

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・訪問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」

## 報 告 書

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会

平成 28 (2016) 年 3 月

## 目 次

I	はじめに	1
II	調査結果の要約	3
III	調査結果報告	7
	第1章 本事業の概要	8
	第一節 背景と目的	8
	1. 背景	8
	2. 目的	8
	3. 事業内容	8
	第二節 実施体制	8
	1. 調査検討委員会	8
	2. 作業部会	9
	3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール	10
	第三節 調査の方向性と方法	10
	1. 対象と方法	10
	2. 調査票の配布および回収方法	10
	3. 調査期間	10
	4. データの分析	10
	5. 回収率	11
	6. 倫理的配慮	12
	第2章 調査結果	13
	1. 訪問リハビリテーション事業所の医師を対象としたアンケート（様式A）結果	13
	2. 訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を対象としたアンケート（様式F）結果	18
	3. 業務連携のある他サービス事業所の専門職（看護師、介護員、介護支援専門員）を対象としたアンケート（看護師；様式B、介護員；様式C、介護支援専門員；様式D）結果	25
	4. 利用者（家族）を対象としたアンケート（様式E）結果	37
	5. 生活混乱期・生活安定期・階段状低下期の利用者実態調査（様式①②③）結果	40
	6. 訪問リハビリテーション事業所の概要（様式G）結果	63
	7. ヒアリング調査（様式H）結果	64
IV	資料	77
	○実態調査アンケート（様式A～G）	78
	○利用者調査表① 生活混乱期（退院・退所直後～数か月）の利用者	92
	○利用者調査表② 生活安定期（退院後数か月以降）あるいは生活展開期の利用者	100
	○利用者調査表③ 生活機能階段状低下期あるいは終末期の利用者	108
	○実態調査アンケート（様式H）	116



# I はじめに

この度、本会は平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業「通所・訪問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」の採択を受け事業を実施いたしました。

平成 27 年度の介護報酬改定の「リハビリテーション」関連部分について目標としての国際生活機能分類（以下 ICF）における「活動と参加」が設定されていること、アプローチにおいても ICF における心身機能・活動・参加のバランスの取れたアプローチがなされていることが強調され、これら効果的に運用するためにあらためて、多職種における目標共有・協働を計画的に実施する目的でリハビリテーションマネジメント加算の見直しがなされました。

しかしながら、具体的なリハビリテーション会議の持ち方や多職種協働の在り方、帳票類の活用などについては明確ではありません。また、訪問リハビリテーションにおける要介護等の様態に応じたサービス提供内容や訪問リハビリテーションの実施方法の標準化にむけたマニュアルなども必要とされています。

本事業では、介護報酬上の「訪問リハビリテーション」サービスにおけるリハビリテーションマネジメントの現況を把握し、その実施の在り方を検討することを目的としております。調査ではまず、リハビリテーションマネジメント関連の実施項目について、訪問リハビリテーションに係る事業所・実務者および関連する多職種にアンケートおよびヒアリングをいたしました。その結果をもって本調査委員会においての検討を行いました。また、マニュアル（案）を作成し、実務者向けに、途中経過報告会を兼ね研修会を開催し検討の一助といたしました。このような経過を踏まえ、最終的に本報告書となりました。

最後に、本調査委員会を構成していただいた委員の方をはじめ、協力をいただいた多くの実務者の方々に御礼を申し上げますと共に、本報告書が「訪問リハビリテーション」サービスが適切に運用される端緒となれば幸いです。

平成 28 年 3 月

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会  
会 長 宮田 昌司



## Ⅱ 調査結果の要約

## 1. 目的

本調査の目的は、リハビリテーションマネジメント（以下、リハマネジメントとする）に基づき、すべての訪問リハビリテーション事業所が効果的且つ適切にサービス提供が実施できるよう、現状と課題を明らかにするとともに、今後に向けた対策を提示することとした。

## 2. 対象と方法

対象は、訪問リハビリテーション事業所として登録のある本協会所属の施設会員及び個人会員 753 事業所から所在場所の偏りを補正しつつ無作為抽出した 400 事業所とし、アンケート調査（郵送にて配布及び回収）を実施した。

また、所在場所の偏りを補正しつつ本協会理事が選出した 47 事業所を対象にヒアリング調査（電話又は訪問での聞き取り）を実施した。

## 3. 調査期間

アンケート調査については、平成27年9月1日から実施し、同年12月1日到着分までを有効回答とし集計を行った。また、ヒアリング調査については、平成27年11月1日から同年12月1日の期間で実施した。

## 4. 主な調査内容

### 1) アンケート調査

- ① 訪問リハビリテーション事業所の医師を対象としたアンケート（様式A）
  - ・管理者としての業務
  - ・主治医との連携
  - ・リハビリテーション実施計画書の説明 等
- ② 訪問リハビリテーションに従事するリハビリテーション専門職を対象としたアンケート（様式F）
  - ・リハマネジメントの状況
  - ・訪問リハビリテーションの実施について 等
- ③ 訪問している看護師、介護員、介護支援専門員を対象としたアンケート（様式B, C, D）
  - ・情報共有について
  - ・訪問リハビリテーションサービスについて
  - ・利用者の生活の変化について 等
- ④ 利用者（或いは家族）を対象としたアンケート（様式E）
  - ・リハビリテーションの計画について
  - ・生活の変化について 等
- ⑤ 訪問リハビリテーションを提供する事業所を対象とした利用者に関する生活期別（生活混乱期／生活安定期・生活展開期／階段状低下期・終末期）のアンケート（利用者調査様式①②③）
  - ・利用者の基本情報
  - ・訪問リハビリテーションの実施状況
  - ・リハビリテーション会議の開催状況
  - ・訪問リハビリテーションの目的や実施プログラム
  - ・訪問リハビリテーションによる心身機能や生活の変化（開始時・現在）等

⑥ 訪問リハビリテーション事業所を対象とした業務全般に関するアンケート  
(様式G)

- ・リハビリテーション専門職従事者数
- ・訪問リハビリテーション実績
- ・訪問リハビリテーション終了理由 等

2) ヒアリング調査 (様式H)

- ・自立支援のために効果的と思われる他職種との連携方法
- ・効果的な実践に関する具体的な取り組み事例や工夫事例 等

## 5. 調査に関する回答回収割合

	送付数	回収数	回収率 (%)
様式 A (対象; 訪問リハ事業所医師)	400	95	23.8
様式 B (対象; 訪問に従事している看護師)	400	87	21.8
様式 C (対象; 訪問に従事している介護員)	400	75	18.8
様式 D (対象; 介護支援専門員)	400	100	25.0
様式 E (対象; 訪問リハ利用者若しくは家族)	400	105	26.3
様式 F (対象; 訪問リハに従事しているリハ専門職)	400	127	31.8
様式 G (対象; 訪問リハ事業所)	400	126	31.5
様式 H (対象; 訪問リハに従事しているリハ専門職)	47	45	95.7
利用者調査様式① (対象; 生活混乱期の利用者)	400	123	30.8
利用者調査様式② (対象; 生活安定期・展開期の利用者)	400	120	30.0
利用者調査様式③ (対象; 階段状低下期・終末期の利用者)	400	116	29.0

## 6. 調査結果

① 訪問リハビリテーション事業所の医師を対象としたアンケート (様式 A)

リハビリテーション実施計画書の説明については 33.3%の割合で実施されていた。訪問リハビリテーションが有効な状況として、「退院及び退所直後」という回答割合が最も多く、訪問リハビリテーションを導入する際の判断材料として、セラピストや介護支援専門員からの報告や提案の割合が各々22.4%、22.0%と多かった。

訪問リハ終了時の判断材料としてはセラピストからの報告提案という回答割合が最も多かった。

② 訪問リハビリテーションに従事するリハビリテーション専門職を対象としたアンケート (様式F)

リハマネジメント加算について、算定割合では加算Ⅰのみが最も多く 65.4%を占めていた。一方、加算Ⅱのみの算定は 1.6%となっていた。

プロセス管理 (リハマネジメント) について、リハマネジメントの実践に伴い



業務が増加したという回答が 94.9%となっており、業務を効率的に行うためにスタッフ間での業務分担や書式を簡略化するなど対応を行っていた。また、訪問リハビリテーション計画を説明する際には、利用者の予後や訪問リハの実施機関についての説明に難渋しており、各々35.0%、20.0%で難渋していると回答されていた。

訪問リハ修了については、修了時に利用者本人との意向が合致している割合は80.8%であったが、修了に際しては、本人や家族の同意が得られにくい状況であったり、訪問リハ修了後の受け皿となるサービスが少ないといった課題が挙げられた。

③ 訪問している看護師、介護員、介護支援専門員を対象としたアンケート（様式B, C, D）

リハマネジメントの認識について、看護師では65.9%、介護員では63.0%、介護支援専門員では97.0%が理解していた。また、リハマネジメント導入に伴う利用者の生活の改善についても、看護師で54.6%、介護員で68.6%、介護支援専門員で66.7%が改善したと回答しており、各々の支援計画にも高い割合で反映されている（特にケアプラン）。

各職種が訪問リハビリテーションから取得している情報と提供を希望する情報との差異について、看護師の場合には「本人や家族の希望に関する情報」や「個人因子」、介護支援専門員の場合には「ADL 評価の結果」や「環境因子」さらには「予後予測に関する情報」などにおいて差異が大きくなっていた。介護員の場合には大きな差異は見られなかった。

訪問リハ終了時期に関する判断について、看護師では「本人や家族の満足度」が33.3%と最も高く、介護員では「本人や家族の満足度」や「（身体）機能の回復」が22.5%と最も高く。介護支援専門員では「社会参加」が23.5%と最も高かった。

④ 利用者（或いは家族）を対象としたアンケート（様式E）

訪問リハに関する計画の説明については97.1%が説明を受けていた。また、計画への本人や家族の意向の反映については96.1%で「反映されていた」と回答していた。

訪問リハの実施により、介護負担では85.5%、身の回りの動作能力では81.9%、外出頻度では64.5%で改善を認識していた。

⑤ 生活期或いは要介護度別の訪問リハビリテーションの状況や効果

生活期或いは要介護度別に見た際に訪問リハの実施内容には差異があり、各々の状態別でのアプローチが重要であることが再確認された。

また、BPSD、HDS-R、ADL（FIM）IADL（FAI）について、特定の時期や要介護度において訪問リハ開始以後に改善が認められたものもあったが、全体としての関連性を結びつけるには至らなかった。

⑥ ヒアリング調査について

ヒアリング調査の結果を参照頂きたいが、今回のヒアリング結果から、様々な取り組みが為されていることが再確認されるとともに、リハマネ加算において、リハマネジメントが訪問リハ従事者に対しても利用者や他職種に対しても好影響を及ぼしているという肯定的意見が多く寄せられていた。

### Ⅲ 調查結果報告

## 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・協働して訪問リハビリテーションサービスが計画的に実施されることを目的に、訪問リハビリテーションマネジメント加算が新設された。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訪問リハビリテーションの提供が重要である。また、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、これは平成27年度の実績をもとに平成28年度より算定できるものである。一方で、リハビリテーションマネジメントにおける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、訪問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、訪問リハビリテーションの適切なサービス提供について、すべての訪問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

全国の訪問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、①SPDCAサイクルの実態として介入までの期間や事前の情報収集の方法から終了までの状況を明らかにすること、②多職種との連携を前提としたリハビリテーションマネジメントの実践状況を明らかにすること、③訪問リハビリテーションが介護保険領域でリハビリテーションマネジメントを実践し利用者の社会参加へ影響を与えているかどうか明らかにすることを目的とした。また、利用者調査では①生活段階別、要介護度別等の標準的な訪問リハビリテーションの内容を時間、頻度、目標、提供内容、生活機能の変化量等から明らかにすること、②要介護度別、生活段階別に効果的・効率的な提供方法を明らかにすること、③リハビリテーションマネジメント加算の実施状況において、目標・提供プログラム内容・今後の方針・計画書の評価およびライフスペースアセスメント等の違いを明らかにすること、④適正な終了と継続の判断を検討することを目的とし、それらについての課題を把握した。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践状況を把握し、訪問リハビリテーションマネジメントの効果的な運用の実施マニュアルを作成した。

調査の構成は実態調査（郵送調査）を平成27年9月～12月に実施し、結果から対象施設を検討して、ヒアリング調査（実地調査）を平成27年11月～12月に実施した。

### 第二節 実施体制

#### 1. 調査検討委員会

委員長	水間 正澄	学校法人 昭和大学	医学部リハビリテーション学講座	教授
委員	梅津 裕一	一般社団法人	日本リハビリテーション病院・施設協会	常務理事
委員	鈴木 邦彦	公益社団法人	日本医師会	常任理事
委員	上野 桂子	一般社団法人	全国訪問看護事業協会	副会長

委員	鷺見	よしみ	一般社団法人	日本介護支援専門員協会	会長
委員	七戸	キヨ子	全国ホームヘルパー協会	副会長	
委員	中村	春基	一般社団法人	日本作業療法士協会	会長
委員	伊藤	滋唯	公益社団法人	日本理学療法士協会	
委員	船橋	庄司	一般社団法人	日本言語聴覚士協会	

\* 敬称略、委員は順不同

#### オブザーバー

追井	正深	厚生労働省老健局老人保健課	前課長
村井	千賀	厚生労働省老健局老人保健課	課長補佐
福本	怜	厚生労働省老健局老人保健課	課長補佐

#### 2. 作業部会

##### 調査研究部会

部会長	上岡	裕美子	茨城県立医療大学	保健医療学部理学療法学科	教授
部員	飯島	弥生	つくばケアセンター		
部員	植木	芳恵	茨城県立医療大学		
部員	中里	和浩	いちほら病院		
部員	名越	崇博	介護老人保健施設	シオン	
部員	細田	忠博	ケアセンター元気館		
部員	村瀬	文康	訪問看護ステーションほたる		

##### マニュアル・報告書作成部会

部会長	播磨	孝司	さっぽろ在宅医療クリニック	課長
部員	兒玉	健宏	医療法人 新さっぽろ脳神経外科病院	
部員	竹内	季恵	秀友会 在宅リハビリ	
部員	長尾	俊	介護老人保健施設 はるにれ	

\* 敬称略、順不同

#### 事務局

宮田	昌司	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	会長
齋藤	正美	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	事務局長
三浦	祐司	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	理事
鈴木	英樹	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	理事
内藤	麻生	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	理事
若山	裕正	一般社団法人	日本訪問リハビリテーション協会	事務局

### 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7月21日	第1回 調査検討委員会
平成27年7月29日	第1回 調査研究部作業部会
平成27年9月24日	第1回 マニュアル部作業部会
平成27年11月18日	第2回 調査研究部作業部会
平成27年12月1日	第2回 マニュアル部作業部会
平成27年12月11日	第2回 調査検討委員会
平成27年12月28日	第3回 調査研究部作業部会
平成28年2月10日	第3回 マニュアル部作業部会
平成28年2月20日	第4回 マニュアル部作業部会
平成28年3月1日	第3回 調査検討委員会

#### 第三節 調査の方向性と方法

##### 1. 対象と方法

日本訪問リハビリテーション協会会員施設を対象としたアンケート調査を実施した。訪問リハビリテーション事業所として登録のある施設会員・個人会員 753 事業所から地域のばらつきを補正しつつ 400 事業所をランダムに選択した。また、ヒアリング施設は、地域の偏りを補正し理事推薦 47 事業所とした。

##### 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、電話や直接の聞き取り調査とした。

##### 3. 調査期間

[実態調査アンケート及び利用者調査票]

平成27年9月1日から実施し、同年12月1日到着分までを有効回答とした。

[ヒアリング調査]

平成27年11月1日から同年12月1日までに実施した。

##### 4. データの分析

###### ①調査項目

主な調査項目は、以下の通りである。

訪問リハビリテーション事業所の医師を対象としたアンケート（様式A）

- ・リハビリテーションマネジメントの状況
- ・主治医との連携について
- ・診療状況 等

訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を対象としたアンケート（様式F）

- ・リハビリテーションマネジメントの状況
- ・訪問リハビリテーションの実施について 等

業務上連携している他の専門職（看護師、介護員、介護支援専門員）を対象としたアンケート（様式B、C、D）

- ・情報共有について
- ・訪問リハビリテーションサービスについて
- ・利用者の生活の変化について 等

利用者もしくは家族を対象としたアンケート（様式E）

- ・リハビリテーションの計画について
- ・生活の変化について 等

訪問リハサービス提供事業所 利用者調査票（様式①②③）

（生活混乱期／生活安定期・生活展開期／階段状低下期・終末期）

- ・利用者基本情報
- ・訪問リハビリテーション実施状況
- ・リハビリテーション会議状況
- ・リハビリテーションの目的とプログラム
- ・訪問リハビリテーションに関する評価（開始時・現在）
- ・幸福度 等

訪問リハビリテーション事業所 事業所票（様式G）

- ・リハビリテーション専門職従事者数
- ・訪問リハビリテーション実績
- ・訪問リハビリテーション終了理由 等

訪問リハビリテーション事業所 ヒアリング調査（様式H）

- ・新規利用について
- ・自立支援に効果的な他職種との連携方法
- ・効果的な実践に関する取り組み事例・工夫事例 等

## ②解析方法

得られたデータは単純集計およびクロス集計等を行い、集計後、必要に応じて統計的分析を行った。

## 5. 回収率

	送付数	回収数	回収率 (%)
様式 A（対象；訪問リハ事業所医師）	400	95	23.8
様式 B（対象；訪問に従事している看護師）	400	87	21.8
様式 C（対象；訪問に従事している介護員）	400	75	18.8
様式 D（対象；介護支援専門員）	400	100	25.0
様式 E（対象；訪問リハ利用者若しくは家族）	400	105	26.3
様式 F（対象；訪問リハに従事しているリハ専門職）	400	127	31.8
様式 G（対象；訪問リハ事業所）	400	126	31.5
様式 H（対象；訪問リハに従事しているリハ専門職）	47	45	95.7
利用者調査様式①（対象；生活混乱期の利用者）	400	123	30.8
利用者調査様式②（対象；生活安定期・展開期の利用者）	400	120	30.0
利用者調査様式③（対象；階段状低下期・終末期の利用者）	400	116	29.0

## 6. 倫理的配慮

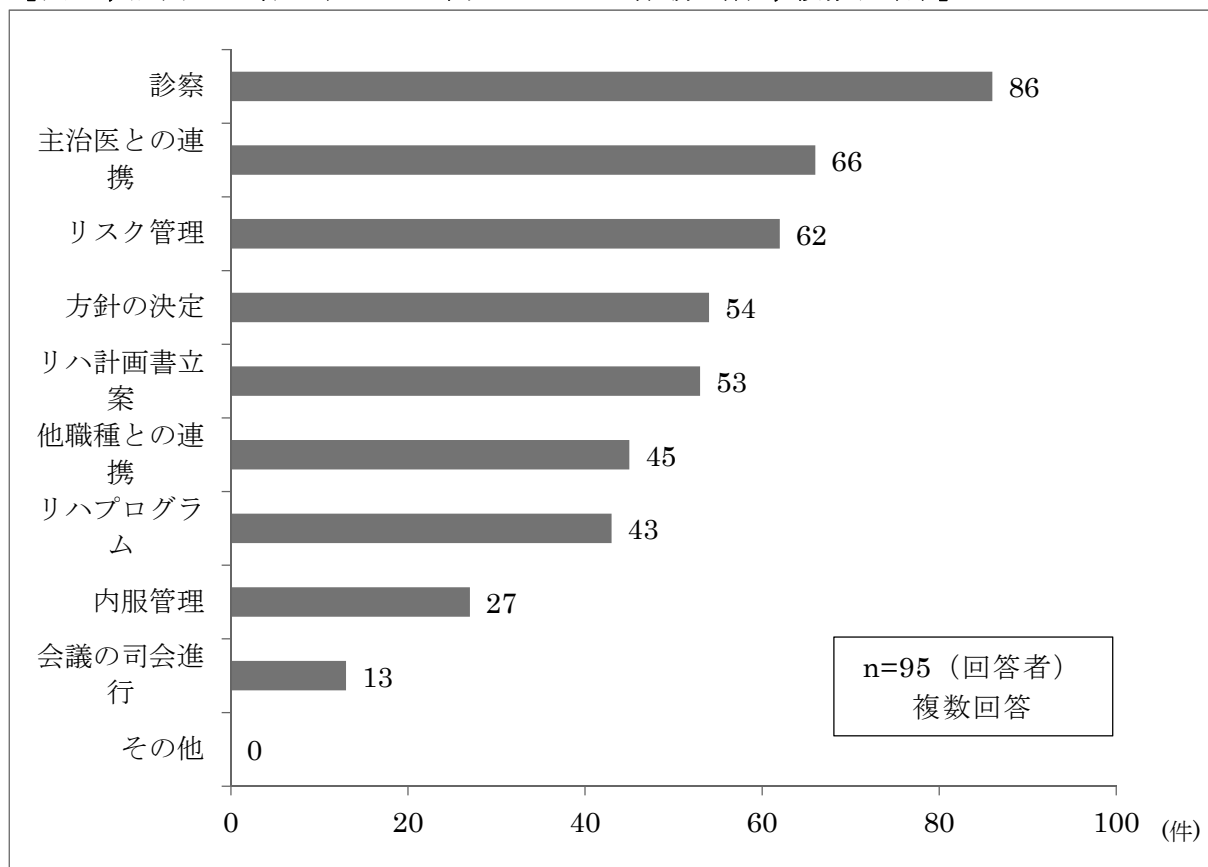
調査依頼文書にて調査の目的や内容等を説明し、調査への同意が得られた事業所に回答を依頼した。また、回答は無記名とし、調査内容や個人、事業所が特定されないよう十分に配慮した。調査対象者等には評価時の質問、記入等の負担以外には医学的不利益は生じない。多施設共同観察疫学研究であるため、研究対象者からのインフォームド・コンセントは必要としない（疫学指針，第3，1（2）②）が、本研究では、研究対象者に評価の必要性に関する説明を行ない、同意を得てから調査を開始した。

## 第2章 調査結果

### 1. 訪問リハビリテーション事業所の医師を対象としたアンケート結果（様式A）

訪問リハビリテーションの遂行に係る管理者としての業務、リハビリテーション実施計画書の説明等についての調査である（図1～7）。

【図1；訪問リハ管理者として関わっている業務（件；複数回答）】

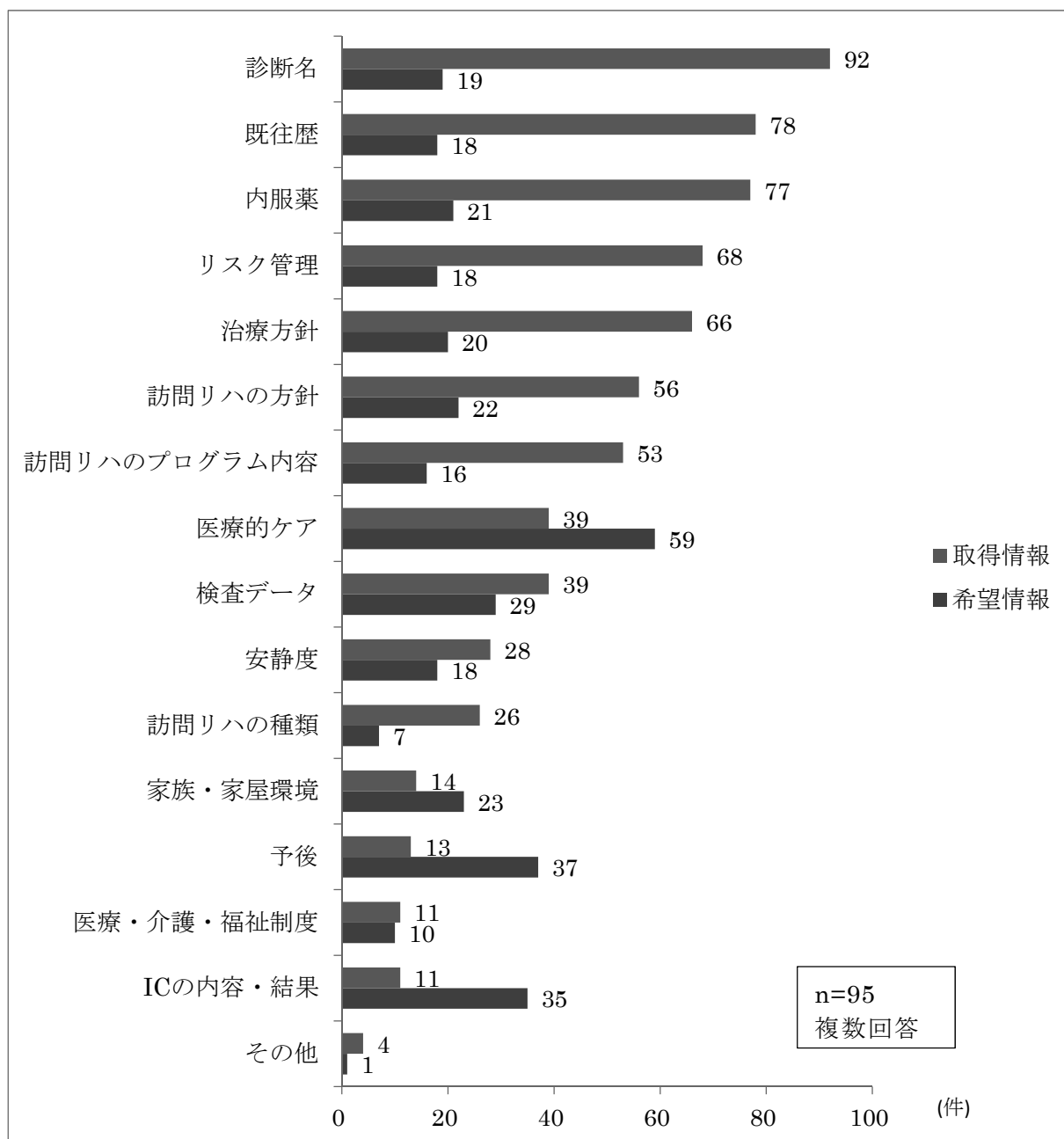


設問；訪問リハ管理者（医師）として関わっている業務は何ですか（複数回答可）

診察が一番多く 86 件、次いで主治医との連携 66 件、リスク管理 62 件であった。会議の司会進行は 13 件であった。



【図 2；訪問リハを実施する上で取得している情報と取得を希望する情報（件；複数回答）】

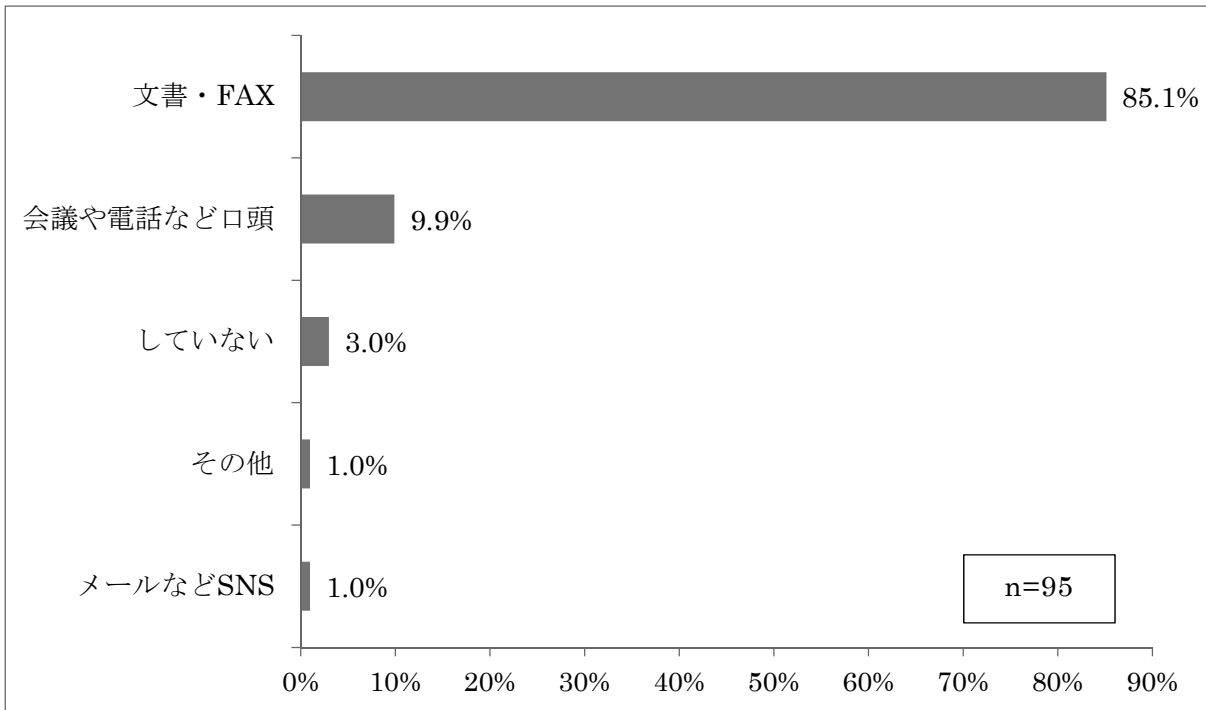


設問；診療情報提供書（リハ指示書）で基本情報を除き、取得している情報は何ですか（複数回答可）。また、基本情報を除いた情報で希望する情報は何ですか（複数回答可）

情報提供している項目では、診断名が 92 件、次いで既往歴 78 件、内服薬 77 件であった。医療・介護・福祉制度、IC の内容・結果については 11 件であった。

提供を希望する情報項目では、医療的ケアが 59 件、次いで予後 37 件、I C の内容・結果 35 件であった。訪問リハビリテーションの種類は 7 件であった。

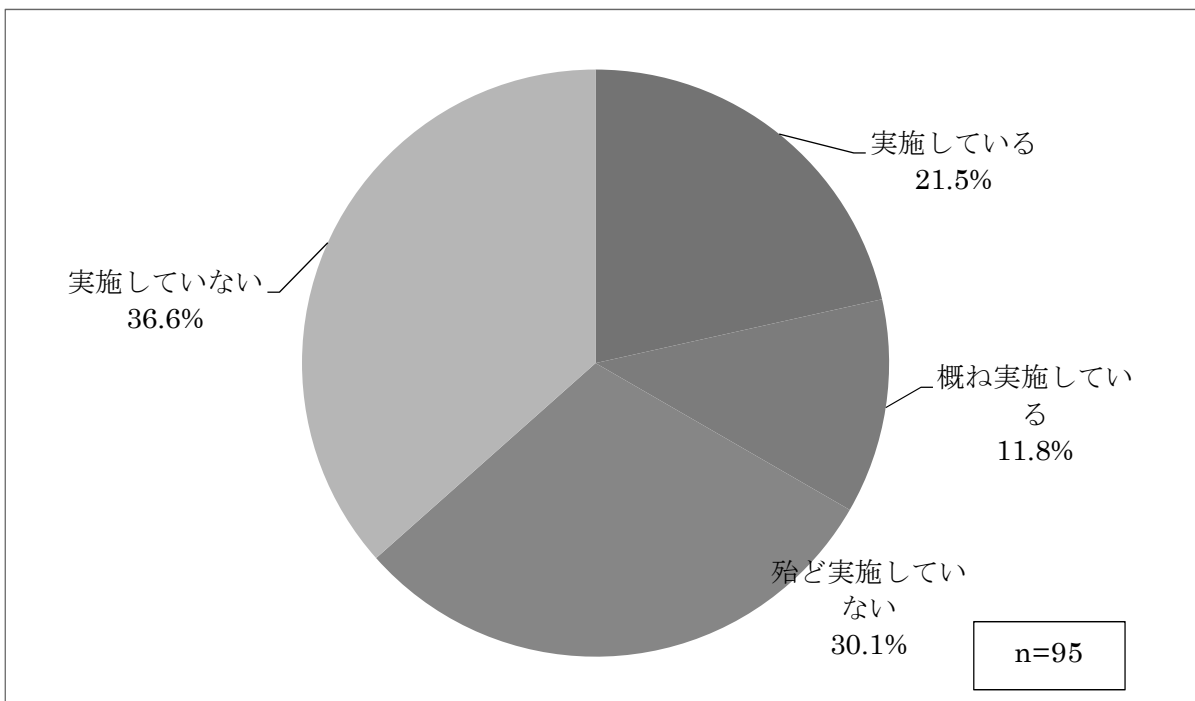
【図 3：主治医との連携方法（％）】



設問；訪問リハビリテーション事業所の医師が主治医と連携をとる手段は何ですか

最も多かったのは文書・FAXで85.1%であった。次いで会議や電話など口頭9.9%であった。していないとの回答も3.0%あった。

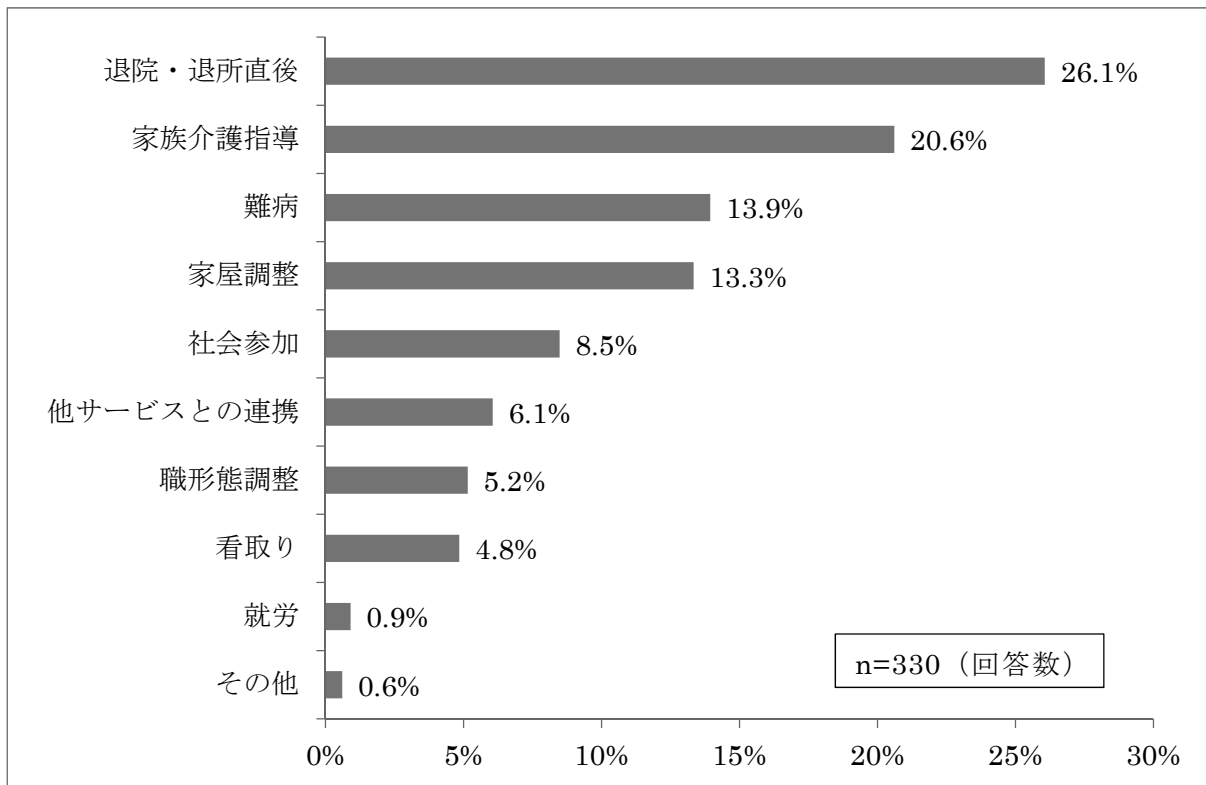
【図 4：リハビリテーション実施計画書の説明（％）】



設問；リハビリテーション実施計画書の説明を訪問リハ事業所の医師がしていますか

実施しているが21.5%、概ね実施しているが11.8%であった。一方、殆ど実施していないと実施していないが合わせて66.7%となっていた。

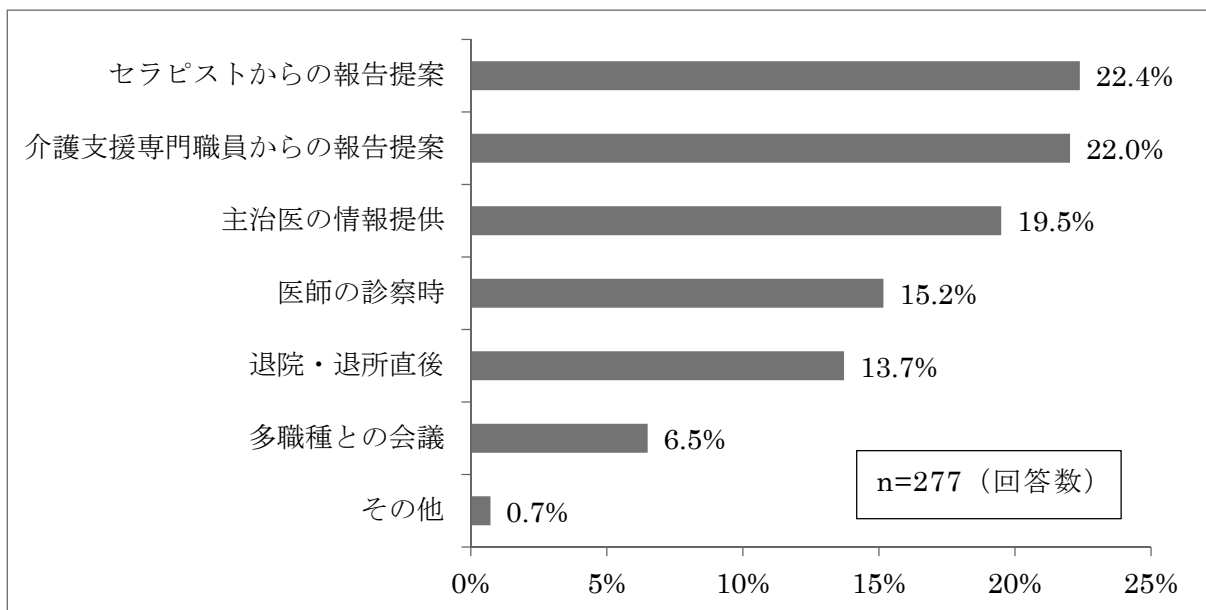
【図5：訪問リハビリテーションが有効と考えられる状況（％：複数回答）】



設問；訪問リハビリテーションサービスが有効と思う事例は何ですか（3つ選択）

退院・退所直後が最も多く26.1%、次いで家族への介護指導が必要な状況時が20.6%、難病のケースが13.9%の順となっていた。

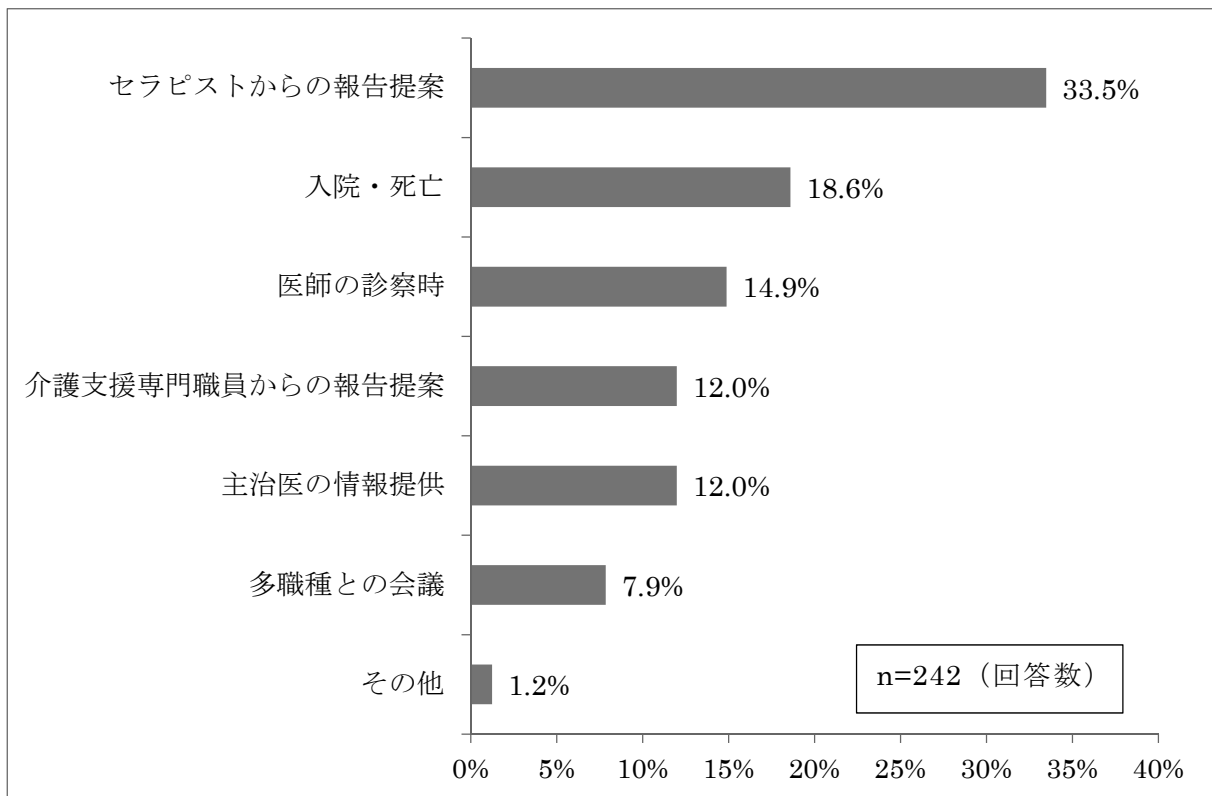
【図6：訪問リハビリテーションを導入する際の判断材料（％：複数回答）】



設問；訪問リハビリテーションを導入する際の判断は何ですか（複数回答可）

セラピストからの報告や提案が最も多く22.4%、次いで介護支援専門員からの報告や提案22.0%、主治医の情報提供19.5%の順となっていた。

【図7：訪問リハビリテーションを修了する際の判断材料（%：複数回答）】



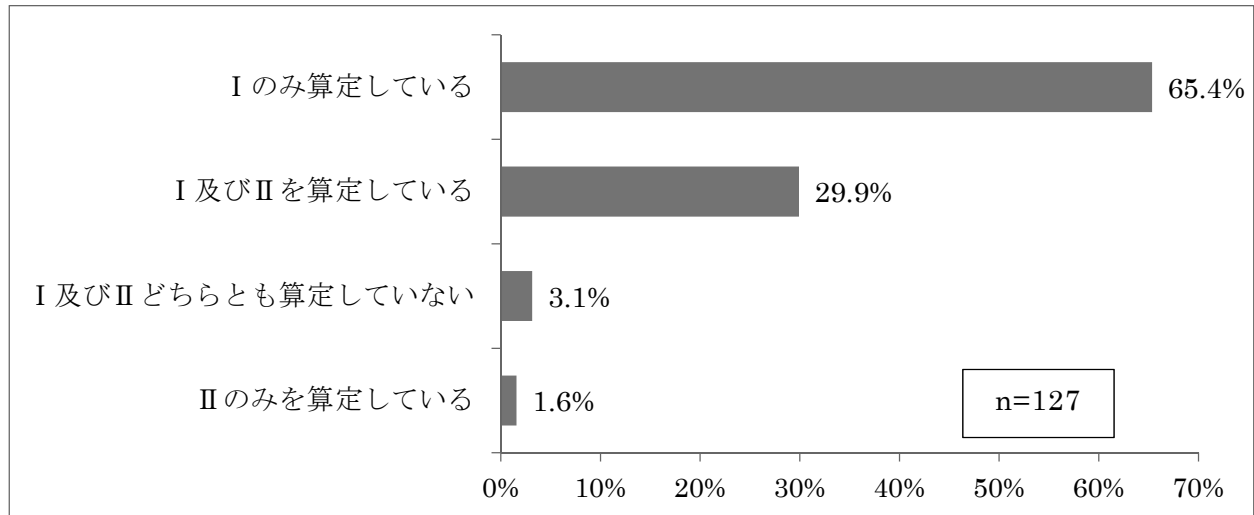
設問；訪問リハを修了する際の判断は何ですか（複数回答可）

セラピストからの報告や提案が 33.5% ともっとも多く、次いで、訪問リハビリテーション利用者の入院や死亡が 18.6%、医師の診察による判断が 14.9% の順となっていた。一方、多職種による会議に基づく利用者の訪問リハ修了は 7.9% となっていた。

2. 訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）を対象としたアンケート結果（様式F）

訪問リハビリテーションの遂行に係る業務内容や訪問リハビリテーションに対する意識等についての調査である（図8～18）。

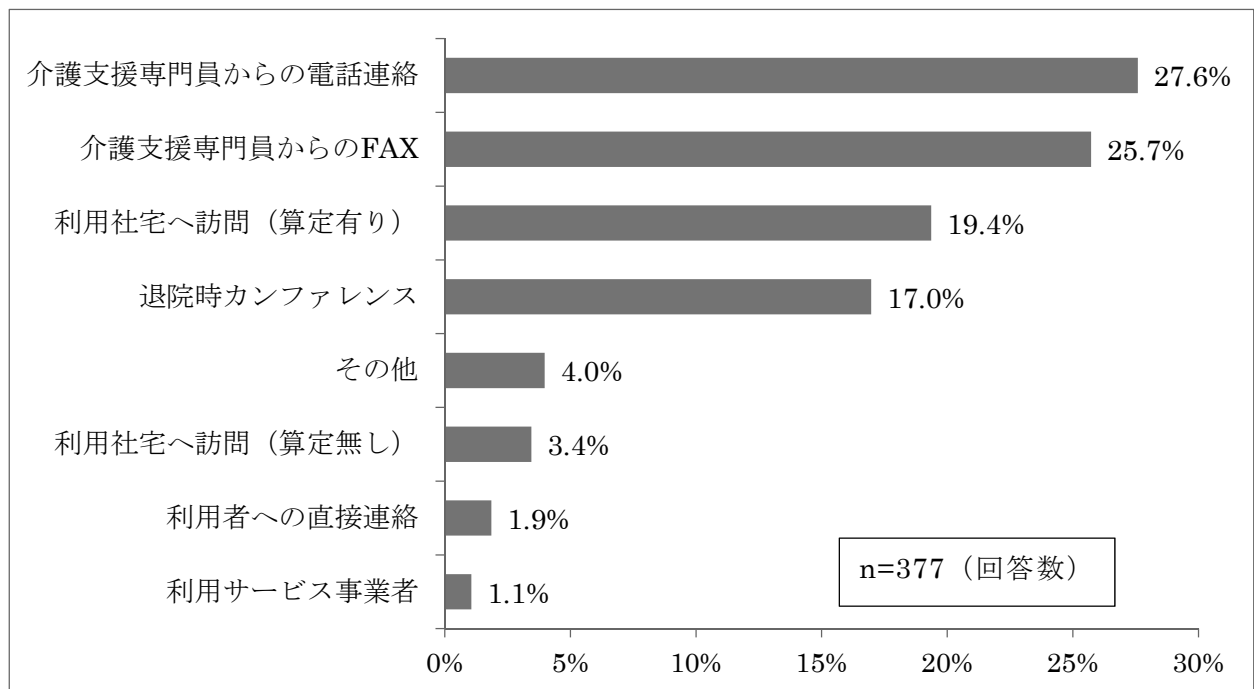
【図8：リハビリテーションマネジメント加算の算定状況（％）】



設問；リハビリテーションマネジメント加算 I または II を算定していますか

加算 I のみ算定しているが 65.4% と最も多く、次いで加算 I 及び II を算定しているが 29.9% であった。加算 II のみ算定しているは 1.6% であった。

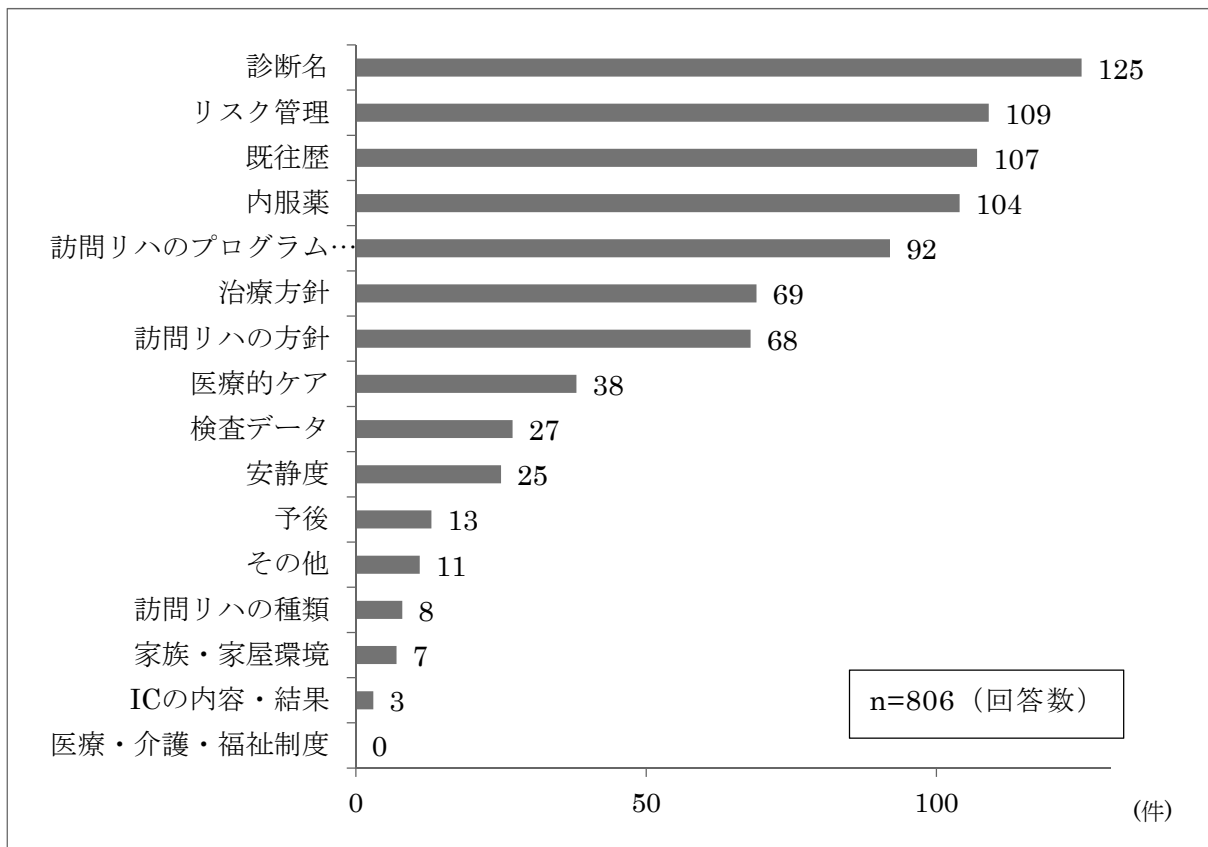
【図9：訪問リハビリテーション開始時の情報収集方法（％：複数回答）】



設問；訪問リハビリテーション開始時、基本情報の収集方法は何ですか（3つを選択）

介護支援専門員からの電話連絡が最も多く 27.6%、次いで介護支援専門員からの FAX 連絡が 25.7% であった。

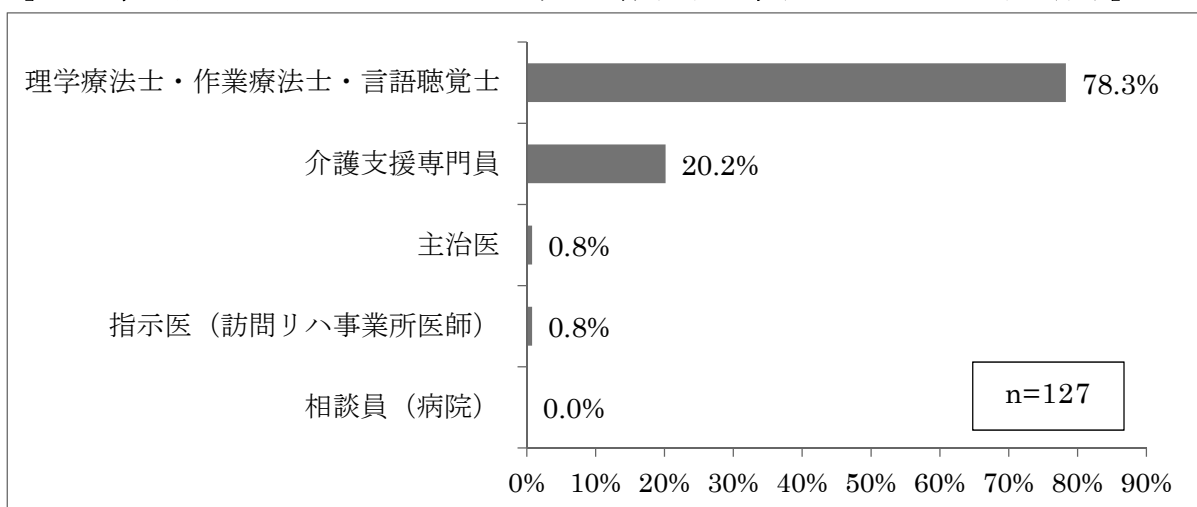
【図 10；訪問リハビリテーション開始時に提供されている情報（件：複数回答）】



設問；訪問リハビリテーション開始時、診療情報提供書で提供されている情報は何か  
(複数回答可)

診断名が 125 件と最も多く、次いでリスク管理 109 件、既往歴 107 件、内服薬 104 件、訪問リハビリテーションプログラムの内容 92 件の順となっていた。

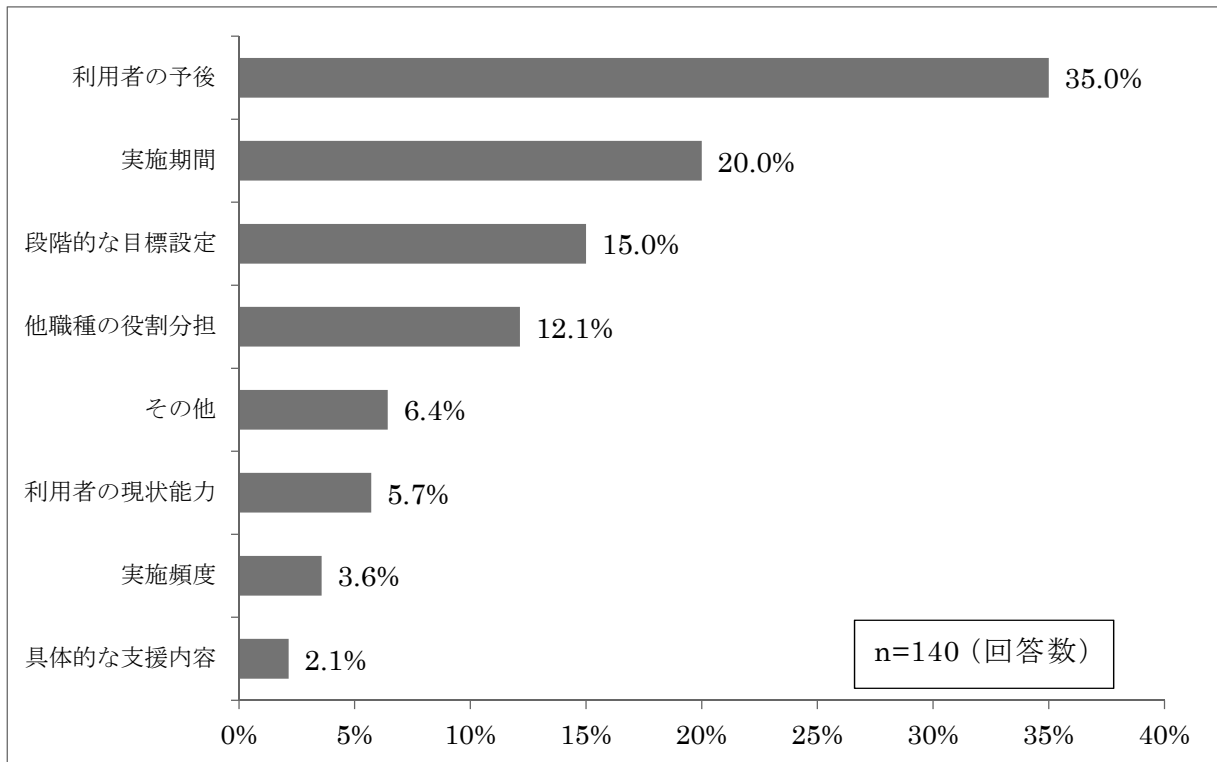
【図 11；訪問リハビリテーションの導入に伴う本人家族への主な説明者（%）】



設問；訪問リハビリテーションの開始から終了までのプロセスについて、利用者・家族に説明を行った職種は誰ですか

リハ専門職が最も多く 78.3%であった。次いで介護支援専門員が 20.2%であった。

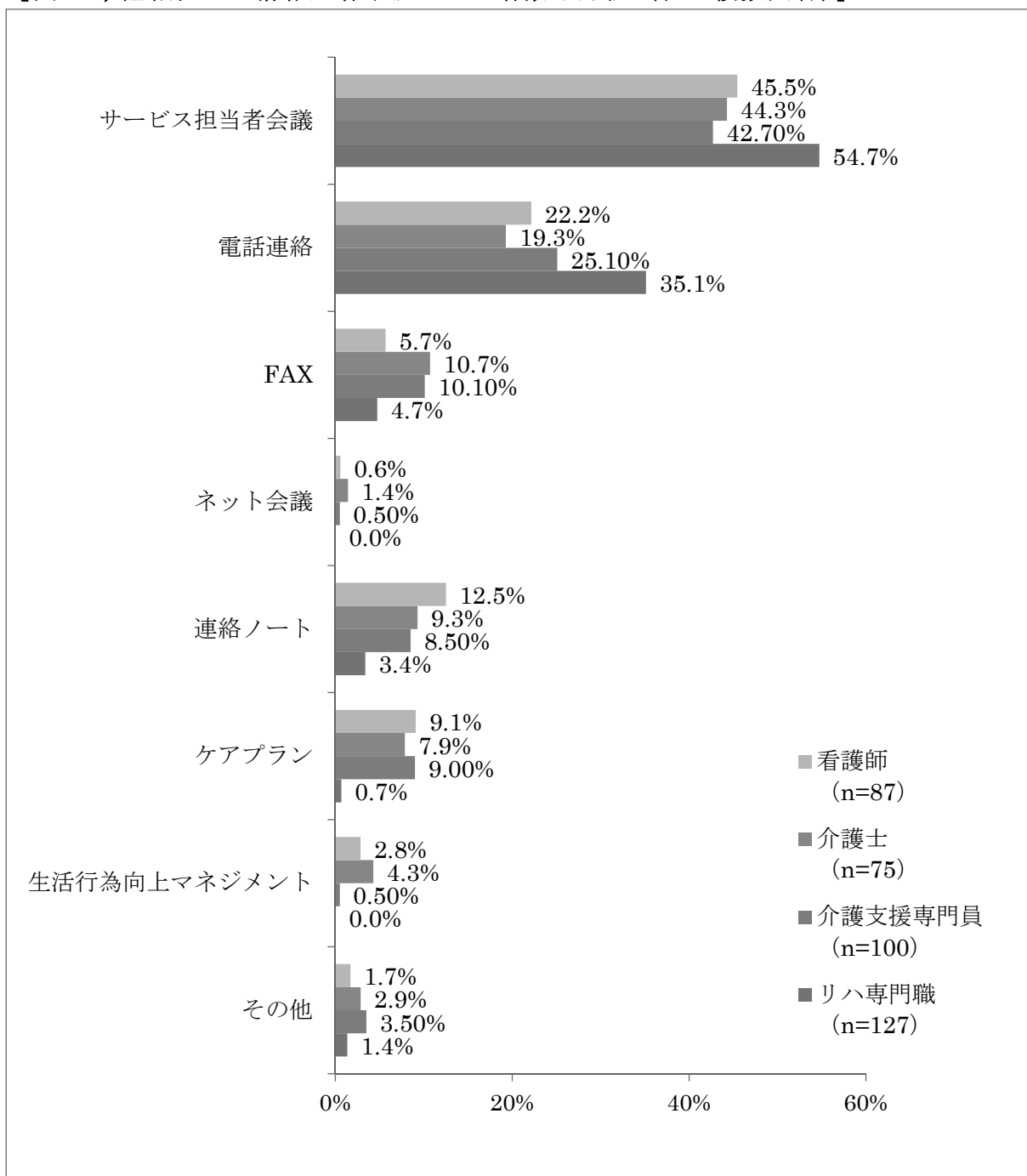
【図 12；訪問リハビリテーション計画の説明時に難渋すること（%；複数回答）】



設問；具体的な自立支援に向けた目標について説明する際、困難と感ずることは何ですか

利用者の予後が最も多く 35.0%、次いで実施期間が 20.0%、段階的な目標の設定に関する説明 15.0%、他職種との役割分担が 12.1 の順となっていた。

【図 13；他職種との情報共有手段として有効な方法（%：複数回答）】

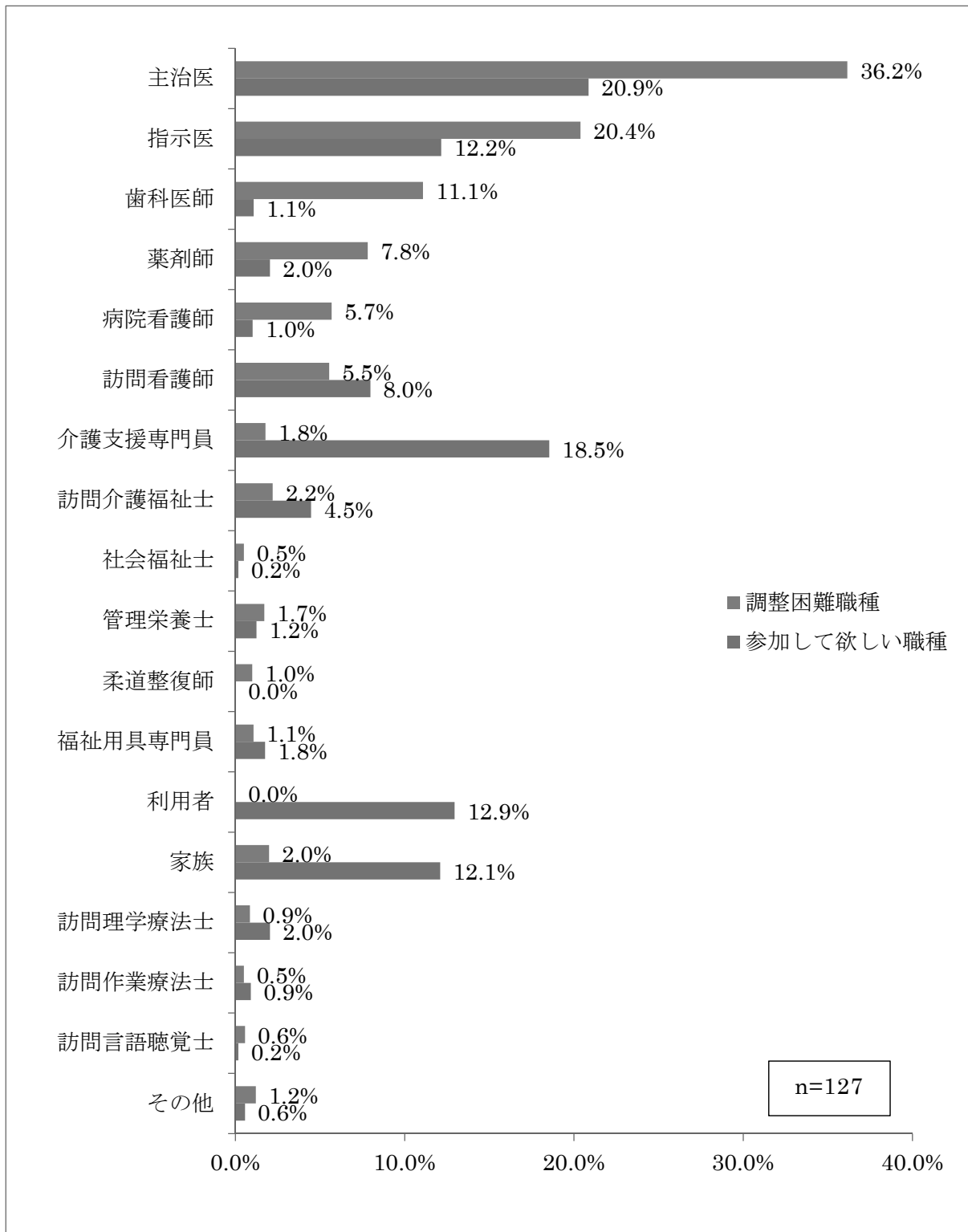


設問；訪問リハビリテーション計画上の情報共有を行う際に最も有効な手段は何ですか

- ◆回答者；訪問リハビリテーションと連携のある訪問看護師  
サービス担当者会議が 45.5%であり、次いで電話連絡 22.2%であった。
- ◆回答者；訪問リハビリテーションと連携のある訪問介護士  
サービス担当者会議が 44.3%であり、次いで電話連絡 19.3%であった。
- ◆回答者；訪問リハビリテーションと連携のある介護支援専門員  
サービス担当者会議が 42.7%であり、次いで電話連絡 25.1%であった。
- ◆回答者；訪問リハビリテーションを実施している療法士  
サービス担当者会議が 54.7%であり、次いで電話連絡 35.1%であった。



【図 14;リハビリテーション会議への参加調整困難な職種と参加を要望する職種(%)】



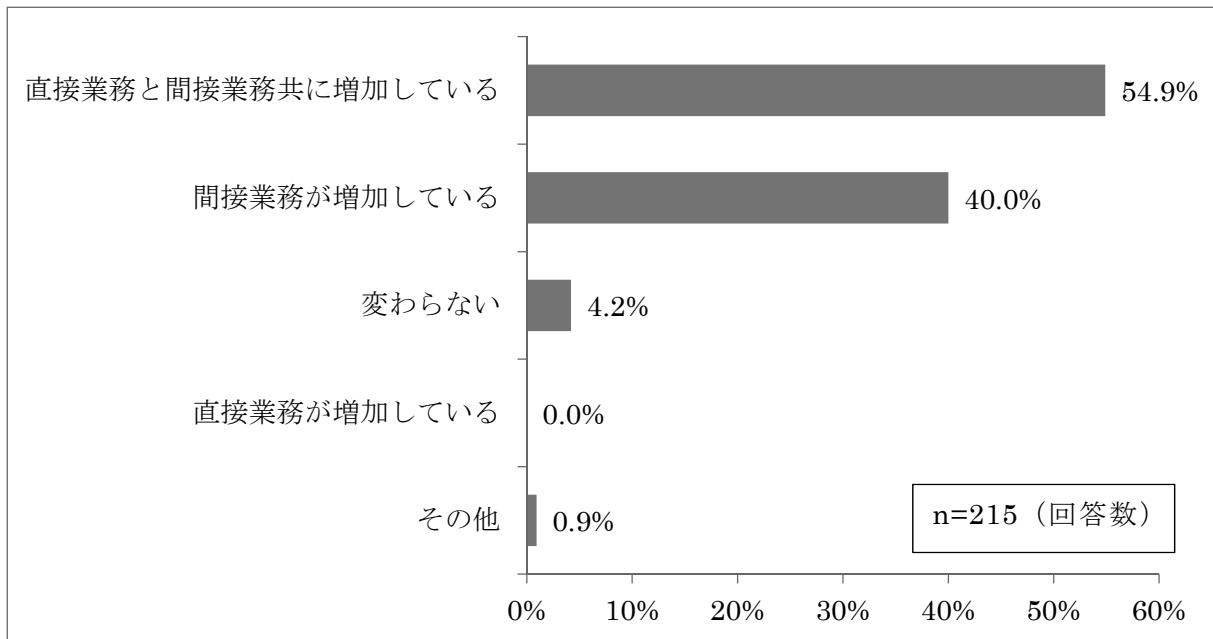
設問；リハビリテーション会議開催を要請する際に調整困難職種は何ですか

主治医が最も多く 36.2%であり、次いで指示医が 20.4%であった。

設問；リハビリテーション会議に参加して欲しい職種は何ですか

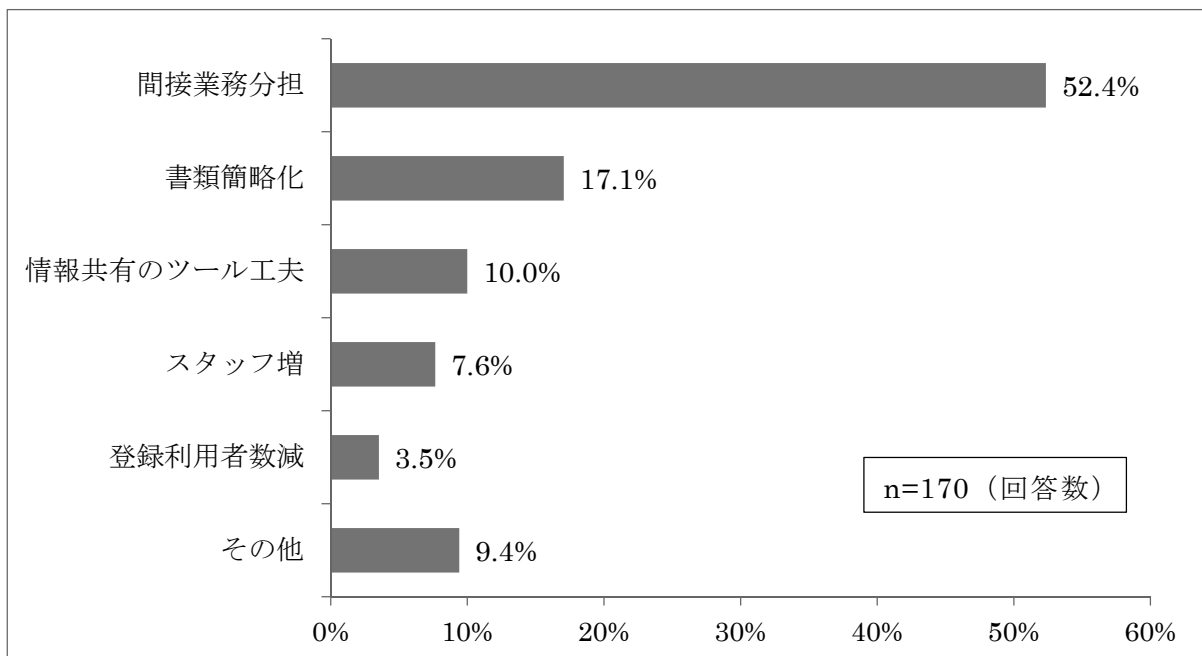
主治医が最も多く 20.9%であり、次いで介護支援専門員 18.5%、利用者 12.9%、指示医 12.2%、家族 12.1%の順になっていた。

【図 15 ; リハビリテーションマネジメントの実施に係る業務変化（% ; 複数回答）】



設問 ; リハビリテーションマネジメントを実践するにあたり、業務は変化しましたか  
 直接業務と間接業務共に増加しているが 54.9%と最も多く、次いで間接業務が増加しているが 40.0%であった。

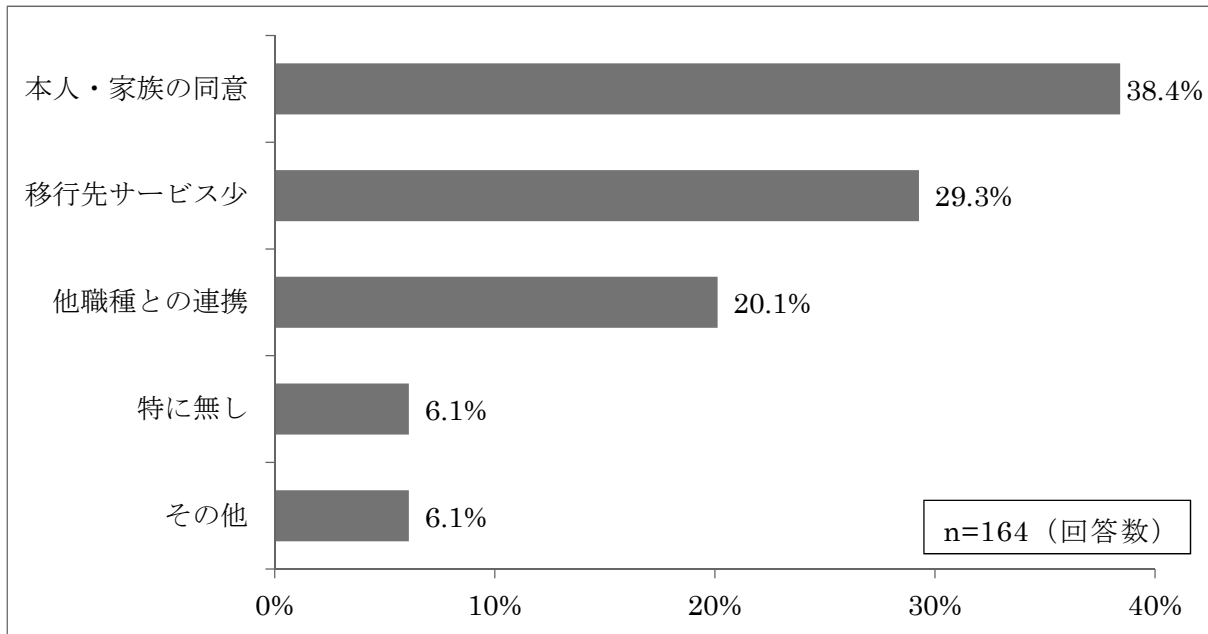
【図 16 ; リハビリテーションマネジメント実施に係る業務効率化のための工夫（% ; 複数回答）】



設問 ; リハビリテーションマネジメントを実践するにあたり、どのようにして業務の効率化を図っていますか

事業所全体で間接業務の役割分担を行っているが 52.4%と最も多く、次いで書類の簡略化が 17.1%、情報共有ツールの工夫が 10.0%となっていた

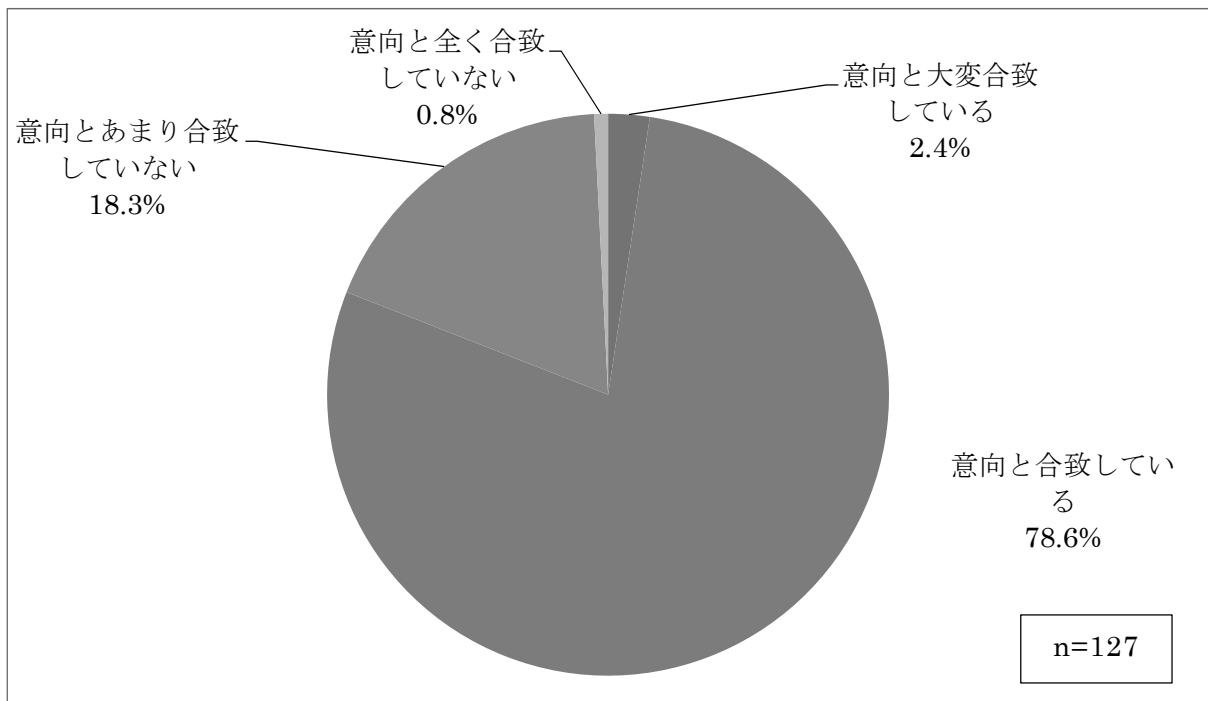
【図 17；訪問リハビリテーション修了を困難にする要因（%；複数回答）】



設問；訪問リハビリテーション修了時のマネジメントで主に困難と感ずることは何ですか

本人や家族の同意が得られにくいと 38.4%と最も多く、次いで訪問リハ修了後に移行するサービスが少ないと 29.3%となっていた。

【図 18；訪問リハビリテーション修了後の状況と本人の意向の合致（%）】

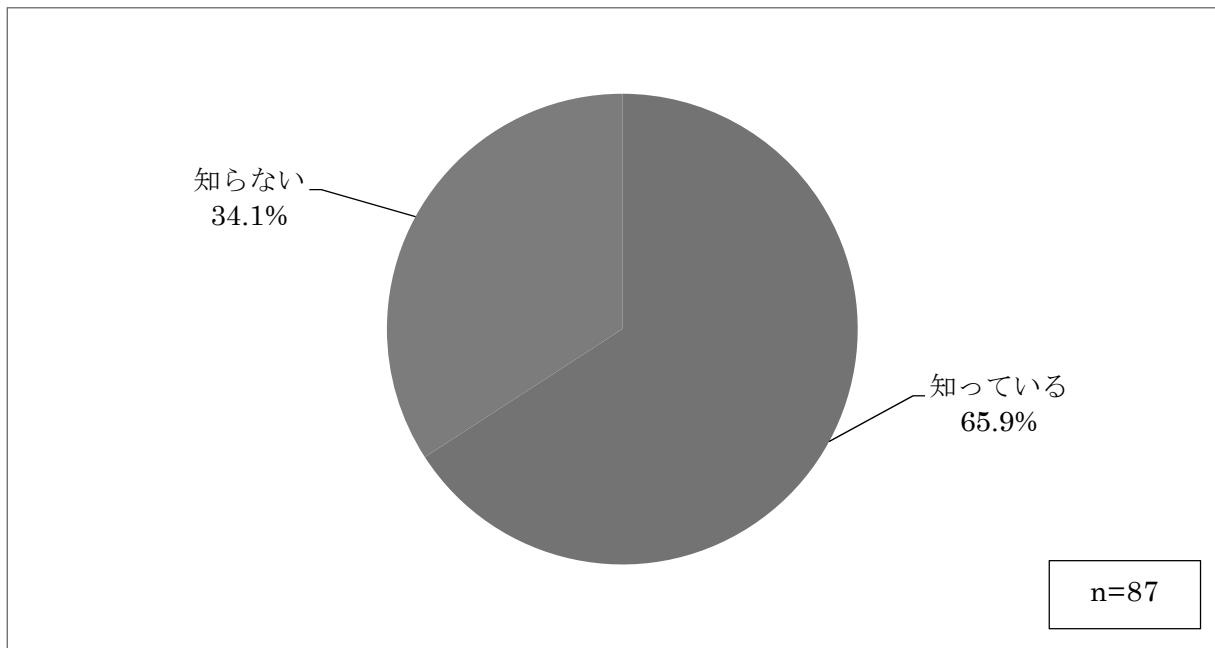


設問；訪問リハビリテーション修了後の移行先は利用者のニーズに沿ったものになっていると思いますか

本人の意向と合致しているが 78.6%と最も多かった。また、本人の意向とあまり合致していない、全く合致していないは合せて 19.1%となっていた。

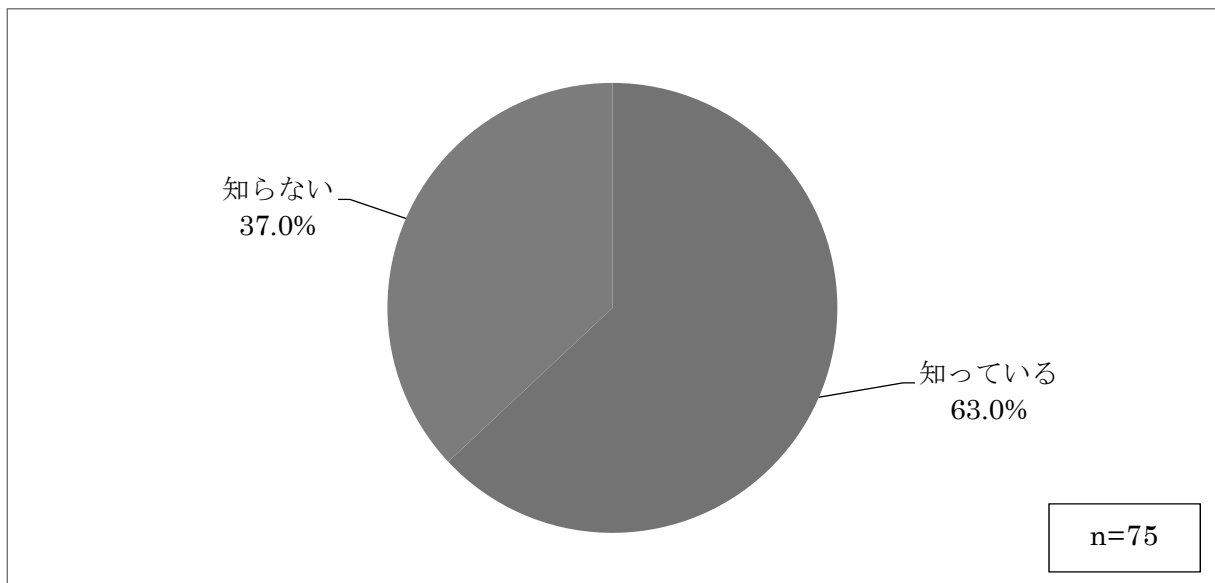
3. 業務上連携している他の専門職（看護師、介護員、介護支援専門員）対象としたアンケート結果（看護師；様式B、介護員；様式C、介護支援専門員；様式D）訪問業務に従事しているリハビリテーション専門職以外の専門職に対する、情報共有や訪問リハビリテーション実施に伴う利用者の状況変化等についての調査である（図19～36）。

【図 19；リハマネ加算（Ⅰ）または（Ⅱ）に関する認識；看護師（%）】



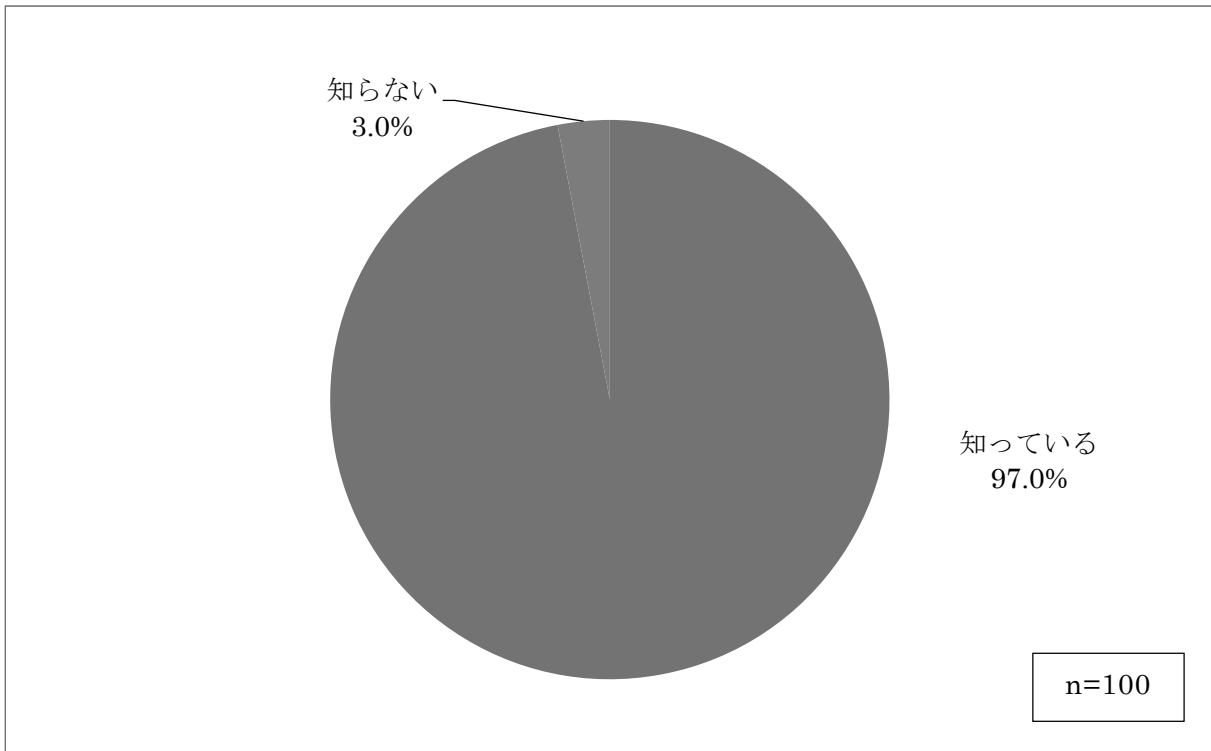
設問；リハビリテーションマネジメント加算Ⅰまたは加算Ⅱを知っていますか  
知っているが 65.9%であり、知らないが 34.1%であった。

【図 20；リハマネ加算（Ⅰ）または（Ⅱ）に関する認識；介護員（%）】



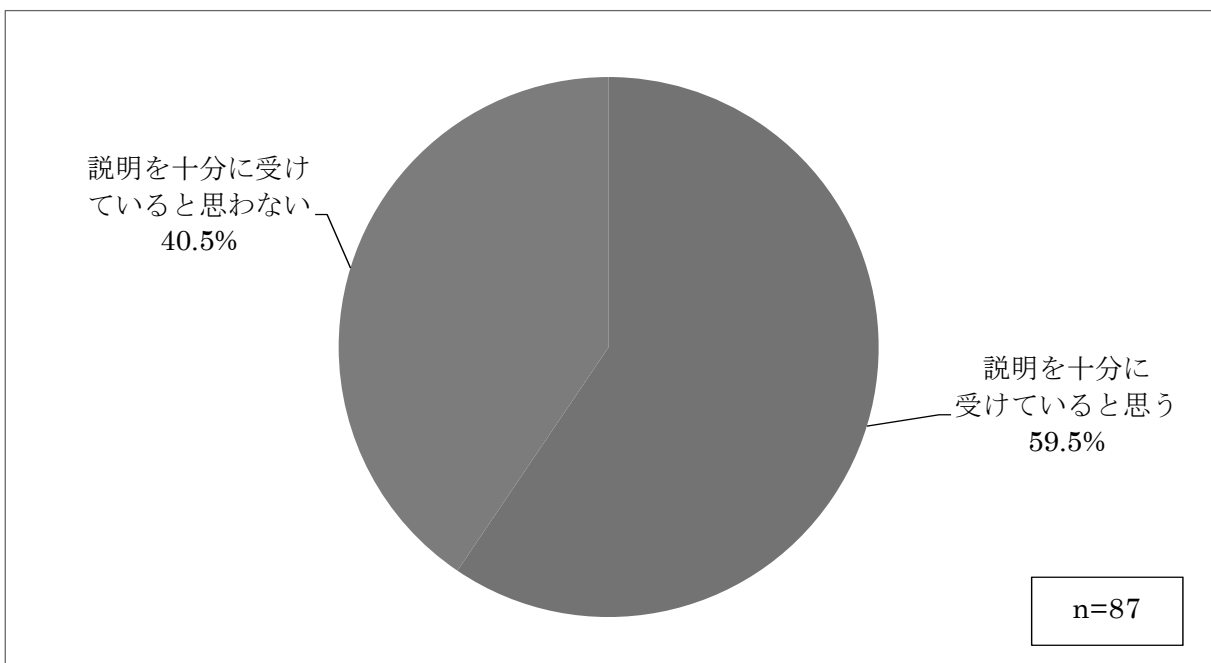
設問；リハビリテーションマネジメント加算Ⅰまたは加算Ⅱを知っていますか  
知っているが 63.0%であり、知らないが 37.0%であった。

【図 21 ; リハマネ加算 ( I ) または ( II ) に関する認識 ; 介護支援専門員 ( % )】



設問 ; リハビリテーションマネジメント加算 I または加算 II を知っていますか  
知っているが 97.0% であり、知らないが 3.0% であった。

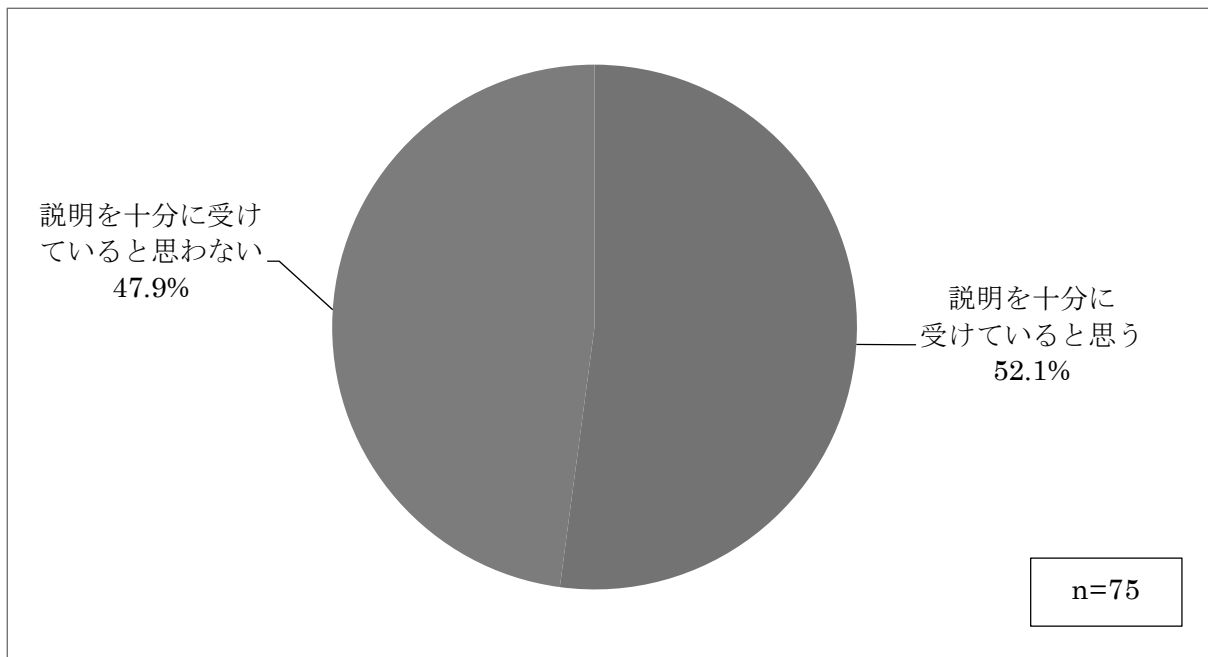
【図 22 ; 利用者へのリハビリテーションマネジメントの説明 ; 看護師の認識 ( % )】



設問 ; 担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思  
いますか

説明を十分に受けていると思うが 59.5%、説明を受けていないと思うが 40.5% であ  
った。

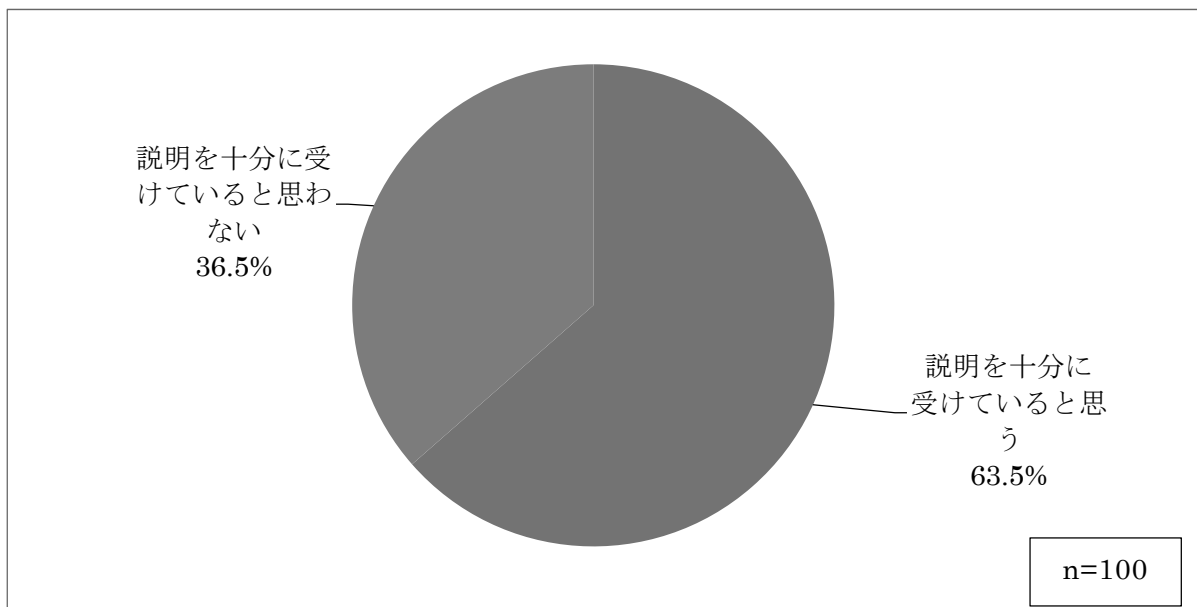
【図23；利用者へのリハビリテーションマネジメントの説明；介護員の認識（％）】



設問；担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思いますか

説明を十分に受けていると思うが 52.1%、説明を十分に受けていないが 47.9%であった。

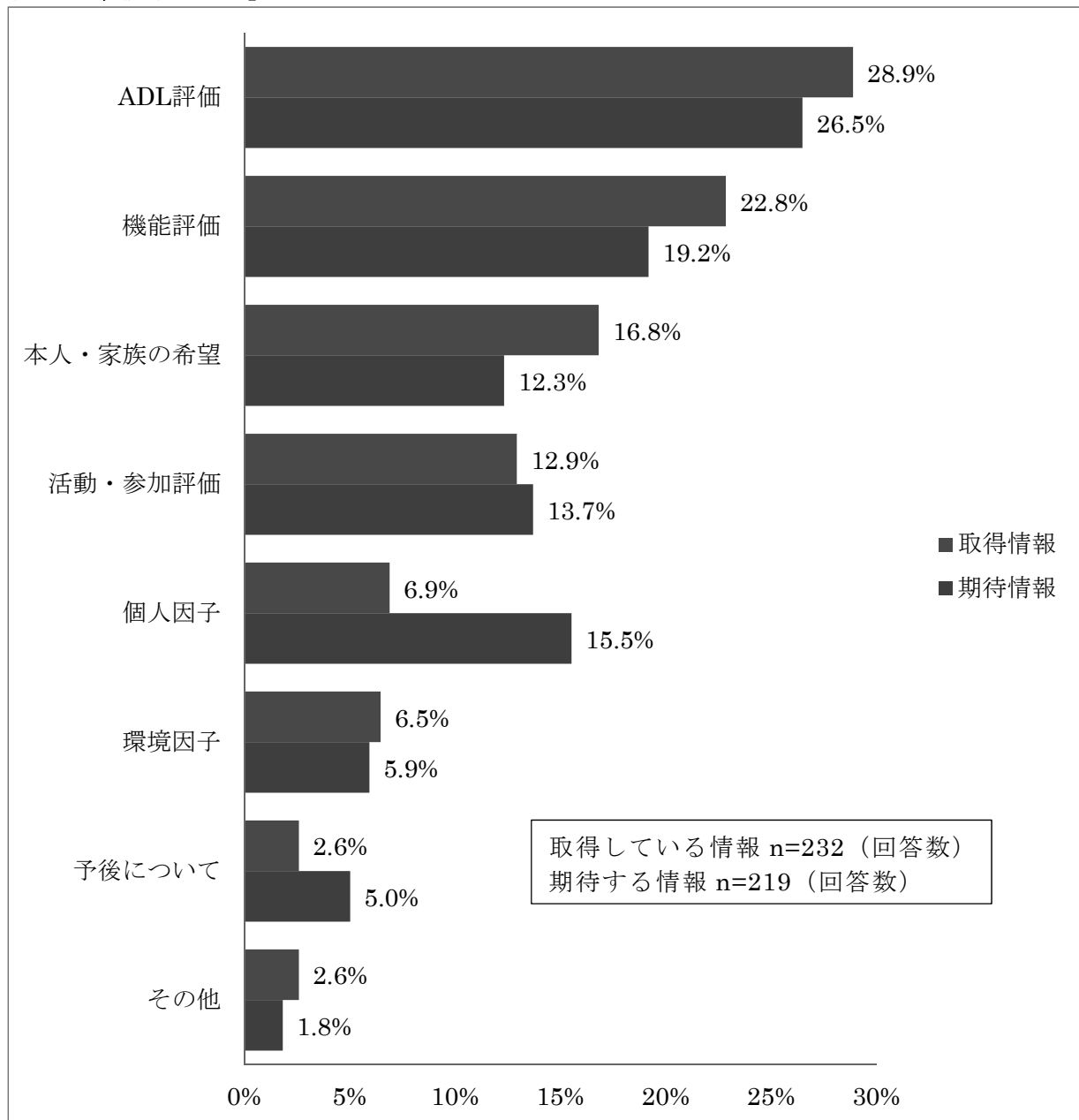
【図24；利用者へのリハビリテーションマネジメントの説明；介護支援専門員の認識（％）】



設問；担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思いますか

説明を十分に受けていると思うが 63.5%、説明を十分に受けていないが 36.5%であった。

【図25；看護師が訪問リハビリテーションから取得している情報と提供を期待する情報（%；複数回答）】

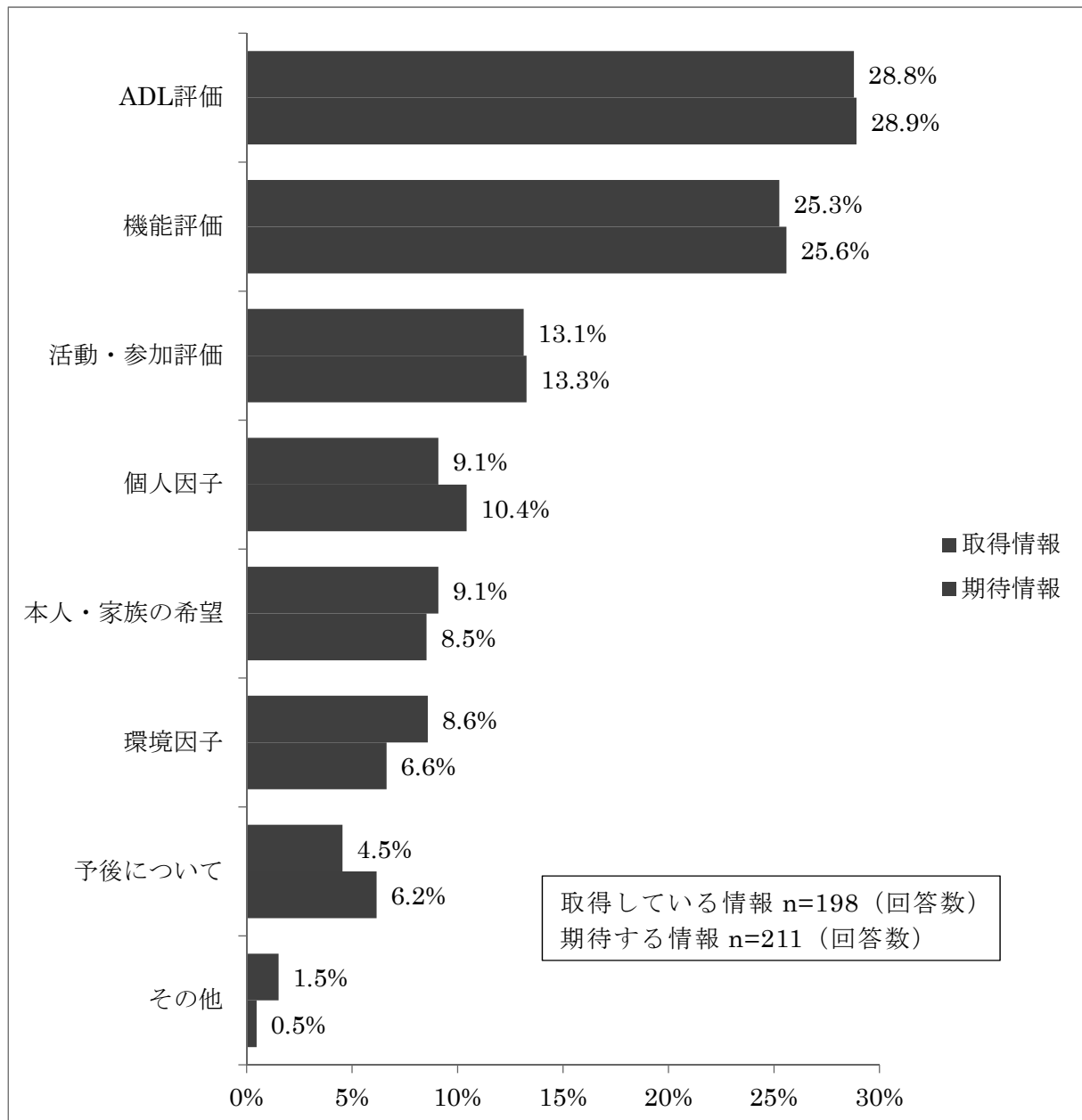


設問；訪問リハから得ている情報は何か。また、期待する情報は何か

取得している情報では、ADL 評価が 28.9%と最も多く、次いで機能評価の結果が 22.8%、本人や家族の希望 16.8%という順になっていた。

期待する情報としては、ADL 評価が 26.5%と最も多く、次いで機能評価の結果 19.2%、個人因子 15.5%という順になっていた。

【図26；介護員が訪問リハビリテーションから取得している情報と提供を期待する情報（%；複数回答）】



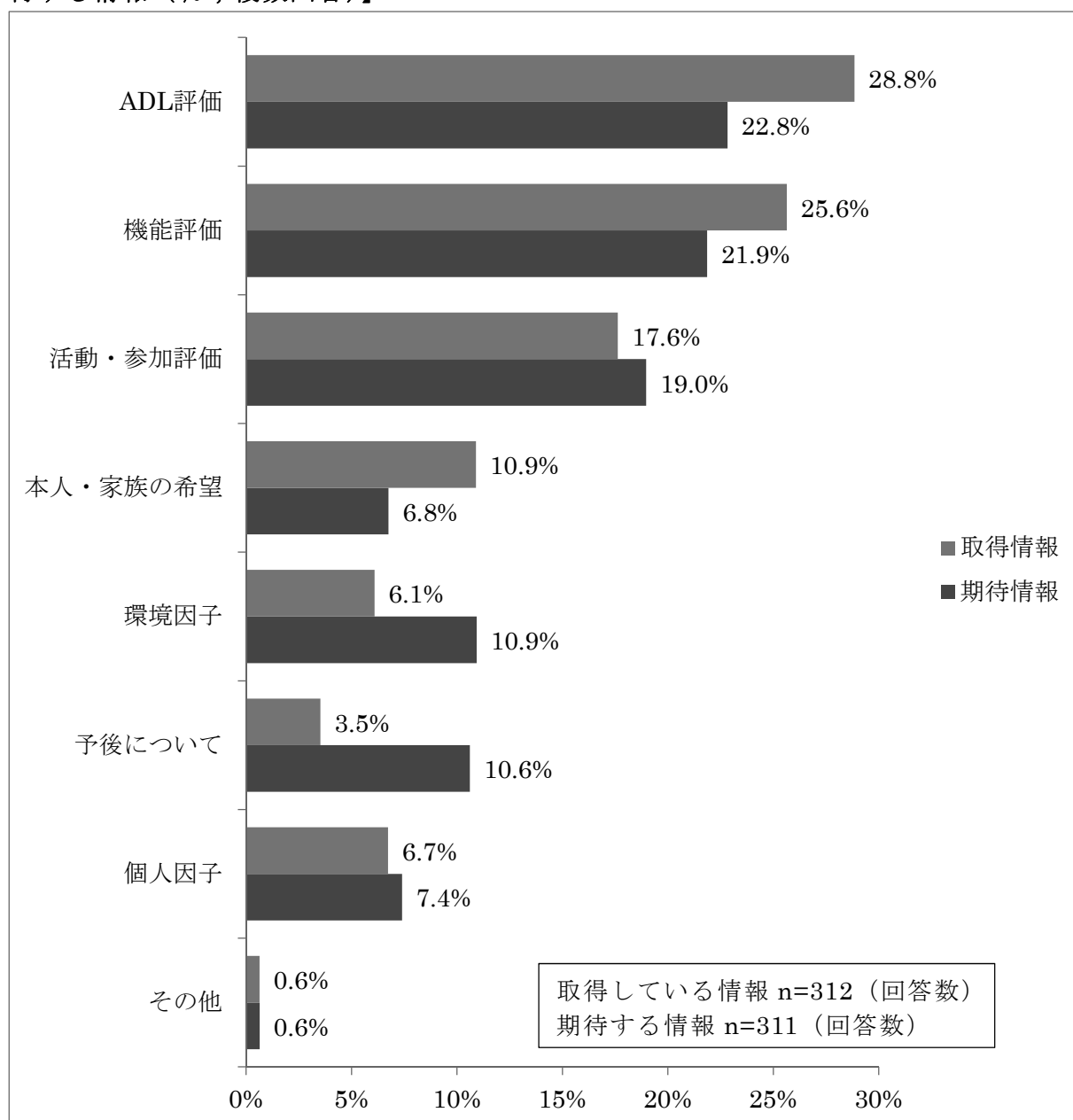
設問；訪問リハから得ている情報は何か。また期待する情報は何か。

取得している情報では、ADL 評価が 28.8%と最も多く、次いで機能評価の結果が 25.3%、本人や家族の希望 13.1%という順になっていた。

期待する情報としては、ADL 評価が 28.9%と最も多く、次いで機能評価の結果が 25.6%、活動や参加に関する評価結果が 13.3%という順になっていた。



【図27；介護支援専門員が訪問リハビリテーションから取得している情報と提供を期待する情報（%；複数回答）】

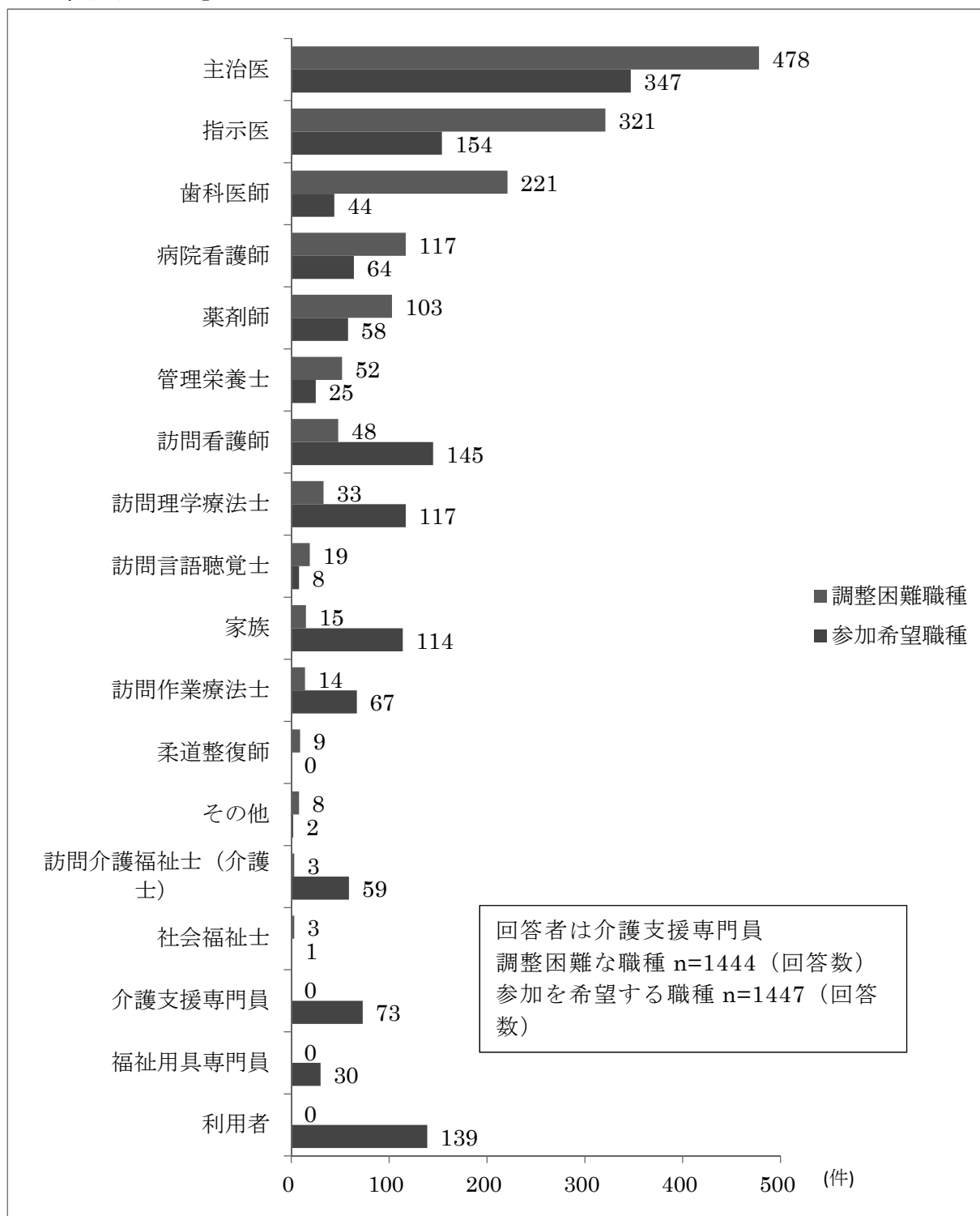


設問；訪問リハから得ている情報は何ですか。また期待する情報は何ですか。

取得している情報では、ADL 評価が 28.8%と最も多く、次いで機能評価の結果が 25.6%、活動や参加に関する評価結果が 17.6%という順になっていた。

期待する情報としては、ADL 評価が 22.8%と最も多く、次いで機能評価の結果が 21.9%、活動や参加に関する評価結果が 19.0%という順になっていた。

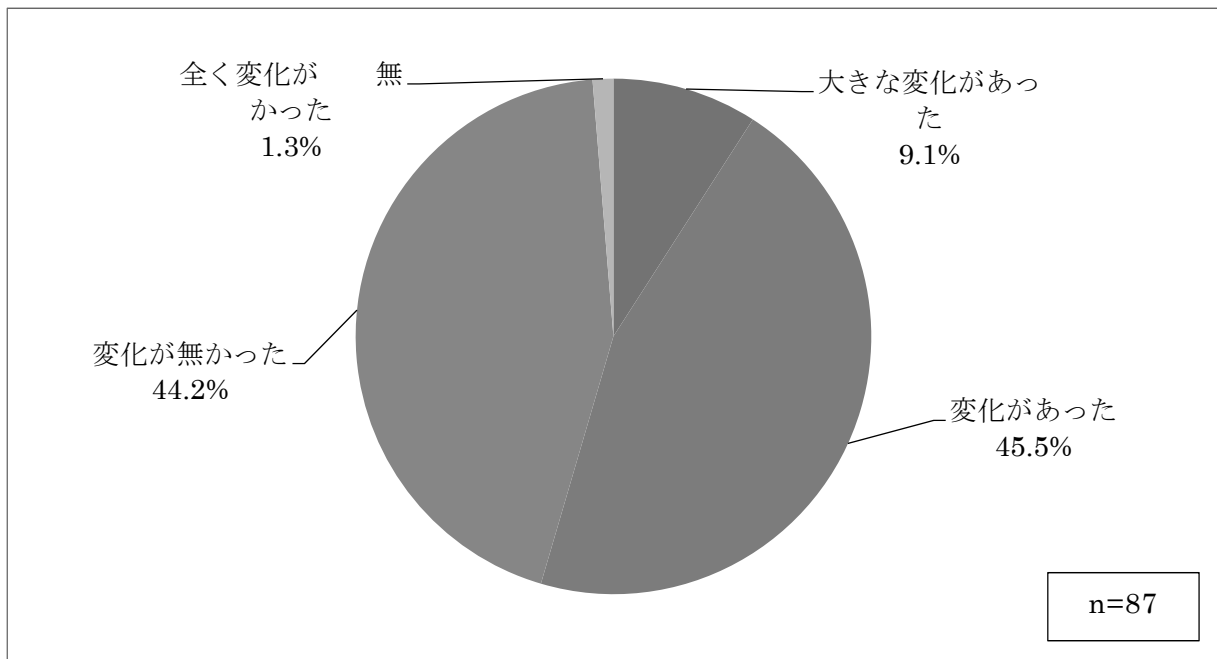
【図28；サービス担当者会議参加のための調整が困難な職種と参加を希望する職種（件；複数回答）】



設問；サービス担当者会議に参加要請をする際、調整困難な職種は何ですか。また、サービス担当者会議への参加を希望する職種は何ですか。

調整困難職種は主治医が 478 件と最も多く、次いで指示医 321 件、歯科医師 221 件であった。参加を希望する職種は主治医が 347 件と最も多く、次いで指示医 154 件、訪問看護師 145 件であった。

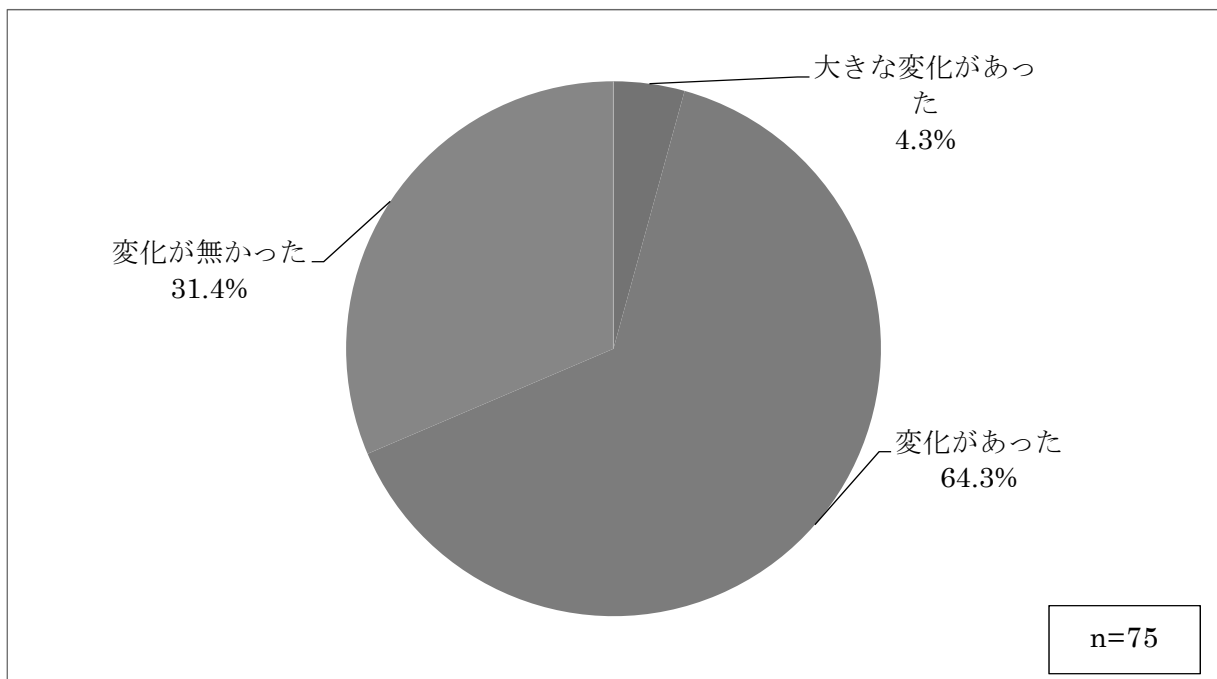
【図29；リハマネジメント導入による利用者の生活変化に関する看護師の認識（％）】



設問；リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか。

大きな変化があったが 9.1%、変化があったが 45.5%となっていた。一方、変化が無かったは 44.2%、全く変化が無かったが 1.3%となっていた。

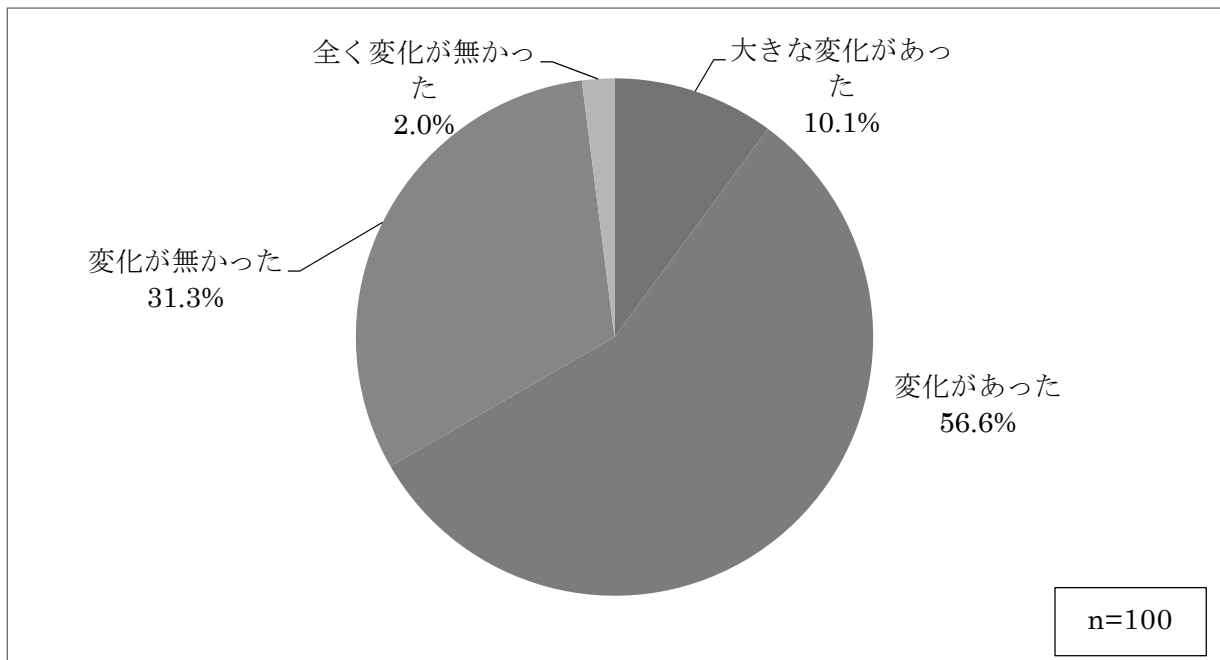
【図30；リハマネジメント導入による利用者の生活変化に関する介護職の認識（％）】



設問；リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか。

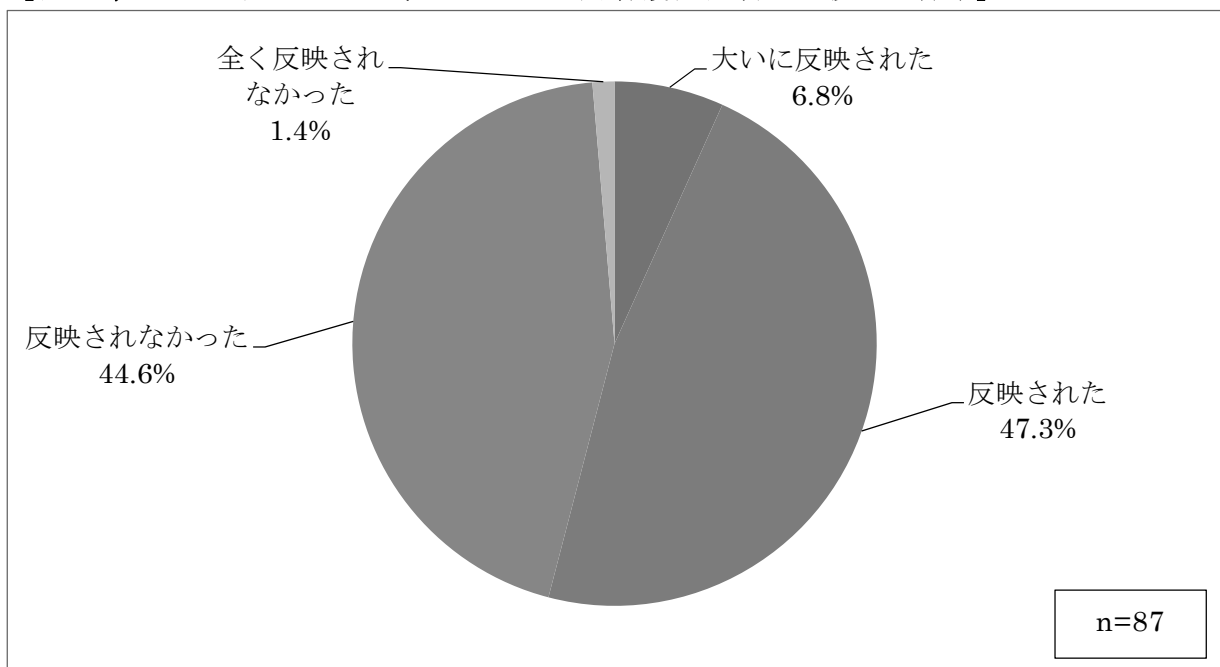
大きな変化があったが 4.3%、変化があったが 64.3%であった。変化が無かったが 31.4%であった。

【図31；リハマネジメント導入による利用者の生活変化に関する介護支援専門員の認識（％）】



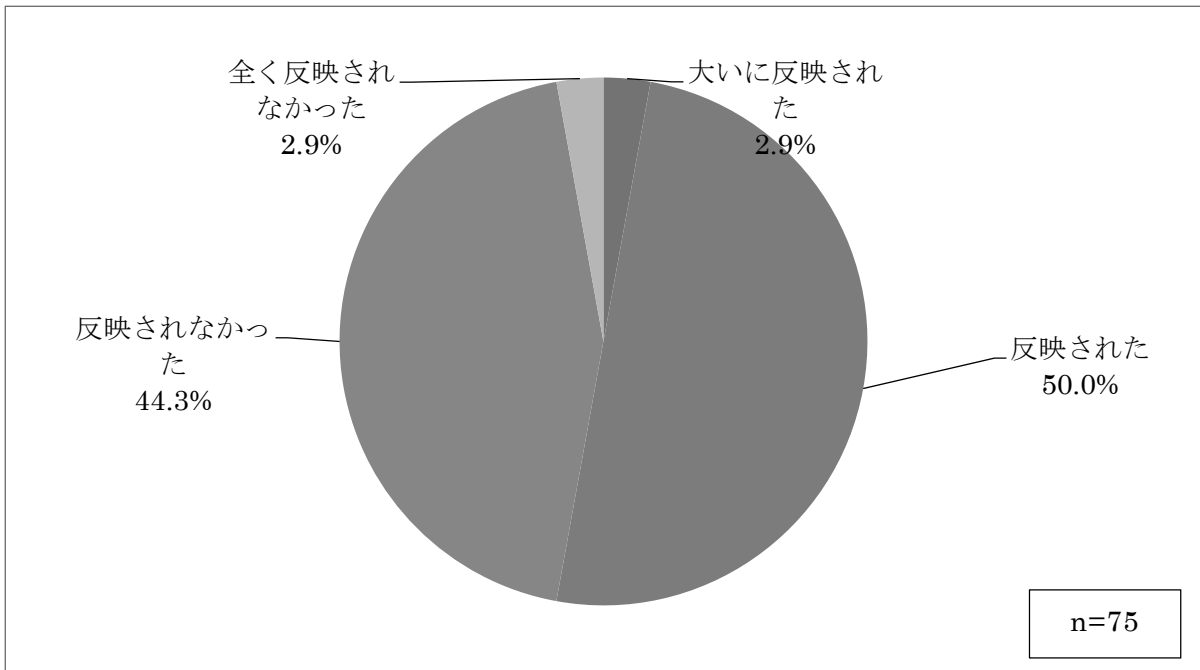
設問；リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか  
 大きな変化があったが 10.1%、変化があったが 56.6%であった。変化がなかったが 31.3%全く変化がなかったが 2.0%であった。

【図32；リハマネジメント導入による訪問看護計画書への反映（％）】



設問；リハビリテーションマネジメントにより、訪問看護計画書に反映されたと思いますか  
 大いに反映されたが 6.8%、反映されたが 47.3%であった。一方、反映されなかったが 44.6%、全く反映されなかったが 1.4%であった。

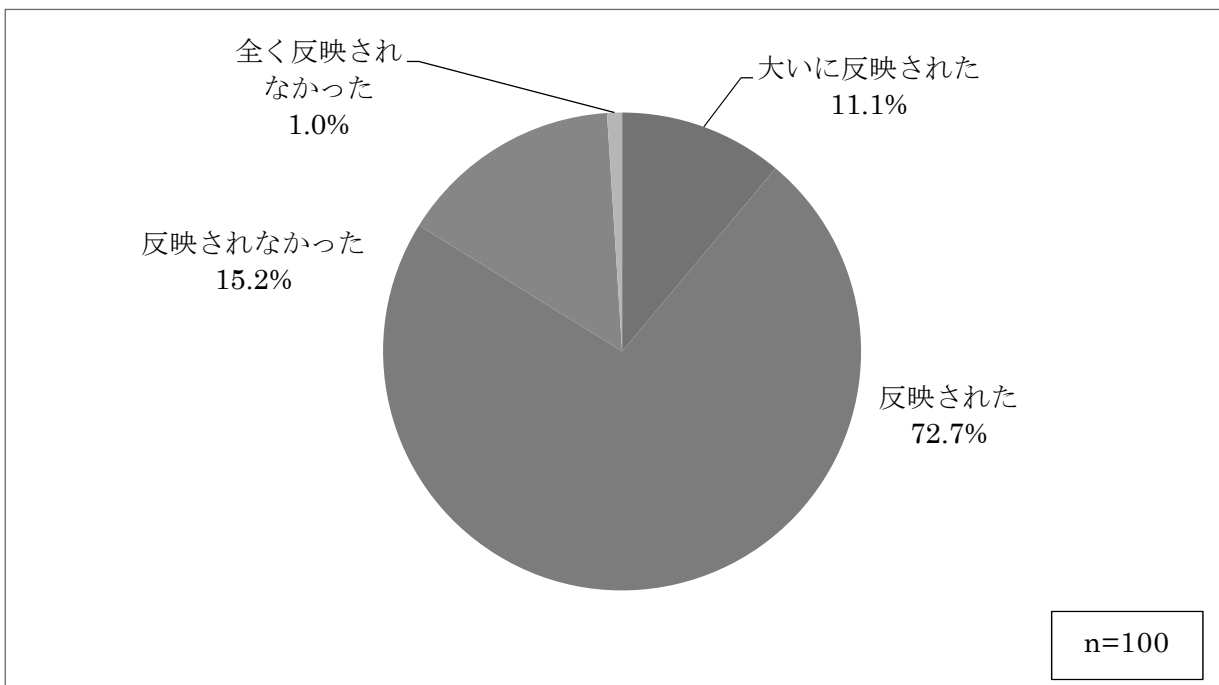
【図33；リハマネジメント導入による訪問介護計画書への反映（％）】



設問；リハビリテーションマネジメントにより、訪問介護計画書に反映されたと思いますか

大いに反映されたが 2.9%、反映されたが 50.0%であった。一方、反映されなかったが 44.3%、全く反映されなかったが 2.9%であった。

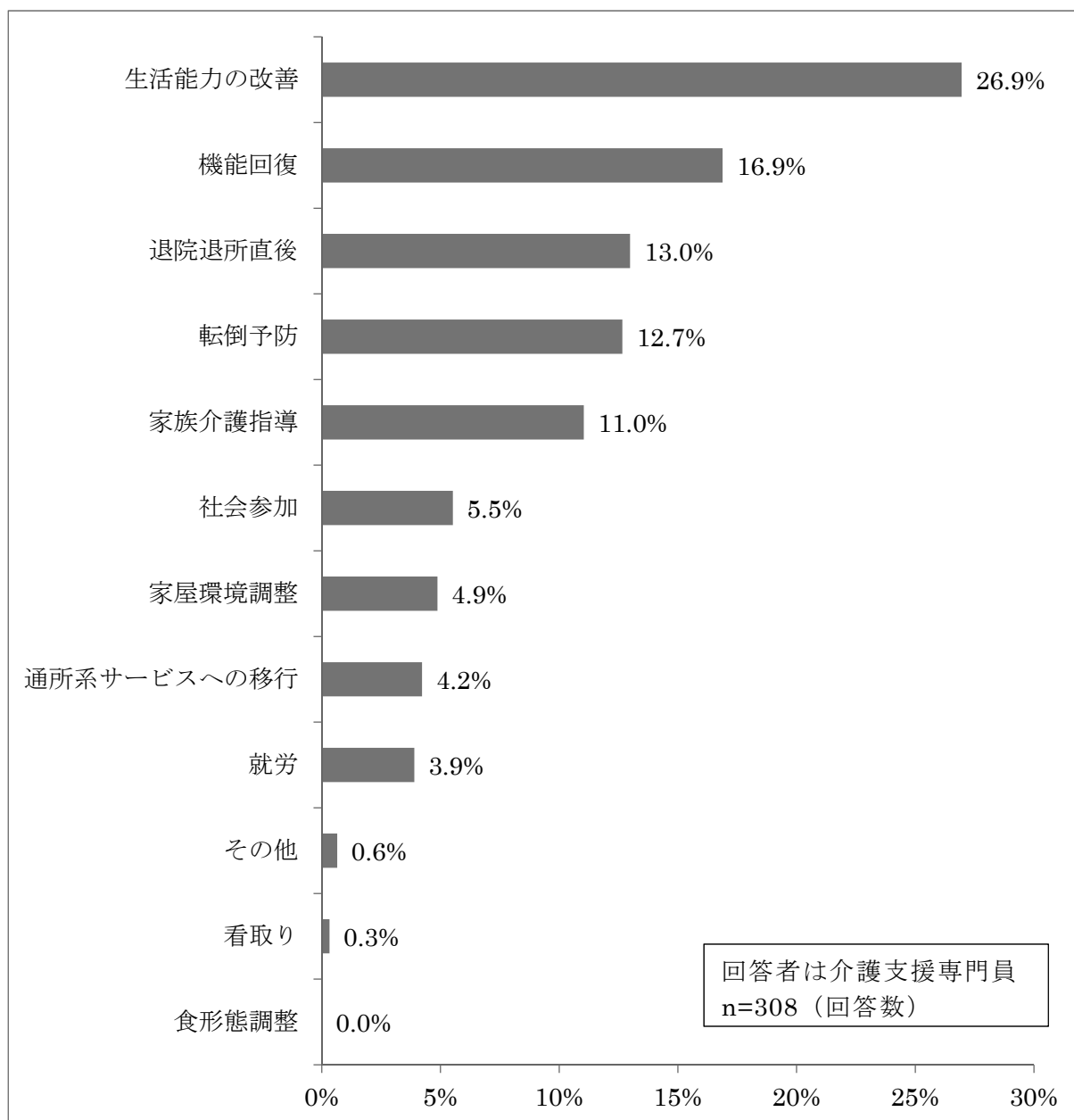
【図34；リハマネジメント導入による居宅介護支援計画書(ケアプラン)への反映(%)】



設問；リハビリテーションマネジメントにより、ケアプランに反映されたと思いますか

大いに反映されたが 11.1%、反映されたが 72.7%であった。一方、反映されなかったが 15.2%、全く反映されなかったが 1.0%であった。

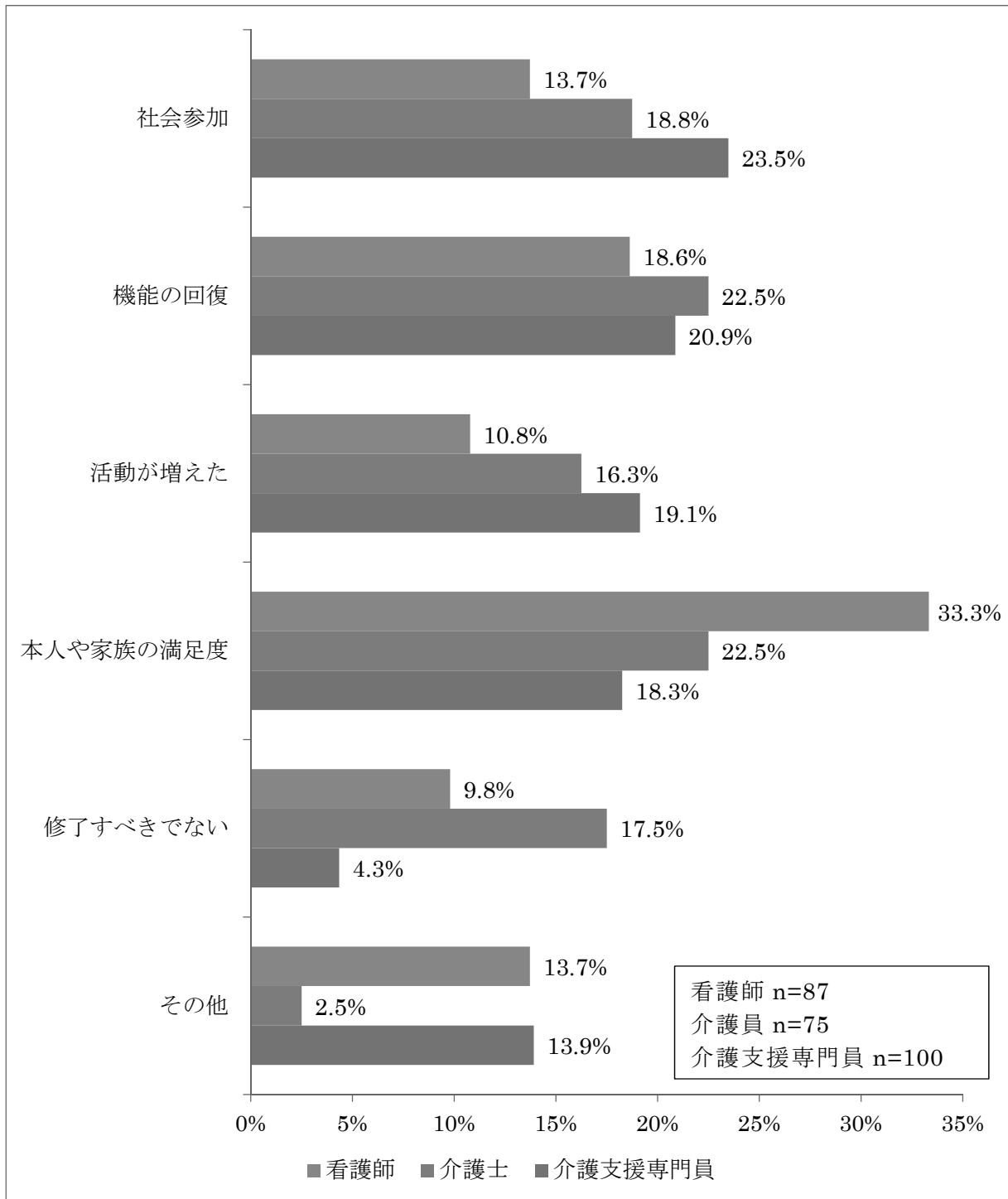
【図 35 ; 介護支援専門員が訪問リハビリテーションを導入する際の主目的（% ; 複数回答）】



設問 ; 訪問リハビリテーションを導入する目的は何ですか

生活能力の改善が 26.9%と最も多く、次いで機能回復が 16.9%、退院退所直後の状況調整 13.0%、転倒予防 12.7%となっていた。

【図 36 ; 訪問リハビリテーションの修了及びその時期に関する認識 (%)】



設問；訪問リハビリテーションが修了になる時期はいつだと思いますか

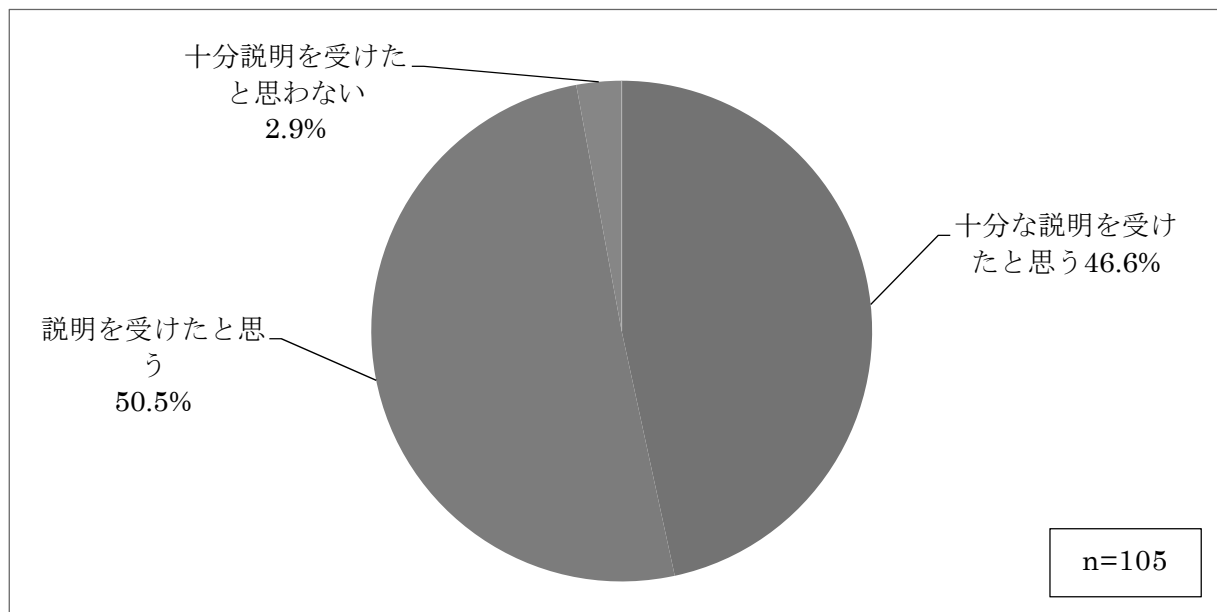
看護師の場合は、本人や家族の満足度が最も多く 33.3%となっていた。

介護員の場合は、本人や家族の満足度及び機能の回復が最も多く 22.5%となっていた。

介護支援専門員の場合は、社会参加が最も多く 23.5%となっていた。

4. 利用者（家族）を対象とした訪問リハビリテーションに対する意識（様式E）  
 訪問リハビリテーションを利用している利用者及び家族が訪問リハビリテーションに対して抱えている意識についての調査である（図37～41）。

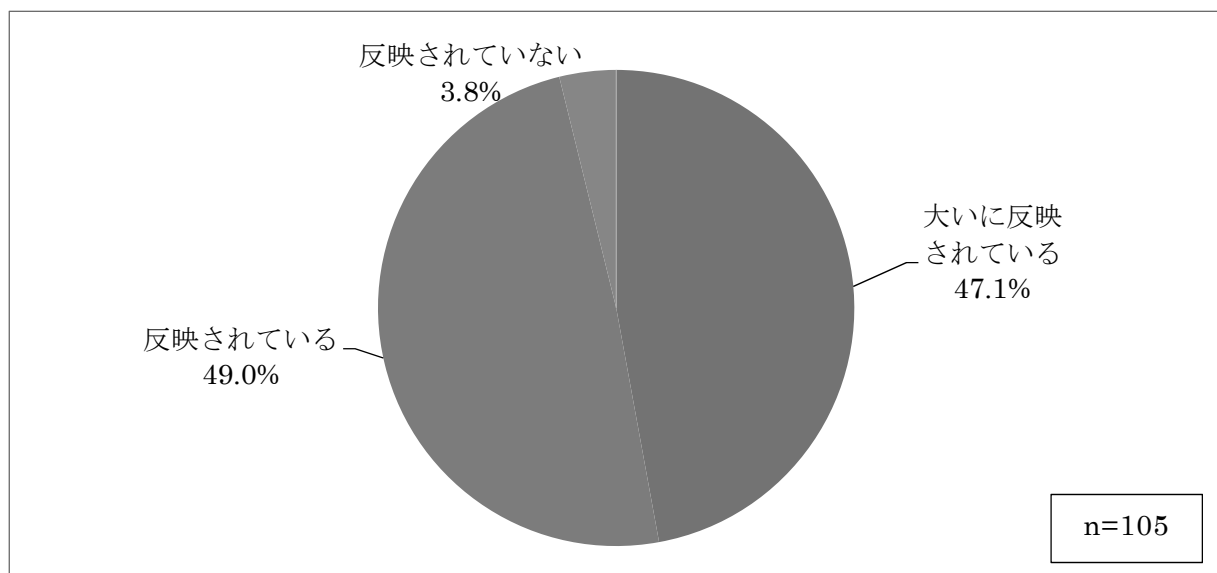
【図 37 ; 訪問リハビリテーションに関する計画の説明 (%)】



設問；リハビリテーションの計画について十分説明を受けていると思いますか

十分な説明を受けたと思うと回答した者が 46.6%、説明を受けたと思うが 50.5%、十分説明を受けたとは思わないが 2.9%であった。

【図 38 ; リハビリテーション計画への本人家族の意見反映 (%)】

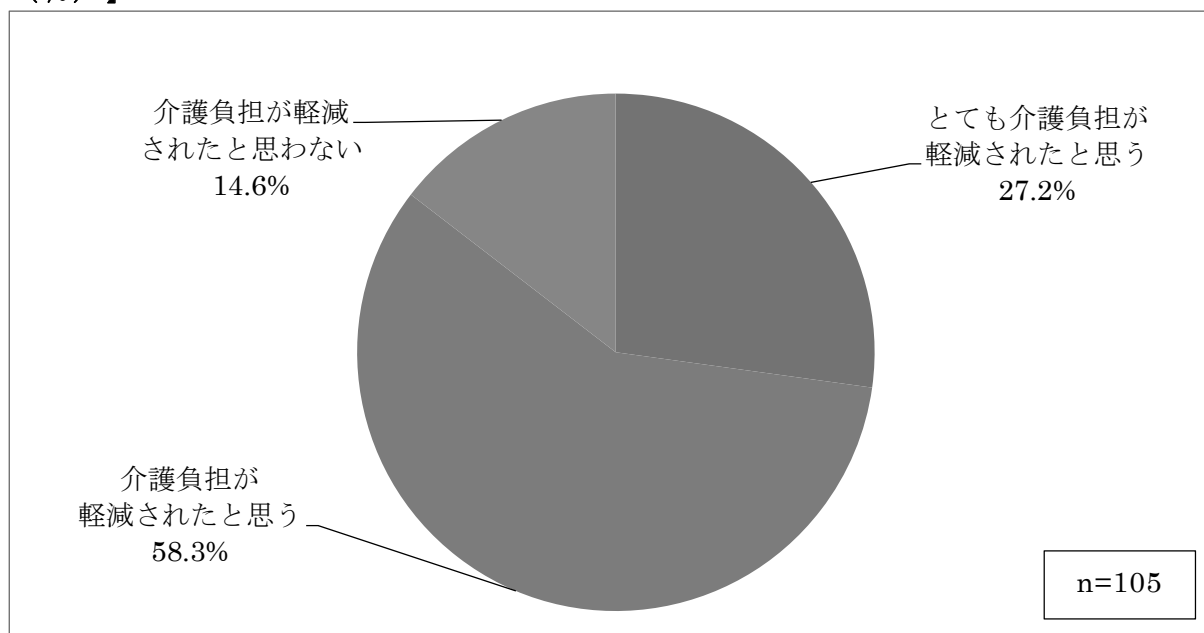


設問；リハビリテーションの計画について、ご本人、ご家族の意見が反映されていると思いますか

大いに反映されているが 47.1%、反映されているが 49.0%であった。一方、反映されていないが 3.8%となっていた。



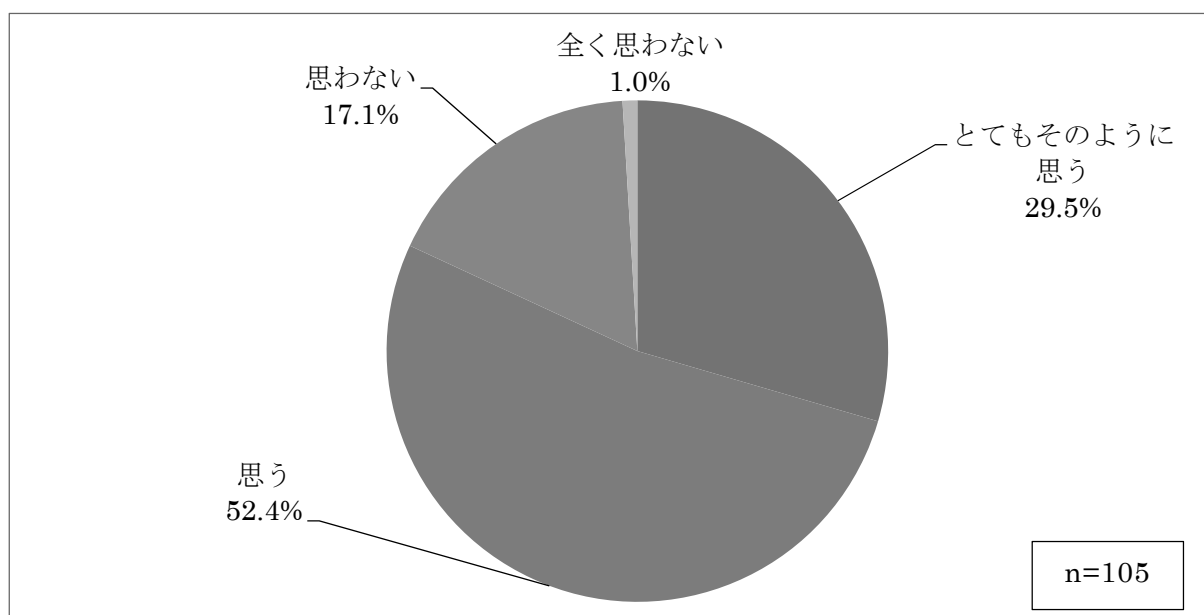
【図 39 ; リハビリテーション実施計画書に基づく訪問リハ実施による変化～介護負担 (%)】



設問 ; リハビリテーション計画により、ご家族の介護負担が減ったと思いますか

とても介護負担が軽減されたと思うと回答した者が 27.2%、介護負担が軽減されたと思うと回答した者が 58.3%、介護負担が軽減されたとは思わないと回答した者が 14.6%であった。

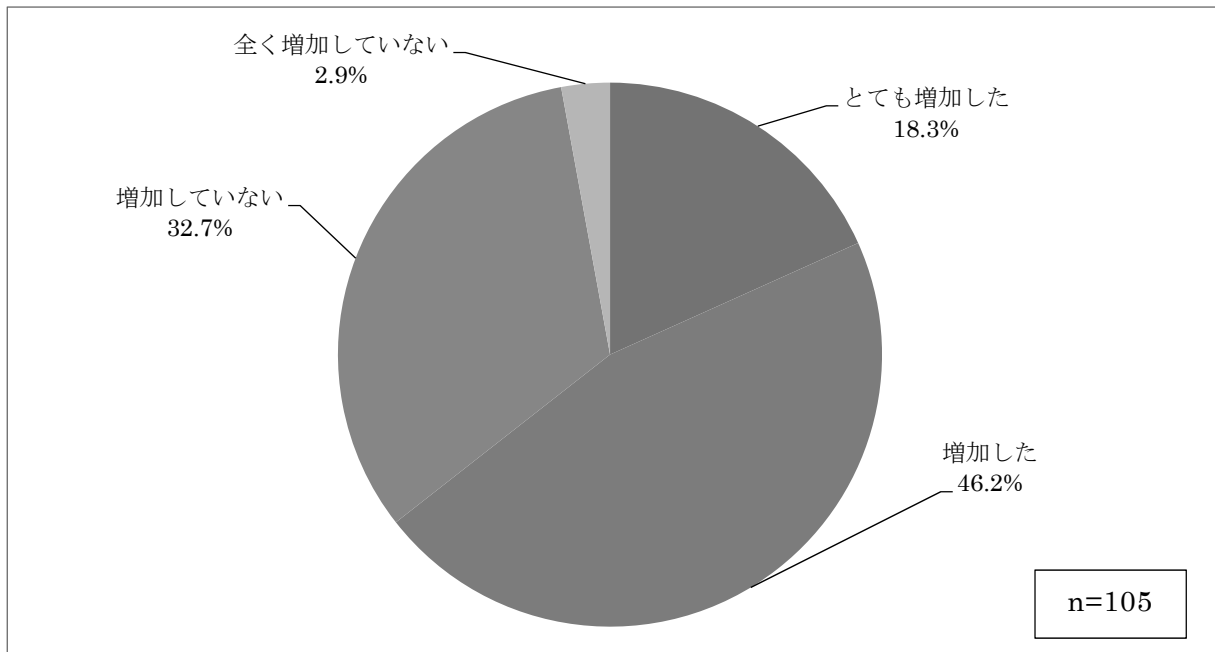
【図 40 ; リハビリテーション実施計画書に基づく訪問リハ実施による変化～身辺動作 (%)】



設問 ; リハビリテーション計画により、身の回りのことが出来るようになったと思いますか

とてもそのように思うと回答した者が 29.5%、思うと回答した者が 52.4%、思わない及び全く思わないと回答した者が合わせて 18.1%であった。

【図 41 ; リハビリテーション実施計画書に基づく訪問リハ実施による変化～外出頻度 (%)】



設問 ; リハビリテーション計画により、外出する頻度が増えたと思いますか

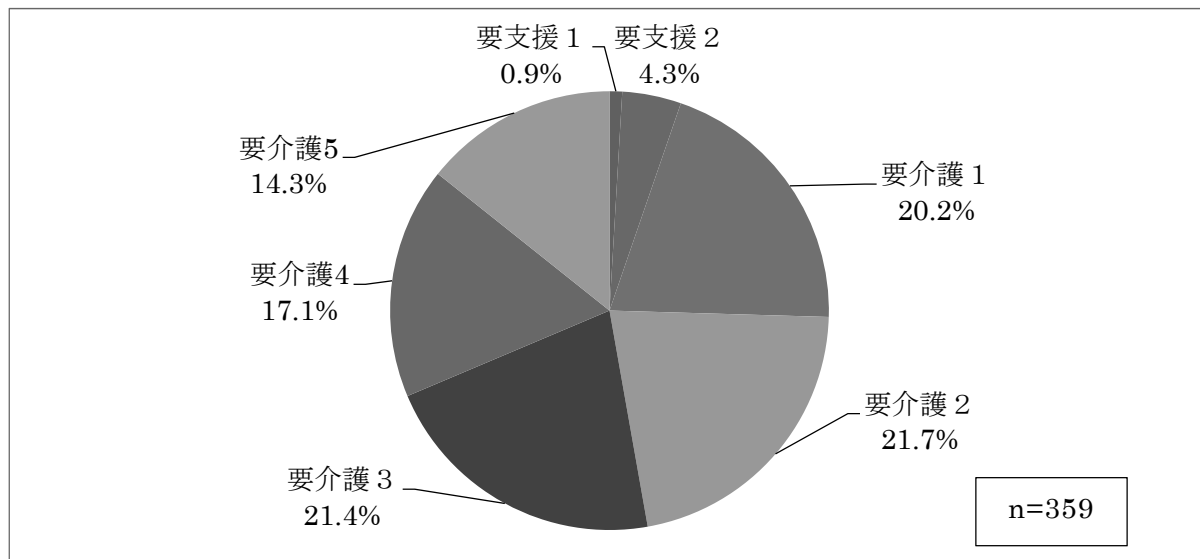
とても増加したと思うと回答した者が 18.3%、増加したと回答した者が 46.2%、増加していない及び全く増加していないと回答した者が合わせて 35.6%であった。

### 5. 生活混乱期・生活安定期・階段状低下の利用者の実態調査結果（様式①②③）

訪問リハビリテーション利用者の個別調査である。利用者の基本情報や生活機能、訪問リハビリテーションの業務内容やアプローチ内容等について、対象利用者を担当している理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が回答している。

アンケートは「①生活混乱期（退院・退所直後～数か月）」、「②生活安定期（退院後数か月以降）あるいは生活展開期」、「③生活機能階段状低下あるいは終末期」の3つの期間について同様の質問で構成されている（図42～77）。

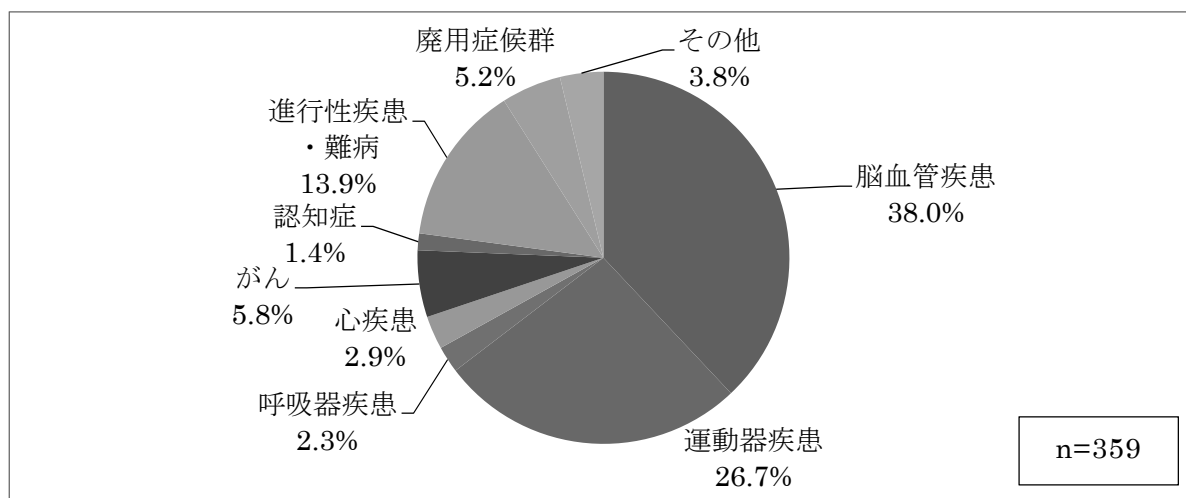
【図 42 ; 利用者の現在の要介護度 (%)】



設問；担当利用者の方の現在の要介護度は何ですか

要支援 1 が 0.9%、要支援 2 が 4.3%、要介護 1 が 20.2%、要介護 2 が 21.7%、要介護 3 が 21.4%、要介護 4 が 17.1%、要介護 5 が 14.3%であった。

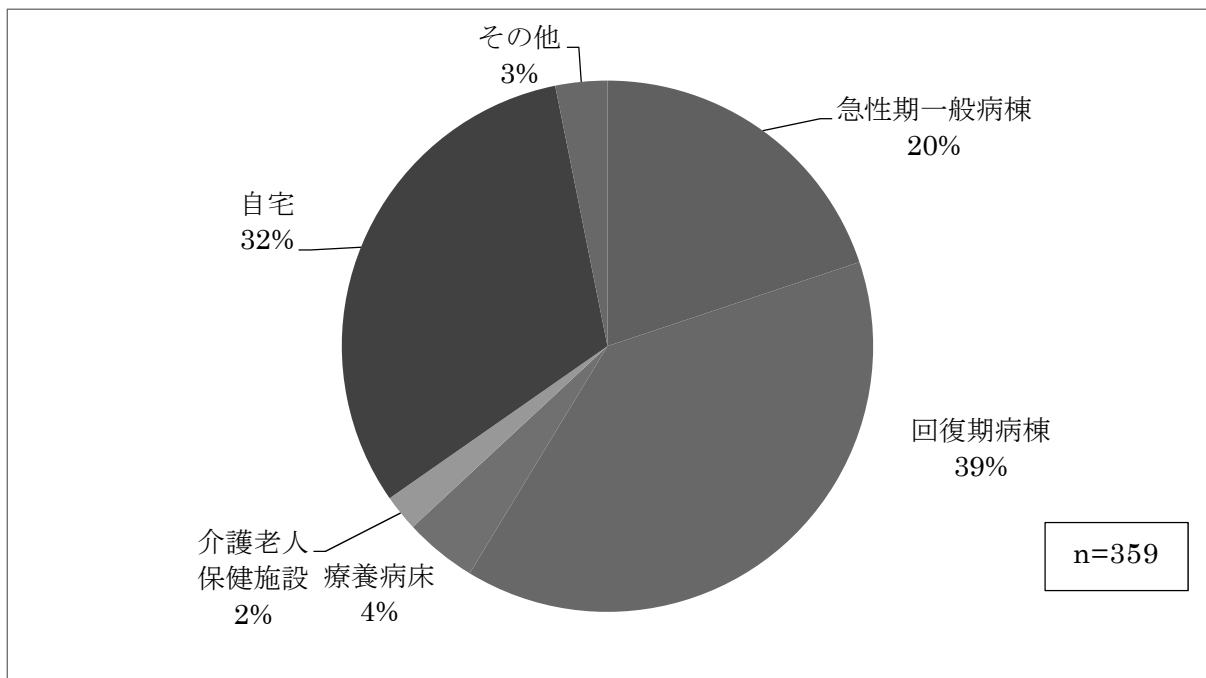
【図 43 : 利用者が要介護状態に至った主な原因疾患 (%)】



設問；担当利用者の方が要介護状態となった主な原因疾患は何ですか

脳血管疾患が 38.0%、次いで運動器疾患が 26.7%、進行性疾患・難病は 13.9%の順であった。

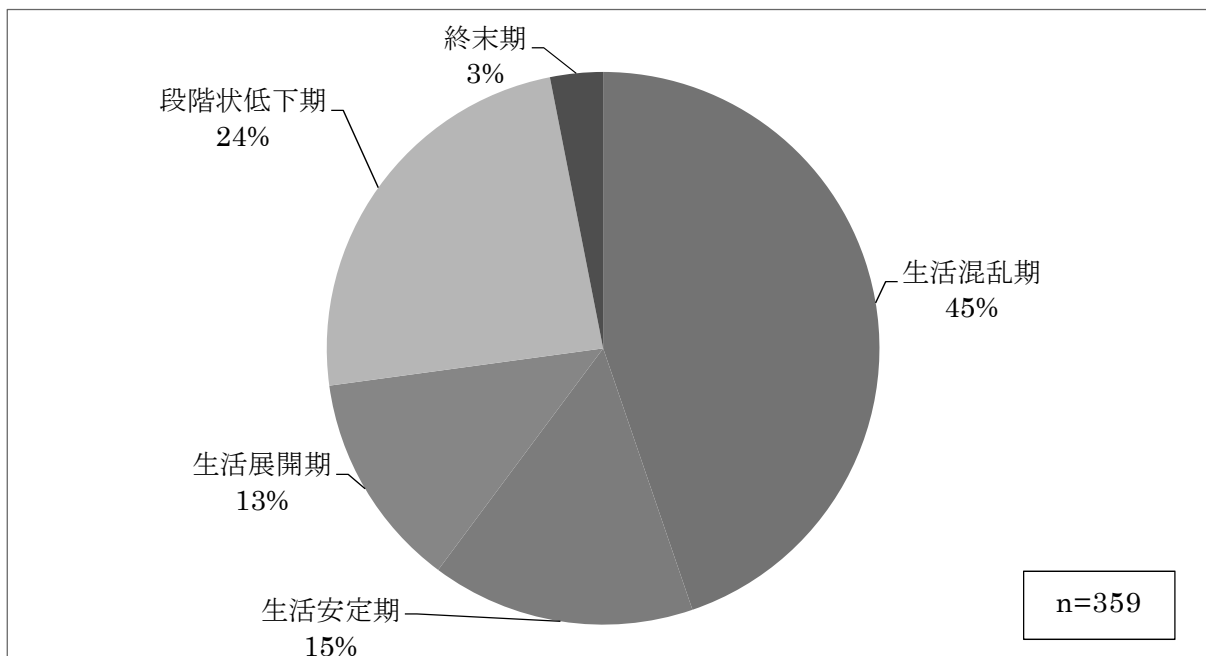
【図 44 ; 利用者が訪問リハビリテーション利用をする前の所在 (%)】



設問 ; 担当利用者の方が訪問リハビリテーション開始になる前の所在はどこですか

急性期一般病棟が 20%、回復期病棟が 39%、自宅が 32%であった。療養病床が 4%、介護老人保健施設が 2%であった。

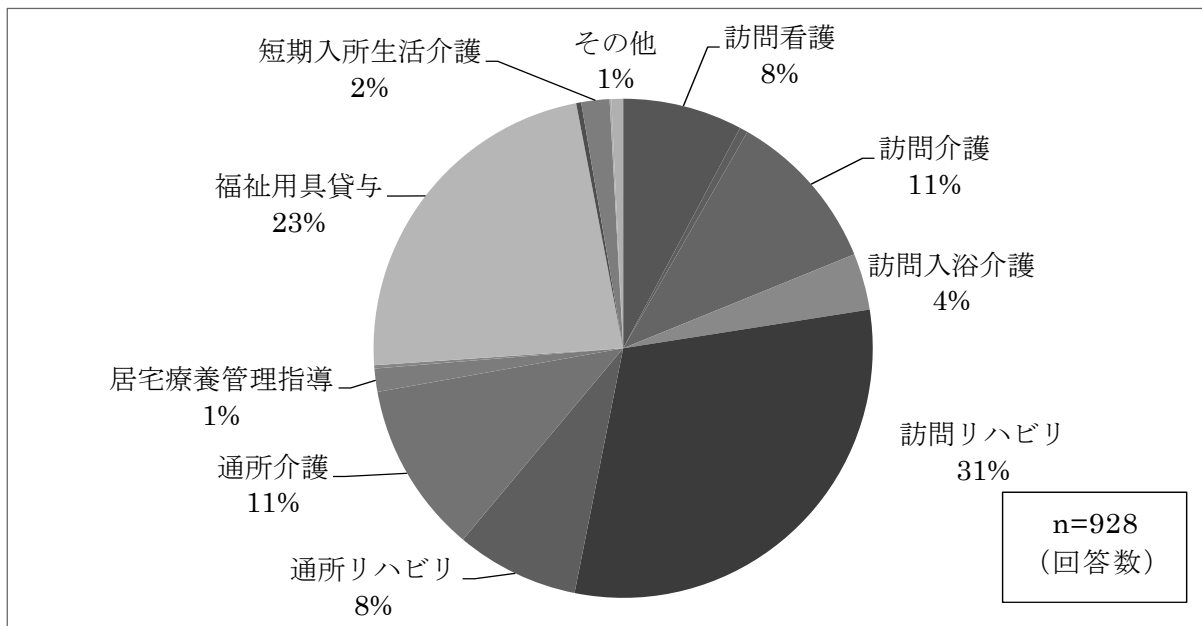
【図 45; 利用者がリハビリテーションマネジメントの初回算定した際の生活段階 (%)】



設問 ; 担当利用者の方がリハビリテーションマネジメント加算の初回算定を受けた際の生活段階はどこですか

生活混乱期が 45%、生活安定期が 15%、生活展開期が 13%、段階状低下期が 24%、終末期が 3%であった。

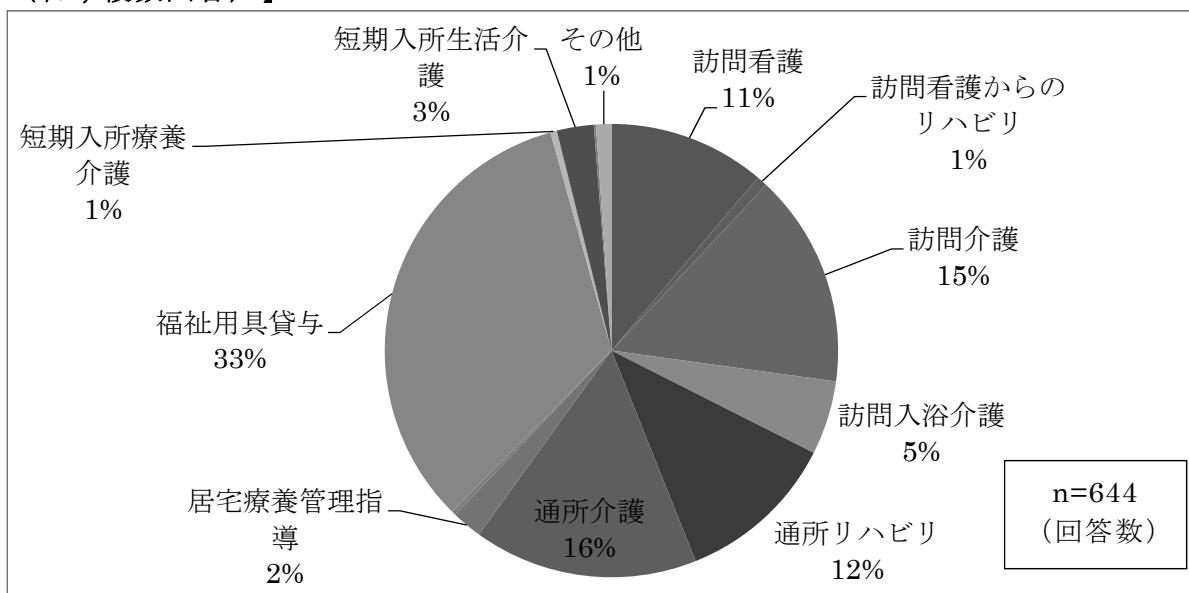
【図 46；利用者が現在利用している介護保険サービス（%；複数回答）】



設問；担当利用者の方が現在利用している介護保険サービスは何ですか（すべて選択）

訪問看護が 8%、訪問介護が 11%、訪問入浴介護が 4%、訪問リハビリテーションが 31%、通所リハビリテーションが 8%、通所介護が 11%、居宅療養管理指導が 1%、福祉用具貸与が 23%、短期入所生活介護が 2%であった。

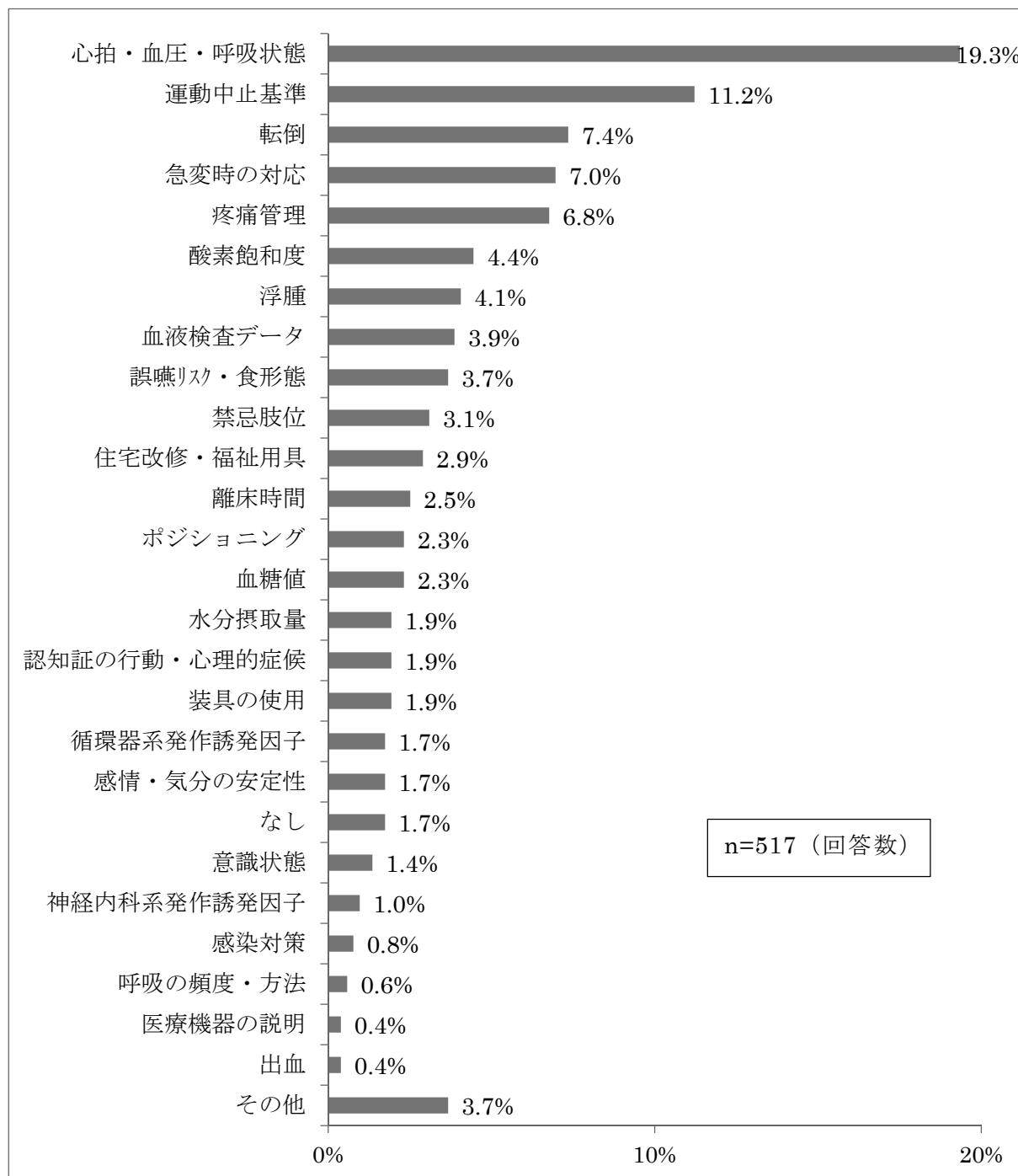
【図 47；利用者が現在利用している訪問リハビリテーション以外の介護保険サービス（%；複数回答）】



設問；担当利用者の方が現在利用している、訪問リハビリテーション以外の介護保険サービスは何ですか（すべて選択）

訪問看護が 11%、訪問看護からのリハビリテーションが 1%、訪問介護が 15%、訪問入浴介護が 5%、通所リハビリテーションが 12%、通所介護が 16%、居宅療養管理指導が 2%、福祉用具貸与が 33%、短期入所療養介護が 1%、短期入所生活介護が 3%であった。

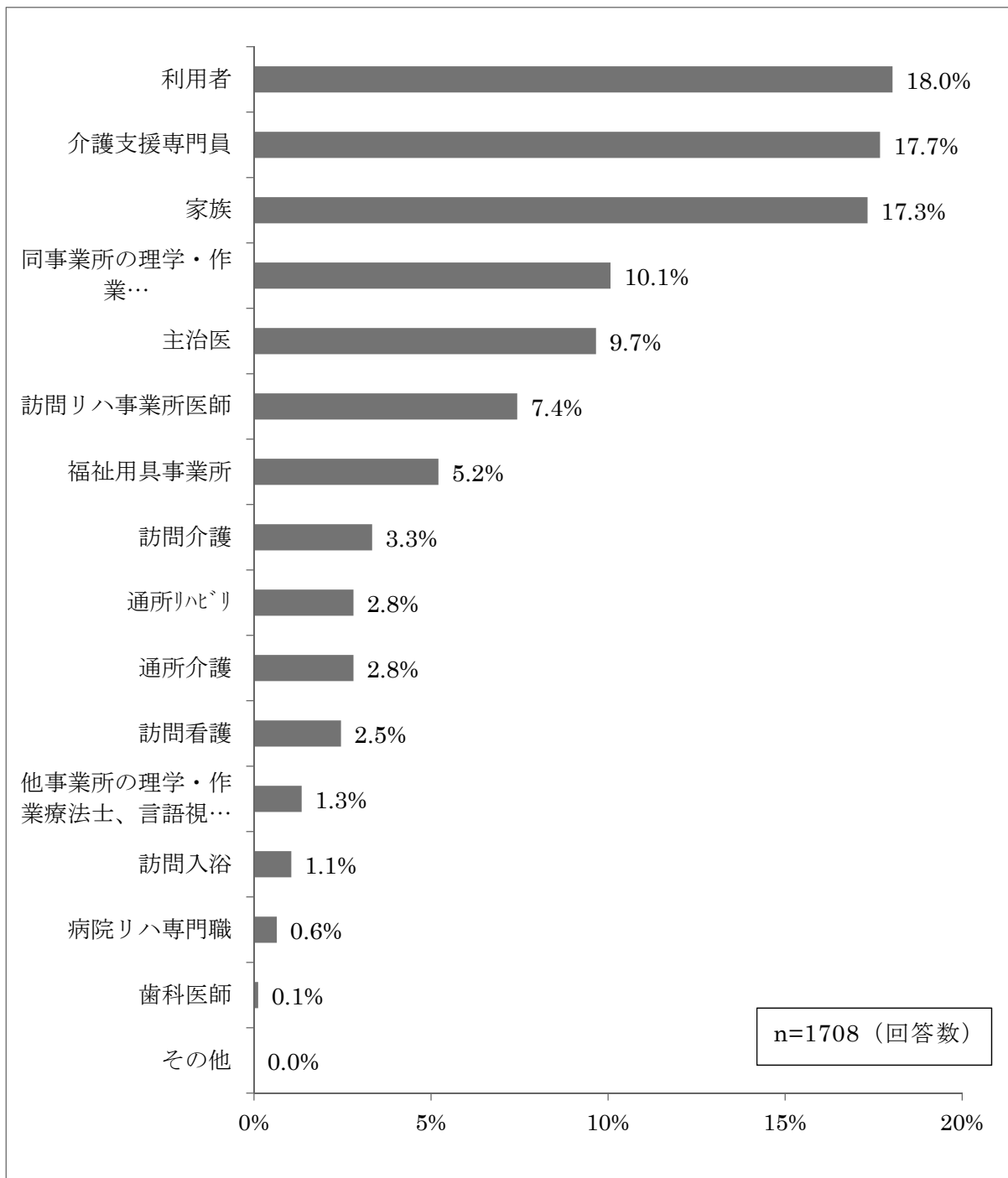
【図 48; 訪問リハ開始時に医師からリスク管理に関して指示及び説明された内容(% : 複数回答)】



設問; 担当利用者について、リスク管理に関して医師から指示・説明があったのは何ですか (すべて選択)

心拍・血圧・呼吸状態が 19.3%、次いで運動の中止基準が 11.2%、転倒 7.4%、急変時の対応 7.0%、疼痛管理 6.8%の順となっていた。

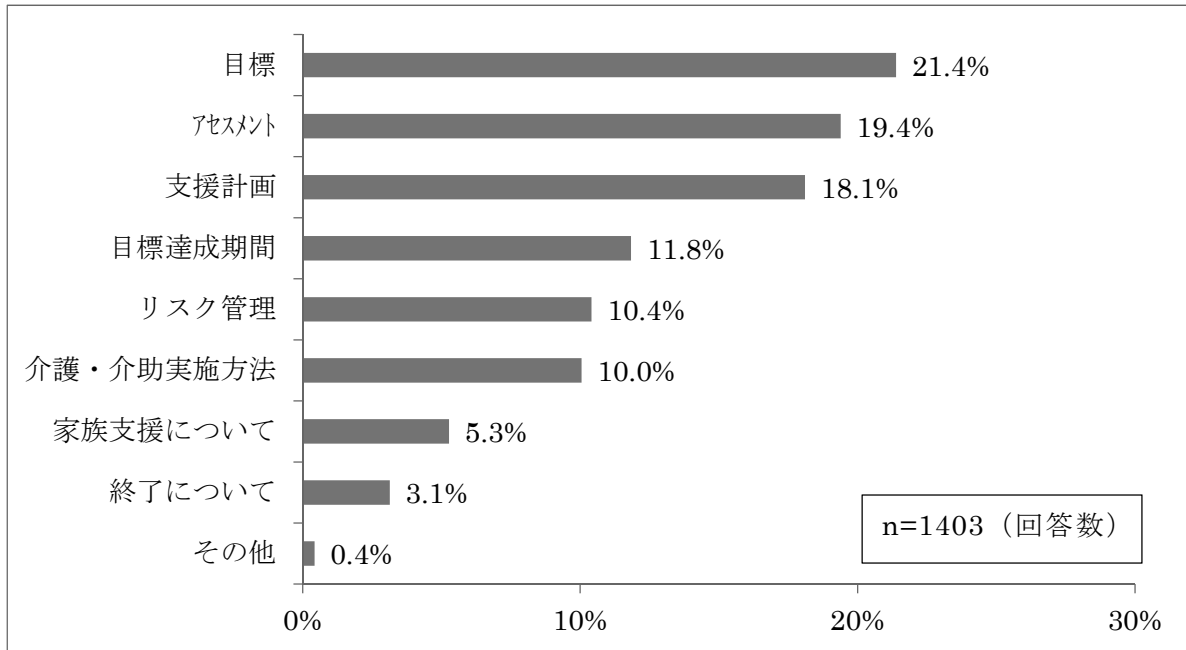
【図 49；訪問リハビリテーションに関する諸情報の共有相手（%；複数回答）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションに関する評価内容、目標及び支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有した場合、共有した相手は誰ですか(すべてに選択)

利用者 18.0%と最も多く、次いで介護支援専門員 17.7%、利用者の家族 17.3%、同事業所の訪問リハ職 10.1%、主治医 9.7%という順になっていた。

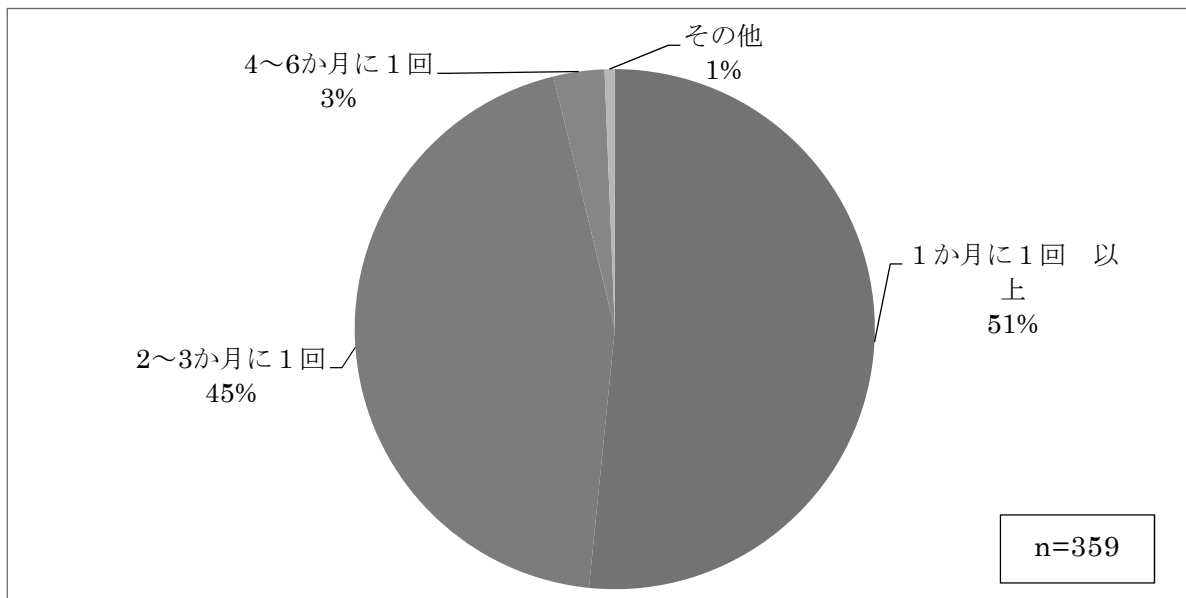
【図 50；訪問リハビリテーションに関する諸情報の具体的共有内容（%；複数回答）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの評価内容、目標及び支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有した場合、共有した具体的内容は何ですか（すべて選択）

訪問リハの目標が 21.4%と最も多く、次いでアセスメント 19.4%、支援計画 18.1%という順になっていた。

【図 51；訪問リハビリテーションに関する諸情報の情報共有頻度（%）】

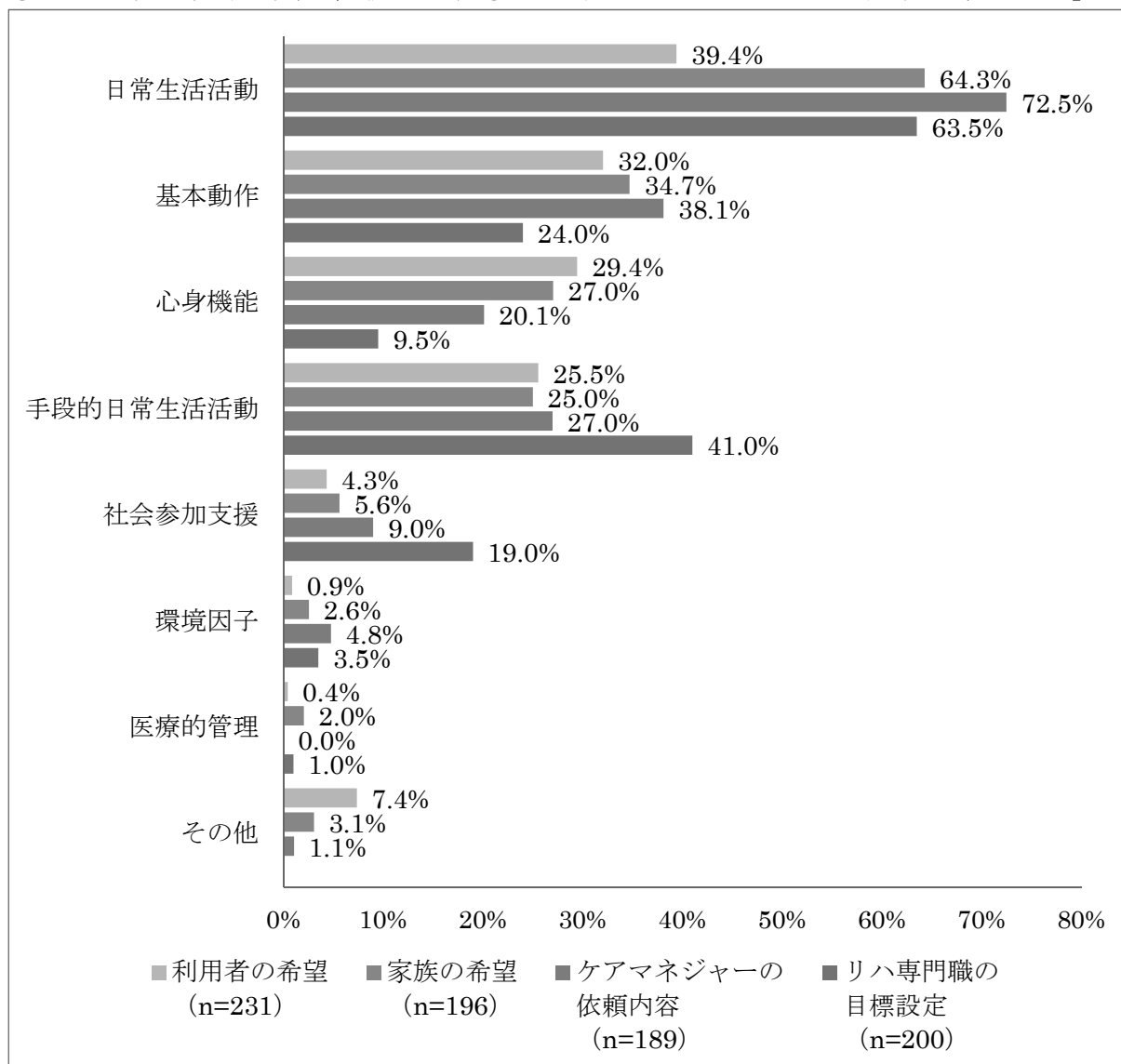


設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの評価内容、目標及び支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有した場合、その頻度はどのくらいですか

1ヶ月に1回以上が 51%と最も多く、次いで2~3ヶ月に1回が 45%となっていた。



【図 52; 訪問リハビリテーション提供時の、①主な利用者の希望、②主な家族の希望、③主な介護支援専門員の依頼内容、④リハ専門職が設定した主な長期目標 (%)】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、リハビリテーションマネジメント加算算定初回時の、訪問リハビリテーションの目標は何ですか

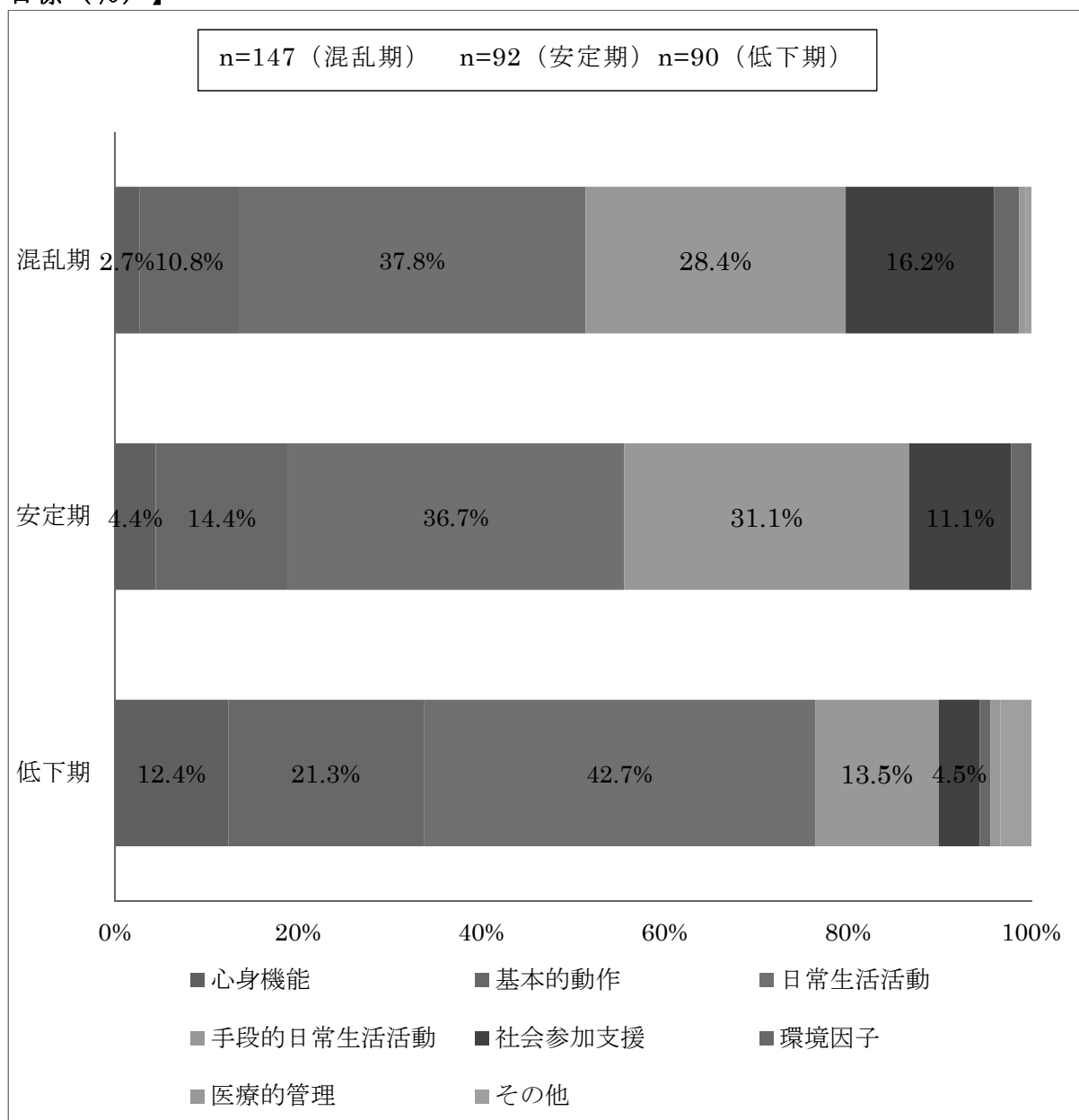
利用者の希望では、日常生活活動に関する対応が 39.4%、次いで基本動作に関する対応 32.0%、心身機能に関する対応 29.4%、手段的日常生活活動（IADL）に関する対応 25.5%であった。

家族の希望では、日常生活活動への対応が 64.3%、次いで基本動作に関する対応 34.7%、心身機能に関する対応 27.0%、手段的日常生活活動(IADL)に関する対応 25.0%であった。

介護支援専門員からの依頼では、日常生活活動への対応が 72.5%、次いで基本動作に関する対応 38.1%、手段的日常生活活動（IADL）に関する対応 27.0%、心身機能に関する対応 20.1%であった。

訪問リハビリテーションに従事するリハ専門職が設定した目標では、日常生活活動 63.5%、手段的日常生活活動（IADL） 41.0%、基本動作 24%、心身機能 20.1%、社会参加支援 19.0%であった。

【図 53 ; 訪問リハビリテーション提供時にリハ専門職が設定した各生活時期別の長期目標 (%)】



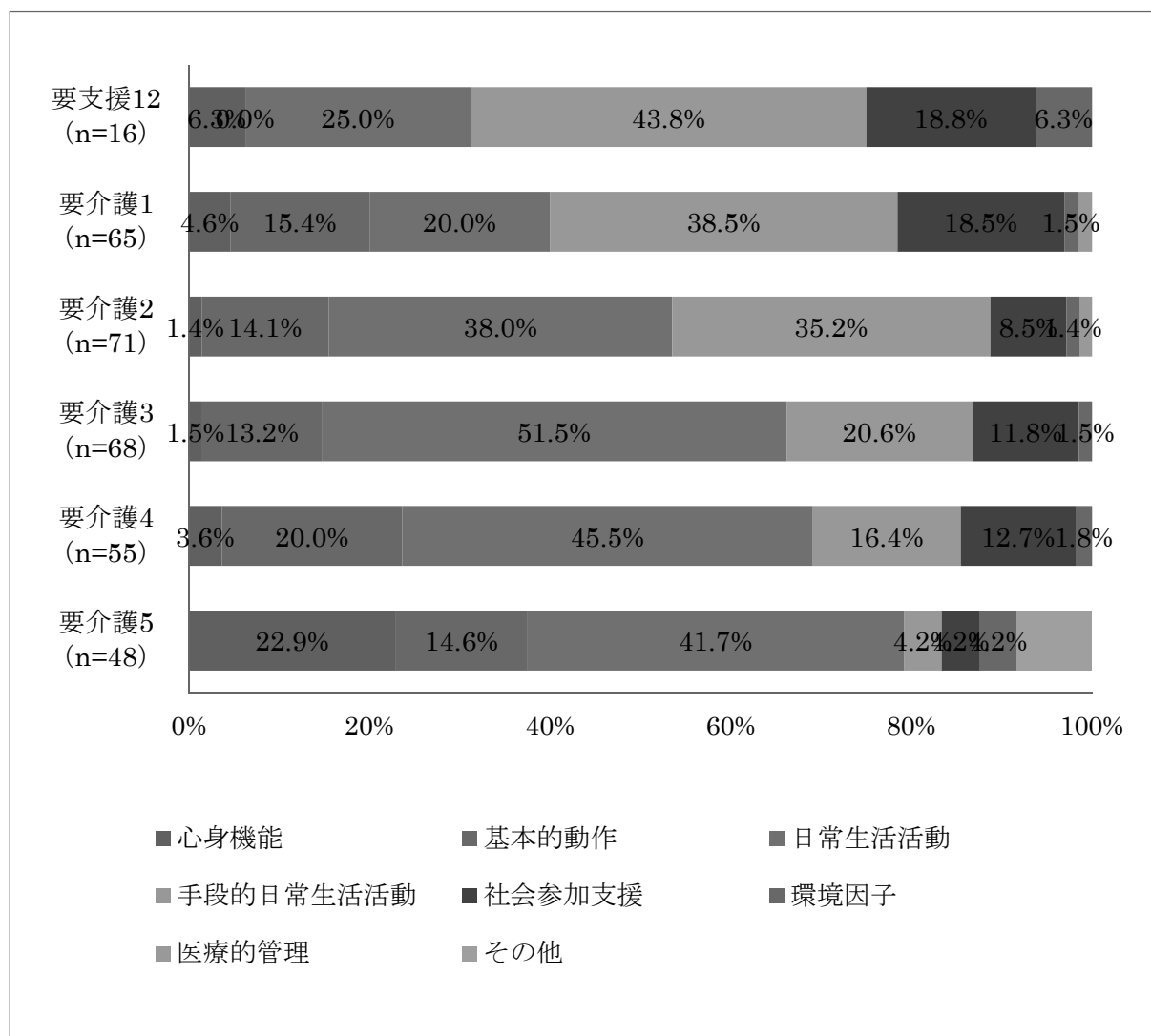
設問 ; 担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。リハビリテーションマネジメント加算算定初回時の、各期の訪問リハビリテーションの長期目標 (主目標) は何ですか

混乱期では、心身機能 2.7%、基本的動作 10.8%、日常生活活動 37.8%、手段的日常生活活動 28.4%、社会参加支援 16.2%であった。

安定期では、心身機能 4.4%、基本的動作 14.4%、日常生活活動 36.7%、手段的日常生活活動 31.1%、社会参加支援 11.1%であった。

低下期では、心身機能 12.4%、基本的動作 21.5%、日常生活活動 42.7%、手段的日常生活活動 13.5%、社会参加支援 4.5%であった。

【図 54 ; 訪問リハビリテーション提供時にリハ専門職が設定した要介護度別の長期目標 (%)】



設問 ; 担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。リハビリテーションマネジメント加算算定初回時の、要介護度別の訪問リハビリテーションの長期目標 (主目標) は何ですか

要支援 1 及び 2 では、心身機能 6.3%、基本的動作 0.0%、日常生活活動 25.0%、手段的日常生活活動 43.8%、社会参加支援 18.8%、環境因子 6.3%あった。

要介護 1 では、心身機能 4.6%、基本的動作 15.4%、日常生活活動 20.0%、手段的日常生活活動 38.5%、社会参加支援 18.5%、環境因子 1.5%であった。

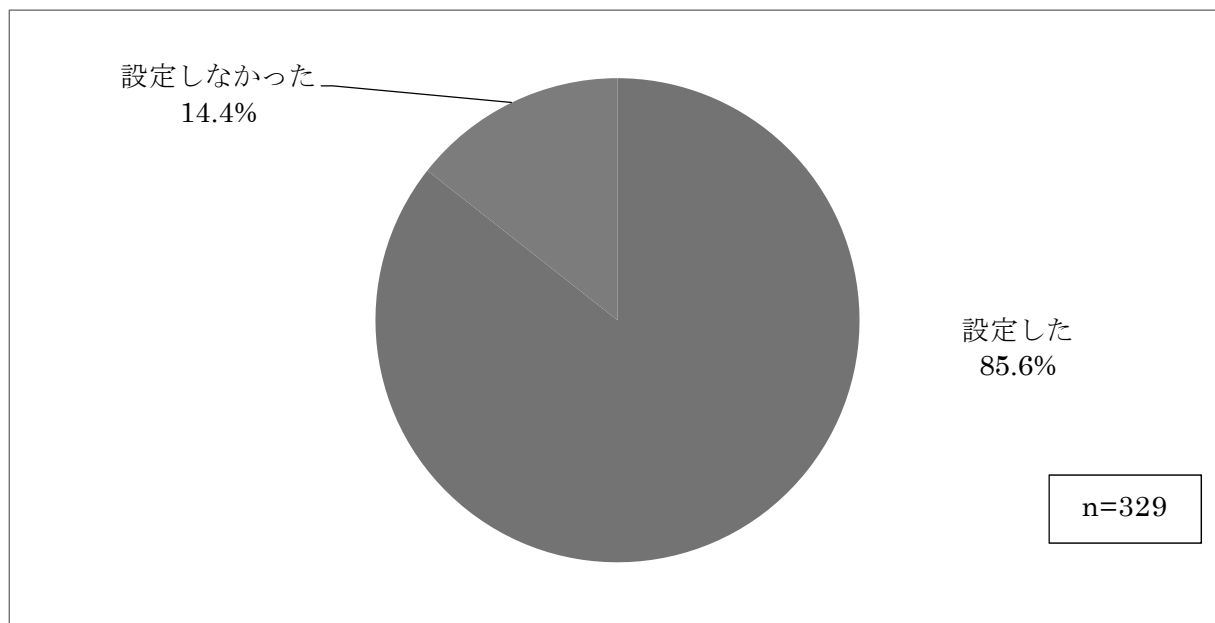
要介護 2 では、心身機能 1.4%、基本的動作 14.1%、日常生活活動 38.0%、手段的日常生活活動 35.2%、社会参加支援 8.5%、環境因子 1.4%であった。

要介護 3 では、心身機能 1.5%、基本的動作 13.2%、日常生活活動 51.5%、手段的日常生活活動 20.6%、社会参加支援 11.8%、環境因子 1.5%であった。

要介護 4 では、心身機能 3.6%、基本的動作 20.0%、日常生活活動 45.5%、手段的日常生活活動 16.4%、社会参加支援 12.7%、環境因子 1.8%であった。

要介護 5 では、心身機能 22.9%、基本的動作 14.6%、日常生活活動 41.7%、手段的日常生活活動 4.2%、社会参加支援 4.2%、環境因子 4.2%であった。

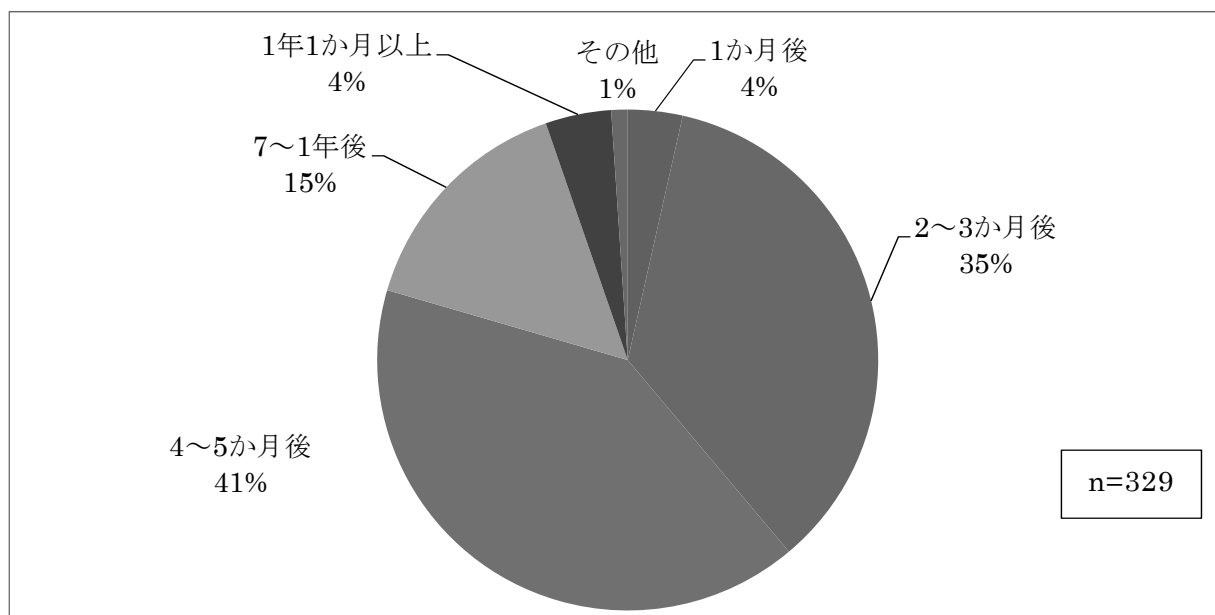
【図 55 ; 訪問リハビリテーション提供時にリハ専門職が設定した長期目標の達成期間の設定 (%)】



設問 ; 担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。リハビリテーションマネジメント加算算定初回時の訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）について達成期間を設定しましたか

設定した（はい）が 85.6%、設定しない（いいえ）が 14.4%であった。

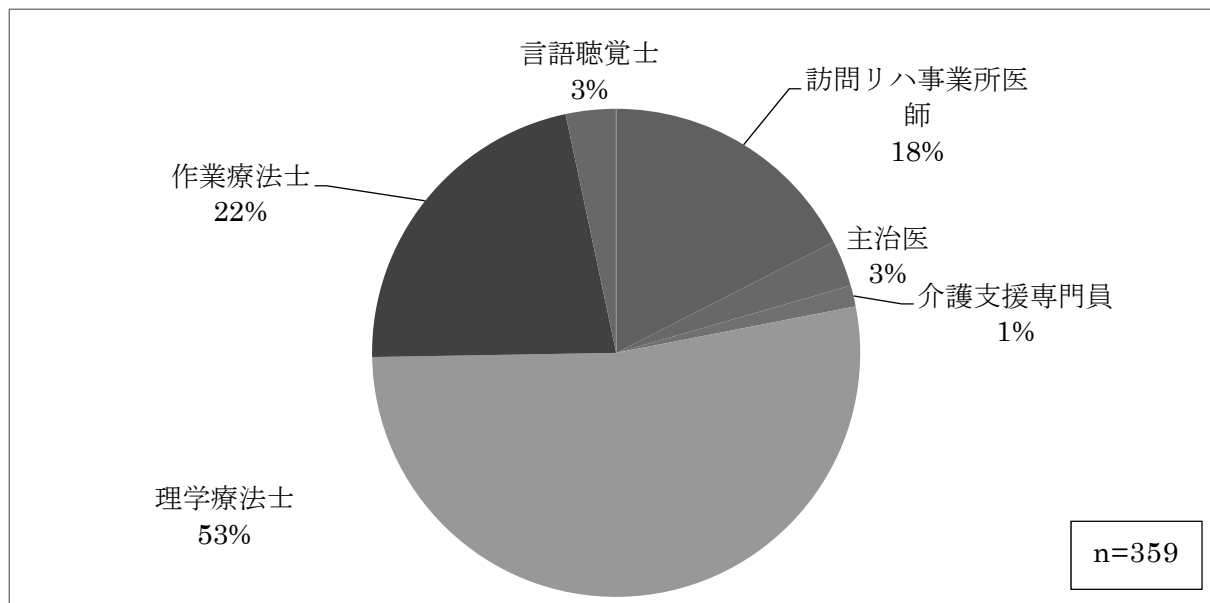
【図 56 ; 設定した長期目標の期間 (%)】



設問 ; 担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。リハビリテーションマネジメント加算算定初回時の訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）について達成期間を設定した場合、その期間はどのくらいですか

1ヶ月後が 4%、2～3ヶ月後が 35%、4～5ヶ月後が 41%、7ヶ月～1年後が 15%、1年1か月以上が 4%であった。

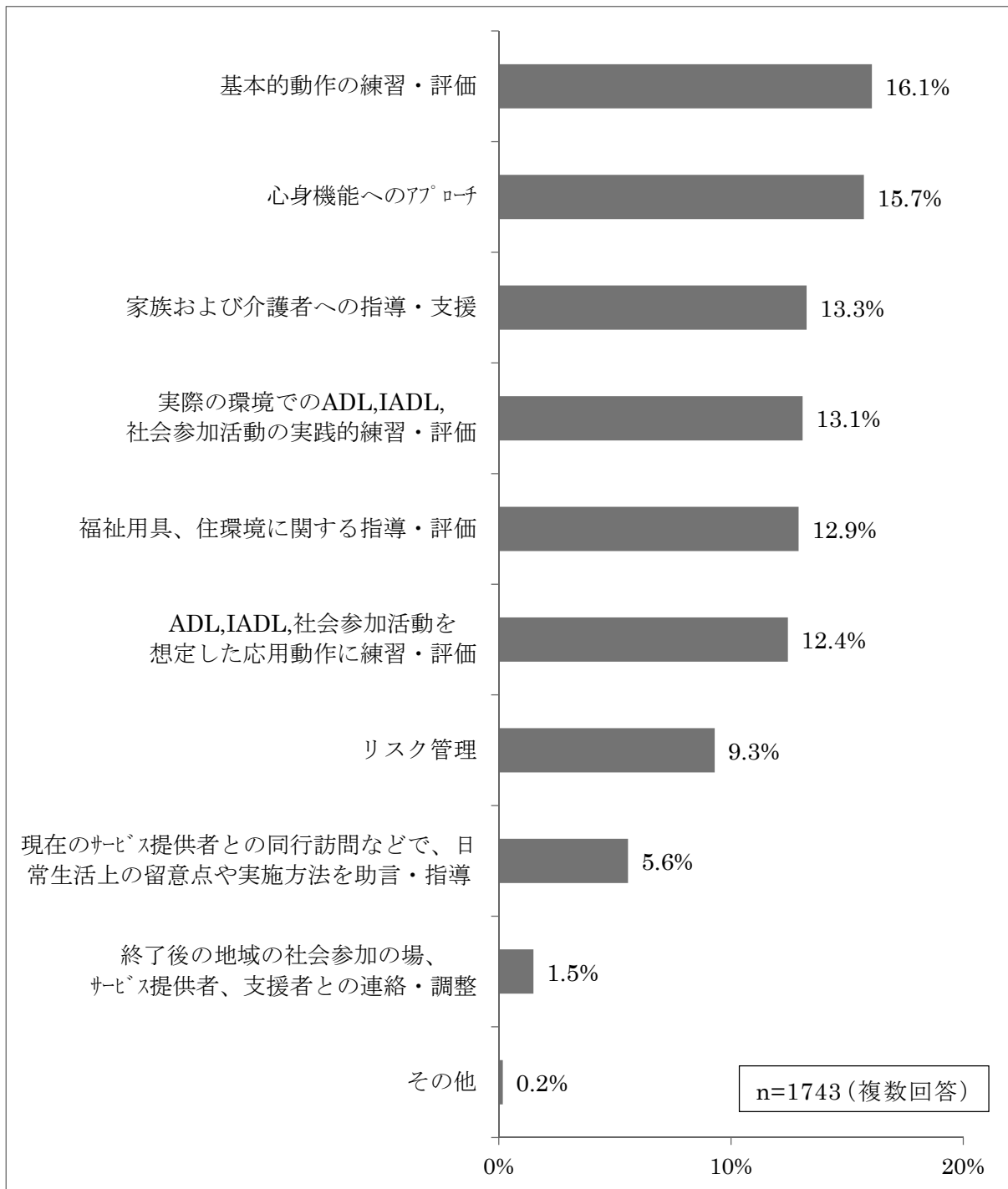
【図 57；訪問リハビリテーション提供の際にリハビリテーション実施計画書を本人や家族に説明した職種（％）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。リハビリテーション計画書について説明したのは誰ですか

訪問リハビリテーション事業所の医師 18%、主治医 3%、介護支援専門員 1%、理学療法士 50%、作業療法士 22%、言語聴覚士 3%であった。

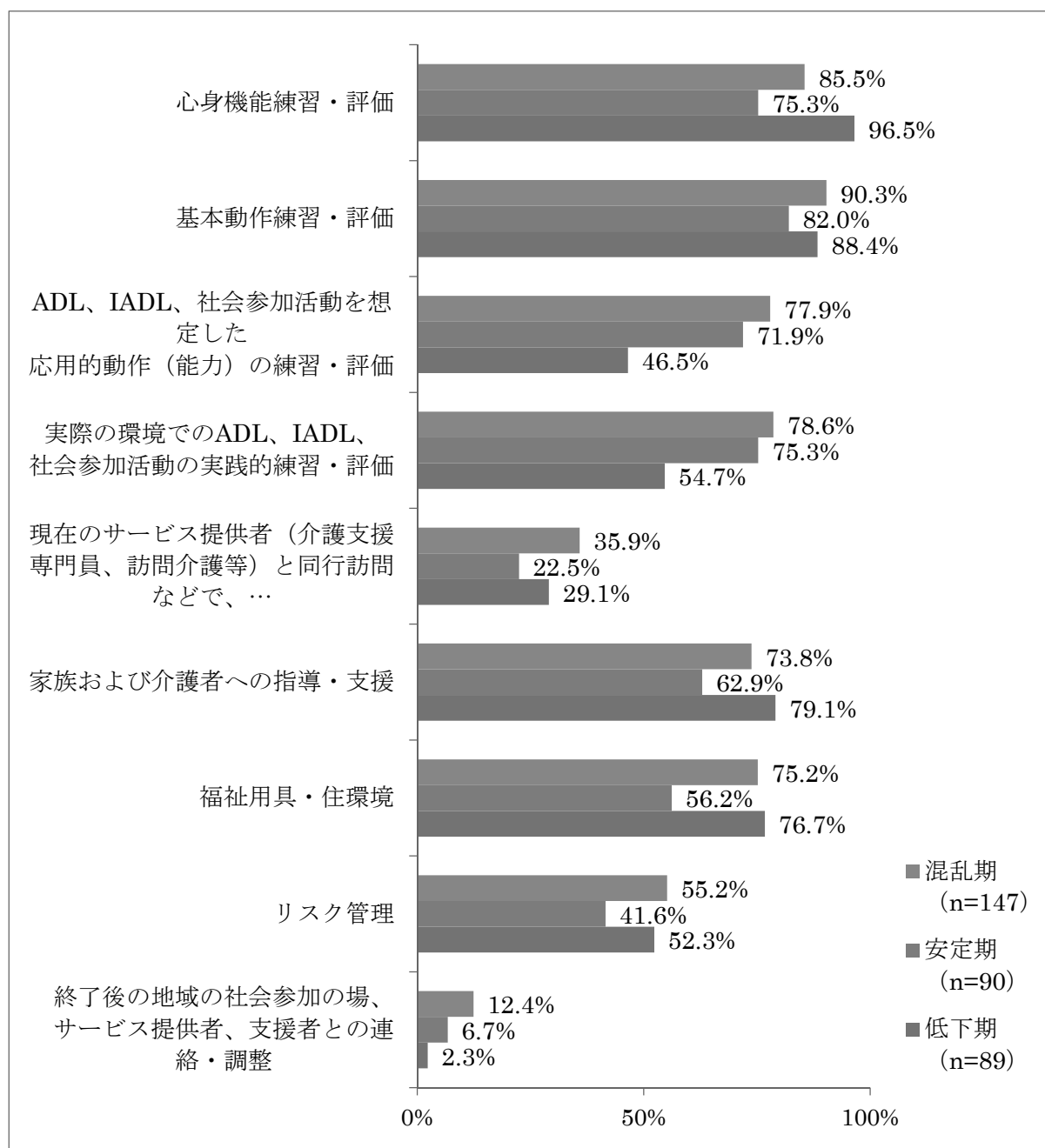
【図 58；設定した長期目標達成のための具体的な支援内容（%；複数回答）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）を達成するために実施している・実施した訪問リハビリテーションの支援内容は何ですか（すべて選択）

基本動作の練習・評価 16.1%と最も多く、次いで心身機能のアプローチ 15.7%、家族及び介護者への指導や支援 13.3%となっていた。

【図 59；設定した長期目標達成のための具体的な支援内容～生活時期別（%；複数回答）】



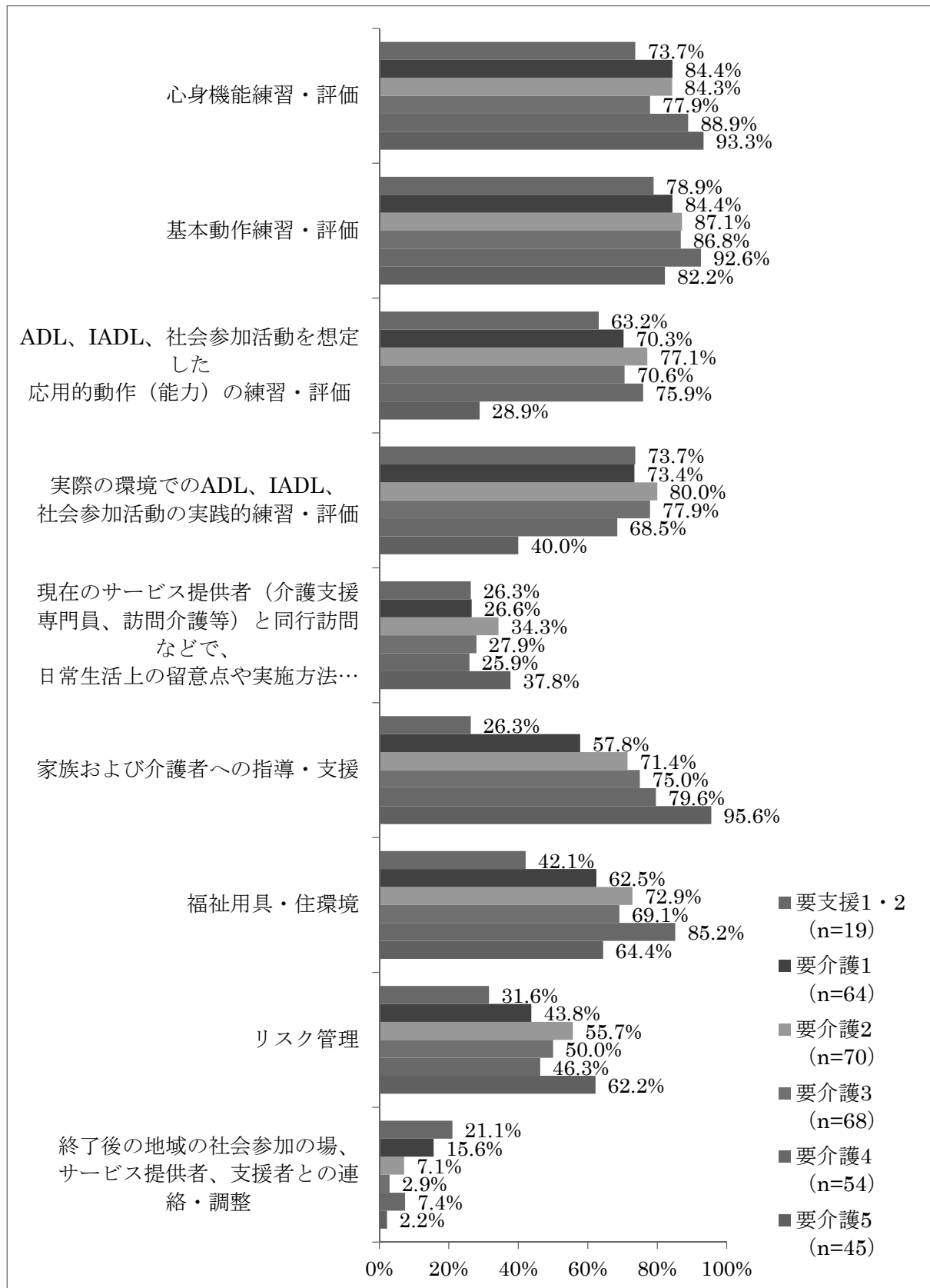
設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）を達成するために、各期において、実施している・実施した訪問リハビリテーションの支援内容は何ですか。（すべて選択）

混乱期では、基本動作練習・評価が 90.3%、次いで心身機能練習・評価が 85.5%であった。

安定期では、基本動作練習・評価が 82.0%、次いで心身機能練習・評価と実際の環境での実践的練習・評価が 75.5%であった。

低下期では、心身機能練習・評価が 96.5%、次いで基本動作練習・評価が 88.4%であった。

【図 60；設定した長期目標達成のための具体的な支援内容～要介護度別（%；複数回答）】





設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）を達成するために、要介護度別において、実施している・実施した訪問リハビリテーションの支援内容は何ですか。（すべて選択）

要支援 1・2 では、基本動作練習・評価が 78.9%、次いで心身機能練習・評価と実際の環境での実践的練習・評価が 73.7%であった。

要介護 1 では、心身機能練習・評価と基本動作練習・評価が 84.4%、次いで実際の環境での実践的練習・評価が 73.4%であった。

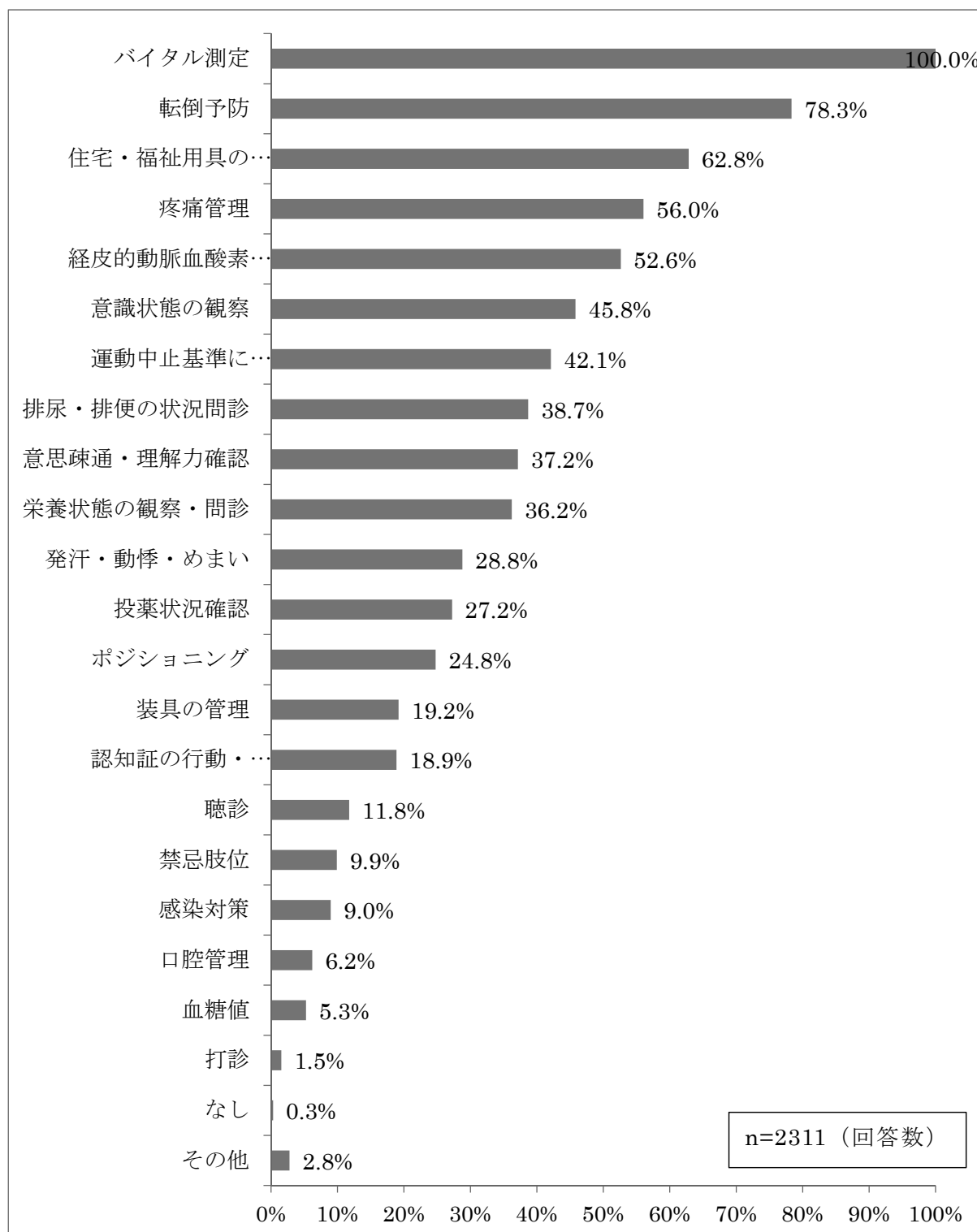
要介護 2 では、基本動作練習・評価が 87.1%、次いで心身機能練習・評価が 84.3%、であった。

要介護 3 では、基本動作練習・評価が 86.8%、次いで心身機能練習・評価と実際の環境での実践的練習・評価が 77.9%、であった。

要介護 4 では、基本動作練習・評価が 92.6%、心身機能練習・評価が 88.9%、福祉用具・住環境が 85.2%であった。

要介護 5 では、家族・介護者への指導支援が 95.6%、次いで心身機能練習・評価が 93.3%、基本動作練習・評価が 82.2%であった。

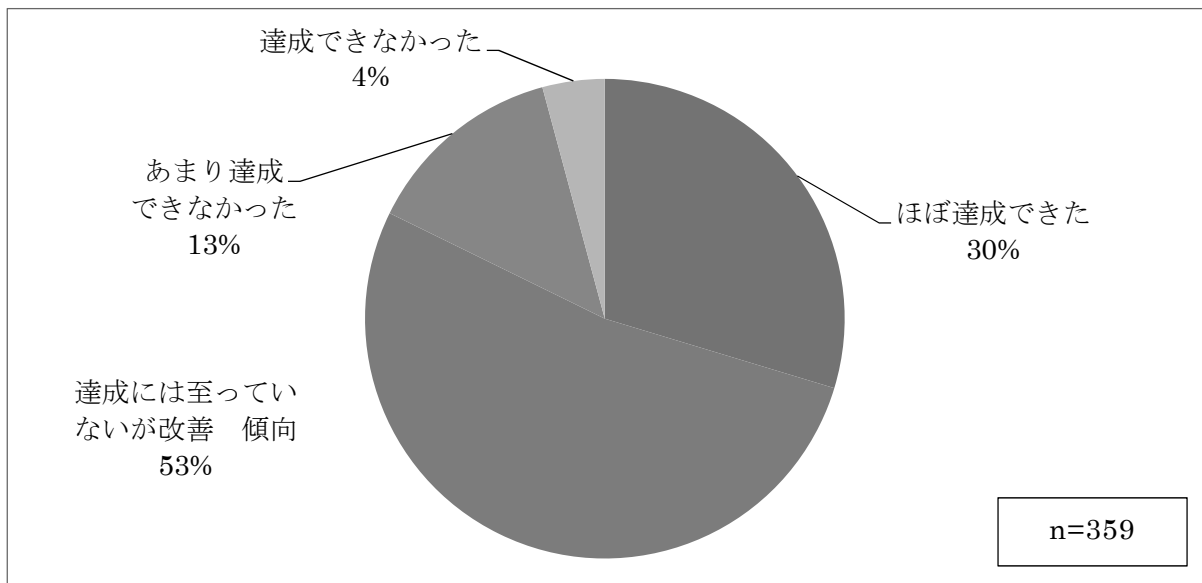
【図 61；訪問リハビリテーションを実施する上で行っているリスク管理（%；複数回答）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションで行っているリスク管理は何ですか（すべて選択）

バイタル測定は 100%実施されていた。次いで、転倒予防に関する管理が 78.3%、住宅や福祉用具の確認が 62.8%、疼痛管理が 56.0%という順であった。

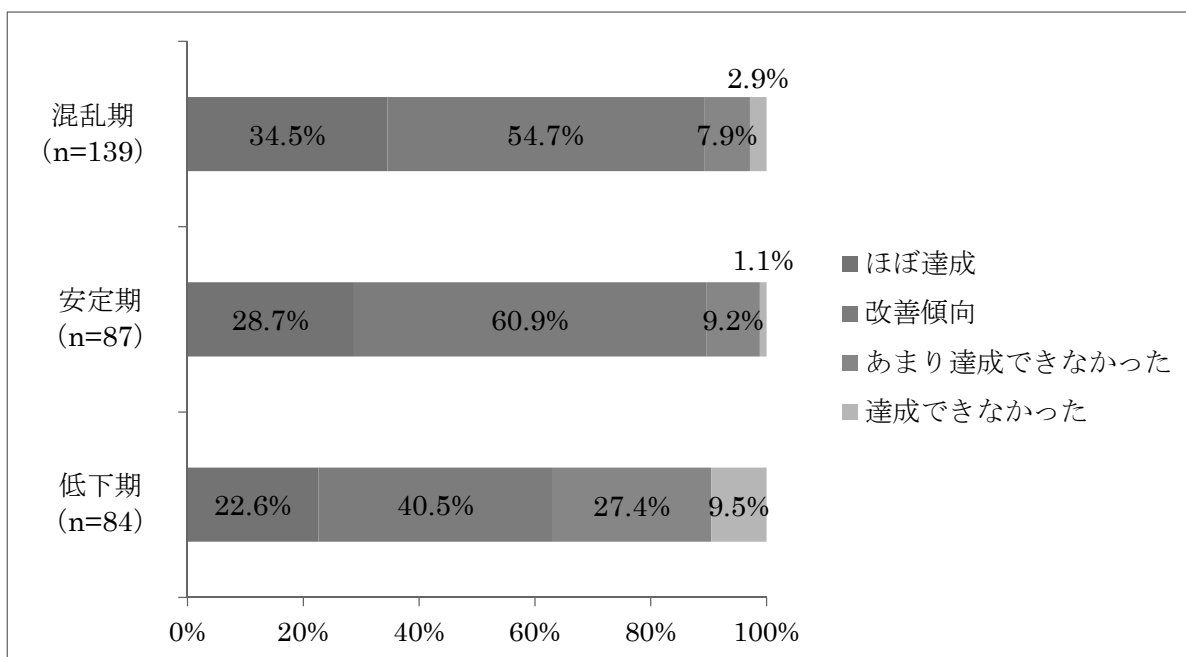
【図 62；設定した長期目標の達成度合い（％）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）の、現在の達成状況はどれですか

ほぼ達成できたが 30%、改善傾向にあるが 53%、あまり達成できなかったが 13%であった。

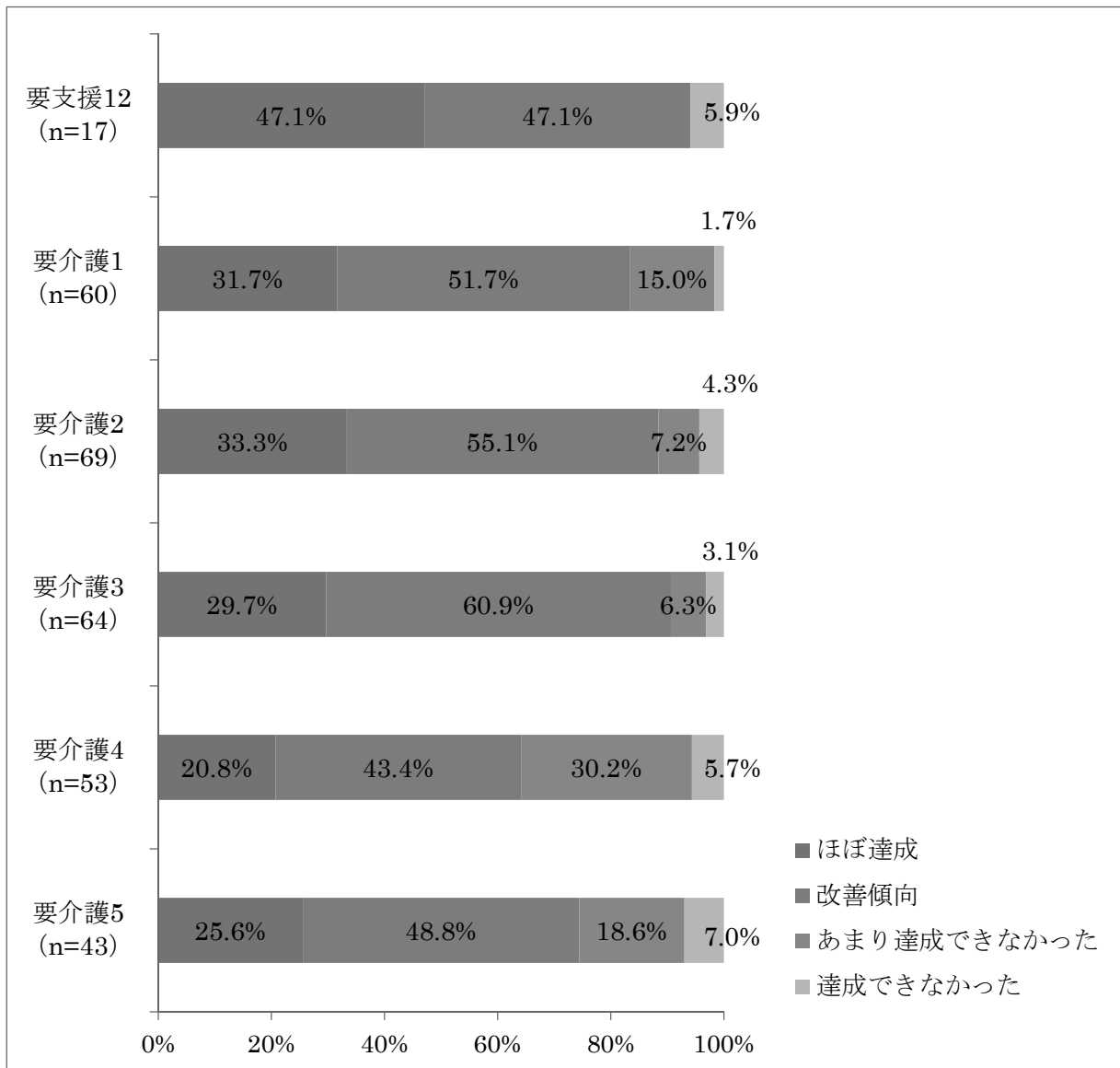
【図 63；設定した長期目標の達成度合い～生活時期別（％）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）の、各期の現在の達成状況はどれですか

混乱期では、ほぼ達成が 34.5%、改善傾向が 54.7%、あまり達成できなかったが 7.9%であった。安定期では、ほぼ達成が 28.7%、改善傾向が 60.9%、あまり達成できなかったが 9.2%であった。低下期では、ほぼ達成が 22.6%、改善傾向が 40.5%、あまり達成できなかったが 27.4%、達成できなかったが 9.5%であった。

【図 64；設定した長期目標の達成度合い～要介護度別（％）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの長期目標（主目標）の、要介護度別の現在の達成状況はどれですか

要支援 1 及び 2 では、ほぼ達成 47.1%、改善傾向 47.1%、達成できなかった 5.9%であった。

要介護 1 では、ほぼ達成 31.7%、改善傾向 51.7%、あまり達成できなかった 15.0%、達成できなかった 1.7%であった。

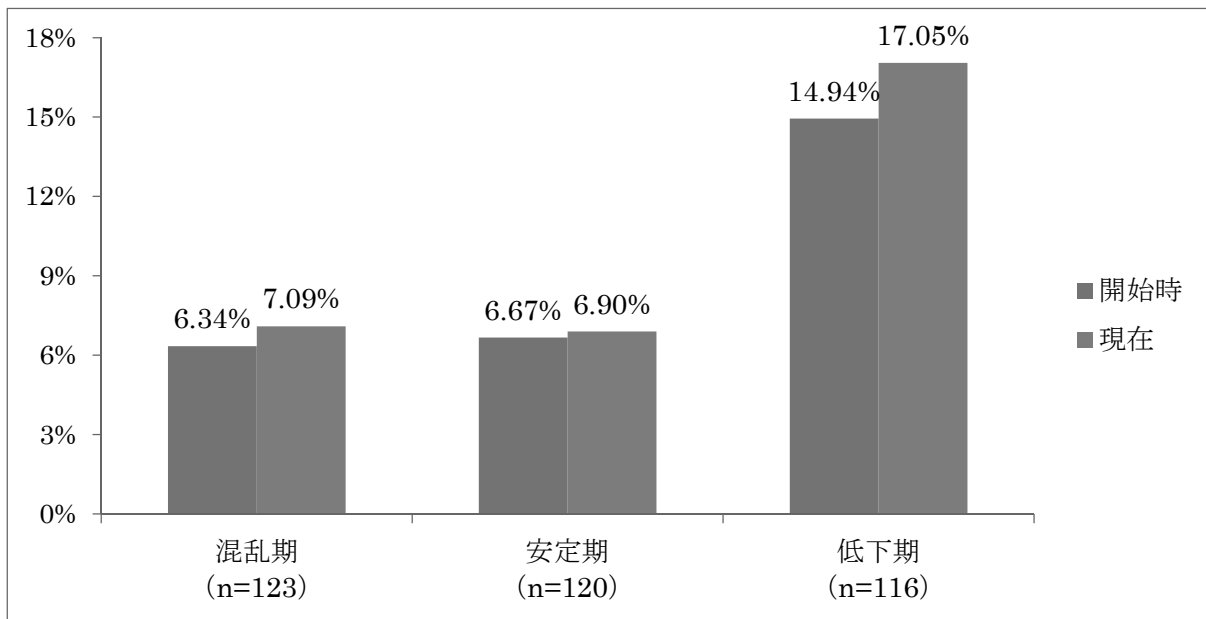
要介護 2 では、ほぼ達成 33.3%、改善傾向 55.1%、あまり達成できなかった 7.2%、達成できなかった 4.3%であった。

要介護 3 では、ほぼ達成 29.7%、改善傾向 60.9%、あまり達成できなかった 6.3%、達成できなかった 3.1%であった。

要介護 4 では、ほぼ達成 20.8%、改善傾向 43.4%、あまり達成できなかった 30.2%、達成できなかった 5.7%であった。

要介護 5 では、ほぼ達成 25.6%、改善傾向 48.8%、あまり達成できなかった 18.6%、達成できなかった 7.0%であった。

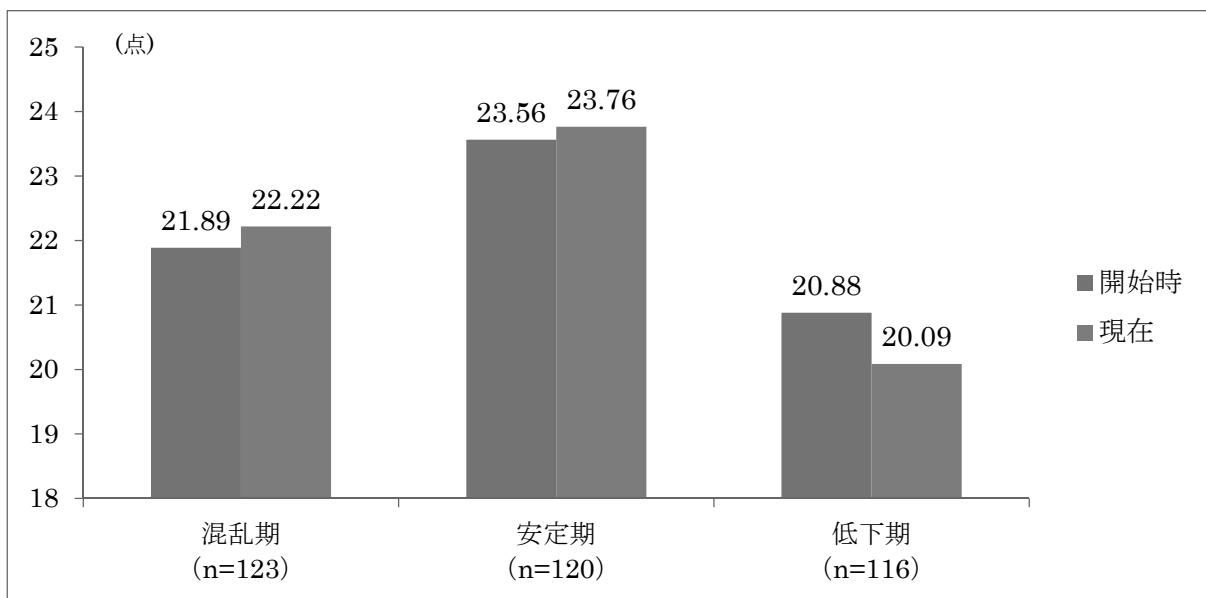
【図 65；訪問リハビリテーション実施による利用者の変化①～BPSD の有症割合(%)】



設問；担当利用者の訪問リハビリテーション開始時及び現在の BPSD の状況はどうなっていますか

訪問開始時の BPSD 有症割合は、混乱期で 6.34%、安定期で 6.67%、低下期で 14.94%となっていたが、直近の評価結果では、混乱期で 7.09%、安定期で 6.9%、低下期で 17.05%となっていた。

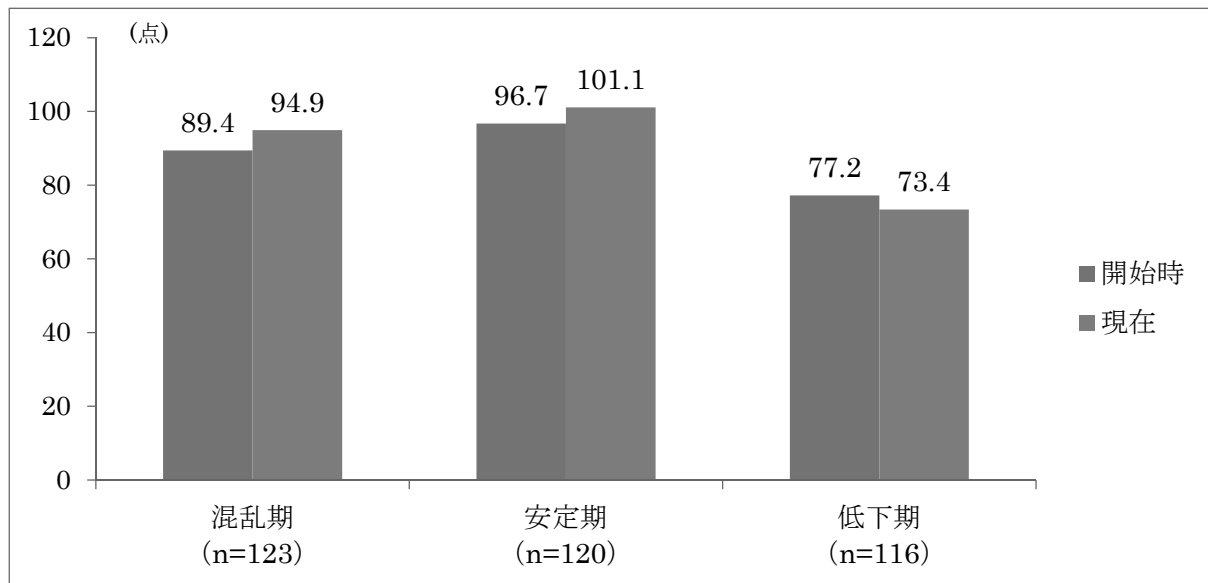
【図 66；訪問リハビリテーション実施による利用者の変化②～HDS-R の変化（点）】



設問；担当利用者の訪問リハビリテーション開始時及び現在の認知機能（HDS-R）の状況はどうなっていますか

訪問開始時の改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R スコア）について、混乱期で 21.89 点、安定期で 23.56 点、低下期で 20.88 点となっていたが、直近の評価結果では、混乱期で 22.22 点、安定期で 23.76 点、低下期で 20.09 点となっていた。

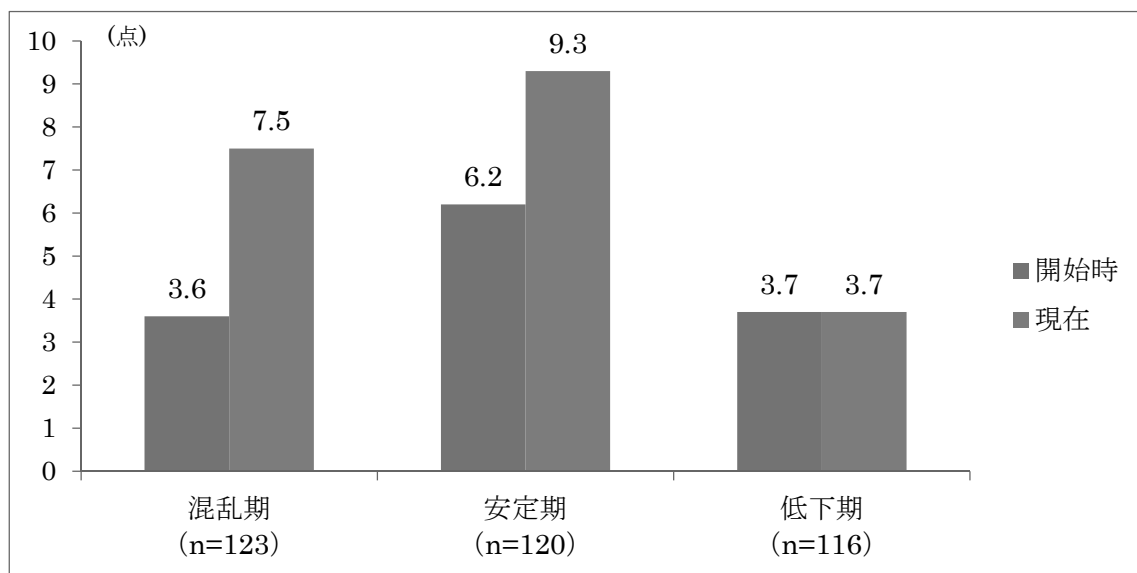
【図 67；訪問リハビリテーション実施による利用者の変化③～日常生活活動（実行状況）（FIM）の変化（点）】



設問；担当利用者の訪問リハビリテーション開始時及び現在の日常生活活動の状況（FIMスコア）はどうなっていますか

訪問開始時の日常生活活動の状況（FIMスコア）について、混乱期で89.4点、安定期で96.7点、低下期で77.2点となっていたが、直近の評価結果では、混乱期で94.9点、安定期で96.7点、低下期で73.4点となっていた。

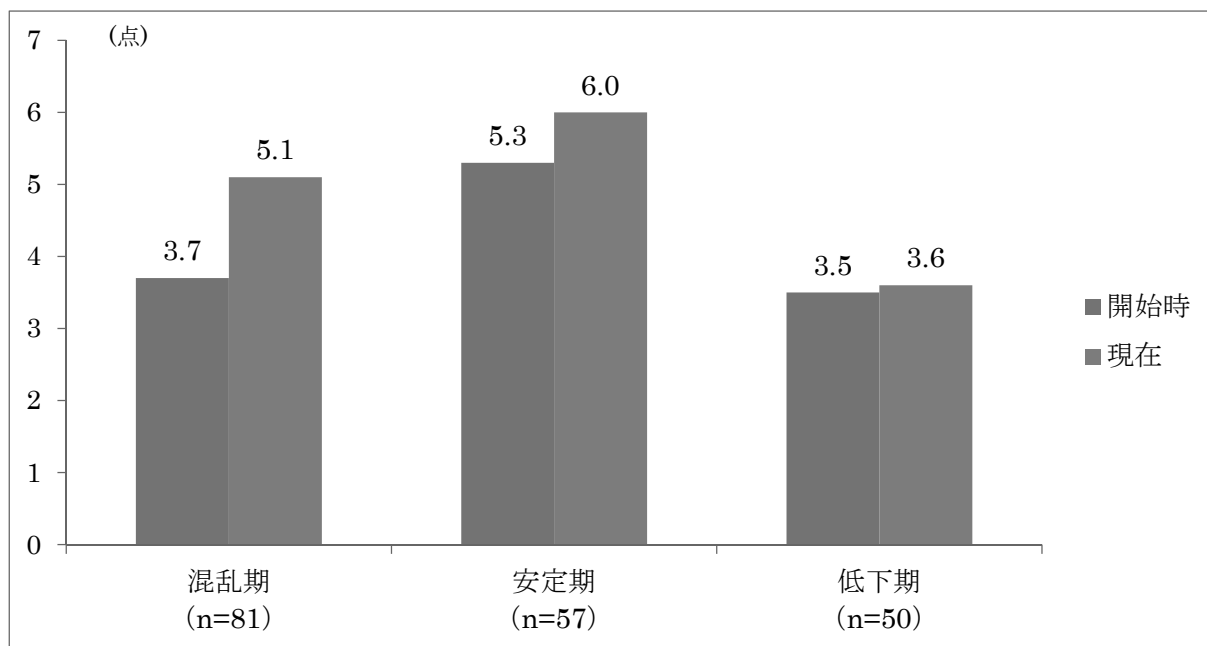
【図 68；訪問リハビリテーション実施による利用者の変化④～手段的日常生活活動（実行状況）（FAI）の変化（点）】



設問；担当利用者の訪問リハビリテーション開始時及び現在の手段的日常生活活動（FAIスコア）の状況はどうなっていますか

訪問開始時の手段的日常生活活動の状況（FAIスコア）について、混乱期で3.6点、安定期で6.2点、低下期で3.7点となっていたが、直近の評価結果では、混乱期で7.5点、安定期で9.3点、低下期で3.7点となっていた。

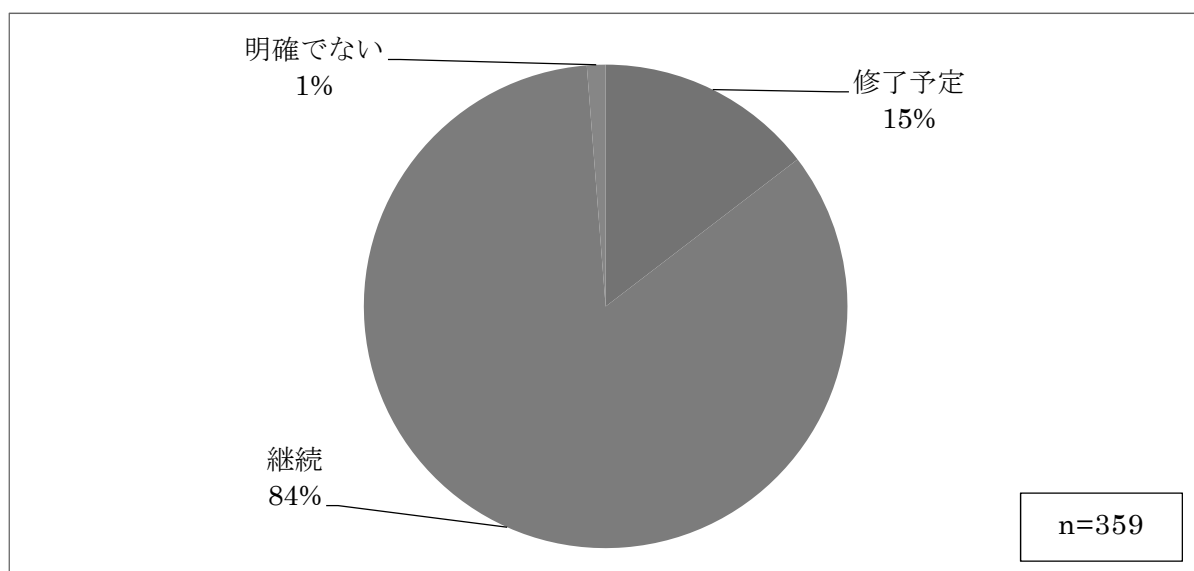
【図 69; 訪問リハビリテーション実施による利用者の変化⑤～生活空間の広がり (LSA) の変化 (点)】



設問；担当利用者の訪問リハビリテーション開始時及び現在の生活空間の広がり (LSA スコア) の状況はどうなっていますか

訪問開始時の生活空間の広がり (LAS スコア) について、混乱期で 3.7 点、安定期で 5.3 点、低下期で 3.5 点となっていたが、直近の評価結果では、混乱期で 5.1 点、安定期で 6.0 点、低下期で 3.6 点となっていた。

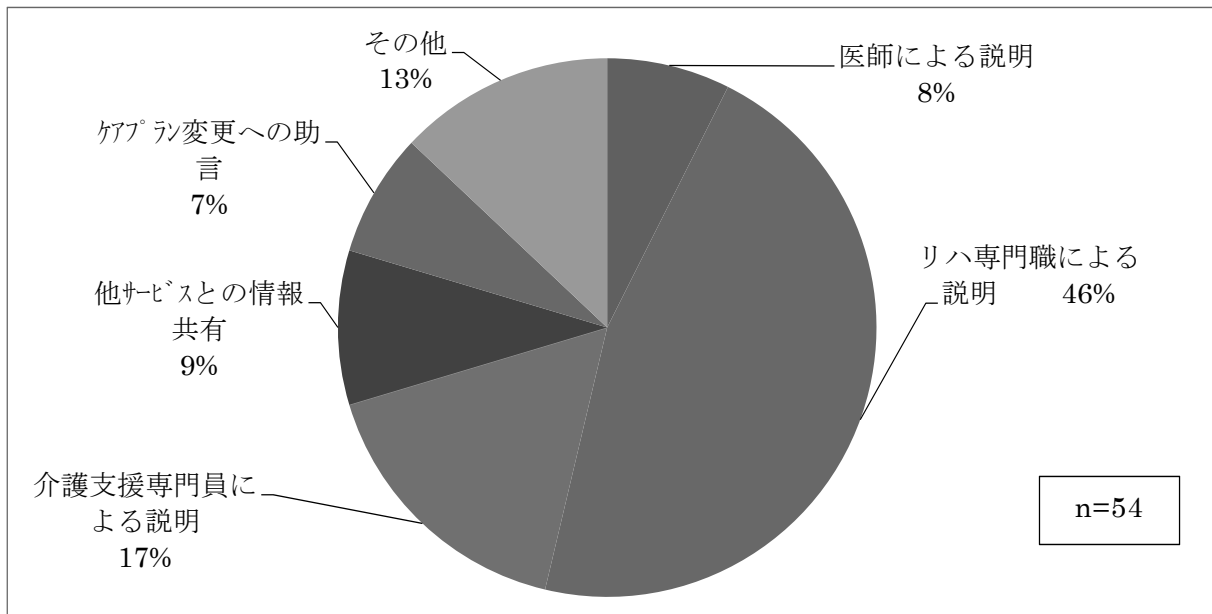
【図 70 ; 今後の訪問リハビリテーション提供の見通し (%)】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの今後の方針はどのようになっていますか

修了予定が 15%、今後も訪問リハを継続の予定が 84%、今後の見通しは明確ではないが 1%となっていた。

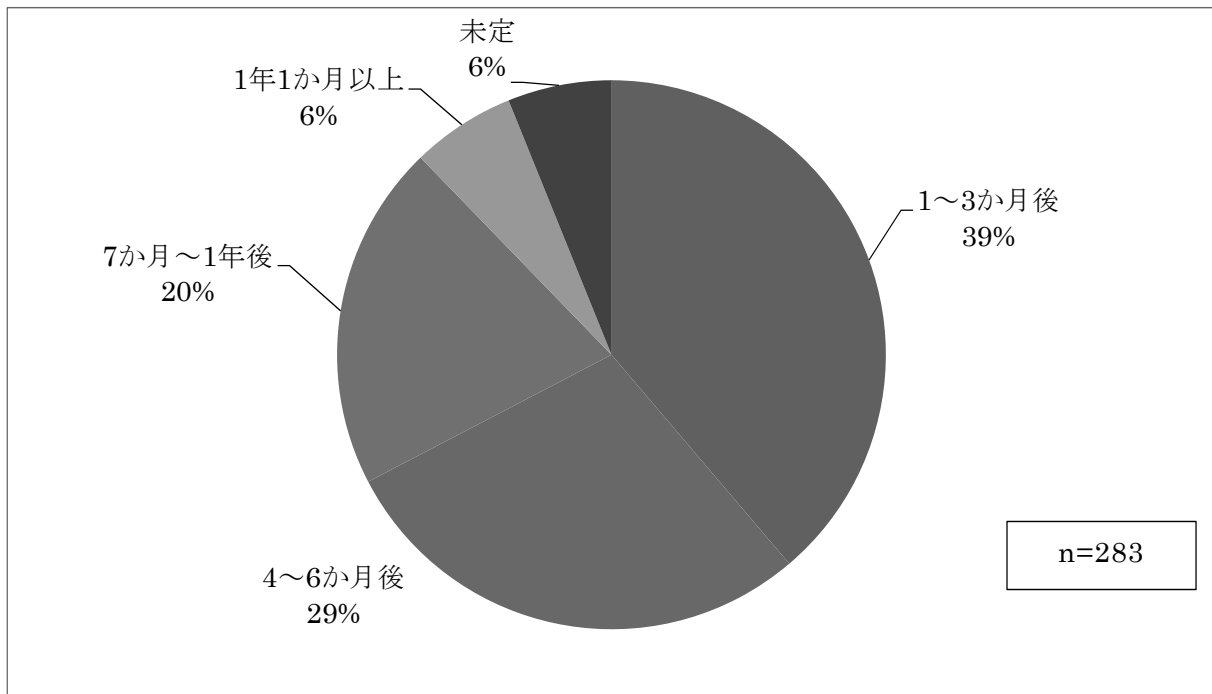
【図 71；訪問リハビリテーションが修了に至った要因（％）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの今後の方針について、修了に導いたポイントは何ですか

リハビリの専門職による説明が 46%と最も多く、次いで介護支援専門員による説明が 17%、他のサービスとの情報共有が 9%という順になっていた。

【図 72；訪問リハビリテーション修了に関する予定時期（％）】

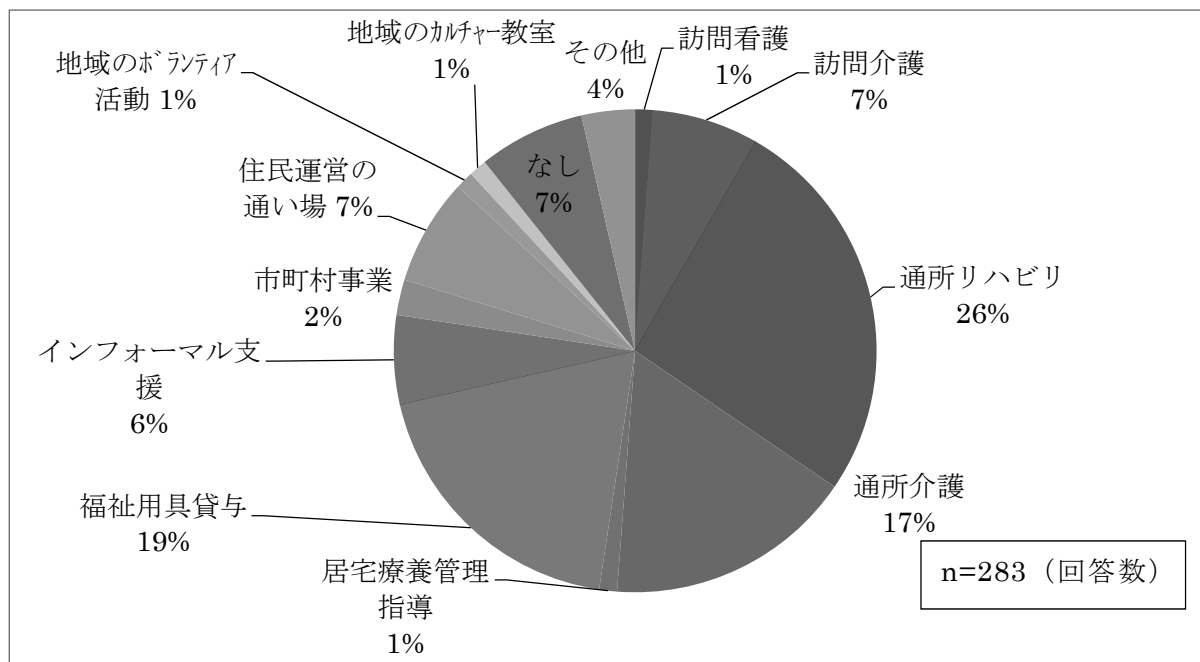


設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの今後の方針として修了時期（予定）はいつですか

訪問開始から 1～3 ヶ月後が 39%と最も多く、次いで 4～6 ヶ月後が 29%、7 ヶ月～1 年後が 20%となっていた。



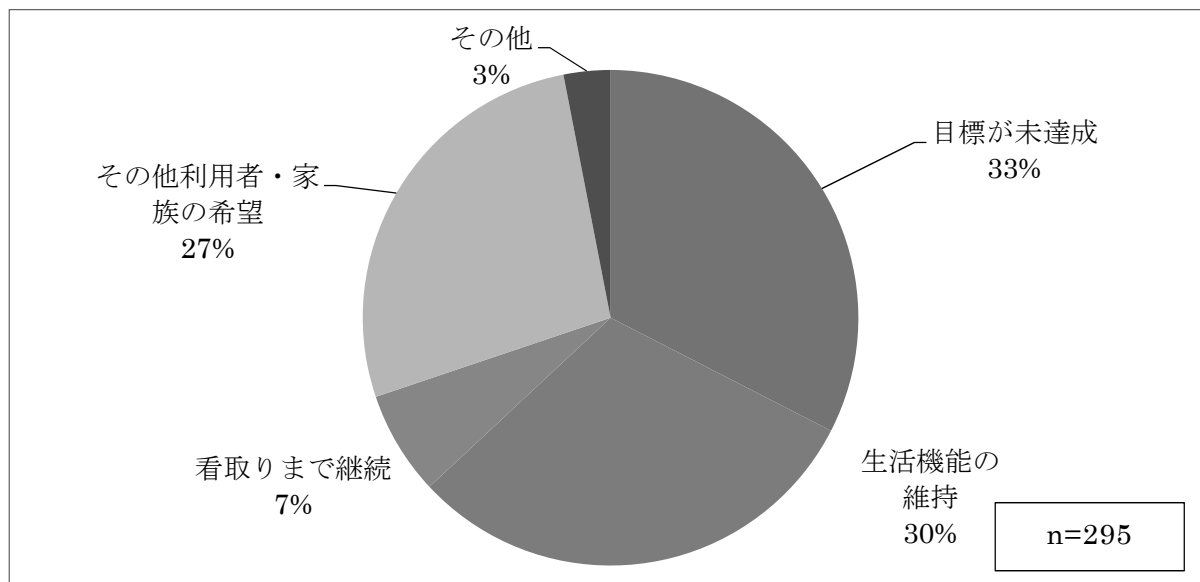
【図 73 ; 訪問リハビリテーション修了後に利用（参加）予定のサービス（% ; 複数回答）】



設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について、訪問リハビリテーションの今後の方針について、修了後の利用・参加サービス（予定）は何ですか

通所リハビリテーションが 26%と最も多く、次いで福祉用具貸与が 19%、通所介護が 17%、訪問介護 7%という順になっていた。

【図 74 ; 訪問リハビリテーションの継続理由（%）】



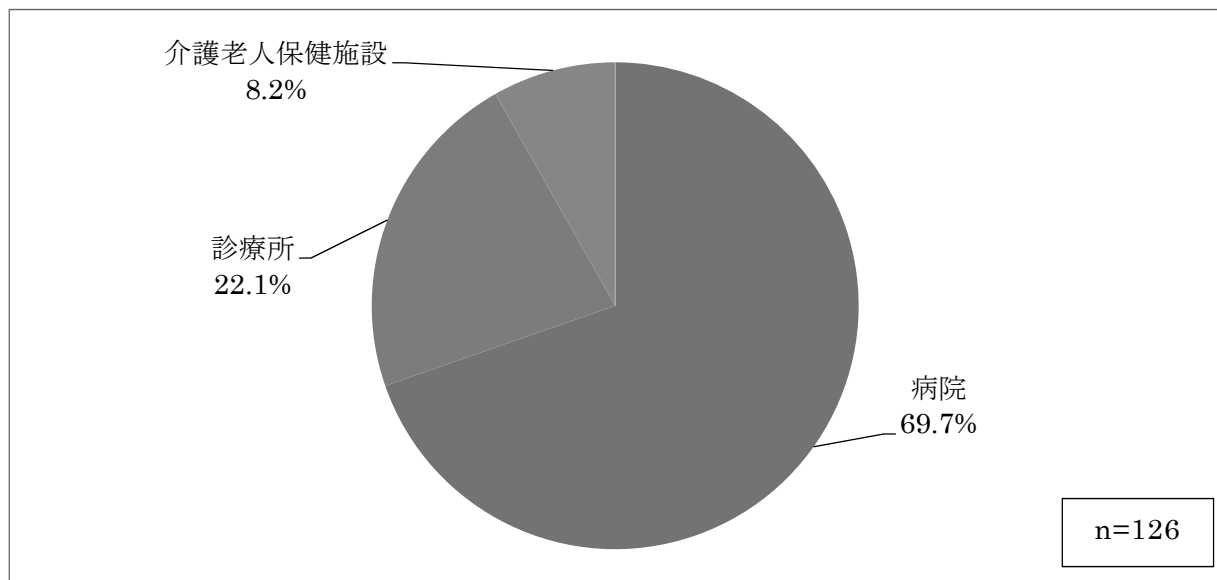
設問；担当利用者への訪問リハビリテーション提供について。訪問リハビリテーションの今後の方針について、継続の理由は何ですか

目標未達成が 33%と最も多く、次いで生活機能の維持が 30%、利用者や家族が訪問リハ継続を希望しているが 27%という順になっていた。

## 6. 訪問リハビリテーション事業所の概要の結果（様式G）

訪問リハビリテーション事業所の概要や利用者全体の傾向に関する調査である。リハ専門職の代表が回答している（図75及び76）。

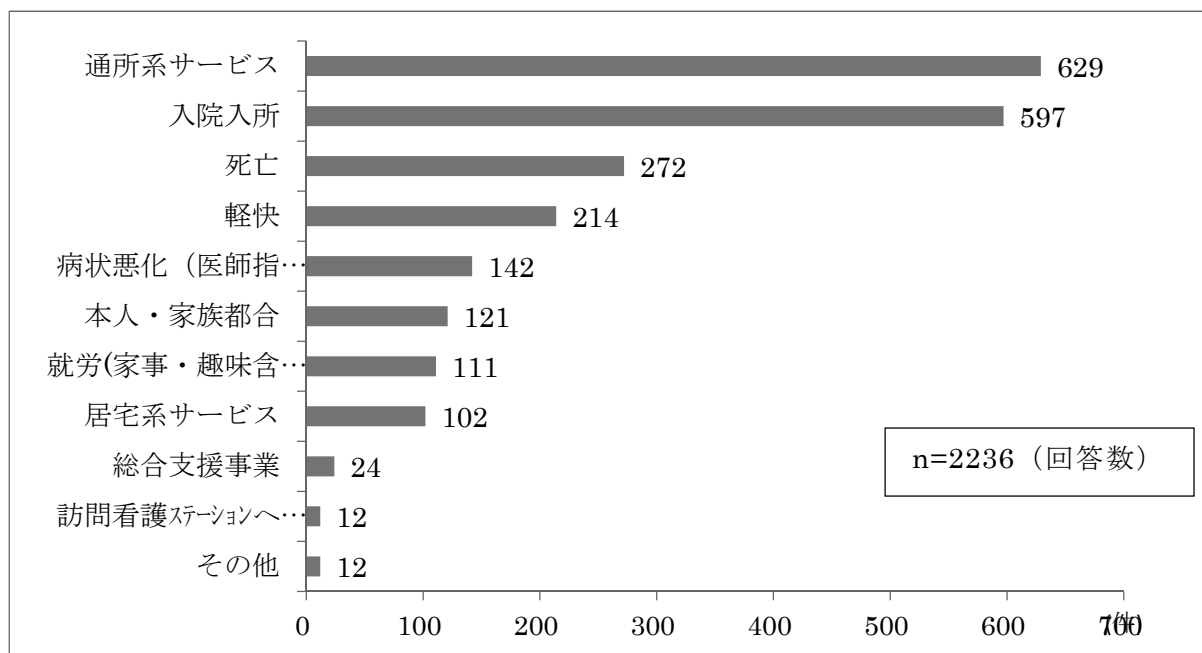
【図75：回答者の所属先（%）】



設問；あなたの所属先はどこですか

病院が最も多く 69.7%、以下診療所が 22.1%、介護老人保健施設が 8.2%となっていた。

【図76：訪問リハビリテーション修了者の修了理由（件；重複回答）】



設問；平成 27 年 4 月以降の訪問リハビリテーション修了者の修了理由は何ですか

通所系サービスへの移行が 629 人、次いで入院入所が 597 人、死亡が 272 人であった。

## 7. ヒアリング調査（様式 H）の結果

訪問リハビリテーション事業所に従事するリハ専門職に対し、訪問リハビリテーション受入から連携に関する日常業務についてヒアリング調査を行った結果である。

### 新規利用者の受入について

#### 1) 新規利用者の受け入れ決定は誰がどのように行っていますか

##### 【まとめ】

決定は、ヒアリング実施事業所（45 か所）の半数以上がリハビリテーション責任者（管理者、科長、責任者、主任など）であり、医師が最終的に決定というのは約 12 か所。事業所内での受け入れのための判定会議の開催や受け入れる経過の中で事前訪問をしている事業所も半数ほどあった。

##### 【実際の回答】

- ①ケアマネジャーからの連絡を受けたセラピスト(依頼の電話を受け取ったセラピスト等)が、ケアマネジャーから状況やニーズなどの情報を得て記録に残す。最低限得なければならない情報はあらかじめ用紙で統一している。
- ②情報に基づき事業所内リハビリテーション会議（終礼時等に開催するミーティング）にて受け入れの有無と担当者をきめる。
- ③原則として依頼は全て、引き受けている。
- ・訪問リハビリテーション管理者が実施。
  - ・ケアマネジャーから事前情報を収集。その後、事前訪問を実施、介入の目的や方向性を検討。
  - ・事前訪問は、算定をしていない。
  - ・院内の回復期から退院した利用者への介入も多い。
- 事業所責任者が概要を聞いてケアマネジャーから所定のアセスメント用紙（申込用紙を兼ねている）を送ってもらう。責任者が不在の場合は受け付けたスタッフが概要を聞いて、一応受付けてアセスメント用紙を送ってもらう。基本的には受けるという前提で対応している。アセスメント用紙を確認して折り返して諾否の連絡をする。受け入れる場合は医師への診療情報提供書を送ってもらう。受け入れが不安であったり、微妙な場合は診療情報提供書を送ってもらってから事業所の医師に相談して判断する場合もある。
- ①自施設から退所となり開始となる場合：退所に向けたカンファレンスの際に、医師・担当セラピスト・計画担当ケアマネジャー・支援相談員から説明を行い、目的を明らかにした上で決定する。受け入れ可能かは訪問リハビリテーションの提供責任者と事前調整するが、最優先の受け入れを行うよう努めている。
- ②地域から問い合わせがあり開始となる場合：訪問リハビリテーションの提供責任者がケアマネジャーとともに利用者宅に訪れ、ニーズ把握とともにかかりつけ医、事業所医師に確認を取り決定する。

現状は責任者 1 名で運営、新規利用者は 4-5 名/月。受入れの優先順位は自施設の退所者でその空で外部の依頼を受入れ。
- セラピストの役職者がケアマネジャーより依頼があったときに、リハビリテーションに関するニーズを十分に聞き取り、現状のサービスで対応できないか、訪問リハビリテーションが本当に必要な事例か、訪問リハビリテーションの役割にどのような可能性があるかを吟味し、電話によるマネジメントを行う。その後、正式に依頼があった場合や利用者が訪問リハビリテーションに関する説明を受けたい場合は、

契約前に事前に利用者宅に伺い、状況やニーズを把握した後、どのように訪問リハビリテーションを進めるか説明した上で決定（契約）を行う。同時に正式な依頼があった旨を事業所医師に説明し診察の日程を相談した上で事前訪問時に診察の日程を伝え、事業所医師が診察した上でサービスを開始する。両者での相談は受け入れの是非ではなく、どのように進めるかの内容面での検討で、受け入れに関してはセラピストの役職者が判断する。

- 院内・院外とも受け入れている。往診ができないため受診できる方のみの対応となっている。セラピストのリーダーが窓口になり相談を受け付ける。院外からの受け入れの場合は、契約前に事前に評価をするため、利用者宅へ伺い、状況やニーズを把握した後、医師に相談（報告）し、利用者に受診していただいて、両者で相談・決定を行っている。院内からの受け入れの場合、主治医及び相談員、担当セラピストから相談を受けた後、情報収集をして受け入れを検討している。
- 基本は 3 パターン①当院入院時に主治医が必要か判断②外部の医療機関に入院中 SW から当院 SW に相談。最終的には当院訪問リハビリテーション担当医師が判断③在宅のケアマネジャー紹介だが最終的には訪問リハビリテーション担当医師が判断。どのパターンも基本は 3 ヶ月程度で終了することを伝えている。訪問が長くなりそうな特定疾患の方などは訪問看護ステーションに繋いでいる。
- 利用者の受け入れは管理者が決定している。同一医療法人の退院患者さんに対しては退院時カンファレンスに参加している。他の医療機関の患者さんはケアマネジャーが決定している（訪問看護ステーションで実施）。
- ケアマネジャーから依頼の電話があり訪問リハビリテーションリーダーで受け取り、セラピストは同センターの他サービスと兼務で働いているため、訪問業務に新規で対応して問題ないか、リハビリテーション主任にお伺いをたてる。結果、職員配置で対応が可能と判断されれば受け入れをしていく。訪問リハビリテーションリーダーで契約を行ったあと、医師の往診による診察があり訪問リハビリテーション指示がだされ、開始となる。
- 病院で訪問リハビリテーションを実施している。ケアマネジャーからの電話連絡をリハビリテーション室長（PT）が受け、訪問リハビリテーションの目的を確認し基本情報を FAX や郵送でいただく。その情報をもとに、リハビリテーション室長が受け入れの決定を下している。かかりつけ医からの診療情報提供書が届き次第、事業所医師（4・5 人）の外来受診をセッティングし指示書が発行される。同法人の医師がかかりつけ医の場合は、直接訪問リハビリテーションの必要性について確認し受け入れ決定を行っている。
- 利用開始判定会議に出席した事業所の医師が決めている。（訪問リハビリテーションの）申し込みがあった患者宅を担当セラピストが事前に訪問する。事前訪問に関してはゼロ算定、サービスで実施している。次に利用開始判定会議を事業所で開催する。判定会議には事業所医師、事前訪問をした担当セラピスト、介護福祉士の資格を持つ事務職員が参加している。
- 訪問リハビリテーションの必要性について入院時カンファレンス、外来は診察時に提案される。病院 MSW からケアマネジャー、訪問リハビリテーション責任者へ情報提供を受ける。訪問リハビリテーション事業所内ミーティングで紹介し受け入れ決定。利用者へは退院時カンファレンス、外来受診時に事前に顔合わせをする。
- 訪問リハビリテーション責任者が決定  
全スタッフが相談窓口を担う（聴き取り用紙を利用）→訪問リハビリテーション責任者へ報告→担当決定→担当者が面談、契約実施。

リスクが高いケースなどは事前に事業所医師や看護師に相談し、かかりつけ医からの情報収集を協力して行っている。

- 訪問リハビリテーション主任が契約前に事前に情報収集し、必要であれば事前訪問をして、訪問リハビリテーションの適応を検討した上で受け入れを決定する。  
情報：フェイスシート、医師の診断状況(リスク・禁忌事項の確認)、事前訪問で生活環境や対象者・家族からのニーズなど情報収集。
- 科長が電話で受けて、その電話で大まかな情報をいただき、まずはお伺いしてお話を聞かせてもらう。その内容によって科長が受け入れの判断をする。退院時に入院スタッフが「退院後はリハビリテーションの必要はない」と言ったり、ケアマネジャーが「対象ではない」と言ったとしても、生活上なんらかの困りごとがあるので、相談には100%伺うようにしている。

## 2) 新規利用者の受け入れにあたりどのような情報をどのように収集していますか 【まとめ】

入院している場合と在宅生活を継続中の場合の受け入れについては情報収集の仕方に若干の差異があった。入院している場合は、病院からのサマリー、医師からの情報提供(リスク管理、画像など)、リハビリテーションスタッフからリハビリテーション情報、家庭訪問結果後の決定事項の情報を収集している。退院時カンファレンスにも参加し、入院中のリハビリテーションの見学もしている事業所もあった。同病院に関しては、電子カルテでの申し送りも行っているなど、病院関係者との連携がある。在宅生活継続中の場合は、ケアマネジャーからの情報収集が多く、基本情報、医学的情報、家屋状況などを収集している。全スタッフが情報を得られるように、事業所独自の聞き取りシートを作成しているところもあった。

### 【実際の回答】

- ①ケアマネジャーから口頭または、電話での状況やニーズの聴取
- ②ケアマネジャーからサマリー送付(基本情報や経過、生活状況の詳細)
- ③主治医からの情報提供書で医学的情報、内服薬、リスクなど
- ④指示医よりリハビリテーション的な指示(リハビリテーション会議の時に)
- ⑤入院病院より電話にて状況、経過、課題 リハビリテーション内容の引き継ぎなど(PT、OT、ST、SW)
- ⑥依頼があれば入院病院へ直接出向き、SWからの情報収集やリハビリテーション場面の見学
- ⑦退院前訪問指導への同行により環境的情報、本人の身体機能、ADL状況、家族・本人との顔合わせ
- ⑧退院前カンファレンス参加により、状況、経過、課題など(PT、OT、ST、SW、医師、看護師)の情報収集
- \*自病院を退院するケースで、退院前家屋指導が実施される場合は、必ず訪問リハビリテーションスタッフが同行する。
- ・ADL、サービス利用状況、自宅周辺の情報。
  - ・チェックリストを使用している。
  - ・利用者本人、家族には、主治医からの診療情報提供書の作成依頼を行う。
  - ・医師からの情報は具体的にしていく必要がある。リスク、中止基準、リハビリテーションプログラム内容、指示期間。
- 利用前にケアマネジャーより、郵送や手渡しにて、利用者基本情報や看護・リハビリテーションサマリー(退院・退所後の場合)、介護保険被保険者証(写)を収集し、



訪問リハビリテーション利用決定後は主治医に診療情報提供書を依頼する。在宅からの場合もフェイスシートレベルで以前の入院時のサマリー等 CM が持っているならば収集する。

- なるべく退院時カンファレンスは参加するようにしている。同じ法人が回復期なので参加しやすい。医学的情報、家族・家庭情報、病前の生活。とくに訪問にはいる際は、リスク管理についての情報は順天的に Dr から得るようにしている。
- ①始めの、ケアマネジャーから電話連絡を受けた時に、当事業所の「相談受付票」の項目に沿って情報収集する（氏名、性別、年齢、生年月日、住所、電話、駐車場の有無、担当ケアマネジャーの氏名・事業所名・連絡先、かかりつけ医（主治医）、主治医の意向、利用者の現在の居場所、診断名、現状、訪問リハビリテーションの導入の目的・目標、希望頻度、希望内容（PT・OT・ST）、希望日程、その他の希望等）。
- ②基礎情報をケアマネジャーから FAX してもらおう（日常生活活動、薬の処方等）⇒ これらを元に、「訪問リハビリテーション相談記録情報および検討記録簿」に情報を整理する（主介護者に関する情報、介護保険に関する情報（要介護度、要介護度、利用している サービス事業所、家族構成、職歴、居住環境、経過、本人・家族の希望、利用医療機関、主病名、既往歴、医療情報（薬・褥そう・感染症・医療処置）、基礎能力（視力・聴力・言語・意思疎通・認知機能）、基本動作、日常生活活動（食事・排泄・入浴・整容・更衣）、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度）
- ③同法人の病院から退院する場合は、カルテを見る、退院前カンファレンスに参加する、こともある。
- 当院入院からの移行：身体状況に関しては担当セラピストから口頭と電子カルテによる申し送りを受ける（退院時サマリーもいただく）  
身体状況以外に関しては当院相談員、担当 CM からサマリーにて情報を収集する。（住居、金銭面、キーパーソンとの関係性）  
地域からの依頼：担当 CM から退院時サマリーや介護保険アセスメント表をいただく。
- 病院MSW、ケアマネジャーから基本情報を直接。  
カルテ、文書、電話にてうける（様式は決まったものはない）。  
リハビリテーション担当とは直接訓練見学し申し送りをうける。
- ・新規依頼相談は全スタッフが行えるように新規依頼聴き取りシートを利用して繰り返しトレーニングしている。
  - ・受け入れ相談：療法士が聴き取りシートを用いて確認→ケアマネジャーに利用申込書を FAX し、事業所責任者へその旨報告→送り返された利用申込書や種々の情報をもとに、事業所責任者からケアマネジャーに受け入れについての連絡を行い（枠がいっぱいときは曜日が限定されても問題ないかなど詳細情報のやりとりを行う）、診療情報提供書、服薬状況がわかる書類を当院宛にご準備いただく→届いた書類を事業所医師とともに確認し、事業所責任者のご利用者面談に伺う→当院医師が診察し、訪問リハビリテーション計画を説明（事業所責任者も同席）入院から在宅への移行時は退院時カンファレンスに参加し、訪問リハビリテーションに対する意向の確認も行う。同法人であれば入院中のリハビリテーション場面を見学し、利用者のできる ADL の確認も行っておく。
- ・退院時カンファレンス（出席可能な場合）
  - ・ケアマネジャーからのアセスメント票・ケアプラン・マネジメント連絡票など（同

一事業所の場合は手渡し、他事業所の場合は郵送又はファクス)

- ・他事業所からの情報提供書⇒セラピストや訪問看護等（郵送またはファクスが多い）

⇒これらの内容を確認の後、不足或る場合には直接確認する。

○ケアマネジャーの基本情報（紙面にて）

退院後から利用開始のケースは、入院中に入院リハビリテーションスタッフと引き継ぎを受ける（直接であったり、書面であったり）

ケースによるが診察に同行して主治医から書面以外での情報を得ることもある

介入目的によってはヘルパーやデイのサービス提供時間に見学に出向くこともある

### 3) 目標達成に必要な情報とはどんなものだと思いますか

#### 【まとめ】

ご本人とご家族からは希望や意向の聴取、医学的な面からは特に予後についてなど改めて確認する。また、生活は変化していくため段階的に聴取することも必要との見解もあった。本人の機能面のこと以外の情報も多く必要とし、主介護者、環境、サービス状況、金銭面、など個人因子や環境因子が重要な情報となっている。

#### 【実際の回答】

- ①本人が本当に望んでいることを掘り下げ見極めること。表面的なニーズに惑わされないこと。
- ②本人がその内容を目標にしたい、できるようになりたいと思うに至る背景を知る。
- ③家族やケアマネジャー、他サービスの賛同が得られているか。目標達成までの協力体制は組めるか（チームで目標を共有し協力可能か）を共有すること。
- ④家族や本人の過去の生活、歴史的背景を関連するチーム全体で把握すること。
- ⑤現在の疾患、障がい状況から何ができて、何ができないことなのか、を正確に判断すること。
- 発症前の機能低下前の本人の生活状況やどのような活動や趣味等を行っていたかが判る情報。現状（現在の状況）を本人がどのように考えているのかがわかる情報。ご家族との関係や、家族が利用者に望む事。利用者に向けられる介護の時間やマンパワーなど
- 本人だけでなく、家族のデマンドは必ず聴取している。その他は受傷・発症前の生活スタイルや性格、生活（職）歴、趣味・特技、家族環境、住宅環境、地域環境、主治医の意見書、本人の意欲など
- ・利用者が住む地域での交流（友）関係や老人会等の実施状況。本人が考えている将来像
  - ・病気や障害のリスク、予後的なものに加え、利用者の生活歴、職歴、家族情報、趣味、性格等。
  - ・利用者本人の意向とご家族の意向（ズレがある場合早急な担当者会議などの対応）。面談や初回の訪問等で家族と本人の意向のズレがある場合は担当者会議再度していただくよう呼びかける。
- 本人の意欲や訪問リハビリテーションに対してどう思っているのか、何をしたいのかが明確にできるかが重要。カンファレンスでは本人家族になかなか聞けない事が多い。また、聞いていた話（カンファレンス）と訪問してみると家族の協力体制などが違うことが多い。
- 発症前の身体機能・能力・ADLの状況、年齢、発症からの期間。退院後の在宅生活における物理的・人的環境。

- ①主治医（指示書）より、治療方針、リハビリテーションの方針など個人の予後がわかる情報。
- ②本人が生きてきた歴史と現在の趣味・関心事。③家族や居宅サービス担当者（ケアマネジャー、訪問介護士等）の意識、協力の程度について。
- 機能的な予後予測のための情報（ケアマネジャーから頂いた情報なども含む）を基に、個人・家族の希望や住環境、経済面、家族の協力体制などを評価した上で、目標設定を行っていく。
- ※概ね3ヵ月を目安として、目標設定を行っている。
- 初回利用では判断しかねるケースもあるため、その都度担当が設定している。
- 個人や家族も含めた社会背景の情報が必要だが、個人との関係性を勘案しながら段階的に聴取する。職歴、生育歴、余暇の過ごし方など、興味関心リストを使用している。経時的に目標達成の情報は、変化していくので最初から全てを把握するものでもない（利用者から詮索されていると思われないように配慮）

4) リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ、Ⅱを算定することで、今までとリハビリテーションのマネジメントは変わりましたか、また変化があった場合にはそれはどのような事だと思えますか

**【まとめ】**

他スタッフとの情報交換が密になったり、より意識して情報交換をするようになった、他事業所との接触回数が増えた、目標の提示や説明が明確になりご本人や家族へも提示しやすくなった、医師の見解を実際に聞ける場面が増えた、他職種向けの言い方や文章を考えるようになったり、活動参加へ目を向けるようになった、などの情報共有や目標の明確化が図れる回答であった。普段の業務を見直すことにもつながっている。また、もともと連携を密にしていた事業所では、特に変化はないとの回答もあった。リハビリテーション会議の開催による日程調整、書類作成のための時間がダントツに増えたとの回答も多い。

**【実際の回答】**

- ・ヘルパーやデイサービス、デイケアとの接触が多くなった。
  - ・構成員と目標を確認し合うようになった。
  - ・目標達成の支援を他サービスと分担して行うことが多くなった。
  - ・リハビリテーションマネジメント加算Ⅰは、加算Ⅱ程ではないが、リハビリテーションへの取り組み方が変わってきている。
  - ・リハビリテーション職のケアプランを読み込むという姿勢が変わり、チームとしての方針を改めて考え、ケアマネジャーと議論するようになった。
  - ・現在の安定している生活状況が本当に望んでいる生活なのか？それ以上のステップアップは見込めないのか？望む生活をチームで改めて考える機会を得た。
  - ・終了を以前よりも強く意識するようになった。
- リハビリテーション目標が明確になった事で訪問リハビリテーション終了の目安を本人・家族に提示しやすくなった。通所リハビリテーションへの移行がスムーズに行えた。  
漫然と行っていた訪問リハビリテーションの内容の変更・対応の変更の良い機会となった。
- ・リハビリテーションマネ加算Ⅰについては、変わらない。
- ・リハビリテーションマネ加算Ⅱについては、算定している利用者については、会議の開催が増えた。それに伴い、他職種の負担も増えた。



- ・リハビリテーションマネ加算Ⅱの取得を拒否した利用者もいる。
  - ・関節業務の負担が増えた。スケジュール調整の負担が増えた。実務は減少していない。
  - ・法人外からの依頼が多い。
- リハビリテーションマネジメント加算Ⅰについてはこれまでと同様なので、加算Ⅱを算定する場合の変化点について述べる。リハビリテーション会議をするので責任者や担当セラピストが医師の診察に同席できるので、どのように本人・家族に説明したのか、そして、本人・家族はどのような反応をしたのかを共有することができる。また、医師との見解を実際の場面で共有できるという大きな変化があった。
- ヘルパーやケアマネジャーと訪問リハビリテーション実施時間に合わせて訪問をやっている（時間の調整が大変）が、協議内容を記録に残している。（記録が増えた）。終了して1か月後に状態確認をしてカルテに記入している（書類にかかる時間が増えた）
- ケースによって、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ又は加算Ⅱを使い分けている。全体的にはリハビリテーションマネジメントⅠが多い。興味・関心チェックシートを基に聞き取りを行なうことで、本人・家族の気持ちを聞けるようになり、活動や参加への意識が向きやすくなった。様式1~3を使用することでより利用者と一緒に目標に向かいやすくなった。本人・家族と一緒に目標に向かって取り組めるようになった。他職種との連携の機会が増え、それぞれのサービスで具体的に関わられるようになっていく。家族や他職種と話をする機会が増え、今まで達成できなかった目標の問題点が見えやすくなった。利用者の、生活の変化が見えるようになった。間接業務に費やす時間が増えた。訪問診療のスケジュールは医師と利用者の都合で調整できるが、更にリハビリテーション会議を付加するとケアマネジャーや他事業所のことも考慮しなければいけないので非常に大変で莫大な時間がかかってしまう。リハビリテーション会議前の事前カンファや、会議をどう進めるかの打ち合わせに時間がかかってしまう。リハビリテーション会議前の他事業所との打ち合わせに時間がかかってしまう。会議録の郵送作業に時間がかかってしまう。リハビリテーションマネジメントの流れをスタッフ全員で統一して行なえるための勉強会やマニュアル作成の作業に膨大な時間を費やした。
- リハビリテーション会議の開催によって、他事業所のスタッフと直接話をする機会が増えた、特に生活に直面している訪問介護からの情報は訪問リハビリテーションを展開していく上で重要で役に立っている。目標についても、今までよりも具体的になり、かつ各専門職が共有できるようになったと思われる。医師による説明が入ることで、本人・家族の意識も高まりやすくなった。
- 率直な意見だが、書類業務が大変になった。というのが業務上の変化である。医師介入という点も大きな変化である。リハビリテーション会議に医師が出席することは、担当者会議では議題にあがることの少なかった疾患そのものについての悩みや進行について、セカンドオピニオンを求める意見、医療的なリスク管理、疼痛の状況についてカンファレンスすることができた。家族や本人がリハビリテーション中に訴えることがない疼痛について、医師の前では素直に「こうすると痛い。」と具体的に患者が訴える場面もあるので、担当セラピストが知りえない身体機能の把握が可能になった。リハビリテーションと医療と介護が一直線上に存在していた事実については会議をもって共通理解が可能になり、マネジメントに関わるメンバー全体の信頼度、協業度が改善した。しかし、リハビリテーション会議の開催は自宅では困難なこともある。入所、通所もかかわっている医師を自宅へ派遣できず、事業所

- へ家族・本人には送迎車を利用していただき出向いてもらうケースも発生している。
- 基本は加算Ⅱを算定。計画内容の説明は医師の診察時に行っている。(外来もしくは往診にて実施) →リハビリテーション会議を通して目標の立て方に対する意識や多角的に捕らえようとする場面が増えたように感じる。
- また、すべての職種と連携が図れているわけではないが、3ヶ月に一度情報を共有する場としては、有意義な時間である。
- 間接業務としては、他職種に対しリハビリテーション会議参加の有無を確認することや、リハビリテーション会議に必ずセラピストが参加するため管理者(主任クラス)の業務負担がかなり増えている。
- \*診察の時間を長めにとって行う(15~30分)。終了後の自宅訪問は全利用者で行っている。

### 自立支援に効果的な他職種との連携方法について

- 1) リハビリテーション会議・サービス担当者会議にあたり事前に準備していることを教えて下さい

#### 【まとめ】

事前情報収集、資料作成など、会議の前に連携する上での周知な survey が行われている。実施計画書などのフォーマルな書式で情報を準備する場合や、電話で事前に打ち合わせするなど運用に関する工夫も事業所によって様々な工夫がなされている。

#### 【実際の回答】

- 本人・家族にもわかりやすい説明が出来るように、毎日、問題があった利用者のみではなく担当者以外でも、全てのスタッフ間で申し送りをしている。
- 各サービス間へ会議開催の可能な日を確認するために電話連絡を行い、不参加の事業所へは、介入内容や問題点、困っていることなどを事前に情報収集し、リハ目標を検討している。また、会議に合わせてリハビリの経過や内容・目標、不参加事業所の提供内容を紙面にまとめ、当日に配布している。会議後、各事業所からの情報を追記し、各関係サービスへ配布している。
- 生活行為向上マネジメントの申し送りを利用している。
- 参加する主な職種へ会議で効率よく情報を伝えられるように、事前に ICF のモデルにそって利用者の情報を整理している。ケアマネへは、事前に話し合う内容について、特にケアプランとの整合性でご相談する旨を伝えている。
- リハ会議：院内カンファにて準備。方針、目標の共有など。リハ会議前に CM 方針目標の共有等会議前に下話。
  - ・サービス担当者会議：テーマと何の目的かを参加前に確認。基本は出席。
  - ・利用者宅で行うのが基本です。事前確認は電話が主体でケアプランに載せるような事を連絡している。かかりつけ医の訪問診療に併せて行うようにしている。
- 事前にサービス担当者で打ち合わせをしているケアマネジャーには、出席する時もしない時も、事前に話す内容はだまかに伝えるようにしている。・サービス担当者会議は必ず参加するようにしている。事前に、「デイサービスで歩いてほしい」といった連携したい内容をまとめ、提案しておくことがある。
- 目標達成状況や終了の目途について事前にケアマネへ連絡を行う。会議の場でリハ担当から提案したい話題をお知らせしておく。方針の確認を打ち合わせする。
- リハ会議ではサマリーと実施計画書を資料として用意します。資料は図解等を活用し専門用語を使用しないよう留意します。また、話し合う課題やテーマがある時は、

事前に連絡し当日に情報を得やすくしています。

## 2) 医師の参加を積極的に行うための工夫・取り組みがあれば教えてください

### 【まとめ】

医師のスケジュールを最優先して参加しやすい配慮を行っていることが多い。医師の理解が得られている事業所は、担当セラピストやケアマネが参加し易いように配慮する対応もされていた。事業所の医師の他に、かかりつけ医師が参加している地域はあまり多くないのが現状で、リハビリ会議開催が難しい理由に、医師の参画を促すことが大きな課題となっていることが推測された。リハビリ会議の開催場所としては、利用者のご自宅で実施する場合と、事業所で実施する場合があります、運用上後者の事業所の方が多かった。これは訪問診療や外来など、事業所医師の業務形態に合わせて運用している結果と思われた。

### 【実際の回答】

- 事業所医師は、法人の規定を変更し協力を仰いだ。医師の訪問診療予定表を作成した。セラピスト（主任以上）が、必ず同席するようにした。
- 医師が参加できる日程、時間帯がかなり限られているので、医師が参加できる日程、時間帯をもとに、その他の参加者のスケジュールを組んでいる。
- 医師のスケジュールを最優先に確認し、候補日を挙げ他事業所に確認し決定する。まず医師の日程から候補日を上げ、その中から本人家族の都合のつく日を選んでもらっている。他の構成員はその後で調整する。
- 医師を交えての開催は、自宅では困難なため、利用者が通院される際に、その他職種と時間を合わせ集まる。  
主に外来診察日に合わせている。
- 医師の診察の際、情報を伝達し、リハビリテーションに関する説明や同意を得ている。医師の参加率を上げるために、特に外部医師の場合、医師の都合を最優先している。
- 予め設けた医師が参加できる時間枠の活用と、訪問診療をしている利用者については訪問時間帯に開催できるよう本人・家族・他事業所に調整してもらっている。当事業所は通所リハもあるため、事業所のパソコンで医師の予定が把握できるよう管理している。
- かかりつけ医はリハ会議へ声掛けしていない。参加もない。会議の要点や決定事項についてはリハ計画書へ反映しており、それをかかりつけ医へ配布・情報提供している。
- 医師の訪問診療の日程を優先して調整する。事前に医師に毎月報告書を提供する、できるだけ医師に手渡し状況報告する。
- リハビリテーション会議は、当事業所の医師が中心となって進めるため、医師のスケジュールと利用者様のスケジュールを確認してから日程を決めている。担当セラピストが参加できないことも多いが、責任者が必ず出席し、会議内容を伝達している。必要に応じてその後電話等の連絡を参加してない職種に対して行うこともある。
- 回答欄を設けた様式の身体状況やリハの内容を記した報告書を、適宜主治医に郵送し返信してもらう（必要時）。訪問リハの計画書は指示書の更新のタイミングで送付している。主治医と密な関係である場合は、電話連絡や場合によっては直接訪問し話し合いの場をもつ。（主治医の診察の時間にあわせて何う）

### 3) 他職種との連携を積極的に行うための工夫・取り組みがあれば教えてください

#### 【まとめ】

先進的に行っている事業所は、他のサービスの訪問に合わせて同行していることが多かった。また、関係が上手くいっている場合は訪問リハビリのサービス提供に合わせて情報交換するようにケアマネが調整してくれることもある。ヘルパーとは電話やFAXのほかに、連絡ノートを活用していることが多かった。いずれもケアマネが連携調整の核になっており、訪問リハビリからの情報もケアマネを通じて発信することが多い。

#### 【実際の回答】

- 連絡は、リハ会議を開催する時間帯を考慮している。連絡ノートの活用。カンファレンスに参加するための人員配置と複数担当制を導入。
- 他のサービス事業者と同行訪問をする。連携ノートを利用している。
- 写真を使ってポジショニング方法をポスターにする。ヘルパーの時間に合わせて直接伝える。CM事務所へ顔を出す。話し方・言葉使いを注意している。職務用のPHSを使って外に出ているときでもCMへ密に電話をする。
- CMとの交流会・技術講習会等の開催。また、他で開かれている研修への積極的参加（時間外）。実務者だけでなく管理者も同様。
- 他職種や家族にお願いしたい介助方法や介助の工夫点の伝達を電話で済まらずに、日時を調整し、可能な限り同行訪問して直接伝達するようにしている。
- 動作方法や介助方法などを、主にヘルパーへ伝えるようにしている。ケアマネへも参加を依頼し、環境や福祉用具に関しての相談の場ともしている。※基本的にはリハビリの時間に合わせて頂くようにしている。
- 訪問介護など移乗、動作介助のデモンストレーションをすることにより直接アドバイスできる。多職種間とのコミュニケーションがスムーズになり、声をかけ易くなる。他職種と利用者との関係性も見えるため参考となるので訪問リハ側からリハ会議の目的を啓発することも必要である。
- 実態調査（訪問リハビリテーションを希望している利用者宅へ事前に訪問する調査）時に、なるべく多くの職種が参加すること。調査に参加するメンバーに収集をかけるのはケアマネジャーの役割である。福祉用具業者、ケアマネ、ヘルパー、POST等が事前に訪問をして、実態調査を行っている。また、地域包括支援センターで開催する介護分野の講習会の講師として、我々の施設がかかわるようにし、日常的に地域とセラピストが交流を図る工夫をしている。
- ケアマネには些細なことでも報告をするようにし、何でも相談しやすい状態を作っておく。訪問介護については時間にあわせて介助方法の確認を行うなど、依頼を受けたときだけでなく、空き枠やキャンセル枠を利用して現サービス状況の確認を行う。リハ会議では各専門職からの意見も必ずきくようにする。会議では専門用語を避けて訪問リハの内容や方針について説明する。
- 電話対応だけではなく、現場に行って直接確認したり、話し合いをしてすすめるとお互いにわかりやすいので、スケジュールが合えば積極的に他事業所に訪問することになっている。デイサービスに訪問して看護師や介護福祉士、機能訓練指導担当者やリハビリ内容や過ごし方などについて検討したことがある。また、訪問看護の日に伺って食事方法などの検討をしたことがある。

### 4) 本人と家族に対し、リハビリテーションマネジメントの趣旨説明は誰が行っていますかまた説明する上での工夫・取り組みがあれば教えてください



### 【まとめ】

基本的には担当セラピストが行い、規模の大きい事業所は役職者がその役割を担っていた。マネジメントⅡは医師から説明することを基本とする事業所が多いが、詳細はセラピストより補足していた。また、契約時の説明に加え、計画の更新毎に説明を繰り返し、十分に理解して頂くように配慮されていた。

### 【実際の回答】

- 担当セラピストと初回のリハ会議開催時に、事業所医師と同行セラピスト（科長、主任クラス）が説明する。
- リハマネ加算Ⅰについては、担当セラピストが実施。リハマネ加算Ⅱについては、事業所医師（指示医）が実施し、診察時に説明。
- リハマネ加算Ⅰの場合は担当スタッフが説明を行っている。リハマネ加算Ⅱの場合は、医師が中心となり説明を行っている。医師の説明で不足している場合は、責任者や担当スタッフから補足の説明を行う場合もある。
- 基本的にはリハの役職者が行っている。リハマネⅡの利用者は当院医師の診察時に訪問リハビリ実施計画書の交付に合わせて医学的な側面の補足説明を行っている。・ケースによるが、できる方は初回の担当者会議で評価や終了のイメージを説明している。その後も、訪問の場面で進捗状況や終了のイメージを繰り返し説明している。ケースによっては最初からの説明を難しく、信頼関係ができてから行うようにしている。
- ケースによるが、できる方は初回の担当者会議で評価や終了のイメージを説明している。その後も、訪問の場面で進捗状況や終了のイメージを繰り返し説明している。ケースによっては最初からの説明を難しく、信頼関係ができてから行うようにしている。
- 基本チェックリストの聞き取りの時に訪問リハ担当者から本人・家族に説明している。
- リハビリテーションマネジメントについて、通所リハスタッフと訪問リハスタッフ共同で勉強会を重ね、更にマニュアルを作成し、統一した説明ができ、行動をとれるようにしたため、担当スタッフが本人・家族に対し説明を行なっている。開始から終了のプロセスに関しては、会議前の打ち合わせで、会議で「終了」を話題にするかどうかの議論を行なっている（終了を受け入れない利用者もおり話題にすることでスムーズに目標へ向かっていかない可能性があるため）。
- 医師に簡単に説明してもらい、その後セラピストによって詳しい説明を行っている。
- 基本的には事業所の管理者が行っている。担当セラピストが行うこともある。趣旨説明においては、1度の説明だけではなかなか理解していただくことは難しい場合がある。担当セラピストと連絡を取りながら、プログラムを行うなかで繰り返し説明をしていくようにしている。
- 担当者が実施。目標の共有を図るため、適宜ケアマネにも連絡をとり報告・相談を行っている。3ヶ月に1度事業所医師の診察を行っているため、そこで再度訪問リハの目的・目標の確認を行っている。

5) 訪問リハが利用者の活動と参加を推し進める上で、どのような役割を求められていると思いますか

### 【まとめ】

ご自宅に訪問し生活環境を直接確認できるサービスとして、家屋等の物的環境やご家族との関係も含め、現実的な参加や活動を提案する役割が多かった。また、潜在的

な思いや、今後向上する可能性も含め妥当な生活目標を具体的に提案する役割があり、それを実現しようとする動機付け等の心理的サポートも挙げている事業所が多かった。最終的に継続支援するサービスへつなげる役割という、修了を意識して関わっているという報告もあった。

【実際の回答】

- 利用者が本当にできるようにになりたいと思っている目標を利用者や家族と話し合いながら見つけ出す。目標を本人の希望や能力、環境などを総合的に考えながら実施可能な内容に絞り込む。目標をチームで共有し、チームで目標達成の支援ができるようにリハ会議の司会を行う。
- 訪問リハはマンツーマンでの関わりであり、ご本人の生活環境に密接していることや本人のテリトリー内でのサービス提供のため、本音を引き出しやすいと考えられる。また、本人だけでなく、ご家族との関わりも深く、本人とご家族のやり取りを直接見ることができるため総合的に判断できるサービスである。そのため、介入で得られた生活に対する希望や意向をいち早く、各担当サービスへ情報提供する役割があると考ええる。
- 利用者のニーズの中に潜んでいる、活動と参加に繋がるヒントを拾い上げる役割。他職種には拾い上げたものを説明し、どう関わっていくかを調整していくコーディネーター的役割。
- 隠れている（身体機能的・精神意欲的）能力を引出し、きっかけを見出すトリガーの役割。実際に行っているときの不安を取り除いたり、支援を行っていく事。
- 明確に活動と参加が目標としてある方に対してはサポーターとして助言をしつつ、経験を重ねることで自信をつけるような助けをする役割。活動と参加にまで気持ちが向きにくい方に対しては、適宜話をしてリハの方向性（今後のこと）を一緒に考えるようにして、発展性を持たせるように促す役割。
- 訪問リハの内容をいかに参加重視にしていくか？（具体的には外出の買物、バスなどの公共交通機関の乗降、家事動作の調理や掃除、洗濯の実施などを行っていくことが大事）
- 訪問リハは、利用者が生活を行う場に直接かかわり、また家族との関係性や家族の評価がしやすいため、環境（物理的・人的）を整えることで、潜在能力を発揮しやすくすることができ、活動や参加に向けた利用者や家族の気持ちを動かすきっかけづくりになりやすいのではないかと。
- 家族や地域の人に訪問リハの役割を知ってもらおう。フォーマル、インフォーマルなサービスとの橋渡しの役割。
- 参加を計画するだけでなく、本人の主体性を引き出し、目標を導いて結果的に参加へつながるよう援助する役割。
- 大抵の利用者は「不自由な体になったので」という理由で、活動参加を諦めてしまっている事もある。考えることすら、しなくなっているケースもある。本人の興味や希望が少しつかめたときは、部分的でもよい成功体験ができるように設定する。身体機能での向上が図れるケースであれば、身体の動きが良くなることを実感するだけで、「まだ頑張れるかも」と思い直すケースもあるので、廃用部分や改善可能な部分を見落としていないか、気を付ける事。周囲はできなくなったことを「手伝ってあげる」と表現する為、本人は引け目を感じるが、セラピストは可能性を判断して、可能な要素を丁寧に伝え、「一緒にやってみましょう」「私（セラピスト）も興味があるので一緒に」など、目的達成まで寄添う役割。



## IV 資料



平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査)訪問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  
実態調査アンケート(様式A)

訪問リハ事業所の医師の皆様にはアンケート調査をお願いいたします。あてはまる数字に1つ○をつけてください。

ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

## 1 回答者の方について

### 1)実施している業務をすべてお答えください(複数回答可)

- |            |           |        |        |
|------------|-----------|--------|--------|
| 1 入院診療     | 2 外来診療    | 3 老健診療 | 4 在宅診療 |
| 5 訪問リハ管理業務 | 6 その他 ( ) |        |        |

### 2)訪問リハ管理者として関わっている業務をすべてお答えください(複数回答可)

- |            |           |           |
|------------|-----------|-----------|
| 1 診察(病態把握) | 2 内服管理    | 3 リスク管理   |
| 4 リハ計画書立案  | 5 リハプログラム | 6 方針の決定   |
| 7 主治医との連携  | 8 他職種との連携 | 9 会議の司会進行 |
| 10 その他 ( ) |           |           |

### 3)貴事業所でリハビリテーションマネジメント加算を算定していますか

- 1 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰのみ算定
- 2 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱのみ算定
- 3 リハビリテーションマネジメント加算ⅠとⅡを算定
- 4 リハビリテーションマネジメント加算は算定していない

## 2 主治医との連携

### 1)診療情報提供書(リハ指示書)で情報提供されている項目(基本情報は除く)全てをお答えください(複数回答可)

- |                |           |              |            |           |
|----------------|-----------|--------------|------------|-----------|
| 1 診断名          | 2 治療方針    | 3 内服薬        | 4 既往歴      | 5 訪問リハの方針 |
| 6 訪問リハのプログラム内容 | 6 訪問リハの種類 | 7 医療・介護・福祉制度 |            |           |
| 9 医療的ケア        | 10 安静度    | 11 リスク管理     | 12 家族・家屋環境 |           |
| 13 ICの内容・結果    | 14 予後     | 15 検査データ     | 16 その他 ( ) |           |

### 2)診療情報提供書(リハ指示書)で情報提供されている項目(基本情報は除く)以外で希望する情報を全てをお答えください(複数回答可)

- |                |           |              |            |           |
|----------------|-----------|--------------|------------|-----------|
| 1 診断名          | 2 治療方針    | 3 内服薬        | 4 既往歴      | 5 訪問リハの方針 |
| 6 訪問リハのプログラム内容 | 6 訪問リハの種類 | 7 医療・介護・福祉制度 |            |           |
| 9 医療的ケア        | 10 安静度    | 11 リスク管理     | 12 家族・家屋環境 |           |
| 13 ICの内容・結果    | 14 予後     | 15 検査データ     | 16 その他 ( ) |           |

### 3)連携している主な手段を1つお答えください

- |             |          |            |         |
|-------------|----------|------------|---------|
| 1 会議や電話など口頭 | 2 文書・FAX | 3 メールなどSNS | 4 していない |
| 5 その他 ( )   |          |            |         |

### 4)連携している頻度はおおよそどのくらいですか

- |          |           |           |           |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 毎月     | 2 3カ月1回以上 | 3 6か月1回以上 |           |
| 4 1年1回以上 | 5 必要時のみ   | 6 していない   | 7 その他 ( ) |

### 3 訪問リハ利用者の診察および把握

1)利用者の診察をしていますか			
1 している	2 ほぼしている	3 ほとんどしていない	4 していない
2)初回の診察を行っている時期はいつですか			
1 開始前	2 開始後1カ月未満	3 開始後1ヶ月以上	4 決まっていない
3)診察の頻度はどのくらいですか			
1 毎月	2 3カ月1回	4 6か月1回	
5 1年以上1回	6 不定期		
4)診察の手段についてお答えください			
1 訪問診療のみ	2 外来診療のみ	3 訪問診療と外来診療	4 その他 ( )
5)利用者の状況把握はどのように行っていますか(複数回答可)			
1 事業所内カンファレンス	2 リハビリテーション会議		
3 サービス担当者会議	4 診察	5 主治医からの情報提供	
6 その他 ( )			
6)リハビリテーション実施計画書の説明を医師が行っていますか			
1 している	2 ほぼしている	3 ほぼしていない	4 していない

### 4 訪問リハサービスについて

1)訪問リハサービスが有効と思う事例について3つお答えください			
1 退院・退所直後	2 難病	3 看取り	4 家族介護指導
5 食形態調整	6 就労	7 社会参加	8 家屋調整
9 他サービスとの連携	10 その他 ( )		
2)訪問リハ導入の判断はどの様に行っていますか(複数回答可)			
1 医師の診察時	2 主治医の情報提供	3 セラピストからの報告提案	
4 介護支援専門員からの報告提案	5 多職種との会議		
6 退院・退所直後	7 その他 ( )		
3)訪問リハ終了時の判断はどのように行っていますか(複数回答可)			
1 医師の診察時	2 主治医の情報提供	3 セラピストからの報告提案	
4 介護支援専門員からの報告提案	5 多職種との会議		
6 入院・死亡	7 その他 ( )		
4)訪問リハサービスに期待することがあればご自由にご意見をお願いいたします			

ご協力ありがとうございました 返信封筒でご返送ください

平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式B)

連携のある訪問看護師の皆様にはアンケート調査をお願いいたします。あてはまる数字に1つ〇をつけてください。

ここで用いる「リハビリテーションマネジメント」とは、リハビリテーションマネジメント加算に伴う訪問リハスタッフによるマネジメントを指します。ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

### 1 回答者の方について

1)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を知っていますか

- 1 はい                    2 いいえ

### 2 リハビリテーションマネジメントについて伺います

1)担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思いますか

- 1 思う                    2 思わない

2)リハビリテーションマネジメントにより、ご本人・ご家族の意見が反映されていると思いますか

- 1 多いに反映されている    2 反映されている    3 反映されていない    4 全く反映されていない

### 3 情報共有について

1)他職種との情報共有の手段として有効だと思う方法をお答えください

- 1 サービス担当者会議    2 電話連絡    3 FAX    4 ネット会議    5 連絡ノート  
6 ケアプラン    7 生活行為向上マネジメント    8 その他 (                    )

2)リハビリテーションマネジメントにより、他のサービスと情報共有がされていると思いますか

- 1 多いに共有がされている    2 共有されている    3 共有されていない  
4 全く共有されていない

3)訪問リハからどのような情報を得ていますか(多いものから順に3つ)

- 1 機能評価    2 ADL評価    3 活動・参加評価    4 個人因子    5 環境因子  
6 予後について    7 本人・家族の希望    8 その他 (                    )

4)訪問リハからどのような情報を期待していますか

- 1 機能評価    2 ADL評価    3 活動・参加評価    4 個人因子    5 環境因子  
6 予後について    7 本人・家族の希望    8 その他 (                    )

### 4 利用者の生活の変化について

1)リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか

- 1 多いに変化があった    2 変化があった    3 変化はない    4 全く変化はない

2)リハビリテーションマネジメントにより変化した点について各1～4の内1つを選択してください

a. ご家族の介護負担が減ったと思う

- 1 多いにそう思う    2 思う    3 思わない    4 全く思わない

b. 身の回りのことが出来るようになったと思う

- 1 多いにそう思う    2 思う    3 思わない    4 全く思わない

c. 本人・家族の心理的負担が減ったと思う

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

d. 生活の満足度が増えたと思う

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

e. 外出する頻度が増えたと思う

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

f. リハビリテーションの考え方が変わったと思う

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

g. 訪問看護計画書に反映されたと思う

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

**5 訪問リハサービスについて**

1) 訪問リハサービスを導入したいと思いませんか またその理由を教えてください

- 1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

理由 ( )

2) 訪問リハが修了になる時期はいつだと思いませんか

- 1 機能の回復 2 活動が増えた 3 社会参加 4 本人や家族の満足度  
5 修了すべきでない 6 その他 ( )

3) 訪問リハ事業所が地域に足りていると思いませんか

- 1 十分足りている 2 足りている 3 足りない 4 全く足りていない

4) 訪問リハに期待することがあればご自由にご意見を願います

--

ご協力ありがとうございました 返信封筒でご返送ください

平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式C)

連携のある訪問介護士の皆様にアンケート調査をお願いいたします。あてはまる数字に1つ〇をつけてください。

ここで用いる「リハビリテーションマネジメント」とは、リハビリテーションマネジメント加算に伴う訪問リハスタッフによるマネジメントを指します。ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

### 1 回答者の方について

1)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を知っていますか

- 1 はい                    2 いいえ

### 2 リハビリテーションマネジメントについて伺います

1)担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思いますか

- 1 思う                    2 思わない

2)リハビリテーションマネジメントにより、ご本人・ご家族の意見が反映されていると思いますか

- 1 多いに反映されている    2 反映されている    3 反映されていない    4 全く反映されていない

### 3 情報共有について

1)他職種との情報共有の手段として有効だと思う方法をお答えください

- 1 サービス担当者会議    2 電話連絡    3 FAX    4 ネット会議    5 連絡ノート  
6 ケアプラン    7 生活行為向上マネジメント    8 その他 (                    )

2)リハビリテーションマネジメントにより、他のサービスと情報共有がされていると思いますか

- 1 多いに共有がされている    2 共有されている    3 共有されていない  
4 全く共有されていない

3)訪問リハからどのような情報を得ていますか(3つ選択)

- 1 機能評価    2 ADL評価    3 活動・参加評価    4 個人因子    5 環境因子  
6 予後について    7 本人・家族の希望    8 その他 (                    )

4)訪問リハからどのような情報を期待していますか(3つ選択)

- 1 機能評価    2 ADL評価    3 活動・参加評価    4 個人因子    5 環境因子  
6 予後について    7 本人・家族の希望    8 その他 (                    )

### 4 利用者の生活の変化について

1)リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか

- 1 多いに変化があった    2 変化があった    3 変化はない    4 全く変化はない

2)リハビリテーションマネジメントにより変化した点について各1~4の内1つを選択してください

a. ご家族の介護負担が減ったと思う

- 1 多いにそう思う    2 思う    3 思わない    4 全く思わない

b. 身の回りのことが出来るようになったと思う

- 1 多いにそう思う    2 思う    3 思わない    4 全く思わない



平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式D)

連携のある介護支援専門員の皆様にアンケート調査をお願いいたします。あてはまる数字に1つ○をつけてください。

ここで用いる「リハビリテーションマネジメント」とは、リハビリテーションマネジメント加算に伴う訪問リハスタッフによるマネジメントを指します。ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

### 1 回答者の方について

1)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を知っていますか

- 1 はい 2 いいえ

### 2 リハビリテーションマネジメントについて伺います

1)担当利用者がリハビリテーションマネジメントについて十分説明を受けていると思いますか

- 1 思う 2 思わない

2)リハビリテーションマネジメントにより、ご本人・ご家族の意見が反映されていると思いますか

- 1 多いに反映されている 2 反映されている 3 反映されていない 4 全く反映されていない

### 3 情報共有について

1)他職種との情報共有の手段として有効だと思う方法をお答えください

- 1 サービス担当者会議 2 電話連絡 3 FAX 4 ネット会議 5 連絡ノート  
6 ケアプラン 7 生活行為向上マネジメント 8 その他 ( )

2) サービス担当者会議に参加を要請する際に、調整困難な職種を順に5つご記入下さい

- 1 主治医 2 指示医 3 歯科医師 4 薬剤師 5 病院看護師 6 訪問看護師  
7 介護支援専門員 8 訪問介護福祉士(介護士) 9 社会福祉士 10 管理栄養士  
11 柔道整復師 12 福祉用具専門員 13 利用者 14 家族  
15 訪問理学療法士 16 訪問作業療法士 17 訪問言語聴覚士 18 その他 ( )  
① ( ) ② ( ) ③ ( ) ④ ( ) ⑤ ( )

3) サービス担当者会議に参加をしてほしい職種を順に5つご記入下さい

- 1 主治医 2 指示医 3 歯科医師 4 薬剤師 5 病院看護師 6 訪問看護師  
7 介護支援専門員 8 訪問介護福祉士(介護士) 9 社会福祉士 10 管理栄養士  
11 柔道整復師 12 福祉用具専門員 13 利用者 14 家族  
15 訪問理学療法士 16 訪問作業療法士 17 訪問言語聴覚士 18 その他 ( )  
① ( ) ② ( ) ③ ( ) ④ ( ) ⑤ ( )

4) リハビリテーションマネジメントにより、他のサービスと情報共有がされていると思いますか

- 1 多いに共有がされている 2 共有されている 3 共有されていない  
4 全く共有されていない

5) 訪問リハからどのような情報を得ていますか(3つ選択)

- 1 機能評価 2 ADL評価 3 活動・参加評価 4 個人因子 5 環境因子  
6 予後について 7 本人・家族の希望 8 その他 ( )

6) 訪問リハからどのような情報を期待していますか(3つ選択)

- 1 機能評価 2 ADL評価 3 活動・参加評価 4 個人因子 5 環境因子  
6 予後について 7 本人・家族の希望 8 その他 ( )

#### 4 利用者の生活の変化について

1) リハビリテーションマネジメントにより、利用者の生活に変化はありましたか
1 多に変化があった 2 変化があった 3 変化はない 4 全く変化はない
2) リハビリテーションマネジメントにより変化した点について各1~4の内1つを選択してください
a. ご家族の介護負担が減ったと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
b. 身の回りのことが出来るようになったと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
c. 本人・家族の心理的負担が減ったと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
d. 生活の満足度が増えたと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
e. 外出する頻度が増えたと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
f. リハビリテーションの考え方が変わったと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない
g. ケアプランに反映されたと思う
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない

#### 5 訪問リハサービスについて

1) 訪問リハを導入する目的について多いもの3つ選択してください
1 機能回復 2 生活能力の改善 3 社会参加 4 転倒予防 5 退院退所直後 6 食形態調整 7 看取り 8 家族介護指導 9 就労 9 家屋環境調整 10 通所系サービスへの移行 11 その他 ( )
2) 訪問リハサービスを導入したいと思いませんか またその理由を教えてください
1 多いにそう思う 2 思う 3 思わない 4 全く思わない 理由 ( )
3) 訪問リハが修了になる時期はいつだと思いますか
1 機能の回復 2 活動が増えた 3 社会参加 4 本人や家族の満足度 5 修了すべきでない 6 その他 ( )
4) 訪問リハ事業所が地域に足りていると思いませんか
1 十分足りている 2 足りている 3 足りない 4 全く足りていない
5) 訪問リハに期待することがあればご自由にご意見をお願いいたします

ご協力ありがとうございました 返信封筒でご返送ください



平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式E)

訪問リハ事業所のご利用者(ご家族)の方にアンケート調査をお願いいたします。あてはまる数字に○をつけてください。  
ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

## 1 リハビリテーションの計画について

1)ご本人・ご家族はリハビリテーションの計画について十分説明を受けていると思いますか

- 1 多いに思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

2) リハビリテーションの計画に、ご本人・ご家族の意見が反映されていると思いますか

- 1 多いに反映されている      2 反映されている      3 反映されていない      4 全く反映されていない

3) リハビリテーションの計画について理解できていると思いますか

- 1 多いに思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

## 2 生活の変化について

1)リハビリテーション計画により変化した点について各1～4のうち1つを選択して下さい

a. ご家族の介護負担が減ったと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

b. 身の回りのことが出来るようになったと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

c. 本人・家族の心理的負担が減ったと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

d. 生活の満足度が増えたと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

e. 外出する頻度が増えたと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

f. リハビリテーションの考え方が変わったと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

g. 居宅サービス計画書(ケアプラン)に反映されたと思う

- 1 多いにそう思う      2 思う      3 思わない      4 全く思わない

ご協力ありがとうございました      返信封筒でご返送ください

平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式F)

訪問リハを実施している理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の皆様にアンケート調査をお願いいたします。

あてはまる数字に○をつけてください。ご回答後はお手数ですが返信用封筒に入れてご投函下さい。

### 1 回答者の方について

#### 1)リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定していますか

- 1 リハビリテーションマネジメントⅠのみを算定している。
- 2 リハビリテーションマネジメントⅠ及びⅡを算定している。
- 3 リハビリテーションマネジメントⅡのみを算定している。
- 4 リハビリテーションマネジメントⅠ及びⅡどちらも算定していない。

### 2 訪問リハビリテーション開始時について

#### 1)介入前、基本情報の収集はどのように行っていますか(多いものから順に3つ)

- 1 利用者宅へ訪問し状況を確認する。(算定無し)
- 2 利用者宅へ訪問し状況を確認する。(算定有り)
- 3 介護支援専門員からの電話連絡
- 4 介護支援専門員からのFAX
- 5 利用者への直接連絡
- 6 利用サービス事業者からの情報収集
- 7 退院時カンファレンス
- 8 その他 ( )  
多いものから順に① ( )、② ( )、③ ( )

#### 2)訪問リハビリテーションを開始するにあたり、必要な医学的管理は誰から情報収集をしますか

- 1 主治医
- 2 利用者・家族
- 3 介護支援専門員
- 4 相談員
- 5 その他 ( )

#### 3)診療情報提供書(リハ指示書)で情報提供されている項目(基本情報は除く)全てをお答えください(複数回答可)

- 1 診断名
- 2 治療方針
- 3 内服薬
- 4 既往歴
- 5 訪問リハの方針
- 6 訪問リハのプログラム内容
- 6 訪問リハの種類
- 7 医療・介護・福祉制度
- 9 医療的ケア
- 10 安静度
- 11 リスク管理
- 12 家族・家屋環境
- 13 ICの内容・結果
- 14 予後
- 15 検査データ
- 16 その他

#### 4)依頼を受けてから、暫定サービス(初回訪問リハ算定日)までの平均所要期間を教えてください

- 1 7日以内
- 2 14日以内
- 3 30日以内
- 5 31日以上
- 6 その他

#### 5)利用者・家族に、訪問リハビリテーションの開始から終了までのプロセスについてもっとも多く説明を行った職種を教えてください

- 1 主治医
- 2 指示医(訪問リハ事業所医師)
- 3 相談員(病院)
- 4 介護支援専門員
- 5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

### 3 訪問リハビリテーション計画について

#### 1)訪問リハビリテーション計画の支援目標は、どのような方法で決定していますか

- 1 利用者・本人のニーズを聞き取り、目標を設定している。
- 2 利用者・本人のニーズを聞き取り、ケアプランの目標課題をより具体的に目標設定し決定する。
- 3 ケアプランにある目標課題を、そのまま支援目標として設定している。
- 4 その他 ( )

**2)訪問リハビリテーションで、具体的な自立支援に向けた目標について説明する際、困難に感じることは何ですか？**

- 1 多職種の役割分担 2 段階的な目標設定（解決すべき課題） 3 利用者の現状能力 4 利用者の予後  
5 具体的な支援内容 6 実施期間 7 実施頻度 8 その他（ ）

**3)訪問リハビリテーションで、具体的な自立支援に向けた目標を説明する際、工夫している点がありましたらお答え下さい（複数回答可）**

- 1 一番最初に説明をする対象を決めている  
2 専門用語を使わない  
3 訪問リハビリテーション介入から終了、終了してからの目標までを考えて説明している  
4 利用者・家族のニーズを細かく具体的な内容で説明をする  
5 その他（ ）

**4)多職種との情報共有の手段で最も有効な手段は何ですか**

- 1 サービス担当者会議 2 電話連絡 3 FAX 4 ネット会議 5 連絡ノート 6 ケアプラン  
7 生活行為向上マネジメント 8 その他（ ）

**5)リハビリテーション会議に参加を要請する際に、調整困難な職種は何ですか。**

- 1 主治医 2 指示医 3 歯科医師 4 薬剤師 5 病院看護師 6 訪問看護師 7 介護支援専門員  
8 訪問介護福祉士（介護士） 9 社会福祉士 10 管理栄養士 11 柔道整復師 12 福祉用具専門員  
13 利用者 14 家族 15 訪問理学療法士 16 訪問作業療法士 17 訪問言語聴覚士 18 その他（ ）  
多いものから順に①（ ）、②（ ）、③（ ）、④（ ）、⑤（ ）

**6)リハビリテーション会議に参加して欲しい職種を順に5つご記入下さい**

- 1 主治医 2 指示医 3 歯科医師 4 薬剤師 5 病院看護師 6 訪問看護師  
7 介護支援専門員 8 訪問介護福祉士（介護士） 9 社会福祉士 10 管理栄養士 11 柔道整復師  
12 福祉用具専門員 13 利用者 14 家族 15 訪問理学療法士 16 訪問作業療法士  
17 訪問言語聴覚士 18 その他（ ）  
多いものから順に①（ ）、②（ ）、③（ ）、④（ ）、⑤（ ）

**4 訪問リハビリテーションの実施について**

**1)平成27年4月以前と比べてリハビリテーションプログラムへの変化はありましたか**

- 1 活動、参加へのプログラム内容が多くなった  
2 訪問リハビリテーション計画の目標設定が具体的になった  
3 多職種に向けた介入内容が多くなった  
4 利用者・家族主体のリハビリテーションプログラムになった  
5 今までと変わらない  
6 その他（ ）

**2)リハビリテーションマネジメントの成果について教えて下さい(最も成果を感じた項目3つ)**

- 1 活動や参加ニーズ把握 2 解決すべき課題の把握 3 多職種との連携強化 4 リハプログラムの共有  
5 ケアプランの再評価 6 活動や参加への取り組み 7 自立型ケアプランへの反映 8 その他（ ）

**3)リハビリテーションマネジメントを実践するにあたり直接業務（臨床業務）と間接業務（書類作成や連絡調整等）は変化しましたか**

- 1 直接業務が増加している。  
2 間接業務が増加している。  
3 直接業務と間接業務共に増加している。  
4 変わらない  
5 その他（ ）

4)リハビリテーションマネジメントを実践するにあたり、どのようにして業務の効率化を図っていますか。

- 1 登録利用者数を減らしている。
- 2 訪問リハ事業所スタッフの人員を増やしている。
- 3 事業所全体で、間接業務の役割分担を行っている。
- 4 書類を簡略化している。
- 5 情報共有のツールを工夫している。
- 6 その他 ( )

5)訪問リハビリテーション修了時のマネジメントで主に困難と感ずることは何ですか

- 1 本人・家族の同意
- 2 移行先となるサービスが少ない
- 3 多職種との連携
- 4 特になし
- 5 その他 ( )

6)訪問リハビリテーション修了後の移行先は、利用者のニーズに沿ったものになっていますか

- 1 多いに思う
- 2 思う
- 3 思わない
- 4 まったく思わない

ご協力ありがとうございました 返信封筒でご返送ください

平成27年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査) 訪問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  
実態調査アンケート(様式G)

訪問リハ専門職の代表の方にご回答お願いいたします

平成27年8月31日現在、または8月の1か月間の実施状況でご記入ください

施設名

施設の所在地  都道府県  市町村

施設区分 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 その他 (  )

記入者の役職名  職種

記入者名

1) 訪問リハ従事者数をお答えください(単位:人)

職種	常勤		非常勤		常勤換算
	専従	非専従	専従	非専従	
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					

\*常勤換算については、週5日勤務を1人でカウントし、常勤、非常勤の合計をご記入下さい

2) 訪問リハ利用者数をお答えください(単位:人/月)

	医療保険対象	介護保険対象	合計
実人数			

3) 訪問リハ実績についてご回答ください(単位:人/月)

医療 保 険	週合計単位数/ 利用期間	3カ月未満	1年未満	1年以上
	1単位			
	2単位			
	3単位			
	4単位			
	5単位			
	6単位			
	7単位以上			

介 護 保 険	週合計単位数/ 利用期間	3カ月未満	1年未満	1年以上
	1回			
	2回			
	3回			
	4回			
	5回			
	6回			

4) 各加算毎の算定実績についてご回答ください(単位:人/月) \*介護保険対象者のみ

	リハビリテーションマネジメント加算		
	I	II	なし
短期集中加算あり			
短期集中加算なし			

5) 平成27年4月以降の訪問リハ修了者を理由別にお答えください(単位:人)

総合支援事業	
通所系サービス	
居宅系サービス	
就労(主婦業含む)	
病態悪化/医師の中止指示	
入院・入所(ショートステイ含む)	
死亡	
(	
(	
(	

ご協力ありがとうございました

訪問リハ専門職用(様式F)と併せて返信用封筒でご投函ください

平成 27 年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査)  
訪問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

利用者調査票①

対象利用者を担当されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にご回答をお願いいたします。

2015 年 4 月～6 月にリハビリテーションマネジメント加算ⅡもしくはⅠを算定した利用者で  
**生活混乱期(退院・退所直後～数か月)の利用者**についてお答えください。

- \* 該当する利用者がいない場合は、生活段階に関係なく選出してください。
- \* 回答の際は、当てはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。
- \* ○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
- \* 具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。
- \* 調査は、2015 年 9 月 1 日～30 日に実施してください。

1 回答者の属性

1)資格種類	1 理学療法士    2 作業療法士    3 言語聴覚士
2)免許取得後年数	(        )年 (        )月

2 利用者の基本情報

1)年齢	(        )歳	2)性別	1 男性    2 女性	
3)訪問リハビリテーション開始日	西暦(        )年 (        )月			
4)訪問リハビリ開始から調査実施までの期間	(        )年(        )月(        )日間			
5)リハビリテーションマネジメント加算算定初回時から調査実施までの期間	(        )月(        )日間			
6)現在の要介護度(介護保険認定)	1 要支援 1    2 要支援 2    3 要介護 1    4 要介護 2    5 要介護 3 6 要介護 4    7 要介護 5    8 認定なし (申請中含む)    9 不明			
7)障害高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
<p>ランク J: 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する</p> <p>ランク A: 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活</p> <p>ランク B: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する</p> <p>ランク C: 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない</p>				
8)認知症高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
<p>I : 何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している</p> <p>II a : 家庭外で日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立可能</p> <p>II b : 家庭内でも上記 II の状態が見られる</p> <p>III a : 日中を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする</p> <p>III b : 夜間を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする</p> <p>IV : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする</p> <p>M : 著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患 (意思疎通ができない寝たきり状態) が見られ、専門医療が必要</p>				





### 3 この利用者への訪問リハビリテーションの提供について

1)提供職種(すべてに○)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士
2)提供回数(すべての提供職種合計)	1 週1回	2 週2回	3 週3回以上 4 週1回未満
3)1回の提供時間(回答者の時間)	1 1単位	2 2単位	3 3単位 4 その他
4)取得している加算	1 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	2 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	3 短期集中リハビリ実施加算 3 算定せず
5)リハビリテーションマネジメントに関する様式(厚生労働省 別紙様式1~5)を活用しているか	①興味・関心チェックシート(別紙様式1)		1 はい 2 いいえ
	②リハビリテーション計画書(アセスメント)(別紙様式2)		1 はい 2 いいえ
	③リハビリテーション計画書(別紙様式3)		1 はい 2 いいえ
	④リハビリテーション会議録(別紙様式4)		1 はい 2 いいえ
	⑤プロセス管理票(別紙様式5)		1 はい 2 いいえ
6)サービス担当者会議を開催したか	1 はい	2 いいえ	
7)リハビリテーション会議を開催したか	1 はい	2 いいえ	
	↓ ① 参加者(すべてに○) 1 利用者                      2 家族                      3 主治医                      4 計画を立案する医師 5 歯科医師                      6 理学療法士                      7 作業療法士                      8 言語聴覚士 9 介護支援専門員                      10 訪問看護師                      11 病院看護師                      12 介護福祉士 13 介護職員                      14 社会福祉士                      15 薬剤師                      16 管理栄養士 17 その他 (                      )		
8)訪問リハビリのアセスメント、目標、支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有したか	1 はい	2 いいえ	
	↓ 下の①~④にお答えください		
	① 共有した相手(すべてに○) 1 利用者                      2 家族                      3 介護支援専門員 4 同事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士                      5 他事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士                      6 主治医 7 訪問リハ事業所医師                      8 歯科医師                      9 訪問看護 10 訪問介護                      11 通所リハビリ                      12 通所介護 13 訪問入浴                      14 福祉用具事業所                      15 病院リハ専門職 16 その他 (                      )		
	② 共有した内容(すべてに○) 1 アセスメント                      2 目標                      3 目標達成期間                      4 支援計画 5 終了について                      6 介護・介助実施方法                      7 家族支援について                      8 リスク管理 9 その他 (                      )		
	③ 共有した頻度(1つに○) * 少なくとも介護支援専門員との共有頻度 1 1か月に1回以上                      2 2~3か月に1回                      3 4~6か月に1回                      4 その他		
④ 共有するために最も効果的であった方法(1つに○) 1 リハビリテーション会議                      2 サービス担当者会議                      3 同行訪問 4 電話                      5 書面・FAX                      6 面談 7 電子メール                      8 その他 (                      )			

9)リハビリテーションマネジメント加算算定の初回の訪問リハビリの目標 (右の①～④について、下記の項目1～8より最もあてはまる番号を1つ括弧内に記入してください)	①利用者の希望	( )
	②家族の希望	( )
	③ケアマネジャーの依頼内容	( )
	④設定された訪問リハビリの長期目標(主目標)	( )
1 心身機能に関する対応 (運動機能障害、感覚機能障害、疼痛、摂食嚥下機能障害、失語症、構音障害、精神行動障害、記憶障害、栄養障害など)	2 基本的動作に関する対応 (起き上がり、立位保持、床からの立ち上がり、移動能力など)	
3 日常生活活動(ADL)に関する対応 (食事、イスとベッド間の移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便・排尿コントロールなど)	4 手段的日常生活活動(IADL)に関する対応 (食事の用意・片づけ、洗濯、掃除・整頓、力仕事、買物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、仕事など)	
5 社会参加支援に関する対応 (通所介護、通所リハ、市町村事業、地域活動参加、家庭での役割など)	6 環境因子に関する対応 (家族・介護者、福祉用具、住環境、自宅周辺、交通機関、サービスなど)	
7 医療的管理に関する対応	8 その他	
10)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)を具体的にご記入ください	自由記載	
11)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)について達成期間を設定したか(予測)	1 はい ↓	2 いいえ
	① 設定した達成期間	
	1 1か月後	2 (2～)3か月後
	3 (4～)6か月後	4 (7か月～)1年後
	5 1年1か月以上	6 その他 ( )
12)リハビリテーション計画の利用者・家族への説明と同意		
① 計画についての説明者	1 計画を立案する医師 4 理学療法士 7 その他 ( )	2 主治医 5 作業療法士 3 介護支援専門員 6 言語聴覚士
② 計画説明時の同席者(すべてに○)	1 利用者 4 計画を立案する医師 7 作業療法士 10 訪問看護師 13 通所介護	2 家族 5 歯科医師 8 言語聴覚士 11 訪問介護職 14 訪問入浴 3 主治医 6 理学療法士 9 介護支援専門員 12 通所リハビリ 15 その他 ( )
③ 説明が行われた場所	1 利用者自宅	2 病院外来 3 その他 ( )
13)前記9)④の長期目標(主目標)を達成するために実施しているおよび実施した訪問リハビリの支援内容(すべてに○)	1 心身機能へのアプローチ 2 基本的動作(能力)の練習・評価 3 ADL、IADL、社会参加活動を想定した応用的動作(能力)の練習・評価 4 実際の環境でのADL、IADL、社会参加活動の実践的練習・評価 5 現在のサービス提供者(介護支援専門員、訪問介護等)と同行訪問などで、日常生活上の留意点や実施方法を助言・指導 6 家族および介護者への指導・支援 7 福祉用具、住環境に関する指導・評価 8 リスク管理 9 終了後の地域の社会参加の場、サービス提供者、支援者との連絡・調整 10 その他 ( )	

14) 訪問リハビリで行っているリスク管理(すべてに○)	1 バイタル測定 (血圧・脈拍・体温・呼吸数)	2 意識状態の観察	3 経皮的動脈血酸素飽和度 (SPO <sub>2</sub> ) 測定	
	4 聴診 (呼吸管理等)	5 打診 (体液貯留等)	6 運動中止基準に基づいた運動負荷量判断	
	7 装具の管理	8 転倒予防	9 住宅・福祉用具の安全確認	
	10 疼痛管理	11 禁忌肢位	12 認知症の行動・心理的症候	
	13 ポジショニング	14 感染対策	15 血糖値 (食事・インシュリン自己注射状況・意識状態等の問診・観察)	
	16 投薬状況確認 (屯用含)	17 発汗・動悸・めまい	18 排尿・排便の状況問診	
	19 口腔管理	20 栄養状態の観察・問診	21 意思疎通・理解力確認	
	22 なし	23 その他 ( )		
15) 一定期間後、リハビリテーション計画書の見直しを行ったか	1 はい	2 いいえ		
16) 再評価のリハビリテーション会議を開催したか	1 はい	2 いいえ		
17) 前記 9)④の訪問リハビリの長期目標(主目標)の現在の達成状況	1 ほぼ達成できた	2 達成には至っていないが改善傾向		
	3 あまり達成できなかった	4 達成できなかった		
18) 訪問リハビリの今後の方針	1 終了予定 (終了した)	2 継続	3 明確でない	
	↓	↓	↓	
	下の①～③(④)にお答えください			下の⑤にお答えください
	下の⑥にお答えください			
	① 終了に導いたポイント(1つに○)			
	1 医師による、訪問リハビリ開始時からの利用者・家族へ説明			
	2 リハビリ専門職による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	3 介護支援専門員による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	4 他サービスによる、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	5 他サービスとの情報共有によるサービス移行の円滑化			
6 ケアプラン変更に関するリハビリ専門職からの助言				
7 その他 ( )				
② 終了時期(予定)				
1 訪問リハ開始から (1～) 3か月後		2 訪問リハ開始から (4～) 6か月後		
3 訪問リハ開始から (7か月) 1年		4 訪問リハ開始から 1年1か月以上		
5 未定		6 その他		
③ 終了後の所在(予定)				
1 自宅		2 医療機関		
↓		3 介護老人保健施設		
		4 介護老人福祉施設(特養)		
		5 その他		
④ 終了後の利用・参加サービス(予定)(すべてに○)				
1 訪問看護(訪問看護からのリハビリを除く)				
2 訪問看護からのリハビリ		3 訪問介護		
4 訪問入浴介護		5 他の訪問リハビリ		
6 通所リハビリ		7 通所介護		
8 居宅療養管理指導		9 福祉用具貸与		
10 短期入所療養介護		11 短期入所生活介護		
12 インフォーマルな支援		13 市町村事業		
14 住民運営の通いの場 ( )		15 地域のボランティア活動		
16 地域のカルチャー教室		17 なし		
18 その他 ( )				
⑤ 継続の理由(1つに○)				
1 利用者・家族の希望		2 目標達成のため		
3 生活機能の可及的維持のため		4 看取りまで継続		
5 その他 ( )				
⑥ 明確でない理由(1つに○)				
1 サービス提供者間の情報共有不足		2 生活機能の予後予測不明確		
3 利用者・家族の意思が不明		4 その他 ( )		

## 4 利用者の生活機能

\*「開始時」の欄は、2015年4月以降のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価をご記入ください。

この利用者のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価月を右にご記入ください：2015年 月

1)心身機能	開始時		現在	
	状 況	活動への支障	状 況	活動への支障
運動機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
感覚機能障害（聴覚・視覚等）	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
関節拘縮	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
疼痛	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
口腔機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
摂食嚥下障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
失語症、構音障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
精神行動障害（BPSD）	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
見当識障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
記憶障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
その他の高次脳機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
栄養障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
意識障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
2)改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	開始時		現在	
	／30点		／30点	
3)基本的動作	開始時		現在	
起居動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
床からの起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
4)日常生活活動(実行状況)(FIM) 7:完全自立 6:修正自立 5:監視・準備 4:最少介助 3:中等度介助 2:最大介助 1:全介助	開始時		現在	
【運動項目】	食事（咀嚼・嚥下を含む食事動作）			
	整容（口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔など）			
	清拭			
	更衣・上半身（腰上の義肢装具装着を含む）			
	更衣・下半身（腰下の義肢装具装着を含む）			
	トイレ動作			
排泄コントロール	排尿管理（器具や薬剤の使用を含む）			
	排便管理（器具や薬剤の使用を含む）			
移乗	ベッド・いす・車いす			
	トイレ			
	浴槽・シャワー			
移動	主な移動手段 □歩行 □車いす			
	階段			
【認知項目】	理解			
	コミュニケーション			
社会的認知	社会的交流			
	問題解決			
	記憶			

5) 手段的日常生活活動(実行状況)				開始時				現在		
3:週3回以上している 2:時々している (月1~3回) 1:まれにしている 0:していない 得点は目安です。Frenchay Activities Index を参照してください										
食事の用意 (買い物は含まれない)										
食事の片付け										
洗濯(手洗い、コインランドリーなど洗濯方法は問わないが、洗い乾かすこと)										
掃除や整頓 (箒や掃除機の使用、身の回りの整理)										
力仕事 (布団の上げ下ろし、雑巾で床をふく、荷物の運搬)										
買物 (自分で運んだり、購入する)										
外出 (映画、観劇、食事、会合へ出かける)										
屋外歩行 (散歩などで少なくとも15分以上歩くこと)										
趣味 (テレビは含めない)										
交通手段の利用 (タクシー利用含む)										
旅行										
庭仕事 (ベランダ等の作業も含む)										
家や車の手入れ										
読書 (新聞、週刊誌類は含めない)										
仕事 (収入のあるもの、ボランティアは含めない)										
6) 生活空間のひろがり										
過去1か月の生活空間レベル			頻度				自立度			
		1 はい	0 いいえ	1 1回未 満/1日	2 1~3回 /1日	3 4~6回 /1日	4 日中ほ とんど	1 介助を必 要とする	1.5 補助具ま たは見守 りあり	2 補助具、 介助なし
生活空間レベル1 ベッド上で起きて過 ごす機会がありましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル2 ベッドから離れて寝 室内で過ごす機会が ありましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル3 寝室と別の部屋で過 ごしましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル4 玄関、階段、アパー トの廊下、車庫、ペラ ンダ、庭や私有地な どあなたの家の敷地 内で過ごしましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル5 自宅敷地以外へ出 て過ごしましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル6 近隣よりも離れた場 所(町内)に外出しま したか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2





平成 27 年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査)  
訪問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

利用者調査票②

対象利用者を担当されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にご回答をお願いいたします。

2015 年 4 月～6 月にリハビリテーションマネジメント加算ⅡもしくはⅠを算定した利用者で  
**生活安定期(退院後数か月以降)あるいは生活展開期の利用者**についてお答えください。

- \* 該当する利用者がいない場合は、生活段階に関係なく選出してください。
- \* 回答の際は、当てはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。
- \* ○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
- \* 具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。
- \* 調査は、2015 年 9 月 1 日～30 日に実施してください。

## 1 回答者の属性

1)資格種類	1 理学療法士    2 作業療法士    3 言語聴覚士
2)免許取得後年数	(        )年 (        )月

## 2 利用者の基本情報

1)年齢	(        )歳	2)性別	1 男性    2 女性	
3)訪問リハビリテーション開始日	西暦(        )年 (        )月			
4)訪問リハビリ開始から調査実施までの期間	(        )年(        )月(        )日間			
5)リハビリテーションマネジメント加算算定初回時から調査実施までの期間	(        )月(        )日間			
6)現在の要介護度(介護保険認定)	1 要支援 1    2 要支援 2    3 要介護 1    4 要介護 2    5 要介護 3 6 要介護 4    7 要介護 5    8 認定なし(申請中含む)    9 不明			
7)障害高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
ランク J：何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する    2. 隣近所なら外出する ランク A：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する    2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活 ランク B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う    2. 介助により車いすに移乗する ランク C：1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する    1. 自力で寝返りをうつ    2. 自力では寝返りもうてない				
8)認知症高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
I：何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している II a：家庭外で日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立可能 II b：家庭内でも上記 II の状態が見られる III a：日中を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする III b：夜間を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする IV：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする M：著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患(意思疎通ができない寝たきり状態)が見られ、専門医療が必要				





### 3 この利用者への訪問リハビリテーションの提供について

1)提供職種(すべてに○)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士
2)提供回数(すべての提供職種合計)	1 週1回	2 週2回	3 週3回以上 4 週1回未満
3)1回の提供時間(回答者の時間)	1 1単位	2 2単位	3 3単位 4 その他
4)取得している加算	1 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	2 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	3 短期集中リハビリ実施加算 3 算定せず
5)リハビリテーションマネジメントに関する様式(厚生労働省 別紙様式1~5)を活用しているか	①興味・関心チェックシート(別紙様式1)		1 はい 2 いいえ
	②リハビリテーション計画書(アセスメント)(別紙様式2)		1 はい 2 いいえ
	③リハビリテーション計画書(別紙様式3)		1 はい 2 いいえ
	④リハビリテーション会議録(別紙様式4)		1 はい 2 いいえ
	⑤プロセス管理票(別紙様式5)		1 はい 2 いいえ
6)サービス担当者会議を開催したか	1 はい	2 いいえ	
7)リハビリテーション会議を開催したか	1 はい		2 いいえ
	↓ ① 参加者(すべてに○) 1 利用者                      2 家族                      3 主治医                      4 計画を立案する医師 5 歯科医師                      6 理学療法士                      7 作業療法士                      8 言語聴覚士 9 介護支援専門員                      10 訪問看護師                      11 病院看護師                      12 介護福祉士 13 介護職員                      14 社会福祉士                      15 薬剤師                      16 管理栄養士 17 その他 (                      )		
8)訪問リハビリのアセスメント、目標、支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有したか	1 はい		2 いいえ
	↓ 下の①~④にお答えください		
	① 共有した相手(すべてに○)		
	1 利用者                      2 家族                      3 介護支援専門員 4 同事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士                      5 他事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士                      6 主治医 7 訪問リハ事業所医師                      8 歯科医師                      9 訪問看護 10 訪問介護                      11 通所リハビリ                      12 通所介護 13 訪問入浴                      14 福祉用具事業所                      15 病院リハ専門職 16 その他 (                      )		
	② 共有した内容(すべてに○)		
1 アセスメント                      2 目標                      3 目標達成期間                      4 支援計画 5 終了について                      6 介護・介助実施方法                      7 家族支援について                      8 リスク管理 9 その他 (                      )			
③ 共有した頻度(1つに○) * 少なくとも介護支援専門員との共有頻度			
1 1か月に1回以上                      2 2~3か月に1回                      3 4~6か月に1回                      4 その他			
④ 共有するために最も効果的であった方法(1つに○)			
1 リハビリテーション会議                      2 サービス担当者会議                      3 同行訪問 4 電話                      5 書面・FAX                      6 面談 7 電子メール                      8 その他 (                      )			

9)リハビリテーションマネジメント加算算定の初回の訪問リハビリの目標 (右の①～④について、下記の項目1～8より最もあてはまる番号を1つ括弧内に記入してください)	①利用者の希望	( )
	②家族の希望	( )
	③ケアマネジャーの依頼内容	( )
	④設定された訪問リハビリの長期目標(主目標)	( )
1 心身機能に関する対応 (運動機能障害、感覚機能障害、疼痛、摂食嚥下機能障害、失語症、構音障害、精神行動障害、記憶障害、栄養障害など)	2 基本的動作に関する対応 (起き上がり、立位保持、床からの立ち上がり、移動能力など)	
3 日常生活活動(ADL)に関する対応 (食事、イスとベッド間の移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便・排尿コントロールなど)	4 手段的日常生活活動(IADL)に関する対応 (食事の用意・片づけ、洗濯、掃除・整頓、力仕事、買物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、仕事など)	
5 社会参加支援に関する対応 (通所介護、通所リハ、市町村事業、地域活動参加、家庭での役割など)	6 環境因子に関する対応 (家族・介護者、福祉用具、住環境、自宅周辺、交通機関、サービスなど)	
7 医療的管理に関する対応	8 その他	
10)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)を具体的にご記入ください	自由記載	
11)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)について達成期間を設定したか(予測)	1 はい ↓	2 いいえ
	① 設定した達成期間	
	1 1か月後	2 (2～)3か月後
	3 (4～)6か月後	4 (7か月～)1年後
	5 1年1か月以上	6 その他( )
12)リハビリテーション計画の利用者・家族への説明と同意		
① 計画についての説明者	1 計画を立案する医師 4 理学療法士 7 その他( )	2 主治医 5 作業療法士
② 計画説明時の同席者(すべてに○)	1 利用者 4 計画を立案する医師 7 作業療法士 10 訪問看護師 13 通所介護	2 家族 5 歯科医師 8 言語聴覚士 11 訪問介護職 14 訪問入浴
③ 説明が行われた場所	1 利用者自宅	2 病院外来 3 その他( )
13)前記9)④の長期目標(主目標)を達成するために実施しているおよび実施した訪問リハビリの支援内容(すべてに○)	1 心身機能へのアプローチ 2 基本的動作(能力)の練習・評価 3 ADL、IADL、社会参加活動を想定した応用的動作(能力)の練習・評価 4 実際の環境でのADL、IADL、社会参加活動の実践的練習・評価 5 現在のサービス提供者(介護支援専門員、訪問介護等)と同行訪問などで、日常生活上の留意点や実施方法を助言・指導 6 家族および介護者への指導・支援 7 福祉用具、住環境に関する指導・評価 8 リスク管理 9 終了後の地域の社会参加の場、サービス提供者、支援者との連絡・調整 10 その他( )	

14) 訪問リハビリで行っているリスク管理(すべてに○)	1 バイタル測定 (血圧・脈拍・体温・呼吸数)	2 意識状態の観察	3 経皮的動脈血酸素飽和度 (SPO <sub>2</sub> ) 測定	
	4 聴診 (呼吸管理等)	5 打診 (体液貯留等)	6 運動中止基準に基づいた運動負荷量判断	
	7 装具の管理	8 転倒予防	9 住宅・福祉用具の安全確認	
	10 疼痛管理	11 禁忌肢位	12 認知症の行動・心理的症候	
	13 ポジショニング	14 感染対策	15 血糖値 (食事・インシュリン自己注射状況・意識状態等の問診・観察)	
	16 投薬状況確認 (屯用含)	17 発汗・動悸・めまい	18 排尿・排便の状況問診	
	19 口腔管理	20 栄養状態の観察・問診	21 意思疎通・理解力確認	
	22 なし	23 その他 ( )		
15) 一定期間後、リハビリテーション計画書の見直しを行ったか	1 はい	2 いいえ		
16) 再評価のリハビリテーション会議を開催したか	1 はい	2 いいえ		
17) 前記 9)④の訪問リハビリの長期目標(主目標)の現在の達成状況	1 ほぼ達成できた	2 達成には至っていないが改善傾向		
	3 あまり達成できなかった	4 達成できなかった		
18) 訪問リハビリの今後の方針	1 終了予定 (終了した)	2 継続	3 明確でない	
	↓	↓	↓	
	下の①～③(④)にお答えください			下の⑤にお答えください
	下の⑥にお答えください			
	① 終了に導いたポイント(1つに○)			
	1 医師による、訪問リハビリ開始時からの利用者・家族へ説明			
	2 リハビリ専門職による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	3 介護支援専門員による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	4 他サービスによる、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	5 他サービスとの情報共有によるサービス移行の円滑化			
6 ケアプラン変更に関するリハビリ専門職からの助言				
7 その他 ( )				
② 終了時期(予定)				
1 訪問リハ開始から (1～) 3か月後		2 訪問リハ開始から (4～) 6か月後		
3 訪問リハ開始から (7か月) 1年		4 訪問リハ開始から 1年1か月以上		
5 未定		6 その他		
③ 終了後の所在(予定)				
1 自宅		2 医療機関		
↓		3 介護老人保健施設		
		4 介護老人福祉施設(特養)		
		5 その他		
④ 終了後の利用・参加サービス(予定)(すべてに○)				
1 訪問看護(訪問看護からのリハビリを除く)				
2 訪問看護からのリハビリ		3 訪問介護		
4 訪問入浴介護		5 他の訪問リハビリ		
6 通所リハビリ		7 通所介護		
8 居宅療養管理指導		9 福祉用具貸与		
10 短期入所療養介護		11 短期入所生活介護		
12 インフォーマルな支援		13 市町村事業		
14 住民運営の通いの場 ( )		15 地域のボランティア活動		
16 地域のカルチャー教室		17 なし		
18 その他 ( )				
⑤ 継続の理由(1つに○)				
1 利用者・家族の希望		2 目標達成のため		
3 生活機能の可及的維持のため		4 看取りまで継続		
5 その他 ( )				
⑥ 明確でない理由(1つに○)				
1 サービス提供者間の情報共有不足		2 生活機能の予後予測不明確		
3 利用者・家族の意思が不明		4 その他 ( )		

## 4 利用者の生活機能

\*「開始時」の欄は、2015年4月以降のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価をご記入ください。

この利用者のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価月を右にご記入ください：2015年 月

1)心身機能	開始時		現在	
	状況	活動への支障	状況	活動への支障
運動機能障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
感覚機能障害（聴覚・視覚等）	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
関節拘縮	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
疼痛	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
口腔機能障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
摂食嚥下障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
失語症、構音障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
精神行動障害（BPSD）	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
見当識障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
記憶障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
その他の高次脳機能障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
栄養障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
意識障害	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし	1あり0なし
2)改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	開始時		現在	
	／30点		／30点	
3)基本的動作	開始時		現在	
起居動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
床からの起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
4)日常生活活動(実行状況)(FIM) 7:完全自立 6:修正自立 5:監視・準備 4:最少介助 3:中等度介助 2:最大介助 1:全介助	開始時		現在	
【運動項目】 セルフケア	食事（咀嚼・嚥下を含む食事動作）			
	整容（口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔など）			
	清拭			
	更衣・上半身（腰上の義肢装具装着を含む）			
	更衣・下半身（腰下の義肢装具装着を含む）			
	トイレ動作			
排泄コントロール	排尿管理（器具や薬剤の使用を含む）			
	排便管理（器具や薬剤の使用を含む）			
移乗	ベッド・いす・車いす			
	トイレ			
	浴槽・シャワー			
移動	主な移動手段 □歩行 □車いす			
	階段			
【認知項目】 コミュニケーション	理解			
	表出			
社会的認知	社会的交流			
	問題解決			
	記憶			

5) 手段的日常生活活動(実行状況)				開始時				現在		
3:週3回以上している 2:時々している (月1~3回) 1:まれにしている 0:していない 得点は目安です。Frenchay Activities Index を参照してください										
食事の用意 (買い物は含まれない)										
食事の片付け										
洗濯(手洗い、コインランドリーなど洗濯方法は問わないが、洗い乾かすこと)										
掃除や整頓 (箒や掃除機の使用、身の回りの整理)										
力仕事 (布団の上げ下ろし、雑巾で床をふく、荷物の運搬)										
買物 (自分で運んだり、購入する)										
外出 (映画、観劇、食事、会合へ出かける)										
屋外歩行 (散歩などで少なくとも15分以上歩くこと)										
趣味 (テレビは含めない)										
交通手段の利用 (タクシー利用含む)										
旅行										
庭仕事 (ベランダ等の作業も含む)										
家や車の手入れ										
読書 (新聞、週刊誌類は含めない)										
仕事 (収入のあるもの、ボランティアは含めない)										
6) 生活空間のひろがり										
過去1か月間の生活空間レベル			頻度				自立度			
		1 はい	0 いいえ	1 1回未 満/1日	2 1~3回 /1日	3 4~6回 /1日	4 日中ほ とんど	1 介助を必 要とする	1.5 補助具ま たは見守 りあり	2 補助具、 介助なし
生活空間レベル1 ベッド上で起きて過 ごす機会がありましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル2 ベッドから離れて寝 室内で過ごす機会 ありましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル3 寝室と別の部屋で過 ごしましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル4 玄関、階段、アパー トの廊下、車庫、ペ ランダ、庭や私有地な どあなたの家の敷地 内で過ごしました か?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル5 自宅敷地以外へ出 て過ごしましたか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル6 近隣よりも離れた場 所(町内)に外出しま したか?	開始時	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在	1	0	1	2	3	4	1	1.5	2





平成 27 年度老人保健健康増進等事業(厚生労働省委託調査)  
訪問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

利用者調査票③

対象利用者を担当されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にご回答をお願いいたします。

2015 年 4 月～6 月にリハビリテーションマネジメント加算ⅡもしくはⅠを算定した利用者で  
生活機能階段状低下期あるいは終末期の利用者についてお答えください。

- \* 該当する利用者がいない場合は、生活段階に関係なく選出してください。
- \* 回答の際は、当てはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。
- \* ○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。
- \* 具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。
- \* 調査は、2015 年 9 月 1 日～30 日に実施してください。

1 回答者の属性

1)資格種類	1 理学療法士    2 作業療法士    3 言語聴覚士
2)免許取得後年数	(        )年 (        )月

2 利用者の基本情報

1)年齢	(        )歳	2)性別	1 男性    2 女性	
3)訪問リハビリテーション開始日	西暦(        )年 (        )月			
4)訪問リハビリ開始から調査実施までの期間	(        )年(        )月(        )日間			
5)リハビリテーションマネジメント加算算定初回時から調査実施までの期間	(        )月(        )日間			
6)現在の要介護度(介護保険認定)	1 要支援 1    2 要支援 2    3 要介護 1    4 要介護 2    5 要介護 3 6 要介護 4    7 要介護 5    8 認定なし(申請中含む)    9 不明			
7)障害高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 J 1    3 J 3    4 A 1    5 A 2 6 B 1    7 B 2    8 C 1    9 C 2    10 不明			
<p>ランク J：何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する</p> <p>ランク A：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活</p> <p>ランク B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する</p> <p>ランク C：1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない</p>				
8)認知症高齢者の日常生活自立度	①リハビリテーションマネジメント加算算定初回時			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
8)認知症高齢者の日常生活自立度	②現在			
	1 自立    2 I    3 II a    4 II b    5 III a 6 III b    7 IV    8 M    9 不明			
<p>I：何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している</p> <p>II a：家庭外で日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立可能</p> <p>II b：家庭内でも上記 II の状態が見られる</p> <p>III a：日中を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする</p> <p>III b：夜間を中心に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする</p> <p>IV：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする</p> <p>M：著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患(意思疎通ができない寝たきり状態)が見られ、専門医療が必要</p>				





### 3 この利用者への訪問リハビリテーションの提供について

1)提供職種(すべてに○)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士														
2)提供回数(すべての提供職種合計)	1 週1回	2 週2回	3 週3回以上 4 週1回未満														
3)1回の提供時間(回答者の時間)	1 1単位	2 2単位	3 3単位 4 その他														
4)取得している加算	1 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 3 短期集中リハビリ実施加算	2 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 3 算定せず															
5)リハビリテーションマネジメントに関する様式(厚生労働省 別紙様式1~5)を活用しているか	①興味・関心チェックシート(別紙様式1)	1 はい	2 いいえ														
	②リハビリテーション計画書(アセスメント)(別紙様式2)	1 はい	2 いいえ														
	③リハビリテーション計画書(別紙様式3)	1 はい	2 いいえ														
	④リハビリテーション会議録(別紙様式4)	1 はい	2 いいえ														
	⑤プロセス管理票(別紙様式5)	1 はい	2 いいえ														
6)サービス担当者会議を開催したか	1 はい	2 いいえ															
7)リハビリテーション会議を開催したか	1 はい ↓	2 いいえ															
	①参加者(すべてに○)	1 利用者	2 家族	3 主治医	4 計画を立案する医師	5 歯科医師	6 理学療法士	7 作業療法士	8 言語聴覚士	9 介護支援専門員	10 訪問看護師	11 病院看護師	12 介護福祉士	13 介護職員	14 社会福祉士	15 薬剤師	16 管理栄養士
8)訪問リハビリのアセスメント、目標、支援内容を利用者・家族およびサービス間で情報共有したか	1 はい ↓	2 いいえ															
	下の①~④にお答えください																
	①共有した相手(すべてに○)	1 利用者	2 家族	3 介護支援専門員	4 同事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士	5 他事業所の理学・作業療法士、言語聴覚士	6 主治医	7 訪問リハ事業所医師	8 歯科医師	9 訪問看護	10 訪問介護	11 通所リハビリ	12 通所介護	13 訪問入浴	14 福祉用具事業所	15 病院リハ専門職	16 その他( )
	②共有した内容(すべてに○)	1 アセスメント	2 目標	3 目標達成期間	4 支援計画	5 終了について	6 介護・介助実施方法	7 家族支援について	8 リスク管理	9 その他( )							
	③共有した頻度(1つに○) *少なくとも介護支援専門員との共有頻度	1 1か月に1回以上	2 2~3か月に1回	3 4~6か月に1回	4 その他												
④共有するために最も効果的であった方法(1つに○)	1 リハビリテーション会議	2 サービス担当者会議	3 同行訪問	4 電話	5 書面・FAX	6 面談	7 電子メール	8 その他( )									

9)リハビリテーションマネジメント加算算定の初回の訪問リハビリの目標 (右の①～④について、下記の項目1～8より最もあてはまる番号を1つ括弧内に記入してください)	①利用者の希望	( )
	②家族の希望	( )
	③ケアマネジャーの依頼内容	( )
	④設定された訪問リハビリの長期目標(主目標)	( )
1 心身機能に関する対応 (運動機能障害、感覚機能障害、疼痛、摂食嚥下機能障害、失語症、構音障害、精神行動障害、記憶障害、栄養障害など)	2 基本的動作に関する対応 (起き上がり、立位保持、床からの立ち上がり、移動能力など)	
3 日常生活活動(ADL)に関する対応 (食事、イスとベッド間の移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段昇降、更衣、排便・排尿コントロールなど)	4 手段的日常生活活動(IADL)に関する対応 (食事の用意・片づけ、洗濯、掃除・整頓、力仕事、買物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、仕事など)	
5 社会参加支援に関する対応 (通所介護、通所リハ、市町村事業、地域活動参加、家庭での役割など)	6 環境因子に関する対応 (家族・介護者、福祉用具、住環境、自宅周辺、交通機関、サービスなど)	
7 医療的管理に関する対応	8 その他	
10)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)を具体的にご記入ください	自由記載	
11)上記9)④で回答した訪問リハビリの長期目標(主目標)について達成期間を設定したか(予測)	1 はい ↓	2 いいえ
	① 設定した達成期間	
	1 1か月後	2 (2～)3か月後
	3 (4～)6か月後	4 (7か月～)1年後
	5 1年1か月以上	6 その他( )
12)リハビリテーション計画の利用者・家族への説明と同意		
① 計画についての説明者	1 計画を立案する医師 4 理学療法士 7 その他( )	2 主治医 5 作業療法士 3 介護支援専門員 6 言語聴覚士
② 計画説明時の同席者(すべてに○)	1 利用者 4 計画を立案する医師 7 作業療法士 10 訪問看護師 13 通所介護	2 家族 5 歯科医師 8 言語聴覚士 11 訪問介護職 14 訪問入浴 3 主治医 6 理学療法士 9 介護支援専門員 12 通所リハビリ 15 その他( )
③ 説明が行われた場所	1 利用者自宅	2 病院外来 3 その他( )
13)前記9)④の長期目標(主目標)を達成するために実施しているおよび実施した訪問リハビリの支援内容(すべてに○)	1 心身機能へのアプローチ 2 基本的動作(能力)の練習・評価 3 ADL、IADL、社会参加活動を想定した応用的動作(能力)の練習・評価 4 実際の環境でのADL、IADL、社会参加活動の実践的練習・評価 5 現在のサービス提供者(介護支援専門員、訪問介護等)と同行訪問などで、日常生活上の留意点や実施方法を助言・指導 6 家族および介護者への指導・支援 7 福祉用具、住環境に関する指導・評価 8 リスク管理 9 終了後の地域の社会参加の場、サービス提供者、支援者との連絡・調整 10 その他( )	

14) 訪問リハビリで行っているリスク管理(すべてに○)	1 バイタル測定 (血圧・脈拍・体温・呼吸数)	2 意識状態の観察	3 経皮的動脈血酸素飽和度 (SPO <sub>2</sub> ) 測定	
	4 聴診 (呼吸管理等)	5 打診 (体液貯留等)	6 運動中止基準に基づいた運動負荷量判断	
	7 装具の管理	8 転倒予防	9 住宅・福祉用具の安全確認	
	10 疼痛管理	11 禁忌肢位	12 認知症の行動・心理的症候	
	13 ポジショニング	14 感染対策	15 血糖値 (食事・インシュリン自己注射状況・意識状態等の問診・観察)	
	16 投薬状況確認 (屯用含)	17 発汗・動悸・めまい	18 排尿・排便の状況問診	
	19 口腔管理	20 栄養状態の観察・問診	21 意思疎通・理解力確認	
	22 なし	23 その他 ( )		
15) 一定期間後、リハビリテーション計画書の見直しを行ったか	1 はい	2 いいえ		
16) 再評価のリハビリテーション会議を開催したか	1 はい	2 いいえ		
17) 前記 9)④の訪問リハビリの長期目標(主目標)の現在の達成状況	1 ほぼ達成できた	2 達成には至っていないが改善傾向		
	3 あまり達成できなかった	4 達成できなかった		
18) 訪問リハビリの今後の方針	1 終了予定 (終了した)	2 継続	3 明確でない	
	↓	↓	↓	
	下の①～③(④)にお答えください			下の⑤にお答えください
	下の⑥にお答えください			
	① 終了に導いたポイント(1つに○)			
	1 医師による、訪問リハビリ開始時からの利用者・家族へ説明			
	2 リハビリ専門職による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	3 介護支援専門員による、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	4 他サービスによる、訪問リハビリ開始からの利用者・家族への説明			
	5 他サービスとの情報共有によるサービス移行の円滑化			
6 ケアプラン変更に関するリハビリ専門職からの助言				
7 その他 ( )				
② 終了時期(予定)				
1 訪問リハ開始から (1～) 3か月後		2 訪問リハ開始から (4～) 6か月後		
3 訪問リハ開始から (7か月) 1年		4 訪問リハ開始から 1年1か月以上		
5 未定		6 その他		
③ 終了後の所在(予定)				
1 自宅		2 医療機関		
↓		3 介護老人保健施設		
		4 介護老人福祉施設(特養)		
		5 その他		
④ 終了後の利用・参加サービス(予定)(すべてに○)				
1 訪問看護(訪問看護からのリハビリを除く)				
2 訪問看護からのリハビリ		3 訪問介護		
4 訪問入浴介護		5 他の訪問リハビリ		
6 通所リハビリ		7 通所介護		
8 居宅療養管理指導		9 福祉用具貸与		
10 短期入所療養介護		11 短期入所生活介護		
12 インフォーマルな支援		13 市町村事業		
14 住民運営の通いの場 ( )		15 地域のボランティア活動		
16 地域のカルチャー教室		17 なし		
18 その他 ( )				
⑤ 継続の理由(1つに○)				
1 利用者・家族の希望		2 目標達成のため		
3 生活機能の可及的維持のため		4 看取りまで継続		
5 その他 ( )				
⑥ 明確でない理由(1つに○)				
1 サービス提供者間の情報共有不足		2 生活機能の予後予測不明確		
3 利用者・家族の意思が不明		4 その他 ( )		

## 4 利用者の生活機能

\*「開始時」の欄は、2015年4月以降のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価をご記入ください。

この利用者のリハビリテーションマネジメント加算算定の初回の評価月を右にご記入ください：2015年 月

1)心身機能	開始時		現在	
	状 況	活動への支障	状 況	活動への支障
運動機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
感覚機能障害（聴覚・視覚等）	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
関節拘縮	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
疼痛	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
口腔機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
摂食嚥下障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
失語症、構音障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
精神行動障害（BPSD）	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
見当識障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
記憶障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
その他の高次脳機能障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
栄養障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
意識障害	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし	1 あり 0 なし
2)改定長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	開始時		現在	
	／30点		／30点	
3)基本的動作	開始時		現在	
起居動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
床からの起立動作	4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施		4自立 3見守り 2一部介助 1全介助 0未実施	
4)日常生活活動(実行状況)(FIM) 7:完全自立 6:修正自立 5:監視・準備 4:最少介助 3:中等度介助 2:最大介助 1:全介助	開始時		現在	
【運動項目】 セルフケア	食事（咀嚼・嚥下を含む食事動作）			
	整容（口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔など）			
	清拭			
	更衣・上半身（腰上の義肢装具装着を含む）			
	更衣・下半身（腰下の義肢装具装着を含む）			
	トイレ動作			
排泄コントロール	排尿管理（器具や薬剤の使用を含む）			
	排便管理（器具や薬剤の使用を含む）			
移乗	ベッド・いす・車いす			
	トイレ			
	浴槽・シャワー			
移動	主な移動手段 □歩行 □車いす			
	階段			
【認知項目】 コミュニケーション	理解			
	表出			
社会的認知	社会的交流			
	問題解決			
	記憶			

5) 手段的日常生活活動(実行状況)				開始時				現在			
3:週3回以上している 2:時々している (月1~3回) 1:まれにしている 0:していない 得点は目安です。Frenchay Activities Index を参照してください											
食事の用意 (買い物は含まれない)											
食事の片付け											
洗濯(手洗い、コインランドリーなど洗濯方法は問わないが、洗い乾かすこと)											
掃除や整頓 (箒や掃除機の使用、身の回りの整理)											
力仕事 (布団の上げ下ろし、雑巾で床をふく、荷物の運搬)											
買物 (自分で運んだり、購入する)											
外出 (映画、観劇、食事、会合へ出かける)											
屋外歩行 (散歩などで少なくとも15分以上歩くこと)											
趣味 (テレビは含めない)											
交通手段の利用 (タクシー利用含む)											
旅行											
庭仕事 (ベランダ等の作業も含む)											
家や車の手入れ											
読書 (新聞、週刊誌類は含めない)											
仕事 (収入のあるもの、ボランティアは含めない)											
6) 生活空間のひろがり											
過去1か月間の生活空間レベル			頻度				自立度				
			1 はい	0 いいえ	1 1回未 満/1日	2 1~3回 /1日	3 4~6回 /1日	4 日中ほ とんど	1 介助を必 要とする	1.5 補助具ま たは見守 りあり	2 補助具、 介助なし
生活空間レベル1 ベッド上で起きて過 ごす機会がありましたか?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル2 ベッドから離れて寝 室内で過ごす機会 ありましたか?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル3 寝室と別の部屋で過 ごしましたか?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル4 玄関、階段、アパー トの廊下、車庫、ペ ランダ、庭や私有地な どあなたの家の敷地 内で過ごしました か?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル5 自宅敷地以外へ出 て過ごしましたか?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
生活空間レベル6 近隣よりも離れた場 所(町内)に外出しま したか?	開始時		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2
	現在		1	0	1	2	3	4	1	1.5	2





【ヒアリング】

- 1、ヒアリング調査員よりお電話、または訪問にて下記についてお尋ねいたします。
- 2、ヒアリング実施前に、ご一読いただきスムーズなご回答にご協力をお願いいたします。
- 3、ヒアリング実施時には、用紙をお手元にご準備いただきますようお願いいたします。

1 新規利用者の受入についてお伺いします

1) 新規利用者の受け入れ決定は誰がどのように行っていますか

ex) セラピストの主任が契約前に事前に利用者宅に伺い、状況やニーズを把握した後、事業所医師に説明し両者で相談決定を行っている

2) 新規利用者の受け入れにあたりどのような情報をどのように収集していますか

ex) 退院時カンファレンスやケアマネからのFAXにより医療的情報や介護側の情報も収集する。必要に応じて主治医や担当セラピストにサマリーを依頼する。

3) 目標達成に必要な情報とはどんなものだと思いますか

ex) 医療や機能的な情報だけではなく、環境や個人がどう考えているのかなど生活の予後(ニーズ)がわかる情報

4) リハビリテーションマネジメント加算 I、II を算定することで、今までとリハビリのマネジメントは変わりましたかどのあたりが変わったと思いますか

ex) 他職種との連携の機会が増え、よりリハ目標が現実的ではっきりしたものになった。

## 2 自立支援に効果的な他職種との連携方法についてお伺いします

1) リハビリテーション会議・サービス担当者会議にあたり事前に準備していることを教えてください

ex) 参加する主な職種とは事前に電話やFAXで打ち合わせをして、話し合う内容について伝えている。

2) 医師の参加を積極的に行うための工夫・取り組みがあれば教えてください

ex) 医師が参加できる曜日・時間帯の枠をあらかじめとっておき、その時間帯等他職種の予定を合わせている

3) 他職種との連携を積極的に行うための工夫・取り組みがあれば教えてください

ex) 話し合いだけの会議にしないで、技術的な確認や助言を行う機会にしている

4) 本人と家族に対し、リハビリテーションマネジメントの趣旨説明は誰が行っていますかまた説明する上での工夫・取り組みがあれば教えてください

ex) 基本的にはリハの主任が行っているが、担当セラピストが行なうこともある。担当セラピストの場合は数回指導者のもと、実践をしている。

5) 訪問リハが利用者の活動と参加を推し進める上で、どのような役割を求められていると思いますか



### 3 効果的な実践に関する取り組み事例・工夫事例についてお伺いします

#### 1) 地域総合支援事業、インフォーマルサービスへ結びついた事例があれば教えてください

実施内容

工夫点

効果

課題

#### 2) 訪問リハだからできた(関わった)事例について教えてください

実施内容

工夫点

効果

課題

3) 効果的な実践事例があれば下記疾患別に1~2例教えて下さい

- 1 脳血管疾患 2 心疾患 3 運動器疾患 4 認知症 5 呼吸器疾患 6 がん  
 7 廃用性症候群 8 進行性疾患・難病 9 終末期 10 看取り期

疾患別No( )

実施内容

工夫点

効果

課題

疾患別No( )

実施内容

工夫点

効果

課題

