

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 | <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"/> (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

(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 |
| 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】