

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名 男 女 T 年 月 日 生 (歳)	要介護度: 担当医: PT:	OT:	ST:	SW:	看護師:
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)	廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 精脈血栓			
障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					

参加 「主目標」	目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]		評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)	
	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 〔退院時期〕: 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):	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」	日常生活での実行状況:「している“活動”」	評価・訓練時の能力:「できる“活動”」
項目	自立・介護 状況	自立 見守り	自立 見守り	自立 見守り
屋外移動 (含:家の出入り)	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等 〔到達時期〕	介護内容 つたい・もたれ等	使用用具 杖・装具
交通機関利用 (含:通院)	電車・タクシー 杖・装具			杖・装具
階段昇降	杖・装具			杖・装具
トイレへの移動	用具			杖・装具 用具
食事	便器			便器
排泄(昼)	便器			便器
排泄(夜)	便器			便器

本人の希望 参加面： 活動面：		家族の希望 参加面： 活動面：	
基本方針(ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画)		具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画)	
自己実施プログラム		活動度指示	家族への指導
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 備考			
本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	家族サイン
		説明者サイン	

<註> ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション総合実施計画書

利用者氏名 厚生 太郎	性別 男 (78歳)	T14年 5月 6日生	要介護度: 担当医: 3	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	計画評価実施日 年 月 日
健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) 脳出血 (H13.11.10)、右片麻痺 +肺炎 (H14.8) 時の安静による廃用症候群	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) 糖尿病(インスリン朝1回注射)	廃用症候群: □軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 ⑥ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ① I a II b III a III b IV M	看護師: ○○	障害老人の日常生活自立度	正常 J1 J2 A1 A2 ⑥ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ① I a II b III a III b IV M		

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]	評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)
退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 [退院時期: 15年6月上旬 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等)囲碁(自宅、近所の友人 週3~4回)	退院実現に向けた課題・条件: ・自宅内生活自立(自宅に隣接する店舗での仕事の合間での介護で十分な状態)特に排泄自立。 ・緊急時に店舗に連絡する緊急プザーを適切に押せる。 ・6月は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら頻回に自宅の状況の確認可能

自立・介護 状況 項目	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」			日常生活での実行状況:「している“活動”」			評価・訓練時の能力:「できる“活動”」		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	見守り	一部介助	全介助
屋外移動 (含:家の出入り)	△			△				△	
交通機関利用 (含:通院)	△			△				△	
階段昇降	△			△				△	
トイレへの移動	△			△				△	
食事	△			△				△	
排泄(昼)	△			△				△	
排泄(夜)	△			△				△	

目標(コロン()の後に具体的な内容を記入。)	退院先での実行状況:「する活動」				日常生活での実行状況:「している活動」				評価・訓練時の能力:「できる活動」			
	自立	一部介助	頭指導	見守り	自立	一部介助	頭指導	見守り	自立	一部介助	頭指導	見守り
自立・介護状況												
項目												
整容	つたい、短下肢装具	移動方法・姿勢: 歩行、立位			つたいもたれ等	移動方法・姿勢: 車椅子、座位			つたいもたれ等	杖・装具	移動方法・姿勢: 歩行、立位	
更衣 (含:靴・装具の着脱)		姿勢: 立位								短下肢装具	姿勢: もたれ立位 (短下肢装具: 座位)	
入浴	浴槽:				浴槽: 介護浴槽					浴槽: 訓練用・洋式	姿勢: 浴槽出入り: 要介助 歩行: ウォーカーケイン	
家事												
コミュニケーション												
活動(2)												
心身機能	<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: <input checked="" type="checkbox"/> 中枢性麻痺(ステージのレベル) 右上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左上肢: 5 左手指: 1 左下肢: <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害: <input type="checkbox"/> 構音障害、 <input type="checkbox"/> 失語症(種類: <input checked="" type="checkbox"/> 拘縮: 立位保持(装具: なし) : <input type="checkbox"/> 手放し、 <input type="checkbox"/> つかまり、 <input type="checkbox"/> 不可 訓練室内歩行: <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・装具等: T字杖、シユネーホン)											
心理												
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ウォーカーケイン、短下肢装具 ・ つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要 退院後の家族の変化: 仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要 (特に退院直後)											
第三者の障害(家族等)への影響	同居家族: 長男夫婦 (日中2人とも店舗) 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 自身障手帳(1級) <input type="checkbox"/> 障害年金(1級) <input type="checkbox"/> その他: 家族の生活機能 (長男夫婦) 参加面: 自宅に隣接する食料品店経営 (配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) 健康上の問題: 特になし											
家屋	: 2階建て。本人の部屋は1階。トイレ: 洋式+立便器(朝顔型)。浴槽: 洋式、主に椅子生活。											
家屋周囲	: 勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(囲碁友達宅へもこの道から行く)。											

<p>本人の希望 参加面： 以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうちたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面： 身の回りのことは一人でやれる</p>	<p>家族の希望 参加面： 日中は一人で自宅生活ができる。 活動面： 一人でトイレが行えること</p>
--	--

<p>基本方針(ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画) 移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことと、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。 自宅生活が椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始から行う。(自宅・自宅周囲見取り図で細かくチェックしていく) 退院後の寝たきり予防のために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う。</p>	<p>具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画) 廊下歩行がウォーカーケインと短下肢装具で自立可能と予測される。自立ままでは介護職により、その後自己訓練として頻回に行う。これによって廃用症候群の改善のための活動性向上をはかる。 歩行・立位姿勢でのADLが、まず整容で自立できるように、PT・OTによる「できる活動」、看護・介護による「している活動」ともに重点をおく。 その後屋内トイレ歩行、屋外歩行へとすすめる。 ウォーカーケインと短下肢装具で室内歩行自立後、置上の家具の伝い歩きを行う。 日中はダイニングで囲碁を左手でうったり、囲碁の本を読むことをすすめる。</p>	<p>リスク・疾病管理(含: 適用・誤用) 低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと</p>
<p>自己実施プログラム ・廊下歩行 片道ずつ×2往復 1時間毎 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕</p>	<p>活動度指示 ・姿勢：日中ダイニングで椅子座位 ・移動：病棟内；歩行 病棟外；介助歩行 ・1日歩行量：3,000歩以上</p>	<p>家族への指導 ・退院後の介護者： 入浴時—長男</p>

<p>前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容</p>
<p style="text-align: center;">備考</p>

<p>本人・家族への説明</p>	<p>年</p>	<p>月</p>	<p>日</p>	<p>本人サイン</p>	<p>厚生 太郎</p>	<p>家族サイン</p>	<p>説明者サイン</p>
							<p>○ ○</p>

<註> ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

感染対策指導管理に係る内容

院内感染防止対策委員会	
開催回数	() 回/月
参加メンバー	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・
水道・消毒液の設置	
病室数	() 室
水道の設置病室数(再掲)	() 室
消毒液の設置病室数(再掲)	() 室
消毒液の種類 [成分名] ※ 成分ごとに記載のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・ () 室 ・ () 室 ・ () 室
そ の 他	
感染情報レポートの 作成の有・無	(有 ・ 無)

※ 委員会の開催については、委員会の目的、構成メンバー、開催回数等を記載した院内感染防止対策委員会設置要綱等を添付のこと。

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) 印

様式9

理学療法又は作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)				<input type="checkbox"/> 総合リハビリテーション施設 <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法Ⅲ <input type="checkbox"/> 作業療法Ⅱ			
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非 専 任	名		非 専 任	名
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
	経験を有する 従事者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非 専 従	名		非 専 従	名
専用施設の面積		理学療法		平方メートル			
		作業療法		平方メートル			
		合 計		平方メートル			
当該理学療法・作業療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

総合リハビリテーション施設の届出にあたり、理学療法と作業療法の専用面積が共有部分を有する場合は、共有部分の面積は理学療法に係る面積として届出ること。

様式10

言語聴覚療法の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)				<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法Ⅰ <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法Ⅱ			
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		個別療法1		平方メートル			
		個別療法2		平方メートル			
		個別療法3		平方メートル			
		集団療法		平方メートル			
言語聴覚療法を行うための器械・器具の一覧							