

平成 18 年度全国訪問リハビリテーション研究会 研修会 in 新潟

新潟県内の訪問リハを盛り上げよう！

～まずは量的な充足を目指して～



日 時 : 平成 18 年 6 月 17 日 (土)、18 日 (日)

会 場 : 新潟ユニソンプラザ

[主 催] 全国訪問リハビリテーション研究会

[後 援] (社)新潟県理学療法士会, (社)新潟県作業療法士会,

新潟県言語聴覚士会, 新潟県医師会, (社)新潟県看護協会

新潟県訪問看護ステーション協議会

新潟県内の訪問リハを盛り上げよう！

～まずは量的な充足を目指して～

第1日目：平成18年6月17日（土）

- 12:00～ 受付開始 ※実行委員は敬称略
- 13:00～13:05 開会挨拶
実行委員長 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 大越 満
全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏
- 13:10～14:10 特別講演 「今、訪問リハビリに求められていること」
講師 医療法人輝生会 理事長 石川 誠氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏
- 14:10～15:10 教育講演1 「神経難病の在宅医療」
講師 堀川内科神経内科クリニック 院長 堀川 楊氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 横島 啓幸氏
- ～休憩～
- 15:20～16:20 教育講演2 「医療機関における訪問リハの管理、運営」
講師 らぼーる新潟理事長、ゆきよしクリニック院長 荻莊 則幸氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 伊藤 隆夫氏
- ～休憩～
- 16:30～17:30 疾患別実践報告（指定演題発表）～量的データの分析と一例報告～ 一人20分
「脳卒中の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 島田 悟
「整形疾患の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 桑原 至
「神経難病の訪問リハ」 在宅リハビリテーションセンター成城 屋住千佳子氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 斉藤 正美氏
全国訪問リハビリテーション研究会理事 宇田 薫氏
- 19:00～20:30 懇親会（会場：須坂屋そば）

第2日目：平成18年6月18日（日）

- 9:00～9:20 「新潟県内の訪問リハ実態調査報告」
はあとふるあたご 在宅ケア事業部訪問看護ステーション 大野 智也
- 9:20～12:00 ワークショップ
「専門職種の間域と専門性」
～共通した知識・技術は何か～
- 12:00～13:00 ～昼食休憩～
- 13:00～14:30 各グループの発表
- 14:30～14:45 総評
全国訪問リハビリテーション研究会 会長 宮田 昌司氏
- 14:45～14:50 閉会挨拶：実行副委員長 五十嵐整形外科 佐藤 裕之

教育講演2

医療機関における訪問リハの管理，運営

らぼーる新潟理事長，ゆきよしクリニック院長

社会福祉法人 豊潤舎 新潟県リハビリテーションセンター 理事長 荻莊 則幸氏

御略歴

職歴：

- 昭和 59 年（1984）4 月 弘前大学医学部卒業後，新潟大学医学部整形外科入局
新潟大学付属病院，新潟市民病院
新潟労災病院，長岡赤十字総合病院
はまぐみ小児療育センター，厚生連病院にて研修
- 平成 03 年（1991）2 月 新潟県身体障害者更生指導所 勤務
新潟県身体障害者更生相談所 勤務
- 平成 05 年（1993）4 月 新潟県中央福祉相談センター 勤務
- 平成 08 年（1996）4 月 新潟市市民局福祉部障害福祉課 兼務
- 平成 09 年（1997）3 月 上記退職
- 平成 09 年（1997）6 月 ゆきよしクリニック（整形外科・リハビリ科）開院
- 平成 11 年（1999）3 月 医療法人社団 らぼーる新潟 設立 理事長就任
- 平成 14 年（2002）7 月 通所リハビリ施設「楽いち」開設
- 平成 15 年（2003）4 月 通所介護施設「楽いち」開設
- 平成 17 年（2005）10 月 社会福祉法人「豊潤舎」設立，理事長就任

日本整形外科学会 専門医

日本リハビリテーション医学会 認定臨床医

日本医師会 健康スポーツ医

日本整形外科学会 認定スポーツ医

介護支援専門員

日本体育協会 公認スポーツドクター

公認 障害者スポーツ医

義肢装具等適合判定医

日本医師会 認定産業医

JADA 公認ドクター・コントロール・リハビリ

当院では、平成 12 年、介護保険の施行と同時に、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を開始した。当初は非常勤の理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）各 1 名で実施した。利用者登録数は、介護保険 9 名、医療保険 1 名で、平成 12 年 4 月の訪問リハ延べ回数は 19 回であった。その後、登録者は増加の一途で、平成 12 年度 1 年間では 823 回を実施した。以後、毎年増加し、平成 17 年度では 7,644 回であった。


平成 18 年 5 月現在では、PT 7 名、OT 4 名、うち常勤 8 名、非常勤 3 名で、202 名（介護保険 182 名、医療保険 20 名）の登録者に対して 1 か月間に 750 回の訪問リハを実施するに至っている。

今回、過去 6 年間にわたり、概ね 25,000 件に対して実施してきた当院の訪問リハの現状と、平成 18 年 4 月、介護保険、医療保険の初めての同時改定による今後の展望と課題について述べる。



- (1) 同じ訪問リハを実施するにも関わらず、介護保険と医療保険でどうして単価が異なるのか？また、実施機関が医療機関と訪問看護ステーション（以下、訪看）でどうして単価が異なるのか？
- (2) 介護保険で訪問リハを実施する場合、医療機関では医師の指示（書）は、1 か月以内であるが、訪看では医師の指示書の有効期間は医師の裁量で概ね 1～6 か月以内である。
医療保険で訪問リハを実施する場合、当該医療機関が 1 か月以内に毎月、診療を行うか、もしくは在宅訪問診療を実施している医療機関から 2 週間以内に情報提供書を提出してもらう必要がある。
このように、実施する機関、実施する制度の組み合わせにより、指示、もしくは指示書の違いと、有効期間の相違が生じているのは何故なのか？
- (3) 退院、退所後の期間によって、どうして単価が異なるのか？介護保険では 1 か月以内が 850 点、1～3 か月以内が 720 点、それ以後は 520 点である。医療保険では、退院後 3 か月以内は週 12 単位（1 単位は 300 点）、それ以降は週 6 単位まで算定可能とされている。これは、短期集中で実施するリハビリのみが有効であり、3 か月以降のリハビリは意味がないということにもつながりかねない。しかし、訪問リハにとって、大切なことは維持期（支持期）をどう支えていくかである。
- (4) 今回の介護保険の改定で、訪看からの訪問リハ回数が訪問看護の回数の 1/2 以下に制限されたことにより、訪問リハの実施機関を医療機関にシフトさせようとしているのか？
- (5) その他
訪問リハの評価とゴールについて、
PT、OT、STの専門性（スーパースペシャリストからジェネラリストへ）とは？



**医療機関における
訪問リハビリテーションの管理, 運営**


 (医)らぼーる新潟 ゆきよしクリニック
 (福)豊潤舎 新潟県障害者リハビリテーションセンター
 理事長 荻荘 則幸


**訪問は「通院が困難な利用者」に
対して給付される**

- ・通院により同様のサービスが担保されるなら、通院サービスを優先すべきという主旨
- ・通院によるリハビリ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の状態の確認を含める

リハビリテーション料の算定日数制限

- 脳血管疾患等 180日
- 運動器 150日
- 呼吸器 90日
- 心大血管 150日



4月28日厚労省の疑義解釈

「脳卒中でも治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は例外とする」

平成18年6月7日 中央社会保険医療協議会

「自宅以外の多様な居住の場」
における在宅医療の推進



7月1日から厚労省は見直しを実施
「介護付き有老ホームへの往診」

厚労省：麦谷医療課長

「これまで算定できている実態を知らずに
杓子定規に整理した結果、
4月から3か月間在宅医療が停滞した」

訪問リハビリテーション

在宅医療 ≠ 終末期医療



「元気になる場」=その人なりの社会復帰

※訪問看護でもリハ業務が約30%を占める。

今後の訪問看護のあり方？

訪問リハビリ実施機関

- ① 病院
 - ② 診療所
 - ③ 訪問看護ステーション
 - ④ 介護老人保健施設
- * 訪問リハビリステーション(?)

訪問リハビリテーションの種類と特徴

分野	介護		医療	
法律	介護保険法		医療保険法	
実施機関	病院 診療所、老健	訪問看護 ステーション	病院 診療所	訪問看護 ステーション
名称	訪問リハビリ テーション	訪問看護7	在宅訪問リハビリ テーション指導管理	PT・OT・STによる 訪問看護
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)		介護保険非対象者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	
訪問頻度	上限規程なし		週6単位まで	
訪問時間	20分以上	30分以上 60分未満	20分(1単位)	
単価	500単位 リハマナ加算：20単位 短期集中リハ実施加算 ：330単位、200単位	830単位	300点	月の初日12,350円 2回目以降8,200円 (訪問看護基本療費1と 訪問看護管理療費を合算)
利用者負担	1割負担		保険に応じ1~3割負担	

訪問リハの制度上の問題

- ①医療保険(在宅訪問リハ指導管理料)
PT・OT・ST 20分300点(1単位)
週6単位まで、退院から3か月以内は
週12単位まで実施可能。
- ②介護保険
PT・OT・ST 1日20分以上、500単位(リハ・マナ加算
20単位)
短期集中リハ実施加算
330単位(1月以内)
200単位(1月超3月以内)

訪問リハビリテーション介護報酬 (算定基準)(500単位)

- 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所(指定居宅サービス基準第76条に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう)のPT、OT又はSTが、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーション(指定居宅サービス基準第75条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう)を行った場合に算定する。

訪問リハビリテーション介護報酬 (算定基準)

- 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる1月以内に行われた場合に算定する。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (算定基準)(1単位300点)

- 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関のPT、OT又はSTを訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者一人につき週6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料 (算定基準)

- 当該患者に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供(診療情報提供料の場合に限る)を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

訪問リハビリテーション

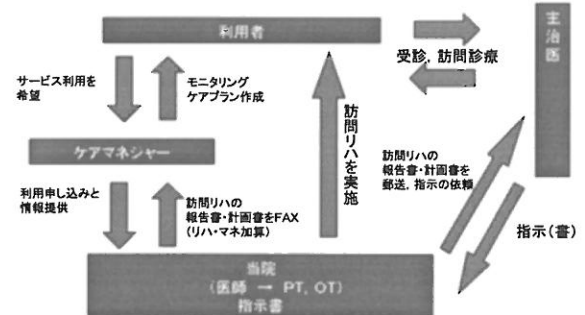
- 医療機関
 - ・ 指示を行う医師の診療の日から1か月以内
 - ・ 情報提供を行う医療機関の医師の診療の日から1か月以内
- 訪問看護ステーション
 - ・ 訪問看護を行うということで、リハビリスタッフが行う
 - ・ 医師の裁量(1~6か月が適当か?)

訪問系の単価

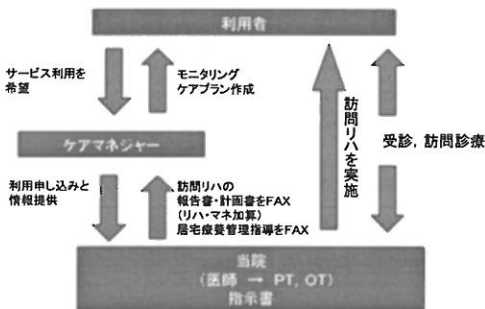
- (1) 訪問診療 830点/1時間
(往診 650点/1時間)
- (2) 訪問看護 ※30分以上1時間未満の場合(介護保険)
医療機関 550単位
訪問看護ステーション 830単位
- (3) 訪問介護(身体介護) 584単位/1時間以上
※1時間以上の場合(介護保険)
※因みに、レントゲンのメンテナンス 80,000円/3時間

- 訪問看護ステーションから「理学療法士等」による訪問看護はあくまで看護業務の一環であるので保健師又は看護師による訪問の回数を上回ることは適切ではない。なお言語聴覚士による訪問はあくまで看護業務の一部であることから…(略)…診療の補助行為に限る。

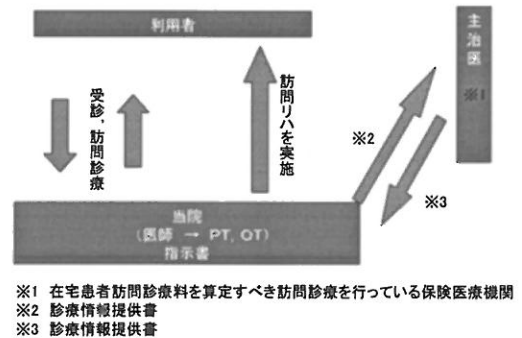
訪問リハ実施までの流れ (介護保険を利用し、他の医療機関に主治医がいる場合)



訪問リハ実施までの流れ (介護保険を利用し、当院が主治医の場合)



訪問リハ実施までの流れ (医療保険をする場合の原則的な流れ)



当院の訪問リハスタッフ (2006年5月現在)

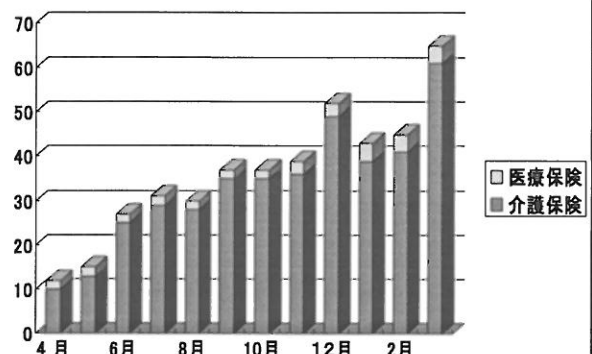
理学療法士 8名
 作業療法士 4名

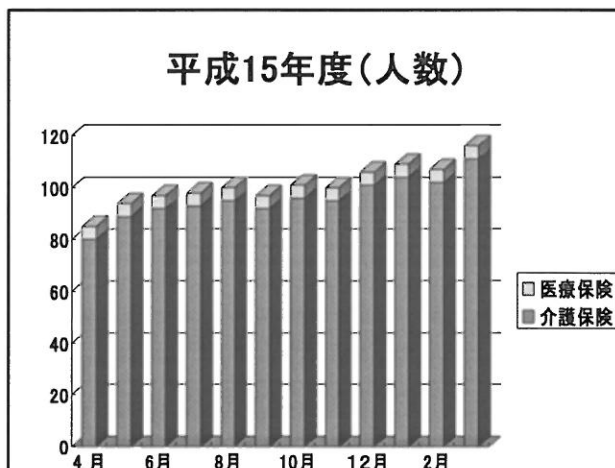
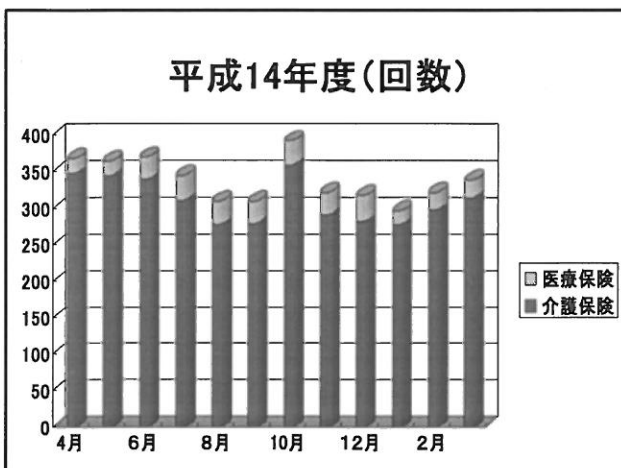
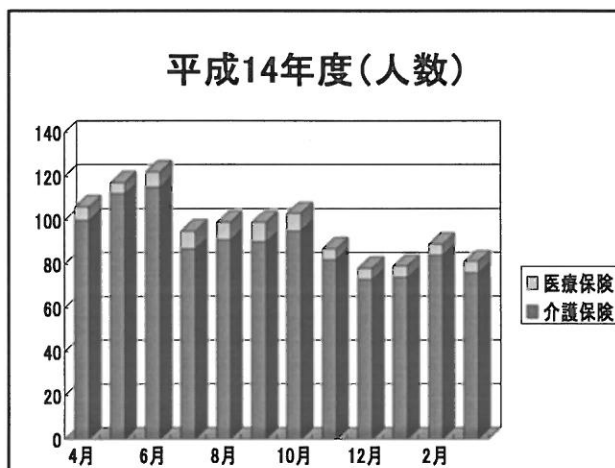
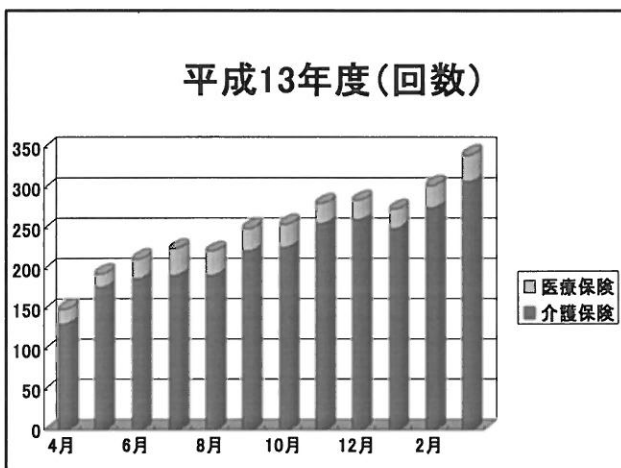
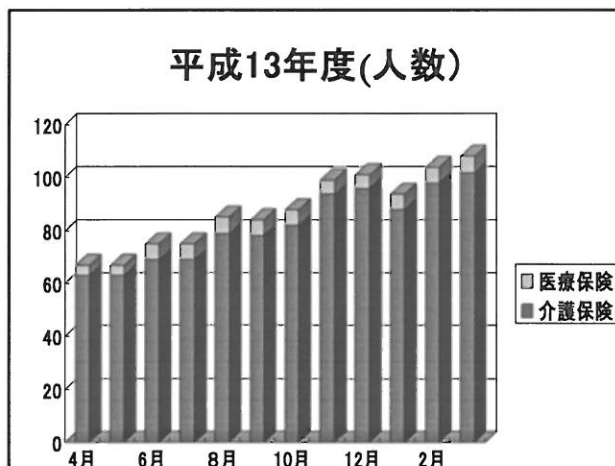
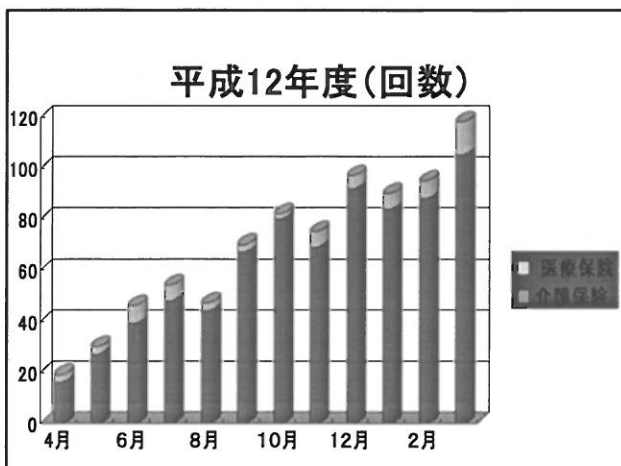
- ・訪問リハが主たる業務 6名
- ・デイサービスと半々 2名
- ・連絡調整業務と半々 1名
- ・約週1回の勤務 3名

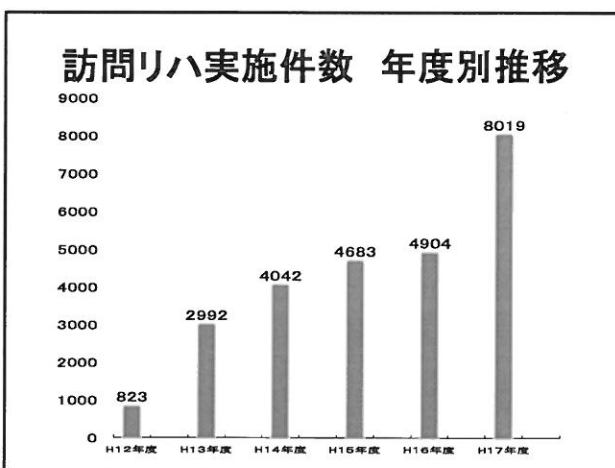
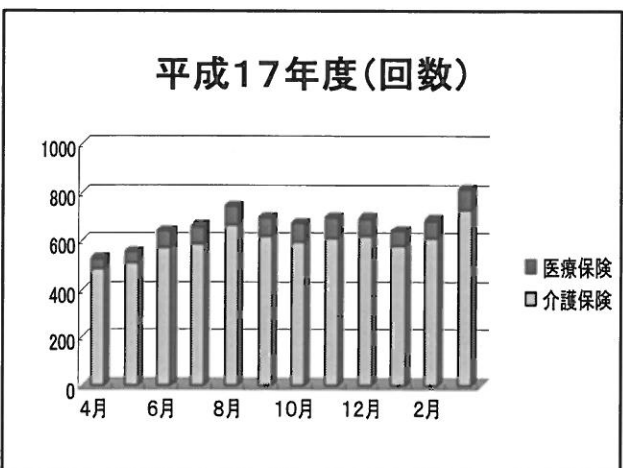
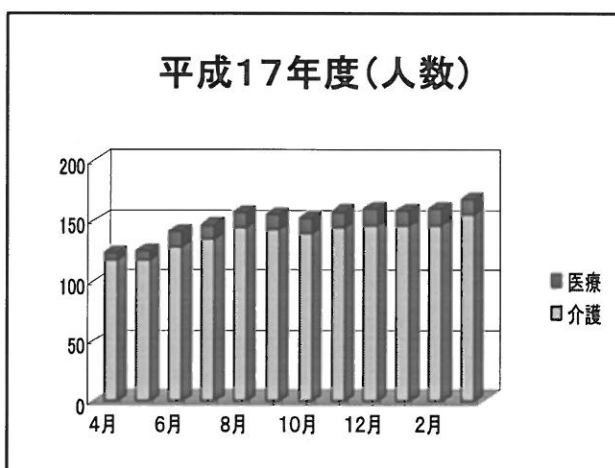
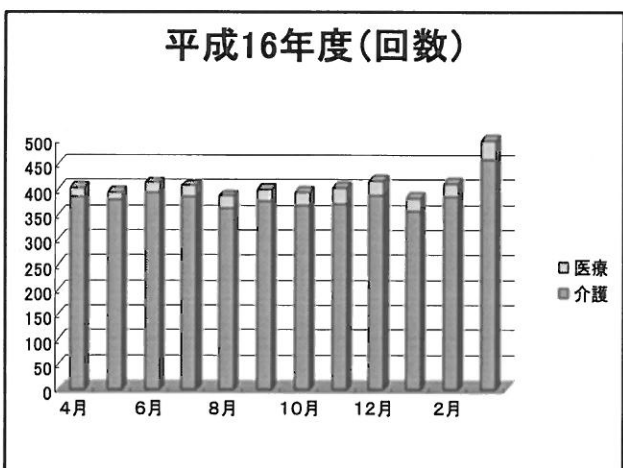
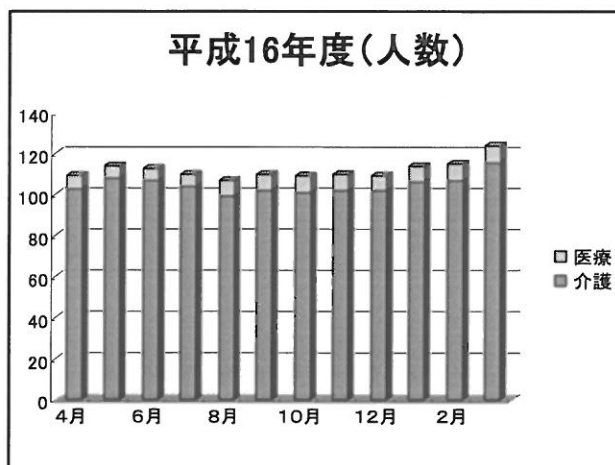
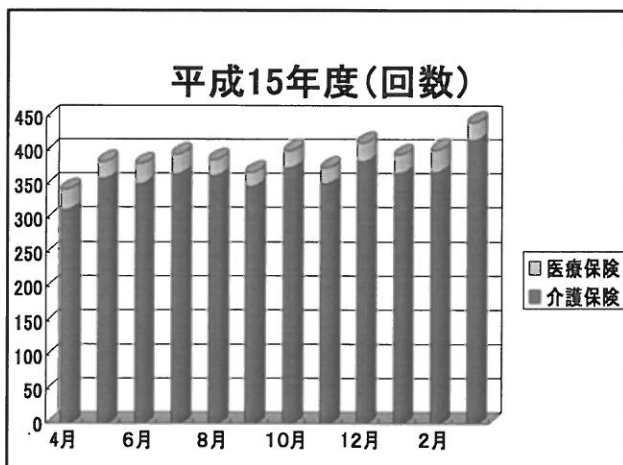


※PT・OT・STの常勤配置数全国平均2.65人
(全国訪問リハ研究会調査, 2004年9月)

平成12年度(人数)







訪問リハ利用者の主たる疾患(n166) (2005.11.17現在)

- 脳血管障害 72名
- 中枢神経系退行疾患 21名
(PD8名, SCD6名, ALS5名, MS2名)
- 骨関節疾患 27名 (RA5名, 他OA等)
- 神経筋疾患 4名 (筋ジストロフィー4名)
- 呼吸循環器疾患 10名
- 骨折後後遺症 8名
- 脊髄損傷 7名
- 脳性麻痺 3名
- その他 14名(認知症, 癌, 精神疾患, ライソソーム病等)

訪問リハ利用者の保険区分 (2006年5月末現在)

- 利用者数 182名
- 医療保険 15名(8.2%)
- 介護保険 167名(91.8%)

訪問リハを利用するクライアントの要介護度は高い傾向にある

表 介護保険受給者と介護度との関係 (厚生労働省, 2002 単位:千人)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
居宅サービス受給者合計	240.3	560.3	335.4	197.7	151.1	135.7
(割合)	(14.0%)	(34.6%)	(20.7%)	(12.2%)	(9.3%)	(8.4%)
訪問リハ受給者	0.2	2.7	3.2	3.0	3.5	5.1
(割合)	(1.1%)	(13.2%)	(18.4%)	(17.2%)	(20.1%)	(29.3%)

寝たきり状態から脱却させることが第一の介入目標になりやすい

訪問リハビリで何を行うのか？

維持期リハビリ — 生活全般のコーディネート

1. 環境整備, 生活空間の拡大
 - ・福祉用具, 家屋改造
2. 意欲向上, 動機づけ
 - ・介護者も含めたQOLの改善
3. 機能訓練(狭義のリハビリ)
4. 他業種への啓発

維持期リハビリ

1. 在宅
 - ・通院
 - ・通所リハビリ(診療所, 病院, 老健)
 - ・訪問リハビリ
 - ・短期入所
2. 施設
 - ・入院(介護療養型医療施設)
 - ・入所(介護老人保健施設)

維持期リハビリの効果判定

- ADL改善, 維持率
- QOLの改善
- 体力, 歩行能力
- 障害受容, 生活への意欲, 生活の活動性, 社会参加

維持期リハビリに終わりはない

- 評価は何を目標におくのか？
- 訪問リハビリから通所リハビリへ
- 訪問リハビリから入院へ

訪問リハビリにおける問題点

- ① アナウンスメント
- ② リハビリ専門職をジェネラリストへ
- ③ STによる訪問(H18年度より完全実施)
- ④ 単価の引き上げと一元化
- ⑤ 医療機関からの指示(書)の一元化
- ⑥ 特定疾患であるが特定疾病ではない疾患(MS, MG, 筋ジス)に対する問題

医療の効率化

効率的なリハビリ

「資源・費用」 → 「最大の効果」

(二木 立, 2006)

医療の効率化

- ① 国民が最適な医療を受ける権利を保障
- ② 資源・費用の範囲を把握
- ③ 効果の多面的な評価

(二木 立, 2006)

コストシフティング

公的費用 → 私的費用

- ・家族介護
- ・ボランティア

※重度者では、
在宅ケアの費用 > 施設ケアの費用

More For Less

ケア
マネ-ジメント

地域リハビリ

維持期リハビリの
クリティカルパス

医療費について

医療給付費：診療報酬から自己負担分を除いたもの

現在 26兆円 20年後 56兆円

国民医療費：自己負担分を含む

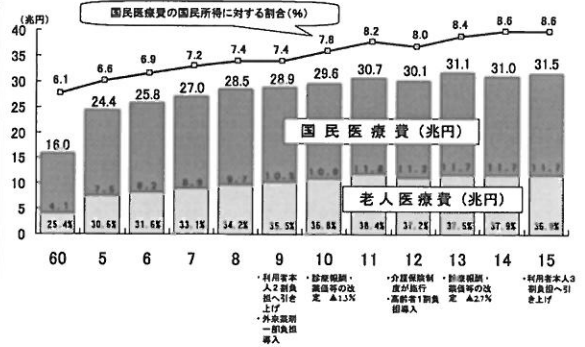
現在 32兆円 20年後 65兆円

総医療費：健康増進・健診費用・一般薬・正常分娩費
国立病院等の建設費、療養環境整備費、管理費

現在 41兆円 20年後 90兆円

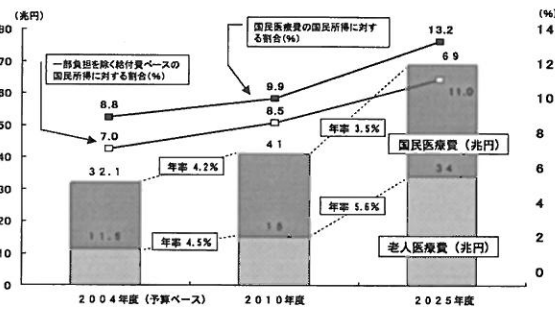
医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。
○特に老人医療費の伸びが著しい。



国民医療費の見通し

○医療費は経済成長を上回る3~4%程度の伸びであり、このまま推移すれば、国民医療費の対国民所得比は現在の現在の8.8%(給付費ベース7%)から2025年には13.2%(給付費ベース7%)に上昇。



注1：老人医療費は2017年度まで対給付費の引き上げが行われていることに注意が必要
注2：2010年度は「社会保障の給付と負担の見直し」(平成18年度)ベースの推計値

OECD Health Data 2005

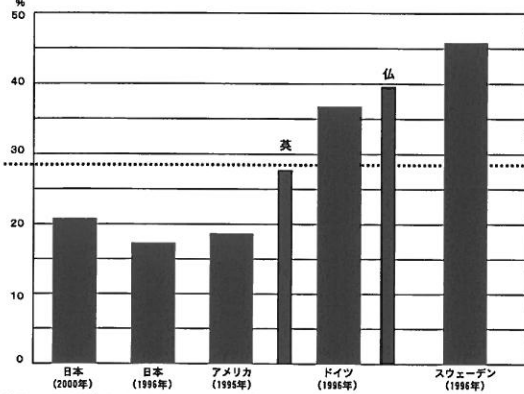
OECD加盟国の1人当たり医療費(2002年、PPP換算米ドル)
GDPに占める医療費の割合

PPP:購買力平価

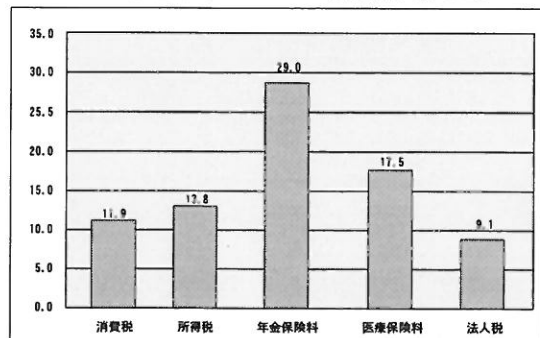
国	1人当たり医療費 (米ドル)	GDPに占める割合 (%)
米	5287	14.7
独	2916	10.9
加	2845	9.6
仏	2762	9.7
伊	2248	8.4
英	2231	7.7 (8.4(2004))
日	2139	7.9

29か国中18位、G7中7位

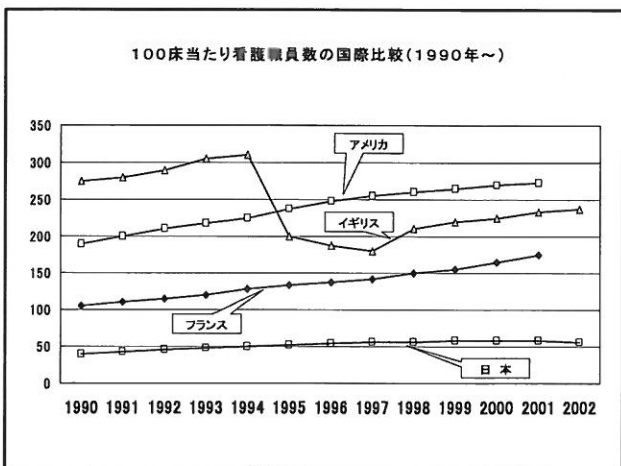
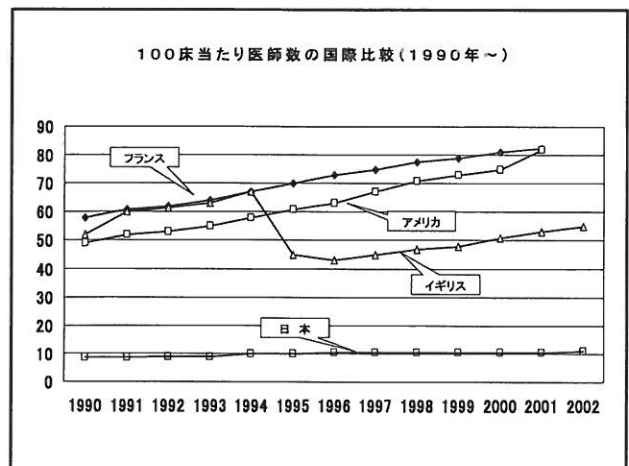
社会保障給付費 (対国民所得比) の国際比較



国民の負担する税・社会保険料 (地方税を除く、このほかに介護保険料など)



人口1000人当たり 病床数(2000年度)		1人当たり年間外来 受診件数(2000年)	
米	3.4	米	8.9
独	8.9	独	7.3
加	3.7	加	6.3
仏	7.9	仏	6.9
伊	4.4	伊	6.1
英	4.2	英	5.4
日	14.4	日	14.4



医療の原点は在宅診療である

↓

診療所単独から
在宅チーム医療
医師とケアマネの二重支配

Successful Aging

- 単に寿命を延ばすのではない
- いかに上手に年齢を重ね
- 健康寿命を延ばしQOLを高く保つか

**当院リハスタッフの学会発表等実績
(訪問リハ関連)**

- ・丸山麻美子: 当院における訪問リハビリテーションの実態. 第22回関東ブロック, 2003
- ・丸山麻美子: 脊髄小脳変性症の一症例に対する訪問リハビリテーション. 2002
- ・飯田 瞳: 在宅脳血管障害者のトイレ動作における介護負担について. 新潟県作業療法学会, 2005
- ・小野明子: 主治医, ケアマネージャー, 家族が予測していた以上に回復を見せた一症例. 全国訪問リハビリテーション研究会第6回全国大会, 2005
- ・大越 満: 作業療法士による訪問リハビリテーションの実情. 全国訪問リハビリテーション研究会第3回全国大会, 2004
- ・大越 満: 作業療法士が実感している訪問リハビリテーションの介入効果. 全国訪問リハビリテーション研究会第6回全国大会, 2005
- ・大越 満: 作業療法士による訪問リハビリテーションの実情に関する研究. 広島大学大学院保健学研究科修士論文, 2004

PT、OT、ST、看護師、CM の垣根をとりはらって generalistを目指す

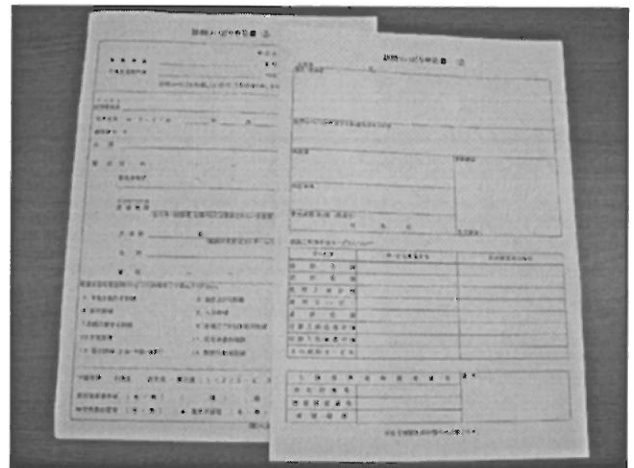
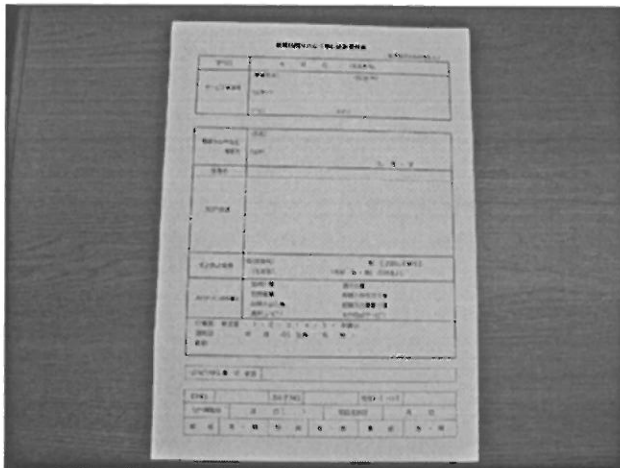
訪問リハビリ運営マニュアル①

1. 申し込み

新規の依頼があった場合（CMよりTELで依頼）、新規訪問リハビリ申し込み受付表に確認事項を記入する。

確認事項 支援事業者名・担当CM・依頼者（利用者）の住所、
月1回以上診察を受ける主治医の有無・希望利用日
申し込み時必要書式一式をCM宛てに送付。
（郵送のほかFAX・ホームページからダウンロードのいずれでも可）

必要書式 主治医からの情報提供書（リハビリ指示書）
CMからの訪問リハビリ申込書①②（2枚組み）
合計3枚の書式に手順説明書1枚と、
返信用封筒2枚を一緒に送付する。
主治医とCMからの情報が揃ったら院長に報告する。



訪問リハビリ運営マニュアル②

2. 往診と契約①

主治医・CMの情報から訪問リハビリの担当者・訪問日・往診日を決定する。
医療保険のカルテと訪問リハビリ（介護保険）のカルテを用意する。
依頼者へ往診の連絡。往診日時と用意しておいて頂くものを説明しておく。

〈往診時用意して頂くもの〉

医療の保険証・介護保険証・印鑑
老人保険受給者証・特定疾患受給者証・県障受給者証・身障者手帳

〈往診準備〉

医療カルテ・リハカルテ・依頼者宅の地図・デジカメ（保険証確認用）
契約書・自動払込利用申込書・担当PT、OTの名刺・往診かばん

※カルテ・契約書に往診日の日付印を押す。

※デジカメのバッテリー・未処理の画像の有無を確認する。

※訪問リハビリの開始日時がわかるようにしておく。（往診時依頼者に伝えられるように）

訪問リハビリ運営マニュアル③

2. 往診と契約②

〈往診後〉

- ・デジカメの画像をプリントアウトする。
- ・医療保険証類は医療のカルテに貼付し会計処理を行う。
- ・介護保険証はリハカルテへ保管。

（特定疾患受給者証のみ、介護保険でも必要。専用ファイルに保管）

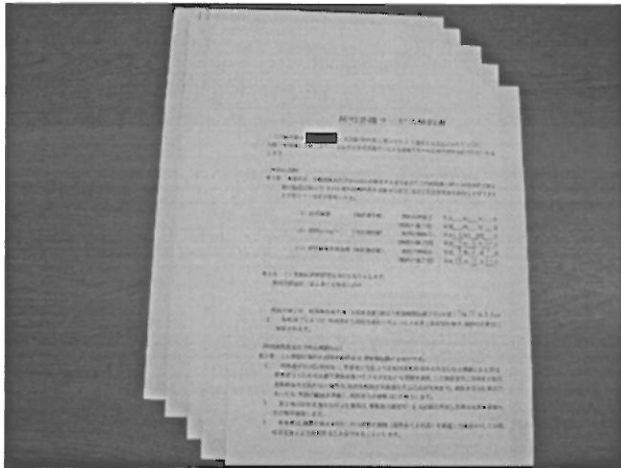
- ・契約書に有効期間・居宅療養管理指導の有無をチェックし追記したら2部ともCMへ送付。署名・押印後返送されたら、1部を利用者へ、1部をカルテに保管。

- ・情報提供頂いた主治医へ返事のハガキを送付する。（院長より）

- ・担当PT・OTへ情報が揃ったことを伝え、初回訪問日の確認をとる。

- ・各種リスト（利用者・主治医・CM・リハ予定表など）へ追加。

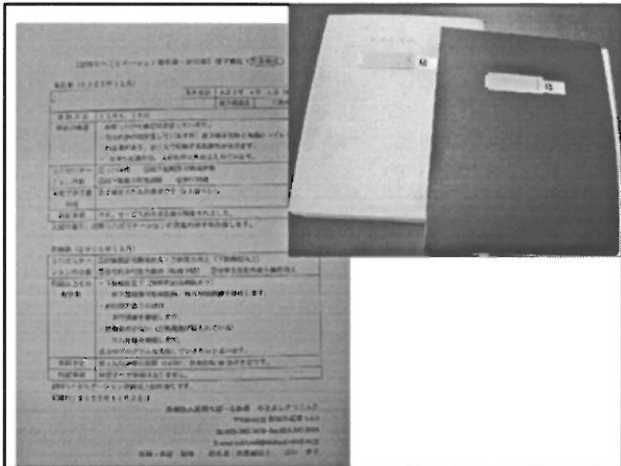
※特定疾患患者の場合、医療機関追加申請および診断書が必要。書類の準備ができたなら利用者本人へ渡し、手続きをしていただく。申請後、受給者証に当院名が追記されたらコピーを当院まで送っていただく。



訪問リハビリ運営マニュアル④

3. 担当PT・OTからの報告

- 日報 訪問毎に担当者名・日時・血圧値・リハメニュー・状態を記載
月報 毎月の報告書・翌月の計画書を作成
※報告方法(どの方法かは各PT・OTに一任)
- 日報 メール(添付ファイル)・・・院内にてプリントしカルテに貼付
ワープロ・PC入力後プリントし提出・・・院内にてカルテ貼付
カルテに直接記載
- 月報 メール(添付ファイル), FD
※複数のPT・OTで一人の利用者を担当する場合はどちらか一方の担当者が
記載し、連名で提出すればよい。その際記載者を明記する。
※日常生活活動訓練加算算定者には、専用の書式あり(加算期間のみ)
- 月報(報告書・計画書)について
毎月25日までに報告書・計画書を作成し28日AM10時必着で提出。
院長報告後、訂正や不明な点があれば担当者に確認後修正し、下記関係者へ報告。
・主治医・・・月末に郵送。翌月の情報提供書式を同封し指示を返送していただく。
・CM・・・FAXにて報告。
・利用者・・・担当PT・OTから直接利用者へ渡していただく。
2枚持参し、1枚は利用者宅にて保管、1枚は確認いただいた日付と
印鑑またはサインをいただき、各PT・OTごとに保管(または院内にて保管)する。



訪問リハビリ運営マニュアル⑤

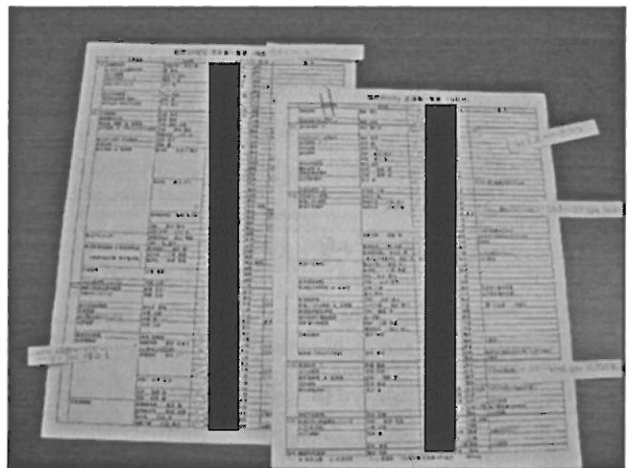
4. 情報提供書(リハビリ指示書)について

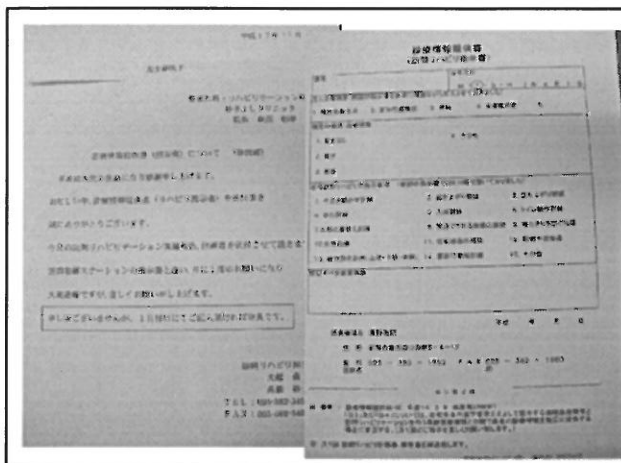
- (院長主治医の場合)
 - ・月1回の往診(または受診)に指示書記入。カルテに保管。
- (別医療機関の医師が主治医の場合)
 - ・前項の月報についての記述にもあるように、月1回情報提供を依頼。
 - ・得られた情報は院長に報告し、院長より指示をいただく。
 - ・情報提供書は主治医別(医療機関別)にファイルし、いつでも担当PT・OT
が閲覧できるようにしておく。
 - ・院長の指示書はカルテに保管する。
- (利用者の負担)
 - 別医療機関から情報提供書をいただく場合、診療情報提供書(B)290点
で算定される。
※算定例 保険が1割負担の場合・・・290円
2割負担の場合・・・580円
上記料金が月1回診療情報提供料として、主治医のいる医療機関より利
用者へ請求される。

訪問リハビリ運営マニュアル⑥

5. 主治医へ報告書・計画書および情報提供書の送付について①

- ★毎月、送付用の主治医チェックリストを作成する。
作成時、新規・入院中・休止中・終了者または終了予定者・主治医の変更・送付先
の変更などに注意し、送付準備時、スムーズに確認作業が行えるようにする。
- ★前回情報提供書をもとに、今回送付用の情報提供書の書式を用意する。
利用者ごとに書式をPCに保存。最新の情報提供書が届いたら修正を加える。
- ★主治医ごとに送付状を用意。
新規・継続・終了など利用者の状況により送付状の内容が異なるので注意する。
継続の場合も1日付で依頼する場合と日付指定しない場合と2種類あるので、確認する。
- ★送付先の宛名ラベルの作成。
主治医が開業医の場合、「〇〇病院・〇〇先生御机下」と医師名を記入。
主治医が病院の場合、「△△病院・△△科外来御中」とし、医師名は記入しない。
また、病院によって「医事課」「医療相談室」など事務処理上別部署への送付をする場
合もあるので注意する。





訪問リハビリ運営マニュアル⑦

5. 主治医へ報告書・計画書および情報提供書の送付について②

- ★返信用封筒の準備
返信される情報提供書の枚数に応じて返信用封筒・切手を選択し、ゆきよしクリニックの宛名ラベルを貼付し同封する。
- ★送付先ごとに送付状・報告書・計画書・情報提供書・返信用封筒を準備し、封をする前に院長に確認をしていただく。
院長以外にも複数名でチェックする。
- ★情報提供書が返信されてきたらチェックする。
情報提供書の内容を確認し、担当PT・OTに早急に知らせる必要があるものについては迅速・確実に担当者へ連絡する。
主治医から問い合わせや疑問などが記載されている場合は、報告書・計画書とは別紙にて主治医へ報告・回答する必要がある。
- ★返送された情報提供書をもとに、院長の指示書を作成しカルテに保管する。
指示書の作成日をリハカルテに記載する。
- ★返送された情報提供書をもとに、次回送付分の情報提供書の書式を作成する。
診断名や指示内容、主治医名など、前回と変更や追加がないか注意する。



訪問リハビリ運営マニュアル⑧

6. 支援事業者との連絡について①

- (リハビリの計画と報告)
- ・訪問リハビリ開始時にサービス計画書がCMより提出される。
- ・その計画書及び医師からの指示に基づきリハメニューを作成・実施する。
- ・サービス担当者会議の開催。
- ・CMより連絡があれば速やかに担当PT・OTへ連絡する。
- ・欠席の場合はCMに連絡。
- ・必要に応じて議題に対し資料を作成・提出。(担当者より)
- ・チェックノートに記載する。
- ・照会内容・モニタリング等書面による問い合わせ。
- ・書式を担当PT・OTに渡し、記入してもらい、提出期限がある場合は伝える。
- ・記入後、FAXにてCMに提出、その後カルテに保管。
- ・郵送にて提出の場合はコピーをとり、カルテに保管する。
- ・チェックノートに受けた日と提出日を記載する。

訪問リハビリ運営マニュアル⑨

6. 支援事業者との連絡について②

- (訪問日の予定と実績)
- ・毎月20日までに、翌月の訪問日程を各支援事業者へFAXする。
- ・支援事業者からサービス提供票が届く、予定と照らし合わせ間違いが無いチェック。必要であればCMへ問い合わせる。
(本来はサービス提供票に基づき訪問リハビリを実施するものだが、当院では先に訪問予定を知らせる形をとっている。)
- ・月末まで訪問の実績をサービス提供票に記入し、各事業者へFAXする。
- (その他)
- ・利用者に何らかの変化があった場合
- ・入院・退院・病状の変化・環境の変化・介護度の変更など、
訪問リハビリを行う上で必要な情報交換を行う。
- ・必要であれば何らかの処置を講じる。

訪問リハビリ運営マニュアル⑩

7. 利用者との連絡について

〈訪問予定〉

- ・リハビリ開始時に曜日と時刻を決めてお知らせする。
- ・CMからのサービス提供票に1か月分の訪問予定が記載されている。
- ・担当PT・OTが訪問した際に次回訪問日をお知らせする。
- ・訪問頻度の少ない方・変更のあった方・利用者の希望などにより、訪問日の前日に電話連絡する。

〈キャンセル〉

- ・キャンセルの連絡が入ったら、理由を確認し速やかに担当PT・OTへ連絡する。
- ・PT・OT側の理由による場合も、速やかにキャンセルとなる利用者へ連絡し謝罪する。
- ・療養訪問が可能な場合は利用者に連絡し、了解を得る。
- ・チェックノート・予定表(勤務表)・リハカルテに記載する。

訪問リハビリ運営マニュアル⑪

8. 利用料金について

〈算定方法〉

- ・1回の訪問につき5500円とし、介護保険で9割負担、自己負担は550円。
- ・日常生活活動訓練加算は退院(退所)後6ヶ月以内の利用者で、かつ平成16年4月1日以降に契約した利用者についてのみ算定される。(H16.4改定)
- ・交通費・延長料金なども基本的には算定しない。
- ・特定疾患患者・生活保護を受けている利用者については公費負担分もあるため自己負担が減額または、なくなる場合があるので確認する。
- ・日常生活活動訓練加算とは、病院、診療所又は老人保健施設から退院又は退所後早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のための諸訓練を組み合わせて行った場合に退院又は退所の日から起算して6ヶ月以内の期間に限り算定される。
- ・1回につき500円とし、自己負担は1割の50円。
- ・特定疾患の場合、重症の認定の有無により自己負担の有無が決まる。
- ・毎年10月に新しい特定疾患受給者証が交付されるので、コピーを用意していただき、医療カルテ及び専用ファイルに保管する。
- ・重症の場合・・・9割を介護保険・1割を公費負担とし、自己負担金はなし。
- ・重症でない場合・・・前年の所得により自己負担限度額が決定する。
- ・9割を介護保険・1割のうち自己負担限度額を引いた残金が公費負担となる。(限度額内であれば公費負担無し)

訪問リハビリ運営マニュアル⑫

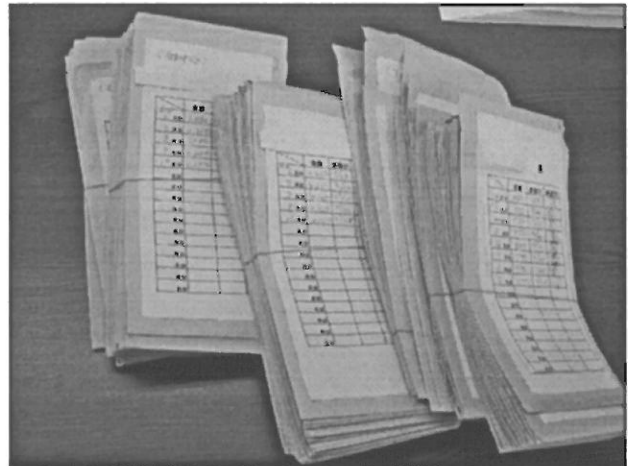
- ・生活保護の場合、往診や受診があれば医療券も必要となる。
- ・訪問リハビリに関しては、公費単独か併用かによって算定方法が異なるので要注意。
- ・介護券が必要となる。医療券・介護券とも利用者またはCMに必要な手続きを依頼する。基本的に自己負担金はなし。

〈支払い方法〉

契約書(資料⑥)にあるように下記の方法により納入していただく。

- ①現金支払い(当院もしくは担当のPT・OTへ)
- ②事業者の指定する金融機関への口座振込み(亀田郵便局 口座番号0000000らぼーる新潟 ゆきよクリニック)
- ③事業者の指定する金融機関への自動払い込み

②③に定める口座振込みまたは自動払い込みに必要な料金については、利用者の負担とする。



訪問リハビリ運営マニュアル⑬

9. 請求と入金処理

〈請求書の作成〉

介護保険請求ソフト(かがやきプラン)で実績を入力するだけで、各利用者の請求書が作成される(データの伝送でのやりとり)。取得したデータを2部出力する。1部は明細付き(利用者用)、もう1部は当院控えとする。

〈入金台帳作成〉

請求書が出揃ったら、入金台帳の各月ごとの欄に請求金額を記入する。

〈請求書の受け渡しについて〉

- ①利用者ごとの集金袋に請求書を入れて、担当PT・OTの訪問時に配布していただく。支払い方法に口座振込みをご希望の方には、振込用紙も同封する。
- ②直接担当PT・OTが配布できない方へは送付状をつけて郵送する。(遠方の利用者や、訪問リハビリ終了者および休止中の利用者で、未収金がある場合など)

〈入金処理〉

- ・入金台帳に入金日、支払い方法、受領者を記入し、領収書を作成する。
- ・現金の場合は、当院控え用の請求書と共に外来窓口でレジ入金する。
- ・振込みの場合は、郵便局から届く受取通知書をもとに入金処理する。
- ・口座引落しの場合は、引落しの翌日午後以降にデータの伝送により、自動払込総括表を出力し、入金確認をする。
- ・領収書はPT・OTによる配布か、郵送による。
- ・入金の中に医療保険分を含む場合は、医療カルテへの入金処理も忘れないこと。

訪問リハビリ運営マニュアル⑭

10. 医療保険による訪問リハビリ

- ・主治医は院長であり、月1回診察が必要となる。(別医療機関において月1回診察を受けていても、それとは別に当院での診察が必要。医師の診察がないと訪問リハビリは認められないため、たとえ訪問リハビリを行ってもレセプトでの請求が認められない)
- ・往診に行く場合、訪問リハビリと同日に訪問診療を行うことはできないので注意する。
- ・別医療機関から訪問診療を受けている利用者の場合は、往診として月1回の診察を行う。(一人の患者が複数の医療機関から訪問診療を受けることはできない)
- ・リハカルテはなく、医療のカルテに訪問リハビリの記録も記載される。
- ・算定方法は、利用者の医療保険の種類により異なる。
- ・サービス提供票に実績を記入するといった確認方法がないので、月末前日頃に予定表や訪問実績とカルテの記載に相違がないか、会計処理がすべて行われているかを確認する。
- ・支払い方法は介護保険同様、口座引き落としや振込みも可能だが、受診される方は受診時に外来の会計窓口で支払い、往診している方は、往診時に集金も可。(往診の連絡時に金額をお知らせしておくとうい)また、利用者のご家族が外来窓口まで支払いにくる場合もある。
- ・往診時に集金する場合、あらかじめ請求書・領収書を用意し合計額を出しておく。
- ・代金と引き換えに当院の控えを切り離し、領収書をお渡りする。
- ・必要に応じて釣銭用の硬貨を用意して行く。
- ・ケマナーのような存在がないため、利用者への連絡は確実に行うこと。また、他の医療機関(訪問看護など)との連携もスムーズに行えるよう配慮する。

訪問リハビリ運営マニュアル⑮

11. 休止・終了について

〈休止〉

- ・利用者の入院や病状の悪化など、身体的な理由により医師の指示又は担当PT・OTの判断、利用者本人・家族の希望があれば一時訪問リハビリを休止する。
- ・その他、環境の変化や何らかの都合により休止する場合もある。
- ・休止の期間が長期に渡った場合は、CMや家族に連絡を取り、その時点で再開の目処が立たないような状況であれば、利用者本人又は家族の了解を得て終了とする。
- ・休止の期間を経て再開の申し出があった場合、休止期間の長さや利用者の病状の変化・治療の経過等を考慮し、何らかの情報提供が必要と判断した場合はCMにその旨を伝え、依頼する。

訪問リハビリ運営マニュアル⑯

〈終了〉

終了となる場合には大きく二つに分けられる。

- ①利用者本人や家族側の都合によるもの。
- ②事業者側の都合によるもの。

- ①の場合(本人が終了を希望した場合・病状の悪化による場合・遠方へ転居した場合など)、特に問題なく終了に至ることができる。
- ②の場合(多くは担当PT・OTが訪問リハビリの目標を達成又は継続困難と判断した場合)利用者本人や家族・CMの了解を得た上で終了とする。

継続を希望される利用者の方へは、終了となる理由を説明し十分な納得が得られるよう配慮する。終了になることで不安を訴えるような利用者の方へは徐々に頻度を減らしたり、利用者にあった他のサービスをCMに相談・提案するなどしてスムーズに終了を受け入れられるようにする。

訪問リハビリ運営マニュアル⑰

12. 居宅療養管理指導料

一人の利用者が複数の医療機関から居宅療養管理指導を受けることはできないので算定する場合は他の医療機関と重複しないよう注意する。

〈算定の基準〉

主に院長が主治医で訪問診療を行い、他の医療機関から往診を受けていない利用者について算定する。もしくは、新規利用者の初回往診時に他の医療機関から往診を受けていない方について算定する。(判断基準としては、主治医が総合病院などの医師で往診が行われていないような医療機関の場合算定し、主治医が開業医の医師で往診可能な医療機関の場合は算定しない。ただし、総合病院でも往診を行う場合もあるので注意する)。

〈算定日の記録〉

往診時に訪問リハのカルテに居宅療養管理指導の印を押し、指導内容を院長に記入していただく。(利用者本人にも指導内容をわかりやすく書面等でお渡しできればなお良い)

上記にもあるように、訪問リハビリと違い、指導が行われた診療日の記載が保険請求時必要となるので、レセプト入力及び確認時注意する。

訪問リハビリ運営マニュアル⑱

13. 介護保険請求(レセプト)

〈レセプトの出力〉

介護保険請求ソフト(かがやきプラン)にて、各利用者の実績を入力する。

介護度・開始日・居宅日・訪問日等に注意する。

入力が済んだら出力し、担当者がチェックし間違いがあれば修正する。

最終的には居宅介護支援ソフト(ケアマネくん)と合体させることにより、訪問リハビリ部門と居宅介護支援事業部門のデータを一つにまとめ、介護給付費請求書を作成しFD2枚に落とす。

〈レセプト提出日〉

毎月10日、県庁へFDで提出。

〈介護給付費支払決定通知〉

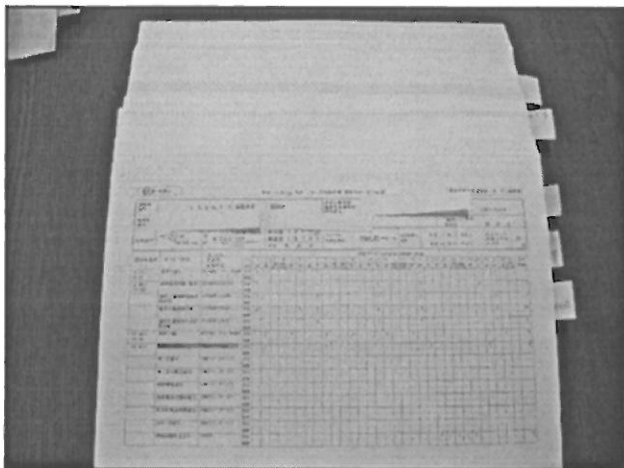
国保連合会では事業所の請求内容(情報)を審査の上、支払額を決定し介護給付費支払決定通知書を事業所に送付する。(資料)

〈介護給付費請求書情報・明細書情報返戻・査定〉

国保連合会の審査では、請求書情報の内容に誤りがあったとき等には、返戻(差し戻し)や査定(減単位)が行われる。サービス事業者はそれに対し、疑義がある場合は再請求、再審査申し立てができる。

「返戻」は記載内容に不備があった場合等に行われる。これに対し再請求、再審査及び過誤の手続きがある。(資料)

何らかの手続きをとることにより、決定通知が送付される。(資料)



訪問リハビリ運営マニュアル⑲

〈レセプトチェック時の留意点〉

利用者や支援事業者・当院に関する基本的なデータに間違いがないか。

(特に新規の方は注意する。)

介護認定の更新や変更申請で介護度に変更があった場合は注意する。(認定有効期間の変更もある。)

認定結果が遅れ、保険請求が月遅れとなる場合があるので、その当月・次月は注意する。(月遅れ請求となる場合はCMからその申し出がある)

回数日数が訪問実績と同じか。

居宅療養管理指導の場合、算定日が記載されているか。

日常生活活動訓練加算を算定する場合、退院日が記載されているか。(西暦)

新規の場合、開始日(初回訪問リハビリ日)が記載されていること。

初回往診時に居宅療養管理指導費を算定する場合、往診日と訪問リハ開始日が別の

月の場合、居宅療養管理指導費のみを請求する月があるので注意する。

特定疾患患者の場合、公費負担者番号、公費受給者番号が正しく入力されているか。

特定疾患患者の場合、正しく利用者負担額・公費請求額が記載されているか。

特に重症でない場合は、毎年前年の所得により自己負担限度額が変わるので、最新の特定疾患受給者証(毎年10月1日更新)を確認する。

疾患別実践報告
量的データの分析と一例報告

「脳卒中の訪問リハ」

2006年6月17日
ゆきよしクリニック 訪問リハ部
理学療法士 島田 悟

目的

- 当クリニックで実施してきた脳卒中疾患を有する訪問リハ利用者に対する訪問リハの実施内容等を分析し、脳卒中疾患特有の訪問リハの方向性を見出すために調査を実施した

方法 対象

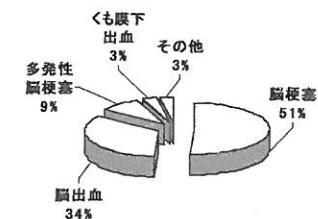
- ・2005年度のカルテから情報収集を実施した
- ・2005年度1年間の実人数207名中、脳卒中疾患等を有し、訪問リハビリを行った方 計100名を対象とした

調査項目・内容

- 1) 疾患名
- 2) 訪問リハ月別訪問延べ件数および実人数に占める脳卒中疾患等の割合
- 3) 訪問リハ終了の理由
- 4) 2005年度に訪問リハ開始の方(計49名)の
 - A) 開始時の要介護度
 - B) 訪問リハ導入のきっかけ
 - C) 訪問頻度
 - D) 訪問リハ内容

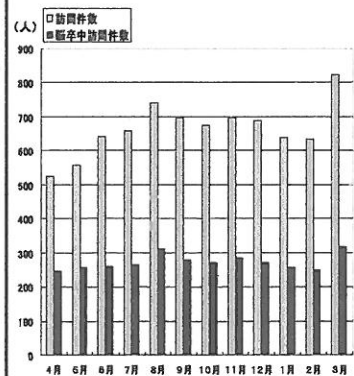
1) 疾患名 (N=100)

- ・脳梗塞 51名
 - ・脳出血 34名
 - ・多発性脳梗塞 9名
 - ・くも膜下出血 3名
 - ・その他 3名
- | | |
|------------|----|
| 頭部外傷後遺症 | 1名 |
| 脳血不全による片マヒ | 1名 |
| 大脳皮質基底核変性症 | 1名 |

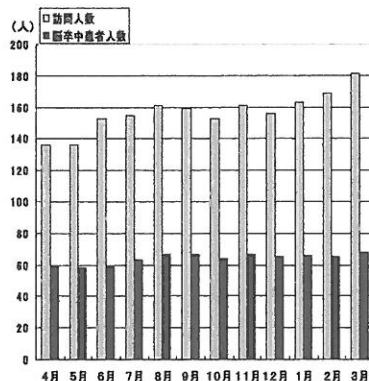


2) 2005年度 月別訪問リハビリ集計

月別訪問延べ件数



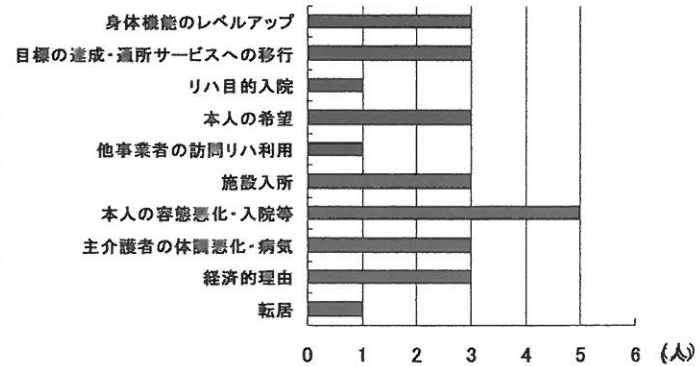
月別訪問実人数



2005年度に訪問リハビリを行った脳卒中疾患の方の開始年度集計 (N=100)

開始年度	人数
2000年度	5
2001年度	7
2002年度	6
2003年度	13
2004年度	20
2005年度	49
計	100

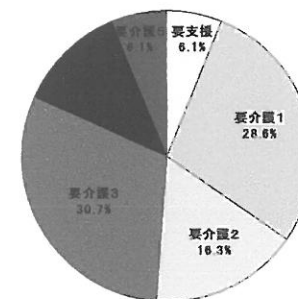
3) 訪問リハビリ終了の理由 (N=26)



4) 2005年度開始の脳卒中訪問リハビリ利用者

A) 開始時の要介護度 (N=49)

要支援	3
要介護1	14
要介護2	8
要介護3	15
要介護4	6
要介護5	3
計	49



B) 訪問リハビリ導入のきっかけ(N=49)

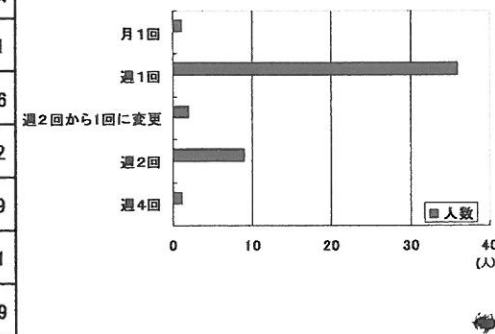
脳卒中中で入院して退院後も引き続きリハビリを希望	12(人)
脳卒中以外で入院して身体機能低下したため	4
在宅生活を送るうちに身体機能・ADL低下してきたため	26
その他	7

「その他」

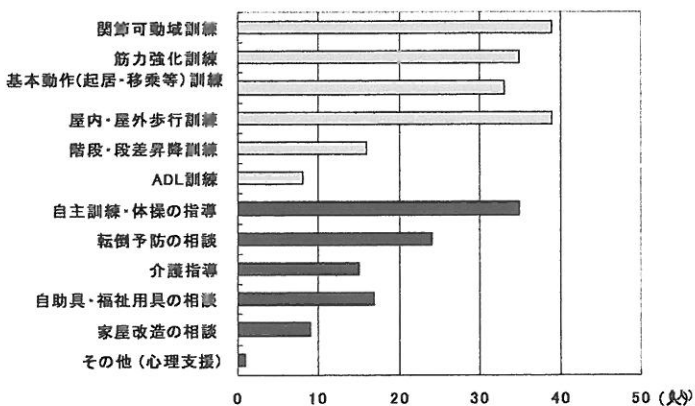
- 1) 医療保険でリハビリしているが、改善が見られないため
- 2) 透析・通院リハを受けていたが、体力的な面から今後は訪問リハを希望
- 3) 病院での外来リハが週2回から週1回に減らされたことに不満
- 4) 医療保険での外来リハビリが近々終了予定のため、ADL維持のため訪問リハビリを希望
- 5) PT・ILH 移乗時に上肢の力のみで移乗しており、肩の痛みが強い。そのため医師からの勧めもあり、本人受けてみる気になった
- 6) 訪問リハビリを受けている知人からの勧めによる
- 7) 被災で現居住地に同居となった。ADLの維持・應用・転倒防止のため訪問リハ希望

C) 訪問頻度(N=49)

訪問頻度	人数
月1回	1
週1回	36
週2回から1回に変更	2
週2回	9
週4回	1
計	49



D) 訪問リハビリ内容(N=271、複数回答)



まとめ

- ・2005年度月別訪問延べ件数、実人数に占める脳卒中疾患等の割合はどちらも40%近辺であった。
- ・訪問リハビリ終了の理由は、身体機能の向上・目標の達成といったものから本人や介護者の容態・体調の悪化といったものまで様々であった。
- ・訪問リハビリ導入の理由としては、入院中のリハビリからの継続によるものと在宅生活を送るうちに身体機能・ADLが低下したためというものが多数を占めていた。その他医療保険での外来リハビリからの乗り換えのケースもみられた。
- ・訪問リハビリ内容では、狭義での「リハビリ訓練」の他に「自主訓練・体操の指導」「転倒予防の指導」「介護相談」「福祉用具の相談」といった「生活」に関連する事柄も多かった。家屋改造については退院前訪問指導で行っているケースも数例みられた。

症例

氏名:M・T様 男性 74歳

疾患:脳出血(右片麻痺、失語症) 糖尿病

発症:22年前

訪問リハビリ開始:2002年2月14日

訪問開始時の要介護度:要介護2

訪問リハビリの頻度:週2回

訪問リハビリでの取り組み

- ・住宅改修:玄関外の階段の手すり、玄関上がりかまちに手すり、トイレの出入り口に手すり、浴槽の出入りに手すり
- ・動作指導:トイレから出る際に後ろ向きに出る(2004年)床への座り込みと立ち上がり動作
- ・短下肢装具の再作成
- ・通所サービス利用の誘い

その後の経過

○2004年12月後半から左右足部の痛み出現し歩行困難になってくる

○2005年1月～4月まで約3ヵ月入院し身体機能レベルダウンする



○退院後のサービス利用状況

週2回訪問リハビリ、週1回デイサービス

週1回病院外来リハビリ(PT,ST)

不定期に1泊2日のショートステイ利用

ベッドを一時期レンタルに変更(高さ調整可能なため)

現在の状況
(2006年6月)

疾患別実践報告
量的データの分析と一例報告
「整形疾患の訪問リハ」

2006年6月17日
ゆきよしクリニック訪問リハ部
理学療法士 桑原至

目的

- データを分析することにより、予後予測等
- 新潟県の訪問リハを盛り上げたい。

方法 対象

- 5年分のカルテから
- 平成17年度1年間の実人数207名中整形疾患を有し、訪問リハを行う上でプログラム上、その整形疾患に対する訓練メニューの作成が必要であった方 計61名(30.05%)
62 (29.9%)
- 平均年齢 性差 疾患名 介護度の変化
訪問回数の変化 訪問期間 等

年齢 性差

- 平均 79.34歳 79.45
最低 53歳 最高 98歳
- 男性 25名 平均 78.04歳
- 女性 36名 平均 80.25歳
37 80.4(歳)

疾患名

- 変形性膝関節症 17名 うち両側7名
- 骨折後 17名 うち大腿骨10名
圧迫骨折 5名
- 脊髄損傷 7名 うち頸髄損傷5名
- リウマチ 頸椎症 脊柱管狭窄症 他

訪問期間

- 平均 17.16ヶ月
最短 8日間(2回)
最長 5年11ヶ月 平成12年5月～

介護度の変化

	訪問開始時	18年3月末(終了時)
• 要支援	6名	3名
• 要介護1	21名	21名
• 要介護2	11名	14名
• 要介護3	7名	7名
• 要介護4	6名	7名
• 要介護5	5名	6名
• 対象外	5名	3名

対象外

- 3名
- 男性 2名 女性 1名
- 平均年齢 57歳
- 平均訪問期間 40.5ヶ月
- 自立度 痴呆度 変化なし
- 訪問頻度 増加 2名
- 終了者 なし

要支援

- 3名
- 女性3名
- 平均年齢 78.3歳
- 平均訪問期間 14ヶ月
- 介護度 変化なし
- 訪問頻度 変化なし
- 終了者 なし

要介護 2

- 14名
- 男性 8名 女性 ⁷6名
- 平均年齢 78.5歳 ^{79歳}
- 平均訪問期間 14.61ヶ月 ^{14ヶ月}
- 介護度 向上 下降 開始
- 訪問頻度 増加 1名 減少 3名
- 終了者 2名

要介護 1

- 21名
- 男性 4名 女性 17名
- 平均年齢 77.71歳
- 平均訪問期間 13.5ヶ月
- 介護度 向上 下降 開始
- 訪問頻度 変化なし
- 終了者 5名

要介護 3

- 7名
- 男性 3名 女性 4名
- 平均年齢 82.86歳
- 平均訪問期間 15ヶ月
- 介護度 向上 下降 開始
- 訪問頻度 変化なし
- 終了者 4名

要介護 4

- 7名
- 男性 4名 女性 3名
- 平均年齢 81.86歳
- 平均訪問期間 15.36ヶ月
- 介護度 向上 下降 開始
- 訪問頻度 増加 1名 減少 なし
- 終了者 3名

要介護 5

- 6名
- 男性 4名 女性 2名
- 平均年齢 79.33歳
- 平均訪問期間 29.75ヶ月
- 介護度 向上 下降 開始
- 訪問頻度 増加 1名 減少 1名
- 終了者 なし

平成 18 年 4 月 2 日

会員各位

平成 18 年度第 1 回全国訪問リハビリテーション研究会
研修会 in 新潟 実行委員長 大越 満

平成 18 年度全国訪問リハビリテーション研究会・研修会 in 新潟開催のお知らせ

記

[日 時] 平成 18 年 6 月 17 日 (土) 12:00~17:30 , 18 日 (日) 9:00~15:00

[会 場] 新潟ユニゾンプラザ 大研修室および小研修室 3 (新潟市上所 2-2-2 TEL025-281-5511)

[参加費] 会員 3,000 円 非会員 5,000 円

[定 員] 200 名 (定員になり次第受付を終了させていただきます)

[対 象] 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 介護支援専門員, 医師, 看護師等

[主 催] 全国訪問リハビリテーション研究会

(事務局: 初台リハビリテーション病院 東京都渋谷区本町 3-53-3 電話 03-5365-8529)

[後 援] (社)新潟県理学療法士会, (社)新潟県作業療法士会, 新潟県言語聴覚士会
新潟県医師会, (社)新潟県看護協会

[申し込み方法] E-mail でのみ受付いたします。①~⑨の事項をご記入の上, 下記のアドレスまで
お申し込みください。メールの件名は必ず, 「訪問リハ研修申し込み」としてください。

E-mail yukiyosi@medical.email.ne.jp

①氏名(ふりがな) ②職種 ③施設名

④所在地 ⑤電話番号と FAX 番号

⑥現職種の経験年数 ⑦懇親会参加の有無

⑧会員, 非会員の別 ⑨訪問リハ経験の有無(経験有の場合にはその年数)

事務局 〒950-0122 新潟市稲葉 1-4-3
TEL025-382-3450 FAX025-382-3454

(医)らぼーる新潟 ゆきよしクリニック

E-mail yukiyosi@medical.email.ne.jp

OT 大越 満, PT 島田 悟 細野 豊和



(地図: 新潟県HPより)

アクセス

[電車] JR新潟駅下車。万代口から新潟交通水島町経由「県庁」または「西部営業所」行き「上所島」下車, 徒歩 1 分。

* 駅からの所要時間: 20 分程度。

[飛行機]新潟空港から新潟駅行きリムジンバスに乗車。新潟駅からは上記と同じ。

* 空港からの所要時間: 50 分程度。

[自動車]国道 7 号(新潟バイパス)「桜木 IC」または「女池 IC」から約 10 分。

テーマ「新潟県内の訪問リハを盛り上げよう！～まずは量的な充足を目指して～」

第1日目：平成18年6月17日（土）

12：00～ 受付開始

13：00～13：05 開会挨拶

実行委員長 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 大越 満
全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏

13：10～14：10 特別講演 「今、訪問リハビリに求められていること」

講師 医療法人輝生会 理事長 石川 誠氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏

14：10～15：10 教育講演1 「神経難病の在宅医療」

講師 堀川内科神経内科クリニック 院長 堀川 楊氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 横島 啓幸氏

～休憩～

15：20～16：20 教育講演2 「医療機関における訪問リハの管理、運営」

講師 らぼーる新潟理事長、ゆきよしクリニック院長 荻荘 則幸氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 伊藤 隆夫氏

～休憩～

16：30～17：30 疾患別実践報告（指定演題発表）～量的データの分析と一例報告～ 一人20分

「脳卒中中の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 島田 悟氏
「整形疾患の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 桑原 至氏
「神経難病の訪問リハ」 在宅リハビリテーションセンター成城 屋住千佳子氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 斉藤 正美氏
全国訪問リハビリテーション研究会理事 宇田 薫氏

18：30～20：30 懇親会（会場：未定 新潟駅前から徒歩数分圏内）

第2日目：平成18年6月18日（日）

9：00～9：20 「新潟県内の訪問リハ実態調査報告」

はあとふるあたご 在宅ケア事業部訪問看護ステーション 大野 智也氏

9：20～12：00 ワークショップ

「専門職種の職域と専門性」
～共通した知識・技術は何か～

12：00～13：00 ～昼食休憩～

13：00～14：30 各グループの発表

14：30～14：45 総評

全国訪問リハビリテーション研究会 会長 宮田 昌司氏

14：45～14：50 閉会挨拶：実行副委員長（未定）