

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（草刈き、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 定期的に行っている 3 定期的に行っている。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や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。

へ 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

(1) 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。

(2) 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。

⑦ リハビリテーションの内容を選定する際には、役割の創出や達成体験、利用者が得意とすることをプログラムとして提供するなど自己効力感を高める働きかけに留意すること。

(3) 認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)の提供を終了した後も引き続き通所リハビリテーションの提供を継続することができるものであること。なお、この場合でも参加に向けた取組を促すこと。

5 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

(1) 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為向上リハビリテーションは、加齢等により生活機能のうち活動と参加が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの提供が必要であると判断した者に対し、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について、生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

(2) 生活行為向上リハビリテーションを実施する上での留意事項

① 生活行為向上リハビリテーションは、目標達成後に自宅での自主的な取組や介護予防・日常生活総合支援事業の事業、地域のカルチャー教室や集まりの場、通所介護など(以下「参加サービス」という。)に移行することを目指し、6月間を利用限度とした短期集中的なリハビリテーションである。

② 当該リハビリテーションは、個人の活動として行う排泄するための行為、入浴するための行為、調理するための行為、買い物をするための行為、趣味活動など具体的な生活行為の自立を目標に、心身機能、活動、参加に対し段階的に実施する6月間のリハビリテーション内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画書にあらかじめ定めた上で、実施するものである。

③ 生活行為向上リハビリテーションを実施する際には、6月間を超えて引き続き通所リハビリテーションの提供を受けた場合に減算があることを、通所リハビリテーション計画の作成時に、利用者又はその家族、介護支援専門員に十分に説明し、同意を得ること。

④ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書は、専門的な知識や経験のあるOT又は生活行為向上リハビリテーションに関する研修を受けたPT、STが立案、作成すること。

⑤ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書は、医師がおおむね月1回ごとに開催されるリハビリテーション会議でリハビリテーションの進捗状況を報告することが望ましく、評価に基づく利用者の能力の回復状況、適宜適切に達成の水準やプロ

グラムの内容について見直しを行い、目標が効果的に達成されるよう、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

- ⑥ 当該リハビリテーションは、利用者と家族のプログラムへの積極的な参加が重要であることから、生活行為向上リハビリテーション実施計画書の立案に当たっては、利用者及びその家族に生活行為がうまくできない要因、課題を解決するために必要なプログラム、家での自主訓練を含め分かりやすく説明を行い、利用者及びその家族にプログラムの選択を促すよう配慮し進め、生活行為向上リハビリテーションについて主体的に取り組む意欲を引き出すこと。
- ⑦ 目標の達成期限の1月以内には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画書及びそれに基づき提供したリハビリテーションの成果、他のサービスへの移行に向けた支援計画を、利用者又はその家族、構成員に説明すること。

(3) 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定に関して

① 生活行為のニーズの把握

興味・関心チェックシートを活用し、利用者がどのような生活行為をしてみたい、興味があると思っているのかを把握する。把握に当たっては、利用者の生活の意欲を高めるためにも、こういうことをしてみたいという生活行為の目標を認識できるよう働きかけることも重要であること。

② 生活行為に関する課題分析

イ 利用者がしてみたいと思う生活行為で、一連の行為のどの部分が支障となつてうまくできていないのかという要因をまず分析すること。例えば、トイレ行為であれば、畳に座っている姿勢、立ち上がり、トイレに行く、トイレの戸の開閉、下着の脱衣、便座に座る動作、排泄、後始末、下着の着衣、元の場所に戻る、畳に座る等の一連の行為を分析し、そのどこがうまくできていないのかを確認すること。

ロ うまくできていない行為の要因ごとに、利用者の基本的動作能力（心身機能）、応用的動作能力（活動）、社会適応能力（参加）のどの能力を高めることで生活行為の自立が図られるのかを検討すること。

基本的動作能力については、起居や歩行などの基本的動作を直接的に通所にて訓練を行い、併せて居宅での環境の中で一人でも安全に実行できるかを評価すること。

応用的動作能力については、生活行為そのものの技能を向上させる反復練習、新たな生活行為の技能の習得練習などを通して、通所で直接的に能力を高める他、住環境や生活で用いる調理器具などの生活道具、家具など生活環境について工夫するについて等も検討すること。通所で獲得した生活行為が居宅でも実行できるよう訪問し、具体的な実践を通して評価を行い、実際の生活の場面のできるようになるよう、支援すること。また、利用者が家庭での役割を獲得できるよう、家

族とよく相談し、調整すること。

社会適応能力については、通所の場面だけではなく、居宅に訪問し家庭環境（家の中での環境）への適応状況の評価、利用者が利用する店での買い物や銀行、公共交通機関の利用などの生活環境への適応練習、地域の行事や趣味の教室などへの参加をするための練習をするなど、利用者が1人で実施できるようになることを念頭に指導すること。

ハ 利用者だけではなく、必要に応じて利用者を取り巻く家族やサービス提供者に対しても、利用者の生活行為の能力について説明を行い、理解を得て、適切な支援が得られるよう配慮すること。

③ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書(別紙様式6)の記載

イ 利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なりハビリテーションの内容（以下「プログラム」という。）を選択し、おおむね6月間で実施する内容を心身機能、活動、参加のアプローチの段階ごとに記載すること。

ロ プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組む自主訓練の内容についても併せて記載すること。また、プログラムごとに、おおむねの実施時間、実施者及び実施場所について、記載すること。

ハ 支援の頻度は、リハビリテーションを開始してから3月間までの通所を主体とする通所訓練期はおおむね週2回以上、その後目標を達成する6月間の期限まで、終了後の生活を視野に入れ、訪問等を組み合わせて訓練をする社会適応期はおおむね週1回以上訓練を行うこと。

ニ プログラムの実施に当たっては、訪問で把握した生活行為や動作上の問題を事業所内外の設備を利用し練習する場合には、その内容をあらかじめ計画上に書き込むこと。

ホ 通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の実際の生活の場面で評価を行うのかもあらかじめ記載すること。

ヘ 終了後の利用者の生活をイメージし、引き続き生活機能が維持できるよう地域の通いの場などの社会資源の利用する練習などについてもあらかじめプログラムに組み込むこと。

④ 生活行為向上リハビリテーションの実施結果報告

計画実施期間の達成1ヵ月前には、リハビリテーション会議を開催し、生活行為向上リハビリテーション実施計画書に支援の結果を記入し、本人及び家族、構成員に支援の経過及び結果を報告すること。

また、リハビリテーション会議にサービスの提供終了後利用するサービス等の担当者にも参加を依頼し、サービスの提供終了後も継続して実施するとよいリハビリテーションについて申し送ることが望ましい。

⑤ その他

生活行為向上リハビリテーションを行うために必要な家事用設備、各種日常生活活動訓練用具などが備えられていることが望ましい。

6 社会参加支援加算について

(1) 社会参加支援加算の考え方

- ① 社会参加支援加算は、参加へのスムーズな移行ができるよう、利用者の計画を基に、リハビリテーションを提供し、その結果、利用者のADLとIADLが向上し、社会参加に資する他のサービス等に移行できるなど、質の高いリハビリテーションを提供しているリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するものであること。
- ② 社会参加に資する取組とは、通所リハビリテーション(通所リハビリテーションの場合にあつては、通所リハビリテーション間の移行は除く。)や通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うことであること。
- ③ 入院、介護保険施設への入所、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、訪問リハビリテーションは社会参加に資する取組としては想定していないこと。

(2) 社会参加支援加算について

社会参加支援加算は、指定訪問リハビリテーションサービス事業所又は指定通所リハビリテーション事業所(以下「リハビリテーション事業所」という。)について、効果的なサービスの提供を評価する観点から、評価対象期間(各年1月1日から12月31日までの期間をいう。)において、利用者の社会参加に資する取組等への移行割合が一定以上となった場合等に、当該評価対象期間の翌年度における訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの提供につき加算を行うものである。

① 算定方法

イ 以下の両方の条件を満たしていること。

a 社会参加等への移行状況

社会参加に資する取組等を実施した者

————— > 5% であること。

評価対象期間中にサービスの提供を終了した者

b リハビリテーションの利用状況

12月

————— $\geq 25\%$ であること。

平均利用延月数

$$\text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用者延月数}}{\text{評価対象期間の(新規利用者数+新規終了者数)} \div 2}$$

ロ 社会参加の継続の有無の評価

評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション事業所の従業者（PT、OT、ST等を含む。）が、リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問し、別紙様式2のリハビリテーション計画書（アセスメント）の項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADLが維持又は改善していることを確認すること。ADLとIADLが維持又は改善していることをもって、3月以上継続する見込みであることとすること。

また、日程調整又は利用者が転居するなど、居宅に訪問しADLとIADLの状況を確認することができなかつた場合は、担当介護支援専門員から居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加に資する取組の実施を確認するとともに、電話等の手段を用いて、ADLとIADLの情報を確認すること。

ハ リハビリテーション計画書のアセスメント項目の記入方法

- a 別紙様式2のリハビリテーション計画書（アセスメント）の項目については、利用者の健康状況、心身機能、参加状況を計画書に記録すること。
- b 活動の状況については、各アセスメント項目を評価すること。
- c 社会参加支援評価の項目の訪問日、訪問できなかつた場合は居宅サービス計画を入手した場合は、該当箇所にチェックし、訪問できなかつた理由を記載すること。
- d サービス等の利用状況を確認すること。該当箇所にチェックを入れること。
- e 現在の生活状況について、簡単に記載すること。
- f 訪問し、状況を確認した結果、状態の悪化又はその恐れがある場合や参加が維持されていなかつた場合は、利用者及び家族に適切な助言を行うとともに速やかに医師又は介護支援専門員に情報を提供し、その対応を検討することが望ましいこと。

(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

<p>■居宅サービス計画の総合的援助の方針</p>	<p>■居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題</p>
---------------------------	------------------------------

<p>■利用者の希望</p>	<p>■医師の指示</p>
<p>■ご家族の希望</p>	

<p>■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</p> <p>病名: <input type="text"/> 発症日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日 直近の入院日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日 直近の退院日: <input type="text"/>年 <input type="text"/>月 <input type="text"/>日</p> <p>経過</p>	<p>■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)</p> <p>■廃用症候群: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>
<p>■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)</p>	

■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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	失語症 構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の高次能機 能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)					
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						

※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

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	<input type="checkbox"/>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	
住環境	<input type="checkbox"/>	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	
地域への社会参加等	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	
サービス	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

(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
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()			いつ頃
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 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									

<input type="checkbox"/> 訪問介護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> 訪問看護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族() () <input type="checkbox"/> サービス担当者() () <input type="checkbox"/> サービス担当者() ()			
次回の開催予定と 検討事項				