

2022年度から始める

訪問看護ステーションにおける

「新しいリハビリテーションの形」 ①

やまだリハビリテーション研究所  
作業療法士 山田 剛

# 報告書と計画書のこと

別紙様式 1

## 訪問看護計画書

利用者氏名		生年月日	年 月 日 ( )歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	問 題 点・ 解 決 策		評 価
衛生材料等が必要な処置の有無 有 ・ 無			
処置の内容		衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)			
作成者①	氏名:	職 種: 看護師・保健師	
作成者②	氏名:	職 種: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名  
管理者氏名

殿

別紙様式 2

## 訪問看護報告書

利用者氏名		生年月日	年 月 日 ( )歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
訪問日	年 月		年 月
	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	
	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	
	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	
	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	
	29 30 31	29 30 31	
訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。			
病状の経過			
看護の内容			
家庭での介護の状況			
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称: ( ) 使用及び交換頻度: ( ) 使用量: ( )		
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ 無 変更内容		
特記すべき事項			
作成者	氏名:	職 種: 看護師・保健師	

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名  
管理者氏名

殿



利用者氏名										
日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II a	III b	III a	III b	IV	M		
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容										
評価	項目	自立	一部介助	全介助	備考					
	食事	10	5	0						
	イスとベッド間の移乗	15	10 ←監視下 座れるが移れない→5	0						
	整容	5	0	0						
	トイレ動作	10	5	0						
	入浴	5	0	0						
	活動	15	10 ←歩行器等 車椅子操作が可能→5	0						
	階段昇降	10	5	0						
	更衣	10	5	0						
	排便コントロール	10	5	0						
	排尿コントロール	10	5	0						
	合計点	/100								
	コミュニケーション									
	家庭内の役割									
	余暇活動 (内容及び頻度)									
	社会地域活動 (内容及び頻度)									
	終了後に行いたい 社会参加等の取組									
	看護職員との連携状況、 看護の視点からの利用者 の評価									
	特記すべき事項									
	作成者	氏名:				職種:	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士			

病院・診療所・老健からの訪問リハのこと

# 訪問リハにおける診療医の要件

## 訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

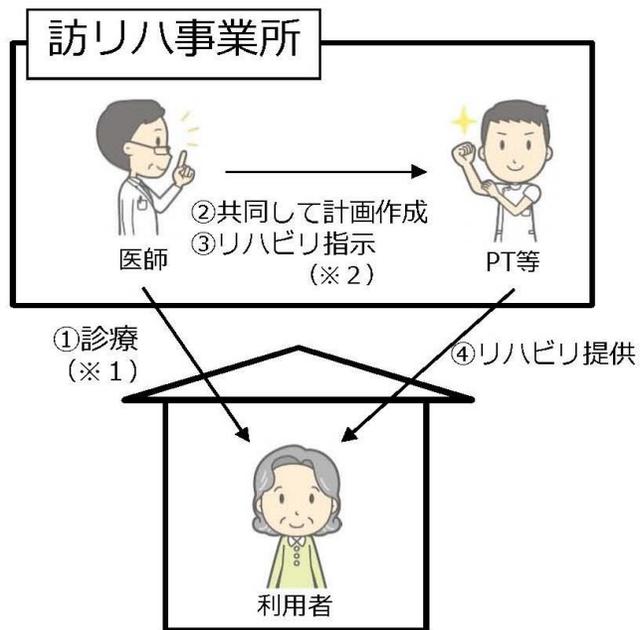
社保審 - 介護給付費分科会

第189回 (R2.8.19)

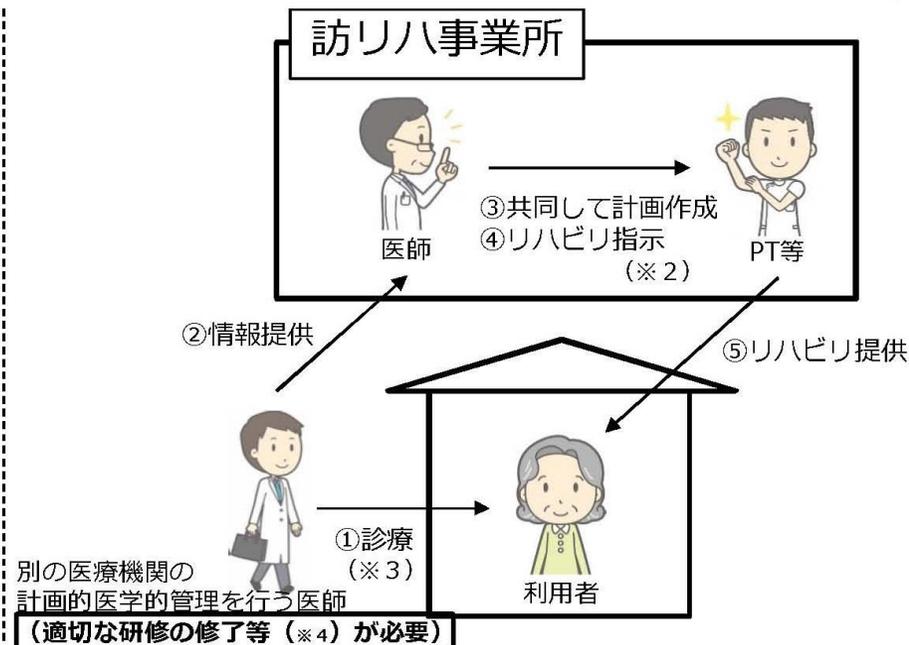
資料4

### ○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



307単位



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合

257単位 (50単位/回 減算)



# 訪問リハ事業所や通所リハ事業所の医師の指示

## 【医師の詳細な指示の明確化】

利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか一以上の指示を行うこと。

# 訪問看護指示書(リハ)のこと

	11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 ( )
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項			
-----			
II 1. リハビリテーション			
〔 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・( ) 分を週 ( ) 回 (注: <u>介護保険の訪問看護を行う場合に記載</u> )			
2. 褥瘡の処置等			
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理			
4. その他			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先			

回数と時間の指示はあるが、病院・診療所・老健からの訪問リハの指示のようなものはなくてもOK

訪問によるリハビリテーション

サービスとしての要件

# 訪問リハ及び訪看リハの対象者のこと

「通院が困難な利用者」について

訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

# 訪看リハの報告書の厳格化

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755007.pdf>

- 別紙様式1（訪問看護計画書）、別紙様式2（訪問看護報告書）、別紙様式2-（1）（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755868.xls>

# ⑪ 「(別添)理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護の詳細」について

イ「利用者氏名」「日常生活自立度」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」の欄には必要な事項を記入すること。

ロ「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容」の欄には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った指定訪問看護、家族等への指導、リスク管理等の内容について具体的に記入すること。

ハ「評価」の欄には、各項目について、主治医に報告する直近の利用者の状態について記入すること。

ニ「特記すべき事項」の欄には、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った訪問看護についてイからハまでの各欄の事項以外に主治医に報告する必要がある事項を記入すること。

# リハビリテーションの評価の期間のこと

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755018.pdf>

# リハビリテーションの目的

(1)リハビリテーションの目的について  
生活機能の低下した利用者に対するハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるように、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# リハビリテーションマネジメントとは

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。症状緩和のための取組（いわゆる理学療法として行うマッサージ）のみを漫然と行う場合はその必要性を見直すこと。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# リハビリテーションとは

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# 訪問・通所リハビリテーションにおけるマネジメント について

## リハビリテーション計画の見直し

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# リハビリテーションの提供期間のこと

- 医師との連携強化
- 通所リハ・訪問リハでの医師の指示の明確化
- 訪看リハでの報告書の厳格化
- リハマネ加算Ⅰの包括化

目的や期間を明確にして、漫然とした長期的サービスとならないようにすることが目的。

要支援のⅠ年超利用での減算はその第Ⅰ歩

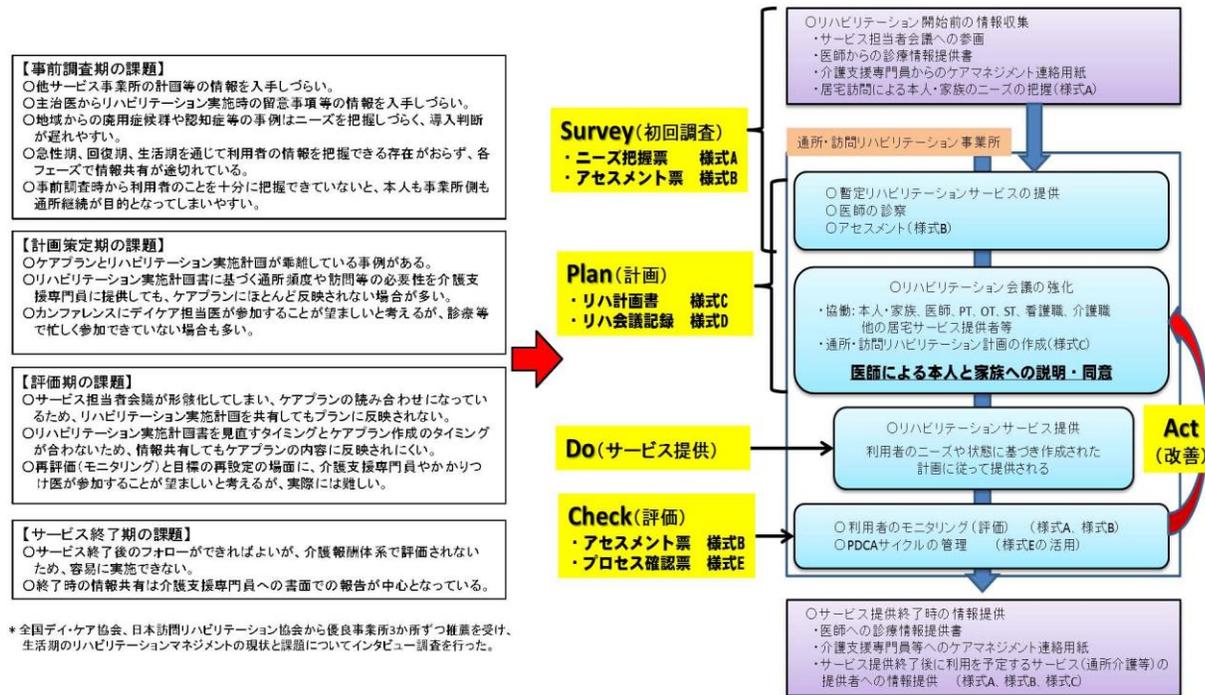
訪看リハにおける  
新規利用者の開始のための  
プロセス

## 新しいプロセスの導入が必要です!

- SPDCAサイクルを知っているセラピストはあなたの事業所にいますか？
- 2015年に公開された資料に掲載されている新しいリハビリテーションのstyleです。

# 高齢者の地域における新たなリハビリテーションのあり方検討会報告書

図表Ⅳ-② リハビリテーションマネジメントの課題点(左図)と見直し後の流れ図(右図)



\*全国デイ・ケア協会、日本訪問リハビリテーション協会から優良事業所3か所ずつ推薦を受け、生活期のリハビリテーションマネジメントの現状と課題についてインタビュー調査を行った。

高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
<input type="checkbox"/>	サービス開始時における情報収集	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の開催によるリハビリテーション計画書の作成	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他(            )) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )	
<input type="checkbox"/>	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)】 計画作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見(            )	
	【リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)又は(Ⅳ)】 医師によるリハビリテーション計画の利用者・家族への説明	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 変更・意見(            )	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション計画書に基づくリハビリテーションの提供	<input type="checkbox"/> リハビリテーションプログラムの内容 <input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅡ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他(            )	
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション会議の実施と計画の見直し	<input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )	
<input type="checkbox"/>	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従業者に対する日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報伝達	<input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )CM・CW・家族・その他(            )	
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する指導・助言の実施	<input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   ) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )	
<input type="checkbox"/>	サービスを終了する1月前以内のリハビリテーション会議の開催	<input type="checkbox"/> 参加者(本人・家族・医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・介護職員 介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他(            )) <input type="checkbox"/> (日付:   .   .   )	
<input type="checkbox"/>	終了時の情報提供	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他(            )	

**新規利用者さんの開始にあたって**  
**2024年に向けて実践すべきプロセス**

# SPDCAサイクルの「S」をきちんと実践

- サービス担当者会議、退院前カンファレンスへの参加
- 医師からの診療情報提供書、指示書などでの情報収集
- ケアマネジャーさんからの情報収集
- 居宅訪問による、本人・家族のニーズの把握

ケアプランの中身を定期的に確認する習慣が必要

# 「S」の実践を行ったうえで

- 訪問看護ステーションでは  
看護師とPT/OT/STによるミーティング

事業所内で検討の上で必要なことを決定する

訪問の頻度(週●回) 訪問の時間(20分・40分・60分)

訪問の期間(3カ月・6カ月)

リハビリテーションの目標や目的

# 最初が肝心

訪問看護⇒最初のオリエンテーション

での関わりがめちゃくちゃ重要

- 訪問のリハビリテーションは期間を明確にすることが必要なサービスであるということを説明する

訪問看護⇒管理者もしくは担当セラピスト

それらのオリエンテーションの後で、担当セラピストが目標を設定し、訪問のリハビリテーションを実施する

# 事業所として考えること

リハビリテーションの修了や期間限定の提供については

事業所の総意として取り組むことが必要であり、セラピストごとに判断が分かれるというものではない。

例外はあるかもしれませんが、長期的なサービスが必要なケースとそうでないケースは事業所として判断すべきこと

担当者が勝手に独自に判断すべきものではない。

# ダラダラとした訪看リハを避けるために！

## リハビリテーション計画の見直し

リハビリテーション計画は、指定訪問リハビリテーションにおいてはおおむね3月に1回、指定通所リハビリテーションにおいては、利用者の同意を得てから6月以内はおおむね1月に1回、6月超後はおおむね3月に1回、リハビリテーション会議の開催を通して、進捗状況を確認し、見直しを行うこと。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

リハビリテーションとは

事業所・チームとしての総力戦です

そのためにはリ・スタートが必要です

# 訪問看護ステーションでの経験から(1)

- リハスタッフが少数の事業所においては

リハのみの訪問は基本的には実施しないで、看護師の訪問との併用が必要なケースの依頼を中心に引き受けるようにする

訪問当初から週3回で開始するのではなく、週1回から開始し必要に応じて頻度を上げる(いったん増やした回数を減らすことは難しい)

訪問当初から週3回など行う場合は、「当初3カ月間は週3回で4カ月目以降については訪問回数を減らす」などと最初からきちんと説明する方が調整しやすい

## 訪問看護ステーションでの経験から(2)

PT/OT/STと看護師との連携は訪問看護ステーション  
においては必須

時間・場所・目的を共有するためには直行直帰ではな  
い勤務体系が必要

一緒に過ごすからこそいつでもカンファレンスができる

## リハ継続のためには 事業所内での定期的な検討が必要

- 少なくとも3カ月に1回程度の頻度での訪問によるリハビリテーションの継続の検討が必要
  - ⇒できれば看護師による毎月のアセスメントがあればベスト
- 訪問看護⇒看護師とセラピストの協業によるアセスメントをおこない、継続か修了かの判断を行う

訪看リハを実践するために  
事業所として考えるべきこと

# 訪問看護のリハビリテーション

- 管理者(看護師)が少数のリハ職を使いこなせることが肝心
- リハビリテーション部門のあり方を明確にする
- 管理者、看護師がリハビリテーションとの連携を密にすること
- リハビリテーションを実施するだけでなく、リハビリテーションをマネジメントするという視点が必要

## 大きくて悩ましい課題

- 病院から訪問領域に転向するスタッフの多くは、地域リハに関わりたいという一面と、**出来高だから現行よりも給与が増えると期待して転職するスタッフが多くいます。**
- そのため件数をこなすこと＝給与アップとなり、件数をこなすために訪問頻度を上げることもある
  - ⇒ 事業所的にも収益が増えてメリットはある

# 報酬改定から考える2024年以降も生き残る 目指すべき事業所のstyleは？

- 報酬改定では、訪問のリハは**期間限定**、**目標の明確化**、**活動と参加へのアプローチ**が求められている
- 出来高オンリーのリハの運営ではなく、**中身重視の運営**  
⇒ 給与体系の見直しも必要になります

# 訪看リハにおける看護師の関与のこと

- 介護報酬において、リハのみの訪問には3カ月位に1回の看護師の関与が必要
- これら将来的に回数が増え、診療報酬においても適用されるでしょう

## リ・スタートに必要な考え方

すべてのケースにおいて、看護とリハが関わる体制の構築が必要

看護のみのケースに対して、定期的に関ハスタッフがアセスメント

リハのみのケースに対して、定期的に関ハスタッフがアセスメント

# 2024年まで2年半

- 事業所の方針を明確にしよう！
- リハビリテーションの実施にあたりSPDCAサイクルを実践しよう
- 定期的なリハビリテーション計画の見直しをしよう
- 事業所の方針についてケアマネジャーさんや近隣の医師に繰り返し説明しよう！

# リハビリテーションの実施にあたって

- 訪問により達成すべき目標は何ですか？

⇒その目標は、ケアプランと整合性がとれていますか？

- その目標達成のために必要な期間はどれくらいですか？

⇒期間設定を行うために、適切なオリエンテーションやサービス担当者会議での、目標到達度合いの報告を行えていますか？

- 目標達成に必要な看護とリハの情報共有とアセスメントは行えていますか？

# リ・スタートで最も大切なこと

- 2024年同時改定まであと2年あります。
- 全ケースをリ・スタートさせることは不可能だし非効率的です。
- 2022年度からの新規ケースから、少しでもいいからリハと看護の連携と、本来の「リハビリテーション」の形の実践を始めること。

# リハビリテーションの目的

(1)リハビリテーションの目的について  
生活機能の低下した利用者に対するハビリテーションは、単に運動機能や認知機能といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、利用者が有する能力を最大限に発揮できるように、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることを目的とするものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# リハビリテーションマネジメントとは

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握（アセスメント）を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。症状緩和のための取組（いわゆる理学療法として行うマッサージ）のみを漫然と行う場合はその必要性を見直すこと。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

# リハビリテーションとは

リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、歯科医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、歯科衛生士、支援相談員等様々な専門職が協働し、また利用者の家族にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について