

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

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)	心身機能 運動機能障害: 感覚機能障害: 高次脳機能障害: 拘縮(部位): 関節痛(部位): その他:
	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	

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:

認知症に関する評価

自立・介護状況	項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		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	項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		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												

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
リハビリテーションプログラム	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

ご本人に行ってもらいたいこと
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 膝関節痛のため (70歳～) 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 運動機能障害: 下肢を中心とした筋力低下あり 感覚機能障害 なし 高次脳機能障害: なし 拘縮 (部位): 右膝関節: 伸展 - 5° 関節痛 (部位): 両膝 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): 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		

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 ・屋内歩行訓練 (屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。)	・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							・膝への負担の少ない方法を指導する。(どのような動作で生じ易いかに留意する。)	
	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: 伝い歩き 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。)	・昼食やお茶時に家庭的な行為を実施してもらい、それを支援する。	・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)

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。
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。

生活目標	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。
リハビリテーションプログラム	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 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の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。) ・外出の範囲を広げるために、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。 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。

ご本人に行ってもらおうこと 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)
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な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。
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。)

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。

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。

担当チーム	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
-------	--

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(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行いたい。
 以前のように近所の友人宅や自宅で囲碁をうちたい。

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。)

生活目標
 その人らしく生活するためのポイント
 暮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。

リハビリテーションプログラム
 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
 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。
 退所後頻回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。
 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。
 ・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。
 ・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。
 ・具体的にはまず、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。

ご本人に行ってもらいたいこと
 ・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囲碁を左手でうっ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。

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。