

別紙様式 1

興味・関心チェックシート

| 生活行為 | している | してみたい | 興味がある | 生活行為 | している | してみたい | 興味がある |
|---------------------|------|-------|-------|--------------------------------|------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く | | | | 生涯学習・歴史 | | | |
| 一人でお風呂に入る | | | | 読書 | | | |
| 自分で服を着る | | | | 俳句 | | | |
| 自分で食べる | | | | 書道・習字 | | | |
| 歯磨きをする | | | | 絵を描く・絵手紙 | | | |
| 身だしなみを整える | | | | パソコン・ワープロ | | | |
| 好きなときに眠る | | | | 写真 | | | |
| 掃除・整理整頓 | | | | 映画・観劇・演奏会 | | | |
| 料理を作る | | | | お茶・お花 | | | |
| 買い物 | | | | 歌を歌う・カラオケ | | | |
| 家や庭の手入れ・世話 | | | | 音楽を聴く・楽器演奏 | | | |
| 洗濯・洗濯物たたみ | | | | 将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等 | | | |
| 自転車・車の運転 | | | | 体操・運動 | | | |
| 電車・バスでの外出 | | | | 散歩 | | | |
| 孫・子供の世話 | | | | ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ | | | |
| 動物の世話 | | | | ダンス・踊り | | | |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ | | | | 野球・相撲等観戦 | | | |
| 家族・親戚との団らん | | | | 競馬・競輪・競艇・パチンコ | | | |
| デート・異性との交流 | | | | 編み物 | | | |
| 居酒屋に行く | | | | 針仕事 | | | |
| ボランティア | | | | 畑仕事 | | | |
| 地域活動 (町内会・老人クラブ) | | | | 賃金を伴う仕事 | | | |
| お参り・宗教活動 | | | | 旅行・温泉 | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |
| その他 () | | | | その他 () | | | |

(別紙様式2-1)

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 計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 様 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護
リハビリテーション担当医: _____ 担当 _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者(_____))

■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)

■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)

■健康状態、経過
原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
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): _____
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): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 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: 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 | 将来の見込み(※) |
|----------------|---|---|---|
| 筋力低下 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 感覚機能障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 関節可動域制限 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 摂食嚥下障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 失語症・構音障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 見当識障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 記憶障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| その他の高次脳機能障害() | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 栄養障害 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 疼痛 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 精神行動障害(BPSD) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■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)

| 課題 | 状況 |
|----------------------------------|---|
| 家族 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(_____) |
| 福祉用具等 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 住環境 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階(_____ 階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: _____) <input type="checkbox"/> 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整 |
| 自宅周辺 <input type="checkbox"/> | |
| 社会参加 <input type="checkbox"/> | |
| 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 有(_____) <input type="checkbox"/> 無 |
| サービスの利用 <input type="checkbox"/> | |
| その他 <input type="checkbox"/> | |

■リハビリテーションの目標
(長期) _____
(短期(今後3ヶ月間)) _____
■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等) _____

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

| | 現在の状況 | 将来の見込み(※) |
|--|---|--|
| 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 立ち上がり | いすから | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 床から | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 立位保持 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| コミュニケーションの状況 | | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

| 項目 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 将来の見込み(※) |
|------------|----|-----------|-----|---|
| 食事 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| イスとベッド間の移乗 | 15 | 10 ← 監視下 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 整容 | 5 | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 入浴 | 5 | 0 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 平地歩行 | 15 | 10 ← 歩行器等 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 階段昇降 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 更衣 | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 排便コントロール | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 排尿コントロール | 10 | 5 | 0 | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| 合計点 | | | | |

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■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)

| | |
|---------------------------|--|
| 家庭内の役割の内容 | |
| 余暇活動(内容および頻度) | |
| 社会地域活動(内容および頻度) | |
| リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組 | |

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション終了の目安・時期

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

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____
特記事項: _____

(別紙様式3)

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

| 会議出席者 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 |
|-------------------------|---|----|--------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| リハビリテーションの支援方針 | | | | |
| リハビリテーションの内容 | | | | |
| 各サービス間の提供に当たって共有すべき事項 | | | | |
| 利用者又は家族 構成員 不参加理由 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族()) <input type="checkbox"/> サービス担当者() () <input type="checkbox"/> サービス担当者() () | | | |
| 次回の開催予定と検討事項 | | | | |

リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者氏名

殿

作成年月日

年

月

日

| チェック | プロセス | 参加者及び内容 | 備考 |
|--------------------------|--|--|----|
| <input type="checkbox"/> | サービス開始時における情報収集 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成 | <input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見() | |
| <input type="checkbox"/> | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明 | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見() | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供 | <input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他() | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション会議の実施と計画の見直し | <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達 | <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() <input type="checkbox"/> (日付: . .) CM・CW・家族・その他() | |
| <input type="checkbox"/> | 居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施 | <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) <input type="checkbox"/> (日付: . .) | |
| <input type="checkbox"/> | サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催 | <input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他()) <input type="checkbox"/> (日付: . .) | |
| <input type="checkbox"/> | 終了時の情報提供 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他() | |

(別紙様式5)

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 _____ 殿

| 本人の生活行為の目標 | | | |
|------------|-------|------------------------|--------------------------|
| 家族の目標 | | | |
| 実施期間 | | 通所訓練期(. . . ~ . . .) | 社会適応訓練期(. . . ~ . . .) |
| | | 【通所頻度】 | 【通所頻度】 |
| | | 回/週 | 回/週 |
| 活動 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |
| 心身機能 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |
| 参加 | プログラム | | |
| | 自己訓練 | | |

【支援内容の評価】

| |
|--|
| |
|--|