

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： <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因：			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： 〇〇 〇〇 〇〇	看護師： 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： □軽度 ■中等度 □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																						

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>
