

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成 年 月 日

承認

初回 ・ 紹介 ・ 継続 ・ 認定済み ・ 申請中

利用者氏名 Aさん 殿 生年月日 S 6 年 1 月 1 日 住所
居宅サービス計画作成者氏名 ケアマネ B 子
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 B B 事業所 ・ 徳島市 町 番地
居宅サービス計画作成(変更)日 平成 16 年 5 月 31 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 13 年 12 月 4 日
認定日 平成 15 年 10 月 17 日 認定の有効期限 平成 15 年 11 月 1 日 ~ 平成 16 年 10 月 31 日

要介護状態区分 要支援 ・ 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
本人：リハビリを継続して行い安全な生活を確保し、在宅生活を送りたい。
リハビリは、週3回程度の通所リハを利用したい。
家族：今は、リハビリが大事な時なのでリハビリをし、安全な生活が送れるようにしたい。
家に閉じこもることなく刺激のある生活を送りたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針
本人・家族の希望に沿いリハビリを行えるように支援していきます。
必要に応じて、家屋内の見直しを行い改善していきましょう。
また、趣味や散歩などを積極的に行い、メリハリのある楽しい生活が送れるようにしましょう。
- 連絡先 -
事業所 ケアマネ B 子
TEL：****-****

課題分析により抽出されたニーズに対応して計画を作成します。ケアマネジャーをはじめ各種サービス担当者がどのようなチームケアを行うのか、利用者・家族が自ら積極的に取り組めるように分かり易く記載します。
~県研修時のアドバイス~

生活援助中心型の算定理由
1.一人暮らし 2.家族が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 Aさん 殿

作成年月日 平成 16 年 6 月 日

承認

Table with columns: 生活全般の解決すべき課題(ニーズ), 援助目標 (長期目標, 短期目標), 援助内容 (サービス内容, サービス種別, 頻度, 期間). Rows include: 人工骨頭置換術後のリハビリをしっかりと行い安全な移動ができるようになりたい, 自分の病状を良く理解し健康管理を行っていききたい, メリハリのある生活を送りたい, 寝起きが大変なので安楽に寝起きができるようにしたい.

1「保険給付対象か否かの区分」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。