

# 27年介護報酬改定にあたりリハビリ 関連の加算やリハ職との連携について

通所リハビリテーションとリハビリテーションマネジメントを中心に

水野記念病院 通所リハビリテーション  
理学療法士 矢澤 安佳  
(介護支援専門員)

1

## 水野記念病院

創立 1966年  
224床(急性期、回復期、介護療養)  
218床 介護老人保健施設  
90床 水野記念リハビリテーション病院  
(H28年2月開院予定)

通所リハビリテーション「元気」  
「オバマ」  
「きすな」

リハビリテーション科44名(PT35名、OT5名、ST4名)

2

## 「リハビリテーション」とは

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、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る。

3

## 介護保険上のリハビリテーション定義

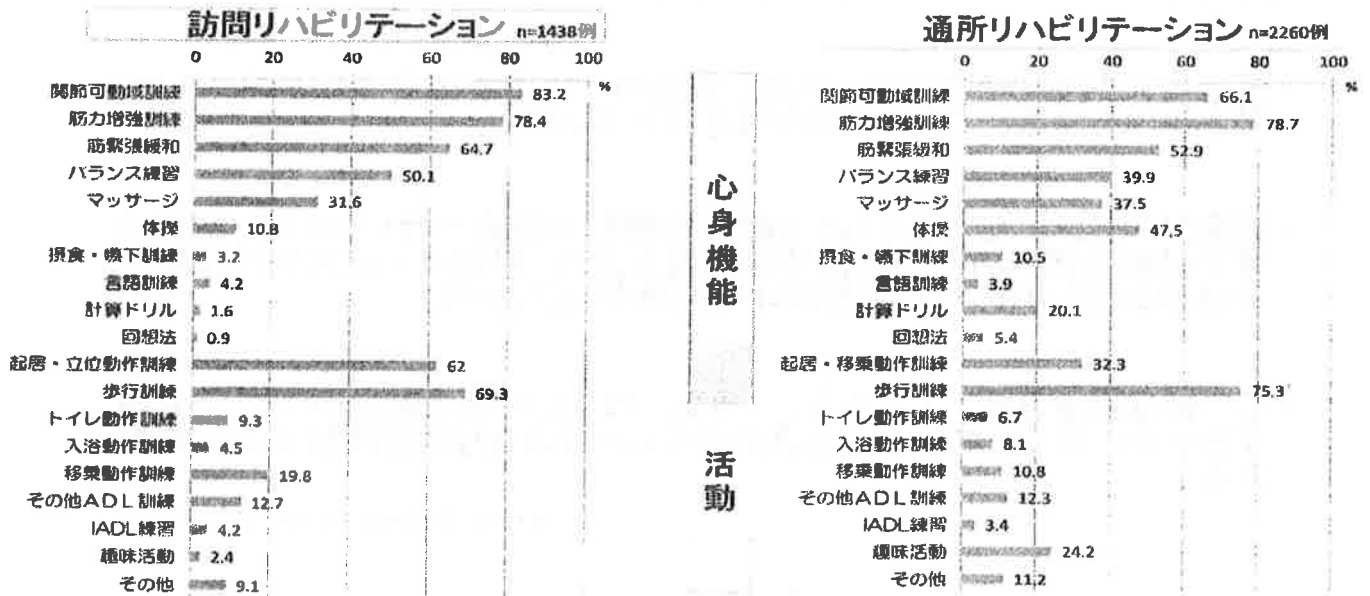
### ・第110条

要介護状態となった場合においても、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能回復を図る

4

# 訪問リハと通所リハでのプログラム実施内容

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る



5

## 通所リハビリテーションと通所介護の比較

		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	49.6ヶ月	48.0ヶ月
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ(個別機能訓練)時間	16.6分	22.4分

6

# 居宅サービスにおけるリハビリテーション

- 高齢者に対する心身機能、活動、参加のそれぞれの要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリが徹底できていない。
- 居宅サービスにおけるリハビリ機能の役割や位置づけについて、通所介護や訪問介護との役割分担や連携等も含め、居宅サービス全体の機能や連携の在り方の中で再整理する必要があるのでは
- この様な現状を踏まえながら、バランスのとれた効果的なリハビリを推進するためには、地域における高齢者リハビリの在り方を検討する必要がある

第106回介護給付費分科会資料より抜粋

7

## 27年度介護報酬改定の概要

- 1 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化
  - 1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応  
24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回、随時対応型サービス等
  - 2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進  
心身機能、活動、参加の要素にバランスよく、効果的なサービス提供
  - 3) 看取り期における対応の充実
  - 4) 口腔、栄養管理に係る取り組みの充実
- 2 介護人材確保対策の推進
- 3 サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

8

## 7. 通所リハビリテーション（1）基本報酬の見直しと個別リハビリテーション実施加算の包括化 26

### 概要

- ・ 長期間継続して実施される個別リハビリテーションの評価の一部は、基本報酬へ包括化し、基本報酬を見直す。

### 点数の新旧

〈基本報酬の見直しと個別リハビリテーション実施加算の包括化〉

個別リハビリテーション実施加算  
80単位/回



- ・ 包括化した基本報酬の設定
- ・ 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

【例】 通常規模型通所リハビリテーション費（所要時間6時間以上8時間未満の場合）

要介護1	677単位/日	→	726単位/日
要介護2	829単位/日		875単位/日
要介護3	979単位/日		1022単位/日
要介護4	1132単位/日		1173単位/日
要介護5	1283単位/日		1321単位/日

9

## 7. 通所リハビリテーション（2） リハビリテーションマネジメントの強化

### 概要

- ・ 適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

### 点数の新旧

・ リハビリテーションマネジメント加算  
230単位/月

・ 訪問指導等加算  
550単位/回  
(1月1回を限度)



- ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）  
230単位/月
- ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（新設）  
開始月から6月以内 1020単位/月  
開始月から6月超 700単位/月
- ・ 訪問指導等加算はリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）へ統合する

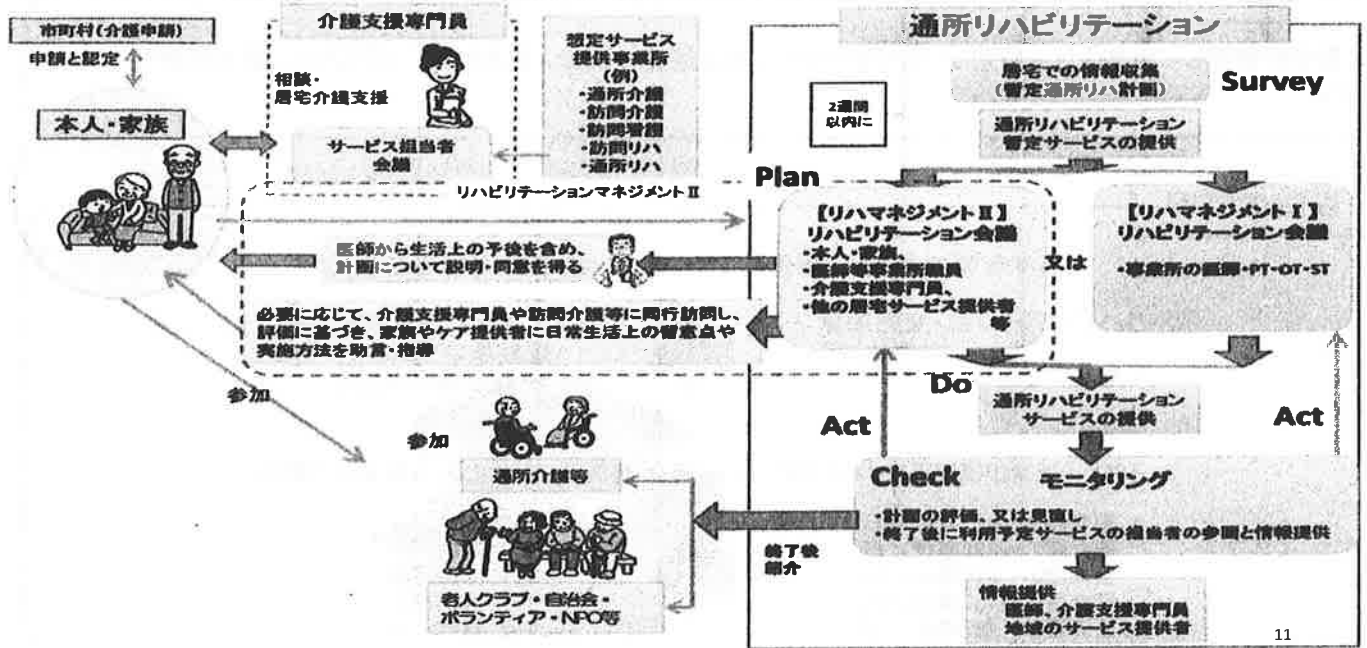
### 算定要件

- ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定要件は、現行のリハビリテーションマネジメント加算と同様。
- ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件は、
  - ① リハビリテーション会議を開催し、目標やリハビリテーションの内容を、通所リハビリテーション事業所の職員の他、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、その他関係者と共有すること。
  - ② 通所リハビリテーション計画は、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
  - ③ 開始月から6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、通所リハビリテーション計画を見直していること。
  - ④ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対し、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すること。
  - ⑤ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、家族若しくは指定訪問介護等の指定居宅サービスの従業者に対し、利用者の居宅で、介護の工夫及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。
  - ⑥ ①から⑤のプロセスについて記録すること。

10 27

#### 4. 通所リハビリテーション（2）＜参考＞リハビリテーションマネジメントの強化

- ・リハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。



#### 7. 通所リハビリテーション（3）短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算の見直し

##### 概要

- ・退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的とした、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合し、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直す。

##### 点数の新旧

退院(所)日又は認定日から起算して  
1月以内 120単位/日  
退院(所)日又は認定日から起算して  
1月超3月以内 60単位/日

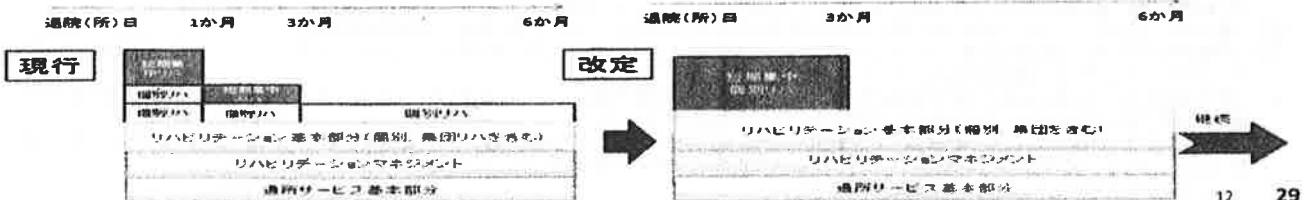


退院(所)日又は認定日から起算して  
3月以内 110単位/日

##### 算定要件

- ・1週につきおおむね2日以上、1日あたり40分以上の個別にリハビリテーションを実施すること。

##### 【イメージ】



## 7. 通所リハビリテーション (4) 認知症短期集中リハビリテーションの充実

30

### 概要

- ・ 認知症高齢者は、個別のリハビリテーションよりも状況が理解されやすい集団活動や何をするのかイメージできる活動の方が参加しやすいため、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加する。

### 点数の新旧

認知症短期集中リハビリテーション実施加算  
240単位/日



認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)  
240単位/日  
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II) (新設)  
1920単位/月

### 算定要件

- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)の算定要件は、現行の加算と同様。
- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)は次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
  - ① 月に4回以上リハビリテーションを実施すること。
  - ② リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成すること。

【イメージ】



13

## 7. 通所リハビリテーション (5) 活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系 (生活行為向上リハビリテーション)の導入

### 概要

- ・ ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

### 点数の新旧

(新設)

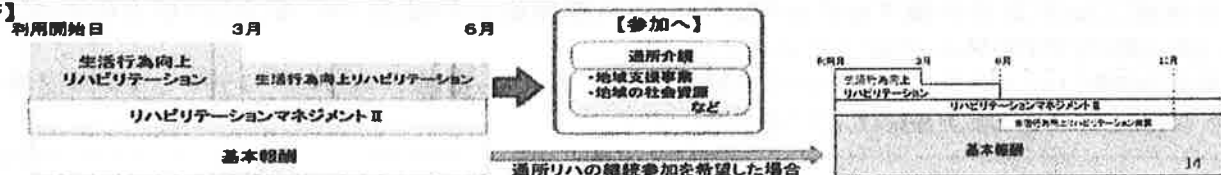
開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合 2000単位/月  
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 1000単位/月

ただし、当該加算を算定後に通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する

### 算定要件

- ・ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置すること。
- ・ 目標及びリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された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。
- ・ 当該リハビリテーションの終了前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告すること。

【イメージ】



31

## 7. 通所リハビリテーション (6) 社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価 32

### 概要

- ・ 通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組\*に移行できるなど、質の高い通所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。  
\*社会参加に資する取組とは、指定通所介護などへ移行すること。

### 点数の新旧

(なし)



(新設)  
社会参加支援加算 12単位/日

### 算定要件

- ・ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

#### ① 社会参加への移行状況

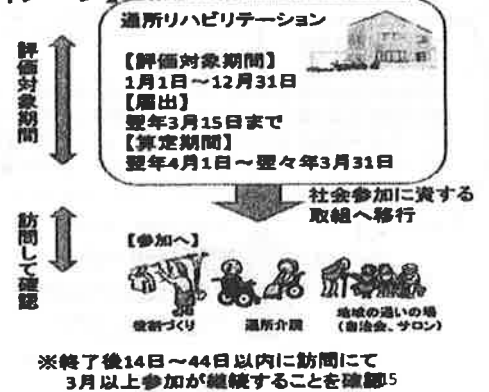
$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}^{\text{※1}}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}^{\text{※2}}} > 5\% \text{ であること。}$$

#### ② 通所リハビリテーションの利用の回転

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

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

### 【イメージ】



## 7. 通所リハビリテーション (7) 重度者対応機能の評価

### 概要

- ・ 重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを継続するため、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している事業所について、加算として評価する。

### 点数の新旧

(なし)



(新設)  
中重度者ケア体制加算 20単位/日

### 算定要件

- ・ 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- ・ 前年度又は算定日が属する月の前3月間の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- ・ 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該指定リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上配置していること。



## 7. 通所リハビリテーション (8) 重度療養管理加算の拡大

36

### 概要

- ・ 重度療養管理加算については、要件を見直し、加算の対象者を拡大する。

### 点数の新旧

100単位/日



変更なし

### 算定要件

- ・ 現行の算定要件のうち、対象者を要介護3まで拡大する。

17

## 7. 通所リハビリテーション (9) 送迎時における居宅内介助等の評価

### 概要

- ・ 送迎時に実施した居宅内介助等(電気の点灯・消灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等)については、通所リハビリテーションの所要時間に含めることとする。

### 点数の新旧

基本報酬に係る算定要件の変更

### 算定要件

- ・ 居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施するものとし、通所リハビリテーションの所要時間に含めることができる時間は30分以内とする。
- ・ 居宅内介助等を行う者は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員等とする。

18 37

## 7. 通所リハビリテーション (10) 延長加算の見直し

38

### 概要

- ・通所リハビリテーションの延長加算は、介護者の更なる負担軽減や、仕事と介護の両立の観点から、更に延長加算の対象範囲を拡大する。

### 点数の新旧

8～9時間	50単位/日	➔	(新設)	8～9時間	50単位/日
9～10時間	100単位/日		(新設)	9～10時間	100単位/日
			(新設)	10～11時間	150単位/日
			(新設)	11～12時間	200単位/日
			(新設)	12～13時間	250単位/日
				13～14時間	300単位/日

### 算定要件

- ・加算の対象となる延長時間の上限を、現行の10時間から14時間まで拡大する。

19

## 7. 通所リハビリテーション (11) 送迎が実施されない場合の見直し

### 概要

- ・送迎を実施していない場合(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、減算の対象とする。

### 点数の新旧

(なし)



(新設)  
事業所が送迎を実施していない場合  
片道につき -47単位/回

### 算定要件

- ・事業所が送迎を実施しない場合、通所リハビリテーション計画上送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、減算する。

20

## その他の加算

### ・口腔機能向上加算 150単位(月2回まで)

口腔機能が低下している又は、そのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は、摂食、嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施。

#### 要件

言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を配置

口腔機能改善管理指導計画の作成

### ・理学療法士等体制強化加算 30単位/日

1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションにおける、理学療法士等を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所。

21

## 7. 通所リハビリテーション (12) 通所リハビリテーションの基本方針及び通所リハビリテーション計画の作成の見直し

40

### 概要

- ・活動と参加に向けたリハビリテーションが提供できるよう基本方針を見直す。また、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合に運営の効率化を図る。

### 基本方針

- ・指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

#### (具体的な対応)

- ・指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合には、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。
  - ① あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。
  - ② 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。

### 通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーション計画の作成

- ・通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションを同一事業者が提供する場合、共通のリハビリテーション計画、利用者及び家族の同意、サービス実施状況の診療記録への記載等を一体的に実施できるようにする。

#### (具体的な対応)

- ・指定通所リハビリテーション事業者と指定訪問リハビリテーション事業者が指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、共通の目標及びリハビリテーション提供内容について整合性のとれた計画を作成した場合については、一体的計画の作成ができることとした。
- ・通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従い、リハビリテーションを実施した場合には、診療記録を一括して管理しても差し支えないものであること。

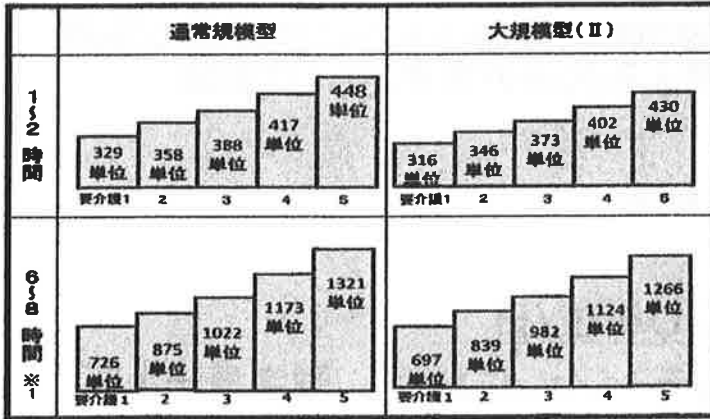
22

# 7. 通所リハビリテーション【報酬のイメージ（1回あたり）】

※ 加算・減算は主なものを記載

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算

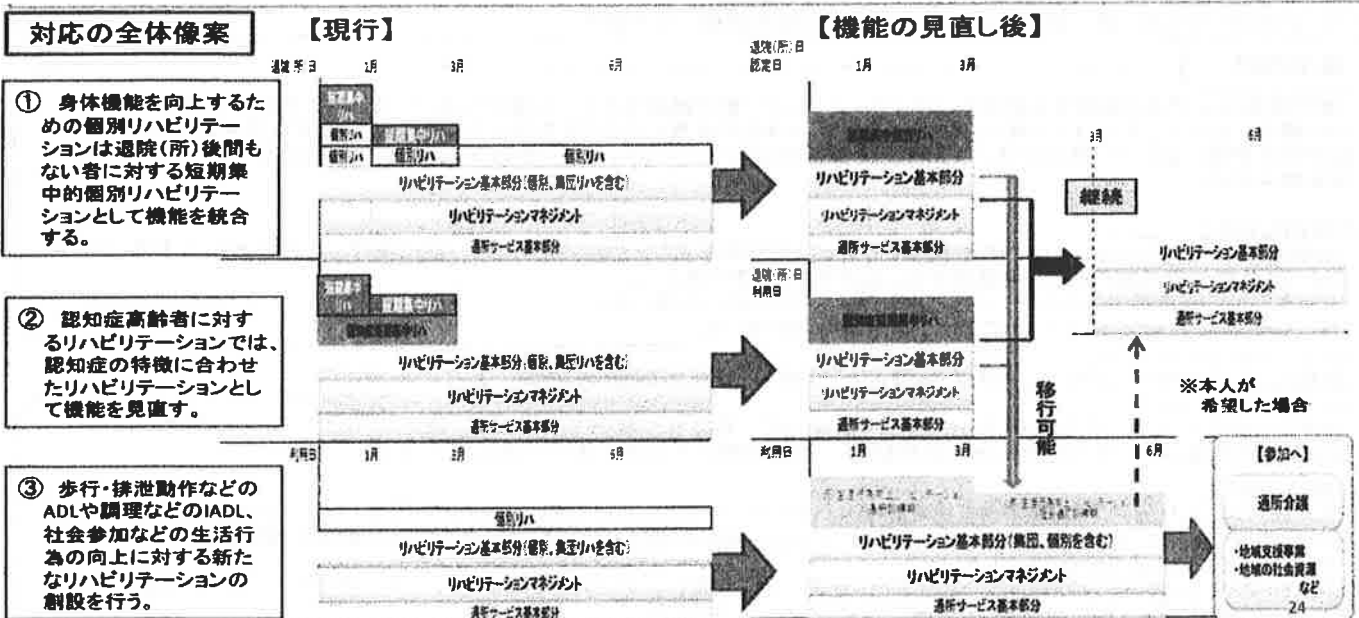


※1:その他、2~3時間、3~4時間、4~6時間のサービス提供時間がある。

リハビリテーションの質の管理 (Ⅰ) (220単位/月)、(Ⅱ) (1020単位/月、700単位/月)	社会参加を維持するための地域のサービス等への移行支援 (12単位)
短期集中的な個別リハビリテーションの実施 (110単位)	嗜好吸引・ス टीम、講師、買入れ等の臨時的な管理 (要介護3以上 100単位)
生活行為を行う能力の向上に資するリハビリテーションの実施 (2000単位/月、1000単位/月)	重度要介護者の積極的な受入 (20単位)
認知症に対するリハビリテーションの実施 (Ⅰ) (240単位)、(Ⅱ) (1020単位/月)	介護職員処遇改善加算 ・加算Ⅰ:3.4% ・加算Ⅱ:1.0% ・加算Ⅲ:加算Ⅱ×0.9 ・加算Ⅳ:加算Ⅱ×0.8
介護福祉士や常勤職員等一定割合以上を配置(サービス提供体制強化加算) ・介護福祉士5割以上:18単位 ・介護福祉士4割以上:12単位 ・3年以上の勤続者3割以上:5単位	
生活行為を行う能力の向上に資するリハビリテーションの終了後に係る減算 (15%減算)	通所リハビリ事業所への送迎をしない場合 (片道につき 47単位)

は今回の報酬改定で見直しのある項目

## リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実



## 17. 介護予防

### 改定事項と概要

#### (1) 介護予防通所リハビリテーション及び介護予防通所介護の基本報酬の見直し

○ 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションについては、通所介護と異なり、いわゆる「レスパイト機能」を有していないことから、長時間の利用は想定されない。このため、通常規模型通所介護及び通常規模型通所リハビリテーションの基本報酬の評価と整合を図り、以下のとおり基本報酬を見直す。

#### 点数の新旧（介護予防通所介護）

要支援1	2,115単位/月	➡	1,647単位/月
要支援2	4,236単位/月		3,377単位/月

#### 点数の新旧（介護予防通所リハビリテーション）

要支援1	2,433単位/月	➡	1,812単位/月
要支援2	4,870単位/月		3,715単位/月

#### 算定要件

- ・ 現行どおり

25

## その他の加算

### ・ (介護予防) 運動器機能向上加算 225単位

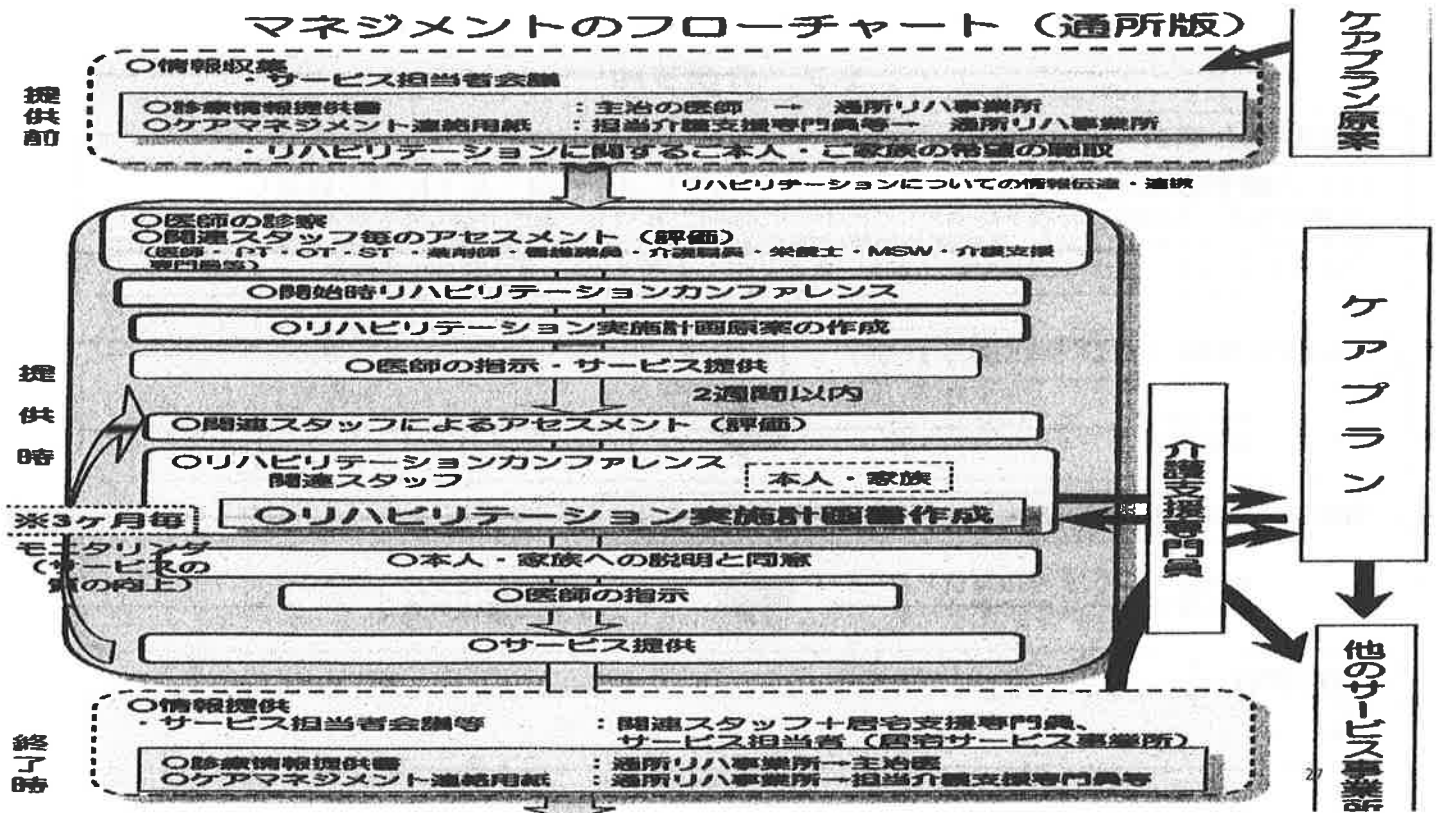
利用者の運動器の機能向上を目的とした、個別的なリハビリテーションを実施。

概ね3か月程度で達成可能な目標(長期目標)及び長期目標を達成するための概ね1ヶ月程度で達成可能な目標(短期目標)を設定すること。

短期目標に応じて、1ヶ月毎に短期目標の達成度と運動器の機能の状況についてモニタリングを行うこと。

運動器機能向上計画を作成

26

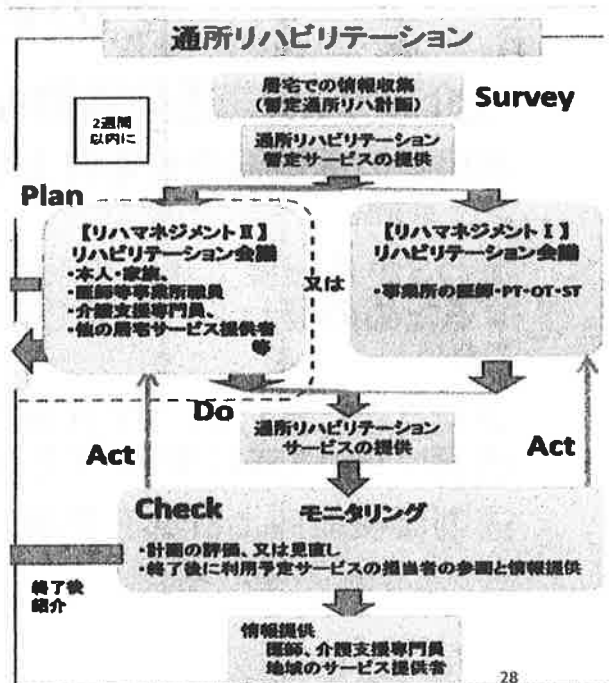


## リハビリテーションマネジメントについて

調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のサイクル

SPDCAの構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランスよ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。

- \* 利用者全員に実施
- \* 事業所における多職種体制を鑑み  
マネジメントの加算の種類を選択
- \* リハビリマネジメントⅡを算定した場合、  
リハビリマネジメントⅠを算定することはできない。 → OKになりました。



## リハビリマネジメント I の算定について

### ・サービス開始時における情報収集

医師より、これまでの医療提供状況、介護支援専門員より、支援の総合方針、課題及び目標について入手。興味関心シートを活用して、利用者が希望する活動や参加の内容を把握する

### ・サービス開始時におけるアセスメント

収集した情報を踏まえ、医師、リハ職はリハに関する課題を把握する。

### ・リハビリテーション計画書の作成

医師、リハ職、関連スタッフが参加するリハビリ会議を開催し、目標、実施期間、具体的な内容、加算の有無、リハの提供時間、頻度等を検討する。なお、居宅サービス計画の変更を生じる場合は、介護支援専門員に速やかに情報提供を行う。

医師、リハ職はリハビリ計画書について、担当介護支援専門員に情報提供を行うこと。

29

## リハビリマネジメント I の算定について

### ・リハビリテーション計画書の利用者及び家族への説明

医師、リハ職は、利用者又はその家族に説明を行い、同意を得ること。

### ・リハビリテーションの実施

医師の指示を受けたリハ職は、リハビリ計画に従い、理学療法、作業療法、言語療法などのリハビリを行う。

リハ職は、介護支援専門員を通じて、訪問介護その他サービス事業者に対し、利用者の活動や参加に向けた希望、日常生活能力を維持向上させる介護方法や留意点等の情報を伝達するなど、連携を図ること。

・通所リハビリを新規で開始した日から1月以内に居宅を訪問し、運動機能検査、作業能力検査等を行う。

30

## リハビリマネジメントⅠの算定について

### ・モニタリングの実施

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見直しを行う。

\* 退院後間もない場合で、在宅生活に不安がある場合、または、利用者の状態変化等の理由でリハビリ計画書の見直しが必要になった場合、適宜当該計画を見直す。

\* 目標の達成状況やADLの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、リハビリ計画の変更の必要性を判断すること。

\* 見直された計画書は3月ごとに担当介護支援専門員に情報提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼する。

\* リハビリ計画に変更が生じた場合、利用者、家族に説明、同意を得る

31

## リハビリマネジメントⅡの算定について

リハビリマネジメントⅡを算定する場合、Ⅰの要件に加えて以下に留意

### ・リハビリテーション計画の作成

リハビリ会議の開催に関して、利用者、家族の参加を基本とし、構成員による多職種協働により、開催する。

リハビリ会議では、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、リハビリ内容、構成員間の連携を協議。

リハビリ会議の記録は、出席者の氏名、所属を記載。リハビリの方針、内容、各サービス間の協働の内容について検討結果を記載。作成した会議録は、居宅支援専門員をはじめ、居宅サービス担当者と共有を図る。

リハビリ会議は、家族が遠方に住んでいる等のやむを得ず参加できない場合はその理由を記載。

リハビリ会議では、利用者の必要に応じて、短期集中個別リハ、生活行為向上リハ等を実施することについても検討する。

32



## リハビリマネジメントⅡの算定について

### ・利用者又は家族への説明

医師は、利用者又は家族に対し、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、目的等をリハビリ会議で説明し、同意を得ること。また、医師がやむを得ない理由でリハビリ会議を欠席の場合、リハビリ会議以外の機会を通して、利用者又は家族に説明し同意を得る。

### ・リハビリテーションの実施

介護支援専門員に対し、支援方法や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。

利用者又は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。

利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護方法及び留意点。

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

33

## リハビリマネジメントⅡの算定について

### ・リハビリテーションの実施

リハ職は、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及び介護の工夫等の情報について助言指導を行う。

または、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及び介護の工夫等の情報について助言指導を行う。

利用者の状態の悪化等の理由から通所リハビリのサービスの利用がない月においても、リハ職が利用者の居宅を訪問し、利用者や家族、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生活上の留意点について助言を行った場合は算定できる。

34

# リハビリマネジメントⅡの算定について

## ・モニタリングの実施

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、リハビリ会議の開催を通して、進捗状況を確認し見直し。

\* 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、利用者の認知症の状態に対し、支援内容、回数が妥当か確認し、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う。

\* 生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、計画書の進捗の評価や回復程度など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う。

35

## 報酬改定に関するQ&A

### ・リハビリテーションマネジメント加算

Q: 加算Ⅱの算定要件にリハビリ計画について、医師が説明し同意を得ることとあるが、当該説明は電話等による説明でもよいのか。

答: 原則、面接により説明することが望ましいが、遠方等やむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。

ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

Q: 加算Ⅱの算定要件にリハ職が利用者宅を訪問し、サービス事業者又は家族に対し指導、助言することとあるが、訪問頻度はどの程度か。

答: 利用者の状態に応じて、通所リハビリ計画に基づき適時適切に実施すること。

36

# 報酬改定に関するQ&A

## ・リハビリテーションマネジメント加算

Q:一事業所が、利用者によってリハビリマネジメント加算Ⅰ又はⅡを取得することは可能か

答:利用者の状態に応じて、リハビリマネジメントⅠ又はⅡを取得することは可能

## ・短期集中個別リハビリテーション加算

Q:1月に算定できる上限回数はあるか

答:上限回数は設定していない。

37

# リハビリテーション計画の作成について

## (リハビリテーションマネジメントⅡの場合)

### ・リハビリテーション会議の開催

・利用者、家族の参加を基本として、多職種協働により、リハ会議を開催

・リハ会議では、アセスメント結果などの情報を共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリ内容、構成員間の連携を協議

・リハ会議の記録は、出席者の所属、職種、氏名を記載。次いで、リハ方針、リハ内容、各サービス間の協働内容について記載。会議録は、介護支援専門員をはじめ、居宅サービスの担当者と共有。

・リハ会議に、家庭内暴力等により利用者、家族の参加が望ましくない場合、また、家族が遠方等で参加できない場合はその理由を記載。

構成員が参加できなかった場合、その理由を記載し、写しの提供等で情報の共有を図る

38

通所・訪問リハビリテーション計画書（アセスメント）

□ 訪問 □ 通所 作成日： 年 月 日

氏名： 姓 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 #NUM! 歳 介護度：

居宅サービス計画の総合的強弱の方針 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

ご利用者の希望 ご家族の希望

居宅状況(介護・支援を要する原因となる疾患) 総合的状況(高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等)  
 原疾患名・発症日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日  
 病名: 経過: 服用薬検討 □ 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	心身機能					
	状況	退院への影響	状況	退院への影響	状況	退院への影響
余暇活動(内容および頻度)	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	高次認知機能障害	<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	失語症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
社会・地域活動(内容および頻度)	情緒機能	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	統合失調症	<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	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
通所リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組	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	見当惑障害	<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	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
				排泄障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

ADL評価表(「身体」(「食事」)から取り上げ各項目の完成度を評価する。)

アセスメント項目	現状	現状の可達性	評価項目	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本動作	歩行		歩行		歩行 歩行速度
ADL	食事		食事		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	入浴		入浴		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	排泄		排泄		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	移動		移動		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	洗濯		洗濯		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	掃除		掃除		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	買い物		買い物		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	電話		電話		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	交通手段の利用		交通手段の利用		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	服薬		服薬		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	仕事		仕事		10:自立 9:部分介助 8:全介助
	ADL合計	0			

※ADLは「している」状態について記載する。ADLも同様。

目標設定事項

目標設定と参加に留意すべき及ぼす課題の要因分析

目標の利用サービス

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

社会参加支援計画

□ 訪問日( 年 月 日 ) □ 居宅サービス計画(訪問しない場合) □ 通所リハ(週 回) □ 市町村事業(週 回)

□ サービス専利用あり □ 地域活動への参加 □ 車庫で整備あり

※ 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 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 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・通所経度( ) 利用時間( ) 送迎なし

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
通合計時間						41

サービス提供中の具体的対応 察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( )			

※下記の図の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援していきます。  
 【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ときは利用者の同意を得るよう留意すること

# ICFの活用

## 1980年 国際障害分類

ICIDH

International Classification Impairment Disability Handicap

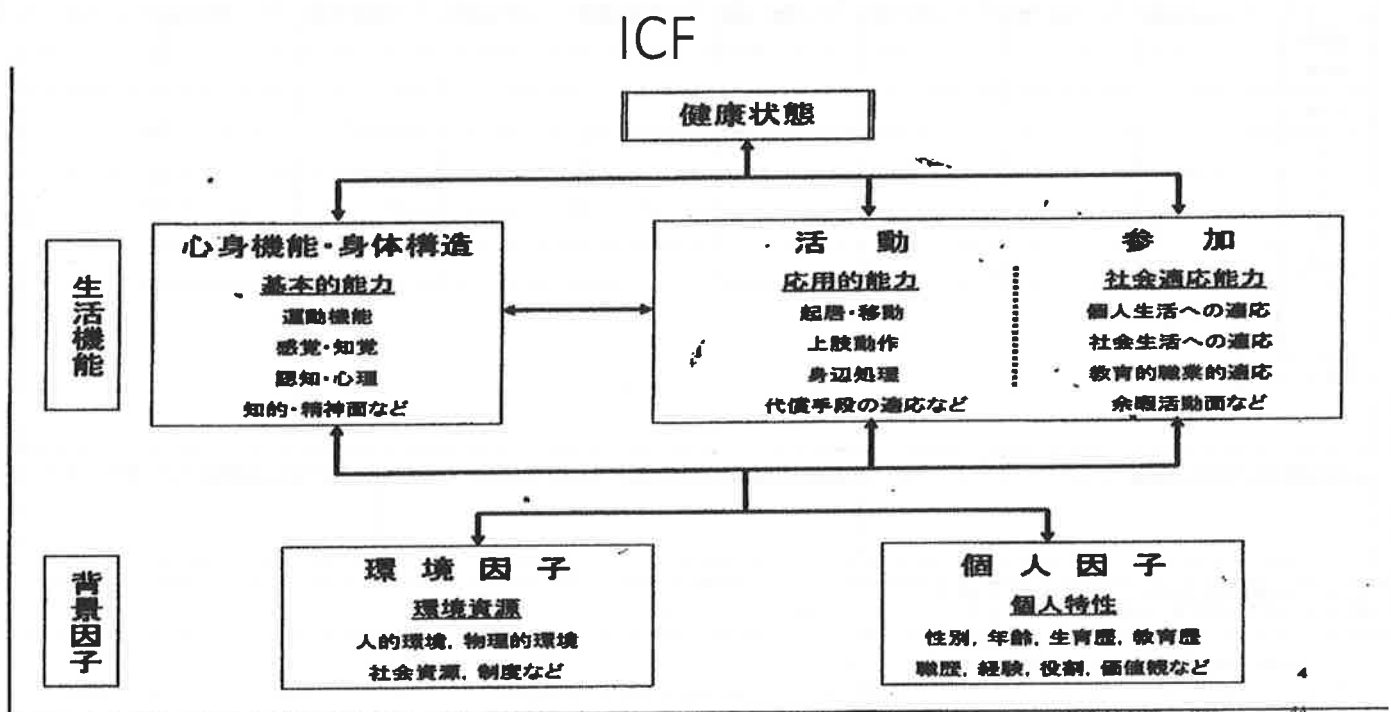
## 2001年 国際生活機能分類

ICF

International Classification of Functioning Disability and Health

2001年、WHO総会において採択。人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等で構成されており、約1500項目に分類されている。

43



44

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 #NUM! 歳 介護度：

■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 □医師の指示  
 □ご家族の希望

■健康状態 (介護・支援を要する原因となる疾患)  
 原疾患名・発症日 病名： 直近の入院日： 直近の退院日： 年 月 日  
 経過： **健康状態**  
 ■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)  
 ■実用虚構界 □あり □なし  
 ■リハビリテーションを実施する際のリスク管理(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) 家内での役割の内容

余暇活動(内容および頻度) **参加**

社会・地域活動(内容および頻度)

通所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

項目	状況	あり	なし	あり	なし	あり	なし
運動機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感覚機能障害 (聴覚・視覚等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情緒機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失調症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情動障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
見当障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
記憶障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**心身機能・構造**

■ADL(日常生活動作)は「身体」が「家事」から「外出」に行ける範囲の動作を指す。

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本動作					
立位維持					
歩行					
ADL合計	0				

**活動**

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
食事の用意					
食事の片付け					
洗濯					
掃除や整理					
力仕事					
買い物					
外出					
旅行等					
交通手段の利用					
銀行					
福祉サービス					
車や車の手入れ					
読書					
仕事					
IADL合計	0				

**環境因子**

項目	あり	なし
家族・介護者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自覚認知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ADLは「している」状態について記載する。IADLも同様。

■特記事項

■評価と参加に影響を及ぼす課題の質的評価

■評価の利用サービス □ 通所介護(通) □ 訪問介護(通) □ 訪問看護(通) □ 訪問介護・通所リハ(通) □ その他( )

■社会参加支援評価 □ 訪問日( ) □ サービス等利用あり □ 通所介護(通) □ 通所リハ(通) □ 居宅サービス計画(訪問しない理由) □ 通所リハ(通) □ 市町村事業(通) □ 地域活動への参加 □ 家庭で役割あり □ 家庭で役割あり

■現在の生活状況

# リハビリテーション計画書の記載要領

7) 表裏1における各種情報の様式

様式A ニーズ把握用(簡)

## ・興味・関心チェックシート

利用者が生活上実際にしていること、してみたいこと、興味があると思っていることに関して、聞き取りあるいは記入により作成

生活行為	すでにしている	してみたい	興味がある	生活行為	すでにしている	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				沐浴			
自分で食べる				音楽・舞子			
歯磨きをする				絵を書く・絵手紙			
着だしひもを解く				パソコン・ワープロ			
好きなとぎに寝る				写真			
掃除・整理整頓				絵画・習字・演習書			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や車の手入れ・世話				音楽を聴く・楽譜演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・将軍・ゲーム等			
自転車・車の運転				休養・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・多球・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・園芸			
友達とおしゃべり・遊び				野球・相撲等観戦			
宴会・雑談との関わり				織物・縫製・縫製・パッチ			
デート・異性との交流				編み物			
長距離に行く				針仕事			
ボランティア				煙草			
新聞を読む				両金を得る仕事			
(夜泊泊・老人クラブ)				旅行・温泉			
お祭り・祭りに参加				その他( )			
その他( )				その他( )			
その他( )				その他( )			47

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

## ・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

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、当該箇所に居宅サービス計画から転記

## ・利用者、家族の希望

通所・訪問リハビリテーション計画書(アセスメント)  訪問  通所 作成日: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ 体重: \_\_\_\_\_ 介護度: \_\_\_\_\_

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		居宅サービスの指示	
居宅サービスの希望			



## リハビリテーション計画書(アセスメント)

- 健康状態  
原疾患、発症日、経過を記載
- 医学的管理(リスク管理等)  
リハビリテーションを実施する際の医学的管理の状況

■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患)		
原疾患名・発症日 病名:	直近の入院日: 年 月 日	直近の退院日: 年 月 日
経過:		
■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)		

49

## リハビリテーション計画書(アセスメント)

- 参加  
過去と現在の参加の状況を聞き取る。  
また、その取り組みを今後継続する意向があるかどうか確認する。

■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)
通所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

50

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

## ・心身機能

機能障害の有無を確認  
機能障害があった場合、  
活動への影響の有無を  
確認する。  
項目がない障害の場合、  
特記事項に記載する。  
(筋緊張異常、失調等)

心身機能					
	状況		活動への影響		
	あり	なし	あり	なし	
運動機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高次機能障害
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
感覚機能障害 (聴覚,視覚等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	失語症 構音障害
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
関節拘縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	精神行動障害 (BPSD)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	見当識障害
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	記憶障害
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	栄養障害
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

51

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

## ・活動

### ①基本動作

居宅を想定し、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、

移動能力を評価。

### ○6分間歩行

6分間でどの程度の距離を歩けるか

400m以下、外出に制限。200m以下生活範囲が極めて狭い。

### ○TUG

椅子座位から歩き、3m先で方向転換し着座までの所要時間を計測

12秒以上で転倒リスクが高まる

評価項目(※評価項目は、「現状」と「改善の目標値」から取り上げる評価の優先順位を)					
アセスメント項目	現状	改善の 可能性	目標 達成性	リスク	【評価の内容の記述方法】
基本動作	起き上がり				3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助 9: 記録していない
	立位保持				
	床からの立ち上がり				
移動能力(TUG等)					※ 時間を記録
他	服薬管理				3: 自立 8: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
	HDS-R				※ 点数を記録
ADL	食事				10: 自立 8: 部分介助 0: 全介助
	椅子とベッド間の移動				10: 自立 10: 補助具の介助 5: 部分介助 0: 全介助
	散歩				5: 自立 0: 部分・全介助
	トイレ動作				10: 自立 8: 部分介助 0: 全介助
	入浴				9: 自立 0: 全介助
	平地歩行				10: 自立 10: 補助具 5: 車椅子 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 8: 部分介助 0: 全介助
	排便コントロール				10: 自立 8: 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				0	

※ADLは「している」状態について記録する。IADLも同様。

52

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

- HDS-R(長谷川式簡易知能評価スケール)  
30点満点、20点以下で認知症可能性高い
- ADL(バーサルインデックス)

食事、椅子ベット間の移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロールの10項目の自立、部分介助、全介助を評価

評価項目(家庭看護単位は、「現状」「改善の可能性」「困難性」から取り上げられる)の「実」単位					
アセスメント項目	現状	改善の可能性	困難性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
基本動作	起き上がり				3:自立 2:見守り 1:一部介助 0:全介助 9:経過していない
	立位保持				
	家からの立ち上がり				
他	移動能力(TUG等)				※ 時間を記録
	服薬管理				3:自立 2:見守り 1:一部介助 0:全介助
A D L	HDS-R				※ 点数を記録
	食事				10:自立 9:部分介助 0:全介助
	椅子とベッド間の移乗				15:自立 10:後傾の介助 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:自立 0:全介助
	平地歩行				15:自立 10:補助具 5:車椅子 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	0				55

※ADL法(「している」状態)について記載する。IADLも同様。

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

- IADL (FAI)

食事の用意(買い物含まない)、食事の片付け、洗濯、掃除や整頓(箒や掃除機使用)、力仕事(布団の上げ下げ、雑巾で床を拭く等)、買物、外出(映画、食事、会合等)、屋外歩行(散歩等15分以上歩く)、趣味(テレビは含まない)、交通手段の利用(タクシー含む)、旅行、庭仕事(ベランダ作業含む)、家や車の手入れ、読書(新聞、週刊誌含めない)、仕事(収入のあるもの、ボランティアは含まない)

評価項目(家庭看護単位は、「現状」「改善の可能性」「困難性」から取り上げられる)の「実」単位						
アセスメント項目	現状	改善の可能性	困難性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】	
I A D L	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:毎週等
	家や車の手入れ					0:していない 1:電球取替等 2:ペン先磨き等 3:修繕・塗装
読書				0:していない 1:まれに 2:月1回程度 3:月2回程度		
仕事				0:していない 1:週1-2時間 2:週10-24時間 3:週30時間以上		
IADL合計	0				54	

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

## ・環境因子

家族、介護者、福祉用具、住環境  
 自宅周辺の環境、地域資源の有無、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記載

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"/>	
地域の社会資源	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	
サービス	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

# リハビリテーション計画書(アセスメント)

## ・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記載

### ・他の利用サービス

連携が必要なサービスを把握するため、サービスと利用頻度を記入

### 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)

## リハビリテーション計画書

- アセスメントで優先順位をつけた目標を、その順位に沿って記入し目標達成までの期間を記載。

具体的支援内容は、リハビリテーション会議を通して検討し、利用者が合意した提供内容について記入

\* 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、あらかじめ目的、内容、場所についても記載する。

■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
<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( )			

## リハビリテーション計画書

- サービス提供中の具体的対応  
具体的な提供内容、実施方法を利用者、看護職、介護職、リハビリ職に分け、タイムスケジュールに沿って記載する。  
また、必要なケアとその方法についても記載

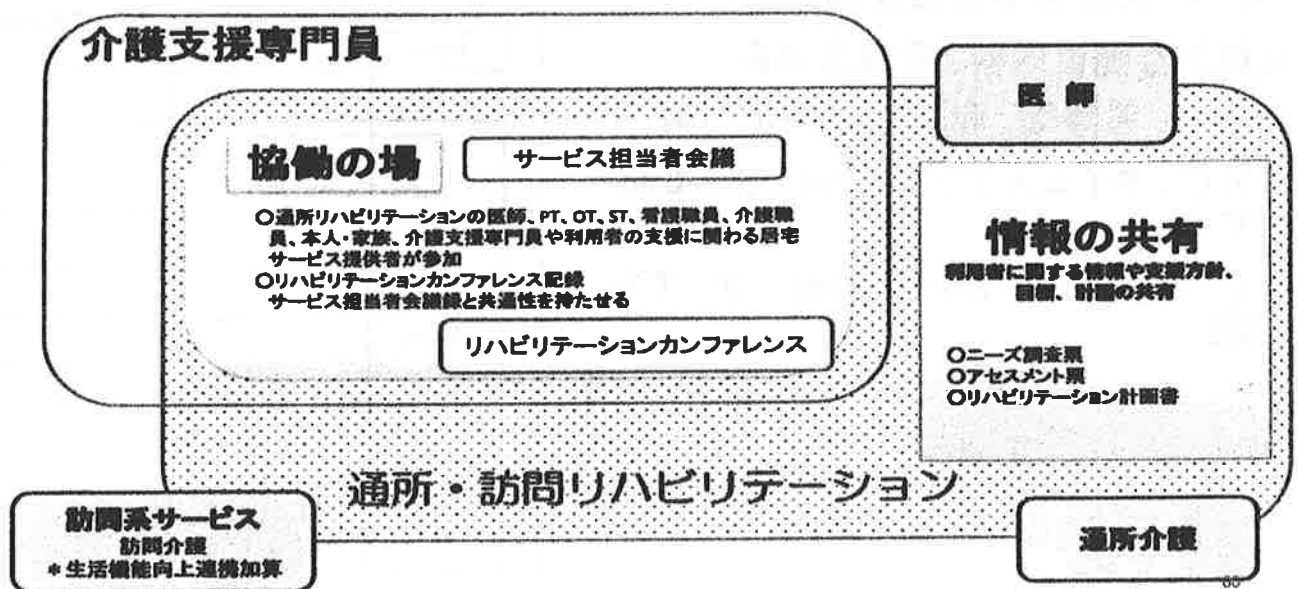
■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用		
( )	( )	( )
	開始～1時間	1時間～2時間
利用者		
看護職		
介護職		
PT		
OT		
ST		
その他 ( )		
必要なケアと その方法		

# 在宅支援の時間・空間・人からみた違い

	通所リハビリ	訪問リハビリ	短期入所
関わる時間	短時間～長時間 (日中)	1時間程度	1日中
関わる空間	居宅 車内(移動中) 通所施設内	居宅 居宅周囲	入所施設
関わる人	通所スタッフ 他の利用者	リハビリ担当者 家族	入所スタッフ 家族や友人

59

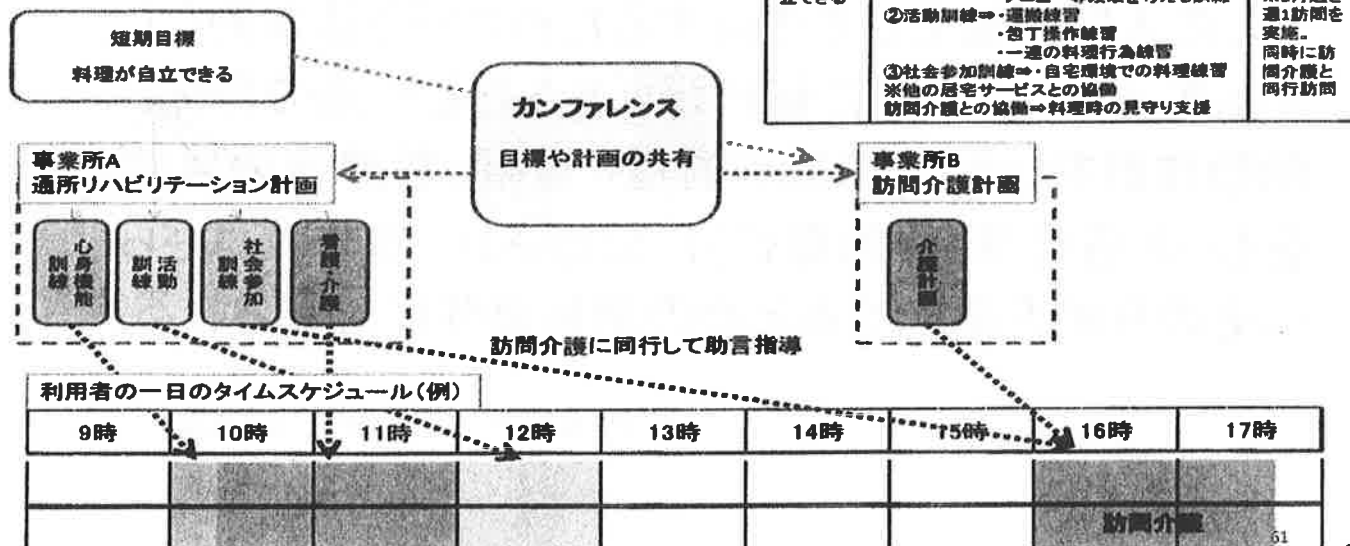
## 居宅サービスにおける多職種協働の推進 (リハビリテーション会議の活用)



60

# 居宅サービス事業所間の協働の在り方

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



## 報酬改定に関するQ&A

### ・リハビリテーション会議

Q: サービス担当者会議に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。

答: サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、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状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

Q: リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか

答: 照会は不要だが、欠席した担当者には、情報の共有を図ることが必要

## 日常生活活動(ADL)とは

1人の人間が独立して生活するために行う基本的なしかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体的動作群をいう。この動作群は、食事、排泄等の目的をもった各作業(目的動作)に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される。

日本リハビリテーション医学会 ADL定義

63

## 生活関連活動

- ADLの範囲は、家庭における身のまわりの動作を意味(self care)
- 広義のADLとして考えられる応用動作は、生活関連動作として、洗濯、家事、買物等が挙げられる。

ADL(self care)は、身体諸活動に直接に関係

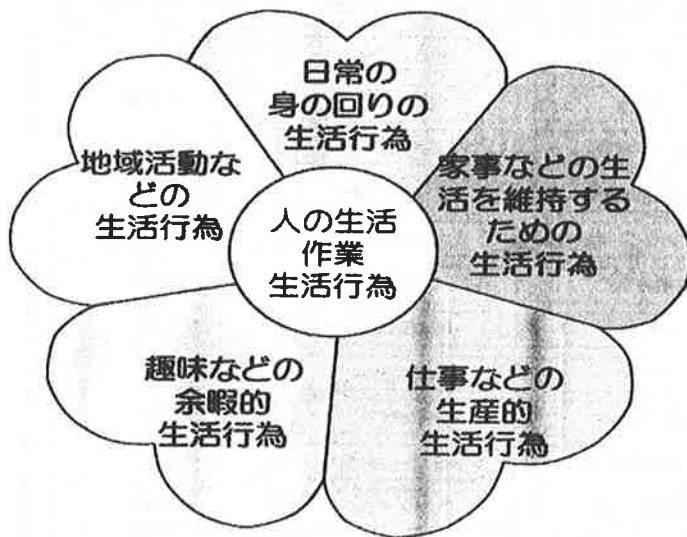
生活関連活動は、社会的諸活動に関係。

社会参加するために必要で、QOLを高めるにも重要

64



## 生活行為の連続



365日24時間、朝起きてから寝るまで、一人ひとりが日常でおこなっている生活行為の内容もその実施順番も異なり個性的に営まれる。

65

## 生活行為向上リハビリテーションについて

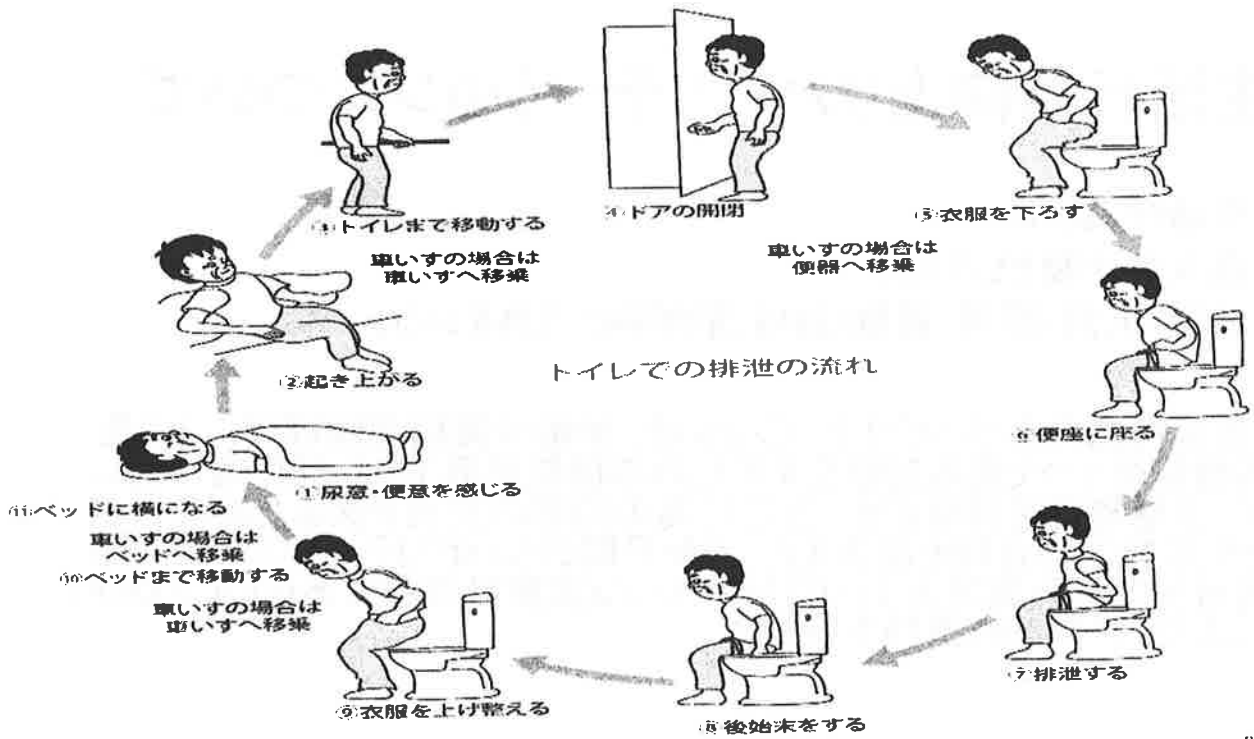
- 生活行為とは  
個人の活動として行う  
排泄・入浴・調理・買物・趣味活動等の行為をいう。
- 生活行為向上リハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、生活機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と生活行為の目標を踏まえた、6か月間のリハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画書にあらかじめ定め、計画的に実施するもの

66

# 入浴行為の作業工程分析

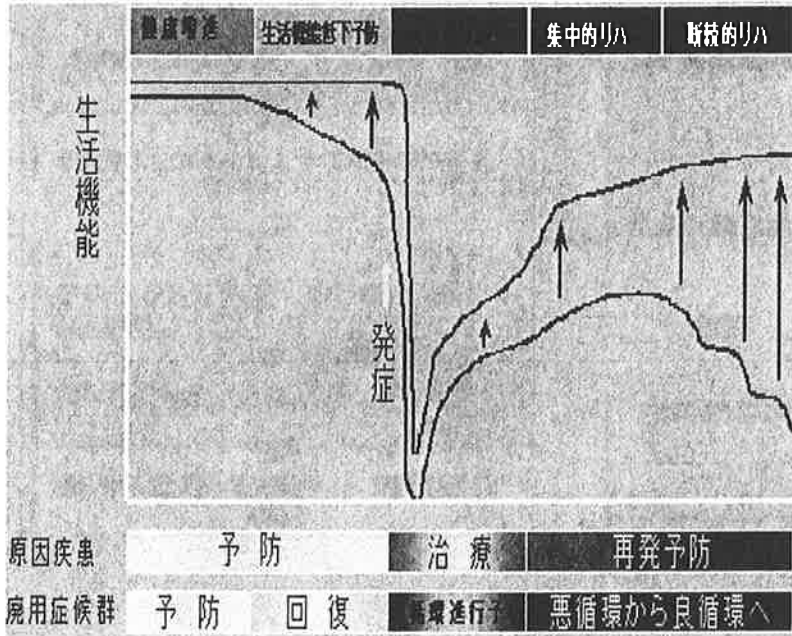
準備 (IADL)	お湯張り	排水栓・浴槽蓋操作	湯加減確認	窓を閉める
	着替えの用意	衣類・タオルの選択	取り出し	運搬
	道具の準備	排水栓・浴槽蓋操作	石鹸・シャンプー用意	椅子・マット準備
本行為 狭義の 入浴	脱衣	上衣・下衣	肌着・下着	靴下
	移動	立上り	方向転換	歩行・移動
	ドア開閉	ドアノブ操作	ドア操作	移動
	シャワー・かけ湯	水栓器具操作	シャワーヘッド操作	風呂桶操作
	洗身・洗髪	石鹸・シャンプー取出し	タオル操作など	シャワー・桶操作
	入浴	浴槽を跨ぐ	しゃがむ	体調管理
	退浴	立ち上る	浴槽を跨ぐ	方向転換など
	移動	立上り	方向転換	歩行
	ドア開閉	ドアノブ操作	ドア操作	移動
	乾燥・清拭・整髪	タオルを絞る・拭く	ドライヤー操作	整髪
	着衣	肌着・下着	上衣・下衣	その他
後始末 清掃 更衣・整容	浴槽・浴室清掃	排水栓操作	浴槽掃除	窓開閉

67



00

# 生活機能低下の状態像

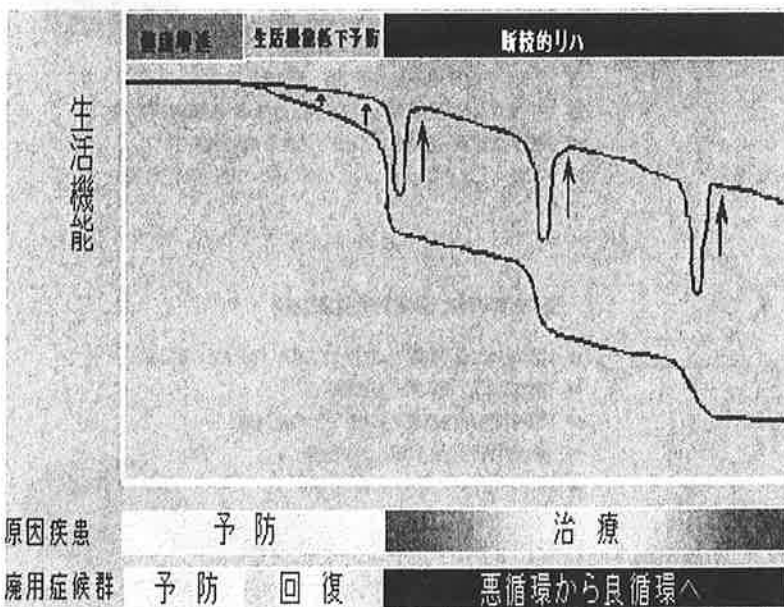


## ・脳卒中モデル

集中的なりハビリ後、在宅生活を続けると生活機能の低下が想定される。退院後の閉じこもりや障害の悪化などで、徐々に生活機能の低下がおこる。

通所施設の利用や訪問リハビリなどのプランニングにより、活動的な生活づくりが必要

# 生活機能低下の状態像

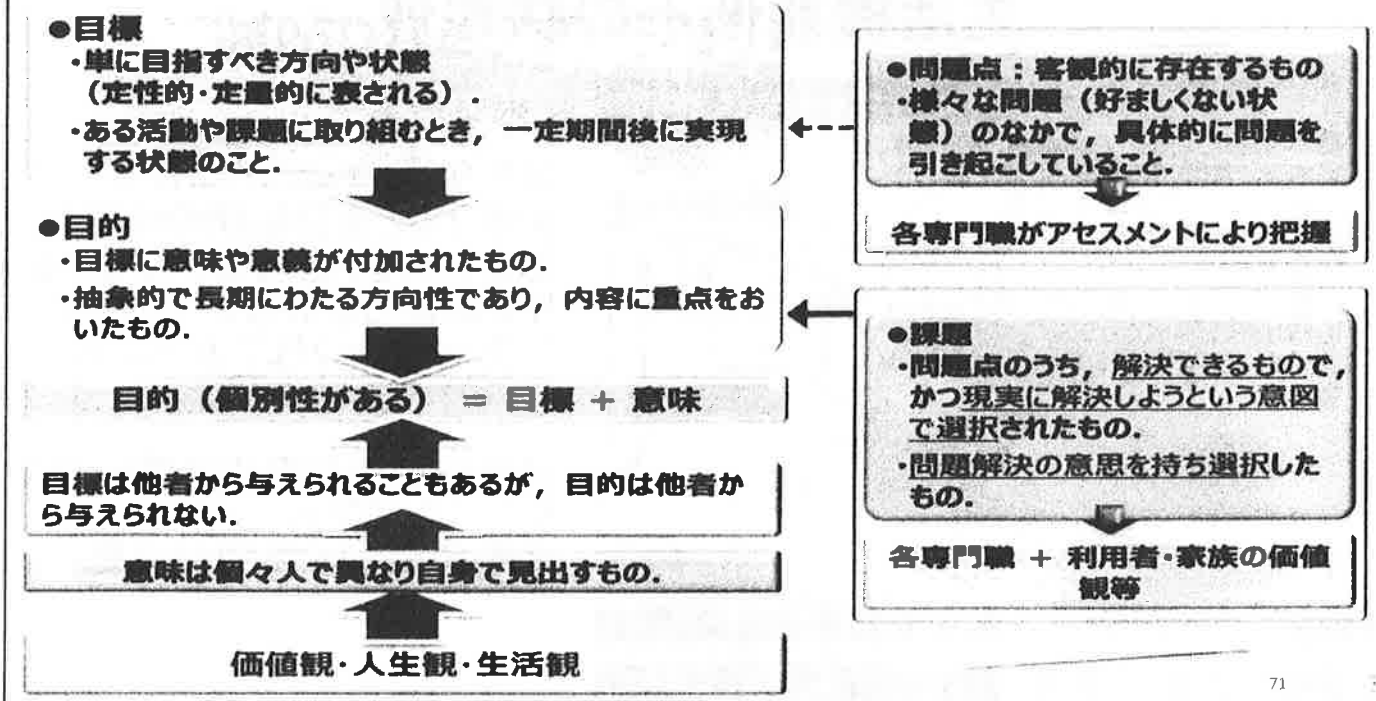


## ・廃用症候群モデル

閉じこもり等の生活不活発状態が続くと、徐々に生活機能の低下をきたす。

極端な機能低下が起こらない様に活動的な指導が必要。

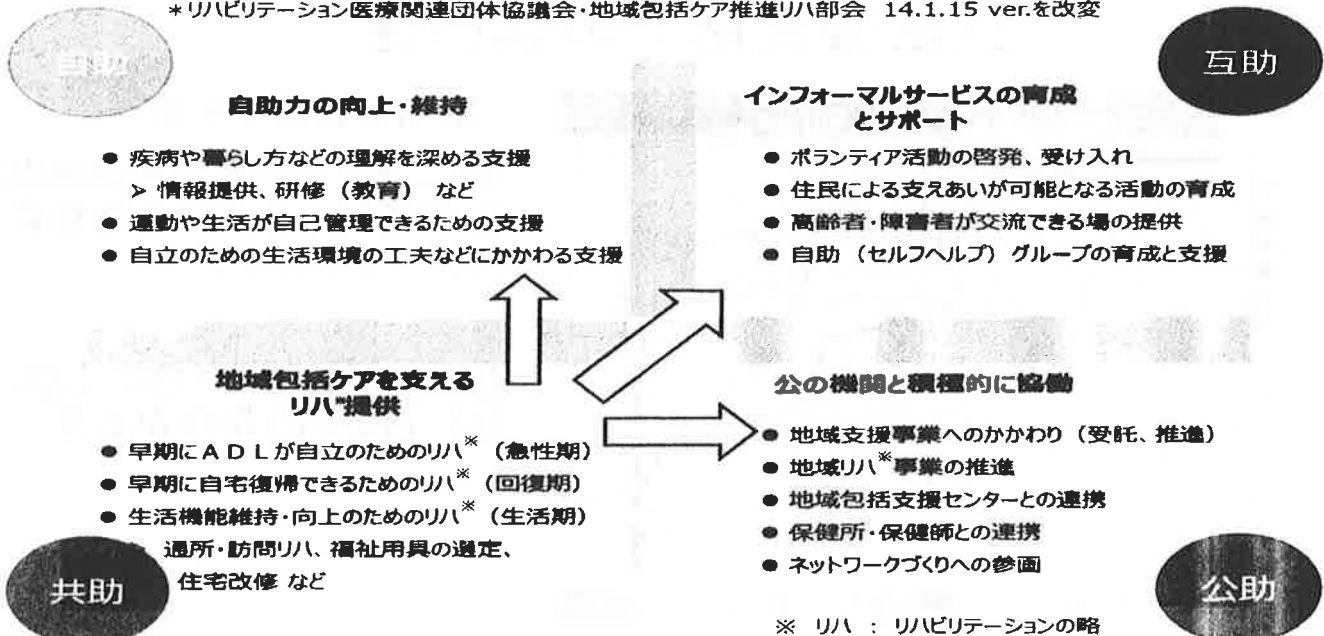
# 目的・目標・問題点・課題の捉え方



71

## リハビリテーションが担える役割

\*リハビリテーション医療関連団体協議会・地域包括ケア推進リハ部会 14.1.15 ver.を改変



引用：厚生労働省老健局「地域包括ケアシステムについて」平成25年6月13日資料 一部抜粋

# 医療・介護サービスとリハビリテーション

## 急性期

廃用予防目的で専門治療と並行して早期からリハビリが開始される

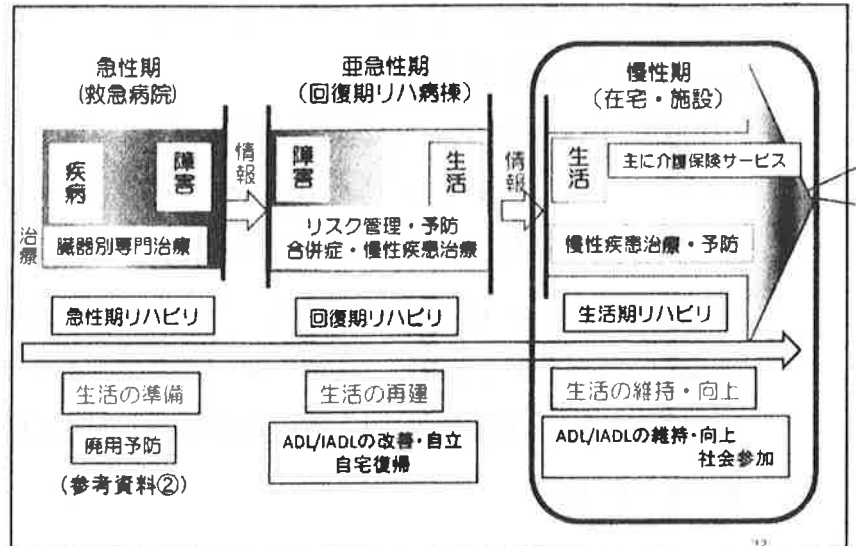
## 回復期

残存する障害に対し、集中的に提供されることで、障害の改善、生活再建が行われる。

## 生活期

生活機能の安定化、QOLの維持・向上を目指し、自立生活、社会参加支援が実施される。

～リハビリテーションの流れと機能分化・連携～



## 通所リハビリテーションの4つの機能

- ① 医学的管理
  - ② 心身・生活活動の維持・向上 (リハビリテーション)
  - ③ 社会活動の維持・向上 (ソーシャルケア)
  - ④ 介護者等家族支援 (レスパイトケア)
- ① 医師による診察等による疾患管理  
医師の指示に基づき、看護職が処置
  - ② 医師の指示に基づき、PT,OT,STが専門的観点から評価し、目標設定を行い、心身機能、生活活動の維持、向上を図る。
  - ③ 利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等、活動機会の確保。  
他の利用者、職員との交流を通じた参加機会の確保により、社会性の向上を図る。
  - ④ 精勤的介護負担の軽減、いわゆるお預かり機能。身体的介護負担の軽減、環境調整(福祉用具等)による介護負担軽減

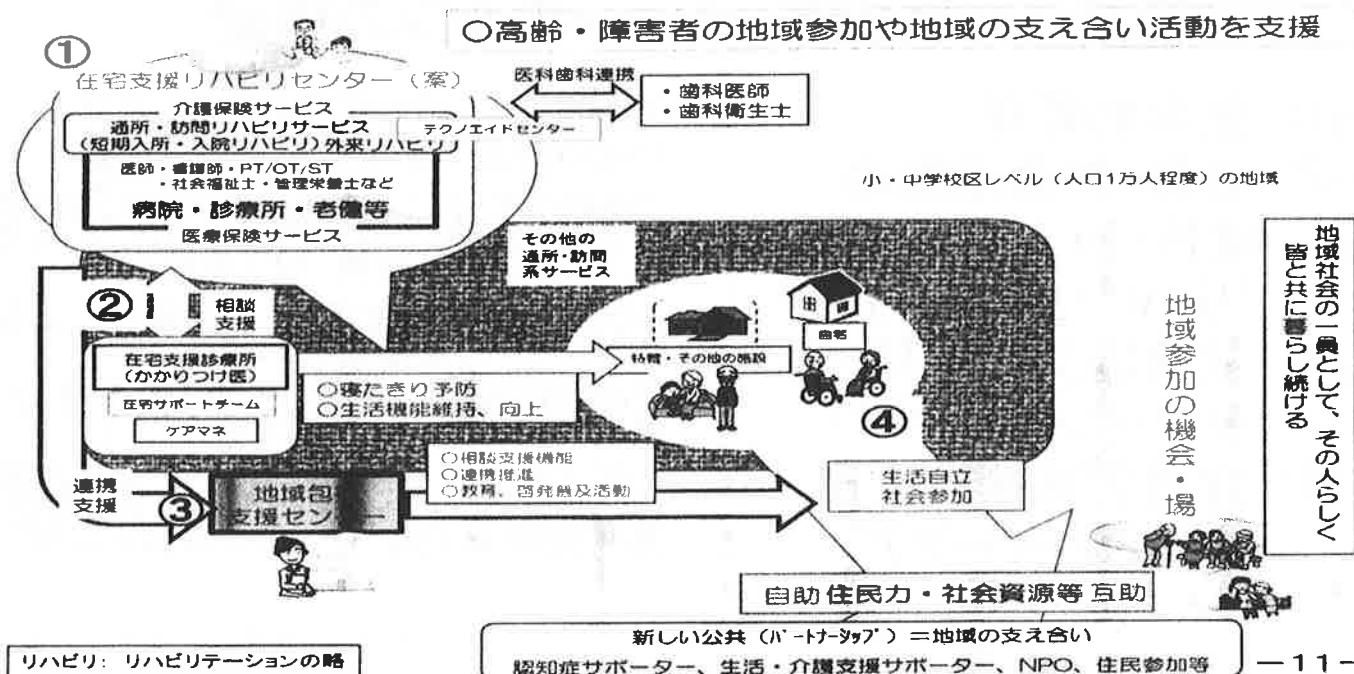
# 医療・介護の連携のあり方

## ・医療・介護の連携の必要性

- 複合的な支援で生活を支える介護サービスは、様々な主体性・職種間の連携が重要
- 連携は「リンケージ(連絡)」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「インテグレーション(統合)」の水準に引き上げていくべき
- 連携のためには、顔の見える関係づくりを基盤に、多職種の相互理解が不可欠。また、看護職、リハ職は医療と介護の間にあり多主体・多職種の連携。協働を促す中心的な役割を担うことが期待される。

75

## 在宅支援リハビリセンター機能と地域包括支援センター



76

ご清聴を感謝申し上げます  
これからも宜しくお願いします



