

対応例

【（地域密着型）通所介護計画書】（記載例）

作成日： 令和〇年11月3日	前回作成日： 令和〇年10月3日	初回作成日： 令和〇年8月8日
ふりがな 氏名 こべつ たろう 個別 太郎	性別 大正 / 昭和 △年4月2日生 82歳	要介護度 要介護1 計画作成者：〇〇 〇〇 職種：理学療法士（機能訓練指導員）
障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

I 利用者の基本情報

通所介護利用までの経緯（活動歴や病歴）
昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちであり、家事を行う回数も少なくなってきた。

利用者本人の希望
自宅での生活を続けたい。自宅のお風呂に入れるようになりたい。デイサービスではお風呂に入る練習をしたり、他の利用者と話をしたい。買い物が好きなので、近所に買い物に行けるようになりたい。

家族の希望
本人が希望する限りは、自宅で一緒に暮らし続けたい。以前のように元気で過ごしてほしい。ハリのある生活をするため、家事などがまたできるようになってほしい。

利用者本人の社会参加の状況
自宅では簡単な調理の手伝いを行っている。（元々家事や買い物等を積極的に行っていた。手先が器用で工作や習字、絵を描くことが得意。）社交的な性格で、顔なじみの近所の人と話をすることを楽しみにしている。

利用者の居宅の環境（利用者の居宅での生活状況をふまえ、特によく使用する場所・使用したいと考えている場所の環境を記入）★
・居室は2階建ての一軒家。利用者の居室や浴室は1階にあり、2階にあがることはほとんどない。玄関、廊下、居室内には手すりがある。
・浴室環境は利用者の心身の状況からみて使用上の問題はなし。
（床は段差なし、滑り止め加工あり。浴槽の高さは50センチ。バスボードと入浴椅子の配置あり。別添写真参照。）

健康状態（病名、合併症（心疾患、呼吸疾患等）、服薬状況等）★
・アルツハイマー型認知症（ドネパジル5mg/1X朝を内服中）
・高血圧症（アムロジピン5mg/1X朝を内服中）

ケアの上での医学的リスク（血圧、転倒、嚥下障害等）・留意事項★
・血圧上昇時には運動を控えること。

計画作成者欄に、当該計画のとりまとめを行った管理者以外の職種を記載することは「可」とします。

II サービス利用目標・サービス提供内容の設定

利用目標

長期目標	設定日 〇年 8月 達成予定日 △年 2月	・自宅での生活を継続する。 ・近所のスーパーで買い物ができるようになる。	目標達成度	達成 一部 未達
短期目標	設定日 〇年 11月 達成予定日 △年 2月	・他の利用者とのコミュニケーションを図る。 ・スーパーで買い物ができるようになるために心身機能を回復する。	目標達成度	達成 一部 未達

サービス提供内容（※）

①	目的とケアの提供方針・内容	評価			迎え (有) ・無
		実施	達成	効果、満足度など	
①	11月 4日 ~ 月 日 入浴（自宅で入浴ができるよう、自宅の浴室環境をふまえ、福祉用具を選定し入浴動作を練習する）	実施 一部 一部 未実施	達成 一部 未実施	脱衣・着衣、洗髪に問題はないが、浴槽をまたぐ動作に不安があり、バスボードを用いて引き続き練習を行う。	プログラム（1日の流れ） （予定時間）（サービス内容）
②	11月 4日 ~ 月 日 昼食（自身でメニューを選び、配膳・下膳を行う（食事介助なし））	実施 一部 一部 未実施	達成 一部 未実施	自身で栄養バランスを考えてメニューを選ぶことや、食事の準備・片付けができています。食後声掛けし、服薬もできています。	10時00分 サービス開始 10時30分 入浴 12時00分 昼食
③	11月 4日 ~ 月 日 個別機能訓練（個別機能訓練計画書を参照）	実施 一部 一部 未実施	達成 一部 未実施	-	13時30分 個別機能訓練 15時00分 レクリエーション
④	11月 4日 ~ 月 日 レクリエーション（他の利用者との会話を楽しむ。習字や合唱のプログラムに参加する）	実施 一部 一部 未実施	達成 一部 未実施	他の利用者と楽しく会話することができている。習字や合唱のプログラムにも毎回参加している。	16時00分 サービス終了
⑤	月 日 ~ 月 日	実施 一部 一部 未実施	達成 一部 未実施	-	送り (有) ・無

特記事項
利用者はおもともと活発な方であり、機能訓練やレクリエーションに積極的に参加したいと考えている。

実施後の変化（総括） 再評価日： 令和〇年 11月 3日
デイサービスに通い始めてから3か月が経過し、デイサービスの環境にも慣れてきている様子。機能訓練やレクリエーションにも積極的に参加しており、効果も現れてきている。自宅で生活し続けられるよう、心身の状態を確認し、事業所内ではできる限り自身の残存能力を活かして行動するよう促すとともに、自身の力での対応が難しい場合は介助を行っていく。

※サービス提供内容の設定にあたっては、長期目標・短期目標として設定した目標を達成するために必要なプログラムとなるよう、具体的に設定すること。
※入浴介助加算（II）を算定する場合は、★が記載された欄等において必要な情報を記入すること。

利用者・家族に対する本計画の説明者及び同意日

説明者	説明・同意日
〇〇 〇〇	〇年 11月 5日

計画作成者欄に管理者以外の職種を記載した場合は、当該計画を管理者が確認し、作成したことがわかるよう、記載してください。

（地域密着型）通所介護 〇〇〇 〒000-0000 住所：〇〇県〇〇市〇〇 00-00 管理者： 〇〇 〇〇
事業所No. 000000000 Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000

上記計画作成者がとりまとめた内容を確認のうえ、管理者が（地域密着型）通所介護計画書を作成しました。