平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

リハビリテーションマネジメント
実践マニュアル

平成２８年３月

一般社団法人 全国デイ・ケア協会

1983 年老人保健法の施行により誕生した老人デイケアは、2000 年介護保険制度施行にて通所リハビリテーションとして運営されました。この間高齢化が急速に進み在宅ケアを支える要（かなめ）としてその役割を担ってきましたが、市民ニーズが多様化する中、運営のあり方も大きく変化してきました。

具体的には障害像によってケアのプログラムを検討していくための様態別プログラムなど集団からより個別へと変化してきました。生活リズムや望む生活目標により提供時間やリハビリテーションプログラムを見直すなどの運営体制が求められるようになりました。さらにこれら動きは各職種、地域機関との連携強化を目的にリハビリテーションマネジメントとしてより質の高い取組みを不可欠なものとしてきました。

こうした中、平成 27 年度の報酬改定では「生活行為向上リハビリテーション」に示されたように利用者自身が具体的生活イメージをもちながら、通所場面だけでない生活全体をみつめた「活動と参加」に結びつくものへと発展してきました。

そこで全国老人デイ・ケア協会では平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業を受け、デイケア（通所リハビリテーション）の運営プログラムを広く実践の場で生かせるよう「リハビリテーションマネジメント実践マニュアル」を作成しました。通所リハビリテーション（デイケア）の歴史、制度変遷からリハビリテーションマネジメントの現状、各職種の役割、連携の具体的方法、各時間別や様態別のプログラムまでサービス内容を広く理解できるよう整理しました。

事業運営を現場目線でタイムリーにまとめたものとして、今後多いに活用いただき、通所リハビリテーション発展にお役に立てれば幸いと考えています。

最後に今回、執筆編集にあたり通所リハビリテーションの現場に従事する皆様にご協力頂きました。心よりお礼を申し上げます。

平成 28 年 3 月

一般社団法人　全国老人デイ・ケア協会

会長　斉藤正身

～ 目 次 ～

第１章　通所リハビリテーションの役割　[岡野英樹]

ⅰ．通所リハビリテーションの歴史　・・・ 2

ⅱ．通所リハビリテーションの普遍的機能と実施内容　・・・ 5

ⅲ．介護報酬改定とリハビリテーションの変遷　・・・ 7

ⅳ．まとめ　・・・ 9

第２章　リハビリテーションマネジメントの実践

第１節　リハビリテーションマネジメントの特性　[仁科康彦]

ⅰ．リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの現状　・・・ 12

ⅱ．リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの対象　・・・ 12

ⅲ．リハビリテーションマネジメントの実務　・・・ 13

ⅳ．リハビリテーション専門職の意識改革　・・・ 13

第２節　利用開始時における医療機関との連携　[仁科康彦]

ⅰ．連携の現状　・・・ 14

ⅱ．循環型施設としての通所リハビリテーション　・・・ 14

ⅲ．多職種から多施設への連携の拡大　・・・ 15

第３節　ケアマネジャーとの連携　[金野時樹・染谷和久]

ⅰ．在宅生活を中心とした情報の共有　・・・ 17

ⅱ．効果的な連携方法　・・・ 18

第４節　リハビリテーション会議の開催　[小川彰]

ⅰ．リハビリテーション会議に向けての説明　・・・ 21

ⅱ．リハビリテーション会議の実際　・・・ 21

ⅲ．リハビリテーション会議を通しての反応　・・・ 24

第５節　多職種連携　[福田恵介]

ⅰ．多職種連携の意義と実際　・・・ 27

ⅱ．目標立案の過程や繋がりを共有する　・・・ 27

ⅲ．リハビリテーション会議でチーム連携を効果的に行う　・・・ 28

ⅳ．SPDCA サイクルを効果的に回す日々の連携のポイント　・・・ 28

第３章　通所リハビリテーションにおける医師の役割　　・・31　　[村井千賀]

第４章　サービス提供時間別の特性
第１節　1-2 時間型通所リハビリテーション　　[澤潟昌樹]
ⅰ．1-2 時間型の特徴　　・・・ 35
ⅱ．1-2 時間型の運営に必要な人員・設備　　・・・ 36
ⅲ．1-2 時間型の提供内容の実際　　・・・ 37
ⅳ．短時間を利用する重度の方の特徴　　・・・ 37

第２節　3-4 時間型通所リハビリテーション　　[澤潟昌樹]
ⅰ．3-4 時間型の特徴　　・・・ 40
ⅱ．3-4 時間型の運営に必要な人員・設備　　・・・ 40
ⅲ．3-4 時間型の提供内容の実際　　・・・ 41

第３節　6-8 時間型通所リハビリテーション　　[福田恵介]
ⅰ．6-8 時間型の特徴　　・・・ 42
ⅱ．6-8 時間型の運営に必要な設備　　・・・ 42
ⅲ．6-8 時間型の提供内容の実際　　・・・ 42

第５章　様態別プログラムの実践
第１節　軽度者への関わり　[澤潟昌樹]
ⅰ．軽度障害者の状態像と生活上の課題　・・・ 50
ⅱ．各専門職の役割　・・・ 50
ⅲ．医療度の高い方への対応　・・・ 52
ⅳ．軽度障害者の外出を維持し支援する方法　・・・ 53

第２節　中重度者への関わり　[金野時樹・染谷和久]
ⅰ．中重度者の状態像と生活上の課題　・・・ 54
ⅱ．各専門職の役割　・・・ 55
ⅲ．受入れ体制の工夫　・・・ 56
ⅳ．提供内容の実際（1 日の過ごし方）　・・・ 57

第３節　ターミナル期の関わり　[金野時樹・染谷和久]
ⅰ．ターミナル期の状態像と生活上の課題　・・・ 60
ⅱ．各専門職の役割　・・・ 61

第６章　リハビリテーションプログラム
第１節　短期集中個別リハビリテーションのあり方　[二木理恵]
ⅰ．対象者の状態像と生活上の課題　・・・ 64
ⅱ．提供プログラムの内容と工夫　・・・ 64
ⅲ．リハビリテーション専門職の役割　・・・ 65

第２節　認知症短期集中リハビリテーションのあり方　[二木理恵]
ⅰ．対象者の状態像と生活上の課題　・・・ 67
ⅱ．提供プログラムの内容と工夫　・・・ 67
ⅲ．リハビリテーション専門職の役割　・・・ 68

第３節　生活行為向上リハビリテーションのあり方　[二木理恵]
ⅰ．対象者の状態像と生活上の課題　・・・ 70
ⅱ．提供プログラムの内容と工夫　・・・ 70
ⅲ．リハビリテーション専門職の役割　・・・ 71

第７章　地域との連携　（利用者から市民へ）
第１節　修了に向けての工夫　[荒尾雅文]
ｉ．調査結果からみた修了者の現状　・・・ 74
ⅱ．修了に向けての取り組みが必要なケースとリハビリテーションの目標　・ 74

第２節　社会資源との連携とその工夫　[荒尾雅文]
ｉ．なぜ社会資源の活用が必要か？　・・・ 77
ⅱ．社会資源との連携と工夫　・・・ 77

第８章　参考資料
ｉ．厚生労働省 通知　・・・ 86
ⅱ．厚生労働省　Ｑ＆Ａ　・・・112

第１章

通所リハビリテーションの役割

i. 通所リハビリテーションの歴史

1. 諸外国におけるデイケアの歴史

通所リハビリテーション（以下リハ）が誕生したのは介護保険制度が導入された 2000 年ですが、その前進であるデイケアの起源は 1942 年に遡ります。第 1 号は旧ソ連であり、成人対象のデイケアとして精神科領域から始まったとされ、その後イギリス、カナダ、アメリカに拡大したといわれています。

老人医療の領域で最初に行われたのは、1958 年、ロンドンのユナイテッド・オックスフォード病院とされ、退院患者の家庭復帰をスムーズに行うため、医師の診断・治療に加え、家事サービス、理学療法士や作業療法士・言語聴覚士による機能回復訓練などのサービスが提供されました。

2. イギリスのデイケア

イギリスのデイケアは大きく 3 つのサービスに区分されています。

（1）デイホスピタル

医療機関の外来機能の延長線上として、治療や処置、リハビリテーションを積極的かつ集中的に行います。ここでは医師をはじめ、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどのスタッフ配置と設備が整っています。

（2）デイセンター

機能維持や他人との交流を主眼として、さまざまなサークル活動や会食を行います。運営には自治体や民間のボランティア団体があたり、看護職やソーシャルワーカー、家事サービスなどを提供するスタッフが配置されているが、医師やリハ専門職などの専門スタッフの配置はありません。

（3）デイクラブ

地域社会からの孤立を防ぎ、自立意識の強化をねらいとして、自主的な活動や相互援助的な活動、会食および交流に力点を置いています。ここには専門スタッフは配置されず、もっぱらボランティアがその運営にあたっています。

通所リハに類似したデイホスピタルを取り上げると、その目標として、①リハビリテーション、②家族の苦労の軽減、③医学的管理、④社会的な接触の機会をつくることの 4 つ挙げられ、これらいずれの目標で最大の成果を収めるかは、地域の条件次第である、としています。

3. 日本の老人デイケアの歴史

日本における（老人）デイケアの歴史はまだ浅く、諸外国より 20 数年遅れての 1965 年、大阪市立弘済院にて、医師である吉田寿三郎氏により実験的に行われた「デイホスピタル」が第 1 号とされ、その後 1972 年には、東京都老人医療センターでデイホスピタルが開設されたと伝えられています。

1983 年には老人保健法の改正により、「老人デイケア」が法制化されましたが、当時の対象者は痴呆（認知症）等の精神疾患のある高齢者に限定されていました。3 年後の 1986 年には基準緩和があり、脳卒中後遺症等の身体障害者がその対象として追加され、これが原型となり、2000 年の介護保険制度の導入に併せて複数の類型のある老人デイケアは「通所リハビリテーション」に統合され改称されました。

ちなみに「通所介護」はその前進がデイサービスであり、1975 年に特別養護老人ホーム「緑寿園」がショートステイや入浴サービスとともに、「デイホームサービス」を開始したのが起源と言われています。1979 年には特別養護老人ホームの併設として、寝たきりの高齢者等を対象としたデイサービス事業が開始され、1986 年からはデイサービスと訪問サービスが統合され、在宅老人デイサービス事業となりました。設置主体やサービス内容別に A から E 型まで細分化されていたデイサービスだが、2000 年の介護保険制度の導入に併せて「通所介護」に一本化されました。つまり通所リハとは歴史的背景が大きく異なります。

4. デイケアの種別

介護保険制度導入前の、各通所系サービスの種別について表 1-1 に示します。

	老人デイサービス	老人デイケア	老人保健施設デイケア
法 律	老人福祉法	老人保健法	老人保健法
目 的	在宅虚弱老人等に対し、自立生活の助長、社会的孤立感解消、心身機能の維持向上、家族の苦労の軽減を目的	痴呆等の精神障害または脳卒中等に起因する運動障害を有する患者の心身機能の回復、または維持を目的	老人保健施設が地域に開かれた施設として在宅の寝たきり老人等やその家族に対する支援機能を果たすため積極的にデイケアの実施に努める
実施時間	１人平均週１～2 回 6 時間を標準	１人当たり１日につき４時間を標準	１人当たり、１日おおむね 6 時間
ケ ア	生活指導、日常動作訓練、養護、介護者教室、健康チェック、送迎、その他入浴、食事など	個々に応じたプログラムに従い、グループごとに治療	病状、身体の状態に応じ、機能訓練等の施設療養、レクリエーション等、食事、入浴の提供
施設承認	自治体または地方公共団体、もしくは社会福祉法人	知事が認める保険医療機関	左に同じ
費 用	自治体の事業費 （年間 約 1,450 万円）	老人デイケア料（250 点） 老人診療点数	診療報酬として 1 日につき 3,200 円
給 食	利用者負担（1 回 4～500 円）	基準給食に準ずる（45 点）	
施設基準	1)医師不要、2)生活指導員 1 人、寮母 2 人、運転手 1 人、調理員 1 人、介助員 1 人(入浴サービス)、看護婦 1 人(給食サービス)、3)1 日当たり、約 15 人対象、4)165 ㎡以上、5)用途別施設基準	1)医師 1 人以上、2)OT、PT または、国立精研研修終了した看護婦(士)1 人以上、3)従事者 2 人に対し、1 単位 25 人以内、1 日 2 単位を限度、4)45 ㎡以上、かつ、1 単位 1 人当たり 3 ㎡（25×3=75 ㎡以上）、5)専用の器械・器具を具備(作業療法・運動療法施設に準ずる)	1)医師不要、2)介護職員、相談指導員、PT または OT を通所者数により配置(50 人で 0.5 人)、4)1 人当たり 2 ㎡以上
通所方法	リフト付送迎バス	各自負担（医療法制限）	各自負担
非承認施設	福祉施設等（無料） 民間機関（自己負担）	保健所（無料） 非医療機関（自己負担）	

表 1-1 介護保険制度導入前の通所系サービス種別

前述のとおり、通所リハと通所介護はそもそも成り立ちの背景が大きく異なり、加えて表 1 -1 のとおりその違いは明確です。通所系サービスの一本化も議論されていますが、目的や基準、実施内容が異なるこれらのサービスは、統合より機能の明確化が必要であると言えます。

通所介護は、デイサービスでは A から E 型まで細分化された機能が統合されたものですが、現状ではリハ特化型や入浴特化型、認知症対応型、大規模型など多くの提供主体が存在しています。

通所リハについては、元々が医療機関と老健施設とが別形態でデイケア機能を果たしていたこともあり、その両者が通所リハに統合したことで、一部では現在の課題を招いているとも考えられ、改めて病院や診療所の通所リハと老健施設の通所リハそれぞれのありようについて議論が必要ではないでしょうか。（図 1- 1 参照）

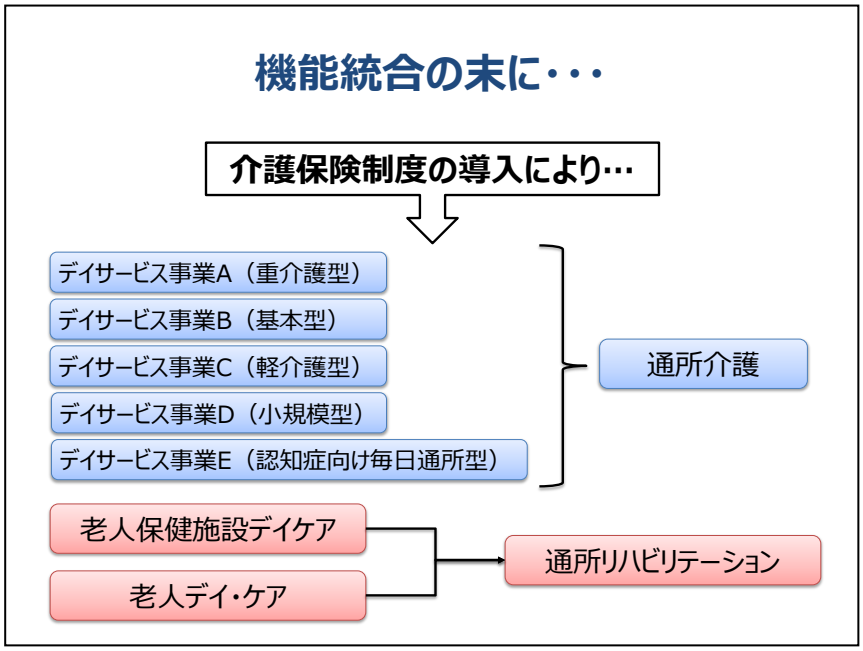


図 1-1　介護保険制度導入による通所系サービスの統合

5.　本来の通所リハの理解

前述のように介護保険制度により機能統合された結果、求められる機能に歪みが生じてきました。例えば、「リハに特化したサービスを」と指摘されてきたが、そもそもいわゆる「訓練」だけがニーズではなく、生活行為自体への関わりや重度者への対応など医療系サービスだからこその機能が備わっています。通所介護との違いを明確化すべきだとの指摘もありますが、通所系サービスとしての共通機能がある上で、各々特有の機能が活用されることの理解が必要です。終了がイメージされますが、在宅生活を限界点で継続している方へは、その暮らしが 1 日でも続くような支援があり、さまざまなニーズがあることを理解することが重要です。

6.　「介護」におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿

これまでの制度設計においてあまり議論されることのなかった生活期リハは、平成 22 年の社会保障審議会介護保険部会において、初めてとも言える「介護」におけるリハの必要性と将来あるべき姿として以下のとおり提言されました。特に(5)については、地域包括ケアシステムが目指す方向性と一致し、通所リハ機能が地域包括ケアの主軸を担うサービスであると考えられています。

(1)　要介護者が、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、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。

(2)　施設、在宅の区別なく、介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。

(3)　在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を拡げていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。

(4)　地域の特性に応じて、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。

(5)　訪問、通所、短期入所、入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備することによって、リハビリテーションのニーズに臨機応変に対応できる。医療面でのバックアップが可能な老人保健施設や有床診療所・病院等の医療機関がその役割を担うことが期待される。加えて、地域ネットワーク拠点として

の機能も持ち合わせるべきである。

(6) リハビリテーションの提供は、単に能力の維持回復を達成することだけが目的ではなく、要介護者の心身両面の可能性を引き出し、明日への新たな希望をもたらすために「最期」まで必要なサービスと位置づけるべきである。

7. リハビリテーションの推進

前項の提言により、社会保障審議会介護保険部会が取りまとめた報告書には、リハビリテーションについて幾つか盛り込まれました。1 つには、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきであるということで、「リハ前置」の重要性が明確に打ち出されました。

しかしながら、訪問リハサービス資源の地域間格差があること、通所介護類似の通所リハが提供されていることなど、十分にリハが提供されていない状況にあることも含まれ、そのためには、現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきであり、併せてリハ専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある、と触れています。十分期待されていながら課題山積の状況であることがわかります。

さらに、地域の在宅復帰支援機能を有する老健施設のさらなる活用なども含めて、訪問・通所・短期入所・入所等によるリハを包括的に提供できる地域のリハ拠点の整備を推進し、サービスの充実を図っていくことが求められていると締めくくっています。包括的に、かつ機能的にリハが提供されるべきと解釈できます。

ii. 通所リハビリテーションの普遍的機能と実施内容

ここでは、全国デイ・ケア協会が定めた通所リハの普遍的機能と実施内容（表 1-２）について触れます。

通所リハは省令上の基本方針として、「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、理学療法、作業療法　その他必要なリハを行うことにより、利用者の心身の機能回復を図る。」とされています。

区分	通所系サービスの機能	実 施 内 容 等
通所リハ	**医学的管理** ●医師の診察等による医学的管理 ●看護師による処置等の医療機能	● 通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い，定期的な診察等により疾患管理を行う. ● 通所リハ担当医の指示に基づき，看護職が処置等を実施する.
	心身・生活活動の維持・向上 ●早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療 ●生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療	● 医師の指示に基づき，PT・OT・ST が専門的観点から評価し，チームとして目標設定を行い，その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る. ● 自宅訪問等，当事者の日々の暮らしを把握する.
通所介護・通所リハ　共通機能	**社会活動の維持・向上** ●日常の健康管理，自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保 ●地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発	● 利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等，活動の機会の確保 ● 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. ● 暮らしに必要な知識・技術について，当事者・家族に専門職の立場から啓発する.
	介護者等家族支援 ● 介護者等家族の支援 精神的介護負担軽減（お預かり機能等） 身体的介護負担軽減 （介護環境調整や介護技術向上による負担軽減）	● サービス利用（いわゆるお預かり機能）による介護者等家族の直接的負担軽減を図る. ● 介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り，介護技術向上をはじめ，介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う.

表 1-２　通所系サービスの普遍的機能と実施内容

以下に全国デイ・ケア協会が策定した「デイケアガイドライン」の一部を示しつつ、通所リハの基本を説明します。

1. 通所リハビリテーションの理念と目的

通所リハの目的は、要介護認定を受けられた方が、事業所に通いながら自立した生活を取り戻し、安定した自宅での暮らしを継続することであり、そのためには利用者本人だけではなく、介護者を含めた支援が重要となります。また入院・入所期間の短縮や、再入院・入所の防止などの効果も期待されます。

目的を達成するために、医師や看護職、介護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなどの専門職は、医学的管理のもとリハ医療、障害に関する評価、社会的活動、介護者への支援、社会資源の紹介などのサービスをチームで提供します

リハの提供に際しては、具体的な評価を中心に、リハプログラムの作成、廃用症候群の予防と改善、基本動作能力の維持・改善、ADL の維持・改善、家事・外出等の能力の維持・改善、対人・社会交流の維持・拡大（社会参加、QOL の向上）、介護負担の軽減などを目的とした援助に努めなければならないとしています。

そして利用者のニーズに基づき、介護支援専門員や他サービス提供者との連携を図りながら、利用者や家族と具体的な目標を設定し、他のサービスの利用や移行につなげるなど、利用者の自己実現へ向けた援助を行います。また利用者本人や家族の意思に基づいたサービスを、介護支援専門員をはじめとする関係者が、地域のあらゆるサービスを利用して、障害や年齢により差別されることなく社会参加できるよう支援することを理想とします。

2. 通所リハの基本的な理解

改めて表 1- 2 を参照してください。通所系サービスには以下の 4 つの普遍的機能があり、(1)と(2)が通所リハ特有の機能、(3)と(4)は通所介護との共通機能です。

(1)医学的管理

医学的管理というと、利用開始時に血圧等のバイタルチェックを行うことがイメージされますが、これはあくまで健康管理です。医学的管理は、医師が直接、あるいは医師の指示下で看護職が行う疾患管理や医療処置を差すため、通所リハ特有の機能と言えます。また主治医と通所リハ担当医が情報交換を行うことも重要になります。

(2)心身・生活活動の維持向上（リハビリテーション医療）

退院・退所後、あるいは在宅にて生活機能低下した方などに対し、医師、あるいは医師の指示に基づき、理学療法士、作業療法士、あるいは言語聴覚士が専門的視点から評価し、チームとして目標設定を行い、その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL や IADL）の各行為の維持・向上を図るものです。また自宅訪問をとおして、当事者の日々の暮らしを把握することも重要であり、これらはすべて医師の管理下で実施されることから、これらをリハビリテーション医療と言います。

(3)社会活動の維持向上（いわゆるソーシャルケア）

利用時の体調管理など日常の健康管理、自立した生活に資する社会活動としての関連職種による運動のアドバイスなど、活動や参加の機会の確保がこれに当たります。また他の利用者や職員との交流を通じた参加機会の確保により、社会性の維持・向上を図ります。

地域での暮らしに必要な知識や技術について、当事者・家族に専門職の立場から啓発することも含まれます。

(4)介護者等家族支援（いわゆるレスパイトケア）

レスパイトケアには、精神的介護負担の軽減と、身体的介護負担の軽減があります。前者はいわゆるお預かり機能であり、サービス利用による介護者等家族の直接的負担軽減を図るものです。後者は介護環境整備や介護技術向上により負担軽減を図るもので、介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り、介護技術の向上をはじめ、介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行うものです。

レスパイトというと、主に前者がイメージされるが、介護者の介護スキルが向上したり、介護環境が改善したり、何より当事者の生活機能が向上することでも当然介護負担は軽減するため、レスパイトケアにリハビリテーションは不可欠であるといえます。

通所系サービスでは、この 4 つの機能の組み合わせにより「自立した生活」と「安定した生活」をサポートしていきます。そしてこれらは、対象者の様態あるいは時期により利用目的が異なることもあり、併せて重点を置く機能も変化していくことを忘れず、定期的な評価のたびにこれら 4 つの目的の再確認が必要となります。そのため、居宅介護支援計画（ケアプラン）をふまえつつ、通所系サービスとして独自にアセスメントを実施し、より具体的な個別の計画を作成して、複雑で多岐にわたる利用者のニーズを把握することが不可欠です。

また事業所の運営に関しては、スタッフの誰もがその理念・目的・指針を理解しておく必要があります。加えて、リハ医療（医学的管理・評価・リハプログラム・アクティビティ）、食事や排泄等の生活行為、送迎、通所リハ計画、記録、カンファレンスのあり方といった細部についても、現場における意思統一が重要になります。特にリハビリテーションの提供に関しては、アセスメントに基づくカンファレンス・計画の立案により、①基本動作、②体力、③ADL、④IADL への働きかけを網羅し、各専門職による個別の対応、アクティビティ（身体的・知的・精神的・社会的）の活用や、集団によるかかわりなど、より多くの方法を持つことが望まれます。

iii. 介護報酬改定とリハビリテーションの変遷

ここでは、現在の通所リハビリテーションの目的と機能について理解を深めるため、生活期リハが本格的に議論され始めた平成 16 年頃からの、介護報酬改定と通所リハの関連性についてひも解き、これまでの制度的背景との関連について考えてみます。

1. 高齢者リハビリテーション研究会

厚生労働省老健局長の声かけにより発足した「高齢者介護研究会」は、平成 15 年 6 月に報告書を取りまとめ、高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指す必要があるとし、介護予防・リハ充実はその重要な柱であると提言しました。そのことを受けて平成 15 年 7 月、老健局長の私的研究会として「高齢者リハビリテーション研究会」が発足し、高齢者リハに関連する有識者等 20 名の委員が参画し、平成 16 年 1 月にはその報告書が「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」として取りまとめられました。[4)]

その中で、高齢者リハの基本的考え方として以下の項目が報告され、それ以降の生活期リハに関連する介護報酬改定は、この内容に沿う形で進められました。

- 高齢者の様態に応じた対策が必要
- 廃用症候群への対策の重要性
- 生活を支えるという目標
- 個別的・総合的なサービスの提供
- 評価に基づく計画的な提供
- 地域で提供出来る体制の整備
- 質の確保
- 基盤の整備

2. 高齢者の地域におけるリハビリテーションに新たな在り方検討会

前述した「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」が示されて以来、介護報酬改定に併せて通所リハの在り方も議論され仕組みが見直されてきました。しかし平成 27 年度の介護報酬改定前まで残り続けた課題も多く、改めて生活期リハの改革を目的とした「地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」が、厚生労働省老健局老人保健課の旗振りのもと立ち上がり、生活期リハに関連する団体が一堂に会して多くの議論がなされ、H27 年 3 月に取りまとめられました [5)]。ポイントは以下のとおりです。

- 新たな在り方の基本的考え方
  個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施
  活動や参加などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施
  居宅サービスの効果的・効率的な連携
  高齢者の気概や意欲を引き出す取り組み
- 生活期リハビリテーションの具体的な提案
  質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底
  （生活期リハビリテーションマネジメントの再構築）
  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
  （生活機能に焦点を当てたアプローチの強化）

3. 介護報酬改定と関連する通所リハの変遷

この在り方を受けて行われた平成 27 年度の改定を含め、これまでの介護報酬改定と通所リハの変遷について表 1- 3 にまとめました。国の施策と通所リハ機能に期待されることの関係がわかります。

改定時期	改定にあたっての主な視点	通所リハビリテーション
H15 年度 （2.3%↓）	■ 自立支援の観点に立ったケアマネジメントの確立 ■ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ■ 施設サービスの質の向上と適正化	● ICF の概念の導入 ● 個別リハ加算の新設 ● 6～8 時間を超えたサービスへの延長加算
H18 年度 （0.5%↓）	■ 中重度者への支援強化 ■ 介護予防、リハビリテーションの推進 ■ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ■ サービスの質の向上 ■ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	● リハ・マネジメント加算の新設 ● 短期集中リハ実施加算の新設 ※3 月超も短期集中リハ実施加算(個別リハ廃止) ● 介護予防通所リハの新設 ● 運動器・栄養・口腔機能各加算の新設
H21 年度 （3.0%↑）	■ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ■ 医療との連携や認知症ケアの充実 ■ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	● 1 時間以上 2 時間未満の新設 ● 理学療法士等体制強化加算の新設 ● リハ・マネジメント加算が 1 回毎から月毎の報酬へ ● 短期集中リハ加算(3 月超)が個別リハ加算へ ● サービス体制強化加算の新設
H24 年度 （1.2%↑）	■ 地域包括ケアシステムの基盤強化 ■ 医療と介護の役割分担・連携強化 ■ 認知症にふさわしいサービスの提供	● 長時間基本報酬の引き下げ ● リハ・マネジメント加算で居宅訪問が必須へ ● 1～2 時間未満での個別リハが複数算定可へ ● 重度療養管理加算の新設
H27 年度 （2.3%↓）	■ 要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ■ 介護人材確保対策の推進 ■ 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	● リハ・マネジメントの強化 ● 生活行為向上リハ実施加算の新設 ● 社会参加支援加算の新設 ● 中重度者ケア体制加算の新設

表 1-3　介護報酬改定と通所リハビリテーションの変遷

iv.　まとめ

ここまで通所リハの目的と機能について関連情報を含めてまとめてみました。最後に、今後さらに期待される通所リハ機能についてポイントを示します。

- 生活期リハビリテーションの徹底したマネジメント
- 「その人となり」を十分理解した目的・目標
- 利用者自身が理解を深めるための説明・啓発
- 多職種協働
- 自由度の高いプログラムの活用
- 重度者の積極的な受け入れと適切な対応
- しっかり支え続ける機能と地域につなぐ機能

[岡野英樹]

○ 参考文献

1) 青木信雄 「デイケアの理念と実際　イギリスの経験に学ぶ」 全国社会福祉協議会　1989 年
2) 吉田寿三郎 「デイ・ケアのすすめ－第三の住まい」 ミネルヴァ書房　1980 年
3) 全国デイ・ケア協会 「通所サービスガイドライン」 2004 年
4) 高齢者リハビリテーション研究会 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」 社会保険研究所　2004 年
5) 厚生労働省老健局 「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書」 2014 年

第２章

リハビリテーションマネジメントの実践

第１節 リハビリテーションマネジメントの特性

ｉ．リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの現状

前章の記載からも理解できるように、平成 15 年から生活期リハビリテーションが本格的に議論され始め、平成 27 年 3 月には「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」報告書にて生活期リハの今後の道標が示されました。その中で生活期リハビリテーションマネジメントの再構築が質の高いリハビリテーション実現に重要であると指摘があります。同時に生活期リハビリテーションマネジメントは心身機能に偏ったものでなく、活動・参加にもバランスよくアプローチする事の重要性も指摘されています。

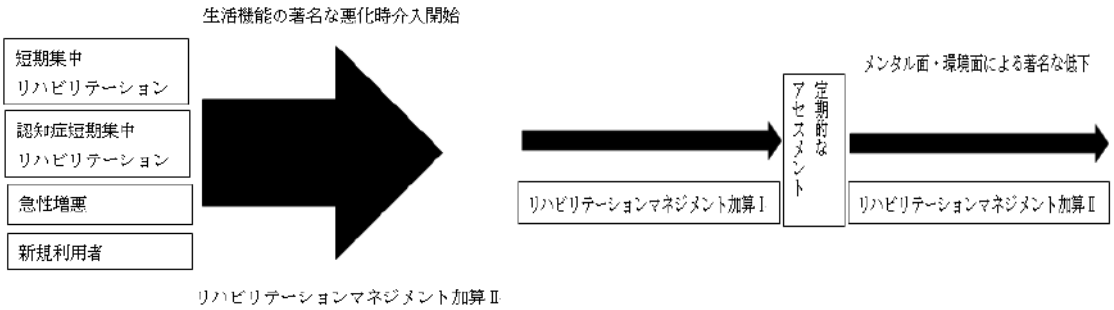
平成 27 年度介護報酬改定にて新設された、「リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ」を算定している事業所は全国デイ・ケア協会の調査結果 [1)]から 3 割程度です。算定事業所は 3 割程度であるにもかかわらず、生活期リハビリテーションへの期待度の高さから注目度の高い加算となっています。算定要件等からも読み取れるように、生活期リハビリテーションマネジメントの実施方法が細かく示され、多職種・多施設による多方面からの視点で、利用者に効果的なリハビリテーションマネジメントが期待できます。

ii．リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの対象

新設加算の場合に必ず検討課題となるのが算定対象です。法文解釈から、本加算は「生活行為向上リハビリテーション加算」および「認知症短期集中リハビリテーション加算Ⅱ」算定時には算定必須加算となっております。すなわち、生活機能低下が認められた際の集中的なリハビリテーション介入時にリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ算定要件にある多職種協働や医師の積極的介入等の関わりが重要になる事が示唆されています。しかし、加算算定目的で本加算の算定対象とすることは誤りです。それではどのような利用者が算定対象となっているのでしょうか。

聞き取り調査 [1)]からリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ算定対象者の選定マニュアルを作成されている施設もありました。リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ算定対象は新規利用者および退院・退所後早期、急性増悪後等、短期集中個別リハビリテーション開始時の要件に該当する方を対象としているとの事です。しかし、高齢者の場合、大きな病変だけが著しい日常生活能力の低下につながると思い込むことは危険です。家族の突然の不幸、ペットの死去、近所付き合いからの突然の孤立等、メンタル面や環境因子を含めた部分にも着目して、より効果的なリハビリテーションマネジメントを実践していくことも重要です。すなわち既存の利用者に対しても定期的なアセスメント結果から、リハビリテーションマネジメントの必要性を模索し、必要に応じてリハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定を開始することが望ましいと考えられます。

図 2-1 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定例



ⅲ．リハビリテーションマネジメントの実務

リハビリテーションマネジメントの根幹業務を担っているのは、調査結果[1)]から「リハビリテーション専門職」が主でありマネジメントはもちろんのこと、書類作成、日程調整等、様々な業務が存在します。リハビリテーション専門職が今までと異なる業務に対応できていない現状も算定率の低さの一因と予測できます。心身機能・活動・参加へのバランスの良いリハビリテーションアプローチを実践していくために必要な効率的なリハビリテーションマネジメント方法を検討していくことが重要になります。その問題を解決すべく、リハビリテーション専門職を対象とした研修会を法人内で実施している施設もあります。内容の中心は、リハビリテーション専門職の「プレゼンテーション能力」向上です。リハビリテーション効果が生活にどのような改善をもたらすのかといった利用者視点でのプレゼンテーション能力の向上を目的としています。研修を実施した施設では現状リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定を見合せているようですが、研修の習熟度が向上し、心身機能・活動・参加、全ての要素にバランスよく、また利用者・家族にリハビリテーション効果の説明が果たせるようになってから算定を開始していくとの事でした。

一方で、周囲のリハビリテーションマネジメントに対する理解が乏しいという現状もあります。具体的には「ケアマネジャーの理解が得られない」「本人・家族が必要性を理解できない」といった問題です。リハビリテーションマネジメント実務とは言い難いのですが、リハビリテーションマネジメントについての理解を深めて頂く取り組みも必要です。

ⅳ．リハビリテーション専門職の意識改革

生活期リハビリテーションの中核を担う通所リハビリテーションでは心身機能・活動・参加といった要素に対してバランスの良いアプローチが必要であることは指摘されています。リハビリテーション専門職はそれぞれの病期に合わせたリハビリテーションを再考する時期がきたと言えます。厚生労働省は「リハビリテーションマネジメント」「リハビリテーション会議」を治療の一環と位置付け重要視しています。その中核業務を担うリハビリテーション専門職は生活機能を専門的に評価し、その再建が最も期待できるリハビリテーション計画を作成する必要があります。同時にその内容を多職種で共通理解できるようプレゼンテーションしていくことが重要となります。日常生活が改善し、その人がその人らしく地域での生活を継続していくためには、S（調査）P（計画）D（実行）C（評価）A（改善）サイクルに基づくリハビリテーションマネジメントは必須となるでしょう。リハビリテーションマネジメントの意義を理解し、より広い視点で利用者の生活と向きあっていくことが必要となります。

［仁科 康彦］

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

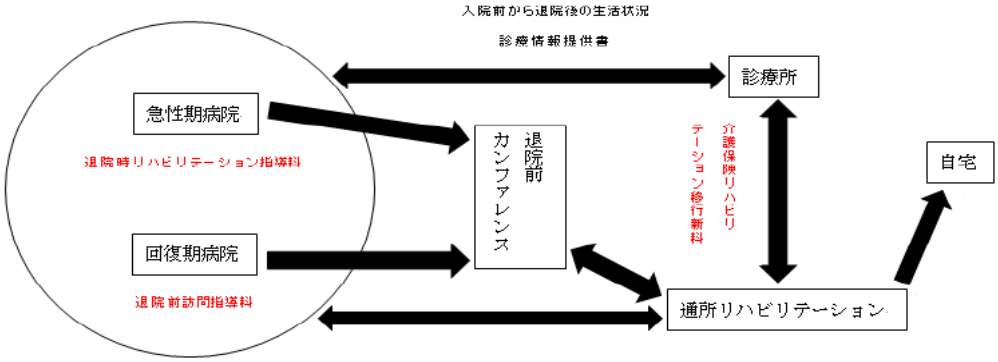
2) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者リハビリテーションのあるべき方向．社会保険研究所，2004.

第２節 利用開始時における医療機関との連携

ｉ．連携の現状

連携という言葉が日常的に使われている医療・介護では全国デイ・ケア協会の調査結果[1)]からも一定の連携が行われています。診療報酬上にも多くの連携加算が存在しており、入院機能を持つ病院では「退院時リハビリテーション指導料」、無床診療所では「介護保険リハビリテーション移行支援料」などがあります。それらを利用し退院前カンファレンスへの参加、リハビリテーション情報提供書の交換等、医療・介護の連携は促進されつつあります（図 2-2）。

図 2-2 医療機関と通所リハビリテーションの連携



通所リハビリテーション計画を作成するために、医療機関との連携は不可欠です。医療機関（病院・診療所・老健施設）が母体となる通所リハビリテーションでは、その特性を生かした連携方法の報告[1)]もありました。同一法人に入院病床のある通所リハビリテーション施設の取り組みでは、退院予定が近い患者を対象とした通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの利用判定を入院中に実施し、退院後早期からスムーズな利用という取り組みをしている施設もありました。この場合、必然的に退院という最も大きい環境変化に対して、早期に介入することが出来、また疾患治療の経過もすべて把握できるので、安全かつ効果的なリハビリテーションマネジメントが可能になります。

生活期リハビリテーション資源の 1 つとして通所リハビリテーションの役割や機能を急性期・回復期病院等にアナウンスし、在宅復帰直後からの利用を促進していくことは必要です。また無床診療所では診療報酬上、疾患別リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行が促進されています。移行促進の取り組みに外来の疾患別リハビリテーション担当者から本人・家族への説明と同意を行い、同時に担当ケアマネジャー、移行先通所リハビリテーション担当者へリハビリテーション情報提供を行う報告もありました。平成 28 年診療報酬改定ではこのような取り組みが評価され、より移行促進要素が強くなっています。患者・利用者にとって生活期リハビリテーション提供場面を途切れさせないよう、現行制度を活用し、必要に応じた連携を促進していくことが重要になると考えられます。

ii．循環型施設としての通所リハビリテーション

通所施設として多機能・多目的を求められますが、平成 27 年介護保険改定で明示されたのは「終了（修了）」の考え方です。一般的に終了というと「利用者がいなくなるのでは」「経営的に厳しい」といった声が多く聞かれ、その取り組みには消極的なケースが多いのが現状です。しかし、通所リハビリテーションの機能はリハビリテーション前置の考え方の下、目標達成の為に医学的管理下にてリハビリテーションの提供を行うことが大きな役割と解釈できます。

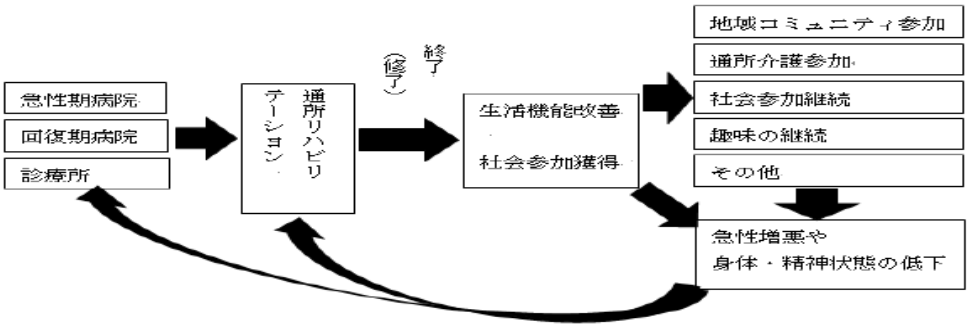
医療機関でのリハビリテーションを終了し、通所リハビリテーションにて生活機能を専門的に改善した上で、地域の通所介護施設やコミュニティー等への参加へつなぐことが重要になります。そして再び急性増悪や生活機能の低下が認められた際には、それぞれの施設が情報共有し、医療機関・通所リハビリテーションにて集中的なリハビリテーション実施にて生活機能を回復させ、地域に帰っていくという流れを作っていくことが必要です。

他医療機関（急性期・回復期）との連携では興味深い報告[1)]もありました。それは、各医療機関の医療ソーシャルワーカーへの通所リハビリテーション広報です。近年は退院調整を病院内にある地域連携室が中心に行っています。しかし、その中での通所リハビリテーションの認知度が低く、また機能を理解頂けていないとのことで、地域連携室を訪問し、在宅復帰後の地域リハビリテーション資源として通所リハビリテーションを広報していく活動に取り組んでいます。患者が高齢の場合には高頻度で在宅生活を視野に入れた介護保険申請をされているようであり、退院後の通所リハビリテーションの需要は非常に高いとの事でした。また医療ソーシャルワーカーからも新たな地域のリハビリテーション資源として非常に喜ばれ、通所リハビリテーション利用促進になっています。また医療情報等を頂く窓口として地域連携室はとても重要な役割を担っています。

診療所の取り組みでは、近隣の通所介護施設へリハビリテーション専門職を派遣し、リハビリテーション指導を実施している施設もありました。社会参加という言葉が注目されていますが、具体的方法論として考えた時に最初の選択肢として考えられるのは同じ介護保険施設である通所介護が多いように感じます。定期的なリハビリテーション指導等にて近隣通所介護施設を訪問し、情報共有や終了後利用者の状態把握を行うことで、明確な役割分担や、連携が可能になるとの事でした。

このような循環型の利用を促進していくことで、種々の問題点は解決していくと思われます。その為には通所リハビリテーション機能を周知していくことが必須です。

図 2-3 通所リハビリテーションを中心とした循環型モデル



iii．多職種から多施設への連携の拡大

内部での連携は十分であるが外部との連携はこれからという施設も多く存在します。通所リハビリテーションの役割として記載した循環型施設として考えた場合、利用前後の身体状況や生活状況を把握することは重要となります。平成 27 年介護保険改定においても利用終了後のアセスメント等、前後の状況把握を必要とする加算が新設されました。実際に利用している時だけ、自施設内だけの情報共有では不十分であることは明確であり、利用者の正確な全体像の把握には多職種だけの連携ではなく、多施設間の情報共有を取り組むことがより効果的な通所リハビリテーション実践には不可欠となります。

［仁科 康彦］

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

【コラム】通所リハビリテーションだから出来る連携の実際

患者様が安心して通所リハを利用するためには、患者様に関わる医療機関との連携が必要不可欠です。

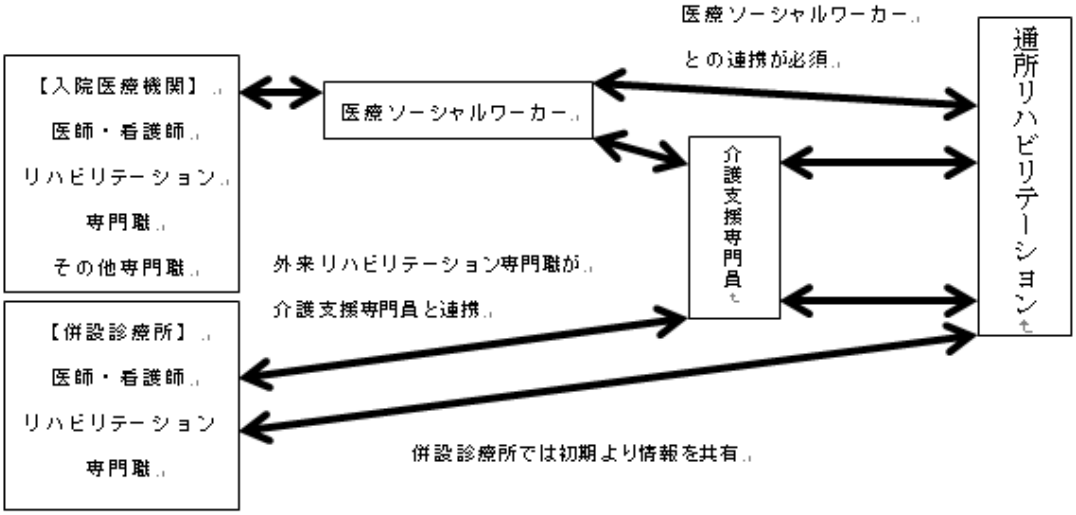
退院後に通所リハの利用を検討されている方について、ケアマネジャーより相談があります。当事業所では、家族等に了解を得て、入院中に通所リハのリハビリ専門職が直接面会し、初期のアセスメントを実施。入院医療機関が開催する退院前カンファレンスにも参加し、その場で通所リハ計画の案を作成しています。

通所リハ併設の診療所からの移行については、通院患者の介護保険認定状況を受付段階で把握します。その情報から外来リハ・通所リハのリハビリ専門職や医師でケースカンファレンスを実施し、通所リハ移行の必要性について評価。必要性がある場合には、外来通院時に通所リハの見学や体験、医師からの説明を行い、同意後に通所リハ利用を開始しております（診療所では介護保険リハビリテーション移行支援料を算定）。

医療機関の入院・通院時から、通所リハのリハビリ専門職が積極的に関わる事で、安心した利用につながります。

【医療法人　おまち整形外科医院】

図 2-4



第３節　ケアマネジャーとの連携

ｉ．在宅生活を中心とした情報の共有

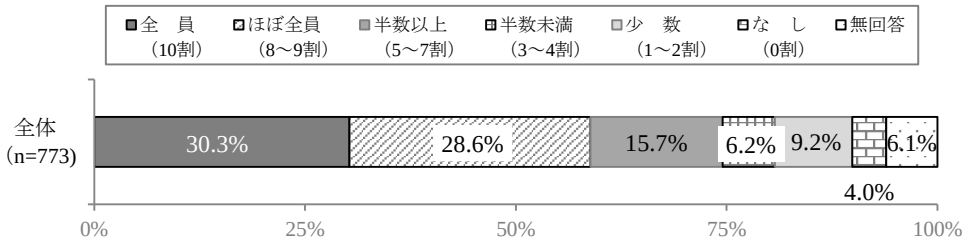
1. 在宅生活を支える通所リハの在り方

第１章において通所リハの目的は、「要介護認定を受けられた方が、事業所に通いながら自立した生活を取り戻し、安定した自宅での暮らしを継続すること」と記しました。平成 24 年度介護報酬改正においても、リハマネジメント加算に居宅訪問が必須となり、より「在宅生活」に重点を置いたリハビリテーション提供が示唆されています。このように、通所リハ利用中だけでなく、在宅生活全般を考慮した専門的な関わりが通所リハには求められているのです。

2. 居宅サービス計画と通所リハビリテーション計画の連動

リハマネジメント加算に関する通知において、「通所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位置づけられる」とあり、通所リハ計画は居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいて作成されるものです。一方で、全国デイ・ケア協会の調査 [1)]では全てのケースにおいて通所リハ計画作成前にケアプランを取得した割合が 3 割とあり（図 2-5）、現状ではケアプランと連動しない通所リハ計画になると危惧されます。事業所側から積極的にケアマネジャーと連携し、効果的な通所リハ計画の作成に努める必要があるでしょう。

図 2-5 通所リハビリテーション計画作成前にケアプランを取得した割合



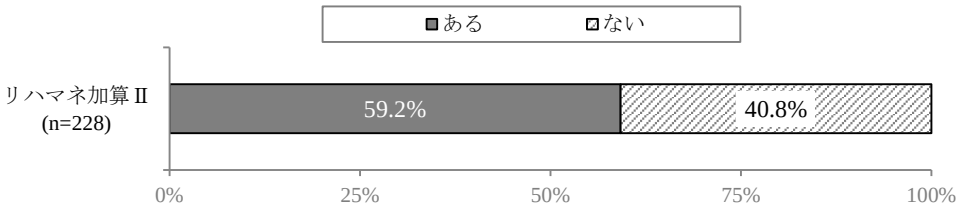
※ 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業.
老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業より

3. 自立支援の視点の広がり

全国デイ・ケア協会の調査 [1)]において、ケアマネジャーが通所リハを導入する目的としては、「IADL 向上」「ADL 向上」「心身機能向上」の 3 項目が９割を超える結果を示しました。これは、平成 27 年度の介護報酬改定では参加や活動へ焦点を当てた結果として、自立支援の視点に基づいたリハビリテーションの考え方が徐々に浸透し始めていると考えられます。

また、リハ会議の意見を基にケアマネジャーよりケアプランを変更されたことがある事業所（リハマネ加算Ⅱ算定事業所）は、約 6 割と高い値でした。リハマネジメントやリハ会議におけるケアマネジャーとの協働は、居宅サービス計画（ケアプラン）の質をより高められると期待されています。

図2-6 リハビリテーション会議の意見から、ケアプランが変更された割合



※ 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業.
老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業より

4. リハビリテーションマネジメントの理解と課題

全国デイ・ケア協会の調査 [1)]から、リハ会議へ参加したことのあるケアマネジャーの参加理由は、「リハビリ専門職へ相談できる」「ケアプラン変更の参考になる」「家族・本人も含め目標設定ができる」「関係事業所間の連携が密になる」の 4 項目が約 9 割となり、ケアマネジャーはリハ会議の効果を感じていました。一方で、ケアマネジャーがリハ会議へ参加していない理由は、「出席依頼が来ない」「リハ会議の開催がない」の割合が高く、通所リハ事業所は必要な人材を確保するなどすべての利用者にリハ会議を開催できる体制への強化が急がれます。

通所リハ事業所は、リハマネジメントの効果をしっかりと示す必要があります。ケアマネジャーにおけるリハマネジメントへの考え方は、参加したリハ会議の内容により影響を受けやすく、リハマネ加算Ⅱを導入しているケアマネジャーからもリハ会議やリハマネジメントに対する費用対効果や運用の仕方などに厳しい意見が聞かれました。

また、ケアマネジャーが通所リハの導入を検討するとき、通所リハ事業所へ相談する割合は 5 割もありません [1)]。ケアマネジャーとの日頃からの連携・協働を強化し、相談を受けやすい事業所運営を心がける必要があるでしょう。

ⅱ. 効果的な連携方法

1. 「来るのを待つ」から「自ら行動する」へ

在宅生活に関する情報を得るためには、積極的に自ら情報を集めることが重要です。ケアマネジャーからの連絡を待つのではなく、事業所側から積極的に声をかけていきましょう。一方で、ケアマネジャーとの信頼関係がなければ、行動に移しても情報を得ることは難しいでしょう。日々の関係作りが重要です。

具体的には、通所リハのパンフレットを配布したり、制度に関する勉強会や情報交換会を開催したり、施設見学会を開催したりなどを通じて、ケアマネジャーへ通所リハで行われている関わりを正しくわかりやすく伝える工夫を行っている事業所があります。これら情報発信の工夫を通じて、ケアマネジャーとの信頼関係を構築し、ケアマネジャーから声をかけられやすい事業所となることで、より情報が集まりやすい事業所となることができるでしょう。

情報発信については、通所リハでの関わりの効果をケアマネジャーへ伝える工夫が必要です。ケアプランを頂いて作成した通所リハ計画の結果、利用者はどう変わったのかをわかりやすく伝え、ケアマネジャーが通所リハの効果を実感することが、信頼を得る近道ではないでしょうか。伝達方法としては、通所リハ計画のモニタリング結果を郵送したり、リハ会議やサービス担当者会議にて顔を合わせて説明したりなどが実践されています。

2. リハビリテーション会議の工夫

リハ会議の開催に際して、参加を依頼されたケアマネジャーの多くは、リハ会議へ参加しています。ケアマネジャーがリハ会議に期待していることは、リハビリ専門職を中心としたケアプランに役立つ専門職の情報を得ることです。リハビリ専門職は、専門的な評価（生活機能の予後予測を含む）に基づき、状況を適切かつ専門用語を使用せずわかりやすく家族・本人やケアマネジャーへ説明することが求められています。

リハ会議と担当者会議とを兼ねて開催することが可能です。全国デイ・ケア協会の調査 [1)]によると実際に兼ねて開催したことがある事業所（リハマネ加算Ⅱ算定事業所）は、6 割程度ありました。また、リハ会議の開催場所として「自宅」や「他施設」との回答もみられています。「リハ会議と担当者会議を兼ねての開催」「通所リハ事業所以外での開催」などの工夫は、リハ会議へケアマネジャーが参加しやすくなる良い方法であると思います。

3. 充実した関わりへの体制強化

前述のように、リハ会議を通じて効果的なリハマネジメントを実践し利用者の生活を改善へと導く、通所リハ事業所のスタッフが日頃から担当者会議へ積極的に参加するなどの活動を通じて、ケアマネジャーの信頼を得てリハマネジメントの必要性を理解して頂けるよう働きかけることが重要です。

一方で、リハ会議へ参加していないケアマネジャーからは「リハ会議への参加依頼がこない」との声が多く聞かれました。通所リハ事業所として、ケアマネジャーとの連携の機会を作るためにも、リハ会議をしっかりと開催できる人員の確保および教育は必須でしょう。また、ケアマネジャーからの相談後すぐに利用できるよう利用枠に空きを作っている事業所もあり、余裕を持った事業所運営が望まれます。

ケアマネジャーとの連携・協働に向けた具体的な取り組み例
・ パンフレットを作成し、地域のケアマネジャーへ積極的に情報提供を行っている。
・ リハビリテーションの必要性や効果・制度について、勉強会や情報交換会を開催している。
・ ケアマネジャー向けに施設見学会を開催し、通所リハでの関わりを理解して頂く。
・ 利用者の担当者会議には必ず参加している。
・ 利用開始前の担当者会議へも積極的に参加している。
・ ケアマネジャーが参加しやすいように、リハ会議を担当者会議と兼ねて自宅にて実施している。
・ ケアマネジャーからの利用相談を受けやすくするため、常時数人分の利用枠を空けている。

[金野時樹・染谷和久]

○ 参考文献

1） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

2） 全国デイ・ケア協会：居宅訪問実践ガイド ，2013.

3） 全国デイ・ケア協会：生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル，2015.

【コラム】通所リハを利用者に勧めてみたい

利用者の生活支援を行う上でケアマネジャーとの連携は必要不可欠です。そこで、当法人では通所リハについての理解を深めてもらうことを目的として、ケアマネジャーを対象に「通所リハ見学会」を月 1 回開催しています。

対象は送迎エリアにある居宅介護支援事業所として、パンフレットを直接持って行ったり、事業所へ郵送したりして案内をしています。当法人にご紹介を頂いたことがないケアマネジャーに参加して頂いたこともありました。実施時間は実際の雰囲気を感じてもらうために稼動時間帯の 13：30～15：00 に行っています。具体的な内容は表 2-1 の通りです。

特に、②リハ機器体験・③計画書の説明・④介護報酬の説明は好評で、「通所リハで行う内容がよく分かった」、「自分たちの居宅サービス計画の内容を活動・参加に繋がるものにしなければならないと感じた」、「通所リハを利用者に勧めてみようと思った」等の声を頂いています。今後も内容を検討しながら「通所リハは幅広い生活支援が行える」ことを伝えていきたいと思います。

【医療法人財団 善常会】

表 2-1 通所リハ見学会のスケジュール

内容	時間
① 事業所の紹介・見学	30 分
② リハビリ機器の体験	
③ 平成 27 年度の報酬改定後の計画書についての説明	30 分
④ 通所リハの介護報酬についての説明	
⑤ 新規利用者の受け入れについての相談	30 分
⑥ 法人内の連携についての説明	

第４節　リハビリテーション会議の開催

ⅰ.リハビリテーション会議に向けての説明

1.　法人内部への説明

リハビリテーション会議（以下リハ会議）は、リハマネジメントの共有・検討の場として期待されています。会議では、利用者の支援方針や目標設定、生活状況の確認等、より多くの関係者で情報を共有し、本人が自立に向けた意識が高まるようにサポートする事が求められます。また、会議の開催においては、今まで以上に、医師の参加が求められるものとなりました。

リハ会議は、通所リハビリテーションのスタッフのみで開催されるものではないため、まずは、リハ会議の共通認識を図ることが大切であると思われます。その全段階として、法人内部（医師等）においてもリハ会議について話し合いの場を持つこともよりよい運営に繋がると思われます。

2.　他の事業所への説明

リハ会議の構成員は、通所リハビリテーションのスタッフのみではなく、利用者、家族、介護支援専門員、他の居宅サービス提供者等、様々となっています。よって、利用者、家族は勿論のこと、介護支援専門員と他の事業所においては事前に説明をしておくことが望まれます。

(1) 介護支援専門員

介護支援専門員に対して、事前に伝える方法は、書面や電話、直接会ってによるもの等、伝える方法は様々ですが、ポイントは、“リハ会議の目的”を確実に伝えることが大事です。間違って単位数を基本に話を切り出していくと、リハ会議の中身が上手く伝わらないこともあります。また、目的に加えて、開始から終了までの一連の流れを合わせて伝えておくことで、より具体的にイメージできると思われます。更に、介護支援専門員にとっては医師やリハビリ専門職の情報を確認できる場としても活用できます。

(2) 他事業所

他の事業所の方がリハ会議に参加された場合でも、いわゆる加算としての収益的なメリットは他の事業所に対しては発生するものではありません。そのため、事前にリハ会議の目的や利用者にとってのメリット等を伝え、間違えてもリハ会議への参加を一方的に押し付けることがないような伝え方が求められます。

ⅱ.リハビリテーション会議の実際

1.　リハビリテーション会議の目的

(1) リハビリテーション会議の目的

そもそもリハ会議という言葉は、平成 27 年度から耳にするようになったと思います。言葉としては新しく感じますが、今までのリハビリテーションカンファレンスが置き換えられたものであると思われます。よって、会議の目的は、リハビリテーションの観点で、支援方針や方法を共有することであり、最終的にはリハビリテーション計画を作成することとなります。しかし、今回の介護報酬改定では、このことに加えて、医師による本人と家族への説明と同意という部分が新たに強化されたものとなっています。

(2) リハビリテーション会議の種類

現在リハ会議は以下（表 2-2）の２つのパターンで、運営されています。

表 2-2 リハ会議の種類

項目	リハビリテーション会議	
	・リハマネジメント加算Ⅰ	・リハマネジメント加算Ⅱ
会議の主な参加者	・事業所スタッフ	・本人、家族 ・事業所スタッフ （医師・リハビリ専門職・ 看護職・介護職 等） ・介護支援専門員 ・他の居宅サービス提供者等
説明者	・医師、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴ	・医師

※ 表 2-2 に示した部分の内、リハマネジメント加算Ⅰにおける流れにおいては、すでにリハビリテーションカンファレンスとして、今までも運営されている現状となっています。よって、以下の項目においては、リハマネジメント加算Ⅱにおけるリハ会議としての流れを記載していきます。

2. リハビリテーション会議開催までの流れ

リハ会議は、事業所のスタッフに加えて、本人・家族、介護支援専門委員等多くの構成員で開催されています。当日のリハ会議の実施時間には制約があることも多いのが現状です。そのため、リハ会議を開催する前日までには、介護支援専門員からの居宅サービスを元に、事前に、仮のリハビリテーション計画書を作成しておく方法が良いように思われます。

また、リハ会議の日程調整は、全国デイ・ケア協会の調査[1)]では、リハ専門職が行っている割合が高くなっています。リハ会議に関連する業務においては、リハビリ専門職が、調整以外にも計画書作成、司会進行、会議録作成など多くことを担っている現状もあり、調整に関しては、リハビリ専門職以外のスタッフが対応することも必要になってくると思われます。

3. リハビリテーション会議の流れと参加者の発言

(1) リハ会議の司会者

リハ会議開催における課題の一つは、司会進行を参加者のどのスタッフが担うのかです。自宅で開催されているサービス担当者会議においては、多くの場合、介護支援専門がその役割を担っています。ここでのリハ会議は、通所リハビリテーションにおけるものであるため、事業所のスタッフが行なうことが望ましいと思われます。全国デイ・ケア協会の調査[1)]では、リハビリ専門職が行っている割合が高い結果となっていますが、チームとして関わっていく以上、最終的にはその役割を医師が担い、支援方針を確認する方が良いように思われます。ただし、書類の詳細までを医師が行なうのでなく、詳細に関してはリハビリ専門職が報告する等、ある程度リハ会議の中でも参加者が役割を持って対応する方が現実的で、かつ効果的であると思われます。

(2) リハ会議の参加者と発言内容

（表 2-3）にリハ会議の参加者の主な発言内容を整理してみました。

表 2-3 リハ会議の中での役割

参加者	主な発言
本人・家族	自宅の生活状況の報告（食事、睡眠、介護負担等） これからの希望、目標 今の悩み等
介護支援専門員	本人、家族の生活状況の報告に対しての補足 ・支援方針や居宅サービスの確認等
医師	疾患や障害の予後 病状やリスクの説明 生活機能の予後 目標達成時期の説明 居宅におけるアドバイス等
事業者スタッフ	本人、家族の生活状況の報告に対しての補足 通所リハビリテーションでの経過報告 目標の達成状況 現在の課題等 これからの目標、対応の説明等
他の居宅サービス提供者	本人、家族の生活状況の報告に対しての補足 サービス提供における経過報告 目標の達成状況 現在の課題等 これからの目標、対応の説明等

以上のことから、発言する内容は参加者によって異なります。よって、リハ会議では、計画書の確認ではなく、参加されている方がそれぞれの立場で報告することが求められます。最終的には、それらの内容をふまえた上で、支援方針や次回確認する項目等を決定することが大切です。実際に全国デイ・ケア協会の調査[1)]からみてみますと、リハ会議後にプランの変更に繋がったという割合も高くなっています。また、今回は構成員としては、記載しておりませんが、場合によっては、知人の方等の参加も望ましいと思われます。

(3) リハ会議の所要時間

全国デイ・ケア協会の調査[1)]では、平均 20～30 分となっているのが現状です。説明の際に時間が長くなる要因は、初回会議や詳細な説明が必要な時と前回より身体状況が変化した時となっています。そのため、初回の会議は、自己紹介等も行われることから、あらかじめ時間が長くなることを想定した上での時間調整が必要になってきます。また、前回との変化を伝える際には、例えば、書面、あるいは動画等を活用し、伝えるた

めの工夫を行うとより伝わりやすいと思われます。その結果、会議の時間の短縮等にもつながります。検討内容によっては、ご自宅で行うような対応も効果的と思われます。

リハ会議終了時には、次回の開催予定と次回の検討内容を予め設定しておくことでよりよい運営にもつながります。

4. リハビリテーション会議開催後の流れ

リハ会議終了後には、リハ会議の議事録の作成と欠席者への情報伝達が必要となってきます。これらの業務においても役割分担をし、対応することが望まれます。

5. 運用の工夫

これまでは、リハ会議（リハマネジメント加算Ⅱ）の流れを中心にまとめてきました。運用のポイントを以下（表 2-4）に示します。

表 2-4 リハ会議運用のポイント

・内部、外部に対してリハ会議の目的を説明
・医師が参加できる時間帯を把握する
・リハ会議当日までに計画書（仮）を作成
・リハ会議中は通所スタッフが一方的に進めていかない
・リハ会議の調整から終了までを役割分担で行う

リハ会議は、開催前後の対応とリハ会議中の対応が運用のポイントになります。特に、医師の参加調整が大きな課題となりますが、医師が参加し説明することで、利用者の安心につながるだけでなく、ケアプランの変更につながる場面も増えています。

しかし、通所リハビリテーションにおいては、登録者数も多く、医師のかかわりにも限界があり、事業所全ての利用者に対して同対応をとることは難しいのも現状です。よって、今後はリハマネ加算Ⅰとリハマネ加算Ⅱを算定するにあたり、対象者の選定も必要になってくると思われます。

例えば、利用開始直後の利用者、あるいは生活機能の低下を認めた利用者、本人の生活目標が定まっていないような利用者等、課題が多く、多職種でかかわり、かつ医師からの説明が必要な方に絞り取り組んで行くのも一つの方法と思われます。いずれにしても医師の理解なしにはリハ会議は成り立たないものと思われます。

ⅲ.リハビリテーション会議を通しての反応

1. 利用者・家族の反応

リハ会議が開催され約 1 年を迎えようとしていますが、リハ会議を実施していく上で、利用者、家族の反応は、算定当初よりも良くなっているという言葉を耳にします。特に利用者、家族においては、身体機能や ADL の見通しについて“医師から説明を受けたい” という背景もあり、実際に身体状況への理解が深まった等の結果も得られ、その他にも目標や課題が明確になってきた、本人・家族の意欲が向上した等の声も聞かれています。

2.　介護支援専門員の反応

アンケート結果 [1)]では、リハ会議に参加したことのある割合は、4 割弱でした。しかし、参加したことのある介護支援専門員からは、リハビリ専門職へ相談出来る、ケアプラン変更の参考になる、本人・家族も含めて目標設定ができる、関係事業所間の連携が密になった等といった良い意見も聞かれています。また、「医師の考えを聞くことができた」「先生と話が出来て安心できた」等といった医師の説明を直接聞くことができて良かったとの声も聞かれています。一方で、少数意見ではありますが、あまり意味が無い、必要性を感じない等といった発言も聞かれています。そのためリハ会議へ参加したものの、ただの報告の場であったという反応ではなく、目標設定や意欲の向上等、利用者にとって意味のあるものであったと結果として示していく必要があると思われます。また、会議の充実とは別に介護支援専門員は、単位が高い、支給限度額を超えるといった部分で導入出来ていない現状も確認されており、よって、その単位数に見合った結果も求められます。

3.　他の事業者の反応

リハ会議終了後は、目標の設定や経過の確認ができた等、一定の効果は得られているように思います。反対に、会議には参加できたが、上手く発言ができていないとの声も聞かれています（サービス担当者会議の方が良く言葉を発している）。リハ会議は新しく新設されたこともあり、介護支援専門員も他の事業所においても半信半疑で参加されている部分もあると思われます。特に、他の事業所においては、収益的なメリットはなく、反対に会議に参加することで、直接的な業務の時間が削られているため、リハ会議にはその部分を埋めるだけの効果を感じて頂く必要があると思われます。

いずれにしても、今後リハ会議への参加率が向上するのか低下するかというのは、実践しているリハ会議の効果を間接的に示すものになると思われます。

4.　医師の反応

もともと通所リハビリテーションにおいて、医師が普段からどの程度関与できているかにおいても、緊急時のみ、定期的等と差を認めていたのが現状です。今回のリハ会議の参加が増えた事で、普段から関わる場面が増えた（状態を把握していないとリハ会議では説明できない）という意見が聞かれています。しかし、医師においては、常勤・兼務での対応が多いため、時間の確保が難しいという声も聞かれています。また、利用者には別にかかりつけ医が存在している現状もあり、どの程度まで説明をして良いのか判断に困ってしまうとの意見も聞かれています。

5.　通所リハビリスタッフの反応

通所リハビリでは、身体機能改善に対して利用者が訴えることも少なくない。そのため、会議の中で、医師から身体機能に関しての説明があり、その後の対応がスムーズになった。また、新たな疾患に対して以前よりも早急に対応ができるようになった（検査入院等も含む）等良い意見が聞かれています。しかしながら、リハ会議に関する業務負担が増えているのも現状であり、書類などの業務に対する調整は急務であると思われます。

[小川彰]

〇参考文献

1）全国デイ･ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健推進費等補助金老人保健増進等事業，2015.

2) 全国デイ･ケア協会：生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル，2015.

3) 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調査

コラム：今のお父さんを見つめて

A さんは、妻と娘との 3 人暮らし。生活を続けていく中で、徐々に認知症状を認めました。しかし、ご家族にとって「偉大な父」が「認知症かもしれない」という現実をなかなか受け入れることは難しい状況でした。

そこで、毎月開催されるリハ会議の中で、医師の病状に対する説明、事業所での経過等の説明を実施。ご家族からも治療に対して前向きな発言が聞かれるようになりました。また、ポイントとなる時期には、リハ会議へ県外の息子も参加され、最大 1 時間以上、みんなで話し合い、最終的には認知症専門病院にて精査する運びとなりました。

リハ会議では現在の生活を確認し、目標の達成状況や課題を整理されていると思います。その事に加えて、今回のように状況に応じて、“方針を見直す場”としての活用が期待できます。

【医療法人共和会　介護老人保健施設 伸寿苑デイケアセンター】

リハ会議の様子

第５節　多職種連携

ⅰ．多職種連携の意義と実際

通所リハビリテーションは、SPDCA サイクルをマネジメントすることにより目標達成を図ることができる機能を有しており、在宅にいながら入院に近いサービスを受けられるメリットを持っています。そのためには、利用者の目標に合わせたアセスメントの優先順位やアセスメント結果の統合、解決した課題の確認や新たな課題の抽出などを専門職ごとに行いながら、それらの情報を共有し連携することが非常に重要です。

全国デイ・ケア協会の調査結果 [1)]から、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定している施設の通所リハビリテーション計画の作成について、アセスメント、目標・支援内容の作成を担っている職種（職種は複数選択可）は、リハビリテーション専門職のみならず看護・介護も高い割合で計画作成に携わっていることが分かりました（表 2-5）。

また、通所リハビリテーション計画はリハビリテーション職種の計画のみならず、リハビリテーションの観点から必要な看護、介護、医学的管理などの関与する各職種の計画を統合し、総合的なリハビリテーションの方針、支援方法などを記載することとなっています。さらに、利用者の効果的・効率的な自立支援のためには、介護支援専門員（ケアマネジャー）の居宅サービス計画書をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護などの居宅サービス提携事業所と支援方針や支援方法を共有し、協働する事が重要です。

しかしながら、事業所ヒアリングでは、「目標志向のプラン設定が不十分」「アセスメント結果の情報共有が不十分」などの声が挙がっており、計画作成は協働できているものの、リハビリテーションマネジメントの質の部分での連携は不十分であることが考えられ、計画作成という連携の場面はあるものの連携方法の工夫を検討する必要性が考えられます。

表2-5 通所リハビリテーション計画の作成に関わっている職種（リハマネ加算Ⅱ算定事業所）

	医師	リハビリ専門職				看護師	介護福祉士	介護職員	相談員
		3職種いずれか	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士				
利用者の評価・情報収集	54.5%	98.4%	92.9%	71.5%	33.6%	59.3%	75.1%	45.5%	9.5%
通所リハ計画の検討（目標・支援内容）	64.5%	98.4%	92.4%	72.9%	35.1%	62.9%	74.9%	37.5%	10.8%
通所リハ計画の検討（提供時間内の対応）	48.8%	98.8%	93.2%	72.4%	36.4%	70.0%	87.2%	34.4%	6.0%

※ 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業.
老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業より

ⅱ．目標立案の過程や繋がりを共有する（興味・関心チェックシートを用いた連携）

全国デイ・ケア協会の調査 [1)]から、興味関心チェックシートを聞き取る職種（職種は複数選択可）として、リハビリテーション専門職が 71.4%と多く、続いて介護福祉士 36.6%、介護職員 28.9%、看護師 20.6%、相談員 15.5%であり、興味関心チェックシートの聞き取りを実施している施設の中で、介護福祉士または介護職員（もしくは両方）が聞き取りを実施している施設が 44.0%みられました。また、興味関心チェックシートをリハビリテーション専門職種以外の職種が聞き取ることで、利用者への理解が深まり、何気ない会話の内容に変化がある印象があるという事業所に対するヒアリングの結果 [1)]がありました。活動・参加への働きかけが重要である中で、興味関心チェックシー

トの聞き取りと、その結果から把握できた興味関心のある活動の背景となる利用者・家族の Needs は、目標と深い関係があることが想定されます。このことから、興味関心チェックシートの聞き取りをリハビリテーション専門職以外が実施することや、聞き取り結果を基に利用者の背景を探る取り組みおよびその結果の共有などの機会を作ることが、多職種協働の基盤として重要となります。つまり、聞き取りを行う職種は施設ごとに異なるものの、リハビリテーション職種はその統合と解釈の役割を担い、ケアプランや支援方針の背景としてその結果を多職種と共有し、目標とのつながりを示すことが重要です。

ⅲ．リハビリテーション会議でチーム連携を効果的に行う

リハビリテーション会議は、目標や計画を共有する場面となるため多職種連携の機会として非常に重要であることを経験している方は多いのではないかと思います。しかし、そのためには会議の進行やプレゼンテーションの技術も必要になり、わかりやすい説明のための研修をしながら、会議の場で本人・家族の意向をチーム全体で確認・共有することや、目標や計画をチームで共有することに努めている事業所がみられました。また、会議で役割分担を明確にすることで次回の会議でのチームの一体感が生まれたといった報告も見られました。これらの事から、ケアマネジャーや外部事業所を含めた連携強化がリハ会議の目的や効果の一つに挙げられると考えられます。

また、本人はもちろん家族もチームの一員であることを認識し、共に行うアプローチを確認する機会としてもリハビリテーション会議の場は重要となります。専門職だけでなく、本人に行っていただくこと、家族に行っていただくことについても明確化しマネジメントを行うことが目標達成のために非常に重要です。

具体的には、通所リハビリテーションで練習したトイレ行為が実際の生活で実行されるためには、利用者のケアに従事する家族をはじめ、サービス提供者と支援の方法を共有していきます。そのためには、介護支援専門員をはじめ、訪問介護事業所や利用者の支援に関わる方と共同できる仕組みとして、リハビリテーション会議の実施場所、実施メンバー、実施時期を検討することから始めてみましょう。

ⅳ．SPDCA サイクルを効果的に回す日々の連携のポイント

活動・参加に焦点をあて、「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランスよく働きかけるためには、多岐にわたる視点が必要となります。日本作業療法士協会では生活行為は大きく 5 つのカテゴリに分類され、それを「人が生活していく上で営まれる生活全般の行為」[3)]と定義づけています。

日常生活活動（ADL）	整容、排泄、入浴、更衣、食事、睡眠など
手段的日常生活活動（IADL）	掃除、料理、買い物、家や庭の手入れ、洗濯、自転車・自動車運転、公共交通機関の利用、子供の世話、動物の世話など
生産的生活活動	賃金を伴う仕事、畑仕事など
余暇的生活活動	趣味、読書、俳句、絵画、パソコン、写真、観劇、演奏会、お茶、お花、歌、囲碁、散歩、スポーツ、競馬、手工芸、旅行など
社会参加活動	高齢者倶楽部、町内会活動、お参り、ボランティア活動など

一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント より

また、それにはその人の意思や選択、決定といった思念が含まれるため、その方が何を行っているかだけでなく、どのような想いをもっているかについての情報を共有することが非常に重要です。そのため、生活場面によりそうご家族や介護職員、ポイント的に関わりを行うその他の職員についても、計画の実施可・不可だけではなく、その際に利用者は何を語り、どのような気持ちであったのかを知ることができる職種であると言えます。例えば、整容では洗顔や爪切り、化粧や整髪などに利用者の好みやこだわりが影響しています。そのようなことを具体化していくことが、利用者が「望む暮らしを支援する」ことへつながっていきます。

具体的には、入浴場面に付き添っていた介護職員が利用者の「ちょっと最近背中を洗う時に手が届きにくくなってきた」という言葉を大切にし、申し送りで口頭やノートを用いてリハビリテーション職員と共有します。その結果から、リハビリ職員は上肢各関節の状態を評価し入浴場面の評価を実施し、入浴時の支援方法を介護職員と共有し実施します。その状況をケアマネジャーへ報告し、ご家族から自宅での状況を収集もしくは自宅への訪問にて評価を行い、介助の際の工夫を伝達するなどの動きへつなげていきます。

一方、顔を合わせて情報共有を行う時間が十分に取れていないことの課題がヒアリング調査にて上がりました。これ対し、リハビリテーション職種が介護職の申し送りに参加すること、申し送りノートを多職種で共有すること、インカム（トランシーバー）を使用し都度の情報を共有するなどの工夫をされている事業所がありました。

[福田恵介]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２）全国デイ・ケア協会：生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル,2015.

３）一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法関連用語集,改訂第２版

コラム：よりよいプランを目指して

「プラン（通所リハ計画）を立案したが、なかなか実施されない」という課題はありませんか。当法人では、リハ会議へ出席しない介護職は会議録を閲覧することで情報共有を図っていましたが、閲覧だけでは「なぜそのようなプランになったのか」という経緯を理解することが難しく、一部でこのような事態が発生していました。

そこで、介護職が積極的にリハ会議へ参加し、リハビリ専門職と一緒にプランの充実を図る取り組みを意識しています。リハ会議ではご本人やご家族の言葉を直接聞く事ができ、介護職が今後必要なプランを理解しやすくなりました。

しかし、リハ会議への参加だけでは十分な協働ができているとは言えません。リハビリ専門職と介護職の日常的な情報交換を増やす必要があると感じています。各専門職が協働して立案したプランを実施した結果「どうだったのか」という重要な情報をタイムリーに介護職からリハビリ専門職へフィードバックすることが重要です。この情報から、新たなプランの追加やプランへのひと工夫、介護職へアドバイスなどが実施されています。

リハ会議を通じて多職種でプランを作成し、プラン実施後の情報共有を行うという小さなサイクルを意識した取り組みが重要なのです。

【介護老人保健施設　鴻池荘サテライト蜻蛉】

第３章

通所リハビリテーションにおける医師の役割

平成 27 年度介護報酬改定において、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）、生活行為向上リハビリテーション加算、社会参加支援加算等が新設されたことでも明らかなように、介護保険のリハビリテーションにおいては、多職種連携による「活動」と「参加」に向けたリハビリテーションサービスの提供が今後ますます求められています。その中で、通所リハビリテーションでは、医師の役割として、①疾病の管理、②より効果的なリハビリテーションを提供するための運動強度の適切な指示、③リハビリテーションマネジメントへの積極的関与が求められているのです。

以下、かかりつけ医のような定期的な医学的管理を行う医師の指示にもとづき、リハビリテーションを提供する通所リハビリテーションの医師に期待する役割について述べていきます。

① «疾病の管理» リハビリテーションの阻害因子の最小化

高齢者の多くは複数の疾病を抱えており、それに対する医学管理が適切に行われていることが、リハビリテーションを実施するにあたっての大前提となります。

通所リハビリテーションの医師は、リハビリテーション計画を実施していくにあたり、利用者が有する疾病が適切に管理されているか、医師の視点によりリスク管理を行うことが必要です。すなわち、疾病の治療が不十分であって、能力の回復に向けて障がいとなっていないかどうかを管理する必要があります。

一方で、治療そのものによって、新たにリハビリテーション上の課題が生じている場合もあります。例えば、抗精神病薬○○によって嚥下障害○○のような副作用が起きている場合には、かかりつけ医に用法・用量の見直しを促す等の働きかけも重要でしょう。

すなわち、リハビリテーションを効果的なものとするべく、必要な疾病管理がなされるよう、また不適切な治療が行われないよう判断し、かかりつけ医等に改善を求めることが最も重要な役割となります。

② «運動強度の決定» リハビリテーションの効果の最大化

リハビリテーションは機能訓練と異なり、利用者の能力の回復を目指すところに特徴がありますが、能力回復を達成するにあたっては一定程度以上の負荷をかけた訓練を実施する必要があります。しかし、高齢者は加齢により身体的な予備能が低下しており、かつ複数疾病を有する場合が多いことから、運動強度の決定にあたっては慎重な医学的判断が求められます。

通所リハビリテーションの医師は、個々の利用者の状態とそのリハビリテーション目標とを踏まえた上で、その予備能に応じて最大の効果を得られるようリハビリテーションの運動強度の決定を行ない、そのような観点からリハビリテーションの実施に必要な指示を行い、また計画の策定に積極的に関与することが求められています（表 3-1）。

表 3-1 期待されるリハビリテーション指示の内容

期待されるリハビリテーション指示の内容（例）
・ 運動負荷に必要な心拍数とリスクとする心拍数や欠滞
・ リスクとする呼吸数と呼吸数で日内変動の確認の有無
・ 骨関節の状態と運動負荷のリスク
・ 運動疲労のサインの見方と確認方法
・ 低下している精神機能または認知機能とリスク
・ 服薬による副作用のリスク
・ 日常生活上留意すること （Ex.心疾患者の肩挙上角度、大腿骨頭置換術後の内旋など）
・ その他、リハビリテーションを提供する上で留意することなど

③ «リハビリテーションマネジメントの積極的関与» 疾病モデルから生活モデルへの橋渡し

介護保険において行われるリハビリテーションは、ある程度病状が安定し、生活環境に近い場において行われるということが、医療保険でのリハビリテーションとは異なるところであり、かつまたメリットでもあります。生活能力の回復という点において、より実践的なアプローチが要求されるわけであり、利用者に機能訓練を漫然と継続させるのではなく、個々人が抱える生活行為課題の克服にシフトしていく段階に移行させていくことが必要です。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件にもあるように、医師が利用者やその家族について病状やリハビリテーションに伴う能力回復の可能性について丁寧に説明し、利用者に適切な動機づけをすることが、特に多職種連携でのリハビリテーション提供体制において医師に求められている役割といえます。その際、利用者の効果的な動機づけに繋がるだけでなく、多職種連携でリハビリテーションを実施していくにあたっての出発点とするためにも、医師も利用者自身の興味・関心を的確に把握すべきことを強調しておきます。

[村井千賀]

第４章

サービス提供時間別の特性

第１節　１－２時間型通所リハビリテーション

ｉ　１－２時間型の特徴

短時間型の通所リハビリテーションが新設された背景には、長時間利用に限定されず、リハビリテーションに特化したサービスを望むといった利用者のニーズが多様化したという事が挙げられます。一方で、厚生労働省による介護給費実態調査では平成 27 年 11 月現在、全国の通所リハビリテーション事業形態と提供時間の割合をみると、１時間以上２時間未満が 3%、３時間以上４時間未満が４％であるのに対して、６時間以上８時間未満の割合は 80%と、短時間型の通所リハビリテーション事業所が全国に普及しているとは言い難い状況にあります。

１時間以上２時間未満において、要介護度別にみた利用内訳（図 4-1）は要支援１・２及び要介護１の占める割合が６割を超えています [1)]。利用者の内訳から、生活上の身辺動作に多くの援助が必要な方の割合が低く生活上の課題が明確であること、療法士が関わるリハビリテーションプログラム以外に自主的にプログラムに取り組める対象者の利用に適していると言えます。実際、生活行為向上リハビリテーション実施加算の事業時間別算定率は全時間帯の中で１時間以上２時間未満において最も多い結果が示されています [1)]（図 4-2）。

一方で、要介護度４・５の利用者割合も 6%弱存在していることも忘れてはいけません。耐久性が低く長時間の利用が困難な方等に対応できるプログラムの設定、体制も整備しておかなければなりません。

図4-1 サービス提供時間別 利用者の介護度

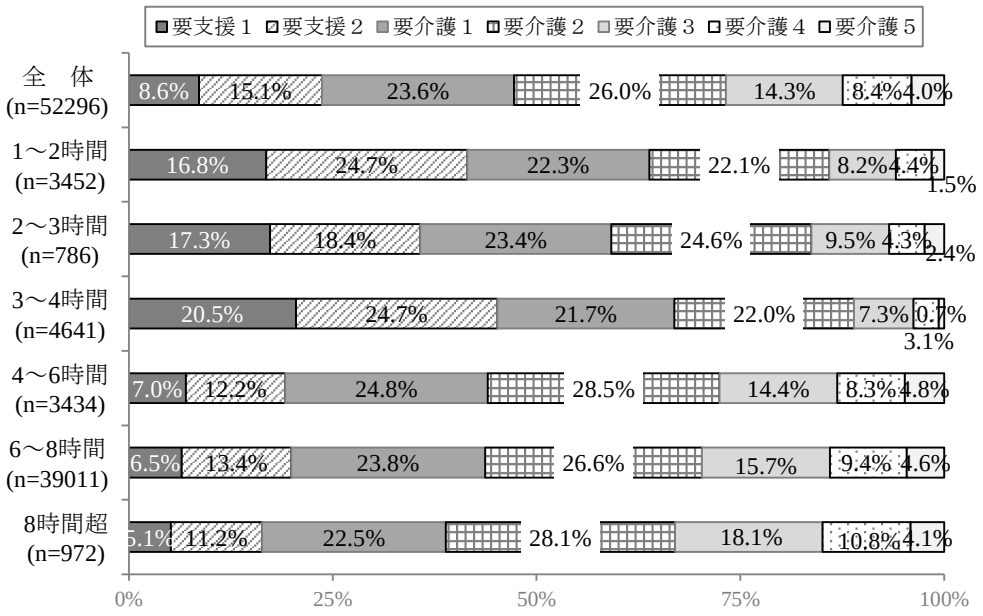
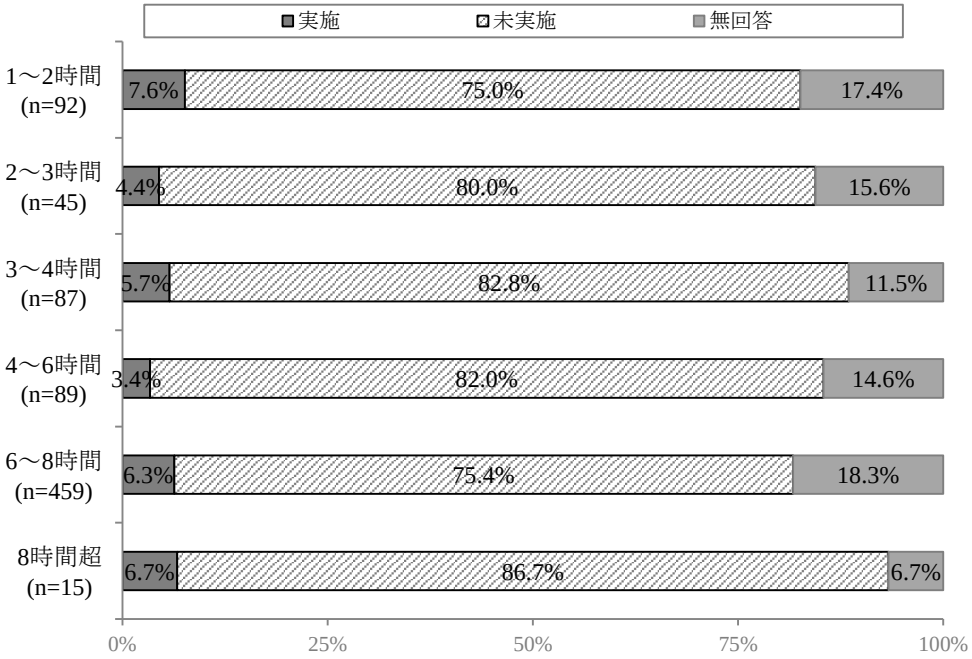


図4-2 サービス提供時間別 生活行為向上リハ実施加算の実施有無



※ 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業.
老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業より

ii 1－2時間型の運営に必要な人員・設備

詳細な施設基準においては成書に譲るとして、ここでは実際の運営に役立つ人員・設備について触れていきます。医療保険の疾患別リハビリテーション料に係る施設基準に適合し届け出をしている医療機関では人員・設備を共用して利用する事が可能です。同一の施設で医療保険の外来リハと介護保険のリハ（通所リハ）の両方を行っている施設の例 [2)]を図 4-3 に示します。多くの医療機関ではマシントレーニングに必要な各種機器や物理療法・スリング療法を行うための空間や機器類は整備されているようです。短時間型の通所リハビリテーションでは、滞在時間にも限りがあり、プログラムの中心が運動に向けられやすい傾向があります。

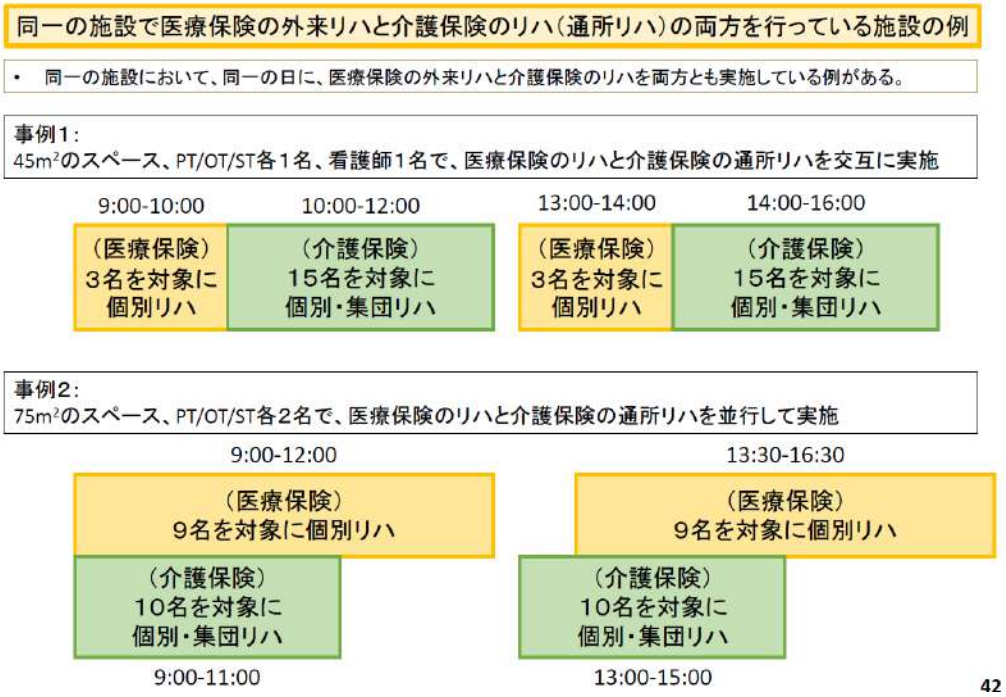
「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランス良く働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するために短時間型通所リハビリテーションにおいても環境を整える必要があります。

利用者が主体的に動くことが出来るよう、来所時の血圧測定場所の確保、計測した値を時系列に保管できるようファイルを用いるということも必要でしょう。また、水分補給のために、自身で器を出し、好きなものを選択し飲水する、飲み終えた器は自分で片付けるということも生活動作の実施という面では有効です。短時間型の通所リハビリテーションにおいても台所や和室を準備し、実際の調理動作を実施する、布団を押入れから出して敷く、片付ける、掃除機をかけるといった実動作が行える環境は、単に運動を継続するのみでなく、実際の日常生活動作や関連動作を習得することに繋がるでしょう。

また、通所利用者同志の交流の場として、落ち着いた雰囲気で過ごすことが出来る空間を確保することも重要になってくると思います。リハビリテーションの合間の時間にいつも顔を合わせる者同士の自然なやり取りが生まれるよう仕掛けてみることも良いでしょう。更に机上課題を行える環境を整え、認知機能への介入も考えられると思います。計算ドリルを単一的に繰り返すということにならぬよう、日々の新聞を活用した紙面記事の抜き出し、書き写しや自身の興

味のある内容が調べられる辞書やインターネット環境を準備するといった具合に、幅広い選択肢を提示できるよう配慮することが求められます。

図4-3 サービス提供時間別 生活行為向上リハ実施加算の実施有無



第 316 回中央社会保険医療協議会総会 資料より

iii 1－2時間型の提供内容の実際

短時間型通所リハビリテーションコースでは改定前同様、個別リハビリテーションの提供時間は 15 分から 20 分程度に設定しリハビリテーションを提供している施設が多いようです。1 時間以上 2 時間未満のコースでは 20 分の個別リハビリテーション以外の時間はトレーニング機器を用いた運動を中心にスリング療法、物理療法、机上での認知機能課題等を組み合わせ、介護職員の支援を受けて提供時間を過ごしている施設が多いようです。

介護報酬改定後、取り組みの工夫をはじめたところでは画一的な 20 分間の個別リハビリテーションの提供を行わない施設も出て来ています。それぞれの課題に対して小集団を作り希望のある方に参加を呼びかけ活動を展開しています。活動人数は各種活動によっても異なり、3～4 名程度の場合から、10 名弱の設定で展開しています。集団活動の内容も運動プログラムに偏らないように意識的に設定されています。リハビリテーション専門職の関わる時間帯を送迎の時間に充て、事業所への往復移動手段の評価、居宅訪問を実施する、興味関心チェックリストの項目を参考に家事動作や園芸・絵画といった多様な活動を展開する施設が増えてきています。

iv 短時間を利用する重度の方の特徴

短時間型の重度利用者の特徴の 1 つとしては、介護者の存在が挙げられます。介護者が自宅において手厚く介助しているケースでは、半日及び 1 日を通して施設に預けるということを求めていません。短時間の中で重点的に受け

る事が出来るリハビリテーションプログラムを望んでいます。重度者の場合、日常生活面から介助が必要であり、最重度の方ではオムツ交換を含めた排泄介助が必要となります。その際、リハビリテーション専門職はトイレの利用について動作の評価が必要です。また、自宅においてもトイレの利用が可能になるよう、居宅訪問を含めた生活状況の把握及び提案という役割を担います。さらに重度者は、長下肢装具の処方や車椅子を中心とした福祉用具の評価及び選定にも介入が求められます。それ以外にも食事に関して、経管栄養から経口摂取への移行、食形態の評価、食具の選定、食事姿勢の検討等、多くの介入が求められます。

重度者の通所リハビリテーション利用にあたっては、送迎サービスの利用希望が多く聞かれることも特徴の1つに挙げられます。家族の介助による往復の移動は時間と労力が必要であり、送迎体制の整備が求められてきます。短時間型では滞在時間が短く、効率的な送迎が行える工夫が必要です。同じエリアの利用者を、同じ曜日の時間帯にまとめて送迎が行えるようスケジュール調整を行う管理体制も重要となります。

[澤潟昌樹]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２） 第 316 回中央社会保険医療協議会総会 資料，27.12.2

３） 全国デイ・ケア協会（全国老人デイ・ケア連絡協議会）：通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド, 2010.

コラム：夫と旅行へ行きたい

A さんは絵画が趣味で夫婦での買い物や小旅行が好きな、普通の主婦としての生活していました。しかし、13 年ほど前に下肢のこわばりが出現し、脊髄小脳変性症の診断を受けます。徐々に症状が進行し、歩行が不安定となり転倒回数も増加。9 年前より歩行の安定性向上、症状の進行予防を目的に通所リハ（短時間）を開始しました。

通所リハでは、進行をできるだけ防止し安全に好きな活動が継続できるよう、短時間通所リハの時間内では歩行バランスや耐久性向上の練習を実施。訪問指導による家庭内環境の整備や症状進行に伴う福祉用具の選定や適合調整・使用方法の指導に加え、通所リハでの個展の開催や旅行計画へのアドバイス等を実施してきました。進行に伴い歩行も独歩から杖、歩行車へと変化していますが、転倒もなく絵画や外出を継続しつつ、夫の援助を受けながら主婦としての役割も維持しています。

進行性の疾患でもあるため、希望の活動と参加を継続するには、医学的管理とリハビリ専門職の関与は不可欠であり、なかなか卒業とはいきません。今後は進行に伴い好きな活動の継続が難しくなるでしょう。形を変えた活動と参加の準備を進めていく必要があります。

【介護老人保健施設 清雅苑】

第２節　3-4 時間型通所リハビリテーション

ⅰ　３－４時間型の特徴

１-２時間コースに比較し滞在時間が長く、運動療法や物理療法以外にも趣味活動や利用者同士の交流等を行えることが特徴の１つに挙げられます。多くの施設では入浴や食事はなしというコース設定が多いようです。

調査結果では要支援１・２、要介護１の割合は 66%を超え通所リハビリテーションの全時間区分の中で最も高い比率を示しています（前掲 図 4-1）。また疾患別の利用割合では脳血管疾患の割合が 46%と全体の半数近くを占めています [1)]。以上より、脳血管疾患により身辺動作の援助は少ない状態にあるが、家事動作や応用的な動作には援助が必要な方が利用されていると考えられます。

ⅱ　３－４時間型の運営に必要な人員・設備

３－４時間型の人員基準においては、病院・老人保健施設と診療所各々の定められた介護保険法の人員基準を満たす必要があります。（提供時間帯を通じて専従の医療専門職は利用者が 10 人以下であれば１名、10 名以上であれば利用者数を 10 で除した数以上と規定されています。）各施設の規模によって条件に違いが出てくる部分ではありますが、通所リハビリテーションの施設として、最低限の人員配置以上の専門職の配置を目指した取り組みが求められます。

設備面では１－２時間型の設備に加え、同時に同じ空間で作業を実施する利用者が増える為、種々の活動の場を広く確保する必要があります。同時間帯に来所し活動を開始する為、利用者の荷物置き場となる収納棚も人数分が必要になります。この荷物管理も自身で管理出来るよう促す為に、置きやすいもしくは取りやすい場所の確保に工夫をすると良いでしょう。利用者の持参する荷物だけではなく、作成途中の作品を保管する場所についても、同様の考え方で準備出来ることが理想です。３－４時間型では滞在時間が長くなり、体調不良への対応を求められることが出てくるため、静養できる空間も必要になってきます。もちろん ADL 練習を実施する場と兼ねていても問題ありません。また精神機能・高次脳機能の評価が出来る環境として個室もしくは個別的に対応可能な空間も必要となります。

生活面に即した環境の一つとしてトイレが挙げられます。状態に応じ車椅子を用いての排泄、導尿の実施やストマ管理の利用者を考慮した広いトイレは準備することが好ましいでしょう。また、突発的な失敗を認めた際に、尿取りパットやリハビリパンツの廃棄が可能な、汚物処理室の設置が同フロア内に準備されることで、衛生的な環境の確保につながります。

その他にも事業所によっては入浴施設や食事の出来る食堂の設置が求められます。入浴の設備としては安易に機械浴槽等を導入するのではなく、自宅に設置されているタイプに近い浴槽の導入を検討しても良いでしょう。自宅での動作を想定して練習の出来る浴槽を利用し、自立を支援する入浴援助が出来ることが通所リハビリテーションとしては重要な考え方になります。重度障害者を受け入れている施設では自宅に設置可能な介護用リフトを併せて設置しておくと良いでしょう。

ⅲ　３－４時間型の提供内容の実際

３－４時間型では、個別リハビリテーション、集団体操、トレーニング機器を用いた運動、物理療法、趣味活動を実施するという施設が主になります。療法士が定期的な個別評価を実施し、個々に応じた自主的に実施するためのリハビリテーションプログラムを提案し、必要時間に応じた個別リハビリテーションを提供しています。ここでは滞在時間が長いこともあり、介護職員の関わる時間が増加してきます。介護職員は日常生活の援助や、小集団での体操・ストレッチ、自主トレーニングプログラムの援助を行っています。それ以外にもカラオケ、ロールピクチャーやネット手芸等の手工芸等を導入し、滞在時間の過ごし方を工夫して関わっています。また季節に応じたイベントを企画しお花見に出掛ける、皆で計画を立て買い物を含めた調理を行い利用者同士で飲食を楽しむというように、集団での取り組みを行う時間比率が増加していきます。

また主体的に取り組めるプログラムの導入に工夫を凝らしている施設もあり、介護を受ける側という役割だけに留めていません。１－２時間型同様に、要介護度が比較的軽度の対象者が多い為、来所後は自身で体調管理の為の血圧測定を実施し記録する、当日のプログラムを選択し実行する、お茶やコーヒーといった飲料は自身で準備し片付けまで実施するといったように自分で出来ることは自分で行うことを促しています。そのような主体的な活動を実施する中で、生活の中で出来る活動を模索し役割として組み込むことが通所リハビリテーションの役割の１つと言えます。

[澤潟昌樹]

○ 参考文献

１）　全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２）　全国デイ・ケア協会（全国老人デイ・ケア連絡協議会）：通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド, 2010.

コラム：○○がしたい！

「もっと良くなりたい！」「お風呂も、食事もいらない。○○がしたい！」といったご要望にお応えできるのが、リハビリテーションに特化した 3～4 時間型通所リハ（以下、デイケア）でもあります。そんなご要望の強かったご利用者Ａ様（70 代女性）は、1 年前に脳梗塞を発症し、右麻痺。6 ヶ月前から「右手で包丁を握って料理をする」を目標に、当デイケアに通われ始めました。

開始時の Br.StageⅢ-Ⅳ-Ⅳ。個別に立案したプログラムの実施に加え、実際に包丁でキュウリを切る訓練も実施。ご自宅での自主トレーニングも行って頂き、2 ヶ月前には、右手での包丁操作も可能となりました。次に「一人で買い物へ行く」という目標に対し、当デイケアの「してもらうリハビリから、自ら動くリハビリへ」のコンセプトに基づき、プログラム表を自ら持ち歩き、能動的にサーキットトレーニングを実施。今では、一人で買い物へ行けるようになり、目標の達成に至りました。現在の Br.Stage はⅤ-Ⅴ-Ⅴ。

これからのデイケアは、「生活の中で、できることをひとつでも増やす、役割をもつ」という視点が大切になると思います。

【谷津居宅サービスセンター】

第３節　6-8 時間型通所リハビリテーション

ⅰ．6-8 時間型の特徴

全国デイ・ケア協会の調査結果[1)]より、疾患別利用者数の利用時間での割合に差は見られず、脳血管疾患と運動器疾患を併せて半数以上でありました。一方、介護度別の利用者数では、介護度 1・2 が 5 割以上、介護度 3～5 が約 3 割と 3-4 時間以下と比較して介護度が重い傾向がありました。別の結果として、重度療養管理加算算定事業所が 6-8 時間の事業所は 3 割以上であるのに対し、3-4 時間以下では 0.5 割以下でした。また、利用者所在別の集計結果では利用時間別での結果に違いの傾向は認められなかったことから、6-8 時間の利用者の特徴として、中重度の利用者の割合が多く、急性期・亜急性期から生活期といった利用者までを受け入れていることがわかりました。そのため、IADL、活動・参加における多職種協働でのアセスメントと生活への汎化を目標に据えながら、医療面、ADL という生活基盤へのアセスメントが機能として求められます。

6-8 時間型の特徴はより多くの時間を他の利用者と過ごすことができる事により様々な活動や生活行為について、日中の連続した時間で多職種のアセスメントやアプローチを行う事ができることです。そのため、①生活における課題が多く、より多くの時間で専門職によるアプローチを必要とする方、②認知機能の低下がある方、③利用者間の交流についてのアセスメントやアプローチが必要となる方などが代表的な適応となります。

ここでは、6-8 時間型の代表的な利用者像の一例として、中度者（要介護 3、車椅子レベル、認知度Ⅱｂレベル）の方をイメージして進めていきます。

ⅱ．6-8 時間型の運営に必要な設備

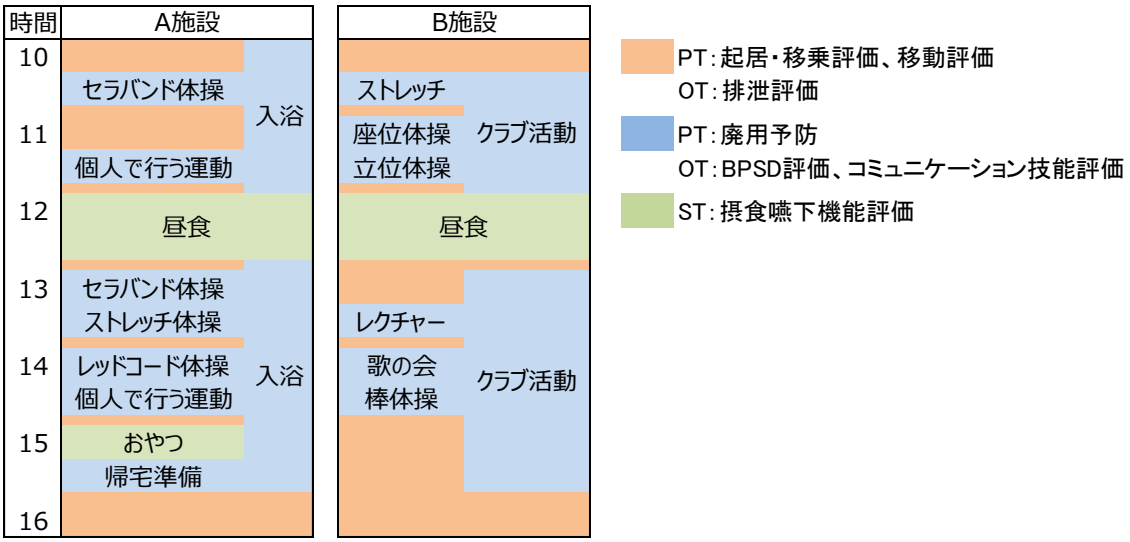
6-8 時間型の利用者は中重度の方が多いことから、車椅子や移動補助具を想定した十分な動線の確保が必要となります。また、入浴サービスにおいては、一般的な浴槽や集団で入れる浴槽だけでなく、リフトや機械浴といった設備も必要となるでしょう。医療依存度の高い利用者の状態変化に対応する為、ベッドの台数や静養室の必要性も検討する必要があります。そして、軽度から中重度の利用者に対応するため、運動や作業活動、家事活動、他者交流など様々なニーズを持つ利用者を想定し、それぞれを行う事ができる器具や道具、スペースを作ることが重要です。

ⅲ．6-8 時間型の提供内容の実際

1.　提供内容

平成 27 年度の介護報酬改定において、利用者に対して 20 分以上の個別リハビリテーションを実施した際の、個別リハビリテーション実施加算が基本報酬へ包括化されました。これは、20 分という枠組みを外し、「必要な時に、必要十分な介入」を行うことへの通所リハビリテーションの基本的な考え方を示しています。これを 6-8 時間型の特徴と併せて考えると、6-8 時間型では、様々なプログラムが展開されていることが多く、集団プログラムや生活の場面を活用し、利用者の評価やアプローチの時間を適時適切に実施することが望ましいと考えられます。その際に重要な考え方は利用者の目標と課題にあわせた介入であり、実際場面での評価・アプローチや活動時間ごとの利用者の変化などを多職種協働でアセスメントすることが必要です。

図 4-4　提供内容の例とリハビリテーション職員の介入内容およびタイミング



2.　理学療法士の提供内容

6-8 時間型の理学療法士の役割として、(1)起居・移乗の評価、(2)移動の評価、(3)廃用症候群予防が挙げられます。これらの利用中の取り組みを生活場面へ反映するためのステップとして、利用中の理学療法士による評価および練習の実施、利用中に介護職員とともに練習（利用中の移動方法の変更など）、自宅におけるヘルパーとの練習、自宅における家族との実践のような段階を踏むようなイメージをもつことが大切です。

(1) 起居・移乗の評価

理学療法士は身体機能評価と疾患および環境因子等を考慮し、ADL を「どのようにすればできるか」という方法を提案する事が求められます。その中でも、起居・移乗動作は、介護者の身体的負担のかかりやすい動作であり、どのように行うことが望ましいかは疾患、関節可動域、筋力のみならず自宅環境により異なることが多くあります。そのため、「どのようにすればできるか」「どのように介助すれば利用者もご家族も負担が少ないか」を考えることが重要であり、福祉用具業者との連携やご家族の身体状況や介護に対する意向等を考慮した方法の検討を行うことにより、その利用者にとって適した方法の提案に繋げることが重要となります。

(2) 移動の評価

移動の評価は目標達成に非常に重要であり、どのような移動方法を選択するかには身体機能だけでなく、物的環境を考慮したバランスや注意機能など多くの因子について評価を行い、その結果を包括的に捉える事が必要となります。自宅内・外およびスーパーなど、ターゲットとする移動場所を確認し、どのような福祉用具が必要か、どのような支援が必要かを、身体機能や動作能力等の評価結果をもとに判断することが求められます。また、介護職員との連携として、通所リハ利用時の移動方法を、介護職員とならできる方法へ変更し、目標志向のプランを作成していくことが重要となります。

(3) 廃用症候群予防

中重度の利用者の割合が高い長時間型通所リハでは、廃用症候群予防の取り組みも重要となります。利用者の予後や目標から、低下をきたしやすい機能や向上の必要な機能を特定しプログラムを立案する必要があります。その機能を生活のどのような場面で発揮していただくかを検討し、自立支援型の介護を行うことや目的別の集団プログラムでのアプローチの検討ができると考えます。

3. 作業療法士の提供内容

6-8 時間型では、ADL の実際の遂行場面に多く関わることができます。作業療法士は ADL 全般において利用者ができること・困難なことを適切に評価し、困難な部分に関して動作練習や環境の提案等の介入を行っていくことが重要です。できることは利用者自身が自分で行い、自立して行えるよう目指していき、できるようになる可能性がある部分に関してはどのように介助すればよいのか評価し、利用時間に行われるすべての ADL の実施機会がトレーニングとして行われるよう、介護職員との連携を図り、自立度を高めていけるようにしていくことが求められています。そのため、利用中の活動場面に寄り添い評価し、必要な環境設定を介護職員と共有するという働き方が重要です。

例 1 食事 食事時の姿勢を評価しポジショニングの提案や、食具・自助具の提案を行います。自宅へ訪問し自宅での環境を考慮した提案が重要です。
例 2 排泄 自宅生活において、1 番課題となりやすい排泄機能については、動作分析・家族指導を含む環境への介入が最も取りかかりやすいのではないかと考えます。しかし高齢者の場合、頻尿や汚染時の介護負担などが課題としてあげられることも多く、その要因分析には 1 日を通した排泄パターンを評価することが求められます。一方で、自宅においてそのパターンをご家族に評価依頼する事は難しく、失禁の種類や排尿量のデータ化も含め専門的に分析する上では長時間利用での評価が必要であると考えます。

長い利用時間中では ADL だけではなく様々な活動を行っています。療法士が直接かかわる以外の時間を有効に過ごせるよう、利用時間中の過ごし方の提案を行っていくことも重要な役割です。自主訓練のメニューを提案し利用者の空き時間で実施する時間や集団活動に参加する時間の設定、趣味活動や他者交流等、利用者のニーズに合った過ごし方やスケジュールの提案を行いましょう。また利用者の体力や疾患を考慮して、活動と休息のバランスを時間の中に盛り込んでいくことも必要です。

例 1 認知症高齢者への BPSD 評価 認知症高齢者を地域で支えていく上で、作業療法士の役割として認知機能評価や作業分析・役割活動の維持などへの介入が重要とされています。その中でも BPSD により在宅生活の継続が困難となるケースは多く、そのような利用者に対し、自宅生活の情報をもとに時間帯や関わり方による症状を具体的に評価する必要があります。BPSD が全面に表出されている利用者の要因分析や予防的関わりについて、単発的な評価では解決しないことが多く、様々な視点・試行が重要となります。そのためご家族からの情報収集や訪問での評価を基本としながら、症状が出現しやすいと言われている夕刻も含め、通所リハ内において介護職と連携し実際場面での評価・介入することが重要と考えます。
例 2 社会参加に向けたコミュニケーション技能、他者交流技能の評価 社会参加に向けたコミュニケーション技能、他者交流技能の評価は作業療法士として最も重要であり、受け身的な生活をおくられている高齢者の場合、時間をかけてその利用者の交流パターンや主体的に行動できる支援を演出として環境作りから行っていくことが必要となります。趣味嗜好に合わせた小集団活動を多彩に展開し、利用者同士のエンパワメントを高めあえる場が重要であり、その個別の評価・環境作りが作業療法士の役割となります。

4. 言語聴覚士の提供内容

言語聴覚士の専門性としてコミュニケーション・口腔機能評価があげられますが、その中でも長時間型における言語聴覚士の重要な役割のひとつに食事支援が挙げられます。誤嚥性肺炎や低栄養、脱水の予防は欠かせないものであり、同時に美味しく味わうといった食事の楽しみや、さらには家族団欒や外食、旅行など活動・参加の支援につながる可能性があります。

6-8 時間型では、実際の食事場面から摂食嚥下能力を評価し、安全に摂取できる食事形態や姿勢、介助方法などを検討できるメリットがあります。さらに、歯科衛生士や栄養士、看護師など多職種と連携することで、咀嚼機能や口腔衛生、栄養状態などを含め、多角的な支援を展開することができます。

自宅生活における食事支援では、安全かつ適切に食事を摂取することは重要ですが、一方で調理から介助までが必要となると、介護者の負担が大きいケアとなる場合があります。支援を進めるうえで、在宅状況についてケアマネジャーとの情報共有を密に行い、介護状況や他サービスを把握しながら提案し、居宅訪問を活用して環境調整を含め、介護者へ指導・助言を行うことが重要です。また、経口摂取の継続にあたっては、主治医と連携を取りながらモニタリングを行い、状態に応じた対応が適宜求められます。言語聴覚士は食事場面の評価および食事支援の多職連携において、中心的な役割を担うことが求められます。

5. 要介護度 3、車椅子介助、認知度Ⅱｂレベルの方の場合

理学療法士、作業療法士による心身機能、活動の評価から、起居動作を介助する際の最適なベッドの高さの評価や、移乗の際のベッドの高さ調整や移乗介助や車椅子介助の行いやすい物品の選定を行います。その際、自宅へ訪問し環境に動線や寝室・居室の広さも選定の条件となります。移動については、外出時に車

椅子を車に乗降する支援を誰が行うか、その際に車椅子の畳み方や重さは適当であるかの評価を行います。また、自宅周りの地面や外出先の環境によっても車椅子のタイヤの種類や大きさを検討する必要があります。そして、ご自身で移動できる方法として足で漕ぐ方法やハンドリムの形状等の設定を評価し、その結果も車椅子の選定の条件として検討していきます。また、排泄における立位保持の安定性の向上が必要である場合は、立位で行う活動の提案やターゲットとなる筋に対する筋力増強訓練を実施し介助量の軽減に努める事も必要です。その際、利用中や自宅での生活スケジュールから移乗機会や活動機会を把握し、利用中の体操内容の工夫や移乗機会の増加等、利用中の過ごし方の工夫を検討していきます。

認知機能について、利用中は集団活動に集中して取り組むことができますが、活動内容によって活動意欲に違いが見られることがある場合は、活動中の観察を通した評価を追加し、利用者の認知機能や生活史からその方の意味のある活動の実施を提案していきます。その活動の実施の際に、どのようにすれば自分でわかりやすく活動を行い、そして終了する事ができるかに焦点を当てて支援を行う事が重要であり、そのために心身機能評価結果を統合する必要があります。

摂食嚥下やコミュニケーションの機能には問題がないものの、交流機会の減少により嚥下機能の低下につながる可能性があることなどから言語聴覚士による嚥下機能や他者交流の機会が十分に図れているかのモニタリングを行う事も重要となります。

このように、リハビリテーション専門職の関わりは評価を生活に汎化させることや悪化予防に努める事が重要となりますが、そのためには情報収集や利用中のスケジュール提案等が必要となり、多職種での関わりを進めていくことが重要です。

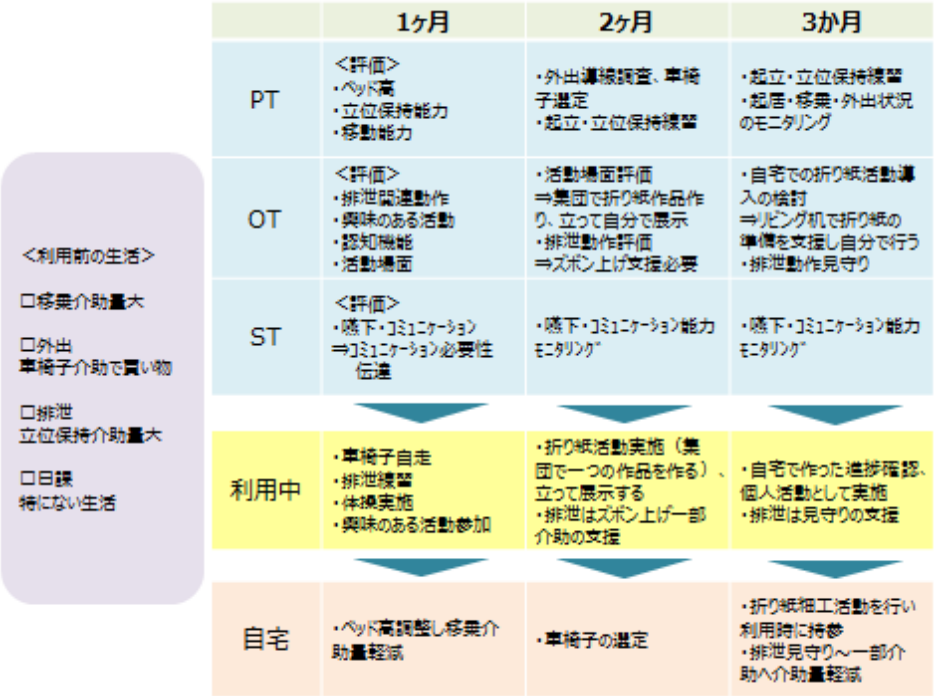


図 4-5 リハビリテーション職種・利用中の提供内容と自宅生活の変化

[福田恵介]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

コラム：施設から自宅へ ～トイレ動作の自立に向けて～

通所リハ利用中のトイレ動作は非常に安定されていました。しかし、自宅では「転んだら怖い」とトイレに一人で行くことを拒んでいるご利用者がおられました。

そこで、課題をアセスメントするために自宅訪問を実施。自宅のトイレには手すりが設置され、便座の高さも施設の物と大きく変わりありあせん。しかし、方向転換の向きが施設とは異なっていたため、「足の踏み直しがちょっと怖い」「朝方は特に力が入りにくいから怖い」と話されました。

施設にもどり、自宅の方向転換と同様にトイレ動作を行えるようご本人の排泄のタイミング（2 時間に 1 度程）に合わせ、その都度リハビリ専門職による評価とアドバイスを実施。その結果、見守りにて動作が可能となり、方法を介護職へ伝えるとともに、「自宅と同様の設定で行っていること」「方向転換がしっかりとできていること」を本人にフィードバックすることをプランとして介護職が行うこととしました。

約 1 か月後の評価では動作のスピードや安定性の向上を認め、自宅でも「日中は一人でトイレに行く」ことをご本人へ提案。ご本人は「ちょっと怖いけどいけると思います」と話され、ご家族の了承のもと「日中は一人でトイレに行く」ことを開始できました。今後は朝方の排泄動作自立に向けた取り組みへ、プランを変更していく予定となっています。

6-8 時間型では、実際の活動場面をリハビリ専門職が評価し、多職種がその場面にどのように関わるかを計画できることが強みです。そのために適時適切な評価と多職種連携が求められます。

【介護老人保健施設 鴻池荘サテライト蜻蛉】

第５章

様態別プログラムの実践

第１節　軽度者への関わり

ｉ．軽度障害者の状態像と生活上の課題

要支援者の状態像としては、日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、炊事、洗濯などの家事、薬の管理、電話の利用、金銭管理など生活するうえで必要な活動に社会的支援が必要な状態と想定されています。また要支援 2 の状態になると社会的支援の他に、立ち上がりや歩行などの身体的な動作で不安な状態があり、要支援 1 の状態よりわずかに低下がみられ、何らかの支援が必要な状態となります。

生活面では簡単な買い物以外に、重たい荷物の持ち運びが求められるような買い物、3 食の調理、布団を干す、浴槽を洗う、掃除をする、ゴミ出しをするといった各種活動に支援が必要になってきます。更に医療保険や介護保険、年金等の書類の手続きや管理といった点を自身でこなすことが困難状況になっていきます。

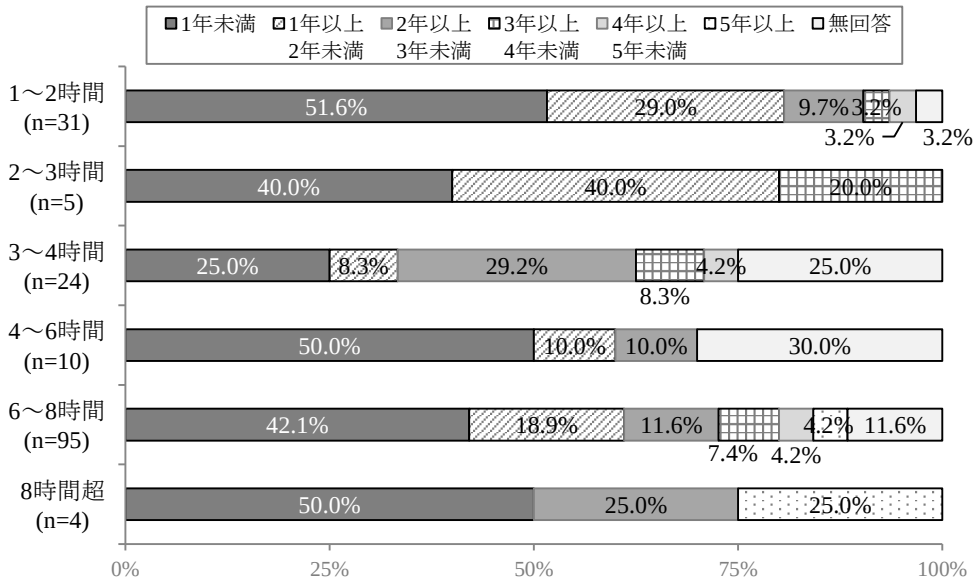
要介護 1 の状態像では要支援状態から、能力がさらに低下し、部分的な介護が必要な状態になってきます。食事、排泄、更衣はなんとか自分で行えますが、疾病や外傷等により心身の状態が安定せず、認知機能や思考、感情等の障害を有する割合が増加し、日常生活の細かな点で部分的な介護が必要になってきます。

生活の中では移動面に不安を抱く方が増え、外出には多くの割合で介護者の付き添いが必要になってきます。病院の通院に絡めたスケジュール管理、銀行とのやり取りを含めた日常の金銭管理も難しくなってきます。部分的な支援に留まらず、入浴時の洗身や爪切り、更衣といった日々の関わりが求められるようになってきます。

ii．各専門職の役割

このような状態像を踏まえた上で、提供時間別にセラピストの関わりは、運動プログラムに偏ることなく柔軟な対応をしていかなければなりません。また、改善終了者の平均利用年数（図 5-1）をみてみると、1 時間以上 2 時間未満のコースでは半数以上が 1 年未満と短期間での終了という結果が出ています [1)]。単に通所リハビリテーションを終了するということではなく、生活の中での運動量の確保・向上、役割の創出が得られるよう支援します。また通所リハビリテーション終了後の通いの場についても通所介護のみではなく、地域における種々の活動を含め対象者に応じた選択が出来るよう、地域資源の情報収集を行い、社会参加の可能性を探り促進することが療法士に求められています。

図5-1 改善終了者の平均利用年数



※ 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業.
老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業より

1. 理学療法士

利用者が自分自身の心身状況について正しく理解し、リハビリテーションプログラムの中で何に取り組むべきか考えられるように支援することが必要となります。定期的な評価を実施し、客観的なデータを用い、グラフを用いて視覚的にも分かりやすく伝える工夫が求められます。利用者の生活スタイルを考慮し、生活の中でどの程度の運動量が確保できるのか、どこに出かけていく必要があるのか、出掛ける時には誰が付き添うのかといった点を十分に理解したプログラムの提案が必要になってきます。

また主体的な取り組みを促進するため、集団体操の展開においては理学療法士が主導するだけではなく、体操を習得した利用者の中から、リーダーとしての役割を担えるよう支援し教える立場を担ってもらう、マシン機器の利用についても準備や重量の変更等、安全に自身で取り組めるように関わる視点が必要です。

2. 作業療法士

作業療法士は、興味関心チェックリストや生活史を踏まえ、対象者の生活の中でその人の役割はどのような内容があるのか、必要に迫られ活動しなくてはならない、もしくは行動に移す必要がある作業が何であるかを細かく分析する必要があります。生活スタイルの中にどのようにその人らしさを確保した作業を維持することができるのか、この点に確実に関与することで、通所リハビリテーションの場だけに留めず、地域社会での生活の再建に繋がります。

また生活の詳細を把握し、洗濯物はどこに干すことが出来るのか、調理の際に使える自助具はないか、内服管理をどのように行うか、金銭管理は誰とどのように行うか等々、居宅訪問を適宜実施し生活行為に対する具体的な対応策を示す役割が望まれます。更に作業活動や集団活動を有効に活用し、利用者の生きがいを再発見するための支援、対象者の居場所の確保と存在意義の再認識、生活に潤いが得られるような取り組みが期待されています。

3. 言語聴覚士

言語聴覚士の関わりとしては、やはり食べることの支援が求められます。義歯の適合状況や嚥下状態の変化に応じた食形態の評価が必要になります。軽度障害者の場合、家族の方も摂食・嚥下に細かな注意を払うことは少なく、加齢や状態の変化に応じた評価、状況に応じ家族やケアマネジャー等への情報提供・情報共有が重要です。また通所リハビリテーションの中で口腔ケアの重要性を伝え、口腔内の保清という認識を高め、肺炎等の二次的合併症の予防という関わりも求められます。これらのような観点から通所リハビリテーション内の他職種との連携に留まらず、管理栄養士や調理士、歯科医師・歯科衛生士との連携も言語聴覚士の役割となります。

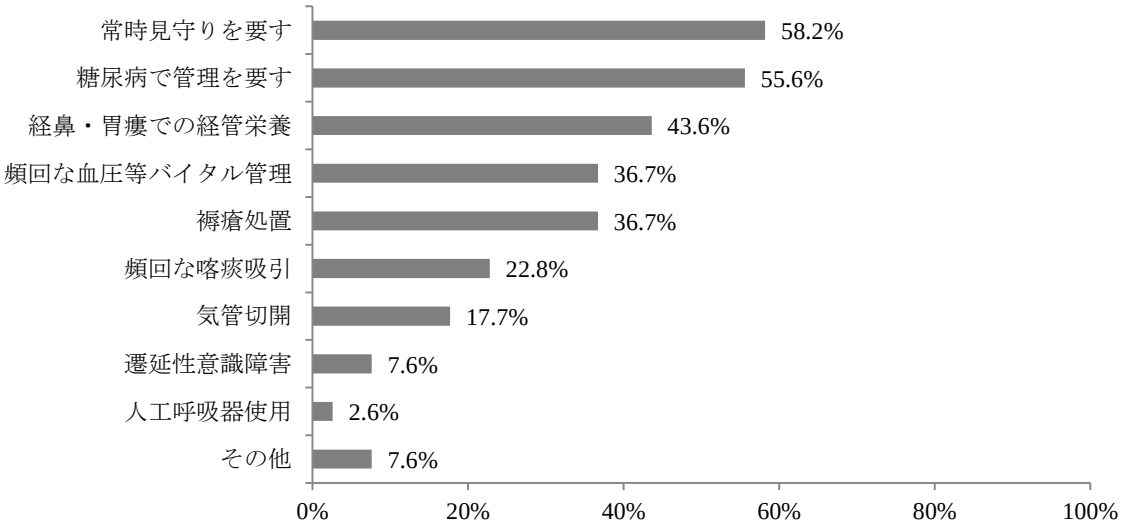
また、コミュニケーション面では失語症をはじめとする高次脳機能障害を呈する利用者の場合は、介護度が比較的軽度に判定される場合も少なくありません。この場合、利用者が自宅生活の中で、家族と安心して意思疎通が図れているか、社会との交流に障壁がないか生活面の評価を実施し、必要に応じ本人と家族や介護支援専門員の間に立ち、調整役としての役割が期待されます。

iii. 医療度の高い方への対応

日常生活の介助量は多くないものの、気管カニューレの管理や痰の吸引、吸引療法、経管栄養、導尿等、医学的な管理が必要なケースも少なくありません。また褥瘡を有する場合、洗浄及び処置が求められる場合があります。平成26年度デイ・ケア協会の調査報告[2)]によると、通所リハビリテーションでの特別なケアへの対応割合の中で医療処置の割合が高いものは糖尿病の管理、経鼻・胃瘻での経管栄養、頻回な血圧等バイタル管理、褥瘡処置、頻回な喀痰吸引、気管切開が報告されています。医学的管理・処置が必要なケースでは、アクシデントによって緊急対応を求められることもあります。その際、通所内に従事する医師・看護師を中心に対応することになりますが、使用医療物品の把握・準備も必要になってきます。

認知機能が保たれているケースでは、看護師を中心に自己管理が行えるように指導を実施ししていくことも、医療専門職が多く従事する通所リハビリテーションの役割の一つに挙げられます。

図 5-2 特別なケアへの対応割合（通所リハのみ）（n=79）



※ 全国デイ・ケア協会：平成 26 年度実態調査より

ⅳ．軽度障害者の外出を維持し支援する方法

軽度者の通所リハビリテーションの利用に関しては、送迎減算が経営的に頭を悩ませるところですが、自宅から通所施設までの往復に関しては極力利用者自身で行えるよう支援していくことが求められます。目標を明確にしやすい往復の移動の自立は、軽度者が改めて地域・社会へ出ていくための自信につながる活動です。自宅と施設が自身で行き来できる、昔からの馴染みの場所に出かけたいと思う、家族と旅行に出かけたいとより具体的で楽しみをもった外出活動に繋げる工夫が必要です。

軽度者の場合、通所の職員側から見ると十分に地域の社会活動に参加できるという評価を実施しても、ご本人に自信のないケースも少なくありません。そのような場合には通所リハビリテーションの中で実施しているプログラムの一部を任せる、という形で役割を与えることも一つの方法です。慣れた通所施設の中で徐々に役割を担えるようになったら、リーダー的役割から、企画・運営側に回るといった段階付けを行います。その後、徐々に外に目を向けるよう促していきましょう。地域のボランティアグループや体操教室への参加を目標に、まずは職員が付き添って雰囲気を味わい、地域の活動に参加する基盤作りを支援しましょう。関わる我々専門職が一定の活動量を維持し、出掛ける場所のある生活の再建という視点を忘れずに関わることが重要です。

[澤潟昌樹]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２） 全国デイ・ケア協会：平成 26 年度実態調査．平成 26 年度全国デイ・ケア協会調査事業, 2014.

３） 全国デイ・ケア協会（全国老人デイ・ケア連絡協議会）：通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド, 2010.

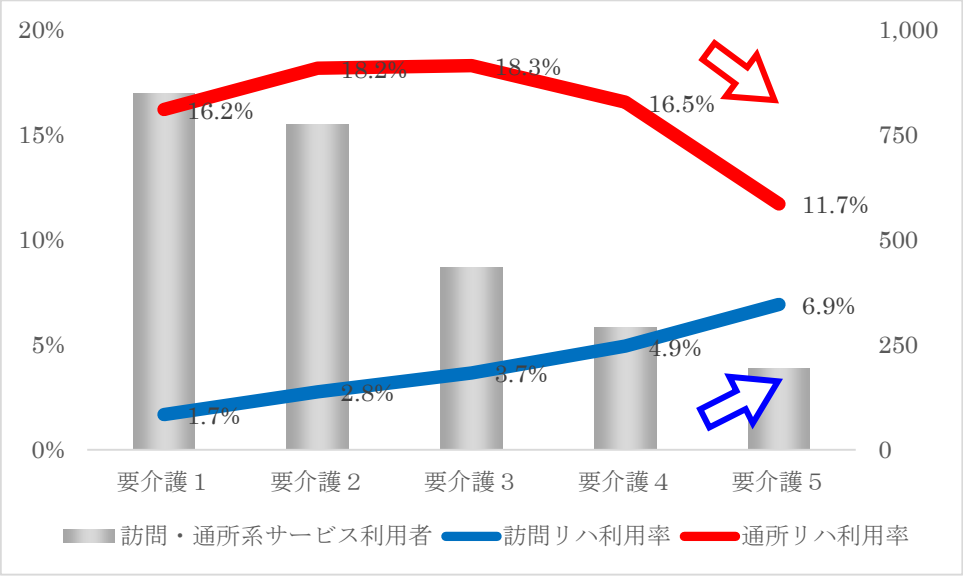
第２節　中重度者への関わり

ｉ．中重度者の状態像と生活上の課題

1.　通所リハ事業所における中重度者受け入れの現状

昨今の診療報酬改定の傾向から、医療機関の入院期間短縮により地域へ退院される医療依存度の高い要介護者が増加すると見込まれます。また、平成 27 年度介護報酬改定において、重度療養管理加算の拡大および中重度ケア体制加算の新設が行われるなど、通所リハにおける中重度者受け入れの重要性が示されています。一方で、介護度別の通所リハ利用率は、要介護３をピークに要介護４・５と低下しています。訪問リハの利用率は要介護４・５と上昇していますが、家族のレスパイトとしては機能しません。自ら外出が難しい中重度者だからこそ活動や参加の機会として、介助量が多いからこそ家族のレスパイト機能として、通所リハでの積極的な受け入れが必要なのではないでしょうか。

図 5-3 介護度別 訪問・通所系サービス利用者数と通所リハ・訪問リハの利用率



※介護給付費等実態調査月報（平成 27 年 12 月審査分）より

2.　中重度者の特徴

平成 27 年度介護報酬改定において重度療養管理加算は要介護３から算定可能となりました。本節では、この要介護３～５を中重度者と定義しますが、要介護３の利用者像については「第 4 章 3 節 6-8 時間型通所リハビリテーション」にて触れられており、ここでは「要介護４・５」「高い医療依存度」の方を中心に重介護者として検討していきます。

「要介護４・５」の方は、軽度者と比較し脳血管疾患の方が多く、運動器疾患の方は少ない傾向がみられます。また、介護度の上昇に比例して、認知症の方が増加してきます。そのため、高次脳機能障害等の影響により意思疎通が難しい方も含まれており、家族やケアマネジャーとのより密な連携が必要です。また、レスパイトケアや入浴を目的として利用される方が多い傾向にあります。レスパイトケアでは、通所利用中の一時的な家族の介護負

担軽減だけではなく、介助方法の検討や在宅における過ごし方の工夫など専門職の視点に基づいた中長期的な介護負担の軽減への関わりが重要です。

「高い医療依存度」の方は、気管切開・常時頻回の喀痰吸引・人工呼吸器の使用・経腸栄養の実施など、療養上の医療管理が必要とされます。また、これら医療管理は 365 日必要なため家族の介護負担は重く、本人も在宅にて「頑張って」生活している状態とも考えられます。それゆえ、通所リハはこの医療管理に対応可能な体制を整備し、積極的に受け入れ活動と休息のバランスを検討することが必要なのです。全国デイ・ケア協会の調査 [1)] において、重度療養管理加算は長時間型（4-6 時間や 6-8 時間）の事業所にて算定している傾向にあり、中重度者への継続的かつ安心して在宅生活が送れる関わりが行われていました。

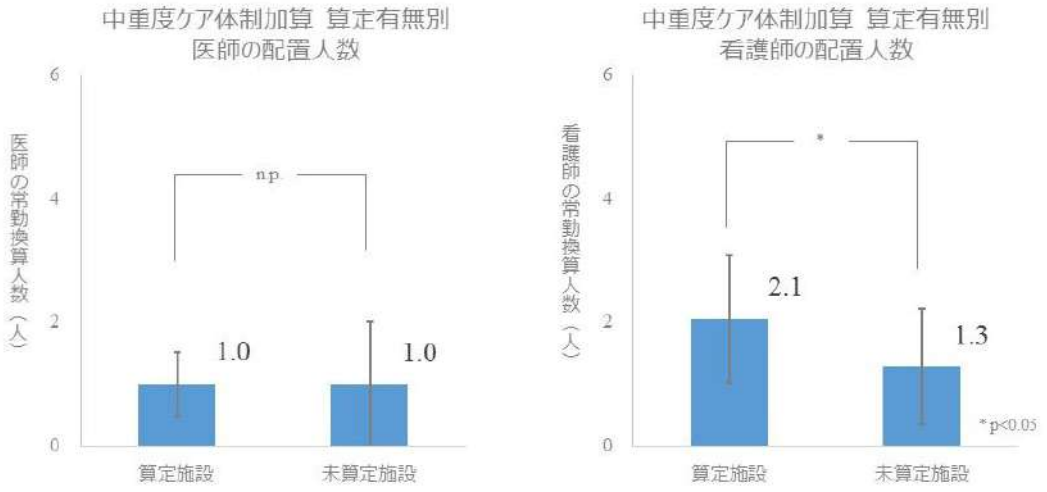
介助量が多くても（身体的に重度であっても）意思の提示は可能であり、自己選択による自律の考え方は重要です。通所リハならではの関わりとして、動作を伴う活動が難しい方でも好きな仲間と好きな空間を共有し、「活動の場を共有する」「その場に居てくれる」役割を担うことができるでしょう。

ⅱ．各専門職の役割

1.　医師・看護師

医療度の高い方の利用に際して、医学的管理が重要です。全国デイ・ケア協会が実施した調査 [2)] では、中重度ケア体制加算を算定している事業所において、看護師の常勤換算人数が多いとの結果でした（図 5-4）。一方で、医師の人数には差がみられません。通所リハの医師は主治医と連携しリスク管理の指示を行い、看護師が中心となって処置等の対応を行っていると考えられます。重度療養管理加算の対象となる利用者は、経管栄養・CV ポート管理・インシュリン注射・褥瘡処置など多彩な医療処置が必要であり、対応する看護師には高い能力が求められます。

図 5-4 中重度ケア体制加算の算定有無別 医師・看護師の配置人数



※ 平成 27 年度全国デイ・ケア協会調査事業より

2.　理学療法士

通所リハの利用目的として、心身機能や活動参加の維持向上が多く挙げられます。一方、重介護者においては本人の生活リズムを考慮し、活動だけでなく休息とのバランスを検討することが重要で、個々のケースに応じて判断する必要があります。本人が行いたい好きな活動を中心に据え、利用日以外の活動状況や身体変化に応じて、利用時間中の活動量をコーディネートすることも理学療法士の役割の１つでしょう。

様々な工夫により座位保持が可能になることで、活動の幅は広がります。「活動」時間の基本肢位として、座位耐久性の評価・適切な車いすの選定・ポジショニングの検討などが必要です。車いすの自走が困難な場合であっても電動車いすを導入し、移動が自立することもできます。

活動量の確保として、端座位保持も有用です。理学療法士の関わりだけでなく、座ることを中心に起居や移乗動作も含めた動作や介助方法を看護・介護職など他職種へ伝えることで、短時間・頻回な関わりへとつなげることができます。さらに、これらの動作は在宅生活を基本として検討し、居宅訪問の実施やケアマネジャーとの連携を通じて、在宅にて訪問介護や家族とも実施できるように進めていくとよいでしょう。

中重度の方は自宅での活動量が少ないため廃用症候群に陥りやすく、拘縮予防や下肢筋力向上など心身機能へのアプローチが重要となります。活動の中に心身機能への要素を取り入れるなど、利用時間全般を通じて「活動・参加」と「心身機能の維持」のバランスを考慮して関わることが求められています。

3.　作業療法士

重介護者は自宅での入浴が困難なケースが多く、通所リハを利用する際には入浴を依頼される場合がほとんどである。通所リハでの入浴方法については、作業療法士が浴槽への出入りの介助量や介助方法、さらには自宅における介助力を評価し、入浴手段（普通浴か機械浴かなど）を介護職と協働で検討していく必要があります。普通浴を選択する場合には、自宅入浴の可能性をも評価し、具体的な入浴動作から介助のポイントを絞り、自宅でも出来る方法にて介護職への伝達してくことが重要です。

咀嚼や嚥下などに障害を伴う重介護者も多く、食事にはリスク管理が必要となります。通所リハ利用時の食事は、食事行為を支援するという意識だけではなく、安全を最大限配慮しながら携わることを求められるため、安全な摂食練習を実施するためにはチームとしての関わりが必要です。作業療法士として摂食方法を評価し自助具等を活用して自立摂取の方法を検討するとともに、理学療法士との座位姿勢の評価、言語聴覚士との口腔機能・嚥下状態の評価、栄養士との食形態の検討、歯科衛生士との口腔内の状況評価や口腔ケア、さらには看護師との誤嚥リスクへの対応など、多職種との協働が重要となります。このように、重介護者の受入れに際し、リハビリ専門職はチームの中心となって多方面への配慮が求められるのです。

ⅲ．受入れ体制の工夫

1.　安心して家から外出するための連携

重介護者がサービス利用を継続するには、本人だけでなくその家族や主治医、受け入れる通所リハ事業所の安心感が重要です。本人・家族は、負担なく外出できること、外出中のトラブルにしっかり対応してもらえることなどが安心感につながるでしょう。通所リハ事業所では、利用中の急変時に慌てることなく対応できること、主治医や家族と必要時のタイムリーな連携が取れることなどが挙げられます。

重介護者が外出することにより、想定外の事態への対応を求められることがあります。このような場面においても、冷静に対応するためには利用者の「人となり」を十分に評価し、関係事業所間にて利用者にかかわる情報をしっかり共有しておくことがポイントです。また、急変時や体調不良時の対応について、主治医や家族と相談し事前にマニュアルを作成することで、適時・適切な対応が可能となるでしょう。安心感の鍵となる連携（連絡）方法はさまざまなツールが考えられますが、利用者・家族あるいは関係事業所に合わせて選択することがポイントです。

実際に重介護者が通所リハを利用する上で、最初の課題は「送迎」です。自宅から送迎車までの移動手段、送迎時間の耐久性、送迎中の急変時対応など様々な状況を想定した配慮が求められます。利用者の状態によっては、看護職・介護職の添乗や個別送迎を検討することも必要でしょう。

2. 受け入れるための環境上の準備

重介護者の対応には、十分な職員配置が必要です。一方で、経営上の観点から収益に見合う範囲で考えると、多くの職員を配置することに躊躇する事業所が多いでしょう。そこで、効率化の観点から通所リハを単独事業としてとらえず、施設や法人の持つ他サービスと複合的・効率的に運営することで、多くの重介護者を受け入れる体制作りが可能となります。平成 27 年度介護報酬改定により、同一機関における通所リハと訪問リハの計画書等が一元化できるようになりました。このような制度を活用し、訪問看護や訪問介護とも協働して地域で暮らす重介護者とその家族を支えることが通所リハには求められています。

職員の配置数やスキルの確保といったソフト面に加えて、ベッドや医療機器、車いすや介護用品といったハード面の整備も併せて必要となります。これらも事業所が単独で準備しようとせず、母体施設や関連施設との連携をより密なものとし、備品の共有や職員のフォロー体制などを積極的に進めることで、より効率的な事業所運営が可能となるでしょう。

全国デイ・ケア協会の調査 [1)]ではケアマネジャーが通所リハを導入する目的として「医学的管理」の割合が低い結果もみられました。前述のように医師の役割や中重度者の受入促進が制度上明確になりつつありますが、通所リハ事業所自体の受け入れ体制が十分ではないこともあり、通所リハにおける中重度者支援の役割について十分に認知されていない可能性があります。通所リハは、積極的に重介護者を受入れ、実践を通じてその役割をケアマネジャーへ伝えていくことが必要です。

iv. 提供内容の実際（1 日の過ごし方）

1. 介護度５、脳出血による四肢麻痺・構音嚥下障害

自宅では主にベッド上で過ごされ、日常生活は全介助。常時ご家族による介護が必要です。他の介護サービスは、オムツ交換や更衣の介助を目的に訪問介護を、体調管理や吸引を目的に訪問看護を利用しています。通所リハへの送迎はリフト車にてリクライニング式車椅子を使用します。体調の急変に備え、介護福祉士・看護師・リハ専門職のいずれか１人が添乗し、様子を確認しながら行っています。座位の耐久性が低く疲れやすいため、基本的には個別での送迎ですが、個別対応が難しい場合は、最後に乗車できる送迎ルートになるよう調整する等の工夫をしています。

通所リハ利用中は、その日の体調にあわせて休息時間を調整し、その時々にあわせてご本人と相談して休息方法（ベッド臥床やリクライニングソファー座位など）を決めます。離床して過ごす時は、歌や創作活動、園芸活動等、好きな活動へ意欲的に参加しています。また、花への水やりを通所リハ利用時の役割として、スタッフと共に行なうことが日課です。

シャワーキャリーに座ったまま、機械浴を使用して入浴します。体調不良などの急変にもすぐに対応できるように看護師を配置しています。食事は、胃瘻からの経管栄養で経口摂取している方と同じ空間にならないよう、個室で対応しています。

リハビリ専門職は、通所リハ利用中の生活場面全般に関わっています。理学療法士・作業療法士は、座位耐久性にあわせたスケジュール調整、好きな活動を行うために必要な座位姿勢や環境の調整、拘縮予防を目的とした機能訓練などを実施します。また、嚥下機能の維持を目的に摂食嚥下訓練を実施すること、現在の嚥下能力に合わせて食形態を検討することが言語聴覚士の役割です。

歯科衛生士による口腔機能評価や看護師による定期的な吸引等の処置も実施し、多職種の視点で関わっています。チームでの関わりは日々の体調変化に早く気づき、即座に対応していくことが可能であり、再入院の防止にもつながります。また、主治医や通所リハの医師・ご家族・ケアマネ・関係事業所・医療機関との密な連携を図り、体調不良時の対応を予め確認しておくことが重要です。ご本人の体調やご家族の介護負担にあわせ、柔軟に利用回数を調整する等の工夫もポイントです。

本事例は、通所リハ利用開始前は訪問看護・訪問介護・訪問リハを利用していました。通所リハ利用を開始し、目的を持って離床して過ごす時間が増え、心身機能の向上がみられました。他者との交流や「やりたい活動」ができたことで表情も明るくなりました。また、ご家族も自由に外出できる時間が増え、気持ちにゆとりを持てました。医師がいる通所リハだからこそ、少しの工夫でリスクの高い人を受け入れることが可能です。在宅生活を長く続けられるように、通所リハの柔軟な受け入れが求められています。

表 5-1　1 日のスケジュール例

時間	内容
０９：００－０９：２０	送迎
０９：２０－０９：４０	体調確認
０９：４０－１０：４０	ベッドにて休息
１０：４０－１１：４０	入浴
１１：４０－１３：４０	ソファーにて経管栄養・休息
１３：４０－１４：００	花の手入れ・水やり
１４：００－１４：３０	歌の会参加
１４：３０－１５：００	摂食嚥下練習（ＳＴ）
１５：００－１６：００	ベッドにて休息
１６：００－１６：２０	送迎

[金野時樹・染谷和久]

○ 参考文献

1） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

2） 全国デイ・ケア協会：医師の役割に関する調査．平成 27 年度全国デイ・ケア協会調査事業, 2015.

3） 全国デイ・ケア協会（全国老人デイ・ケア連絡協議会）：通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド, 2010.

4） 全国デイ・ケア協会：居宅訪問実践ガイド ，2013.

5） 全国デイ・ケア協会：生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル，2015.

【コラム】自分で花を選びたい！

脳出血発症後、「動けないから何もやりたくない」と活動に消極的な方がいました。通所リハでの様々な活動を提案しましたが、気持ちが進まず通所リハ利用中も臥床傾向が続きました。ある日、送迎に添乗した介護福祉士が「以前は園芸が趣味だった」との情報をご家族から聞き取り、中庭で車椅子に座ったまま机上での植木鉢の手入れを開始。スタッフの介助により園芸活動を行えたことで、「自分で花を選びたい」という希望につながりました。

そこで、リスク管理と車椅子の介助指導を目的に看護師・理学療法士が同行し、家族と好きな花を買いにホームセンターへの外出を実施。早速、通所リハで花の植え替えを行いました。植えた花の水やりも「自分でやりたい」と希望され、今では花の成長を確かめながら水やりをするのが通所リハでの日課です。園芸活動を通じて、通所リハでの「やりたい活動」や「役割」ができたことで、目的を持って、座って過ごす時間が増えています。

多職種が集まる通所リハだからこそ、できる活動があります。その人を深く知り、その人にあわせたプログラムをチームで考えることが大切です。

【医療法人真正会 霞ヶ関中央クリニック デイリハビリテーションセンター】

第３節　ターミナル期の関わり

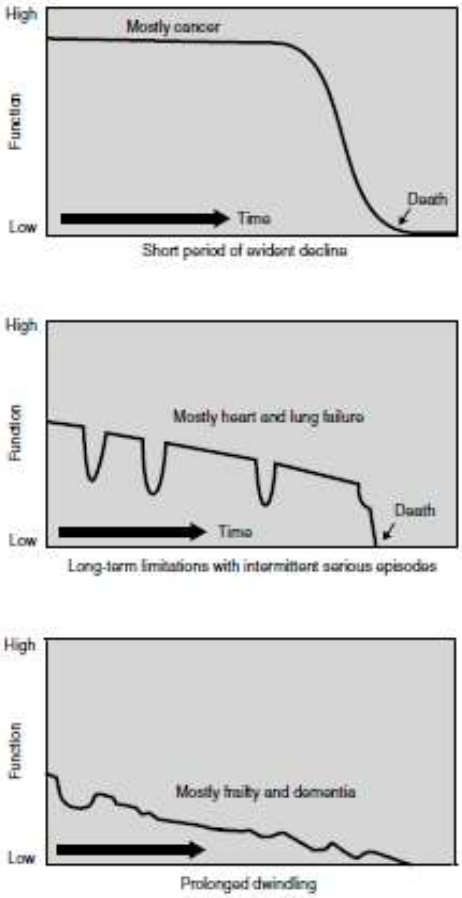
ｉ．ターミナル期の状態像と生活上の課題

1.　ターミナル期の定義

ターミナル期（終末期）を定義することは難しいですが、ここでは Lynn ら[1)]が亡くなるまでの経過別に以下のように分類した３ 類型を用いて検討していきます（図 5-5）。

(1) 自立した生活から急激に低下するタイプ
(2) 増悪を繰り返し徐々に低下するタイプ
(3) 長期にわたってゆるやかに低下するタイプ

図 5-5



Lynn J, Adamson DM : Living well at the end of life. WP ―137. Rand Corporation, 2003

(1)のタイプは、介護保険下において、がんの末期などが該当するタイプです。亡くなる数週間前まで生活動作は維持されており、通所リハを利用される場合には、疲労度を考慮した動作方法や活動内容のアドバイス・精神的な支援が主体となるでしょう。

(2)のタイプは、進行性神経筋疾患などが該当するタイプです。徐々に能力が低下し、ターミナル期を明確に定義することは難しいですが、本節においては②のタイプの能力が低下する時期を含めてターミナル期と定義します。

(3)のタイプは、認知症や脳血管疾患の後遺症などが該当するタイプです。長期的にゆっくりと能力が低下することから、本書では「第２節　中重度者への関わり」を参考にしてください。

日本老年学会[2)]では終末期を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義しています。「近い将来」を「月単位」で考えた場合には、ほぼ②のタイプが該当するでしょう。また同時に「高齢者の終末期の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和と QOL の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである」と記しています。

2.　ターミナル期の利用者の特徴

ターミナル期に該当する利用者の基礎疾患は、パーキンソン病や多系統萎縮症、筋萎縮性側索硬化症(ALS)などの進行性神経筋疾患が代表的で、進行する病状や状態の変化から、身体的・精神的な不安を伴います。通所リハにおいては、医療機関併設の施設であり医療職が充実している、多くの仲間が存在するなど、身体的・精神的な支えとなることが求められます。また、利用者にとって最期まで通所リハへ通えることは、行く場所がある・役割がある・仲

間がいるという想いから精神的な支えとして特に重要でしょう。

通所リハ利用者の疾患中で多くを占める脳血管疾患や運動器疾患の利用者と比較し、ターミナル期の利用者は年齢が若い傾向がみられます。徐々に低下していく心身機能に対し、今できている動作や活動をどのように維持していくかがとても重要な課題となるでしょう。また、体調不良などの小さな変化がその後の予後に大きな影響を及ぼすことも少なくありません。週に数回・数時間という限られた時間の中で、常に慎重な評価のもと早期に気づき、対応することが必要なのです。

前述ではターミナル期の代表的な疾患としてまとめて表現しましたが、進行に伴い認知機能の低下を呈する方や認知機能は保たれるが意思疎通が難しくなる方など、その進行過程は様々です。個々の進行状況や利用者の特性を正確に評価し、常に１歩先を見据えた対応が求められます。利用者の残された時間を充分に活用し、家族との「おもいでを作る時間」を紡ぎだすことも大切な役割でしょう。

最期が近づくにつれ、家族が安心して在宅で見続けるには重介護者より手厚いサポートが必要となり、主治医や関連事業所とのより密な連携が必須になってきます。同時に、本人・家族にも最期を迎える覚悟が必要であり、送迎中や利用中に万が一の事態が発生した場合、どのような対応をとるのか、事前に決めておくことが重要です。

ⅱ．各専門職の役割

1.　医師・看護師

現在の疾患の進行状況を正確に把握するためには、主治医との連携が欠かせません。通所リハの担当医が主治医との連携し、現在の状況を把握したうえで、チームとして通所リハ全体で協働することが重要です。また、治療に長期臥床を要する肺炎などに罹患することは、今後の予後に致命的な影響を及ぼすと考えられます。医学的なフォローとして日々の健康管理を中心に状態変化の早期発見・早期対応こそが、重度化を防ぐことにつながります。

2.　理学療法士

病状の進行に伴い身体機能も低下することで、移動手段の再検討が必要となります。その時々の身体機能や耐久性から評価し、自宅内や自宅周辺の環境を考慮して歩行器や車いすなどの補助具を検討していきます。車いすを利用している場合には、移乗方法や操作方法も併せて検討することが必要です。身体機能は低下しますが、移動能力は維持できるよう支援することが理学療法士に求められています。

日々の状態変化により、疲労度に応じた活動量の評価が重要です。翌日に影響を及ぼさない範囲での活動時間を評価したり、各動作に伴う疲労度から動作方法や介助方法をアドバイスしたりすることが求められます。このような、日々の小さな変化へ迅速に気付くためには、定期的に同じ指標を評価し続け、数値化して記録することが重要です。

3.　作業療法士

作業療法士は、進行状況を把握して先を見据えた生活動作のアドバイスが重要です。排泄動作や食事摂取など、できていたことが徐々に困難となってきます。そこで、各動作や活動の継続に必要な手段（動作方法の変更・自助具の選定など）を検討することが求められます。１歩先を見据え、できなくなった場合にはどのような対応をするのか、事前に利用者と検討し準備（習得練習）をしておくことが重要でしょう。

ADL や活動に関する各動作方法に関して、疲労感なく行える動作の習得を支援することも重要です。日々の時間を効率的に使うことで、家族との時間を作り出すことができるのです。

日本老年学会の宣言にあるように、終末期のケアにおいては、苦痛の緩和と QOL の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきです。機能・能力の維持向上を目指す既存の考え方から、機能・能力が低下していく終末期を支える理学療法・作業療法として何ができるかと考え方を変える必要があります。最期を迎えるその時にはリハビリ専門職としてできることはないかもしれません。しかし、最期まで寄り添うその姿勢が重要なのではないでしょうか。

[金野時樹・染谷和久]

○ 参考文献

1） Lynn J, Adamson DM：Living well at the end of life. WP ―137. Rand Corporation, 2003

2）日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」, 2012

3） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業. 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

4） 全国デイ・ケア協会（全国老人デイ・ケア連絡協議会）：通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド, 2010.

第６章

リハビリテーションプログラム

はじめに

平成 27 年度の介護報酬改定では、リハビリテーション（以下リハビリ）に関する加算についても見直しが行われました。改定で特に変更の大きかった認知症短期集中リハビリテーション実施加算、新設された生活行為向上リハビリテーション実施加算は、算定している事業所が未だ少ない現状で、発展途中の加算であるといえます。全国デイ・ケア協会の調査 [1)]では、各加算の実態調査や、通所リハビリテーション（以下通所リハ）事業所へのヒアリング調査を行い、加算についての傾向や特徴について調査を行いました。第 5、6、7 節では、調査結果を基に各加算の特徴を整理し、対象者に合った加算を選択し、効果的なリハビリテーション支援が行えるよう、リハビリプログラムについて紹介していきます。

第１節　短期集中個別リハビリテーションのあり方

ⅰ．対象者の状態像と生活上の課題

短期集中個別リハビリテーション実施加算（以下短期集中リハ加算）の対象は、算定基準において「退院・退所直後の者、新たに要介護認定を受けた者」[2)]とされ、算定期間は退院（所）または認定日から 3 ヶ月以内です。対象となる者は退院（所）したとはいえ、機能的・能力的にも不完全な状態であり、未だ介助を必要としている場合があります。調査結果において、短期集中リハ加算はサービス提供時間が長い事業所で多く算定している傾向が分かりました。これは算定対象者の通所リハを利用する目的が、リハビリだけではなく、生活動作の介助等、レスパイトを含めた支援を必要としているためと考えられます。つまり短期集中リハ加算の算定期間は、未だ介助や支援が必要な対象者に、機能や能力向上を図り、自立度を高めていくことが必要な時期であると言えます。

また退院（所）直後は、生活の場が病院・施設といった整った環境から自宅に変化することもあり、環境変化に対する適応が不十分な時期でもあります。病院・施設の環境ではできていたことが、自宅に帰ってからできなかった、いうことは退院（所）直後の対象者にはよくあることです。対象者が獲得した機能・能力を、生活する自宅の環境に適応させていくことも、この時期の対象者の課題であると言えます。

ⅱ．提供プログラムの内容と工夫

算定基準において、短期集中リハ加算のリハビリは「集中的なリハビリテーションを個別に実施」し、時間は「1 日 40 分以上」とされています [2)]。他加算と比べて「個別のリハビリ」ということが特徴です。対象者の疾患や障害、機能レベルといった状態の個別性だけでなく、生活する環境の個別性、ニーズの個別性等、個別の課題解決に対して支援を行うことが個別支援である意味と考えられます。また漫然とリハビリを進めるのではなく、集中的に関わり早期に対象者の生活を立て直す支援を行っていきます。

調査結果において短期集中リハ加算のプログラム内容として、関節可動域訓練や筋力増強訓練と言った 機能訓練、起居、歩行といった基本動作練習の実施が多く回答されていました。短期集中リハ加算の対象者は、機能的・能力的にも向上が期待できる時期にあります。機能訓練や動作練習を行う事で、対象者の能力を引き上げていくことが、この時期のリハビリプログラムとして必要となります、また機能訓練に関しては、早期から自己管理できるよう方法について指導をしていきます。これから長く自宅で生活していく中で自身の健康管理を「やってもらう」ではなく、「自分でできる」ように勧めていきます。

また、単に機能訓練や動作練習をするのではなく、獲得した能力が自宅環境下でも発揮できるよう、環境に合わせた動作練習や、自宅に向けての介入も行っていきます。自宅訪問を行い自宅環境下での動作評価や、家族への介助方法の指導を行うことで、自宅環境下でできることが多くなり、また介護が楽になることで、自宅での生活が続けていけるような支援を行っていきます。

ⅲ．リハビリテーション専門職の役割

1.　理学療法士の役割

短期集中リハ加算の対象者は、機能的に向上が期待できる時期であるため、積極的に機能訓練をプログラムとして実施していきます。理学療法士は対象者の機能・能力を評価し、向上が期待できる機能を引き上げるためのプログラムを立案していきます。単に機能訓練を実施するのではなく、その機能・能力が生活上どう活用されるのか、対象者に「生活」を意識させていくことを行っていきます。

また前項でも述べたとおり、機能訓練は今後対象者が自身で行えるよう指導を行います。対象者が正しく、効果的に機能を維持・向上していけるよう、セルフプログラムの内容や方法を提案していきます。生活の中で効率よく身体機能向上を図り、自己管理ができるよう移行していくことがこの時期の関わりとして重要です。

2.　作業療法士の役割

短期集中リハ加算の対象者は、障害の残存や機能・能力低下のため、入院前と同レベルの自宅生活が困難な場合があります。作業療法士は、自宅生活が再開できるよう、生活で必要となる動作の練習や環境調整を行っていきます。特に退院（所）直後は、生活する環境が病院・施設から自宅に変わり、環境への適応が不十分な時期です。獲得した機能・能力が自宅の環境で発揮できるよう介入することが重要となります。

機能訓練や動作練習で解決が難しい場合には、代償手段として福祉用具や自助具といった用具の提案や、環境の見直しを行います。用具等を導入する場合は、実際に用具を使用する練習や、家族に使い方の指導を実施します。環境の見直しを実施した場合は、見直した環境下で動作が行えるか評価を行い、対象者の能力と環境とのマッチングを行うことが重要となります。

また対象者がプログラムを進めていく中で、新たに獲得した機能・能力を生活に反映させ、対象者が自立して行えることが増えるよう介入していくことも重要です。作業療法士は対象者の機能・能力だけでなく、環境、家族支援等、多方面か介入し生活の立て直しを図っていくことが役割として求められます。

3.　言語聴覚士の役割

脳血管障害や神経難病の発症、誤嚥性肺炎、加齢等によって、口腔・嚥下機能に課題を抱えている者は少なくありません。しかし課題はあっても入院（所）中、口腔・嚥下機能に対して介入が未実施又は不十分なまま退院（所）を迎え、リスクがある状態で自宅生活を再開しなければならない場合もあります。言語聴覚士は口腔・嚥下機能に関して専門的な評価を行い、介入を行っていきます。

入院時は対象者の嚥下機能に合わせて、軟らかい形態の食事で提供される等、リスク管理がされていますが、自宅に帰ると家族と同じものを食べる等、誤嚥のリスクも高まります。対象者の嚥下機能を評価しリスク面も考慮した上でのアドバイスを行っていくことも必要です。また口腔体操といった機能向上のための指導も行っていきます。

また失語や構音障害といったコミュニケーション能力についても言語聴覚士の専門性が期待されます。言語訓練や口腔機能向上の訓練と並行して、コミュニケーション手段の提案（文字盤、筆談等）やその練習を実施し、他者との意思疎通が行えるよう支援していきます。

コラム：もう一度、家事をしたい

退院を控えた A さん（50 歳代,女性）は、脳出血を発症し通所リハの利用を検討していました。通所リハから入院中の実態調査や退院前カンファレンスへの参加を通して希望を聞きましたが、「家で生活したい」「もっと腕が動くようになれば良い」と漠然としたものでした。

退院後に通所リハの利用を開始し、基本的動作やベッド上での練習を行いながら、洗濯物干しや調理の練習も同時に実施。当初は調理に対して消極的でした。ところが、片麻痺が残りながらも調理や洗濯を自宅で実践している B さんと出会い、「もう一度家事をしたい」と前向きな想いへ変わってきました。

スタッフは気持ちの変化を捉え、「これなら、自宅でもできますね」と小集団での調理活動を通じて積極的に声をかけることで本人の自信も高まりました。いまでは自宅で家族全員分の夕食を作っています。さらに、「美容院へ行く」「スポーツジムを再開する」と次の目標に向かい、施設や自宅周辺の屋外歩行など、発症前の生活に近い実践的な練習へと発展しています。

退院直後からの多様な活動を通して、その方の「やる気のスイッチ」を見つけ、そのスイッチを利用者自身で押せるよう支援することが重要です。

【介護老人保健施設 せんだんの丘】

第２節　認知症短期集中リハビリテーションのあり方

ｉ．対象者の状態像と生活上の課題

認知症短期集中リハビリテーション実施加算（以下認知症短期集中リハ加算）の対象者は、算定基準において、認知症の者であって、専門の医師から生活機能の改善が見込まれると判断された者とされています。認知機能の程度としては HDS-R 又は MMSE において概ね 5～25 点相当の者であり、軽度の認知機能低下から、BPSD を持つ重度低下者までと認知機能の程度は幅広く設定されています。

認知機能低下を来した原因も様々です。アルツハイマー病や脳血管障害といった器質的病変が原因のものから、入院療養後の廃用性のもの、生活リズムが崩れることでの認知機能が低下するもの等、対象者の生活スタイルや個人因子が大きく関係している場合があります。また対象者の大半は高齢者であるため、認知機能だけでなく身体機能にも課題を併発していることがあります。身体機能の低下により活動や参加が制限され、結果的に認知機能の低下を招いている場合もあります。

このように認知機能低下は疾患、身体機能、生活習慣や環境等、様々な要因が影響し、生活に支障をきたしているため、多様かつ個別性が強い状態像となっています。

ⅱ．提供プログラムの内容と工夫

平成 27 年度の介護報酬改定において、認知症短期集中リハ加算はⅠとⅡに分けられました。Ⅰは従来同様、「個別」での生活機能改善を目的とした関わり で、頻度は週に 2 回を限度に、時間は 20 分以上と決められています。しかし対象者の認知機能の程度によっては、個別での介入が困難な場合があります。ⅡではⅠより柔軟なプログラムの提案が可能であり、個別より状況が理解しやすい集団活動でのプログラム実施、活動・参加からの介入も可能となっています。実施頻度・時間についても対象者の状態に合わせて選択することが可能です。ⅠとⅡの選択については、対象者の認知機能の状態や、性格・生活歴、プログラムで実施する内容や、プログラムを実施する形態を考慮し、対象者に効果的なものを選択して行きます。またⅡについては、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下リハマネⅡ）の算定も必要となります。関わりの体系は集団であっても、自宅訪問し生活状況の聴取を行い、個人レベルで課題把握をしてくことが重要です。

プログラムを立案するにあたり、認知機能の程度や特性を見極めていくことが重要となります。認知機能のどの部分に低下を来しているのか、認知機能が低下した原因や BPSD を助長させている要因は何か等、症状や原因によってもプログラムの内容は変化していきます。評価を十分に行った上で、認知機能の低下が生活にどう影響を及ぼしているのか関連付けて考え、解決策としてプログラムを立案していきます。認知機能の状態や原因によって解決策は様々であるため、プログラム内容は多岐に渡ります。認知機能そのものを向上させていくのか、環境面や本人に入る刺激量を調整していくのか、生活リズムや過ごし方を見直していくのか等、対象者の状態・状況に合わせたプログラムの提案を行っていきます。

ⅲ．リハビリテーション専門職の役割

1.　理学療法士の役割

前述したとおり認知機能と身体機能は相互に影響しています。身体機能低下が認知機能低下の要因となっている場合もあり、例えば膝の痛みが原因で外出しなくなり他者交流機会が減少し、結果認知機能低下を招いていることもあります。反対に認知機能低下が身体機能低下の要因になっている場合もあります。例えば難しい作業ができなくなったことで活動量が低下し、結果身体機能低下を招くということが挙げられます。理学療法士は認知機能に影響を及ぼす身体機能面に着目し支援を行っていきます。

適度な運動はストレスや身体エネルギーの発散機会となり、BPSD を落ち着かせる効果や、活動量が向上することで生活リズムが整い、認知機能低下に良い効果が期待できます。運動を認知機能の改善の手段としてプログラムに取り入れていきます。

また認知機能が低下した対象者は、工程の多いプログラムや複雑な内容の理解が難しいことがあるため、運動プログラムにおいても分かりやすく単純化する工夫が必要となります。対象者の残存する認知機能を考慮しながら、簡単かつ習慣化しやすいようプログラムを立案・提供していきます。

2.　作業療法士の役割

認知機能が低下すると複雑な工程の活動や内容の理解が難しくなり、生活の中で出来ない事が増えたり、やらなくなったりすることがあります。認知機能の低下は麻痺等と違い、形として見えるものではないため、介護する側は原因が分からず「今までできていたことが、何故できなくなってしまったのか。」、BPSD に関しては「なぜこのような行動をとってしまうのか」と悩まれています。作業療法士はなぜできなくなったのかを、認知機能の低下している部分を評価し、残存している部分、認知機能を取り巻く環境等を加味しながら様々な方面から介入を行います。例えば複雑な手順の工程の活動が難しい場合は手順を紙に書いて壁に貼っておく、必要なものを目につく所に置く等工夫する事でできるようになる可能性があります。BPSD　については助長する要因を除外し、対象者が落ち着ける場所を作ることで抑えられる可能性があります。このように様々な方向から原因を探り対応策を立てていくことが役割となります。

また認知症短期集中リハ加算では、様々な活動をプログラムの手段として用いることがあります。調査結果 1)からも、プログラム内容として趣味の活動、創作活動、家事等の IADL 練習という回答が多く挙げられています。一方で学習や計算といった回答も多く挙げられており、認知機能の低下＝学習といったように画一されたプログラムの実施がなされている傾向も伺えます。しかし対象者それぞれの生活機能の低下や課題を解決していくためには、より個人レベルでプログラムに用いる活動を選択していくことが必要と考えられます。 作業療法士は様々ある活動の中から、対象者に効果的な活動を選択していくことを行っていきます。その際対象者の生活歴や職業歴、趣味や香味関心といった背景を考慮し選択していきます。また認知機能が低下したことで昔と同じように行う事が難しく、失敗体験をしてしまうこともあります。対象者が現在の認知機能でできるレベルの活動や、工夫を行っていくことも活動を提供する際に注意していきます。

3.　言語聴覚士の役割

認知機能が低下すると、複雑な言葉や長文の理解が難しくなることがあります。またアルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症では言語野が障害を受け失語症を来すことがあります。言語聴覚士は対象者のコミュニケーション能力の評価を行い、理解しやすい・表出しやすいコミュニケーションの方法を提案していきます。低下した部分への支援だけではなく、残存するコミュニケーション能力を生かしていくことも重要です。例えば会話の短文化やゆっくり話す等伝え方の工夫、絵や文字を活用し視覚で情報伝達、ジェスチャー等非言語コミュニケ―ションの活用等、意思疎通が図りやすい方法を提案していきます。

食事において、口から食べるということは大きな意味があります。栄養摂取の手段だけではなく、「楽しみ」の機会でもあり、認知機能や心理面にも良い刺激を与えます。しかし認知機能の低下に伴い、様々な課題が出現してきます。先行期では食べ物を認知ができず異食してしまうことがあります。また認知症の進行に伴い嚥下機能自体の低下や、食べる速さ（ペーシング）が自分で調整できなくなることで、窒息や誤嚥のリスクは高くなります。言語聴覚士は食事という行為の、どの過程で支障を来しているのか評価を行い、対応策を提案していきます。食べることが早くても食事形態を工夫し安全に食べることができる、食具を検討し食べ物を認知しやすい環境をつくる等、工夫の提案も重要となります。

また認知機能が低下すると、身の回りのことに無頓着になり歯磨きが不十分になる、口腔の保清が不十分になることがあります。誤嚥性肺炎を予防し、口からの食事を続けられるよう口腔内の状態観察（義歯の状態、舌の動き、口腔内の乾燥等）や、日頃からの口腔ケアができているか評価、介入を行っていきます。

<u>コラム：洗い物を一緒にしたい</u>

レビー小体型認知症のＡさんの夫は、ADL 全般の世話をする日々に疲れていました。A さんは空間認知機能低下や遂行障害により、排泄や更衣がうまくできません。また、レビー小体型認知症特有のパーキンソニズム等の身体症状も出現していました。

通所リハではＡさんの動作パターンを分析し要所に介入しつつ、 訪問指導では生活環境に応じた指導を複数回実施しました。また「洗い物だけでも一緒にできたら」という夫の希望に沿い、他の認知症者と共に小グループを編成し、園芸作業でなじみの関係づくりから開始。そののち、小グループで炊事や買い物といった生活行為の練習を、主体性を引き出すよう定期的（週 2 回）に実施しました。3 ヶ月たった今では、排泄・更衣の介護負担が軽減し、笑顔で夫と一緒に洗い物をされています。

このように、認知症者には個別の生活課題を認識した上で、小グループ活動の中で高めていく手法が適しているケースもあります。また個別の生活課題への対応には、訪問指導やリハビリ会議を通じて家族と協働することが重要でしょう。

【医療法人南の風 通所リハビリテーション みなみの風】

第３節　生活行為向上リハビリテーションのあり方

ⅰ．対象者の状態像と生活上の課題

平成 27 年度の介護報酬改定において新設された生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下生活行為リハ加算）は、加齢や廃用症候群等により活動をするための機能が低下した者を対象に、生活行為の再獲得を図るものです。「生活行為」とは、人が生活する上で行っている活動全てを指し、ADL や IADL、地域での活動も含まれるため、対象者像や支援目的は短期集中・認知症短期集中リハ加算と重なる部分もありますが、生活行為向上リハ加算は特に「活動・参加」に焦点をあてた支援を行います。疾患や加齢等が要因となり、実施が困難になった生活行為や習慣事、役割や地域との繋がりの再獲得を図っていきます。そのために生活行為向上リハ加算では、自宅訪問や施設外練習等、より実践的な環境で支援ができる加算となっています。

生活行為向上リハ加算の算定期間は開始から 6 か月以内 とされており、6 か月以降は算定期間と同じ期間、減算となります。漫然とリハビリを続けるのではなく、集中的かつ実践的な関わりを実施し、生活行為の獲得や社会参加を目指していきます。そのため目標達成に向けて、計画的にプログラムを進めていくことが必要となります。特に通所リハの修了や社会参加を目標としている対象者は、移行の準備も踏まえた関わりが必要となります。算定期間以降は減算対象となりますが、目標達成まで延長利用や、通所リハ通いの場としての継続利用が可能となっています。

ⅱ．提供プログラムの内容と工夫

生活行為向上リハ加算において特徴的なのが、実施計画書の「通所訓練期」「社会適応訓練期」という考え方です。通所訓練期とは、通所リハの施設内で行うプログラムが主体となる時期を言います。社会適応訓練期は生活行為の再獲得や地域社会への適応に向けて、生活行為を行う場に訪問や施設外練習を行う比重が多くなる時期を言います。生活行為向上リハ加算では、通所機能と訪問機能を組み合わせ、生活行為が実践する環境下でできるように、計画的に進めていきます。

実施計画書において、プログラムの内容は心身機能・活動・参加に分けて記載する書式になっています。生活行為の再獲得を図るためには、心身機能に偏った介入ではなく、活動・参加にバランスよく介入する必要があります。機能・能力を活かした動作方法の練習、生活行為を行うための用具の提案、介護者へのアドバイスや生活をサポートするサービスや社会資源の利用といった視点も重要です。一方向ではなく多側面から生活行為の可能性を評価し介入する視点が重要となります。

またプログラムの実施頻度や時間は具体的に定められておらず、「生活行為目標を達成するのに最も効果的な頻度と時間」とされています。例えば主婦として食事の支度の再獲得を目指すにあたって、従来の個別リハビリの 20 分という時間枠では調理活動の実施は難しく効果的に支援することは困難です。生活行為向上リハ加算では、調理に 1 時間必要であれば 1 時間実施する、というように生活行為目標に合わせて設定を行っていきます。反対に目標達成に近づき、通所リハの修了を進めていく時期には、療法士の関わりや通所リハの頻度を減らしていき、地域活動や他サービスを体験利用する等、移行のための 準備をしていきます。

このように生活行為向上リハ加算は、プログラムの内容だけでなく、プログラムの実施場所、頻度、時間の自由度が高く、様々な関わりの可能性があることが特徴です。

ⅲ．リハビリテーション専門職の役割

1.　理学療法士の役割

対象者が目標とする生活行為の再獲得を図っていく為には心身機能の関わりも必要です。理学療法士は生活行為を行う上で必要な機能は何かを評価し、向上が期待できる部分は引き上げていきます。しかし前述したとおり心身機能に偏らないプログラムの実施を意識していくことが必要です。対象者自身が機能訓練を行っていく中で、目標が生活行為の再獲得から機能面に戻ってしまわないように関わることが必要となります。何をするためにこの機能を高める練習が必要なのかの説明や、疾患・障害からみた生活機能の予後予測 を対象者に伝えていくことも役割として重要です。

2.　作業療法士の役割

生活行為はいくつかの動作が一連の流れの中で行われることで成り立っています。 例えば買い物であれば、持ち物の準備→店への移動→買いたいものを探し手に取る→荷物を運ぶ→レジで精算する→荷物を持って帰宅するといったように、複数の工程や動作を経て成り立っています。作業療法士は目標とする生活行為の再獲得にあたり、どの部分ができないことで生活行為の実施が困難なのかを評価します。対象者が生活行為を行う上での工程分析を行い、出来ない部分に対して練習や環境面への提案を行います。生活行為そのものの練習で獲得が難しい場合は代償手段としてサービスの利用等も提案し、生活行為が実施できることを目指していきます。

また生活行為向上リハ加算で目標とする生活行為は、対象者が生活する中で行っている生活行為の１つに過ぎません。生活行為は 24 時間 365 日の中で連続して行われる行為であるため、その他の生活行為を含めた生活全体を見る視点が重要となります。作業療法士は目標とする生活行為が与える影響を予測・評価し、生活行為ができないことで生じる影響や、再獲得できたことでの生活の変化を、生活全体を見て把握していくことが役割とて重要となります。

3.　言語聴覚士の役割

地域での活動や社会参加には、相手に自分の意思を伝えたり、相手の意思を読み取るコミュニケーション能力の必要性が高くなったりします。失語症や構音障害等、コミュニケーション能力が障害されると、他者との関係や社会との繋がり、また家族関係や仕事等、役割にも支障を生じる事があります。自分の意思を伝えられることは、対象者が社会の一員として参加する手段として大きな役割を果たします。言語聴覚士はコミュニケーションという切り口から対象者の活動・参加の再獲得を図ることが役割となります。言語の機能そのものへのアプローチと併行して、対象者が生活行為を行う上で必要なコミュニケーションを評価し、表出する方法等を提案、練習していくことも必要です。コミュニケーション障害を抱えながらでも活動・参加ができるよう、生活視点で関わることが重要となります。

また前述したとおり生活行為は一連の流れの中で複数の工程や動作を行い成り立つ行為です。生活行為を遂行するためには、工程の手順を理解したり、間違えたことに気付き修正したりする能力が必要になります。高次脳障害によりその能力が低下すると、手順が理解できず生活行為が出来ない、実施に時間がかかり効率的に行えないといったように、生活行為の遂行に大きく影響します。言語聴覚士は高次脳機能障害の専門家として、生活行為ができない要因となる機能の精査を行い、対応策の提案を行います。

しかし通所リハにおける言語聴覚士の配置は、理学・作業理療法士に比べ少なく、加えて生活行為向上リハ加算を算定している事業所は未だ少ないことから、今年度言語聴覚士が生活行為向上リハ加算に携わった実績は

少ないと考えられます。今後言語聴覚士が事例を重ねていくことで、生活行為向上リハ加算における言語聴覚士の役割は拡大していくものと期待されます。

おわりに

各加算の特徴やプログラムの内容について紹介をしてきましたが、各加算とも目的は「対象者の状態・生活を良くすること」です。各加算それぞれの特徴やメリットを生かし、効果的な方法を選んでいくことが重要となります。また本文中では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に分けて、加算上での役割について述べてきました。各職種の専門性を生かし、互いに情報共有していくいこと、またリハビリの視点を他職種に伝えケアに生かすことが、サービスを提供する上で重要です。

[二木理恵]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２） 厚生労働省老健局 介護保険最新情報 Vol．435，2015

３） 野原幹司，山脇正永，小谷泰子他：認知用患者の摂食・嚥下リハビリテーション，南山堂 2011.

４） 吉畑博代，津田哲也：失語症を生活の視点からとらえる重要性について，地域リハ vol.9，258-263，2014

コラム：生活行為向上リハビリテーションのあり方

平成 27 年 4 月より、生活行為向上リハビリテーション（以下生活行為向上リハ）がスタートしました。生活行為向上リハに取り組まれた施設では、怒涛の１年ではなかったでしょうか。

実施する側としては、焦点化された生活行為目標達成に向けて、時間や場所の縛りもなく、利用者とともに楽しく、のびのびと（表現が適切ではないが）行うことができ、今までの通所リハ事業所におけるリハビリテーションの在り方を一新するものと思っています。一方で、ケアマネジャーや家族・利用者にはいささか敬遠されがちな印象です。「卒業」という「結果」が、あたかも「目標」のごとく一人歩きしているのがその要因でしょうか。

当施設では 1 年間で 6 件の生活行為向上リハに取り組み、卒業者が 3 名、減算継続者が１名です。この 1 年を振り返ると、生活行為向上リハに対する取り組みは、地に足がついたしっかりしたものではなかったと感じています。しかし、その中で明確に見えてきたキーワードは、「連携」です。生活行為向上リハの実施、リハマネ会議の開催、事業所内の連携、ケアマネジャーや他事業所との連携、地域との連携と、随所に「連携」というキーワードがちりばめられています。

今後、生活行為向上リハをより定着させていくためには、「連携」という視点でのリハ会議の充実（担当者会議との共存やすみ分けも視野に入れて）を図り、ケアマネジャーを含めた多職種への「生活行為向上リハの見える化」に取り組んでいくことが必要です。また、実践者側の力不足も懸念されることから、目標となる生活行為発見力、課題分析力、連携力を身に着けるべく、研修体系の充実も望まれます。

【医療法人 博愛会 介護老人保健施設ぺあれんと】

第７章

地域との連携

第１節　修了に向けての工夫

ⅰ．調査結果からみた修了者の現状

本改定ではリハビリテーションマネジメントと活動・参加へのアプローチ、そして社会参加へつなげていくこと（修了）が大きな課題となっています。このことを踏まえ全国デイ・ケア協会の調査結果[1)]から修了者について見ていくと、「身体機能・動作能力・社会参加の改善」に該当する修了者がいた事業所は 1-2 時間・2-3 時間・3-4 時間の短時間型通所リハが 18.9～23.2%であり、4-6 時間・6-8 時間・8 時間超の長時間型通所リハが 6.1～8.2%でした。短時間型通所リハは、対象者に年齢が若い軽度者が多いため改善による修了者が多いと思われます。一方長時間型の通所リハでは、対象者に高齢で重度な方が多いため介護者のレスパイトも利用目的の一つであり、長期間継続して利用する必要のある方が多いと思われます。この結果は利用時間により対象者層に違いがあり、それぞれの通所リハに求められる役割が異なることを示しています。修了への取り組みは、特に短時間型の通所リハで必要となると思われます。

ⅱ．修了に向けての取り組みが必要なケースとリハビリテーションの目標

修了に向けての取り組みが必要なケースは次のようなケースが想定できます。①ADL 低下、退院直後の方、②要支援・軽度要介護者で通所リハ以外でも活動度を保つことが比較的可能な方です。これらのケースに関して、介入時から通所リハの目標と期間を定めてアプローチすることは非常に重要です。そしてこのアプローチの具体的な手順は、まさに通所リハがリハビリテーションマネジメント、そして生活行為向上リハをしっかり行うことで効果的に進めることができます。

表 7-1　修了が可能なケースと長期間の利用が必要なケースの典型例と目標

	典型例	目的例
修了が可能なケース	一時的な ADL 低下、退院直後の方	身体機能や活動度を向上させ、活動的に過ごせること
	主に要支援・軽度要介護者で、 リハ以外にて活動度が維持できる方	地域や人とのつながりを持てること
長期利用が必要なケース	中重度または医学的管理が必要な方	医学的管理を行い、在宅生活を安定して過ごせること
	機能・精神面が不安定で、 リハ以外にて活動度が維持できない方	機能・精神面をフォローアップしながら活動度を維持し、機能を維持すること

またもう一つ重要なことは修了後についてです。修了後に機能低下を起こさないためにも、買い物、散歩、旅行などお一人で外出できるか？通所介護、老人会、サロン、地域のスポーツや芸術サークルなど修了後地域とのつながりを持てる場所はあるか？など、通所リハを終了しても活動的に過ごせることや地域や人とのつながりを持てることが必要です。通所リハではこのような活動・参加の目標をできるだけ個別的・具体的に立て確実に修了後、次のサービスへつながるようにリハビリテーションを進めていくことが重要です。またこの際、ケアマネージャー、他サービス提供者、地域住民、ご家族等と協力しながらリハビリテーションを進めていくことがポイントになります。

＊「修了へのとりくみ」の「修」について

この章の「修了へのとりくみ」の「修」についてはあえて「終」ではなく「修」を使用しています。これは通所リハの修了は、リハビリテーションを最終的に終わってしまうという意味合いではなく、動き方や痛みの改善方法などをリハビリテーションで身につけ（修め）修了し、そしてまた新しい課題があれば再度リハビリテーションを利用するという意味合いを込めて「修」の字を使用しました。

[荒尾雅文]

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

コラム：（修了に向けての工夫）

当デイケアでは平成 25 年 6 月の開設以来、修了を明確にしたサービスを提供しており、要支援 1～要介助 3 程度の方でトイレの自立している方を対象としております。

まずは見学時に当施設の特徴である期間と目標を定めたサービスを行うというコンセプトを説明し、理解していただいた上で申し込みをしていただきます。

開始前のサービス担当者会議では、ご本人のニーズや身体状況、環境を評価した上で、「腰痛を悪化させず家事ができる」「転倒せず買い物に行ける」「デイサービスで運動が安全に行える」等の具体的生活目標と期間を設定します。そして、その目標を会議出席者全員で共有することで多方面からのサポートが行えるようにしています。同時に自己管理(自主トレーニング等)の必要性を伝え、目標達成への積極的な自己参加を促しております。

目標設定と達成のポイントとしては、本人の希望を踏まえたうえで現状の状態から現実的な方向性・目標を決めていきます。妨げている機能に対しては底上げを図り、向上した機能が活用できるように活動面・参加面へのサポートをして目標達成を目指すようにしています。

サービス開始後は記録用紙に目標・期間を明記し、利用者・スタッフ共に毎回意識できるようにしています。毎回、リハの開始時に目標に対する進行度・達成度を確認し、改善したことに対しては自信を持てるように促し、課題として残っている事は明確化できるようにしています。

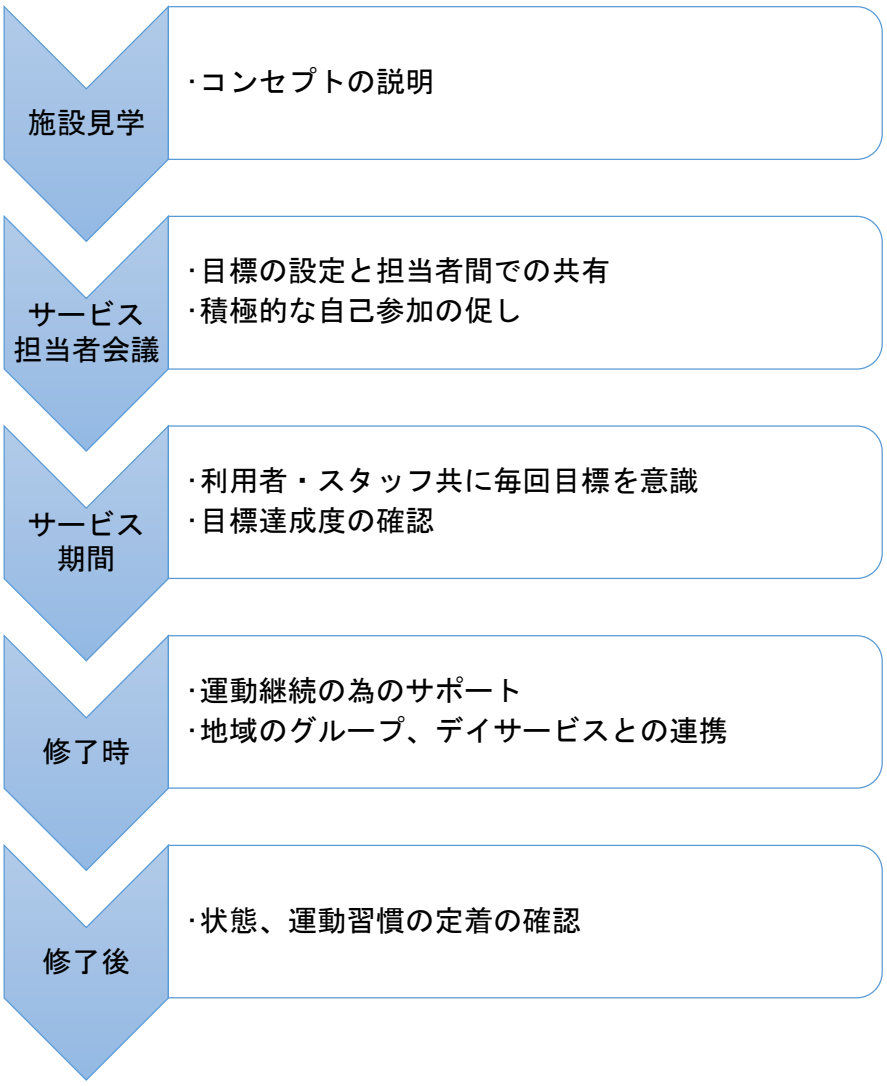
修了に際しては、修了証と共に自主トレノートをお渡しし運動の継続を支援すると共に、必要に応じデイサービス等への引き継ぎを行うことや、地域のグループへの参加を促し、切れ目のない運動環境を築けるようにしています。

さらに、終了 1 ヶ月後にはご本人にモニタリングを行い、状態の確認、運動の継続の確認を行っています。

このように、はじめから利用の目的を明確にして運動習慣の定着を促していくことで目標を達成し、デイケアとして満足をしていただける「効果のある」サービスが提供できるようにしております。

【医療法人社団永生会　クリニック 0(ゼロ)】

図 7-1　開始から終了までの流れ



第２節　社会資源との連携とその工夫

ⅰ．なぜ社会資源の活用が必要か？

今後 2025 年に向けて高齢者が爆発的に増加することを考えると、地域包括ケアではリハビリテーション概念を用いた支援により高齢者の「自助」を高めると共に、通所リハ・通所介護等の「共助」、そして地域支援事業等の「公助」、また老人会等の「互助」を適切に組み合わせて、利用者を地域全体で支えていくことが必要です。

それでは通所リハの役割とはどのようなものになるでしょう。第１章で示したように全国デイ・ケア協会では 2004 年に通所系サービスの普遍的な機能を定義しており、その中で通所リハ特有の機能を「医学的管理」「心身・生活活動の維持向上」であるとしています。通所リハはこの２つの機能をしっかりと提供しながら、他事業の機能や地域資源の中身を理解し、「通所リハが行うサービス」「他事業で担うサービス」どちらが有効かを考えていく必要があります。

再掲 表 1-2 通所系サービスの普遍的機能

区分	通所系サービスの機能	実 施 内 容 等
通所リハ	**医学的管理** ●医師の診察等による医学的管理 ●看護師による処置等の医療機能	● 通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い，定期的な診察等により疾患管理を行う. ● 通所リハ担当医の指示に基づき，看護職が処置等を実施する.
	心身・生活活動の維持・向上 ●早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療 ●生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療	● 医師の指示に基づき，PT・OT・ST が専門的観点から評価し，チームとして目標設定を行い，その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る. ● 自宅訪問等，当事者の日々の暮らしを把握する.
通所介護・通所リハ　共通機能	**社会活動の維持・向上** ●日常の健康管理，自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保 ●地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発	● 利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等，活動の機会の確保 ● 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. ● 暮らしに必要な知識・技術について，当事者・家族に専門職の立場から啓発する.
	介護者等家族支援 ● 介護者等家族の支援 ①精神的介護負担軽減（お預かり機能等） ②身体的介護負担軽減 （介護環境調整や介護技術向上による負担軽減）	● サービス利用（いわゆるお預かり機能）による介護者等家族の直接的負担軽減を図る. ● 介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り，介護技術向上をはじめ，介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う.

ⅱ．社会資源との連携と工夫

通所リハと社会資源との連携のためには、お互いのサービスを理解し地域全体でどう支えるか？を考え役割分担を行っていくことが重要です。そのために、通所リハは広く地域に目を向け、地域とつながりながら貢献できることを考えていくことが必要となります。

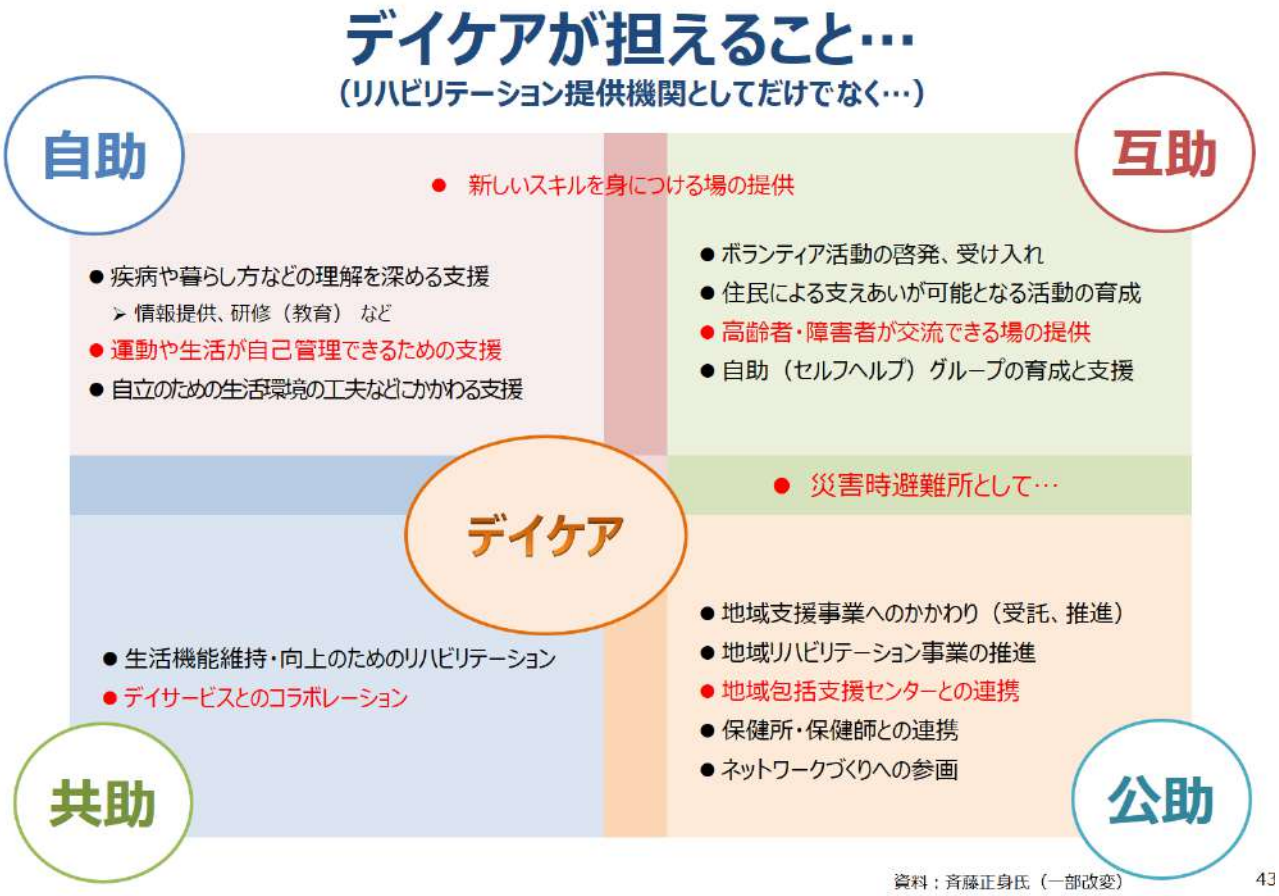
例えば、通所リハ同様に「共助」の中にある通所介護との上手な連携例としては、通所リハ・通所介護での合同会議や懇親会を開催したり、また申し送りで先方に出向いたりし、積極的に顔がみえる関係作りをしている事業所があります。そしてお互いの役割を理解しながら、通所リハにおける目標を達成した方が修了後に通所介護を利用したり、一方で集中的かつ専門的なリハビリテーションが必要になった方が期間限定で通所リハを利用したりといった「通所リハと通所介護との役割分担」を上手に行っている地域もみられます。公助である行政との連携については、地域包括支援センターと協力し介護予防の講演活動を行うことやサロンの支援を行うことで、通所リハ卒業後の通いの場作りをサ

ポートしている事業所や、オレンジカフェなどを立ち上げ認知症の方へのサポートなどを行っている事業所もあります。

このように地域の中で介護予防の取り組みや認知症の方への支援に対し、地域のサービスや行政と協力しリハビリテーション概念を用いた支援を行うことは、修了後の居場所作りとして重要なだけでなく、地域における通所リハの認知度を向上させ、リハビリテーションの役割を様々な場面にて理解していただくためにも非常に重要です。このような関係作りのポイントとしては前述した「なんでも相談できる関係つくり」と「通所リハとその他のサービスとの役割分担」をしっかり意識しながら連携することが重要です。

またさらに今後地域で必要な資源がない場合、関連機関や地域住民と協力し資源の創設、運営のサポートをすることも我々通所リハの重要な役割になると思われます。地域の資源が増えることで、地域包括ケアシステムがより機能することになります。

図 7-2 デイケアが担えること



※全国デイ・ケア協会：生活行為向上リハビリテーション研修会 配布資料.

[荒尾雅文]

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の「これまで」と「これから」

平成 25 年の第 51 回社会保障審議会介護保険部会において、「予防給付の見直しと地域支援事業の充実」について検討されました。本部会の資料[4)]によると、介護予防は「高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。」とされ、「日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOL の向上を目指すものである。」と示されています。

一方で、これまでの介護予防の問題点として、「機能回復訓練に偏りがち」「多様な通いの場が十分ではなかった」「活動や参加に焦点をあてていなかった」の 3 点を挙げています。これらの問題点を踏まえ、本部会ではこれからの介護予防の考え方を 4 点にまとめています（図 7-3 参照）。また、これからの介護予防の具体的アプローチについては、「リハビリ専門職等を活かした介護予防の機能強化」を示しており、リハビリ専門職を有する通所リハの積極的な関わりが期待されています。

図 7-3 これからの介護予防について

(3)介護予防の見直し

これからの介護予防について

介護予防の理念

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

○ 生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ことが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

○ 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。

○ 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。

○ 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

○ 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

○ 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。

○ 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。

○ このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

第 51 回 社会保障審議会介護保険部会(H25.10.30） 資料

では、通所リハはどのような関わり方を期待されているのでしょうか。前述の介護保険部会に提出された資料 [4]によると、日本リハビリテーション病院・施設協会では地域リハビリテーションの推進課題について「直接援助活動」「組織化活動」「教育啓発活動」の 3 点を挙げています（図 7-4）。この 3 点を第 2 節にて述べた「デイケアが担えること」と組み合わせると、地域支援事業へ関わる通所リハが担えることは表 7-2 のようになります。特に「組織化活動」「教育啓発活動」においては「共助」の関わり（介護保険下における関わり）ではなく、「自助」「互助」「公助」を支える間接的な関わりが重要です。このような関わりは、介護予防事業の一部に「地域リハビリテーション活動支援事業」として位置づけられ、リハビリ専門職を有する通所リハは事業の中核的な役割を期待されています（図 7-5）。

図 7-4 地域リハビリテーションの活動指針と推進課題

地域リハビリテーションの活動指針と推進課題

【活動指針の要点】

- 障害の発生を予防
- 疾病や障害が発生した当初よりリハ･サービスを提供
- ライフステージに対応したリハ･サービスの継続的提供システム
  （急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続）
- 改善が困難な人々も社会参加し、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう地域住民も含めた総合的な支援
- 一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発

【推進課題】

1. 直接援助活動
   ① 障害の発生予防の推進
   ② 急性期～回復期～維持期リハの体制整備
2. 組織化活動（ネットワーク・連携活動の強化）
   ① 円滑なサービス提供システムの構築
   ② 地域住民も含めた総合的な支援体制作り
3. 教育啓発活動
   ① 地域住民へのリハに関する啓発

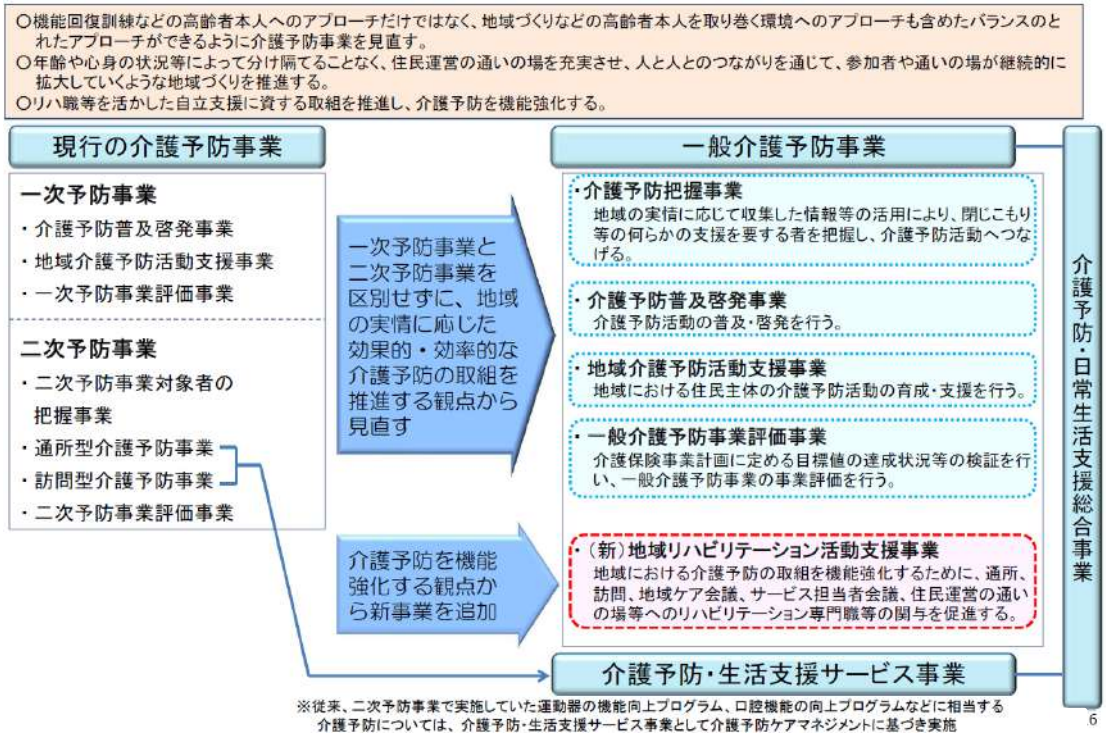
（日本リハビリテーション病院･施設協会 1991)(2001改定)

第 51 回 社会保障審議会介護保険部会(H25.10.30） 斉藤正身委員提出資料

表 7-2 地域支援事業へ関わる通所リハが担えること

直接援助活動	・生活機能維持・向上のためのリハビリテーション	共 助
	・医療機関や他介護サービス事業所との連携・協働	共 助
	・運動や生活が自己管理できるためのアドバイス	自 助
組織化活動	・地域包括支援センターや行政との連携・協働	公 助
	・自助グループの育成と支援	互 助
	・高齢者・障害者が交流できる場の提供	互 助
教育啓発活動	・介護予防教室や認知症カフェの開催支援	公 助
	・ボランティア活動の啓発	互 助
	・自助グループ運営の中心となる住民の育成	互 助
	・疾病や暮らし方などの理解を深める支援	自 助

図 7-5 新しい介護予防事業



平成 26 年度 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業.

第 2 回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議（H27.3.5）資料より

○ 参考文献

１） 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業．老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業, 2015.

２） 全国デイ・ケア協会：通所サービスガイドライン，2004.

３） 全国デイ・ケア協会：生活行為向上リハビリテーション研修会 配布資料.

４） 厚生労働省：第 51 回 社会保障審議会介護保険部会(H25.10.30） 資料

５） 厚生労働省：平成 26 年度 地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業．第 2 回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議（H27.3.5）資料

コラム：社会資源との連携と工夫

平成 18 年度から事業所間の連携を意識した取り組みとして，通所リハビリテーション所属の作業療法士・理学療法士がアドバイザーとして他事業所のカンファレンスに参加しています（法人内リハビリテーション継続システム 図 7-6）．カンファレンスに作業療法士、理学療法士が参加することで、これまで,各事業所の対象者が活動したい（してみたい）ことを実践するためのアイデアがいくつも出てきました.

このアイデアをきっかけに年 1 回,家族報告会を開催しています。一般的に、家族報告会というと家族に対する事業所からの情報発信や意見交換・家族同士のつながりをイメージするのではないでしょうか？ 当法人では,各事業所の利用者が運営側として参加しています.

具体的には,会場の受付係は通所リハビリテーション施設の利用者とグループホーム入居者が共同で行う・利用者代表講演は法人内各施設のなかで最も活動・参加の変化が見えた方やそのご家族様が講演を行うことが挙げられます.

上記の内容を中心とした当法人での法人内リハビリテーション継続システムの取り組みは他事業所とのコミュニケーションを図ることから始まりました.対象者へ向き合う日々の臨床場面と同様に,他事業所の仲間が何をどう感じているか？を推測し,共に活動を実践することから連携は始まるのではないでしょうか.

[医療法人社団 田中医院 デイケアセンターさくら]

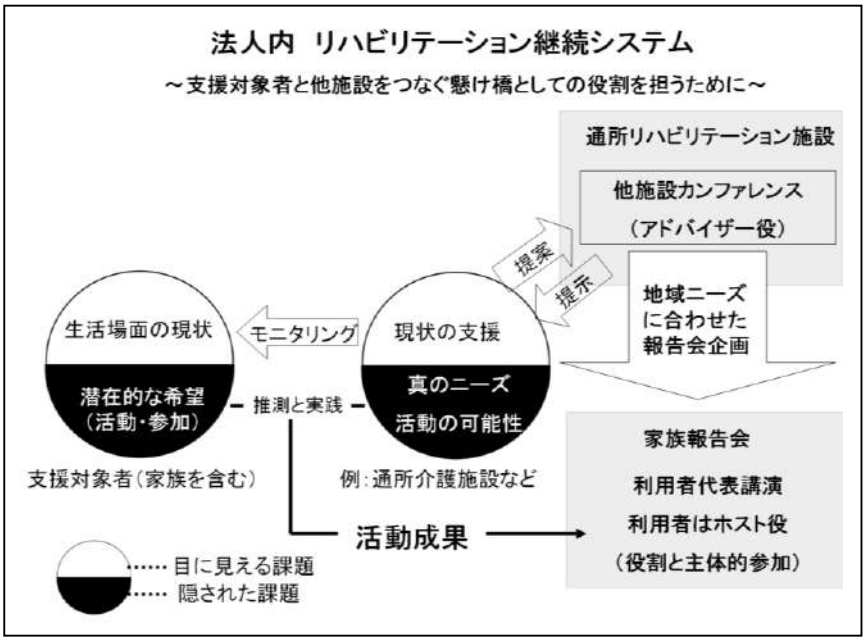


図 7-6 法人内リハビリテーション継続システムから見た通所リハビリテーションの役割

第８章

参考資料

老老発 0327 第３号
平成 27 年３月２７日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省　老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

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

リハビリテーションマネジメント加算とそれに関連する各加算の算定については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号。以下「留意事項通知」という。）において示しているところであるが、今般、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を下記のとおりお示しするので、御了知の上、各都道府県におかれては、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、その取扱いに当たっては遺漏なきよう期されたい。

なお、本通知は、平成 27 年４月１日から適用するが、平成 18 年３月 27 日老老発 0327001 厚生労働省老健局老人保健課長通知「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」については、平成 21 年度介護報酬改定において、一部のサービスのリハビリテーションマネジメント加算が本体報酬に包括化された際の基本的な考え方等を示すものであることから、廃止しないことにご留意されたい。

記

１　リハビリテーションマネジメントとそれに関連する各加算との基本的な考え方

⑴　リハビリテーションマネジメントについて

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（以下「ＳＰＤＣＡ」という。）の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良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ものである。

⑵　活動と参加に焦点を当てたサービス提供の促進に向けて

平成27年度介護報酬改定においては、活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの促進に向けて、様々な加算を新設したところである。

活動の観点から、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動を向上するための図るためのリハビリテーションの提供を評価するための加算（以下「生活行為向上リハビリテーション実施加算」という。）を新設した。

参加の観点から、利用者の社会参加等を支援するリハビリテーションの提供を評価するため、社会参加支援加算を新設した。

なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

⑶　認知症高齢者に配慮したリハビリテーションの促進に向けて

心身機能、活動及び参加の維持又は回復を図るに当たって、認知症高齢者の状態によりきめ細かく配慮し、より効果的なリハビリテーションの提供を促進するため、包括報酬として認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）を新設した。

２　リハビリテーションマネジメント加算について

⑴　リハビリテーションマネジメント加算の算定上の留意事項

①　リハビリテーションマネジメントは、利用者全員に対して実施し、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

②　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をあらかじめ定めること。

③　リハビリテーションマネジメントは、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ものである。したがって、事業所における多職種協働の体制等が異なることに鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。

④　リハビリテーションマネジメントについては、本加算を初めて算定するに当たって同意を得た日の属する月から適応されることから、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、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。

⑤　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定において、当該計画に係る利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月間を超えた場合であって、通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等

の利用を経て、同一の通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)⑴を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)⑵を算定するものであることに留意すること。ただし、病気が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

⑵　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

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定におけるリハビリテーションを実施する際には、以下の点に留意すること。

①　サービス開始時における情報収集

指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーションの事業者は、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こと。

また、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こと。

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（以下「ＰＴ」という。）、作業療法士（以下「ＯＴ」という。）又は言語聴覚士（以下「ＳＴ」という。）は、リハビリテーションに関する解決すべき課題の把握（アセスメントという、以下同じ。）を行うこと。なお、アセスメントに当たっては、別紙様式２の様式例を参照の上、作成すること。

③　リハビリテーション計画書の作成

イ　リハビリテーション計画書の作成に当たっては、別紙様式３の様式例を参照の上、医師、ＰＴ、ＯＴ、ＳＴ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や認知症短期集中リハビリテーション実施加算等の加算の算定の有無、リハビリテーションの提供時間、実施頻度、リハビリテーション提供中の具体的な対応（通所リハビリテーションのみ）等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こと。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こと。

ロ　医師、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴ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こと。

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

リハビリテーション計画書については、医師、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者又はその家族に説明を行い、同意を得ること。

⑤　リハビリテーションの実施

イ　医師又は医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ若しくはＳＴ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、言語聴覚療法などのリハビリテーションを実施すること。

ロ　ＰＴ、ＯＴ又はＳＴは、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

・　利用者及びその家族の活動や参加に向けた希望

・　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

・　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

ハ　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（以下、「居宅基準」という。）第83条又は第119条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において、利用者ごとの訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画に従い、医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者の状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別にリハビリテーションマネジメント加算の算定のために利用者の状態を定期的に記録する必要はないものであること。

⑥　通所リハビリテーションを新規で開始した日から 1 月前以内に居宅を訪問し行う評価について

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、事業所の医師又は医師の指示を受けたＰＴ、ＯＴ又はＳＴ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

イ　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それに基づく計画書の見直しを行うものであること。

a　退院（所）後間もない場合、利用者及びその家族が在宅生活に不安がある場合又は利用者の状態が変化する等の理由でリハビリテーション計画書の見直しが必要になった場合は、適宜当該計画書の見直しを行うこと。

b　目標の達成状況やＡＤＬ及びＩＡＤＬの改善状況等を評価した上で、再度アセスメントを行い、サービスの質の改善に関する事項も含めたリハビリテーション計画書の変更の必要性を判断すること。

c　リハビリテーション計画書の進捗状況について評価し、見直された計画書は、３月ごとに担当介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。

d　リハビリテーション計画書の変更が生じた場合は、利用者及びその家族に説明し、同意を得ること。

⑧　サービスの利用終了時の説明等

イ　サービスの利用が終了する１月前以内に、医師、ＰＴ、ＯＴ及びＳＴ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サービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。

ロ　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こと。

⑨　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の届出

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の取得に当たっては、訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画を利用者やその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から算定が可能となる。

したがって、当該月の前月の 15 日までに届出が必要であるため、同意の見込みをもって届け出ることは差し支えないが、万一その後に同意を得られず、算定月の変更が見込まれる当該計画の見直しが必要となった場合には、すみやかに加算等が算定されなくなった場合の届出を行う必要がある。

⑶　リハビリテーションマネジメント(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の開催を通じて、多職種の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（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、生活の見通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。リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)を算定する際には、リハビリテーションマネジメント(Ⅰ)の要件に加えて、以下に留意すること。

①　リハビリテーション計画書の作成

イ　リハビリテーション会議の開催に関しては、以下の点に留意すること。

ａ　利用者及び家族の参加を基本とし、構成員による多職種協働により、リハビリテーション会議を開催すること。

ｂ　リハビリテーション会議では、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、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等を協議するよう努めること。

ｃ　リハビリテーション会議の記録は、別紙様式４を参照し、会議出席者の所属（職種）や氏名を記載すること。次いで、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を記載すること。その上で、次回の開催予定を記載すること。作成した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を図ること。当

該記録は利用者毎に２年間保存するものであること。

d　リハビリテーション会議に、家庭内暴力等により利用者やその家族の参加が望ましくない場合又は家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加ができない場合は、その理由を会議録に記載すること。また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、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録するとともに、欠席者には計画書及び会議録の写しを提供する等、情報の共有を図ること。

ロ　リハビリテーション会議では、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こと。

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、同意を得ること。また、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して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得ること。

③　リハビリテーションの実施

イ　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、以下の内容を盛り込むことが望ましい。

・　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
・　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等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
・　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
・　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
・　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

ロ　ＰＴ、ＯＴ又はＳＴ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並びに介護の工夫等の情報について助言指導を行うこと。又は、居宅サービス計画に位置付けられた指定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こと。

ハ　通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）においては、利用者の状態の悪化等の理由から通所リハビリテーションのサービスの利用がない月においても、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが利用者の居宅を訪問し、利用者や

その家族、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日常生活上の留意点等について助言を行った場合は算定できるものであること。その場合、助言を行った内容の要点を診療記録に記載すること。

④　モニタリングの実施

イ　リハビリテーション計画書は、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、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、６月超後は３月に１回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

ロ　包括報酬である認知症短期集中リハビリテーション加算（Ⅱ）を算定する場合は、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、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い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

ハ　生活行為向上リハビリテーションを提供する場合は、目標が達成する期限に向けて、計画書の進捗の評価や利用者又はその家族に生活行為を行う能力の回復程度など状況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い、リハビリテーション実施計画（以下「生活行為向上リハビリテーション実施計画書」という。）を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

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

リハビリテーションマネジメントの徹底を図るため、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定する場合は、別紙様式５に示すプロセス管理票を活用して、ＳＰＤＣＡの行程管理を以下の手順により実施する。

イ　サービス開始時における情報収集

事業者は、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手する。入手した場合は該当箇所にチェックすること。

ロ　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

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○をつけること。

ハ　医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明

医師からの説明があり、利用者から同意が得られた場合、該当箇所にチェックをする。なお、説明後に利用者又はその家族からリハビリテーション計画書の変更又は計画書に関しての意見があった場合は、その旨を記載し、必要に応じて計画書を見直すこと。

ニ　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

リハビリテーションプログラムの内容について検討し、実施した内容について、該当箇所にチェックをすること。

ホ　リハビリテーション会議の実施と計画の見直し

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、その実施日を記入すること。

ヘ　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

指定訪問介護又はその他の居宅サービスの担当者に対し、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、その実施日を記入すること。

ト　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

利用者の居宅を訪問し、介護の工夫に関する指導等に関する助言の実施した場合、その実施日を記入すること。

チ　サービスを終了する１月前以内のリハビリテーション会議の開催

サービス終了する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、参加者に〇をつけること。

リ　終了時の情報提供

終了時、リハビリテーションの情報を提供した場合は、その提供者の該当箇所にチェックをすること。

ヌ　プロセス管理表の保管

プロセス管理表は、利用者ごとにリハビリテーション計画書と一緒に保管すること。

３　リハビリテーションマネジメントにおけるリハビリテーション計画書の作成について

⑴　リハビリテーション計画書の作成又は変更についての留意事項

①　リハビリテーションマネジメントにおける計画書の作成又は変更に当たっては、医師の指示、利用者等の生活の希望や生活機能の状況等を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載したリハビリテーション計画書を作成すること。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画書の内容に沿って作成することに留意すること。

②　リハビリテーション会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を、構成員と共有するよう努めること。

③　リハビリテーション計画書の作成のために診療を行った医師は、利用者又はその家族に対して、日常生活能力の改善の見通しなどを踏まえた上で、当該計画書の内容を適切に説明し、同意を得ること。なお、同意が得られる前に当該サービスを利用する場合については、ＰＴ、ＯＴ又はＳＴが当該計画書の原案について利用者又はその家族に説明を行い、同意を得るよう努めること。

④　訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画の作成に当たって

は、リハビリテーション計画書の記載要領や様式を参考に作成して差し支えないこと。

⑤　居宅基準第 81 条第５項又は第 115 条第６項に基づく一体的な計画の作成に当たっては、別紙様式３を参考にして作成して差し支えないこと。その場合には、通所リハビリテーション事業所で実施する内容、訪問リハビリテーション事業所で実施する内容が分かるように記載し、一連のサービスとして提供できるよう、リハビリテーション計画書に記載するよう努めること。

ただし、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションで提供される内容が同じであることは想定されないため、同一の内容を提供する場合は、その理由を記載することが望ましい。

⑵　リハビリテーション計画書の記載要領

①　リハビリテーションマネジメントにおけるリハビリテーション計画書の様式は、別紙様式１、別紙様式２及び別紙様式３を標準として作成するものであること。

②　別紙様式１（興味・関心チェックシート）に関して

別紙様式１（興味・関心チェックシート）に関しては、利用者が日常生活上実際にしていること、実際にしてはいないがしてみたいと思っていること、してみたいまでは思わないものの興味があると思っていることに関して、利用者の記入又は聞き取りにより作成すること。

③　別紙様式２（リハビリテーション計画書（アセスメント））に関しては、別紙様式２の内容を参考に、下記の項目を主に把握すること。

イ　居宅サービス計画の総合的援助の方針及び居宅サービス計画の解決すべき課題

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位置づけられることから、居宅サービス計画の総合的援助の方針と解決すべき課題を該当箇所に居宅サービス計画から転記すること。

ロ　ご本人の希望及びご家族の希望

別紙様式１で把握した、利用者がしてみたい又は興味があると答えた内容に関して、利用者に確認の上、該当項目を該当箇所に転記する。家族の希望に関しては、利用者の家族が利用者関して特に自立してほしいと思っている項目又は今後の生活で送ってほしいと希望する内容に該当する項目を具体的に確認した上で、該当箇所に転記すること。

ハ　健康状態

原疾患名、当該疾患の発症日、経過、合併症の有無とそのコントロールの状況、廃用症候群の有無及びリハビリテーションを実施する際の医学的管理の状況等を該当箇所に記載すること。

ニ　参加状況

過去と現在の参加の状況（家庭内での役割の有無や余暇活動、社会活動及び地域活動への参加等）を聞き取り、また当該取組みを今後継続する意向があるかど

うか確認すること。さらに、サービス利用終了後の生活に関して、利用者及びその家族と共有するために、通所リハビリテーション利用終了後に利用を希望する社会資源等に関して聞き取ること。

ホ　心身機能

現在の心身機能（運動機能、感覚機能、疼痛、口腔機能、栄養又は見当識等）について、機能障害の有無を確認する。機能障害があった場合、活動への影響の有無を確認する。なお、該当項目に無い項目に関して障害を認める場合は、特記事項に記載すること。

ヘ　活動の状況

現状、その予後予測及び改善可能性について該当箇所に記載すること。課題の重要性については、現状と予後予測に乖離があることや利用者又はその家族の意向が強いこと等を踏まえつつ、優先的に取り組むべき課題から順番に、数字を記入すること。

また、評点については、リハビリテーション計画書の見直しごとに、以下の通り、各活動の状況の評価を行い記入すること。

a　基本動作

居宅を想定しつつ、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歩行の状態を評価する項目である。自立している場合は３を、見守りの場合は２を、一部介助している場合は１を、全介助の場合は０を記載する。移動能力については、6 分間歩行又は Times up Go Test(TUG)の客観的測定値を記入する。

b　ＡＤＬ（Barthel Index を活用）

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

動作		選択肢
1	食事	10 自立　5 部分介助　　0 全介助
2	イスとベッド間の移乗	15 自立 10 最小限の介助 5 部分介助　　0 全介助
3	整容	5 自立　0 部分介助又は全介助
4	トイレ動作	10 自立　5 部分介助　　0 全介助
5	入浴	5 自立　0 部分介助又は全介助
6	平地歩行	15 自立 10 部分介助　　5 車いす使用　0 その他
7	階段昇降	10 自立　5 部分介助　　0 全介助
8	更衣	10 自立　5 部分介助　　0 全介助
9	排便コントロール	10 自立　5 部分介助　　0 全介助
10	排尿コントロール	10 自立　5 部分介助　　0 全介助

c　ＩＡＤＬ(Frenchay Activity Index を活用)

下記を参考に評価を行い、該当箇所に記載すること。

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(草曳き、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 定期的にしている 3 定期的にしている。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と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。

ヘ　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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っ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。

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

⑴　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っては、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。

⑵　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

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

ｂ　リハビリテーションの利用状況

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

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

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）　□要支援　□要介護

■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

■ご家族の希望

■医師の指示

■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

病名：	発症日：　年　月　日	直近の入院日：　年　月　日	直近の退院日：　年　月　日

経過：

■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）

■廃用症候群：□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

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	□あり □なし	□あり □なし	失語症 構音障害	□あり □なし	□あり □なし
感覚機能障害 （聴覚、視覚等）	□あり □なし	□あり □なし	精神行動障害 （BPSD）	□あり □なし	□あり □なし
関節拘縮	□あり □なし	□あり □なし	見当識障害	□あり □なし	□あり □なし
疼痛	□あり □なし	□あり □なし	記憶障害	□あり □なし	□あり □なし
口腔機能障害	□あり □なし	□あり □なし	その他の高次能機能障害	□あり □なし	□あり □なし
摂食嚥下障害	□あり □なし	□あり □なし	栄養障害	□あり □なし	□あり □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）					※時間を記載
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 最小限介助 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部分・全介助
	平地歩行					15 自立　10 部分介助 5　車椅子使用　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						

	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　2:7時々（週1～2回） 3:週に3回以上している
	食事の片付け					
	洗濯					0:していない　1:まれに　2:時々（週1回未満） 3:週に3回以上している
	掃除や整頓					0:していない 1:まれに 2:7時々（週に1回未満） 3:週に1回以上している
	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:定期的にしている　3:植替等
	家や車の手入れ					0:していない　1:電球の取替等 2:ペンキ塗・模様替等　3:家の修理・車の整備
	読書					0:読んでいない　1:まれに 2:月一回程度　3:月二回以上
	仕事					0:していない　1:週1～9時間 2:週10～29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	□	
福祉用具等	□	
住環境	□	
自宅周辺	□	
地域への社会参加等	□	
交通機関	□	
サービス	□	
その他	□	

※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

（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
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅡ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅡ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅡ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □その他（　　）				いつ頃
			□短期集中（個別）リハ □生活行為向上リハ □認知症短期集中リハⅡ □理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □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									

□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☑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るよう留意すること

（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	□利用者□家族（　　） □サービス担当者（　　）（　　） □サービス担当者（　　）（　　）			
次回の開催予定と検討事項				

（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
□	サービス開始時における情報収集	□医師　□介護支援専門員	
□	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	□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） □（日付：　・　・　）	
□	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	□同意　□変更・意見（　　）	
□	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	□リハビリテーションプログラムの内容 □短期集中（個別）リハ　□生活行為向上リハ　□認知症短期集中リハⅡ □理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法 □その他（　　）	
□	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　） □（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　） □（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　） □（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）	
□	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	□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　） □（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）□（日付：　・　・　）CM・CW・家族・その他（　　）	
□	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	□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　） □（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）□（日付：　・　・　）	
□	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	□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） □（日付：　・　・　）	
□	終了時の情報提供	□医師　□介護支援専門員 □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（　・　・　～　・　・　） 【通所頻度】　　回/週	社会適応訓練期（　・　・　～　・　・　） 【通所頻度】　　回/週
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】

平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A
～ 通所リハビリテーション関連抜粋 ～

・ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ　（平成 27 年４月１日）
・ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.2）（平成 27 年４月 30 日）
・ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.3）（平成 27 年６月１日）
・ 平成 27 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.4）（平成 27 年７月３１日）

【通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護共通】

送迎時における居宅内介助等の評価

問 52 デイサービス等への送り出しなどの送迎時における居宅内介助等について、通所介護事業所等が対応できない場合は、訪問介護の利用は可能なのか。居宅内介助等が可能な通所介護事業所等を探す必要があるのか。

（答）

1. 通所介護等の居宅内介助については、独居など一人で身の回りの支度ができず、介助が必要となる場合など個別に必要性を判断の上、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置付けて実施するものである。
2. 現在、訪問介護が行っている通所サービスの送迎前後に行われている介助等について、一律に通所介護等で対応することを求めているものではない。例えば、食事介助に引き続き送迎への送り出しを行うなど訪問介護による対応が必要な利用者までも、通所介護等での対応を求めるものではない。

問 53 送迎時に居宅内で介助した場合は 30 分以内であれば所要時間に参入してもよいとあるが、同一建物又は同一敷地内の有料老人ホーム等に居住している利用者へ介護職員が迎えに行き居宅内介助した場合も対象とすることでよいか。

（答）

対象となる。

問 54 送迎時における居宅内介助等については、複数送迎する場合は、車内に利用者を待たせることになるので、個別に送迎する場合のみが認められるのか。

（答）

個別に送迎する場合のみに限定するものではないが、居宅内介助に要する時間をサービスの提供時間に含めることを認めるものであることから、他の利用者を送迎時に車内に待たせて行うことは認められない。

問 55 居宅内介助等を実施した時間を所要時間として、居宅サービス計画及び個別サービス計画に位置づけた場合、算定する報酬区分の所要時間が利用者ごとに異なる場合が生じてもよいか。

（答）

サービスの提供に当たっては、サービス提供の開始・終了タイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、単位内でサービスの提供時間の異なる場合が生じても差し支えない。

延長加算の見直し

問 56 9 時間の通所介護等の前後に送迎を行い、居宅内介助等を実施する場合も延長加算は算定可能か。

（答）

延長加算については、算定して差し支えない。

問 58 通所介護等の利用者が自宅には帰らず、別の宿泊場所に行くまでの間、延長して介護を実施した場合、延長加算は算定できるか。

（答）

算定できる。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

問 61 送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。

（答）

送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。

問 62 通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。

（答）

徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

【訪問・通所リハビリテーション共通】

リハビリテーション会議

問 81 リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。

（答）

利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

問 82 介護支援専門員が開催する「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。

問 83 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、会議を欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

問 6 地域ケア会議とリハビリテーション会議が同時期に開催される場合であって、地域ケア会議の検討内容の１つが、通所リハビリテーションの利用者に関する今後のリハビリテーションの提供内容についての事項で、当該会議の出席者が当該利用者のリハビリテーション会議の構成員と同様であり、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構成員と共有した場合、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）

貴見のとおりである。

リハビリテーションマネジメント加算

問 84 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件について、「リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

（答）

利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等の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。

問85 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

（答）

訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施すること。

問 86 今般、訪問指導等加算がリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）に統合されたところ、従前、訪問指導等加算において、「当該訪問の時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設の人員基準の算定に含めない」こととされていたが、訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

（答）

訪問指導等加算と同様に、訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設の人員基準の算定に含めない。

問 87 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得するということは可能か。

（答）

利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を取得することは可能である。

問 88 訪問リハビリテーションでリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定する場合、リハビリテーション会議の実施場所はどこになるのか。

（答）

訪問リハビリテーションの場合は、指示を出した医師と居宅を訪問し、居宅で実施する又は利用者が医療機関を受診した際の診察の場面で実施することが考えられる。

問 7 サービス提供を実施する事業者が異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用者がおり、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を取得している場合、リハビリテーション会議を通じてリハビリテーション計画を作成する必要があるが、当該リハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

（答）

居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、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構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で会議を実施しても差し支えない。

問 8 「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」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や社会参加支援加算等を算定することができないのか。

（答）

様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

問 9 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定要件に、「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること」があるが、その他の指定居宅サービスを利用していない場合や福祉用具貸与のみを利用している場合はどのような取扱いとなるのか。

（答）

リハビリテーション以外にその他の指定居宅サービスを利用していない場合は、該当する他のサービスが存在しないため情報伝達の必要性は生じない。また、福祉用具貸与のみを利用している場合であっても、本算定要件を満たす必要がある。

問 10 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件にあるリハビリテーション会議の開催頻度を満たすことができなかった場合、当該加算は取得できないのか。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の取得に当たっては、算定要件となっているリハビリテーション会議の開催回数を満たす必要がある。なお、リハビリテーション会議は開催したものの、構成員のうち欠席者がいた場合には、当該会議終了後、速やかに欠席者と情報共有すること。

問 11 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

（答）

リハビリテーション計画を作成した医師である。

問 12 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）とリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）とリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCA サイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）を、それぞれ取得することが望ましい。

問 1 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

（答）

取得できる。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。なお、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）については、通所リハビリテーションの利用開始月以降に、当該加算におけるリハビリテーションマネジメントが実施されるものであるため、通所リハビリテーションの提供と合わせて取得されるものである。

問 1 同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

（答）

事業所ごとに提供可能なサービスの種類が異なり、単一の事業所で利用者が必要とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法のすべてを提供できない場合、複数の事業所で提供することが考えられる。例えば、脳血管疾患発症後であって、失語症を認める利用者に対し、1 つの事業所がリハビリテーションを提供することとなったが、この事業所には言語聴覚士が配置されていないため、失語に対するリハビリテーションは別の事業所で提供されるというケースが考えられる。

この場合、例えば、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）であれば、リハビリテーション会議を通じて、提供可能なサービスが異なる複数の事業所を利用することを話し合った上で、通所リハビリテーション計画を作成し、その内容について利用者の同意を得る等、必要な算定要件を各々の事業者が満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定は可能である。

社会参加支援加算

問 89 社会参加支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

（答）

貴見のとおりである。

問 90 社会参加支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることは可能か。

（答）

同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることはできない。

問 91 社会参加支援加算は、厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 95 号）イ(2)に規定される要件は遡って行うことができないことから、平成 27 年 1 月から 3 月までについての経過措置がなければ、平成 28 年度からの取得できないのではないか。また、平成 27 年度から算定可能であるか。それとも、イ(2)の実施は平成 27 年 4 月からとし、平成 26 年 1 月から 12 月において、イ(1)及びロの割合を満たしていれば、平成 27 年度から算定可能であるか。

（答）

平成 27 年度からの取得はできない。また、平成 28 年度からの取得に当たって、その評価対象期間には、平成 27 年 1 月から 3 月については、算定対象者がいないものとし、同年 4 月から 12 月の状況をもって、翌年の 3 月 15 日までに届出を行い、平成 28 年度から取得する。

問 92 利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後 2 月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの社会参加支援加算の算定要件を満たしたこととなるか。

（答）

貴見のとおりである。

問 93 入浴等の ADL の自立を目的に、訪問リハビリテーションと訪問介護（看護）を併用していたが、ある程度入浴が 1 人でできるようになったため、訪問リハビリテーションを終了し、訪問介護の入浴の準備と見守りの支援だけでよいとなった場合、社会参加支援加算が算定できるのか。

（答）

訪問介護、訪問看護の利用の有無にかかわらず、社会参加等に資する取組を実施していれば、社会参加支援加算の対象となる。

問 13 社会参加支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

（答）

社会参加支援加算については、通所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 日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、社会参加に資する取組が居宅訪問等をした日から起算して、3 月以上継続する見込みであることを確認することとしている。なお、3 月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者とすることができる。

問４ 社会参加支援加算の算定では、訪問・通所リハビリテーションの提供が終了し、その終了日から起算して 14 日以降 44 日以内に、社会参加等が 3 ヶ月以上続く見込みであることを確認する必要がある。その際、事前に電話等で詳細に状況を確認した時点で、社会参加等が 3 ヶ月以上続く見込みであったが、その後、実際に居宅を訪問した際には、リハビリテーションを利用していた者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が 3 ヶ月以上続く見込みではなくなっていた場合、どのような取扱いになるのか。

（答）

事前の確認で社会参加等が３ヵ月続く見込みであったとしても、実際の訪問の時点で当該者の体調が急激に悪化しており、社会参加等が 3 ヶ月以上続く見込みを確認できなかった場合、社会参加等が 3 ヶ月以上続く見込みを確認できないものとして扱うこと。

【通所リハビリテーション】

人員の配置

問 94 医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設の医師の人員基準の算定外となるのか。

（答）

人員基準の算定に含めることとする。

問 95 生活機能向上連携加算で通所リハビリテーションの専門職が利用者の居宅を訪問する際、サービス提供責任者が同行した場合とあるが、この際の通所リハビリテーションの専門職は通所リハビリテーションでの勤務時間、専従要件外となるのか。

（答）

通所リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問した時間は、勤務時間に含まれるが、従業者の員数には含めない。

リハビリテーション計画

問 96 通所リハビリテーション計画に、目的、内容、頻度等を記載することが要件であるが、利用者のサービス内容によっては、恒常的に屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあってもよいか。

（答）

通所リハビリテーション計画に基づき、利用者のサービス内容によっては、必要に応じて屋外でのサービス提供時間が屋内でのサービス提供時間を上回ることがあると考えている。

リハビリテーション会議

問 97 通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

（答）

通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、提供時間帯を通じて専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる従業者が確保されている、又は、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が１以上確保され、従業者以外の人員がリハビリテーション会議に参加する場合は含めなくてよい。

リハビリテーションマネジメント加算

問 21 新規利用者について通所リハビリテーションの利用開始日前に利用者の居宅を訪問した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件を満たすのか。

（答）

通所リハビリテーションの利用初日の 1 月前から利用前日に利用者の居宅を訪問した場合であって、訪問日から利用開始日までの間に利用者の状態と居宅の状況に変化がなければ、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件である利用者の居宅への訪問を行ったこととしてよい。

※平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 74 を一部修正した。

※平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 75、77、80～84 は削除する。

問 22 全ての新規利用者について利用者の居宅を訪問していないとリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は算定できないのか。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）は利用者ごとに算定する加算であるため、通所開始日から起算して 1 月以内に居宅を訪問した利用者について算定可能である。

※平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 78 を一部修正した。

問 23 通所リハビリテーションの利用開始後、1 月以内に居宅を訪問しなかった利用者については、以後、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は算定できないのか。

（答）

算定できない。ただし、通所開始日から起算して 1 月以内に利用者の居宅への訪問を予定していたが、利用者の体調不良などのやむを得ない事情により居宅を訪問できなかった場合については、通所開始日から起算して 1 月以降であっても、体調不良等の改善後に速やかに利用者の居宅を訪問すれば、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を算定できる。

※平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ＿Ａ(Vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 79 を一部修正した。

問２ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴を取得中、取得開始から６月間を経過する前に、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得してもよいか。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得しても差し支え無い。

問３　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴を取得中にリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得した場合であっても、その後、利用者の状態に応じてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を再度取得する必要が生じた際には、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴から取得することができるのか。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴からリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）に変更して取得後、利用者の同意を得た日の属する月から６月間を超えてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を再度取得する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑵を取得することとなる。

ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により、当該会議を月に１回以上開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)⑴を再度６月間取得することができる。その際には、改めて居宅を訪問し、利用者の状態や生活環境についての情報収集（Survey）すること。

問４　リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴を取得中で、取得開始から６月間を超えていない場合であっても、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑵に変更して取得することは可能か。

例えば、月１回のリハビリテーション会議の開催によりリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴を取得し２月間が経過した時点で、月１回のリハビリテーション会議の開催が不要と通所リハビリテーション計画を作成した医師が判断した場合、３月目から３月に１回の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マネジメント加算（Ⅱ）⑵に変更して取得することはできないのか。

（答）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）は、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種が協働し通所リハビリテーション計画の作成を通じたリハビリテーションの支援方針やその方法の共有、利用者又はその家族に対する生活の予後や通所リハビリテーション計画等についての医師による説明、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による居宅での生活の指導を行うことで、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチするリハビリテーションを管理することを評価するものである。

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間（６月間）に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。

したがって、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑴を６月間取得した後に、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）⑵を取得すること。

<u>短期集中個別リハビリテーション実施加算</u>

問 98　１月に算定できる上限回数はあるか。

（答）

短期集中個別リハビリテーション実施加算の上限回数は設定していない。

問 17 短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

（答）

短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しない場合には、算定は認められない。算定要件に適合しない場合であっても、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば、リハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合は通所リハビリテーション計画の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

※平成 18 年度改定関係 Q＆A(Vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問 9 を一部修正した

※平成 18 年介護報酬改定に関する Q＆A(vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問 10、問 11 は削除する。

※平成 18 年改定関係 Q＆A(vol.4)（平成 18 年 5 月 2 日）問 3 は削除する。

※平成 21 年度改定関係 Q＆A(vol.2)（平成 21 年 4 月 17 日）問 23、問 27 は削除する。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

問 99 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)について、1 月に 4 回以上のリハビリテーションの実施が求められているが、退院（所）日又は通所開始日が月途中の場合に、当該月に 4 回以上のリハビリテーションの実施ができなかった場合、当該月は算定できないという理解でよいか。

（答）

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを 1 月に 4 回以上実施した場合に取得できることから、当該要件を満たさなかった月は取得できない。なお、本加算におけるリハビリテーションは、1 月に 8 回以上実施することが望ましい。

問 100 通所リハビリテーションの認知症短期集中リハビリテーション実施加算の起算日について、「通所開始日」とは通所リハビリテーションの提供を開始した日と考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。

問 101 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）を算定していたが、利用者宅に訪問して指導する又は集団での訓練の方が利用者の状態に合っていると判断した場合、認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）に移行することができるか。

（答）

退院（所）日又は通所開始日から起算して 3 月以内であれば、移行できる。ただし、認知症短期集中リハビリテーション（Ⅱ）は月包括払いの報酬であるため、月単位での変更となることに留意されたい。

問 18 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修とは具体的に何か。

（答）

認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。例えば、全国人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会及び全国老人デイ・ケア連絡協議会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション医師研修会」が該当すると考えている。また、認知症診療に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県等が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

※平成 21 年度改定関係 Q＆A(vol.1)（平成 21 年 3 月 23 日）問 10 を一部修正した。

問 19 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）については、「1 週に 2 日を標準」とあるが、1 週 2 日の計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週 1 日でも算定可能か。

（答）

集中的なリハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、1 週に 2 日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に 2 日の計画は作成したにも関らず、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調変化で週 1 日しか実施できない場合等）や、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休養するため、当初予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定できる。

※平成 21 年度改定関係 Q＆A(vol.2)（平成 21 年 4 月 17 日）問 20 を一部修正した。

問 20 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）について、通所リハビリテーション事業所に算定要件を満たす医師がおらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を行った場合、算定は可能か。

（答）

算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

※平成 21 年度改定関係 Q＆A(vol.2)（平成 21 年 4 月 17 日）問 21 を一部修正した。

※平成 21 年介護報酬改定に関する Q＆A(vol.1)（平成 21 年 3 月 23 日）通所リハビリテーションの問 106 は削除する。

生活行為向上リハビリテーション実施加算

問 102 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて６月間の算定実施は可能か。

（答）

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに６月以内に限り算定できる。

問 103 生活行為向上リハビリテーション実施加算に係る減算について対象事業所となるのは、当該加算を取得した事業所に限ると考えてよいか。

（答）

貴見のとおりである。

問 104 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件について「利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること」とあるが、具体的には、人員基準を満たすか否かが判断基準となるのか。

（答）

人員基準を満たすか否かに関わらず、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で、適切な人員配置をお願いするものである。

問 105 生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「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」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。

（答）

生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。

生活行為の内容の充実を図るための研修とは、

① 生活行為の考え方と見るべきポイント、
② 生活行為に関するニーズの把握方法
③ リハビリテーション実施計画の立案方法
④ 計画立案の演習等のプログラム

から構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイ・ケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。

問 14 短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）・（Ⅱ）を３ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション加算のロに移行することができるのか。

（答）

可能である。ただし、生活行為向上リハビリテーションの提供を終了後、同一の利用者に対して、引き続き通所リハビリテーションを提供することは差し支えないが、６月以内の期間に限り、減算されることを説明した上で、通所リハビリテーション計画の同意を得るよう配慮すること。

問５ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における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となっているが、そのための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めるということで良いか。

（答）

通所リハビリテーションで向上した生活行為について、利用者が日常の生活で継続できるようになるためには、実際生活の場面での適応能力の評価をすることが重要である。

したがって、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅おける応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差支えない。

中重度者ケア体制加算

問 106 中重度者ケア体制加算において、通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を１以上確保していることとあるが、２名の専従看護職員が両名とも体調不良等で欠勤し一日でも不在になった場合、利用者全員について算定できるか。

（答）

時間帯を通じて看護職員を１以上確保していることが必要である。

問２ 短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）を３月間取得した後に、生活行為向上リハビリテーション実施加算ロを３月間実施した場合であって、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行う場合、減算期間は何月になるのか。

（答）

減算については、生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものであり、本問の事例であれば３月間となる。

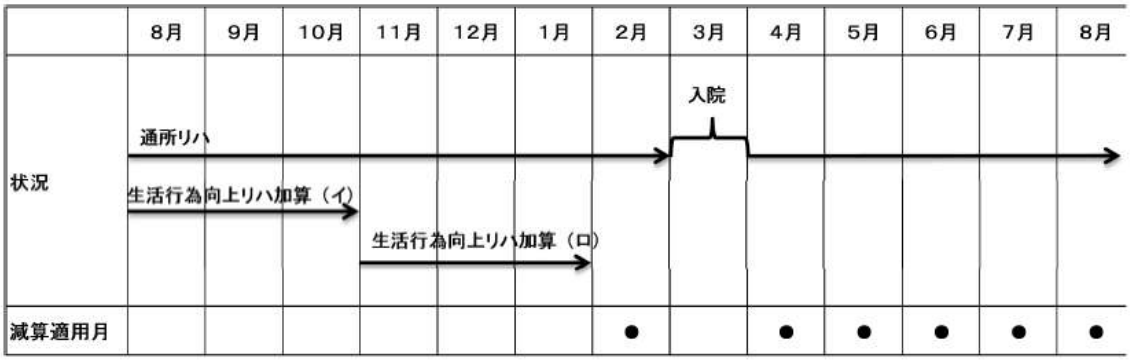
問３　生活行為向上リハビリテーション実施加算を取得し、その後、同一の利用者に対して、通所リハビリテーションの提供を行い、減算が実施されている期間中であったが、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合であって、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、減算はどのように取り扱われるのか。

また、減算期間が終了する前に、生活行為向上リハビリテーション実施加算を再度取得することはできるのか。

（答）

生活行為向上リハビリテーション実施加算は、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、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた６月間のリハビリテーションの実施内容をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的にリハビリテーションを提供することを評価したものである。当該加算に関係する減算については、６月間のリハビリテーションの実施内容を当該実施計画にあらかじめ定めたものの、その後、同一利用者に対して、通所リハビリテーションを利用することとなった場合、当該加算を取得した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。例えば、５月間取得した場合は、５月分の期間だけ減算される。したがって、当該利用者の病状が悪化し入院することとなった場合は、あくまでも減算が中断されたものであり、病院を退院後に再度同一事業所において、通所リハビリテーションを利用することとなれば、必要な期間の減算が再開されることとなる。

【例】



また、生活行為向上リハビリテーション実施加算と、それに関連する減算については、一体的に運用がされているものであることから、当該加算は減算の終了後に再取得が可能となる。

その他

問 15 平成 19 年 4 月から、医療保険から介護保険におけるリハビリテーションに移行した日以降は、同一の疾患等に係る医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できないこととされており、また、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った月は、医療保険における疾患別リハビリテーション医学管理料は算定できないこととされている。この介護保険におけるリハビリテーションには、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションが含まれているが、

①通所リハビリテーションにおいて、「リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）」、「リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）」や「短期集中個別リハビリテーション実施加算」、

②介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の運動器機能向上に係る個別の計画の作成、サービス実施、評価等を評価する「運動器機能向上加算」を算定していない場合であっても、同様に取り扱うのか。

（答）

貴見のとおり。

通所リハビリテーションにおいて、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）や短期集中個別リハビリテーション実施加算を算定していない場合及び介護予防通所リハビリテーションにおいて、運動機能向上加算を算定していない場合であっても、介護保険におけるリハビリテーションを受けているものであり、同様に取り扱うものである。

※（保険局医療課）疑義解釈資料の送付について（平成 19 年６月１日）問１を一部修正した。

※平成 18 年度改定関係Ｑ＆Ａ (vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問３は削除する。

問 16 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又はリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）は、多職種協働にて行うリハビリテーションのプロセスを評価する加算とされているが、PT、OT 等のリハビリテーション関係職種以外の者(介護職員等）が直接リハビリテーションを行っても良いか。

（答）

通所リハビリテーション計画の作成や利用者の心身の伏況の把握等については、多職種協働で行われる必要があるものの、診療の補助行為としての（医行為に該当する）リハビリテーションの実施は、ＰＴ、ＯＴ等のリハビリテーション関係職種が行わなければならない。

※平成 18 年度改定関係Ｑ＆Ａ (Vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問６を一部修正した

※平成 18 年度改定関係Ｑ＆Ａ (vol.1)（平成 18 年 3 月 22 日）問 55、問 56 は削除する。

※平成 18 年介護報酬改定に関するＱ＆A(vol.3)（平成 18 年 4 月 21 日）問７は削除する。

※平成 21 年度改定関係Ｑ＆Ａ（通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算及び個別リハビリテーション実施関係）問３は削除する。

※平成 21 年度改定関係Ｑ＆A(vol.2)（平成 21 年 4 月 17 日）問 25 は削除する。

【介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション】

問 24 通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者が、次に該当する場合は、基本サービス費を日割りして算定することとなるが、送迎に係る減算はどのように算定する
のか。

(1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合

(2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合

(3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

（答）

(1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。

(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。

ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた 1 月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロとなるまで減算する。

※平成 24 年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成 24 年 3 月 16 日）問 132 を一部修正した

執筆者 一覧

荒尾 雅文	永生会 法人本部リハビリ統括管理部
岡野 英樹	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
	医療法人真正会 コミュニティケア部 部長
小川 彰	介護老人保健施設 伸寿苑
澤潟 昌樹	在宅総合ケアセンター元浅草
金野 時樹	善常会リハビリテーション病院
染谷 和久	(一社) 全国デイ・ケア協会 事務局
仁科 康彦	医療法人 おまち整形外科医院
福田 恵介	介護老人保健施設鴻池荘 サテライト蜻蛉
二木 理恵	介護老人保健施設 せんだんの丘
村井 千賀	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐

＊ 敬称略、五十音順

リハビリテーションマネジメント 実践マニュアル

発行　一般社団法人　全国デイ・ケア協会

〒350-1173　埼玉県川越市安比奈新田 283-1　霞ヶ関南病院内

電話番号：049-237-0700　　ファクシミリ番号：049-237-0701

URL：http://www.day-care.jp/

平成 28（2016）年 3 月発行

本書は平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業
「通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業」に基づき、作成されました。