

## 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・左(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"/> 記録力障害: <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 ):								
		活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)								
	活動	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	<p>職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定）</p> <p>職種・業種・仕事内容:</p> <p>経済状況:</p> <p>社会参加(内容、頻度等):</p> <p>余暇活動(内容、頻度等):</p>	<p>退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他）</p> <p>復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他）</p> <p>復職時期:</p> <p>仕事内容:</p> <p>通勤方法:</p> <p>家庭内役割:</p> <p>社会活動:</p> <p>趣味:</p>	
栄養 ※1	<p>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</p> <p>栄養補給方法(複数選択可):</p> <p>□経口(□食事、□補助食品) □経管(□経鼻胃管 □胃瘻 □その他) □静脈栄養(□末梢、□中心)</p> <p>嚥下調整食の必要性:</p> <p>□無、□有(学会分類コード: )</p> <p>栄養状態:</p> <p>① GLIM 基準による評価(成人のみ): 判定□ 低栄養非該当 □ 低栄養(□中等度低栄養、□重度低栄養) 該当項目 表現型(□体重減少、□低BMI、□筋肉量減少) 病因(□食事摂取量減少/消化吸收能低下、□疾病負荷/炎症)</p> <p>② GLIM 基準以外の評価: □問題なし □過栄養 □その他 ( ) 【上記①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】</p> <p>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</p> <p>#2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可</p>	<p>摂取栄養量: (目標: kcal) 体重増加/減量: (目標: kg)</p> <p>栄養補給方法(複数選択可):</p> <p>□経口(□食事、□補助食品) □経管栄養 □静脈栄養(□末梢、□中心)</p> <p>その他:</p>	
口腔 ※2	<p>義歯の使用: □あり □なし 歯肉の腫れ、出血: □あり □なし 歯の汚れ: □あり □なし 左右両方の奥歯でしつかりかみしめられる: □できない、□できる</p>		
心理	<p>抑うつ:</p> <p>障害の否認:</p> <p>その他:</p>		
環境	<p>同居家族:</p> <p>親族関係:</p> <p>家屋:</p> <p>家屋周囲:</p> <p>交通手段:</p>	<p>自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:</p>	
第三者の不利	<p>発病による家族の変化 社会生活:</p> <p>健康上の問題の発生:</p> <p>心理的問題の発生:</p>	<p>退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:</p>	
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)

- 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。
- 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。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに代えてFIMを用いてよい。

※1 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)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は、「口腔」欄も必ず記入のこと