



在宅生活療養ノート（H18年改訂版）

お名前

〈連絡網〉

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

〈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)			

## － 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. 毎日の療養生活のご様子を、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 生活活動評価票

計画評価実施日 年 月 日

## 〈リハビリテーション実施計画書 (1)〉

要介護度 ( )

利用者氏名 様 生年月日 年 月 日 ( 歳)

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):
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		<input type="checkbox"/> 記憶・認知の評価:  <input type="checkbox"/> 行動障害の有無:
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	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	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)															
	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															
摂食・嚥下	立ち上がり															
	立位															
コミュニケーション																

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)

生活目標  
 <毎日のめあて>～ご本人がすること

### 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)							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・楽しみへ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			到 達 時 期
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〕
	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										病気との関係で気をつけること
	外出										
	寝返り										
	起き上がり										
	座位										
摂食・嚥下・ コミュニケーション	立ち上がり										ご家族にお願いしたいこと
	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( 年 月 日)

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。



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