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。

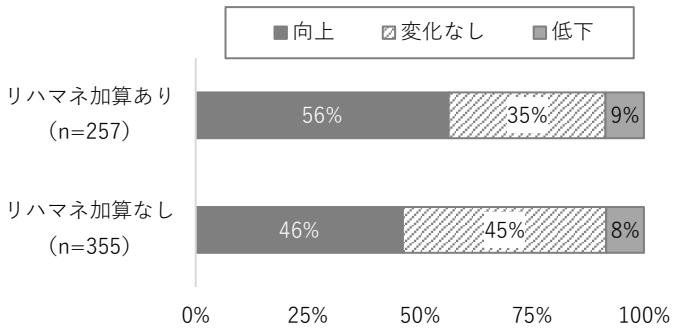

図 1 リハマネジメント加算算定有無別
利用開始から 6 ヶ月後の IADL の変化

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）。

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。

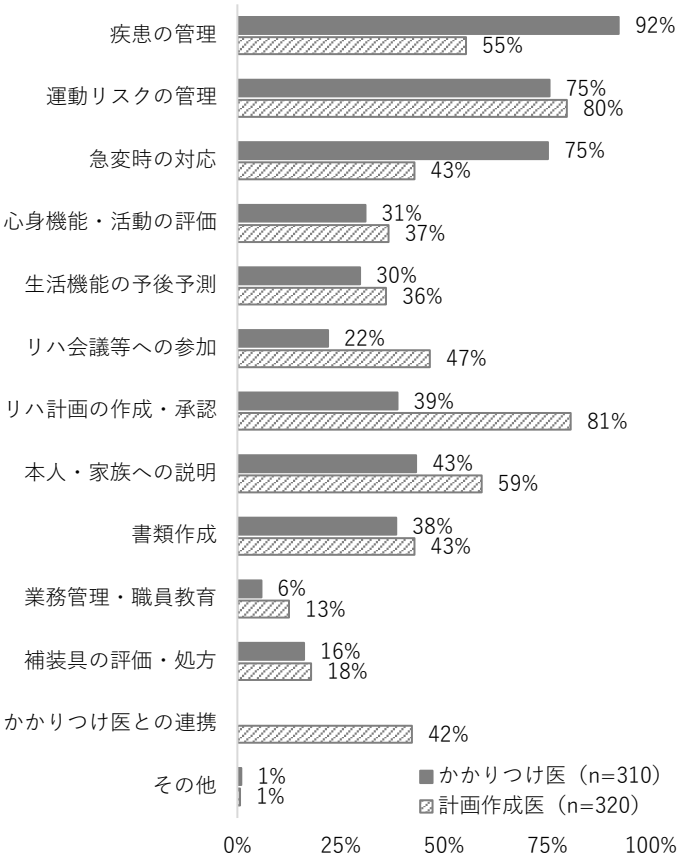

図 2 医師の役割

【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。

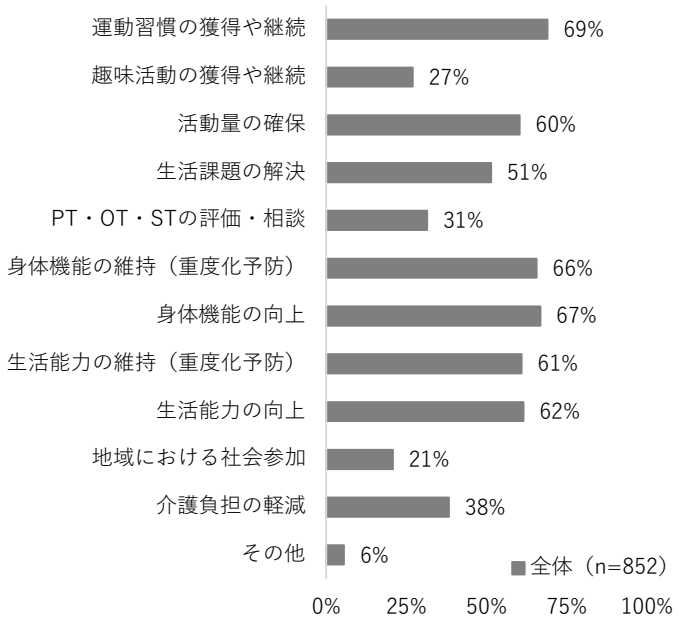

図 3 訪問リハ計画に位置付けた目標

【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。

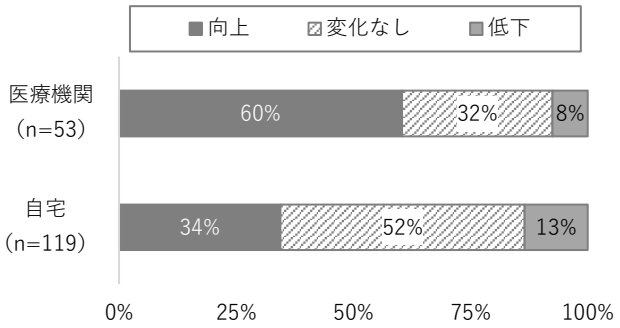

図 4 要支援における利用開始前の所在別
利用開始から 6 ヶ月後の IADL の変化

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。

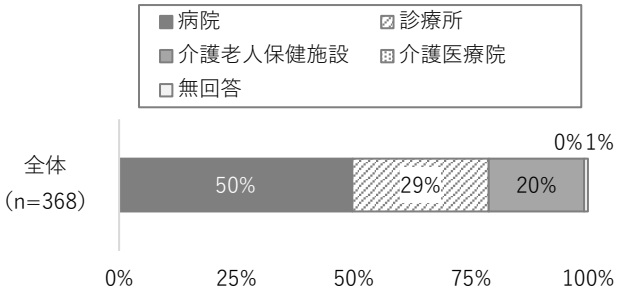

図 5 開設主体

■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。