

【個別機能訓練計画書】

作成日 平成 27 年 1 月 5 日		前回作成日 平成 年 月 日		計画作成者 山田 太郎								
ふりがな しまだ ごえもん		性別		生年月日		介護認定		管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名 島田 五右衛門		男		昭和 12 年 2 月 8 日生		要介護 1		川田	園田	飯田	山田	小野田
本人の希望 身体機能の向上 認知機能の向上 他者との交流 買い物に行きたい		家族の希望 自分の事は自分で出来る状態の維持 他者との交流 健康的な生活リズムの獲得		障害老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
				認知症老人の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等） C型肝炎、高血圧症		生活課題 食に関するこだわりが強く、自分の好きなものじゃないと不満 家族が同居しているので役割（仕事）がない 運動が足りていない		在宅環境（生活課題に関連する在宅環境課題） 息子の家族と同居 玄関外に高さ15cm、3段の階段と3mの斜面 自宅から500m先にスーパーあり								
運動時のリスク（血圧、不整脈、呼吸等） 血圧の急上昇による動悸												

個別機能訓練加算Ⅰ

長期目標 年 月		目標 達成度	達成 <input type="checkbox"/> ・ 一部 <input type="checkbox"/> ・ 未達 <input type="checkbox"/>
短期目標 年 月		目標 達成度	達成 <input type="checkbox"/> ・ 一部 <input type="checkbox"/> ・ 未達 <input type="checkbox"/>

プログラム内容		留意点	頻度	時間	主な実施者
①					
②					
③					
プログラム立案者					

個別機能訓練加算Ⅱ

長期目標 27 年 7 月	ひとりで近くの店まで杖で歩いて買い物に行く	目標 達成度	達成 <input type="checkbox"/> ・ 一部 <input type="checkbox"/> ・ 未達 <input type="checkbox"/>
短期目標 27 年 4 月	付き添いありで近くの店まで歩いて買い物に行く	目標 達成度	達成 <input type="checkbox"/> ・ 一部 <input type="checkbox"/> ・ 未達 <input type="checkbox"/>

プログラム内容		留意点	頻度	時間	主な実施者
①	下肢の筋力持久力アップのための段差昇降訓練	無理はせず心拍数が140回/分以上にならないように注意	週2回	10分	機能訓練指導員
②	荷物を持っても安定した歩行が出来るよう物を持った状態での歩行バランス訓練	適宜シルバーカー等を使うことも考慮していく	週2回	10分	機能訓練指導員
③	途中で何かあった場合に携帯で家族に連絡をとる為の携帯の使い方訓練	充電の必要性もしっかり伝える	週2回	5分	機能訓練指導員
④	店でのお金のやりとりや目当ての物を探す訓練	家を出る前に目的の商品や財布の中身を確認する習慣付けも必	週1回	10分	機能訓練指導員
（注）目的を達成するための具体的内容を記載する。（例：買い物に行けるようになるために、屋外歩行を練習するなど）			プログラム立案者 山田 太郎		

特記事項	プログラム実施後の変化（総括） 再評価日 平成 27 年 4 月 3 日
上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日	上記計画に基づきサービスの説明を行い 内容に同意いただきましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日
ご本人氏名	介護支援専門員様／事業所様
ご家族氏名	

通所介護	デイサービス あいうえお	〒 000-00000	住所 東京都新宿区西新宿 2 丁目 8 - 1	管理者 川田 太郎
事業所No.	123456789	Tel. 000-000-0000	Fax. 000-000-0000	説明者 小野田 太郎