

2. 人員・設備・運営（記録）

〈厚生労働大臣が定める特定診療に係る施設
基準等（平成 12 年厚生省告示第 31 号）〉
（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 88 号）

三 初期入院診療管理の基準

- イ 医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。
- ロ 病名、症状、予定される検査及びリハビリテーションの内容及びその日程その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。
- ハ 当該診療計画が入院した日から起算して二週間以内に、患者に対し文書により交付され説明がなされるものであること。

〈平成 12 年老企第 58 号〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 3 日老老発第 0303001 号）

第二 個別項目

3 初期入院診療管理

- (1) 初期入院診療管理については、入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添様式 5 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、栄養状態、日常生活の自立の程度（痴呆の評価を含む。）等のアセスメント及びリハビリテーション計画、栄養摂取計画等について、入院後 2 週間以内に説明を行う。
- (2) 初期入院診療管理において求められる入院に際して必要な医師の診察、検査等には、院内感染対策の観点から必要と医師が判断する検査が含まれるものであること。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあつては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる患者についてはその家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者(説明に対して理解ができないと認められる患者に

についてはその家族等)に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

第三 施設基準

七 理学療法又は作業療法の施設基準

イ 理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法又は作業療法（Ⅰ）を算定すべき作業療法の施設基準

- (1) 理学療法及び作業療法を担当する医師が適切に配置されていること。
- (2) 理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。
- (3) 患者数が、理学療法については理学療法士を含む従事者の、作業療法については作業療法士を含む従事者のそれぞれの数に対し適切なものであること。
- (4) 理学療法及び作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

7 総合リハビリテーション施設（理学療法（Ⅰ）及び作業療法（Ⅰ））

- (1) 専任の常勤医師が2名以上勤務すること。
- (2) 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務すること。ただし、医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。
- (3) 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務すること。ただし、医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任ではないこと。
- (4) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計240平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）。なお、専用の施設には、医療法(昭和23年法律第205号)第21条第1項及び第2項の規定による療養病床（医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第2条第3項第5号に規定する経過的旧療養型病床群を含む。）を有する医療機関に

- (5) 理学療法及び作業療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。
- (6) 適切な看護体制が整備されていること。

置くべきこととされている機能訓練室(以下「機能訓練室」という。)を充てて差し支えない。

- (5) 当該療法を行うために必要な器械・器具を具備していること。
- (6) 当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、
血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、
各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具
(長・短下肢装具等)、家事用設備、和室、
各種日常生活活動訓練用器具

なお、以下のものについては必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

- 訓練マットとその付属品、治療台、肋木、
バーベル又は垂鈴、ホットパック及びその
加温装置、パラフィン浴、高周波治療器、
渦流浴、赤外線、電気刺激治療器、木工・
金工・治療用ゲーム・手工芸に係る器具等
- (7) リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- (8) 看護職員・介護職員の員数が、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚

生省令第 41 号)の人員に関する基準を満たしていること。

(9) 届出に関する事項

- ① 総合リハビリテーションの施設基準に係る届出は、別添様式 9 を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士、並びにその他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式 8 を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有するものである場合はその旨を備考欄に記載すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

ロ 理学療法(Ⅱ)を算定すべき理学療法の施設基準

- (1) 理学療法士が適切に配置されていること。
- (2) 患者数が理学療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

8 理学療法(Ⅱ)

- (1) 専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士がそれぞれ 1 人以上勤務すること。ただし、理学療法士については医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。
- (2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは 100 平方メートル以上とする。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。
- (3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること(作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としても構わないものとする)。なお、当該療法を行うために必要な器

- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

ニ 理学療法(Ⅲ)を算定すべき理学療法 法の施設基準

- (1) 理学療法士が配置されていること。
(2) 患者数が従事者の数に対し適切なものであること。
(3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
(4) 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具

なお、以下のものについては必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

訓練マットとその付属品、治療台、肋木、バーベル又は亜鈴、ホットパック及びその加温装置、パラフィン浴、高周波治療器、渦流浴、赤外線、電気刺激治療器

- (4) リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- (5) 届出に関する事項

7の(9)と同じである。

9 理学療法(Ⅲ)

- (1) 次に掲げる要件のいずれをも満たしていること。

- ① 医師及び週2日以上勤務する理学療法士がそれぞれ1人以上勤務している。
② 専従する理学療法の経験を有する従事者が1人以上勤務している。ただし、次に掲げる理学療法士が専従の場合にあっては、この限りではない。

- (2) 45平方メートル以上の専用の施設を有

すること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

(3) 当該療法を行うに必要な専用の器械・器具を次のとおり具備していること（作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としてもかまわないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、
血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種歩行補助具

なお、訓練マットとその付属品についても必要に応じて備えられていることが望ましいものである。

(4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(5) 届出に関する事項

7の(9)と同じである。

ハ 作業療法（Ⅱ）を算定すべき作業療法の施設基準

- (1) 作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) 患者数が作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及

10 作業療法（Ⅱ）

- (1) 8の(1)と同様である。ただし、理学療法士とあるのは作業療法士と読み替える。
- (2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、75平方メートル以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

び器具が具備されていること。

八 言語聴覚療法を算定すべき施設基準

- イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。
- ロ 患者数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。
- ハ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ニ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

- (3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を具備していること（理学療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としてもかまわないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、
血圧計、家事用設備、各種日常生活活動訓練用器具

なお、各種歩行補助具、和室、木工・金工・治療用ゲーム・手工芸に係る器具等についても必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

- (4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (5) 届出に関する事項
7の(5)と同じである。

第三 施設基準

11 言語聴覚療法

(1) 言語聴覚療法（I）

- ① 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。
- ② 専従する常勤言語聴覚士が3人以上勤務すること。
- ③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

個別療法室（8平方メートル以上）を3室以上有しており、かつ、集団療法室（16平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療法室及び集団療法室に該当せず、また、個別療法室と集団療法室の共用も認められないものとする。）。なお、当該療法室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- ④ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(1) 言語聴覚療法（Ⅱ）

- ① 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。
- ② 専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。
- ③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療教室

個別療教室（８平方メートル以上）を１室以上有しており、かつ、集団療教室（１６平方メートル以上）を１室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療教室及び集団療教室に該当しないものとする。ただし、個別療教室と集団療教室の共用は可能なものとする。）。なお、当該療教室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- ④ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(3) 届出に関する事項

- ① 言語聴覚療法（Ⅰ）又は言語聴覚療法（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添様式 10 を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添様式 8 を用いて提出すること。

九 精神科作業療法の施設基準

- イ 作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 患者数が作業療法士の数に対し適切なものであること。
- ハ 当該作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第三 施設基準

12 精神科作業療法

- (1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- (2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人を標準とすること。
- (3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して75平方メートルを基準とすること。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。
- (5) 精神科を標榜する医療機関であって、精神科を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。
- (6) 届出に関する事項
 - ① 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添様式11を用いること。
 - ② 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式8を用いて提出すること。
 - ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

リハビリテーション総合実施計画書

様式 2

計画評価実施日 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|----------------|---------------------------------------|------|-----|---|-----|-----|--|
| 利用者氏名 | 男・女 | 年5月6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・受傷日等) | | | 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) | | | 廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓 | | | 障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |

| | | |
|-------------|--|---|
| 参加 [主目標] | 目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) [到達時期] 退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 [退院時期: 家庭内役割(家事への参加等): 社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等): | 評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 退院実現に向けた課題・条件: |
|-------------|--|---|

| 項目 | 自立・介護状況 | | | | | 退院先での実行状況(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 | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたい・もたれ 等 [到達時期] | 重要項目 | 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたい・もたれ 等 | 独立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたい・もたれ 等 |
| 屋外移動 (含:家の出入り) | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | 杖・装具 | |
| 交通機関利用 (含:通院) | | | | | | | 電車・タクシー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 階段昇降 | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | | 杖・装具 |
| トイレへの移動 | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | | 杖・装具 | | | | | | | | | 杖 |
| 食 事 | | | | | | | 用具: | | | | | | | | | 用具: | | | | | | | | | 用具: |
| 排泄 (昼) | | | | | | | 便器: | | | | | | | | | 便器: | | | | | | | | | 便器: |
| 排泄 (夜) | | | | | | | 便器: | | | | | | | | | 便器: | | | | | | | | | 便器: |

| | | 目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入):「到達時期」 | | | | | | | | | | 評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入) | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|---|-----|------|------|-----|-----------------------|--------------|-------------------------------|------|----|---|------|------|-----|-----|--------------|---------------------|----|-----|------|------|-----|-----|--------------|---------------------|
| | | 退院先での実行状況(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・介護状況 | 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ 等 [到達時期] | 重要項目 | 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ 等 | 独立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ 等 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動(2) | 整容 | | | | | | | 移動方法・姿勢 | | | | | | | | | 移動方法・姿勢 | | | | | | | | | 移動方法・姿勢: |
| | 更衣 (含:靴・装具の着脱) | | | | | | | 姿勢 | | | | | | | | | 姿勢 | | | | | | | | | 姿勢: |
| | 入浴 | | | | | | 浴槽: | | | | | | | | | 浴槽: | | | | | | | | 浴槽: | | |
| | 家事 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | コミュニケーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能 | | <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ,グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 音声・発語障害: <input type="checkbox"/> 構音障害、 <input type="checkbox"/> 失語症 (種類: <input type="checkbox"/> 拘縮 | | | | | | | | | | | | | | |
| 心理 | | 基本動作 立位保持(装具: <input type="checkbox"/> 手放し、 <input type="checkbox"/> つかまり、 <input type="checkbox"/> 不可 訓練 室内歩行: <input type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・装具等:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 環境 | 自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 | 家屋 : 家屋周囲: 同居家族: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 身障手帳(1級) <input type="checkbox"/> 障害年金(1級) <input type="checkbox"/> その他: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (家族等への影響) 第三者の障害 | 退院後の家族の変化 | 家族の生活機能 参加面: 健康上の問題: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 本人の希望 参加面： 活動面： | 家族の希望 参加面： 活動面： |
|-----------------------|-----------------------|

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------|
| 基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画） | 具体的プログラム（リハビリテーションの方針・計画） | リスク・疾病管理（含：過用・誤用） |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------|

| | | |
|-----------|-------|--------|
| 自己実施プログラム | 活動度指示 | 家族への指導 |
|-----------|-------|--------|

| | |
|----------------------------|----|
| 前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 | 備考 |
|----------------------------|----|

| | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|-------|-------|--------|---|---|
| 本人・家族への説明 | 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

リハビリテーション総合実施計画書（記載例）

計画評価実施日 ○○年 ○月○○日

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|------------|--|-----------|-----------|--|------------|--|
| 利用者氏名 厚生太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | T14年5月6日生 (78歳) | 要介護度: 3 | 担当医: ○○ | PT: ○○ | OT: ○○ | ST: ○○ | SW: ○○ | 看護師: ○○ | |
| 健康状態（原因疾患、発症・受傷日等） 脳出血（H13. 11. 10）、右片麻痺 ＋肺炎（H14.8）時の安静による廃用症候群 | | 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（インスリン朝1回注射） | | | 廃用症候群： <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓 | | | 障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |

| 目標（コロン（:）の後に具体的内容を記入。） [到達時期] | 評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入。） |
|--|--|
| 参加【主目標】 退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定 [退院時期:15年6月上旬 家庭内役割(家事への参加等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等):通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等):囲碁(自宅、近所の友人と週3-4回) | 退院実現に向けた課題・条件: ・自宅内生活自立(自宅に隣接する店舗での仕事の合間での介護で十分な状態)特に排泄自立。 ・緊急時に店舗に連絡する緊急プザーを適切に押せる。 ・6月は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら頻回に自宅の状況の確認可能。 |

| 項目 | 退院先での実行状況(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・介護 状況 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 [到達時期] | 重要項目 | 自立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 | 独立 | 見守り | 口頭指示 | 一部介助 | 全介助 行わず | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 |
| 屋外移動 (含:家の出入り) | レ | | | | | 杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン | | レ | | | | | | 杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン | | | | | | | | |
| 交通機関利用 (含:通院) | レ | | | | | 電車(タクシ) 通院時 | | | | | | | | | | | | | | | | 乗車時: 腰の横移動介助 |
| 階段昇降 | レ | | | | | 杖・装具 短下肢装具 手すり | | | | | | | | 杖・装具 短下肢装具 | てすり | | | | | | | |
| トイレへの移動 | レ | | | | | 杖・装具 短下肢装具 | つたい歩き | レ | レ | | | | | 杖・装具 車椅子 | (歩行は訓練室のみ) | | | | | | 杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン | |
| 食 事 | レ | | | | | 用具: 箸 | | | | | | | | 用具: スプーン フォーク | 左手 (箸指導不十分) | レ | | | | | 用具: 箸 | |
| 排泄(昼) | レ | | | | | 便器: 尿:立ち便器 便:洋式 | | | | | | | | 便器: 車椅子用 | | | | | | | 便器: 尿:立ち便器 | 前方もたれ必要 |
| 排泄(夜) | レ | | | | | 便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器 | | | | | | | | 便器: 差し込み便器 | | | | | | | 便器: 尿:立ち便器 | |

| | | 目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入):[到達時期] | | | | | | | | | | 評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入) | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|--------------|-------------------|---|---|---|---|---|--------------|-------------------|--------------------------|
| | | 退院先での実行状況(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・介護 状況 | 自 | 見 | 口 | 一 | 全 | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 [到達時期] | 重 | 自 | 見 | 口 | 一 | 全 | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 | 独 | 見 | 口 | 一 | 全 | 使用用具 杖・装具 | 介護内容 つたいもたれ等 | |
| | | 立 | 守 | 頭 | 部 | 介 | | | 要 | 立 | 守 | 頭 | 部 | 介 | | | 立 | 守 | 頭 | 部 | 介 | | | 立 |
| 活 動 (2) | 整 容 | レ | | | | | 短下肢装具 | 移動方法・姿勢 つたい歩き、立位 | レ | レ | | | | | | 移動方法・姿勢 車椅子、座位 | | | | レ | | | 短下肢装具 ウォーカーケイン | 移動方法・姿勢 歩行、立位 |
| | 更 衣 (含:靴・装具の着脱) | レ | | | | | | 姿勢 立位 | レ | | | | | | | 姿勢 ベッド上座位 | | | | レ | | | 短下肢装具 | 姿勢 もたれ立位 |
| | 入 浴 | レ | | | | | 浴槽: | | | | | | | レ | 浴槽: 介護浴槽 | | | | | レ | | | 浴槽: 訓練用・洋式 | 浴槽出入りのみ介助 歩行:ウォーカーケイン |
| | 家 事 | | | | | レ | | | | | | | | | レ | | | | | | | | レ | |
| | コミュニケーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能 | 拘縮は改善し、関節可動域正常 (但し退院後も自己訓練として、毎日足関節は背屈訓練を 行う必要あり) | <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 中枢性麻痺(ステージ、 <u>グレード</u>) 右上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> その他 基本動作 立位保持(装具: <input checked="" type="checkbox"/> 手放し、 <input type="checkbox"/> つかまり、 <input type="checkbox"/> 不可 訓練室内歩行: <input checked="" type="checkbox"/> 独立、 <input type="checkbox"/> 一部介助、 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・装具等:T字杖、シューホン) | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 音声・発語障害: <input type="checkbox"/> 構音障害、 <input type="checkbox"/> 失語症(種類: <input checked="" type="checkbox"/> 拘縮 足関節:背屈-5° 右膝関節:屈曲-10° 右股関節:伸展-5° | | | | | | | | | | | | |
| 心理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 環境 | 自宅改造 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ウォーカーケイン、短下肢装具 ・つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要 | 家屋:2階建て。本人の部屋は1階。トイレ:洋式+立便器(朝顔型)。浴槽:洋式、主に椅子生活。 家屋周囲:勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(囲碁友達宅へもこの道から行く)。 同居家族:長男夫婦(日中2人とも店舗) 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 身障手帳(1級) <input type="checkbox"/> 障害年金(1級) <input type="checkbox"/> その他: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者の影響 (家族等への影響) | 退院後の家族の変化 仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要(特に退院直後) | 家族の生活機能(長男夫婦) 参加面:自宅に隣接する食料品店経営(配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) 健康上の問題:特になし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>本人の希望</p> <p>参加面：以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうちたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。</p> <p>活動面：身の回りのことは一人でやれる。</p> | <p>家族の希望（長男夫婦）</p> <p>参加面：日中は一人で自宅生活ができる。</p> <p>活動面：一人でトイレがおこなえること</p> |
|---|---|

| | | |
|---|---|--|
| <p>基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画）</p> <p>移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。</p> <p>自宅生活が車椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。 (自宅・自宅周辺見取り図で細かくチェックしていく)</p> <p>退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。</p> | <p>具体的プログラム（リハビリテーションの方針・計画）</p> <p>廊下歩行がウォーカーケインと短下肢装具で自立可能と予測される。訓練として頻回のための活動性</p> <p>歩行・立位に、PT/OTに「している活動」その後屋内ウォーカー上の家具の伝</p> <p>日中はデイを読むことを</p> <p>ウォーカーケインと短下肢装具で自立可能自立までは介護職により、その後自己訓練を行う。これによって廃用症候群の改善の向上をはかる。</p> <p>姿勢でのADLが、まず整容で自立するようによる「できる活動」、看護・介護による「動」ともに重点をおく。 トイレ歩行、屋外歩行へとすすめる。 ケインと短下肢装具で室内歩行後、畳い歩きを行う。</p> <p>ルームで囲碁を左手でうったり、囲碁の本すすめる。</p> | <p>リスク・疾病管理（含：過用・誤用）</p> <p>低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>自己実施プログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・廊下歩行 片道ずつ2往復 1時間毎 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕 | <p>活動度指示</p> <ul style="list-style-type: none"> ・姿勢：日中 デイルームで椅子座位 ・移動：病棟内：歩行 病棟外：介助歩行 ・1日歩行量： 3,000歩以上 | <p>家族への指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後の介護者：入浴時—長男 |
|---|--|---|

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| <p>前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容</p> | <p>備考</p> |
|-----------------------------------|-----------|

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|------------|---------------|------------|
| <p>本人・家族への説明 ○年○月○日</p> | <p>本人サイン</p> | <p>厚生太郎</p> | <p>家族サイン</p> | <p>○ ○</p> | <p>説明者サイン</p> | <p>○ ○</p> |
|-------------------------|--------------|-------------|--------------|------------|---------------|------------|

<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