

は、リハビリテーション計画書の記載要領や様式を参考に作成して差し支えないこと。

- ⑤ 居宅基準第 81 条第 5 項又は第 115 条第 6 項に基づく一体的な計画の作成に当たっては、別紙様式 3 を参考に作成して差し支えないこと。その場合には、通所リハビリテーション事業所で実施する内容、訪問リハビリテーション事業所で実施する内容が分かるように記載し、一連のサービスとして提供できるよう、リハビリテーション計画書に記載するよう努めること。

ただし、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションで提供される内容が同じであることは想定されないため、同一の内容を提供する場合は、その理由を記載することが望ましい。

② リハビリテーション計画書の記載要領

- ① リハビリテーションマネジメントにおけるリハビリテーション計画書の様式は、別紙様式 1、別紙様式 2 及び別紙様式 3 を標準として作成するものであること。
- ② 別紙様式 1（興味・関心チェックシート）に関して
別紙様式 1（興味・関心チェックシート）に関しては、利用者が日常生活上実際にしていること、実際にはしていないがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。
- ③ 別紙様式 2（リハビリテーション計画書（アセスメント））に関しては、別紙様式 2 の内容を参考に、下記の項目を主に把握すること。
- イ 居宅サービス計画の総合的援助の方針及び居宅サービス計画の解決すべき課題
リハビリテーション計画は居宅サービス計画の一環として位置づけられることから、居宅サービス計画の総合的援助の方針と解決すべき課題を該当箇所に居宅サービス計画から転記すること。

ロ ご本人の希望及びご家族の希望

別紙様式 1 で把握した、利用者がしてみたい又は興味があると答えた内容に関して、利用者に確認の上、該当項目を該当箇所に転記する。家族の希望に関しては、利用者の家族が利用者に関して特に自立してほしいと思っている項目又は今後の生活で送ってほしいと希望する内容に該当する項目を具体的に確認した上で、該当箇所に転記すること。

ハ 健康状態

原疾患名、当該疾患の発症日、経過、合併症の有無とそのコントロールの状況、廃用症候群の有無及びリハビリテーションを実施する際の医学的管理の状況等を該当箇所に記載すること。

ニ 参加状況

過去と現在の参加の状況（家庭内での役割の有無や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、また当該取組みを今後継続する意向があるかどうか

確認すること。さらに、サービス利用終了後の生活に関して、利用者及びその家族と共有するために、通所リハビリテーション利用終了後に利用を希望する社会資源等に関して聞き取ること。

ホ 心身機能

現在の心身機能（運動機能、感覚機能、疼痛、口腔機能、栄養又は見当識等）について、機能障害の有無を確認する。機能障害があった場合、活動への影響の有無を確認する。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載すること。

ヘ 活動の状況

現状、その予後予測及び改善可能性について該当箇所に記載すること。課題の重要性については、現状と予後予測に乖離があることや利用者又はその家族の意向が強いこと等を踏まえつつ、優先的に取り組むべき課題から順番に、数字を記入すること。

また、評点については、リハビリテーション計画書の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

a 基本動作

居宅を想定しつつ、寝た状態からの起き上がり、立位保持、床からの立ち上がり歩行の状態を評価する項目である。自立している場合は 3 を、見守りの場合は 2 を、一部介助している場合は 1 を、全介助の場合は 0 を記載する。移動能力については、6 分間歩行又は **Tiles up to Test (TUG)** の客観的測定値を記入する。

b ADL (Barthel Index を活用)

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

| 動作 | | 選択肢 | | | |
|----|------------|-------|-------------|---------|-------|
| 1 | 食事 | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |
| 2 | イスとベッド間の移乗 | 15 自立 | 10 最小限の介助 | 5 部分介助 | 0 全介助 |
| 3 | 整容 | 5 自立 | 0 部分介助又は全介助 | | |
| 4 | トイレ動作 | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |
| 5 | 入浴 | 5 自立 | 0 部分介助又は全介助 | | |
| 6 | 平地歩行 | 15 自立 | 10 部分介助 | 5 車いす使用 | 0 その他 |
| 7 | 階段昇降 | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |
| 8 | 更衣 | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |
| 9 | 排便コントロール | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |
| 10 | 排尿コントロール | 10 自立 | 5 部分介助 | 0 全介助 | |

c IADL (Frenchay Activity Index を活用)

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

| 項目 | | 選択肢 |
|----|------------------------------------|---|
| 1 | 食事の用意（買い物は含まれない） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 2 | 食事の片づけ | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 3 | 洗濯 | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 4 | 掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 5 | 力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 6 | 買物（自分で運んだり、購入すること） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 7 | 外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 8 | 屋外歩行（散歩、買物、外出等のために少なくとも15分以上歩くこと） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 9 | 趣味（テレビは含めない） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 10 | 交通手段の利用（タクシー含む） | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 11 | 旅行 | 0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に1~2回） 3 週に3回以上している |
| 12 | 庭仕事（草刈き、水撒き、庭掃除）※ベランダ等の作業も含む | 0 していない 1 時々している 2 定期的に行っている 3 定期的に行っている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている |
| 13 | 家や車の手入れ | 0 していない 1 電球の取替・ねじ止めなど 2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 その他、家の修理や車の整備 |
| 14 | 読書（新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない） | 0 読んでいない 1 まれに 2 月に1回程度 3 月に2回以上 |
| 15 | 仕事（収入のあるもの、ボランティアは含まない） | 0 していない 1 週に1~9時間 2 週に10~29時間 3 週に30時間以上 |

d その他

薬管理については、自立している場合は3を、見守りの場合は2を、一部

介助の場合は1を、全介助の場合は0を記載する。また、長谷川式簡易知能評価スケール（HSE-R）については、その得点を記載すること。

ト 環境因子

家族・介護者、福祉用具等、住環境、自宅周辺の環境、地域の社会資源の有無、利用者が利用できる交通機関の有無、その他のサービスの課題など環境の因子に課題があった場合、該当箇所にチェックする。なお、具体的に記載すべき課題がある場合は備考欄に記入すること。

チ 特記事項

イからトの項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

リ 「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

本人が希望する活動と参加に対し、能力及び生活機能の予後予測を踏まえてリハビリテーションに関して解決すべき課題を分析し、支援の必要性に関する内容を、簡潔にまとめた上で記載すること。

ヌ 他の利用サービス

リハビリテーション会議への参加を求める等、連携が必要なサービスを把握するため、居宅サービス計画に位置付けられているサービスとその利用頻度について、介護支援専門員から情報を把握し該当箇所に記入すること。

④ 別紙様式3（リハビリテーション計画書に関して）

別紙様式3を参考に、リハビリテーションの提供計画、利用中の具体的対応、また、必要な場合は他の居宅サービスとの協働内容等について、以下の通り、該当箇所にチェックを入れた上で記入を行うこと。

なお、当該計画書は、計画書の作成日と見直しの予定時期を記載した上で、その完結の日から2年間保存するものであること。

イ リハビリテーションサービス

別紙様式2で優先順位をつけた目標を、その順位に沿って転記した上で、目標達成までの期間、具体的支援内容、実施者（利用者、PT、OT又はST等）、サービス提供の予定頻度、時間及び訪問の可能性について記載すること。

具体的支援内容については、リハビリテーション会議を通して検討し、利用者又はその家族が合意した提供内容について、該当するものにチェックをする。

なお、生活行為向上リハビリテーションを実施する場合は、「生活行為向上リハ」にチェックした上で、別途、別紙様式6の「生活行為向上リハビリテーション実施計画書」を作成すること。

また、利用者の家族や居宅サービス計画に位置付けられている他の居宅サービスの担当者や利用者の居宅に訪問を行う場合、その助言内容についても、あらかじめ分かる範囲で記載すること。さらに、居宅や通所施設以外でリハビリテーションを実施する場合には、あらかじめその目的、内容、場所についても記載すること。

ロ 利用中の具体的対応

通所リハビリテーションを提供する場合のみ、具体的な提供内容に関するタイムスケジュールやケアの提供方法を記入すること。また、訪問介護や訪問看護、他の居宅サービスとの協働の必要性についても検討し、必要な場合はその支援方針や支援内容について記載すること。

へ 情報提供先

リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有すること。また、当該計画に関する事項を情報提供をした場合は、該当の情報提供先にチェックをすること。

ト リハビリテーション計画書の保存

リハビリテーション計画書は2年間保存すること。

チ リハビリテーション計画書を利用者又はその家族に説明した場合は、その日付を記載すること。

4 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

(1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定に関して
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定に関しては、従前通りであり、留意事項通知で示している内容を踏まえ、適切に行うこと。

(2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定に関して

① 興味・関心チェックリストを活用し、利用者がしている、してみたい、興味があ
る生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、ア
セスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

② 別紙様式3に目標ごとに、まず実施期間(いつごろまでに)を記入し、具体的支
援内容の項目の認知症短期集中リハ(Ⅱ)の該当箇所にチェックを入れる。

③ 次いで、目標を達成するためにどんな実施内容を何のために、どのようにするの
か(たとえば、個別で又は集団で)を可能な限り分かりやすく記載する。

④ さらに、通所で訓練した内容がその実施内容の望ましい提供頻度、時間を記載す
る。通所の頻度については、月4回以上実施することとしているが、利用者の見当
識を考慮し、月8回の通所リハビリテーションの提供が望ましいものであり、その
提供内容を記載すること。

⑤ 目標の内容によっては、訓練した内容が実際の生活場面で行えるようになっただ
けを評価、確認するために、当該利用者の居宅において応用的動作能力や社会
適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。

その際にはその実施時期、及び何をやるのかをリハビリテーション計画書に記載す
る。家族に指導する際に特に留意することがあった場合、記載すること。

⑥ 居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないので取り組
めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮し、実施すること。

⑦ リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者がか
得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留
意すること。

(3) 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供を終了した後も引き続き通所リハビ
リテーションの提供を継続することができるものであること。なお、この場合でも参
加に向けた取組を促すこと。

5 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

(1) 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為向上リハビリテーションは、加齢等により生活機能のうち活動と参加が低
下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの提供
が必要であると判断した者に対し、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活
動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について、
生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成し、その介入方法及び介入頻度、
時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものであ
る。

(2) 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

① 生活行為向上リハビリテーションは、目標達成後に自宅での自主的な取組や介護
予防・日常生活総合支援事業の事業、地域のカルチャー教室や集まりの場、通所介
護など(以下「参加サービス」という。)に移行することを旨とし、6月間を利用限
度とした短期集中的なリハビリテーションである。

② 当該リハビリテーションは、個人の活動として行う排他するための行為、入浴す
るための行為、調理するための行為、買い物をするための行為、趣味活動など具体
的な生活行為の自立を目標に、心身機能、活動、参加に対し段階的に実施する6月
間のリハビリテーション内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画書にあら
かじめ定めた上で、実施するものである。

③ 生活行為向上リハビリテーションを実施する際には、6月間を超えて引き続き通
所リハビリテーションの提供を受けた場合に減算があることを、通所リハビリテー
ション計画の作成時に、利用者又はその家族、介護支援専門員に十分に説明し、同
意を得ること。

④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書は、専門的な知識や経験のあるOT
又は生活行為向上リハビリテーションに関する研修を受けたPT、STが立案、作
成すること。

⑤ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書は、医師がおおむね月1回ごとに開
催されるリハビリテーション会議でリハビリテーションの進捗状況を報告すること
が望ましく、評価に基づき利用者の能力の回復状況、適宜適切に達成の水準やプロ

プログラムの内容について見直しを行い、目標が効果的に達成されるよう、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

- ⑥ 当該リハビリテーションは、利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、生活行為向上リハビリテーション実施計画書の立案に当たっては、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、生活行為向上リハビリテーションについて主体的に取り組み意欲を引き出すこと。

- ⑦ 目標の達成期限の1月以内には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画書及びそれに基つき提供したリハビリテーションの成果、他のサービスへの移行に向けた支援計画を、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

③ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

- ① 生活行為のニーズの把握
興味・関心チェックシートを活用し、利用者がどのような生活行為をしてみたい、興味があると思うのかを把握する。把握に当たっては、利用者の生活の意欲を高めるためにも、こういうことをしてみたいという生活行為の目標を認識できるように働きかけることも重要であること。
- ② 生活行為に関する課題分析
イ 利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となつてうまくできていないのかという要因をまず分析すること。例えば、トイレ行為であれば、量に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、量に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。

ロ うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。

基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直接的に通所にトレーニングを行い、併せて居室での環境の中で一人でも安全に実行できるかを評価すること。

応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や生活で用いる調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫するについて等も検討すること。通所で獲得した生活行為が居室でも実行できるよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面でできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家

族とよく相談し、調整すること。

社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居室に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が1人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

ハ 利用者だけではなく、必要に応じて利用者を取り巻く家族やサービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。

③ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書(別紙様式6)の記載

イ 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。

ロ プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組み自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。

ハ 支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから3月間までの通所を主体とする通所訓練期間はおおむね週2回以上、その後目標を達成する6月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等を組み合わせさせて訓練をする社会適応期はおおむね1回以上訓練を行うこと。

ニ プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、その内容をあらかじめ計画上に書き込むこと。

ホ 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居室を訪問し、当該利用者の実生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。

ヘ 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

④ 生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告

計画実施期間の達成1カ月前には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画書に支援の結果を記入し、本人及び家族、構成員に支援の経過及び結果を報告すること。

また、リハビリテーション会議にサービスの提供終了後利用するサービス等の担当者にも参加を依頼し、サービスの提供終了後も継続して実施するとよいリハビリテーションについて申し送ることが望ましい。

⑤ その他

生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。

※平均利用月数の考え方は、

$$\frac{\text{評価対象期間の利用者延月数}}{\text{評価対象期間の(新規利用者数+新規終了者数)} \div 2}$$

- 6 社会参加支援加算について
- (1) 社会参加支援加算の考え方
- ① 社会参加支援加算は、参加へのスムーズな移行ができるよう、利用者の計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のADLとIADLが向上し、社会参加に資する他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものであること。
- ② 社会参加に資する取組とは、通所リハビリテーション(通所リハビリテーションの場合にあつては、通所リハビリテーション間の移行は除く。)や通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うことであること。
- ③ 入院、介護保険施設への入所、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、訪問リハビリテーションは社会参加に資する取組としては想定していないこと。
- (2) 社会参加支援加算について
- 社会参加支援加算は、指定訪問リハビリテーションセンターサービス事業所又は指定通所リハビリテーション事業所(以下「リハビリテーション事業所」という。)において、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間(各年1月1日から12月31日までの期間をいう。)において、利用者の社会参加に資する取組等への移行割合が一定以上となった場合等に、当該評価対象期間の翌年度における訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。
- ① 算定方法
- イ 以下の両方の条件を満たしていること。
- a 社会参加等への移行状況

社会参加に資する取組等を実施した者

評価対象期間中にサービスの提供を終了した者

b $\frac{\text{リハビリテーションの利用状況}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\%$ であること。

$> 5\%$ であること。

- ロ 社会参加の継続の有無の評価
- 評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション事業所の従業者(P.T、O.T、S.T等を含む。)が、リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問し、別紙様式2のリハビリテーション計画書(アセスメント)の項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADLが維持又は改善していることを確認すること。ADLとIADLが維持又は改善していることをもって、3月以上継続する見込みであることとする。
- また、日程調整又は利用者が転居するなど、居宅に訪問しADLとIADLの状況を確認することができなかった場合は、担当介護支援専門員から居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加に資する取組の実施を確認するとともに、電話等の手段を用いて、ADLとIADLの情報を確認すること。
- ハ リハビリテーション計画書のアセスメント項目の記入方法
- a 別紙様式2のリハビリテーション計画書(アセスメント)の項目については、利用者の健康状況、心身機能、参加状況を計画書に記録すること。
- b 活動の状況については、各アセスメント項目を評価すること。
- c 社会参加支援評価の項目の訪問日、訪問できなかつた場合は居宅サービス計画を入手した場合は、該当箇所にチェックし、訪問できなかつた理由を記載すること。
- d サービス等の利用状況を確認すること。該当箇所にチェックを入れること。
- e 現在の生活状況について、簡単に記載すること。
- f 訪問し、状況を確認した結果、状態の悪化又はその恐れがある場合や参加が維持されていながかつた場合は、利用者及び家族に適切な助言を行うとともに速やかに医師又は介護支援専門員に情報を提供し、その対応を検討することが望ましいこと。

(別紙様式6)

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】 回/週 | 【通所頻度】 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】

(別紙様式5)

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(医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・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"/> | 医師による通所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 | 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等に関する助言の実施 | <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ヶ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(医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・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() | |

※CM:介護支援専門員 CW:指定訪問介護のサービス責任者

訪問リハビリテーション

-75-19-