

某デイサービスの「個別機能訓練計画書(加算Ⅱ)」です。この計画書では間違いなく、**実地指導で返還請求**です。何がダメかわからない方は、ご連絡ください。

あなたのデイの個別機能訓練計画書も危ないです。

【個別機能訓練計画書】

令和 1年 6月 4日

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)	計画作成者			
氏名							
本人及び家族の意向			計画期間				
本人：体験利用をしてよかったのでデイサービスに行ってみようと思う。できることはやっていきたい。 家族：デイサービスを利用して楽しく過ごして欲しい。出来ることは助けてもらいながら自分で行えるようになって欲しい。			令和元年 ~ 8月31日				
介護度	疾患等	生活課題		在宅環境(別紙参照)			
要介護1	<ul style="list-style-type: none"> ・アルツハイマー型認知症 (認知症高齢者自立度Ⅲa) ・高血圧 ・高コレステロール 	疾患により日中の活動量の減少や入浴、食事調理など生活動作の一部が1人では困難。 又、同居家族が日中不在であり、家族の介護負担軽減の考慮が必要。		娘と2人暮らし。4階建てマンションの4階に在住。階段で階段段差約20cm、48段あり。手すりの設置あり。自宅内段差は玄関に約8cm程度、浴室入り口に20cm程度。自室寝室があり、ベッド使用。段差等を含め生活は身体機能的に特に問題は見られていないと。1日の生活は自宅近所(50m程度)に義姉宅があり家族不在時は朝から家族帰宅時まで食事も含め義姉宅にて生活していた。 居宅訪問者： 6月4日			
長期目標	身体機能維持強化、認知機能悪化予防に努めながら安心した在宅生活を継続することが出来る						
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・身体を動かし、気分転換を図ることが出来る。 ・出来ることを継続しながら安心して過ごすことが出来る。 						
プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操上下 (テンポー4) ・生活動作訓練 (食器洗い、洗濯物たたみ干しなどの家事動作) 		評価	令和 年 月 日			
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・疲労、疼痛、バイタル変動等に注意します。 ・その日の身体状態にあわせプログラムの内容を変更することがあります。 		目標達成度 達成・一部達成・未達成				
上記計画の内容について説明を受けました			ご本人様(ご家族様)氏名				
令和 1年 6月 5日							
各担当印	管理者	看護	介護	機能訓練員	相談員	説明者	プログラム立案者
事業所名							
住所							
電話番号							