

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 ^{#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）： <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 ^{#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