

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
説明・交付日 年 月 日
患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

2. A D L評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）
（Barthel Index の場合）

| | リハビリテーション開始時点 | | | 現時点 | | | |
|--------------|---------------|------|-----|--------------|------|-----|---|
| | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | |
| 食事 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 移乗 | 15 | 10 5 | 0 | 15 | 10 5 | 0 | |
| 整容 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 入浴 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | |
| 平地歩行 | 15 | 10 5 | 0 | 15 | 10 5 | 0 | |
| 階段 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 更衣 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 排便管理 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 排尿管理 | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 0 | |
| 合計 (0-100 点) | | | 点 | 合計 (0-100 点) | | | 点 |

FIM による評価の場合

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | リハビリテーション 開始時点 | 現時点 |
|-----|---------------|------------|-------------------|-----|
| | | | 得点 | 得点 |
| 運動 | セルフ ケア | 食事 | | |
| | | 整容 | | |
| | | 清拭・入浴 | | |
| | | 更衣（上半身） | | |
| | | 更衣（下半身） | | |
| | | トイレ | | |
| | 排泄 | 排尿コントロール | | |
| | | 排便コントロール | | |
| | 移乗 | ベッド、椅子、車椅子 | | |
| | | トイレ | | |
| | 移動 | 浴槽・シャワー | | |
| | | 歩行・車椅子 | | |
| 階段 | | | | |
| 小計 | | | | |
| 認知 | コミュニケ ーション | 理解 | | |
| | | 表出 | | |
| | 社会認識 | 社会交流 | | |
| | | 問題解決 | | |
| | | 記憶 | | |
| | 小計 | | | |
| 合計 | | | | |

容との関連

心身機能

活動

社会参加

・ 医師の説明の内容

- ・患者の受け止め

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）

紹介した事業所名

事業所名

連絡方法

備考（事業所の特徴等）

說明醫師署名：

患者又は家族等署名：

〔記載上の注意〕

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。