

## 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・<br>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<br>(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

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                   | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 麻痺                     | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 感覚機能障害                 | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 関節可動域制限                | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 摂食嚥下障害                 | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 失語症・構音障害               | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 見当識障害                  | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 記憶障害                   | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| その他の<br>高次脳機能障害<br>( ) | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 栄養障害                   | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 褥瘡                     | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 疼痛                     | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □悪化 |
| 精神行動障害<br>(BPSD)       | □あり □なし | □あり □なし | □改善 □維持 □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      | □ □独居 □同居( )                                                                                           |
| 福祉用具等   | □ □杖 □装具 □歩行器 □車いす □手すり □ベッド □ポータブルトイレ 調整 □済 □未調整                                                      |
| 住環境     | □ □一戸建 □集合住宅: 居住階( 階) □階段、エレベータ □手すり(設置場所: ) □食卓(□座卓 □テーブル・いす) □トイレ(□洋式 □和式 □ポータブルトイレ) 調整 □済 □改修中 □未調整 |
| 自宅周辺    | □                                                                                                      |
| 社会参加    | □                                                                                                      |
| 交通機関の利用 | □ □有( ) □無                                                                                             |
| サービスの利用 | □                                                                                                      |
| その他     | □                                                                                                      |

■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                             | □自立 □一部介助 □全介助                            | □改善 □維持 □悪化 |
| 起き上がり                           | □自立 □一部介助 □全介助                            | □改善 □維持 □悪化 |
| 座位                              | □自立 □一部介助 □全介助                            | □改善 □維持 □悪化 |
| 立ち上がり                           | いすから □自立 □一部介助 □全介助<br>床から □自立 □一部介助 □全介助 | □改善 □維持 □悪化 |
| 立位保持                            | □自立 □一部介助 □全介助                            | □改善 □維持 □悪化 |
| □6分間歩行試験<br>□Timed Up & Go Test |                                           | □改善 □維持 □悪化 |
| □MMSE<br>□HDS-R                 |                                           | □改善 □維持 □悪化 |
| 服薬管理                            | □自立 □見守り □一部介助 □全介助                       | □改善 □維持 □悪化 |
| コミュニケーション<br>の状況                |                                           | □改善 □維持 □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   | □改善 □維持 □悪化 |
| イスとベッド間の<br>移乗 | 15<br>座れるが移れない→ | 10 ← 監視下<br>5  | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 整容             | 5               | 0              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| トイレ動作          | 10              | 5              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 入浴             | 5               | 0              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 平地歩行           | 15<br>車椅子操作が可能→ | 10 ← 歩行器等<br>5 | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 階段昇降           | 10              | 5              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 更衣             | 10              | 5              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 排便コントロール       | 10              | 5              | 0   | □改善 □維持 □悪化 |
| 排尿コントロール       | 10              | 5              | 0   | □改善 □維持 □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<br>(内容および頻度)             |  |
| 社会地域活動<br>(内容および頻度)           |  |
| リハビリテーション終了後に<br>行い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:

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針

■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■ 他の利用サービス

☐ (地域密着型)通所介護(週 回) ☐ 訪問介護(週 回) ☐ 訪問リハ・通所リハ(週 回) ☐ 訪問看護(週 回)  
☐ 通所型サービス(週 回) ☐ 訪問型サービス(週 回) ☐ その他( )

■ 活動(IADL)

| アセスメント項目    | 前回点数 | 現状 | 将来の見込み(※)                                                                           | 評価内容の記載方法                                                                                  |
|-------------|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事の用意       |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 | 0:していない 1:まれにしている<br>2:週に1～2回 3:週に3回以上<br><br>0:していない<br>1:まれにしている<br>2:週に1回未満<br>3:週に1回以上 |
| 食事の片付け      |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 洗濯          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 掃除や整頓       |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 力仕事         |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 買物          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 外出          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 屋外歩行        |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 趣味          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 交通手段の利用     |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 旅行          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 |                                                                                            |
| 庭仕事         |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 | 0:していない 1:時々<br>2 定期的にしている 3: 頻替等もしている                                                     |
| 家や車の<br>手入れ |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 | 0:していない<br>1:電球の取替、ねじ止めなど<br>2:ペンキ塗り、模様替え、洗車<br>3:家の修理、車の整備                                |
| 読書          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 | 0:読んでいない、 1:まれに<br>2:月1回程、 3:月2回以上                                                         |
| 仕事          |      |    | <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 | 0:していない 1:週1～9時間<br>2 週10～29時間 3 週30時間以上                                                   |
| 合計点数        |      |    | ※「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                                             |                                                                                            |

■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■ 活動と参加において重要性の高い課題

■ 活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

■ 活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

☐リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) ☐リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ) ☐リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

■ リハビリテーションサービス

| 訪問・通所頻度( ) |             | 利用時間( ) |  | 送迎なし |  | 具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする) |  | 頻度 |       | 時間  |  | 訪問の必要性 |  |
|------------|-------------|---------|--|------|--|----------------------------|--|----|-------|-----|--|--------|--|
| No.        | 目標(解決すべき課題) | 期間      |  |      |  |                            |  |    |       |     |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  | 週  | 回     | 分/回 |  | いつ頃    |  |
|            |             |         |  |      |  |                            |  |    | 週合計時間 |     |  |        |  |

■ サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

|                | 開始～1時間 | 1時間～2時間 | 2時間～3時間 | 3時間～4時間 | 4時間～5時間 | 5時間～6時間 | 6時間～7時間 | 7時間～8時間 | ～( ) |
|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|
| 利用者            |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 看護職員           |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 介護職員           |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 理学療法士          |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 作業療法士          |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 言語聴覚士          |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| その他<br>( )     |        |         |         |         |         |         |         |         |      |
| 必要なケアと<br>その方法 |        |         |         |         |         |         |         |         |      |

☐訪問介護の担当者と共有すべき事項

☐訪問看護の担当者と共有すべき事項

☐その他、共有すべき事項( )

※下記のの支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしています。

【情報提供先】 ☐介護支援専門員 ☐医師 ☐ (地域密着型)通所介護 ☐ ( )

■ 社会参加支援評価

☐訪問日( 年 月 日) ☐居宅サービス計画(訪問しない理由: )  
☐サービス等利用あり → ☐ (介護予防) (地域密着型、認知症対応型)通所介護(週 回) ☐ (介護予防)通所リハ(週 回) ☐通所型サービス(週 回) ☐訪問型サービス(週 回)  
☐ (介護予防)小規模多機能型居宅介護(週 回) ☐看護小規模多機能型居宅介護(週 回) ☐地域活動へ参加( ) ☐家庭で役割あり ☐就労

■現在の生活状況

(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<br>構成員<br>不参加理由 | <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族( )<br><input type="checkbox"/> サービス担当者( )(<br><input type="checkbox"/> サービス担当者( )(<br>( ) |     |        |     |
| 次回の開催予定と<br>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<br>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(                      ))<br><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)】<br>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(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |
|                          | 【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法<br><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:      ・      ・      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )<br><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(                      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )CM・CW・家族・その他(                      )<br><input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )CM・CW・家族・その他(                      ) <input type="checkbox"/> (日付:      ・      ・      )CM・CW・家族・その他(                      )<br><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:      ・      ・      )<br><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<br>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(                      ))<br><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<br><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

(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<br>の目標 |       |                                  |                                    |
| 家族の目標          |       |                                  |                                    |
| 実施期間           |       | 通所訓練期( . . ~ . . )<br>【通所頻度】 回/週 | 社会適応訓練期( . . ~ . . )<br>【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】

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