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