

【様式 4-3】

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 田中正吉 殿 生年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 C市D○番地○

居宅サービス計画作成者氏名 介護支援専門員 A

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 居宅介護支援事業所 B C市F町○丁目○-○

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 | <p>本人：自宅での生活を続けたい。</p> <p>娘：いつまでも元気でいて欲しいが、これから独り暮らしが続けていけるかが心配。</p> |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | なし |
| 総合的な援助の方針 | <p>・ ご本人の希望である自宅での独り暮らしが継続できるように、日常生活面での支援を行います。</p> <p>・ 転倒を防止できるように支援を行います。</p> <p>・ 独り暮らしでも寂しさを感じないように支援を行います。</p> <p>【緊急連絡先】 E 医院 E 医師 ○○○-○○○-○○○○</p> <p>娘 ○○○○様 ○○○-○○○-○○○○</p> |
| 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 () |

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 田中正吉 殿

作成年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

| 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 |
| 高血圧症がこれ以上悪くならないようにしたい | 血圧の数値が落ち着く | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 血圧の数値を把握する | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 定期受診 | | 医療機関 | E 医院 | 医 師 の 指 示 通 り | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| | | | | | 服薬の確認 | ○ | 訪問介護 | ○○ヘルパ ーステーシ ョン | 週3回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| 独り暮らしで家事ができるか心配である | 自宅での生活が継続できる | ○.○.○ ～ ○.○.○ | ヘルパーの支援を受けて家事で困らない | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 家事全般の支援(調理、掃除、洗濯、買い物等) | ○ | 訪問介護 | ○○ヘルパ ーステーシ ョン | 週3回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| 足腰が弱ってきており転倒せずに過ごしたい | 転倒しない | ○.○.○ ～ ○.○.○ | デイサービスのリハビリで足腰の機能を維持する | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 個別機能訓練 | ○ | 通所介護 | ○○デイサ ービス | 週2回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| 寂しい気持ちを感じずに過ごしたい | デイサービスに通うことで寂しい気持ちを感じずに過ごすことができる | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 気持ちが落ち込まない | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 他利用者との交流、レクリエーションへの参加 | ○ | 通所介護 | ○○デイサ ービス | 週2回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| 清潔に過ごしたい | 清潔に過ごせる | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 清潔保持に困らない | ○.○.○ ～ ○.○.○ | 入浴 | ○ | 通所介護 | ○○デイサ ービス | 週2回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| | | | | | 紙パンツの後片付け | ○ | 訪問介護 | ○○ヘルパ ーステーシ ョン | 週3回 | ○.○.○ ～ ○.○.○ |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

※1 「保険給付の対象に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。

週間サービス計画書

利用者名 田中正吉 殿

作成年月日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 主な日常生活上の活動 |
|----|---------|------|--------------|------|--------------|------|---|---|------------|
| 深夜 | 0 : 00 | | | | | | | | |
| | 2 : 00 | | | | | | | | |
| | 4 : 00 | | | | | | | | |
| 早朝 | 6 : 00 | | | | | | | | 起床 |
| | 8 : 00 | | | | | | | | 朝食 |
| 午前 | 10 : 00 | | 通所介護 (入浴) | | 通所介護 (入浴) | | | | |
| | | 訪問介護 | | 訪問介護 | | 訪問介護 | | | |
| | 12 : 00 | | | | | | | | |
| 午後 | 14 : 00 | | | | | | | | |
| | 16 : 00 | | | | | | | | 昼食 |
| | 18 : 00 | | | | | | | | |
| 夜間 | 20 : 00 | | | | | | | | 夕食 |
| | 22 : 00 | | | | | | | | 就寝 |
| 深夜 | 24 : 00 | | | | | | | | |

| | |
|------------|--------------|
| 週単位以外のサービス | 医療機関受診（E 医院） |
|------------|--------------|