

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
休みながら、家で料理がしたい	家での生活を続けたい	R7/9/2～ R8/3/31	転んでも大きなけがをしない	R7/9/2～ R8/3/31	・日常生活動作の訓練 ・立ち上がり、起き上がりの訓練	○	地域密着型通所介護	〇〇〇〇	週3回	R7/9/2～ R8/3/31
					・定期通院		かかりつけ医	〇〇〇〇	月1回	R7/9/2～ R8/3/31
			一人では不安があることも手伝ってもらえる	R7/9/2～ R8/3/31	・禁忌動作が生じる家事支援 ・入浴の見守り ・手の届かない場所の掃除 ・買い物支援	○	訪問介護	〇〇〇〇	週2回	R7/9/2～ R8/3/31
					・掃除や片付け ・緊急時の訪問 ・安否確認		家族	弟、妹、息子	適宜	R7/9/2～ R8/3/31
					・通院同行		家族	弟	月1回	R7/9/2～ R8/3/31
			できる家事を続ける	R7/9/2～ R8/3/31	・日常生活動作の訓練 ・手指のこわばりの改善 ・調理用具の使用や、台所環境に応じた訓練	○	訪問看護	〇〇〇〇	週1回	R7/9/2～ R8/3/31
			自宅での転倒を予防する	R7/9/2～ R8/3/31	・導線の確保 ・転倒防止 ・起き上がりの、立ち上がりのできる環境の整備	○	福祉用具貸与	〇〇〇〇	毎日	R7/9/2～ R8/3/31

※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。