

別紙様式 1 - 3

事業所番号 _____ リハビリテーションアセスメントシート 入所 / 訪問 通所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護 _____

■健康状態、経過
治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):
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):
これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、頻度、量等):

■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)
■リハビリテーションの見通し・継続理由
■リハビリテーションの終了目安
(終了の目安となる時期: _____)

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 自立、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: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

| 項目 | 現在の状況 | 活動への支障 | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|
| 筋力低下 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 感覚機能障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 関節可動域制限 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 摂食嚥下障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 失語症・構音障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 見当識障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 記憶障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 高次脳機能障害 (_____) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 栄養障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 疼痛 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 精神行動障害 (BPSD) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test | | | |
| 服薬管理 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | | |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R | | | |
| コミュニケーションの状況 | | | |

■活動 (基本動作)

| 項目 | リハビリ開始時点 | 現在の状況 | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 座位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 立位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |

■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

| 項目 | リハビリ開始時点 | 現在の状況 | 特記事項 (改善の見込み含む) |
|--------------|---------------|---------------|-----------------|
| 食事 | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| イスとベッド間の移乗 | 15 10 0 監視下 | 15 10 0 監視下 | |
| 乗 | 座れるが移れない→5 0 | 座れるが移れない→5 0 | |
| 整容 | 5 0 0 | 5 0 0 | |
| トイレ動作 | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| 入浴 | 5 0 0 | 5 0 0 | |
| 平地歩行 | 15 10 0 一歩行器等 | 15 10 0 一歩行器等 | |
| 車椅子操作が可能→5 0 | 車椅子操作が可能→5 0 | | |
| 階段昇降 | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| 更衣 | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| 排便コントロール | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| 排尿コントロール | 10 5 0 | 10 5 0 | |
| 合計点 | | | |

■活動 (IADL)

| アセスメント項目 | 開始時 | 現状 | 特記事項 | 評価内容の記載方法 |
|----------|-----|----|------|-----------------------------------------------------------------|
| 食事の用意 | | | | 0: していない 1: まれにしている |
| 食事の片付け | | | | 2: 週に1~2回 3: 週に3回以上 |
| 洗濯 | | | | 0: していない |
| 掃除や整頓 | | | | 1: まれにしている |
| 力仕事 | | | | 2: 週に1回未満 |
| 買物 | | | | 3: 週に1回以上 |
| 外出 | | | | |
| 屋外歩行 | | | | |
| 趣味 | | | | |
| 交通手段の利用 | | | | |
| 旅行 | | | | |
| 庭仕事 | | | | 0: していない 1: 時々 2: 定期的にしている 3: 植替等もしている |
| 家や車の手入れ | | | | 0: していない 1: 電球の取替、ねじ止めなど 2: ベンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車の整備 |
| 読書 | | | | 0: 読んでいない、 1: まれに 2: 月1回程、 3: 月2回程 |
| 仕事 | | | | 0: していない 1: 週1~9時間 2: 週10~29時間 3: 週30時間以上 |
| 合計点数 | | | | |

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析
■活動と参加において重要性の高い課題
■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題
■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

■環境因子 (※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

| 課題 | 状況 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家族 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (_____) |
| 福祉用具等 | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他 (_____) <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階 (_____ 階) <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり (設置場所: _____) 食卓: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす トイレ: <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ その他 (_____) <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 自宅周辺 | |
| 交通機関の利用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) |
| サービスの利用 | |
| その他 | |

■社会参加の状況 (過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容
余暇活動 (内容および頻度)
社会地域活動 (内容および頻度)
リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組

他事業所の担当者で共有すべき事項 介護支援専門員と共有すべき事項 その他、共有すべき事項 (_____)

※下記の図の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】 介護支援専門員 医師 (地域密着型) 通所介護 (_____)