

宿泊サービス計画書

作成年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所名：デイサービスセンター ○○

作成者職氏名 : ○○ ○○

氏 名	〇〇 〇〇	男 女	生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇〇 歳)				
自宅住所	〒 所沢市〇〇町〇-〇-〇			自 宅 電話番号	04-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
要介護(支援)度	要介護〇	認定有効期間	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日					
居宅介護 支援事業所等	〇〇居宅介護支援事業所	担 当 ケアマネ	〇〇 〇〇	電話番号	04-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
病名	アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧							
担当医療機関	〇〇病院	主治医	〇〇 〇〇	電話番号	04-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
利用者の心身の状況、 その置かれている環境	・息子との二人暮らし、軽度の認知症と糖尿病・高血圧がある。 ・息子は、国内外の出張が月に何日かあり、家を空けることがある。 ・徘徊、薬の飲み忘れ、低血糖症状もあり、夜間一人で過ごすことができない。							
利用者の意向	・息子といつまでも、二人で暮らしたい。							
家族の意向	・面倒を見たいと思っているが、現状では出来ない。 ・既に施設入所申込済み							
サービス利用上 の留意事項	・糖尿病食前薬も含め、内服薬が多数ある。 ・年に何回か低血糖症状をおこす。 ・夜間トイレに起き、部屋に戻れないことがある。							
地域密着型通所介護 等との連携上で特に留 意すること	・日中の健康状態、食事量等。							
服薬・医療面での 留意事項	・低血糖(冷汗・ふるえ・気分不快等)、高血糖症状(のどの渇きによる多飲等)に注意。 ・低血糖症状見られたときは、預かりのブドウ糖液内服。 ・血圧高値時(170以上)は安静臥床。 ・食前薬を含め内服薬多数あり、朝、昼、夕に分包(食前薬は分包なし)されているので説明書参照のこと。 ※ 1. 服薬の頻度や留意点を詳細に記載すること。 2. 事業所保管分には、薬局発行の薬剤の説明書の写しを添付すること。							
やむを得ず長期利用と なる場合の理由と方針								
宿泊サービスの 利用予定年月日	平成 28 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 28 年 〇 月 〇 日 (〇 泊)							
	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊)							
	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊)							
送迎の状況 (地域密着型通所介護 等の利用日以外)	地域密着型通所 介護等の利用日 以外の送迎	有 ・無	迎え	自宅発時刻	16:30	送り	事業所発時刻	8:00
				事業所着時刻	17:00		自宅着時刻	8:30
緊急連絡先	第1連絡者氏名	〇〇 〇〇	続柄	息子	電話番号	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	第2連絡者氏名		続柄		電話番号			
緊急時の対応方法	・体調急変の場合は救急車を依頼する。 ・家族は、かかりつけ病院への搬送を希望しているため、救急隊員にその旨を伝える。							

＜ 宿泊サービス提供時の流れ ＞

予定時間	宿泊サービス提供の内容	具体的対応	留意事項 特記事項
17:00	くつろぎの時間	・テレビ鑑賞 ・歓談 お茶 ・17:55 食前薬内服	・相撲が好き ・食前薬を忘れずに内服させる
18:00	夕食	・夕食の提供 ・食後薬の内服	・500～600Kcalに抑える
19:00	くつろぎの時間	・テレビ鑑賞 ・歓談	
21:30	就寝準備	・血圧、脈拍、体温のチェック ・歯磨き、寝衣への着替え・排せつ介助	・血圧高値時は早めの臥床
22:00	就寝	・ベットに臥床	
1:00	排せつ介助	・消灯しているため、手引きにてトイレ誘導 ・終了後、手引きにてベットに誘導	・転倒の危険あり ・必ず手引きにて実施
6:30	起床	・洗顔、うがい、排せつ介助 ・着替え ・血圧、脈拍、体温チェック	・起床直後のため、排せつ介助は手引きにて実施
7:00	くつろぎの時間	・お茶・歓談 ・6:55 食前薬内服	・低血糖症状に注意
7:30	朝食	・朝食の提供 ・食後薬の内服	・400kcal程度のもの
8:00	くつろぎの時間	・テレビ鑑賞 ・歓談	
9:00	デイサービス	・日中のデイサービスへの申し送り	
その他の留意事項・特記事項			
・夜間、突然外に出ようとしたことが数回あったので注意。 ・歩行不安定、転倒に注意。			

上記計画書の内容の説明を受け、内容に同意した上で本書面の交付を受けました。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

利用者氏名 ○○ ○○ 印