

(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

■居宅サービス計画の総合的援助の方針

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■利用者の希望

■医師の指示

■ご家族の希望

■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

病名：	発症日： 年 月 日	直近の入院日： 年 月 日	直近の退院日： 年 月 日
-----	-------------------	----------------------	----------------------

経過

■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）

■廃用症候群:☐あり ☐なし

■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)

■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	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	失語症 構音障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	精神行動障害 (BPSD)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
関節拘縮	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	見当識障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
疼痛	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	記憶障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
口腔機能障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	その他の高次能機 能障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし
摂食嚥下障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	栄養障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ 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
A D L	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						

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】	
I A D L	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		
I A D L 合計							

■環境因子(※課題ありの場合☑。)		
	課題	備考
家族・介護者	☐	
福祉用具等	☐	
住環境	☐	
自宅周辺	☐	
地域への社会参加等	☐	
交通機関	☐	
サービス	☐	
その他	☐	

※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