

障障発 0330 第 3 号
平成 24 年 3 月 30 日

都道府県
各 指定都市 障害福祉主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部障害福祉課長

「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」の一部改正について

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」（平成 21 年 3 月 31 日障障発第
0331003 号）の一部を別添のとおり改正し、平成 24 年 4 月 1 日から適用するこ
ととしたので、御了知の上、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、その取り扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

○ 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（平成21年3月31日障発第0331003号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）

（変更点は下線部）

改正前	改正後
<p style="text-align: right;">障発第0331003号 平成21年3月31日</p> <p>各都道府県障害保健福祉主管部（局）長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課長</p> <p>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</p> <p>リハビリテーションマネジメントは、障害者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにするため、障害福祉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、もって利用者の身体機能又は生活能力の向上や悪化の防止に資するものである。</p> <p>その促進を図るため、平成21年度より、リハビリテーションマネジメントを評価した「リハビリテーション加算」を創設すること</p>	<p style="text-align: right;">障発第0331003号 平成21年3月31日 <u>一部改正 障発0330第3号</u> <u>平成24年3月30日</u></p> <p>各都道府県障害保健福祉主管部（局）長 殿</p> <p style="text-align: center;">厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課長</p> <p>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</p> <p>リハビリテーションマネジメントは、障害者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにするため、障害福祉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、もって利用者の身体機能又は生活能力の向上や悪化の防止に資するものである。</p> <p>その促進を図るため、平成21年度より、リハビリテーションマネジメントを評価した「リハビリテーション加算」を創設すること</p>

としたところであり、その算定については、別途「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第523号）、「障害者自立支援法に基づく指定旧法指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第522号）及び「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の算定に関する基準等の制定に伴う留意事項について」（平成18年10月31日付け障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）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加算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、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加算の運用に当たって

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

としたところであり、その算定については、別途「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第523号）及び「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の算定に関する基準等の制定に伴う留意事項について」（平成18年10月31日付け障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）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加算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、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加算の運用に当たって

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、生活支援員等様々な専門職が協働し、また、利用者の家族等にも役割を担っていただいて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、日常生活上の必要な支援は、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、利用者やその家族等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。利用者やその家族等の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーションや生活不活発病(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

障害者支援施設等の入所施設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

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、生活支援員等様々な専門職が協働し、また、利用者の家族等にも役割を担っていただいて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、日常生活上の必要な支援は、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、利用者やその家族等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。利用者やその家族等の理解を深め、協働作業が十分になされるために、リハビリテーションや生活不活発病(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

障害者支援施設等の入所施設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、日中活動サービスにおけるリハビリテーションにあつては、居宅介護サービス等他の障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者等に対する情報提供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。全体のサービス利用計画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、生活支援員、栄養士、サービス管理責任者、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

リテーションを提供していくことが基本である。

また、日中活動サービスにおけるリハビリテーションにあつては、居宅介護サービス等他の障害福祉サービス事業所のサービス管理責任者等に対する情報提供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。全体のサービス等利用計画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、生活支援員、栄養士、サービス管理責任者、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、相談支援専門員等から各種サービスの利用に関わる情報等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、サービス管理責任者は、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等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支援を実施しながら、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サービス管理責任者に提出する。

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、相談支援専門員等から各種サービスの利用に関わる情報等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、サービス管理責任者は、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等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支援を実施しながら、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サービス管理責任者に提出する。

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等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、家族等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個別支援計画と協調し、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、個別支援計画と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。また、リハビリテーション実施計画を作成していれば、個別支援計画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 利用者又は家族等への説明と同意

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等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

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等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、家族等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個別支援計画と協調し、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、個別支援計画と協調し、両者間で整合性が保たれることが重要である。また、リハビリテーション実施計画を作成していれば、個別支援計画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 利用者又は家族等への説明と同意

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等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、家族等、看護職員、生活支援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。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。

サービス管理責任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、担当の相談支援事業者や障害福祉サービス事業所のサービス管理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相談支援事業者の相談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を、相談支援専門員等に対しては当該事業所におけるリ

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、家族等、看護職員、生活支援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。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。

サービス管理責任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、担当の特定相談支援事業者や障害福祉サービス事業所のサービス管理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特定相談支援事業者の相談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を、相談支援専門員等に対しては当該事業所におけ

ハビリテーションの実施状況等に関す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。

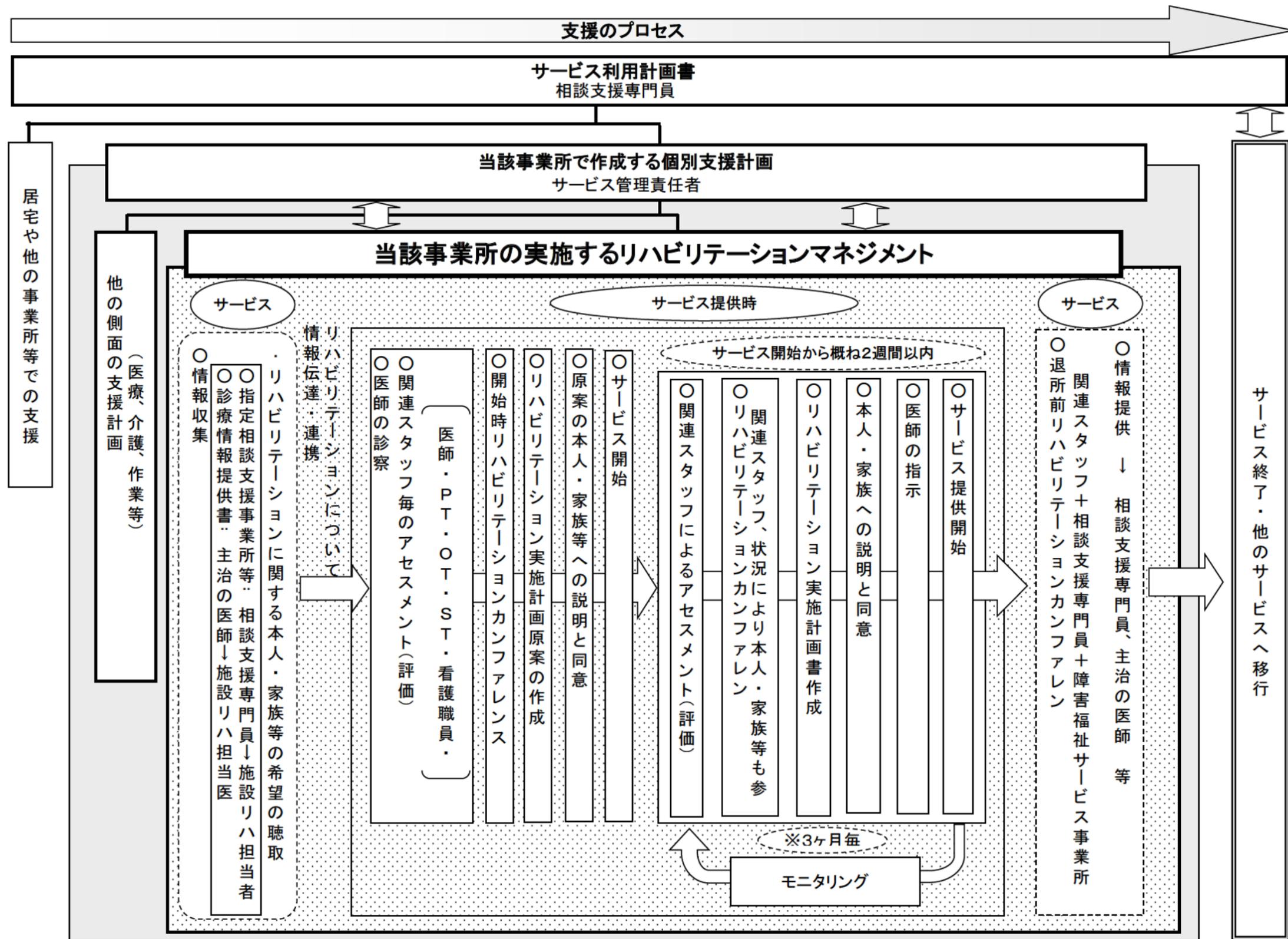
別紙 1、2

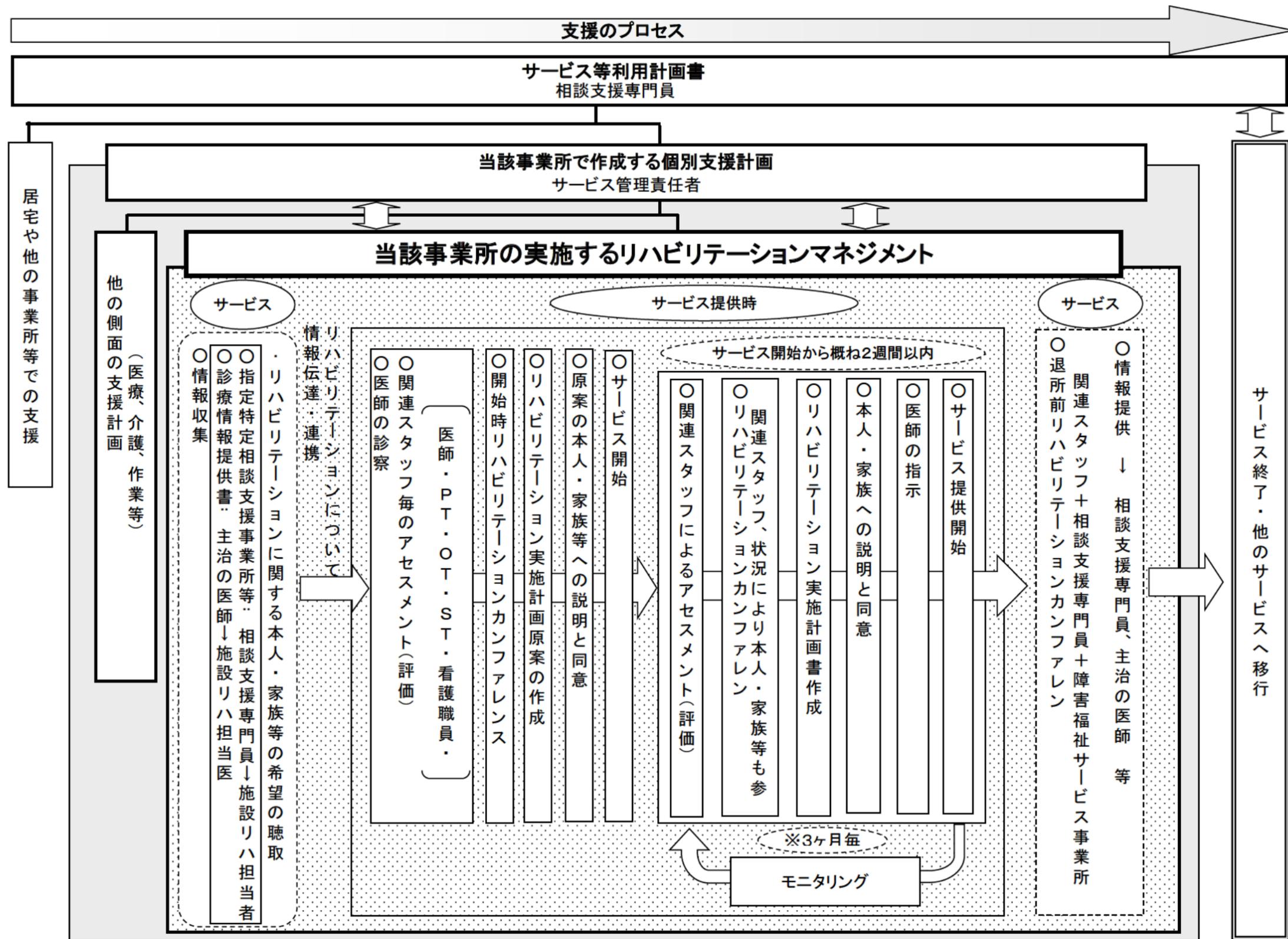
別紙 3、4

るリハビリテーションの実施状況等に関す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、2

別紙 3、4





紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

改正後別紙1(開始時)

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	家族歴
-----	-----

症状経過、検査結果及びリハビリテーション実施経過

現在の処方

日常生活活動(ADL)の状況(現在該当するものに○)

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

(その他、ADL、IADL、精神機能、感覚機能の状況等についてご記入ください。)

主たる障害： 身体障害 知的障害 精神障害

障害程度区分： 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
(有効期限： 年 月 日～ 年 月 日)

本人及び家族の意見・要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)留意事項等

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障害者施設、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。

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

改正前別紙1(終了時)

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

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	家族歴
-----	-----

症状経過、検査結果及びリハビリテーション実施経過
* 当事業所でのリハビリテーション開始年月日 年 月 日

現在の処方

日常生活活動(ADL)の状況(現在該当するものに◎、当事業所でのリハビリテーション開始時の状況には○)

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

(その他、ADL、IADLで改善の見られた事項について、改善の状況等についてご記入ください。)

主たる障害 : 身体障害 知的障害 精神障害

障害程度区分 : 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
又は
身体障害・知的障害程度区分 : 区分A 区分B 区分C
(有効期限 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

本人及び家族の意見・要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)・今後の生活での留意事項等

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障害者施設、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。

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

改正後別紙1(終了時)

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	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(歳)
住 所	職業	
電話番号		

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	家族歴
-----	-----

症状経過、検査結果及びリハビリテーション実施経過
* 当事業所でのリハビリテーション開始年月日 年 月 日

現在の処方

日常生活活動(ADL)の状況(現在該当するものに◎、当事業所でのリハビリテーション開始時の状況には○)

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

(その他、ADL、IADLで改善の見られた事項について、改善の状況等についてご記入ください。)

主たる障害 : 身体障害 知的障害 精神障害

障害程度区分 : 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
(有効期限 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

本人及び家族の意見・要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)・今後の生活での留意事項等

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障害者施設、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。

該当機関名

(依頼元機関)

--

(依頼先機関)

--

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	
障害程度 区分情報	障害程度区分: 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 身体障害・知的障害程度区分: 区分A 区分B 区分C (有効期限: 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	

該当機関名

(依頼元機関)

--

(依頼先機関)

--

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								
障害程度 区分情報	障害程度区分： 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 (有効期限： 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				

＜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	精神機能	知的・高次認知機能を含む精神全般の状況を把握してください
		気分・情動・思考・意欲における障害(幻覚妄想状態を含む)の有無を把握してください
		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
	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
		痛みや麻痺などその部位
	身体機能	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
		部位と運動制限の程度を把握してください
	身体構造	拘縮・変形・可動制限などとその部位
		部位、痛みのコントロールの程度も把握してください
	その他	自己刺激行為(飛び跳ねる、身体を揺らす等)の有無、行動障害の有無、こだわり行動の有無、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

	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 ・食事状況等について食事の摂り方、孤食を好む、早食い、盗食、反芻等、極端な好き嫌いの有無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

日常生活・社会活動	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
	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
	身の管理	整理整頓、金銭の管理に困難がないか把握してください
	健康の管理・安全の保持	通院・服薬の継続を含めた健康管理の状況、自傷・自殺企図を含めた危険行動の有無について把握してください
	生活のリズム	不眠、浅眠、睡眠リズムの乱れ、生活リズムの乱れがない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 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
	対人交流	ひきこもり状態にないか、集団行動において困難がないか把握してください
	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かどうか、把握してください
社会資源の利用	社会的手続き、公共施設の利用が適切にできる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実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日 別紙4

利用者氏名: 性別: 男・女 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・身体構造 □精神機能(知的・高次認知機能を含む精神全般): □感覚機能(痛みや麻痺などその部位): □身体機能(麻痺, 運動制限などその部位): □身体構造(拘縮, 変形, 可動域制限などその部位): 認知症に関する評価
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):		
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:		

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	見	一	全	行	支援内容・ 使用用具(車 椅子, 杖等)	目標の内容	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・支援職等が 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											
	家事											
	身の管理											
	健康の管理・ 安全の保持											
	生活リズム											
	コミュニケー ション											
	対人交流											
	外出											
	社会資源の利 用											

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	見	一	全	行	支援内容・ 使用用具(車 椅子, 杖等)	目標の内容	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)

