

各都道府県介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 介護制度改革本部

# 介護制度改革 INFORMATION

## 今回の内容

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

計 19 枚（本送信票除く）

vol. 8 1

平成 18 年 3 月 27 日

厚生労働省介護制度改革本部

〔 貴都道府県内市町村及び関係諸団体に  
速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いいたします。 〕



老老発第0327001号  
平成18年3月27日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長 印

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

リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じて、適切なリハビリテーションを提供し、もって利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

その促進を図るため、平成18年度より、「リハビリテーションマネジメント加算」を創設することとしたところであり、その算定については、別に通知する「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)及び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)、「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(短期入所サービス、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等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40号)、「特定診療費の算定に関する留意事項について」(平成12年老企第58号)及び「指定介護予防サービス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18年老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号)において示しているところであるが、今般、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事務処理手順例及び様式例を下記の通りお示しするので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

記

1. 基本的考え方

### (1) リハビリテーションの目的

リハビリテーションは、心身に障害のある人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものであり、自立した生活への支援を通じて、利用者の生活機能の改善、悪化の防止や尊厳ある自己実現に寄与することを目的とするものである。

### (2) リハビリテーションマネジメントの運用に当たって

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。また、リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、看護職員、介護職員、生活相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。特に日常生活上の生活行為への働きかけである介護サービスは、リハビリテーションの視点から提供されるべきものであるとの認識が重要である。リハビリテーションを提供する際には、利用者のニーズを踏まえ、利用者本人による選択を基本とし、利用者やその家族にサービス内容について文書を用いてわかりやすく説明し、その同意を得なければならない。利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーション、生活不活発病（廃用症候群）や生活習慣病等についての啓発を行うことも重要である。

### (3) 継続的なサービスの質の向上に向けて

施設サービスにおいて提供されるリハビリテーションは、施設退所後の居宅における利用者の生活やその場において提供されるリハビリテーションを考慮した上で、利用者の在宅復帰に資するものである必要があり、施設入所中又はその退所後に居宅において利用者に提供されるリハビリテーションが一貫した考え方に基づき提供されるよう努めなければならない。そのためには施設入所中も、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本である。また、居宅サービス（訪問・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にあっては、訪問介護員等他の居宅サービス事業所の担当者に対する情報提供等を行うなど、利用者のよりよい在宅生活を支援するものとなるよう配慮することも必要である。全体のケアマネジメントとリハビリテーションマネジメントとの両者におけるアセスメントや計画書については、基本的考え方、表現等が統一されていることが望まれる。さらに、利用者の生活機能の改善

状況は継続的に把握（モニタリング）し、常に適切なリハビリテーションの提供を行わなければならない。リハビリテーションマネジメント体制については、生活機能の維持、改善の観点から評価し、継続的なサービスの質の向上へと繋げることが必要である。

## 2. リハビリテーションマネジメントの実務等について

### (1) リハビリテーションマネジメントの体制

- ア. リハビリテーションマネジメントは医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、看護職員、介護職員、栄養士、介護支援専門員その他の職種（以下「関連スタッフ」という。）が協働して行うものである。
- イ. 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（情報収集、アセスメント・評価、カンファレンスの支援、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のカンファレンスの実施、サービス終了時の情報提供等）をあらかじめ定める。

### (2) リハビリテーションマネジメントの実務

#### ア. サービス開始時における情報収集について

関連スタッフは、サービス開始時までに適切なリハビリテーションを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては主治の医師から診療情報の提供、担当介護支援専門員等からケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で受け取ることが望ましい。なお、これらの文書は別紙1、2の様式例を参照の上、作成する。

#### イ. サービス開始時におけるアセスメント・評価、計画、説明・同意について

関連スタッフ毎にアセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でサービス開始時カンファレンスを開催し、速やかにリハビリテーション実施計画原案を作成する。リハビリテーション実施計画原案については、利用者又はその家族へ説明し同意を得る。

また、リハビリテーション計画原案に関しては、ウ. ③に掲げるリハビリテーション実施計画書の様式又はこれを簡略化した様式を用いるものとする。

#### ウ. サービス開始後 2 週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意について

リハビリテーション実施計画原案に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始から概ね 2 週間以内に以下の①から⑥までの項目を実施する。

##### ① アセスメント・評価の実施

関連スタッフ毎に別紙3を参照としたアセスメントを実施し、それに基づく評価を行う。

② リハビリテーションカンファレンスの実施

関連スタッフによってリハビリテーションカンファレンスを開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含む実施計画について検討する。リハビリテーションカンファレンスには、状況に応じて利用者やその家族の参加を求めることが望ましい。

目標の設定に関しては利用者の希望や心身の状況等に基づき、当該利用者が自立した尊厳ある日常生活を送る上で特に重要であると考えられるものとし、その目標を利用者、家族及び関連スタッフが共有することとする。目標、プログラム等の設定に当たっては施設及び居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

③ リハビリテーション実施計画書の作成

リハビリテーションカンファレンスを経て、リハビリテーション実施計画書を作成する。リハビリテーション実施計画書の作成に当たっては、別紙4の様式を用いて作成する。

リハビリテーション実施計画は、ケアプランと協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。施設サービスにおいてはリハビリテーション実施計画を作成していれば、ケアプランのうちリハビリテーションに関し重複する部分については省略しても差し支えない。

④ 利用者又は家族への説明と同意

リハビリテーション実施計画の内容については利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、リハビリテーション実施計画書の写しを交付することとする。

⑤ 指示と実施

関連スタッフは、医師の指示に基づきリハビリテーション実施計画書に沿ったリハビリテーションの提供を行う。リハビリテーションをより有効なものとする観点からは、専門職種によるリハビリテーションの提供のみならず、リハビリテーションに関する情報伝達（日常生活上の留意点、介護の工夫等）や連携を図り、家族、看護職員、介護職員等による日常生活の生活行為への働きかけを行う。

⑥ ①から⑤までの過程は概ね3ヶ月毎に繰り返し、内容に関して見直すこととする。ただし、短期集中リハビリテーションを行う訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションにあつては病院等からの退院（所）日又は認定日から起算して1月以内の期間にも見直すこととする。また、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

管理者及び関連スタッフは、これらのプロセスを繰り返し行うことによる継続的なサービスの質の向上に努める。

エ. サービス終了時の情報提供について

- ① サービス終了前に、関連スタッフによるリハビリテーションカンファレンスを行う。その際、担当の介護支援専門員や居宅サービス事業所のサービス担当者等の参加を求め、必要な情報を提供する。
- ② サービス終了時には居宅介護支援事業所の介護支援専門員や主治の医師に対してリハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治の医師に対しては、診療情報の提供、担当介護支援専門員等に対してはケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。なお、これらの文書は別紙1、2の様式例を参照の上、作成する。

# 別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴
----------

症状経過、検査結果及び治療経過
-----------------

現在の処方
-------

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限：年 月 日～年 月 日)
--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
---

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 a b a b M
-----------------------------

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに )									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望
-----------

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
-----------------------

備考
----

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等:

記入例:通所リハビリテーション 在宅

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号 - -

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
電話番号	- -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (75 歳) 職業 無職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 変形性膝関節症(右側) 55歳~ #2 生活不活発病(廃用症候群) 膝痛のため(70歳~) 感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因)	紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告
---	--------------------------------

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。  
今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
(有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 a b a b M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
家族: 平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけないと思い込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等:

担当医

科

記入例:施設 在宅

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
電話番号	- -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 80 歳) 職業 無職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
# 1 脳出血(左被殻出血)(平成17年12月日)	退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼
# 2 右片麻痺	

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的でリハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し  
 家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自立を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
 (有効期限：年 月 日～年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2  A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立  a b a b M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。

家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すくは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

ケアマネジメント連絡用紙

別紙2

該当機関名

(依頼元機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
---------	-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
---------	-------------------------	--------------------------	------------------------

依頼先機関等名

担当者 殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)	職業	
住所							性別	男・女
電話番号								
認定情報	要介護状態等区分：要支援( 1・2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) (有効期間：年 月 日～年 月 日)							

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)
-----------------

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)
---------------------------------

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化
----------------------------------

現状の問題点・課題
-----------

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること
--------------------------------

備考
----

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	平成	年	月	日
事業所				
担当者				
電話				
FAX				

ケアマネジメント連絡用紙

記入例: 通所リハビリテーション 在宅

該当機関名

(依頼元機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関
(依頼先機関)	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	訪問リハビリテーション事業所 老人保健施設	通所リハビリテーション事業所 医療機関

依頼先機関等名

担当者 殿

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 75 歳)	職業(元専業主婦)	
住所							性別	男・女
電話番号	- -							
認定情報	要介護状態等区分: 要支援( ①・2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) 変形性膝関節症(右膝で強い、20年前から) + 生活不活発病 膝痛のため5年位前から 2ヶ月前の風邪による臥床(今回のリハビリテーション実施の主な原因)	紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告及び 継続支援のご依頼
--	--

目標とする生活(本人及び家族) 本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。 家族: できれば平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。
---

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項) 生来健康でしたが、65歳時から高血圧指摘され、68歳時降圧剤( )を服用開始しています。 20年前から膝痛あり、膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、生活不活発病が徐々に出現していました。 15年前から息子家族と同居していますが、日中の夫婦分の家事は本人が行なっていました。但し、風邪の後からの家事は嫁のみが行なっていて、役割が移っています。本人は家事を行うことが家の中での自分位置づけとして重視しています。 俳句は10年前からはじめましたが、これによるお友達も多いことも含め生きがいになっています。
---

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化 風邪による安静のために生活不活発病が急激に進行し、その改善を主目的としてそれに対し平成17年より週2回通所リハビリテーションを開始しました。 生活の活発化のポイントとして、膝痛を起こしにくい家事のやり方の指導と屋外歩行の範囲の拡大などを図りました。杖を使うことで外出が自立し、平日の家事が自立したのでリハビリテーションは終了しました。 更に活動性は向上できると思われれます。日常生活の中でできることを増やしていくように支援いただければ幸いです。 ただ、シルバーカーや杖を使うことをまだ納得していない様子もあります。
--

現状の問題点・課題 膝痛の悪化した時に再び活動性が低下すること。
-------------------------------------

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること 買い物などの外出や友人との交流等の社会参加の機会を促進してください。今後更に生活範囲が拡大するように、地域における様々な資源の紹介もよろしくお願ひします。 日中の家事の主体が再び本人に戻るよう援助ください。
--

備考
----

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	平成	年	月	日
事業所				
担当者				
電話	-	-		
FAX	-	-		

ケアマネジメント連絡用紙

記入例: 入所 在宅

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名

担当者

殿

氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 80 歳) 職業 無職(元会社員)
住所	性別 (男) ・ 女
電話番号	- -
認定情報	要介護状態等区分: 要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) 脳出血 右片麻痺、右顔面麻痺	紹介目的 退所にあたってのご報告及び継続支援のご依頼
---	-------------------------------

目標とする生活(本人及び家族)  
本人: 今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。  
家族: 日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)  
利用者基本情報(フェイスシート)を参照

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化  
入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立しました。自宅の近くの坂道程度も自立しました。身の回り行為(ADL)は自宅内では自立していることを外泊時に確認しています。  
趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになりました。(入所中の自由時間にも行っております。)

現状の問題点・課題  
がんばりすぎる傾向があります。まだ疲労し易い様子もみられます。

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

- ・ 盆栽や囲碁を片手で行うことは今後も上手になっていきます。
- ・ 一度に長い時間歩いたりせずに、時々休みながら行うことをすすめてください。
- ・ 町内会参加や外出などで生き生きとした生活となるようすすめてください。
- ・ 積極的な方なので社交範囲が広がる新しい地域活動もあればご紹介ください。

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	平成 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	- -
FAX	- -

**<リハビリテーションマネジメント>  
アセスメント上の留意点**

別紙3

**<実施計画書1>**

分類	リハビリテーション実施計画書項目	留意点
健康状態	健康状態 (原因疾患、発症、受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください
		症状のコントロール状態について把握してください
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか
		生活機能に影響する合併疾患はありますか
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください
		合併疾患等についての本人・家族の理解を把握してください
	生活不活発病(廃用症候群)	生活不活発病の発生原因を特定してください
		現在の生活の活発さの程度を把握してください
		生活不活発病改善への方針を把握してください
		生活不活発病及びその原因についての本人・家族の理解を把握してください

心身機能	運動機能障害	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
	感覚機能障害	聴覚機能、視覚機能等の障害の程度を把握してください
	高次脳機能障害	失行・失認、失語の有無を把握してください
		記憶と認知の障害の有無を把握してください
		高次脳機能障害の日常生活・社会活動への影響を把握してください
	拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
	関節痛	部位と程度を把握してください 痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
		認知症に関する評価

日常生活・社会活動	トイレへの移動	個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください
	階段昇降	階段の傾斜や手すりの使用状況等にも注目してアセスメントしてください
	屋内移動	自宅と自宅以外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
	屋外移動	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
	食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
	排泄(昼)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
	整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。それらを行う姿勢が座位か、立位姿勢かについても留意してください
	更衣	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください
		適切な衣服の選択かについても把握してください
	入浴	浴室での移動、浴槽への出入りが可能かどうか、体を洗えるかどうかについて把握してください
	コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能であるかどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください コミュニケーションの相手やその手段(手話、非手話)にも注目して把握してください
家事	ゴミ捨て、植物の水やり等についても把握してください	
外出	公共交通機関の利用、自動車の運転、自転車の運転が可能であるかどうか、把握してください	

起居動作	寝返り 起き上り 座位 立ち上り 立位	それぞれの動作の実施環境による違いを把握してください
摂食・嚥下		口腔機能の状態を把握し、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する実地指導の必要性を判断してください

**<実施計画書2>**

リハビリテーション実施計画書項目	留意点
ご本人の希望	希望する背景や理由、その心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください
ご家族の希望	利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください

## リハビリテーション・アセスメント・チェック表

<実施計画書1>:現状及び個々のレベルについての目標 個々の項目について現状及び目標

分類	項目(リハビリテーション実施計画書項目)	留意点	
健康状態	健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	特に生活機能低下の原因となった傷病を特定してください	
		疾病管理の方針(投薬内容を含む)を把握してください	
		症状のコントロール状態について把握してください	
	合併疾患・コントロール状態	リスク管理上留意すべき合併疾患はありますか	
		生活機能に影響する合併疾患はありますか	
		治療や使用薬剤が生活機能に及ぼす影響(副作用等)について把握してください	
		低栄養あるいは肥満や栄養の偏りの有無について把握してください	
	生活不活発病(廃用症候群)	合併疾患等についての本人・家族の理解	
		生活不活発病の発生原因を特定してください	
		現在の生活の活発さと現在の廃用症候の程度の関連を把握してください	
		生活不活発病改善への方針を把握してください	
		生活不活発病についての本人・家族の理解を把握してください	
参加	社会参加	コミュニティへの関与(町内会活動等)、ボランティア活動等の社会活動への参加状況を把握してください。	
	退院後利用資源	地域住民の自発的な活動を含む活用資源についても把握してください	
心身機能	項目	運動機能	麻痺(中枢性、末梢性)、筋力低下、不随意運動の有無について把握してください
		感覚機能	聴覚機能、視覚機能、感覚機能の障害の程度を把握してください
		高次脳機能	失行・失認、失語の有無を把握してください。
			記憶と認知の障害の有無を把握してください
		拘縮	部位と運動制限の程度を把握してください
		関節痛	部位と程度を把握してください。 痛みのコントロールの程度も把握してください。
		その他	情動症状、うつ状態、循環・呼吸・消化機能障害、音声・発話機能の障害、排尿機能の障害・性機能の障害、褥瘡の有無を確認してください。これらの障害が日常生活・社会活動制限の原因になっていないか確認してください
		認知症に関する評価	中核症状の重症度を把握してください。周辺症状の有無を把握してください。経過を必ず確認してください(診断時期、受けてきた治療含む)

日常生活・社会活動	項目	トイレへの移動	自宅トイレ以外のトイレ、個室内の移動、ドアの開閉が可能かどうか確認してください
		階段昇降	階段の傾斜や手すりの資料状況等にも注目してアセスメントして下さい。
		屋内移動	自宅内と自宅外の屋内(通所施設内、病院内、等)の違いにも注目して移動能力をアセスメントしてください
		屋外移動(含:家の出入り)	場所や床面の状況による違いにも注目してアセスメントしてください
		食事	食品の形態によって食事動作に差が出るか、箸やフォークの使用状況、瓶や缶あけが可能であるかについて把握してください
		排泄(昼)(夜)	トイレの様式による違いや立ち上がり動作や衣服の着脱についても注目してアセスメントしてください
		整容	洗面、整髪、歯、ひげ、つめの手入れができるかどうかを把握してください。そのさいには行う姿勢が座位か、立位姿勢かについてもアセスメントしてください
		更衣(含:靴・装具の着脱)	衣服と履物の種類に着目して、着脱の実行状況を把握してください。適切な衣服の選択かについても把握してください。
		入浴	浴室での移動、浴槽への出入り、体を洗えるかどうかについて可能かどうか把握してください
		コミュニケーション	周囲の人と意思の疎通が可能かどうか、困難である場合、とくに表出が困難か、理解が困難かについて把握してください
		家事	調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て、植物の水やりについても把握してください
		外出	交通機関利用、自動車運転、自転車利用が可能かどうか、把握してください
		起居動作(寝返り,起き上り,座位,立ち上り,立位)	それぞれの動作の実施環境による違いとその理由についても把握してください
		摂食・嚥下	口腔内の状態を把握し、口腔ケア・嚥下訓練の必要性を判断してください

<実施計画書2> : チーム全体としての目標と具体的な進め方

分類	項目(リハビリテーション実施計画書項目)	留意点
希望		希望の根拠や心理状況を分析。本人の希望と家族の希望との差をつかむ。「希望(デマンド)の奥の真のニーズ」こんな風にかくと、深読みしてしまって、利用者が言っていることを信用しなくなる人も出てくるようにも思うし、かといってご用聞きり八まねになっても困るし、難しいですね。ただこの表現は、あまりよくないと思う。本人と家族のニーズに差があるのは当然なので、本人主体で考えるなら、本人の希望を家族がどうとらえているか、ということの方が大切なのではないかと思う。
	ご本人の希望	希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください。
		リハビリテーションを行うことについての本人の理解 を確認してください
		予後説明後の希望について、現実と折り合えるように変化したかどうか確認してください
ご家族の希望	「利用者にどうなってほしいと家族が思っているのかを把握してください。その希望の根拠や心理状況を把握してください 再アセスメントの際は前回との違いを明らかにしてください。	

( )はリハビリテーション実施計画書には記載欄がないが重要な項目



# リハビリテーション実施計画書 (記入例: 通所リハビリテーション)

利用者氏名: 様 性別: 男 生年月日: 年 月 日 (75歳) 要介護度: 要介護1

健康状態(原疾患・発症・受傷日等) #1 変形性膝関節症(右で強い、20年前から) #2 生活不活発病 膝関節痛のため(70歳-) 感震による臥床(平成18年2月-)	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) 発症原因が分かる場合はその内容 (1) 膝痛のため家事利用や屋外歩行量低下(70歳-) (2) 感震による臥床(平成18年2月-)	心身機能 運動機能障害 下腿を中心とした筋力低下あり 感覚機能障害 なし 高次脳機能障害 なし 褥瘡(部位): 右膝関節: 押痕・5+ 両膝関節(部位): 褥瘡 その他
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 自宅 その他: 退院未定 家庭内役割(家事への参加等): 家事 社会活動(老人クラブ(週1回)への参加 外出(内容・頻度等): 買い物(週2回)に行くこと、友人宅訪問 余暇活動(内容・頻度等): 俳句の会(月2回)への参加 退院後利用資源: 市の体操教室への参加		

自立・介護状況	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ				
	自立	一部介助	全介助	使用用具 杖・歩行器・車椅子 等	介護内容 つたいもたれ等	到達 時間	重点 項目	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
トイレへの移動	A	B	C		B: 夜はつたい歩き		PT<週2回個別訓練> ・屋外歩行能力の評価	・日中短時間に何度も動く機会を増やす。 ・声かけ、励ましを行う。	自宅周辺は坂道多い。様々な屋外環境での実用的な歩行訓練を行う。 ・膝への負担の少ない方法を指導する。(どのような動作で生じやすいかに留意する。)
階段昇降	A	B	C		B: 時々つたい歩き	5月上旬	PT<週2回個別訓練> ・屋内歩行訓練(屋内・屋外での歩行補助器具を選定する。)		
屋内移動	A	B	C				PT<週2回個別訓練> ・訓練室でのバランスボードを用いた立位バランス訓練		
屋外移動	A	B	C	A, C: T字杖	B: 腕組み(2ヶ月前から)	5月上旬	OT<週2回個別訓練> ・階段昇降のための膝装具の検討		
日常生活・社会活動	A	B	C				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
食事	A	B	C						
排泄(昼)	A	B	C						
排泄(夜)	A	B	C						
整容	A	B	C						
更衣	A	B	C		B: くつ下のみ				
入浴	A	B	C		C: 伝い歩き 入浴用椅子使用		OT<週2回個別訓練> ・実際の入浴時に動作訓練の実施(徐々に介護職へ移行)	・自宅での入浴時の自立にむけた支援を行う。 (特に浴槽または、濡れたタイル上の歩行)	・自宅の台所、浴室等自宅周辺の写真を参照して、動作を丁寧に指導する。
コミュニケーション	A	B	C			5月中旬	OT<週2回個別訓練> ・台所にて調理訓練(徐々に家事の内容を増やしていく。)		
家事	A	B	C						
外出	A	B	C		B: 通所以外は外出なし				

自立・介護状況	現在の評価及び目標				具体的なアプローチ				
	自立	一部介助	全介助	使用用具 杖・歩行器・車椅子 等	介護内容 つたいもたれ等	到達 時間	重点 項目	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	A	B	C				特になし。	特になし。	特になし。
寝返り	A	B	C						
起き上がり	A	B	C						
座位	A	B	C						
立ち上がり	A	B	C						
立位	A	B	C						
摂食・嚥下	A	B	C						

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)  
一人での外出(特に買い物)、俳句の会にもまた通いたい。家事ができるようになりたい。

ご家族の希望(年 月 日)  
家事ができるくらいに元気になって欲しい。

生活目標  
その人らしく生活するためのポイント  
・日中の家事を行う(膝の痛みが少なくなる方法を工夫)  
・友人宅訪問や俳句の会などの趣味を楽しむ、体操教室などで活動的な生活を送る。

ハビリテーションプログラム  
ご本人の現状や生活環境の改善、生きがい・楽しみを伸ばすに向けての取り組み  
今回、歩くことや家事が難しくなったのは、風邪で2週間ほどとんど寝ていたためです。以前の状態に戻るために、生活を活発にすることが重要です。膝に負担のかからないような家事などのやり方を工夫してお教えしていきます。どのようなことをやりたいか希望をお伝えください。  
自宅生活を送る上で膝に負担のかからない方法を理学療法士、作業療法士がお教えしますので、実際に自宅で行ってください。(特に家事は細かく説明していきます)  
・外出の範囲を広げるために、当初は杖を使用した屋外移動、買い物等の訓練を行います。その後は日常生活の中でご自分でできることを増やしていくください。  
到達の目標としては、  
・5月上旬を目途に屋内、屋外の歩行が自立して行えることを目指します。  
・また、5月中旬を目途に家事もご自分でできることを目指します。

ご本人に行ってもらいたいこと  
膝の痛みを生じないような動作のやり方を、ご自身でも工夫しながらいるなどやってみてください。(工夫したことは担当者に教えてください)

ご家族にお願したいこと  
初めての場所で杖で歩行する時は、転倒の危険もありますので十分な見守りをしてください。段差や方向転換の際の動作のやり方についてもご家族に説明します。

病気との関係で気をつけること  
どのような動作をすると痛みが強くなるか注意してください。痛みがある場合は担当者にお知らせください。痛みを少なくしつつ、上手にできる方法を一緒に工夫します。  
最初は一度に長い時間無理して歩かないようにしてください。(時々休みながら行うようにします)

前回計画書作成時からの改善・変化等(年 月 日)  
これまでリハビリテーションは行なわれておらず、上手な動作方法の習得がなされていませんでした。そこで今回のリハビリテーションで、痛みの少ない家事の方法や身の回りのことでのやり方を習得することで、上手にできるようになっていくと思われま。

備考  
これから生活の範囲が広がっていくと、難しいことがでてくるかもしれませんが、できないと思いませんに相談してください。できれば、その行為を行う場所の写真を持参してください。

担当医: \_\_\_\_\_

PT・OT・ST: (理学療法士)、 (理学療法士)、 (作業療法士)、 ( )

看護・介護 (看護師)、 (介護職員)、 ( )、 ( )

( )内は職種を記入

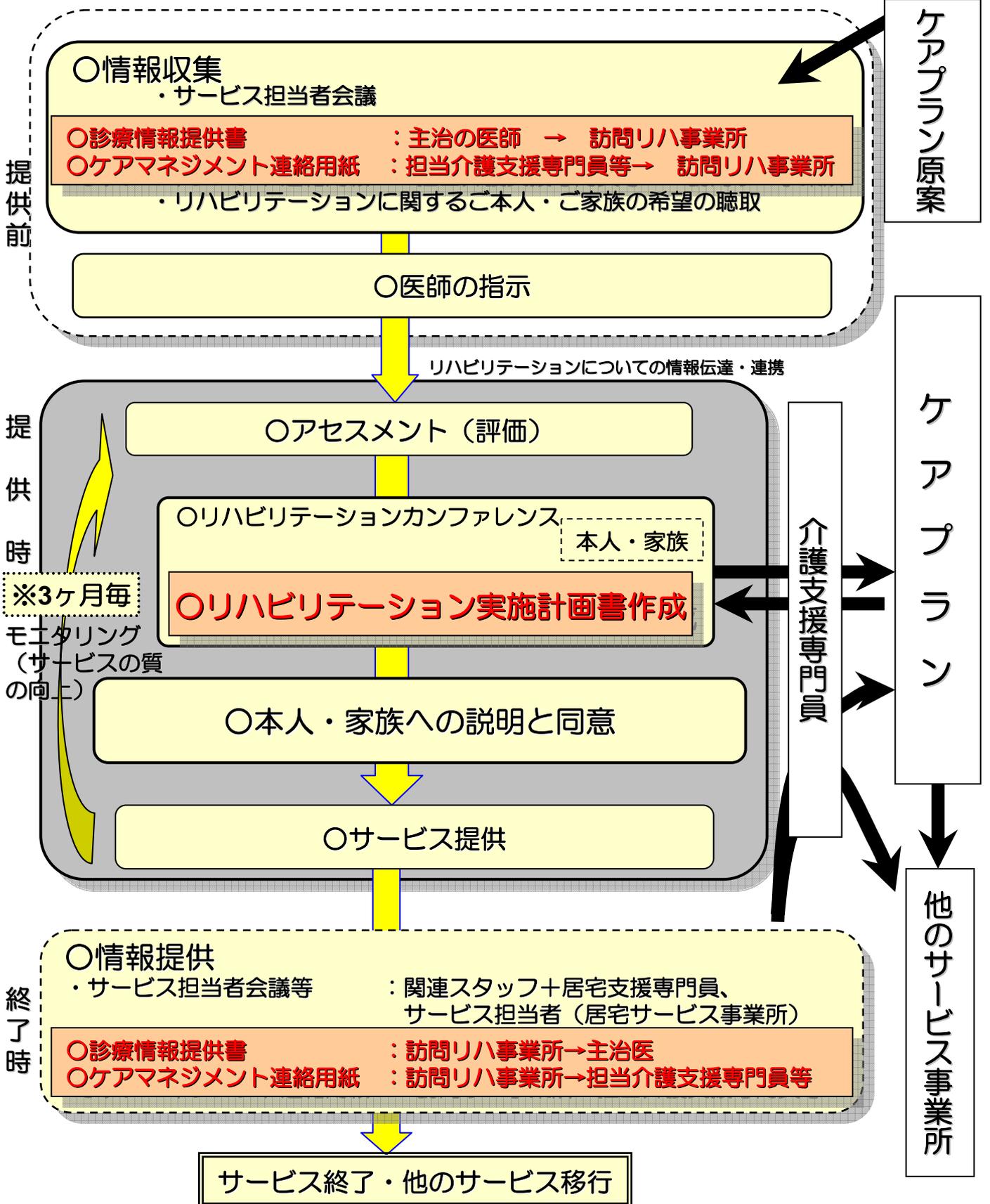
ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日  
ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

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。



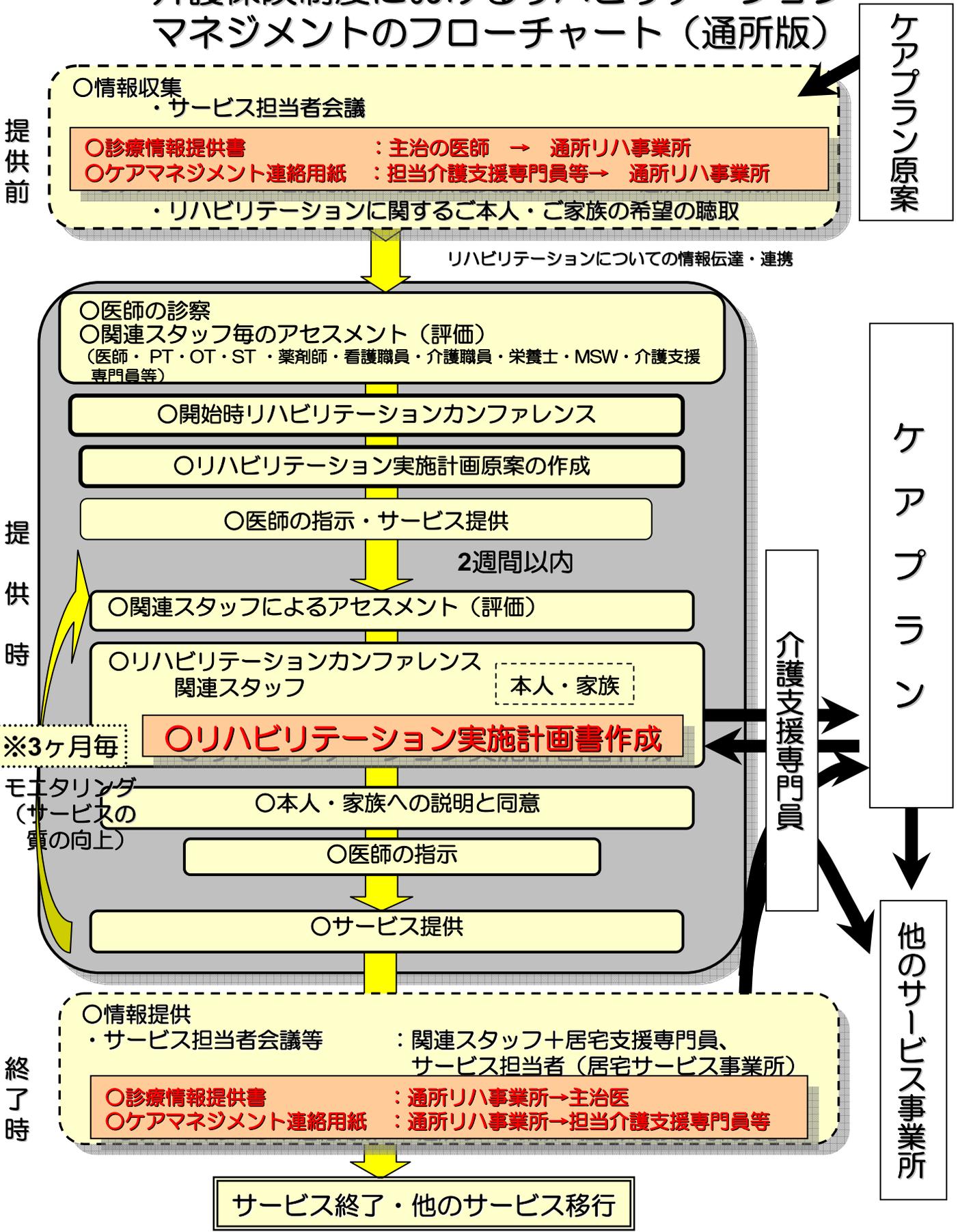
# 介護保険制度におけるリハビリテーションマネジメントのフローチャート（訪問版）

参考



※ 概ね3か月毎。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、1月以内の期間にも行う。

# 介護保険制度におけるリハビリテーション マネジメントのフローチャート（通所版）



※ 概ね3か月毎。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、1月以内の期間にも行う。

# 介護保険制度におけるリハビリテーション マネジメントのフローチャート（施設版）

