第表1

居宅サービス計画書(1)

初回 (紹介) 継続

作成日 令和2年10月1日 認定済 申請中

利用者名 兵庫 兵太郎

様

生年月日 昭和18年5月9日

住所 大阪府和泉市府中町1-2-3

居宅サービス計画作成者氏名 介護 未来

居宅介護事業者・事業所名及び所在地 カイゴミライズケアプランセンター 和泉市府中町1-6-12

居宅サービス計画作成(変更)日 令和2年10月1日

初回居宅サービス計画作成日 平成25年12月16日

認定日 平成30年6月27日

認定の有効期間 平成30年8月1日~令和3年7月31日

要介護区分状態	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	┃認定有効期間を36カ月延長する。 ┃ ┃								
右上下肢マヒがあり、退院後は酸素療法を開始することになったご本人が、今の身体状況を維持し在宅生活を 総合的な援助の方針 安心して継続できるように相談支援をさせていただきます。 緊急連絡先 妻:090-1234-5678									
生活援助中心型算定理由 1、一人暮らし 2、家族等が障害・疾病等 3, その他()									
居宅サービス計画について説明を 容に同意し交付を受けました。	受け、内	説明・	同意日			署名	・ 捺印		(1)

居宅サービス計画書(2)

作成日 令和2年10月1日

※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〇印を付す

利用者名 兵庫兵太郎 様

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する

生活全般の解決すべ			 標		援助内容						
き課題(ニーズ)	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	
右上下肢マヒと排尿 障害がある。また肺 機能の低下のため、 在宅酸素を開始する が、本人と妻の負担			酸素療法を行い 動くことの負担 を軽減する		装具を装着し、一人で立位、 移乗、移動動作を行う。また 通院介助を行い体調管理も行 う。必要な導尿も家族の援助 を受けて行う。		本人・妻		毎日	R2/10/1~ R3/3/31	
の軽減をしていく必要がある。					右上下肢の筋力向上、歩行、 体幹機能、基本動作訓練を行いADLの向上を行う。また、 医師との連携も図る。	0	訪問リハビリテー ション	○○病院	週2回	R2/10/1~ R3/3/31	
					バイタルチェック、病状観察、皮膚の観察を行う。また 家族様の相談を専門的な見解 から行う。	()	訪問看護	○○看護 ステー ション	週に1回	R2/10/1~ R3/3/31	
			入浴後も呼吸が 安定し清潔を保 つことができる	R3/3/31	入浴準備、入浴介助、更衣介 助、移動介助を行う。また自分 で行える洗身は自分で行う	0	訪問介護	こうのと り訪問介 護	週に2回	R2/10/1~ R3/3/31	

利用者名 兵庫 兵太郎 様

	4.00		Ι	1.	1		1 1		> 4 口光リマー ママギ
深	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
夜	6:00								
早	•								
朝	8:00								起床
,									朝食
午	10:00	身体2(こうのとり訪問							
前		介護) 10:00~11:00	J			訪問リハ(○○病院)			
	12:00				訪問看護(○○看護ス				昼食
	14:00		訪問リハ(○○病院)		テーション) 身体 2 (こっのとり訪問 介護) 14:00~15:00				
午					// isg / 14.00~15.00				
後	16:00								
	18:00								
夜	00.00								夕食
	20:00								
間	22:00								就寝
	22.00								机 使
	0:00								
深	3.00								
夜	2:00								
	4:00								