

# 通所介護（介護予防通所介護）計画書

NCCデイサービス

事業所名 馬喰町

作成 平成25年05月29日

計画作成氏名 職員 A子

|                  |                                            |                                                                     |                         |              |        |
|------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|--------|
| 氏 名              | 医療 TY子                                     | 男・女                                                                 | 生年月日                    | 昭和08年10月04日  |        |
| 住 所              | 東京都足立区 x x x x x x<br>メゾン x x x x 3 0 3 号室 | 有効期間                                                                | H25年05月25日 ~ H25年12月31日 | 要介護度<br>要支援度 | 要介護度 2 |
| 電 話              | 03-x x x-x x x x                           | サービスの提供を行う期間                                                        | H25年05月25日 ~ H25年12月31日 |              |        |
| 居宅（介護予防）サービス計画   |                                            | （介護予防）通所介護計画（長期・短期目標等）                                              |                         |              |        |
| 長期               | 生きがいを持って生活を送る                              | 通所事業所にて友人を増やし、レクリエーションに楽しく参加していただく。<br>生きがいとなるような趣味を活動を通じて見つけていただく。 |                         |              |        |
| 短期               | 身体機能および健康状態の維持                             |                                                                     |                         |              |        |
| 利用者及び<br>家族の意向   | 本人：もう少し歩けるようになりたい。友人を作りたい。趣味を見つけない。        |                                                                     |                         |              |        |
| サービス利用上<br>の留意事項 | 服薬したことを忘れて再度飲もうとすることあり。                    |                                                                     |                         |              |        |

|             |                         |               |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
|-------------|-------------------------|---------------|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----|---|-----|---|---|
| 【援助内容】      |                         |               | 【個別援助内容】         |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 迎え          | 自宅発 9:30<br>事業所着 9:50   |               | 項目               | 内容                                  | 留意事項                                      |     |   |     |   |   |
| プログラム（日課）   |                         |               | 機能訓練             | ・ 個別訓練による体力の向上。<br>・ 歩行能力向上による転倒予防。 | 腰痛があるので、痛いときは無理をして悪化させないように注意、声掛けをしていきます。 |     |   |     |   |   |
| （予定時間）      | （サービス提供内容）              | 各プログラムの所要予定時間 |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 10:00       | 健康チェックほか                | 0:30          | レクリエーション（サークル活動） | ・ レクリエーションへの参加（書道、フラワーアレンジメント、合唱。   | 話の合う利用者の隣に座ってもらうなど、楽しく過ごせるよう配慮します。        |     |   |     |   |   |
| 10:30       | 入浴・整容                   | 1:00          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 11:30       | リハビリ体操                  | 0:30          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 12:00       | 昼食                      | 1:30          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 13:30       | 口腔ケア等                   | 0:15          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 13:45       | 食後休憩                    | 0:30          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 14:15       | 能力訓練・レクリエーション           | 1:30          | 服薬管理             | ・ 昼食後、看護師による服薬チェック                  | 昼食後に服薬したのを忘れて再度飲もうとすることがあるので、見守りを行います。    |     |   |     |   |   |
| 15:45       | おやつ                     | 1:00          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 16:45       | 帰りの会                    | 0:30          |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 17:15       | (サービス提供終了)              |               |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 合計所要時間 7:15 |                         |               |                  |                                     |                                           |     |   |     |   |   |
| 送り          | 事業所発 17:10<br>自宅着 17:30 |               | 利用日              | (月)                                 | 火                                         | (水) | 木 | (金) | 土 | 日 |

報酬算定区分

|                   |
|-------------------|
| 3-5時間・5-7時間・7-9時間 |
|-------------------|

通所介護計画（介護予防通所介護計画）について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。  
平成25年05月30日

利用者同意欄 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
説明者 氏名 \_\_\_\_\_

#### サービスの実施状況及び目標の達成状況

- ・機能訓練： 積極的に参加され、体力の向上が認められる。腰痛も以前より少し弱まったとのこと。
- ・レクリエーション： 楽しく参加されている様子。特定の友人も何人かできており、一緒にフラワーアレンジメントに積極的に参加されている。
- ・服薬管理： 重複服薬もなく、問題なく管理できている。

#### 評価

通所に慣れてきて、送迎時の準備もスムーズになっています。  
初めの頃は緊張のためかあまり他の利用者様と積極的に会話することがなくスタッフとの会話ばかりでしたが、徐々に特定の友人が増え、最近の利用者様と談笑しています。  
通所での服薬管理はうまくできておりますが、ご自宅では飲み忘れや重複があるとのことですので、通所時にバイタルチェックを行い、健康状態の把握に努めていきます。

上記のサービスの実施状況及び目標の達成状況並びに評価内容について説明をしました。

平成25年05月30日

説明者

氏名

個別機能訓練計画・栄養ケア計画・口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって各種加算の計画の作成に代えることができます。  
(平成20年8月1日からの適用)