

# 通 所 介 護 計 画 書

計画作成者氏名		職員 A子		作成年月日	今回 前回	平成25年06月01日 平成25年01月01日
利用者氏名	医療 TY子	性別	男・ <b>女</b>	住所	東京都足立区 x x x メゾン x x 3 0 3号室 (電話番号 03-x x x-x x x x )	
生年月日	昭和08年10月04日 ( 80 才 )	要介護認定日	H22/01/01	要介護度等	要介護 1・ <b>2</b> ・3・4・5 要支援 1・2	
主たる介護者	医療 太郎 (続柄: 夫)	連絡先	住所: 同上 電話番号: 同上			
居宅介護支援事業所 (事業者番号)	NCC居宅デモ事業所 (111111111)	担当の介護支援専門員	ケアマネ花子			

## 【援助目標】

<b>長 期 目 標</b>	生きがいを持った生活を送る	(期間) 自: 平成25年06月01日 至: 平成25年12月31日 ( 7 月間)	(見直しの時期及び視点) 平成25年09月30日  本人ヒアリングおよびスタッフミーティングで状況確認
	身体機能および健康状態の維持	(期間) 自: 平成25年06月01日 至: 平成25年12月31日 ( 7 月間)	(見直しの時期及び視点) 平成25年09月30日  機能訓練の進捗を確認し、負荷や訓練項目の見直しを行う
		(期間) 自: 至: ( 月間)	(見直しの時期及び視点)
<b>短 期 目 標</b>	友人を増やし、レクリエーションを通じて趣味を見つける	(期間) 自: 平成25年06月01日 至: 平成25年07月31日 ( 2 月間)	(見直しの時期及び視点) 平成25年09月30日  楽しんで参加しているレクリエーション項目があるか、他の利用者との交流があるか
	送迎時の準備をスムーズに行えるようにする	(期間) 自: 平成25年06月01日 至: 平成25年07月31日 ( 2 月間)	(見直しの時期及び視点) 平成25年09月30日  何の準備に時間がかかっているかを確認
	機能訓練による歩行能力向上	(期間) 自: 平成25年06月01日 至: 平成25年07月31日 ( 2 月間)	(見直しの時期及び視点) 平成25年09月30日  機能訓練の進捗を確認し、負荷や訓練項目の見直しを行う

## 【本人及び家族の意向・希望】

日常生活に関すること (入浴及び食事に関することなど)
本人: もう少し歩けるようになりたい。友人を作りたい。趣味を見つけたい。
病状に関すること (治療中・既往症の疾病に関しての留意事項、禁忌など)
腰痛あり
その他
服薬したことを忘れて再度飲もうとすることあり。

【本人及びご家族様へのお願い】

<ご本人へ>

筋力をアップさせるため、ボールや水の入ったペットボトルなどでの運動を習慣にしましょう。

<ご家族様へ>

- ・腰の痛み、膝の痛みに応じて手助けをしてあげてください。
- ・ご自宅でお薬の飲み忘れや重複があった場合は、スタッフにご連絡ください。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。

【援助内容】

【個別援助内容】

プログラム	
9:30	迎え (有・無)
10:00	健康チェックほか
10:30	入浴・整容
11:30	リハビリ体操
12:00	昼食
13:30	口腔ケア等
13:45	食後休憩
14:15	機能訓練・レク
15:45	おやつ
16:45	帰りの会
17:15	(サービス提供終了)
17:20	送り (有・無)

項目	内容	留意事項
機能訓練	・個別訓練による体力の向上。	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。
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)。 ・他者との交流と気分転換。	話の合う利用者と隣合わせで座ってもらうなど、楽しく会話ができるよう配慮していきます。
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、見守りをを行います。

【選択的サービス】

サービス種別	サービス内容等	サービス従事者
個別機能訓練	サービス概要： 見直しの時期：平成25年6月30日	資格 ヘルパー1級 氏名 山田 太郎
栄養マネジメントサービス	サービス概要： 見直しの時期：平成25年6月30日	資格 管理栄養士 氏名 川野 洋子
口腔機能向上サービス	サービス概要： 見直しの時期：平成25年6月30日	資格 ヘルパー2級 氏名 海野 浩
若年性認知症ケア	サービス概要： 見直しの時期：平成25年6月30日	資格 ヘルパー2級 氏名 海野 浩

【送迎方法等】

--

【報酬算定及び週間予定表】

提供時間帯	報酬算定区分	個別機能訓練加算	入浴介助加算	選択的サービス等			
				栄養マネジメントサービス	口腔機能向上サービス	若年性認知症ケア	
： ～ ：	○時間以上 ○時間未満	有	有	有	有	有	
（ 時間）							
曜日別提供予定	月	火	水	木	金	土	日
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 個別訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input checked="" type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 個別訓練 <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 個別訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input checked="" type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 個別訓練 <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 個別訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input checked="" type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 利用 <input checked="" type="checkbox"/> 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 送迎 <input checked="" type="checkbox"/> 個別訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input checked="" type="checkbox"/> 若年性認知症ケア	<input type="checkbox"/> 利用 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 個別訓練 <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント <input type="checkbox"/> 口腔機能向上 <input type="checkbox"/> 若年性認知症ケア

【サービス提供に関する評価】

(目標達成度) ・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。	評価を行った日  平成25年07月31日
(利用者満足度)	評価を行った日
(計画見直の必要性)	評価を行った日

上記の通所介護計画に基づきサービス提供を行います。

説明日	平成25年06月01日	説明者	職・氏名
-----	-------------	-----	------

事業所名称：
事業者番号：
連絡先： ( ) -

利用者同意署名欄	
----------	--