

居宅サービス計画書（１）

作成年月日： 令和 5 年 7 月 1 日

第 1 表

初回 ・ 紹介 ・ **継続**

認定済 ・ 申請中

利用者名 福土 花枝 殿 生年月日 昭和 24 年 7 月 7 日 住所 静岡市葵区駿府町〇〇の〇〇
 居宅サービス計画作成者氏名 静岡富士子
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 富士山居宅介護支援事業所
 居宅サービス計画作成（変更）日 令和 5 年 6 月 30 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 26 年 7 月 10 日
 認定日 令和 3 年 7 月 10 日 認定の有効期間 令和 3 年 7 月 1 日 ~ 令和 6 年 6 月 30 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を踏まえた課題分析の結果	本人：「わからない」 家族（夫）：「妻の気持ちが落ち着いているときには穏やかに過ごす事が出来ている。一度怒り出すと、手に負えず自分も疲れてしまう。夜も独りごとがあり、眠れない日もある。食事は自分でできるが、お風呂や着替えや歯磨きもできない。今後もデイサービスを利用していきたい。」という意向。在宅生活が維持でき、夫の精神的負担軽減とご本人の清潔保持ができ、精神的に落ち着く環境の場が作れるようにデイサービスなどのサービスの利用が必要である。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	在宅生活が継続できるよう、ご本人の気持ちを尊重しながらサービスを利用していきましょう。 夫の介護負担軽減とご本人の清潔保持と社会とのつながりを維持する事が出来る様、デイサービスを利用していきましょう。 穏やかに過ごす事ができるよう、ご家族やサービス事業者等の情報共有をしていきましょう。 主治医：シエン内科 介護 強 Dr 緊急連絡先：〇〇—△□□△
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（ ）

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 令和5年 7月 1日

利用者名 福士 花枝 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				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
いつまでも自宅で生活したい	体調が安定し、穏やかに過ごす事ができる	R3/7/1 ～ R6/6/30	体調が安定する。	R5/7/1 ～ R6/6/30	診察、処方、相談助言		病院	〇〇病院	月に1回	R5/7/1～ R6/6/30
					通院 通院時家族同行 体調の観察・申告		セルフケア	本人 夫	月に1回	R5/7/1～ R6/6/30
					健康観察 健康状態の情報提供	○	通所介護 〇〇訪問介護	〇〇デイ サービス 〇〇訪問 介護	週3回	R5/7/1～ R6/6/30
					相談助言・他の事業所との 情報共有。 サービスの調整等	○	居宅介護支援事業 所	ケアプラ ンセンタ ー	随時	R5/7/1～ R6/6/30
不安なく外出したい	デイサービスを利用することができる	R3/7/1 ～ R6/6/30	デイサービスで穏やかに過ごす事ができ、他者交流ができる	R5/7/1 ～ R6/6/30	情報共有 バイタル測定 歩行状態の確認 食事量の確認 口腔ケア 入浴介助 排泄介助 服薬管理 送迎	○	通所介護	〇〇〇〇 デイサー ビス	週3回	R5/7/1～ R6/6/30
					心身状況の確認 夫からの情報を共有する。 穏やかな言葉をかける。 納得しているか確認をしながら支援をする。 外出支援 送迎時の情報共有	○	訪問介護	〇〇訪問 介護	週3回	R5/7/1～ R6/6/30

※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。

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 令和 5年 7月 1日

利用者名 福士 花枝 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				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
長い距離を安全に移動したい	安全に移動することができる	R3/7/1 ～ R6/6/30	安全に車椅子を利用することができる	R5/7/1 ～ R6/6/30	車椅子の貸与 車椅子への移乗、移動介助 福祉用具を正しく使用するための助言	○	福祉用具 訪問介護 通所介護 セルフケア	〇〇福祉用具センター 〇〇訪問介護 〇〇通所介護 夫	必要時	R5/7/1～ R6/6/30
			室内移動が安全にできる	R5/7/1 ～ R6/6/30	自宅でできていることが続けられる 身体状態に合わせた動線上の環境整備		セルフケア	本人 夫	必要時	R5/7/1～ R6/6/30

※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。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和5年7月1日

利用者名 福士 花枝 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00							起床	
午前	8:00	訪問介護		訪問介護		訪問介護			朝食
	10:00	デイサービス		デイサービス		デイサービス			
	12:00	↓		↓		↓			昼食
午後	14:00								
	16:00	↓		↓		↓			
	18:00								夕食
夜間	20:00								就寝
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	〇〇病院受診月に1回 福祉用具
------------	-----------------