

(別紙様式2)

リハビリテーション計画書(アセスメント) 訪問 通所

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) 要介護

<p>■居宅サービス計画の総合的援助の方針</p>	<p>■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題</p>
---------------------------	------------------------------

<p>■利用者の希望</p>	<p>■医師の指示</p>
<p>■ご家族の希望</p>	

<p>■健康状態(介護・支援を要す原因となる疾患) 原疾患名・発症日</p> <p>病名: <input type="text"/> 発症日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日 直近の入院日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日 直近の退院日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日</p> <p>経過</p>	<p>■合併症・コントロール状況(高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)</p>
<p>■リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)</p>	<p>■廃用症候群: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>

■参加(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容

余暇活動(内容および頻度)

社会・地域活動(内容および頻度)

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

■心身機能

	状況	活動へ支障		状況	活動へ支障
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の高次能機 能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

■活動(※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目		現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本的動作	起き上がり					3自立 2見守り 1一部介助 0全介助 9把握していない
	立位保持					
	床からの立ち上がり					
	移動能力(TUG、6分間歩行)					
他	服薬管理					3自立 2見守り 1一部介助 0全介助
	HDS-R					※点数を記載
ADL	食事					10 自立 5部分介助 0全介助
	イスとベッド間の移乗					15 自立 10最低限の介助 5部分介助 0全介助
	整容					5 自立 0部分・全介助
	トイレ動作					10 自立 5部分介助 0全介助
	入浴					5部分介助 0全介助
	平地歩行					10 自立 5部分介助 0全介助
	階段昇降					10 自立 5部分介助 0全介助
	更衣					10 自立 5部分介助 0全介助
	排便コントロール					10 自立 5部分介助 0全介助
	排尿コントロール					10 自立 5部分介助 0全介助
ADL合計						

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。

■特記事項

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■他の利用サービス

通所介護(週 回) 訪問介護(週 回) 訪問リハ・通所リハ(週 回) 訪問看護(週 回) その他()

■社会参加支援評価

訪問日(年 月 日) 居宅サービス計画(訪問しない理由:)

サービス等利用あり 通所介護(週 回) 通所リハ(週 回) 市町村事業(週 回) 地域活動へ参加() 家庭で役割あり

■現在の生活状況

アセスメント項目		現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】	
IADL	食事の用意					※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回	
	食事の片付け						
	洗濯						
	掃除や整頓						
	力仕事						
	買物						
	外出						
	屋外歩行						
	趣味						
	交通手段の利用						
	旅行						
	庭仕事						0 していない 1 時々 2 定期的 3 植替等
	家や車の手入れ						0 していない 1 電球取替等 2 ペンキ塗等 3 修理・整備
	読書						0 していない 1 まれに 2 月一回程 3 月二回程
仕事					0 していない 1 週1~9時間 2 週10~25時間 3 週30時間以上		
IADL合計							

■環境因子(※課題ありの場合☑。)

	課題	備考
家族・介護者	<input type="checkbox"/>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	
住環境	<input type="checkbox"/>	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	
地域への社会参加等	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	
サービス	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	