別紙様式２－４

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様　　作成年月日　　年　　月　　日

ﾁｪｯｸ	プロセス	実施した内容	備考、実施日
調査（Survey）			
□	サービス開始時における情報収集	□医師の診療　□居宅サービス計画の入手 □利用者・家族等からの情報収集 □医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手	
計画（Plan）			
□	事業所の医師の指示	□医師の詳細な指示　□指示の内容の記録	
□	リハビリテーション計画書の作成（初回）	□リハビリテーション計画書の作成	
□	リハビリテーション計画書の説明と同意	実施者　□医師　□理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	
□	リハビリテーション・栄養・口腔の一体的実施	□栄養アセスメントの実施　□口腔の健康状態の評価の実施 □情報の一体的な共有　□計画書への反映	
□	１月以内の居宅訪問（通所リハ）	□診療、運動機能検査、作業能力検査等の実施	
実行（Do）			
□	リハビリテーションの実施	□理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法　□その他	
評価（Check）、改善（Action）			
□	リハビリテーション計画の進捗状況の評価・必要に応じた見直し	□進捗状況の評価（開始から2週間以内、以降は3月ごと） ⇒計画の見直し　□あり　□なし	
□	３月以上の継続利用時の説明・記載	□医師の判断　□必要情報の記載（継続が必要な理由等） □本人・家族への説明	

家族、介護支援専門員、他事業所等との連携			
□	リハビリテーション会議の開催	参加者　□利用者　□家族　□医師　□理学療法士 □作業療法士　□言語聴覚士　□看護職員　□介護職員 □介護支援専門員　□他サービスの担当者　□歯科医師 □歯科衛生士　□管理栄養士　□その他（　　）	
□	介護支援専門員への情報提供	内容　□利用者の有する能力　□自立のために必要な支援方法 □日常生活上の留意点　□その他	
□	介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点に対する助言	□介護支援専門員を通じて、他事業所の従業者に実施 □利用者の居宅を訪問して、他サービスの従業者に実施 □利用者の居宅を訪問して、家族に実施	
□	サービス利用終了時の対応	□利用終了１月前以内のリハビリテーション会議の実施 □介護支援専門員への情報提供 □計画的な医学的管理を行っている医師への情報提供	