

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 ☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☒通所 ☐入所 計画作成日：令和 年 月 日

氏名： _____ 通所 花子 _____ 様 性別： ☐男 ☒女 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) ☐要支援 ☒要介護1 _____

リハビリテーション担当医 _____ 担当 _____ (☒PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従業者 (_____)

■本人の希望（したい又はできるようにになりたい生活の希望等）
1人で散歩がしたい
自由に買い物したい

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）
体は元気なので、体力を維持して欲しいが、1人になると迷子になるのでデイケアで楽しく過ごしてもらおう日をつくりたい

■健康状態、経過

原因疾病：アルツハイマー型認知症 発症日・受傷日：令和3年 2月 〇日 直近の入院日：なし 直近の退院日：なし

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：
令和元年に夫が病死して以降は家でひきこもるようになり、近所に住む家族が週に何回も自宅へ訪問していた。冷蔵庫に同じ食品ばかり購入しており、おかしいと思った長男の嫁（キーパーソン）が近医に受診して、上記の診断となった。同居も検討したが共働きであり非常に近所のため現在は週3回のデイケアとその他の訪問ヘルプサービスで日常生活をまかなっている状況である。これまでに2回徘徊で保護経験あり、GPSを携帯している。

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：
糖尿病（内服コントロール中）、左小指第1関節切断（約40年前工場のプレス機にて労災）

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：
短期集中リハビリテーション期間はデイケア来所時に約40分の筋力増強練習や認知機能向上トレーニング（二重課題や複合課題）の実施を行ってきた

目標設定等支援・管理シート：☒あり ☐なし 日常生活自立度：自立、J1、J2、**A1**、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、I、IIa、**IIb**、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	なし	なし	
麻痺	なし	なし	
感覚機能障害	なし	なし	
関節可動域制限	あり	あり	円背姿勢
摂食嚥下障害	なし	なし	
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	あり	あり	MMSE18点
高次脳機能障害（半側空間失認）	なし	なし	
栄養障害	なし	なし	
褥瘡	なし	なし	
疼痛	あり	あり	腰痛（常時）
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	徘徊 夕方症候群あり
☐ 6分間歩行試験 ☒ TUG Test	8秒		
服薬管理	一部介助		
☒ MMSE ☐ HDS-R	18点		
コミュニケーションの状況	その場の理解はよいが10分後に同じ質問を繰り返すなど短期記憶障害あり		

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位保持	自立	自立	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10（自立）	10（自立）	
イスとベッド間の移乗	15（自立）	15（自立）	
整容	0（一部介助）	0（一部介助）	道具の準備
トイレ動作	10（自立）	10（自立）	
入浴	0（一部介助）	0（一部介助）	手順など誘導必要
平地歩行	15（自立）	15（自立）	
階段昇降	10（自立）	10（自立）	
更衣	10（自立）	10（自立）	
排便コントロール	10（自立）	10（自立）	
排尿コントロール	10（自立）	10（自立）	
合計点	90	90	

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）
(心身機能)
認知機能の維持・改善 歩行持久力の維持

(活動)
日常生活上の日課実施 内服薬（アリセプト）の服薬管理能力の向上

(参加)
通院や買い物のスケジュール帳への記入と確認

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）
運動機能改善をはかるプログラムだけでなく、認知機能の改善を目的とした複合的なトレーニングを行います。具体的には二重課題や複数課題を同時に取り組み脳機能を活性化させるようなトレーニングや、計算ドリル、複雑系の塗り絵、音楽体操など多岐に渡り多方面からアプローチをしていきます。
ご自宅でも、プログラムをお渡ししますので、ぜひ習慣的な実施をお願いします。

■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・運動療法中の留意事項、運動強度・負荷量等)
リハビリテーション実施前に当日の体調を改めて確認しますので、普段と比べてだるさやしんどさがあるときは遠慮せずに申し出てください。また、運動中は筋力増強トレーニングで力を入れることがありますが、息を止めて力を出すと血圧の変動が起こりますので、ゆっくり呼吸しながら運動をしましょう。

■リハビリテーションの見通し・継続理由
運動機能を維持して、認知機能の低下を防ぎ日常生活で自分が行える範囲をキープできるようにしていきます。運動不足や閉じこもりなどは脳機能低下に影響を与えることが知られていますので運動、外出、友人との交流、デイケアの参加などは継続して実施してください。

■リハビリテーションの長期目標
(心身機能)
認知機能の維持

(活動)
日課の習慣的理解の獲得、内服薬管理の最小介助

(参加)
通院や買い物のスケジュール帳への記入と確認

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）
運動機能は良好ですので、日課とスケジュール管理を行えるようにしましょう。とくに、服薬の管理や朝の体操などは行動予定表を用いて毎日実施してください。

■リハビリテーションの終了目安
(終了の目安となる時期： 継続)
デイケアには週2～3回外出を兼ねて継続利用してください。習慣的に出かける場所、集える居場所として活用ください。

利用者・ご家族への説明： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項：
デイケア利用時には夕方頃に早期の帰宅を行いたいとの要望が強くみられる場合があります。電話の連絡や家族の方の書いた手紙などで安心してもらえるようケアに工夫をしています。

(シンプル理学療法学シリーズ 地域リハビリテーション学テキスト 改訂第4版, 南江堂, 2023)

事業所番号

リハビリテーション計画書

☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☐通所 ☒入所

計画作成日：令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名： 地域 太郎 様

性別： ☒男 ☐女

生年月日： 年 月 日 (歳)

☐要支援 ☒要介護 3

リハビリテーション担当医： △△ ◇ ◇

担当： ○○ ○○

(☒PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従業者 ()

■本人の希望（したい又はできるようにしたい生活の希望等）

1人で歩けるようになりたい
以前のように近所の友人宅や自宅で将棋をしたい（令和2年5月21日時点）

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）

日中は1人で自宅の生活をして欲しい
特にトイレが1人で行けると嬉しい（令和2年5月23日時点）

■健康状態、経過

原因疾病：脳出血 発症日・受傷日：令和元年 12月 9日 直近の入院日：令和元年 12月 9日 直近の退院日：令和2年 5月 20日

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：
脳出血（左視床出血）は令和元年12月9日にA病院へ救急搬送され、すぐに開頭術が行われたが右上下肢の麻痺が残った。そのため、B回復期病院に転院して機能回復が一定程度みられたが屋内は車いす自走レベルであったため在宅復帰が困難であり当施設に入所となった。

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：
高血圧（内服コントロール中）

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：
入所から3ヵ月間は短期集中リハビリテーションを週5回（1回25分程度）行っている。内容は関節可動域練習、T字杖歩行練習、筋力増強練習を実施している

目標設定等支援・管理シート：☒あり ☐なし

日常生活自立度：自立, J1, J2, A1, A2, B1, **B2**, C1, C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立 **I**, II a, II b, III a, III b, IV, M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	あり	あり	改善が見込める
麻痺	あり	あり	現状維持が見込める
感覚機能障害	なし	なし	
関節可動域制限	あり	あり	現状維持が見込める
摂食嚥下障害	なし	なし	
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	なし	なし	
高次脳機能障害 （半側空間失認）	あり	なし	紙面上の検査のみ症状あり
栄養障害	なし	なし	
褥瘡	なし	なし	
疼痛	あり	あり	右肩関節安静時痛
精神行動障害（BPSD）	なし	なし	
☐ 6分間歩行試験 ☒ TUG Test	58秒		右後方の不安定性あり
服薬管理	自立		
☒ MMSE ☐ HDS-R	29点		
コミュニケーション の状況		良好	

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	見守り	自立	
起き上がり	見守り	自立	
座位保持	見守り	自立	
立ち上がり	一部介助	見守り	環境の調整で自立可能性あり
立位保持	一部介助	一部介助	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	10（自立）	10（自立）	
イスとベッド間の移乗	0（全介助）	10（監視下）	車いすブレーキ確認要
整容	0（一部介助）	0（一部介助）	
トイレ動作	5（一部介助）	5（一部介助）	下衣の着脱に介助
入浴	0（全介助）	0（全介助）	機械浴
平地歩行	5（車いす操作が可能）	5（車いす操作が可能）	近位見守りにて20m程度
階段昇降	0（全介助）	0（全介助）	
更衣	5（一部介助）	5（一部介助）	整えが必要
排便コントロール	5（一部介助）	5（一部介助）	夜間まれに失禁あり
排尿コントロール	5（一部介助）	5（一部介助）	夜間まれに失禁あり
合計点	35	45	

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）
筋力維持、関節可動域の維持、バランス能力の維持

（活動）
車いす自走能力の維持、トイレ動作能力の維持

（参加）
施設内レクリエーションへの参加、週1回の家族との外食実施の継続

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

これまでと同様に理学療法実施時に歩行練習や筋力増強練習を行い、車いすベッドの移乗動作能力の維持に努めます。また、転倒リスクが高いため、バランス能力向上を目的とした立位のトレーニングも実施していきます。

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・運動療法中の留意事項、運動強度・負荷量等）
リハビリテーション実施前に当日の体調を改めて確認しますので、普段と比べてだるさやしんどさがある時は遠慮せずに申し出てください。また、運動中は筋力増強トレーニングで力を入れることがありますが、息を止めて力を出すことと血圧の変動が起こりますので、ゆっくり呼吸しながら運動をしましょう。

■リハビリテーションの見通し・継続理由

発症から半年が経過しており、現在の運動機能を改善して施設生活の自立度を維持するために継続した運動療法は非常に重要であるため継続して実施していく。

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）
筋力向上、関節可動域の維持、バランス能力の改善

（活動）
車いす自走能力の向上、トイレ動作の立ち上がり自立

（参加）
施設内レクリエーションへの参加、週1回の家族との外食実施の継続

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

朝食後、夕食後にはフロアにあるリハビリテーションスペースにて横手すりを使用した立ち上がり練習を毎日20回実施してください。また、立った状態で太ももを大きく上げるようにその場で足踏みも100回実施してください（気分や体調がすぐれない日は無理しないてください）。痛みがあれば中止してください。
※毎日のチェックシートに実施の記録とサインをしてください。

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期： 継続 ）
施設入所中は屋内生活が中心となるため、運動不足になりがちですので、運動療法は継続して実施してください。

利用者・ご家族への説明： 令和 年 月 日

特記事項：
この半年間で体重の増加が見られています。間食を控え運動機会を作っていきましょう。

(シンプル理学療法学シリーズ 地域リハビリテーション学テキスト 改訂第4版, 南江堂, 2023)

環境因子（※課題ありの場合☑ 現状と将来の見込みについて記載する）		■社会参加の状況（過去実施していたものと現状について記載する）	
課題	状況	家庭内の役割の内容	
家族	☑ ☐ 独居 ☐ 同居（ ☐ 発症前から不仲であり再度の同居は不可）	特になし	
福祉用具等	☑ ☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 手すり ☐ ベッド ☐ ポータブルトイレ	☑調整済 ☐ 未調整	
住環境	☑ ☐ 一戸建 ☐ 集合住宅：居住階（ ☐ 階） ☐ 階段 ☐ エレベータ ☐ 玄関前の段差 ☐ 手すり（設置場所： 食卓： ☐ 座卓 ☐ テーブルいす トイレ： ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ ポータブルトイレ その他（ ☐ ）	☑調整済 ☐ 改修中 ☐ 未調整	
自宅周辺	☐ 施設入所中	特になし	
交通機関の利用	☑無 ☒ 有（娘の自家用車にて3ヵ月に1回施設外の通院）	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	
サービスの利用	☑入所中	自宅生活では近隣の友人と将棋がしたい	
その他	☐		

活動 (IADL)	アセスメント項目	リハ開始日時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意	0	0		施設入所中	0: していない 1: まれにしている 2: 週に1～2回 3: 週に3回以上 0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
食事の片付け	0	0		施設入所中	
洗濯	0	0		施設入所中	
掃除や整頓	3	3		居室内整頓実施	
力仕事	0	0		施設入所中	
買物	0	0		施設入所中	
外出	2	2		娘と外食に週1回程度	
屋外歩行	0	0		施設入所中	
趣味	3	3		施設入所中	
交通手段の利用	2	2		娘の自家用車のみ	
旅行	0	0		施設入所中	0: していない 1: 時々 2: 定期的にしている 3: 頻替等もしている
庭仕事	0	0		施設入所中	0: していない 1: 電球の取替、ねじ止めなど 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車の整備
家や車の手入れ	0	0		施設入所中	0: 読んでいない 1: まれに 2: 月1回 3: 月2回
読書	2	3		デイルーム	0: していない 1: 週1～9時間 2: 週10～29時間 3: 週30時間以上
仕事	0	0		無職	
合計点数	12	13			

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■活動と参加において重要な高い課題

車いす自走能力の改善
認知機能の維持

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

車いす自走に対して
非麻痺側体幹筋力低下
非麻痺側上肢筋力低下
非麻痺側下肢筋力低下

■活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

特になし

リハビリテーションサービス						
訪問・通所頻度 ()		利用時間 ()		送迎なし		
No.	目標（解決すべき課題）	期間	担当職種	具体的支援内容 （何を目的に（～のために）～をする）	頻度	時間
					週 回 分／回	
					週 回 分／回	
					週 回 分／回	
					週 回 分／回	
					週 回 分／回	
					週合計時間	

☐他事業所の担当者で共有すべき事項
特になし

☒介護支援専門員と共有すべき事項
施設ケアプランに自主練習メニューの追加をお願いしたい

☐その他、共有すべき事項 ()
特になし

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】 ☐介護支援専門員 ☐医師 ☐（地域密着型）通所介護 ☐（ ）