

第 1 表

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 H30 年 12 月 08 日

計画No: 4

初回・紹介・**継続****認定済**・申請中

利用者名: A 様 生年月日: 昭和 年 月 日 住所: 市

居宅サービス計画作成者氏名:

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地:

居宅サービス計画作成(変更)日: 平成30年12月08日 初回居宅サービス計画作成日: 平成30年06月14日

認定日: 平成30年12月06日 認定の有効期間: 平成30年11月01日 ~ 平成31年10月31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	<p>本人: 施設には、行きたくない。施設に入れられたら暴れる。団地は、自由でいい。</p> <p>家族: 今は、離れて暮らしているので何かあってもすぐには来れない。 (妻) 夫婦だから何かあったときに連絡をくれるのは構わない。</p>				
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	<p>尿閉などで入退院を繰り返していますが、H30.12.7本人の強い希望で団地での生活に戻られます。しかし、動作が不安定で転倒の危険あり。金銭・内服健康管理が困難となっており日常生活を独りで行う事が難しいです。健康管理を行い日常生活のできない部分を介助を受けて行うと同時に筋力・体力の向上を図ることで団地での生活が継続できるよう支援させていただきます。</p> <p>緊急連絡先 主治医: 病院</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()				

私は、居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。

説明・同意日

年 月 日

署名・捺印

利用者名: A 様

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
健康管理・日常生活に不安がある (尿・内服・受診・ 金銭管理)	健康管理が行え団	H30.	異常の早期発見が出	H30.	主治医の指示通りに内服		本人		H30.
	地での生活が継続	12.07	来る。	12.07	を				12.07
	できる。	~		~	バルンバックに尿が溜ま				~
		H31.		H31.	ったらトイレに捨てる。				H31.
		10.31		06.30					06.30
					状態確認、バイタル測定 、医療面の相談・助言、 内服管理、バルンカテー テル管理、主治医との連 携	○ 訪問看護	訪問看護ス テーション	1/W 緊急時	"
					* 緊急時の相談・必要に 応じて訪問 * 適宜、膀胱洗浄の実施				
					状態確認、内服介助 尿破棄介助 掃除・洗濯・買い物・調 理介助	○ 訪問介護		1/日 程度	"
					更衣介助、デイ送り出し * 内服ができていない時 は、朝の薬 * 空腹の確認が出来たと きのみず 行儀 * バルンカテーテルを外 していたらつなげるよう				

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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者」について記入する。

居宅サービス計画書 (2)

作成年月日 H30年 12月 08日

第 2 表

利用者名: A 様

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
					声かけ					
					状態確認、入浴介助、個別機能訓練、体操、レクリエーション、他者との交流の場を持つ	○	デイサービス		1/W	"
					ショートステイ 夜間の状態確認 通院時乗降介助	○	短期入所生活介護	検討中	検討中	"
						○	訪問介護		通院時	"
					タクシー					
					寝返り・起き上がり・立ち上がりの動作、パルンカテーテルの管理が安全に行うことが出来るよう 介護パッド、マットレス、パッド相、介助バーのレック	○	福祉用具貸与		毎日	"
					状態確認、相談・助言、サービス調整		ケアマネジャー	丸子の里	適宜	"
					状態確認、通帳を預かり 公共料金の支払いなど金銭管理		権利擁護事業		適宜	"
					薬の配達・セット 内服指導 必要に応じて主治医への	○	居宅療養管理指導	薬局	適宜	"

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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者」について記入する。

利用者名: A 様

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
					報告					
					診察、医療面の相談・指 導、緊急時の受け入れ		医療機関受診		適宜	〃
								病院		
								病院		
					内服薬セット、内服指導 、薬に関する相談・助言	○	居宅療養管理 指導		適宜	〃
								薬局		
					通帳管理、サービス費・ 公共料金の支払い。金銭 管理		権利擁護事業		適宜	〃
					見守り、栄養バランスの 取れた食事の配達		配食サービス	当	弁 5/W	検討中

※1 「保険給付対象かどうかの区分」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者」について記入する。

利用者名 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								起床
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00		【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I						
	9:00								
	10:00	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I		【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I		【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	
午後	11:00				【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I				
	12:00				【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I				
	13:00				【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I				
	14:00			看I-3	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I				
	15:00				【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I				
	16:00	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	【訪問介護】 ヘルパー 身1生1-I	夕食
夜間	17:00								
	18:00								
	19:00								就寝
20:00									
深夜	21:00								
	22:00								
	23:00								
	0:00								
夜	1:00								
	2:00								
	3:00								

週単位以外のサービス 緊急の際、予定利用日時以外に訪問看護、訪問介護、通所介護、ショートステイを利用する可能性がある。
介護ベッドの以外、通院時、介護タクシー利用、居宅療養管理指導による薬剤師の訪問、日常生活自立支援事業利用