

## 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(西暦)		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	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：				合併症(コントロール状態)：				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 , IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M									

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 (____ヶ月後)	具体的アプローチ	
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS)： <input type="checkbox"/> 見当識障害： <input type="checkbox"/> 記銘力障害： <input type="checkbox"/> 運動障害： <input type="checkbox"/> 感覚障害： <input type="checkbox"/> 摂食障害： <input type="checkbox"/> 排泄障害： <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害： <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語)： <input type="checkbox"/> 関節可動域制限： <input type="checkbox"/> 筋力低下： <input type="checkbox"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 疼痛： <input type="checkbox"/> 半側空間無視： <input type="checkbox"/> 注意力障害： <input type="checkbox"/> 構成障害： <input type="checkbox"/> その他：						
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )： 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )：					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子：		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 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）：	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"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
栄養※	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm、体重: ( )kg、 BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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）： <input type="checkbox"/> 経口（ <input type="checkbox"/> 食事、 <input type="checkbox"/> 補助食品） <input type="checkbox"/> 経管栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養（ <input type="checkbox"/> 末梢、 <input type="checkbox"/> 中心） 嚥下調整食の必要性： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有（学会分類コード: ） 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし、 <input type="checkbox"/> 低栄養、 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養、 <input type="checkbox"/> 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 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal、たんぱく質( )g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量: (目標: kcal) 体重増加/減量: (目標: kg)  栄養補給方法（複数選択可）： <input type="checkbox"/> 経口（ <input type="checkbox"/> 食事、 <input type="checkbox"/> 補助食品） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養（ <input type="checkbox"/> 末梢、 <input type="checkbox"/> 中心） その他:	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他:		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段:	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:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生:	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:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:  家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:			外泊訓練計画:
退院時の目標と見込み時期 :			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）:			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:
---------------	--------

本人・家族への説明:      年      月      日	説明を受けた人:本人、家族(                      ) 署名:
---------------------------------	---

(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)

1. 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1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J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 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Ⅴに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 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、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)