

第 1 表

居宅サービス計画書（１）

作成年月日： 令和 8 年 8 月 1 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 浜松 静子 様 生年月日 昭和 23 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 8 年 8 月 1 日 初回居宅サービス計画作成日 8 年 4 月 10 日
認定日 令和 8 年 3 月 1 日 認定の有効期間 令和 8 年 2 月 1 日 ～ 令和 9 年 1 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を踏まえた課題分析の結果	本人：家に戻れたことはうれしいけれど、時々不安になる。お父さんにも頼りっぱなし。自分でできることは頑張りたい。同年代の人と交流を続けたい。 家族（夫）：まだまだ様子が不安定であり心配な点も多くあるが、少しずつ元気になれるよう息子たちの力を借りながら、一緒に暮らしていきたい。 課題分析：少しずつ今の自分を受け入れているが、時折気落ちされている。いろいろな人との交流や活動参加をすることで、本人の楽しみ、役割を持てるように今後も継続して声かけ、参加を促していく必要がある。右半身の麻痺や白内障があり、転倒の危険性がある。福祉用具を活用し安全な環境を整えていく。
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	退院後は安全に生活ができるように、血圧や変動に注意して、健康管理を心掛けましょう。 他者との交流や楽しみを持ちながら、日常生活の活性化を図り、生活意欲の向上を目指していきます。 白内障による見えにくさがあります。福祉用具を適切に使用し、安全に移動できる環境を整備します。 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8年8月1日

利用者名 浜松 静子 様

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
健康を維持し、病気の再発を予防したい	脳梗塞の再発を防ぎ、これからも自宅で生活することができる	R8. 4. 10 ～ R9. 1. 31	自分でできることを増やしながら生活できる	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31	・医師の指示による高血圧の治療および薬の処方・療養における助言 ・服薬管理および指導 ・医師に生活の状況を伝える ・バイタルチェック ・体調確認・栄養、水分の確認 ・状態の報告を家族に行い、適時状態に合わせて受診を勧める	○ ○	医療 家族 居宅介護支援事業所 通所介護	シエン内科 本人・夫 長男・長女 富士山居宅介護支援事業所 〇〇デイサービス	月1回 週3回	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31
人と関わって自分の居場所を作りたい	地域との交流を継続し、生きがいを持って生活ができる	R8. 4. 10 ～ R9. 1. 31	デイサービス等で交流を図り、趣味活動へ参加ができる	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31	・他者との交流の機会を作る ・アクティビティへの参加 ・趣味の活動 ・友人との交流	○	通所介護 家族 近隣住民・友人	〇〇デイサービス 長男・長女・夫・孫 近隣住民・友人	週3回	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31
脳梗塞後遺症や白内障があり、環境に慣れるまで時間がかかるので、時々見守り・声かけをして欲しい	不安な気持ちが少なくなる	R8. 4. 10 ～ R9. 1. 31	不安時に職員や家族へ相談できる	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31	・他の利用者との会話 ・職員との雑談 ・傾聴による不安の解消 ・疾患への配慮	○	通所介護 家族	〇〇デイサービス 長男・長女・夫・孫	週3回	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31
車いすとベッド間の乗り降りを安心してできるようにになりたい	右片麻痺や白内障による転倒リスク軽減のため、福祉用具の活用ができる	R8. 4. 10 ～ R9. 1. 31	車いすとベッド間の乗り降りを、介助のもと安全に行える	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31	・起居動作、移乗動作をサポートする特殊寝台・特殊寝台付属品貸与 ・スライディングボードを使用 ・車いすを使用して安全に外出する（スロープ貸与） ・家族への情報提供及び介護方法の助言、相談支援	○ ○ ○	福祉用具 通所介護 家族 居宅介護支援事業所	〇〇福祉用具 〇〇デイサービス 夫 富士山居宅介護支援事業所	毎日 週3回	R8. 8. 01 ～ R9. 1. 31

※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 8 年 8 月 1 日

利用者名 浜松 静子 様

		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								おむつ交換
早朝	6 : 00								点眼
	8 : 00								起床・洗面
午前	10 : 00	通所介護事業 所		通所介護事業 所		通所介護事業 所			朝食・服薬・点眼
									歯磨き
	12 : 00								
	14 : 00								昼食・服薬・歯磨き
午後	16 : 00								点眼
	18 : 00								夕食・服薬・歯磨き
	20 : 00								点眼・着替え・就寝
夜間	22 : 00								
	24 : 00								おむつ交換

週単位以外 のサービス	シエン内科受診月に 1 回
	福祉用具貸与(特殊寝台、特殊寝台付属品、車いす、スライディングボード、スロープ)