

# 地域リハビリテーション活動支援事業 地域リハビリテーション専門職 派遣事業マニュアル

佐賀中部広域連合



理学療法士



言語聴覚士



作業療法士



おたっしゃ本舗



サービス事業所



プラン作成者



## 目次

<b>I. 地域リハビリテーション専門職派遣事業</b> ～自立支援型ケアマネジメント支援のために～	3
1. 目的	3
2. 派遣内容について	3
3. 対象者について	4
4. 費用について	4
5. リハ専門職の派遣時間について	5
6. 派遣申込の上限数	5
7. 派遣申込の手順・方法について	5
8. フロー図	6
様式①	7
様式① <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">記載例</span>	8
様式②	9
様式② <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">記載例</span>	10

本資料は佐賀中部広域連合管内で療養士の訪問指導における、リハ専門職の派遣に係る取り扱いについて記しております。資料に記載している取り扱いについては、各専門職団体の方々と協議を行いながら柔軟に改善をしていきます。事業構築にあたり活発なご意見等を頂ければ幸いです。

なお、本マニュアルを通じて以下のように各用語を省略して用いることとします。

- 地域リハビリテーション活動支援事業⇒本事業
- リハビリテーション専門職 ⇒リハ専門職

## I. 地域リハビリテーション専門職派遣事業 ～自立支援型ケアマネジメント支援のために～

### 1. 目的

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下「リハ専門職」という）の専門的な視点による助言を得ることで、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践を支援し、高齢者の要介護状態の軽減や悪化を防ぎ、生活の質の向上を目指します。



理学療法士



作業療法士



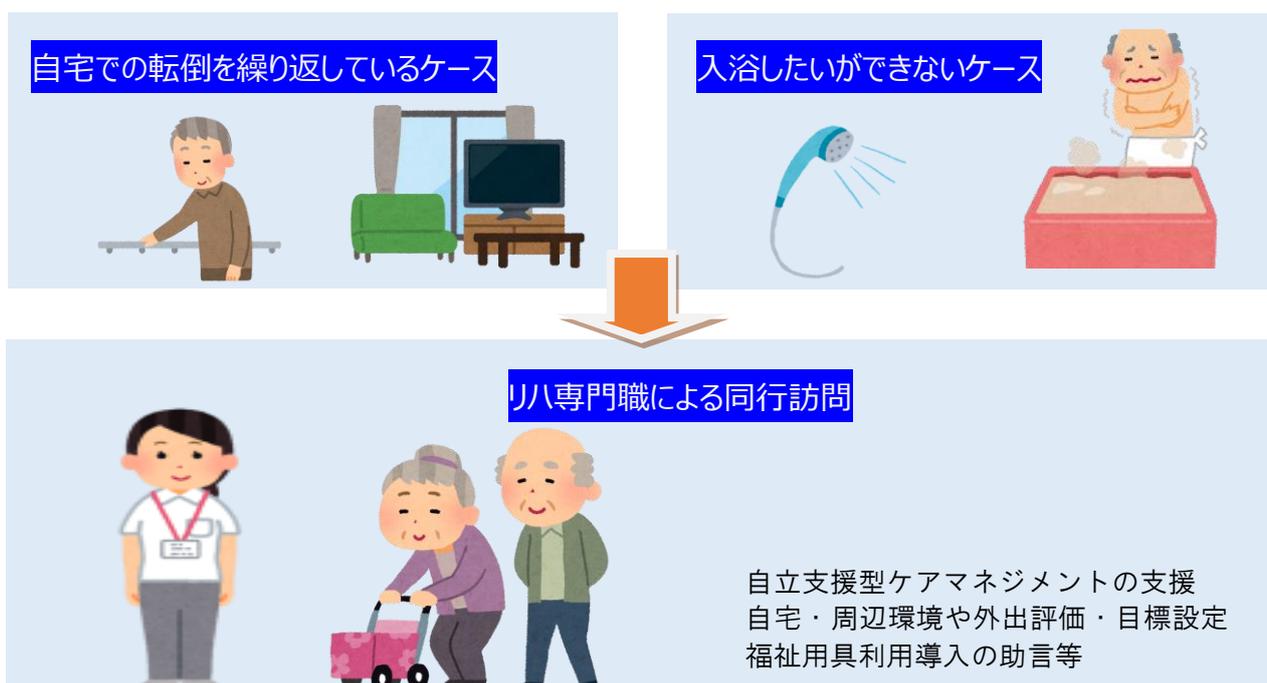
言語聴覚士

### 2. 派遣内容について

#### リハ専門職による同行訪問

リハ専門職が、ケアマネジャー等と一緒に高齢者の自宅を訪問し、自立支援の観点からのアセスメント支援や高齢者の有する能力を評価し、ケアマネジャー等に改善の可能性に向けた助言や福祉用具等の生活環境を整えるための技術的な助言など生活課題の改善に向けたマネジメントの支援を行います。

(例)



注意！)

本事業では、通所・訪問リハビリテーションのように、リハ専門職が

**高齢者へ直接サービス提供することはありません。**

**ケアマネジメント支援のための同行訪問です。**



#### 【生活課題として想定される項目】

動作	・立ち上がり動作 ・階段昇降 ・歩行
活動	・買い物など近隣への外出 ・公共交通機関の利用 ・調理などの家事 ・入浴など
参加	・コミュニケーション等

### 3. 対象者について

佐賀中部広域連合域内の第1号被保険者で、以下のいずれかの要件に該当する者

1. 自立支援型地域ケア会議で検討した事例でリハ専門職の派遣が適当と認められた者（事業対象者・要支援～要介護3）
2. 自立支援型ケアマネジメントを実践するうえで、リハ専門職の視点による課題抽出等を要する者（事業対象者・要支援者）

- \* 1. いずれの場合も、事業の趣旨を理解し、自立に向けた意欲があり、リハ専門職の介入により早期自立・介護予防につながる見込みがある者を対象とします。
- \* 2. 派遣対象者は、医療保険及び介護保険で訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションを利用していない者とします。
- \* 3. 初回訪問及び、評価のため訪問を行うため、利用者一人2回まで利用できます。

### 4. 費用について

介護報酬や利用者負担はありません。

佐賀中部広域連合から、リハ専門職に派遣費用を支払います。



## 5. リハ専門職の派遣時間について

派遣当日は、事前・事後の打合せ、利用者への訪問時間を含め2時間以内とします。

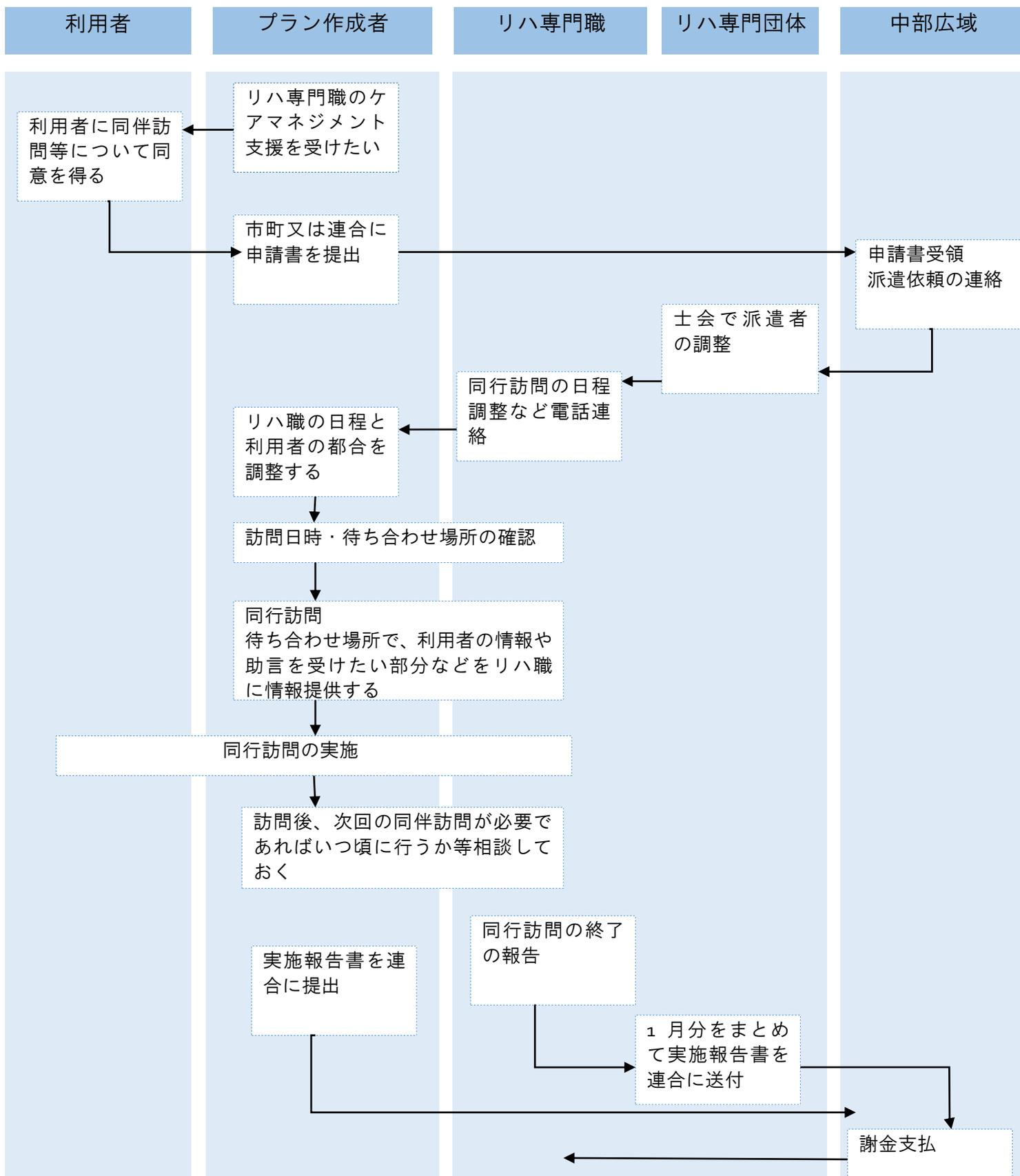
## 6. 派遣申込の上限数

派遣回数上限の調整が必要な場合、市町で行います。今年度は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり当面は申請状況に応じて対応します。

## 7. 派遣申込の手順・方法について

1. 利用者の同意を得ます。派遣回数の上限があるので、各市町へ連絡・相談をお願いします。  
(利用者の同意内容：リハ専門職が同行訪問するのは、アセスメント支援であり、リハビリを行うものではないこと。アセスメント支援のために利用者の状況についてリハ専門職に情報提供すること。)
2. 派遣申込書（様式①）を中部広域連合に提出ください。（メール不可）
3. 中部広域連合から、派遣依頼の内容を各団体に送付します。
4. リハ専門職から、同行訪問するケアマネジャー等へ日程調整の連絡が入ります。
  - ・同行訪問日の調整
  - ・訪問前に担当者としリハ専門職とで簡単な事前打ち合わせをする場所や時間の調整、スケジュール、打ち合わせ場所から利用者宅には、ケアマネジャーに同乗されるか、別で行かれるか等も確認します。  
(例：利用者宅訪問の前に20分程度事前打合せを、〇〇公民館で行う等)
5. 同行訪問当日
  - ・事前打合せで、訪問目的やどのような課題があるのか等伝えましょう。準備資料は、利用者基本情報及びプランです。プラン作成前であれば、プランは不要です。地域の社会資源の情報なども必要に応じて情報収集しておきましょう。
6. 同行訪問後日
  - 地域包括支援センター内で、支援内容などを情報共有することで職場のスキルアップにつなげましょう。
7. 佐賀中部広域連合へ事後報告書（様式②）を提出する。  
報告書の詳細は、経過記録等の添付をすることで記載内容を省略することができます。  
(報告書の内容の一部は、今後の事業検討を目的に各市町や団体へ情報提供します)
8. 評価等の2回目の訪問について
  - 初回に同行訪問したりハ専門職と、2回目の同行訪問の時期等について相談しておき、その時期になったら初回に同行訪問したりハ専門職に直接日程の相談の連絡をしてください。
  - 2回目の同行訪問は、申込書の提出は不要です。報告書は、1回目と同様の取扱いです。

### 8. フロー図



様式①

佐賀中部広域連合 同行訪問申込書

年 月 日

佐賀中部広域連合長様

事業所  
管理者

次のとおり、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の同行訪問を申し込みます。

※利用者に応じて選択する

1. 訪問を希望する被保険者

フリガナ		被保険者番号							
被保険者 氏名		年齢	歳	本人同意 有無	<input type="checkbox"/> 有 (利用には同意が必要です。)				
住所		要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 事業対象者					

2. 同行訪問を行う担当職員又は、ケアマネジャー

担当者		TEL	(担当者と直接連絡がつく番号を記載ください)  (連絡希望時間帯 )
-----	--	-----	--

3. 同行訪問に関する希望等

訪問日程	<input type="checkbox"/> 希望日がある 第1希望 月 日 ( ) 午前・午後 第2希望 月 日 ( ) 午前・午後 <input type="checkbox"/> 希望の曜日がある ( . . ) 曜日 の午前・午後がいい <input type="checkbox"/> いつでもいい 午前・午後 * 後日リハ専門職からの連絡で、訪問の日程を調整します。		
事例概要	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議の事例の事後フォロー 地域ケア会議開催日 年 月 日 場所 事例 A・ B・ C <input type="checkbox"/> 新規利用者 ( )		
希望する理由・目的			

(注意) ・より良い指導を行うために必要な個人の情報を、専門職等へ提供することを利用者の同意を得たうえで提出してください。

・この同行訪問は、リハビリや栄養改善の視点から助言・提案を行うものです。治療を行うものではないことも事前に説明しておいてください。

様式①

記載例

## 佐賀中部広域連合 同行訪問申込書

令和4年4月1日

佐賀中部広域連合長様

事業所 おたっしや本舗管理者  

次のとおり、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の同行訪問を申し込みます。

※利用者に応じて選択する

## 1. 訪問を希望する被保険者

フリガナ	いごり ルカ	被保険者番号	0001111222	
被保険者 氏名	連合 はな子	年齢	79歳	本人同意 有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (利用には同意が必要です。)
住所	佐賀市白山二丁目1番12号	要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 事業対象者	

## 2. 同行訪問を行う担当職員又は、ケアマネジャー

担当者	介護支援専門員 佐賀 太郎	TEL	(担当者と直接連絡がつく番号を記載ください) 090-0000-△△△△ 連絡希望時間帯 8時半～17時 )
-----	---------------	-----	--

## 3. 同行訪問に関する希望等

訪問日程	<input checked="" type="checkbox"/> 希望日がある 第1希望 4月18日(月) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・午後 第2希望 月19日(火) 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 希望の曜日がある (火・木・ ) 曜日の午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後がいい <input type="checkbox"/> いつでもいい 午前・午後 * 後日リハ専門職からの連絡で、訪問の日程を調整します。		
事例概要	<input type="checkbox"/> 地域ケア会議の事例の事後フォロー 地域ケア会議開催日 年 月 日 場所 事例 A・B・C <input checked="" type="checkbox"/> 新規利用者		
希望する理由・目的	骨折で退院後、新規の利用者。身体機能の低下を防ぎ、自立に向けたマネジメント支援を受けたい。		

(注意) ・より良い指導を行うために必要な個人の情報を、専門職等へ提供することを利用者の同意を得たうえで提出してください。

・この同行訪問は、リハビリや栄養改善の視点から助言・提案を行うものです。治療を行うものではないことも事前に説明しておいてください。

## 様式②

## 佐賀中部広域連合 同行訪問実施報告書

年 月 日

佐賀中部広域連合長様

事業所  
管理者

令和 年 月 日付けで申込した件につきまして、次のとおり、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）と同行訪問を実施したので報告します。

1. 訪問日時	年 月 日 ( )	
2. 訪問者	リハ専門職	センター職員又はケアマネジャー
3. 助言内容  (内容が記載されていれば 経過記録等添付し、右空欄 で可)	(事例概要) <input type="checkbox"/> 地域ケア会議の事例の事後フォロー <input type="checkbox"/> 新規利用者 <input type="checkbox"/> 2回目の訪問	
4. 助言内容を事業所内で情報共有できたか		
5. 助言内容は、マネジメントの参考になったか	<input type="checkbox"/> とても参考になった <input type="checkbox"/> 参考になった <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 参考にならなかった	
6. <u>2回目の訪問時にご記入</u> ください。	利用者の状況について、1回目と比較してどう感じられましたか？ <input type="checkbox"/> 改善した <input type="checkbox"/> やや改善した <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 悪化した	

\*この報告書の助言内容を、事業所内で情報共有しアセスメントのスキルアップにつなげましょう。

\*報告書の提出は、訪問日から2週間以内に提出ください。

様式② 記載例

佐賀中部広域連合 同行訪問実施報告書

令和4年4月20日

佐賀中部広域連合長様

事業所 ○○おたっしや本舗

管理者 ○○ ○○

令和3年 10月 10日付けで申込した件につきまして、次のとおり、専門職（理学療法士、作業療法士・言語聴覚士）と同行訪問を実施したので報告します。

1. 訪問日時	令和4年 4月18日（月）11時～12時	
2. 訪問者	リハ専門職	センター職員又はケアマネジャー
	中部 次郎	佐賀 太郎
3. 助言内容	（事例概要） <input type="checkbox"/> 地域ケア会議の事例の事後フォロー <input checked="" type="checkbox"/> 新規利用者 <input type="checkbox"/> 2回目の訪問  ①夜間トイレに行く動作を行う上での環境面の問題（段差の有無、生活動線など）がある為、転倒予防に手すりが必要ではないか。この方は、以前の生活の様子や現在の状態から、改善が見込めるため、住宅改修ではなく福祉用具の方が適しているのでは  ②通院時、杖で歩くのが大変という事だったが、杖を確認したら杖先のゴムが紛失していた。体重減少により能力の改善は可能だが、現状の生活では代替手段の検討が必要だろう。杖先は交換し、通院時は押し車をしようしてはどうか	
4. 助言内容を事業所内で情報共有できたか	助言内容を事業所内で情報共有できた。転倒予防の助言は、特に参考になったと意見があった。（事業所内で情報共有した時の感想等お聞かせください）	
5. 助言内容は、マネジメントの参考になったか	<input type="checkbox"/> とても参考になった <input checked="" type="checkbox"/> 参考になった <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 参考にならなかった	
6. 2回目の訪問時にご記入ください。	利用者の状況について、1回目と比較してどう感じられましたか？ <input type="checkbox"/> 改善した <input type="checkbox"/> やや改善した <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 悪化した	

\* この報告書の助言内容を、事業所内で情報共有しアセスメントのスキルアップにつなげましょう。

\* 報告書の提出は、訪問日から2週間以内に提出ください。



**【問合せ先】**

佐賀中部広域連合 給付課包括支援係  
〒840-0826 佐賀県佐賀市白山二丁目1番12号  
電話：0952-40-1134  
FAX：0952-40-1165  
Email [rengo@chubu.saga.saga.jp](mailto:rengo@chubu.saga.saga.jp)