

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」 実施規程

1 目的

在宅で療養する者等（以下「在宅療養者」という。）が住み慣れた地域で可能な限り自立して暮らせるよう、リハビリテーションの視点で支援を行うことで、在宅療養者の自立支援・重度化防止を図ることを目的とする。

2 実施者

茨城県から指定を受けた「茨城県地域リハ・ステーション」（以下「指定機関」という。）に所属するリハビリテーション専門職とする。

3 対象者

原則として、主治医意見書により要介護認定を受けた被保険者（主に中・重度相当）のうち、介護支援専門員がアセスメントへの同行訪問を希望した者とする。

4 実施内容

指定機関のリハビリテーション専門職が、在宅療養者の自宅等を訪問し、心身機能の改善や居住環境等の助言指導等を行い、必要に応じて、公的なリハビリテーションサービスを含めた適切なサービスへの取次ぎを行う（以下「リハビリ相談」という。）。

原則として、「リハビリ相談」の内容は以下に定めるとおりとし、詳細は個別の内容による。

(1) 支援内容

ア 「心身機能・居住環境等」の確認

筋力低下や関節可動域等の心身機能の確認を行うほか、居宅における生活動作・移動の状況等を確認する。

イ 「日常生活動作等」への助言

心身機能・居住環境の確認に基づき、本人の状況に応じた生活動作や、適切なサービスの利用案内等の助言指導を行う。

ウ 「福祉用具・補装具選定」「住居環境調整」の助言

福祉用具・補装具の貸与・購入前に、本人の状況や居住環境等に適した機器選定・住居環境に関する助言指導を行う。

エ 「家族・介護職員等」への支援

対象者のケアに携わる家族・介護職員等に対する助言支援を行う。

(2) 実施時間

1回あたりの実施時間は60分以内とする。

(3) 実施方法

- リハビリテーション専門職が在宅療養者の自宅等へ訪問して行う。その際、対象者のケアを担当する介護支援専門員等に同行して訪問を行う。
- リハビリテーション専門職は「アセスメントシート（様式第1号）」を用いて、対象者の心身機能の状況等の聞き取りや、それらを踏まえて助言指導等を行う。

(4) 利用回数

1人あたりの利用回数の上限は3回までとする。

5 利用料金

「リハビリ相談」の利用に係る費用は無料とする。

6 利用方法

(1) 事前相談・利用申請

- ・ 「リハビリ相談」の利用手続きは、対象者のケアを担当する介護支援専門員等が行う。
- ・ 利用を希望する場合は、必ず事前に、「8 お問い合わせ先」へ電話又はメールにより利用の相談を行う。
- ・ 事前相談の後、利用を希望する30日前までに「利用申請書（様式第2号）」を事務局に提出する。

(2) 日程調整

事務局は、利用申請があった場合は、申請内容を審査し、内容に適した指定機関を選定するとともに、実施に係る日程等の調整を行う。

(3) 決定通知・実施依頼

- ・ 事務局は、実施日程等が決定した場合、「実施決定通知書（様式第3号）」により利用申請者に日程等を通知する。
- ・ また、「実施依頼書（様式第4号）」により指定機関のリハビリテーション専門職に実施を依頼するとともに、「職員派遣依頼書（様式第5号）」により指定機関の所属長に職員の派遣を依頼する。

(4) 実施報告

指定機関は、「リハビリ相談」実施の日から起算して30日以内に、「実施報告書（様式第6号）」を事務局に提出する。

7 かかりつけ医等への相談

- ・ 「リハビリ相談」の実施に際し、かかりつけ医の指示・助言が必要と判断される場合、事務局は事前にかかりつけ医に相談を行う。
- ・ なお、かかりつけ医が不在の場合には、茨城県医師会や都市医師会に相談を行う。

8 お問い合わせ先

(1) 利用申請に関すること

- ・ 茨城県地域リハビリテーション支援センター
- ・ 茨城県地域リハビリテーション広域支援センター
- ・ 一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会

(2) 「リハビリ相談」全般に関すること（事務局）

- ・ 茨城県地域リハビリテーション支援センター（茨城県立医療大学付属病院内） 担当：宮本
〒300-0331 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4733
E-mail：chiikiri@ami.ipu.ac.jp TEL：029-888-9200
- ・ 一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会 担当：飯島
〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館内
E-mail：reha-info@irpa.jp TEL：029-306-7765

(様式第1号)

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
アセスメントシート

■基本情報（事務局記載欄）

申請者	施設名			
	市町村名		担当者	
	T E L		E-mail	
対象者	氏名		性別	男・女
	住所			
	要介護度		生年月日	年 月 日 (満 歳)
実施内容	内 容	<input type="checkbox"/> 心身機能・居住環境確認	<input type="checkbox"/> 自立に資する助言指導	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具・居住環境調整	<input type="checkbox"/> 家族・支援者への助言	
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	場 所			
	日 時			
対応者	施設名			
	職 種		担当者	
	T E L		E-mail	

■対象者のアセスメント結果（リハビリテーション専門職記載欄）

禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体機能	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	筋力低下	右 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
		左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	呼吸器循環機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
コミュニケーション	コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 ()		
高次脳機能障害	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 ()		
	その他 (<input type="checkbox"/> なし)	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他 ()		
動作・移動	介助必要度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	要介助動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 起居 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 日常生活動作		
	要介助内容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 排泄		
		<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	屋内歩行補助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 () <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他		
	屋外歩行補助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 杖 () <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他		
	連続移動距離	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 100m以上 <input type="checkbox"/> 50m以上		5 m歩行
<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 10m以上 <input type="checkbox"/> 10m未満 <input type="checkbox"/> 移動不可		(分 秒)		
開眼片脚立ち	<input type="checkbox"/> 右 秒 <input type="checkbox"/> 左 秒 ()			
特記事項				

■対象者への助言指導内容（リハビリテーション専門職記載欄）

項目	1回目 (令和 年 月 日)	2回目 (令和 年 月 日)	3回目 (令和 年 月 日)	備考
本人、家族の思い 興味関心				
心身機能				
活動参加				
環境因子				
健康管理				
現状能力 (活かせる能力)				
予後予測 (リスク改善可能性)				
改善・予防の ポイント				

(様式第2号)

令和 年 月 日

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局
(茨城県リハビリテーション専門職協会)
会長 佐藤 弘行 殿

所属名
職氏名

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
利用申請書

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」実施規程に
基づき、下記のとおり申請いたします。

記

申請者	施設名			
	市町村名		担当者	
	T E L		E-mail	
対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	要介護度		生年月日	年 月 日 (満 歳)
依頼内容	希望内容	<input type="checkbox"/> 心身機能・居住環境確認 <input type="checkbox"/> 自立に資する助言指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具・居住環境調整 <input type="checkbox"/> 家族・支援者への助言 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		
	希望日時	〔第1希望〕 令和 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 ~ 時 分 〔第2希望〕 令和 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 ~ 時 分		

(様式第3号)

茨り協 第 号
令和 年 月 日

〇〇 〇〇 殿

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局
(茨城県リハビリテーション専門職協会)
会長 佐藤 弘行

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
実施決定通知書

令和 年 月 日付で利用申請のあったことについて、下記のとおり
実施を決定しましたので、通知いたします。

記

対象者	氏名		性別	男・女
	住所			
	要介護度		生年月日	年 月 日 (満 歳)
実施内容	内容	<input type="checkbox"/> 心身機能・居住環境確認 <input type="checkbox"/> 自立に資する助言指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具・居住環境調整 <input type="checkbox"/> 家族・支援者への助言 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		
	日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		
対応者	施設名			
	職種		担当者	
	T E L		E-mail	

<「リハビリ相談」事業事務局>
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室 飯島・高橋
〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
TEL: 029-306-7765 FAX: 029-353-8475

(様式第4号)

茨り協 第 号
令和 年 月 日

〇〇 〇〇 殿

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局
(茨城県リハビリテーション専門職協会)
会長 佐藤 弘行

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
実施依頼書

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素から地域リハビリテーション活動にご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、下記のとおり「リハビリ相談」を実施することとなりましたので、ご多用中誠に恐縮に存じますが、ご依頼したく、謹んでお願い申し上げます。

記

1 実施内容 (別添参照)

2 留意事項

- ・ 「リハビリ相談」の実施後、「実施規程 (5 利用方法)」に定める「実施報告書 (様式第6号)」を、事務局までご提出をお願いします。
- ・ 実施報告書の提出を確認後、「リハビリ相談」の実施に係る謝金として別途「運用規程」に定める金額を所属する「茨城県地域リハ・ステーション」にお支払いいたします。
- ・ また、「リハビリ相談」の実施中、不測の事故により利用者や第三者に損害を与えた場合等は、事務局において対応を協議させていただきます。

<「リハビリ相談」事業事務局>
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室 飯島・高橋
〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
TEL : 029-306-7765 FAX: 029-353-8475

(様式第5号)

茨り協 第 号
令和 年 月 日

(所属)

(職名) ○○ ○○ 殿

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局
(茨城県リハビリテーション専門職協会)
会長 佐藤 弘行

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
職員派遣依頼書

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から地域リハビリテーション活動にご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記のとおり「リハビリ相談」を実施することとなりましたので、ご多用中誠に恐縮に存じますが、貴職員 □□ □□様にご協力いただきたく、特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

1 実施内容 (別添参照)

2 留意事項

- ・ 「リハビリ相談」の実施に係る謝金として、別途「運用規程」に定める金額をお支払いいたします。
- ・ また、「リハビリ相談」の実施中、不測の事故により利用者や第三者に損害を与えた場合等は、事務局において対応を協議させていただきます。

<「リハビリ相談」事業事務局>
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室 飯島・高橋
〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
TEL : 029-306-7765 FAX: 029-353-8475

(様式第6号)

令和 年 月 日

在宅療養者の日常生活を支える「リハビリ相談」事業事務局
(茨城県リハビリテーション専門職協会)
会長 佐藤 弘行 殿

所属名
職氏名

令和4年度 在宅療養者の日常生活を支える取組「リハビリ相談」
実施報告書

令和 年 月 日付で実施依頼のあったことについて、別添「アセスメントシート (様式第1号)」のとおり実施しましたので、報告いたします。