

平成 29 年度

介護保険サービス事業者 集団指導 資料

(介護予防) 通所リハビリテーション

(介護予防) 訪問リハビリテーション

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

● 留意事項

① リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方について

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表現に寄与することを目的とする。

2) リハビリテーションマネジメントの運用にあたって

利用者に対して、現状とリハビリテーションの提供を行うことがないよう、利用者毎に、解決すべき課題の把握を適切に行い、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もらい提供されるべきものである。

利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分にされるために、リハビリテーション、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となる。

3) 継続的なサービスの質の向上のに向けて

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、利用者のより良い在宅生活を支援するものとなるよう配慮することが必要となる。

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のアセスメントや計画書については、基本的な考え方、表現等が統一されていることが望ましい。

利用者の生活機能の改善状況は継続的に把握し、常に適切なリハビリテーションの提供を行うことが求められ、生活機能の維持及び改善の観点から評価することで、継続的なサービスの質の向上へとつなげることが必要となる。

4) リハビリテーションマネジメントの体制

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が協働して行う。

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、リハビリテーション会議、計画の作成、説明・同意、サービス終了前のリハビリテーション会議の実施、サービス提供時の情報提供等）をあらかじめ定める。

5) リハビリテーションマネジメントの実務

① サービス開始時における情報収集

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。情報の収集にあたっては、主治医から診療情報の提供、介護支援専門員から

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

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。

② 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

アセスメントとそれに基づく評価を行い、多職種協働でリハビリテーション会議を開催し、速やかにリハビリテーション計画原案を作成し、利用者又はその家族に説明し、同意を得る。

③ サービス開始後二週間以内のアセスメント・評価、計画、説明・同意

リハビリテーション計画書に基づいたリハビリテーションやケアを実施しながら、サービス開始からおおむね二週間以内以下の(1)～(6)までの項目を実施する。

(1) 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会議を開催し、目標、到達時期、具体的アプローチ、プログラム等を含むリハビリテーション計画について検討する。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、家族及びリハビリテーションマネジメントに関わる者が共有する。

(3) リハビリテーション会議を経て、リハビリテーション計画書を作成する。リハビリテーション計画書は、ケアプランと協議し、両者間で整合性が保たれることが重要である。

(4) リハビリテーション計画書の内容については、利用者又はその家族にわかりやすく説明を行い、同意を得る。その際、計画書に写しを交付する。

(5) 医師の指示に基づき、理学療法士等はリハビリテーション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への働きかけを行う。

(6) (1)～(5)までの過程は、おおむね3月毎に繰り返し、内容に関して見直す。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。

④ サービス終了時の情報提供

サービス終了前に、リハビリテーション会議を開催する。また、サービス終了時には、介護支援専門員や主治医に対して、リハビリテーションに必要な情報提供を行う。その際、主治医に対して診療情報の提供、介護支援専門員に対してケアマネジメントに関わる情報の提供を文書で行う。

※上記は、リハビリテーションマネジメントに関する基本的な考え方であり、リハビリテーションマネジメント加算に関する詳細事項は、次項以降を参照すること。

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

② リハビリテーションマネジメント加算について

リハビリテーションマネジメントは、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、パ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り、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。

留意事項としては、下記の①～④のとなる。

- ① 利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われる。
- ② 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をあらかじめ定める。
- ③ SPDCA サイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行う。
- ④ リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) を算定した場合は、リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅱ) を算定した場合は、リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) を算定することはできない。

③ リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ) の算定に関して

以下の点に留意の上、実施すること。

1) サービス開始時における情報収集

事業者は、医師より利用者のこれまでの医療提供の状況について、また、介護支援専門員より支援の総合方針、解決すべき課題及び短期目標について情報を入手する。

また、興味・関心チェックシート (通知別紙様式 1) を活用し、利用者が希望する日常生活上の活動や参加の内容を把握する。

2) サービス開始時におけるアセスメント

利用者に関する収集した情報を踏まえ、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握 (アセスメント)を行うこと。アセスメントにあたっては、リハビリテーション計画書 (通知別紙様式 2)の様式例を参照の上、作成する。

通知別紙様式 2以外の様式においてアセスメントを行う場合は、通知別紙様式 2に記載されている全ての項目についてアセスメントを行うこと。

3) リハビリテーション計画書の作成

リハビリテーション計画書 (通知別紙様式 3)の様式例を参照の上、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び関連スタッフが参加するリハビリテーション会議を開催し、アセスメントに基づいて、目標、実施期間、リハビリテーションの具体的な内容、短期集中個別リハビリテーション実施加算等の有無、リハビリテーションの提供時間、実施頻度、リハ

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

ピリテーション提供中の具体的な対応策を定めたリハビリテーション計画書について検討を行う。なお、居宅サービス計画の変更が生じる場合は、速やかに介護支援専門員に情報提供を行う。

医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、リハビリテーション計画書について、利用者の担当介護支援専門員に情報提供を行う。

4) 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、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族にリハビリテーション計画書について説明を行い、同意を得る。

5) リハビリテーションの実施

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、利用者ごとのリハビリテーション計画書に従い、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法等のリハビリテーションを実施する。

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、当該利用者が利用している指定居宅サービスの従業者に対し、次の①～③の情報を伝達する等連携を図る。

- ① 利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望
- ② 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及びその留意点
- ③ その他、リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

6) 通所リハビリテーションを新規で開始した日から1月以内に居宅を訪問して行う評価

新規にリハビリテーション計画書を作成した利用者については、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画書に従い、通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して1月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行う。

7) 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月ごとに評価とその評価に基づく計画書の見直しを行う。

8) サービスの利用終了時の説明

サービスの利用が終了する1月前以内に、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、終了後に利用予定の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所の担当者等の参加を求める。

利用終了時に、介護支援専門員や医師に対し、リハビリテーションに必要な観点から情報提供を行う。

※通知とは、リハビリテーションマネジメント加算に関する基本的な考え方や並びにリハビリテーション計画書の事務処理手順及び様式例の提示について (平成 27 年 3 月 27 日 老発 0327 第 3 号) をいう。

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

④ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に関して

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)におけるリハビリテーションは、リハビリテーション会議を開催を通じて、多職種協働による継続的なリハビリテーションの質の管理に加え、退院・退所後間もない者や新たに要介護認定等を受けた者の生活の不安に対して、健康状態、生活の見直し及び計画の内容等を医師が、利用者又は家族に説明することを評価したものである。そのため、次の点に留意の上、実施すること。

1) リハビリテーション会議の開催

利用者及び家族の参加を基本とし、多職種協働により開催し、アセスメント結果等の情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、会議の構成メンバーの連携等について協議をする。

会議出席者の所属(職種)、氏名、リハビリテーションの方針(サービス提供終了後の生活に関する事項を含む)、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果、次回の開催予定を記録する。会議録は、介護支援専門員をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービスの担当者と共有する。

利用者や家族の参加が望ましくない場合又はやむを得ず参加できない場合は、その理由を会議録に記載し、構成員の事由等により構成員が参加できなかった場合には、その理由を会議録に記載するとともに、欠席者にはリハビリテーション計画書及び会議録の写しを提供する等情報の共有を図る。

利用者の必要に応じて、短期集中個別リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションを実施することについても検討する。

2) 利用者又はその家族への説明

医師は、利用者又はその家族に対し、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、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点並びに将来的な生活の状態等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得る。

医師がやむを得ない理由等によりリハビリテーション会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会を通じて利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得る。

3) リハビリテーションの実施

介護支援専門員に対し、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行う場合には、次の①～⑤の内容を盛り込むことが望ましい。

- ① 利用者や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
- ② 利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適用力等の日常能力並びにその能力の改善の可能性

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

- ③ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
- ④ 家庭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
- ⑤ その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

次の①又は②のいずれかを行う。

- ① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、利用者の居室を訪問し、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並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行う。
- ② 居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス事業所の従業者と利用者の居室を訪問し、当該従業者に対し、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、それら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並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行う。

4) モニタリングの実施

リハビリテーション計画書は、リハビリテーション会議の開催を通じて、進捗状況を確認し、見直しを行う。頻度としては、訪問リハビリテーションにおいては、おおむね3月に1回以上、通所リハビリテーションにおいては利用者の同意を得てから6月以内は、おおむね1月に1回以上、6月超後はおおむね3月に1回以上、会議を開催し、確認、見直しを行う。

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

プロセス管理票(通知別紙様式5)を活用し、SPDCAサイクルの行程管理を以下の①～⑩の手順により実施する。

- ① 医師から利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは支援の総合方針や解決すべき課題、短期目標について情報を入力し、該当箇所にチェックする。
- ② リハビリテーション会議を開催した場合は、開催日付を記載するとともに、参加者に○をつける。
- ③ 医師がリハビリテーション計画書の説明を行い、利用者の同意が得られた場合は、該当箇所にチェックする。
- ④ 実施したリハビリテーションプログラムの内容について、該当箇所にチェックする。
- ⑤ リハビリテーション会議を開催し、計画の見直しを行った場合は、その実施日を記入する。
- ⑥ 他の居宅サービス事業の担当者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点及び介護の工夫等の助言を行った場合は、その実施日を記入する。
- ⑦ 利用者の居室を訪問し、介護の工夫に関する指導等に関する助言を実施した場合は、その実施日を記入する。
- ⑧ サービスを終了する1月前以内にリハビリテーション会議を実施した場合は、該当箇所にチェックを行い、参加者に○をつける。
- ⑨ サービス終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当

【訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーション共通】

<p>箇所にチェックする。</p> <p>⑩ プロセス管理票は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一箱に保管する。</p> <p>※通知とは、リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について（平成 27 年 3 月 27 日老老発 0327 第 3 号）をいう。</p>
<p>⑤ 短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に係る起算日について</p> <p>短期集中個別リハビリテーション実施加算は、次の①又は②の日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合に算定できる。</p> <p>①リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日</p> <p>②介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日 （当該利用者が新たに要介護認定を受けた者である場合に限る。）</p> <p>なお、短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定する場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となるため、リハビリテーションマネジメント加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意する。</p>
<p>⑥ 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの関係について</p> <p>訪問リハビリテーション費は、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内における ADL の自立が困難である場合の家庭状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。</p> <p>「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。</p>