

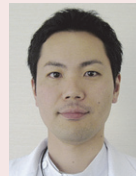


リハビリテーション会議の実際

～ リハビリテーションマネジメントの運営状況 ～

通所リハビリに関する報酬改定で、リハビリテーションマネジメントは特に強化されたシステムといえる。その算定要件には、定期的な「リハビリテーション会議」の開催が定められており、利用者・家族、医師、他サービス事業者など、その方にかかわる多様な職種とともに目標に向けたサービス提供を一体的に進めていくことが求められている。

介護老人保健施設清雅苑
(通所リハビリテーションセンター清雅苑)
主任・理学療法士 **真栄城 一郎**



沖縄リハビリテーション福祉学院卒業後、介護老人保健施設清雅苑に入職。熊本機能病院 総合リハビリテーション部を経て、現在は通所リハビリテーションセンター清雅苑に勤務。

積極的なリハビリマネジメントへの取り組み

介護報酬改定で示されたリハビリテーションマネジメントの強化

平成27年度介護報酬改定の基本的視点は、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みをさらに進めることであり、認知症高齢者や中重度者への支援体制の強化、軽度者においては地域で支えることができるシステムづくりへの方向性が強く示された。

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）に関しては、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）が強化された。活動と参加に焦点を当て、より具体的に目標設定を行い、リハビリテーション計画書（以下、リハ計画書）の策定やプロセスを管理していくことが重視されている。

また、リハ計画書の策定については、介護支援専門員や他のサービス事業者を交えたリハビリテーション会議（以下、リハ会議）の実施と情報共有の仕組みが不可欠となっている。

筆者の勤務する通所リハビリテーションセンター清雅苑（以下、当事業所）は定員140名の大規模型の事業所である（表1）。

改定直後の今年度4月には約170件のリハ会議を実施し、積極的にリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下、リハマネジメント加算Ⅱ）による質の高いプロセス管理下でのサービス提供に取り組んでいる（図1）。今回はリハマネジメントの概要および当事業

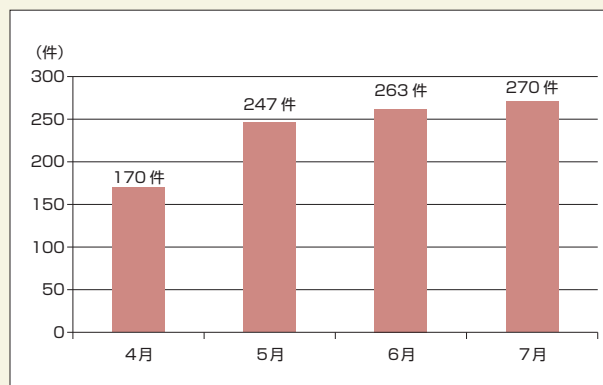
所のリハ会議の調整から実施までの運営状況について述べる。

表1 通所リハビリテーションセンター清雅苑の概要

項目	人数
1日定員数	140名
実利用者数 (平成27年4月)	350名 要介護 … 269名 要支援 … 81名

職種	常勤	非常勤
医師	2名(兼任)	1名(兼任)
理学療法士	11名	1名
作業療法士	7名	0名
看護師	3名	2名
介護福祉士	12名	10名
介護職員	4名	5名
相談員	1名(兼任)	0名
栄養士	1名(兼任)	0名

図1 清雅苑リハ会議の実施件数



こともある。当事業所ではリハビリテーション・ケアの考えとして、ケア場をリハの一環としてとらえている。担当リハ職が初回利用時や能力変化がみられるときなど、随時ケア場面に介入・評価し、ケアスタッフとともに動作指導を行い状況を把握している。定期的な評価やリハ会議およびリハ計画書の作成を担当リハ職が一貫して行うことで、利用者の状態把握も適切に行え、利用者、家族、他サービス担当者との信頼関係が確立しやすい。

利用者の状況によってリハ会議の内容はさまざまであり、自宅で開催する場合は現状の課題を再確認するために訪問指導も併せて行い、生活環境や生活動作、介護方法についての確認を実施し、家族やサービス担当者へ助言をしている。

また、興味関心チェックシートなどを活用し今後の目標設定を明確に示していけるよう協議を行い、必要に応じて生活行為向上リハビリテーション実施加算を提案する。

リハ会議では、リハ職の司会進行の技術が必要とされ、特に経験の少ない職員への教育が重要となる。当事業所では、管理者あるいは中堅のリハ職が、一度は経験の少ないリハ職に同行し会議の司会進行の確認と指導を行うようにしている。

医師がリハ会議に参加することの利点

リハマネジメントに通所リハの医師およびリハ職がかかわることで、疾病についての予後予測を踏まえた上で、利用者の希望する活動と参加についての課題を分析し、支援内容を簡潔にまとめることができる。

医師がリハ会議に参加できれば、利用者または家族に対し、利用者の健康状態、日常生活能力の評価および改善の可能性、当該計画の目標、提供内容、目的、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点、将来的な生活の状態などについて説明し、同意を得ることができる(図4)。

医師が業務の都合上リハ会議に参加できない場合は、通所リハ利用中あるいは併設老健の短期入所の際に医師とリハ職による「リハビリテーション回診」を行い、身体機能の評価を含めリハ計画書の内容について説明を行っている(図5)。

図4 リハ会議の様子



図5 「リハビリテーション回診」の様子



事例で見るリハ会議の実際の流れ

【事例】A氏、70歳代、女性。要介護4。

(病歴)

右変形性股関節症の診断にて、右人工股関節置換術施行。

(状態)

移動能力が改善し、ADLは入浴以外は自立となる。しかし、深夜ベッド臥床中に右股関節の疼痛増強があり、人工股関節脱臼を認めた。脱臼整復術施行、脱臼予防の装具処方あり。装具着用下であれば、歩行器歩行自立となる。退院し、直接自宅生活を検討したが、装具着用を継続しており、自宅復帰に向けた動作指導、環境整備・介護サービスの調整が必要とのことで介護老人保健施設に入所となる。入所中に脱臼予防装具が除去となり、安全な動作獲得が行えたため、自宅復帰となる。

(利用希望理由)

継続したリハビリを行い脱臼予防のための動作練習を行う目的で併設である当事業所の利用を希望される。

リハマネジメント加算の概要

リハマネジメントは、調査 (Survey)、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のSPDCAサイクルの構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチし、活動と参加に資するリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理し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とされている。

リハマネジメント加算Ⅱについては、本人・家族および介護支援専門員や医師、他サービス担当者を構成員とし、リハ会議の開催を通じて、多職種協働による継続的なリハビリテーションの質の管理が求められている。特に医師の関与が重視され、医師が利用者または家族に対してリハ計画書の説明を行い、同意を得ることが加算算定の要件となっている。

利用者および居宅介護支援事業所へのリハマネジメントの説明

介護報酬改定についての説明会を開催

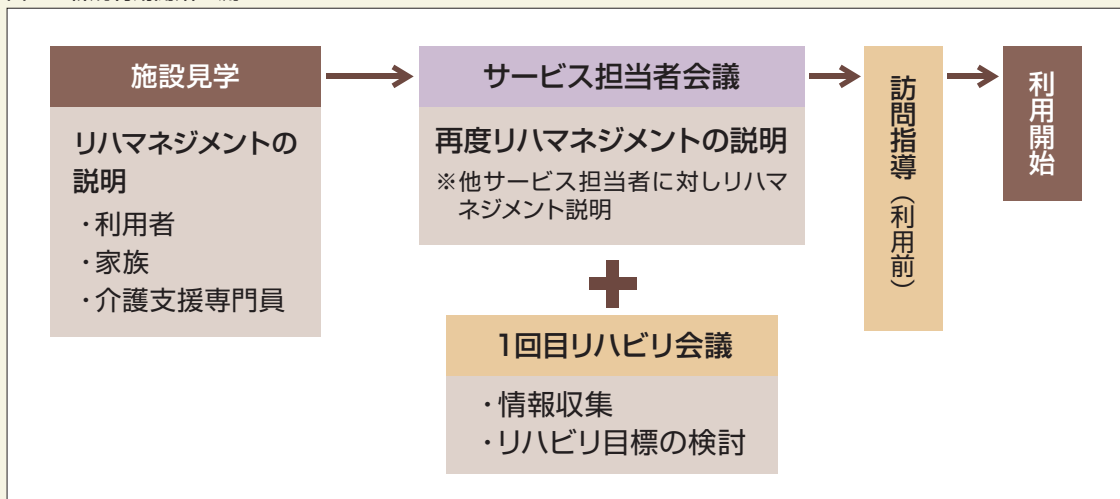
平成27年4月に当事業所に関する居宅介護支援事業所(約60事業所)に向けて介護報酬改定についての説明会を開催し、リハマネジメントおよび生活行為向上リハビリテーション実施加算について概要を説明した。その際、訪問指導および各サービス担当者を含めた定期的なリハ会議の開催が必要であることへの理解を促した。

また、利用者および家族に対しても介護報酬改定についての説明会を3週間にわたり毎日2回開催した。説明会に参加が困難であった居宅介護支援事業所や利用者および家族については、後日、説明会で使用した資料および説明会で拳がった質問と回答を文書にして配布した。

新規利用者へのリハマネジメントの説明

新規利用者の利用開始の流れについて説明する(図2)。当事業所では、利用開始前に施設見学を必ず実施している。その際、管理者が、利用者、家族および担当介護支援専門員に対し、リハマネジメントおよび生活行為向上リハビリテーション実施加算について概要の説明を行っている。施設見学後に、利用についての意思確認を行い、利用開始日の調整を行う。さらに、利用前に行われるサービス担当者会議の際、参加した各サービス担当者および利用者、家族に対して再度リハマネジメントについての説明を行っている。理解されたのが確認できれば、サービス担当者会議と同時に第1回目のリハ会議を実施している。その後、利用開始前に自宅訪問指導を行い、自宅内動作や外出動作および環境面の確認などの情報収集を行っている。

図2 新規利用開始の流れ



リハ会議の開催

リハ会議の開催方法

リハ会議の開催方法については表2に示すような方法がある。いずれの方法においても本人・家族の参加が基本であり、各サービス事業者へ開催についての連絡を行う必要がある。

表2 リハ会議の開催方法

- (a) サービス担当者会議の開催に合わせてリハ会議を行う
- (b) 通所リハビリテーション利用時にリハ会議を行う
- (c) ご利用者の居宅で訪問指導を行う際や送迎業務で伺う際にリハ会議を行う
- (d) 介護支援専門員の居宅訪問時および他サービスをご利用時にお伺いしリハ会議を行う

開催方法ごとの日程調整

表2(a)のサービス担当者会議とリハ会議を合わせて行う方法は主に介護支援専門員が会議の日程および場所の調整を行うことが多い。前述した流れ(図2)のように病院退院後や施設退所後の新規利用などが該当する。

それ以外の表2(b)(c)(d)は、通所リハ事業所が調整を行う必要がある。改定前のリハマネジメント加算およびリハマネジメント加算Ⅰからリハマネジメント加算Ⅱへ移行する場合、第1回目のリハ会議については、電話連絡などで本人・家族へ開催日時や開催場所の確認を行い、介護支援専門員および他サービス担当者を招集する。しかし、医師のスケジュールも含め、すべての構成員の参加は至難の業である。よって初回のリハ会議については、構成員の中でも特に家族および介護支援専門員が参加できる日程で調整している。理由として、リハ計画書については居宅サービス計画書の内容に沿って作成することが定められており、初回のリハ計画書の作成については、介護支援専門員の関与が大切と考えるからである。

また、リハ会議の中で新たに具体的な目標が導き出された場合は、居宅サービス計画書の内容に追加あるいは変更が必要となるため、介護支援専門員の参加を優先している。

2回目以降の日程調整

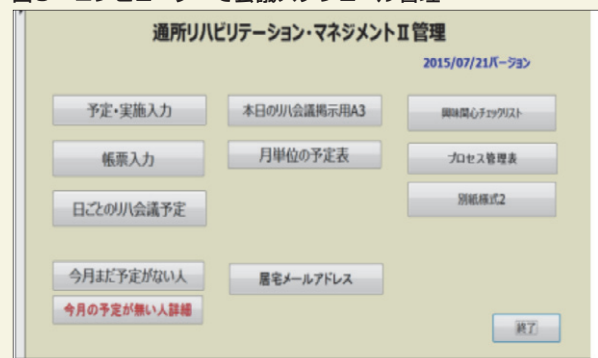
2回目以降の日程調整については、初回のリハ会議の最後に次回の開催日程について調整を行っている。

リハ会議への医師の参加については、業務の都合上、開催場所が利用者の自宅の場合、訪れることが困難であるため、通所リハ利用時や併設老健の短期入所利用時などで開催するよう調整している。また、リハ計画書を作成している医師については、病院外来診療時などでリハ会議を設定することもある。

開催スケジュールをコンピュータで管理

当事業所では、リハ会議のスケジュールについて独自に作成したシステムにてコンピューター管理している(図3)。リハ会議の件数が多い日では1日20件になることもあり、個人によるスケジュール管理だけではなく全体を把握しておくことで、当日通所リハを利用される約120名の利用者に対するリハ実施予定表の調整などに役立てている。また予定入力した日付は、プロセス管理票ともリンクしているため日付の入力の手間が省け、検索機能によって確認しやすく管理がしやすい利点がある。

図3 コンピューターで会議スケジュール管理



リハ会議での協議内容

リハ会議では、通所リハ利用中の過ごし方や入浴サービスなどケア場面の状況などの説明を必要とする

続きはこちらからご覧ください→

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