

第2回検討会の概要

【課題A】個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施 〈主な意見〉 ○利用者の意向に基づく適切な目標設定が重要である ○日常生活をイメージした目標設定やリハビリテーションが重要である ○多職種の協働に基づくPDCAサイクルを回すことが重要である ○関係機関の協働に基づくオーダーメイドのリハビリテーション計画の作成が重要である 【課題B】「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施 〈主な意見〉 ○個人の状態や目標に合わせて、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である ○何分何単位、個別ではなく、弾力的な報酬体系が、生活期のリハサービスでは必要 ○自主トレーニングの視点や家族指導を取り入れることが必要である。 ○自宅生活を理解した通所と訪問を組み合わせた一体的提供が有効である。 【課題C】居宅サービスの効果的・効率的連携 〈主な意見〉 ○居宅サービスを別々の事業者がばらばらに提供するのではなく、一体的かつ総合的に提供することが重要である。 ○急性期から生活期、生活期にきた後の通所と訪問の目標を共有しながら、マネジメントする多職種協働のあり方が重要 ○目標を設定し、課題を共有し、急性期から生活期まで一貫したリハビリテーションを提供することが重要である。 ○会議等の様式を統一することで同じ視点に立った情報共有や目標設定が可能となる。 【課題D】高齢者の気概や意欲を引き出す取組み 〈主な意見〉 ○本人や家族に対して何のためにリハビリテーションを行うのか説明を行い、理解と同意を得るとともに、中長期的な目標の共有化が必要である。 ○国民だけではなくリハビリテーション専門職、医療、介護や行政関係者がリハビリテーションを正しく理解する啓発、教育が大切である。

報告書の骨子(案)

I はじめに II 高齢者のリハビリテーションを取り巻く現状 1. 高齢者の状況 2. 地域包括ケアシステムの構築 3. 介護予防・日常生活総合事業の創設 4. これからの介護予防 5. 居宅におけるリハビリテーションの現状 III 平成16年の高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題 IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方 1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題 (1) 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施 (2) 「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施 (3) 居宅サービスの効果的・効率的連携 (4) 高齢者の気概や意欲を引き出す取組み 2. 生活期のリハビリテーションの具体的提案 【提案1】適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するためのマネジメントの徹底(生活期リハビリテーションマネジメントの再構築) 【提案2】リハビリテーション機能の特性を生かしたプログラムの充実(生活機能に焦点を当てたアプローチの強化) V 今後更に議論すべき課題
--



第3回検討会

提案1 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底 (生活期リハビリテーションマネジメントの再構築)

- 【課題A】個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施
 - 個人の状態や希望等に基づく適切な目標設定が重要である
 - 日常生活をイメージした目標設定に基づくリハビリテーションが重要である
 - 多職種連携・協働に基づくPDCAサイクルを実施することが重要である
 - 関係機関の連携・協働に基づく一体的なリハビリテーションが重要である
- 【課題C】居宅サービスの効果的・効率的連携
 - 居宅サービスを別々の事業者がバラバラに提供するのではなく、一体的かつ総合的に提供することが重要である
 - 急性期から生活期、生活期で通所と訪問の目標を共有しながら、マネジメントを行う多職種協働のあり方が重要である
 - 設定された目標・課題を共有し、急性期から生活期まで一貫したリハビリテーションを提供することが重要である
 - 会議等情報共有や目標設定のため様式を統一することで同じ視点に立ったリハビリテーションの提供が可能となる。
- 【課題D】高齢者の気概や意欲を引き出す取り組み
 - 本人や家族に対して何のためにリハビリテーションを行うのか説明を行い、理解と同意を得るとともに、中長期的な目標の共有化が必要である。



- 提案1 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底(生活期リハビリテーションマネジメントの再構築)
- (1)利用者主体の日常生活に着目した目標設定
 - 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
 - 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底
 - (2)多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入
 - 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
 - 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用
 - (3)プロセスマネジメントの導入
 - リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

生活期リハビリテーションマネジメントの現状と課題

通所・訪問リハビリテーション事業所へのインタビュー調査*結果より

【事前調査期の課題】

- 他サービス事業所の計画等の情報を入手しづらい。
- 主治医からリハビリテーション実施時の留意事項等の情報を入手しづらい。
- 地域からの廃用症候群や認知症等の事例はニーズを把握しづらく、導入判断が遅れやすい。
- 急性期、回復期、生活期を通じて利用者の情報を把握できる存在がおらず、各フェーズで情報共有が途切れている。
- 事前調査時から利用者のことを十分に把握できていないと、本人も事業所側も通所継続が目的となってしまうやすい。

【計画策定期の課題】

- ケアプランとリハビリテーション実施計画が乖離している事例がある。
- リハビリテーション実施計画書に基づく通所頻度や訪問等の必要性を介護支援専門員に提供しても、ケアプランにほとんど反映されない場合が多い。
- カンファレンスにデイケア担当医が参加することが望ましいと考えるが、診療等で忙しく参加できていない場合も多い。

【評価期の課題】

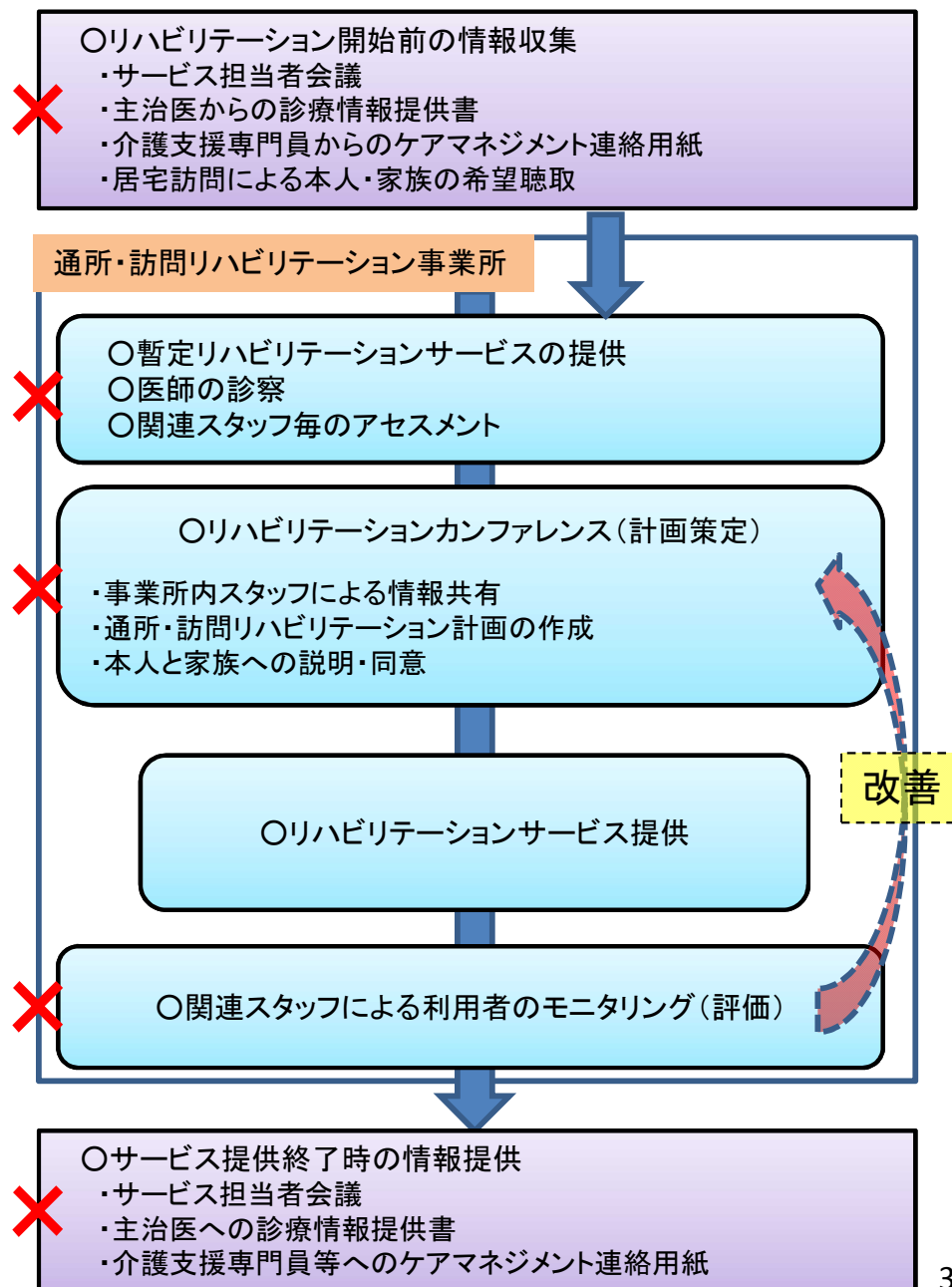
- サービス担当者会議が形骸化してしまい、ケアプランの読み合わせになっているため、リハビリテーション実施計画を共有してもプランに反映されない。
- リハビリテーション実施計画書を見直すタイミングとケアプラン作成のタイミングが合わないため、情報共有してもケアプランの内容に反映されにくい。
- 再評価（モニタリング）と目標の再設定の場面に、介護支援専門員やかかりつけ医が参加することが望ましいと考えるが、実際には難しい。

【サービス終了期の課題】

- サービス終了後のフォローができればよいが、介護報酬体系で評価されないため、容易に実施できない。
- 終了時の情報共有は介護支援専門員への書面での報告が中心となっている。

* 全国デイケア協会、全国訪問リハ協会から優良事業所を3カ所ずつ推薦していただき、生活期リハビリテーションマネジメントの現状と課題についてインタビュー調査を行った。

現状のリハビリテーションマネジメントの流れ



生活期リハビリテーションマネジメントの再構築

見直しのポイント

(1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

(2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

(3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

Plan(計画)

- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

Do(サービス提供)

Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

○リハビリテーション開始前の情報収集

- ・ サービス担当者会議
- ・ 主治医からの診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員からのケアマネジメント連絡用紙
- ・ 居宅訪問による本人・家族の希望聴取(様式Aの活用)

通所・訪問リハビリテーション事業所

- 暫定リハビリテーションサービスの提供
- 医師の診察
- 関連スタッフ毎のアセスメント(様式Bの活用)

○リハビリテーションカンファレンスの強化

- ・ 連携と協働: 事業所内スタッフ+事業所外専門家+本人・家族
- ・ 調査に基づく目標設定と通所・訪問リハビリテーション計画の作成(様式Cの活用)
- ・ 標準化された様式に基づく情報共有

医師による本人と家族への説明・同意

○リハビリテーションサービス提供

利用者のニーズや状態に基づき作成された
目標・計画に従って提供される

- 関連スタッフによる利用者のモニタリング(評価)
(様式A、様式Bの活用)

- 関連スタッフによるPDCAサイクルの管理(様式Eの活用)

**Act
(改善)**

○サービス提供終了時の情報提供

- ・ サービス担当者会議
- ・ 主治医への診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員等へのケアマネジメント連絡用紙

利用者のニーズ把握票(※新規の様式)

当様式のねらい

○ 日常生活や人生の過ごし方に対する利用者の意向を把握やすくするツールとして作成した

※任意の書式:本人にアンケート形式で活用する。

○ 様式を用いることで、職種間および事業所間での情報共有を促す効果も期待する

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

通所・訪問 リハビリテーション計画書 (アセスメント)(案)

(※従来のものを見直し)

当様式のねらい

○ 利用者の「活動」や「参加」にも注目したバランスのとれたアセスメント・モニタリングが可能となるよう評価項目を構成している。

○ 介護支援専門員がサービス担当者会議等で多職種との情報共有や調整等で活用する「課題整理総括表」を参考に用いることで、職種間および事業所間での情報共有を促す効果も期待する。

(※H26.6.16付振興課事務連絡)

通所・訪問リハビリテーション計画書(アセスメント)

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) □要支援 □要介護

■居宅介護支援計画の総合的援助の方針

■居宅介護支援計画の解決すべき課題

■ご本人の希望

■ご家族の希望

■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患)

原疾患・発症日

経過

■重複疾患・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

■廃用症候群: □あり □なし

■医学的管理の対応・解決すべき課題(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■参加状況

家庭内の役割(内容および頻度)

余暇活動(内容および頻度)

社会・地域活動(内容および頻度)

通所リハビリテーション終了後の利用したい社会資源

■心身機能

	状況	活動へ影響		状況	活動へ影響
運動機能障害	□あり □なし	□あり □なし	高次機能障害	□あり □なし	□あり □なし
感覚機能障害	□あり □なし	□あり □なし	認知機能障害	□あり □なし	MMSE 点
関節拘縮	□あり □なし	□あり □なし	失語症 構音障害	□あり □なし	□あり □なし
疼痛	□あり □なし	□あり □なし	摂食嚥下障害	□あり □なし	□あり □なし

【特記事項】

■生活活動状況(※該当に□する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状能力	予後予測	課題	評価
基本動作	現能力	予後予測	課題	評価
起き上がり				
立位保持				
床からの立ち上がり				
移動能力(TUG, 6分間歩行)				
食事				
A イスとベッド間の移乗				
D 整容				
L トイレ動作				
(入浴)				
B 階段昇降				
I 更衣				
(排便コントロール)				
(排尿コントロール)				
他 服薬管理				

アセスメント項目	現状能力	予後予測	課題	評価
食事の用意				
食事の片付け				
洗濯				
I 掃除や整頓				
A 力仕事				
D 買物				
L 外出				
(屋外歩行)				
F 趣味				
A 交通手段の利用				
I 旅行				
(雇仕事)				
(家や車の手入れ)				
読書				
仕事				

※ADLはBarthel Index(BI)、IADLはFrenchay Activity Index(日本語版)(FAI)を引用

■課題の要因分析

■環境因子(※課題ありの場合□)

環境因子	課題	備考
家族・介護者	□	
福祉用具等	□	
住環境	□	
自宅周辺	□	
地域の社会資源	□	
交通機関	□	
サービス	□	

■特記事項

■他の利用サービス

□通所介護(週 回) □訪問介護(週 回) □訪問リハビリテーション(週 回) □訪問看護(週 回) □その他()

通所・訪問 リハビリテーション計画書(案)

(※従来のものを見直し)

当様式のねらい

○利用者のニーズや状態に応じた目標を設定するように構成されている。

○何を目標にして、何を行っていくのかを利用者・家族にも分かりやすいに構成されており、医師が当書式を用いて利用者・家族へ計画を説明し、同意を得ることができる構成とした。

○介護支援専門員の居宅サービス計画書と構成を一部同じくすることで、職種間および事業所間での情報共有を促す効果も期待する。

【参考】居宅サービス計画書

生活全般の解決すべき課題	目標				援助内容			
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	サービス種別	頻度	期間

目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	頻度・時間	訪問の可能性 いつ頃・何を
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何を
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何を
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何を
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何を
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何を

■利用中への具体的対応

	開始～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間
利用者								
看護職								
介護職								
PT・OT・ST								
その他								

ご本人・ご家族への説明と同意： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご本人サイン： _____

ご家族サイン： _____

医師サイン： _____

居宅サービスの具体的協働方法の提案

- 通所・訪問リハビリテーションで開催するリハビリテーションカンファレンスの場を活用し、介護支援専門員や各居宅サービス事業所のスタッフ等がその場に参画、当該利用者に関する方針や目標、計画を検討、共有してはどうか。
- また、効率的・効果的な情報共有できるように介護支援専門員の居宅サービス関連書式の書式とできるだけ共通とし、情報の共有が容易になるよう工夫してはどうか。

介護支援専門員

協働の場

サービス担当者会議

- リハカンファレンスとサービス担当者会議を兼ねることができるようにする
- カンファレンス記録(様式D)
サービス担当者会議録と共通書式

リハビリテーションカンファレンス

医療 (主治医)

情報の共有

利用者に関する情報や支援方針、
目標、計画の共有

- ニーズ調査票(様式A)
- アセスメント票(様式B)
- リハビリテーション計画書(様式C)

通所リハビリテーション

訪問系サービス

訪問介護

* 生活機能向上連携加算

通所介護

リハビリテーションカンファレンス録（※既存のものを活用）

リハビリテーションカンファレンス録 （サービス担当者会議録）

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
検討した項目				
検討内容				
結 論				
残された課題 (次回の開催時期)				

当様式のねらい

○ 多職種および関連機関の連携と協働の場として機能を強化するリハビリテーションカンファレンスが着実に開催されるように記録の作成と提出を求める。

○ サービス担当者会議録との共通性を持たせることで、情報共有の促進および書類作成の効率化を図る。

チェック	プロセス	参加者及び内容	エビデンス書類
☐	サービス開始時における情報収集	☐ 主治医 ☐ 介護支援専門員	☐ 利用者のニーズ把握票 ☐ リハビリテーションアセスメント票
☐	訪問指導等の実施	☐ 参加者(医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他)	☐ リハビリテーションアセスメント票
☐	アセスメント・評価・計画原案の立案	☐ (管理者:)	☐ リハビリテーションアセスメント票
☐	カンファレンス ☐ 本人・家族の生活の意向の確認 ☐ アセスメント情報の共有 ☐ 支援目標の共有	☐ 参加者(医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他)	☐ リハビリテーションカンファレンス記録 (サービス担当者会議録に準用可能)
☐	リハビリテーション計画書の作成 ☐ リスクの確認 ☐ リハビリテーションでの支援方法 ☐ チームの役割分担	☐ 介入方法の決定 ☐ 短期集中リハビリテーション ☐ 生活行為向上リハビリテーション(仮称) ☐ 認知症短期集中リハビリテーション ☐ ケアプランの添付	☐ 通所・訪問リハビリテーション計画書 ☐ 生活行為向上リハビリテーションプラン票
☐	医師によるリハビリテーション計画の本人・家族への説明と同意	☐ 了解 ☐ 変更・意見()	☐ リハビリテーション計画書(同意書欄)
☐	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従事者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達	☐ 情報提供方法 ☐ 同行訪問()()() ☐ その他()	当書式のねらい ○ リハビリテーションマネジメントで求められる、初期評価(Survey)、計画(Plan)、サービス実施(Do)、評価(Check)、改善(Act)の一連の流れと活用すべき様式が確認できる構成とした。当書式を用いることで着実なマネジメントが容易となる。
☐	評価カンファレンスの実施と計画の見直し(6月以内は1月毎1回 6月からは3月毎1回)	☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:) ☐ (日付:)	
☐	サービス終了時のカンファレンス	☐ 参加者(医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他)	
☐	終了時の情報提供	☐ 主治医 ☐ 介護支援専門員 ☐ その他()	☐ カンファレンス記録(写し) ☐ リハビリテーション計画書(写し)
☐	転帰先		

10

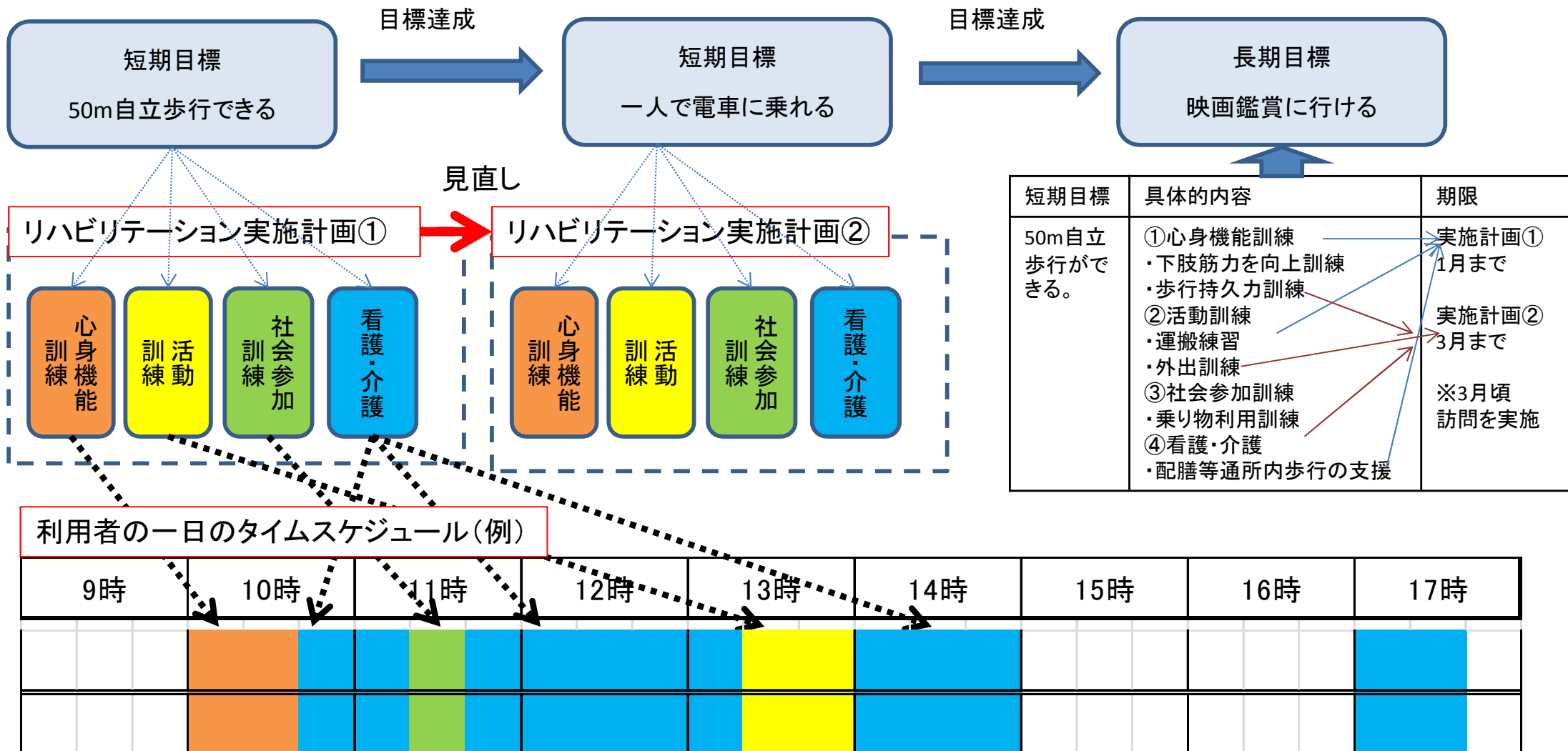
当書式のねらい

○ リハビリテーションマネジメントで求められる、初期評価(Survey)、計画(Plan)、サービス実施(Do)、評価(Check)、改善(Act)の一連の流れと活用すべき様式が確認できる構成とした。当書式を用いることで着実なマネジメントが容易となる。

【参考】同一通所リハ事業所内における専門職間の協働の在り方例

○ 通所と訪問の連携や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

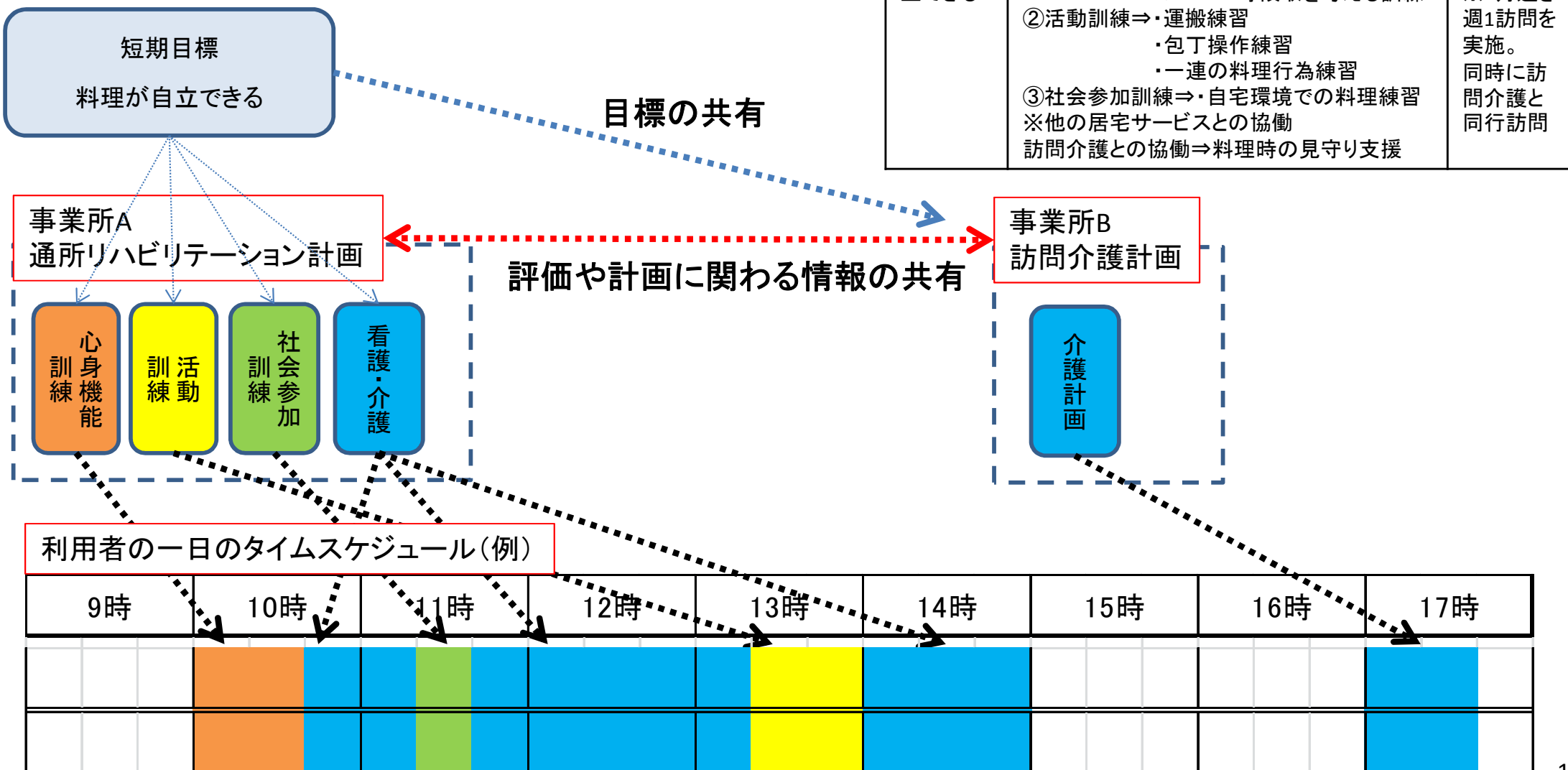
例) 通所リハ事業所内での協働



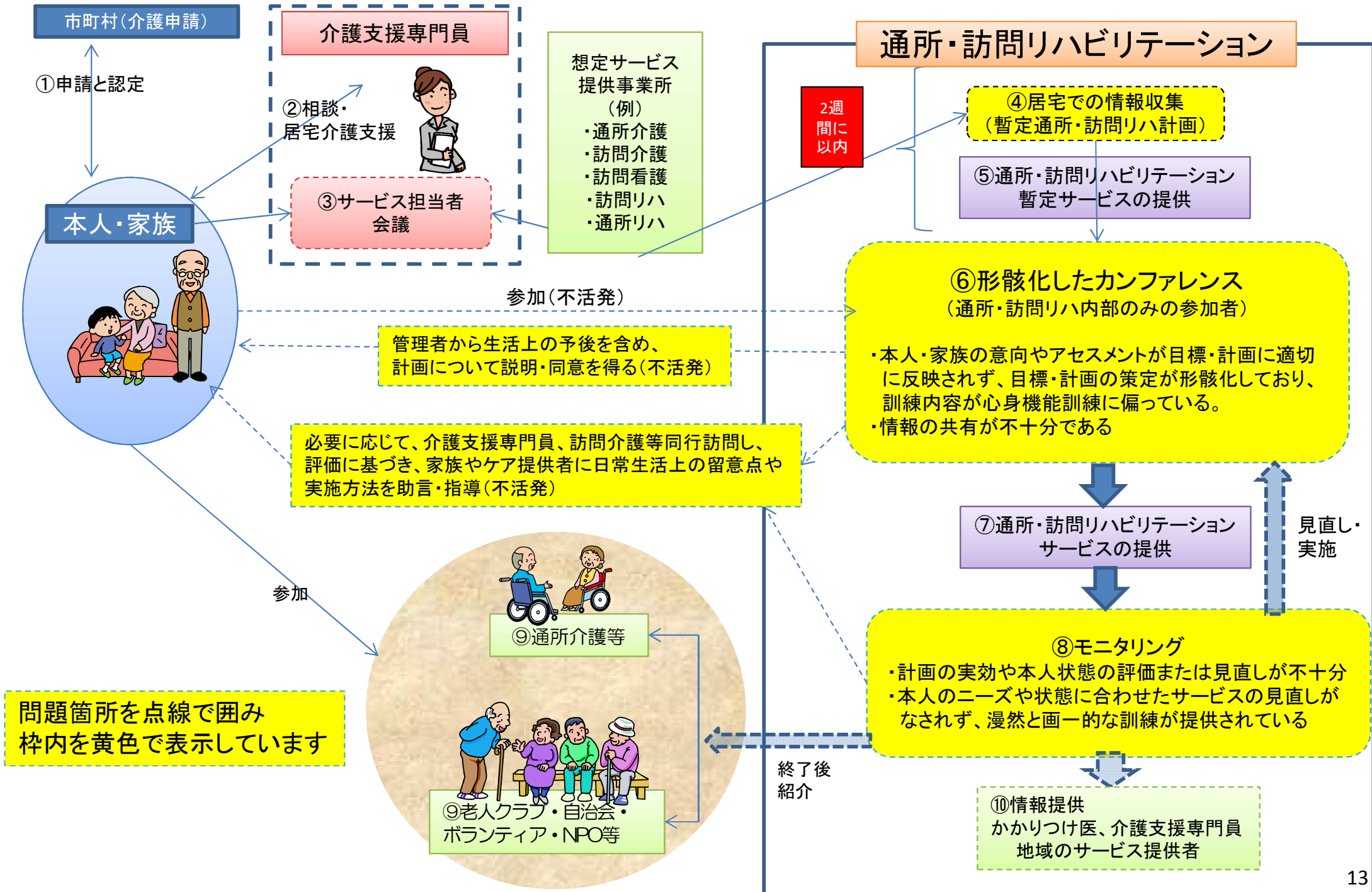
【参考】 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

- 通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の貴容堂を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

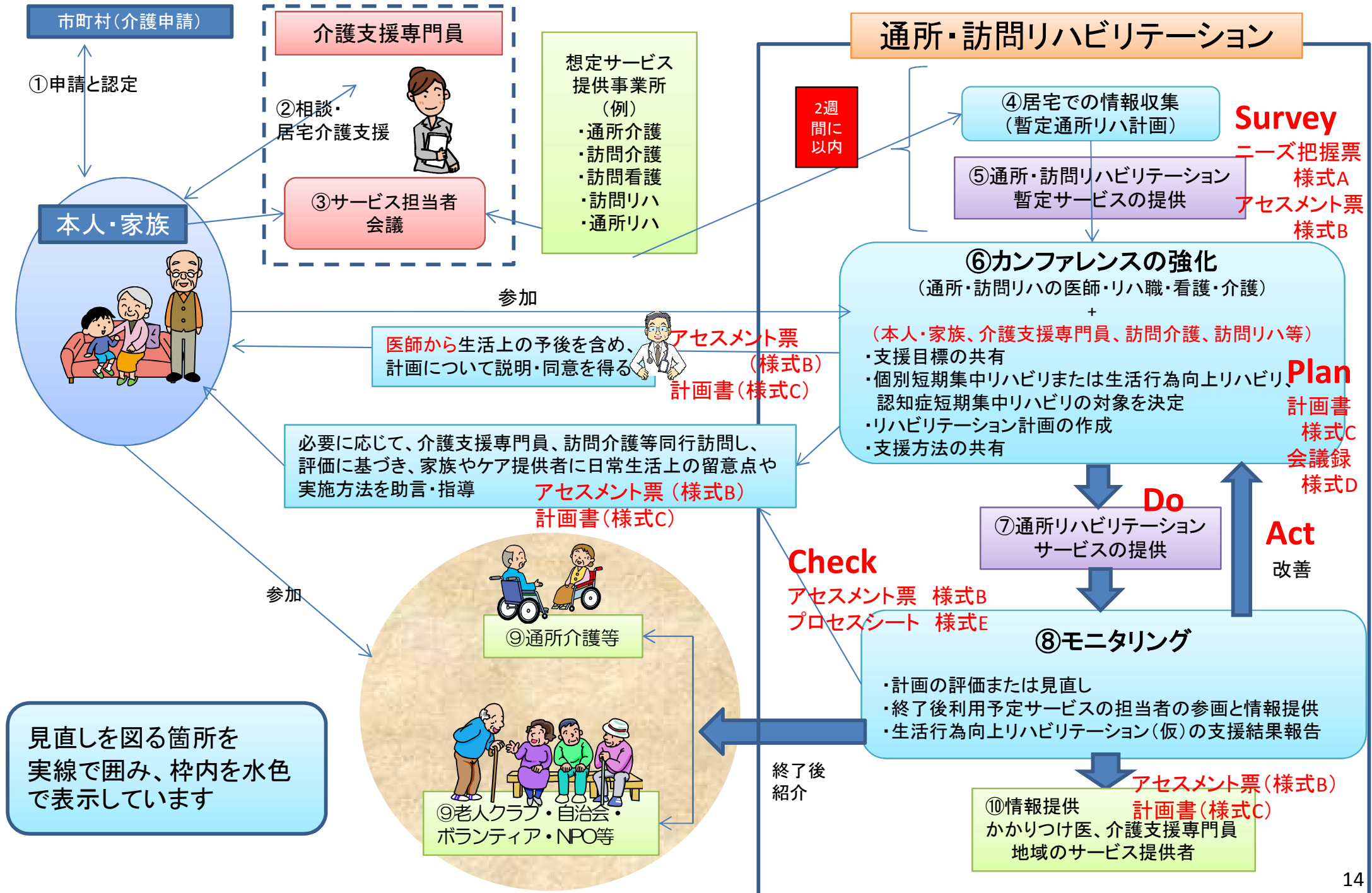
例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



通所・訪問リハビリテーションの効果的・効率的運用のための課題



通所・訪問リハビリテーションの効果的・効率的運用に向けた具体的な見直し



提案2 リハビリテーション機能の特性を生かしたプログラムの充実 (生活機能に焦点を当てたアプローチの強化)

【課題B】「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施

〈主な意見〉

- 個人の状態や目標に合わせて、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である
- 何分何単位、個別ではなく、弾力的な報酬体系が、生活期のリハサービスでは必要である
- 自主トレーニングの視点や家族指導を取り入れることが必要である
- 自宅生活を理解した通所と訪問を組み合わせた一体的提供が有効である



提案2 リハビリテーション機能の特性を生かしたプログラムの充実 (生活機能に焦点を当てたアプローチの強化)

- (1) 自己訓練と個別短期集中リハビリテーション(仮称)の一体的提供(再編)
 - 個別リハビリテーションは退院(所)間もない者に対する個別短期集中的リハビリテーションとして機能を統合する
- (2) 認知症短期集中リハビリテーションの見直し
 - 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。
- (3) 生活行為向上リハビリテーション(仮称)の提案
 - 生活機能の向上に焦点を当てた新たなリハビリテーションのしくみを導入する。

(1) 自己訓練と個別短期集中リハビリテーション(仮称)の 一体的提供(再編)

- これまでの個別リハビリテーションは退院(所)間もない者に対する個別短期集中的リハビリテーションとして機能を統合する
- 具体的には退院(所)後又は認定後間もない高齢者に対し、従来から提供されてきた医学的管理も踏まえながら身体機能の回復に焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
- 病院等で訓練してきたADLを実際の生活の場で実践する集中的な個別のリハビリテーションと、身体機能に対する訓練の質と量を維持しつつ、徐々に身体機能を維持するための自己訓練へと指導していくことが期待される。
- 実施時間と頻度・期間は40分以上、週2回以上を標準とし、3ヶ月間を限度とする。また、個別短期集中リハビリテーションの提供後の評価(カンファレンス)により、新設する生活行為向上リハビリテーション(仮称)に移行できるものとする。
- また、個別短期集中リハビリテーションの提供後もリハビリテーションを継続することができる。

【イメージ】



(2) 認知症短期集中リハビリテーションの見直し

- 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。
- 現在の認知症集中リハビリテーションは、身体機能へのアプローチである個別リハビリテーションの同様20分以上実施することとなっている。認知症高齢者には、個別のリハビリテーションよりも状況が理解されやすい集団活動や何をするのかがイメージされやすい活動や参加へのアプローチが導入しやすいため、新たな体系を追加する。
- 認知症高齢者が持つ手続き記憶などの残存能力を引き出し、ADLやIADLの自立が継続されるよう積極的に参加を促すなど実際の場面に即したリハビリテーションの提供のため、通所のみならず、自宅など実際の場面で具体的な指導を実施し、本人ができるADLやIADLなど居宅での役割、生きがいの獲得を目指す。
- 見当識が低下した認知症高齢者では、通所の間隔が長すぎると拒否につながったり、一方毎日参加するなど、実施頻度についても週二回ではなく、利用者の状態に合わせて効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、3ヶ月間を限度とする。
- 認知症短期集中リハビリテーションの提供後の評価(カンファレンス)により、新設する生活行為向上リハビリテーション(仮称)に移行できるものとする。
- また、認知症短期集中リハビリテーションの提供後もリハビリテーションを継続することができる。

【イメージ】



通所リハ(認知症)		家事や畑作業を再開し、介護負担が軽減した認知症事例	
通所リハ事例	年齢:77歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症・変形性膝関節症		要介護2 ⇒ 要介護1
	【介入までの経緯】脳梗塞発症から6週間の入院を経て自宅退院となった。入浴とリハビリ目的で通所リハ週3回、機能回復訓練、ADL・IADL訓練などの活動を促した。病前は家事と農業を行い、楽しみとして収穫物を農産物市で売っていた。病気後は軽度認知症の影響もあり主体的な生活が遅れず、常に助言や誘導を要し、夜間覚醒など、夫の介護負担となっていた。 【本人・家族の生活の目標】(本人)以前のように自分で野菜を作り、収穫物を「農産物市」に出したい。 (家族)夜間寝てほしい。屋外を安定して歩けるようになってほしい。		
	利用開始時	中間(1ヶ月後)	修了(2ヶ月後)
ADL・IADLの状態	○更衣や整容は助言、入浴は部分介助を要する。 ○家事は促しや助言が必要であり、自分からは行わない。 ○昼夜逆転傾向にあった。	○入浴は見守りで可能となり、洗濯物をたたむ、食器洗い、台拭きなどが見守りでできるようになった。	○入浴は口頭での促しでできるようになり、自宅でも入浴している。 ○洗濯と食事の片付けは夫と共に行うようになった。 ○通所日の夜は覚醒なく朝まで眠れる。
介入内容	○低い台からの立ち上りなど屋外農作業に必要な機能訓練と動作練習。 ○歩行器の操作練習と歩行耐久性訓練を行う。活動量増加。	○歩行器のレンタル開始、屋外歩行練習や除草作業の模擬動作の反復により通所時の活動量が増加した。 ○個別リハに積極的になる。	【考察】認知症者は、生活行為に対する主体性などの低下も認められるため、なじみ深い作業などの介入が有効である。本事例では長年の楽しみであった農作業や家庭内役割であった家事を再開することで精神面での活性化が図られ、生活リズムを取り戻すことができた。
	○畑まで歩いて行き、除草作業などの簡単な畑仕事ができる。 ○夫の送迎と付添により農産物市に参加する。 ○夜間覚醒なく眠れる。	○夫に対して活動能力の改善を説明し、家庭での家事や屋外歩行の付き添いに理解を求める。 ○OCMIに歩行器の貸与手続きを要請。	



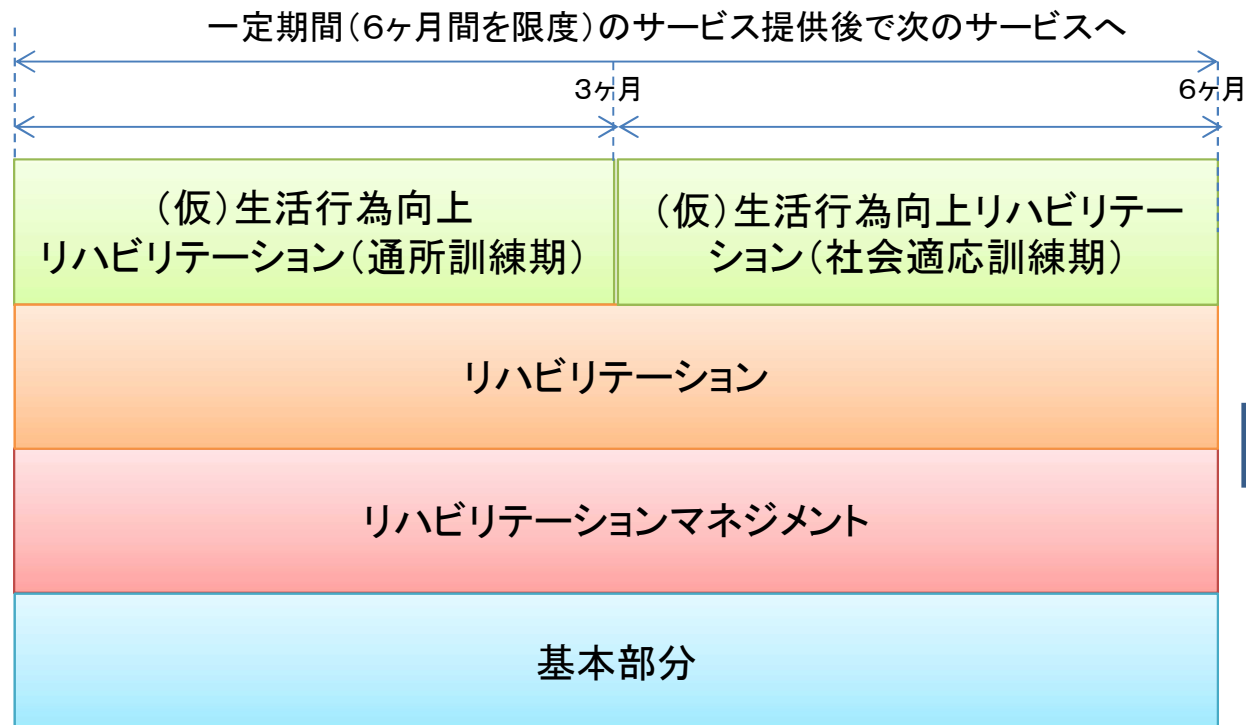
結果： 日中の活動量が増加し、夜間の覚醒がなくなった。また、夫の付き添いで農産物市に参加することができた。

課題： 生活行為の課題を解決するためには、20分1単位では十分な関わりがもてない。

(3) 生活行為向上リハビリテーション(仮称)の提案

- 加齢等により生活機能が低下した高齢者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の改善について焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
- 利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」と思う生活行為を目標とする。
- 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6ヶ月間を限度の利用とする。重点的に計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。
- 目標とした生活行為の自立もしくは達成により、次のサービス(自主的な取り組みを含む)につなぐなど、終了を意識した、短期的、集中的な取り組みとする。
- 取組の内容を計画して、「生活行為向上リハビリテーションプラン票(仮称)」(様式F)を個々に策定し、カンファレンス等で継続的に評価・見直しを行う。

【イメージ】



【社会参加へ移行】

- ・通所介護
- ・地域支援事業
- ・地域の社会資源など

生活行為向上リハビリテーションプラン票(案)

本人の生活行為の目標		例) 料理ができるようになりたい。	
家族からみた本人ができるようになってほしいこと		例) 本人がしたいことをして欲しい。	
実施期間		【通所頻度】 【期 間】	【通所頻度】 【期 間】
心身機能	プログラム	・立位の耐久性(20分) ・麻痺のある手の機能訓練【個別訓練】(20分) ・ストレッチ体操への参加(20分)	・屋外歩行練習(自己訓練) ・物の運搬練習(随時) ・ストレッチ体操への参加(20分)
	自主トレーニング	・家庭で自己訓練のプログラムの実施	・麻痺のある手のケアの練習 ・家庭での自己訓練 ・散歩
活動	プログラム	・メニューを考える練習 ・片手で釘付まな板を利用し、りんごの皮をむく練習 ・りんごを切る練習(20分) 【訪問】・自宅で食器を洗う練習と環境調整(椅子の導入)(60分)	・調理の実習(60分) ・買い物練習(料理の材料)(60分) ・バスの利用練習(15分) 【訪問】・自宅で料理実践支援(60分) ・自宅の近くで買い物練習 ・店までの動線確認
	自主トレーニング	・食器を洗ってみる。 ・家で野菜の材料を切るなどの下ごしらえをする。	・家で料理を作る。
参加	プログラム	・家族に対して、本人の料理の様子や家でしてもらうことについて相談・指導	・地域の体操教室の見学と参加
	自主トレーニング		・路線バスを利用してみる。

【支援結果】

通所介護 (介護予防) 事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)		要支援1
	【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。 【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。		
	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADL の状態	・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫)	・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化	・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる)
生活行為 の目標	・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる	・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる	【考察】 実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」ことと「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。 買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。
介入 内容	①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習	①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討	

同行者がいれば買い物が可能に

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に

スーパーを想定
しての模倣的
アプローチ



実際場面で活動
参加を繰り返し
習慣化へ向けた
アプローチ



活動の習慣化
役割の拡大へ
地域とのつながり

結果 : 週1回:スーパーでの食材購入／月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

(4) 参加に焦点を当てたリハビリテーションの提供

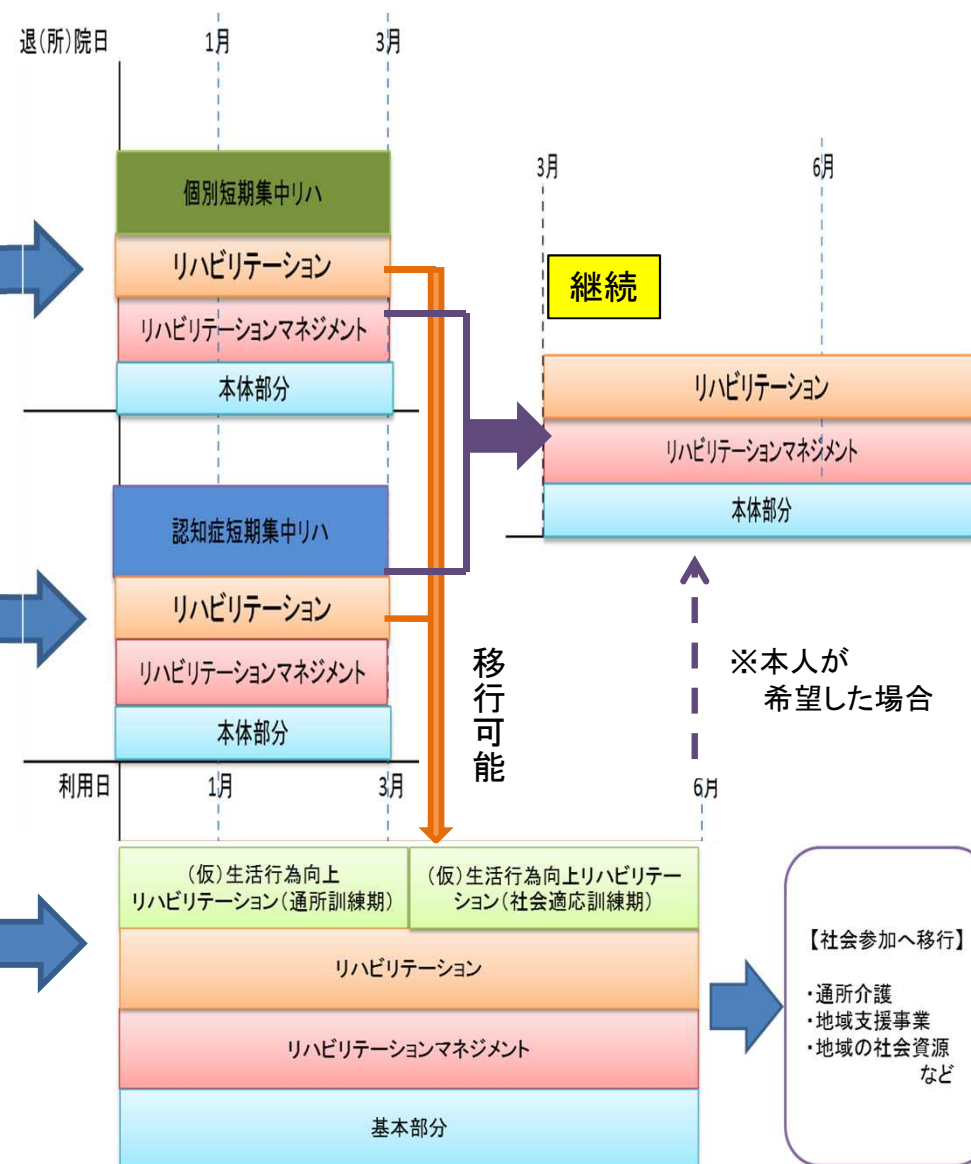
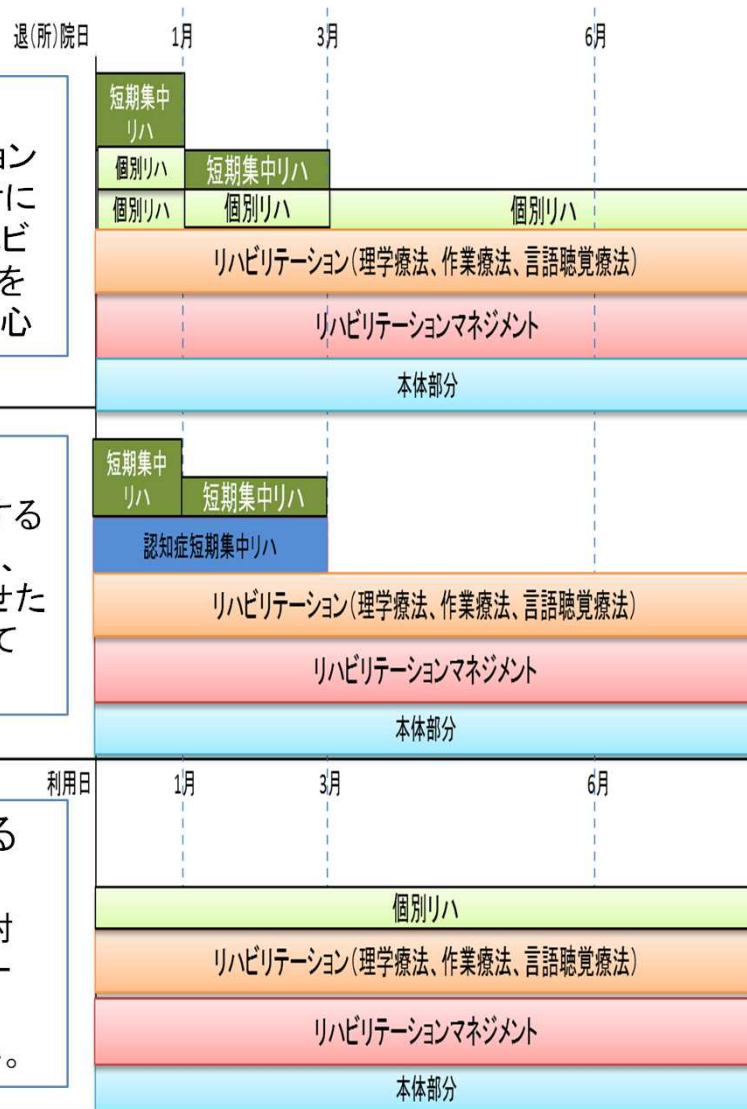
【現行】

【機能の見直し後】

【脳卒中モデル】
○ 個別リハビリテーションは退院(所)間もない者に対する短期集中的リハビリテーションとして機能を見直す。身体機能を中心

【認知症モデル】
○ 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。

【生活機能を向上するためのモデル】
○ 生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの創設を行う。「活動」と「参加」を中心。



【社会参加へ移行】

- ・通所介護
- ・地域支援事業
- ・地域の社会資源 など