

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者名 Nさん 殿

作成年月日 年 月

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
右大腿部頸部骨折のため、立ち座りに支障がある。外出もできないので困っている。できないことを手伝ってほしい。	在宅での生活が安心してできる。	○年○月○日～○年○月○日まで (1年)	安全に移動できる。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	個別計画に沿ったリハビリ 昼食の提供 送迎	○	通所介護	○○デイ	2回/週	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)
			外出の機会を作って楽しく過ごす。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	レクリエーションに参加	○	通所介護	○○デイ	2回/週	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)
			定期的に安全に入浴できる。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	入浴介助 出来る所は自分で行い、できない部分は介助する。	○	通所介護	○○デイ	2回/週	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)
			痛みの管理ができる。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	定期的な病院受診 痛みの緩和、助言		医療 家族支援	××病院 姉	1回/月	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)
	転倒せず過ごすことができる。	○年○月○日～○年○月○日まで (1年)	痛みなく安全に起き上がることができる。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	介護ベッドのレンタル	○	福祉用具貸与	△△用具	毎日	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)
			転倒せず移動ができる。	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)	歩行器のレンタル	○	福祉用具貸与	△△用具	毎日	○年○月○日～○年○月○日まで (6ヶ月)

※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。