参考資料１－２

老老発 0327 第３号
平成 27 年３月２７日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省　老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について

リハビリテーションマネジメント加算とそれに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号。以下「留意事項通知」という。）において示しているところであるが、今般、基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、平成 27 年４月１日から適用するが、平成 18 年３月 27 日老老発 0327001 厚生労働省老健局老人保健課長通知「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」については、平成 21 年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方等を示すものであることから、廃止しないことにご留意されたい。

記

１　リハビリテーションマネジメントとそれに関連する各加算との基本的な考え方

⑴　リハビリテーションマネジメントについて

リハビリテーションマネジメントは、調査（Ｓｕｒｖｅｙ）、計画（Ｐｌａｎ）、実行（Ｄｏ）、評価（Ｃｈｅｃｋ）、改善（Ａｃｔｉｏｎ）のサイクル（以下「ＳＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。

⑵　活動と参加に焦点を当てたサービス提供の促進に向けて

平成27年度介護報酬改定においては、活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの促進に向けて、様々な加算を新設したところである。

活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動を向上するための図るためのリハビリテーションの提供を評価するための加算（以下「生活行為向上リハビリテーション実施加算」という。）を新設した。

参加の観点から、利用者の社会参加等を支援するリハビリテーションの提供を評価するため、社会参加支援加算を新設した。

なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

⑶　認知症高齢者に配慮したリハビリテーションの促進に向けて

心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、包括報酬として認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）を新設した。

２　リハビリテーションマネジメント加算について

⑴　リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

①　リハビリテーションマネジメントは、利用者全員に対して実施し、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

②　各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。

③　リハビリテーションマネジメントは、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものである。したがって、事業所における多職種協働の体制等が異なることに鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。

④　リハビリテーションマネジメントについては、本加算を初めて算定するに当たって同意を得た日の属する月から適応されることから、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を算定した場合は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定した場合は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を算定することはできない。

⑤　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月間を超えた場合であって、通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等

の利用を経て、同一の通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)⑴を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)⑵を算定するものであることに留意すること。ただし、病気が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

⑵　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定におけるリハビリテーションを実施する際には、以下の点に留意すること。

①　サービス開始時における情報収集

指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの事業者は、医師より利用者のこれまでの医療提供の状況について、また、介護支援専門員より支援の総合方針、解決すべき課題及び短期目標について情報を入手すること。

また、別紙様式１を活用し、利用者が希望する日常生活上の活動や参加の内容を把握すること。

②　サービス開始時におけるアセスメント

利用者に関する収集した情報を踏まえ、医師、理学療法士（以下「ＰＴ」という。）、作業療法士（以下「ＯＴ」という。）又は言語聴覚士（以下「ＳＴ」という。）は、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（アセスメントという、以下同じ。）を行うこと。なお、アセスメントに当たっては、別紙様式２の様式例を参照の上、作成すること。

③　リハビリテーション計画書の作成

イ　リハビリテーション計画書の作成に当たっては、別紙様式３の様式例を参照の上、医師、ＰＴ、ＯＴ、ＳＴ及び関連スタッフが参加するリハビリテーション会議を開催し、アセスメントに基づいて、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、短期集中個別リハビリテーション実施加算や認知症短期集中リハビリテーション実施加算等の加算の算定の有無、リハビリテーションの提供時間、実施頻度、リハビリテーション提供中の具体的な対応（通所リハビリテーションのみ）等を定めたリハビリテーション計画書について検討を行うこと。なお、居宅サービス計画の変更が生じる場合は、速やかに介護支援専門員に情報提供を行うこと。

ロ　医師、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴは、リハビリテーション計画書について、利用者の担当介護支援専門員に情報提供を行うこと。

④　リハビリテーション計画書の利用者及び家族への説明

リハビリテーション計画書については、医師、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者又はその家族に説明を行い、同意を得ること。

⑤　リハビリテーションの実施

イ　医師又は医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ若しくはＳＴは、利用者ごとのリハビリテーション計画書に従い、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーションを実施すること。

ロ　ＰＴ、ＯＴ又はＳＴは、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

・　利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望

・　利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点

・　その他、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

ハ　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（以下、「居宅基準」という。）第83条又は第119条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において、利用者ごとの訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画に従い、医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものであること。

⑥　通所リハビリテーションを新規で開始した日から 1 月前以内に居宅を訪問し行う評価について

新規にリハビリテーション計画書を作成した利用者については、事業所の医師又は医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ又はＳＴが、当該計画書に従い、通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して 1 月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行う。

⑦　モニタリングの実施

イ　リハビリテーション計画書は、初回はサービス提供開始からおおむね２週間以内、その後はおおむね３月ごとにアセスメントとそれに基づく計画書の見直しを行うものであること。

ａ　退院（所）後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画書の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画書の見直しを行うこと。

ｂ　目標の達成状況やＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含めたリハビリテーション計画書の変更の必要性を判断すること。

ｃ　リハビリテーション計画書の進捗状況について評価し、見直された計画書は、３月ごとに担当介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。

ｄ　リハビリテーション計画書の変更が生じた場合は、利用者及びその家族に説明し、同意を得ること。

⑧　サービスの利用終了時の説明等

イ　サービスの利用が終了する１月前以内に、医師、ＰＴ、ＯＴ及びＳＴによるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、終了後に利用予定の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。

ロ　利用終了時に、介護支援専門員や医師に対し、リハビリテーションに必要な観点から情報提供を行うこと。

⑨　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の届出

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の取得に当たっては、訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画を利用者やその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から算定が可能となる。

したがって、当該月の前月の 15 日までに届出が必要であるため、同意の見込みをもって届け出ることは差し支えないが、万一その後に同意を得られず、算定月の変更が見込まれる当該計画の見直しが必要となった場合には、すみやかに加算等が算定されなくなった場合の届出を行う必要がある。

⑶　リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）におけるリハビリテーションは、リハビリテーション会議の開催を通じて、多職種の協働による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院（所）後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見通し及び計画の内容等を医師が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)を算定する際には、リハビリテーションマネジメント(Ⅰ)の要件に加えて、以下に留意すること。

①　リハビリテーション計画書の作成

イ　リハビリテーション会議の開催に関しては、以下の点に留意すること。

ａ　利用者及び家族の参加を基本とし、構成員による多職種協働により、リハビリテーション会議を開催すること。

ｂ　リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等を協議するよう努めること。

ｃ　リハビリテーション会議の記録は、別紙様式４を参照し、会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。次いで、リハビリテーションの方針（サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。）、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果を記載すること。その上で、次回の開催予定を記載すること。作成した会議録は介護支援専門員をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービスの担当者と共有を図ること。当

該記録は利用者毎に２年間保存するものであること。

d　リハビリテーション会議に、家庭内暴力等により利用者やその家族の参加が望ましくない場合又は家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加ができない場合は、その理由を会議録に記載すること。また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員の事由等により、構成員が参加できなかった場合にはその理由を会議録に記録するとともに、欠席者には計画書及び会議録の写しを提供する等、情報の共有を図ること。

ロ　リハビリテーション会議では、利用者の必要に応じて、短期集中個別リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションを実施することについても検討すること。

②　利用者又はその家族への説明

医師は、利用者又はその家族に対し、利用者の健康状態、日常生活能力の評価及び改善の可能性、当該計画の目標、提供内容、目的、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点並び将来的な生活の状態等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ること。また、医師がやむを得ない理由等によりリハビリテーション会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得ること。

③　リハビリテーションの実施

イ　介護支援専門員に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行う場合には、以下の内容を盛り込むことが望ましい。

・　利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
・　利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
・　利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
・　家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
・　その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

ロ　ＰＴ、ＯＴ又はＳＴは、利用者の居宅を訪問し、その家族に対して、利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力、その能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。又は、居宅サービス計画に位置付けられた指定訪問介護等の居宅サービスの従事者と利用者の居宅を訪問し、当該従事者に対し、利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力、それらの能力の改善の可能性、生活環境に応じた日常生活上の留意点並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。

ハ　通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）においては、利用者の状態の悪化等の理由から通所リハビリテーションのサービスの利用がない月においても、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者の居宅を訪問し、利用者や

その家族、介護支援専門員にリハビリテーション及び廃用症候群を予防する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点等について助言を行った場合は算定できるものであること。その場合、助言を行った内容の要点を診療記録に記載すること。

④　モニタリングの実施

イ　リハビリテーション計画書は、訪問リハビリテーションにおいてはおおむね３月に１回、通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから６月以内はおおむね１月に１回、６月超後は３月に１回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

ロ　包括報酬である認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）を算定する場合は、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから１月に１回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ハ　生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、目標が達成する期限に向けて、計画書の進捗の評価や利用者又はその家族に生活行為を行う能力の回復程度など状況の説明が重要であることから１月に１回はモニタリングを行い、リハビリテーション実施計画（以下「生活行為向上リハビリテーション実施計画書」という。）を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

⑤　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

リハビリテーションマネジメントの徹底を図るため、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定する場合は、別紙様式５に示すプロセス管理票を活用して、ＳＰＤＣＡの行程管理を以下の手順により実施する。

イ　サービス開始時における情報収集

事業者は、医師から利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは支援の総合方針や解決すべき課題、短期目標について情報を入手する。入手した場合は該当箇所にチェックすること。

ロ　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

リハビリテーション会議を開催した場合は、開催日付を記載するとともに参加者に○をつけること。

ハ　医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明

医師からの説明があり、利用者から同意が得られた場合、該当箇所にチェックをする。なお、説明後に利用者又はその家族からリハビリテーション計画書の変更又は計画書に関しての意見があった場合は、その旨を記載し、必要に応じて計画書を見直すこと。

ニ　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

リハビリテーションプログラムの内容について検討し、実施した内容について、該当箇所にチェックをすること。

ホ　リハビリテーション会議の実施と計画の見直し

リハビリテーション会議を開催し、計画の見直しを行った場合、その実施日を記入すること。

へ　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

指定訪問介護又はその他の居宅サービスの担当者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点及び介護の工夫等の助言を行った場合、その実施日を記入すること。

ト　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

利用者の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導等に関する助言の実施した場合、その実施日を記入すること。

チ　サービスを終了する１月前以内のリハビリテーション会議の開催

サービス終了する１月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に〇をつけること。

リ　終了時の情報提供

終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当箇所にチェックをすること。

ヌ　プロセス管理表の保管

プロセス管理表は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管すること。

３　リハビリテーションマネジメントにおけるリハビリテーション計画書の作成について

⑴　リハビリテーション計画書の作成又は変更についての留意事項

①　リハビリテーションマネジメントにおける計画書の作成又は変更に当たっては、医師の指示、利用者等の生活の希望や生活機能の状況等を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載したリハビリテーション計画書を作成すること。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画書の内容に沿って作成することに留意すること。

②　リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、構成員と共有するよう努めること。

③　リハビリテーション計画書の作成のために診療を行った医師は、利用者又はその家族に対して、日常生活能力の改善の見通しなどを踏まえた上で、当該計画書の内容を適切に説明し、同意を得ること。なお、同意が得られる前に当該サービスを利用する場合については、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが当該計画書の原案について利用者又はその家族に説明を行い、同意を得るよう努めること。

④　訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画の作成に当たって

は、リハビリテーション計画書の記載要領や様式を参考に作成して差し支えないこと。

⑤　居宅基準第 81 条第５項又は第 115 条第６項に基づく一体的な計画の作成に当たっては、別紙様式３を参考にして作成して差し支えないこと。その場合には、通所リハビリテーション事業所で実施する内容、訪問リハビリテーション事業所で実施する内容が分かるように記載し、一連のサービスとして提供できるよう、リハビリテーション計画書に記載するよう努めること。

ただし、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションで提供される内容が同じであることは想定されないため、同一の内容を提供する場合は、その理由を記載することが望ましい。

⑵　リハビリテーション計画書の記載要領

①　リハビリテーションマネジメントにおけるリハビリテーション計画書の様式は、別紙様式１、別紙様式２及び別紙様式３を標準として作成するものであること。

②　別紙様式１（興味・関心チェックシート）に関して

別紙様式１（興味・関心チェックシート）に関しては、利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。

③　別紙様式２（リハビリテーション計画書（アセスメント））に関しては、別紙様式２の内容を参考に、下記の項目を主に把握すること。

イ　居宅サービス計画の総合的援助の方針及び居宅サービス計画の解決すべき課題

リハビリテーション計画は居宅サービス計画の一環として位置づけられることから、居宅サービス計画の総合的援助の方針と解決すべき課題を該当箇所に居宅サービス計画から転記すること。

ロ　ご本人の希望及びご家族の希望

別紙様式１で把握した、利用者がしてみたい又は興味があると答えた内容に関して、利用者に確認の上、該当項目を該当箇所に転記する。家族の希望に関しては、利用者の家族が利用者関して特に自立してほしいと思っている項目又は今後の生活で送ってほしいと希望する内容に該当する項目を具体的に確認した上で、該当箇所に転記すること。

ハ　健康状態

原疾患名、当該疾患の発症日、経過、合併症の有無とそのコントロールの状況、廃用症候群の有無及びリハビリテーションを実施する際の医学的管理の状況等を該当箇所に記載すること。

ニ　参加状況

過去と現在の参加の状況（家庭内での役割の有無や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、また当該取組みを今後継続する意向があるかど

うか確認すること。さらに、サービス利用終了後の生活に関して、利用者及びその家族と共有するために、通所リハビリテーション利用終了後に利用を希望する社会資源等に関して聞き取ること。

ホ　心身機能

現在の心身機能（運動機能、感覚機能、疼痛、口腔機能、栄養又は見当識等）について、機能障害の有無を確認する。機能障害があった場合、活動への影響の有無を確認する。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載すること。

へ　活動の状況

現状、その予後予測及び改善可能性について該当箇所に記載すること。課題の重要性については、現状と予後予測に乖離があることや利用者又はその家族の意向が強いこと等を踏まえつつ、優先的に取り組むべき課題から順番に、数字を記入すること。

また、評点については、リハビリテーション計画書の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

a　基本動作

居宅を想定しつつ、寝た状態からの起き上がり、立位保持、床からの立ち上がり歩行の状態を評価する項目である。自立している場合は３を、見守りの場合は２を、一部介助している場合は１を、全介助の場合は０を記載する。移動能力については、6分間歩行又はTimes up Go Test(TUG)の客観的測定値を記入する。

b　ＡＤＬ（Barthel Indexを活用）

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

動作		選択肢
1	食事	10自立　5部分介助　　0全介助
2	イスとベッド間の移乗	15自立 10最小限の介助 5部分介助　　0全介助
3	整容	5自立　0部分介助又は全介助
4	トイレ動作	10自立　5部分介助　　0全介助
5	入浴	5自立　0部分介助又は全介助
6	平地歩行	15自立 10部分介助　　5車いす使用　0その他
7	階段昇降	10自立　5部分介助　　0全介助
8	更衣	10自立　5部分介助　　0全介助
9	排便コントロール	10自立　5部分介助　　0全介助
10	排尿コントロール	10自立　5部分介助　　0全介助

c　ＩＡＤＬ(Frenchay Activity Indexを活用)

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

項目		選択肢
1	食事の用意（買い物は含まれない）	0 していない　　1 まれにしている 2 時々（週に1～2 回） 3 週に3回以上している
2	食事の片づけ	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
3	洗濯	0 していない　1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
4	掃除や整頓（箒や掃除機を使った清掃や身の回りの整理整頓など）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
5	力仕事（布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く、家具の移動や荷物の運搬など）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
6	買物（自分で運んだり、購入すること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
7	外出（映画、観劇、食事、酒飲み、会合などに出かけること）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
8	屋外歩行(散歩、買物、外出等のために少なくとも 15 分以上歩くこと)	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
9	趣味(テレビは含めない)	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
10	交通手段の利用　（タクシー含む）	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
11	旅行	0 していない 1 まれにしている 2 時々（週に 1～2 回） 3 週に 3 回以上している
12	庭仕事(草曳き、水撒き、庭掃除) ※ベランダ等の作業も含む	0 していない 1 時々している 2 定期的にしている 3 定期的にしている。必要があれば掘り起し、植え替え等の作業もしている
13	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 2の他、家の修理や車の整備
14	読書(新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない)	0 読んでいない 1 まれに 2 月に一回程度 3 月に2 回以上
15	仕事(収入のあるもの、ボランティアは含まない)	0 していない　1 週に1～9 時間 2 週に10～29時間 3 週に30 時間以上

d　その他

服薬管理については、自立している場合は３を、見守りの場合は２を、一部

介助の場合は１を、全介助の場合は０を記載する。また、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）については、その得点を記載すること。

ト　環境因子

家族・介護者、福祉用具等、住環境、自宅周辺の環境、地域の社会資源の有無、利用者が利用できる交通機関の有無、その他のサービスの課題など環境の因子に課題があった場合、該当箇所にチェックする。なお、具体的に記載すべき課題がある場合は備考欄に記入すること。

チ　特記事項

イからトの項目以外に記入すべき事項があった場合は、特記事項に記載すること。

リ　「活動」と「参加」に影響を及ぼす課題の要因分析

本人が希望する活動と参加に対し、能力及び生活機能の予後予測を踏まえてリハビリテーションに関して解決すべき課題を分析し、支援の必要性に関する内容を、簡潔にまとめた上で記載すること。

ヌ　他の利用サービス

リハビリテーション会議への参加を求める等、連携が必要なサービスを把握するため、居宅サービス計画に位置付けられているサービスとその利用頻度について、介護支援専門員から情報を把握し該当箇所に記入すること。

④　別紙様式３（リハビリテーション計画書に関して）

別紙様式３を参考に、リハビリテーションの提供計画、利用中の具体的対応、また、必要な場合は他の居宅サービスとの協働内容等について、以下の通り、該当箇所にチェックを入れた上で記入を行うこと。

なお、当該計画書は、計画書の作成日と見直しの予定時期を記載した上で、その完結の日から２年間保存するものであること。

イ　リハビリテーションサービス

別紙様式２で優先順位をつけた目標を、その順位に沿って転記した上で、目標達成までの期間、具体的支援内容、実施者(利用者、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴ等)、サービス提供の予定頻度、時間及び訪問の可能性について記載すること。

具体的支援内容については、リハビリテーション会議を通して検討し、利用者又はその家族が合意した提供内容について、該当するものにチェックをする。

なお、生活行為向上リハビリテーションを実施する場合は、「生活行為向上リハ」にチェックした上で、別途、別紙様式６の「生活行為向上リハビリテーション実施計画書」を作成すること。

また、利用者の家族や居宅サービス計画に位置付けられている他の居宅サービスの担当者と利用者の居宅に訪問を行う場合、その助言内容についても、あらかじめ分かる範囲で記載すること。さらに、居宅や通所施設以外でリハビリテーションを実施する場合には、あらかじめその目的、内容、場所についても記載すること。

ロ　利用中の具体的対応

通所リハビリテーションを提供する場合のみ、具体的な提供内容に関するタイムスケジュールやケアの提供方法を記入すること。また、訪問介護や訪問看護、他の居宅サービスとの協働の必要性についても検討し、必要な場合はその支援方針や支援内容について記載すること。

ヘ　情報提供先

リハビリテーション計画書は、介護支援専門員や居宅サービス計画に位置付けられている居宅サービスの担当者と、その写しを共有すること。また、当該計画に関する事項を情報提供をした場合は、該当の情報提供先にチェックをすること。

ト　リハビリテーション計画書の保存

リハビリテーション計画書は２年間保存すること。

チ　リハビリテーション計画書を利用者又はその家族に説明した場合は、その日付を記載すること。

４　認知症短期集中リハビリテーション実施加算について

⑴　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定に関して

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定に関しては、従前通りであり、留意事項通知で示している内容を踏まえ、適切に行うこと。

⑵　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の算定に関して

①　興味・関心チェックリストを活用し、利用者がしている、してみたい、興味がある生活行為を把握し、見当識や記憶などの認知機能や実際の生活環境を評価し、アセスメント後に、当該生活行為で確実に自立できる行為を目標とする。

②　別紙様式３に目標ごとに、まず実施期間（いつごろまでに）を記入し、具体的支援内容の項目の認知症短期集中リハ（Ⅱ）の該当箇所にチェックを入れる。

③　次いで、目標を達成するためにどんな実施内容を何のために、どのようにするのか（たとえば、個別で又は集団で）を可能な限り分かりやすく記載する。

④　さらに、通所で訓練した内容がその実施内容の望ましい提供頻度、時間を記載する。通所の頻度については、月４回以上実施することとしているが、利用者の見当識を考慮し、月８回の通所リハビリテーションの提供が望ましいものであり、その提供内容を記載すること。

⑤　目標の内容によっては、訓練した内容が実際の生活場面でできるようになったかどうかを評価、確認するために、当該利用者の居宅において応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。その際にはその実施時期、及び何をするのかをリハビリテーション計画書に記載する。家族に指導する際に特に留意することがあった場合、記載すること。

⑥　居宅で評価する際には、利用者が実際に生活する場面で、失敗をしないで取り組めるよう、実施方法や環境にあらかじめ配慮し、実施すること。

（別紙様式１）

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（　　）				その他（　　）			
その他（　　）				その他（　　）			

（別紙様式2）

リハビリテーション計画書（アセスメント）　□訪問　□通所

計画作成日：　平成　　年　　月　　日

氏名：　　様　　性別：　男・女　　生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　□要介護　　

■居宅サービス計画の総合的援助の方針

■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■利用者の希望

■ご家族の希望

■医師の指示

■健康状態（介護・支援を要す原因となる疾患）

原疾患名・発症日

病名：	発症日： 年　月　日	直近の入院日： 年　月　日	直近の退院日： 年　月　日

経過

■合併症・コントロール状況　（高血圧，心疾患，呼吸器疾患，糖尿病等）

■廃用症候群：□あり　□なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

■参加（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

余暇活動（内容および頻度）

社会・地域活動（内容および頻度）

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

■心身機能

	状況	活動へ支障		状況	活動へ支障
運動機能障害	□あり □なし	□あり □なし	失語症 構音障害	□あり □なし	□あり □なし
感覚機能障害 （聴覚、視覚等）	□あり □なし	□あり □なし	精神行動障害 （BPSD）	□あり □なし	□あり □なし
関節拘縮	□あり □なし	□あり □なし	見当識障害	□あり □なし	□あり □なし
疼痛	□あり □なし	□あり □なし	記憶障害	□あり □なし	□あり □なし
口腔機能障害	□あり □なし	□あり □なし	その他の高次能機 能障害	□あり □なし	□あり □なし
摂食嚥下障害	□あり □なし	□あり □なし	栄養障害	□あり □なし	□あり □なし

■活動（※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。）

	アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本的動作	起き上がり					3 自立　2 見守り 1一部介助　0 全介助 9把握していない
	立位保持					
	床からの立ち上がり					
	移動能力（TUG、6分間歩行）					※時間を記載
他	服薬管理					3自立　2見守り　1一部介助　0全介助
	HDS-R					※点数を記載
ADL	食事					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	イスとベッド間の移乗					15 自立　10 最低限の介助 5　部分介助　0 全介助
	整容					5 自立　0部分・全介助
	トイレ動作					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	入浴					5 部分介助　0 全介助
	平地歩行					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	階段昇降					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	更衣					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	排便コントロール					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	排尿コントロール					10　自立　5 部分介助　0 全介助
	ADL合計					

	アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
IADL	食事の用意					※IADL評価点 0 していない 1 まれに 2 時々 3 週3回
	食事の片付け					
	洗濯					
	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　3 植替等
	家や車の手入れ					0 していない　1 電球取替等 2 ペンキ塗等　3 修理・整備
	読書					0 していない　1 まれに 2 月一回程　3 月二回程
	仕事					0 していない　1 週1～9時間 2 週10～25時間　3 週30時間以上
	ＩＡＤＬ合計					

■環境因子（※課題ありの場合☑。）

	課題	備考
家族・介護者	☐	
福祉用具等	☐	
住環境	☐	
自宅周辺	☐	
地域への社会参加等	☐	
交通機関	☐	
サービス	☐	
その他	☐	

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。

■特記事項

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■他の利用サービス

☐通所介護（週　回）　☐訪問介護（週　回）　☐訪問リハ・通所リハ（週　回）　☐訪問看護（週　回）　☐その他（　　）

■　社会参加支援評価

☐訪問日（　年　月　日）　☐居宅サービス計画（訪問しない理由：　　）

☐サービス等利用あり　☐通所介護（週　回）　☐通所リハ（週　回）　☐市町村事業（週　回）　☐地域活動へ参加（　　）　☐家庭で役割あり

■現在の生活状況

（別紙様式３）

リハビリテーション計画書　□訪問　□通所（No.　　）

利用者氏名　　殿　　作成年月日　　年　　月　　日　～　見直し予定時期　　月 頃

□リハビリテーションマネジメントⅠ　□リハビリテーションマネジメントⅡ　□訪問・通所頻度（　　）□利用時間（　　）　□送迎なし

■リハビリテーションサービス

No.	目標（解決すべき課題）	期間	具体的支援内容	（何を目的に（～のために）～をする）	頻度	時間	訪問の必要性
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
					週合計時間		

■サービス提供中の具体的対応　※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始～1時間 ( )	1時間～2時間 ( )	2時間～3時間 ( )	3時間～4時間 ( )	4時間～5時間 ( )	5時間～6時間 ( )	6時間～7時間 ( )	7時間～8時間 ( )	～( ) ( )
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 (　　)									
必要なケアとその方法									

□訪問介護の担当者と共有すべき事項	□訪問看護の担当者と共有すべき事項	□その他、共有すべき事項(　　)

※下記の☑の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　□通所介護　□(　　)　□(　　)

利用者・ご家族への説明:　　平成 ＿＿＿ 年 ＿＿＿ 月 ＿＿＿ 日

利用者サイン: ＿＿＿＿＿＿＿＿　ご家族サイン: ＿＿＿＿＿＿＿＿　医師サイン: ＿＿＿＿＿＿＿＿

※なお当該計画の様式をもってリハビリテーション計画とするときは利用者の同意を得るよう留意すること

（別紙様式4）

リハビリテーション会議録 （訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名　　作成年月日　　年　　月　　日

開催日　　年　　月　　日　　開催場所　　開催時間　　：　～　：　　開催回数

会議出席者	所属（職種）	氏　　名	所属（職種）	氏　　名
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族構成員不参加理由	□利用者□家族（　　） □サービス担当者（　　）（　　） □サービス担当者（　　）（　　）			
次回の開催予定と検討事項				

（別紙様式5）

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
□	サービス開始時における情報収集	□医師　□介護支援専門員	
□	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	□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） □（日付:　・　・　）	
□	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	□同意　□変更・意見（　　）	
□	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	□リハビリテーションプログラムの内容 □短期集中（個別）リハ　□生活行為向上リハ　□認知症短期集中リハⅡ □理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法 □その他（　　）	
□	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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	□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付:　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）	
□	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	□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　） □（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）□（日付:　・　・　）	
□	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	□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） □（日付:　・　・　）	
□	終了時の情報提供	□医師　□介護支援専門員 □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（　・　・　～　・　・　） 【通所頻度】　　回/週	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】