

## 別紙様式 2 - 6

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 職業	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日~ 年 月 日)
---

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
---

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
--

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

患者氏名 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別 男・女

電話番号 ○○-○○○-○○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 75 歳) 職業 専職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

- #1 変形性膝関節症(右側) 55歳～  
 #2 生活不活発病(療用症候群)  
 ①膝痛のため(70歳～)  
 ②感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因)

紹介目的

通所リハビリテーション終了にあたってのご報告

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。  
 今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方

○○○○○

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
 (有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立  J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立  I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
 家族：平日は家事ができるくらいに元気になるって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけなないと思込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等： ○○○○

担当医 ○○ 科 ○○ ○○ 殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称 ○○○○

電話番号 ○○-○○-○○○

医師氏名 ○○ ○○

患者氏名 ○○ ○○

患者住所 ○○○○○○○○○○

性別  男 ・ 女

電話番号 ○○-○○○-○○○

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 80 歳) 職業 意職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

#1 脳出血(左被殻出血) (平成17年12月○日)

#2 右片麻痺

#3 右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後退院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、○○病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的で○○リハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し

家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自主し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自主を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

○○○○○

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

(有効期限：○年○月○日～○年○月○日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 (I) IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

## ケアマネジメント連絡用紙

## 該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
-------------------------	--------------------------	------------------------

## 依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
認定情報	要介護状態等区分: 要支援( 1・2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)
-----------------

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)
---------------------------------

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化
----------------------------------

現状の問題点・課題
-----------

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること
--------------------------------

備考
----

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	

## ケアマネジメント連絡用紙

### 該当機関名

(依頼元機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
(依頼先機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関

依頼先機関等名 ○○○○○

担当者 ○○ ○○ 殿

氏名	○○ ○○	生年月日	明・大・昭・平	○年 ○月 ○日	(75歳)	職業	(元専業主婦)
住所	○○○○○○○○○○○○					性別	男・女
電話番号	○○-○○○-○○○						
認定情報	要介護状態等区分：要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5) (有効期間：○年○月○日～○年○月○日)						

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) +生活不活発病 ①膝痛のため5年位前から ②2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)	通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

目標とする生活(本人及び家族)

本人：元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
 家族：できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤(○○○)を服用開始しています。  
 20年前から膝痛あり、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、生活不活発病が徐々に出現していました。  
 15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行っていました。但し、風邪の後の家事は嫁のみが行っていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。  
 俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいになっています。

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。  
 生活の不活発化のポイントとして、膝痛を起しにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自主し、平日の家事が自主したのでもリハビリテーションは終了しました。  
 更に活動性は向上できると思われます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。  
 ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。

現状の問題点・課題

膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。  
 日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。

備考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
 2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 ○年 ○月 ○日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

## ケアマネジメント連絡用紙

**該当機関名**

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
 地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
 地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

**依頼先機関等名**

○○○○○

担当者 ○○ ○○

殿

氏名 ○○ ○○ 生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ( 80 歳) 職業 無職(元会社員)

住所 ○○○○○○○○○○ 性別 男 ・ 女

電話番号 ○○-○○○-○○○

認定情報 要介護状態等区分: 要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )  
 (有効期間: ○年○月○日～○年○月○日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺

紹介目的

退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼

**目標とする生活(本人及び家族)**

本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。  
 家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

**生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)**

※利用者基本情報(フェイスシート)を参照

**援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化**

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。  
 趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

**現状の問題点・課題**

がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

**リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること**

- ・ 盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。
- ・ 一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・ 町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・ 積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

**備考**

- 備考
1. 必要がある場合は統紙に記載して添付すること。
  2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
事業所	○○○○○
担当者	○○ ○○
電話	○○-○○○-○○○
FAX	○○-○○○-○○○

# ＜リハビリテーションマネジメント＞ アセスメント上の留意点

## ＜実施計画書1＞

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください
		症状のコントロール状態について把握してください
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか
		生活機能に影響する合併疾患はありますか
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください
	生活不活発病(廃用症候群)	合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください
		生活不活発病の発生原因を特定してください
		現在の生活の活発さの程度を把握してください
		生活不活発病改善への方針を把握してください
心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください
		記憶と認知の障害の有無を把握してください
		高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください
		痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください
		これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
認知症に関する評価	中核症状の重症度を把握してください	
	周辺症状の有無を把握してください	
	経過を必ず確認してください(診断時期, 受けてきた治療を含む)	
トイレへの移動	個室への移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください	
階段昇降	階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください	

日常生活・社会活動	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄(昼)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください
		適切な衣服の選択についても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください
	家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください
外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください	
起居動作	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
摂食・嚥下		口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください

<実施計画書2>

リハビリテーション 実施計画書項目	留意点
ご本人の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください
ご家族の希望	利用者になくなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください

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 <input type="checkbox"/> 運動機能障害:  <input type="checkbox"/> 感覚機能障害:  <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害:  <input type="checkbox"/> 拘縮(部位):  <input type="checkbox"/> 関節痛(部位):  <input type="checkbox"/> 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					到達 時期	重点 項目	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・器具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	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
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					到達 時期	重点 項目	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・器具・歩 行器・車椅子 など	介護内容 つたい・もたれ等	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
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ふこと
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： _____（    ） _____（    ） _____（    ） _____（    ） ● _____（    ） _____（    ） _____（    ） _____（    ）
-------	--

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。

# リハビリテーション実施計画書 (1)

記入例：通所リハビリテーション

計画評価実施日 令和 3 年 4 月 1 日

利用者氏名：〇〇 〇〇 様 性別：男 (女) 生年月日 〇年 〇月 〇日 (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 ① 膝関節痛のため (70歳～) ② 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 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: 下腿を中心とした筋力低下あり  <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 なし  <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし  <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): 右膝関節: 伸張-5°  <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): 両膝  <input type="checkbox"/> 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。)	・日中短時間は何度も動く機会を増やします。 ・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。 ・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。)	
	階段昇降	A	C			B							
	屋内移動	A	B	C			B: 時々つたい歩き		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膝装具の検討		
	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				
	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: 低い歩き 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主にむけた支援を行う。 (特に浴槽まが、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> ・台所に調理訓練 (徐々に家事の内容を増やしていく。)	・食卓やお茶時に家事的を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: 道以外は外出なし						

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。
	起きあがり	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)

<p>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。</p>
<p>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。</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日中の家事を行う (膝の痛みが少なくなる方法を工夫)</li> <li>・ 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。</li> </ul>
リハビリテーションプログラム	<p>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</p> <p>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、生活を満喫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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。)</li> <li>・ 外出の範囲を拓げるために、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。</li> </ul> <p>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いきましょう。</p> <p>到達の目標としては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自主して行えることを目指します。</li> <li>・ 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。</li> </ul>

<p>ご本人に行ってもらおうこと</p> <p>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)</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと</p> <p>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を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。</p>
<p>病気との関係で気をつけること</p> <p>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。</p> <p>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。)</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日 )</p> <p>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。</p>
---

<p>備考</p> <p>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。</p>
--

担当者	<p>担当医: ○○ ○○ _____</p> <p>●PT・OT・ST: ○○ (理学療法士)、 ○○ (理学療法士)、 ○○ (作業療法士)、 _____ ( )</p> <p>●看護・介護: ○○ (看護師)、 ○○ (介護職員)、 _____ ( )、 _____ ( )</p> <p>● _____ ( )、 _____ ( )、 _____ ( )、 _____ ( )</p> <p style="text-align: right;">( )内は職種を記入</p>
-----	---

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 : ○○ ○○

# 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：〇〇 〇〇 性別：(男)・女 生年月日 〇年 〇月 〇日 (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月〇日) #2 右片麻痺 #3 運動性失語	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) 発症原因が分かる場合はその内容	心身機能 □運動機能障害: 右片麻痺 (ステップ：右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、下肢Ⅲ) (グレード：右上肢3、右手指3、下肢6)  □感覚機能障害 足趾深部感覚低下  □高次脳機能障害 運動性失語(軽度)  □拘縮(部位): 左関節：肩屈-5°、右膝関節：屈曲-10°、 右肘関節：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 孫の相手)

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

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	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: 車いす A、C: 短下肢 装具、四脚杖	(歩行は訓練室のみ)	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 (居室様での歩行訓練にも つなげる。また、介助歩行 が可能になるまでは十分に 行う。)	歩きは車いす、歩行は介助 歩行を行う。	(短下肢装具完成ま では施設備品管着) ・疲労し易いため、 少量頻回に実施す	
	階段昇降	A		C	B	A、C: 短下肢 装具、てすり		6月下旬					
	屋内移動	A	B	C		B: 車いす A、C: 短下肢 装具、四脚杖		4月下旬	○	OT<週2回個別訓練> ・トイレ内での排泄動作訓 練(トイレまでは歩行を行 う。)			
	屋外移動	A		C	B	A、C: 短下肢 装具、四脚杖		5月下旬	◎	PT<週1回> 中庭歩行から開始し、徐々 に屋外道路での歩行へ進め る。	最初は車いすを利用し中庭 まで行っていたが、歩行 介助を行う。		
	食事	A	C	B		A、C: 箸 B: スプーン、フォーク	B: 右手(箸指導不 十分)		○	OT<週2回昼食時> 箸の指導訓練(様々な食料 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。	箸をつまめる食料を 増やしていく。	
	排泄(昼)	A	B	C		A、C: 尿一 直ら便器/ 便一洋式 B: 車いす用	C: 前方もたれ必要	4月下旬	○				
	排泄(夜)	A	B	C		A、C: 尿一 直ら便器/ 便一洋式 B: (びん)		5月下旬					
	整容	A	B	C		B: 車いす C: 短下肢装 具、四脚杖	A、C: 五位 B: 座位	4月下旬	◎	OT<週2回個別訓練> 五位での着替え、洗面訓練 (トイレまでは歩行を行 う。)	食事後の整容を五位保持で きるよう支援する。(着、 夕)	前座時腰が折れ易 い。洗面台前の最良 の足位置に停止す る。また、五位姿勢 での動作指導を受け ていないため不安感 がある。	
	更衣	A	B	C		C: 短下肢装 具	A: 五位 B: ベッド上座位 C: もたれ五位	6月上旬	○	OT<週2回個別訓練> 五位姿勢での訓練へ進め る。	OTまたはPT<週1回入浴時> 家庭浴槽での入浴動作の指 導	装具装着後優先し、その後 更衣を行う。(朝)	
	入浴	A		C	B	B: 介護浴槽 C: 家庭浴槽 (歩行: 四脚 杖)	A: つたい歩き C: 浴槽出入りの介 助	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 導	PT、OTにより明らかに なったポイントに留意し介 助を行う。		
コミュニケーション	A	C	B						ST<週1回グループ> グループでの会話などを 促進する。	積極的な会話を引き出すよ うにする。	家族間では意思疎通 に問題なし。		
家事													
外出	A		C	B									
孫の相手	A	C	B								孫との会話を通して 前向きになっていた だ。		

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	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。	床上動作は、基会所 や自宅内を想定して 行う。
	起き上がり	A	B	C								
	座位	A	B	C								
	立ち上がり	A		B	C		C: 床よからのふい 一部介助(椅子から自 立)	6月上旬		PT<週3回個別訓練> 訓練室の和室にて床よでの 動作訓練		
立位	A	C	B									
摂食・嚥下	A	B	C									

「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)

<p>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囲碁をうちたい。</p>
<p>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。)</p>

生活目標	<p>その人らしく生活するためのポイント          基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。</p>
リハビリテーションプログラム	<p>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担当者が高齢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同時から行います。          ②退所直前日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います。          ③仮想的退所の際に、施設のケアマネジャー様が自宅を訪問し、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。</p> <p>・まず移動に慣れ、車いすではなく歩行で行えるようになります。          ・入所前までの「訓練室でだけ歩行(宇杖歩行)、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「宇杖から四脚杖と短下肢器具を併用する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なり、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。</p> <p>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できるように目指します。          ・さらに、6月下旬には、階段昇降や入浴もお一人でできるように目指します。</p>

<p>ご本人に行ってもらうこと          ・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。          ・日中はダ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。</p>
<p>ご家族にお願いしたいこと          ・入所直前から退所後の生活の事を考えていきましょう。          ・仮行的退所を活用して、入所中にもなるべく自宅に戻っていただくようになりますので、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。</p>
<p>病気との関係で気をつけること</p>

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	<p>担当医: ○○ ○○ _____</p> <p>●PT-OT-ST: ○○ ( 理学療法士 )、○○ ( 作業療法士 )、○○ ( 言語聴覚士 )、( ) _____</p> <p>●看護・介護: ○○ ( 看護師 )、○○ ( 介護職員 )、( )、( ) _____</p> <p>●○○ ( 薬剤師 )、○○ ( 支援相談員 )、○○ ( 栄養士 )、○○ ( 介護支援専門員 ) _____</p> <p style="text-align: right;">( )内は職種を記入</p>
-------	---

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。