

「電子同意」の対象となる帳票

■ 通所リハビリ

出力帳票名	頁
通所リハサービス計画書	2
リハビリテーション実施計画書	3
運動器機能向上計画書	5
生活行為向上リハビリテーション実施計画書	6
リハビリテーション計画書	8
栄養ケア計画書(通所・居宅)	10
リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(通所系)	11

サービス計画書

☐ 介護予防通所リハビリ
☐ 通所リハビリ

事業所名： _____ 作成日： _____ 年 月 日
 サービス利用日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 作成者： _____
 認定有効期間： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日 認定日： _____ 年 月 日

本人氏名	様	性別		生年月日	年 月 日 (歳)	介護度		
居宅介護支援事業所					担当ケアマネージャー			

ご本人の希望		日常生活動作		サービス提供内容	利用時間	: ~ :
		屋外移動				
		屋内移動				
ご家族の希望		食事摂取				
		更衣(上着)				
		更衣(下着)				
		洗身				

本人目標					サービス内容		
課題	長期	期間	短期	期間	介護内容	サービス種別	頻度

--	--	--	--	--	--	--	--

[同意欄] 上記介護計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

同意日

年 月 日

氏名

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： 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
参加 主目標(コロン(:))の後に具体的内容を記入)		☐ 拘縮 (部位：) ☐ 関節痛(部位：) ☐ その他
退所先 ☐ 自宅 ☐ その他： ☐ 退所未定		
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)：		
退所後利用資源：		認知症に関する評価

自立・介護 状況 項 目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		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	実施上の留意点
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												
	コミュニケーション												
	家事												
外出													

自立・介護 状況 項 目		現在の評価及び目標							具体的なアプローチ				
		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	実施上の留意点
起居動作	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

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

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつける事

前回計画書作成時からの改善・変化等	(月 日)
-------------------	---------

担 当 予 ム	担当医				
	PT・OT・ST	()、	()、	()、	()
	看護・介護	()、	()、	()、	()
		()、	()、	()、	()

()内は職種を記入

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。

運動器機能向上計画書

事業所名： _____

作成日： _____ 年 月 日 作成者： _____

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		介護度	
本人氏名	様						
目標とする生活			健康状態				
1 年							
1 日							
本人の希望							
最終目標			痛み(部位と程度)				
			運動に際してのリスク				
方法			訓練時の注意点				
	初期(1ヶ月目)		中期(2ヶ月目)		後期(3ヶ月目)		
期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		
現状の能力							
目標							
プログラム							
評価	年 月 日	▼	年 月 日	▼	年 月 日	▼	
関係機関への連絡事項							

〔同意欄〕 運動器機能向上計画について説明を受け、内容に同意しました。

同意日： _____ 年 月 日 氏名： _____

生活行為向上リハビリテーション実施計画

(1/2)

利用者氏名： _____ 様 作成年月日 _____ 年 月 日

本人の生活 行為の目標					
家族の目標					
実施期間		通所訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日	社会適応訓練期	年 月 日 ~ 年 月 日
		通所頻度	回/週	通所頻度	回/週
活動	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				
心身機能	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				

生活行為向上リハビリテーション実施計画

(2/2)

利用者氏名： _____ 様 作成年月日 _____ 年 月 日

参加	プログラム	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし	通所	☐ 該当あり ☐ 該当なし
		訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし	訪問	☐ 該当あり ☐ 該当なし
	自己訓練				

【支援内容の評価】

上記計画の内容について説明を受けました。 年 月 日 ご本人氏名： _____ ご家族氏名： _____	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 年 月 日
---	---

事業所番号

リハビリテーション計画書

☐入院

☐外来

☐該当無し

/

☐訪問

☐通所

/

☐入所

計画作成日：

年

月

日

本人氏名：

様

性別：

男

・

女

生年月日：

年

月

日

（

歳

）

要介護度：

リハビリテーション担当医

担当

（

）

■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 日

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：自立、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：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	▼	▼	
麻痺	▼	▼	
感覚機能障害	▼	▼	
関節可動域制限	▼	▼	
摂食嚥下障害	▼	▼	
失語症・構音障害	▼	▼	
見当識障害	▼	▼	
記憶障害	▼	▼	
高次脳機能障害 （）	▼	▼	
栄養障害	▼	▼	
褥瘡	▼	▼	
疼痛	▼	▼	
精神行動障害（BPSD）	▼	▼	
☐ なし ☐ 6分間歩行試験 ☐ TUG Test			
服薬管理	▼		
☐ なし ☐ MMSE ☐ HDS-R			
コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	▼	▼	
起き上がり	▼	▼	
座位保持	▼	▼	
立ち上がり	▼	▼	
立位保持	▼	▼	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	▼	▼	
バスとベッド間の移乗	▼	▼	
整容	▼	▼	
トイレ動作	▼	▼	
入浴	▼	▼	
平地歩行	▼	▼	
階段昇降	▼	▼	
更衣	▼	▼	
排便コントロール	▼	▼	
排尿コントロール	▼	▼	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■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）

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレーニング含む）

■リハビリテーション終了の目安・時期

（終了の目安となる時期：ヶ月頃）

利用者・ご家族への説明：年 月 日

本人のサイン：家族サイン：説明者サイン：

特記事項：

■環境因子(※課題ありの場合レ点 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 ☐ その他 ()	調整 ☐ 該当無し ☐ 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 ☐ 玄関前の段差 ☐ 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 ☐ その他 ()	調整 ☐ 該当無し ☐ 調整済 ☐ 改修中 ☐ 未調整
自宅周辺	☐		
交通機関の利用	☐	☐ 無 ☐ 有 ()	
サービスの利用	☐		
その他	☐		

■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 ☐特になし

余暇活動(内容および頻度) ☐特になし

	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回

社会地域活動(内容および頻度) ☐特になし

	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回
	頻度	週	回

リハビリテーション終了後に行いたい社会参加等の取組 ☐特になし

■活動(IADL)

アセスメント項目	リハ開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0: していない 1: まれにしている 2: 週に1～2回 3: 週に3回以上
食事の片付け				
洗濯				0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
掃除や整頓				
力仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				
				0: していない 1: 時々 2: 定期的にしている 3: 植替等もしている
家や車の手入れ				0: していない 1: 電球の取替、ねじ止めなど 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車の整備
読書				0: 読んでいない 1: まれに 2: 月1回程 3: 月2回程
仕事				0: していない 1: 週1～9時間 2: 週10～29時間 3: 週30時間以上
合計点数				

■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サービス

☐訪問・通所頻度 (回数(週)) ☐利用時間 (時間(週)) ☐送迎なし

No.	目標(解決すべき課題)	期間(月)	担当職種	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度	時間(分/回)
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週 回	分/回
					週合計時間	分/回

☐他事業所の担当者と共有すべき事項

☐介護支援専門員と共有すべき事項

☐その他、共有すべき事項 ()

※下記の■の職種や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 ☐ (地域密着型)通所介護 ☐その他 ()

栄養ケア計画書（通所・居宅）

氏名		様	計画作成者：	初回作成日：年 月 日		
			所 属 名：	作成(変更)日：年 月 日		
医師の指示		☐ なし ☐ あり		指示日：年 月 日		
		(要点		)		
利用者及び家族の意向				説明と同意日		
				年 月 日		
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク(低 ・ 中 ・ 高)			サイン		
長期目標(ゴール)と期間				続柄		
短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による課題の解決など)			担当者	頻度	期間
特記事項						

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）

氏名：				様	サービス開始日： 年 月 日
					初回作成日： 年 月 日
作成者：	リハ：	栄養：	口腔：	作成(変更)日： 年 月 日	
利用者及び 家族の意向				説明日 年 月 日	同意日 年 月 日
				説明者	同意者
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔		
解決すべき 課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク(☐ 低 ☐ 中 ☐ 高)	☐ 口腔衛生状態(☐ 口臭 ☐ 歯の汚れ ☐ 義歯の汚れ ☐ 舌苔) ☐ 口腔機能の状態 (☐ 食べこぼし ☐ 舌の動きが悪い ☐ むせ ☐ 痰がらみ ☐ 口腔乾燥) 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯 ☐ 不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍 等)の疾患の可能性 ☐ 音声・言語機能に関する疾患の可能性 ☐ その他() 【記入者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士		
長期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		☐ 口腔衛生 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) () ☐ 摂食・嚥下機能 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) () ☐ 食形態 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) () ☐ 音声・言語機能 (☐ 目標設定無し ☐ 維持 ☐ 改善) () ☐ 誤嚥性肺炎の予防 ☐ その他 () 【計画立案者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士		
短期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		☐ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ☐ 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 ☐ 音声・言語機能に関する指導 ☐ その他 () 【サービス提供者】 ☐ 看護職員 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士		
具体的な 内容					
	担当職種： 期間： 頻度：週 回 時間： 分/回	担当職種： 期間： 頻度：週 回			

算定加算	☐ リハビリテーションマネジメント加算(A) イ	☐ リハビリテーションマネジメント加算(A) ロ
	☐ リハビリテーションマネジメント加算(B) イ	☐ リハビリテーションマネジメント加算(B) ロ
	☐ 個別機能訓練加算(Ⅰ)	☐ 個別機能訓練加算(Ⅱ)
	☐ 口腔・栄養スクリーニング加算	☐ 栄養アセスメント加算 ☐ 栄養改善加算
	☐ 口腔機能向上加算(Ⅰ)	☐ 口腔機能向上加算(Ⅱ)