別紙様式1

リハビリテーション実施計画書

計画評価実施日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | | | | | | | 男・女 | | 年　月　日生  (　　歳) | | | 要介護度： | | | 担当医： | | | | | | PT： | | | | | OT： | ST： | | | | | SW： | | | | | 看護師： | | |  |
| 健康状態(原因疾患、発症日等) | | | | | | | | | | | 合併疾患 | | | | | | | 廃用症候群：□軽度□中等度□重度  原因： | | | | | | | | | | | 障害老人の日常生活自立度 | | | | | | | | | | | |
| 正常　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 | | | | | | | | | | | |
| 認知症である老人の日常生活自立度 | | | | | | | | | | | |
| 正常　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 家族の希望 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 目標［到達時期］ | | | | | | | | | | | | | 評価項目・内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加［主目標］ | 家庭内役割：  外出(目的・頻度等)： | | | | | | | | | | | | | 家庭内役割：  外出： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動 |  | 自立・介護状況 | 自宅での実行状況(目標)：「する“活動”」 | | | | | | | | | | | 日常生活での実行状況：「している“活動”」 | | | | | | | | | | | | | | | | 評価・訓練時の能力：「できる“活動”」 | | | | | | | | | | |
| 項目 |  | 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | | 全介助 | | 行わず | 備考 | | | 自立 | | 見守り | 口頭指示 | | | 一部介助 | | 全介助 | 行わず | 備考 | | | | | | 独立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | | 全介助 | 行わず | | 備考 | | |
| 屋外歩行(含：家からの出入り) | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
|  | 階段昇降 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| トイレへの移動 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 食事 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 排泄 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 整容 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 更衣  (含：靴・装具の着脱) | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 入浴 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 家事 | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| コミュニケーション | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己実施プログラム | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容　等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族への説明　R　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | 本人 | | | | | |  | | | | | | 家族 | | |  | | | | | | 説明者 | | | | |  | |

〈註〉：・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO　ICF(国際生活機能分類)による

　　　　・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと別紙様式1

リハビリテーション実施計画書(記載例)

計画評価実施日○○年　○月○○日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名　　厚生花子 | | | | | | | 男・女 | | T10年1月5日生  (81歳) | | | 要介護度：  1 | | | 担当医：  ○○ | | | | | | PT：  ○○ | | | | | OT：  ○○ | ST： | | | | | SW： | | | | | 看護師：  ○○ | | |  |
| 健康状態(原因疾患、発症日等)  　膝関節症(右強い、20年前から)  　　　＋廃用症候群 | | | | | | | | | | | 合併疾患 | | | | | | | 廃用症候群：□軽度中等度□重度  原因：  　膝痛のための活動性低下 | | | | | | | | | | | 障害老人の日常生活自立度 | | | | | | | | | | | |
| 正常　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 | | | | | | | | | | | |
| 認知症である老人の日常生活自立度 | | | | | | | | | | | |
| 正常　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の希望  　一人で外出したい(特に近所、買い物) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 家族の希望  　これ以上悪くなって欲しくない(平日は家事をして欲しい) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 目標［到達時期］ | | | | | | | | | | | | | 評価項目・内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加［主目標］ | 家庭内役割：  　平日の主婦業  外出(目的・頻度等)：  　買い物(週2回)、友人宅(週3回)、老人会(週1回) | | | | | | | | | | | | | 家庭内役割：  　特になし(2か月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。)  外出：  　家族の介助時のみ(3か月前から介助必要) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動 |  | 自立・介護状況 | 自宅での実行状況(目標)：「する“活動”」 | | | | | | | | | | | 日常生活での実行状況：「している“活動”」 | | | | | | | | | | | | | | | | 評価・訓練時の能力：「できる“活動”」 | | | | | | | | | | |
| 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | | 全介助 | | 行わず | 備考 | | | 自立 | | 見守り | 口頭指示 | | | 一部介助 | | 全介助 | 行わず | 備考 | | | | | | 独立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | | 全介助 | 行わず | | 備考 | | |
| 項目 |  |
| 屋外歩行(含：家からの出入り) | | レ |  |  |  | |  | |  | 買い物：シルバーカー  それ以外：四脚杖 | | |  | |  |  | | | レ | |  |  | 腕組み | | | | | |  | レ |  |  | |  |  | | シルバーカー | | |
|  | 階段昇降 | | レ |  |  |  | |  | |  | 手すり | | |  | |  |  | | |  | |  | レ |  | | | | | |  | レ |  |  | |  |  | |  | | |
| トイレへの移動 | | レ |  |  |  | |  | |  | 家具配置換え  つない歩きも | | | レ | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | | レ |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 食事 | | レ |  |  |  | |  | |  |  | | | レ | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | | レ |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 排泄 | | レ |  |  |  | |  | |  |  | | | レ | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | | レ |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 整容 | | レ |  |  |  | |  | |  |  | | | レ | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | | レ |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 更衣  (含：靴・装具の着脱) | | レ |  |  |  | |  | |  |  | | | レ | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | | レ |  |  |  | |  |  | |  | | |
| 入浴 | |  | レ |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | | レ | |  |  |  | | | | | |  | レ |  |  | |  |  | | 伝い歩き指導  洗い椅子使用 | | |
| 家事 | | レ |  |  |  | |  | |  | 平日の昼・夕食  掃除 | | |  | |  |  | | |  | |  | レ |  | | | | | |  |  | レ |  | |  |  | | 膝への負担の少ない方法の指導 | | |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  | | |
| コミュニケーション | |  | | | | | | | | | | | 問題なし | | | | | | | | | | | | | | | | 問題なし | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等  　膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、  　1)　膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)  　2)　外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。  　外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己実施プログラム  　下肢の運動(過用に注意) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容　等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族への説明　R　○○　年　　○　月　　○　日 | | | | | | | | | | | | | 本人 | | | | | | 厚生花子 | | | | | | 家族 | | | 厚生次郎 | | | | | | 説明者 | | | | | ○○ | |

〈註〉：・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO　ICF(国際生活機能分類)による

　　　　・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと