

リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：入所

計画評価実施日 令和 3 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 0 日)
#2 右片麻痺
#3 運動知覚失認

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)
発生原因が分かることはその内容

心身機能

運動機能障害:

右上肢
(アーチ: 右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅲ)
(フレード: 右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅵ)

○感覺機能障害
足指端感覺低下

○高次脳機能障害:
運動知覚失認(軽度)

○拘縮(部位):
右肩部: 肩屈 - 5°、右腰: 腰屈 - 10°、
右股内筋: 伸展 - 5°

○関節痛(部位):

○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 緊の相手)

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

項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ				日常生活・社会活動	
	自立	見守り	一部介助	全介助	行動	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		
トイレへの移動	A	B	C			B: 善い A: 略 C: 短下 般装具、四脚杖	(歩行は訓練室のみ) (A、C: 短下)	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 (居住棟での歩行訓練にもつなげる。また、介助歩行が可能になるとまでは十分に行う。) OT <週2回個別訓練> ・トイレ内の動作訓練 (トイレまでは歩行を行う。) PT <週1回> 中庭歩行から階段へ、徐々に屋外道路での歩行へ進める。	行きは善い、帰りは介助歩行を行う。	(短下肢具完成までは病院備品貸与) ・座るし易いので、少量頻回に実施する。
	A	C		B		B: 短下 般装具、下りり		6月下旬				
	A	B	C			B: 善い A: 略 C: 短下 般装具、四脚杖		4月下旬	○	OT <週2回個別訓練> ・トイレ内の動作訓練 (トイレまでは歩行を行う。)		
	A	C		B		A、C: 短下 般装具、四脚杖		5月下旬	◎	PT <週1回> 中庭歩行から階段へ、徐々に屋外道路での歩行へ進める。		
	A	C	B			A: 善い B: スポンジ、フローラー	B: 左手(著指導不十分)		○	OT <週2回全食時> 箸の指導訓練(様々な食器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。	
	A	B	C			A、C: 厚い 立ち便器/ 便-洋式 B: 善い	C: 前方もたれ必要	4月下旬	○			
	A	B	C			A、C: 厚い 立ち便器/ 便-洋式 B: 善い		5月下旬				
	A	B	C			A、C: 短下 般装具、四脚杖	A: 厚い B: 座位	4月下旬	◎	OT <週2回個別訓練> 立位での座磨き・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。(坐、夕)	
	A	B	C			C: 短下般装具	A: 厚い B: ベッド上座位 C: もたれ立位	6月上旬	○	OT <週2回個別訓練> 立位姿勢での訓練へ進め る。	整容着最後光し、その後 更衣を行う。(朝)	
	A	C	B			B: 善い C: 家庭浴槽 (歩行: 四脚杖)	B: つたい歩き C: 家庭浴槽での入浴動作の指 示	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 示	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。	
	A	C	B						◎	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。	

項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ				起居動作
	自立	見守り	一部介助	全介助	行動	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	
起居動作	A	B	C								
	A	B	C								
	A	B	C								
	A	B	C								
	A	C	B								
	A	B	C								

リハビリテーション実施計画書 (2)

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団碁をうちたい。

ご家族の希望 (○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。)

生活目標	その人らしく生活するためのポイント 墓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。
	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 ①担当者が家族とともに字幕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。 ②退所後毎日に外出できるよう、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行っていきます。 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。 ・まずは移動に集中し、歩きやすくなる歩行で行なえるようにします。 一入所前までの「介護室でだけ歩行」(字幕歩行)、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くことを目指します。理学療法士・作業療法士も、床横でトイレや洗面所などでやり方、歩き方と一緒に練習しながら行います。さらに、看護・介護職員とともにそれらを生活の中で定着させます。 ・歩行が自立した時は、ご自分で心がけて歩いてください。これによって活動量の向上を図ります。 -具体的的にはまず、整容の際に歩いていくことや、立って行うことが自立するようにし、その後トイレ歩行、屋外歩行へとすすめます。 ・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。 -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。 到達の目標としては、 ・4月下旬を目標に、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月下旬を目標に、屋外での歩行や夜間の排泄もお一人で行えることを目指します。 ・さらに、6月下旬には、階段昇降や入浴もお一人で行えることを目指します。
リハビリテーションプログラム	

ご本人に行つてもらうこと

・歩く機会を増やすようにしてください。介助されながらで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団碁を左手でうつたりすることをおすすめします。

ご家族にお願いしたいこと

・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、嬉しいことなどがあれば担当者に教えてください。

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 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。

担当チーム	担当医: ○○ ○○
	●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、○○ (作業療法士)、○○ (言語聴覚士)、()
	●看護・介護: ○○ (看護師)、○○ (介護職員)、()、()
	● ○○ (薬剤師)、○○ (支援相談員)、○○ (栄養士)、○○ (介護支援専門員) ()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 : ○○ ○○ ご家族 : ○○ ○○ 説明者 : ○○ ○○

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。