



訪問リハビリ活用術

江別地域ケア連絡会
訪問リハビリ部会

何の数字でしょう？

17 / 581

アンケートで回答していただいた、『訪問リハ利用ケース／全ケース』

わずか2.9%

『Aさん、訪問リハビリ必要そうだけどどうしよう・・・？
めったに使わないから忘れちゃった・・・』



効果は？

制度は？

何ができるの？

進め方は？

訪問リハビリができる事業所等

○訪問リハビリ事業所

病院・診療所、老人保健施設併設のみ



○訪問看護ステーション

訪問看護ステーションに所属する
PTOTSTによる訪問

○病院・診療所

リハビリ科スタッフによる訪問



江別市の訪問リハ事業所

○訪問リハビリテーション事業所

1カ所

○訪問看護ステーション

セラピスト配置事業所／全事業所数

4／7

江別市の訪問事業所

訪問看護ステーション

- 訪問看護STあうる
作業療法士 1名
- 訪問看護STおおあさ
理学療法士 1名
- 江別訪問看護ST
作業療法士 1名(週3日)
- 訪問看護STのっぽろ
作業療法士 2名
理学療法士 1名
言語聴覚士 1名(兼務)

訪問リハビリテーション

- 北町クリニック
理学療法士 4名(兼務)
言語聴覚士 1名

全部で
理学療法士 6名
作業療法士 4名
言語聴覚士 2名

(平成24年10月現在)

訪問リハビリ事業所と 訪問看護ステーションの違い

提供する内容

訪問リハ = 訪問看護のリハ

制度上位置づけ

訪問リハ ≠ 訪問看護のリハ

- 対応保険
- 指示の仕組み
- 報酬体系

訪問リハビリテーション事業所

指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、**利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。**

(対応保険)

介護保険

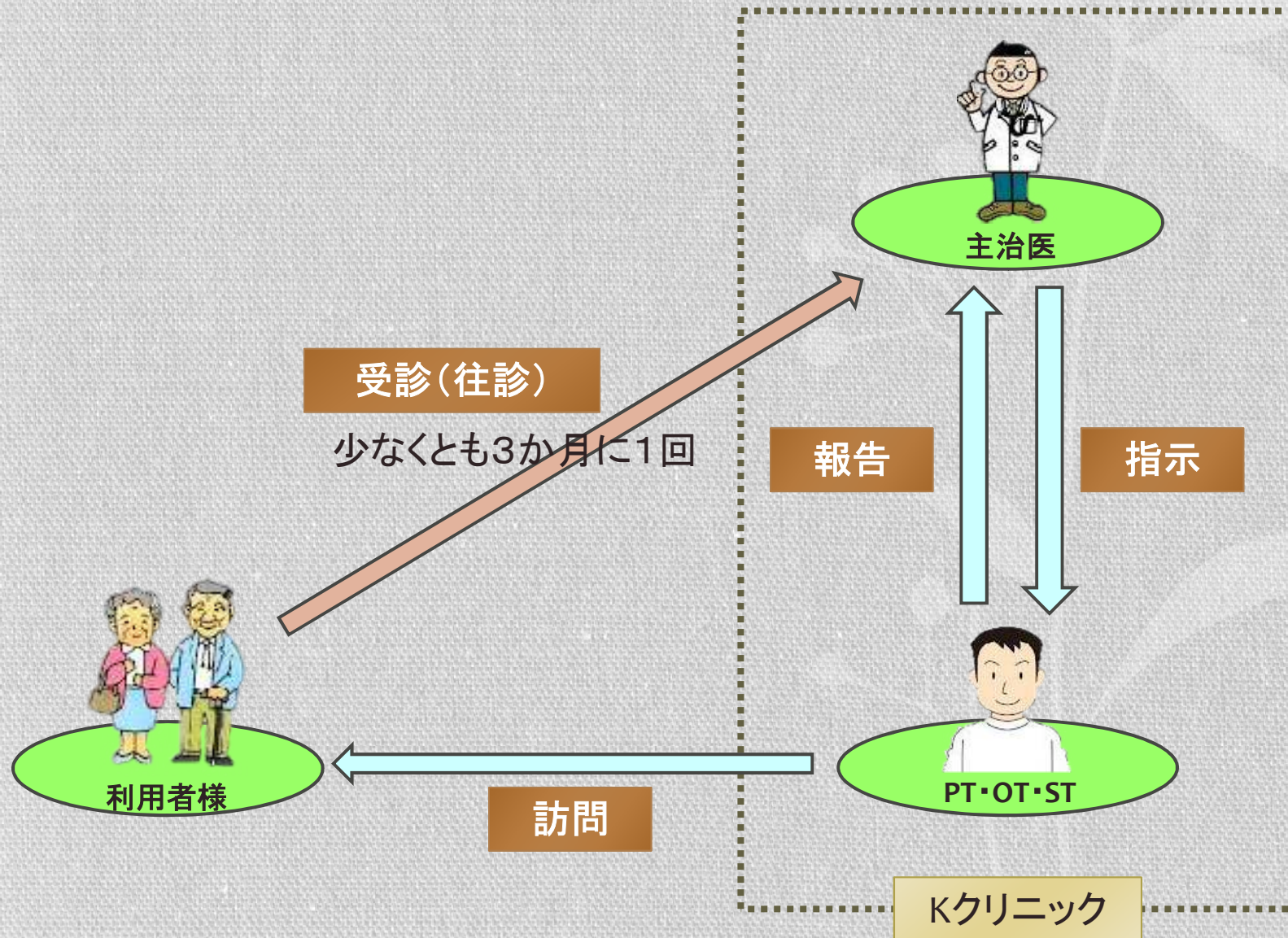
(指示)

主治医からの情報提供を受け、指示医(所属医療機関医師)が指示を出す

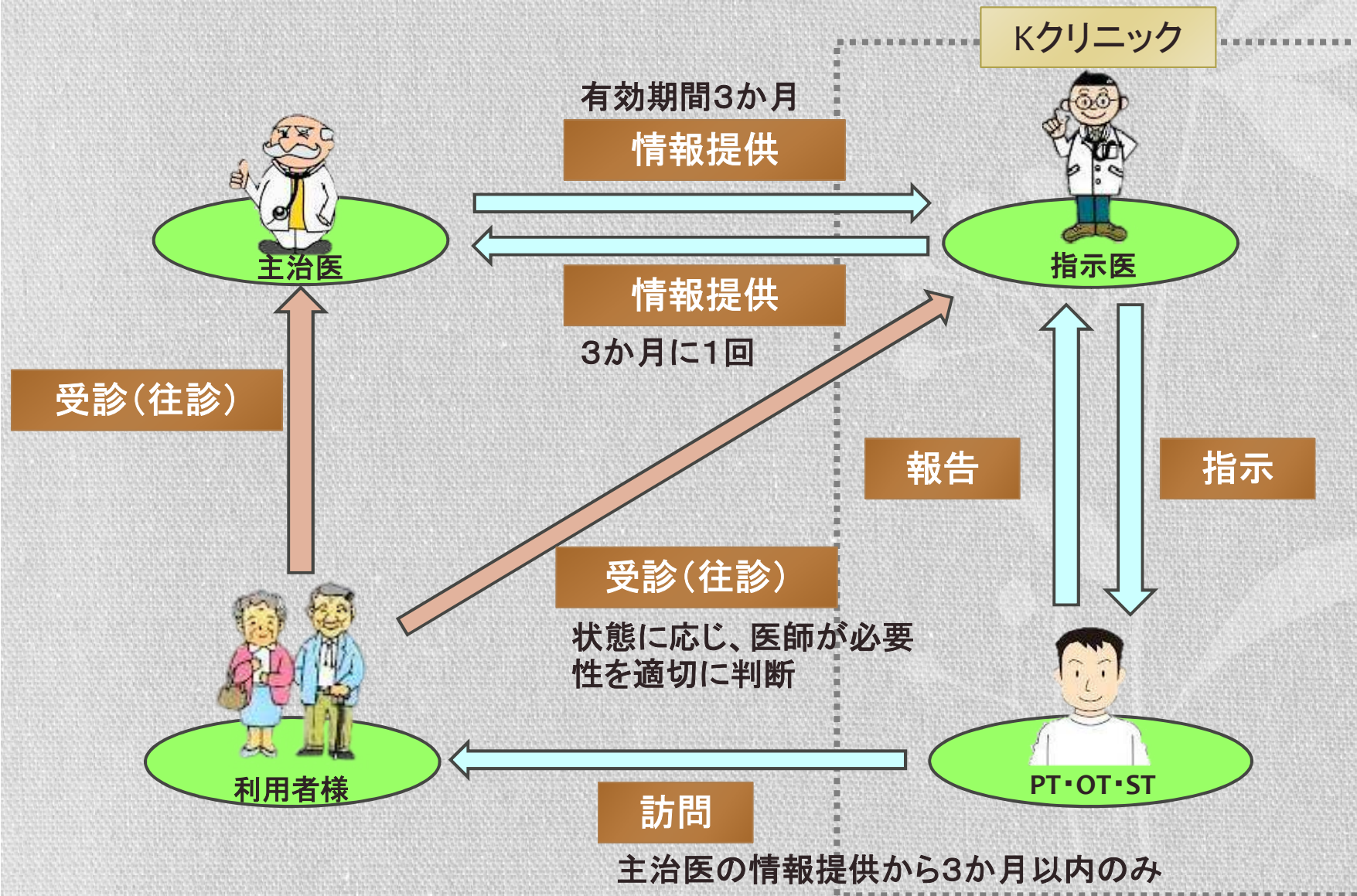
(報酬体系)

基本報酬に加え、集中的なりハビリや訪問介護との連携が報酬上評価されている

訪問リハビリ事業所の指示のしくみ (主治医が併設医療機関の場合)



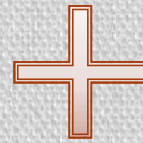
訪問リハビリ事業所の指示のしくみ (主治医が事業所併設外の場合)



訪問リハビリ事業所の報酬

訪問リハビリテーション費 305単位(20分)

利用者又はその家族等利用者の看護に当たるものに対して1回20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。



短期集中リハビリテーション実施加算1 340単位
短期集中リハビリテーション実施加算2 200単位



40分週2回でひと月
4,880単位！
短期集中2込みで
6,480単位！

訪問介護との連携加算、サービス提供体制強化加算

訪問介護との連携の評価（新設！）

理学療法士等及び指定訪問介護事業所のサービス提供責任者が、指定訪問介護及び指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該利用者の身体状況等の評価を共同で行い、かつ、当該理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に、3月に1回を限度として300単位を所定単位数に加算する。

**ケアマネさん、訪問介護さん
ちょっと一緒に連携の在り方を
考える時間を作いませんか？**

効果の観点からは非常に意義深い連携



訪問看護ステーション

指定居宅サービスに該当する訪問看護の事業は、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。

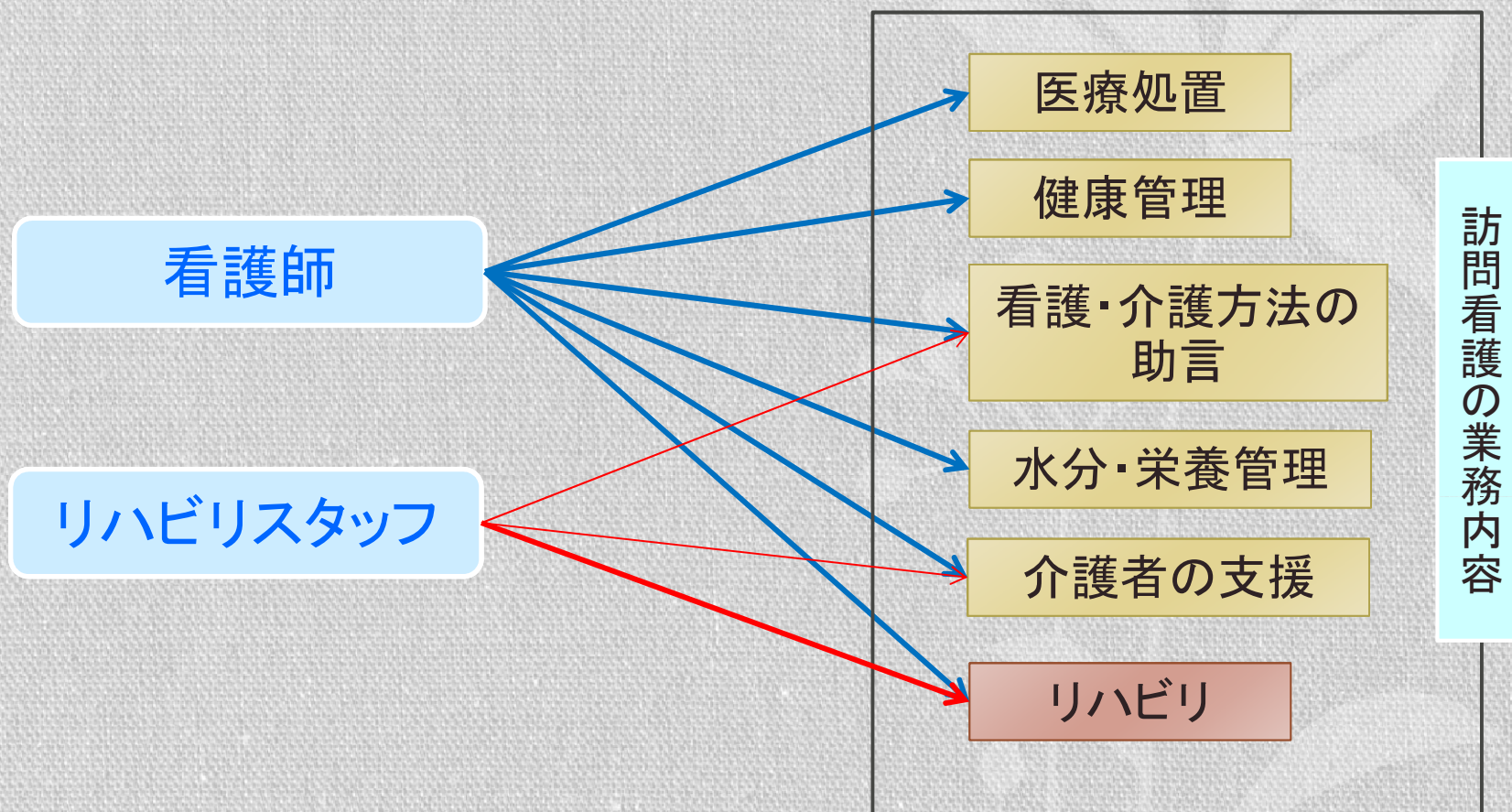
指定居宅サービスに該当する訪問リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

訪問看護ステーション

指定居宅サービスに該当する訪問看護の事業は、要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものでなければならない。

(対応保険)	介護保険優先だが、疾患により医療保険優先 (厚生労働大臣が定める疾病等)
(指示)	主治医からの訪問看護指示
(報酬体系)	訪問リハ事業所のように加算は充実していない

訪問看護のリハビリの位置づけ



理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がリハビリを行うと・・・

『理学療法士等による訪問看護』

厚生労働大臣が定める疾病等

該当したら医療保険！！

- ①多発性硬化症
- ②重症筋無力症
- ③スモン
- ④筋萎縮性側索硬化症
- ⑤脊髄小脳変性症
- ⑥ハンチントン病
- ⑦進行性筋ジストロフィー症
- ⑧パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の者に限る。)をいう)
- ⑨多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう)
- ⑩プリオン病
- ⑪亜急性硬化性全脳炎
- ⑫後天性免疫不全症候群
- ⑬頸髄損傷
- ⑭人工呼吸器を使用している状態

厚生労働大臣が定める疾病等

該当したら医療保険！！

- ①多発性硬化症
- ②重症筋無力症
- ③スモン
- ④筋萎縮性側索硬化症
- ⑤脊髄小脳変性症
- ⑥ハンチントン病
- ⑦進行性筋ジストロフィー症
- ⑧パーキンソン病関連疾患（進行性及びパーキンソン病（ホエン・ヤ）であって生活機能障害度がⅡ）
- ⑨多系統萎縮症（線条体黒質変イ・ドレーガー症候群をいう）
- ⑩プリオン病
- ⑪亜急性硬化性全脳炎
- ⑫後天性免疫不全症候群
- ⑬頸髄損傷
- ⑭人工呼吸器を使用している状態

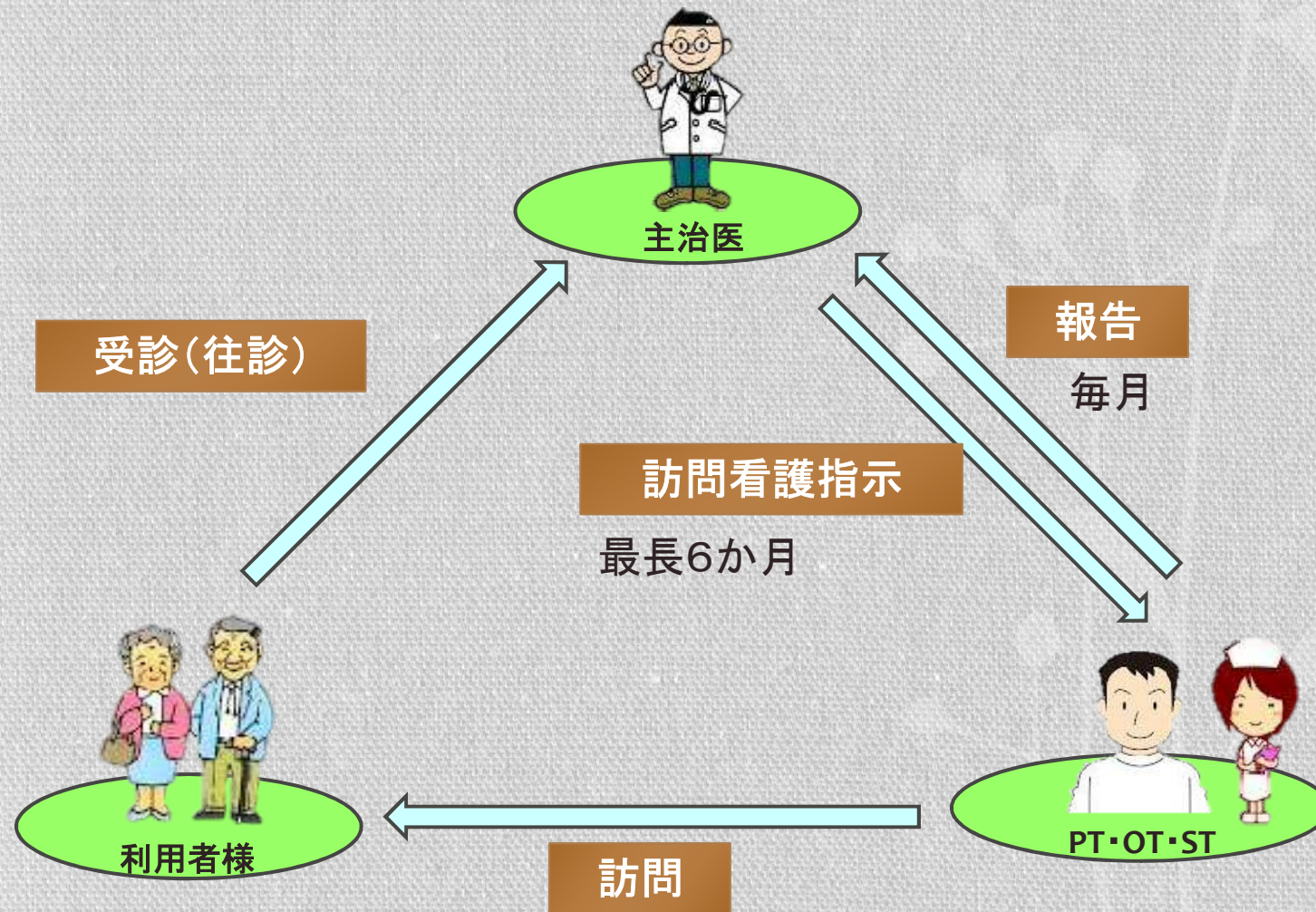
該当したら公費負担！！

特定疾患治療研究対象疾患（一部）

- 筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症
- パーキンソン病関連疾患
- 後縦靭帯骨化症
- 多系統萎縮症
- 広範脊柱管狭窄症 など56疾患

訪問看護、訪問リハビリでの
利用料は公費負担

訪問看護ステーションの指示のしくみ



訪看の理学療法士等による訪問の報酬

(介護保険)

訪問看護費(訪問看護 I 5) 316単位

1回あたり20分以上訪問看護を実施することとし、週に6回を限度として算定する。
1日に3回以上の場合は×90%



初回加算 300単位

40分週2回でひと月
5,056単位!



複数名訪問加算、サービス提供体制強化加算

訪看の理学療法士等による訪問の報酬 (医療保険)

訪問看護基本療養費 I ~ III 5,550円



30分~1時間30分が標準

訪問看護管理療養費 初回7,300円
2回目以降2,950円



週2回でひと月
1割負担7,235円
3割負担21,705円

複数名訪問看護加算、複数回訪問加算

※他、交通費が発生する。

よくある疑問① 通所リハとの併用は？

訪問リハビリテーション費は、「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、**通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。**「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば通所系サービスを優先すべきということである。(老企36号)



ケアマネジメント上、必要であれば併用は問題なし！

よくある疑問② 外来リハとの併用は？

訪問リハビリ事業所	基本的に不可(2か月間の移行期は併用可)。 対象疾患が異なる場合は、それぞれでリハビリ可能。
訪問看護ステーション	制約なし。

☆訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション(ともに介護予防含む)のみ併用不可

☆制度上は、訪問看護ステーションからの『セラピストによる訪問』はあくまで訪問リハビリではないということ

報酬の整理

訪問リハ

訪問リハビリテーション費

訪問リハビリ1(病院・診療所)・訪問リハビリ2(老人保健施設)

短期集中リハビリ加算

訪問介護との連携加算

サービス提供体制加算

介護保険

訪問看護

訪問看護費(訪問看護 I 5)

初回加算

複数名訪問加算

サービス提供体制加算

訪問看護基本療養費

訪問看護管理療養費

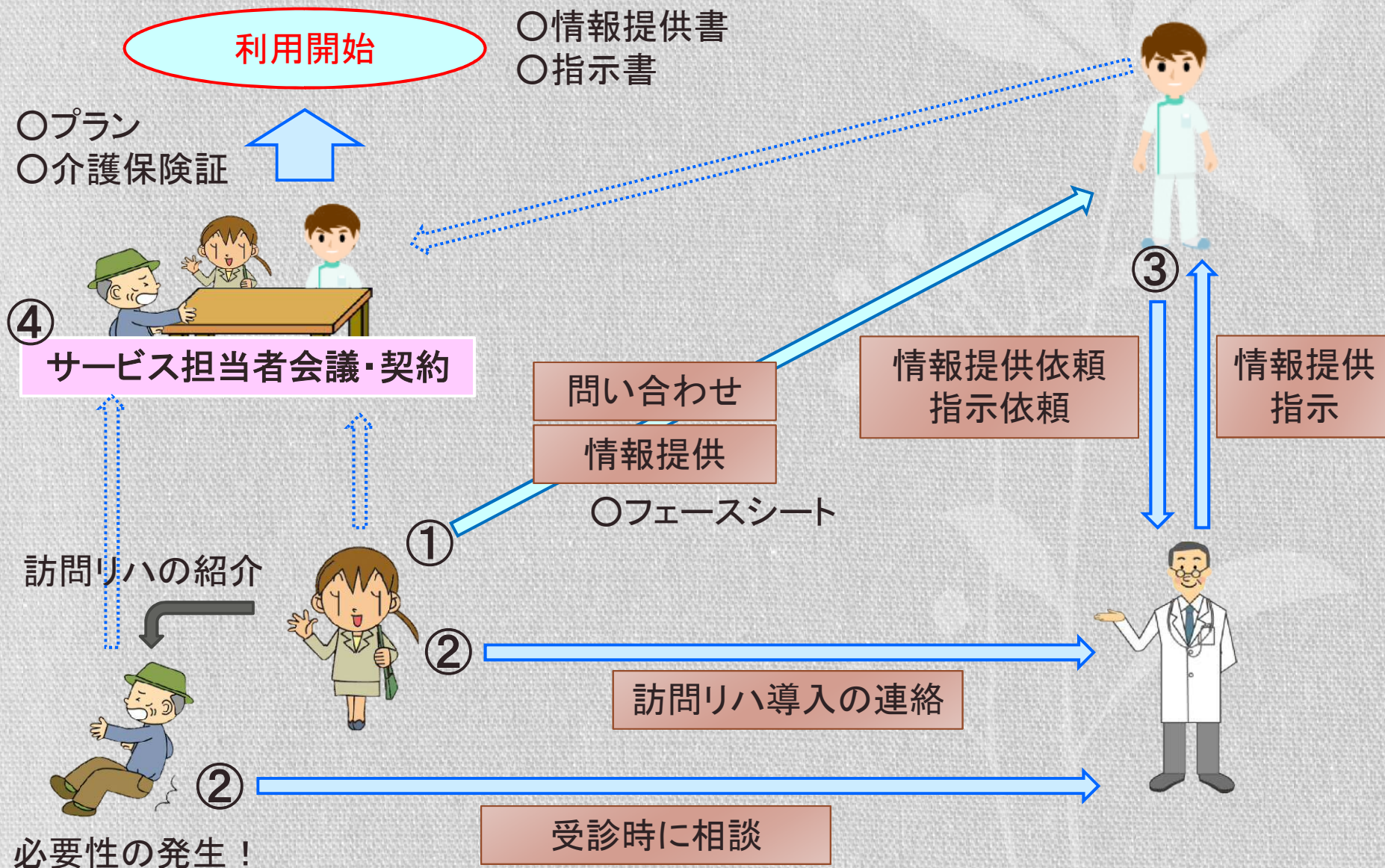
医療機関

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

医療保険



訪問リハビリ開始の流れ(介護保険)



訪問リハ提供の流れ

ゴールはどこ???



目標を明確化

契約
サービス担当者会議

場合によっては
目標を変更・追加

訪問リハの提供

維持が目標の場合のサイクル

状態・状況に合わせてプログラム変更・回数変更

サービス担当者会議

目標が達成した！
他サービス移行で大丈夫！

場合によっては終了に向けて
回数を調整する



週複数回

週1回

隔週・月1回

訪問リハビリ活用の話

ちょっと生活機能が落ちてきたら
通所系サービスに入れたらいい
んじゃないの？機能訓練型増え
てきたし・・・



まあ、それでもいいケースが多いんですが・・・



退院してきたけど、病院でしっかり
リハビリしてきているし、訪問介護
だけいければ大丈夫そうね・・・

残念ながら病院のリハビリは万全ではありません。

理学療法士・作業療法士による訪問内容

心身機能に対して

- 関節をほぐすりハビリ
- ストレッチ
- 筋力増強運動
- バランス運動
- 姿勢改善運動
- 意欲・自信を高めるフィードバック

活動・参加に対して

- ベッド上動作の練習・指導
- 生活動作全般の練習・指導
(歩行、ADL, IADL, 家事・・・)
- 自助具・移動補助具等の選定
- 外出練習・指導
- 過ごし方(活動)の提案・指導

目標・評価に基づき、内容を効果的に組み合わせる

その他の支援

- 環境調整(ベッド位置、家具配置、手すり関連)
- 自主トレの指導
- 介護方法の助言
- ご本人・ご家族への精神的支援

ちなみに・・・

PT・OTで得意不得意はあつたりしますが、やれることは同じです。

言語聴覚士による訪問内容

摂食・嚥下

- 嚥下機能に対する訓練
- 食事時の姿勢・食べ方のcheck
- 寝ている時の姿勢、ベッドの角度、枕の高さなどcheck
- 口腔ケア・嚥下体操の伝達

コミュニケーション

- 失語症・構音障害の機能改善・維持
- 日常のコミュニケーション方法の練習
- 社会活動に向けての練習




- 食事(お楽しみゼリー等)摂食場面での適切な方法の伝達

ご家族への指導

- 実際のコミュニケーション場面での適切な方法の伝達


こんな時には利用を考えてみませんか？

○退院した時

 多少なりとも心身機能の変化を伴っている場合は、自宅環境に対応できず、思わぬリスクや介護負担があるかもしれません。

○ちょっと身体・精神機能が落ちてきたかなというとき


ふらつく・転ぶ、会話が減る、むせる、出なくなる・・・

 リスク回避的な部分は当然ですが、あまり機能低下が進むと改善に時間がかかったり、元のレベルまで戻れない可能性もあります。

○機能低下が心配な時（介護予防）

 生活機能を維持し、要介護への移行もしくは要介護状態の悪化を防ぎます。

○参加（外出）につなげたい

 例えば買い物やサークルに参加したいなど、実際の場面での練習が訪問リハでは可能です。

こんな時には利用を考えてみませんか？

○退院した時

機能訓練
の継続

環境調整

介助方法
の指導

過ごし方
の助言

動作練習

○ちょっと身体・精神機能が落ちてきたかなというとき

機能訓練

嚥下訓練
構音訓練

動作練習

環境調整

精神的
支援

○機能低下が心配な時(介護予防)

機能訓練

運動指導

活動の
提案

移行もしくは要介護状態の悪化を

○参加(外出)につなげたい

機能訓練

外出練習
指導

サークルに参加したいなど、実際の場面での
では可能です。

時間・回数設定のすゝめ

○退院直後

生活のアセスメントに時間を要するので週2～3回40分など手厚めに開始。生活が再構築され、安定に伴い減らしていく。

○廃用で機能低下

週2～3回など頻回な利用の方が効果的。場合によっては週3回以上20分の対応も効果的（少量頻回）。

○生活レベルの維持

利用者の日々の活動量を見極め、低活動なら週2回、他サービスを含めた活動ありなら週1回。

○役割・参加の拡大

60分設定でじっくりと。

○機能の改善

週複数回が望ましい。自主トレや他サービスで並行して行うなどの条件があれば、週1回でも効果は期待できる。

よくある疑問③ プランにどう位置付ける？

長期目標	短期目標	サービス内容
ご本人・ご家族が笑顔で生活することができる	円滑に意思疎通することができる	失語症のリハビリ(聞いて理解する訓練・発語の訓練)
むせの心配がなく食事ができる	嚥下機能が向上する	STによる嚥下リハビリ、評価
自宅内を一人で移動できる	立位保持、伝い歩きができる	上下肢筋力向上訓練、歩行練習、自主トレの作成
室内の移動に自信を持ち、転倒しない	無理せず少しずつ歩く機会を作る	ストレッチ、関節可動域訓練、立ち上がりの練習、歩行器歩行練習
自宅内を自分で動くことができる	転倒することなく歩行できる	歩行状態を維持するためのリハビリ、助言

※多少表現を変えております



事例紹介

依頼内容

脳出血後2年経過ケース。片麻痺が残っているが、調理や掃除などの家事動作（妻としての役割）が自宅で行えるように動作練習・環境調整をしてほしい。

提供頻度・時間

週1回、40分 （他、デイケア週1回）

リハビリの内容

初回に家屋環境と実際の調理場面を評価。安全性・行いやすさなどを配慮し、実際場面での練習や助言、環境を調整していった。実際に作ってみた本人様の感想とリハビリスタッフからの助言を夫にも伝え、少しずつ生活の中で調理回数をふやしていった。本人様の自信を深め、夫の理解を得るための関わりを行った。

経過・その後

定期的に調理をするようになり(1日おき)、現在は外出を想定しての屋外歩行練習を行っている。

依頼内容

大腿骨頸部骨折後退院。退院後デイサービス利用開始したが、思ったより自宅での歩行状況が悪い。適切な歩行器の選定と指導をしてほしい。

提供頻度・時間

週1回、40分 （他デイサービス週1回）

リハビリの内容

初回に身体機能と家屋環境の評価を行い、歩行器を選定。歩行器の安全な使用に向けたアドバイスをご本人、家族に行い、実際の場面での操作練習を行う。歩行器歩行時の注意事項をケアマネ経由でデイサービスにも伝えてもらう。

経過・その後

当初より短期間での終了を予定していたが、思ったより習得がはやく、1週間後の訪問時は安全な使用ができていた。導入後から歩行状況も改善していった。フォロー訪問を含め4回の訪問で終了となった。

依頼内容

脳梗塞により講音障害が残存。話しているうちに息がきれ、語尾が小さくなってしまふ。話をしたい気持ちはあるが自信がないので、リハビリを受けてたくさん話せるようになりたい。

提供頻度・時間

週1回、40分 （他デイサービス週2回）

リハビリの内容

発声・発音を中心とした構音訓練とフリートークを多く行い、発話に対して自信を持ってもらうように支援した。

経過・その後

デイサービスでも訓練を取り入れてもらい、自宅では自主訓練を行っているため少しずつ改善してきている。まだ他者との会話には自信がないとの訴えもあるため、リハビリは継続している。

依頼内容

脳梗塞にて嚥下障害出現。誤嚥性肺炎の既往あり。食事は常食を摂取しているが、むせは時々見られ、痰の貯留が常にある。ご本人・ご家族より外食したいがむせるのでできない、痰が気になるので嚥下のリハビリを受けたいと希望あり。

提供頻度・時間

週1回、40分 （他デイサービス週2回）

リハビリの内容

基礎的嚥下訓練を実施。初回時には食事場面を見学し、食事の姿勢やテーブル・椅子の高さを含めて確認する。

経過・その後

週1回の対応なので、自主訓練も行ってもらう。食事時の姿勢が後ろに傾いた状態だったので、背にクッションを入れ姿勢を調節し、飲み込む際は頭を若干前屈するように指導する。開始後、10か月経過するが誤嚥性肺炎はなく、痰の貯留も当初より少なくなっている。誤嚥性肺炎に対する不安があるため、機能の維持・改善を目標にリハビリを継続している。

最後に・・・

- ★ 機能訓練的な内容も当然行いますが、生活に直接関わって評価・指導・助言・練習等のリハビリができることが強みとなります。
- ★ 通所系サービスや訪問介護等と連携することでより一層の効果が期待できます。
- ★ 利用者様の効果や生活スタイルに合わせた利用時間の設定が(ある程度)可能です。
- ★ 短期間で終了(目標達成)できるようなケースもぜひ活用ください。指導・助言中心の対応も可能です。



いつでも気楽にご相談を！
お待ちしております！！

北町クリニック訪問リハビリテーション
訪問看護ステーションあうる
訪問看護ステーション大麻
江別訪問看護ステーション
訪問看護ステーションのっぽろ

