

# 前回の提案に関する主な意見・指摘と対応(案)

【主な意見・指摘】	【対応の考え方(案)】
<p><b>(リハビリテーションカンファレンス)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 多職種協働を実現するための具体的な仕組みを導入する視点から、歯科医も多職種の中で連携をするものの一員としてはそこにしっかりとかかわっていきたい。</li> </ul>	<p><b>(リハビリテーションカンファレンス)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションカンファレンスには、本人や家族を始め、リハビリテーションに関わる多様な職種に加えて、担当介護支援専門員や本人の支援に関わる居宅サービスの担当者の参加も想定しており、その中には、居宅サービスに関わる歯科医師も含まれる。</li> </ul>
<p><b>(様式)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 書類が非常に多い。従来の様式のほかに、様式が追加され、現場が大変だなというのが実感。いろんなことを兼ねられるようなもう一工夫をしていただきたい。</li> <li>○ プロセス確認票に本人・家族との情報共有に関する項目がない。目標の共有にとどまらず、プロセスの段階からの共有化も必要と考える。</li> <li>○ 利用者のニーズ把握票について、言語聴覚士の立場から、「外食をしたい」等の具体的な項目をいくつか提案したい。</li> <li>○ 高齢者においては身体の問題と認知症の問題が併存する。認知症の評価についてもリハビリテーション計画書に盛り込んでいただきたい。</li> </ul>	<p><b>(様式)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションマネジメントとプログラムに活用する書式については、可能な限り整理し、業務負担についても考慮したところ（現行の書式と新たに加わる書式を整理）。（P2～8）</li> <li>○ プロセス確認票のカンファレンス参加者の項目に、本人・家族を追加。（P7 様式E）</li> <li>○ 老人保健健康増進等事業で作成した利用者ニーズ把握票については、新しい介護予防・日常生活総合事業ガイドラインに標準書式としても既にお示ししており、現時点で様式自体への追加は困難。各事業所が地域特性や実施目的を考慮し、「その他」の欄に追加することは可能である。（P3 様式A）</li> <li>○ アセスメント項目に認知症関連の事項を追加した。（P4 様式B）</li> </ul>
<p><b>(医師による説明と同意)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師による本人の家族への説明と同意は一番先にやらなければならないと困るのではないか。</li> <li>○ 医師による本人や家族への説明と同意については、医師の負担をどう軽減するかという話も出ており、生活期のリハにおける医師の負担が過度にならないような柔軟な対応が必要ではないか。</li> </ul>	<p><b>(医師による説明と同意)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者のリハビリテーションに関する理解については、医師の関与が不可欠であると考えられ、作成した通所・訪問リハビリテーション計画について、医師が本人と家族に生活の予後予測も含めて説明し、同意を得る方向で進めてはどうか。（P9）</li> </ul>
<p><b>((仮)生活行為改善リハビリテーション)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日常生活の中で生活機能が少し低下した場合に、個別短期集中リハも含めて再度利用できる、という前提が必要ではないか。</li> <li>○ 導入するに当たっては、相当な労力をかけて普及啓発をしないと現場がついていけないのではないか。</li> <li>○ 機能訓練レベル、活動レベル、参加レベルのどの段階で、具体的にどのようなプログラムを行うのかを明確にする必要もある。さらに自宅で継続してリハビリテーションに取り組めるよう、家族による支援方法も明確にすべきではないか。</li> </ul>	<p><b>((仮)生活行為改善リハビリテーション)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 肺炎などを契機に生活機能が低下した場合も、必要に応じてリハビリテーションが提供できるよう対象者の範囲を拡大。（P10）</li> <li>○ 当該プログラムの実施に当たり、研修受講を義務づけることとしたい。（P10）</li> <li>○ ((仮)生活行為改善リハビリテーション実施計画書(様式F)を活用して、具体的なプログラムや支援方法を記載することとしたい。（P8 様式F）</li> </ul>
<p><b>(その他、口腔機能向上訓練等)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 嚥下訓練や調理などは集団で実施する方が、利用者は安心して参加できるため、個別に限らず集団でのアプローチも推進すべきである。</li> </ul>	<p><b>(その他、口腔機能向上訓練等)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションは、基本部分として理学療法、作業療法、言語聴覚療法などを個別・集団のいずれかあるいは組み合わせで実施することを前提としており、基本方針等でその旨を明確にすることとしたい。</li> </ul>

# リハビリテーションマネジメントとプログラムに活用する様式の新旧比較のまとめ

- リハビリテーションマネジメントとプログラムに活用する様式については、可能な限り整理し、業務負担についても考慮したところ（現行の様式と新たに加わる様式を整理）。

		I 通所・訪問リハビリテーション計 (Plan)	II 実施 (Do)	III 関連スタッフによる利用者のモニタリング (Check、Action)
現 行 の 様 式	通所・訪問 リハビリテーション 計画書	通所・訪問リハビリテーション計画書 【指定様式なし】 (ただし、リハビリテーション実施計画書の 様式で兼ねることができる)		
	プログラム 実施計画書		リハビリテーション実施計画書 (通知(※)別紙4)	



※平成18年3月27日 老老発0327001  
厚生労働省老健局老人保健課長通知抜粋

新 た な 様 式	通所・訪問 リハビリテーション 計画書	ニーズ把握票 (様式A) ----- 通所・訪問リハビリテーション計画書 (様式B+C) ----- リハビリテーションカンファレンス記録 (様式D)		PDCAサイクルの管理の徹底 のためプロセス確認票 (様式E)
	プログラム 実施計画書		生活行為改善リハビリテーションと認 知症短期集中リハビリテーションの追 加部分を選択した場合のみ、当該プロ グラムの実施計画書の作成が必要 (様式F) ----- 上段の2つのプログラム以外を提供す る場合は、通所・訪問リハビリテーシ ョン計画書様式で兼ねることができる	

# 様式A

※修正部分を  
赤で表示

様式なし



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 ( )			

※平成20～25年度 老人保健健康増進等事業  
介護予防・日常生活総合事業ガイドラインより抜粋

# 様式B

※修正部分を  
赤で表示

現行

改定

## 通所・訪問リハビリテーション計画書(アセスメント)

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

■ 自宅介護支援計画の総合的援助の方針

■ 自宅介護支援計画の解決すべき課題

■ ご本人の希望

■ ご家族の希望

■ 健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患)

原疾患・発症日

経過

■ 重症疾患・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

■ 廃用症候群:  あり  なし

■ 医学的管理の対応・解決すべき課題(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■ 参加状況

家庭内の役割(内容および頻度)

余暇活動(内容および頻度)

社会・地域活動(内容および頻度)

通所リハビリテーション終了後の利用したい社会資源

■ 心身機能

	状況	活動へ影響	状況	活動へ影響
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	高次機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害(聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	見当障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

■ 生活活動状況(※該当に○する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	予後予測 (高リスク/低リスク)	課題 重要性	評価	アセスメント項目	現状能力	予後予測 (高リスク/低リスク)	課題 重要性	評価
基本立位保持					食事の用意				
動作 床からの立ち上がり					食事の片付け				
移動能力(TUG, 6分間歩行)					洗濯				
食事					掃除や整理				
A イスとベッド間の移乗					力仕事				
D 整容					買物				
L トイレ動作					外出				
(入浴)					屋外歩行				
B 階段昇降					趣味				
I 更衣					交通手段の利用				
排便コントロール					旅行				
排尿コントロール					就労				
服薬管理					家や車の手入れ				
他 MMSE					読書				
					仕事				

※ADLはBarthel Index (BI)、IADLはFrenchay Activity Index(日本語版)(FAI)を参考

■ 課題の要因分析

■ 環境因子(※課題ありの場合に○)

課題	準備
家族・介護者	<input type="checkbox"/>
福祉用具等	<input type="checkbox"/>
住環境	<input type="checkbox"/>
自宅周辺	<input type="checkbox"/>
地域の社会資源	<input type="checkbox"/>
交通機関	<input type="checkbox"/>
サービス	<input type="checkbox"/>

■ 特記事項

■ 他の利用サービス

通所介護(週 回)  訪問介護(週 回)  訪問リハビリテーション(週 回)  訪問看護(週 回)  その他( )

別紙4

### リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 ( 歳 ) 要介護度:

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)

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)

生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容

心身機能

運動機能障害:

感覚機能障害:

高次脳機能障害:

拘縮(部位):

関節痛(部位):

その他:

認知症に関する評価

参加 主目標 (コロン( )の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先  自宅  その他:  退院未定

家庭内役割(家事への参加、等):

社会活動:

外出(内容・頻度等):

余暇活動(内容・頻度等):

退院後利用資源:

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ				実施上の留意点		
	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行 器・車椅子など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目		PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等
日常生活・社会活動	トイレへの移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
起居動作	コミュニケーション											
	家事											
	外出											
	寝返り											
起き上がり												
座位												
立ち上がり												
立位												
摂食・嚥下												

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: A 目標 B 実行状況 C 能力

通所リハビリテーション計画書に  
兼ねることができる



# 様式C

現行

## リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 ( 年 月 日 )	
ご家族の希望 ( 年 月 日 )	
生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み  <b>通所リハビリテーション計画書に 兼ねることができる</b>
ご本人に行ってもらいたいこと	
ご家族にお願いしたいこと	
病気との関係で気をつけること	
前回計画書作成時からの改善・変化等 ( 月 日 )	
備考	
担当チーム	担当医: _____ ●PT・OT・ST: ( ), ( ), ( ), ( ) ●看護・介護: ( ), ( ), ( ), ( ) ● ( ), ( ), ( ), ( ) ( )内は職種を記入

改定



## 通所・訪問リハビリテーション計画書 (No. )

利用者氏名 殿 作成年月日 年 月 日 ~ 見直し予定時期 月 頃

NO	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	頻度・時間	訪問の可能性
			<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"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他( )		いつ頃・何を
			<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"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他( )		いつ頃・何を
			<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"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他( )		いつ頃・何を
			<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"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他( )		いつ頃・何を
			<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"/> 個別短期集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> その他( )		いつ頃・何を

■利用中への具体的対応								
	開始～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間
利用者								
看護職								
介護職								
PT・OT・ST								
その他								

※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きます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 通所介護  ( )  ( )

ご本人・ご家族への説明と同意: 平成 年 月 日

ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 医師サイン: \_\_\_\_\_

# 様式D

## リハビリテーションカンファレンス会議録 (サービス担当者会議録)

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
検討した項目				
検討内容				
結 論				
残された課題 (次回の開催時期)				

様式なし



# 様式E

※修正部分を  
赤で表示

## プロセス管理票

様式なし



チェック	プロセス	参加者及び内容	エビデンス書類
<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"/> 利用者の <input type="checkbox"/> リハビリテ <b>【カンファレンス】 ・本人・家族の参加を明示</b>
<input type="checkbox"/>	訪問指導等の実施	<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"/> リハビリテーションアセスメント票
<input type="checkbox"/>	アセスメント・評価・計画原案の立案	<input type="checkbox"/> (管理者: )	<input type="checkbox"/> リハビリテーションアセスメント票
<input type="checkbox"/>	カンファレンス <input type="checkbox"/> 本人・家族の生活の意向の確認 <input type="checkbox"/> アセスメント情報の共有 <input type="checkbox"/> 支援目標の共有	<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"/> 本人・家族	<input type="checkbox"/> リハビリテーションカンファレンス記録 (サービス担当者会議録に準用可能)
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書の作成 <input type="checkbox"/> リスクの確認 <input type="checkbox"/> リハビリテーションでの支援方法 <input type="checkbox"/> チームの役割分担	<input type="checkbox"/> 介入方法の決定 <input type="checkbox"/> 短期集中リハビリテーション <input type="checkbox"/> 生活行為改善リハビリテーション(仮称) <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション <input type="checkbox"/> ケアプランの添付	<input type="checkbox"/> 通所・訪問リハビリテーション計画書 <input type="checkbox"/> 生活行為改善リハビリテーション実施計画書 <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハビリテーション実施計画書
<input type="checkbox"/>	医師によるリハビリテーション計画の本人・家族への説明と同意	<input type="checkbox"/> 了解 <input type="checkbox"/> 変更・意見 ( )	<input type="checkbox"/> リハビリテーション計画書(同意書欄)
<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事者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達	<input type="checkbox"/> 情報提供方法 <input type="checkbox"/> 同行訪問( . . . )( . . . )( . . . ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション計画書(写し) <input type="checkbox"/> リハビリテーション実施計画書(写し)
<input type="checkbox"/>	評価カンファレンスの実施と計画の見直し(6月以内は1月毎1回 6月からは3月毎1回)	<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"/> 見直した通所リハビリテーション計画書 <input type="checkbox"/> 見直したリハビリテーション実施計画書
<input type="checkbox"/>	サービス終了時のカンファレンス	<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"/> 本人・家族	<input type="checkbox"/> カンファレンス記録
<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"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> カンファレンス記録(写し) <input type="checkbox"/> リハビリテーション計画書(写し)
<input type="checkbox"/>	転帰先		

# 様式F

※修正部分を  
赤で表示

## リハビリテーション実施計画書

## 生活行為改善リハビリテーション実施計画書

リハビリテーション実施計画書(1) 別紙4

利用者の氏名 性別 年齢 生年月日 年 月 日 施設 受付番号

健康状態(原疾患、発症・受傷日時) 日常生活機能(歩行、食事、排泄、着脱、移動、コミュニケーション)

生活不活発度(服用状況) 日常生活機能(歩行、食事、排泄、着脱、移動、コミュニケーション)

参加 主目標 (目標)の達成に資する内容を記入。 入居・入所中の場合の選別先 □訪問 □その他 □退院未定

家庭内役割(家事への参加、等) 社会活動 外出(内容・頻度等) 余暇活動(内容・頻度等) 退院後利用資源

項目	現在の課題及び目標				具体的なアプローチ				実施上の留意点
	自立・介護	歩行	食事	排泄	PT・OT・STP	その他	PT・OT・STP	その他	
トイレへの移動									
階段昇降									
室内移動									
屋外移動									
食事									
排泄(便)									
排泄(尿)									
整容									
更衣									
入浴									
コミュニケーション									
家事									
外出									

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 (年 月 日)

ご家族の希望 (年 月 日)

その他(生活改善のためのポイント)

ご本人の状況や生活環境の改善・生きがい・楽しみの実現に向けての取り組み

ご本人に行ってもらいたいこと

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等 (月 日)

担当医

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

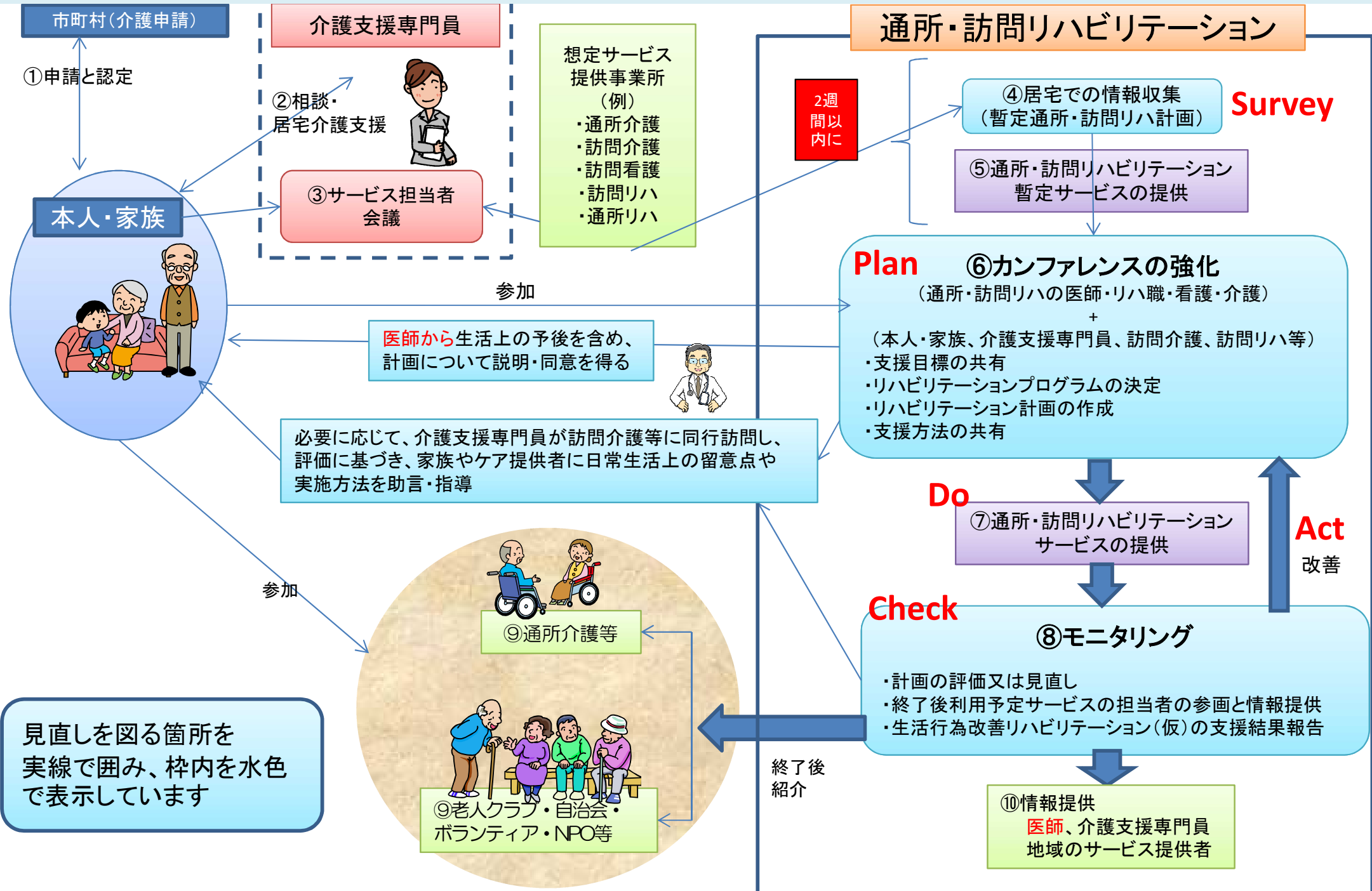
ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明書サイン: \_\_\_\_\_



本人の生活行為の目標	例) 料理ができるようになりたい。		
家族からみた本人ができるようになってほしいこと	例) 本人がしたいことをして欲しい。		
実施期間	【通所頻度】	【期間】	【通所頻度】 【期間】
心身機能	プログラム	例) ・立位の耐久性(20分) ・麻痺のある手の機能訓練【個別訓練】(20分) ・ストレッチ体操への参加(20分)	例) ・屋外歩行練習(自己訓練) ・物の運搬練習(随時) ・ストレッチ体操への参加(20分)
	自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・家庭で自己訓練のプログラムの実施	例) ・麻痺のある手のケアの練習 ・家庭での自己訓練 ・散歩
活動	プログラム	例) ・メニューを考える練習 ・片手で釘付まな板を利用し、りんごの皮をむく練習 ・リンゴを切る練習(20分) 【訪問】・自宅で食器を洗う練習と環境調整(椅子の導入)(60分)	例) ・調理の実習(60分) ・買い物練習(料理の材料)(60分) ・バスの利用練習(15分) 【訪問】・自宅で料理実践支援(60分) ・自宅の近くで買い物練習 ・店までの動線確認
	自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・食器を洗ってみる。 ・家で野菜の材料を切るなどの下ごしらえをする。	例) ・家で料理を作る。
参加	プログラム	例) ・家族に対して、本人の料理の様子や家でしてもらうことについて相談・指導	例) ・地域の体操教室の見学と参加
	自己訓練 (家族への指導を含む)		例) ・路線バスを利用してみる。
【支援結果】	※支援結果、目標の達成の有無、終了後利用する参加のサービス等の内容、終了後も継続するとよい自己訓練や参加のサービス先で実施するといプログラム、生活機能のリスクなどの留意事項を書く。		



# 通所・訪問リハビリテーションの効果的・効率的運用に向けた見直し



# 生活行為改善リハビリテーション(仮称)の提案

- ①介護サービス利用者でADL/IADLなどの生活機能が低下し、居宅サービス等で通所リハビリテーションが必要とされた者、②肺炎などを契機に急激に生活機能が低下した場合等医師がリハビリテーションが必要であると判断した者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の改善について焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
- 利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」と思う生活行為を目標とする。
- 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6か月間の利用を限度とする。主に通所訓練を重点的に行う時期(前半のおおむね3か月間程度)と、主に参加への移行を念頭に置いた訓練の時期(残りの期間)に分けて、計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。
- 目標とした生活行為の自立若しくは達成により、次のサービス(自主的な取組を含む)につなぐなど、終了を意識した、短期的、集中的な取組とする。また、終了時カンファレンスにて、本人が通所リハビリテーションの利用を希望した場合(他の通所リハビリテーションまでを含む)、リハビリテーションを継続することができる。
- 取組の具体的な内容を「生活行為改善リハビリテーション実施計画書(仮称)」(様式F)として策定し、カンファレンス等で継続的に評価・見直しを行う。
- 生活行為改善リハビリテーションは、一定の研修を受講した者が実施する。

## 【イメージ】

