



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 R	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

別紙様式1

リハビリテーション実施計画書(記載例)

計画評価実施日〇〇年 〇月〇〇日

利用者氏名	厚生花子	男・ 女	T10年1月5日生 (81歳)	要介護度： 1	担当医： 〇〇	PT： 〇〇	OT： 〇〇	ST：	SW：	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： <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 一人で外出したい(特に近所、買い物)						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か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か月前から介助必要)																	
	活動	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”」									
項目		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)	レ					買い物：シルバーカー それ以外：四脚杖				レ			腕組み		レ						シルバーカー

階段昇降	レ							手すり						レ												
トイレへの移動	レ							家具配置換え つない歩きも	レ							レ										
食 事	レ								レ							レ										
排 泄	レ								レ							レ										
整 容	レ								レ							レ										
更 衣 (含：靴・装 具の着脱)	レ								レ							レ										
入 浴		レ										レ				レ					伝い歩き指導 洗い椅子使用					
家 事	レ							平日の昼・夕食 掃除					レ				レ				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									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 R ○○ 年 ○ 月 ○ 日	本人サイン	厚生花子	家族サイン	厚生次郎	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

別紙様式2

医療機関

担当医 科 殿

令和 年 月 日

介護老人保健施設の  
所在地及び名称

電話番号

医師氏名

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生( 歳)	
	要介護認定の状況	自立 要支援 要介護度(12345)	

紹介目的	(紹介後の方針に関する希望)
患者に関する注意事項	
備考	

- 備考 1 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2 必要がある場合は検査の記録等を添付すること。

主訴又は病名・既往歴及び家族歴	嗜好 薬剤アレルギー
現病歴	
現症	
検査見	
治病歴	
現処方の方	

別紙様式3

口腔機能維持管理に関する実施記録

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		要介護度・病名等						
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同一月内の訪問歯科衛生指導(医療保険)の実施の有無(注)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

注：医療保険により訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導)を請求している場合には、同一月内においては、介護保険による口腔機能維持管理加算の費用を請求することはできません。

1 口腔に関する問題点及び歯科医師からの指示内容の要点

(記入日：令和 年 月 日、記入者： )

①口腔に関する問題点 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態) <input type="checkbox"/> その他( )
②歯科医師からの指示内容の要点	

2 実施した口腔ケアの内容の要点

月 日 (記入者： )	月 日 (記入者： )	月 日 (記入者： )	月 日 (記入者： )
<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )

3 その他の事項

--