



事例から見る 生活行為向上リハビリテーション 実施加算の課題と対策

平成27年4月の改定で新設された「生活行為向上リハビリテーション実施加算」は、生活行為向上のための目標を立て、リハビリテーションを実施することで6ヶ月間に限り算定が可能となる加算だ。リハビリ会議の実施や人員配置に研修の修了要件があることなど、実施に伴う業務負担の増加などから算定している事業所は少なく、算定している事業所もまだまだ試行錯誤をしている状況だと思う。今回は実際に生活行為向上リハビリをスタートさせている事例についてご紹介する。

医療法人博愛会 介護老人保健施設べあれんとリハビリテーションセンター長 宮内 順子



山口県作業療法士会理事、「ビュアライフによりそう会」（認知症の作業療法検討委員会）会長、地域包括ケア推進事業部長、日本作業療法士会生活行為向上マネジメント推進委員会委員、作業療法士、介護支援専門員、認知症ケア専門士
〈共同執筆者〉
今村陽子・本村藍子

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定状況

4月の介護報酬改定は、通所リハビリテーション事業所において、フルモデルチェンジとでも言うべき内容で、各事業所は十分な準備もできないままに4月の改定を迎えられたのではないだろうか。

特に新しく設けられた「生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下、生活行為向上リハ加算）」については、3月末でも加算要件である研修の位置づけや具体的内容、実施も不十分で、取得している事業

所も少ないと聞いている。

べあれんとでも、6月から加算を算定しているが、いまだ2事例のみとなっており、「社会参加」が達成できていないのが現状である。しかし、事例の実施を通じて、いくつかの課題が明確化した。

実践の中から見えてきた、効果的・効率的に加算を算定するための工夫や課題について考えていく。

ゴール達成時期の再考機会として生活行為向上リハをスタートした事例

今回は、平成27年6月から生活行為向上リハに取り組んだ事例に沿って、算定の具体的な流れをご紹介する。

【事例】

Aさん、70代、男性。要介護1。寝たきり度：A1。
認知症なし（HDS-R：29点）

長男家族、妻と同居。和菓子店を経営しており、職人として第一線で働いていた。もともと血圧が高かったようだが、定期的な受診はしていなかった。平成24年2月、左橋梗塞発症。同時に糖尿病も判明する。入院時、ベッドから転落し、左側頭葉外傷性脳出血を発症。病院にてリハビリを行い、ADL見守りレベルまで回復し退院。リハビリの継続、入浴、復職目的にて平成24年5月より通所リハの利用開始となる。

【生活歴】

病前の仕事は和菓子職人で、高校中退後、饅頭屋やパン屋のアルバイトを経験するなかで菓子づくりに興味を持ち、店をいくつか転々としながら修行する。一緒に働いていた妻と結婚し、40年前に自分の店を開店、3店舗まで事業を拡大する。長男夫婦、妻、従業員とともに、社長として仕事一筋で働いてきた。

通所リハビリ開始時のニーズ

- ① 風呂に入れるようになりたい
- ② 右肩が痛くて眠れない
- ③ また和菓子店(自営)で仕事ができるようになりたい

生活行為向上リハ開始までの経過

通所リハ利用開始時より、復職を意識したりハビリを開始し、半年後には短時間の簡単な作業(洗い物・菓子を丸めるなど)が可能になり、職場に復帰した。復職後しばらくは、家族の働く本店(周囲の援助が必要のため)で短時間のみ働いていたが、現在は自宅隣店舗で妻、嫁と一緒に働いている。経過中、腰痛、

腰痛、顔面神経麻痺(原因不明:現在ほぼ回復)などを発症し、通所リハでのプログラム変更を行ったが、現在は体調良好である。

残る課題として、①職場での立ち位置・役割意識の明確化②介助を要している靴下の着脱・床に落ちたものを拾う動作の獲得③自宅での運動習慣の定着と自身の健康状態のコントロールという3つのニーズの達成が必要であると考えられた。このニーズを達成するためには、集中的な生活行為向上リハの実施が有効であると考えた。また、通所リハ利用当初の目標は「復職」であり、それが達成できたにもかかわらず、曖昧になっていた「目標のゴール達成の時期」について再度考えてもらう機会として、生活行為向上リハを提案し、開始した。

本人・家族、ケアマネへの説明

べあれんと版、生活行為向上リハリーフレット(表1)を使用して、本人・家族に説明を行った。社会参加が達成でき、結果的に通所リハを卒業することができても、自宅での運動習慣が難しいようであれば、短時間のリハビリ特化型のデイサービスが利用できることや、体調悪化が見られた場合は、通所リハを再利用することも可能であることを伝え、了承を得た。


また、ケアマネに対しては、4月に入って市内の5圏域の地域ケア会議を利用して、生活行為向上リハの説明をしていたことや、4月から開始したりハビリマネジメント加算IIの会議の中で、丁寧に内容を伝えることができ、大きな混乱はなかった。Aさんは、通所リハが終了するということに対して抵抗感を持たれていたようだったが、この生活行為向上リハが通所の

卒業を目的にしているのではなく、社会参加を目的としていることをきちんと伝えることにより、生活行為向上リハ開始に繋がった。

表1 生活行為向上リハリーフレット

生活行為向上リハビリテーションとは?


リハビリテーションと聞くと、「関節を動かしたり、体をマッサージしたり、力をつけたり」といった『身体機能』を良くすることをイメージされると思います。



また実際にデイケア(通所リハビリ)で行われている内容もほとんどがこの『身体機能』のリハビリが中心に行われているという現状があります。


今回の4月の介護保険制度の改定で、新しく「生活行為向上リハビリテーション加算」が新設され、「身体機能」だけでなく「活動」(例:温泉に行く、犬の散歩に行く、料理ができるなど)や「参加」(例:自分で作った野菜を農産物市に出す、家族の洗濯物をたたむ、スーパーに買い物に行くなど)具体的な生活行為の自立を目指したリハビリテーションを実施することが必要という国の考え方が示されました。

今後、べあれんとでもこのような生活行為の向上を目標にしたリハビリを実施していきます。



1ページ目

具体的にどのようなことを行うのかという・・・
認知女性 パーキンソン病



夫と一緒にスーパーに買い物に行き、自分で生鮮食品を選びたい

夫と一緒に行くと、自分で生鮮食品を選びたい

◆生活行為向上リハビリテーションの内容

- スーパーに行くための歩行練習(すくみ足の改善・歩行の耐久性を)
- 必要であれば補助歩道が安全に渡れるか、一緒に練習することもあります。
- カートに慣れるための、自宅でも台車で練習や下腿の練習を行います。
- スーパーの中から品物を取る練習を行います。
- 夫との役割分担の検討を行った。夫の介助方法を検討します。

★このように「したい活動」の達成に向けて、具体的な内容のリハビリを実施していきます。(その方によってリハビリの内容はさまざまです。)

2ページ目

生活行為向上リハビリテーションの特徴

- ①従来の個別リハと違って、プラン内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じたりハビリを提供します。
- ②通所の環境以外での指導(自宅や外部施設などでの)も行います。
- ③終了後も継続的にフォローし、自宅へも訪問し状況の確認を行います。
- ④卒業に向けて働きかけていきます。

(可能であれば、6ヵ月後、デイサービス等への移行も視野に入れて関わっていきます。)

⇒乱暴に終了するということはありません。その方にとって適切であろうと思われる他の事業への移行を、ケアマネさんや他職種・他事業所とも一緒に、丁寧に考えながら関わっていきます。)

◆生活行為向上リハビリテーションを行う対象の方

- ・加齢や廃用症候群により、生活機能の1つである活動するための機能が低下した方

◆生活行為向上リハビリテーションの加算金額

- ・開始月～3ヵ月以内
- 2,000単位/月(利用者の方の負担は月2,000円で)
- ・3ヵ月超え～6ヵ月以内
- 1,000単位/月

※詳細につきましては
介護老人保健施設 べあれんと
☎ 0836-36-1170 (下田・宮内まで)

3ページ目

開始時 (6月時点) の評価

評価については、通常実施する心身機能面の評価としてROM、MMT、Br.Stage、TUG、10m歩行に加え、リハビリテーションマネジメント加算IIの要件である、厚生労働省により示されている通所リハビ

リテーション計画書様式2のADL・IADL・環境因子を評価し、自宅訪問による職場環境の確認と、実際の作業場での活動分析を行った(表2)。

表2 様式2を使用したアセスメント・評価

通所リハビリテーション計画書(アセスメント) ①a 計画作成日:平成 27年 6月 1日 介護老人保健施設 べあれんと 通所リハビリテーションセンター

A 性別 男性 女性 生年月日:昭和13年 3月 11日 77歳 要支援() 要介護(1) 認定有効期間(H26.10.1~H28.9.30)

■居宅介護支援計画の総合的援助方針
 ・通所リハを利用することで、生活動作の維持、増進が行える。
 ・福祉用具を貸与を受けることで安全で快適な移動、整容を働きかけます。
 ・定期的な訪問(面談)を行い、心身状態の観察、生活状況の把握に努めます。
 ・本人、家族、医療機関、サービス事業者との連携を行い、サービス調整を行います。

■居宅介護支援計画の解決すべき課題
 ・自宅で安全、安楽に生活が行え、お菓子作りに携わりたい。
 ・他者との交流を持つようにしたい。

■ご本人の希望
 ・デイケア卒業に向けて頑張りたい。靴下を自分で履けるようになりたい。仕事の細かな動きがまだ難しく時間がかかる。外を一人で歩けるようになりたい。

■ご家族の希望
 ・本人の意向に沿って行きたい。そのための協力は出来るだけしていきたい。

■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
 病名:左橋梗塞、左側頭外傷性脳内出血 発症日(入院日・退院日あれば記載) H24. 2. 14
 経過:足の引きずりがあり受診。脳梗塞にて入院。保存的加療により回復。リハビリ、入浴目的にてデイケア利用。

■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)
 糖尿病、閉所恐怖症、顔面神経麻痺

■廃用症候群:あり なし

■参加状況
 家庭内の役割

■心身機能
 状況 あり なし 活動への支障 あり なし 失語症 あり なし

通所リハビリテーション計画書(アセスメント) 一部

通所リハビリテーション計画書(アセスメント) ①b 介護老人保健施設 べあれんと 通所リハビリテーションセンター

利用者氏名 A さま 計画作成日 平成 27年 6月 1日

■活動(※課題重要性は、「現状」と「改善の可能性」から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	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	評価の内容の記載方法
起床上がり	3				3:自立 2:見守り 1:一部介助 0:全介助 9:把握していない
立位保持	3				
床からの立ち上がり	0				
移動能力(TUG・6分間歩行)	20				※時間を記載
食事	10				10:自立 5:部分介助 0:全介助
イスとベッド間の移乗	15				15:自立 10:最低限介助 5:部分自立 0:全介助
整容	0				5:自立 0:部分、全介助
トイレ動作	10				10:自立 5:部分介助 0:全介助
入浴	0				5:自立 0:部分介助又は全介助
平地歩行	15				15:自立 10:部分介助 5:車いす使用 0:全介助
階段昇降	10				10:自立 5:部分介助 0:全介助
更衣	5	レ	レ	→	10:自立 5:部分介助 0:全介助
排便コントロール	10				10:自立 5:部分介助 0:全介助
排尿コントロール	10				10:自立 5:部分介助 0:全介助
読書	2				3:自立 2:見守り 1:一部介助 0:全介助 9:把握していない

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	モニタリング	評価の内容の記載方法
食事の用意	0				※IADL評価点 0:していない 1:まれに 2:時々 3:週3回
食事の片付け	0				
洗濯	0				
掃除や整頓	0				
力仕事	3				
買い物	2				
外出	3				
履外歩行	2	レ	レ	↑	
趣味	2				
交通手段の利用	0				
旅行	0				
読書	3				0:していない 1:まれに 2:月1回 3:月2回ほど 0:していない 1:道1~3時間 2:道10~25時間 3:道2時間以上

■環境因子(※課題ありの場合チェック)

家族・介護者	<input type="checkbox"/>	介助者、協力者が多い。
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	浴槽内椅子 手すり
住環境	<input type="checkbox"/>	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	家の前は車の取りは多いが、段差なく見通しが良い
地域の社会資源	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	

課題の要因分析・モニタリング

続きはこちらからご覧ください→

<http://dayshop.biz/products/detail219.html>