

#### 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行えるようになっただけどうかを評価、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、及び何をや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、失敗をしないよう取り組めるよう、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、利用者が見えたい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。)に移行することを旨とし、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他するための行為、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られた上で、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、評価に基づき利用者の能力の回復状況、適宜適切に達成の水準やプロ

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み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つ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、興味があるかと思っているかを把握する。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に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

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、量に座っている姿勢、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、量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。

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訓練を行い、併せて居室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室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、実際の生活の場面で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、居室に訪問し家庭環境(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

利用者が、してみたいと思う生活行為に関して、最も効果的なリ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。

プログラムについては、専門職が支援することの他、本人が取り組み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。

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間はおおむね週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させて訓練をする社会適応期はおおむね1回以上訓練を行うこと。

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。

通所で獲得した生活行為については、いつ頃を目安に、利用者の居室を訪問し、当該利用者の実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。

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カ月前には、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

$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\%$  であること。

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

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った場合は、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、訪問できなかっ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、訪問できなかっ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った場合は、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
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見( )	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <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( )	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) CM・CW・家族・その他( )	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . ) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> (日付: . . . )	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 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( . . . ~ . . . )	社会適応訓練期( . . . ~ . . . )	
	【通所頻度】	回/週	【通所頻度】
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】

岡事指第1366号  
平成27年10月30日

岡山市医師会会員 各位

岡山市保健福祉局  
事業者指導課長

介護保険制度における薬局薬剤師の居宅療養管理指導に係る医師の指示等について

平素より、本市介護保険行政と在宅医療の推進につきまして、多大なるご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この度、薬局薬剤師が実施する（介護予防）居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）に係る医師の指示等について、下記のとおりお知らせしますのでよろしくお願い致します。

記

1. 薬局の薬剤師が行う居宅療養管理指導に係る医師の指示について

薬局薬剤師の行う居宅療養管理指導は、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、通院困難な要介護者又は要支援者の居宅を訪問して、薬学的管理指導を行うもので、提供した居宅療養管理指導の内容は、薬剤師が、記録を作成した上で、医師又は歯科医師に報告を行い、ケアマネジャーに情報提供を行うこととされています。

つきましては、薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行う必要がある場合は、薬局薬剤師に対しての指示をお願いします。

指示を行う方法としては、別途指示書を出す方式のほか、処方箋の備考欄に指示を記載する方式等がありますが、いずれの場合にも、利用者の心身の状況に適切に対応したサービス提供を行う必要があることから、無期限の指示はありえません。

このうち、処方箋で指示を行う場合、その服薬期間中が指示期間と考えられますが、指示を行う際の記載内容として、「何をおこなうか」が客観的に、明確に判断できるものが望ましいものです。

一例として、「薬剤師居宅療養管理指導指示」のような記載が考えられますが、処方箋への記載であることから、「薬剤師」の文言を省略して「居宅療養管理指導指示」としたり、「指示」の文言を省略して「薬剤師居宅療養管理指導」としたもの、「薬剤師」と「指示」、どちらも省略して、「居宅療養管理指導」としたものであっても、指示を行う意図

は理解できるものと考えます。

なお、薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師が関与する事項として、居宅療養管理指導の指示を行うことのほか、

- 処方医は、薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」の策定に際して、情報提供を行い、又は、相談に応じる。
- 薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する（介護保険部分の区別を行うことで、医療保険の診療録への記載も可能）。

等が国の通知内に示されています。

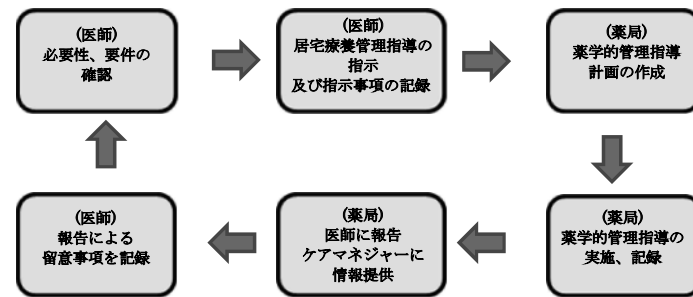
2. 居宅療養管理指導の提供可能な薬局について

健康保険法の規定により、薬局は、健康保険法上の指定を受けて保険薬局となった時点で、そのすべてが介護保険法上の居宅療養管理指導の事業所となります（みなし指定）。ただし、その後に指定の辞退や事業廃止の届出を行った薬局は、居宅療養管理指導のサービス提供ができなくなります。

介護保険上の指定状況については、事業者指導課に照会することで確認できます。

今後とも、適切な指示を通じた居宅療養管理指導の適切な提供について、ご理解とご協力をよろしくお願い致します。

（参考） 医師の視点での、薬局薬剤師の行う居宅療養管理指導の流れ



（担 当）岡山市保健福祉局事業者指導課  
訪問通所事業者係 笠井  
電話 (086)-212-1013  
FAX (086)221-3010



岡事指第1366号  
平成27年10月30日

岡山市内医師会連合会 理事長 様

岡山市保健福祉局  
事業者指導課長

介護保険制度における薬局薬剤師の居宅療養管理指導に係る医師の指示等について

平素より、本市介護保険行政と在宅医療の推進につきまして、多大なるご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この度、薬局薬剤師が実施する（介護予防）居宅療養管理指導（以下「居宅療養管理指導」という。）に係る医師の指示等について、下記のとおりお知らせしますのでよろしくお願い致します。

記

1. 薬局の薬剤師が行う居宅療養管理指導に係る医師の指示について

薬局薬剤師の行う居宅療養管理指導は、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、通院困難な要介護者又は要支援者の居宅を訪問して、薬学的管理指導を行うもので、提供した居宅療養管理指導の内容は、薬剤師が、記録を作成した上で、医師又は歯科医師に報告を行い、ケアマネジャーに情報提供を行うこととされています。

つきましては、薬局の薬剤師が居宅療養管理指導を行う必要がある場合は、薬局薬剤師に対しての指示をお願いします。

指示を行う方法としては、別途指示書を出す方式のほか、処方箋の備考欄に指示を記載する方式等がありますが、いずれの場合にも、利用者の心身の状況に適切に対応したサービス提供を行う必要があることから、無期限の指示はありえません。

このうち、処方箋で指示を行う場合、その服薬期間中が指示期間と考えられますが、指示を行う際の記載内容として、「何をおこなうか」が客観的に、明確に判断できるものが望ましいものです。

一例として、「薬剤師居宅療養管理指導指示」のような記載が考えられますが、処方箋への記載であることから、「薬剤師」の文言を省略して「居宅療養管理指導指示」としたり、「指示」の文言を省略して「薬剤師居宅療養管理指導」としたもの、「薬剤師」と「指示」、どちらも省略して、「居宅療養管理指導」としたものであっても、指示を行う意図

は理解できるものと考えます。

なお、薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師が関与する事項として、居宅療養管理指導の指示を行うことのほか、

- 処方医は、薬局薬剤師の策定する「薬学的管理指導計画」の策定に際して、情報提供を行い、又は、相談に応じる。
- 薬剤師への指示事項及び実施後の薬剤師からの報告による留意事項を記載する（介護保険部分の区別を行うことで、医療保険の診療録への記載も可能）。

等が国の通知内に示されています。

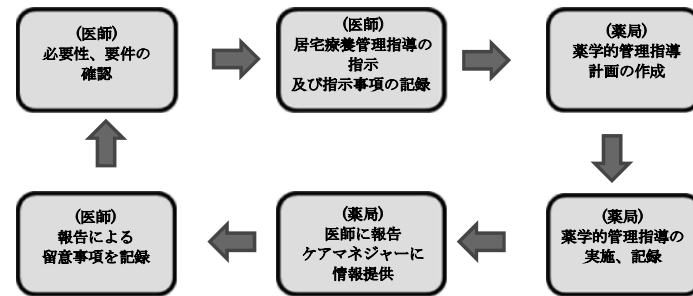
2. 居宅療養管理指導の提供可能な薬局について

健康保険法の規定により、薬局は、健康保険法上の指定を受けて保険薬局となった時点で、そのすべてが介護保険法上の居宅療養管理指導の事業所となります（みなし指定）。ただし、その後に指定の辞退や事業廃止の届出を行った薬局は、居宅療養管理指導のサービス提供ができなくなります。

介護保険上の指定状況については、事業者指導課に照会することで確認できます。

今後とも、適切な指示を通じた居宅療養管理指導の適切な提供について、ご理解とご協力をよろしくお願い致します。

（参考） 医師の視点での、薬局薬剤師の行う居宅療養管理指導の流れ



（担 当）岡山市保健福祉局事業者指導課  
訪問通所事業者係 笠井  
電話 (086)-212-1013  
FAX (086)221-3010