

(別紙様式21の6)

事業所番号 _____ **リハビリテーション実施計画書** ☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☐通所 計画作成日: _____年 _____月 _____日
氏名: _____様 性別: ☐男 ☐女 生年月日: _____年 _____月 _____日 (_____歳) ☐要支援 ☐要介護: _____
リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者 (_____)

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等)

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____年 _____月 _____日 直近の入院日: _____年 _____月 _____日 直近の退院日: _____年 _____月 _____日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: ☐あり ☐なし

日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

| 項目 | 現在の状況 | 活動への支障 | 将来の見込み(※) |
|------------------------------|---|---|---|
| 筋力低下 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 感覚機能障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 関節可動域制限 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 摂食嚥下障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 失語症・構音障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 見当識障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 記憶障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| その他の 高次脳機能障害 (_____) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 栄養障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 疼痛 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 精神行動障害 (BPSD) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子(※課題ありの場合 ☒ 現状と将来の見込みについて記載する)

| 課題 | 状況 |
|---------|---|
| 家族 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (_____) |
| 福祉用具等 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅:居住階(_____ 階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: _____) <input type="checkbox"/> 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 自宅周辺 | <input type="checkbox"/> _____ |
| 社会参加 | <input type="checkbox"/> _____ |
| 交通機関の利用 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無 |
| サービスの利用 | <input type="checkbox"/> _____ |
| その他 | <input type="checkbox"/> _____ |

■リハビリテーションの目標

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

| | 現在の状況 | 将来の見込み(※) |
|---|---|--|
| 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 立ち上がり | いすから | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| | 床から | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 立位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| コミュニケーション の状況 | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

| 項目 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 将来の見込み(※) |
|----------------|----|-------------------------|-----|---|
| 食事 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| イスとベッド間の 移乗 | 15 | 10 ← 監視下 座れるが移れない→ 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 整容 | 5 | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 入浴 | 5 | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 平地歩行 | 15 | 10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 階段昇降 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 更衣 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 排便コントロール | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 排尿コントロール | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 合計点 | | | | |

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

| | |
|-------------------------------|--|
| 家庭内の役割の内容 | |
| 余暇活動 (内容および頻度) | |
| 社会地域活動 (内容および頻度) | |
| リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組 | |

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: _____年 _____月 _____日

本人のサイン: _____

家族サイン: _____

説明者サイン: _____

特記事項: _____