

事業所番号 \_\_\_\_\_ リハビリテーション計画書 入院 外来 / 訪問 通所 / 入所 計画作成日: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別: 男・女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳) 要支援 要介護 \_\_\_\_\_  
 リハビリテーション担当医: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ ( PT OT ST 看護職員 その他従事者( \_\_\_\_\_ )

<b>■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等)</b> _____ _____ _____	<b>■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)</b> _____ _____ _____
--	--

**■健康状態、経過**  
 原因疾病: \_\_\_\_\_ 発症日・受傷日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の入院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 直近の退院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 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): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ( _____ )	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
褥瘡	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害(BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	自立		
<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、活動範囲など)**

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	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

  
**■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(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点			

**■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)**  
 (心身機能)  
 \_\_\_\_\_  
 (活動)  
 \_\_\_\_\_  
 (参加)  
 \_\_\_\_\_

**■リハビリテーションの長期目標**  
 (心身機能)  
 \_\_\_\_\_  
 (活動)  
 \_\_\_\_\_  
 (参加)  
 \_\_\_\_\_

**■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**■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直し・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: \_\_\_\_\_ ヶ月後 )

利用者・ご家族への説明: 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**特記事項:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>■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)</b>		<b>■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)</b>	
課題	状況	家庭内の役割の内容	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( )	余暇活動(内容および頻度)	
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( )		
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( )	リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組	
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			

<b>■活動(ADL)</b>				<b>■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析</b>	
アセスメント項目	リハ開始時	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 2:週に1~2回 3:週に3回以上	
食事の片付け				0:していない 1:まれにしている 2:週に1回未満 3:週に1回以上	
洗濯				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
掃除や整頓				0:していない 1:まれにしている 2:月に1回程度 3:月に2回程度	
力仕事				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	
買物				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
外出				0:していない 1:まれにしている 2:月に1回程度 3:月に2回程度	
屋外歩行				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	
趣味				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
交通手段の利用				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
旅行				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
庭仕事				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
家や車の手入れ				0:していない 1:まれにしている 2:月に1回程度 3:月に2回程度	
読書				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	
仕事				0:していない 1:時々 2:定期的に行っている 3:代替等もしている	
合計点数					

**■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**

<b>■リハビリテーションサービス</b>						
☐訪問・通所頻度( ) ☐利用時間( ) ☐送迎なし						
No.	目標(解決すべき課題)	期間	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(〜のために)〜をする)	頻度	時間
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週合計時間	
☐他事業所の担当者で共有すべき事項		☐介護支援専門員で共有すべき事項		☐その他、共有すべき事項( )		

※下記の☐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 ☐( )