

(別紙様式3)

リハビリテーション計画書(本案) 訪問 通所 (No. 1)

利用者氏名 ○○ ○○ 殿

作成年月日 2021年 ○月 ○日

リハビリテーションマネジメントⅠ リハビリテーションマネジメントⅡ

訪問・通所頻度(4日/週) 利用時間(60分/日) 送迎なし

■リハビリテーションサービス							
No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)		頻度	時間	訪問の必要性
1	自宅の浴室で入浴が行える。	2021.1.22 ～ 2021.3.21	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	ご自宅の浴室で、まずは介助下にて入浴動作(浴室出入り・浴室内部移動)が行えることを目指します。ある程度の改善が認められたら、実動作の練習や、動作方法の検討を行います。	2日/週	20分 /日	
2	自主トレーニングを継続し、ご自身の身体機能を維持・向上できる。	2021.2.22 ～ 2021.4.21	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	リハビリ提供時間以外にもご自身で適切な運動を行えること、またご自身で体のコンディションを整えられるように、自主トレーニングをご指導し、実践できるようサポートしていきます。	2日/週	20分 /日	
3	ご自身で調理の計画を適切に立てることができ、安全に効率よく調理動作が実施できる。	2021.2.22 ～ 2021.3.21	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	料理が安全に、負担なくご自身で行えることを目指します。調理動作の練習・評価を実施し、上肢の操作性向上をはかっていきます。困難な部分があれば、動作方法や調理器具の変更などの提案を行います。	適宜	40分 /日	
4	電車・バスの利用が安全に、身体への負担が少ない状態で実施できる。	2021.2.22 ～ 2021.4.21	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	電車、バス利用に関して、必要な要素の機能訓練を実施します。また、乗降や駅構内の行き来などを含めて実動作練習を行います。また、動作方法の評価を行い、適した方法や注意点などがあればアドバイスをさせていただきます。	適宜	60分 /日	
					週合計時間	240分	