

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	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、発症日等）	合併疾患		廃用症候群： □軽度 □中等度 □重度			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

本人の希望	家族の希望
-------	-------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																				
参加 「主 目標」	家庭内役割：	家庭内役割：																				
	外出(目的・頻度等)：	外出：																				
項目	自立・介護 状況	自宅での実行状況（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	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
活 動	屋外歩行 (含：家からの出入り)																					
	階段昇降																					
	トイレへの移動																					
	食 事																					
	排 泄																					
	整 容																					
	更 衣 (含：靴・装具の着脱)																					
	入 浴																					
	家 事																					
	コミュニケーション																					

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	年 月 日	本人	家族	説明者
-----------	-------	----	----	-----

〈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計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生花子 男・女 710年 1月 15日 生 (81歳)	要介護度: 1	担当医: PT: OT: ST: SW: 看護師: 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
健康状態 (原因疾患、発症日等) 膝関節症 (右強い、20年前から) + 廃用症候群	合併疾患	廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因: 膝痛のための活動性低下
		障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M

本人の希望 1人で外出したい (特に近所、買い物へ)	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない (平日は家事をして欲しい)
-------------------------------	---------------------------------------

目標 [到達時期]	評価項目・内容
参加 (主目標) 家庭内役割: 平日の主婦業 外出 (目的・頻度等): 買い物 (週2回)、友人宅 (週3回)、老人会 (週1回)	家庭内役割: 特になし (2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。) 外出: 家族の介助時のみ (3ヶ月前から介助必要)

項目	自宅での実行状況 (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	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
屋外歩行 (含: 家からの出入り)	✓						買い物: シルバーカー それ以外: 四脚杖				✓					✓						シルバーカー
階段昇降	✓						手すり						✓			✓						
トイレへの移動	✓						家具の配置換え つたい歩きも	✓							✓							
食事	✓							✓							✓							
排泄	✓							✓							✓							
整容	✓							✓							✓							
更衣 (含: 靴・装具の着脱)	✓							✓							✓							
入浴		✓									✓					✓						伝い歩き指導 洗い椅子使用
家事	✓						平日の昼・夕食 掃除						✓			✓						膝への負担の少ない方法の指導
コミュニケーション																						問題なし

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

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、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらおう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム
下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明 令和 〇〇年 〇月 〇日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
------------------------	----	------	----	------	-----	----

(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

薬剤調整報告書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

いつもお世話になっております。

この度、××様が当介護老人保健施設に入所されました。

ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方薬について処方していく予定ですが、

- ・複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性
- ・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動

等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございますが、処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、当入所者の薬剤調整について、指示等ございましたら、(医師名 又は 薬剤師名)にご連絡いただければ幸いです。

薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	

診断名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>
