

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日 別紙4

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等) 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> その他: 認知症に関する評価
---------------------	--	--

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等):

社会活動:

外出(内容・頻度等):

余暇活動(内容・頻度等):

退院後利用資源:

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)
ご家族の希望 (年 月 日)

生活 目標	その人らしく生活するためのポイント
	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み
リハ ビリ テー ショ ンプ ログ ラム	

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等 (月 日)

備考

担 当 チ ー ム	担当医: _____
	●PT・OT・ST: (), (), (), ()
	●看護・介護: (), (), (), ()
	● (), (), (), ()

()内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: ご家族サイン: 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション実施計画書(記入例:通所リハビリテーション) 評価実施日 平成18年4月1日

利用者氏名: ○○ ○○ 様 性別: (男) 女 生年月日 ○年 ○月 ○日(75歳) 要介護度: 要介護1

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1変形性膝関節症(右で強い、20年前から) #2生活不活発病 ①膝関節痛のため(70歳～) ②感冒による臥床(平成18年2月～)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 (1)膝痛のため家事制限や屋外歩行量低下(70歳～) (2)感冒による臥床(平成18年2月～)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: 下股を中心とした筋力低下あり <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 なし <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): 右膝関節:伸屈-5° <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): 両膝 <input type="checkbox"/> その他
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): 家事 社会活動: 老人クラブ(週1回)への参加 外出(内容・頻度等): 買い物(週2回)に行くこと、友人宅訪問 余暇活動(内容・頻度等): 俳句の会(月2回)への参加 退院後利用資源: 市の体操教室への参加		
認知症に関する評価		

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A	B	C				B:夜はつたい歩き			PT<週2回個別訓練> ・屋外歩行能力の評価	・日中短時間に何度も動く機会を増やす。 ・声かけ、励ましを行う。	自宅周辺は坂道多い。様々な屋外環境での実用的な歩行訓練を行う。
	階段昇降	A	C			B					・屋内歩行訓練(屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。)		
	屋内移動	A	B	C				B:時々つたい歩き	5月上旬	○			
	屋外移動	A	C	B			A、C: T字杖	B:腕組み(2ヶ月前から)	5月上旬	○	・訓練室でのバランスボードを用いた立位バランス訓練 ・膝関節保護のための膝装具の検討		
	食事	A	B	C									
	排泄(昼)	A	B	C									
	排泄(夜)	A	B	C									
	整容	A	B	C									
	更衣	A	C		B			B:くつ下のみ					
	入浴	A	C	B				C:低い歩き 入浴用椅子使用		○	OT<週2回個別訓練> ・実際の入浴時に動作訓練の実施(徐々に介護職へ移行)	・自宅での入浴時の自立にむけた支援を行う。(特に浴槽またぎ、濡れたタイル上の歩行)	
コミュニケーション	A	B	C										
家事	A	C		B					5月中旬	○	OT<週2回個別訓練> ・台所にて調理訓練(徐々に家事の内容を増やしていく。)		・自宅の台所、浴室等自宅周辺の写真を参照して、動作を丁寧に指導する。
外出	A	C		B			B:通所以外は外出なし						

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A	B	C							特になし。	特になし。	特になし。
	起き上がり	A	B	C									
	座位	A	B	C									
	立ち上がり	A	B	C									
	立位	A	B	C									
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

<p>ご本人の希望（○年○月○日） 一人で外出し（特に買い物）、俳句の会にもまた通いたい。 家事ができるようになりたい。</p>
<p>ご家族の希望（○年○月○日） 家事ができるくらいに元気になって欲しい。</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント ・日中の家事を行う（膝の痛みが少なくなる方法を工夫） ・友人宅訪問や俳句の会などの趣味を楽しみ、体操教室などで活動的な生活を送る。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み 今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほとんど寝ていたためです。以前の状態に戻るために、生活を活発にしていくことが重要です。膝に負担のかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。 ・自宅生活を送る上で膝に負担の少ない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。（特に家事は細かく説明していきます。） ・外出の範囲を拓げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。 外出や、平日の家事が自分でできるようになったらリハビリテーションは終了の予定です。その後は日常生活の中でご自分でできることを増やして行ってください。</p> <p>到達の目標としては、 ・5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。 ・また、5月中旬を目途に家事もご自分でできることを目指します。</p>

<p>ご本人に行ってもらうこと 膝の痛みを生じないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいろいろなことをやってみてください。（工夫したことは担当者に教えてください）</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと 初めての場所で杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分を見守りをしてください。段差や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。</p>
<p>病気との関係で気をつけること どのような動作をすると痛みが強くなるか注意してください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。 最初は一度に長い時間無理して歩かないようにしてください。（時々休みながら行うようにしましょう。）</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等（月 日） これまでリハビリテーションは行なわれておらず、上手な動作方法の習得がなされていませんでした。そこで今回のリハビリテーションで、痛みの少ない家事の方法や身の回りのことのやり方を習得することで、上手にできるようになっていくと思われます。</p>

<p>備考 これから生活の範囲が広がっていき、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思わずに相談してください。できれば、その行為を行う場所の写真を持参してください。</p>

担当チーム	<p>担当医： ○○ ○○ _____ ●PT・OT・ST： ○○（理学療法士）、○○（理学療法士）、○○（作業療法士）、（ ）_____ ●看護・介護： ○○（看護師）、○○（介護職員）、（ ）、（ ）_____ ●（ ）、（ ）、（ ）、（ ）_____ （ ）内は職種を記入</p>
-------	--

ご本人・ご家族への説明と同意： ○年○月○日
 ご本人サイン： ○○ ○○ ご家族サイン： ○○ ○○ 説明者サイン： ○○ ○○

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション実施計画書(1)

記入例: 入所

評価実施日 平成18年 4月 1日

利用者氏名: ○○ ○○ 性別: () 男・女 生年月日 ○年 ○月 ○日(80 歳) 要介護度: 要介護3

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1 脳出血(左視床出血) (平成17年12月○日) #2 右片麻痺 #3 運動性失語	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧(コントロール不良) 生活不活発病(廃用症候群) (発生原因が分かる場合はその内容)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: 右片麻痺 (ステージ: 右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅲ) (グレード: 右上肢3、右手指3、下肢6) <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 足指深部感覚低下 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: 運動性失語(軽症) <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): 足関節: 背屈-5°, 右膝関節: 屈曲-10°, 右股関節: 伸展-5 <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> その他: 認知症に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等): 孫の相手 社会活動: 町内会(元会長)への参加、同窓会への出席(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等): 基会所への参加(自宅、近所の友人 週3-4回) 退院後利用資源: 市の集会所でのサークルへの参加		

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具・杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容(つたいもたれ等)	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する内容・頻度等	看護・介護職等が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動	A	B	C			B: 車いす A, C: 短下肢装具、四脚杖	(歩行は訓練室のみ)	4月下旬	○	PT<週3回個別訓練> ・訓練室での歩行訓練 ・訓練室での階段昇降訓練(居室様での歩行訓練にもつなげる。また、介助歩行が可能になるまでは十分に行う。)	歩行は車いす、場りは介助歩行を行う。	(短下肢装具完成までは病院備品貸与) ・疲労し易いので、少量頻回に実施す
	階段昇降	A		C		B	A, C: 短下肢装具、てすり		6月下旬				
	屋内移動	A	B	C			B: 車いす A, C: 短下肢装具、四脚杖		4月下旬	○	OT<週2回個別訓練> ・トイレ内での排泄動作訓練(トイレまでは歩行を行う。)	最初は車いすを利用し中庭まで行っていただき、歩行介助を行う。	
	屋外移動	A		C		B	A, C: 短下肢装具、四脚杖		5月下旬	◎	PT<週1回> 中庭歩行から開始し、徐々に屋外道路での歩行へ進める。		
	食事	A	C	B			A, C: 箸 B: スプーン、フォーク	B: 左手(箸指導不十分)		○	OT<週2回食時> 箸の指導訓練(様々な食料をつまめるよう指導する。)	箸の使用機会を増やすよう促す。	箸をつまめる食料を増やしていく。
	排泄(昼)	A	B	C			A, C: 尿一立ち便器/便一洋式 B: 車いす用	C: 前方もたれ必要	4月下旬	○			
	排泄(夜)	A	B	C			A, C: 尿一立ち便器/便一洋式 B: しびん		5月下旬				
	整容	A	B	C			B: 車いす C: 短下肢装具、四脚杖	A, C: 立位 B: 座位	4月下旬	◎	OT<週2回個別訓練> 立位での歯磨き・洗面訓練(トイレまでは歩行を行う。)	食事後の整容を立位保持できるよう支援する。(昼、夕)	前座時膝が折れ易い。洗面台前の最良の足位置に停止する。また、立位姿勢での動作指導を受けていないため不安感がある。
	更衣	A	B	C			C: 短下肢装具	A: 立位 B: ベッド上座位	6月上旬	○	OT<週2回個別訓練> 立位姿勢での訓練へ進める。	装具装着最優先し、その後更衣を行う。(朝)	
	入浴	A		C	B		B: 介護浴槽 C: 家庭浴槽(歩行: 四脚杖)	A: つたい歩き C: 浴槽出入りのみ介助	6月下旬	○	OTまたはPT<週1回入浴時> 家庭浴槽での入浴動作の指導	PT, OTにより明らかに合ったポイントに留意しながら支援を行う。	
コミュニケーション	A	C								ST<週1回グループで> グループでの会話などで自発性を促す。	積極的な会話を引き出すようにする。	家族間では意思疎通に問題なし。	
家事													
外出	A		C		B								
孫の相手	A	C	B									孫との会話を通して前向きになっていただく。	

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具・杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容(つたいもたれ等)	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する内容・頻度等	看護・介護職等が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A	B	C								特になし。	床上動作は、基会所や自宅内を想定して行う。
	起き上がり	A	B	C									
	座位	A	B	C									
	立ち上がり	A		B	C			C: 床よからのみ一部介助(椅子から自立)	6月上旬		PT<週3回個別訓練> 訓練室の和室にて床よでの動作訓練		
	立位	A	C		B								
摂食・嚥下	A	B	C										

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

<p>ご本人の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) また歩けるようになりたい。身の回りのことは一人でやりたい。 以前のように近所の友人宅や自宅で囲碁をうちたい。</p>
<p>ご本人の希望 (○ 年 ○ 月 ○ 日) 日中は一人で自宅生活をして欲しい。(特に一人でトイレに行けるようになって欲しい。)</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント 基会所や集会所でのサークル活動や町内会活動等を中心として、外出も活発に行う。 友人宅にも訪問したり、公共交通機関を利用して旅行を楽しむ。 身の回りのことはできるだけ自分で行う。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み</p> <p>① 担当者が家族とともに写真や見取り図などで自宅の環境を確認し、自宅生活を想定した日常生活行為の訓練を開始時から行います。</p> <p>② 退所後頻りに外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行っていきます。</p> <p>③ 試行的退所の際に、施設のケアマネジャー等がご自宅を訪問し、在宅での介護サービスの利用について検討を行っていきます。</p> <p>・ まず移動に関し、車いすではなく歩行で行なえるようにします。 一入所前までの「訓練室でだけ歩行(T字杖歩行)、実生活は車椅子」から、「実生活でも歩行」を目指します。これまでのT字杖から四脚杖と短下肢装具を使うことで安定して歩けることを目指します。理学療法士・作業療法士も、病棟でトイレや洗面所などでやり方、歩き方を一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員もともにそれらを生活の中で定着させます。</p> <p>・ 歩行が自立した後は、ご自分でも心がけて歩いてください。これによって活動性の向上を図ります。 一具体的にはまず、整容の際に歩いていくことや、立つて行うことが自立できるようにし、その後トイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。</p> <p>・ 自宅内で必要なこと、また外出先で必要な生活上の行為のやり方を丁寧に練習していきます。 一病院内と自宅や外出先では違いますので、退院後の生活でのやり方が上手になることを重視して進めていきます。</p> <p>到達の目標としては、 ・ 4月下旬を目途に、屋内の歩行や日中の排泄、整容が安定して行えることを目指します。 ・ また 5月下旬を目途に、屋外での歩行や昼間の排泄もお一人で出来ることを目指します。</p>

<p>ご本人に行ってもらおうこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらあっても行きたいところに積極的に行くようにしましょう。 ・ 日中はデイルームで囲碁を左手でうったりすることをおすすめします。
<p>ご家族にお願いしたいこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所直後から退所後の生活の事を考えていきましょう。 ・ 試行的退所を活用して、入所中にもなるべく自宅に帰っていただくようにしますので、その際には、施設でできるようになったことが、自宅でもできるか確認し、難しいことなどがあれば担当者に教えてください。
<p>病気との関係で気をつけること</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日)</p>

<p>備考 リハビリテーションは実際の生活で行う行為を上手にできるようにしていくものです。何をしたいかについても希望を出してください。</p>

担当チーム	<p>担当医: ○○ ○○</p> <p>●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、○○ (作業療法士)、○○ (言語聴覚士)、()</p> <p>●看護・介護: ○○ (看護師)、○○ (介護職員)、()、()</p> <p>● () ○○ (薬剤師)、○○ (支援相談員)、○○ (栄養士)、○○ (介護支援専門員)</p> <p style="text-align: right;">()内は職種を記入</p>
-------	--

ご本人・ご家族への説明と同意: ○ 年 ○ 月 ○ 日

ご本人サイン: ○○ ○○ ご家族サイン: ○○ ○○ 説明者サイン: ○○ ○○

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。