

在宅移行期のリハビリテーション情報整理シート（記入例）〔記入日〇〇年〇月〇日〕

◆患者基本情報

氏名	仙南 太朗 氏	年齢	68歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
疾患名 *今回の入院に至った 原因となる疾患	左被殻脳内出血後遺症（右片麻痺） 平成26年6月13日発症				
既往歴	高血圧症（H18～），腰痛症（H16～）				

◆患者本人，家族の希望及びリハの目標

[入院中のリハビリに対する希望] <input type="checkbox"/> 本人 リハビリを継続して動けるようになりたい <input type="checkbox"/> 家族 コミュニケーションが取れるようになってほしい	[リハの目標] 移乗・移動手段の自立（車いす） コミュニケーション手段の獲得
[退院後の希望] <input type="checkbox"/> 本人 歩けるようになりたい <input type="checkbox"/> 家族 身の回りの事は自分でできるようになってほしい	[リハの目標] 自宅内の移動自立（杖歩行），トイレ動作の自立

◆心身機能面（退院後の生活への影響が懸念される身体機能面の課題）

心身機能に関する項目	現 状・課 題
<input checked="" type="checkbox"/> 痛み <input checked="" type="checkbox"/> 関節運動（拘縮・変形等） <input type="checkbox"/> 筋力 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリへの意欲	右片麻痺は重度であり感覚障害も残存しております。特に右上肢は廃用が進んでおり歩行時は三角巾装着，座位の時はクッションに手を置くように指導しておりました。右下肢は筋緊張が亢進し，特に足関節は拘縮傾向が見られます。自宅内でも装具を装着すること，簡単にできるストレッチを指導しております。
<input type="checkbox"/> 認知面（高次脳機能）の問題 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	重度の失語症残存。理解はジェスチャーとゆっくり話すことで短文レベルまで可能です。表出面では同じ言葉を繰り返してしまうこともあり受け手の推測が必要な場合もあります。

◆禁忌事項・特記事項

入院中よりリハビリ意欲が低下しておりました。自宅内のできる役割・楽しみ等を有効に活用し本人の意欲を高めていく必要があります。
--

能力評価指標[5段階評価]

<input type="checkbox"/> 完全自立 [要件]	何も使用せずにできる／安全に行える／動作に時間がかからない（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）
<input type="checkbox"/> 修正自立	装具等の補助具があればできる／動作に時間がかかるが最後までできる（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）
<input type="checkbox"/> 見守り	声がけ，促し，準備の為の援助が必要だが対象者に手を触れなくてもできる
<input type="checkbox"/> 部分介助	部分的に直接介助を要する。
<input type="checkbox"/> 全介助	ほとんど全ての動作に介助を要する／二人がかりの介助を要する（いずれかに該当すれば <input checked="" type="checkbox"/> ）

◆基本動作

動作項目	動作能力
寝返り	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	ベッド柵を掴まることで可能です。しかし麻痺の影響から右側への寝返りは難しいです。
起き上がり	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	ベッド柵を掴まることで可能です。
座位保持（座位バランス）	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	足底をしっかりと接地し，ベッド柵などに掴まることにより安定して座ることができます。
立ち上がり（いす・床から）	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	いすからは，支えがあれば安定して立つことができますが，麻痺側足底がしっかりと床に接地しているかについての声がけが必要です。床からの立ち上がりは困難です。
立位保持（立位バランス）	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	支えがあれば安定して立つことができます。左下肢で体重を支えています。

移 乗	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[修正自立／部分介助の状況]	ベッドと車いす間の移乗はL字バー等を使用し見守りで可能です。右下肢での体重の支持は難しく、左下肢のみで支え移乗します。

◆ADL

主なADL項目	動作能力
歩 行 (平地)	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可
[修正自立／部分介助の状況]	T字杖と短下肢装具を使用。右下肢の支えと自分で動かす力が不足しているため、右下肢の振り出しに介助を要します。
段差昇降 (10～20 cm)	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
階段昇降 (15 cm程度の連続段差)	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
[修正自立／部分介助の状況]	
食 事	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input checked="" type="checkbox"/> 修正自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
[注意事項] <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 摂食動作・姿勢	セッティングすれば左手で摂取可能。利き手交換訓練を入院中に実施しておりますが、書字については今後も練習が必要です。
コミュニケーション [障害の種類] <input type="checkbox"/> 障害なし (良好) <input checked="" type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害	[失語症の状態] <input type="checkbox"/> 主観的にのみ、ごくわずかな困難が感じられる程度 <input type="checkbox"/> 明らかなハンディキャップがあるが、発語は正しく、表現できないことはない <input type="checkbox"/> 発語の形式、内容に欠落があるが、考えたことをほとんど全て伝達できる <input type="checkbox"/> 会話に加わるが、やりとりできる情報には限界がある <input checked="" type="checkbox"/> 相手が推測することでわずかにコミュニケーションが成立する又は成立しない [構音障害 (発話明瞭度)] <input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> 時々わからない語がある <input type="checkbox"/> 聞き手が話題を知っていれば分かる <input type="checkbox"/> 時々分かる単語がある <input type="checkbox"/> 全く分からない
[援助の工夫、補助具の使用等]	ゆっくり話すことや文字に置き換えることで短文レベルまでの理解は可能。表出は同じ言葉を繰り返してしまうことがあり受け取り側の推測が必要。
排尿コントロール (尿意の訴え) <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> なし	(尿漏れ) <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (原因 <input type="checkbox"/> 腹圧性 <input type="checkbox"/> 切迫性 <input type="checkbox"/> 溢流性 <input type="checkbox"/> 機能性) (頻 尿) <input type="checkbox"/> 日中・夜間問わず <input type="checkbox"/> 夜間頻尿 <input checked="" type="checkbox"/> なし (排尿困難: 神経因性膀胱) <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (尿バッグ管理 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (入院中の排泄用品) <input type="checkbox"/> パッド <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
排便コントロール (便意の訴え) <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> なし	(便失禁) <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (原因 <input type="checkbox"/> 腹圧性 <input type="checkbox"/> 切迫性 <input type="checkbox"/> 溢流性 <input type="checkbox"/> 機能性) (便秘傾向) <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (慢性的な下痢) <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (緩下剤の使用) <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (入院中の排泄用品) <input type="checkbox"/> パッド <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ

◆車いす利用が必要な場合の留意点 *ひとつでもがある場合は、リクライニング機能のみの車いすは利用しないこと。

<input type="checkbox"/> 車いす上で自ら姿勢を変えられない (除圧できない) <input type="checkbox"/> 時間とともに姿勢の崩れが顕著となる
<input type="checkbox"/> 脊柱変形等により普通型車いすでは適切な座位姿勢がとれない
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (移乗しやすいよう、アームサポートを脱着式にすることで移乗が安全に行うことができます。)

◆生活における自立支援のポイント (入浴やトイレ動作等の動作指導や福祉用具のアドバイス等)

現在、短距離歩行の介助法は、主介助者である妻に指導しております。麻痺側下肢の振り出しも良好になりつつあることから、可能であれば自宅内の居室⇄トイレの移動は歩行で行うことがよいと思います。また、トイレ内動作は手すりを使用することで立位や下衣の着脱が可能ですので住宅改修で手すりを設置したほうがよいと思います。

リハ担当者氏名	<input type="checkbox"/> PT <input checked="" type="checkbox"/> OT ○○ ○○ <input checked="" type="checkbox"/> ST ○○ ○○○
病院名	○○○○病院
連絡先	TEL ○○—○○○○ FAX ○○—○○○○
ケアマネ氏名	○○ ○○ 事業所名 ○○○○○
連絡先	TEL ○○—○○○○ FAX ○○—○○○○