

事例演習用支援事前準備シート (1)

利用者の状況	年齢	歳	性別	男性・女性	
	介護度	要支援 1. 2	要介護 1. 2. 3. 4. 5		
	主介護者との関係		副介護者との関係		
	障害高齢者の日常生活自立度				
	認知症高齢者の日常生活自立度				
	生活歴及び支援開始時の生活状況				
	支援開始までの経緯				
主訴 ①本人 ②家族					

事例演習用支援事前準備シート (2)

アセスメント の結果	(健康状態) (ADL) (IADL) (認知) (コミュニケーション能力) (社会との関わり) (排尿・排便) (褥瘡・皮膚の状態) (口腔衛生) (食事摂取) (問題行動) (介護力) (居住環境) (特別な事項)
---------------	--

事例演習用支援事前準備シート (3)

支援開始からの経緯	(関係したサービス提供機関) (取り組んだ課題) (支援の基本的な方針) (支援の経緯)
終結	(終結した状況 (改善・入院・死亡など終結と判断された状況)) (支援を振り返った感想や評価)

居宅サービス計画書（1）

長崎県介護支援専門員連絡協議会研修資料

初回・紹介・継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 豊 _____ 生年月日 _____ 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成(変更)日 _____ 初回居宅サービス計画作成日 _____

認定日 _____ 認定の有効期間 _____ ~ _____

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

居宅サービス計画書 (2)

利用者名 _____ 股 _____

居宅サービス計画作成 (変更) 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

※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。

第3表

週間サービス計画表

利用者名

殿

居宅サービス計画作成(変更)日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
	6:00								
早朝	7:00								
	8:00								
	9:00								
午前	10:00								
	11:00								
	12:00								
午後	13:00								
	14:00								
	15:00								
午後	16:00								
	17:00								
	18:00								
夜間	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	24:00								
夜	1:00								
	2:00								
	3:00								
	4:00								

週単位以外のサービス