

ライフサポートプラン①

作成日：令和〇年 7月 28日

利用者名： 岡安 英子 殿	生年月日： 昭和10年10月10日	住所： 〇〇県〇〇郡〇〇町〇〇〇番地
事業所名： 小規模多機能型居宅介護あつとホーム		(計画作成担当者： 〇〇 〇〇)
認定日： 〇〇年 〇月〇〇日	認定の有効期間： 〇〇年 〇月〇〇日～ 〇〇年 〇月〇〇日	要介護状態区分： 要介護2
審査会の意見：		
本人の望む暮らしの意向： 婦人会の活動に参加しながら、夫が残してくれた自宅で役割のある暮らしを続けたい。		
当面の具体的な目標： (活動・参加の目標) #1 ひとまず週に1回、婦人会に出かけることができる (心身機能の目標) #2 毎日の服薬が確実にできる		

目標を達成するための課題	目標を達成するための具体的な役割と内容 等						
	本人	家族・介護者	地域, 医療, その他	事業所	期間	場所	備考
#1 婦人会に参加するための役割を明確にする	・移動は杖を使用して転倒に気を付ける ・珈琲を入れる練習をする。	・参加時の準備、移動時の見守り	・参加の声かけ(婦人会の友人) ・一人で外出しているのを見かけたら事業所に連絡する(近隣住民A氏)	・参加時の準備、移動時の見守り(訪問) ・珈琲を入れる練習を一緒にする(通い)	〇年8月1日 ～〇年10月31日	婦人会(公民館) 事業所	
#2 服薬が確実にできる	・薬を飲む	・服薬の声かけと確認	・お薬手帳の管理(後藤医院)	・お薬カレンダーの準備と服薬の声かけ(訪問) ・主治医への状況報告	〇年8月1日 ～〇年10月31日	自宅	
他の介護保険サービスの必要と具体的な課題	居宅療養管理指導：後藤医院 起居動作の安全確保→介護用ベッド(トウ・コーポレーション) 移動時の安全確保→歩行補助杖[四点杖](トウ・コーポレーション)				〇〇年8月1日～ 〇〇年10月31日	自宅 自宅 自宅・外出先	

確認欄	年 月 日	氏名	代筆 (続柄)
-----	-------	----	------------