

第 2 表

居宅サービス計画書(2) (その2)

利用者名 神谷花子 様

作成年月日 30 年 4 月 21 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
転倒の心配がなく歩けるようになりたい。	自分の身の回りのことは自分でできるようにする。	H30年4月21日～平成31年3月31日	室内を自分で移動でき、浴槽のまたぎもでき、入浴も自立できる(転倒を防ぎ、骨折をしないようにする)。	H30年4月21日～平成30年7月31日	住宅の段差解消や手すりの設置をする(浴室環境整備、玄関の上りかまちなど)。		住宅改修 (長男の工務店)	神谷工務店		H30年4月21日～平成30年7月31日
					長男の工務店・夫が実施する段差解消や手すり設置などをリハビリ専門職が助言する。	○	通所リハビリテーション	○○デイケア	住宅改修前	H30年4月21日～平成30年7月31日
					入浴動作が安全に行えるよう、シャワーチェア、手すりなどを購入する。リハビリ専門職が助言する。	○ ○	福祉用具購入 通所リハビリテーション	福祉用具事業者 ○○デイケア		H30年4月21日～平成30年7月31日
					訪問して、住宅改修を踏まえた歩行の評価を行う。調理環境の評価も行う。	○	通所リハビリテーション	○○デイケア	住宅改修後	H30年4月21日～平成30年7月31日
					転倒リスクを評価し、歩行訓練・助言をする。	○	通所リハビリテーション	○○デイケア	週 2 回	H30年4月21日～平成30年7月31日
			寝起きが楽にできる。	H30年4月21日～平成30年7月31日	介護ベッドを利用する。	○	福祉用具貸与	福祉用具事業者 夫		H30年4月21日～平成30年7月31日

※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。