

# 伊勢市通所型サービス計画書（記載例）

作成日

平成 29 年 10 月 17 日

|           |             |       |               |                   |         |                  |
|-----------|-------------|-------|---------------|-------------------|---------|------------------|
| 利用者氏名     | 伊勢 恵子 様     |       | 性別            | 女                 | 生年月日    | 昭和7年1月1日         |
| 住所        | 伊勢市         | 年齢    | 85 歳          | 電話番号              | 21-5611 |                  |
| 被保険者番号    | 90000       | 要支援2  | 認定期間          | H29.10.1～H30.9.30 |         |                  |
| 居宅介護支援事業所 | 西地域包括支援センター | 事業所住所 | 小俣町元町536      |                   | 担当CM    | 小俣 花子            |
| 利用日       | 毎週火曜日       | 利用時間  | 10:00 ～ 15:00 |                   | サービス種別  | 通所介護相当サービス(入浴あり) |
|           | 毎週水曜日       |       | 10:00 ～ 15:00 |                   |         | 生きがいデイサービス(入浴なし) |

本プラン受領日以降において作成した日を記入

## 解決すべき課題（ニーズ）

転倒への不安を無くすため、安定した歩行を身に付ける必要がある。閉じこもり傾向にあるため、外に出る習慣をつけ、気分転換を図る必要。自宅での入浴が難しくなっているため、清潔保持について支援する必要がある。

短期・長期ともケアプランの目標に沿った上で、独自

短期・長期ともに、サービスの開始日を記入(短期の期間は3～6ヶ月で設定)

デイサービスで学んだ体操、運動を1日1回は行い、体力、筋力をつけたい。

(平成29年10月24日 ～ 平成30年3月31日)

安心して入浴、外出することができ、友人とともに色々な場所に出かけたい。

(平成29年10月24日 ～ 平成30年9月30日)

| 目標                                   | サービス内容・種別   | 具体的な対応・留意点  | 評価   |
|--------------------------------------|---|---|--|
| 足腰の筋力向上、体力の向上のため、体調に合わせた運動を行っていきましょう | 体温・血圧・脈拍測定<br>問診、体調確認<br>通所介護相当サービス<br>生きがいデイサービス | 毎回利用時に体温、血圧、脈拍を測定し、確認します。また体調や痛みの部位の確認を行います。測定の際に、必ず看護師による問診を行い、健康管理、介護、生活の相談・助言を行います。      | 【評価日】 年 月 日<br>【評価者】<br>【実施状況・評価】<br>( )       |
|                                      | 足腰の筋力向上と体力の向上のための運動<br>通所介護相当サービス                 | サーキットトレーニング、エクササイズ、個別機能訓練などのメニューを体調に配慮しながら、自分のできる範囲で行えるよう声かけします。自宅でもできる運動(セルフケア)を支援していきます。  | ※別紙、報告書参照                                      |
| 他の利用者や職員と交流を楽しみ、気分転換を図りましょう          | ティータイム<br>レクリエーション<br>通所介護相当サービス<br>生きがいデイサービス    | ティータイムにおいて、他の利用者の方と交流し、気分転換ができるような環境・座席の配置などを行います。脳トレ・趣味活動などを行い、新たな生きがいや趣味を発見できるような活動を行います。 | 「評価」欄は、上段のように記載するか、下段のように別紙で対応するか、事業所で判断してください |
| 入浴することで、身体の清潔を保ちましょう                 | 入浴時の見守り<br>出来ない部分の介助<br>入浴方法の確認・助言<br>通所介護相当サービス  | 自分でできるところは行い、難しい部分はお手伝いし、安心して入浴できるよう見守りを行います。自宅での入浴について改善できる点を助言します。                        |  |

## 特記事項

※ 本計画書は、ケアプラン(記載例)の内容とはリンクしていません。

平成29年10月20日

私は、通所型サービスの内容に同意し、これ

サービスの開始前に利用者から同意を得た日を記入

(事業所)所在地 伊勢市〇〇1丁目1番1号

事業所名 リハビリデイサービス〇〇

氏名

伊勢 恵子

印

管理者

二見 一郎

印