

四條畷市リハビリテーション職同行訪問事業マニュアル

□■□ 目次 □■□

1. 背景と目的	1
2. 対象者	1
3. 同行訪問の該当要件	1
4. 四條畷市の総合事業について	2
5. 実施の流れ	3
6. 実施手順・提出書類	4
7. 注意すべき事項	5
1) 個人情報の管理	
2) 的確な生活課題の把握	
3) 利用者とケアマネジャーの信頼関係への配慮	

<参考資料>

様式第1－1号	6
様式第2－1号	7

1 背景と目的

介護予防を推進し、できる限り在宅で有する能力に応じ、自立した日常生活を行うとともに、状態像に応じた適切なサービスを受けることで改善若しくは悪化を防ぐことが介護保険制度のめざす姿です。

利用者の困り事だけに注意を払うのではなく、もとの暮らしぶり、やりたいこと、やってみたいことを丁寧に聞き取り、そのうえで改善の可能性やそのために必要なことをアセスメントに基づき分析することが必要です。これらの分析をもとに、自立に向けた支援計画をたてるには高い専門性と多角的な視点からアセスメントするための幅広い知識が必要となります。「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチすることで課題解決を図り、介護予防及び自立支援につながるケアプランへと進化する一助となるよう、本事業の積極的な活用を推進します。

2 対象者

四條畷市内の高齢者※を担当するケアマネジャー

(地域包括支援センター職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員)

※2号被保険者は対象外

3 同行訪問の該当要件

- ① 四條畷市介護予防・日常生活支援総合事業のサービスを利用しようとする高齢者の生活課題の把握、若しくは利用中の生活機能評価、若しくはサービス終了後のモニタリングを目的としたアセスメントを行うにあたり、リハビリ専門職等の視点が必要とケアマネジャーが判断した場合
- ② 介護予防ケアマネジメント検討会議において、ケアマネジャーに対しリハビリ専門職等による技術的助言が必要とされた場合

4 四條畷市の総合事業について

四條畷市ではくすのき広域連合平成29年より総合事業開始し、介護予防を推進するため多様なサービスの利用促進を図っています。広域連合解散に伴い介護保険の実施主体が市になりますが、引き続き介護予防の推進、自立支援重度化防止に向けたサービスの利用を推進します。

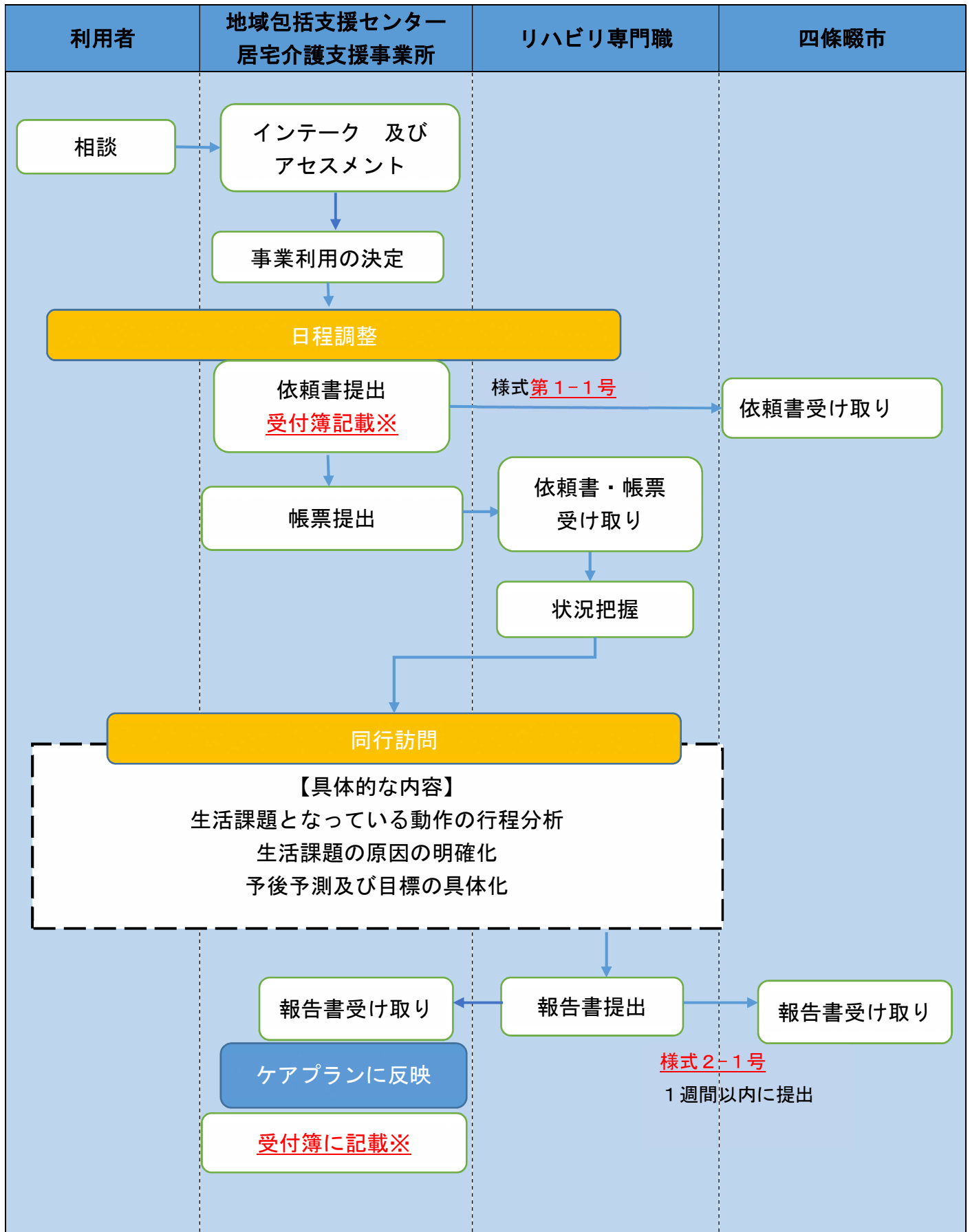
サービス種類ごとに標準的な状態像は以下の表の通りです。なお、標準的な状態像の要件に該当しないケースで相当サービスが必要と判断した場合には、別途理由書の提出が必要となります。

四條畷市では自立支援につながるサービスとして、通所型サービスC（短期集中型）の利用を推進しています。

サービス類型と状態像

サービスの種類		サービスの内容	標準的な状態など
通所型	通所介護相当サービス	従来の通所介護と同様 中長期的な生活機能向上のための専門職による機能訓練等	3要件・その他精神疾患により専門職の関りが必要な状態で、中長期的なサポートが必要な人
	通所型サービスA（緩和型）	通いの場等一般介護予防事業へのつなぎとして体操、レクリエーションを通じ、社会参加を促進	介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスCの対象とならない人
	通所型サービスB（住民ボランティア型）	ボランティア等の運営による交流や介護予防を目的とした取組み	地域住民の助け合いの場で、主体的な参加により介護予防が図れる人
	通所型サービスC（短期集中型）	生活機能を改善するために運動プログラム等を短期集中的に提供するサービス	3要件・その他精神疾患により専門職の関りが必要な状態で、中長期的なサポートが必要な人以外で医師から運動制限のない人
介護予防ケアマネジメント		自立した生活を送ることができるよう支援計画を作成する等ケアマネジメントを行うサービス	事業対象者、要支援認定者

リハビリ専門職同行訪問 フロー図



※受付簿については、地域包括支援センターが記載する

6 実施手順・提出書類

手順	リハビリ専門職への調整・提出書類	市への提出書類	備考
1. 派遣依頼と日程調整 【訪問3日前まで】	① メールにより日程調整を相談		【ケアマネジャーは】 ・利用者・家族の同意を得た上で派遣依頼調整を行ってください。 ・派遣リストを参考にしてリハビリ専門職（以下リハ職）に連絡を取ってください。 ※圏域担当を決めていますが、調整が難しい場合、他圏域担当のリハ職への依頼も可能とします。 ・地域包括支援システム PC の共有フォルダ内リハ職同行訪問事業受付簿に必要事項記入し、個人コードをすべての提出書類の右上欄に記入してください。 ※委託分については、包括で番号を取ってケアマネジャーへ伝える
2. 帳票作成及び提出 【訪問前日まで】	①地域リハ活動支援事業専門職派遣依頼書 ②利用者基本情報 ③基本チェックリスト ④ケアプラン(※1) ⑤生活機能評価 ⑥興味関心チェックシート(※2)	①地域リハ活動支援事業専門職派遣依頼書(様式1-1号)	【ケアマネジャーは】 ・利用者・家族の同意を得た上で、提出書類を提出 ・①地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣依頼書(様式第1-1号)を市へ提出してください。 ・帳票②～⑥の「氏名・住所の詳細・家族等の緊急連絡先など」の個人情報をマスキングし、個人コードを記入してください。 ※1すでにサービス提供中である場合は、現在のケアプランを添付してください。 ※2作成済の場合、添付してください。 ・①～⑥はリハ職へ、①のみ市へそれぞれ提出してください。
3. 同行訪問 【当日】			・リハ職とは現地集合となります。 ・生活課題となっている動作の工程分析 ・生活課題の原因の明確化 ・予後予測及び目標の具体化 (同行訪問では、リハビリの視点から助言・指導を行います。施術や治療を行うことはありません)
4. 同行訪問後 【1週間以内】		地域リハビリテーション実施報告書(様式2-1号)	【リハ職は】 地域リハビリテーション実施報告書(様式第2-1号)を市と担当ケアマネジャーへ提出してください。 ※メールで送付する場合、「受付番号欄」には依頼書記載の個人コードを記入し「氏名」など個人情報については、マスキングをしてください。
5. 同行訪問後 【すみやかに】		実施後、必要に応じて ①相当サービス利用理由書	【ケアマネジャーは】 ・リハ職からの報告書を受け取り支援の方向性を検討してください。 ・リハ職より「専門的支援が必要」で「訪問介護相当サービスが適している」とアドバイスがあった際は、①を各支所に提出してください。 ・地域包括支援システム PC の共有フォルダ内リハ職同行訪問事業受付簿に「助言内容(サービス種別)」「助言結果(サービス結果)」を記入してください。 ※委託分については、包括で記入

四條畷市リハ職同行訪問事業の手順・提出書類

- ※ 支援の状況に応じて、リハ職への相談や質問があれば随時、直接連絡を取ってください。
- ※ 必要に応じて市より、基本情報等提出の依頼をすることがあります。
- ※ また、提出いただいた書類は地域課題の発見やニーズ把握のための検討資料とさせていただきます。

7 注意すべき事項

1) 個人情報の管理

個人情報の取り扱い及び管理については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び四條畷市個人情報保護法施行条例（令和4年四條畷市条例第28号）並びに関連ガイドライン等の趣旨に従って確実に行うこと。

- ① ケアマネジャーは、利用者の同意を得た上で、リハビリ専門職に対して必要な情報を提供すること
- ② リハビリ専門職は、業務上知り得た情報を他人に漏らしてはならない。事業終了後についても同様とする。
- ③ リハビリ専門職は、業務上知りえた個人情報を厳重に管理するものとし、漏洩防止のための方策を実施すること。
- ④ メール等において対象者の情報を事前にやりとりする場合は、個人が特定されないようにマスキングし、ファイルにパスワードをつけるなど対策を確実に行うこと。
- ⑤ リハビリ専門職は、報告書提出後すみやかに個人情報を記録した媒体及びその複製物を破棄すること

2) 的確な生活課題の把握

- ① ケアマネジャーは、リハビリ専門職に想定される課題を提示し、支援を求める。
- ② ケアマネジャーは専門職の見立てを参考に生活課題の把握、その要因分析を行い、利用者との合意形成に役立てること。
- ③ アセスメントの実施主体は、ケアマネジャーでありリハビリ専門職はそれを支援する立場である。
- ④ 専門職は現場で実施した助言が適切に理解されているか、ケアマネジャーへの説明にも配慮すること

3) 利用者とケアマネジャーの信頼関係への配慮

リハビリ専門職は、利用者とケアマネジャーの信頼関係を阻害しないよう支援すること

四條畷市地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣依頼書
(地域包括支援センター等への支援)

四條畷市長 あて

年 月 日

申出者
地域包括支援センター名
管理者氏名
(担当者名)
住所
連絡先 (電話/FAX)

次のとおり、リハビリテーション職等の派遣を依頼します。

派遣目的	☐	介護予防ケアマネジメント検討会議の意見付与による訪問				
	☐	総合事業利用にかかるアセスメント支援				
	☐	その他 ()				
ふりがな			年齢		性別	男・女
対象者氏名						
住所			要支援 認定等	要支援 1 要支援 2 事業対象者		
派遣する職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 管理栄養士 歯科衛生士					
当該案件の 利用回数	回 目					
専門職に指導・助言を 希望する内容						
派遣予定日	年 月 日					

四條畷市地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書

(地域包括支援センター等への支援)

四條畷市長 あて

年 月 日

次のとおり、地域リハビリテーション活動支援事業による支援を実施しましたので報告いたします。

報告者氏名		所属		職種	
利用者氏名		同行者 (包括・ケ アマネ等)		訪問日時	月 日 (: ~

1. 実施項目

①自宅訪問・観察によって得た情報やエピソード(コメント)				
②医療管理	☐	必要あり	(コメント)	
	☐	必要なし		
③活動性	☐	高い	(コメント)	
	☐	低い		
④機能測定	(1) TUG		(2)開眼片足立ち	(3) C S 30
	結果		結果	結果

2. アセスメントの結果 (所見)

--	--	--	--

3. 自立支援に必要と考えられるサービス

リハビリテーションにおける課題解決と目標達成		日常生活における困りごとと現に必要な支援	
☐	通所型サービス (短期集中)	☐	訪問型サービス (現行相当)
☐	通所リハビリ	☐	訪問型サービス (基準緩和)
☐	訪問看護 (リハビリ)	☐	通所型サービス (現行相当)
		☐	通所型サービス (基準緩和)

4. 【目標】 取り戻したい元の生活又は社会参加等目指したい生活 (現場で合意形成されたもの)

--	--	--	--