

精神科リハビリテーション総合実施計画書

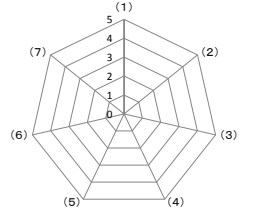
記載日： 年 月 日
形態：入院・外来・訪問

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) コントロール <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良・調整中	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：
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> 前回の評価時 (/) 現在の状況 (/)		
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			
(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		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.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			
4.安全管理			4.各種制度の利用			
(3) 健康状態	[]		(7) 社会参加の制約になる事柄	[]		
1.睡眠状態			1.社会的な約束事			
2.服薬管理						
3.定期的な外来通院						
4.ストレスへの耐性						
5.悪化時の対応						
(4) 家事	[]					
1.掃除						
2.買物						
3.洗濯						
4.調理						



家庭生活 良 不良：
職場/学校生活 良 不良：
職業 学校：
無 発症後退職 病欠中 休職中・復帰予定 退職予定
その他(余暇など)
内容： 頻度：

過去における最良機能レベルとその時期：

家族状況
発症による家族の変化
 生活上の不利：
 健康上の問題の発生：
 経済状態：
 心理的問題の発生：
 その他：
家族構成
キーパーソン：
精神的支え 経済・実務的支え 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)＝

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					
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 ・ ・ ・							
日常生活・社会参加	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＝

生活先
 自宅(同居) 自宅(単身) アパート(単身)
 グループホーム 自立訓練施設 その他：
復学・復職
 現状復帰 他：
社会保障サービス等
 精神障害者福祉手帳 障害年金 自立支援医療
 就労支援事業所 日中一時支援 訪問看護
 訪問介護 精神科デイケア 外来OT その他

服薬履行
 通院治療継続 精神科デイケア 外来 OT
 訪問看護 (OT Ns PSW その他)
 訪問介護
 再発のサイン：
その対応：

服薬指導
 栄養指導
 関連施設見学・説明
=連携機関=
 生活支援センター
 就労支援施設
 保健所
 障害福祉課
 その他：

備考：
再計画予定日 年 月 日頃

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