目的である、①ニーズの把握、②自立支援、③QOLの向上がアセスメントできるアセスメント票であればと考える
現在の多くのアセスメントは、自立支援が中心だが、ニーズの把握、QOLの向上こそが自立支援の根底に必要
介護保険制度では、40歳以上の特定疾病の人も対象となるので、アセスメント項目に含まれる必要がある
アセスメントシートを埋めることは訓練でできると思うが、アセスメントシートを使用しなくてもケアプランが作成できる能力が必要である
介護保険では、6ヶ月ごとにケアプランを見直すという作業自体が事務量が多くなると予想され、ケアマネジャーの能力が問われると思う
アセスメントに時間がかかる
もっと短時間で全体像を把握できる方法があればよい
介護保険施行後は、現在受けているサービスがそのまま受けられるのか、在宅生活が大変になるのではないかと不安
対象者を捉えるには、本人の状態だけではなく、介護者の状態をつかむことも不可欠
アセスメントからサービス計画作成に時間がかかりすぎる
最低限必要な情報と、それ以外に必要な場合もあるかもしれない情報の整理ができれば時間短縮になる
アセスメントにより、ケアプランも異なり、職種によってもポイントが変わる
業務内でアセスメント、ケアプランの作成を行うのは大変困難
現在使用している三団体方式も何度か改定があり、それについていくのが大変
施設によって書式が異なると、他施設同士の学び合いが難しいので、全施設が同じアセスメントを使用するのが望ましいと思う
本人が希望を発言している方は、ケアプランが立てやすいが発語なしや痴呆の方については、プランが立てにくいと感じた
施設の場合は、社会福祉士方式ほど細かいものは必要ないのではないかと
それぞれのアセスメント票の情報のみでプランを作成しようとするのが難しいと感じた
本人の状態はチェックされた項目でわかるが、家族の意向がわかりにくいものがあった
利用者に対して手続をわかりやすくすること、
要介護認定とアセスメント調査で何度も同じことを聞くと、利用者はまたかと思ってしまう、聞き取りの意味がわからなくなってしまう
介護の負担をうまく分担できる制度になればよいと思う
計画がコンピュータ導入などで効率的・即効的になるのはよいが、サービスを利用する人独自のもの、意味づけや思いを大事にし、活かせる計画になればよいと思う

介護サービス計画書

平成11年度 厚生省介護支援専門員補習研修・研修資料
より抜粋

介護サービス計画書 (1) ① (現美的)

サービス利用者名 _____ 殿

介護サービス計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

介護サービス計画作成者氏名 _____

要介護状態区分	要支援・要介護状態区分1・要介護状態区分2・要介護状態区分3・要介護状態区分4・要介護状態区分5
要介護者等及び家族の介護に対する意向	
介護認定審査会意見	
総合的な援助の方針	

介護サービス計画書(1)②

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	介護内容	サービス種別(※)	頻度	期間

(※) 家族が介護を行う場合には、その内容も記入すること
 (注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

介護サービス計画書（１）③

居宅のみ

サービス種別	サービス実施機関	担当者	頻度の詳細	
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)
			月	回数(合計) 分間)

サービス種別の例	
訪問介護	
イ) 身体介護中心訪問介護	
ロ) 家事援助中心訪問介護	
訪問看護	
イ) 指定訪問看護ステーションによる訪問看護	
ロ) 病院または診療所による訪問看護療養管理指導	
イ) 医師、歯科医師による居宅療養管理指導（1月1回）	
ロ) 薬剤師による居宅療養管理指導（1月2回）	
ハ) 管理栄養士による居宅療養管理指導（1月2回）	
ニ) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導（1月4回）	
日帰り介護（デイサービス）	
日帰りリハビリテーション（デイケア）	
訪問リハビリテーション	
訪問入浴	
短期入所生活介護（老人短期入所施設・特別養護老人ホーム）	
短期入所療養介護（介護老人保健施設・介護療養型医療施設等）	
痴呆対応型共同生活介護	
特定施設入所者生活介護	
福祉用具貸与（車いす、特殊寝台、褥そ	
う予防用具、手すり、スロープ、歩行器、	
歩行補助杖、移動用リフト、等）	
住宅改修（手すりの取り付け、床段差の解消、滑りの防止、引き戸等への取り替え、等）	

介護サービス計画書 (1) ① (理想的)

サービス利用者名

殿

介護サービス計画作成日 年 月 日

介護サービス計画作成者氏名

要介護状態区分	要支援・要介護状態区分 1 ・要介護状態区分 2 ・要介護状態区分 3 ・要介護状態区分 4 ・要介護状態区分 5
---------	---

要介護者等及び家族の介護に対する意向	
--------------------	--

介護認定審査会意見	
-----------	--

総合的な援助の方針	
-----------	--

介護サービス計画書 (1) ②

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標		介護内容	サービス内容		
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)		サービス種別 (※)	頻度	期間

(※) 家族が介護を行う場合には、その内容も記入すること
 (注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

介護サービス計画書 (1) ③

居宅のみ

サービス種別	サービス実施機関	担当者	頻度の詳細	
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)
			月	回数(合計)

サービス種別の例	
訪問介護	イ) 身体介護中心訪問介護 ロ) 家事援助中心訪問介護
訪問看護	イ) 指定訪問看護ステーションによる訪問看護 ロ) 病院または診療所による訪問看護療養管理指導
	イ) 医師、歯科医師による居宅療養管理指導 (1月1回) ロ) 薬剤師による居宅療養管理指導 (1月2回) ハ) 管理栄養士による居宅療養管理指導 (1月2回) ニ) 歯科衛生士等による居宅療養管理指導 (1月4回)
	日帰り介護 (デイサービス)
	日帰りリハビリテーション (デイケア)
	訪問リハビリテーション
	訪問入浴
	短期入所生活介護 (老人短期入所施設・特別養護老人ホーム)
	短期入所療養介護 (介護老人保健施設・介護療養型医療施設等)
	痴呆対応型共同生活介護
	特定施設入所者生活介護
	福祉用具貸与 (車いす、特殊寝台、褥そ う予防用具、手すり、スロープ、歩行器、 歩行補助杖、移動用リフト、等) 住宅改修 (手すりの取り付け、床段差の取 解消、滑りの防止、引き戸等への扉の取 り替え、等)

施設サービス計画書

介護サービス計画書(1)①(理想的)

サービス利用者名 殿

介護サービス計画作成日 年 月 日

介護サービス計画作成者氏名

要介護状態区分	要支援・要介護状態区分1・要介護状態区分2・要介護状態区分3・要介護状態区分4・要介護状態区分5
要介護者等及び家族の介護に対する意向	
介護認定審査意見	
総合的な援助の方針	

第3表

週間サービス計画表

利用者名 殿

利用者名	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外 のサービス	
----------------	--

(注)「日課表」との選定による使用可。

日課計画表

利用者名 殿

利用者名	共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
深夜	4:00					食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（ 曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位交換
早朝	6:00					
午前	8:00					
	10:00					
	12:00					
午後	14:00					
	16:00					
後夜	18:00					
間	20:00					
	22:00					
深夜	24:00					
夜	2:00					
	4:00					
随時実施するサービス						

その他のサービス	
----------	--

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

介護サービス計画書(1)① (現実的)

施設サービス計画書

サービス利用者名 殿

介護サービス計画作成日 年 月 日

介護サービス計画作成者氏名

要介護状態区分	要支援・要介護状態区分1・要介護状態区分2・要介護状態区分3・要介護状態区分4・要介護状態区分5
要介護者等及び家族の介護に対する意向	
介護認定審査会意見	
総合的な援助の方針	

週間サービス計画表

殿

利用者名

利用時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外
のサービス

(注)「日課表」との選定による使用可。