平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業 調査報告書

平成28年3月 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

はじめに

平成27年度介護報酬改定では、多職種での目標共有・協働を計画的に実施することを目的に通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントの見直しが行われました。 通所リハビリテーションの動きは利用者のより個別のニーズに即したサービス提供を実現すること、さらには通所場面だけでないくらし全体をサポートする活動へと変化してきました。しかしながらその運用は各施設間において差があり、業務の標準化が急務とされています。

そこで平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業では「通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業」として通所リハビリテーションが効果的・効率的に運用出来るよう実態を調査し、課題を明確にしました。

平成 27 年度報酬改定ではリハビリテーションマネジメント加算やリハビリテーション会議など新たな課題が示されました。本調査研究ではこれら運用について理解は示されるも具体的運用においては各専門職の充実や評価の質、リハ会議への認識、さらには修了後を見越した地域活動への参画など様々な課題が挙げられました。今後通所リハビリテーションの運用・業務標準化の上で貴重な資料になったと考えます。

今回の調査研究の成果が、今後の通所リハビリテーション運営の参考となりサービス 発展の一助となることを願うものです。

最後に本研究活動に際し事業の趣旨をご理解頂き、多くの通所リハビリテーション事業 所にご協力を頂きました。心より御礼を申し上げます。

> 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長 斉藤 正身



平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康增進等事業

通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業

サマリ

■事業背景

平成27年度介護報酬改定において、多職種での目標共有・協働を計画的に実施することを目的に、通所リハビリテーション(以下:通所リハ)のリハビリテーションマネジメント加算(以下:リハマネ加算)が見直された。一方で、帳票類の活用や会議開催等の運用面については明確になっておらず、通所リハにおける要介護等の様態(以下:様態別)に応じた各々のサービス提供内容も不明確であり、リハビリテーションマネジメント(以下:リハマネジメント)の効果的な実施方法の標準化に向けた対策が求められている。

■目的

本事業はリハマネジメントに基づく通所リハの適切なサービス提供について、すべての通所リハ 事業所が効果的・効率的に実施できるよう課題を明らかにし、その具体的な対策となる実施マニュア ルを作成することを目的とした。

■対象・方法

本事業ではアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。アンケート調査は、全国デイ・ケア協会会員施設および全国の通所リハ事業所 (無作為抽出)、全国の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーを対象とした。調査方法は郵送配布・郵送回収法とし、平成27年9月24日から12月18日到着分までを有効回答とした。また、アンケート調査より先進的に実践している通所リハ事業所を抽出し、電話でのヒアリング調査を平成27年12月7日から12月18日までに実施した。尚、調査対象事業所・対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面にて説明し、本調査に対する回答を持って同意したとみなした。

■調査項目

通所リハ事業所へのアンケート調査では、事業所共通票・サービス提供時間別票の2部構成とし、リハマネ加算の算定状況、リハビリテーション会議(以下:リハ会議)の実施状況、様態別リハにおける介入方法、事業所特性を主な調査項目とした。ケアマネジャーへのアンケート調査では、通所リハの導入目的、リハ会議への参加有無、リハマネ加算Ⅱの導入有無を主な調査項目とした。また、ヒアリング調査では、リハマネジメントの実施方法やその工夫、リハ会議の開催方法とその工夫、様態別リハ提供モデルを主に聞き取った。

■結果

【回収状況】

本事業では通所リハ 2,500 事業所を対象とし、773 事業所より回答を得た(回収率 30.9%)。また、サービス提供時間別票は 989 票の回答があり、サービス提供時間が明記されていた 787 票を分析対象とした。また、ケアマネジャーへのアンケート調査は居宅介護支援事業所 500 施設を対象とし、223 事業所 ケアマネジャー578 名より回答を得た (事業所回収率 44.6%)。

【リハビリテーションマネジメント】

リハマネ加算 I を算定している事業所は 88.9%、リハマネ加算 II は 34.0%であった。各々算定している事業所において、リハマネ加算 I をほぼ全ての利用者 (80%以上) に算定していた事業所は約8割であった。一方、リハマネ加算 II では少数の利用者 (20%以下)のみに算定していた事業所が 48.4%であった。

リハマネ加算Ⅱを算定している事業所が回答した<u>リハマネ加算Ⅲのよい点(効果)は、「目標や課題が明確</u>になった」93.0%、「家族の Needs を

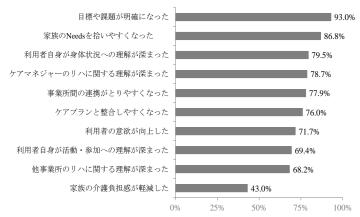


図1 リハマネ加算Ⅱのよい点 (リハマネ加算Ⅱ算定事業所 n=258)

<u>拾いやすくなった」86.8%、「利用者自身が身体状況への理解が深まった」79.5%「ケアマネジャー</u>のリハに関する理解が深まった」78.7%の順に多かった(図 1)。

ケアマネジャーがケアプランへリハマネ加算 II を導入している割合は、34.9%であった。リハマネ加算 II を導入した理由は、「目標や課題が明確になる」77.2%が最も多く、ついで「身体状況について本人・家族の理解が深まる」70.3%「本人の意欲が向上する」64.4%の順であった(ケアマネジャー票より)。

リハマネ加算Ⅱの通所リハ計画書において「利用者全員に記載している」割合は、「ADLの評価(現状)」が90.3%と最も高く、「本人・家族の希望」「利用者のニーズ」「健康状態(疾患情報)」「心身機能の評価」「目標設定(ADL)」「実施計画・アプローチ方法」の6項目において8割を超えていた。<u>リ</u>ハマネ加算Ⅰと比較すると、リハマネ加算Ⅲではすべての項目において「利用者全員に記載している」割合が高い傾向を示した。

リハマネ加算Ⅱにおける通所リハ計画作成の各プロセス「利用者の評価・情報収集」「通所リハ計画の検討(目標・支援内容)」「通所リハ計画の検討(提供時間内の対応)」「計画書の作成・入力」へ関わる職種について、すべての項目にてリハビリ専門職の割合が9割を超え、最も多かった。ついで、介護福祉士が7~8割、看護師が6~7割、医師5~6割の順であった。

各専門職の常勤人数の増減(平成 26 年 と平成 27 年との比較) について、リハマネ加算Ⅱの算定有無により比較したところ、医師・リハビリ専門職・相談員において有意な差を認め、それぞれリハマネ加算Ⅱを算定している事業所において増加している割合が高い傾向を示した。 リハマネ加算Ⅱにおいて通所リハ計画の作成に要する時間は、20~30 分が 30.8%と最も多く、ついで 30~40 分が 17.8%であっ

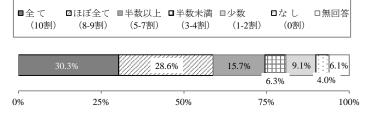


図 2 通所リハ計画の作成前にケアプランを取得した割合 (n=773)

た。リハマネ加算 I と比較すると有意な差を認め、リハマネ加算 II においてより時間を要する傾向がみられた。また、全ての利用者において通所リハ計画の作成前にケアマネジャーからケアプランを取得していた事業所は、30.3%であった(図 2)。

【リハビリテーション会議】

リハ会議の実施状況は、リハマネ加算 II が 95.3%、リハマネ加算 I が 52.7%であった。リハマネ加算 II においてリハ会議へ必ず参加する職種の割合は、リハビリ専門職 94.3%、ケアマネジャー 42.3%、医師 41.1%の順に多かった。

一方、<u>リハマネ加算Ⅱを算定していない事業所において算定できない理由では、「医師のリハ会議への参加が困難」76.2%、「医師の説明時間が確保できない」73.5%が多かった</u>(図 3)。

ケアマネジャーがリハ会議へ参加したことのある割合は、36.9%であった。リハ会議へ参加している理由は、「リハビリ専門職へ相談できる」「ケアプラン変更の参考になる」「家族・本人も含め、目標設定ができる」「関係事業所間の連携が密になる」の4項目において8割を超えていた(図4)。一方、参加していない理由は、「リハ会議への出席依頼が来ない」86.3%、「リハ会議の開催がない」67.2%の順に多かった(ケアマネジャー票より)。

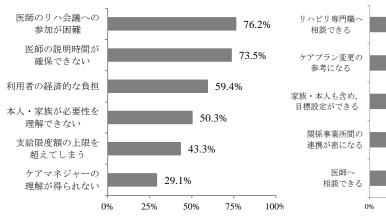


図3 リハマネ加算 II の算定が困難な理由 (リハマネ加算 II 未算定事業所 n=374)

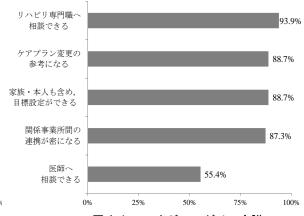


図 4 ケアマネジャーがリハ会議へ 参加している理由 (n=213)

リハ会議の意見からケアプランが変更されたことのある事業所の割合は、リハマネ加算 I とリハマネ加算 I とに有意な差を認め、リハマネ加算 I において 59.2%と多かった。 サービス担当者会議 (以下:担当者会議) とリハ会議を兼ねて開催したことのある割合は、リハマネ加算 I が 59.8%とリハマネ加算 I 44.6%より有意に高い値を示した。また、通所リハ事業所のスタッフが担当者会議 へほぼ必ず (8割以上) 出席した割合は、70%を超えていた。

【サービス提供内容】

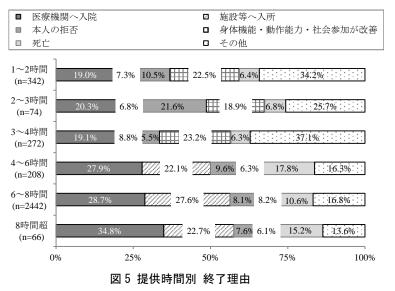
短期集中個別リハ実施加算を提供した事業所はサービス提供時間別に3割~8割と幅がみられ、 提供時間の長い事業所において実施割合が高い傾向を示した。一方、認知症短期集中リハ実施加算 IおよびII・生活行為向上リハ実施加算を提供している事業所は、いずれも1割未満であった。

短期集中個別リハ実施加算を提供している事業所における提供プログラム内容は、機能向上練習や基本動作練習が 9割を超え、ADL 練習や自宅に向けての評価・アドバイスにおいて約8割を示した。同様に、認知症短期集中リハ実施加算IIでは、歩行練習、自宅に向けての評価・アドバイス、個別的な認知トレーニングの割合が高かった。認知症 短期集中リハ実施加算IIと比較すると集団にて関わる項目の割合が高い傾向を示した。また、生活行為向上リハ実施加算では、自宅に向けての評価・アドバイス、機能向上練習の割合が高く、短期集中個別リハ実施加算や認知症個別リハ実施加算II・IIIと比較すると、個別的なIIADL 練習や外出・施設外練習、訪問による動作評価の割合が高かった。

【終了への取り組み】

各事業所における平均利用年数は「3年以上4年未満」25.1%、「2年以上3年未満」21.0%の順に多く、「4年未満」として合算すると55.8%であった。一方、平成28年度以降に社会参加支援加算の算定を予定している事業所は29.0%であった。

利用者の終了理由については、 提供時間の短い事業所では「身体 機能・動作能力・社会参加が改 善」の割合が約2割と高く、提供 時間の長い事業所では「医療機関 への入院」が約3割、「施設等への 入所」が約2割と高い傾向を示し た(図5)。また、重度療養管理加



算を算定している事業所は、サービス提供時間が長い事業所(4時間以上)にて20~30%程、短い事業所(4時間以下)にて1~2%と、提供時間が長い事業所においてより高い値を示した。

■考察

平成28年介護報酬改定において、通所・訪問リハビリテーションにおけるリハマネジメントの強化が示された。本調査からは、このリハマネジメントにおける一連の目的は理解されたと推察される。さらにリハマネジメントの質の向上を目指すために、<u>リハビリ専門職の充実および評価の質を高める働きかけ</u>が重要であると考える。リハビリ専門職は生活機能の予後予測を含めた高い評価能力を必要とされ、<u>身体機能の向上(医学の視点)と自立支援への関わり(生活の視点)との2軸を折り合わせ、生活レベルの目標に基づき計画を作成する</u>ことが求められる。

通所リハ計画の作成過程において、リハビリ専門職の評価に基づき介護職や看護職からの生活情報や医師からの 健康状態 (疾病や障害の予後予測を含む) に関する情報を踏まえ、<u>通所リハにおける生活全体をコーディネートする</u>ことが重要である。通所リハの担当医と主治医とは日頃から連携し、リハビリテーションを実施する上で必要な情報を適宜共有できる仕組み作りが求められる。

また、通所リハ事業所は**クアマネジャーと連携し、生活情報をしっかりと入手する**ことが重要であるが、全利用者において通所リハ計画作成前にケアプランを取得した通所リハ事業所の割合は3割程度であった。通所リハ計画は、ケアプランに基づいて作成することが前提であり、通所リハ事業所からケアマネジャーへ積極的に提供を呼び掛けていく必要がある。

リハ会議はリハマネジメントの共有・検討の場として期待されている。**より多くの職種・事業所にリ** <u>ハ会議へ参加して頂き、リハビリテーションの視点を大きく広める</u>ことが重要である。一方で、リハマネ加算 I におけるリハ会議の実施状況は約 5 割であった。リハマネジメントは利用者全員に対して実施するものであり、その要素であるリハ会議も同様に利用者全員に対して実施することが必要である。

また、リハ会議はリハマネジメントの共有・検討の場として重要であるが、本人・家族の障害受容も目的に含まれており、本人が自立に向けた意識が高まるようサポートすることが求められている。そのために医師の説明と同意が必要とされているが、各事業所において医師の時間調整に苦慮している様子が伺えた。

リハ会議を通じて、リハビリ専門職が積極的に生活への提案を行うようになり、自立支援の視点に基づいたリハビリテーションの考え方がケアマネジャーへ浸透し始めていると推察される。このように、リハ会議はケアプランの質をより高められると期待され、家族・本人やケアマネジャーへ専門用語を用いず**適切に課題と具体的な対策(通所リハ計画)を説明できる能力**が求められている。

通所リハにおけるリハビリ専門職は、エビデンスに基づいた効果的なプログラムを立案・実践することが求められる。サービス提供時間の特性や利用者のニーズに応じて、利用時間内における生活動作へ直接的・間接的に働きかけ、「目的に応じた ADL 練習・応用練習の実施」へチームで関わることが重要であると考える。本調査においては、各々のリハビリテーションプログラムに特徴がみられている。一方、施設票による回答のため「課題抽出→目標設定→実施内容→達成度」の一連の状況を把握することが困難であり、今後は利用者を個別的に検討していく必要がある。

平均利用年数 4 年未満であった事業所が全体の 5 割を超えていたが、平成 28 年度から算定可能な社会参加支援加算の算定を予定している事業所の割合は約 3 割と少ない状況であった。要因の1つとして終了後の受け皿不足が考えられ、地域包括支援センターなどの行政機関と連携し、地域におけるインフォーマルサービスの把握を行い、利用者と一緒に終了後に通う地域の場へ出向くなど、地域へつなぐ対応が求められる。一方、医療依存度の高い中重度者の在宅生活を支援する機能およびレスパイト機能も求められる。重度療養管理加算は長時間型の事業所にて算定している傾向にあり、中重度者への継続的かつ安心して在宅生活が送れる関わりが重要である。

通所リハ事業所における終了は「結果」であり、利用者から市民・住民となり自己決定に基づいた生活が送れるようになることが「目的」である。終了後のフォローとして継続的に評価を行うことで介護度の悪化を防ぎつつ、状態の変化が見られた場合には通所リハを再利用し早期から専門的なリハビリテーションの対応が可能となる体制を構築していく必要がある。我々、通所リハ事業所はいきいきとした在宅生活を最期まで支え続ける地域の中核となり、地域から求められるサービスを目指していくことが重要であろう。

■結論

- 身体機能の向上(医学の視点)と自立支援への関わり(生活の視点)との2軸を勘案し、生活レベルの目標に基づいた通所リハ計画が求められている。リハマネジメントの質の向上には、各専門職の充実および評価の質を高める働きかけが重要である。
- リハ会議を通じて、自立支援の視点に基づいたリハビリテーションの考え方が本人・家族および他介護サービスなどの多職種へ浸透し始めている。リハマネジメントの必要性を理解して頂けるよう、多くの方にリハ会議へ参加して頂く工夫が必要である。
- 通所リハにおけるリハビリ専門職は、エビデンスに基づいた効果的かつ効率的なプログラムの立案・実践が求められる。在宅生活を考慮しサービス提供時間の特性や利用者のニーズに応じて、生活へ直接的・間接的に働きかけることが重要である。
- 通所リハ事業所における終了は「結果」であり、利用者から市民・住民となり自己決定に基づいた生活が送れるようになることが「目的」である。通所リハ事業所は「地域活動の場作りへ積極的に参画する」「終了後のフォローとして継続的に評価を行う」など、「いきいきとした在宅生活を最期まで支え続ける地域の中核」となることが求められている。

報告書 目次

はじめに	
------	--

調査結果の要約

				-1
宝田	杳結	\blacksquare	书记	生
п/П		\star	共 区	

第1章 本事業の概要・	• • • •			• • • • • • • 1
第一節 背景と目的・	• • • •			• • • • • • • • 1
 背景・・・・・ 				• • • • • • • • 1
 目的・・・・・ 				• • • • • • • • 1
3. 事業内容・・・				• • • • • • • 1
第二節 実施体制・・				• • • • • • • 2
1. 調査検討委員会				• • • • • • • 2
2. 作業部会・・・				• • • • • • • 2
3. 調査検討委員会	および作業	業部会のスク	ケジュール・・・・	• • • • • • • 2
第三節 調査の方向性	と方法・・			• • • • • • • 3
1. 対象と方法・・				• • • • • • • 3
2. 調査票の配布お	よび回収力	方法・・・		• • • • • • • 3
3. 調査期間・・・				• • • • • • • 3
4. データの分析・				• • • • • • • 3
5. 倫理的配慮・・				• • • • • • • 3
第2章 調査結果・・・				• • • • • • • 4
1. 基本情報・・・				• • • • • • • 4
2. リハビリテーシ	ョンマネシ	ジメント・		• • • • • • • • 13
3. リハビリテーシ	ョン会議・			• • • • • • • • 32
4. サービス提供内容	容 · · · ·			• • • • • • • • 53
5.終了への取り組み	み・・・			• • • • • • • • 70
6. ケアマネジャー	からみた近	通所リハビ	リテーションの現状	• • • • • • • • 74
第3章 考察・・・・・				• • • • • • • 80
1. 考察・・・・・				• • • • • • • 80
2. 結論・・・・・				• • • • • • • 87
第4章 参考資料・・・				• • • • • • • 88



第1章 本事業の概要

第一節 背景と目的

1. 背景

平成 27 年度介護報酬改定において、多職種での目標共有・協働を計画的に実施することを目的に、通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算が見直された。本加算は、活動や参加および心身機能にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供が重要である。また、生活行為向上リハビリテーションを含めた新たな加算体系や社会参加に向けた取り組みを評価する社会参加支援加算が誕生した。

一方で、帳票類の活用や会議開催等の運用面については、明確になっていない。 また、通所リハビリテーションにおける要介護等の様態(以下:様態別)に応じた各々のサービス提供内容が不明確であり、効果的な実施方法の標準化に向けた対策が求められている。

2. 目的

本事業ではリハビリテーションマネジメントに基づく、通所リハビリテーションの適切なサービス提供について、すべての通所リハビリテーション事業所が効果的・効率的に実施できるよう課題を明らかにし、その具体的な対策を提示することを目的とした。

3. 事業内容

全国の通所リハビリテーション事業所を対象とした実態調査を実施し、「リハビリテーションマネジメント」や「様態別リハビリテーションプログラム」の実施状況等を確認し、その課題を把握した。また、先進的に実施している事業所へのヒアリング調査を行い、様態に応じたリハビリテーションマネジメントおよびプログラムの効果的な実施方法を明らかにした。その結果より、効果的かつ標準的な通所リハビリテーションの実施マニュアルを作成した。

図1 事業内容(調査の構成)



第二節 実施体制

1. 調査検討委員会

委員 池端 幸彦 (一社) 日本慢性期医療協会 副会長 委 員 岡野 英樹 (一社) 全国デイ・ケア協会 理事 (一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会 理事 委 員 近藤 国嗣 委員長 斉藤 正身 (一社) 全国デイ・ケア協会 会長 (一社) 日本介護支援専門員協会 副会長 委 員 柴口 里則 (公社) 日本医師会 常任理事 委 員 鈴木 邦彦 委 員 土井 勝幸 (一社) 全国デイ・ケア協会 理事 委 員 野尻 晋一 (公社) 全国老人保健施設協会 川越市福祉部介護保険課 副課長 委員 間仁田 雅彦 (一社) 日本訪問リハビリテーション協会 会長 委員 宮田昌司 * 敬称略、五十音順

2. 作業部会

部 員	荒尾 雅文	永生会 法人本部リハビリ統括管理部
部会長	岡野 英樹	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
部 員	小川 彰	介護老人保健施設 伸寿苑
部 員	澤潟 昌樹	在宅総合ケアセンター元浅草
部 員	金野 時樹	善常会リハビリテーション病院
部 員	仁科 康彦	医療法人 おまち整形外科医院
部 員	福田 恵介	介護老人保健施設鴻池荘 サテライト蜻蛉
部 員	二木 理恵	介護老人保健施設 せんだんの丘
事務局	染谷 和久	(一社) 全国デイ・ケア協会 事務局

* 敬称略、五十音順

3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール

〈開催日時〉	〈作業内容〉
平成 27 年 8 月 4 日	第1回 調査検討委員会:調査の進め方の承認
8月22日	第1回 作業部会:調査票の作成
11月13日	第2回 作業部会:調査結果の確認・ヒアリング施設の選定
平成 28 年 1 月 15 日	第3回 作業部会:報告書の方向性の検討
平成 28 年 2 月 4 日	第2回 調査検討委員会:報告書の方向性の確認
2月10日	第4回 作業部会:最終報告書案の作成
3月14日	第3回 調査検討委員会:最終報告書の確認

第三節 調査の方向性と方法

1. 対象と方法

全国デイ・ケア協会会員施設および全国の通所リハビリテーション事業所 (無作為抽出)、居宅介護支援専門員を対象としたアンケート調査をそれぞれ実施した。

また、アンケート調査より先進的に実践している事業所を任意に抽出し、ヒアリング 調査を実施した。

2. 調査票の配布および回収方法

実態調査の調査方法は、郵送配布・郵送回収法とした。 ヒアリング調査の調査方法は、電話での聞き取り調査とした。

3. 調査期間

[実態調査] 平成 27 年 9 月 24 日から実施し、12 月 18 日到着分までとした。 [ヒアリング調査] 平成 27 年 12 月 7 日から 12 月 18 日までに実施した。

4. データの分析

1)調查項目

[実態調査]

- ・リハビリテーションマネジメント加算の算定状況
- ・リハビリテーション会議の実施状況
- ・様態別リハビリテーションにおけるサービス提供内容
- ・事業所特性(サービス提供時間・利用者数・職員数)

[ヒアリング調査]・リハビリテーションマネジメントの実施方法やその工夫

- ・リハビリテーション会議の開催方法やその工夫
- ・様態別のリハビリテーション提供モデル

2)解析方法

得られたデータは必要に応じて単純集計およびクロス集計を行った。 また、必要に応じて、有意水準を5%として χ 二乗検定を行った。

5. 倫理的配慮

すべての調査対象者に対し、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明した。また、調査への拒否、一部の質問項目への回答拒否があっても何ら不利益が生じないことを書面により説明した。本調査に対する同意は調査の回答をもってみなすこととした。

第2章 調査結果

1. 基本情報

○ 回答事業所の特性

本事業では773事業所より回答を得た(回収率30.9%)。また、サービス提供時間別の調査票は989票の回答があり、サービス提供時間が明記されていた787票を分析対象とした(表1-1)。回答者事業所は全国に分布しており(図1-1)、回答者はリハビリ専門職が41.3%と最も多かった(図1-2)。事業所の開設主体は、「病院」「診療所」「介護老人保健施設」のそれぞれから回答を得た(図1-3)。

表1-1 時間区分

	1	全	体	1~2時間	2~3時間	3~4時間	4~6時間	6~8時間	8時間以上	複数選択	無回答
回収票	製	ç	989	92	45	87	89	459	15	56	146
割	合			9.3%	4.6%	8.8%	9.0%	46.4%	1.5%	5.7%	14.8%

図1-1 回答事業所の地区

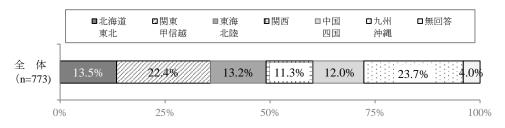


図1-2 回答者の職種

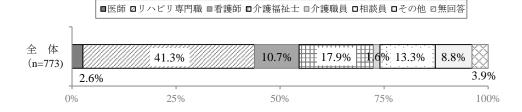
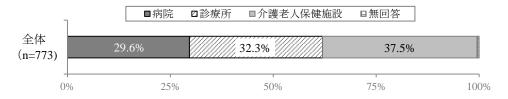


図1-3 開設主体



事業所の規模では「通常規模」 73.1%、各事業所の実利用者数では、「 $51\sim100$ 名」 41.0% が最も多い結果であった(図 $1-4\cdot1-5$)。

重度療養管理加算を算定している事業所は、サービス提供時間が長い事業所にて、短い事業所より高い値を示した(図 1-6)。

図1-4 事業所規模



図1-5 実利用者数

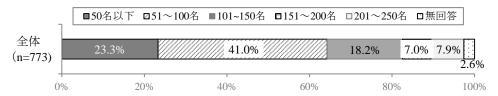
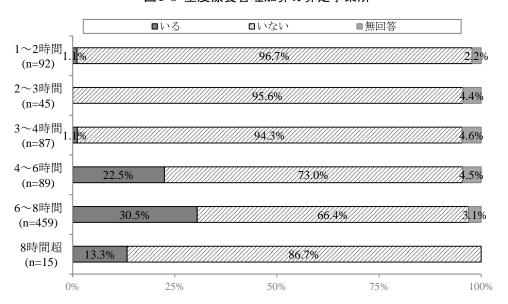


図1-6 重度療養管理加算の算定事業所

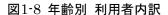


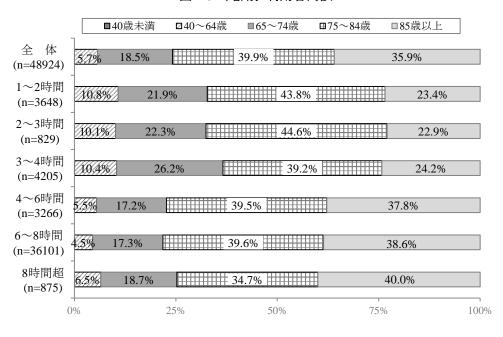
○ 利用者特性

サービス提供時間毎に男女別の利用者内訳では、すべての提供時間において女性が多かった(図1-7)。また、年齢別では全体的に「75~84歳」「85歳以上」が多く、提供時間が長い事業所ではより多い傾向がみられた(図1-8)。

■男性 □女性 全 体 58.6% (n=50897)1~2時間 56.8% (n=3776)2~3時間 52.5% (n=868)3~4時間 51.5% (n=4523)4~6時間 59.8% (n=3263)6~8時間 59.8% (n=37522)8時間超 53.8% 46.2% (n=945)0% 25% 50% 75% 100%

図1-7 男女別 利用者内訳





疾患別では「脳血管疾患」「運動器疾患」が、すべての提供時間にて6割を占め、提供時間の長さに応じて、「認知症」の割合が増加していた(図1-9)。また、介護度別では提供時間が短い事業所にて「要支援1~要介護1」の値が6割以上を示し、提供時間が短い事業所において「要介護3~5」が約3割と高かった(図1-10)。

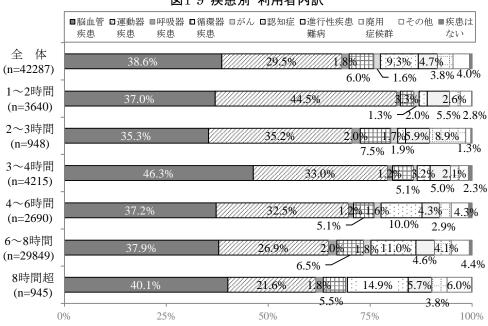
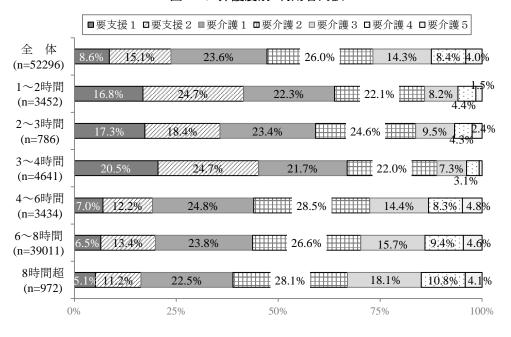


図1-9 疾患別 利用者内訳





○ 新規利用者の特性

平成 27 年 4 月~8 月の間から開始した新規利用者は全利用者のうち 13.1%であり、 $1\sim2$ 時間 21.7%、 $2\sim3$ 時間 18.1%の順に多かった(図 1-11)。また、新規利用者の介護 度は、提供時間が短い事業所にて「要支援 $1\sim$ 要介護 1」が 6 割以上、提供時間が長い事業所において「要介護 $3\sim5$ 」が約 3 割と、全利用者と同様の傾向を示した(図 1-12)。

新規利用者における利用前の所在では、すべての時間区分にて「自宅」の割合が最も高く、提供時間が短い事業所においてより高い傾向を示した(図 1-13)。

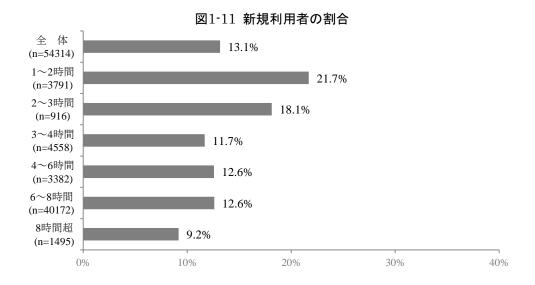
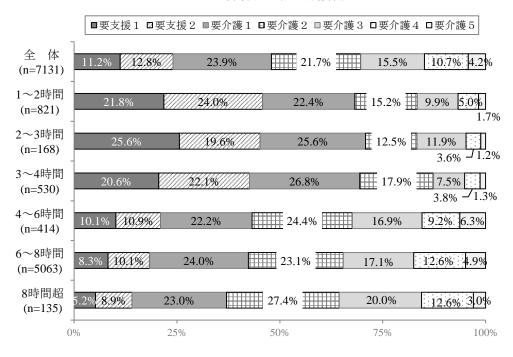


図1-12 新規利用者の介護度



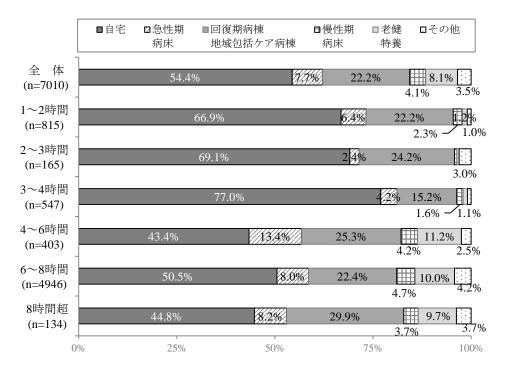


図1-13 新規利用者の利用前所在

○ 平均利用年数

各事業所における平均利用年数は「3年以上4年未満」25.1%、「2年以上3年未満」21.0%の順に多く、4年未満としては5割を超えていた。

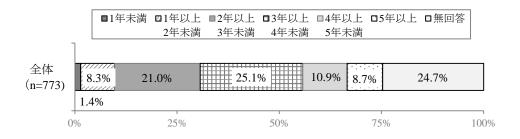


図1-14 平均利用年数

○ 各専門職の所属割合

各専門職において作業療法士・言語聴覚士・相談員が、規模の大きさに応じて所属割合が高い傾向を示した(図 1-15)。

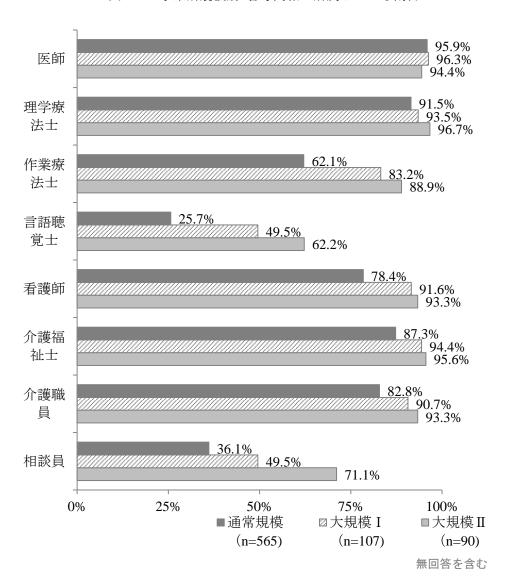


図 1-15 事業所規模別 各専門職が所属している割合

○ 各専門職の人数

各専門職の人数では、医師・リハビリ専門職において常勤・兼任の割合が高く、看護師・介護職において常勤・専任の割合が高かった(図1-16~1-18)。また、通常規模のみ提供時間別にみると、「1~2・2~3時間」において介護職が少ない傾向を示した(図1-19・1-20)。

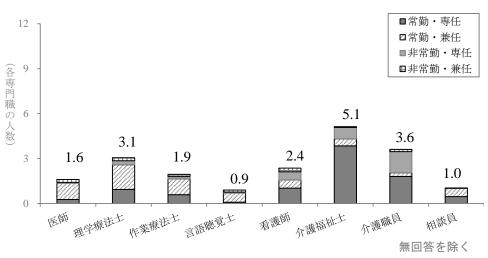
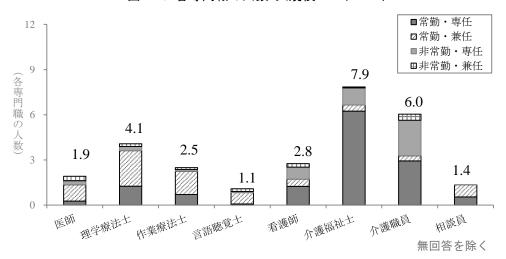
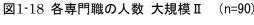


図1-16 各専門職の人数 通常規模 (n=565)







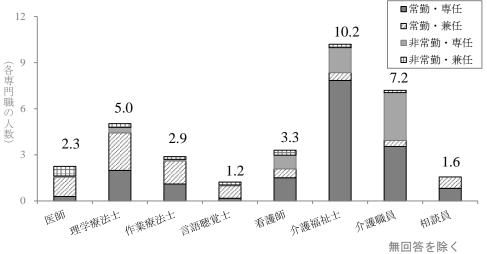


図1-19 各専門職の人数 通常規模 1-2・2-3時間 (n=38)

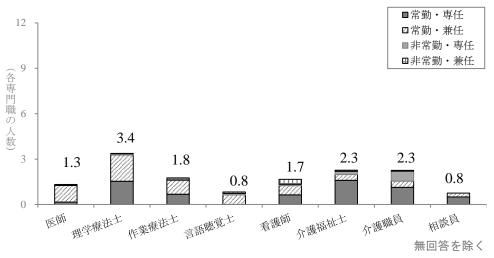
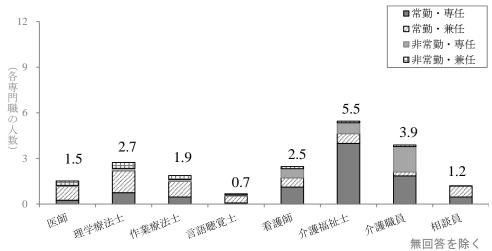


図1-20 各専門職の人数 通常規模 6-8時間 (n=195



2. リハビリテーションマネジメント

○ リハビリテーションマネジメントの現状

リハマネ加算 I を算定している事業所は 88.9%、リハマネ加算 II は 34.0%であった(図 2-1)。各々算定している事業所において、リハマネ加算 I を利用者の「全員・ほぼ全員」を対象として算定していた事業所は約 8 割であった。一方、リハマネ加算 II では「少数」が半数近くを占めていた(図 2-2)。

リハマネ加算 II を算定している事業所が回答したリハマネ加算 II のよい点(効果)は、「目標や課題が明確になった」93.0%、「家族の Needs を拾いやすくなった」86.8%の順に多かった(図 2-3)。

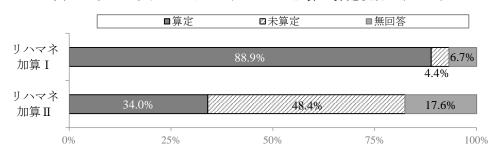
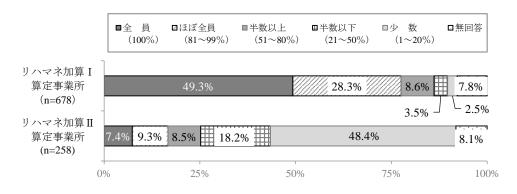


図2-1 リハビリテーションマネジメント加算の算定状況 (n=773)





目標や課題が明確になった 93.0% 家族のNeedsを 86.8% 拾いやすくなった 利用者自身が身体状況への 79.5% 理解が深まった ケアマネジャーの 78.7% リハに関する理解が深まった 事業所間の 77.9% 連携がとりやすくなった ケアプラン(居宅サービス計画)と 76.0% 整合しやすくなった 利用者の意欲が向上した 71.7% 利用者自身が活動・参加への 69.4% 理解が深まった 他事業所のリハに関する 68.2% 理解が深まった 家族の介護負担感が 43.0% 軽減した

図 2-3 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱのよい点 (n=258)

【ヒアリング結果】

【 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの特性 】

25%

50%

0%

- ・毎月のリハ会議は、本人・家族・医師への負担となっているのは確かであるが、実施して喜ばれている声も多く聞いている。リハマネ加算 II は「通所リハの将来の担うべき役割が凝縮されている制度」と捉えている。
- ・ 今までの通所リハとは異なり、目標がはっきりすることで「目的達成に伴う終了」を視野に入れた利用を計画出来るようになった。
- ・リハビリ専門職の業務負担は増加し、相談員の業務も大幅に増えた。しかし、多職種協働が行われているのは良いことと考えている。
- ・ リハマネ加算 II の存在で、通所リハにおける専門職の役割は明確化した。その役割を果たすべく、専門職としてより 研鑽していくことが重要である。
- ・ 自宅訪問をして家の状況を確認し、生活目標をしっかりとたて、通所リハでの関わり方に生かしていく。そして以前よりも医師の役割が重要となり、普段の医療的な管理だけでなく、利用者に対して医師からの説明が加わったことで、利用者も理解が深まっている。

100%

75%

リハマネ加算Ⅱ算定事業所のみ

リハマネ加算Ⅱの算定有無別にリハマネ加算Ⅱの算定が困難な理由をみると、リハマネ加算Ⅱ未算定事業所では、「医師のリハ会議への参加が困難」76.2%、「医師の説明時間が確保できない」73.5%の順に多かった。一方、リハマネ加算Ⅱ算定事業所においては、「利用者の経済的な負担」70.5%が最も高く、ついで「医師のリハ会議への参加が困難」65.1%、「本人・家族が必要性を理解できない」の順に多かった(図2-4)。

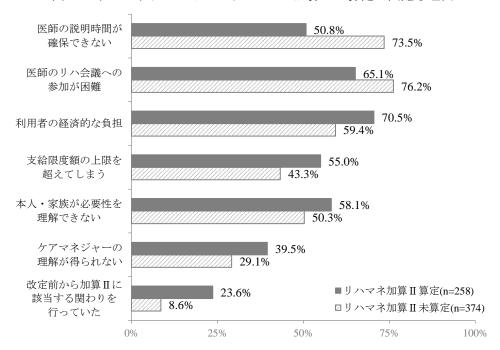


図 2-4 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定が困難な理由

リハマネ加算 $I \cdot II$ を算定している事業所割合について、平成 27 年 4 月以降の新規利用者と 3 月以前からの継続利用者とを比較するとそれぞれ有意な差を認め、リハマネ加算 II では継続利用者が、リハマネ加算 II では新規利用者が高い割合を示した(図 $2-5\cdot 2-6$)。

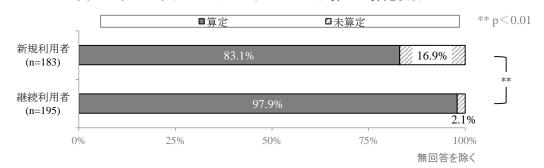


図2-5 リハビリテーションマネジメント加算 I の算定状況

図2-6 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定状況

○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定状況による専門職の増減

各専門職の常勤(専任・兼任)人数の増減(平成 26 年と平成 27 年との比較)について、リハマネ加算 II の算定有無により比較したところ、医師・リハビリ専門職・相談員において有意な差を認め、それぞれリハマネ加算 II を算定している事業所において増加が多い傾向を示した。一方、看護師・介護職において有意な差は認められなかった(図 2-7~2-11)。

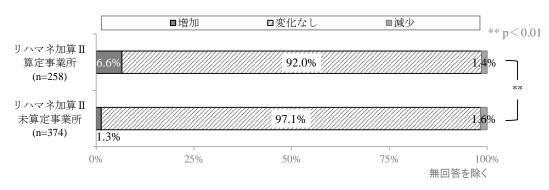
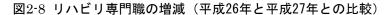


図2-7 医師の増減(平成26年と平成27年との比較)



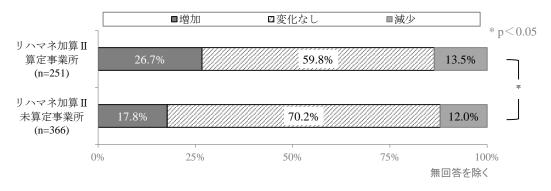


図2-9 相談員の増減(平成26年と平成27年との比較)

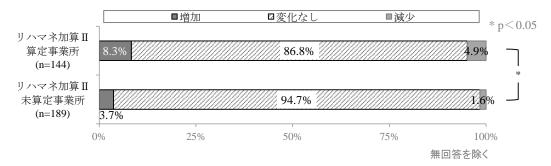


図2-10 看護師の増減(平成26年と平成27年との比較)

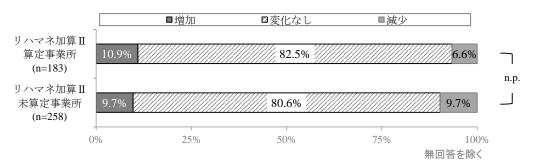
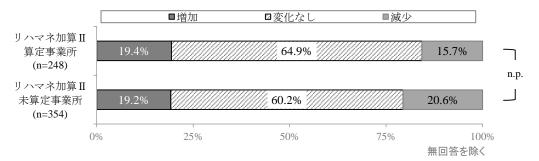


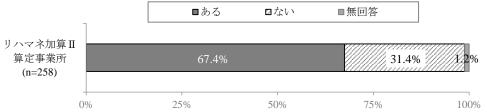
図2-11 介護職の増減 (平成26年と平成27年との比較)



○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定に向けた取り組み

リハマネ加算 II の算定に向けた取り組みを行っている事業所は、67.4%であった(図 2-12)。

図 2-12 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 算定への取り組み



【ヒアリング結果】

【 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 算定に向けた工夫 】

- ・利用者全員算定というよりは、算定要件に達する通所リハの介入が必要と判断されたときに、事業所内カンファレンスを実施し、算定を行っている。
- ・ 現状は退院直後の通所リハ利用者を対象にして、リハマネ加算 Ⅱ の算定を開始した。
- ・ 平成 27 年 10 月までは新規利用者のみが対象であったが、11 月以降は全利用者への算定を開始した。
- ・ 算定に当たり、家族・ケアマネ等への説明は 2 名の相談員(社会福祉士・介護福祉士)を中心に行った。認知 症夫婦のみの家庭では理解を得るのに苦労した。
- ・リハマネ加算 II の算定に向けて、プロジェクトチームを結成。プロジェクトメンバーは医師、介護職、理学療法士、作業療法士の4名で看護師も部分的に関わっている。プロジェクトチームでは、職員向けの介護報酬改定勉強会を実施した。今後、ケアマネジャー対象の勉強会も検討している。また、モデルケースとしてリハマネ加算 II を算定し、理解に努めている。これらの経過をもとに、ケアマネジャーへの理解が得られるよう更なる取り組みを考えていく予定。
- ・介護報酬の改定を受けて、リハマネジメントに関する説明会を 30 回ほど実施している。ケアマネジャー、本人・家族、それぞれを対象に、何度でも参加可能ということで開催している。実際にリハマネ加算 II を算定している方の場合には、リハ会議の場を借りて疑問については説明するようにして取り組んでいる。
- ・報酬改定を受けて特に説明会のようなものは実施していない。改定前から初回・3 ヶ月・6 ヶ月と 3 ヶ月毎に居宅 訪問や担当者会議に参加しており、ケアマネジャーの理解も得られていた。
- ・サービスの可視化を図るために、リハビリの様子、デイケアの様子を動画で撮影し、担当者会議、リハ会議の際に、本人・家族、ケアマネ、他事業所の職員に見て頂いている。
- ・リハマネ加算 II の対象者を新規の退院退所後の利用者に限定した。契約時に、PT が本人の状態確認・評価、 家屋状況の確認、目標設定を行い、リハマネ加算 II の算定について口頭にて説明を行っている。
- ・リハマネ加算 II の算定のため、退院・退所カンファレンスの際に口頭ではあるが、セラピストよりリハビリの必要性等について説明している。しかし、リハマネ加算 II についてなかなか理解いただけていないことが多い。また、単位数の不足により算定に至っていないのが現状である。そのため、医師から、リハマネ加算 II の導入について医学的観点から、利用者・家族、ケアマネジャーに説明し、導入を進めていくのも手段の一つではないかと考えている。
- ・ 自法人のケアマネジャーの担当利用者からケアマネ加算 II を算定開始した。対象者としては、退院後、退所後の 状態変化が生じた際に、サービス導入時にリハマネ加算 II の算定について説明している。

○ 通所リハビリテーション計画書の記載内容

リハマネ加算 I における通所リハ計画書の記載内容は、「ADLの評価(現状)」「実施計 画・アプローチ方法」の2項目において「全員」の割合が8割を超えていた(図2-13)。

■全員 □ほぼ全員 ■半数以上 ■半数未満 □少数 □未実施 □無回答 (全員) (8割以上) (5割以上) (3割以上) (3割未満) (未実施) 9.0% 9.4% 本人・家族の希望 利用者のニーズ 10.3%3.5% 10.6% 2.7% 目標設定 (ADL) 10.6% 5.3% 10.2% 1.0% 目標設定 (社会参加) 8.0% 11.2% 13.9% 15.6% 6.3% 7.2% 6.2% 2.5% 10.3% 目標達成期間・時期 4.9% -2.1% 5.6% 実施計画・アプローチ方法 4.7% 9.9% 2.7% 10.2% 9.1% 10.5% 実施上の留意点 3.1%3.8% 3.2% 結果・改善点等の変化 8.7% 7.1% 2% 10.8% 4.0% 4.4% 7,2% 10.8% 心身機能の評価 1.3% -2.4% - 2.4% 4.9% 9.9% ADLの評価 (現状) 1.9% 1.6% ADLの評価(改善の可能性) 8.3% 7.7% 4.6%7.8% 10.0% 2.9% 8.7% 10.0% 9.1% 12.7% 11.8% 参加の評価 5.2% 11.1% 10.0% 6.2% 11.7% 12.7% 11.5% 家庭内での役割の評価 余暇活動の評価 11.2% 10.9% 11.7% 11.2% 11.8% 健康状態 (疾患情報) 6.6% 1.0% 10.5% 2.9% 2.1% 9.1% 6.2% 4.1% 12.8% 合併症の状態 61.5% 2.5%3.7% 0% 25% 50% 75% 100%

図2-13 通所リハ計画書の記載内容 【リハマネ加算 I】

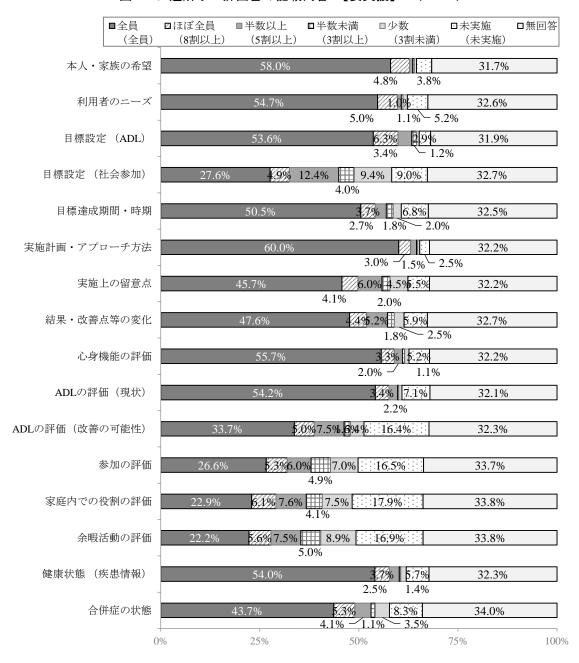
リハマネ加算Ⅱにおける通所リハ計画書の記載内容は、「ADLの評価(現状)」において「全員」の割合が9割を示し、「本人・家族の希望」「利用者のニーズ」「健康状態(疾患情報)」「心身機能の評価」「目標設定(ADL)」「実施計画・アプローチ方法」の6項目において8割を超えていた(図2-14)。

通所リハ計画書の記載内容をリハマネ加算 $I \cdot II$ にて比較すると、「家庭内での役割の評価」 (p<0.01) 「余暇活動の評価」 (p<0.01) 「ADLの評価(改善の可能性)」 (p<0.05) について有意な差を認め、それぞれリハマネ加算 II において「全員」の割合が高かった。

□ほぼ全員 ■半数以上 □半数未満 □未実施 □無回答 ■全員 □少数 (全員) (8割以上) (5割以上) (3割以上) (3割未満) (未実施) 本人・家族の希望 3.9% 4.3% 2.7% 6.2% 5.4% 利用者のニーズ 1.2% -1.9% 目標設定(ADL) 7.8% 3.9% 80.6% 3.9% 1.9% 1.2% 目標設定 (社会参加) 8.1% 14.0% 12.4% 7.8% 5.4% 7.0% 2.7% 4.7% 3.9% 5.0% 目標達成期間・時期 76.4% 3.9% 5.4% 3.9% 1.6% - 1.6% 実施計画・アプローチ方法 10.1% 7.4% 3.5% 4.7% 実施上の留意点 2.7% 3.1% 結果・改善点等の変化 9,3% 7.8% 2.7% 4.7% 4.3% 1.2% 3.5% 心身機能の評価 3.9% —1.9% 1.6% 2.7% 3.5% 1.2% -1.6% ADLの評価 (現状) ADLの評価(改善の可能性) 7.8%5.0%3.9% 3.5% 1....4.3% 7.8% 7.8% 7.8% 8.5% 5.0% 参加の評価 4.7% 12,8%// 9.7% # 9.7% 7.0% 家庭内での役割の評価 4.3% 余暇活動の評価 健康状態 (疾患情報) 6.6% 4.3% 3.1% /9/7%/4.7% 5.4% 2.7% - 2.3% 2.3% 合併症の状態 72.9% 0% 25% 50% 75% 100%

図2-14 通所リハ計画書の記載内容 【リハマネ加算Ⅱ】 (n=258)

図 2-15 通所リハ計画書の記載内容 【要支援】 (n=733)



○ 興味関心チェックシートの活用

事業所における興味関心チェックシートの使用割合について、リハマネ加算 I とリハマネ加算 II とに有意な差を認め、リハマネ加算 II において「全員」への使用割合が高い結果であった。(図2-16)。興味関心チェックシートにて聞き取る職種は、リハビリ専門職75.8%、介護福祉士37.2%、介護職員29.4%(介護福祉士と介護職員とを併せると44.0%)の順に多かった(図2-17)。

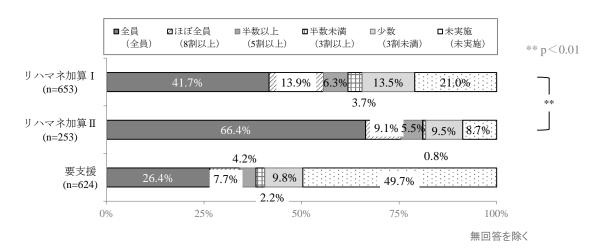
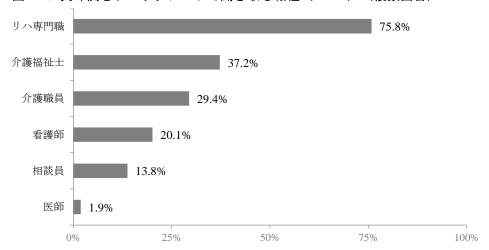


図2-16 興味関心チェックシートの使用割合





【ヒアリング結果】

【 評価に関する課題 】

- ・ 活動・参加の視点で目標を検討することについて、職員のスキルや利用者の考え方によって難しいと感じる事がある。「もっと上手に歩きたい」という目標から、なかなか抜け出せないような印象がある。
- ・高単価の加算ではあるが、経営的に費用対効果を考えた場合、現状のリハビリ専門職の生活改善能力ではリハマネ加算 II の算定は難しい。「ADL・IADL におけるリハビリテーション効果のプレゼン能力向上」と「居宅訪問強化による生活視点の育成」をテーマに、リハビリ専門職の質の向上に取り組んでいる。
- ・ 独自の計画書を作成し、多職種にて目標志向のアプローチが身につくよう工夫しているが、思うような内容は記載できておらず、これからのスキルアップが必要である。

○ 通所リハビリテーション計画の作成

通所リハ計画の作成に要する時間は、 $10\sim30$ 分の割合が 4 割以上を占めた。また、リハマネ加算 I とリハマネ加算 I とを比較すると有意な差を認め、リハマネ加算 I においてより時間を要する傾向がみられた(図 2-18)。

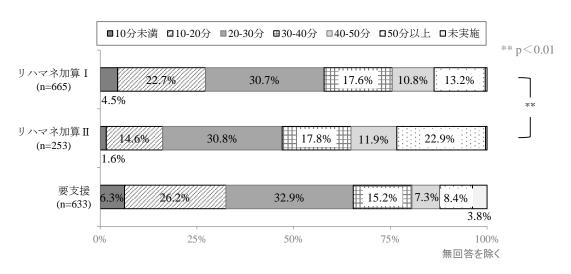


図2-18 通所リハビリテーション計画作成に要する時間

通所リハ計画作成の各プロセス「利用者の評価・情報収集」「通所リハ計画の検討(目標・支援内容)」「通所リハ計画の検討(提供時間内の対応)」「計画書の作成・入力」について、リハビリ専門職・介護福祉士・看護師の順に多かった。

医師の関わりでは「利用者の評価・情報収集をする職種」「通所リハ計画の検討(目標・支援内容)」「通所リハ計画の検討(提供時間内の対応)」において、リハマネ加算 I よりリハマネ加算 I にて多い傾向がみられた(表2-1~2-4)。

表 2-1 利用者の評価・情報収集をする職種(複数回答)

	H-Sn.skr.	FF 6T	リハビリ専門職				-E-2#AT	^ =#1=1 I	A 24* EMA EI	+u ≥k ⊑
	施設数	医師	3職種いずれか	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師	介護福祉士	介護職員	相談員
リハマネ 加算 I	663	40.4%	96.5%	89.9%	64.9%	27.8%	60.5%	76.9%	44.2%	4.7%
リハマネ 加算Ⅱ	253	54.5%	98.4%	92.9%	71.5%	33.6%	59.3%	75.1%	45.5%	9.5%
要支援	402	38.6%	93.0%	86.1%	60.7%	23.4%	55.5%	75.6%	40.3%	6.7%

無回答を除く

表 2-2 通所リハビリテーション計画の検討(目標・支援内容)する職種(複数回答)

	AL-an-No	F 6T -	リハビリ専門職				-E-2#AT	^ =#+=+1 I	介護職員	4n 34 🖂
	施設数	医師	3職種いずれか	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師	介護福祉士	介護職貝	相談員
リハマネ 加算 I	659	45.5%	97.7%	91.2%	66.5%	28.8%	64.5%	82.2%	35.1%	4.9%
リハマネ 加算 II	251	64.5%	98.4%	92.4%	72.9%	35.1%	62.9%	74.9%	37.5%	10.8%
要支援	390	41.8%	95.4%	87.7%	63.6%	25.9%	57.9%	78.5%	31.3%	7.2%

無回答を除く

表 2-3 通所リハビリテーション計画の検討(提供時間内の対応)をする職種(複数回答)

	+4-=n. 484-	per ACC	リハビリ専門職					人 #短知 L	^-##\P	4n ak ⊨
	施設数	医 師 -	3職種いずれか	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師	介護福祉士	介護職員	相談員
リハマネ 加算 I	660	36.4%	99.1%	92.6%	67.1%	29.8%	69.8%	88.6%	33.2%	3.3%
リハマネ 加算 II	250	48.8%	98.8%	93.2%	72.4%	36.4%	70.0%	87.2%	34.4%	6.0%
要支援	392	32.7%	94.4%	87.2%	63.0%	26.3%	60.5%	84.9%	30.4%	5.6%

無回答を除く

表 2-4 計画書の作成・入力をする職種(複数回答)

	AL-Sn. W	PT 6T		リハビリ	専門職		=E ># AT	^ 	A 3###4 D	相談員
	施設数	医師	3職種いずれか	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師	介護福祉士	介護職員	
リハマネ 加算 I	662	10.3%	93.5%	87.0%	61.6%	24.9%	29.8%	54.1%	19.0%	2.4%
リハマネ 加算Ⅱ	252	12.7%	97.2%	90.9%	70.2%	31.3%	26.2%	45.2%	16.3%	2.8%
要支援	394	10.4%	87.8%	80.5%	57.1%	21.3%	26.6%	54.6%	16.5%	2.8%

無回答を除く

【ヒアリング結果】

【 施設内での多職種連携 】

- ・リハマネジメントに大切なことや求められていることは、多職種の連携がスムーズになることと考える。そのためには、 事業所内での話し合いの機会を増やすことや顔の見える関係を作ることから始め、気軽に連絡をとりあえる関係 作りにつなげる事が大切である。
- ・家族からの連絡・相談が多い相談員と、積極的に情報共有するよう意識している。
- ・介護職員に興味関心チェックシートを聴取してもらうことで、普段の会話から利用者の興味関心の話題を提供できる機会が増えた。
- ・リハビリ専門職が介護職の申し送りに参加し、リハ会議の内容などを共有する場を作っている。
- ・ 会議録の作成を介護職員が行っている。会議内容が理解できなかった場合、リハビリ専門職との関わりが増えることを期待している。
- ・リハ会議でアセスメント結果の報告や検討を行うため、アセスメントの役割分担を行うことが大切である。
- ・役割分担を明確にし、実施・遂行しやすいように具体的内容を会議録へ記載している。
- ・ 独自の計画書を作成し、多職種にて目標志向のアプローチが身につくよう工夫している。 (プラン内容と実施職種、実施職種別プランに対する具体的方策を記載)
- ・プロセス管理表の項目をマニュアル化した。
- ・連携に対する意識を高くするために、全職員へ研修を実施している。
- ・通所内で行う具体的なプランを立てる上で、多職種でミニカンファレンスを行う。リハ会議の前に打ち合わせを行う。

【 医師の役割 】

- ・リハマネ加算 II が開始され、リハ会議を中心に今までは少なかった通所リハ利用者への医師の介入機会が増加した。主治医に聞きづらいことも聞ける等、医師の介入は利用者から好評である。
- ・ 医師として、リハマネ加算 II という制度は、とても良い制度だと感じている。リハ会議において多職種で話し合うことで、医師として気づきにくかった生活やその他の情報を得ることができるため、大変役立っている。
- ・リハ会議では多職種が目的意識を持って参加され、医師からの重要な医学的情報をきちんと聞いてくれる。さら に、その情報を多職種間で共有できるので、リスク管理も期待できる。
- ・もともとは3ヶ月に1度程度の診察であり、医師による評価が不十分であったが、会議があることで、事前に評価する場面も増えてきた。
- ・状態の確認は行っていたが、会議の中で、方針についても話す時間が増えた。
- ・身体機能を評価し、病気の早期発見にもつながったケースもある。
- プランに関する助言をもらえる。
- ・医学的管理だけでなく、利用者のマネジメントが出来ているかも確認する。

○ ケアマネジャーとの連携

通所リハ計画作成前にケアマネジャーから全員のケアプランを取得した事業所は、30.3%であった(図2-19)。

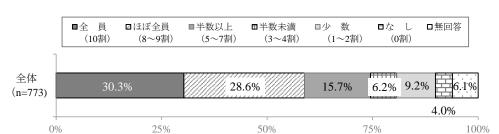


図2-19 通所リハビリテーション計画作成前にケアプランを取得した割合

【ヒアリング結果】

【 ケアマネジャーとの連携 】

- ・制度改正の際に、地域のケアマネジャー向けに 1~2 時間ほどの勉強会を開催した。参加者は、60 名ほど。 意識、興味、理解度の高さが伺えた。また、加算算定に関しての説明方法として、初回利用時に医師の所見より ケアマネジャーへ必要性を口頭にて説明。リハ会議への参加率は 90%以上。理解度の高さが伺えた。
- ・ ケアマネジャーへ説明会の開催や電話での説明などを行い、制度改定について理解を得られるよう努めた。結果として、ケアマネジャーの理解は深まったように感じる。
- ・制度改正に伴い、4月より毎月ケアマネジャー見学会を開催している。見学会の内容は、施設の説明(利用定員、曜日、時間、設備、職員体制、受け入れ態勢)、リハビリの体験(ADL シミュレーター等の機器の体験)、リハマネ加算 II の説明などの後、質疑応答を行っている。リハマネ加算 II の啓発活動(点数ではなく、リハビリテーションの充実化であること)、サービスの可視化(サービス提供者の顔の見えるサービス、サービス内容の可視化)を重視して行っている。
- ・リハマネ加算 II に導入に関して「点数が高い」といわれるが、それに見合ったサービスを提供する旨や計画書を説明 したり、事業所見学に来ていただいたりと工夫し、理解していただいた。
- ・ ケアマネジャーのリハマネ加算 Ⅱ への理解が十分ではなく、リハ会議への参加にて理解して頂くよう努めている。
- ・リハマネ加算 II に導入に関しては、新規契約の際に口頭にて説明している。内容は、新規は皆算定している事、 将来的には基本報酬となっていく事を説明している。リハ会議の日程調整が困難なため、担当者会議に合わせて 実施している。初回は参加率が高かったものの、2回目以降は参加率低下傾向にある。
- ・ケアマネジャーへの啓発活動は、新規利用者のケアマネジャーからの依頼にて開始した。書面を作成し、配布することで、リハマネ加算 II の認知度向上を図っている。啓発活動は一定の成果はあるものの、まだまだ認知度は低く、同時に高単価の加算であるためケアプランへの導入には消極的なケースが多い。

○ ケアマネジャーからみたリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ (ケアマネジャー票)

ケアマネジャーが担当利用者のケアプランへリハマネ加算Ⅱを導入している割合は、34.9%であった(図 2-20)。ケアプランへリハマネ加算Ⅱを導入した理由は、「目標や課題が明確になる」が最も多く、ついで「身体状況について本人・家族の理解が深まる」「本人の意欲が向上する」の順であった(図 2-21)。

一方、ケアプランへリハマネ加算 II を導入していない担当利用者がいる割合は、61.6%であった(図 2-22)。

図 2-20 リハビリテーションマネジメント加算 Ⅱ を導入している利用者の有無

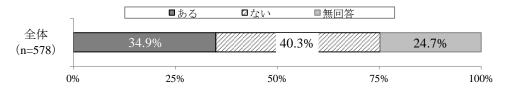


図 2-21 リハビリテーションマネジメント加算 II を導入している理由 (n=202)

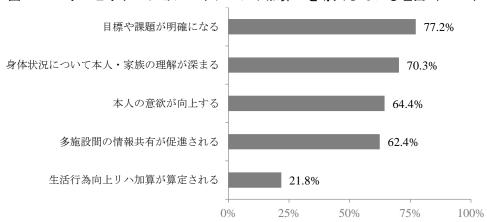


図 2-22 リハビリテーションマネジメント加算 Ⅱ を導入していない担当利用者の有無

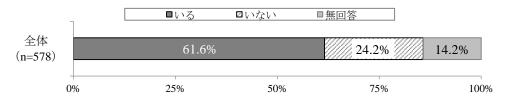
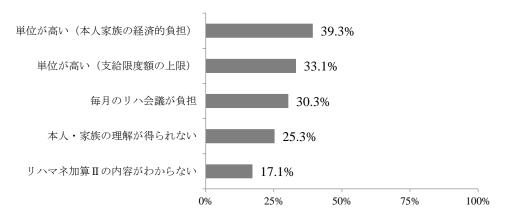


図 2-23 リハビリテーションマネジメント加算 II を導入していない理由 (n=356)



【リハビリテーションマネジメント加算Ⅱに関する自由記載】

【リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを導入している方】

- ・事業所からの依頼により算定。 (同様 8件)
- ・ 独居の方であり、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言が得られるため。
- ・リハマネ加算 Ⅱ については、事業所がやらせている感じが強く、家族にとっては、出て行く負担があるように思う。
- ・ 加算の導入については事業所の方針として導入することになったと言われた為であって、こちらから依頼したわけでは ない。
- ・ 月に1回の会議参加は、家族にとって負担となり、毎月の参加が難しい。又、経済的にも負担となる。
- ・ リハマネ加算 II については、事業所がやらせている感じが強く、家族にとっては、出て行く負担があるように思う。
- ・施設が算定をされていない所がほとんどですが毎月10人以上の方のリハ会議に出席することは困難です。
- ・ 状況を見ていると"リハマネ加算 II を取るための活動"という状況が見られケアマネジャーとして不信感もある。
- ・ 単刀直入に申し上げますと、事業所側から「リハマネ加算」をつけて下さい。と言われるのが現状です。加算をつけた 分、効果があるのかといわれれば、ケアマネジャーとしては実感が持てません。
- ・デイケアの医師や担当者主導で算定が行われる事が多く、情報共有には一定の評価できるものがあるが、リハ会 議のみに焦点があてられ、会議に至るプロセスを簡易にしている実態がみられる為、利用者の生活状況等にはまっ たく変化はみられない。
- ・ その方が希望されたデイケアが、全ての方を対象に算定されているため。認知症のある寝たきりの方なので、難しいのではないか。それでこの単位は高すぎる。毎月きちんと会議のよびかけがあるので、情報共有にもれがない点はよい。
- ・加算がとれるからと事業所から言われるが内容があまり変わらない。
- ・ 加算条件が細かすぎて、分かりにくい。 高齢の人は達成まではいかず維持で精一杯。 事務作業が更に増え大変。 御本人が楽しみにしている人もいるので淡々と卒業させる事が難しい。

【リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを導入していない方】

- ・事業所がリハマネ加算 Ⅱを導入していない。 (同様 28件)
- ・リハ会議の依頼・開催がない。 (同様 2件)
- ・リハマネ加算 I を算定しているため。 (同様 5件)
- 事業所からの要望がない。 (同様 2件)
- ・事業所でリハマネ加算 I と言われている。 (同様 3件)
- 事業所の判断。 (同様 1件)
- リハマネ加算 II をとれる条件を満たしたリハ事業所が行っているのか知らない。
- ・リハマネ加算 I の内容で、現在の能力の維持・向上ができている為。
- ・ ケアマネジャーの理解もまだ不充分であり、通所リハからも提案されたことがないので…。
- ・課題により判断。
- 該当者がいないため。
- 要件に満たない。
- ・加算が必要な利用者が現状ではありません。
- リハマネ加算 II にあてはまる人がいない。
- ・集中的にリハビリをする必要性がない利用者さん。(維持のためのリハビリ。)
- ・ 対象者となってない為(改善の可能性、本人のやる気がない等、リハビリが効果的に可能となっていたため。)
- ・ 3名利用の中で1名は事業所からリハマネ加算 IIと言われたが本人より負担になるとの理由でなしになった。
- ・ 利用者が高齢なため、今以上の向上が難しく、現状維持が精一杯…という現実があるため。
- ・施設の方が取っていない為としたとしても、毎月の参加は負担になる。
- ・ 特に現在利用中のデイケアから取りたいという話はない。リハ会議を定期的にひらく等が現状の業務の中でケアマネジャー、デイケア職員共にきびしいのではと思います。
- ・通所リハの計画について医師が直接利用者・家族に説明するのが難しいとのことで事業所が算定されていない。
- ・必要性を感じない。
- ・ 通リハの事業所としての機能又は本人が望む、向上を目指すリハを行っている事業所がはたしてどれくらいあるか疑問に思うことがある。計画書、モニタリングの返信もないところがある。介護保険でリハを行うことが適切であるのか?
- ・区分変更中だったため介護給付、予防給付が決っていなかった。

○ 医療機関・他介護サービス事業所との連携

訪問リハビリテーションを併用している利用者がいる事業所は、提供時間別に $2\sim4$ 割程度であった(図 $2\cdot24$)。同一機関の訪問リハビリテーション事業所を併用している利用者の計画書を通所リハ事業所と共有している割合は、リハマネ加算 I にて $4\sim6$ 割程度、リハマネ加算 I にて 2 割程度であった(表 $2\cdot5$)。

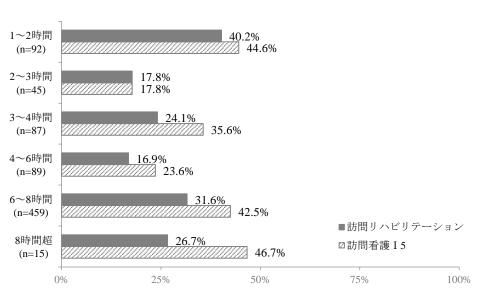


図 2-24 訪問リハビリテーションを併用している利用者がいる事業所

表 2-5 同一機関の訪問リハビリテーション事業所を併用している利用者の 計画書を共有している事業所

		対象 施設	リハマネ加算 I	リハマネ加算 Ⅱ	要支援
1~2時間	施設数	19	8	3	0
	割合		42.1%	15.8%	0.0%
2~3時間	施設数	5	3	1	1
	割合		60.0%	20.0%	20.0%
3~4時間	施設数	8	3	2	0
	割合		37.5%	25.0%	0.0%
4~6時間	施設数	8	5	1	0
	割合		62.5%	12.5%	0.0%
6~8時間	施設数	59	27	2	3
	割合		45.8%	3.4%	5.1%
8時間超	施設数	2	0	0	0
	割合		0.0%	0.0%	0.0%

【ヒアリング結果】

【 医療機関・他介護サービス事業所との連携 】

- ・同一法人内であれば、入院中から退院・在宅復帰後に介護保険リハビリテーションサービス利用が見込まれる方を ピックアップし、通所リハや訪問リハの資源のアナウンスを行っている。また、入院中の利用見込み者を通所リハとして 把握することで、スムーズな利用を準備している。
- ・ 利用前の体験・見学時に、通所リハの医師との面会を行っている。診察を行うことはしないが、面会し医師と話すことで安心して利用を開始していただけている。
- ・地域の社会資源(デイサービス・ヘルパー・ショートステイ・サ高住・有料等)と合同での勉強会を月に1回の頻度で開催している(50名規模)。その中で、学びと連携・情報収集に取り組んでいる。
- ・外部連携は退院前カンファレンスへの参加、面会、体験利用を行っている。
- ・利用者本人を取り巻く多施設・多職種の連絡網を作成し、要望や課題など情報の共有を図っている。
- ・他医療機関、介護保険施設との連携はこれからの課題である。通所リハのリハビリテーション機能や医学的管理はとても重要であり、より積極的に通所リハについて取り組んでいきたいと考えている。

3. リハビリテーション会議

○ リハビリテーション会議の実施状況

リハマネ加算 $I \cdot II$ の算定事業所および要支援がいる事業所それぞれにおいて、リハ会議の実施状況は、リハマネ加算 II 95.3%、リハマネ加算 I 52.7%、要支援 32.9%であった(図 3-1)。

リハマネ加算別にリハ会議へ必ず参加する職種を比較すると、リハマネ加算 I では看護師・介護職の割合が、リハマネ加算 II では医師・ケアマネジャーの割合が高い結果であった(図 3-2・3-3)。

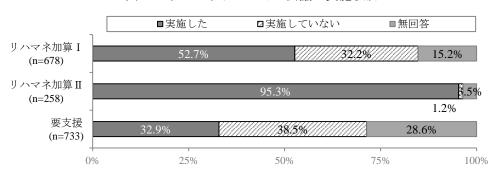


図3-1 リハビリテーション会議の実施状況



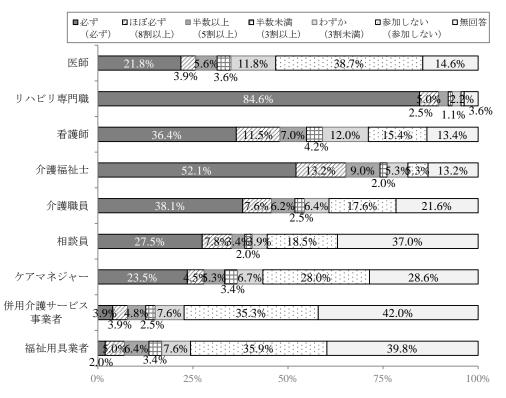


図3-3 リハビリテーション会議へ参加する職種【リハマネ加算II】 (n=246)

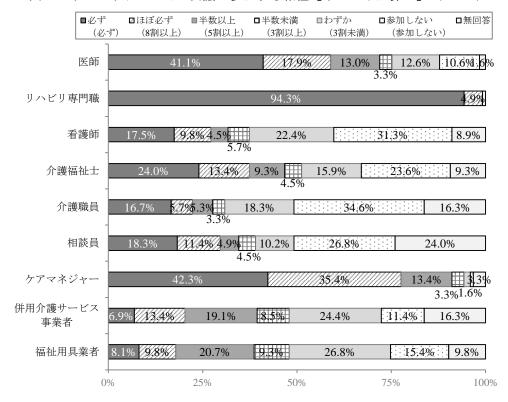
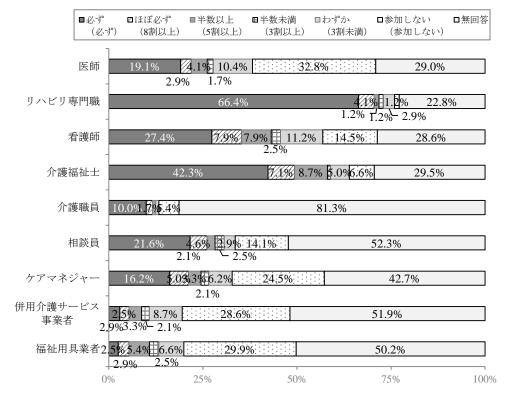


図3-4 リハビリテーション会議へ参加する職種【要支援】 (n=241)



○ リハビリテーション会議の開催時間

実施したリハ会議の開催時間帯について、サービス提供時外に「全員」実施している事業所が、 $3\sim4$ 割程度みられた(図 $3\cdot5$)。リハ会議の所要時間では、リハマネ加算 I では $20\sim30$ 分の割合が高い値を示した(図 $3\cdot6\cdot3\cdot7$)。

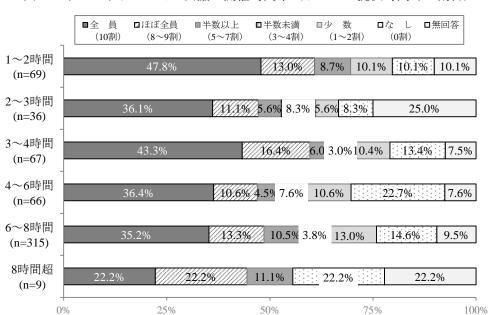


図3-5 リハビリテーション会議の開催時間帯(サービス提供時間外の割合)



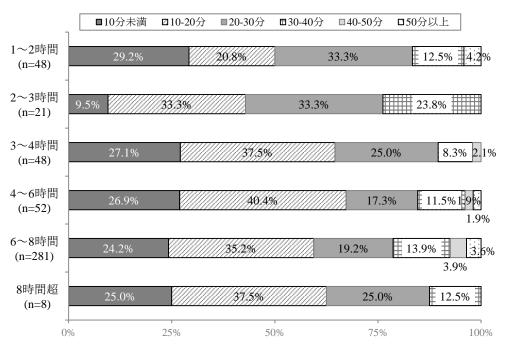


図3-7 リハビリテーション会議の時間【リハマネ加算Ⅱ】

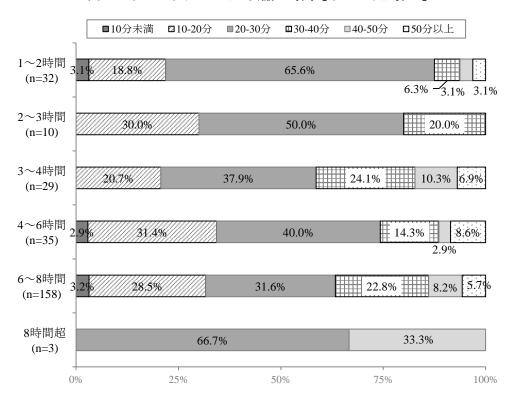
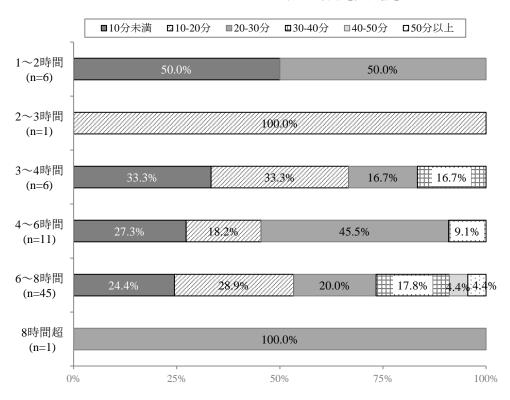


図3-8 リハビリテーション会議の時間【要支援】

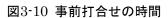


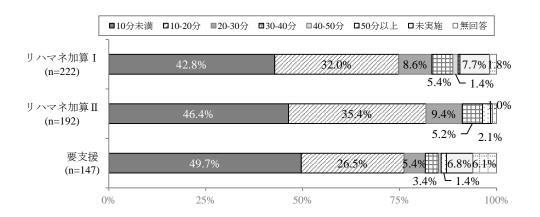
○ リハビリテーション会議開催に向けた事前打合せ

リハ会議に向けた事前打合せを実施している事業所は、6 割を超えていた(図 3-9)。事前打合せの所要時間は、20 分未満の割合が7割であった(図 3-10)。

₫ない ■ある **p < 0.01リハマネ加算 I 37.6% (n=356)リハマネ加算Ⅱ 22.0% (n=246)要支援 39.0% (n=241)0% 25% 50% 75% 100% 無回答を除く

図3-9 リハビリテーション会議への事前打合せ



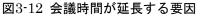


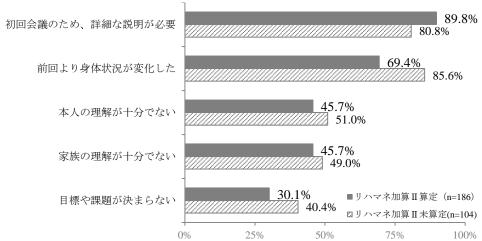
○ リハビリテーション会議の時間延長

リハ会議が予定時間より延長することがある事業所は、リハマネ加算Ⅱ算定事業所と 未算定事業所とに有意な差を認め、リハマネ加算Ⅱ算定事業所において多かった(図 3-11)。会議時間が延長する要因は、「初回会議のため、詳細な説明が必要」「前回より身体 状況が変化した」が高い値を示した(図 3-12)。

#* p<0.01 リハマネ加算 II 算定 (n=246) リハマネ加算 II 未算定 (n=222) 0% 25% 50% 75% 100% 無回答を除く

図3-11 会議の時間延長





○ リハビリテーション会議開催に向けた調整業務

リハ会議の調整方法はリハマネ加算Ⅱの算定有無に関わらず、「電話連絡」「書面連絡」「会って話す」の順に多かった(図 3-13)。

リハ会議を調整する職種について、リハマネ加算 II を算定している事業所ではリハビ リ専門職の割合が、リハマネ加算 II を算定していない事業所では担当ケアマネジャーの 割合が高い傾向を示した(図 3-14)。

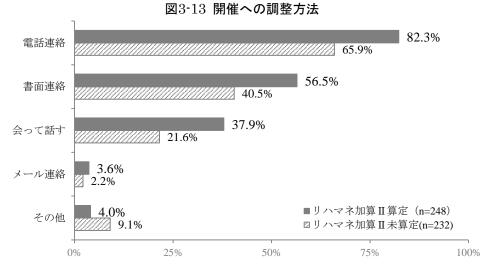
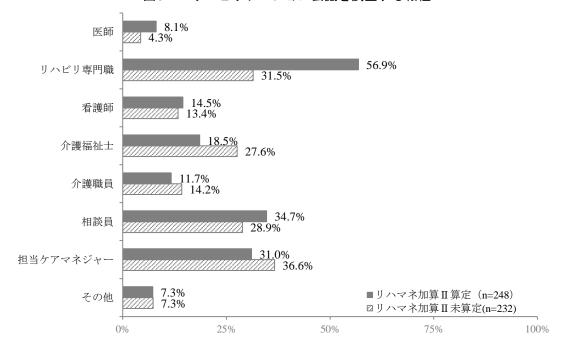


図3-14 リハビリテーション会議を調整する職種



【 リハ会議の開催に向けた工夫 】

- 算定するにあたりどのように進めるかのフローチャートを作成した。
- ・計画書の書式変更に伴い、スタッフの業務が増えたため、まずは、計画書の作成を行った。その後、リハマネ加算 II へと繋げていった。
- ・4月から慌てて行わず、予定を決め7月から算定を開始した(2月くらいから準備した)。
- ・法人に向けて、介護報酬改定の説明会を行い、デイケアが求められていることや収益に関しての説明会を行った。
- ・リハ会議は一人につき最大30分と決めている。
- ・リハ会議の時間を固定した。
- ・ リハ会議の日程調整は役割分担をされており、医師の調整は管理者が、他事業所・家族等は 2 名の相談員が、書類関係はリハ専門職が、欠席者への情報共有は相談員が行っている。尚、リハ会議はサービス提供時間内に行っている。
- ・セラピストを相談員として配置し、会議等の調整を行うようにしている。
- ・日程調整は管理者が行っている。
- ・次回のリハ会議の予定は、その場で日程を調整している。
- ・ FAXで出席、欠席を確認している。

○ リハビリテーション会議における役割

リハ会議の進行役となる職種は、リハビリ専門職の割合が高かった。リハマネ加算Ⅱを 算定していない事業所では、リハビリ専門職に引き続き、介護職や担当ケアマネジャーの 割合も高い値であった(図 3-15)。

リハ会議の会議録を作成する職種はリハビリ専門職の割合が高く、役割別では計画書の作成者の割合が高かった(図 3-16・3-17)。また、リハ会議欠席者への情報伝達方法は、 書面連絡が最も多かった(図 3-18)。

図3-15 会議の進行役となる職種

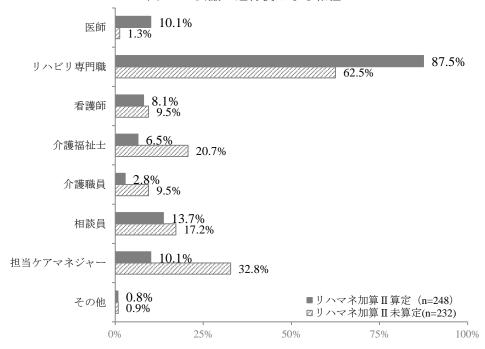


図3-16 会議録を作成する職種

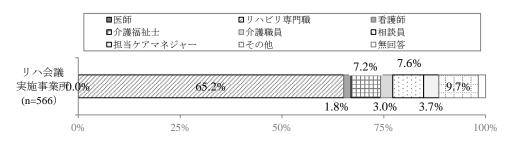


図3-17 会議録を作成する者の役割

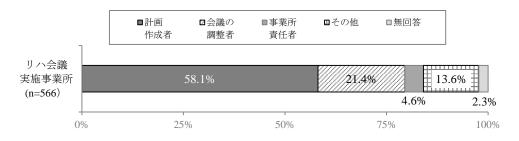


図3-18 欠席者への情報伝達方法 (n=566) (複数回答)
書面連絡
電話連絡
会って話す
メール連絡
その他
3.0%
25%
50%
75%
100%

【ヒアリング結果】

【 リハ会議における説明の工夫 】 ・会議の際に、動画を使用し、経過を伝えている。 ・今後の方向性を医師が説明している(細かなプログラムなどはセラピストが説明)。

- ・麻痺の改善の可能性など、身体機能に関しては、医師が説明をその場でしている。
- ・医師が現在の状況などを伝える(司会はセラピスト)。

○ 医師の説明

医師が通所リハ計画書の内容をリハ会議にて説明する割合が「全員・ほぼ全員」の事業所は、半数程度あった(図 3-19)。リハ会議の場以外での説明場面は個別面談が最も多く、所要時間は $5\sim10$ 分程度が最も多かった(表 $3-1\cdot$ 図 3-20)。

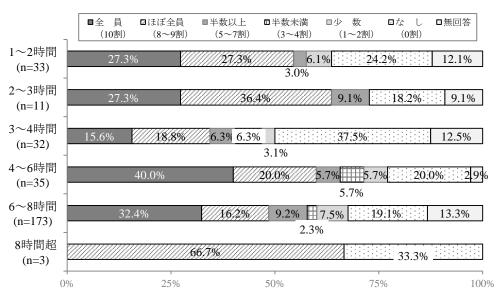
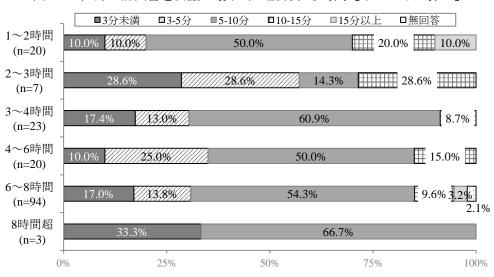


図3-19 医師が計画書を会議の場にて説明する割合【リハマネ加算Ⅱ】

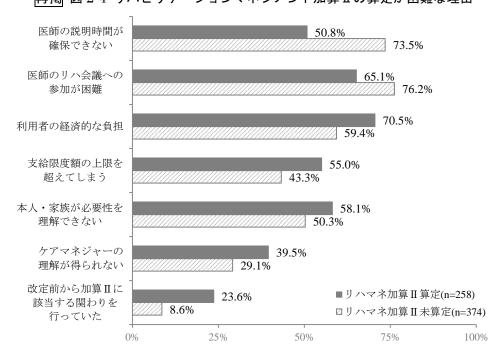
表3-1 医師が計画書を会議の場以外で説明する場面【リハマネ加算Ⅱ】

	1-2時間	2-3時間	3-4時間	4-6時間	6-8時間	8時間以上	
	(n=20)	(n=7)	(n=23)	(n=20)	(n=94)	(n=3)	
個別面談	55.0%	71.4%	73.9%	55.0%	58.5%	66.7%	
外来受診時	40.0%	42.9%	34.8%	30.0%	29.8%	33.3%	
ラウンド時	30.0%	28.6%	34.8%	20.0%	21.3%	33.3%	
電話	5.0%	14.3%	4.3%	10.0%	13.8%	0.0%	

図3-20 医師が計画書を会議の場以外で説明する時間【リハマネ加算Ⅱ】



再掲 図 2-4 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定が困難な理由



【ヒアリング結果】

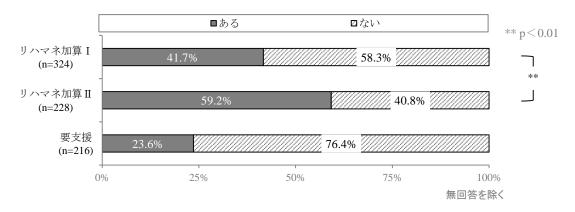
【 医師の関わりへの工夫 】

- ・ 医師からは、リハ会議は昼休み等、診療の合間に実施するように通所リハのリハビリ専門職にお願いし、可能な限り 参加している。
- ・ 医師の説明に関しては、月に 5~6 回程度、午前 2 枠・午後 2 枠のそれぞれの入れ替えの時間に説明してもらうようにしている。
- ・ 医師がリハ会議に参加出来る曜日を固定した(月・水: P M、火: A M等とし、また、医師の診察の掲示板にも、 その時間帯はデイケアの医師であることを明確にした)。
- ・ 医師に向けての説明会を実施し、協力の依頼を行った。 (医師の協力がなかなか得られなかったため)
- ・ リハ会議のスケジュールを 1 ヶ月たて、ケアマネジャーや事業所へ 1 ヶ月前には連絡している。 医師へも同様に 1 ヶ月のスケジュールを渡し、調整をしている。

○ ケアマネジャーとの連携

リハ会議の意見からケアプランが変更された割合においても、リハマネ加算 I および リハマネ加算 II に有意な差を認め、リハマネ加算 II において59.2%と多かった(図3-21)。 担当者会議とリハ会議を兼ねた開催においてリハマネ加算 I およびリハマネ加算 II を 比較すると、リハマネ加算 II において 59.8%とリハマネ加算 I 44.6%より有意に高い値 を示した(図 3-22)。

図3-21 リハビリテーション会議の意見から、ケアプランが変更された割合



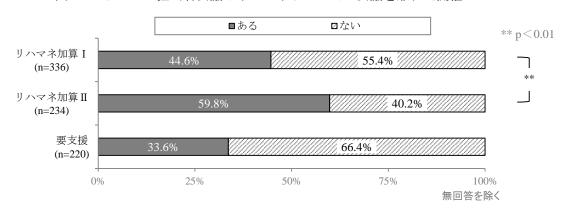


図3-22 サービス担当者会議とリハビリテーション会議を兼ねた開催

事業所のスタッフが担当者会議へ「必ず・ほぼ必ず」出席する割合は 70%を超えていた (図 3-23)。平成 26 年と 27 年を比較すると、約 1 割の事業所にて参加する割合が増加していた (図 3-24)。

リハ会議の開催場所は、自施設が最も多く、次いで利用者宅の順であった。リハマネ加算別に比較すると、リハマネ加算 Π において利用者宅の割合が高い傾向を示した(図 3-25・3-26)。

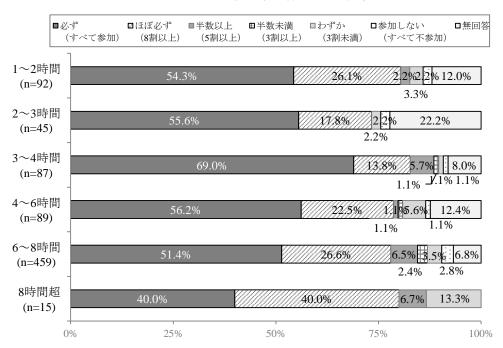


図3-23 サービス担当者会議への出席割合

図3-24 サービス担当者会議への出席割合の増減(平成26と平成27年の比較)

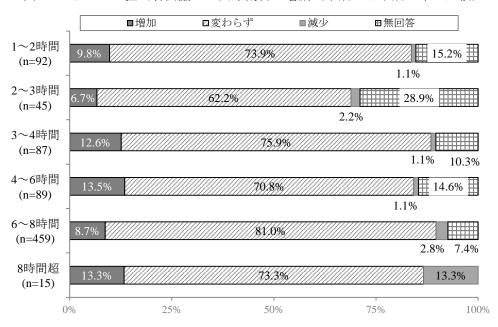
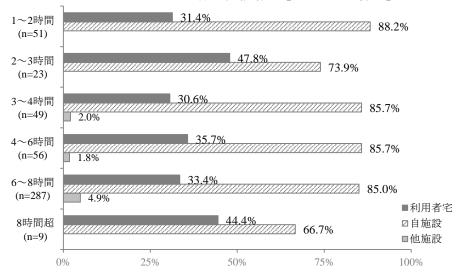
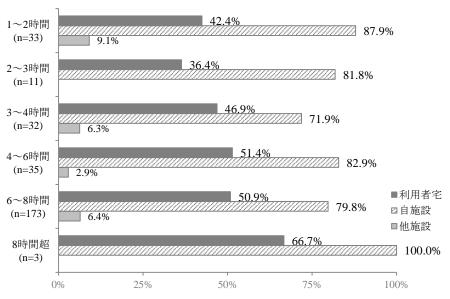


図3-25 リハビリテーション会議の開催場所【リハマネ加算 I】







【ヒアリング結果】

【 ケアマネジャーとの連携 】

- ・リハ会議へ多職種が参加することにより、家族やケアマネジャーの声を直接聞くことができ、会議内容の理解が深まる。また、家族やケアマネジャーと顔の見える関係を作れる。
- ・ケアマネジャーの訪問に合わせてリハ会議を自宅にて開催し、ケアマネジャーが参加しやすいように配慮している。
- ・利用開始前の担当者会議では、加算に対しての説明をその都度実施している。
- ・回数が増え、必要性を理解して頂いた。
- ・家族からの質問が増え、その場で解決できることが増えた。

○ ケアマネジャーからみたリハビリテーション会議(ケアマネジャー票)

ケアマネジャーがリハ会議へ参加したことのある割合は、36.9%であった(図 3-27)。リハ会議へ参加したことのあるケアマネジャーにおいて、リハ会議へ参加している理由は、「リハビリ専門職へ相談できる」「ケアプラン変更の参考になる」「家族・本人も含め、目標設定ができる」「関係事業所間の連携が密になる」の4項目の回答が多く、8割を超えていた(図 3-28)。

一方、リハ会議へ参加していない担当利用者がいる割合は、70.6%であった(図 3-29)。参加していない理由は、「リハ会議への出席依頼が来ない」86.3%、「リハ会議の開催がない」67.2%の順に多かった(図 3-30)。

全体 (n=578) 36.9% 55.5% 75% 100%

図 3-27 リハビリテーション会議への参加有無



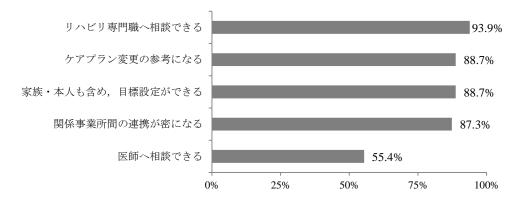
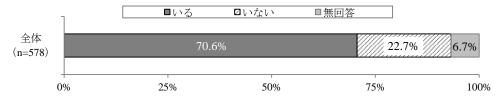
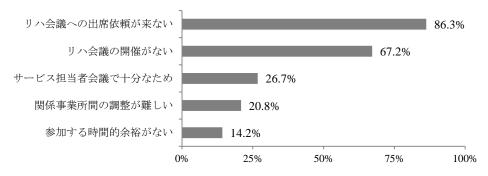


図 3-29 リハビリテーション会議へ参加していない担当利用者の有無







【リハビリテーション会議に関する自由記載】

【リハ会議へ参加したことがある方】

- ・ 専門職 (Dr. PT. OTなど) から、直接話をしてもらうことで、本人、家族が、通所リハを利用する意義を 理解して、リハビリ意欲の向上につながるので良いと思うため。
- ・ 参加していない人は、リハマネ加算 Ⅱ に理解がないため、他利用者の事例を参考に必要性を説明している。
- ・参加していない場合、事業所から頂くリハビリテーション実施計画書を参考にしている。
- ・リハビリ内容、状況等が把握できる。
- ・デイケアでのリハ内容が詳しくわかる。本人家族の反応もわかる。
- ・事業所から積極的に声かけして下さる。
- ・ 1名リハ会議対象者参加していましたが7月で終了。もう1名スタートしたばかりで、1回目のリハ会議は日程 都合つかず(先方事業所のDrの都合に合わせる必要あり)次回以降都合つけば出席意志あり。
- ・参加依頼により参加。
- ・参加していない方は算定していない方。
- ・リハマネ加算 II・I を算定している方のみ会議への出席要請があり、時間調整できる時出席している。
- ・リハ会議への出席の依頼があるため出席はしています。
- 都合がつけば参加している。
- ・リハビリ内容や必要性のみでリハ会議の必要性はあまり感じられない。
- あまり意味がない。
- ・短期集中リハのリハ会議に出席の連絡があるので。又、義務として、参加しています。
- ・参加はしているが、ねたきりに近く認知症あり、意欲も低下している。リハマネ加算 Ⅱ の算定の方であるが、1 回/月 の会議は毎回同じような感じになっています。
- ・参加はしているがケアマネジャーの視点が正しければ(経験の長いケアマネジャーなど)環境整備は出来ていて特に会議での参考になった、ということもなく時間が無だと思える。

【 リハ会議へ参加したことがない方】

- ・リハ会議の開催の有無を知らない。 (同様 6件)
- ・リハマネ加算 Ⅱを算定していない。 (同様 2件)
- ・事業所自体が開催を行っていない。 (同様 2件)
- ・ P Tさんが研修終了後にお願いしますとのことだった。
- ・依頼があれば今後調整をつけて参加したいと考える。
- ・ 通所リハビリテーション事業所よりの出席依頼があれば、前向きに検討させていただきたいと思います。
- ・今からリハビリテーション会議が始まる予定。
- ・参加のお知らせが来ない。
- ・リハ会議していると思うが更新時サービス担当者会議以外は声がかからない。
- ・ 以前利用していた通所リハで会議を行ない、会議録をもらったことはある。現在利用している所で行っているか不明
- 要件に満たない。
- ・多分、ケアマネジャー含め、他事業所との連携を必要と感じていない通所リハが多いと思う。
- ・今のところ、サービス担当者会議で十分と思われる為。
- ・以前、前もって参加させて頂きたい旨伝えて、参加させて頂いた時もあったが、いつ開催しているのかわからない状況にて、要請が難しい上に、通所リハ側がケアマネジャーの参加を望んでいない(内々に開催したいというような) 空気もあり、要請しなくなり参加もなくなってしまった。
- ・家族参加が難しい。
- ・利用している方一人のみで現在入院中。
- ・介護支援専門員になって日が浅いため。
- ・同じ施設内にあるため常に情報交換ができているため。

担当者会議をリハ会議と兼ねて開催した割合は、リハ会議へ参加したことのあるケアマネジャーの44.1%であった(図3-31)。兼ねて開催した理由は、「必要な関係者が参加している」93.6%、「会議の内容(目的)が似ている」78.7%の順に多かった(図3-32)。

一方、サービス担当者会議をリハ会議と兼ねて開催したことのない担当利用者がいる 割合は、64.8%であった(図 3·34)。

図 3-31 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねた開催の有無

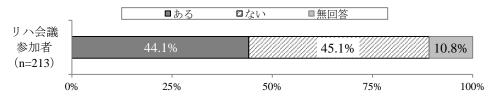


図 3-32 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねた理由(n=94)

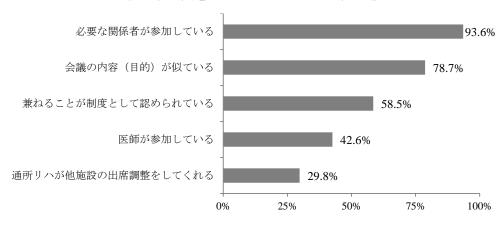
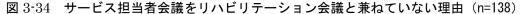
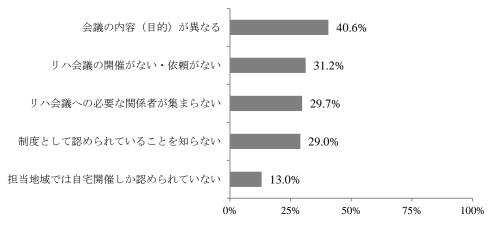


図 3-33 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねていない担当利用者の有無







【担当者会議をリハ会議と兼ねる開催に関する自由記載】

【担当者会議をリハ会議と兼ねたことがある方】

- ・サービス担当者会議開催時期と重なった時に、家族の時間的負担がある場合(家族から希望がある時)に兼ね て行うようにしている。
- ・家族、担当者の負担を少なくする。
- ・忙しい時間調整の中、有効に使える。
- ・支援の介護支援専門員の交代の為、の会議を(計画継続のため)兼ねたことがある。
- ・担当者会議の後に行った。
- ・更新時期と重なる為。
- ・通所リハからの依頼。

リハ会議へ参加したことがある方のみ

【担当者会議をリハ会議と兼ねたことはない方】

- ・ケアマネジャーとして担当者会議は必要時ひらいていますが、リハ会議と兼ねる意識はなかったです。
- ・現在リハ会議に参加している方一人なのでその方の更進の時には、兼ねて担当者会議にすると思います。
- ・関係者が集合できれば兼ねる。
- ・担当者会議の時期と重なっていなかった。
- ・まだ、認定の切り換えに当たらない。プランの変更がなく継続で可能な状況。
- ・事業所の契約の前に行った為。
- ・状態に変化がないのでプランを変更する必要がない状況の為。
- ・プラン変更も今の所なく、サービス担当者会議の必要性もない。

- ・担当者会議後から事業所の会議が開催されたので別々で行った。
- ・時間が限られており、担当者会議に必要な内容を検討する時間がない。
- ・担当者会議とは、検討内容も異なり、皆時間がなく忙しくしており、担当者会議はできない。開催時期が合わない
- ・サービス担当者会議はケアマネジャーが開催するため、リハ会議と兼ねることはしていない。
- ・リハ会議にDrが参加しないといけない。自宅まではDrは来てくれない。
- 特にDrの出席が難しい。
- ・サービス担当者会議はデイケア時間中に行うことは中断したこととなり、それまでの分しか通所リハの報酬としてカウントできないときいているので自宅でやっています。しかし、構成員も内容も同じで、こちらの都合で別に又自宅で開催するのはどうかと思っています。その日のみリハ会議を自宅でやってもらおうと思いますが、医師は来られないと思いますし、どうしたものでしょうか…。

リハ会議へ参加したことがある方のみ

4. サービス提供内容

○ 各種リハビリテーション実施加算の実施状況

短期集中個別リハ実施加算では、サービス提供時間の長い事業所において実施割合が高い傾向を示した(図4-1)。認知症短期集中リハ実施加算 I および II ・生活行為向上リハ実施加算を提供している事業所は、1割未満であった(図4-2~4-4)。

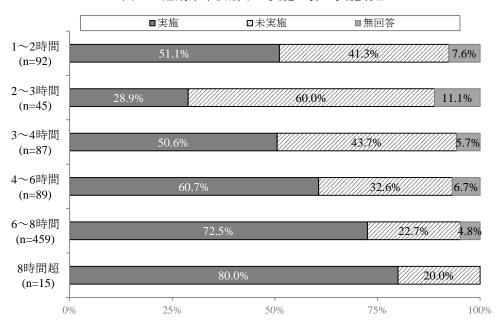
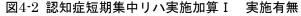


図4-1 短期集中個別リハ実施加算 実施有無



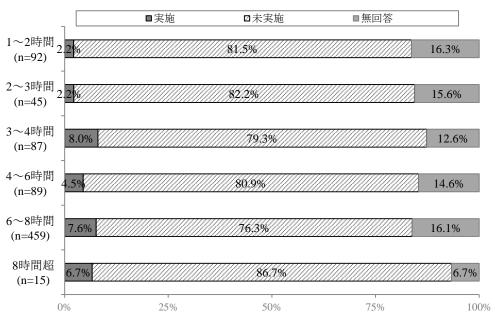


図4-3 認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ 実施有無

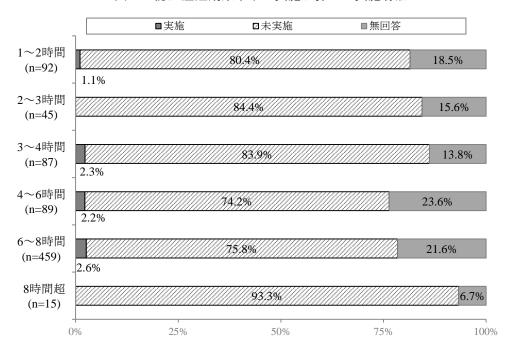
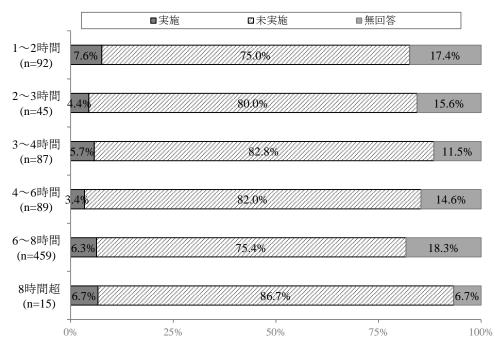


図4-4 生活行為向上リハ実施加算 実施有無

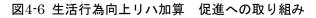


○ リハ実施加算の算定促進に向けた取り組み

リハマネ加算 II を算定している事業所において、認知症短期集中リハ実施加算への取り組みを行っている事業所は11.6%であった(図4-5)。同様に、生活行為向上リハ実施加算への取り組みを行っている事業所は26.0%を示した(図4-6)。また、生活行為向上リハ実施加算の算定が可能なリハビリ専門職がいる事業所は、全体にて52.4%であったが、リハマネ加算 II を算定している事業所においては69.4%と高かった(図4-7)。

リハマネ加算 II (n=258) 11.6% 85.3% 3.1% 100%

図4-5 認知症短期集中リハ加算Ⅱ 促進への取り組み



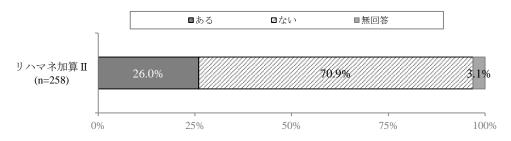
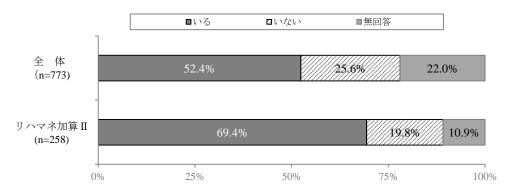
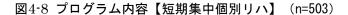


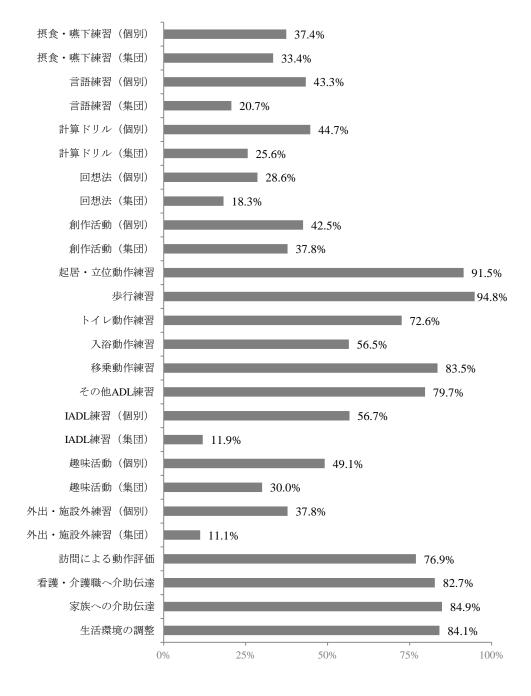
図4-7 生活行為向上リハ加算 算定可能リハビリ専門職の有無



○ 短期集中個別リハ実施加算における提供プログラム内容

短期集中個別リハ実施加算を提供している事業所における提供プログラム内容は、基本動作練習が9割を超え、ADL練習や自宅に向けての評価・アドバイスにおいて約8割を示した(図4-8)。





○ 認知症短期集中リハ実施加算 I における提供プログラム内容

認知症短期集中リハ実施加算 I を提供している事業所における提供プログラム内容は、歩行練習、自宅に向けての評価・アドバイス、個別的な認知トレーニングの割合が高かった(図4-9)。

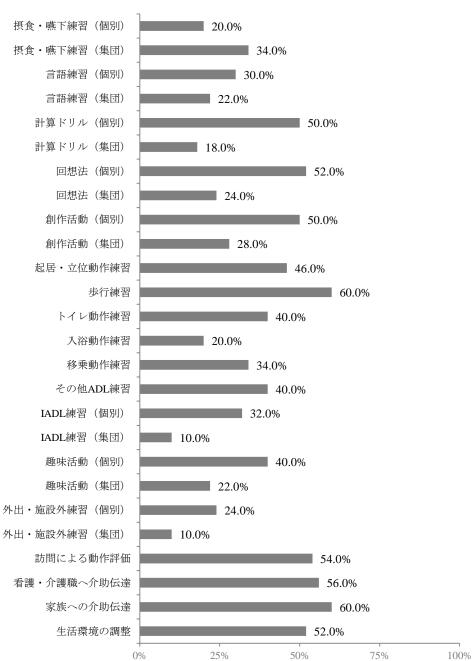
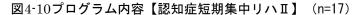
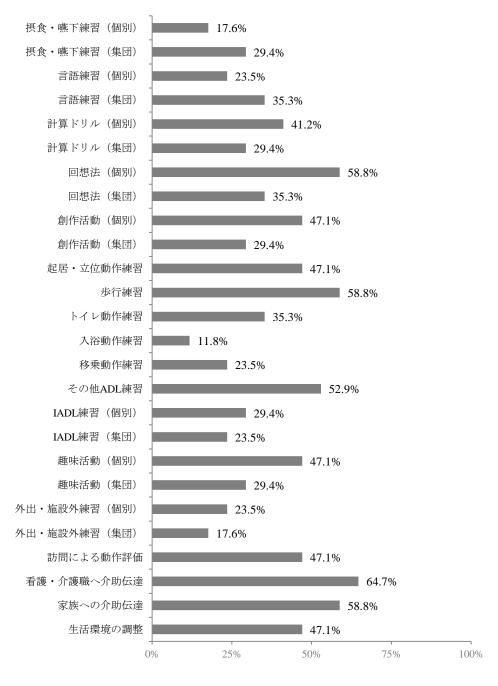


図4-9 プログラム内容【認知症短期集中リハI】 (n=50)

○ 認知症短期集中リハ実施加算Ⅱにおける提供プログラム内容

認知症短期集中リハ実施加算 II を提供している事業所における提供プログラム内容は、認知症短期集中リハ実施加算 II と同様に歩行練習・自宅に向けての評価・アドバイス、個別的な認知トレーニングの割合が高かった。一方で、認知症短期集中リハ実施加算 II と比較すると集団にて関わる項目の割合が高い傾向を示した(図4-10)。





○ 生活行為向上リハ実施加算における提供プログラム内容

生活行為向上リハ実施加算を提供している事業所における提供プログラム内容は、自宅に向けての評価・アドバイス、歩行練習訪問による動作評価が最も高い割合を示した。短期集中個別リハ実施加算や認知症個別リハ実施加算Ⅰ・Ⅱと比較すると、個別的なIADL練習や外出・施設外練習、訪問による動作評価の割合が高かった(図4-11)。

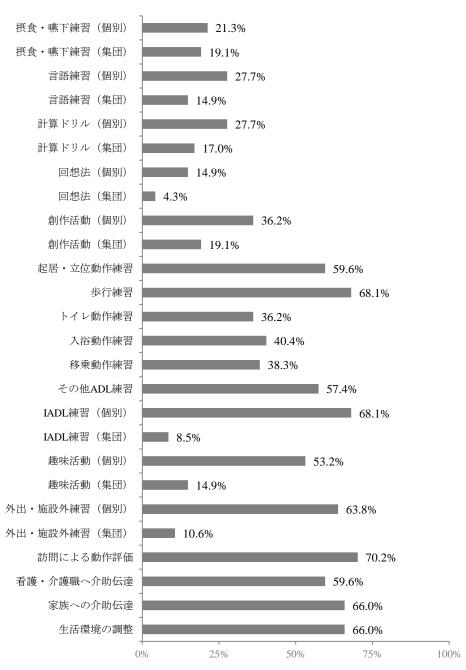
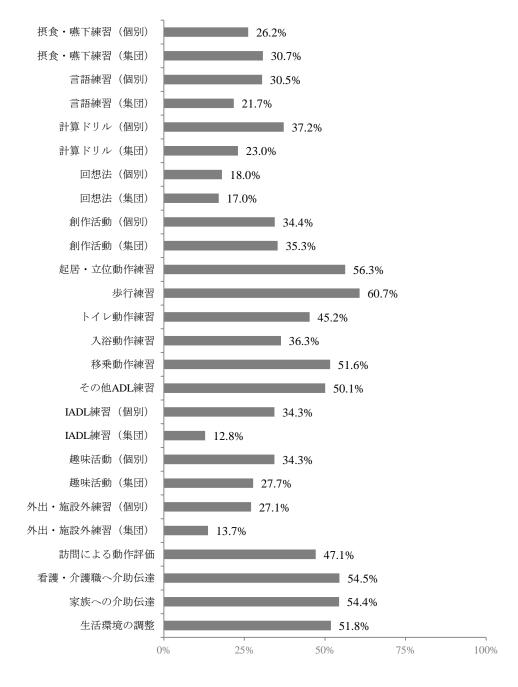


図4-11 プログラム内容【生活行為向上リハ】 (n=47)

○ リハ実施加算対象外の利用者への提供プログラム内容

全事業所におけるリハ実施加算対象外の利用者への提供プログラム内容は、基本動作練習、ADL練習、自宅に向けての評価・アドバイスの割合が高い値を示した(図4-12)。

図4-12 プログラム内容【リハ実施加算以外の関わり】 (n=787)



○ 施設外練習の実施者割合

リハ実施加算別に施設外練習の実施者割合を比較すると、生活行為向上リハ実施加算を 算定していた利用者において、高い割合であった(表4-1)。

表4-1 施設外練習の実施者割合

	1-2時間	2-3時間	3-4時間	4-6時間	6-8時間	8時間以上
短期集中個別リハ実施加算	31.9%	30.8%	27.3%	14.8%	24.6%	33.3%
認知症短期集中リハ実施加算 I	0.0%	0.0%	2.3%	1.1%	1.3%	0.0%
認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.4%	0.0%
生活行為向上リハ実施加算	85.7%	100.0%	60.0%	66.7%	65.5%	100.0%

【ヒアリング結果】

【 短期集中個別リハビリテーション実施加算 】

- ・ 退院直後で集中したリハビリが必要な場合は、週 3~4回と受ける場合もある。身体機能向上のために関わることが多いが、経過とともに関わり方、頻度を変えている。
- ・ 退院直後の利用者に積極的に算定している。また、機能訓練だけではなく活動・参加を意識した関わりを実施している。
- ・ 退院・退所直後の自宅生活に不安を持つ方、機能回復の可能性がある方、集中的なリハを希望される方へ提供している。
- ・個々に応じた個別リハビリ、介護スタッフによる日常生活動作を意識した介助・動作練習を行っている。
- ・ 退院後の利用者を対象とし、機能訓練や ADL 訓練を中心に実施している。
- ・退院後の利用者に算定しているが、いずれは全て生活行為向上リハ加算で算定を考えている。
- ・利用開始前のサービス担当者会議に通所リハの相談員が短期集中個別リハ加算について説明している。または、 担当ケアマネジャーから説明し、本人・家族の同意があれば実施している。
- ・機能訓練中心の実施内容が多い。

【 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ 】

【算定施設】

- ・ 特徴: 今までの認知症短期集中リハ実施加算と比べ、個別・集団の選択が可能となったことで、活用しやすくなったと感じている。多職種が計画立案の段階から関わり、通所リハにて過ごす時間を全体的にみて計画を作っている。
- ・ 対象利用者: 利用開始前に入院していなかった新規利用者のうち、認知面へ関わる必要のある利用者に対して 案内を実施している。生活行為向上リハ実施加算とのすみ分けは、6ヶ月で目標達成が可能かなど利用者の特性をみて判断している。
- ・ プログラムの実施例: 家事動作の再獲得等を目的として、実際に自宅へ訪問し練習を行っている。セラピストは脳トレ等を実施、介護職等は家事動作の一部(食器洗い、おしばり作り等)や散歩などで介入している。柔軟なプログラムの実施が可能となった。
- ・ **課題**: 短期集中個別リハ実施加算と同時算定ができなくなり、退院直後の身体機能面の関わりが必要な利用者へは、認知面へ関わる必要があっても短期集中個別リハを優先して実施することが多い。

【算定施設】

- ・ 特徴: 認知症の症状についてはカンファレンスの場での情報共有を行い、リハ会議を通して家族・他職種への情報発信を実施している。関わるリハ専門職の職種(PT・OT・ST)が曜日ごとに異なるため、利用者にあったリハビリテーションを提供できるよう利用日を案内している。
- ・ プログラムの実施例: 午前は学習ドリルやパズルといった認知機能向上のプログラムや趣味活動(裁縫・編み物・書道・書写)が主体。午後は集団での体操やレクリエーションを実施している。活動実施はリハ専門職だけでなく、介護職も行っている。
- ・ <u>他介護サービス事業所との連携</u>: ケアマネジャーから認知症の方対応の依頼を受け、その際に認知症短期集中 リハ実施加算を算定する旨を伝えている。

【算定準備施設】

- ・現状:認知症の研修会へ参加し、どのような支援を行っていくとよいか情報収集を実施している。
- ・対象利用者:新規の利用者から算定をしていきたいと考えている。
- ・ **プログラムの実施例**: 園芸療法を用いて、認知症利用者が落ち着いて過ごせるような支援を検討している。実施 した結果から、他にどんなアプローチの方法があるのか見直しをしていく予定。

【算定準備施設】

- ・ 現状: 認知症短期集中リハの内容は、生活行為向上リハである程度包含できると考えている。
- ・ <u>特徴</u>: 通所リハのスタッフが認知症ケア専門士を取得。通所リハに通う認知症の方の対応について、職員の質の向上という面で、アドバイスを行っている。
- ・対象利用者:生活行為向上リハで対応できない利用者がいれば、算定を検討している。

【 生活行為向上リハビリテーション実施加算 】

【算定施設】

- ・ 対象利用者: 昨年まで短期集中リハとして関わっていた利用者(退院直後の方)。
- ・ **開始時の説明・情報共有**: 退院時のカンファレンスから情報収集や説明を密に行っている。また、ニーズ把握表を活用して、どんな生活行為に戻りたいかの聴取をしている。生活課題が具体的な方に案内を行い、本人・家族が利用開始前(インテーク時)から生活行為の関わりへ納得してもらえるようにしている。
- ・ プログラムの実施例: 買い物・家事動作・外出を目的に介入している。施設周辺のスーパー等で練習を行い、実際の現地(自宅付近)での練習については今後実施していく予定。
- ・ **時間確保の工夫**: 1 人訪問に出すために、施設内のプログラムは他のスタッフで対応できるようにしている。 実践練習では家族と現地待ち合わせ・現地解散にする等、時間の短縮を考えている。
- ・ **終了に向けて**: インテーク時・初回のリハビリ会議で終了があることを明確に伝えている。また、早期から 繋ぎ先の デイサービス・訪問介護など、ある程度目星をつけて介入をしている。

【算定施設】

- ・プログラムの実施例:若年の方に就労支援で実施。以前の職場に戻れるように介入している。
- ・ <u>時間確保の対策</u>: 週 3 回利用している利用者に関しては、1 回分を集団プログラムにて対応している。個別のア プローチに関しては、利用者によって実施時間は様々。
- ・ <u>他介護サービス事業所との連携</u>: 地域包括支援センターのブロック毎に訪問し、リーフレットを使用して 加算や取り組みについて説明を実施している(認知症短期集中リハ実施加算も同様)。
- ・ **課題**:加算の単位数が高いこと・終了があることなどにより、ケアマネジャーにおける本加算のプランへの 導入は消極的な印象がある。

【算定施設】

- ・対象利用者:一時的に入院され、運動機能が低下した方。
- ・ プログラムの実施例: 通所リハ・訪問リハを併用して実施。通所リハから訪問リハへ比重を移し、自立した生活への移行を試みた。現時点では、通所リハの利用継続を希望され終了には至っていない。
- ・ <u>他介護サービス事業所との連携</u>: 同法人のケアマネジャーへ説明し、対象者の紹介を依頼した。本人・家族への 説明はケアマネジャーが事前に行い、詳細については担当理学療法士が説明し同意を得た。

【算定準備施設】

- ・ **現状**:要支援の利用者に対し、算定研修を受けた理学療法士が試験的に実施している(介護予防通所リハビリ計画書に実施プランを落とし込んでいる)。この結果を以て今後算定できるかを検討していく予定。
- ・プログラムの実施例:送迎を少し早めて自宅での練習時間に充てるようにしている。
 - ①独居利用者に対して、スーパーへの外出ができる事を目標に実施。福祉用具の調整(シルバーカー導入)や 月に 1 回は実践練習をすることで目標達成している。利用者本人からも「次は〇〇に行けるようになりたい」と、 前向きな希望が聞かれるようになっている。
 - ②自宅で入浴ができることを目標に介入。自宅の環境を調査し、通所リハのサービス提供中に練習を行っている。
- ・課題:1名の療法士がサービス提供中に不在になるのは、施設内の業務を運営する上で難しい。

○ ケアマネジャーによる通所リハビリテーションの導入目的(ケアマネジャー票) ケアマネジャーが通所リハビリテーションを導入する目的は、IADL の改善、身体機能 の向上、生活動作の改善の3項目において9割を超えていた(図4-13)。 一方で、最も重視する通所リハビリテーションの導入目的は、身体機能の向上 38.2%、生活動作の改善 36.5%であったが、IADL の改善は 1.0%と低い値を示した (図 4-14)。

IADLの改善(家事等) 93.8% 身体機能の向上 92.6% 生活動作 (ADL) の改善 90.1% 外出の促進 57.1% 社会・対人交流の向上 50.0% 医学的管理 28.0% レスパイトケア 25.1% 生活環境の調整 23.9% 趣味活動の促進 19.6% その他 1.9% 0% 25% 50% 75% 100%

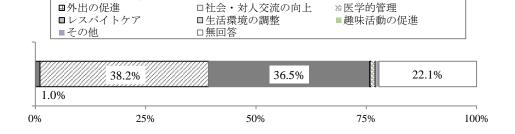
図 4-13 通所リハビリテーションの導入目的

図 4-14 最も重視する通所リハビリテーションの導入目的

■生活動作(ADL)の改善

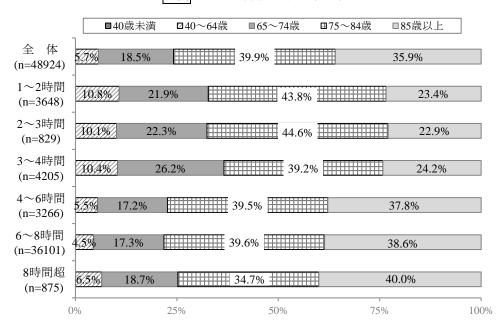
■身体機能の向上

■IADLの改善(家事等)

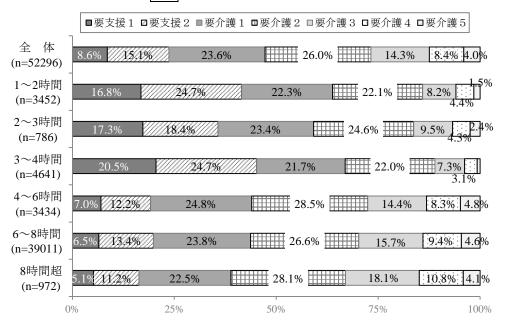


○ サービス提供時間別の関わり

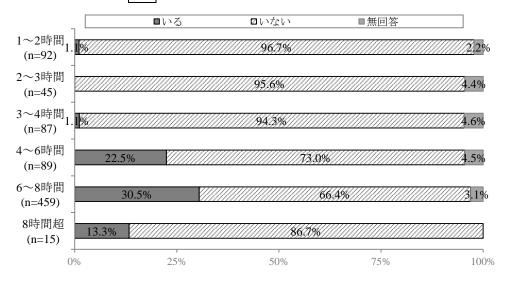
再掲 図1-8 年齢別 利用者内訳



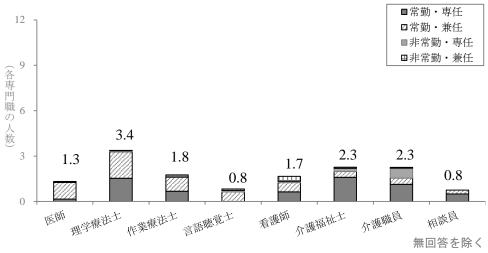
再掲 図1-10 介護度別 利用者内訳

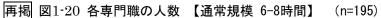


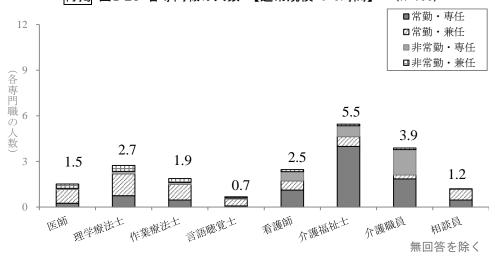
再掲 図1-6 重度療養管理加算の算定事業所











【ヒアリング結果】

【 1-2 時間・2-3 時間型における関わり 】

- ・ 短期集中個別リハ実施加算対象者以外の方へは、概ね 20 分~30 分の個別リハを提供している。
- ・ セラピストの個別リハ 20 分は、継続したまま対応している。
- ・ 短期集中個別リハ実施加算の対象者は個別リハを 40 分間、対象者以外の方は基本 15 分の個別リハを実施 している。
- ・リハマネ加算 II の算定者は回復期病院を退院した直後の方などであり、短期集中個別リハ実施加算対象者は 60 分の個別リハ対応を実施している。
- 2-3 時間型では、セラピストが関わる個別リハ時間は1人に対し20分程度である。
- ・1-2 時間型は比較的軽度者が多い。今回の改定をうけ、全員に画一的に同じ時間の個別リハ提供という考えは 外した。それぞれ課題に応じて小集団を作り、希望のある方に参加を呼びかけ実施している。小集団は利用者の 状態像別に分け、多いときには 10 名程度、少ない時は 3~4 名の集団になる。集団活動での内容は、二重タス クとして運動と注意機能に対して取り組むようにしている。
- ・ 個別リハで関わる時間帯以外は、各種トレーニング機器や物理療法の中から組み合わせて実施している。また、 介護職がトレーニング機器のセッティングや脳トレ等の机上課題を提供している。
- ・ 個別リハが終了し時間に余裕がある時には、ロールピクチャやカラオケなどの対応も心掛けている。
- ・ご本人の要望のある方は、個別リハとは別にマシントレーニングを実施している。
- ・介護職によるフロアでの集団体操やレクの時間もあり、希望者はそちらに参加して頂いている。
- ・ 立位で行える活動、坐位で行える活動が数種類ずつ紙面で準備されており、担当理学療法士の評価に基づき 活動内容を設定して、介護職がサポートしてプログラムを実施して頂いている。また、規定内容だけでなく、必要に 応じて個別課題も提案している。
- ・ 小集団活動は 20 分~30 分程度。PC や手芸などカルチャークラブ的な流れが出来ている。自身で出来る方は、 プログラムを自己決定している。
- ・介護職は介助業務が多忙のため、リハビリや自主トレヘなかなか参加できない状況がある。
- ・ 通所リハで過ごすプランニングは、セラピストがケアプランに則って作成し、最終的にご本人と相談して決定している。
- ・ プログラムの選定に関しては、以前から利用者自身がやりたこと・取り組みたいことを自己決定できるよう支援している。
- ・ 個別のリハビリだけでなく、利用者がやりたいことに合わせて活動を行っている。必要な方には調理、畑作業、手工芸なども行っている。 リハビリは PT・OT・ST それぞれ必要な職種がどのくらいの時間必要かを話し合って決める。

【 6-8 時間型における関わり 】

- ・時間帯によるわけではないが、家族との関わりが大切だと感じている
- ・リハビリ専門職がプログラムの作成・定期的な評価を行い、個人で出来る方には自主トレーニングを提供している。
- ・希望に沿った活動を提供し、その活動の中において自分で行える方法を設定し、自分で実施して頂いている。
- ・ 短期集中個別リハ加算の終了時にリハビリ専門職が他職種でも実施可能なプログラムを作成・伝達することで、 他職種にプログラムを実施してもらうようにしている。
- ・ 動作能力維持を目的にしている方が多いが、維持のための訓練だけではなく、実施した内容に達成感を得て頂けるようプログラムを工夫している。
- ・自立支援型の介護を実践するため、リハビリ職種は評価を意識し、他職種ヘケア方法へのアドバイスを行っている。
- ・自助を高める意識で、活動の準備や片づけを自分で行っていただく。
- ・リハビリの提供頻度は、必要性に応じて検討している。
- 様態別の関わり

【ヒアリング結果】

【 要支援者・軽度要介護者への関わり 】

- ・要支援者に対しても改定以前と同様に、個別リハの提供をサービスで行っている。
- ・要支援の方へは要介護者へのサービス提供とは異なり、開始後 3 ヶ月は 15 分の個別リハの提供し、3 ヵ月後は個別リハを実施していない。サービス提供の内容は利用開始時に説明している。
- ・要支援者は要介護者への提供プログラムと別の内容であり、マシントレーニングを基本とし実施している。リハビリ専門職は月に1回20分程度の時間で身体チェックとして関わり、必要に応じて通常行うリハプログラムを修正している。自主トレ内容は個人用ファイルを提供し、利用者自身が管理している。
- ・ 要支援の方は健康運動指導士が主に関わっている。また、法人内にある就労支援の施設を活用し、卒業後の 居場所作りを提供できるよう取り組んでいる。
- ・送迎は一切実施していないため、近隣の方は帰りに自宅まで歩行するといったことも実施している。
- ・プログラムを実施する中で、徐々に自主トレや趣味活動が自身で行えるように支援している。
- セラピストはマネジメントやプログラムのプランニングに回る予定である。
- ・ 改定以前より週に 1 回は地域行事や参加を意識したプログラム設定を行っている。ここでは自立支援を中心に 公共交通機関の利用練習や買い物・季節に応じた外出行事等を設定している。また、居宅訪問も積極的に取り 組み、通所利用後にご自宅へ伺うとことも実施している。自宅での自主トレーニンが行えるよう支援もしている。

- ・ インフォーマルサービスだけに留まらず、就労支援・地域のマラソン大会・法人内で開催されている利用者同士の集いの場などを利用者の活躍の場として活用が出来ないか、職員間で検討を行っている。
- ・介護予防の総合事業として、法人内の NPO 法人の活用を検討している。一般の方が学ぶ教室及び市民塾といったものへ健康運動指導士も介入してもらい、終了後の受け皿の 1 つになるように整備したいと考えている。
- ・ 短期集中個別リハ実施加算の対象者へは、3 ヶ月で集中的にリハに取り組み、その後は卒業し地域の別資源へ移行することを、通所リハ開始前に説明し開始している。
- ・終了に向けて取り組んでいるが、3 ヶ月で別のデイサービス等に変わるということで、ケアマネジャーとしては改めて担当者会議の設定や帳票類の準備が必要となり、手間が掛かってしまうために理解が得られにくい状況がある。そのため、最初のケアプランから通所リハ利用せず、リハ特化型のデイサービスを選択されるケースも少なくない。

【 重度要介護者・ターミナル期の利用者への関わり 】

- ・ 医院が併設されているデイケアのため、重度者や、医療依存度の高い利用者も積極的に受け入れている。 吸痰、透析、気管切開、胃瘻、褥瘡など。
- ・ 毎日、老健の担当医がデイケアに足を運び、診察・相談を受けている。利用者にとっては安心できる場となっている。
- ・ 5 月より中重度、10 月より重度療養管理加算の算定を開始した。利用者数、処置の頻度に関して、著変ない。
- ・ 介護度による差異は無いが、嚥下機能低下されている利用者に関しては、昼食時に個別リハビリとしてではなく ST が食事介入するようにシステム化している。
- ・リハ室で訓練を行うばかりでなく、デイケア内での生活にリハスタッフが積極的に関わっている。(離床や臥床からの関わり・トイレ動作への関わり・食事場面への関わり・生活スケジュールの作成等)。また、居宅訪問を定期的 (週 1 回等) に行い、家族に対して生活の支援を行なっている。居宅訪問時は、訪問系サービス事業者・ケアマネジャーにも同席をできる限り依頼している。
- ・リハ時間は多くなっており、さらに自主トレ(運動・作業プログラムの提案)をしやすくするようにしている。
- ・ 身体機能へのアプローチを個別リハの時間以外にも提供できるようプログラムの変更を行った。介護職員によるレク リエーションや体操を実施したり、畑仕事をしたりと工夫している。
- ・生活機能向上、活動と参加に向けたプログラムの構築中。椅子を引く動作をしていただく、衣類をかける動作をしていただく、配膳をしていただくなど、日常生活における介護職員のケア内容の見直しを行った。
- ・ 個別リハビリと、小グループでの対応(ストレッチグループ、園芸グループ、茶話グループ、音楽グループ、疾患別グループなど)

5. 終了への取り組み

○ 終了者の特性

終了者がいる割合は、すべての提供時間区分において4割を超えていた。特に6~8時間においては、83.0%と最も高い値をした(図 5-1)。また、利用者毎の終了した理由において提供時間区分毎に比較すると、提供時間の短い事業所では「身体機能・動作能力・社会参加が改善」の割合が高く、提供時間の長い事業所では、「医療機関への入院」「施設等への入所」の割合が高かった(図 5-2)。

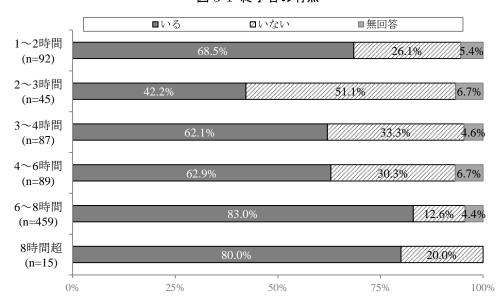
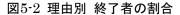
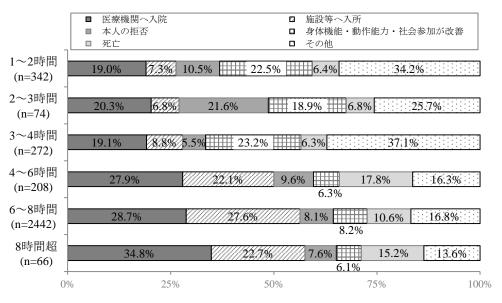


図 5-1 終了者の有無





「身体機能・動作能力・社会参加が改善」して終了した方の平均利用年数は、「1年未 満の割合」において高い傾向がみられた(図5-3)。

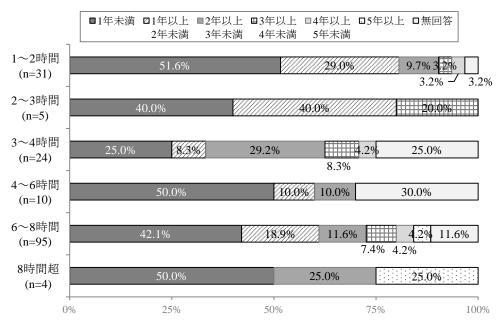


図5-3 改善終了者の平均利用年数

○ 社会参加支援加算の算定予定

平成28年度以降に社会参加支援加算の算定を予定している事業所は、29.0%であった (図 5-4)。

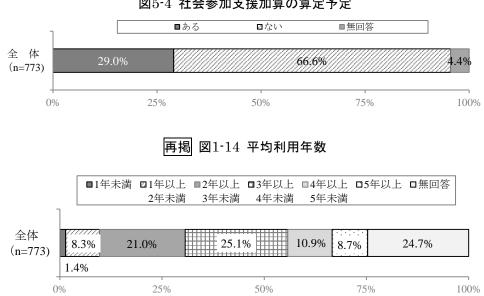
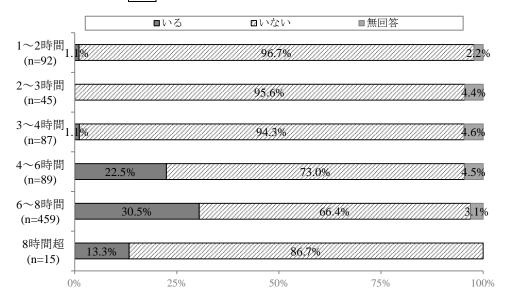


図5-4 社会参加支援加算の算定予定



再掲 図1-6 重度療養管理加算の算定事業所

【ヒアリング結果】

【 終了に向けた工夫 】

- ・「利用期間・目標を定めた通所リハ」というコンセプトで事業所を運営している。 開始前にご本人・ケアマネジャーへ このコンセプトを理解してもらった上で通所リハサービスを提供している。
- ・生活行為向上リハ実施加算の利用者は利用期間を定め、初めから終了を意識して関わっている。
- ・利用開始前に、ご本人・ケアマネジャーと目標と卒業時期(3~6ヶ月)を相談して、サービス提供を行っている。設定期間の到達時にはサービスの見直しを行い、そのまま終了できるか・新しい目標が立てられるかを検討している。
- ・ 最終の 1 ヶ月は特に終了後はどうするか(次のサービスはどうするか等)を考えてもらう。また、次のサービスを見学 してもらうなどの終了後についての準備をする。 事業所としては、終了後もご自身で自己管理ができるように、 通所 リハの内容を構成していく。
- ・ケアプランに基づいて目標と期間を定めている。また、終了後も再利用できることをきちんとお伝えしている。
- ・終了後に問題があれば再開できることを、ご本人・ケアマネジャーに伝え、理解していただく。
- ・ ケアマネジャーの確認を取った上で、終了後、「訪問して様子をみる」「電話で様子をお伺いする」等を実施しスムー ズに終了できるようにしている。ケアマネジャーはサービスの継続を希望されるが、このアフターフォローにより終了への 理解が進んでいる。
- ・復職対象者は、ハローワークに行く等の具体的な復職サポートをサービス時間内で行っている。
- ・ 復職対象者の場合 (ハローワーク、相談所等) 、相談の流れ等をアドバイスして復職につなげている。 しかし、復職後も関わって欲しいというケースも多い。
- ・ 地域のサービスを知ることから始めた。利用者がそのサービスで良いのか可能なら一緒に見に行き、併用できるのであれば、併用から始める。その後、頻度を変えていった。

【 他介護サービス事業所との連携 】

- ・ 狭い地域に限定して声かけを行い、通所リハ・通所介護にて懇親会を開催した。 道であっても挨拶できる、 なんでも話せる関係つくりを進めていっている。
- ・法人内の介護職向けに、リハビリテーションや認知症のケアの理解を高めるカンファレンスのアドバイザーを行っている
- ・ 通所介護へ挨拶に行き、終了後の利用者さんを受け入れて頂けるようにお願いしている。通所介護を併用している利用者に関しては、通所介護のスタッフに通所リハへ来ていただき、通所リハでのサービス内容を確認して頂いている。
- ・ リハビリ専門職が利用者についての評価などをしっかりと行い、他職種や他事業所 (ヘルパステーション、デイサービス、グループホームなど) に伝えていくことで、通所リハの役割が明確になり連携が進むと思う。
- ・医学的管理が必要な方や ADL 低下のある方は通所介護から通所リハ、ADL が向上した方は通所リハから通所 介護というように役割分担をする。
- ・同法人の通所介護へスムーズに送れるように合同のケース会議を行っている。通所介護につなぐケースについては、 通所リハ開始時から情報共有を行っている。
- ・ 同法人内に通所リハと通所介護があり、それぞれ IT で情報共有することで、情報把握がスムーズに行えている。
- ・ 期間限定・目標明確化というコンセプトを地域包括支援センター・ケアマネジャー・地域のデイサービスなどの地域 資源に理解していただく。また、地域包括ケアと同様の地域で送迎範囲を設定している。

【 社会・地域資源との連携 】

- ・地域包括支援センターと連携し、コミニュティセンター等でサロンや転倒予防教室を開催している。
- ・老人会や地域包括支援センターと協力し、介護予防についての講演などを行っている。
- ・ 通所リハのスタッフや通所介護、そして利用者ご本人が登壇する講演会(家族報告会)を開催し、地域サービス の連携を促している。
- ・ 通所リハ利用中からサロンなどの地域サービスと連携し、終了につなげている。一方で、地域のサロンにおける「出来上がっている輪」の中に入りにくいという側面もある。
- ・ 行政と連携し、認知症サポーター養成講座の開催・オレンジカフェの立ち上げなどサービスを作り出す取り組み、 地域の中にあるサービスを見いだす取り組みを行っている。また、地域包括支援センターからの依頼を受け介護予 防事業も実施しており、「地域におけるリハビリテーションの役割」を理解してもらうような働きかけをしている。

【課題】

- ・ リハ会議等でしっかり相談するようにしているが、新しい目標が出てきた場合には終了にならないという側面もある。 脳血管疾患の方と予防を重視した関わりの方とでは、終了の考え方を分ける必要がある。
- ・脳血管疾患の方に関しては、障害受容に関しての問題も大きいことなどから終了へつながらないケースも多い。

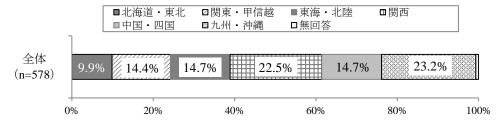
6. ケアマネジャーからみた通所リハビリテーションの現状

○ 回収状況および回答者の属性

ケアマネジャー票は、223 事業所 578 名より回収を得た(事業所回収率 44.6%)。回答者のケアマネジャーとしての経験年数は、 $1\sim5$ 年目 39.4%、 $6\sim10$ 年目 36.3%、 $11\sim15$ 年目 22.0%と全体的に分布していた(図 6-1)。また、回答者の地域も全国に分布していた(図 6-2)。

図 6-1 回答者の経験年数





○ 通所リハビリテーション導入時の課題

ケアマネジャーが通所リハビリテーション導入時に、主治医以外に相談した医療機関・介護サービス事業所は、「入院時の医療機関」64.0%、「通所リハビリテーション」44.6%、「主治医のいる医療機関」37.2%の順に多かった(図 6-3)。また、主治医以外に今後相談したい医療機関・介護サービス事業所においても、同様の傾向を示した(図 6-4)。 通所リハビリテーション導入時に困ったことでは「本人・家族の経済的負担が高い」「支給限度額の上限を超えてしまう」が多かった。(図6-5)。

図6-3 主治医以外に相談した医療機関・介護サービス事業所

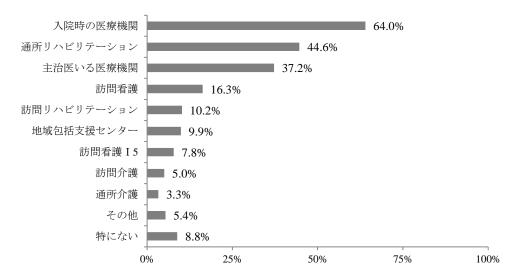


図 6-4 主治医以外に今後相談したい医療機関・介護サービス事業所

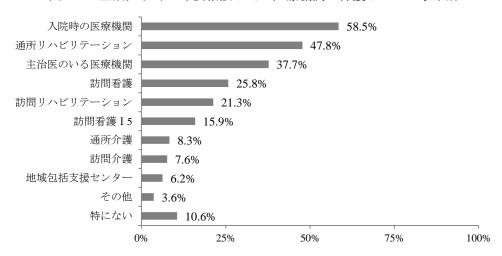
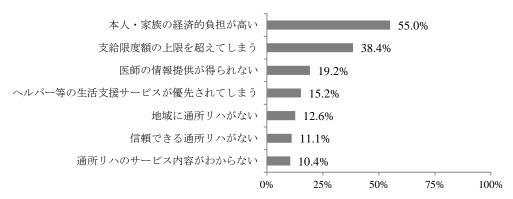


図6-5 通所リハビリテーション導入時に困ったこと



以降再掲

○ 通所リハビリテーションの導入目的

図 4-13 通所リハビリテーションの導入目的

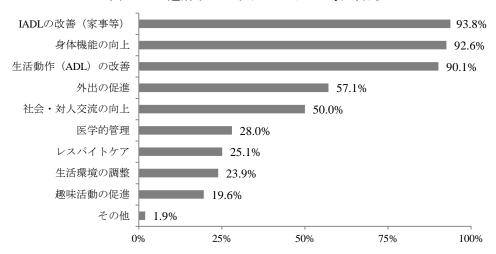
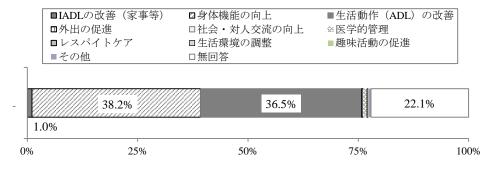


図 4-14 最も重視する通所リハビリテーションの導入目的



○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの導入

図 2-20 リハビリテーションマネジメント加算 Ⅱ を導入している利用者の有無

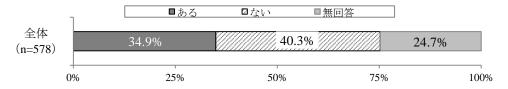


図 2-21 リハビリテーションマネジメント加算 II を導入している理由 (n=202)

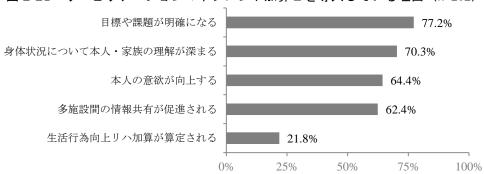
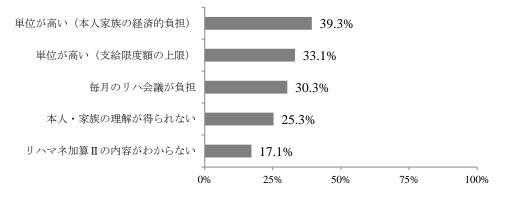


図 2-22 リハビリテーションマネジメント加算 Ⅱ を導入していない担当利用者の有無



図 2-23 リハビリテーションマネジメント加算 I を導入していない理由(n=356)



○ リハビリテーション会議への参加

図 3-27 リハビリテーション会議への参加有無

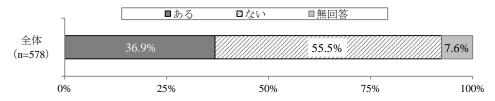


図 3-28 リハビリテーション会議へ参加している理由 (n=213)

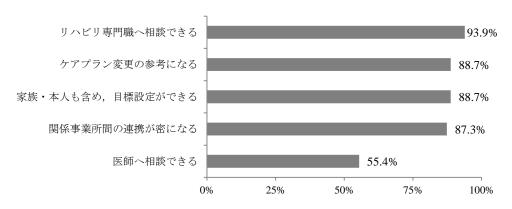
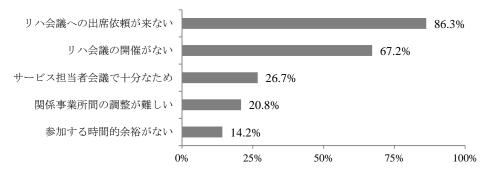


図 3-29 リハビリテーション会議へ参加していない担当利用者の有無



図 3-30 リハビリテーション会議へ参加していない理由 (n=408)



○ サービス担当者会議の開催

図 3-31 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねた開催の有無

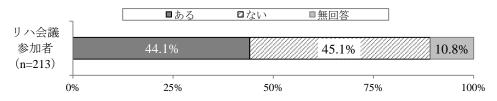


図 3-32 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねた理由(n=94)

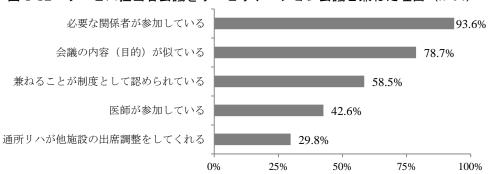


図 3-33 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねていない担当利用者の有無

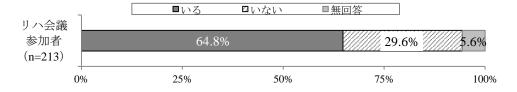
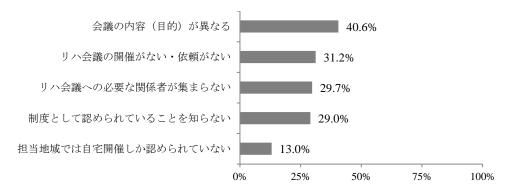


図 3-34 サービス担当者会議をリハビリテーション会議と兼ねていない理由 (n=138)



第3章 考察

1. 考察

i. リハビリテーションマネジメント

- ・ 通所リハはチームで 1 日の生活全体をコーディネート (効果的な通所リハ計画の作成) することが 重要であり、中心となるリハビリ専門職の充実および評価の質を高める働きかけが重要である。
- ・ 1 日の生活全体をコーディネートするには、ケアマネジャーと連携し生活情報をしっかりと入手する必要がある。通所リハはケアマネジャーとの連携体制をさらに強化することが望まれる。
- ・ 今後、多くの患者が医療機関から在宅へ移行していくと想定される。通所リハは、退院直後から 切れ目のない関わりが行えるよう対応することが求められる。

○ リハマネジメントの実施状況と課題

平成28年介護報酬改定において、通所・訪問リハビリテーションにおけるリハマネジメントの強化が示され、リハマネ加算IIが新設された。本調査において、リハマネ加算IIの算定割合は約3割の事業所であり、事業所内においての算定利用者は少数であった。一方で、リハマネ加算IIの関わりでは「評価の充実」「多職種連携・協働」に該当する内容をよい点(効果)としており、リハマネジメントにおける一連の目的は十分理解・実践されていると推察される。

リハマネ加算 II の算定が困難な要因としては、医師の時間確保に難渋している事業所が多くみられた。一方、リハマネ加算 II の算定に向けた取り組みを実施している事業所は約 7 割との結果であった。具体的な取り組みとしては新規利用者から徐々に算定を開始したなどの回答がヒアリング調査から聞かれ、実態調査からは<u>リハマネ加算 II の算定事業所において医師・リハビリ専門職・相談員を増員している</u>割合が高い傾向を示した。

○ 通所リハ計画の作成状況と工夫

計画書の記載内容(家族本人の希望・実施計画・ADL評価等)が充実している、興味 関心チェックシートを活用しリハビリ専門職が利用者ニーズを聞き取れているなど、 リハマネ加算IIを算定している事業所においては評価から計画作成の充実が伺えた。

さらにリハマネジメントの質の向上を目指すためには、<u>リハビリ専門職の充実および評価の質を高める働きかけ</u>が重要である。介護報酬改定において個別リハビリテーション 20 分の枠組みが外れたことは、リハビリ専門職の評価の関わりを充実させるためであり、リハビリ専門職には生活機能の予後予測を含めた高い評価能力が必要とされる。この専門的な評価に基づき、**身体機能の向上**(医学の視点)と自立支援への関わ

り (生活の視点) との 2 軸を折り合わせ、生活レベルの目標に基づき計画を作成する ことが求められている。

通所リハ計画の作成過程において、約8割の事業所にて介護職が、約6割の事業所にて看護職が関わっており、多職種にて協働している実態がみられた。さらに、リハマネ加算IIを算定している事業所においては、評価・計画作成に医師が関与している割合がリハマネ加算Iを算定している事業所より高かった。このように、リハビリ専門職の評価(生活機能の予後予測を含む)に基づき、介護職や看護職からの生活情報や医師からの健康状態(疾病や障害の予後予測を含む)に関する情報を踏まえ、通所リハにおける1日の生活全体をコーディネートすることが重要である。一方、通所リハ計画の作成へ相談員が関わる割合は1割未満と低く、家族・ケアマネジャー・他介護サービス事業所に関わる情報など、相談員が有する幅広い情報を有効活用するためには積極的に通所リハ計画の作成へ関わることが求められる。

通所リハ計画の作成時間は、リハマネ加算Ⅱを算定している事業において 30 分前後 が最も多かった。計画書の作成・入力について、リハビリ専門職が実施している割合が 高く、より効率的に計画作成を実施するには、各作業の必要性に応じた役割分担を検討する必要がある。

○ ケアマネジャーとの連携

通所リハ事業所は<u>ケアマネジャーと連携し、生活情報をしっかりと入手する</u>ことが 重要である。しかし、全利用者において通所リハ計画作成前にケアプランを取得した通 所リハ事業所の割合は 3 割程度であり、現状ではケアプランとの連動が十分ではない 通所リハ計画に陥ってしまう可能性がある。通所リハ計画は、ケアプランに基づいて作 成することが前提であり、通所リハ事業所からケアマネジャーへ積極的に提供を呼び 掛けていく必要がある。

ケアマネジャーがリハマネ加算 II を導入していない理由には、「通所リハ事業者の準備が整っていない」が多く挙げられていた。通所リハ事業所は必要な人材の配置を前提とし、リハマネジメントを充実させるよう早急にケアマネジャーとの連携体制をさらに強化する必要がある。ヒアリング調査からは、「地域のケアマネジャーへ情報提供を積極的に行う」「勉強会や情報交換会を開催する」などの対策が聞かれ、リハマネ加算II を算定している事業所ではケアマネジャーからの相談を受けやすい仕組みが構築されていた。

○ 医療機関・他介護サービス事業所との連携

今後、多くの患者が医療機関から在宅へ移行していくと想定され、退院後の在宅生活を支援する通所リハとしては医療機関との連携がより重要となる。医療機関の退院時カンファレンスや退院時リハ指導へケアマネジャーとともに通所リハ事業所からも参

加し、リハマネジメントを実施することで、<u>退院直後から切れ目のない関わり</u>が行えるよう工夫している事業所もみられた。また、介護報酬改定により通所リハと訪問リハとで計画書を共有することが可能となったが、実際に共有しているケースは少なく、新しい制度について理解を促していく必要がある。

ii. リハビリテーション会議

- ・より多くの職種・事業所にリハ会議へ参加して頂き、リハビリテーションの視点を大きく広める関わりが重要である。また、リハ会議では本人が自立に向けた意識が高まるようサポートすることが求められている。
- ・リハマネ加算 II の算定事業所では充実した医師の関わりが行われるよう、医師の時間を確保する工夫がなされていた。
- ・リハ会議はケアプランの質をより高められると期待されており、適切に課題と具体的な対策(通 所リハ計画)を説明できる能力がリハビリ専門職に求められている。また、ケアマネジャーがリハ会 議への参加を促進するためには、「リハマネジメントの必要性を理解して頂けるよう働きかける」「リ ハ会議と担当者会議を兼ねて開催する」などの工夫が重要である。

○ リハ会議の運営

リハ会議はリハマネジメントの共有・検討の場として期待されている。リハ会議の参加者としてリハマネ加算IIでは、リハビリ専門職・ケアマネジャー・医師の割合が多かった。また、併用介護サービス事業者・福祉用具業者の回答もリハマネ加算Iと比較し高い割合を示していた。より多くの職種・事業所にリハ会議へ参加して頂き、リハビリテーションの視点を大きく広めることが重要である。一方で、リハマネ加算Iにおけるリハ会議の実施状況は約5割であった。リハマネジメントは利用者全員に対して実施するものであり、その要素であるリハ会議も同様に利用者全員に対して実施するものであり、その要素であるリハ会議も同様に利用者全員に対して実施することが必要である。

リハ会議が延長する理由では、「初回会議である」「身体状況が変化した」の割合が高く、「本人・家族の理解不足」の割合は高くなかった。リハ会議は本人・家族の障害受容も目的に含まれており、障害受容のプロセスへ丁寧にアプローチし、本人が自立に向けた意識が高まるようサポートすることが求められている。初回や状態変化時などに本人・家族の不安を払拭するようポイントを押さえた説明をすることで、以後のリハ会議はスムーズに進むと考えられる。リハマネ加算IIにおけるリハ会議の開催時間は30分前後が最も多かったが、回数を重ねることで本人・家族の理解が進み必要な会議時間は短くなる可能性があると推察される。

リハ会議では自立支援に向けたリハビリテーション全体の関わりが議題となる。そのため、リハ会議の進行役としては、リハビリ専門職が最も多かったと考えられる。そ

れぞれのケースや検討すべき内容に応じて進行役は変更しつつも、**スムーズに各専門 職から必要な情報を導き出せるよう進行する**ことが重要である。

○ リハ会議における医師の説明

医師が対象者の「全員・ほぼ全員」(8 割以上)のリハ会議にて計画書を説明する割合は、リハマネ加算 II を算定している事業所において約5割であった。医師がリハ会議へ出席できない場合においても、個別面談にて説明している割合が高く、<u>リハマネ加算II の算定事業所では充実した医師の関わりが行われていた</u>。一方で、リハマネ加算 II を算定していない事業所において算定が困難な理由としては、「医師の時間確保」が最も多く挙げられた。サービス提供時間内にリハ会議を実施することは認められているが、短時間型の事業所ではサービス提供時間外に実施している割合が高く、リハ会議へ参加する医師の時間調整に苦慮している様子が伺えた。

実際に、<u>医師の時間を確保する工夫</u>としては、①医師は説明する時間に参加する(途中参加・途中退席)、②外来診察に併せて実施する、③リハ会議を実施する曜日・時間帯を固定するなどがヒアリング調査から聞かれた。併せて、リハ会議を実施する前に医師の説明内容を含め、各専門職・担当者の役割分担を打合せておく事業所もあった。

○ ケアマネジャーのリハ会議への参加

リハ会議の意見を基にケアマネジャーよりケアプランを変更されたことがあると回答した事業所割合は、リハマネ加算 II を算定している事業所にて約 6 割と高い値を示した。リハ会議を通じてリハビリ専門職が積極的に生活への提案を行うようになり、自立支援の視点に基づいたリハビリテーションの考え方が浸透し始めていると推察される。このように、リハ会議はケアプランの質をより高められると期待されており、家族・本人やケアマネジャーへ専門用語を用いず適切に課題と具体的な対策(通所リハ計画)を説明できる能力がリハビリ専門職に求められている。

リハ会議へ参加したことのあるケアマネジャーは約 4 割であった。参加している理由は「リハビリ専門職へ相談できる」「ケアプラン変更の参考になる」「家族・本人も含め目標設定ができる」「関係事業所間の連携が密になる」が約 9 割と、リハ会議へ参加したことのあるケアマネジャーは効果を感じていた。一方で、ケアマネジャーがリハ会議へ参加していない理由は、「出席依頼が来ない」「リハ会議の開催がない」の割合が高い状況であった。

ケアマネジャーにおけるリハマネジメントへの考え方は、参加したリハ会議の内容により影響を受けやすいと推察され、リハマネ加算Ⅱを導入しているケアマネジャーからもリハ会議やリハマネジメントへ厳しい意見が聞かれた。通所リハ事業所として、リハ会議を通じて効果的なリハマネジメントを実践し利用者の生活を改善へと導く、通所リハ事業所のスタッフが日頃から担当者会議へ積極的に参加しケアマネジャーの

信頼を得ていく等の活動を通じ、<u>リハマネジメントの必要性を理解して頂けるよう働きかける</u>ことが重要である。

リハ会議と担当者会議とを兼ねて開催したことがある事業所の割合は、リハマネ加算 II を算定している事業所の約 6 割であった。それぞれの会議にて議論すべき内容が異なるという認識は必要であるが、リハ会議と担当者会議を兼ねて開催できるというフレキシブルな対応も求められる。リハビリテーションの視点が重要か、生活のプランニングが重要か、その比重によりリハ会議と担当者会議を兼ねた場合においての進行役や内容を変える柔軟さがポイントである。また、リハ会議の開催場所として「他施設」との回答もみられ、リハ会議と担当者会議を兼ねて開催することや開催場所を検討することで、リハ会議へケアマネジャーが参加しやすくなると推察される。

iii. 様態別提供プログラム

- ・リハビリ専門職は、エビデンスに基づいた効果的なプログラムを立案・実践することが求められている。併せて、「目的に応じた ADL 練習・応用練習の実施」へチームで関われるよう間接的に支援してくことも重要である。
- ・利用者自身から内発的な動機を引き出すようサポートし、利用者のニーズに合わせ各専門職の 役割を考慮した対応が重要である。リハビリ専門職では、「生活動作において介護職と練習でき るよう介助伝達や環境調整を行う」「訪問介護など他介護サービス事業所と連携・協働する」な どの対応が求められている。
- ・ 通所リハは、「中重度者への継続的かつ安心して在宅生活を送れる関わり」を求められているが、一方でケアマネジャーにその役割が十分に伝わっていない可能性がある。中重度者への具体的な対応を示し、終末期まで支え続けられる通所リハの在り方を示す必要がある。

○ リハビリテーション実施加算の現状と課題

リハ実施加算別の関わりについて、短期集中個別リハ実施加算を算定している事業所の割合は提供時間別に3~8割であり、提供時間の長い事業所において高い傾向を示した。一方、認知症短期集中リハ実施加算 I・II や生活行為向上リハ実施加算は1割未満であった。短期集中個別リハ実施加算は40分の個別トレーニングが必須のため、提供時間の短い事業所ではリハ時間の確保が困難である可能性が推察される。リハマネ加算 II を算定している事業所において、生活行為向上リハ実施加算を算定可能なリハビリ専門職が所属している事業所は約7割であったが、生活行為向上リハ実施加算の算定促進への取り組みを実施している事業所は3割未満であった。さらに、認知症短期集中リハ実施加算 II の算定促進への取り組みを実施している事業所は1割程度であった。具体的な取り組み事例を通じ、それぞれのリハ実施加算における関わりを標準化し、その有用性を啓発していく必要がある。

ケアマネジャーが通所リハの導入目的(複数回答)として「IADL の改善」の割合が最も高く、活動や参加に焦点を当てた改定の目的は理解されつつあると推察される。一方で、本人・家族の意向を踏まえていることや利用開始前の心身機能やADLに課題がある状況であるとも考えられるが、通所リハの導入目的(単一回答)として「心身機能の向上」「ADL の改善」を重視する傾向がみられた。

これらの導入目的に対して通所リハにおけるリハビリ専門職は、<u>エビデンスに基づいた効果的なプログラムを立案・実践</u>することが求められる。サービス提供時間の特性や利用者のニーズに応じて、利用時間内における生活動作へ直接的・間接的に働きかけ、「目的に応じた ADL 練習・応用練習の実施」へチームで関わることが重要であると考える。本調査においては、リハ実施加算別にリハビリテーションプログラムの特徴がみられている。一方、事業所票による回答のため「課題抽出→目標設定→実施内容→達成度」の一連の状況を把握することが困難であり、今後は利用者を個別的に検討していく必要がある。

○ 提供時間別の関わり

提供時間の短い事業所(4時間以下)では提供時間の長い事業所(4時間以上)と比較して、40~65歳・要支援の利用者が多い傾向にあり、リハ会議や日頃の関わりを通じて利用者自身から内発的な動機を引き出せるようサポートし、地域へつながる関わりを求められる。また、リハビリ専門職が多く介護職が少ない傾向にあり、提供時間の短い事業所ではリハビリテーションに特化してリハビリ専門職の関わりを充実させており、ヒアリング調査からはリハビリ専門職の関わり以外の時間に介護職が小集団でのトレーニングを提供している現状が聞かれた。通所リハにおいては、チームでの関わりとして臨機応変かつフレキシブルな対応を求められるが、利用者のニーズに合わせ専門職としてそれぞれの役割を考慮した対応が重要である。

提供時間の長い事業所は85歳以上・要介護3~5の利用者が多い傾向にあり、在宅生活を見据えて1日の利用時間内における生活動作へ、リハビリ専門職がどのような目的や内容にて関わるかが重要である。平成28年度介護報酬改定において、個別リハ20分の枠組みを中心としたリハビリテーションの提供から、利用中すべての時間を通じたリハビリテーションの提供へと変更されており、事業所内における実際のADL場面へ細切れに関わることも可能である。リハビリ専門職には、生活動作において介護職とともに練習できるよう介助伝達や環境調整を行うこと、通所リハで習得した動作を在宅生活へ反映できるよう訪問介護など他介護サービス事業所との連携・協働することが求められている。

○ 中重度者への関わり

医療機関からの在宅復帰の増加に伴い、通所リハは医療機関に併設している事業所 として、医療依存度の高い中重度者の在宅生活を支援する機能およびレスパイト機能 が求められる。実際に、重度療養管理加算は長時間型の事業所にて算定している傾向 にあり、中重度者への継続的かつ安心して在宅生活が送れる関わりが重要である。

一方、ケアマネジャーが通所リハを導入する目的として「医学的管理」の割合が低い。医師の役割や中重度者の受入促進が制度上明確になりつつある中で、通所リハにおける中重度者支援の役割について、ケアマネジャーへ十分に伝わっていない可能性がある。通所リハ事業所として、目標設定の仕方・受け入れの工夫(看護師の役割、急変時の対応)・活動と参加の在り方など中重度者への具体的な対応を示し、終末期まで支え続けられる通所リハの在り方を伝える必要がある。

iv. 終了への取り組み

- ・終了は「結果」であり、利用者・障害者から市民・住民となり自己決定に基づいた生活が送れるようになることが「目的」である。
- ・ 通所リハは、地域包括支援センターなどの行政機関と連携し、地域におけるインフォーマルサービスの把握を行い、「利用者と一緒に終了後に通う地域の場へ出向く」などの関わりが重要である。
- ・終了により利用者との関係が切れるのではなく、通所リハは「いきいきとした在宅生活を支える地域の中核として最期まで支え続ける役割」を期待されている。

介護報酬改定において終了の考え方が示され、本調査においても参加へつながる終了について様々な取り組みがみられた。特に、終了理由が「身体機能・動作能力・社会参加が改善して終了した」に該当する方は、利用 1 年未満の方が高い割合を占めており、終了に向けた目的意識をもって関わりの内容を変更した結果であると推察される。実際にヒアリング調査からは「利用開始時から期間を定め、明確な目標設定のもとリハビリテーションを提供している」との回答が聞かれた。このように、終了に向けての関わりが重要になると考えるが、終了は「結果」であり利用者・障害者から市民・住民となり自己決定に基づいた生活が送れるようになることが「目的」である。

平均利用年数 4 年未満であった事業所は全体の 5 割を超えていたが、来年度から算定可能な社会参加支援加算の算定を予定している施設の割合は 3 割と少ない状況であった。調査時期が改定から 5 ヶ月目の 8 月であったこともあり、現状では考え方が変わっている可能性もあるが、算定予定事業所が少ない要因の 1 つとして終了後の受け皿不足が考えられる。そこで、地域包括支援センターなどの行政機関と連携し、地域に

おけるインフォーマルサービスの把握を行い、利用者と一緒に終了後に通う地域の場へ出向くなどの関わりが重要となる。ヒアリング調査では、積極的に地域活動の場(地域サロンや転倒骨折予防教室など)作りに参画している通所リハ事業所もみられた。また、活動の場にて終了後のフォローとして継続的に評価を行うことで介護度の悪化を防ぎつつ、状態の変化が見られた場合には通所リハを再利用し早期から専門的なリハビリテーションの対応が可能となる体制を構築していた。

通所リハは、医療機関から通所介護や地域の活動の場へつながる支援を行いつつ、その後の在宅生活にて状況が変化した場合には再度生活機能を高める関わりを行うなど、定期的なフォローアップ体制を充実させることが重要である。このように、終了により利用者との関係が切れるのではなく、**いきいきとした在宅生活を支える地域の中核として最期まで支え続ける役割**を期待されている。我々、通所リハ事業所は地域の介護サービスの中核となり、地域から求められるサービスを目指していくことが重要であろう。

2. 結論

- 身体機能の向上(医学の視点)と自立支援への関わり(生活の視点)との2軸を勘案 し、生活レベルの目標に基づいた通所リハ計画が求められている。リハマネジメント の質の向上には、各専門職の充実および評価の質を高める働きかけが重要である。
- リハ会議を通じて、自立支援の視点に基づいたリハビリテーションの考え方が本人・ 家族および他介護サービスなどの多職種へ浸透し始めている。リハマネジメントの必 要性を理解して頂けるよう、多くの方にリハ会議へ参加して頂く工夫が必要である。
- 通所リハにおけるリハビリ専門職は、エビデンスに基づいた効果的かつ効率的なプログラムの立案・実践が求められる。在宅生活を考慮しサービス提供時間の特性や利用者のニーズに応じて、生活へ直接的・間接的に働きかけることが重要である。
- 通所リハ事業所における終了は結果であり、利用者から市民・住民となり自己決定に基づいた生活が送れるようになることが「目的」である。通所リハ事業所は「地域活動の場作りへ積極的に参画する」「終了後のフォローとして継続的に評価を行う」など、「いきいきとした在宅生活を最期まで支え続ける地域の中核」となることが求められている。

第4章 参考資料

事業所共通票 ア	ンケート結果	自	由記	」載		•	•	•	• •	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	88
アンケート調査	調査票・・・	•		•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	11
ヒアリング調査	協力施設一覧				•		•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		129

事業所共通票 アンケート結果 自由記載

サービス提供時間区分

1:1-2 時間 2:2-3 時間 3:3-4 時間

4:4-6 時間 5:6-8 時間 6:8 時間超

【 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 算定への取り組み 】						
内 容	時間区分	開設主体				
・ ケアマネジャーや利用者を対象とした口頭及び書面上での説明を実施。	4	病院				
リハビリテーション会議でのコミュニケーション。	1,	7四元				
・ 医師の関わりの緩和。リハ専門職への権利、権限委譲。デイサービスの個						
別訓練加算の廃止。(「リハビリのニーズはリハマネⅡではなく個別加算を	5,	病院				
とっていること」と誤った解決がケアマネジャーに浸透しているため)						
・ 医師への協力要請。	5,	病院				
・ 訪問指導体制 (調整) の強化。リハビリ専門職との調整。	1,2,3,4,5,	病院				
・ プロジェクトチームを組織し、新規利用者を中心に医師を含めたチームで	22456	\ = 7 =				
の勉強会や、対策、計画書作成などを実施しています。	2,3,4,5,6,	病院				
・個別的な対応。	4,5,	病院				
・デイケア担当医が必須構成員である旨伝え、医師を中心に開催できる時						
間を調整した。デイケアとして、新規利用者はリハマネ加算 Ⅱ を算定して						
動いている旨をケアマネジャーに伝え、新規導入の際はケアマネジャーの参	5,	病院				
加が必須である事を説明している。継続利用者を中徐より算定する場合						
に同意書を作成した。						
・ 利用者、家族、ケアマネジャーへの事前説明	3,	病院				
・新規の利用者はリハマネ加算 Ⅱを取っていく。	5,	病院				
・研修会への参加	1,3,5,	病院				
・ 新規利用の方は全員に算定。利用中の方は、自宅内で転倒を繰り返え						
している、ADL低下、環境の変化等、必要と思われる場合、本人、家	1,4,5,	病院				
族の了承を得られたものは算定。						
・ H 2 7、1 1月〜全ての利用者にリハマネⅡを算定する	3,	病院				
・ケアマネジャーへのリハビリについての啓蒙。ケースバイケースでその都度目	2	(字7)空				
的を含めて説明。	3,	病院				
・ 契約時や申し込み時のケアマネジャーへの説明。家族、本人への説明。	3,5,	病院				
・ケアマネジャー、家族本人向けの案内作成。ケアマネジャーへ説明会、あ	2	(全)(空				
いさつ回りで説明。	3,	病院				

・ ケアマネジャーへの説明。	1,2,3,4,5,	病院
・ 現利用者の中から該当利用者の選定をする為に、本人、家族のニーズ、		
環境、心身の状況など、あらゆる面からの情報収集を再度細かく行い、	_	病院
担当介護支援専門員との協議を重ねた。又事業所内の医療職、介護	5,	/内I/元
職に加算内容を理解させる為の勉強会、ミーティング等行った。		
・ 全員の方がリハマネ加算 II に移行できるよう、新規利用の受入や認定更		
新で変更のあった方は、ご理解と協力をケアマネジャーを通じてお願いして	2,4,5,	病院
いる。		
・ 各職種間のスケジュール調整。	5,	病院
・ 住宅訪問やリハ会議を行い、利用者様やご家族さまのご意見・ご希望や		
相談を受けることで、今後の目標などをたてることができています。話をする	1,	病院
機会をつくると、悩みも聞くことが増え、リハビリに取り込むことができます。		
・ 勉強会への参加。 医師・スタッフ等交じえてのミーティング等々。	3,	病院
・ 1月に1回リハ会議を開催し関係者と共有し会議の内容を記録。医師	4.4.5	, <u>=</u> ,-
が利用者又は、家族に説明し、利用者の同意を得ている。	1,4,5,	病院
・ 利用者、家族、ケアマネジャー、他事業所へ丁寧に説明を行ない、理解	-	, <u>=</u> ,
を深める。	5,	病院
・ 利用者、家族、ケアマネジャーに説明の文章を送った。	1,2,3,4,5,	病院
・ 医師、セラピストの人員確保。個別リハ加算がなくなり、リハマネ加算 Ⅱを	12245	, = 7 =
算定した場合との料金比較表での説明。	1,2,3,4,5,	病院
・ 本人の興味あることを探り、これからの生活に意欲が持てるように関わって	2	, <u>=</u> ,-
いくこと。	3,	病院
・ 医師のリハ会議参加のための勤務調整(病棟・外来・o p e 室との調		
整)。居宅介護支援事業所への案内、営業・他の通所リハ事業所との	1,5,	病院
情報交換(区の部会など)。		
・リハビリに特に意欲の高い方をPT、OT、ST、相談員で話し合い、	12245	中心
本人、家族にアプローチしていく。	1,2,3,4,5,	病院
・ケアマネジャーへの理解促進の為の説明会。家人への説明。	4,5,	病院
・ 事業所内リハビリ専門職を対象として、リハマネジメントについての研修開	1 2 4	\ = ₽÷
催。医局との打ち合わせ。併設居宅支援事業所への啓蒙。	1,3,4,	病院
・ 他の事業所のケアマネジャーへの啓蒙活動と、医師への協力依頼(必要	4	<u>√</u>
性の訴え)。	1,	病院
・ 医師への協力要請。ケアマネジャーへの啓蒙。	1,	病院
・ ケアマネジャー、利用者、ご家族への説明。	5,	病院
・ 卒業コースを設定し、ケアマネジャーや医療機関に説明にまわった。	1,3,4,	病院

・リハ会議開催の目的を本人、ご家族へ説明。各事業所へもアナウンスを		病院
	4	中心
行った。	1,	病院
・病院の方針。1	.,3,4,5,	病院
・新規の方(退院、退所後)に対してアプローチしている。 1	.,3,4,5,	病院
・ 医師を交えてのカンファレンスを実施する事でケアマネジャー、家族からの		
好反応がある。その事で担当医師もやる気になってくれた。まだ算定未の		
利用者においても毎月会議をする事で良い影響があると考えるので、ケア	4,5,	病院
マネジャーへその必要性について話をしている。更新や必要性に応じた時		
期で変更(リハマネ加算 $\mathrm{I} o \mathrm{II}$ へ)の予定である。		
・ 新規については、基本的にリハマネ加算 Ⅱ を算定するよう調整しており、		
電話や担当者会議で提案している。制度改定に伴い、ケアマネジャーへ 1,	2,3,4,5,	病院
新加算について資料配布。		
・職員を増やした。業務内容を改善した。	3,5,	病院
・平成27年4月以降の新規利用者、あるいは状態増悪による入院後	2.4.5	v ≓ 7⇔
の再開者は算定する様、新規依頼時にケアマネジャーに伝えている。	.,2,4,5,	病院
・リハマネジメント勉強会の開催。リハマネジメントのフローチャートを作成。	1,2,	病院
リハ会議のスケジュールをたてている。	1,2,3,	病院
・ 資料を作成し、居宅介護支援事業所を周り宣伝する。 1,	2,3,4,5,	病院
・ 医師との面談スケジュール調整。リハ会議のスケジュール調整。 1,	2,3,4,5,	病院
・勉強会、研修参加。 1	.,2,3,4,	病院
新規利用者からリハマネ加算 II を算定するようにケアマネジャーへ提案し		
ている。リハ会議開催にあたり、医師と開催方法や時間帯等を話し合っ 1,	2,3,4,5,	病院
た。		
・ 各職員の時間の調整。リハマネジメントの目的の理解。各職員の業務内		. — 13-4
容の調整。	3,5,	病院
・ ケアマネジャー、家族、医師、その他サービス事業者との情報の共有など		17
強化した。	4,5,	病院
担当者会議ごとにリハマネ加算Ⅱの算定について話を出す。	3,5,	病院
ケアマネジャー向けにリハマネ加算 II の説明を行い、取り組みを行っている		ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
ことをアピールしている。	1,	病院
・ 事前の情報を元に必要性が考えられる場合は、ケアマネジャーや医師など		ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
	2,3,4,5,6,	病院
ケアマネジャーヘリハマネ加算 II を算定する意義や実際の効果等を伝えて		-بوجيس
いる。前月にリハ会議の計画案を作成し、調整を行なっている。	2,3,4,5,	病院

・カンファレンスの司会役の確認(スキルアップ)すすめ方。カンファレンス開催時参加時間の確保に向けた他利用者のリハ実施時間の調整。 ・ケアマネジャー、本人、家族に対して、必要性を積極的に推奨した。 ・全スタッフの内容理解と把握の為の研修。家族・御本人(利用者)への充分な説明と、質問の窓口設定。関連事業所間のネットワーク(連絡網)の確認と専任者の設定確認。タイムスケジュールの見なおし。 ・施設長に算定するかの確認と算定に必要な事項を伝える。医師の参加をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 ・医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 ・医師を含め、体制整備。 ・介護支援専門員への啓発活動。 ・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応することで理解・促進を図っている。
 全スタッフの内容理解と把握の為の研修。家族・御本人(利用者)への 充分な説明と、質問の窓口設定。関連事業所間のネットワーク(連絡 網)の確認と専任者の設定確認。タイムスケジュールの見なおし。 施設長に算定するかの確認と算定に必要な事項を伝える。医師の参加 をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会 議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 医師を含め、体制整備。 介護支援専門員への啓発活動。 在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 診療所
充分な説明と、質問の窓口設定。関連事業所間のネットワーク(連絡 1, 病院 網)の確認と専任者の設定確認。タイムスケジュールの見なおし。 ・施設長に算定するかの確認と算定に必要な事項を伝える。医師の参加 をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 ・医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 ・医師を含め、体制整備。 1,3, 診療所 1,4, 診療所 1,4, 診療所 2,5, 診療所
 網)の確認と専任者の設定確認。タイムスケジュールの見なおし。 ・施設長に算定するかの確認と算定に必要な事項を伝える。医師の参加をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 ・医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 ・医師を含め、体制整備。 ・介護支援専門員への啓発活動。 ・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応することが表することが表することが表することが表する。
 ・施設長に算定するかの確認と算定に必要な事項を伝える。医師の参加をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 ・医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 ・医師を含め、体制整備。 ・介護支援専門員への啓発活動。 ・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 2,5, 診療所
 をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。 ・医師へ現在の介護保険の流れを説明し、毎週決まった曜日と時間に会議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 ・医師を含め、体制整備。 ・介護支援専門員への啓発活動。 ・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 3,4,5,病院 病院
をお願いする。書類の基本形を作る。流れを事務所に伝える。
議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 1,2,3,4,5, 病院 ・ 医師を含め、体制整備。 1,3, 診療所 ・ 介護支援専門員への啓発活動。 1,4, 診療所 ・ 在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 2,5, 診療所
議を行うように工夫している。家人の時間調整を行うことがとても大変。 医師を含め、体制整備。 介護支援専門員への啓発活動。 在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 2,5, 診療所
・介護支援専門員への啓発活動。 1,4, 診療所 ・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 2,5, 診療所
・在宅生活への不安への対応や専門職が必要に応じて適切に対応するこ 2,5, 診療所
2,5, 診療所
・ 先生との時間のセッティング、訪問の日程決め。4, 診療所
・ 前もってリハマネジメントの必要性説明。1,2,3,4,5,診療所
・ケアマネジャーや関りのある人への報告等。 5, 診療所
・ご家族への丁寧な説明(口頭+手紙)。O T の雇用。 3,4,5, 診療所
・リハマネ加算 II の対象を退院直後の方に絞っており、入院中の情報収集
や退院前訪問への参加を行っている。 5, 診療所
ケアマネジャーを中心にリハマネ加算について事業所1つ1つ回りながらて
いねいに説明した。リハカンファの案内を関わるすべての事業所に初回は 1,2,3, 診療所
文章をつけて、直接説明。利用者にも同様に説明した(理解の差はあ 1,2,3, 診療所
り、その都度説明)。
ケアマネジャー、家族への説明。1,3,5,診療所
6月以後新規利用者は全て算定とした。1,3,5, 診療所
・自宅へ訪問し目標の具体化を行いケアマネジャーに伝えている。退院後
等短期リハの方に対してケアマネジャーに打診をしている。
・各事業所への呼び込み FAX、家族、各関係事業所がみても分かりやす
い、説明書数を作成して開催している。 5, 診療所
・医師の計画書説明のスケジュール調整。セラピスト自宅訪問。日程調 1,5, 診療所
整・
・新規の利用者、又継続利用の方でも入院状態の変化があった場合等、
本人、家族、ケアマネジャーに説明しリハマネ加算 $I \to II$ へ変更してい 1,5, 診療所
る。

 ・ 共有目的の達成経統に向けた多職種の意志統一システムの構築。 ・ リハ会議実施のマニュアル化。医師への説明と協力要請。 ・ リハ会議をリードできるリルビリ専門職の育成。 ・ リハ会議をリードできるリルビリ専門職の育成。 ・ リハ会議をリードできるリルビリ専門職の育成。 ・ カステンタンフ含めてのミーティング等。 ・ 各専門職員にて、リハマネ加算 II に適応するかどうか適宜会議を行う。 ・ 新規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 ・ 利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 ・ 利用者の必要性に応じて、カテ月毎にリハ会議の年間計画を立てて施行している。 ・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・ ・ 利用者が状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・ ・ がルーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 ・ 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リハが今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リルビリを希望せず入治やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリキ化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアビールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行つているの提供を行つている。 ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケシュール管理の徹底。 ・ カスラコール管理の徹底。 ・ カスラコール管理の徹底。 ・ カスラコール管理の徹底。 ・ カスラコール管理の徹底。 ・ カスラコール管理の徹底。 ・ カステム・カスト・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくと、と、診療所 			
 ・ 川公議をリードできる川ビリ専門職の育成。 ・ 川公議議。家族への説明。先生、ケアマネジャーの協力。 ・ 地強会への参加。医師・スタッフ含めてのミーティング等。 ・ 勉強会への参加。医師・スタッフ含めてのミーティング等。 ・ も専門職員にて、川バマネ加算 II に適応するかどうか適宜会議を行う。 ・ お規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 ・ 個別川ビリを対象とした人に、3ヶ月毎に川八会議の年間計画を立てた施行している。 ・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていべ。 ・ リハビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リバマネ加算 II を算定する。 ・ が現利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ が現利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ がアマネシャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所川が今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針と川バマネ加算 II の内容について説明し、ご理解室の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるテイサービスやリルビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるテイサービスやリルビリを発望したがただいた。 ・ ケアマネシャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアビールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネシャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリバマネ加算 II で算定。 ・ スクジュール管理の徹底。 ・ カスクジュール管理の徹底。 ・ オスクジュール管理の徹底。 ・ カスクジュール管理の徹底。 ・ カスクジュールを対していただに ・ シ線所 	・共有目的の達成経続に向けた多職種の意志統一システムの構築。	3,4,5,	診療所
 ・ 別公会議。家族への説明。先生、ケアマネジャーの協力。 ・ 勉強会への参加。医師・スタッフ含めてのミーティング等。 ・ 1, 診療所 ・ 各専門職員にて、リハマネ加算 I に適応するかどうが適宜会議を行う。 ・ 新規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 ・ 個別リハビリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てた施行している。 ・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・ 力し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 I を算定する。 ・ 新規利用者様を中心に、P Tが個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ が規利用者様を中心に、P Tが個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ ケアマネシャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リルが今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 I の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネシャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアビールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネシャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 I で資定。 ・ スクジュール管理の徹底。 ・ スクジュール管理の徹底。 ・ オクリーペイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネシャーにも理解していただに 1,2,3,4,5, 診療所 	・リハ会議実施のマニュアル化。医師への説明と協力要請。	2,5,6,	診療所
 ・勉強会への参加。医師・スタッフ含めてのミーティング等。 1, 診療所 ・各専門職員にて、リハマネ加算Ⅱに適応するかどうか適宜会議を行う。 4,5, 診療所解、合意があれば算定している。 2,3,4,5,6, 診療所にして、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 5, 診療所している。 ・個別リハビリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てた施行している。 1,5, 診療所・別・ピリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てて施行している。 1,5, 診療所・リルビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算Ⅱを算定する。 1,3,5, 診療所あれば算定している。 ・新規利用者様を中心に、PTが個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ウアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リハが今後注力する点。 4,5, 診療所のとついて説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネシャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 5, 診療所院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアビールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算Ⅱで算定。 2,3,4,5, 診療所サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 3,5, 診療所 ・新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこれの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 	・リハ会議をリードできるリハビリ専門職の育成。	3,	診療所
 ・ 各専門職員にて、リハマネ加算Ⅱに適応するかどうか適宜会議を行う。 ・ 新規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 ・ 個別リハビリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てて施行している。 ・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・ リハビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算Ⅱを算定する。 ・ 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リハが今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算Ⅱの内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるディサービスや、リハビリ特化型のディサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算Ⅱで算定。 ・ カスチジュール管理の徹底。 ・ カスチジュール管理の徹底。 ・ カスチジュール管理の徹底。 ・ カスチジュール管理の徹底。 ・ カスチジュール管理の徹底。 ・ カスチジュールで強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこり、シ療所 	・リハ会議。家族への説明。先生、ケアマネジャーの協力。	4,5,	診療所
 新規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理解、合意があれば算定している。 個別リハビリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てた施行している。 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 リハビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リルが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 カ保険の強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただぐこれます。 1,2,3,4,5, 診療所 	・ 勉強会への参加。 医師・スタッフ含めてのミーティング等。	1,	診療所
(2,3,4,5,6, 診療所) (2,3,4,5,6, 診療所) (4) 個別川にリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てて施行している。 (4) 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 (5) ジ療所 (5) ジ療所 (6) 以にリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 (5) 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 (5) がアマネシャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リハが今後注力する点。 (6) ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望セず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるディサービスや、リハビリ特化型のディサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 (5) ケアマネシャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 (5) 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている (5) 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 (7) スケジュール管理の徹底。 (5) シ療所 (7) シ療所 (7) ショート・入院等の法人)。 (7) ショート・入院等の法人)。 (8) シ療所	・ 各専門職員にて、リハマネ加算 Ⅱ に適応するかどうか適宜会議を行う。	4,5,	診療所
解、合意があれば算定している。 ・個別川パビリを対象とした人に、3ヶ月毎に川公会議の年間計画を立てて施行している。 ・利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・別にリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 ・新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・新規利用者様と中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リ川が今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるディサービスや、リハビリ特化型のディサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこれ。 ・ 診療所	・ 新規利用者の必要性に応じて、ケアマネジャーへ相談、本人、家族の理	22456	=Au==C
 ・利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていべ。 ・別にリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 ・新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リルが今後注力する点。 ・ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・スケジュール管理の徹底。 ・オクディーンの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・新規利和者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこり、2,2,3,4,5,2 ・診療所 	解、合意があれば算定している。	2,3,4,5,6,	診療所
 ・利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。 ・リハビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 ・新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や通所リルが今後注力する点。 ・ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアビールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ 北京がユール管理の徹底。 ・ カーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくごは、1,2,3,4,5, 診療所 	・ 個別リハビリを対象とした人に、3ヶ月毎にリハ会議の年間計画を立てて	F	=^\rightarrow==C
・ 川バビリテーション病院 (回復期) からの受け入れの場合に、積極的に介入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 ・ 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ・ ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リハが今後注力する点。 ・ ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	施行している。	5,	診療所
 入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算 II を算定する。 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ1,2,3,4,5, 診療所 	・ 利用者の状況、施設の状況を見ながら、徐々に件数を増やしていく。	1,5,	診療所
る。	・ リハビリテーション病院(回復期)からの受け入れの場合に、積極的に介		
 新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性があれば算定している。 ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や適所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 ナーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこまから説表の説を表する。 1,2,3,4,5, 診療所 	入し、早期に在宅生活の安定を図り、短期間リハマネ加算Ⅱを算定す	1,3,5,	診療所
 あれば算定している。 ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や 通所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算Ⅱの 内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるようPR。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算Ⅱで算定。 スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこまから表達の表達を関する。 1,2,3,4,5, 診療所 	る。		
あれば算定している。 ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や 通所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の 内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴や レクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が 図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リ ハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病 院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設 でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報 の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべて リハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入 院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	・新規利用者様を中心に、P T が個別に身体機能をチェックし、必要性が	1.5	= 外表記
 通所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくご 1,2,3,4,5, 診療所 	あれば算定している。	1,5,	診療所
 通所リハが今後注力する点。 ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算 II の内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っているの提供を行っている。 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 スケジュール管理の徹底。 オーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所 	・ ケアマネジャーへの説明会を実施している。内容は改定を踏まえた加算や	4.5	=>=====================================
内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴やレクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 I で算定。 ・スケジュール管理の徹底。 ・スケジュール管理の徹底。 ・サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	通所リハが今後注力する点。	4,5,	診療所
レクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が 図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リ ハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ オーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	・ご利用者様とご家族様、各事業所へ当施設の方針とリハマネ加算Ⅱの		
図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 ・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ オスケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ ・ 1,2,3,4,5, 診療所	内容について説明し、ご理解をいただくとともに、リハビリを希望せず入浴や		
 ハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこり。 1,2,3,4,5, 診療所 	レクリエーションのみをご希望の方、又、身体機能の向上をみとめ安定が	5,	診療所
 ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R。 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所 	図れている方に現状維持を図り余暇活動に重きがあるデイサービスや、リ		
 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設できることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 スケジュール管理の徹底。 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5,診療所 	ハビリ特化型のデイサービスを紹介し、移行を検討いただいた。		
院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべてリハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるようPR。	5,	診療所
でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報 の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべて リハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入 院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅支援事業所や病		
でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報 の提供を行っている ・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべて リハマネ加算 II で算定。 ・ スケジュール管理の徹底。 ・ サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入 院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当施設	2245	= 公庆元
 ・地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべて リハマネ加算 II で算定。 ・スケジュール管理の徹底。 ・サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入 院等の法人)。 ・新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所 	でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について情報	2,3,4,5,	砂塊別
リハマネ加算 II で算定。	の提供を行っている		
リハマネ加算 II で算定。 ・スケジュール管理の徹底。 ・サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 ・新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5,診療所	・ 地域のケアマネジャーへの説明、勉強会の開催。その後、「新規」はすべて	125	= 小床= □
 サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入院等の法人)。 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこれ。 1,2,3,4,5, 診療所 	リハマネ加算 II で算定。	1,3,5,	砂燎川
院等の法人)。新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ1,2,3,4,5, 診療所	・スケジュール管理の徹底。	5,	診療所
院等の法人)。 ・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ 1,2,3,4,5, 診療所	・サーベイの強化(リハスタッフの介入)。連携の強化(入所・ショート・入	2 -	=◇√表言に
1,2,3,4,5, 診療所	院等の法人)。	3,5,	砂原川
	・ 新規利用者に対し、算定を必須としケアマネジャーにも理解していただくこ	1 2 2 4 5	診底配
	と。	1,2,3,4,5,	100分別

・リハ会議にあわせて医師の体制の調整。リハ会議のやり方の工夫。	4,5,	診療所
・ 取り組み、方針記載の文書の配布。対象予定者に対しての個別への説	17-7	22 13 17 1
明。	5,	診療所
・ 利用者さん本人の身体の事を聞く事を優先し介護保険が変った時点で		
全利用者、ケアマネジャーへ説明して理解と協力を頂ける様に説明を何	1,2,3,4,5,	診療所
度もしました。		
・介護認定の切替時に検討。	1,5,	診療所
・ ケアマネジャーへの必要性の説明、広報活動。新規利用者を対象に積	1 2 2 4	=
極的に算定。	1,2,3,4,	診療所
・ ケアマネジャーに説明して同意を得て頂く。	1,2,3,4,5,	診療所
・リハマネ加算 II の内容説明を要介護者、家族の方に説明、同意を行っ	2.5	= 小床記
た。	3,5,	診療所
・ ケアマネジャーに対し、更新時・ADLに変化がみられた際、状況報告の	4 5	診療所
上、相談・新規利用者への対応。	4,5,	砂炼剂
・ 前の日のリハカンファ日程の打ち合わせ(関係職種で)。	4,5,	診療所
・ 必ず一名は算定するようにすること。	1,2,3,4,5,	診療所
・日時を連絡し調整。	1,2,5,	診療所
・ 各居宅介護支援事業所への案内文の作成、配布、説明など。	1,	診療所
・ 担当ケアマネジャーへ、随時利用者の状態等報告しながら加算算定を促		
している。又、居宅介護支援事業所や、地域のネットワーク会議にて、H	5,	診療所
2 7 の改定後の通所リハの動向について勉強会を実施した。		
・リハビリスタッフを研修に参加させた。	5,	診療所
・ 医師の説明時間の確保。リハ会議開催の検討。	1,5,	診療所
・ 新規利用に対し、リハマネ Ⅱ 算定が必要か必ず検討している。	1,2,3,4,5,	診療所
・居宅ケアマネジャーへの勉強会。	5,	診療所
・多職種のリハビリに関する理解が深まるように報告・連絡・相談を行った。	4,5,	診療所
・ 利用前の担当者会議までにケアマネジャーへ利用者に応じた必要性を伝		
える(いきなり算定の話はせず、目標や取り組み内容を想定した話をし、		
活動・参加を高められるポイントを伝えたあとにリハマネ加算 Ⅱ のことを提	2,3,	診療所
案し、あらかじめ家族・本人にも伝えておいてもらう)。通所リハではリハマ		
ネ加算 Ⅱ の取り組みが、標準となる必要性を伝える。		
・ 必要な人に対してケアマネジャーと家族に必要性を理解してもらい費用や	2 5	診底元
日程の説明で同意してもらってから実施した。	2,5,	診療所
・ ケアマネジャーへの説明会実施。医師への説明と周知。	1,4,	診療所
・ P Tを中心に積極的にリハを行っている。	2,5,6,	診療所

・ 研修会への参加。ケアマネへの周知(算定可能ですというアナウンスの実	1,3,5,	老健
施)。	, , ,	
・リハビリテーションの実施、面談・カンファレンス、評価、アセスメント、モニタリ	1,2,3,4,5,	老健
ング、会議。	1,2,3,4,3,	-CIE
・ 各事業所ケアマネへの説明。	4,5,	老健
・OTが相談員を行っている。	3,5,	老健
・ ケアマネ連絡会に参加し説明会を行った。デイケア職員対象の勉強会を	12245	<u> →</u> //.
行い、全員認識した。県の勉強会に参加をした。	1,2,3,4,5,	老健
・ 当施設通所利用者は、すべてリハマネ加算 II で実施している。やむをえな	2.5.6	-t-/ /7.th
い方のみリハマネ加算Iへ。	3,5,6,	老健
・ 既に通所している場合は導入しづらい為、新規利用者を中心に導入いる		
様にしている。またリハマネ加算 Ⅱ の算定について各事業所への協力依	1,4,5,	老健
頼も行っている(リハ会議出席)。		
・ 本人、家族、ケアマネジャーへの必要性の説明。施設内でのリハ会議の		/7:ta
実施。	1,2,3,4,5,	老健
・マニュアル作成。話し合いの実施。関連病院との情報交換。	1,5,	老健
・ 退院時、老健退所後の利用者に対しては利用前から積極的アプローチ		-L. 17-45
を行っている。	1,2,3,4,5,	老健
・ 通所事業所内での共通の認識をはかった。	2,3,4,5,	老健
・法人内ケアマネジャーへの勉強会実施。リーフレット作成。	1,5,	老健
・ ケアマネジャーへの説明会。	1,2,3,4,5,6,	老健
・ 医師、外部ケアマネジャーへの加算の説明とその協力をお願いした。	6,	老健
・ サービス開始前に本人・家族・ケアマネジャー・他事業所担当者に説明し		
同意を得る。	5,	老健
・ 本人や家族のニーズを聞きだす。リハ会議、情報共有。	5,	老健
・ ケアマネジャーへの必要性の説明。	4,5,	老健
・法人内の医師の協力。	1,3,4,5,	老健
・リハ会議の開催に向けて多職種協働について検討した。	5,	老健
・家族への協力の依頼、資料作成時間の確保。	4,5,	老健
・ 介護度の低い方で身体機能向上の見込みがある方やリハ意欲のある方		
を選抜し、リハ提供回数を2回以上設けリハマネ加算 I の方との差別化	4,5,	老健
を図った。		
の際、家族、本人、ケアマネジャーへ加算の説明を行っている	3,5,	老健
・リハを集中的に行う(PT、OT、ST)。	1,5,	老健
	, ,	_

・ 退院前のカンファレンスに参加する。契約時、リハビリ職員が同行し説明す	3,4,5,	老健
3.		
・リハビリ職の活動、参加への目標設定、アプローチのイメージ獲得。生活リ	3,5,	老健
ハビリへの移行。改定の勉強会。 	, ,	
・計画書作成システムソフトの開発。	5,	老健
・ 平成 2 7 年介護報酬改定説明会。リハマネ加算 II に関わる書類整	5,	老健
理。現行のものとの変更。御利用者にリハマネ加算 Ⅱ の実施説明。	5,	EŒ
・施設内勉強会。判定会議。	1,2,3,4,5,	老健
・ 全員算定を目標に算定前に家族やケアマネジャーに説明。同意を得てい	_	+/ /7+
వ 。	5,	老健
・ケアマネジャー、病院リハ職に生活行為向上リハビリについて説明、協力を	_	±, /7±
求めた	5,	老健
・ 新規ご利用の方は、できるだけリハマネ加算 II を算定する方向で検討し		
ています。	4,5,	老健
・ 会議の場でのリハマネ加算 🏿 の特徴など、ポイントをお伝えする。 積極的		
	2,3,4,5,	老健
・リハ会議実施にともないケアマネジャーなどへの口頭説明を行う。	1,2,3,4,5,	老健
・ ケアマネジャーへの説明会	-,	老健
・ ケアマネジャーへの周知。利用者に対する説明。リハビリ職間で算定に向		
けて理解を深める。	5,	老健
・ 介護支援専門員に対しリハマネジメントについて説明を実施。 (説明		
会)利用者および家族ヘリハマネジメントについて説明会を実施。利用	1,2,3,4,5,	老健
前に見学をして頂き、リハマネジメントについて説明を実施。	_/_/-/-/	3,,2
・ 施設の方針として、リハビリテーションの質の向上を目的にリハマネ加算 II		
へ移行していきたいということを居宅介護支援事業所へアナウンスしてい	1,4,5,	老健
る。	1,1,3,	
°° '' '' '' '' '' '' ''		
ですがたり、 クョンペイングンドに戻すると来り。こういて」を主が用目に配 ・ 布。	5,	老健
- ***		
マネ加算Ⅱを算定する。	5,	老健
・ 事業所内での理解を得る為に関連部所への説明。居宅ケアマネジャーへ		
	5,	老健
の説明。川、職員の補充。		
・新規利用者に必須にするようケアマネジャーへ連絡した。また、担当者会	5,	老健
議とリハ会議を同日に設定するよう依頼した。		- در ر <u>ب</u>
・ 適宜、本人、家族、ケアマネヘ意向を確認している。	2,5,	老健

	1	
・ 興味関心チェックシートを利用し、目標や本人のやりたいことを聞きとり、リ	2,3,4,5,	老健
ハマネ加算 II への移行の理由にした。	, , , ,	
・医師の参加の促し。	2,3,5,	老健
・ サービス担当者会議の時に簡単な説明を行っている。	5,	老健
・ 取り組みの実例を写真つきで、デイケア新聞に載せて紹介。	1,2,3,4,5,6,	老健
・ スタッフ間の話し合い。開始時のケアマネへの説明。サービス担当者会議	3,5,	老健
の参加。	3,3,	P K
・ リハの必要性を判断し受け入れる。リハマネ加算 II の必要性のある方を	1245	老健
積極的に受けている。	1,3,4,5,	七健
・ 新規利用ケースには原則算定を検討する(本人、ケアマネ、ご家族)。	3,4,5,	老健
・ ケアマネジャーへの説明。リハマネ加算 I との違いを事業所でだしていく。	5,	老健
・ Need を把握しケアマネジャーに連絡。	5,	老健
・ 家族、ケアマネジャーへの説明会を開いた。	5,	老健
・サービス契約の際に相談員とともに居宅に訪問し、リハマネ加算 Ⅱ の算定	2.5	+y /7+
について説明し、同意を得るようにしている。	2,5,	老健
・研修会への参加。	2,3,4,5,	老健
・ 制度改定に書面でケアマネジャーへ報告した。利用者には、制度改定前	2245	±∠/7. 1
に、家族会を開催し説明した。	2,3,4,5,	老健
・ ケアマネジャーと算定の検討をし、御家族様へも説明を行っている。	4,	老健
・ ケアマネジャーへの説明を実施。マニュアルの整備。施設の方針と取り組	2.4	±∠/7. 1
みを多職種で共有するミーティングの実施。	3,4,	老健
・ 地域で行われている近隣施設との情報交換、研修会への参加。部署内	2 5	老健
での勉強会の開催。	3,5,	七姓
・ 全利用者に希望を確認した上でカンファレンスを行い、必要性を検討して	Г	±∠/7. 1
いる。	5,	老健
・介護支援専門員への説明、協力依頼。	1,5,	老健
・ 新規利用者で条件を満たす対象者については、積極的に説明している。	5,	老健
・ ケアマネジャーや、家族、本人にリハマネ加算 II の意義と目的をわかりやす		
く説明、実際の会議体の場で、リハマネ加算 Ⅱ のマネジメント内容を図や	2,3,4,5,6,	老健
写真を使って具体的にプレゼンする。		
・ 積極的にケアマネジャー、本人、家族へ説明している。	1,2,3,4,5,	老健

【 認知症短期集中リ八実施加算Ⅱ 算定への取	り組み】	
内 容	時間区分	開設主体
・ ケアマネジャー向けのチラシを作成し、配布、口頭での説明も実施。	1,	病院
・医師の研修参加。	5,	病院
MDS-R、MMSEにて軽度~中等度の認知症と診断された方を 対象としている。	5,	病院
・ケアマネジャーへの説明。	1,2,3,4,5,	病院
・ ケアマネへ案内。実施報告作成。説明	3,	病院
・ 認知面において、維持又は改善が見込める利用者を専門職間で話しあ		713170
い、本人、家族に説明している	1,2,3,4,5,	病院
ケアマネジャーへの説明。家人への説明。	4,5,	病院
・認知症ケア専門士資格取得。事業所スタッフの認知症ケア。算定についての研修開催。	1,3,4,	病院
	1,2,3,4,5,	病院
・ ケアマネジャーにリハビリテーション計画の内容とアプローチ方法、改善点を	125	病院
説明した。	1,3,5,	例沈
・担当者会議などで提案。	1,2,3,4,5,	病院
・ 小集団作業療法で、調理活動や趣味活動、外出などの活動を実施して	1,2,3,4,5,	病院
いる。	1,2,3,7,3,	NA A POL
・ 自宅から近くの農協まで行く際、道に迷い保護された経緯もあり、外出す		
るのが嫌になってしまった事から、訪問時にPTが一緒に道を歩き(家族		
も一緒に)確認した。その様子からデイケアでは屋外歩行時地図をみな	2,3,4,5,	病院
がら確認し、以前の仕事柄地図の見かたも得意だった為、良い方向で訓	2,3,1,3,	773776
練が行えた。また学習療法を取り入れ、集団時な面でのコミュニケーション		
の場を作り支援し、家族との連携も密に取っていった。		
・医師に勉強会に参加してもらい、算定可能な状態とした。	1,2,3,4,5,6,	病院
・ 医師、看護師、リハスタッフの関連研修への参加と内容を、他関連職、	1	病院
家族へのフィードバックをする。	1,	ንሥያየንቤ
・職員対象の勉強会。必要書類の整備。	1,5,	病院
・ 医師が加算算定に必要な研修を受講している。	1,4,5,	診療所
・ 認知症リハビリに対する職員指導。個々の状態に合わせリハビリ、レクリエ ーションの内容も変化を付けていた。	4,5,	診療所
・ 通所する事の継続、刺激、運動の必要性を家人に理時して頂き、Dr	_	=
からの説明も必ず行う。	5,	診療所

・制度の理解についての情報集収。	5,	診療所
・ 研修への参加。認知症の方へのグループ分け。個別対応強化。	4,5,	診療所
集団での取り組みをはじめた。	2,4,5,	診療所
・小集団での認知訓練の実施。	3,5,	診療所
・ 加算対象者の過ごす部屋を分け、グループでのかかわり等を行っている。	4,5,	診療所
・リハカファレンスにおいて、医師、ケアマネジャー、介護スタッフと症状の理解		
を深め、利用者、また家族と共有しての効果的なプログラムの立案、実施	F	= 公長元
をしていく。1日を通して生活機能が向上する内容を専門職が実施する	5,	診療所
時間以外にも提供している。		
・ ケアマネジャーや家族への説明として、アプローチのポイントは生活機能の		
改善であり、困っている事を少しでも解決できるような取り組みになること	2,3,	診療所
を、利用前担当者会議で伝える。		
・医師の研修参加。介護福祉士の認知症研修参加。	1,2,3,4,5,	老健
・医師の資格取得。	1,5,	老健
・ 計画書の見直しと、リハ職で検討、打ち合わせを行う。	5,	老健
・ 認知症に対するリハビリテーションに関わる、専門的な研修を終了した医	5,	老健
師の育成。	٥,	七姓
・ ケアマネジャーに実施出来る旨を伝えている。	4,5,	老健
・リーフレットを作成し、利用開始時にリーフレットを使用し、説明している。	2,3,4,5,	老健
・ 評価後に本人、家族、ケアマネジャーと確認。	1,2,3,4,5,	老健
・ リハマネ加算 II の算定が出きれば、すぐに珍致傷短期集中リハ加算 II の		
算定可能。リハマネ加算 Ⅱ の算定の方が難しい。会議の回数と医師の対	3,4,5,	老健
応検討中。		
・ 相談員よりケアマネジャーへ発信している。	2,3,4,5,	老健
・学習療法等への取組み。	1,2,3,4,5,6,	老健
・ 対象者の方に対して家族、本人、ケアマネに説明を行う。	3,5,	老健
・パンフレット作成時に掲載。	5,	老健
・ 家族に対しての説明会を行った。ケアマネへ制度改定の書面を送った。	2,3,4,5,	老健
・ 他職種との連携システム構築への取り組み。	1,5,	老健

【 生活行為向上リ八実施加算 算定に向けた取	り組み】	
內 容	時間区分	開設主体
・ 算定要件資格取得。 С Mへの説明。	1,2,4,5,	病院
・ ケアマネジャー向けのチラシを作成し、配布。口頭での説明も実施。	1,	病院
・勉強会への参加。	1,	病院
· PT·OT研修参加。	5,	病院
・野菜作り(プランター)、皿洗いなどの動作を訓練内に取り入れている。	1,3,4,	病院
・ プロジェクトチームを組織し、新規利用者を中心に医師を含めたチームで	22456	病院
の勉強会や対策、計画書作成などを実施しています。	2,3,4,5,6,	7四元
・スタッフの知識を高め、視野を広くもつよう勉強会を開催。利用者の希望	1 2	病院
を聞き、目標を検討。	1,3,	71公17元
・ 研修会、交流会の開催。院外研修への参加。	1,4,5,	病院
・リハ会議内で生活行為の有無を検討している。	3,	病院
・ ケアマネジャーへの説明。本人や家族への説明。	3,5,	病院
・ ケアマネジャーへの説明。	1,2,3,4,5,	病院
・ ケアマネジャーへ案内作成。説明など。	3,	病院
・ 掃除、動作、草とり、畑仕事、自転車、通院や公民館までの歩行。	1,3,	病院
・ ケアマネジャーへの啓発。「高齢者リハビリ在り方検討会」資料の読み合	1,	病院
わせ。	1,	71公17元
・ 生活行為向上リハビリテーション研修会への参加	5,	病院
・ 生活行為向上リハビリテーション研修への参加。 事業所内リハ職を対象と	1 2 /	病院
した研修会の開催。	1,3,4,	71公17元
・ 医師、ケアマネジャーへの内容の説明。	2,3,4,5,	病院
・ 生活行為向上リハ研修会ヘリハ専門職の参加。	5,	病院
・ ケアマネジャー、本人にリハビリテーション計画を説明した。	1,3,5,	病院
・研習参加。	1,4,	病院
・ 対象となり得る利用者、家族への説明。関係居宅支援事業所への啓	2,5,	病院
発、説明。リハビリ職員の研修会への参加。	2,5,	7/41/元
・身辺の動作(洗濯物干し、簡単な掃除、更衣)。	4,5,	病院
・ 担当者会議などを提案。制度の説明をケアマネジャーへ実施。	1,2,3,4,5,	病院
・職員の研修参加。	3,5,	病院
・ ケアマネジャーからの新規依頼時に算定していく施設であることを説明し、		
事前居宅訪問や体験を通して、社会参加に向けた取り組みを図っていく	1,2,4,5,	病院
時期には、算定し、集中的にリハビリを行っていく点を了解頂く。		

・趣味活動やグループ作りなど自主的な行動を増やす。自立支援を促す	1,2,	病院
環境作り・ボランティア活動。 ・ ケアマネジャーに当サービスを理解してもらうために、サービス(加算算定	1,2,3,	病院
なし)で実施している。	1,2,3,)kabyr
・研修会への参加。ケアマネへの説明、啓発。	1,2,3,4,5,	病院
・生活行為向上リハビリテーションの目的を理解していただく様リハ会議で提案する。	1,2,3,4,5,	病院
・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出などの活動を実施している。	1,2,3,4,5,	病院
・ケアマネジャーへの周知の為、書面作成、事業所訪問実施。	1,2,3,4,5,	病院
・ 1 0 月より2 ~ 3 名のプレ対象者(要支援者)をつくり、生活行為向上に資する取りくみを開始している。関わるための必要な時間や人員を検討するため、1 2 月までプレ期間としている。	4,5,	病院
・ 研修を受けて、書式等の伝達講習が済んでいる。	5,	病院
PT・OTが研修に参加。	3,4,5,	病院
・リハ会議時に説明を行う。	3,5,	病院
・ ケアマネジャーに生活行為向上リハ加算について説明を行い、取り組みを アピールしている。	1,	病院
・まずは取得のための勉強会から始めている。	1,5,	病院
・ 契約、相談時に、ケアマネジャー、本人、ご家族に、必要性を説明する。	5,	病院
・ ご本人より具体的な目標が伝えられたため、少しずつ自宅から外へ目を向けた支援が行えた。自宅からスーパーまで P T、介護職が同行し、買い物~荷物を持って帰るまでを確認。問題点を把握し、リハビリを行っていった。また目標に向けて横断歩道も自宅から駅までの信号の秒数も細かく測定し一緒に渡り問題点をリハビリに取り組んだ。	2,3,4,5,	病院
・PT、OTが研修会へ参加した。	1,2,3,4,5,6,	病院
・生活行為向上リハ加算についての報酬も含めた説明の実施。実際の改善例や取り組みの紹介をケアマネジャーへ行なっている。	1,2,3,4,5,	病院
・ 研修への参加とフィードバック。	1,	病院
・ セラピストの当該研修への参加。職員対象の勉強会。必要書類の整備。	1,5,	病院
・ 加算の算定に必要な研修を作業療法士が受講中である。	1,4,5,	診療所
・ 研修参加。リハ目標についての聞きとり、記録。	4,5,	診療所
・ 算定者の同意を得たうえで、状況の変化を記した配布物を作成し、ケアマネジャーへ説明(作成中)。	1,5,	診療所

・ 研修会をリハビリ専門職が受講した。	1,2,3,4,5,	診療所
・ ケアマネジャーと目標の設定を行う為自宅訪問し課題を摘出し相談をし	1015	=Aur±=r
ている。	1,2,4,5,	診療所
・評価表の配布	2,3,4,5,	診療所
・マネジメントから生活行為へ移行。3月に加算取得セミナー受講	1,5,	診療所
・ 必ず通所リハ開始前に自宅訪問を設定。自宅の状況把握、評価を行い	1 5	シ広ご
事前に本人家人と目標のすり合わせを行う。	1,5,	診療所
・生活行為向上リハビリテーションに関係した研修への参加及びマネジメント	-	=Aud==C
ツールの活用。生活行為に重点をおいた評価、目標への見直し等。	5,	診療所
・ 目標設定時に生活行為に対するアプローチを必ず設定。	5,	診療所
・ 興味関心シートにもとづいた、プログラムの作制。	1,5,	診療所
・研修。アセスメントの充実。	4,5,	診療所
・セラピスト職の研修参加。	1,3,5,6,	診療所
・勉強会の実施。自宅内でのADL、IADL-ex 実施。	2,4,5,	診療所
・ 担当する理学療法士は研修を受けた。又、書面にて内容の説明を行っ	_	= ^
た。	5,	診療所
・ ケアマネジャーを通じて利用者、家族の理解が得られるよう P R 。	5,	診療所
・ 特に退院すぐの利用者の獲得に力を入れている。居宅介護支援事業所		
や病院のソーシャルワーカー室、医療連携室へ積極的に営業に伺い、当		
施設でできることのアピールや、社会参加や卒業にむけた方向性について	2,3,4,5,	診療所
情報の提供を行っている。追加して、必要に応じて積極的な自宅訪問を		
行っている		
・ 加算は算定していないが、日々のミーティングで活動・参加に向けた目	2.5	=Au==C
標・プログラムの話し合いをしている。	3,5,	診療所
・ 相談時、利用前訪問時に、ニーズを把握したうえで、生活行為向上リハ	4 5	= 小床記
対象であれば、利用前に終了も含めて説明する。	4,5,	診療所
・文書配布と該当される方、御家族、ケアマネジャーへ個別に説明。	5,	診療所
・ 研修会の受講。 医師との情報共有の場の設定へ向けた動き。	1,	診療所
・ ケアマネジャーへの広報活動。	1,2,3,4,	診療所
・ 新規利用の場合、生活環境や受傷、入院理由により判断し、ケアマネジ	4 =	=Au===
ヤーと検討している。	4,5,	診療所
・ 生活行為向上リハ加算等について勉強会を行う。	3,4,5,	診療所
・研修会への参加。	1,2,3,4,5,	診療所
・ 本人、家族、ケアマネジャーへ説明、提案をし、希望があれば算定してい	1001=	=
వ 。	1,2,3,4,5,	診療所

・リハマネ加算 Ⅱ 算定の調整。	1,5,	診療所
・講習会への参加。	3,	診療所
・ 新規利用者に算定するようにしている(それ以外の利用者にも同じよう		
な取り組みを行っているが急に2000円/月は請求できにくいため)。	2.2	=◇/庆元
ケアマネジャーへの説明をより具体的にする。ケアマネジャー対象の研修会	2,3,	診療所
等で実践を報告し、2000円/月の価値を知ってもらう。		
・ ケアマネジャーへの説明会。事例検討会実施。	1,4,	診療所
・リハマネ加算 II の算定に向けた体制づくりと、P T の適合対象研修への	Г	シ床に
参加調整。	5,	診療所
・ 平成28年より取得可能なように、リハマネ加算Ⅱの申請、研修会参加	2.2	シ床に
への検討中。	2,3,	診療所
研修会への参加。ケアマネジャーへのアナウンス。	1,3,5,	老健
・ セラピストに生活行為向上リハ算定に必要な研修会へ参加してもらった。	4,	老健
・職員対象の勉強会。	1,2,3,4,5,	老健
・ 外出訓練(目的となっている場所へ行く)。	3,5,6,	老健
・講習会への参加したスタッフによる伝達講習会の実施。	5,	老健
・マニュアル作成。話し合いの実施。関連病院との情報交換。	1,5,	老健
・居宅介護支援専門員への勉強会開催、営業時の説明。老健から在宅	1 2 2 4 5	+/ /7. 1 2.
後帰予定者は入所中より推進している。	1,2,3,4,5,	老健
・リハビリ部内で事例検討会の実施。	2,3,4,5,	老健
・理学療法士が研修受講済。ニーズの把握。	5,	老健
・生活行為向上リハ研修会への参加。	1,3,4,5,	老健
・自宅での入浴。温泉に行く。社会参加。福祉バスで病院受診。自宅で	_	+v /r.ts
の役割。	5,	老健
・ ケアマネジャーに実施出来る旨を伝えている。	4,5,	老健
・研修への参加。書類等、今後の算定に向け準備中。	5,	老健
・ 介護報酬改定の説明を、ご利用者に説明した。担当在宅ケアマネジャー	-	+y /7.#
に説明、ニーズ、目標確認した。	5,	老健
・ 生活行為の具体的リハビリ内容を説明する。	5,	老健
・ アセスメントを行う時に、今まで以上に、詳しくご自宅での生活について伺		
い、目標を具体的なものとするようにしている。(生活の中で出来そうなこ	5,	老健
と、自分で行いたいことを目標としている。)		
・ ケアマネジャー、病院リハ職に生活行為向上リハビリについて説明、協力を	-	+/ //=
求めた。	5,	老健
・リーフレットを作成し、それを使って、利用時に説明している。	2,3,4,5,	老健

・ ケアマネジャーへの説明、理解を得るため事業所へ訪問。生活行為関係 研修会参加。	3,4,5,	老健
・ 生活行為向上リハビリテーション研修会受講。	1,2,4,5,	 老健
・利用前の見学時に本人・家族、介護支援専門員に対して生活行為向	1,2,1,3,	O IÆ
・ 利用前の兄子時に本人・家族、月霞又振等门員に対して主酒行為回上リハについて説明を実施。	1,2,3,4,5,	老健
・「リハビリテーションマネジメントに関するご案内について」を全利用者に配		
布。	5,	老健
研修を受けた。取り組みはこれから。	3,5,	老健
・研修参加。	5,	老健
・外部研修への参加。	5,	老健
・理学療法士の生活行為向上リハ加算に関する研修会に参加。施設内 での勉強会	5,	老健
・ケアマネジャーに向けての勉強会の開催。	2,3,4,5,	老健
・研修への参加。	1,2,3,4,5,6,	老健
・研修への参加。	2,3,5,	老健
・指定研修会への参加。	5,	老健
・研修への参加。	3,5,	老健
・研修会に参加。	5,	老健
・ 対象者の方に対して家族、本人、ケアマネジャーに説明を行う。	3,5,	老健
・ 利用開始前にケアマネジャー・本人・家族と話し合う。	5,	老健
・契約時点、生活行為を含めた、卒業に向けた取り組みを説明。必要に		+v /7+
応じて、変向することを説明している。	5,	老健
・ご利用者様の興味ある活動について、社会参加を促進できる関わり。麻	-	±z /7#
雀クラブや、スポーツクラブへの参加など、関わっていきたい。	5,	老健
・全老健主催の生活行為向上リハ研修会への参加。	1,2,3,4,5,6,	老健
・ケアマネジャーへ制度改定の書面を送った。利用者へ説明会を行った。	2,3,4,5,	老健
・リハビリスタッフへ実施に向けての説明。	4,5,	老健
・研修会に参加予定	4,5,	老健
・ 全利用者を対象にチェックシートの配布を行う。	5,	老健
・リハマネ加算 II の利用者より対象者を選んでいる。	1,2,3,4,5,	老健

【 社会参加支援加算 算定に向けた取り組	み]	
内 容	時間区分	開設主体
・公民館の教室や他サービスの案内。ただ、閉じこもり予防などの外出のき		
っかけや、身体が悪くならないことを目的とした考えが、利用者・ケアマネと	1,	病院
もにあり、"終了"を意識できる人は少ない現状。		
・大規模Ⅲを取っているが、軽度者の利用枠と重度者の利用枠を分けて、	F	,r≑7;ċ
算定できるようにしようと思っている。	5,	病院
・ ケアマネジャーと連携して、ミニデイサービスを紹介した。	1,2,3,4,5,6,	病院
・ 慢性期のリハ利用が多くなりつつある。	3,4,	病院
・ 担当者会議等の際、今後の社会参加の希望や方向を伺い、妥当であ		
ればケアプランへの記載を促している。定期的に進捗を伺うとともに、実際	1,2,3,4,5,	病院
の参加移行の際は当方終了後自宅へ訪問し状態を伺っている。		
・リハ会議や計画書にて、活動・参加の評価や目標について説明し、本	2	,r ⇒ .7/±
人、関係者への意識付けができるよう働きかけている。	3,	病院
・ゴールの確認→利用者とコンセンサスを得る。卒業方式をとっているので、	_	, = 7,+
その都度説明する。	1,	病院
・利用終了後、自宅訪問し評価を行っている。	1,4,5,	病院
・終了者へ電話。	3,	病院
・ 当院の回復期病棟入院中より、情報収集しケアマネと連絡をとりあい、ケ	1 2 5	(中 (7)
アプランの計画をする。利用前より、本人と、家人に説明し開始とする。	1,3,5,	病院
・ ケアマネジャーへの説明。本人と、フォロー先について一緒に考える。	3,5,	病院
・目標設定からの終了予定者リストアップ	1,2,3,4,5,	病院
・計画予定で実施できていない。	5,	病院
・終了後14日~44日以内の自宅訪問をする。上記をケアマネジャ	2	(二)
ー、本人へ終了時に理解頂けるよう説明をする。	3,	病院
・ 利用終了後、居宅訪問(ケアマネジャーと)して、生活機能(身体)	1.2	√=7°=
評価、再利用の提案など行っています。	1,3,	病院
・ 介入前からの、リハ終了後の方針の確認・ゴール設定、期間の具体的提	4	(中170)
案。	1,	病院
・ 通所リハ終了後デイサービスへ状況確認評価を担当セラピストが行なう。	1,4,5,	病院
・ 当事業所を利用する利用者の傾向、利用開始から終了までの利用月	1 4 5	√÷75÷
数がわかるよう一覧表などの整備をしている。	1,4,5,	病院
・介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けてい	1 4 5	(年10年)
వ 。	1,4,5,	病院

 ・ ケアマネシャー・利用者・家族に終了への取り組みについて説明したが大きな反発にあい、業績が著しく悪化しているので終了そのものを中止する可能性が高い。 ・ 終了予定の方についてケアマネに情報提供し、終了後の状況の確認をしている。 ・ 計画はしているが、具体案は未定。 ・ 計画はしているが、具体案は未定。 ・ 計画はしているが、具体案は未定。 ・ ・ ・	・勉強会の実施又参加等。担当スタッフでのミーティング等々。	3,	病院
 ・終了予定の方についてケアマネに情報提供し、終了後の状況の確認をしている。 ・計画はしているが、具体案は未定。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	・ ケアマネジャー・利用者・家族に終了への取り組みについて説明したが大		
・終了予定の方についてケアマネに情報提供し、終了後の状況の確認をしている。	きな反発にあい、業績が著しく悪化しているので終了そのものを中止する	5,	病院
 こいる。 1,2,3,4,5, 病院 ・計画はしているが、具体案は未定。 4,5, 病院 ・ 子付サービスへの移行の促進に力を入れている。 1, 病院 ・ 退院・退所者を中心に卒業ありき。 1,3,4, 病院 ・ 目標設定を明確にして達成した後、デイサービスや自宅内での役割を調整し、終了した。 1,3,5, 病院 ・ 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 5, 病院 ・ 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。 (特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 適所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 ・ 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 1,2,4,5, 病院 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 1,2,3, 病院 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 1,2,3, 病院 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 1,2,3, 病院 ・ 終了ものフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 1,2,3,4,5,病院 ・ 生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5,病院 ・ 生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5,病院 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 1,2,3,4,5,病院 ・ 終了した方への訪問や、ケアマネシャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスが必要な助言も行った。 2,3,4,5,病院 	可能性が高い。		
 計画はしているが、具体案は未定。 ・デイサービスへの移行の促進に力を入れている。 ・退院・退所者を中心に卒業ありき。 ・目標設定を明確にして達成した後、デイサービスや自宅内での役割を調整し、終了した。 ・当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 ・毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 ・終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 ・利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 ・社会参加支援評価表の作成。業務プローチャート作成。 ・終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 ・終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 ・デイサービスへの移行を進めている。 ・生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・水集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・終了した方への訪問や、ケアマネシャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、ディサービスタより、病院、病院、 	・終了予定の方についてケアマネに情報提供し、終了後の状況の確認をし	12215	, (7-
 ・ ディサービスへの移行の促進に力を入れている。 ・ 退院・退所者を中心に卒業ありき。 ・ 目標設定を明確にして達成した後、ディサービスや自宅内での役割を調整し、終了した。 ・ 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 ・ 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 適所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 ・ ルス・イサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 ・ 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 ・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 ・ デイサービスへの移行を進めている。 ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・ 経了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス・3,4,5,病院 ・ 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス・3,4,5,病院 	ている。	1,2,3,4,5,	为阮
 ・ 退院・退所者を中心に卒業ありき。 ・ 目標設定を明確にして達成した後、デイサービスや自宅内での役割を調整し、終了した。 ・ 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 ・ 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 適所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 ・ 後了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 ・ 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 ・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 ・ デイサービスへの移行を進めている ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・ 経了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス3,4,5,病院 ・ 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス3,4,5,病院 	・計画はしているが、具体案は未定。	4,5,	病院
 目標設定を明確にして達成した後、デイサービスや自宅内での役割を調整し、終了した。 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・川集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・経了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、病院 2,3,4,5,病院 	・ デイサービスへの移行の促進に力を入れている。	1,	病院
整し、終了した。 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 ・終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 ・利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 ・社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 ・地域の自治会レベルの体操などに参加する。 ・終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 ・デイサービスへの移行を進めている ・デイサービスへの移行を進めている ・ディサービスへの移行を進めている ・非に行為向上リバビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、病院	・退院・退所者を中心に卒業ありき。	1,3,4,	病院
整し、終了した。 当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。 5, 病院 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 1,2,4,5, 病院 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 1,2,3, 病院 被の自治会レベルの体操などに参加する。 1,2,3, 病院 ※アオのフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 デイサービスへの移行を進めている 年活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 京院 1,2,3,4,5, 病院 1,2,3,4,5, 病院 2,3,4,5, 病院 3,3,4,5, 病院 3,3,4,5, 病院 3,4,5, 病院 3,5, 病院 3,5, 病院 3,6,5, 病院 3,6,5,6,6,5,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,	・ 目標設定を明確にして達成した後、デイサービスや自宅内での役割を調	1 2 5	中心
 毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 6 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 1,2,4,5, 病院 1,2,3, 病院 1,2,3,4,5, 病院 1,2,	整し、終了した。	1,3,5,	外沉
施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 ・ 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 1,2,4,5, 病院 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 1,2, 病院 ・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 1,2,3, 病院 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 1,2,3, 病院 ・ デイサービスへの移行を進めている 1,2,3,4,5,病院 ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5,病院 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 1,2,3,4,5,病院 ・ 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 1,2,3,4,5,病院 ・ 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス,3,4,5,病院 1,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,6,	・当事業所終了後に居宅を訪問し、動作確認及び指導を実施する。	5,	病院
案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 ・ 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 1,2,4,5, 病院 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 1,2,4,5, 病院 ・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 1,2,3, 病院 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 1,2,3, 病院 ・ デイサービスへの移行を進めている 1,2,3,4,5, 病院 ・ 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5, 病院 た活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 1,2,3,4,5, 病院 た活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 ただ、活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 ただ、活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 ただ、活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 ただっている。 1,2,3,4,5, 病院 病院 ただっている。 1,2,3,4,5, 病院 病院 ただした方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り 組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービ 2,3,4,5, 病院 スなど必要な助言も行った。 5,6000000000000000000000000000000000000	・毎月一回のモニタリングにより身体機能や生活動作能力等の評価を実		
案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。 (特に精神面へのアプローチに重点をおいている) ・ 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 1,2,4,5, 病院 1,2,4,5, 病院 ・ 社会参加支援評価表の作成。業務プローチャート作成。 1,2,4,5, 病院 ・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 1,2,3, 病院 ・ 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 1,2,3, 病院 ・ だイサービスへの移行を進めている 1,2,3,4,5, 病院 ・ 生活行為向上リルビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5, 病院 1,2,3,4,5, 病院 かまった。 1,2,3,4,5, 病院 1,	施し、終了可と考えられる利用者、家族、担当ケアマネへ数ヶ月前より提	4 5	住心
 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。 1,2,3, 病院	案をし、少しずつ終了へ向けてのとり組みをしている。(特に精神面へのア	4,5,	/内 /元
 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもつ。 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、3,4,5,病院スなど必要な助言も行った。 	プローチに重点をおいている)		
 け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもっ。 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス,3,4,5,病院スなど必要な助言も行った。 	・ 通所介護等、地域の社会資源の情報を提供し、移行を促している。	1,2,3,	病院
 け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。 ・利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。 ・社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 ・地域の自治会レベルの体操などに参加する。 ・終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもっ。 ・デイサービスへの移行を進めている ・生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、3,4,5,病院 	・ 終了者に対し、終了後訪問を実施し、その際のデータの蓄積。終了に向	1 2 2 4 5	病院
 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。 地域の自治会レベルの体操などに参加する。 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもっ。 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、病院 スなど必要な助言も行った。 1,2,3,4,5, 病院 病院 	け、デイサービスや老人会への参加の促しや情報提供。	1,2,3,4,5,	
 ・地域の自治会レベルの体操などに参加する。 ・終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもった。 ・デイサービスへの移行を進めている ・生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアブランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービス、3,4,5,病院スなど必要な助言も行った。 	・ 利用終了後の居宅訪問による生活評価の実施。	1,2,4,5,	病院
 終了者のフォロー。復職支援に向け、ハローワークの担当者とつながりをもっ。 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスの表表している。また、ご本人、家族、デイサービスの表表している。また、ご本人、家族、デイサービスの表表の表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表表	・ 社会参加支援評価表の作成。業務フローチャート作成。	1,2,	病院
つ。 1,2,3, 病院 ・デイサービスへの移行を進めている 1,2,3,4,5, 病院 ・生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 1,2,3,4,5, 病院 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 1,2,3,4,5, 病院 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 1, 病院 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。 2,3,4,5, 病院	・ 地域の自治会レベルの体操などに参加する。	1,2,3,	病院
 デイサービスへの移行を進めている 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。 「スなど必要な助言も行った。 1,2,3,4,5, 病院 病院 		1,2,3,	病院
 生活行為向上リハビリテーション加算を算定し、卒業者を出す努力をしている。 小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。 有院 		12345	病院
いる。 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。		+,-,5,1,5,	713170
 ・小集団作業療法で、アセスメントに基づき調理活動や趣味活動、外出など、活動を実施している。 ・目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。 		1,2,3,4,5,	病院
### 1,2,3,4,5, 病院 おど、活動を実施している。 ・ 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 ・ 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。			
 目標が達成できた利用者様に対して地域との関わりや体操教室等の紹介を行っている。 終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービスなど必要な助言も行った。 		1,2,3,4,5,	病院
1, 病院 介を行っている。			
・終了した方への訪問や、ケアマネジャーからケアプランを頂き、どの様な取り 組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービ 2,3,4,5, 病院 スなど必要な助言も行った。		1,	病院
組みがなされているのか確認をしている。また、ご本人、家族、デイサービ 2,3,4,5, 病院 スなど必要な助言も行った。			
スなど必要な助言も行った。		2,3,4,5,	病院
デイサービスとの連携(地域)。5, 病院	スなど必要な助言も行った。		
	・デイサービスとの連携(地域)。	5,	病院

・ 通所リハビリから通所介護へのサービス移行。地域活動、老人会への参加促進。	3,4,5,	病院
・ リハ会議の中で終了や終了後の参加の場について話をしている。又、リハ		
担当者で該当者をリストアップし、ケアマネジャーへ相談をすすめている。	1,2,3,4,5,	病院
・訪問し、身体機能や環境面をアセスメントする。	1,2,3,4,5,	病院
	1,2,3,4,3,	773776
・ 卒業後に自宅へ訪問し、身体状況・サービス利用状況の確認とアフター フォローを行った。	1,3,4,5,	病院
終了後に利用するであろうサービス(デイサービス)との連絡会の開催		
(顔のみえる関係づくり)。	1,5,	病院
・ 申し送り用シートを作成し、担当者会議へ出席している。	1,2,3,4,5,	病院
・外出デイに買物などの項目をとり入れたり、通所リハ中も自分でできる作	1,2,3,7,3,	7/31/76
* 外面ディに真物などの項目をどり入れたり、週別り八甲も自力でできる作業 業などを実施してもらったりしている。	1,2,3,4,5,	診療所
・リハビリを終了したと思われる利用者に関してデイサービス移行の確認を		
行っている。	4,5,	診療所
・ 社会参加支援加算の算定要件通りに計画、実践予定。	1 2 5	診療所
・利用者の社会参加につながる目標の見直しと設定。	1,3,5,	診療所
	3,5,	
・ケアマネジャーと情報の交換をしたり目標の相談をしたりしています。	1,2,4,5,	診療所
・期間を決めてのリハビリ実施。	2,3,4,5,	診療所
・ 通所介護等へ移行したいが、同等のリハビリテーションの質を保つ社会資	3,	診療所
源がない。	-	
・勉強会の参加・実施。担当ミーティングの実施等。	1,	診療所
・定期的な評価及び移行。	1,2,3,	診療所
・ 卒業に向けた長期計画を元に、ゴールが見えた時点より加算を算定予定。	5,	診療所
・ 終了者に対し、ケアマネジャーに計画書を送ってもらう。	1,5,	診療所
・ 目標を明確にする。初期説明時に説明する。	4,5,	診療所
・ 近隣の通所介護事業所との連携、役割分担。改定前より懇親会などを		
開催。ADL低下した方の一時的な通り八利用。半年以内での通所介	1,3,5,6,	診療所
護への復帰。		
・終了者への訪問。	2,4,5,	診療所
・ 担当者会議の際に通所介護での機能的取り組み、活動・参加の取り組		
みを援助し、改善に伴う次のステップについて通所介護を含めた展望につ		
いて事前に話を行い、月々の経過や計画説明に合わせて、本人・家族の	2,3,4,5,	診療所
ニード確認や状況に応じた通所介護の体験利用を実施。ケアマネジャー		
との情報交換。		

		1
・目標が目確な方はこれまでどおり終了をすすめている。レスパイト目的、社	1,3,5,	診療所
会的交流目的の方は次につながる場所が見つかるまでは継続。	, , ,	
・月4回利用の内、2回を敬老会へ移行し、卒業へ向け回数を減らして		
いる。公共機関を利用し実践練習をしている。地域公民館活動に参加	1,2,5,	診療所
(この際に畑作業をする為) 畑の動作指導。		
・ 卒業、入学制度と無償ボランティア。他サービスへの導入マネジメント。	3,	診療所
・ 通所リハ終了される方に終了時に訪問する日程調整を行い、モニタリング	4,5,	診療所
に伺っている。	7,5,	12/沃/八
・ 期間を決めて、リハビリを実施する。	1,	診療所
・ 通所リハ計画書作成・変更時に、個別ニード把握から開始する。	5,	診療所
・デイケア終了後に自宅への訪問し、状況確認。退所後のケアプランをケア	2 -	
マネジャーよりいただいている。	2,5,	診療所
・ 地域包括支援センターや市町との情報交換。	5,	診療所
・ インフォーマルなサービスの利用に向けて、同行見学や訪問指導を組んで		
いる。生活行為向上リハ加算を算定する場合は、6ヶ月後に使うサービ	2,3,	診療所
スをあらかじめ申し合わせておく(通所介護、インフォーマルサービス等)。		
・退所後の後追い調査。ケアマネジャー、家族との定期的な連絡。	1,4,	診療所
・加算の算定に向けた、職員の意識改革。	5,	診療所
・ 新規利用前に本人、家族、ケアマネへ利用期間を説明し、リハビリ終了	4.5	+v /r.±
後は、デイサービスへの移行をすすめる。	4,5,	老健
・ 利用終了後デイサービスへ移行した利用者様に対して、後日担当ケアマ		
ネジャーよりケアプランをFAXでいただいたりTELで情報をもらい記録	4,	老健
したりしている。		
・ 利用者様の心身機能の変化を細かくケアマネジャーに伝えている。	5,	老健
・ 利用開始、終了者リストの作成。終了者への訪問。	1,2,3,4,5,	老健
・ 通所介護や地域支援事業への移行期の見極め。	5,	老健
・ 居宅支援事業所、通所系サービス事業所に訪問、会議等で制度の説		
明と協力を依頼。デイケアカンファレンスで終了の見込みある利用者を選	_	
別。居宅担当者会議で利用者様、ご家族に制度を説明し、終了への意	4,	老健
向を確認する。		
・ デイサービスとの役割の明確化を検討。	3,5,	老健
・ 利用者、ケアマネへの新規開始時の説明。	5,	老健
	4,5,	老健
・生活行為向上を目標に加えて、ご本人と社会参加目標を検討、設定し	, ,	
ている。在宅担当ケアマネと在宅サービス内容調整している。	5,	老健

・地域活動内容の把握。	1,2,3,4,5,	老健
・ 通所リハを終了し、通所介護や社会参加できるように促している。	5,	老健
・ 本人、家族、ケアマネジャーに通所リハの利用目的が社会復帰であること		
を説明している。対象となる利用者のケアマネジャーへ計画があることを伝	5,	老健
えて、担当者会議(リハ会議)の開催をしている。		
ケアマネジャーへの説明を行っている。	1,2,3,4,5,	老健
・ デイサービス事業所運営の検討。近隣デイサービスの情報収集。生活行	2 2 4 5	+v /7+
為向上マネジメントについての説明会(ブロック会議にてケアマネ等へ)。	2,3,4,5,	老健
・終了者などの確認。算定条件などを事務と共に確認。	1,2,3,4,5,	老健
・ 具体的な目標設定、プラン作成 初回利用時に本人、家族への説明、	2.4.5	+v /r+
理解を得る。	3,4,5,	老健
・ 利用開始時にゴール認定の明確化。見直し時期を定め、利用ケアマネ		
ジャーとの調整を行っている。担当者会議、カンファレンスにてプランを利用	1,2,4,5,	老健
者の状況に応じて提案している		
・ 算定要件を満たす方に対する調査。評価。	5,	老健
・ 社会参加に向けたプログラムの作成や受皿創りを現在進めています。	1,2,3,4,5,	老健
・ デイケア終了希望の利用者から対応を開始している。	3,4,5,	老健
・ 社会参加支援加算算定に向け、毎月、終了者数、他サービスへの移行	2.5	±z /7±
者数と、その割合等をデータ化し経過を追っている。	2,5,	老健
・終了後一定期間内に終了者の自宅へ訪問しADL状況や身体状況	Г	±∠/ī±
の確認、デイサービス等への参加の継続の様子を確認している。	5,	老健
・ ケアマネジャー、デイサービス等との連携	1,3,4,5,	老健
・ 開始時に Need を把握し自立度に合わせプラン決定を行う際にケアマネ	Г	±∠/z±
と話を行う。	5,	老健
・ 契約段階で、卒業に向けた取り組みであることを説明している。その中		
で、担当者会議等を通して、卒業後の方向性や、必要に応じて訪問リハ	5,	老健
の活用、相談も実施している。		
・ サービス移行(通所リハサービス終了)の連絡を受けた時点で今後利		
用する社会資源をケアマネに問う確認後、居宅サービス、計画変更時の		
担当者会議に必要時通所リハのリハ職が参加できるよう(あるいは後日	F	老健
の自宅訪問と情報提供が行えるよう)調整する。新規契約時、定期担	5,	七性
当者会議時など、適宜その内容と方向性を家族、ケアマネジャーへ説明		
している。		
・ 利用終了に伴い、訪問日を決めている。	2,3,4,5,	老健
・ 他デイサービスへ移行した利用者の終了後の調査。	4,5,	老健

・ デイサービスとの役割分担を利用前にする。	5,	老健
・ 必要な利用者への訪問指導と書類作成を行なっている。	5,	老健
・ 生活行為向上リハをしながらアウトカムを行う。	1,2,3,4,5,	老健
・TEL聴取、ケアマネジャーへの確認、訪問。	3,5,	-

平成 27 年度老人保健健康增進等事業 (老人保健事業推進費等補助金)

通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業

事業所共通票

調査へのご協力のお願い

【調査の目的について】

この調査は、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントの実態を把握し、効果的なリハビリテーションマネジメントの実施方法を明らかにすることを目的としています。

【調査の取り扱いについて】

- ご回答は統計的に処理いたしますので、個々の方の回答が外部にもれることは、決してございません。
- 調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
- ・お答え頂いた内容によってご回答者およびご回答者が所属するご職場の評価が行われることは、一切ございません。

【い回をについた】

- 本調査票では通所リハビリテーション事業所の状況について、お伺いします。
- ・ご回答いただくにあたっては、事業所の管理者の方が、お答えください。また、ご記載には、これまでのカルテや通所リハビリテーション計画書等を参照してください。
- ・ご回答方法は、数字のご記入もしくは自由記載、または選択肢からお選びください。

Q6. 平日1日の利用定員数について、教えて下さい。 (右詰めでご記入ください 以下、数値記載箇所は同様)

Q7.1ヶ月間の総利用者数(延べ人数)について、教えて下さい。

- ご記入がお済みになりましたら、**平成27年10月22日(木)まで**に、提供時間別票と併せ、返送用封筒に入れてご投函くださいますよう重ねてお願い申し上げます。
- ・ご多忙中、誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。尚、ご返信をもちまして、調査に同意いただけたものといたします。
- ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。
- 調査の趣旨・内容などについて 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 担当:染谷(そめや) 電話番号 049-237-0700 E-mail info@day-care.jp
- ・調査票の発送・回収、締め切りなど実査について 株式会社メディカルトリビューン 調査部 電話番号 03-3239—1133 (直通) FAX 03-3239—9375 E-mail research@medical-tribune.co.jp

7	△ 事業所	事業所の特性 について、お伺いします。	(马。 (平成 27 年 8)	(平成27年8月の状況にてご配入ください)	
9	サービス提供	Q1.サービス提供の時間区分について、教えてください。		該当するものすべてに、〇を付けてください。	
		① 1~2 時間	⊕ 4 ~ 6	1 辞	
		② 2~3 時間	8~9 9	1 辞間	
		③ 3~4 時間	⑥ 8時間以上	以上	
92.	事業所の開	事業所の開設主体について、教えて下さい。	該当するもの1つに	該当するもの1つに、〇を付けてください。	
		① 病院 ②	診療所	③ 介護老人保健施設	
Q 3.	事業所の開	事業所の開設年について、教えて下さい。(マ.	(マスの中に算用数字をご記入ください)	ご記入ください)	
		西西	申		
94.	事業所の規	事業所の規模について、教えて下さい。 該当	<u> 該当するもの1つ</u> に、〇を付けてください。	を付けてください。	
		① 通常規模②	大規模 I	③ 大規模II	
Q5.	1ヶ月の総賞	Q5. 1ヶ月の総営業日数について、教えて下さい。			

該当するものすべてに、〇を付けてください。 (1) 併設しているサービスはない ④ グループホーム (I) その他 ⑦ 居宅介護支援事業所 (8) 地域包括支援センター 09. 併設している居宅サービスについて、教えて下さい。 要支援 要支援 ⑥ ショートステイ 08.1ヶ月間の実利用者数について、教えて下さい。 ⑤ 通所介護 ① 訪問リバビリテーション ② 訪問看護 I 5 ③ 訪問看護 訪問介護 要介護 要介護 4

Q10. 所属する各専門職の実人数について、教えて下さい。 (下記項目以外の職種が所属する場合には、11~14に職種名をご記入ください。)

	常勤·専任	常勤·兼任	非常勤·専任	非常勤·兼任	但
1. 医師	\forall	Y	~	~	Y
2. 理学療法士	~	~	~	~	Υ
3. 作業療法士	~	~	~	~	Y
4. 言語聴覚士	~	~	~	~	Y
5. 看護師	~	~	~	~	Y
6. 介護福祉士	~	~	~	~	~
7. 介護職員	~	~	~	~	~
8. 相談員	~	~	~	~	Y
9. 栄養士	~	~	~	~	一
10. 歯科衛生士	~	~	~	~	一
11.	~	~	~	~	Y
12.	~	~	~	~	Y
13	~	~	~	~	\prec
14.	~	Υ	十	Y	十

[※] 介護職員とは、主に利用者の身体介護に関わる介護福祉士以外のスタッフを指します。

Q11. 平成26年8月に所属していた、各専門職の実人数について、教えて下さい。

(11~14~は、Q10と同じ職種名をご記入ください。)

	常勤·専任	常勤·兼任	非常勤·專任	非常勤·兼任	# 40
1. 医師	十	イ	Y	~	Y
2. 理学療法士	十	~	~	~	Y
3. 作業療法士	Y	Y	Y	Y	Y
4. 言語聴覚士	十	イ	~	~	一
5. 看護師	Y	Y	Y	~	Y
6. 介護福祉士	Y	Y	Y	~	Y
7. 介護職員	Y	Y	Y	~	Y
8. 相談員	Y	Y	~	~	Y
9. 栄養士	Y	Y	~	~	Y
10. 歯科衛生士	十	イ	~	~	Y
11.	Y	~	~	~	~
12.	Y	~	~	~	~
13	Y	~	~	~	Y
14.	~	~	~	十	Y

[※] 介護職員とは、主に利用者の身体介護に関わる介護福祉士以外のスタッフを指します。

平成 27 年 8 月末時点)
少。(
教えて下さい
Ϋ́
数にし
用年数
平均和
 利用者の平
Q12. ∓

町	
卅	

B リハビリテーションマネジメント について、お高いします。 (平成27年8月に利用された方についてご配入ください)

Q13. リハビリテーションマネジメント加算を算定した実利用者数について、教えて下さい。

≺		
~	~	
~	~	~
~	~	~
リハマネ加算 I	リハマネ加算 II	未算定

Q14. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者・平成 27 年 3 月以前から継続利用している方別に、利用者の担当ケアマネジャーの所属について、加算別に教えてください。

新規-継続の区分	ケアマネジャーの所属	リハマネ加算 I	リハマネ加算Ⅱ	未算定(要介護)
	① 同一法人内	丫	Y	~
1. 新規利用者	②他法人	Y	~	~
	3 1200AH	Y	~	~
	④ 同一法人内	Y	Y	~
2. 継続利用者	⑤ 他法人	十	Y	~
	(8) (4) 多の合計	人	人	十

Q15. 興味関心チェックシートを用いて、アセスメントを行った利用者数について、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、○を付けてください。

加算区分			興味関心チェックシートの使用割合	ートの使用割合		
リハマネ加算 I	① 全員	②8割以上	③5割以上	43割以上	⑤ 3 割未満	6 未実施
リハマネ加算 II	① 全員	② 8割以上		④ 3割以上	⑤ 3 割末満	
未算定 (要介護)	① 全員	② 8割以上	③5割以上	④ 3割以上	⑤ 3 割未満	6 未実施
要支援	① 全員	② 8割以上	③5割以上	④ 3割以上	⑤ 3 割未満	6 未実施
雪	① 全員	②8割以上	③5割以上	43割以上	⑤ 3 割未満	6 未実施

Q16. 興味関心チェックシートを用いて、利用者のニーズを聞き取る職種について、教えて下さい。	該当するものすべてに、〇を付けてください。
Q16.	

Θ	医師	4	介護福祉士	② その他	
0	リノビリ専門職	(n)	介護職員		_
(m)	看護師	9	相談員		

Q17. 直近の通所リハピリテーション計画の作成時に、ケアマネジャーより<u>通所リハ計画作成前にケアプランを取得した利用者</u>について、概ねの割合を教えて下さい。

	FFE C	

Q.18 通所リハビリテーション計画の作成にかかる概ねの時間について、教えてください。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

目鲌				打合世時間			
I 黄邖45///i	①10 分末満	②10∼20 ↔	320~30 分	⊕30~40 分	⑤40∼50 分	950 分以上	⑦未実施
リハマネ加算 II	①10 分末満	②10∼20分	③20~30分 ④30~40分	⊕30~40 分	⑤40~50 分 ⑥50 分以上	⑥50 分以上	⑦未実施
未算定(要介護)	①10 分末満	②10∼20分	③20∼30分	⊕30~40 分		⑥50 分以上	⑦未実施
要支援	①10 分末満	②10∼20分	③20~30 分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q19. 通所リハビリテーション計画の作成に向けて、下記項目へ関わる職種について、教えて下さい。 それぞれ該当するものすべてに、〇を付けてください。

未算定 (要支援)	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・
	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・
	その他(その他 ()	その他(その他 (
未算定 (要介護)	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・
	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・
	その他(その他(その他(その他 (
1)ハマネ加算 II	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・
	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・
	その他(その他 (その他(その他 (
リハマネ加算 I	医師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・	医 師・PT・OT・ST・
	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・	看護職・介護職・相談員・
	その他(その他(その他(その他 (
項目	利用者の 評価・情報収集 (アセスメント)	通所以信相の検討 (目標・支援内容 ^{※1})	通所リハ計画の検討 (提供中の対応*2)	通所リハ計画書への記載・入力作業

※1 通所川計画(目標・支援内容) 様式3の上部にある具体的な支援の内容部分を指します。

※2 通所リパ計画(提供中の対応) 様式3の下部にある各専門職が関わるスケジュール部分を指します。

Q20. 通所リハビリテーション計画書において次の記載内容がある利用者の割合を選択肢から選び、ご記入ください。 (下記項目以外の記載項目がある場合には、17~18 に項目名をご記入ください。)

⑤ 30%末満	(6) 記録なし
③ 50%以上	④ 30%以上
選択肢: ① 利用者全員	② 80%以上

<u> </u>	リハマネ加算	リハマネ加算	未算定	単
-	п	Ι	(要介護)	女 X 数
記入例	((2)	9	9
(ADL)				
(社会参加)				
目標達成期間·時期				
実施計画・アプローチ方法				
8. 結果・改善点等の変化				
10. ADL の評化面 (現状)				
11. ADL の評価(改善の可能性)				
13. 家庭内での役割も評価				
(疾患情報)				

Q21.リハビリテーションマネジメント加算 IIの算定に困る点または算定が困難な理由について、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、Oを付けてください。

	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ない ① あてはまる ② あてはまらない	3難 ① あてはまる ② あてはまらない	1ない ① あてはまる ② あてはまらない	しまう ① あてはまる ② あてはまらない	① あてはまる② あてはまらない	できない ① あてはまる ② あてはまらない	かりを行っていた ① あてはまる ② あてはまらない	
in the same of the	困難な理由	1. 医師の説明時間が確保できない	2. 医師のリハ会議への参加が困難	3. ケアマネジャーの理解が得られない	4. 支給限度額の上限を超えてしまう	5. 利用者の経済的な負担	6. 本人・家族が必要性を理解できない	7. 改定前から加算Iに該当する関わりを行っていた	8. その他(

- 9 -

以下、リハビリテーションマネジメント加算工を算定している施設の方は、ご記入ください。

※ 算定していない方は、Q26 へお進みください。

Q22. リハビリテーションマネジメント加算Iの算定促進に向けた取り組みの有無をついて、教えて下さい。 該当するもの1つに、〇を付けてください。

Q24 ^	
1	
(C) \$1(1)	
① 5 3	

Q23. Q22 において①ある場合、その具体的な内容について、教えて下さい。

Q24. リハビリテーションマネジメントのプロセス管理を行っている主な職種について、教えてください。 <u>該当するもの1</u>つに、〇を付けてください。

Θ	医師	4	介護福祉士	② その他	
0	リノビリ専門職	(S)	介護職員	<u> </u>	$\overline{}$
(m)	看護師	9	相談員		

Q25. リハビリテーションマネジメント加算 IIを算定した効果(良い点)について、教えて下さい。 <u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、Oを付けてください。

効果 (良い点)		状	状況
1. 利用者の意欲が向上した		① あてはまる	② あてはまらない
2. 利用者自身が身体状況への理解が深まった	もつた	① あてはまる	② あてはまらない
3. 利用者自身が活動・参加への理解が深まった	まった	① あてはまる	② あてはまらない
4. 家族の介護負担感が軽減した		① あてはまる	② あてはまらない
5. 家族の Needs を拾いやすくなった		① あてはまる	② あてはまらない
6. 目標や課題が明確になった		① あてはまる	② あてはまらない
7. 事業所間の連携がとりやすくなった		① あてはまる	② あてはまらない
8. 他事業所のリハに関する理解が深まった		① あてはまる	② あてはまらない
9. ケアブラン(居宅サービス計画)と整合しやすくなった	かた	① あてはまる	② あてはまらない
10. ケアマネジャーのリハに関する理解が深まった	つた	① あてはまる	② あてはまらない
11. その他(

○ リハビリテーション会議 について、お伺いします。 (平成27年8月に利用された方についてご配入ください)

~2
тì
T.
116
3
雪
뚜
10
野
盉
把

₩
J//会議の開催時期は問い
_
Θ.
牃
WIN.
ЧÞ
2
\rightarrow
=:
0
ے
、教えて下さい
⊬
١.
Υ
٠
ıΚ
X
₩;
,
l,
٣
-
~
()
١.
Ù
数に
当数に、
者数に
者数に
用者数に
川用者数に
利用者数に
た利用者数に
が利用者数について、
した利用者数に
単した利用者数に
催した利用者数に
開催した利用者数に
開催した利用者数に
を開催した利用者数に
養を開催した利用者数に
議を開催した利用者数に7
铃議を開催した利用者数にで
会議を開催した利用者数にて
/会議を開催した利用者数に、
ン会議を開催した利用者数にて
ョン会議を開催し
アーション会議を開催し
、ビリテーション会議を開催し
、ビリテーション会議を開催し
、ビリテーション会議を開催し
リハビリテーション会議を開催し
リハビリテーション会議を開催し
リハビリテーション会議を開催し
、ビリテーション会議を開催し
リハビリテーション会議を開催し

\prec	\prec
川(マネ加算 II	要支援
~	~
J//マネ加算 I	末算定(要介護)

Q27. リハビリテーション会議にて議論された意見に基づき、ケアプラン(居宅サービス計画)が変更された利用者数について、教えて下さい。 (リハ会議の開催時期は問いません)

リハマネ加算 II	要文援
~	<u> </u>
リハマネ加算 I	未算定(要介護)

Q28. リハビリテーション会議を担当者会議と兼ねて開催した利用者数について、教えて下さい。 (J//会議の開催時期は問いません)

`	١,
リハマネ加算 II	要支援
<u> </u>	~
リハマネ加算 I	未算定(要介護)

Q29. リハピリテーション会議に関連して、事業所内にて会議前後に打合せを行っていますか。 <u>該当するもの1つ</u>に、〇を付けてください。

\rightarrow Q31 \wedge	
② 行っていない	
行っている	
0	

Q30.Q29において<u>①行っている場合</u>、会議前後の打合せ1回あたりの平均的な時間について、教えて下さい。 <u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

項目				打合せ時間			
リハマネ加算 I	①10分末満	①10分末満 ②10~20分 ③20~30分 ④30~40分	②10~20分 ③20~30分	④30~40 分	⑤40~50 分 ⑥50 分以上	⑤40~50 分 ⑥50 分以上	⑦未実施
リハマネ加算Ⅱ	①10 分末満	①10 分末満 ②10~20 分 ③20~30 分 ④30~40 分 ⑤40~50 分 ⑥50 分以上	②10~20分 ③20~30分 ④30~40分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
未算定(要介護)	①10 分末満	②10~20分	②10~20分 ③20~30分	④30~40 分	⑤40~50 分	①10 分末満 ②10~20 分 ③20~30 分 ④30~40 分 ⑤40~50 分 ⑥50 分以上	⑦未実施
要支援	①10 分末満	②10~20分	②10~20分 ③20~30分 ④30~40分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q31. リハビリテーション会議へ参加する職種の割合を選択肢から選び、ご記入ください。 (下記項目以外の方が参加する場合には、12~14 にご記入ください。)

⑤ 30%末満	⑥ 参加しない
③ 50%以上	④ 30%以上
① 必ず参加	② 80%以上
選択肢:	

里 押	リハマネ加算	1八八7本加算	未算定	甲十二
/160、 / 生	I	п	(要介護)	XXXX
1. 医師				
2. リノビリ専門職				
3. 看護師				
4. 介護福祉士				
5. 介護職員				
6. 相談員				
7. 栄養士				
8. 歯科衛生士				
9. ケアマネジャー				
10. 併用介護サービス事業者				
11. 福祉用具業者				
12.				
13,				
.14.				

[※] リハビリテーション会議を未実施の項目・所属しない職種欄は、未回答(空欄)で構いません。

Q32. 平成 27 年 3 月以前から継続して利用している方における、リハビリテーション会議へ参加する職種の割合を選択肢から選び、ご記入ください。

(下記項目以外の方が参加する場合には、12~14にご記入ください。)

⑤ 30%未満

③ 50%以上

① 必ず参加

選択肢:

職種 リハマネ加算 リハマネ加算 医師 I I 小ビリ専門職員 「護備礼士 介護権礼士 「大きな、 佐利衛生士 ケアマネジャー 併用介護サービス事業者 信祉用具業者	② 80%以上	④ 30%以上	⑥ 参加しない	ない	
職 種 I I II E E E E E E E E E E E E E E E	:	リハマネ加算	リハマネ加算	未算定	!
1. 医師 2. 小化 J専門職 3. 看護師 4. 介護福祉主 5. 介護職員 6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	職種	н	н	(要介護)	
2. リハビリ専門職 3. 看護師 4. 介護福祉士 5. 介護職員 6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	1. 医師				
3. 看護師 4. 介護福祉士 5. 介護職員 6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	2. リハビリ専門職				
4. 介護福祉士 5. 介護職員 6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアペネシャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	3. 看護師				
5. 介護職員 6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	4. 介護福祉士				
6. 相談員 7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネシャー 10. 併用小護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	5. 介護職員				
7. 栄養士 8. 歯科衛生士 9. ケアマネシャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	6. 相談員				
8. 歯科衛生士 9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	7. 栄養士				
9. ケアマネジャー 10. 併用介護サービス事業者 12. 13. 14.	8. 歯科衛生士				
10. 併用介護サービス事業者 11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	9. ケアマネジヤー				
11. 福祉用具業者 12. 13. 14.	10. 併用介護サービス事業者				
12.	11. 福祉用具業者				
13.	12.				
14	13.				
	14.				

[※] リハビリテーション会議を未実施の項目・所属しない職種欄は、未回答(空欄)で構いません。

^{※ 10.}併用介護サービス事業者・11.福祉用具業者は、利用している方を基準に割合を計算してください。

^{※ 10.}併用介護サービス事業者・11.福祉用具業者は、利用している方を基準に割合を計算してください。

Q33. 平成27年4月以降の新規利用者における、リハビリテーション会議へ参加する職種の割合を選択肢から選び、 ご記入ください。

(下記項目以外の方が参加する場合には、12~14にご記入ください。)

⑤ 30%末満	⑥ 参加しない
③ 50%以上	④ 30%以上
① 必ず参加	② 80%以上
選択肢:	

無無	以 (74加算	川(マネ加算	未算定	新全華
	I	п	(要介護)	X
1. 医師				
2. リビリ専門職				
3. 看護師				
4. 介護福祉士				
5. 介護職員				
6. 相談員				
7. 栄養土				
8. 歯科衛生士				
9. ケアマネジャー				
10. 併用介護サービス事業者				
11. 福祉用具業者				
12.				
13.				
14.				

※ リハビリテーション会議を未実施の項目・所属しない職種欄は、未回答(空欄)で構いません。

※ 10.併用介護サービス事業者・11.福祉用具業者は、利用している方を基準に割合を計算してください。

Q34. リハビリテーション会議録を主に作成する方について、教えてください。 <u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

〇 職種

医師	4) 介護福祉士	⑦ 担当ケアマネジャー
リビリ専門職	⑤ 介護職員	® その他
	6 相談員	()

〇 役割

	(
③ 事業所管理者	④ その他(
① 通所以計画作成者	② 川/会議の調整者

Q35.リハビリテーション会議を欠席した関係者への主な情報伝達方法について、教えてください。 <u>該当するものすべて</u>に、〇を付けてください。

(FAX・郵送・メールに書面添付はこちらに含みます)		
書面連絡	その他	
4	(D))
直接、会って話す	電話連絡	メール連絡
Θ	0	(9)

Q36.リハビリテーション会議の開催に向けた、他事業所との調整方法について、教えてください。 該当するものすべてに、○を付けてください。

(FAX・郵送・メールに書面添付はこちらに含みます)		
4 書面連絡	5 その他	
直接、会って話す 4	話連絡 (5	- 小連絡 (
⊕	3	3 ×-

Q37.リハビリテーション会議の開催に向けて、他事業所と調整する職種について、教えてください。 該当するものすべてに、〇を付けてください。

		$\widehat{}$
⑦ 担当ケアマネジャー	® その他)
④ 介護福祉士	⑤ 介護職員	(2) 相談員
① 医師	② リハビリ専門職	③ 看護師

038. リハビリテーション会議の進行役となる職種について、教えてください。

該当するものすべてに、〇を付けてください。

Θ	医師	4	小護福祉士	⑦ 担当ケアマネジャー
0	リハビリ専門職	(5))護職員	8 その他
(m)	看護師	9	相談員 (

Q39.リハビリテーション会議にて予定より時間が延長することはありますか。 ある場合にはその要因について、教えてください。 <u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

Q44. Q43において①ある場合、その具体的な内容について、教えて下さい。

① P S	(2) AU	→ Q41 ^
\Rightarrow		
時間を必要とする要因		状況
1. 本人の理解が十分でない	① あてはまる	② あてはまらない
2. 家族の理解が十分でない	① あてはまる	② あてはまらない
3. 前回より身体状況が変化した	① あてはまる	② あてはまらない
4. 初回会議のため、詳細な説明が必要	① あてはまる	② あてはまらない
5. 目標や課題が決まらない	① あてはまる	② あてはまらない
6. その他(

Q40.リハビリテーション会議の開催促進に向けた取り組みについて、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

	促進に向けた取り組み	- क	状況
1.	1. 会議時に、次回の開催予定を決めている	① あてはまる	② あてはまらない
7.	2. 会議時間を決め、時間割を作成している	① あてはまる	② あてはまらない
w.	3. ケアマネジャーへ制度の説明会を実施した	① あてはまる	② あてはまらない
4.	4. 開催案内を書面で伝えている	① あてはまる	② あてはまらない
5.	その他((

D サービスの内容 について、お伺いします。

Q41. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算エの関わり促進に向けた取り組みの有無をついて、教えて下さい。 該当<u>するもの1つ</u>に、〇を付けてください。

43 ^		
→ Q43 ^	را: دا:	
(Z) ACI	Q42. Q41 において <u>①ある</u> 場合、その具体的な内容について、教えて下さい。	
① @ ②	て <u>①ある</u> 場合	
	1921	
	Q42. Q41	

Q43. 生活行為向上リハビリテーション実施加算の関わり促進に向けた取り組みの有無をついて、教えて下さい。 <u>該当するもの1つ</u>に、〇を付けてください。

→ Q45 ∧	
(2) \$\psi\cdots	- 13 -
① 2	

。 3 4 4 7				٥			こついて、			
Q45. 生活行為向上リハピリテーション実施加算を算定できるリハピリ専門職の人数について、教えて下さい。 	E 修了への取り組み について、お伺いします。	Q46. 今後、社会参加支援加算を算定する予定の有無について、教えて下さい。 <u>該当するもの1つ</u> に、Oを付けてください。	① 予定がある② 予定はない	に向けた取り組みにつださい。	① 計画・実践をしている②計画・実践をしていない → Q49 へ	Q48. Q47 において①計画・実践をしている場合、その具体的な内容について、教えて下さい。	Q49. 平成 27 年 6 月~8 月の 3ヶ月間に、身体機能・動作能力・社会参加の改善により修了した方について、その人数を教えて下さい。	\ 	Q50.Q.49の修了者について、修了に向けて担当者会議を開催した方の人数を教えて下さい。	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \

051. 0.49 の修	<u>7者</u> について、修了に向けて	Q51. Q.49 の修了者について、修了に向けてケアプランが変更された方の人数を教えて下さい。 【	人数を教えて下さい。	
F 回答者情報	青報 について、お伺いします。	/唐母。		
Q52. 貴事業所の	Q52. 貴事業所の事業所名を、教えて下さい。	۰		
Q53. 貴事業所	Q53. 貴事業所が所在する都道府県を教えてください。	てください。		
			・府・県	
Q54. あなたの贈	Q54. あなたの職種について、教えてください。	、。 <u>該当するもの1つ</u> に、Oを付けてください。	を付けてください。	
	① 医師	④ 介護福祉士	③ その他	
	(2) リハドリ専門職(3) 看護師	⑤ 有談員		
Q55. あなたの道	1所リハビリテーション事業所	Q55. あなたの通所リハビリテーション事業所での経験年数について、教えてください。	えてください。	
		##		
	ご多忙の中、記入もれがないかご確	ご多忙の中、調査にご協力頂きましてありがとうございました。 記入もれがないかご確認の上、10月22日(木)までにご投函ください。	がとうございました。 ト)までにご投函ください。	

平成 27 年度老人保健健康增進等事業(老人保健事業推進費等補助金)

通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業

提供時間別票

本票に回答するサービス提供時間区分について、該当するもの1つに、0を付けてください。

闘紬 8∼9	8時間以上
(2)	9
時間	盟推
$3\sim4$	$4 \sim 6$
(3)	4
開組	盟推
$1\sim 2$	$2\sim3$
Θ	6

調査へのご協力のお願い

【調査の目的について】

この調査は、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントの実態を把握し、効果的なリハビリテーションマネジメントの実施方法を明らかにすることを目的としています。

【調査の取り扱いについて】

- ご回答は統計的に処理いたしますので、個々の方の回答が外部にもれることは、決してございません。
- 調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
- ・お答え頂いた内容によってご回答者およびご回答者が所属するご職場の評価が行われることは、一切ございません。

【ご回答について】

- 本調査票は通所リハビリテーション事業所の状況について、サービス提供の時間毎にお伺いします。 複数のサービス提供時間区分がある場合には、本調査票をコピーしてご使用ください。
- ご回答いただくにあたっては、事業所の管理者の方が、お答えください。また、ご記載には、 これまでのカルテや通所リハビリテーション計画書等を参照してください。
- ご回答方法は、数字のご記入もしくは自由記載、または選択肢からお選びください。
- ・ご記入がお済みになりましたら、**平成27年10月22日(木)まで**に、事業所共通票と併せ、 返送用封筒に入れてご投函くださいますよう重ねてお願い申し上げます。
- ご多忙中、誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。 尚、ご返信をもちまして、調査に同意いただけたものといたします。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

- ◆ 調査の趣旨・内容などについて
- 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 担当:染谷 (そめや) 電話番号 049−237−0700 E-mail info@day-care.jp
- ◆ 調査票の発送・回収、締め切りなど実査について 株式会社メディカルトリビューン 調査部 電話番号 03-3239-1133 (直通) FAX 03-3239-9375 E-mail research@medical-tribune.co.jp

A 事業所の特性 について、お伺いします。(平成27年8月の状況にてご配入ください)

₩ ₩
数値記載箇所は同様)
뜶
題別
載
品
骨
××
以 下、
7)
2
10
5
J
5
(右詰めでご記入ください
4
ડે
łu
ĸ
教
ŕ
\leq
C
<u>×</u>
种
垩
実利用者数について、教えて下さい。
Ψħ
g

			\	≺		(主な疾患1つのみご記入ください)	~	<u> </u>	-	~	≺		<u></u>	≺			<u> </u>
\prec	女		75~84 歳	85 歳以上		(主な疾患1つ	運動器疾患	循環器疾患	認知症	廃用症候群	疾患はない	o	要支援2	要介護2	要介護4	世	出
	HE THE THE THE THE THE THE THE THE THE T	Q3. 実利用者数について、年齢別に教えて下さい。	40 歲末満	40~64歳	65~74歳	Q4. 実利用者数について、疾患別に教えて下さい。	脳血管疾患	呼吸器疾患	π'h	進行性疾患・難病	その他	Q5. 実利用者数について、介護度別に教えて下さい。	要支援1	要介護1	要介護3	要介護 5	な機な

Q10. 平成 27 年 4 月~8 月(5ヶ月間)の新規利用者の利用前の所在について、それぞれ人数を教えて下さい。 (過去 4 週間以内に、入院・入所されていた方は、入院・入所へご記入ください)	1. 急性期病床に入院していた	2. 回復期病棟に入院していた	3. 地域包括ケア病棟に入院していた	4. 慢性期病床に入院していた	5. 老健・特養に入所していた	6. 自宅で生活していた	7. その他	その他の所在	B リハビリテーションマネジメント について、お同いします。 (平成27年8月に利用された方についてご配入ください)	Q11. 訪問リハビリテーション事業所を併用している方の人数について、教えて下さい。 	※ 同一機関では、周政士体が同し事業所を指します。 計問番譲15	要支援 リハマネ加算 I I I I	回 - 機関 - 人 - 人 - 人 - 人 - 人 - 人	同一法人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人	他法人 A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	中 マー マー マー マー マー マー マー マー マー マー
Q6. 重度療養管理加算を算定した実人数について、教えて下さい。	≺	Q7. 平成 26 年 8 月の 1ヶ月間の実利用者数について、介護度別に教えて下さい。	人 要支援	A 要介護	人 要介護 人	中體中	Y ₩ Y Y	Q8. 平成 27 年 4 月~8 月(5 ケ月間) の新規利用者数について、教えて下さい。 (者数について、介護度別に教えて下さい。	<	人 要介護4 人	人 申請中	Y 不明		他法人	

- 3 -

Q15. 訪問リハビリテーション事業所と併用している方のうち、リハビリテーション計画書を共有している人数について、教えて下さい。

	早	安又按	Y
-ション事業所	未算定	(要介護)	~
訪問リハビリテーション事業所	リハマネ加算	п	~
	リハマネ加算	Ι	~
			同一機関

○ リハビリテーション会議 について、お同いします。 (平成27年8月に利用された方についてご記入ください)

Q13. リハビリテーション会議の開催時間帯について、その割合を教えてください。

開催時間帯	割合
1. 対象利用者のサービス提供時間内	嗣
2. 対象利用者のサービス提供時間外	配

Q14. リハビリテーション会議の1回あたりの平均的な時間について、教えて下さい。

該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

自宜				会議時間			
リハマネ加算 I	①10 分末満	$@10\sim20$	®20~30 分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
リハマネ加算Ⅱ	①10 分末満	②10∼20分	®20~30 ∯	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
未算定(要介護)	①10 分末満	②10~20分	③20∼30 分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要支援	①10分末満	②10~20分	③20~30分 ④30~40分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q15. リハマネ加算 1を算定している利用者の、1 回あたりの平均的なリハビリテーション会議の時間について、要介護度別に教えて下さい。該<u>当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

項目				会議時間			
要介護 1	①10 分末満	$@10{\sim}20\%$	320~30 分	⊕30~40 分	⑤40~50 <i>分</i>	@50 分以上	⑦未実施
要介護 2	①10 分末満	②10~20分	③20∼30分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護3	①10 分末満	②10~20分	③20∼30分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護4	①10 分末満	110 分末満 ②10~20 分 ③20~30 分 ④30~40 分 ⑤40~50 分 ⑥50 分以上	③20∼30分	③20~30 分 ④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護 5	①10 分末満	②10~20分	③20~30 分	③20~30 分 ④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q16. リハマネ加算 II を算定している利用者の、1 回あたりの平均的なリハビリテーション会議の時間について、要介護度別に教えて下さい。<u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

頂目				会議時間			
要介護 1	①10分末満	②10∼20分	②10~20分 ③20~30分		④30~40 分 ⑤40~50 分	@50 分以上	⑦未実施
要介護 2	①10分末満	②10~20分	③20∼30分	⊕30~40 ∯	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護 3	①10分末満	②10~20分	320∼30 分	⊕30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護 4	①10分末満	②10~20分	③20∼30分	④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要介護 5	①10分末満	②10~20分	②10~20分 ③20~30分	④30~40 分	④30~40 分 ⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q17. リハマネ加算を算定していない利用者の、1回あたりの平均的なリハビリテーション会議の時間について、要介護度別に教えて下さい。<u>該当するものそれぞれ1つ</u>に、〇を付けてください。

	⑦未実施	⑦未実施	⑦未実施	⑦未実施	⑦未実施
	@50 分以上	⑥50 分以上	⑥50 分以上	⑥50 分以上	⑥50 分以上
	⑤40~50 ∯	⑤40∼50 分	⑤40∼50 分	⑤40∼50 分	⑤40~50 分
会議時間	⊕30~40 分	④30~40 分	④30~40 分	④30~40 分	④30~40 分
	320~30 分	③20~30 分	③20~30 分	③20~30 分	③20~30 分
	②10~20分	②10~20分	②10~20分	②10~20分	②10~20分 ③20~30分 ④30~40分
	①10分末満	①10分末満	①10分末満	①10 分末満	①10分末満
項目	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	LIPHI	ואמו	ואמו	ויום	ויאמן

Q18. 平成27年3月以前から継続して利用している方における、リハビリテーション会議の1回あたりの平均的な時間について、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

項目				会議時間			
リハマネ加算 I	①10分末満	②10~20分	③20~30 分		④30~40 分 ⑤40~50 分	●50 分以上	⑦未実施
リハマネ加算Ⅱ	①10分末満	②10~20分	③20∼30分		④30~40 分 ⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
未算定(要介護)	①10分末満	②10~20分	③20∼30分	④30~40 分	④30~40 分 ⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施
要支援	①10分末満	②10~20分	③20~30分		④30~40 分 ⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q19. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者における、リハビリテーション会議の1回あたりの平均的な時間について、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

1							
頂目				会議時間			
I 黄邖々〉ハル	①10分末満	②10~20∜	③20~30 ⅓	320~30 分 430~40 分	⑤40~20 ∯	0分未満 ②10~20分 ③20~30分 ④30~40分 ⑤40~50分 ⑥50分以上	⑦未実施
リハマネ加算Ⅱ	①10 分末満	②10~20分	③20~30 分	③20~30分 ④30~40分	⑤40~50 分	①10 分末満 ②10~20 分 ③20~30 分 ④30~40 分 ⑤40~50 分 ⑥50 分以上	⑦未実施
未算定(要介護)	①10 分末満	②10~20分	③20∼30分	③20~30分 ④30~40分	⑤40~50 分	①10分末満 ②10~20分 ③20~30分 ④30~40分 ⑤40~50分 ⑥50分以上	⑦未実施
要支援	①10 分末満	②10~20分	③20∼30分	③20~30 分 ④30~40 分	⑤40~50 分	⑥50 分以上	⑦未実施

Q20.リハビリテーション会議の主な開催場所について、教えて下さい。 該当するものそれぞれすべてに、〇を付けてください。

	((((
開催場所	④ その他(① 利用者宅 ② 自施設 ③ 他施設 ④ その他 (① 利用者宅 ② 自施設 ③ 他施設 ④ その他 (④ その他(
	③ 他施設	③ 他施設	③ 他施設	③ 他施設
	② 自施設	(2) 自施設	(2) 自施設	② 自施設
	① 利用者宅	① 利用者宅	① 利用者宅	① 利用者宅
項目	リハマネ加算 I			

Q21.リハビリテーション会議における医師の主な役割について、教えて下さい。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

	リハ会議における医師の主な役割	**	状況
Ĥ.	1. 疾患や障害の予後・病状やリスクの説明	(I) あてはまる	② あてはまらない
2.	2. 生活機能の予後や目標達成時期の説明	① あてはまる	② あてはまらない
ω.	3. 具体的なリハ内容の説明	① あてはまる	② あてはまらない
4.	4. 居宅における生活上のアドバイス	① あてはまる	② あてはまらない
5.	5. ケアブランへの助言	① あてはまる	② あてはまらない
9.	6. 司会進行役	① あてはまる	② あてはまらない
7.	7. その他		
	<u> </u>		^

Q22. 平成 27 年 8 月の 1ヶ月間において通所リハビリテーションのスタッフが、利用者の担当者会議へ 出席していた割合について、教えて下さい。 該当するもの1つに、〇を付けてください。

拒	参加
⑤ 3割未満	⑥ すべて不参加
3 5割以上	4 3割以上
すべて参加	8割以上
Θ	0

Q23. 平成28年8月の1ヶ月間において通所リハビリテーションのスタッフが、利用者の担当者会議へ出席していた割合について、教えて下さい。 該当するもの1つに、〇を付けてください。

⑤ 3割未満	⑥ すべて不参加	
③ 5割以上	4) 3割以上	
① すべて参加	② 8割以上	

以下、リハビリテーションマネジメント加算工を算定している施設の方は、ご記入ください。

※ 算定していない方は、Q27 へお進みください。

Q24. リハビリテーションマネジメント加算 IIを算定している利用者に対し、医師が計画書の説明する場面について、その割合を教えてください。

開催時間帯	圖
1. 会議の場にて説明する	
2. 会議の場以外にて説明する	嗣

Q25. Q24 にて2<u>会議の場以外にて説明する</u>に該当する場合、その説明場面について、教えてください。 該当するものすべてに、Oを付けてください。

	^
⑤ その他)
③ 医師が個別に面談	4 電話
① 外来受診時	② 医師がうウンド時

Q26. Q24 Iこて 2.会議の場以外にて説明するに該当する場合、医師の平均的な説明時間について、教えて下さい。 該当するもの1つに、〇を付けてください。

3分未滿 (4) 10~15 分未滿 (4) 10~15 分未滿	⑤ 15 分以上

- 2 -

	ください)
サービスの内容について、お伺いします。	(平成27年8月に利用された方についてご配入ください)

	について,	≺	\prec	≺	≺	≺	について,	\prec	\prec	\prec	\prec	~
	った実利用者数1 飛は問いません。						った実利用者数1 育無は問いません。					
Κ	ヨン実施加算に該当する関わりを行った実利用者参 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	運動器疾患	循環器疾患	認知症	廃用症候群	疾患はない	ン実施加算に該当する関わりを行った実利用者数1 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	要支援2	要介護 2	要介護4	世	
	施加算に該当	<u> </u>	\prec	<u> </u>	<u></u>	<u></u>	施加算に該当 採者も含め、リ	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	~
J	テーンョン実い。※要支援						テーション実だい。※ 要す					
	短期集中個別リハピリテーション実施加算に該当する関わりを行った実利用者数について、疾患別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	脳血管疾患	呼吸器疾患	がん	進行性疾患・難病	その他	短期集中個別リハビリテーション実施加算に該当する関わりを行った実利用者数について、 介護度別に教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	要支援1	要介護1	要介護3	两个職5	林繁林
	Q28.						Q29.					

Q30. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者において、短期集中個別リハビリテーション実施加算に該当する関わりを 行った実利用者数について、教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。

,	- 6
 _	1

加算 I に該当する関	ビリテーション実施力	(知症短期集中リハ	Q31. 認
施加算 I の算定有無は	§支援者も含め、リハ実	(えて下さい。 ※ 要	
わりを行った実利用者数につ	りを行う	!リテーション実施加算 I に該当する関わりを行っ]	うりを行う7
t問いません。	いません。	支援者も含め、リハ実施加算 I の算定有無は問いません。	引いません。
	n算 I に該当する関	ビリテーション実施加算 I に該当する関	知症短期集中リハビリテーション実施加算 に該当する関
	施加算 I の算定有無に	逐支援者も含め、リハ実施加算 I の算定有無に	えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算 の算定有無

わりを行った実利用者数について、 f定有無は問いません。	<u> </u>	<u> </u>	~	~	~
に該当する関: \実施加算 I の算	運動器疾患	循環器疾患	認知症	廃用症候群	疾患はない
加算 Isの、ツ	\prec	\prec	\prec	\prec	\prec
リテーション実施: 。※要支援者も含。					
32. 認知症短期集中リハビ 疾患別に教えて下さい。	脳血管疾患	呼吸器疾患	がん	進行性疾患・難病	その他
	Q32. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I に該当する関わりを行った実利用者数について、疾患別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、リハ実施加算 I の算定有無は問いません。	Q32. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1に該当する関わりを行った実利用者数について、疾患別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、リハ実施加算1の算定有無は問いません。脳血管疾患	G32. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1に該当する関わりを行った実利用者数について、 疾患別に教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算 1の算定有無は問いません。 脳血管疾患 人 運動器疾患 呼吸器疾患 人 循環器疾患	Q32. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1に該当する関わりを行った実利用者数について、 疾患別に教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算 1の算定有無は問いません。 脳血管疾患 人 運動器疾患 呼吸器疾患 人 循環器疾患 がん 私 認知症	G32. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 1に該当する関わりを行った実利用者数について、 疾患別に教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算 1の算定有無は問いません。 脳血管疾患 人 運動器疾患 人 呼吸器疾患 人 循環器疾患 人 がん 人 認知症 人 進行性疾患・難病 人 廃用症候群 人

Q33. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 Iに該当する関わりを行った実利用者数について、介護度別に教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算Iの算定有無は問いません。

<u> </u>	≺	<u> </u>	≺	~
要支援2	要介護2	要介護4	世	田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田
<u> </u>				
要支援 1	要介護 1	要介護 3	要介護 5	对象外

Q34. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I に該当する関わりを行った実利用者数について、教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算 I の算定有無は問いません。

						I

Q39. 生活行為向上リハビリテーション実施加算に該当する関わりを行った実利用者数について、教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	Q40. 生活行為向上リハビリテーション実施加算に該当する関わりを行った実利用者数について、疾患別に教えて下さい。※要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	脳血管疾患 人 運動器疾患 呼吸器疾患 人 循環器疾患	がん 人 認知症 人 認知症 進行性疾患・難病 人 廃用症候群 人	その他	Q41. 生活行為向上リハビリテーション実施加算に該当する関わりを行った実利用者数について、 介護度別に教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。	要支援 1	要介護 1 人 要介護 2 人	要介護 3 人 要介護 4 人	要介護 5	対象外 【	 Q42. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者において、生活行為向上リハビリテーション実施加算に該当する関わりを
Q35. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算IIに該当する関わりを行った実利用者数について、 教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算IIの算定有無は間いません。 	Q36. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算IIに該当する関わりを行った実利用者数について、 疾患別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、リハ実施加算IIの算定有無は問いません。	Namu 管疾患 人 運動器疾患 人	がん A 認知症 人 進行性疾患・難病 A 廃用症候群 人	その他 たまはない たまはない との他	Q37. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算IIに該当する関わりを行った実利用者数について、 介護度別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、リハ実施加算IIの算定有無は問いません。	要支援1 人 要支援2	要介護 1 人 要介護 2 人	要介護 3 人 要介護 4 人	要介護 5	対象外 人 不明 人	Q38. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者において、認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II に該当する関わりを

- 11

行った実利用者数について、教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算の算定有無は問いません。

行った実利用者数について、教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、リハ実施加算ェの算定有無は問いません。

Q43. 平成 27 年 4 月以降の新規利用者において、生活行為向上リハビリテーション実施加算に	該当する関わりを行った実利用者数について、利用前の所在をそれぞれ教えて下さい。	(過去4週間以内に、入院・入所されていた方は、入院・入所へご記入ください)
Q43		

~	≺	~	<	~	~	~
1. 急性期病床に入院していた	2. 回復期病棟に入院していた	3. 地域包括ケア病棟に入院していた	4. 慢性期病床に入院していた	5. 老健・特養に入所していた	6. 自宅で生活していた	7. その他

その他の所在

Q44. リハビリテーションプログラムの提供時間について、各リハ実施加算に該当する関わり別に教えて下さい。 ※ 要支援者も含め、各リハ実施加算の算定有無は問いません。

各リハ実施加算に該当する関わり	平均時間	最長時間	最短時間
1. 短期集中個別リハビリテーション実施加算	\$	**	4
2. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I		\$	\$
3. 認知症短期集中リハビリテーション実施加算エ		\$	\$
4. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	\$	4	\$
5. リ八実施加算 対象外の関わり	\$	\$	\$

Q45. 平成 27 年 4 月以降に施設外練習(居宅訪問による評価は含めない)を行った実利用者数について、 各リハ実施加算に該当する関わり別に教えて下さい。※ 要支援者も含め、各リハ実施加算の算定有無は問いません。

\prec	$\stackrel{\prec}{\square}$	$\stackrel{\prec}{\sqcap}$	\prec
		ļ	
短期集中個別リパリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I	認知症短期集中リハビリテーション実施加算エ	生活行為向上リバリテーション実施加算

- 13 -

Q46. 次の 1~34 のリハビリテーションプログラムの実施状況について、リハ実施加算別に教えて下さい。 それぞれ該当箇所(1はい, or いいえ,)に〇を付けてください。 ※ 取得したことのない加算については、加算名に× (パツ) をつけてください。 取得したことのない加算欄の選択肢は無回答でかまいません)

 - - - -	短期集中個別	認知症短期集中	認知症短期集中	生活行為向上	JJ/実施加算
_T=V	リハヒ"リテーション	リハヒ" リテーション I	リハピ゛リテーション エ	リハヒ゜リテーション	対象外の関わり
1. 関節可動域練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ
2. 筋力增強練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ
3. 筋緊張緩和 (ストレッチ)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
4. バランス練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
5. マッサージ	はい or いいえ	はい or いぶ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
6. 体操 (個別)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ
7. 体操 (集団)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ
8. 摂食・嚥下練習(個別)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いぶ	はい or いえ
9. 摂食・嚥下練習(集団)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ
10. 言語練習(個別)	はい or いいえ	はい or いぶ	はい or いぶ	はい or いえ	はい or いえ
11. 言語練習(集団)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
12. 計算ドリル (個別)	はい or いいえ	はい or いび	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
13. 計算ドリル (集団)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
14. 回想法(個別)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いれ	はい or いいえ	はい or いえ
15. 回想法(集団)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
16. 創作活動(個別)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いれ	はい or いいえ	はい or いえ
17. 創作活動(集団)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
18. 起居·立位動作練習	はい or いいえ	はい or いぶ	はい or いび	はい or いえ	はい or いぶ
19. 歩行練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いえ
50. トイレ動作練習	はい or いいえ	はい or いぶ	はい or いび	はい or いいえ	はい or いいえ
21. 入浴動作練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いえ
22. 移乗動作練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ
23. その他 ADL 練習	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いぶ
24. IADL 練習(個別)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いぶ
25. IADL 練習 (集団)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いぶ
26. 趣味活動(個別)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いえ
27. 趣味活動(集団)	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いび	はい or いいえ	はい or いえ
28. 外出·施設外練習(個別)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いりえ
29. 外出·施設外練習(集団)	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ
30. 訪問による動作評価	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ
31. 看護師・介護職への介助伝達	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ
32. 家族への介助伝達	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いいえ	はい or いえ	はい or いえ
33. 生活環境の調整	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ
34. その他	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ

E 終了への取り組み について、お伺いします。	Q50, Q49 にて 4 <u>身体機能・動作能力・社会参加が改善した</u> に該当した方の平均利用年数について、 数ライアさい
Q47. 平成 27 年 6 月~8 月の 3ヶ月間に利用を終了した方の人数について、教えて下さい。 	数ないでい。 用
≺	
Q48. Q47 の方における介護度別の人数について、教えて下さい。	Q51. 平成 28 年 6 月~8 月の 3ヶ月間に利用を終了した方の人数について、教えて下さい。
要支援1	≺
要介護1	F 回答者情報 について、お伺いします。
要介護3	Q52. 貴事業所の事業所名を、教えて下さい。
- 大野	
Q49. Q47 の方における終了理由別の人数について、教えて下さい。	
1. 医療機関へ入院した 人	
2. 施設等へ入所した	
3. 本人の拒否	こ多作の中、調査にご協力」具きましてありかとうごさいました。 記入もれがないかご確認の上、10月22日(木)までにご投函ください。
4. 身体機能・動作能力・社会参加が改善した	
5. Æt	
6. 事業所の都合 人	
7. その他	
8. 不明	
その他の理由	
. 251.	- 16 -

年 月 月 月 月 月 月 月 日 1 1 1 1 1 1 1 1 1	F 回答者情報 について、お伺いします。	352. 貴事業所の事業所名を、教えて下さい。	ご多忙の中、調査にご協力頂きましてありがとうございました。 記入もれがないかご確認の上、10月22日(木)までにご投函ください。

- 16 -

通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業

調査へのご協力のお願い

【調査の目的についた】

この調査は、通所リハビリテーション事業所と介護支援専門員との連携実態を把握し、より導入しやすい。 通所リハビリテーション事業所となるための課題を明らかにすることを目的としています。

【調査の取り扱いについて】

- ご回答は統計的に処理いたしますので、個々の方の回答が外部にもれることは、決してございません。
- 調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があってもご回答者に不利益が生じることは一切ございません。
- お答え頂いた内容によってご回答者およびご回答者が所属するご職場の評価が行われることは、一切ございま ユイ

【ご回答について】

- 本調査票では通所リハビリテーション事業所と介護支援専門員との連携実態に関して、お伺いします。
- ご回答いただくにあたっては、通所リハビリテーションを担当利用者へ導入している <u>介護支援専門員の</u>カが、お答えください。
- ・ご回答方法は、数字のご記入もしくは自由記載、または選択肢からお選びください。
- ・ご記入がお済みになりましたら、**平成27年10月21日(水)まで**に、管理者の方へお渡しくださいますよう重ねてお願い申し上げます。
- ご多忙中、誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようお願い申し上げます。尚、ご返信をもちまして、調査に同意いただけたものといたします。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

- ◆ 調査の趣旨・内容などについて
- 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 担当: 染谷(そめた電話番号 049-237-0700 E-mail info@day-care.jp
- ◆ 調査票の発送・回収、締め切りなど実査について 株式会社メディカルトリビューン 調査部 電話番号 03-3239-1133 (直通) FAX 03-3239-9375 E-mail research@medical-tribune.co.jp

A 通所リハビリテーションの導入 について、お伺いします。

Q1. 通所リハビリテーションの導入について、主治医以外に相談された医療機関や介護サービス事業所を教えて下さい。 該当するものすべてに、〇を付けてください。

-6,		$\widehat{}$	
(多) 地域包括支援セン	⑩ その他)	⑪ 特にない
訪問看護 I 5	訪問看護	訪問介護	通所介護
(2)	9	©	00
① 入院時の医療機関	② 主治医のいる医療機関	③ 通所 ツビリテーション	④ 訪問リハビリテーション

Q2. 通所リハビリテーションの導入について、主治医以外に今後相談したい医療機関や介護サービス事業所はありますか。 該当するものすべてに、〇を付けてください。

③ 地域包括支援センター	⑩ その他)	⑪ 特にない
⑤ 訪問看護 I 5	⑥ 訪問看護	⑦ 訪問介護	⑧ 通所介護
① 入院時の医療機関	② 主治医のいる医療機関	③ 通所 リンピリテーション	④ 訪問リハビリテーション

Q3. 通所リハビリテーションの導入時に、困ったことはありますか。 該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

導入時に困ったこと		状況
1. 地域ご通所りいがない	① あてはまる	② あてはまらない
2. 信頼できる通所リハがない	① あてはまる	② あてはまらない
3. 医師の情報提供が得られない	① あてはまる	② あてはまらない
4. ヘルパー等の生活支援サービスが優先されてしまう	① あてはまる	② あてはまらない
5. 支給限度額の上限を超えてしまう	① あてはまる	② あてはまらない
6. 本人・家族の経済的負担が高い	① あてはまる	② あてはまらない
7. 通所リハのサービス内容が判らない	① あてはまる	② あてはまらない
8. その他(•

Q4. 通所リハビリテーション導入の目的はどれですか。 <u>該当するものすべて</u>に、Oを付けてください。 また、最も重視する目的の番号を右欄にご記入ください。

① 身体機能の向上	⑤ 趣味活動の促進	⑤ レスパイトケア	最も重視する目的
生活動作(ADL)の改善	⑥ 生活環境の調整	⑩ その他	
IADL の改善 (家事等)	⑦ 医学的管理	()	
外出の促進	® 社会・対人交流の向上		

B リハビリテーション会議 について、お伺いします。

通所リハビリテーションを導入している担当利用者を基準にお答えください。

Q5. 通所リハビリテーション事業所のリハビリテーション会議へ参加していますか。

それぞれの人数を教えてください。また、その理由について該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

3	-	9
⊕ WIND CVIS	<	© MHO Covato
⇨		虏
① 参加している理由	状況	② 参加していない理由
1. 医師へ相談できる	はい or いいえ	1. リハ会議の開催がない
2. リハビリ専門職へ相談できる	はい or いえ	2. リハ会議への出席依頼が来ない
3. 家族・本人も含め、目標設定ができる	はい or いいえ	3.参加する時間的余裕がない
4. 関係事業所間の連携が密になる	はい or いえ	4. 関係事業所間の調整が難しい
5. ケアプラン変更の参考になる	はい or いいえ	5. サービス担当者会議で十分なた

はい or いえ はい or いいえ

はい or いいえ

洪

はい or いいえ はい or いいえ

その他の理由

それぞれの人数を教えてください。また、その理由について該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。 Q6. 通所リハビリテーション事業所のリハビリテーション会議を、サービス担当者会議と兼ねたことがありますか。

				_	_	_	
		状況	はい or いび	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ
② 兼ねたことはない 人	₿	② 兼ねていない理由	1. リハ会議の開催がない・依頼がない	2. 制度として認められていることを知らない	3. リハ会議へ必要な関係者が集まらない	4. 会議の内容(目的)が異なる	5. 担当地域では自宅開催しか認められていない
0	,		1	7	С	4	2
\prec		状況	ない ロ いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ	はい or いいえ
① 兼ねたことがある	\Rightarrow	① 兼ねた理由	1. 兼ねることが制度として認められている	2. 必要な関係者が参加している	3. 医師が参加している	4. 会議の内容(目的)が似ている	5. 通所リルが他施設の出席調整をしてくれる はい or いいえ

Q7. リハビリテーション会議での意見を基に、ケアプランを変更したことはありますか。

その他の理由

② 変更したことはない	
① 変更したことがある	

C リハビリテーションマネジメント加算I について、お伺いします。

Q8. 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算 II を導入していますか。

それぞれの人数を教えてください。また、その理由について該当するものそれぞれ1つに、〇を付けてください。

	① 導入している	\prec	② 導入していない 人	
	\$		\$	
	① 導入している理由	状況	②導入していない理由	状況
+i	1. 本人の意欲が向上する	はい の いいえ	1. 単位が高い (支給限度額の上限)	はい or いえ
2.	2. 身体状況について本人・家族の理解が深まる	はい or いび	2. 単位が高い (本人家族の経済的負担)	はい or いえ
w.	3. 目標や課題が明確になる	はい or いいえ	3. 本人・家族の理解が得られない	はい or いえ
4.	4. 多施設間の情報共有が促進される	はい or いいえ	4. 毎月のリハ会議が負担	はい or いえ
5.	5. 生活行為向上リハ加算が算定できる	はい or いえ	5. リハマネ加算 II の内容がわからない	はい or いえ

D 回答者さま について、お伺いします。

その他の理由

主とするもの1つに、〇を付けてください。 Q9. あなたの基礎資格を教えてください。

① 医師	④ 介護福祉士	② その他	
② ツビリ専門職	⑤ 介護職員	<u> </u>	(
③ 看護師	⑥ 社会福祉士		

Q10. あなたの介護支援専門員としての経験年数を教えてください。

	を教えてください。	
	Q11. 貴施設が所在する都道府県を教えてください。 「	

都・道・府・県

記入もれがないかご確認の上、10月21日(水)までに管理者の方へお渡しください。 ご多忙の中、調査にご協力頂きましてありがとうございました。

【ヒアリング調査 協力施設一覧】

【北海道·東北】

- ・ 社会医療法人仁生会 西堀病院 通所リハビリテーション西堀
- ・ 医療法人社団 田中医院 デイケアセンターさくら
- ・ 医療法人勝久会 介護老人保健施設 松原苑
- ・ 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設 せんだんの丘

【関東・甲信越】

- ・ 社会福祉法人北養会 通所リハビリテーション くるみ館
- ・ 医療法人あづま会 大井戸診療所 通所リハビリテーション
- ・ 医療法人社団保健会 谷津居宅サービスセンター
- ・ 医療法人社団永生会 クリニック 0 (ゼロ)
- ・ 医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター元浅草 たいとう診療所
- ・ 医療法人埼玉成恵会病院 成恵ケアセンター 通所リハビリテーション成恵
- ・ 医療法人社団弘人会 中田病院 短時間通所リハビリテーション事業所
- ・ 医療法人真正会 デイホスピタル
- ・ 医療法人真正会 デイリハビリテーションセンター
- ・ 社会医療法人加納岩 リハケアセンター きらり
- ・ 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 通所リハビリテーション「歩み」

【東海·北陸】

- ・ 医療法人社団生生会 えんやま健康クリニック デイケアセンターすこやか
- · 独立行政法人地域医療機能推進機構 福井勝山総合病院附属介護老人保健施設
- ・ 医療法人社団 研真会 通所リハビリテーション上の山
- ・日立健康保険組合 介護老人保健施設 シニア健康センターしおさい
- ・ 医療法人社団幸徳会 薬袋内科クリニック 通所リハビリテーションセンターエム
- ・ 医療法人財団善常会 老人保健施設シルピス大磯
- ・ 社会福祉法人明合乃里会 介護老人保健施設つつじの里デイケアセンター
- ・ 医療法人誠仁会 塩川病院 通所リハビリテーションセンター

【関西・中国・四国】

- ・ 社会医療法人頌徳会 介護老人保健施設 ソルヴィラージュ
- ・医療法人鴻池会 介護老人保健施設 鴻池荘 サテライト蜻蛉
- ・ 医療法人・社会福祉法人真誠会 通所リハビリテーション真誠会
- ・ 社会福祉法人こうほうえん 通所リハビリテーション きんかい
- ・ 医療法人 おまち整形外科医院
- ・ 社会医療法人清風会 日本原病院 コロバン道場
- ・ 医療法人博愛会 介護老人保健施設 ぺあれんと
- ・ 医療法人社団 赤井外科クリニック 通所リハビリテーション
- ・ 医療法人 南の風 通所リハビリテーションみなみの風
- · 医療法人平成博愛会 博愛記念病院

【九州·沖縄】

- ・ 医療法人豊資会 加野クリニックリハビリセンター
- ・ 医療法人共和会 南小倉デイケアセンター
- ・ 医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑 デイケアセンター
- ・特定医療法人順和 長尾病院 通所リハビリテーション ろんぐてーる
- ・ 社会医療法人財団天心堂 おおの診療所デイケアセンター
- ・ 社会医療法人関愛会 こうざき デイケア・リハビリテーションセンター もみの木
- ・一般社団法人是真会 通所リハビリテーション銀屋通り
- ・ 社会医療法人青洲会 青洲会デイケアセンター
- ・介護老人保健施設 清雅苑 通所リハビリテーションセンター
- ・ 医療法人康生会 芦北クリニック 通所リハビリテーションさくら
- · 医療法人世光会 伊藤記念病院
- ・ 医療法人緑水会 通所リハビリテーションぎのわん

平成27年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業 調査報告書

発行 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

〒350-1173 埼玉県川越市安比奈新田 283-1 霞ヶ関南病院内

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

URL: http://www.day-care.jp/

平成 28(2016)年 3 月発行