

【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 おんだ 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 恩田 五右衛門		男		昭和 12 年 2 月 8 日生		要介護 2		川田	園田	飯田	山田	小野田
本人の希望 自分の事は自分でやりたい 意欲をなくしたくない		家族の希望 何もせず1日を過ごすことはやめてほしい 運動能力を向上させて欲しい		障害老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> E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"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等） 脳梗塞、右片麻痺、高血圧、糖尿病		生活課題 自発的な活動が少ない 立ち上がり、杖歩行不安定 過去の数回の転倒による歩行への恐怖感あり 糖尿病改善の為に軽い運動が出来ていない		在宅環境（生活課題に関連する在宅環境課題） 妻と二人暮らし 息子、娘は県外在住 玄関外に高さ20cm、5段の階段 浴室が寒い、浴槽が深い トイレに5cmの段差								
運動時のリスク（血圧、不整脈、呼吸等） 右片麻痺による転倒 血圧の急上昇 薬を飲んだ後の血糖値の低下												

個別機能訓練加算Ⅰ

長期目標 27 年 7 月	歩行能力の改善により玄関外の階段の昇降を可能にする	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	運動する機会を増やす	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	グループ体操で、全身のストレッチや軽い筋トレを行い、運動の爽快感を感じてもらう	血圧の上昇に注意する	週3回	20分	介護職員
②	訓練器具を使って自主訓練 電動自転車こぎで筋力・持久力アップ	麻痺側下肢の関節を痛めないよう正しい姿勢で取り組む	週3回	20分	介護職員
③	機能訓練指導員と個別訓練 運動療法や評価助言を行うことで希望を持ってもらう	出来る限り多くの思いを聞き出したうえでの助言を行う	週1回	15分	機能訓練指導員
			プログラム立案者 山田 太郎		

個別機能訓練加算Ⅱ

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					
④					
(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		

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 4 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	上記計画書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
事業所No.	123456789	Tel. 000-000-0000	Fax. 000-000-0000	説明者