

平成 28 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

地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と
訪問リハビリテーションのあり方に関する
調査研究事業

報告書

平成 29(2017)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

■ 目次 ■

第1章 事業実施概要.....	1
第2章 事例調査.....	5
第3章 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル.....	103

第1章

事業実施概要

第1章 事業実施概要

1 事業の目的

介護保険における訪問リハビリテーション等のサービスにおいては、事業所とかかりつけ医との連携、情報共有が重要である。地域包括ケアシステムでは、かかりつけ医は、患者のリハビリテーションの必要性に気づき、適切な医療・介護サービスにつなげ、リハビリテーション等の適切な実施のために、リハビリテーションの指示を出す医師等が必要とする情報を提供することが求められる。

そのため、本事業は、かかりつけ医がリハビリテーションへの理解を深め、指示医等への適切な情報提供を行うための参考となるマニュアルを作成することを目的とした。また、訪問リハビリテーション等の事例の調査を通して、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方についての現状・課題を抽出し、マニュアル作成に活用することとした。

具体的には、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問等における事業所とかかりつけ医の連携状況や医師の指示の在り方等についてヒアリング等により実態について調査を行った。

2 事業の概要と報告書の構成

本事業では、訪問リハビリテーションおよび訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問等における事業所とかかりつけ医の連携状況の実態について把握するため、ヒアリングによる事例調査を実施した。その内容は「第2章 事例調査」でとりまとめた。

次に、本調査結果等も参考に、かかりつけ医が生活期におけるリハビリテーションへの理解を深め、指示医等への適切な情報提供を行うための参考となるよう「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」をとりまとめた。この内容については、「第3章 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の生活期リハビリテーションへの対応マニュアル」として掲載した。

3 事業実施体制

本事業を実施するにあたり、調査研究委員会を設置し、調査の実施方法や報告書のとりまとめ等に関して検討するために調査研究委員会を4回開催した。また、ヒアリング調査対象事業所のうち、2事業所については、調査研究委員会においても事例紹介を実施した。

<委員名簿>

委員長	鈴木 邦彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）
委員	栗原 正紀（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長）
	齋藤 訓子（公益社団法人日本看護協会 常任理事）
	斉藤 正身（一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長）
	鮫島 光博（医療法人社団輝生会在宅総合ケアセンター元浅草 センター長）
	中村 春基（一般社団法人日本作業療法士協会 会長）
	半田 一登（公益社団法人日本理学療法士協会 会長）
	平川 博之（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
	深浦 順一（一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長）
	宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長）

<特別委員（ゲストスピーカー）>

第2回	竹中 佐江子（株式会社東京リハビリテーションサービス 取締役）
第2回	荒尾 雅文（医療法人永生会 法人本部リハビリ統括管理部）

<オブザーバー>

- 厚生労働省 老健局 老人保健課 室長 西嶋 康浩
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 井口 豪
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 同 佐々原 涉
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護専門官 後藤 友美
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 係長 長谷川 洋子
- 厚生労働省 保険局 医療課 課長補佐 廣瀬 佳恵

事務局

- 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング社会政策部 主任研究員 星芝 由美子
- 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング社会政策部 研究員 丸山 知美
- 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング革新支援室 チーフコンサルタント 吉竹 一将
- 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング革新支援室 コンサルタント 和田 幸子
- 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング共生社会室 主任研究員 鈴木 陽子

<調査研究委員会開催状況>

	日時	場所	主な議題
第1回	10月21日(金) 10時～12時	三菱UFJリサーチ& コンサルティング 1906会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の概要について ・調査の進め方について
第2回	12月2日(金) 10時～12時	三菱UFJリサーチ& コンサルティング 2406会議室 (中会議室)	<ul style="list-style-type: none"> ・手引きの作成について ・事例調査の途中経過報告 ・事例紹介(ゲストスピーカーによる報告)
第3回	2月24日(金) 10時～12時	三菱UFJリサーチ& コンサルティング 1906会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・事例調査結果の最終報告 ・手引きの分担執筆内容のご報告
第4回	3月24日(金) 18時～20時	三菱UFJリサーチ& コンサルティング 1906会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・手引き(マニュアル)内容について ・報告書案について

第2章

事例調査

第2章 事例調査

1 調査実施概要

(1) 事例調査の目的

本事業において、在宅医療介護連携におけるかかりつけ医の関与方法や訪問リハビリテーション等のあり方を整理するにあたり、訪問リハビリテーションを実践する事業所や、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問を実施されている訪問看護ステーションにその実践状況をうかがうことを目的にヒアリングによる事例調査を実施した。

(2) 事例調査対象

以下の訪問リハビリテーション事業所7事業所、訪問看護ステーション5事業所に対してヒアリングによる事例調査を行った。

協力をいただくことのできた事業所には、連携している居宅介護支援事業所や他の診療所もヒアリング対象とした。

<訪問リハビリテーション事業所>

	ヒアリング実施日
A病院	11月28日(月)
B病院	12月19日(月)
C診療所	12月8日(木)
D介護老人保健施設	11月21日(月)
E診療所	12月6日(火)
F診療所	12月8日(木)
G診療所	12月14日(水)

<訪問看護ステーション>

	ヒアリング実施日
H訪問看護ステーション	12月14日(水)
I訪問看護ステーション	12月5日(月)
J訪問看護ステーション	11月24日(木)
J訪問看護ステーション連携先：M診療所	1月19日(木)
K訪問看護ステーション	11月15日(火)
L訪問看護ステーション	11月30日(水)

(3) 主なヒアリング項目

i) 事業所

- ①事業所の基本情報（地域、開設者、定員、利用登録者数、職員体制 等）
- ②併設事業および関連事業
 - 1) 同一事業所において提供している医療・介護サービス（訪問リハビリテーション運営主体である医療機関/老人保健施設本体の概要を含む）
 - 2) 同一法人/系列法人において提供している医療・介護サービス
 - 3) ①～③の各事業所・サービスの開設経緯、目的
- ③事業所におけるサービス提供体制の特徴
- ④サービス内容の特徴
- ⑤リハビリテーションマネジメント（訪問看護ステーションについてはリハの質の管理）の方法
- ⑥かかりつけ医、リハビリ指示医、訪問リハビリテーション事業所の連携方法
 - 1) 連絡・連携手段、頻度 等
 - 2) リスク管理方法、緊急時対応方針
 - 3) マニュアル等の利用有無
 - 4) ケアマネジャーを含む、他の介護サービスとの連携上の工夫
- ⑦かかりつけ医、指示医、訪問リハビリテーション事業所連携上の課題認識
- ⑧人材育成方針
- ⑨地域における連携体制（図式化、医療連携を含む）
- ⑩利用者の特徴
- ⑪利用者満足度
- ⑫その他今後の展望、課題認識 / 等

ii) ヒアリング対象事業所の連携医療機関医師・ケアマネジャー等

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①事業所の基本情報（地域、開設者、職員体制 等）②併設事業および関連事業<ul style="list-style-type: none">1) 同一事業所において提供している医療・介護サービス2) 同一法人/系列法人において提供している医療・介護サービス③訪問リハビリテーションの選定方針（調査対象訪問リハビリテーションの選定経緯含む）④リハビリ指示医・訪問リハビリテーション事業所との連携状況<ul style="list-style-type: none">1) 連絡・連携手段、頻度 等2) リスク管理方法、緊急時対応方針3) ケアマネジャーを含む、他の介護サービスとの連携上の工夫4) 連携上の課題認識⑤利用者満足度⑥かかりつけ医と訪問リハビリテーションの効果的連携のための手引き等への要望⑦その他今後の展望、課題認識 / 等 |
|--|

2 調査結果の概要

i) 訪問リハビリテーション事業所

対象事業所		A	B	C	D	E	F	G
種別	訪問リハビリテーション	○	○	○	○	○	○	○
	訪問看護ステーション	○	○	○	○※法人内別事業所・別立地	-	-	-
事業所概要	開設主体	病院	病院	診療所	介護老人保健施設	診療所	診療所	診療所
	所在地	東京都	長野県	埼玉県	神奈川県	東京都	東京都	静岡県
	その他系列事業所	病院、診療所、介護老人保健施設、居宅介護支援、認知症対応型協働生活介護、通所リハビリテーション	診療所、居宅介護支援、訪問介護、通所リハ	病院、通所リハ、通所介護、地域包括支援センター	病院、訪問看護、訪問看護ステーション、居宅介護支援	なし	なし	居宅介護支援、通所介護、通所リハ
主な利用者像		<ul style="list-style-type: none"> 退院直後の利用者の場合、同法人回復期リハビリテーション病棟退院者が多い。 自宅復帰直後の利用者に集中的(週2~3回)リハビリテーション実施することを想定している。 	<ul style="list-style-type: none"> 4割程度が同法人退院患者 同法人の通所リハも利用しているのは10~20名弱程度。 	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患、骨関節患者が多い。紹介元は他法人居宅からの紹介 4割、同法人病院3割の構成。 	<ul style="list-style-type: none"> 開設主体老健の退所者は老健内の通所リハにつないでおり、訪問リハビリテーション利用者は外部からの依頼者が主となっている。 通所リハと訪問リハの併用は少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 開設主体診療所が循環器専門であり、循環器疾患の利用者が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の利用者が半数程度。状態安定後頻度を落として利用継続する人が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> これまで当院に通院・通所していた人が通えなくなった場合に利用するケースが多い。 利用者の半分程度が当院以外も含め通所リハを併用。
かかりつけ医との連携	連絡手段	(訪問リハビリテーション) <ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書のフォームを用意している。 かかりつけ医からの情報が不十分な場合は訪問リハ指示医がらかかりつけ医からの情報収集を行っている。 かかりつけ医からみると、訪問看護指示書の方が手続きが簡便で分かりやすいと思われる。診療情報提供書を出すことは患者を取られてしまうと感じる人もいるのではないかと感じる。 	(訪問リハビリテーション) <ul style="list-style-type: none"> 開始前にPT等がかかりつけ医と面談。 他法人医師が主治医の場合、診療情報提供書の提供を受け、リハビリテーション指示医とPT等が利用者宅を訪問 当院独自の診療情報提供書書式があるが、各医療機関の様式でも受け付けている。(訪問看護ステーション) 一般的指示書を使用。記載内容は医療機関によって様々。職種指示するケースは少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテ等搭載のひな型による指示書が利用されることが多い。 かかりつけ医に問い合わせを行う際は回答しやすいFAXを送付する等工夫している。 	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテ等搭載のひな型による指示書が利用されることが多い。 当事業所で用意した様式でかかりつけ医からの指示をもらっている。 実施後も、当事業所の独自様式でかかりつけ医に報告を行っている。 医師に確認を行う際は、事業所側もポイントを絞って聞く等工夫が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院以外がかかりつけ医の場合、利用開始前に訪問リハ指示医が訪問してよいかを利用者本人経由でかかりつけ医に確認。 訪問リハ指示医訪問後、かかりつけ医に伝えるべき内容があれば情報提供を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書は訪問看護の指示書と書式が異なるため説明に手間がかかることがある。 訪問看護ステーションからのPT等訪問も含め、リハに関しては共通の評価項目を入れる等した方がよいのではないかと感じる。 かかりつけ医への実施後の報告は、厚労省報告様式の項目を絞り込んだA4一枚の報告書様式で3ヶ月に1回実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院以外の医師の指示で訪問リハを実施する場合は診療情報提供書に基づき実施している。 診療情報提供書は当院で様式を用意しており、予め設定した15項目の訓練項目からの選択と自由記載欄で情報提供できるようになっている。 リハ実施後は実施内容について報告書で報告している。 リハ職の立場では、他院医師の場合、いつ連絡すれば迷惑にならないか等気を使うなど、ハードルが多少あると感じる。
	リスク管理	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護指示書にもリハビリテーションに関するリスク記載があるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書に目的、リスクが記載されているとよい。主治医には医学的観点からのリスクを教えてください。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション指示書にはできるだけ詳しく既往症や経過を記載してほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> 禁忌事項は診療情報提供書で把握している。 緊急時の連絡先は優先順位も含め、契約時に申し合わせて決定する。 	<ul style="list-style-type: none"> 傷病の経過とリスクは一番知りたい情報であるため、診療情報提供書様式にチェック欄を設けた。 	<ul style="list-style-type: none"> 安静が必要でも動かせるケースもあり、見極めが必要。 リスク評価に必要な情報がかかりつけ医も理解する必要があり、専門によって用語が違うこともあり、情報とともに用語も整理できるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院様式には「特記すべき注意基準」「禁忌事項」記載欄を設け、リスク管理を行っている。 必要に応じて負荷可能レベルなどを内科医に確認した上でリハを実施している。
ヒアリング概要	その他職種との連携	(ケアマネジャーとの連携) <ul style="list-style-type: none"> 在宅利用者の場合、訪問リハビリテーション利用の相談はケアマネジャーから中心であり、かかりつけ医からの相談は少ない。 法人内では専用の連絡票様式を使用しているが、他事業所の場合はリハビリテーション総合計画書等で情報共有している。医療から介護まで一体のカルテがあれば情報連携しやすいのではないかと感じる。 	(他事業所との連携) <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議にも参加し、他事業所と連携。 (訪問看護との連携) <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーションからのPT等訪問の初回は看護師が同向。計画は一体的に作成している。 	(ケアマネジャーとの連携) <ul style="list-style-type: none"> 医療保険による訪問より、ケアマネジャーが中心となって情報共有を行える介護保険利用者の方が他サービスの状況を踏まえて動くことができる。 同じ法人であればケアマネジャーが訪問リハ導入を検討している段階で同行訪問する機会がある。他法人でも同様にできる仕組みがあるとよい。 	(ケアマネジャーとの連携) <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー向けにも独自様式で実施報告を行っている。 (介護職との連携) <ul style="list-style-type: none"> 老健内では、リハ職が訓練実施後、見守り対応が可能となったレベルで介護職の見守りに移行するようにしている。 	(ケアマネジャーとの連携) <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーションの必要性に気付いたケアマネジャーが情報を集約し、多職種と共有できるとよい。 	(病院との連携) <ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンス出席は、時間的に難しい状況。サマリーはケアマネジャー経由で入手できる。 (他事業所との連携) <ul style="list-style-type: none"> 他のサービスも同じ目線を持ってもらうため、担当者会議で情報共有・提案をしている。 	(ケアマネジャーとの連携) <ul style="list-style-type: none"> 当院患者以外の利用者はケアマネジャーからの依頼である。 利用者が骨折で入院後、当院からの訪問リハを計画していたものの、他の事業所からのサービスが入れられてしまい当院には退院後連絡が来なくなってしまったケースがあった。 (訪問看護との連携) <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護と連携し、身体の動かし方など指導できるとよいが、そういった相談は少ない。
	訪問看護ステーションとの役割分担	(同法人ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 退院直後等、集中的なリハビリテーションを必要とする場合は訪問リハビリテーション、医療依存度が高く活動性が低い場合や安定期後は訪問看護ステーションからのPT等訪問として役割分担している。 訪問看護ステーションからのPT等訪問対象者は重度の方、メンタル面や機能面不安定等長期的な取組が必要な場合もある。 	(同法人ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション利用者は訪問看護ステーションのPT等訪問を利用するよう使い分けている。 訪問リハ利用者が訪問看護を必要とした場合は、訪問看護ステーション利用に切替える。 	(同法人ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 介護保険は訪問リハ、医療保険は訪問看護ステーションのPT等訪問として使い分けている。 	(同法人ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> これまでは介護保険は訪問リハビリテーション、医療保険は訪問看護としていたが、今後は機能別にしていきたい。 	(地域内ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 連携先ケアマネジャーは、リハビリテーションが必要な場合は訪問リハ導入をまず検討するが、看護が必要な場合訪問看護ステーションからのPT等訪問も視野に入る。 	(地域内ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 連携先医師の立場では特に使い分けは意識していないものの、訪問看護ステーションでPT等訪問を実施している所は、他のサービスも含めプロモーションがあり選定することがある。 	(地域内ステーションとの役割分担) <ul style="list-style-type: none"> 地域内で医療機関からの訪問リハを実施している所は当院のみであることとみられ、訪問看護ステーションからのPT等訪問の方が圧倒的に多いのが実態である。 訪問看護ステーションからのPT等訪問の内容について相談を受けることはほとんどない。 訪問診療、訪問看護、PT等訪問がパッケージのように提供されてい

対象事業所	A	B	C	D	E	F	G
訪問リハビリテーション・PT 等訪問の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・同法人からの退院者の場合は入院中から病院理学療法士等と連携して情報収集や計画策定を行っている。 ・初回訪問時は訪問リハビリテーション指示医が同行。 ・利用者向けに訪問リハビリテーションの流れを説明した資料を作成し、説明している。訪問による支援終了後は通所リハビリにつなげるようにしている。 ・訪問リハビリテーションの利用期間は平均 4 か月程度。 	<ul style="list-style-type: none"> (訪問リハビリテーション) ・他法人医師がかかりつけ医の場合、当法人医師リハビリテーション指示医と PT 等と一緒に利用者宅行う。 (訪問看護ステーションからの PT 等訪問の場合) ・初回訪問は看護師が同行。 ・計画は訪問看護と PT 等訪問で一体的に作成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職種を指定するかかりつけ医もいるが、初回は訪問職種は限定せず、必要なリハビリテーション内容を評価できる方がよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健施設医師が 3 ヶ月に 1 回利用者宅を訪問し状況把握している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて訪問リハビリテーション指示医が往診したり、PT 等と動向訪問を行っている。 ・在宅生活を安全に送ることができるようになることを目的に支援を行う。 ・在宅利用者の場合、痛み、呼吸困難感の緩和や日常生活維持を目的としたリハビリテーションを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門性を考慮し訪問職種を決定している。 ・緊急に必要な場合、医師が訪問して状況把握している。 ・長期にフォローが必要な方の場合、利用頻度を月 1 回程度に落とすとして利用継続するケースがある。 ・利用中に入院した場合等は頻度を上げることもある。 	<ul style="list-style-type: none"> るケースもあるのではないかと。 ・他院からの指示（診療情報提供書）で選択されるのは歩行訓練が多い。趣味、社会参加を目的とする人は、そもそも訪問リハビリの対象にならないことが多い。 ・当院医師の指示により実施している利用者は 3 か月に 1 回受診してもらっている。医師が多忙なため往診は難しい。
リハビリテーションマネジメント (マネジメント・質の管理)	<ul style="list-style-type: none"> (目標設定) ・ケアマネジャー、家族、本人等とともに利用開始時のサービス担当者会議などで検討し、最終的に社会参加を目標とすることもスタッフ全員が共有する。 (通所リハビリとの計画書共有) ・通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの計画は一体的に作成している。訪問リハビリは自宅での課題点、通所リハビリは社会活動維持・介護負担に機能整理している。 	<ul style="list-style-type: none"> (利用者の評価) ・初回にアセスメントを実施し、利用中は FIM 等の評価情報などを記載した訪問リハビリテーション報告書を月 1 回作成し、利用者やケアマネジャーに提出している。 ・評価実施する場合、1 回の訪問が評価のみで終わりチームにつながる場合があるため、サービス開始時に評価の説明を行う。 (利用終了者への対応) ・リハビリテーション終了後 1 か月後にフォローアップしている。終了基準は「3 ヶ月以上利用がない」等(加算取得) ・リハビリテーションマネジメント加算 I の場合でも初回月は必ず、その後も年 1 回以上は医師が PT 等に同行訪問する。 (職員業務量管理) ・無理のない業務量(かかりつけ医との面談時間やサービス担当者会議時間を含む)をデータを整理して分析している。 	<ul style="list-style-type: none"> (通所リハビリとの計画書共有) ・通所リハビリとの計画書共有でリハビリテーション役割を分担でき、訪問リハビリの開始・終了をスムーズに行える。 (加算創設の影響) ・加算創設後は多職種連携の動きが広がっていると感じる。 (「卒業」について) ・利用開始時に説明することで「卒業」や「卒業」後の再開がしやすくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> (老健におけるリハビリテーション) ・訪問・通所リハビリテーション利用者のレベルが低下してきた際、短期入所療養介護等を組み合わせることで老健の強みとなっている。 (加算取得) ・リハビリテーションマネジメントは書類が多い点は負担。 	<ul style="list-style-type: none"> (リハビリテーション内容) ・週次のカンファレンスに訪問リハビリテーション指示医も参加しアドバイスを実施。 (「卒業」について) ・目標を明確にすることで卒業を推進。1 年で 20 名程度。 (加算取得) ・現在はリハビリテーションマネジメント加算 I のみ取得しているが、多職種のスケジュール調整に苦労している。 ・リハビリテーションマネジメント加算 II 取得は医師の時間調整が課題。 	<ul style="list-style-type: none"> (目標設定～フォロー) ・訪問開始から 2、3 回訪問後に初回カンファレンスを実施。初回訪問直後よりも、数回訪問後の方が適切な情報収集に基づきカンファレンスが実施できる。 ・カンファレンスを重ねることで目標を具体化させている。 ・フォロー訪問で気づいた点のワンポイント指導を行うことで、本人にもメリットが得られる。 (「卒業」について) ・利用者に修了基準を事前にアナウンスしておくことが重要。 (加算取得) ・関係者のスケジュール調整が難しく、リハビリテーションマネジメント加算取得は困難。 	<ul style="list-style-type: none"> (計画書) ・通所リハビリと訪問リハビリでは実施内容が異なるため計画書は別に作成している。 (目標設定、リハビリ内容) ・日常生活に沿ったリハビリ内容としている。特に、ベッドからトイレや入浴の動作は家庭環境内で転倒リスクが大きい動作であり、重視している。 ・家屋の改修、手すりや家具の配置などの検討も重要である。 (加算取得) ・会議時間確保が困難であり、リハビリテーションマネジメント加算 II の算定は難しい。
人材確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーションの目標・期間を定め達成することが職員のモチベーション向上にもつながっている。 ・法人内で入職年次に応じ体系的な研修を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・複数担当による OJT。 ・病院勤務後在宅支援に配属。 ・通所リハビリとの職員兼務はサービスの利用目的が異なり調整しづらい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新卒者は病院勤務経験後訪問配属可としている。 ・在宅を希望するリハビリ職種は多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院（急性期）のリハビリ職種が在宅の実態を理解するためのワーキンググループを法人内で展開している。 ・養成課程が医療モデル中心になっていることも課題であると感じている。 ・言語聴覚士を確保したいが、難しい状況。 	<ul style="list-style-type: none"> ・PT 等の知識レベルを共通化するための勉強会の他、同行訪問等による OJT を行っている。 ・今後はチェックリストを用いた人材育を行いたい。 ・外部研修機会も増やしたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・所内でのカンファレンスが重要であると考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新卒入職者が多いが、入職当初は外来を担当し、その後介護系業務を担当。訪問リハビリは一人で利用者宅に行かなくてはならないため、対応能力が重要。 ・院内勉強会を月 1 回開催している。
地域における連携		<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターが民間委託になり多職種連携が行いやすくなった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に市内の訪問リハビリ事業所が集まって情報交換会を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーションの枠組みはできているので、リハビリ職種を加配して地域の中に出ていけるような仕組みを構築していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣専門職の勉強会を開催 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟を利用で利用者のレベル維持・向上ができたケースがある。今後、地域包括ケア病棟とも連携していきたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市からの依頼でロコモティブシンドローム対策の教室を実施しており、PT を派遣している。
ICT 利用	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会が ICT を利用した多職種連携に取り組んでおり、24 時間対応の在宅療養支援診療所の患者は連携対象となっている。 	n/a	<ul style="list-style-type: none"> ・市医師会で患者情報の電子化が検討されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内では電子カルテによる情報共有が可能となっている。 ・地域内でも ICT 利用が進めば連携しやすくなるのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・非公開型 SNS を利用。利用者のうち 20 名程度が対象。 ・かかりつけ医が ICT を使用しているとタイムリーに情報のやりとりをしやすいく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ICT による情報共有は行っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療内容は電子カルテに記録している。 ・利用者には紙面で計画書を渡し、サインをもらっている。
今後の課題・あり方	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用症候群に対するリハビリテーションの周知が進めば、より早い段階で効果的な介入ができるのではないかと。 ・訪問看護指示書にも目標設定が記載されているとよい。 ・1 職種に限らず、多職種がタイムリーに連携し、必要なタイミングを発見することが重要であり、啓発活動を行う必要がある。 ・訪問リハビリテーション終了後も必要に応じて再度介入できるようにするとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションの必要性があっても見逃されているケースがある。定期的な評価の仕組みがあるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・中重度者へのリハビリも重要。 ・目標達成・終了後も定期的に訪問できる仕組みがあるとよい。 ・何かができなくなってからリハビリテーション導入を検討するのはタイミングが遅く、早期にアプローチできるようにすべき。 ・緊急的に訪問が必要な場合、簡易な手続きで実施できるとよい。 ・サービス終了後も定期的に行方を行い、状況を確認できる仕組みがあるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・老健からの訪問リハビリテーションが広がらない理由として、かかりつけ医と老健医師の関係が十分整理できていない点があるのではないかと。 ・老健医師の裁量を増やせば、積極的な関与が期待できるのではないかと。 ・訪問リハビリテーションについても、訪問看護のように指示書書式が決まっているとよいのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院直後の訪問リハビリテーション利用が少ない点が課題。 ・具体的な目標設定には多職種の意見が重要。 ・他法人のかかりつけ医と目標を共有する場を持つことが難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの「終了」と利用者が目標達成する「修了」は使い分けるべきである。「修了」できるようにするためには多職種によるカンファレンスが必要。 ・リハビリテーション会議は開催頻度を 2~3 か月に 1 回に減らせれば、利用者の変化が分かりやすく、関係者の調整もしやすいくのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーの質にはばらつきが大きく、リハビリテーションの理解が不十分ことがある。 ・訪問看護ステーションからの PT 等訪問についても目標設定を行い、リハビリ専門員の目を通すべきではないかと。 ・医療と介護でリハビリテーションの概念がバラバラになっている。 ・内科医はリハビリ指示書にあまり関心が無いように見受けられ、リハビリが理解されているか心配。

ii) 訪問看護ステーション

対象事業所		H	I	J	K	L
種別	訪問リハビリテーション	-	-	-	-	-
	訪問看護ステーション	○	○	○	○	○
事業所概要	開設主体	社会福祉法人	公益財団法人	株式会社	社会福祉法人	一般社団法人
	所在地	静岡県	東京都	東京都	神奈川県	山形県
	その他系列事業所	病院、健診機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、定期巡回・随時対応型訪問看護介護、地域包括支援センター、等	居宅介護支援	居宅介護支援事業所 等	居宅介護支援、訪問介護、定期巡回・随時対応型サービス、通所介護、認知症対応型生活介護、特別養護老人ホーム 等	病院、介護老人保健施設、訪問入浴、地域包括支援センター、健康管理センター
ヒアリング概要	主な利用者像		<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズが高い人、精神疾患、家族の介護力不足等困難ケースが多い。 ・看護職員が訪問時にリハビリの必要性に気づき、PT等訪問につなげるケースが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・PT等訪問利用者のうち、2~3割はPT等訪問主体、残り7~8割が看護師主体である。利用者要介護度は、要介護5が37%を占める。 ・神経疾患患者が多い。小児も比較的多い。 ・重度者が多いため、転帰は死亡が多い。 ・ADL維持のニーズが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・小児に対応しており、利用者数は0~9歳と80~89歳以上が多い。 ・要介護度は2が多い。疾病は脳血管疾患が最も多いが、経年では悪性新生物が増えている傾向にある。 ・PT等訪問利用者のうち約9割がPT等による訪問のみを利用している。 ・外来リハビリテーションでは頻度が少ないことから、小児の利用が増加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・神経難病の利用者が多くSTを含めリ職を配置している。 ・がんターミナルの利用者が増えてきている。 ・小児利用者や、小児から継続して利用している成人利用者もいる。 ・精神科訪問看護にも対応しており、OTを配置している。
	かかりつけ医との連携	連絡手段	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護指示書は包括的な指示であるため、具体的な内容についての相談はFAXで連絡を取っている。 ・訪問看護の場合訪問看護指示書で包括的な指示が出せるため、かかりつけ医にとっては訪問看護の方が指示のやりとりはしやすいのではないかと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な訪問看護指示書を利用。 ・指示書の内容と実態が乖離が大きいことは多々ある。しかし、訪問看護ステーションの場合包括サービス提供できるため、ある程度のことが分かれば事業所でアレンジして対応可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーションが専門ではない医師が指示書を書くことが多い。 ・訪問診療医師等の場合は患者状況を確認しておりPT等訪問への理解もあるため細かくオーダーを出してくれる。 ・利用者が通所リハビリテーションを利用している場合、指示書発行医師が異なると医師同士の連携が行われることはほとんどない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・指示書の出し方は医師や医療機関により異なる。 ・医師との直接の連絡手段としては携帯電話が多い。 ・大学病院等大きな病院では医師と連絡を取るのが難しくFAXも活用している。
		リスク管理	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護指示書には詳しく記載されないケースが多いため、別途FAXで連絡を取っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が関わることが多いため、問題が生じた場合はすぐに看護師と相談し、医師も含め対応するようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション実施にあたってのリスクはPT等からかかりつけ医に確認している。 ・退院前カンファレンスに参加できれば、退院後のリハビリテーションに関するリスクを確認することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスク管理のため利用者経由で医師に記入していただく用紙を利用したこともある。
	その他職種との連携		<p>(ケアマネジャーとの連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーからの依頼でPT等訪問を依頼されるケースや、ケアマネジャーへの報告を求められるケースはあるが、医師と同程度には連絡はとっていない。 <p>(多職種連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護職とリハビリ職の視点が異なることを理解し、情報共有することが重要である。 	<p>(ケアマネジャーとの連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所にケアマネジャーが所属しているため、利用者や家族の状態についてすぐに話ができる。 ・他法人のケアマネジャーとは担当者会議等で連携することが多い。 <p>(看護師との連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普段から看護師と連携することが多い。 	<p>(ケアマネジャーとの連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャー経由で他事業所や多職種と連携することが一般的。通所リハビリテーション事業所と他事業所の間でリハビリテーション計画書が共有されることはないため、ケアマネジャー経由でサービス担当者会議等で共有。 ・看護師とPT等が連携した訪問の効果を解説した事例集をケアマネジャー向けに作成している。 <p>(多職種連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療医師が歯科医師、薬剤師等と連携している場合、訪問診療医師による多職種連携も行われている。 	<p>(ケアマネジャーとの連携について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援、訪問看護、訪問介護の3事業をセットで開設している。相乗効果が高く、利用者、家族の期待に応えられる。 <p>(通所リハとの連携)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議や目標設定の際に行っており、各事業所が実施した評価はケアマネジャーに伝えている。 ・リハビリテーションマネジメント加算算定事業所の場合はリハ会議時に現在の課題や今後のサービスを評価している。
リハ職訪問の実施		<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ職のみの訪問は極力行わないようにしている。 ・ターミナルやALS患者にもPT等訪問を実施している。ポジショニングや環境調整等、リハ職の介入も必要。 ・リハビリテーション=マッサージととらえている利用者も多い。マッサージを希望する利用者には訪問マッサージを案内しているが、リハビリテーションが必要な利用者にはマッサージを導入とし、必要なケア、環境調整を行うことも必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・契約時に看護師が同行訪問し状況等説明することで全体の質向上になる。 ・看護師とリハ職が一体となりケアすることが重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・PT等訪問の期間設定は特に行っておらず、目標達成したら終了となる。目標達成後、新たな目標を設け継続することもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・PT等訪問のみの希望の場合も初回訪問は看護師（原則管理者）が訪問するようにしている。 ・初回訪問で問題がなければ、以降はリハ職に任せている。 ・看護師が最初に訪問することで、バイタルサインを見逃さないようにしている。難病患者や症状が進んだ利用者の場合看護師が関わることで安心する。 ・頸部骨折の場合3ヶ月程度で終了するケースが多いが、神経難病の場合は「改善」は難しく、「維持」が目標となってしまう。 	

	H	I	J	K	L
マネジメント・質の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>リハビリテーション計画書とは別に、基本的な運動・動作訓練を記載した書類を作成</u>しており、看護職も訪問時は記載された運動・動作の実施を行うとともに、内容のチェックをしている。 ・初回訪問は看護師を含む2名で行い、訪問後今後の方針等を決定する。 ・<u>事業所内カンファレンスで困難事例等を取り上げ検討</u>している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医師が積極的に関与し、一緒に利用者をサポートすることは少ない。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・PT等訪問では数カ月に1回程度評価を行っているが、疾患が多岐にわたるため<u>統一した指標での評価が難しい。</u> ・訪問時間が限られる中、利用者から評価に時間を取られたくないとの声もある。 ・アセスメントのための訪問は報酬評価がなく事業所負担が大きい。 ・リハビリテーションマネジメントに対する意識が前職員に浸透していない点は課題と認識。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後の報告会を毎日実施しており、報告会で解決できない課題がある場合は<u>週1回のカンファレンスで共有・解決</u>するようにしている。 ・毎月の医師への報告書の中で目標に対する進捗管理を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの場合訪問リハで指定されているような指定様式は無いが、利用者が何を求めているのかアセスメントしている。目標達成には訪問リハと同様のプロセスが必要であると認識しており、訪問リハと同様のマネジメントを実施している。 ・ケースカンファレンスを実施することで質の担保をしている。 ・単独で担当せず、複数担当者をつけることにより、症例のディスカッションや悩みを共有したり、担当者が休みの際の交代ができるようにしている。
人材確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ職員の採用は厳しく、法人内の異動も少ない。 ・経験年数が少ないリハビリ職は異なる利用者にも同じようなリハビリを実施しようとするため、リハビリの根拠や目的を看護職に報告してもらうようにしている。 ・法人内の訪問看護ステーション全体の体系的研修や、定期的カンファレンスも実施されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域における訪問リハビリテーションの需要に対し、リハ職は不足している。 ・看護・リハビリテーションに対する想いや考え方が異なる方を採用しても続かないため、採用は慎重に行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で新入職者研修、必須研修を実施し、マニュアルは全職員がノートブック等でいつでも見られる。 ・職種ごと、拠点ごとにカンファレンスや動向見学等を行い、人材育成を図っている。 ・訪問経験の少ないPT等や看護職員にあ専門知識を持つPT等が同行し、アドバイスをを行う制度を設けている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハ職のキャリアゲートがあるとよいが、看護師ほど細かい基準はいらぬのではないか。リハビリの場合は手技も必要だが、マネジメント力がより問われる。 ・多職種によるカンファレンスの他、リハ職にだけ集まる勉強会も実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービスは一人で訪問することになるため新卒者では難しく、最近では最低3年程度病院経験がある人が配属される傾向である。 ・病院所属のリハ職も訪問を経験することで在宅を含む全体が把握できることから、同法人の病院のリハ職が退院後の訪問に同行する仕組みを導入している。
地域における連携	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションでPT等訪問もできることを理解しているケアマネジャーは多くはない。 ・<u>リハビリテーションは身体機能を良くすることであると理解している医師・ケアマネジャーが多い。</u>環境調整や福祉・生活用具適格がOTの業務の多くを占めることが理解されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・余命短い小学生の学校生活をサポートするため、行政や学校と連携し、リハ職と一緒に登校する等の活動を行った事例や、片麻痺男性の社会参加をサポートした事例等がある。 ・夏祭りを企画・開催し、地域リハビリテーションにつなげている。 ・地域内のリハ職による「リハビリネットワーク」が結成され、専門職同士の研さんの場となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所所在市内には訪問リハビリテーション事業所が開設されていない。 ・薬剤師との協働勉強会を開催している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション指示を出すのはあくまで医師のため、近隣医師を顔の見える関係をつくるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の症例検討会が実施されている。 ・行政の介護保険事業所部会で勉強会なども実施されている。 ・<u>近隣の居宅介護支援事業所は全て地域の医療・介護事業者向けSNSに加入</u>しているため、つながることができる。 ・内科系診療所もほとんど加入しているが、活用度は診療所により異なる。
ICT利用	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内ではICT化が進んでいるが、記録とは別に入力が必要。 ・地域内では医師会がICT化を進めようとしているが、利用医師は数名である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>訪問看護業務支援システムを導入</u>しており、全員が情報共有可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療介護専用SNS</u>を利用しており、リアルタイムで利用者情報を共有することができる。 ・多職種が関与している場合、メールを活用した情報共有を活用している。 ・法人内利用者情報管理はクラウドを利用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・SNSについては別途報告書を作成する、病医院間でシステムが異なる等で手間がかかることもあり、まだあまり使われていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医師会主導で開設した<u>医療介護専用SNSを活用</u>している。病院診療所間の連携システムとも連動している。 ・既読状況が分かるようになっており、医師も当該SNSで情報共有すると1両日程度で返事が可能である。 ・当地のようにICT利用が進んでいるエリアとそれ以外では、連携方法も異なっているのではないか。
今後の課題・あり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期には看護職員は「看取り」のケアを行うが、リハビリ職員は「生きていくため」のリハビリテーションを提供する視点があり、<u>看取りにおいてもチーム医療が必要</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションからのPT等訪問は、<u>看護師との連携により重度の障害・疾病患者やターミナル期利用者にも積極的に介入することができ</u>る。 ・<u>看護師、リハ職がお互いに情報・スキルを共有し現場で活かすことができることが訪問看護ステーションからのPT等訪問のメリット</u>である。 ・リハビリテーション評価や指導のための単発訪問も介護報酬で算定できるようにしてほしい。 ・訪問する場所が自宅に限定されることなく、学校・会社・公共の場・趣味活動の場等でも訪問サービスを提供できるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>利用者の評価についてかかりつけ医や訪問看護看護師と連携できるとPT等訪問も安心して行うことができる。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>リハビリテーションに詳しくない医師の場合、ケアマネジャーが「リハビリテーションが必要」と思い相談しても、指示を出さないことがある。</u> ・リハ職と看護師が協働できるとよい。 ・普段PT等訪問を利用していない人でも、リハ職がアセスメントしてプランを作ることがあるが、それについては報酬対象外であるため、評価してもらえるとよい。 ・(嚥下障害等について) <u>日常生活を介しているヘルパーがリハビリテーションの必要性に気づいてくれるとよい。</u>状態が悪化してからではなく、事前にどこまで気づけるかがポイントとなる。 ・神経難病の場合嚥下機能が低下することが分かっているので、医師の許可を受けた上でSTが評価するような仕組みがあるとよい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル期のリハは、活動の維持や、残された時間を楽しく過ごすことができるようになることでQOL向上につながる。活動性が低いからといってリハが必要ではないということにはならない。 ・訪問リハではバス昇降や買い物などの自宅外での練習が可能だが、訪問看護ステーションからのPT等訪問は居宅以外では実施できない点には課題がある。実際に、自宅外の活動に関するリハの希望があった際は保険外で対応した。 ・介護職にリハ専門職が指導した場合、訪問リハは加算対象であるが、訪問看護ステーションは加算の対象とならない。 ・リハビリサービスの利用には契約が必要だが、諸手続きに時間がかかる。<u>リハビリテーションの必要性を判断したり、ちょっとした相談をする場合はより気軽に利用できる仕組みがあるとよい。</u>

3 結果の詳細

i) 訪問リハビリテーション事業所

◆ A 病院

事業所概要	
事業種別	訪問リハビリテーション（診療所）：1 事業所 訪問看護ステーション：5 事業所
法人種別	医療法人
所在地	東京都
事業所職員	<訪問リハビリテーション> ○リハスタッフ常勤2名、非常勤4名 <訪問看護ステーション> ○リハスタッフ常勤19名、非常勤3名 ○看護スタッフ常勤28名、非常勤8名
規模（利用者数）	<訪問リハビリテーション> ○46人 <訪問看護ステーション> ○821名（平成28年12月）
主な報酬・加算届出状況	<訪問リハビリテーション> ○介護サービス情報公表システムより ・短期集中リハビリテーション ・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 ・社会参加支援加算 ・サービス提供体制強化加算 <訪問看護ステーション> ○介護保険 ・特別管理加算Ⅰ ・特別管理加算Ⅱ ・退院時共同指導加算 ・看護・介護職員連携強化加算 ・ターミナルケア体制の届け出：有 ○医療保険 ・24時間対応体制加算

<p>その他系列法人にて開設している施設・事業所</p>	<p>○病院：2施設 ○診療所：2施設 ○介護老人保健施設：3施設 ○認知症対応型共同生活介護：1施設 ○居宅介護支援事業所：3事業所 ○通所リハビリテーション事業所：5事業所</p>
<p>事業所沿革</p>	<p>○平成 11 年～：訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問を開始。 ○平成 27 年～：診療所において、訪問リハビリテーション事業を開始</p>

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(1) 利用者特性

- 退院直後の利用者は、同法人の回復期リハビリテーション病棟からの退院者が多い。
- 退院直後の環境変化への対応、福祉用具の導入等に対して、特に訪問リハビリテーションが役割を発揮する。
- 一方、慢性期の利用者の中にも少しずつ機能改善があるケースや、機能が不安定で定期的な訪問リハビリテーションによるケアが必要なケースもある。

(2) 利用者ニーズ

- 当法人で、在宅支援の質向上のため回復期リハビリテーション病棟の退院時ADLと退院6か月後のADLについて調査研究を行ってきた¹⁾。研究結果として、退院後、在宅に戻ると環境変化や移動手段の変更により転倒リスクが高まるケースがあることや、時間がかかる更衣などのセルフケアで家族が過介助になってしまい自立度が低下してしまうケースがあることが明らかとなった。これらのことから生活再構築する退院直後の重要な時期に訪問リハビリテーションが介入することによって、日常生活動作を自身で行うように指導したり、手すりの設置等の住環境整備、家族に対する介助方法の指導などをタイムリーに行うことが重要である。
- また訪問リハビリテーションの効果についての調査研究^{2)、3)、4)、5)}の中で、訪問リハビリテーションの効果が出る項目の85%がFIMにて評価可能であり、訪問リハビリテーションがADL改善に大きな効果があることが示されている。またFIM以外の項目でも訪問リハビリテーションで効果が得られた項目として、床からの立ち上がり、外出機会の増加があげられた。床からの立ち上がりが必要となる原因として、転倒した後の起き上がりや、こた

つからの立ち上がりに対する利用者ニーズがあげられる。また社会的交流の向上については、利用者が外出や集団生活への不安を感じている場合、外出方法の確立や外出の動機付けを訪問リハビリテーションにて行い、通所系のサービスへつなぐ効果は閉じこもりの予防、活動度の向上、ピアカウンセリング、介護負担の軽減のためにも大きい。

(3) 診療所からの訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問の対象について

- 法人のリハビリテーション部門全体で退院後、機能低下後からのリハビリテーションの流れについて整理している。退院直後・心身機能低下後の集中的リハビリテーションが必要な時期には、診療所からの訪問リハビリテーションを提供し、安定期となったら、訪問看護ステーションから理学療法士等の訪問を行う。そして居宅の問題が解決したら、速やかに通所リハビリテーション等の通所のサービス、地域活動等へつなげる。そしてこの内容を提示し、対象者、家族に訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの役割、リハビリテーションの目的が社会参加であることを説明し理解してもらってから開始している。
- 平成 27 年に開始した診療所からの訪問リハビリテーションでは、退院直後の日常生活の早期安定のため、「期間限定」で「集中的」にリハビリを行うことを掲げている。週に 2～3 回以上の集中的なリハビリテーションを行っている。
- 安定期でリハビリテーション頻度の必要度が週 1 回程度で良い場合、訪問看護ステーションから理学療法士等の訪問にて対応する。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問は主に介護保険だが、難病等の医療保険での訪問が優先になる方は医療保険での訪問となる。また診療所からの訪問リハビリテーションはほとんどが介護保険での利用となる。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

- 診療所からの訪問リハビリテーションは、退院直後及び機能低下後等で集中的な訪問リハビリテーションが必要な人への支援を目的にしており、同法人、また他法人の病院に対してもサービス情報提供を行っており、法人内外から依頼をいただいている。（依頼率：法人内 7 割、法人外 3 割）
- 診療所からの訪問リハビリテーションでは、診療情報提供依頼書のフォー

ムを用意しているが、かかりつけ医からの情報が不十分な場合、必要に応じて、訪問リハ指示医から、かかりつけ医に対して、直接、情報収集を行っている。訪問リハ指示医は、かかりつけ医以外の、他職種とも連携している。

- 同法人の病院からの退院者の場合、診療所からの訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問とも、入院中から病院の理学療法士等と連携して計画づくり等を行う。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- 訪問リハビリテーションが、退院直後に関わる場合、利用者の状況の変化が大きいため、ケアマネジャーやかかりつけ医との密な連携が求められる。理学療法士等には経験とスキルが求められる。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問について、かかりつけ医の訪問看護指示書に、リハビリテーションに関わるリスクについて記載があるとよい。リスクに関する指示があると安心して支援を行うことができる。
- 訪問リハビリテーションの開始時期は、廃用症候群を重度化させないために重要であるが、開始のタイミングが非常に難しい。ケアマネジャー、ヘルパー等の情報も踏まえて医師が判断することが望ましいが、訪問リハビリテーションの開始のタイミングが遅れてしまうケースもある。そこでケアマネジャーを中心に周知を行っている。廃用が重度化する前に対応できれば、効果的に介入できるため、適切な時期に開始できるようにしていきたい。

(3) ケアマネジャー等他職種を含めた連携のあり方

- 診療所からの訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問とも、利用開始のきっかけとして、ケアマネジャーから相談を受ける場合が多い。かかりつけ医からの相談は1割程度である。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問において、利用者に対する評価で集中的なリハビリテーションの必要性が高いと判断した場合は、ケアマネジャーや利用者、家族に診療所からの訪問リハビリテーションを紹介している。
- 同法人の居宅介護支援事業所のケアマネジャー5名のうち1名が理学療法士の資格を有している。同法人の病院や診療所、老人保健施設、訪問看護ステーションがリハビリテーションに力を入れていることもあり、在宅でのリハビリテーションに関して、連携した対応を行いやすい。モニタリングを行う中で、身体機能が落ちてきたと感じたら、状況に応じて、診療所

の訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に相談している。

- リハビリテーションに関する連絡票は法人内で専用の書式を作成している。法人外の場合は決まった様式はなく、リハビリテーション総合実施計画書などで情報共有する。
- 医療から介護まで一体のカルテ等があると情報連携しやすい。
- 訪問リハビリテーション利用開始までの流れが分かりにくいいため、利用者・家族等向けに、利用開始までの流れを分かりやすく書いたチラシを作成している。

3 リハビリテーションマネジメントの状況

(1) 法人におけるリハビリテーションの流れ、役割の提示

- 前述した通り、当法人では退院後、機能低下後のリハビリテーションの流れを集中的に行う時期、安定期とわかりやすく提示し説明している。またその中で、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの役割、閉じこもりを防止し、社会参加に繋げることが大きな目標であることも合わせて説明している。

(2) 利用開始時の対応

- 訪問リハビリテーションで退院直後の利用者に対応する場合、入院中に訪問スタッフが入院中の状態を評価したり、退院後にサービス担当者会議に出席するなど、開始までに病院や会議等に最低1回、多いときは3回程度は出向き、情報収集や調整を行う。
- リハビリテーションの目標は、ケアマネジャー、家族、本人等とともに利用開始時のサービス担当者会議などで検討する。
目標を検討する際には、入院中のリハビリスタッフから訪問リハビリテーションの目的を申し送りを受け、さらに利用者、家族に自宅内で困難なことがあるかを聞き取り、ケアマネジャーと相談しながらケアプランの目標を立てる。
最終的に社会参加を目標とすることもサービス担当会議等で在宅担当スタッフ全員が情報共有する。
- 診療所からの訪問リハビリテーションの場合、利用開始時に訪問リハ指示医が必ず、理学療法士等とともに訪問する。

(3) 目標・サービス利用期間の設定

- 診療所からの訪問リハビリテーションでは、開始時に明確な目標・期間の設定を行い、利用者に対し3～6か月での達成後を目指すこと、終了後は

他のサービスに移行することを伝えている。

- 診療所からの訪問リハビリテーションは、平均4か月程度で終了となっている。クリニックでの通所リハビリテーションも利用期間は5か月程度である。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の対象者は、重度の方やメンタル面や機能面が不安定な方が多く、すぐに結果がでずに長く付き合う必要がある場合もある。経過の中でタイミングを見て、電動車いすの導入や外出の機会を増やすことなどにじっくり取り組み社会参加へつなげていく。
- 訪問看護指示書に目標が設定、記載されているとよい。
- 終了後も、出来ていたことが出来なくなった場合など、必要なタイミングで再び介入できるようになるとよい。

(4) 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションについて

- 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションで、個別計画は一体的に作成している。訪問リハビリテーションは自宅の問題点に対する直接的なアプローチ、通所リハビリテーションは自宅での問題はないが、継続のリハビリテーションにより機能改善や活動度の向上が必要な方に提供している。また加えて社会活動の維持と介護負担の軽減の効果もある。

4 人材育成の状況

- 目標を明確にし、期間を設けて達成することで、職員のモチベーションを保つことができ、人材育成にもつながる。
- 人材育成の取組として、学会発表・外部での症例報告、施設毎での勉強会・法人内での通所リハビリテーション部門、訪問リハビリテーション部門での勉強会、有志による文献抄読等を実施している。
- 研修制度として、「新入職者研修」「リハ統括管理部主催研修」「スーパーバイザー制度」「所属部署別研修」「PT・OT・ST 職種別研修」「定例勉強会」等を実施している。入職年次に応じて研修を体系的に実施している。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

(1) 訪問リハ指示医の役割

- 訪問リハビリテーションでは、併設の診療所に配置されている訪問リハ指示医が往診を行う取組を行っている。医療依存度が高い利用者の場合でも、訪問リハ指示医がかかりつけ医と連携して、集中的なリハビリテーションを行うなどしている。

(2) ICTを活用した連携

- 医師会がICTを活用した多職種連携の取り組みを行っており、24時間対応の強化型在宅療養支援診療所を利用している患者が対象となる。患者が利用している事業所にソフトが配られ、医師と情報連携できる。限定的な取組だが、対象となる利用者については、医師を始めとした他職種間で、日々の情報を共有できる。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方等

(1) 心身機能低下の早期発見について

- 機能低下時に効果的にリハビリテーションを行うために適切な時期があるが、現状では、介入タイミングが難しく適切に行えていないケースもある。廃用が進んでしまうと、回復までにさらに時間がかかるためリハビリテーションの介入時期は重要である。
かかりつけ医やケアマネジャーは月に1回程度の関わりのため、変化に気づきにくい。介護保険サービスの中で、訪問介護が一番初めに変化に気づきやすいと思われる。しかし、ヘルパーも十分対応できないケースも多いので、ヘルパーが気づいたら、事業所の責任者へ連絡し、支援につなげられるとよい。
- 1職種に頼るのではなく、ケアマネジャー、かかりつけ医、その他多職種が関わる中で、タイミングを逃さずに発見できる仕組みが必要である。そのためにも、かかりつけ医、ケアマネジャー、その他専門職、利用者、家族に対して、機能低下や廃用症候群に対するリハビリテーションの関わり方について、啓発活動を行う必要がある。
- ケアマネジャーには情報が集まるが、リハビリテーションの必要性に気付くためのADL視点に乏しいケアマネジャーも見受けられるため、ケアマネジャーに対する教育が重要である。

(2) かかりつけ医との連携について

- かかりつけ医に対して、訪問リハビリテーションの説明を行うことで、適切な時期に効果的に介入できるようにしていきたい。
- 訪問リハビリテーション指示医とかかりつけ医とで、さらに顔の見える関係づくりができるよう連携を進めていきたい。
- 訪問リハビリテーションを行う必要がある場合、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を出した方が、手続き上、簡便で分かりやすいと感じているかかりつけ医は多いと思われる。
訪問リハビリテーションを利用するために診療情報提供書を出してもらう

場合、訪問リハ指示医とかかりつけ医の役割分担がわかりにくく、誤解を生む場合がある。

<参照>

- 1) 脳卒中者における「退院時ADL」と「退院6ヶ月後ADL」の差に関する研究, 理学療法ジャーナル 43 (3) P275-280. 2009. 3
- 2) 脳卒中患者への訪問リハビリテーションの効果, 総合リハビリテーション. 36 (7) .675-681. 2008. 7
- 3) 脳卒中患者の床からの立ち上がり自立に関連する要因についての検討. 理学療法. 27 (5) . : 683~686. 2010. 5
- 4) 訪問リハビリテーション前後における脳卒中者のADL変化およびADL向上群の特徴. 総合リハビリテーション. 38 (8) .767~772. 2010. 8
- 5) 訪問リハビリではどのような項目で効果が得られるのか? 理学療法科学 Vol. 28 (2013) No. 1

◆ B 病院

事業所概要	
事業種別	訪問リハビリテーション事業所（病院） 訪問看護ステーション
法人種別	社会医療法人財団
所在地	長野県
事業所職員	<p>○リハビリ職は法人全体で理学療法士 112 名、作業療法士 63 名、言語聴覚士 25 名である。</p> <p>※訪問リハビリテーション事業所の職員は訪問看護ステーションと兼務。</p> <p>※法人内には、後述のと通りの事業所等がある。A 地域在宅医療支援センターが一番大きな拠点であり、訪問リハビリテーションは、北と南に分けて 10 名程度のチーム制をとっている。各チーム構成（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）は、北が 7 人・3 人・1 人、南が 6 人・2 人・1 人である。</p>
規模（利用者数）	<p>○訪問リハビリテーション事業所の利用者数は介護保険対象者 444 名、医療保険対象者 44 名。（2016 年 11 月 30 日現在）</p> <p>○法人内での訪問リハビリテーション事業所からの訪問、訪問看護からの理学療法士等の訪問の割合は 7 : 3 程度である。</p> <p>○法人内の訪問看護ステーションにおいて、理学療法士等が訪問している利用者数は 170 名程度 / 370 名程度である。</p>
主な加算届出状況	<p><訪問リハビリテーション></p> <p>○リハビリテーションマネジメント加算 I</p> <p>○リハビリテーションマネジメント加算 II</p> <p>○社会参加支援加算</p> <p>○サービス提供体制強化加算</p> <p><訪問看護ステーション></p> <p>○介護保険</p> <p>・特別管理加算 I</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別管理加算Ⅱ ・ サービス提供体制強化加算 ・ 退院時共同指導加算 ・ 看護・介護職員連携強化加算 ・ 看護体制強化加算 ・ ターミナルケア体制の届け出：有 <p>○医療保険</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 24 時間対応体制加算→有 ・ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 												
<p>その他系列法人にて開設している施設・事業所</p>	<p>○病院</p> <p>○診療所</p> <p>○同法人で、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業所、訪問介護などの機能を備えた「地域在宅医療支援センター」として、6 拠点を設定している。</p> <table border="1" data-bbox="550 947 1362 1514"> <tr> <td data-bbox="550 947 911 1133">A 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 947 1362 1133"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション ・ 訪問介護 ・ サービス付き高齢者向け住宅 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1133 911 1261">B 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 1133 1362 1261"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1261 911 1357">C 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 1261 1362 1357"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1357 911 1391">D 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 1357 1362 1391"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト） </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1391 911 1480">E 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 1391 1362 1480"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） </td> </tr> <tr> <td data-bbox="550 1480 911 1514">F 地域在宅医療支援センター</td> <td data-bbox="911 1480 1362 1514"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト） </td> </tr> </table> <p>○地域包括支援センター</p>	A 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション ・ 訪問介護 ・ サービス付き高齢者向け住宅 	B 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション 	C 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） 	D 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト） 	E 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） 	F 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト）
A 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション ・ 訪問介護 ・ サービス付き高齢者向け住宅 												
B 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護 ・ 通所リハビリテーション ・ 訪問リハビリテーション 												
C 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） 												
D 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト） 												
E 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援 ・ 訪問看護（サテライト） ・ 訪問リハビリテーション（サテライト） 												
F 地域在宅医療支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護（サテライト） 												
<p>事業所沿革</p>	<p>○平成 8 年 4 月：訪問看護ステーション開設。</p> <p>○平成 11 年 4 月：訪問看護ステーション内にリハビリ科を創設し、本格的に理学療法士等による訪問を開始。</p> <p>○平成 18 年 6 月：訪問リハビリテーション事業所を開設。 （介護報酬において、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の回数制限が設けられたことが契機）</p>												

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(1) 利用者特性

(訪問リハビリテーション)

- 4割程度が同法人の病院からの退院直後の利用者である。他は、他法人のケアマネジャー経由での紹介、他医療機関からの退院患者が多い。
- 他法人の訪問看護を利用している場合は、訪問リハビリテーションから訪問を行う。
- 当法人の通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両方を利用している利用者は10～20人弱である。この場合は、計画書は一体で作成している。医師も加わって、利用者に対して計画書の説明を行う機会も設けている。計画書は通所リハビリテーションがメインで作成し、訪問リハビリテーションが足りない部分を補っている。

(訪問看護ステーション)

- 訪問看護ステーションの看護師による訪問を利用している場合は、理学療法士等は、訪問リハビリテーション事業所からではなく、訪問看護ステーションから訪問するよう、使いわけている。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) リハビリテーション指示等について

(訪問リハビリテーション・訪問看護共通)

- 開始前に、理学療法士等がかかりつけ医のところへ面談に行く。また、プログラムが変わる際や終了する際にはかかりつけ医に面談や電話をするようにしている。
- かかりつけ医との面談について、基本的に会ってもらえることができる。開設当初は断られることもあったが、利用開始時に面談するものだという事を説明することで理解を得てきた。大病院は窓口や地域連携室に伝える場合も多い。

(訪問リハビリテーション)

- 訪問リハの指示医は訪問リハビリテーションと通所リハビリテーション専従で、週に3日勤務している。
- 訪問リハビリテーションの医師からの指示の流れについて、同法人の病院勤務医が担当医の場合、訪問リハ指示医と役割を厳密に分けていて、訪問リハビリテーションを利用する場合、当事業所に紹介があり、訪問リハの

指示医が利用者の自宅を訪問して訪問リハビリテーション計画書を作成する。リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定する利用者は、3か月に1回以上の頻度で訪問する。

- 他法人の医師がかかりつけ医の場合は、診療情報提供書を作成してもらい、それを元に、当法人の訪問リハの指示医と理学療法士等と一緒に利用者宅を訪問する。
- 訪問リハビリテーション指示書や診療情報提供書の書式を作成しているが、各医療機関で作成している情報提供書でも受け付けている。

(訪問看護ステーション)

- 訪問看護指示書は厚生労働省が示している一般的な指示書を使用している。
- かかりつけ医の訪問看護指示書について、特記事項でリハビリテーションについて細かく指示を書く医師もいれば、歩行訓練をお願いします程度の場合もあり、記入状況は様々である。訪問する職種まで指示する医師はほとんど見られない。
- 訪問看護で看護師が訪問を行う中、理学療法士等の訪問が必要だと感じたら、かかりつけ医、ケアマネジャーに相談する。そして、かかりつけ医に訪問看護指示書にリハビリテーションの介入が必要な旨を記載してもらう。
- 訪問リハビリテーションと比較して、訪問看護から理学療法士等が訪問した方が、かかりつけ医からみると手続きが簡便である。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- リハビリテーションの必要性はかかりつけ医や同法人の病院の主治医が判断し、どのようにリハビリテーションを行うかは訪問リハ指示医がリハビリ職と協議（会議）して判断すると認識している。かかりつけ医には、訪問リハビリテーション計画書に対する助言、利用者・家族にリハビリテーションを効果的に利用してもらうための協力を得る。
- 診療情報提供書には、機能改善もしくは維持を目的としているのか、傷病名や病状、日常生活の状況、身体状態やリスクなどが記載されているとよい。
- 主治医やかかりつけ医には、医学的観点から、リハビリテーションを行う上で、リスクがどこにあるのかを教えてもらいたい。
その上で、達成したい目標やリハビリテーションに求めることを具体的に指示してもらえると動きやすい。

(3) ケアマネジャー等他職種を含めた連携のあり方

- ケアマネジャーが行うサービス担当者会議にも参加し、他事業所との連携など訪問以外の連携業務に力を入れている。

- 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの職員兼務について、以前行ったことがあるが、ケアマネジャーからみると、2つのサービスの利用目的が異なる中、職員が同じだと調整しにくいという課題があった。

(4) 訪問看護ステーションの看護師との連携等

- 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問の場合、初回訪問は、看護師と一緒に訪問する。
- 訪問看護ステーションから理学療法士等が訪問する場合、一体的に計画書を作成し、それぞれの担当部分に記入する。計画書は毎月作成し、かかりつけ医に報告する。
- 訪問看護の看護師と連携した支援も行いやすい。同じカルテや計画書で対応できることも効果的である。契約手続きが1事業所でよいため利用者の負担を軽減できる。
- 訪問リハビリテーションと他法人の訪問看護ステーションからサービスが提供されている場合と、同じ訪問看護ステーションから看護師と理学療法士等の訪問が行われている場合とでは、同じ訪問看護ステーションから訪問している方が、看護師との連携を密に行うことができる。
- 訪問看護の看護師による訪問が必要となった場合、訪問リハビリテーションから訪問看護（理学療法士等の訪問）へ切り替える。訪問リハビリテーションの担当者から、かかりつけ医やケアマネジャーに連絡し、切り替えについて相談する。

3 リハビリテーションマネジメントの状況、質の向上について

(1) リハビリテーションの必要性のアセスメントについて

- 退院直後の訪問の場合、入院中に初回面談を行う。
在宅の利用者の場合も、開始前に訪問による面談を行い、訪問リハビリテーションによって適切な効果を得られるかを確認する。
- 訪問リハビリテーションを行っていて、訪問看護が必要となる場合は、病状が不安定になったり、褥瘡の処置が必要な場合などがある。要介護度はあまり関係なく、疾患の状況が関係する。疾患によるリスクがある場合、看護師の訪問が必要となる。

(2) リハビリテーションマネジメント加算について

- 当事業所におけるリハビリテーションマネジメント加算の算定ルールは以下のとおりである。リハビリテーションマネジメント加算Ⅱについて、積極的に算定を行っていくこととしている。リハビリテーションマネジメント加算Ⅰの場合でも、初回訪問や状況が大きく変化した場合、また、定期

的に年に1回以上、訪問リハ指示医がリハビリ職に同行訪問している。

【リハビリテーションマネジメント加算の種類と算定の原則】

■リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ

- ・利用者、家族およびケアマネジャーの了解が得られていること。
- ・3か月に一度のリハ会議（医師の診察を含む）が継続実施できること。
- ・訪問リハビリテーション介入目的が明確であり、具体的な生活目標（達成基準）があること。
- ・軽快終了を目的とした訪問リハビリテーション介入を原則とする。（維持目的といったケースは、算定対象外とする。）

■リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ

- ・上記、以外の利用者すべてが対象となる。（「目標が明確でない」「利用者・家族、ケアマネジャー等の強い希望があり終了にできない」ケースは、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰを選択する。）

○他法人のかかりつけ医、ケアマネジャーからも訪問リハビリテーションの依頼があった場合、初回訪問を行った後、訪問リハビリテーション会議を開催し、訪問リハビリテーション計画書を作成する。

目標を達成した後も、さらに機能維持を目的に継続する必要がある場合は、かかりつけ医、ケアマネジャーに相談する。

(3) リハビリテーションの終了について

○訪問リハビリテーションを終了して1か月後に訪問し、フォローアップ面談を行っている。

○訪問リハビリテーションの卒業先は、訪問介護、通所介護など、元々利用していたサービスへ戻していくイメージである。老人クラブ等の地域活動へ移行する場合もある。

○訪問リハビリテーションの終了基準として、「入院1か月以上」や「3か月以上利用が無い」等を設けている。

(4) 職員の業務量のマネジメントについて

○職員の業務量マネジメントを行っており、無理のない業務量がどの程度なのか、データを整理して分析している。おおよそ1人1日5件程度の訪問が適正な業務量であると考えている。職員の当日の稼働人数に対し、どの程度の単位数が必要になるかなど、日々のデータより検証している。

○職員の業務量には、かかりつけ医との面談、サービス担当者会議への参加など訪問以外の業務時間も確認して分析する。かかりつけ医の面談は、診

療時間後になるため、18時半過ぎなど遅くなることも多い。そのため、フレックスタイム制度を導入している。

(5) 評価について

- 訪問リハビリテーションでは、FIM や基本動作の評価情報などを記載した訪問リハビリテーション報告書を1か月に1回作成し、利用者やケアマネジャーに提出している。
- 訪問リハビリテーションで行う評価には下表のようなものがある。3か月に1回行っている。目的は学術用のデータ収集であり、必要に応じて利用者に対してピックアップした情報を提供している。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・身体機能（動作能力）：独自に作成・身体機能（嚥下・栄養）：摂食・嚥下能力のグレードMNA®・認知機能：MMSE・参加機能：LSA・QOL：アンケート（独自に作成）・背景因子：Zarit 介護負担尺度・失語症：SLTA / 等 |
|---|

- FIM については、毎月確認している。
- 評価には34分程度かかり、1回の訪問が評価だけになる。今日は、リハビリテーションをしてもらえなかったと利用者からクレームがくるため、サービス開始時に評価を行うことを説明している。

4 人材育成の状況

- 人材育成として、複数担当制によるOJTで行っている。多角的に支援方法を検討することができる。
- 年に1回、法人で学術会議を開催しており、職員相互に意見交換を行っている。
- 毎日、朝礼と終礼を行い、法人のミッションやビジョンの読み合わせを行っている。チームカンファレンス、勉強会、食事をしながらの情報交換など、意識して職員が集まる機会を作るようにしている。
- 一番大きい拠点であるA地域在宅医療支援センターでは170名が勤務しているが、職場のレイアウトについて、他サービスも含め、全職種をワンフロアに配置し、机に仕切りを無くすなど、職種間で情報交換がしやすい環境づくりを行っている。
- 利用者会への参加、車両を一緒に掃除しながら交通事故防止の啓発活動など、職員間のコミュニケーションを図り、育成を図る取組を行っている。
- 職員配置について、まず、病院のリハビリテーションを1～3年間経験し

た後、訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションなどを実施する地域在宅医療支援センターに配属される。

異動については、育成目的で、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションとも経験するようにしている。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 法人で委託型の地域包括支援センターを運営している。以前は市直営であったものが民間になったため、地域で多職種連携を行いやすくなり、かかりつけ医にも声をかけやすくなった。
- 訪問介護と訪問リハビリテーションの連携について、福祉用具の利用方法の指導について、ケアマネジャーを通じて依頼する場合がある。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方等

- かかりつけ医や利用者からみると、訪問看護ステーションと訪問リハビリテーション事業所のどちらから訪問しているのかは分かりにくいだらうと感じる。
- 訪問看護ステーションで、看護師と理学療法士等が同時に介入し、協働でアセスメントや計画を作るという体制がよいと感じる。理学療法士等が訪問した際に、看護師に対して必要な情報を提供することもできる。
- リハビリテーションの必要性があっても見逃されている場合があると感じる。かかりつけ医から、リハビリテーションの必要性が分からないため確認してほしいというオーダーがあってもよいと感じる。2か月に1回など、定期的に評価を行う仕組みがあってもよいだらう。

◆ C 診療所

事業所概要	
事業種別	○訪問リハビリテーション（診療所） ○訪問看護ステーション
法人種別	医療法人
所在地	埼玉県
事業所職員	全員が訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションを兼務 理学療法士 5 名 作業療法士 2 名 言語聴覚士 1 名 事務職員 1 名
規模（利用者数）	訪問リハビリテーション事業所 A 126 名 訪問看護ステーション事業所 A （理学療法士等による訪問の利用登録者） 59 名 利用者割合は、訪問リハ：訪問看護＝約 2：1
主な報酬・加算届出状況	○リハビリテーションマネジメント加算 I・II I：約 10% II：約 90% ○社会参加支援加算 あり
その他系列法人にて開設している施設・事業所	○病院（回復期リハビリテーション病棟有） 病院併設：通所リハビリテーション事業所、健康増進施設 ○診療所（※在宅療養支援診療所） 診療所併設：通所リハビリテーション事業所、定期巡回随時対応型訪問介護看護、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ○その他 通所介護事業所、地域包括支援センター

事業所沿革	<p>1990年代から、病院での在宅医療を開始。</p> <p>2012年 A クリニックにて訪問リハビリテーション事業所を開設。</p> <p>同一医療法人の中で入院・外来医療を提供するホスピタルケア部と在宅サービスを提供するコミュニティケア部に分かれている。</p>
-------	---

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の役割分担)

- 訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問は、利用する保険で使い分けている。訪問リハビリテーション事業所は介護保険の利用者、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問は指定難病や若年者等、主に医療保険の利用者を対象としている。

(利用者像)

- 利用者の紹介元として一番多いのは、法人外の居宅介護支援事業所からの紹介であり、全体の4割を占める。次に多いのは同じ法人の病院（3割）である。回復期リハビリテーション病棟を有しているため、その退院後の受け皿としても機能している。残りは同法人内の居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの紹介という構成になっている。法人内・外での割合は1：1であり、在宅（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター）と病院（回復期リハビリテーション病棟からの退院）では6：4となっている。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の利用者は難病、小児が多い。
- 訪問リハビリテーション事業所の利用登録者の主な疾患は、回復期からの転換や介護保険の利用者では脳血管疾患、骨関節が多い。3～4年前までは身体機能やADL改善にアプローチする利用者が多かったが、最近は認知症に特化した関わりをしている利用者も徐々に増えてきている。
- 認知症の利用者については、BPSDの要因について確認し、どういったかわりをするかについてリハ職が家族や関わるサービススタッフへ提案する等を行っている。
- 訪問リハビリテーションの利用者の平均要介護度は2.9であり、病院併設の通所リハビリテーションも同程度の平均要介護度である。要介護度が軽くなった場合、通所介護や短時間の通所リハビリへ移行している。

(通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの併用)

- 同法人の通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを利用して計画書を共通で作成している利用者は20名弱である。通所リハビリテーションの職員と利用者の情報を共有し、リハビリテーションの役割を分担することができるため、訪問リハビリテーションの開始・終了をスムーズに行うことができている。
- ケアマネジャーの中には、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションが併用できることを知らずに、一方のみ利用するプランを立ててしまう場合がある。しかし、通所リハビリテーションを定期的に利用しつつ、訪問リハビリテーションを3～4か月に1回程度、評価のために利用したり、在宅でトラブルがあった場合に集中的に訪問リハビリテーションを利用することもできる。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 指示書・診療情報提供書について／等

(指示書・診療情報提供書について)

- 指示を受けている医療機関は、訪問看護ステーションが29医療機関、訪問リハビリテーションが52医療機関である。
- 指示書の様式は、電子カルテ等に搭載されているひな型が利用される場合が多い。
- 以前は外部のかかりつけ医から診療情報提供書をいただいたのち、同法人のリハ医がリハビリテーション指示書を出していたが、現在は直接、かかりつけ医が指示書を出せるようになった。現在も、同法人のリハ医が定期的にリハ会議でかかわるため、リスクや今後の目標設定等で、リハビリ職としては助かっている。

(連絡、連携の手段や方法)

- 法人内・市の事業所間での情報共有は電話、FAX、連絡ノート、毎月の報告書送付、リハビリテーション会議やサービス担当者会議、他サービス（ショートステイや訪問介護等）時間内での情報交換が主な手段となっている。ICTを活用した多職種間の情報共有について、市の医師会で患者情報の電子化を検討している。
- 医師との連絡方法について、多忙な医師が回答しやすいように工夫した書類をFAX等で送付している。
- 訪問診療を行う医師の立場としては、月に2回程度の訪問の場合など、連

絡ノートがあると、情報を把握するのに大変助かる。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- リハビリテーション会議において、医師からリスク管理について情報共有されている。

(3) ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

- 『リハビリテーションは機能訓練である』というイメージをもつかかりつけ医、ケアマネジャーが多いため、リハビリテーションに対する理解・意識を啓発していく必要がある。同事業所では、地域包括支援センターの圏域毎に言語聴覚士のリハビリ等について紹介している。
- 介護保険非対象者で訪問しているケースよりも（医療保険で）、介護保険の利用者の方が、ケアマネジャーが中心となって他サービスに関する情報共有を行うため、他サービスの状況を踏まえた上で動くことができる。

3 リハビリテーションマネジメントの状況

- リハビリテーションマネジメント加算が創設されるまではリハビリ職・本人・家族のみでリハビリ内容を検討していたが、創設後は他職種を巻き込んで支援を行っており、チーム連携の必要性に気づくことができている。リハビリテーションマネジメントの動きが広まっているように感じる。
- リハビリテーション会議とサービス担当者会議の大きな違いは、医師の関わりの有無にある。様々な関係者が集まるリハビリテーション会議で、医師に対して疑問を投げかけたり情報交換を行うことができるため、ケアマネジャー等はその場を活用して、医師の意見を収集することができる。
- 法人外の医師がかかりつけ医である場合、3か月に1回、同法人のリハ医が定期的にリハビリテーション会議に参加している。
- かかりつけ医がリハビリテーション会議に入るケースは少ない。

4 人材の確保・育成の状況

- リハビリ職は新卒で入職後、まず、病院（回復期・維持期）に配置し、基本的な知識技術を習得する。訪問リハビリテーションへの異動は病院での勤務を3年以上経験してから可能となる。
- 法人では在宅部門に力を入れているため、在宅部門を希望するリハビリ職が比較的多い。配属後も法人内での異動が行われている。
- 法人内の在宅部門全体で、リハビリ職による週1回の事例報告会を行っている。また、教育担当制、情報交換の機会等による人材育成を行っている。
- 訪問リハビリテーション事業所内では、複数担当制として、職員の育成を

図っている。

- 毎年、事業所において研究発表を行っている。
- 大学や専門学校からの現地実習も積極的に受けている。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 定期的に市内の訪問リハサービス事業所が集まっての情報交換会が開催されている。
- 地域に訪問リハビリテーション事業所が少ないため、訪問リハビリテーション事業所が増えることにより、必要としている利用者に支援が届くようになると感じる。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

（リハビリテーションの指示の在り方について）

- リハビリテーション指示書は訪問するリハビリ職の職種を選べる形になっているが、嚥下障害の利用者に対して、言語聴覚士のみを指定するかかりつけ医もいる。しかし、嚥下障害の場合、まず起きて食事をするために理学療法士による座位保持のためのアプローチも必要となる場合がある。このようなことを考慮すると、初回訪問は職種を限定せずに評価を行うことができるようにする必要があるのではないか。
- 高齢になるほど傷病が多くなるため、現在問題となっている傷病に意識がいきがちだが、既往歴も踏まえた上で対応する必要がある（例：骨折の経験があり注意が必要等）。そのため、かかりつけ医には、リハビリテーション指示書に、出来る限り詳しく既往歴や経過等を記載してほしい。
- リハビリテーション指示書等に疾病情報として「認知症」とあっても、状況は様々であるため、ケアマネジャーから生活情報等も収集した上で判断する必要がある。

（中重度者、認知症者に対するリハビリテーションについて）

- 中重度者、認知症者の場合、ケアマネジャー等はリハビリテーションの必要性を感じていない場合が多いが、リハビリ職が本人の身体機能や住環境を評価し、リハビリテーションや住環境整備を行うことで、介護負担軽減、自立支援等を図ることができる。
- 実際にリハビリテーションを導入した利用者で、中重度者でも通所系サービスを利用できるようになった、認知症者の周辺症状を抑えることができた、家族等の介護負担を軽減できたなどの効果を得られている。
- 特に中重度者の場合、身体機能の向上を図ることは難しいケースが多いが、

家族や介護スタッフの介護負担感軽減を図ることは可能。介護負担について評価にすることも行っている。

- 認知症者に対するリハビリテーションについては、法人内で認知症者に対するリハビリテーションの視点に基づく評価方法を検討する専属チームを作ったり、勉強会等を開催し、法人内での啓発活動を行っている。

(目標達成後の関わりについて)

- サービスが終了すると、それで事業所とは切れてしまうと思われるため、『〇〇ができなくなったら連絡してください』という書面を利用者やケアマネジャーへ渡し、必要な場合には再開ができることを伝えている。
- 介護保険の利用者は高齢であるため、サービス終了後に身体機能が落ちてしまう場合が多く、目標達成後の関わりが重要となる。サービス終了後も定期的に訪問等を行い、確認できる仕組みがあるとよい。

(リハビリテーションの導入時期・早期利用を促すために必要な仕組み)

- リハビリテーションが必要なタイミングは、何かが『できなくなった』という段階になってからでは遅い。その前の『困った』段階で、アプローチする必要がある。『困った』段階では、通所介護や訪問介護の利用が検討される場合が多いが、リハビリ職が介入することで、身体機能を評価した上で、住環境や福祉用具の導入を検討したり、リハビリテーションを行うなど、異なるアプローチが可能となる。
- 何かが『できなくなった』段階では、できるだけ早期に対応することが必要だが、訪問リハビリテーションの利用を開始するまでに書類のやり取り等で1～2週間を要してしまう。緊急で必要な場合には、もう少し簡易な手続きで開始できる方法があるとよいと感じる(通所リハビリテーションも同様)。
- 当事業所の場合、同じ法人の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが訪問リハビリテーションの導入を検討している段階で、リハビリ職がケアマネジャーに同行し、支援の必要性を検討するといったことが可能である。同じ法人内であれば融通が利くが、持ち出しになってしまうため、他法人の事業所では実施は難しい。他法人の事業所とも同じような取組ができるように、何か仕組みができるとよい。
- 本人・家族に対して、訪問リハビリテーションの使い方を十分に説明することができれば、目標を達成して卒業することや、卒業した後に再び必要となった場合に再開することがしやすくなると感じる。当事業所では、利用者・家族の理解を深めるために、訪問リハビリテーション開始時にケアマネジャーも同行し、サービスの説明をするようにしている。

7 その他

(リハビリ職の役割、他職種との連携について)

- リハビリ職は利用者との関わり方について、リハビリテーションの視点から、家族やヘルパーに対して助言する役割も担っている。

◆D介護老人保健施設

事業所概要	
名称	訪問リハビリテーション事業所 D（介護老人保健施設） 訪問看護ステーション事業所 D（同一法人の別の事業所、 立地は別）
所在地	神奈川県
事業所職員	理学療法士 3 名（配置上は老人保健施設等とも兼務、実質的には 1 名が管理者、2 名が訪問リハにほぼ専従）
規模（利用者数）	登録利用者 45～50 名程度
主な加算届出状況	短期集中リハビリテーション実施加算 リハビリテーションマネジメント加算 I・II サービス提供体制強化加算 社会参加支援加算
その他系列法人にて開設している施設・事業所	介護老人保健施設（定員 100 人以上）（通所リハビリテーション、短期入所療養介護）：PT 4 名、OT 3 名（1 人休職中）（訪問リハに配置の職員数を除く）病院（急性期病院、訪問リハ・通所リハは実施していない） 訪問介護、訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護ステーション）、居宅介護支援、介護予防支援
事業所沿革	2010 年事業開始。地域で最初の訪問リハビリステーションである。（地域に訪問看護ステーションからのリハ職訪問を実施している事業所はあった。） なお、同法人は別の場所に訪問看護ステーションを有しており、リハ職を配置、当事業所の職員が兼務している（配置数は常勤換算で 0.2 人）。

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

- 事業所開設主体である介護老人保健施設（以下、老健）からの退所者は活動レベル維持の観点から老健内の通所リハになるべくつないでいる。
このため、訪問リハの利用者の多くは老健退所後の人ではなく、外部からの依頼者である。うち、系列法人以外の医師をかかりつけ医としている方が半分程度となっている。利用者のかかりつけ医は特定の医師に集中はしておらず、あまり重なっていない。
- 通所リハ利用者で居宅訪問が必要な方は、通所リハのスタッフが訪問して

リハを実施することもある。また、必要に応じて訪問リハを入れるようにしているが、通所リハの利用者で訪問リハを併用している人は少ない。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

- 事業所で様式を用意し、かかりつけ医からの指示をもらうようにしている（訪問看護の指示書をアレンジしたもの。項目としては既往症状、症状経過、現在の処方、留意事項、今後の方針等の記載あり）。また、リハビリテーションの実施後も独自様式によりかかりつけ医に報告を行うことで、指示を出しっぱなし、ということにならないようにしている。作成者はリハ職と老健医師の連名になっており、実質としてはリハ職が記入し、老健医師が確認するという流れである（添付資料）。医師同士の情報提供という位置づけである。
- 同じ法人内からの依頼であれば、電子カルテ内の情報を確認できる場合もあり、外部であってもこのようなことができると情報が充実し、連携がより円滑になると思われる。
- 老健医師が利用者宅を3か月ごとに訪問し、診察し、状況把握を行っている。報酬の対象ではないが、自主的な取組として実施している。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- 禁忌事項は診療情報提供書により把握している。
- 急変時の対応は、契約時に申し合わせを行うことになっており、緊急連絡先の優先順位もその際に決定する。基本的な優先順位は①かかりつけ医、②当事業所（老健）医師の順に指示を仰ぐこととなる。これができない場合や、状況に応じて救急車対応となる。

(3) ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

- ケアマネジャーにも事業所独自の様式で実施報告を提供している。

3 リハビリテーションマネジメントの状況

- 27年の介護報酬改定を受け、全体的に、多職種連携や活動と参加への意識は向上していると思う。
- リハビリテーションマネジメントに関しては、利用者数が多いこともあり、書類が多い点は負担になっている。
 - ・リハを集中的に投入し、絶対に改善させたい人や自由にリハ内容を構成

したいという人でないと使いづらいのではないか。

- ・書式のうち、アセスメントやプロセス評価の書式は、平成 27 年改定の様式は記入量が重く負担が大きいため、以前の書式を使用している。

4 人材の確保・育成の状況

- 病院の場合、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がそれぞれ専門特化してしまうが、老健の場合はこの壁を越えて動けることが必要。老健では、職種を超えたマネジメントができるようになることが必要。
- 急性期（病院）のリハ職は在宅の実態を知らないため、法人内でワーキンググループをつくり、急性期・回復期・生活期のケースを追い、サービスをどのように提供すべきかのカンファレンスを実施する等の取組を行っている。
- 養成課程が医療モデルになっていることも課題である。
- のなかで管理者を作る活動を日本理学療法士協会でも進めているところである。
- 言語聴覚士を確保したいが、採用が難しい

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 10~20 年前に比べると、かかりつけ医と話はしやすくなっている。
- 医師に確認が必要な内容については、事業所側もポイントを絞って聞くなど、聞く側の質を引き上げることも必要である。
- 生活課題の助言は、訪問リハのスタッフが最もできると思う。地域リハビリテーションの枠組みはできてきていると思うので、加配して、地域のかなにもっと出ていける仕組みにしていきたい。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

（訪問看護からのリハ職訪問との役割分担）

- 医療処置が必要な方には訪問看護ステーションから訪問する等、利用者の状態、ニーズに合わせて適切なサービスが提供できるようにしていきたい。
- （リハ職と介護職の役割分担）
- どの段階で生活リハとして介護職に受け渡していくのかということは今後の課題ではないか。介護職は吸引等、業務負担も増えており、リハでの役割も期待するのは多いようにも思う。また、介護職といっても介護福祉士と初任者研修を修了したばかりの人では差が大きい。当施設では、リハ職が訓練を行い、見守り対応が可能になったレベルで介護職の見守りに移行するようにしている。

(老健における訪問リハビリテーション)

- 一般論として、老健利用者は以前は、特養待機者が多かったが、このところ、家に帰りたい利用者が増えてきた。施設とも待機者が多いところと、積極的に在宅復帰支援をしているところに二極化してきたのではないか。
- 訪問・通所リハ利用者のレベルが下がってきた際に、なじみのスタッフがいる老健での短期入所療養介護等を組み合わせ在宅生活を維持し、最終的に看取りまで行うことができるということが老健の力ではないかと考えている。(イメージ図挿入予定)
- 老健での訪問リハビリが広がらない理由としては、かかりつけ医と老健医師の関係が整理されていないことがあるのではないかと。
 - ・ 訪問リハ実施にあたって老健の医師による診察を必須とするのかどうかについて、都道府県によって解釈が異なると聞いている。(指示は診察なしでよいが、計画書作成にあたっては老健の医師の診察が必要というのが比較的一般的な解釈)
 - ・ 利用者のかかりつけ医の指示のみで訪問リハを実施してよいとなると、事業所外の医師の指示・責任で老健リハ職が動くことになってしまう点には懸念がある。実施、リハ職が指示を受けたくないという話もきくことがある。また、その場合、責任の所在が曖昧になってしまうのではないかと。
 - ・ 老健医師の診察に報酬がつけば老健側も診察するようになる可能性はあるが、利用者負担が増えることになり結果的に利用抑制につながったり、老健医師の業務負担増につながってしまい、現実的には難しいようにも思う。
 - ・ 訪問看護指示書のように、訪問リハについての指示書が決まっていればよいのではないかと。当事業所では訪問看護指示書をアレンジした独自の様式(リハに関する情報にチェックを入れる形式)を作成して利用者のかかりつけ医にチェックしてもらい、実施後も事業所様式でリハ内容を報告するようにしている。

(ICT活用について)

- ICT 進展により医療機関等と情報共有ができるようになれば、連携上のリスクは変化し、連携もよりしやすくなるのではないかと。

7 その他

- 評価の方法として、訪問リハであればFIMはとれると思う。通所リハの場面では、1人にかかる時間がFIMは難しい。また、FIMは感度がよいので、効果判定に使えると思う。
- 老健の医師の役割、また、確保について課題がある。もっと医師の裁量を

増やすことで、積極的な関与が期待できるのでないか

◆ E 診療所

事業所概要	
事業所種類	訪問リハビリテーション（診療所）
法人種別	医療法人
所在地	東京都
事業所職員	<p><法人全体の職員数></p> <p>○医師：常勤は院長を含めて4名。非常勤は30名程度。 リハビリの専門医は常勤1名、非常勤1名である。</p> <p>○看護師：常勤は6名で、主に外来担当が2名、在宅訪問診療担当が4名。非常勤は5名で、主に外来を担当している。</p> <p>○リハビリ職：理学療法士を常勤で10名配置。訪問リハビリテーションのみを担当。外来でリハビリテーションは行っていない。</p> <p>※循環器専門の診療所であることから、訪問リハビリテーションの理学療法士の半数は心臓リハビリテーション指導士の資格を取得している。その他に、呼吸療法認定士、認定理学療法士（呼吸、装具）の資格を取得している理学療法士もいる。循環器への対応を強みにしつつ、他の疾患にも対応している。</p> <p>※在宅訪問診療に関わっている看護師4名は、医師の補助として訪問を行っており、訪問看護の保険請求は行っていない。</p>
規模（利用者数）	約130名
主な報酬・加算届出状況	<p>○リハビリテーションマネジメント加算（I）</p> <p>○社会参加支援加算</p>
その他系列法人にて開設している施設・事業所	<p>○外来診療</p> <p>○在宅訪問診療</p> <p>※外来診療の1日の患者数は60～70名。多い時は100人程度。</p> <p>※在宅訪問診療の患者数は430名程度。8割程度が在宅、</p>

	2割程度が有料老人ホームの入所者である。有料老人ホームは5施設と連携している。
事業所沿革	平成24年9月：診療所開設 平成27年4月：訪問リハビリテーション開設

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(1) 利用者特性

○訪問リハビリテーションの利用者約130名中、医療保険の利用者は10名程度で、ほとんどが介護保険の利用者である。ほぼこの比率で推移しており、高齢者の利用が多い。

介護保険の要介護認定を受けている場合は介護保険での利用を優先する。

○疾患の割合をみると、心疾患が約45%、呼吸器疾患が約16%、脳卒中が約14%、整形が約8%、がんが約4%である。

併設の診療所が循環器専門であることから、他の事業所と比較すると循環器疾患の利用者が多い

○利用者の要介護度は、要介護2～3を中心として、要介護4・5も見られる。要支援は少ない。

(要介護1：19名、要介護2：23名、要介護3：16名、要介護4：12名、要介護5：15名)。

(2) 利用者ニーズ

○疾患によって対応が大きく異なることはないが、リスク管理上、配慮すべき点が異なる。

○多くは在宅生活が安全に送ることができるようになることを目的に支援を行い、通所系サービスへの移行や、地域イベントへの参加などを目指す。
重度の利用者の場合、それが難しいため、実現に向けてリスク管理や多職種での連携など工夫が必要になる。

○ターミナルの利用者は痛みや呼吸困難感の緩和や日常生活の維持を目的としたリハビリテーションを行う。

(3) 他の介護サービスとの併用状況

○利用者が他に利用しているサービスは、訪問看護、訪問介護が多い。

○通所リハビリテーションとの併用について、訪問リハビリテーションの目標が達成できそうになったら、移行期間として少し時期を重ねて、通所リハビリテーションを開始する場合がある。

通所介護は訪問リハビリテーションと併用する場合がある。

(事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより)

○通所介護と訪問リハビリテーションの併用は、担当している利用者のうち1～2割を占めている。

訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用は、介護保険制度で原則併用できないとしているため、現在、担当している利用者の中にはいない。併用が必要な場合は、サービス担当者会議で検討するが、ケースとしては少ない。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

○同法人の診療所から訪問リハビリテーション指示書が出ている利用者は130名中85名程度である。同法人以外の医師から診療情報提供書が出ている利用者約45名は、ほぼ全て異なる医師からの指示である。

○在宅の利用者の場合、かかりつけ医から訪問リハビリテーションの相談がある場合は少なく、ほとんどの場合、ケアマネジャーからの相談があり、かかりつけ医へつなぐ。

退院直後の場合は、入院先の医師の判断により、相談がある。

当事業所は、診療所併設のため、医師からの相談は多い。

○法人外の医療機関からの紹介は大学病院が多く、医療依存度の高い人が多いが、がんなどのターミナルは少ない。

○かかりつけ医が同法人の医師ではない場合、当法人の訪問リハ指示医が訪問する前に、利用者本人を通じて、かかりつけ医に訪問リハ指示医が診察のために訪問してよいかを確認する。この段階で、訪問リハ指示医とかかりつけ医が直接やり取りすることはないが、訪問リハ指示医が診察後、かかりつけ医に伝えた方がよいと思うことがあれば情報提供する。

○訪問リハ指示医の指示内容は、訪問リハビリテーション指示書の内容が全てである。例えば、在宅訪問リハビリテーションの指示事項として「筋力強化運動」にチェックがついた場合、その方法は何百種類もある。目標を達成するために、具体的にどのようなリハビリテーションを行うかは、理学療法士が考え、実行する。

○診療所の訪問リハ指示医は必要に応じて往診したり、理学療法士と同行訪問している。

○毎週月曜日に、事業所でカンファレンスを開催しており、同法人の診療所の訪問リハ指示医も参加する。他にかかりつけ医がいる場合も、そこで訪問リハ指示医に医師としてのアドバイスをもらう。他にも、必要に応じて、

朝のミーティングに医師が参加したり、個別に相談するなどしている。相談の結果、訪問に同行してもらうこともある。かかりつけ医には、相談が必要な場合に連絡する。

- 他法人のかかりつけ医と理学療法士の連携が密な場合は、同法人訪問リハビリテーション医に相談せずに完結する場合もある。かかりつけ医の診察に同行させてもらうこともある。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- 医師からの情報で一番知りたい点は、「傷病の経過」と「リスク」である。に関するチェック項目を作った（心不全症状・負荷量・呼吸状態・誤嚥・転倒転落・疼痛・骨折・脱臼・その他）。
- 他法人のかかりつけ医との連携で課題となることとして、同法人の医師と比較すると、得られる情報量が少ない点があげられる。かかりつけ医が ICT を活用していると、比較的タイムリーに情報のやり取りを行いやすい。

(3) ケアマネジャー等他職種を含めた連携のあり方

- 同じ居宅介護支援事業所との関わりでも、個々の利用者を担当するケアマネジャーは異なるため、当訪問リハビリテーションで関わっているケアマネジャーの人数は 60 名以上になる。
- 訪問リハビリテーションの回数は、リハビリテーションの必要性、利用者の経済的負担の状況、他のサービスとの兼ね合い等を踏まえ、サービス担当者会議でケアマネジャー、専門職種、本人、家族で検討する。医師がサービス担当者会議に参加することは少ない。
- 訪問リハビリテーション開始にあたり、生活の場で多職種と連携しながら行われるものであるため、医師だけが起点になるのではなく、まず訪問リハビリテーションの必要性に気づいたケアマネジャーが情報を集約し、多職種と共有できるとよい。

(事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより)

- ケアマネジャー 1 名あたり 30～40 名を担当する中、訪問リハビリテーションを利用している利用者は 5 名程度である。そのうち当法人の訪問リハビリテーションを利用している利用者は 3 名程度である。
- 訪問リハビリテーションの利用はケアマネジャーの提案から始まる場合が多い。ケアマネジャーが全体を見てケアプランを作成していることから、医師の指示のみで開始することは難しいと感じる。
- 訪問看護ステーション（からの理学療法士等訪問）と訪問リハビリテーションの使い分けについて、一般に、訪問看護ステーションに理学療法士等

が少ない場合や訪問看護の必要性が無い場合などは訪問リハビリテーションの利用を検討するだろう。看護師による訪問看護と理学療法士等による訪問も必要な場合は、同じ訪問看護ステーションから看護師による訪問と理学療法士等による訪問を依頼するケースが多いと感じる。

自分の場合は、リハビリテーションが必要な場合は、基本的に訪問リハビリテーションの導入を第一に考える。医療依存度が高く看護が必要な場合は、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問も視野に入ってくる。

3 リハビリテーションマネジメントの状況

(1) リハビリテーションマネジメント加算について

- 現在はリハビリテーションマネジメント加算Ⅰのみを算定している。ケアマネジャー、関連職種に連絡して当事業所に集まり、リハビリテーションを中心にサービス担当者会議のように、多職種で支援内容等について検討する。スケジュール調整に苦労している
- リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定については課題となっている。リハビリテーション計画を医師が利用者又はその家族に対して説明して同意を得る必要があるが、医師の時間調整が厳しい。
- リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定はできていないが、多職種との連携は密に取れている。医師も加算が算定できるように調整していくことが課題であると認識している。
(事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより)
- 通所リハビリテーションを含め、今のところ、リハビリテーション会議に誘われたことはほとんどないが、リハビリテーションマネジメントについては、リハビリテーションを行う事業所側で意識し始めているように感じる。
サービス担当者会議の調整も大変なので、リハビリテーション会議の調整も大変ではないかと感じた。

(2) 訪問リハビリテーションの終了について

- 訪問リハビリテーションの終了者はこの1年で20名程度である。ケアマネジャーと目標を明確にして、卒業を推進している。
- 3か月ごとに訪問リハビリテーション計画書を利用者に渡す際に目標について再確認し、漫然と継続しないようにしている。
- 訪問リハ指示医とも目標を共有して取り組んでいるが、他法人のかかりつけ医と、目標を共有する場を持つことが難しい。
(事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより)
- 卒業の状況は、リハビリテーションを実施する事業所によって異なる。ケ

アマネジャー側にも目標を明確にしたケアプランを立てることが求められる。

(3) ICTを活用した情報共有

○ICTの活用では、メディカルケアステーション※を活用している。

※メディカルケアステーション：スマートフォン等のモバイルにも対応したタイムライン形式による情報共有、セキュリティに配慮した「完全非公開型」SNSなどの技術による医療連携プラットフォーム。

利用者毎にスレッドを立ち上げ、立ち上げた人が関係者を招待し、情報連携する。かかりつけ医か訪問看護の看護師が立ちあげることが多い。スレッドは家族の了承を得て誰でも立ち上げることができる。

随時、訪問した専門職が状況をアップし、他職種がその情報を踏まえて連携した対応を行う。当訪問リハビリテーションの職員も出来る限り、訪問の都度、情報をアップする。

当訪問リハビリテーションの利用者のうち、20名程度がこのシステムで他職種と情報連携している。

法人内のみでも活用でき、職場情報を共有している。緊急で往診する場合、緊急往診のタイムラインを作って、情報連携している。

○法人内でのICT活用として、その他に電子カルテを導入しており、必要な時にいつでも情報を見ることができる。

主に請求事務やソーシャルワーカーが利用するアクセスを活用したデータベースも作成している。

4 人材育成の状況

○これまでに経験してきた仕事等により理学療法士の知識にばらつきが見られることから、知識レベルを共通にするための勉強会を行っている。その他、同行訪問による育成を行うなど、OJTを中心とした人材育成を行っている。

○今後、チェックリストを使った人材育成を行いたいと考えている。外部の研修機会も増やしていきたい。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

○在宅専門職同士の連携を深めるため、当事業所やケアマネジャーが幹事となり、近隣の専門職を集めての勉強会を開催し、50名程が集まった。お互いの理解や連携を深めるための継続した勉強会に発展させ、3回目を開催予定である。

○事業所が所在する自治体でも、リハビリテーションに関する地域連携推進

の取組として、年に数回、リハビリテーションを学ぶ会を開催している。通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与・販売事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センターが集まり、企画している。隣の自治体では、介護予防・日常生活支援総合事業をリハビリ職にサポートしてもらうため、リハビリ職の連絡会を設立した。リハビリ職が地域で何ができるかを話し合い、地域サポーターの勉強会、高齢者サロン、介護予防活動等に参加するなどの取り組みを行っている。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方等

(1) 退院直後の関わりについて

- 退院後、時間が立ってからリハビリテーションを開始するケースが多く、退院直後の訪問リハビリテーションの利用が少ない点が課題と感じている。入院中から病院と連携できるとよいが、病院から声をかけてもらわないと関わることはできない。入院中からの介入がスタンダードになるとよい。
- 現在、退院直後の関わりは、退院後に同法人の診療所を利用した場合やケアマネジャーが必要性に気づいて声をかけてもらう場合などである。

（事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより）

- 担当している利用者について、慢性期・維持期の人に長く関わっている割合が多いため、担当している間に入退院することも多い。慢性期・維持期利用者の退院時の対応は年に何回かある。病院の退院調整のスタッフ等が退院直後の訪問リハビリテーションをイメージできるかであるが、在宅での生活をイメージできないと、訪問リハビリテーションにつながらないと思われる。病院側への周知や理解促進も課題と感じる。

(2) かかりつけ医との連携について

- 以前、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定した際、リハビリテーション会議に参加した医師は、かかりつけ医ではなく、当法人の訪問リハ指示医であった。
- 診察で忙しい中、かかりつけ医にリハマネジメント会議や訪問への同行はお願いしにくい。かかりつけ医に同行訪問してもらった際には、利用者に安心してもらうことができ、その後の連携も行いやすかった。
- より具体的なリハビリテーションの目標を、かかりつけ医に立ててもらうことは負担も大きく難しいと感じる。生活を見ている多職種の見解が重要となる。

（事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより）

- 外来かかりつけ医、病院主治医による診療情報提供書や訪問看護指示書の

作成について、月に1回程度の診療所の診察で、在宅での生活を把握して作成することは難しいことだと感じる。そこで、ケアマネジャーがいかにかかりつけ医を含め、関係する専門職種に必要な情報を提供するかが重要になると感じる。

- また、かかりつけ医にリハビリテーションに対する理解を深めてもらうことも必要だと感じる。その上でポイント良く記載してもらえるとよい。

(3) 訪問リハビリテーションの周知について

- 在宅における理学療法士等の役割を発信していくことが求められており、リハビリテーションを行うことで、どのような効果を得ることができるのか、他職種、本人、家族に端的に分かりやすく伝える必要があると感じる。

(4) 診療情報提供書への要望等について

- 診療情報提供書で傷病等の経過や特徴が分かるよい。傷病が最近なのか、以前からなのを踏まえて、リハビリテーションの目標を立てることができる。
- 情報連携ができれば、記入負担もあることから細かい書式は必要ないと感じる。かかりつけ医に連絡してよい時間などを教えてもらえるとよい。

◆F 診療所

事業所概要	
事業種別	訪問リハビリテーション（診療所、個人立）
所在地	東京都
事業所職員	○医師：常勤1名、非常勤2名 ○理学療法士：常勤2名、非常勤1名 ○作業療法士：常勤1名 ○事務職員：常勤1名、非常勤2名 ※看護師は配置していない。
規模（利用者数）	80名程度（うち1割強程度が医療保険利用）
主な報酬・加算届出状況	○短期集中リハビリテーション ○リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） ※Ⅱは算定していない ○社会参加支援加算 ○サービス提供体制強化加算
その他系列法人にて開設している施設・事業所	併設事業なし 訪問診療は実施
事業所沿革	2011年開設の訪問(在宅)診療・外来診療の医療機関

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

（利用者の利用開始経緯）

- 退院直後のケースは、全体の3~4割程度である。一旦在宅に戻った後に訪問リハビリテーションを開始するケースなども含めると、病院経由の利用者が半分程度である。
- その他は地域で生活する中でケアマネジャーから紹介されて利用開始となっている。
- 27医療機関（病院含む）、32居宅介護支援事業所が連携先となっている。
- 当院医師は訪問診療を150名程度に実施している（訪問診療のみの患者を含む）。リハビリテーション医であり訪問件数は多い。内科医師から依頼され、内科が訪問診療を行っている患者に訪問することもある。必要に応じて、医師から訪問リハビリテーションにつなげることもある。

(利用者の転帰～「修了」と「終了」の使い分け)

- 当院では、「修了」と「終了」の用語を使い分けている。障害者が医療従事者等に依存しないと生活が成り立たないということに疑問を持っており、利用者自身が自己管理することが重要であると考えている。そのため、利用者が自分の能力を保つための知識を伝え、実践することが確認できた時点で「修める」という意味で「修了」とすることが望ましいと考えている。
- 具体的には、修了とは、目標達成したケースであり、修了のタイミングは心身機能の向上、セルフケア習慣化、外出が定着等の目標が達成された時点である。一人での目標達成が難しい場合、他のサービス利用も含めて修了となる場合もある。後遺症のある人の場合は生活ががらりとかわるため、新たな生活を主体的にできるよう再構築するところまでを対象としている。
- 終了とは、長期入院や死亡等でサービス利用がなくなったケースを指す。他のサービスに行く等、本人都合でリハを終わる人が多いが、転居、入院等の場合もある。
- 2011年～2015年の利用者(263名)のうち、利用継続者が30%、修了又は終了(永眠、入所等含む)者が70%である。修了・終了者の内訳は、修了33.6%終了36.4%である。
- 「修了」に至るまで内部で概ね3か月ごとに定期的にカンファレンスで議論している。担当者一人で方向性を出していくことは難しく、それぞれの専門職の立場から、視点を変えて議論する時間を設けることが必要である。

(「修了」までの期間)

- 最近では、安定してくると修了までの見極めをするために利用頻度を落として利用継続するケースが多いこともあり、修了までの期間は長めになっている。平均的には1年程度だが、疾病によって差もあり、脳卒中・神経難病：1年、廃用症候群：3～4か月、整形外科系：7～8か月程度である。
- 頻度を落としたタイミングが分からないと頻度を落としてから修了までの正確な期間が把握できないため、今後は利用期間を月数で表さず利用頻度を落としてから何回で修了したかを把握する必要があると考えている。

2 訪問リハビリテーション事業所(訪問看護ステーション)と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

(かかりつけ医からの指示内容)

- かかりつけ医の専門が消化器系等の場合、リハビリテーション内容は任せ

る、という場合が多い。当院の場合、リハビリテーション内容の指示は当院医師が行っている。

(かかりつけ医への報告)

- かかりつけ医には3か月に1回程度は報告するようにはしているが、なかなか細かくは書けない状況である。
- 厚生労働省から出された報告書様式は4枚つづりとなっているが、4枚すべてを説明するのは双方にとって負担が大きいため、当院の報告書はこの内容のうち必要な項目に絞り込み、1枚にまとめた様式を用いている。しかし、訪問看護ステーションからの報告書・計画書の内容と、この報告書の内容がリンクしていないので、かかりつけ医には内容が理解していただきづらい状況となっている。リハビリテーションに関しては、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問等も含め、ADL、バーサルインディックス、FAIなど共通項目として取り入れる方がよいのではないかと考える。

(連携先医師からみた連携手段等について)

- リハビリテーションに関しては、依頼先の事業所にほぼ任せている。患者はリハビリテーション指示医に伝えていない希望等を主治医に伝える、ということもあるので、書類にはそういった点も含めて記載することもある。
- 報告書に関しては特段意見は無い医師が多いのではないか。かかりつけ医の場合、標榜と実際の専門が異なることもあり、リハビリテーションの内容について十分理解することは難しい。

(ICT利用について)

- ICTなどは利用せずアナログ(紙)でのやりとりを行っている。
- 区内でもICT利用について検討はされているようだが、維持費やICTリテラシーの面で難しい先生も多い。診療所は常時ネット接続されておらず、帰宅してからメールを確認するという医師も多いのではないか。
- 当院では、個人情報の問題もあるため、メールでの情報交換は行わず、郵送を基本とし、FAX、電話を併用している。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- 圧迫骨折を内科医師が診ている場合など、動かしてはいけないと思われるケースもある。安静が必要でも動かせる内容はあり、可能な範囲で動かすことは廃用予防の視点からも非常に重要である。
ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等
(連携先医師からみたリハビリテーションサービス導入経緯)

- 最近のケアマネジャーはサービスをつけるのに慣れてきており、患者に合わせて理学・作業療法のサービスをつけている。ケアマネジャーが選定していなければかかりつけ医から理学・作業療法を依頼することもあるが、通常はその前にサービスが決まっていることが多い。
- 特に退院時は急性期病院からリハビリテーション病院を介して地域に戻ることが多いため、それまで介護保険サービスを利用していなかった人でも、どこかのタイミングでケアマネジャーが選定されることが多い。
- 神経内科など、進行性疾患の場合は外来で診ていて徐々にリハビリテーションが必要な状況になると、担当医師から理学・作業療法を勧めることも多い。
- 神経内科医師は自分から依頼することが多いと思うが、一般内科医であればパーキンソンなどは自分では診ることは少なく、病院に依頼する傾向があるため、病院でリハビリテーションの必要性が判断されることが多いのではないか。かかりつけ医ではなく、専門医を通して理学・作業療法の必要性が認識され、専門医からの指示を受けて依頼するというケースが多いと思う。

(病院との連携)

- 回復期リハビリテーション病棟経由の場合、ケアマネジャー経由でサマリーを入手することができる。退院前カンファレンスに出席を依頼されるケースもあるが、時間的に参加は難しい状況である。
- 地域包括ケア病棟に入院することでレベル維持・レベル向上ができた事例がある。地域包括ケア病棟は理学療法士が常勤でいるため使い勝手がよく、ケアマネジャーにもその良さが徐々に浸透している。家族にとっても、入院することで状態が「機能が低下する」可能性を軽減できるので安心感があるのではないか。今後は回復期リハビリテーション病棟だけでなく、地域包括ケア病棟との連携も深めていきたい。

(3) リハビリテーションマネジメントの状況

(リハビリテーションマネジメント加算について)

- 訪問系サービスでリハビリテーションマネジメント加算取得することは難しいのではないか。取得困難な理由としては、関係者のスケジュール調整が困難である点が挙げられる。特に、リハビリテーション会議に全て医師が参加するのは困難である。
- 通所リハビリテーションの場合、リハビリテーション会議を通所時間内に開催することが可能であるため、訪問系よりは取得しやすいのではないか。訪問リハビリテーションでも、サービス提供時に会議を実施すれば加算取

得は可能だが、会場が利用者自宅となってしまう点で難しい。

- 半年間にわたり毎月 1 回リハビリテーション会議を開催しても、在宅の場合毎月の内容はさほど変化しない。会議頻度を 2~3 か月毎の開催に減らせれば、利用者の変化が追いやすい上関係者の調整もつきやすく、加算取得しやすくなるのではないか。

(利用開始までの流れ)

- 相談窓口は療法士 3 名が持ち回りで担当している。依頼内容の大枠を確認し、かかりつけ医の承諾状況、退院情報、指示書、サマリー・診療情報提供書などの書類を整える。書類を整えるのに時間がかかるため、すぐにでも訪問した方がよい人の場合は、訪問しやすい立場である医師が訪問するようにしている。廃用症候群の場合など手続きのために開始が数週間後になり開始が遅れることで状態変化も予測される場合は、まず医師が訪問して利用者の状態等や人柄等も含む大まかな情報を把握することで、事前に配慮すべき事項を素早く入手することができる。

(担当職種)

- 一般的には利用枠が空いているリハ職が行くというステーションや事業所が多いと思われるが、当院は各職種の専門性（例えば、歩行(移動)を主とした練習であれば理学療法士、家事が目標となる練習であれば作業療法士等)を配慮し、訪問者の指示を指示医からもらうようにしている。空きがなければ必ずしも専門に合った者が訪問できないこともあるが、その後、専門性を考慮して交代することも念頭に入れている。

(利用開始後のマネジメント)

- 訪問開始してから 2、3 回訪問後に初回カンファレンスを実施する。厚生労働省のパンフレットでは初回訪問後にカンファを実施することとなっているが、初対面の状態ではそこまで情報収集できないため、カンファレンス開催は数回訪問後の方が適切である。
- 最近では修了も意識しながら計画を立てるようにしており、利用者にも予め「こうなったら回数が変わります、修了も考えていきましょう」ということをアナウンスしておくことが重要であると考えている。利用開始当初の説明であるためどこまで心に留まっているかは分からないが、計画書説明時など利用して目標や経過を踏まえて根気よく進めていく必要がある。
- 訪問回数・頻度は週 1 回を基本にしつつ、現場の意見を聞きながら調整している。利用者の 8 割程度は週 1 回の利用である。ケアマネジャーから週 2~3 回の利用を依頼されることもあるが、適正な利用頻度は医師の往診も

含めて判断し、提案するようにしている。

- 病院では毎日、療法を実施しているのでケアマネジャーにもそのイメージがあると思われるが、週 1 回の訪問でも本人に「修めて」もらうので効果があり、在宅では本人がやらなくてはうまくいかない。病院関係者に週 1 回で良くなるというとびっくりされるが、「修める」ことができると上手くいく。そのためには我々も常に議論しなくてはいけないのでエネルギーを使う。
- カンファレンスを重ねることで目標を具体化させている。修了の時期、修了までのプロセスで自主練習や生活リズムの安定により頻度を落とせないか、1 回あたりの時間を調整できないか、等を検討する。
- 他のサービスも同じ目線を持ってもらいたいため、担当者会議でも意識して情報共有や提案を行うようにしている。

(フォロー訪問について)

- 介護報酬上の社会参加支援加算開始前から、修了後の訪問で報告書を出していた。フォロー訪問で気づいた点はワンポイント指導することで、本人にもメリットがある取組となっている。
- フォロー訪問までの期間が 1 か月半ではあまり変化もないため、修了後の生活状況の安定度や状態面の確認としては、フォローはもう少しスパンを空け、2~3 か月程度とした方がよい。
- 一般的には 1 か月に 1 回や 2 か月に 1 回という訪問は設定されないが、当院では、高次脳機能障害、高齢者のみ世帯及び重度の障害で家族ではケアが難しい場合など利用頻度を月 1 回、2 か月に 1 回として継続する人も 1 割程度いる。長期にフォローが必要な人は訪問間隔をあけていくことにより調整する。利用中に入院などした場合は退院後、頻度を増やす場合もある。
- 高次脳機能障害、神経難病患者の場合、自分の状態を把握しづらかったり、状態に波があり不安定なので訪問間隔については悩ましい。神経難病患者の場合はなかなか「修め」られない状況である。

(4) 人材の確保・育成の状況

- カンファレンスがキーとなると考えている。カンファレンスを所内で行うことで、経過を客観視し、整理することができる。

(5) 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

(連携先医師からみた訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問との使い分け)

- 神経内科専門医の立場では、特に使い分けは意識していないが、訪問看護ステーションでリハのサービスを持っている所は「うちからやります」という形でプロモーションがあり、特に拒否する理由もないのでそこをお願いすることが多い。
- しかし、目標とプログラムを立てるリハビリを実施したい場合は、当事業所のように信頼性の高い所を紹介するようにしている。

(リハビリテーションの質について)

- 患者に触れることも重要だが、訪問時間中は身体面のことだけをやっているわけではない。本人の話から生活の状況や課題をくみ上げ、その人の生活に根差した目標を本人の口から引き出し「修了」に向けた目標に即した取り組みをすることが必要である。
- 作業療法士の場合、生活行為に介入することが特性である。失語や注意障害等高次脳機能障害や認知面の低下により考えや活動がまとまらない方に対して、その人の長所を生かしながら活動を獲得するまでの道筋を組み立て、本人の思っている目標や考えをまとめることのサポートを行っている。
- 修了について自分で自分のことを管理すると考えた場合、身体面でいうと、自分で麻痺のある手をどう扱うか、健康管理をどのようにするかといったことも含まれる。自分でケアができない場合は、どの部分は自分でできるか見極め、足りない部分を他のサービスに入ってもらい、自己管理に向けたサポートを行うことが重要である。
- リハビリテーションのサイクルをチームで行うことも重要である。単独の判断ではなく、他の人の意見も聞き、本人の意思を尊重しながらその実現性を考え、難しい場合は調整を行う。他のサービスとのやりとりなどのサイクルを踏まえて評価、プログラム、目標を設定し進めていくことで信頼のある訪問リハビリになっていくと考えられる。
- そのためには、技術的な面だけでなく、3か月ごとのカンファレンスで意見交換を行い、色々な角度から提案していくことが必要である。手間暇かけてサイクルをまわしていくことが必要だと考えている。申し送りで情報共有していることが多いが、方針を出したり、自分の考えをまとめる場とはならず情報伝達で終わっている。経過を踏まえ、方針を出していくカンファレンスが重要である。

(6) サービス提供やかかりつけ医との連携(指示の在り方等)に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

(マニュアル掲載項目について)

- リスクは転倒リスクだけではなく、全身の心機能、腎機能なども含め、何

が必要な情報なのかかかりつけ医も理解する必要がある。専門性によって言葉の使い方が違うこともあるので、必要とされる情報と合わせ、用語についても整理できるとよい。

- 退院時に診療情報を入手しようとする、訪問看護指示書と間違いをする医療機関があり、書式の説明等に手間がかかる。特に、病院の理解が薄いとを感じる。訪問看護と訪問リハビリテーションで必要な書式の違いを理解していただけるようにするとともに、わかりにくい部分についてシンプルにしていけるとよいのではないか。

(7) その他

(指標の利用について)

- FIM は講習会に出ないと正確な点数を算出できず、また、毎年改定されて点数が変化するのでタイムリーに対応するのが難しい場合もあるため、当院では指標としては用いていない。当院では **Barthel Index** と **FAI** を用いている。

◆ G 診療所

事業所概要	
事業種別	訪問リハビリテーション事業所（整形外科診療所）
法人種別	個人立
所在地	静岡県
事業所職員	診療所全体では理学療法士 10 名、作業療法士 3 名、みなし PT（柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師）3 名が所属。うち理学療法士 2 名が訪問リハビリテーションを担当（外来と兼任）。 医師は 3 名（非常勤含む）
規模（利用者数）	訪問リハビリテーション利用者：33 名（全員介護保険） ※うち、5 名程度が他院からの指示となっている。 ※利用者の半分程度が当院以外も含め、通所リハ（他事業所も含む）との併用をしている。 ※整形外科外来患者は 200 名/日程度
主な報酬・加算届出状況	短期集中リハビリテーション実施加算 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ（Ⅱは算定なし） サービス提供体制強化加算 ※社会参加支援加算は算定なし
その他系列法人にて開設している施設・事業所	居宅介護支援事業所 通所リハビリテーション事業所 ※要支援と要介護で事業所を別に開設、要支援者は短時間（1.5 時間）のみ提供。 通所介護事業所
事業所沿革	以前は、有床診療所であったが、10 数年前に無床化。 無床化により生じたスペースに通所リハビリテーションを開設した。 訪問診療は行っていない

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

（利用者像）

- 当院の場合、今まで通院・通所していた人が通えなくなった場合に訪問リハビリテーションを利用するケースが多い。自力での通院・通所を再開できるようにしてほしいという位置づけで訪問リハビリテーションを実施している。

- 利用者の利用期間は長い。目標設定を変えながら利用を継続していく。「卒業」はなかなか難しいのが現状である。
- 看取りまで関わる人はあまりいない。入院や死亡で中断という形になるが、自宅で死亡する人は突然死亡するケースが多く、自宅で徐々にターミナルを迎えるケースは少ない印象であり、ターミナル期のリハのニーズはあまりないと認識している。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

（当院以外のかかりつけ医からのリハビリ依頼状況について）

- 当院患者以外の 5 名についてはケアマネジャーから依頼があった。医師同士での依頼はゼロであり、そういう意味では十分連携ができていないかもしれない。

（かかりつけ医からの診療情報提供書式について）

- 以前は、当院以外からの医師の指示でリハを実施する場合、当院を受診してからリハビリテーション開始としていた。しかし来院が負担になると患者・家族から不評であったため、他院の医師からの指示の場合は受診不要とした。（後述の診療情報提供書および報告書を利用する方法に変更）
- 当院患者以外の訪問リハビリテーション利用者については診療情報提供書に基づきリハビリテーションを実施している。診療情報提供書は当院様式を用いており、予め設定した 15 項目（訓練内容）からの選択（チェック）と、自由記載欄で情報提供できるようにしている。かかりつけ医には患者の診察時に渡してもらったり、当院から送付したりしている。
- 書式に設定されている 15 項目のうち、指示が多い項目は歩行訓練である。一方、趣味・社会参加はあまり指示がない。そのような指示がある人はそもそも訪問リハビリテーションの対象にならないことが多い。
- 現時点では当該書式で訪問リハビリテーション実施に必要な医療情報は取得できているが、当院医師が直接診察した方が情報量は豊富になる。
- 整形外科の診療については当院を受診してもらうことになるので、当該様式を利用して当院にリハビリテーション指示を出すのは内科医師が多い。内科的な内容など確認事項がある場合は医療機関同士でやりとりを行うことがある。

(リハビリテーションの実施・かかりつけ医への報告について)

- 具体的なリハビリテーション内容については当院の理学療法士等主導で作成し、当院医師が確認している。実施内容は報告書でかかりつけ医に報告をしている。
- かかりつけ医への報告については2016年6月から開始したが、かかりつけ医からの反応についてはまださほど変化はない状況である。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- リハビリの実施内容を判断するには、全身状態の把握が必要である。
- 当院設定の様式に「特記すべき注意基準」「禁忌事項」として記載欄を設定し、リスク管理を行っている。心筋梗塞のある人など、どこまで負荷をかけられるかは当院から内科医師に確認した上でリハビリ指示を行っている。
- 今まで事故発生はないが、事故が起こった場合、第一報をして指示を仰ぐのはかかりつけ医に行うべきと考えている。

3 ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

- かかりつけ医との連携は悩んでいる所である。
- リハ職の立場では、なかなか他院の医師に直接電話をしづらいため、見えないハードルは多少ある。どのタイミングで電話をすれば迷惑にならないか、など気をつけてしまう。
- 地域内では病院や診療所、老人保健施設からの訪問リハビリテーションはほとんどなく、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問が多い模様であるが、訪問看護指示書を出しているのはほとんどが内科医師である。そのため、リハビリの具体的な指示が出せていない状況であると思われる。
- 訪問看護からの理学療法士等の訪問の指示内容についてコメントを求められることはほとんどない点は問題であると考えている。
- 内科医師の指示内容が当院に伝わらないのは、ケアマネジャーが十分連絡していないという問題もあるのではないか。

4 リハビリテーションマネジメントの状況

(加算取得状況)

- リハビリテーションマネジメント加算はⅠを算定している。会議時間確保が困難であり、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定は難しい。

(計画書等使用書式について)

- 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションでは実施内容が異なるため、計画書は別に作成している。通所系の場合、リハビリテーションに

機械を使うため、計画に記載する情報が細かい。訪問の場合はどちらかというといふと ADL 関連の情報になる。

- アセスメントも通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションは別々実施しており、目標設定もそれぞれ行っている。結果として、当院内だけでも要支援対象の通所リハビリテーション、要介護対象の通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの 3 種類の様式を使っているが、一本化も可能かもしれない。
- 計画書は 1 回訪問してから作成し、その後 3 か月ごとに更新している。
- 利用者には紙面で計画書を渡している。通所リハビリテーションの場合はアセスメント表があり、本人のサインももらう。
- リハビリテーション計画にあたっては、短期目標、長期目標の記載が重要だが、寝たきりの重症者は長期目標の設定が難しい。「廃用症候群予防」といっても既に廃用症候群になってしまっていることもあり、既に寝たきりの人にリハビリテーションで何が提供できるのかという点では疑問がある。もう少し元気な人だと目標が書きやすく、「外に行くこと」が目標になることも多い。

(医師の関与)

- 訪問リハビリテーションを当院から指示、提供している人には 3 か月に 1 回来院してもらうようにしている。医師が往診できればよいが、多忙でなかなかできず、患者・家族には来院が負担になるということで評判は良くないが、心配なので受診してもらっている。
- 医師の診察内容は電子カルテに記入している。

(訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの役割分担)

- 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションは位置づけが異なる。訪問すると、家庭環境の中で何が危険であるかや、実際の手すりの位置、ベッドからトイレまでの状況などを把握することができ、日常生活に沿ったリハビリ内容の実施が可能である。
- 訪問リハビリテーションで最も重要なのはベッドからトイレや入浴の動作である。転倒・骨折の 75% は家庭内で発生しており、うち 80% が夜間である。高齢者は精神安定剤・睡眠導入剤を利用している人が多いのでふらつくこともあり、一人でトイレに行こうとしてベッドから転落など、夜間のトイレ利用で骨折するケースが多い。防止のために簡易トイレをベッドの横においても転倒してしまうため、つかまるものをそばに置くなどの環境整備も必要である。
- 布団とベッドで骨折率を比較したことがあるが、布団使用者の方が骨折率

が高いという結果であった。高齢者が立ち上がるのは大変であり、布団の場合は立ち上がろうとして転倒して骨折してしまうようである。

- 家屋の改修検討もリハビリ職が訪問した際に検討する。リハビリ指示としては出てこないが、手すりの設置や家具の配置の検討も重要である。

5 人材の確保・育成の状況

(採用・異動)

- 新卒で入職する職員が多いが、入職後最初は外来を担当し、その後介護系の業務に入ることとしている。訪問の場合は一人で利用者宅に行かなくてはいけないため、対応能力が必要である。
- 訪問リハビリテーションは外来と兼任であるが、業務量は訪問リハビリテーションが7~8割を占める。訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションは兼務していない。
- 退職者が出た場合に異動があるが、それ以外での異動は実施していない。
- 長期の利用者が多いため、職員の異動が多いと利用者が混乱することが懸念される。また、ケアマネジャーとの連携上もある程度継続性があった方がよいと考えている。

(院内学習等)

- 院内の勉強会を月に1回開催している。

6 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

(地域の訪問リハサービス提供体制)

- リハビリ職の訪問の実態としては訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が圧倒的に多い。地域内でも医療機関からの訪問は当院だけではないか。特に整形外科は多忙なため、訪問まで手が回らない状況となっている。
- 整形外科医療機関で介護に参入している所は少なく、ニーズに十分対応できていない状況である。
- 訪問リハビリテーション事業所がなかなか増えていかない理由の一つとしては、訪問看護ステーションで理学療法士等訪問を実施してしまうというのがあるのではないか。

(退院時の連携)

- 当院患者を大腿骨手術で病院に搬送した際、退院後は当院には連絡がなく、当院に情報が入らなくなってしまったというケースがあった。退院後、当院の訪問リハビリテーションを入れようと計画していても、ケアマネジャ

一が自身の関連事業所からの訪問を入れてしまっているようである。

- 居宅介護支援事業所も過当競争なのではないか。このようなケースではおそらく内科の医師が指示を出しているものと思われるが、適切な指示が出せているかは不安がある。

(訪問看護ステーションとの連携)

- 訪問看護ステーションと連携することもあるが、直接会う機会はサービス担当者会議程度であり、ケアマネジャーを通しての連携が多い。
- 当院の方針として、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問と当院からの訪問リハビリテーション両方の利用は不可としている。どちらがどのように関わり、影響しているのか把握できなくなるためである。

7 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

(ケアマネジャーの質)

- ケアマネジャーの質にばらつきが大きく、医療関係の資格を有していない人はリハビリテーションについて理解が不十分であると思われる。通所介護と通所リハビリテーションの違いが分かっていない人も多いと感じる。資格について一度整理したほうがよいのではないか。

(訪問看護ステーションからのサービス提供について)

- 内科の医師が訪問看護ステーションを開設していると、理学療法士等訪問も含めて全て提供してしまう傾向があるように思われる。訪問診療、訪問看護（看護職員訪問）、訪問看護（理学療法士等訪問）がセットになっており、パッケージのようになっているのではないか。更に、ヘルパーがいればヘルパーも入れてしまうようである。ケアマネジャーが区分支給限度基準額上限いっぱいまでつかってしまうケースもあるのではないか。

(訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の質)

- 訪問看護ステーションについては、看護もリハビリテーションについてもレベルに差がある状況であると思う。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問についてはゴール・到達点が書式上設定されておらず、ただ「リハビリをやる」ということになってしまう懸念がある。
- 内科の医師はリハビリテーション指示書に興味がなく、訪問看護ステーションに任せてしまうのではないか。リハビリテーションは運動機能訓練であるが、なぜその機能が衰えているのか理解していないとせいぜい拘縮予

防程度しかできない。疾病によってリハビリテーションの方法が全く異なるが、それが理解されているのか心配である。

- 疾病やリハビリテーションの内容が十分理解されていないため、骨粗鬆症の人に運動をさせて骨折、というケースもある。リスク管理を誰がやるのかという課題があるが、そこに認知症が入ってくると更に複雑になる。
- サービス担当者会議でも訪問看護ステーションのリハビリ職が出席することが無いため、自分は、訪問看護ステーションのリハビリ職と関わる機会があまりない。職種別の勉強会などで顔を合わせる人はしっかりしている印象はある。
- 訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問から当院の訪問リハビリテーションに変更した人の中には、骨折を起こしたことがきっかけ、という人もいる。
- 本来であれば訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問についても、システムとして目標設定を義務化し、リハビリテーション専門医の目を通すべきではないか。更に、3か月に1回程度目標設定の状況について把握すべきである。当院から指示を出している場合は必ず3か月に1回は診察をしており、本人・家族からの要望等も確認できている。
- 訪問看護師とも連携し、身体の動かし方など指導できるとよいが、そういった相談はなかなかない。おそらく営業上の理由で訪問看護ステーションにリハビリ職がいれば、訪問看護ステーションの理学療法士訪問を利用する形になってしまう。当院で訪問看護ステーションと訪問リハビリテーションの両方入っている人は、家族の希望で当院を選択されたケースが多い。

(重度者へのリハビリテーション)

- 重度者のリハビリテーションの目標は家族介助負担の軽減を目標としている。車いす移乗やおむつがつけられるように股関節可動域の拡大など、家族やヘルパーと連携することもある。

(軽度者へのサービス提供のあり方)

- 要支援1程度の人であればバス乗車などでもできるレベルであり訪問が必須とは思えないため、利用者の状態で利用を制限するのも一案ではないか。事業所によっては、通える人であっても「来なくてもいいよ、行ってあげろ」というスタンスになってしまっているところもあるのではないか。

8 その他

(リハビリテーションの概念について)

- 医療と介護でリハビリテーションの概念がバラバラになっている。医療分

野であれば連携しやすいが、介護になるとまた違う職種の人も入ってくるので分かりづらくなってしまっている。

(家族の理解)

- 家族はリハビリテーションについてまだ理解が十分ではない。何となく動いていれば「リハビリテーション」と思ってしまう。

(ロコモティブシンドローム対策について)

- 今後高齢化が進行するにつれてリハビリテーションの重要性は増す。ロコモティブシンドロームでも早めに介入すれば要介護状態に至るのを2、3年遅らせることができる。
- ロコモティブシンドロームについては、子供から高齢者まで対策が必要である。厚労省は対象別に分かれてしまっているので、全体を把握できる対応部署が必要である。
- 市からの依頼でロコモティブシンドローム対策の教室も実施しているが、理学療法士を派遣させる必要があるので運営としては赤字である。

(介護報酬のあり方について)

- 介護報酬に成功報酬のようなものがあるとモチベーションが上がり、事業者、利用者ともにがんばるのではないか。それを実現するためには利用開始時から評価指標に基づく評価が必要である。学会や書籍等で評価方法の提案も行っているが、なかなか進んでいない。評価がないとリハビリテーション自体が目的になってしまい、ただだらとした利用となってしまう。
- 何らかの形で質を把握しないとブラックボックスになってしまう。医療であれば、利用者に良くなってほしいという思いが共通してある。介護にも医療的概念を持ち込めないか。目標を作り、評価を行うことが重要であるが、介護については評価の視点が抜けている点が課題である。
- 当院利用者について5年間の経過を追ったデータがある。長期間であるのでデータ追跡からの脱落者は多いものの、介入を続けることで悪化が防げるという結果が出ている。特に、要支援2の人のデータにおいては改善傾向が顕著である。この結果から、介入を続けることによって悪化を防げると考えられるが、要介護、要支援の人の数年後の経過を追った資料はほとんどないのが実情である。

ii) 訪問看護ステーション

◆H訪問看護ステーション

事業所概要	
事業種別	訪問看護ステーション
法人種別	社会福祉法人
所在地	静岡県
事業所職員	訪問看護ステーション H 看護職員 14名 理学療法士 2名 作業療法士 1名（非常勤）（平成28年12月時点）
規模（利用者数）	利用登録者数 170名 うち、理学療法士等による訪問（看護）を利用している利用者は54%を占める
主な報酬・加算届出状況	（介護保険） 特別管理体制の届出 あり ターミナルケア体制の届出 あり 看護体制強化加算 なし （医療保険） 24時間対応体制加算 あり 機能強化型訪問看護管理療養費1・2 なし
その他系列法人にて開設している施設・事業所	○病院 ○健診機関 ○介護老人保健施設、特別養護老人ホーム ○認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護の施設 ○訪問介護事業所、通所介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 ○地域包括支援センター ○居宅介護支援事業所 ○特定福祉用具販売、福祉用具貸与、住宅改修事業 ○障害者支援施設 ○保育所 等 なお、訪問看護ステーションは約20か所開設

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(1) 事業所の主な利用者像、ニーズ等

- 地域の訪問看護ステーションに比べて、医療ニーズが高い利用者、訪問看護の導入が難しい精神疾患をもつ利用者、家族の介護力が不足している利用者、病院側から在宅療養は難しいと判断された利用者など、困難ケースが多い。
- 医療機関から退院直後の利用者、本人・家族の希望から始める利用者、ケアマネジャー・地域包括支援センター・かかりつけ医から紹介された利用者など、様々な利用者がいる。
- リハビリ職のみの訪問は極力行わないように心がけているため、そのような利用者は少ない。
- 理学療法士等による訪問（看護）の頻度は様々であり、生活機能に変化があった場合などに一定期間、頻度を多くする利用者もいれば、健康管理の一環、機能評価、プログラム見直しのため1～3か月に1回訪問する利用者もいる。集中的にリハビリをして卒業する利用者は少なく、生活期のリハビリの主な転帰としては死亡、入院、入所である。
- ターミナルやALSの利用者にも理学療法士等による訪問（看護）を行っている。ターミナルの利用者でも最期に心地よく過ごすために、ポジショニングや環境調整、マッサージなどリハビリ職の介入も必要である。
- 訪問看護指示書を出してくれる開業医は30～40人、総合病院からは13か所（医師は30人程度）である。居宅介護支援事業所が多い地域であるため、約40～50事業所の居宅介護支援事業所の利用者がいる。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段（ICT利用を含む）や頻度

- 訪問看護指示書は包括的な指示になっているため、具体的な指示や相談（中止基準等）はFAXで連絡をとっている。病院の場合は、地域連携室を通じて行っている。
- 同法人内ではICT化が進んでおり、同様に同法人内の在宅・福祉の事業体でも進めているが、記録とは別に2回入力する必要がある。地域でも県の医師会が進めているが、現段階では数名の医師しか使っていないという現状である。
- 理学療法士等による訪問（看護）利用開始にあたって、本人・家族に必要性を説明し、その後、ケアマネジャーに報告するケースや、ケアマネジャ

一からリハビリのニーズがあるため、訪問してほしいと依頼されるケースがあるが、医師とは同程度に連絡はとっていない。訪問看護は包括的な指示に基づき行っており、理学療法士等による訪問（看護）もその一環で動いているため、医師とはその中で必要な時に連絡をとっている。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

○訪問看護指示書に詳しく記載してくれる医師は限られる。訪問看護指示書を書いたことがない医師もいるため、詳しく記載いただけるようお願いするのも難しい。そのため、リスク管理については別途、FAXで連絡をとっている。

(3) ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

○法人内の通所介護事業所と連携できるように、同法人内にリハビリ特化型の（リハビリ職の配置が手厚い）訪問看護ステーションがあるが、リハビリ職員からの情報提供が乏しくなりがちで、看護職員と連携した訪問看護（理学療法士等の訪問）が機能しにくい傾向がある。

(4) その他

（法人内の情報共有方法）

○法人内の通所介護事業所とは、電話やサービス担当者会議において、リハビリ職間で情報共有を行っている。

3 マネジメント・質の管理

（訪問時一緒にやること）

○看護（リハビリテーション）計画書とは別に、今の生活を支えるために最低限必要な、基本的な運動・動作練習を具体的に記載した書類（【訪問時一緒にやること】）を作成している。看護職員も事前にリハビリ職から指導を受け、訪問時にはその書類に記載された運動・動作練習を利用者に提供している。定期的に内容を評価するために、看護職員がチェックを行うようにしている。

（初回訪問・担当者について）

○初回訪問は2名で行い、アセスメント担当と契約担当に分かれる。初回訪問を担当した職員で、今後の訪問の頻度など方針を決める。2名のうち、1名は看護職員である。最初からリハビリの希望の訪問でも、看護職員1名、リハビリ職員1名で訪問している。

○何度か訪問した後に、他機関との連携、計画書・報告書の作成など責任を

もって行く担当者が決まる。毎回の訪問は必ずしも担当者が訪問するわけではない。

(事業所内での情報共有)

- 事業所内での情報共有として、毎週水曜日に2時間程度、カンファレンスを行う。主に困難事例を取り上げるが、取り上げたいトピック・ケースがあれば、事前にホワイトボードに記入してもらっている。時々、利用者1名1名の名前を読み上げることで、掘り起しも行っている。緊急の対応が必要な場合は、訪問している職種で随時、話し合いの場を設けている。

4 人材の確保・育成の状況

- リハビリ職員はまだまだ少ない状況であり、全職員のうちリハビリ職員は3～4割いると助かるが、募集をかけてもあまり応募がないのが現状である。
- 看護職員もリハビリ職員も希望すれば、法人内の病院・施設から訪問看護ステーションへ異動可能である。在宅への関心は高まってきてはいるが、実際に異動する職員は少ないため、職員確保は難しい状況である。異動するとなると完全異動なので、病院や施設・在宅の異動ローテーションの一環として人事が検討されると良い。
- 特に言語聴覚士については、法人内の訪問看護ステーションに1人はほしいが、在宅のサービスや特性・職種やサービスによる教育や文化の違いを理解してコミュニケーションが図れる人材が必要とされる。嚥下や言語に関するニーズはあるが、常に必要な職種ではないため、現在は病院の言語聴覚士と連携している。
- 特に経験年数が短いリハビリ職は、利用者の個別性・障害の程度・目的・目標を十分検討したうえでプログラム構成をすること・状況に応じた評価、プログラムを再構成することが難しい。このため、誰に対しても画一的な運動を行ってしまう傾向がある。このため、教育の一環として、何を根拠にして、そのリハビリを提供しようとしているか、看護職員に報告・相談を行うよう働きかけしている。視点の違う他職種と同一事例を検討することに慣れてもらう目的もある。
- 同法人内で訪問看護ステーション全体の研修があり、体系的なものになっている。また、法人は研修等についての提案を基本的に受けて入れてくれ、自由に勉強会等を行っている。
- 市内の同法人の訪問看護ステーション・在宅関係（訪問リハビリ・通所介護）のリハビリ職で集まり、月に1回カンファレンスを行っている。困っているケース、新しい情報の共有等を行い、今年はラダーを作った。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 医師会主催の多職種が集まるような勉強会はあるが、参加する医師は少ない。
- 訪問看護をお願いすると、看護職員とリハビリ職員の訪問ができると理解できているケアマネジャーはそこまで多くはない。また、作業療法士が提供するリハビリは約6割が環境調整、福祉用具、生活用具適合であることを理解してくださっている医師はまだ少ない。身体機能をよくするのがリハビリだと考える医師・ケアマネジャーが多く、(あるいは訪問看護師も)もっと広義的に生活機能を支えるものであるということを理解してほしい。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

(高齢者・難病者に対するリハビリの考え方)

- 高齢者に対するリハビリは『体力や機能の維持』と言われているが実際は『低下することを支える』ことも含んでいる。難病者に対しても同様だが、年齢が若い人も多く、生活機能の低下に対してはタイムリーな環境調整や福祉用具、補装具の適合が必要となり、低下しても暮らしていける方法の提案や共に模索するといった役割もとっている。
- リハビリはマッサージを受けるものだと考えている利用者も多く、『マッサージを受けたい』という利用者に対しては、訪問マッサージを受けるように案内している。ただ、その中でも訪問看護（看護職員・リハビリ職員の介入のいずれか）の必要性がある利用者もいるため、まずはマッサージを行いながら、必要なケア・環境調整などを行っていき、利用者の意識を変えていくことも必要である。

(訪問看護ステーションからの訪問の特色)

- 理学療法士等による訪問（看護）の利用につながったケースとして、ケアマネジャーの気づき、本人・家族のケアマネジャーへの相談等も挙げられるが、最も多いのは看護職員が訪問時にリハビリが必要な利用者をみつけるケースである。その後の利用につながらなくても、看護職員がリハビリ職員に依頼し、理学療法士等による訪問（看護）の必要性があるかどうか、1度みてきてもらうことができる。これは訪問看護ステーションだからこそできることで、訪問リハビリテーション事業所では難しいのではないか。
- ターミナルの利用者でもその人の一番よい状態で亡くなっていくために、ポジショニングや環境調整などリハビリ職の役割も必要である。看護職員は『亡くなっていくため』の看取りのケアを行おうとするが、リハビリ職

はターミナルでも『生きていくため』のリハビリを提供しようとする視点があり、そのようなリハビリ職は看取りのチームにも必要。看護職員とリハビリ職員が協働するからこそ、最期まで一緒に介入できる可能性がある。

- 訪問リハビリは診療情報提供書と訪問リハビリテーション指示書の2種類が必要であるが、訪問看護は訪問看護指示書1種類で包括的な指示がされているため、訪問リハビリから訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問（看護）に変わった利用者もいた。また、訪問リハビリの指示書は自事業所の医師から出す必要があるが、訪問看護は主治医からの指示書で、特に自事業所からという指定はないため、訪問看護の方が指示書のやりとりは行いやすいのではないかと。

7 その他

(他職種との連携について)

- 看護職員もリハビリ職員も異なる職種であるため、認識が異なることを理解し、お互いに情報共有が必要である。大きく異なる点としては、リハビリ職は基本的に利用者とマンツーマンであることから、まず他職種と連携することに慣れ、実践できるようなトレーニングが必要。看護職においても、かみ砕いた説明のしかたや他職種の理解・病院とは違う環境で相手に合わせたコミュニケーションをとることなど、リハビリ職とともに学び続ける必要が大いにある。

◆ I 訪問看護ステーション

事業所概要	
事業種別	訪問看護ステーション
法人種別	公益財団法人
所在地	東京都
事業所職員	看護師 24 名（うち、サテライトに 11 名）、理学療法士 2 名、作業療法士 2 名、補助者 1 名、ケアマネジャー 2 名、相談支援員 1 名（兼務）、事務 4 名、計 35 名（平成 28 年 11 月時点）
規模（利用者数）	平成 27 年度実績で、利用者（実人数）は 420 人。 ○要介護度別の割合 要支援 1～2 が 10%、要介護 1～2 が 31%、要介護 3 が 10%、要介護 4～5 が 49% ○保健種別割合 医療保険 62%、介護保険 38% ○疾患別利用者割合 精神疾患が 30%、神経系疾患が 18%、悪性新生物が 22%、循環器系疾患が 10%、その他が 20% ○年齢別割合（平成 28 年 4～11 月、n 数：363） 0～9 歳が 8%、10～19 歳が 4%、20～39 歳が 5%、40～59 歳が 21%、60～69 歳が 12%、70～89 歳が 40%、90 歳以上が 10%
主な報酬・加算届出状況	機能強化型訪問看護管理療養費 1
その他系列法人にて開設している施設・事業所	居宅介護支援事業所を併設
事業所沿革	1998 年 4 月から事業を開始

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(リハビリテーション利用者の特徴)

- 平成 28 年 5～10 月におけるリハビリテーション利用者数は 79 人。要介護 5 が最も多く (37%)、次いで要介護 3 が多い (22%)。
- 疾患別では神経系疾患を有する利用者が 65 人と多く、循環器系疾患を有する利用者は次いで 32 人。呼吸器系疾患を有する利用者と精神疾患を有する利用者が 31 人 (利用者 1 人が複数の疾患を持っている) と続く。
- 利用者に「小児」が多いというのが当訪問看護ステーションの特徴。先天奇形・染色体異常を有す利用者が 8 人、周産期に発生した病態を有す利用者が 5 人いる。
- リハビリを受ける利用者は重度の利用者が多い。そのため、軽快して終了することは少なく、死亡が多い。よくなったとしても、終了するというより訪問回数を減らすなどして対応している。
- ADL がよくなるということはほとんどない。今の ADL を維持しようというニーズが多い。

2 訪問リハビリテーション事業所 (訪問看護ステーション) と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連絡、連携の手段や頻度

(連携している病院・診療所)

- 連携している病院・診療所は約 220。うち、病院が約 100 (45%)、診療所が約 120 (55%) である。
- 連携している診療所の中で、最も多く指示書を出してくれる先でも利用者は 12 人程度。当訪問看護ステーションはどの病院・診療所からもまんべなくオーダーをもらっているのが特徴。
- 地域の中で「小児は当訪問看護ステーション」というイメージがついており、小児に関しての問い合わせは比較的多い。

(かかりつけ医からのリハビリテーションに関する指示について)

- 一般的な訪問看護指示書を活用している。指示書に詳しく記載されているということは少ない。症状等の該当項目に「○」が付けられているだけの指示書が多い。
- 医師から訪問看護指示書を交付してもらい、その指示書に基づいてリハ職が動くが、指示書の内容と実際とに乖離が大きいことは多々ある。指示書を確認し、利用者のもとに訪問しても指示書に書かれていることを実践できないことがある。

○ただ、詳細な指示が医師から欲しいかということそうではない。訪問看護ステーションだと包括でサービスを提供できる。ある程度のことがわかればこちらでアレンジしながら対応できる。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- リハ職が訪問している先（平成28年5～10月、79人）のうち、2～3割はリハ主体の訪問で、残り7～8割は看護師主体の訪問である。当訪問看護ステーションでは、看護師が普段から訪問するケースが多く、タイミングを見てリハ職が評価するようにしている。
- 評価項目を特段設けているわけではない。「ポジショニング」「シーティング」等、いくつかの項目を確認している。
- 看護師が関わるケースが多いので、何か問題が生じた場合はすぐに看護師と相談し、医師も含め対応するようにしている。

(3) ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

（ケアマネジャーとの連携）

- リハを依頼される場合、その9割以上はケアマネジャーからの依頼。家族からの依頼も少数だがある。医師からの紹介はほとんどない。
- 当訪問看護ステーションにはケアマネジャーがいるので、利用者や家族の状態等を知りたい場合、すぐに話を聞くことができる環境にある。
- また、他法人のケアマネジャーとは担当者会議等で連携することも多い。
- 急ぎのことであれば、電話等をかけて確認しており、ケアマネジャーとの連携で困ったこと等は記憶にない。

（看護師との連携）

- 普段から看護師と連携することが多い。看護計画・リハビリ計画をシステムに入力している。利用者ごとに「看護計画を記載する欄」「リハビリ計画を記載する欄」があり、それぞれが必要事項を記入し、互いに状況を確認するようにしている。リハ職だけで訪問する場合はリハ職が記入し、看護師に確認してもらっている。
- また、リハ主体の訪問看護であっても、契約時には看護師が同行訪問し、状況等を説明している。そうすることで全体の質があがる。
- ケアの質を上げるということに力点を置いている。利用者が「どれだけ改善したか？」「どうすれば改善するか？」「家族も含めサービスに満足しているか？」等を重視しており、このことは「トータルケア」ということで職員全員が意識し、浸透している。
- こういったことを実践してくる為にも看護師とリハ職が一体となりケアする

ことが重要だと考えている。

3 理学療法士等訪問のマネジメント・質の管理の状況

(医師の関与)

- 医師が積極的に関与し、一緒に利用者をサポートすることは少ない。

(訪問リハと通所リハの役割分担)

- 通所介護や通所リハビリテーションを併用している利用者も多い。通所介護や通所リハビリテーションに行く利用者は「レスパイト」や「社会的つながりをもちたい」というニーズがあると聞いている。
- 社会とかかわりをもつという意味では重要なことではないか。ただ、具体的にどのようなことが行われているかは分からない。

4 人材の確保・育成の状況

(採用)

- 地域における訪問リハビリの需要に対してリハ職は不足している。採用を進めているが、看護・リハビリに対する思い・考えが異なる人を採用しても続かないので、採用は慎重に行っている。
- 体験入職期間を設け、数カ月間働いてもらう。そこで、当訪問看護ステーションの理念やサービス内容に賛同していただいた人に職員となってもらっている。
- 体験入職を経て、断られるケースも多いが、そこはしかたがないと割り切っている。思いや考えが違う人が入職しても入職した後のほうがお互いに変となる。逆に、その体験を経て入職した職員の離職はほとんどない。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

(学校等との連携、小学校2年生のAさんの事例)

- 余命が短いと分かっていた小学校2年生のAさんだが、「学校でみんなと一緒に勉強したい」「体育をしたい」という思いが強かった為、Aさんが授業を受けられるように、行政や学校等に対して働きかけを行った。
- 体育の授業内容を先生や家族と相談し、「どうすればAさんが楽しめるのか?」「周りの子たちが支えることができるのか?」等を一緒に考えた。
- Aさんが学校に行く時は、リハ職も一緒に登校し、状況等を見守り、つなぎ役として、何か生じた際のサポート役として、活動した。
- 医師に宣告された余命よりも頑張ってくれた。最後は小学校のみんな達と

も関係や楽しい思い出を持つことができ、また、親も喜んだ。

(地域活動への参加、40代男性Bさんの事例)

- 片側麻痺になり、入退院を繰り返していた。失語症を併発し、お風呂にすら一人で入ることができなかった。
- 少しずつBさんと関係を作っていく、障害者スポーツセンターでスポーツレク等に誘い出した。そのスポーツレクで障がい者の指導者と出会いがあり、その指導者から厳しいながらコミュニケーションとりながら指導されたことをきっかけに少しずつ社会に出るようになっていった。
- 最初は何をやるにしても自信がなく前にでることはなかったが、こちらからきっかけを与え、少しサポートすると、自ら行動するようになっていった。
- その結果、健康になり、行動範囲が広がり、地域のイベントと一緒に温泉旅行に行くまでになった(リハ職も同行)。
- 周りがサポートしながら、少しずつ社会に溶け込んでいき、活動量を増やしていくことが大事だと思う。Bさんは「次の目標は働くこと」というようにまで回復し、社会復帰している。

(夏祭り)

- すぐ近くの会館を借りて、地域の住民・介護事業所等と交流の場を設ける為に、夏祭りを開催した。夏祭りの場で利用者が作った作品を展示したり、人と人とをつなぎ合わせる交流を行った。
- リハ職が中心となって企画したイベントであり、地域全体を元気にしたいという思いからスタートした。これは、リハビリの意味を追求していった結果、出てきた考えである。自宅でリハビリ行為をすることが訪問リハビリではないと考えている。自宅をベースとしながら地域に連れ出し、元気にすることがリハビリの目的・意味だと考えている。

(リハビリネットワーク)

- 平成16年に「A区リハビリネットワーク」を結成。A区内の病院・施設等に勤務する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が集まり、「地域に従事する同業者同士顔の見えるお付き合いを」という思いから事業がスタート。専門職同士の研鑽の場となっており、行政の関与や支援等は特にない。
- 現在、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のみで507名が参画しており、「在宅リハビリテーション委員会」「シーティング委員会」「ST委員会」「介護予防委員会」「社会参加支援委員会」という5つの委員会を立ち上げている。

- 在宅リハビリテーション委員会：主に在宅リハビリテーション（訪問リハビリ、在宅改修、福祉用具等）に関する事項に対し、研修会の企画・開催
- シーティング委員会：シーティングに関する勉強会、体験会の企画・開催
- ST委員会：言語・高次脳・嚥下リハビリに関する研修会の企画・開催
- 介護予防委員会：介護予防に関する研修会の開催や高齢や安心センターと連携し、地域ケア会議への参加やサロンでの運動指導や同行訪問等を実施
- 社会参加支援委員会：社会参加支援に関する研修会の企画・開催（例、卓球やバレーのレクリエーション後にリハビリや病気の体験についてお互いの状況を伝えあう、フラワーアレンジメント、お花見、温泉旅行、等）。
- これら委員会に積極的に関わり、地域の中でリハビリテーションがどうあるべきかをみんなで考え、実行に移している。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

（訪問看護ステーションからのサービス提供について）

- 訪問看護ステーションからの訪問リハビリは他事業所からの訪問リハビリと比べて、看護師やケアマネとの深い信頼関係・密な情報共有が可能となる。
- 協業することで利用者によりよいケアを提供することができる。また、看護師との密な連携があるからこそ、重度な障害・疾病を有する利用者、ターミナル期の利用者にも訪問リハビリが積極的に介入することができる。
- 療法士のみで訪問している事業所や連携しづらい事業所の訪問リハビリは連携を強める為の対策が必要だと思われる。訪問リハビリテーション事業所からリハビリを提供すると、「リハビリ」のことしかわからないことが多い。ただ、介護の領域は日常生活も含め、複合的にサポートしなければいけない場面が多い。
- 当訪問看護ステーションに入職してくる看護師は、最初リハビリのことを知らないが、先輩看護師が新しく入職した看護師に伝え、リハ職がフォローすることで、多くのことができるようになり、結果として利用者・家族に満足してもらっている。
- 看護師・リハ職それぞれが専門性を有しながらも、お互いに情報・スキルを共有し、現場に活かせることができるというのは訪問看護ステーションからリハビリ職が訪問サービスする一番のメリットだと思う。

7 その他

（ICTの利用）

- ㈱アポロが提供している訪問看護業務支援システム「at home 看護 Mobile」

を利用しており、全員が情報を共有できる仕組みとなっている。

(介護報酬に関して)

- リハビリテーション評価や指導の為の単発訪問についても算定できるようにしてほしい。

(理念・想い)

- 利用者のニーズは多様化しており、家族と一緒に在宅生活を支援する為にはその人の生活圏全体に対し多様な関わり方が重要と考えている（機能訓練だけでは不十分）。また、評価の為の単発での訪問や算定時間外での関わりがその人の生活を支える為に必要であり、また、効果的であることが多い。
- 訪問する場所が自宅に限定されることなく、学校・会社・公共の場・趣味活動の場等でも訪問リハビリテーションが行える必要がある。
- その為には、自由な働き方ができる職場環境が必要である。
- 地域ニーズに合わせた療法士の役割を果たしていくことが必要だと考えている。例として、療養通所、地域ボランティアとの連携、勉強会、カフェ、子供食堂、楽しい交流イベント、等。
- 「利用者・家族の在宅生活をより豊かに楽しくすること」「人の役に立つことなどで生きる意味を感じていただくこと」が目的であり、地域を丸ごと元気にすることに貢献していきたい。

◆ J 訪問看護ステーション

事業所概要																									
事業種別	○訪問看護ステーション：3事業所 サテライト：9事業所 (3か所の訪問看護ステーションそれぞれにサテライト事業所を設置している)																								
所在地	東京都																								
事業所職員	<p><法人全体> 185名(2016年11月1日現在)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護師</td> <td>16</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>作業療法士</td> <td>47</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>理学療法士</td> <td>41</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士</td> <td>11</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>ケアマネジャー</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>保育士</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>事務職</td> <td>19</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		常勤	非常勤	看護師	16	5	作業療法士	47	9	理学療法士	41	20	言語聴覚士	11	9	ケアマネジャー	3	0	保育士	0	1	事務職	19	4
	常勤	非常勤																							
看護師	16	5																							
作業療法士	47	9																							
理学療法士	41	20																							
言語聴覚士	11	9																							
ケアマネジャー	3	0																							
保育士	0	1																							
事務職	19	4																							
規模(利用者数)	<訪問看護ステーション3事業所合計> 1,887名(2016年10月レセプト実績人数)																								
主な報酬・加算届出状況	○訪問看護ステーション3事業所とも「退院時共同指導加算」の算定あり																								
その他系列法人にて開設している施設・事業所	○居宅介護支援事業所：2事業所 ○児童発達支援・放課後等デイサービス：1事業所 ○就労移行支援事業：1事業所 ○指定特定相談支援事業：1事業所																								
事業所沿革	○会社設立は2010年8月。 ○訪問看護ステーションの開設年月は以下のとおり。 ・A事業所：2010年12月 ・B事業所：2015年10月 ・C事業所：2014年5月																								
備考(地域特性)	市内には訪問リハ事業所(病院・診療所・老人保健施設)がない。																								

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

(1) 利用者特性

- 訪問看護ステーションの利用者数は全事業所の合計で 1,887 名であり、保険種別で利用者をみると、介護保険 63%、医療保険 35%である。
- 利用者の男女比率は半数程度ずつである。
年齢別でみると、小児に対応していることから「0～9歳」と「80～89歳」で人数が多くなっている。
- 理学療法士等による訪問を行っている利用者において、9割程度が当ステーションからは理学療法士等による訪問のみの利用である。
- 当事業所から理学療法士等の訪問を行っている利用者のうち、他の訪問看護ステーションからの訪問看護を利用している割合は4～5割程度である。
- 理学療法士等による訪問を行っている利用者の要介護度は、要介護2が多い。疾患は、脳血管疾患が最も多い。経年でみると悪性新生物が増えている。

(2) 利用者ニーズ

- 例えば、ボトックス療法を行う利用者で、通院先の医師より身体を動かすように言われて、ケアマネジャー経由でリハビリテーションの相談があった事例がある。(このケースは、医師からの直接の指示ではなかった。)
- 通所リハビリテーションを利用して、個別にリハビリテーションを行う時間が少ないと感じて、理学療法士等による訪問を希望する利用者もいる。
- 難病の利用者の場合、少しでも進行を遅らせたい、状況が変化する中、環境調整を行いたい等のニーズがある。
- 小児の利用が増加している。病院での外来リハビリテーションは、通院頻度が少ないことから、理学療法士等による訪問へのニーズがある。
- 理学療法士等が訪問することで、家族の介護技術向上に対する支援もできる。

2 訪問看護ステーションと訪問看護指示書交付医師・かかりつけ医、ケアマネジャー等との連携状況および連携における課題

(1) 医師との連携、利用者に関係する医師同士の連携

- 当法人に対して、訪問看護指示書を交付している医師は法人全体で 1,566 名である。
リハビリテーションに関して専門ではない医師が指示書を書く場合が多い。
- 訪問看護指示書には、理学療法士等の職種まで明記はされておらず、指示事項として、「リハビリテーション」の項目にチェックがあるのみの場合が

多い。

- 利用者が通所リハビリテーションを利用して、指示書を出している医師が異なる場合、医師同士の連携が行われることはほとんどない。
- 利用者の要望等について、他事業所や他職種と情報連携が必要な場合、ケアマネジャーを経由して連携することが一般的である。
- ボトックス療法中の利用者の例では、ボトックス療法自体は、大きな病院の医師が行っており、訪問看護指示書は治療を行っている医師ではなく、別のかかりつけ医から出されている。

(2) ケアマネジャーとの連携

- 看護師と理学療法士等が連携して訪問を行うことで、リハビリテーションの効果を高めることができることがある。そこで、看護師と理学療法士等が連携して行う訪問の効果について解説した事例集をケアマネジャー向けに作成している。

(事業所と連携しているケアマネジャーへのインタビューより)

- 訪問によるリハビリテーションを利用したい場合、訪問看護ステーションに依頼する人が多い(市内には、訪問リハビリテーションの事業所がない)。
- 利用のきっかけには大きく2つあり、1つ目は退院直後の利用である。入院中にリハビリテーションを行っており、退院後も必要な場合、入院先の医師から依頼がある。
2つ目は在宅療養中に、かかりつけ医から勧められる場合である。かかりつけ医と相談して、維持・改善の見込みがあればケアプランへの導入を検討する。
- 訪問看護の看護師から、リハビリテーションを取り入れた方がよいのではないかと提案されて、必要性に気づくこともある。
- 利用者から訪問リハビリテーションを利用したいと言われた場合、まずかかりつけ医に相談する。
- 通所リハビリテーションと訪問看護ステーションの理学療法士等が連携している状況はあまり見たことがない。

(3) リスク管理方法や緊急時の対応方針

- リハビリテーションを行う上でのリスクについて、理学療法士等からかかりつけ医に対して確認している。
- 退院前カンファレンスに参加することができれば、退院後のリハビリテーションに関するリスクについて確認することができる。

(4) ケアマネジャー等他職種を含めた連携のあり方

- 例えば、利用者が通所リハビリテーションを利用している場合、通所リハビリテーション事業所とケアマネジャーの間で通所リハビリテーション計画書を共有するが、他事業所と共有することはない。どのような支援を受けているかを把握したい場合、ケアマネジャー経由で、サービス担当者会議等で共有する。
多職種間での情報連携において、ケアマネジャーが重要な役割を果たしている。
- 訪問診療の医師が、歯科医師、薬剤師等と連携していて、当事業所から訪問している言語聴覚士と歯科医師が連携できるようにコーディネートする等、訪問診療の医師による多職種連携も行われている。

3 理学療法士等訪問のマネジメント・質の管理の状況

(1) アセスメント、評価について

- 理学療法士等が訪問する場合、数か月に1回程度、評価を行っているが、疾患が多岐に渡るため、統一した指標で評価することが難しい。簡易FIMなども考えてみたが、どのように評価をしたらよいか、現在も議論をしているところである。
- 訪問時間が限られている中、利用者から評価に時間を取られたくないと言われることがある。
- 一時期、要介護2以上、医療ニーズが高い等の優先順位をつけて、新規の利用者に対するアセスメントのための訪問を行っていた。アセスメントのための訪問は、報酬で評価されないため、事業所負担が大きい。

(2) 理学療法士等による訪問の期間

- 理学療法士等による訪問を行う期間について、特に決まった期間の設定は行っておらず、目標が達成したら終了となる。目標達成後、新たに高い目標を設けて、継続して取り組むこともある。

(3) リハビリテーションマネジメントの課題

- リハビリテーションマネジメントの課題として、リハビリテーションマネジメントに対する意識が全職員に浸透していない点があげられる。
- 各専門職の特性を理解していないために専門性を発揮できていないことも課題である。

4 人材育成の状況

- 法人全体での研修として、新入職者研修、必須研修（法令順守、熱中症、

認知症、リスク管理、メンタルヘルス、人権、災害時の対応)、現任者研修、看護師によるリスク管理・吸引研修等を行っている。

- 法人で統一したマニュアルを整備し、全スタッフにデータで配布している。ノートパッドなどで、いつでも見ることができる。毎月更新している。
- 職種や各拠点でケーススタディ、個別カンファレンスを開催したり、同行見学訪問などを行い、人材育成を図っている。
- 訪問経験の少ない理学療法士等や看護師に対し、専門知識を持つ理学療法士等が同行し、アドバイスをを行う制度を設けている。

5 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの相談は多い。
- 医師からの相談について、同じ病院から集中している訳ではない。
- かかりつけ医との連携において、医療介護専用の SNS である MedicalCareSTATION (MCS) を利用している。医師に招待してもらって参加する LINE ベースのシステムで、理学療法士等約 9 人が利用している。リアルタイムで利用者情報を共有できる。
- 他職種との連携に関する取組として、薬剤師との協働勉強会を開催している。在宅支援における薬剤師との連携の必要性を知ることができる。その他にも、当事業所の取組を知ってもらうために、他事業所、他職種を対象とした、主催勉強会や出張勉強会を開催している。
- 利用者に対して、多職種が関わっている場合、メールを活用した情報共有を行っている。多職種が関わる場合の情報の集約はケアマネジャーが行い、ケアマネジャーから各事業所へ連絡する。
- 法人内での利用者情報の管理は ICT を活用して行っている。クラウドで管理している。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

(利用者の評価について)

- 利用者の評価について、疾患がある場合、かかりつけ医や訪問看護の看護師と連携した対応ができると、理学療法士等の訪問も安心して行うことができる。訪問看護の看護師との連携は以前と比較して進んでいる。

(医師との連携について)

- 往診医や訪問診療の医師は、実際に患者の在宅の状況を確認していることから、理学療法士等による訪問に対して理解があり、細かくオーダーを出してくれる。

○言語聴覚士による嚥下の訓練を行う場合、開始時の評価に歯科医に同席してもらい、その後も継続的に情報共有しているケースもある。

◆ J 訪問看護ステーション連携先：M診療所

事業所概要	
事業種別	診療所（在宅療養支援診療所）
所在地	東京都
職員数等	○医師：常勤1名、非常勤 ○作業療法士：非常勤1名
患者の状況	○患者数は70～80名。グループホームや特別養護老人ホーム等の施設を含めると130名程度（施設の配置医も努めている）。 ○診療所からみなし指定で作業療法士による訪問を行っている（作業療法士による訪問が必要な患者1名に対応）。
診療所の特徴	○往診中心の診療所。（外来は定期外来と相談に対応）

1 事業所との連携、連絡の手段や頻度

(1) 事業所や病院等との連携状況

- 当診療所から作業療法士が訪問している患者は1名のみで、当診療所の患者のうち、他の訪問リハビリテーション事業所、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が行われている人は2～3割程度である。地域に訪問リハビリテーション事業所が少ないことから、ほとんどが訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問である。
- 他の病院から理学療法士等が訪問していて、自分がかかりつけ医として関わっている患者もいる。病院から訪問リハビリテーションを行う場合、自分がかかりつけ医ではあるが、3か月に1回の訪問は、病院の医師が行っている。日頃関わっているかかりつけ医との連携もあった方が、現状を把握した上での指示ができるのではないかと感じる。

(2) 事業所等との連絡の状況

- 多くの事業所から書類を受け取るため、訪問看護指示書や診療情報提供書を作成するにあたり、重要な点を把握することが難しい。
リハビリ職と一緒に訪問したり、どのような対応を行っているのか聞く機会があれば、状況を把握しやすい。書類のみでは十分に把握しきれない。
- 訪問看護ステーションとの連携で、看護師とは密に連携し協働で対応を行っているが多いが、理学療法士等については、日頃の連携は少ない。重要なポイントでの関わりはあるが、現場で解決していることが多いのではないかとと思われる。

- 当診療所の患者が他事業所の支援を受ける場合、既往歴や注意点など、診療所で把握している情報は、利用開始時に提供している。

2 リスク管理方法、リハビリテーションマネジメントの状況

- かかりつけ医として関わる場合、ケアマネジャーやケアプランは、既に決まっている場合が多い。訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問内容についても、ケアマネジャーやサービス提供を行う事業所で決めている場合が多い。
当診療所でリハビリテーションの必要性があると判断した場合、ケアマネジャーに伝えてコーディネートしてもらおう。
- ケアマネジャーや訪問を行う専門職が、現場でリハビリテーションの必要性を感じて、理学療法士等の訪問に繋げているが、その必要性に気付く目が無い場合、訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に繋がらないのではないかとと思われる。そこに医師の関わりが必要となる。
- 訪問を終了するかどうかは、訪問を行う事業所で決めている場合が多い。訪問の継続や終了、注意点などは、かかりつけ医と共有し、適切な対応を行っていく必要があると感じる。

3 ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方

(1) ICT を活用した多職種連携

- 多職種間連携の一環で、3～4年ほど前より、MedicalCareSTATION (MCS) を活用している。
診療所内では、システム導入後、ミーティングを行わなくても、常に最新の状況を共有できるようになった。
地域では、患者のタイムラインを作ったら、関わっている専門職を招待して、参加してもらっている。介護サービス事業所の専門職や薬剤師等のほか、病院も参加してくれるようになってきた。自治体は参加していないが、地域包括支援センターの職員が数名参加している。患者や家族も参加することができる。
- このシステムには、写真やビデオを添付することができ、連携に大きな効果を発揮している。文章では分かりにくい場合でも、直ぐに状況を理解してもらうことができる。
リハビリテーションに関しても、このシステムで連携することで、多職種で情報共有することができる。
いかに多くの専門職に参加してもらうかが課題である。
- 全国的に、県や医師会等が中心となって、このようなシステムを導入する

ところが増えている。

(2) 多職種連携による効果

- 多職種が連携していると、患者や家族が安心する。多職種連携は患者や家族が地域でどれだけ安心して暮らせるかどうかに貢献する。
- 今後、民生委員や友人など地域に関わりのある人の参加方法も検討していきたい。
- 多職種による情報連携を通じて、地域連携に関するかかりつけ医の意識を高めることにもつながっている。

4 訪問リハビリテーション、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問の課題および今後のあり方

- 患者が他の病院でリハビリテーションを行っている場合、その情報を得ることが難しい。ケアマネジャーや訪問看護ステーションの理学療法士等にも十分に伝わっていない可能性がある。
地域包括ケアを推進していくにあたり、病院との連携推進も重要だと感じる。
- サービス担当者会議など、多職種が集まったの会議の中には、開催の必要性が低いケースもある。一方で、状況が刻々と変化する病気を抱えていて、多職種で集まって検討する必要があるがあっても会議が開催されない場合もある。その場合、自分から開催するようにケアマネジャーに働きかけることがある。
会議開催の負担は大きいため、ICT を活用することで、会議開催の負担を軽減しつつも、それ以上に情報共有を進め、効果的に連携を行うことができると感じる。

◆K訪問看護ステーション

事業所概要	
事業種別	訪問看護ステーション
所在地	神奈川県横浜市緑区
事業所職員	看護師 : 非常勤を含め 11 名 PT/OT : 4 名、ST : 1 名 (全員が常勤、うち 1 名は短時間正職員)
規模 (利用者数)	270~280 名 (医療保険適用の利用者は 25%程度) ※8 月の実績で利用者数 274 名、リハだけの利用者数 123 名、リハと訪問看護が 51 名、看護だけの訪問が 100 名
主要加算取得状況	診療報酬について「機能強化型訪問看護管理療養費 2」を届出 ※「1」の要件を満たす月もあるが、月により変動すると、利用者にとっては料金が変わることとなるため、「2」のままとしている。
法人にて開設している事業所	横浜市内 で全 151 事業所、グループ会社 7 事業所を展開 ○居宅介護支援事業 : 25 事業所 ○訪問介護事業所 : 18 事業所 ○定期巡回・随時対応型サービス : 13 事業所 ○夜間対応型訪問介護 : 13 事業所 ○訪問看護 (全ての事業所にリハ職を配置) : 19 事業所 ○訪問入浴 : 4 事業所 ○通所介護事業所 : 8 事業所 ○認知症対応型通所介護 : 6 事業所 ○小規模多機能型居宅介護 : 7 事業所 ○認知症対応型生活介護 : 9 事業所 ○特別養護老人ホーム : 2 施設 ○短期入所生活介護 (含、特養) : 3 施設 ○在宅療養支援診療所 : 2 事業所 ○通所リハビリテーション : 1 事業所 ○認可保育所 : 3 事業所 ○地域ケアプラザ : 6 事業所
法人沿革	昭和 59 年 特別養護老人ホーム 開苑 平成 8 年 訪問看護ステーション 開所 平成 15 年 当事業所併設の 訪問介護事業所 開所 平成 16 年 当事業所併設の 居宅介護支援事業所 開所 平成 17 年 当事業所併設 (訪問看護ステーション) 開所

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

- 270~280名（医療保険適用の利用者は25%程度）の利用者がいる。
難病の利用者が40名程度、がんターミナル利用者が増えてきており35名前後いる。神経難病の利用者も多いので言語聴覚士も含め、リハ職を配置している。
- 小児の利用者も数名いる。現在は2~3名程。ただ、もともと小児の利用者で、成人になった利用者が10名程度いる。
精神科の訪問看護にも対応している。作業療法士を3名配置し、訪問できる体制を整えている。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 連携先診療所の概要（ヒアリングに連携先の医師も同席）

- 当事業所から電車で1駅の所に診療所を開設している。
当事業所に指示を出している利用者は30~40名程度。当事業所に対して、最も多く指示を出している先生。
- 神経内科の専門医なので、神経難病の利用者が相対的に多い。
がんのターミナルの利用者は増えてきている。パーキンソン病の内服のコントロールしなければいけない利用者を当事業所に依頼することも多い。
- 当診療所には常勤医1名、他に非常勤医がいる。看護師も数名いるが訪問看護は実施していない。

(2) 当事業所と当診療所との関係

- 当事業所の以前の管理者の時に、当診療所を開業。以前の管理者とターミナルの利用者の退院前カンファレンスで会ったことがきっかけ。
- 周りにいくつか訪問看護ステーションはあるが、「連絡が取りやすい」訪問看護ステーションとは関係を長く続けられる。そういう意味では当事業所は頻繁に連絡を取ってくれて、非常に助かっている。

(3) 連絡、連携の手段や頻度

- 当該医師との連絡手段はほとんどが携帯電話。何か問題が起きた時にすぐに連絡を取ってもらう体制をとっている。
- 当該医師からの申し出もあり、連絡を頻繁に行うようにしている。他の診療などで直接連絡が取れない場合は、診療所にメッセージを残してもらうようにしている。
- 大学病院等大きな病院では医師に連絡を取るのが難しい。FAXも活用す

る。

- 指示書をもっている医師は少なくとも 60 名程度はいる。指示の出し方は医師によって、また、医療機関によって異なる。
- 地域の医師会ごとに在宅に対する考え方が異なる。

(4) リスク管理方法や緊急時の対応法方針 / 指示書

- 病名や利用者の状態に応じて「全身管理」「排便コントロール」「内服コントロール」等を指示書に記載している。ALSの利用者は「転倒しやすい」等のリスク注意書きをすることもある。
- 神経難病の利用者が多いということもあり、リハビリをお願いすることも多い。その場合、ステーションと電話やFAX等で相談しながら、嚥下訓練してほしい等を依頼している。
- 普段、利用者に接しているのは看護師やリハ職なので、看護師やリハ職が異変に気づいて医師に連絡することが多い。
- その他ケアマネジャーが気づいて医師に伝えることもある。
(リハに詳しくない医師の場合)
- ケアマネジャーが「リハが必要」と思い、医師に相談しても相談に応じてもらえず、指示が出さないこともある。
- 指示を出すのはあくまでも医師。近隣の医師と顔の見える関係を作るように心がけている。看護師やケアマネジャーから提案して医師が「いいよ。」と言ってくれ、リハにつながるケースもある。そういうことを積極的にやっていくことが長い目で見た時に効果的だと考えている。
- 以前、運動時のバイタルサインの下限値を確認したいことがあったが、医師から書面で指示を頂きたかった。その為、利用者に紙を渡し、紙の上部には質問事項を記入、紙の下部は空白にし、医師に渡すようなことをしていた。ほとんどの医師が記載してくださったが、中には医師から「(このようなやり方は) やめてくれ」と怒られたりしたこともある。このケースでは医師側からは代替案は示されなかった。
- 呼吸困難の利用者に対する対応等へのフォローや嚥下障害のある利用者に対するフォローの仕方
 - ・現場（ヘルパー等）から声が上がることが多い。医師は限られた時間の中での診療なので、どうしても全てをカバーできない。普段関わっているヘルパーさんや看護師等から声をあげてもらったほうがよい。
 - ・日常生活をケアしているヘルパーが気づいてくれるとよい。状態が悪くなってからではなく、事前にどこまで気づけるかがポイントとなる。
 - ・神経難病の利用者は嚥下機能が落ちていくことが分かっているので、医師の許可を得た上で言語聴覚士が評価するような仕組みがあるとよい。

3 リハビリテーションマネジメントの状況

(1) 初回訪問

- 訪問リハビリだけの希望だとしても初回訪問は看護師（原則、管理者）が訪問するようにしている。
- 最初に、利用者の「年齢・診断名・状態」等を連絡してもらい、病院やケアマネジャーから「訪問看護を週に1回」「訪問看護を希望していないのでリハを週に1回」等のざっくりとした依頼が届く。
- そのうえで、リハ職と訪問看護師と一緒に訪問している。「訪問看護師は何をしてくれるの」等、訪問看護師の必要性を理解してもらえない場合もあるが、初回はできる限り訪問しているようにしている。
- 夏は脱水、冬は肺炎を起こしやすい等もある。問題が見受けられた場合、また、ケアマネジャーが同席していれば、その場で訪問看護の導入を決めてしまうこともある。
- 初回訪問で特に問題がなければ、リハ職に任せている。定期的に看護師が訪問するようなことはしていない。リハ職から「状態が変わってきた」等の連絡を受ければ、看護師が同行することもある。同行しても報酬はつかないが、必要と考え、当事業所では同行するようにしている。

(2) 理学療法士等の訪問の実施 / 質の管理

- 訪問後には、報告会を毎日実施している。状況を報告し、都度確認し、その場で解決するようにつとめている。解決できない内容については2週に1度のカンファレンスで共有・解決するようにしている。
- 計画は利用者に出会った後に作成している。訪問看護だけの場合は看護師が作成、リハ+訪問看護はそれぞれが作成し、リハのみの場合はリハ職が作成した後、管理者が確認している。

(3) 看取りの場におけるリハ職の役割

- どの時期までリハ職が介入するのが有効なのかは悩む所ではある。がん末期の利用者に対する訪問看護が増えてきており、そういった場面にリハ職が入ってくことも増えてきている。
- 終末期の状態でも、少しでも体を動かせることに喜びを見出した利用者もいる。そのような場面をみているとリハ職として最後まで関わる必要があると思える。

(4) 終了 / 目標設定

- ケアマネジャーによるケアプランが前提ではあるが、内部で目標を設定している。訪問看護では毎月報告書を医師に提出するので、そのなかで、目

標に対する進捗状況を確認している。

- 利用者の中には目標志向の方もいる。「3 カ月間で買い物いける」という目標を掲げて、リハビリをして、終了することもある。
- 以前、終了に関するデータを取ったことがある。整形の頸部骨折等の訪問は3 カ月で修了するケースが多かった。退院後、外に出ることが不安だったのでその部分をサポートしていた。
- 神経難病の利用者は状態が悪くなってからリハ職による訪問をうけることが多い。その場合は「改善」は難しく、「維持」が目標となってしまう。
- リハビリは機能訓練・機能改善することだと考えている利用者が多い。少しでもセルフマネジメントできるようにもっていききたい。

4 訪問看護ステーションからリハ職が訪問を提供するメリット

- 転びやすい等の問題を抱えている利用者も増えている。バイタルに問題がなければリハ職のみが訪問して対応することも可能であるが、訪問看護ステーションから訪問する場合、必要なときには、医師から指示書をお願い直さなくても看護師が訪問し、対応できるのはメリット。
- リハ職だけだと、排泄・食事・皮膚等のバイタルサインを見逃すことがある。最初に看護師が訪問することでバイタルサインを見逃さないようにしている。基本的なことを看護に置いているという点はある。バイタルサインはリハ職ではみられない。
- リハ職と看護師とが協働できるとよい。リハをどのタイミングで入れるのか、看護をどのタイミングで入れるのか等を見極める必要がある。その点はケアマネジャーの力量にも左右される。
- 看護だけ行っている場合でも、機能が落ちてきたタイミングでリハが入るとよい、と考えている。看護師でも訓練することはできるが、専門の職種が計画を作り、サポートしたほうがよい。
- 普段、リハ職が訪問をしていない人でも、リハ職がアセスメントしてプランを作ることがある。ただし、アセスメント評価の代金はもらえないので、その点は評価してもらえるとよいと思う。
- 褥瘡等がある場合は看護師に入ってもらいたい。「肺炎を繰り返している」「熱発を繰り返している」という場合は看護師に関わってほしい。また、神経難病を抱える利用者や症状が進んだ利用者の場合も看護師が関わっていると安心する。
- 訪問看護ステーションだと、どの医師からでも指示書もらえるが、訪問リハビリテーションはそこに所属する医師からしか指示書もらえない。そのことがネックとなり、訪問リハビリが伸びていかないのではないかと。

5 人材育成の状況

- リハ職へのキャリアラダーはあったほうがよいと考えている。ただ、看護師のように細かい基準はいらない（看護師のラダーは手技的なことが多い）。リハビリの場合は、手技も必要だが、マネジメント力がより問われる。

6 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

(1) 質の担保について

- 多職種が集まり、カンファレンス行うことが重要だと考えている。
- 最低でも週に1回30～60分程度はカンファレンスする時間を設けている。多職種で情報を共有しやすい環境を作っている。
- それとは別にリハ職だけが集まり、勉強会等をも行っている。細かく確認していると何時間も時間がかかるので、要点だけを絞り相談するようにしている。

(ICT活用について)

- SNSの普及してきているが、まだ手間がかかっている（報告書を別途作成しなければならない、病院によって導入しているソフトが異なる、等が理由）。結果として、SNSはあまり使われていない。

7 その他

(法人としての取り組み)

- 居宅介護支援事業・訪問看護・訪問介護の3事業をセットで事業展開している。12年ほど前からそのようなやり方をしている。相乗効果が高く、利用者・家族の期待に応えられる。
- 看多機の事業展開はまだ考えていない。経営状況見ると苦しい所が多いという印象。様子を見ながら検討を考えていきたい。
- 24時間365日営業する訪問看護ステーションの開設について
 - ・平成28年6月に横浜市港北区に24時間365日の体制を取っている訪問看護ステーションを開設した。横浜市全域をカバーしており、拠点から近い川崎市の一部もカバーしている。まだ、スタートしたばかりで試行錯誤の段階（赤字の状態が続いている）。
 - ・これまでもオンコール体制で24時間対応していたが、看護師の「オンコールで待つ」という負担を考えると、このこと24時間営業したほうがよいという意見があり、今回の開業に至った。

◆ L 訪問看護ステーション

事業所概要															
事業種別	訪問看護ステーション 併設居宅介護支援事業所														
法人種別	一般社団法人 (医師会立)														
所在地	山形県														
事業所職員	訪問看護ステーション ○看護師 15 名 (常勤 14 名、非常勤 1 名) ○理学療法士 4 名 (常勤) ○作業療法士 6 名 (常勤) ○事務職 3 名 居宅介護支援事業所 ○ケアマネジャー 7 名														
規模 (利用者数)	訪問看護ステーション ○訪問看護利用者 157 名 ○理学療法士等訪問利用者 170 名 ※利用者のうち 21.3%が看護師による訪問・理学療法士等による訪問ともに利用 ※介護保険と医療保険の構成比 看護 6 : 4 程度 理学療法士等訪問 7.7 : 2.3 程度 居宅介護支援事業所 ○184 名 (予防も含む)														
主な加算届出状況	<table border="0"> <tr> <td>介護保険</td> <td>医療保険</td> </tr> <tr> <td>○緊急時訪問看護</td> <td>○24 時間対応体制加算</td> </tr> <tr> <td>○特別管理加算 (I)</td> <td>○機能強化型訪問看護管理療養費 1</td> </tr> <tr> <td>○特別管理加算 (II)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○ターミナルケア加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○サービス提供体制強化加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>○特別管理加算</td> <td></td> </tr> </table>	介護保険	医療保険	○緊急時訪問看護	○24 時間対応体制加算	○特別管理加算 (I)	○機能強化型訪問看護管理療養費 1	○特別管理加算 (II)		○ターミナルケア加算		○サービス提供体制強化加算		○特別管理加算	
介護保険	医療保険														
○緊急時訪問看護	○24 時間対応体制加算														
○特別管理加算 (I)	○機能強化型訪問看護管理療養費 1														
○特別管理加算 (II)															
○ターミナルケア加算															
○サービス提供体制強化加算															
○特別管理加算															
その他系列法人にて開設している施設・事業所	病院 (療養病床 120 床)、介護老人保健施設 (定員 100 名) 健康管理センター 地域包括支援センター、訪問入浴事業所														

<p>事業所沿革・特徴等</p>	<p>1996年から訪問看護を開始。 2000年から訪問リハビリテーションも開始したが、2005年に訪問リハビリテーション事業所は廃止し、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に整理した。 以前は担当地域毎のサテライト事業所（4か所）に看護師を配置していたが、現在はサテライトに常勤で人員配置しておらず、遠方エリア訪問時の拠点（休憩、事務作業等）として利用している。</p>
------------------	--

1 事業所の主な利用者像、ニーズ等

（対象地域）

- 対象エリアは広範囲であり、訪問に最長50分（自動車利用）かかる地域もある。

（利用者像・ニーズ）

- 利用者の要介護度の分布は要介護5が最も多く、次いで要介護2が多い。理学療法士等の訪問は軽度から寝たきりまで様々な状態の方が利用している。

（連携先事業所数）

- 129名の医師から訪問看護指示書（理学療法士等が訪問するケース）をもらっている。各開業医につき利用者は1~5名程度である。
- 連携先居宅介護支援事業所は48件（地域包括支援センター8か所、施設ケアマネジャーを含む）、ケアマネジャーは160人程度である。各事業所の所属ケアマネジャー数は平均5~6名である。

（他サービスの併用状況）

- 当ステーションの利用者で、複数の訪問看護ステーションの併用や、看護職員による訪問については別の事業所というケースも数名存在している。
- 通所リハビリとの併用者は多い。

（訪問リハビリテーション事業所との違い）

- 訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問は、医師が他の医療機関である訪問リハビリテーション事業所に依頼をするよりも、依頼をしやすいと思われる。また、医療的ケア、褥瘡のケアなどが必要になる場合は看護師の訪問が必要になることから、訪問リハビリテーション事業所に比べて、寝たきり、要介護度の高い方等重度の方が多くなる印象はある。また、末

期がん、ターミナルの方にも対応している。

- 訪問リハビリテーション事業所からの訪問の場合、除圧やポジショニングはできても薬の塗布などはできない。

(ターミナル期のリハについて)

- ターミナル期は、今までできていたことがどんどんできなくなっていく中でのリハビリテーションとなる。他の疾患に比べると進行は速いが、福祉機器の適切な利用で維持できる活動や、残された期間を楽しく過ごす活動により QOL 向上につながる。
- 本人の意欲（モチベーション）や本人にとっての意味ある活動に働きかけることができれば、リハ職が入ることで QOL が向上し、家族も喜ぶ。理学療法士等訪問により、住み慣れた地域・場所で生活し続けるための一端を担えるのではないか。実際に、「利用者がこんないい顔をしてくれる」、ということを経験している。改善に向かわせるだけではなく、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問はそういう意味もあるのではないか。
- 末期がんの利用者の中には、ご本人ががんをみとめているかどうかは分からないものの、いろいろな不安やスピリチュアルな痛みに対してあきらめずにリハビリなどを頑張ることで自分自身を保とうとしている人達があり、そういう方にはターミナルのリハビリが必要である。リハビリが入ることにより、希望が生まれる場合もある。例えば、何もできなくてもリハ職が訪問した時に好きな音楽を流すという活動をしている方もおり、『活動性が無い＝リハビリが必要ではない』とは言えない。
- がん末期の場合は医療保険になるので 30 分以上 90 分未満で実施しているが、体調によって利用時間は調整している。

(利用者事例 1)

- 脳梗塞右麻痺、退院時要介護 2 から現在は要支援に改善。
- リハビリテーション病院退院直後から訪問を開始。ご本人を交え目標設定し、家事動作、自宅内の移動等から徐々にできることを増やしている。現在は、趣味活動の再開や、趣味活動の場まで歩いていくことを目標にしている。
- 家事を行いやすいよう、環境調整や住宅改修へのアドバイス等も実施した。
- 本人の意欲も高く、より健常に近い活動ができるようリハビリを継続したいという意向がある。理学療法士等訪問の継続利用で対応となっているものの、より早期に卒業を意識することでインフォーマルサービスにつながる事ができた可能性もあったのではないかと考えられる事例である。

(利用者事例 2)

- 慢性肺気腫で呼吸リハビリを利用。要介護 4。
- 地域内 ICT 連絡ツール Net 4U (後述) を利用してかかりつけ医とリハ職の報告、情報共有を行っている。
- 訪問看護、訪問入浴を利用していたが、ベッドからソファへの移乗等が困難となり、このままでは筋肉が萎縮し、完全に動けなくなってしまうという危機感からリハを開始した。想定以上に呼吸器リハなどが実施でき、車いす移乗ができるようになった。リハビリ開始前は寝たきりであったが、車いすを用いて家の外を見られるようになったため、生活にはりが出るようになった。
- この事例の利用者は呼吸状況、要介護度が高いことに加え体格が大きいこともあり移動が非常に困難であった。この事例のように、訪問サービスでないと診療やリハビリが受けられない方もいる。

2 訪問リハビリテーション事業所（訪問看護ステーション）と事業所医師、情報提供している他の医療機関の医師、かかりつけ医の連携状況および連携における課題

(1) 訪問看護指示書について

- 訪問看護指示書にはリハビリ内容の細かい指示はないため、ケアマネジャーが目標の聞き取りを行い、その目標に立った個別計画をリハ職が立てている。
- ケアマネジャーがサービス内容確認書を出すときは、利用者の状態や、本人の希望内容等を情報提供として医師に伝えるようにしている。
- リハビリのプログラム内容についてはリハ職に任せてもらえることが多い。月 1 回の計画書と報告書は必ず主治医に報告している。

(2) リスク管理方法や緊急時の対応法方針

- 注意事項としては、骨粗鬆症をもつ利用者の転倒注意指示や、立ち上がり時に危険回避能力が低い人に関する注意など、禁忌事項に関するものが多い。

(3) ケアマネジャー等多職種を含めた連携のあり方 等

(連携先医師からみた事業所選定・連携状況)

- ヒアリング同席の連携先医師診療所は准看護師 3 名、事務 2 名の診療所であり、併設事業所は設けていない。
- 医療機関が実施している訪問リハビリテーション事業所は、様々な患者に対して訪問リハを行っているものの、実施内容について外部に情報が伝わ

らない印象を持っている。理学療法士等が所属している訪問看護ステーションは他にもあるが、力量が分からないため、理学療法士等訪問が必要な場合は、現実的にはヒアリング対象事業所しか依頼する先がないという状況である。

- 連携のツールとしては、地域内で医師会が主体となり提供しているソーシャルネットワークサービスを利用できると、一番便利である。
- リスク管理については、利用者に急変時の対応を伝えるとともに、バックアップ医師にも依頼をしている。また、前述のソーシャルネットワークサービスを開けば、利用者の最近の状況が分かるようになっている。

(ケアマネジャーからみた事業所選定・連携状況)

- 訪問リハビリと訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問についてケアマネジャーの立場としては特に使い分けはしていない。利用者宅からの距離の近さや、言語聴覚士が在籍しているかを考慮して選定している。また、リハビリテーション病院に引き続き関与してほしい場合、病院からの訪問を選定することもある。
- 基本的には情報共有しやすいケアマネジャーの近隣事業所に依頼することが多いが、利用者には事業所の特徴を説明するようにしている。

(通所リハビリとの連携)

- 通所リハビリとの連携は、担当者会議や目標設定の際に行っている。本来であれば訪問スタッフが自宅での生活を把握→情報共有となるが、通所リハビリと連携することで情報を共有しているケースもある。事業所間でそれぞれ評価を行い、ケアマネジャーに伝えている。リハビリテーションマネジメント加算を算定している通所リハビリテーション事業所の場合は、リハビリテーション会議が開催されるため、会議時に現在の課題や今後のサービスについて評価している。
- 関係者が集まるのが難しいので、担当者会議があるときに同リハビリ会議についても同時開催することが多い。通所リハビリで連絡ノートを作っていることもあるので、それを利用して訪問リハと情報共有するケースもある。
- 通所リハを併用することでより早く利用者が動けるようになっていくと感じている。

(4) マネジメントの状況、質の管理について

(初回訪問以降の流れ)

- 看護職員による訪問→理学療法士等による訪問利用となるケースも、理学

療法士等による訪問利用→看護職員による訪問のケースもある。ケアマネジャーから依頼されリハビリ開始となるケースが多い。

- ケアマネジャーが利用者の身体状況等含めたモニタリングで訪問した際、状態に変化がありリハビリが必要であれば利用者・家族に相談し、医師に確認書を出してもらっている。
- 訪問看護からの情報で理学療法士等による訪問を入れる場合もある。
- 訪問看護ステーションの新規利用申し込みは理学療法士等による訪問利用と看護職員による訪問利用を分けて受け付けている。両方同時に利用開始となる場合もある。
- 管理者が必ず初回訪問するというのではなく、ケアマネジャーからの依頼に応じて必要な職種が訪問していく。

(マネジメント、質の管理の方法)

- 興味関心チェックリストや会議の開催などが訪問リハビリテーションのリハビリマネジメントでは指定されている。訪問看護ステーションの場合、指定様式はないが、利用者が何を求めているのかをアセスメントしている。リハビリテーションマネジメント加算がつかなくてもプロセスとしては同じようなプロセスをやっていかないと目標にたどりつかないと考えており、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問でも訪問リハビリテーションと同様のマネジメントを行っている。

(カンファレンス・同行訪問)

- ケースカンファレンスを実施することで、質の担保を図っている。
 - 困難ケースの検討や症例検討なども実施している。月 1 回、地域で症例検討会や緩和ケア検討会を開催しており、この場に事例提供して多職種で検討することもある。その他、ケア会議での検討も行っている。
 - 困難事例に関しては月に何回かミーティングがあるため、その際に意見をもらうようにしている。
 - 地域の症例検討会や医師会内の療法士間の症例検討も行っている。看護も症例検討会があるので、合同カンファレンスとすることもある。
 - 訪問リハビリテーション利用者の単独担当は原則としてしないようにしており、複数担当者による同行訪問をしている。単独訪問では気づかない部分に気づくことができたり、担当者が休みの際に担当できるようにしている。複数担当者がある方が、症例をディスカッションしたり悩みを共有したりすることができる。他の人の視点を入れることで手技や考え方もお互い気づき合うことができる。
- (ただし、利用頻度が 1 か月に 1 回程度の人の場合には複数名担当になると継

続したコンタクトを取りづらくなるので、単独担当する場合もある。)

(5) 人材の確保・育成の状況

(人員体制)

- リハ職は10名しかいないため、地域別グループ編成が難しい。今は、曜日や午前・午後等で調整するようにしている。
- 訪問看護ステーション内は、看護部門とリハビリ部門があるイメージである。同じフロアに看護師、リハビリ職、訪問入浴の40名程度のスタッフ在籍しており、部門間に仕切りはないので情報共有しやすい。サービスを併用している利用者に関しては昼休みやちょっとしたタイミングで情報共有ができています。

(配属について)

- 在宅サービス提供は一人での訪問であるため、新卒での配属は大変である(当法人でも過去には新卒で配属になった人もいたが苦労したようである)。当法人の場合、最近の配属の傾向は、最低3年以上は病院の医療機関で経験した者が配属されるようになってきている。

(人材育成について)

- リハビリ専門職の学校教育の基礎的な分野(解剖学、生理学、病理学、運動学、医学英語など)は共通であり、最終学年で作業療法的分野、理学療法的分野の教育が分かれる。臨床教育の中でこのベースに基づき、急性期・回復期・維持期、地域リハビリテーション、小児、精神などのスキルを上げていく。どの分野も、リハビリテーションのコンセプトはその人がより良い生活をしていくことであり、専門分野は違っても基本は同じであると考えている。
- 訪問業務については始めのうちは、利用者と一対一であることなど、病院と自宅の違いなどでとまどう場合がある。病院は病気を治すことが目的の“仮の場所”であり、患者-リハビリの先生という関係性が成立するが、在宅は利用者にとっての生活空間であり、リハビリをするだけの場所ではない。そのため、利用者にとってこれからどのような生活をしていくことが幸せに繋がるかを一緒に考えていく視点を持たないと、利用者に受け入れてもらえない。
- 病院所属のリハ職員も、院内でサービス提供した人が在宅でどうなっているのか知りたいと思っている。訪問業務を経験することで全体が把握できるのはよいことではないか。当法人では半年ほど前から、病院のリハ職が退院後の訪問に同行する仕組みを導入している。この経験により、院内で

も在宅を想定したリハビリを実施できる。このように、意識が高いリハ職には色々とところで学んでほしい。在宅の場合は色々な経験が役立ち、急性期、回復期、高齢者施設などでの経験が活かされる。

- 特に、訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の場合は子供から大人・高齢者まで対象者となるので、過去に経験を積んでいれば小児の依頼があっても怖気づかず対応できる。そういった経験を事業所内のスタッフに伝えられれば、事業所としても経験知が上がる。
- 病院～在宅まで経験することが自分の気づきにもつながり、医療と介護のシームレスな連携にもつながっていくのではないかな。

(職員異動について)

- リハ職は法人内事業所で年 2 回定期的に人事異動がある。異動したスタッフが退院後の利用者を担当することもある。
- 担当者が変わることに不安を感じる利用者もいるが、少数であったり、一時的である。むしろ、担当変更は新たな視点で関わることで、利用者、担当者共にメリットが大きくなる場合も多い。

(6) 地域における連携状況、地域包括ケアにおける役割分担

- 地域内に訪問看護ステーションは7か所あり、うち3か所は理学療法士等訪問も実施している。また、うち1か所は精神専門の訪問看護ステーションである。
- 訪問リハビリテーション事業所は2か所開設されている。
- 地域的にも行政で介護保険事業所部会があり、年に1回は集まって勉強会などを実施しており、地域内の連携もできている。

3 ICT 活用について

(1) ICT 導入状況

- 地域医師会主導で Net4U というソーシャルネットワークシステムを展開している。当システムの利用対象は地域内の病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護事業所等であり、地域電子カルテネットワーク連携機能も備えている。
- 近隣の居宅介護支援事業所は全て当システムに入っているのでつながることができるが、市内の他の事業所は入っていないところもあり、情報共有が困難である。有料老人ホーム入居者など、協力医として診ている人などはこのシステムを活用してつながることができるが、事業者が導入していないと使えない。先方からも何も知らせて来ないと、医療情報が分からなくていいのか、とってしまう。

- 内科系の診療所はほとんど導入しているものの、活用度はそれぞれである。
- 介護事業所数は少ないが、訪問する対象地域が広いため、介護事業所の職員は多忙である。その中で ICT を導入していることで、業務を省略化できていると思う。

(2) 活用方法

- 機能は向上しており、今までは誰が閲覧したかが把握できなかったが、最近のリニューアルで把握できるようになった。関係者が見てくれているかどうか不安に感じることもあるが、既読者が分かると安心である。医師も、Net4U で情報共有すると 1 両日程度で返事が可能である。
- すぐに見て欲しい場合は入力後電話したりする。また、緊急の場合は Net4U ではなく、電話を利用する。当システムの導入により、FAX はほとんど使わなくなった。
- システムへの登録は、当初かかりつけ医が訪問看護ステーションを招待する等の流れが基本だったが、医師が熱心でないと使わないということもあった。現在はかかりつけ医が登録しなくても使用可能になっている。連携にアレルギーがある医師はまだいるため、そういった人は「入らないとついていけない」と仕向けていくしかないのではないかと。

(3) 他システムとの連携

- 地域の診療情報共有システムである ID-Link は酒田地区先行して開始されており（ちょうかいネット）、鶴岡地区でも後に導入された。Net4U はちょうかいネットと双方向でリンクしている。
- 患者・利用者ご家族と事業所のやりとりに利用するシステムとしては Note4U があるものの、まだ利用率は低い。ヒアリング対象ステーション内では 2 件利用実績がある。ヘルパーにも入力してもらえるようにできればより情報を活用できるのではないかと。異常値が入力された場合、アラートが出るといった機能もある。

4 サービス提供やかかりつけ医との連携（指示の在り方等）に関する課題、訪問リハビリテーションの今後のあり方 等

（訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の役割分担）

- 訪問リハビリテーションでは自立支援という視点から、バス昇降練習や買い物練習もできるようになってきているが、訪問看護ステーションでは居宅内サービスという観点から、居宅以外では実施できない点には課題があると思われる。当ステーションでの事例で、末期がん患者が在宅に戻った

際、自分の畑を見に行きたいという希望があった。居宅内でのサービスではないということで実施可否について厚生局に問い合わせることになったが、明確な回答は得られなかった。結局、ステーション判断による実施ということになり、保険外で5,000円/時間の設定で対応した。本人は満足したが、結果的に1万円の請求をすることになってしまった。

- その人がどのように生活したいのかを考えてケアマネジャーも計画を立てるため、どうやってこの家で暮らしたいか、生活したいかを一番に考えなくてはいけない。特に、末期のがんの人はそういうことも希望につながる。実際、リハ職がターミナル期の人の買い物をしたいという希望を叶えるために目標設定し、活動した事例もある。
- 訪問リハビリテーションでは、リハビリ専門職が介護職に指導した場合、リハビリテーションマネジメント加算が算定できる。しかし、訪問看護からの理学療法士等訪問では、同じことを行っても算定できない。

(サービスの併用について)

- 訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問が併用できるのかについて市役所に確認したことがある。制度的には可能と思われるが、言語聴覚士の訪問が必要だが利用事業所に所属していない等、ケアプランの中に、なぜ併用が必要なのか正当な理由を提示してほしいとのことであった。

(かかりつけ医向けマニュアルについて)

- 全国一律の手引きを作ろうとすると内容が一般的になりすぎてしまう。地域の状況に合わせた地域版でないと使えないのではないか。当地域ではNet4Uによる連携が進んでいる。そういったツールがあるところとない所では実施方法が異なるのではないか。

(ICT活用について)

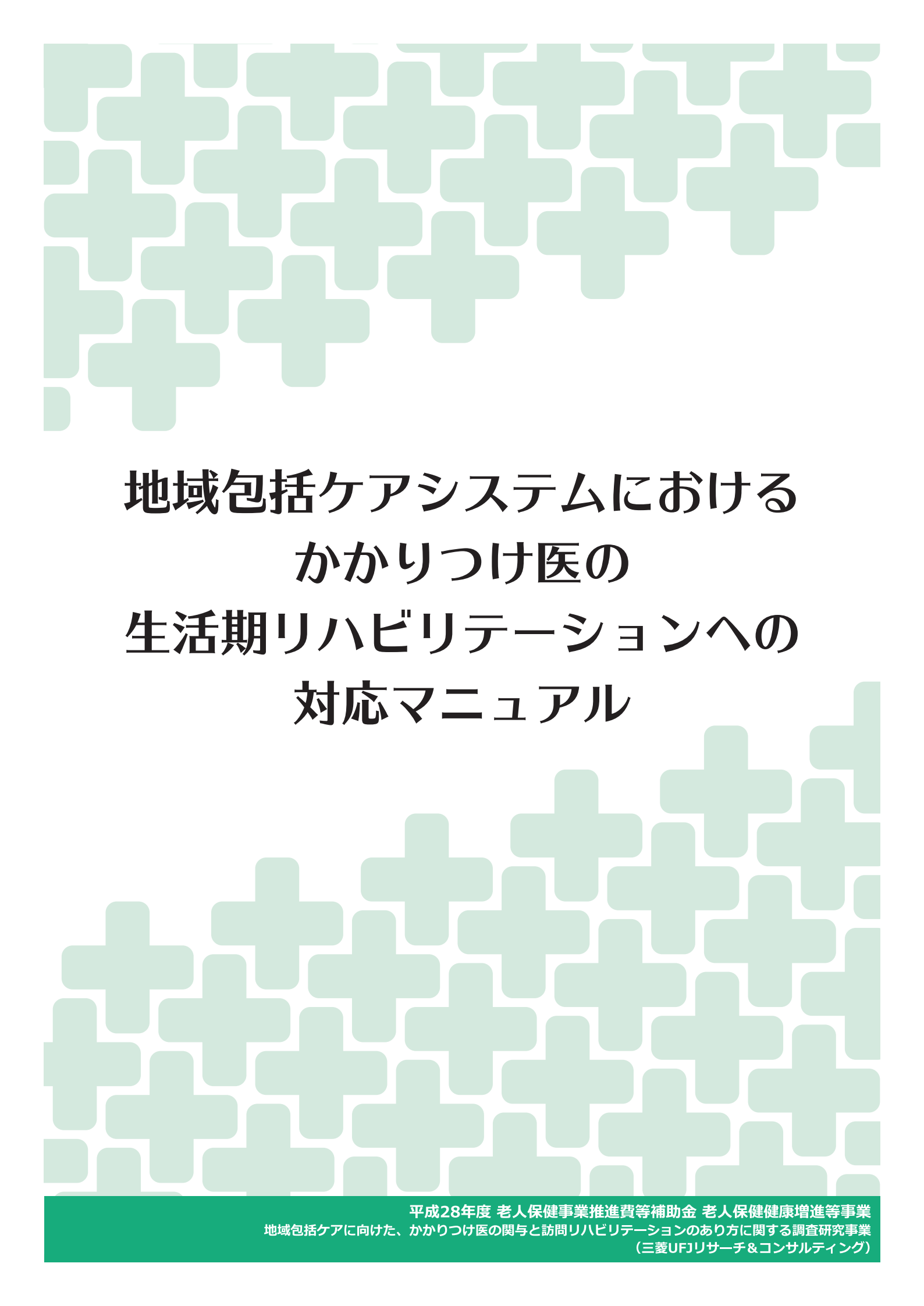
- 当エリアのNet4Uは全国で様々な利用の可能性がある。利用が広がってくればNet4Uの研究大会など開いて情報交換できるのではないか。

(リハビリテーションの必要性についてのアセスメント)

- リハビリ専門職によるサービス必要性の判断や、利用者に直接関わるヘルパー等へのアドバイス実施などにリハビリ専門職が関わるためには、利用者との契約が必要となる。長期・継続的な利用の場合は契約が必要だが、リハビリテーションの必要性の判断をしたり、ちょっとしたアドバイスをするような場合は、気軽に専門職のアドバイスを活用できるようになるとよいのではないか。

第3章

地域包括ケアシステムにおける
かかりつけ医の生活期リハビリテーション
への対応マニュアル



地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の 生活期リハビリテーションへの 対応マニュアル

目次

本マニュアルで使用する略語一覧

I	はじめに	1
II	地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割	2
III	地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方	4
IV	リハビリテーションを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割、 かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方	6
	1. 介護保険におけるリハビリテーションの流れ	6
	2. かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたり必要な情報	8
	(1) 経過	8
	(2) アセスメント項目	9
	(3) リスクに関する情報	9
	(4) 禁忌事項・中止基準	9
	(5) 診療情報提供書の例	10
	3. かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報	14
V	生活期リハビリテーションにおけるリハビリテーション指示医の役割	16
VI	地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリテーションに関わる専門職等	18
	1. ケアマネジャー	18
	(1) ケアマネジャーの役割	18
	(2) ケアマネジャーのアセスメント	18
	(3) 多職種との情報共有におけるケアマネジャーの役割	19
	2. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	20
	(1) 理学療法士 (PT)	20
	(2) 作業療法士 (OT)	22
	(3) 言語聴覚士 (ST)	25
	3. 看護職員	27
	(1) 看護師の役割	27
	(2) 連携上の留意点	28
	4. 介護職員	30
	(1) 介護職員に期待される役割	30
	(2) 連携上の留意点	31
	5. その他の関係する専門職等	32
	(1) 歯科医師、歯科衛生士	32
	(2) 管理栄養士	32
	参考：機能訓練指導員	33
VII	地域包括ケアシステムにおいてリハビリテーション等を提供するサービス	34
	1. 医療保険におけるリハビリテーション	34
	(1) 医療機能の分化・連携とリハビリテーション	34
	(2) 病期毎のリハビリ	35

2.	介護保険におけるリハビリテーション	38
(1)	通所リハビリテーション	38
(2)	訪問リハビリテーション	40
(3)	介護老人保健施設、短期入所療養介護	43
(4)	介護療養型医療施設	45
3.	その他のサービス	46
(1)	訪問看護	46
(2)	訪問介護	46
(3)	通所介護	46
(4)	福祉用具貸与・住宅改修	46
VIII	リハビリテーションの必要性に関する気づき、留意事項等	47
1.	総論	47
2.	リハビリテーションの適応となる障害像の例と留意事項	48
(1)	関節可動域の制限	48
(2)	筋力低下	48
(3)	歩行障害	49
(4)	運動麻痺	50
(5)	疼痛	50
(6)	失語症	50
(7)	構音障害	51
(8)	高次脳機能障害	51
(9)	摂食・嚥下障害	52
(10)	呼吸機能障害	53
(11)	循環機能障害	55
(12)	排泄障害	57
3.	生活期のリハビリテーションの対象となる疾患の例と留意事項	58
(1)	脳血管障害	58
(2)	がん	59
(3)	廃用症候群	60
(4)	老年症候群	60
(5)	認知症	60
IX	介護予防の取組	62
1.	介護予防の理念、かかりつけ医との関わり	62
2.	地域における介護予防の取組	62
X	地域リハビリテーションの理念と概要	64
1.	地域リハビリテーションの理念	64
(1)	地域リハビリテーションへの取組	64
(2)	地域リハビリテーションの定義	65
2.	地域リハビリテーション活動の実際	66
3.	今後の地域リハビリテーション	67

執筆者一覧

本マニュアルで使用する略語一覧

本マニュアルでは、以下の略語を使用しています。

リハビリ	リハビリテーションの略 (「リハ」と略されることもありますが、本マニュアルにおける略語は、原則として「リハビリ」を使用しています)
リハビリ専門職	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の総称
ケアマネジャー	介護支援専門員
PT	理学療法士の略称 Physical Therapist の略
OT	作業療法士の略称 Occupational Therapist の略
ST	言語聴覚士の略称 Speech-Language-Hearing Therapist の略
ADL	日常生活動作 Activities of Daily Living/Life の略
IADL	手段的日常生活動作 Instrumental Activities of Daily Living/Life の略
ICF	国際生活機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health の略
QOL	生活の質 Quality of Life の略
QOD	死の質 Quality of Death の略
ICU	集中治療室 Intensive Care Unit の略
CCU	冠疾患集中治療室 Coronary Care Unit の略
HCU	ハイケアユニット High Care Unit の略
SCU	脳卒中ケアユニット Stroke Care Unit の略
SPDCAサイクル	調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のサイクル

I

はじめに

地域包括ケアシステムの構築において、かかりつけ医は多職種連携のリーダーとして、全体をマネジメントすることが求められている。医療機関の機能分化により、急性期・回復期の入院医療を受けた人が地域に戻って来て、引き続き生活期のリハビリテーションを受ける場合が増加している。従来は維持期と呼ばれたが、ICFの考え方にに基づき、心身機能だけでなく、活動や参加の視点を重視したよりエビデンスのあるリハビリが求められており、最近では生活期という呼称が用いられる。

地域包括ケアシステムにおいては、住み慣れた地域での生活をできるだけ長く継続するために、介護保険の理念である自立支援や介護予防が重視されており、とくにリハビリと栄養の役割は重要である。かかりつけ医はいち早く地域に戻った患者のリハビリの必要性に気づき、適切な医療・介護サービスにつなげられるように、生活期リハビリの適切な実施のため、実際にリハビリの指示を出す医師が必要とする情報を提供することが求められる。

本手引きは、かかりつけ医が生活期リハビリへの理解を深め、リハビリ指示医へ適切な情報提供を行うために参考としていただくことを目的に作成した。とくに前半は、地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割に始まり、リハビリのあり方、およびリハビリを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割と、かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方をまとめている。その後、生活期リハビリにおけるリハビリ指示医の役割をはさんで、地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリに関わる専門職種を紹介した。後半は、地域包括ケアシステムにおいてリハビリを提供するサービスを紹介するとともに、リハビリの必要性に対する気づき、留意事項を記載し、最後に介護予防の取り組みと地域リハビリテーションの理念の概要を述べて終わっている。

地域リハビリテーションの最新の定義は「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。」であり、地域包括ケアシステムの提唱者である広島県公立みつぎ総合病院の山口昇先生が地域リハビリテーションのパイオニアの一人であるように、地域リハビリテーションこそが今日の地域包括ケアシステムの大きな源流となっている。

本手引きが多くのかかりつけ医の実践に少しでも役立つものとなることを期待している。

II

地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている。

超高齢社会では、高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるため、これまでの二次医療圏単位の急性期の大病院を頂点とし、かかりつけ医を底辺とする垂直連携中心から、日常生活圏域毎にかかりつけ医をリーダーとして、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院が、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護施設などと水平に連携する地域包括ケアシステムが中心となる。

なお、地域包括ケアシステムにおいて、入院医療、外来医療、在宅医療は対立するものではなく、住み慣れた地域の中で、有床診療所や中小病院の入院や在宅介護だけでなく施設介護も含めて必要に応じて利用しながら、できるだけ長く暮らせるようにすることが重要である。高齢者の軽症から中等症の急性期患者が救急車で遠方の急性期の大病院の救命救急センターに搬送されるようなことはできる限り避けなければならない。

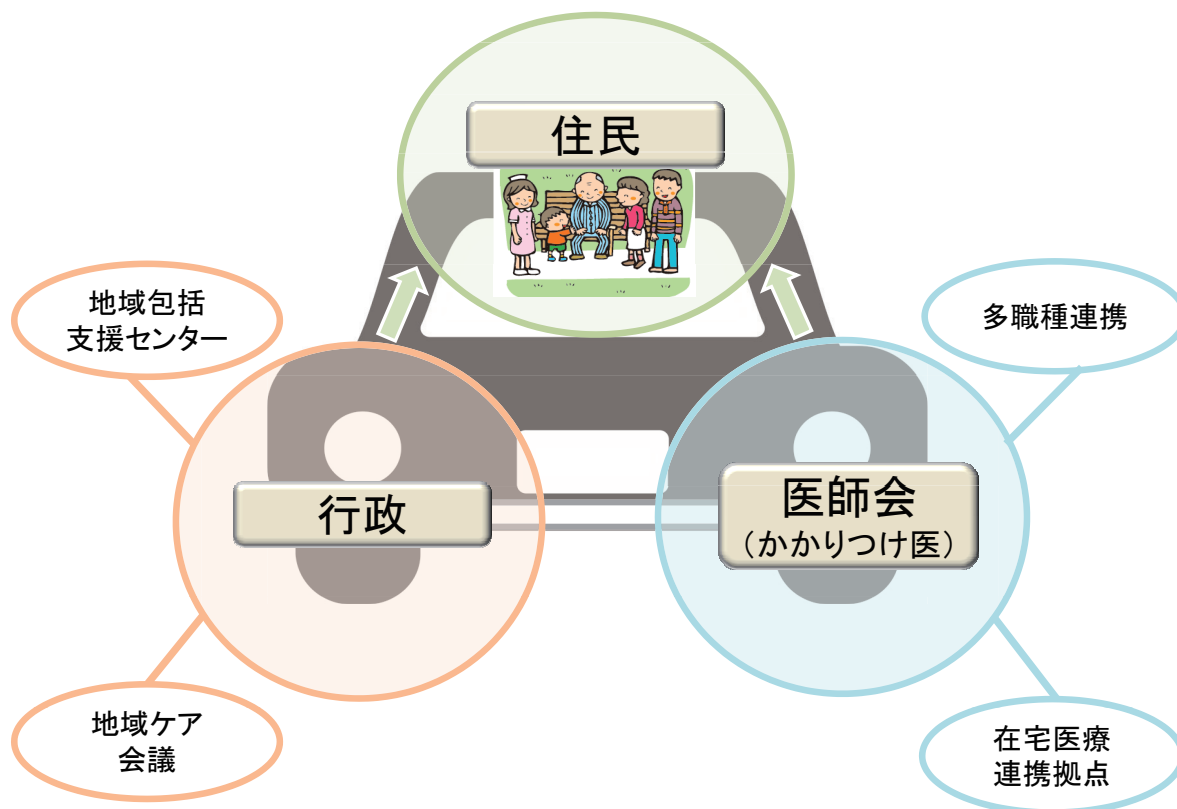
ちなみに急性期の大病院は、地域包括ケアシステムの外側で、二次医療圏の最後の砦として機能をより高めるとともに、病床数は公的病院を中心に削減する必要がある。

地域包括ケアシステムを構築するためには、市区町村行政と郡市区医師会を車の両輪とする推進体制を確立する必要がある（図表1）、小規模な医師会は複数が協力したり、近隣の大きな医師会や都道府県医師会が支援する必要がある。郡市区医師会は多職種連携の推進役になるとともに、住民と大学や研究機関などのアカデミアをつなぐ役割も果たす必要がある。

専門医がかかりつけ医になるわが国の仕組みは、高齢になっても地域に貢献する医師が多いわが国にふさわしいあり方である。新専門医制度により総合診療専門医が養成されても、それはあくまでも学問的な位置付けであり、地域で医療を実践するにはかかりつけ医となっていただく必要がある。かかりつけ医機能を充実・強化するために、日本医師会ではプロフェッショナル・オートノミーを発揮して、平成28年4月より「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。同研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修の3つの研修から成り、そのうち座学研修となる応用研修には、リハビリテーションも含まれている。3年間で所定の要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証が発行されることになっており、初年度は8,000名以上の医師が研修を開始した。

今後従来のかかりつけ医は、同研修制度を受講してよりかかりつけ医機能を発揮して行く医師と、専門分野を中心に診療を行う医師に穏やかに分かれていくと考えられるが、どちらも地域医療にとって必要な機能であり、公平な評価が必要である。

図表1 地域包括ケアシステムの推進体制



Ⅲ

地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方

WHOによれば、「リハビリテーションは、能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促す全体として環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障害者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない」（WHO、1981年）と定義されている。

リハビリテーションとは、単に心身機能の改善のための手段を意味するものではなく、生活全般にかかわり、各個人の目標に沿って個別性の高い支援を行うものであると言えよう。

患者の持つ障害を多角的な視点から読み解くためのツールとして、国際生活機能分類（ICF）が活用される（図表2）。ICFでは障害を個人の生活機能として見なしており、生活機能は体の働きや精神の働きである「心身機能」、ADLや外出といった「活動」、家庭内や社会生活での役割を果たすことである「参加」の3つの要素に、「個人因子」や「環境因子」といった背景因子が複合的に関係したものとして表し、障害を因果的で運命的なものとして捉えるのではなく、独立した構成要素への働きかけと相互作用で改善させるための評価法として活用されている。

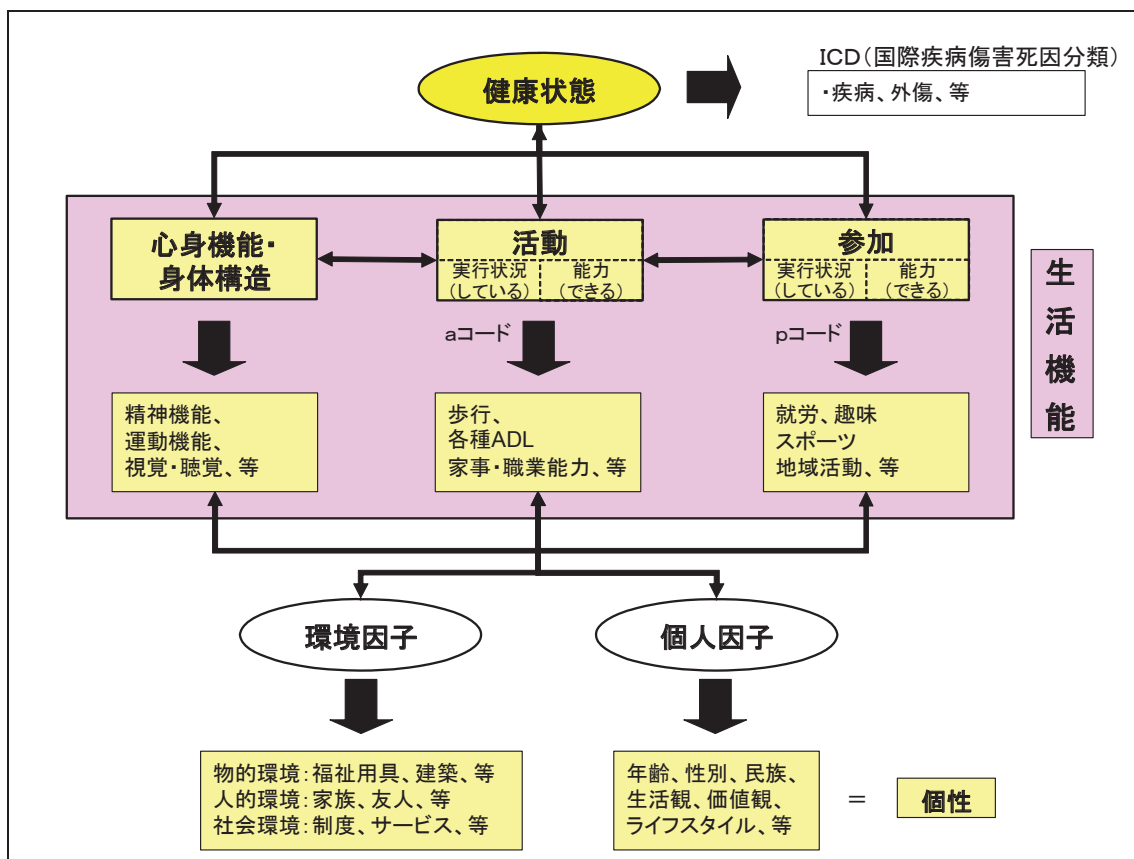
また、2000年に介護保険が導入された際、リハビリテーション前置主義という概念が提唱された（図表3）。

将来的に予測される機能・能力の低下に対して予防的な介入から開始し、仮に疾病や外傷により障害が生じた際には急性期から回復期を経て再び生活に戻るまで、絶え間なく、状況に応じて適切なリハビリテーションが提供されることで、介護保険サービスの利用を必要最低限にすることが期待できる。

医療におけるリハビリテーションでは、患者、家族を中心として医師、看護師、介護職員、リハビリ専門職、等の多職種が協働したチームによって提供されるチーム医療としての在り方が模索され、それなりの成果を得てきた¹⁾。

チーム医療の基本的な考え方は様々な医療現場で共通するものであるが、地域包括ケアシステムにおいて提供されるチーム医療には病院・施設でのリハビリテーションチームに加え、所属や立場が異なる専門職や地域住民までも巻き込んだチームの構築と、互いの特性を理解し、共通言語も用いて円滑にコミュニケーションを図りながら、質の高いチームによって効率的にリハビリテーションサービスを提供することが求められる。

図表2 国際生活機能分類



出典：厚生労働省資料 社会保障審議会第11回統計分科会（H19.3.27）資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0327-5.html>

図表3 リハビリテーション前置主義

- 1) 医療保険のリハビリサービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハビリサービスを利用する仕組みを構築すべきである。
- 2) 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハビリサービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。
- 3) 上記2点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

出典：厚生労働省中央社会保険医療協議会
 第11回診療報酬改定結果検証部会（H19.3.12）資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-9.html>

参考文献

- 1) 浜村明德「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方」MB Medical Rehabilitation No.188: pp1-6, 2015

IV リハビリテーションを提供するまでの流れとかかりつけ医の役割、かかりつけ医から関係者への情報提供のあり方

1. 介護保険におけるリハビリテーションの流れ

介護保険において、リハビリテーションサービスには以下のものがある（図表4）。

図表4 介護保険におけるリハビリテーションサービス

サービス名	介護保険法上の定義
通所リハビリテーション	居宅要介護者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
訪問リハビリテーション	居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション	居宅要支援者について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション
介護予防訪問リハビリテーション	居宅要支援者について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

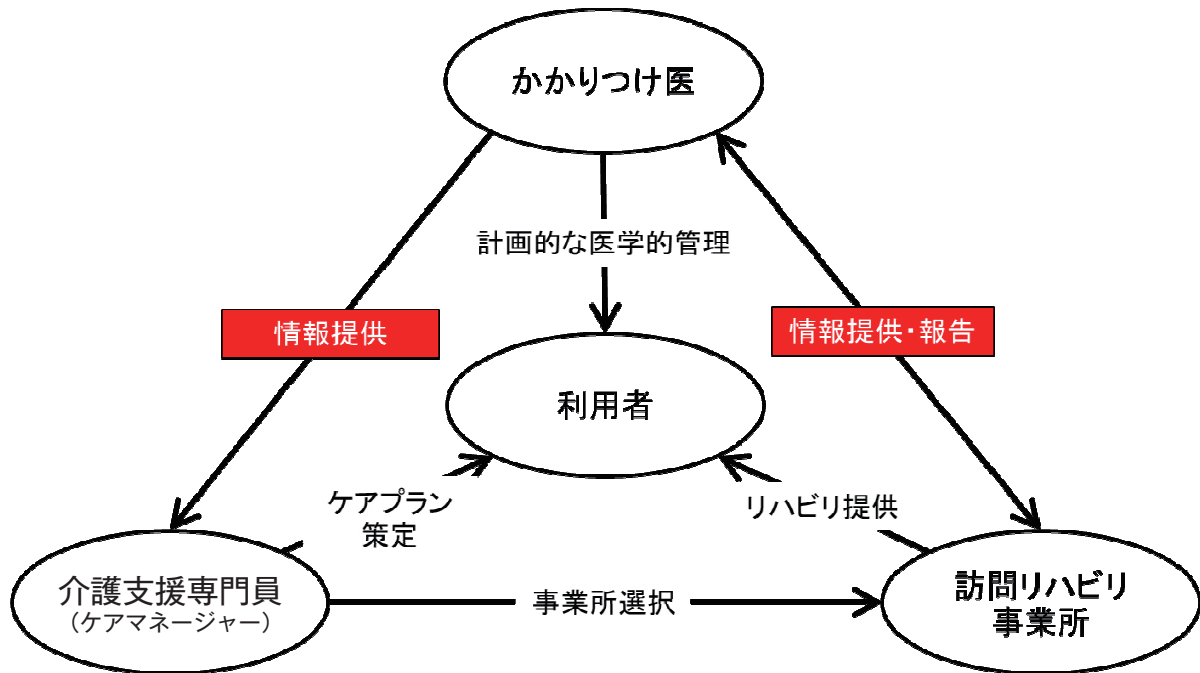
出典：厚生労働省老健局老人保健課

これらのリハビリテーションは、いずれも医師の指示の下で計画的に行われるものである。特に訪問によるリハビリテーションの場合、利用者の居宅等において、利用者とりハビリ専門職のみで実施されること等を踏まえ、かかりつけ医の医療機関と、訪問リハビリテーションを行う事業所を開設する医療機関が別の場合には、かかりつけ医から訪問リハビリテーション事業所へ利用者についての情報提供を行うこととされている（図表5）。この情報提供は、当該利用者により効果的かつより安全なりハビリテーションを提供する上で必要な情報、留意すべき情報等を備えている必要がある。

また、規定上は要件とはされていないが、かかりつけ医から介護支援専門員（ケアマネジャー）への情報提供も、よりよいケアプランの策定や事業所選択を行う上で重要となる。

この章では、かかりつけ医から、訪問リハビリテーション事業所においてリハビリテーション専門職に対する指示等を行う医師に対して情報提供を行う場合に有用となる情報について、またかかりつけ医から介護支援専門員へ情報提供を行う場合に有用となる情報について、それぞれ述べる。

図表5 介護保険における訪問リハビリテーションの流れ



出典：厚生労働省老健局老人保健課

2. かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたり必要な情報

ここでは、かかりつけ医からリハビリテーション指示医等への情報提供にあたって必要な情報を概説する。情報提供内容のポイントについては図表6を参照されたい。

図表6 かかりつけ医からリハビリ指示医等への情報提供内容のポイント

項目	記載内容、記載上の留意点等
傷病名	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能低下の原因となった診断名、発症日
その他の傷病名	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ実施に際し、リスクや制限要因となる既往症や合併症は特に重要 例:呼吸器疾患、循環器疾患、けいれん、低血糖、起立性低血圧、骨関節の状態(骨粗鬆症の程度を含む)、転倒歴、皮膚状態等
傷病の経過及び治療状況	<ul style="list-style-type: none"> 自院における経過、治療状況に限らない。 リハビリが必要になった背景や、それに係る経緯についての情報が重要 例:障害の原因、当該障害に対する治療歴・リハビリ歴
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	<ul style="list-style-type: none"> リハビリを通じて実現を見込んでいる目標 リハビリ実施に際しての具体的なリスク(服薬情報及びそれに対応した疾患名の提示があるとわかりやすい。) 利用者にとってどの程度の運動負荷がどの程度のリスクになるかの情報は、リハビリ指示医がリハビリの中止基準等を考慮する上で有用。 急性増悪の恐れがある場合、その際の対応方法や緊急連絡先 利用者本人や家族のリハビリテーションに対する期待、利用者本人の性格や嗜好についても、リハビリを計画する上で有用と思われるれば記載する。

出典：厚生労働省老健局老人保健課

(1) 経過

かかりつけ医は自施設での治療経過や既往の記載だけではなく、他施設での治療内容もわかる範囲で記載する。単なる病気の現病歴だけではなく、リハビリテーションが必要になった背景について情報提供を行う必要がある。その前提にはリハビリテーションの必要になった理由を十分理解しなければならない。障害の原因になった傷病の治療歴やリハビリテーション歴など知りうる範囲で記されていることが求められる。次に述べるアセスメント項目についてその根拠になる経過の記載があれば、適切なリハビリテーション指示の一助となる。

また、サービス提供を目的とした情報提供にあたり、リハビリテーションが必要となった経過やどのようなリハビリテーション効果を期待しているかの記載が重要である。

(2) アセスメント項目

かかりつけ医は、診断名、既往歴、リハビリテーションを行う上でのリスク（高血圧や不整脈などの心疾患の有無、糖尿病のコントロールの状況、痙攣などの既往など）、内服薬の内容と副作用（特に低血糖を起こす糖尿病薬や傾眠をきたす向精神薬など）、悪性疾患であれば予後のことやその説明内容、今後の治療方針などの情報を提供する。また、進行性疾患やターミナルなど病状の変化がある場合や急性増悪の危険がある場合は、その情報を提供することも大切である。また、緊急の連絡先も確認しておくことが求められる。

かかりつけ医は患者の一番身近な健康管理者として、患者の生活能力の変化を見逃さないようにすることが大切である。たとえば、起居動作の能力やADL能力の定期的なチェックが必要である。そのためには、生活機能を把握するために患者・家族からの情報を常日頃から聴取し、生活機能向上の可能性を判断したい。また、認知機能に関して、介護保険主治医意見書での認知機能判定や説明に対する理解度、服薬管理能力などの記載があれば有用である。

(3) リスクに関する情報

服薬情報に関して、それに対応した疾患名の提示があるとリスクがわかりやすい。治療中の疾患について自施設だけではなく、他施設での治療についても知りうる範囲で記載する。様々な疾患や病状の変化のある利用者に安全に運動負荷をかける場合、リスク管理は極めて重要である。運動負荷に影響する呼吸器疾患や循環器疾患などのある患者では治療コントロールの状況や気をつけるべきことは情報として記載したい。また、抗血小板剤や抗凝固剤など転倒や打撲などで大出血のリスクがある情報も記載したい。痙攣発作の既往、低血糖の可能性、起立性低血圧、骨関節の状態(骨粗鬆の程度も含む)、転倒歴、皮膚状態の悪化の予防などは必要な重要な情報である。

(4) 禁忌事項・中止基準

リハビリテーション実施上の普遍的な中止基準はない。リハビリテーション科専門医がリハビリテーション指示を行う場合、一般的な中止基準を示すことが多い(図表7)。かかりつけ医は運動負荷によるリスクを医学的根拠の元で判断し、情報提供すべきである。具体的な情報提供の内容として、慢性心不全の患者や閉塞性肺疾患の患者で呼吸苦などの自覚症状が出た場合や、リスクの高い不整脈の出現の可能性などである。

(5) 診療情報提供書の例

症例1は脳梗塞による右片麻痺、失語症の症例である。短距離であれば杖を用いて歩行可能である。失語症のため、社会的交流のモチベーションが低く、低活動になり機能低下の恐れがある。運動機能の維持向上、社会的交流の機会を増やす目的での通所リハビリテーションを依頼する症例である。

症例2は脳血管性パーキンソニズムと認知症がここ数年で進行し、転倒を繰り返すようになり骨折した超高齢者の例である。判断力の低下があり、住環境にあわせた機能訓練や生活指導が必要であり、訪問リハビリテーションを依頼する症例である。

症例3は胃がんの手術の後、徐々に活動性が低下し、誤嚥性の肺炎を繰り返すようになった例である。閉塞性動脈硬化症の症状、栄養状態や摂食嚥下機能など医学的管理に注意を払いながら低活動の改善を目的にした通所リハビリテーションを依頼する例である。

情報提供で重要な項目は傷病の経過と治療内容、サービス利用における留意事項であり、その留意点を付記した。

図表7 リハビリテーションの中止基準

1 積極的なリハビリテーションを実施しない場合	<ul style="list-style-type: none"> ①安静時脈拍40／分以下または120／分以上 ②安静時収縮期血圧70mmHg以下または200mmHg以上 ③安静時拡張期血圧120mmHg以上 ④労作性狭心症の方 ⑤心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合 ⑥心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合 ⑦著しい不整脈がある場合 ⑧安静時胸痛がある場合 ⑨リハビリテーション実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合 ⑩座位でめまい、冷や汗、嘔気等がある場合 ⑪安静時体温が38度以上 ⑫安静時酸素飽和度（SpO₂）90%以下
2 途中でリハビリテーションを中止する場合	<ul style="list-style-type: none"> ①中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛、頭痛、強い疲労感等が出現した場合 ②脈拍が140／分を超えた場合 ③運動時収縮期血圧が40mmHg以上、または拡張期血圧が20mmHg以上上昇した場合 ④頻呼吸（30回／分以上）、息切れが出現した場合 ⑤運動により不整脈が増加した場合 ⑥徐脈が出現した場合 ⑦意識状態の悪化
3 いったんリハビリテーションを中止し、回復を待って再開	<ul style="list-style-type: none"> ①脈拍数が運動前の30%を超えた場合。ただし、2分間の安静で10%以下に戻らないときは以後のリハビリテーションを中止するか、またはきわめて軽労作のものに切り替える ②脈拍が120／分を超えた場合 ③1分間10回以上の期外収縮が出現した場合 ④軽い動悸、息切れが出現した場合
4 その他の注意が必要な場合	<ul style="list-style-type: none"> ①血尿の出現 ②喀痰量が増加している場合 ③体重が増加している場合 ④倦怠感がある場合 ⑤食欲不振時・空腹時 ⑥下肢の浮腫が増加している場合

出典：日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会（編）
「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」 p6 医歯薬出版株式会社 2006年を元に作成

症例1 脳梗塞の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 ○○病院地域リハビリテーションセンター

平成28年 9月 1日

担当 ○○ ○○ 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例1		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
			職業	
電話番号	○○○-○○○-○○○○		生年月日	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日生 (○○)歳
患者住所	○○市 ○○町 ○-○○-○			
情報提供の目的	通所リハビリテーションの利用			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの <u>脳梗塞</u>		発症日:	昭和・平成 28年 2月 5日
			発症日:	昭和・平成 年 月 日
その他の傷病名	高血圧、2型糖尿病			
傷病の経過及び治療状況	<p>脳梗塞発症前は当院で降圧剤および血糖降下剤による医学的管理を行っていた。 平成28年2月5日脳梗塞(左中大脳動脈領域)発症し、○○総合病院で急性期治療の後、○○リハビリテーション病院転院。右片麻痺、失語症などの損害残存するが、杖歩行可能となり7月15日自宅に退院。 その後当院において高血圧、糖尿病の医学的管理を行っている。</p>			
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来	<input type="radio"/> 訪問診療	<input type="radio"/> 入院	入院患者の場合
				入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等	<p>現在内服薬は、アムロジピン(5) 1T、バイアスピリン(100)1T、グリメピリド(1)2T分1朝食後 である。今まで低血糖発作の既往はないが活動性があがると注意を要する。また、活動的になっており、抗血小板剤による易出血性には注意を要する。 杖歩行可能であるが、転倒の既往あり、運動性失語のため喚語困難からいらいらすることも多い。 妻と一緒に買い物に行きたい、年に1回は温泉旅行に行きたいという希望あり。</p>			
障害高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

脳卒中の治療やリハビリの経過を知りうる範囲で記載する。また、現在の医学的管理の状況を伝える。

現病や合併症の状況から考えるリスク、および現在の生活の状況を知りうる情報を記載する。また、生活上の楽しみややりたいことがあれば記載する。

症例2 パーキンソン病・慢性心不全の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 ○○○○センター

平成28年12月15日

担当 ○○ ○○ 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例2	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
電話番号	○○○-○○○-○○○○	職業	
患者住所	○○市 ○○町 ○○-○		
情報提供の目的	訪問リハビリテーションの利用		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの #1 右大腿骨頭部骨折術後 発症日:昭和 平成 28年 8月15日		
	発症日:昭和 平成 25年 月 日 頃		
その他の傷病名	パーキンソン症候群、慢性心不全		
傷病の経過及び治療状況			
7年前より慢性心不全の医学的管理のため、当院でフォローアップしている。5年前より、すくみ足、バランス障害のため転倒しやすくなり、○○病院神経内科で脳血管性パーキンソニズムと診断される、3年ほど前より、認知機能の低下をきたしている。本年8月15日自宅で転倒し、#1と診断され、○○病院で右人工骨頭挿入術およびリハビリテーション実施され歩行可能となり、11月5日自宅に退院となる。			
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			
慢性心不全に対しては、ラシックス(20)1T分1朝食後の処方を8年間継続。 家族の栄養管理も適切で呼吸障害、動悸などの心不全症状を認めていない。 脳血管性パーキンソニズム、および認知症に対し、抗血小板剤、バイアスピリン(100)1T分1朝食後、投与されているが、打撲による内出血を数回起こしている。ここ数年判断力の低下が進行し、骨折前と比べ、家庭内での歩行能力の低下を認めている。外出はあまり好まれない。			
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

リハビリが必要になった経過と現在の医学的な管理の状況、リハビリ依頼に至るエピソードがあれば記載する。



現在の投薬内容やリスクがあれば記載する。運動負荷や動作における転倒リスクなどリハビリ実施において気になる点があればわかりやすく記載する。

症例3 誤嚥性肺炎・胃癌手術後の例

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所 介護老人保健施設〇〇〇

平成29年 1月30日

担当 〇〇 〇〇 先生 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 ○ 印

患者氏名	症例3		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	職業		
患者住所	〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇-〇			
情報提供の目的	通所リハビリテーションの利用、訪問リハビリテーションの検討			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの			
	誤嚥性肺炎	発症日: 昭和 〇〇 平成28年 11月 10日		
	胃癌術後	発症日: 昭和 〇〇 平成27年 11月 25日		
その他の傷病名	慢性閉塞性動脈硬化症			
傷病の経過及び治療状況				
一昨年11月健診で指摘された胃癌の根治術を受ける。3週間の入院で退院し、自宅療養していたが、徐々に活動性が低下。ほとんど外出しなくなった。胃癌術後、食事がすすまず、ムセこむことも多くなった。昨年7月発熱認め、X線上、肺炎所見あり。〇〇病院地域包括ケア病棟入院し、抗菌剤等で治療。3週間で退院。11月にも同様の症状で3週間入院した。				
診療形態	<input checked="" type="radio"/> 外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日: 年 月 日	退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等				
5年前より両下肢に虚血性の症状認め、上記診断で、バイアスピリン(100)1T分1朝食後、プレタール(100)2T分2朝・夕食後 の投与を当院で行っている。両下肢末梢の色調の変化、薬の副作用としての易出血性に注意を要する。胃癌手術をきっかけに徐々に低活動になり、誤嚥性肺炎も繰り返すようになる。食事の性状、食べ方など医学的管理を行いながら、運動機能の維持向上を目指す。				
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				

廃用症候群のケースは廃用状態前の医学的情報と、廃用に至る原因になったエピソードを記載する。

現在の投薬内容と医学的リスク、リハビリ実施のうえで気になる点や望むべき状態について記載する。

3. かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報

介護保険によるリハビリテーションサービスを利用するためには、ケアプランへの位置づけが必要である。そのため、ケアマネジャーが適切な「医療ニーズ」を把握することが必要とされる。また、ケアマネジャーにとって重要なのは単に医学的な知識を持っているかどうかではなく、その病気や状態があることが利用者の生活に対してどのような影響を及ぼしているのかを捉える視点であり、かかりつけの医師等と普段から相談できるよう関係性が重要となる。

ケアマネジャーは、適切にリハビリテーションを位置づけたケアプランを策定するため、以下のような視点でアセスメントを行っている。

① 普段の動きを把握すること

「いつもと違う」を見つけることを基本とし、医療職に兆候を伝える

② 動きのニーズを発見

自立、非自立の確認後、介護の内容や量の確認 ニーズを発見できる見方により、「いつもと違う動き」「いつもできているのに今日は・・・」「動きの効率が悪い」を伝える。

③ 生活上の情報

生活に関する情報提供や診断後のケアプラン調整、治療を考慮した生活のポイントは疾患ごとに異なる。(重度か軽度、急性期か生活期などの違い) 適切なアセスメントを行うためには、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」など焦点を当て整理することも重要となる。

特に、図表8に示した内容については、具体的な状況把握が大切である。また、日常生活の状況をふまえ、適切にかかりつけ医をはじめとする医療職にフィードバックするためにも、是非かかりつけ医から情報共有いただきたい項目である。

図表8 かかりつけ医がケアマネジャーと共有すべき情報

項目	内容
主病名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護状態の原因病名、関連する病名など ・ 接することが少ない病名の時は、大まかな病気の内容 ・ 疾病に関する留意点
主症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 片麻痺など主たる症状、機能障害名 ・ 他に付随する症状があればその内容
予後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の改善や悪化の可能性 ・ 疾患の安定の度合いや進行程度
特別な医療サービス等	<ul style="list-style-type: none"> ・ これからどのようにサービスを提供していくのか、介護者への指導はどの程度行われているのか
服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 使用薬剤、頻度 ・ 副作用等想定されるリスク ・ 不整脈や高血圧、顔色など、リスク把握のための留意点
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の形態や量、カロリー量等食事に関する指示の有無 ・ 食事摂取時の留意事項、食事にかかる時間等 ・ 体重の増減、水分摂取量、顔や足の浮腫みなど、関連して観察が必要な事項 (低栄養、脱水、心不全等のリスク把握のポイント)
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入歯、義歯等の状況 (栄養状態や感染症にも関わるため。なお、入院中は入歯等を外していることもある)
移動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歩いているか、どのように歩いているのか、いつ、どれくらい歩いているのか など
緊急時の連絡体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時の連絡先等

リハビリテーション指示医とは、外来リハビリテーションや訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを行っている事業所（医院、病院、老人保健施設）に勤務し、かかりつけ医からの要請に基づき実際にリハビリテーションの指示を行う医師のことである。

リハビリテーション指示医は臨床医としての立場を堅持しながら、症例の回復過程の支援や増悪の予防に努める必要がある。その過程には本人、家族の意思決定支援の観点が必要であるし、またケアマネジャーをはじめとした介護、福祉関連のスタッフと情報共有を行いながらリハビリテーション専門職に対し適切な指示を出し、患者を中心とした、専門性の異なる多職種によって構成されるチームに最大限の機能を発揮させるためのリーダーシップをとることが重要となる。

2015年の介護報酬改定にてリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）、（Ⅱ）が新設された。リハビリテーションマネジメントの基本的な考え方として、マネジメントは調査（Survey）、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（SPDCA サイクル）の構築を通じて、心身機能、活動およ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（図表9）。

図表9 SPDCA サイクルの概念図



リハビリテーション指示医はそれらの要素を理解し、患者および家族、ケアマネジャー等にわかりやすく伝える役割を担う。SPDCA サイクルの構築に先立ち、疾病および障害に関する予後の予測やリスクを整理し、リハビリテーションの方針がかかりつけ医の治療方針と合致するように調整する役割も必要と言えよう。

生活期のリハビリテーションを提供する医師として、

- ①常に生活を見る視点を持つこと、
- ②職種や診療科間の壁を取り除き、関係者が対当な立場としてサービスを提供できるようなマネジメント、
- ③基礎疾患や合併症等について、エビデンスに基づいた意思決定支援への取り組み、
- ④心理的な問題やQOLに配慮し社会参加を支援する視点を持つこと、
- ⑤質の高いサービスを提供できる地域の発展に寄与する志、
等を持つように心がけたい。

多くの患者にとって、障害は完全に克服できるものではなく、生涯を通じて付き合い合っていく必要がある。また特に高齢者の場合には複数の疾病を抱えている場合が多く、疾病は緩徐に、時には急速に進行、増悪し、やがて終末期の状態を迎える。終末期までを見据えた治療やケアにおいてはしばしば治療法の選択は一つではなく、その決定には患者本人、家族の価値観や尊厳の保持といった視点も欠かすことができない。それらを踏まえながら患者家族の意思決定支援を行い、チームの構成員全員に理解ができる言語を用いてリハビリテーションの方針を決定する必要がある。

リハビリテーション指示医は、単に実施するプログラムの説明をするのみではなく、患者が主体的かつ前向きに障害と向き合うための意欲を向上させ、家族や患者を支援していくという機能も併せ持つ必要がある。

かかりつけ医に対しては、リハビリテーションの実施によって得ることができることと予測される疾病管理上のメリットを伝え、生活機能の向上、参加活動機会の向上などの改善点を適切にフィードバックする必要がある。そのことがかかりつけ医にとって単に疾病管理のみではなく、生活機能障害を見る視点を持つことや、リハビリテーションの導入により達成できることへの気付きを与える機会になることが期待される。

1. ケアマネジャー

(1) ケアマネジャーの役割

介護保険制度の根幹である「尊厳を保持し、その方にあった自立」を確立していくことがケアマネジャー（介護支援専門員）の務めである。疾患や障害によって生活機能の変化や低下をきたしている利用者には、在宅や施設等で生活していくために必要な「医学的知識や技術の必要性」が、利用者の「介護が必要な生活状況全体」にも影響する。また、発熱、骨折などにより、在宅が中断してしまうケースや、認知症の行動障害が著しいケースなどに不適當なリハビリテーションを位置付けることなどがないように留意する必要がある。今後は医療と介護が一体化していくことになると思われる。ケアマネジャーは、多くの喪失を体験し、現実に向かい合えなくなった利用者が、もう一度向かい合うことができるよう、ともに考え、準備から環境を整えていく過程を的確に支援する大切なポジションを担っている。

(2) ケアマネジャーのアセスメント

適切なタイミングで介護保険によるリハビリテーションサービスを導入するためには、ケアマネジャーが利用者の「いつもと違う」ことに気づき、タイミングを逃さず医療連携の必要性を把握することが重要である。そのため、ケアマネジャーは、利用者の現在の状態を理解し、どのようなことを観察し、何をかかりつけ医や医療職に報告するかをあらかじめ把握したうえで、リハビリテーションアセスメントを行っている。

具体的には、病状の悪化などで治療が必要な場合と普段の健康や生活機能保持を目的とした予防的場合のそれぞれにおいて、「いつ・どんなことで・誰と連携すればよいか」を共有し、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」に焦点をあて、利用者の自立支援を促すためのケアプラン策定を行う。また、健康上のリスクの高い利用者や高齢者に対しては、予防の考え方を持って支援を行っていく。

(3) 多職種との情報共有におけるケアマネジャーの役割

ケアマネジャーはケアプランを策定する立場であり、サービス連携においては様々な職種からの情報のハブとなる存在である。

かかりつけ医から、ケアマネジャーへ伝えるべき情報としては、「IV-3 かかりつけ医からケアマネジャーへ伝えるべき情報」図表8（P15）掲載のとおりであり、病気に関する事、合併症や廃用、心身機能・疾病に関する事など、利用者に関する事との多岐にわたる。これらの情報を、リハビリ専門職や介護職員とスムーズに共有し、医療と介護のシームレスな連携につなげていくためにも、ケアマネジャーとの連携は非常に重要である。

2. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

(1) 理学療法士 (PT)

①理学療法 of 定義と現状

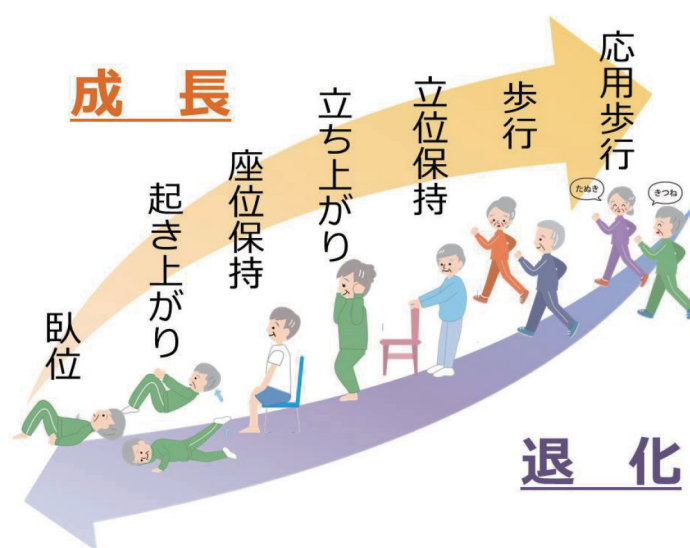
1) 理学療法士及び作業療法士法

理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

2) 現状

法律における基本的動作とは「寝返り」「起き上がり」「座る」「立つ」「歩く」ことを意味するが（図表10）、とりわけ「歩く」ことに関しては専門職理学療法士の職業的な責任が重大である。また、疾患別にみると呼吸理学療法・心大血管理学療法・神経理学療法・運動器理学療法・糖尿病理学療法等があり、それぞれ学術集会を開催している。

図表10 基本的動作



②理学療法士の定義と役割

1) 理学療法士及び作業療法士法

理学療法士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行うことを業とする者をいう。

2) 役割

医師の指示には「具体的指示」と「包括的指示」があり、前者は理学療法士の判断が入り込む余地のない指示であり、後者はプロトコルをあらかじめ決める方法である。患者及び利用者の身体的状況によって、医師の判断によって使い分けることが重要である。

③理学療法指示について

リハビリテーション指示医から、リハビリ専門職への指示の流れは図表11のとおりであり、3療法に共通している。うち、理学療法における指示の注意事項としては以下が挙げられる。

1) リスクファクターの記載

理学療法は運動療法を中心としており、誤った運動による機能障害（誤用症候群）や過度な運動による機能障害（過用症候群）のおそれがあり、リスクファクターに関する情報記載は必須である。

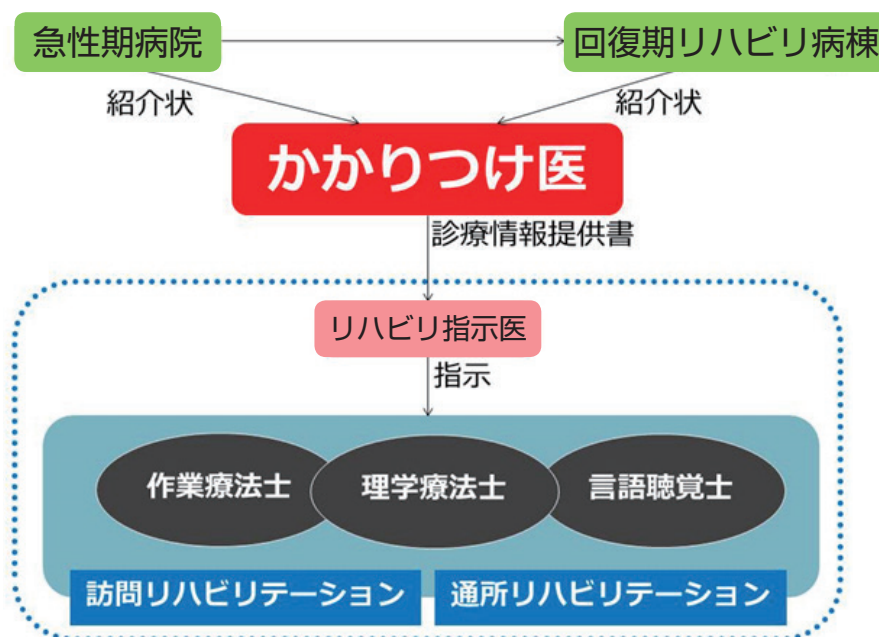
2) 目標（ゴール）の記載

ゴール設定が明確に示されるとチーム医療としての業務効率が上がる。

3) 緊急時の連絡方法や連絡先の記載

院内業務であれば医師による緊急時対応が可能であるが、院外業務の場合にはかかりつけ医への緊急報告等の体制整備が必要である。

図表11 リハビリ専門職への指示の流れ



④理学療法士による運動を用いた予防活動

地域包括ケアの推進に伴い、理学療法士による介護予防や転倒予防が盛んになってきた。この分野においては医師の指示は不要であるが、安全で効果的な予防活動を行うためには医師との連携は絶対に欠かせない。それぞれの地域でかかりつけ医と行政を中心とした多職種連携の組織化が望まれる。

(2) 作業療法士 (OT)

①作業療法とは

作業療法は、身体及び精神に障害のある方の応用的動作能力及び社会的適応能力の回復を支援するものである。平成22年4月30日には、作業療法の範囲として、下記の6項目が追加通知された。これは、病院や介護保険施設、在宅医療でも同様であり、作業療法の強みは、医学的な知識をもって利用者の「活動と参加」および「環境」に関する評価、治療、支援を行うことである。

- 1) 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL 訓練
- 2) 家事、外出等のIADL 訓練
- 3) 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- 4) 福祉用具の使用等に関する訓練
- 5) 退院後の住環境への適応訓練
- 6) 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

②生活行為向上マネジメントの特徴と在宅医療での活用

図表12は大腿骨頸部骨折を呈した方(95歳、女性)の生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance: 以下、MTDLP)のアセスメント及びプラン票である。

合意した目標を妨げている要因をICFの生活機能で分析し、それぞれの要因の予後を予測し、それに基づいて、基本訓練、応用訓練、社会適応訓練の各項目で、いつ、だれが、どのように行うのか等を含む支援計画である。このツールの特徴は、全ての工程において、利用者本人と協働で作成する点であり、結果、課題解決についての考え方と方法を利用者自らが学習する機会となり、「自らが考え工夫する対応」へと変化することが挙げられる。このような作業療法を通して、在宅医療において以下の情報を提供できると考える。

- 1) 「している活動」、「したいと考えている活動」、「していない、出来ない活動」
- 2) 「参加の現状」と「望む参加の状況」
- 3) 目標とする「活動と参加」
- 4) 目標を妨げている生活機能(心身機能・身体構造、活動と参加、環境)評価(見立て)
- 5) 目標達成するための強みと弱み
- 6) 目標達成に向けての、生活機能別の取り組みと実施期間、関与する専門職(利用者本人、家族も含む)
- 7) 必要な福祉用具(義肢・装具(副子))と住宅改修を含む環境整備
- 8) 利用できる地域の社会資源の情報

③在宅医療においてご提供お願いしたい情報

- 1) 作業療法の目的
- 2) 疾患、病態に関する診断、治療方針、投薬、経過などの情報
- 3) リスクに関する情報、作業療法実施上での考慮点
- 4) 連携に関する情報

④共に地域住民の健康に貢献するために

残念ながら作業療法士の約80%は病院、介護保険施設に勤務しており、在宅医療の場での作業療法士は未だ少ないのが現状である。しかしながら、病院、介護保険施設の作業療法を、在宅生活を前提とした、MTDLPによる作業療法に変えることにより、病院と在宅が有機的に機能するものと考えている。なお、MTDLPのツールの中に「生活行為向上申し送り表」があり、在宅医療にとっても有用な情報が提供できるものと思う。

図表12 生活行為向上マネジメント (MTDLP) シート

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
生活行為向上プログラム	達成のためのプログラム	①離床練習：座位→立位→病棟内歩行 (BP,HR,心電図、Borg 指数でモニタリング) ②下肢筋力強化：循環動態が安定していれば自主トレに移行 ③心不全症状と対処の指導	④ADL 練習：階段昇降、床上動作、シルバーカー歩行 ⑤IADL 練習：洗濯、お盆を使った運搬、棚の整理、調理の模擬的動作 ⑥職業前訓練 (立位作業)	⑦住環境整備の検討：階段手すりとベッド導入 ⑧介護保険サービスの検討 ⑨弟への買い物や外出の付き添い依頼
	いつ・どこで・誰が実施	本人	①～③息切れと疲労感を確認して休憩をとる習慣をつける	④～⑥入院前の実行状況や作業環境を伝え、安全に行える手順や環境を考える ⑦⑧退院後の住環境や必要な支援を考える ⑨付き添いは弟に依頼
	家族や支援者	①②PT と OT が協働で実施。PT は離床と歩行、OT は筋力強化とつかまり歩きを行い役割分担 ③看護師がパンフレットで指導、OT・PT は活動時の息切れを確認して休憩の指標を決定	④PT 担当、歩行距離を伸ばす ⑤⑥OT 担当、Borg 指数を確認して休憩のタイミングを伝える。行為の省略化や椅子の設置などを検討する	⑦～⑨OT と弟が担当 職場環境を評価 (仕事内容や環境調整を検討) 弟は外出時の付き添い、復職時に様子を見に行くこと、緊急時連絡先を決めておく
実施・支援期間		X年 Y月 Z+13日 ～ X年 Y月 Z+29日		
達成		<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由：) <input type="checkbox"/> 中止		

生活行為の目標	本人	家業の薬局で働きたい		
		キーパーソン	弟：無理しない程度に店に出てほしい。	
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (移動能力,セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具,環境変化,支援と関係)	
生活行為を妨げている要因	b410 心臓弁機能低下、Af 左房径の拡張 b455 運動耐容能の低下 b164 自身の状態の洞察が不十分 b126 せっかちな気質 b730 廃用性の筋力低下	d430 歩行・運搬能力の低下 d510 セルフケア要介助 d570 心不全の知識と対処が未習得 d630-649 家事は過負荷による再発の要因となる可能性 d850 職場復帰も過負荷による再発の要因となる可能性	e155 和式住居で自室が2階 e310 独居 e135 職場環境は未把握 e580 サービス未利用	
現状能力 (強み)	b410 左室駆出率は弁機能の低下を代償できる程度に保たれている b130 治療意欲は高い	d175 困った時の相談可能 d720 対人関係は良好	e310 弟の支援あり e425 勤務形態に融通が利く	
予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	3週後： ・心不全の改善にともない呼吸循環動態が改善する。 ・息切れの自覚は可能となる	3週後： ・息切れに合わせた休憩によりセルフケア・屋内歩行・家事は自立 (Borg 指数 13以下) ・3～4時間の店番ができる	3週後： ・自宅退院 ・弟や業者の支援で店番ができる ・緊急時の連絡体制をとる	
合意した目標	薬局の仕事 (接客と販売) を毎日半日できるようになる			
自己評価*	初期	実行度 4/10	満足度 5/10	最終 実行度 10/10 満足度 10/10

*自己評価では、本人の実行度 (頻度などの量的評価) と満足度 (質的な評価) を1から10の数字で答えてもらう

本シートの著作権 (著作人格権, 著作財産権) は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

出典：一般社団法人日本作業療法士協会資料

(3) 言語聴覚士 (ST)

①言語聴覚士の対象

言語聴覚士の対象は、コミュニケーション障害と摂食・嚥下障害である（図表13）。このうち、高齢者でよくみられる障害は、1）加齢性難聴に伴う聴覚障害、2）脳血管障害等に伴う失語症・高次脳機能障害や構音障害、摂食・嚥下障害、3）頭頸部癌に伴う構音障害や摂食・嚥下障害などである。近年は加齢を唯一の原因としたコミュニケーション障害や摂食・嚥下障害が増えており、認知機能の低下も重なり、病態が複雑化している。

コミュニケーション障害があると他者との交流を避ける傾向が強くなり、引きこもりを生み出す。摂食・嚥下障害は脱水状態や低栄養状態を生み、肺炎のリスクを高める。両者は地域で自立した生活を送るうえで、大きな支障となる。

図表13 言語聴覚士の対象

<p>I. コミュニケーション障害</p> <ol style="list-style-type: none">1. 聴覚障害2. 音声・言語障害<ol style="list-style-type: none">a. 言語発達b. 失語症・高次脳機能障害c. 構音障害（運動障害性構音障害、器質性構音障害、機能性構音障害）d. 音声障害e. 吃音3. その他の原因（認知症、加齢他） <p>II. 摂食・嚥下障害</p>

②言語聴覚療法・摂食嚥下訓練の内容

聴覚障害に対しては、適切な補聴器の選択と調整、そして装用指導を行う。高齢者では補聴器に慣れるまでに時間がかかるので、細やかな専門的指導が必要となる。失語症や高次脳機能障害は長期にわたって回復するため、継続的な機能回復の取り組みは必要である。しかし、その間の日常生活におけるコミュニケーション活動を確保するためには、代用的コミュニケーション手段の獲得を促す必要がある。代用的コミュニケーション手段には、文字や絵によるコミュニケーションボード、ジェスチャー等の使用がある。これらの代用手段は重度の構音障害患者においても有効である。また、本人への直接的指導だけでなく、家族や介護者にコミュニケーションの取り方を指導・助言することで円滑な意思疎通を図る。

摂食・嚥下障害に対しては、医師からの情報と言語聴覚士が実施した嚥下評価に基づき、安全に食べることができる姿勢、食物形態、嚥下法（息止め嚥下、横向き嚥下、交互嚥下等）を決定し、指導する（図表14）。家族や介護者に対しては、病態の説明、適切な嚥下調整食の調理法と市販製品の活用、食事介助法等を指導する。食事は家族・介護者の見守りのもとで注意深く行ってもらおう。この時に食事量、食事時間、食後の状態変化等について記録してもらおう。

経口摂取困難な状態では、栄養を確保しつつ活動レベルの向上と摂食・嚥下器官の運動機能向上に努める。覚醒レベルの向上、座位保持時間の延長などの基本的な働きかけを行う。また、誤嚥性肺炎の予防には口腔衛生が重要である。本人、家族・介護者が日常的に口腔ケアを実施してもらえるように指導する。さらに、重度の嚥下障害のため経管栄養からの離脱が困難な場合は、嚥下機能改善手術や嚥下防止手術の適応について提案する。

図表14 摂食・嚥下訓練の内容

1. 嚥下関連器官の機能訓練
（口唇・舌・下顎の運動、軟口蓋・声門の閉鎖等）
2. 直接的嚥下訓練
（誤嚥しない食物を誤嚥しない姿勢、方法で摂取する）
3. 摂食姿勢の指導
（誤嚥しない姿勢の確認と本人・家族・介護者への指導）
4. 食物の調整と指導
（本人・家族・介護者への安全な食物の調理法等の指導）
5. 口腔ケアの指導
（本人・家族・介護者への指導）

3. 看護職員

生活期リハビリテーションは病院の外来や介護保険での訪問や通所でのリハビリテーション、また介護老人保健施設等、施設内でも実質的に行われていく。サービス利用者の現存する機能を維持しつつ、日常生活を送る上で必要な機能の習得や低下予防等の目的を果たすためリハビリテーションが行われていくが、利用者の状況によっては、日々のリハビリテーションメニューが実施可能なのか、通常のおお半分にとどめておくのか等の判断が必要になる。

(1) 看護師の役割

①利用者の健康状態アセスメント

看護師はあらゆる療養の場において、(通所でも健康管理等の役割がある)利用者が目指すべき姿に向かってケアプランや看護計画に沿ってケアを提供している。日々の利用者の健康状態の管理、あるいは直接のケアを通してその人の全体的な身体的機能の把握が出来ている。それは原疾患、既往歴、突発的な疾病(例えば上気道炎など)、睡眠状況、栄養状態、水分バランス等々生活リズムに関すること、気温や湿度といった環境因子、そして精神的な側面からもアセスメントし、さら

図表15 看護師の主なアセスメントの視点

健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現疾患・既往歴等に関する状況 ・ 生活リズムに関すること <ul style="list-style-type: none"> ①呼吸・循環・体温 ②認知機能に関すること ③睡眠・移動、姿勢の保持等に関すること ④食事に関すること(食べること・飲むこと) ⑤排泄に関すること ⑥皮膚の状況 ⑦身体の清潔・整容・更衣等に関すること ⑧コミュニケーションに関すること (例：聴覚、視覚、会話能力等) ⑨生活パターン <p style="text-align: right;">他</p>
心理的側面	感情、意欲、気分、満足、依存傾向、治療やサービス等に関する本音 自己決定の力 等
服薬状況	飲み忘れ、副作用に関すること、健康食品等
環境的側面	気温、室温、湿度、採光、寝具等の療養環境 家族やキーパーソンの思いやご近所、サービス提供者等との関係性

にそのことが利用者の生活力の予測と身体的機能がどの程度の子備力があるのかを予測している（図表15）。

②ケア調整と管理

生活期のリハビリテーションは医療従事者が多数いる医療機関で行われるのではなく、介護保険事業所やご自宅等で行われていくのが通常だとおもう。看護師は日々の利用者の健康管理をするので、利用者の状況に適したケア調整と管理を行う。生活期リハビリテーションが行われるとき、絶対に気をつけたいのは、本日、メニューは実施してもいい状態なのかどうかである。療養の場にいる看護師に利用者の健康状態を必ず確認することと、状況によっては、支援量の変化が求められる。いつものとおりでよいのか、半分ぐらいのほうがいいのか、あるいは中止という判断もあるだろう。療養の場にいる看護師を活用して安全で継続できるリハビリテーション介入をしていくべきである。

（2）連携上の留意点

生活期リハビリテーションの実施はさまざまな職種がかかわっていくが看護師との連携においては以下のことを留意点として挙げる。

- ①利用者の到達目標の共有（IADLを含めて）
- ②介入の際の健康状態の確認：リハビリテーションが実施できる状態であるのか、気をつけるべき事項は何か
- ③介入後の状況共有：変化の有無や気になったことなどを共有して必ず看護師にその情報が伝わっていることが重要である。

最低限、これらのことがおこなわれれば、少なくとも安全にそして継続的に生活期のリハビリテーションが行われ、異常時の早期発見、早期対処、関係各所等への調整が可能になり、アクシデントがなくスムーズな対応が可能になる。

なお、日本看護協会では、在宅・介護施設において多職種が共有すべき情報の整理と共有のためのシートを開発している（図表16）。各職種が縦割りで把握している情報を共有するためのものであり、開発までには試行期間も設けて作成した。参考になればと願う。

図表16 多職種情報共有シート

「多職種情報共有シート」の記載方法

①フェイスシート[8項目]

氏名 性別 男・女 生年月日 M・T・S・H 年月日

住所

入所日(サービス科) <家族構成・家族歴>

緊急連絡先(1) <生活歴>

<職歴>

<個人的な因子>

趣味や好きなもの

大切にしているもの

性格

<病歴>

<主治医>

<入所(またはサ) >

<経済的な情報>

<記入者>

入居時に記載する

②アセスメントシート[20項目]

生年月日 年齢 記入日

M・T・S・H 年 月 日

1. 基本情報(相談員・看護職)※[]内は主に記入を担当する職種を示す

現任(事業) アセスメント(留意点等)

①障がい高齢者の日常生活自立度判定基準:
②認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:
③認知症関連の評価:
改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 点
ミニメンタルステート検査(MMSE) 点

④身体障がい者障害程度等級:
⑤介護認定:
⑥介護保険負担割合:
⑦介護保険減免:(有・無)
⑧その他:

2. 既往歴【看護職】
現任(事業)

3. 疾患や治療への理解【看護職】
現任(事業)

4. 本人・家族の思いや願い【相談員】
現任(事業)

① 本人の思いや願い:
② 本人の目指すゴール:
③ 家族の思いや願い:

カンファレンスやアセスメントが必要な時等、定期的に記載内容を更新する

各職種が得られた情報から考えられるアセスメント(留意点等)を記入します。

記入担当の職種が示されていますが、それ以外の職種も持っている情報を記入し、情報共有を行うことを目的としています。

③経過記録シート

記入日:
氏名:
総合的な援助の方針:

ケアプランサービス項目	担当職	実施・未実施
1		
2		

健康 生活

時間	職種	項目	経過記録	サイン

毎日のケアプラン実施状況等を記載する

介護サービス計画書(ケアプラン)から転記します。

1日分(24時間)の経過記録として使用します。
各職種が実施したケアを経時的に記載しサインします。

出典：公益社団法人 日本看護協会「在宅・介護領域における「多職種情報共有シート」-目的と使い方-

<http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kaigoshisetsu/pdf/operate.pdf>

※多職種情報共有シートダウンロード先

http://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/kaigoshisetsu/pdf/kyou_20170227.pdf

4. 介護職員

介護職員は、他の専門職に比して、利用者の暮らしに近いところで活動するところに特徴がある。これは、介護職員とは、利用者の心身の状況のほか、生活歴や趣味、生活習慣、癖などを理解し、その理解の上で、利用者それぞれの生活そのものを支援する役割を担っているからである。

介護職員のなかでも、特に介護福祉士については、資格取得過程における学習において、一定の医療的な知識や利用者の生活をみる視点を修得しているため、利用者の理解度も、資格を持たない介護職よりも高いことが想定される。そして、利用者との信頼関係の構築状況についても同様の傾向があると考えられる。

そのため、特に介護福祉士にあっては、利用者とのかかわりの中で、心身の状況の変化により気づきやすく、また、利用者から相談を受けやすいと考えられる。

(1) 介護職員に期待される役割

①利用者の日常生活の変化を医療職等に繋ぐ役割

利用者が医療職等とかかわるのは、事前にその予定が組まれている場合を除いては、医療職等とかかわる必要があると判断されたときに限られる。しかし、利用者本人が、その必要性等に気づかないことも少なくないことを考えると、利用者本人以外の他者が、その必要性に気づくことが重要である。

その際、日頃からの利用者とかかわりがある介護職員、特に介護福祉士にあっては、利用者の心身の状況の変化に、より気づきやすく、さらに、それを言語化して医療職等に繋ぐ役割を担うことが期待される。

②日々の生活の中で利用者に治療や機能訓練の効果を伝える役割

利用者の中には、治療や機能訓練について消極的な方も少なくない。介護職員、特に介護福祉士は、医療職等のサポートをいただくことができれば、日々の生活の中で、タイミングよく、あるいは継続的に、その治療や機能訓練の効果を、利用者に対し説明する役割を担うことが期待できる。

③治療や訓練を行う利用者のモチベーションを上げる役割

利用者の中には、治療や機能訓練の効果を理解していても、これらに消極的な方も少なくない。介護職員、特に介護福祉士は、医療職等のサポートをいただくことができれば、利用者の生活歴や趣味、生活習慣等を踏まえて、その治療や機能訓練に対するモチベーションを上げる役割を担うことが期待できる。

④「できるADL」と「しているADL」を近づける役割

介護職員は、リハビリテーション専門職等と連携を図ることで、利用者が「できるADL」を把握し、身体介護を行う際、利用者ができるはずのところは、多少時間がかかったとしてもできるだけ本人にさせていただくことにより、リハビリテーションの流れを日常生活の中にも組み込み、リハビリテーションの効果をより大きくする役割を担うことが期待できる。

(2) 連携上の留意点

生活期リハビリテーションの実施するにあたっては、主に、次の点に留意いただいた上で、介護職員との連携を図っていただきたい。

①利用者の身体状況の共有

利用者が日頃から実際にしている活動と、身体状況から判断できる、できるはずの活動の範囲について情報を共有いただきたい。

②利用者の観察視点の共有

利用者の心身状況を踏まえ、日頃の生活の中で、特に変化に注意を要す事項（＝留意すべき観察視点）について情報を共有いただきたい。

③利用者が日々の暮らしで実施できるリハビリ等に繋がる工夫等の共有

利用者の生活の中に取り入れることで、利用者のリハビリや機能訓練に繋がる工夫等があれば共有いただきたい。

④介護職員から提供させていただく情報の活用

利用者の日々の生活をとおして気づいた点等については、情報を提供させていただくので、是非ともご活用いただきたい。

⑤関係者間での情報共有

利用者の心身の状況変化の内容等については、介護職員を含む関係者間で、ぜひとも情報を共有いただきたい。

5. その他の関係する専門職等

(1) 歯科医師、歯科衛生士

歯科医師は、主に歯科疾患に対する歯科治療や義歯処置・調整による咀嚼・嚥下機能の回復等口腔衛生・口腔機能の改善・向上を担う。特に、高齢者は歯牙の動揺、多数歯の欠損等や脳卒中などによって、咬合不良状態になっている可能性が高いため、食塊形成や嚥下機能の改善のためには歯科医師による適切な評価や治療による口腔機能の改善・向上が重要である。

また、高齢者の摂食嚥下障害に対応する歯科医師も増えてきており、口腔衛生・口腔機能の観点から摂食・嚥下機能の評価を行い、嚥下機能の回復に必要な補綴物（舌接触補助床等）の作成等、摂食・嚥下リハビリチームまたは栄養管理チーム（NST）の一員として、かかわるようになってきている。

歯科衛生士は、歯科医師との指示・強固な連携の下で、歯科診療の補助行為や歯科保健指導を行うこととされており、主にう蝕や歯周病等の歯科疾患の重篤化及び誤嚥性肺炎の予防を目的とした口腔衛生管理（いわゆる専門的口腔ケア）を担う。その他、主に口腔機能の観点から、歯科医師と共に、歯科衛生士もまた摂食・嚥下チームの一員として従事する場合もある。

(2) 管理栄養士

高齢者は加齢とともに潜在的な低栄養状態にあることが知られている。このため、急性期から生活期（地域生活）に至るまで効率的・効果的な疾病治療や生活機能の改善・維持・向上を目指して管理栄養士がチームの一員として参画することが重要となっている。そこで管理栄養士は、栄養状態のアセスメント、栄養管理計画の立案・実施、栄養状態のモニタリング及び評価を行う。もちろん、リハビリを効果的に進めるには、栄養状態が適切に保たれていることが前提となる。このため、管理栄養士は、リハビリの進捗状況に応じて栄養管理計画を適時に見直し、一人ひとりの嗜好や摂食嚥下機能等も踏まえつつ、食べる楽しみが得られるような食事を通じて必要な栄養量を提供する。中でも、回復期においては、高齢者を中心に、低栄養が高率に認められるとの報告もあり、一人ひとりに応じたきめ細かな栄養管理が特に重要となる。

参考：機能訓練指導員

指定通所介護事業所、特別養護老人ホーム等においては、機能訓練指導員を配置することが求められている。この機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またその減退を防止するための訓練を行う能力を有すると認められるものとされ、具体的には理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有するものとされている。すなわち、機能訓練指導員は職種の名称ではなく、事業所における役割の名称である。

これらの機能訓練指導員を配置し、訓練計画を立て、計画的に機能訓練を行う等の要件を満たす場合、事業所は個別機能訓練加算を算定できる。

なお、機能訓練は訪問リハビリテーションと異なり、医師の指示やリハビリテーション専門職によるサービス提供は求められない。

1. 医療保険におけるリハビリテーション

地域包括ケアシステムの構築には“医療が生活に出会い、地域生活を支えていく”ことが必要である。従来、入院医療は生活から隔絶された世界で絶対安静・絶飲食の下、臓器別専門治療を行ってきた。ところが超高齢社会になって「高齢者は入院により容易に廃用となり、合併症を併発して入院が長期化し、ついには寝たきりになってしまう」ことが浮き彫りになった。今や「医療が如何に生活に繋がっていくか」が重要な命題である。その唯一の方法は多職種協働に基づくリハビリテーション医療の展開・普遍化である。

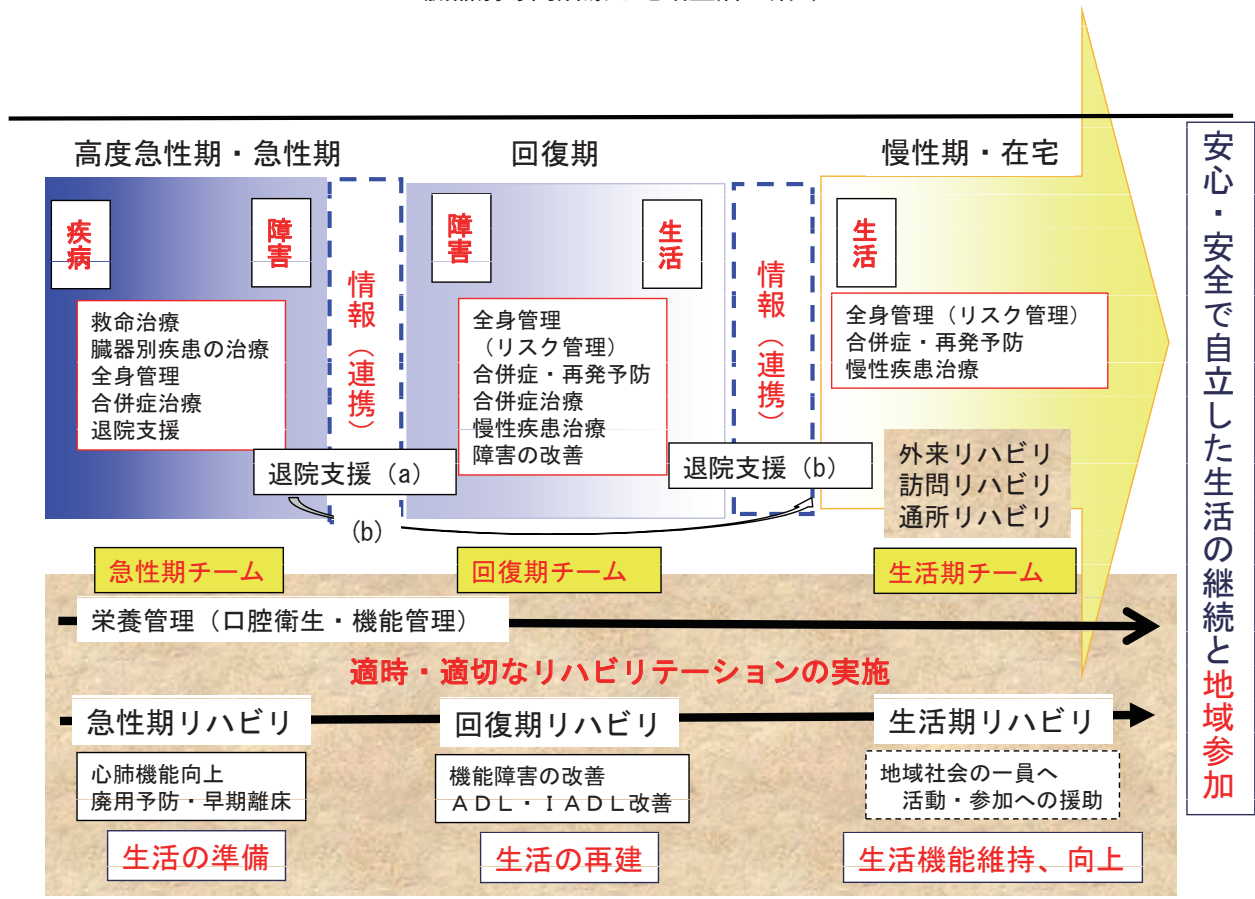
以下、医療保険におけるリハビリサービスのあり方について概説する。

(1) 医療機能の分化・連携とリハビリテーション

地域包括ケア時代、入院患者の多くが高齢者となる。このため、入院直後から臓器別専門治療と並行して栄養管理および廃用・合併症予防のためのリハビリが実施されることが望まれる（急性期リハビリ：「生活の準備」）。また全身状態が安定し、臓器別専門治療が終了したら、そのまま在宅復帰に向かうか、若しくは集中的なりハビリによって残存する障害の改善を目指す“回復期リハビリ病棟”、又は継続的な全身管理・療養が必要な場合には“地域包括ケア病棟”に転院（転棟）し、「生活の再建」を図り、在宅復帰を目指す（回復期リハビリ）。退院後は医療保険における外来リハビリ又は介護保険のリハビリである訪問や通所リハビリを利用して地域生活の安定化、獲得された「生活能力の維持・向上」を図り、活動・参加に繋げていくことが大切である（生活期リハビリ）（図表17）¹⁾。

これからの地域医療は着実な栄養管理、適時・適切なリハビリそして退院支援が実施されることで、安心・安全な地域生活に繋がっていくことが求められる。

図表17 地域包括ケアシステムにおける医療機能の分化・連携とリハビリテーション
～臓器別専門治療を地域生活に繋ぐ～



出典：栗原正紀「地域包括ケア時代を支える“救急医療とリハビリテーション”」日職災医誌、64：197-202、2016を一部改変

(2) 病期毎のリハビリ

① 高度急性期・急性期（救急）におけるリハビリ（急性期リハビリ）^{2)、3)}

全身状態が不安定で呼吸・循環動態の管理（人工呼吸器管理含め）など集中治療が必要な状態（集中治療室：ICU、CCU、HCU、SCU など）ではベットサイドにおいてリハビリ専門職（PT・OT・ST）による排痰・呼吸訓練や廃用予防を目的とした他動的関節可動域訓練、良肢位保持そして看護師（歯科衛生士）による口腔ケア（言語聴覚士による間接的嚥下訓練も含め）或は2時間毎の体位変換等が大切である。そして全身状態が安定化し、集中治療から離脱して、尚且つ専門的治療の継続を要する状態（一般病棟）では可能な限り速やかに安静を解除して、起居・早期離床を図る。この時、リハビリ専門職は起居、移乗、座位、立位保持などの基本動作訓練を行い、早期ADL自立を目指す。

更に入院早期から担当する社会福祉士や看護師等が本人・家族の了解の下、多職種協働で退院後の安全・安心な地域生活の継続を目指した退院支援計画を実行していく。その際、かかりつけ医（かかりつけ歯科医師）やケアマネジャーをはじめ、在宅生活支援に関わる介護サービス関係スタッフとの強固な連携が鍵となる。

②回復期におけるリハビリ（回復期リハビリ）

急性期における専門的治療が終了しても、何らかの理由（残存する障害や継続的治療）で直接在宅復帰ができない場合には、集中的な障害の改善又は継続的治療・療養を行い、更なる「生活の再建」を行い、地域生活に繋ぐために回復期へ移行（転院又は転棟）することが勧められる。

○回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟は発症から2か月以内の患者で脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等そして肺炎・術後の廃用症候群など高齢者が寝たきりになりやすい疾患が適応とされ、尚且つ状態像に応じて入院期間の上限が設定されているという特徴を持つ。寝たきり予防と在宅復帰を目指すという明確な目的を持ったリハビリ専門病棟である。そして多職種協働で集中的且つ計画的にリハビリサービスを提供することで機能障害やADL、IADL 障害の改善と「生活の再建」を図るという急性期の専門的治療を地域生活に繋げていく重要な役割を担う。故に、入院中から適切な家族教育・指導を実施すると共に住宅改修や各種福祉機器の提案などを行う。そして在宅復帰後も獲得された生活能力が維持・向上され、更なる活動・参加に繋がるようにケアマネジャーや種々の介護サービスとの連携構築を担う（退院支援⁴⁾）。このため退院前の在宅訪問やカンファレンスは特に重要であり、かかりつけ医やケアマネジャー等との積極的な情報・意見交換が望まれる。

○地域包括ケア病棟

回復期リハビリ病棟適応疾患以外の患者で、急性期の専門的治療は終了したが、更なる全身管理や療養が必要で直接在宅復帰が困難な場合には地域包括ケア病棟で治療を継続すると共に、並行して適切なりハビリを実施することで生活の再建を図り、退院支援の下で在宅復帰を目指す。

③慢性期におけるリハビリ（生活期リハビリ）：外来リハビリ等

回復期退院後は活動範囲の狭小化・閉じこもりによる寝たきりを予防し、生活能力の維持・向上および地域社会の一員としての参加を目指して、外来リハビリ（医療保険）や訪問・通所リハビリ（介護保険）の利用が推奨される（生活期リハビリ）。但し、要介護被保険者に関して、外来リハビリでは可能な限り早期に医療から介護サービスへの移行が推進されていることから、かかりつけ医からの外来紹介時には、集中的なりハビリに関する評価・実施または介護保険のリハビリへのつなぎ役を担うことになるであろう。このため地域生活を支える上でリハビリの有用性などに関する事は例え要介護被保険者であったとしても外来リハビリ窓口で遠慮なく、相談されることをお勧めしたい。

参考文献

- 1) 栗原正紀；地域包括ケア時代を支える“救急医療とリハビリテーション”日職災医誌、64：197-202、2016
- 2) 栗原正紀：早期リハビリテーションの考え方と方法論、脳神経外科学体系5 脳神経外科救急（有賀徹編）、381-390、2005、中山書店
- 3) 栗原正紀、小笠原貞信、門脇亜矢他、他：急性期リハビリテーション、日本臨牀69（4）：653-657、2011
- 4) 栗原正紀、門脇亜矢：回復期リハビリテーション病棟での退院支援のあり方、リハビリナース 40: 8-12、2013

2. 介護保険におけるリハビリテーション

(1) 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションは介護保険でのみ提供されるもので、要介護および要支援認定者に対し、病院、診療所および介護老人保健施設に設置される通所リハビリ事業所にて提供される。母体施設の特徴から介護保険によるリハビリとして「医療系サービス」に位置づけられている。

医師については常勤専任1名以上の配置基準が定められており、かかりつけ医からの診療情報をもとに事業所の担当医が診察し、リハビリや医療処置等を指示している。そのため日頃よりかかりつけ医と事業所との連携が大変重要である。

通所リハビリには4つの機能があり（図表18）、とりわけ「医学的管理」および「心身・生活活動の維持・向上」については医師の指示にもとづき提供される。これらの機能のどこに重点が置かれるかは、当事者の状態やサービス開始からの期間、介護者の状況等により異なることは言うまでもない。

図表18 通所系サービスの普遍的機能と実施内容

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 <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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。
通所介護共通機能リハ	社会活動の維持・向上 <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 介護者等家族の支援 <ul style="list-style-type: none"> ①精神的介護負担軽減 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者のサービス利用（外出機会の確保）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。

- 4つの機能の組み合わせにより「自立した生活」と「安心かつ安定した生活」をサポート。
- ケアプランをふまえて専門的評価を実施し、個別の通所計画を作成し、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。
- リハの提供に関しては、基本動作・体力・ADL・IADLへの働きかけを網羅し、専門職やケアスタッフによる個別の対応、アクティビティの活用や、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る。

出典：一般社団法人全国デイ・ケア協会作成（通所サービス実践ガイドライン第3版 一部改変）

通所リハビリの目的は、退院直後の集中的かつ専門的なリハビリの提供や在宅生活をスタートさせるためのコーディネートはもちろん、医療処置を必要とする中重度者への対応や、在宅での生活機能低下への対応など多岐におよぶ。そのため、サービスの提供時間が短時間（2時間未満）から長時間（8時間以上）まで、当事者のニーズに合わせて選択することができる。特に長時間サービスでは、専門的視点からの生活上の課題解決や介護負担軽減、社会参加のための支援など、他のサービスでは十分対応できない役割を担っている。

通所リハビリで提供される内容は、関係者の協議（リハビリテーション会議）にて計画されるが、その構成員には事業所の医師をはじめとする医療介護専門職だけでなく、当事者や家族、ケアマネジャー、併用するサービス事業者も含まれ、サービス内容だけでなく暮らしに関する多くの事柄が共有されている。

これら一連のプロセスには、居宅訪問による生活や地域のアセスメント、家族および訪問介護等へのアドバイスも含まれ、「リハビリテーション・マネジメント」としてリハビリサービスの質的担保のための重要な機能と位置づけられている。また通いのサービスである特徴から、対人交流の中でピアサポートも提供され、リハビリ視点にもとづいた自助および互助に向けた対応も可能なサービスである。よって地域の拠点機能として期待されるため、さらなる機能強化や基盤整備が必要である。

最後に通所リハビリは、地域包括ケアシステムの中で、そこに暮らす一人ひとりの個別性を重視し、適時・適切に、どれほど重度になっても支え続ける機能を持ち合わせていることで、地域にとっての「居場所・行く場所・座る場所」であるため、今後は住民の自助力向上および支えあいづくりにも貢献できるものであると言える。

(2) 訪問リハビリテーション

①目的

介護保険における「訪問リハビリテーション」は、要介護者に対し医学的管理下（医師の指示下）において理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が居宅へ訪問し実施するサービスであり、その利用者が可能な限り居宅において能力に応じ自立した生活が営むことができるよう、生活機能の維持もしくは向上を図ることを目的としている¹⁾。

②目標について

訪問リハビリの目標は次の2つに集約される。生活機能が低下した者に対して、ADL・IADLの維持・向上と、社会参加への支援である。つまり、身体機能の改善だけでなく個々の生活に反映する目標の設定とプログラムの立案・施行が求められる。例えば、脳卒中を発症し右半身麻痺となった患者が杖歩行で自宅に退院した。この患者に対して歩行機能維持・改善のみを目標にするのではなく、「近所を一人で外出歩行ができる、町内の会合に一人で参加できる」などを目標にするという考え方である。

③具体的サービス内容

リハビリ専門職は、実生活場面に訪問し、対象者に対し、

- 1) 心身機能の改善
- 2) 生活環境との関係調整
- 3) 生活の活性化と社会参加の促進

などの直接的働きかけを行う。また、

- 4) リハビリテーションの視点から評価および助言・指導

を家族（介護者）へ行うとともに、多職種との協働を含めた「プロセス管理」を行う（図表19）。

このように、訪問リハビリテーションはこれらすべてを含むものである。従って「機能訓練を施す」のような一義的なものではなく、医師の指示の下に生活機能向上に反映する方法を模索（評価）し、適切な方法を見出す（立案）、そして直接的（機能訓練、ADL訓練など）または間接的（住宅改修・機器導入、介助者へ助言・指導）に対応を行っていくものである²⁾。

また、訪問リハビリは、「対象者に訓練指導して終了」という自己完結型サービスではなく、当事者のケアに関わる全ての人と連絡を密にし、協働する必要がある。例えると、療法士の立場から見立てを発信し、課題共有と方法を提案する。また、自職種としてできない事、得意でない事などについては依頼し、役割分担をはかることになる。訪問リハビリにおける協働の具体的イメージとしては、訪問介護職が身体介護目的で導入されている場合に、介護職側から「介助量が重くなった

ので入浴介助の方法を合同で検討したい。」また、療法士から、「身体機能が向上してきたのでポータブルトイレから通常トイレを利用したいが、下衣の脱着について自立を目標に見守り～一部介助を段階的にお願いしたい。」等の事例が考えられる。

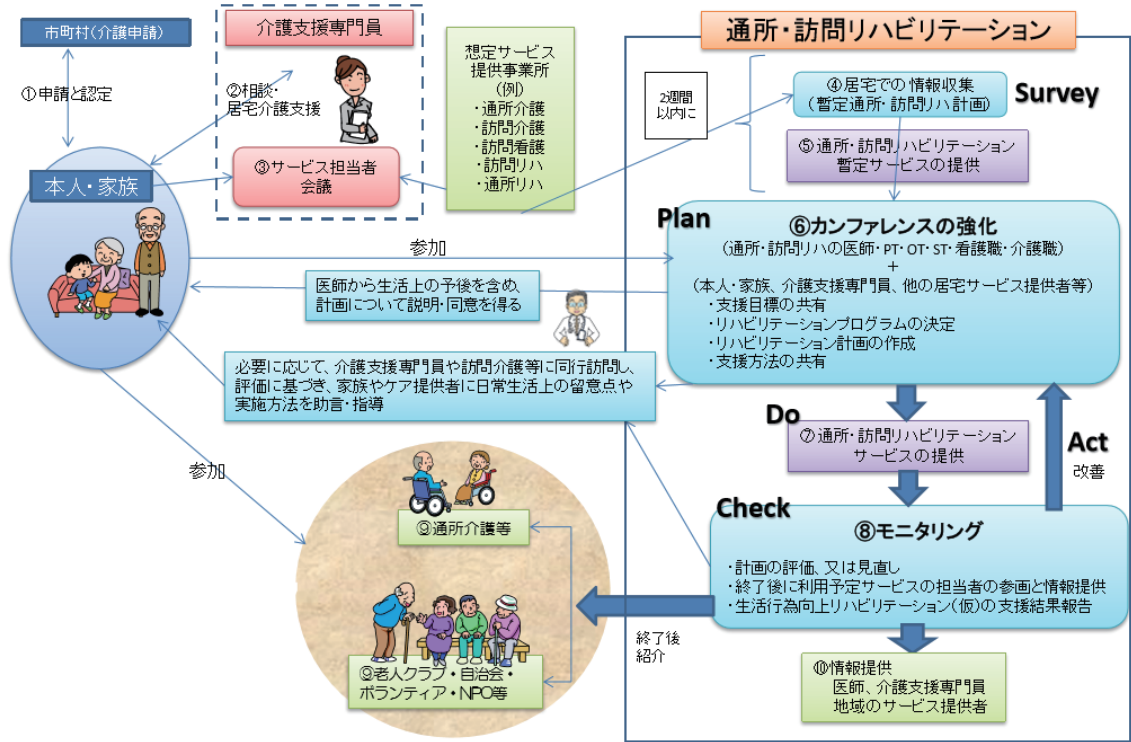
図表19 訪問リハビリテーションの具体的サービス内容



④リハビリテーションマネジメントについて

平成18年に厚生労働省老健局老人保健課からリハビリテーションマネジメントの考え方³⁾が示され、さらに平成27年介護報酬改定時に医師を中心とした関連多職種によるリハビリテーション計画の策定及び目標設定と利用者への説明、そして医学的管理(リスク管理を含む)の重要性があらためて強調された。また、冒頭で述べたように社会参加への導入や促すアプローチについては当事者の個別の障害や考え方はもちろん地域社会人々の協力も必要に応じて得ながら進めることが重要である。訪問リハビリは適切な目標と期間を設定し適宜効果判定を行い、見直しをはかるもの(SPDCAサイクル)であり、このような考えによるプロセス管理が重要であるといえよう(図表20)

図表20 通所・訪問リハビリにおけるリハビリテーションマネジメント概要



出典：厚生労働省社会保障審議会
 第114回介護給付費分科会 (H26.11.13) 資料2
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000065063.html>
 注) 平成27年度介護報酬改定検討時の資料

参考文献

- 1) 介護支援専門員テキスト編集委員会編；七訂版介護支援専門員基本テキスト第2巻, p 98, (一財)長寿社会開発センター, 2015
- 2) 伊藤隆夫, 齊藤秀之他編;図解訪問リハビリテーション技術ガイド pp2-8, 文光堂, 2014
- 3) 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 (老老発0327第3号), 2006

(3) 介護老人保健施設、短期入所療養介護

①生活期リハビリテーション提供施設

介護老人保健施設（以下、老健）は、医学的管理下における介護、機能回復訓練、その他必要な医療、日常生活のケアを提供するなど、医療施設と福祉施設の中間的性格を持っている。サービス提供体制として、PT・OT又はSTの配置が唯一義務づけられた介護保険施設である。当初は病院での治療を終え、家庭復帰に向けての機能回復訓練を行なう中間（通過）施設とされていたが、医師を含めた多職種連携による通所リハビリ（デイケア）、訪問リハビリ、短期入所療養生活介護（ショートステイ）等の在宅生活支援機能を生かし、機能の維持・向上を目指す、生活期リハビリ施設として期待されている。地域包括ケアシステムの中で、在宅復帰・在宅生活継続支援が老健の担う役割である。（図表21）

②リハビリテーション提供内容の流れ

在宅復帰を目的とし、リハビリ専門職による短期集中・認知症短期集中リハビリを実施している。多職種連携の下、生活場面を想定して、ADLやIADLの向上を目指し在宅復帰につなげる。在宅復帰後は実生活への定着が必要なことから、通所リハビリや訪問リハビリにおいても、入所と同様に集中的なりハビリの提供や機能評価が可能である。この継続性を持ったリハビリサービスを活用することで、自分で出来ること、必要となる支援の見極めとなり、適切な在宅ケア環境の構築に貢献できる。（図表22）

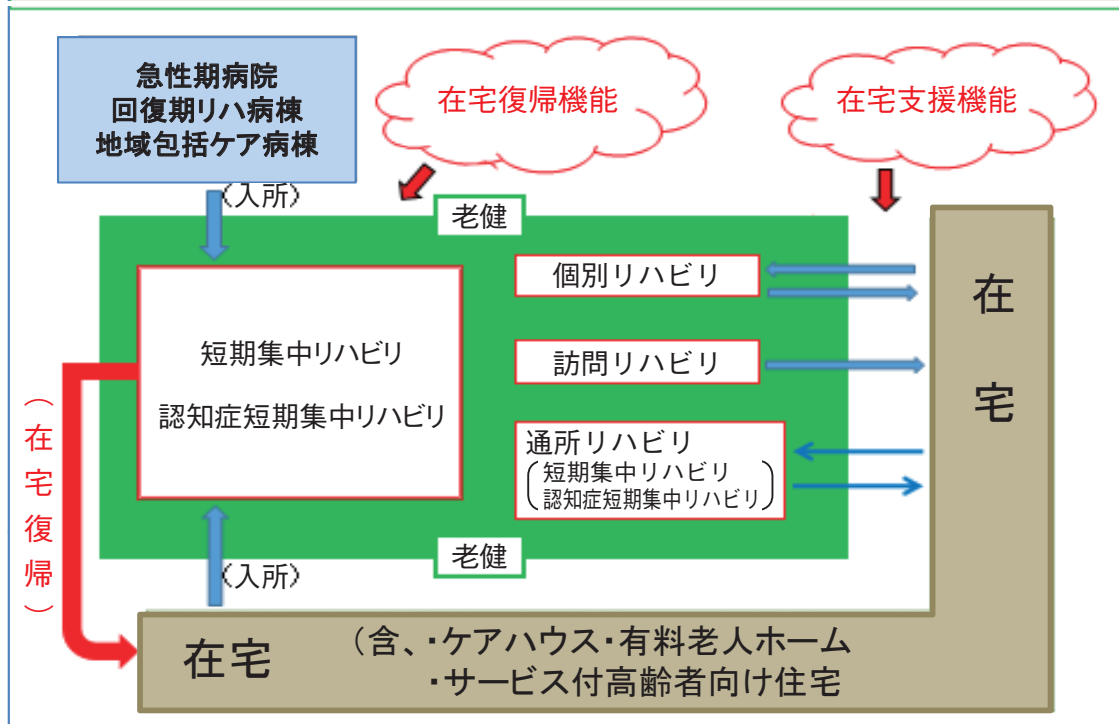
③かかりつけ医の情報提供が必須な支援

退所時には、本人や家族に指導を行うとともに、居宅サービス計画作成等のため居宅介護支援事業者への情報提供を適切に行うが、在宅生活を定着させるために最も重要なのは、老健施設医師とかかりつけ医との情報交換である。この両者の連携に基づき、かかりつけ医が通所リハビリや訪問リハビリに指示を出すことが、在宅生活継続、自立支援型のケアプラン策定には欠かせない。

④短期入所療養介護の活用－「医療系ショートステイ機能」－

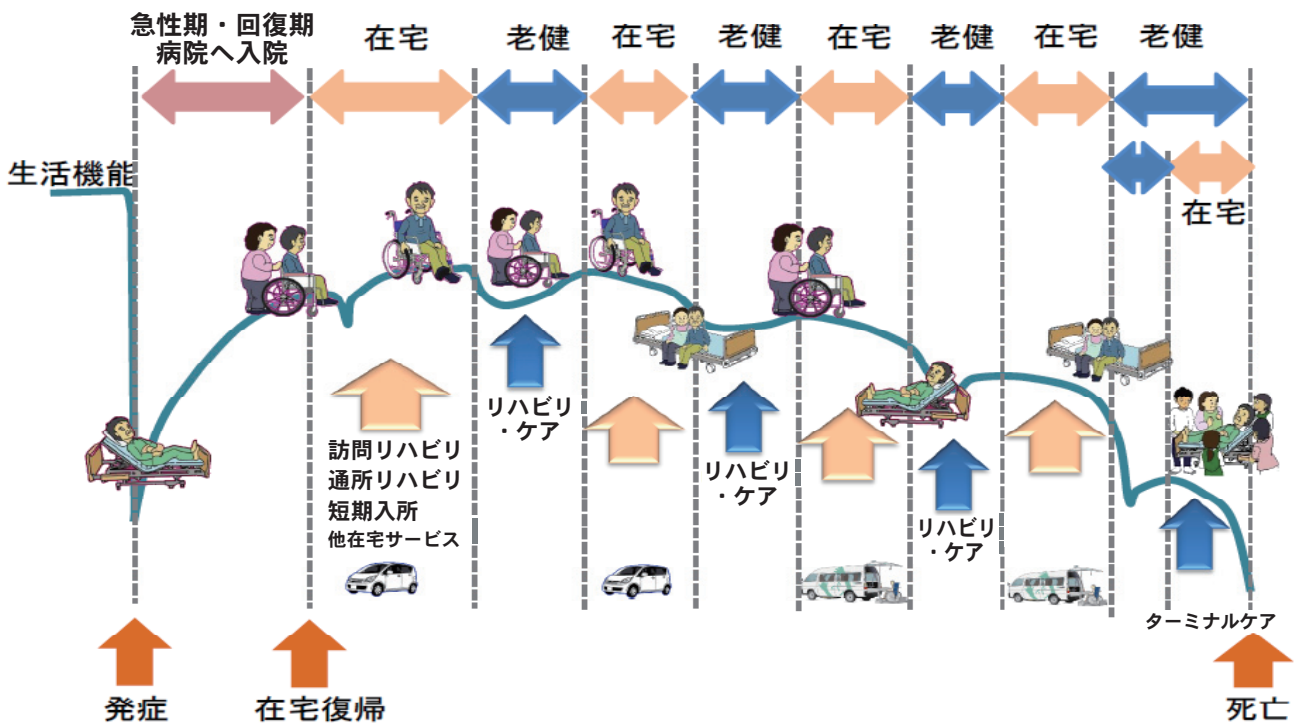
現行のショートステイの利用目的の大半は介護者のレスパイトや急用等である。医師、看護師、リハビリ専門職、薬剤師等の医療職を揃える老健のショートステイをレスパイトのみで終わらせるのは非効率である。リハビリ専門職による機能向上・維持をはじめ、例えば、ADL、摂食嚥下や認知症の評価、多剤投与の調整、低栄養状態の改善、糖尿病の食事療法等医療職を生かした「医療系ショートステイ機能」の活用が望まれる。老健のショートステイを生活福祉的な面からの活用だけでなく、健康・疾病管理の目的で活用することで在宅生活の継続に寄与するものとする。

図表21 老健におけるリハビリと在宅復帰・在宅支援機能との関係



出典：公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東憲太郎氏 講演資料

図表22 老健の在宅支援往復利用による在宅生活の継続



出典：公益社団法人全国老人保健施設協会 在宅支援推進部会部会員 野尻晋一氏 資料

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設は、医療の必要な要介護高齢者の長期的療養施設である。介護療養型医療施設には生活機能回復訓練室を有することが要件とされており、入院中においてリハビリテーションが提供される場合が多い。特に、療養機能強化型の介護療養型医療施設においては生活機能を維持改善するリハビリテーションの実施が求められている。

介護療養型医療施設を退院した後も、必要に応じ、入院中のリハビリテーションの内容を踏まえた一貫性のあるリハビリテーションを行うことで、生活機能の維持改善を見込むことができる。

3. その他のサービス

上記の他、介護保険制度には、制度上リハビリテーションには分類されないが、機能維持等を目的とした訓練を提供するサービスや、その提供に資するサービスがある。これらを効果的に活用することによって、生活機能の維持・向上をより効果的に行える場合がある。

(1) 訪問看護

訪問看護は、自宅等で生活する要介護者に対して、看護師等が療養上の世話や診療の補助を行うものである。訪問看護が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合、看護職員の代わりに、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士を訪問させることができる。

訪問看護における理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問、また通所介護や特別養護老人ホームにおける機能訓練は、医師の指示、計画に基づく実施、特定の資格者による提供等を要件とする制度上の「リハビリテーション」ではないが、これらを効果的に活用することによって、生活機能の維持・向上をより効果的に行える場合がある。

(2) 訪問介護

訪問介護は、自宅等で生活する要介護者に対して、介護福祉士等が入浴、排泄、食事等の介護やその他日常生活上の世話を行うものである。利用者の生活機能の維持・向上の観点からは、このような日常生活上の世話についても、利用者の自立を促すものになっていることが望ましい。例えば、利用者が何をできるのかを意識し、利用者ができることは時間がかかっても利用者本人にしてもらうことで、生活機能の維持をはかることができる。

(3) 通所介護

通所介護は、事業所において、自宅等で生活する要介護者に入浴、排泄、食事等の介護やその他日常生活上の世話等の他、機能訓練を行うものである。

(4) 福祉用具貸与・住宅改修

心身機能の低下を補い、活動・参加を維持していく観点からは、介護保険における福祉用具や住宅改修のサービスも重要なツールである。

1. 総論

リハビリテーションを実施、依頼するに先立ち、当然のことながらリハビリテーションを必要とする状態に対する気づきが必要となる。患者の身体機能や能力、生活機能の低下に対して、「高齢者だから仕方がない」、「重度な後遺症のために仕方がない」と思ってしまう前に、何らかの介入によって改善の余地がないのだろうか？ もしくは、何とかして改善できるように支援をしたい、という思いを持つことが介入の第一歩となる。臓器別専門医としての知識やリハビリテーション医療の経験は有用ではあるが、その前に目の前の患者を一人の生活者として、もう一度見直すことが必要である。そのためには、この患者が病前どこで、誰と、どのような生活をしてきたのか、何を生きがいにしてきたのか、患者自身や家族がこの先に望むものは何だろうか、といった情報を収集することが必要となる。そのうえで、今後再び望むべき生活に戻るために何を行うべきか、想像する必要がある。入院していた患者であれば、入院中の担当看護師が困っていたことは何なのか、必要な治療が十分に行われていたのか、といった情報も、判断の一助になるだろう。

前述のとおり、障害を医学的な問題のみならず社会的な問題、心理的な問題にまで広げて考えて問題リストを列挙するためには、ICFの視点が有用である。

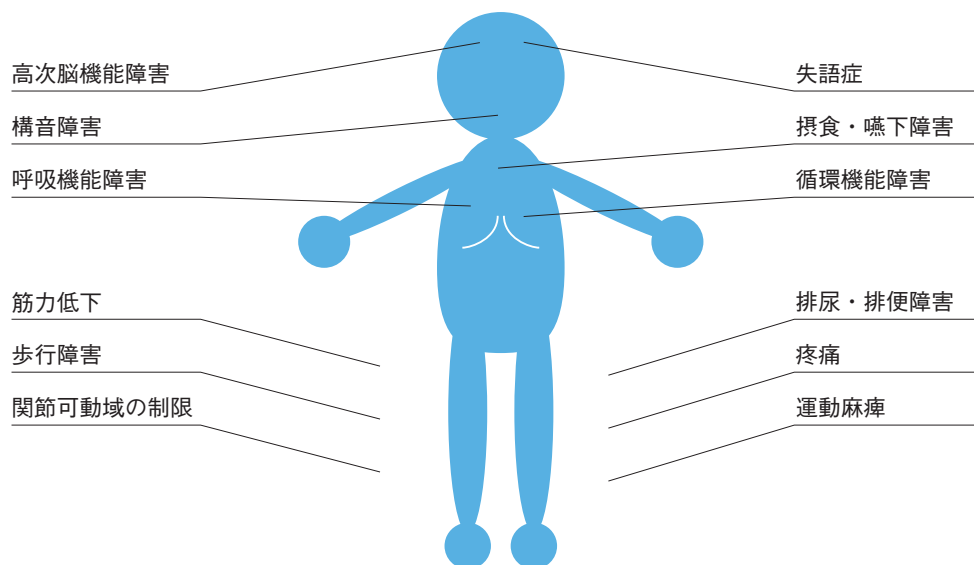
大切なことは、どのような疾病、障害を持っていても、必ず患者にとって安心して生活できる場があること、期間の長さに関わらず、今後も患者は一人の人間として社会との交流を持ちながら生活することを、常に原則と考え接することである。

次項にリハビリテーションの適応となる障害像と留意事項を列挙する。これらはあくまでも「例」であり、適応を限定して列挙したものではないことに留意されたい。また機能障害の全てにリハビリテーションが必要なわけではなく、機能障害によってどのような能力が障害されるのか、そのために制限されるものがあるのか、といった視点を持つことが必要である。

生活期では専門職が直接的に介入することができる時間、空間的な制約が大きいいため、家族やヘルパー等が施すケアの内容がリハビリテーション専門職の治療方針に沿ったものであれば、より大きな効果が期待できる。

2. リハビリテーションの適応となる障害像の例と留意事項

図表23 リハビリテーションの適応となる障害像



注) 線が接していないものは、部位を特定できないもの。

(1) 関節可動域の制限

関節運動の理解には、日本リハビリテーション医学会と日本整形外科学会の「関節可動域表示ならびに測定方法」が参考になる。しかしすべての可動域制限を治療の対象とする必要はなく、例えば、肘関節の可動域制限が改善すれば自分の手で顔を洗うことができる、とか、股関節の可動域制限が改善すれば立ち上がり動作が楽になるなど、可動域制限が能力障害や活動の制限に結びついていると考えられる場合や、可動域制限が疼痛の原因であったり、不良な姿勢の原因となる場合に、介入が検討される。

疾病や病態によっては可動域訓練によって更に関節機能を障害することがあったり、手術法によっては物理的に可動域の拡大が不可能なことがある。

また、関節の保護や可動域制限の代償を目的に補装具の使用が勧められることがある。

(2) 筋力低下

筋力の評価では、筋力を6段階で評価する徒手筋力検査法（Manual Muscle Test; MMT）が一般的によく用いられている。

筋力の評価に関しては測定方法に習熟が必要であり、関節可動域制限と同様、単一の筋運動に対する評価よりも、筋力低下によりどのような不自由が生じるのか、といった観点からの評価が必要である。また疼痛の存在や、痙縮や固縮といった異常な筋緊張が筋力に影響を与えることも多く、筋力低下をもたらすに至った原因疾患についての考察が必要となる。

筋力増強訓練は個人の状態に合わせて収縮の種類（等張性、等尺性など）、運動様

式（求心性、遠心性、閉鎖連鎖、開放連鎖）、運動強度、運動頻度、等を検討しながら行われるべきである。

週に1度や2度のリハビリテーションにより筋力を向上させることは困難であり、筋力増強のために必要な運動やADL動作を家族やヘルパーと共有し、生活の中で実践していけるようにコーディネートすることが必要である。

図表 24 徒手筋力検査法の表示方法と判定基準

段階を定める基準	グレード	
完全に可動域を動かし、最大抵抗に対して終点の可動域を維持できる	5	Normal
重力に抗して可動域全体にわたり運動を完全に行うことができるが、最大の抵抗に対してはテスト位置を保持することができない	4	Good
抵抗が重力だけであれば可動域を完全に終わりまで動かす	3	Fair
重力の影響を最小にした肢位でなら、可動域全体にわたり完全に動かすことができる	2	Poor
何らかの筋収縮活動を目で確認できるか、手で触知できる	1	Trace
触知によっても視診によっても全く無活動	0	0

出典：Helen J. Hislop、Dale Avers、Marybeth Brown、翻訳：津山 直一
「新・徒手筋力検査法」協同医書出版社 原著第9版2014年pp2-7を元に執筆者作成

(3) 歩行障害

歩行は筋力、関節運動、中枢神経のパターン発生器等、身体の様々な要素の協働により行われる活動である。歩行障害について考える際には、速度、連続距離、バランス（転倒リスク）、歩行の効率、歩行に伴う疼痛、等について問題が生じているか否か、という判断がわかり易い。運動器障害では障害されている関節に特有の歩行パターンを示し、中枢神経疾患や神経疾患においては疾患特有の異常な歩行パターンが観察される。歩行障害を考える際には、患者自身の機能を向上させることも必要だが、杖や歩行器、手すりの設置や段差解消など、環境面への配慮が重要なケースが多い。

(4) 運動麻痺

運動麻痺の原因は、中枢神経疾患と末梢神経疾患に大別することができる。脳血管障害や脊髄疾患、末梢神経損傷の既往が明らかであれば急性期から連続した治療として運動麻痺に対するリハビリテーションが行われるが、時に治療歴が明らかではないが運動麻痺を認めるケースがある。運動麻痺の存在が疑われる際には、リハビリテーションの実施に先行して原因疾患の検索を行うことが、予後の予測や再発予防のために重要である。

脳卒中の後遺症として起こる運動麻痺は本来進行性の疾患ではないが、麻痺した部位の不使用や、誤った使用方法が異常な筋緊張や疼痛の原因となることがある。また麻痺側の筋肉は経時的に萎縮するため、筋萎縮に伴う疼痛や関節可動域制限を予測することも必要である。

運動麻痺に対して、杖や下肢装具などの補装具を使用している場合がある。上述のような筋緊張の変化や筋萎縮などの影響で、退院後に装具の適合が不良となる場合がしばしば認められる。生活期の運動麻痺患者をみる際には、使用している装具、自助具の適合についても注意が必要である。

(5) 疼痛

疼痛は末梢の感覚受容器を介して惹起されるものと、受容器を介さないものがある。前者は機械的刺激や化学的刺激などにより、後者は痛覚伝導路の機能異常によって起こる。前者の代表は筋肉や筋膜の異常による疼痛や、関節可動域制限に伴う疼痛で、後者は特に複合性局所疼痛症候群や視床痛、幻肢痛、といった慢性疼痛としてしばしば問題となる疼痛を含む¹⁾。

リハビリテーションの実施により筋肉や関節の機能を改善し直接的に疼痛の原因を除去することや、疼痛の閾値を上げ症状を緩和することができる。疼痛はまた、不眠や食欲低下、意欲の低下、鎮痛薬の過用といった問題の直接の原因となることがあり、リハビリテーションを含めた包括的なアプローチが必要となる場合がある。

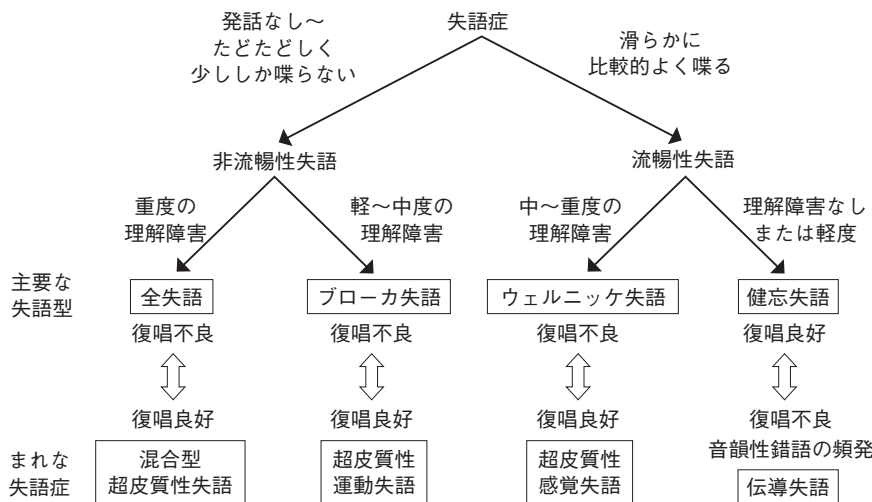
(6) 失語症

失語症は中枢神経疾患により話す、読む、書く、聞く、等の能力が障害され、コミュニケーション障害を来した状態である。言葉が全く出ないタイプから、流暢に話しているにも関わらず理解が障害されていたり、誤った語を発する場合など、様々なタイプに分類することができる。

失語症のタイプを理解することで、医療スタッフ同士での障害像の共有や、コミュニケーションをとる際のポイントに関する示唆を与えることができる。

失語症は年単位で改善が見込める障害であり、失語症によるコミュニケーション障害を有する患者は、退院した後にも継続して専門職による治療を受ける機会を継続することが重要である。

図表 25 失語型分類の流れ



出典 石合純夫「高次脳機能障害学 第2版」p30医歯薬出版株式会社2012年
 (石合純夫 失語症「言語聴覚障害学 基礎・臨床」(石合純夫編著) 新興医学出版社 2001年
 pp240-253より加筆修正)

(7) 構音障害

構音障害は言語障害の中でも主に話し言葉の障害で、声のかすれや大きな声が出ないといった「声の障害」、発音が誤ったり歪んだり、呂律がまわらないといった「発音の障害」がある。

リハビリテーションにより不明瞭な発音や不自然な音声が改善すれば、直接、話し言葉によるコミュニケーションの改善につながる。脳血管障害、腫瘍、声帯ポリープなどさまざまな原因で起こり、障害の存在から疾病の発見につながるケースも少なくないと思われる。

(8) 高次脳機能障害

高次脳機能障害とは、脳血管障害や頭部外傷などによって脳が損傷されたために、知覚、記憶、学習、思考、判断力などの認知過程と行為の感情（情動）を含めた精神（心理）機能に障害が起きた状態を言う。

高次脳機能障害は注意障害、失行、失認、半側空間無視、遂行機能障害、記憶障害、情動障害など多岐に渡る障害を含んでおり、障害像の把握と対処法の理解に関しては、より専門的な知識が必要となる。高次脳機能障害に対するリハビリテーションのエビデンスでは、推奨グレードの高い報告を多く認める（図表26）。

高次脳機能障害者は失語症患者と同様、長期間の支援や社会の受け皿の整備が必要である。また比較的軽度の高次脳機能障害の場合、入院生活中には問題が顕在化せず、退院後に家事動作や復職など社会生活の中ではじめて困難に直面することがあるため、注意が必要である。

図表 26 高次脳機能障害へのリハビリテーション

	認知訓練	推奨レベル
言語障害	失語症に対する集中的な言語聴覚療法	グレードB
注意障害	注意機能を刺激する直接訓練	グレードB
	作業や活動に対し、十分な時間をとることに配慮する（タイムプレッシャーマネジメント）	グレードA
遂行機能障害	メタ認知のための訓練（遂行機能障害を補う技術を身に付け、自己の管理能力向上を図る）	グレードA
	ゴールマネジメント訓練	グレードA
記憶障害	外的補助手段を使いこなす訓練	グレードA
	誤りをさせない学習法（エラーレスラーニング）	グレードB
社会的行動障害	認知行動療法、社会技能訓練、良好な行動を引き出すための介入	グレードB
	包括的・全人的アプローチ	グレードA
失行	障害のある行為に対し代償方法を習得する訓練（左大脳半球損傷の失行患者に対して、動作手順の言語化、記述での提示、図示を用いて障害代償方法を習得させる）	グレードB
左半側空間無視	視覚探索訓練を含む視空間認知訓練（左上肢での左側空間における探索）	グレードA

出典：原 寛美「認知リハビリのエビデンス」日本医師会雑誌145巻第6号 pp1201-1204, 2016を一部改編

(9) 摂食・嚥下障害

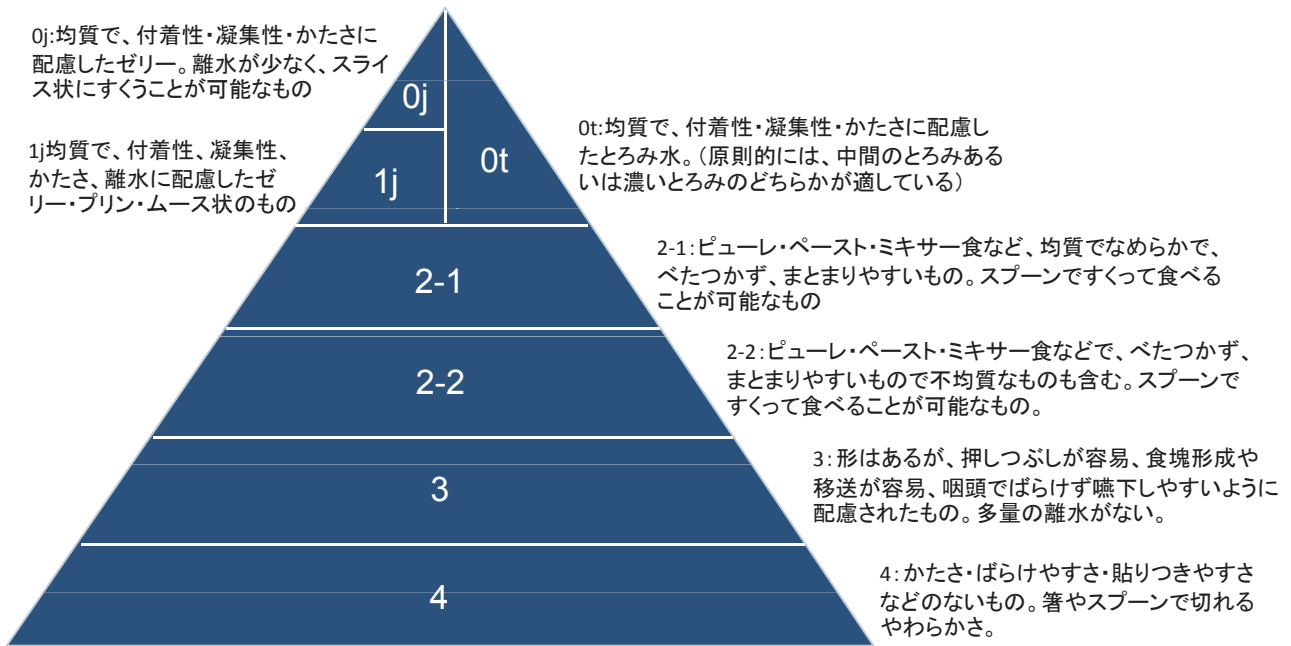
摂食機能障害では、「食べられない」問題に加え、「誤嚥する」という問題が生じる²⁾。実際に水分や食物を摂取している場面を観察することが大切ではあるが、家族などからの普段の食事状況の聴取により障害を推測することができる場合は少なくない。また、見かけ上、問題なく摂食できている場合にも、肺炎を繰り返すケースでは、誤嚥の存在を疑う必要がある。また摂食・嚥下障害は歯科的な問題や薬物の副作用によって引き起こされることも多く、多角的な評価が必要である。

日常の診察やケアの場面で比較的簡便に行うことができるスクリーニング法として、「反復唾液嚥下テスト（RSST）」や、「改訂水飲みテスト（MWST）」、フードテスト等がある。

また従来、嚥下食に関しては表現方法の違いから施設間での情報共有が困難であったが、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013が発表され、嚥下食の形態を統一基準として表すことでできるようになってきている（図表27）。

摂食・嚥下障害に関するリハビリテーションでは、単に摂食・嚥下に関する機能訓練を行うのみならず、その時点での摂食・嚥下機能において医学的に安全は確保され、機能に合わせた食事の楽しみを提供しQOL向上に寄与することが求められる³⁾。また、評価や訓練の結果（時に経過）に応じて、気管切開や胃瘻造設などの選択、提案が必要となることもある。

図表 27 嚥下調整食分類 (2013)



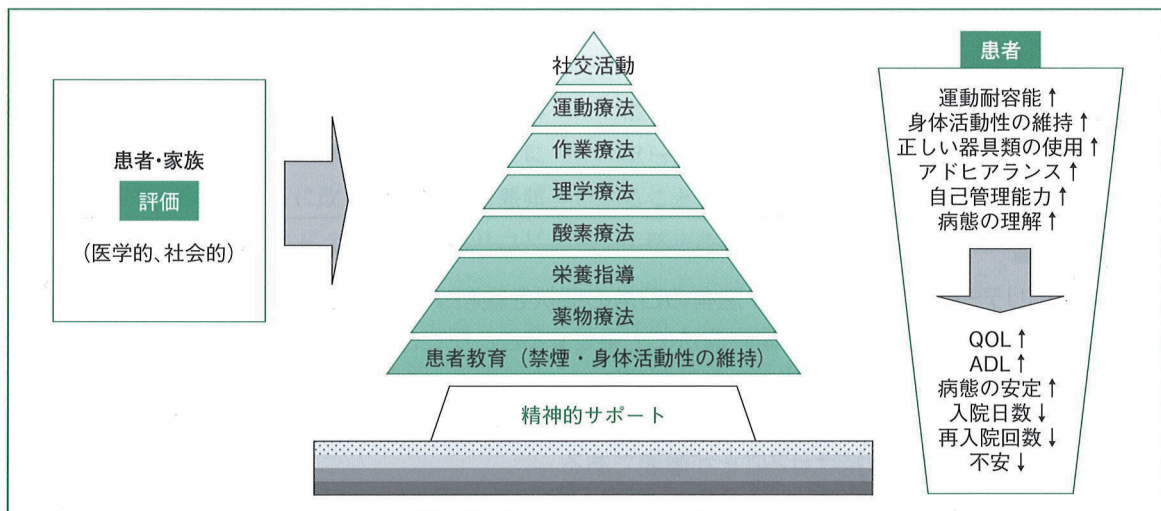
出典：日摂食嚥下リハ会誌17 (3)：255-267, 2013を元に作成
 原資料については、日本摂食嚥下リハ学会HPホームページ：
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html『嚥下調整食学会分類2013』参照のこと

(10) 呼吸機能障害

呼吸機能障害を来す疾患は肺炎、無気肺、外科手術後などの急性疾患や、COPDや間質性肺炎、神経筋疾患といった慢性疾患がある。

リハビリテーションの介入により運動機能の向上や呼吸困難感の軽減、入院の回避、QOLの向上など、様々な効果が期待され、ガイドラインが示されている。呼吸リハビリテーションでは酸素療法や薬物療法、栄養管理、心理社会的サポートが同時に行われる必要のあるケースが多く、包括的なアプローチが推奨されている（図表28）。

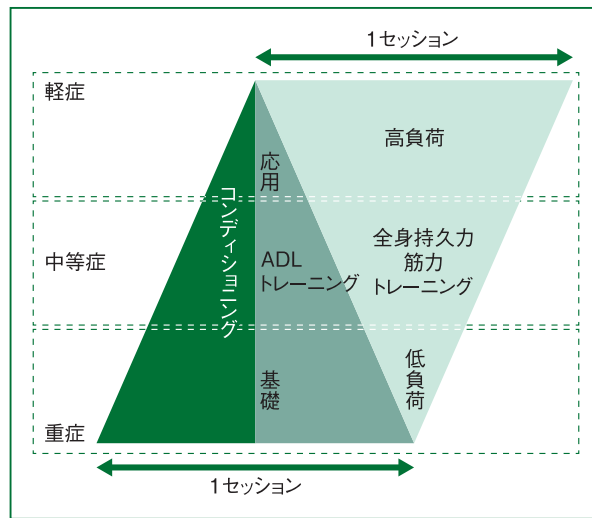
図表 28 包括的呼吸リハビリテーションの基本的構築と3つの大きな流れ



出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版」
 一般社団法人日本呼吸器学会 2013年

運動療法は呼吸リハビリテーションの中核となる構成要素であるが、重症度に応じた導入プログラムが推奨されている（図表29）。

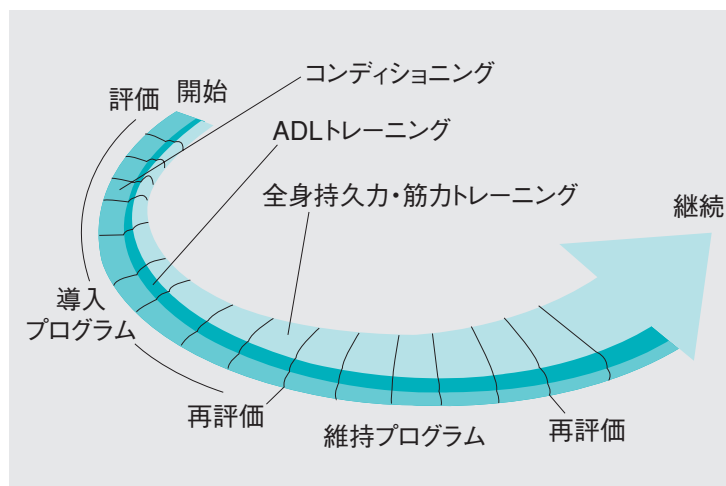
図表 29 安定期における開始時のプログラム構成



出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第4版」
 一般社団法人日本呼吸器学会 2013年

また運動療法は継続して定期的に行われる必要があり、導入プログラム終了後には全身持久力トレーニングや筋力トレーニングへ移行し、維持プログラムとして運動の習慣がライフスタイルに組み込まれていることが望ましい（図表30）。

図表 30 運動療法の進めかた

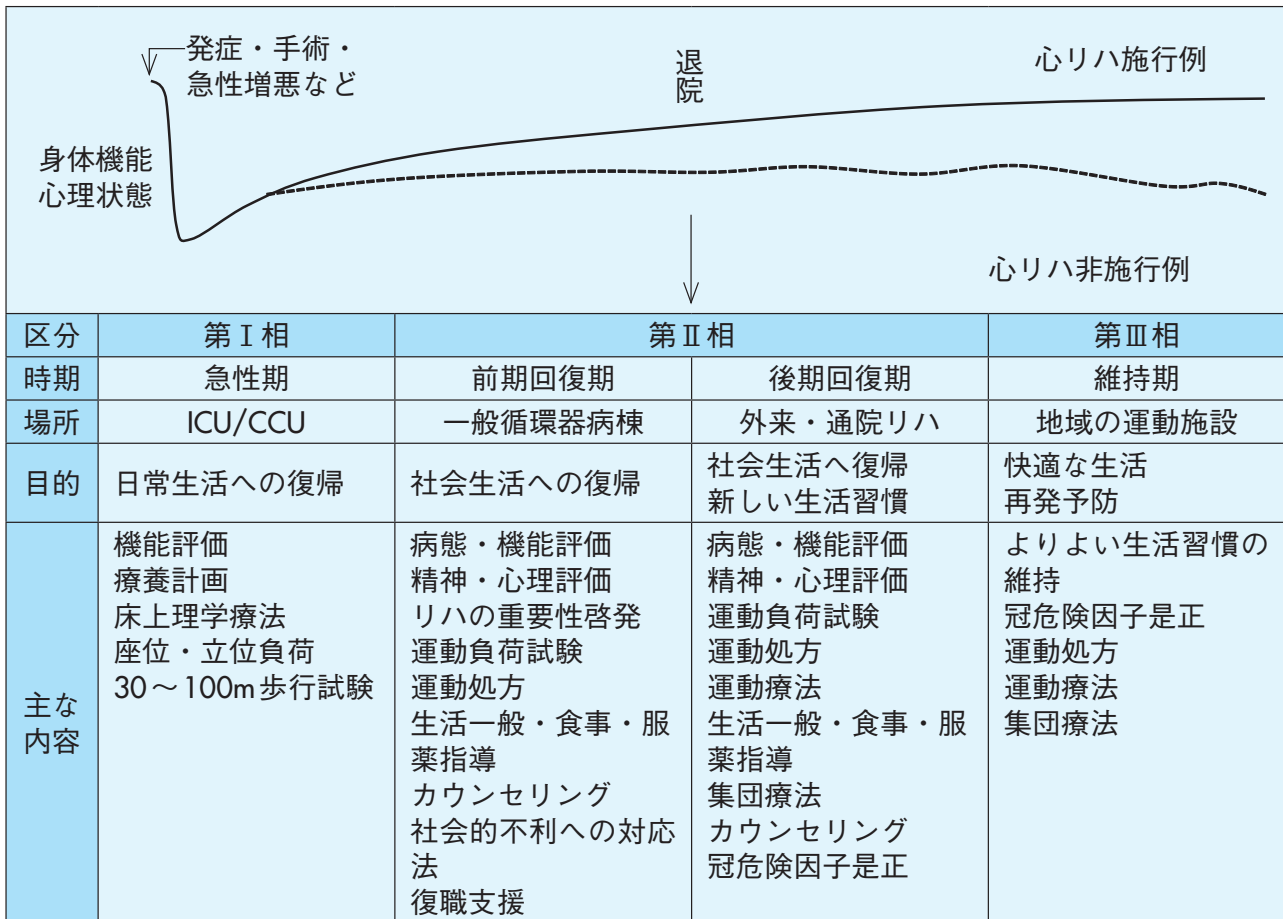


出典：日本呼吸器学会COPDガイドライン第2版作成委員会
 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第2版」社団法人日本呼吸器学会 2004年

(11) 循環機能障害

「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」によれば、慢性心不全に対する運動療法は総死亡率を減少させ、心不全入院を減少させ、健康関連QOLを改善させる。また運動耐用能の増加や収縮期血圧の低下など、高いエビデンスレベルの研究報告が、多数認められる。またガイドラインには、病期に応じた介入内容が提示されている（図表31）。

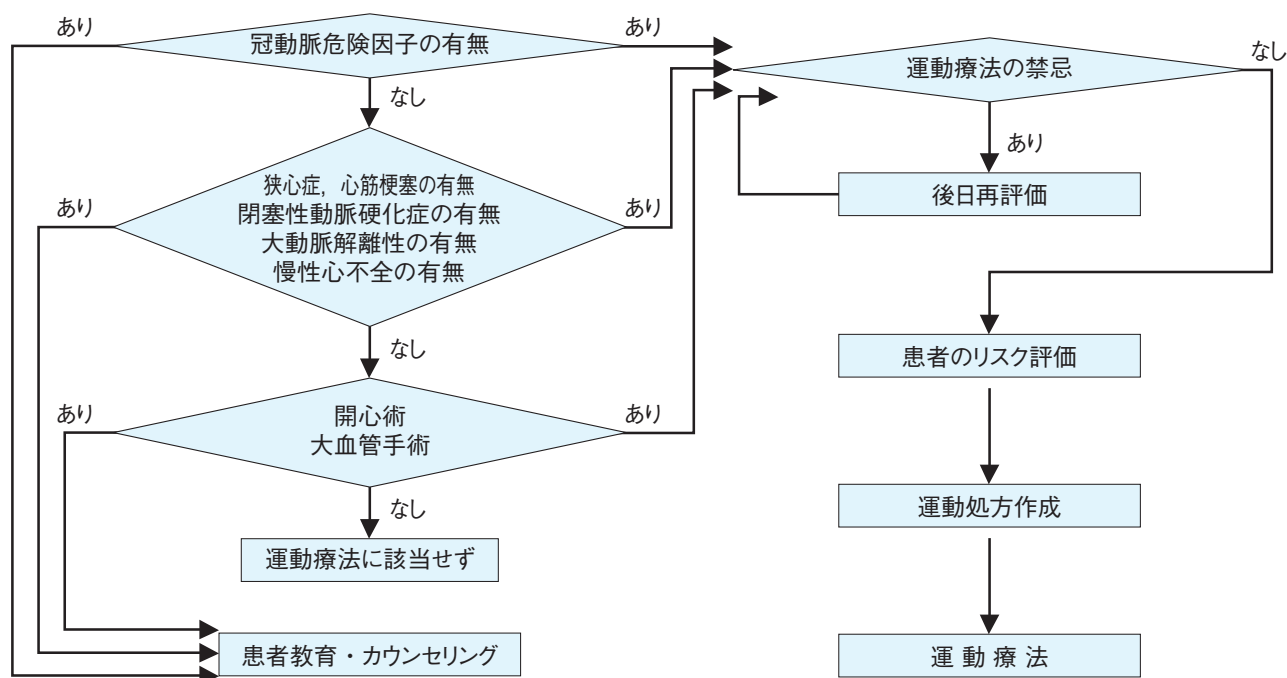
図表 31 時期区分定義



出典：「日本循環器学会 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」
http://www.jacr.jp/web/pdf/RH_JCS2012_nohara_h_2015.01.14.pdf（2017年3月閲覧）

心臓リハビリテーションを行う病院では血圧の連続測定や、心肺運動負荷試験を行いながらリハビリテーションが行われる（図表32）。近年生活期においても、自宅で使用することができる機器が増えているが、特別な機器がなくても、入院中の情報を元にリスク管理に配慮をしながら生活の場で適切な運動負荷を行なうことができる。

図表 32 運動療法へのフローチャート



出典：「日本循環器学会 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」
http://www.jacr.jp/web/pdf/RH_JCS2012_nohara_h_2015.01.14.pdf（2017年3月閲覧）

既に心疾患を持ちながら生活する患者にとって、時に生活動作そのものが心負荷になっているケースが少なくなく、活動の主体である家庭内や地域において、過活動に伴う心負荷を予防するという視点で適切な介入をする必要がある。

(12) 排泄障害

排泄はADLの一項目であり、また生命活動の維持に欠かせない生理現象で、且つ個人の尊厳やQOL、介護者の負担にも深く関連する事象である。排泄障害に係る因子は多岐に渡っており、膀胱直腸の機能障害だけではなく、排泄の関連動作、排泄環境も含まれる。

すなわち、排泄に先立ってまず尿便意を認識する、そして適切な排泄場所へ移動することにより、排泄が始まる。排泄動作としては衣類を脱ぐこと、排泄に適した姿勢をとることをして、やっと排泄に入る。排泄終了後には清潔に後始末をする必要があり、また衣類を着用し、排泄場所を離れるまでが一連の動作として行われる。

したがって排泄障害のリハビリテーションにおいては、まず個々人の状態に合った適切な排泄方法の定義が必要となり、そのどの段階の機能が失われているのか、失われた機能はトレーニングにより再獲得できるものか、もしくは代償方法を選択する必要があるのか、について考察することが重要になる。

機能障害の治療には生活習慣の是正、行動療法、薬物治療等があるが、特に骨盤底筋群トレーニングや膀胱（蓄尿）訓練は行動療法の一部として重要である。

排泄に際して適切な姿勢を保つことや衣服の脱着、移動や移乗の能力に関しては代償的手段の獲得や環境調整などを含め、適切な評価と対策が必要となる。

脊髄損傷患者に代償される直腸膀胱障害に対しては、留置カテーテルの管理や自己導尿の指導といったことも必要となる。

2016年の診療報酬改定において、排尿自立指導料が新設された。これは主に一般病棟に入院中の下部尿路機能障害を有する患者に対し、専門的なチームによる治療的介入を評価するものであるが、この算定の示す通り、排泄ケアのリハビリテーションに関しては、多職種による介入が重要となる。

3. 生活期のリハビリテーションの対象となる疾患の例と留意事項

(1) 脳血管障害

脳卒中治療ガイドラインによれば、慢性期脳卒中に対するリハビリテーションの介入が推奨されている（図表33）。脳血管障害患者にとっては自宅退院までがリハビリテーションではなく、実際の生活の中で更にADLの自立度や家事動作や外出といったIADL能力を向上させ、家庭や社会の中で役割を持ちながら生活を続けるための支援を長期にわたり受け続ける必要がある。

図表 33 脳卒中ガイドライン

推奨

1. 回復期リハビリテーション終了後の慢性期脳卒中患者に対して、筋力、体力、歩行能力などを維持・向上させ、社会参加促進、QOLの改善を図ることが強く勧められる(グレードA)。そのために、訪問リハビリテーションや外来リハビリテーション、地域リハビリテーションについての適応を考慮するよう強く勧められる(グレードA)。
2. 在宅生活を維持、支援するための間欠入院によるリハビリテーションは行うことを考慮しても良い(グレードC1)。
3. 個々の患者の障害・ニーズに対応したオーダーメイドのリハビリテーション・アプローチを行うよう勧められる(グレードB)。
4. 復職を希望する場合、就労能力を適切に評価し、その上で、職業リハビリテーションの適応を考慮しても良い(グレードC1)。

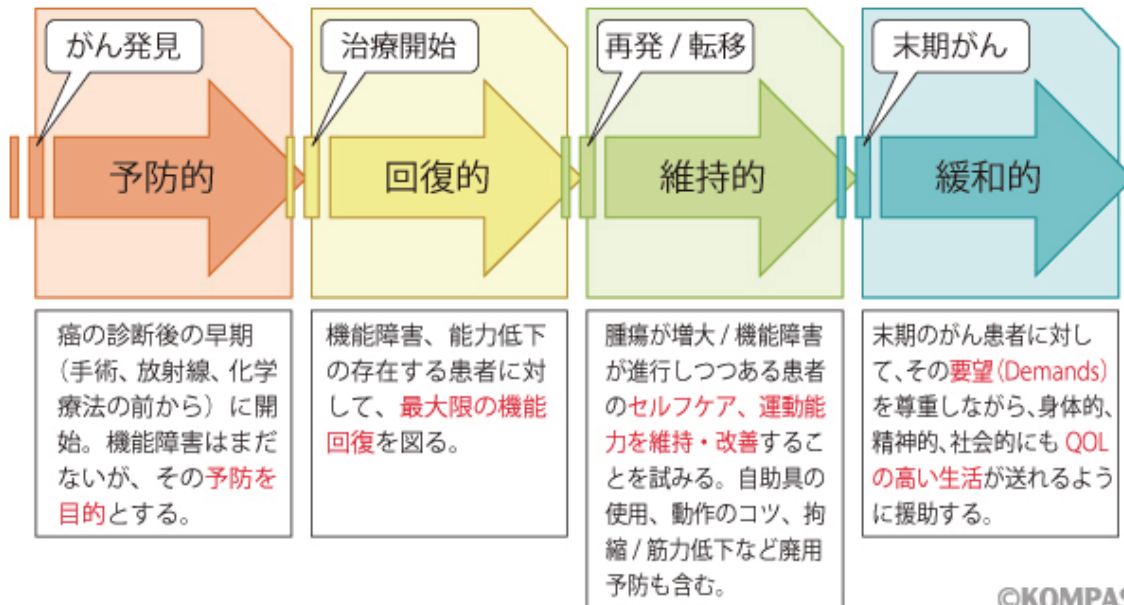
出典：日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会「脳卒中治療ガイドライン2015」株式会社協和企画 2015年

一方で比較的軽症な脳血管障害患者の場合、回復期リハビリテーションを經由せず急性期治療終了後に直接自宅へ退院する場合がある。単に歩けるから、とか、食事を摂れるから、という理由で回復期リハビリテーションが不要と判断された患者が、本来必要なりハビリテーションを十分に受ける機会のないまま地域に退院することがあるため、注意が必要である。リハビリテーションやケアの方法によっては、医療保険の範囲で提供可能な訓練量を凌駕するだけの学習機会を年単位といった長期にわたり継続することができる。また退院後に痙縮や嚥下障害が増悪したり、前述したように高次脳機能障害が顕在化し、社会生活の遂行が困難となる場合もあるため、長期的な視点を持ってリハビリテーションを継続する必要がある。また多くの脳血管障害患者において、健康を維持するための運動量を維持し続けることが困難な場合があり、活動・参加を意識したりリハビリテーションの介入により運動量が確保されることは、脳血管障害や、脳血管障害の原因となる生活習慣病の二次予防の観点からも重要と考えられる。

(2) がん

がんのリハビリテーションは病期別に予防的、回復的、維持的、緩和的なアプローチが必要であると言われている。

図表 34 がんのリハビリテーションの分類 (Dietzの分類)



©KOMPAS

出典：慶應義塾大学病院 医療・健康情報サイトKOMPAS
<http://kompas.hosp.keio.ac.jp/contents/000145.html>
 ※慶應義塾大学病院KOMPASから許可を得て転載

従来、生活期におけるがんのリハビリテーションは維持的、緩和的な介入が中心であったが、昨今、在宅で導入可能な抗がん剤が増えていることもあり、生活期においても予防的な介入、すなわち治療前から機能障害を予防する関わりでの介入が必要な時代が到来していると思われる。現在の医療保険制度ではがんのリハビリテーションは入院患者が対象とされているが、在宅生活期の患者においても、障害に対する疾患別リハビリテーション（医療保険）や、訪問リハビリテーション（介護保険/医療保険）等、利用可能な公的保険制度や治療の段階に応じて適切なリハビリテーションサービスを選択する必要がある。

在宅死を選ぶがん患者が増えているが、末期がん患者に起こる疼痛や呼吸困難、浮腫といった有害事象に対しリハビリテーションが介入することで、QOLやQODの向上が期待される。

(3) 廃用症候群

廃用症候群は2種類に大別することができる。一つは急性発症した疾病において、治療上やむを得ず安静臥床をした結果生じるもので、もう一つは変形性関節症などの慢性進行性疾患や日々の非活動的な生活により、徐々に引き起こされるものである。

いずれの原因にしても、筋力低下や歩行障害のみならず、認知機能の低下や嚥下障害、消化器機能の低下、呼吸循環機能の低下など、全身の臓器に起こり得ることが特徴である。廃用症候群は高齢者や疾病後のみならず、例えば自然災害の被災者が避難所等での不活動な生活様式によって起こることが話題となっている。すでに起こってしまった廃用症候群に対する機能訓練はもとより、廃用症候群の状態になる前段階での気づきと介入により予防をする視点が重要である。

(4) 老年症候群

老年症候群は高齢者に頻繁に見られる諸症状（認知症、せん妄、うつ、虚弱、廃用症候群、低栄養、嚥下障害、転倒、尿失禁、便秘、褥瘡、脱水など）であり、QOLや日常生活機能の低下を来す原因となる⁴⁾。これらの予防や早期発見には包括的なスクリーニングと、早期からのリハビリテーション介入が必要となる。

2014年、老年医学会からフレイルに関するステートメントが発表された。フレイルとは高齢期において生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進して、不健康を引き起こしやすい状態のことで、体重減少、筋力低下、疲労、歩行速度の低下、身体活動の低下によって定義される。またこれらの身体的フレイルに加え、意欲の低下や閉じこもりなど精神的フレイル、近親者との死別や孤独、役割の喪失といった社会的フレイルも問題となる。フレイルの発生予防や適切な介入方法の選択のために、ICFを用いた生活機能障害の理解が必要である。

廃用症候群、老年症候群、フレイルは完全に区別されるものではなく、廃用症候群のうち特に高齢者に起こり、且つ原因として身体機能面だけではなく精神的、社会的な要因を含めて定義し直したものがフレイルであり、また老年症候群はフレイルの前段階の状態、といった解釈はできるのではないか。

(5) 認知症

認知症リハビリテーションにおいて、直接認知機能の向上を示す有意性は示されていないが⁵⁾、快刺激を与えること、他者とのコミュニケーションの場を提供すること、役割と生きがいの賦与、正しい方法を繰り返しサポートすることにより、二次的に意欲や学習効果を向上させることが期待できる⁶⁾。

認知症に対して適切な介入がなされないと、種々の生活機能障害が段階的に生じる。ADLやIADLの遂行が困難になると家庭での役割が喪失し、介護者の負担が増える。地域社会への参加が困難になると閉じこもりによりフレイルの状態となったり、

住み慣れた地域での生活の継続が困難となる。その結果として人間としての尊厳を保つことが困難になったり、時には事故や事件の当事者となり、生命に関わる問題が生じる可能性がある。認知機能は運動機能と一定の相関を持つことが知られており、認知症患者に対する運動療法は効果が期待できる。認知症患者や家族、生活する地域全体を巻き込む活動を整備することで、例え認知症になっても安全に尊厳を保って暮らしていくことができる社会の創造が急務であり、生活機能障害を理解し個別性を重視した支援を行うことが、認知症リハビリテーションの役割であると言えよう。

参考文献

- 1) 岡島康友 (2012) 上田敏 監修・伊藤利之・大橋正洋・千田富義・永田雅章 編集 「標準リハビリテーション医学 (第3版)」医学書院 p.470
- 2) 藤谷順子 同 p.257
- 3) 藤谷順子 同 p.261
- 4) 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究研究班「高齢者に対する適切な医療提供の指針」、2013
- 5) Clare L, et al. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia, Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4) : CD003260
- 6) 山口晴保「認知症のリハビリテーションとケア」日本認知症学会認知症テキストブック. 中外医学社 pp181-199、2008

1. 介護予防の理念、かかりつけ医との関わり

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。

高齢者にとって、かかりつけ医は、健康状態を詳細かつ総合的に把握している存在である。そのため、高齢者が要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止のそれぞれにおいて、かかりつけ医は介護予防に大きな役割を果たしうる。その際、かかりつけ医が、地域において利用可能なりソースおよび利用者の状態についても把握していることが望まれている。

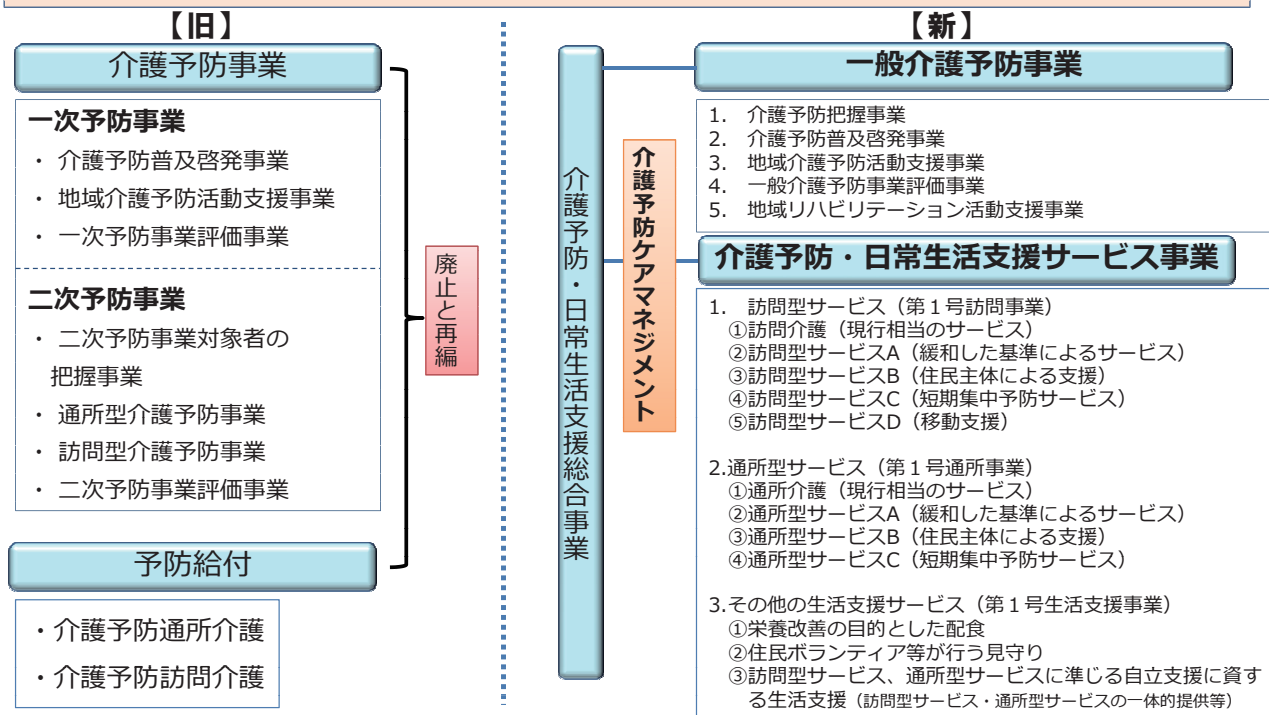
2. 地域における介護予防の取組

介護予防は、単に高齢者の心身機能の改善だけを目指すのみならず、日常生活の活動を高めることで、社会への参加を促し、高齢者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。しかし、実際に行われる介護予防は機能回復訓練に偏りがちであり、高齢者の社会参加活動を促すための取組については意識的に行わなければ十分なものにならない。このため、平成26年の介護保険法の改正により始まった市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（図表35）においては、高齢者が地域の中で生きがい・役割をもって生活できるような地域づくりを推進するため、住民が主体となって運営する通いの場等の活動を地域に展開する取組が行われている。

図表35 平成26年介護保険法改正における介護予防事業の体系

平成26年介護保険法改正における介護予防事業の体系 (平成29年度までに順次移行)

○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、地域づくりなどの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できるように介護予防事業を見直した。
 ○年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、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。
 ○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



出典：厚生労働省作成資料

1. 地域リハビリテーションの理念

(1) 地域リハビリテーションへの取組

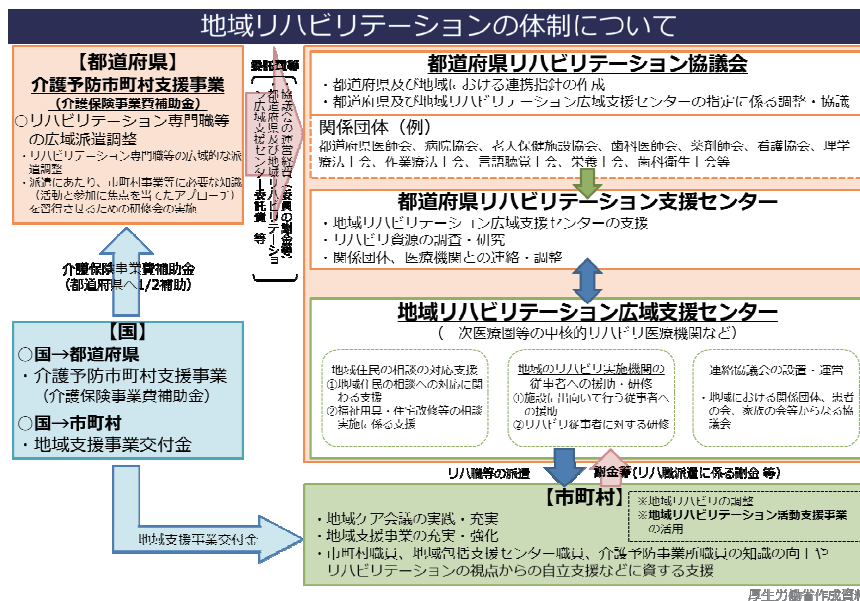
1991年、日本リハビリテーション病院協会（現、日本リハビリテーション病院・施設協会）は、地域リハビリテーション（以下、地域リハビリ）の定義と推進課題を整理し¹⁾、2001年の改定の折、活動指針を追加した。

我が国では、1999年より国の事業として、「地域リハビリ支援体制整備推進事業」²⁾が実施された。この事業では、二次医療圏ごとに設置された地域リハビリ広域支援センターを中心に、医療機関や市町村、住民への支援が行われ、取り組んだ自治体は40都道府県を越えていた。都道府県事業に移管された後、一部の自治体を除いて撤退したものの、現在でも、約20都道府県で機能しているとされる（※1）。

この度、2016年版として地域リハビリの定義等が改定されたので、今回は、その概要や今後の推進方策などについて紹介する。

（※1）参考

地域リハビリテーションを効果的に実施していくためには、都道府県と都道府県医師会等の関係団体が協議し、地域リハビリテーション広域支援センターや二次医療圏等の中核的リハビリテーション医療機関を中心とするような体制（図）の整備が望まれる。



地域リハビリテーション広域支援センター等が都道府県リハビリテーション協議会や都道府県リハビリテーション支援センターと連携しながら市町村へ必要な専門職を派遣するような体制を構築することで、市町村に対し効率的なリハビリテーション専門職等の人的資源への支援が可能となる。（厚生労働省老健局老人保健課）

(2) 地域リハビリテーションの定義

国際的には、1994年、ILO、UNESCO、WHOの関係者が集まり、Community based rehabilitation（以下CBR、日本語訳：地域リハビリ）について、共同見解³⁾が発表されたが、この時の理念の一つが「social integration社会的統合」であった。しかし、この定義は2004年に見直され、それは「social inclusion 社会的包摂」⁴⁾に変わった。近年では、CBRからCBID（Community Based Inclusive Development）へと活動の概要が変化しつつある。

このような国際的な流れも踏まえ、地域リハビリは、「社会とつながりのある生活⁵⁾」や「共に生きる社会づくり⁶⁾」など「インクルーシブ社会の創生」（活動指針7）を目指す活動であるとされる。

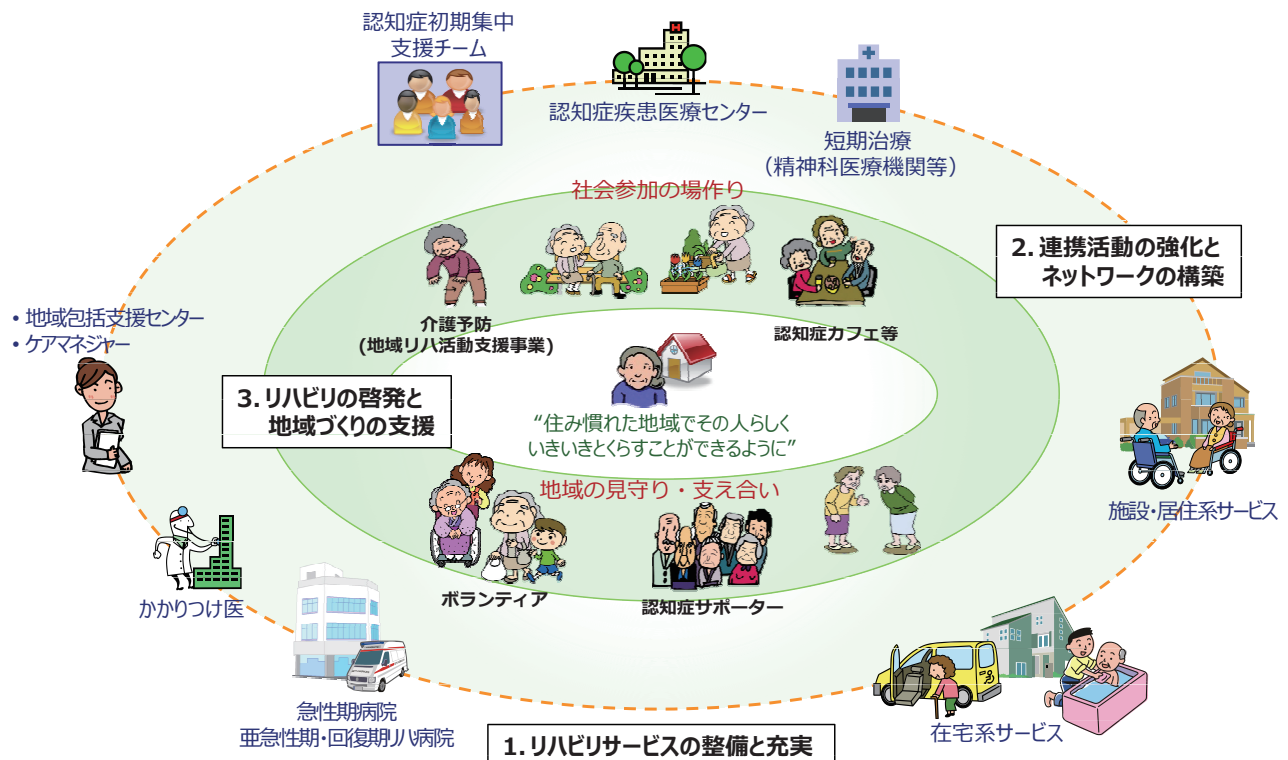
図表36に、地域リハビリの定義⁷⁾を、図表37に地域リハビリ活動のイメージ図を示した。

図表36 地域リハビリテーションの定義（2016年版）

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

出典：日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

図表37 地域リハビリテーション活動イメージ図
（認知症・障害のある人を地域のみんなで支える）



出典：「2025年の地域包括ケアシステムの姿」 「認知症ケアパス」（厚生労働省）を参考に執筆者作成

具体的には、「住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができること」を目標に、「保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織」が地域ぐるみで活動するものである。このように、地域リハビリは、機能訓練や医学的リハビリの枠組みを越え、地域での生活に焦点をあて、それを地域ぐるみで達成しようとするところに特徴がある。

また、地域包括ケアと地域リハビリとの関係が議論されることもあるが、定義で分かるように、地域ぐるみで支援するなど両者の概念は近似している。

2. 地域リハビリテーション活動の実際

図表38に、2016年版の地域リハビリの推進課題⁷⁾を示した。

図表38 地域リハビリテーションの推進課題（2016年版）

<p>1. リハビリテーションサービスの整備と充実</p> <p>① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進</p> <p>② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備</p> <p>③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供</p>
<p>2. 連携活動の強化とネットワークの構築</p> <p>① 医療介護・施設間連携の強化</p> <p>② 多職種協働体制の強化</p> <p>③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築</p>
<p>3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援</p> <p>① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進</p> <p>② 介護予防にかかわる諸活動を通じた支えあいづくりの強化</p> <p>③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進</p>

出典：日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

地域リハビリの推進課題と活動指針から、具体的な活動の実際を紹介する。

地域リハビリにおける第一の課題が、リハビリの提供のあり方、その質や量などの体制整備にあることは論を待たない。

しかし、リハビリサービスは予防に始まることから、「介護予防、障害の発生・進行予防」にかかわる活動も課題とした。今後、リハビリ関係機関や専門職には、障害の発生・進行予防に努めるだけでなく、介護予防にかかわる諸活動（地域リハビリテーション活動支援事業等）にも積極的にかかわっていくことが期待されよう。

発症すれば、医療においては生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初からリハビリサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。また、小児・成人のリハビリでは、ライフステージにそって、総合的リハビリが適切に提供されねばなら

ない。

次には、必要な人に求められるサービスを適確に提供できる連携やシステムづくりが課題となる。具体的な援助活動とそれを提供する関係者が、一定の地域で、サービスを適切に利用できるよう組織化されること、それを作ってゆくための活動も欠かせない。

当面、連携活動の強化とネットワークの構築が課題となり、中でも、「医療介護連携」「施設間連携」「多職種協働体制」などの強化が課題となる。

さらに、周りの人々が障害を負うことや年をとること、リハビリの意義などを理解し、人と人との支え合いが可能となるよう一般の人々へ働きかけること、つまり地域の受け皿づくりの活動も課題となる。

当面、リハビリの啓発は、市民のみならず関係者にも継続する必要がある。また、介護予防にかかわる諸活動を推進し、地域の支えあいにつなげられるリハビリの立場からの支援が期待される。今後は、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圈域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきであろう。

3. 今後の地域リハビリテーション

医療や介護におけるリハビリサービス提供拠点として質の高いリハビリを提供することは言うまでもないが、リハビリ技術、チームとしての活動、地域連携など、これまでリハビリ領域の中で培われてきたノウハウが、時代の求めるその人らしい生活の構築と継続、地域づくりに提供されることが期待されている。これまで培われてきた地域リハ活動の実績は、これらのことを担うに相応しい活動であると考えられる。

地域リハビリの概念が関係者や市民に理解され、地域リハビリの発展と地域包括ケアの推進がともに進んでゆくことが望まれる。

参考文献

- 1) 澤村誠志他；「地域リハビリテーションシステムの構築について」、日本リハビリテーション病院協会報、10、pp7-9、1991
- 2) 澤村誠志他；「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」、地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班、1999
- 3) ILO UNESCO WHO；「Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper」、1994
- 4) ILO UNESCO WHO；「Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper2004」、2004
- 5) 厚生労働省；「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書、http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html（2017年1月閲覧）
- 6) 厚生労働省；「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について（一人ひとりの地域住民への訴え）」、社会保障審議会福祉部会、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-3.html>（2017年1月閲覧）
- 7) 日本リハビリテーション病院・施設協会；「地域リハビリテーション 定義・推進課題・活動指針」、<http://www.rehakyoh.jp/teigi.html>（2017年2月閲覧）

執筆者一覧

執筆者	執筆箇所
◎鈴木 邦彦（公益社団法人日本医師会 常任理事）	I・II
石本 淳也（公益社団法人日本介護福祉士会 会長）	VI～4
梅津 祐一（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長）	IV～2
○栗原 正紀（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長）	VII～1
○齋藤 訓子（公益社団法人日本看護協会 常任理事）	VI～3
○斉藤 正身（一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長）	VII～2(1)
○鮫島 光博（医療法人社団輝生会在宅総合センター元浅草センター長）	V・VIII
鷺見 よしみ（一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長）	IV～3、VI～1
○中村 春基（一般社団法人日本作業療法士協会 会長）	VI～2(2)
浜村 明德（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長）	X
○半田 一登（公益社団法人日本理学療法士協会 会長）	VI～2(1)
○平川 博之（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）	VII～2(3)
○深浦 順一（一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長）	VI～2(3)
○宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長）	VII～2(3)
厚生労働省老健局老人保健課	IV～1、VII～2(4)・3、IX

執筆協力

水間 正澄（公益社団法人日本リハビリテーション医学会 監事）

◎：厚生労働省平成28年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

「地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」
調査研究委員会 委員長

○：同 委員

注) 所属・役職は執筆時点

平成 28 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

地域包括ケアに向けた、かかりつけ医の関与と
訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業

報 告 書

平成 29 (2017) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話 : 03-6733-1024

