

精神科リハビリテーション総合実施計画書

記載日： 年 月 日
形態：入院・外来・訪問

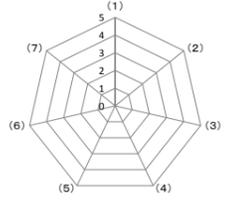
患者氏名 様 男・女 生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日(歳)

Dr	OT	Ns	PSW	CP	PT	Ph
----	----	----	-----	----	----	----

＝アセスメント＝

疾患名	合併症 (高血圧・心疾患・糖尿病等)	リハビリテーション歴 <input type="checkbox"/> 就労支援施設等 <input type="checkbox"/> 精神科 DC <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 他：
	コントロール <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・調整中	
評価項目・内容 <問題のある項目にチェックし：の後に具体的内容を記入>		
心身機能 <input type="checkbox"/> 意識レベル： <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想： <input type="checkbox"/> 異常思考： <input type="checkbox"/> 認知機能： <input type="checkbox"/> 気分障害： <input type="checkbox"/> 睡眠障害： <input type="checkbox"/> 知的機能： <input type="checkbox"/> 見当識障害： <input type="checkbox"/> 言語障害： <input type="checkbox"/> 身体機能：		

項目	評価	備考	項目	評価	備考	評価判断基準
(1) 身辺処理	[]		(5) 対人関係	[]		※項目ごとに 1~5 の点数で評価します。【】内に各項目の平均点を記入します。
1.食事			1.発語の明瞭さ			
2.生活リズム			2.意思表示			
3.身だしなみ			3.日常的な挨拶対応			
4.入浴			4.社会性			5.大筋で問題ない 4.時に気配り、助言があれば出来る(時々の助言・確認) 3.身近に気配り、助言する人があれば出来る(定期的な助言・確認) 2.部分的な援助が必要 1.全体的な援助が必要 N.不明・不詳・該当なし
(2) 生活管理	[]		(6)社会資源の利用	[]		
1.金銭管理			1.交通機関利用			
2.貴重品の管理			2.公共機関の利用			
3.安全管理			3.電話の利用			(7) 社会参加の制約になる事柄
4.ストレスへの耐性			4.各種制度の利用			
5.悪化時の対応						本人の特性
(4) 家事	[]		1.社会的な約束事	[]		
1.掃除						
2.買物						



社会参加の現状	家庭生活 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良：	過去における最良機能レベルとその時期：
	職場/学校生活 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良： <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 学校： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 発症後退職 <input type="checkbox"/> 病欠中 <input type="checkbox"/> 休職中・復帰予定 <input type="checkbox"/> 退職予定 その他(余暇など) 内容： 頻度：	

家族状況	発症による家族の変化 <input type="checkbox"/> 生活上の不利： <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生： <input type="checkbox"/> 経済状態： <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生： <input type="checkbox"/> その他：	家族構成 キーパーソン： <input type="checkbox"/> 精神的支え <input type="checkbox"/> 経済・実務的支え <input type="checkbox"/> 環境調整
------	--	---

＝目標設定＝

予定リハビリテーション利用期間 ~1ヶ月 3ヶ月 6ヶ月 その他：

本人の希望： 家族の希望：

大目標：

＝リハビリテーション計画(入院 外来 訪問)＝

日常生活・社会参加	目標	必要項目チェック	具体的アプローチ	必要項目チェック			
	日常生活・社会参加	1.身辺整理 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 入浴 2.生活管理 <input type="checkbox"/> 金銭 <input type="checkbox"/> 物品 <input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 趣味 3.健康状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 定期的通院 <input type="checkbox"/> ストレス耐性 <input type="checkbox"/> 状態悪化時の対応 4.家事 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 調理 5.対人関係 <input type="checkbox"/> 発語の明瞭さ <input type="checkbox"/> 意思表示 <input type="checkbox"/> 気楽な交流 <input type="checkbox"/> 社会性の向上 6.社会資源の利用 <input type="checkbox"/> 交通機関 <input type="checkbox"/> 公共機関 <input type="checkbox"/> 電話通信等 <input type="checkbox"/> 各種制度の利用		手段 <input type="checkbox"/> 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> 訪問指導 <input type="checkbox"/> その他： プログラム内容 ・ ・ ・			
具体例 <input type="checkbox"/> 家庭内での役割： <input type="checkbox"/> 社会活動： <input type="checkbox"/> 制度： <input type="checkbox"/> 趣味：		週間スケジュール					
	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
	PM						

＝地域定着＝

社会参加の方向性	生活先 <input type="checkbox"/> 自宅(同居) <input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> アパート(単身) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 自立訓練施設 <input type="checkbox"/> その他： 復学・復職 <input type="checkbox"/> 現状復帰 <input type="checkbox"/> 他： 社会保障サービス等 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 就労支援事業所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 外来OT <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 関連施設見学・説明 =連携機関= <input type="checkbox"/> 生活支援センター <input type="checkbox"/> 就労支援施設 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 障害福祉課 <input type="checkbox"/> その他：
----------	--	---

生活の留意点	<input type="checkbox"/> 服薬履行 <input type="checkbox"/> 通院治療継続 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 外来 OT <input type="checkbox"/> 訪問看護 (<input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PSW <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 再発のサイン： その対応：	備考：
		再計画予定日 年 月 日頃

本人・家族への説明	年 月 日	ご本人サイン	ご家族サイン	説明者サイン
-----------	-------	--------	--------	--------