

居宅サービス計画書（2）

利用者名 O.S 様

作成年月日

2016年3月26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
複数の疾患があり、病状が不安定。	疾患が悪化しない。	2016.4 ～ 2016.9	日々の健康状態の管理ができる。	2016.4 ～ 2016.6	病状と身体状況の把握。継続的な診察、病状を考慮した生活上の指導と助言、受診付添、医師の指示の確認	○	定期往診 居宅療養管理指導 (医師による) 家族の支援	在宅診療医師 家族	医師の指示による 受診時	2016.4.1 ～ 2016.6.30
					HOTの管理。状態の変化や服薬状況の確認 必要な日常生活の支援 (健康チェック、環境整備、情報収集等)	○ ○	家族の支援 通所介護 訪問看護	デイサービス 訪問Ns	トータル 3回/日 1回/週	2016.4.1 ～ 2016.6.30
栄養摂取の管理が必要。	経口摂取が完全に可能になる。	2016.4 ～ 2016.9	適切な経管栄養の扱いができ、栄養状態が安定する。	2016.4 ～ 2016.6	口腔内の診察と必要な助言と指導。 誤嚥しないための嚥下訓練、 口腔内のリハビリテーション 栄養指導	○	訪問歯科診療 居宅療養管理指導 (歯科医師による) 歯科衛生士による 栄養指導	訪問歯科医師 歯科衛生士 栄養士	2回/月 2回/週 2回/月	2016.4.1 ～ 2016.6.30
					経管栄養に必要な処置、器具類の管理(衛生面を含む)と指導 栄養摂取の介助、経口摂取の介助	○ ○	定期往診 訪問看護 通所介護 家族の支援	在宅診療医師 訪問Ns 通所介護 家族	医師の判断で トータル 3回/日	2016.4.1 ～ 2016.6.30
少しでも身体を動かせるようになりたい。	臥床時に四肢を動かせる。	2016.4 ～ 2016.9	筋力の回復と身体機能を高める。	2016.4 ～ 2016.6	全身機能向上のための機能訓練、 起居、移動補助用具の活用と介助	○ ○ ○	訪問リハビリ 福祉用具貸与 通所介護 家族の支援	訪問PT 福祉用具専門相談員 デイサービス 家族	1回/週 常時利用 1回/日 程度	2016.4.1 ～ 2016.6.30
常時おむつでの排泄になっている。	意思表示ができる。	2016.4 ～ 2016.9	おむつだけに頼ることなく排泄が可能になる。	2016.4 ～ 2016.6	排泄の介助(準備、声掛け、おむつ類の交換、清拭、後片付け、 清潔保持)	○ ○	訪問介護 通所介護 家族の支援	訪問介護員 デイサービス 家族	2回/日 水曜日 トータル 4回/日	2016.4.1 ～ 2016.6.30
自宅での入浴は困難。	身体の清潔が保持できる。	2016.4 ～ 2016.9	定期的に入浴できる。	2016.4 ～ 2016.6	機械浴対応で入浴介助(入浴の準備、 声掛け、誘導、脱着衣、浴槽の 出入り、洗身、洗髪、整容、水分補給)、 清拭の介助	○	通所介護 家族の支援	デイサービス 家族	2回/週 必要時	2016.4.1 ～ 2016.6.30
意思伝達ができるようになりたい。	他者に自分の意思を正確に伝えることができる。	2016.4 ～ 2016.9	簡単な意思表示が可能になる。	2016.4 ～ 2016.6	身振りや手振りを取り入れ、ご本人の間合いに合わせゆっくりとした傾聴をする	○	家族の支援 全スタッフ	家族 ケアチーム	在宅時 サービス 提供時	2016.4.1 ～ 2016.6.30

※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。