

## 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 , II a, II b, III a, III b, 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 ※1	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（ <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他） <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： ① GLIM 基準による評価（成人のみ）： 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（ <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養） 該当項目 表現型（ <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低 BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少） 病因（ <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症） ② GLIM 基準以外の評価： <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> 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】 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：	
口腔 ※2	義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯肉の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる: <input type="checkbox"/> できない、 <input type="checkbox"/> できる		
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。

※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