令和４年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業

生活期リハビリテーションにおける
適切な評価の在り方に関する調査研究事業
報告書

令和５年３月

一般社団法人 全国デイ・ケア協会

はじめに

令和 3 年度介護報酬改定では、リハビリテーションマネジメント加算が再編成され、新たに科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence：LIFE）の登場により、科学的介護の推進がさらに強化されました。さらには、介護保険の前提となる自立支援・重度化防止の観点から、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理は一体的に運用されるものと推進されました。通所リハビリテーションは多職種が配属される数少ない居宅サービスの一つとして、それぞれの専門性を活かした取り組みが求められていると言えます。

さて、令和 3 年度介護報酬改定の審議事項では、生活期リハビリテーションにおけるアウトカムの評価方法、また通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について検討していくべきとされました。そこで、今回の令和 4 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業」では、通所・訪問リハビリテーションの実態把握に加えて、通所リハビリテーションの総合的評価を検討するうえでの糸口となる提言を作成しました。

本事業の調査結果では、従来の報告に加えて、多職種が配置されていることや居宅訪問を含めた施設外の活動による効果、さらには地域連携の重要性といった内容が明確になりました。今後は単なる機能訓練ではなく、本来のリハビリテーションを念頭に置いた関わりが推進されるべきであり、そのためには事業所の質を担保していく必要性があります。

しかし、現状ではリハビリテーションマネジメント加算等の算定率は決して高いとは言えない状況が続いており、さらには人材不足も相まって多職種の配置に困難な場合も多く見受けられています。生活期リハビリテーション全体の質向上は早急な重要課題と感じております。

今回の調査研究の成果が、今後の通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション運営と質向上の参考となりサービス発展の一助となることを願うものです。

最後に本調査事業に際し趣旨をご理解いただき、多くの皆様にご協力をいただきました。心より御礼を申し上げます。

一般社団法人 全国デイ・ケア協会
会長　近藤 国嗣

調査結果の要約

令和４年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業

通所リハビリテーション サマリ

■背景

令和３年度介護報酬改定の審議報告において、生活期リハにおけるアウトカムの評価方法について検討していくべきとされた。本事業では令和６年度介護報酬改定に向け、リハビリテーションサービスのアウトカムを含めた適切な評価の在り方について検討することが求められている。

■目的

令和 3 年度介護報酬改定による見直しの影響や入院医療機関等との連携について実態を把握し、更なる取り組みの強化に寄与することで、効果的な事業体制の構築に向けた一助となることを目的とした。

■対象・方法

本事業ではアンケート形式での調査を実施し、全国の通所リハ事業所・訪問リハ事業所およびその利用者、居宅介護支援事業所、回復期リハ病棟、介護老人保健施設を対象とした（無作為抽出）。方法は郵送配布・郵送回収法とし、令和４年９月 15 日から 11 月４日到着分までを有効回答とした。尚、対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面にて説明し、本調査に対する回答をもって同意したとみなした。

■調査項目

通所リハ・訪問リハの事業所票では、①リハマネジメントの実態、②専門職の役割、③取り組み内容、④他介護サービスとの連携状況、利用者票では、①利用者特性、②利用経緯や利用目的、③計画内容や提供プログラム、④目標達成度や機能能力の変化、⑤修了後の状況とした。また、ケアマネジャー票では、①通所リハ・訪問リハ導入経緯、②リハマネジメントの状況、回復期リハ病棟・介護老人保健施設票では、①退院・退所時カンファレンスの実施状況、②通所リハ・訪問リハ利用の課題とした。

■結果

【回収状況】

本事業では通所リハ事業所 715 ヶ所(回収率 23.8%)、訪問リハ事業所 373 ヶ所(24.9%)、居宅介護支援事業所 186 ヶ所（37.2%）、回復期リハ病棟 164 ヶ所（32.8%）、介護老人保健施設 120 ヶ所（24.0%）より回収を得た。

【リハビリテーションマネジメントの効果】

リハマネジメント加算の届出がある事業所では、目標達成による修了者のいる割合が届出のない事業所よりも高かった。新規利用者の 6 ヶ月後の利用状況では、リハマネジメント加算Ｂ（ロ）を算定している場合、修了・修了見込みの割合が能力維持を目的に継続する方より高く、リハマネジメント加算を算定している利用者は、利用開始から 6 ヶ月後の変

化において、ADL および IADL が改善した割合が未算定者より高かった。

【リハビリテーションマネジメントのプロセス】

○ Survey

目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較して、居宅訪問の実施割合が高く（図 1)、複数回の居宅訪問を実施した利用者では IADL の向上した割合が高かった。また、居宅訪問時のアセスメント項目は「住環境評価」「ADL 評価」「福祉用具の評価・検討」の割合が高かった。目標達成による修了者がいる事業所では「IADL 評価」「生活環境評価」「福祉用具の評価・検討」「残された課題の確認・評価」の実施割合が、リハマネジメント加算の届出がある事業所では「家族の介助方法の評価・助言」「生活環境評価」「IADL 評価」「練習効果の確認・評価」の実施割合が比較的高かった。

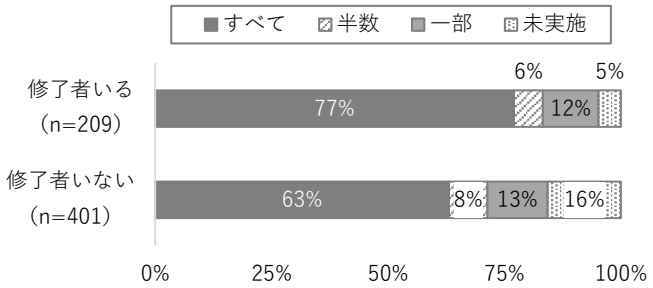


図 1 目標達成修了者の有無別 居宅訪問の実施利用者割合

○ Plan

医師の指示内容は、目標達成による修了者がいる事業所にて「リハの方針」「修了の目安や時期」の割合が比較的高かった（図 2)。

リハ会議での医師の説明内容は、通所リハ・訪問リハともに「居宅生活の注意点」「生活アドバイス」「疾患や心身機能の予後」の割合が高い一方、「目標達成までの期間」「社会参加の目標」の割合は低かった。目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較して「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の実施割合が高かった。

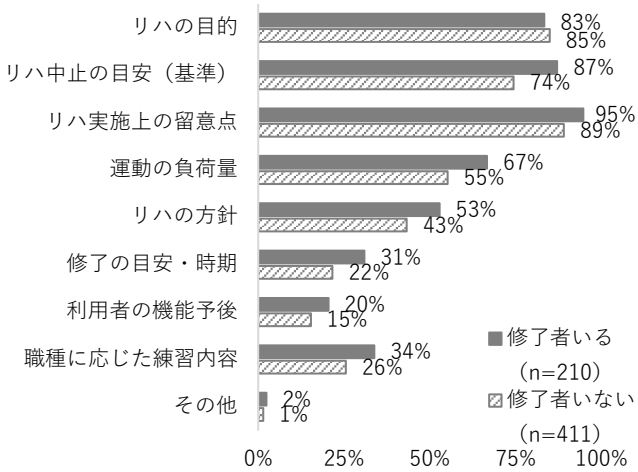


図 2 目標達成修了者の有無別 医師の指示の内容

リハ会議の検討内容では「他サービス事業所との役割分担」の割合が低かった。なお、新規利用者にて修了・修了見込みの方は「目標の確認・共有」「多職種協働に向けた支援方針」の割合が比較的高かった。

通所リハ計画に位置付けた目標は「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」「身体機能の維持（重度化予防)」の割合が高かった。新規利用者で修了・修了見込みの方は、能力維持を目的に継続する方と比較して「生活能力の向上」の割合が高かった。他方、要支援者では「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」「身体機能の維持」の割合が高く、「生活課題の解決」「地域における社会参加」の割合は低かった。なお、中重度者では「身体機能の向上」「身体機能の維持」「運動習慣の獲得や継続」「活動量の確保」「生活能力の維持」に加え、「事業所での入浴」「介護負担の軽減」「医学的管理」など多岐にわたっていた。さらに、

認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方では「身体機能の維持」「運動習慣の獲得や継続」「生活能力の維持」「活動量の確保」に加え、「事業所内における対人交流」「介護負担の軽減」も比較的高かった。

ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容は「現在の心身の状態や ADL に関する情報提供」「福祉用具の導入・変更や環境整備に関する助言・依頼」「生活状況や生活課題の共有」の割合が高い一方、「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「生活課題における要因分析結果の説明」は比較的低かった。また、他サービスとの連携内容は「ADL 等の情報提供」「他介護サービスの利用状況の確認」の割合が高い一方、「生活目標の共有」は比較的低かった。

○ Do

提供サービス内容は、要支援者にて「機能訓練（身体機能向上）」「ADL 練習（移乗・移動）」を実施している割合が高い一方、「IADL 練習」の割合は低かった。また、中重度者は「機能訓練（身体機能向上）」「ADL 練習（移乗・移動）」「基本動作練習」を実施している割合が高く、軽度者と比較して「医療処置」「失語症・構音障害へのリハ」「摂食嚥下へのリハ」も実施されていた（図3）。認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方においても同様に「機能訓練（身体機能向上）」「ADL 練習（移乗・移動）」の割合が高い一方、「認知症へのリハ」「IADL 練習」の割合は低かった。なお、新規利用者にて認知症リハ実施ありの方は「ADL 練習（セルフケア）」「IADL 練習」「口腔機能向上」の割合が比較的高かった。

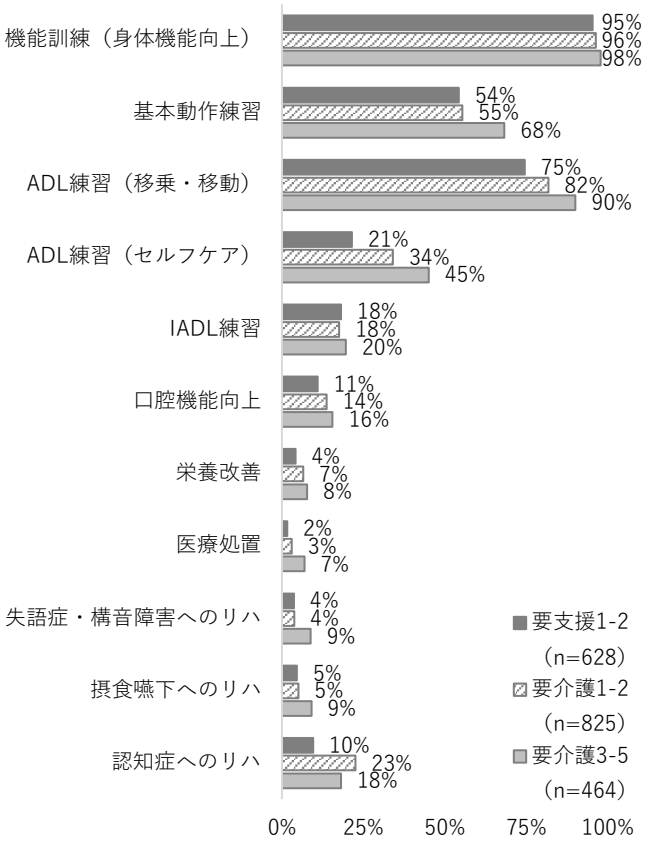


図 3 介護度別 提供サービス内容

事業所の取組内容では、目標達成による修了者がいる事業所にて「利用者間のピアサポート」「就労支援」「補装具の調整」「補装具の作製」「修了した利用者の継続的な評価・助言」を実施している割合が有意に高かった。認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方は「利用者間の交流促進（社会性の向上）」の割合が比較的高かった。また、新規利用者にて認知症リハ実施ありの方は、実施なしの方と比較して「利用者間の交流促進（社会性の向上）」の割合が高かった。

目標達成による修了者がいる事業所では「事業所敷地外での評価・応用練習を実施している」割合が有意に高かった。また、「事業所敷地外での評価・応用練習を実施している」の利用者は、IADL が向上した割合が高かった。他方、事業所敷地外での評価・応用練習の実

施場所は「事業所周囲（徒歩 5 分圏内）」「事業所外道路（徒歩 5 分以上）」が中心であった。

歯科医師、歯科衛生士が実施している取り組みは「口腔に関する相談」「口腔清掃に関する指導」「口腔機能状態の評価」「口腔衛生状態の評価」の割合が高く、管理栄養士が実施している取り組みは「食事嗜好の確認と対応」「食事摂取量の確認」「提供栄養量の調整」の割合が高かった。

○ Check

居宅訪問結果の活用方法は「リハビリテーション計画への反映」の割合が高く、「目標達成状況の確認」「リハ会議での共有」の割合は低かった。

【修了後の状況】

利用修了者において修了後の状況は「サービス利用あり」「サービス利用なし」がほぼ半数ずつであった。「サービス利用あり」では「通所介護」の割合が高かった。また、「サービス利用なし」では「居宅における家庭での役割」の割合が高い一方、「地域の通いの場やサロン」の割合は低かった。なお、要介護 3-5 の約 6 割は他介護サービス（特に通所介護）へ繋がっていた。

修了後に状態を確認した割合は約 3 割であり、修了 3 ヶ月後のサービス利用状況については「不明」が約半数であった。また、修了後に利用している「地域資源や介護サービス等と連携を行った」割合も 1 割と低かった。

【修了に向けた課題】

新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後の利用状況は「修了予定がなく利用を継続する方」が 8 割を超えていた。利用継続の理由は「運動機会や活動量を維持したい」「利用者同士のコミュニティを維持したい」の割合が高かった。他方、中重度者では「介護量が多く、継続的な支援が必要」の割合が高かった。また、ケアマネジャーからみて修了が困難な理由は「本人・家族が通所リハを楽しみにしている」「本人・家族が修了後の身体機能や ADL の低下を心配している」の割合が高かった。

【事業所の体制】

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の 3 職種をすべて配置している事業所は 3 割弱であり（図 4）、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名と充実した配置を実施している事業所は 5 割であった。上記 3 職種をすべて配置している事業所や利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している事業所では、目標達成による修了者がいる割合が有意に高かった。また、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している事業所では、敷地外での評価・応用練習を実施している割合が高かった。なお、リハマネジメント加算の届出

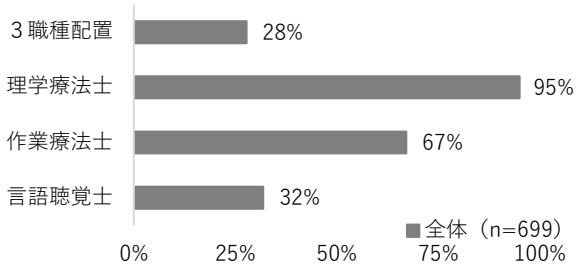


図 4 リハ専門職の配置割合

がある事業所では、リハ 3 職種の配置割合、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名の配置割合がともに高かった。

言語聴覚士・歯科衛生士が配置されている事業所では、口腔機能向上の取り組みの実施割合が、管理栄養士が配置されている事業所では栄養改善の取り組みの実施割合が高かった。なお、大規模事業所では各専門職の配置人数が多く、リハマネジメント加算の届出割合や地域活動の実践割合も高かった。

【医療機関・介護老人保健施設との協働】

新規利用者のうち、医療機関・介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへ事業所職員が参加した割合は約 2 割であり、参加しなかった利用者と比較して、利用開始までの期間は「3 日以内」「1 週間以内」の割合が高かった（図 5）。事業所にて医療機関等との連携が難しい理由は「感染症等の影響で医療機関への訪問が難しい」「退院前カンファレンスへの参加依頼がない」「医療機関の退院までに通所リハ・訪問リハの利用自体が決まっていない」の割合が高かった。また、回復期リハ病棟が考える退院前カンファレンスへ事業所職員の参加が困難な理由は「利用する事業所が決まっていない」「依頼しても事業所が忙しく時間を作れない」「関係事業所への調整（依頼）が難しい」の割合が高い。

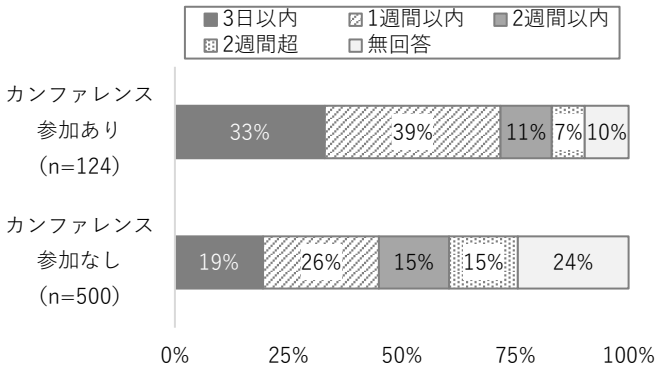


図 5 カンファレンスの参加有無別 退院退所から利用開始までの期間

■まとめ

○ 評価・目標設定の実践

- リハビリテーションマネジメントは、心身機能・活動・参加にバランスよく働きかけるうえで重要なプロセスである。
- 参加に向けた支援では、在宅生活を想定したより実践的な評価が重要であり、居宅訪問による生活実態の把握と自宅の周辺環境を考慮したアプローチが求められる。また、複数回の訪問による評価によって目標の進捗状況、残された課題の把握を行うことも肝要である。
- リハ会議では医師による疾患・障害の予後予測を踏まえ、限界と可能性を考慮した社会参加に関する目標を設定し、関係者と生活目標を共有することが大切である。特に、目標達成による修了に関しては、リハ会議での検討内容や目標設定が重要であり、関係者の情報共有と役割分担が必要不可欠である。
- 口腔機能向上および栄養改善への取り組みは低調であり、リハビリテーションと口腔・栄養との一体的な提供に向けては、歯科衛生士、管理栄養士の積極的な参画が望まれる。リハマネジメントの一環としてリハ会議を活用しつつ、外部の歯科診

療所や栄養ケア・ステーションなどの関係機関と連携・協働し、利用者の評価・計画立案への関わりを強化する必要がある。

- ケアマネジャーとの連携では、利用者の現状のみならず、生活課題の要因分析と説明、生活状況や課題解決の見通しなどを共有することが重要であり、他サービス事業者とは生活目標の共有や目標達成に向けた役割分担など、利用者を面で支援する意識、関係性が求められる。

○ 各種取組の推進

- 要支援者の多くは、骨関節疾患などにて自宅での移動能力に課題が生じ利用を開始しており、自宅や地域社会で担う役割が少ない状態像が想定される。自宅や地域社会での役割創出や再獲得に向け、居宅訪問の積極的な実施が重要であり、訪問リハの活用も考えられる。
- 目標達成による修了に向けた取り組みについて、通所リハ自体が他者との繋がりの場となっている可能性も否めず、身体機能以外に対するアプローチも重要である。加えて、修了後の定期的かつ継続的な評価が重要であり、状態変化時の速やかな対応など、利用者・家族の精神的不安感を払拭する取り組みも求められる。
- 中重度者については、主に脳血管疾患や骨折などにより医療機関へ入院し、退院後の在宅生活の再構築や定期的な評価の必要性から利用を開始しており、生活全般に課題を有することが多い。在宅生活の限界点を高めるような支援として、家族の介護負担の軽減に向けた取り組みが重要である。併せて、活動や参加、QOL を高める観点から暮らしを支え続けられるよう、各専門職がリハビリテーションの視点から 1 日を通して複合的に関わることが重要である。
- 認知症への取り組みは中核症状の機能改善だけでなく、自宅における介護負担の軽減や事業所における交流の促進など、行動・心理症状（BPSD）への対応を多職種で実施することが求められる。そのためには、1 日を通じ生活全般の評価や支援が重要であり、認知機能を総合的に評価する視点が要である。

○ 事業所体制の強化

- 充実したリハマネジメントを推進するためには、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士をすべて配置することや、利用者数に対しリハ職種を多く配置することも求められる。特に、現状では失語症や構音障害、摂食嚥下障害に対する支援が十分ではなく、言語聴覚士の配置を推進する制度整備が望まれる。
- 大規模事業所は、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士など多職種の充実した配置がみられ、リハマネジメント加算の算定割合が高く、多様な課題を有する利用者へ各専門職がニーズに合わせたサービスを提供している。さらに、地域との交流活動

を積極的に展開しており、多数配置する専門職の有効活用などを踏まえ、地域における医療介護の拠点機能としての活躍が期待されている。

- 医療機関・介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへの参加に向けて、日常的に連携できる関係性の構築が求められる。現行の診療報酬上の要件として、事業所職員の退院前カンファレンスへの参加は明記されておらず、確実に参加依頼を行う仕組み作りも必要である。
- 退院・退所前カンファレンスに関して、人的理由から医療機関・介護老人保健施設から依頼を受けても事業所が時間を作れないといった課題もある。通所リハ事業所では相談員が新規利用の相談対応や本人・家族からの希望の聴取などを実施しており、相談員や管理者がカンファレンスへ参加できる仕組み作りも肝要である。

令和４年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業

訪問リハビリテーション サマリ

■背景

令和３年度介護報酬改定の審議報告において、生活期リハにおけるアウトカムの評価方法について検討していくべきとされた。本事業では令和６年度介護報酬改定に向け、リハビリテーションサービスのアウトカムを含めた適切な評価の在り方について検討することが求められている。

■目的

令和 3 年度介護報酬改定による見直しの影響や入院医療機関等との連携について実態を把握し、更なる取り組みの強化に寄与することで、効果的な事業体制の構築に向けた一助となることを目的とした。

■対象・方法

本事業ではアンケート形式での調査を実施し、全国の通所リハ事業所・訪問リハ事業所およびその利用者、居宅介護支援事業所、回復期リハ病棟、介護老人保健施設を対象とした（無作為抽出）。方法は郵送配布・郵送回収法とし、令和４年９月 15 日から 11 月４日到着分までを有効回答とした。尚、対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面にて説明し、本調査に対する回答をもって同意したとみなした。

■調査項目

通所リハ・訪問リハの事業所票では、①リハマネジメントの実態、②専門職の役割、③取り組み内容、④他介護サービスとの連携状況、利用者票では、①利用者特性、②利用経緯や利用目的、③計画内容や提供プログラム、④目標達成度や機能能力の変化、⑤修了後の状況とした。また、ケアマネジャー票では、①通所リハ・訪問リハ導入経緯、②リハマネジメントの状況、回復期リハ病棟・介護老人保健施設票では、①退院・退所時カンファレンスの実施状況、②通所リハ・訪問リハ利用の課題とした。

■結果

【回収状況】

本事業では通所リハ事業所 715 ヶ所(回収率 23.8%)、訪問リハ事業所 373 ヶ所(24.9%)、居宅介護支援事業所 186 ヶ所（37.2%）、回復期リハ病棟 164 ヶ所（32.8%）、介護老人保健施設 120 ヶ所（24.0%）より回収を得た。

【リハビリテーションマネジメント】

新規利用者におけるリハマネジメント加算算定者は、利用開始から 6 ヶ月後に ADL や IADL が改善した割合が比較的高かった（図 1)。また、新規利用者で目標達成による修了・修了見込みの方は、リハマネジメント加算の算定割合が比較的高かった。

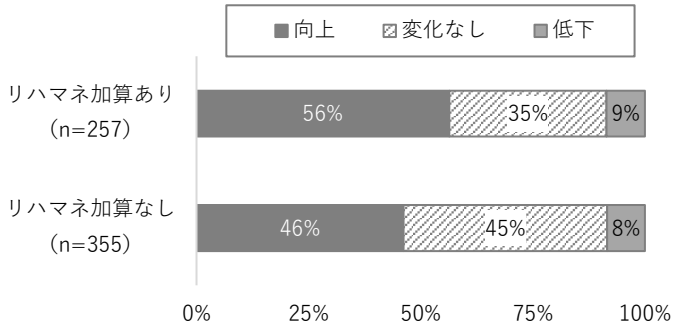


図 1 リハマネジメント加算算定有無別
利用開始から 6 ヶ月後の IADL の変化

リハマネジメント加算の届出がある事業所では、ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容として「介護負担感等の家族の状況に関する情報共有」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「主治医等からの医学的情報の共有」「生活課題における要因分析結果の説明」の割合が高かった。また、リハマネジメント加算 B のリハ会議では、ICT を活用している事業所割合が 40%であった。

【医師の関わり】

事業所以外の医師（かかりつけ医）が診察した利用者がいる割合は 27%であり、令和元年度調査から減少していた。医学的管理を行っているかかりつけ医の役割は「疾患の管理」「運動リスクの管理」「急変時の対応」であり、事業所医師（計画作成医）の役割は「リハ計画の作成・承認」「運動リスクの管理」「本人・家族への説明」であった（図 2)。

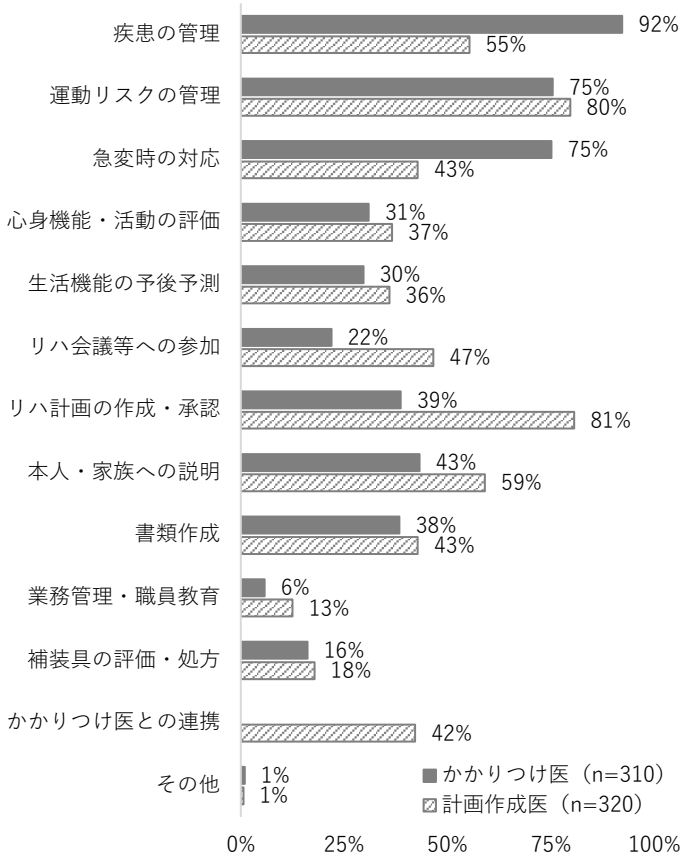


図 2 医師の役割

新規利用者において診察医師が計画作成医の場合には「リハの目的」「リハ実施上の留意点」「リハ中止の目安（基準)」の実施割合が比較的高かった。また、ケアマネジャーが期待する計画作成医の役割は「身体状況・障害に関する予後の説明や助言」「在宅生活における見通しやリスクの説明や助言」「関係医療機関の医師との連携・情報共有」であった。

リハ会議における医師の説明内容は「居宅生活の注意点」「生活アドバイス」「疾患や心身機能の予後」の割合が高かったが、「社会参加の目標」「目標達成までの期間」は低値であった。診察医師が計画作成医の場合には「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった。また、目標達成による修了・修了見込みの利

用者への説明は「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった。

【目標達成における修了への関わり】

移行支援加算に取り組んでいる事業所は 27%であった。本加算の算定が難しい理由は「利用者の継続希望が強い」「家族の継続希望が強い」「終了者が少ない」の割合が高く、本加算に取り組んでいない事業所では「終了者が少ない」「新規利用者が少ない」の割合が比較的高い傾向にあった。なお、本加算に取り組んでいない事業所では、3 ヶ月間で新規利用者・利用終了者がいる割合が低かった。

新規利用者において「6 ヶ月後に目標達成し修了した方」「目標達成修了の予定がある方」はいずれも 11%であった。一方、「修了予定がなく利用を継続する方」は 68%であり、その理由は「運動機会や活動量を維持したい」「ADL や状態の変化が想定され継続的な評価・支援が必要」の割合が高かった。なお、目標達成による修了・修了見込みの方は、修了時または 6 ヶ月後に ADL・IADL が向上した割合が高かった。また、目標達成による修了・修了見込みの方は、リハ会議における検討内容にて「他サービス事業所との役割分担」、リハ会議における医師の説明にて「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった。

訪問リハ計画に位置付けた目標では「地域における社会参加」が 21%と低値であった（図 3）。社会参加を目標に設定した方や居宅外での練習実施がある方は、6 ヶ月後に IADL・LSA が向上した割合が比較的高かった。他方、居宅外練習の実施割合は、「利用者宅周囲（徒歩 5 分圏内）」、「利用者宅外道路（徒歩 5 分以上）」が中心であり、提供サービスとして「IADL 練習」は低かった。

利用修了者において、修了後も介護保険サービスを利用していた割合は 7 割を超えており、サービス利用者のうち 4 割は通所リハへとつながっていた。

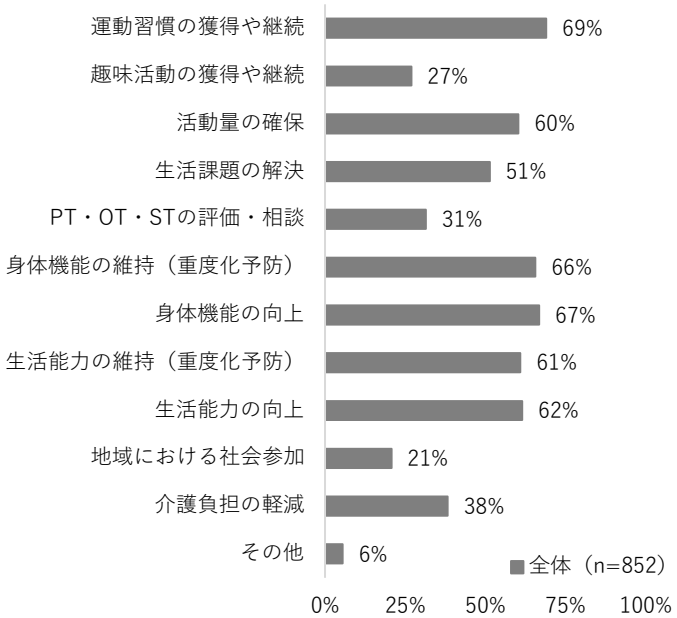


図 3 訪問リハ計画に位置付けた目標

【関わり内容】

利用が 12 ヶ月を超えた要支援者がいる事業所割合は 7 割であり、その継続理由は「利用者の継続希望が強い」「家族の継続希望が強い」「ADL や状態の変化が想定され継続的な評価・支援が必要」であった。

要支援の新規利用者は、利用前の所在が「自宅」66%、「回復期リハ病棟」14%、「一般病棟」13%であった。リハが必要となった原因の疾病は、自宅から利用開始にて「関節症・骨粗しょう症」「骨折」「脊椎・脊髄障害」、医療機関退院後にて「骨折」「脳卒中」の割合が高

かった。利用開始時の ADL（BI）が「100 点」の割合は医療機関退院後より自宅から利用開始にて高かった。

訪問リハ計画に位置付けた目標は、利用前の所在に関係なく「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」の割合が高かったが、医療機関退院後では「生活課題の解決」「地域における社会参加」「介護負担の軽減」の割合も高い傾向にあった。提供サービス内容も利用前の所在に関係なく「機能訓練（身体機能向上）」「ADL 練習（移乗・移動）」「基本動作練習」が上位を占めていたが、医療機関退院後では「IADL 練習」「ADL 練習（セルフケア）」の割合も比較的高かった。

利用開始から 6 ヶ月後もしくは修了時の状況について、要支援者の ADL・IADL が向上した割合は、医療機関退院後より自宅から利用開始にて低かった（図 4）。同様に、利用状況と今後の予定において「修了・修了見込みの方」も、医療機関退院後より自宅から利用開始にて低かった。

利用開始から 6 ヶ月後もしくは修了時における ADL、IADL、LSA の利得点数について、機能訓練および基本動作練習の実施時間別として「30 分未満」と「30 分以上」にて有意な差を認めなかった。一方、ADL 練習および IADL 練習の実施時間別では、有意な差を認め「30 分以上」にて高い利得であった。

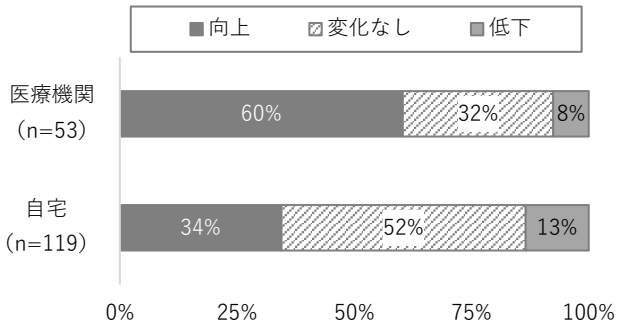


図 4 要支援における利用開始前の所在別
利用開始から 6 ヶ月後の IADL の変化

また、利用開始時の離床時間別にみると「3 時間未満」より「3 時間以上」にて、IADL、LSA の利得点数が有意に高い結果であった。

【事業所としての質の担保】

1 日の訪問件数は、「5 件未満」「5 件以上 15 件未満」「15 件以上」の順に割合が高く、リハ専門職の配置人数は「15 件以上」で多かった。また、事業所のリハマネジメントの取り組み割合は「15 件以上」が最も高かった。さらに、移行支援加算の取り組みを実施している割合や医療的ケアを実施している利用者がいる割合においても、1 日の訪問件数が多いほど割合が高かった。

開設主体は「病院」「診療所」「介護老人保健施設」の順に割合が高かった（図 5）。また、ケアマネジャーが必要な利用者へ訪問リハを導入が困難な理由として「近隣に利用可能な事業所がない」が 25%であり、同一法人内で訪問リハを提供している介護老人保健施設は 58%と、回復期リハ病棟の 83%よりも低い割合にあった。

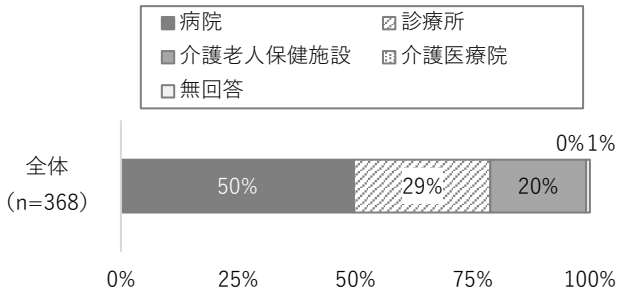


図 5 開設主体

■まとめ

○評価・連携の実践

- 訪問リハでは関与する医師が事業所外（かかりつけ医）であることもあり、リハマネジメントを実施するうえで重要となるリハ会議の開催には工夫が求められる。その一環として ICT の活用は有効と考えられ、ハード・ソフト両面の体制整備が肝要である。
- 訪問リハでは利用者にサービス提供する際、医師は身近に常駐しておらず、疾患や運動のリスク管理は非常に重要な要素である。かかりつけ医には「疾患管理とそのリスク対応」が、計画作成医には「障害予後を考慮した見通しとリスク管理」の役割が求められており、両者が有機的に機能することが重要である。

○取り組みの推進

- 訪問リハ利用者は、医療機関を退院後に利用する割合が高い傾向にあり、ADL 向上など在宅生活の再構築が重要な観点となる。また、社会参加の目標を明確にし、出かける場の創出などにより活動性を高めることで、結果的に修了へ繋がっているものと推察される。なお、修了後には通所リハを利用する方も多く、早期からの通所リハとの連携も有用である。
- 要支援者の特性は、利用前の所在により異なる。医療機関退院後の利用者は、受傷前の生活状況への復帰を目的に利用しており、利用目的の明確化と課題解決に適したプログラムが提供され一定期間での修了へと繋がりやすい。
- 他方、要支援における自宅からの利用者は、主に骨関節疾患等により自宅での移動能力に課題が生じ利用を開始しており、自宅や地域における役割が少ない状態像が想定される。自宅からの利用者は疾患や生活状況に関する情報が乏しく、利用前評価（Survey）が肝要である。利用開始までに必要な情報を精査しつつ、かかりつけ医との情報連携や事前評価の実施方法なども検討する必要がある。この過程を疎かにすると、主たる目的が運動機会の継続となりやすい。利用者の行動変容を促せるよう自宅や地域での役割を創出し、地域との繋がりを再構築することが重要である。

- 利用開始から 6 ヶ月後における ADL、IADL、LSA の利得点数について、機能訓練および基本動作練習の実施時間にて有意な差を認めなかったが、ADL 練習および IADL 練習では差を認め、「30 分以上」にて高い利得であった。訪問リハの主な提供時間が「40 分」であることを考慮すると、活動や参加の向上には、機能訓練および基本動作練習よりも ADL や IADL への練習を実施する必要性が確認できた。また、利用開始時の離床時間が「3 時間以上」にて、IADL、LSA の利得点数が有意に高い結果であり、離床時間の延長が活動や参加へとつながる可能性が窺

える。

○体制の強化

- 規模の大きな事業所は多様な状態像への対応が可能であり、充実した専門職の配置状況から地域や医療機関との連携においても柔軟に対応できると考えられる。多様な状態像への対応や多機関との連携の観点から、訪問リハ提供事業所の充実に向けては、在宅サービスを複合的に有している介護老人保健施設における訪問リハの更なる推進が求められる。

報告書　目次

はじめに
調査結果の要約

調査結果報告
第１章　本事業の概要
　第一節　背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
　第二節　実施体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
　第三節　調査方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
　第四節　用語について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第２章　調査結果
　第一節　回収状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
　第二節　事業所調査　（通所リハビリテーション）
　　１．基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
　　２．利用者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
　　３．リハビリテーションマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
　　４．各種加算の取組状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
　　５．事業所の取組状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44
　　６．地域連携の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
　第三節　事業所調査　（訪問リハビリテーション）
　　１．基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68
　　２．利用者の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 72
　　３．医師の関わり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76
　　４．リハビリテーションマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 78
　　５．事業所の取組状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 81
　　６．地域連携の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 87
　第四節　利用者調査　（通所リハビリテーション）
　　１．新規利用者の特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 94
　　２．リハビリテーションマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・115
　　３．サービス提供内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・126
　　４．利用６ヶ月後の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・147
　　５．利用修了後の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・159
　　６．医療機関および介護老人保健施設との連携・・・・・・・・・・・・・・・166

第五節　利用者調査　（訪問リハビリテーション）
１．新規利用者の特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・169
２．リハビリテーションマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・184
３．サービス提供内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・192
４．利用６ヶ月後の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・198
５．利用修了後の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・212
６．医療機関および介護老人保健施設との連携・・・・・・・・・・・・・・・・216
第六節　ケアマネジャー調査
１．通所リハ・訪問リハ導入時の状況と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・218
２．通所リハ・訪問リハとの連携・協働・・・・・・・・・・・・・・・・・・・223
第七節　回復期リハビリテーション病棟・介護老人保健施設調査
１．通所リハ・訪問リハ導入時の状況と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・227
２．通所リハ・訪問リハとの連携・協働・・・・・・・・・・・・・・・・・・・233

第３章　考察
１．通所リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・236
２．訪問リハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・250
３．通所リハ・訪問リハにおける役割と協働・・・・・・・・・・・・・・・・・256
４．医療機関および介護老人保健施設との協働・・・・・・・・・・・・・・・・258

第４章　通所リハビリテーションにおける総合評価に向けた考え方・・・・・・・261

調査結果報告

第１章　本事業の概要

第一節 背景と目的

１．背景

令和３年度介護報酬改定の審議報告における「今後の課題」として、生活期リハビリテーションにおけるアウトカムの評価方法、また通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について検討していくべきとされた。

そこで、本事業では令和６年度介護報酬改定に向け、リハビリテーションサービスのアウトカムを含めた適切な評価の在り方について、通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションにおける令和３年度介護報酬改定による見直しの影響や、入院医療機関等と通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションとの連携等を含め、その実態を把握すること。さらに、生活期リハビリテーションにおけるアウトカムを含めた評価方法、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について検討することが求められている。

２．目的

通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションにおける令和 3 年度介護報酬改定による見直しの影響や、入院医療機関等との連携について実態を把握し、更なる取組の強化に寄与する。また、通所リハにおけるストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法を検討し、効果的な事業体制を構築する一助とすることを目的とした。

３．事業内容

全国の通所リハ事業所・訪問リハ事業所およびその利用者、居宅介護支援事業所、回復期リハビリテーション病棟、介護老人保健施設を対象としたアンケート調査を行った。

併せて、通所リハにおいてはストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について検討し、本報告書を作成した。

第二節 実施体制

1．調査検討委員会

委　員	江澤 和彦	（公社）日本医師会 常任理事
委　員	川越 雅弘	公立大学法人 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 兼 研究開発センター 教授
委員長	近藤 国嗣	（一社）全国デイ・ケア協会 会長
委　員	斉藤 秀之	（公社）日本理学療法士協会 会長
委　員	斉藤 正身	（一社）日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
委　員	中村 春基	（一社）日本作業療法士協会 会長
委　員	東 憲太郎	（公社）全国老人保健施設協会 会長
委　員	深浦 順一	（一社）日本言語聴覚士協会 会長
委　員	松田 晋哉	学校法人 産業医科大学 公衆衛生学 教授
委　員	宮田 昌司	（一社）日本訪問リハビリテーション協会 会長
委　員	森山 雅志	（一社）全国デイ・ケア協会 理事
委　員	山田 剛	（一社）日本介護支援専門員協会
ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ		厚生労働省 老健局 老人保健課

＊ 敬称略、五十音順

2．作業部会

部　員	岡野 英樹	（一社）全国デイ・ケア協会 理事
部　員	鈴木　修	（一社）日本訪問リハビリテーション協会 副会長
部　員	土井 勝幸	介護老人保健施設 せんだんの丘 施設長
部　員	野尻 晋一	介護老人保健施設 清雅苑 施設長
部　員	三浦 祐司	（一社）日本訪問リハビリテーション協会 理事
部会長	森山 雅志	（一社）全国デイ・ケア協会 理事

＊ 敬称略、五十音順

3．事務局

佐々木 海人	（一社）全国デイ・ケア協会 事務局
染谷 和久	医療法人真正会 霞ヶ関南病院 情報戦略室 室長

4．調査検討委員会および作業部会のスケジュール

〈開催日時〉	〈作業内容〉
令和 4 年	
7 月 6 日	第 1 回 作業部会：調査票の作成
8 月 2 日	第 2 回 作業部会：調査票の検討
8 月 10 日	第 1 回 調査検討委員会：調査の進め方の承認・調査票の確認
11 月 9 日	第 3 回 作業部会：調査結果の確認
12 月 7 日	第 4 回 作業部会：調査結果の検討
令和 5 年	
1 月 6 日	第 5 回 作業部会：報告書の構成案の検討
1 月 26 日	第 2 回 調査検討委員会：調査結果の確認・報告書の構成の承認
2 月 17 日	第 6 回 作業部会：報告書案の検討
3 月 6 日	第 3 回 調査検討委員会：提言及び成果物の承認

第三節 調査方法

1．対象と方法

全国の通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所、回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関、介護老人保健施設を無作為抽出により選定し、アンケート調査を実施した。

2．調査票の配布および回収方法

実態調査の調査方法は、郵送配布・郵送回収法とした。

3．調査期間

[実態調査]

令和 4 年 9 月 15 日から実施し、11 月 4 日到着分までを有効回答とした。

４．データの分析

１）調査項目

○ 事業所票（通所リハ・訪問リハ）

・リハビリテーションマネジメント加算の実態および評価の充実度

・医師を含めた各専門職の役割と関わり方

・各種加算等を含めた取組内容

・他介護サービスとの連携状況　等

○ 利用者票（通所リハ・訪問リハ）

・利用者特性（介護度、疾患、年齢 等）

・利用開始までの経緯、生活上の課題、利用目的、事業所における評価の実施職種

・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの計画内容、提供プログラム（算定加算の種類や専門職の関わり方）

・利用６ヶ月後における目標達成度、ADL・IADL の変化、修了後の状況　等

○ ケアマネジャー票

・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション導入の経緯と目的

・リハビリテーションマネジメントの導入有無と導入時の効果　等

○ 回復期リハビリテーション病棟・介護老人保健施設票

・退院・退所時カンファレンスの実施有無および内容

・退院・退所者における通所リハ・訪問リハ利用の課題　等

２）解析方法

得られたデータは必要に応じて単純集計およびクロス集計を行った。

また、必要に応じて、有意水準を 5%として χ 二乗検定を行った。

５．倫理的配慮

すべての調査対象者に対し、本調査の研究の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明した。また、調査への拒否、一部の質問項目への回答拒否があっても何ら不利益が生じないことを書面により説明した。本調査に対する同意は調査の回答をもってみなすこととした。

第四節 用語について

本報告書においては、以下のように省略し記す。

・通所リハ　・・・・・・・・ 通所リハビリテーション
・訪問リハ　・・・・・・・・ 訪問リハビリテーション
・リハ専門職　・・・・・・・・ リハビリテーション専門職
・リハマネジメント　・・・・・・・・ リハビリテーションマネジメント
・リハマネジメント加算・・・・・・・・ リハビリテーションマネジメント加算
・リハ会議　・・・・・・・・ リハビリテーション会議
・担当者会議　・・・・・・・・ サービス担当者会議
・回復期リハ病棟　・・・・・・・・ 回復期リハビリテーション病棟

・修了とは、状態改善や目標達成により利用を終了することを指す。

第２章　調査結果

第一節 回収状況

本事業では通所リハビリテーション事業所 715 ヶ所（回収率 23.8%）、訪問リハビリテーション事業所 373 ヶ所（24.9%）、居宅介護支援事業所 186 ヶ所（37.2%）、回復期リハビリテーション病棟 164 ヶ所（32.8%）、介護老人保健施設 120 ヶ所（24.0%）より回収を得た（表 1）。

表1　回収状況

No.	対象	対象数	回収事業所数	回収率	有効回答事業所数	有効回答個票数
1	通所リハビリテーション事業所	3000	715	23.8%	699	2554
2	訪問リハビリテーション事業所	1500	373	24.9%	368	1273
3	居宅介護支援事業所	500	186	37.2%	-	405
4	回復期リハビリテーション病棟	500	164	32.8%	164	-
5	介護老人保健施設	500	120	24.0%	120	-

第二節 事業所調査（通所リハビリテーション）

１．基本情報

事業所の規模では「通常規模」の割合が83.1%と最も高く、サービス提供時間は「6-7時間」60.8%、「1-2時間」46.4%の割合が高かった（図2-1-1、2-1-2）。サービス提供時間を事業所規模別にみると、大規模事業所にて「6-7時間」の割合が比較的高かった（図2-1-3）。また、サービス提供時間にて、「1-2時間のみ」は19.7%、「6-7時間のみ」は20.2%であり、事業所規模をみると1-2時間のみは「通常規模」が97.1%であった（図2-1-4、2-1-5）。

図2-1-1　事業所規模

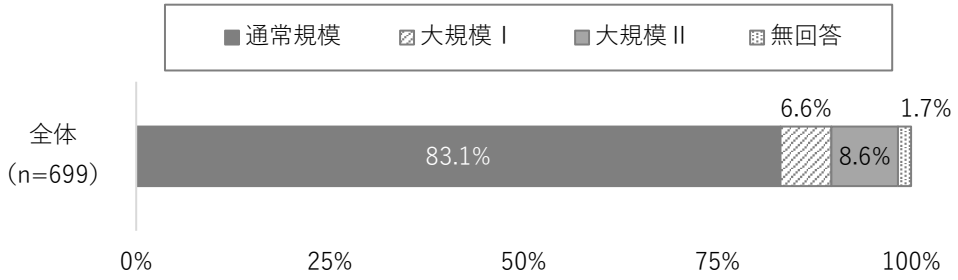


図2-1-2　サービス提供時間

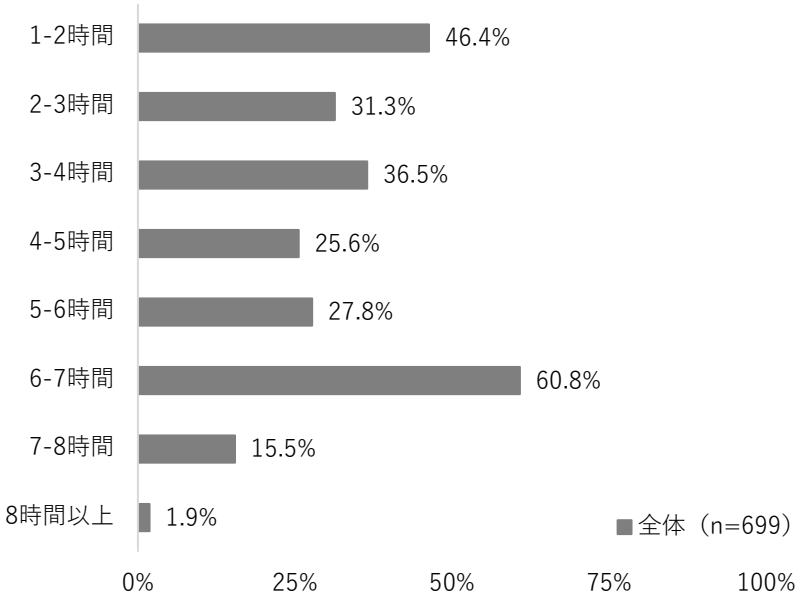


図2-1-3　サービス提供時間（事業所規模別）

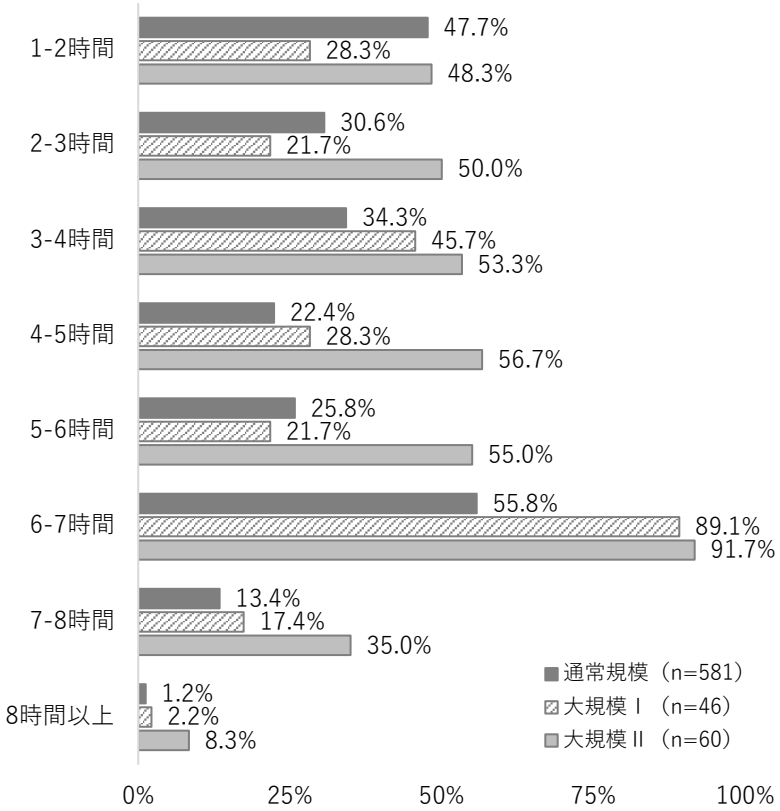


図2-1-4　サービス提供時間

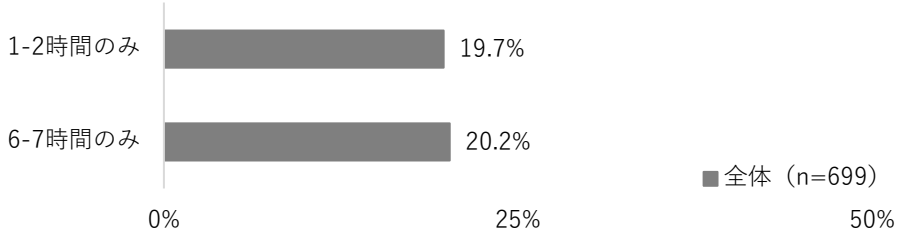
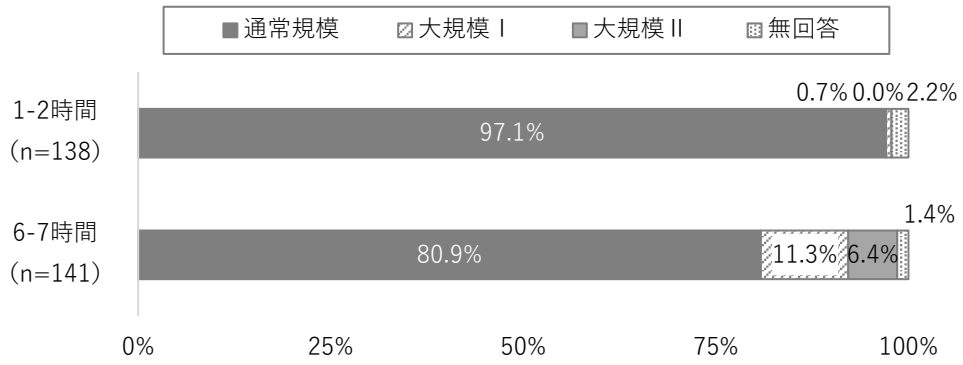


図2-1-5　事業所規模（提供時間別）



開設主体は、「病院」「診療所」「介護老人保健施設」にて約3割ずつであった（図2-1-6）。開設主体別にサービス提供時間をみると、病院・診療所は「1-2時間」が62.9%・55.9%、介護老人保健施設は「6-7時間」の割合が85.5%と高かった（図2-1-7）。さらに提供時間別に開設主体をみると、1-2時間のみは「病院」が52.9%、「診療所」が46.4%であり、6-7時間のみは「介護老人保健施設」が57.4%であった（図2-1-8）。

図2-1-6　開設主体

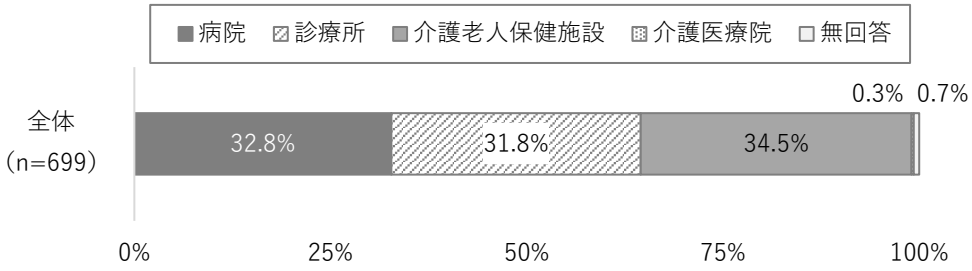


図2-1-7　サービス提供時間（開設主体別）

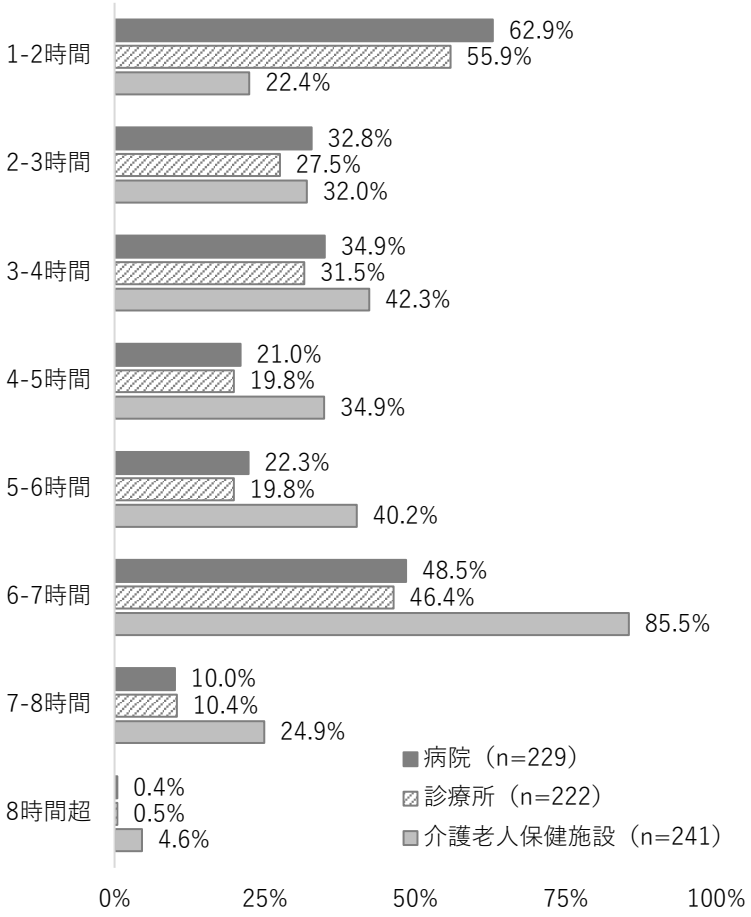
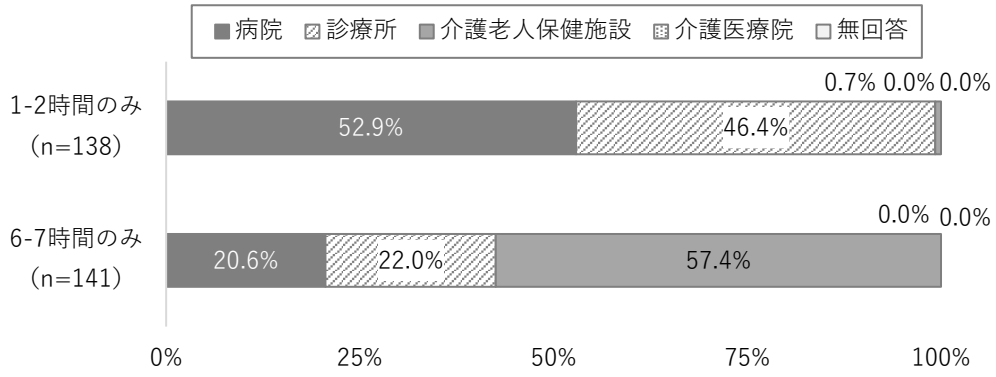


図2-1-8　開設主体（提供時間別）



開設主体における医療保険外来リハの提供割合は68.1%であり、1-2時間のみは89.1%、6-7時間のみは51.7%と1-2時間のみにて提供割合が高かった（図2-1-9、2-1-10）。

1-2時間のみにおいては、成30年度介護報酬改定において要件が緩和された器具の共有の実施割合は78.3%、面積要件の活用は39.6%、人員要件の活用は43.2%であった（図2-1-11）。

図2-1-9　開設主体における医療保険外来リハの提供有無

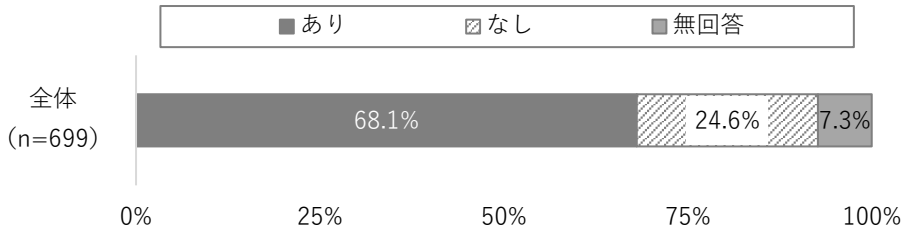


図2-1-10　開設主体における医療保険外来リハの提供有無（提供時間別）

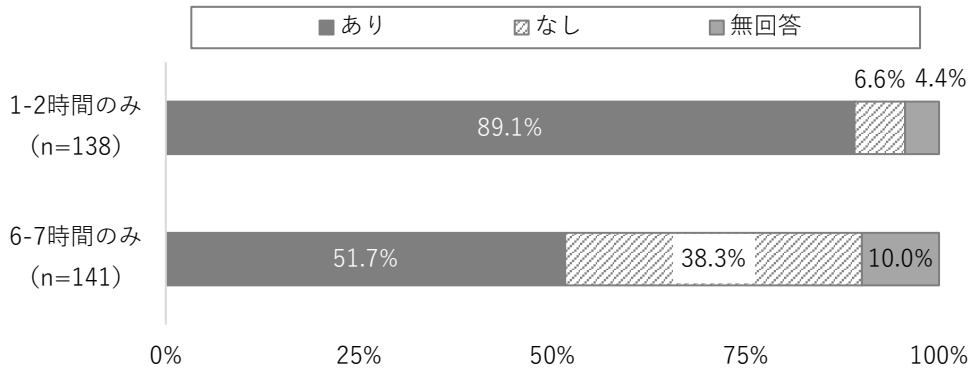
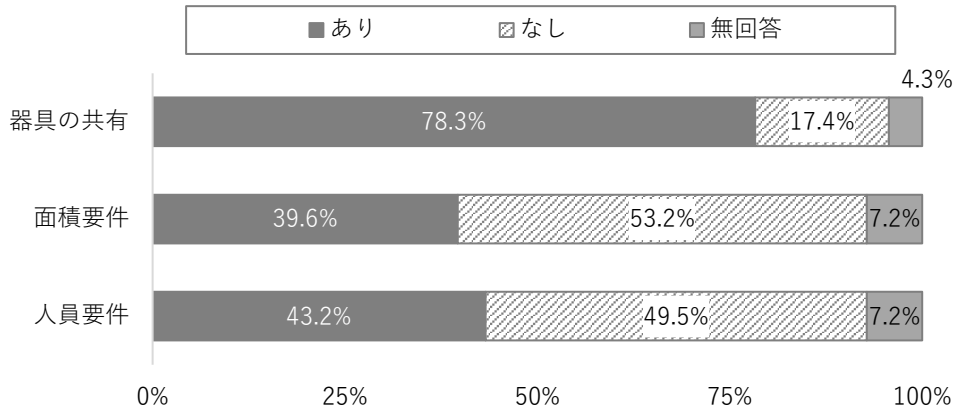


図 2-1-11　平成 30 年度介護報酬改定における要件緩和の活用状況（1-2 時間のみ：n=138）



同施設内での訪問リハの提供は 50.4%であった（図 2-1-12）。提供時間別にみると 1-2 時間のみにて 63.0%と 6-7 時間のみの 40.4%より高く、事業所規模別では大規模 II にて 58.3%と大規模 I の 50.0%、通常規模の 49.2%より高かった（図 2-1-13、2-1-14）。

図 2-1-12　同施設内での訪問リハの実施状況

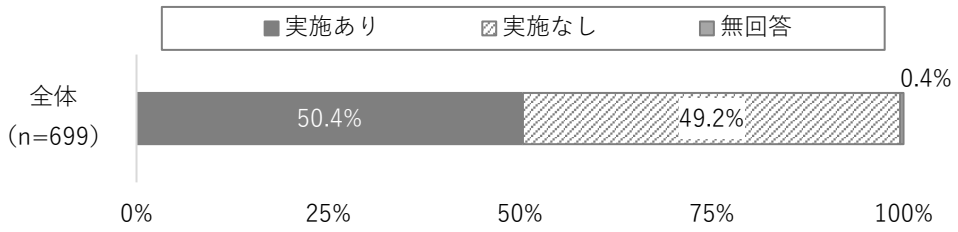


図 2-1-13　同施設内での訪問リハの実施状況（提供時間別）

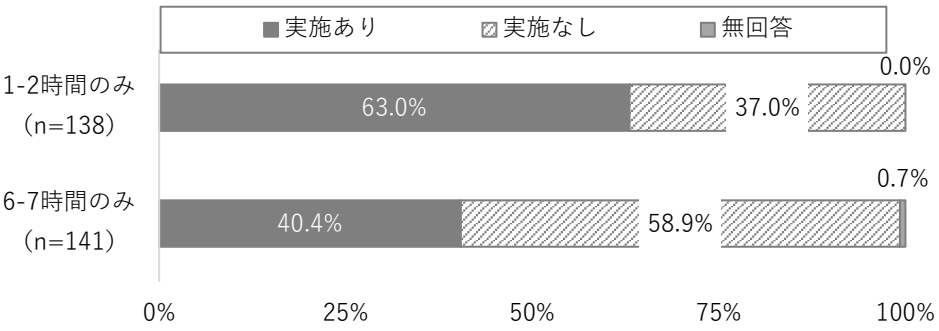
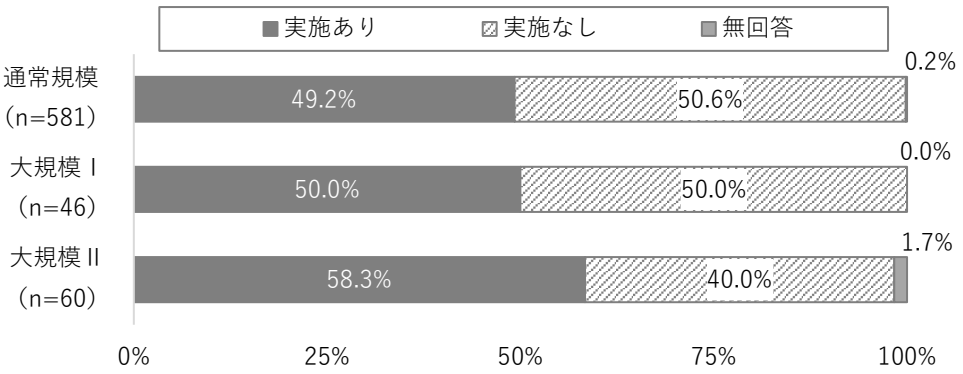


図 2-1-14　同施設内での訪問リハの実施状況（事業所規模別）



訪問リハとの併用利用者がいる割合は 60.5%であった（図 2-1-15）。提供時間別にみると 1-2 時間のみが 49.4%、6-7 時間のみが 50.9%であった（図 2-1-16）。また、事業所規模別では、大規模Ⅰが 82.6%、大規模Ⅱが 74.3%と、通所規模の 57.7%より割合が高かった（図 2-1-17）。

図 2-1-15　訪問リハとの併用利用者

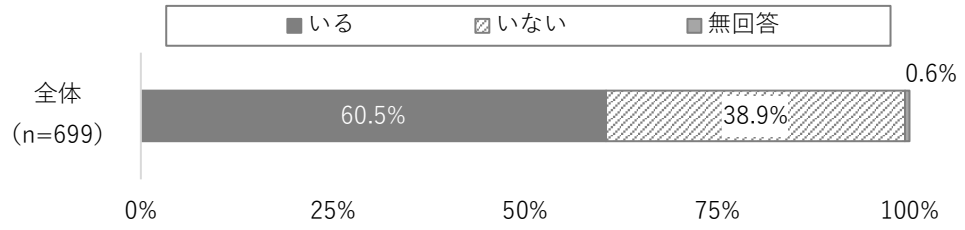


図 2-1-16　訪問リハとの併用利用者（提供時間別）

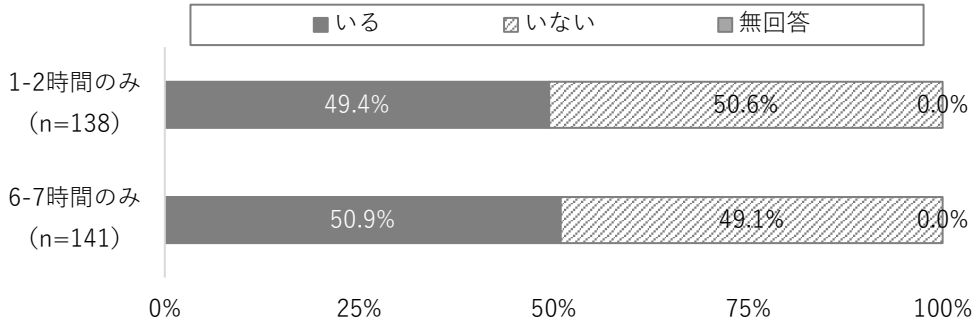
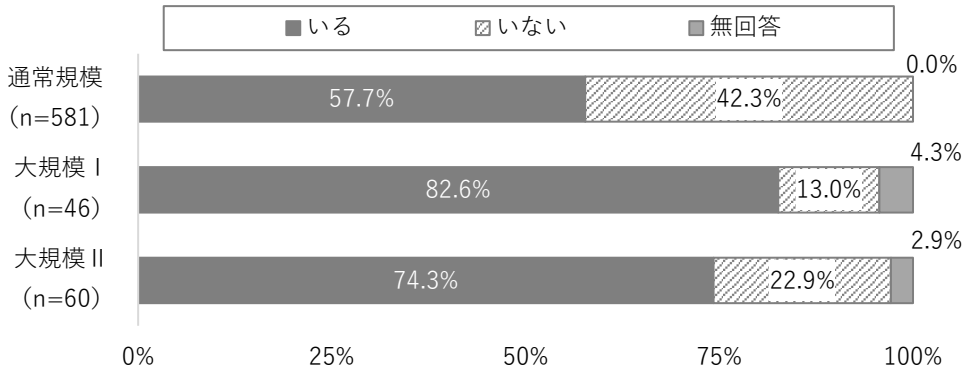


図 2-1-17　訪問リハとの併用利用者（事業所規模別）



併用者がいる事業所において、訪問リハと共同・共有して実施している内容は、「リハ会議を共同で開催」が 56.8%、「診療録（カルテ）への記録等を共有」が 40.4%、「共通のリハ計画を作成」が 38.3%であった（図 2-1-18）。また、併用者へのリハ専門職の対応方法として、通所・訪問リハにて同じリハ専門職が関わっている割合は 22.1%であり、提供時間別にみると 6-7 時間のみにて 37.9%と割合が高かった（図 2-1-19、2-1-20）。

図 2-1-18　訪問リハと共同・共有して実施している内容

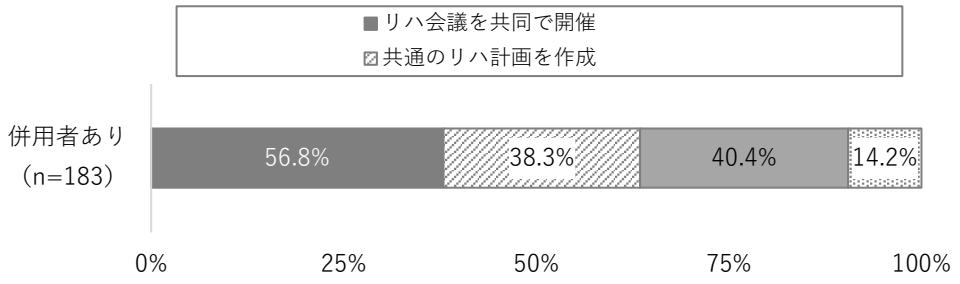


図 2-1-19　併用者へのリハ専門職の対応方法

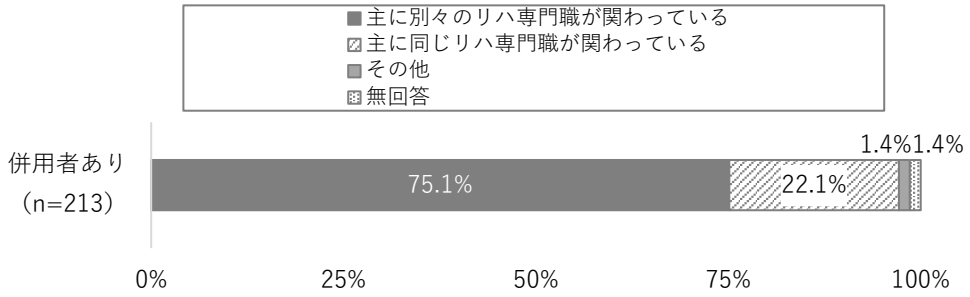
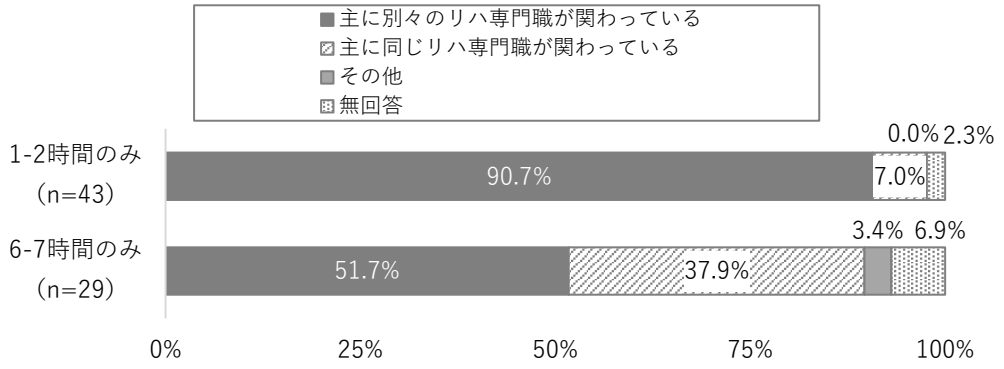


図 2-1-20　併用者へのリハ専門職の対応方法（提供時間別）



各リハ専門職を配置している割合は、「理学療法士」95.0%、「作業療法士」67.1%、「言語聴覚士」31.9%であり、リハ３職種をすべて配置している事業所は 27.8%であった（図 2-1-21）。事業所規模別でみると、リハ３職種配置は大規模Ⅰが 60.9%、大規模Ⅱが 50.0%と、通常規模の 22.9%より高く、大規模事業所においては、言語聴覚士を配置している割合が高かった（図 2-1-22）。

図 2-1-21　各リハ専門職を配置している割合

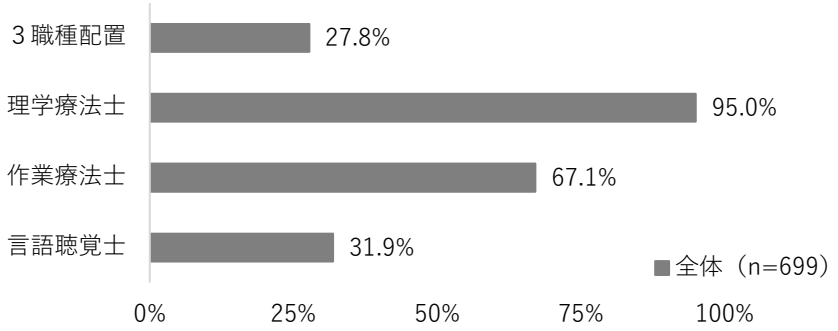
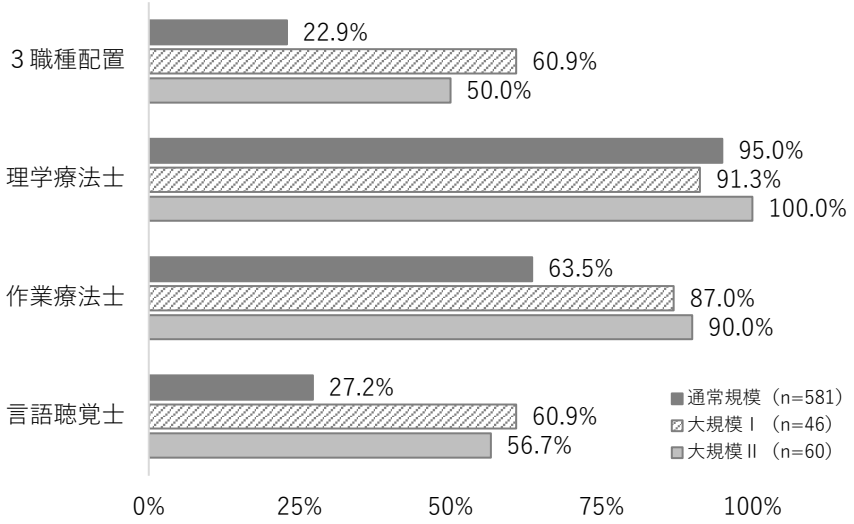
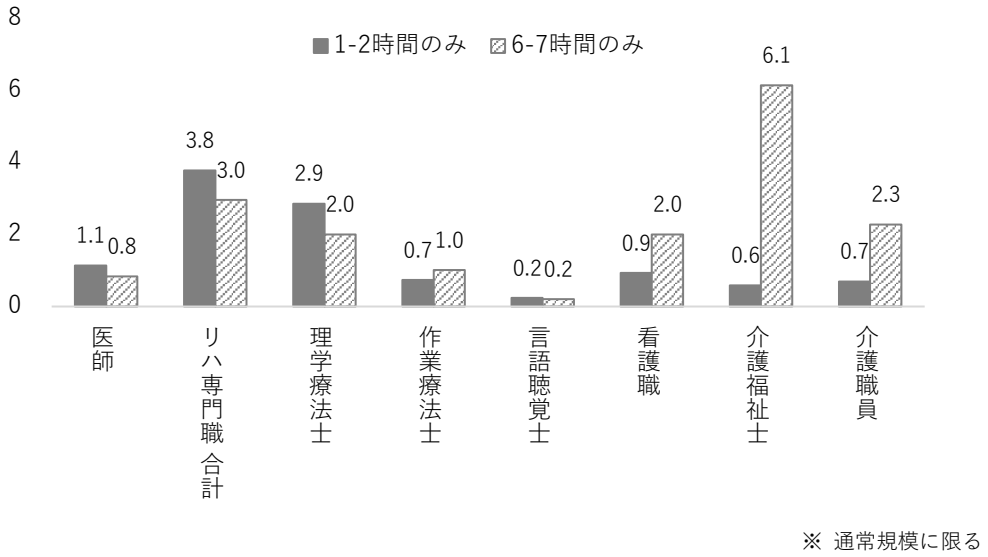


図 2-1-22　各リハ専門職を配置している割合（事業所規模別）



常勤換算における職員配置数において、提供時間別にみると、1-2 時間のみは 6-7 時間のみと比較して、「リハ専門職」の配置が多く、「介護福祉士」「介護職員」の配置が少なかった（図 2-1-23）。事業所規模別では、大規模な事業所において、「介護福祉士」「介護職員」の配置が多い傾向にあった。尚、通常規模においては言語聴覚士が 0.2 人であった（図 2-1-24）。開設主体別にみると、介護老人保健施設にて「看護職」「介護福祉士」「介護職員」の配置が多い傾向にあった（図 2-1-25）。また、リハ専門職の配置比率において、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している割合は 50.1%であった（図 2-1-26）。

図 2-1-23　職員配置数（常勤換算数：平均値）（提供時間別）



※ 通常規模に限る

図 2-1-24　職員配置数（常勤換算数：平均値）（事業所規模別）

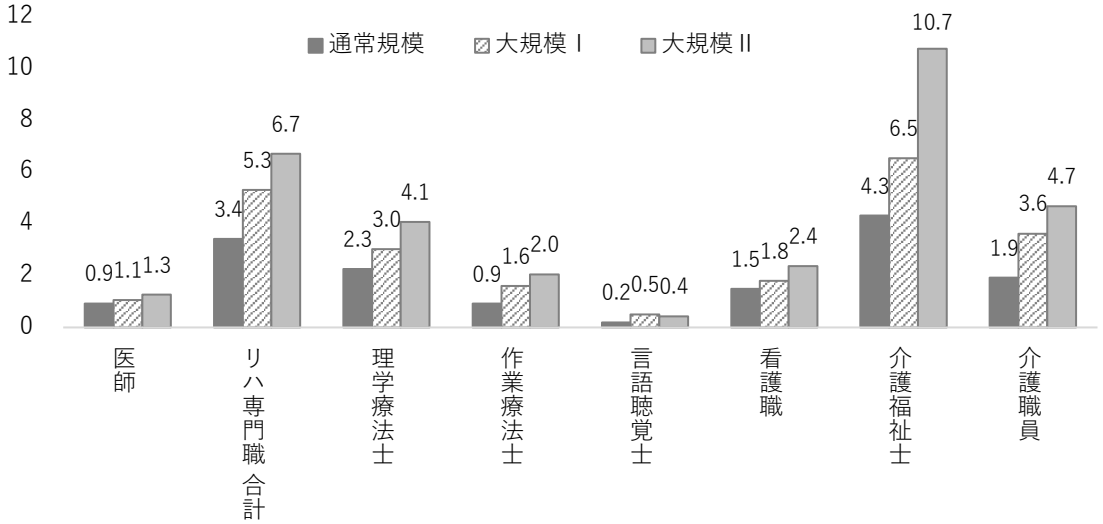


図 2-1-25　職員配置数（常勤換算数：平均値）（開設主体別）

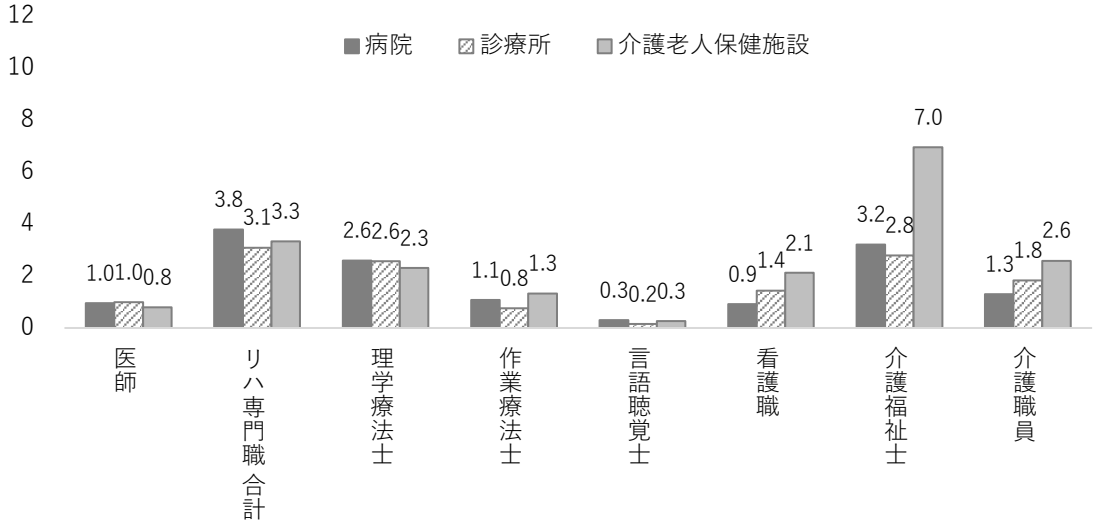
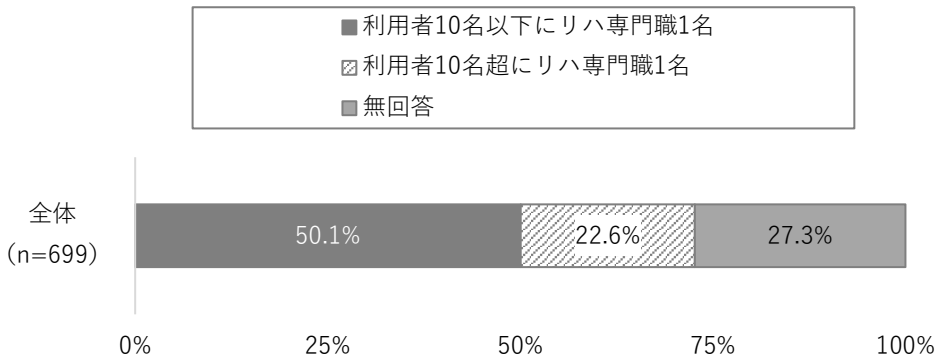


図 2-1-26　リハ専門職の配置比率（利用者：リハ専門職）



各専門職の配置割合は、「管理栄養士」が 38.6%、「歯科衛生士」が 7.9%、「相談員」が 33.5%であった(図 2-1-27)。提供時間別では 6-7 時間のみにおいて、「管理栄養士」が 50.4%、「相談員」が 39.7%と、1-2 時間のみより割合が高かった（図 2-1-28)。また、事業所規模別にみると「管理栄養士」の配置割合は、大規模Ⅰが 56.5%、大規模Ⅱが 55.0%と、通常規模の 35.8%より高く、「歯科衛生士」「相談員」においても同様の傾向にあった (図 2-1-29)。さらに、開設主体別では介護老人保健施設にて「管理栄養士」が 61.4%、「相談員」が 63.5%と、病院・診療所より配置割合が高かった（図 2-1-30)。

図 2-1-27　職員配置状況（配置専門職別）　n=699

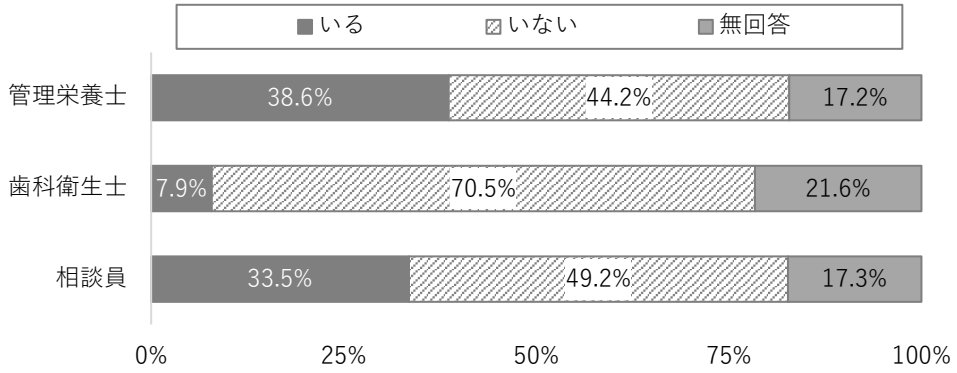


図 2-1-28　職員配置状況（配置専門職別）
（提供時間別　1-2 時間のみ：n=138　6-7 時間のみ：n=141）

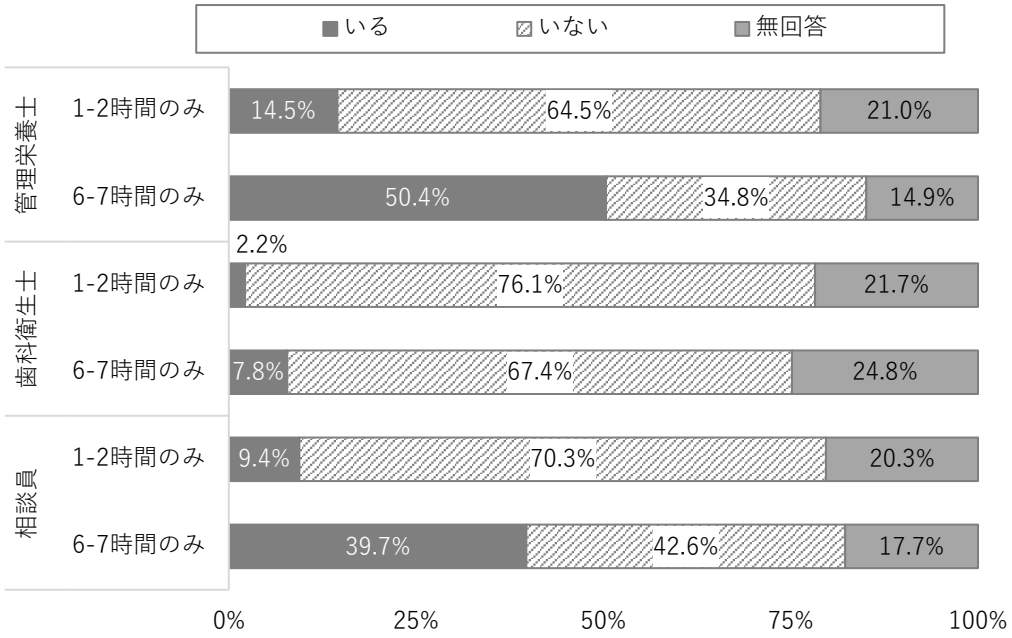


図 2-1-29　職員配置状況（配置専門職別）

（事業所規模別　通常規模：n=581　大規模Ⅰ：n=46　大規模Ⅱ：n=60）

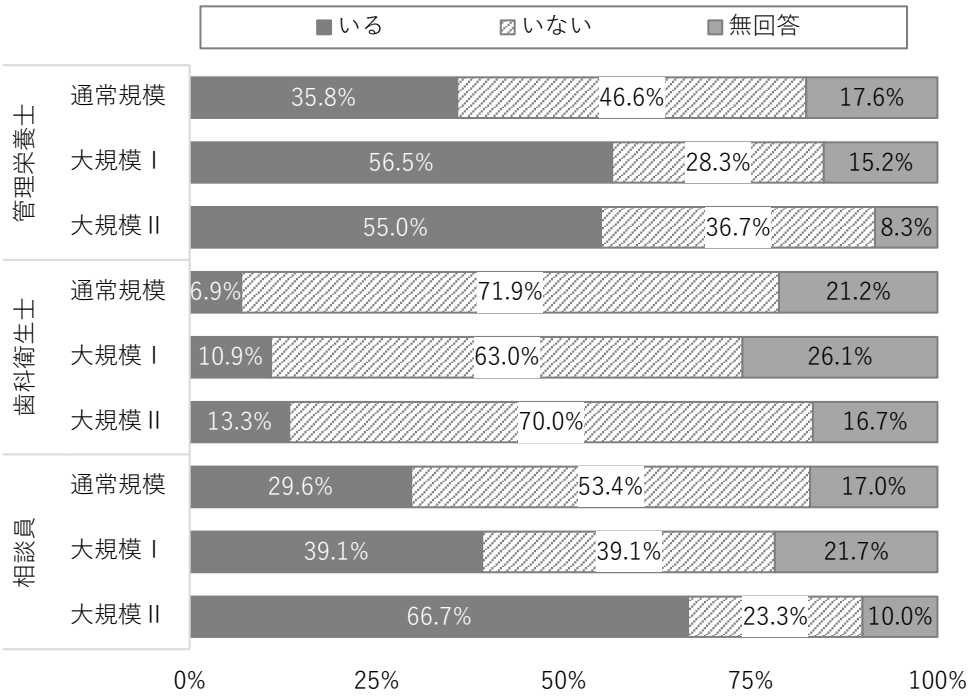
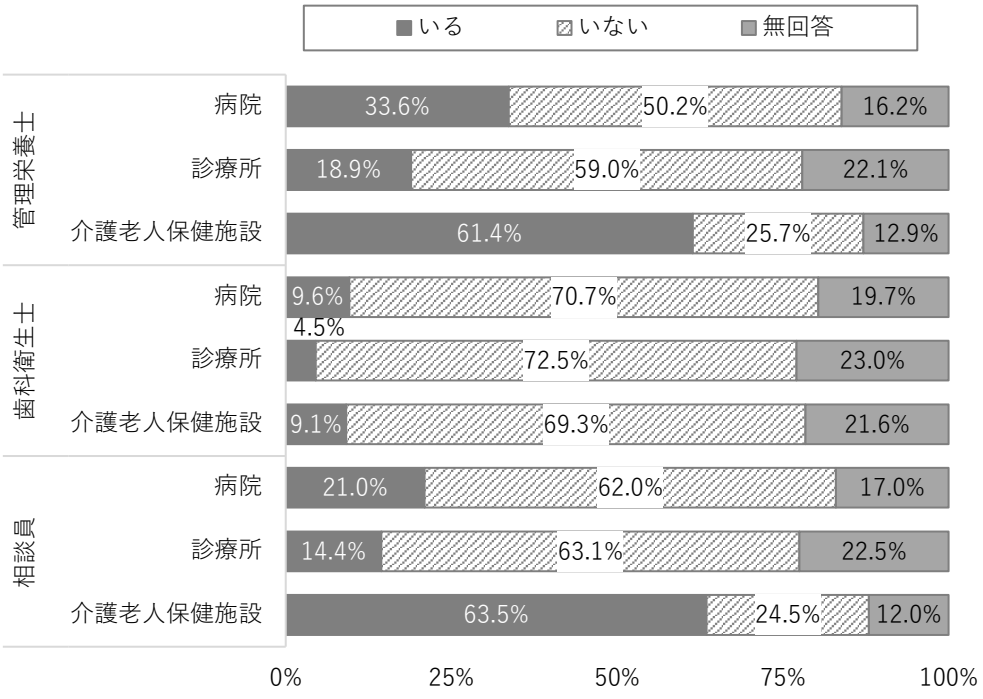


図 2-1-30　職員配置状況（配置専門職別）

（開設主体別　病院：n=229　診療所：n=222　介護老人保健施設：n=241）



２．利用者の状況

医療的なケアを実施した利用者がいる事業所割合は 35.3%であり、その内訳は「経鼻経管栄養や胃瘻等の経腸栄養」19.6%、「褥瘡治療」12.3%、「身体障害者等級 4 級以上で、ストマ処置」12.0%であった（図 2-2-1）。医療的なケアを実施した利用者がいる割合は事業所規模と関連性を認め、大規模Ⅱが 78.3%、大規模Ⅰが 63.6%と、通常規模 29.5%より高い結果であった（図 2-2-2）。また、言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士の配置有無とも関連性を認め、それぞれ言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士がいる事業所にて、医療的なケアを実施した利用者がいる割合が高かった（図 2-2-3）。

図 2-2-1　各医療的ケア等を実施した利用者がいる割合

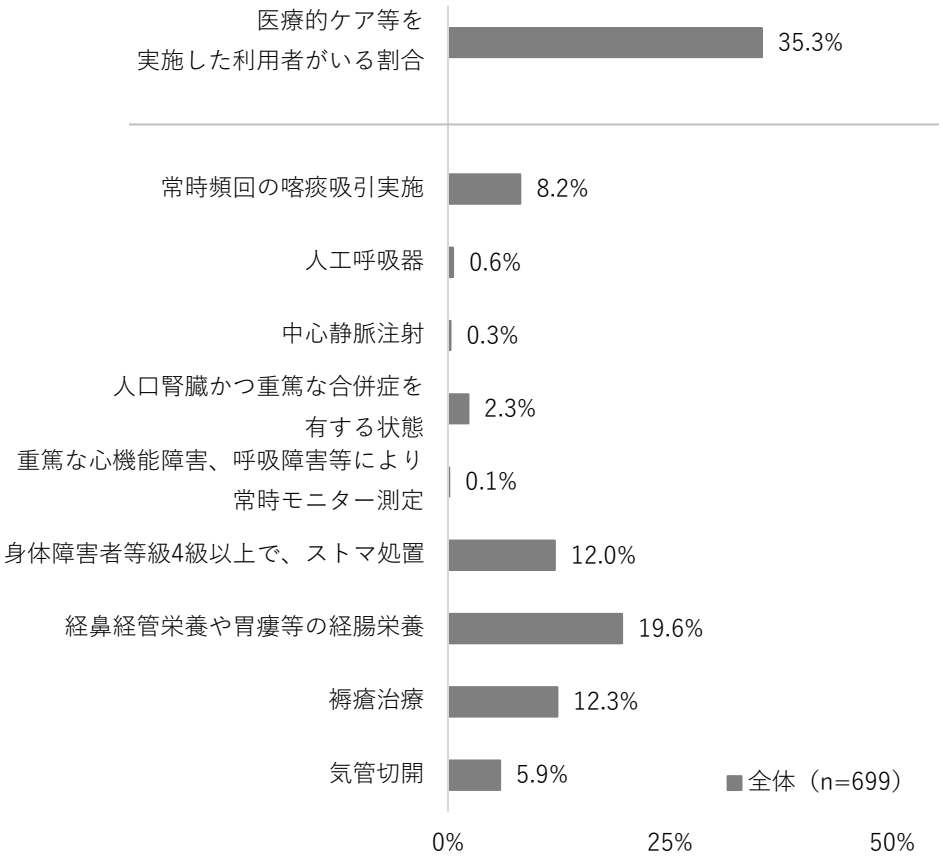


図 2-2-2　医療的ケア等を実施した利用者の有無（事業所規模別）

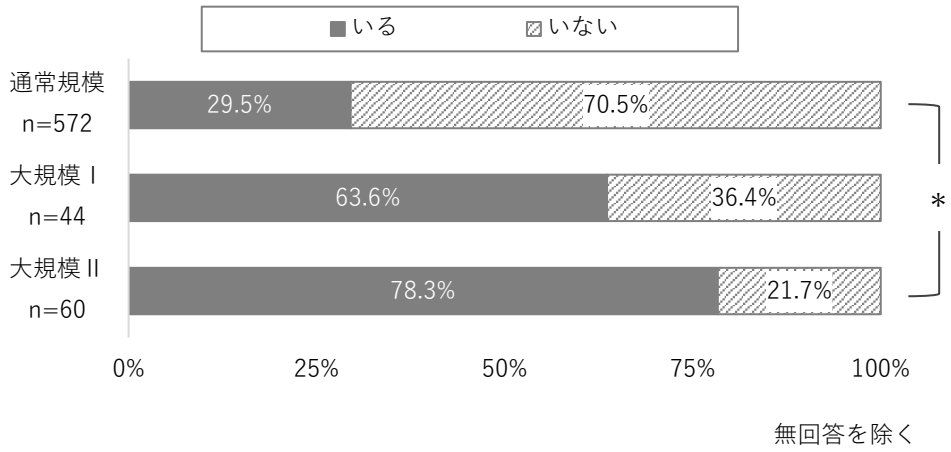
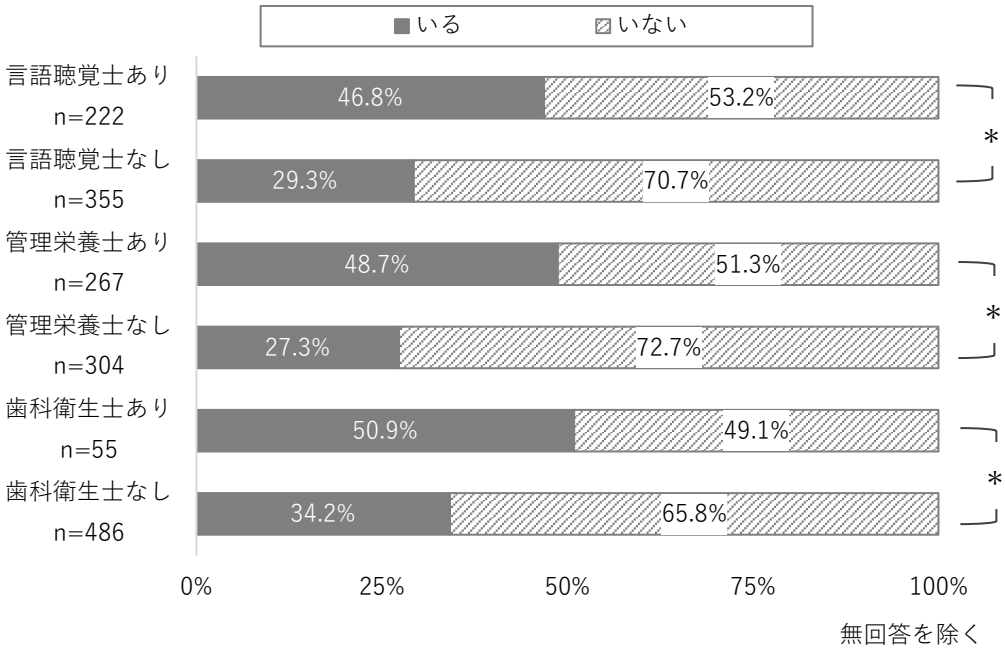


図2-2-3　医療的ケア等を実施した利用者の有無（専門職の配置有無別）



開設主体別に医療的なケアを実施した利用者がいる割合をみると、介護老人保健施設にて「いる」割合が 51.9%と高かった（図 2-2-4）。また、医療的なケアを実施した利用者有無別に職員配置数をみると、医療的なケアを実施した利用者がいる事業所にて、「介護福祉士」の配置数が多かった（図 2-2-5）。

図 2-2-4　医療的ケア等を実施した利用者の有無（開設主体別）

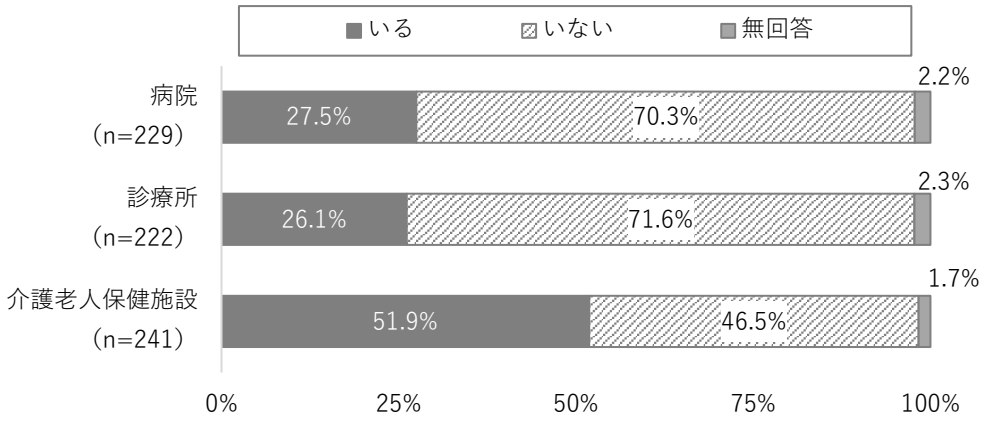
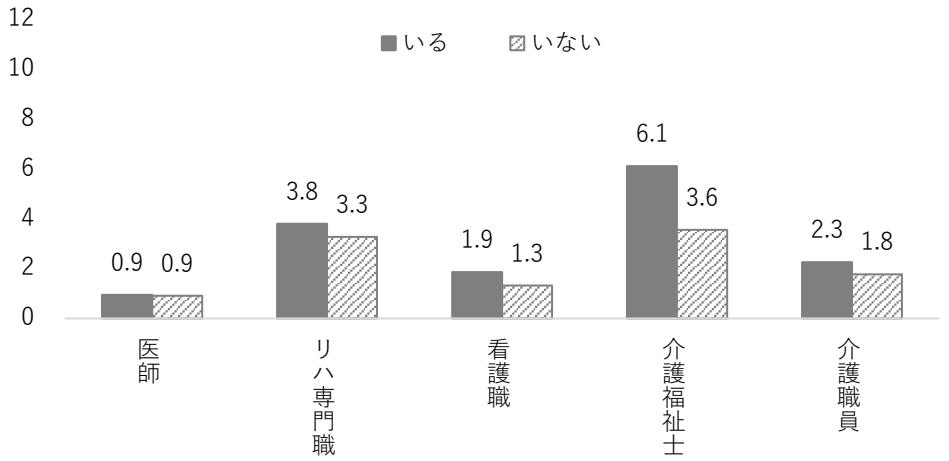


図 2-2-5　職員配置数（常勤換算数：平均値）（医療的ケア等を実施した利用者有無別）



※ 通常規模に限る

3ヶ月間にて新規利用者がいる事業所割合は88.6%であり、平均9.2人であった（図2-2-6、2-2-7）。また、外来リハからの移行者がいる割合は22.3%であり、提供時間別にみると1-2時間のみにて49.3%と高かった（図2-2-8、2-2-9）。

図2-2-6　3ヶ月間の新規利用者有無（n=699）

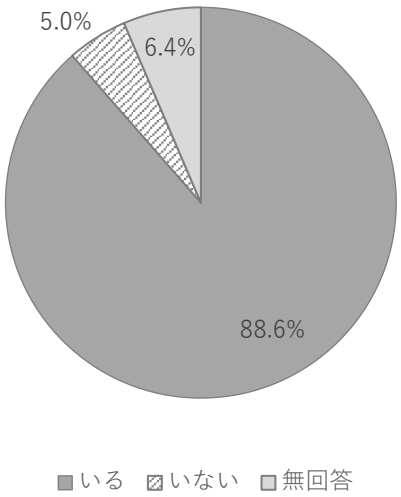


図2-2-7　3ヶ月間の新規利用数

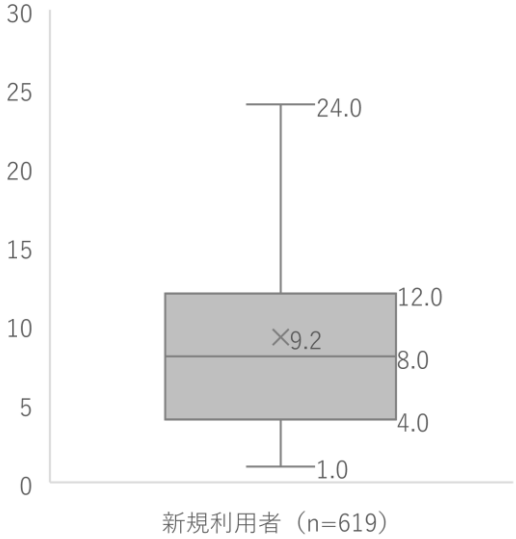


図2-2-8　外来リハから移行した新規利用者有無

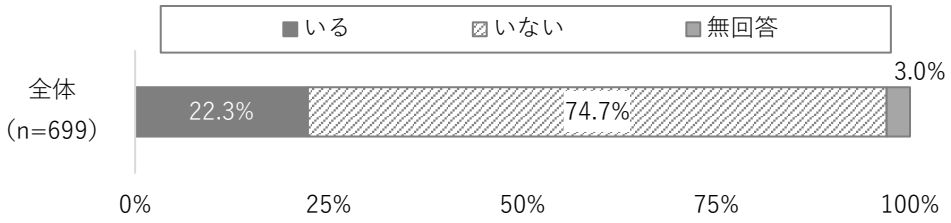
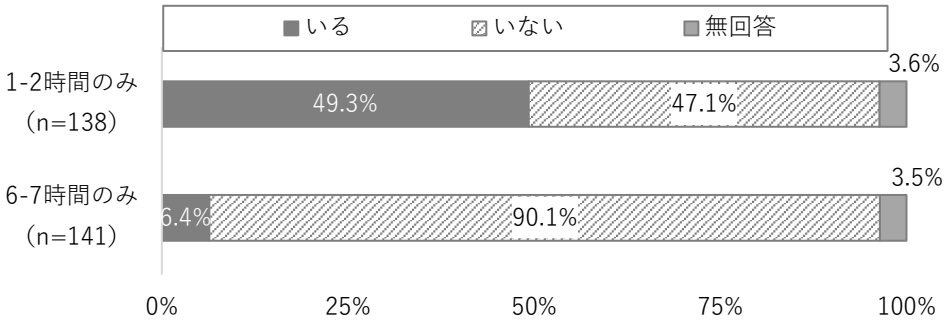


図2-2-9　外来リハから移行した新規利用者有無（提供時間別）



3ヶ月間にて利用終了者がいる割合は80.7%であり、平均8.1人であった（図2-2-10、2-2-11）。終了理由は「本人の都合」が23.4%、「医療機関へ入院」が23.1%であり、「状態改善・目標達成による修了」は12.8%であった（図2-2-12）。

図2-2-10　3ヶ月間の利用終了者有無（n=699）

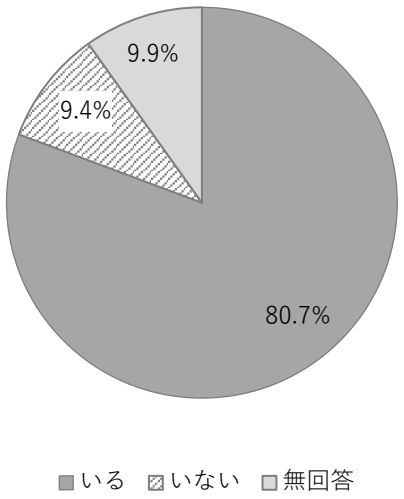


図2-2-11　3ヶ月間の利用終了者数

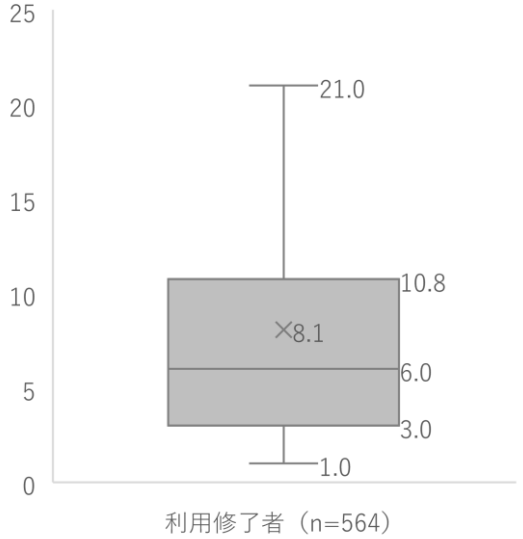
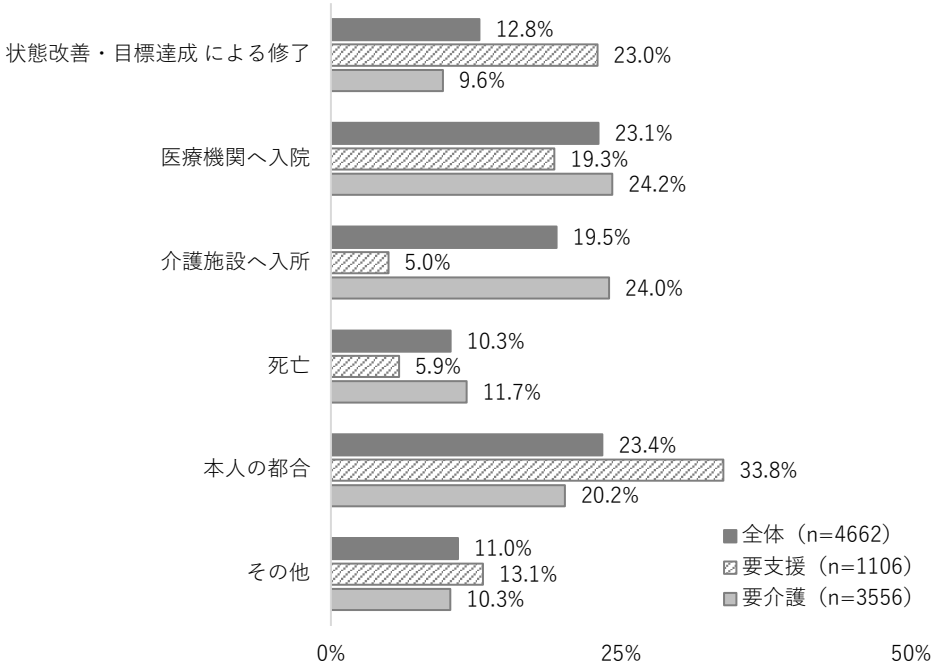


図2-2-12　終了理由別 利用終了者割合



状態改善・目標達成による修了の転帰先は、「通所・訪問系のサービスを利用」が 49.1%、「介護保険のサービス利用なし」が 41.5%であり、「介護予防事業等」は 9.5%であった（図 2-2-13）。

尚、目標達成による修了者がいる事業所割合は、リハ 3 職種をすべて配置している事業所が 50.8%と、2 職種以下の配置事業所の 27.0%より有意に高かった（図 2-2-14）。同様に、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している事業所は 39.7%と、利用者 10 名を超えてリハ専門職 1 名の配置事業所の 27.0%より有意に高かった（図 2-2-15）。

図 2-2-13　状態改善・目標達成による修了の転帰先別 利用終了者割合

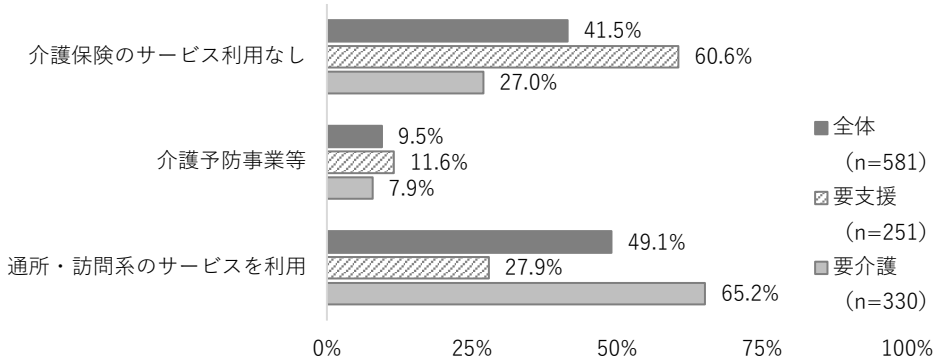


図 2-2-14　目標達成修了者の有無（リハ 3 職種配置有無別）

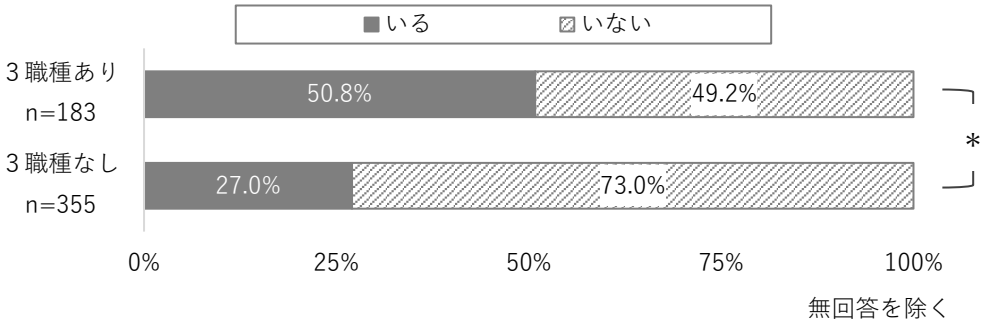
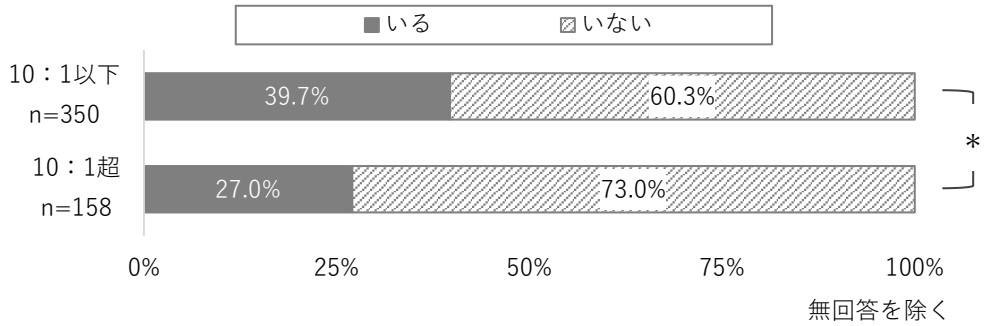


図 2-2-15　目標達成修了者の有無（リハ専門職配置割合別）



３．リハビリテーションマネジメント

事業所におけるリハマネジメント加算の届出割合は 61.7%であった（図 2-3-1）。提供時間別では、1-2 時間のみが 46.4%、6-7 時間のみが 53.9%であった（図 2-3-2）。また、事業所規模別において、大規模Ⅰが 76.1%、大規模Ⅱが 70.0%と、通常規模 59.6%より高い値であった（図 2-3-3）。

実利用者におけるリハマネジメント加算の算定割合では、「10 割(全員)」が 18.3%、「8 割以上」が 22.0%であった（図 2-3-4）。

図 2-3-1　リハマネジメント加算の届出状況

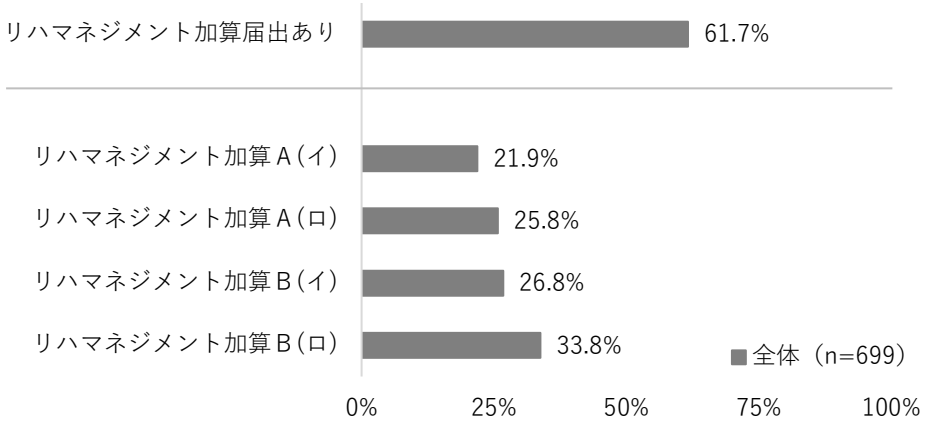


図 2-3-2　リハマネジメント加算の届出ありの割合（提供時間別）

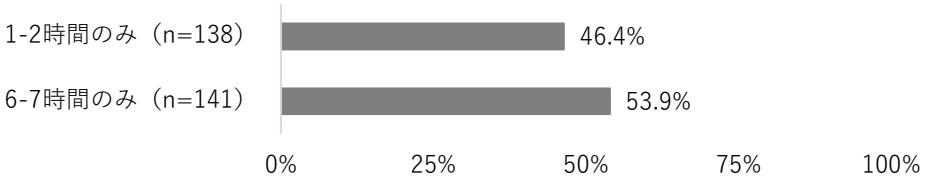


図 2-3-3　リハマネジメント加算の届出ありの割合（事業所規模別）

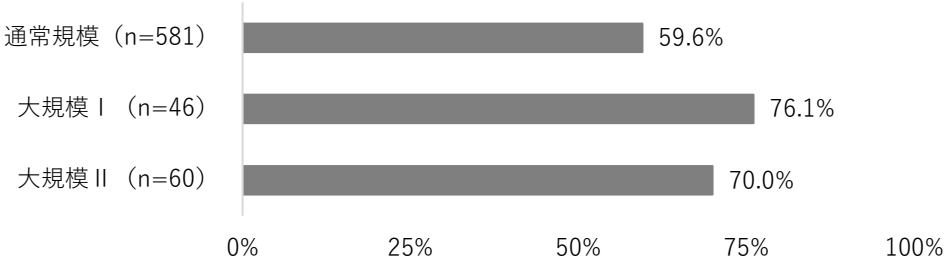
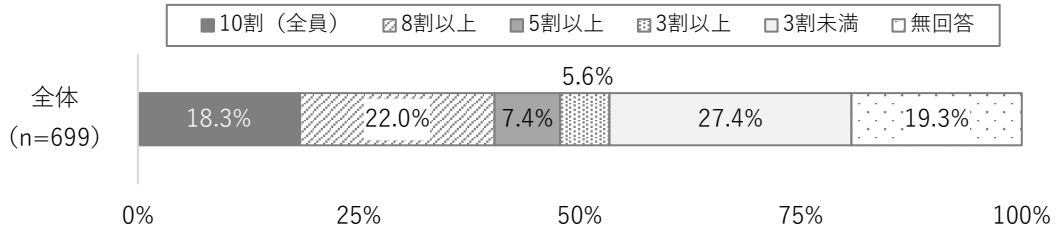


図 2-3-4　実利用者におけるリハマネジメント加算の算定割合



リハマネジメント加算の届出有無は、目標達成による修了者の有無およびリハ専門職 3 職種配置の有無と関連性を認め、リハマネジメント加算の届出ありの事業所にて、目標達成による修了者がいる割合が 40.4%、リハ専門職 3 職種配置がある割合が 42.2%と、それぞれリハマネジメント加算の届出なしと比較して高値を示した（図 2-3-5、2-3-6）。また、リハ専門職の配置割合では関連性は認めなかったが、リハマネジメント加算の届出がある事業所にて、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している割合が 71.3%と高い値であった（図 2-3-7）。

図 2-3-5　目標達成修了者の有無（リハマネジメント加算届出有無別）

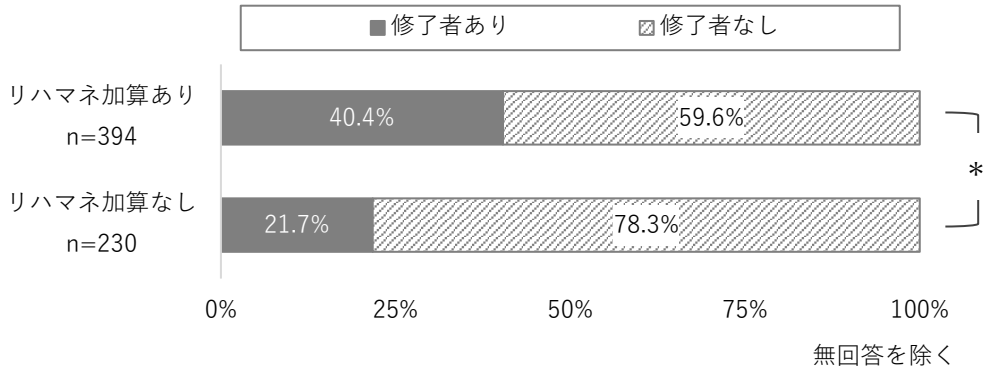


図 2-3-6　リハ専門職 3 職種配置有無（リハマネジメント加算届出有無別）

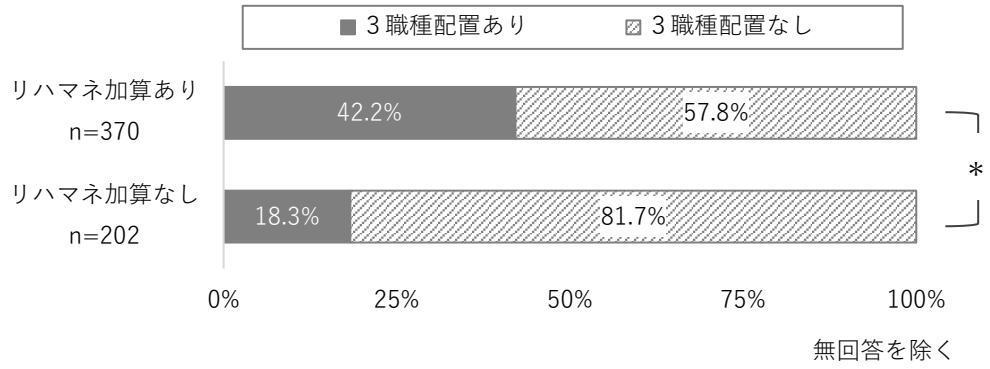
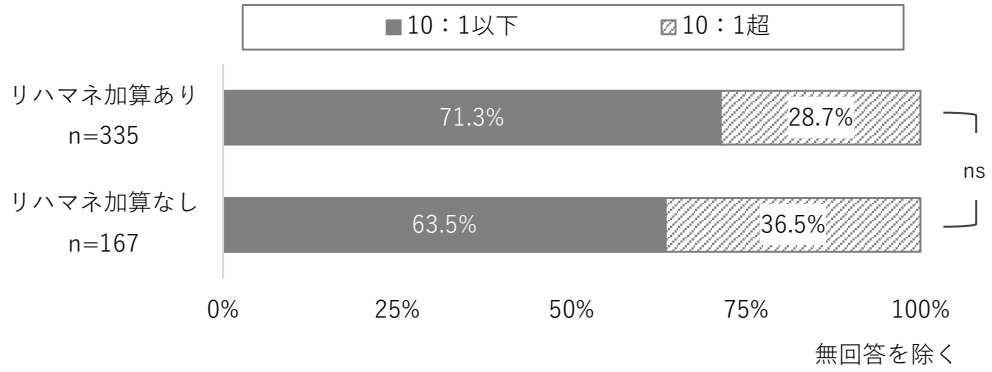


図 2-3-7　リハ専門職配置割合（利用者：リハ専門職）（リハマネジメント加算届出有無別）



医師の指示の内容は、「リハの目的」が 84.6%であった。また、「リハ中止の目安(基準)」が 78.6%、「リハ実施上の留意点」が 90.3%、「運動の負荷量」が 57.4%であった（図 2-3-8)。目標達成による修了者がいる事業所では、医師の指示の内容として「リハ中止の目安(基準)」「リハ実施上の留意点」「運動の負荷量」「リハの方針」「修了の目安・時期」「PT・OT・ST の職種に応じた練習内容」にて有意な差を認めた（図 2-3-9)。

図 2-3-8　医師の指示の内容

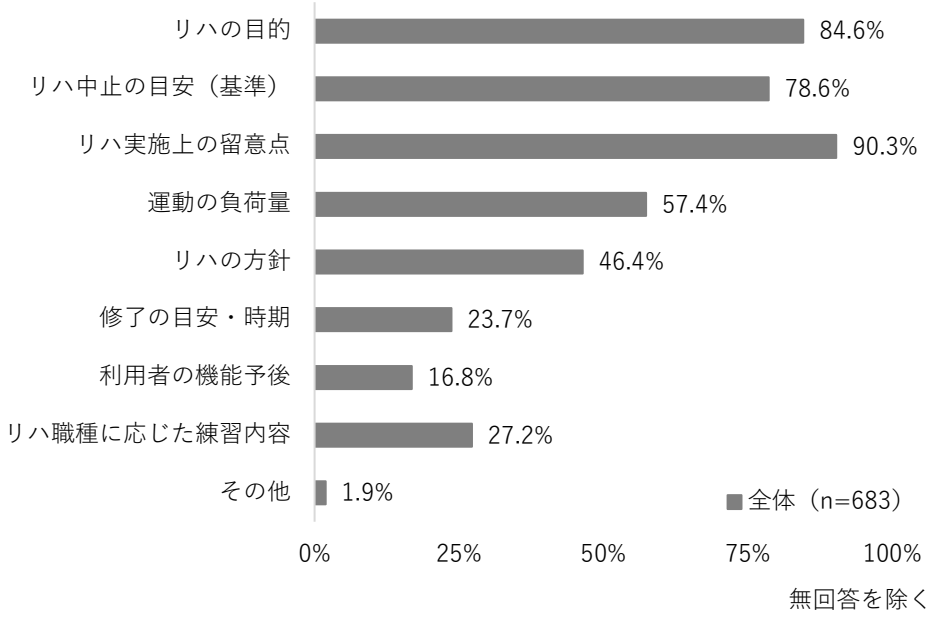
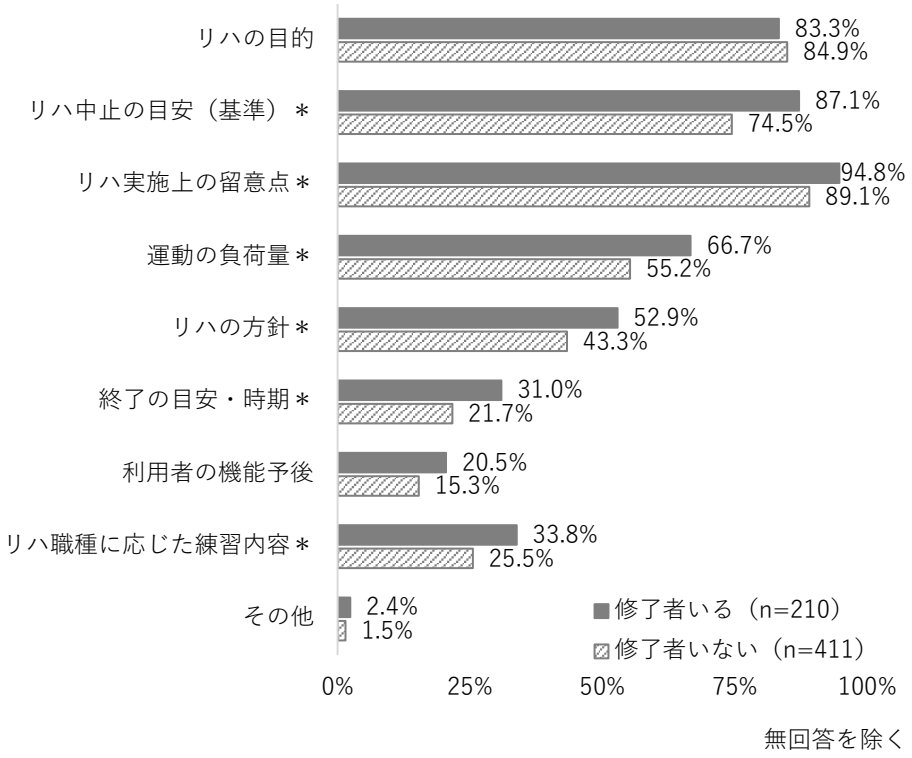


図 2-3-9　医師の指示の内容（目標達成修了者の有無別）



事業所医師の役割は、「急変時の対応」88.1%、「疾患の管理」67.6%、「運動リスクの管理」66.2%、「リハ会議等への参加」59.3%、「リハ計画の作成・承認」59.2%の順に高かった（図 2-3-10）。また、リハマネジメント加算の届出有無別にみると、リハマネジメント加算の届出がある事業所にて、「リハ会議等への参加」「本人・家族への説明」の割合が比較的高かった（図 2-3-11）。

図 2-3-10　通所リハ事業所における医師の役割

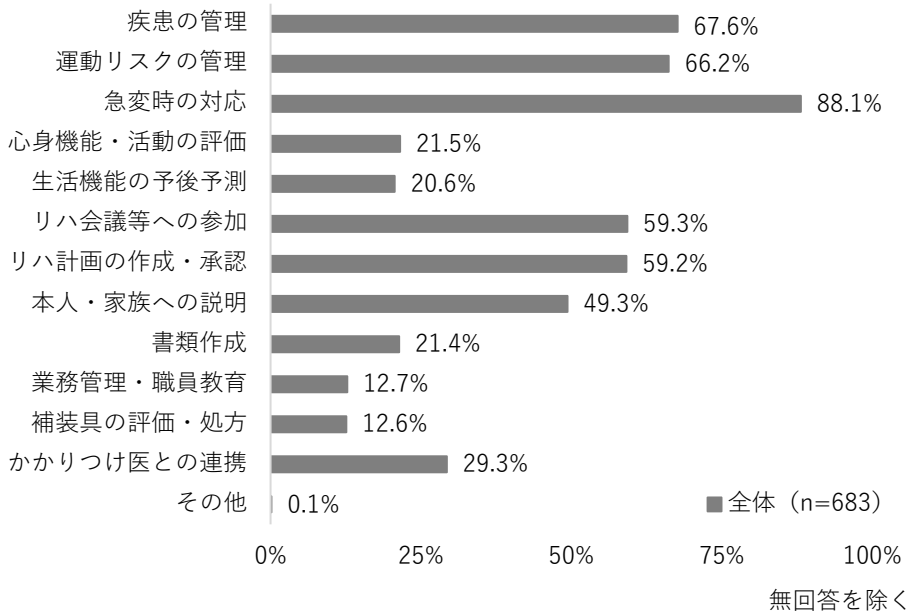
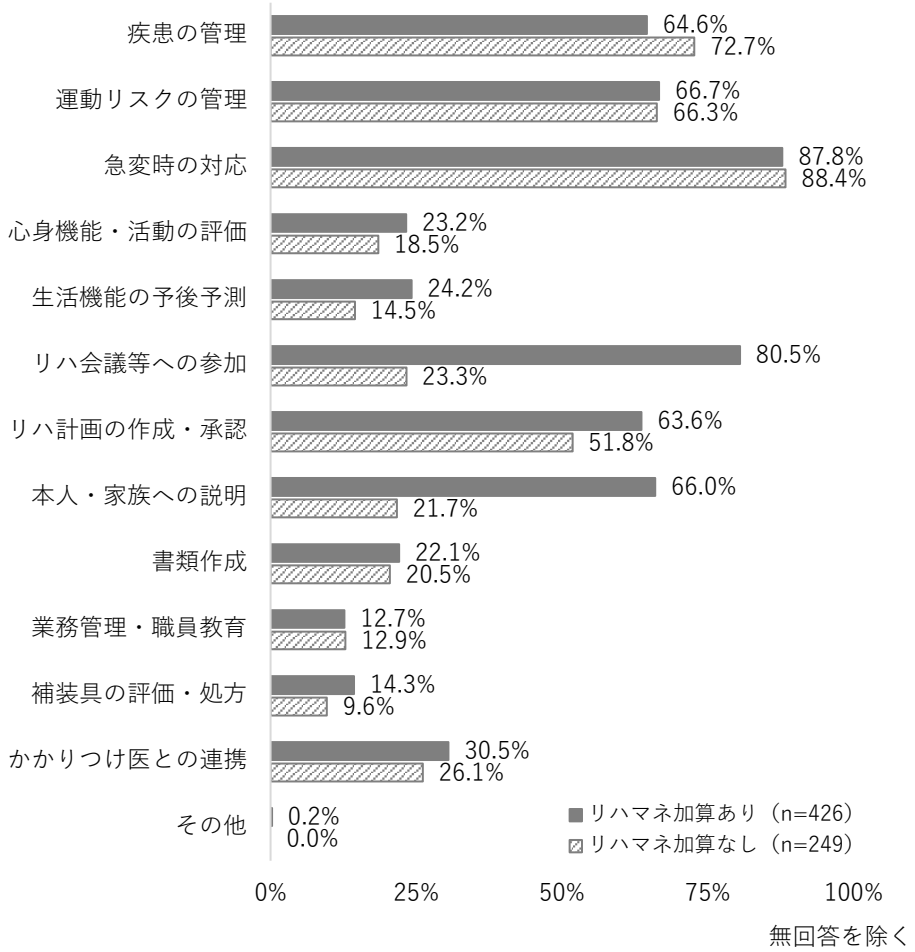


図 2-3-11　通所リハ事業所における医師の役割（リハマネジメント加算届出有無別）



リハ会議における検討内容は、「リハビリテーションの内容」96.6%、「利用者の状況の確認・共有」95.6%、「目標の確認・共有」91.8%の順に高かったが、「他サービス事業所との役割分担」は 39.1%と低かった（図 2-3-12）。

リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」75.3%、「生活アドバイス」73.5%、「疾患や障害の予後」68.6%の割合が高い一方で、「目標達成までの期間」23.7%、「社会参加の目標」33.4%は低値であった（図 2-3-13）。目標達成による修了者がいる事業所では、「社会参加の目標」「目標達成までの期間」が、いない事業所と比較して有意に高かった（図 2-3-14）。

図 2-3-12　リハビリテーション会議における主な検討内容

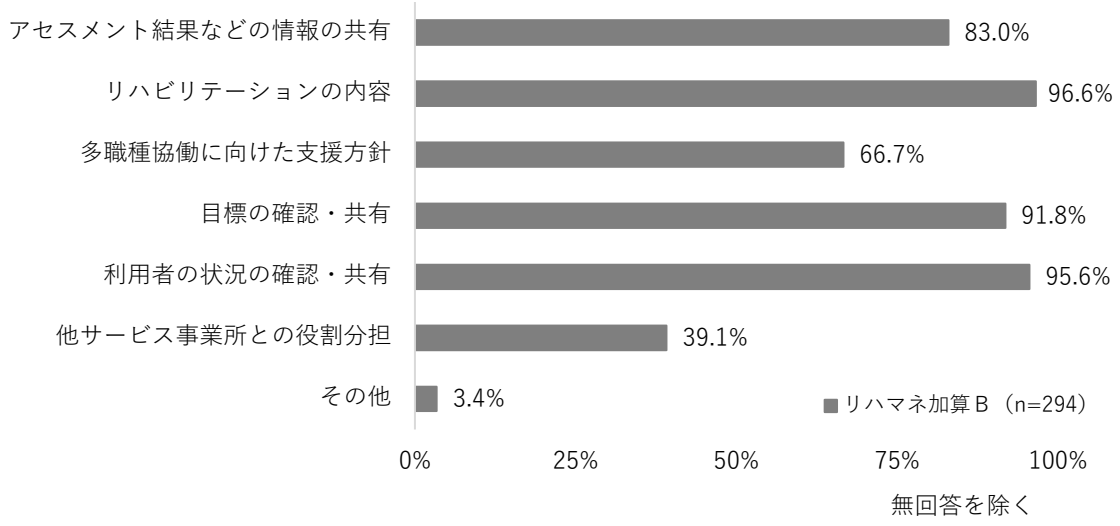


図 2-3-13　リハビリテーション会議における医師の説明内容

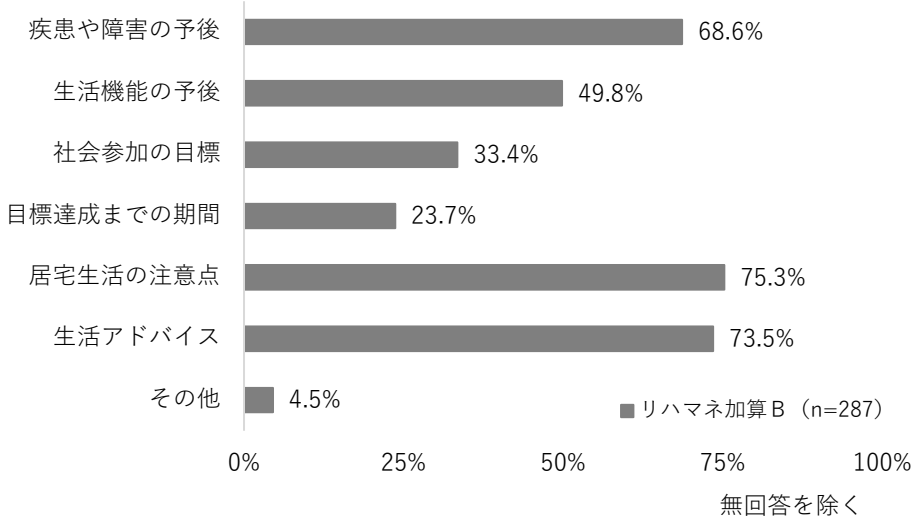
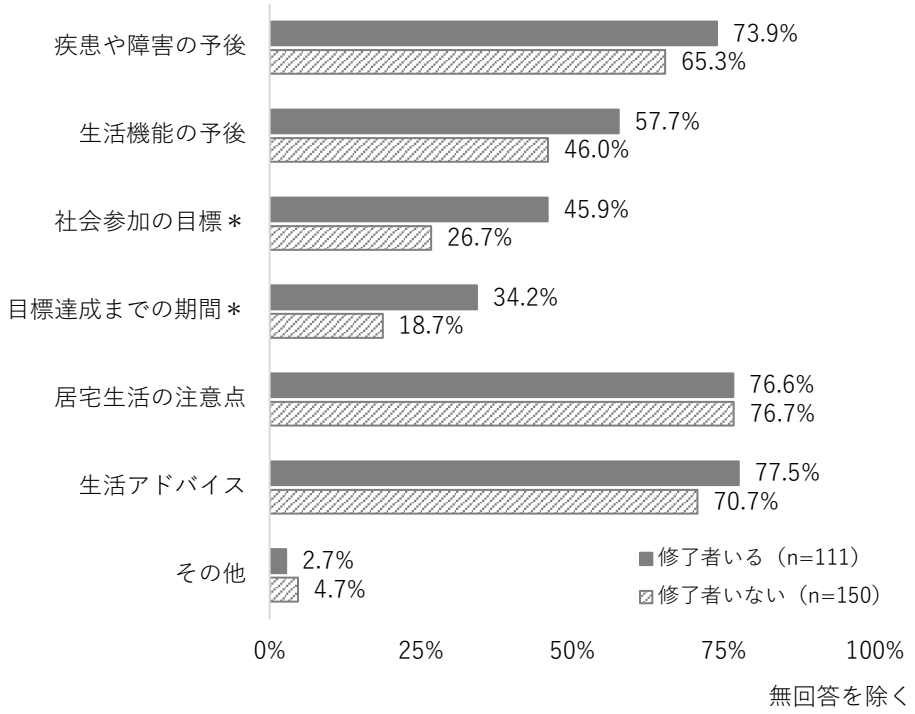
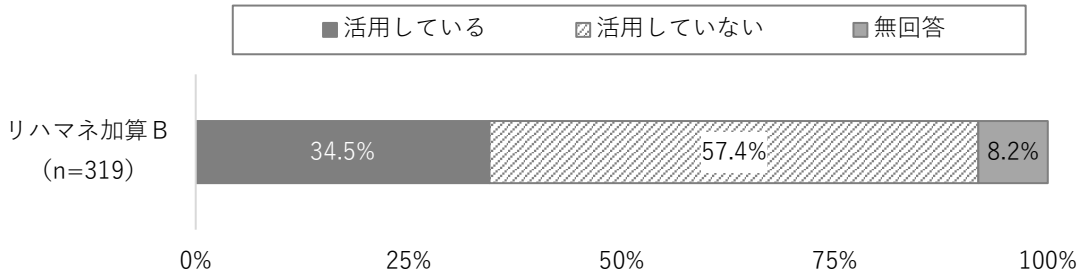


図 2-3-14　リハビリテーション会議における医師の説明内容（目標達成修了者の有無別）



リハマネジメント加算 B のリハ会議において ICT を活用している事業所割合は、34.5%であった（図 2-3-15）。

図 2-3-15　リハビリテーション会議における ICT の活用

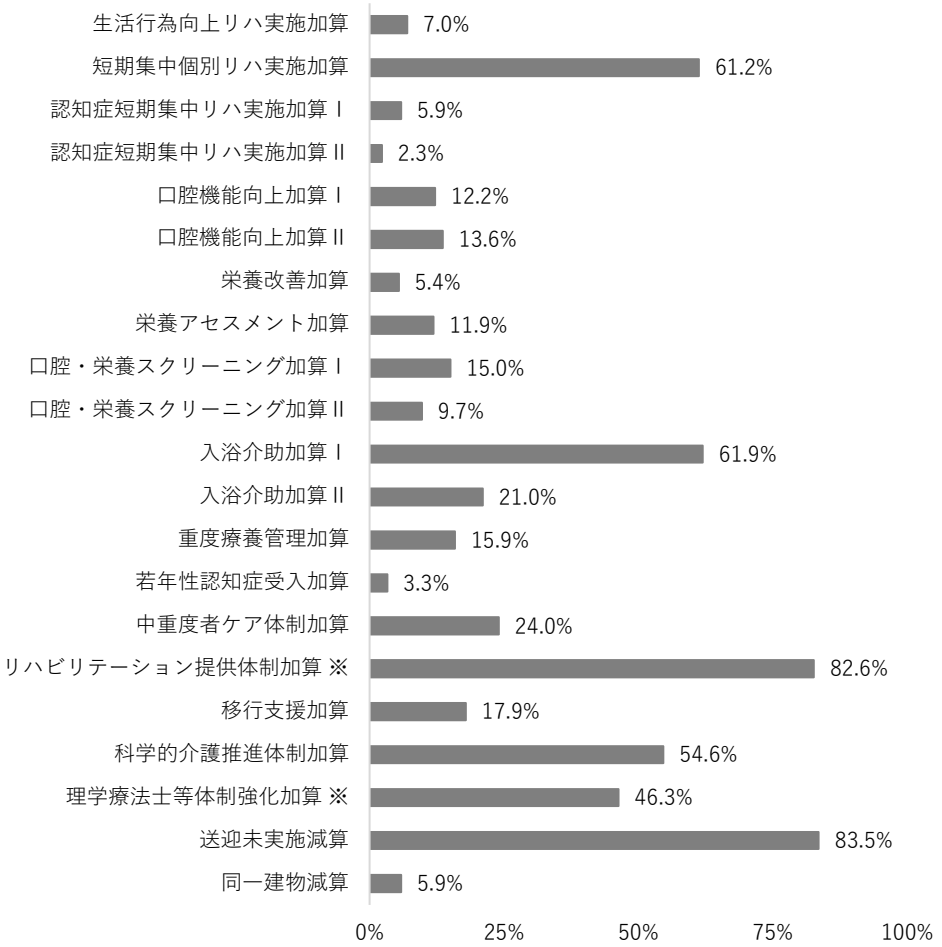


４．各種加算の取組状況

各種加算の取組状況について、移行支援加算は 17.9%であった。また、中重度者ケア体制加算は 24.0%であり、重度療養管理加算は 15.9%であった。口腔・栄養に関連する加算（口腔機能向上加算、栄養改善加算、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算）の取組割合は 1 割前後であり、認知症短期集中リハ実施加算Ⅰは 5.9%、Ⅱは 2.3%であった（図 2-4-1）。

提供時間別にみると、1-2 時間のみにて理学療法士等体制強化加算が 51.4%であった。また、移行支援加算の割合が 18.8%と、6-7 時間のみの 7.1%と比較して高かった。6-7 時間のみでは、短期集中個別リハ実施加算、入浴介助加算、重度療養管理加算、中重度者ケア体制加算の割合が比較的高かった（図 2-4-2）。開設主体別では介護老人保健施設にて、短期集中個別リハ実施加算、栄養アセスメント加算、入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ、重度療養管理加算、中重度者ケア体制加算、科学的介護推進体制加算の割合が比較的高かった（図 2-4-3）。

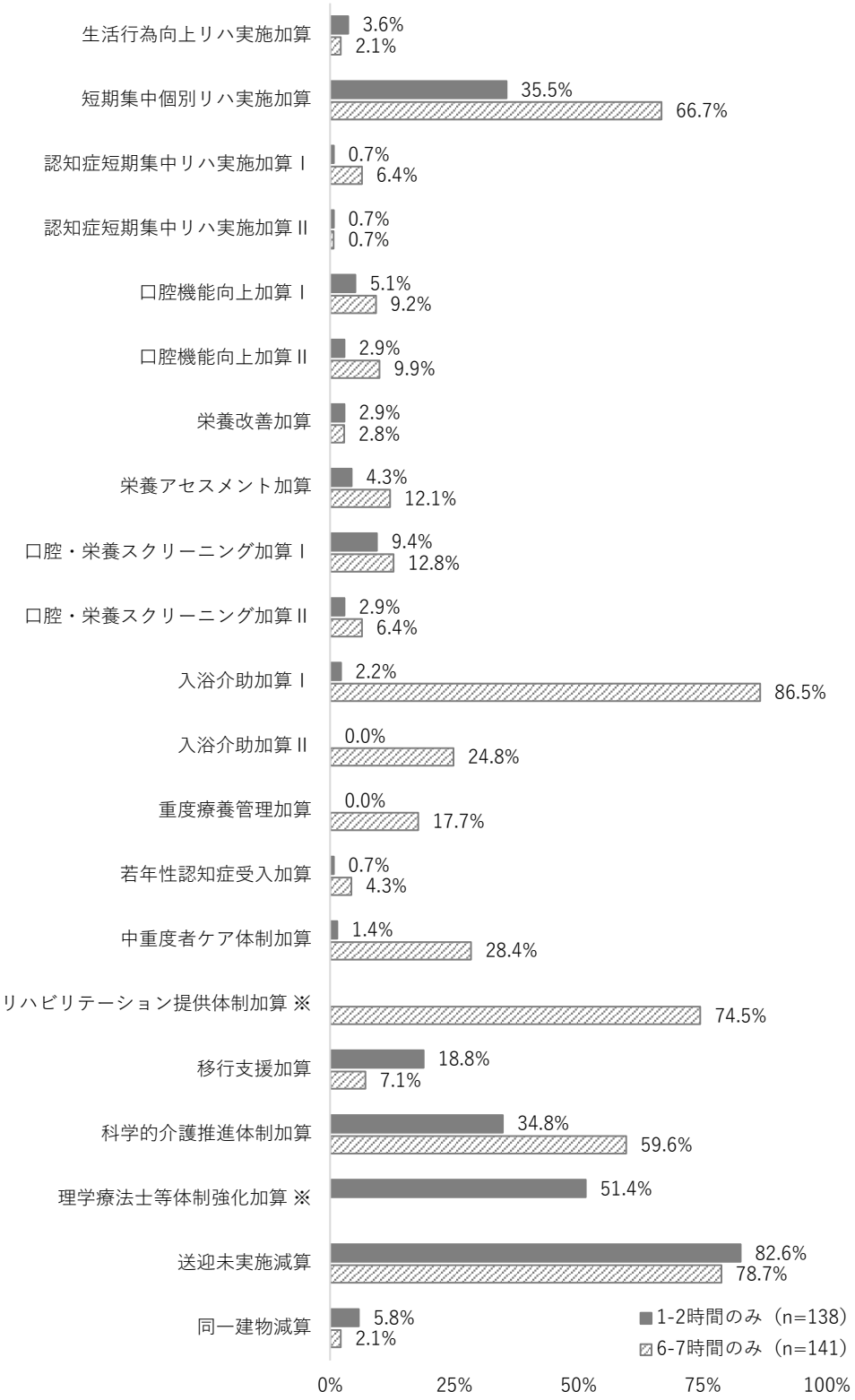
図 2-4-1　要介護における各種加算の取組状況　（n=699）



リハビリテーション提供体制加算：3 時間以上のサービス提供事業所に限る

理学療法士等体制強化加算：1-2 時間を提供してる事業所に限る

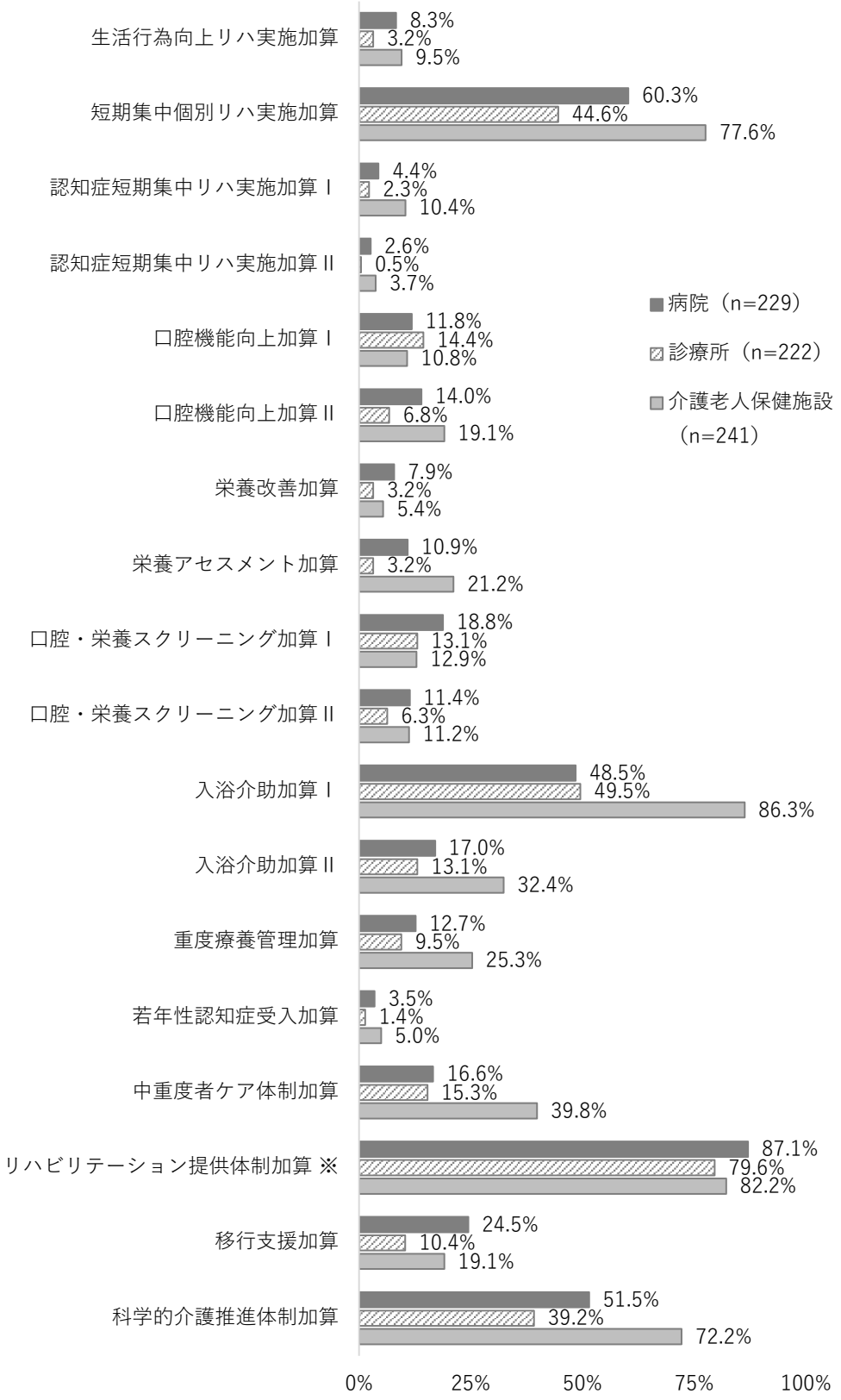
図 2-4-2　要介護における各種加算の取組状況(提供時間別)



リハビリテーション提供体制加算：6-7 時間を提供してる事業所に限る

理学療法士等体制強化加算：1-2 時間を提供してる事業所に限る

図 2-4-3　要介護における各種加算の取組状況（開設主体別）



リハビリテーション提供体制加算：3 時間以上のサービス提供事業所に限る

各種加算の取組有無別に職員配置数をみると、栄養アセスメント加算、中重度者ケア体制加算の算定がある事業所にて「看護職」「介護福祉士」の配置数が多かった。さらに、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ、重度療養管理加算の算定がある事業所にて「介護福祉士」の配置数が多かった（表 2-4-1）。

表 2-4-1　職員配置数（常勤換算数：平均値）（各種加算の取組有無別）

		リハ専門職	看護職	介護福祉士	介護職員
口腔機能向上加算Ⅰ	あり	4.33	1.31	4.66	1.80
	なし	3.27	1.45	4.29	1.94
口腔機能向上加算Ⅱ	あり	4.18	1.68	5.05	1.67
	なし	3.29	1.41	4.26	1.96
栄養改善加算	あり	4.83	1.00	4.13	1.73
	なし	3.32	1.48	4.36	1.94
栄養アセスメント加算	あり	4.29	2.48	7.34	1.86
	なし	3.25	1.29	3.92	1.94
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	あり	3.71	1.45	4.28	2.01
	なし	3.32	1.46	4.37	1.91
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	あり	4.28	2.03	5.96	1.84
	なし	3.32	1.41	4.19	1.94
入浴介助加算Ⅰ	あり	3.25	1.78	5.94	2.37
	なし	3.66	0.93	1.83	1.19
入浴介助加算Ⅱ	あり	3.52	1.77	6.41	2.27
	なし	3.38	1.38	3.85	1.85
重度療養管理加算	あり	3.59	1.80	6.25	2.06
	なし	3.38	1.38	4.09	1.91
中重度者ケア体制加算	あり	4.01	2.27	7.25	2.19
	なし	3.26	1.22	3.65	1.86

※ 通常規模に限る

各種取組を実施した専門職について、栄養改善は「管理栄養士」92.9%、「理学療法士」53.6%、栄養アセスメントは「管理栄養士」93.1%、「介護福祉士」40.3%の割合が高かった（図 2-4-4、2-4-5）。また、口腔機能向上は「言語聴覚士」63.9%、「看護職」45.1%、口腔・栄養スクリーニングは「介護福祉士」50.4%、「看護職」40.3%の割合が高かった（図 2-4-6、2-4-7）。

図 2-4-4　栄養改善を実施した主な専門職

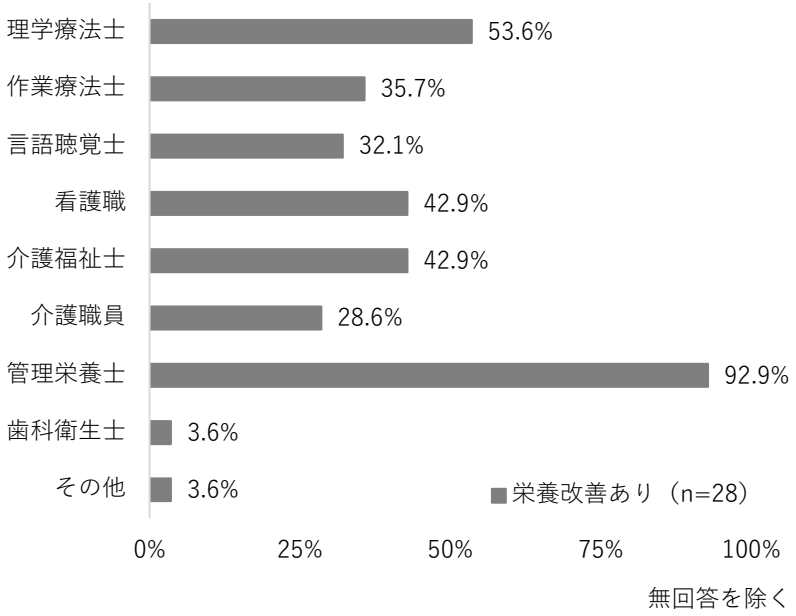


図 2-4-5　栄養アセスメントを実施した主な専門職

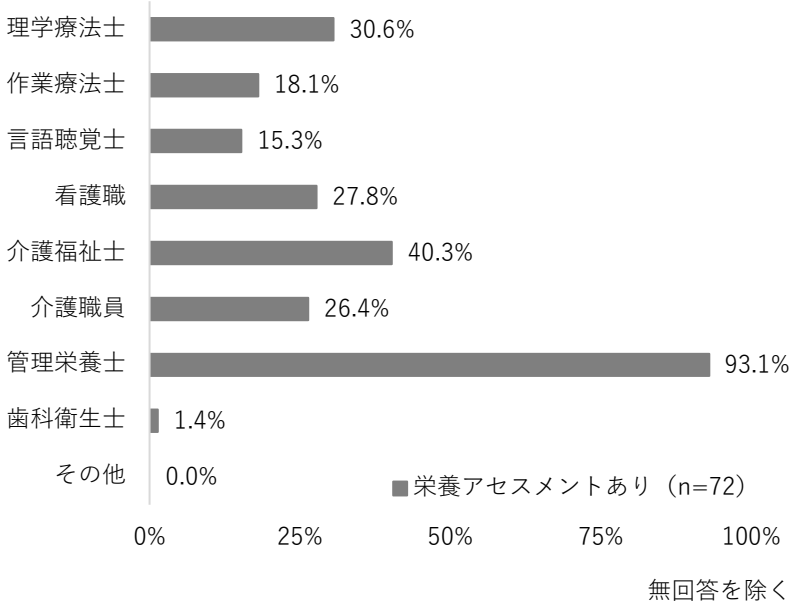


図 2-4-6　口腔機能向上を実施した主な専門職

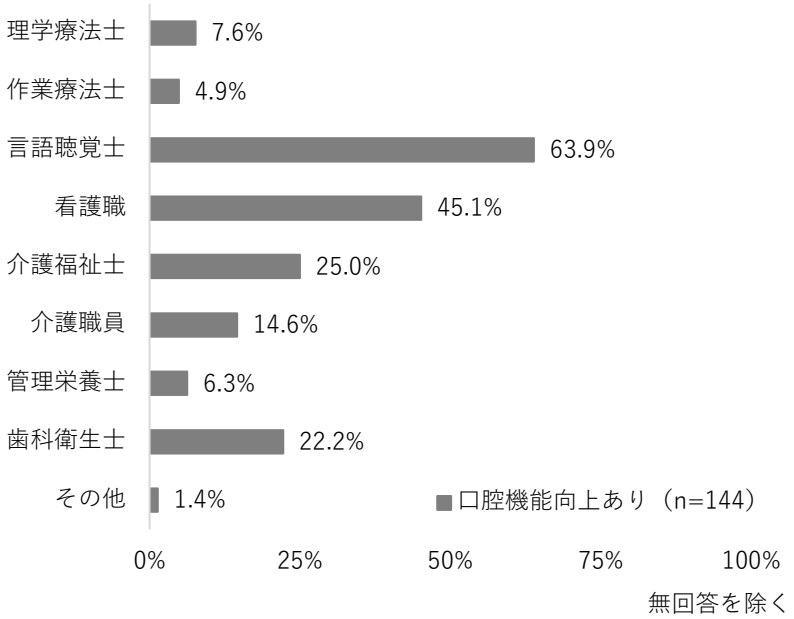
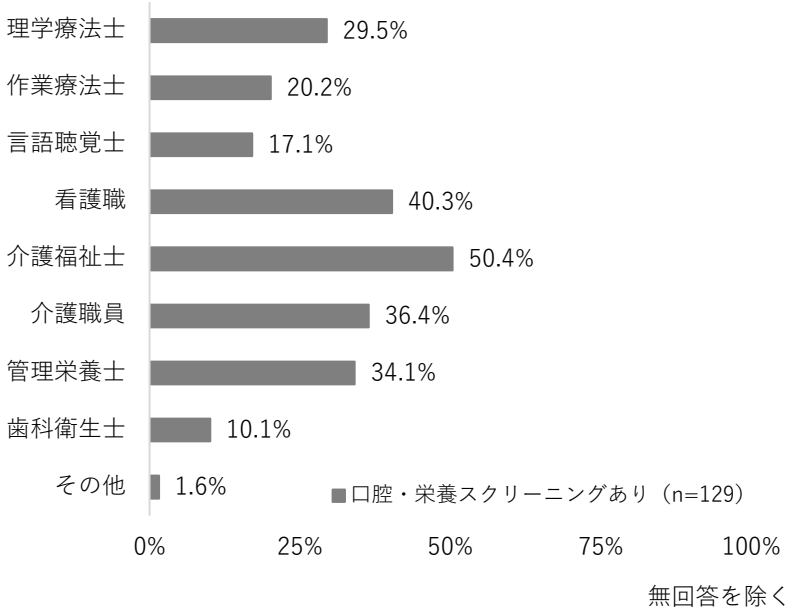


図 2-4-7　口腔・栄養スクリーニングを実施した主な専門職



尚、口腔機能向上は、言語聴覚士・歯科衛生士が配置されている事業所にて、配置がない事業所より取組割合が高かった（図 2-4-8、2-4-10）。同様に、栄養改善加算・栄養アセスメント加算は、管理栄養士が配置されている事業所にて高かった（図 2-4-9）。

図 2-4-8　各種加算の算定状況（言語聴覚士の配置有無別）

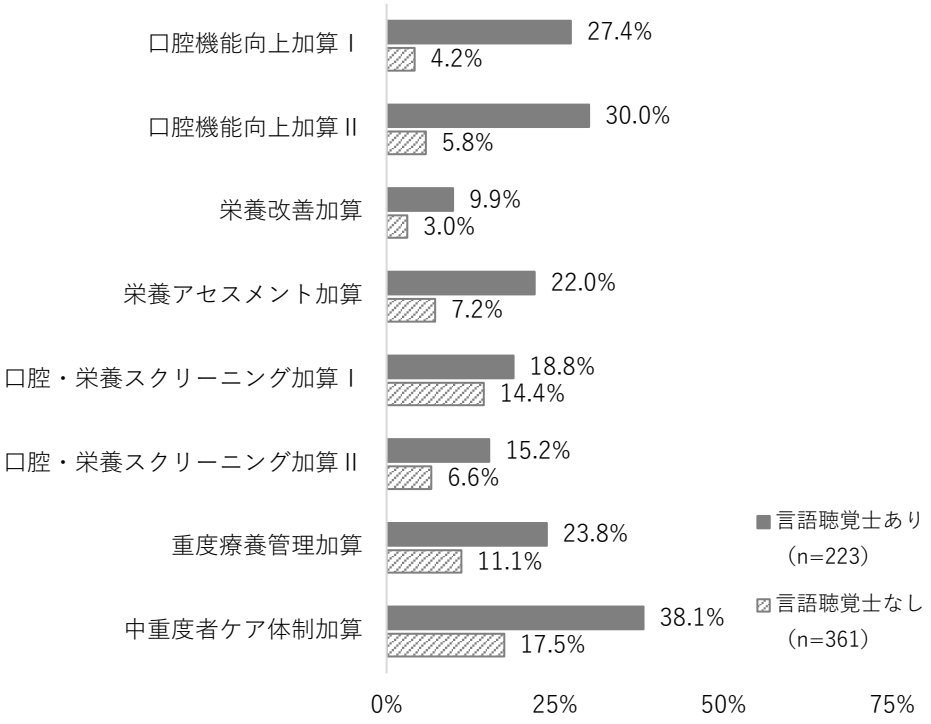


図 2-4-9　各種加算の算定状況（管理栄養士の配置有無別）

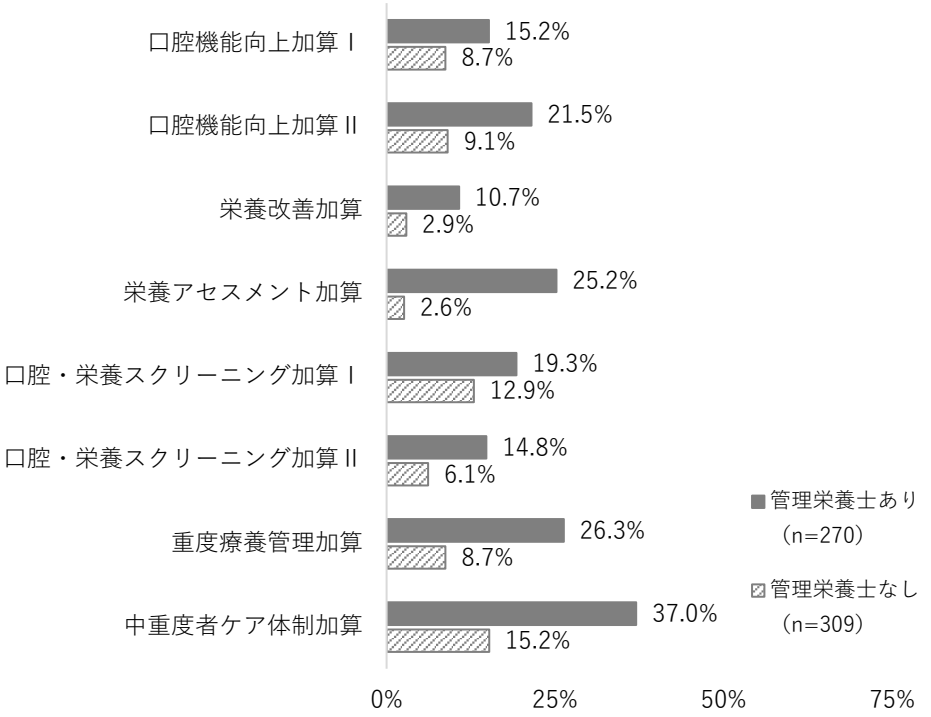
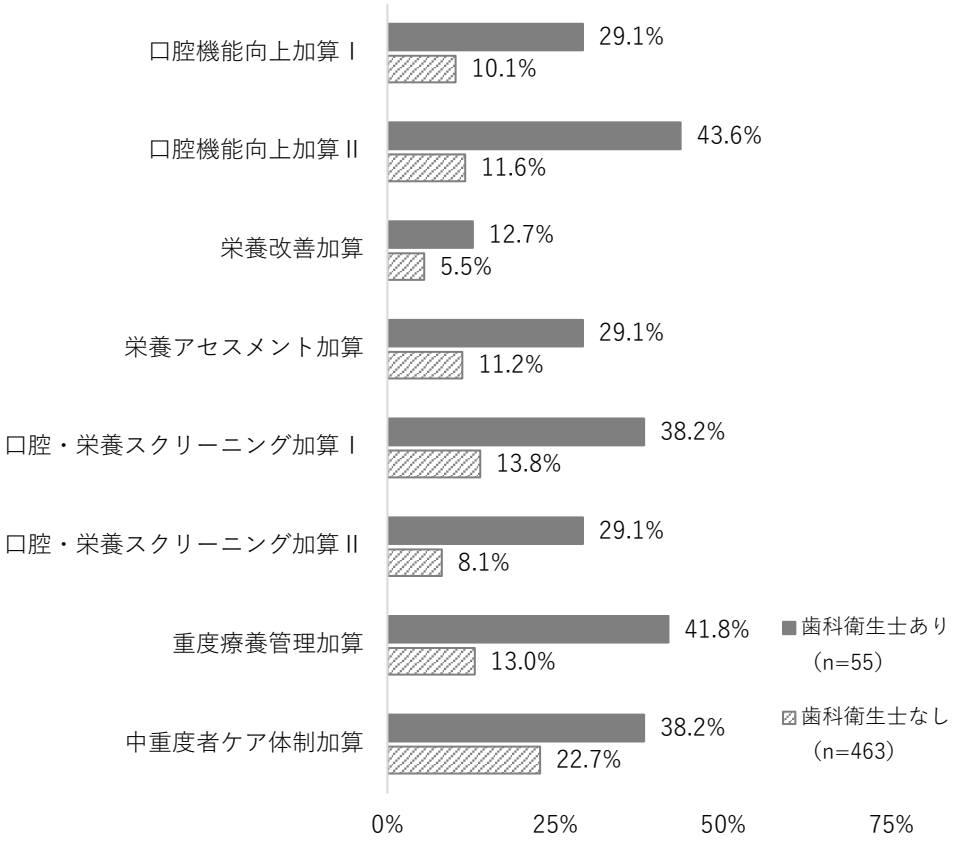


図 2-4-10　各種加算の算定状況（歯科衛生士の配置有無別）



移行支援加算に関連して算定が難しい理由は、「利用者が、通所リハの継続希望が強い」67.0%、「家族が、通所リハの継続希望が強い」62.3%の割合が高かった（図 2-4-11）。移行支援加算の取組有無別にみると、取組なしの事業所では、「利用を終了する方が少ない」61.0%、「新規利用者が少ない」25.9%の割合が、取組ありの事業所より高い傾向にあった（図 2-4-12）。

尚、移行支援加算の取組ありの事業所では、訪問リハとの併用者がいる割合が 83.1%と高かった（図 2-4-13）。

図 2-4-11　移行支援加算の算定が困難な理由

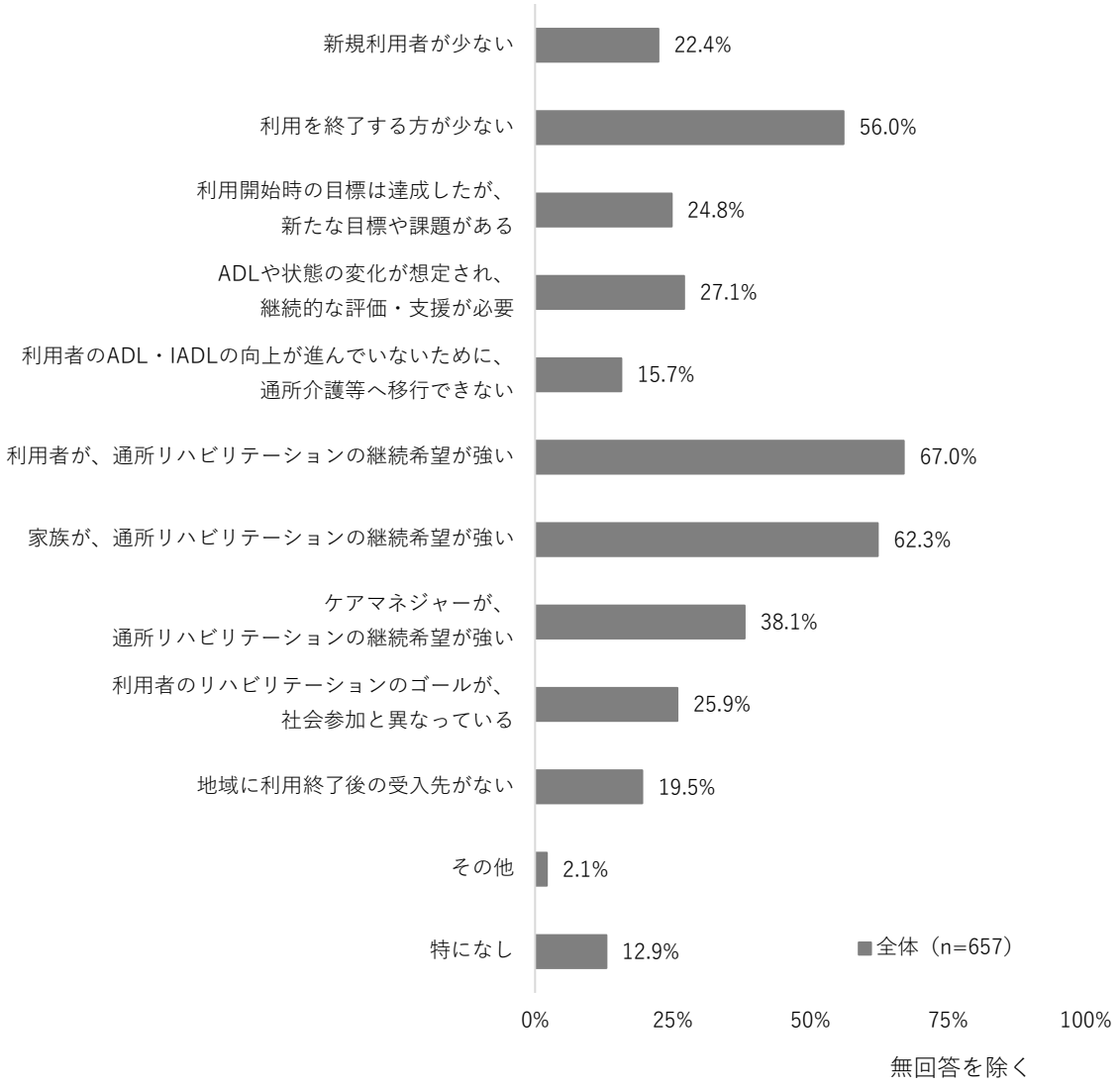


図 2-4-12　移行支援加算の算定が困難な理由（移行支援加算の取組有無別）

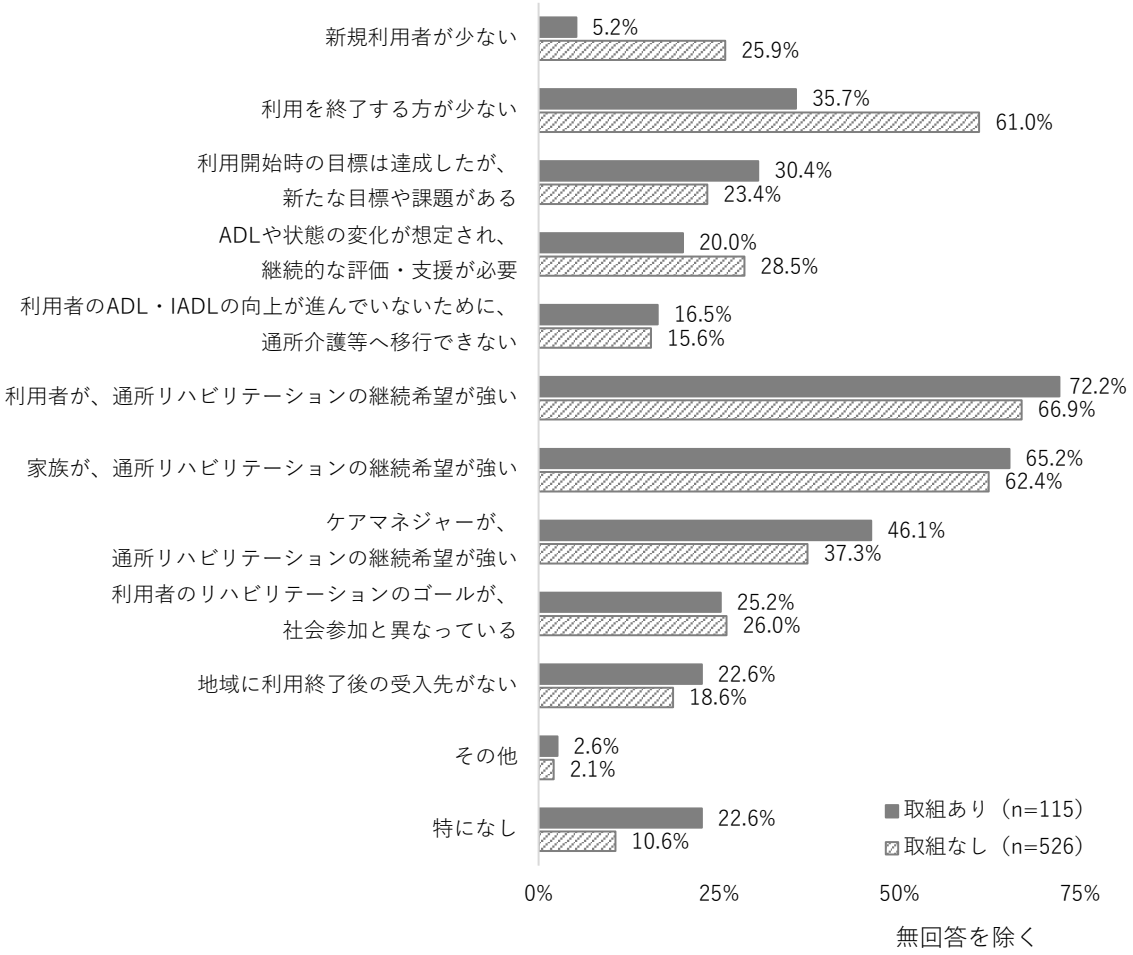
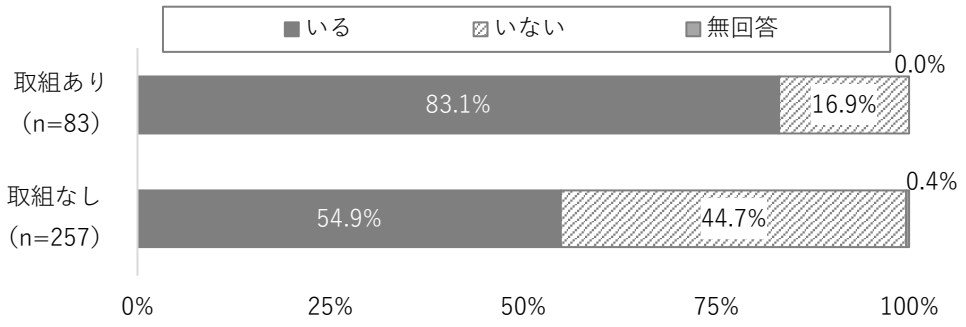


図 2-4-13　訪問リハとの併用利用者（移行支援加算の取組有無別）



要支援における各種加算の取組状況は、「運動器機能向上加算」の割合が 84.5%と最も高く、その他の加算は概ね 1 割前後であった（図 2-4-14）。

利用 12 ヶ月を超えた要支援者がいる事業所は 89.6%であった（図 2-4-15）。継続利用の理由は、「利用者が、通所リハの継続希望が強い」93.0%、「家族が、通所リハの継続希望が強い」76.8%の割合が高く、続いて「ADL や状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」52.2%であった（図 2-4-16）。

図 2-4-14　要支援における各種加算の取組割合

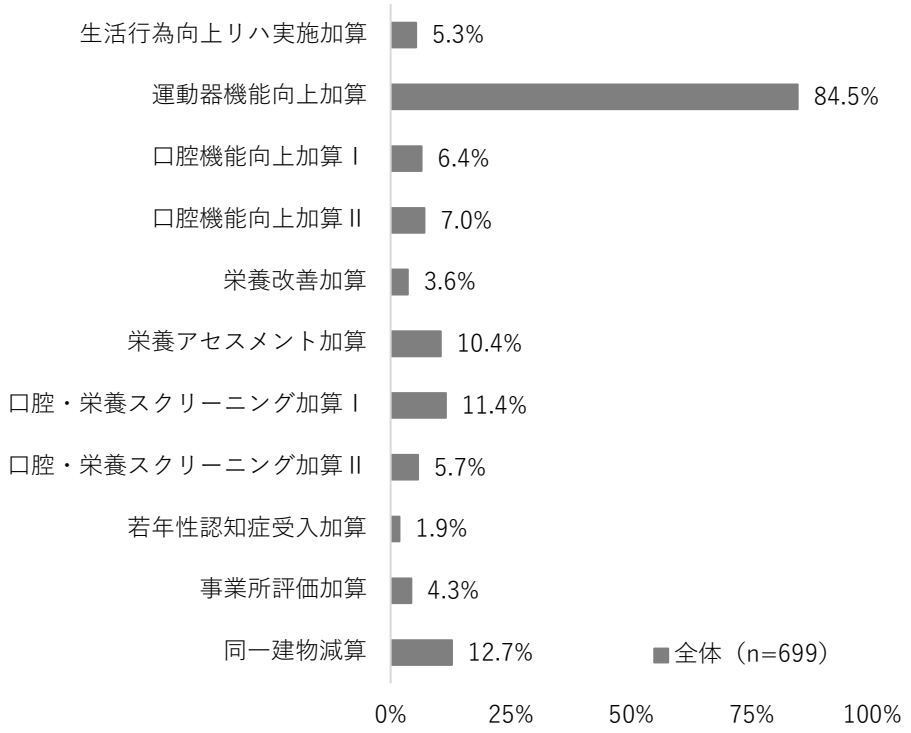


図 2-4-15　12 ヶ月を超える利用者（要支援）の有無

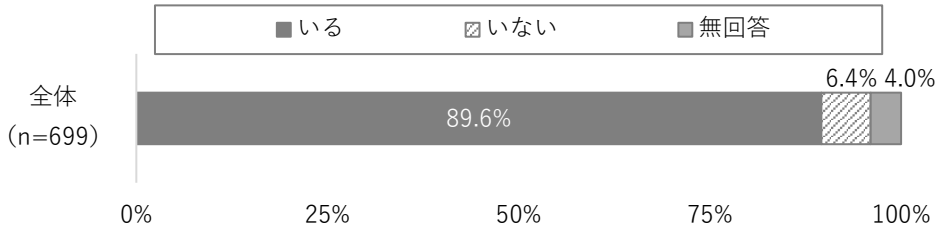
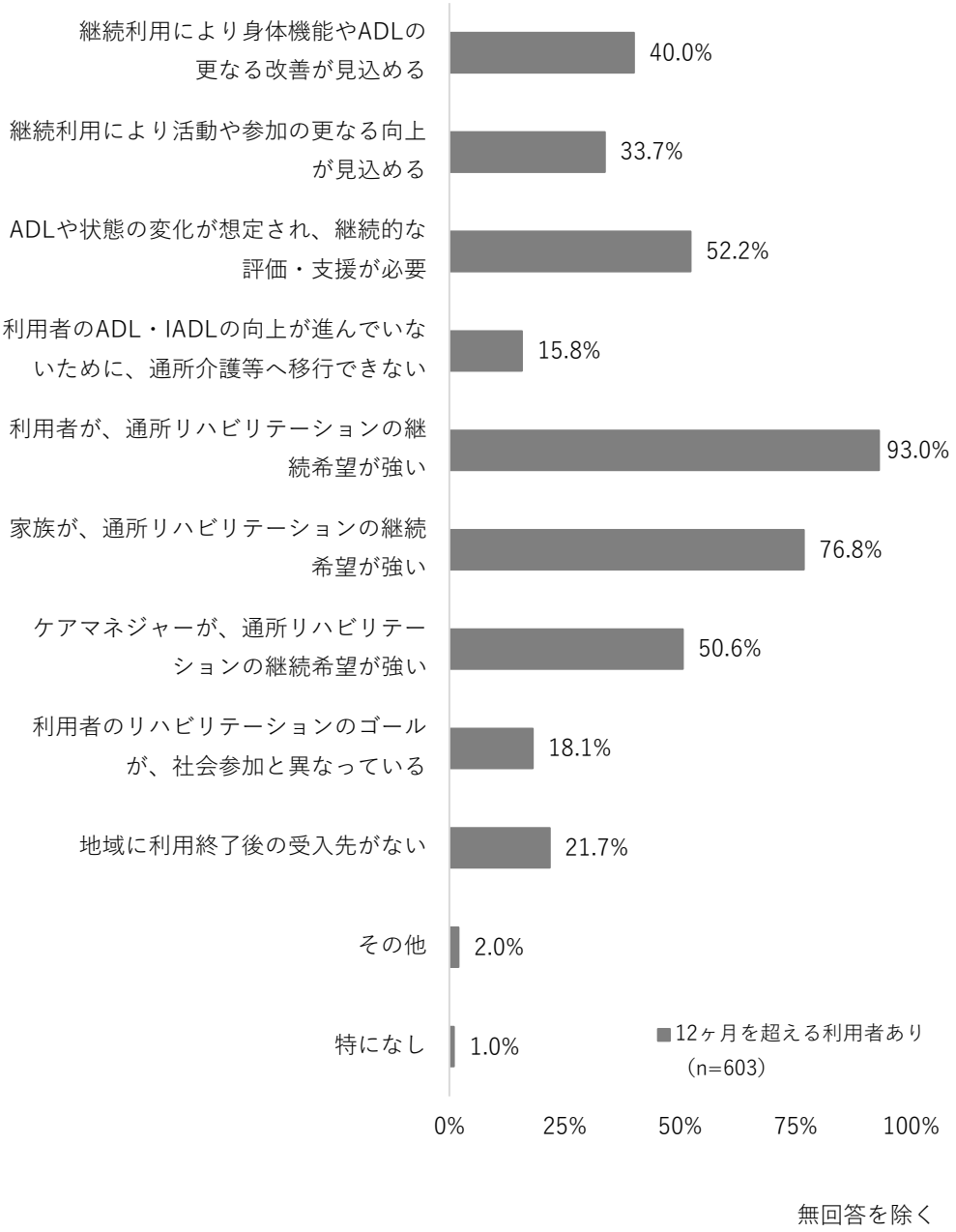


図 2-4-16　12 ヶ月を超える利用の理由



無回答を除く

５．事業所の取組状況

認知症のリハを必要とする方がいる事業所は 50.2%であり、提供時間別にみると 6-7 時間のみにて 55.3%と、1-2 時間のみの 34.8%より高かった（図 2-5-1、2-5-2）。認知症のリハを必要とする方のうち、5 割以上にリハを提供していた割合は 3 割であり、「実施なし」が 24.5%であった（図 2-5-3）。

図 2-5-1　認知症リハビリテーション対象者の有無

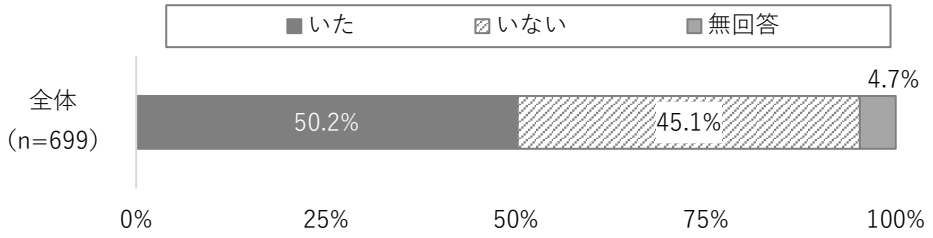


図 2-5-2　認知症リハビリテーション対象者の有無(提供時間別)

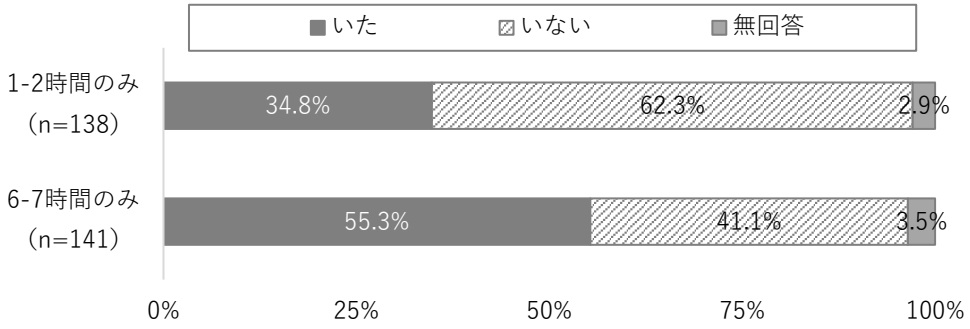
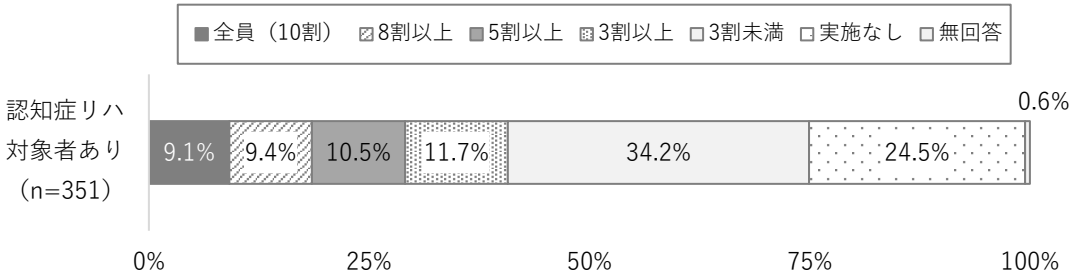


図 2-5-3　認知症リハビリテーションの実施割合



失語症・構音障害へのリハを必要とする方がいた事業所は 46.9%、摂食嚥下へのリハを必要とする方がいた事業所は 38.5%であった（図 2-5-4、2-5-5）。必要がある方にリハを提供した割合は、「3 割未満」が失語症・構音障害 50.6%、摂食嚥下 49.4%、「実施なし」が失語症・構音障害 14.9%、摂食嚥下 18.6%であった（図 2-5-6、2-5-7）。

図 2-5-4　失語症・構音障害へのリハビリテーション対象者の有無

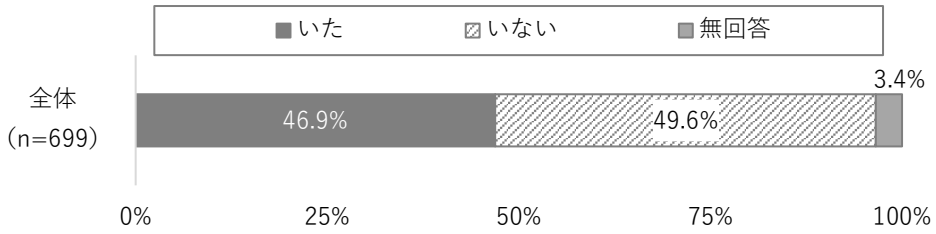


図 2-5-5　摂食嚥下へのリハビリテーション対象者の有無

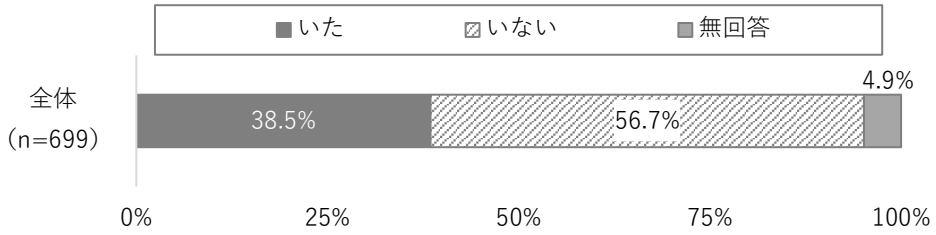


図 2-5-6　失語症・構音障害へのリハビリテーションの実施割合

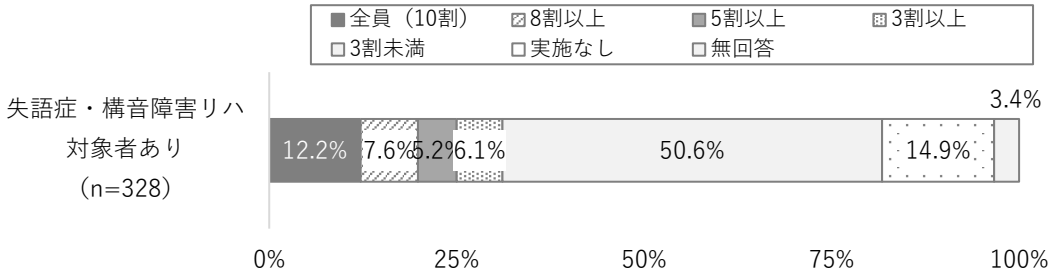
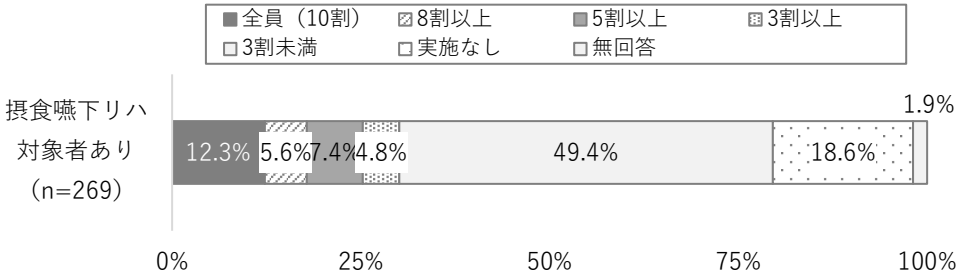


図 2-5-7　摂食嚥下へのリハビリテーションの実施割合



失語症・構音障害へのリハを必要とする方がいた割合は、言語聴覚士の配置がある場合が84.8%と、ない場合の29.6%より高かった（図2-5-8）。同様に、摂食嚥下へのリハを必要とする方がいた割合は、言語聴覚士の配置がある場合が69.5%と、ない場合の24.1%より高かった（図2-5-9）。

失語症・構音障害や摂食嚥下へのリハを必要とする方への実施割合について、言語聴覚士の配置がない場合には、「実施なし」の割合が比較的高く、配置ありの場合において「3割未満」が約6割であった（図2-5-10、2-5-11）。

図2-5-8　失語症・構音障害へのリハビリテーション対象者の有無
（言語聴覚士の配置有無別）

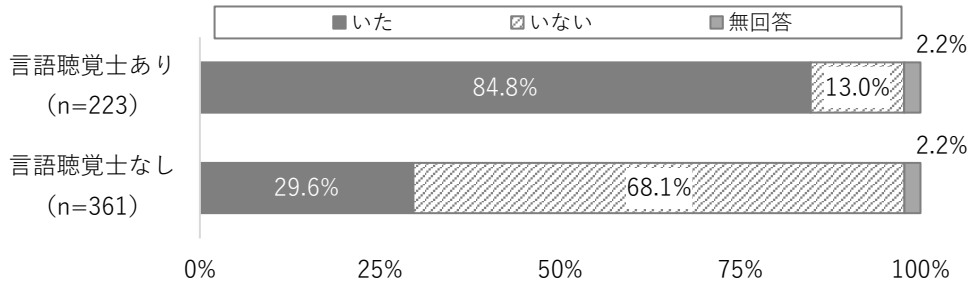


図2-5-9　摂食嚥下へのリハビリテーション対象者の有無（言語聴覚士の配置有無別）

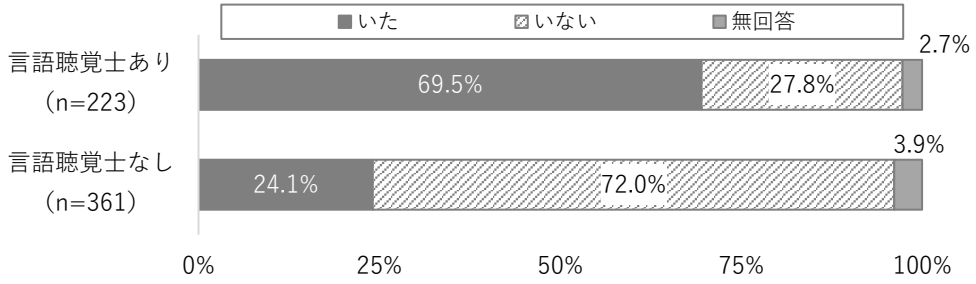


図2-5-10　失語症・構音障害へのリハビリテーションの実施割合（言語聴覚士の配置有無別）

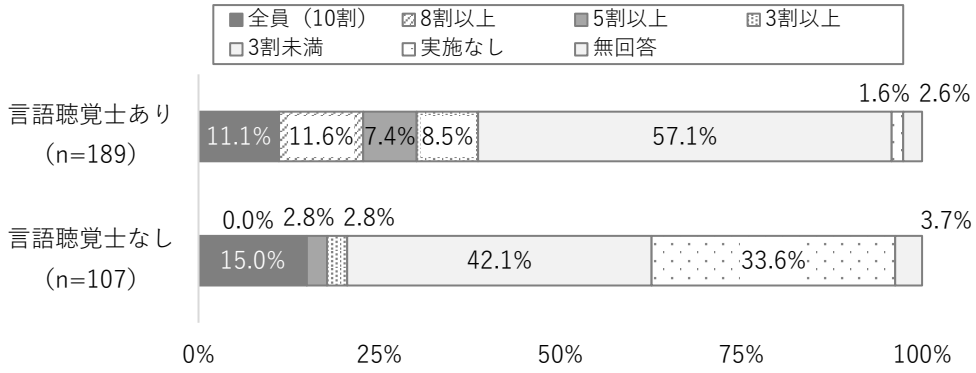
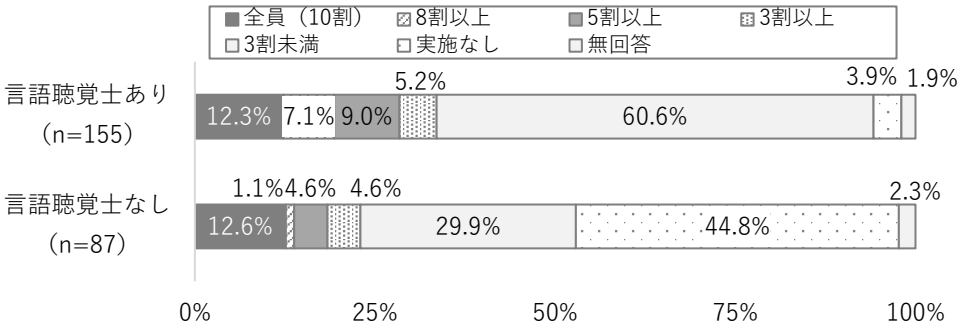


図 2-5-11　摂食嚥下へのリハビリテーションの実施割合（言語聴覚士の配置有無別）



開設主体別に各リハビリテーション対象者の有無をみると、介護老人保健施設にて対象者がいた割合が高かった（図 2-5-12）。また、各リハ対象者の有無別に職員配置数をみると、失語症・構音障害、摂食嚥下へのリハにて「リハ専門職」「介護福祉士」が、認知症へのリハにて「介護福祉士」の配置数が多かった（表 2-5-1）。

図 2-5-12　各リハビリテーション対象者の有無
（開設主体別　病院：n=229　診療所：n=222　介護老人保健施設：n=241）

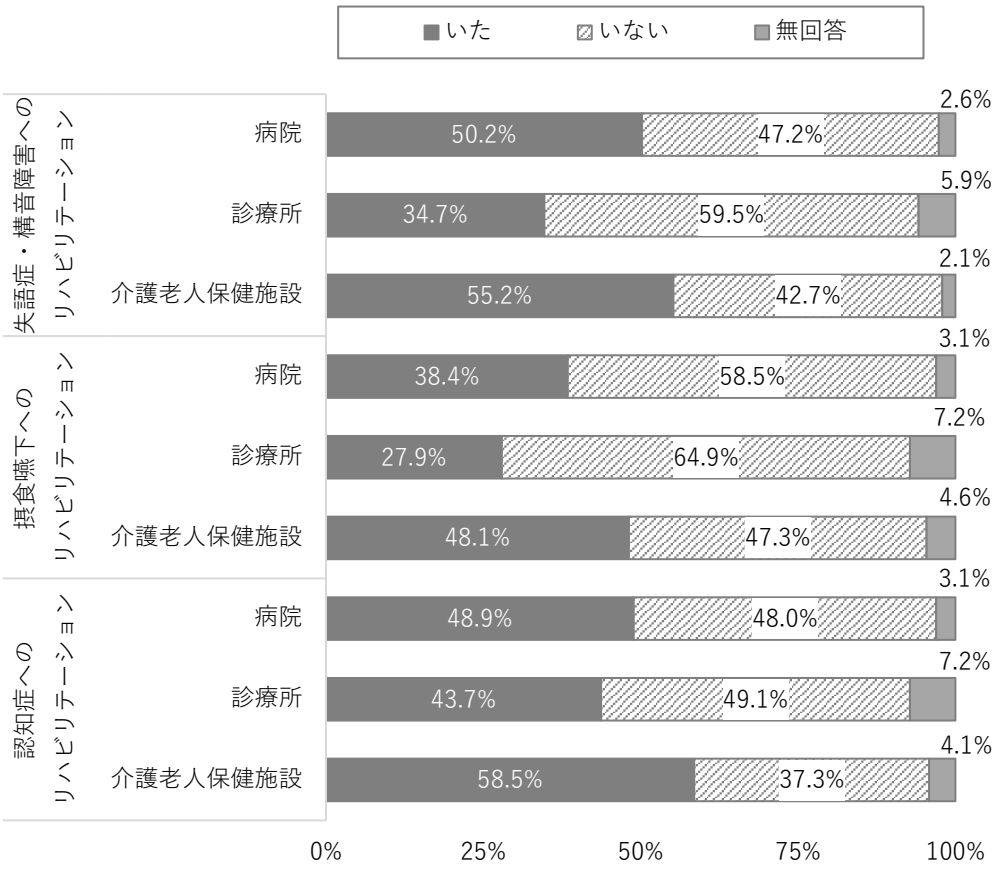


表 2-5-1　職員配置数（常勤換算数：平均値）（各リハビリテーション対象者有無別）

		リハ専門職	看護職	介護福祉士	介護職員
失語症・構音障害への リハビリテーション	あり	4.22	1.54	5.46	1.90
	なし	2.71	1.45	3.42	1.88
摂食嚥下への リハビリテーション	あり	4.33	1.66	5.88	1.88
	なし	2.86	1.40	3.43	1.89
認知症への リハビリテーション	あり	3.67	1.46	4.71	1.84
	なし	3.19	1.54	3.96	1.93

※ 通常規模に限る

各事業所の取組の実施状況は、「利用者の補装具の調整」64.4%、「送迎時の居宅内介助」58.2%の割合が高く、「利用者間のピアサポート」は 11.6%、「終了した利用者の継続的な評価・助言」は 7.4%と比較的低かった（図 2-5-13）。提供時間別では、6-7 時間のみにて「送迎時の居宅内介助」の割合が高かった（図 2-5-14）。

目標達成による修了者がいる事業所では、「利用者間のピアサポート」「就労支援」「利用者の補装具の調整」「利用者の補装具の作製」「終了した利用者の継続的な補装具の評価・調整」「終了した利用者の補装具の作製」「終了した利用者の継続的な評価・助言」の割合が、修了者がいない事業所より有意に高かった（図 2-5-15）。

図 2-5-13　各種取組の実施状況

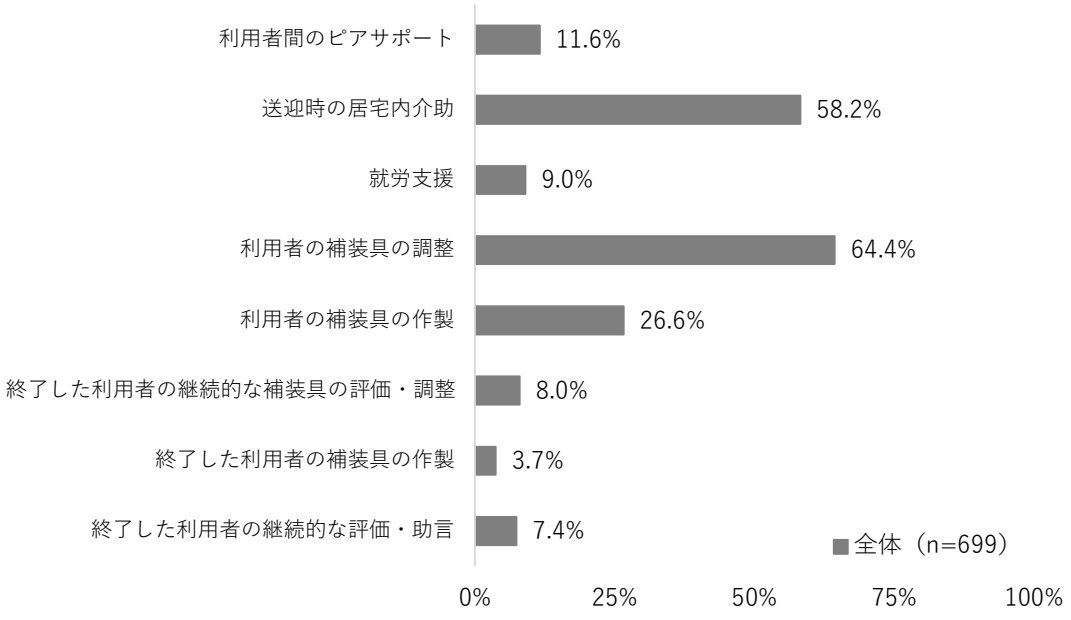


図 2-5-14　各種取組の実施状況(提供時間別)

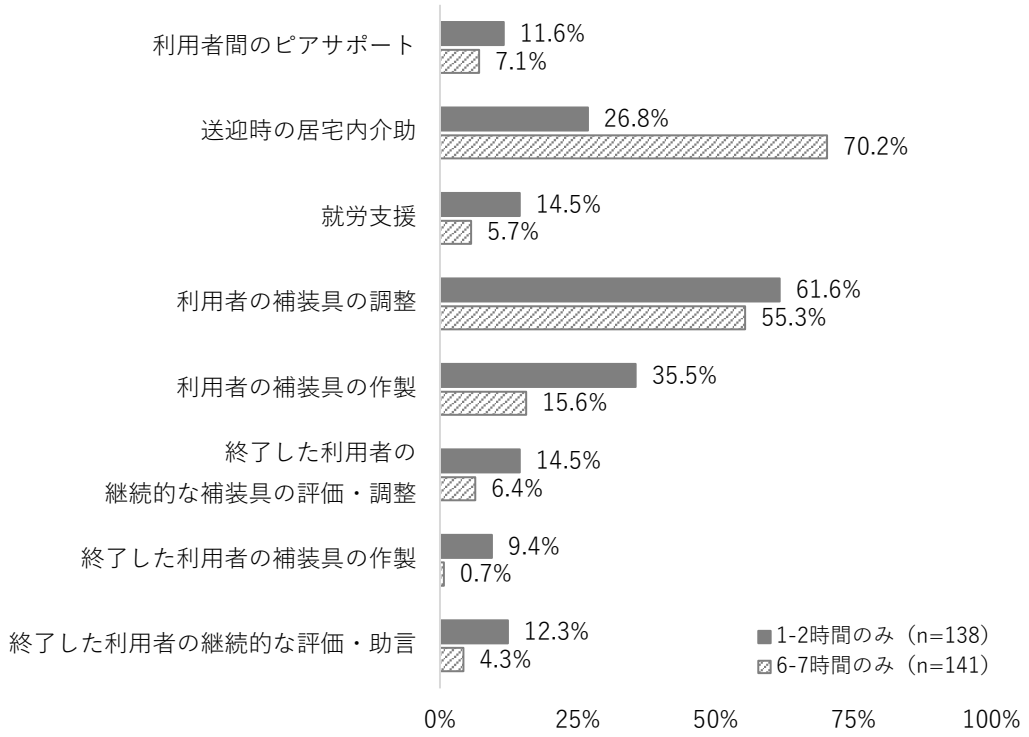
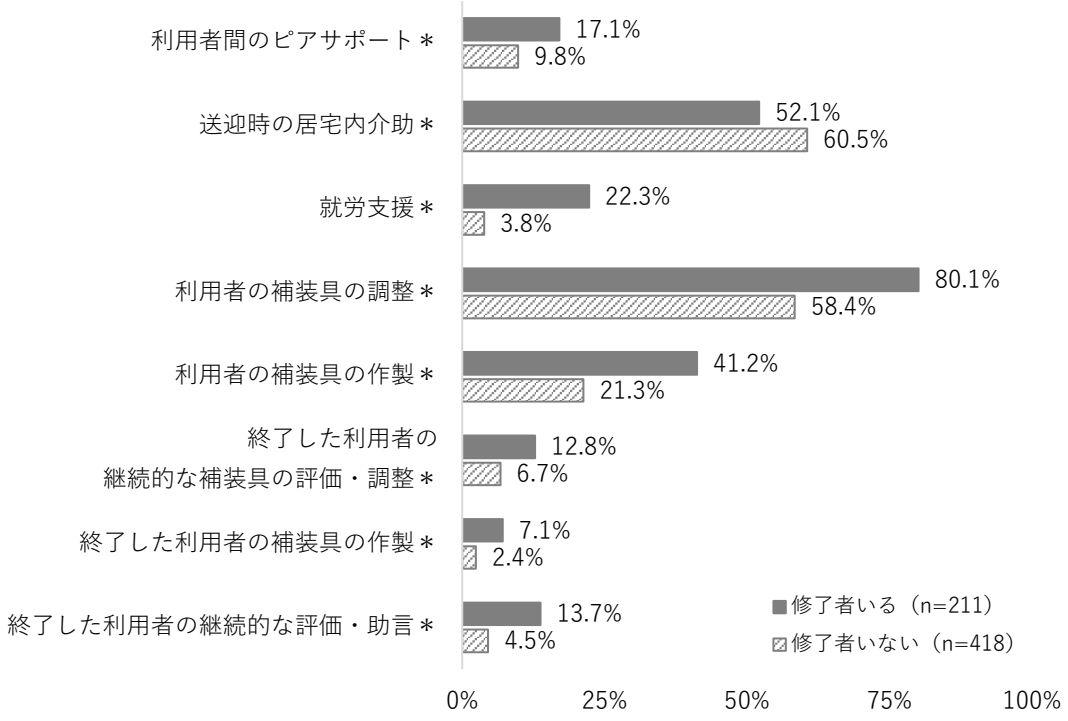


図 2-5-15　各種取組の実施状況(目標達成による修了者有無別)



管理栄養士の配置がある場合、実践している取組は、「食事嗜好の確認と対応」69.8%、「食事摂取量の確認」64.9%、「提供栄養量の調整」58.4%であった（図 2-5-16）。また、歯科医師や歯科衛生士の配置がある場合、実践している取組は、「利用者の口腔に関する相談」79.4%、「口腔清掃に関する指導」76.2%、「口腔機能状態の評価」69.8%であった（図 2-5-17）。

図 2-5-16　管理栄養士が実施している取組

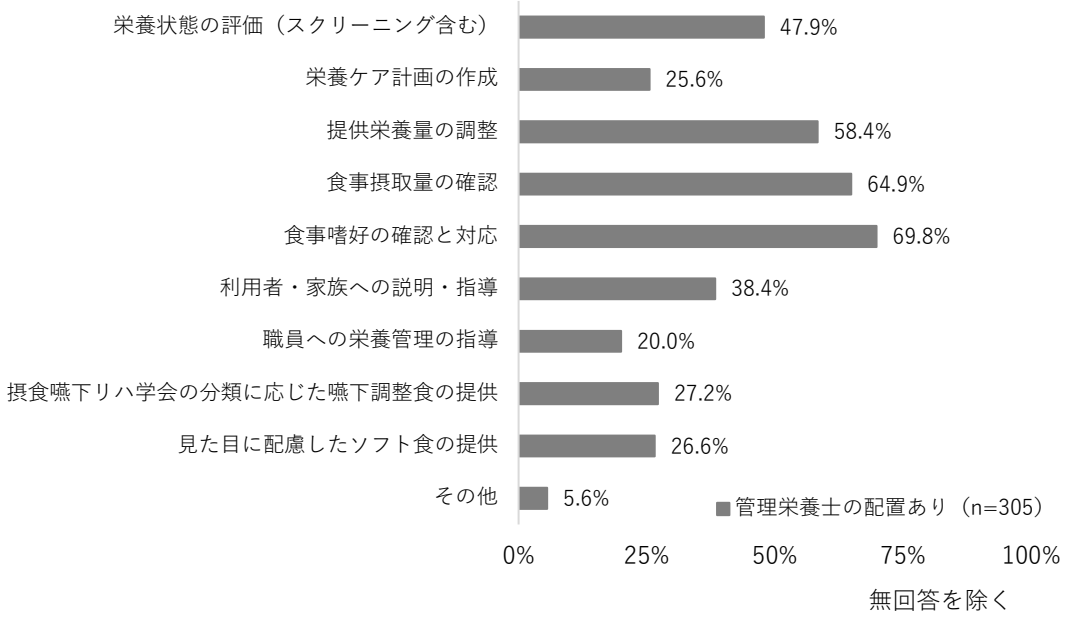
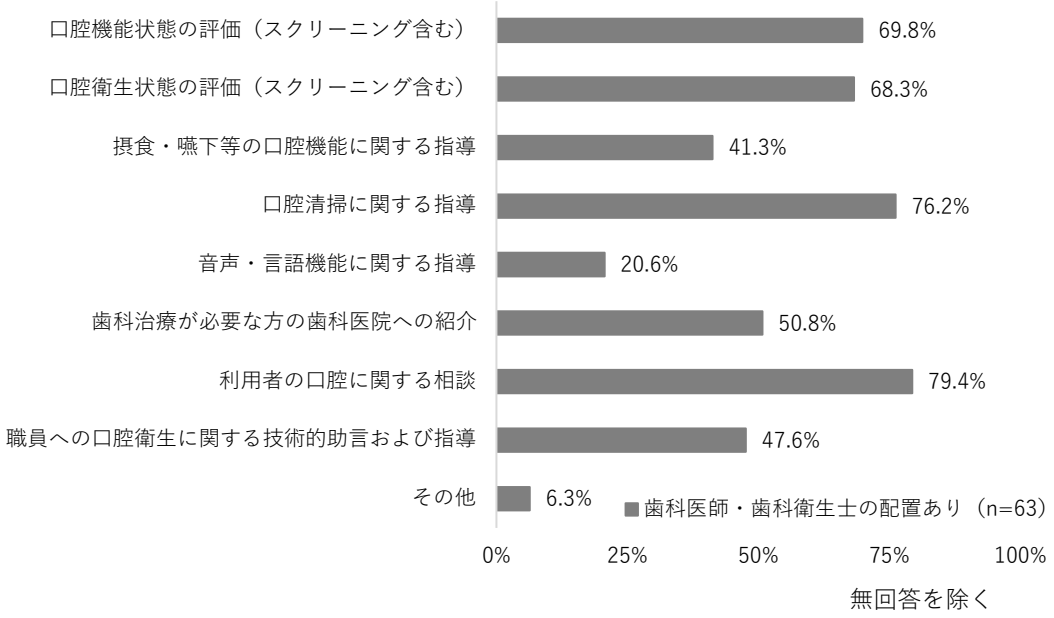
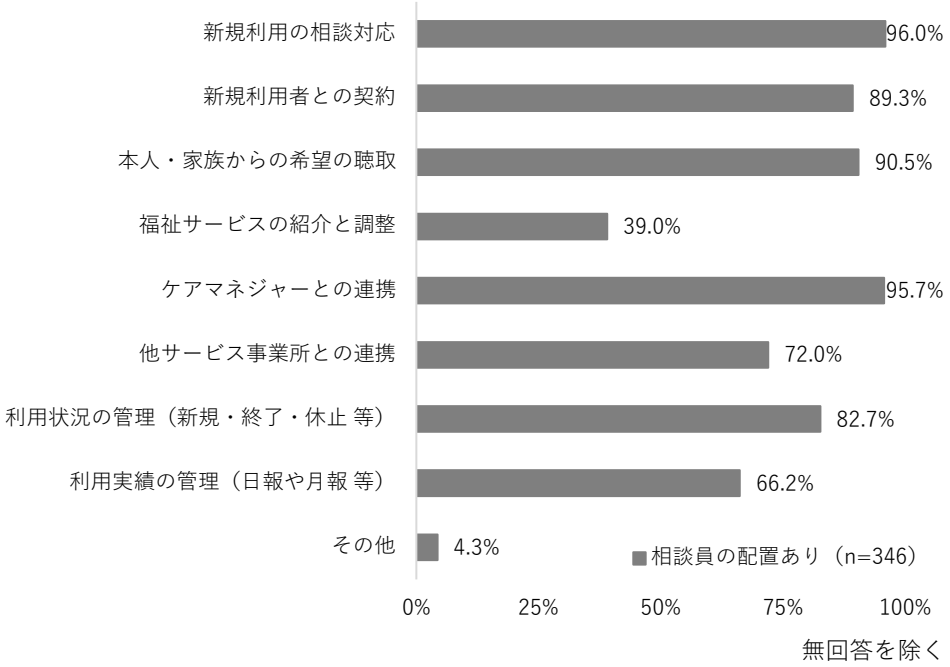


図 2-5-17　歯科医師や歯科衛生士が実施している取組



相談員の配置がある場合、実践している取組は、「新規利用の相談対応」96.0%、「ケアマネジャーとの連携」95.7%、「本人・家族からの希望の聴取」90.5%、「新規利用者との契約」89.3%であった（図 2-5-18）。

図 2-5-18　相談員が実施している取組



事業所敷地外での評価・応用練習を実施した事業所は、41.1%であった（図 2-5-19）。その実施場所は、「事業所周囲(徒歩 5 分圏内)」86.0%、「事業所外道路(徒歩 5 分以上)」58.9%、「利用者宅周囲(徒歩 5 分圏内)」22.1%であり、その他は 2 割に満たなかった（図 2-5-20）。利用者 10 名以下にリハ専門職を 1 名配置している事業所では、事業所敷地外での評価・応用練習を実施した割合が 50.9%と、利用者 10 名超にリハ専門職を 1 名配置している事業所の 29.7%より高かった（図 2-5-21）。また、目標達成による修了者がいる事業所では、事業所敷地外での評価・応用練習を実施している割合が 55.2%と、いない事業所の 35.2%より有意に高かった（図 2-5-22）。

図 2-5-19　事業所敷地外での評価・応用練習の実施有無

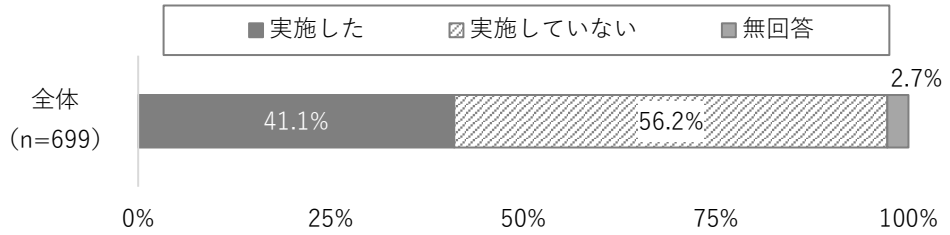


図 2-5-20　事業所敷地外での評価・応用練習の実施場所

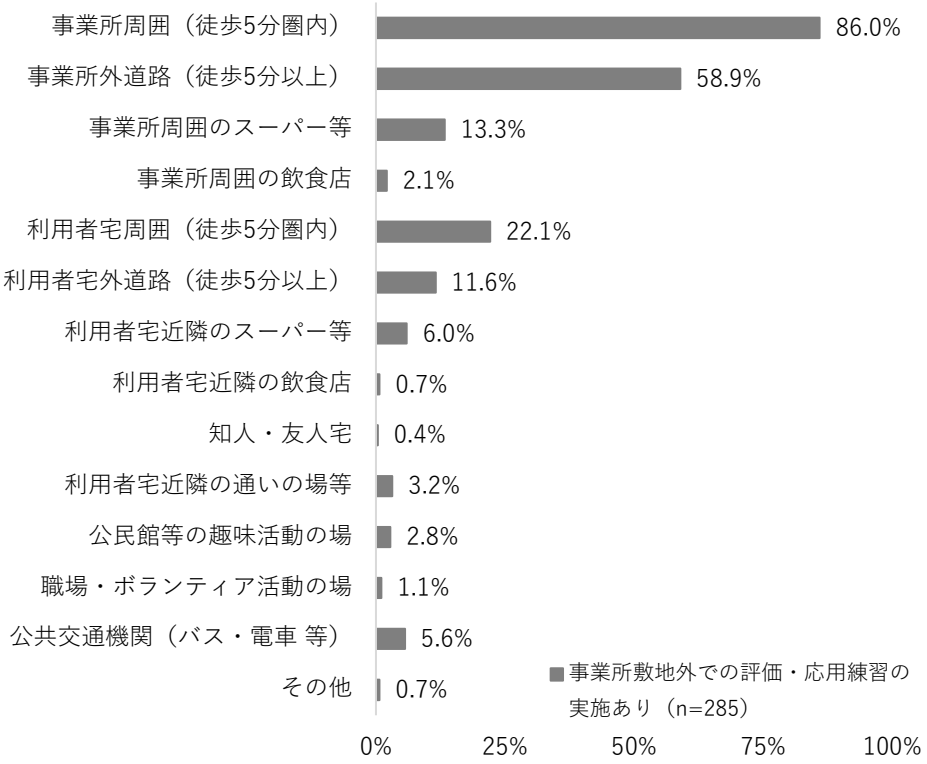


図 2-5-21　事業所敷地外での評価・応用練習の実施有無（リハ専門職配置割合別）

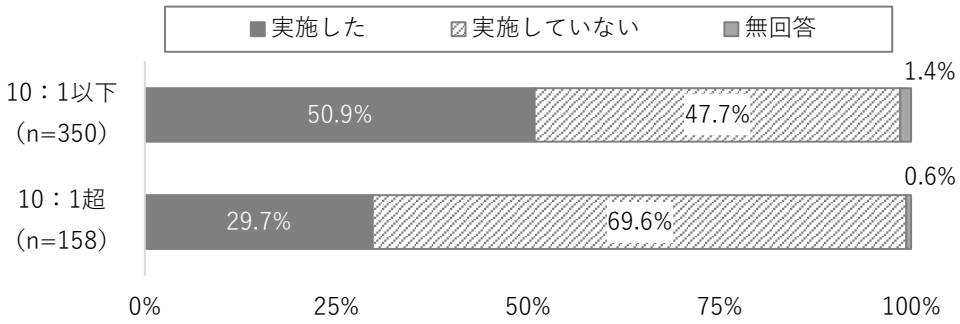
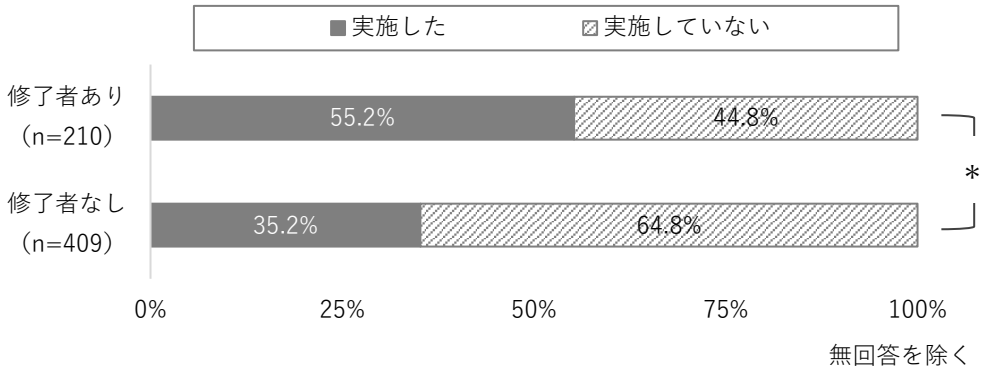


図 2-5-22　事業所敷地外での評価・応用練習の実施有無（目標達成修了者の有無別）



居宅訪問の実施割合について、「すべての利用者について実施している」の割合は 63.8%であった（図 2-5-23）。目標達成による修了者がいる事業所では、「すべての利用者について実施している」の割合が 77.0%と、いない事業所の 63.1%より有意に高かった（図 2-5-24）。尚、居宅訪問の実施頻度は、「1 年に 1 回程度」が 21.0%、「それ以下の頻度」が 46.3%であった（図 2-5-25）。

図 2-5-23　居宅訪問の実施割合

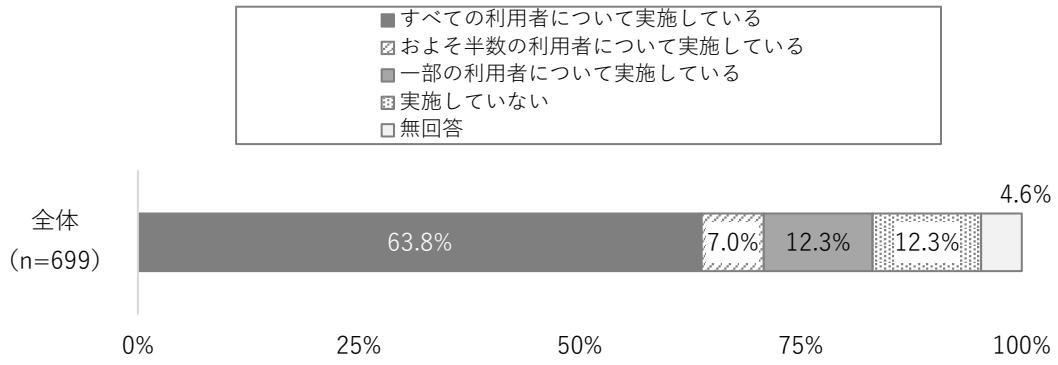


図 2-5-24　居宅訪問の実施割合（目標達成修了者の有無別）

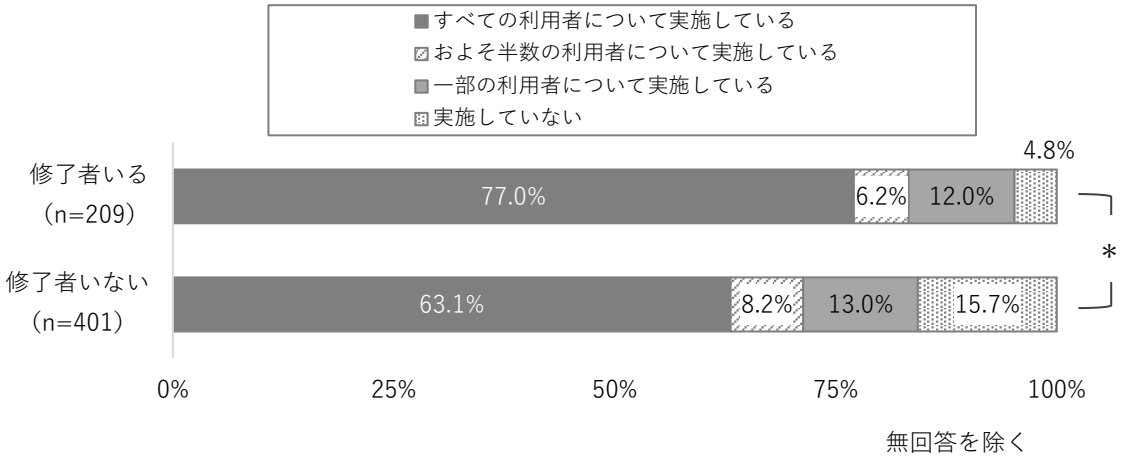
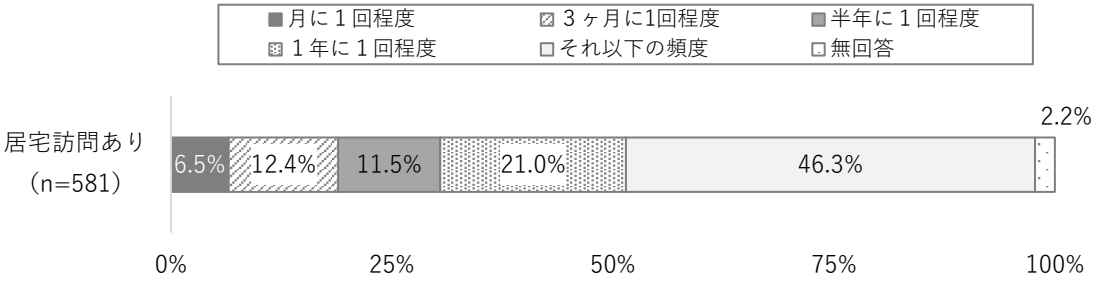
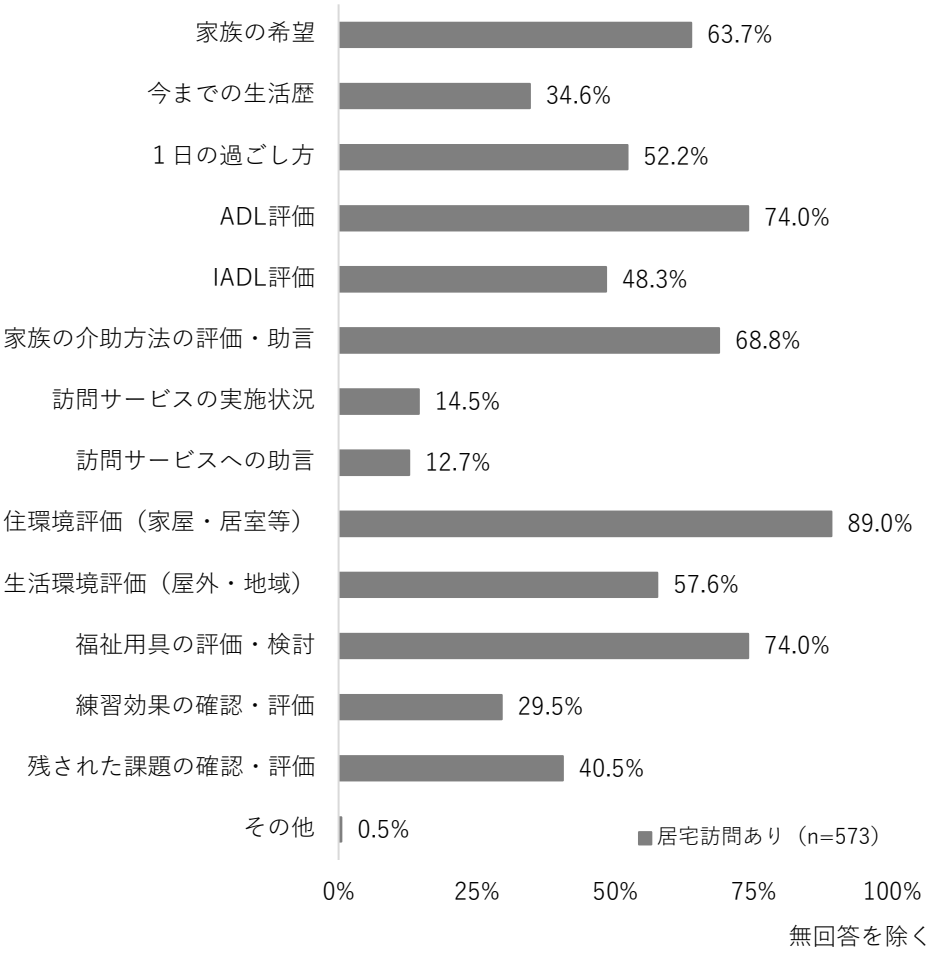


図 2-5-25　居宅訪問の実施頻度



居宅訪問時のアセスメント項目は、「住環境評価」89.0%、「ADL 評価」74.0%、「福祉用具の評価・検討」74.0%の順に割合が高く、「訪問サービスへの助言」は 12.7%と低値であった（図 2-5-26）。

図 2-5-26　居宅訪問時のアセスメント項目



リハマネジメント加算の届出ありの事業所は届出なしの事業所と比較して、「家族の介助方法の評価・助言」「生活環境評価」「IADL 評価」「福祉用具の評価・検討」「練習効果の確認・評価」の割合が高かった（図 2-5-27）。

また、目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較して、「IADL 評価」「生活環境評価」「福祉用具の評価・検討」「残された課題の確認・評価」の割合が高かった（図 2-5-28）。

居宅訪問結果の活用方法は、「リハビリテーション計画への反映」が 90.7%と最も高く、「目標達成状況の確認」は 57.2%と比較的低かった（図 2-5-29）。

図 2-5-27　居宅訪問時のアセスメント項目（リハマネジメント加算届出有無別）

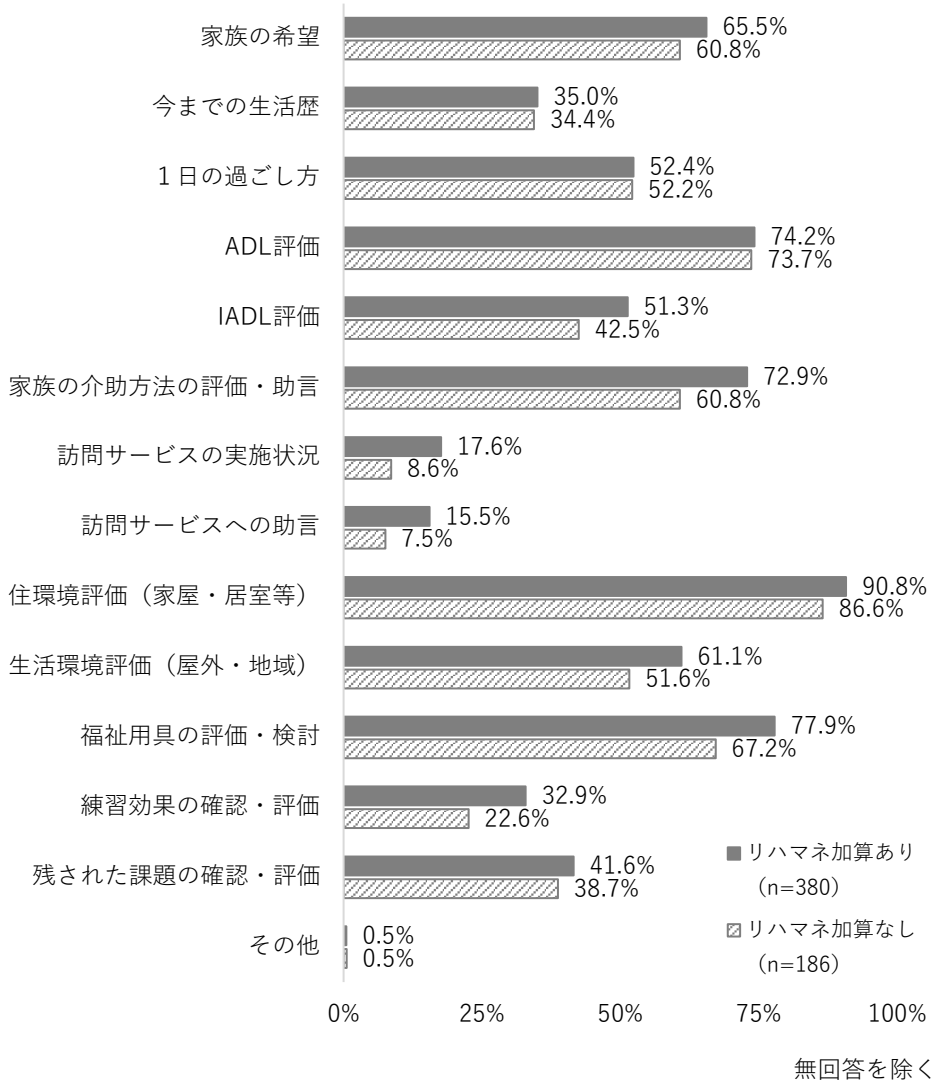


図 2-5-28　居宅訪問時のアセスメント項目（目標達成修了者の有無別）

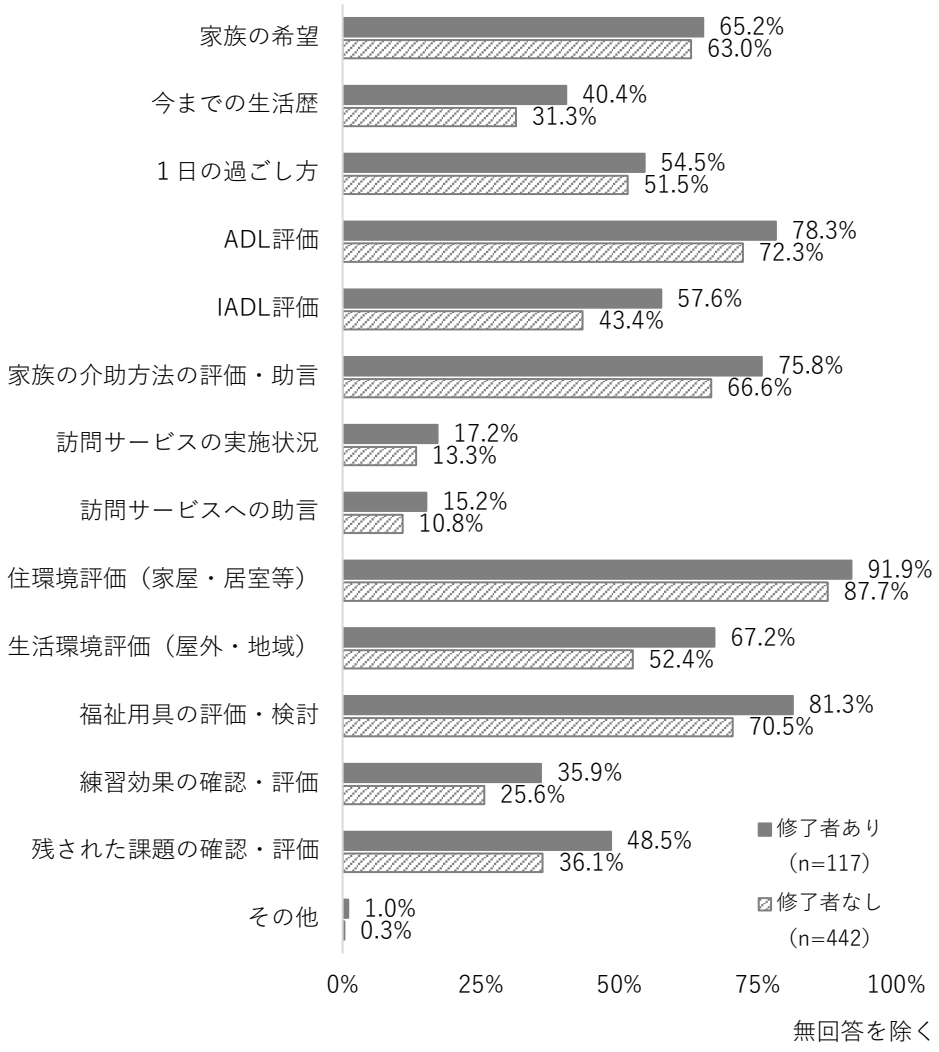
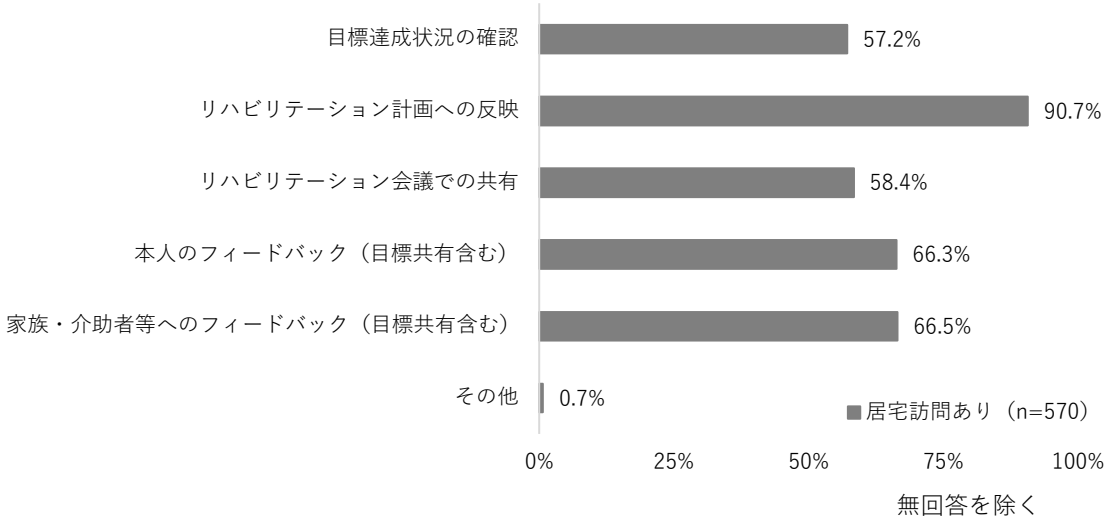


図 2-5-29　居宅訪問結果の活用方法



利用者家族・親族等に対する在宅での介助に関する指導や説明の実施割合は、「すべての利用者に関して、家族・親族等に実施している」が 21.6%、「およそ半数の利用者に関して、家族・親族等に実施している」が 17.7%であった（図 2-5-30）。リハマネジメント加算の届出ありの事業所は届出なしの事業所と比較して、「すべての利用者に関して、家族・親族等に実施している」「およそ半数の利用者に関して、家族・親族等に実施している」の割合が高い傾向にあった（図 2-5-31）。

また、利用者家族・親族等への関わりの実施割合は、「個別相談への対応」が 59.1%であったが、「特に実施していない」が 32.0%であった（図 2-5-32）。リハマネジメント加算の届出ありの事業所は届出なしの事業所と比較して、「個別相談への対応」の割合が高い傾向にあった（図 2-5-33）。

図 2-5-30　利用者家族・親族等に対する在宅での介助に関する指導や説明の実施割合

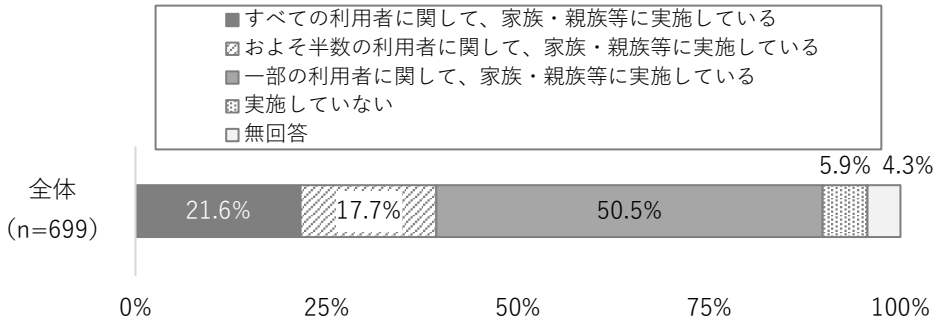


図 2-5-31　利用者家族・親族等に対する在宅での介助に関する指導や説明の実施割合
（リハマネジメント加算届出有無別）

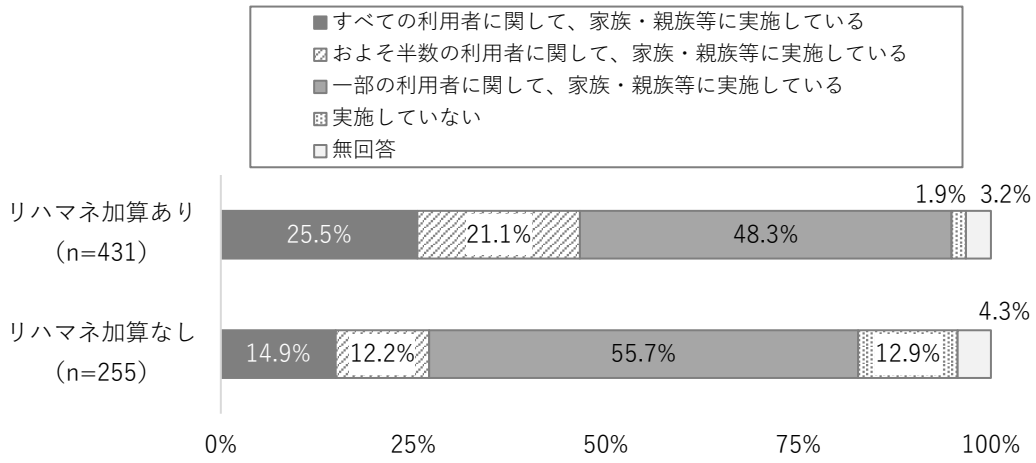


図 2-5-32　利用者家族・親族等への関わりの実施割合

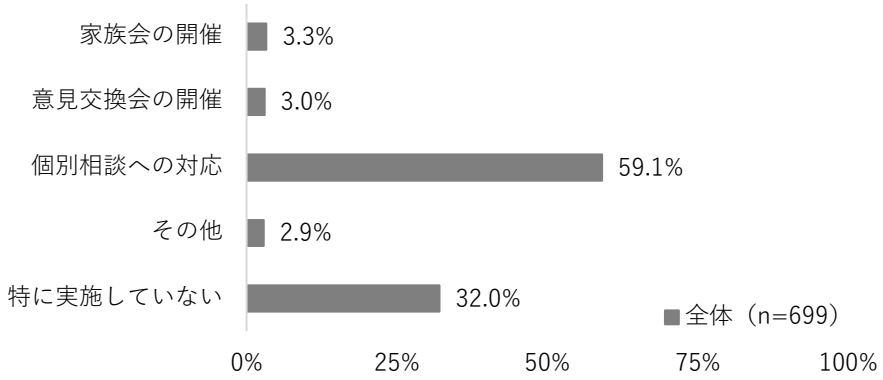
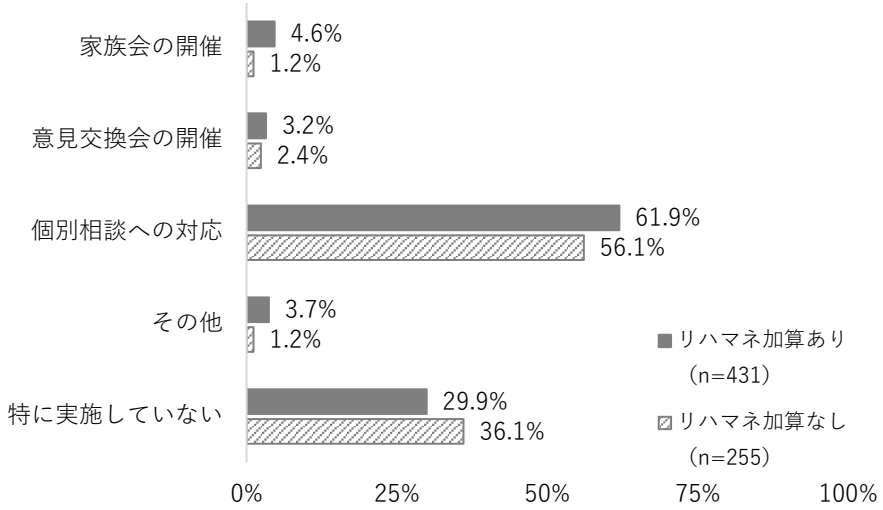
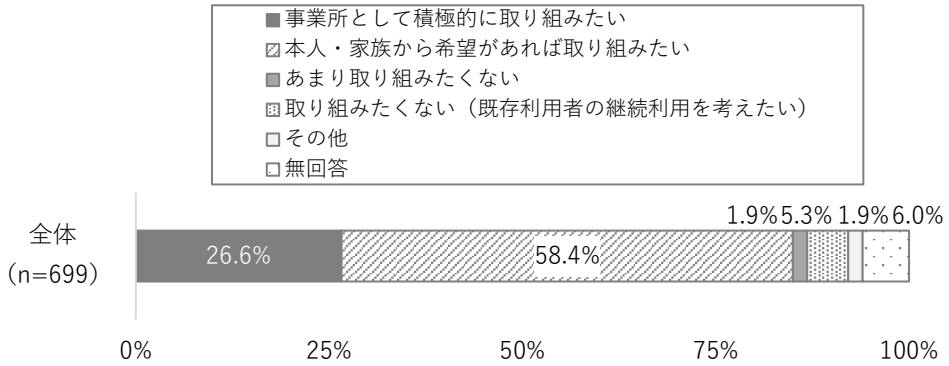


図 2-5-33　利用者家族・親族等への関わりの実施割合(リハマネジメント加算届出有無別)



修了に向けての取組に関する考えは、「本人・家族から希望があれば取り組みたい」が58.4%と最も高く、「事業所として積極的に取り組みたい」は 26.6%であった（図 2-5-34）。

図 2-5-34　修了に向けての取組に関する考え



６．地域連携の実施状況

ケアマネジャーとの連携手段は主に、「電話」97.1%、「直接会う（対面）」88.4%、「FAX」83.0%であった（図 2-6-1）。また、ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容は、「現在の心身の状態や ADL に関する情報提供」98.2%、「福祉用具の導入・変更や環境整備に関する助言・依頼」91.2%、「生活状況や生活課題の共有」89.5%の順に高かった（図 2-6-2）。

ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容について、リハマネジメント加算の届出ありの事業所では届出なしの事業所と比較して、「生活状況や生活課題の共有」「生活課題における要因分析結果の説明」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「本人・家族・他介護サービスへの助言内容に関する情報提供」「介護負担感等の家族の状況に関する情報共有」の割合が有意に高かった（図 2-6-3）。

図 2-6-1　ケアマネジャーとの連携手段

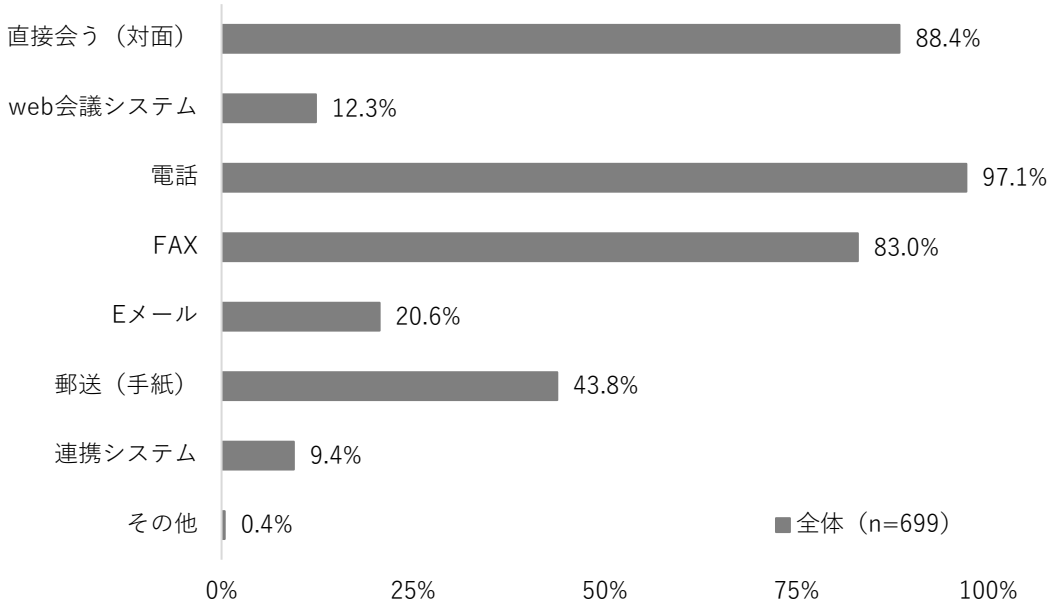


図 2-6-2　ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容

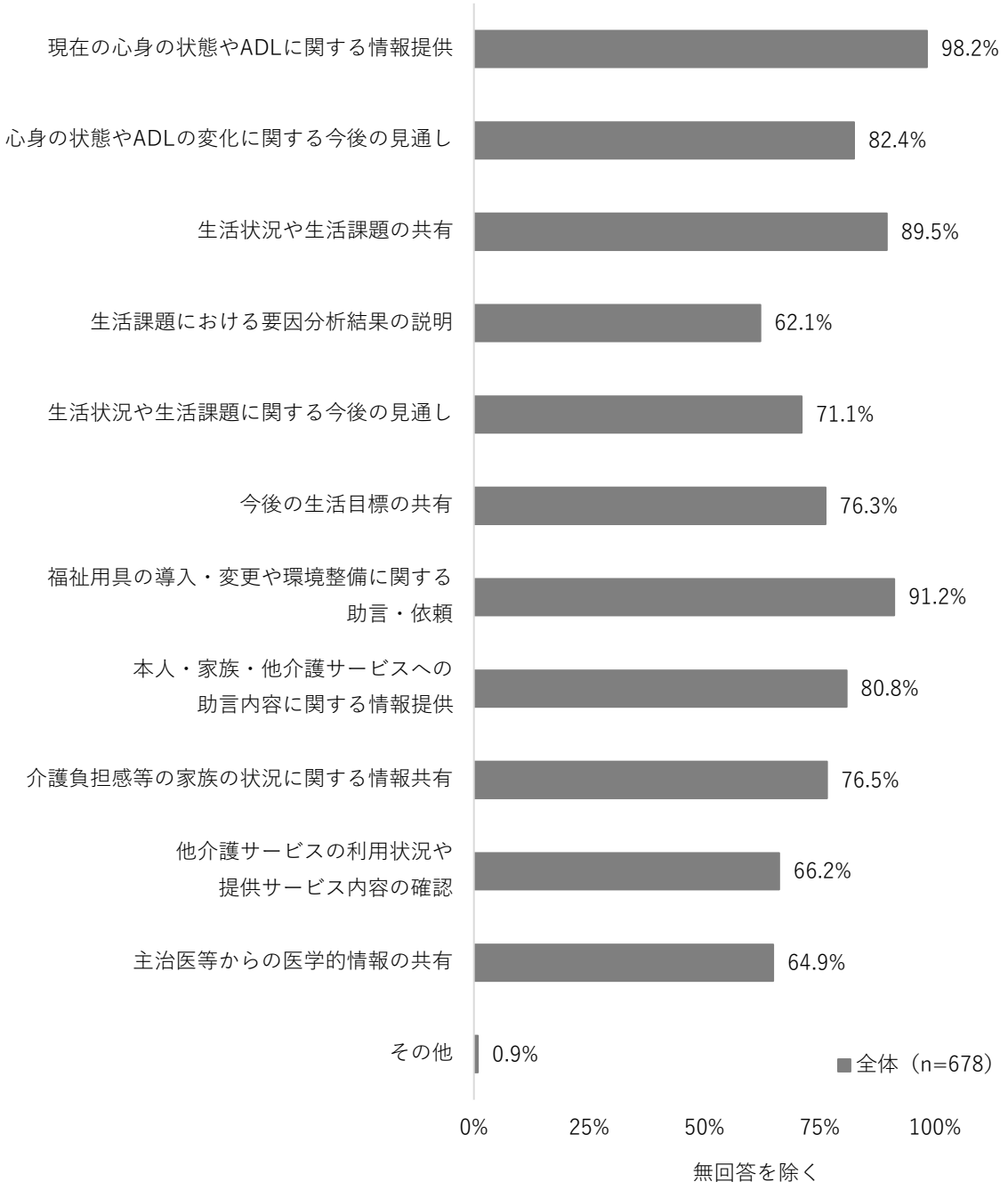
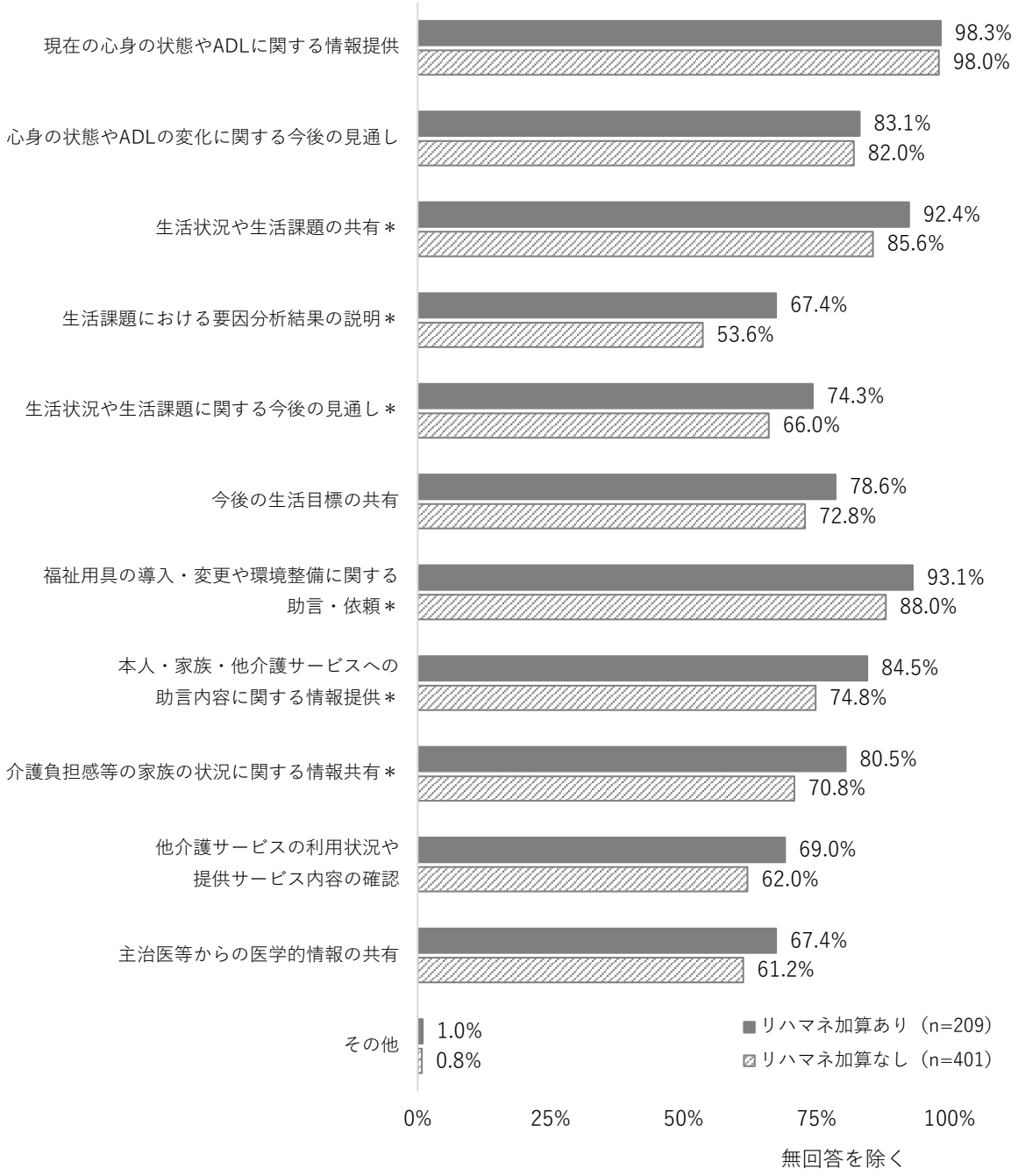


図 2-6-3　ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容(リハマネジメント加算届出有無別)



他介護サービス事業所との連携・情報共有の内容は、「ADL 等の情報提供」72.3%、「他介護サービスの利用状況の確認」70.2%の割合が高かった（図 2-6-4）。リハマネジメント加算の届出ありの事業所では届出なしの事業所と比較して、「他介護サービスの利用状況の確認」「他介護サービスの関わり内容の確認」「生活目標の共有」「介助方法の助言」「自主トレや活動への助言」の割合が高い傾向にあった（図 2-6-5）。

図 2-6-4　他介護サービス事業所との連携・情報共有の内容

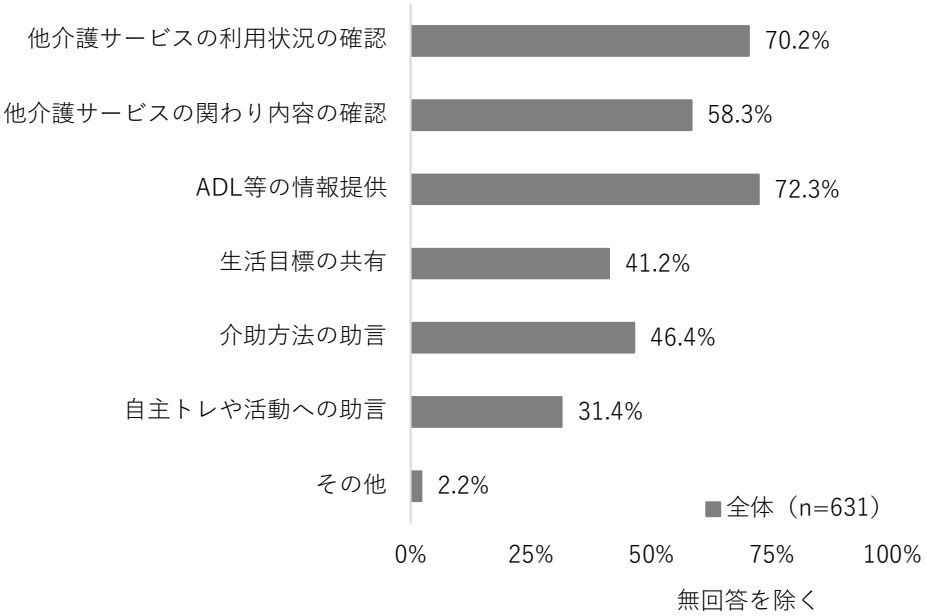
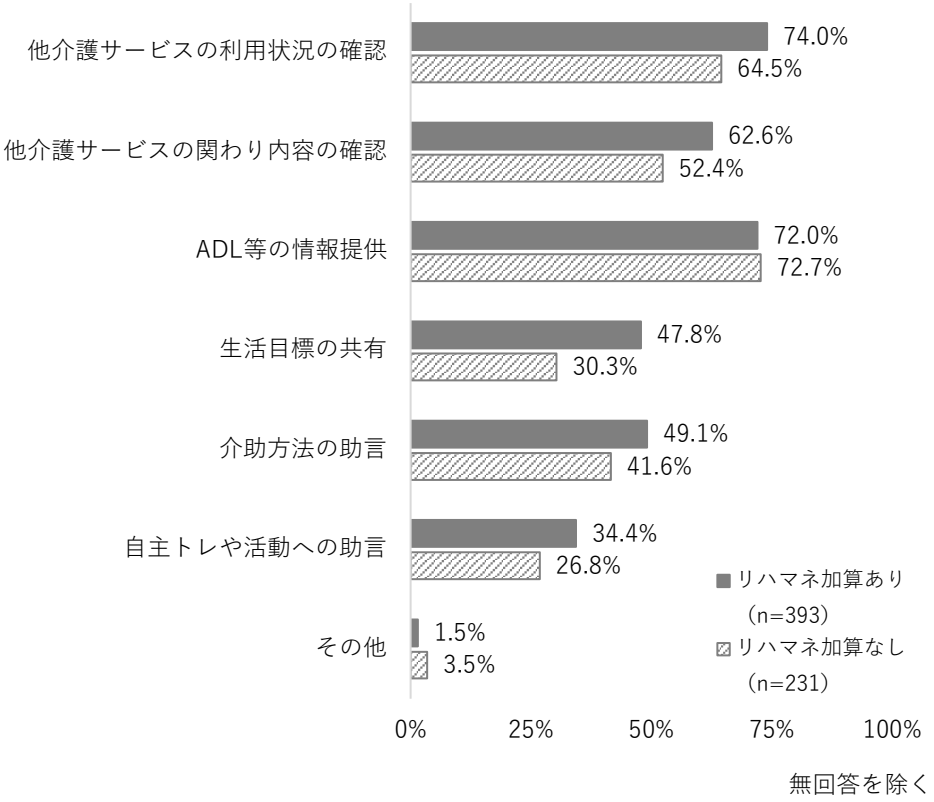


図 2-6-5　他介護サービス事業所との連携・情報共有の内容
（リハマネジメント加算届出有無別）



訪問介護への評価・助言を行っている事業所は 25.6%であり、通所介護へは 26.9%であった（図 2-6-6）。また、評価・助言を提案した者は、「ケアマネジャー」「通所リハ」であった（図 2-6-7）。

訪問介護・通所介護への評価・助言が難しい理由は、連携ありの事業所にて「感染症等の影響にて、利用者宅や事業所へ訪問することが難しい」「通所リハ事業所に報酬上のインセンティブがない」、連携なしの事業所にて「連携先となる訪問介護・通所介護から希望・要望がない」「人員不足のため派遣できるリハ専門職がいない」の割合が高かった（図 2-6-8）。

訪問介護・通所介護への評価・助言に向けた工夫では、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」「リハ専門職の勤務調整」「連携先との定期的な情報共有」「ケアマネジャーへの説明・広報」の割合が高かった（図 2-6- 9 ）。

図 2-6-6　訪問介護・通所介護への評価・助言の実施有無（n=699）

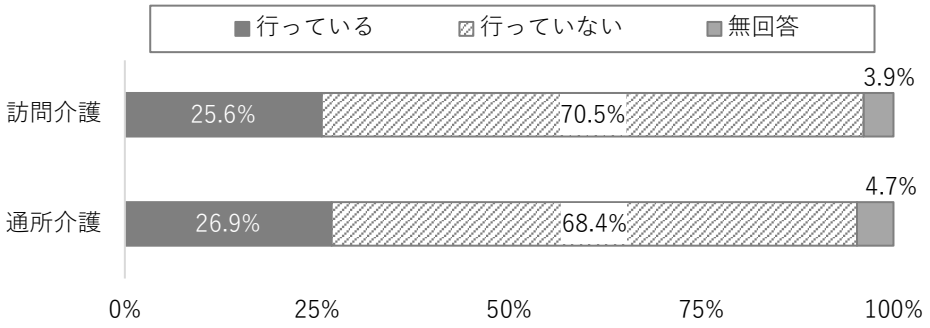


図 2-6-7　訪問介護・通所介護への評価・助言を提案した者

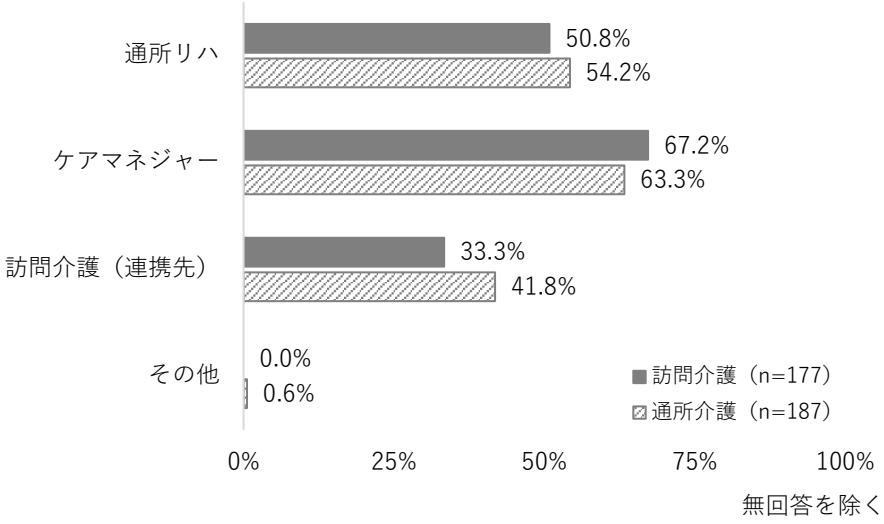


図 2-6-8　訪問介護・通所介護への評価・助言が難しい理由（訪問・通所介護連携有無別）

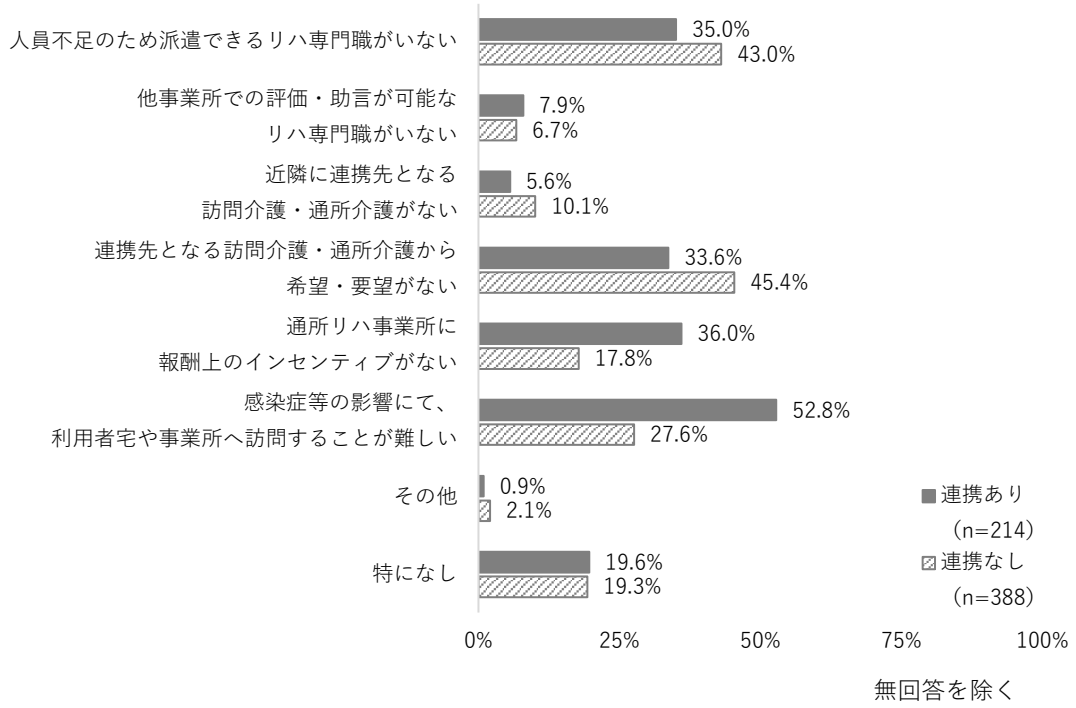
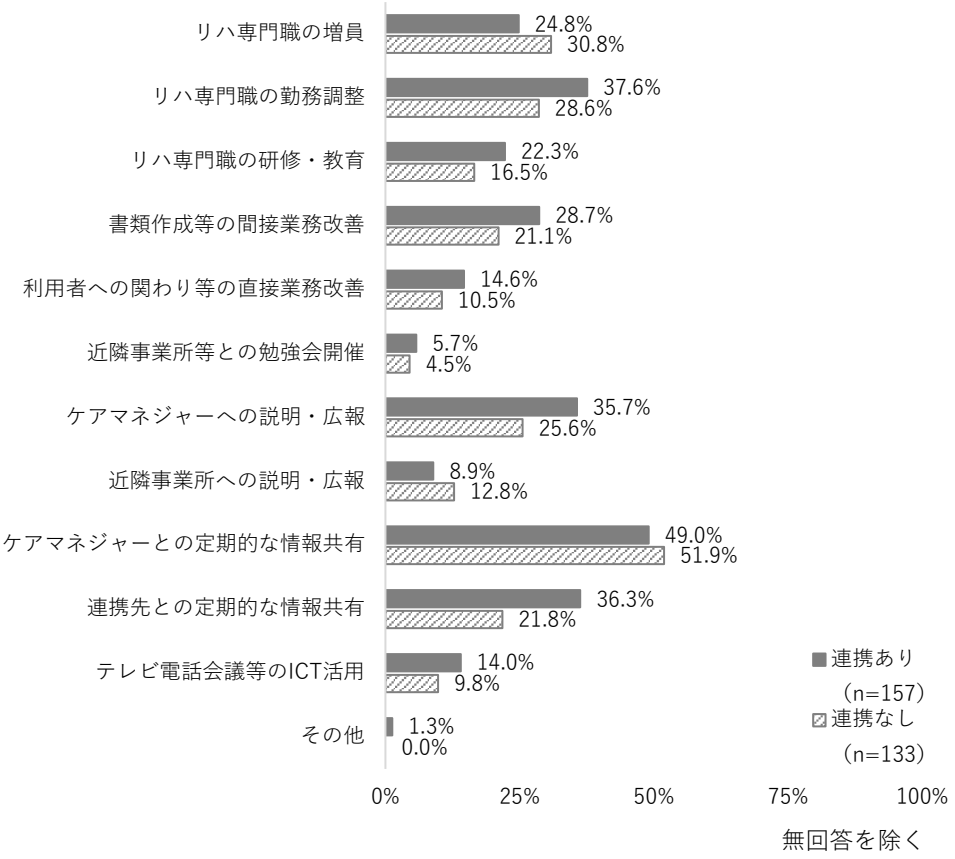


図 2-6-9　訪問介護・通所介護への評価・助言に向けた工夫（訪問・通所介護連携有無別）



地域との交流活動の実施状況では、「連絡会議の開催・協力」45.4%、「勉強会・事例検討会の開催・協力」36.2%、「地域の通いの場の支援」23.0%の順に割合が高かった（図 2-6-10）。事業所規模別にみると、大規模事業所において「地域の通いの場の支援」「町内会活動への参加」の割合が比較的高値であった（図 2-6-11）。

図 2-6-10　地域との交流活動の実施状況

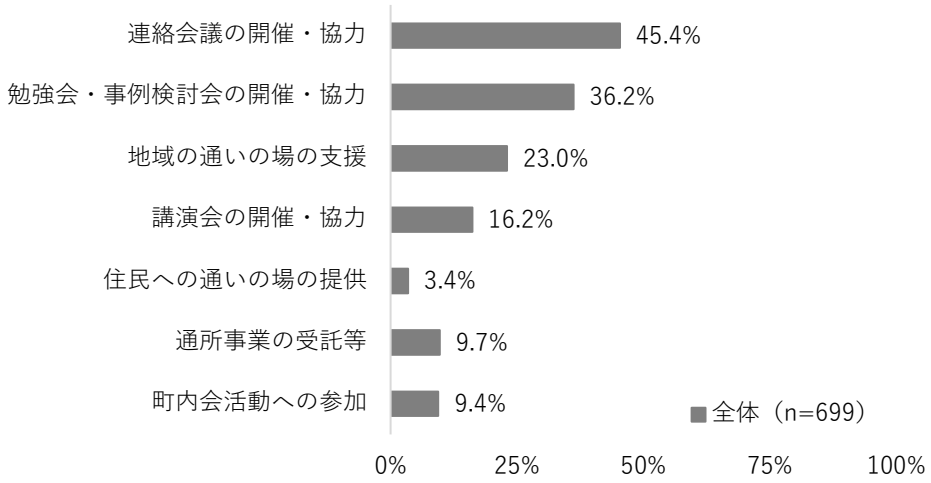
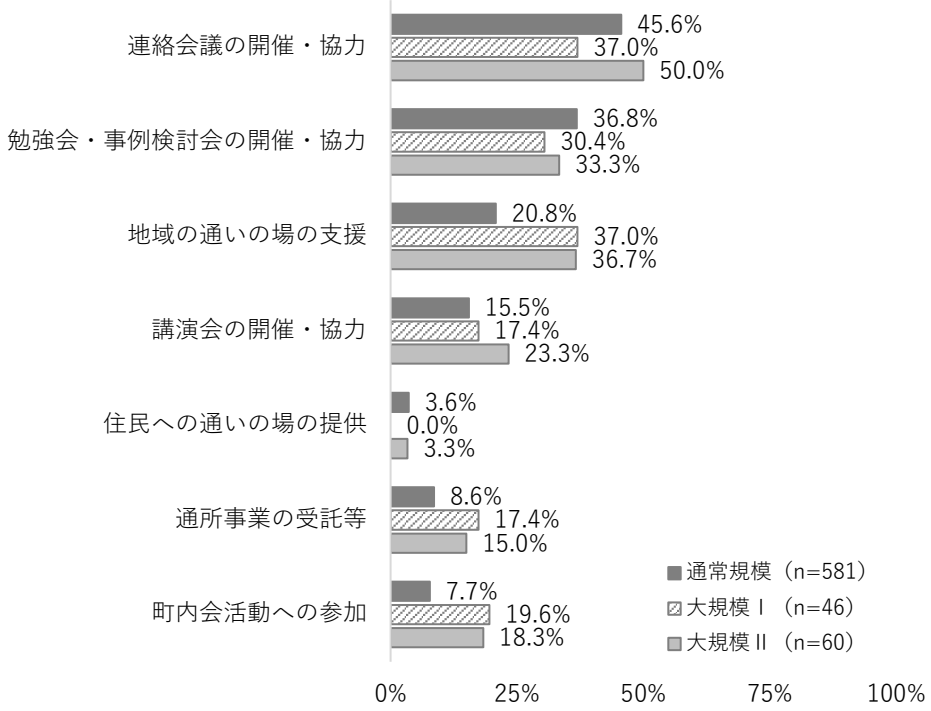


図 2-6-11　地域との交流活動の実施状況（事業所規模別）



医療機関からリハ計画書の提供があった割合は、46.6%であり、その提供割合は、「全員」18.7%、「8 割以上」26.7%であった（図 2-6-12、2-6-13）。

通所リハ事業所において医療機関との連携が難しい理由は、「感染症等の影響にて、医療機関へ訪問することが難しい」56.9%、「退院前カンファレンスへの参加依頼がない」48.2%、「医療機関の退院までに通所リハの利用自体が決まっていない」44.9%の順に高かった（図 2-6-14）。

図 2-6-12　医療機関からのリハ計画書の提供有無

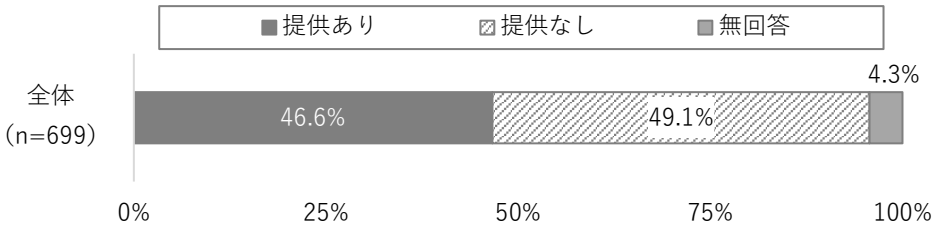


図 2-6-13　医療機関からのリハ計画書の提供割合

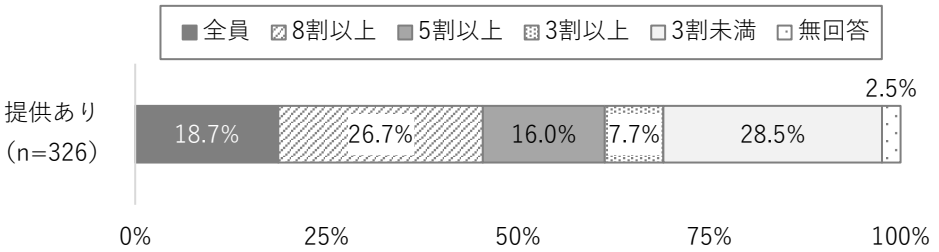
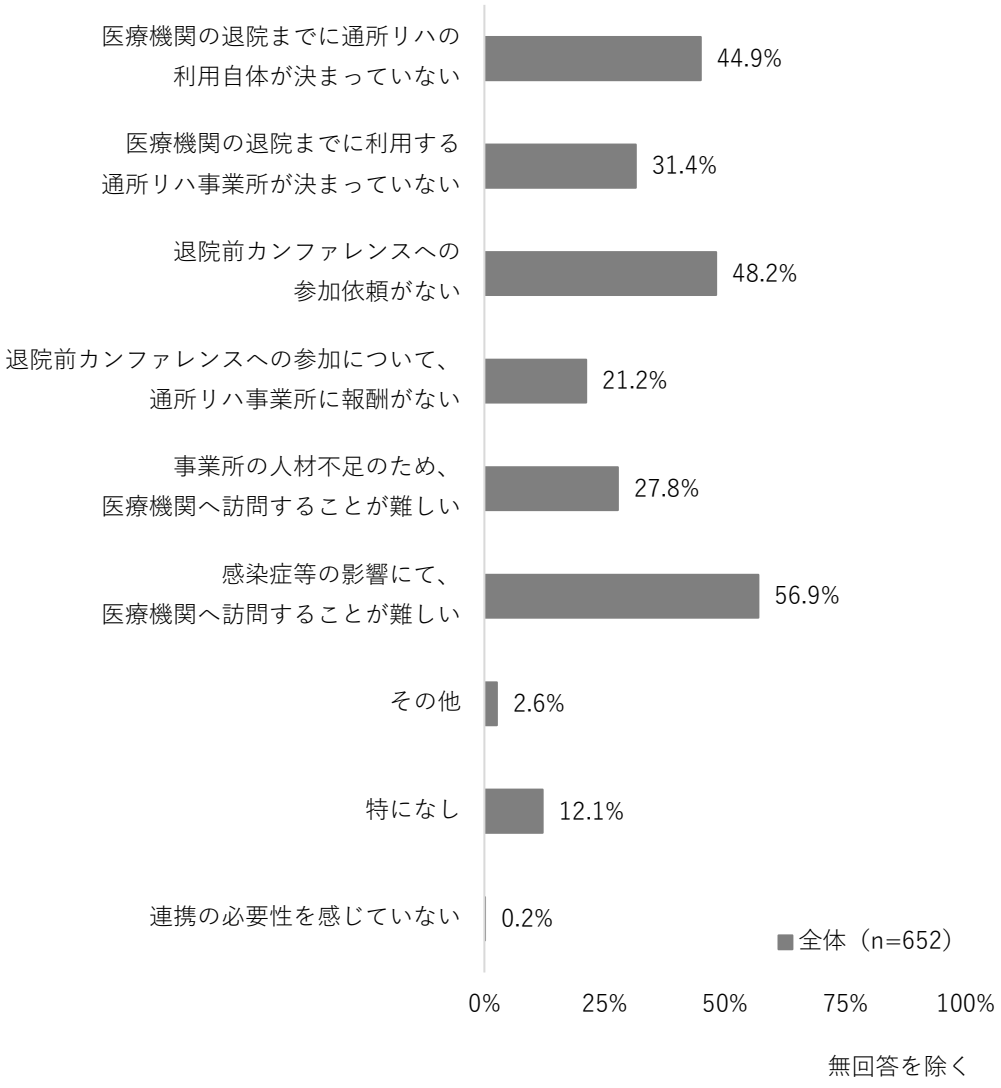


図 2-6-14　入院中（利用前）の医療機関との連携が難しい理由



第三節 事業所調査（訪問リハビリテーション）

１．基本情報

事業所の開設主体は、「病院」が 49.7%、「診療所」が 29.1%、「介護老人保健施設」が 20.4%であった（図 3-1-1）。1 日あたりの訪問件数（1 事業所あたり）は、「5 件未満」が 43.8%、「5 件以上 15 件未満」が 23.9%、「15 件以上」が 13.3%であった（図 3-1-2）。

図 3-1-1　開設主体

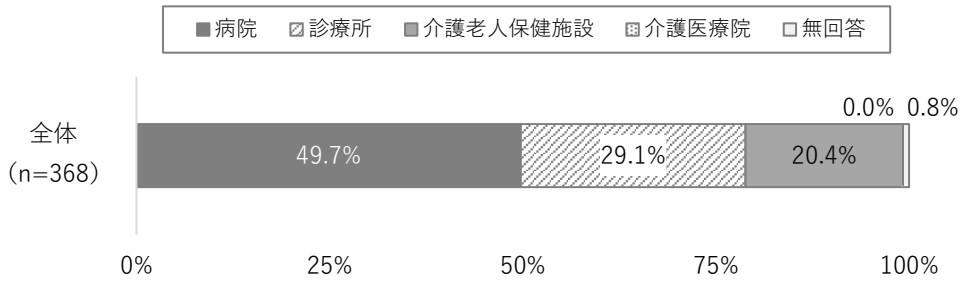
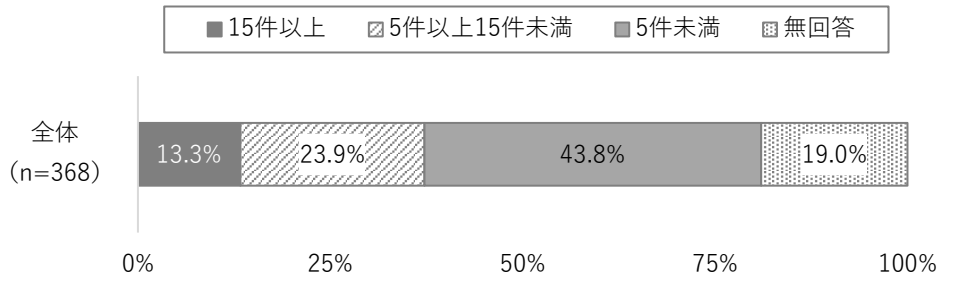


図 3-1-2　1 日あたりの訪問件数



同施設内での通所リハの実施状況は 74.7%であり、その内、通所リハを提供している場合において、通所リハとの併用利用者がいる割合は 61.8%であった（図 3-1-3、3-1-4）。

また、通所リハと共同・共有して実施している内容は、「リハ会議を共同で開催」57.9%、「診療録(カルテ)への記録等を共有」40.0%、「共通のリハ計画を作成」39.3%の順に割合が高かった（図 3-1-5）。併用者へのリハ専門職の対応方法は、「主に別々のリハ専門職が関わっている」70.6%であった（図 3-1-6）。

図 3-1-3　同施設内での通所リハの実施状況

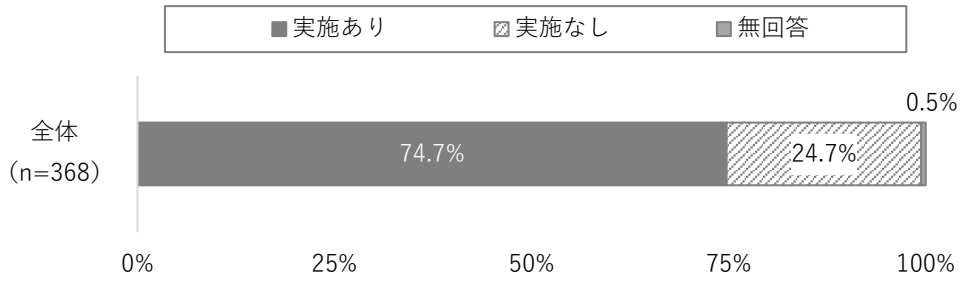


図 3-1-4　通所リハとの併用利用者の有無

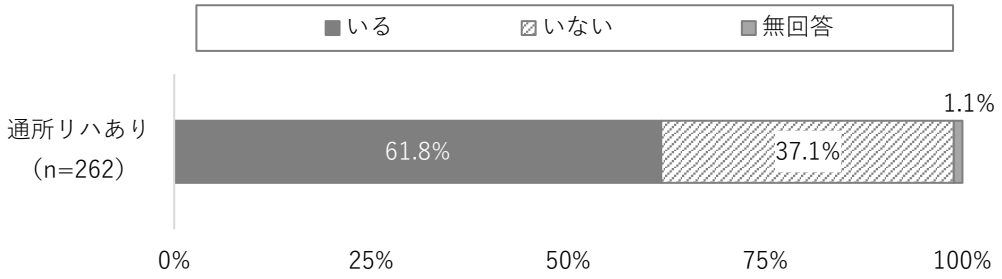


図 3-1-5　通所リハと共同・共有して実施している内容

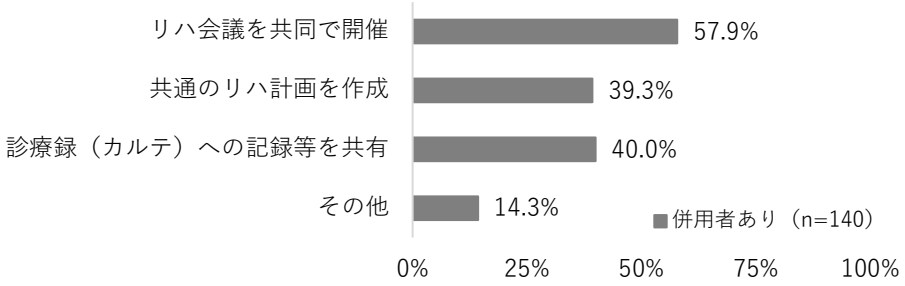
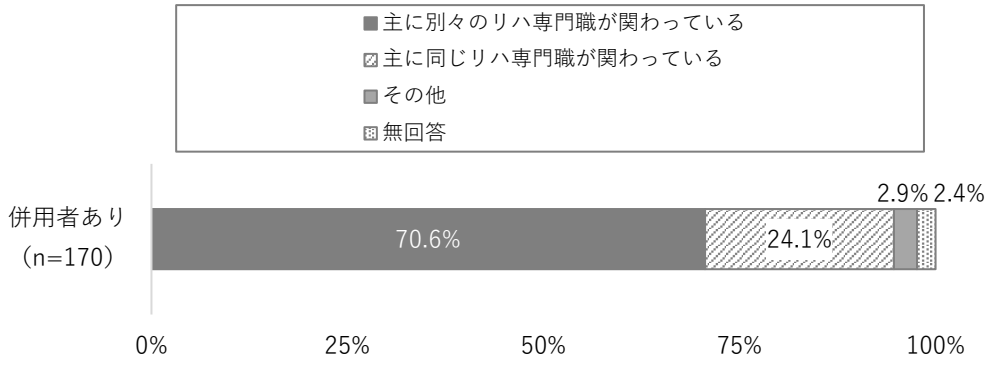


図 3-1-6　併用者へのリハ専門職の対応方法



訪問リハ事業所において同一法人内のサービスとして「理学療法士等による訪問看護」を提供している施設は 22.6%であった（図 3-1-7）。そのうち、訪問リハと理学療法士等による訪問看護との役割分担についての回答は、「看護師の訪問の必要性に応じて対応」70.0%、「保険の種類(医療保険・介護保険)に応じて対応」65.0%、「進行性疾患による身体変化等への継続的な支援の必要性に応じて対応」58.8%であった（図 3-1-8）。

図 3-1-7　同一法人内サービス提供

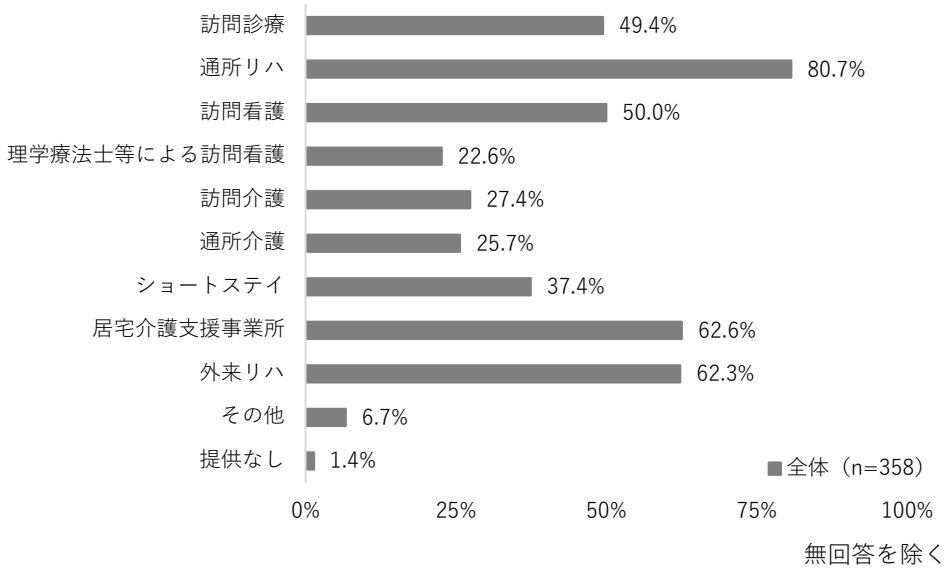
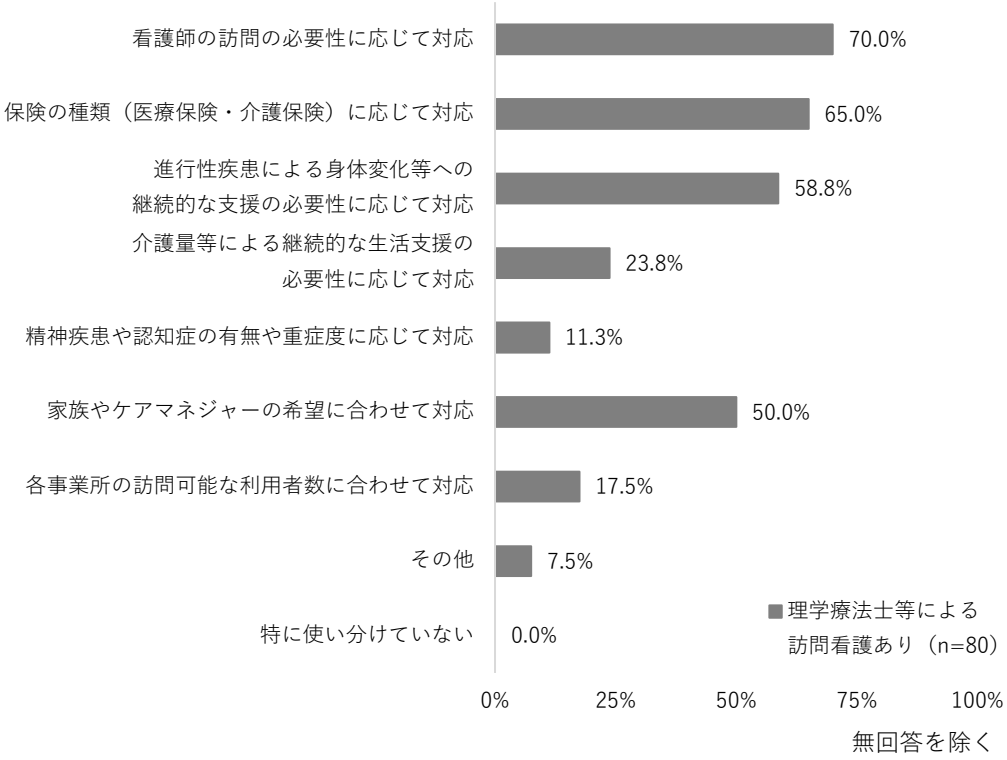


図 3-1-8　訪問リハと理学療法士等による訪問看護の役割分担の基準



職員配置数は常勤換算にて、訪問件数別に「医師」の人数に差はみられないが、「リハ専門職」は 1 日 15 件以上にて 8.2 人、15 件未満では 4 人程度であった（図 3-1-9）。専門職として経験年数別にリハ専門職の配置有無をみると、「7 年以上」にて 83.2%であり、リハ専門職の配置人数は「7 年以上」にて 4.7 人であった（図 3-1-10、3-1-11）。

図 3-1-9　職員配置数（常勤換算数：平均値）（1 日の訪問件数別）

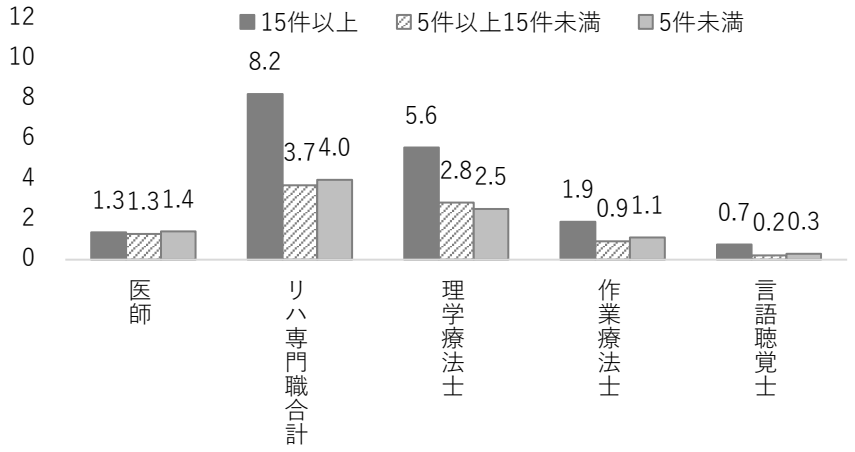


図 3-1-10　専門職としての経験年数別 リハ専門職の配置あり割合

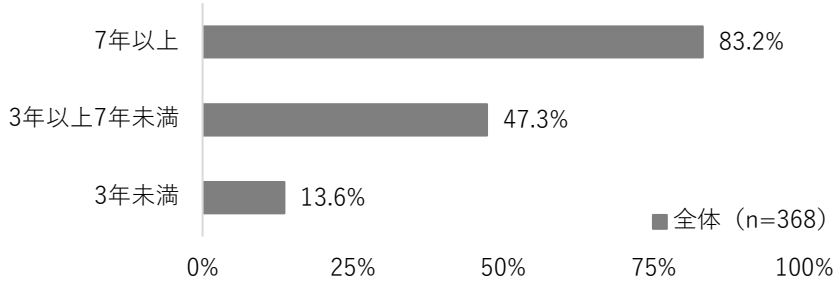
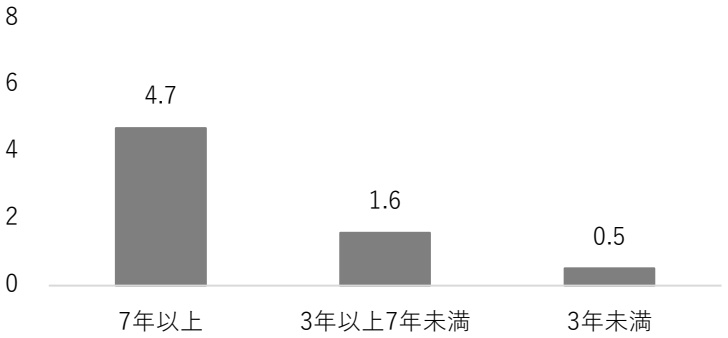


図 3-1-11　専門職としての経験年数別 リハ専門職の配置人数



２．利用者の状況

医療的ケア等を実施した利用者がいる割合は 41.6%であり、その内訳は「経鼻経管栄養や胃瘻等の経腸栄養」27.7%、「褥瘡治療」22.3%、「常時頻回の喀痰吸引実施」19.8%であった（図 3-2-1）。1 日の訪問件数別にみると、15 件以上の事業所にて、医療的ケア等を実施している利用者がいる割合が 63.3%と高かった（図 3-2-2）。

図 3-2-1　医療的ケア等を実施した利用者がいる割合

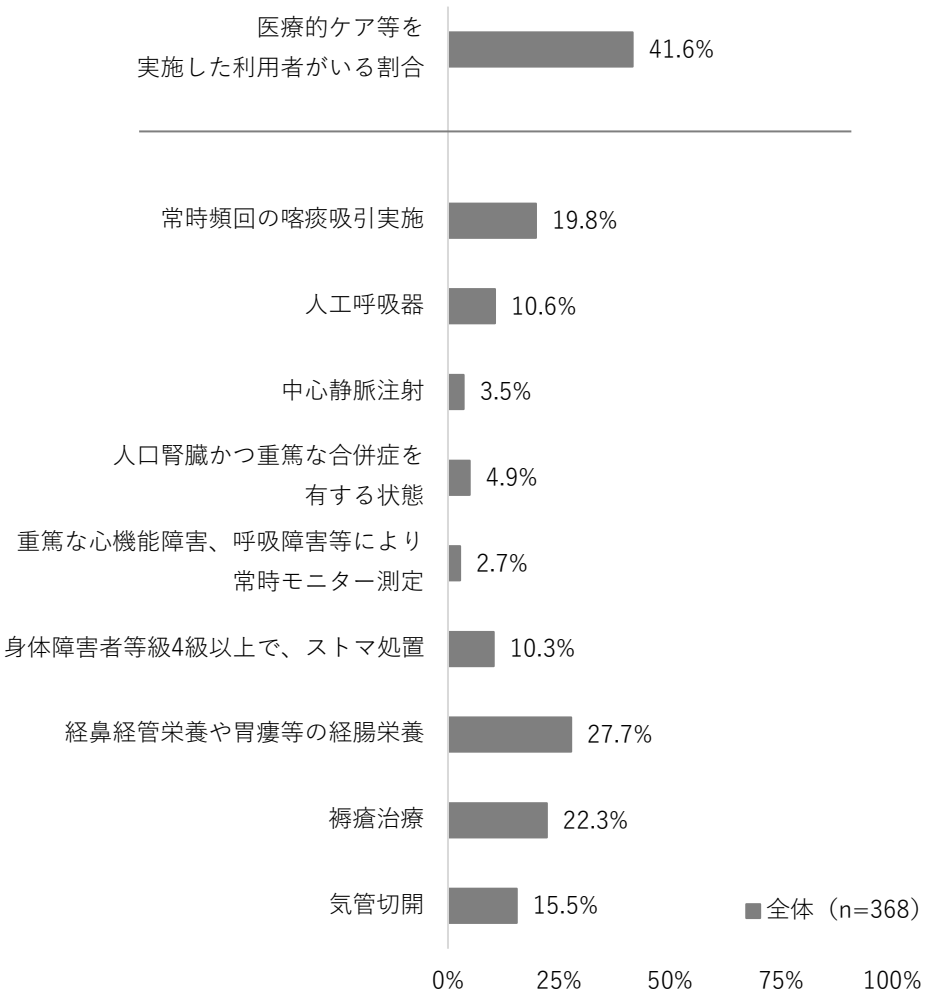
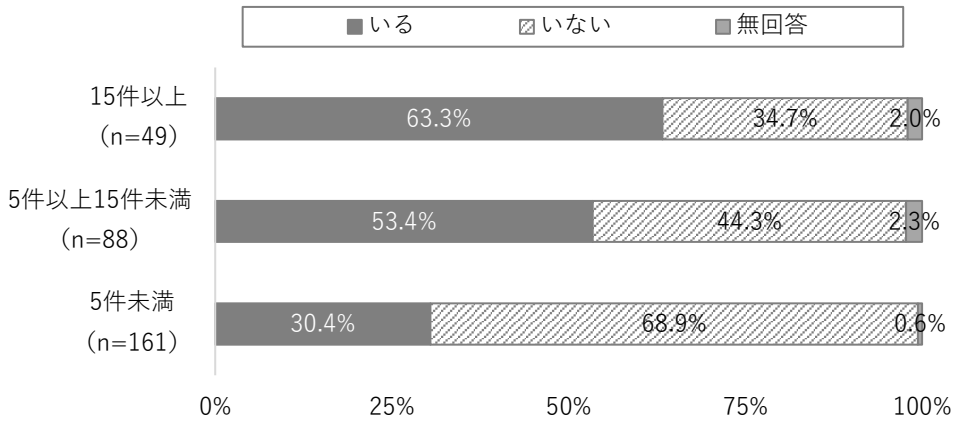


図 3-2-2　医療的ケア等を実施した利用者がいる割合（1 日の訪問件数別）



3 ヶ月間にて新規利用者がいる事業所割合は 74.7%であり、平均 9.1 人であった（図 3-2-3、3-2-4）。

図 3-2-3　3 ヶ月間の新規利用者有無（n=368）

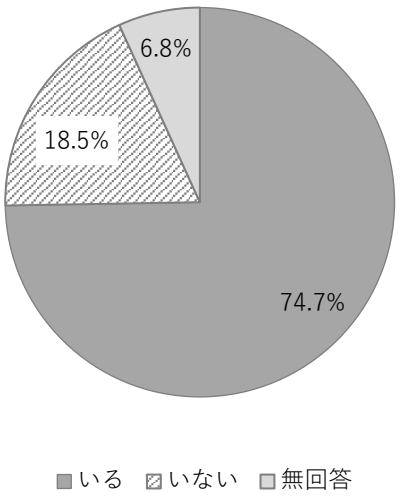
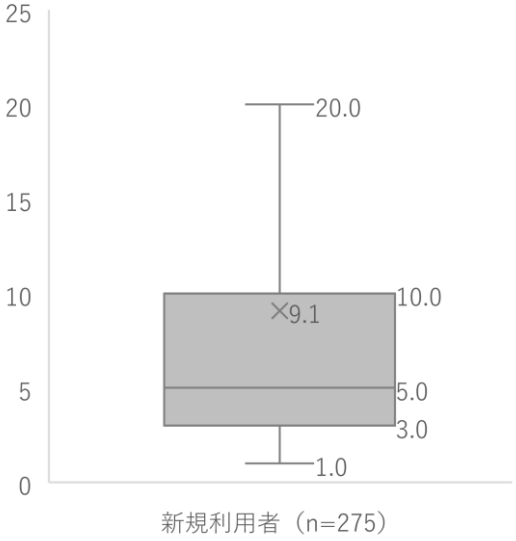


図 3-2-4　3 ヶ月間の新規利用者数



3 ヶ月間にて利用終了者がいる事業所割合は 70.4%であり、平均 6.3 人であった（図 3-2-5、3-2-6）。

図 3-2-5　3 ヶ月間の利用終了者有無（n=368）

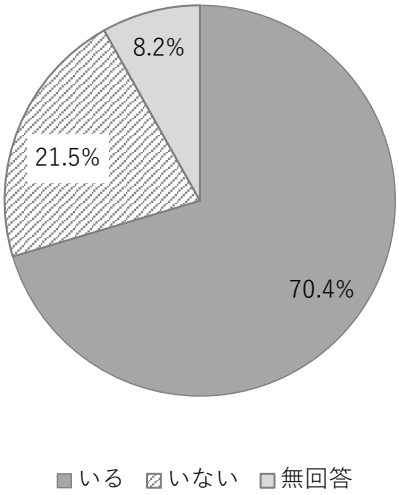
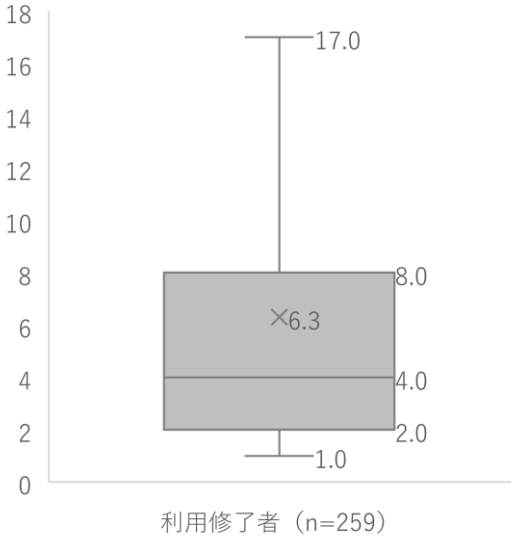


図 3-2-6　3 ヶ月間の利用終了者数



終了理由は、「状態改善・目標達成による修了」37.3%、「医療機関へ入院」16.6%、「死亡」14.1%、「本人の都合」12.8%であった（図 3-2-7）。状態改善・目標達成による修了の転帰先は、「通所・訪問系のサービスを利用」が 66.3%と最も高かった（図 3-2-8）。

尚、目標達成による修了者がいる事業所では、修了者がいない事業所と比較して、1 日の訪問件数「15 件以上」の割合が高かった（図 3-2-9）。

図 3-2-7　終了理由別 利用終了者割合（n=1611）

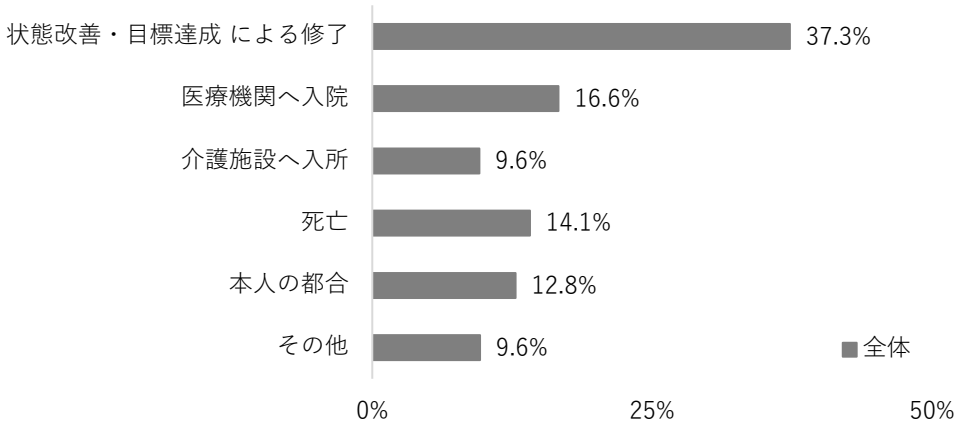


図 3-2-8　状態改善・目標達成による修了の転帰先別 利用終了者割合（n=594）

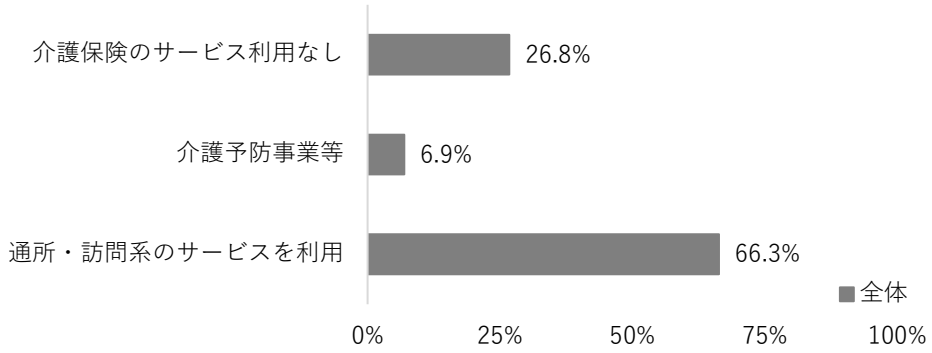
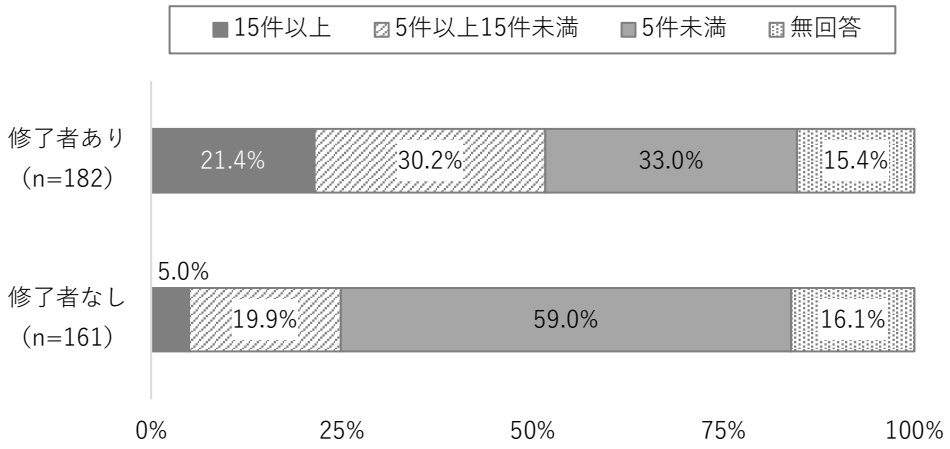


図 3-2-9　1 日あたりの訪問件数（目標達成修了者の有無別）



３．医師の関わり

かかりつけ医（事業所以外の医師）が診察を行っている利用者がいる割合は 27.4%であった（図 3-3-1）。そのうち、かかりつけ医が診察を行っている利用者割合について、「3 割未満」が 46.5%であった（図 3-3-2）。

図 3-3-1　かかりつけ医が診察を行っている利用者の有無

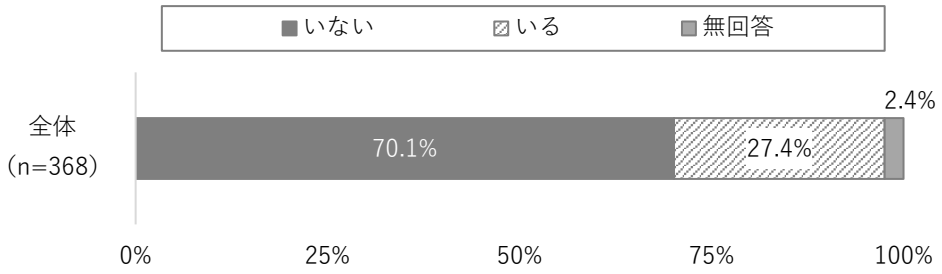
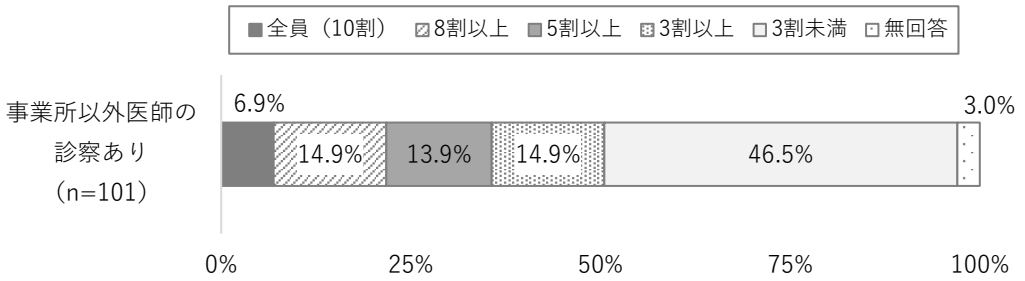


図 3-3-2　かかりつけ医が診察を行っている利用者の割合



医学的管理を行っている医師（かかりつけ医）の役割は、「疾患の管理」92.3%、「運動リスクの管理」75.5%、「急変時の対応」75.2%の順に高かった。他方、事業所における医師（計画作成医）の役割は、「リハ計画の作成・承認」80.6%、「運動リスクの管理」79.7%、「本人・家族への説明」59.1%の順に高かった（図 3-3-3）。

計画作成医の指示の内容は、「リハの目的」が 83.2%であり、「リハ実施上の留意点」94.7%、「リハ中止の目安(基準)」84.0%、「運動の負荷量」60.5%の割合が高かった（図 3-3-4）。

図 3-3-3　医師の役割

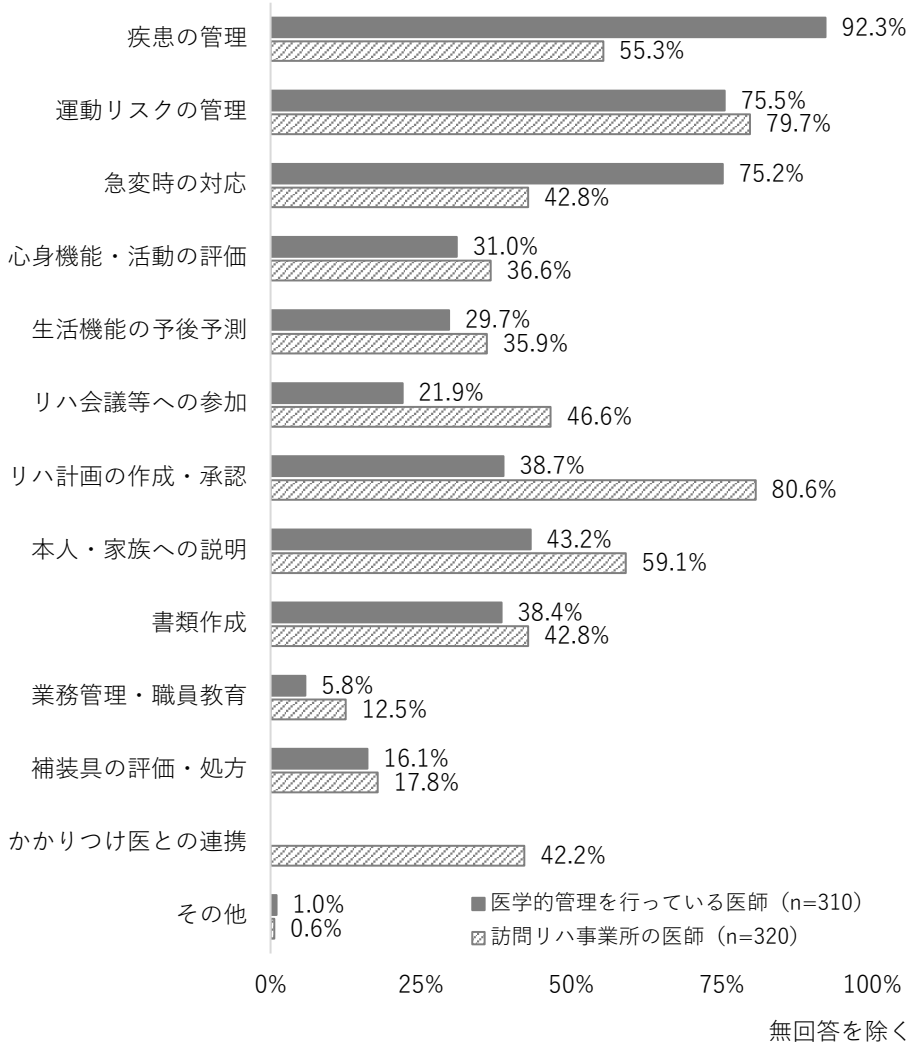
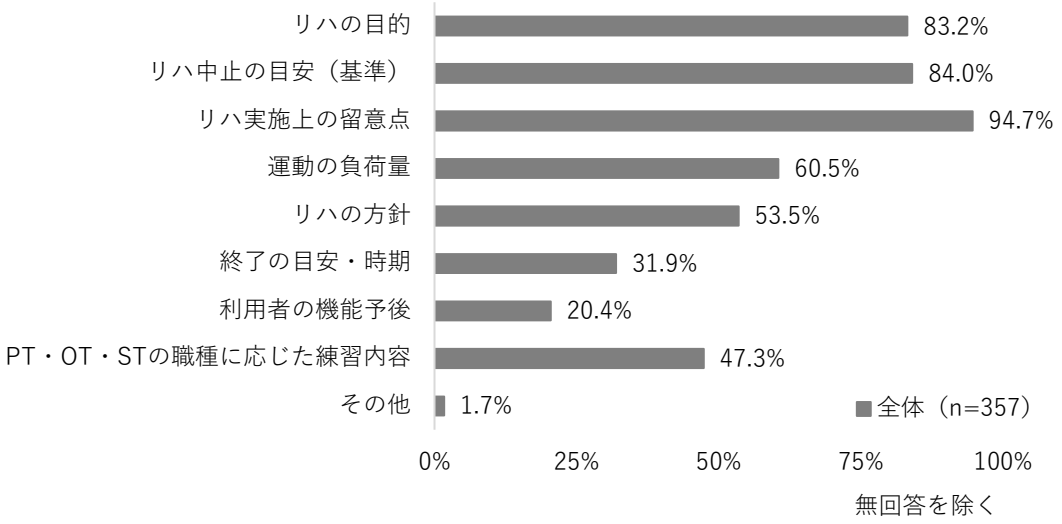


図 3-3-4　計画作成医の指示内容



４．リハビリテーションマネジメント

リハマネジメント加算の届出ありの事業所は 54.3%であった（図 3-4-1）。そのうち、実利用者におけるリハマネジメント加算の算定割合は、「10 割(全員)」が 16.5%、「8 割以上」が 19.5%、「5 割以上」が 19.0%であった（図 3-4-2）。

リハマネジメント加算の届出ありの割合は、1 日の訪問件数が「15 件以上」にて 71.4%と高かった（図 3-4-3）。

図 3-4-1　リハマネジメント加算の届出状況

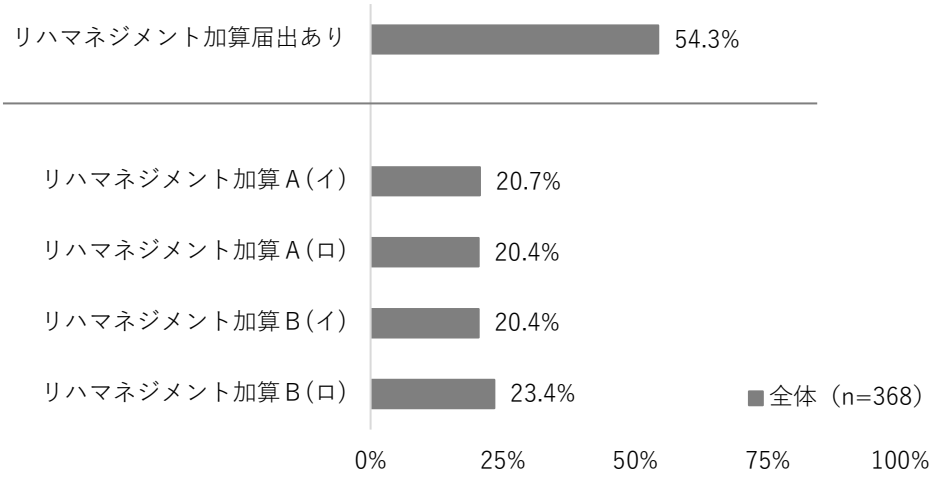


図 3-4-2　実利用者におけるリハマネジメント加算の算定割合

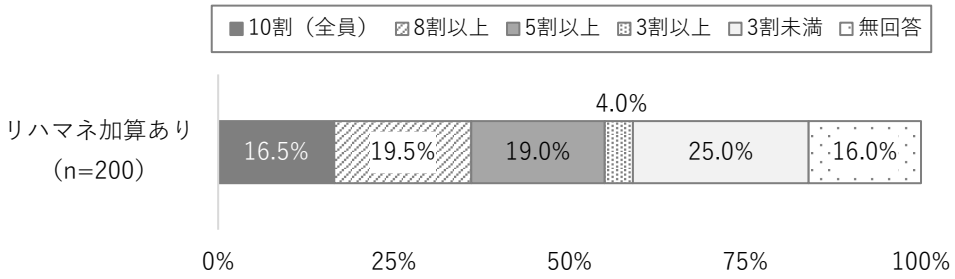
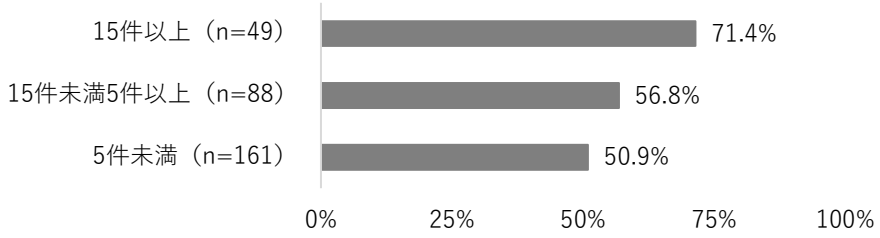


図 3-4-3　リハマネジメント加算の届出ありの割合（1 日の訪問件数別）



リハマネジメント加算 B のリハ会議における主な検討内容は、「リハビリテーションの内容」92.6%、「目標の確認・共有」90.9%、「利用者の状況の確認・共有」89.3%の割合が高かった（図 3-4-4）。また、ICT を活用している事業所割合は 40.2%であった(図 3-4-5)。

図 3-4-4　リハビリテーション会議における主な検討内容

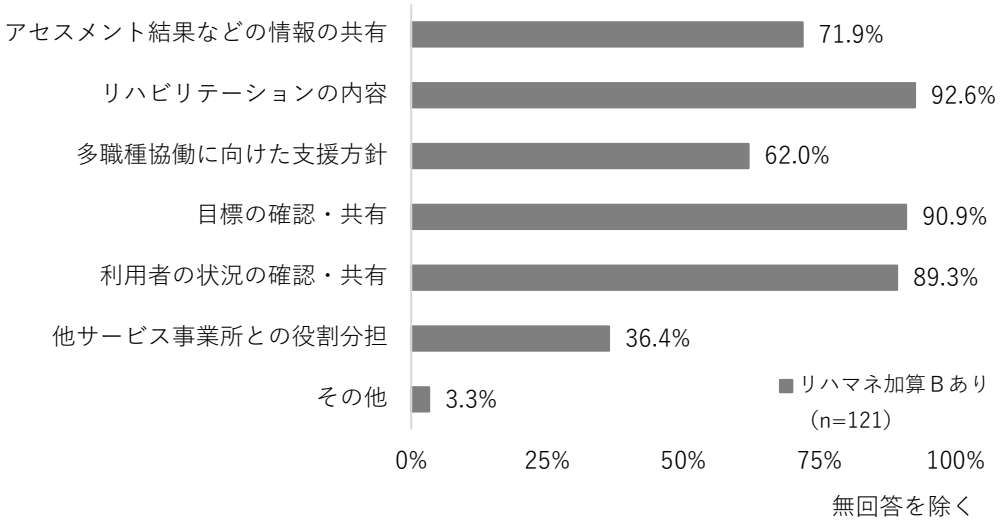
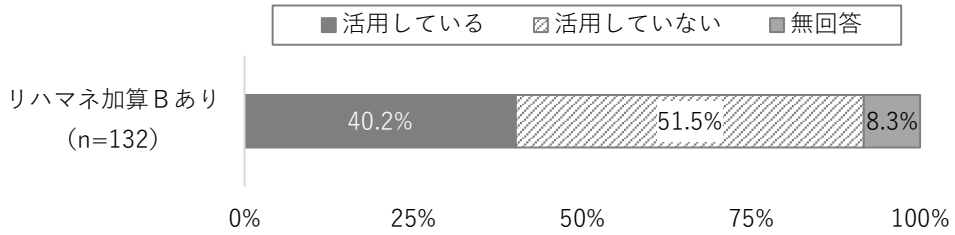


図 3-4-5　リハビリテーション会議における ICT の活用



リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」80.0%、「生活アドバイス」76.7%、「疾患や障害の予後」65.8%の割合が高かったが、「社会参加の目標」45.8%、「生活機能の予後」45.8%、「目標達成までの期間」30.0%は低値であった（図 3-4-6）。

リハ会議における医師の説明内容について、目標達成による修了者がいる事業所はいない事業所と比較して、「生活機能の予後」「目標達成までの期間」「居宅生活の注意点」および「社会参加の目標」の割合が高かった（図 3-4-7）。

図 3-4-6　リハビリテーション会議における医師の説明内容

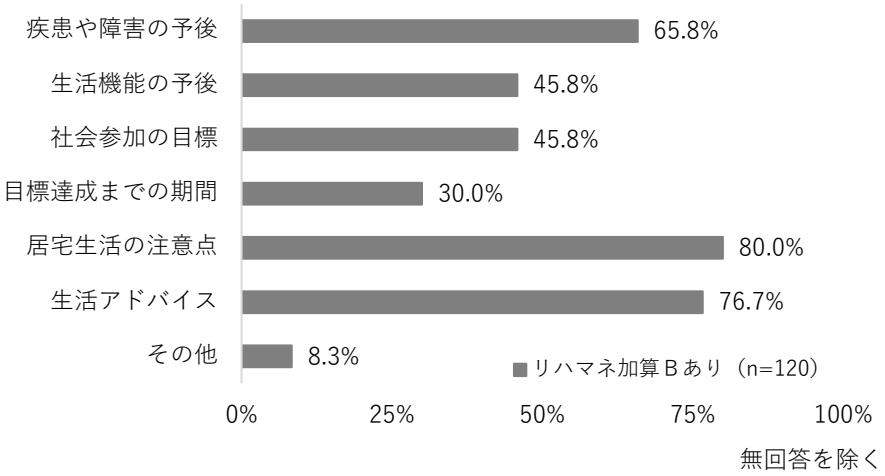
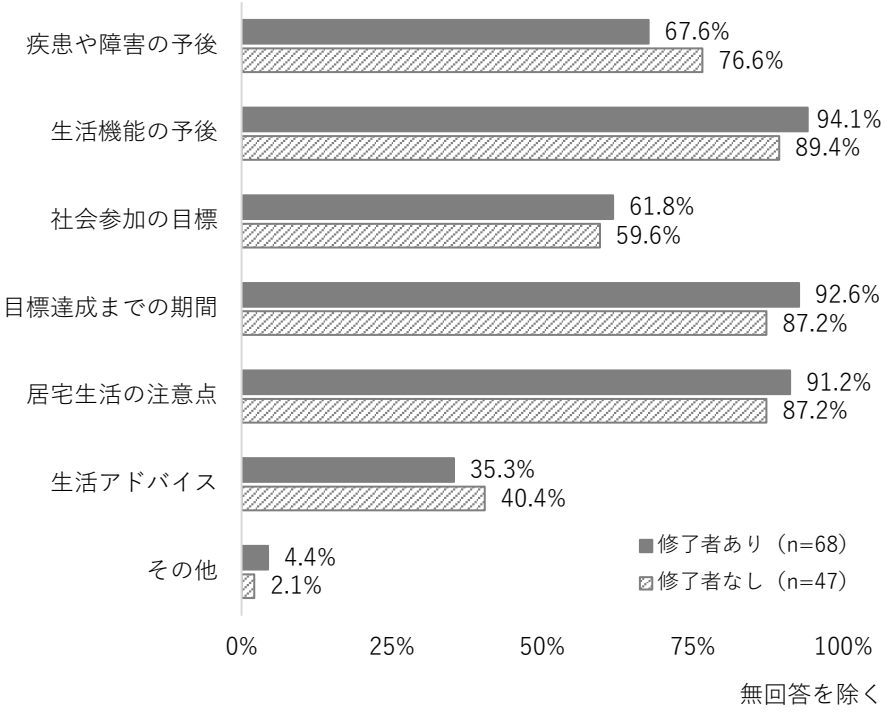


図 3-4-7　リハビリテーション会議における医師の説明内容（目標達成修了者の有無別）



５．事業所の取組状況

各種加算の取組状況は、「短期集中リハ実施加算」が 49.7%、「移行支援加算」が 27.4%、「事業所評価加算」が 5.2%であった（図 3-5-1）。また、「サービス提供体制強化加算Ⅱ」は 13.3%、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」は 73.1%であった（図 3-5-2）。尚、1 日の訪問件数 15 件以上の事業所は、各種加算の取組割合が高かった（図 3-5-3）。

図 3-5-1　各種加算の取組状況

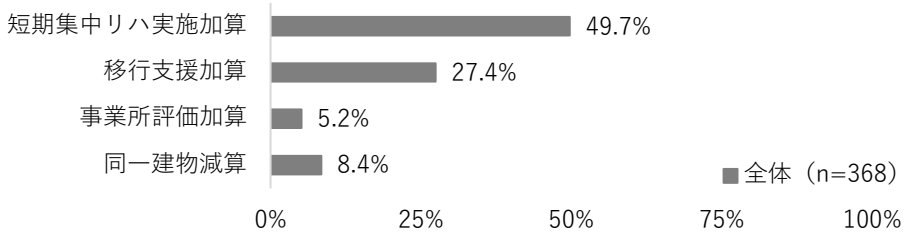


図 3-5-2　サービス提供体制強化加算の取組状況

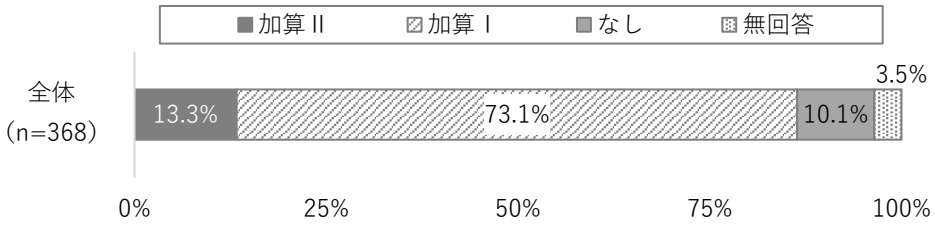
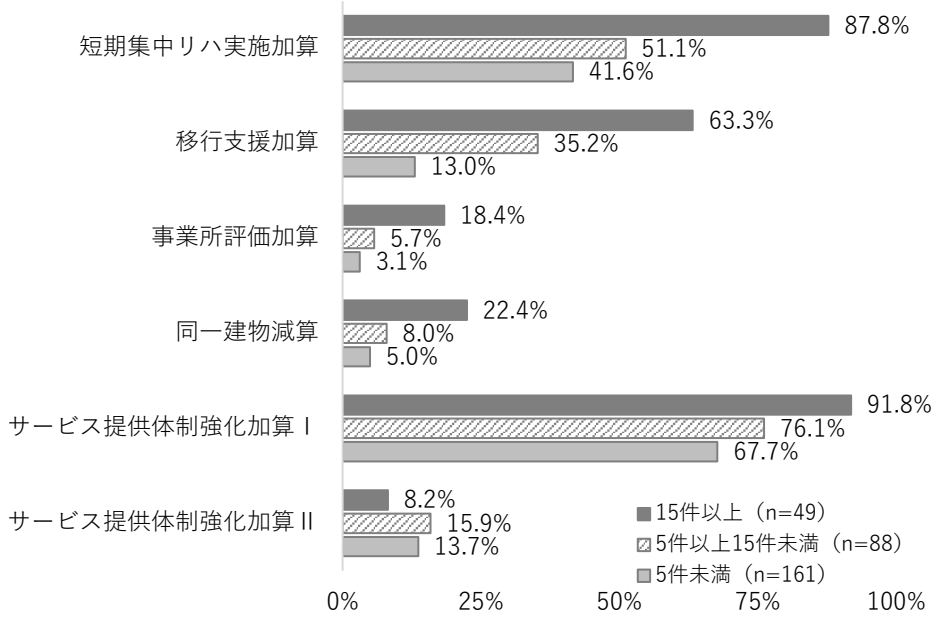


図 3-5-3　各種加算の取組状況（1 日の訪問件数別）



移行支援加算の算定が困難な理由は、「利用者が、訪問リハの継続希望が強い」61.0%、「家族が、訪問リハの継続希望が強い」53.0%、「利用を終了する方が少ない」49.6%であった（図 3-5-4）。移行支援加算の取組を実施していない事業所では、「利用を終了する方が少ない」「新規利用者が少ない」の割合が、算定ありの事業所より高い傾向にあった（図 3-5-5）。

図 3-5-4　移行支援加算の算定が困難な理由

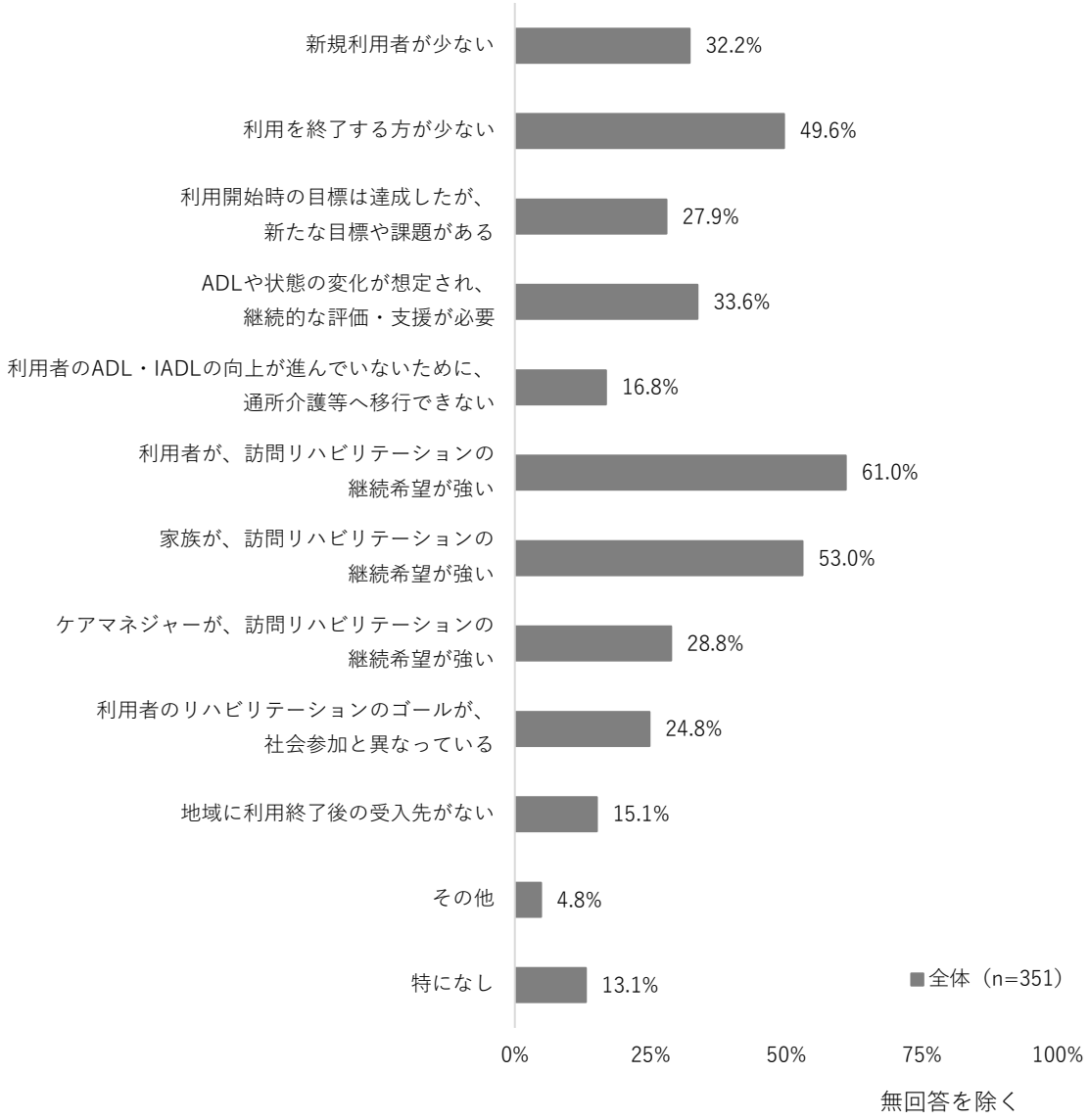
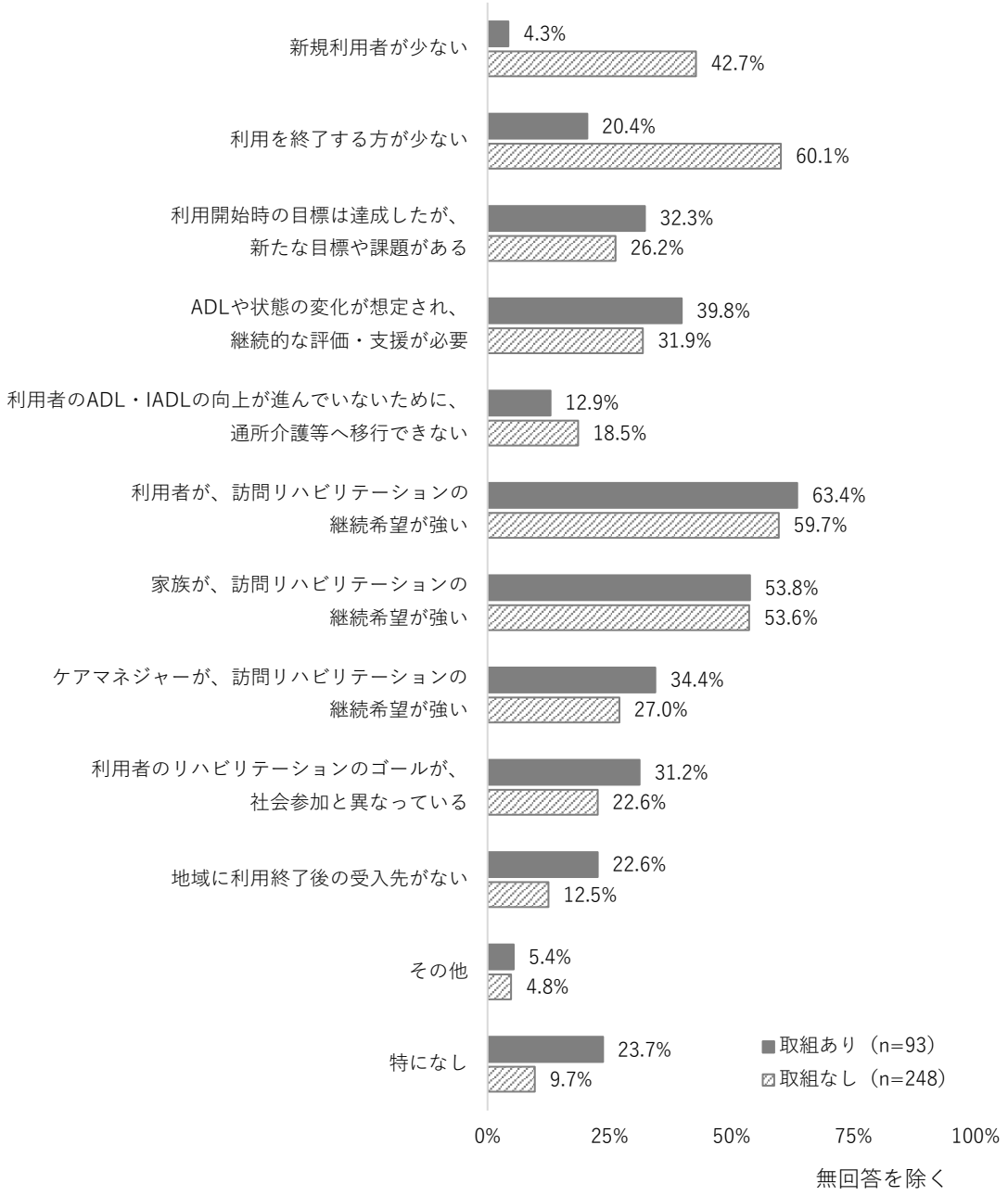


図 3-5-5　移行支援加算の算定が困難な理由（移行支援加算の取組有無別）



移行支援加算の取組がある事業所では、ない事業所と比較して、3 ヶ月間に新規利用者がいる割合が 91.1%と高く、平均 12.3 人であった（図 3-5-6、3-5-7）。移行支援加算の取組がある事業所では、ない事業所と比較して、3 ヶ月間に利用終了者がいる割合が 94.1%と高く、平均 9.8 人であった（図 3-5-8、3-5-9）。

移行支援加算の取組を実施している事業所においては、実施してない事業所と比較して、１日の訪問件数が「15 件以上」の割合が高かった（図 3-5-10）。

図 3-5-6　3 ヶ月間の新規利用者有無
（移行支援加算の取組有無別）

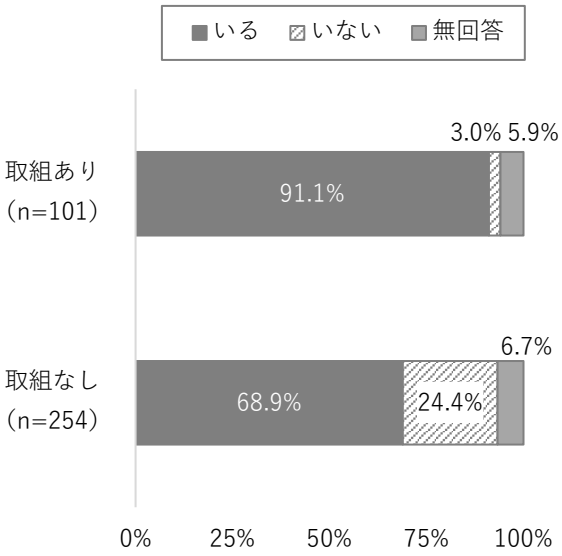


図 3-5-7　3 ヶ月間の新規利用者数
（移行支援加算の取組有無別）

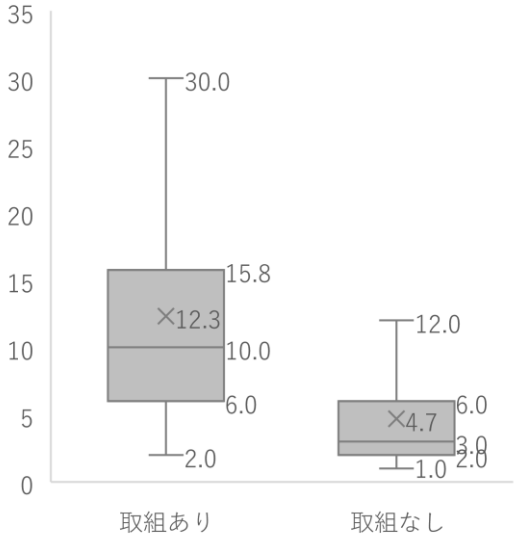


図 3-5-8　3 ヶ月間の利用終了者有無
（移行支援加算の取組有無別）

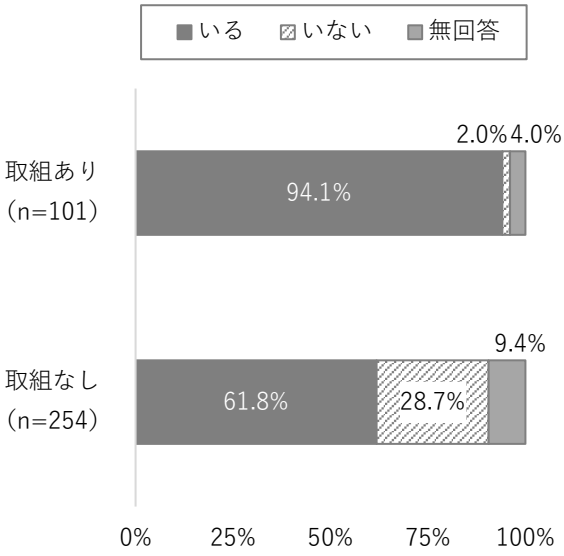


図 3-5-9　3 ヶ月間の利用終了者数
（移行支援加算の取組有無別）

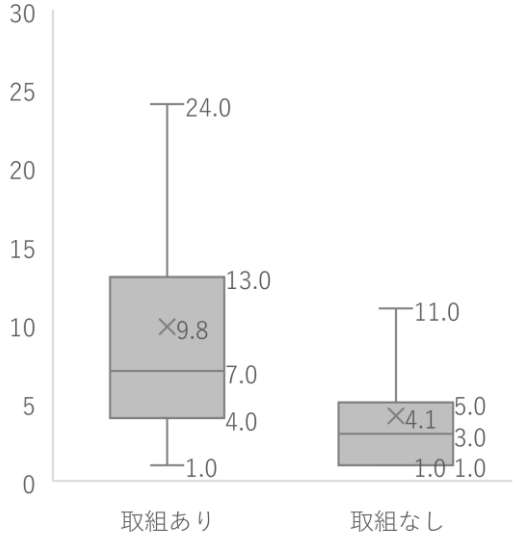
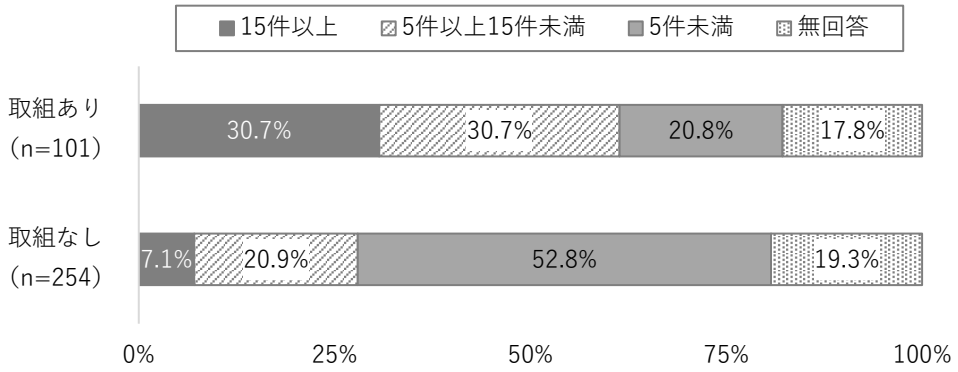


図 3-5-10　1 日あたりの訪問件数（移行支援加算の取組有無別）



12 ヶ月を超える利用者（要支援）がいる事業所は、70.4%であった（図 3-5-11）。継続利用の理由は、「利用者が、訪問リハの継続希望が強い」87.6%、「家族が、訪問リハの継続希望が強い」60.4%、「ADL や状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」60.4%の割合が高かった（図 3-5-12）。

図 3-5-11　12 ヶ月を超える利用者（要支援）の有無

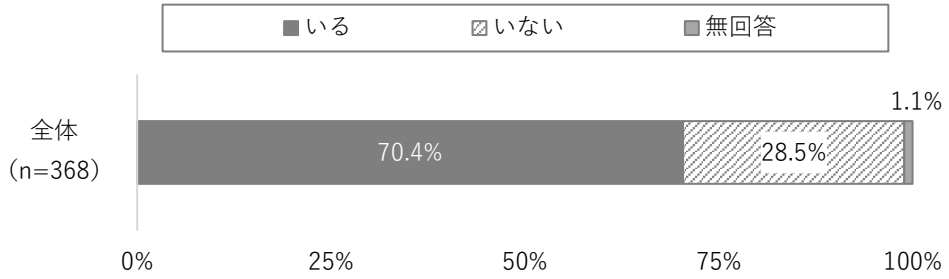
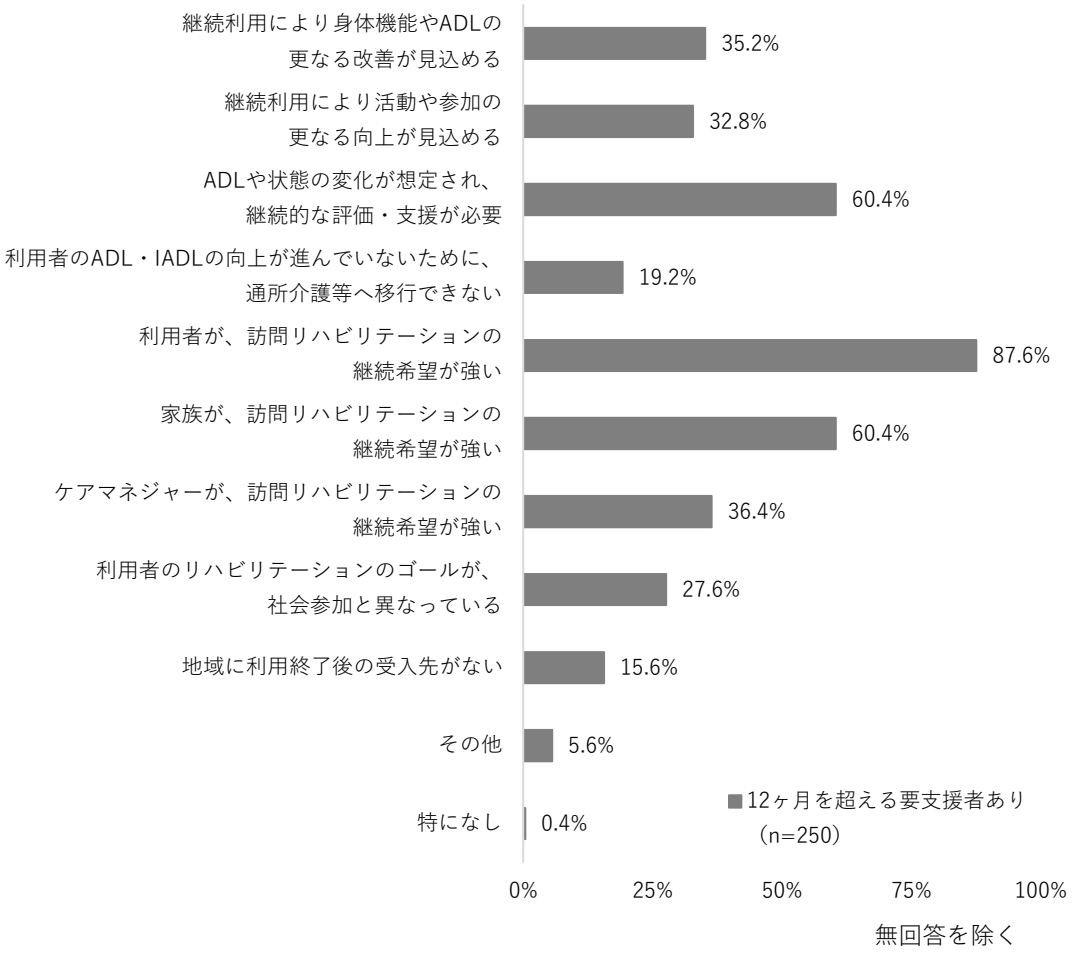
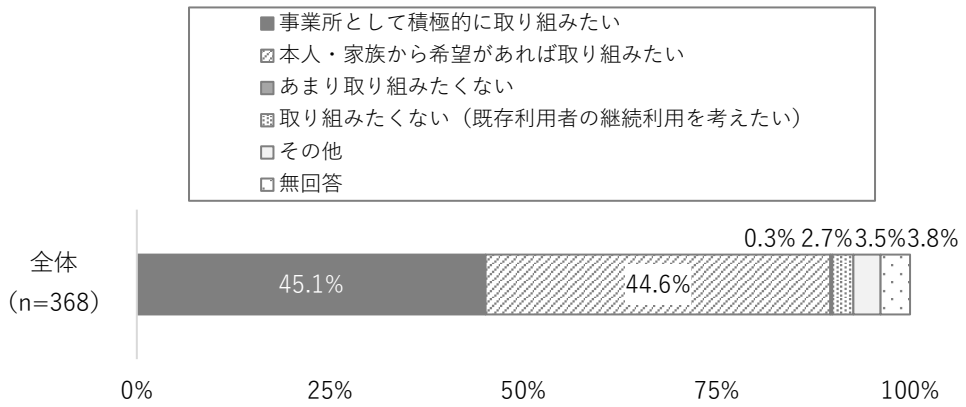


図 3-5-12　12 ヶ月を超える利用の理由



修了に向けての取組に関する考えは、「事業所として積極的に取り組みたい」が 45.1%、「本人・家族から希望があれば取り組みたい」が 44.6%であった（図 3-5-13）。

図 3-5-13　修了に向けての取組に関する考え



６．地域連携の実施状況

ケアマネジャーとの連携手段は、「電話」95.1%、「直接会う（対面）」86.7%、「FAX」75.3%の割合が高かった（図 3-6-1）。ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容は、「現在の心身の状態や ADL に関する情報提供」98.9%、「福祉用具の導入・変更や環境整備に関する助言・依頼」92.5%、「生活状況や生活課題の共有」91.4%の順に高かった（図 3-6-2）。リハマネジメント加算の届出ありの事業所は届出なしの事業所と比較して、「介護負担感等の家族の状況に関する情報共有」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「主治医等からの医学的情報の共有」「生活課題における要因分析結果の説明」等の割合が高かった（図 3-6-3）。

図 3-6-1　ケアマネジャーとの連携手段

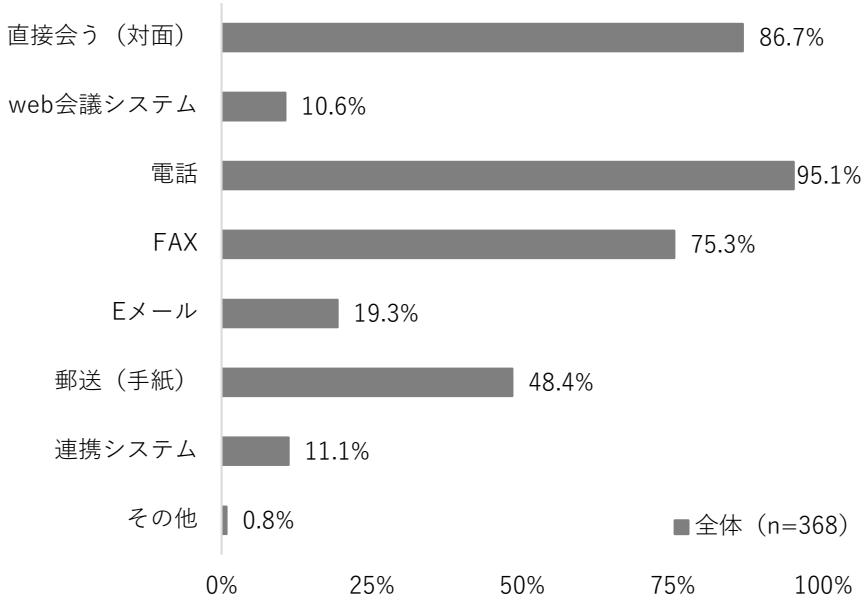


図 3-6-2　ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容

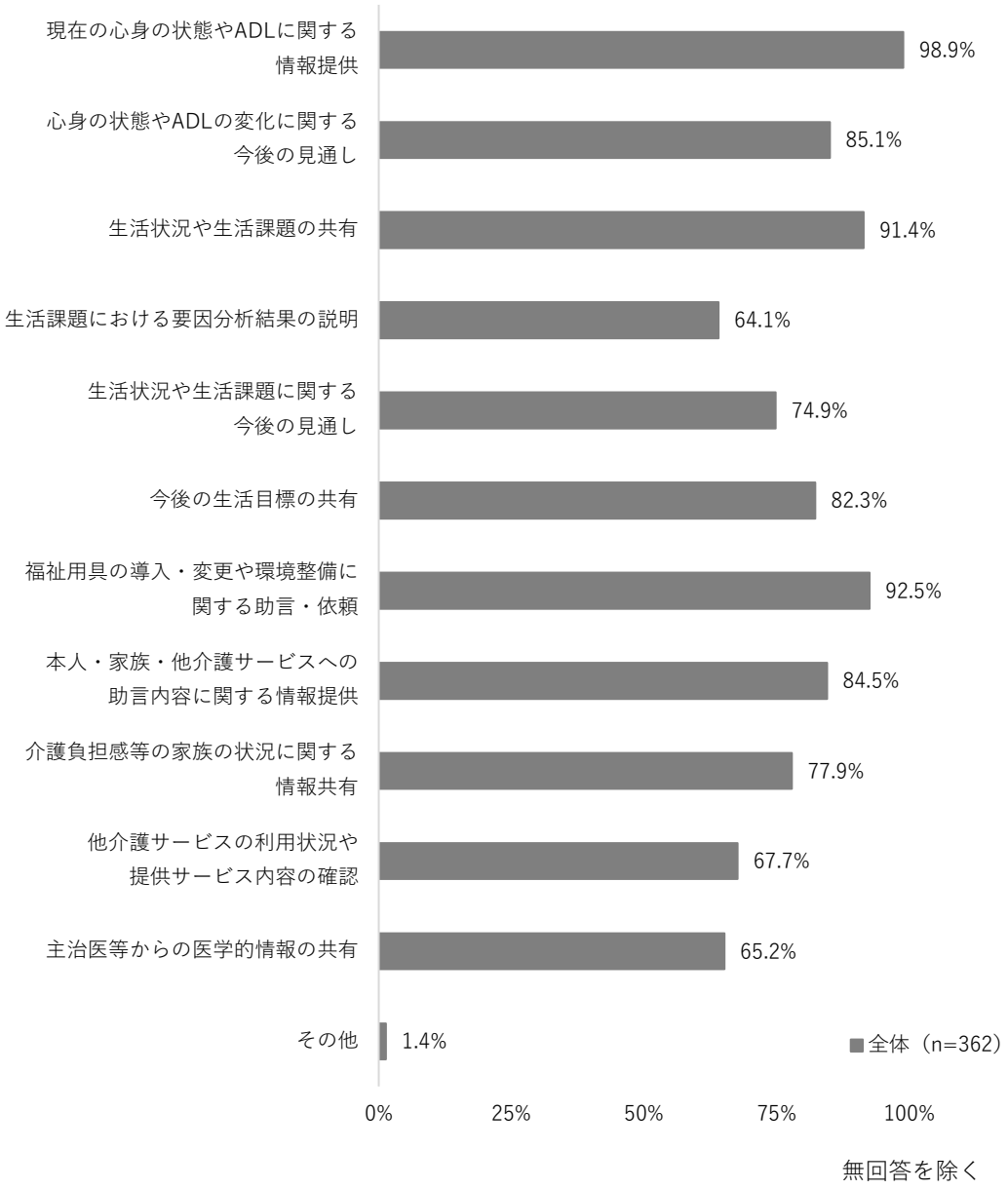
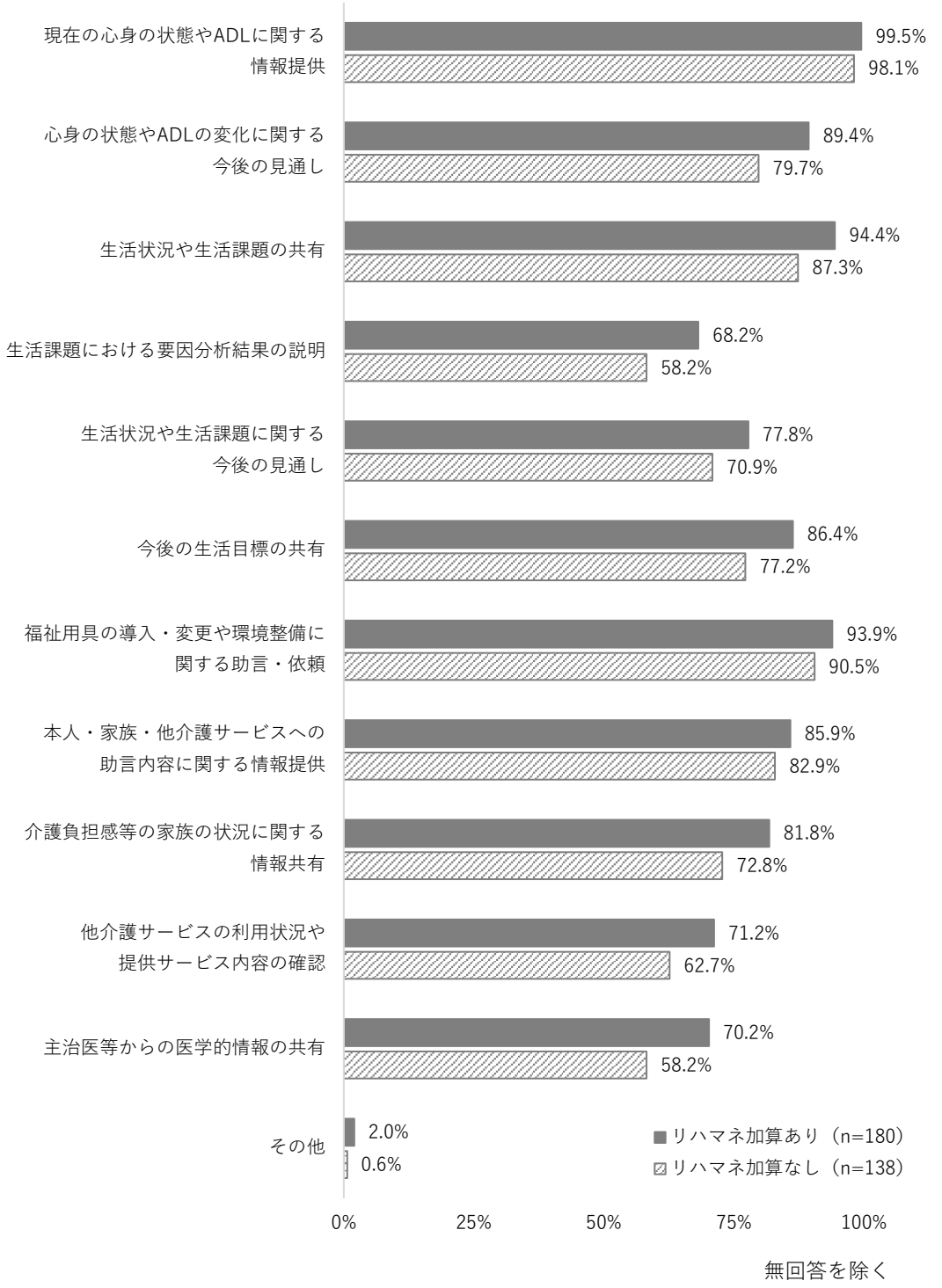
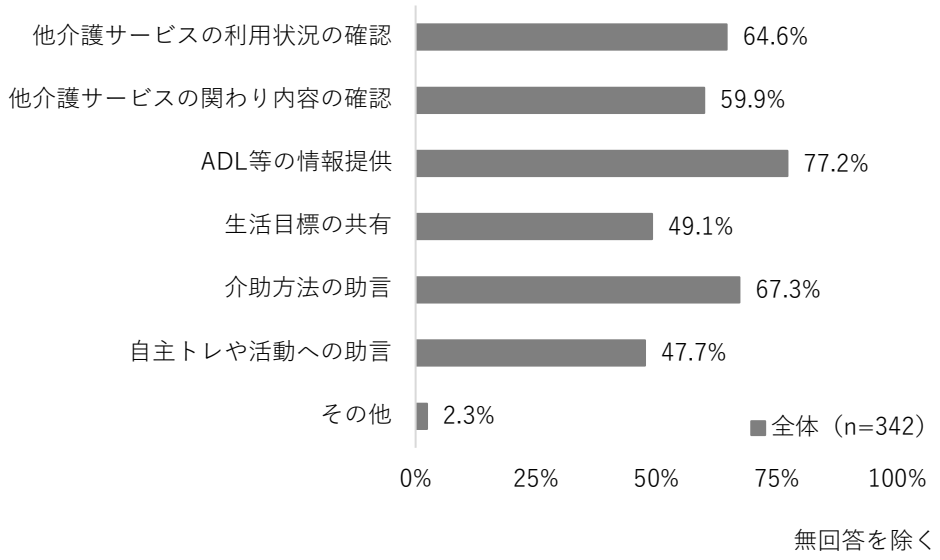


図 3-6-3　ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容（リハマネジメント加算届出有無別）



他介護サービス事業所との連携・情報共有の内容は、「ADL 等の情報提供」77.2%、「介助方法の助言」67.3%、「他介護サービスの利用状況の確認」64.6%の割合が高かった（図 3-6-4）。

図 3-6-4　他介護サービス事業所との連携・情報共有の内容



訪問介護へ評価・助言を行っている事業所は 46.2%、通所介護へは 44.0%であり、評価・助言を提案した者は、「ケアマネジャー」「訪問リハ」であった（図 3-6-5、3-6-6）。訪問介護・通所介護への評価・助言が難しい理由は、「連携先となる訪問介護・通所介護から希望・要望がない」48.1%、「人員不足のため派遣できるリハ専門職がいない」34.3%、「感染症等の影響にて、利用者宅や事業所へ訪問することが難しい」34.3%であった（図 3-6-7）。

図 3-6-5　訪問介護・通所介護への評価・助言の実施有無　（n=368）

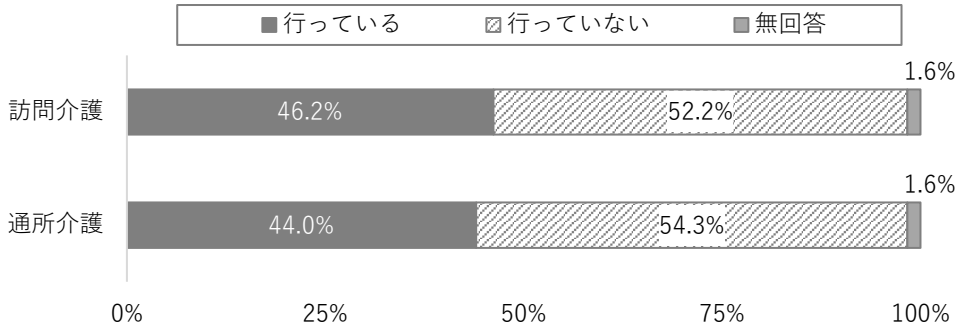


図 3-6-6　訪問介護・通所介護への評価・助言を提案した者

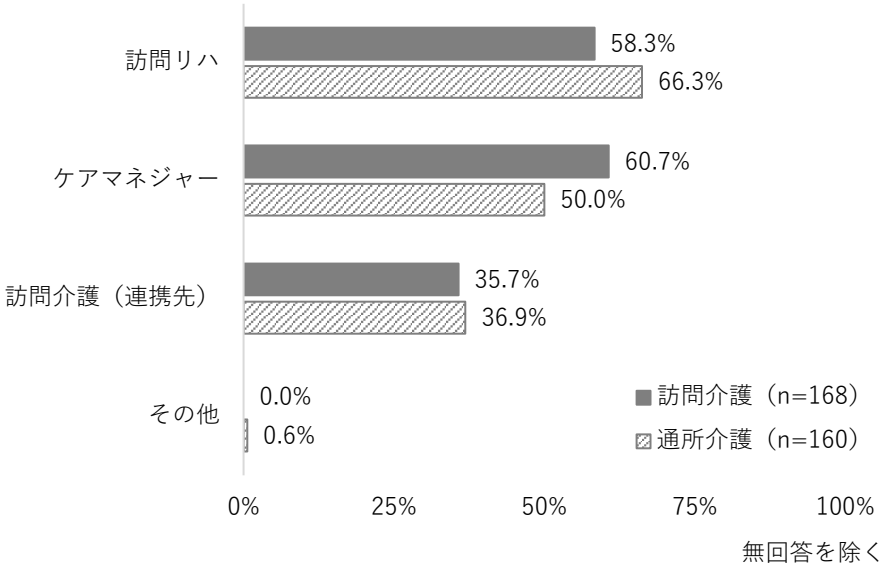
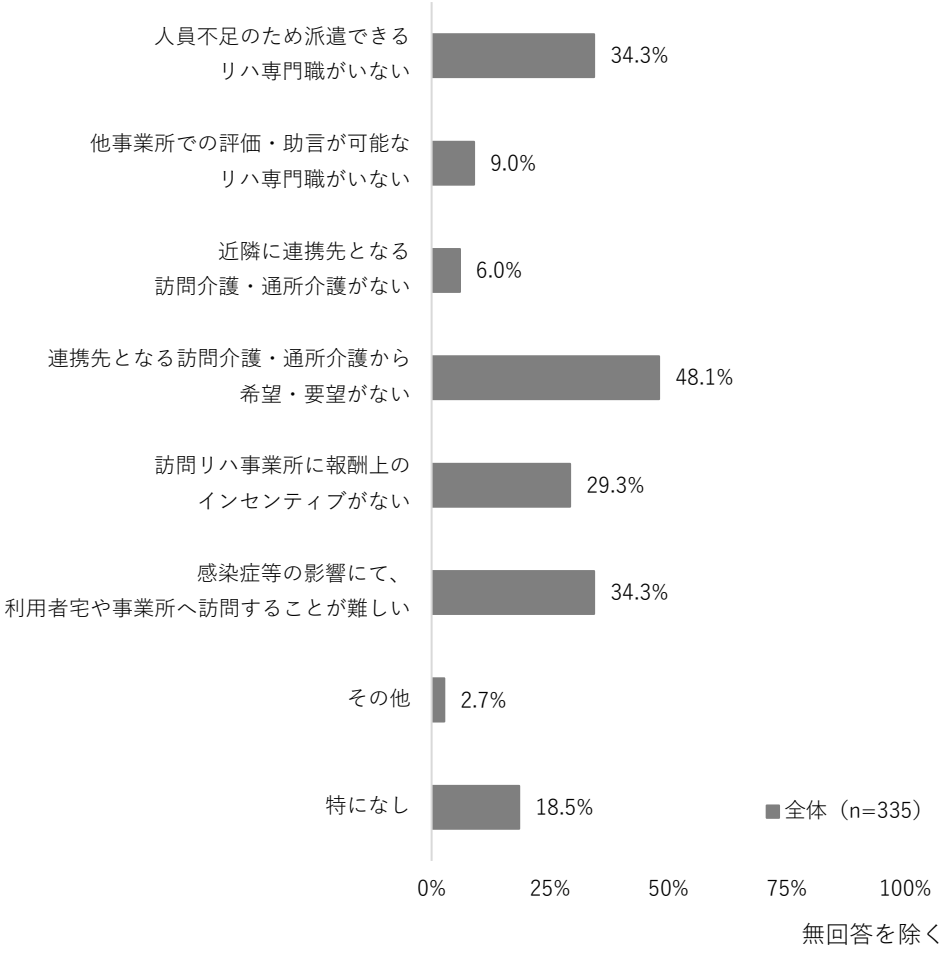
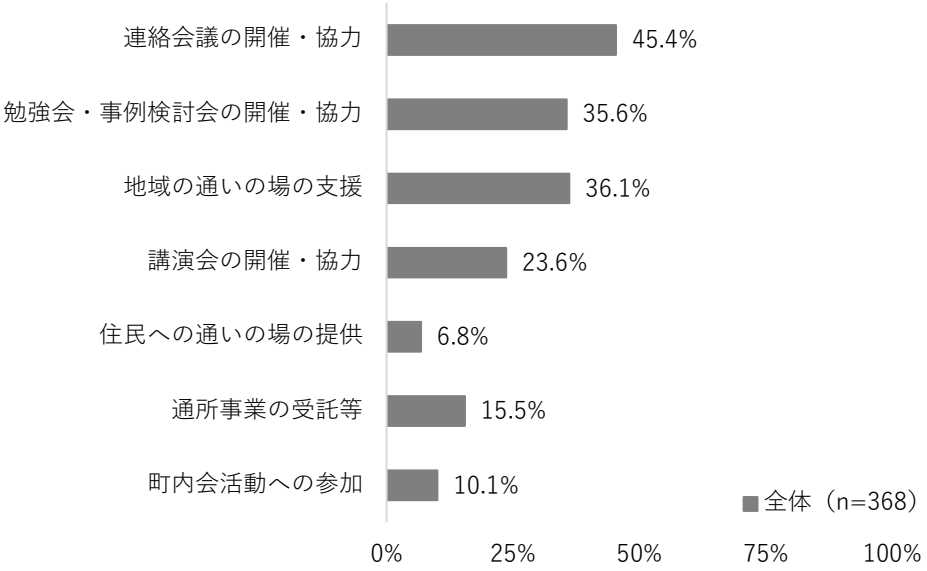


図 3-6-7　訪問介護・通所介護への評価・助言が難しい理由



地域との交流活動の実施割合は、「連絡会議の開催・協力」45.4%、「地域の通いの場の支援」36.1%、「勉強会・事例検討会の開催・協力」35.6%の順に高かった（図 3-6-8）。

図 3-6-8　地域との交流活動の実施状況



医療機関からのリハ計画書の提供があった割合は 37.8%であった（図 3-6-9）。提供ありの事業所において、医療機関からの利用開始者のうちリハ計画書が提供された割合は「全員」29.5%、「8 割以上」21.6%であった（図 3-6-10）。

入院中(利用前)の医療機関との連携が難しい理由は、「医療機関の退院までに訪問リハの利用自体が決まっていない」52.5%、「退院前カンファレンスへの参加依頼がない」50.0%、「感染症等の影響にて、医療機関へ訪問することが難しい」48.3%の順に高かった（図 3-6-11）。

図 3-6-9　医療機関からのリハ計画書の提供有無

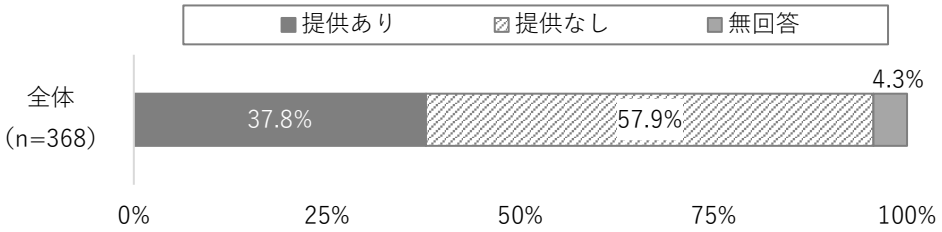


図 3-6-10　医療機関からのリハ計画書の提供割合

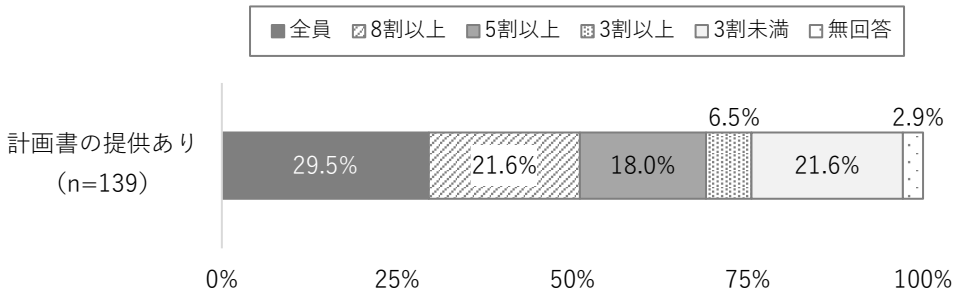
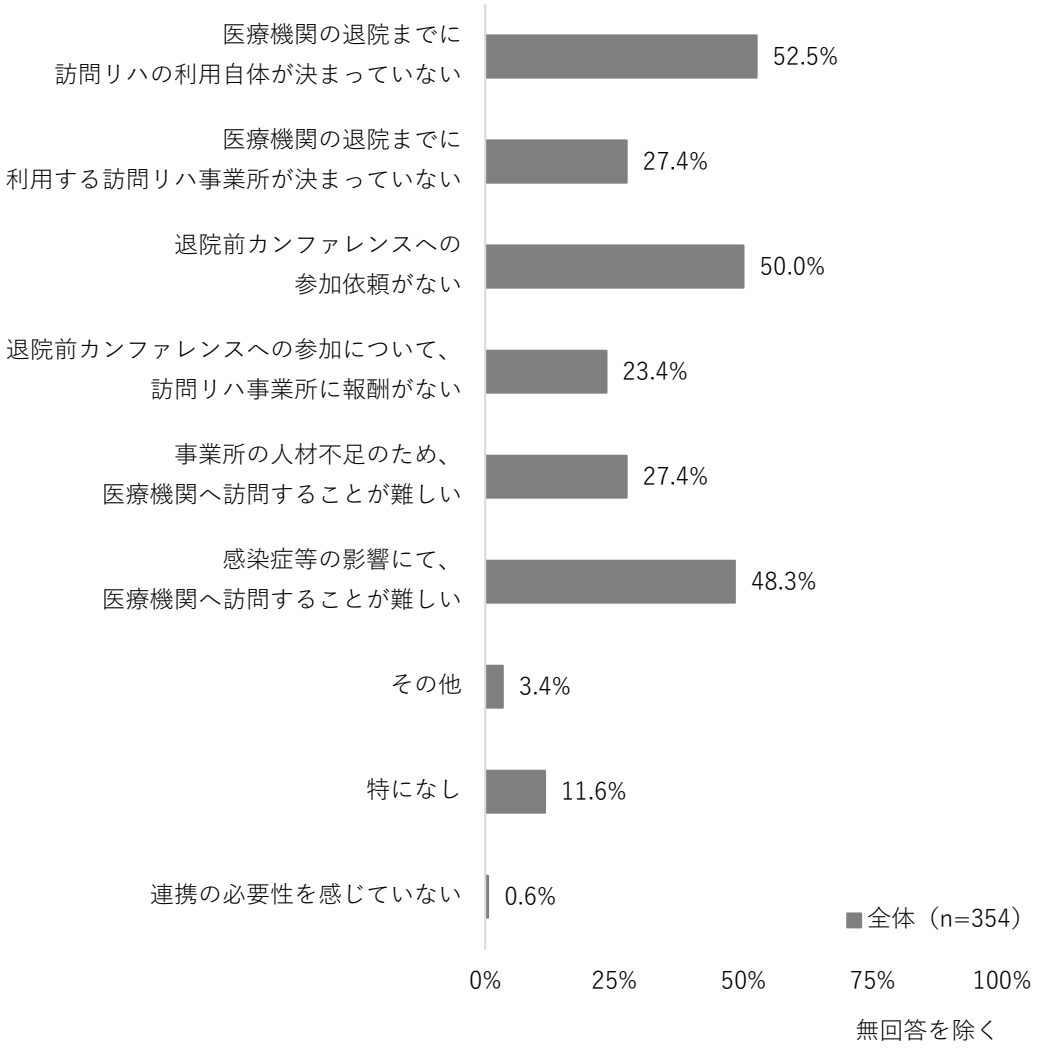


図 3-6-11　入院中（利用前）の医療機関との連携が難しい理由



第四節 利用者調査（通所リハビリテーション）

１．新規利用者の特性

新規利用者の介護度は、「要介護１」23.6%、「要介護２」19.1%の割合が高かった（図 4-1-1）。性別は「女性」58.7%、年齢は「75 歳～84 歳」41.7%、「85 歳以上」37.5%の割合が高値であった（図 4-1-2、4-1-3）。また、認知症高齢者の日常生活自立度では、「Ⅱ」26.4%、「Ⅲ・Ⅳ・M」7.6%と認知機能に課題を有する方がみられた（図 4-1-4）。

図 4-1-1　介護度

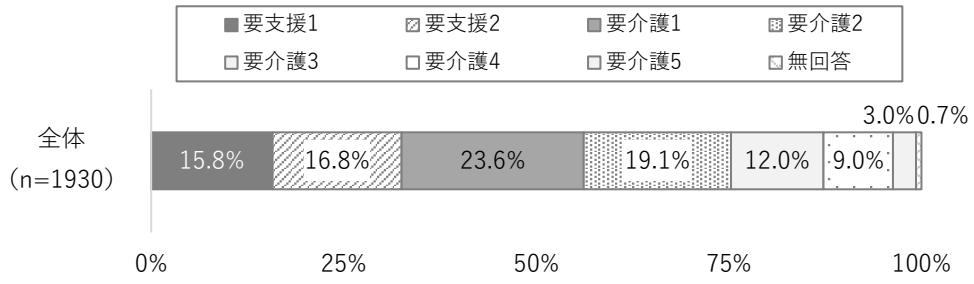


図 4-1-2　性別

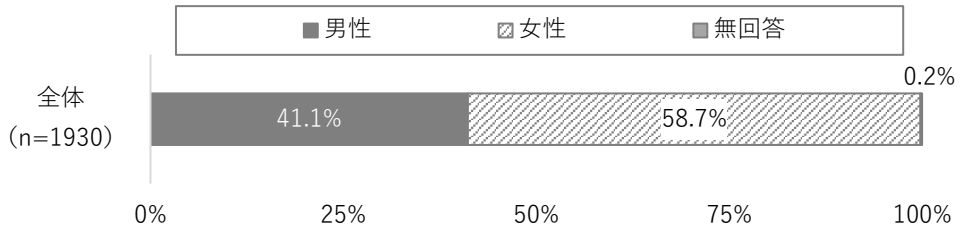


図 4-1-3　年齢

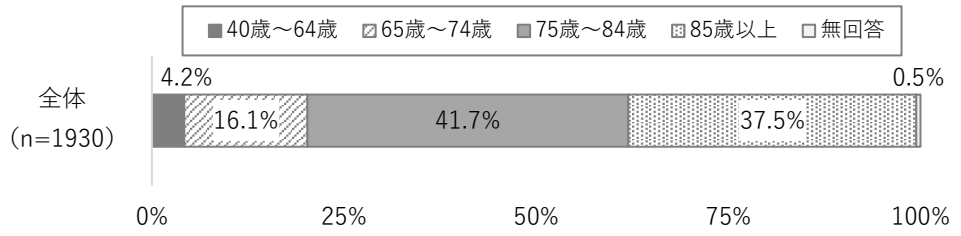
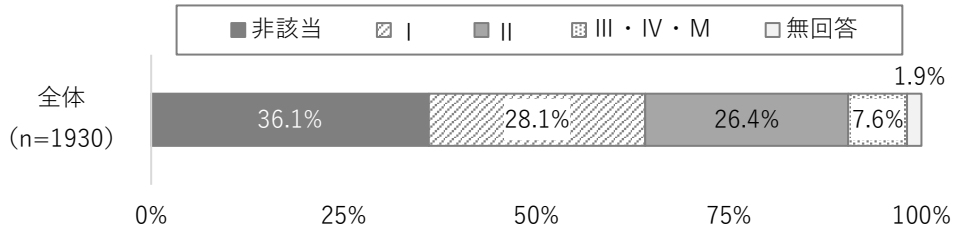


図 4-1-4　認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因の傷病は、「脳卒中」26.1%、「骨折(圧迫骨折を含む)」24.8%、「関節症・骨粗しょう症」19.4%の割合が高かった（図 4-1-5）。介護度別にみると、要支援 1-2 は「関節症・骨粗しょう症」、要介護 3-5 は「脳卒中」「骨折(圧迫骨折を含む)」の割合が高かった（図 4-1-6）。

図 4-1-5　リハビリが必要となった原因の傷病

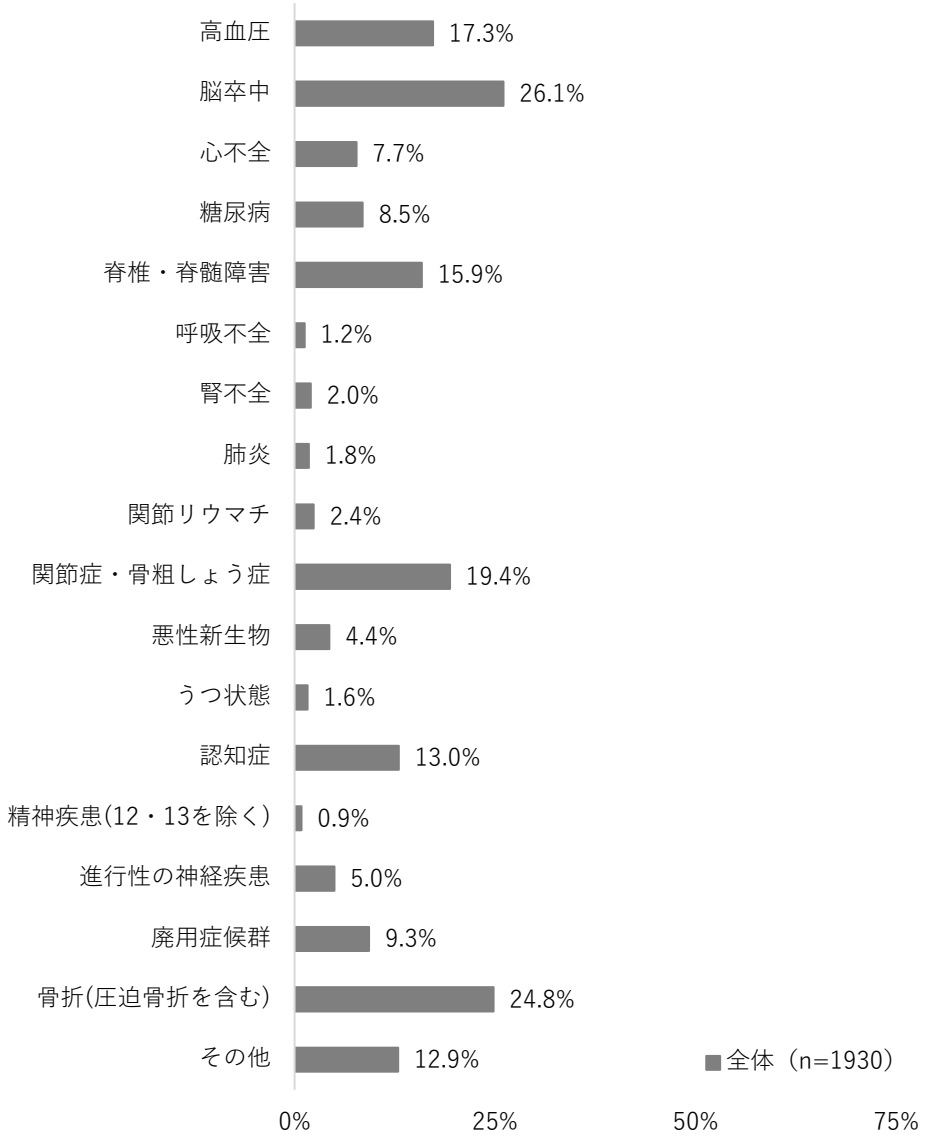
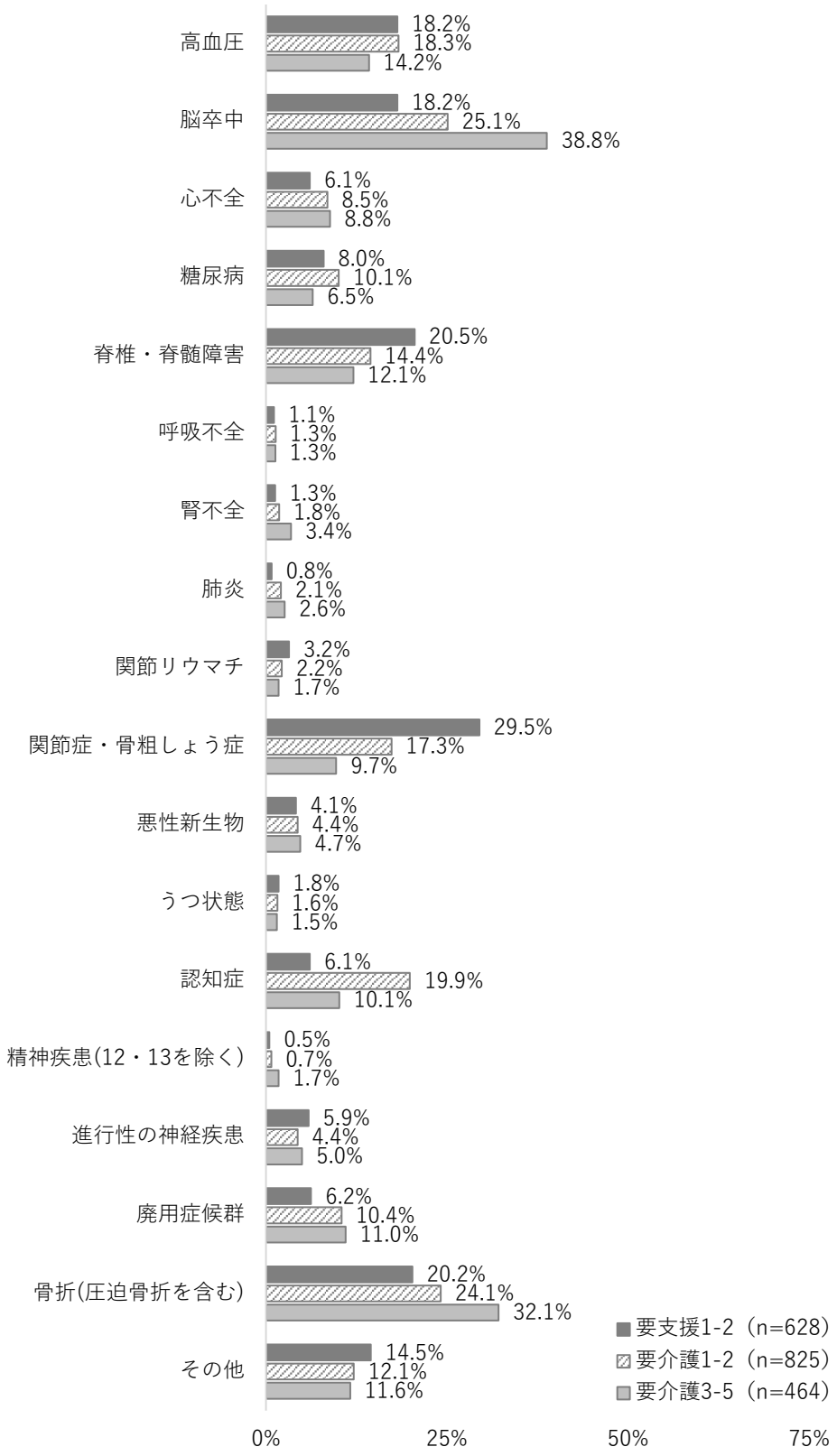


図 4-1-6　リハビリが必要となった原因の傷病（介護度別）



主な利用時間は、「6-7 時間」43.0%、「1-2 時間」23.3%の割合が高かった（図 4-1-7）。1-2 時間利用者は介護度にて「要支援 1-2」、年齢にて「75 歳～84 歳」、認知症高齢者の日常生活自立度にて「非該当」の割合が、6-7 時間利用者は「要介護 1-2」「要介護 3-5」「85 歳以上」、認知機能「Ⅱ」の割合が高かった（図 4-1-8、4-1-9、4-1-10）。

図 4-1-7　主な利用時間

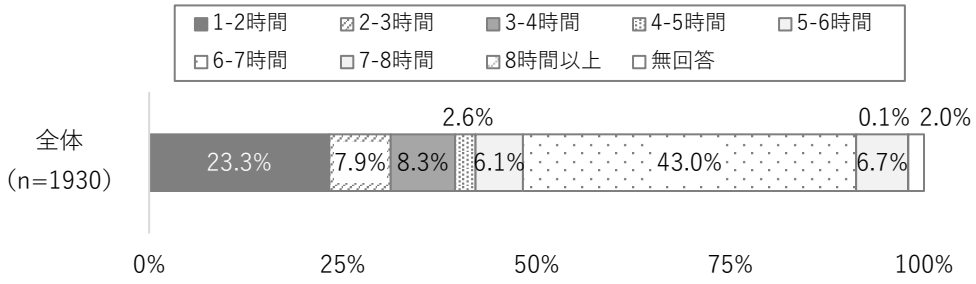


図 4-1-8　主な利用時間（介護度別）

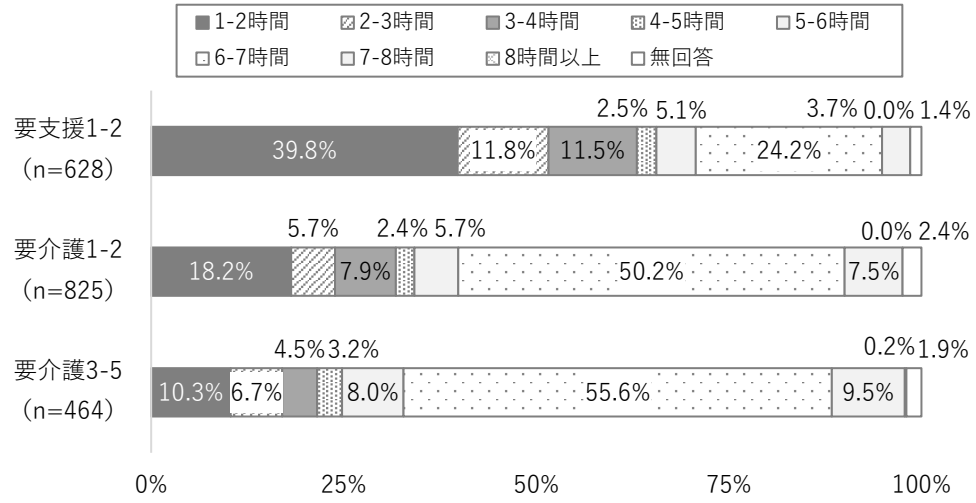


図 4-1-9　年齢（利用時間別）

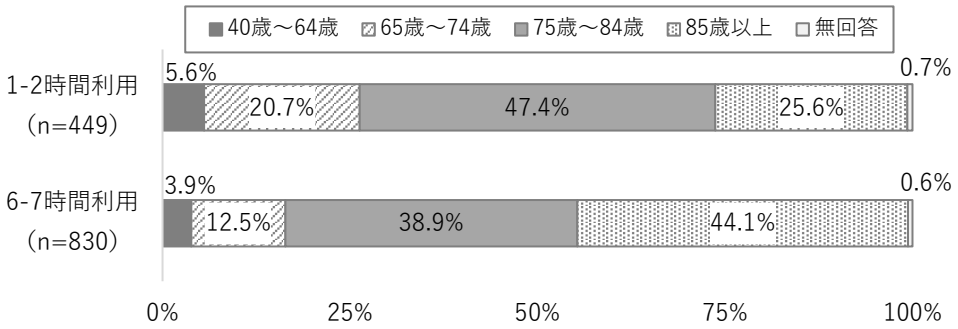
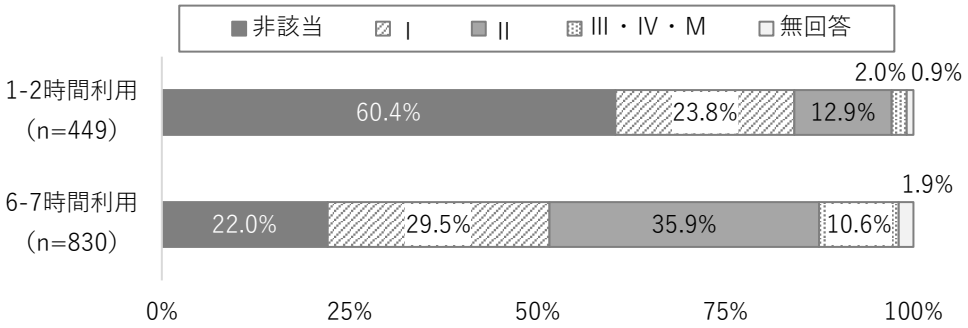


図 4-1-10　認知症高齢者の日常生活自立度（利用時間別）



併用サービスがある割合は 53.6%であり、その内容は「福祉用具」62.7%、「訪問介護」24.5%、「通所介護」19.2%の順に割合が高かった（図 4-1-11、4-1-12）。介護度別にみると、要介護 3-5 にて、「訪問看護」「訪問リハ」の利用割合が比較的高かった（図 4-1-13）。

訪問リハを併用している利用者において、リハビリが必要となった原因の傷病は「脳卒中」の割合が最も高かった（図 4-1-14）。

図 4-1-11　併用サービスの有無

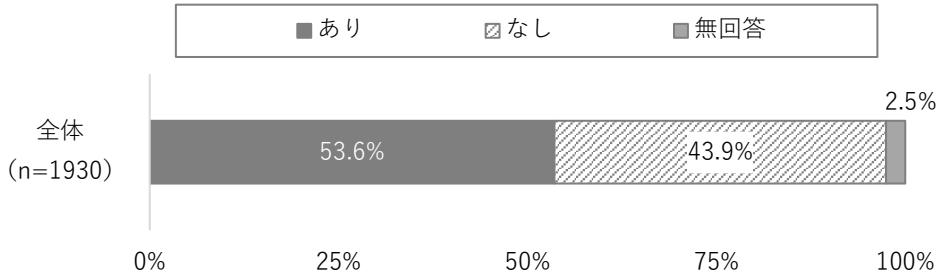


図 4-1-12　併用サービスの内容

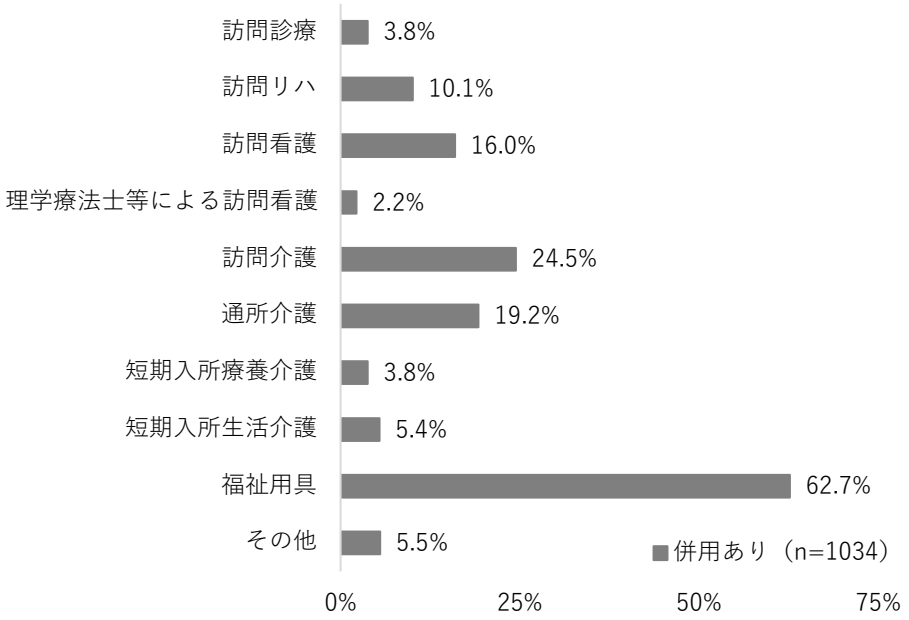


図 4-1-13　併用サービスの内容（介護度別）

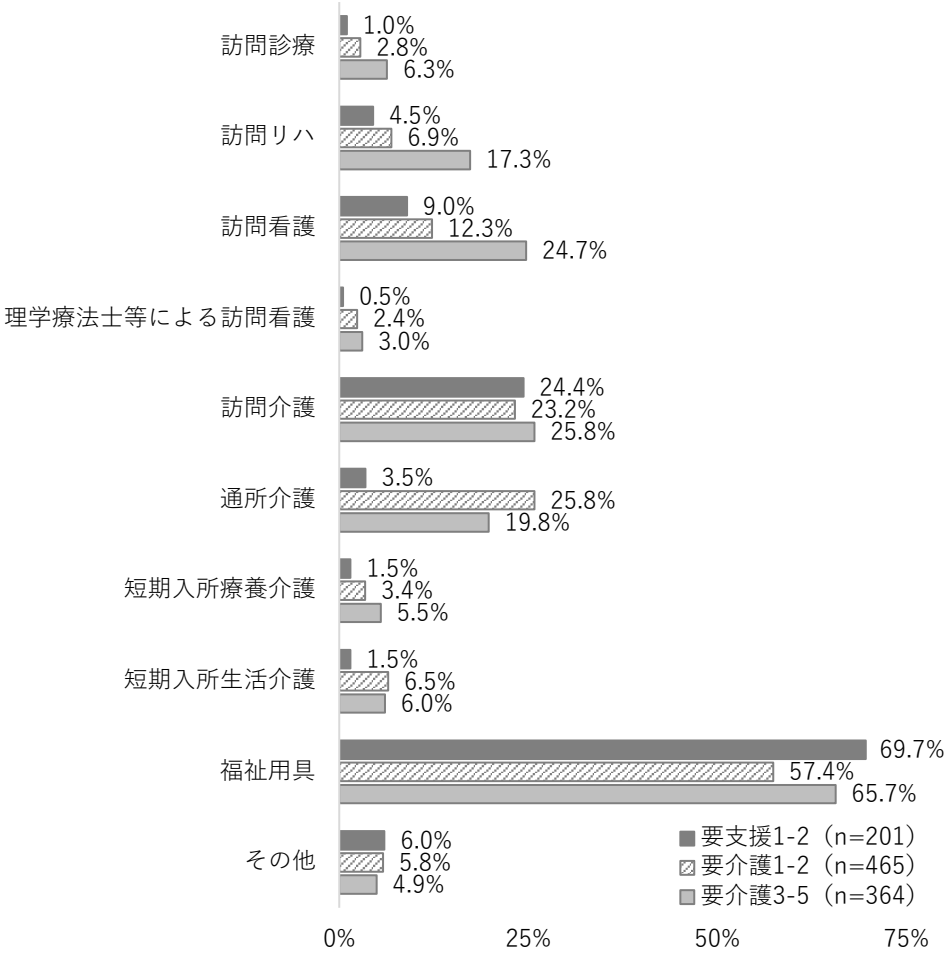
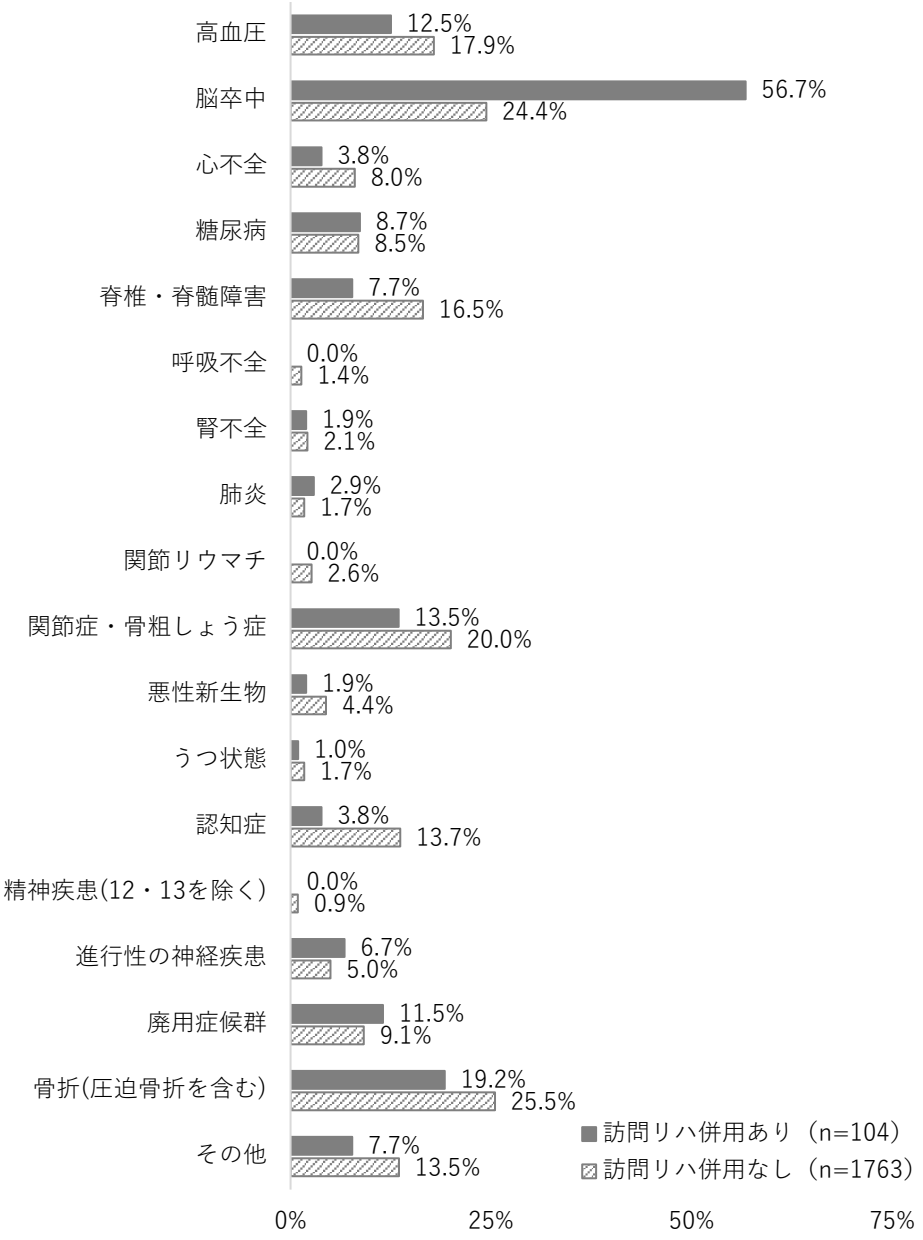


図 4-1-14　リハビリが必要となった原因の傷病（訪問リハ併用有無別）



利用開始前の所在は、「自宅」の割合が 61.4%と最も高く、続いて「回復期リハ病棟」15.0%、「一般病棟」9.8%であった（図 4-1-15）。介護度別にみると、要支援 1-2 は「自宅」、要介護 3-5 は「回復期リハ病棟」「一般病棟」の割合が比較的高かった（図 4-1-16）。また、訪問リハを併用している利用者は、「回復期リハ病棟」の割合が最も高かった（図 4-1-17）。

図 4-1-15　利用開始前の所在

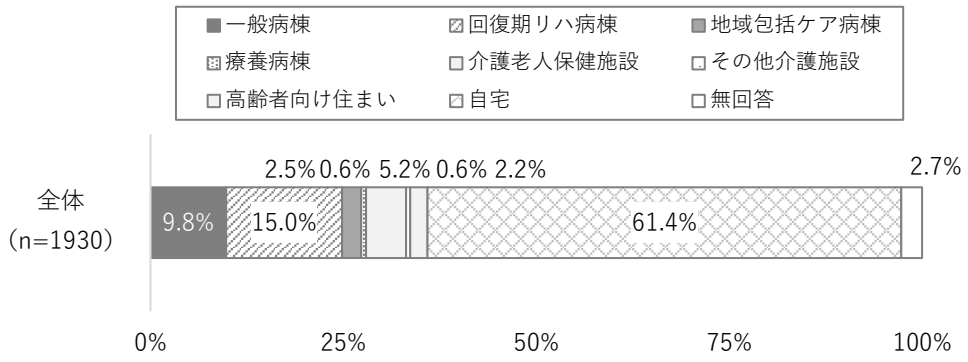


図 4-1-16　利用開始前の所在（介護度別）

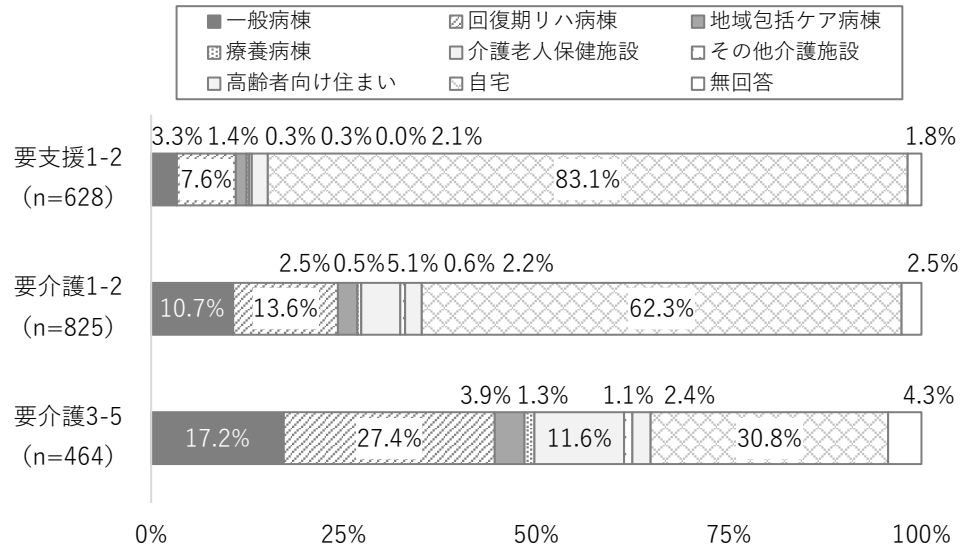
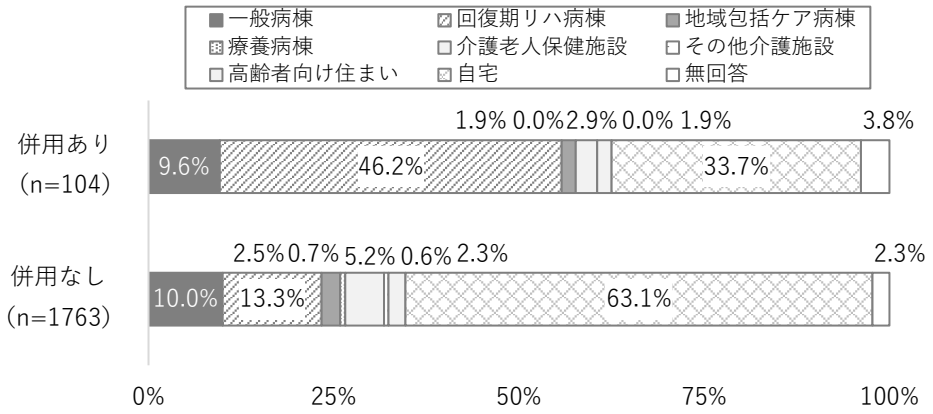
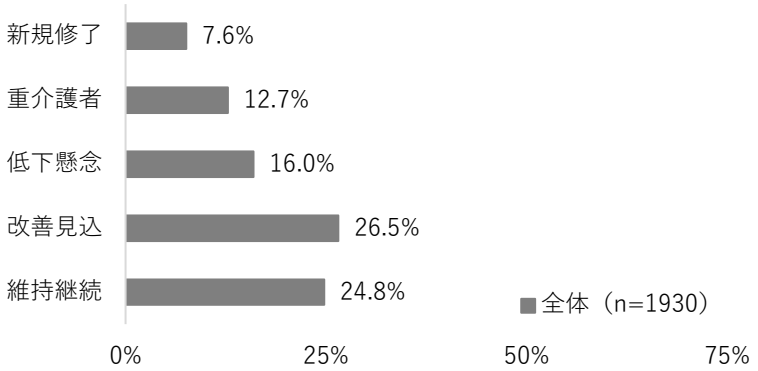


図 4-1-17　利用開始前の所在（訪問リハ併用有無別）



新規利用者における 6 ヶ月後の利用状況は、目標達成による修了もしくは修了見込みの利用者「新規修了」が 7.6%、能力もしくはコミュニティの維持を目的に利用を継続する利用者「維持継続」が 24.8%であった（図 4-1-18）。

図 4-1-18　6 ヶ月後の利用状況



① 新規修了	新規利用から 6 ヶ月間にて目標達成による修了、 もしくは継続しているが修了の見込みがある
② 重介護者	介助量が多く、6 ヶ月経過後も支援が必要なため利用を継続
③ 低下懸念	身体機能の変化等、状態変化によるレベル低下が懸念されるため利用を継続 （上記①②を除く）
④ 改善見込	6 ヶ月以降も身体機能・動作能力等の改善が見込めるため利用を継続 （上記①②③を除く）
⑤ 維持継続	能力もしくはコミュニティの維持を目的に利用を継続 （上記①②③④を除く）

各心身機能において現在の状況として課題がある割合は、「筋力低下」95.5%、「関節可動域制限」69.1%、「疼痛」63.4%の順に高く、「記憶障害」32.1%、「見当識障害」22.8%、「失語症・構音障害」10.2%、「摂食嚥下障害」6.4%も見られた（図 4-1-19）。

介護度別にみると、要支援 1-2 と比較して要介護 1-2 や要介護 3-5 では「記憶障害」「見当識障害」の割合が、要支援 1-2 や要介護 1-2 と比較して要介護 3-5 では「麻痺」「感覚機能障害」「高次脳機能障害」「失語症・構音障害」「摂食嚥下障害」の割合が高い傾向にあった（図 4-1-20）。また、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以下の利用者は、「記憶障害」「見当識障害」の割合が比較的高かった（図 4-1-21）。

図 4-1-19　心身機能：現在の状況（課題あり）の割合

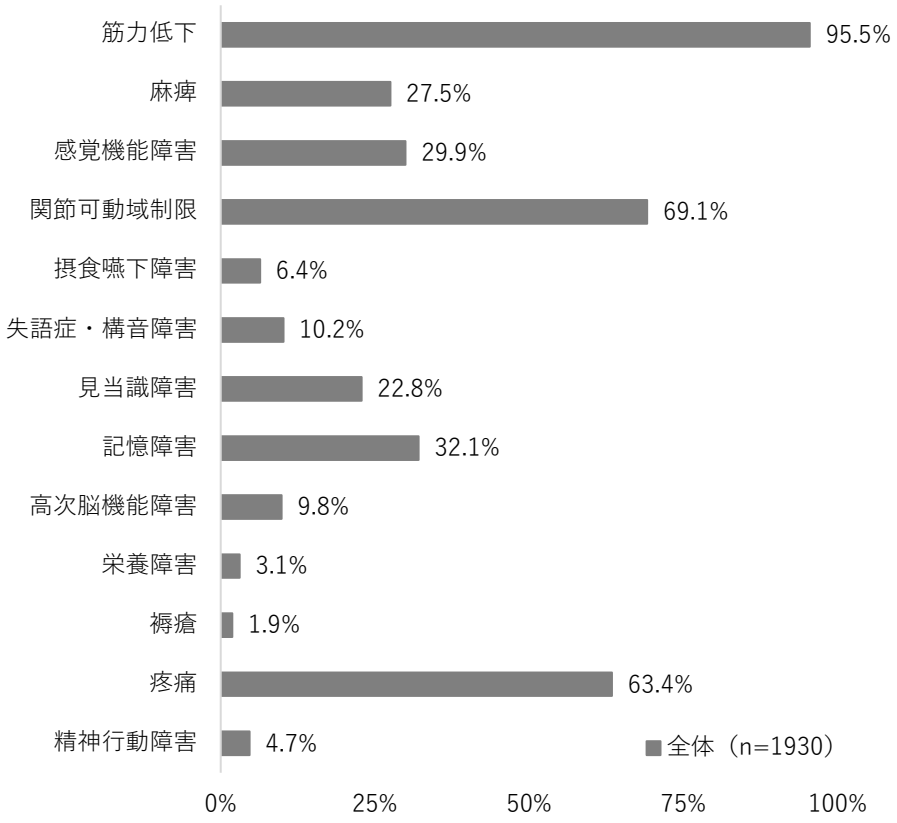


図 4-1-20　心身機能：現在の状況（課題あり）の割合（介護度別）

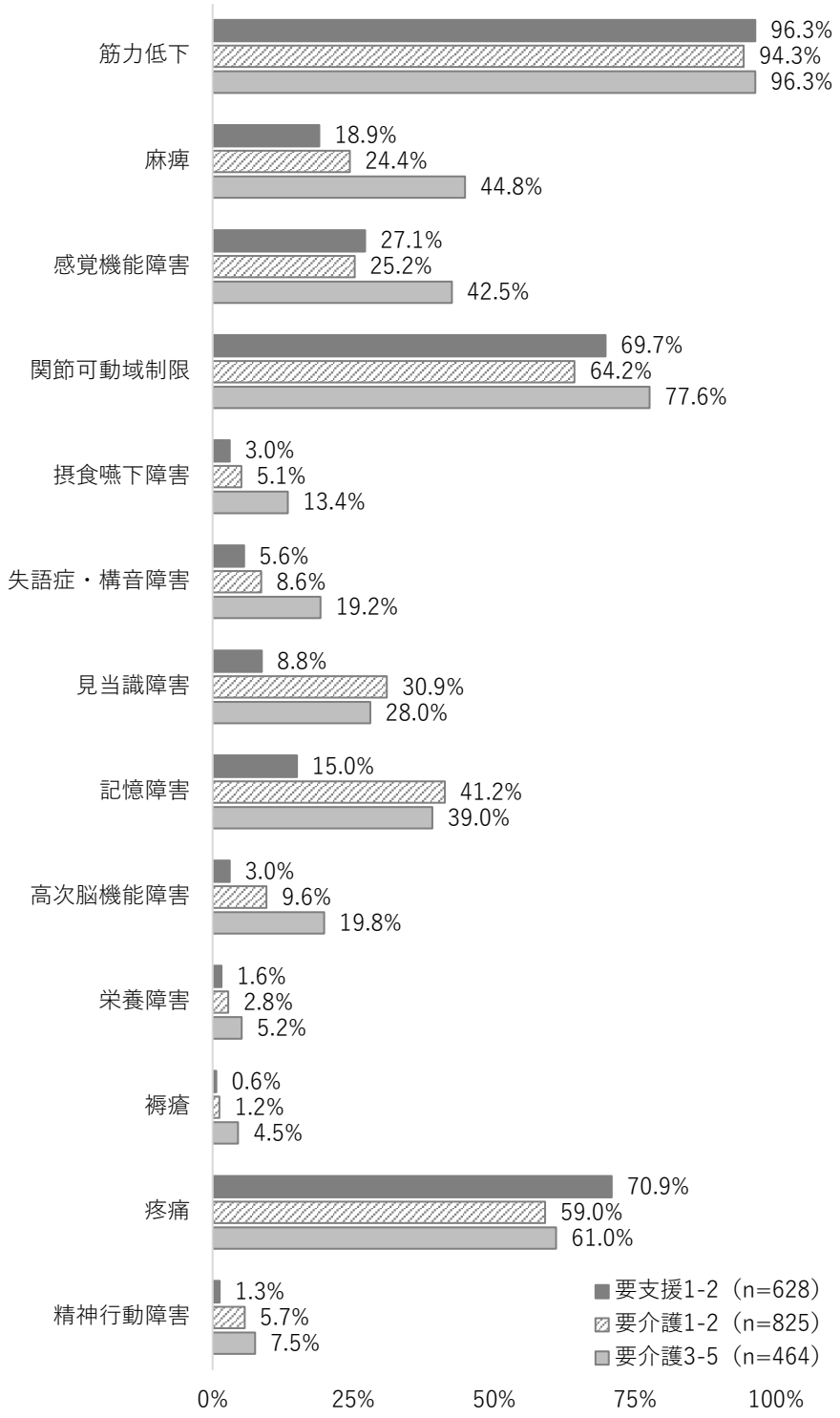
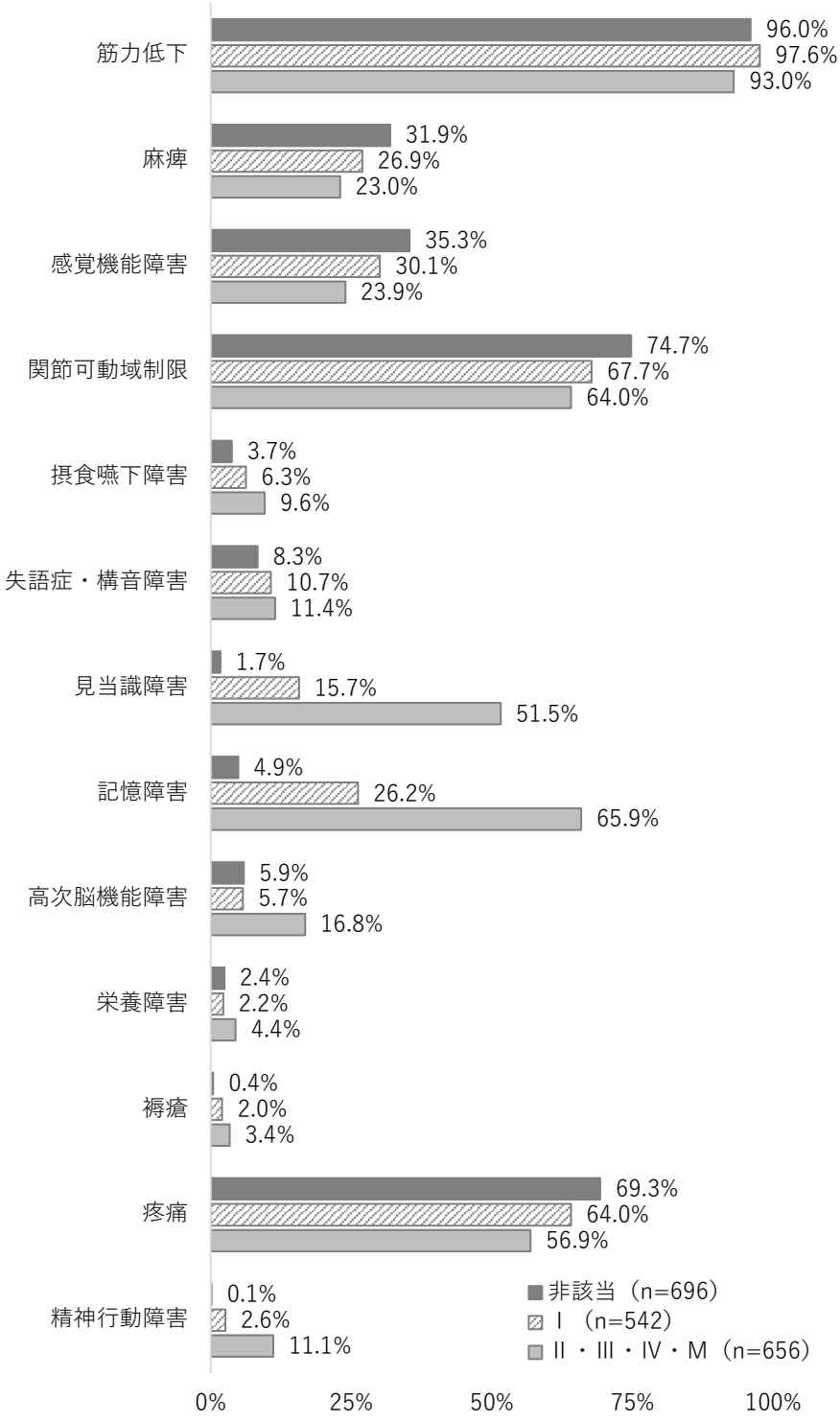


図 4-1-21　心身機能：現在の状況（課題あり）の割合（認知症高齢者の日常生活自立度別）



基本動作の実施状況において座位は、「自立」が 91.7%であった（図 4-1-22）。要介護 3-5 においても、座位が「自立」の割合は、76.5%であった（表 4-1-1）。

図 4-1-22　基本動作の実施状況割合（n=1930）

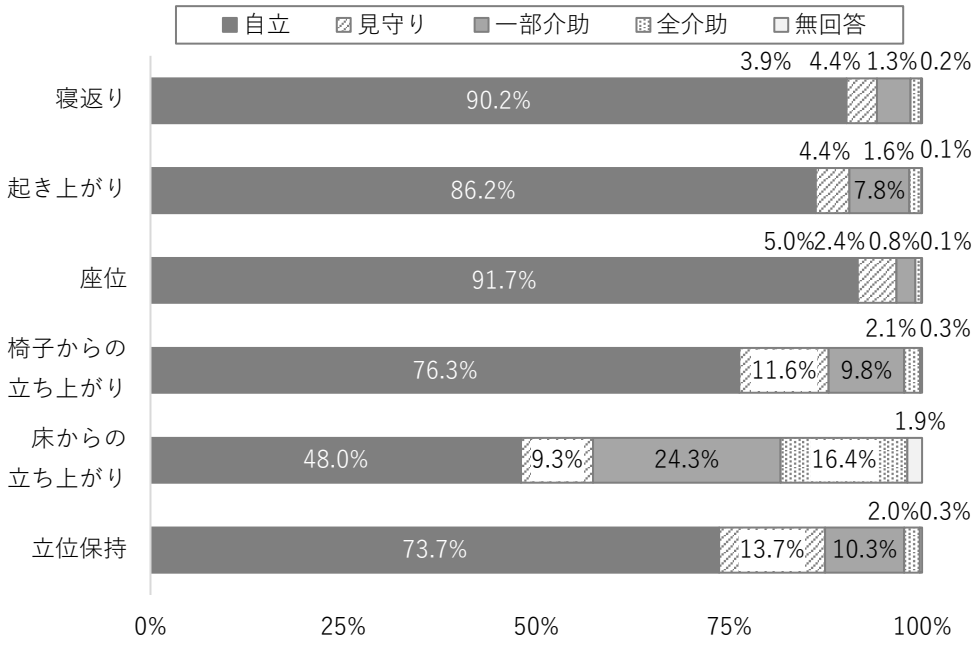


表 4-1-1　基本動作の実施状況割合

（介護度別　要支援 1-2：n=628　要介護 1-2：n=825　要介護 3-5：n=464）

No.	カテゴリー名		自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
1	寝返り	要支援1-2	96.5%	1.8%	1.4%	0.2%	0.2%
		要介護1-2	93.1%	3.8%	2.8%	0.2%	0.1%
		要介護3-5	76.7%	7.1%	11.0%	5.0%	0.2%
2	起き上がり	要支援1-2	95.9%	2.1%	1.8%	0.2%	0.2%
		要介護1-2	89.7%	4.7%	5.5%	0.1%	0.0%
		要介護3-5	67.0%	6.7%	20.0%	6.0%	0.2%
3	座位	要支援1-2	98.7%	0.8%	0.3%	0.0%	0.2%
		要介護1-2	94.8%	4.4%	0.7%	0.1%	0.0%
		要介護3-5	76.5%	11.9%	8.4%	3.0%	0.2%
4	椅子からの立ち上がり	要支援1-2	90.4%	6.5%	2.9%	0.2%	0.0%
		要介護1-2	80.2%	11.2%	8.0%	0.2%	0.4%
		要介護3-5	50.4%	19.0%	22.2%	8.0%	0.4%
5	床からの立ち上がり	要支援1-2	67.7%	8.9%	16.1%	6.5%	0.8%
		要介護1-2	48.5%	10.2%	26.8%	12.1%	2.4%
		要介護3-5	20.9%	8.2%	31.3%	37.3%	2.4%
6	立位保持	要支援1-2	89.3%	6.8%	3.3%	0.2%	0.3%
		要介護1-2	76.5%	13.9%	9.2%	0.1%	0.2%
		要介護3-5	47.6%	22.8%	21.1%	8.0%	0.4%

開始時の ADL(Barthel index)は、「100 点」20.8%、「80 点～95 点」49.7%であった（図 4-1-23)。介護度別にみると、要支援 1-2 は、開始時の ADL が「100 点」「80 点～95 点」の割合が高く、減点項目は主に「入浴」「平地歩行」「階段昇降」であった。また、要介護 3-5 では、上記に加え、「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」「更衣」の点数も低かった（図 4-1-24、表 4-1-2)。

図 4-1-23　開始時のＡＤＬ（Barthel index）

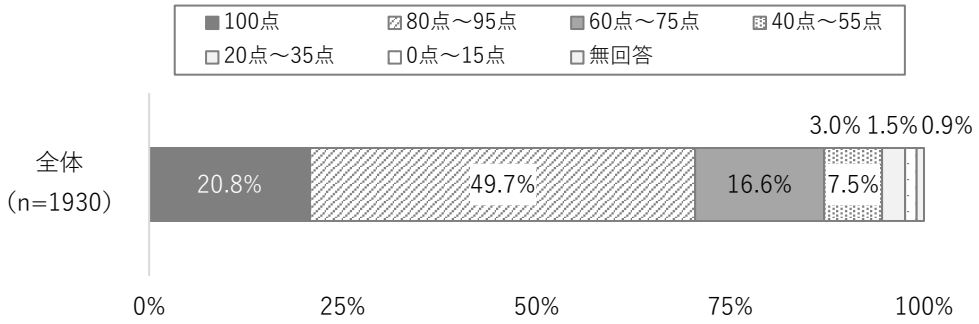


図 4-1-24　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（介護度別）

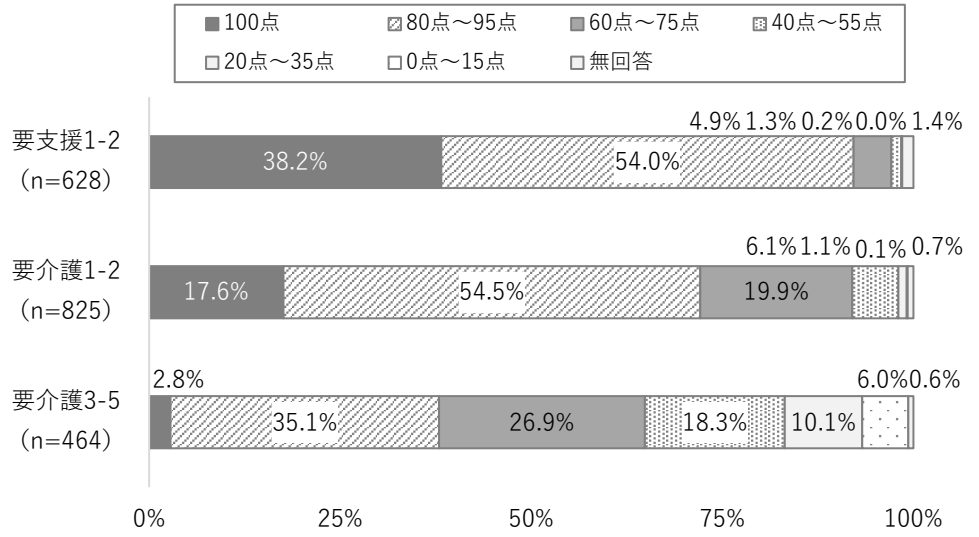


表 4-1-2　ＡＤＬ（Barthel index）の点数割合

（介護度別　要支援 1-2：n=628　要介護 1-2：n=825　要介護 3-5：n=464）

No.	カテゴリー名		15点	10点	5点	0点	無回答
1	食事	要支援1-2	-	97.3%	1.4%	0.0%	1.3%
		要介護1-2	-	95.3%	3.9%	0.2%	0.6%
		要介護3-5	-	84.3%	11.9%	3.2%	0.6%
2	イスとベッド間の移乗	要支援1-2	90.6%	7.2%	1.0%	0.0%	1.3%
		要介護1-2	78.9%	17.2%	3.0%	0.2%	0.6%
		要介護3-5	47.6%	33.4%	12.7%	5.8%	0.4%
3	整容	要支援1-2	-	-	95.1%	3.5%	1.4%
		要介護1-2	-	-	83.9%	15.5%	0.6%
		要介護3-5	-	-	57.1%	42.2%	0.6%
4	トイレ動作	要支援1-2	-	94.7%	3.8%	0.2%	1.3%
		要介護1-2	-	81.5%	17.2%	0.7%	0.6%
		要介護3-5	-	50.4%	37.1%	11.9%	0.6%
5	入浴	要支援1-2	-	-	79.0%	19.7%	1.3%
		要介護1-2	-	-	39.4%	60.0%	0.6%
		要介護3-5	-	-	13.8%	85.8%	0.4%
6	平地歩行	要支援1-2	63.4%	32.5%	2.2%	0.6%	1.3%
		要介護1-2	45.1%	44.7%	7.0%	2.4%	0.7%
		要介護3-5	14.7%	48.5%	17.2%	19.2%	0.4%
7	階段昇降	要支援1-2	-	55.6%	36.5%	6.7%	1.3%
		要介護1-2	-	33.9%	50.5%	14.8%	0.7%
		要介護3-5	-	10.3%	53.9%	35.3%	0.4%
8	更衣	要支援1-2	-	89.8%	8.9%	0.0%	1.3%
		要介護1-2	-	71.2%	27.4%	0.6%	0.8%
		要介護3-5	-	35.3%	50.2%	13.8%	0.6%
9	排便コントロール	要支援1-2	-	95.7%	2.9%	0.2%	1.3%
		要介護1-2	-	85.7%	13.1%	0.5%	0.7%
		要介護3-5	-	63.1%	26.1%	10.1%	0.6%
10	排尿コントロール	要支援1-2	-	93.8%	4.1%	0.8%	1.3%
		要介護1-2	-	82.2%	16.1%	1.0%	0.7%
		要介護3-5	-	60.6%	28.2%	10.6%	0.6%

開始時の ADL について利用時間別にみると、1-2 時間利用者は「100 点」「80 点～95 点」の割合が高く、6-7 時間利用者は「60 点～75 点」「40 点～55 点」の割合が比較的高かった（図 4-1-25）。また、認知症高齢者の日常生活自立度別が II 以下の利用者にて、「60 点～75 点」「40 点～55 点」の割合が比較的高かった（図 4-1-26）。

6 ヶ月後の利用状況別に比較すると、目標達成による修了・修了見込みの利用者：新規修了と、能力維持を目的に利用を継続する利用者：維持継続には大きな差は見られず、ともに「100 点」「80 点～95 点」の割合が高かったが、介助量が多く継続的な支援が必要な利用者：重介護者は、利用開始時の ADL が 75 点以下の割合が比較的高かった（図 4-1-27）。

図 4-1-25　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（利用時間別）

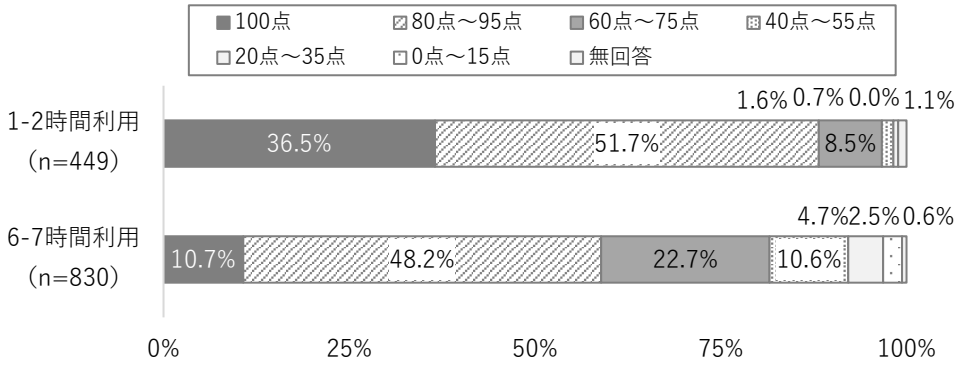


図 4-1-26　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（認知症高齢者の日常生活自立度別）

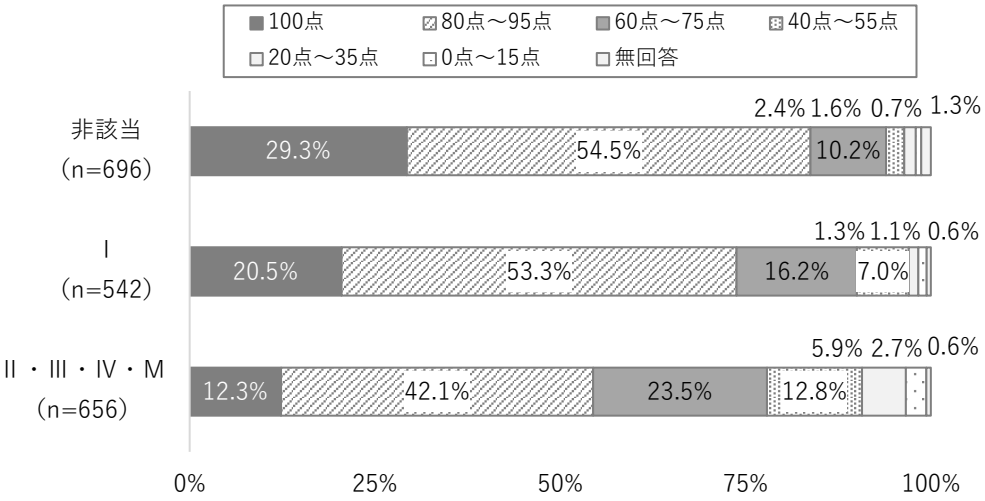
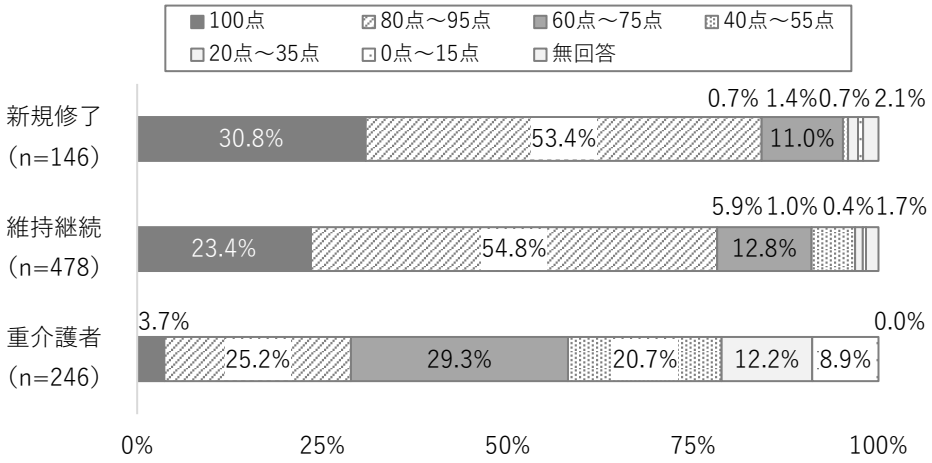


図 4-1-27　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（6 ヶ月後の利用状況別）



開始時の IADL(FAI)は、「0 点～9 点」が 51.8%と最も割合が高かった（図 4-1-28）。介護度別では要支援 1-2 にて「19 点～27 点」「10 点～18 点」の割合が高かった（図 4-1-29）。また、点数が高い項目は、「食事の用意」「食事の片付け」「洗濯」「掃除や整頓」「外出」「屋外歩行」の割合が高かった（表 4-1-3）。認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、認知機能に課題を有する利用者にて「0 点～9 点」の割合が高かった（図 4-1-30）。

図 4-1-28　開始時のＩＡＤＬ（FAI）

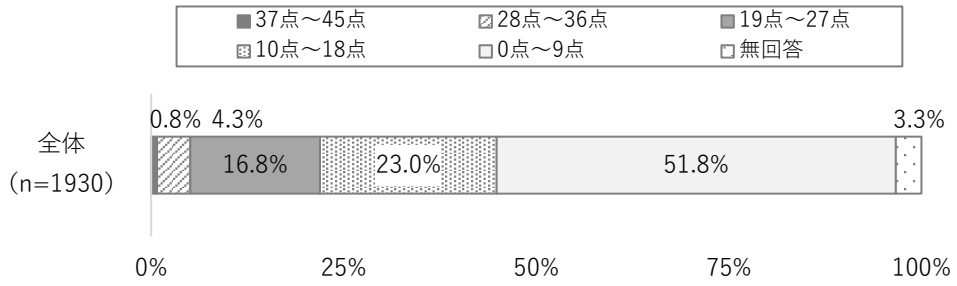


図 4-1-29　開始時のＩＡＤＬ（FAI）（介護度別）

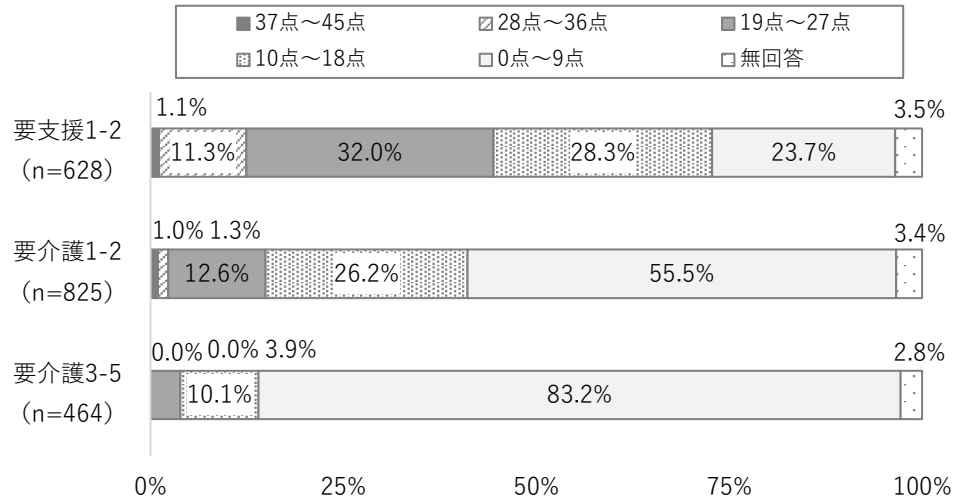
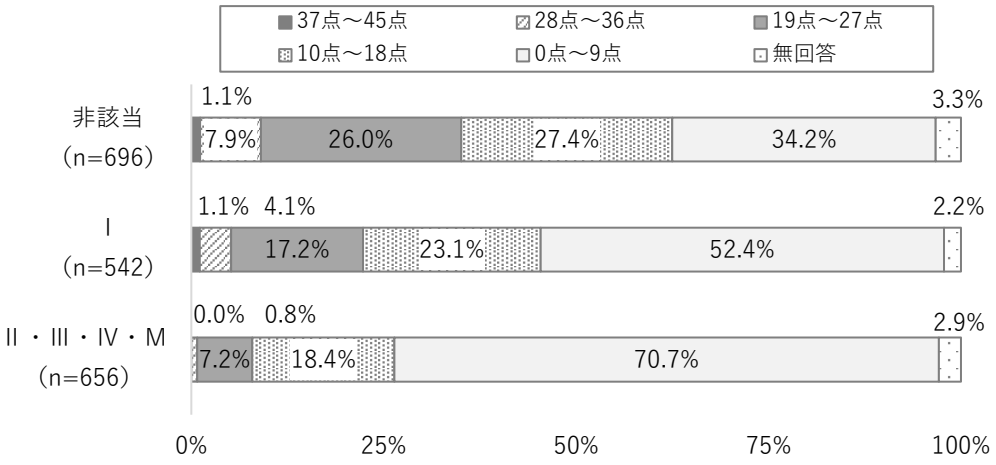


表 4-1-3　ＩＡＤＬの点数割合

（介護度別　要支援 1-2：n=628　要介護 1-2：n=825　要介護 3-5：n=464）

No.	カテゴリー名		3点	2点	1点	0点	無回答
1	食事の用意	要支援1-2	49.5%	9.2%	6.2%	28.3%	6.7%
		要介護1-2	18.5%	8.6%	5.6%	51.5%	15.8%
		要介護3-5	9.1%	3.4%	2.4%	69.4%	15.7%
2	食事の片付け	要支援1-2	53.7%	8.9%	5.4%	25.0%	7.0%
		要介護1-2	22.4%	10.5%	5.9%	47.5%	13.6%
		要介護3-5	9.9%	3.9%	2.2%	69.0%	15.1%
3	洗濯	要支援1-2	48.4%	10.2%	5.7%	28.8%	6.8%
		要介護1-2	19.3%	9.9%	5.2%	50.4%	15.2%
		要介護3-5	5.8%	2.8%	3.9%	71.8%	15.7%
4	掃除や整頓	要支援1-2	42.7%	15.9%	10.2%	25.0%	6.2%
		要介護1-2	16.0%	12.4%	11.2%	46.3%	14.2%
		要介護3-5	5.0%	3.7%	8.6%	67.5%	15.3%
5	力仕事	要支援1-2	6.8%	4.5%	11.0%	68.8%	8.9%
		要介護1-2	2.4%	2.8%	4.5%	69.7%	20.6%
		要介護3-5	0.2%	0.6%	1.5%	80.0%	17.7%
6	買物	要支援1-2	33.4%	17.4%	15.8%	26.6%	6.8%
		要介護1-2	9.9%	10.3%	10.2%	53.6%	16.0%
		要介護3-5	3.7%	4.5%	4.7%	70.9%	16.2%
7	外出	要支援1-2	40.1%	18.6%	18.9%	17.4%	4.9%
		要介護1-2	21.0%	17.1%	18.8%	33.0%	10.2%
		要介護3-5	14.9%	10.3%	15.9%	50.0%	8.8%
8	屋外歩行	要支援1-2	43.2%	15.4%	16.4%	20.4%	4.6%
		要介護1-2	19.6%	15.2%	14.5%	40.2%	10.4%
		要介護3-5	7.8%	6.9%	11.6%	60.8%	12.9%
9	趣味	要支援1-2	24.8%	13.2%	14.6%	40.4%	6.8%
		要介護1-2	13.5%	8.6%	10.4%	51.9%	15.6%
		要介護3-5	9.1%	4.5%	7.8%	63.4%	15.3%
10	交通手段の利用	要支援1-2	13.4%	6.8%	14.3%	56.1%	9.4%
		要介護1-2	4.1%	4.0%	5.2%	66.9%	19.8%
		要介護3-5	1.7%	2.6%	3.2%	75.9%	16.6%
11	旅行	要支援1-2	0.8%	0.8%	6.2%	82.5%	9.7%
		要介護1-2	0.5%	0.5%	2.4%	75.0%	21.6%
		要介護3-5	0.0%	0.2%	0.9%	81.3%	17.7%
12	庭仕事	要支援1-2	6.5%	8.8%	12.6%	63.9%	8.3%
		要介護1-2	3.0%	3.5%	6.1%	68.5%	18.9%
		要介護3-5	0.4%	0.2%	3.0%	78.9%	17.5%
13	家や車の手入れ	要支援1-2	4.0%	4.6%	8.6%	73.2%	9.6%
		要介護1-2	1.1%	0.6%	3.0%	74.2%	21.1%
		要介護3-5	0.4%	0.2%	2.2%	79.5%	17.7%
14	読書	要支援1-2	18.6%	6.2%	11.9%	54.6%	8.6%
		要介護1-2	13.7%	6.7%	7.3%	54.4%	17.9%
		要介護3-5	7.5%	3.7%	5.2%	67.9%	15.7%
15	仕事	要支援1-2	2.2%	1.6%	2.2%	83.9%	10.0%
		要介護1-2	1.6%	0.5%	1.0%	75.3%	21.7%
		要介護3-5	0.0%	0.4%	0.6%	81.3%	17.7%

図 4-1-30　開始時のＩＡＤＬ（FAI）（認知症高齢者の日常生活自立度別）



生活空間の広がり(LSA)は、「24 点以下」の割合が最も高かった（図 4-1-31)。また、要支援 1-2、要介護 1-2、要介護 3-5 の順に「24 点以下」の割合が高くなっていた（図 4-1-32)。

図 4-1-31　生活空間の広がり（LSA）

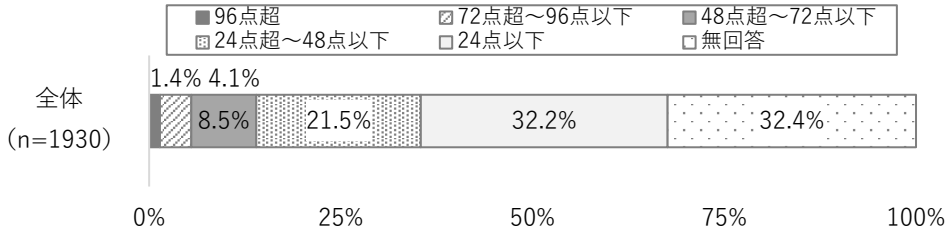
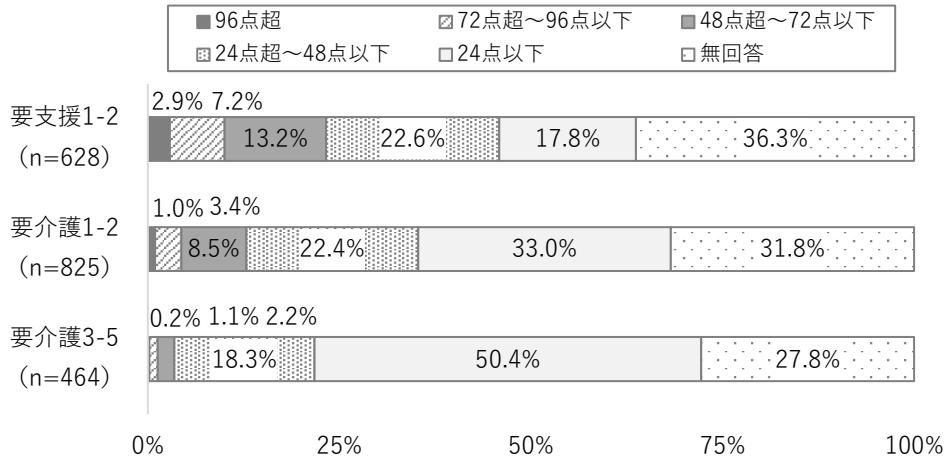


図 4-1-32　生活空間の広がり（LSA）（介護度別）



在宅での生活状況(離床時間)は、「7 時間以上」が 66.4%と最も高値であった(図 4-1-33)。また、要支援 1-2、要介護 1-2、要介護 3-5 の順に「7 時間以上」の割合が低くなっており、要介護 3-5 では「3 時間未満」も 16.4%であった（図 4-1-34)。

医療的ケア等の実施状況は「実施なし」が介護度に関わらず 9 割を超えていた（図 4-1-35)。

図 4-1-33　在宅での生活状況（離床時間）

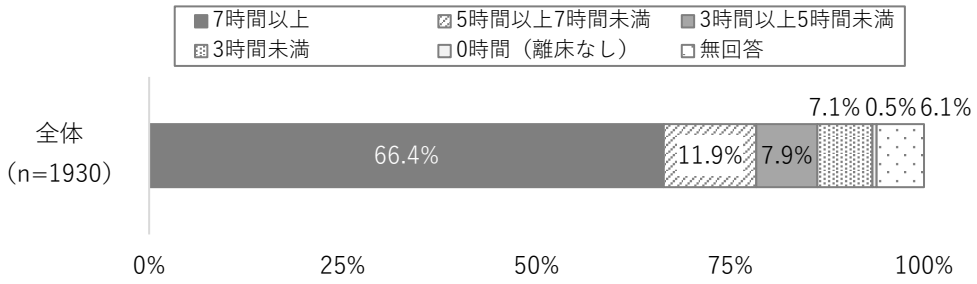


図 4-1-34　在宅での生活状況（離床時間）（介護度別）

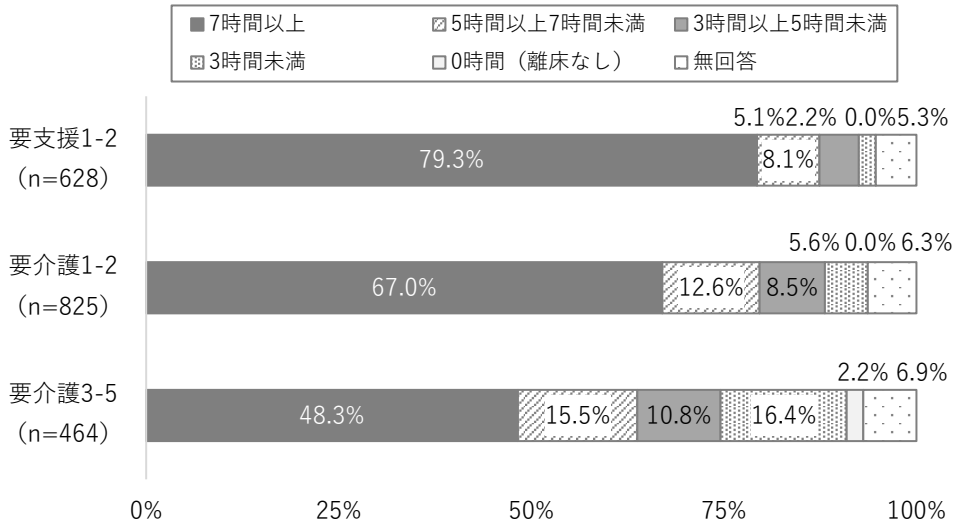
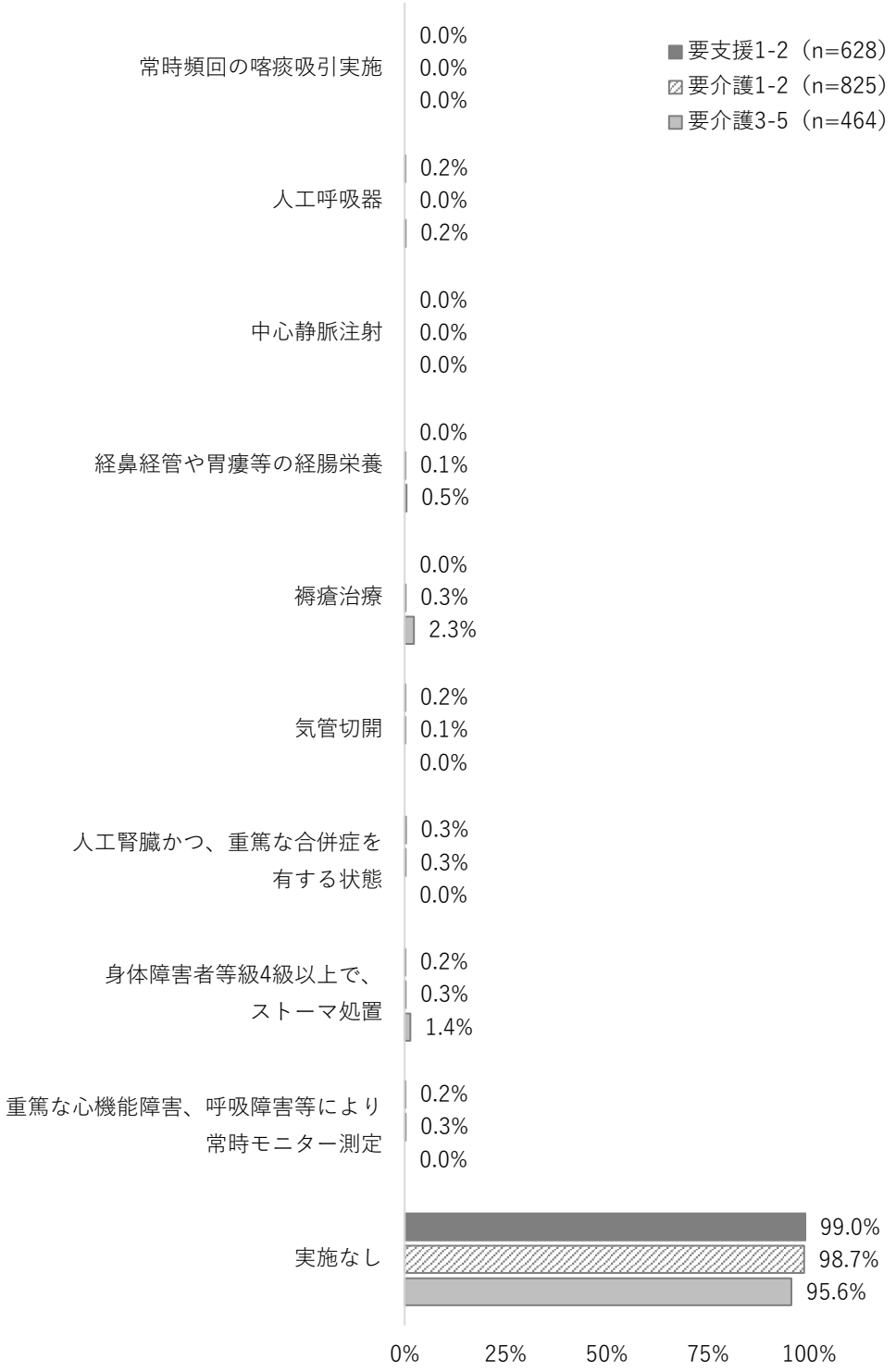


図 4-1-35　医療的ケア等の実施状況（介護度別）



2．リハビリテーションマネジメント

リハマネジメント加算を算定した利用者は 52.8%であり、リハマネジメント加算Ｂ(ロ)は 22.7%であった（図 4-2-1)。

6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は能力維持を目的に利用を継続する利用者と比較して、リハマネジメント加算の算定割合が 59.1%と高く、特にリハマネジメント加算Ｂ(ロ)の算定割合が高かった（図 4-2-2)。

図 4-2-1　リハマネジメント加算の実施割合

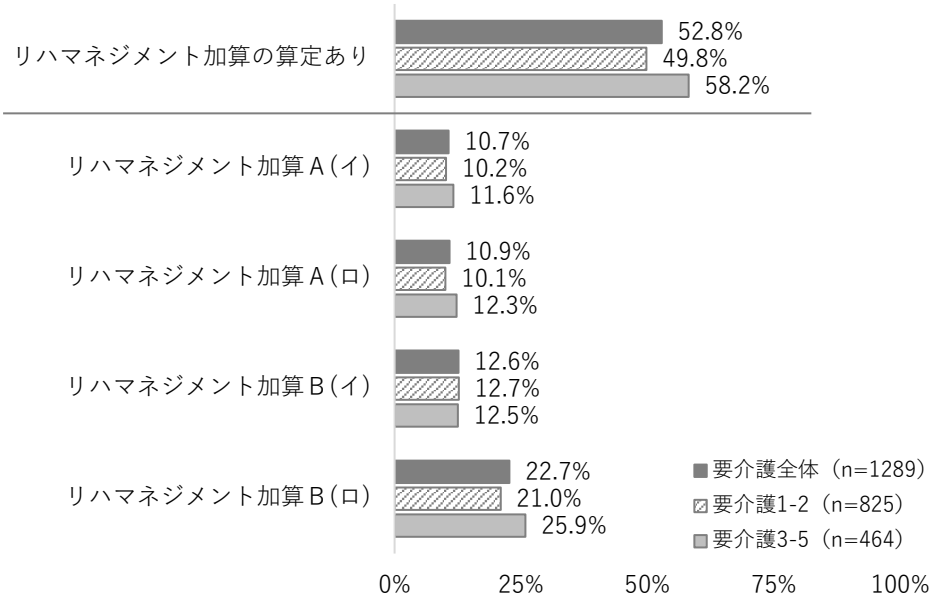
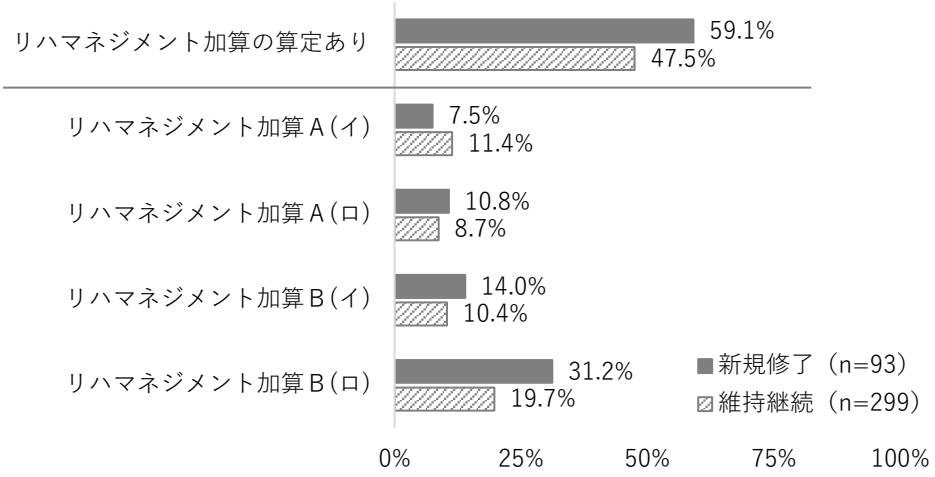
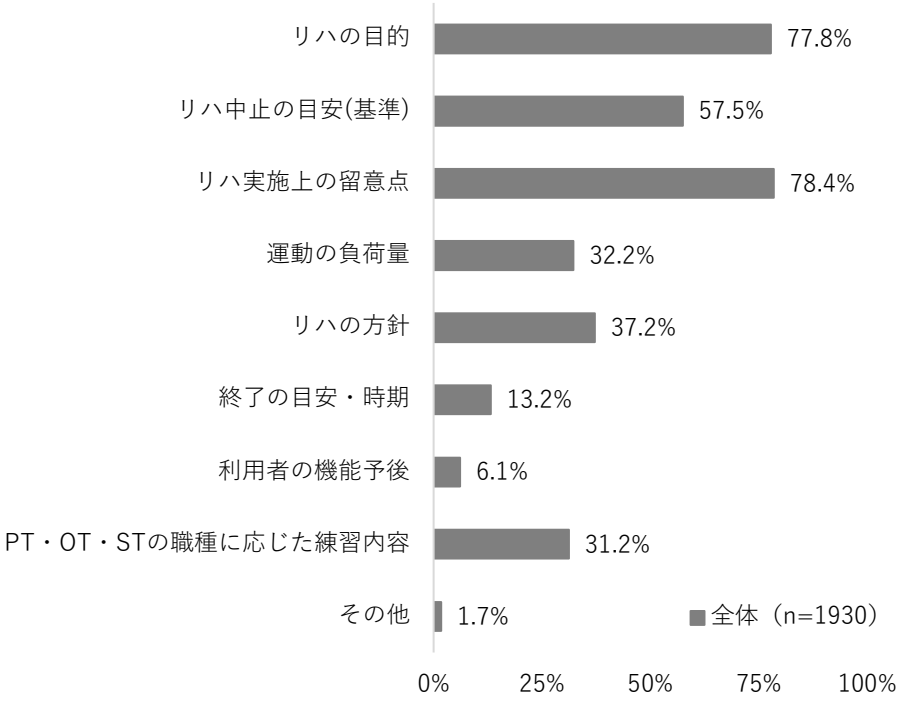


図 4-2-2　リハマネジメント加算の実施割合（6 ヶ月後の利用状況別）



医師の指示の内容は、「リハの目的」が 77.8%であった。また、「リハ中止の目安(基準)」が 57.5%、「リハ実施上の留意点」が 78.4%、「運動の負荷量」が 32.2%であった。一方で、「終了の目安・時期」は 13.2%と低値であった（図 4-2-3）。

図 4-2-3　医師の指示の内容



通所リハ計画に位置付けた目標は、「運動習慣の獲得や継続」71.8%、「身体機能の向上」70.8%、「身体機能の維持(重度化予防)」68.4%、「活動量の確保」63.0%、「生活能力の維持(重度化予防)」62.7%の順に割合が高かった。一方で、「地域における社会参加」は 16.9%と低値であった（図 4-2-4）。

介護度別にみると、要介護 3-5 にて「事業所での入浴」「介護負担の軽減」の割合が比較的高かった。また、要支援 1-2 では、「趣味活動の獲得や継続」「地域における社会参加」の割合が比較的高かったが、「地域における社会参加」は 20.7%と全体的にみると低値であった（図 4-2-5）。

図 4-2-4　通所リハ計画に位置付けた目標

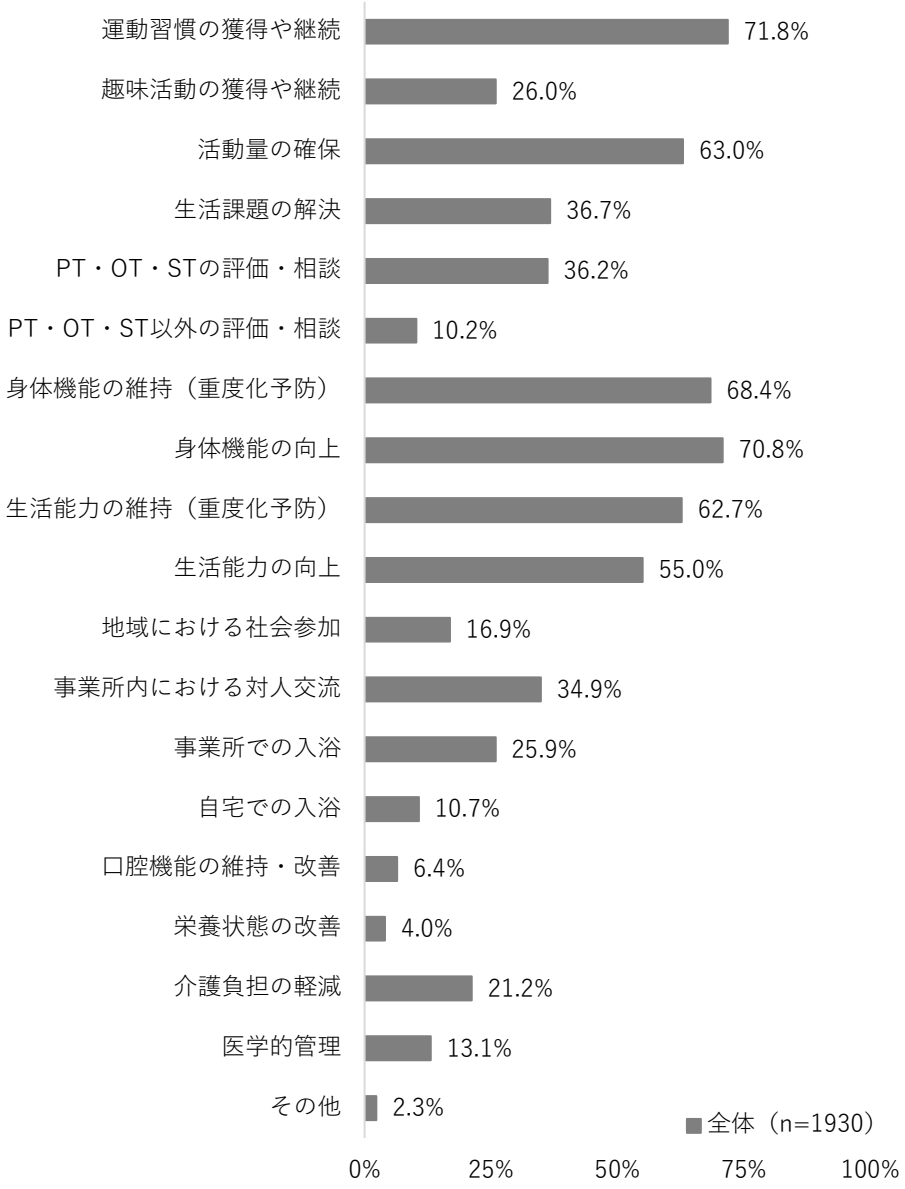
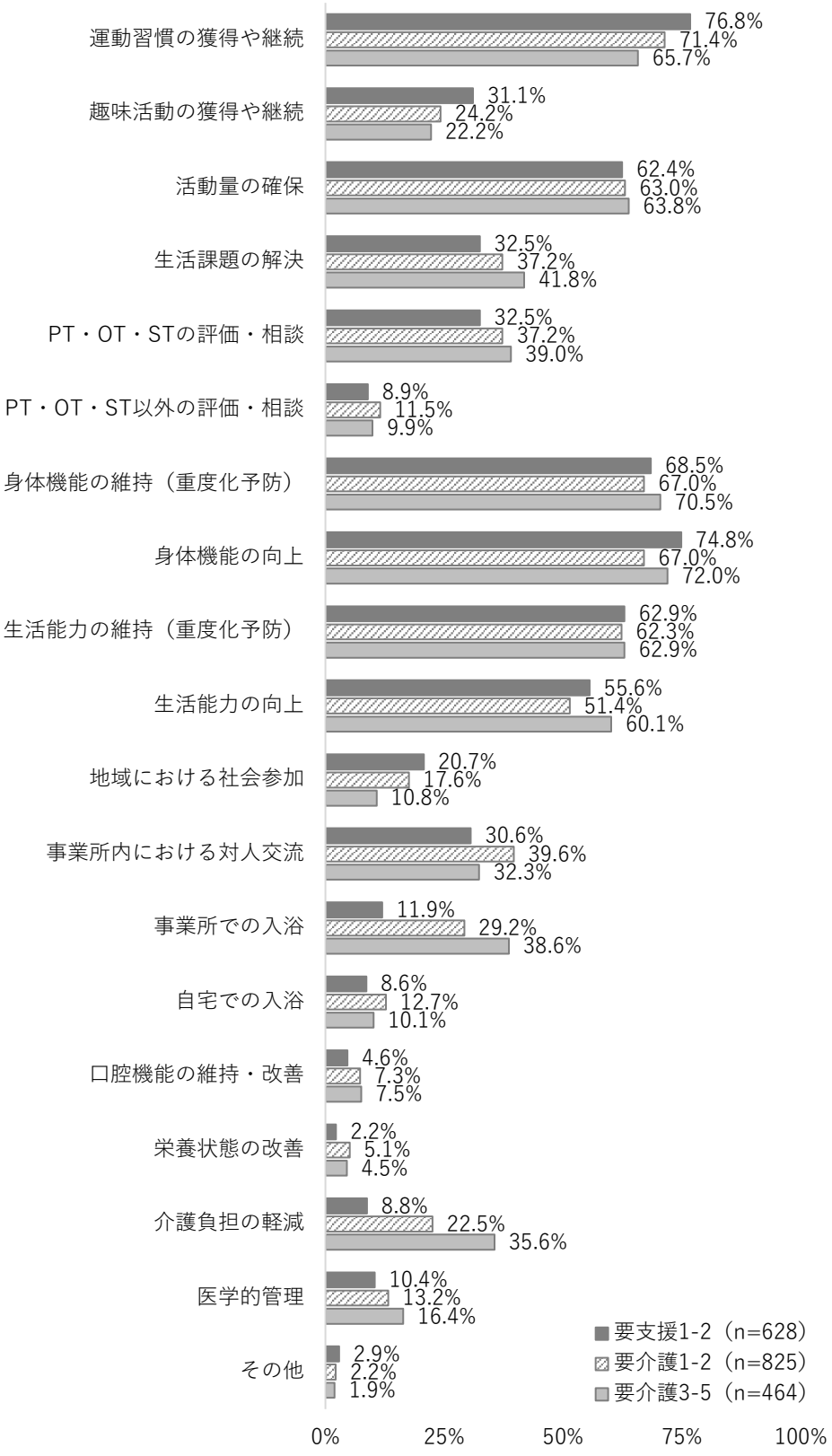
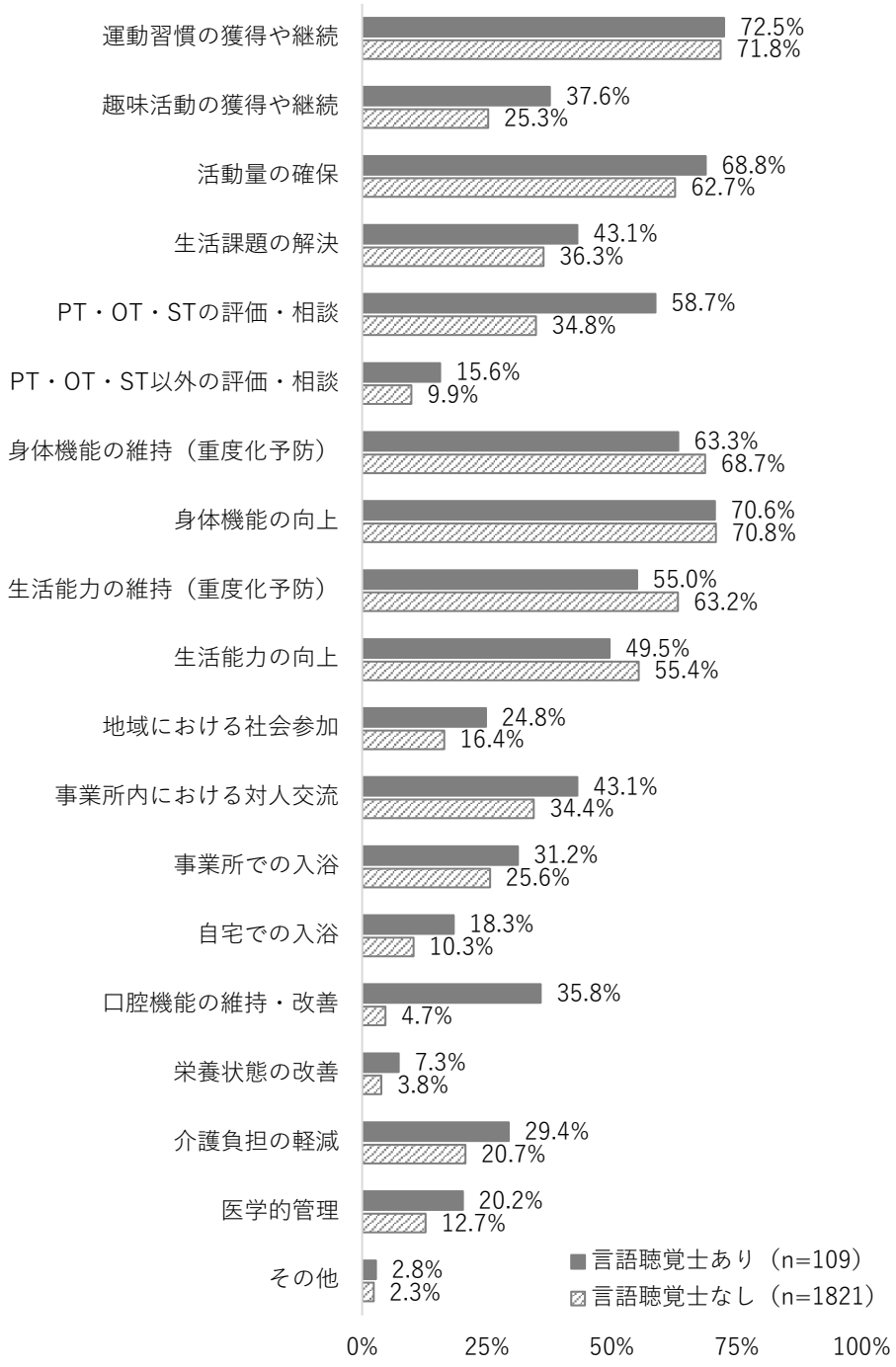


図 4-2-5　通所リハ計画に位置付けた目標（介護度別）



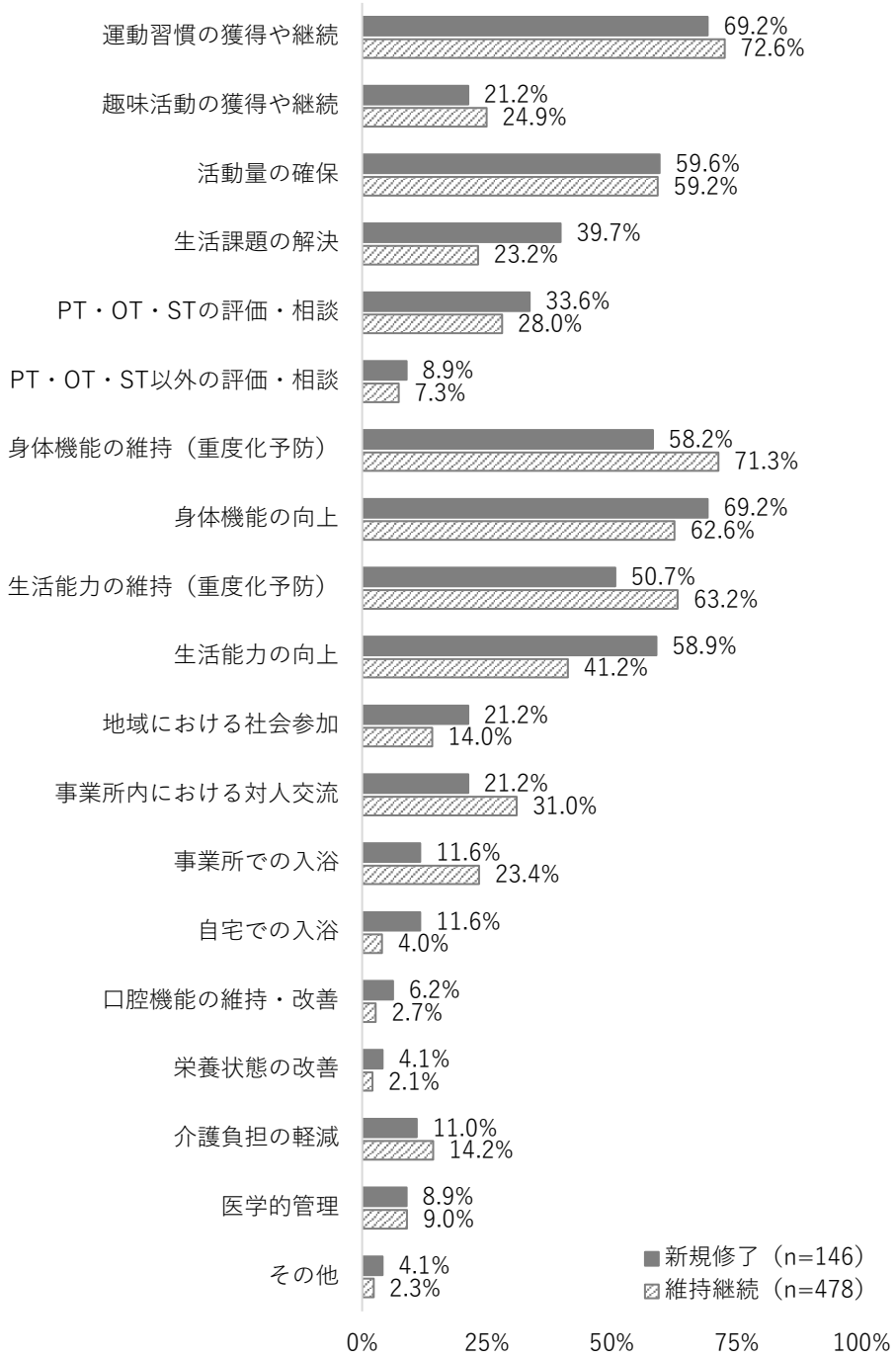
通所リハ計画に位置付けた目標において、言語聴覚士の関わりがあった利用者では、「口腔機能の維持・改善」の割合が比較的高かった（図 4-2-6）。

図 4-2-6　通所リハ計画に位置付けた目標（言語聴覚士の関わり有無別）



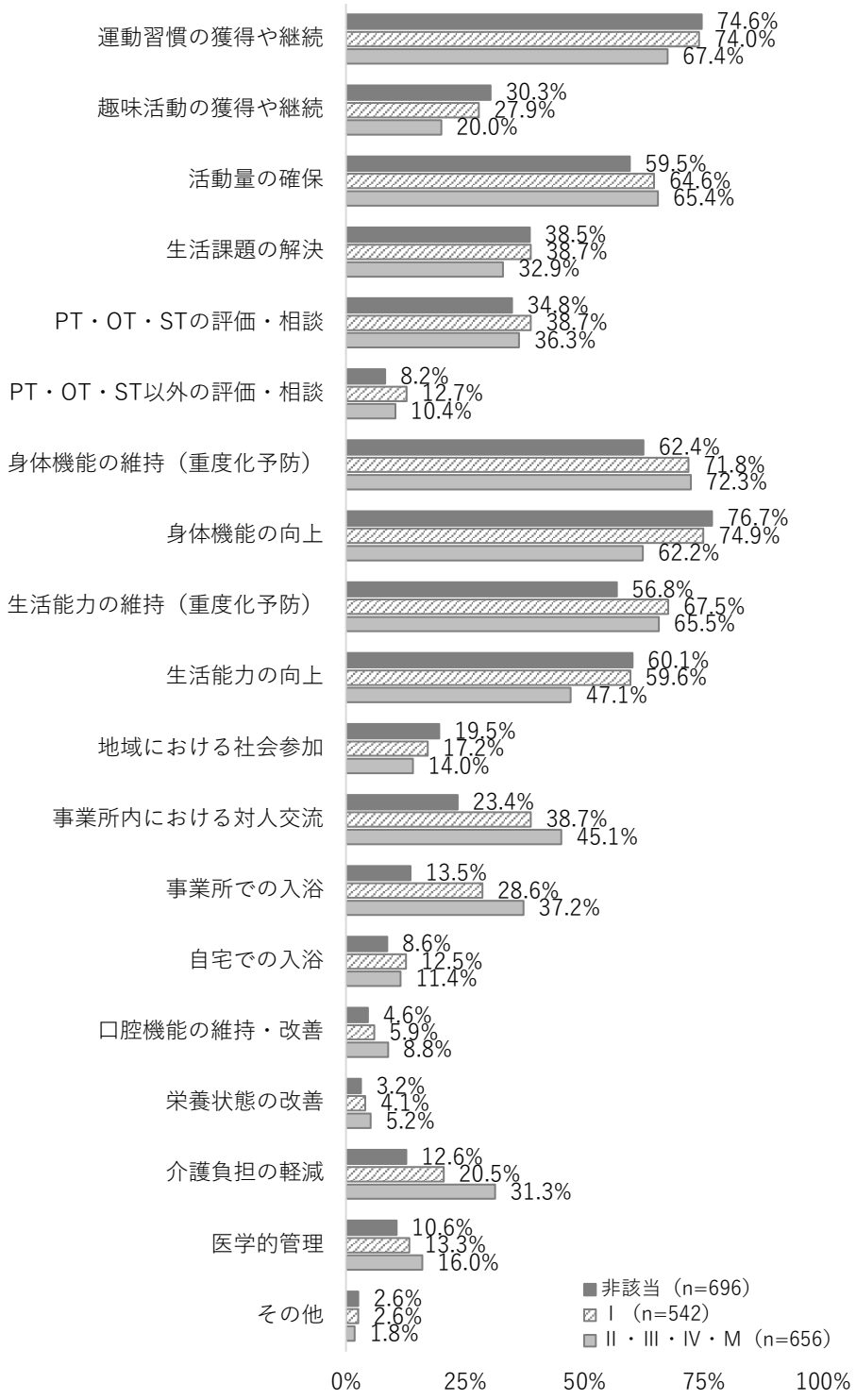
通所リハ計画に位置付けた目標において、目標達成による修了・修了見込みの利用者は、「生活能力の向上」「生活課題の解決」の割合が比較的高かった（図 4-2-7）。

図 4-2-7　通所リハ計画に位置付けた目標（6 ヶ月後の利用状況別）



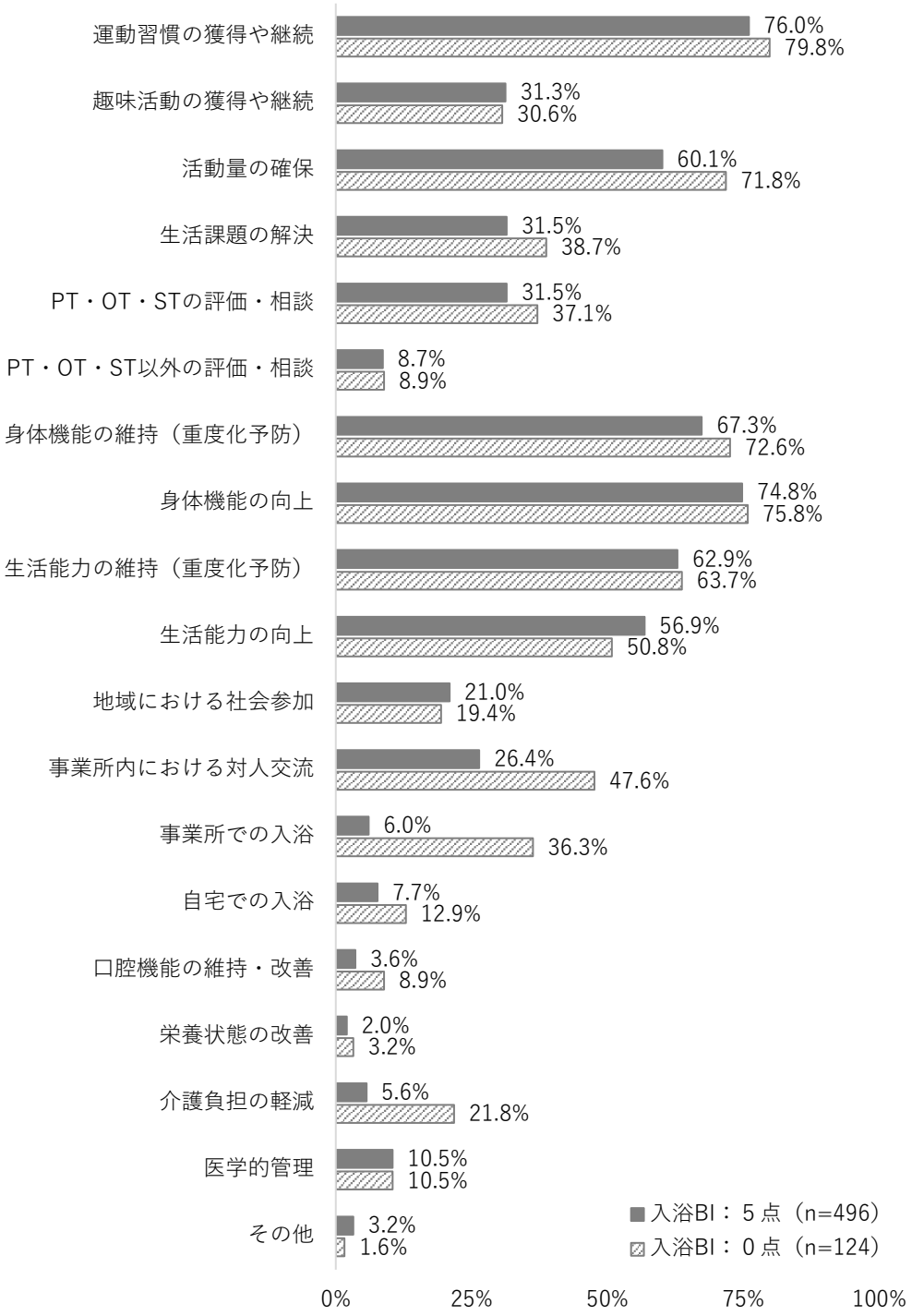
通所リハ計画に位置付けた目標において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の利用者では、「事業所内における対人交流」「事業所での入浴」「介護負担の軽減」の割合が比較的高かった（図 4-2-8）。

図 4-2-8　通所リハ計画に位置付けた目標（認知症高齢者の日常生活自立度別）



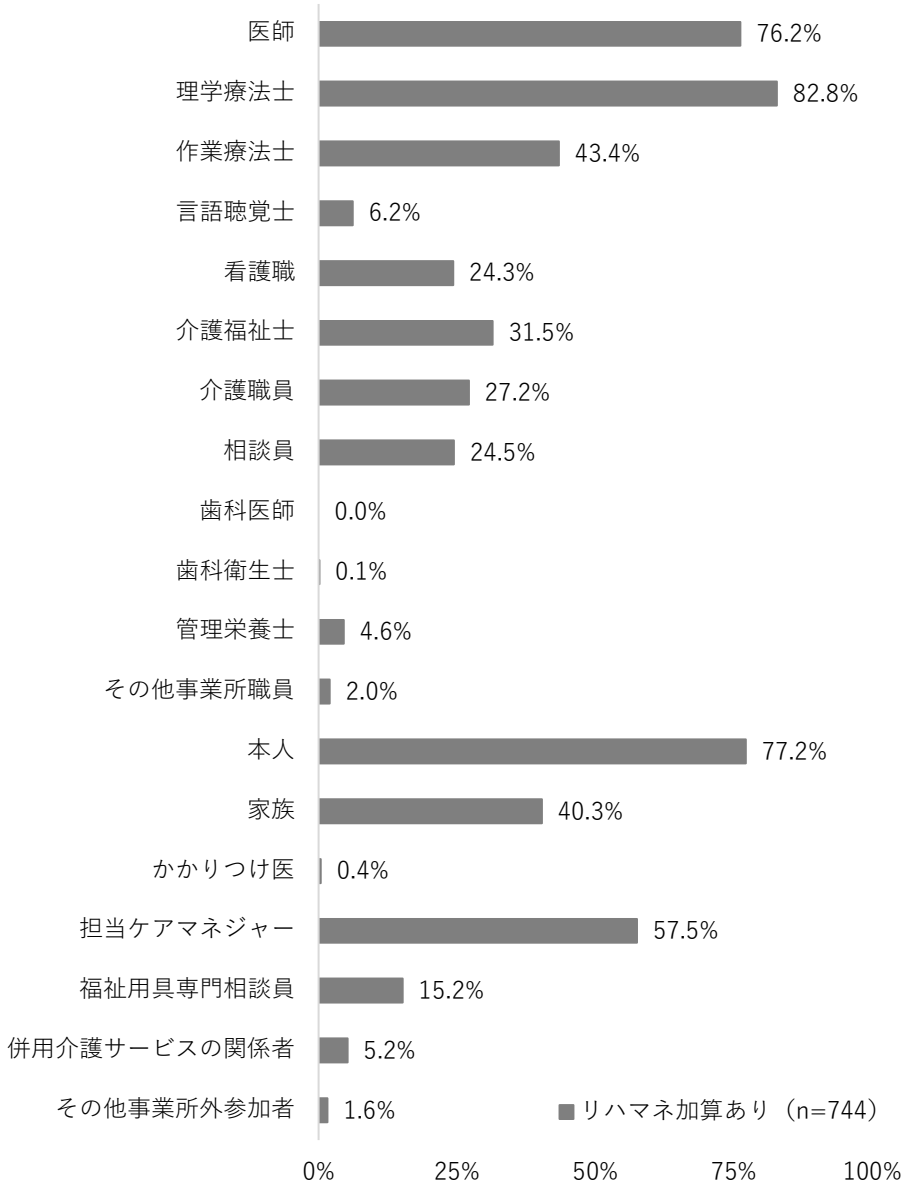
通所リハ計画に位置付けた目標において、要支援者のうち入浴 BI が 0 点だった利用者でも、「自宅での入浴」の割合が 12.9%と低かった（図 4-2-9）。

図 4-2-9　通所リハ計画に位置付けた目標（要支援：入浴 BI 点数別）



リハマネジメント加算の算定利用者におけるリハ会議への主な参加者は、事業所職員として「理学療法士」82.8%、「医師」76.2%の割合が高かった。また、関係者として「本人」77.2%、「担当ケアマネジャー」57.5%、「家族」40.3%であった（図 4-2-10）。

図 4-2-10　リハビリテーション会議への主な参加者



リハ会議での検討内容は、「利用者の状況の確認・共有」92.9%、「リハビリテーションの内容」91.8%、「目標の確認・共有」85.8%、「アセスメント結果などの情報の共有」80.4%の割合が高かったが、「多職種協働に向けた支援方針」57.8%、「他サービス事業所との役割分担」19.6%の割合は低値であった（図 4-2-11）。

6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は「目標の確認・共有」「アセスメント結果などの情報の共有」「多職種協働に向けた支援方針」の割合が比較的高かった（図 4-2-12）。

図 4-2-11　リハビリテーション会議での検討内容

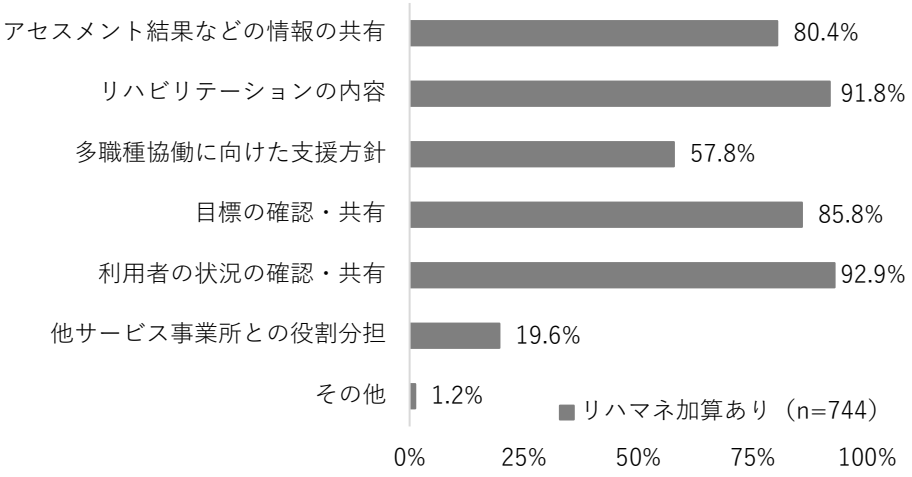
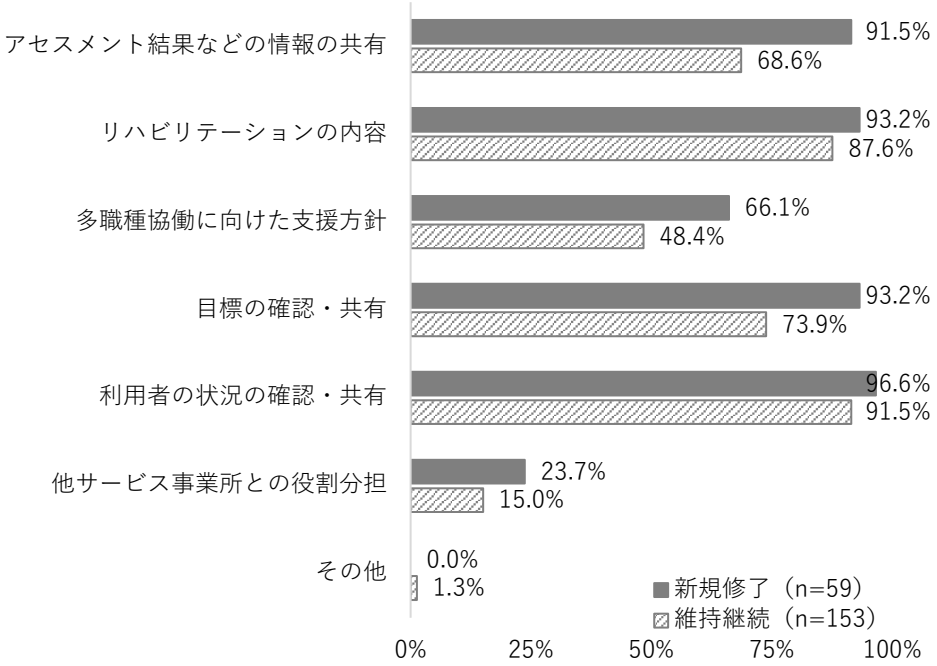


図 4-2-12　リハビリテーション会議での検討内容（6 ヶ月後の利用状況別）



リハマネジメント加算の算定利用者においてリハ会議に医師が参加している場合、リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」60.9%、「生活アドバイス」55.4%、「疾患や心身機能の予後」53.7%の割合が高かった（図 4-2-13）。

6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は、「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった（図 4-2-14）。

図 4-2-13　リハビリテーション会議における医師の説明内容

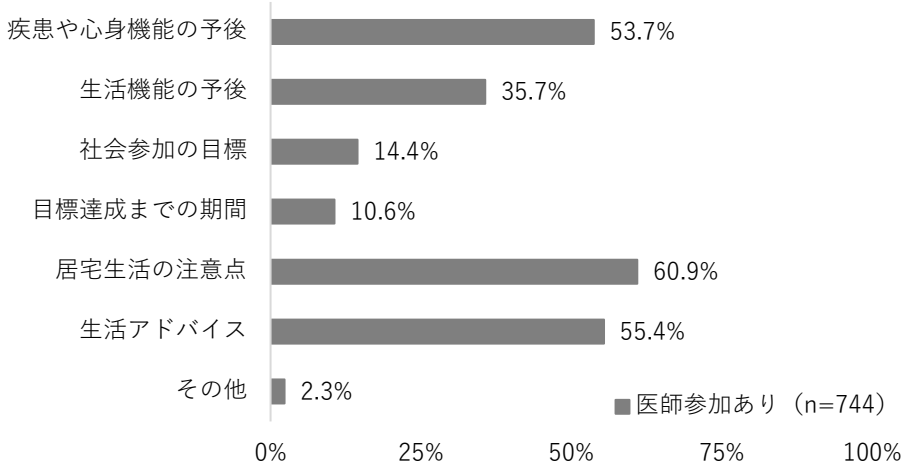
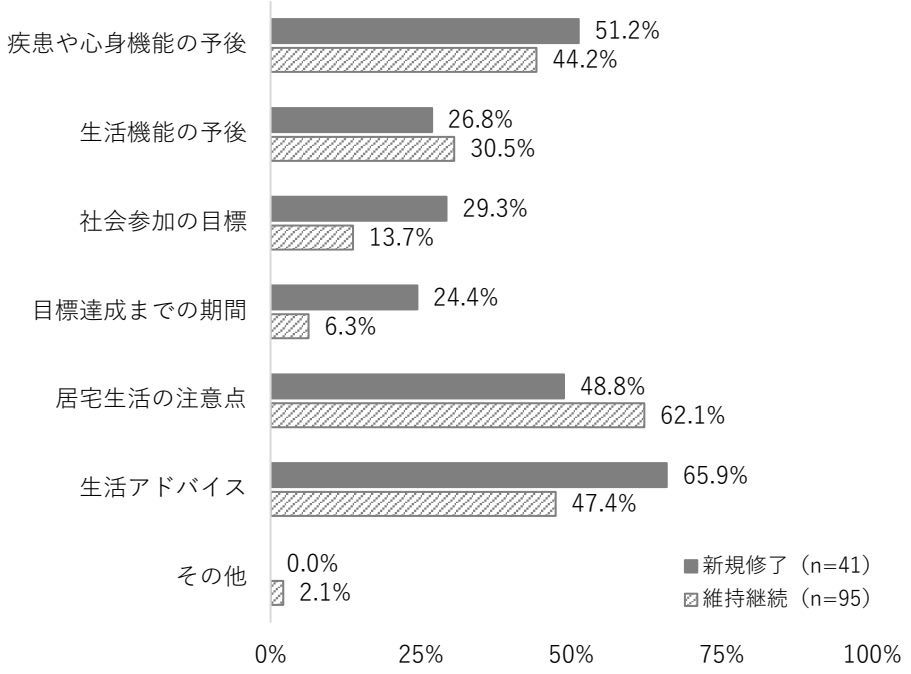


図 4-2-14　リハビリテーション会議における医師の説明内容（6 ヶ月後の利用状況別）

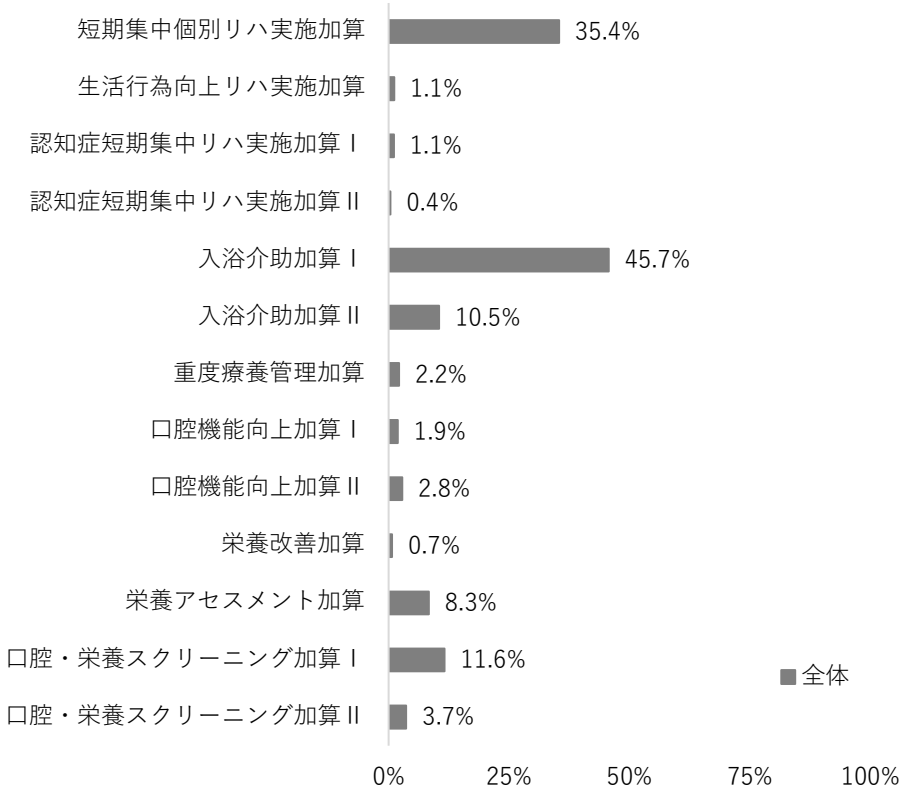


３．サービス提供内容

新規利用者における各種加算の実施割合は、「短期集中個別リハ実施加算」35.4%、「生活行為向上リハ実施加算」1.1%、「認知症短期集中リハ実施加算Ⅰ」1.1%、「認知症短期集中リハ実施加算Ⅱ」0.4%であった。また、「重度療養管理加算」は 2.2%であり、口腔・栄養に関する加算は、概ね 1 割弱の算定割合であった（図 4-3-1）。

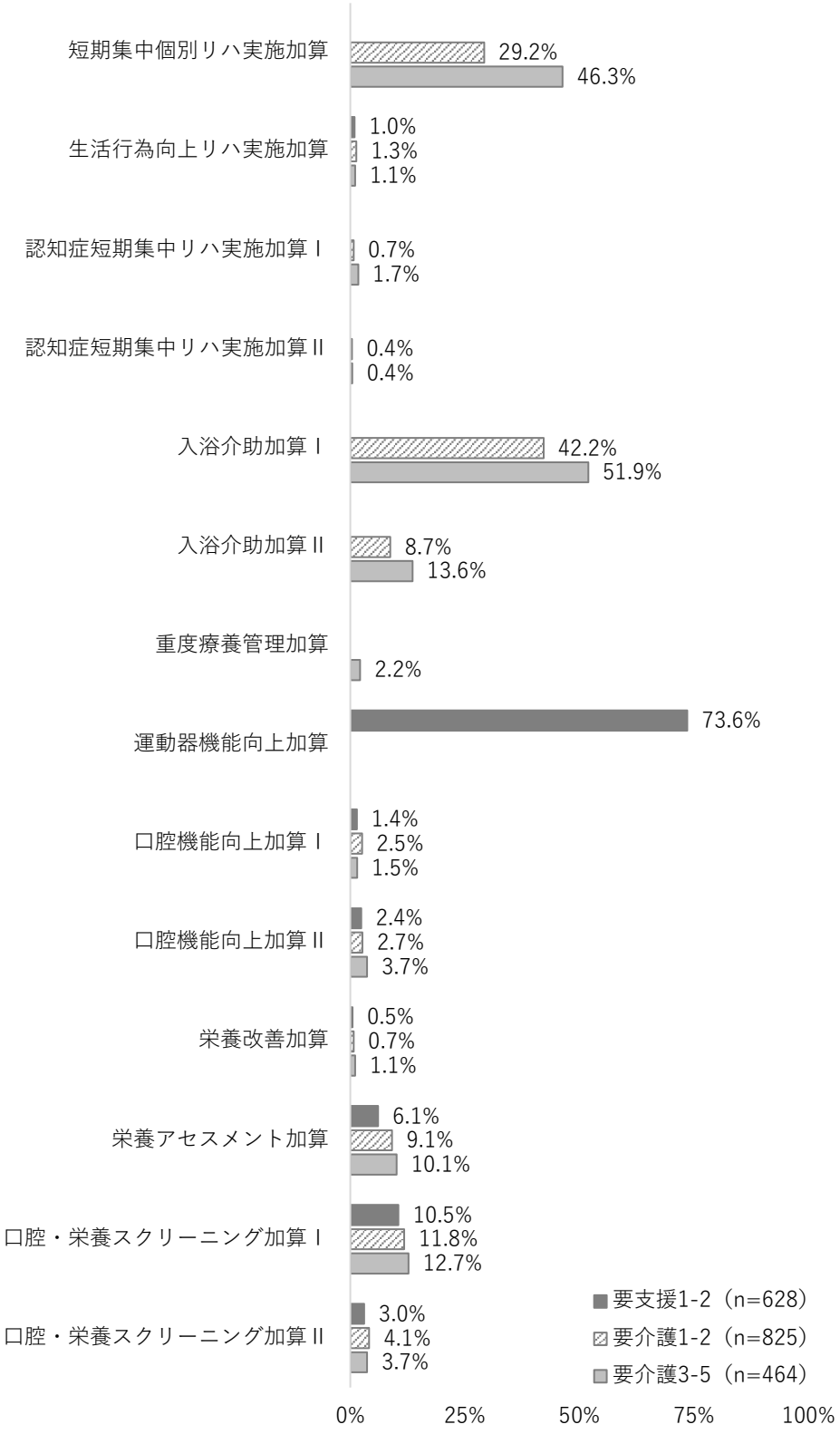
介護度別にみると、要介護 3-5 にて要介護 1-2 より「短期集中個別リハ実施加算」の算定割合が高かった。また、要支援 1-2 では「運動器機能向上加算」が 73.6%と高かった。他方、口腔・栄養に関する加算は、介護度による差はみられず、概ね 1 割弱の算定割合と低値であった（図 4-3-2）。

図 4-3-1　各種加算の実施割合



※ 母数は算定可能な介護度に限る（要支援 1-2：n=628　要介護 1-2：n=825　要介護 3-5：n=464）

図 4-3-2　各種加算の実施割合（介護度別）



各種サービスの実施割合は、「機能訓練(身体機能向上)」96.4%、「ADL 練習(移乗・移動)」81.5%、「基本動作練習」58.3%の順に高かったが、「IADL 練習」は 18.2%と低値であった。また、口腔・栄養、認知症への関わりは 1 割前後と低い値であった（図 4-3-3)。

介護度別にみても同様の傾向であったが、要介護 3-5 にて「ADL 練習(セルフケア)」の割合が高い傾向にあった（図 4-3-4)。

図 4-3-3　各種サービスの実施割合

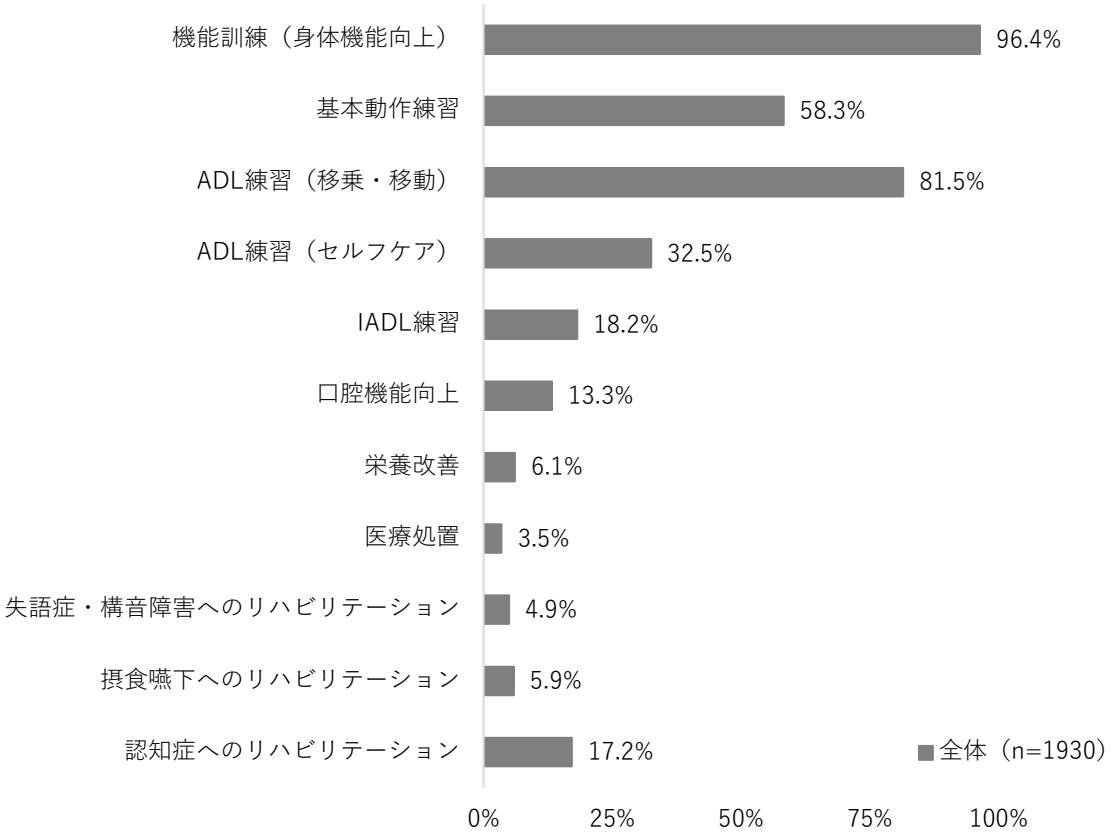
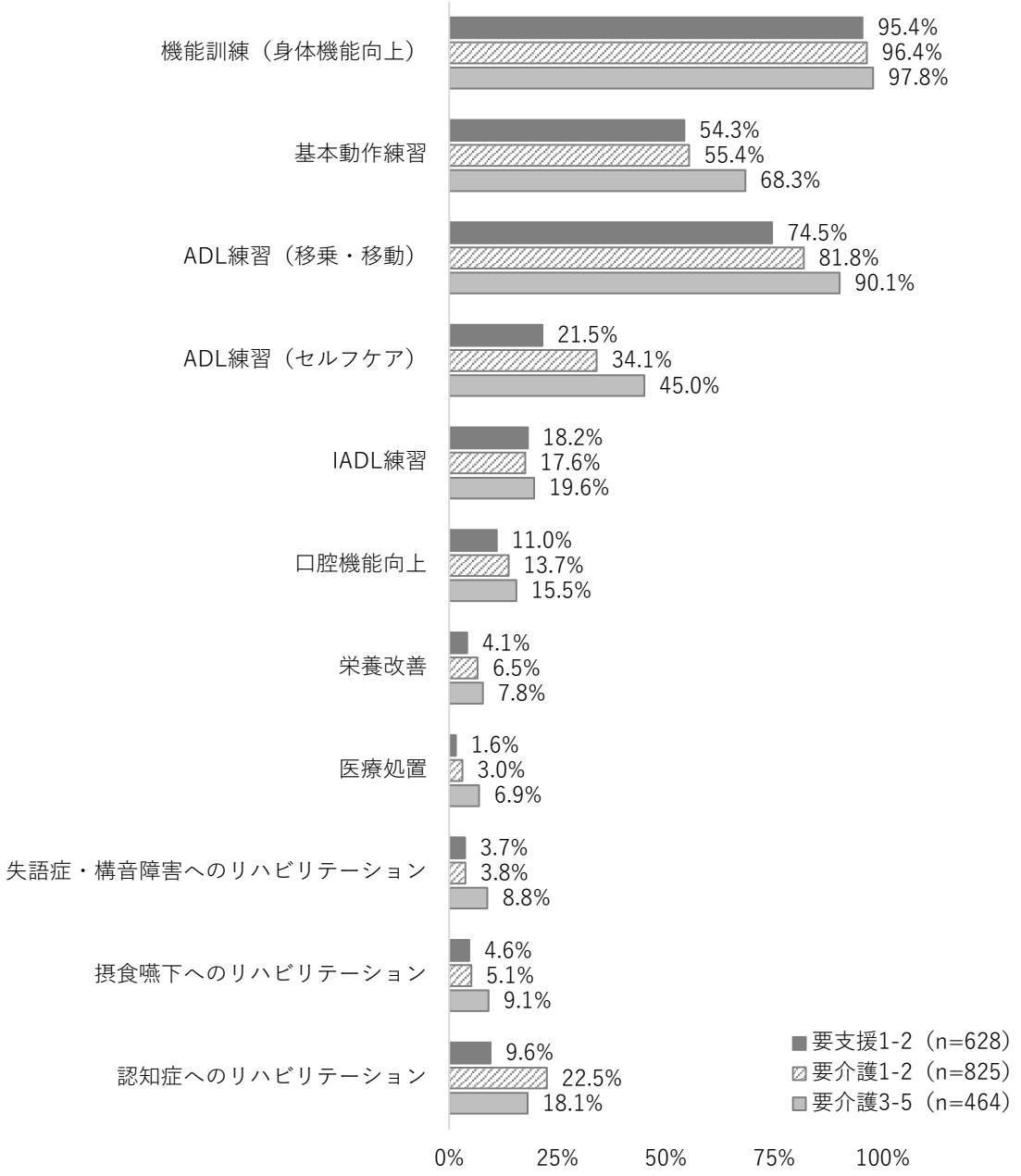


図 4-3-4　各種サービスの実施割合（介護度別）



各種サービスにおける口腔機能向上の主な実施者は、「介護福祉士」44.9%、「介護職員」39.5%、「看護職」35.2%であった（図 4-3-5）。また、栄養改善の主な実施者は、「管理栄養士」47.0%、「看護職」41.0%、「介護福祉士」34.2%、「介護職員」31.6%であった（図 4-3-6）。

図 4-3-5　口腔機能向上の実施者

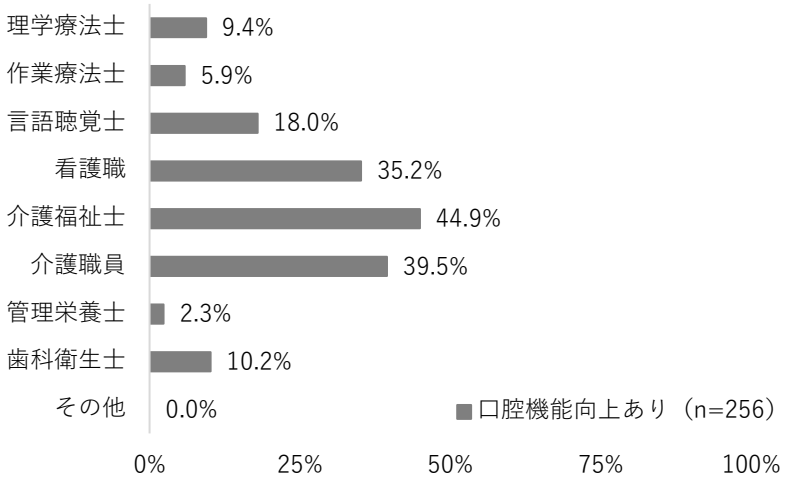
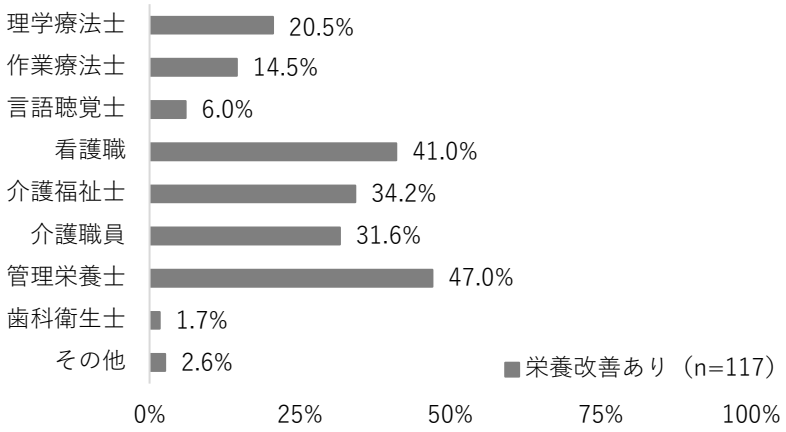


図 4-3-6　栄養改善の実施者



失語症・構音障害へのリハの主な実施者は、「言語聴覚士」47.4%、「介護福祉士」27.4%、「介護職員」26.3%であった（図 4-3-7）。同様に、摂食嚥下へのリハは、「介護福祉士」45.1%、「理学療法士」36.3%、「介護職員」31.9%であり、「言語聴覚士」は 29.2%であった（図 4-3-8）。また、認知症へのリハでは、「理学療法士」46.5%、「作業療法士」42.9%、「介護職員」42.0%、「介護福祉士」41.4%であった（図 4-3-9）。

図 4-3-7　失語症・構音障害へのリハビリテーションの実施者

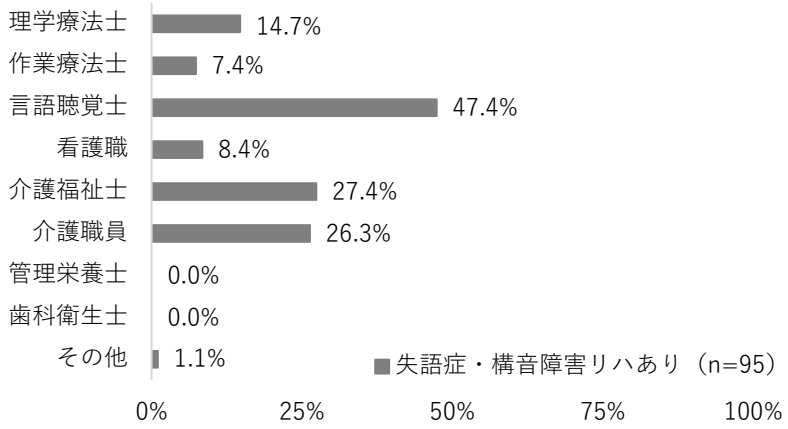


図 4-3-8　摂食嚥下へのリハビリテーションの実施者

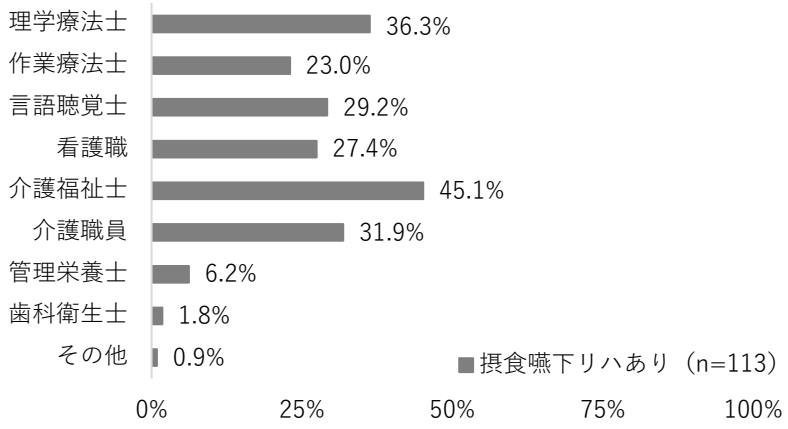
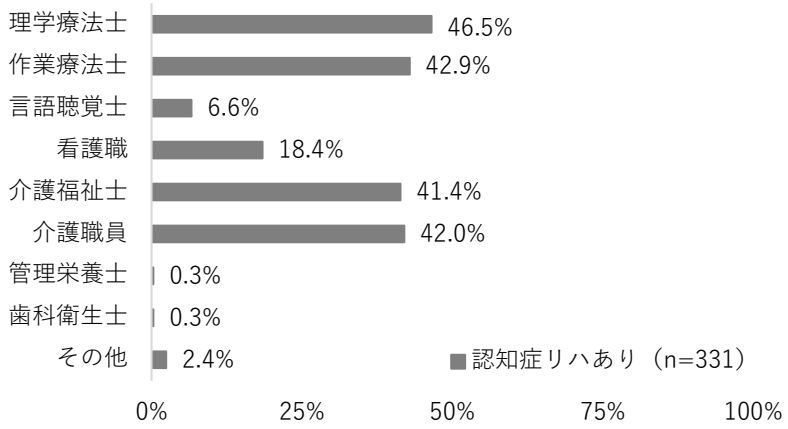
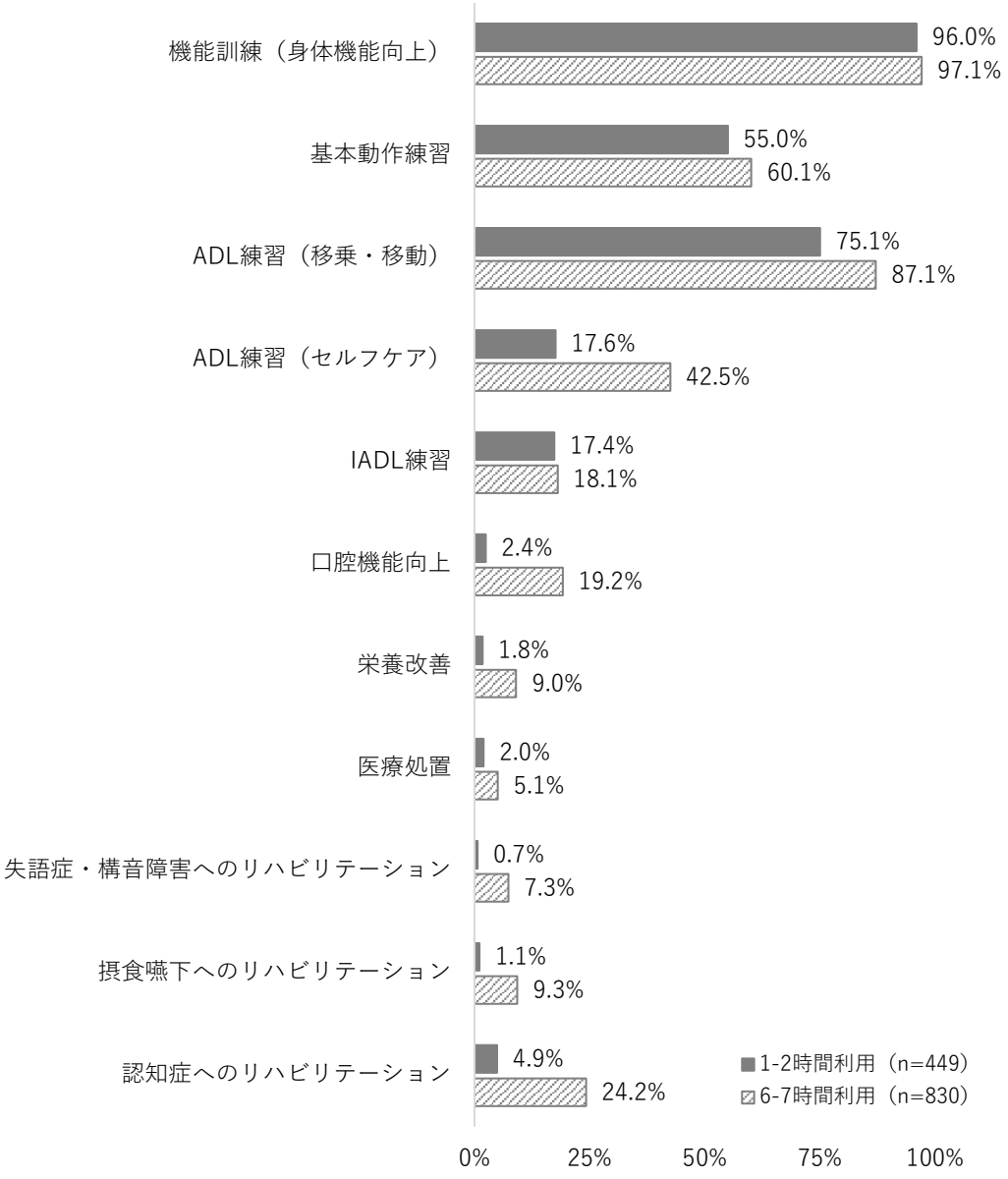


図 4-3-9　認知症へのリハビリテーションの実施者



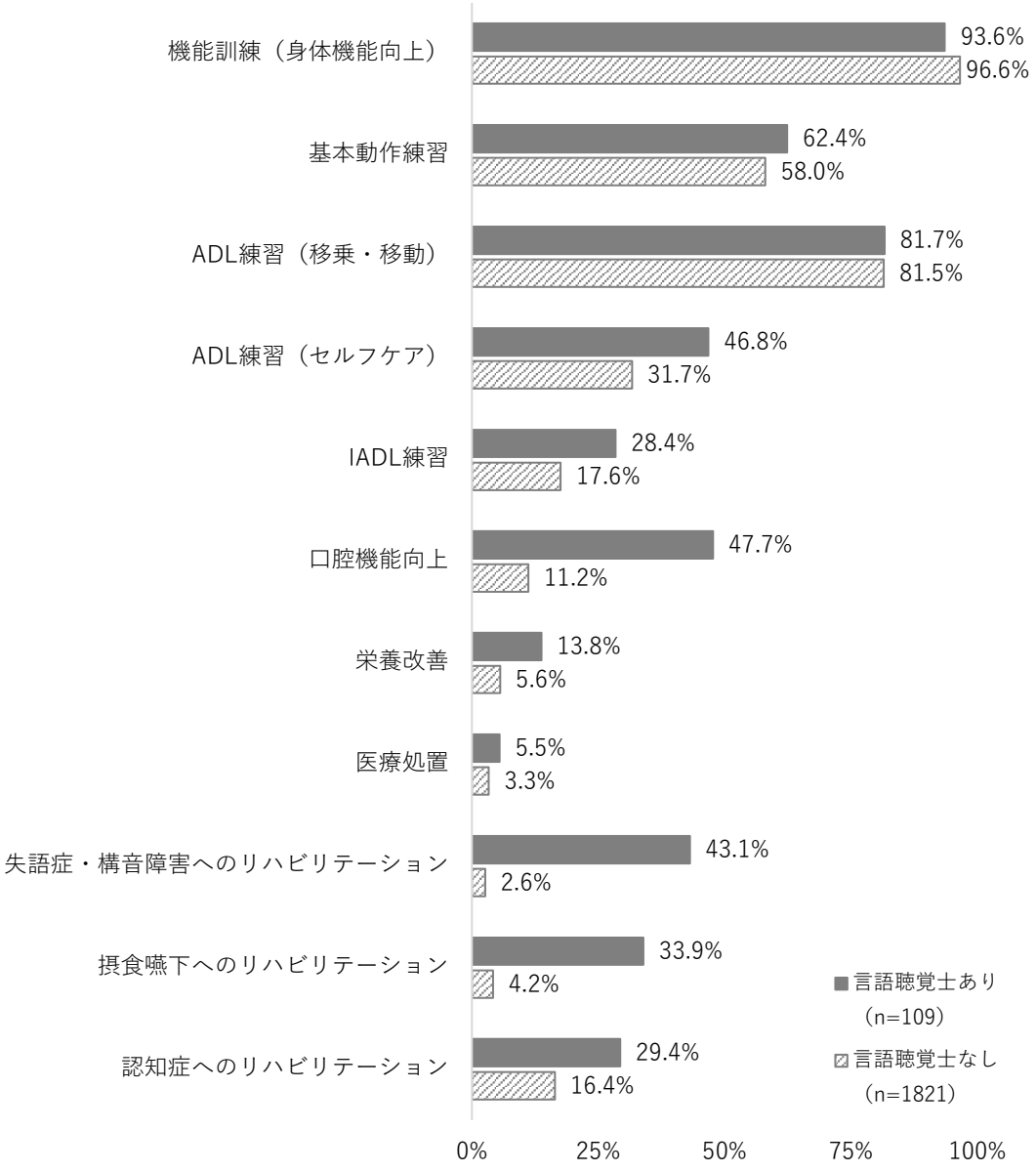
各種サービスの実施割合を利用時間別にみると、6-7 時間利用者において、「ADL 練習(セルフケア)」「認知症へのリハビリテーション」「口腔機能向上」「摂食嚥下へのリハビリテーション」「栄養改善」「失語症・構音障害へのリハビリテーション」への関わりが比較的高かった（図 4 -3-10)。

図 4-3-10　各種サービスの実施割合（利用時間別）



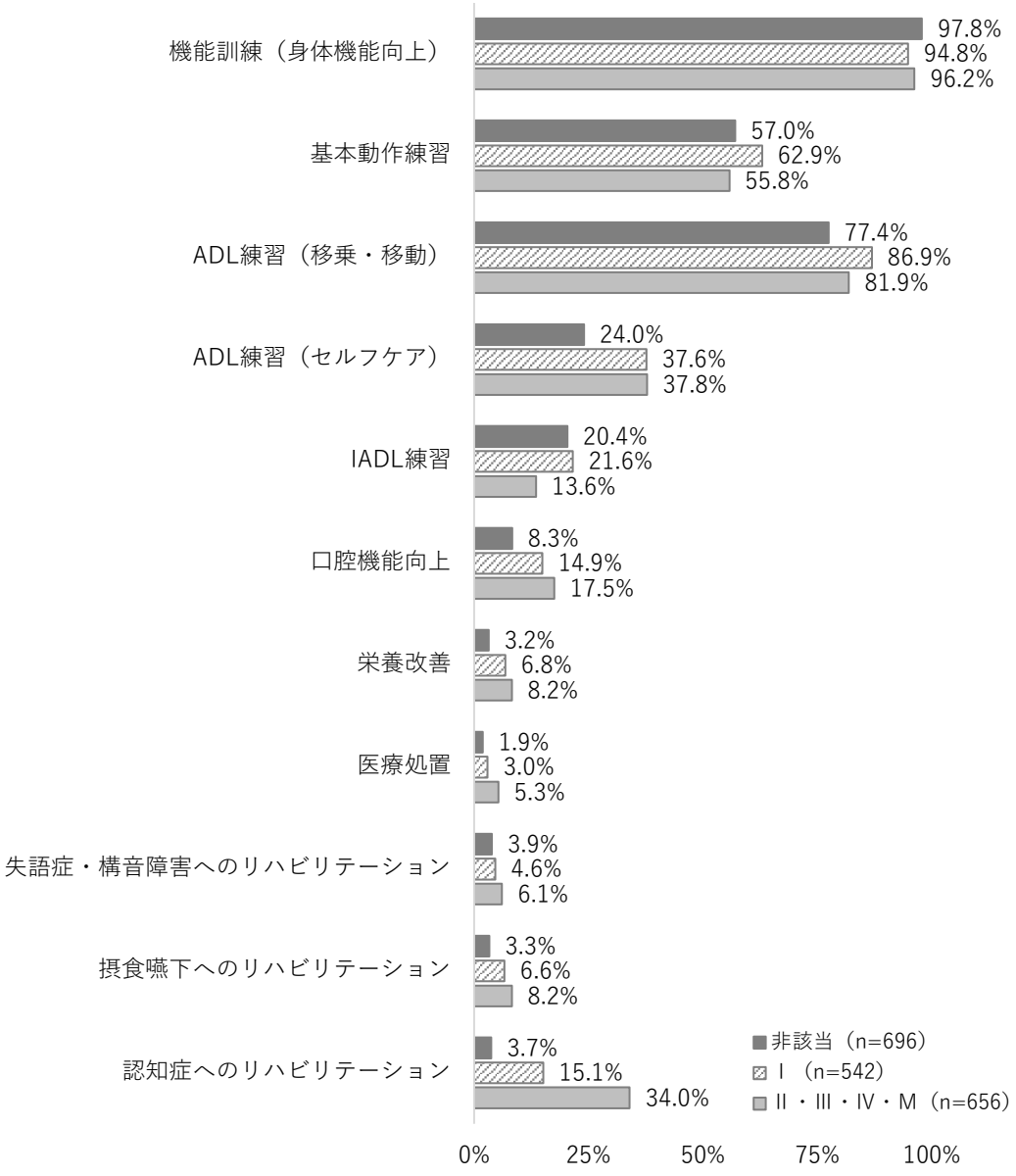
言語聴覚士の関わりがある利用者は、「口腔機能向上」「失語症・構音障害へのリハビリテーション」「摂食嚥下へのリハビリテーション」の実施割合が比較的高かった（図 4-3-11）。

図 4-3-11　各種サービスの実施割合（言語聴覚士の関わり有無別）



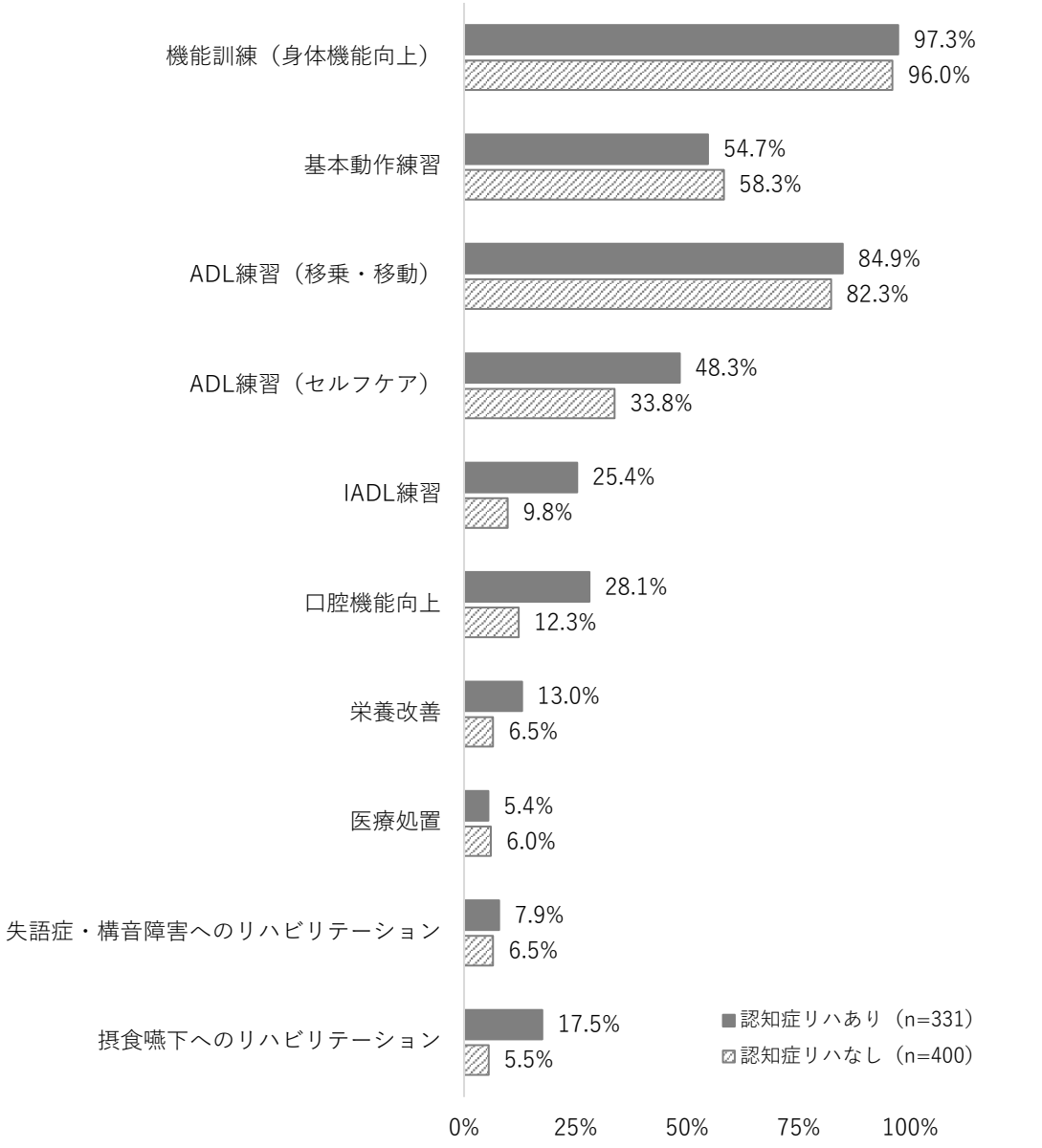
認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の利用者では、「認知症へのリハビリテーション」の割合が比較的高かったが、実施割合は 34.0%であった（図 4-3-12）。

図 4-3-12　各種サービスの実施割合（認知症高齢者の日常生活自立度別）



認知症リハを提供された利用者は、「ADL 練習(セルフケア)」「IADL 練習」「口腔機能向上」「摂食嚥下へのリハビリテーション」の実施割合が比較的高かった（図 4-3-13)。

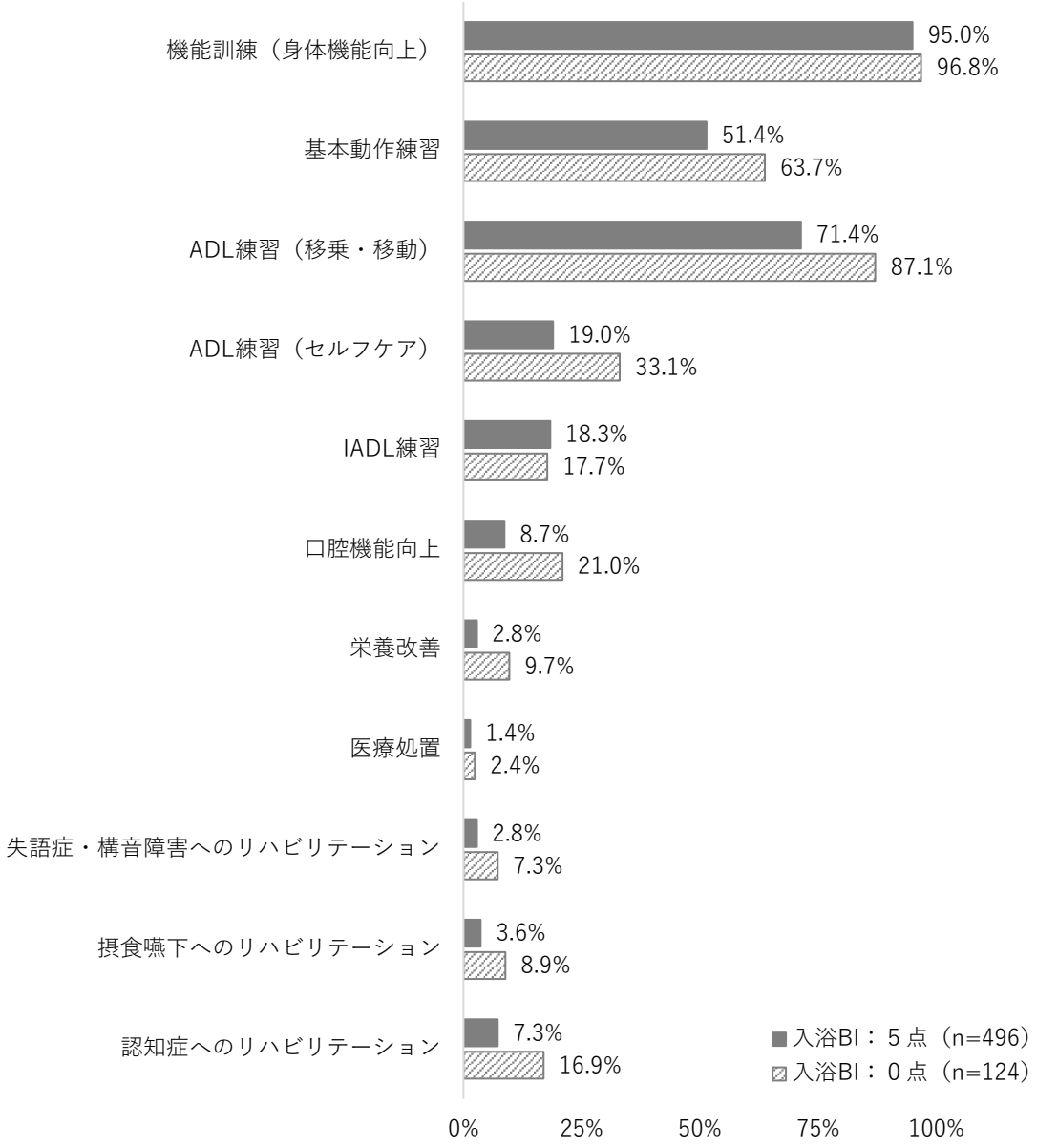
図 4-3-13　各種サービスの実施割合（認知症リハの提供有無別）



※ 認知症リハなしは、認知症高齢者の日常生活自立度：非該当・Ⅰを除く

各種サービスの実施割合において、要支援者のうち入浴 BI が 0 点だった利用者でも、「ADL 練習（セルフケア）」の実施割合が 33.1%と低かった（図 4-3-14）。

図 4-3-14　各種サービスの実施割合（要支援：入浴 BI 点数別）



新規利用者における各種取組の実施割合は、「運動・自主トレに関する助言」85.6%、「生活習慣に関する助言」62.8%、「環境整備に関する助言」54.5%の順に割合が高かったが、「補装具の評価・調整」14.4%、「併用サービスへの助言」13.5%、「利用者間のピアサポート」5.3%は低い値であった（図 4-3-15）。介護度別にみると要介護 3-5 にて、「福祉用具の評価・調整」「送迎時の居宅内介助」の実施割合が比較的高かった（図 4-3-16）。

利用時間別では 6-7 時間利用者において、「福祉用具の評価・調整」「送迎時の居宅内介助」「利用者間の交流促進(社会性の向上)」の実施割合が比較的高かった（図 4-3-17）。また、リハマネジメント加算の算定がある利用者では、「福祉用具の評価・調整」「生活習慣に関する助言」「環境整備に関する助言」「利用者間の交流促進(社会性の向上)」の割合が比較的高い傾向にあった（図 4-3-18）。

図 4-3-15　各種取組の実施割合

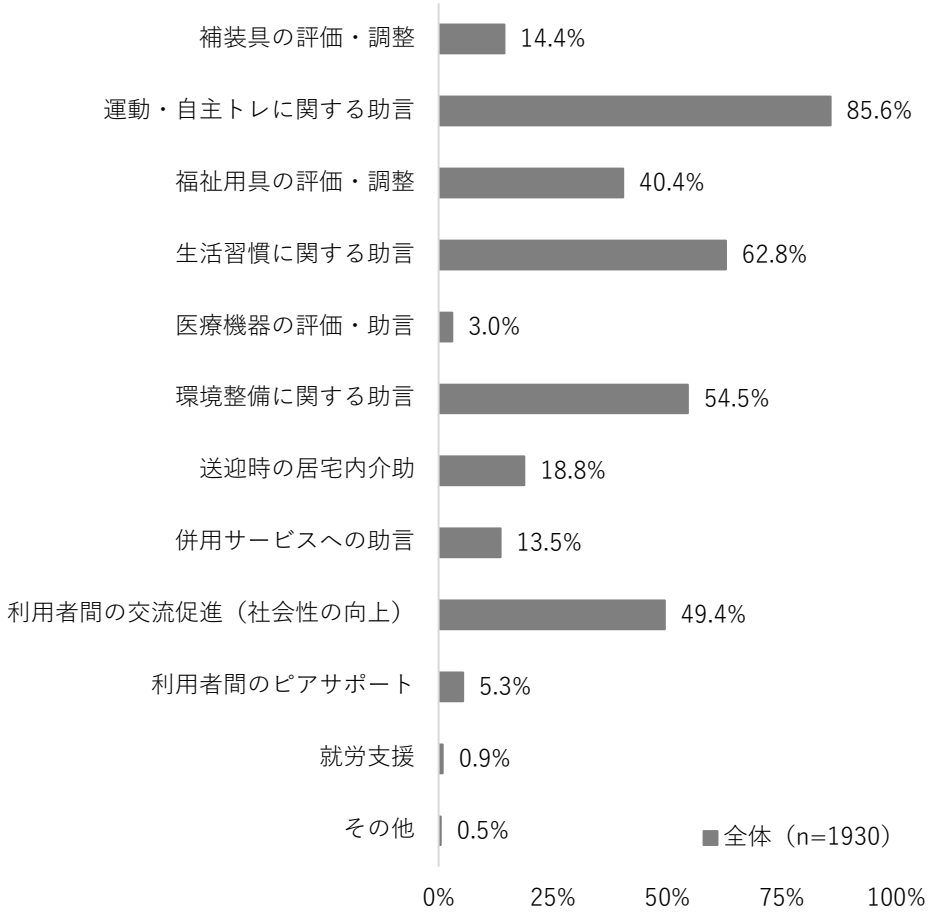


図 4-3-16　各種取組の実施割合（介護度別）

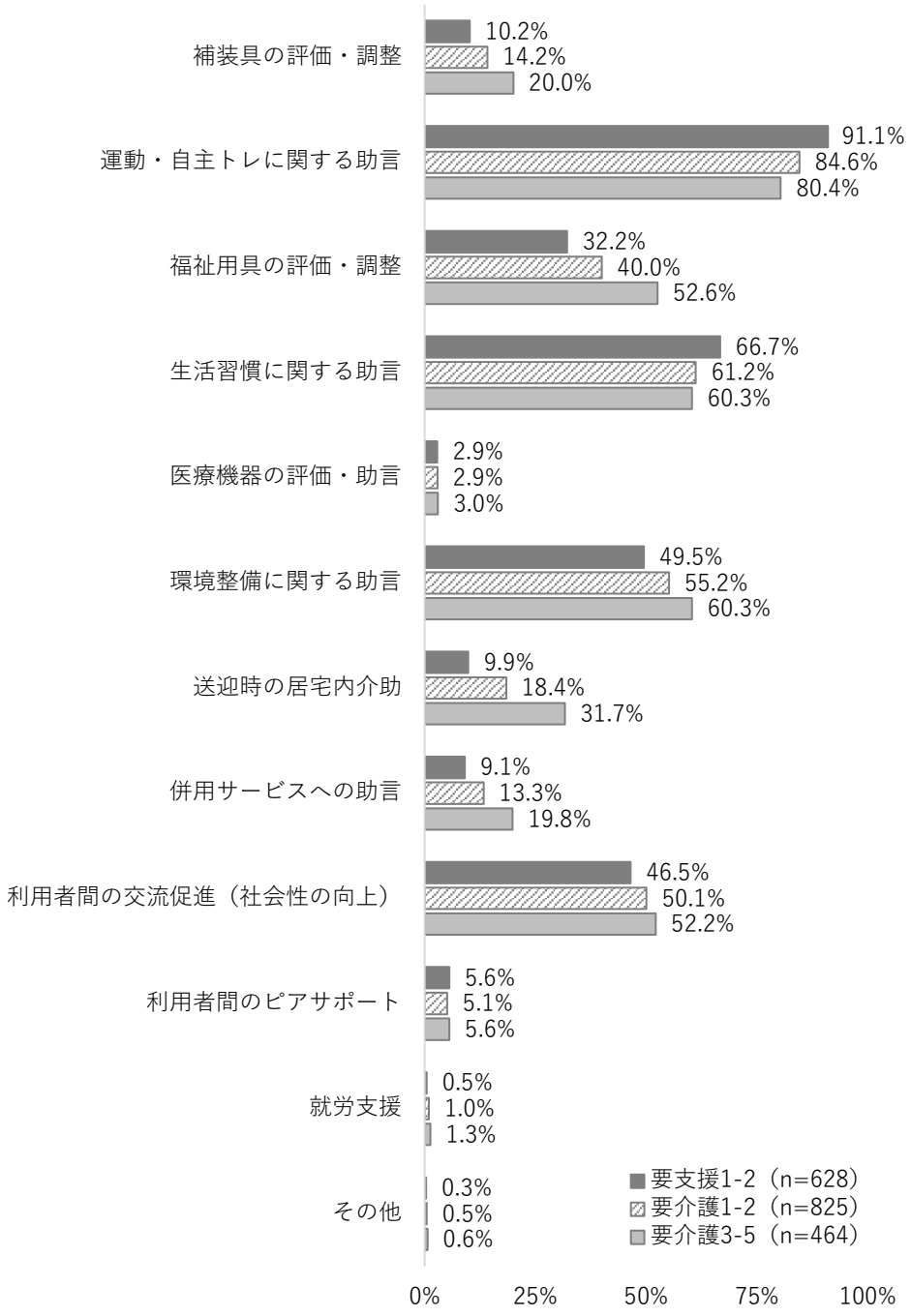


図 4-3-17　各種取組の実施割合（利用時間別）

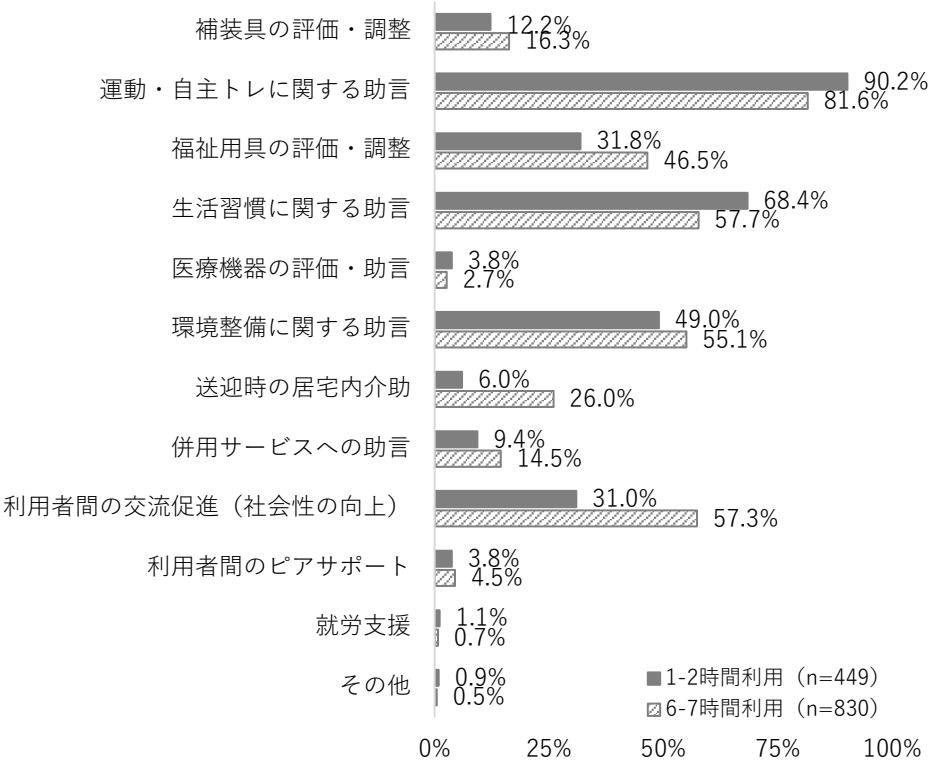
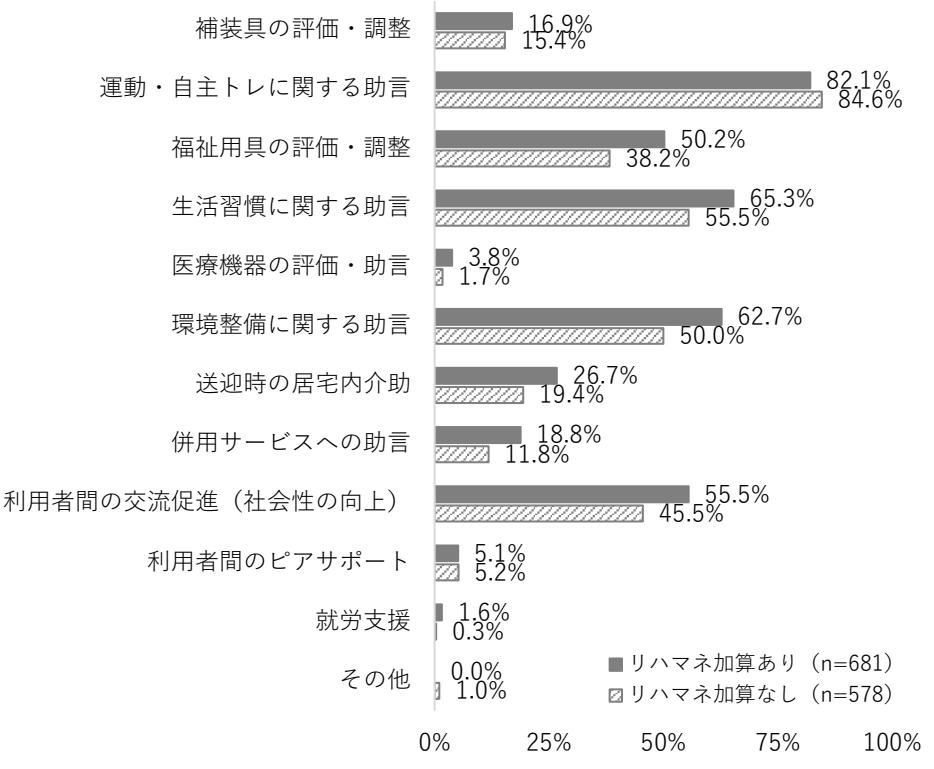


図 4-3-18　各種取組の実施割合（リハマネジメント加算の算定有無別）



各種取組の実施割合において認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の利用者および認知症リハを提供した利用者は、「利用者間の交流促進(社会性の向上)」の割合が比較的高かった（図 4-3-19、4-3-20)。

また、6 か月後の利用状況別にみると目標達成による修了・修了見込みの利用者は、「生活習慣に関する助言」の実施割合が比較的高い値であった（図 4-3-21)。

図 4-3-19　各種取組の実施割合（認知症高齢者の日常生活自立度別）

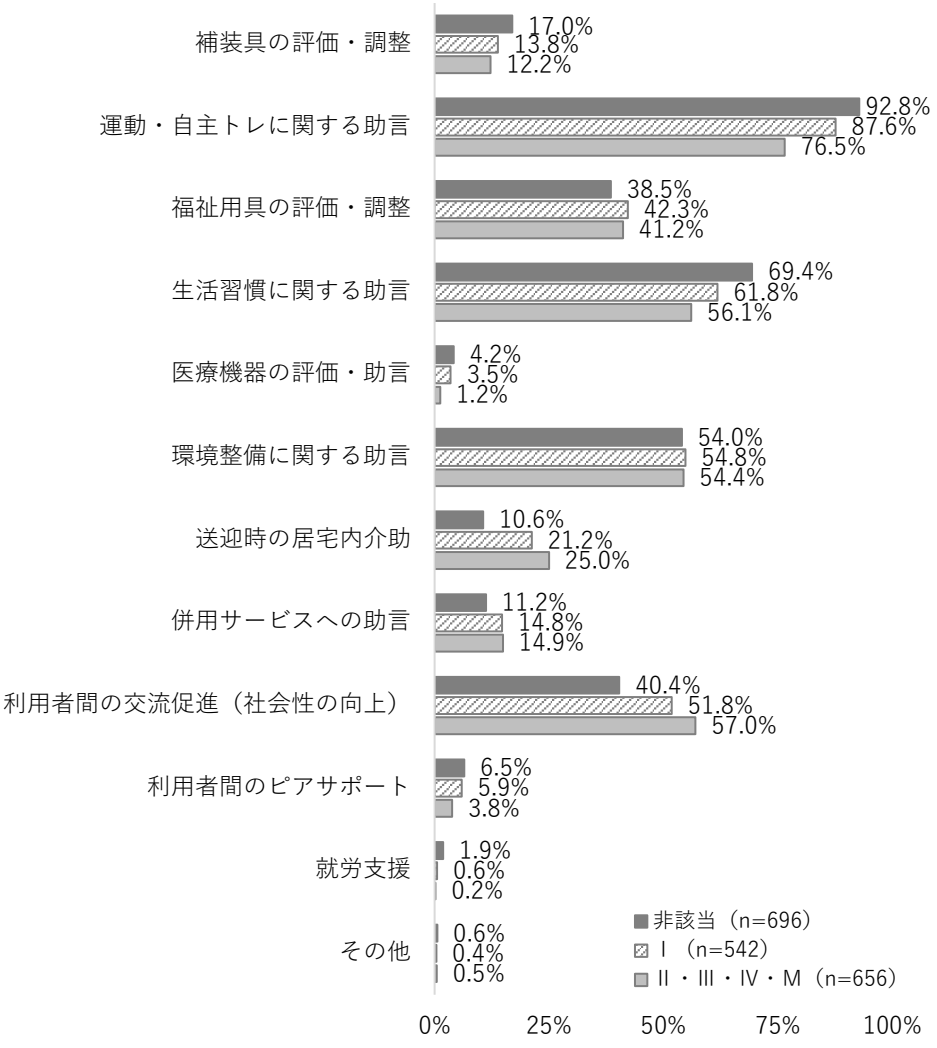
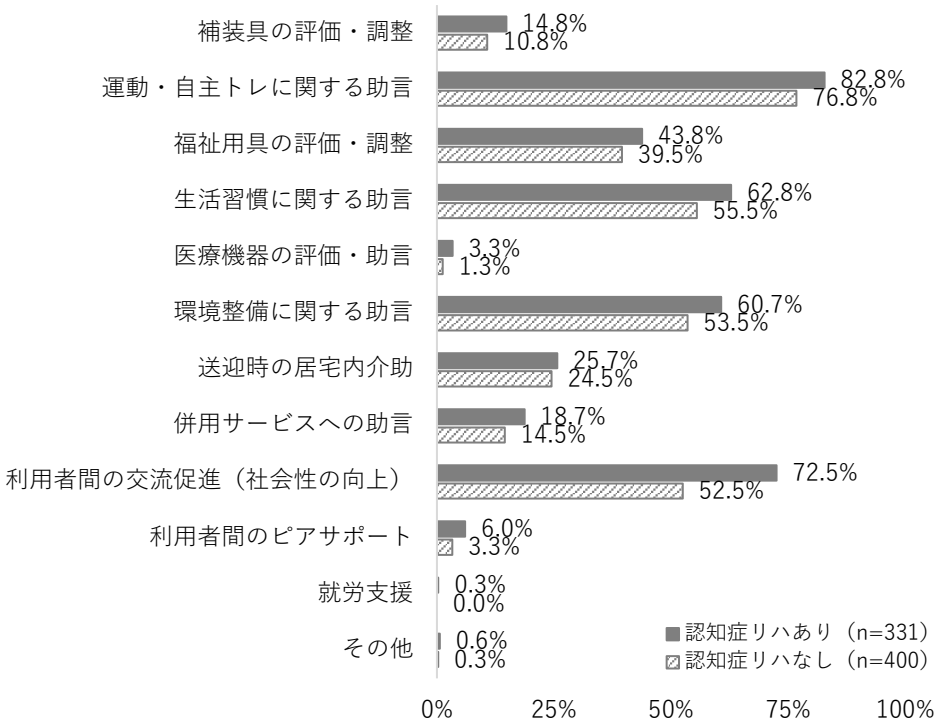
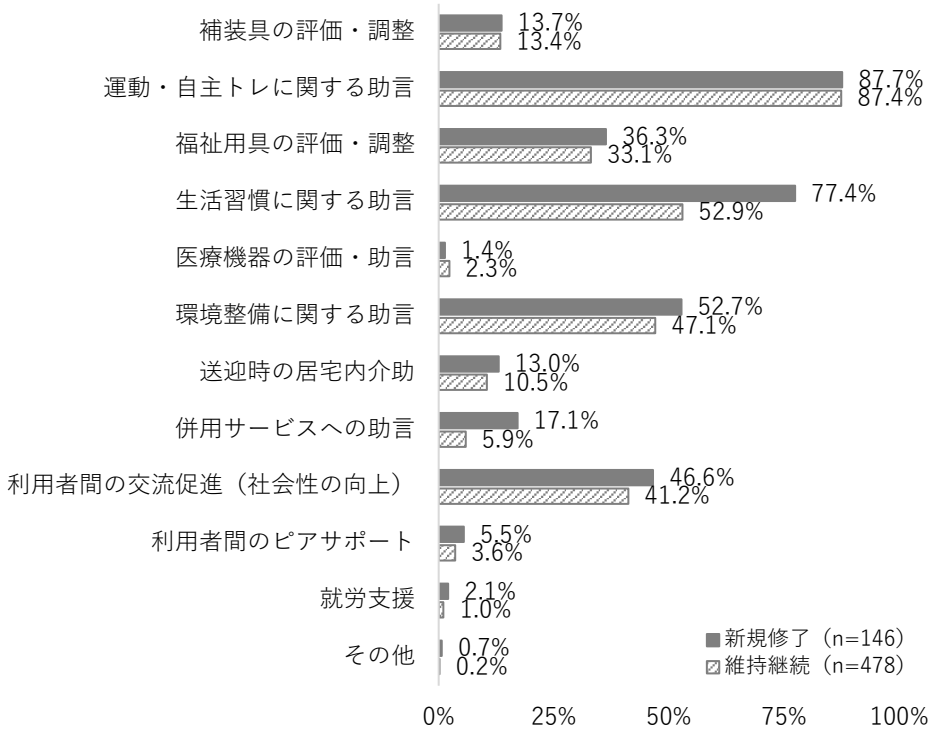


図 4-3-20　各種取組の実施割合（認知症リハの提供有無別）



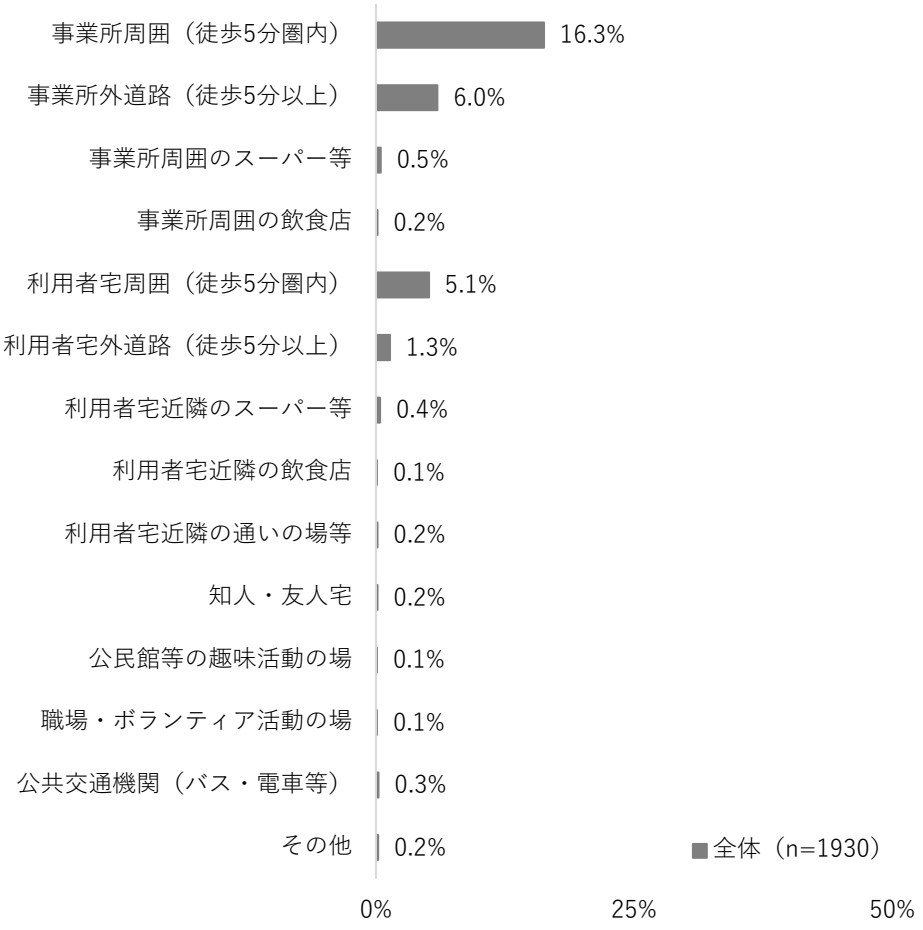
※ 認知症リハなしは、認知症高齢者の日常生活自立度：非該当・Ⅰを除く

図 4-3-21　各種取組の実施割合（6 ヶ月後の利用状況別）



事業所敷地外における評価・応用練習の実施割合は、「事業所周囲(徒歩 5 分圏内)」16.3%が最も高く、「事業所外道路(徒歩 5 分以上)」6.0%、「利用者宅周囲(徒歩 5 分圏内)」5.1%であった（図 4-3-22)。

図 4-3-22　事業所敷地外における評価・応用練習の実施割合



居宅訪問の実施ありの割合は、82.5%であった（図 4-3-23）。介護度別にみると、要介護 3-5 にて実施割合が高い傾向にあった（図 4-3-24）。また、居宅訪問の実施がある利用者における実施回数は、「1 回」が 76.2%と最も高かった（図 4-3-25）。

図 4-3-23　居宅訪問の実施状況

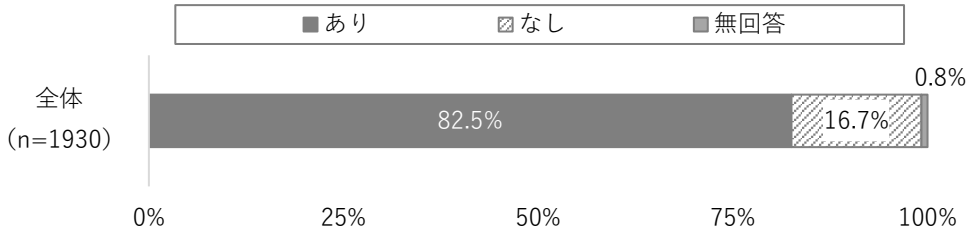


図 4-3-24　居宅訪問の実施状況（介護度別）

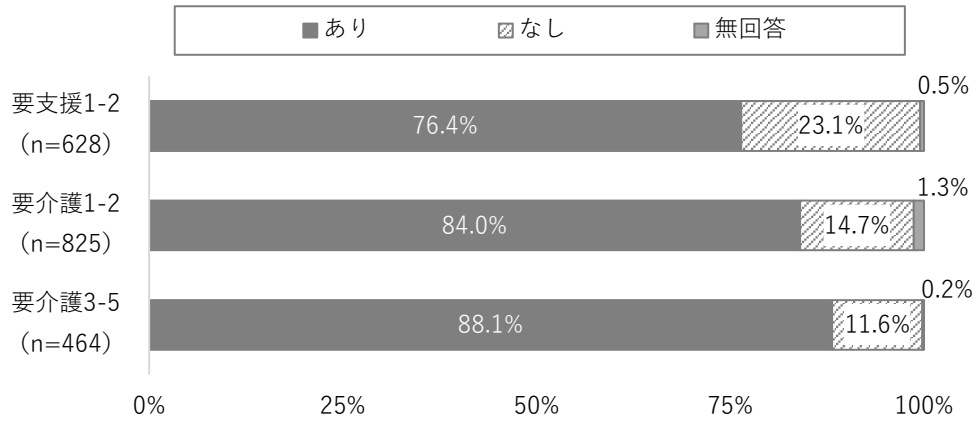
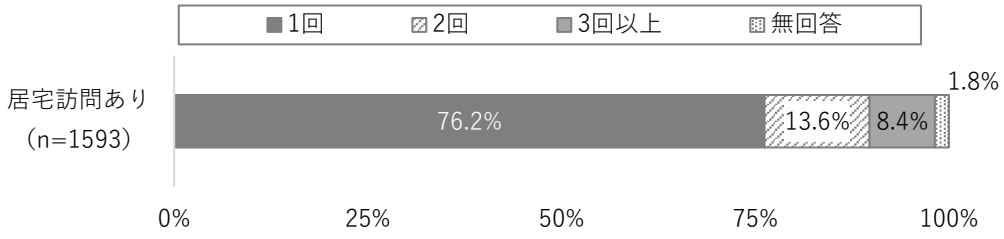


図 4-3-25　居宅訪問の実施回数



居宅訪問時のアセスメント内容は、「住環境評価(家屋・居室等)」が 87.6%と最も高く、続いて「ADL 評価」61.2%、「基本動作の評価」59.9%、「1 日の過ごし方」57.1%、「家族の希望」54.6%であり、「生活環境評価(屋外・地域)」37.7%、「IADL 評価」28.2%は低値であった（図 4-3-26)。

介護度別にみると要支援 1-2 は要介護と比較して、「IADL 評価」の割合が比較的高かったが、実施割合は 32.3%であった。また、要介護 3-5 では「家族の介助方法の評価・助言」の割合が比較的高かったが、実施割合は 33.7%であった（図 4-3-27)。認知症リハを提供した利用者は、「IADL 評価」「生活環境評価(屋外・地域)」の割合が比較的高かった（図 4-3-28)。

図 4-3-26　居宅訪問時のアセスメント内容

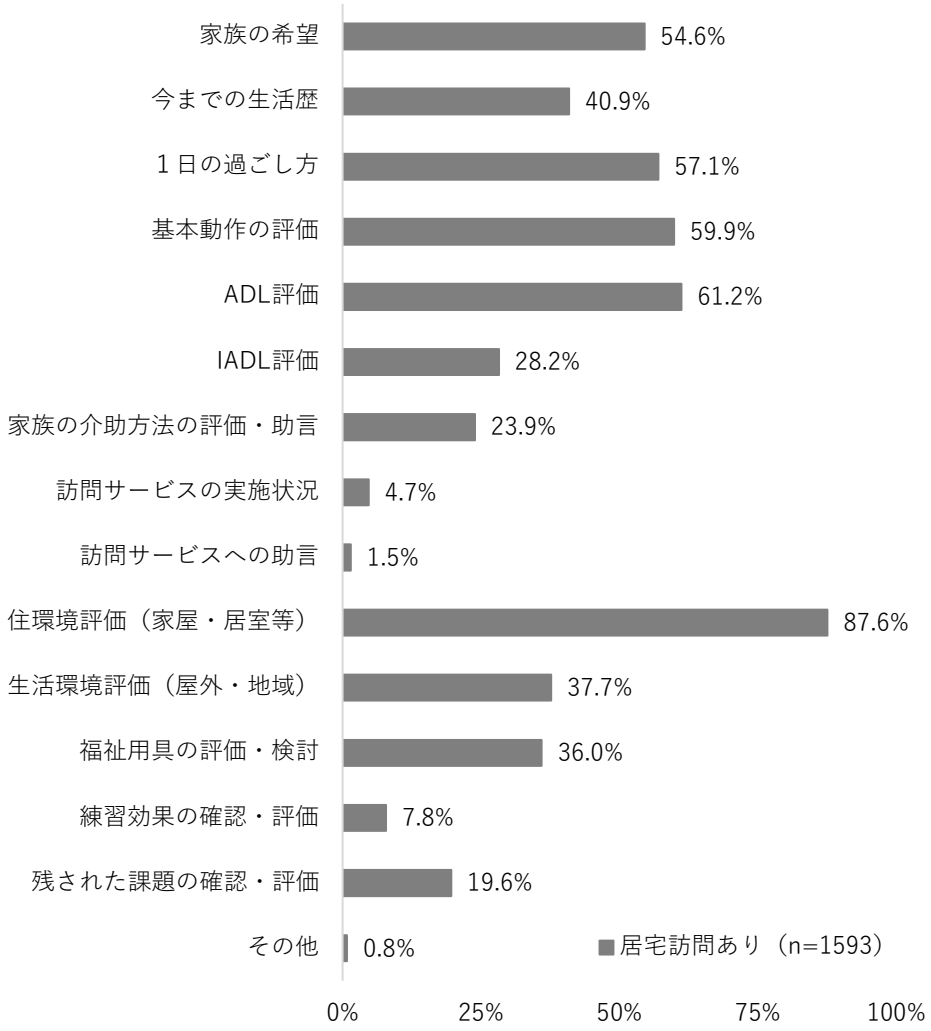


図 4-3-27　居宅訪問時のアセスメント内容（介護度別）

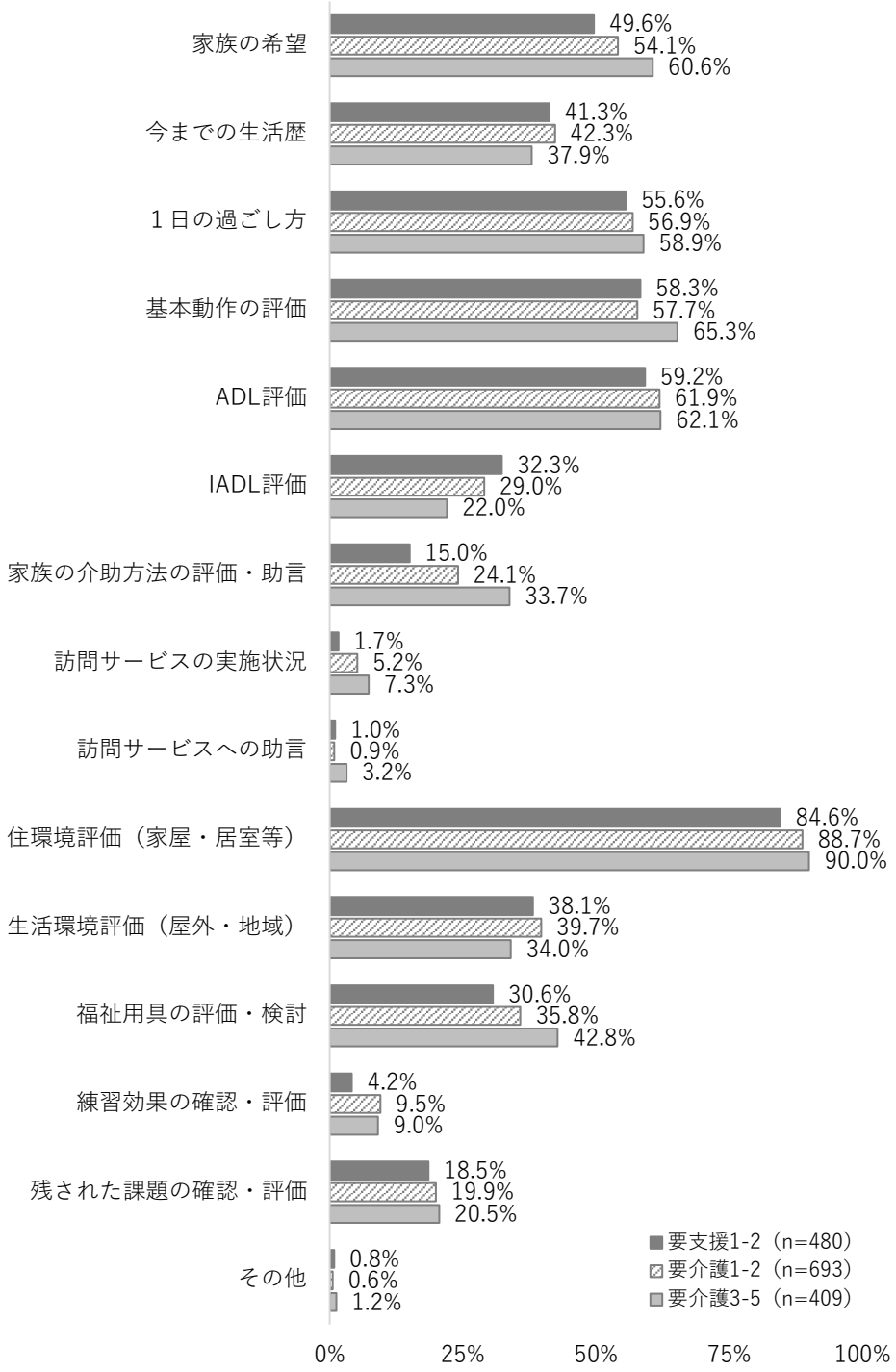
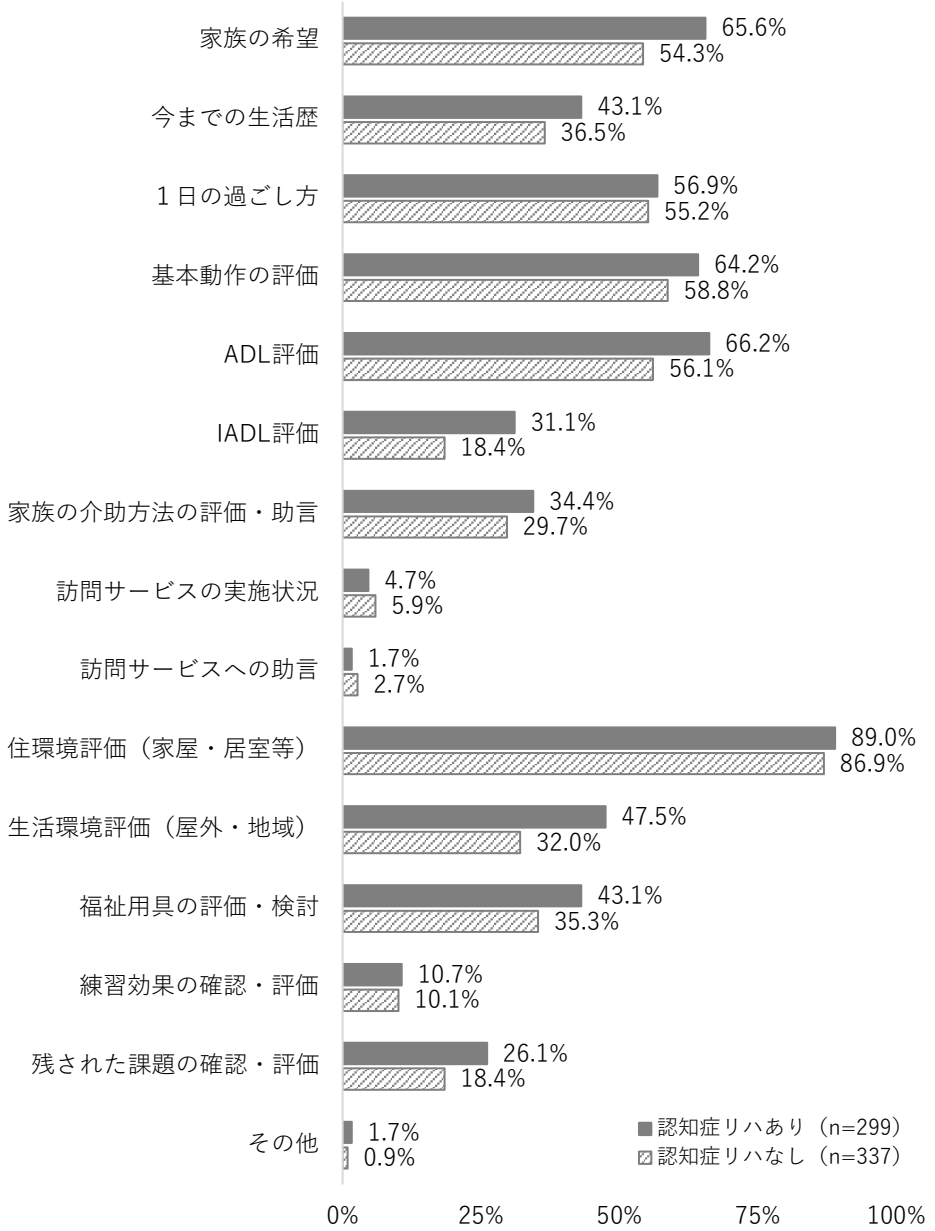


図 4-3-28　居宅訪問時のアセスメント内容（認知症リハの提供有無別）



※ 認知症リハなしは、認知症高齢者の日常生活自立度：非該当・Ⅰを除く

４．利用６ヶ月後の状況

新規利用者において利用開始から６ヶ月後に ADL が「向上」した割合は 25.9%であり、要支援 1-2 にて 16.2%、要介護 1-2 にて 25.5%、要介護 3-5 にて 39.3%であった（図 4-4-1）。また、「向上」した項目は、要支援 1-2 にて「階段昇降」「平地歩行」の割合が、要介護 3-5 にて「平地歩行」「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」「階段昇降」「更衣」「整容」の割合が高かった（表 4-4-1）。

リハマネジメント加算の算定有無別では関連性を認めなかったが、算定がある利用者にて「向上」の割合が高い傾向にあった（図 4-4-2）。他方、利用時間別および 6 か月後の利用状況別にみると関連性を認め、6-7 時間利用者および目標達成による修了・修了見込みの利用者にて「向上」の割合が高かった（図 4-4-3、4-4-4）。

図 4-4-1　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（介護度別）

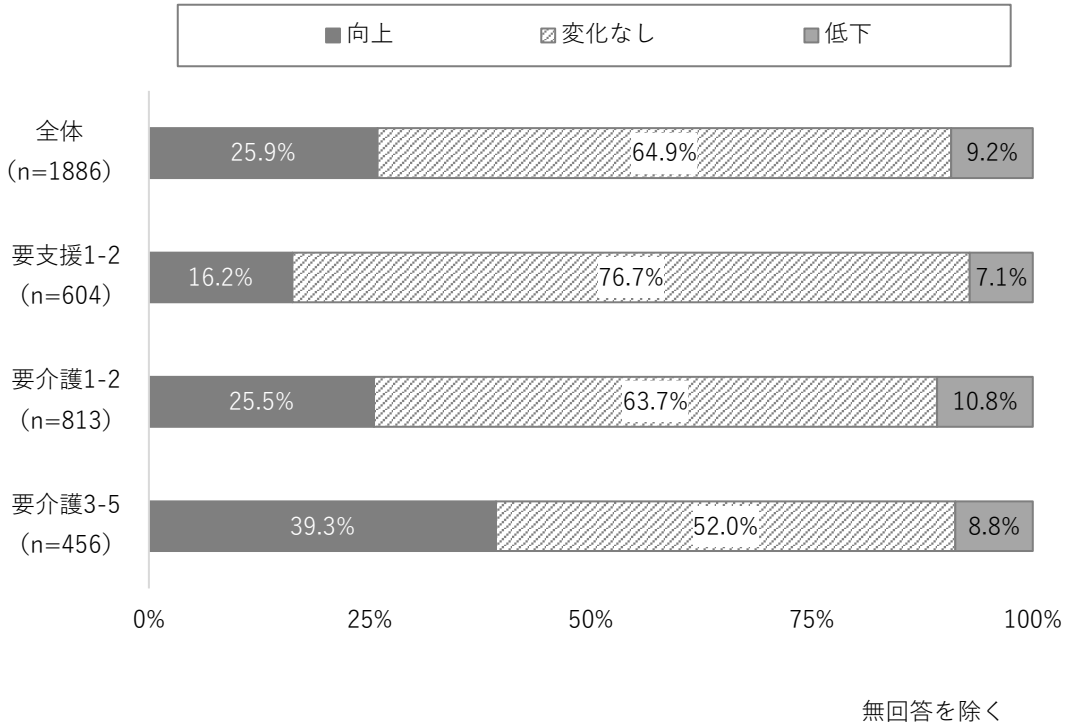
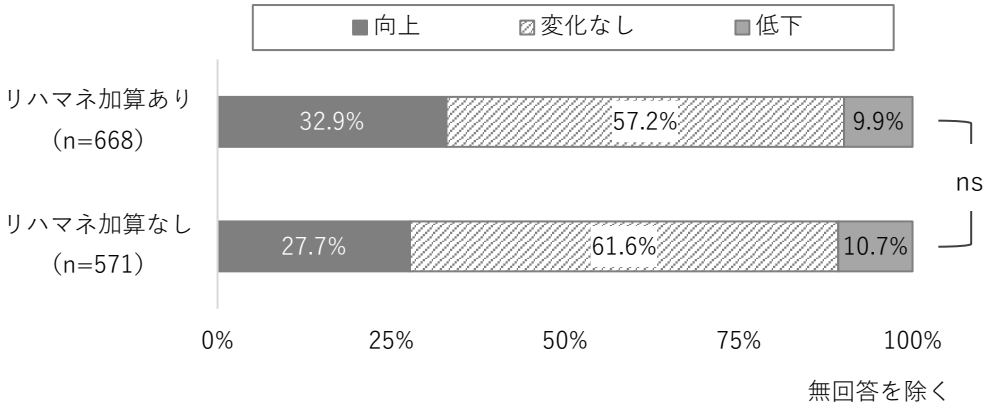


表 4-4-1　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化項目（介護度別）

No.	カテゴリー名		n	向上	維持	低下
1	食事	要支援1-2	605	0.7%	99.0%	0.3%
		要介護1-2	815	1.5%	97.4%	1.1%
		要介護3-5	457	3.5%	94.5%	2.0%
2	イスとベッド間の移乗	要支援1-2	605	2.1%	95.4%	2.5%
		要介護1-2	815	6.9%	90.4%	2.7%
		要介護3-5	458	16.2%	79.9%	3.9%
3	整容	要支援1-2	604	0.7%	98.2%	1.2%
		要介護1-2	815	2.8%	95.5%	1.7%
		要介護3-5	457	7.0%	91.9%	1.1%
4	トイレ動作	要支援1-2	605	1.0%	97.9%	1.2%
		要介護1-2	815	4.8%	92.5%	2.7%
		要介護3-5	457	12.7%	84.2%	3.1%
5	入浴	要支援1-2	605	3.8%	94.2%	2.0%
		要介護1-2	815	6.6%	90.4%	2.9%
		要介護3-5	458	5.7%	93.4%	0.9%
6	平地歩行	要支援1-2	604	6.1%	90.9%	3.0%
		要介護1-2	813	10.3%	85.4%	4.3%
		要介護3-5	458	17.9%	79.3%	2.8%
7	階段昇降	要支援1-2	604	7.5%	88.7%	3.8%
		要介護1-2	814	11.7%	85.0%	3.3%
		要介護3-5	458	12.7%	84.7%	2.6%
8	更衣	要支援1-2	604	2.3%	96.0%	1.7%
		要介護1-2	813	5.3%	92.1%	2.6%
		要介護3-5	456	8.8%	88.8%	2.4%
9	排便コントロール	要支援1-2	604	0.7%	98.7%	0.7%
		要介護1-2	814	2.3%	95.8%	1.8%
		要介護3-5	457	6.1%	92.6%	1.3%
10	排尿コントロール	要支援1-2	604	1.3%	97.8%	0.8%
		要介護1-2	814	3.1%	94.7%	2.2%
		要介護3-5	457	5.7%	92.6%	1.8%

無回答を除く

図 4-4-2　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（リハマネジメント加算の算定有無別）



無回答を除く

図 4-4-3　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（利用時間別）

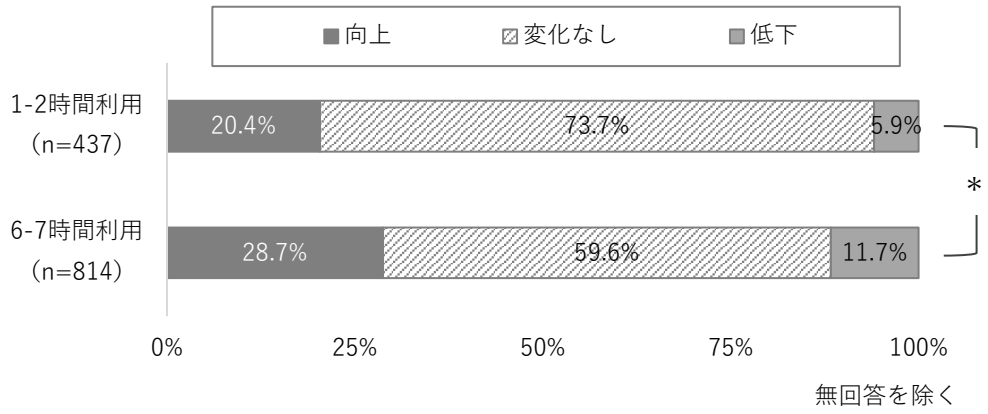
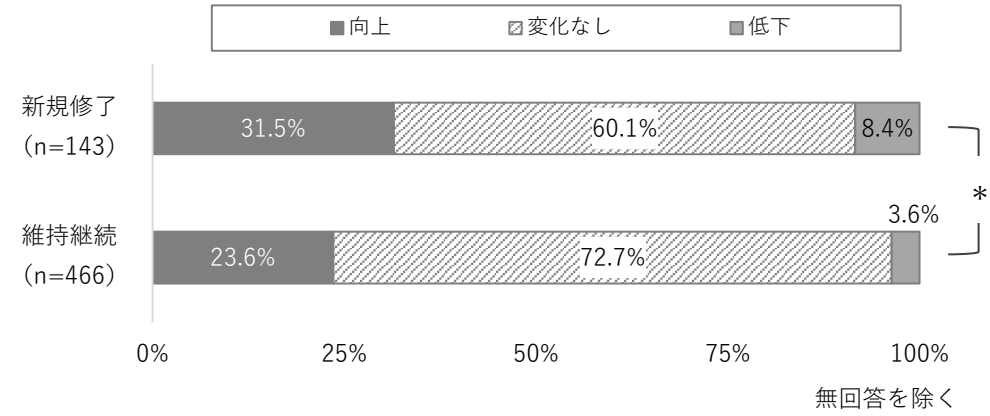
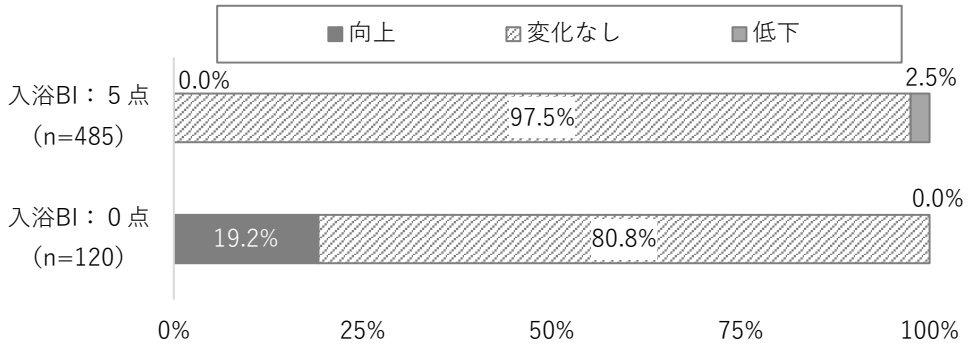


図 4-4-4　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（6 ヶ月後の利用状況別）



要支援者のうち入浴 BI が 0 点だった利用者にて、ADL の入浴が「向上」した割合は、19.2%であった（図 4-4-5）。

図 4-4-5　6 ヶ月後のＡＤＬ（入浴）の変化（要支援：入浴 BI 点数別）



6ヶ月後にIADLが「向上」した割合は38.4%であり、要支援1-2にて36.6%、要介護1-2にて38.7%、要介護3-5にて40.4%であった（図4-4-6）。「向上」した項目は、「外出」「屋外歩行」「買物」「趣味」の割合が高く、介護度による差はみられなかった（表4-4-2）。

図4-4-6　6ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（介護度別）

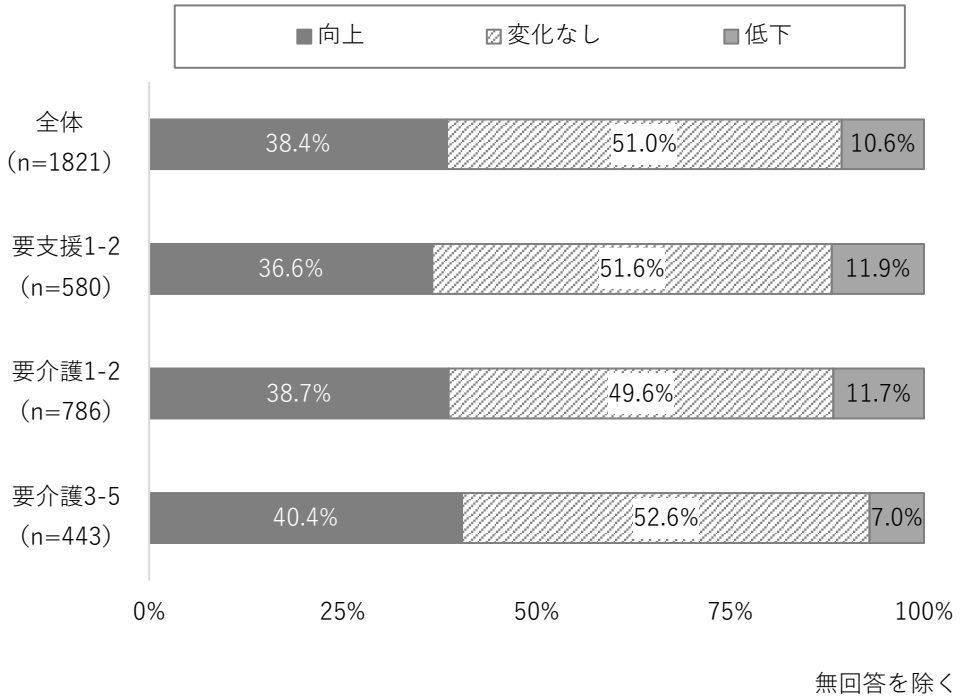


表 4-4-2　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化項目（介護度別）

No.	カテゴリー名		n	向上	維持	低下
1	食事の用意	要支援1-2	583	6.2%	92.5%	1.4%
		要介護1-2	792	8.2%	89.5%	2.3%
		要介護3-5	446	7.0%	92.4%	0.7%
2	食事の片付け	要支援1-2	583	7.9%	89.9%	2.2%
		要介護1-2	792	9.7%	87.8%	2.5%
		要介護3-5	446	9.6%	89.2%	1.1%
3	洗濯	要支援1-2	583	6.0%	90.6%	3.4%
		要介護1-2	791	8.2%	90.0%	1.8%
		要介護3-5	446	7.4%	92.4%	0.0%
4	掃除や整頓	要支援1-2	583	8.7%	87.0%	4.3%
		要介護1-2	790	10.8%	86.7%	2.5%
		要介護3-5	446	11.0%	87.7%	1.3%
5	力仕事	要支援1-2	582	5.0%	92.3%	2.7%
		要介護1-2	791	3.2%	94.8%	2.0%
		要介護3-5	446	0.7%	98.7%	0.7%
6	買物	要支援1-2	583	11.1%	82.7%	6.2%
		要介護1-2	792	13.5%	82.8%	3.7%
		要介護3-5	446	10.5%	88.3%	1.1%
7	外出	要支援1-2	583	17.2%	77.7%	5.1%
		要介護1-2	792	19.1%	76.8%	4.2%
		要介護3-5	446	20.2%	75.3%	4.5%
8	屋外歩行	要支援1-2	582	16.2%	79.0%	4.8%
		要介護1-2	792	19.8%	75.5%	4.7%
		要介護3-5	446	19.3%	76.0%	4.7%
9	趣味	要支援1-2	581	11.5%	83.0%	5.5%
		要介護1-2	790	11.8%	83.7%	4.6%
		要介護3-5	446	10.5%	87.4%	2.0%
10	交通手段の利用	要支援1-2	582	7.9%	88.7%	3.4%
		要介護1-2	791	4.4%	93.8%	1.8%
		要介護3-5	446	3.8%	95.3%	0.9%
11	旅行	要支援1-2	582	2.2%	96.4%	1.4%
		要介護1-2	790	2.0%	96.8%	1.1%
		要介護3-5	446	1.6%	98.4%	0.0%
12	庭仕事	要支援1-2	582	9.8%	87.3%	2.9%
		要介護1-2	790	8.7%	88.9%	2.4%
		要介護3-5	446	5.4%	93.7%	0.9%
13	家や車の手入れ	要支援1-2	581	3.6%	94.5%	1.9%
		要介護1-2	790	2.0%	97.1%	0.9%
		要介護3-5	446	0.4%	98.9%	0.7%
14	読書	要支援1-2	582	5.3%	91.1%	3.6%
		要介護1-2	790	5.6%	91.6%	2.8%
		要介護3-5	446	7.0%	91.0%	2.0%
15	仕事	要支援1-2	581	2.2%	96.9%	0.9%
		要介護1-2	790	1.3%	98.1%	0.6%
		要介護3-5	446	1.1%	98.9%	0.0%

無回答を除く

6ヶ月後のIADLの変化について、リハマネジメント加算の算定有無別では関連性を認めなかったが、リハマネジメント加算の算定がある利用者において「向上」の割合が高い傾向にあった（図4-4-7）。また、利用時間別においても関連性を認めなかった（図4-4-8）。

他方、6ヶ月後の利用状況別、居宅訪問回数別、屋外評価有無別において、それぞれ関連性を認め、目標達成による修了・修了見込みの利用者、居宅訪問が2回以上の利用者、事業所敷地外での評価・応用練習の実施がある利用者において、IADLが「向上」した割合が高かった（図4-4-9、4-4-10、4-4-11）。

図4-4-7　6ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（リハマネジメント加算の算定有無別）

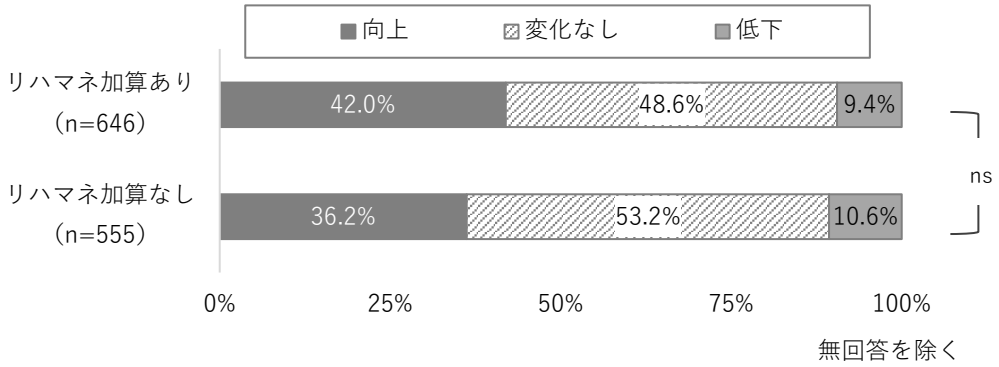


図4-4-8　6ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（利用時間別）

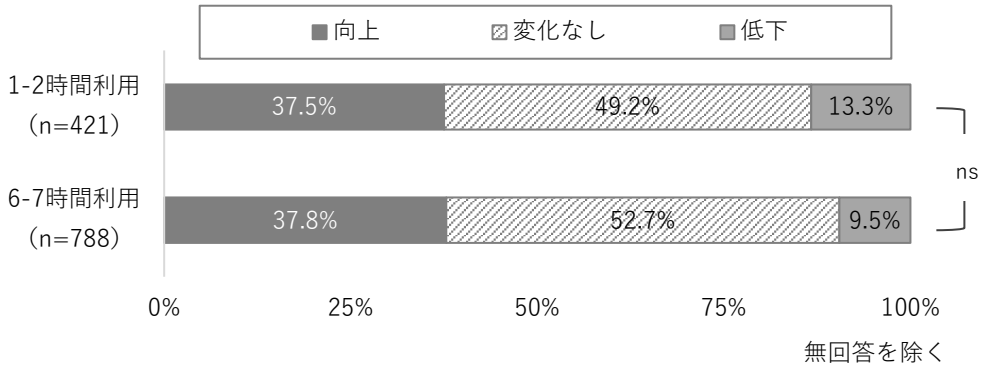


図 4-4-9　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（6 ヶ月後の利用状況別）

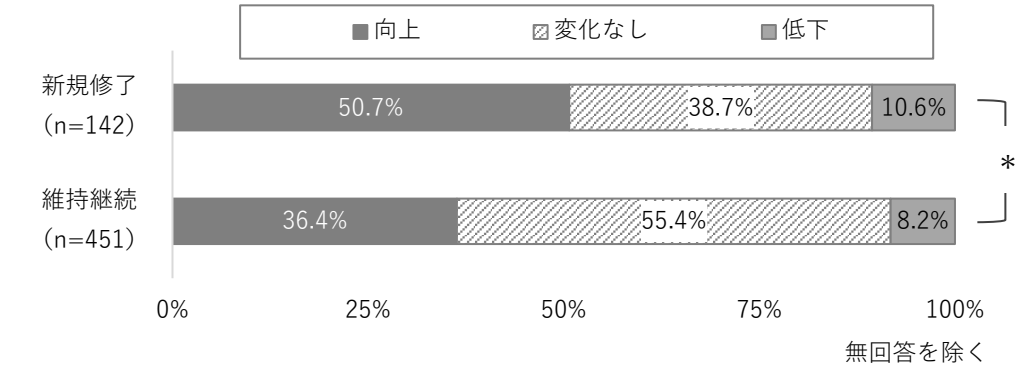


図 4-4-10　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（居宅訪問回数別）

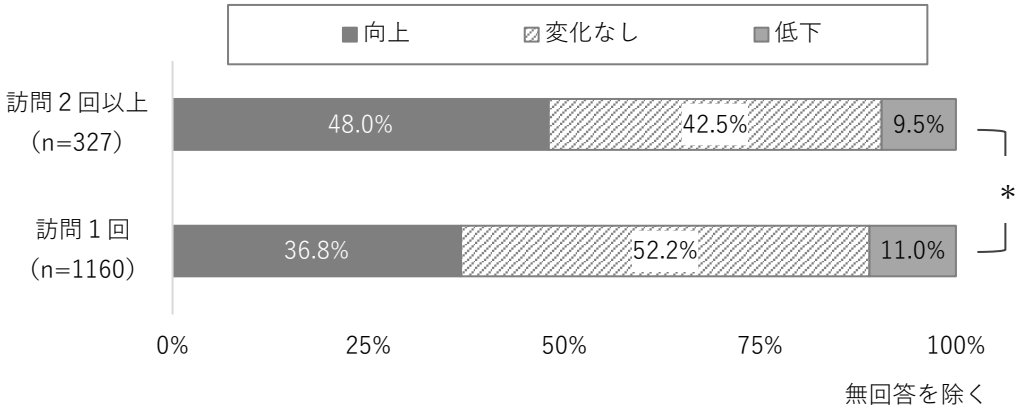
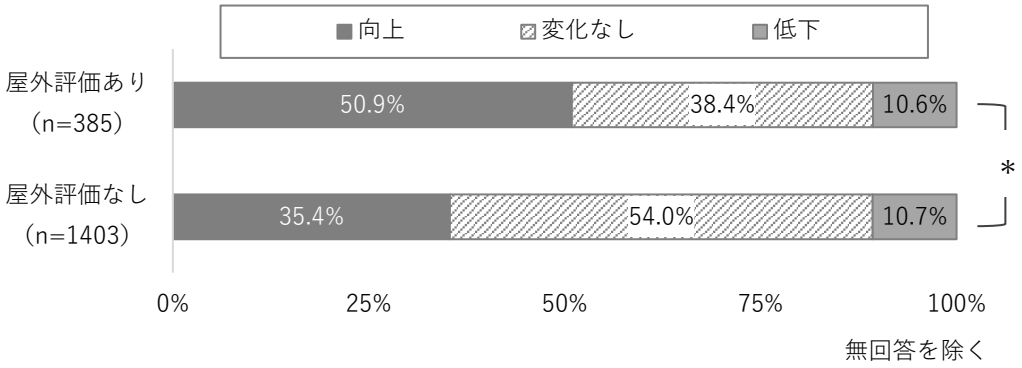
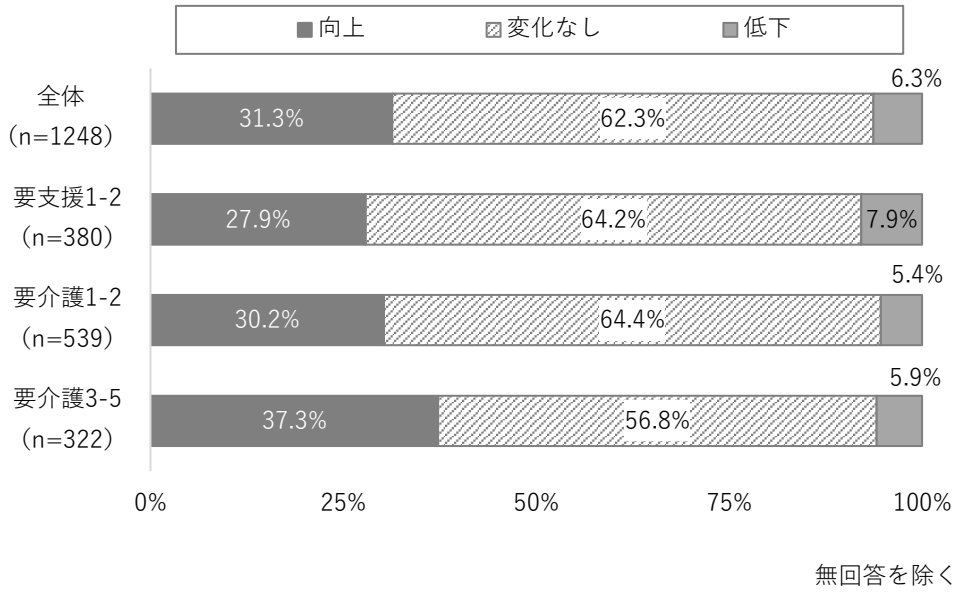


図 4-4-11　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（屋外評価有無別）



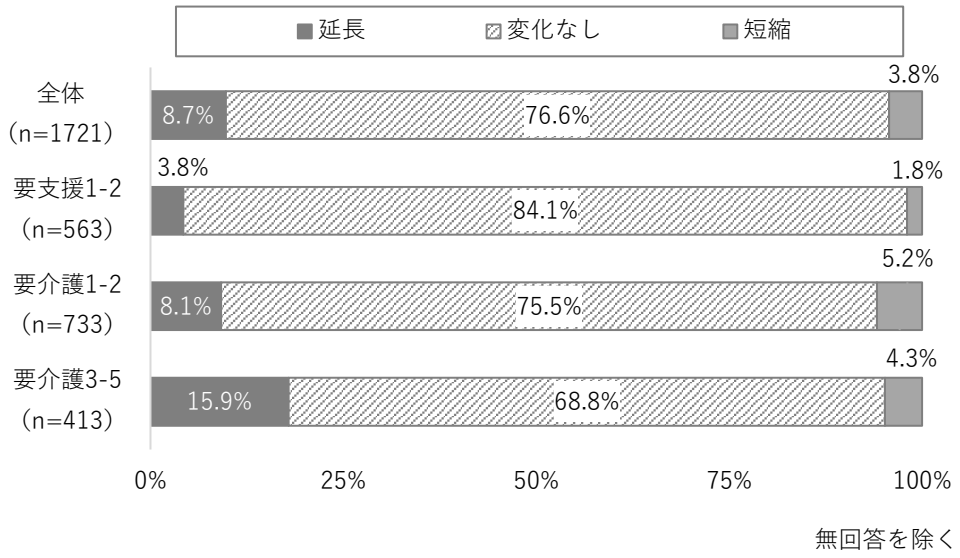
6ヶ月後にLSAが「向上」した割合は31.3%であり、要支援1-2にて27.9%、要介護1-2にて30.2%、要介護3-5にて37.3%であった（図4-4-12）。

図4-4-12　6ヶ月後の生活空間の広がり（ＬＳＡ）の変化（介護度別）



6ヶ月後に在宅での離床時間が「延長」した割合は8.7%であった。特に、要介護3-5では15.9%であった（図4-4-13）。

図4-4-13　6ヶ月後の在宅での離床時間の変化（介護度別）



新規利用者における 6 ヶ月後の目標達成度において「達成」の割合は、「事業所での入浴」が 87.2%、「身体機能の維持(重度化予防)」が 70.1%、「事業所内における対人交流」が 69.9%、「PT・OT・ST の評価・相談」が 68.2%であった。他方、「介護負担の軽減」が 40.5%、「身体機能の向上」が 39.9%、「生活能力の向上」が 36.3%、「生活課題の解決」が 34.7%、「地域における社会参加」は 31.6%と低値であった（表 4-4-3)。

表 4-4-3　利用目標の達成度

No.	カテゴリー名	n	達成	一部達成	未達成
1	運動習慣の獲得や継続	1579	58.3%	37.2%	4.6%
2	趣味活動の獲得や継続	786	46.7%	42.4%	10.9%
3	活動量の確保	1480	64.1%	32.0%	3.9%
4	生活課題の解決	992	34.7%	58.2%	7.2%
5	PT・OT・STの評価・相談	944	68.2%	30.5%	1.3%
6	PT・OT・ST以外の評価・相談	417	56.8%	37.9%	5.3%
7	身体機能の維持（重度化予防）	1473	70.1%	26.2%	3.7%
8	身体機能の向上	1492	39.9%	50.3%	9.8%
9	生活能力の維持（重度化予防）	1389	67.5%	28.4%	4.0%
10	生活能力の向上	1223	36.3%	54.3%	9.4%
11	地域における社会参加	488	31.6%	40.6%	27.9%
12	事業所内における対人交流	992	69.9%	27.9%	2.2%
13	事業所での入浴	756	87.2%	9.5%	3.3%
14	自宅での入浴	389	57.6%	25.7%	16.7%
15	口腔機能の維持・改善	220	56.4%	38.2%	5.5%
16	栄養状態の改善	168	50.0%	44.6%	5.4%
17	介護負担の軽減	531	40.5%	51.8%	7.7%
18	医学的管理	378	67.5%	28.8%	3.7%

非該当・無回答を除く

新規利用者における 6 ヶ月後の利用状況と今後の予定について、「目標を達成し、修了している」が 2.6%、「利用を継続しているが、修了の予定である」が 4.9%であった。一方で、「利用を継続し、修了の予定はない」が 84.8%であった（図 4-4-14）。介護度別にみても、傾向に違いはなかった（図 4-4-15）。

図 4-4-14　利用 6 ヶ月後の利用状況と今後の予定

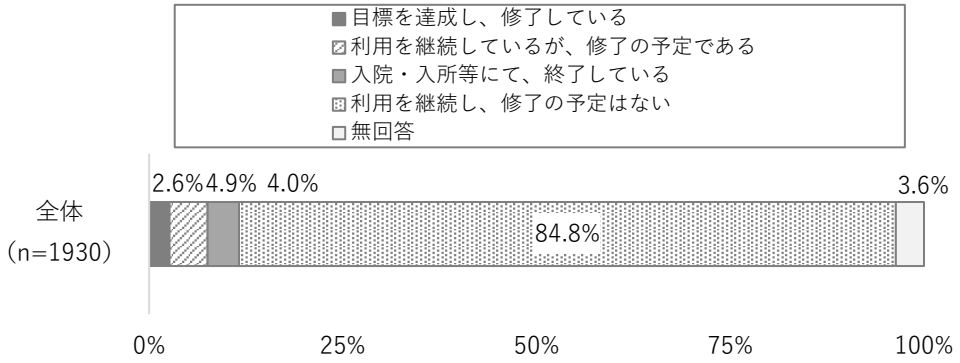
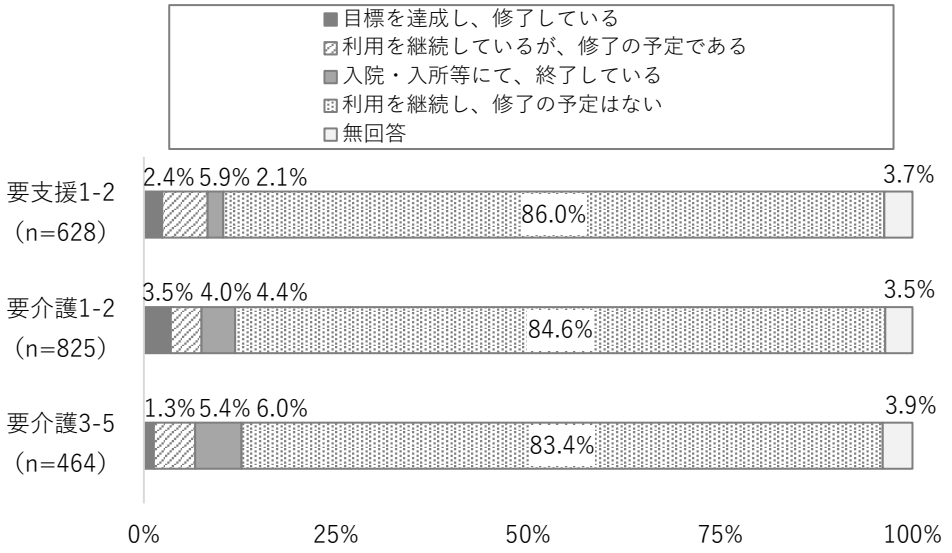


図 4-4-15　利用 6 ヶ月後の利用状況と今後の予定（介護度別）



6ヶ月後の利用状況と今後の予定において「利用を継続し、修了の予定はない」と回答した利用者における利用を継続する理由は、「運動機会や活動量を維持したい」が83.6%と最も割合が高く、「利用者同士のコミュニティを継続したい」が41.6%と続いた（図4-4-16）。他方、介護度別にみると要介護3-5にて、「介護量が多く、継続的な支援が必要」の割合が比較的高かった（図4-4-17）。

尚、サービス提供時間を6ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は「1-2時間」、能力維持を目的に利用を継続する利用者は「6-7時間」の割合が高かった（図4-4-18）。

図4-4-16　利用を継続する理由

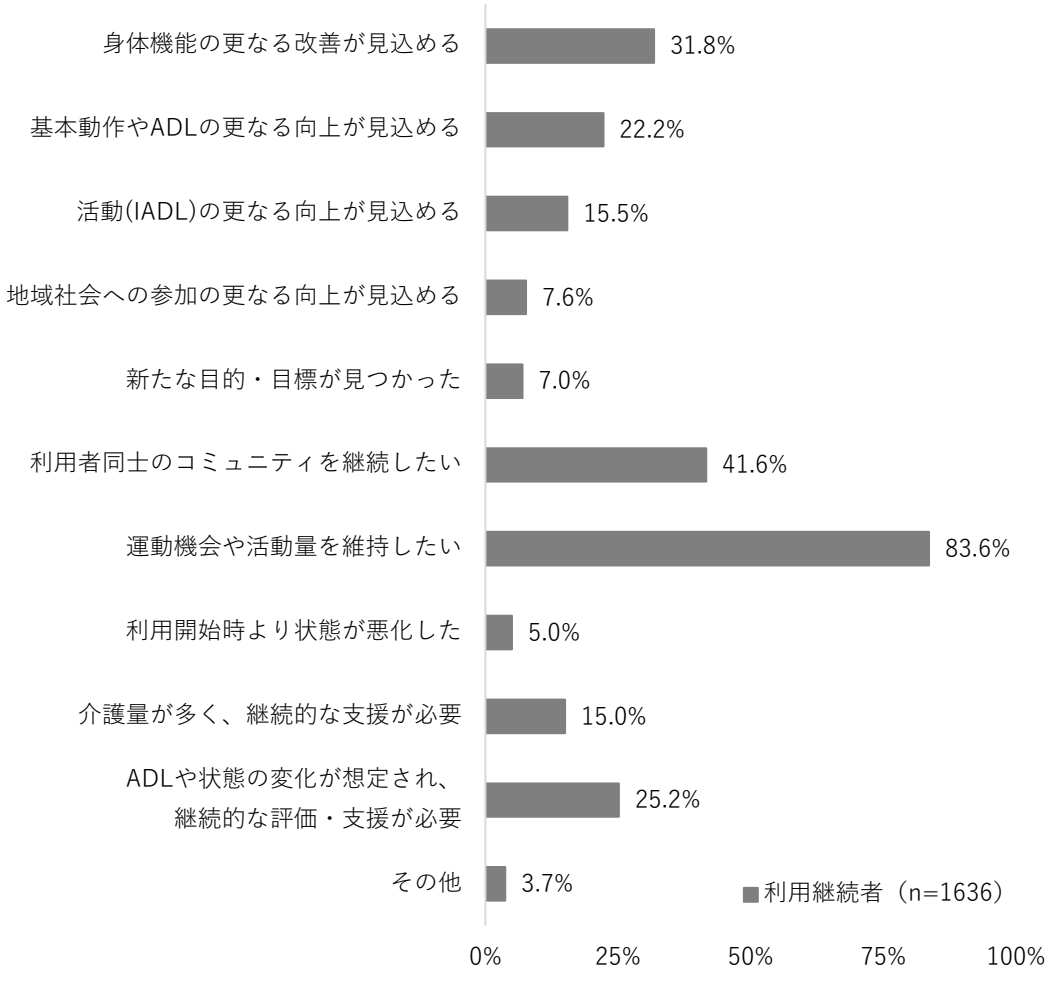


図 4-4-17　利用を継続する理由（介護度別）

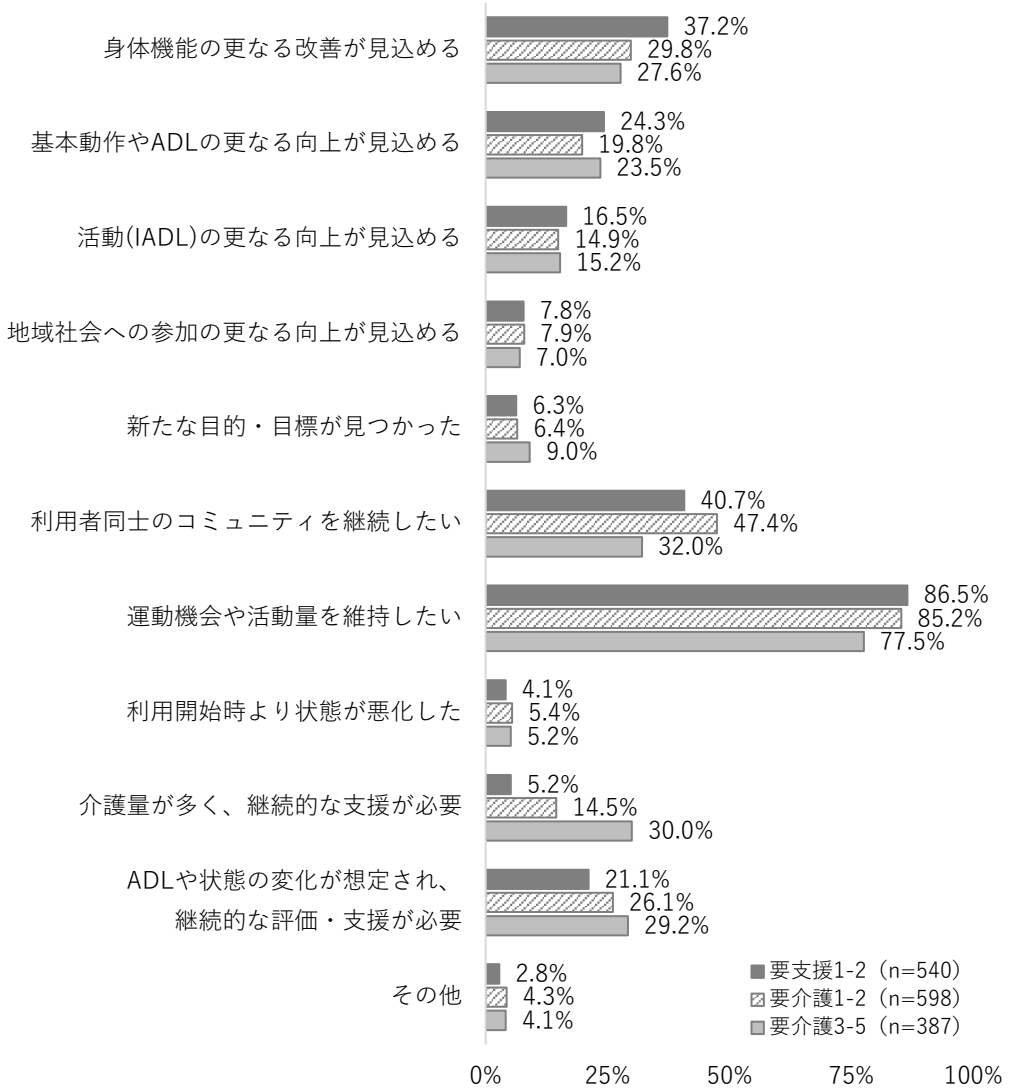
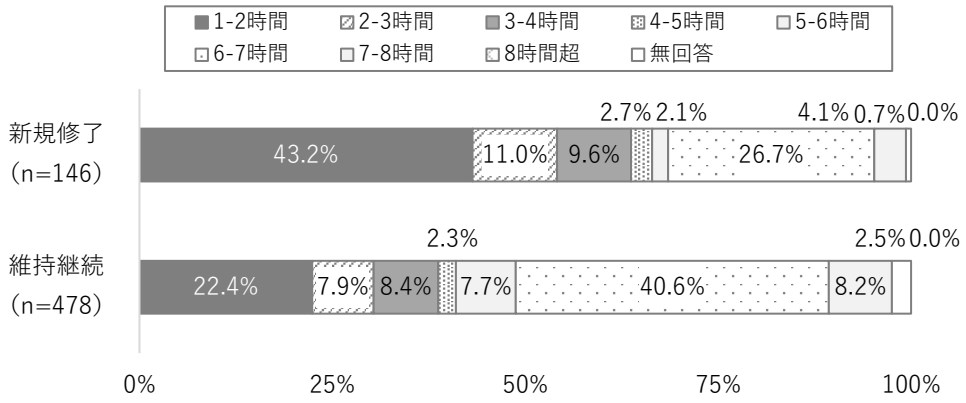


図 4-4-18　主なサービス提供時間（6 ヶ月後の利用状況別）



５．利用修了後の状況

目標達成による利用修了者への調査において、介護度は「要支援 1-2」40.4%、「要介護 1-2」40.1%、「要介護 3-5」19.1%であった（図 4-5-1）。日常生活自立度は、「Ｊ」52.4%、「Ａ」35.9%であり、要介護 3-5 においても、「Ｊ」が 27.7%であった（図 4-5-2）

通所リハの利用期間は、「6 ヶ月未満」24.8%、「1 年未満」22.8%であり、介護度別にみても同様の傾向であった（図 4-5-3）。

図 4-5-1　介護度

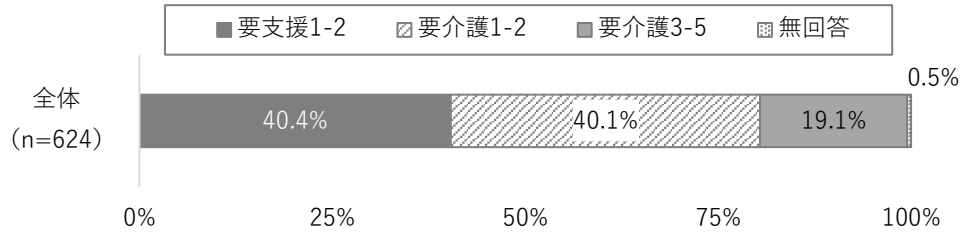


図 4-5-2　日常生活自立度（介護度別）

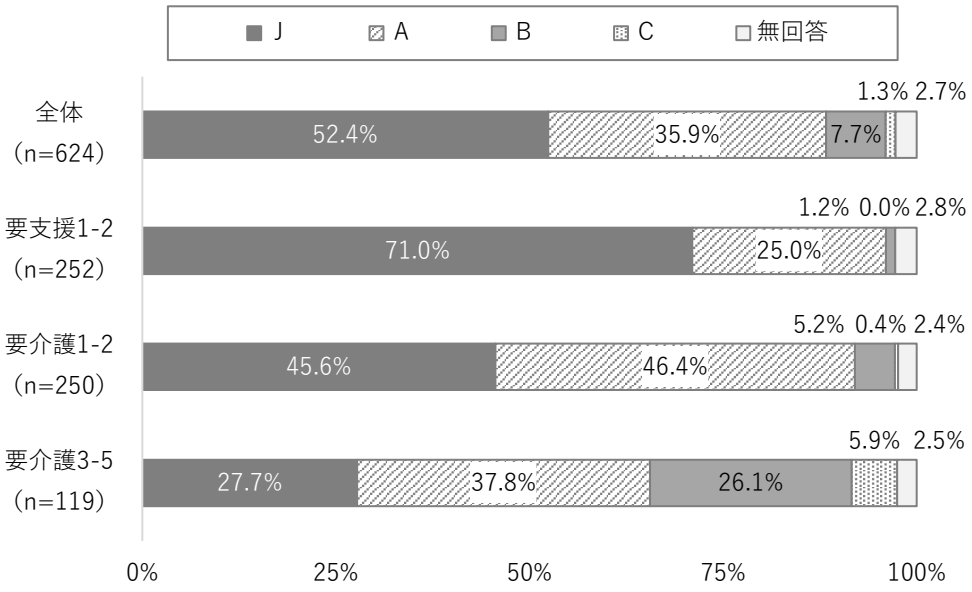
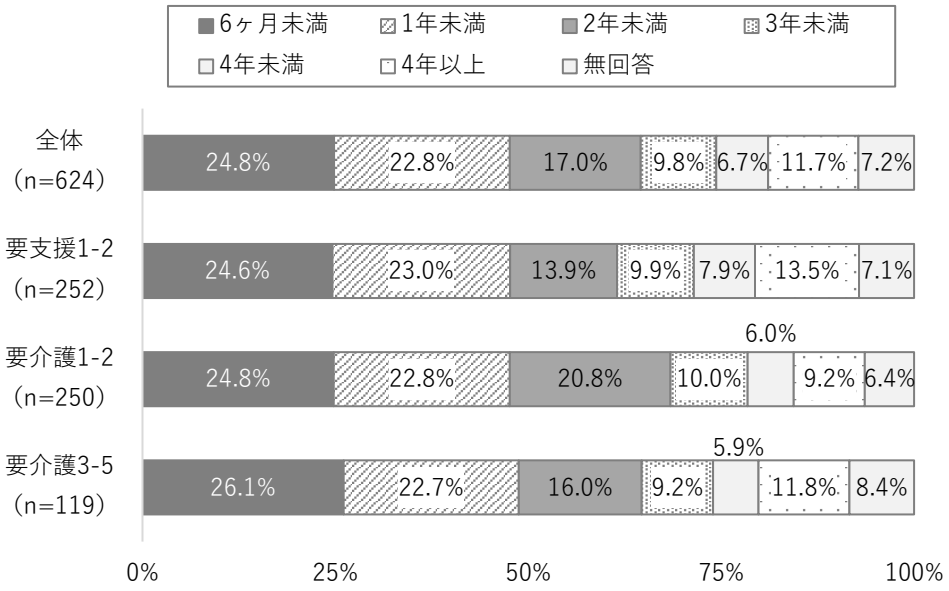
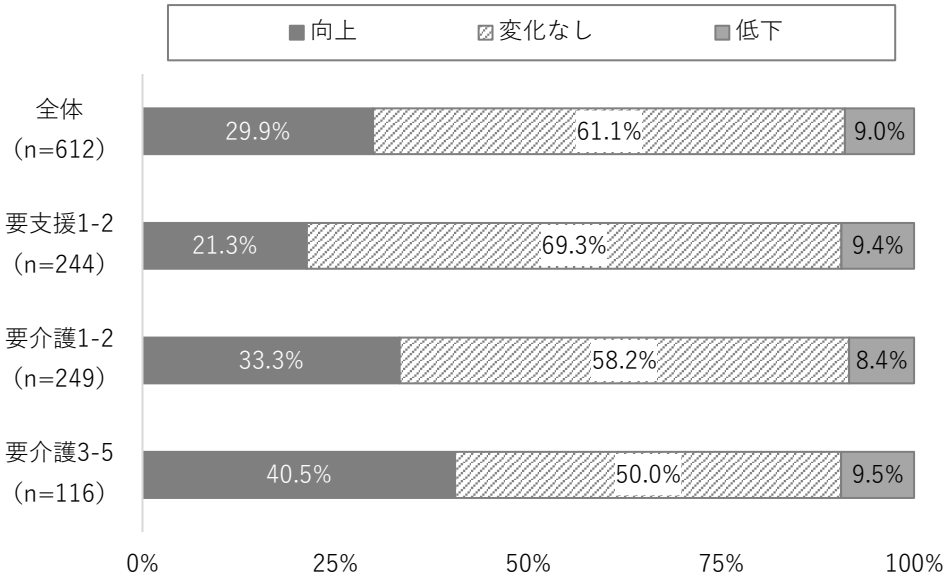


図 4-5-3　利用期間（介護度別）



利用修了者において、利用期間中にＡＤＬが「向上」した割合は 29.9%であった（図 4-5-4）。また、IADL が「向上」した割合は 52.0%、LSA は 44.8%であり、在宅での離床時間が「向上」した割合は 9.3%であった（図 4-5-5、4-5-6、4-5-7）。

図 4-5-4　ＡＤＬ（Barthel index）の変化（介護度別）



無回答を除く

図 4-5-5　ＩＡＤＬ（FAI）の変化（介護度別）

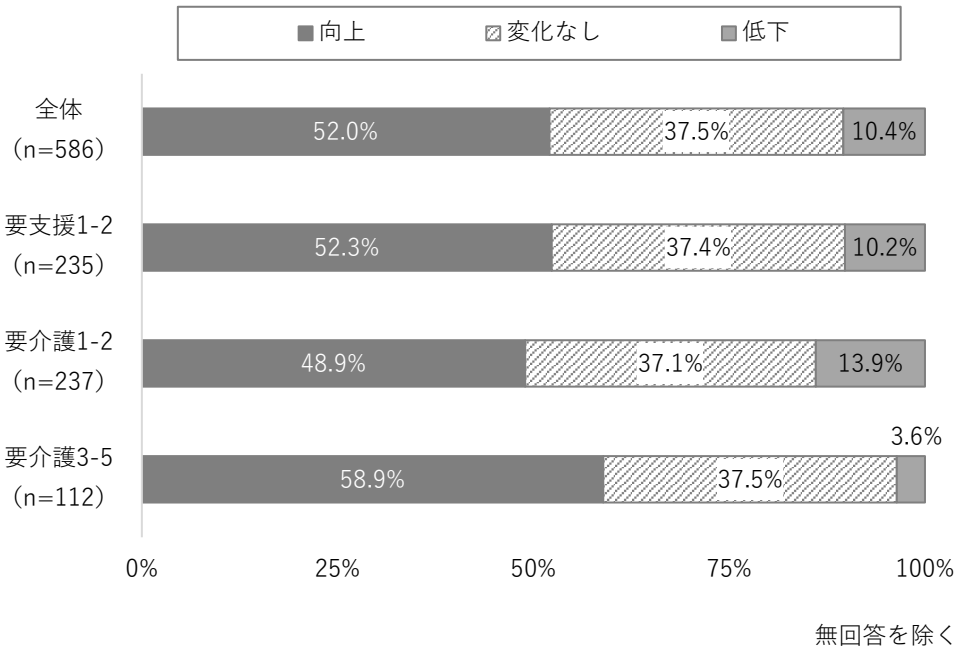


図 4-5-6　生活空間の広がり（ＬＳＡ）の変化（介護度別）

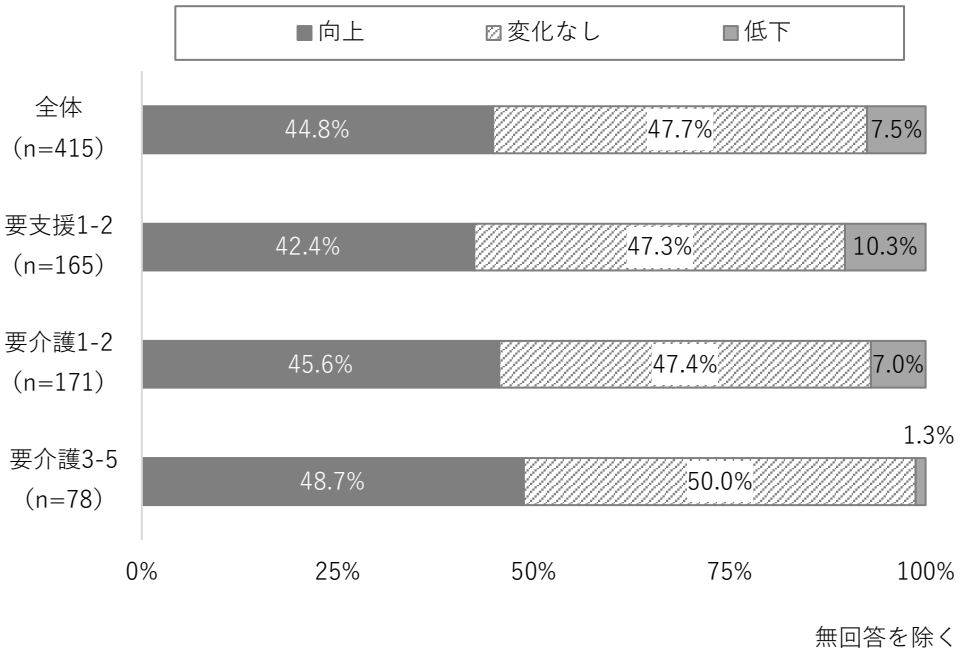
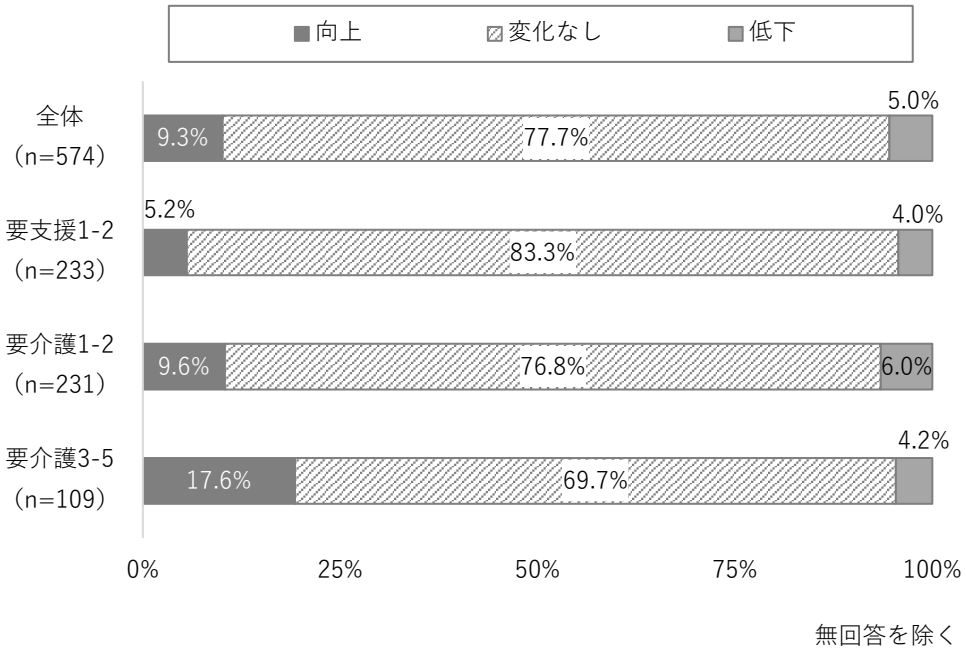


図 4-5-7　在宅での離床時間の変化（介護度別）



利用修了後における介護保険サービスの利用状況は、「サービス利用なし」が 46.6%であり、「サービス利用あり」が 51.0%であった（図 4-5-8）。「サービス利用なし」において、利用修了後の状況は、「居宅における家庭での役割」が 58.4%と最も高く、「地域の通いの場やサロン」は 15.1%であった（図 4-5-9）。

図 4-5-8　利用修了後における介護保険サービスの利用状況

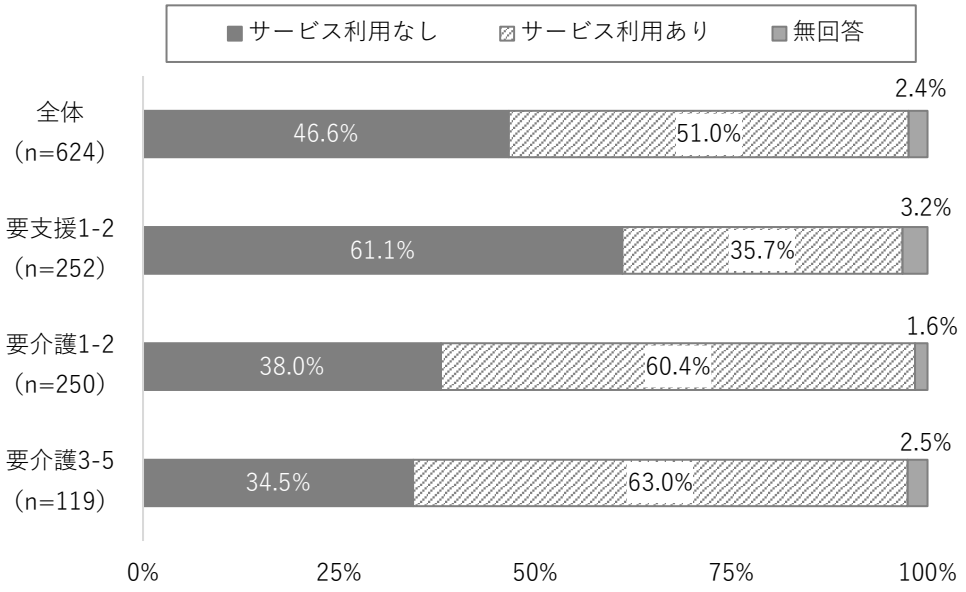
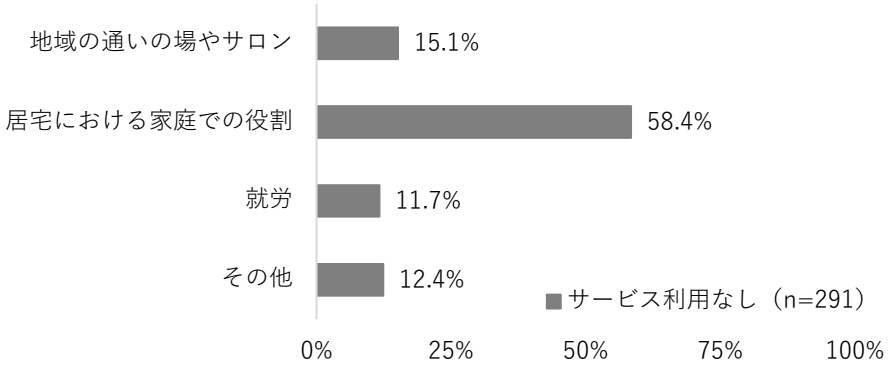


図 4-5-9　利用修了後の状況



「サービス利用あり」における利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等は、「通所介護」が 62.6%と最も高く、介護度による違いはみられなかった（図 4-5-10、4-5-11）。

図 4-5-10　利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等

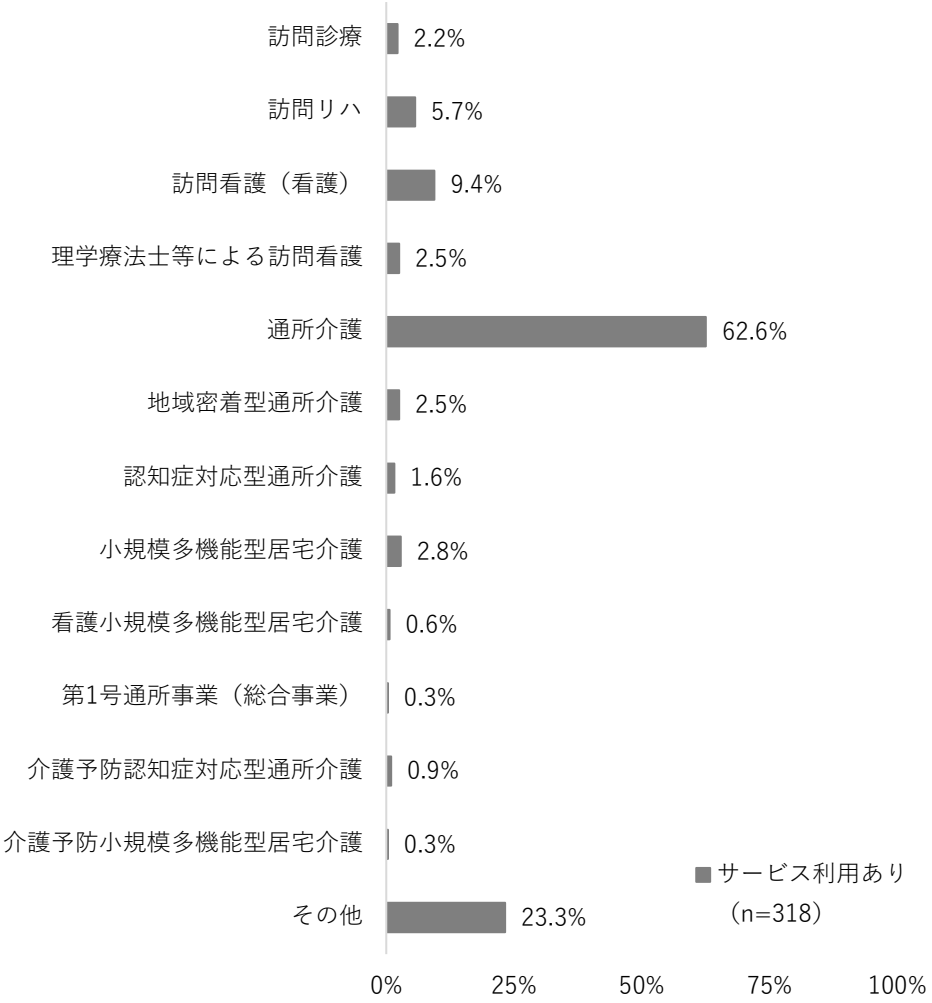
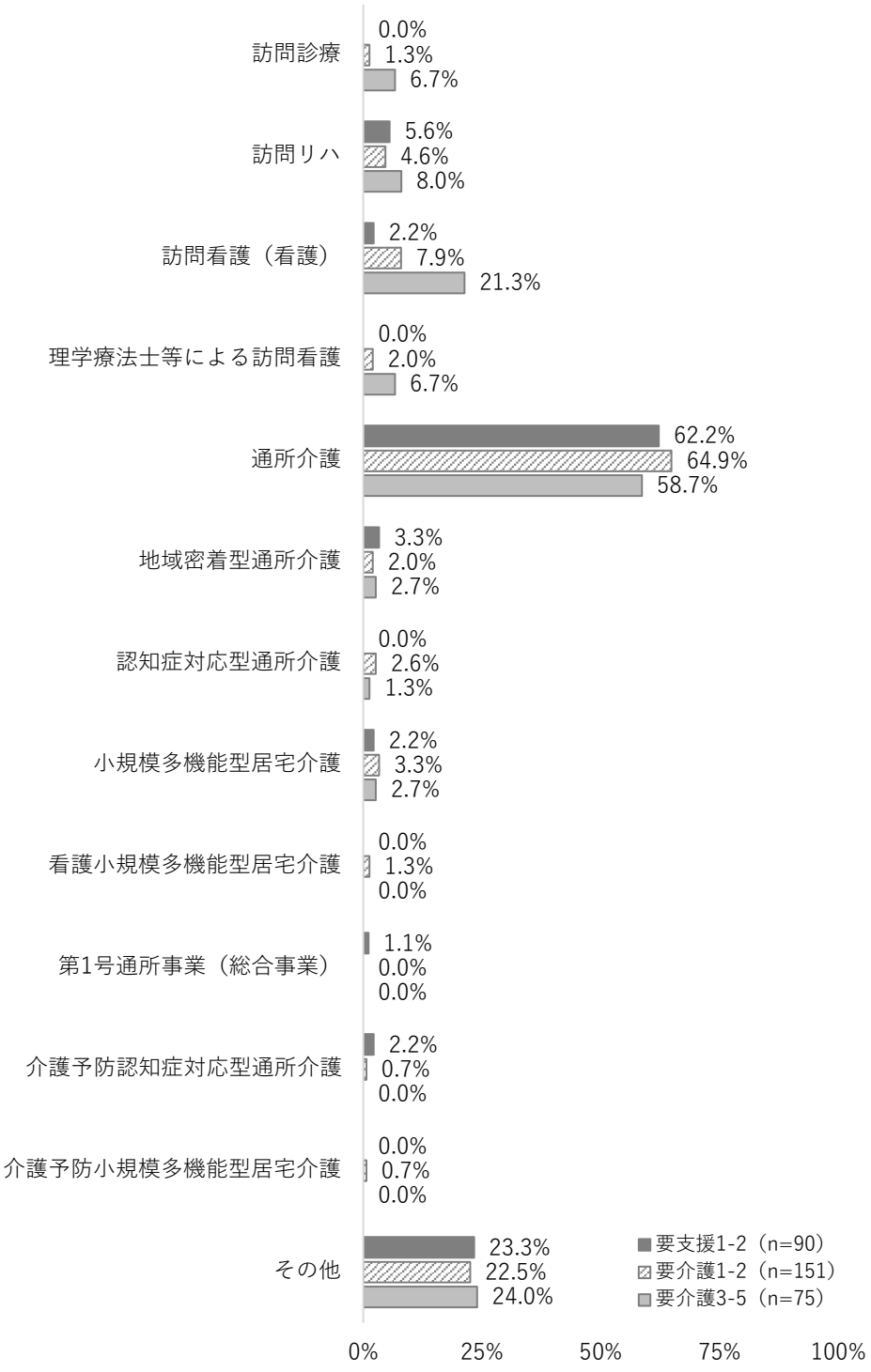


図 4-5-11　利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等（介護度別）



利用修了後の状態確認を実施した割合は、29.8%であった（図 4-5-12）。利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービス利用状況については、「サービス利用なし」24.2%、「サービス利用あり」24.7%であったが、「不明」が 48.4%と最も高かった（図 4-5-13）。また、利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携を実施した割合は、10.4%と低値であった（図 4-5-14）。

図 4-5-12　利用修了後の状態確認の実施有無

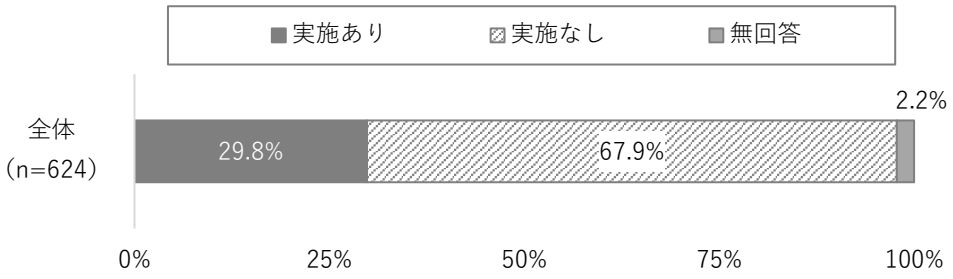


図 4-5-13　利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービスの利用状況

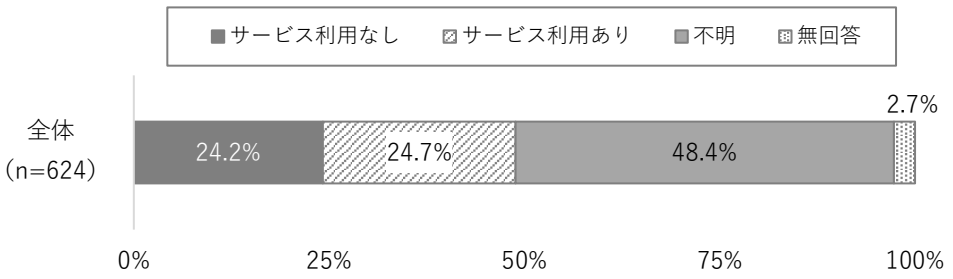
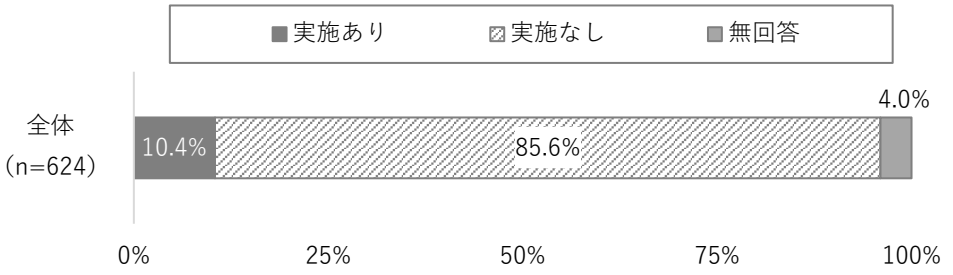


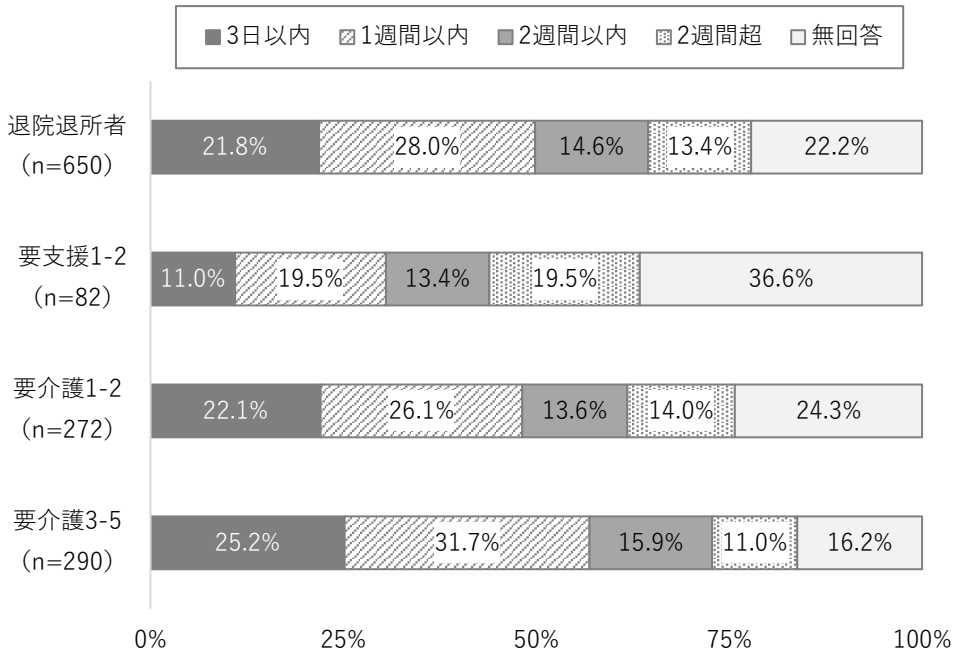
図 4-5-14　利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等との連携有無



６．医療機関および介護老人保健施設との連携

医療機関や介護施設等を退院退所後に利用を開始した利用者において、利用開始までの期間は、「3 日以内」21.8%、「1 週間以内」28.0%の割合が高く、要介護 3-5 においてその傾向は強かった（図 4-6-1）。

図 4-6-1　医療機関や介護施設等の退院退所から利用開始までの期間



医療機関や介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は 19.4%であり、要介護 3-5 にて「参加あり」の割合が高かった（図 4-6-2）。また、「参加あり」の場合、退院・退所前カンファレンスの開催時期は、「1 週間前」55.6%、「2 週間前」29.8%であった（図 4-6-3）。

退院・退所から利用開始までの期間について、退院・退所前カンファレンス参加ありの利用者にて、「3 日以内」33.1%、「1 週間以内」38.7%であった（図 4-6-4）。

図 4-6-2　医療機関・介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへの参加有無

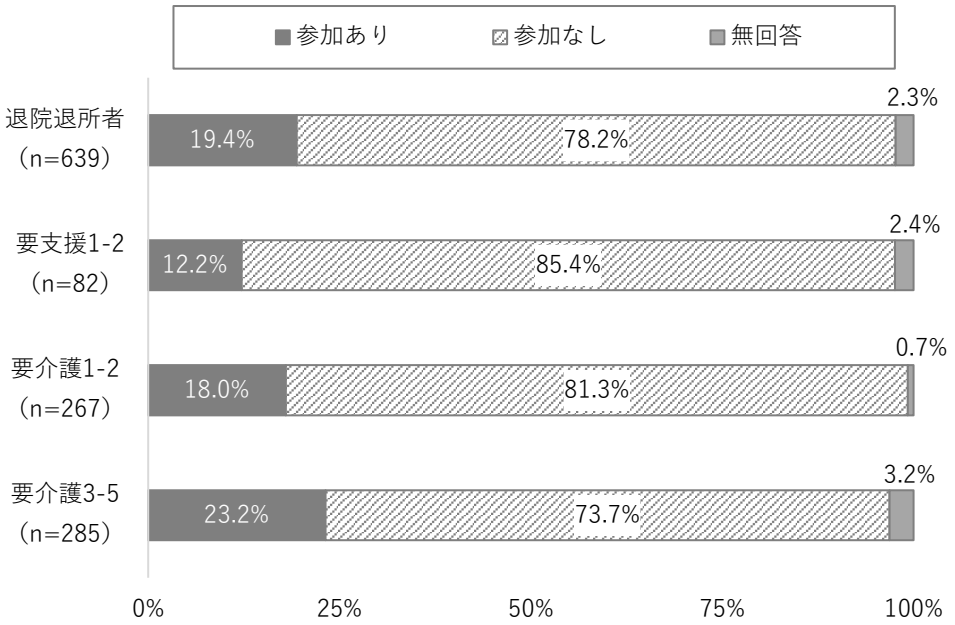


図 4-6-3　医療機関・介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスの開催時期

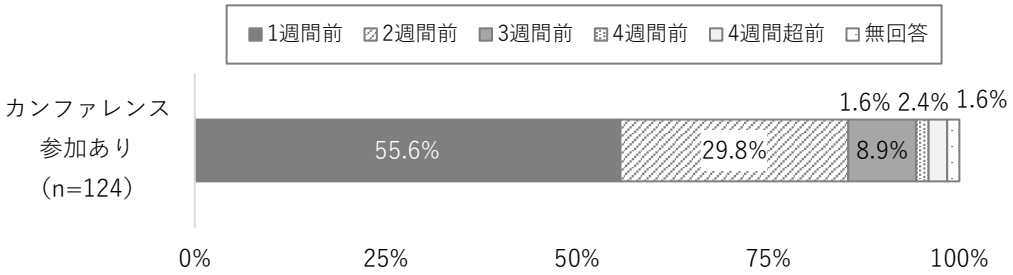
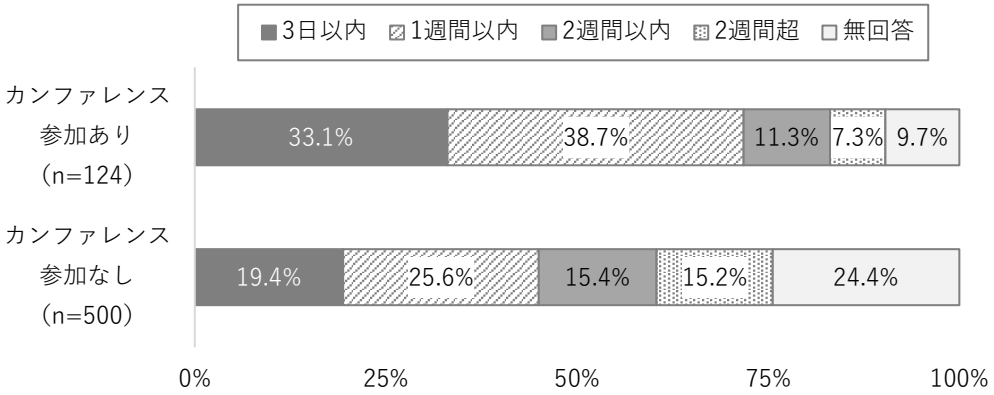


図 4-6-4　退院退所から利用開始までの期間（退院・退所前カンファレンスへの参加有無別）



医療機関の退院後に利用を開始した利用者において、医療機関から計画書の送付があった割合は 29.5%であった（図 4-6-5）。また、「送付あり」において、リハ計画書の様式が、様式 2-2-1 であった割合は、36.5%であった（図 4-6-6）。

図 4-6-5　医療機関からのリハ計画書の送付有無

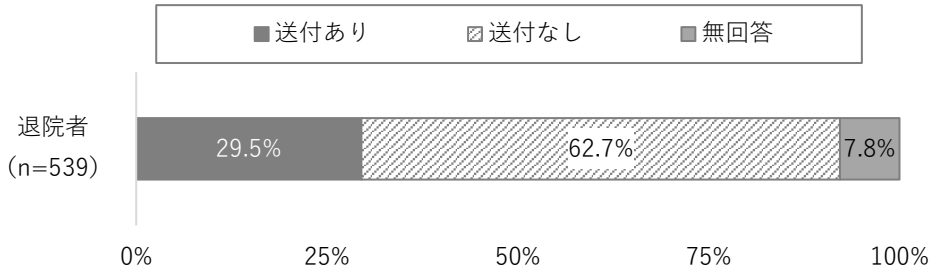
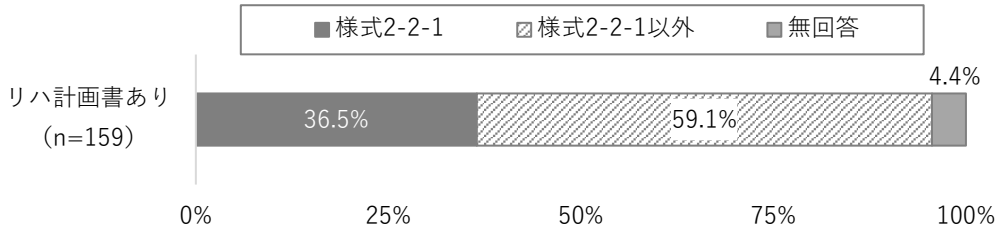


図 4-6-6　医療機関からの送付されたリハ計画書の様式



第五節 利用者調査（訪問リハビリテーション）

１．新規利用者の特性

新規利用者の介護度は、「要介護１」20.3%、「要介護２」19.8%の割合が高かった（図 5-1-1）。性別は「女性」58.8%、年齢は「75 歳～84 歳」33.5%、「85 歳以上」39.9%の割合が高値であった（図 5-1-2、5-1-3）。また、認知症高齢者の日常生活自立度では、「Ⅱ」25.1%、「Ⅲ・Ⅳ・M」12.0%と認知機能に課題を有する方がみられた（図 5-1-4）。

図 5-1-1　介護度

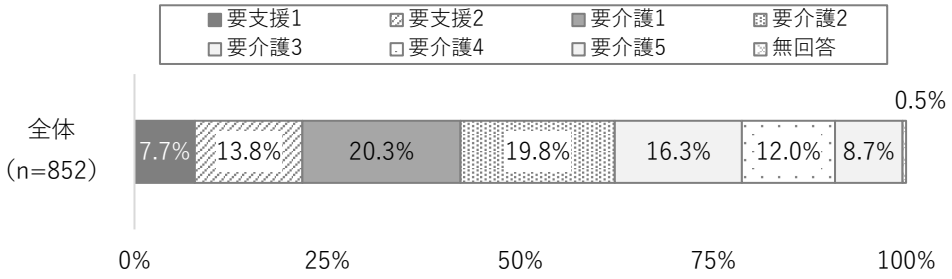


図 5-1-2　性別

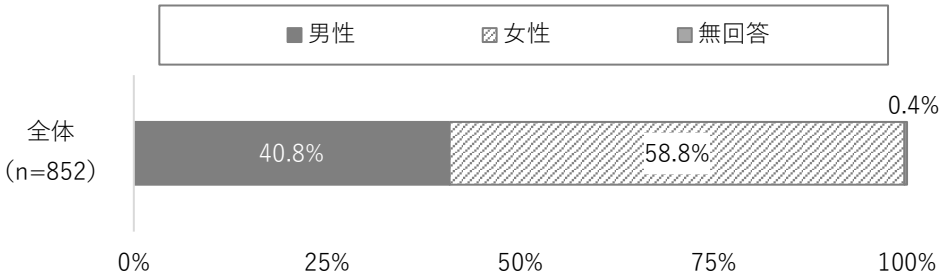


図 5-1-3　年齢

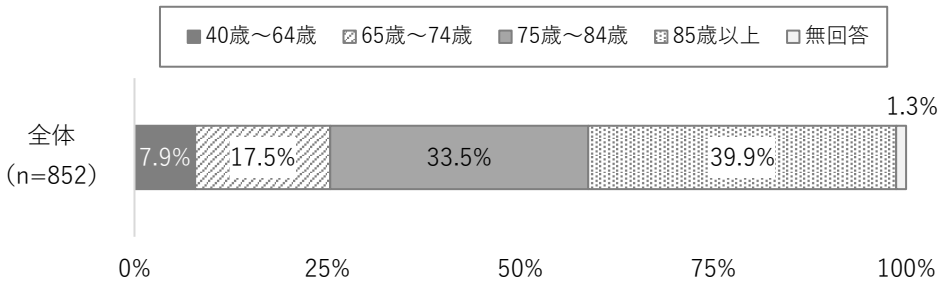
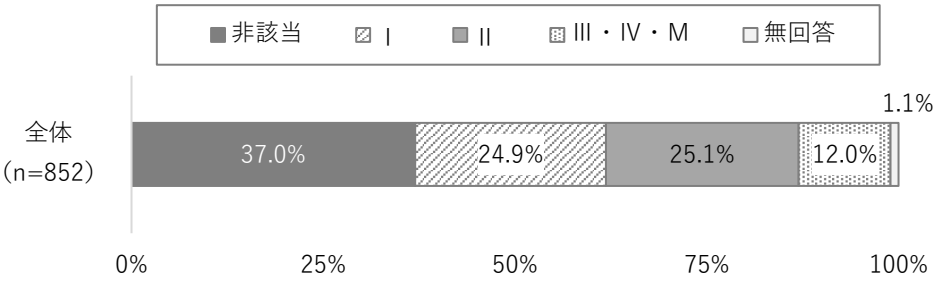


図 5-1-4　認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因の傷病は、「脳卒中」29.2%、「骨折(圧迫骨折を含む)」28.2%の割合が高かった（図 5-1-5）。介護度別にみると、要支援 1-2 は「骨折(圧迫骨折を含む)」、要介護 3-5 は「脳卒中」の割合が高かった（図 5-1-6）。

図 5-1-5　リハビリが必要となった原因の傷病

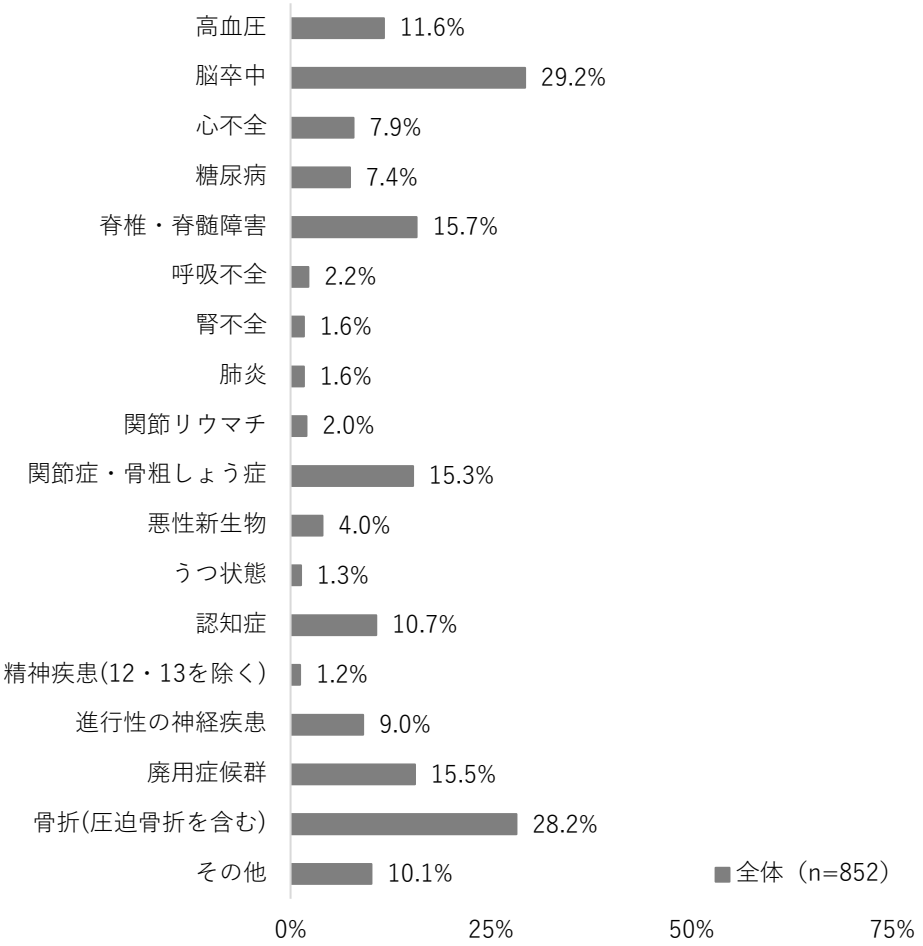
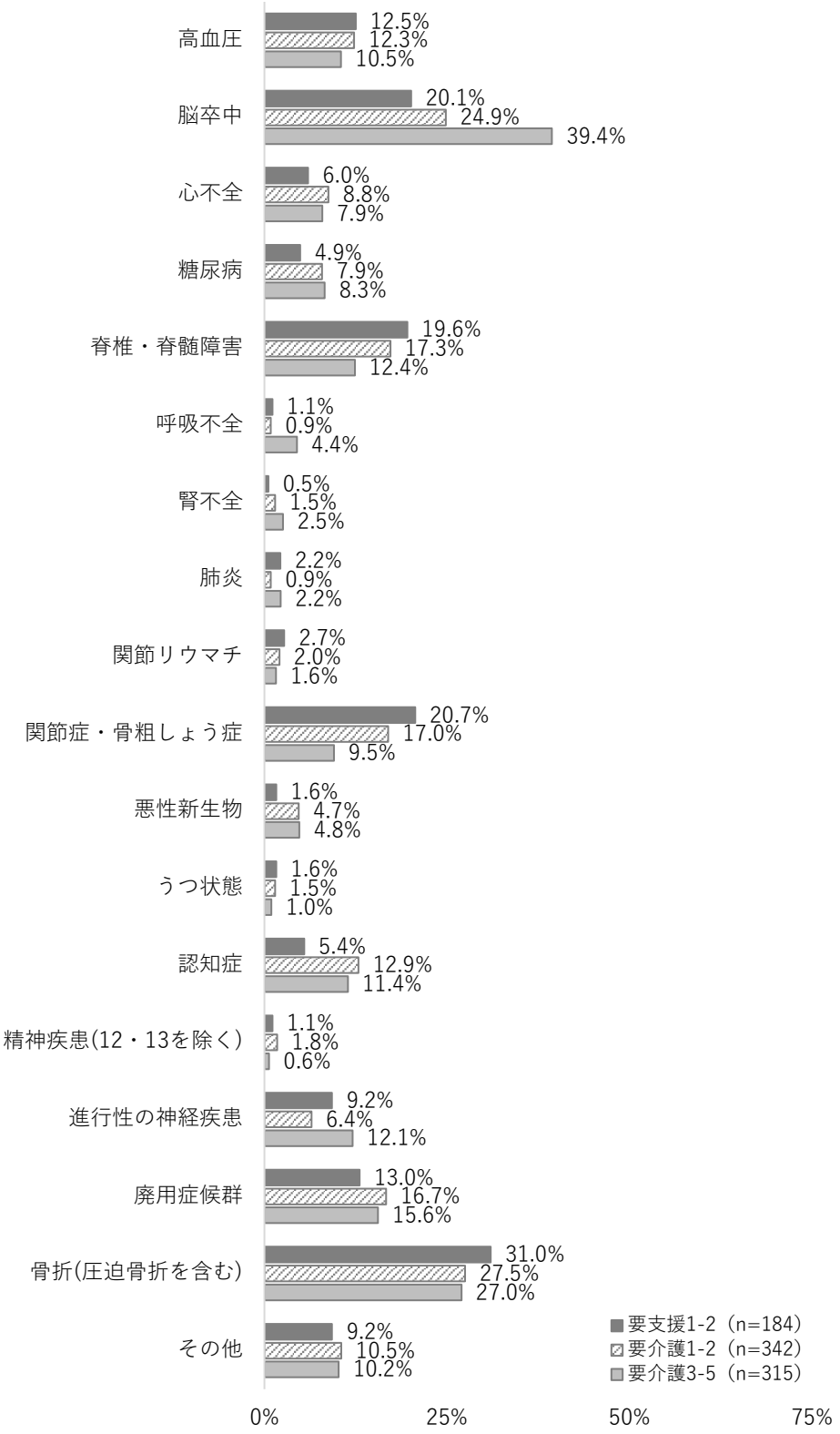


図 5-1-6　リハビリが必要となった原因の傷病（介護度別）



主な提供時間は、「40 分」が 81.6%と最も割合が高かった（図 5-1-7）。また、利用頻度は「1 日/週」55.8%、「2 日/週」38.7%の割合が高かった（図 5-1-8）。

図 5-1-7　主な提供時間

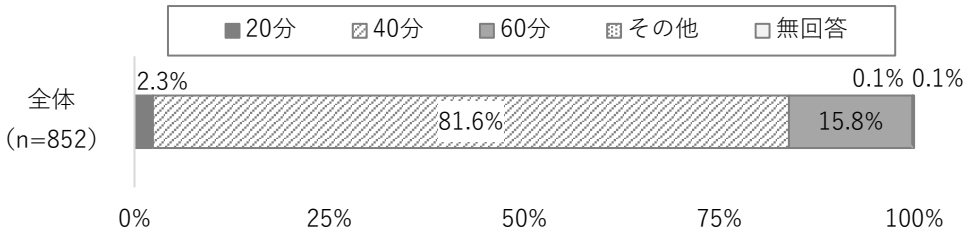
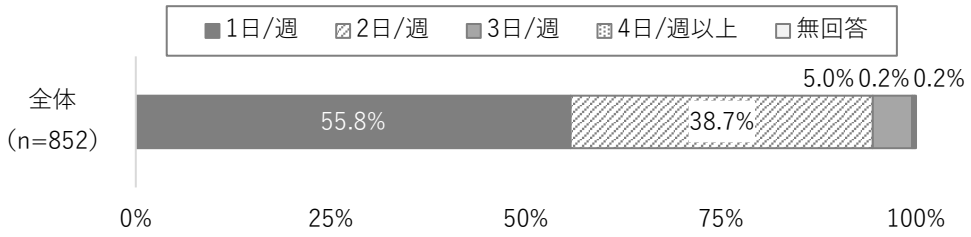


図 5-1-8　利用頻度



併用サービスがある割合は 81.1%であり、その内容は「福祉用具」63.1%、「訪問介護」35.2%、「通所介護」31.1%の順に割合が高かった（図 5-1-9、5-1-10）。介護度別にみると、要介護 3-5 にて、「訪問看護」の利用割合が比較的高かった（図 5-1-11）。

通所リハを併用している利用者において、リハビリが必要となった原因の傷病は「脳卒中」の割合が最も高かった（図 5-1-12）。

図 5-1-9　併用サービスの有無

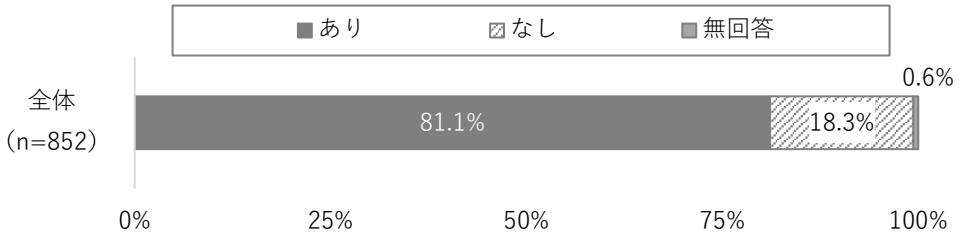


図 5-1-10　併用サービスの内容

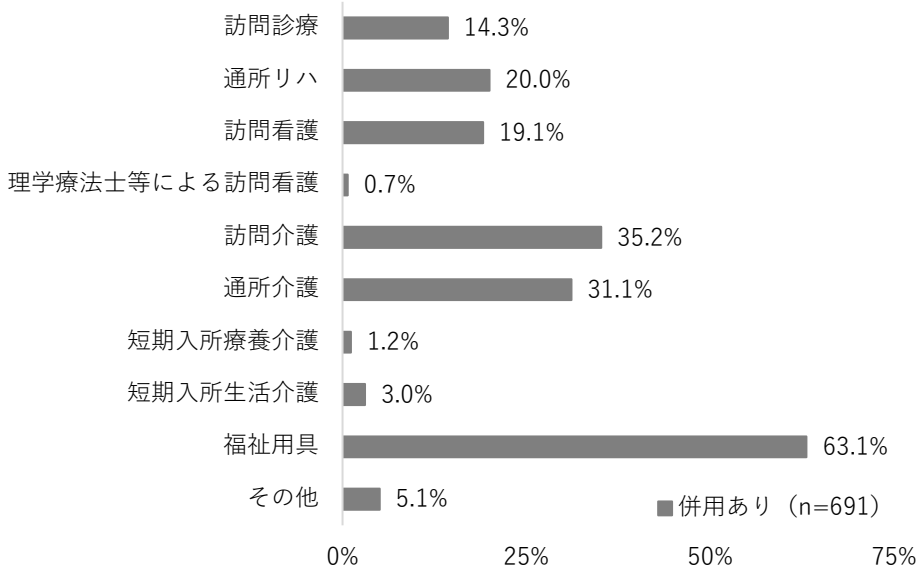


図 5-1-11　併用サービスの内容（介護度別）

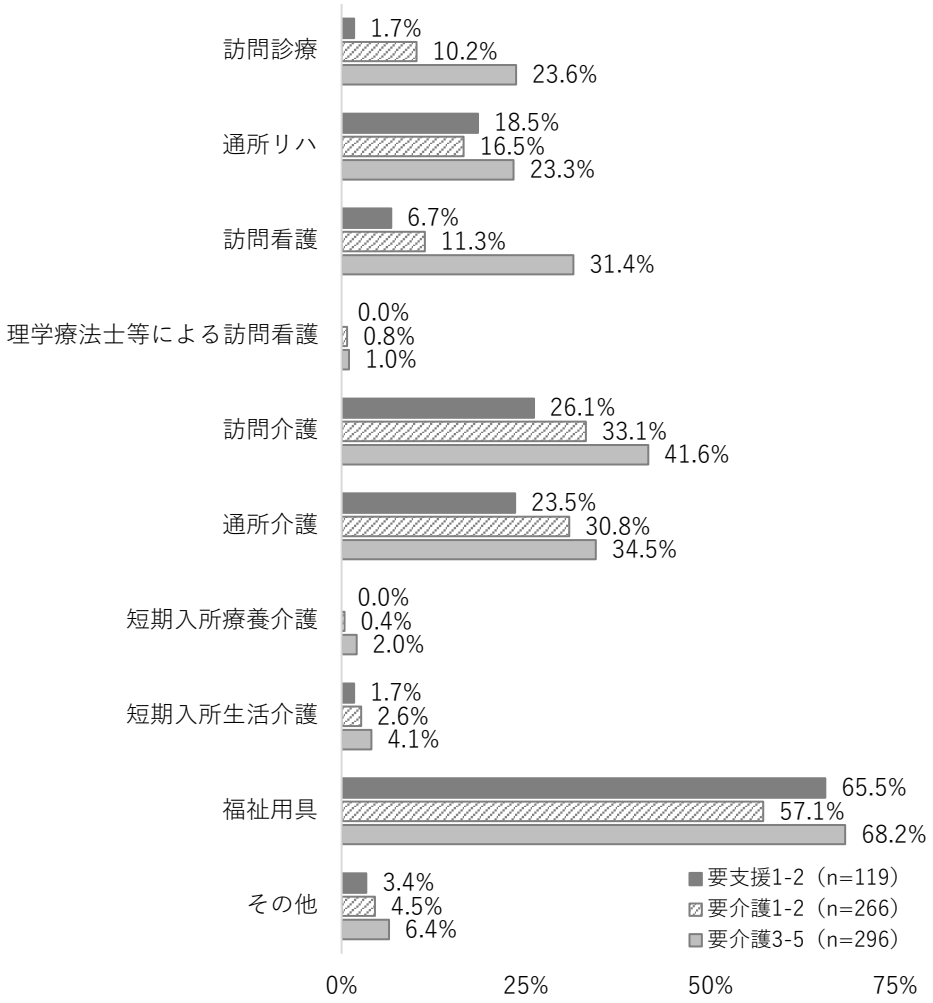
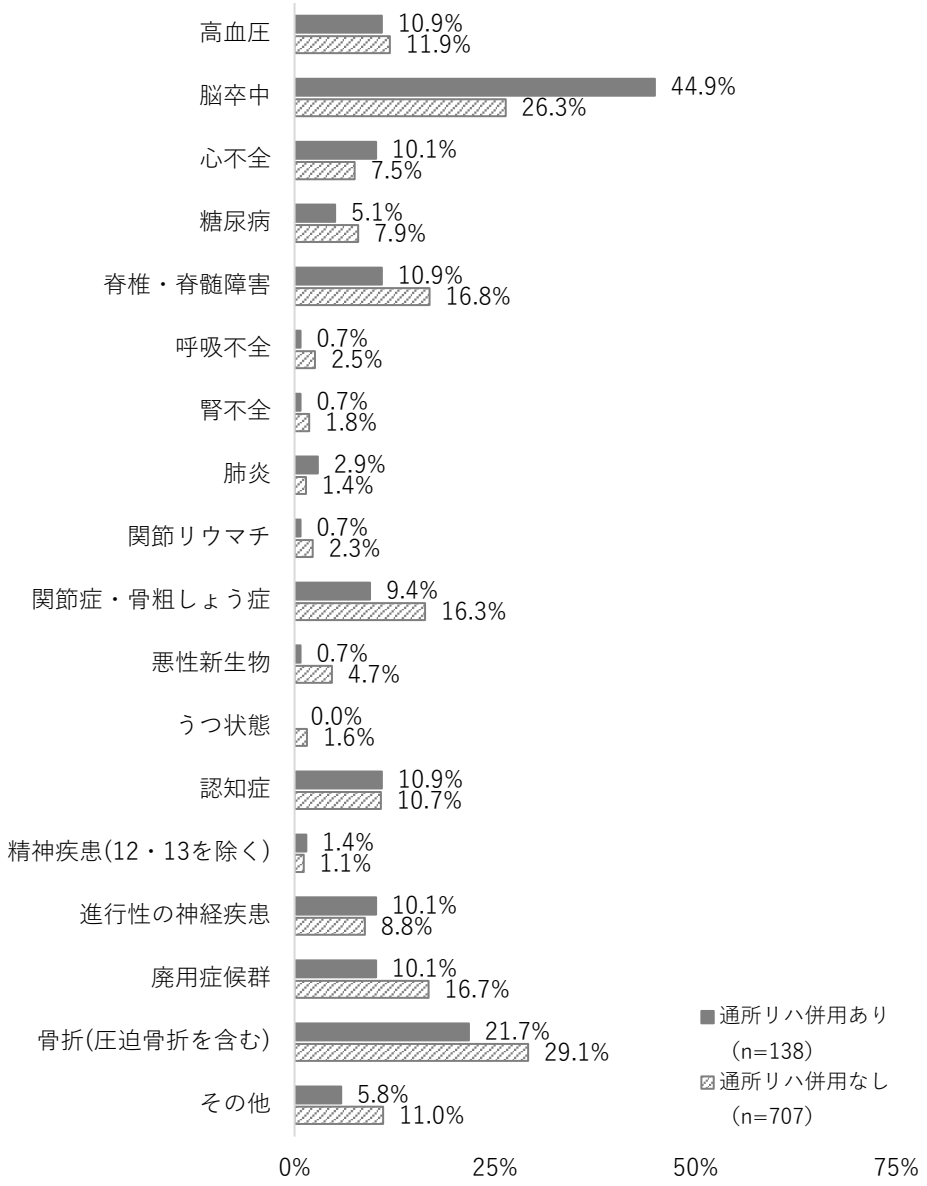


図 5-1-12　リハビリが必要となった原因の傷病（通所リハ併用有無別）



利用開始前の所在は、「自宅」の割合が 50.9%と最も高く、続いて「回復期リハ病棟」20.0%、「一般病棟」14.3%であった（図 5-1-13）。介護度別にみると、要支援 1-2 は「自宅」、要介護 3-5 は「回復期リハ病棟」の割合が比較的高かった（図 5-1-14）。通所リハを併用している利用者は、「回復期リハ病棟」の割合が比較的高かった（図 5-1-15）。

要支援 1-2 において利用開始前の所在別にリハビリが必要となった原因の傷病をみると、医療機関退院後の利用者は「骨折(圧迫骨折を含む)」「脳卒中」、自宅からの利用者は「関節症・骨粗しょう症」「骨折(圧迫骨折を含む)」の割合が高かった（図 5-1-16）。

図 5-1-13　利用開始前の所在

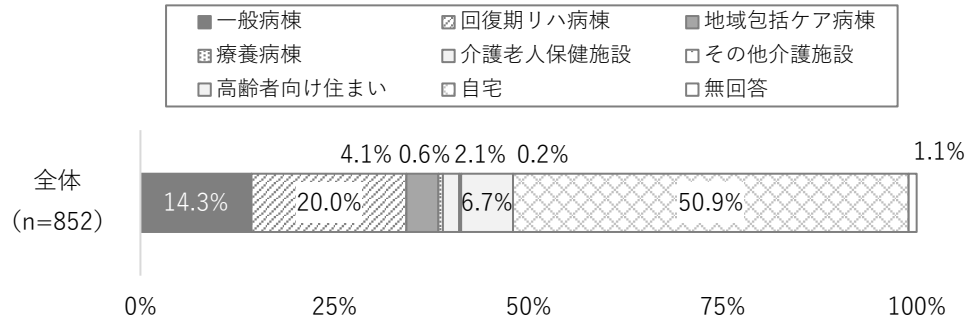


図 5-1-14　利用開始前の所在（介護度別）

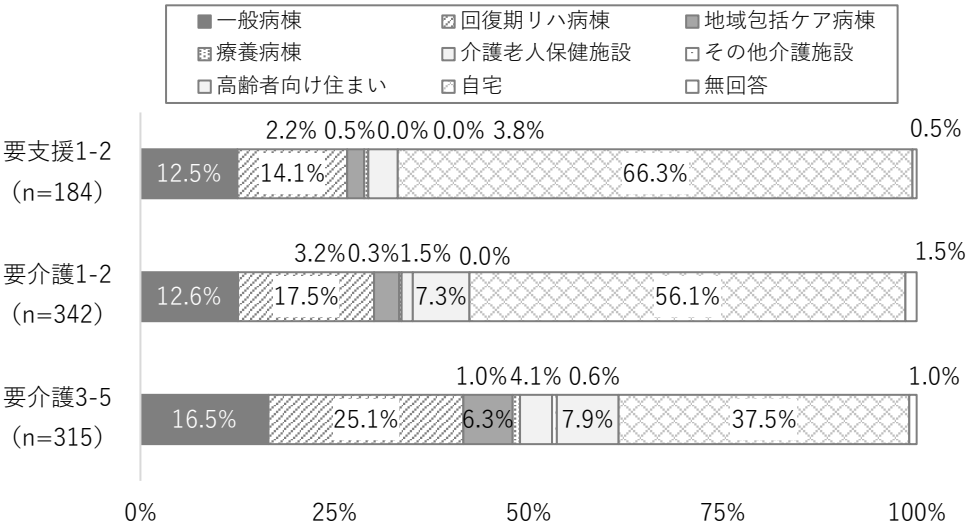


図 5-1-15　利用開始前の所在（通所リハ併用有無別）

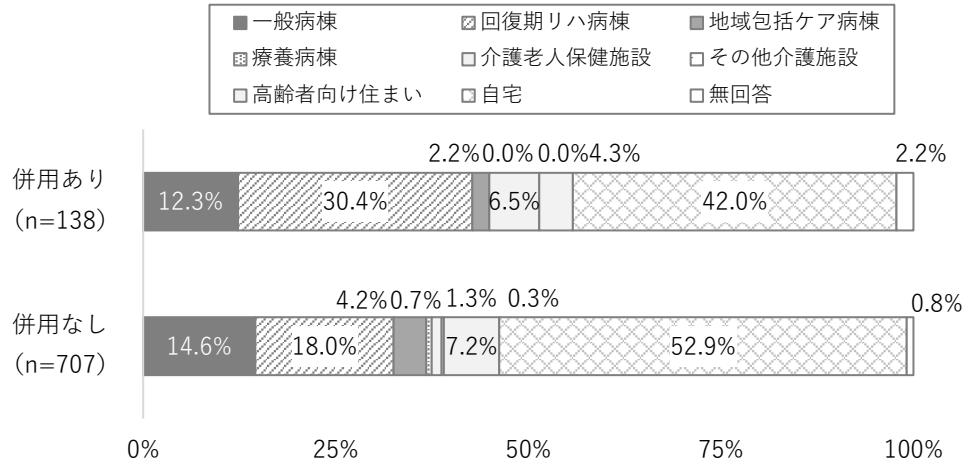
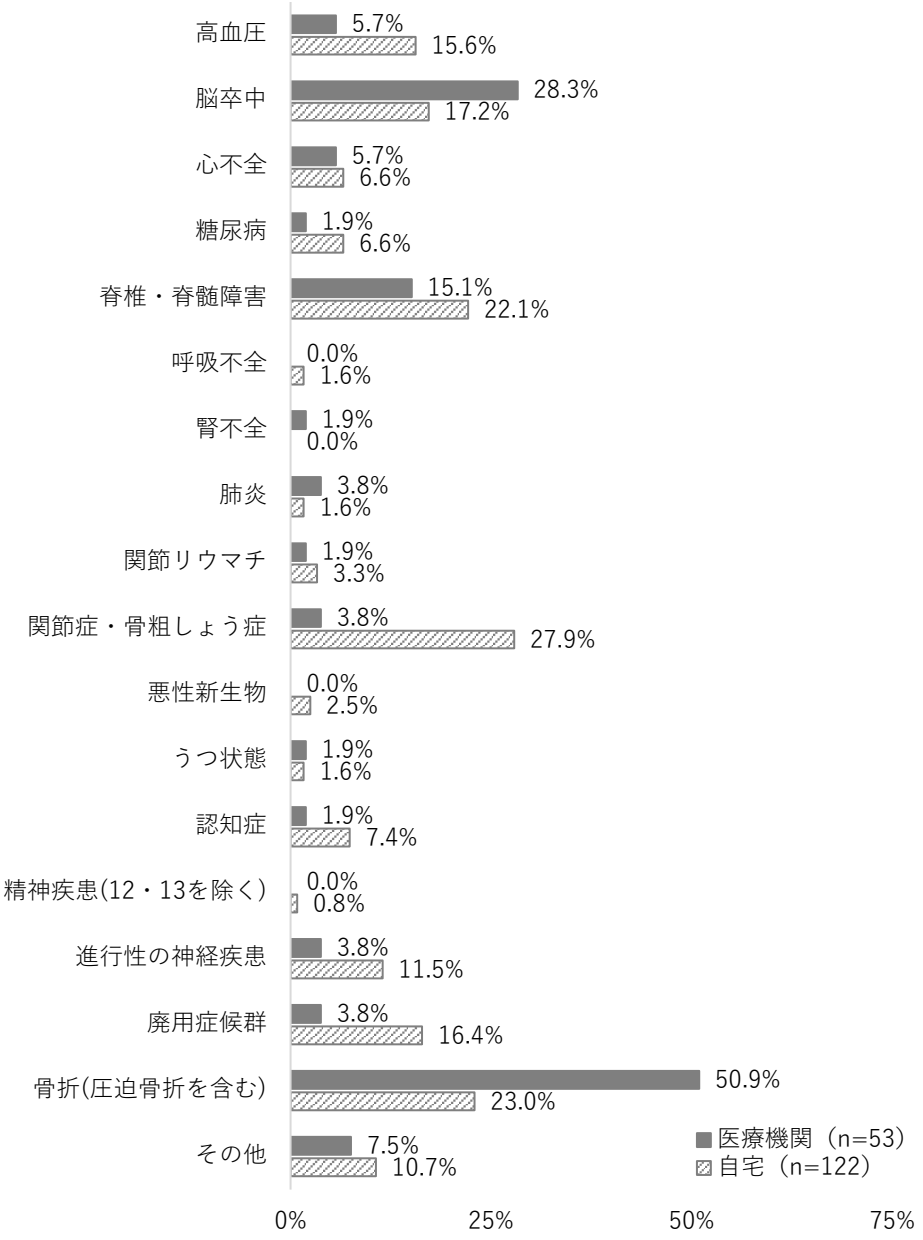
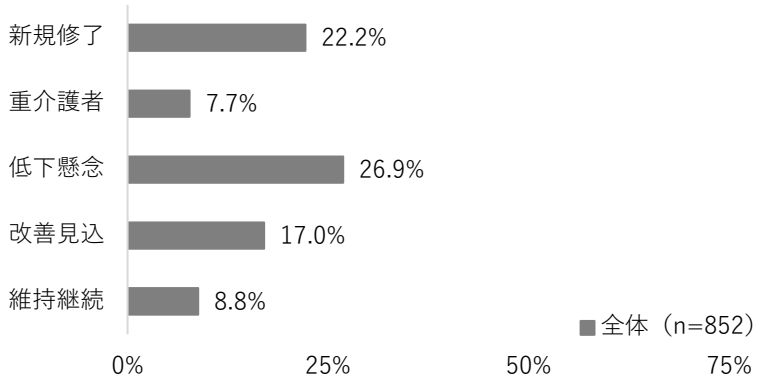


図 5-1-16　リハビリが必要となった原因の傷病（要支援：利用開始前の所在別）



新規利用者における 6 ヶ月後の利用状況は、目標達成による修了もしくは修了見込みの利用者「新規修了」が 22.2%、能力もしくはコミュニティの維持を目的に利用を継続する利用者「継続維持」が 8.8%であった（図 5-1-17）。

図 5-1-17　利用 6 ヶ月後の状況



① 新規修了	新規利用から 6 ヶ月間にて目標達成による修了、 もしくは継続しているが修了の見込みがある
② 重介護者	介助量が多く、6 ヶ月経過後も支援が必要なため利用を継続
③ 低下懸念	身体機能の変化等、状態変化によるレベル低下が懸念されるため利用を継続 （上記①②を除く）
④ 改善見込	6 ヶ月以降も身体機能・動作能力等の改善が見込めるため利用を継続 （上記①②③を除く）
⑤ 維持継続	能力もしくはコミュニティの維持を目的に利用を継続 （上記①②③④を除く）

各心身機能において現在の状況として課題がある割合は、「筋力低下」96.9%、「関節可動域制限」81.6%、「疼痛」71.5%の順に高く、「感覚機能障害」39.7%、「麻痺」37.1%と続いた（図 5-1-18）。

介護度別にみると、要支援 1-2 と比較して要介護 1-2 や要介護 3-5 では「記憶障害」「見当識障害」の割合が高い傾向であり、要支援 1-2 や要介護 1-2 と比較して要介護 3-5 では「麻痺」「感覚機能障害」「高次脳機能障害」「失語症・構音障害」「摂食嚥下障害」の割合が高い傾向にあった（図 5-1-19）。

図 5-1-18　心身機能：現在の状況（課題あり）の割合

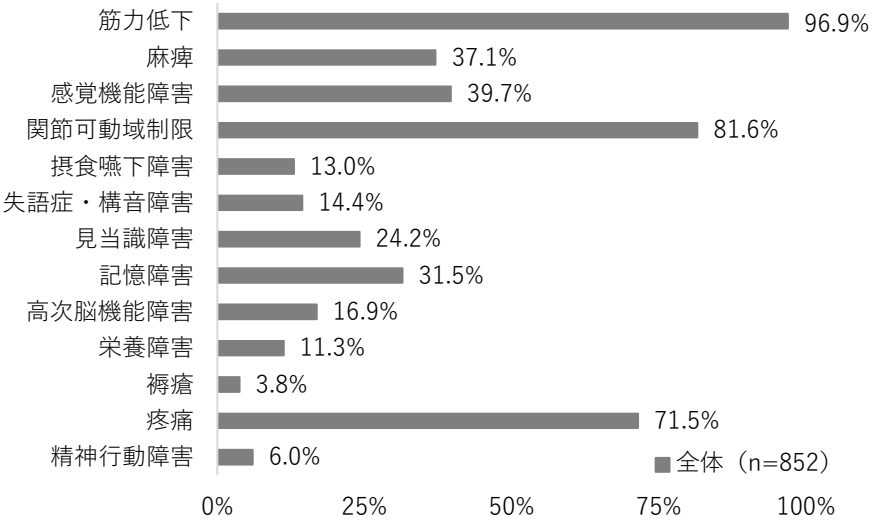
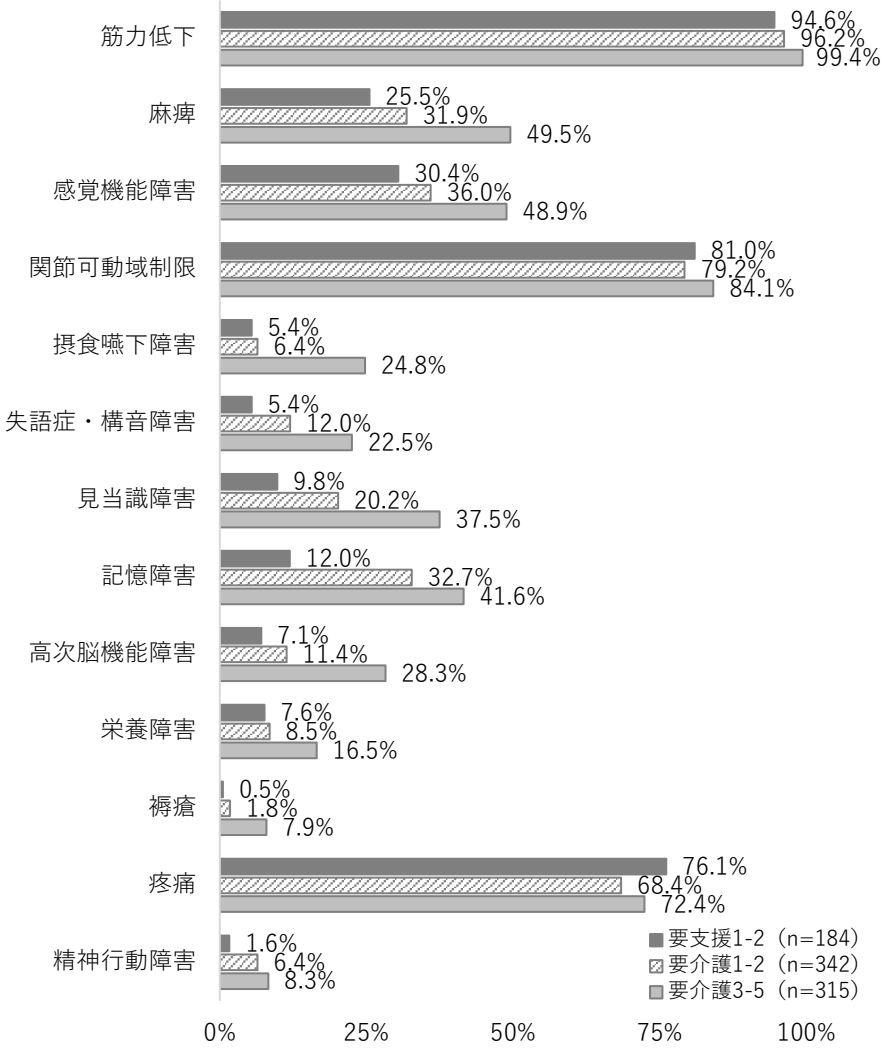
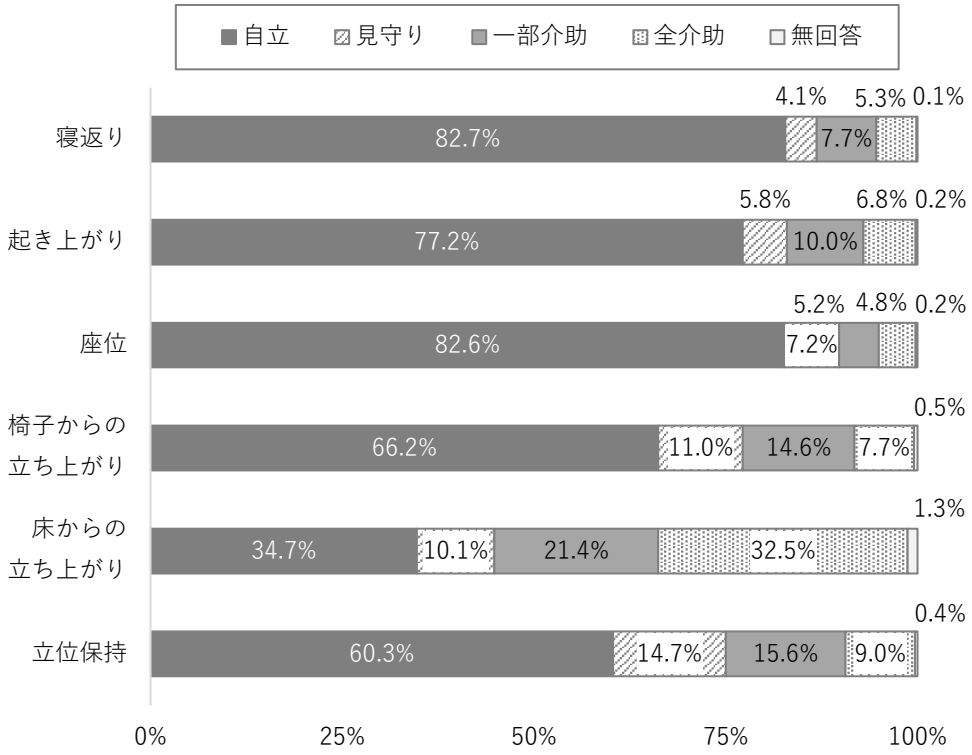


図 5-1-19　心身機能：現在の状況（課題あり）の割合（介護度別）



基本動作の実施状況において「自立」の割合は、寝返り、起き上がり、座位にて概ね 8 割、椅子からの立ち上がり、立位保持にて概ね 6 割であった（図 5-1-20）。

図 5-1-20　基本動作の実施状況割合（n=852）



新規利用者における開始時の ADL(Barthel index)は、「80 点～95 点」45.9%、「60 点～75 点」21.4%の割合が高かった。介護度別にみると、要支援 1-2 は、開始時の ADL が「100 点」「80 点～95 点」の割合が高く、減点項目は主に「入浴」「平地歩行」「階段昇降」であった。(図 5-1-21、表 5-1-1)。

図 5-1-21　開始時のＡＤＬ（Barthel index）

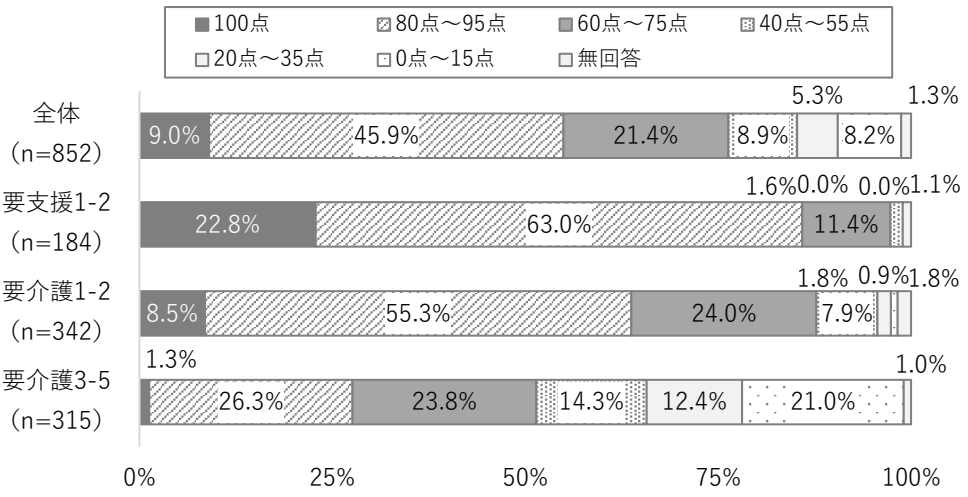


表 5-1-1　ＡＤＬ（Barthel index）の点数割合

（介護度別　要支援 1-2：n=184　要介護 1-2：n=342　要介護 3-5：n=315）

No.	カテゴリー名		15点	10点	5点	0点	無回答
1	食事	要支援1-2	-	92.4%	6.5%	0.0%	1.1%
		要介護1-2	-	89.8%	8.2%	0.6%	1.5%
		要介護3-5	-	66.0%	17.5%	15.6%	1.0%
2	イスとベッド間の移乗	要支援1-2	89.7%	8.2%	1.1%	0.0%	1.1%
		要介護1-2	73.4%	19.0%	5.0%	1.2%	1.5%
		要介護3-5	37.8%	27.0%	15.2%	19.0%	1.0%
3	整容	要支援1-2	-	-	91.8%	7.1%	1.1%
		要介護1-2	-	-	80.4%	18.1%	1.5%
		要介護3-5	-	-	50.2%	48.9%	1.0%
4	トイレ動作	要支援1-2	-	89.7%	8.7%	0.5%	1.1%
		要介護1-2	-	76.9%	19.6%	2.0%	1.5%
		要介護3-5	-	41.6%	28.6%	28.9%	1.0%
5	入浴	要支援1-2	-	-	65.2%	33.7%	1.1%
		要介護1-2	-	-	34.8%	63.7%	1.5%
		要介護3-5	-	-	10.2%	88.6%	1.3%
6	平地歩行	要支援1-2	44.0%	49.5%	4.9%	0.5%	1.1%
		要介護1-2	32.5%	50.6%	10.2%	5.0%	1.8%
		要介護3-5	9.5%	34.6%	19.0%	35.9%	1.0%
7	階段昇降	要支援1-2	-	38.0%	46.7%	14.1%	1.1%
		要介護1-2	-	20.5%	51.5%	26.3%	1.8%
		要介護3-5	-	3.8%	33.3%	61.9%	1.0%
8	更衣	要支援1-2	-	87.0%	12.0%	0.0%	1.1%
		要介護1-2	-	64.6%	30.4%	3.2%	1.8%
		要介護3-5	-	33.7%	35.2%	30.2%	1.0%
9	排便コントロール	要支援1-2	-	95.1%	3.8%	0.0%	1.1%
		要介護1-2	-	84.5%	12.9%	0.9%	1.8%
		要介護3-5	-	51.7%	24.8%	22.5%	1.0%
10	排尿コントロール	要支援1-2	-	94.6%	3.3%	1.1%	1.1%
		要介護1-2	-	82.7%	14.6%	0.9%	1.8%
		要介護3-5	-	54.6%	18.4%	26.0%	1.0%

開始時の ADL について 6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者：新規修了と、能力維持を目的に利用を継続する利用者：維持継続には大きな違いは見られなかった。一方、介助量が多く支援が必要なため継続する利用者：重介護者は点数が低かった（図 5-1-22）。要支援者においては、自宅からの利用者は医療機関（一般病棟・回復期リハ病棟）退院後の利用者と比較して、「100 点」の割合が高かった（図 5-1-23）。

図 5-1-22　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（6 ヶ月後の利用状況別）

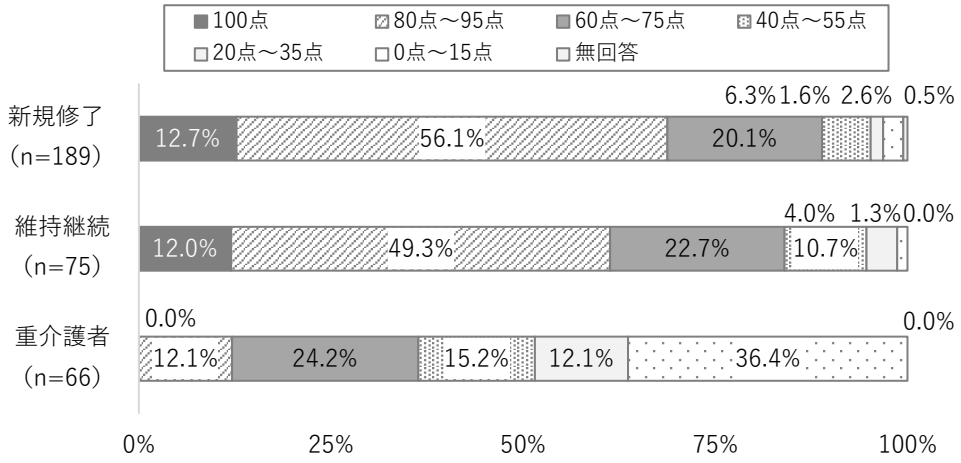
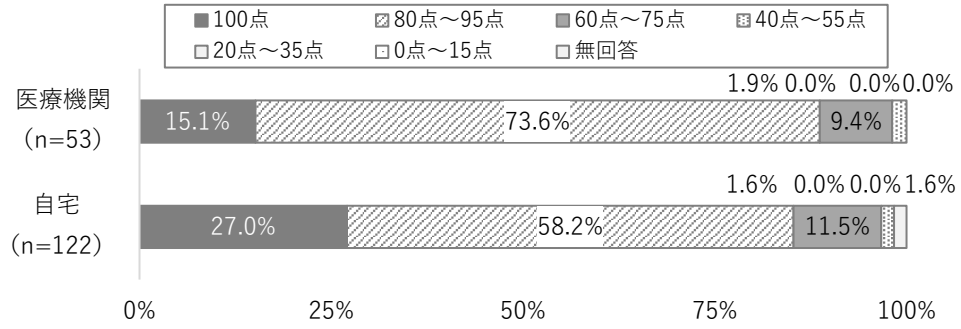


図 5-1-23　開始時のＡＤＬ（Barthel index）（要支援：利用開始前の所在別）



開始時の IADL(FAI)は、「0 点～9 点」が 67.3%と最も割合が高く、介護度別では要支援 1-2 にて「10 点～18 点」「19 点～27 点」の割合が比較的高かった（図 5-1-24）。

要支援者において利用開始前の所在別にみると、自宅からの利用者にて、「19 点～27 点」「28 点～36 点」の割合が比較的高かった（図 5-1-25）。また、6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者と、能力維持を目的に利用を継続する利用者には大きな差は見られなかったが、介助量が多く支援が必要な利用者は点数が低かった（図 5-1-26）。

図 5-1-24　開始時のＩＡＤＬ（FAI）

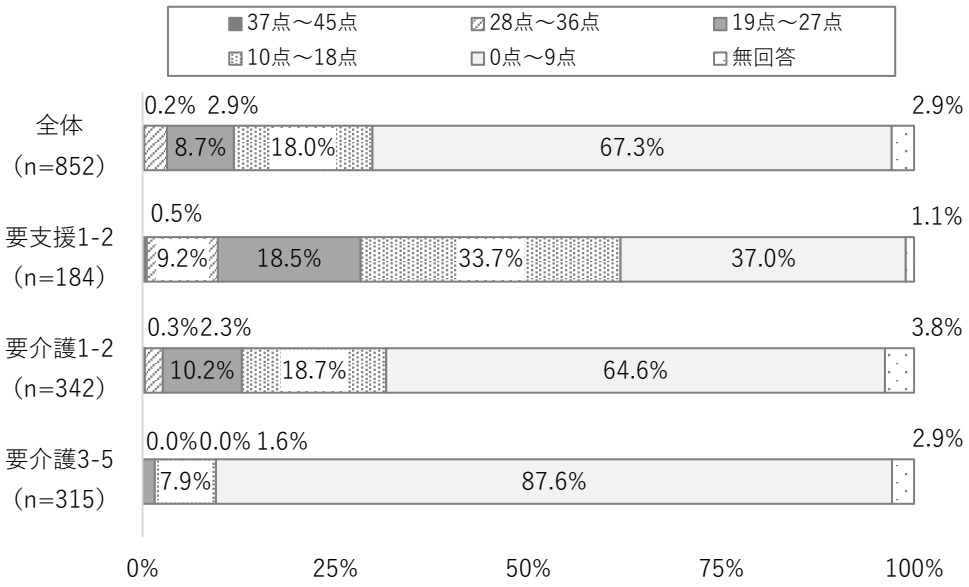


図 5-1-25　開始時のＩＡＤＬ（FAI）（要支援：利用開始前の所在別）

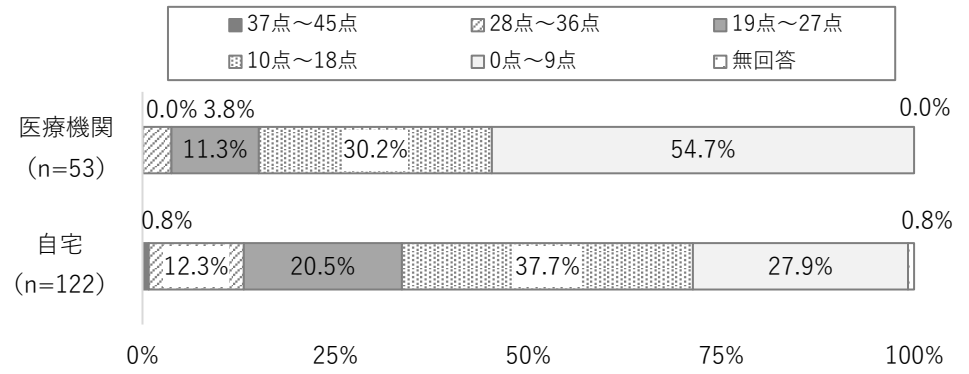
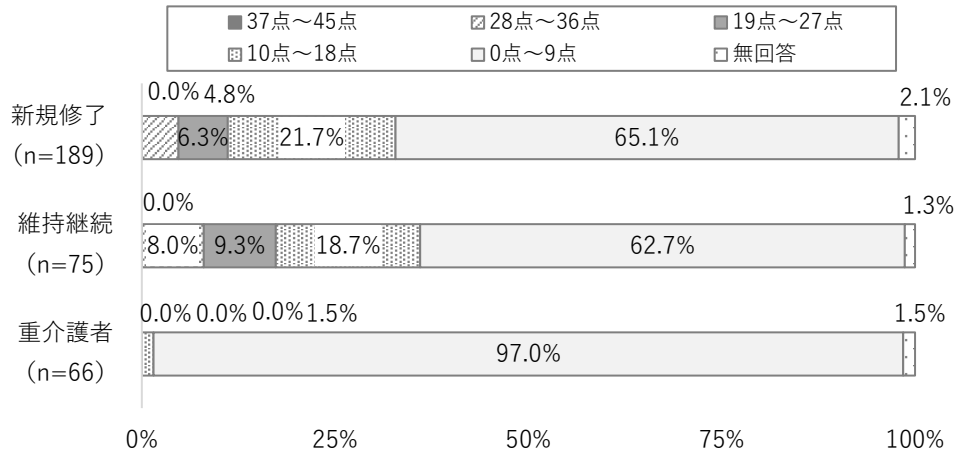


図 5-1-26　開始時のＩＡＤＬ（FAI）（6 ヶ月後の利用状況別）



生活空間の広がり(LSA)は、「24 点以下」の割合が最も高く、要支援 1-2、要介護 1-2、要介護 3-5 の順に「24 点以下」の割合が高くなっていた（図 5-1-27）。

在宅での生活状況(離床時間)は、「7 時間以上」が 55.3%と最も高値であったが、要介護 3-5 にて「7 時間以上」の割合が比較的低く、「3 時間未満」21.9%、「0 時間(離床なし)」7.9%もみられた（図 5-1-28）。

図 5-1-27　生活空間の広がり（LSA）

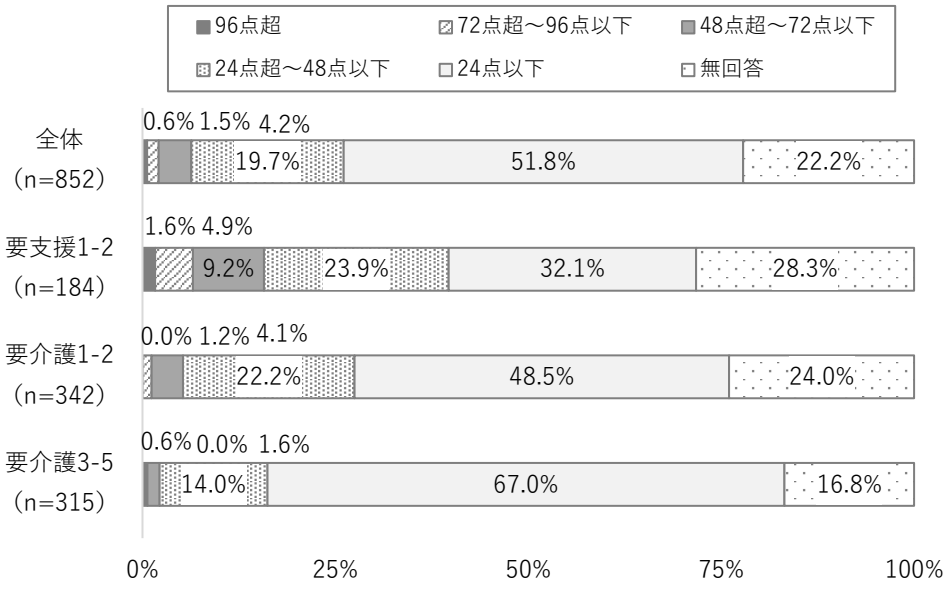
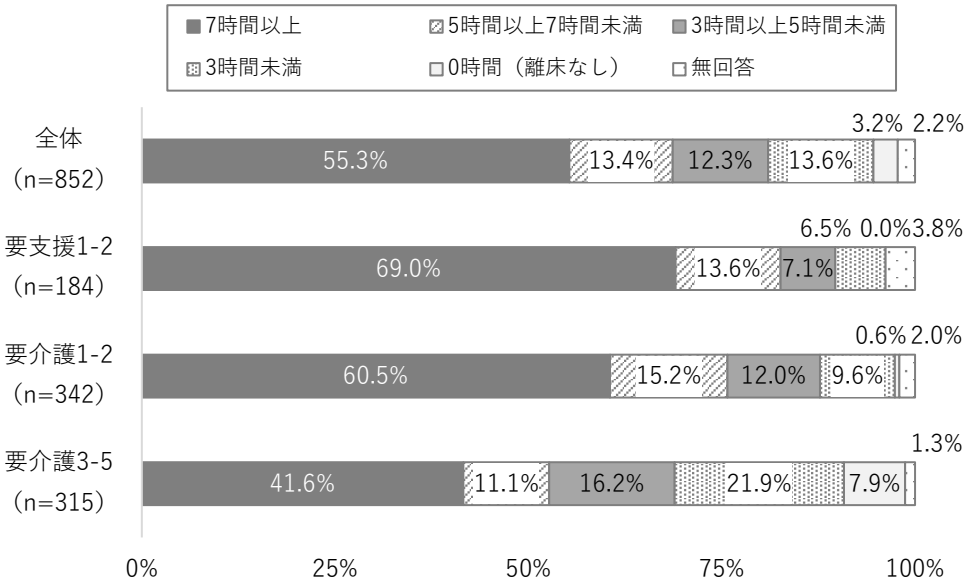


図 5-1-28　在宅での生活状況（離床時間）



2．リハビリテーションマネジメント

リハマネジメント加算を算定した利用者は 41.2%であり、リハマネジメント加算Ｂ(ロ)は 14.2%であった（図 5-2-1)。また、目標達成による修了・修了見込みの利用者は、能力維持を目的に利用を継続する利用者と比較して、「リハマネジメント加算の算定あり」の割合が高かった（図 5-2-2)。

図 5-2-1　リハマネジメント加算の実施割合

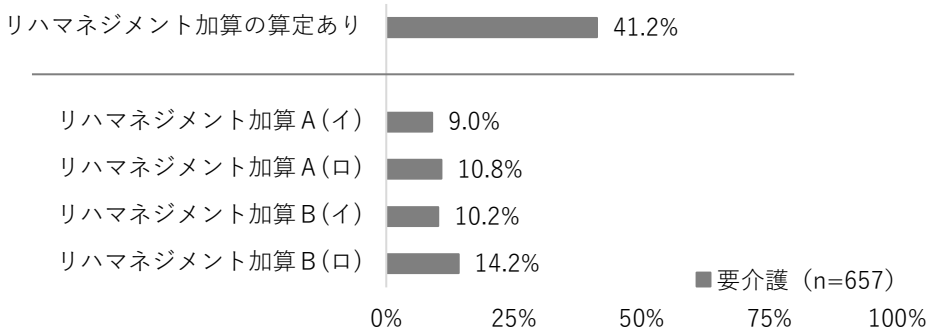
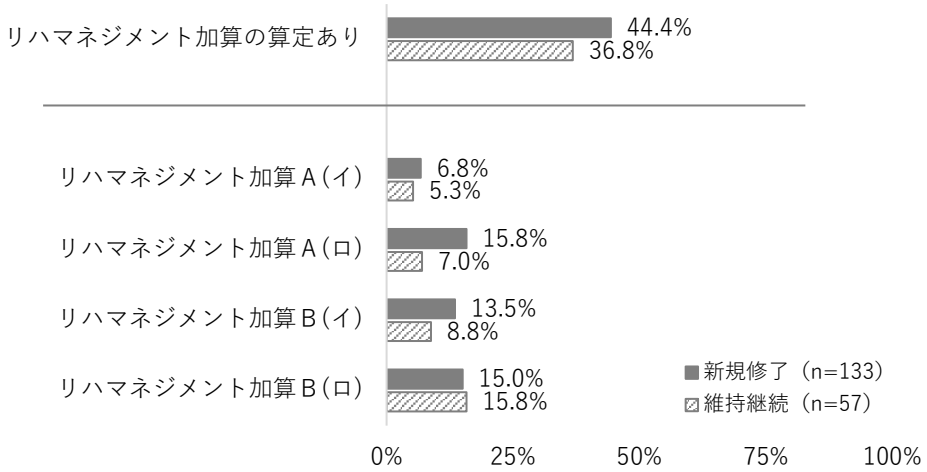


図 5-2-2　リハマネジメント加算の実施割合（6 ヶ月後の利用状況別）



新規利用者において診察した医師は、「事業所の医師：計画作成医」が 77.0%、「事業所外の医師：かかりつけ医」が 20.2%であった（図 5-2-3)。

計画作成医の指示の内容は、「リハの目的」が 81.8%であった。また、「リハ実施上の留意点」が 82.6%、「リハ中止の目安(基準)」が 62.2%、「運動の負荷量」が 37.1%であった。（図 5-2-4)。また、診察した医師別に比較すると計画作成医の診察にて、「リハの目的」「リハ実施上の留意点」「リハ中止の目安(基準)」の割合が高かった（図 5-2-5)。

図 5-2-3　診察した医師

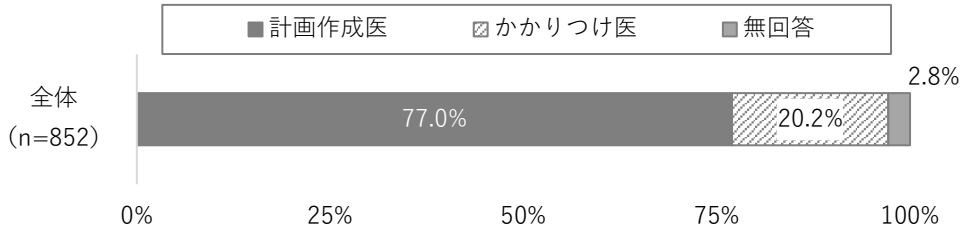


図 5-2-4　計画作成医の具体的な指示の内容

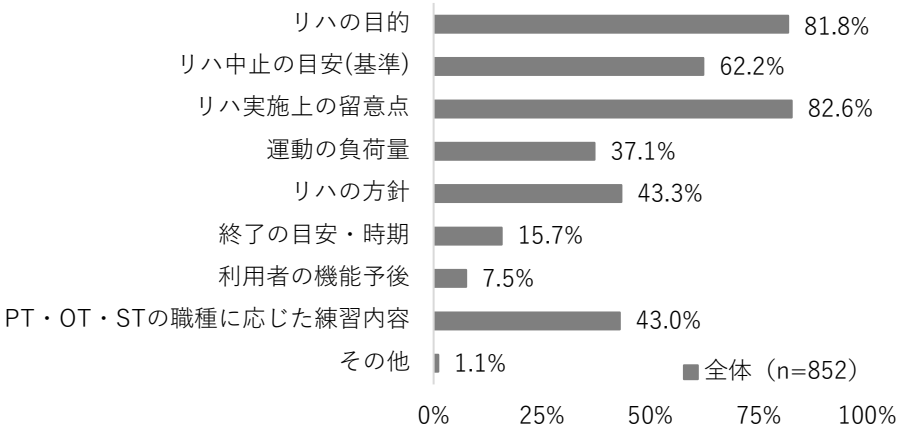
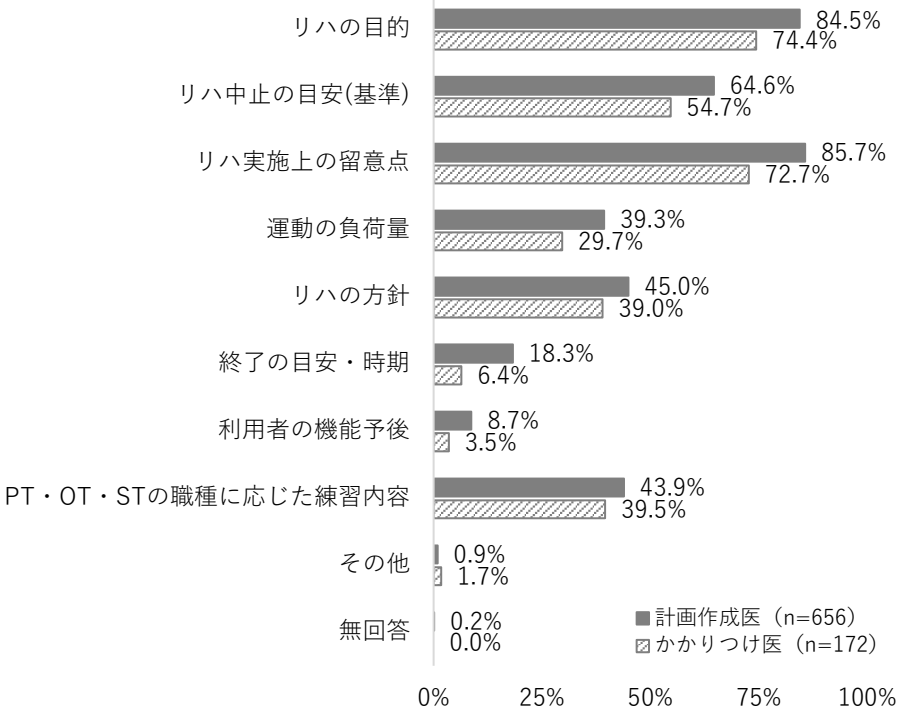


図 5-2-5　計画作成医の具体的な指示の内容（診察医師別）



訪問リハ計画に位置付けた目標は、「運動習慣の獲得や継続」69.0%、「身体機能の向上」66.8%、「身体機能の維持(重度化予防)」65.6%、「生活能力の向上」61.5%、「生活能力の維持(重度化予防)」60.9%、「活動量の確保」60.3%の順に割合が高かった。一方で、「地域における社会参加」は 20.8%と低値であった（図 5-2-6)。

介護度別にみると、要介護 3-5 にて「介護負担の軽減」、要支援 1-2 にて「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」「趣味活動の獲得や継続」「地域における社会参加」の割合が比較的高かったが、「地域における社会参加」は 24.5%と全体的にみると低値であった（図 5-2-7)。

また、要支援において自宅からの利用者は、「運動習慣の獲得や継続」、医療機関退院後の利用者は、「生活課題の解決」「趣味活動の獲得や継続」「地域における社会参加」「介護負担の軽減」の割合が比較的高かった（図 5-2-8)。

図 5-2-6　訪問リハ計画に位置付けた目標

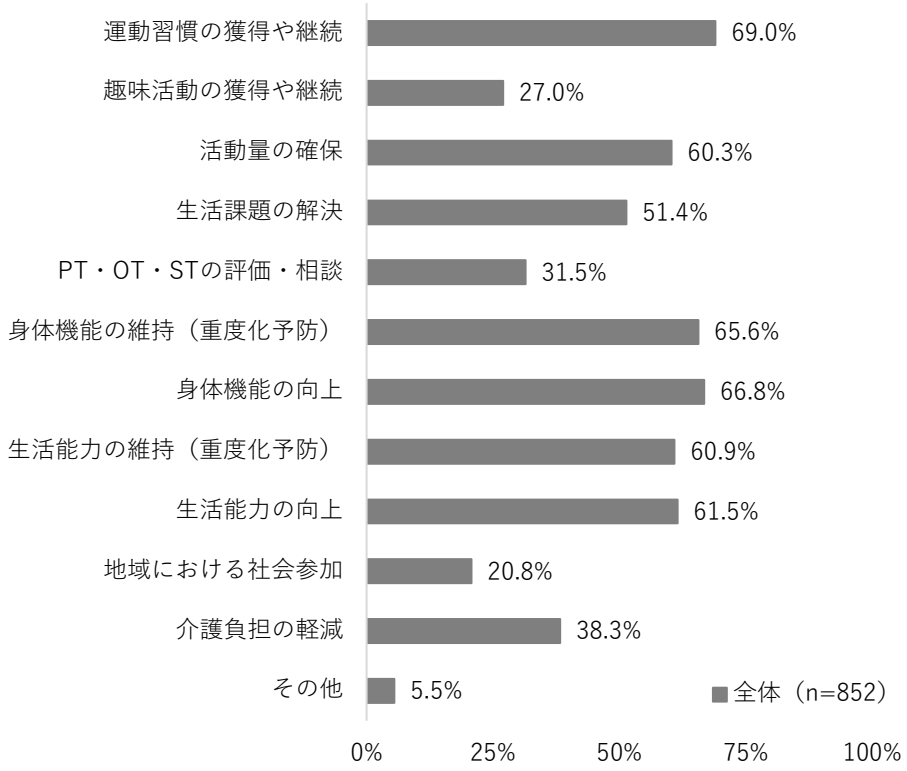


図 5-2-7　訪問リハ計画に位置付けた目標（介護度別）

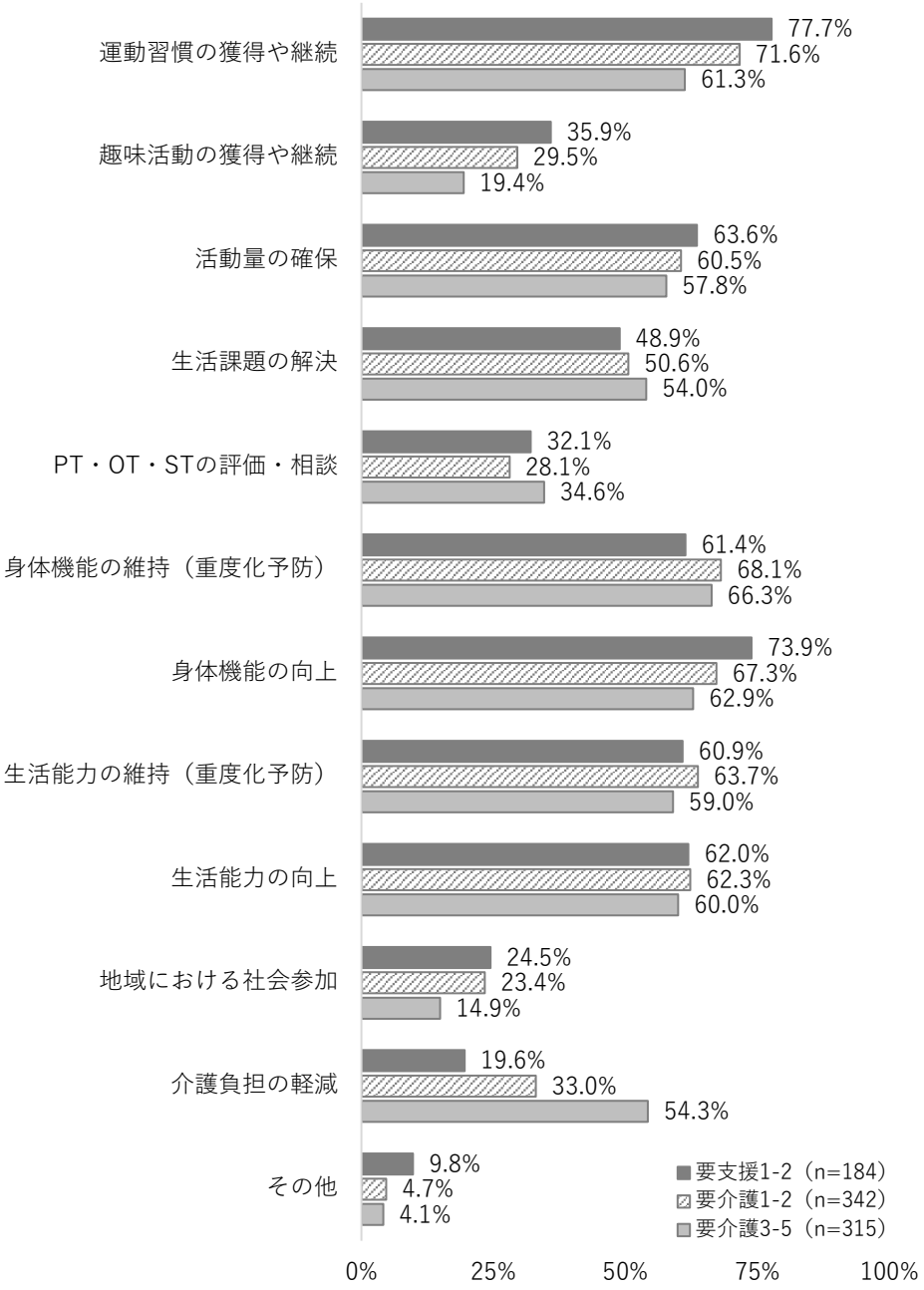
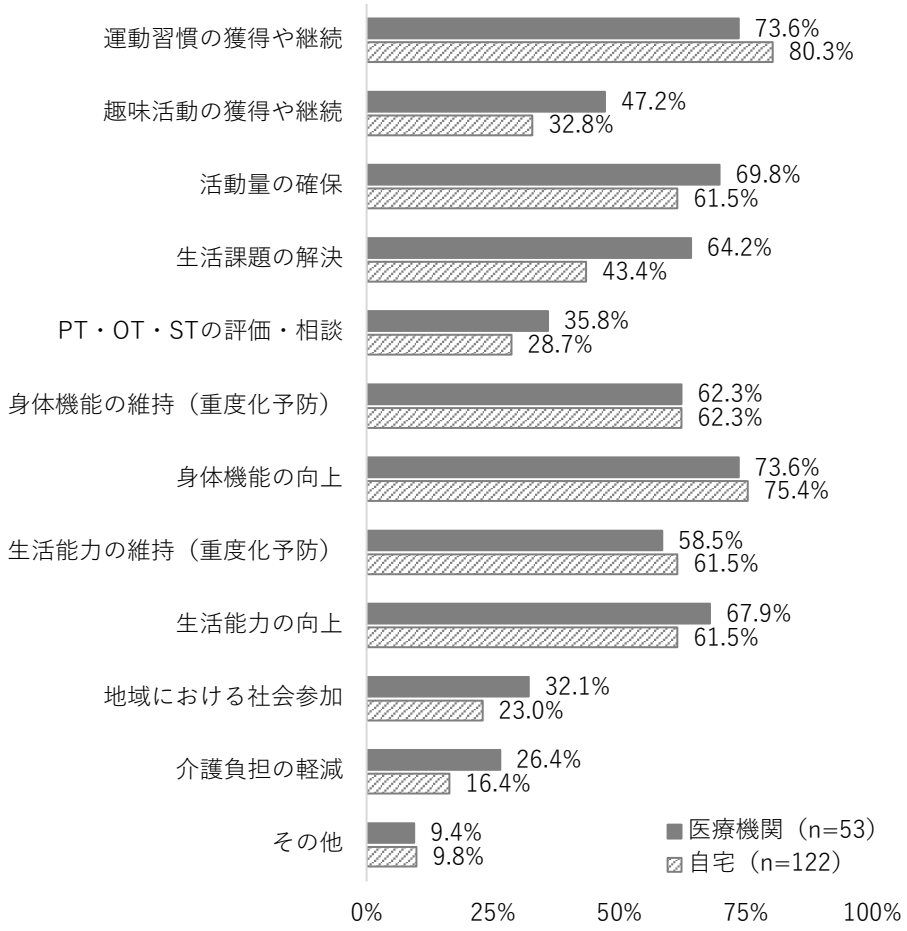
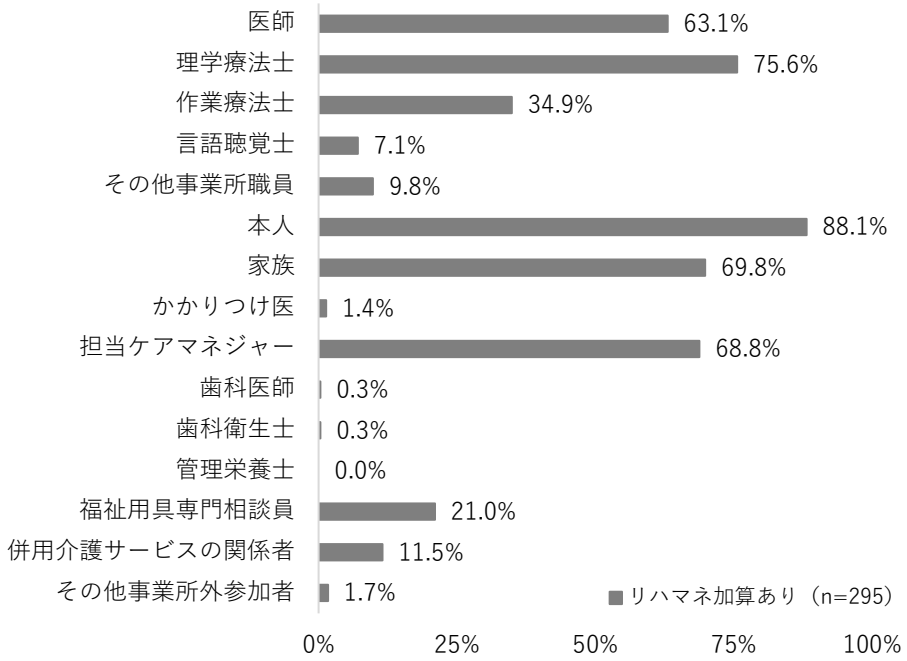


図 5-2-8　訪問リハ計画に位置付けた目標（要支援：利用開始前の所在別）



リハマネジメント加算の算定利用者におけるリハ会議への主な参加者は、事業所職員として「理学療法士」75.6%、「医師」63.1%の割合が高かった。また、関係者としては「本人」88.1%、「家族」69.8%、「担当ケアマネジャー」68.8%であった（図 5-2-9）。

図 5-2-9　リハビリテーション会議への主な参加者



リハ会議での検討内容は、「リハビリテーションの内容」94.9%、「利用者の状況の確認・共有」92.5%、「目標の確認・共有」89.8%、「アセスメント結果などの情報の共有」73.9%の割合が高い値であったが、「多職種協働に向けた支援方針」48.8%、「他サービス事業所との役割分担」21.7%の割合は低かった（図 5-2-10）。

6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は「アセスメント結果などの情報の共有」「目標の確認・共有」「他サービス事業所との役割分担」の割合が比較的高かった（図 5-2-11）。

図 5-2-10　リハビリテーション会議での検討内容

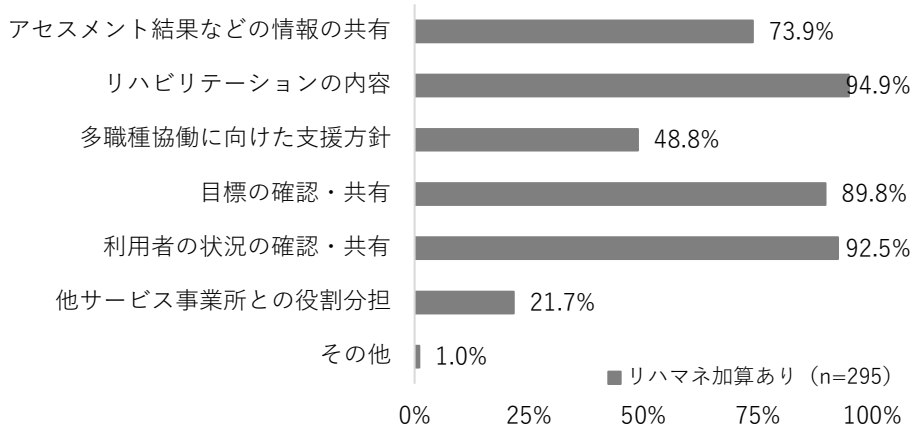
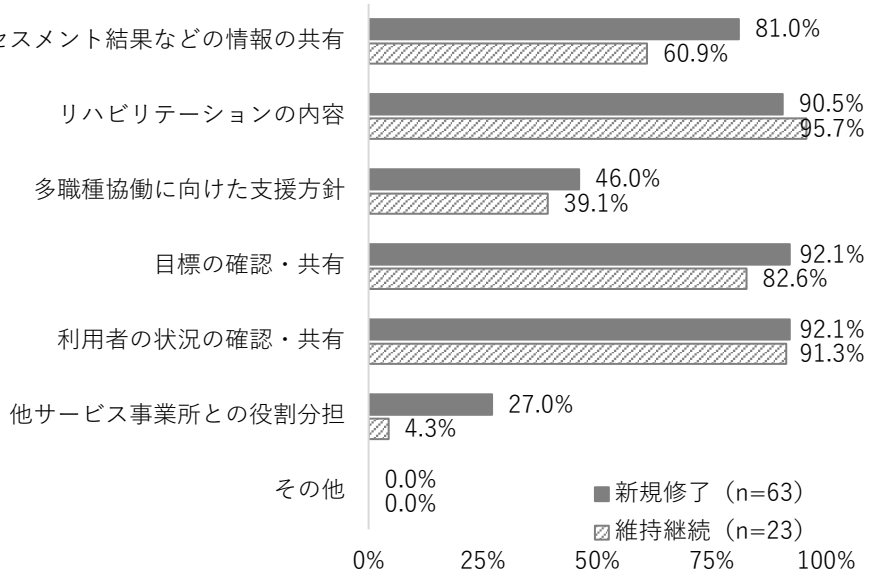


図 5-2-11　リハビリテーション会議での検討内容（6 ヶ月後の利用状況別）



リハマネジメント加算の算定利用者においてリハ会議に医師が参加している場合、リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」74.7%、「生活アドバイス」62.0%、「疾患や心身機能の予後」58.4%の割合が高かった（図 5-2-12）。

診察した医師別にみると計画作成医にて、「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった（図 5-2-13）。また、6 ヶ月後の利用状況別にみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は、「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった（図 5-2-14）。

図 5-2-12　リハビリテーション会議における医師の説明内容

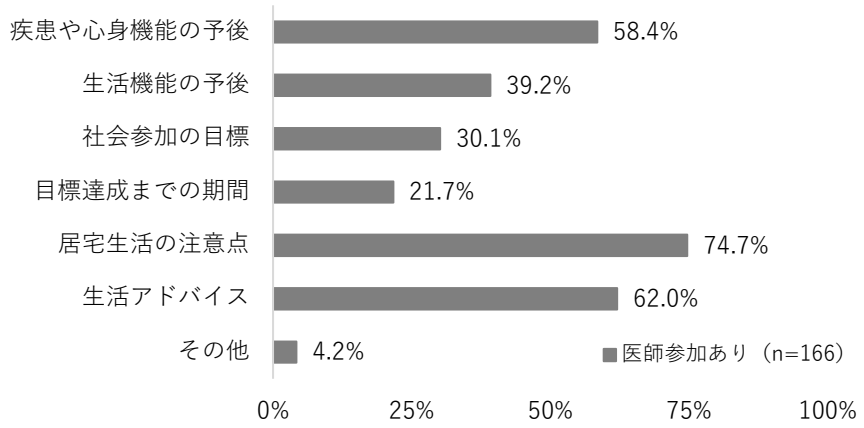


図 5-2-13　リハビリテーション会議における医師の説明内容（診察医師別）

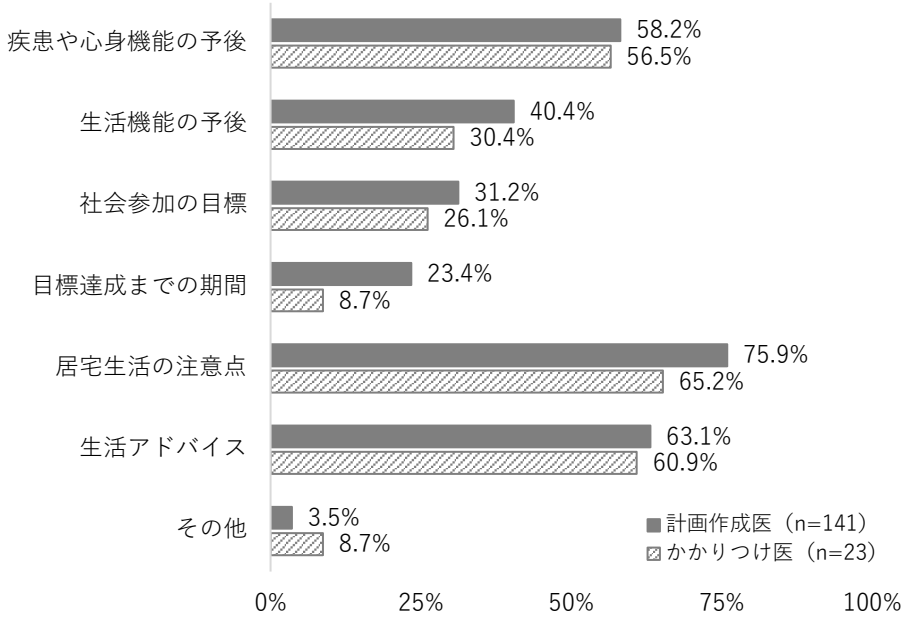
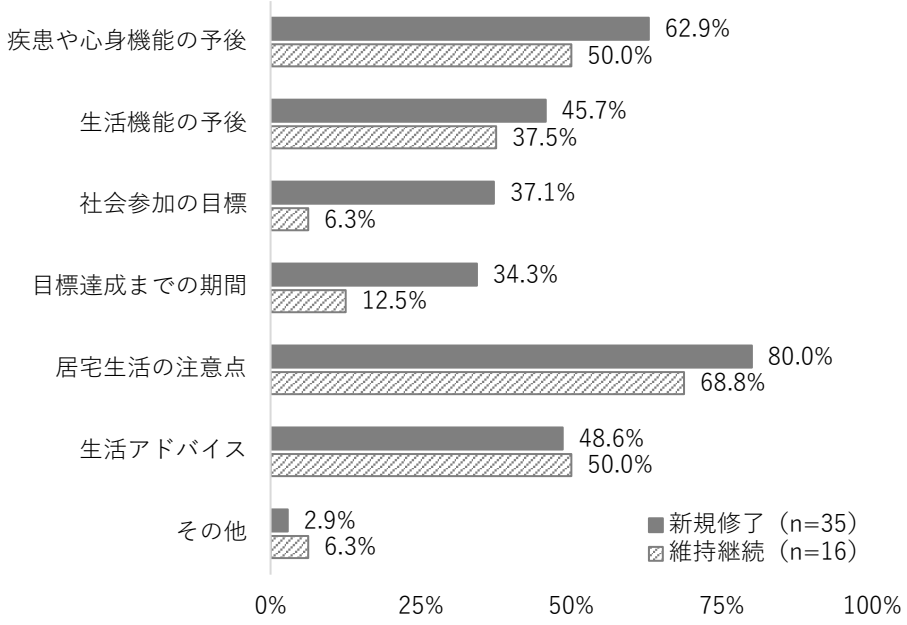


図 5-2-14　リハビリテーション会議における医師の説明内容（6 ヶ月後の利用状況別）



３．サービス提供内容

新規利用者における各種サービスの実施割合は、「機能訓練(身体機能向上)」95.4%、「ADL練習(移乗・移動)」85.0%、「基本動作練習」73.5%の順に高値であったが、「IADL 練習」は27.0%と低かった（図 5-3-1)。

介護度別にみても同様の傾向であったが、要支援 1-2 にて「IADL 練習」の割合が高い傾向にあった（図 5-3-2)。また、医療機関退院後の利用者にて、「ADL 練習(移乗・移動)」「IADL 練習」「ADL 練習(セルフケア)」の割合が比較的高かった（図 5-3-3)。

図 5-3-1　各種サービスの実施割合

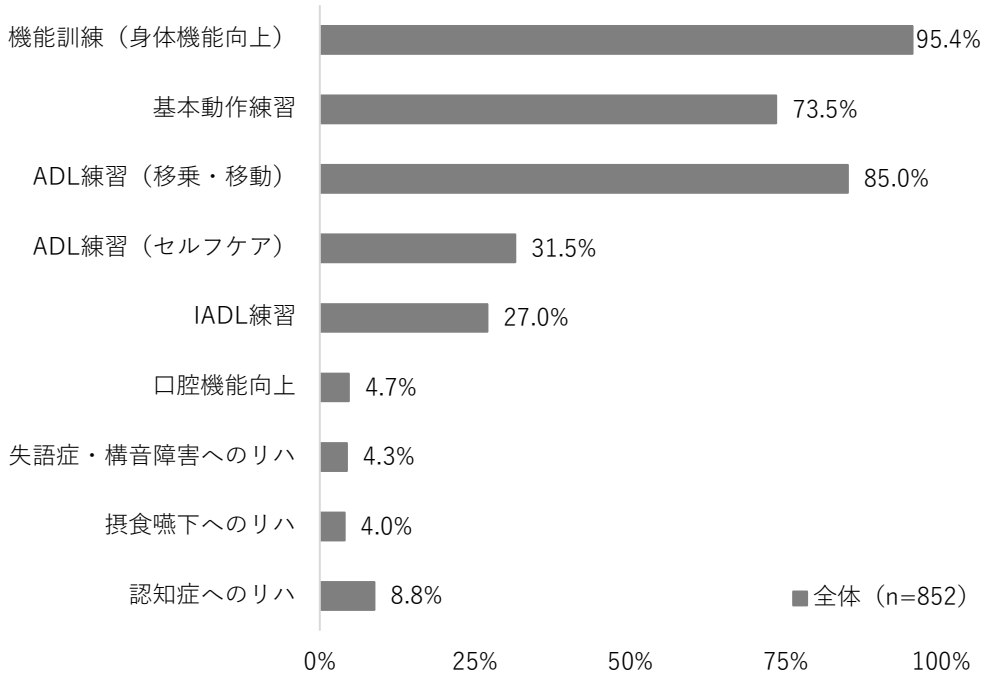


図 5-3-2　各種サービスの実施割合（介護度別）

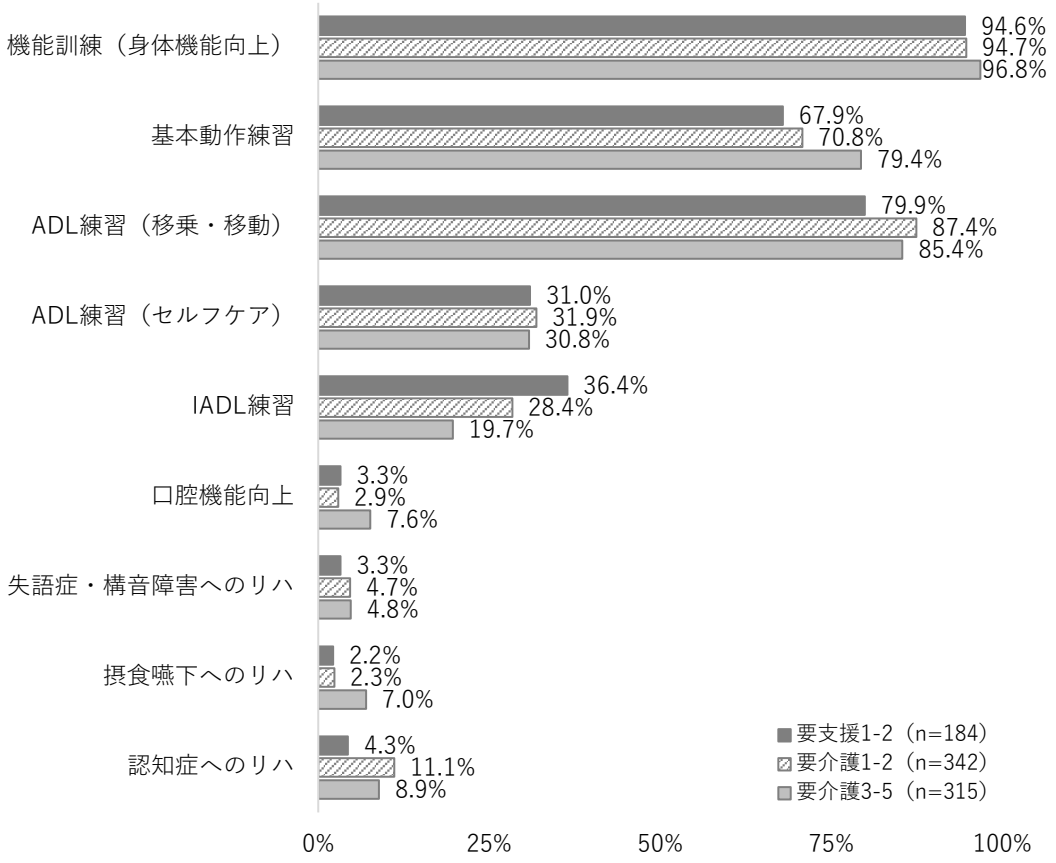
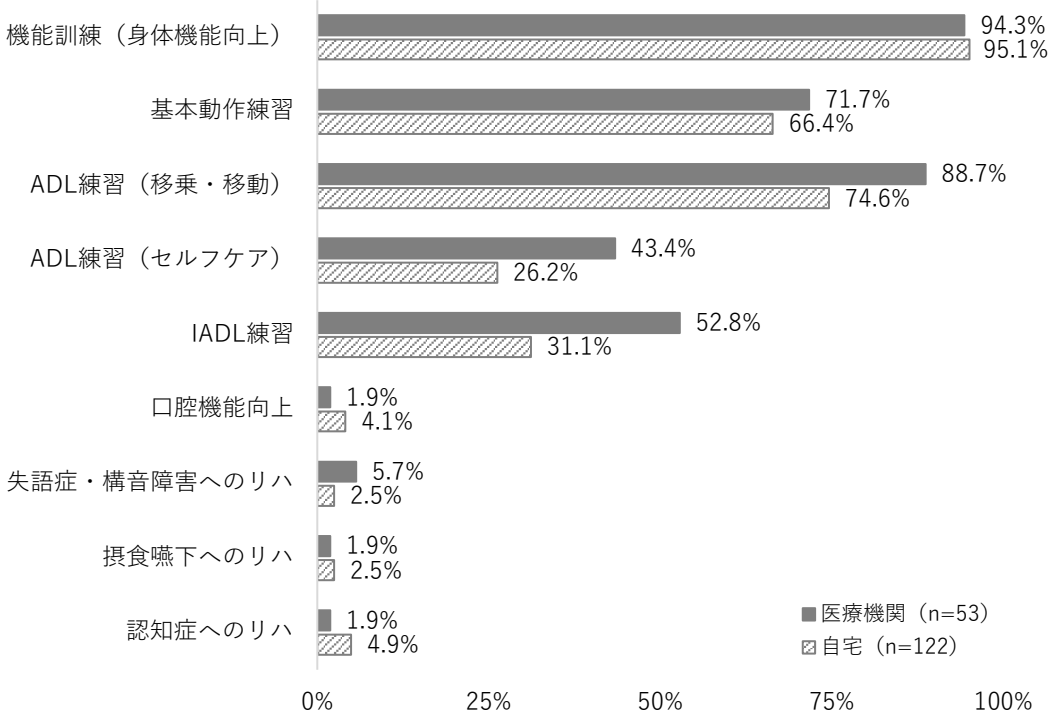
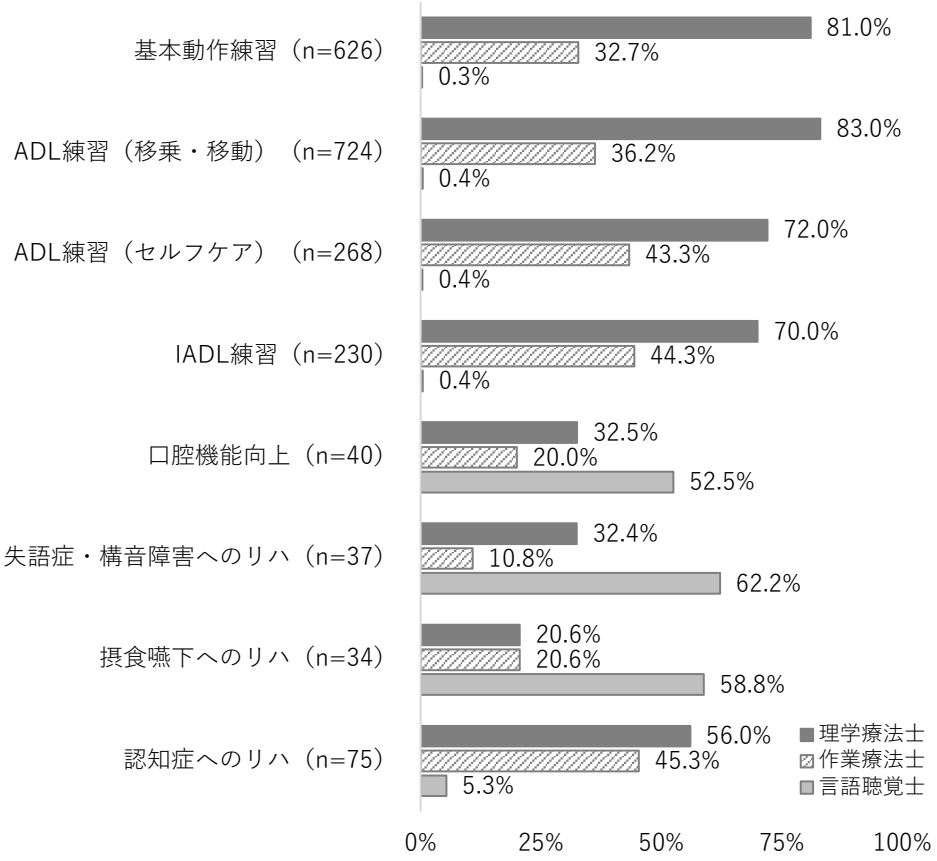


図 5-3-3　各種サービスの実施割合（要支援：利用開始前の所在別）



各種サービスにおける主な実施者において、「基本動作練習」「ADL 練習(移乗・移動)」「ADL 練習(セルフケア)」「IADL 練習」「認知症へのリハ」は理学療法士・作業療法士、「口腔機能向上」「失語症・構音障害へのリハ」「摂食嚥下へのリハ」は言語聴覚士の割合が高かった（図 5-3-4)。

図 5-3-4　各種サービスの実施者



新規利用者における各種取組の実施割合は、「運動・自主トレに関する助言」86.5%、「生活習慣に関する助言」70.3%、「環境整備に関する助言」69.1%、「福祉用具の評価・調整」63.7%の順に割合が高かった（図 5-3-5)。介護度別にみると要支援 1-2 や要介護 1-2 にて、「運動・自主トレに関する助言」「生活習慣に関する助言」の実施割合が比較的高かった（図 5-3-6)。

また、目標達成による修了・修了見込みの利用者は、「環境整備に関する助言」「福祉用具の評価・調整」「併用サービスへの助言」の割合が比較的高かった（図 5-3-7)。

図 5-3-5　各種取組の実施割合

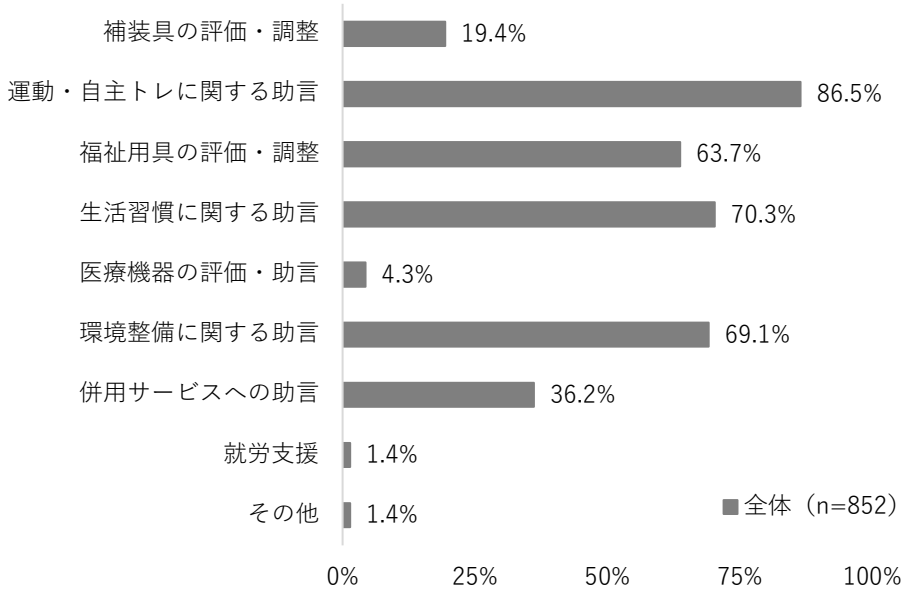


図 5-3-6　各種取組の実施割合（介護度別）

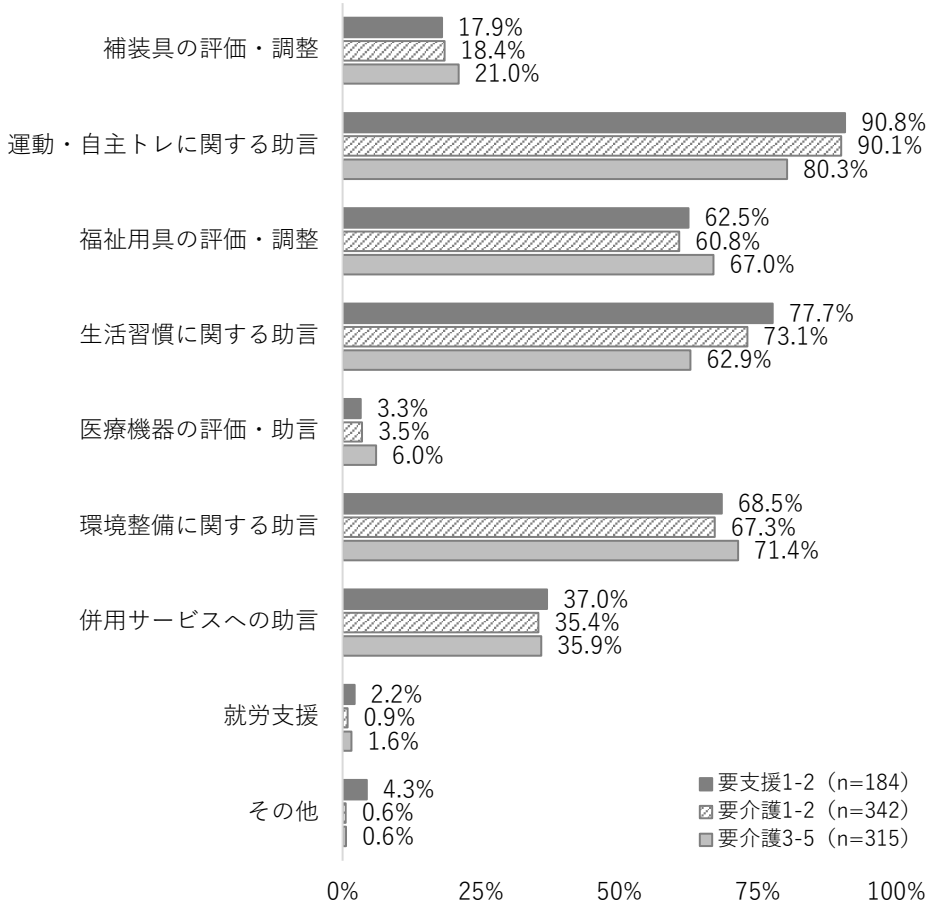
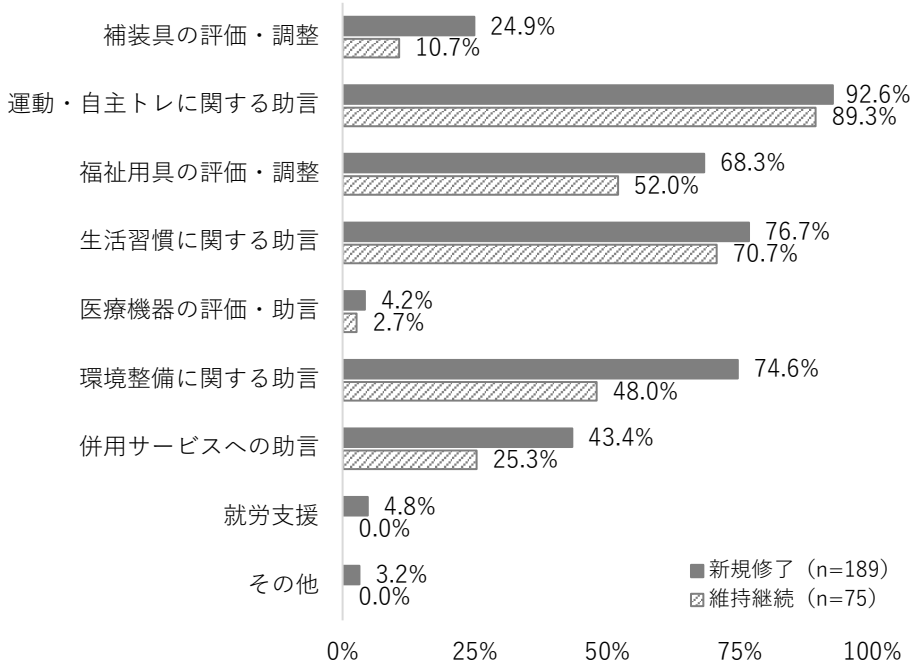


図 5-3-7　各種取組の実施割合（6 ヶ月後の利用状況別）



居宅外における評価・応用練習の実施割合は、「利用者宅周囲(徒歩 5 分圏内)」41.8%、「利用者宅外道路(徒歩 5 分以上)」27.3%の割合が高く、その他の項目は 1 割に満たなかった（図 5-3-8)。また、介護度別にみても同様の傾向であった（図 5-3-9)。他方、医療機関退院後の利用者においては、居宅外における評価・応用練習の実施割合が高い傾向にあった（図 5-3-10)。

図 5-3-8　居宅外における評価・応用練習の実施割合

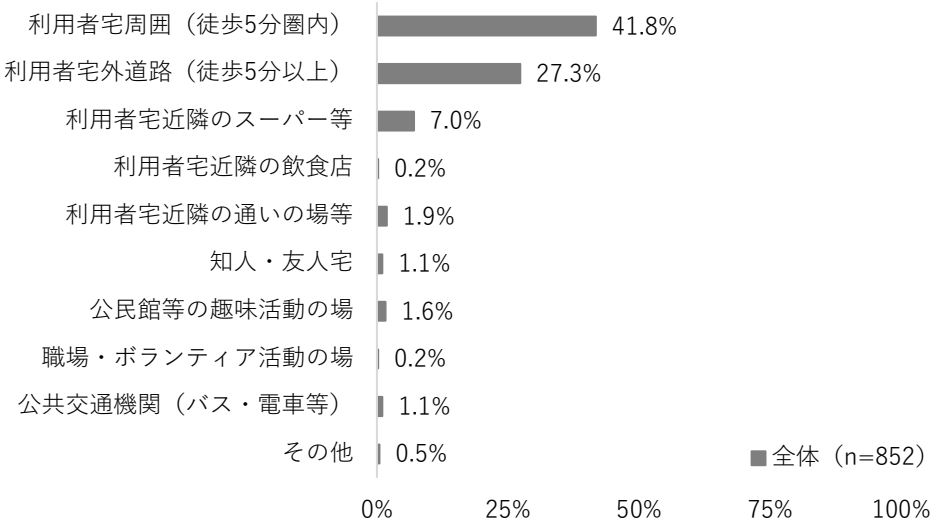


図 5-3-9　居宅外における評価・応用練習の実施割合（介護度別）

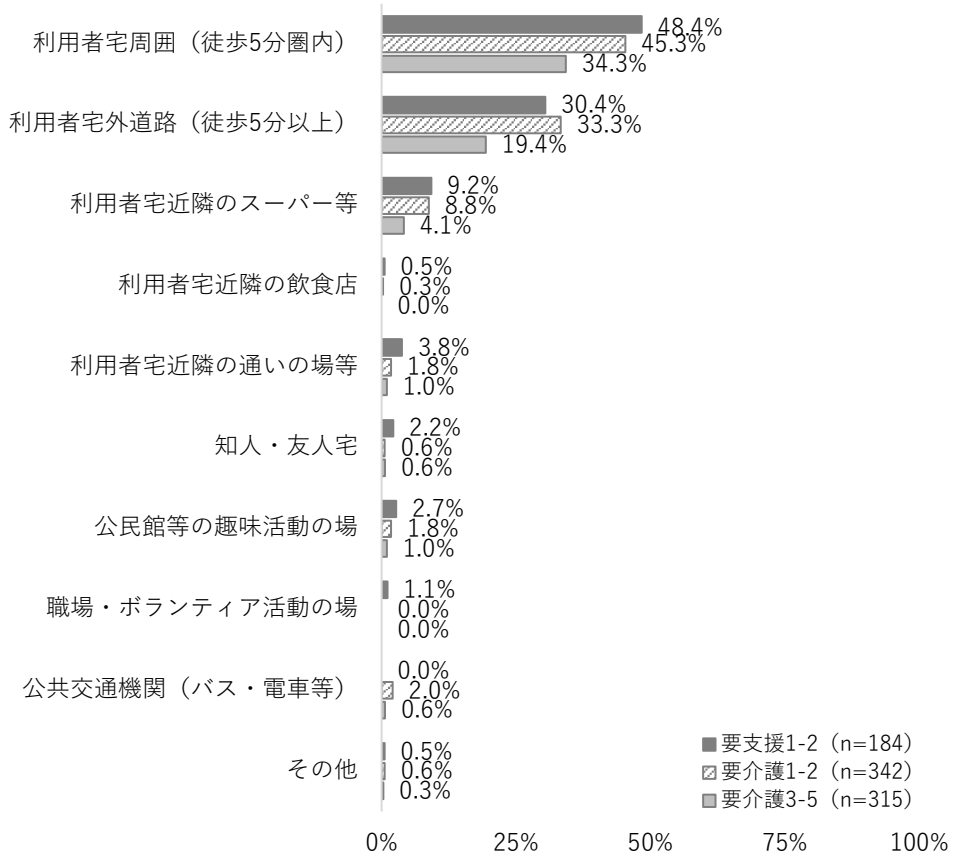
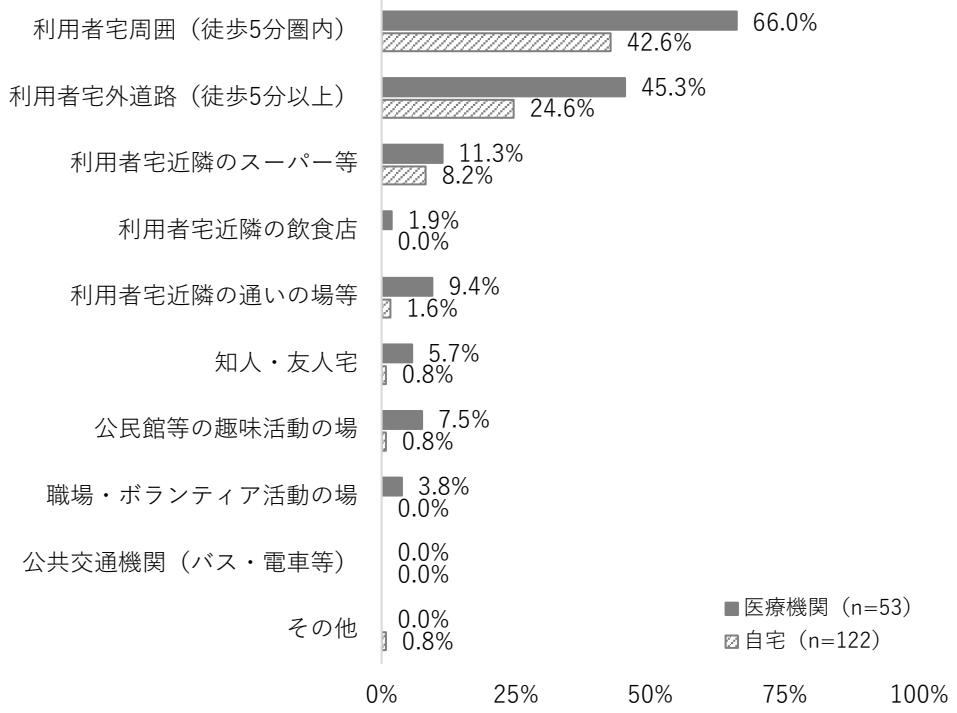


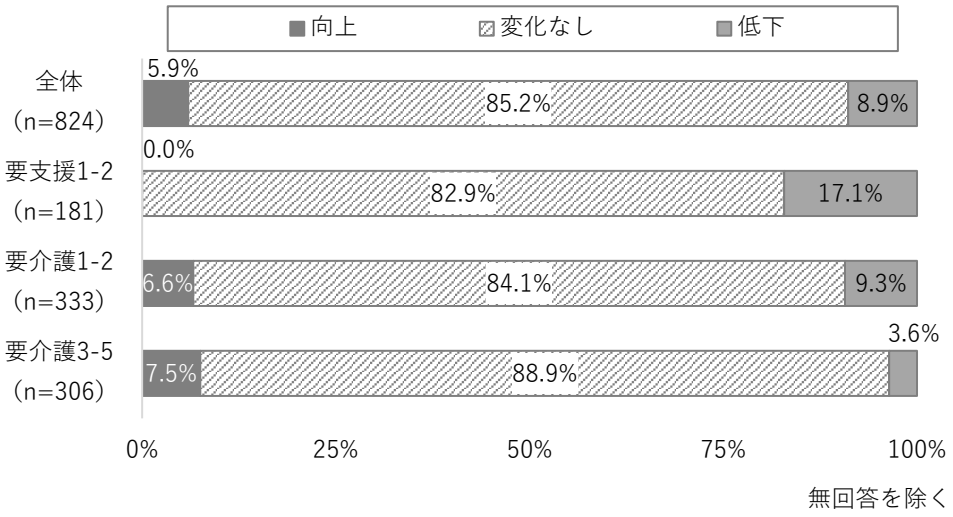
図 5-3-10　居宅外における評価・応用練習の実施割合（要支援：利用開始前の所在別）



４．利用６ヶ月後の状況

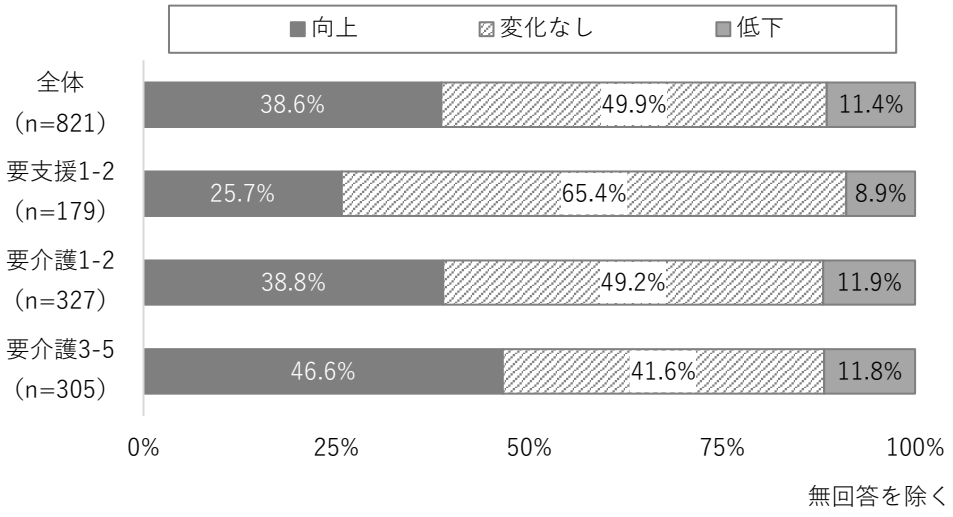
新規利用者において、利用開始から６ヶ月後における介護度の変化は、要支援 1-2 にて「変化なし」が 82.9%であった（図 5-4-1）。

図 5-4-1　６ヶ月後の介護度の変化（介護度別）



利用開始から６ヶ月後に ADL が「向上」した割合は 38.6%であり、要支援 1-2 にて 25.7%、要介護 1-2 にて 38.8%、要介護 3-5 にて 46.6%であった（図 5-4-2）。

図 5-4-2　６ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（介護度別）



ADL にて「向上」した項目は、要支援 1-2 にて「階段昇降」「平地歩行」の割合が、要介護 3-5 にて「イスとベッド間の移乗」「階段昇降」「平地歩行」「トイレ動作」「更衣」の割合が高かった（表 5-4-1）。

表 5-4-1　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化項目（介護度別）

No.	カテゴリー名		n	向上	維持	低下
1	食事	要支援1-2	179	1.1%	97.2%	1.7%
		要介護1-2	329	3.0%	93.9%	3.0%
		要介護3-5	307	9.4%	87.0%	3.6%
2	イスとベッド間の移乗	要支援1-2	179	5.0%	91.1%	3.9%
		要介護1-2	329	12.2%	83.6%	4.3%
		要介護3-5	306	21.9%	71.6%	6.5%
3	整容	要支援1-2	179	1.1%	98.9%	0.0%
		要介護1-2	329	4.9%	91.8%	3.3%
		要介護3-5	307	5.2%	92.5%	2.3%
4	トイレ動作	要支援1-2	179	4.5%	92.2%	3.4%
		要介護1-2	329	9.4%	86.6%	4.0%
		要介護3-5	307	13.7%	82.7%	3.6%
5	入浴	要支援1-2	179	7.8%	89.4%	2.8%
		要介護1-2	329	8.5%	89.7%	1.8%
		要介護3-5	307	6.2%	91.2%	2.6%
6	平地歩行	要支援1-2	179	10.6%	84.9%	4.5%
		要介護1-2	327	15.9%	76.5%	7.6%
		要介護3-5	306	19.3%	75.5%	5.2%
7	階段昇降	要支援1-2	179	12.3%	82.1%	5.6%
		要介護1-2	327	17.4%	79.2%	3.4%
		要介護3-5	306	20.3%	78.4%	1.3%
8	更衣	要支援1-2	179	2.8%	93.9%	3.4%
		要介護1-2	327	9.5%	85.9%	4.6%
		要介護3-5	306	11.1%	85.0%	3.9%
9	排便コントロール	要支援1-2	179	1.1%	97.8%	1.1%
		要介護1-2	327	2.1%	95.7%	2.1%
		要介護3-5	306	8.2%	88.2%	3.6%
10	排尿コントロール	要支援1-2	179	2.2%	96.6%	1.1%
		要介護1-2	327	3.4%	93.3%	3.4%
		要介護3-5	306	8.5%	88.6%	2.9%

無回答を除く

リハマネジメント加算の算定有無別では算定がある利用者にて「向上」の割合が高かった（図 5-4-3）。また、要支援における医療機関退院後の利用者および目標達成による修了・修了見込みの利用者にて、「向上」の割合が高かった（図 5-4-4、5-4-5）。

図 5-4-3　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（リハマネジメント加算の算定有無別）

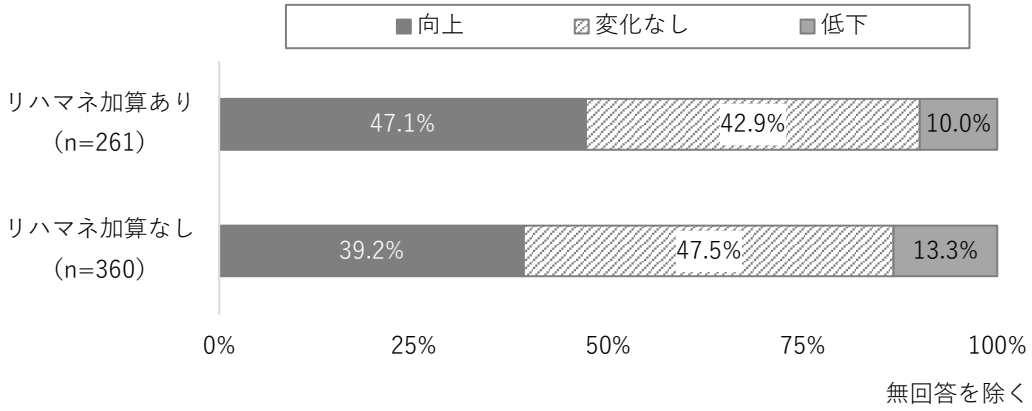


図 5-4-4　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（要支援：利用開始前の所在別）

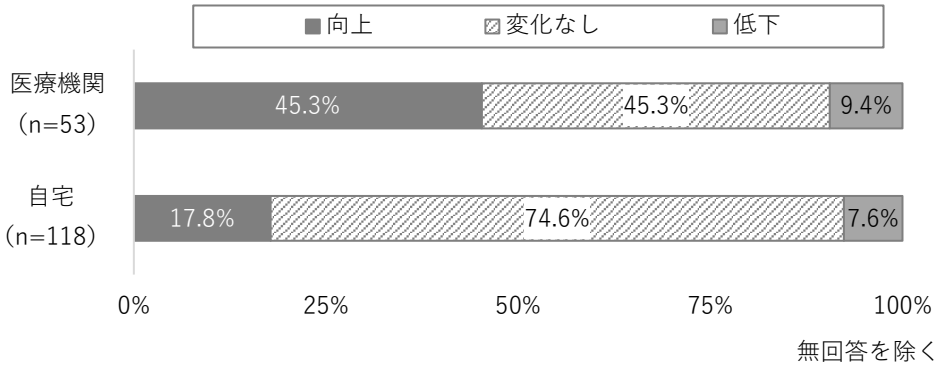
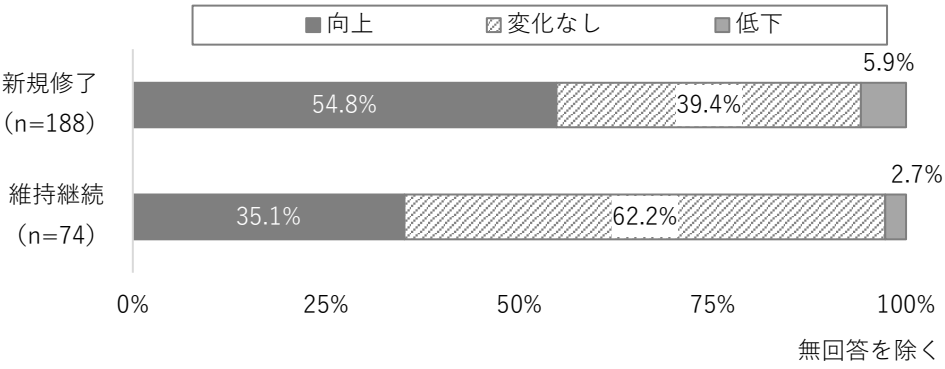


図 5-4-5　6 ヶ月後のＡＤＬ（Barthel index）の変化（6 ヶ月後の利用状況別）



6ヶ月後にIADLが「向上」した割合は、48.6%であり、要支援1-2にて41.3%、要介護1-2にて54.0%、要介護3-5にて47.2%であった（図5-4-6）。リハマネジメント加算の算定有無別にみると、算定がある利用者において「向上」の割合が高かった（図5-4-7）。

図5-4-6　6ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（介護度別）

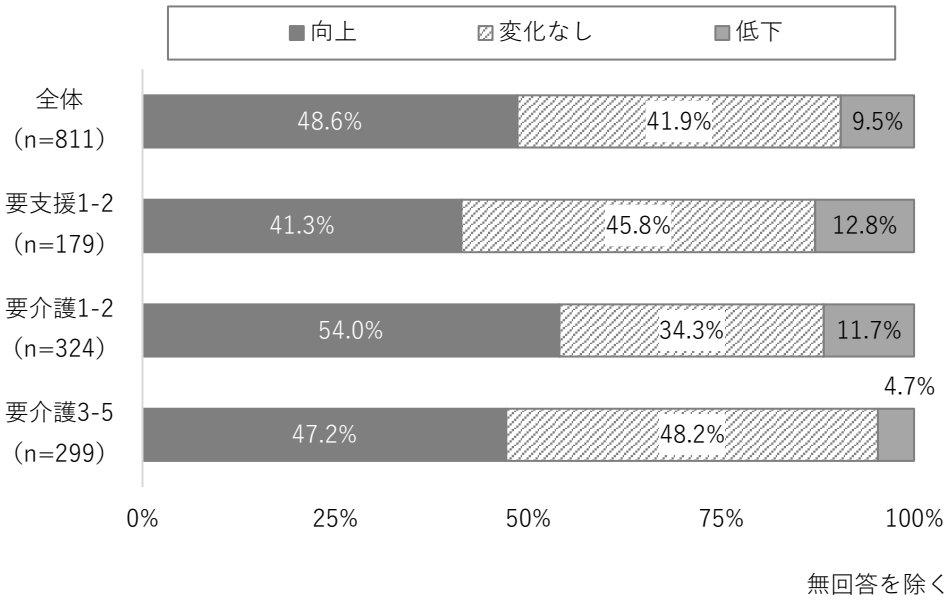
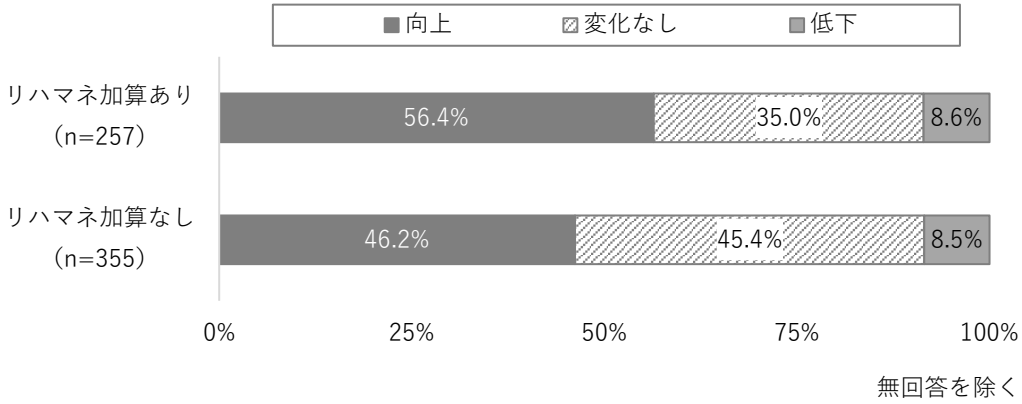


図5-4-7　6ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（リハマネジメント加算の算定有無別）



6 ヶ月後の IADL の変化について、要支援における医療機関退院後の利用者、新規修了(目標達成による修了・修了見込みの利用者)、参加目標あり(地域における社会参加の目標を設定した利用者)、居宅外練習あり(居宅外練習を実施した利用者)において、IADL が「向上」した割合が高かった（図 5-4-8、5-4-9、5-4-10、5-4-11）。

図 5-4-8　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（要支援：利用開始前の所在別）

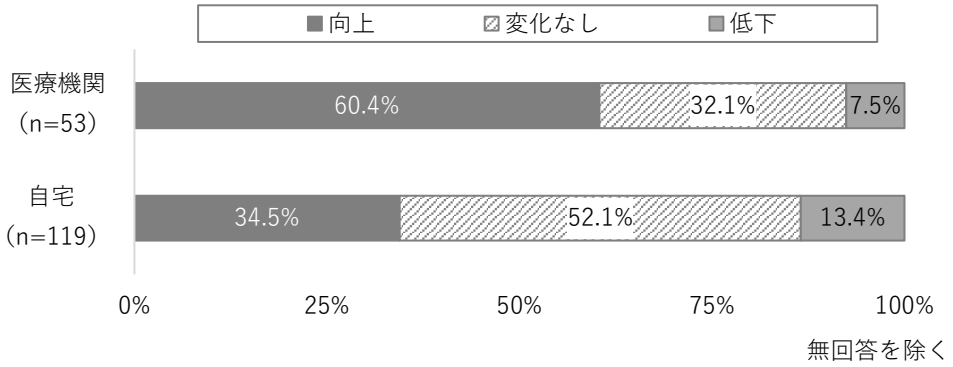


図 5-4-9　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（6 ヶ月後の利用状況別）

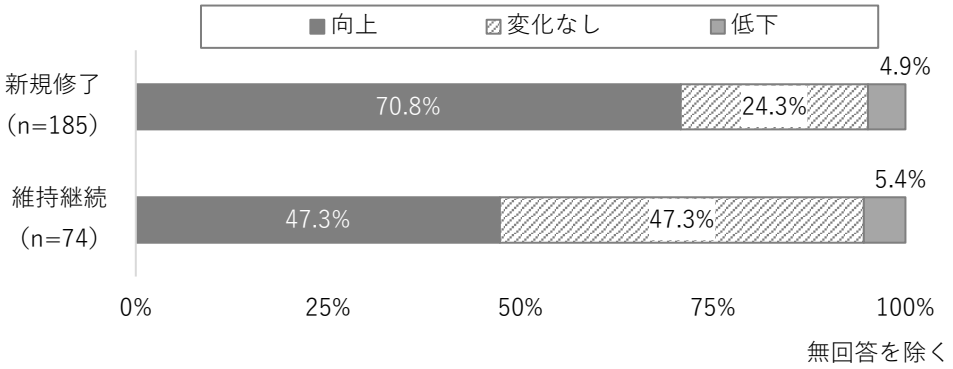


図 5-4-10　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（目標：地域における社会参加の設定有無別）

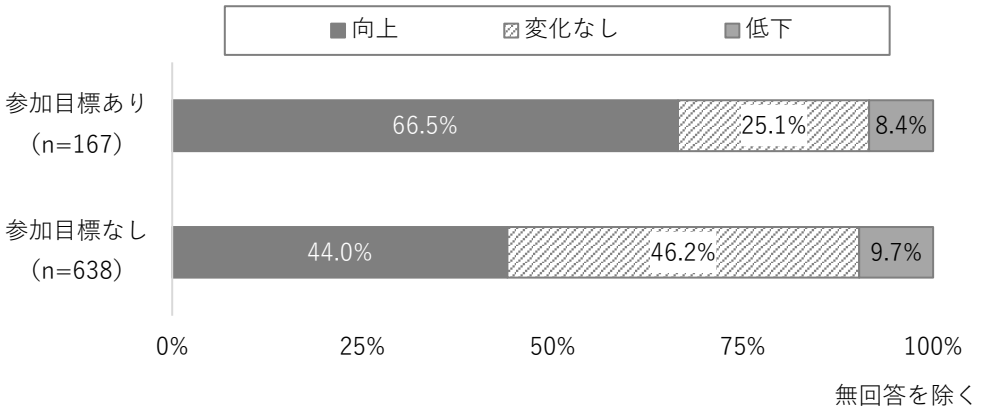
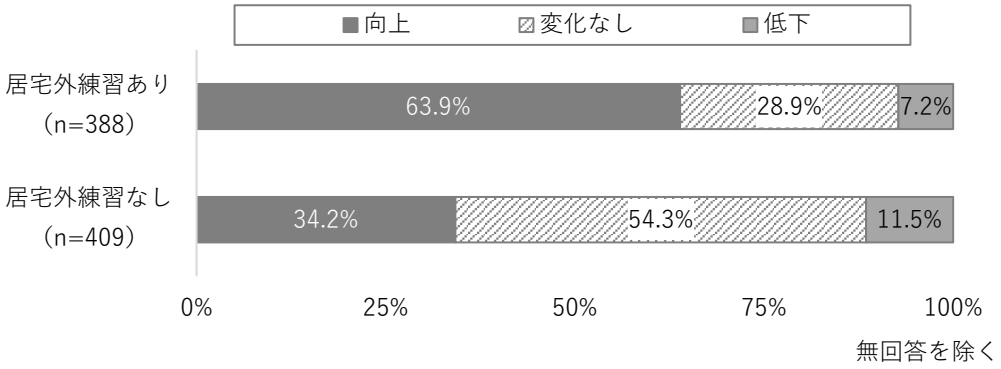
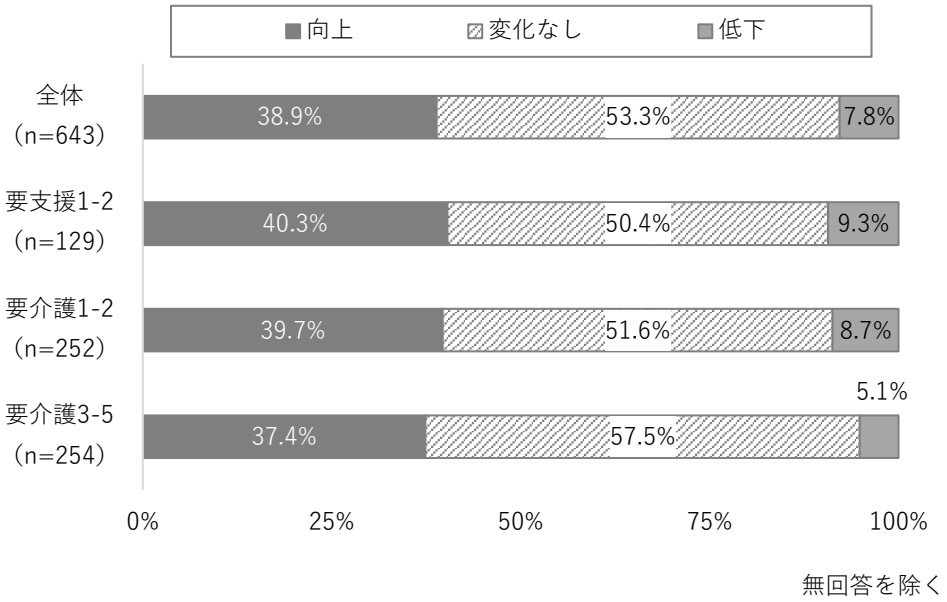


図 5-4-11　6 ヶ月後のＩＡＤＬ（FAI）の変化（居宅外練習有無別）



6 ヶ月後に LSA が「向上」した割合は 38.9%であり、要支援 1-2 にて 40.3%、要介護 1-2 にて 39.7%、要介護 3-5 にて 37.4%であった（図 5-4-12）。

図 5-4-12　6 ヶ月後の生活空間の広がり（ＬＳＡ）の変化（介護度別）



6ヶ月後のLSAの変化について、参加目標あり(地域における社会参加の目標を設定した利用者)、居宅外練習あり(居宅外練習を実施した利用者）において、LSAが「向上」した割合が高かった（図5-4-13、5-4-14)。

図5-4-13　6ヶ月後の生活空間の広がり（ＬＳＡ）の変化
（目標：地域における社会参加の設定有無別）

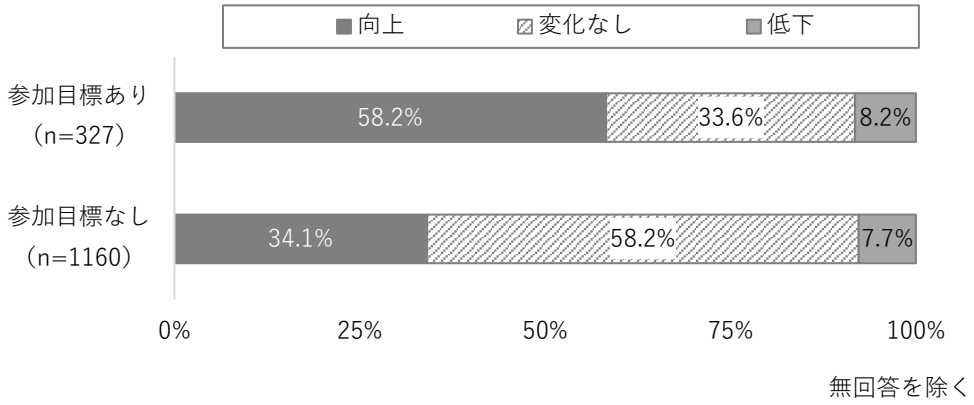
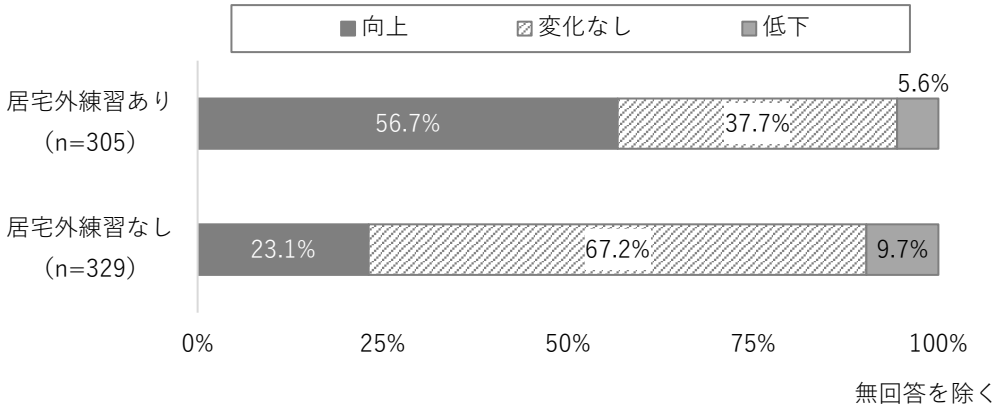
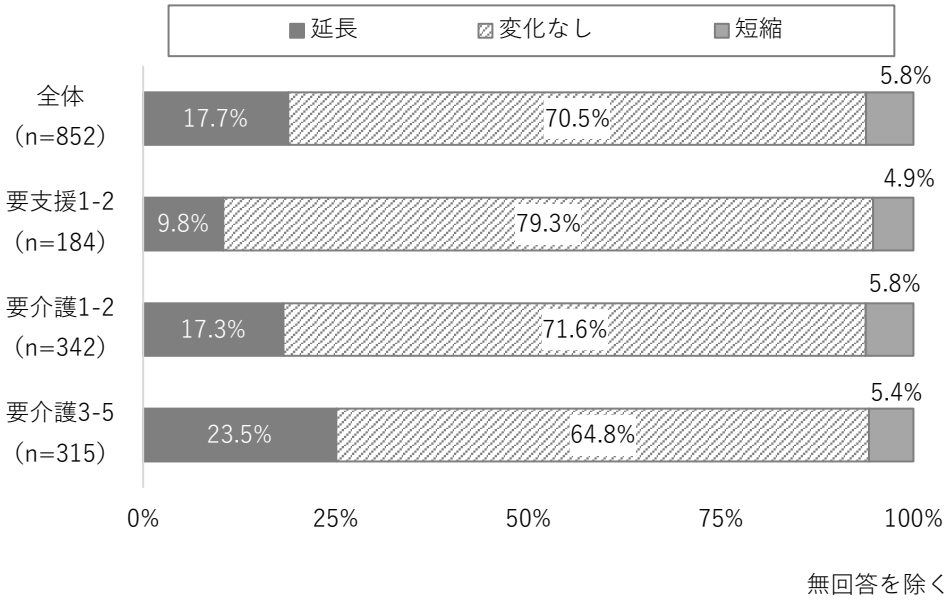


図5-4-14　6ヶ月後の生活空間の広がり（ＬＳＡ）の変化（居宅外練習有無別）



6 ヶ月後に在宅での離床時間が「延長」した割合は 17.7%であった。特に、要介護 3-5 では 23.5%であった（図 5-4-15）。

図 5-4-15　6 ヶ月後の在宅での離床時間の変化（介護度別）



ADL、IADL、LSA の利得点数について、機能訓練の実施有無別にみると、全体にて有意な差を認めなかった（表 5-4-2）。また、機能訓練および基本動作練習の実施時間別では、全体において「30 分未満」にて高い利得であった（表 5-4-3）。

表 5-4-2　機能訓練の実施有無別 各評価の利得点数（平均値）

		実施なし		実施あり		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	30	1.67	786	3.24	ns
	要支援	8	1.88	169	0.92	ns
	要介護	22	-2.27	607	4.00	<.05
IADL	全体	31	1.52	776	2.48	ns
	要支援	8	0.25	169	2.09	ns
	要介護	23	1.96	598	2.58	ns
LSA	全体	19	5.29	621	6.48	ns
	要支援	4	13.63	124	6.19	ns
	要介護	15	3.07	489	6.52	ns

表 5-4-3　機能訓練および基本動作練習の実施時間別 各評価の利得点数（平均値）

		30 分未満		30 分以上		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	370	3.16	340	3.09	ns
	要支援	76	1.38	89	0.51	ns
	要介護	290	3.67	263	3.99	ns
IADL	全体	370	2.85	333	1.97	<.05
	要支援	75	2.65	90	1.13	ns
	要介護	291	2.85	256	2.20	ns
LSA	全体	299	7.36	261	5.20	ns
	要支援	54	9.90	65	3.58	<.05
	要介護	241	6.59	206	5.85	ns

ADL、IADL、LSA の利得点数について、ADL 練習（移動・移乗）の実施有無別にみると、全体として IADL、LSA にて有意な差を認め、「実施あり」にて高い利得であった（表 5-4-4）。また、ADL 練習（セルフケア）の実施有無別にみても同様の結果であった（表 5-4-5）。IADL 練習では、全体として 3 評価すべてにおいて、有意な差を認め、「実施あり」にて高い利得であった（表 5-4-6）。また、ADL 練習および IADL 練習の実施時間別では、全体において有意な差を認め、「30 分以上」にて高い利得であった（表 5-4-7）。

表 5-4-4　ADL 練習（移動・移乗）の実施有無別 各評価の利得点数（平均値）

		実施なし		実施あり		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	103	1.89	698	3.35	ns
	要支援	30	0.83	143	0.98	ns
	要介護	72	2.57	546	4.06	ns
IADL	全体	103	0.91	690	2.70	<.05
	要支援	30	0.60	143	2.25	<.05
	要介護	71	1.20	539	2.79	<.05
LSA	全体	80	1.42	549	7.27	<.05
	要支援	22	3.43	104	7.18	<.05
	要介護	57	0.95	438	7.21	<.05

表 5-4-5　ADL 練習（セルフケア）の実施有無別 各評価の利得点数（平均値）

		実施なし		実施あり		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	463	2.90	258	3.88	ns
	要支援	102	0.49	55	2.00	ns
	要介護	358	3.56	198	4.77	<.05
IADL	全体	457	1.91	258	3.58	<.05
	要支援	101	1.50	56	2.96	<.05
	要介護	353	1.96	198	3.84	<.05
LSA	全体	366	5.27	207	8.70	<.05
	要支援	70	6.12	44	7.84	<.05
	要介護	294	4.86	159	9.16	<.05

表 5-4-6　IADL 練習の実施有無別 各評価の利得点数（平均値）

		実施なし		実施あり		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	494	2.51	222	4.64	<.05
	要支援	93	0.05	66	2.27	ns
	要介護	397	3.20	152	5.79	<.05
IADL	全体	491	1.47	218	5.27	<.05
	要支援	92	0.47	66	4.86	<.05
	要介護	395	1.64	149	5.54	<.05
LSA	全体	397	4.56	171	11.63	<.05
	要支援	64	3.91	50	10.89	<.05
	要介護	330	4.59	118	12.03	<.05

表 5-4-7　ADL 練習および IADL 練習の実施時間別 各評価の利得点数（平均値）

		30 分未満		30 分以上		p 値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	469	2.61	73	7.33	<.05
	要支援	102	-0.10	23	4.35	ns
	要介護	364	3.54	48	8.75	<.05
IADL	全体	464	1.73	72	6.78	<.05
	要支援	101	0.88	23	5.87	<.05
	要介護	360	1.98	48	7.17	<.05
LSA	全体	377	4.27	55	17.20	<.05
	要支援	68	4.07	19	15.03	<.05
	要介護	306	4.32	35	18.24	<.05

ADL、IADL、LSA の利得点数について、利用開始時の離床時間別にみると、IADL、LSA にて有意な差を認め、「3 時間以上」にて高い利得であった（表 5-4-8）。

表 5-4-8　利用開始時の離床時間別 各評価の利得点数（平均値）

	3 時間未満		3 時間以上		p 値
	n	平均	n	平均	
ADL	136	4.15	667	3.00	ns
IADL	132	1.46	664	2.66	<.05
LSA	113	3.96	524	6.94	<.05

新規利用者における 6 ヶ月後の目標達成度において「達成」の割合は、「PT・OT・ST の評価・相談」が 66.1%、「身体機能の維持(重度化予防)」が 61.6%、「生活能力の維持(重度化予防)」が 59.5%の順に高かったが、「地域における社会参加」は 29.4%と低かった（表 5-4-9)。

表 5-4-9　利用目標の達成度

No.	カテゴリー名	n	達成	一部達成	未達成
1	運動習慣の獲得や継続	645	45.1%	43.6%	11.3%
2	趣味活動の獲得や継続	334	37.1%	41.3%	21.6%
3	活動量の確保	628	47.6%	43.3%	9.1%
4	生活課題の解決	542	38.2%	51.8%	10.0%
5	PT・OT・STの評価・相談	413	66.1%	32.2%	1.7%
6	身体機能の維持（重度化予防）	654	61.6%	29.4%	9.0%
7	身体機能の向上	635	38.0%	48.0%	14.0%
8	生活能力の維持（重度化予防）	610	59.5%	31.8%	8.7%
9	生活能力の向上	594	39.1%	45.3%	15.7%
10	地域における社会参加	235	29.4%	34.9%	35.7%
11	介護負担の軽減	393	34.4%	51.1%	14.5%

非該当・無回答を除く

新規利用者における 6 ヶ月後の利用状況と今後の予定について、「目標を達成し、修了している」が 11.2%、「利用を継続しているが、修了の予定である」が 11.0%であった。一方で、「利用を継続し、修了の予定はない」が 67.5%であった（図 5-4-16）。要支援における利用開始前の所在別にみると、医療機関退院後の利用者は「目標を達成し、修了している」の割合が比較的高かった（図 5-4-17）。

図 5-4-16　現在の利用状況と今後の予定

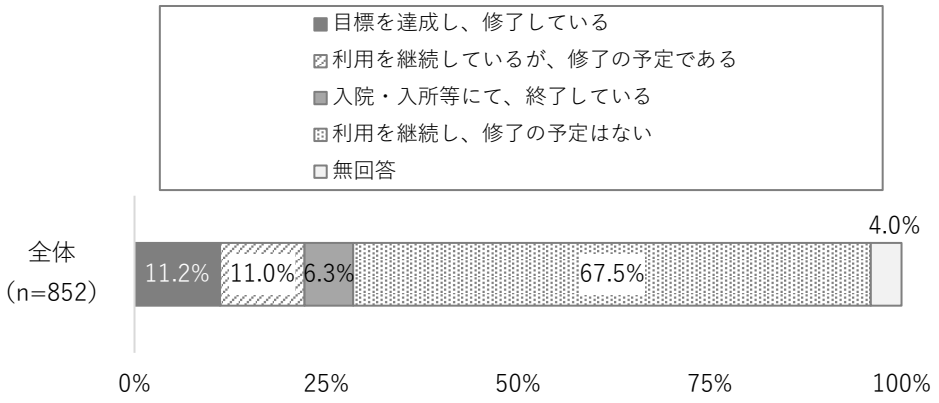
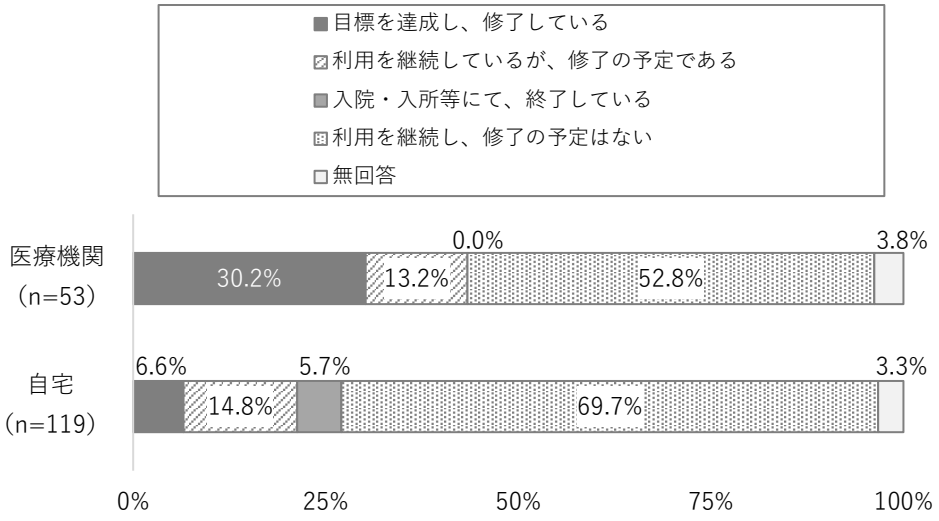
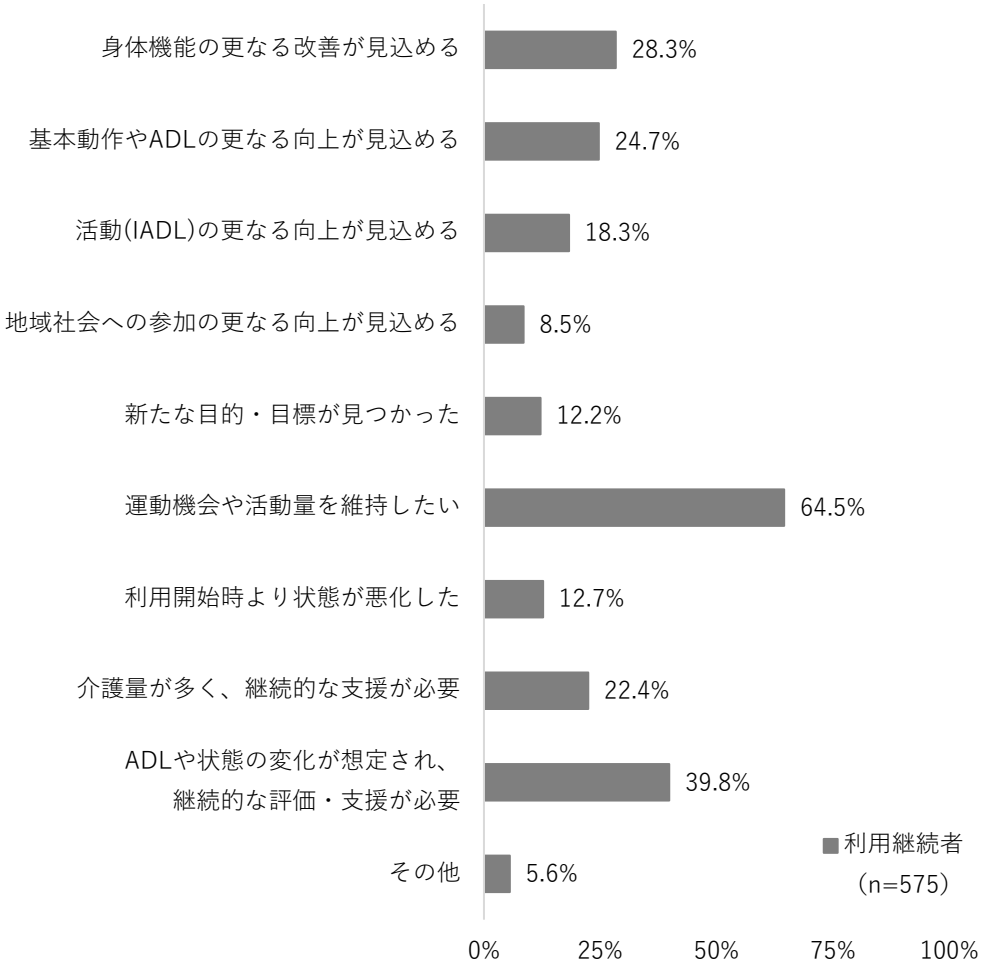


図 5-4-17　現在の利用状況と今後の予定（要支援：利用開始前の所在別）



6ヶ月後の利用状況と今後の予定において「利用を継続し、修了の予定はない」と回答した利用者における利用を継続する理由は、「運動機会や活動量を維持したい」64.5%、「ADLや状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」39.8%であった（図 5-4-18）。

図 5-4-18　利用を継続する理由



5．利用修了後の状況

目標達成による利用修了者への調査において、介護度は「要支援 1-2」27.1%、「要介護 1-2」40.6%、「要介護 3-5」31.1%であった（図 5-5-1）。訪問リハの利用期間は、「6 ヶ月未満」51.1%、「1 年未満」19.0%であり、介護度別にみても同様の傾向であった（図 5-5-2）。

図 5-5-1　介護度

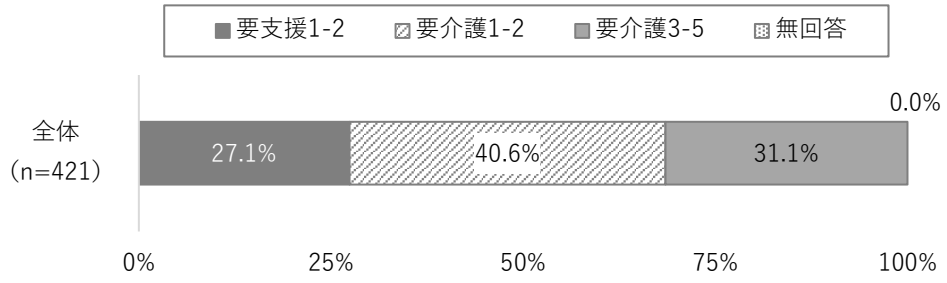
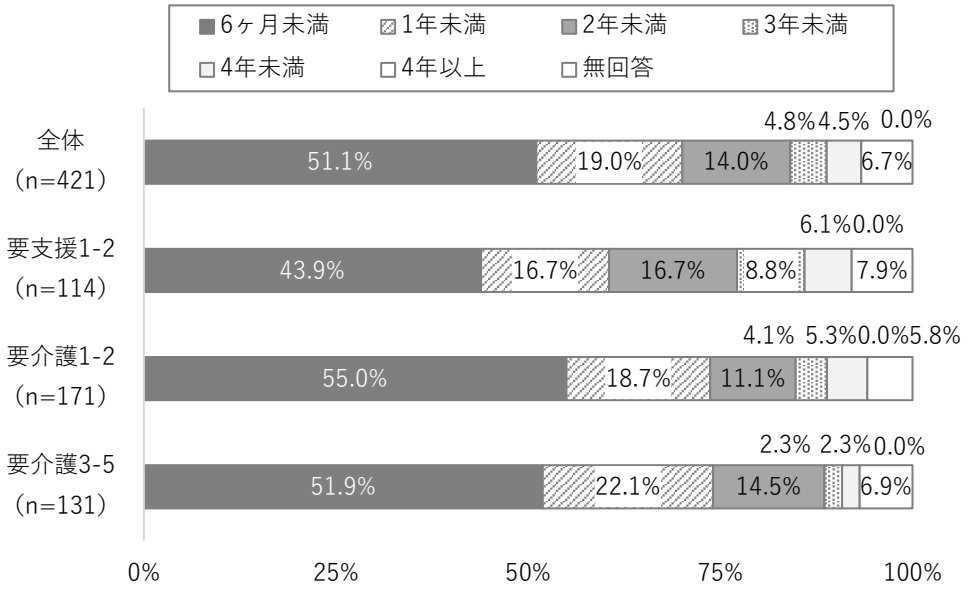


図 5-5-2　利用期間



利用修了後における介護保険サービスの利用状況は、「サービス利用なし」が 25.7%であり、「サービス利用あり」が 72.4%であった（図 5-5-3）。「サービス利用なし」において、利用修了後の状況は、「居宅における家庭での役割」が 60.2%と最も高かった（図 5-5-4）。また、「サービス利用あり」における利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等は、「通所介護」43.0%、「通所リハ」41.3%の割合が高く、介護度による違いはみられなかった（図 5-5-5、5-5-6）。

図 5-5-3　利用修了後における介護保険サービスの利用状況

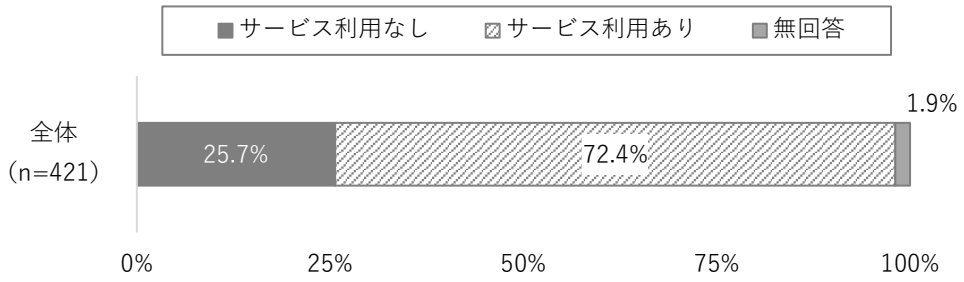


図 5-5-4　利用修了後の状況

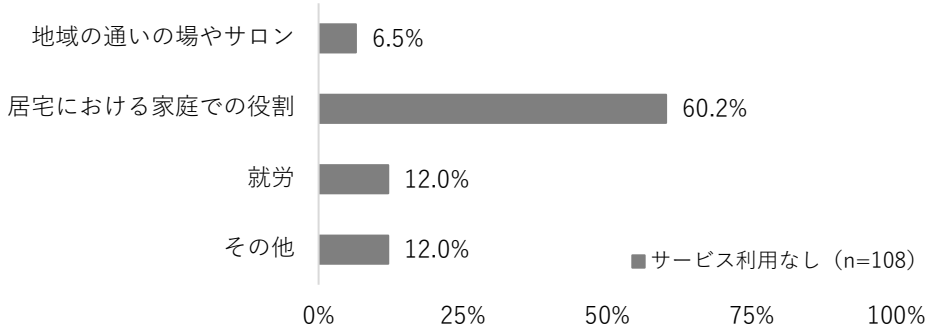


図 5-5-5　利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等

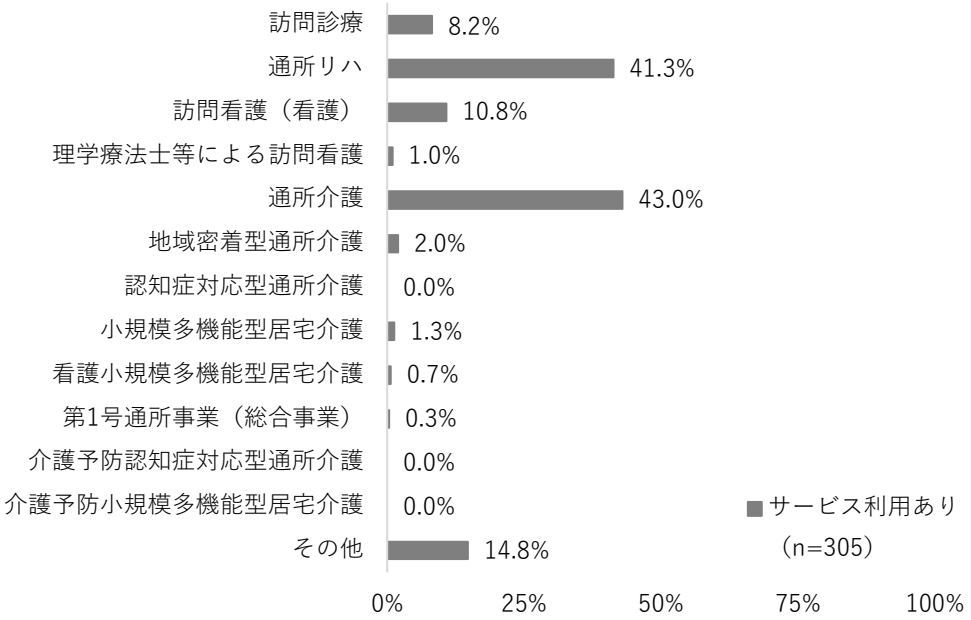
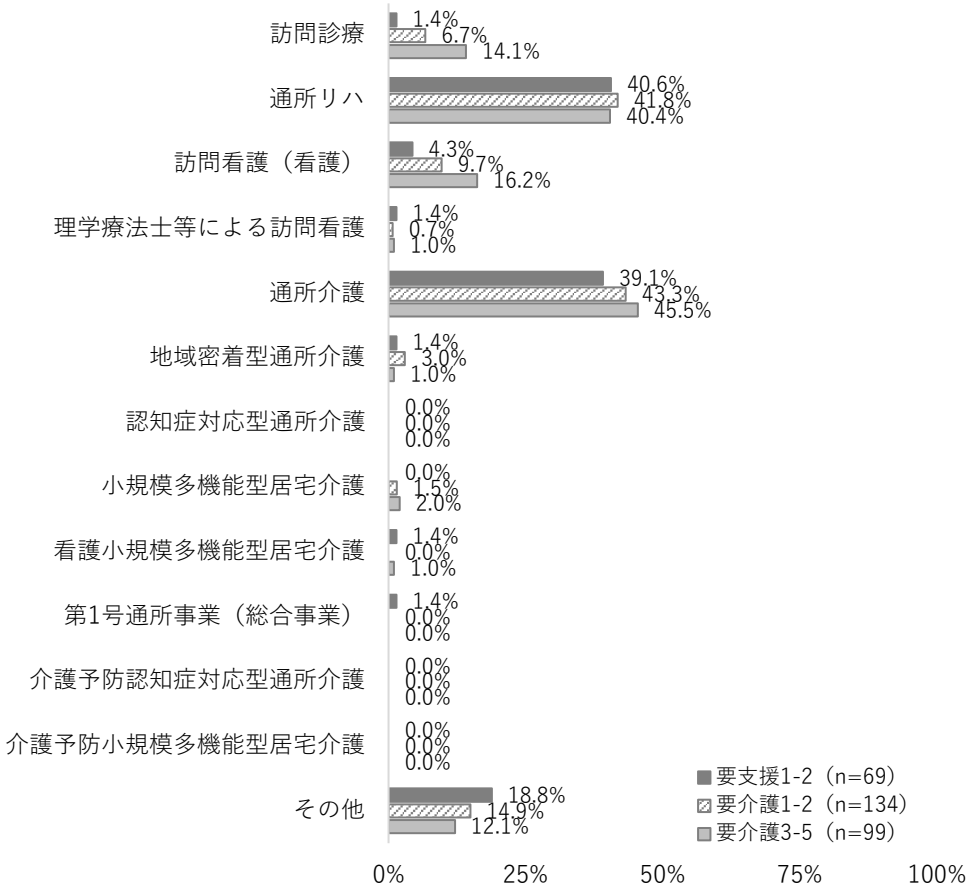


図 5-5-6　利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等（介護度別）



利用修了後の状態確認を実施した割合は、51.5%であった（図 5-5-7）。利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービス利用状況については、「サービス利用なし」14.0%、「サービス利用あり」48.9%であったが、「不明」34.0%も確認できた（図 5-5-8）。また、利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携を実施した割合は、15.7%と低値であった（図 5-5-9）。

図 5-5-7　利用修了後の状態確認の実施有無

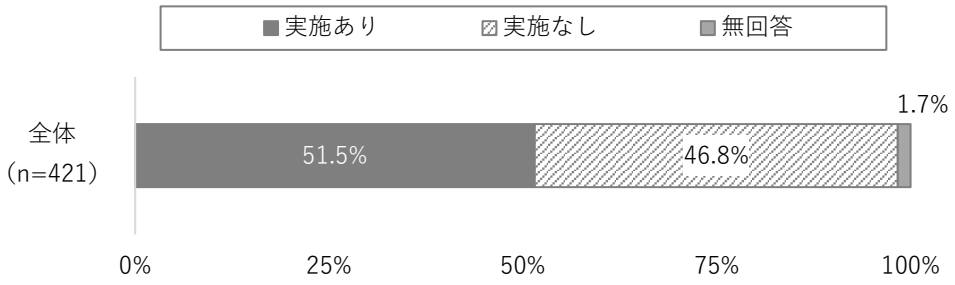


図 5-5-8　利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービスの利用状況

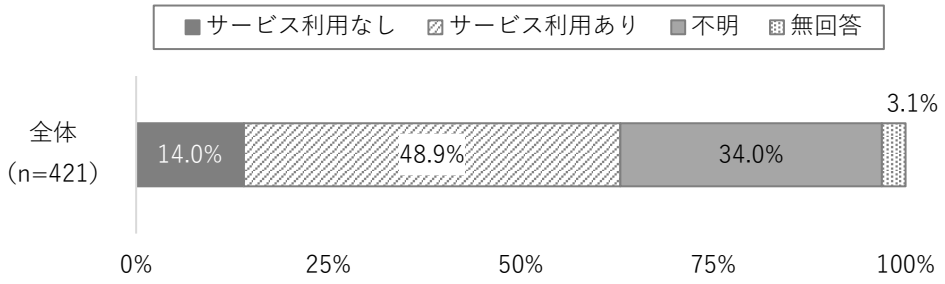
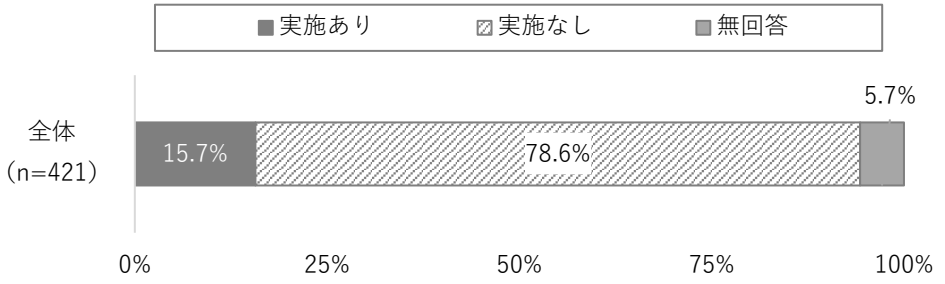


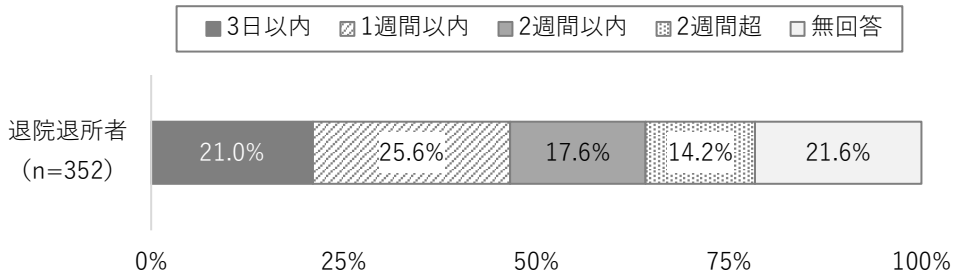
図 5-5-9　利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等との連携有無



６．医療機関および介護老人保健施設との連携

医療機関や介護施設等を退院退所後に利用を開始した利用者において、利用開始までの期間は、「3 日以内」21.0%、「1 週間以内」25.6%の割合が高かった（図 5-6-1）。

図 5-6-1　医療機関や介護施設等の退院退所から利用開始までの期間



医療機関や介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は 21.7%であった（図 5-6-2）。また、「参加あり」の場合、退院・退所前カンファレンスの開催時期は、「1 週間前」55.3%、「2 週間前」30.3%であった（図 5-6-3）。

図 5-6-2　医療機関・介護老人保健施設が開催する退院前・退所前カンファレンスへの参加有無

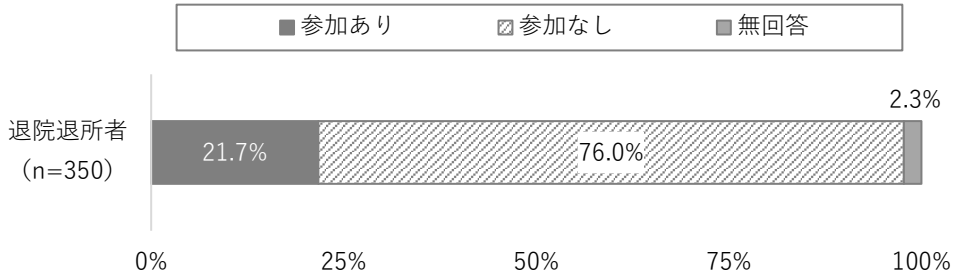
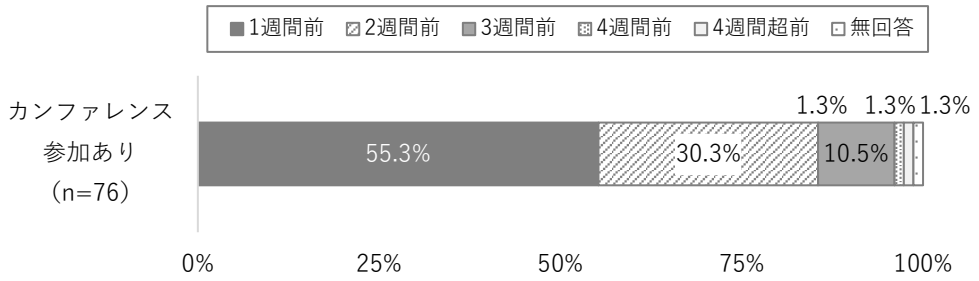


図 5-6-3　医療機関・介護老人保健施設が開催する退院前・退所前カンファレンスの開催時期



医療機関の退院後に利用を開始した利用者において、医療機関から計画書の送付があった割合は 29.2%であった（図 5-6-4）。また、「送付あり」において、リハ計画書の様式が、様式 2-2-1 であった割合は、48.5%であった（図 5-6-5）。

図 5-6-4　医療機関からのリハ計画書の送付有無

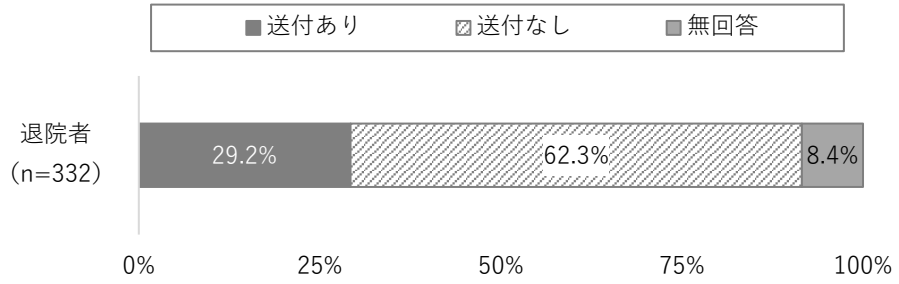
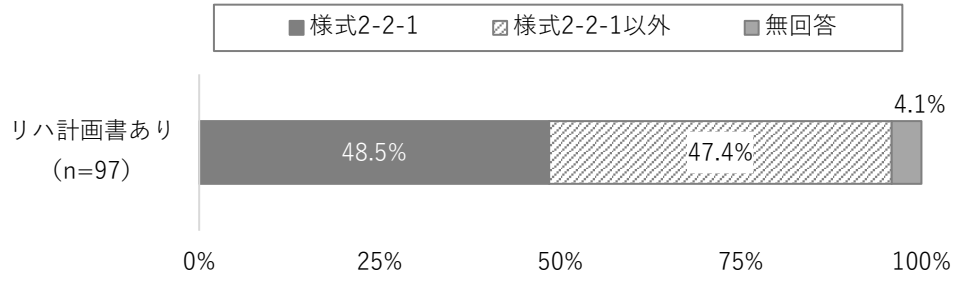


図 5-6-5　医療機関からの送付されたリハ計画書の様式



第六節　ケアマネジャー調査

１．通所リハ・訪問リハ導入時の状況と課題

ケアマネジャーにおける通所リハが必要な利用者への導入状況は、「導入できている」78.0%、「導入できていない」14.8%であり、訪問リハでは「導入できている」57.0%、「導入できていない」22.0%であった（図 6-1-1）。

必要な方へ通所リハを導入できていない理由は、「本人・家族がリハビリテーションを望まない」56.7%、「単価が高い」35.0%、「本人・家族の経済的負担が大きい」31.7%であり、訪問リハでは、「本人・家族がリハビリテーションを望まない」50.6%、「近隣に利用可能な事業所がない」24.7%であった（図 6-1-2）。

通所リハが必要な利用者へ導入できている方における導入が難しい点は、「単価が高い」24.1%、「本人・家族がリハビリテーションを望まない」23.1%、「本人・家族の経済的負担が大きい」21.2%であったが、「特にない」22.5%もみられた。また、訪問リハでは、「特にない」が 24.2%と最も高かった（図 6-1-3）。

図 6-1-1　通所リハ・訪問リハが必要な利用者への導入状況　（n=405）

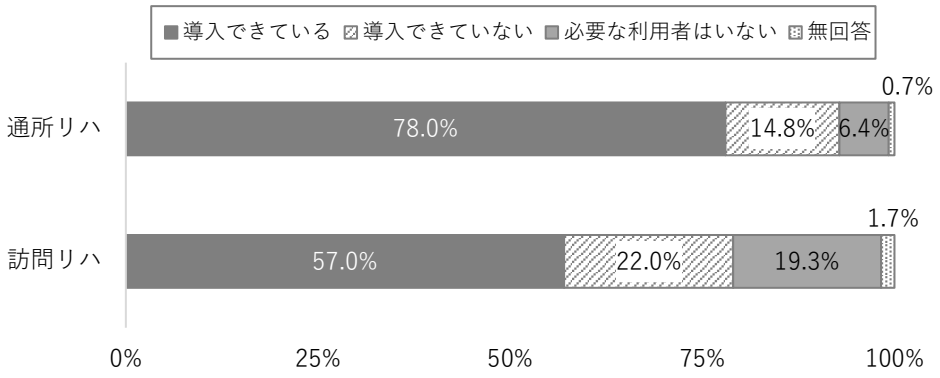


図 6-1-2　必要な利用者へ導入できていない方における導入が困難な理由

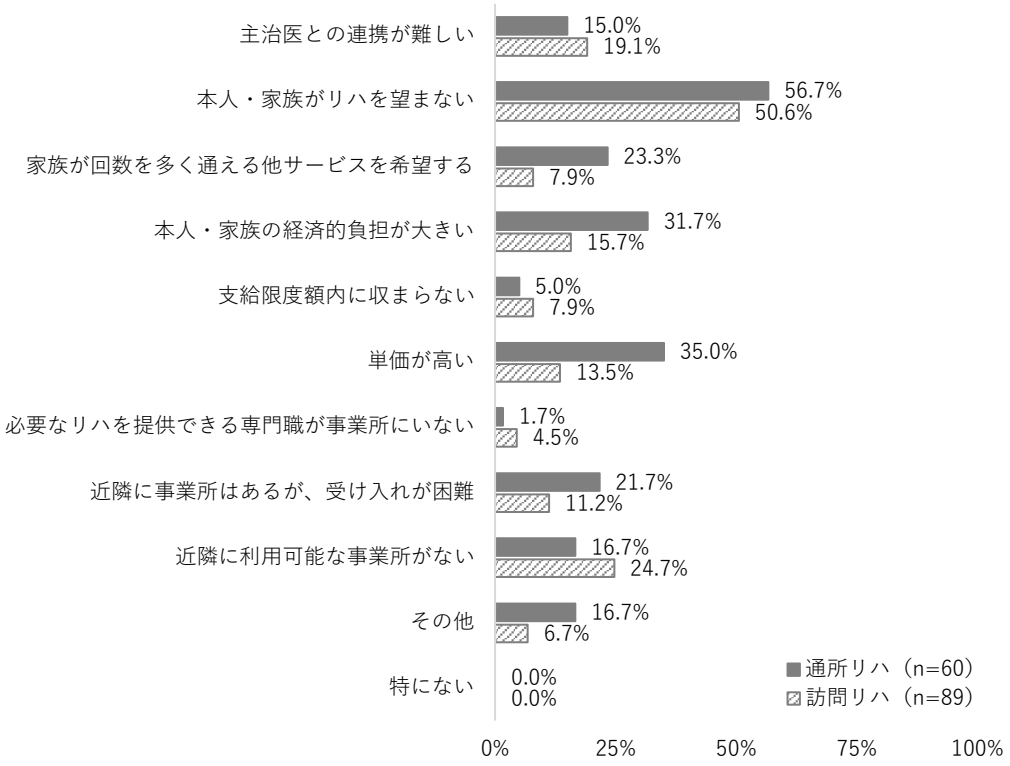
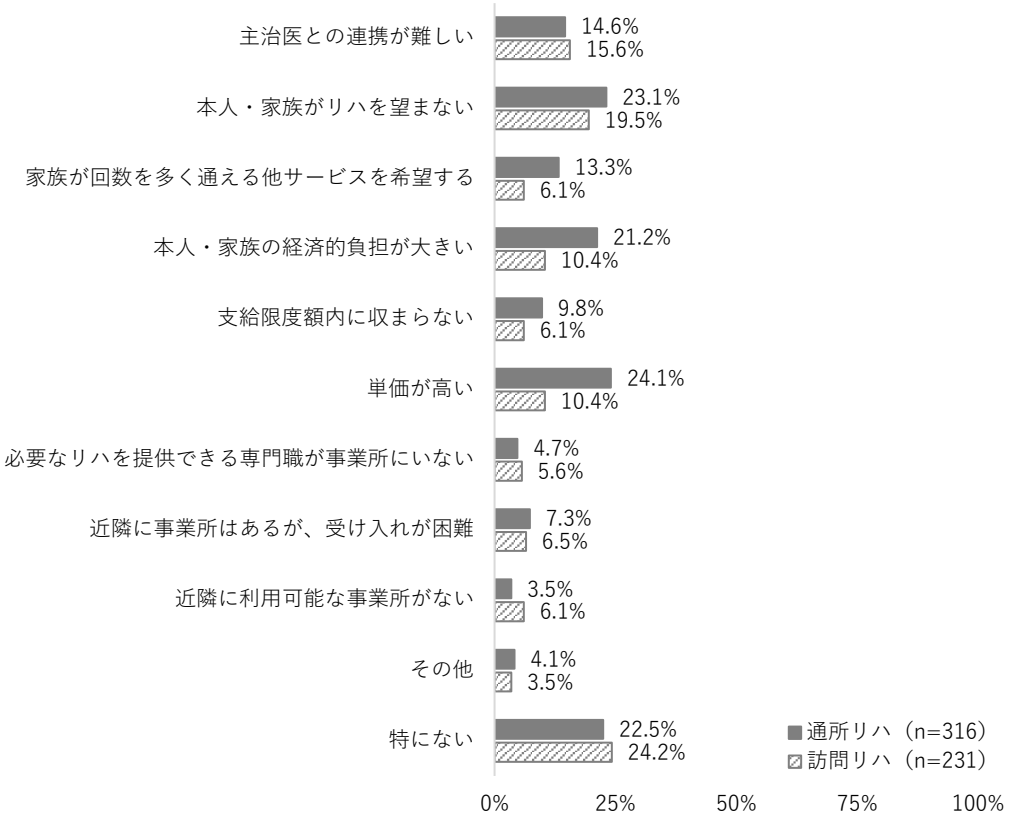
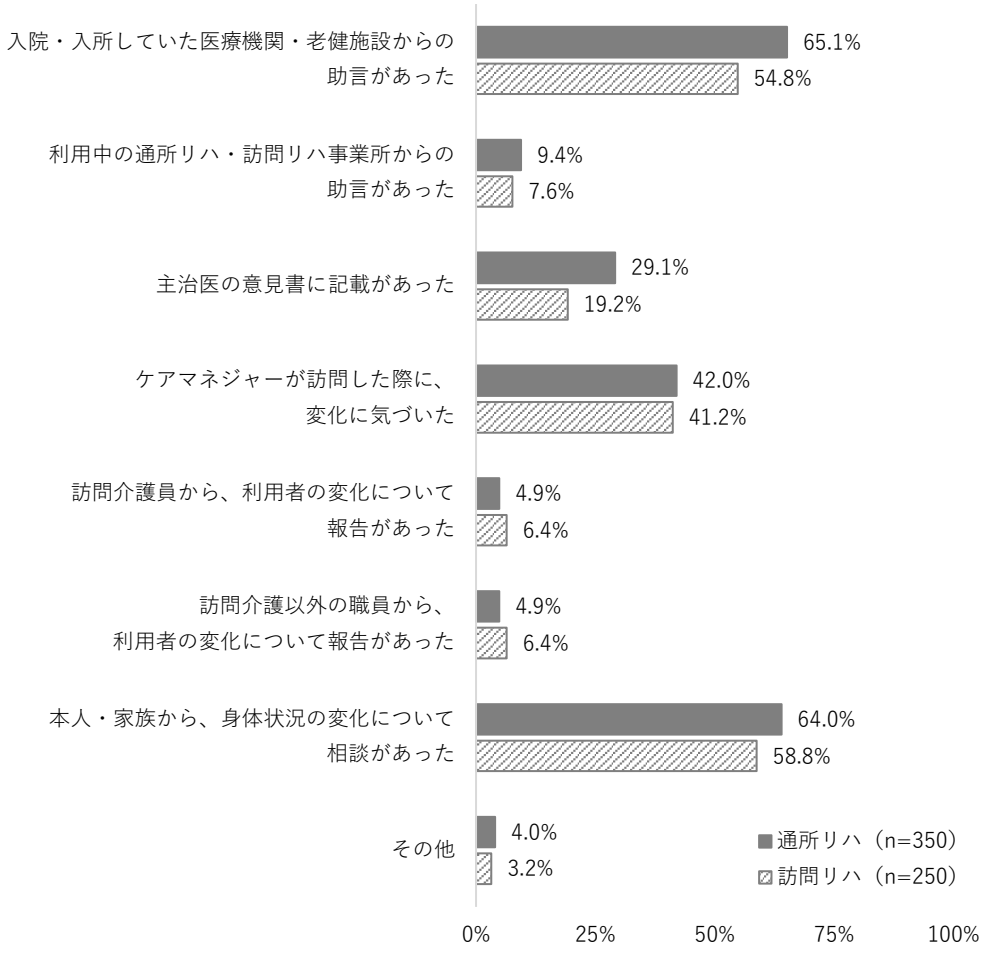


図 6-1-3　必要な利用者へ導入できている方における導入が難しい点



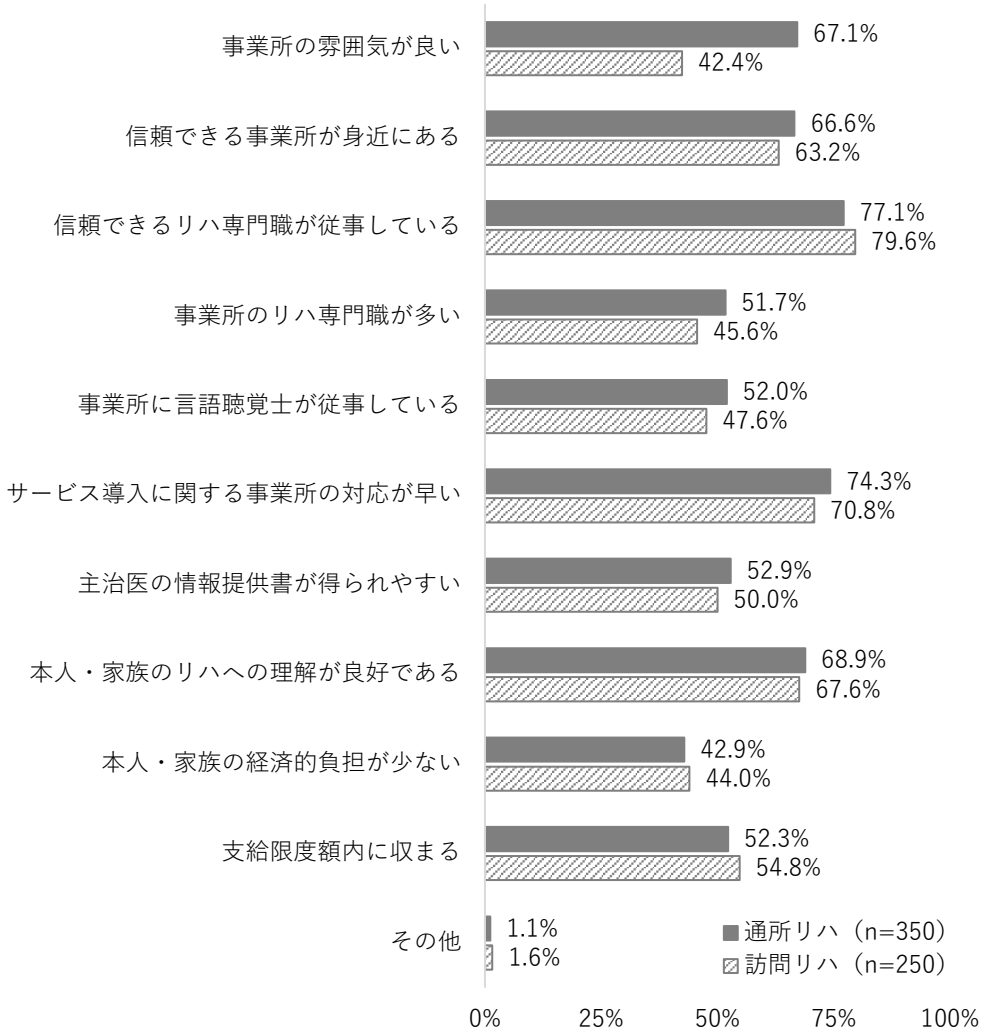
通所リハ・訪問リハを導入しているケアマネジャーにおいて、必要性を検討するに至った理由は、「入院・入所していた医療機関・介護老人保健施設からの助言があった」「本人・家族から、身体状況の変化について相談があった」であった（図 6-1-4）。

図 6-1-4　通所リハ・訪問リハの必要性を検討するに至った理由



ケアマネジャーが考える通所リハ・訪問リハの導入に向けて必要なことは、「信頼できるリハ専門職が従事している」「サービス導入に関する事業所の対応が早い」「本人・家族のリハへの理解が良好である」の割合が高かった（図 6-1-5）。

図 6-1-5　通所リハ・訪問リハの導入に向けて必要なこと



ケアマネジャーが退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は、86.8%であり、そのうち通所リハ・訪問リハ事業所へ参加を依頼している割合は 69.9%であった（図 6-1-6、6-1-7）。また、ケアマネジャーから入院中の医療機関へリハ計画書の提出を依頼している割合は、50.1%であった（図 6-1-8）。

図 6-1-6　退院・退所前カンファレンスへの参加有無

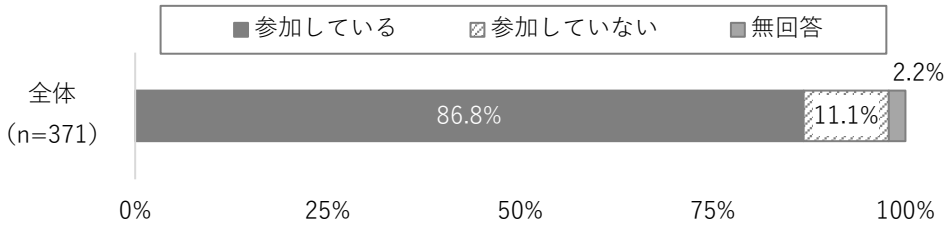


図 6-1-7　通所リハ・訪問リハ事業所に対する退院・退所前カンファレンスへの参加依頼

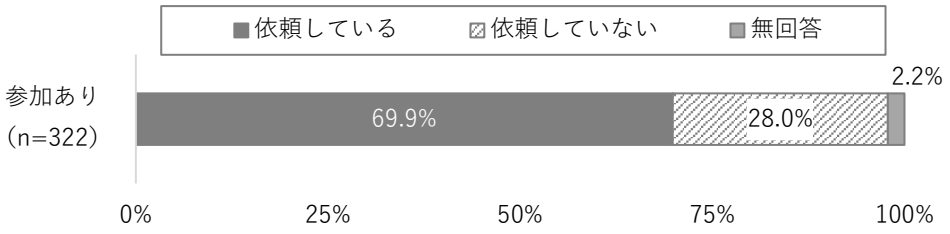
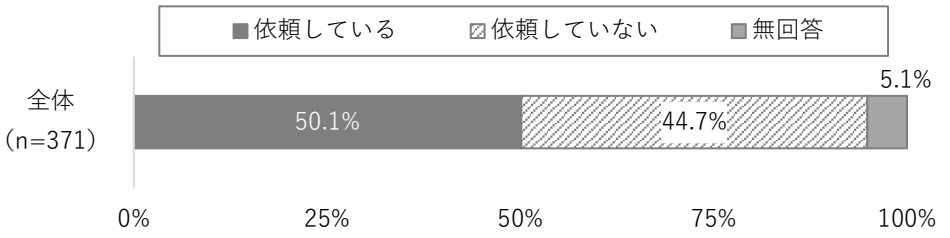


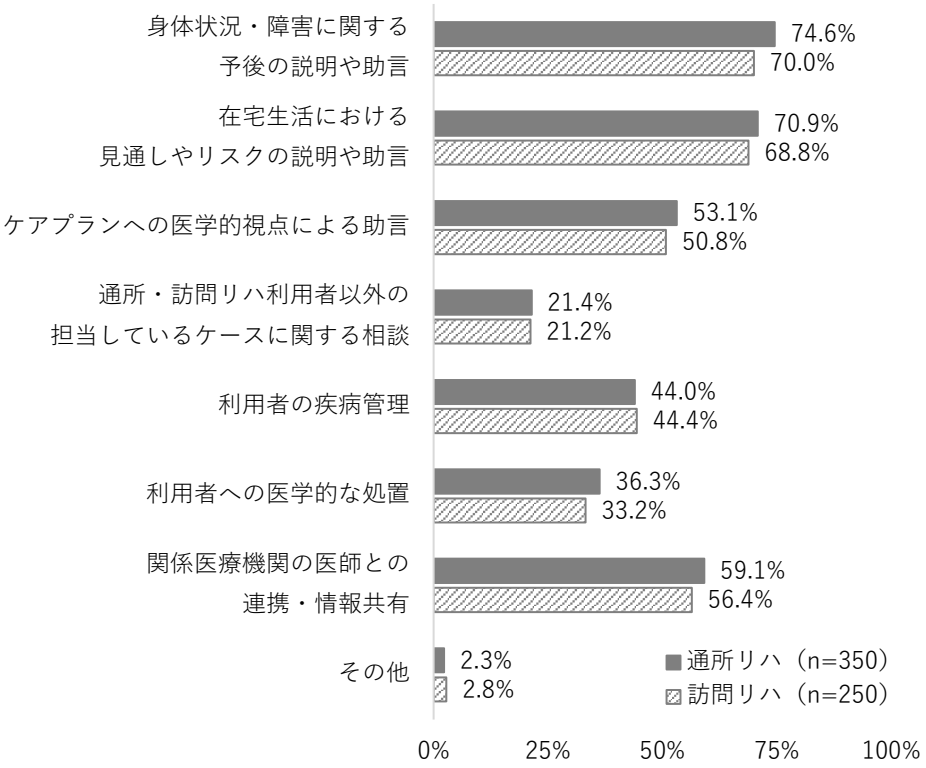
図 6-1-8　入院中の医療機関へのリハ計画書の提出依頼



２．通所リハ・訪問リハとの連携・協働

ケアマネジャーが通所リハ・訪問リハ事業所の医師に期待することは、「身体状況・障害に関する予後の説明や助言」「在宅生活における見通しやリスクの説明や助言」「関係医療機関の医師との連携・情報共有」「ケアプランへの医学的視点による助言」であった（図 6-2-1）。

図 6-2-1　通所リハ・訪問リハ事業所の医師に期待すること



状態が悪化したことのある担当利用者がいる割合は、通所リハ利用者にて 37.1%、訪問リハ利用者にて 24.4%であった（図 6-2-2）。状態が悪化したことのある担当利用者への対応としては、通所リハにおいては「通所リハ以外のサービスを増やした」36.9%の割合が最も高く、「利用を休止した」27.7%、「リハ頻度(回数)を増やすよう依頼した」26.2%と続いた。また、訪問リハにおいては、「訪問リハ以外のサービスを増やした」32.8%、「頻度(回数)を変えず、プログラムの変更を依頼した」32.8%の割合が高かった（図 6-2-3）。

図 6-2-2　状態が悪化したことのある利用者の有無

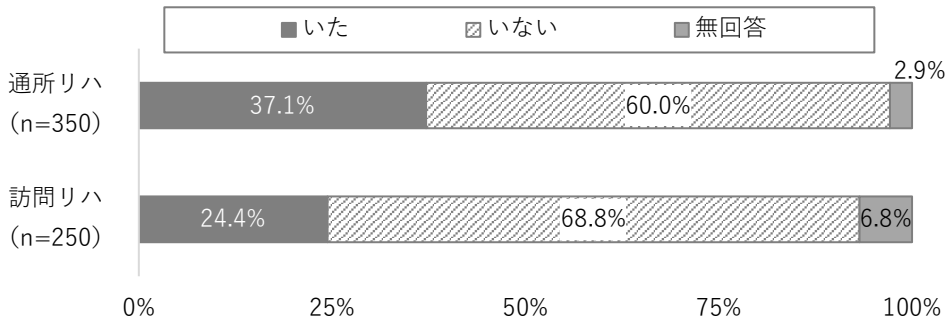
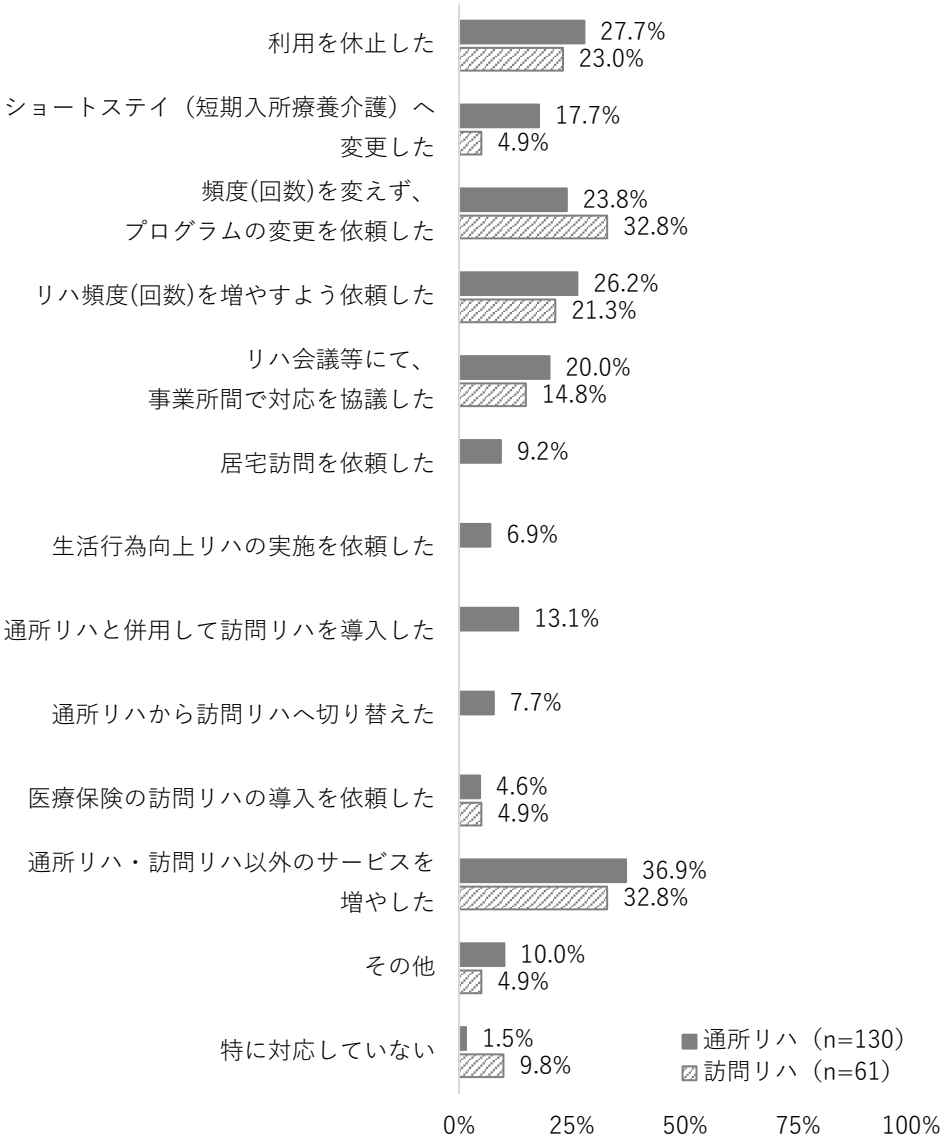


図 6-2-3　状態が悪化したことのある利用者への対応



※ 状態が悪化したことのある利用者ありに限る

ケアマネジャーが生活機能向上連携加算を知っている割合は 63.1%であった（図 6-2-4）。知っている方において導入した方は、通所リハにて 22.5%、訪問リハにて 2.5%であった（図 6-2-5）。また、訪問介護・通所介護との連携を提案した者は、通所リハ・訪問リハが 88.2%であった（図 6-2-6）。

図 6-2-4　生活機能向上連携加算の認知度

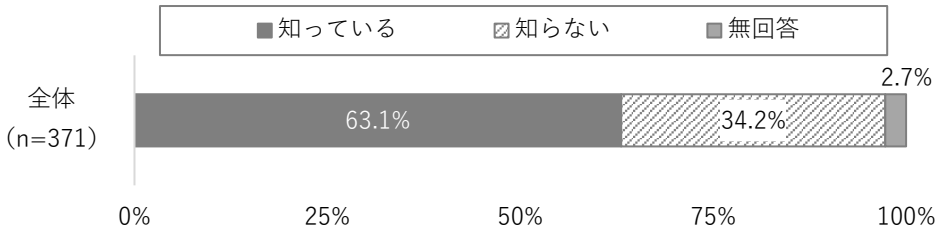
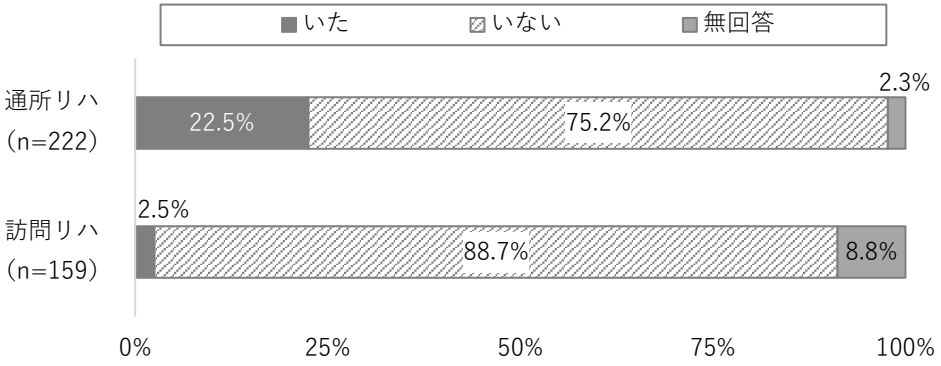
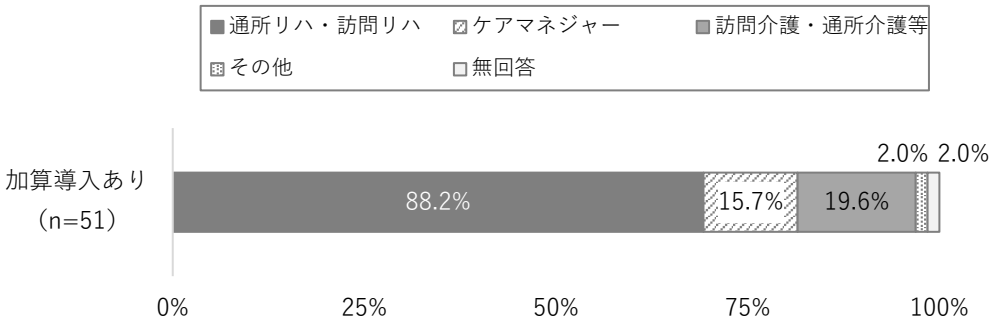


図 6-2-5　生活機能向上連携加算を導入した利用者の有無



※ 生活機能向上連携加算を知っているに限る

図 6-2-6　連携実施の提案者



ケアマネジャーにて、利用を修了することへの難しさがある割合は、通所リハにて 75.1%、訪問リハにて 67.6%であった（図 6-2-7）。また、修了が難しい理由は、「本人・家族が、訪問リハ・通所リハを楽しみにしている」「本人・家族が、修了後の身体機能や ADL の低下を心配している」の割合が高かった（図 6-2-8）。

図 6-2-7　通所リハ・訪問リハを修了することの難しさ

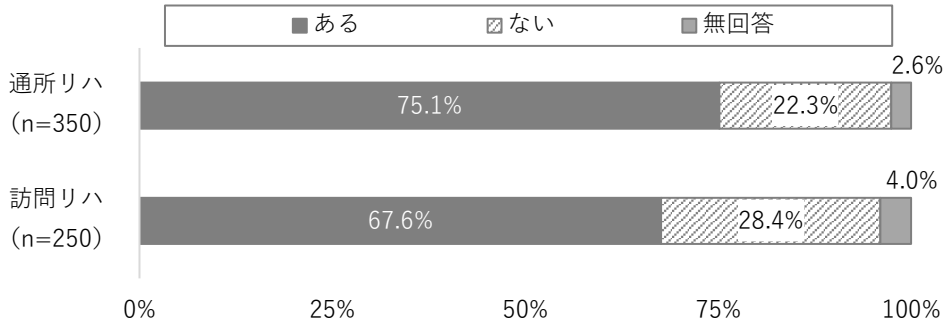
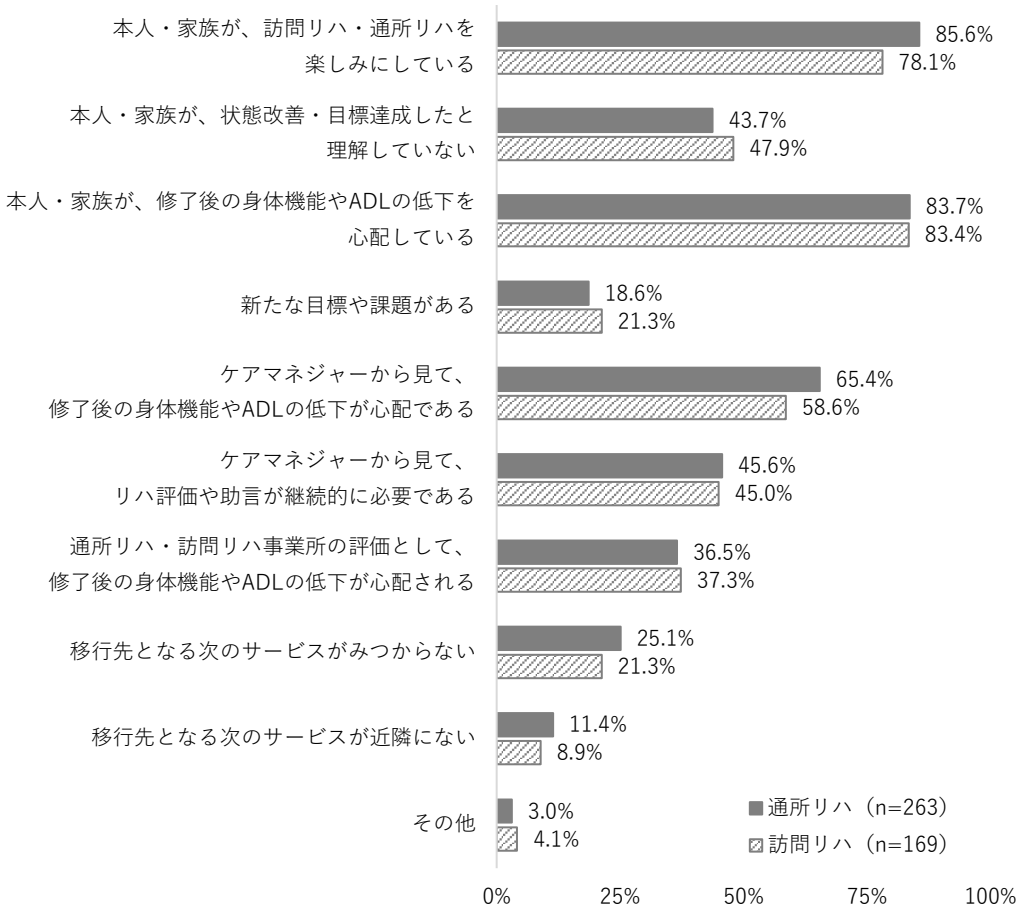


図 6-2-8　通所リハ・訪問リハの修了が難しい理由



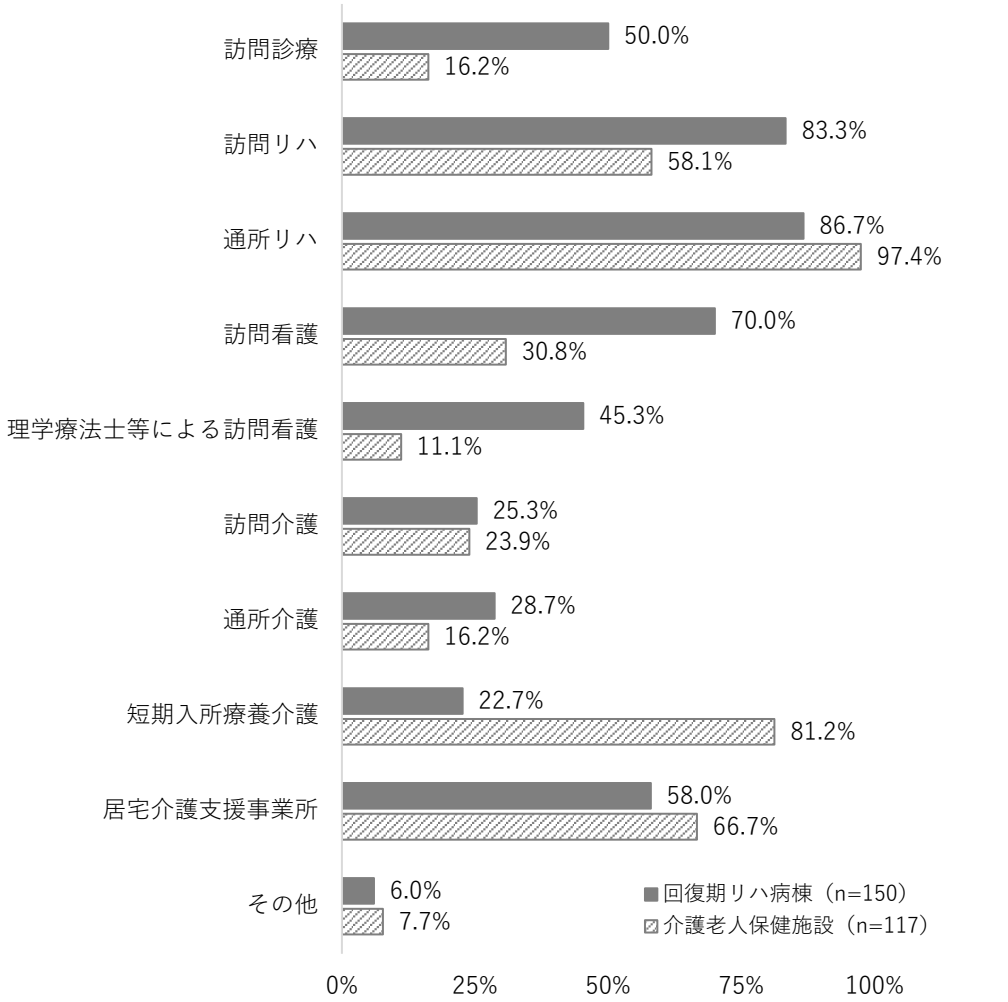
※ 通所リハ・訪問リハを修了することの難しさがあるに限る

第七節　回復期リハビリテーション病棟・介護老人保健施設調査

１．通所リハ・訪問リハ導入時の状況と課題

回復期リハ病棟および介護老人保健施設に関して、同一法人内にて提供しているサービスは、回復期リハ病棟にて「通所リハ」86.7%、「訪問リハ」83.3%、「訪問看護」70.0%の割合が高かった。また、介護老人保健施設において「通所リハ」97.4%、「短期入所療養介護」81.2%の割合が高く、「訪問リハ」は 58.1%であった（図 7-1-1）。

図 7-1-1　同一法人 提供サービスの内容



※ 同一法人 提供サービスありに限る

通所リハ・訪問リハの必要性を感じた入院患者・入所者の担当ケアマネジャーへ導入を勧めた割合は、回復期リハ病棟にて「10 割」30.5%、「8 割以上」32.3%であった。また、介護老人保健施設においては、「10 割」26.7%、「8 割以上」18.3%であったが、「3 割未満」が35.0%と最も高値であった（図 7-1-2）。

通所リハ利用の必要性を考え始める時期は、退院前「1 ヶ月以内」の割合が最も高く、続いて「2 ヶ月以内」であった（図 7-1-3）。

図 7-1-2　通所リハ・訪問リハの必要性を感じた患者・利用者において、ケアマネジャーに利用・導入を勧めた割合

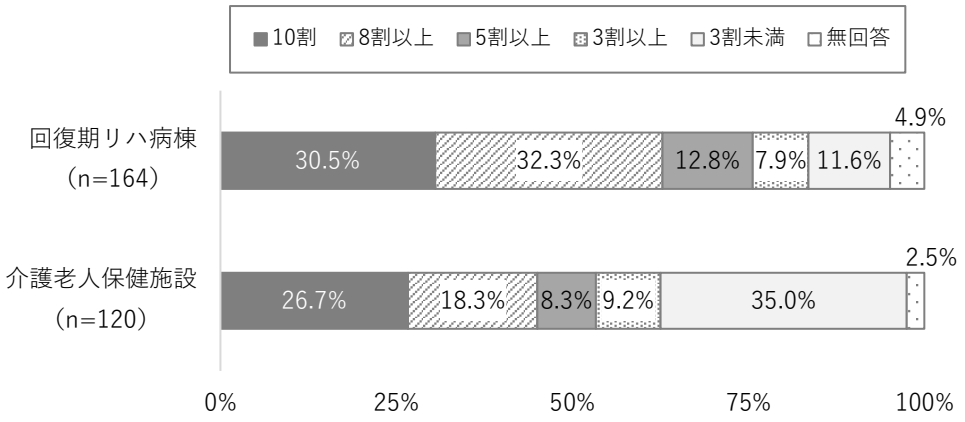
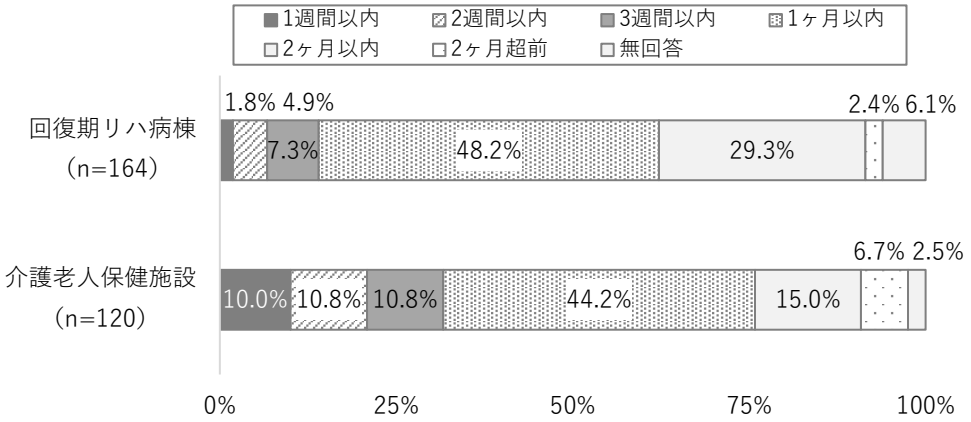


図 7-1-3　通所リハ利用の必要性を考え始める時期



通所リハ・訪問リハの導入に向けて必要なことは、「本人・家族の通所リハ・訪問リハに対する理解」が最も高く、他に「リハ専門職における退院・退所後生活の理解向上」「通所リハ・訪問リハ事業所との相談」「担当ケアマネジャーの早期決定」が挙げられた（図 7-1-4、7-1-5）。

図 7-1-4　通所リハの導入に向けて必要なこと

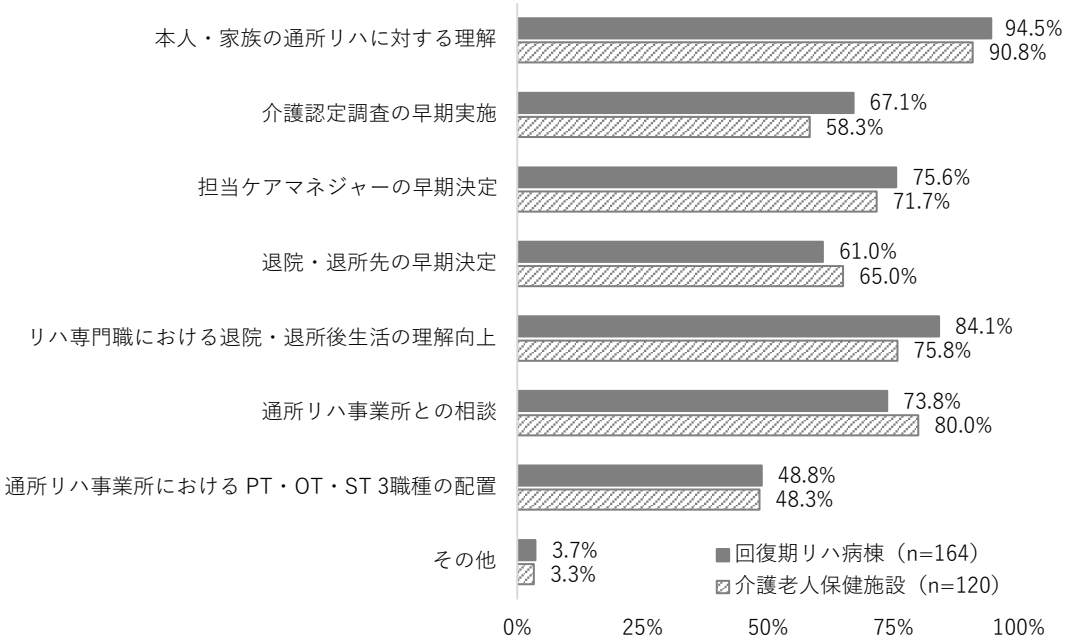
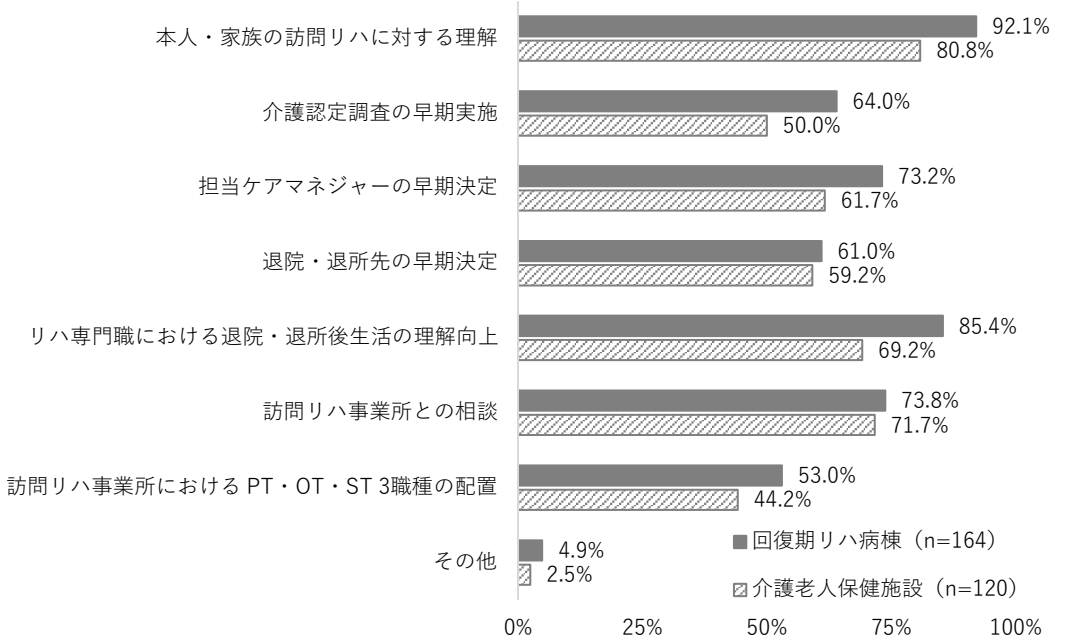


図 7-1-5　訪問リハの導入に向けて必要なこと



退院・退所前カンファレンスを開催している割合は、回復期リハ病棟が 92.7%、介護老人保健施設が 79.2%であった（図 7-1-6）。退院・退所前カンファレンスを開催している回復期リハ病棟において、退院患者に対する実施割合は「10 割」12.5%、「8 割以上」26.3%であった。また、介護老人保健施設においては、「10 割」41.1%、「8 割以上」24.2%であった（図 7-1-7）。

図 7-1-6　退院・退所前カンファレンスの実施有無

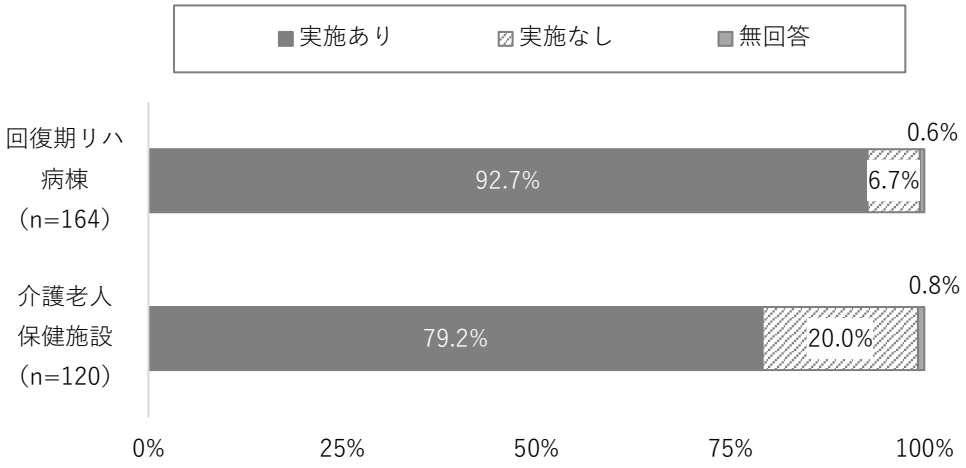
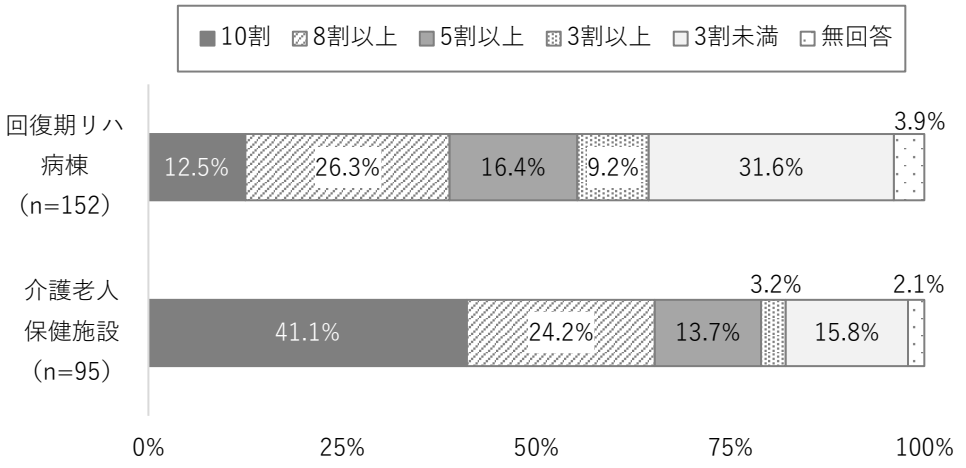


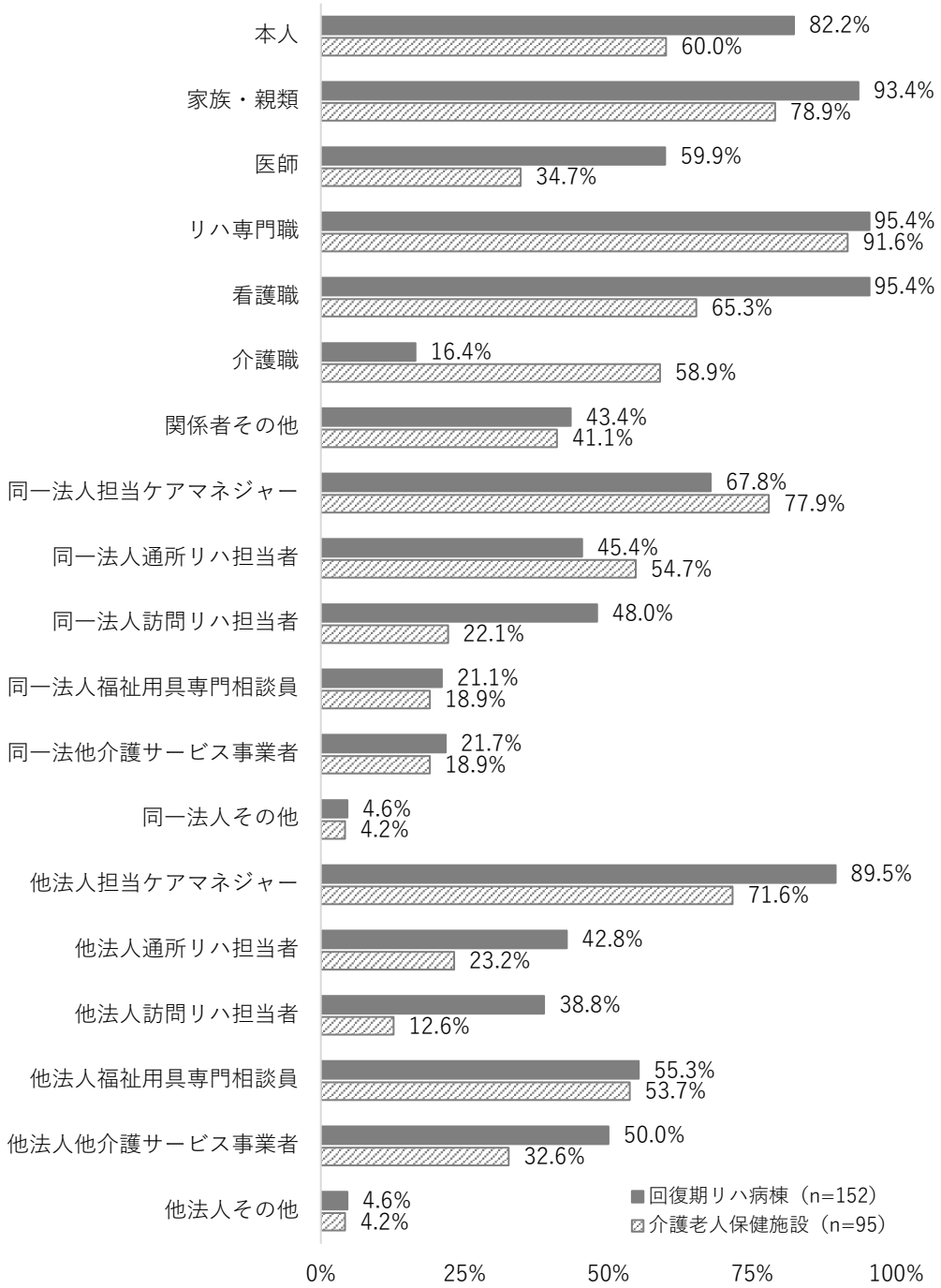
図 7-1-7　退院・退所前カンファレンスの実施割合



※ 退院・退所前カンファレンスの実施ありに限る

退院・退所前カンファレンスの主な参加者は、「家族・親族」「リハ専門職」「ケアマネジャー」の割合が高かった。さらに、回復期リハ病棟においては、「本人」「看護職」も参加している割合が高かった（図 7-1-8）。

図 7-1-8　退院・退所前カンファレンスの主な参加者



※ 退院・退所前カンファレンスの実施ありに限る

回復期リハ病棟および介護老人保健施設が考える、通所リハ・訪問リハ事業所から退院・退所前カンファレンスへの参加が困難な理由は、「依頼しても、事業所が忙しく時間が作れない」の割合が高かった。さらに、回復期リハ病棟においては、「利用する事業所が決まっていない」の割合も高く、回復期リハ病棟・介護老人保健施設ともに「関係事業所への調整(依頼)が難しい」が挙げられた（図 7-1-9、7-1-10)。

図 7-1-9　通所リハ事業所から、退院・退所前カンファレンスへの参加が困難な理由

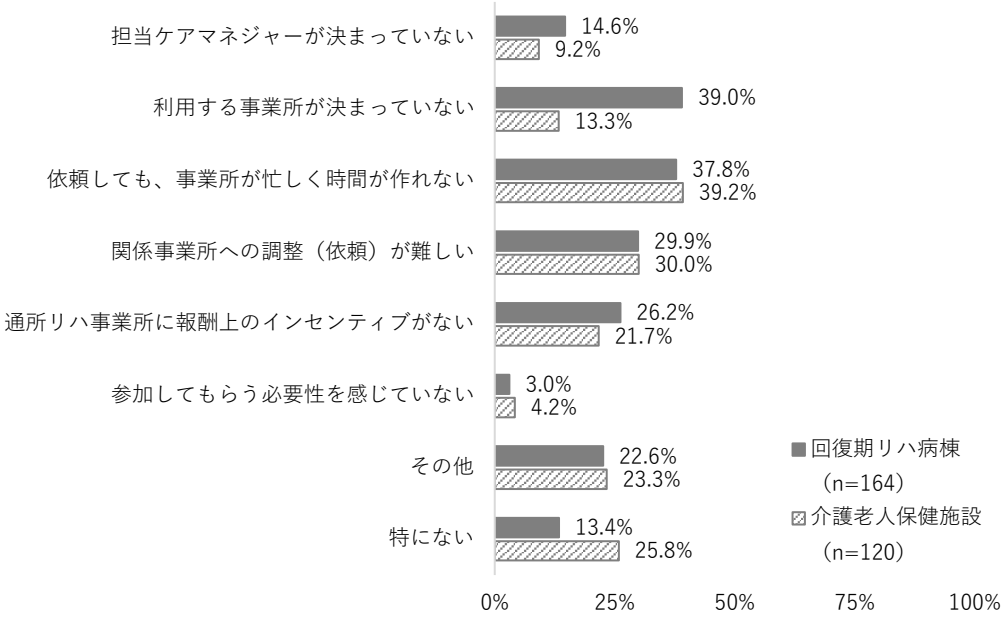
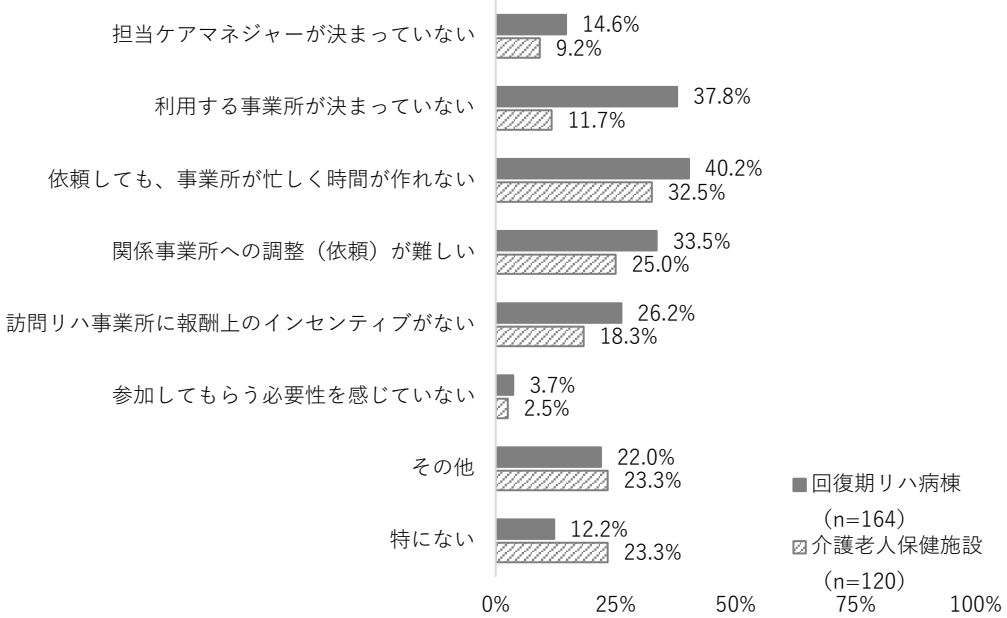


図 7-1-10　訪問リハ事業所から、退院・退所前カンファレンスへの参加が困難な理由



２．通所リハ・訪問リハとの連携・協働

退院・退所後に通所リハ・訪問リハへ移行した利用者の状態を確認している割合は、回復期リハ病棟にて 62.8%、介護老人保健施設にて 69.2%であった（図 7-2-1）。状態を確認している病院・施設において、退院・退所者に対する実施割合は、回復期リハ病棟にて「3 割未満」が 54.4%と最も高く、介護老人保健施設にて「10 割」34.9%、「8 割以上」20.5%であった（図 7-2-2）。

図 7-2-1　通所リハ・訪問リハへ移行した利用者の状態確認の実施有無

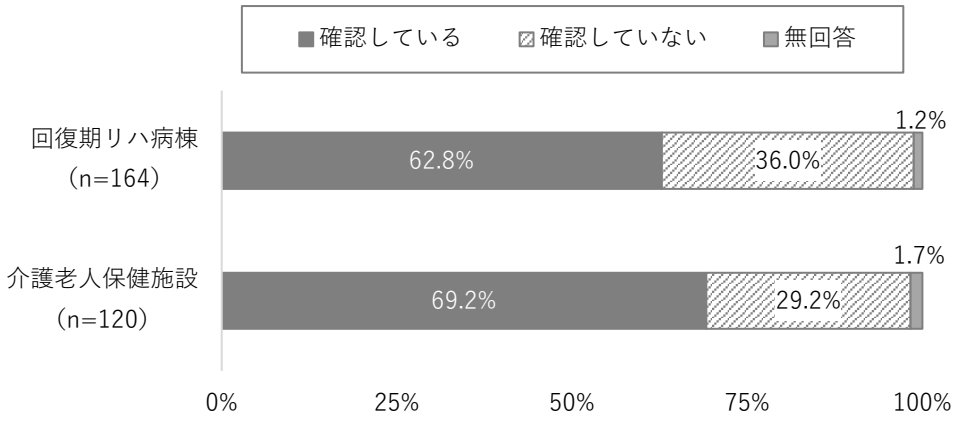
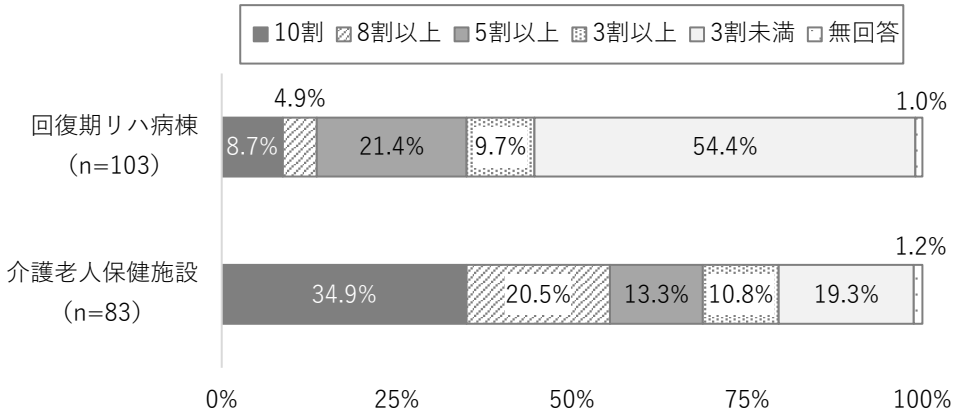


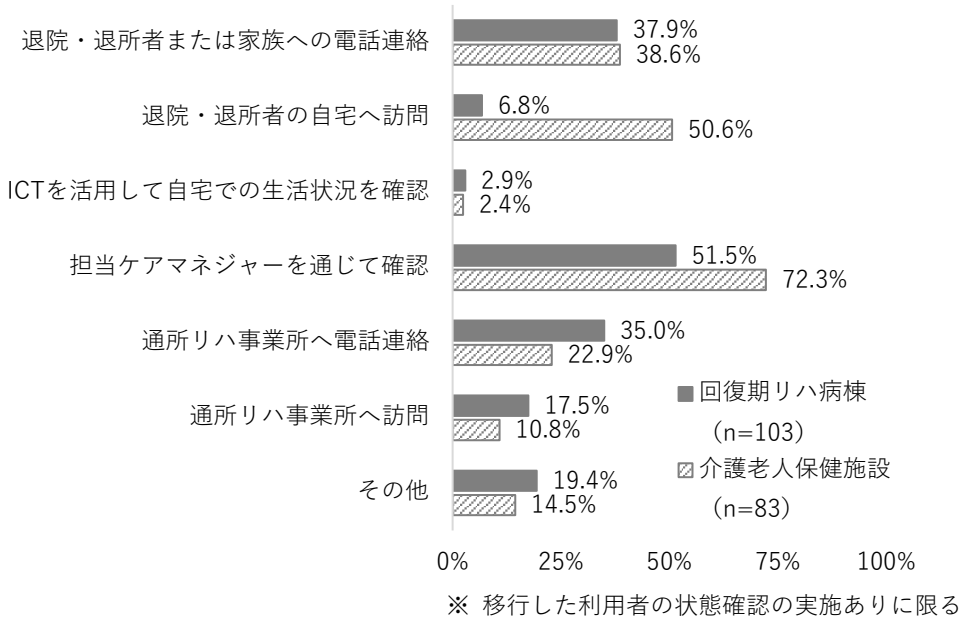
図 7-2-2　通所リハ・訪問リハへ移行した利用者の状態確認の実施割合



※ 移行した利用者の状態確認の実施ありに限る

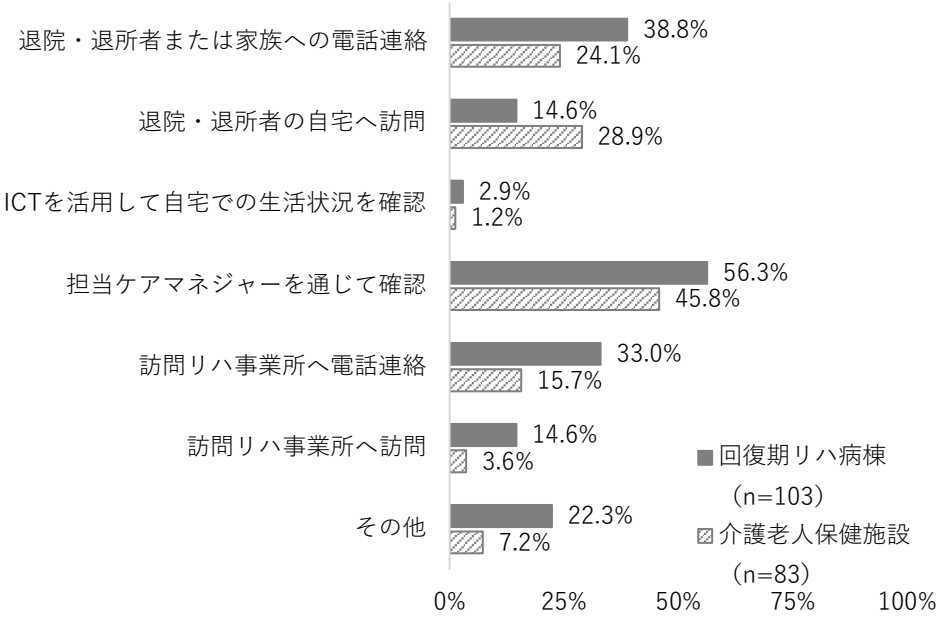
通所リハ・訪問リハへ移行した利用者の状態確認方法は、「担当ケアマネジャーを通じて確認」の割合が最も高く、「退院・退所者または家族への電話連絡」「通所リハ・訪問リハ事業所へ電話連絡」が挙げられた。また、介護老人保健施設においては、「退院・退所者の自宅へ訪問」の割合も高かった（図 7-2-3、7-2-4）。

図 7-2-3　通所リハへ移行した利用者の状態確認の実施方法



※ 移行した利用者の状態確認の実施ありに限る

図 7-2-4　訪問リハへ移行した利用者の状態確認の実施方法



※ 移行した利用者の状態確認の実施ありに限る

回復期リハ病棟において、通所リハ・訪問リハへリハ計画書を提供している割合は 51.8%であった（図 7-2-5）。リハ計画書を提供している回復期リハ病棟のうち、移行した利用者に対して提供した割合は、「10 割」48.2%、「8 割以上」17.6%であった（図 7-2-6）。一方、回復期リハ病棟にてリハビリテーション計画提供料を算定している割合は、37.2%であった（図 7-2-7）。

図 7-2-5　通所リハ・訪問リハへのリハビリテーション計画書の提供有無

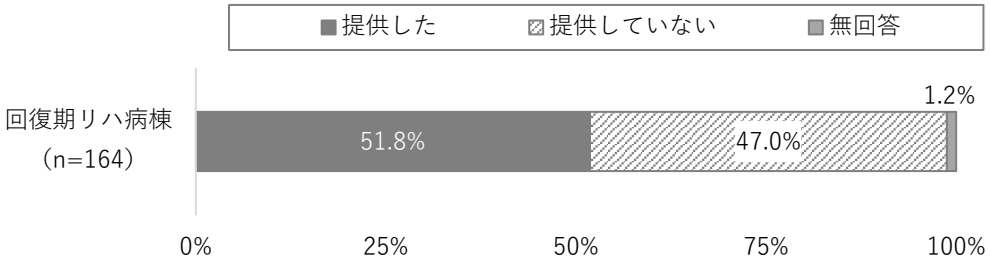


図 7-2-6　通所リハ・訪問リハへのリハビリテーション計画書の提供割合

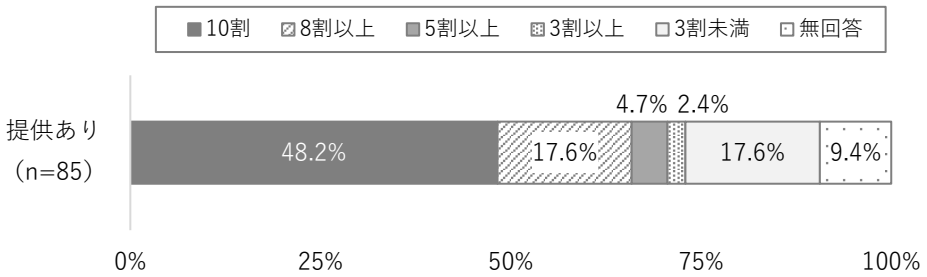
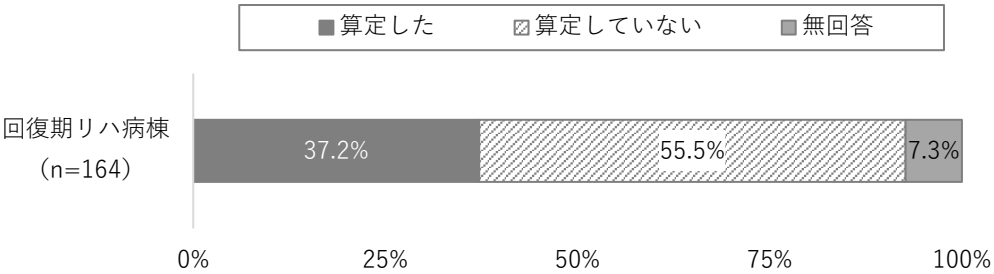


図 7-2-7　リハビリテーション計画提供料の算定有無



第３章　考察

１．通所リハビリテーション

○ リハビリテーションマネジメント

事業所におけるリハマネジメント加算Ａまたはリハマネジメント加算Ｂの届出がある割合は 62%であり、令和元年度調査におけるリハマネジメント加算Ⅱ・Ⅲ・Ⅳの届出割合 49%（事務局にて再集計）から増加がみられた(図 2-3-1)。これは、令和元年度調査においてリハマネジメントの効果が明示されたこと、および令和 3 年度介護報酬改定において旧リハマネジメント加算Ⅰが基本報酬へ包括化されたことなどが要因と推察する。これらリハマネジメントの取組に関しては、リハマネジメント加算Ａ・Ｂの届出がある事業所のうち、5 割以上の利用者に算定している割合は 48%であることから、利用者の状態像を考慮し、リハマネジメントに必要な医師やリハ専門職の体制整備などの進捗状況を踏まえ、徐々に取り組みの強化を図ってきたと考えられる(図 2-3-4)。

新規利用者における利用開始から 6 ヶ月後の変化について、ADL および IADL が改善した割合は、リハマネジメント加算算定者において未算定者より比較的高かった（図 4-4-2、4-4-7)。また、事業所においてリハマネジメント加算の届出がある場合には、目標達成による修了者がいる割合は 40%と、届出がない事業所の 22%より高い結果もみられた（図 2-3-5)。

本調査におけるリハマネジメントの効果は、在宅生活を想定した各種取組の実施が要因である。具体的には、ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容について、「生活状況や生活課題の共有」「生活課題における要因分析結果の説明」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「本人・家族・他介護サービスへの助言内容に関する情報提供」「介護負担感等の家族の状況に関する情報共有」の割合が、リハマネジメント加算の届出がある事業所にて高かった（図 2-6-3)。また、リハマネジメント加算の届出がある事業所では、家族・親族等に対する介助指導に関して「すべての利用者」および「およそ半数の利用者」に実施しているの割合、家族への個別相談を実施している割合が高い傾向がみられている（図 2-5-31、2-5-33)。また、詳細は「目標達成における修了への関わり」の項にて後述するが、新規利用者において修了・修了見込みの利用者は能力維持を目的に利用を継続する利用者と比較して、リハマネジメント加算Ｂ（ロ）の算定割合が高いといった結果もある（図 4-2-2)。

平成 30 年度介護報酬改定において、医師の指示の明確化が導入された。本調査において、指示の内容として、必須要件である「リハの目的」は 85%と、令和元年度調査の 72%より、実施事業所割合は向上しているが、全事業所での実施がなされていなかった点は課題である。一方、「リハ中止の目安(基準)」79%、「リハ実施上の留意点」90%、「運動の負荷量」57%と、選択要件である内容は、令和元年度調査と同様に十分な実施がなされていた（図 2-

3-8)。

事業所医師の役割は、「急変時の対応」「疾患の管理」「運動リスクの管理」の割合が高く、リハマネジメント加算の届出がある事業所では、「リハ会議等への参加」の割合が高かった（図 2-3-10、2-3-11)。リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」75%、「生活アドバイス」74%、「疾患や障害の予後」69%の順に高値であったが、一方で「目標達成までの期間」24%、「社会参加の目標」33%は低値であった(図 2-3-13)。この点について、詳細は「目標達成における修了への関わり」の項にて後述するが、目標達成による修了者がいる事業所は修了者がいない事業所と比較して、リハ会議における医師の説明にて「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の実施割合が高いとの結果であり、事業所医師の関わりの重要性が示唆されている（図 2-3-14)。

本調査における、リハマネジメントの効果や医師の役割を考慮すると、充実したリハマネジメントの実施として、居宅訪問における居宅内外の活動実態を評価し、医師による疾患・障害の予後予測を踏まえ、限界と可能性を考慮した社会参加に関する目標を設定してリハ会議にて関係者と共有すること、さらに、詳細は後述するが、事業所外のプログラムを実施することで、結果的に修了へとつながっていると推察された。

○ リハ 3 職種の配置

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のリハ 3 職種においては、それぞれに専門性が存在する。通所リハにおいても、個々の専門性を発揮すべく 3 職種の配置が望まれるが、3 職種すべてを配置している事業所は 28%であった（図 2-1-21)。また、リハ専門職の利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名と充実した配置を実施している事業所は 50%であった（図 2-1-26)。

これら、リハ 3 職種をすべて配置している事業所や利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名を配置している事業所は、目標達成による修了者がいる割合に有意な差を認め、高かった（図 2-2-14、2-2-15)。これは、リハ 3 職種の配置割合、利用者 10 名以下にリハ専門職 1 名の配置割合ともに、リハマネジメント加算の届出がある事業所にて高い傾向にあり、充実した各リハ専門職の評価がリハマネジメントへと反映された効果であると考える（図 2-3-6、2-3-7)。

リハ 3 職種のうち、言語聴覚士を配置している事業所割合は 32%であり、理学療法士 95%や作業療法士 67%と比較して低く、配置人数は常勤換算にて平均 0.2 人であった（図 2-1-21、2-1-24)。通所リハ事業所において、失語症・構音障害へのリハを必要とする利用者がいた事業所割合は 47%、摂食嚥下へのリハを必要とする利用者がいた事業所割合は 39%であり、言語聴覚士を配置している事業所割合 32%を上回っていた（図 2-5-4、2-5-5)。言語聴覚士の配置有無別にみると、配置ありの事業所では、失語症・構音障害へのリハを必要とする利用者がいる事業所割合、摂食嚥下へのリハを必要とする利用者がいる事業所割合が、それぞれ言語聴覚士の配置なしより高かった（図 2-5-8、2-5-9)。

一方で、通所リハ全体として、失語症・構音障害や摂食嚥下へのリハを必要とする利用者のうち 5 割以上にリハを提供できた事業所割合は、失語症・構音障害にて 25%、摂食嚥下でも 25%に留まっている（図 2-5-6、2-5-7）。これは、言語聴覚士の配置ありの事業所においても、失語症・構音障害や摂食嚥下へのリハを必要とする利用者への実施割合が「3 割未満」6 割と、失語症・構音障害や摂食嚥下に関するリハの提供が十分に行えていない現状が明らかとなった（図 2-5-10、2-5-11）。

言語聴覚士の関わりがある利用者においては関わりのない利用者と比較して、「口腔機能向上」「失語症・構音障害へのリハ」「摂食嚥下へのリハ」の実施割合が比較的高かった（図 4-3-11）。さらに、言語聴覚士の関わりがある利用者には、通所リハ計画に位置付けた目標に「口腔機能の維持・改善」がある割合が比較的高く、リハ 3 職種においても特異性がみられた（図 4-2-6）。他方、心身機能：失語症・構音障害に課題がある利用者は 10%であったが、失語症・構音障害へのリハを実施した利用者割合は 5%であり、「失語症・構音障害へのリハ」の実施者をみると、「言語聴覚士」47%、「介護福祉士」27%、「介護職員」26%であった（図 4-1-19、4-3-3、4-3-7）。また、心身機能：摂食嚥下障害に課題がある利用者は 6%であり、摂食嚥下へのリハを実施した割合も 6%ではあったが、「摂食嚥下へのリハ」の実施者をみると、「介護福祉士」45%、「理学療法士」36%、「介護職員」32%、「言語聴覚士」29%であった（図 4-1-19、4-3-3、4-3-8）。

これらの結果から、言語聴覚士は配置割合や人数の少なさから、主に失語症・構音障害へ関わっている現状にあるといえる。特に、6-7 時間の利用者には失語症・構音障害や摂食嚥下障害を有する要介護 3-5 の割合が比較的高く、摂食嚥下障害に対する適切な評価や対応を考慮すると、課題がある利用者へ必要十分な対応が行えるよう、充実した言語聴覚士の配置が望まれる（図 4-1-8）。

○ 目標達成における修了への関わり

令和 3 年度介護報酬改定において、それまでの社会参加支援加算が移行支援加算へと名称が変更された。その際、算定要件として利用回転率（新規-終了者割合）が 25%から 27%へ引き上げられ、社会参加への移行割合は 5%から 3%へ緩和された。本調査において、この移行支援加算を算定している事業所は 18%であり、令和元年調査（旧：社会参加支援加算）の 14%からは微増であった（図 2-4-1）。

第 180 回介護給付費分科会（R02.7.20）において、利用回転率は下位 25 パーセントタイル値にて 28.6%と、8 割近い事業所は利用回転率を達成していると示されている。本調査においても、3 ヶ月間にて新規利用者がいる事業所割合は 89%（平均 9.2 人）であり、終了者がいる事業所割合は 81%（平均 8.1 人）という結果からも全体的にみると利用回転率への課題は低い（図 2-2-6、2-2-7、2-2-10、2-2-11）。一方、終了理由をみると、「医療機関へ入院」23%、「本人の都合」23%の割合が高く、「状態改善・目標達成による修了」は 13%であり、社会参加への移行割合が移行支援加算の算定が難しい要因であると推察する（図 2-2-

12)。

実際に、本加算の算定が難しい主な理由は、「利用者が、通所リハの継続希望が強い」「家族が、通所リハの継続希望が強い」であった（図 2-4-11)。さらに、新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後における利用状況では、「目標を達成し、修了している」3%、「利用を継続しているが、修了の予定である」5%であったが、「利用を継続し、修了の予定はない」は 85%であった（図 4-4-14)。利用を継続する理由は、「運動機会や活動量を維持したい」84%、「利用者同士のコミュニティを維持したい」42%、「身体機能の更なる改善が見込める」32%の順であり、社会参加への移行に関する課題は身体機能以外の影響が大きいといえる（図 4-4-16)。

利用修了者と継続者の特性をみると、利用開始時の ADL(BI) 80 点以上の割合は、新規利用者において 6 ヶ月以内に目標達成により修了された方または修了見込みの利用者が 84%であり、6 ヶ月以降も能力維持を目的に利用を継続する利用者が 78%であった(図 4-1-27)。他方、6 ヶ月後または修了時において ADL が向上した割合は、目標達成により修了・修了見込みの利用者が 32%、6 ヶ月以降も能力維持を目的に利用を継続する利用者が 24%であった（図 4-4-4)。また、6 ヶ月後において IADL が向上した割合は、目標達成により修了・修了見込みの利用者が 51%、能力維持を目的に利用を継続する利用者が 36%と、ADL の向上割合よりも差が大きかった（図 4-4-9)。このように、社会参加に向けた課題は ADL よりも IADL による影響が大きい。

利用修了者における通所リハ利用期間は 1 年未満が 48%であり、修了者は利用開始から早い段階で修了を見据えた取り組みが実施されていると推察される（図 4-5-3)。新規利用者における目標達成による修了・修了見込みの利用者は、能力維持を目的に利用を継続する利用者と比較して、通所リハ計画に位置付けた目標にて「生活能力の向上」の割合が高く、前述の IADL 向上につながっていると考えられる（図 4-2-7)。一方、新規利用者における通所リハ計画に位置付けた目標において、「地域における社会参加」は 17%と低値であった（図 4-2-4)。「リハビリテーションマネジメント」の項においても述べたが、医師も含めたチームとして、社会参加への目標を明確にすることが重要である。実際に、新規利用者の 6 ヶ月後の利用状況別にリハマネジメント加算 B(ロ)の算定割合をみると、目標達成による修了・修了見込みの利用者は 31%と、能力維持を目的に利用を継続する利用者 20%と比較して割合が高かったこと、目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較して、医師の指示の内容として「リハの方針」「終了の目安・時期」の割合が高かったことからも、事業所内における多職種評価と修了後の社会参加の場を想定した取り組みの重要性が伺える（図 4-2-2、2-3-9)。

さらに、新規利用者における目標達成による修了・修了見込みの利用者は、リハ会議における検討内容にて「目標の確認・共有」「多職種協働に向けた支援方針」の割合が、リハ会議における医師の説明にて「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が比較的高かった（図 4-2-12、4-2-14)。このように、事業所内だけでなく、本人・家族も含め、すべて

の関係者が地域における社会参加への目標を共有する必要性が再認識できる。

サービス提供内容において、詳細は「居宅訪問と自宅周囲のアセスメント」の項にて後述するが、目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較して、「すべての利用者へ居宅訪問を実施している」割合、「事業所敷地外での評価・応用練習を実施している」割合、事業所の取組として「利用者間のピアサポート」「就労支援」「利用者の補装具の調整」「利用者の補装具の作製」「修了した利用者の継続的な評価・助言」を実施している割合が有意に高かった（図 2-5-24、2-5-22、2-5-15）。また、新規利用者における目標達成による修了・修了見込みの利用者は能力維持を目的に利用を継続する利用者と比較して、関わりの内容にて「生活習慣に関する助言」の割合が高かった（図 4-3-21）。在宅における生活状況を確認し、実践的な評価を踏まえ、個々に適した助言を行うことが重要である。一方、新規利用者において、利用者間のピアサポートを実施した割合は 5%と低値であった（図 4-3-15）。通所リハ事業所の強みである利用者間の関係性を活かし、他者の生活における実践状況から、利用者自らが考え、目標を見定めるよう、自発性の向上につながる更なる取り組みの推進が求められる。

ケアマネジャーへの調査において、通所リハの利用を修了することへの難しさがある割合は 75%であった（図 6-2-7）。その理由は、「本人・家族が、通所リハを楽しみにしている」86%、「本人・家族が、修了後の身体機能や ADL の低下を心配している」84%であり、「ケアマネジャーから見て、リハ評価や助言が継続的に必要である」は 46%であった（図 6-2-8）。また、通所リハ事業所における修了に向けた取り組みの考え方は、「本人・家族から希望があれば取り組みたい」の割合が 58%と最も高く、「事業所として積極的に取り組みたい」は 27%であったことから、通所リハ事業所においては、ケアマネジャーや本人・家族に向けた、社会参加に関する主体的な情報発信が求められる（図 2-5-34）。一方、修了後も定期的な専門職による評価を実施するなど、利用者・家族の心身機能・ADL 低下に関する不安の解消も重要である。

利用修了者における修了後の状況は、サービス利用ありが 51%、なしが 47%であった（図 4-5-8）。利用ありの方は「通所介護」の割合が最も高く、地域における介護サービスとの連携の重要性が伺える（図 4-5-10）。他方、利用なしの方は「居宅における家庭での役割」の割合が 58%と最も高く、「地域の通いの場やサロン」は 15%と低値であり、地域における社会参加といった観点からは課題が残る（図 4-5-9）。

さらに、修了後の継続的な評価や支援の体制にも課題がある。利用修了者において、修了後に状態を確認した割合は 30%であった（図 4-5-12）。また、修了 3 ヵ月後のサービス利用状況について不明が 48%であり、修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携を行った割合が 10%であった（図 4-5-13、4-5-14）。現行の移行支援加算における要件は、利用修了後 15-44 日以内に生活状況を確認することになっており、その後の評価・支援は、十分に実施されていない状況にある。修了後に介護サービス利用なしの方は「居宅における家庭での役割」の割合が高い、通所リハ利用者において 75 歳以上の割合が約 8 割であると

いう 2 点を考慮すると、他者との接点が少ない方の状態悪化が危惧されつつも、修了後の状態把握を高齢である本人・家族だけで十分な情報が収集できるのかという課題がある（図 4-5-9、4-1-3）。これらに対して、修了後の定期的な評価や状態変化時の速やかな対応（再利用を含む）は、本人・家族における安心できる地域生活や社会参加に向けて重要である。

○ 居宅訪問と自宅周囲のアセスメント

前述のとおり、新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後の IADL が向上した割合は 38%であった（図 4-4-6）。特に、向上した項目では、「外出」「屋外歩行」「趣味」「買物」の割合が高く、介護度による差はみられなかった（表 4-4-2）。併せて、IADL が向上した割合は、居宅訪問回数や事業所敷地外での評価・応用練習実施有無にて有意な差を認め、「居宅訪問 2 回以上」にて「居宅訪問 1 回」より、「事業所敷地外での評価・応用練習実施あり」にて「事業所敷地外での評価・応用練習実施なし」より、高い結果であった（図 4-4-10、4-4-11）。このように、在宅生活を想定しつつ、実践的な評価を居宅および居宅周辺にて実施することが、IADL の向上に寄与している。

通所リハ事業所において、居宅訪問をすべての利用者に実施している割合は 64%であった（図 2-5-23）。訪問頻度は「1 年に 1 回程度」21%、「それ以下の頻度」46%の割合が高かった（図 2-5-25）。また、訪問時のアセスメント内容は「住環境評価」89%、「ADL 評価」74%、「福祉用具の評価・検討」74%の割合が高く、「訪問サービスへの助言」は 13%と低値であった（図 2-5-26）。この点について、目標達成による修了者がいる事業所ではいない事業所と比較すると、居宅訪問の実施割合にて「すべての利用者について実施している」、居宅訪問時のアセスメント項目にて、「IADL 評価」「生活環境評価」「福祉用具の評価・検討」「残された課題の確認・評価」の実施割合が高く、居宅生活における評価と検証が実践されている（図 2-5-24、2-5-28）。さらに、リハマネジメント加算の届出がある事業所では届出なしの事業所と比較して、「家族の介助方法の評価・助言」「生活環境評価」「IADL 評価」「練習効果の確認・評価」の割合が高く、PDCA サイクルの循環がみられる（図 2-5-27）。

一方、全体的にみると、居宅訪問結果の活用方法は「リハビリテーション計画への反映」の割合が最も高く、「目標達成状況の確認」は比較的低い状況にある（図 2-5-29）。リハマネジメントの更なる推進を図り、訪問サービスとの連動による在宅生活を想定した関わりを促進しつつ、関わった結果としての効果判定や更なる目標の確認として、効果的に居宅訪問を活用していきたい。

事業所敷地外での評価・応用練習を実施した事業所は、41%であった（図 2-5-19）。その実施場所は「事業所周囲(徒歩 5 分圏内)」86%、「事業所外道路(徒歩 5 分以上)」59%、「利用者宅周囲(徒歩 5 分圏内)」22%であり、その他は 2 割に満たなかった（図 2-5-20）。また、新規利用者において、事業所敷地外における評価・応用練習を実施した割合は、「事業所周囲」16%が最も高く、「事業所外道路」6%、「利用者宅周囲」5%であった（図 4-3-22）。事業所敷地外での評価・応用練習は IADL の向上に寄与している実態が明らかとなったが、現

状において十分に活用できているとはいえない。この要因として、屋外におけるリスク管理や昨今のコロナ禍による積極的な屋外活動の難しさが想定される。リハ専門職の充実した配置や関係者間の連絡体制の強化など屋外評価の実践に向けた体制を強化し、在宅生活や地域への社会参加を想定した積極的な対応が望まれる。

利用者 10 名以下にリハ専門職を 1 名配置している事業所では、事業所敷地外での評価・応用練習を実施した割合が高く、充実したリハ専門職の配置が重要である（図 2-5-21）。また、詳細は「3.通所リハ・訪問リハにおける役割と協働」にて後述するが、居宅訪問と自宅周囲のアセスメントには同一施設における訪問リハとの併用などリハ専門職の柔軟な活用も考えられる。

○ リハビリテーションと口腔・栄養との一体的な提供

令和 3 年度介護報酬改定において、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進が示された。この内容に基づき、リハマネジメントにおける評価および計画作成、リハ会議への参加など、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士の役割が明示されている。これに対して、本調査における各職種の配置割合は、「歯科衛生士」8%、「管理栄養士」39%であり、大規模事業所では配置割合が比較的高かった（図 2-1-27、2-1-29）。また、配置がある場合、歯科医師や歯科衛生士が実践している取り組みは、「利用者の口腔に関する相談」「口腔清掃に関する指導」「口腔機能状態の評価」であった（図 2-5-17）。さらに、配置がある場合、管理栄養士が実践している取り組みは、「食事嗜好の確認と対応」「食事摂取量の確認」「提供栄養量の調整」であった（図 2-5-16）。

口腔・栄養に関連する加算（口腔機能向上加算、栄養改善加算、栄養アセスメント加算、口腔・栄養スクリーニング加算）の取組割合は 1 割前後であり、全体的に低値であった（図 2-4-1）。他方、口腔機能向上加算は、言語聴覚士・歯科衛生士が配置されている事業所にて、配置がない事業所より取組割合が高く、栄養改善加算・栄養アセスメント加算は、管理栄養士が配置されている事業所にて高かった（図 2-4-8、2-4-10、2-4-9）。各種取組を実施する専門職について、口腔機能向上は「言語聴覚士」64%、「看護職」45%、栄養改善は「管理栄養士」93%、「理学療法士」54%、栄養アセスメントは「管理栄養士」93%、「介護福祉士」40%であった（図 2-4-6、2-4-4、2-4-5）。また、新規利用者において口腔機能向上の取組を実施した割合は 13%であり、栄養改善を実施した割合は 6%であった（図 4-3-3）。

このように、各種加算の取組に歯科衛生士や管理栄養士が関わっている割合が低く、さらには口腔機能向上および栄養改善への取組が低調な状況からも、リハビリテーションと口腔・栄養との一体的な提供に向けては、歯科衛生士、管理栄養士の積極的な参画が望まれる。一方で、各事業所の特性を考慮すると、口腔・栄養への専門的な関わりの必要性は異なる。大規模事業所では 6-7 時間を中心に展開し、歯科衛生士、管理栄養士の積極的な配置による取り組みの推進がみられたが、小規模または短時間型の事業所では関係機関との連携・協働

によるリハマネジメントの充実（利用者の評価・計画立案への関わり）、連携・協働の推進に向けたリハ会議の活用などの対応が求められる。

○ 要支援者への関わり

令和 3 年度介護報酬改定において、長期間利用の介護予防リハビリテーションにおける適切なサービス提供の観点から、利用 12 ヶ月を超えた要支援者の減算が導入された。本調査において、利用 12 ヶ月を超えた要支援者がいる事業所は 90%であった（図 2-4-15）。継続利用の理由は「利用者が、通所リハの継続希望が強い」93%、「家族が、通所リハの継続希望が強い」77%の割合が高く、続いて「ADL や状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」52%であった（図 2-4-16）。

要支援者の状態像に関して、新規利用者においては、「1-2 時間利用」「自宅からの利用開始」の割合が高く、リハビリが必要となった原因の疾病は「関節症・骨粗しょう症」「脊椎・脊髄障害」「骨折」の割合が高かった（図 4-1-8、4-1-16、4-1-6）。また、利用開始時の ADL は「80 点以上」が約 9 割と高く、減点項目は「入浴」「平地歩行」「階段昇降」であった（図 4-1-24、表 4-1-2）。他方、利用開始時の IADL(FAI)は「0 点～9 点」が 24%、「10 点～18 点」が 28%であったが、通所リハ計画に位置付けた目標は、「運動習慣の獲得や継続」77%、「身体機能の向上」75%、「身体機能の維持」69%の順に割合が高く、「生活課題の解決」は 33%、「地域における社会参加」は 21%と低値であった（図 4-1-29、4-2-5）。これに対して、提供サービス内容は「機能訓練(身体機能向上)」95%、「ADL 練習(移乗・移動)」75%、「基本動作練習」54%であり、「IADL 練習」は 18%であった（図 4-3-4）。

特に、利用開始時の ADL にて「入浴」が課題となる要支援者は、通所リハ計画に位置付けた目標にて「事業所での入浴」が 36%、「自宅での入浴」が 13%と低値であり、提供サービス内容にて「ADL 練習（セルフケア）」が 33%、6 ヶ月後の ADL：入浴にて「向上」が 19%と、生活上の課題へ直接的な対応が十分に行えていない状況が確認できた（図 4-2-9、4-3-14、4-4-5）。

このように、要支援者は主に、骨関節疾患等により自宅での移動能力に課題が生じて利用を開始しており、自宅や地域において担う役割が少ない状態像が想定される。この状態像に対して、主に身体機能や移動能力の改善を図っているが、生活課題への対応や自宅における移動能力の低下に至った要因として考えられる自宅や地域での役割が少ない状況への対応が乏しい現状にある。詳細は、「目標達成における修了への関わり」や「居宅訪問と自宅周囲のアセスメント」の項にて述べたが、コロナ禍の状況に配慮しつつも、在宅生活や地域における役割の創出や再獲得に向けて、居宅訪問や訪問リハの積極的な活用が望まれる。

○ 中重度者への支援

中重度者の状態像に関して、新規利用者における要介護 3-5 の方は、「6-7 時間利用」「医療機関退院後の利用開始」の割合が高く、リハビリが必要となった原因の疾病は「脳卒中」

「骨折」の割合が高かった（図 4-1-8、4-1-16、4-1-6）。また、利用開始時の ADL は「75 点以下」が 6 割を超え、減点項目は「入浴」「平地歩行」「階段昇降」に加え、「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」「更衣」の割合も高かった（図 4-1-24、表 4-1-2）。また、利用開始時の IADL は「0 点～9 点」が 8 割を超えていた（図 4-1-29）。通所リハ計画に位置付けた目標は、「身体機能の向上」72%、「身体機能の維持」71%、「運動習慣の獲得や継続」66%、「活動量の確保」64%、「生活能力の維持」63%の順に割合が高く、「事業所での入浴」39%、「介護負担の軽減」36%、「医学的管理」16%もみられ、多岐にわたっており、リハマネジメント加算の算定割合が軽度者より高かった（図 4-2-5、4-2-1）。

これに対して、提供サービス内容は「機能訓練(身体機能向上)」98%、「ADL 練習(移乗・移動)」90%、「基本動作練習」68%、「ADL 練習(セルフケア)」45%であり、軽度者と比較して「医療処置」「失語症・構音障害へのリハ」「摂食嚥下へのリハ」の実施もみられ、居宅内介助を実施している割合も高かった（図 4-3-4、4-3-24）。利用開始から 6 ヶ月後に ADL が向上した割合は 39%、IADL は 40%、LSA は 37%、在宅での離床時間の延長は 16%であった（図 4-4-1、4-4-6、4-4-12、4-4-13）。尚、向上した ADL の項目は、「平地歩行」「イスとベッド間の移乗」の順に高く、「トイレ動作」および「階段昇降」が続いた（表 4-4-1）。また、6 ヶ月後における利用状況と今後の予定において、「利用を継続し、修了の予定はない」が 83%であり、その理由は軽度者と比較して「介護量が多く、継続的な支援が必要」の割合が高かった（図 4-4-15、4-4-17）。

このように、中重度者は主に、脳血管疾患や骨折等により医療機関へ入院し、退院後における在宅生活の再構築や定期的な評価の必要性から利用を開始しており、家族の身体的・精神的な介護負担の軽減への支援が重要である。この状態像に対して、身体機能や移動移乗能力、ADL(セルフケア)の改善を図り、一定の効果を上げている。一方で、介助量が多く継続的な支援が必要な方もおり、在宅生活の継続に向けた介護負担の軽減への働きかけは重要である。

本調査の利用者票は任意抽出ではあるが、利用修了者において要介護 3-5 の割合は 19%であり、その利用期間は、「1 年未満」49%、「1 年以上 2 年未満」16%、「2 年以上」27%であった（図 4-5-1、4-5-3）。また、利用開始時と比較して修了時に ADL が向上した割合は 41%、IADL は 59%、LSA は 49%、在宅での離床時間の延長は 18%であり、新規利用者の 6 ヶ月時点より IADL や LSA の値が高かった（図 4-5-4、4-5-5、4-5-6、4-5-7）。尚、約 6 割の方は他介護サービス(特に通所介護)へつながっている（図 4-5-11）。利用開始当初は、在宅生活の再構築を目的に移動移乗能力や ADL への働きかけを中心に実施しているが、長期的に活動や参加への支援を行うことで、中重度者においても修了の可能性が見込める。その際、移行先としては通所介護が多く、「目標達成における修了への関わり」の項にて述べたように、修了後の定期的な評価や事業所間連携が重要であり、通所リハには地域におけるリハビリテーション機能の中核としての役割が求められる。

事業所の実態からみると、中重度者ケア体制加算の算定割合は、令和元年度調査にて 26%、

本調査にて 24%と、中重度者の受入体制が推進しているとは言い難い（図 2-4-1）。さらに、医療的なケアを実施した利用者がいる事業所割合は 35%であったが、重度療養管理加算の算定割合は 16%であった（図 2-2-1、2-4-1）。また、新規利用者における要介護 3-5 の方においても、基本動作として座位保持が「自立」している方が 77%であった（表 4-1-1）。このように、医療的なケアが必要な方や座位保持が困難な方の受入れは進んでいない現状にある。

他方、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士を配置している事業所は未配置事業所より、医療的なケアを実施した利用者がいる割合が有意に高かった（図 2-2-3）。これに関連して、6-7 時間のみの事業所において管理栄養士や歯科衛生士、大規模事業所において言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士の配置割合が比較的高かった（図 2-1-28、2-1-22、2-1-29）。また、事業所規模と医療的なケアを実施した利用がいる割合には関連性を認め、大規模事業所は医療的なケアを実施した利用者がいる割合が高かった（図 2-2-2）。これらの結果から、中重度者(特に医療的なケアを必要とする方)は、1 日の生活全般を通じて各専門職が複合的に関わる必要性が示唆される。特に、栄養アセスメント加算、中重度者ケア体制加算の算定がある事業所にて「看護職」「介護福祉士」の配置数が多く、さらに、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ、入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ、重度療養管理加算の算定がある事業所および医療的ケア等を実施した利用者がいる事業所は、「介護福祉士」の配置数が多い（表 2-4-1、図 2-2-5）。

各リハ対象者の有無別に職員配置数をみると、失語症・構音障害、摂食嚥下へのリハにて「リハ専門職」「介護福祉士」が、認知症へのリハにて「介護福祉士」の配置数が多かった（表 2-5-1）。

尚、大規模事業所では各専門職の配置人数が多く、リハマネジメント加算の届出割合も高い（図 2-1-24、2-3-3）。多様な課題を抱える利用者のニーズに応じて、求められる機能を発揮するために必要な専門職の配置を積極的に展開している状況が窺える。

中重度者は軽度者よりも、状態悪化のリスクを伴いやすい。ケアマネジャーに対する調査において、状態が悪化した担当利用者がいる割合は 37%であった（図 6-2-2）。状態が悪化した担当利用者への対応としては、「通所リハ・訪問リハ以外のサービスを増やした」37%、「利用を休止した」28%、「リハ頻度を増やすよう依頼した」26%の順であり、通所リハ事業所として状態悪化への対応が十分に行えているかという課題がみえる（図 6-2-3）。令和 3 年度介護報酬改定において、生活行為向上リハ実施加算の要件が変更され、急性増悪等による生活機能が低下した利用者への適時適切なリハ提供が可能となった。通所リハ事業所は、本加算の要件変更に関する意義を理解し、中重度者や医療的なケアが必要な方の受入体制を整備した上で、状態悪化時にこそ利用していただける事業所として、ケアマネジャー等へ広く伝えていくことが必要である。

○ 認知症利用者への対応

令和 3 年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムの推進として、認知症への対

応力向上に向けた取り組みが進められている。本調査において、認知症のリハを必要とする方がいる事業所は 50%であった（図 2-5-1）。一方、必要がある方のうちリハを提供している割合は 5 割以上が 29%であり、「実施なし」が 25%であった（図 2-5-3）。また、認知症短期集中リハ実施加算に取り組んでいる事業所は、加算Ⅰが 6%、加算Ⅱが 2%であった（図 2-4-1）。このように、認知症のリハを必要とする利用者への対応が、十分に行えていない現状がある。

利用者像からみると、新規利用者において認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方の割合は 34%であり、各心身機能に課題がある方の割合は、「記憶障害」32%、「見当識障害」23%であった（図 4-1-4、4-1-19）。認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方に限ると、「記憶障害」66%、「見当識障害」52%となり、利用開始時の ADL は「75 点以下」が 45%、IADL は「0 点～9 点」が 71%であった（図 4-1-21、4-1-26、4-1-30）。

認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以下の方において、通所リハ計画に位置付けた目標は、「身体機能の維持」72%、「運動習慣の獲得や継続」67%、「生活能力の維持」66%、「活動量の確保」65%の順に割合が高く、「事業所内における対人交流」45%、「介護負担の軽減」31%も非該当の方と比較して高い傾向にあった（図 4-2-8）。これに対して、提供サービス内容は「機能訓練(身体機能向上)」96%、「ADL 練習(移乗・移動)」82%、「基本動作練習」56%の順に割合が高く、「認知症へのリハ」は 34%、「IADL 練習」は 14%と低値であった（図 4-3-12）。他方、取組内容として、「利用者間の交流促進(社会性の向上)」の割合が非該当の方と比較して高い傾向にあった（図 4-3-19）。

新規利用者において認知症へのリハを実施した割合は 17%であり、その主な実施者は、「理学療法士」47%、「作業療法士」43%、「介護職員」42%、「介護福祉士」41%であった（図 4-3-3、4-3-9）。新規利用者において認知症リハの実施ありの方は実施なしの方と比較して、関わりの内容にて「ADL 練習(セルフケア)」「IADL 練習」「口腔機能向上」の実施割合が高かった（図 4-3-13）。同様に、取組内容として「利用者間の交流促進(社会性の向上)」の割合が、居宅訪問時のアセスメント内容として「IADL 評価」「生活環境評価(屋外・地域)」の割合が比較的高かった（図 4-3-20、4-3-28）。

認知症への取組は中核症状への機能改善だけでなく、自宅における介護負担の軽減や事業所における交流の促進など、行動・心理症状(BPSD)への対応が多職種において実践されている。そのため、1 日を通じた生活全般の評価や支援が重要であり、実際に認知症のリハを必要とする方がいる割合は 6-7 時間のみの事業所にて高い傾向にある（図 2-5-2）。一方、その実施状況は充実しているとは言えず課題は残る。また、通所リハ計画における認知機能の評価は、HDS-R や MMSE など中核症状の指標が中心であり、行動・心理症状の変化やその影響を考慮した評価指標の検討が必要である。

○ 地域連携

通所リハ事業所における他事業所等との連携・協働において、ケアマネジャーとの連携・

情報共有の内容は、「現在の心身の状態や ADL に関する情報提供」98%、「福祉用具の導入・変更や環境整備に関する助言・依頼」91%、「生活状況や生活課題の共有」90%の順に割合が高かったが、「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」は 71%、「生活課題における要因分析結果の説明」は 62%と比較的低かった（図 2-6-2）。通所リハ事業所は現時点における課題の共有だけでなく、各専門職の評価に基づく分析や見通しについても共有し、将来を見据えた目標設定とその共有が重要である。他方、「リハビリテーションマネジメント」の項でも述べたが、リハマネジメント加算の届出がある事業所では届出なしの事業所と比較して、「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「生活課題における要因分析結果の説明」の実施割合が高く、将来を見据えた目標設定が実践されていると推察する（図 2-6-3）。

尚、連携・協働において、ケアマネジャーとの連携手段は、「電話」97%、「直接会う（対面）」88%、「FAX」83%の順に割合が高かった（図 2-6-1）。この連携・情報伝達に関しては効率化(生産性向上)の観点から、厚生労働省において「ケアプランデータ連携システム」が構築され、令和 4 年 10 月に発出された老健局高齢者支援課からの事務連絡において概要が示されている。

また、他サービスとの連携内容は、「ADL 等の情報提供」72%、「他介護サービスの利用状況の確認」70%の割合が高かったが、「生活目標の共有」は 41%と低値であった（図 2-6-4）。通所リハ事業所においては、ケアプランに基づき、他サービス事業所と協働して、利用者の在宅生活へアプローチしていくことが求められており、そのためには「生活目標の共有」は必須である。この点に関して、リハマネジメント加算の届出がある事業所では届出なしの事業所と比較して、「生活目標の共有」「介助方法の助言」の割合が高く、他サービス事業所も含めて、広い視点にて利用者の在宅生活をマネジメントしていた（図 2-6-5）。一方で、リハ会議における検討内容において、「他サービス事業所との役割分担」は 39%と低い値であった（図 2-3-12）。限られた時間内での情報共有であることや他サービス事業所の欠席という状況も考えられるが、ICT 導入も念頭にリハ会議の場を積極的に活用していきたい。

通所リハ事業所における訪問介護・通所介護との連携について、令和 3 年度介護報酬改定では、生活機能向上連携加算の要件緩和として ICT を活用した連携も可能となり、訪問介護・通所介護との連携はより推進されている。本調査において、通所リハ事業所が訪問介護・通所介護へ助言を行っている割合は 3 割弱であり、連携がある場合において、その提案者は主に「ケアマネジャー」「通所リハ」であった（図 2-6-6、2-6-7）。これに対して、訪問介護・通所介護との連携が難しい理由は、連携なしの事業所にて「連携先となる訪問介護・通所介護から希望・要望がない」「人員不足のため派遣できるリハ専門職がいない」であり、連携ありの事業所にて「感染症等の影響にて、利用者宅や事業所へ訪問することが難しい」であった（図 2-6-8）。このように、連携ありの場合には通所リハ事業所からの働きかけがみられる一方で、連携なしの場合には、人材不足も相まって積極的な働きかけが行われていない現状がみえた。連携ありの事業所における課題は、訪問の難しさを挙げているが、連携に向けた工夫において「ICT の活用」は 14%に留まっていた（図 2-6-8、2-6-9）。前述のと

おり、令和 3 年度介護報酬改定では ICT の活用が推進されており、積極的な活用が望まれる。

また、訪問介護・通所介護との連携に関連して、ケアマネジャーが生活機能向上連携加算を知っている割合は 63%であった（図 6-2-4）。しかし、知っている方においてケアプランに導入した方は 23%に留まっている（図 6-2-5）。この生活機能向上連携加算を導入している方において加算導入に向けた主な提案者は「通所リハ」であり、前述のとおり通所リハ事業所からの積極的な働きかけが重要である（図 6-2-6）。

通所リハ事業所は、各専門職や事業所内のスペースを活用し、多様な取り組みを展開できる。本調査において、地域との交流活動の実施割合は、「連絡会議の開催・協力」「勉強会・事例検討会の開催・協力」「地域の通いの場の支援」の順に高く、地域事業への展開がみられたが、「住民への通いの場の提供」は 3%と非常に限られていた（図 2-6-10）。感染症の影響を十分に配慮することは重要だが、利用を修了した方が集える場の提供も利用者の社会参加に向けて重要な取り組みである。尚、大規模事業においては、地域との交流活動の実施割合が比較的に高値であり、多数配置する専門職の有効活用がなされていた（図 2-6-11）。

○ 1-2 時間型の特徴

1-2 時間のサービスを提供する事業所割合は、令和元年度調査にて平成 30 年度介護報酬改定前 40%、改定後 45%から、本調査にて 46%と大きな変化はみられない（図 2-1-2）。一方、1-2 時間のみを提供する事業所に限ると、令和元年度調査(平成 30 年度介護報酬改定後)は 14%、本調査は 20%と増加傾向が確認できる（図 2-1-4）。

1-2 時間のみの事業所特性は、「通常規模」および「病院」「診療所」での提供割合が高い（図 2-1-5、2-1-8）。そのため、開設主体における外来リハの提供割合が高かった（図 2-1-10）。さらに、外来リハからの移行者がいる割合は 49%と 6-7 時間のみの事業所と比較して高かった（図 2-2-9）。利用者像からみると、新規利用者において 6 ヶ月以内に目標達成により修了された方は、1-2 時間利用の割合が 43%と高かった（図 4-4-18）。また、要支援者においても、1-2 時間利用の割合が 40%と高かった（図 4-1-8）。

平成 30 年度介護報酬改定時に導入された医療保険サービスとの器具の共有は令和元年度調査 81%から本調査 78%へと変化はみられないものの、面積要件の活用は 16%から 40%へ、人員要件の活用は 15%から 43%へと、それぞれ緩和された要件が活用されていた（図 2-1-11）。事業所体制としては、リハ専門職の配置人数が 3.8 人と多い一方で、介護福祉士は 0.6 人、介護職員は 0.7 人と少なく、理学療法士等体制強化加算の算定割合は 51%であった（図 2-1-23、2-4-2）。

このように、1-2 時間に特化した事業所は、外来リハを提供している医療機関にて併設され、軽度者および外来リハからの移行者へリハ専門職の関わりを中心に、サービスが提供されていると推察された。

○ 介護老人保健施設の特徴

介護老人保健施設は、医療的ケア等を実施した利用者がいる割合が 52%と、「病院」28%、「診療所」26%よりも高く、サービス提供時間にて「6-7 時間」の割合が 86%と最も高い（図 2-2-4、2-1-7）。このように、医療度の高い中重度者を受入れ、1 日を通じて支援を行っている。さらに、失語症・構音障害、摂食嚥下、認知症へのリハを必要とする利用者がいた割合が高く、「入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ」「重度療養管理加算」「中重度者ケア体制加算」「科学的介護推進体制加算」の算定割合が高いなど、中重度者への支援が充実している（図 2-5-12、2-4-3）。そのため、「中重度者への支援」の項でも述べたが、「看護職」「介護福祉士」「介護職員」の配置が重要であり、充実した看護・介護職の配置に加え「管理栄養士」「相談員」の配置において、中重度者への栄養支援や関係機関との連携・協働が実践されている（図 2-1-25、2-1-30）。

２．訪問リハビリテーション

○ リハビリテーションマネジメント

訪問リハにおけるリハマネジメントは、令和 3 年度介護報酬改定において、旧リハマネジメント加算Ⅰが基本報酬に包括化されたにも関わらず、旧リハマネジメント加算Ⅲと比較してリハマネジメント加算Ｂの単位数が増加しており、医師の関わりを含めたマネジメントの重要性が伺える。本調査において、事業所におけるリハマネジメント加算Ａまたは加算Ｂの届出がある割合は 54%であり、令和元年度調査における旧リハマネジメント加算Ⅱ・Ⅲ・Ⅳの届出割合 29%（事務局にて再集計）から増加していた（図 3-4-1)。また、加算Ａ・Ｂの届出がある事業所のうち、5 割以上の利用者に算定している割合は 55%であった（図 3-4-2)。

新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後の変化において、ADL および IADL が改善した割合は、リハマネジメント加算算定者において未算定者より比較的高かった（図 5-4-3、5-4-7)。また、ケアマネジャーとの連携・情報共有の内容について、「介護負担感等の家族の状況に関する情報共有」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」「主治医等からの医学的情報の共有」「生活課題における要因分析結果の説明」の割合が、リハマネジメント加算の届出がある事業所にて高かった（図 3-6-3)。

尚、令和 3 年度介護報酬改定においてリハ会議における ICT の活用が可能となった。訪問リハにおけるリハマネジメント加算 B のリハ会議においては、ICT を活用している事業所割合が 40%であり、緩和要件を有効活用している実態がみえた（図 3-4-5)。

○ 医師の関わり

事業所の医師（計画作成医）の関与を進める観点から、事業所外の医師（かかりつけ医）が診察した場合の適正化が、平成 30 年度介護報酬改定にて導入され、令和 3 年度改定にて強化された。計画作成医が診察していない利用者がいる割合は、令和元年度調査 32%から本調査 27%へと減少傾向にあり、計画作成医の診察が推進されてきたといえる。一方で、計画作成医のマンパワー不足等で診察ができず、かかりつけ医の診察のみとなっているケースが 3 割存在していた（図 3-3-1)。

かかりつけ医と計画作成医の役割は異なり、かかりつけ医（医学的管理を行っている医師）は、「疾患の管理」「運動リスクの管理」「急変時の対応」の順に高かった。一方、計画作成医は、「リハ計画の作成・承認」「運動リスクの管理」「本人・家族への説明」の順に高かった（図 3-3-3)。また、ケアマネジャーが期待する計画作成医の役割は、「身体状況・障害に関する予後の説明や助言」「在宅生活における見通しやリスクの説明や助言」「関係医療機関の医師との連携・情報共有」の順に高かった（図 6-2-1)。このように、かかりつけ医は「疾患管理とそのリスク対応」、計画作成医は「障害予後を考慮した見通しとリスク管理」の観点が求められていた。

医師の指示に関して、「リハの目的」は 83%と、全事業所での実施がなされていなかったが、「リハ中止の目安（基準）」84%、「リハ実施上の留意点」95%、「運動の負荷量」61%の実施割合は高かった（図 3-3-4）。新規利用者において、診察した医師が計画作成医の場合にはかかりつけ医よりも、「リハの目的」「リハ実施上の留意点」「リハ中止の目安（基準）」の実施割合が高く、計画作成医が診察することで指示の質が高まると考える（図 5-2-5）。他方、前述のケアマネジャーが期待する計画作成医の役割において「関係医療機関の医師との連携・情報共有」が含まれるように、かかりつけ医が計画作成医と異なる場合にはしっかりとした連携が前提となる。

新規利用者におけるリハ会議の参加者として、医師は 63%であった（図 5-2-9）。リハ会議における医師の説明内容は、「居宅生活の注意点」75%、「生活アドバイス」62%、「疾患や心身機能の予後」58%の割合が高かった一方で、「社会参加の目標」30%、「目標達成までの期間」22%は低値であった（図 5-2-12）。診察医師が計画作成医の場合にはかかりつけ医の場合よりも、医師の説明において「目標達成までの期間」の割合が高く、診察によって得られる情報量の多さが影響していると推察する（図 5-2-13）。また、目標達成による修了・修了見込みの利用者は能力維持を目的に利用を継続する利用者よりも、「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が高く、医師による目標や見通しを含めた説明の重要性が窺える（図 5-2-14）。

○ 目標達成における修了への関わり

移行支援加算に取り組んでいる事業所について、令和元年度調査では 36%、本調査では 27%と、減少していた（図 3-5-1）。本加算の算定が難しい理由では、「利用者が、訪問リハの継続希望が強い」「家族が、訪問リハの継続希望が強い」「利用を終了する方が少ない」が挙げられていた（図 3-5-4）。特に、移行支援加算に取り組んでいない事業所では、「利用を終了する方が少ない」「新規利用者が少ない」の割合が比較的高い傾向にあった（図 3-5-5）。尚、ケアマネジャーにて利用を修了することへの難しさがある割合は 68%であり、その理由は「本人・家族が、修了後の身体機能や ADL の低下を心配している」「本人・家族が、訪問リハを楽しみにしている」であった（図 6-2-7、6-2-8）。

移行支援加算に取り組んでいる事業所では、3 ヶ月間にて新規利用者がいる割合が 91%、終了者がいる割合が 94%であった。一方、取り組んでいない事業所では、それぞれ 69%・62%であり、取り組んでいない事業所における算定が難しい理由と整合する（図 3-5-6、3-5-8）。ここまでの結果を踏まえると、新規利用者の獲得を優先的に対応しつつ、通所リハと同様に、安心できる移行の推進を図っていく必要がある。

新規利用者において、6 ヶ月後に目標を達成して修了した方は 11%、目標達成修了の予定がある方も 11%であった。一方、修了予定がなく利用を継続する方は 68%であり、その理由は「運動機会や活動量を維持したい」「ADL や状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」であった（図 5-4-16、5-4-18）。目標達成による修了・修了見込みの利用者は、

利用開始時の ADL が「80 点以上」にて 69%であり、能力維持を目的に利用を継続する利用者は 61%であった（図 5-1-22）。他方、修了時または 6 ヶ月後において ADL が向上した割合は、目標達成による修了・修了見込みの利用者が 55%、能力維持を目的に利用を継続する利用者が 35%であった（図 5-4-5）。この傾向は、IADL の変化でも同様であり、ADL や IADL が向上した結果、修了へとつながっている（図 5-1-26、5-4-9）。

目標達成による修了・修了見込みの新規利用者と能力維持を目的に利用を継続する新規利用者で比較すると、目標達成による修了・修了見込みの新規利用者の方がリハマネジメント加算の算定割合が高かった（図 5-2-2）。また、リハ会議における検討内容についてもリハ会議における検討内容にて「他サービス事業所との役割分担」が、リハ会議における医師の説明にて「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の割合が高かった（図 5-2-11、5-2-14）。さらに、関わりの内容として「福祉用具の評価・調整」「併用サービスへの助言」「環境整備に関する助言」の割合が高かった（図 5-3-7）。

訪問リハ計画に位置付けた目標において、「地域における社会参加」は 21%と低値であった（図 5-2-6）。他方、目標に地域における社会参加を設定した方は設定していない方と比較して、6 ヶ月後に IADL・LSA が向上した割合が高かった（図 5-4-10、5-4-13）。また、居宅外での練習実施がある方は、ない方と比較して、IADL・LSA が向上した割合が高かった（図 5-4-11、5-4-14）。

訪問リハの利用者は医療機関を退院後に利用する割合が 39%と、通所リハ利用者の 28%と比較して高い傾向にあり、ADL の向上など在宅生活の再構築が重要な観点になる（図 5-1-13、4-1-15）。併せて、社会参加における目標を明確にし、出かける場の創出などにより活動性を高めることで、結果的に修了へとつながっている。一方で、居宅外練習の実施割合は「利用者宅周囲(徒歩 5 分圏内)」「利用者宅外道路(徒歩 5 分以上)」が中心であり、提供サービスとして「IADL 練習」の割合は 27%と低値であったことから、社会参加に焦点を当てた取り組みをより推進していく必要がある（図 5-3-8、5-3-1）。

○ 要支援者への関わり

令和 3 年度介護報酬改定において、長期間利用の介護予防リハビリテーションにおける適切なサービス提供の観点から、利用 12 ヶ月を超えた要支援者の減算が導入された。本調査において、利用 12 ヶ月を超えた要支援者がいる事業所は 70%であった（図 3-5-11）。継続利用の理由は「利用者が、訪問リハの継続希望が強い」「家族が、訪問リハの継続希望が強い」の割合が高く、続いて「ADL や状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」であった（図 3-5-12）。

要支援者の状態像に関して、新規利用者の利用開始前の所在は、「自宅」66%、「回復期リハ病棟」14%、「一般病棟」13%であった（図 5-1-14）。利用前の所在別に自宅から利用と医療機関退院後を比較すると、リハビリが必要となった原因の疾病は自宅から利用にて「関節症・骨粗しょう症」「骨折」「脊椎・脊髄障害」であり、医療機関退院後にて「骨折」「脳卒

中」であった（図 5-1-16）。また、利用開始時の ADL が「80 点以上」の割合はともに 8 割を超えていたが、「100 点」の割合は自宅から利用にて 27%、医療機関退院後にて 15%であった（図 5-1-23）。また、利用開始時の IADL が「0 点～9 点」の割合は、自宅から利用にて 28%、医療機関退院後にて 55%であった（図 5-1-25）。

訪問リハ計画に位置付けた目標は、ともに「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」の割合が高かったが、比較すると医療機関退院後にて「生活課題の解決」「地域における社会参加」「介護負担の軽減」「趣味活動の獲得や継続」の割合が高い傾向にあった（図 5-2-8）。これに対して、提供サービス内容はともに「機能訓練(身体機能向上)」「ADL 練習(移乗・移動)」「基本動作練習」が上位を占めたが、医療機関退院後にて「IADL 練習」「ADL 練習(セルフケア)」の割合が高い傾向にあった（図 5-3-3）。居宅外における評価・応用練習においても、同様に医療機関退院後の実施割合が高かった（図 5-3-10）。尚、感染症の影響もあり単純比較はできないが、前回調査と提供サービス内容を比較すると、要支援者における「IADL 練習」の実施割合は、令和元年度調査 41%、本調査 36%と、わずかな減少がみられた（図 5-3-2）。

利用開始から 6 ヶ月後もしくは修了時の状況をみると、ADL が向上した割合は自宅から利用が 18%、医療機関退院後が 45%であり、同様に IADL が向上した割合は自宅から利用が 35%、医療機関退院後が 60%であった（図 5-4-4、5-4-8）。また、利用状況と今後の予定において修了・修了見込みの利用者は、自宅から利用が 21%、医療機関退院後が 43%であった（図 5-4-l7）。

このように、要支援者の特性は利用開始前の所在により異なる。医療機関退院後の利用者は主に、骨折や脳卒中による入院加療後、受傷前の生活状況への復帰を目的に利用されている。そのため、利用目的が明確であり、課題解決に適したプログラムが提供され、一定期間での修了へとつながりやすい。一方、自宅からの利用者は主に、骨関節疾患等により自宅での移動能力等が徐々に低下し、生活課題が生じた時点で利用が開始になっていると推察でき、利用開始時にはすでに自宅や地域において担う役割が少ない状態像が想定される。この状態像に対して、主に身体機能や移動能力の改善を図っているが、主たる目的が運動機会の継続となりやすい。生活機能の低下とともに早期から関わり、利用者の行動変容を促せるよう、自宅や地域での役割を創出し、地域とのつながりを再構築することが重要である。

尚、医療機関退院後の利用者は医療機関からの情報提供があり、課題や目標が比較的明確だが、自宅からの利用者は関連する情報が乏しく、事業所における利用開始前評価が肝要である。利用開始までに必要な情報を精査しつつ、医療機関との情報連携や事前評価の実施方法なども検討していきたい。

○ 練習内容と効果

新規利用から 6 ヶ月後における ADL、IADL、LSA の利得点数について、機能訓練の実施有無にて有意な差を認めなかった（表 5-4-2）。さらに、機能訓練および基本動作練習の

実施時間別では、「30 分以上」よりも「30 分未満」にて高い利得であった（表 5-4-3）。訪問リハの主な提供時間が「40 分」であることを考慮すると、特に要支援においては機能訓練および基本動作練習以外が、活動や参加の向上に重要である（図 5-1-7）。

ADL 練習（移動・移乗）、ADL 練習（セルフケア）、IADL 練習においては、「実施あり」にて有意に IADL や LSA の向上を認め、ADL においても利得点数は高かった（表 5-4-4、5-4-5、5-4-6）。また、ADL 練習および IADL 練習の実施時間別では、全体において有意な差を認め、「30 分以上」にて高い利得であり、活動や参加の向上には ADL や IADL への練習を実施する必要性が確認できた（表 5-4-7）。

また、利用開始時の離床時間別にみると「3 時間未満」より「3 時間以上」にて、IADL、LSA の利得点数が有意に高い結果であり、離床時間の延長が活動や参加へとつながる可能性が窺える（表 5-4-8）。

○ 事業所としての質の担保

訪問リハ事業所における 1 日の訪問件数は、「5 件未満」44%、「5 件以上 15 件未満」24%、「15 件以上」13%であり、令和元年度調査の結果と同様に小規模な事業所が多かった（図 3-1-2）。また、1 日の訪問件数別に常勤換算人数をみると、医師の人数に差異はみられないが、リハ専門職の人数は「15 件以上」にて多かった（図 3-1-9）。さらに、事業所におけるリハマネジメントの取組割合は、「15 件以上」が 71%と高く、充実したリハマネジメントの実践にはリハ専門職の配置が重要である（図 3-4-3）。

移行支援加算の取組を実施している割合は、「15 件以上」63%、「5 件以上 15 件未満」35%、「5 件未満」13%であり、医療的ケアを実施している利用者がいる割合は、1 日の訪問件数が多いほど割合が高かった（図 3-5-3、3-2-2）。このように、規模の大きな事業所は多様な状態像への対応が可能であり、地域連携や医療機関との連携においても充実した専門職の配置状況から柔軟に対応できると考えられる。

令和 3 年度介護報酬改定において、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標における居宅サービスの実施数に訪問リハの要件が追加され、訪問リハ事業所の開設主体として介護老人保健施設は 20%と、令和元年度調査の 15%より増加傾向にある（図 3-1-1）。他方、ケアマネジャーが必要な利用者へ訪問リハの導入が困難な理由として「近隣に利用可能な事業所がない」が 25%であり、同一法人内で訪問リハを提供している介護老人保健施設は 58%と、回復期リハ病棟の 83%よりも低い割合にある（図 6-1-2、7-1-1）。多様な状態像への対応や多機関との連携の観点から、訪問リハ提供事業所の充実に向けては、在宅サービスを複合的に有している介護老人保健施設における訪問リハの更なる推進が求められる。

○ 訪問リハと理学療法士等による訪問看護との役割分担

第 182 回介護給付費分科会（R02.8.19）の資料によると、訪問看護ステーション利用者の

疾病分類にて、介護保険利用者は「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」、医療保険利用者は「神経系の疾患」「精神及び行動障害」の割合が高いとあり、制度の違いによる利用者の状態像の違いが示されている。

本調査において、訪問リハと理学療法士等による訪問看護の両サービスを提供している施設は、23%であった（図 3-1-7）。そのうち、訪問リハと理学療法士等による訪問看護との役割分担は、「看護師の訪問の必要性に応じて対応」「保険の種類に応じて対応」「進行性疾患による身体変化等への継続的な支援の必要性に応じて対応」であった（図 3-1-8）。

３．通所リハ・訪問リハにおける役割と協働

○ 求められるニーズの違い

通所リハ・訪問リハの利用者像は異なる。利用開始前の所在について、通所リハは「医療機関」28%、「自宅」61%に対し、訪問リハは「医療機関」39%、「自宅」51%であった（図 4-1-15、5-1-13）。また、利用開始時の状態像について ADL が「80 点以上」は、通所リハ利用者が 71%、訪問リハ利用者が 55%であり、IADL が「0 点～9 点」は、通所リハ利用者 52%、訪問リハ利用者 67%であった（図 4-1-23、5-1-21、4-1-28、5-1-24）。

通所リハ・訪問リハ計画に位置付けた目標は、両者ともに「運動習慣の獲得や継続」「身体機能の向上」「身体機能の維持(重度化予防)」の割合が高かったが、訪問リハ事業所では「介護負担の軽減」「生活課題の解決」の割合が比較的高かった（図 4-2-4、5-2-6）。提供サービスの内容について比較すると、通所リハでは「口腔機能向上」「認知症へのリハ」、訪問リハでは「基本動作練習」「IADL 練習」の割合が比較的高い傾向にあった（図 4-3-3、5-3-1）。また、利用開始から 6 ヶ月後において ADL が向上した割合は、通所リハ 26%、訪問リハ 39%であり、IADL が向上した割合は、通所リハ 38%、訪問リハ 49%であった（図 4-4-1、5-4-2、4-4-6、5-4-6）。さらに、6 ヶ月後の利用状況における修了者・修了見込みの利用者は、通所リハが 8%、訪問リハが 22%であった（図 4-4-14、5-4-16）。

訪問リハでは、生活課題に対して実践場面で直接的に関わることができ、生活能力の向上につながっている。一方、通所リハでは、生活全般に対し、多職種による専門的な対応を通じて、在宅生活の構築を図っている。詳細は「目標達成における修了への関わり」の項にて述べたが、それぞれ自宅や事業所内に限ったサービス提供では社会参加に向けた目標は完結しない。通所リハ・訪問リハ双方の特性を生かし、総合的・一体的に提供することで、生活状況に関する評価の視点が広がり、より柔軟な対応につながるのではないかと推察された。

○ 通所リハ・訪問リハの協働

前述のとおり、通所リハ・訪問リハのニーズは異なり、併用には様々な効果が期待できる。実際に、移行支援加算の取組を実施している通所リハ事業所では、訪問リハとの併用者がいる割合が高かった（図 2-4-13）。尚、通所リハ事業所が同施設内での訪問リハ提供は 50%であり、そのうち併用利用者がいる割合は 61%であった（図 2-1-12、2-1-15）。また、訪問リハ事業所では通所リハ提供が 75%であり、そのうち併用利用者がいる割合は 62%であった（図 3-1-3、3-1-4）。

平成 27 年度介護報酬改定において導入された通所リハ・訪問リハ併用時における要件緩和に関する取組状況は、「リハ会議を共同で開催」が約 6 割、「診療録（カルテ）への記録等を共有」「共通のリハ計画を作成」が 4 割であった（図 2-1-18、3-1-5）。また、通所・訪問リハにて同じリハ専門職が関わっている割合は、約 2 割であった（図 2-1-19、3-1-6）。こ

のように、通所リハ・訪問リハの双方から併用状況が確認できたが、更なる推進に向けて関係書類等に関する要件緩和を活用し、同施設内におけるリハ専門職の柔軟な対応を含め、通所リハ・訪問リハの一体的な提供が望まれる。また、同一施設においては、医師の診察や指示も一体的に提供でき、訪問リハにおける医師に関する課題も解決できる。他方、他事業所間の連携においては、医師の役割分担等において整理が必要であり、リハ会議を活用しつつ、整合性を図っていきたい。

新規利用者において併用者の特性をみると、要介護 3-5 において併用割合が高かった（図 4-1-13、5-1-11）。また、主に脳卒中や骨折を受傷し、回復期リハ病棟を経由して利用を開始している傾向がみえた（図 4-1-14、5-1-12、4-1-17、5-1-15）。このように、現状の併用者は、生活課題への直接的な働きかけと、生活全般における複合的な課題に対する多職種の関わりにより、在宅生活の再構築を図っている状況が窺える。一方で、軽度者における併用割合が低い状況にあり、短期集中的に地域とのつながりを構築する取り組みも望まれる。

４．医療機関および介護老人保健施設との協働

○ 退院・退所前カンファレンス

通所リハ・訪問リハの新規利用者からみると、医療機関・介護老人保健施設が開催する退院・退所前カンファレンスへ事業所職員が参加した割合は、通所リハが 19%、訪問リハが 22%であった。退院・退所前カンファレンスへ通所リハ事業所職員が参加した利用者の介護度は、「要支援 1-2」12%、「要介護 1-2」18%、「要介護 3-5」23%であった（図 4-6-2、5-6-2）。また、参加しなかった利用者と比較して、利用開始までの期間は「3 日以内」「1 週間以内」の割合が高かった（図 4-6-4）。現状において、退院・退所前カンファレンスへの参加率は低いが、利用早期から集中的・重点的に関わる必要がある方を選択して参加していると考えられる。

回復期リハ病棟・介護老人保健施設の状況として、退院・退所前カンファレンスを開催している施設は、回復期リハ病棟が 93%、介護老人保健施設が 79%であり、そのうち、8 割以上の退院・退所者に実施している割合は、回復期リハ病棟が 39%、介護老人保健施設が 65%であった（図 7-1-6、7-1-7）。また、通所リハの必要性を考え始める時期は、退院前「1 ヶ月以内」が両者ともに約 5 割、「2 ヶ月以内」は回復リハ病棟にて 3 割であった（図 7-1-3）。他方、通所リハ・訪問リハの新規利用者において、開催する退院・退所前カンファレンスへ事業所職員が参加した時期は、「1 週間前」5-6 割、「2 週間前」3 割であった（図 4-6-3、5-6-3）。また、通所リハ・訪問リハ事業所において、医療機関等との連携が難しい理由は、「感染症等の影響にて、医療機関へ訪問することが難しい」「退院前カンファレンスへの参加依頼がない」「医療機関の退院までに通所リハ・訪問リハの利用自体が決まっていない」の割合が高く 4-5 割であった（図 2-6-14、3-6-11）。

回復期リハ病棟や介護老人保健施設が通所リハ・訪問リハの利用を退院前 1 ヶ月前後にて考え始めた後、ケアマネジャーの選定やプランの検討、本人・家族への説明などのプロセスが想定される。また、退院 1-2 週間前頃にカンファレンスが開催されるには、さらに 1 週間ほど前には開催案内が必要であることを考慮すると、非常にタイトなスケジュールであるともいえる。通所リハ・訪問リハの必要性を検討する段階から、事業所と医療機関等が連携できる関係性の構築が求められる。

ケアマネジャーが退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は 87%であり、そのうち通所リハ・訪問リハへ参加を依頼している割合は 70%であった（図 6-1-6、6-1-7）。回復期リハ病棟・介護老人保健施設からみると、ケアマネジャーの参加割合は、概ね 7-8 割であった。他方、回復期リハ病棟において通所リハ・訪問リハ事業所職員の参加割合は 4-5 割であった（図 7-1-8）。また、回復期リハ病棟が考える退院前カンファレンスへ事業所職員の参加が困難な理由は、「利用する事業所が決まっていない」「依頼しても、事業所が忙しく時間を作れない」「関係事業所への調整(依頼)が難しい」の割合が高かった（図 7-1-9、7-1-10）。

連携に際し、利用する事業所が決まっていない、関係事業所への調整(依頼)が難しいとい

った点は、前述のとおり日頃からの事業所と医療機関等の関係性に影響される。実際に、97%が通所リハ事業所を併設する介護老人保健施設では、通所リハ事業所職員(同一法人)の参加割合が高い傾向にあった（図 7-1-1、7-1-8)。現行の診療報酬上の要件として、通所リハ・訪問リハ事業所職員の退院前カンファレンスへの参加が明記されていない課題があり、確実に参加依頼を行う仕組み作りも必要である。

他方、依頼しても事業所が時間を作れないといった課題もあり、小規模な事業所においては、カンファレンスへ参加できる人員を確保できない可能性が高い。通所リハにおいては、相談員が「新規利用の相談対応」や「本人・家族からの希望の聴取」等を実施しており、相談員や管理者がカンファレンスへ参加できる仕組み作りが必要である (図 2-5-18)。さらに、訪問リハでは小規模事業所が多く、管理者はプレイングマネジャーとして「臨床業務」と「新規利用の相談対応」等を両立しなければならない状況も加味することが重要である。

○ 医療機関からの計画書の提示

医療機関から計画書の提供があった事業所割合は、通所リハ事業所が 47%、訪問リハ事業所が 38%であった（図 2-6-12、3-6-9)。また、新規利用者において医療機関から計画書の送付があった割合は 3 割であり、そのうち計画書が様式 2-2-1 であった割合は 4-5 割であった（図 4-6-5、5-6-4、4-6-6、5-6-5)。回復期リハ病棟からみると、通所リハ・訪問リハへ計画書を提供している割合は 52%であったが、リハビリテーション計画提供料を算定している割合は 37%と低かった（図 7-2-5、7-2-7)。また、ケアマネジャーから医療機関へ計画書の提出を依頼している割合は 50%であった（図 6-1-8)。

通所リハ・訪問リハへのシームレスな移行に向けて計画書を用いた連携は重要であるが、現状として十分とは言えず、ケアマネジャーも含めた三者での連携強化が望まれる。特に、計画書が様式 2-2-1（診療報酬上：別紙様式 21 の 6）の活用が進んでおらず、回復期リハ病棟においてはリハビリテーション計画提供料の算定を行っていない現状が窺えた。

○ 通所リハ・訪問リハの導入

ケアマネジャーが通所リハの必要性を検討した理由は、「入院・入所していた医療機関・老健施設からの助言があった」「本人・家族から、身体状況の変化について相談があった」の割合が高かった（図 6-1-4)。回復期リハ病棟・介護老人保健施設からみると、通所リハ・訪問リハの必要性を感じた患者・利用者の「10 割」・「8 割以上」においてケアマネジャーへ導入を勧めた割合は、回復期リハ病棟にて 63%、介護老人保健施設では 45%であり、さらなる推進が望まれる（図 7-1-2)。また、前述のとおり、三者の連携を強化し、通所リハ・訪問リハの必要性について、利用が決まる前の段階から通所リハ・訪問リハ事業所によるケアマネジャー、回復期リハ病棟、介護老人保健施設への助言が行える体制が望まれる。この点について、回復期リハ病棟・介護老人保健施設が、退院・退所後における状態確認を実施した割合は 6-7 割であり、利用者を通じた連携の推進も可能である（図 7-2-1)。

三者連携の必要性に関連して、ケアマネジャー調査において必要な利用者へ通所リハ・訪問リハを導入できていない割合は、2 割前後であり、その理由は「本人・家族がリハを望まない」の割合が最も高く、ケアマネジャーが苦慮している状況が窺える（図 6-1-1、6-1-2）。ケアマネジャーが考える通所リハ・訪問リハの導入に向けて必要なことは「信頼できるリハ専門職が従事している」「サービス導入に関する事業所の対応が早い」「本人・家族のリハへの理解が良好である」の割合が、回復期リハ病棟・介護老人保健施設ともに通所リハの導入に向けて必要なことは「本人・家族の理解」の割合が高いという結果もある（図 6-1-5、7-1-4、7-1-5）。本人・家族に対して、利用のイメージを提供する通所リハ・訪問リハ事業所側から伝えることも求められる。

ケアマネジャーにおいて必要な利用者へ通所リハ・訪問リハの導入が難しい理由おいては、「本人・家族の経済的負担が大きい」「単価が高い」の割合も高かった（図 6-1-2）。各事業所の特性上、事業所医師としての診察には診察料を別途算定することはできない。また、リハマネジメント加算には充実した医師の関わりも包括されている。医師も含めたリハビリテーションの視点による充実した評価が、費用に含まれている点について、ケアマネジャーや本人・家族への啓発が必要である。

第４章　通所リハビリテーションにおける総合評価に向けた考え方

【リハビリテーションマネジメントの充実】

- **リハビリテーションマネジメント**

  通所リハ事業所においてリハマネジメントが普及・推進し、ADL・IADL の向上や目標達成による修了に寄与しており、更なる推進が望まれる。併せて、リハマネジメントの実施によりケアマネジャーとの連携にて、各専門職の評価に基づく分析や見通しも共有し、将来を見据えた目標設定と多事業所間での共有が可能となっている。また、リハ会議における医師の説明にて「社会参加の目標」「目標達成までの期間」の実施割合が目標達成による修了者がいる事業所にて高く、リハマネジメントにおいては医師を含めた多職種での評価に基づく、活動や参加に関する目標設定が重要である。

- **リハ専門職の充実した配置：言語聴覚士の積極的な配置**

  利用者 10 名に対してリハ専門職 1 名以上と充実した配置を実施している事業所は 5 割であり、リハ専門職の加配はリハマネジメントの実施や目標達成による修了に向けて効果的であった。他方、リハ 3 職種をすべて配置している事業所は 3 割程度であり、併せて失語症・構音障害や摂食嚥下に関するリハ提供が十分に行えていない現状が明らかとなった。言語聴覚士を中心に、より充実したリハ専門職の配置が望まれる。

- **リハビリテーションと口腔・栄養との一体的な提供の推進**

  口腔機能向上および栄養改善への取組の状況が低調であり、口腔・栄養に関する加算の取組に歯科衛生士や管理栄養士が関わっている割合も低いことから、リハビリテーションと口腔・栄養との一体的な提供に向けては、歯科衛生士、管理栄養士の積極的な参画が望まれる。一方で、各事業所の特性（サービス提供時間や事業所規模による利用者像の相違）を考慮すると、口腔・栄養への専門的な関わりの必要性は異なり、配置促進だけでなく、リハマネジメントの一環としてリハ会議を活用しつつ、歯科診療所や栄養ケア・ステーションなどの関係機関と連携・協働し、利用者の評価・計画立案への関わりを強化する必要がある。

- **頻回な居宅訪問や事業所敷地外での評価・応用練習の実施**

  利用開始から 6 ヶ月後に IADL が向上した項目は、「外出」「屋外歩行」「趣味」「買物」が中心であり、頻回な居宅訪問や事業所敷地外での評価・応用練習の実施にて IADL の向上の効果がみられた。事業所内での練習効果を反映させるためにも、在宅生活や地域への社会参加を想定し、自宅周囲の環境評価も含め、頻回な居宅訪問や自宅周囲での評

価・応用練習を充実させる必要がある。また、併用利用が多い訪問介護との連携を推進し、自立支援の取り組みとして通所リハにて得た効果を自宅や地域において汎化できるよう、生活機能向上連携加算の活用も含め各事業所が連動する仕組みの推進が重要である。

- **家族支援の充実**

  リハマネジメントの効果は、在宅生活を想定した各種取組の実施が要因であった。具体的には、ケアマネジャーに対して、「本人・家族・他サービスへの助言内容」「家族の介護負担感」「生活状況の見通し」「生活課題の要因分析結果」に関する情報共有がなされていた。併せて、リハマネジメント加算の届出がある事業所では、利用者家族へ指導・助言を実施している割合や家族への個別相談を実施している割合が高い傾向がみられており、リハマネジメントによるアセスメント結果に基づく積極的な助言や支援が重要である。

【中重度者等の積極的な受入れ体制の構築】

- **中重度者等の受入れ体制**

  中重度者は、6-7 時間に利用割合が高い。1 日の生活全般を通じ、リハ専門職だけでなく多職種が複合的に関わることで、中重度者に対して、身体機能や移動移乗能力、ADL(セルフケア)の改善を図り、一定の効果を上げていた。併せて、医療的なケアを必要とする利用者、認知症を有した方における行動・心理症状(BPSD)への対応頻度も高い。中重度者等は介助量が多く、在宅生活の継続に向けて家族の身体的・精神的な介護負担の軽減への働きかけが重要である。併せて、活動や参加、QOL を高める観点を踏まえつつ、通所リハには暮らしを支え続ける役割が求められる。

- **中重度者を支える看護・介護職**

  上記のように、中重度者(特に医療的なケアを必要とする方)は、1 日の生活全般を通じて各専門職が複合的に関わる必要性が示唆されている。そのため、中重度者ケア体制加算の算定がある事業所は「看護職」「介護福祉士」の配置数が、重度療養管理加算の算定がある事業所および医療的ケア等を実施した利用者がいる事業所は「介護福祉士」の配置数が多く、中重度者を支える看護・介護職の重要性が窺える。

【地域社会に向けた参加の更なる推進】

- **要支援者への関わり**

  要支援者は主に、骨関節疾患等により自宅での移動能力に課題が生じて利用を開始し、1-2 時間の利用割合が高い。身体機能や移動能力の改善に併せて、自宅における移動能力の低下に至った要因として考えられる活動性の低下に対して、在宅生活や地域における役割の創出や再獲得に向けて、居宅訪問や訪問リハの積極的な活用が望まれる。

- **訪問リハの併用**

  通所リハ事業所が同施設内での訪問リハを提供している割合は 5 割であり、医療機関退院直後や中重度者を中心に、在宅生活の再構築を図っていた。他方、社会参加への取り組みに関連した併用もみられ、一定の効果があった。短期集中的に地域とのつながりを構築する取り組みとして、訪問リハの併用も考えられる。

【サービス提供時間別の役割】

- **6-7 時間の特徴**

  6-7 時間では、認知症を有する方が利用している割合が高い。また、「入浴介助加算Ⅰ・Ⅱ」「重度療養管理加算」「中重度者ケア体制加算」の算定割合が高いなど、医療度の高い中重度者を受入れ、1 日を通じた関わりが行われていた。そのため、充実した看護・介護職の配置がなされている。さらに、管理栄養士や相談員を配置している割合が高いなど、多職種が他サービス事業所と連携しつつ複合的に支援している。なお、この 6-7 時間は、介護老人保健施設の割合が高い傾向にあった。

- **1-2 時間の特徴**

  1-2 時間に特化した事業所は、リハ専門職の配置人数が多い一方で、介護福祉士・介護職員の配置は少なかった。また、外来リハからの移行者がいる割合が高く、軽度者へリハ専門職の関わりを中心に、サービスが提供されている。そのため、新規利用者において 6 ヶ月以内に目標達成により修了された方は 1-2 時間の利用割合が高い状況にある。なお、この 1-2 時間は、病院、診療所の割合が高い傾向にあった。

【関連機関との協働や地域づくりの促進】

- **目標達成による修了後の定期評価の継続**

  通所リハの利用終了者において、目標達成により地域社会における活動や参加へ移行した修了者の割合が低い。その課題は身体機能だけではなく、地域とのつながりにあった。利用を継続する理由では、本人・家族の希望が上位に挙がり、能力維持を利用継続の目的としている。目標達成による修了後も、移行先となる介護サービス事業所や総合事業、通いの場等も含め、継続的かつ定期的な評価に基づく、助言・アドバイスの実施が重要である。さらに、状態悪化時には速やかに再利用が可能な仕組みの構築なども含め、本人・家族が安心して修了できる体制が望まれる。その際、修了後の主たる移行先となる通所介護との連携を推進するため、生活機能向上連携加算の活用も考えられる。

- **地域づくりの拠点機能：大規模事業所の役割**

  大規模事業所は、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士など多職種の充実した配置がみられ、積極的に医療的ケアが必要な利用者を受け入れている。また、リハマネジメント加算の算定割合が高く、多様な課題を有する利用者へ各専門職がニーズに合わせたサービスを提供している。さらに、地域との交流活動を積極的に展開しており、多数配置する専門職の有効活用等を踏まえ、地域における医療介護の拠点機能としての活躍が期待できる。

- **医療機関等との連携強化**

  現状において、退院・退所前カンファレンスへの参加率は低いが、利用早期から集中的・重点的に関わる必要がある方を選択して通所リハ側が参加もしくは医療機関等が参加を依頼している状況にある。通所リハ事業所としては、積極的にカンファレンスへ参加できる体制として相談員や管理者の活用が望まれる。また、医療機関等が参加を依頼しやすい体制として、通所リハ利用の必要性を検討する段階から連携できる関係性の構築が求められる。

- **ケアマネジャーや他サービス事業者との連携強化**

  ケアマネジャーとの連携では、通所リハにおける評価に基づき、利用者の現状のみならず、生活課題の要因分析、生活状況や課題解決の見通しなどを共有し、ケアプランとの連動性を高めることが重要である。併せて、他サービス事業者とは、生活目標の共有や目標達成に向けた役割分担など、利用者を多面的に支援する関係性が求められる。

令和４年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

生活期リハビリテーションにおける
適切な評価の在り方に関する調査研究事業
報告書

発行　一般社団法人　全国デイ・ケア協会

〒101-0035　東京都千代田区神田紺屋町 14 番地　千代田寿ビル 3 階

電話番号：03-5207-2700　　ファクシミリ番号：03-5207-2701

URL：http://www.day-care.jp/

令和 5（2023）年 3 月発行