



- 
- ・この在宅生活療養ノートは、利用者やその家族の希望のもとに、より満足感のある療養生活を送っていただくために、関係団体と協議の上で作成したものです。
  - ・今回の改訂版は、ICF（WHO 国際生活機能分類）の概念を取り入れ、介護保険でのリハビリテーションマネジメント加算の算定にあたっての「リハビリテーション実施計画書」としても活用できるようにしました。

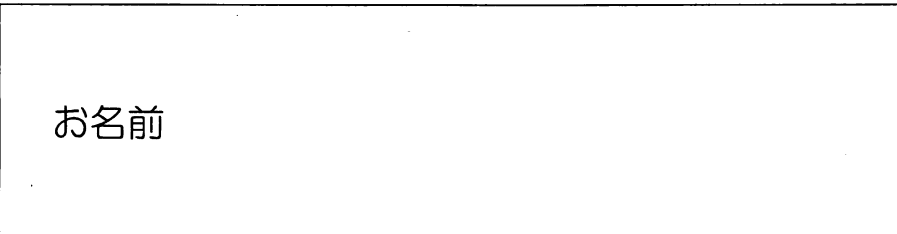



## 在宅生活療養ノート（H18年改訂版）





### 〈在宅生活療養ノートの使い方〉

- ・利用者やその家族とともに関係スタッフが、具体的な活動の実施状況や希望を確認し、「訓練等のできることを」記入し、その目標や方針を一緒に決定するとともに、「リハビリテーションプラン」を記入します。
- ・療養ノートには、利用者やその家族をはじめとして、医師や歯科医師、ケアマネジャー等の各サービス提供事業者が書き込みをします。  
それにより、リハビリテーションの関係者やケアマネジャーは、家庭での実施状況や各サービス事業者が気づいた点をふまえ、リハビリテーションやケアプランに生かすことができます。



お名前



〈連絡網〉

ケアマネージャは緊急時の対応を考慮し、確実に連絡の取れる連絡先を確認してください。

①家族への連絡方法	②サービス変更の連絡方法	③緊急時の連絡方法

電話番号と名前を記載してください。

〈サービス提供事業者〉

サービスの種類	事業所名	住 所	連 絡 先
かかりつけ医			
かかりつけ歯科医			
居宅介護支援 (介護予防支援)			
訪問介護 (介護予防訪問介護)			
訪問看護 (介護予防訪問看護)			
訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション)			
訪問入浴介護 (介護予防訪問入浴介護)			
通所介護 (介護予防通所介護)			
通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)			
福祉用具貸与・販売 (介護予防福祉用具貸与・販売)			
認知症対応型通所介護 (介護予防認知症対応型通所介護)			
小規模多機能型居宅介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護)			

現にサービスを提供している事業者を記入してください。  
変更については、ケアマネージャーが記入してください。

## － はじめに －

この在宅生活療養ノートは、ご本人やご家族の希望をもとに「リハビリテーションプラン」を作成し、これをもとにかかりつけ医をはじめとする介護サービス事業者が十分な連携を図りながらより満足感のある生活をお送りいただくよう支援するためのものです。

「リハビリテーションプラン」とは、「食べる」「歩く」「話す」などの普段の生活で行う基本的な動作をできるだけ自分の能力を活用しながら行えるよう支援するための具体的方法を提示するものです。これにもとづいて、ご本人をはじめかかりつけ医や各事業者は、情報を共有しながら提供したサービスについて記録し、内容について確認することができます。

この「リハビリテーションプラン」を作成しケアプランに反映させていくのは、介護支援専門員（＝ケアマネージャー）です。ノートの使い方については、まずあなたのケアプランを担当する介護支援専門員及びリハビリテーションの担当者とよくご相談ください。

あなたの療養記録として大切に保管していただき、ご利用くだされば幸いです。



## ーノートの使い方の手順は次のとおりですー

1. 生活活動評価票を使って「現在自分でしていること」や「リハビリテーションの必要性」についての確認をします。
2. リハビリテーション実践票を使って、各サービス提供事業者がそれぞれにできるようにするための支援方法を提示します。
3. さあ、できることから取り組んでいきましょう。
4. 毎日の療養生活の様子を、記録のページに書き込んでいきます。
5. これからも続けられることはなにか、改善工夫していくことはないかについて考え、リハビリテーションプランやケアプランの修正を行います。
6. 身近な人と楽しく過ごしておられますか。  
もう一度、生活活動評価票を使って確認をしていきましょう。

お知らせ：この在宅生活療養ノートは、お使いいただいた皆様のご意見をもとに改訂していきます。お気づきになった点があればお知らせください。

連絡先：島根県健康福祉部高齢者福祉課（在宅福祉グループ）

電話（0852）22-5235 FAX（0852）22-5238

I 生活活動

くリハビリ

・活動評価については、利用者やその家族と一緒に確認することとし、自らの希望をリハビリテーションの目標にするなど、リハビリテーションについて意識啓発をしていきます。

利用者氏名

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)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮(部位): <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): <input type="checkbox"/> 記憶・認知の評価: <input type="checkbox"/> 行動障害の有無:
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		
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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 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	自立・介護 状況	現在自分でしていること(実行)					訓練等でできること(能力)						
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	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
日常生活・ 社会活動	トイレへの移動												
	階段の昇り降り												
	屋内の移動												
	屋外の移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
起居動作	整容(洗面・整髪)												
	更衣												
	入浴												
	家事												
	外出												
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
起居動作	立位												
	摂食・嚥下												
コミュニケーション													

訓練や評価時に発揮される能力で、リハビリテーションの専門スタッフにより、十分な指導を受けながら評価を受けます。

・実際にできるかできないかの能力を判断するのではなく、日常生活の中での実施状況をチェックしていきます。

具体的なアプローチ	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	
	実施上の留意点	

## II リハビリテーション実践票

### 〈リハビリテーション実施計画書（2）〉

計画評価実施日 年 月 日

担当者:医師( )PT( )OT( )ST( )  
看護師( ) 介護職( )

ご本人の希望( 年 月 日)

ご家族の希望( 年 月 日)

〈毎日のめあて〉～ご本人がすること

生活目標

### 目標達成のためのプラン

項目	自立・介護 状況	自宅ですること(目標)								到達 時期	重点 項目	リハビリテーションプログラム (ご本人の状況や生活環境の改善・生き がい・楽しみの支援に向けての取り組み)	
		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					
日常生活・ 社会活動	トイレへの移動											[記憶・認知へのアプローチ]	将来的な日常生活の中でしている活動のことであり、活動レベルの目標となります。
	階段の昇り降り												
	屋内の移動												
	屋外の移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容(洗面・整髪)												
	更衣												
	入浴												
起居動作	家事												
	外出												
	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
動作	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													
コミュニケーション													

前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日)

リハビリテーション実施計画書とする場合には、利用者等への説明年月日、利用者の同意のサイン等忘れずに記載してください。

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:

説明者サイン:

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

## 口腔ケアと飲みこみ、食事のチェックポイント

～飲みこむとき、食事のときにお困りではありませんか？～

[チェックポイント]

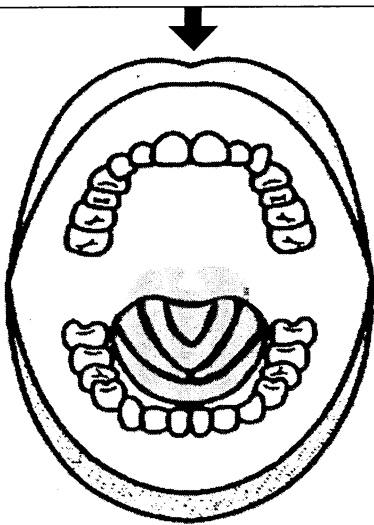
(該当する項目の□にチェックを入れて下さい。)

### 〈嚥下状態〉

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口からよくこぼれる。   | <input type="checkbox"/> 食後に声質が変わる。  |
| <input type="checkbox"/> よくむせる。       | <input type="checkbox"/> 痰がよくからむ。    |
| <input type="checkbox"/> 特に水分にむせる。    | <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる。  |
| <input type="checkbox"/> 口のなかに残る。     | <input type="checkbox"/> 原因不明の発熱がある。 |
| <input type="checkbox"/> のどにつまる感じがする。 |                                      |

### 〈口腔の状態〉

[利用者の方の歯があるところ、その他問題があるところに印を付けて下さい。] ←口腔の図

- |  |   |
|--|---|
| <p>① 歯</p> <input type="checkbox"/> 痛い歯がある。<br><input type="checkbox"/> 欠けてしまった歯がある。<br><input type="checkbox"/> 歯が汚れている。          |  |
| <p>② 入れ歯</p> <input type="checkbox"/> 合わなくて使っていない。<br><input type="checkbox"/> 使っているが痛いところがある。<br><input type="checkbox"/> 汚れている。  |   |
| <p>③ 粘膜</p> <input type="checkbox"/> 乾いている。<br><input type="checkbox"/> 赤く腫れたり、ただれている。<br><input type="checkbox"/> 食べ物などがこびりついている。 |   |
| <p>④ 舌</p> <input type="checkbox"/> 乾いている。<br><input type="checkbox"/> 汚れがこびりついたり変色している。   |   |
| <p>⑤ 歯肉</p> <input type="checkbox"/> 腫れて出血したり、膿みが出る事がある。<br><input type="checkbox"/> 食べ物がよくはさまる。                                   |   |

### 〈食事〉

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。  |
| <input type="checkbox"/> 身長                      cm                      体重                      kg (BMI                      ) |
| <input type="checkbox"/> 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。   |

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

● 以上のようなご様子があれば、担当のケアマネージャーに相談してみましょう。

【歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士・栄養士からのアドバイス】

日付・サイン (                      )

目標達成のためのプラン

プラン

実践方法







# 介護保険で受けられるサービス

## 介護サービス（介護給付）

### 居宅サービス

#### 訪問サービス

- 訪問介護(ホームヘルプサービス)
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導

#### 通所サービス

- 通所介護(デイサービス)
- 通所リハビリテーション(デイケア)

#### 短期入所サービス

- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護

#### その他

- 特定施設入居者生活介護

- 特定福祉用具販売
- 福祉用具貸与
- 住宅改修費の支給

### 居宅介護支援

### 施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設

### 地域密着型サービス

- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 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入所者生活介護

## 介護予防サービス（予防給付）

### 介護予防サービス

#### 訪問サービス

- 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 介護予防訪問入浴介護
- 介護予防訪問看護
- 介護予防訪問リハビリテーション
- 介護予防居宅療養管理指導

#### 通所サービス

- 介護予防通所介護(デイサービス)
- 介護予防通所リハビリテーション(デイケア)

#### 選択的サービス

運動器の機能向上、栄養改善、  
口腔機能の向上

#### 短期入所サービス

- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防短期入所療養介護

#### その他

- 介護予防特定施設入居者生活介護
- 特定介護予防福祉用具販売
- 介護予防福祉用具貸与
- 介護予防住宅改修費の支給

### 介護予防支援

### 地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  
※要支援1の人は利用できません。

【平成 18 年度介護保険リハビリテーションサービス推進検討委員会】

加 藤 哲 夫	(島根県医師会)
櫻 井 照 久	(島根県医師会)
吉 川 浩 郎	(島根県歯科医師会)
戸 山 香寿美	(島根県理学療法士会)
谷 口 稔	(島根県作業療法士会)
野 津 裕 子	(山陰言語聴覚士協会島根県士会)
森 脇 伸 哉	(島根県老人保健施設協会)
藤 原 伸 二	(島根県介護支援専門員協会)
高 橋 京 子	(島根県訪問看護ステーション協会)
三 浦 ひとみ	(島根県栄養士会)
中 村 みどり	(島根県歯科衛生士会)

〔事務局〕

島根県健康福祉部高齢者福祉課・島根県訪問看護ステーション協会