

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会

## 講義4．リハビリテーションにおける医療と介護の連携

広島大学病院 リハビリテーション科教授

三上 幸夫

# はじめに

## 講義の内容

- (1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割
- (2) 生活期リハビリテーション診療の実践  
(訪問リハビリテーションを例として)
- (3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題

- ## 目次
- ①医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割
  - ②ICF（国際生活機能分類）とリハビリテーション診療
  - ③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践
  - ④リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題

# ①医療保険と介護保険の リハビリテーションの意義と役割

# 活動を育むリハビリテーション医学

日本リハビリテーション医学会が  
提唱する3つのキーワード

機能を回復する  
障害を克服する  
活動を育む



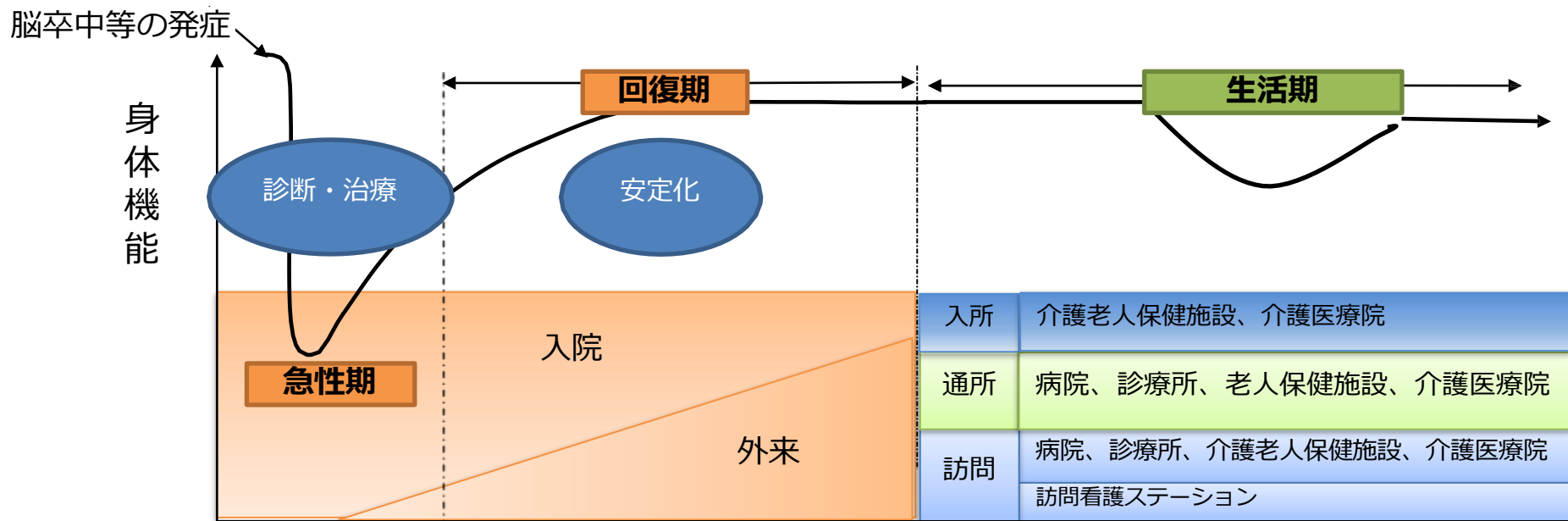
「機能障害」を診て、「活動を育む」診療を行う  
疾病・障害の予防も重要





# リハビリテーションの役割分担（イメージ）

意見交換 資料-4参考-1  
R 5 . 3 . 1 5



役割分担	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL(日常生活動作)	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL(生活の質)	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

# 内部障害に対するリハビリテーションの目標

早期離床



「従来のリハビリテーション」

回復促進



二次予防

「危険因子の軽減による  
攻めの医療」



最終目標

QOL (Quality of life : 生活の質) と生命予後の改善

上月正博 : 2023 年度「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」日本リハビリテーション医学会より

# 心血管疾患に対する運動療法の身体的効果

項目	内容	ランク	炎症性指標	CRP, 炎症性サイトカインの減少	B
運動耐容能	最高酸素摂取量増加	A	骨格筋	ミトコンドリアの増加	B
	嫌気性代謝閾値増加	A		骨格筋酸化酵素活性の増大	B
症状	心筋虚血閾値の上昇による狭心症発作の軽減	A		骨格筋毛細管密度の増加	B
	同一労作時の心不全症状の軽減	A		II型からI型への筋線維型の変換	B
呼吸	最大下同一負荷強度での換気量減少	A	冠危険因子	収縮期血圧の低下	A
心臓	最大下同一負荷強度での心拍数減少	A		HDLコレステロール増加, 中性脂肪減少	A
	最大下同一負荷強度での心仕事量(心臓二重積)減少	A		喫煙率減少	A
	左室リモデリングの抑制	A	自律神経	交感神経緊張の低下	A
	左室収縮機能を増悪せず	A		副交感神経緊張亢進	B
	左室拡張機能改善	B	圧受容体反射感受性の改善	B	
心筋代謝改善	B	血液	血小板凝集能低下	B	
冠動脈	冠狭窄病変の進展抑制		A	血液凝固能低下	B
	心筋灌流の改善	B	予後	冠動脈性事故発生率の減少	A
	冠動脈血管内皮依存性, 非依存性拡張反応の改善	B		心不全増悪による入院の減少	A (CAD)
中心循環	最大動静脈酸素較差の増大	B		生命予後の改善(全死亡, 心臓死の減少)	A (CAD)
末梢循環	安静時, 運動時の総末梢血管抵抗減少	B			
	末梢動脈血管内皮機能の改善	B			

〈エビデンスレベルA〉 400例以上の症例を対象とした複数の多施設無作為介入臨床試験で実証された, あるいはメタ解析で実証されたもの

〈エビデンスレベルB〉 400例以下の症例を対象とした多施設無作為介入臨床試験, よくデザインされた比較検討試験, 大規模コホート試験などで実証されたもの

〈エビデンスレベルC〉 無作為介入試験はないが, 専門医の意見が一致しているもの

心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会など9学会), 2012年改訂版

患者にとって、

• 安静臥床

身体機能が低下し、ADL・QOLと生命予後が低下

• 運動は万能薬

身体機能が改善し、ADL・QOLと生命予後が改善

この原則を踏まえた上で、リハビリテーション治療を考えていく

## 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進（再掲）

### 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

#### （新） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



#### より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

#### 多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

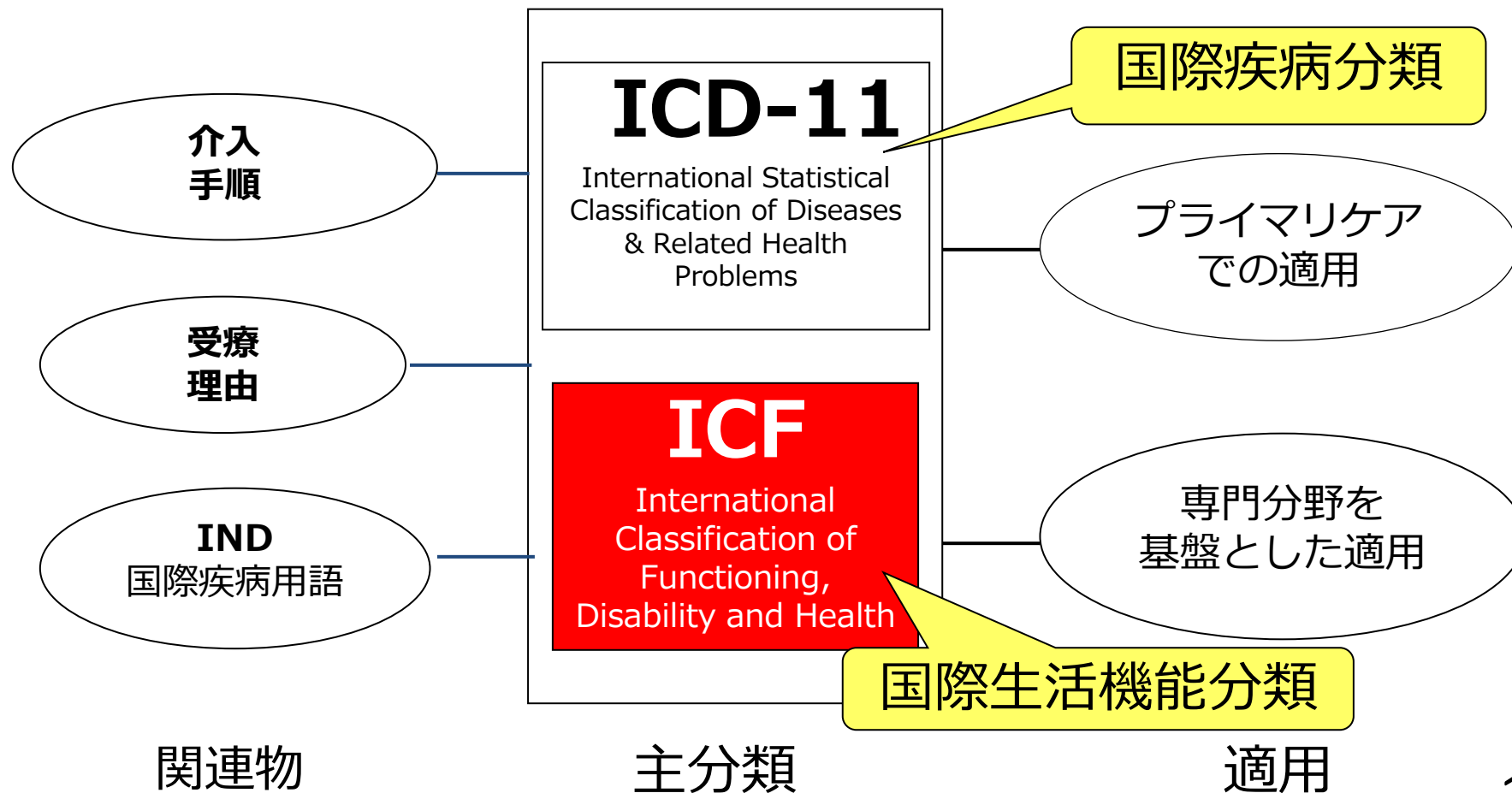
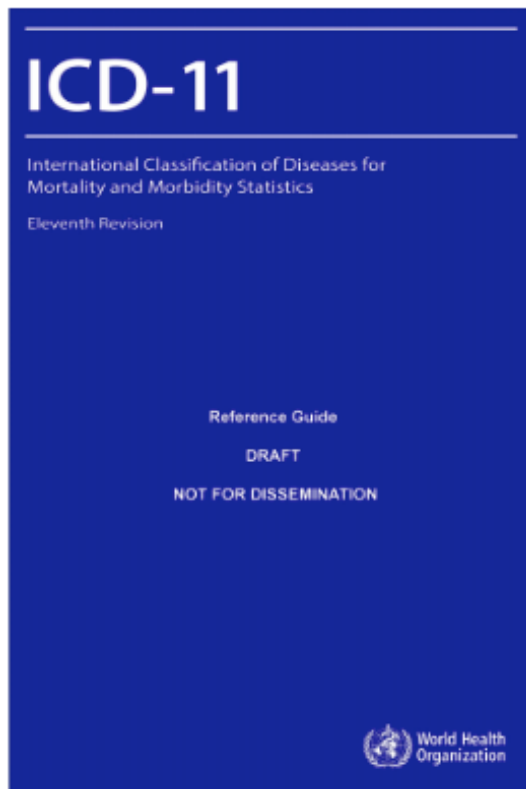
## ②ICF（国際生活機能分類）と リハビリテーション診療

# リハビリテーション診療を行うための 必須知識確認

疾患・外傷とは？

機能・障害とは？

# WHO（世界保健機関）国際分類ファミリーとICF ～疾病分類を補完する生活機能分類～

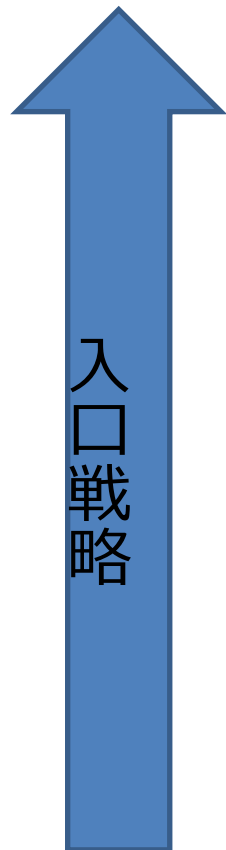




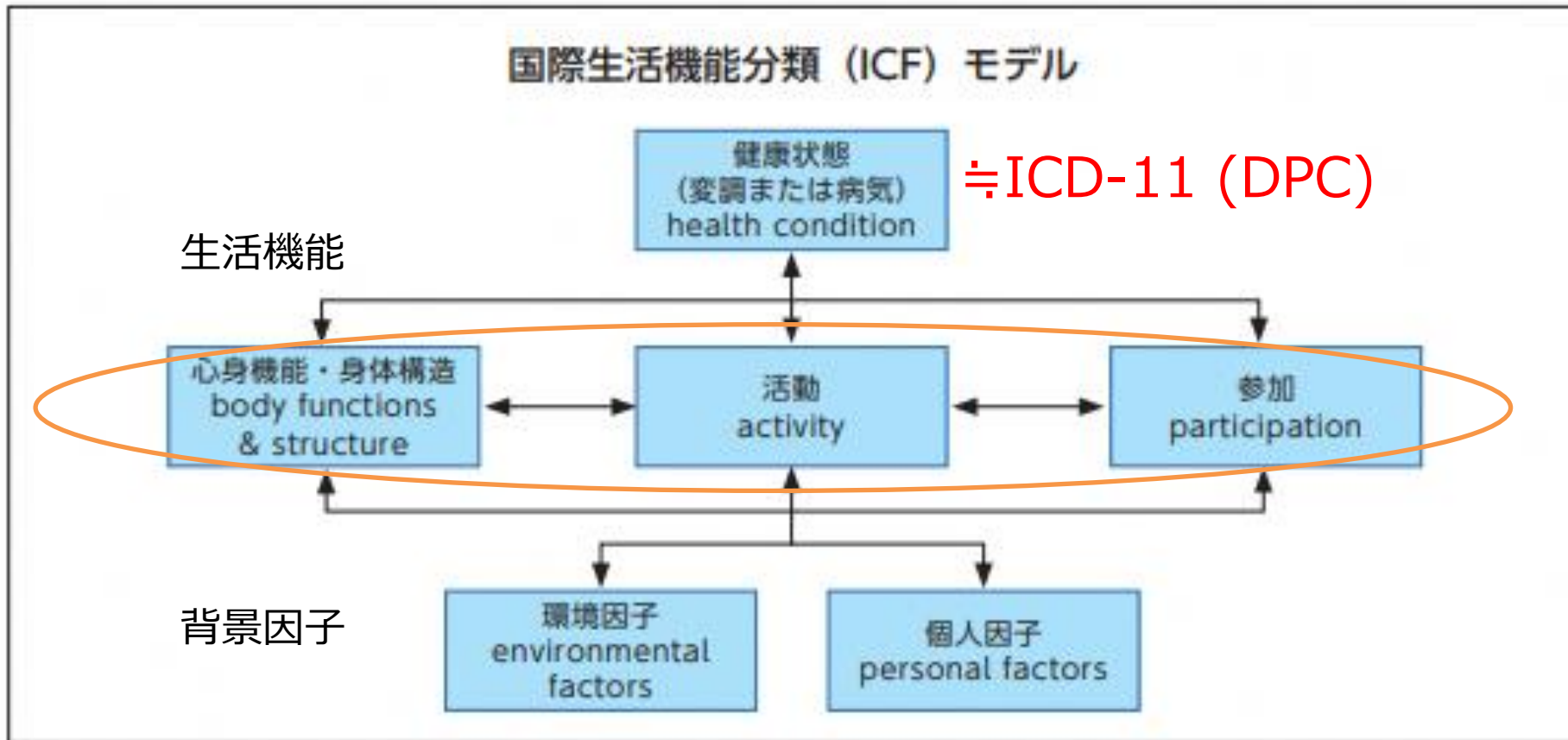
# 機能・障害とは？

## ICF:国際生活機能分類 (-国際障害分類改定版-)

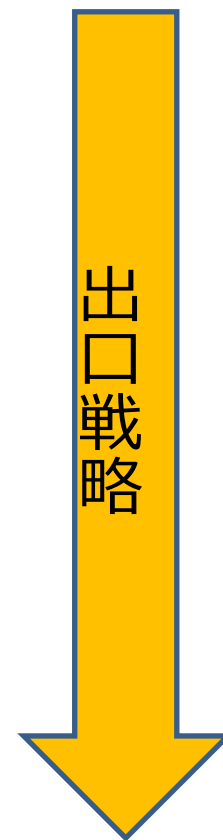
診断・初期治療



ICD



ICF



在宅復帰  
再発再燃予防

WHOの国際分類では、健康状態（病気，変調，傷害など）は主にICD-11によって分類される。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分類される。したがって、ICD-11とICFとは相互補完的である。厚生労働省ホームページより

# リハビリテーション医療チーム



# リハビリテーション診療

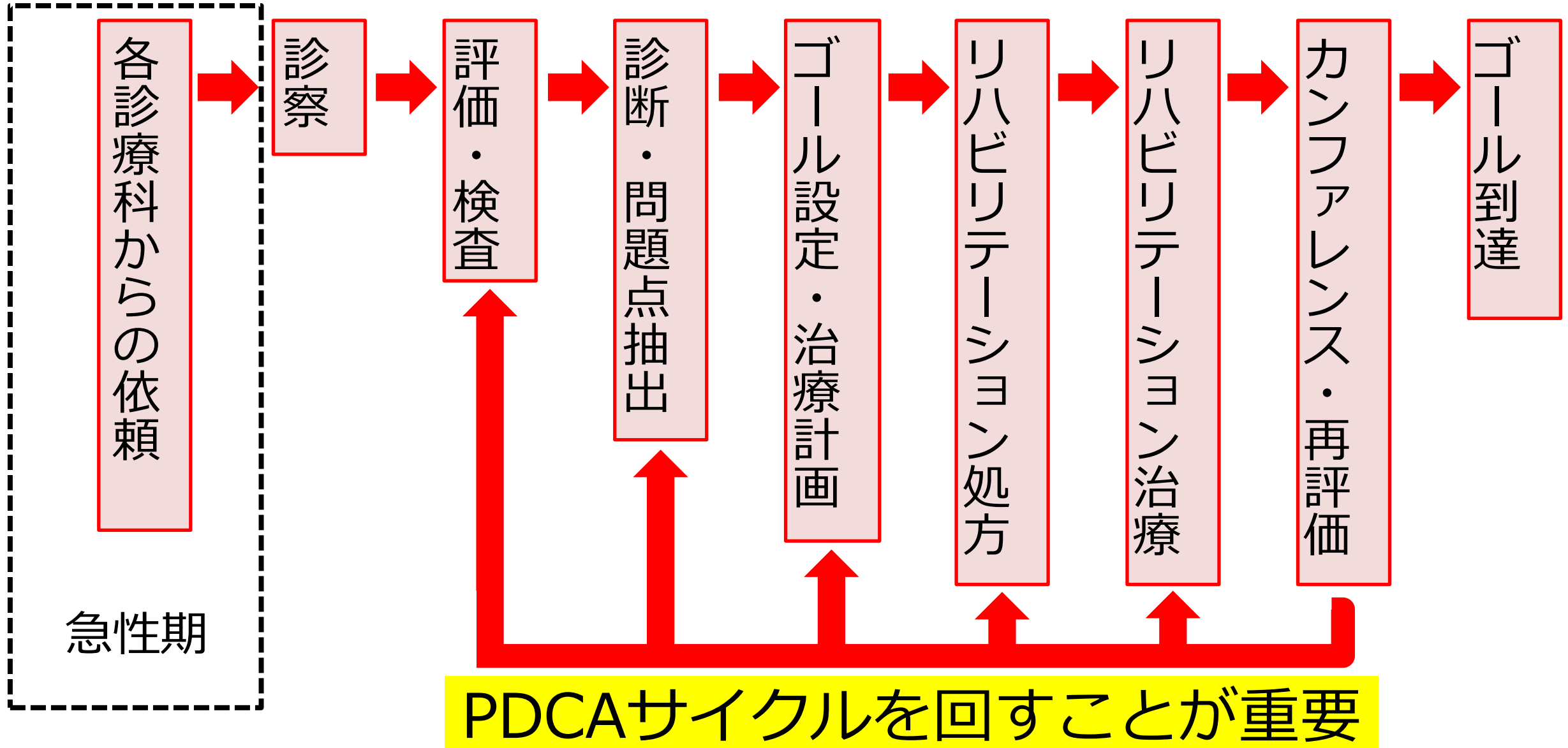
リハビリテーション診断（活動の予後予測）	リハビリテーション治療（活動の最良化）	リハビリテーション支援（活動の社会的支援）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体所見の診察</li> <li>● ADL・QOLなどの評価 FIM（機能的自立度評価法）、Barthel指数、SF-36など</li> <li>● 高次脳機能検査 改訂長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE、FABなど</li> <li>● 画像検査 超音波、単純X線、CT、MRI、シンチグラフィなど</li> <li>● 血液検査</li> <li>● 電気生理学的検査 筋電図、神経伝導検査、脳波、体性感覚誘発電位(SEP)、心電図など</li> <li>● 生理学的検査 呼吸機能検査、心肺機能検査など</li> <li>● 摂食嚥下機能検査 嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など</li> <li>● 排尿機能検査 残尿測定、ウロダイナミクス検査など</li> <li>● 病理検査 筋・神経</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 理学療法 運動療法・物理療法</li> <li>● 作業療法</li> <li>● 言語聴覚療法</li> <li>● 摂食嚥下療法</li> <li>● 義肢装具療法</li> <li>● 認知療法・心理療法</li> <li>● 電気刺激療法</li> <li>● 磁気刺激療法 rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) など</li> <li>● ブロック療法</li> <li>● 薬物療法（漢方を含む） 疼痛、痙縮、排尿・排便、精神・神経、循環・代謝、異所性骨化など</li> <li>● 生活指導</li> <li>● 排尿・排便管理</li> <li>● 栄養管理（リハビリテーション診療での栄養管理）</li> <li>● 手術療法 腱延長術、腱切離術など</li> <li>● 新しい治療 ロボット、BMI (Brain Machine Interface)、再生医療、AI (Artificial Intelligence) など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家屋評価・家屋改修</li> <li>● 福祉用具</li> <li>● 支援施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）</li> <li>● 経済的支援</li> <li>● 就学・就労支援</li> <li>● 自動車運転復帰</li> <li>● 障がい者スポーツ活動</li> <li>● 法的支援 介護保険法、障害者総合支援法、身体障害者福祉法</li> </ul>

各種の診断の方法・治療の方法・支援の方法を組み合わせる

三上靖夫：リハビリテーション診療の概要：総合力がつくりリハビリテーション医学・医療テキスト 第1版, P17, 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 2021より

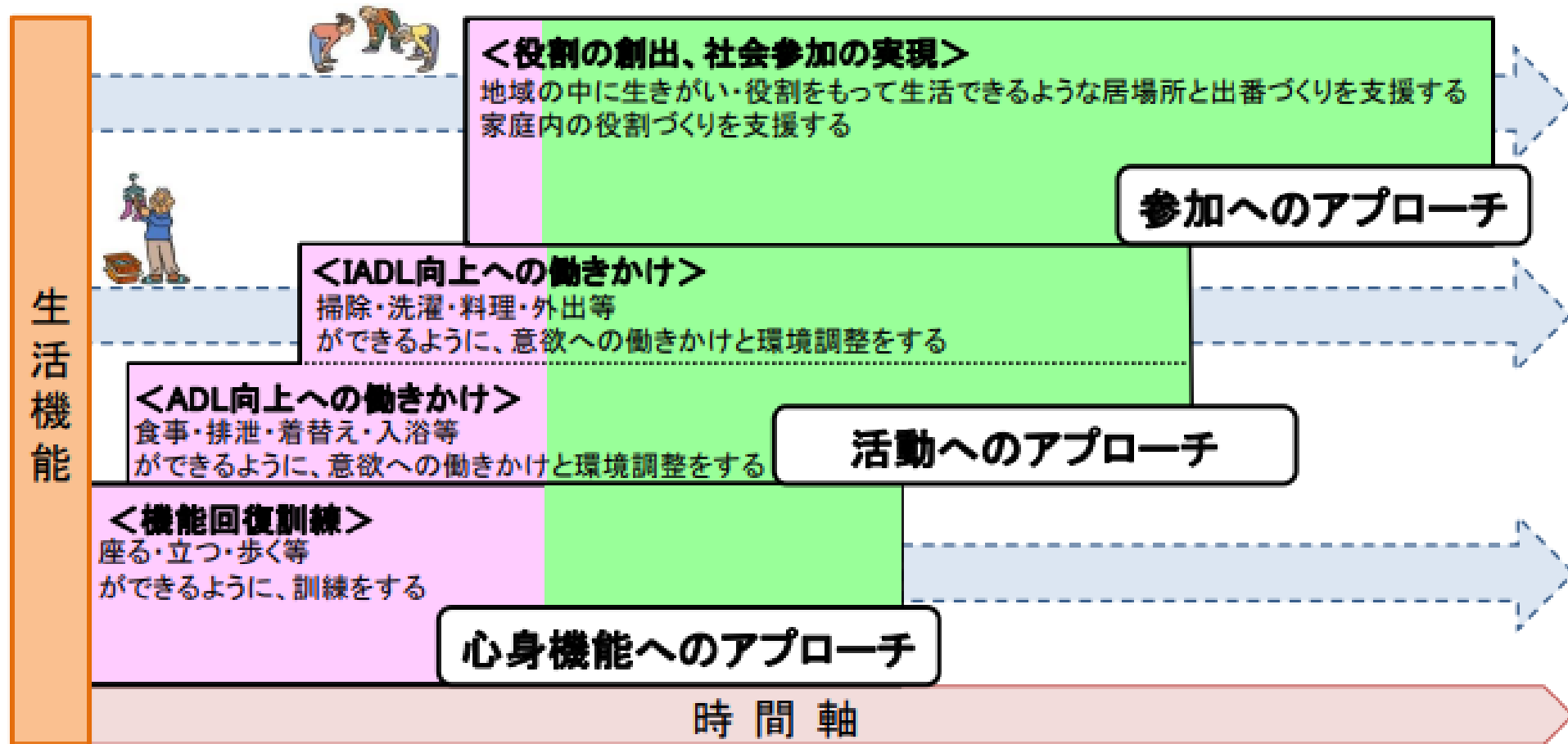
日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫

# リハビリテーション診療の流れ



# リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。





# 活動の指標 (BI & FIM)

## (参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

中医協 検-2-2参  
29.11.1

### Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計: 126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目					認知項目												
セルフケア					排泄		移乗		移動	コミュニケーション		社会認識					
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排便コントロール	排尿コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

## バーセルインデックス (Barthel Index : BI)

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: (男・女) 評価日: \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 評価者: \_\_\_\_\_

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	/10点
		5	部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む)	/15点
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)	/5点
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	/10点
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	/5点
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45m以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず	/15点
		10	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	/10点
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	/10点
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便コントロール	10	失禁なし、洗腸、坐薬の取り扱いも可能	/10点
		5	ときに失禁あり、洗腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	/10点
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点 ( /100点)				





# リハビリテーション診療の実践（医療）



説明を受けた人: 本人、家族( )	説明日: 年 月 日
署名	

## リハビリテーション実施計画書の作成・説明と同意

1. リハビリテーション実施計画をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する。その後はその後3ヶ月に1回以上の作成が必要。
2. リハビリテーション実施計画書の内容を患者又はその家族等に説明の上、交付するとともにその写しを診療録に添付する。
3. 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定した場合には、患者1人につき1月に1回に限りリハビリテーション総合計画評価料が算定可能。
4. 実施計画書は総合実施計画書で代用可能。

※患者さんの許可を得ております





# 【訪問】

## リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日: 西暦 2024年 7月 11日

氏名: \_\_\_\_\_様

性別: 男  女

生年月日: 1946年 6月 21日 (78歳)

要支援 要介護 3

リハビリテーション担当医 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

(PT OT ST 看護職員 その他従事者( )

### ■本人・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、家族が支援できること等)

本人: 杖で外を歩いて庭の花の水やりをしたい、肉じゃがが食べたい

家族: トイレに自分で行けるようになってほしい、飲み込みの状態の判断が難しいので言語聴覚士の方にも継続して関わってほしい

### ■健康状態、経過

原因疾病: 被殺出血

発症日・受傷日: 2023年 12月 24日

直近の入院日: 2024年 1月 13日

直近の退院日: 2024年 6月 25日

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

2023年12月24日に自宅で家事をしている際に急に意識消失し倒れる。物音に気付き、同居している娘が発見し救急車を要請。急性期病院での治療を終え、2024年1月13日にリハビリテーション目的で、回復期リハビリテーション病院へ転院。約5か月間リハビリテーション治療を行い、6月25日に自宅退院。退院後のADL向上と嚥下機能向上目的に、訪問リハビリテーションが開始となった。

合併症:

脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うっ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡

※上記以外の疾患⇒ 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ( ) コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、頻度、量等):

回復期リハビリテーション病院では毎日3時間のリハビリテーションを実施。基本動作訓練、ADL訓練、歩行訓練、摂食嚥下訓練を実施。

目標設定等支援・管理シート: あり なし 障害高齢者の日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

### ■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項 (改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	下肢、体幹
麻痺	あり	あり	左片麻痺
感覚機能障害	あり	あり	左上下肢感覚鈍麻
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	改善見込みあり
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	なし	なし	
高次脳機能障害 ( 注意障害 )	あり	あり	
栄養障害	なし	なし	
疼痛	あり	あり	両膝関節に軽度の疼痛あり
精神行動障害 (BPSD)	なし	なし	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input checked="" type="checkbox"/> TUG Test	41秒20		改善見込みあり
服薬管理	自立		
<input type="checkbox"/> MMSE <input checked="" type="checkbox"/> HDS-	30点		
コミュニケーション の状況	問題なし		

### ■活動 (基本動作)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	見守り	自立	
座位の保持	見守り	自立	
立ち上がり	一部介助	自立	手すり使用
立位の保持	一部介助	自立	手すり使用

### ■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
食事	5 (一部介助)	10 (自立)	自助具の使用
イスとベッド間の移乗	10 (監視下)	15 (自立)	手すり使用
整容	0 (一部介助)	5 (自立)	
トイレ動作	5 (一部介助)	10 (自立)	手すり使用
入浴	0 (全介助)	0 (一部介助)	シャワー浴
平地歩行	0 (全介助)	(車椅子操作が可能)	
階段昇降	0 (全介助)	5 (一部介助)	
更衣	5 (一部介助)	5 (一部介助)	
排便コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
排尿コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
合計点	45	75	

### ■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）体幹/下肢の筋力、全身持久力の向上を図ることが出来る。嚥下機能を向上することができる。

（活動）自宅内のトイレの環境でもトイレ動作が一人で行うことができる。

離床している時間を長くとり、座って行える活動を継続することができる。

（参加）引きこもりにならないように、友人などの訪問の際にも積極的にコミュニケーションをとることができる。

### ■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

寝る時間を減らし、起きて生活する時間を多くとり、廃用の予防に努める。

家の環境に合わせた動作練習や指導を行う。

言語聴覚士も定期的に訪問し、嚥下機能の評価、訓練を行う。

### ■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

高血圧による脳出血の再発のリスクがあるので、アンダーソンの基準に沿って訓練を行ってください。

誤嚥のリスクもあるので、必要に応じて病院での嚥下検査も検討します。

### ■リハビリテーションの見通し・継続理由

病院とは異なる環境のため、家でも同じ能力が発揮できるよう、訪問リハは継続して行いましょう。

### ■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）体幹/下肢筋力、全身持久力を維持することが出来る。麻痺側上下肢の関節可動域を維持することができる。嚥下機能の維持ができる。

（活動）自室から杖歩行でトイレまで行き、トイレ動作も一人で行うことができる。

花の水やりを週に1回は行うことができる(車いすでも可)

（参加）家族と一緒に近所で定期的に行われているマルシェに参加し、買い物や食事をすることができる。

### ■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

廃用予防のため、起きておく時間を長くするようにしていきましょう。

関節が固くならないようにストレッチを継続して行いましょう。

食事のことは言語聴覚士の訪問があるので、相談してください。

### ■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期： 12ヶ月後 ）

終了時期については、本人・家族・CMと相談し、再検討を行う。

利用者・ご家族への説明：

西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

特記事項：

# 土肥・アンダーソンの運動基準（運動の実施基準）

## ① 運動療法を行わないほうがよい場合

1. 安静時脈拍数120回／分以上
2. 拡張期血圧120mmHg以上
3. 収縮期血圧200mmHg以上
4. 動作時しばしば狭心痛をおこすもの
5. 心筋梗塞発作後1か月以内
6. うっ血性心不全の所見の明らかなもの
7. 安静時すでに動悸、息切れのあるもの

## ② 途中で運動療法を中止する場合

1. 中等度の呼吸困難が出現した場合
2. めまい、嘔気、狭心痛が出現した場合
3. 脈拍が140回／分を超えた場合
4. 1分間10回以上の不整脈が出現した場合
5. 収縮期血圧40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上上昇した場合

## ③ 途中で運動療法を休ませて様子を見る場合

1. 脈拍数が運動前の30%を超えた場合
2. 脈拍数が120回／分を超えた場合
3. 1分間10回以下の不整脈の出現
4. 軽い息切れ、動悸が出現した場合

認知症予防マニュアル（国立長寿医療研究センター）より  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-sankou7-1.pdf>



■活動(IADL)				
アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意	0	0		0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	0	0		2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0	0		0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	0	0		
力仕事	0	0		
買物	0	1		
外出	3	3	通所系サービス週3回利用	
屋外歩行	0	1		
趣味	1	2		
交通手段の利用	0	0		
旅行	0	0		
庭仕事	0	0		
家や車の手入れ	0	0		0：していない 1：電球の取替、ねじ止め等 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：2に加え、家の修理、車の整備
読書	0	0		0：読んでいない 1：まれに 2：月1回程 3：月2回以上
仕事	0	0		0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上
合計点数	4	7		

■環境因子（現状について記載する）	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居（夫・長女）
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅：居住階（ 階） <input checked="" type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり（設置場所：上がり框、廊下、トイレ） 食事： <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ： <input checked="" type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠： <input type="checkbox"/> ベッド <input checked="" type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他（ ）
自宅周辺	交通量の多い住宅地 山間に位置しているため坂道も多い
外出手段	自家用車(長女の運転)
他サービスの利用	通所系サービス週3回利用
福祉用具の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input checked="" type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> シャワーチェア

#### ■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）

長女と分担して家事を行っていたが現在は長女のみが行っている。  
近所で開催されるマルシェに出店・参加するのが好きだった  
旅行が趣味

## ■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析

① 活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）

ADL能力の低下、移動能力の低下、段差がある家屋環境、坂道が多い自宅周囲環境

①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）

<input type="checkbox"/>	左片麻痺
<input checked="" type="checkbox"/>	体幹/下肢の筋力低下
<input checked="" type="checkbox"/>	嚥下機能障害
<input type="checkbox"/>	

①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）

<input checked="" type="checkbox"/>	段差がある家屋環境
<input checked="" type="checkbox"/>	キーパーソンの介護負担
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

## ■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

訪問・通所頻度（週3回）、利用時間（各40分）

No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
1	ADL能力の維持・改善	3/月	ADL訓練	週2回	10分/回
			歩行訓練	週2回	10分/回
			介助指導	週2回	10分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：歩く自主練習を行う際は手すりがある環境で、見守り下で行ってください		
2	筋力の維持・向上	3/月	筋力増強訓練	週2回	5分/回
			筋持久力訓練	週2回	5分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：自主練習も継続して行ってください		

3	嚥下機能の維持・向上	3/月	摂食嚥下訓練	週1回	20分/回
			筋力増強訓練	週1回	20分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと：むせ込みがあった場合はお知らせください		
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと		

他事業所の担当者と共有すべき事項

心身機能の状況の共有

介護支援専門員と共有すべき事項

ADL状況の共有、家族に対する指導状況の共有

その他、共有すべき事項（ ）

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医師 その他に利用している介護サービス（通所系サービス） （ ）

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載）

歩行時の膝関節痛の訴えが減り、連続歩行距離が延長している。トイレ動作も家の環境下で行うことに慣れてきており、日中の失敗はなくなった。  
自家用車で外出も少しずつ行えるようになってきた。  
食事に関しては、来月より食事の形態をアップを検討している。

■ 診療未実施減算 ※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る

診療未実施減算の適用 あり なし （⇒ありの場合）情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 修了済 受講途中 未受講



# 【通所】

## リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日: 西暦 年 月 日

氏名: 様

性別: 男・女

生年月日: 年 月 日 ( 歳 )

要支援 要介護

リハビリテーション担当医

担当

(PT OT ST 看護職員 その他従事者(  )

### ■本人・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、家族が支援できること等)

本人の希望: 足の痺れや力の入りにくさはあるが人や歩行器を頼って自分の力で動けなくなるのは嫌なのでなるべく自分の力で歩きたい。自分でできることは今まで通り自分でやりたい。できれば、家にじっとしているのが嫌いなので、家族と外出したい。民謡に通えるようになりたい。  
家族の希望: できるかぎり自分でできることは自分でやってほしい。通院の送迎はできるかぎり協力したい。

### ■健康状態、経過

原因疾病: **脳梗塞** 発症日・受傷日 2021 年 月 日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日  
**高血圧症**

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

2021年12月自宅で倒れているところを近隣の住民に発見され、救急車で急性期病院に搬送、保存療法となる。その後、右片麻痺が残存し、約5か月間回復期リハビリテーション病院で加療し、自宅退院となる。退院後も、歩行能力向上、ADL(家事、買い物等)向上を目的に通所リハビリテーションの利用が開始となった。

合併症:

脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うっ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡

※上記以外の疾患⇒ 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 (  )

コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、頻度、量等):

急性期病院では離床動作訓練、回復期リハビリテーション病院では、基本動作訓練、歩行訓練、ADL訓練を中心に実施していた。

目標設定等支援・管理シート: あり なし 障害高齢者の日常生活自立度: 自立、**(J)** J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、**(I)** II a、II b、III a、III b、IV、M

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項 (改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	体幹、右上下肢
麻痺	あり	あり	右上下肢
感覚機能障害	あり	あり	右上下肢軽度鈍麻
関節可動域制限	あり	あり	右肩関節、手関節
摂食嚥下障害	なし	なし	
失語症・構音障害	なし	なし	
見当識障害	なし	なし	
記憶障害	なし	なし	
高次脳機能障害 ( )	なし	なし	
栄養障害	なし	なし	
疼痛	あり	なし	
精神行動障害 (BPSD)	なし	なし	
□ 6分間歩行試験	42.6秒		改善の見込みあり
☑ TUG Test			
服薬管理	自立		
☑ MMSE □ HDS-	25点		
コミュニケーション の状況	良好		

■活動 (基本動作)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
食事	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	10(杖等)	10(杖等)	
階段昇降	5(一部介助)	5(一部介助)	改善の見込みあり
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
合計点	90	90	

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

筋力向上、立位バランス能力が向上し、立位動作が安定できるようになる。

（活動）

自宅内の移動が安定し、家事動作ができるようになる。

（参加）

自宅内で過ごすだけでなく、家族と買い物にでかけ、気分転換ができるようになる。

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

筋力・全身持久力が維持でき、安定した立位動作、移動ができる。

（活動）

家事が安定でき、買い物ができるようになる。

（参加）

地域の住民とのふれあいや民謡に通うことができるようになる。

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

筋力向上、立位動作、歩行が安定し、安全に自宅生活が過ごせるようリハビリテーションを実施していきます。

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

自宅内の環境に合わせた動作・移動の練習を実施し、リハビリで指導を受けた自主トレーニングも実施していきましょう。必要に応じて、居宅訪問し、指導・助言も行います。

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

高血圧に注意し、再発を予防しましょう。定期的な血圧の測定、服薬もしっかりと行っていきましょう。  
リハビリテーションにおいては、アンダーソンの基準に従い実施していきましょう。

■リハビリテーションの見通し・継続理由

目標が達成できるようまた安全に自宅生活が継続できるようリハビリテーションを実施していきます。

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期： 6 ヶ月後 ）

自宅生活や家事・買い物が安全に行うことができ継続できるようになり、自信がついたら終了を検討しましょう。

利用者・ご家族への説明： 西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

特記事項：



### ■活動(IADL)

アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意	2	2	改善の見込みあり	0：していない 1：まれにしている
食事の片付け	0	1	改善の見込みあり	2：週に1～2回 3：週に3回以上
洗濯	0	1	改善の見込みあり	0：していない 1：まれにしている 2：週に1回未満 3：週に1回以上
掃除や整頓	0	1	改善の見込みあり	
力仕事	0	0		
買物	0	1	屋外は歩行器必要	
外出	0	1	家族の送迎・見守り必要	
屋外歩行	0	1	屋外は杖必要	
趣味	0	0		
交通手段の利用	0	0	家族の送迎・見守り必要	
旅行	0	0	家族の見守り必要	
庭仕事	0	0	環境調整必要	
家や車の手入れ	0	0		0：していない 1：電球の取替、ねじ止め等 2：ペンキ塗り、模様替え、洗車 3：2に加え、家の修理、車の整備
読書	0	0		0：読んでいない 1：まれに 2：月1回程 3：月2回以上
仕事	0	0		0：していない 1：週1～9時間 2 週10～29時間 3 週30時間以上
合計点数	2	8		

### ■環境因子（現状について記載する）

家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居（ <b>夫、長女夫婦</b> ）
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅：居住階（ <input type="checkbox"/> 階） <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり（設置場所： <input type="checkbox"/> ） 食事： <input checked="" type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ： <input checked="" type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠： <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他（ <input type="checkbox"/> ）
自宅周辺	<b>住宅団地内にあり、軽度な坂道がある。 自治会など地域活動が活発である。</b>
外出手段	<b>バスまたは車</b>
他サービスの利用	<b>なし</b>
福祉用具の利用	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> シャワーチェア

### ■社会参加の状況（家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等）

**長女と協力してできる範囲内で家事を実施している。  
家族の送迎・見守りにて買い物にでかけることはできているが、趣味の民謡を再開できていない。**

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析

① 活動と参加において、重要度の高い課題（これまでの現状から抽出）

筋力やバランス能力に改善の見込みがあり、また自宅環境に応じて練習が必要な部分もあり、活動と参加が十分に行えていない。

①の課題に影響を及ぼす機能障害（改善の可能性が高いものにチェック）

<input type="checkbox"/>	体幹・右上下肢の筋力低下
<input type="checkbox"/>	立位バランス能力低下
<input type="checkbox"/>	歩行能力低下
<input type="checkbox"/>	

①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子（調整を行うものにチェック）

<input type="checkbox"/>	自宅周辺の環境調整
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容

訪問・通所頻度（ 1回/週 ）、利用時間（ 60分/回 ）

No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
	①筋力向上 ②立位バランス能力向上 ③歩行能力向上 ④全身持久力向上	4 回 /月	①筋力増強運動 ②バランス練習 ③歩行訓練 ④エルゴメーター  ※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと 自主トレーニングを実施し、臥床時間を減少する。	週 1回	60 分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
			※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと	週 回	分/回

	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと			
			週	回
				分/回
			週	回
				分/回
			週	回
				分/回
	※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと			

他事業所の担当者と共有すべき事項

現在、他事業所のご利用はありません。  
必要時に共有していきます。

介護支援専門員と共有すべき事項

通所リハビリテーションの定期報告をいたします。生活環境に課題がある場合は、訪問指導も実施いたしますので、ご連絡ください。

その他、共有すべき事項 ( )

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】  介護支援専門員  医師  その他に利用している介護サービス ( )  ( )

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加（継続時に記載）

臥床時間が減少し、自主トレーニングも実施できるようになっています。これに伴い筋力、全身持久力の向上みられています。また、身の回りの動作や家事において実施できることも多くなり、家族の見守りで外出する機会も増えています。

■ 診療未実施減算 ※（介護予防）訪問リハビリテーションに限る

診療未実施減算の適用  あり  なし (⇒ありの場合) 情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修  修了済  受講途中  未受講

項目	記載内容	実際の記載
1. 基本情報	要支援・要介護の区分	要介護4
2. 本人・家族の希望	本人の生活の希望や興味	手が動かせるようになりたい
	家族の希望	スマートフォンを使ってコミュニケーションがとれる
3. 健康状態	原因疾患、発症日、入院日、退院日、手術の有無など	頸髄損傷、〇年〇月〇日、頸椎除圧固定術、〇年〇月〇日
	合併症やリハビリテーションの内容	頸椎後縦靭帯骨化症、糖尿病、脳血管リハビリテーション（理学療法・作業療法）
	日常生活自立度や認知機能の評価	日常生活自立度C1、認知症自立度I
4. 心身機能・構造	障がいの有無（高次脳機能・移動機能・変形など）	両上肢・体幹・両下肢の筋力低下、知覚鈍麻
	高次脳機能や移動機能の評価	MMT（徒手筋力テスト） 上肢2、体幹2、下肢2
	基本動作（寝返り、起き上がり、座位保持等）の状況	座位保持困難
	ADL（日常生活動作）の評価	ほぼ全介助
5. 目標・方針、指導内容、留意点、修了の目安と時期	短期目標と長期目標	座位の安定と手の巧緻性改善
	リハビリテーション実施上の留意点	血圧低下に注意
	終了の目安	約5カ月間
6. 説明と同意	本人・家族への説明	医師と療法士が実施
	特記事項	短期集中リハビリテーション実施
7. 環境因子	家族構成、住環境、交通機関の有無など	夫と二人暮らし、マンション6階
8. 社会参加	家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動など	主婦、民生委員
9. IADL（手段的日常生活動作）	食事の用意、選択、買い物など	スマートフォンで買い物をしていた
10. 参加と活動の課題	影響を与える因子の要因分析	引きこもりに注意が必要
11. 治療・支援内容	具体的内容	理学・作業療法士による短期集中リハビリ手技セッション

大河内二郎. 介護保険リハビリテーションマネジメントの現状と課題 ～医療・介護連携を進めるために～. J. of Clinical Rehabilitation. 2024; 33(9): P870. 改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会 「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」 三上幸夫



# 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント

- リハビリテーションマネジメントは、調査、計画、実行、評価、改善（以下、「SPDCA」という）のサイクルの構築を通じて、心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションが提供できているか、継続的に管理することにより、質の高いリハビリテーションの提供を目指すものである。
- 介護報酬においては、基本報酬の算定要件及び各加算において評価を行っている。

## 基本報酬



### 医師の詳細な指示

リハビリテーションの目的に加え、以下のいずれか1以上の指示を行う

- ・開始前、実施中の留意事項
- ・中止基準
- ・負荷量等



### 継続利用時の説明・記載

医師が3月以上の継続利用が必要と判断  
⇒計画書に以下を記載し、説明を行う

- ・継続利用が必要な理由
- ・具体的な終了目安
- ・その他のサービスの併用と以降の見直し



### 計画の進捗状況の確認・計画の見直し

- ・初回評価はおおむね2週間以内
- ・以降は概ね3月ごとに評価
- ・必要に応じて計画を見直す



### 他事業所との連携

ケアマネジャーを通じて、その他のサービス従業者に、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。



### 居宅訪問

利用開始から1月以内に、利用者の居宅を訪問し、診療・検査等を行うよう努める

## リハビリテーションマネジメント加算



### リハビリテーション会議

以下の頻度でリハビリテーション会議を開催し、計画を見直す

- ・利用開始から6月以内 : 1月に1回以上
- ・利用開始から6月超 : 3月に1回以上



### 指導・助言

介護の工夫に関する指導、日常生活上の留意点を助言する

- ・他サービスの従業者と居宅を訪問し、従業者に対して行う
- ・居宅を訪問し、家族に対して行う



### ケアマネジャーへの情報提供



### 説明と同意

### (イ)の要件



### (ロ)の要件

### LIFE提出



### 口腔アセスメント



### 栄養アセスメント



### リハ・口腔・栄養の情報活用

### (ハ)の要件

医師が本人・家族に対して説明した場合は加算あり



## ③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践

# ① 訪問リハビリテーションの定義

## (医療保険) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

- ・在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて**基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための**訓練等について必要な指導を行うもの。
- ・保険医療機関が、診療に基づき、**患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う**必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行うもの。

## (介護保険) 介護保険法第8条

「訪問リハビリテーション」とは、居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その**心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため**に行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

## ② 訪問リハビリテーションの制度

- ・医療機関(病院・診察所、介護医療院・介護老人保健施設) が提供する場合  
(訪問リハビリテーション事業所)

①医療保険：在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

②介護保険：訪問リハビリテーション費・介護予防訪問リハビリテーション費

\*介護医療院・介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションは介護保険のみ

- 
- ・訪問看護ステーションが提供する場合  
(訪問看護事業所)

③医療保険：訪問看護基本療養費＋訪問看護管理療養費

④介護保険：訪問看護費・介護予防訪問看護費

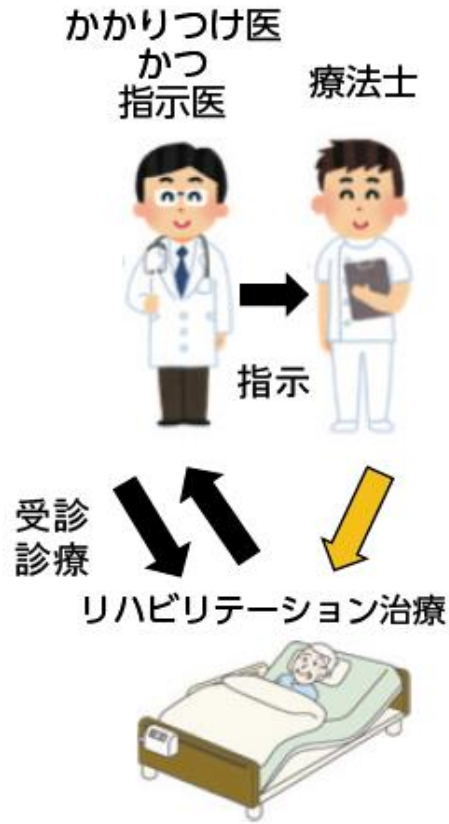
# 訪問リハビリテーションの種類（医療機関）

	医療保険	介護保険
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定を受けていない</li> <li>・急性増悪時（要介護被保険者等の場合） （Barthel IndexまたはF I Mが1月に5点以上悪化）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護認定を受けている</li> </ul>
1週間あたりの訪問回数	20分を1単位として週6単位が限度 例外として、 ①末期の悪性腫瘍の患者は算定制限なし ②退院の日から起算して3カ月以内の患者は週12単位まで ③急性増悪時は6か月に1回限り、14日間を限度として、1日4単位まで	1回20分で週6回が限度 ①要介護・要支援の区別なし ②退院の日から起算して3カ月以内の患者は週12単位まで
複数の医療機関からの訪問	一か所 （医療機関同士の場合）	ケアプランに盛り込まれれば算定可能
診療・指示を行う医師	事業所の医師の訪問診療※	事業所の専任常勤医師※
指示期間	1カ月	3カ月

※条件付きで他医療機関の医師による診療でも可能

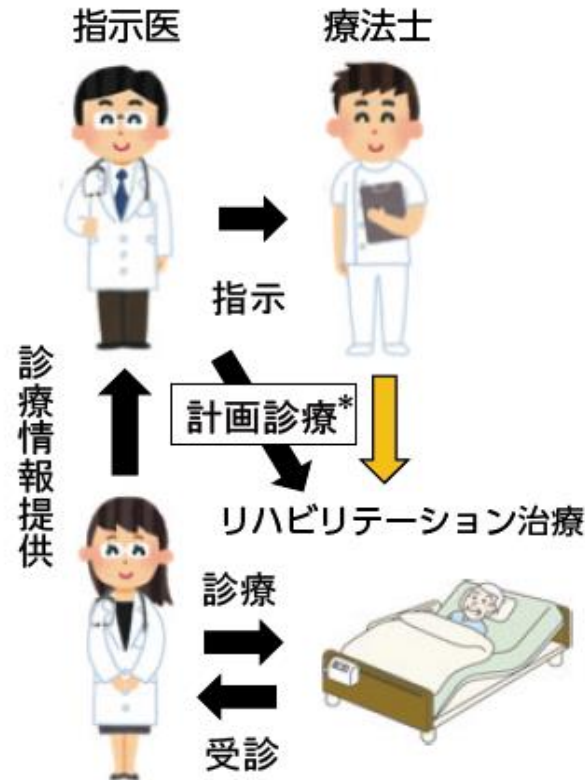
# 訪問リハビリテーションの流れ

事業所の医師が計画的な診療を行っている場合



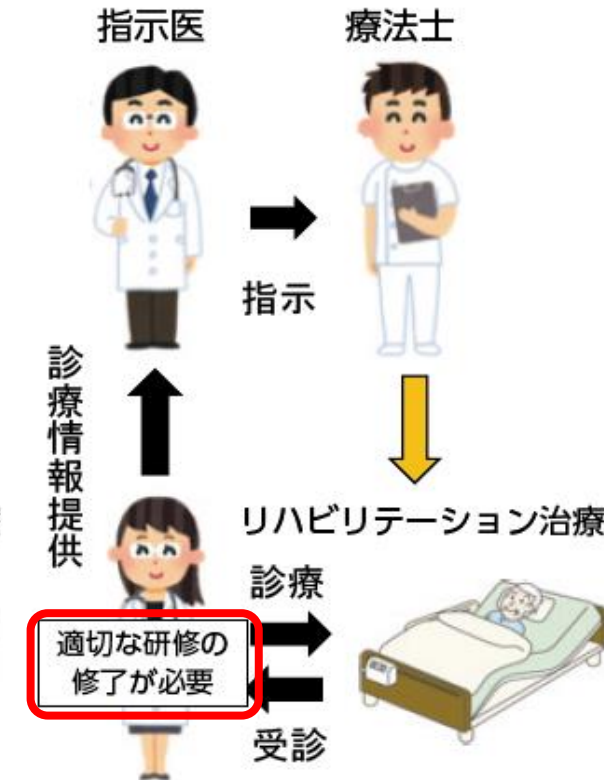
基本パターン①

主治医が外部の医師の場合



基本パターン②

主治医が外部の医師の場合



例外

\*訪問リハビリテーション計画診療

## ④訪問リハビリテーションの実践

### ③ 訪問リハビリテーション診療の実際

1. 健康状態の観察  
バイタルサインチェック(体温、脈拍、呼吸、血圧測定等)・病状の観察や  
助言・精神面の健康状態の確認と助言・再発予防と予後予測
2. 心身機能の評価と各機能訓練  
関節可動域 (ROM)訓練・筋力増強訓練・物理療法・起居動作訓練・歩行  
(移動) 訓練・呼吸器疾患のリハビリテーション・摂食嚥下訓練
3. 活動性の評価と日常生活活動への助言・指導・支援  
ADL/IADL訓練
4. 家族・介護者への介助方法の指導  
介助者の健康状態の確認と助言
5. 利用者・家族介護者への精神的支援
6. 家屋改造の助言
7. 補助器具、福祉用具等の利用の助言
8. 通所サービス等の利用への助言
9. 在宅支援他職種 (ケアマネ) との協業と連携



## 健康状態の観察 ～バイタルサインチェック～



\* 本人・家族の許諾を得ております





# 心身機能の評価と機能訓練



関節可動域 (ROM)訓練



筋力増強訓練

\* 本人・家族の許諾を得ております



# 歩行（移動）訓練



\* 本人・家族の許諾を得ております

# ニーズや環境、生活様式に合わせたリハビリテーションマネジメント



床上動作訓練



階段昇降訓練



立ち上がり動作  
訓練



車椅子移乗訓練

\* 本人・家族の許諾を得ております



# 日常生活活動への助言・指導・支援



\* 本人・家族の許諾を得ております

# ニーズや環境、生活様式に合わせたリハビリテーションマネジメント



入浴動作訓練



玄関での動作訓練

家族・介護者への介助方法の指導



家事動作訓練  
(掃除機をかける)



屋外歩行訓練、  
介助指導

\* 本人・家族の許諾を得ております

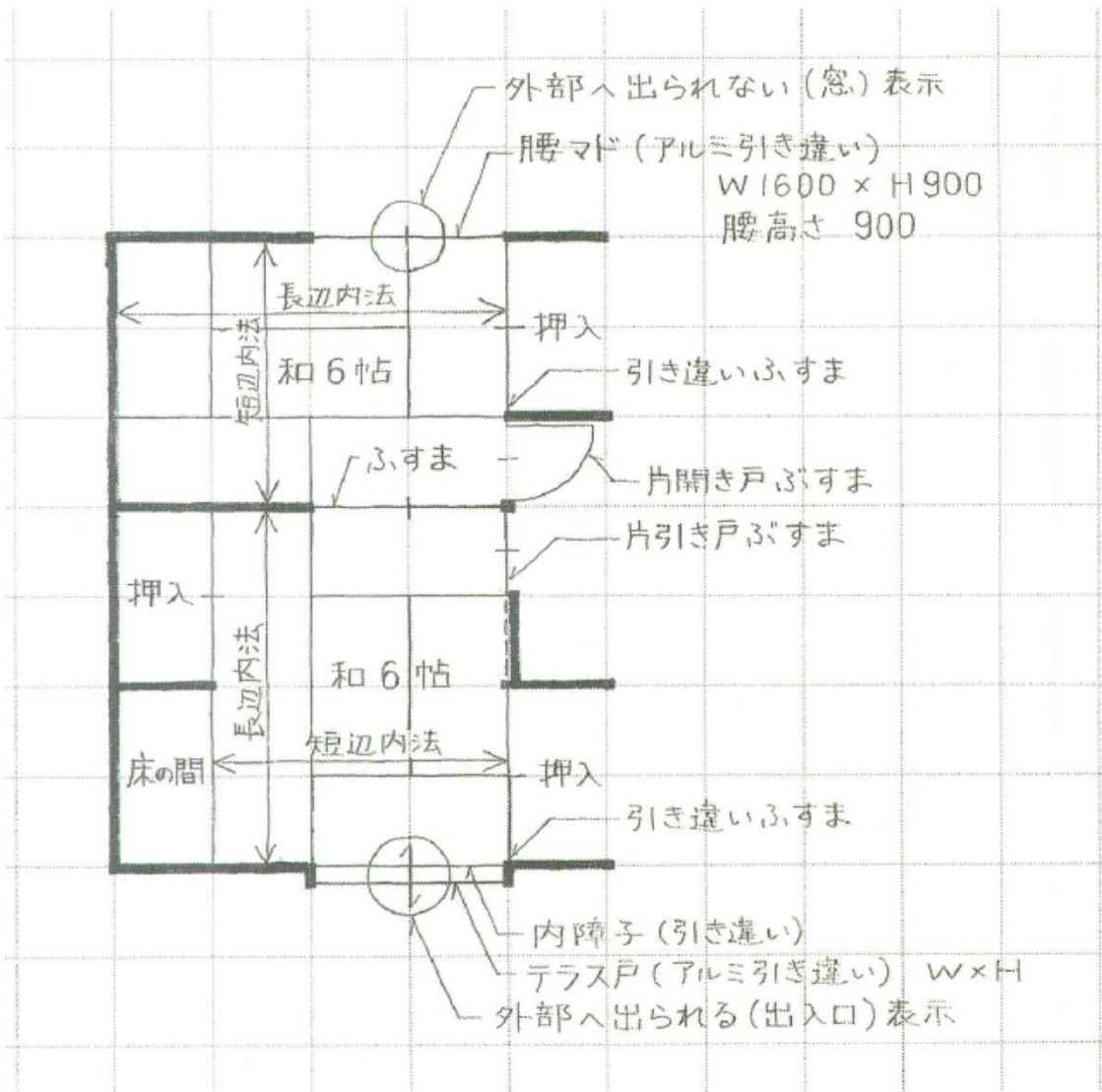
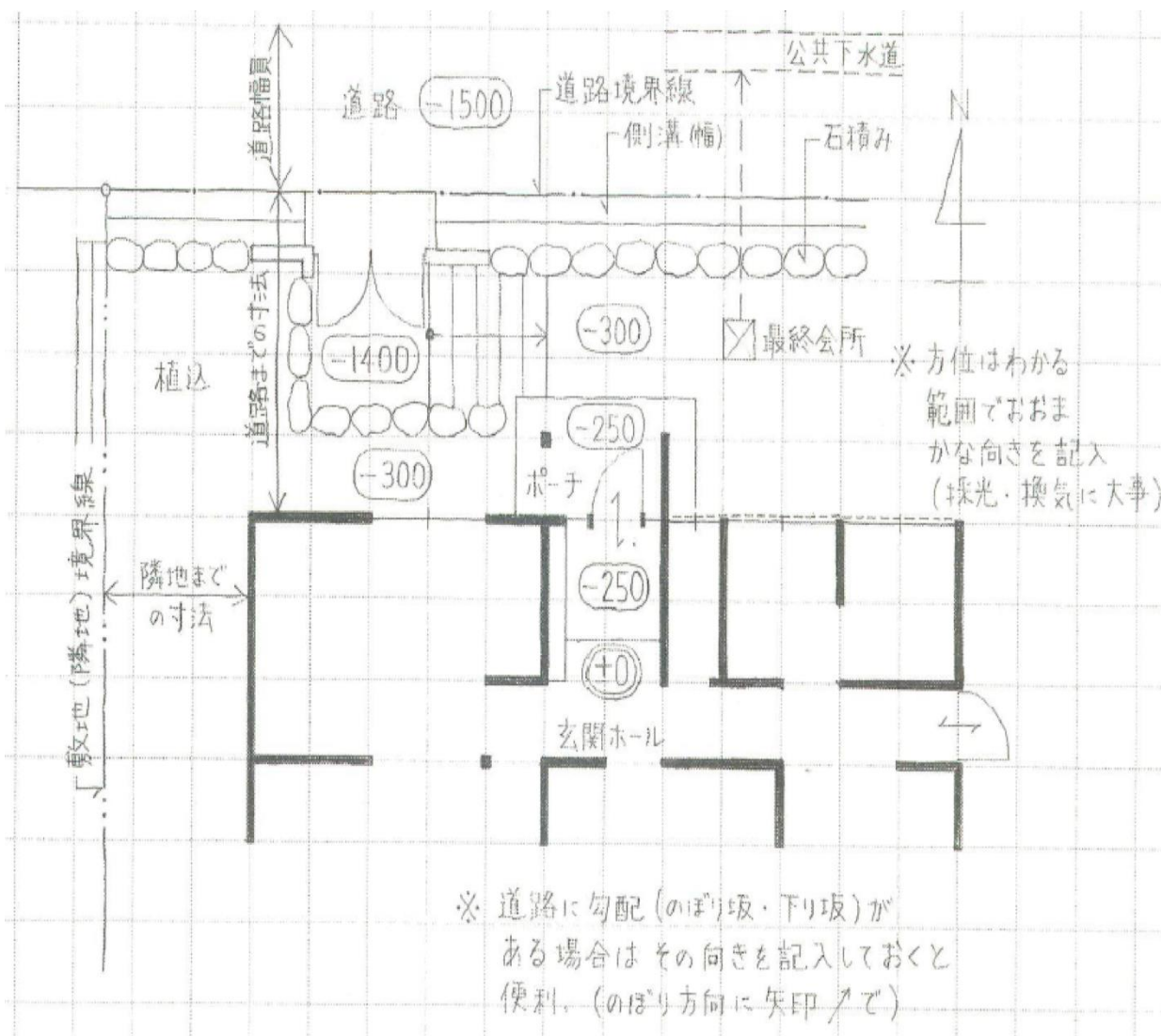
# 介助者の健康状態の確認と助言 利用者・家族介護者への精神的支援



\* 本人・家族の許諾を得ております



# 方眼活用の見取り図作成と家屋改造の助言



高齢者障害者のための住居改善：馬場昌子+福医建研究会 著 (学芸出版社)



# 補助器具、福祉用具等の利用の助言



\* 本人・家族の許諾を得ております

# 通所サービス等の利用への助言 在宅支援他職種（ケアマネジャー）との協業と連携



\* 本人・家族の許諾を得ております

## 症例 60歳代 女性

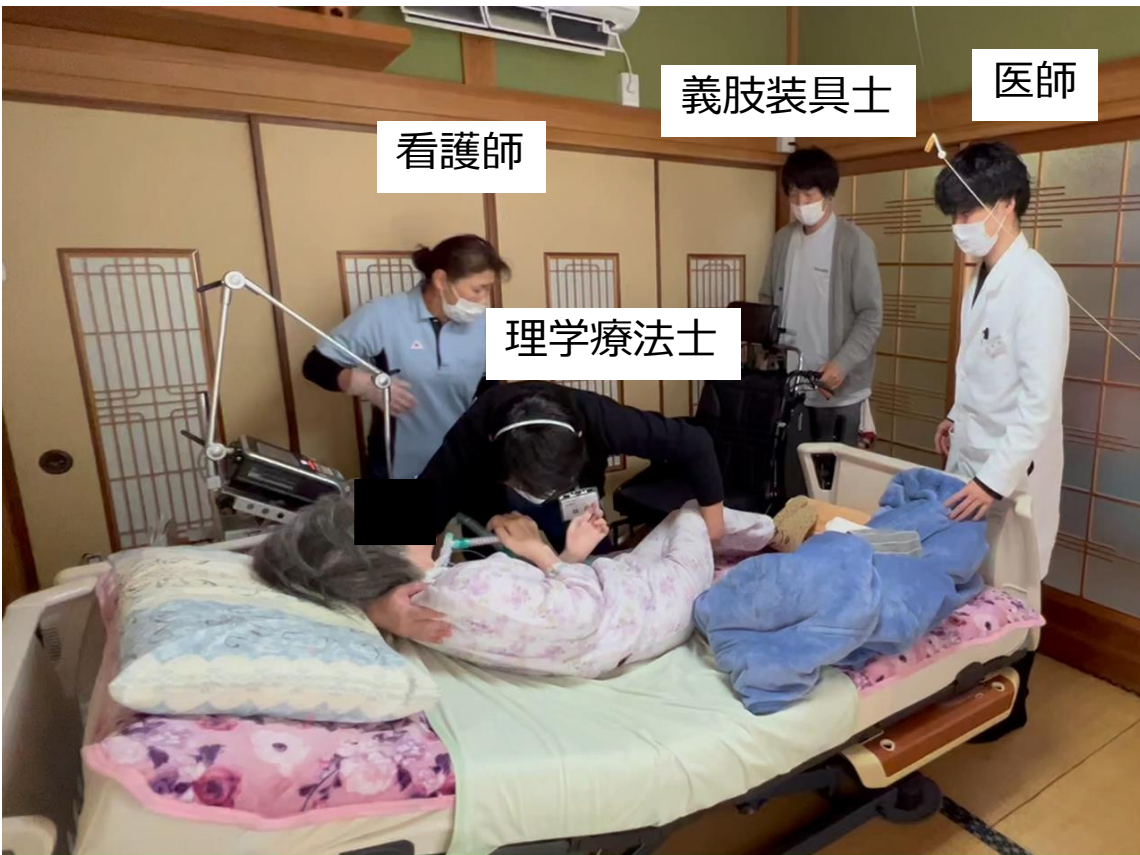
診断：筋萎縮性側索硬化症（ALS）

経過：〇年〇月 飲み込み・しゃべり難さを生じ、近医受診。近隣市内の基幹病院でALSと診断された。〇年〇+1月：町内病院に転院となり、気管切開と胃瘻増設を受け、入退院を繰り返していた。〇+2年〇月：訪問診療にて、身体障害者手帳診断書記載（1級）、車いす意見書作成、訪問リハビリテーションを導入することになった。



\* 本人・家族の許諾を得ております





\* 本人・家族の許諾を得ております

# ⑤リハビリテーションにおける医療と介護の 連携の実態と課題



# 医療・介護リハビリテーション連携 アンケート実態調査

## (対象)

- ・ 疾患別リハビリテーション治療が終了し、維持期・生活期リハビリテーションマネジメントを施行中の要介護者
- ・ 介護事業所スタッフ

(方法) リハビリテーションマネジメントの提供状況に対する  
アンケート調査 期間：2020年10月～2021年1月

## (調査項目)

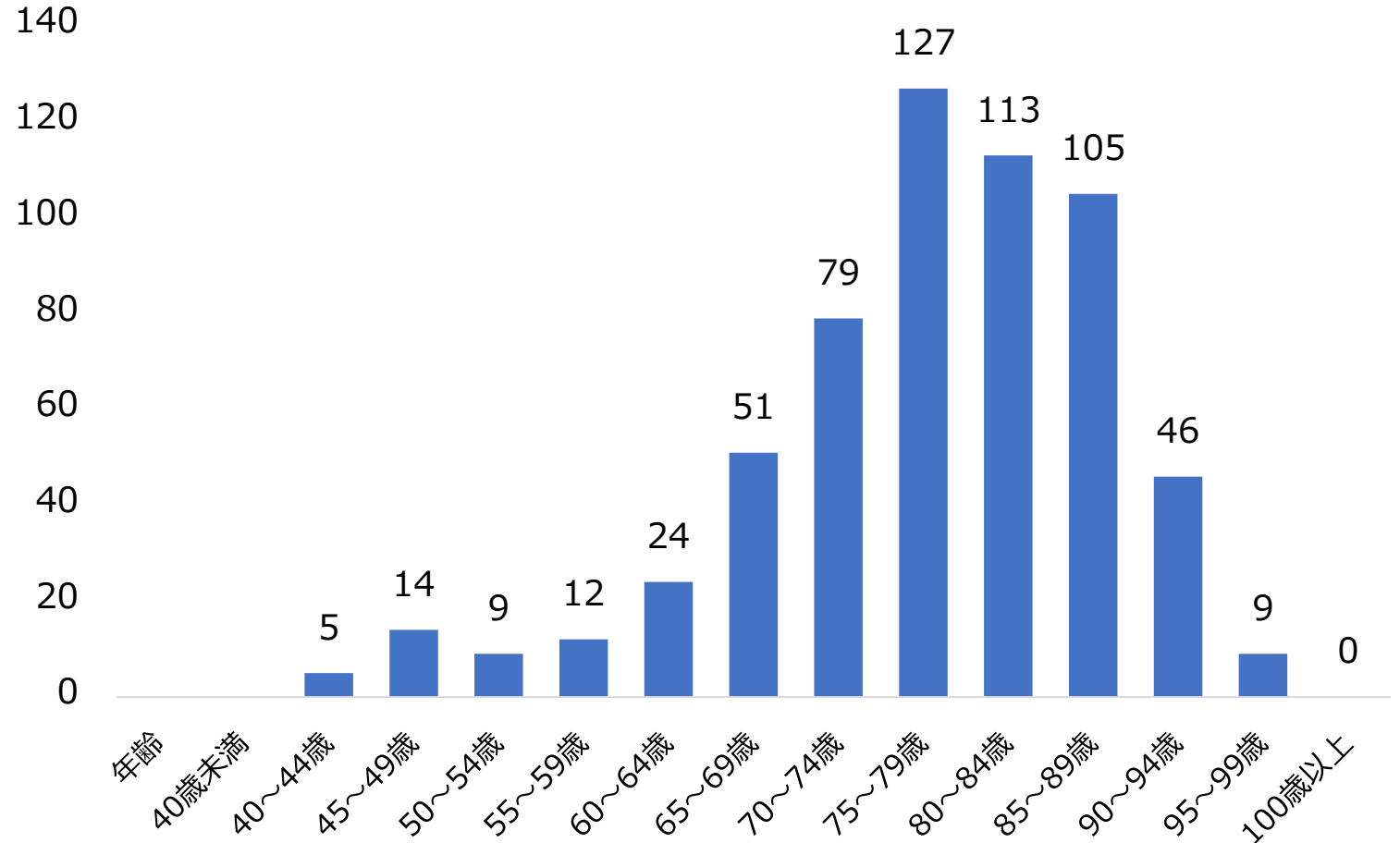
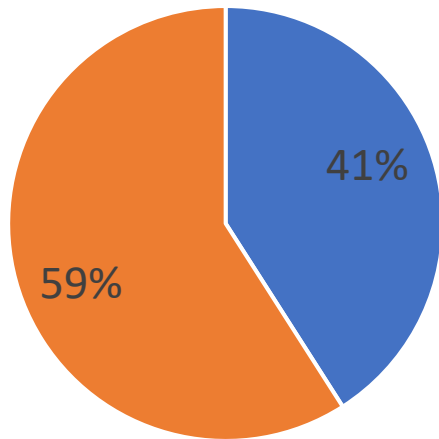
年齢・性別，主疾患・外傷，併存症・合併症，要介護度  
疾患別リハビリテーション (場所，頻度，内容)  
リハビリテーションマネジメント (場所・頻度・内容)  
心身機能と活動性の評価方法

# 調査結果（性別，年齢）

600部/1370部（回収率43.9%）

性別（n=600）

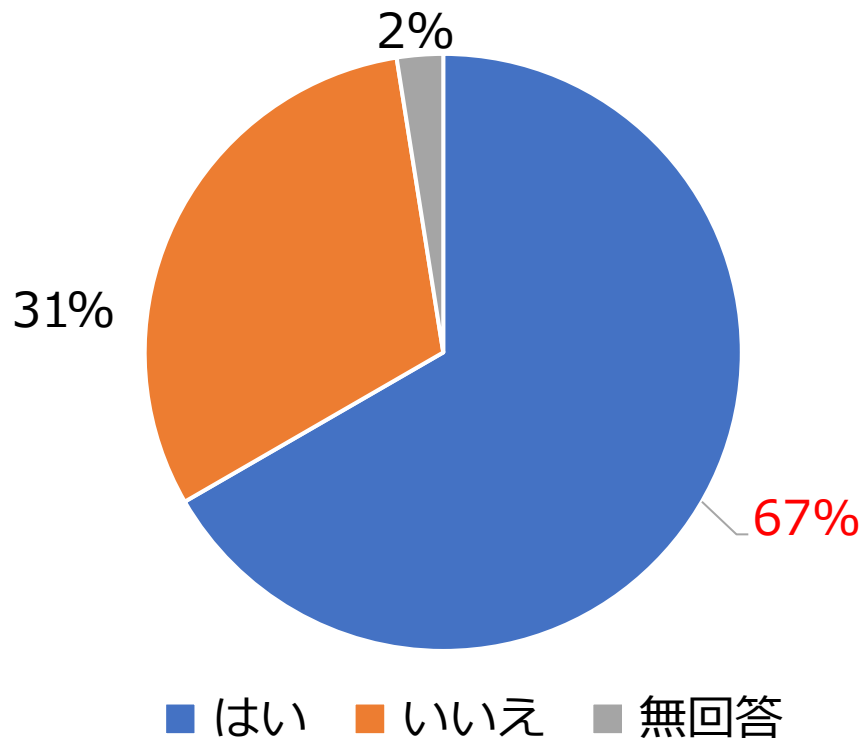
■ 男性 ■ 女性



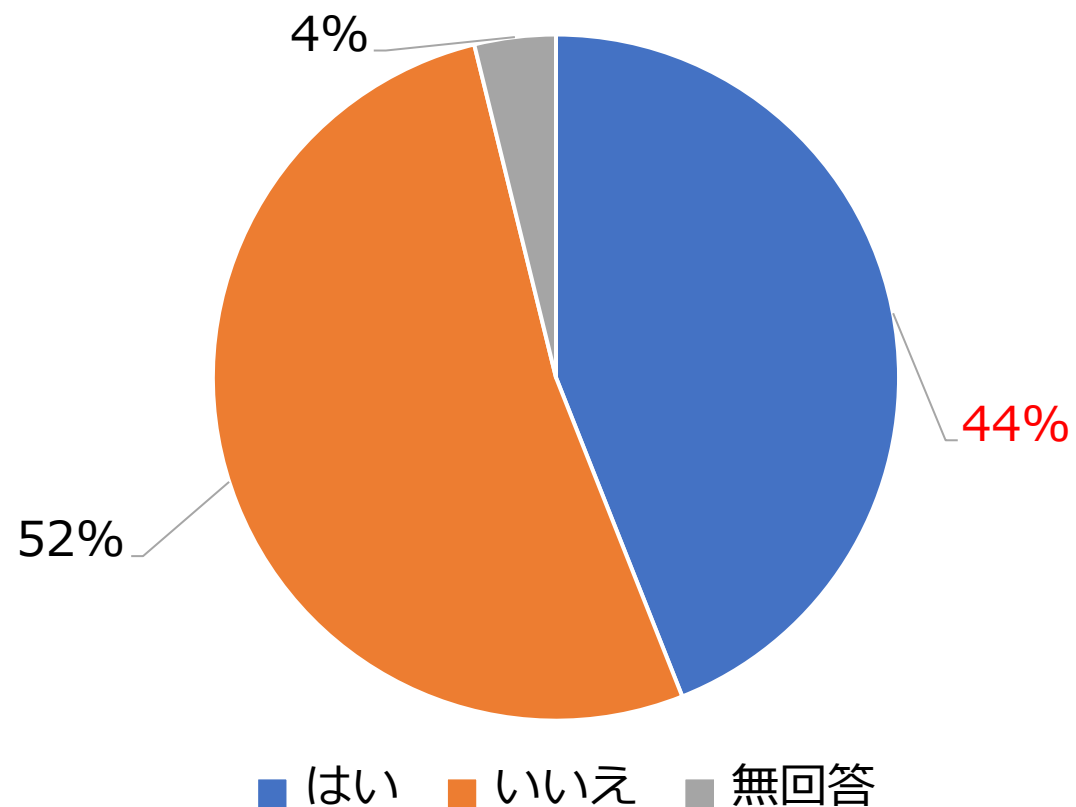
Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

# 介護事業所スタッフに対する調査

同一医療法人または  
関連医療機関からの紹介か

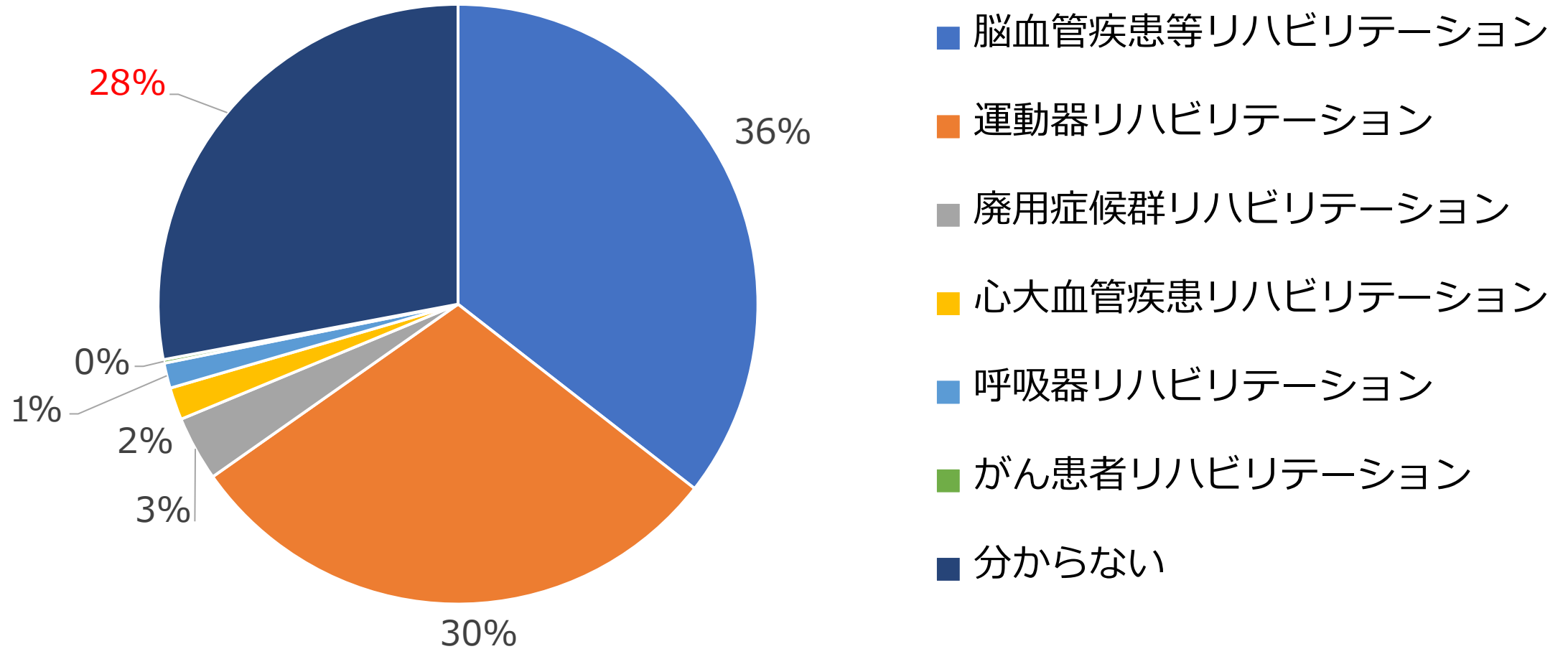


医療機関からリハビリテーション  
実施計画書入手したか



67%が同一法人または関連医療機関からの紹介であったが、  
医療機関から実施計画書入手したのは44%であった。

# 医療保険リハビリテーションの疾患別分類



介護事業所スタッフに対する調査で、28%の利用者の疾患別リハビリテーションの分類が分からないと回答

Asaeda M, Mikami Y, et. al. Ann Med Surg (Lond). 2023 Jan 23;85(1):17-23.

# アンケート実態調査まとめ

- ・ 医療保険の疾患別リハビリテーション治療から介護保険の生活期リハビリテーションへ移行した要介護者に対する実態アンケート調査を行った。
- ・ その結果、医療保険と介護保険のリハビリテーション間における連携は十分に取れていない事が明らかとなった。
- ・ 今後は両者間の連携を深め、一貫したリハビリテーション手法を確立する必要がある。

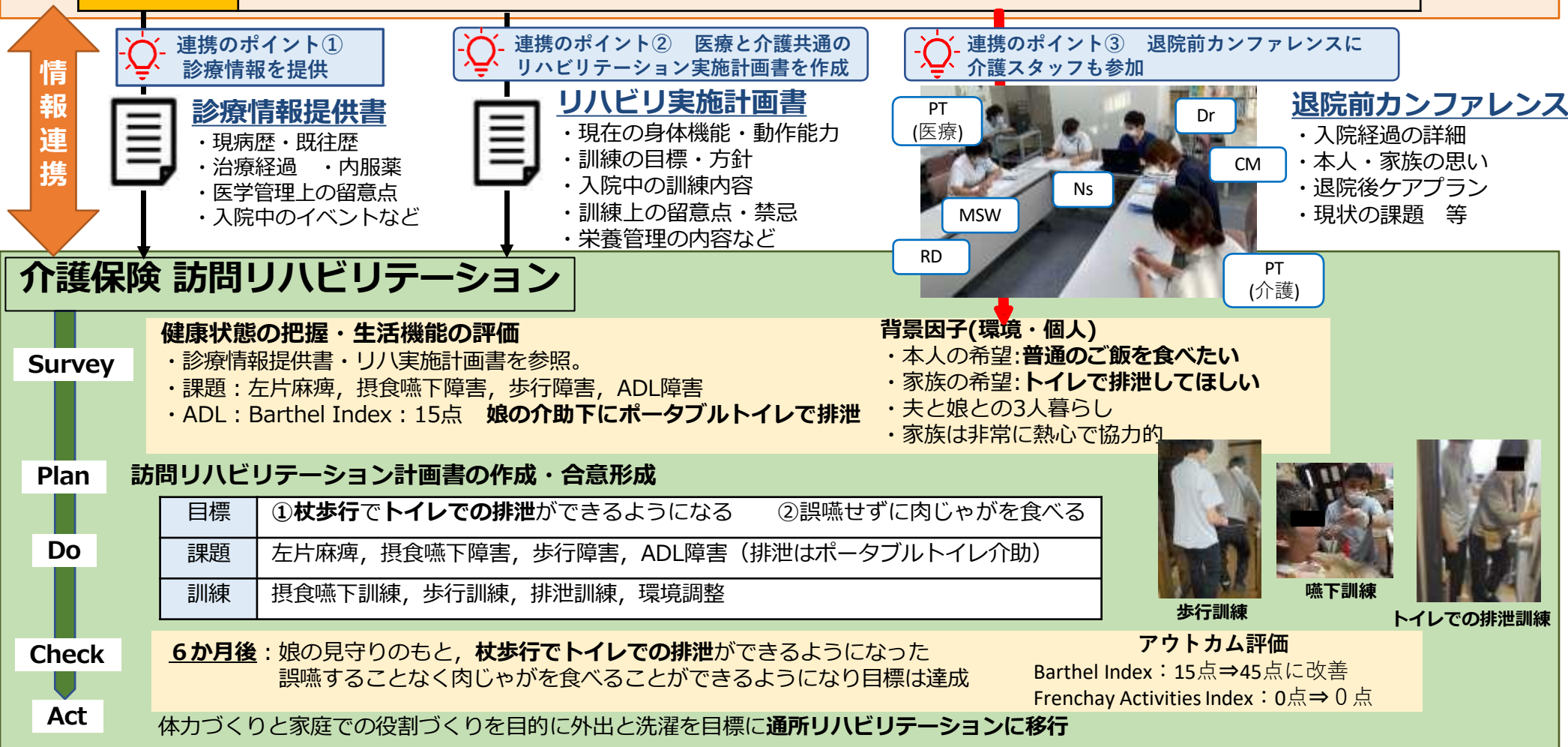
Asaeda M, Mikami Y, Nishimura Y, et al. A cross-sectional survey of consistent rehabilitation through long-term care insurance in Japan: a questionnaire survey. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023;85(1):17-23. Published 2023 Jan 23.



# 医療保険 回復期リハビリテーション病棟

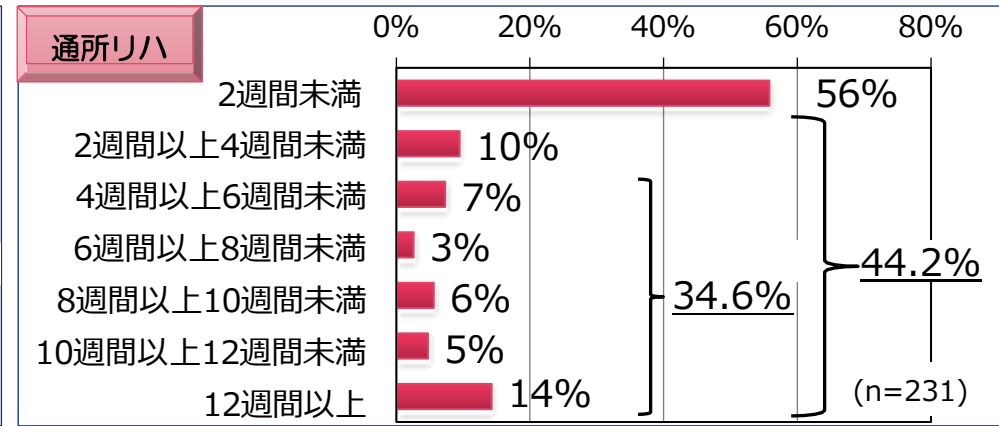
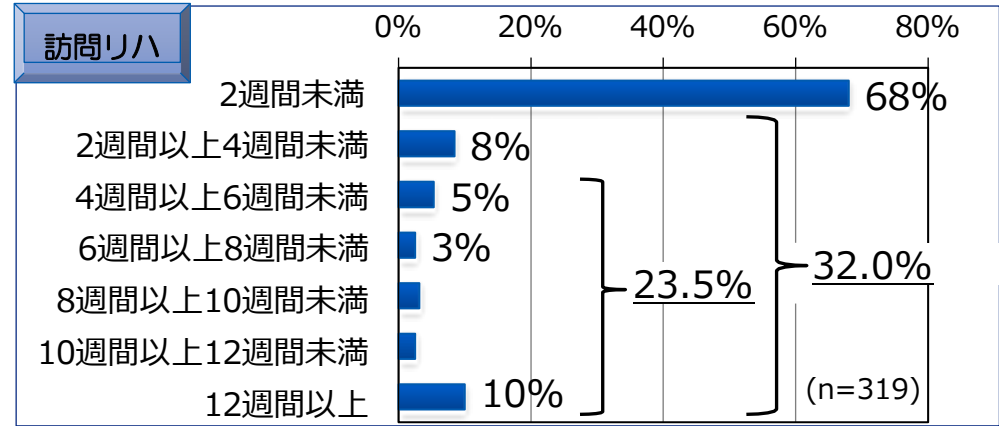
病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

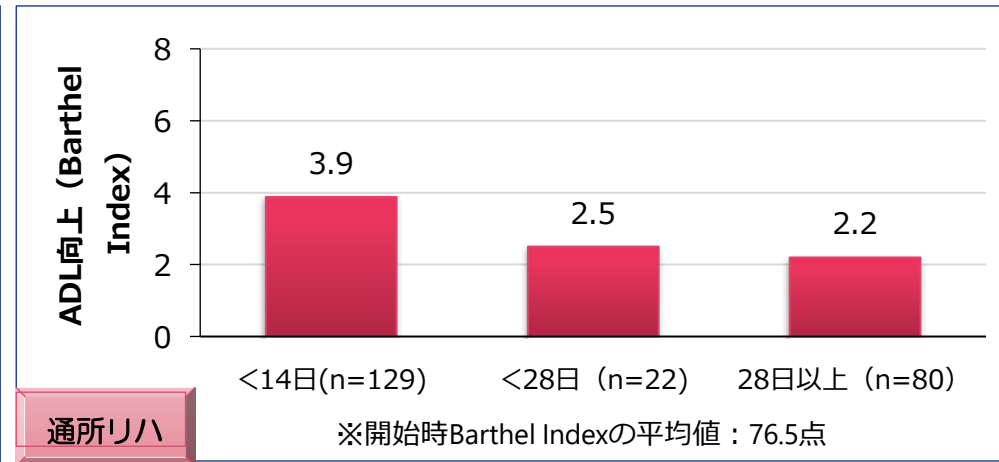
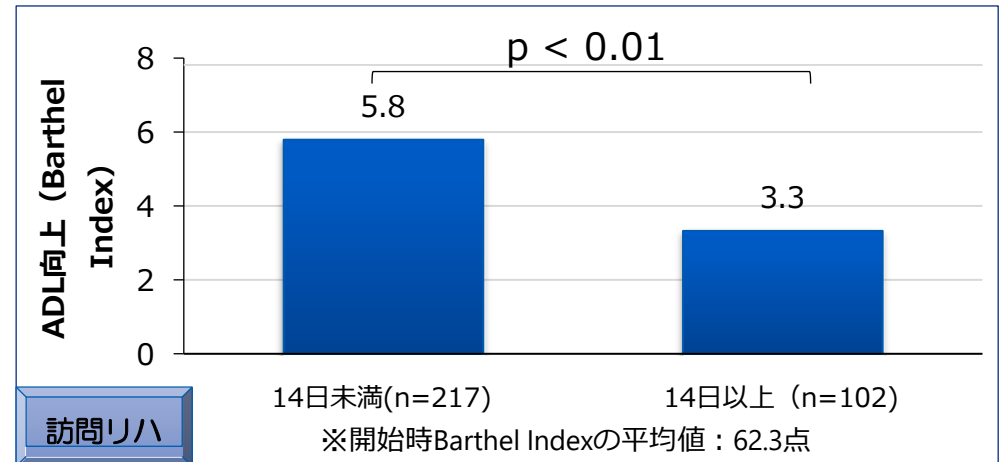


- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
  - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
  - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

## ■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



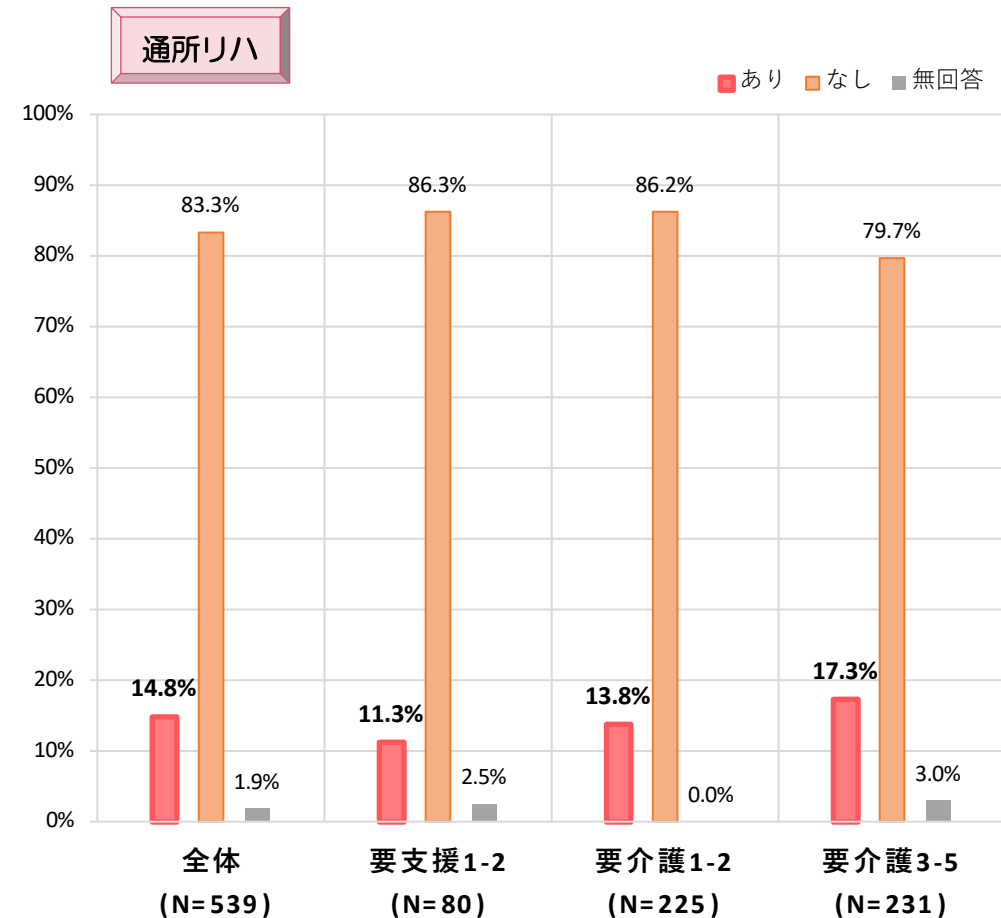
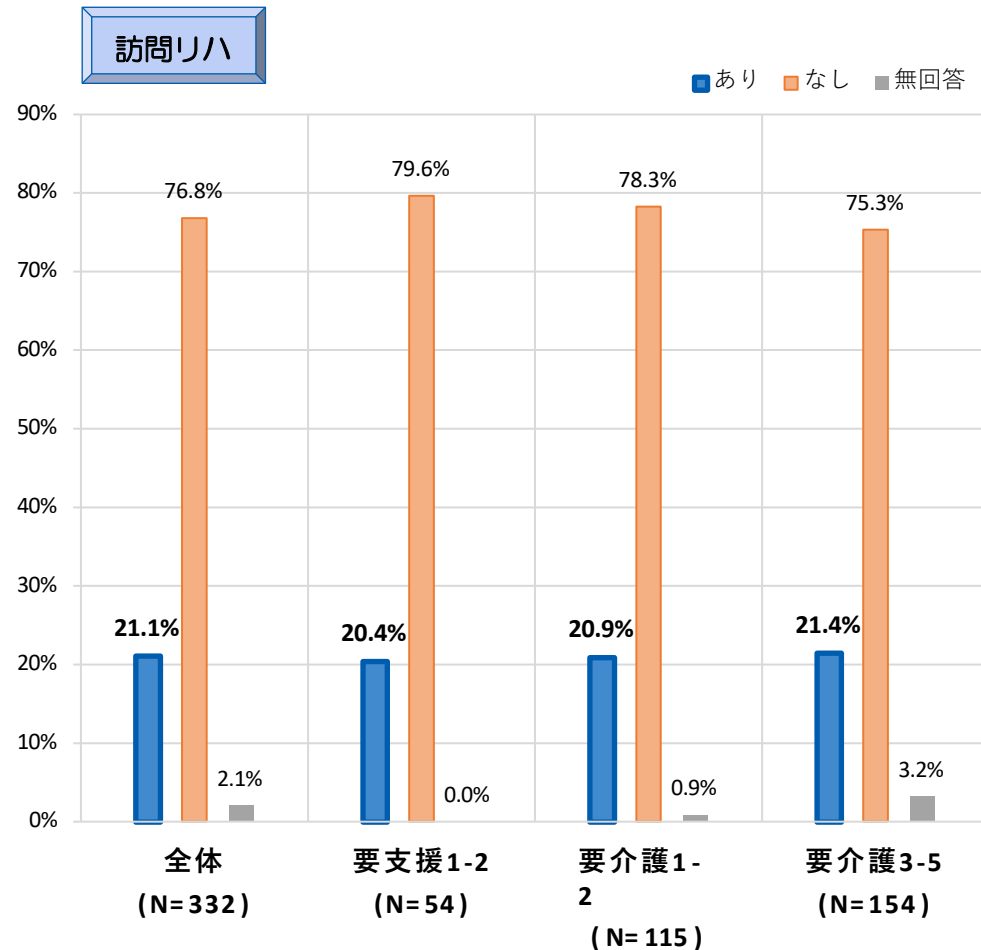
## ■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



(出典)平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果を事務局で集計

○ 医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%。

## ■ 医療機関が開催する退院前カンファレンスへの参加



# リハビリテーションに係る医療介護障害連携（再掲）



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ [リハビリテーションに係る情報連携の推進](#)
- ・ [退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進](#)



## 診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、[介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。](#)
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、[退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。](#)

## 介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、[入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務付ける。](#)
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、[医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。](#)

## 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、[自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。](#)



# リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（再掲）

## リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対し**リハビリテーション実施計画書等を提供することとする。**

### 改定後

#### 【心大血管疾患リハビリテーション料】

[算定要件]（概要）

- 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

#### 【脳血管疾患等リハビリテーション料】

[算定要件]（概要）

- 要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。
- 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

- **リハビリテーション計画提供料を廃止する。**

# 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進（再掲）

## 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。

### 現行

#### 【退院時共同指導料2】

##### [算定要件]

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。



退院前カンファレンスにおける情報共有

### 改定後

#### 【退院時共同指導料2】

##### [算定要件]

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。





# おわりに

## 1. 講義のサマリー：

- ①医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割：  
→「機能を回復し、障害を克服し、活動を育む」もの
- ②ICFとリハビリテーション診療  
→疾患・外傷（ICD）を管理し、生活機能（ICF）を診断して治療・支援する
- ③訪問リハビリテーションの定義・制度と実践を解説
- ④リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題を提示

## 2. 講義の内容

- (1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割を周知
- (2) 生活期リハビリテーション診療の実践を理解。  
(訪問リハビリテーションを例として)
- (3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題を共有

## 3. 最重要点：

「医療には生活の視点が、介護には医療の視点」が重要である 67