

(別紙様式23)

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女		生年月日(明・大・昭・平)		年 月 日(歳)		利き手	右・右(矯正)・左								
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等										
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 □軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓		リハビリテーション歴										
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, II a, II b, III a, III b, IV, M												
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:				<input type="checkbox"/> 知覚障害(□視覚, □表在覚, □深部覚, □その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:											
	基本動作	立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □全介助 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □全介助														
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」									
	ADL・ASL等		自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	階段昇降							杖・装具:						杖・装具:		
	廊下歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	病棟トイレへの歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)							装具:						装具:		
	車椅子・ベッド間移乗							装具:						装具:		
	椅子座位保持							装具:						装具:		
	ベッド起き上がり															
食事							用具:						用具:			
排尿(昼)							便器:						便器:			
排尿(夜)							便器:						便器:			
整容							移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:			
更衣							姿勢:						姿勢:			
装具・靴の着脱							姿勢:						姿勢:			
入浴							浴槽:						浴槽:			
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: □無, □有(時間帯: 理由) 日中座位: □椅子(背もたれなし), □椅子(背もたれあり), □椅子(背もたれ, 肘うけあり), □車椅子, □ベッド上, □キャッチアップ														
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): □経口(□食事, □補助食品), □経管栄養, □静脈栄養(□末梢, □中心) 嚥下調整食の必要性: □無, □有(学会分類コード:) 栄養状態: □問題なし, □低栄養, □低栄養リスク, □過栄養, □その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可															
参加	職業 (□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定) (職種・業種・仕事内容:) 経済状況()				社会参加(内容・頻度等) 余暇活動(内容・頻度等)											
心理	障害の受容(□ショック期, □否認期, □怒り・恨み期, □悲観・抑うつ期, □解決への努力期, □受容期) 機能障害改善への固執(□強い, □中程度, □普通, □弱い)				依存欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い) 独立欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い)											
環境	同居家族: 親族関係:				家屋 : 家屋周囲: 交通手段:											
発病による家族の変化 不三利者の	□社会生活: □健康上の問題の発生: □心理的問題の発生:															

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加目標	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
すべて実況	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者不利の	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクⅠ,Ⅱ,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。