

令和7年度 老人保健健康増進等事業

通所・訪問リハビリテーションの  
適切な在り方についての調査研究事業  
報告書

令和8年3月  
一般社団法人 全国デイ・ケア協会



## はじめに

令和 6 年度介護報酬改定においては、医療と介護の連携強化のみならず、科学的介護情報システムの活用による質の向上、認知症や口腔・栄養を含めた包括的なリハビリテーションの推進、通所リハビリテーションにおける共生型サービス導入など、自立支援・重度化防止に向けた多角的な見直しを図られました。地域包括ケアシステムの深化を見据え、質の高いサービス提供体制の構築が、これまで以上に強く求められていると言えます。

さて、これらの制度改正が現場においてどのように定着し、利用者の生活の質の向上や社会参加に寄与しているかを検証することは、次なる制度改正に向けた重要な責務です。そこで、今回の令和 7 年度老人保健健康増進等事業「通所・訪問リハビリテーションの適切な在り方についての調査研究事業」では、改定後の実態を把握し、次期介護報酬改定に係る基礎資料を得るとともに、そのあるべき姿について検討を行うことを目的に実施いたしました。

本事業の調査結果からは、多職種協働によるリハビリテーションマネジメントや、医療機関等との連携が着実に進展している様子がうかがえる一方で、専門職の確保や地域特性に応じたサービス提供体制の維持など、現場が直面する課題も浮き彫りとなりました。質の高いリハビリテーションを安定的かつ継続的に提供していくためには、これらの課題に対する実効性のある対策が急務であると再認識させられる結果となりました。

本事業の成果が、今後の通所・訪問リハビリテーション運営の質向上における羅針盤となり、サービスのさらなる発展の一助となることを願うものです。

最後に、本事業の趣旨をご理解いただき、ご多忙の中、本調査に多大なるご協力をいただきました多くの皆様に、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

## 通所・訪問リハビリテーションの適切な在り方についての調査研究事業

### 通所リハビリテーション サマリ

#### ■背景

令和6年度介護報酬改定においては、通所・訪問リハビリテーションについて、医療介護連携を推進する観点から、「医療機関のリハビリテーション計画書の入手の義務化」等を行ったほか、質の高いリハビリテーションを推進する観点から、訪問リハビリテーションでは「認知症短期集中リハビリテーション加算の新設」、通所リハビリテーションでは「大規模事業所減算の見直し」等の改定が行われた。これらの改定の方向性を踏まえ、通所・訪問リハビリテーションの実態を調査し、適切な在り方について検討する必要がある。

#### ■目的

通所・訪問リハビリテーションについて令和6年度介護報酬改定の方向性を踏まえて調査を行い、今後の介護報酬改定に係る基礎資料を得るとともに、その適切な在り方について検討す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およびその利用者を対象とした（無作為抽出）。方法は郵送配布・オンラインシステムによるweb回収法とし、令和7年8月11日から9月12日までを有効回答とした。なお、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

事業所票では主に、①リハマネジメントの実態、②医療機関等との連携、③利用者への関わり、④事業所での取り組みとし、加えて中山間地域・共生型サービス等に関するヒアリング調査を実施。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・能力の変化とした。

#### ■結果

##### 【回収状況】

本事業では通所リハ事業所 448ヶ所（回収率 14.9%）より回収を得た。

##### 【リハビリテーションマネジメント】

事業所票におけるリハマネ加算の算定割合は 62.3%であった。利用者票における算定割合は、要介護 1-2 で 55.4%、要介護 3-5 で 57.7%であった。なお、令和4年度調査において事業所の届出割合は 61.7%、利用者の算定割合は要介護 1-2 にて 49.8%、要介護 3-5 にて 58.2%であった。

算定加算の内訳は要介護 1-2 にて、リハマネ加算（イ）が 10.1%、リハマネ加算（ロ）が 31.5%、リハマネ加算（ハ）が 15.6%であった（図1）。なお、令和4年度調査結果を再集計すると、要介護 1-2 の算定状

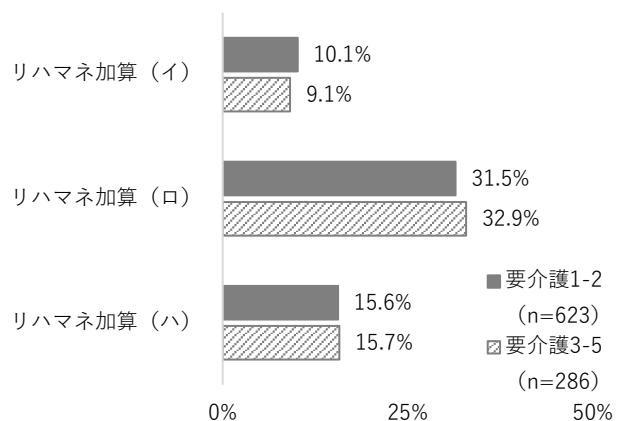


図1 リハマネジメント加算の算定状況

況はリハマネ加算(イ)が 22.0%、リハマネ加算(ロ)が 31.0%であった。

リハマネ加算を算定している利用者では、各種加算の取組の算定割合が高い傾向にあった。また、評価・助言に関する取組では「生活習慣に関する助言」の実施割合が比較的高かった。ケアマネジャーとの情報共有内容をリハマネ加算の算定有無別にみると、リハマネ加算ありの利用者では「生活状況や生活課題」「今後の生活目標」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」を共有している割合が比較的高かった。他の介護サービス事業所との情報共有についても、リハマネ加算ありの利用者で「生活状況や生活課題」「現在の心身機能や ADL に関する情報」「本人・家族への助言内容」を共有している割合が比較的高かった。

また、事業所票にて専門職の配置状況別にみると、リハ 3 職種の「配置あり」76.6%にて「配置なし」57.1%より、利用者におけるリハ専門職の比率が「10:1 以上」67.2%にて「10:1 未満」55.1%より、いずれも算定割合が高かった。

### 【リハ・口腔・栄養の一体的取組】

リハマネ加算(ハ)における口腔アセスメントを実施した職種は、「看護師・准看護師」47.8%、「言語聴覚士」44.9%、「歯科衛生士」31.9%の順に高かった(図 2)。栄養アセスメントを実施した職種は、「管理栄養士」が 91.3%と最も高かった。

リハマネ加算(ハ)の算定状況を専門職の配置状況別にみると、「歯科衛生士の配置あり」にて 57.5%であった。また、リハ 3 職種の配置有無別では、「配置あり」29.2%にて「配置なし」9.6%より高かった。

事業所票における口腔に関連する加算の算定割合は 1 割前後であった。利用者票でみると、口腔機能向上加算(Ⅱ)イで算定割合が 2 割であった一方、口腔機能向上加算(Ⅰ)および口腔機能向上加算(Ⅱ)ロは 5%未満にとどまった。LIFE に関する評価を実施した利用者の口腔評価では、要介護 1-2 において「歯の汚れ」23.8%、「むせ」12.6%、「歯肉の腫れ・出血」6.8%がみられ、要介護 3-5 でも同様の傾向であった。上記 3 項目のいずれかに該当する利用者は、要介護 1-2 にて 33.3%、要介護 3-5 にて 37.1%であった。一方、利用開始時における心身機能の課題として「口腔機能の課題」がある割合は、要介護 1-2 にて 7.4%、要介護 3-5 にて 9.8%にとどまり、「わからない」も 14%程度みられた。通所リハ計画書に位置付けた目標においても、「口腔機能の維持・改善」の割合は 4~5%にとどまった。

事業所票における栄養に関連する加算の算定割合も 1 割前後であった。利用者票における各種加算の取組では、「栄養アセスメント加算」の算定割合が 1 割であり、「栄養改善加算」は 1%にとどまった。LIFE に関する評価を実施した利用者における利用開始時 BMI は、「18.5~24.9」が 6~7 割であった。一方、利用開始時における心身機能の課題として「栄養状態(障害)」に課題がある割合は 1 割未満にとどまった。通所リハ計画書に位置付けた目標においても、「栄養状態の改善」の割合は 2%であった。

専門職の配置割合は、「言語聴覚士」35.3%、「管理栄養士」40.2%、「歯科衛生士」8.9%であった。な

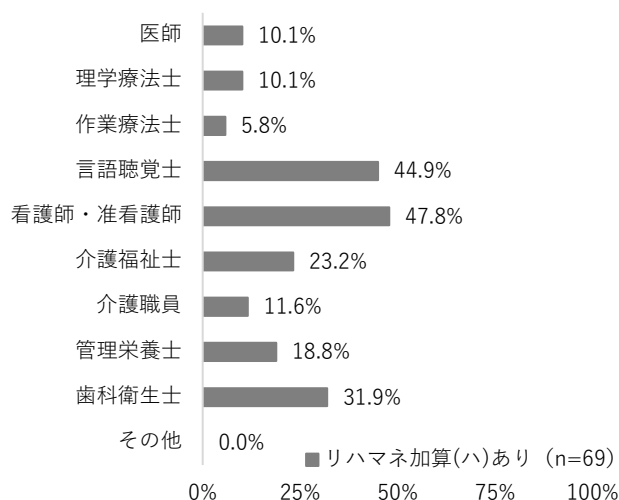


図 2 リハマネ加算 (ハ) における口腔アセスメントの実施職種

お、令和4年度調査においても「言語聴覚士」31.9%、「管理栄養士」38.6%、「歯科衛生士」7.9%であった。また、各専門職の常勤換算人数は、それぞれ配置がある場合に限り、「リハ専門職」3.96人、「管理栄養士」0.74人、「歯科衛生士」0.65人であった。勤務体系別に専門職の配置状況をみると、「管理栄養士」および「歯科衛生士」では、「専従常勤」の割合がそれぞれ16.7%、12.5%であり、「兼任常勤」(61.7%、47.5%)を下回った。なお、外部の管理栄養士を確保している事業所の割合は1.3%、外部の歯科衛生士を確保している事業所の割合は4.2%であった。

### 【医療機関等との連携】

医療機関、介護老人保健施設または介護医療院からの新規利用者に対し、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は50.9%であった。他方、「退院時共同指導加算」の算定割合は要介護にて38.4%、要支援にて30.6%であった。また、利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院であった利用者にて退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は、要介護1-2にて27.5%、要介護3-5にて28.9%であった(図3)。

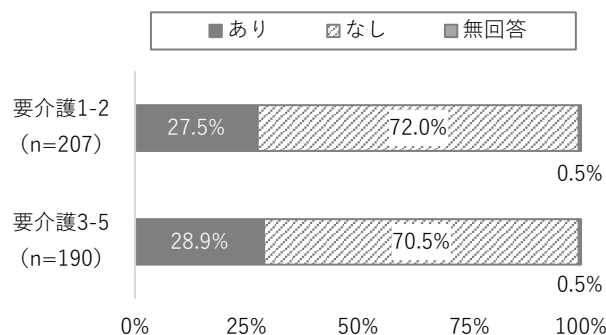


図3 退院・退所前カンファレンスへの参加

事業所票における退院・退所前カンファレンスの協議内容は、「医学的情報」91.7%が最も高く、次いで「リハ実施上の留意点」90.7%、「在宅生活における療養上の注意点」85.2%、「入院・入所中の経過」78.7%、「心身機能やADLの見通し」76.9%、「退院・退所後の生活目標」74.1%の順であった。

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間を退院・退所前カンファレンス参加有無別にみると、「参加あり」では「3日以内」48.5%、「7日以内」32.0%が高い割合を示した。また、リハマネ加算の算定割合も「参加あり」にて72.8%と高かった。

退院・退所前カンファレンスへの参加に関する課題として、「退院・退所前カンファレンスへの参加依頼がない」が53.1%と最も高い割合を示し「退院・退所までに通所リハの利用が決まっていない」は35.5%であった。事業所外における退院・退所前カンファレンス参加に向けた工夫としては、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」50.2%、「ケアマネジャーへの説明・広報」39.3%の順に割合が高かった。事業所内における参加に向けた工夫としては、「職員の勤務時間調整」が44.2%と最も高い割合を示した。なお、退院・退所前カンファレンスへの参加割合は、リハ3職種の「配置あり」63.5%にて「配置なし」42.5%より、利用者におけるリハ専門職の比率が「10:1以上」54.1%にて「10:1未満」40.6%より、いずれも高かった。

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者に対してリハ計画書を受領した事業所の割合は84.0%であった。なお、令和4年度調査における医療機関からのリハ計画書の提供割合は46.6%であった。利用者票における入院・入所中のリハ計画

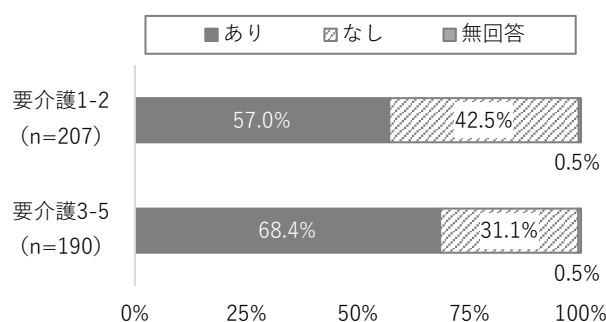


図4 リハ計画書を受領

書の受領割合は、要介護 1-2 が 57.0%、要介護 3-5 が 68.4%であった（図 4）。受領時期は、要介護 1-2 では「利用開始時」が 43.2%と最も高く、要介護 3-5 では「退院・退所時」が 41.5%と最も高かった。

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間をリハ計画書受領有無別にみると、「受領あり」では「3 日以内」が 39.9%、「7 日以内」が 30.5%と高い割合を示した。リハマネ加算の算定割合も「受領あり」で 68.0%と高かった。

リハ計画書受領における課題として、「医療機関等が通所リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が 42.9%と最も高い割合を示した。リハ計画書の受領方法は、「ケアマネジャーを經由」が 70.2%と最も高く、「医療機関等から対面手渡し」36.5%、「本人・家族が持参」34.3%が続いた。

### 【要支援におけるリハマネジメント】

要支援に対するリハマネジメントにおいて、「リハ会議の開催」の割合は利用期間が「12 月以下」にて 37.7%、「12 月超」にて 54.5%であった。なお、令和 5 年度調査にて事業所におけるリハ会議の開催割合は 32.4%であった。また、「定期的な介護予防通所リハ計画書の作成」が 8 割、「ケアマネジャー等への情報提供」7 割を超えていた。「LIFE へのデータ提出」は「12 月以下」58.2%、「12 月超」61.8%であったが、「フィードバック票の活用」はそれぞれ 21.4%、23.0%の事業所にとどまった（図 5）。なお、各取り組みを実施している事業所において、「全員（10 割）」に実施している割合は 8~9 割であった。

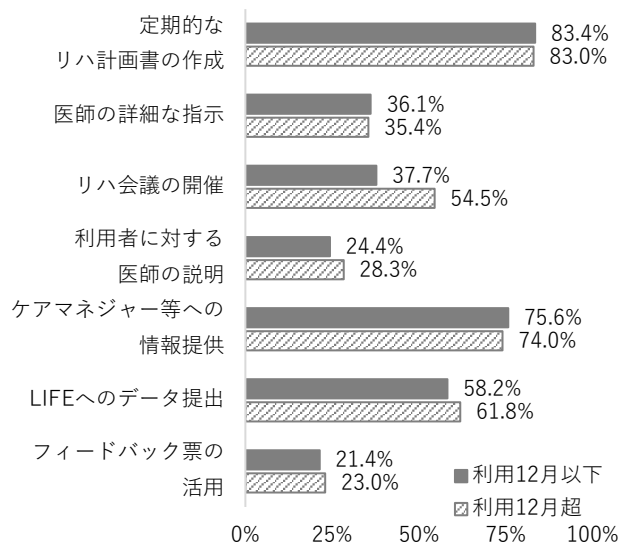


図 5 要支援に対するリハマネジメント

リハ会議の検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」の 3 項目で 8 割を超えていた。リハ会議の参加者について、事業所内では「理学療法士」「医師」、事業所外では「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった。

利用者票をみると、利用時期が「1-12 月」および「13-24 月」の両年ともリハ会議を実施していた群にて、歩行練習における「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高かった。同様に、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」の 3 項目を実施した利用者では、「実施なし」の利用者と比較して「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高かった。また、リハ会議にて「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった。

提供サービスにおける IADL 練習では「外出訓練」が 15%前後にとどまり、「IADL 訓練の実施なし」が 6 割超と最も高かった。社会参加への取り組みでは「利用者間の交流促進(社会性の向上)」が 4 割と一定程度みられる一方、「社会参加への支援の実施なし」が約 5 割であり、「利用者間のピアサポート」は 1 割程度、「通いの場等への同行評価」は 1%程度にとどまった。

利用開始時の IADL(FAI)は「19-27 点」が 3~4 割、「10-18 点」が 2 割強であった。利用開始時の生活空間の広がり(LSA)は「24 点超」が 3 割、「24 点以下」が 2 割であった。また、IADL の変化における「向上」割合は、「1-12 月」にて 3~4 割であり、「13-24 月」においても 2~3 割であった。活動範囲の

変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて2割、「13-24月」においても1~2割であった。

### 【大規模事業所減算の見直し】

事業所規模の分布は、「通常規模」81.7%、「大規模」7.8%、「大規模(通常規模報酬)」9.6%であった。「大規模」において通常規模報酬の算定が困難な理由としては、「リハマネ加算の算定率が80%以下」が80.0%、「リハ専門職の配置が10対1未満」が48.6%であった。

事業所規模別にサービス提供時間をみると、「大規模」および「大規模(通常規模報酬)」において「6~7時間」の割合が比較的高かった。医療的ケアを必要とする利用者がいた割合は、「大規模」62.9%、「大規模(通常規模報酬)」51.2%であり、「通常規模」20.8%と比較して顕著に高かった。また、各種加算の算定状況全般についても、「大規模」および「大規模(通常規模報酬)」は「通常規模」と比較して算定割合が高い傾向にあった。

「大規模(通常規模報酬)」では「言語聴覚士」69.8%、「管理栄養士」72.1%、「歯科衛生士」23.3%と、いずれも「大規模」および「通常規模」より配置割合が高かった。リハ3職種がすべて配置されている事業所の割合は、「大規模(通常規模報酬)」65.1%であり、「大規模」37.1%、「通常規模」26.2%を上回った。リハ専門職の常勤換算人数についても、「大規模(通常規模報酬)」は7.41人であり、「大規模」5.56人より高かった。また、「リハマネ加算(ハ)」の算定割合が「大規模(通常規模報酬)」で39.5%と最も高かった。

### 【中山間地域・共生型サービス】

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は5.1%にとどまった。実施事業所における主な課題としては「送迎ルート」「緊急時の対応」「冬季等の対応」「人材・機材の確保」が挙げられた。事業所票全体としても、片道の最大送迎距離は「10km以上」が33.3%を占めていた。ヒアリング調査では、燃料費高騰やスタッドレスタイヤの交換・保管費用等のコスト増が経営を圧迫している状況がうかがえた。人材確保については、人口規模の小さい地域では地元からの採用が困難であり、リハ専門職は県外出身者に依存せざるを得ない状況にあった。

共生型サービスを実施している事業所は1.1%にとどまった。実施事業所における主な課題としては、「他事業所との連携」「費用按分」「障がいに対する理解」が挙げられた。ヒアリング調査では、周辺地域に自立訓練(機能訓練)を提供する事業所がほとんど存在せず、実務上の相談先や参照可能な運用モデルが乏しい状況が示された。また、行政職員においても、通所リハで共生型サービスが提供可能であることが十分に認識されておらず、制度自体の認知度の低さが課題として確認された。費用按分および事務処理については、介護保険と障害福祉サービスにおける請求・管理の仕組みが分離しているため、事務作業が実質的に二重化しやすく、導入・継続の障壁となっている可能性が示された。加えて、職員の障害福祉分野に関する理解不足も課題として挙げられ、体系的な教育体制が十分に整備されていない状況がみられた。

## ■まとめ

### ○ リハマネジメントの実施と効果

リハマネ加算の算定状況は令和4年度調査と比較して大きな変化はみられなかったが、より上位の加算区分への移行が確認された。リハマネ加算を算定した利用者では、各種加算の取組が充実し、ケアマネジャーや他介護サービス事業所との情報共有を通じて、多職種・多機関との連携を基盤とした包括

的支援体制の構築に寄与している。リハ 3 職種の配置がある事業所や利用者に対するリハ専門職の配置が充実している事業所で算定割合が高く、専門職配置の充実が今後の課題である。

### ○ リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進

令和 6 年度改定で新設されたリハマネ加算（ハ）の算定は進展しており、歯科衛生士や言語聴覚士を含むリハ 3 職種の配置がある事業所で算定割合が高い傾向がみられた。一方、口腔・栄養に関連する加算の算定割合は依然として低調であり、LIFE に関する評価で口腔機能の課題がみられた利用者と比較して、利用開始時の課題把握や目標設定との間に乖離が認められた。歯科衛生士・管理栄養士の配置促進や外部の歯科診療所・栄養ケア・ステーション等との連携強化が求められる。

### ○ 医療機関との連携強化

退院・退所前カンファレンスへの参加およびリハ計画書の受領は、いずれも利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの質向上に寄与していることが示された。令和 6 年度改定によるリハ計画書受領の義務化を受け、受領割合は大幅に増加した。一方、退院・退所前カンファレンスへの参加については、参加依頼がないことが課題として最も高く、医療機関側への通所リハの役割や参加意義の周知が必要である。また、リハ計画書の受領時期は退院・退所時以降に集中しており、入院中のリハの経過や目標との連続性確保に向けて、退院前段階から早期の連携促進が望まれる。

### ○ 要支援におけるリハマネジメント

令和 6 年度改定を受け、リハ会議の開催割合は増加した。一方、LIFE からのフィードバック票の活用は十分に進んでおらず、PDCA サイクルの更なる推進が課題である。リハ会議において検討内容が充実している利用者では、社会参加への支援の実施割合が高い傾向がみられており、リハ会議を活用した多職種協働の下で、IADL や生活空間（LSA）等にも積極的に目を向け、地域の通いの場への移行を見据えた社会参加支援を一層推進していくことが求められる。

### ○ 大規模事業所減算の見直し

「大規模（通常規模報酬）」の事業所では、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の口腔・栄養に関わる専門職の配置が進んでおり、リハ・口腔・栄養の一体的な提供を推進している。また、医療的ケアを要する利用者を含む多様なニーズを有する利用者を受け入れている実態が確認され、各種加算の算定割合も高い。これらの質の高いサービス提供を担保するためには、専門職の適切な配置（加配）に加え、多職種による評価に基づく適切なアセスメントが不可欠である。

### ○ 中山間地域・共生型サービス等への対応

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は限定的であり、送迎ルート、緊急時対応、冬季対応、人材確保等の複合的課題が存在し、コスト増が経営を圧迫している。共生型サービスを実施している事業所も限られており、他事業所との連携、費用按分、障がいに対する理解等が課題として挙げられた。地域共生社会の実現に向け、好事例の共有や認知度向上、制度理解の促進を通じた普及促進が望まれる。

〈参考資料〉

- ・令和 4 年度調査：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、令和 5 年 3 月
- ・令和 5 年度調査：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、令和 6 年 3 月

## 通所・訪問リハビリテーションの適切な在り方についての調査研究事業

### 訪問リハビリテーション サマリ

#### ■背景

令和6年度介護報酬改定においては、通所・訪問リハビリテーションについて、医療介護連携を推進する観点から、「医療機関のリハビリテーション計画書の入手の義務化」等を行ったほか、質の高いリハビリテーションを推進する観点から、訪問リハビリテーションでは「認知症短期集中リハビリテーション加算の新設」、通所リハビリテーションでは「大規模事業所減算の見直し」等の改定が行われた。これらの改定の方向性を踏まえ、通所・訪問リハビリテーションの実態を調査し、適切な在り方について検討する必要がある。

#### ■目的

通所・訪問リハビリテーションについて令和6年度介護報酬改定の方向性を踏まえて調査を行い、今後の介護報酬改定に係る基礎資料を得るとともに、その適切な在り方について検討す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、全国の訪問リハ事業所およびその利用者を対象とした（無作為抽出）。方法は郵送配布・オンラインシステムによるweb回収法とし、令和7年8月11日から9月12日までを有効回答とした。なお、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

事業所票では主に、①リハマネジメントの実態、②医療機関等との連携、③医師の関与、④利用者への関わり、⑤事業所での取り組みとし、加えて中山間地域サービスに関するヒアリング調査を実施。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・能力の変化とした。

#### ■結果

##### 【回収状況】

本事業では訪問リハ事業所 395ヶ所（19.8%）より回収を得た。

##### 【リハビリテーションマネジメント】

事業所票におけるリハマネ加算の算定割合は 51.1%であった。利用者票における算定割合は、要介護1-2で42.3%、要介護3-5で44.0%であった。なお、令和4年度調査において事業所の届出割合は54.3%、利用者の算定割合は41.2%であった。

算定したリハマネ加算の種類をみると、要介護1-2にてリハマネ加算（イ）が13.8%、リハマネ加算（ロ）が33.3%であった（図1）。なお、令和4年度調査結果を再集計するとリハマネ加算（イ）が19.5%、リハマネ加算（ロ）が23.8%であった。

リハマネ加算を算定した利用者では、他介護サービス事業所との情報共有内容において「現在の心身

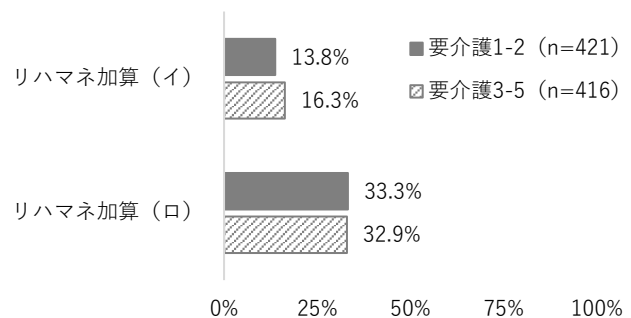


図1 リハマネジメント加算の算定状況

機能や ADL に関する情報」「生活状況や生活課題」「福祉用具や環境整備に関する内容」「本人・家族への助言内容」「今後の生活目標」を共有している割合が相対的に高かった。また、リハマネ加算を算定した利用者では「短期集中リハ実施加算」の算定割合が高い傾向にあった。

なお、リハマネ加算の算定割合は、リハ3職種の「配置あり」67.9%にて「配置なし」45.0%より高かった。また、リハマネ加算（ロ）の算定割合もリハ3職種の「配置あり」55.0%にて「配置なし」31.9%より、1日の訪問件数が「15件以上」48.2%にて「5件以上15件未満」38.3%および「5件未満」32.5%より割合が高かった。

### 【医療機関等との連携】

医療機関、介護老人保健施設または介護医療院からの新規利用者に対し、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は60.0%であった。他方、「退院時共同指導加算」の算定割合は、要介護にて43.5%、要支援にて36.9%であった。また、利用者票における退院・退所前カンファレンスへの参加割合は、要介護1-2にて26.8%、要介護3-5にて31.3%であった（図2）。

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間を参加有無別にみると、「参加あり」では「3日以内」が50.9%高い割合を示した。

退院・退所前カンファレンス参加に係る課題としては、「退院・退所前カンファレンスへの参加依頼がない」が50.1%と最も高く、次いで「退院・退所までに訪問リハの利用が決まっていない」が45.6%、「開催連絡から実際の開催まで時間が短く調整が困難」が42.3%であった。参加有無別にみると、「参加なし」の事業所では「事業所の人材不足のため、医療機関等へ訪問することが難しい」の割合が相対的に高く、「参加あり」の事業所では「開催連絡から実際の開催まで時間が短く調整が困難」の割合が相対的に高かった。

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者に対し、リハ計画書を受領した事業所の割合は86.7%であった。なお、令和4年度調査では37.8%であった。また、利用者票における入院・入所中のリハ計画書を受領した割合は、要介護1-2にて72.2%、要介護3-5にて76.4%であった（図3）。

リハ計画書を受領時期は「退院・退所時」が4割と最も高く、「入院・入所中」は3割であった。退院・退所から利用開始までの期間をリハ計画書受領の有無別にみると、「受領あり」では「3日以内」が42.5%、「7日以内」が35.8%と割合が高かった。また、リハ計画書を受領した利用者では、リハマネ加算の算定割合が47.3%と高かった。

リハ計画書受領に係る課題としては、「医療機関

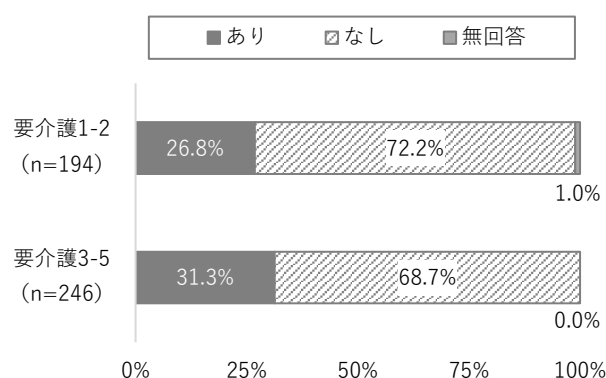


図2 退院・退所前カンファレンスへの参加

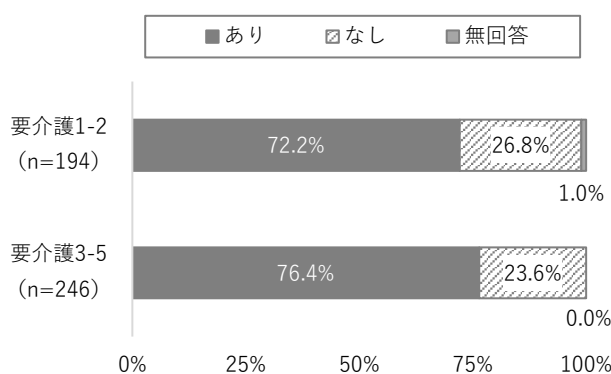


図3 リハ計画書を受領

等が訪問リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が44.1%と最も高かった。

### 【診療未実施減算】

診療未実施減算（かかりつけ医の診療に基づく訪問リハ提供）の対象となる利用者がある事業所の割合は30.4%であった。利用者票でも、かかりつけ医の診察に基づく訪問リハを実施した割合は18.3%であった。

診療未実施減算の対象者がいる事業所のうち、かかりつけ医における研修受講を確認できた割合は、「全員に確認できた」が30.0%、「一部確認できた」が40.0%であった。事業所票で確認できたかかりつけ医の研修受講状況は、「3割未満」が48.8%

と最も高かった。また、利用者票においても、該当利用者のかかりつけ医が必要な研修等を「受講している」割合は23.4%にとどまり、「確認できていない（わからない）」が56.5%と最も高かった（図4）。

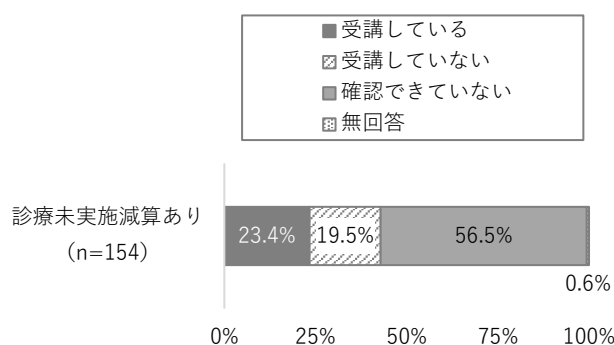


図4 かかりつけ医の研修受講状況

### 【認知症短期集中リハ実施加算の新設】

認知症高齢者の日常生活自立度が「非該当」である割合は、要介護1-2にて36.6%、要介護3-5にて31.3%であった。利用開始時の心身機能上の課題として「見当識障害」がある割合は、要介護1-2にて18.1%、要介護3-5にて30.8%であり、「記憶障害」がある割合は、27.1%・35.8%であった。他方、利用開始時に認知機能評価を実施している割合は約4割であった。

事業所票における各種加算の算定状況では、「認知症短期集中リハ実施加算」の算定割合は9.6%であった。また、利用者票における各種加算の取組状況では、当該加算の実施割合は要介護1-2にて1.0%、要介護3-5にて1.7%にとどまった（図5）。

利用者票における当該加算の実施職種は「理学療法士」が72.7%と高い一方、「作業療法士」は27.3%にとどまった。なお、事業所における専門職の配置状況は、「理学療法士」が95.4%、「作業療法士」が67.3%であった。

また、認知症短期集中リハ実施加算を算定する上での課題としては、「対象者が少ない（いない）」の割合が最も高かった。

### 【口腔機能の評価と歯科連携】

利用開始時の心身機能の課題として口腔機能の課題がある割合は、要介護1-2にて3.6%、要介護3-5にて10.6%であった。一方、「わからない」の割合が13.8%・18.8%と一定数みられた。訪問リハ計画書に位置付けた目標として「口腔機能の維持・改善」は、要介護1-2にて1.2%、要介護3-5にて4.1%であ

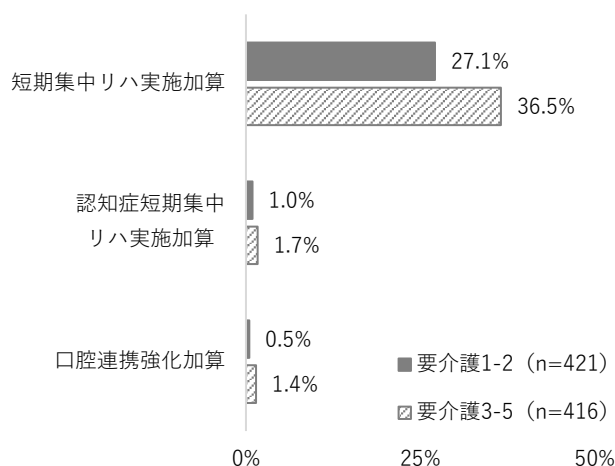


図5 各種加算の取り組み

った。同様に、評価・助言に関する取組における「口腔機能の評価・助言」の実施割合も、要介護 1-2 にて 2.4%、要介護 3-5 にて 5.0%にとどまった。

事業所票における各種加算の算定状況にて、「口腔連携強化加算」の算定割合は要介護で 3.8%、要支援で 4.3%であった。利用者票における実施割合は、要介護 1-2 にて 0.5%、要介護 3-5 にて 1.4%であった(図 5)。

口腔連携強化加算に関わる職種は事業所票にて、「理学療法士」が 60.0%、「言語聴覚士」が 46.7%であった。なお、事業所における専門職の配置状況にて言語聴覚士の配置割合は 32.9%であった。口腔連携強化加算の算定に当たっての課題は、「対象者が少ない(いない)」の割合が最も高かった。算定有無別にみると、「算定なし」の事業所では「歯科医療機関との連携が難しい」50.4%、「口腔機能进行评估できる職員がいない」32.3%が相対的に高かった。

### 【要支援におけるリハマネジメント】

要支援に対するリハマネジメントにおいて「リハ会議の開催」の割合は利用期間が「12 月以下」の利用者で 30.2%であったのに対し、「12 月超」では 46.2%であった(図 6)。同様に、利用者票でも「リハ会議の開催」は「1-12 月」にて 41.4%、「13-24 月」にて 55.2%であった。なお、令和 5 年度調査における「2 年継続利用者」の実施割合は 41.1%であった。

また、「LIFE へのデータ提出」は「12 月以下」にて 27.4%、「12 月超」にて 40.3%であった。一方、「フィードバック票の活用」は 11.4%・14.8%にとどまった(図 6)。

リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、これら 3 項目を「実施なし」とした利用者と比較して、ADL 練習や IADL 練習、および「応用歩行訓練

(段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高かった。社会参加に関する取組についても、リハ会議で上記 3 項目を実施した利用者では、「実施なし」の利用者と比較して「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった。

利用者票をみると、利用開始時の IADL(FAI)は「19-27 点」「10-18 点」にて 3 割前後であった。利用開始時の生活空間の広がり(LSA)は「24 点超」が 3~4 割、「24 点以下」が 3 割であった。また、IADL の変化における「向上」割合は、「1-12 月」にて 3~6 割であり、「13-24 月」においても 1~3 割であった。活動範囲の変化における「向上」の割合は、「1-12 月」にて 2~3 割、「13-24 月」においても 1~2 割であった。なお、「13-24 月」における状態の変化について、介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度のいずれにおいても「向上」または「維持」の割合が 8~9 割であった。

利用開始から 24 ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が約 8 割であった。利用継続の理由は、「本人・家族の希望」が約 7 割、「運動機会や活動量の維持が必要」が約 6 割であった。な

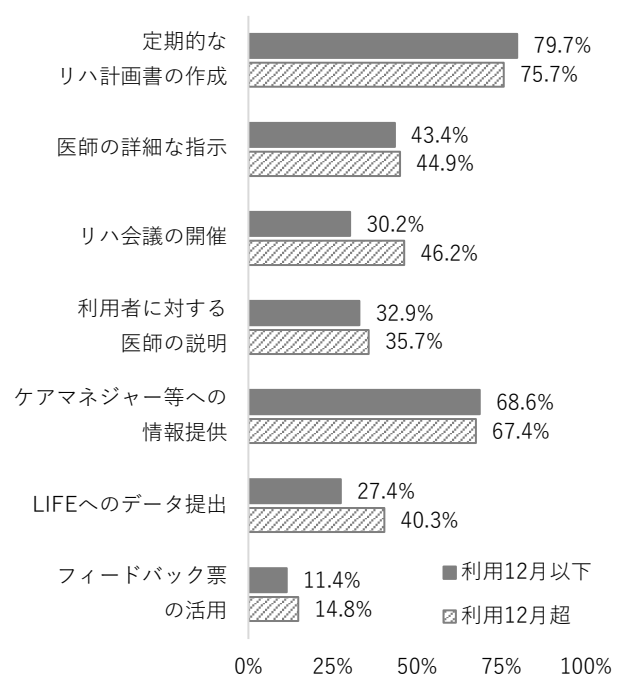


図 6 要支援に対するリハマネジメント

お、社会参加に関する取組では、「社会参加への支援の実施なし」が7～8割であり、「通いの場等への同行評価」は1割未満であった。

### 【中山間地域サービス等への対応】

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は7.3%であり、実施事業所における主な課題として、「移動距離」「訪問経費」「医師の診察」「冬季等の対応」「社会参加の移行先の確保」が挙げられた。また、利用者間移動が長く、1日の勤務時間に占める移動時間の割合が高いことから訪問件数を増やしにくい構造的制約が存在することが示された。各事業所では訪問ルート of 最適化や直行直帰制度の導入等により効率化を図っているが、移動距離が長いほど費用が増加するにもかかわらず遠方訪問であっても利用者への交通費請求を行っていない事業所があり、コスト負担を事業所側が吸収している実態がうかがえた。

医師の診察については、ヒアリング調査において利用者の7割以上が診療未実施減算での対応となっている事業所も存在することが示された。中山間地域特有の地理的条件や医療資源の制約により、訪問リハ事業所の医師が利用者宅へ出向いて診察する体制の確保は困難となる場合がある。また、急性期病院が約50km～130km先に位置し、救急車両が進入できない地域が存在するため近隣住民が救急車到達可能地点まで利用者を搬送する対応が求められている事例も示された。

事業所規模について、1営業日当たりの訪問件数は「15件以上」が21.5%、「5件以上15件未満」が35.7%、「5件未満」が38.2%であった。リハ3職種全てを配置している事業所は27.6%にとどまり、訪問件数別では「15件以上」が51.8%、「5件未満」が14.6%であった。各専門職の配置割合は「理学療法士」95.4%、「作業療法士」67.3%、「言語聴覚士」32.9%であり、訪問件数が多い事業所ほど作業療法士および言語聴覚士の配置割合が高かった。要支援に対する各種加算の算定状況においても、訪問件数が多くリハ3職種の配置がある事業所で算定割合が高い傾向にあった。

## ■まとめ

### ○ リハマネジメントの実施と効果

リハマネジメントの実施状況は令和4年度調査と比較して大きな変化はみられなかったが、より上位の加算区分への移行が確認された。リハマネ加算を算定した利用者では、他介護サービス事業所との情報共有が充実し、多職種・多機関との連携を通じた包括的な支援体制の構築に寄与している。なお、リハ3職種の配置がある事業所や訪問件数の多い事業所にて、質の高いリハマネジメントの実践がみられ、事業所規模の拡大や専門職配置の充実が望まれる。

### ○ 医療機関との連携強化

退院・退所前カンファレンスへの参加およびリハ計画書の受領は、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの質向上に寄与していることが示された。令和6年度改定によるリハ計画書受領の義務化を受け、受領割合は大幅に増加した。一方、リハ計画書の受領時期は退院・退所時以降に集中しており、入院中のリハの経過や目標との連続性確保に向けて、退院前段階からの連携促進が課題である。また、退院・退所前カンファレンスへの参加については、参加依頼がないことや日程調整の困難が課題として挙げられ、医療機関側への訪問リハの役割や参加意義の周知が必要である。今後、ケアマネジャーを介した間接連携に加え、医療機関との直接的な連携・協働の強化が求められる。

## ○ 診療未実施減算

診療未実施減算の対象となる利用者が一定数存在し、かかりつけ医によるリハビリテーションに関する研修の受講状況の確認自体ができていない状況も明らかとなった。かかりつけ医との連携の強化等、地域実情に応じた体制整備が求められる。

## ○ 認知症短期集中リハ実施加算の新設

令和 6 年度改定で新設された認知症短期集中リハ実施加算への取り組みは十分に進展していない。算定上の課題として対象者が少ないとの認識が多いが、認知機能に関するアセスメントが十分でない可能性が示唆された。生活・認知機能尺度等を活用したアセスメントの充実により、対象者の適切な把握を進めることが望まれる。また、認知症対応における作業療法士の関与割合を高めるとともに、理学療法士のアセスメント能力向上も重要な課題である。

## ○ 口腔機能の評価と歯科連携

利用開始時に口腔機能の課題を把握できていない利用者が相当数存在し、アセスメントが十分に行われていない可能性が示唆された。口腔連携強化加算の算定は低調であり、対象者が少ないとの認識、評価できる専門職の不足、歯科医療機関との連携困難が課題として挙げられた。訪問リハ利用者には潜在的に口腔機能の課題を有する者が相当数含まれている可能性が高く、言語聴覚士の配置促進と歯科連携体制の構築が不可欠である。

## ○ 要支援におけるリハマネジメント

令和 6 年度改定を受け、リハ会議の開催割合は増加した。リハ会議において充実した検討を行った利用者では、地域へつながる実践的な練習が提供される傾向がみられた。一方、LIFE からのフィードバック票の活用は十分に進んでおらず、SPDCA サイクルの更なる推進が課題である。今後さらに、IADL や生活空間の広がり (LSA) にも着目した支援を強化し、地域の通いの場への移行を見据えた社会参加支援の推進を図ることが求められる。

## ○ 中山間地域サービス等への対応

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は限定的であり、訪問ルート、緊急時対応、冬季対応、人材確保等の複合的課題が存在する。移動距離・時間の長大化、医療資源の偏在、気象条件による提供不確実性に加え、燃料費・車両維持費の増加は事業所努力のみでは吸収しきれず、移動コストの適切な評価等、地域の実情に応じた対応が不可欠である。また、小規模事業所が多い状況が継続しており、サービスの充実に向けて事業所数および事業所規模の拡大が引き続き急務である。

〈参考資料〉

- ・令和 4 年度調査：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、令和 5 年 3 月
- ・令和 5 年度調査：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、令和 6 年 3 月

# 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 . . . . . 01

第二節 実施体制 . . . . . 02

第三節 調査方法 . . . . . 04

第四節 用語について . . . . . 05

第2章 調査結果

第一節 回収状況 . . . . . 06

第二節 通所リハ事業所調査

1. 基本情報 . . . . . 06

2. 利用者状況 . . . . . 14

3. 各種取組の状況（要介護） . . . . . 28

4. 各種取組の状況（要支援） . . . . . 46

5. 事業所における取り組み . . . . . 52

第三節 訪問リハ事業所調査

1. 基本情報 . . . . . 60

2. 利用者状況 . . . . . 65

3. 各種取組の状況（要介護） . . . . . 80

4. 各種取組の状況（要支援） . . . . . 91

5. 事業所における取り組み . . . . . 95

第四節 通所リハ利用者調査（要介護）

1. 利用開始時の状況 . . . . . 100

2. 利用開始時の評価 . . . . . 119

3. サービス提供内容 . . . . . 132

4. 利用開始から6ヶ月後の状況 . . . . . 156

第五節 通所リハ利用者調査（要支援）	
1. 利用開始時の状況	167
2. 利用開始時の評価	179
3. サービス提供内容	187
4. サービス提供後の状況	207

第六節 訪問リハ利用者調査（要介護）	
1. 利用開始時の状況	218
2. 利用開始時の評価	237
3. サービス提供内容	248
4. 利用開始から6ヶ月後の状況	270

第七節 訪問リハ利用者調査（要支援）	
1. 利用開始時の状況	283
2. 利用開始時の評価	295
3. サービス提供内容	301
4. サービス提供後の状況	319

第八節 ヒアリング調査	
1. 通所リハビリテーション	330
2. 訪問リハビリテーション	354

第3章 考察	
1. 通所リハビリテーション	370
2. 訪問リハビリテーション	415

## 調查結果報告

## 第1章 本事業の概要

### 第一節 背景と目的

#### 1. 背景

令和6年度介護報酬改定においては、通所・訪問リハビリテーションについて、医療介護連携を推進する観点から、「医療機関のリハビリテーション計画書の入手の義務化」等を行われたほか、質の高いリハビリテーションを推進する観点から、訪問リハビリテーションでは「認知症短期集中リハビリテーション加算の新設」、通所リハビリテーションでは「大規模事業所減算の見直し」等の改定が行われた。これらの改定の方向性を踏まえ、通所・訪問リハビリテーションの実態を調査し、適切な在り方について検討する必要がある。

#### 2. 目的

通所・訪問リハビリテーションについて令和6年度介護報酬改定の方向性を踏まえて調査を行い、今後の介護報酬改定に係る基礎資料を得るとともに、その適切な在り方について検討することを目的とする。

#### 3. 事業内容

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およびその利用者を対象としたアンケート調査を実施し、令和6年度介護報酬改定による見直しの影響や実態を把握した。さらに、共生型サービス・送迎サービスの共同運営・中山間地域へのサービス提供を行っている通所リハビリテーション事業所および中山間地域へのサービス提供を行っている訪問リハビリテーション事業所へヒアリング調査を実施し、具体的な実態や課題を把握し、通所・訪問リハビリテーションの適切な在り方について検討し、報告書を作成した。

## 第二節 実施体制

### 1. 検討委員会

委員	内山 量史	(一社) 日本言語聴覚士協会 会長
委員	江澤 和彦	(公社) 日本医師会 常任理事
委員	川越 雅弘	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員 株式会社 日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長
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	鈴木 修	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 会長
委員	田中 志子	(公社) 全国老人保健施設協会 副会長
委員	野尻 晋一	(一社) 全国デイ・ケア協会 副会長
委員	山田 剛	(一社) 日本介護支援専門員協会 常任理事
委員	山本 伸一	(一社) 日本作業療法士協会 会長
ワザパー		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	大内 義隆	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
部員	岡野 英樹	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
部員	新藤 恵一郎	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
部会長	野尻 晋一	(一社) 全国デイ・ケア協会 副会長
部員	松原 徹	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 理事
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
部員	森山 雅志	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事
ワザパー		厚生労働省 老健局 老人保健課

\* 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. 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7年	
6月18日	第1回 作業部会：調査票の作成
7月31日	第1回 検討委員会：調査計画と調査実施の承認
9月3日	第2回 作業部会：速報値の確認、追加分析の検討
9月22日	第2回 検討委員会：速報値の確認、追加すべき分析視点の意見集約
10月23日	第3回 作業部会：確定値の確認、ヒアリング調査の検討
11月18日	第4回 作業部会：ヒアリング調査結果の確認
12月11日	第3回 検討委員会：確定値の確認、ヒアリング調査結果の確認
令和8年	
1月22日	第5回 作業部会：報告書案の検討
2月20日	第4回 検討委員会：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を無作為抽出により選定し、アンケート調査を実施した。また、共生型サービス・送迎サービスの共同運営・中山間地域へのサービス提供を行っている通所リハビリテーション事業所および中山間地域へのサービス提供を行っている訪問リハビリテーション事業所へヒアリング調査を実施した。

#### 2. 調査票の配布および回収方法

アンケート調査の調査方法は、郵送にて配布しオンラインシステムによる web アンケートとした。ヒアリング調査は、対面および web 会議形式による聞き取り調査とした。

#### 3. 調査期間

[アンケート調査]

令和7年8月11日から実施し、9月12日までを有効回答とした。

[ヒアリング調査]

令和7年11月10日から12月19日までに実施した。

#### 4. データの分析

##### 1) 調査項目

- 事業所票（通所リハ・訪問リハ）
  - ・ 基本情報（開設主体・利用者人数・人員配置 等）
  - ・ 各加算の算定状況・算定割合
  - ・ 医師の関与
  - ・ 居宅訪問の内容
  - ・ 他サービスとの連携状況
  - ・ 医療機関との連携状況
  - ・ 要支援者への関わり
  - ・ 共生型サービスの運営状況 等

- 利用者票（通所リハ・訪問リハ）
  - ・ 基本情報（年齢性別・介護度・生活歴 等）
  - ・ 生活上の課題、利用目的 等
  - ・ リハ計画内容、提供プログラム 等
  - ・ 目標の達成度、ADL・IADL の変化 等

- ヒアリング調査
  - ・ 事業所の目的、運営の工夫
  - ・ 各専門職の役割分担・連携方法
  - ・ 共生型サービスや中山間地域サービス提供に関する工夫や課題 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。

## 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         |
| ・ 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事業所 448 ヶ所(回収率 14.9%)、訪問リハ事業所 395 ヶ所(19.8%)より回収を得た(表 1-1)。

表1-1 回収状況

対象	対象事業所数	有効回答事業所数	回収率	有効回答個票数	
				要介護	要支援
通所リハ事業所	3000	448	14.9%	917	405
訪問リハ事業所	2000	395	19.8%	842	128

### 第二節 通所リハ事業所調査

#### 1. 基本情報

事業所の開設主体は「病院」が33.9%、「診療所」が29.0%、「介護老人保健施設」が34.8%であり、事業所の規模は「通常規模」が81.7%、「大規模」が7.8%、「大規模(通常規模報酬)」が9.6%であった(図2-1-1、2-1-2)。なお、「大規模」にて、通常規模報酬が困難な理由は「リハマネジメント加算の算定率が80%未満」が80.0%、「リハ専門職の配置が10:1未満」が48.6%であった(図2-1-3)。

サービス提供時間は「6-7時間」56.9%、「1-2時間」48.0%の割合が高く、事業所規模別にみると、「大規模」「通常規模報酬」にて「6-7時間」の割合が比較的高かった(図2-1-4、2-1-5)。

図2-1-1 開設主体

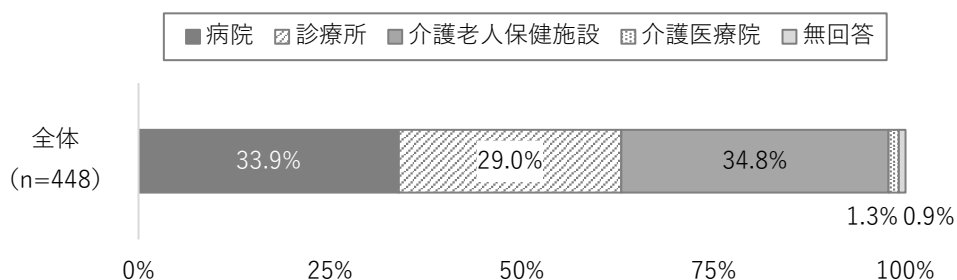


図2-1-2 事業所規模

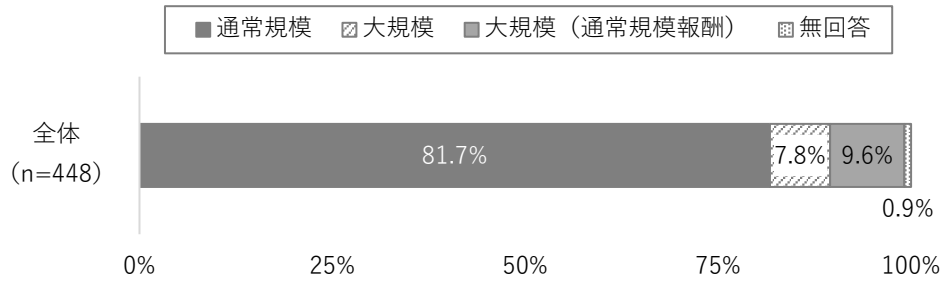
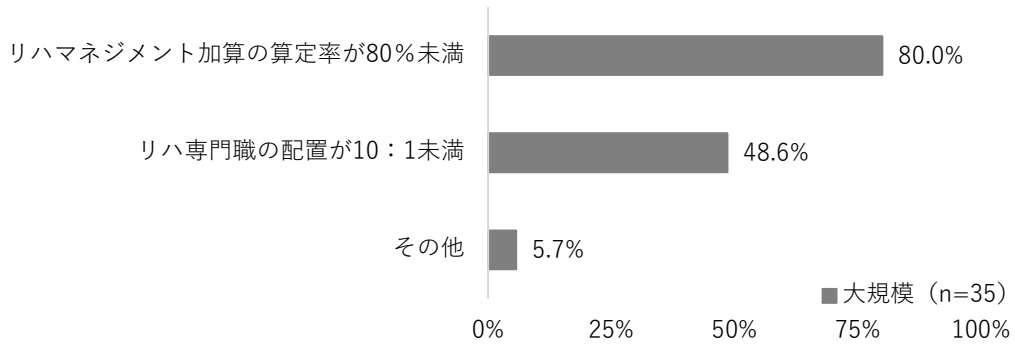


図2-1-3 通常規模報酬が困難な理由



※ 大規模に限る

図2-1-4 サービス提供時間

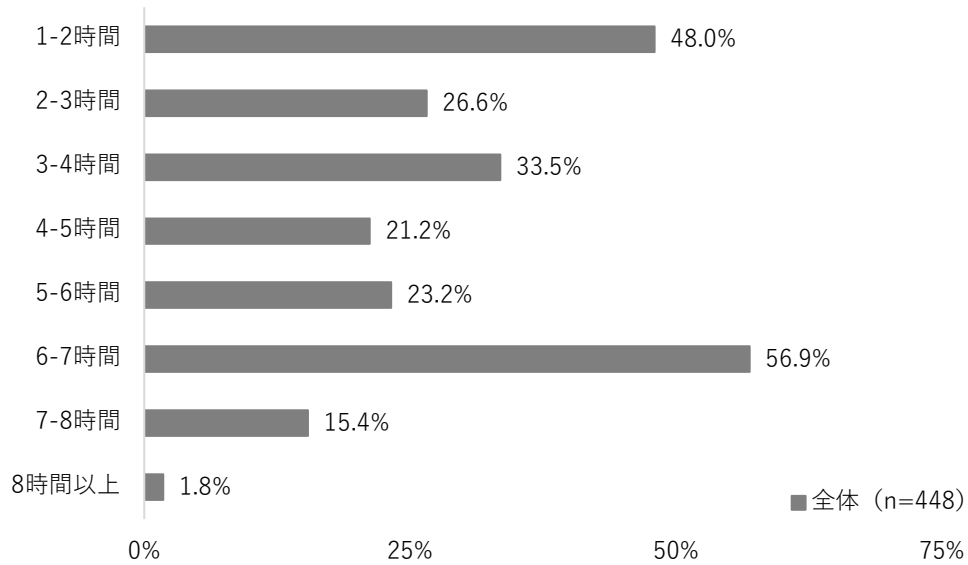
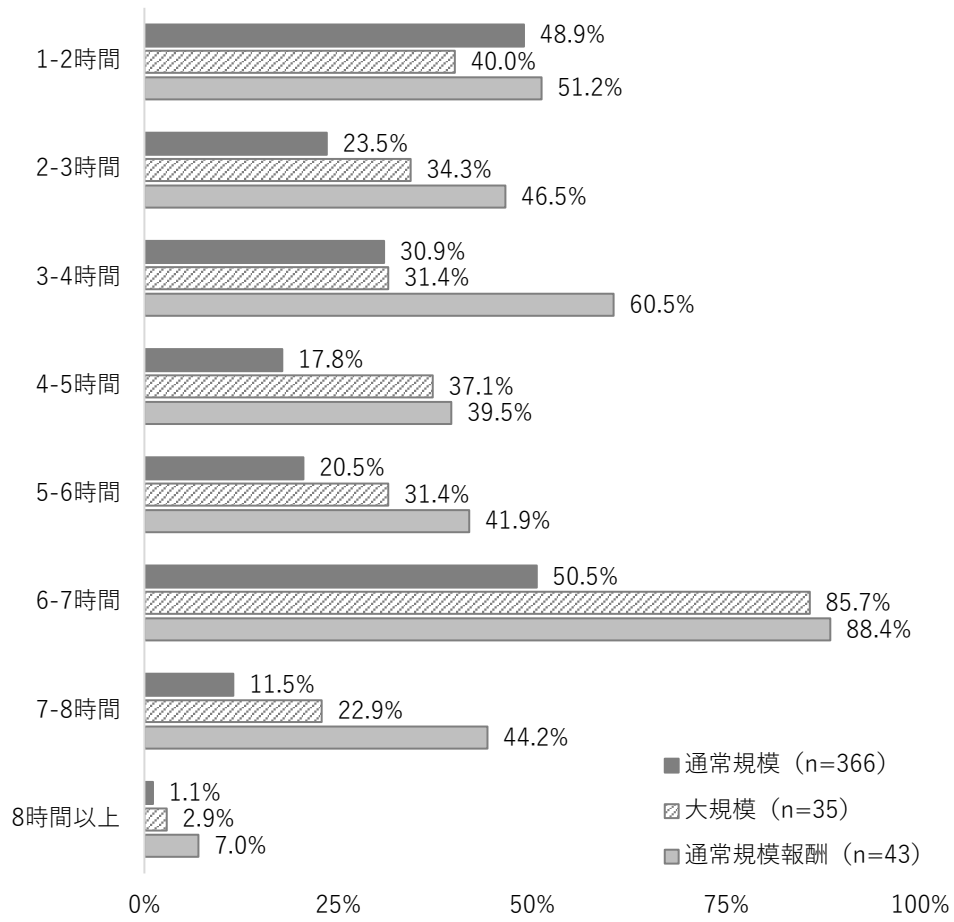


図2-1-5 サービス提供時間（事業所規模別）



各専門職の配置割合において、「言語聴覚士」は35.3%、「管理栄養士」は40.2%、「歯科衛生士」は8.9%であった（図2-1-6）。

事業所規模別に配置有無をみると「通常規模報酬」では、「言語聴覚士」が69.8%、「管理栄養士」が72.1%、「歯科衛生士」が23.3%と、「通常規模」「大規模」よりも割合が高かった。また、サービス提供時間別では、「4時間未満のみ」にて「看護師・准看護師」37.1%、「介護福祉士」45.5%、「介護職員」48.3%であり、「6時間以上のみ」の82.5%・93.8%・74.2%より低かった（表2-1-1）。

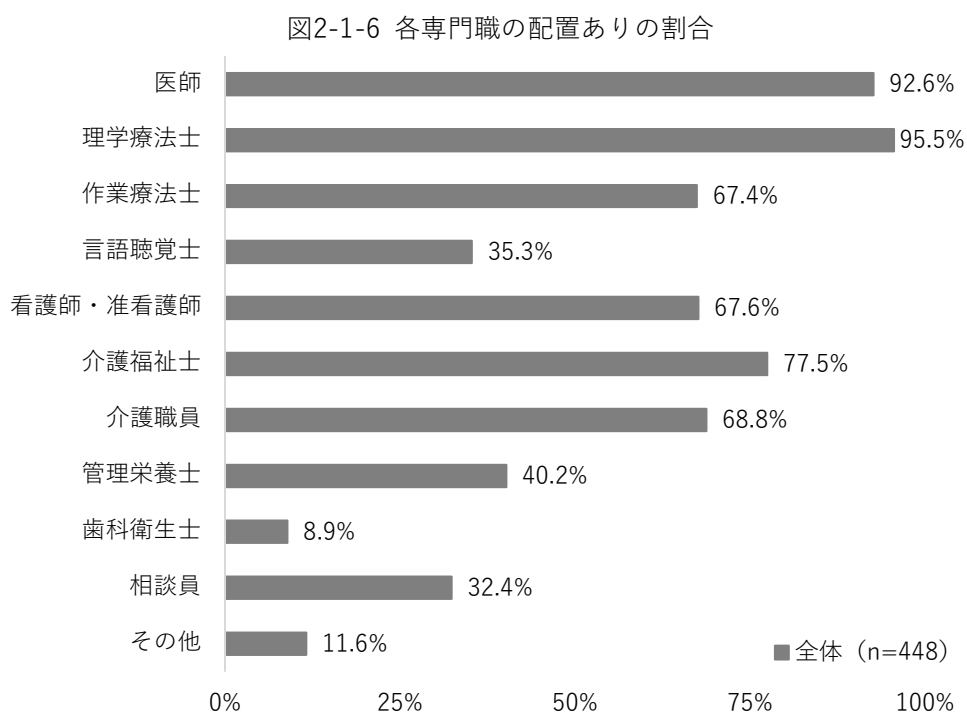


表2-1-1 各専門職の配置ありの割合（事業所規模別・サービス提供時間別）

		事業所規模			サービス提供時間	
		通常規模	大規模	通常規模 報酬	4時間 未満のみ	6時間 以上のみ
n		336	35	43	143	97
1	医師	92.1%	94.3%	100%	93.0%	91.8%
2	理学療法士	95.4%	100%	97.7%	98.6%	93.8%
3	作業療法士	63.9%	82.9%	86.0%	60.8%	73.2%
4	言語聴覚士	30.9%	42.9%	69.8%	29.4%	25.8%
5	看護師・准看護師	62.8%	91.4%	93.0%	37.1%	82.5%
6	介護福祉士	74.0%	91.4%	97.7%	45.5%	93.8%
7	介護職員	65.6%	91.4%	81.4%	48.3%	74.2%
8	管理栄養士	35.0%	57.1%	72.1%	13.3%	53.6%
9	歯科衛生士	7.1%	11.4%	23.3%	3.5%	4.1%
10	相談員	28.7%	48.6%	53.5%	17.5%	39.2%
11	その他	12.0%	14.3%	7.0%	13.3%	6.2%

各専門職の常勤換算人数は、「リハ専門職」が3.96人、「管理栄養士」が0.74人、「歯科衛生士」が0.65人であった。サービス提供時間別にみると、「4時間未満のみ」にて、「介護福祉士」が2.31人と、「6時間以上のみ」の5.62人より少なかった（表2-1-2）。

また、事業所規模別にみると、リハ専門職の常勤換算人数は、「通常規模報酬」にて7.41人と、「大規模」5.56人より多かった（表2-1-3）。

表2-1-2 各専門職の常勤換算人数（全体・サービス提供時間別）

		全体		サービス提供時間			
				4時間未満のみ		6時間以上のみ	
		n	人数	n	人数	n	人数
1	医師	384	0.97	122	1.12	82	0.89
2	リハ専門職	396	3.96	128	3.82	85	3.14
3	理学療法士	394	2.71	130	2.75	80	2.28
4	作業療法士	278	1.55	78	1.35	64	1.27
5	言語聴覚士	141	0.66	40	0.73	19	0.55
6	看護師・准看護師	273	1.73	45	1.06	66	1.90
7	介護福祉士	324	5.65	61	2.31	80	5.62
8	介護職員	277	2.71	60	2.19	62	2.89
9	管理栄養士	160	0.74	17	0.59	42	0.73
10	歯科衛生士	37	0.65	5	0.66	3	0.70
11	相談員	129	1.17	24	0.93	32	1.01

※ 各専門職の配置ありに限る / 無回答を除く

表2-1-3 各専門職の常勤換算人数（事業所規模別）

		事業所規模					
		通常規模		大規模		通常規模報酬	
		n	人数	n	人数	n	人数
1	医師	309	0.99	32	0.91	43	0.92
2	リハ専門職	324	3.38	31	5.56	41	7.41
3	理学療法士	321	2.36	32	3.78	40	4.76
4	作業療法士	215	1.35	27	1.82	39	2.56
5	言語聴覚士	100	0.63	14	0.62	35	0.79
6	看護師・准看護師	206	1.62	28	1.94	27	2.20
7	介護福祉士	253	4.90	29	8.53	38	8.40
8	介護職員	214	2.47	29	3.91	40	3.26
9	管理栄養士	115	0.71	17	0.91	33	0.78
10	歯科衛生士	24	0.46	3	1.10	28	0.98
11	相談員	92	1.15	15	1.35	10	1.12

※ 各専門職の配置ありに限る / 無回答を除く

勤務体系別における各専門職の配置割合では、「介護福祉士」「介護職員」にて、「専従常勤」の割合が83.3%・62.7%と「兼任常勤」の15.6%・12.0%より高かった。一方、「言語聴覚士」「管理栄養士」「歯科衛生士」では、「専従常勤」の割合が12.0%・16.7%・12.5%と「兼任常勤」の58.2%・61.7%・47.5%より低かった（表2-1-4）。

表2-1-4 勤務体系別 各専門職の配置割合

		n	専従常勤	兼任常勤
1	医師	415	19.0%	73.3%
2	理学療法士	428	55.4%	52.6%
3	作業療法士	302	44.4%	50.0%
4	言語聴覚士	158	12.0%	58.2%
5	看護師・准看護師	303	47.2%	26.7%
6	介護福祉士	347	83.3%	15.6%
7	介護職員	308	62.7%	12.0%
8	管理栄養士	180	16.7%	61.7%
9	歯科衛生士	40	12.5%	47.5%
10	相談員	145	42.1%	42.1%

※ 各専門職の配置ありに限る

1日平均利用者数とリハ専門職の常勤換算人数を用いて、1日の利用者数に対するリハ専門職数の比率を算出すると、「10:1以上（利用者10人に対してリハ専門職が1人以上）」が61.2%であった（図2-1-7）。

リハ3職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が、すべて配置されている事業所は、30.6%であった（図2-1-8）。事業所規模別にみると、「通常規模報酬」が65.1%であり、「大規模」37.1%、「通常規模」26.2%より、割合が高かった（図2-1-9）。

図2-1-7 利用者：リハ専門職比

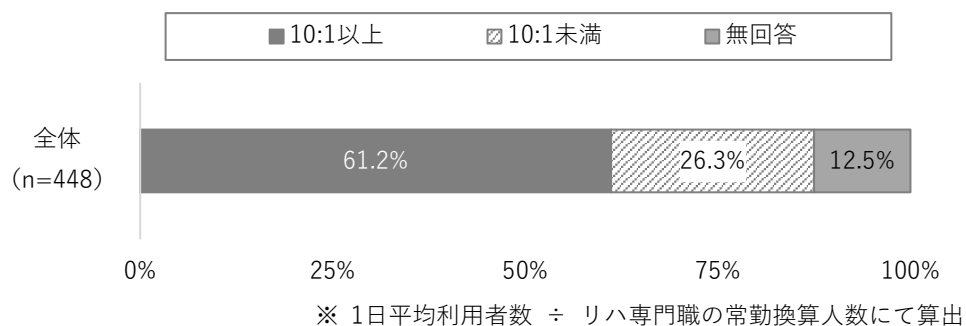


図2-1-8 リハ3職種配置有無

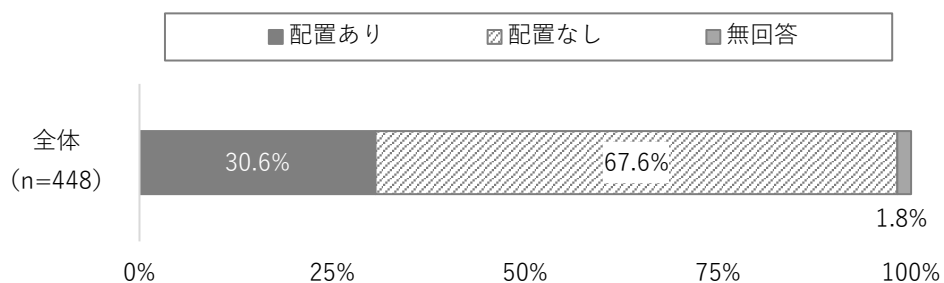
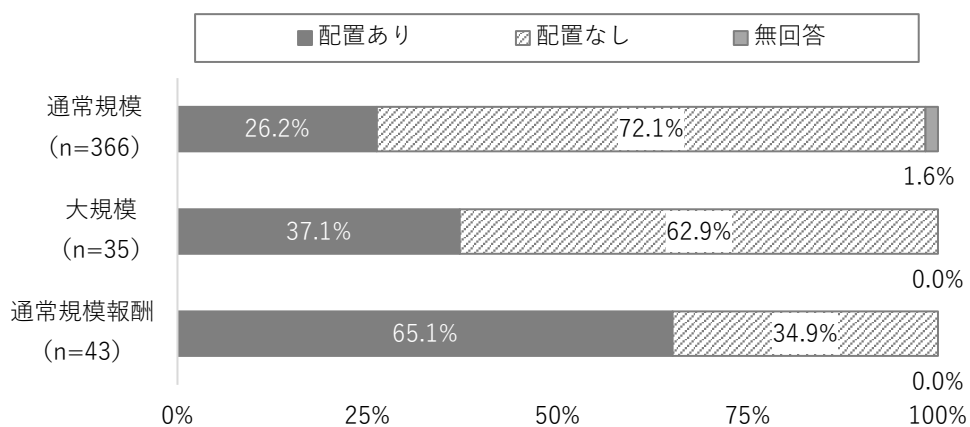


図2-1-9 リハ3職種配置有無（事業所規模別）



## 2. 利用者状況

1ヶ月あたりの利用者総数は平均値にて「通常規模」が457人、「大規模」が1167人、「通常規模報酬」が1294人であった（図2-2-1）。

1ヶ月あたりの実利用者数では平均値にて「通常規模」が77人、「大規模」が150人、「通常規模報酬」が178人であった（図2-2-2）。

図2-2-1 1ヶ月あたりの利用者総数（事業所規模別）

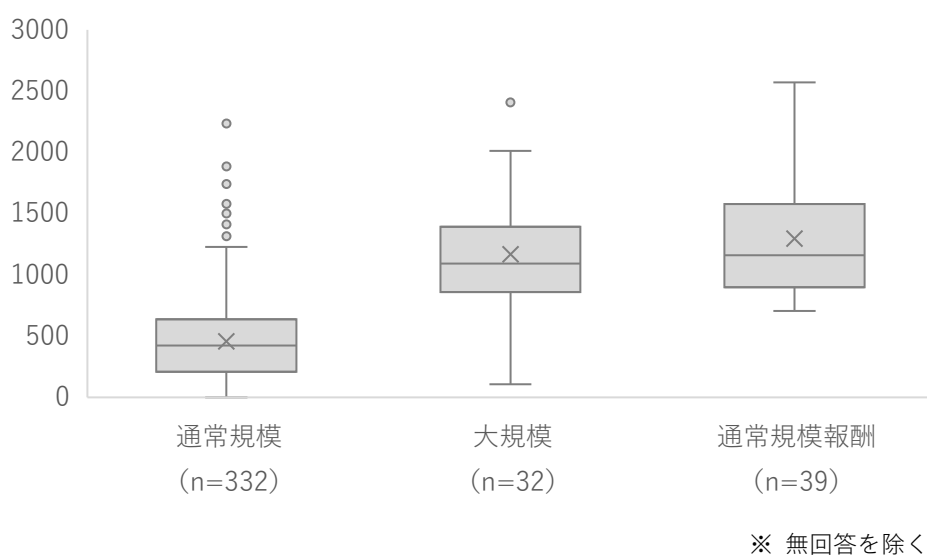
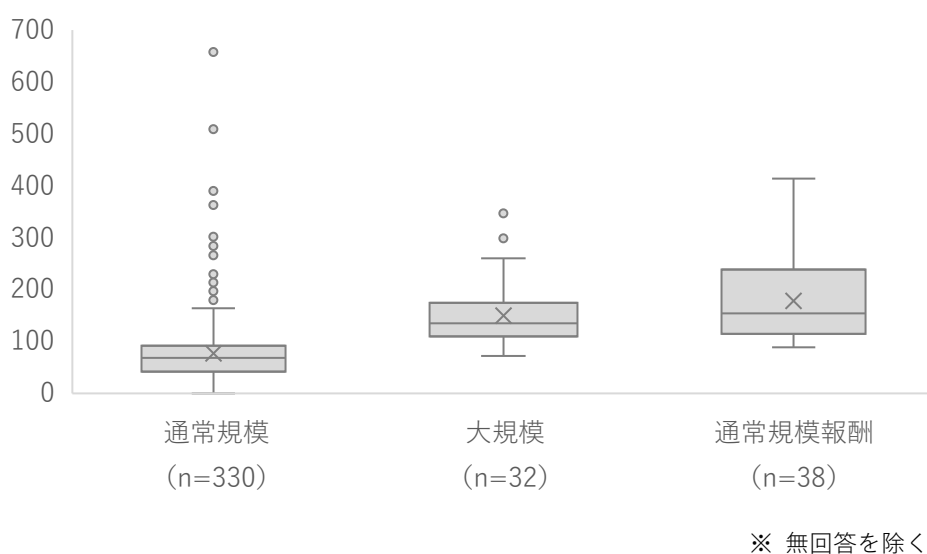


図2-2-2 1ヶ月あたりの実利用者数（事業所規模別）



各事業所の実利用者に対する要支援者の比率は、「3割未満」が42.4%と最も高かった（図2-2-3）。事業所規模別にみると、「通常規模」にて「3割未満」39.3%が最も低かった（図2-2-4）。また、要支援者における利用12月以下の割合では、「3割未満」の割合が高かった（図2-2-5）。

図2-2-3 実利用者における要支援者比率

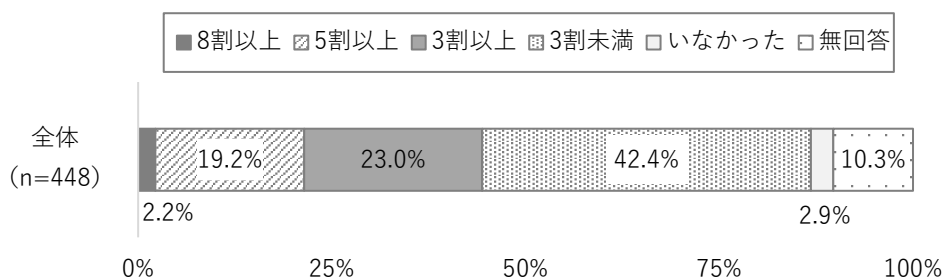


図2-2-4 実利用者における要支援者比率（事業所規模別）

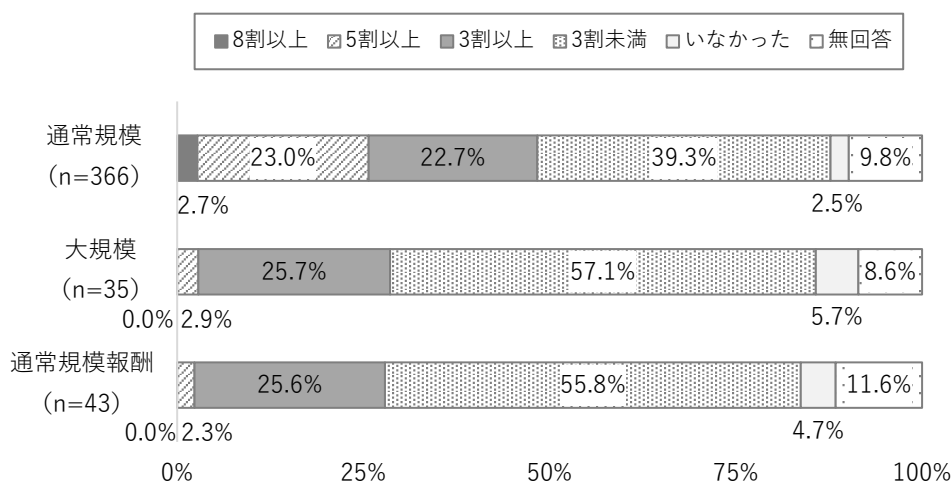
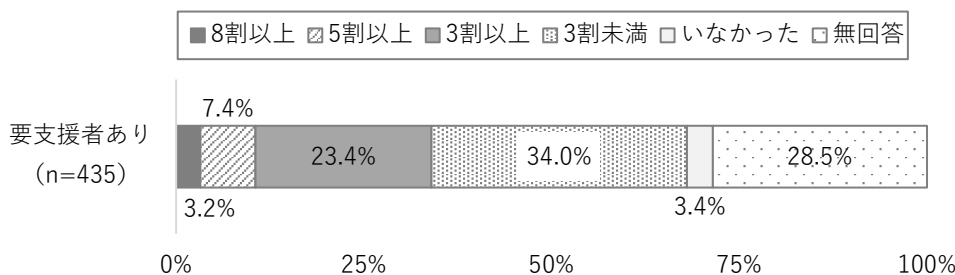


図2-2-5 要支援者における利用12月以下の割合



※ 要支援者がいなかったを除く

医療的ケアを必要とする利用者がいた割合は、26.8%であった（図2-2-6）。事業所規模別にみると、「大規模」62.9%、「通常規模報酬」51.2%にて、「通常規模」20.8%より割合が高かった（図2-2-7）。

図 2-2-6 医療的ケアを必要とする利用者の有無

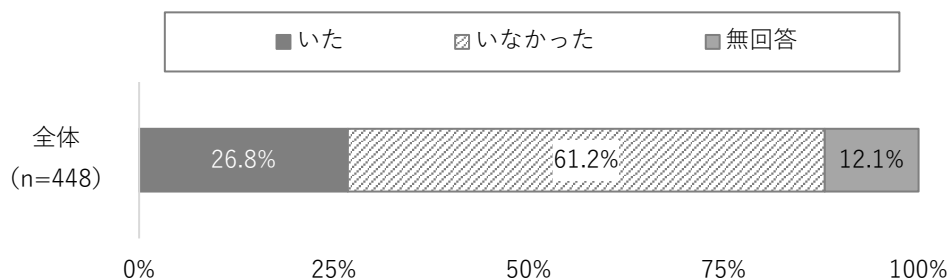
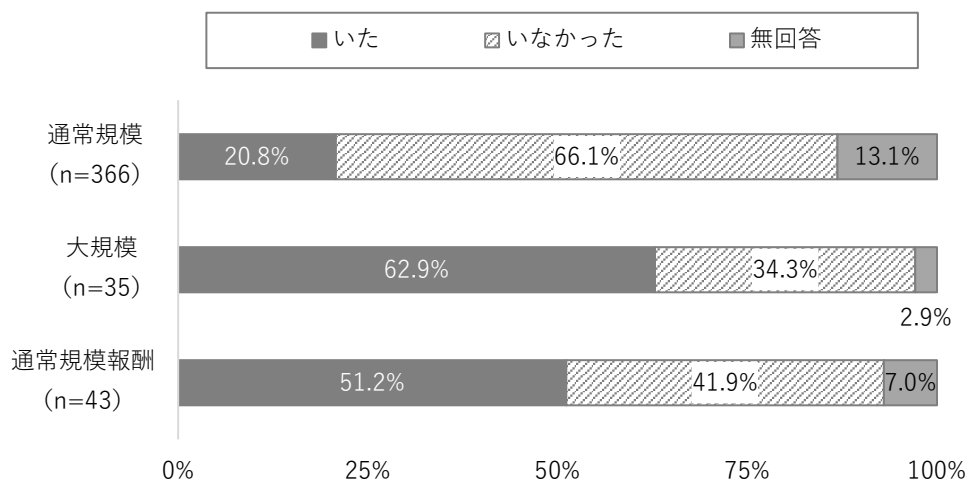


図 2-2-7 医療的ケアを必要とする利用者の有無（事業所規模別）



令和7年4月から6月の3ヶ月間に新規利用者がいた割合は、90.2%であった（図2-2-8）。新規利用者がいた事業所において、新規利用者数の平均は10.3人であった。また、利用前の所在別にみると、「自宅」6.9人が、「医療機関」2.2人、「介護老人保健施設」0.8人より多かった。なお、開設主体別にみると、「介護老人保健施設」にて、「介護老人保健施設」を退所後に利用を開始される方が多かった（表2-2-1）。

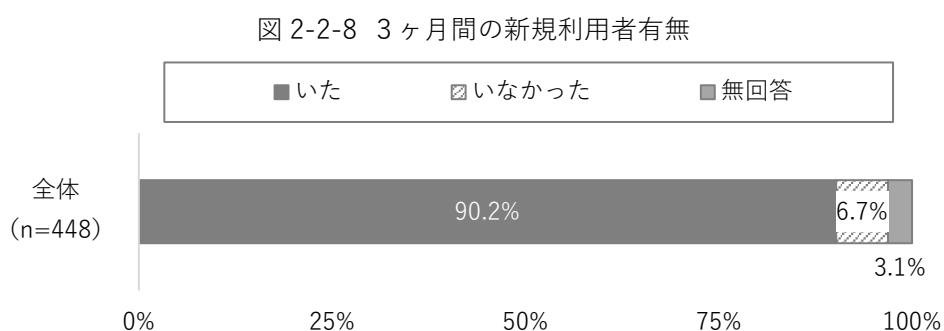


表 2-2-1 3ヶ月間の新規利用者数（全体・開設主体別）

	全体	開設主体		
		病院	診療所	介護老人保健施設
n	225	87	51	83
新規利用者	10.3	10.4	6.4	12.8
1 医療機関	2.2	2.2	1.1	2.9
2 介護老人保健施設	0.8	0.2	0.1	2.1
3 自宅	6.9	7.5	5.0	7.6

※ 新規利用者ありに限る / 無回答を除く

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者において、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は、50.9%であった（図2-2-9）。開設主体別に見ると、「介護老人保健施設」60.0%にて参加した割合が高かった（図2-2-10）。

利用者におけるリハ専門職の比率別にみると「10：1以上」54.1%が、リハ3職種の配置有無別にみると「配置あり」63.5%にて、それぞれ参加した割合が高かった（表2-2-2）。

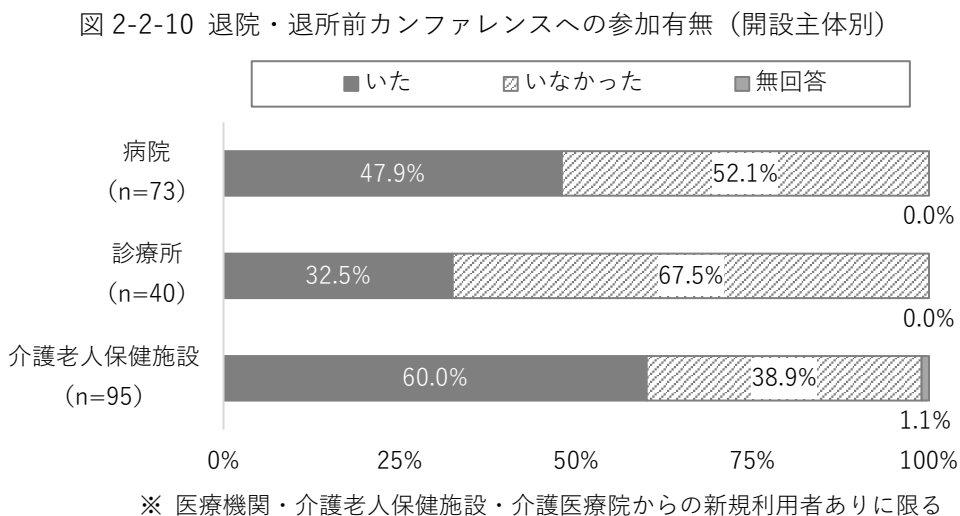
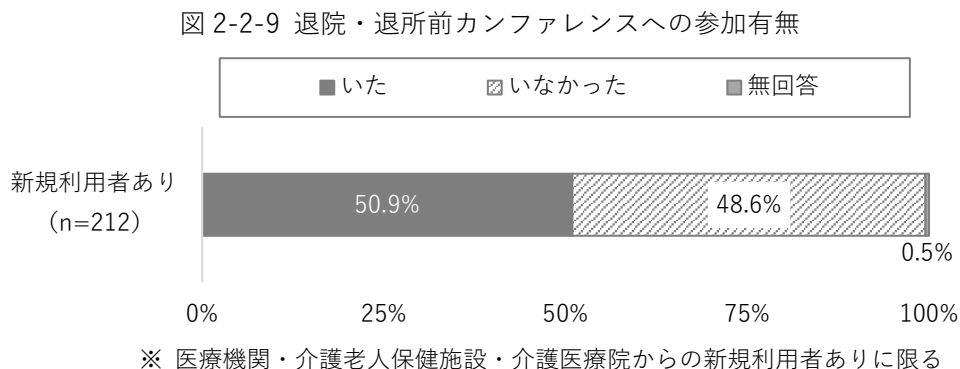
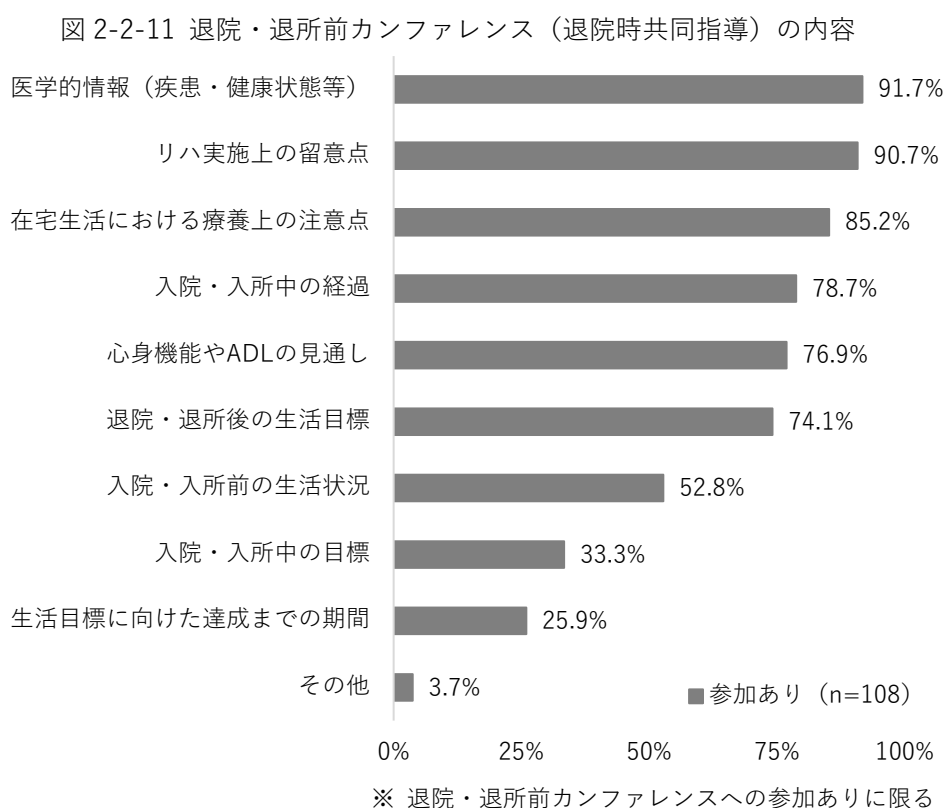


表 2-2-2 退院・退所前カンファレンスへの参加有無  
(利用者/リハ比別・リハ3職種配置有無別)

		利用者/リハ比		リハ3職種配置	
		10:1以上	10:1未満	配置あり	配置なし
n		133	64	85	127
1	いた	54.1%	40.6%	63.5%	42.5%
2	いなかった	45.1%	59.4%	35.3%	57.5%

※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

退院・退所前カンファレンスの内容は、「医学的情報（疾患・健康状態等）」91.7%、「リハ実施上の留意点」90.7%、「在宅生活における療養上の注意点」85.2%、「入院・入所中の経過」78.7%、「心身機能やADLの見通し」76.9%、「退院・退所後の生活目標」74.1%の順に割合が高かった（図2-2-11）。



事業所内における退院・退所前カンファレンス参加への工夫は、「職員の勤務時間調整」44.2%の割合が最も高かった（図2-2-12）。参加有無別に工夫点をみると、「参加あり」にて「職員の勤務時間調整」が64.8%、「特になし」が13.0%であった。一方、「参加なし」にて「職員の勤務時間調整」が42.7%、「特になし」が33.0%であった（図2-2-13）。

図 2-2-12 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所内）

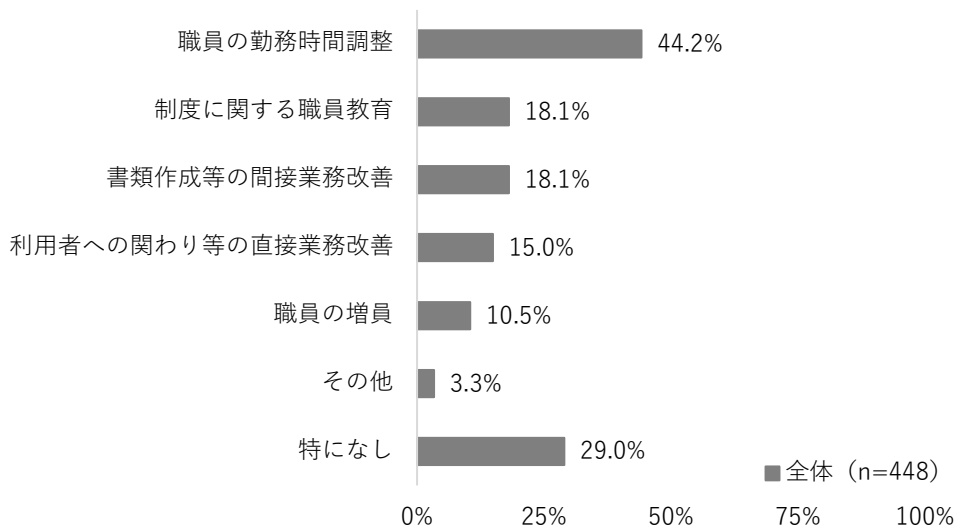
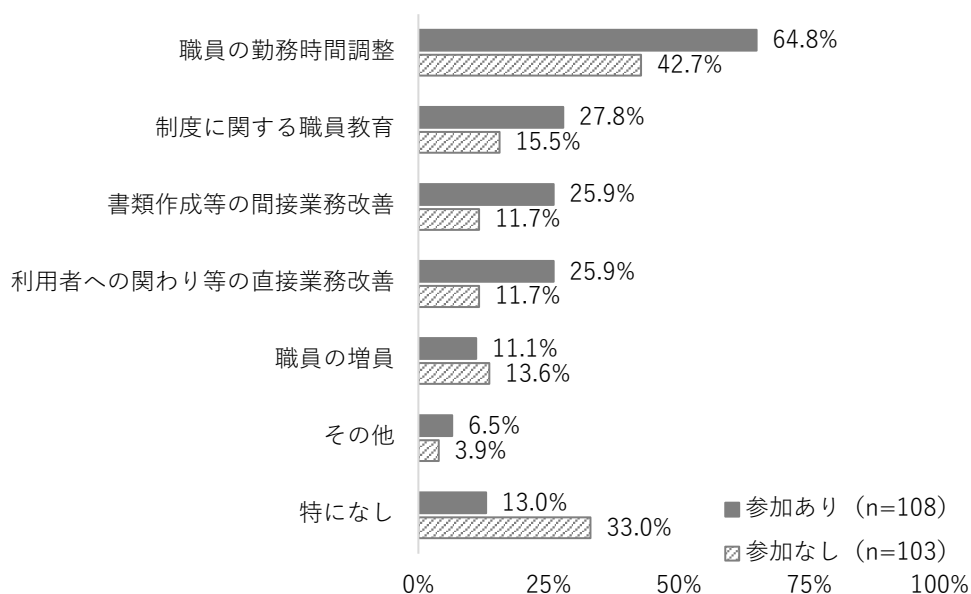


図 2-2-13 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所内）  
（退院・退所前カンファレンスへの参加有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

事業所外における退院・退所前カンファレンス参加への工夫は、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」50.2%、「ケアマネジャーへの説明・広報」39.3%の順に割合が高かった（図2-2-14）。参加有無別にみると「参加あり」にて、各種の工夫を実施している割合が高かった（図2-2-15）。

図 2-2-14 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所外）

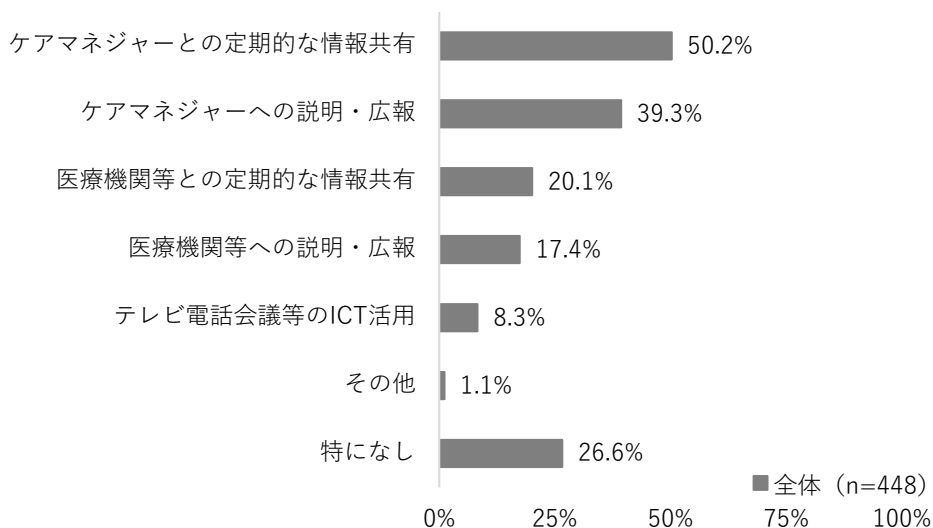
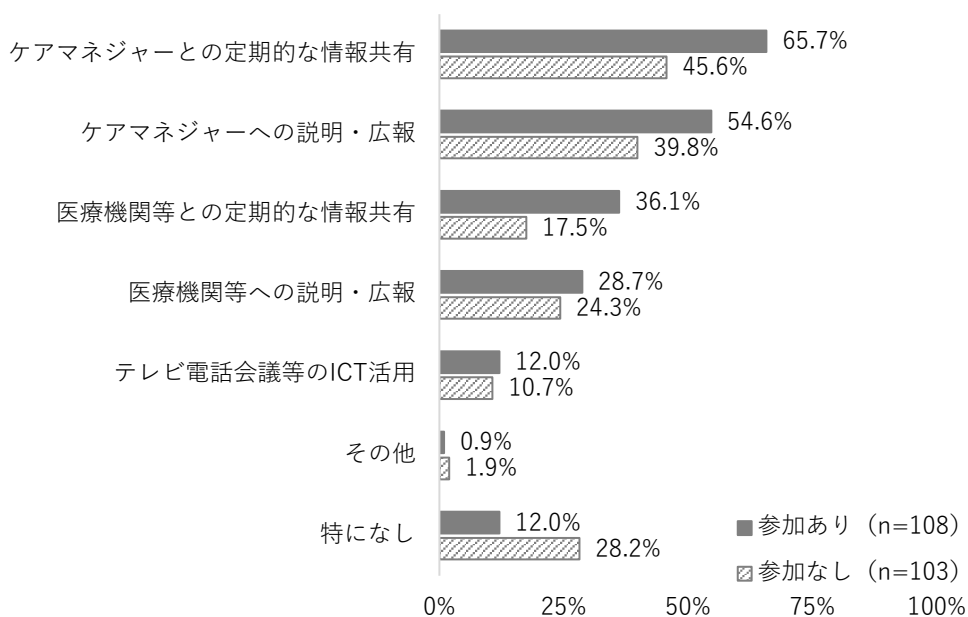


図 2-2-15 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所外）  
（退院・退所前カンファレンスへの参加有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

退院・退所前カンファレンス参加における課題は、「退院・退所前カンファレンスへの参加依頼がない」53.1%の割合が最も高かった（図2-2-16）。参加有無別にみると「参加なし」にて、「事業所の人材不足のため、医療機関等へ訪問することが難しい」の割合が比較的高かった（図2-2-17）。

図 2-2-16 退院・退所前カンファレンスへの参加の課題

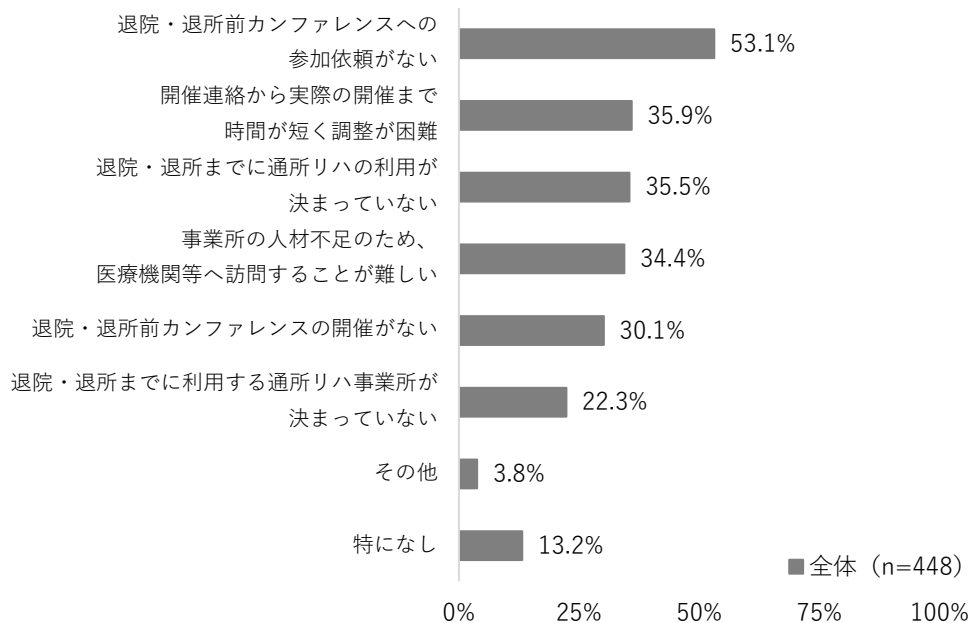
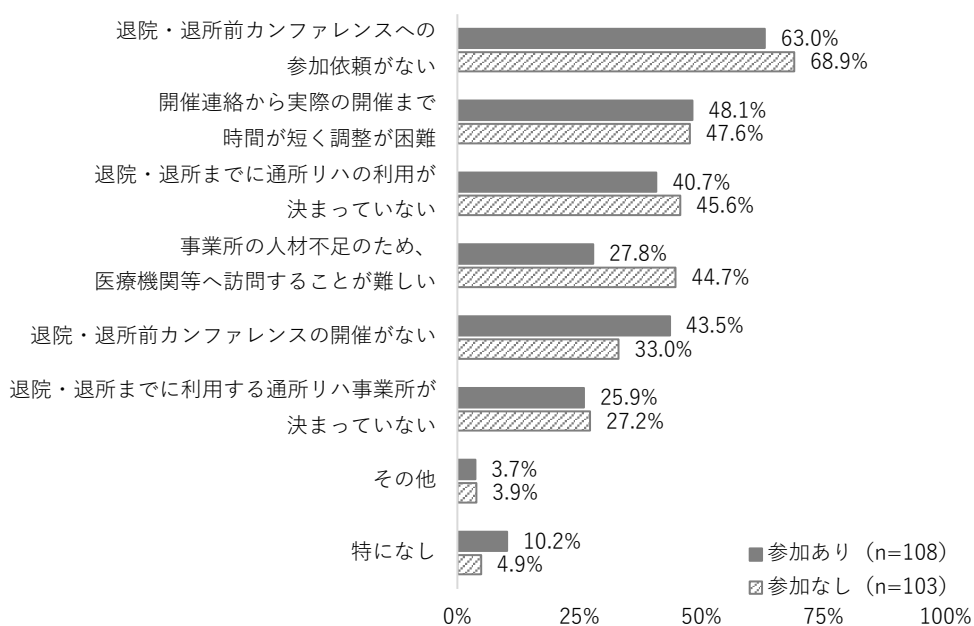


図 2-2-17 退院・退所前カンファレンスへの参加の課題

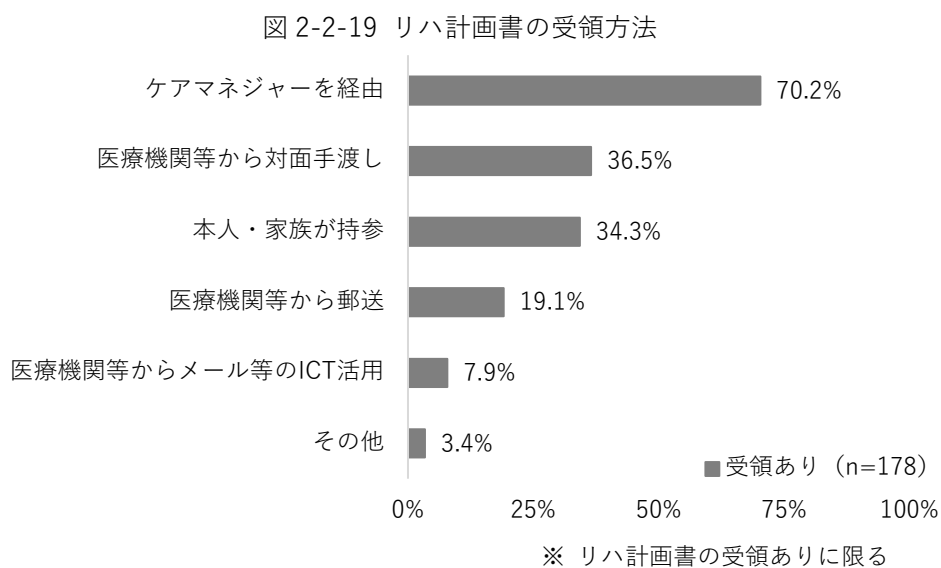
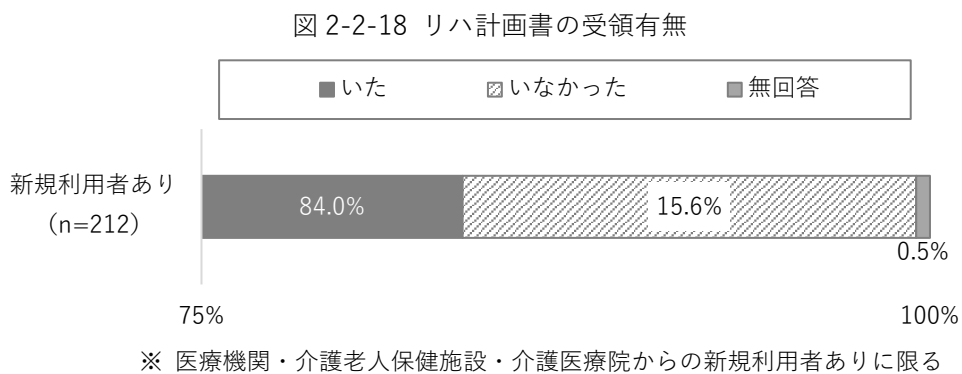
(退院・退所前カンファレンスへの参加有無別)



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者において、リハ計画書を受領した割合は、84.0%であった（図2-2-18）。

リハ計画書の受領方法は、「ケアマネジャーを經由」70.2%の割合が最も高く、「医療機関等から対面手渡し」36.5%、「本人・家族が持参」34.3%が続いた（図2-2-19）。



事業所内におけるリハ計画書受領の工夫は、「特になし」39.5%の割合が最も高かった（図2-2-20）。受領有無別にみても「特になし」の割合は、「受領あり」は44.9%、「受領なし」は45.5%と、共に割合が高かった（図2-2-21）。

図 2-2-20 リハ計画書受領の工夫（事業所内）

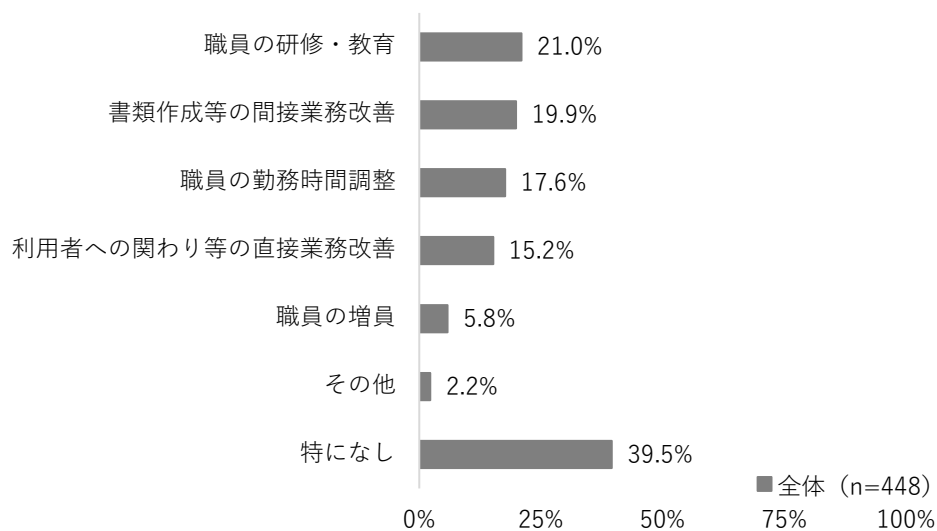
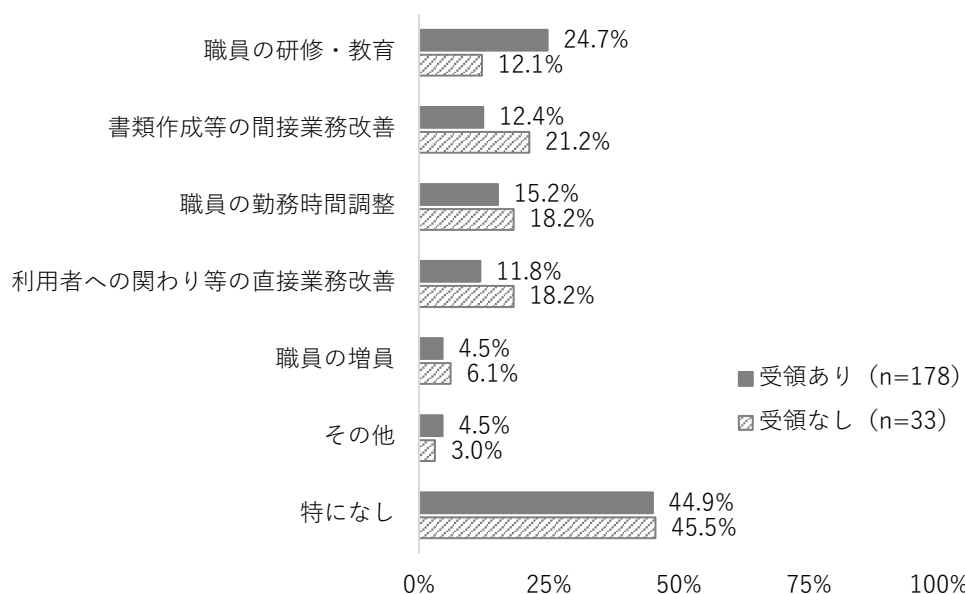


図 2-2-21 リハ計画書受領の工夫（事業所内）（リハ計画書受領有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

事業所外におけるリハ計画書受領の工夫は、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」54.7%、「ケアマネジャーへの説明・広報」45.1%の順に割合が高かった（図2-2-22）。また、受領有無別にみても「受領あり」では「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」の割合が高かった（図2-2-23）。

図 2-2-22 リハ計画書受領の工夫（事業所外）

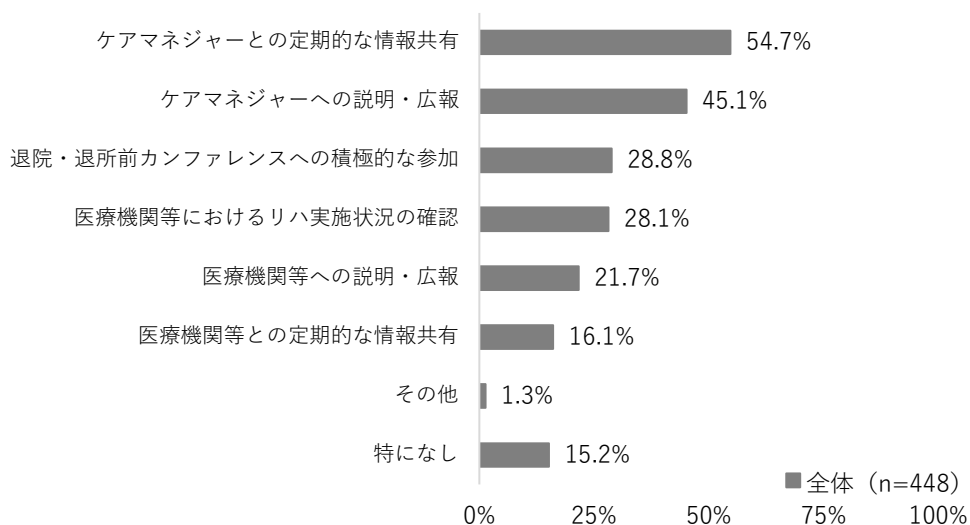
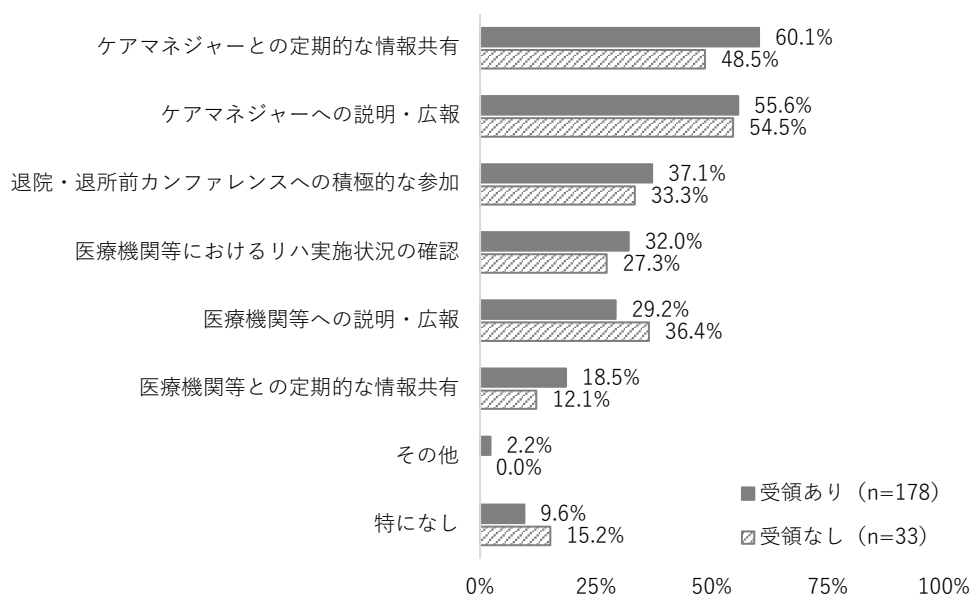


図 2-2-23 リハ計画書受領の工夫（事業所外）（リハ計画書受領有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

リハ計画書受領における課題は、「医療機関等が通所リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が42.9%と最も高かった。一方で「特になし」29.2%の割合もみられた（図2-2-24）。また、受領有無別にみても大きな違いは見られなかった（図2-2-25）。

図 2-2-24 リハ計画書受領の課題

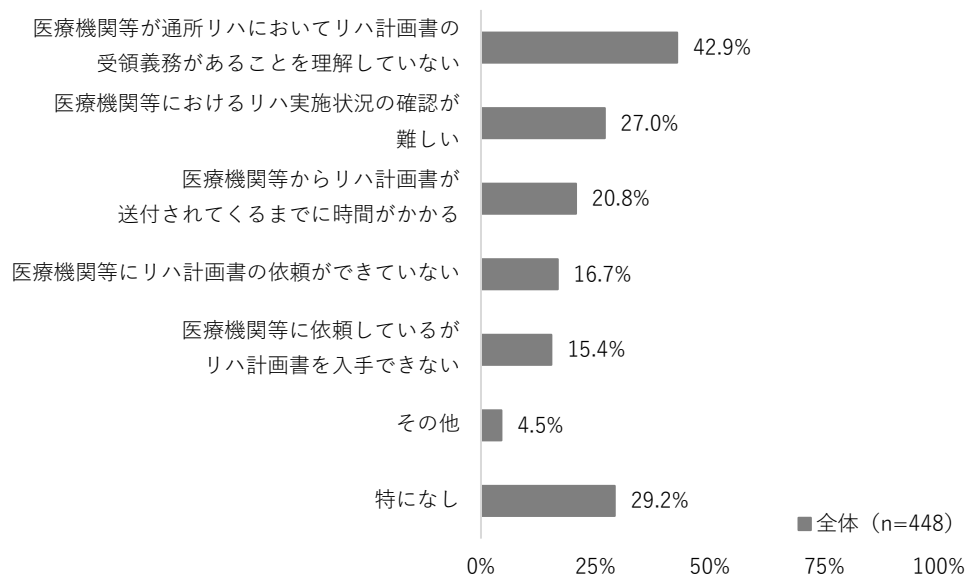
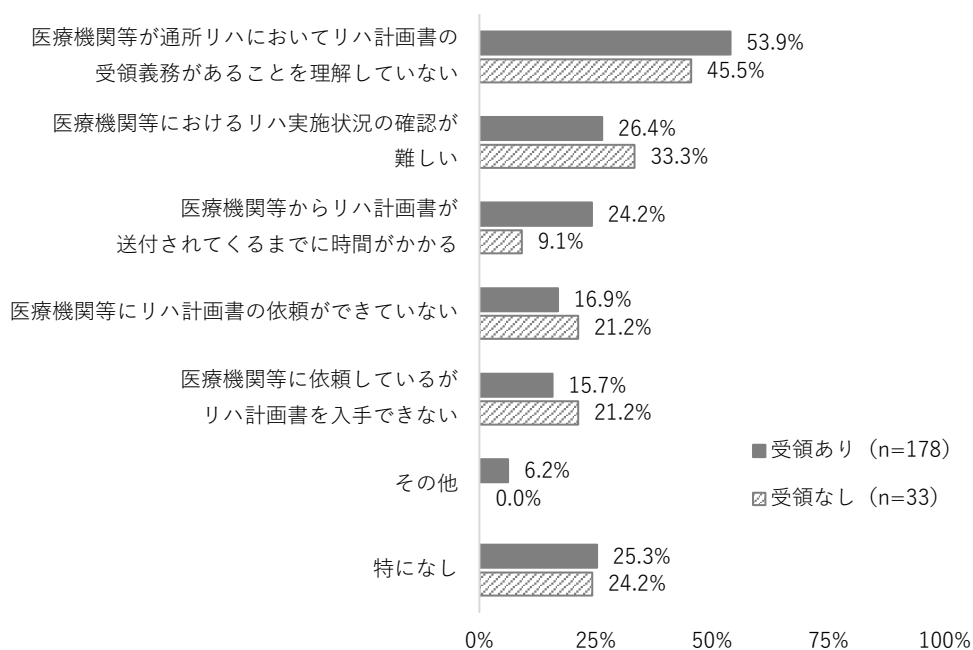


図 2-2-25 リハ計画書受領の課題（リハ計画書受領有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

令和7年4月から6月の3ヶ月間に利用終了者がいた事業所割合は、83.3%であった（図2-2-26）。利用終了者がいた事業所において、利用終了者数は平均7.9人であった。なお、利用終了者のうち、心身機能やADLの改善、目標達成による修了者は0.8人であった（表2-2-3）。

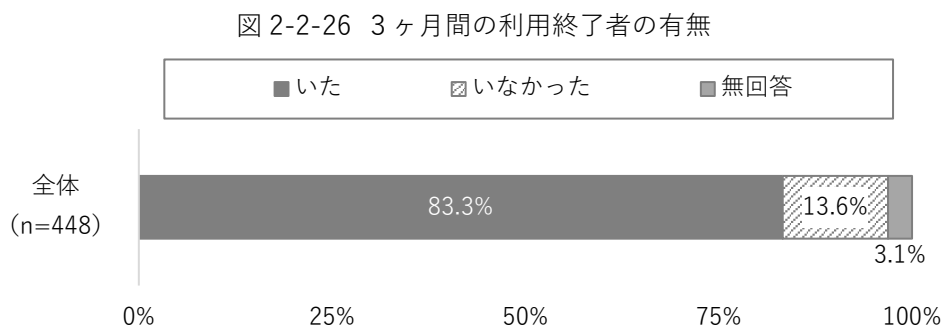


表 2-2-3 3ヶ月間の利用終了者数（全体・事業所規模別）

	全体	事業所規模		
		通常規模	大規模	通常規模 報酬
n	215	173	20	22
利用終了者	7.9	6.5	11.6	15.3
1 目標達成による修了者数	0.8	0.8	0.9	0.7
2 入院・入所もしくは死亡による終了者数	4.5	3.5	7.1	10.1

※ 利用終了者ありに限る / 無回答を除く

### 3. 各種取組の状況（要介護）

リハマネジメント加算の算定割合は、62.3%であった（図2-3-1）。また、利用者におけるリハ専門職数の比率では「10：1以上」67.2%にて、リハ3職種の配置有無では「3職種配置あり」76.6%にて、それぞれ割合が高かった（表2-3-1）。

医師による利用者または家族への説明を実施した加算の算定割合は、68.5%であった（図2-3-2）。

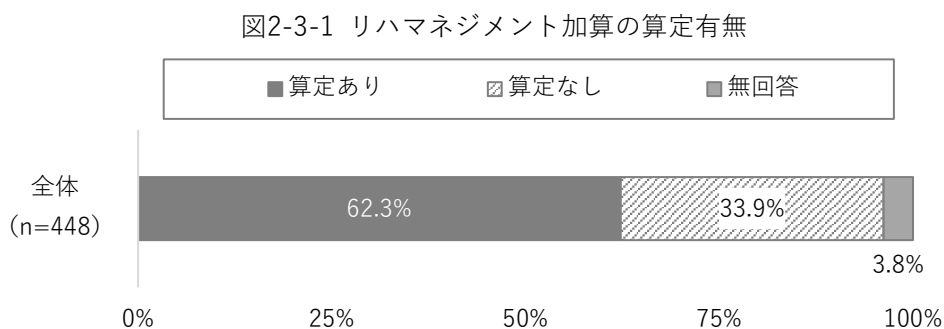
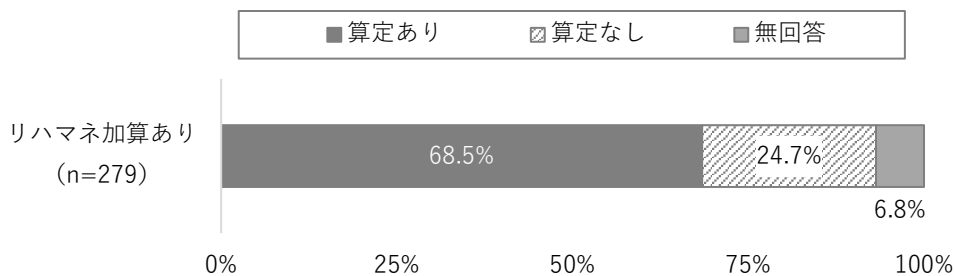


表2-3-1 リハマネジメント加算の算定有無  
（事業所規模別・利用者/リハ比別・リハ3職種配置有無別）

		事業所規模			利用者/リハ比		リハ3職種配置	
		通常規模	大規模	通常規模 報酬	10:1以上	10:1未満	配置あり	配置なし
	n	366	35	43	274	118	137	303
1	算定あり	59.6%	51.4%	97.7%	67.2%	55.1%	76.6%	57.1%
2	算定なし	36.9%	45.7%	0.0%	31.0%	44.1%	21.9%	40.3%

図2-3-2 リハマネジメントにおける医師による利用者または家族への説明



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

医師の指示は、「リハの目的」が77.5%であり、「リハ中止の目安(基準)」は67.4%、「リハ実施上の留意点」は87.1%、「運動の負荷量」は48.0%であった(図2-3-3)。また、リハマネジメント加算の算定有無別にみると、「加算あり」にてすべての項目の割合が高かった(図2-3-4)。

図2-3-3 医師の指示

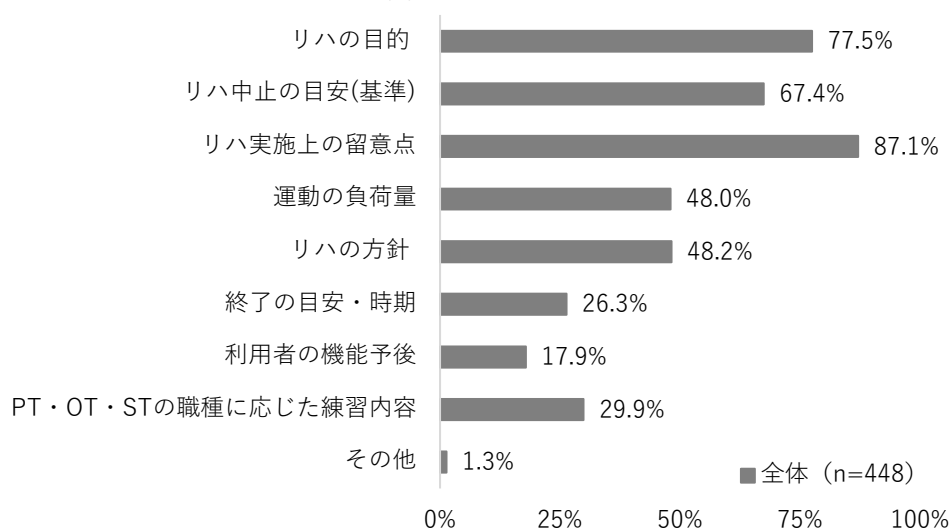
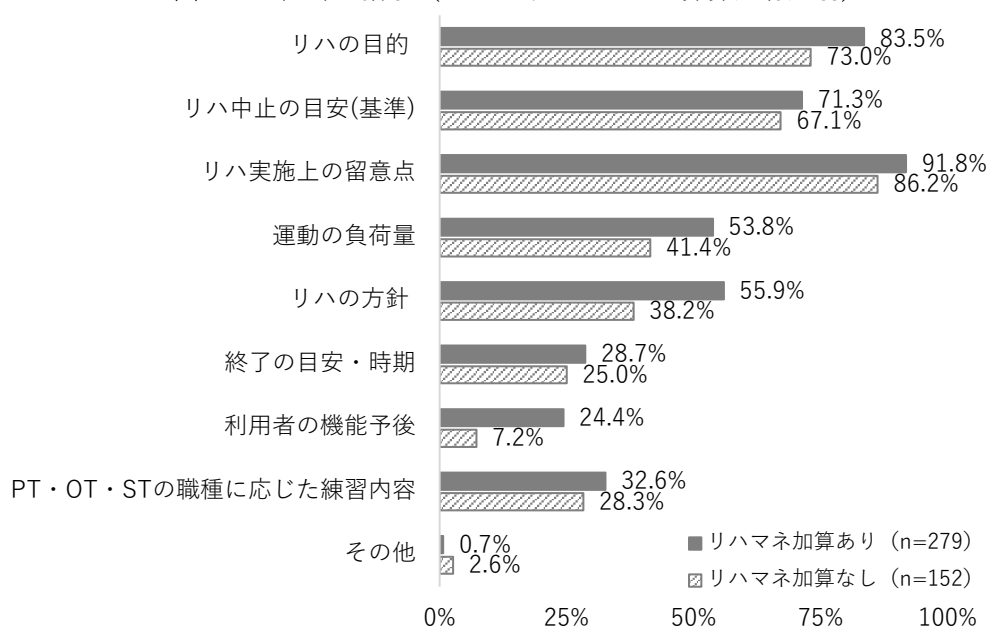


図2-3-4 医師の指示 (リハマネジメント加算算定有無別)



算定したリハマネジメント加算の種類は、「リハマネ加算（イ）」が20.8%、「リハマネ加算（ロ）」が39.7%、「リハマネ加算（ハ）」が15.4%であった（図2-3-5）。専門職の配置有無別にみると、「リハマネ加算（ハ）」は「歯科衛生士の配置あり」57.5%にて、最も高かった（図2-3-6）。同様に、事業所規模別では「通常規模報酬」39.5%が、リハ3職種配置有無別では「3職種の配置あり」29.2%にて、それぞれ割合が高かった（表2-3-2）。

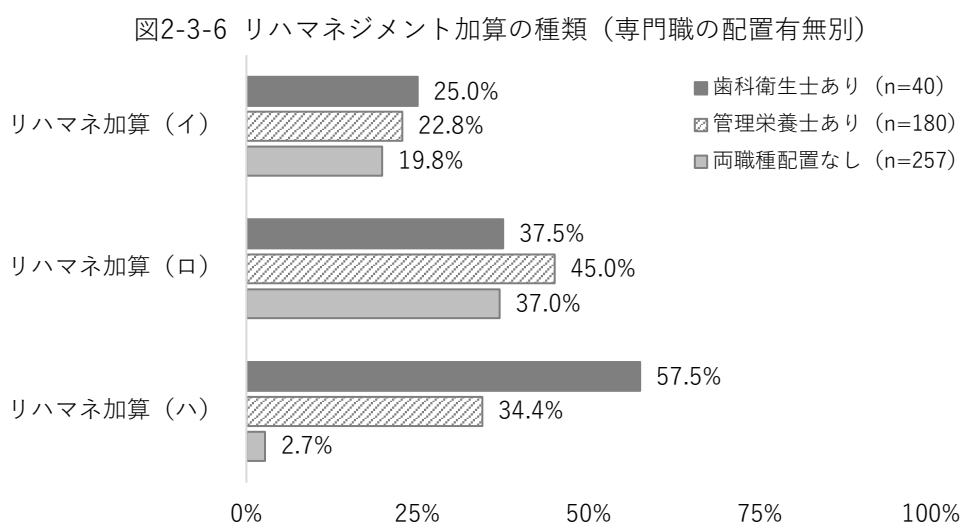
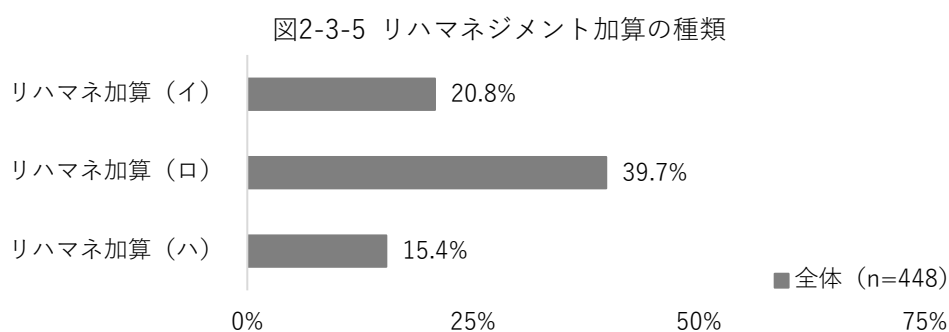


表2-3-2 リハマネジメント加算の種類  
(事業所規模別・利用者/リハ比別・リハ3職種配置有無別)

		事業所規模			利用者/リハ比		リハ3職種配置	
		通常規模	大規模	通常規模報酬	10:1以上	10:1未満	配置あり	配置なし
n		366	35	43	274	118	137	303
1	加算（イ）	20.8%	17.1%	23.3%	21.5%	19.5%	15.3%	23.8%
2	加算（ロ）	37.4%	34.3%	65.1%	41.2%	38.1%	51.1%	35.3%
3	加算（ハ）	12.8%	14.3%	39.5%	17.5%	10.2%	29.2%	9.6%

リハマネジメント加算（ハ）における口腔アセスメントを実施した職種は、「看護師・准看護師」47.8%、「言語聴覚士」44.9%、「歯科衛生士」31.9%の順に割合が高かった（図2-3-7）。また、栄養アセスメントを実施した職種は、「管理栄養士」91.3%の割合が最も高かった（図2-3-8）。

図2-3-7 リハマネジメント加算（ハ）における口腔アセスメントの実施職種

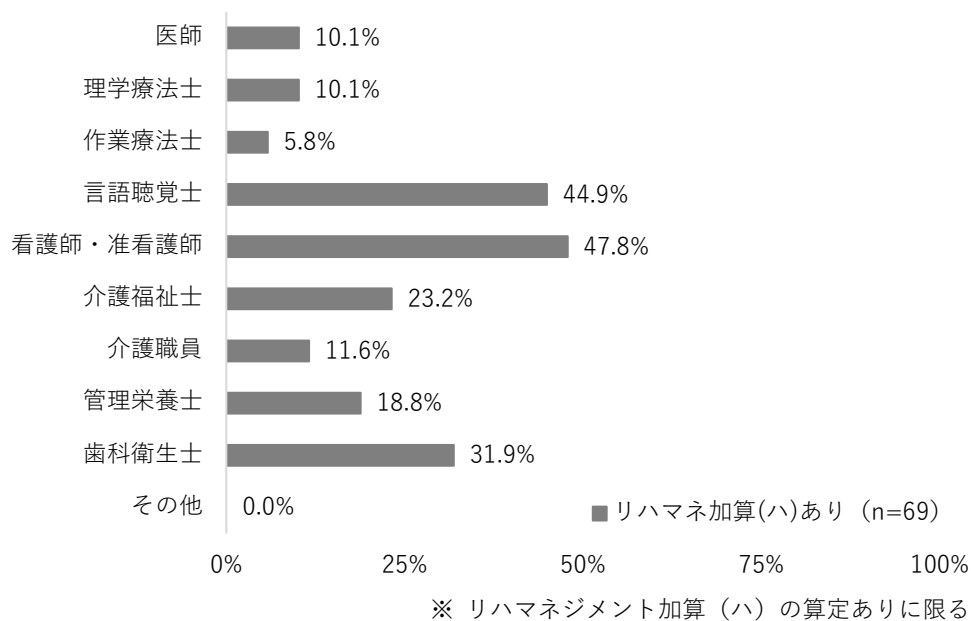
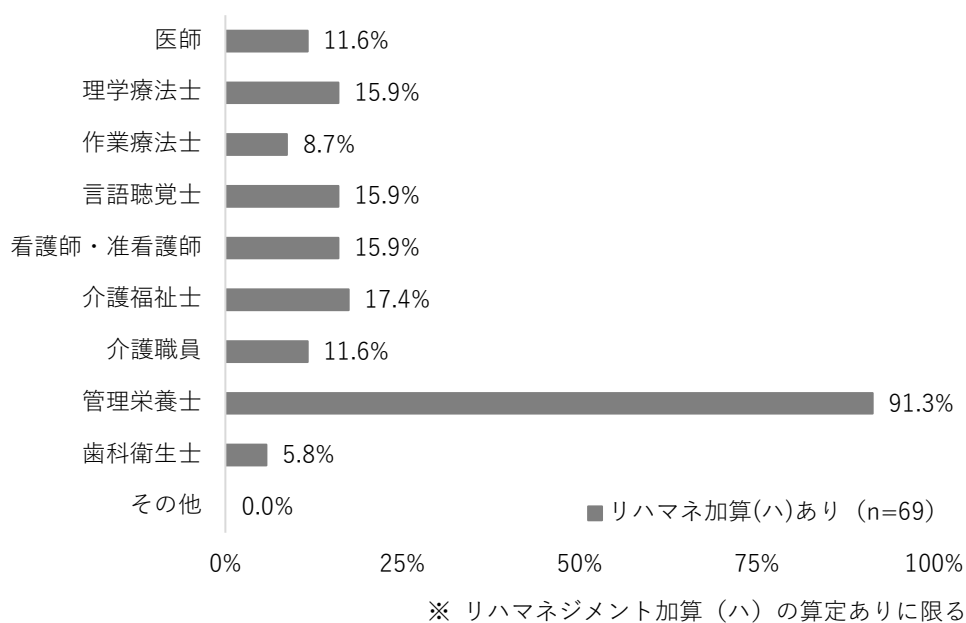
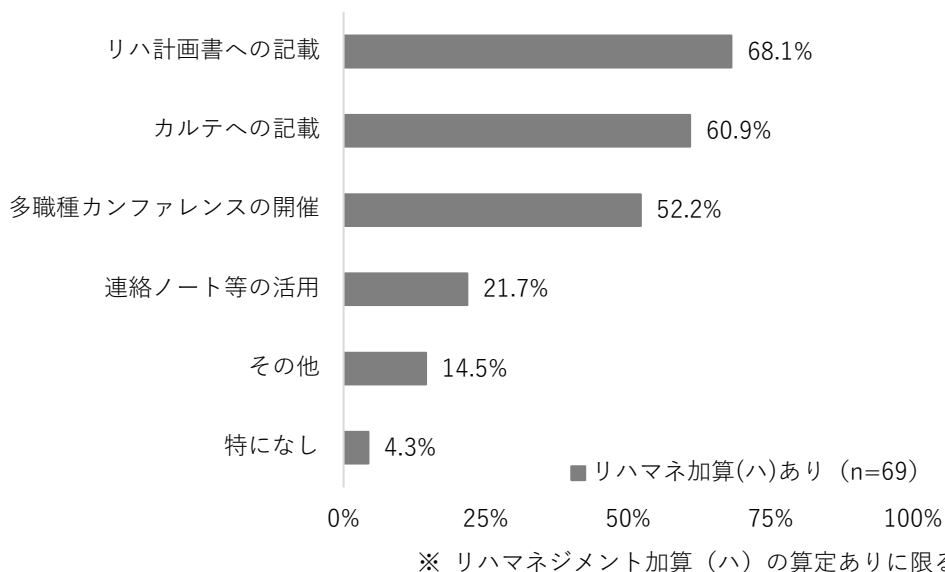


図2-3-8 リハマネジメント加算（ハ）における栄養アセスメントの実施職種



リハマネジメント加算（ハ）における栄養・口腔に関する情報共有の方法は、「リハ計画書への記載」68.1%、「カルテへの記載」60.9%、「多職種カンファレンスの開催」52.2%の順に高かった（図2-3-9）。

図2-3-9 リハマネジメント加算（ハ）における栄養・口腔に関する情報共有の方法



リハマネジメント加算（ロ）（ハ）によるLIFEへのデータ提出後に、返送されるフィードバック票を用いた利用者へのフィードバック実施ありの割合は、46.4%であった（図2-3-10）。なお、フィードバックの実施割合は「全員（10割）」が32.4%であった一方で、「3割未満」も35.3%と、割合が高かった（図2-3-11）。

フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックを実施した職種は、「理学療法士」92.2%、「作業療法士」63.7%の順に割合が高かった（図2-3-12）。

図2-3-10 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無

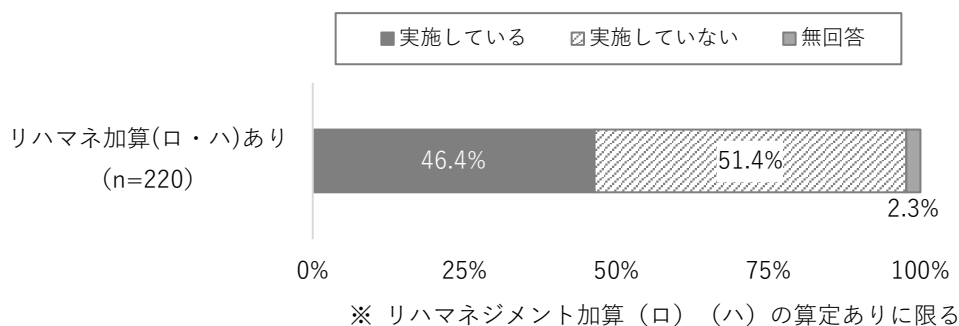


図2-3-11 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施割合

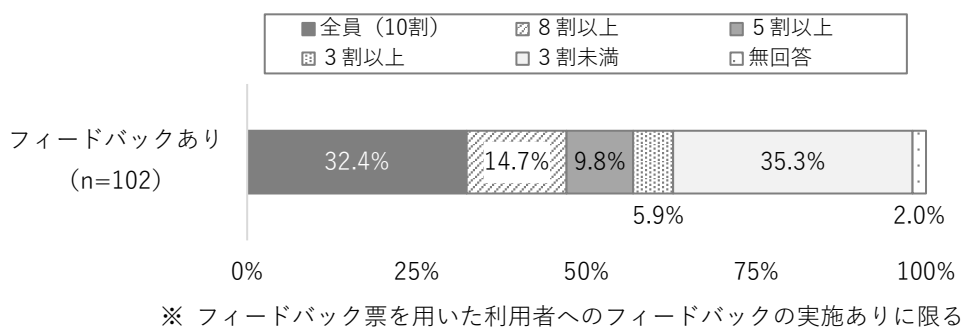
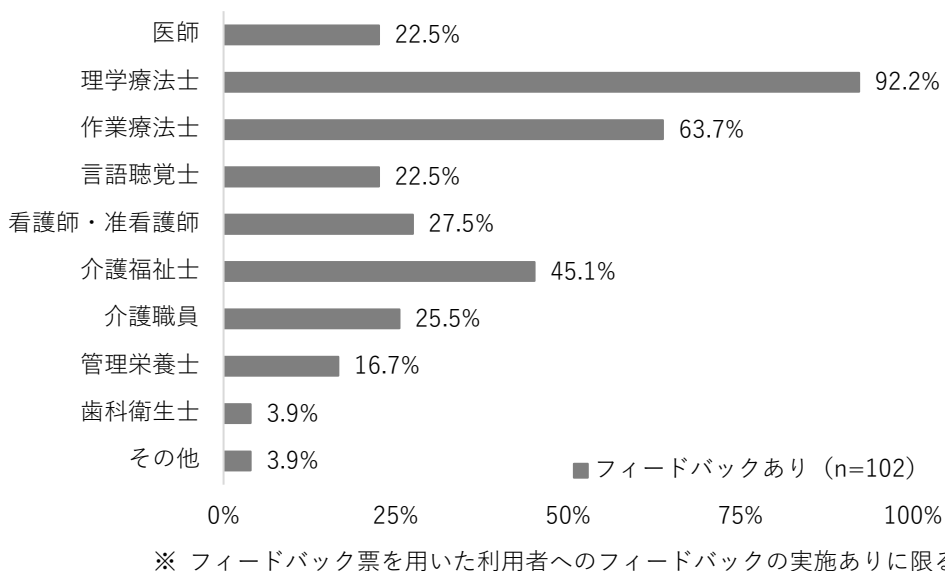


図2-3-12 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施職種



各種加算の算定状況について、口腔・栄養に関連する加算の算定割合は、1割前後であった。他方、「科学的介護推進体制加算」は66.7%、「退院時共同指導加算」は38.4%、「移行支援加算」は18.8%であった（図 2-3-13）。事業所規模別にみると、「大規模」「通常規模報酬」にて「通常規模」より、各種加算の算定割合が比較的高い傾向にあった（図 2-3-14）。

図2-3-13 各種加算の算定状況（算定ありの割合）

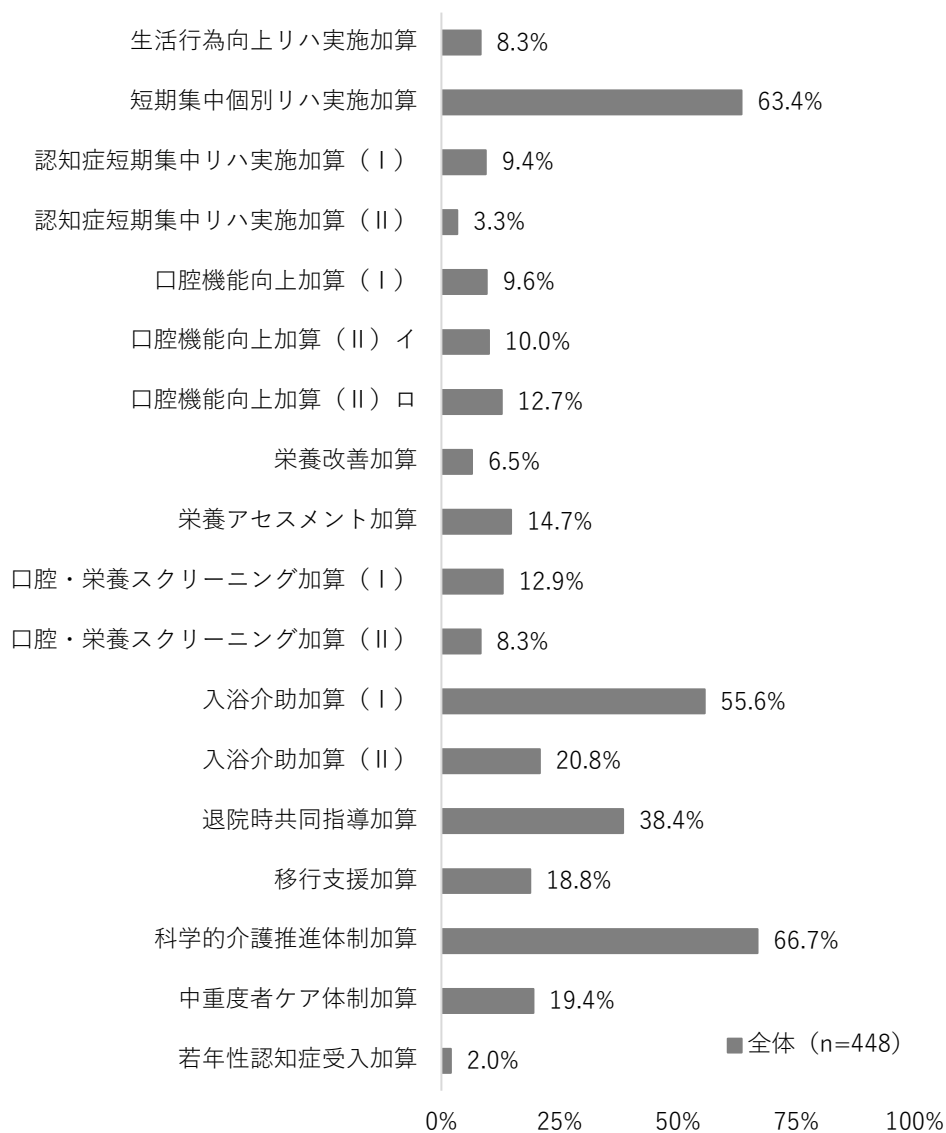
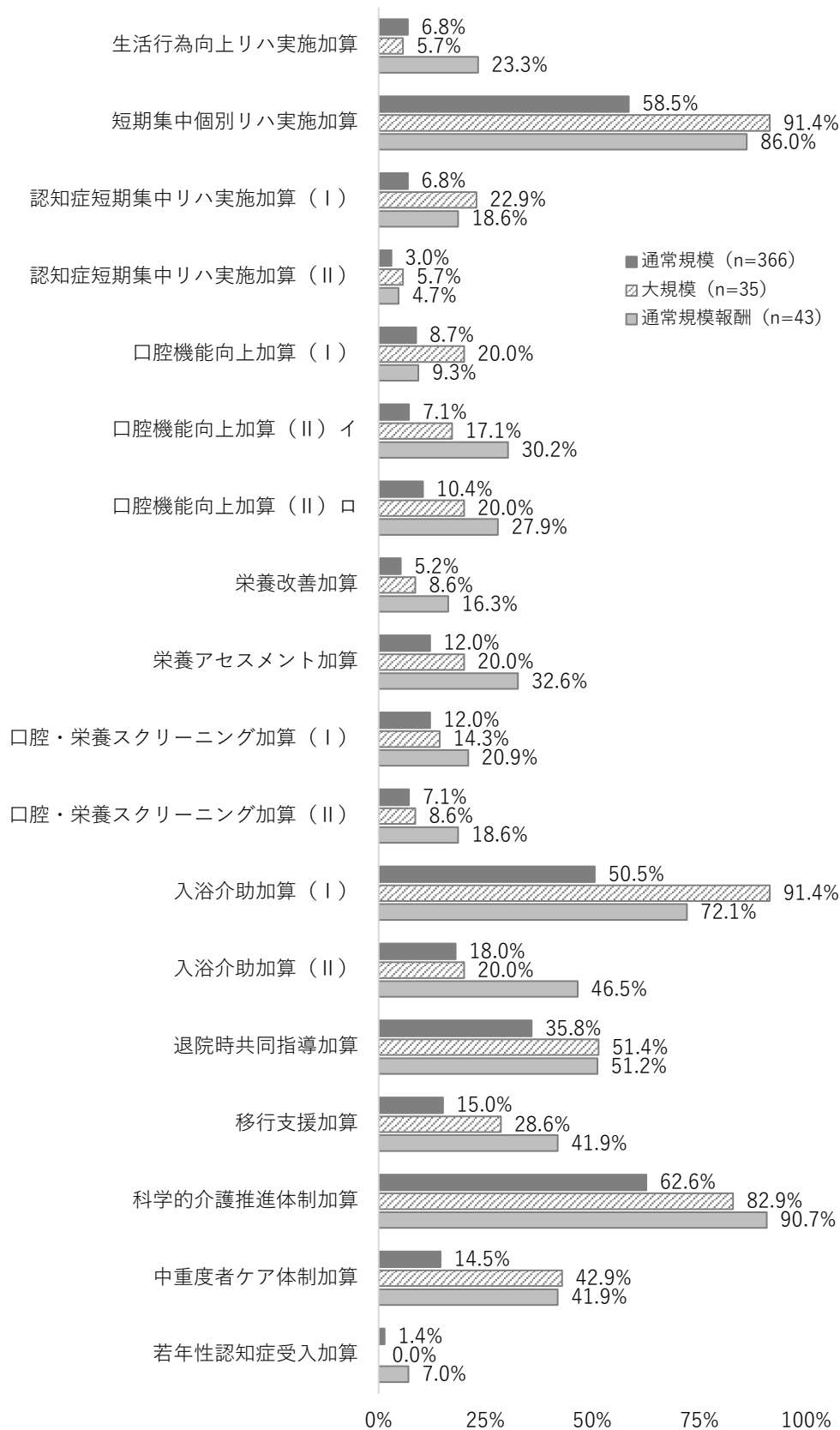


図2-3-14 各種加算の算定状況（算定ありの割合）（事業所規模別）



各種加算の算定状況について専門職の配置有無別にみると、「歯科衛生士」を配置している事業所において、「口腔機能向上加算」「口腔・栄養スクリーニング加算」の算定割合が高い傾向にあった。加えて、「歯科衛生士」「管理栄養士」を配置している事業所にて、「科学的介護推進体制加算」算定割合が高かった（図 2-3-15）。

リハ3職種の配置有無別にみると「リハ3職種の配置あり」にて「リハ3職種の配置なし」より、加算の算定割合が高かった（表 2-3-3）。

図2-3-15 各種加算の算定状況（算定ありの割合）（専門職配置有無別）

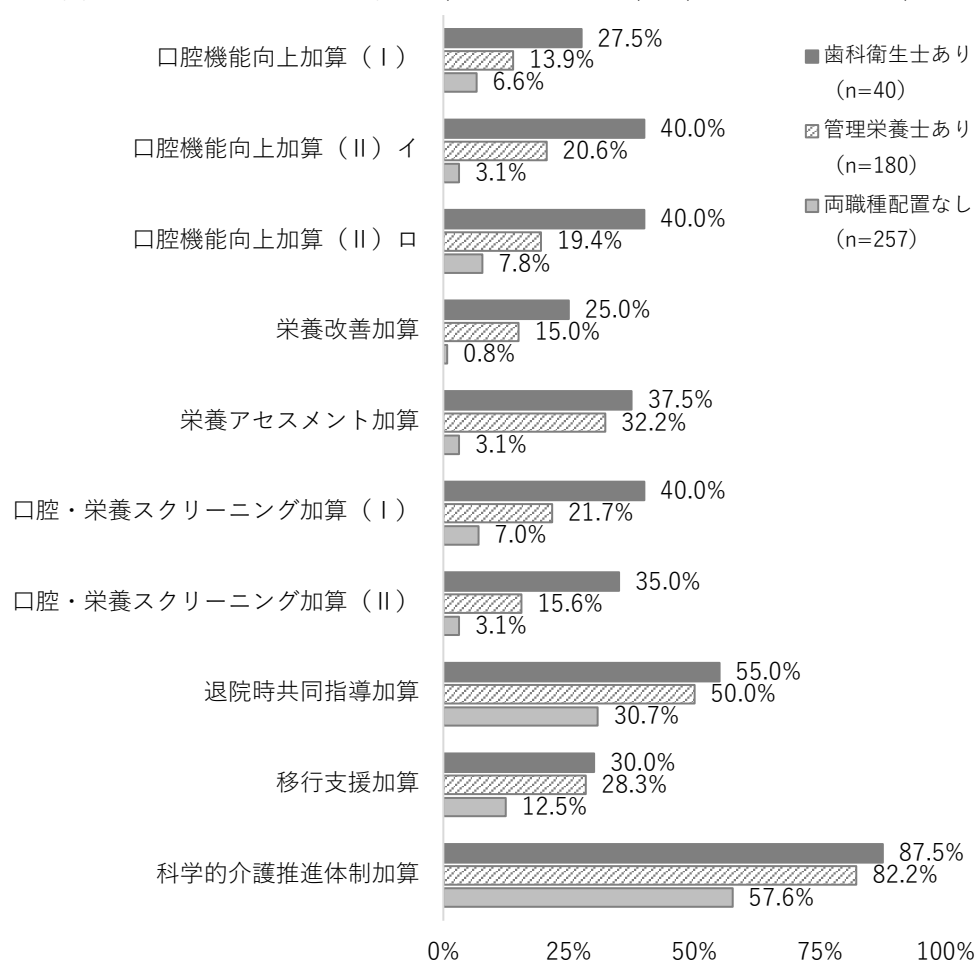


表2-3-3 各種加算の算定状況（算定ありの割合）

（利用者/リハ比別・リハ3職種配置有無別）

		利用者/リハ比		リハ3職種配置	
		10:1以上	10:1未満	配置あり	配置なし
n		274	118	137	303
1	生活行為向上リハ実施加算	9.1%	6.8%	16.1%	5.0%
2	短期集中個別リハ実施加算	65.7%	66.9%	78.1%	58.1%
3	認知症短期集中リハ実施加算（Ⅰ）	9.9%	8.5%	14.6%	7.3%
4	認知症短期集中リハ実施加算（Ⅱ）	3.6%	3.4%	5.1%	2.6%
5	口腔機能向上加算（Ⅰ）	9.9%	10.2%	14.6%	7.6%
6	口腔機能向上加算（Ⅱ）イ	10.6%	7.6%	21.9%	5.0%
7	口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ	15.0%	10.2%	27.0%	6.6%
8	栄養改善加算	7.7%	6.8%	11.7%	4.3%
9	栄養アセスメント加算	18.2%	11.0%	23.4%	11.2%
10	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	14.6%	10.2%	21.2%	9.6%
11	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	9.5%	5.9%	13.1%	6.3%
12	退院時共同指導加算	40.5%	35.6%	49.6%	34.0%
13	移行支援加算	23.0%	10.2%	36.5%	10.9%
14	科学的介護推進体制加算	69.0%	66.9%	85.4%	60.1%

表2-3-4 各種加算の算定状況（算定ありの割合）

		n	%	条件
1	重度療養管理加算	348	19.3%	1-2時間のみを除く
2	リハビリテーション提供体制加算	339	77.6%	1-2時間のみ、2-3時間のみを除く
3	理学療法士等体制強化加算	215	54.0%	1-2時間ありに限る

口腔機能向上加算に関わる職種は、「言語聴覚士」60.0%、「看護師・准看護師」51.3%、「介護福祉士」27.8%、「歯科衛生士」20.0%の順に割合が高かった。また、栄養改善加算に関わる職種は、「管理栄養士」86.2%の割合が最も高かった（表2-3-5）。

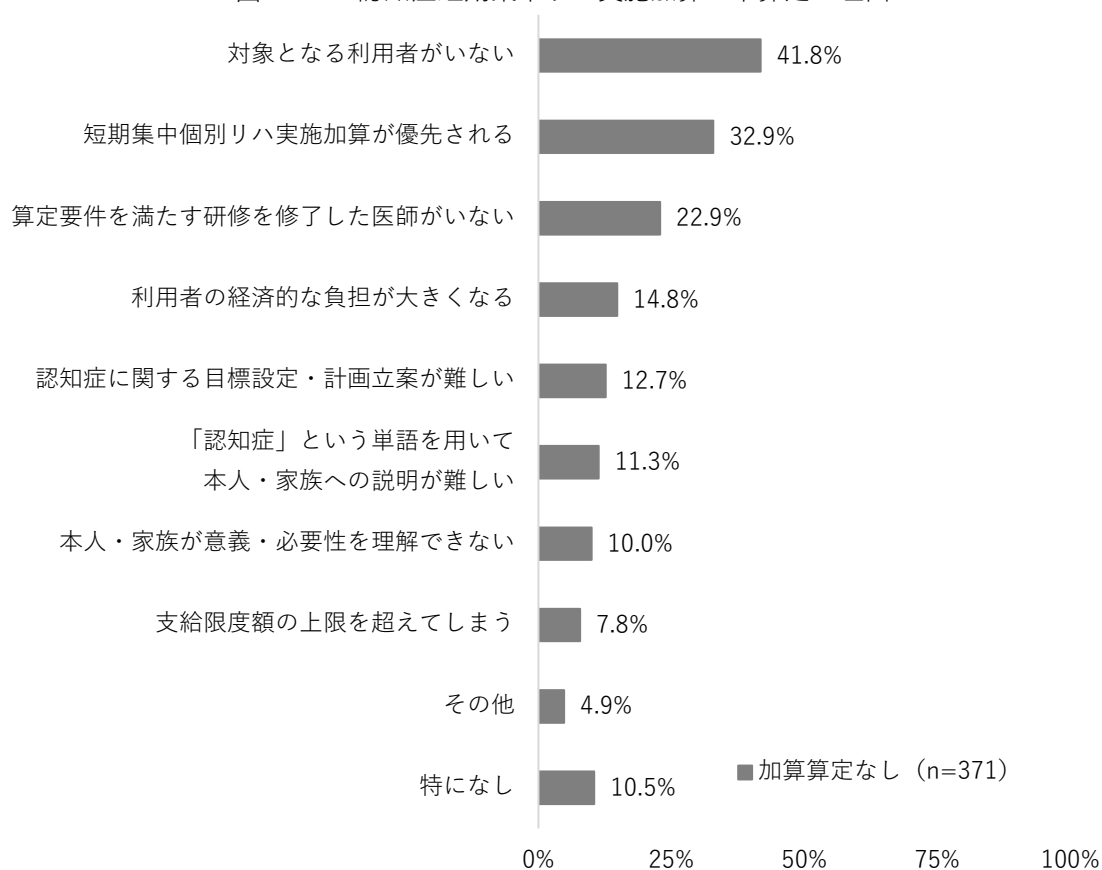
表2-3-5 各種加算に関わる職種

		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
n		115	29	66	75
1	医師	19.1%	24.1%	27.3%	6.7%
2	理学療法士	16.5%	24.1%	25.8%	34.7%
3	作業療法士	12.2%	20.7%	18.2%	20.0%
4	言語聴覚士	60.0%	17.2%	15.2%	21.3%
5	看護師・准看護師	51.3%	34.5%	31.8%	38.7%
6	介護福祉士	27.8%	34.5%	39.4%	48.0%
7	介護職員	15.7%	27.6%	22.7%	25.3%
8	管理栄養士	9.6%	86.2%	81.8%	42.7%
9	歯科衛生士	20.0%	3.4%	4.5%	14.7%
10	その他	2.6%	10.3%	6.1%	1.3%

※ 各種加算の算定ありに限る

認知症短期集中リハ実施加算を算定していない理由は、「対象となる利用者がいない」41.8%、「短期集中個別リハ実施加算が優先される」32.9%、「算定要件を満たす研修を修了した医師がいない」22.9%の順に割合が高かった（図 2-3-16）。

図2-3-16 認知症短期集中リハ実施加算の未算定の理由



※ 認知症短期集中リハ実施加算の算定なしに限る

介護職員等処遇改善加算の算定状況は、「Ⅰ」46.2%、「算定なし」21.4%の順に割合が高かった（図2-3-17）。介護職員等処遇改善加算における「算定なし」の割合を開設主体別にみると、「病院」32.9%、「診療所」31.5%、「介護老人保健施設」2.6%であった。また、事業所規模別にみると「通常規模」25.7%にて、サービス提供時間別にみると「4時間未満のみ」53.8%にて、割合が高い傾向にあった（表2-3-6）。

介護職員等処遇改善加算の未算定の理由は、「介護職員が少ない（いない）」56.3%の割合が最も高く、「加算算定に係る事務手続きが煩雑」22.9%、「開設主体の職員の賃金と事業所の職員の賃金に差が出てしまう」12.5%、「事業所内における職員間の賃金配分が難しい」12.5%が続き、「特になし」13.5%もみられた（図2-3-18）。開設主体別では「病院」「診療所」にて、サービス提供時間別では「4時間未満のみ」にて、「介護職員が少ない（いない）」の割合が高かった（表2-3-7）。

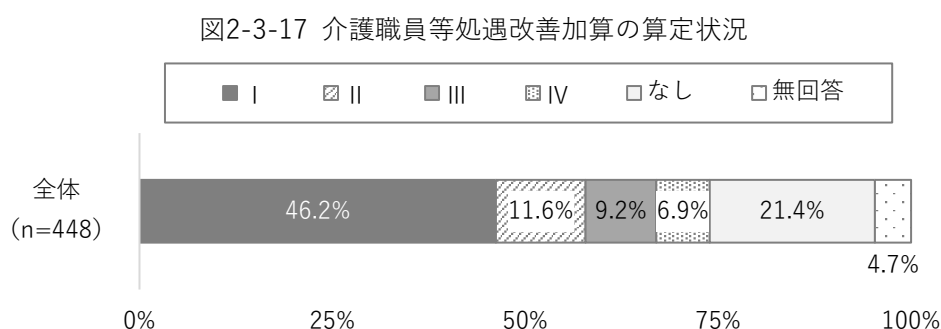


表2-3-6 介護職員等処遇改善加算の算定状況  
（開設主体別・事業所規模別・サービス提供時間別）

		開設主体			事業所規模			サービス提供時間	
		病院	診療所	介護老人保健施設	通常規模	大規模	通常規模報酬	4時間未満のみ	6時間以上のみ
n		152	130	156	366	35	43	143	97
1	Ⅰ	34.2%	30.0%	70.5%	41.3%	65.7%	72.1%	13.3%	56.7%
2	Ⅱ	8.6%	14.6%	12.8%	12.0%	8.6%	11.6%	11.9%	14.4%
3	Ⅲ	11.2%	13.1%	3.8%	9.8%	8.6%	4.7%	9.1%	6.2%
4	Ⅳ	9.9%	7.7%	3.8%	7.1%	8.6%	4.7%	9.1%	8.2%
5	なし	32.9%	31.5%	2.6%	25.7%	2.9%	2.3%	53.8%	9.3%

図2-3-18 介護職員等処遇改善加算の未算定の理由

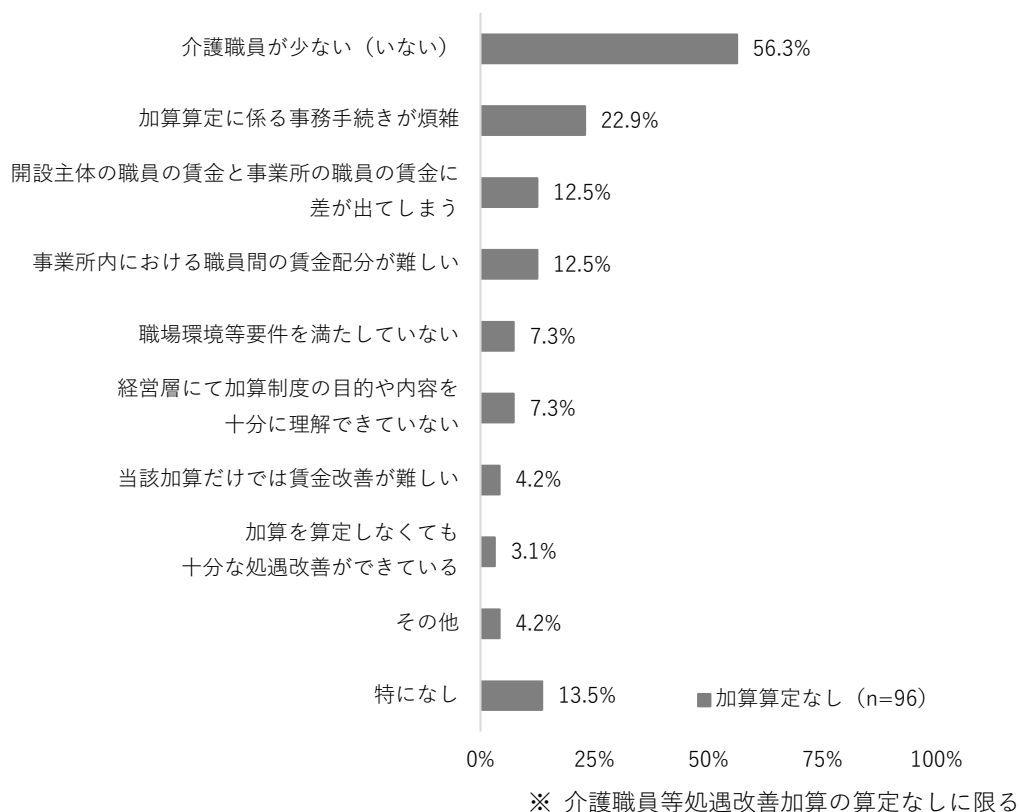


表2-3-7 介護職員等処遇改善加算の未算定の理由（開設主体別・サービス提供時間別）

		開設主体			サービス提供時間	
		病院	診療所	介護老人保健施設	4時間未満のみ	6時間以上のみ
	n	50	41	4	77	9
1	介護職員が少ない（いない）	66.0%	51.2%	0.0%	64.9%	11.1%
2	加算算定に係る事務手続きが煩雑	18.0%	31.7%	0.0%	24.7%	0.0%
3	開設主体の職員の賃金と事業所の職員の賃金に差が出てしまう	14.0%	9.8%	25.0%	10.4%	22.2%
4	事業所内における職員間の賃金配分が難しい	8.0%	19.5%	0.0%	11.7%	11.1%
5	職場環境等要件を満たしていない	6.0%	9.8%	0.0%	9.1%	0.0%
6	経営層にて加算制度の目的や内容を十分に理解できていない	4.0%	12.2%	0.0%	9.1%	0.0%
7	当該加算だけでは賃金改善が難しい	6.0%	2.4%	0.0%	5.2%	0.0%
8	加算を算定しなくても十分な処遇改善ができています	0.0%	4.9%	25.0%	2.6%	0.0%
9	その他	8.0%	0.0%	0.0%	1.3%	33.3%
10	特になし	10.0%	12.2%	50.0%	11.7%	33.3%

※ 介護職員等処遇改善加算の算定なしに限る

科学的介護推進体制加算(LIFE)の事業所フィードバック票を活用している割合は56.2%であった(図2-3-19)。フィードバック票の活用方法は、「利用者へ適切なサービスを提供するためのサービス計画の作成」56.5%、「事業所全体としてのサービスの質の更なる向上」56.0%の割合が高かった(図2-3-20)。また、活用手法は「カンファレンスでの検討」73.2%の割合が最も高かった(図2-3-21)。

一方、事業所フィードバック票を未活用の理由は、「活用方法がわからない」64.6%、「時間がない」46.5%であった(図2-3-22)。

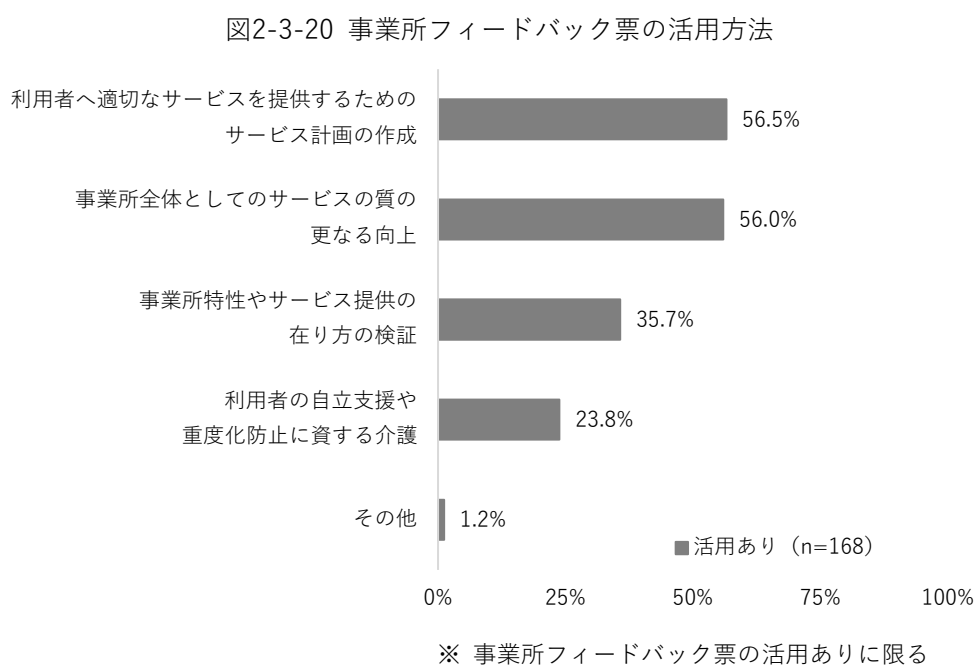
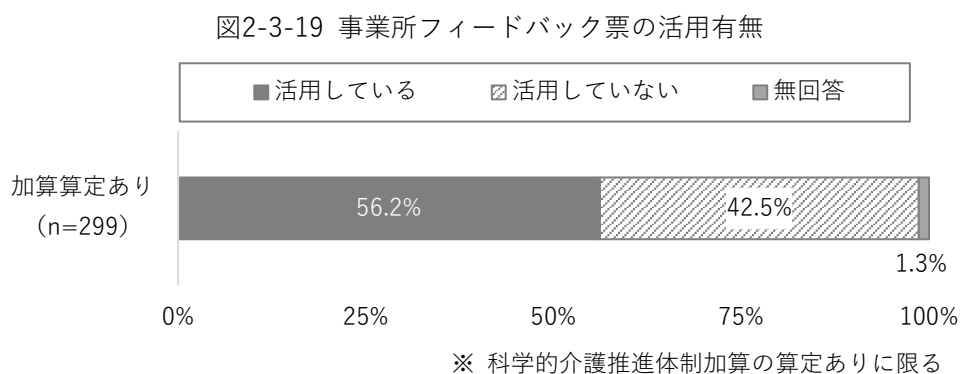
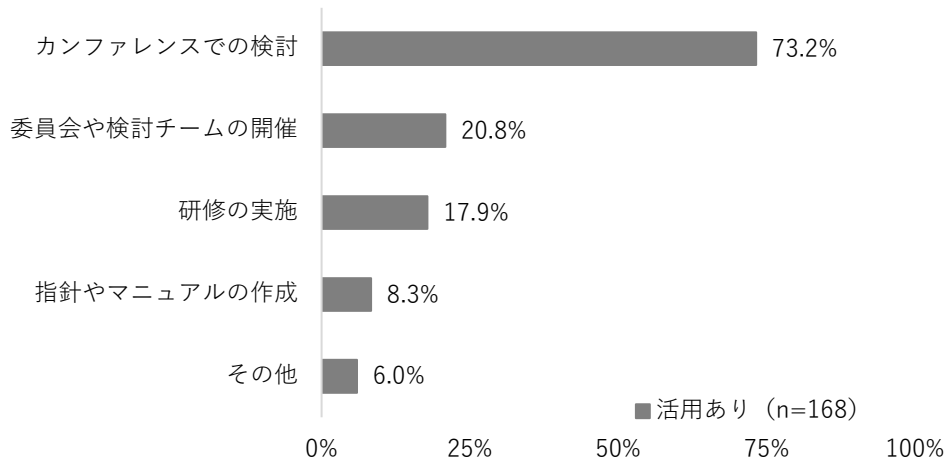
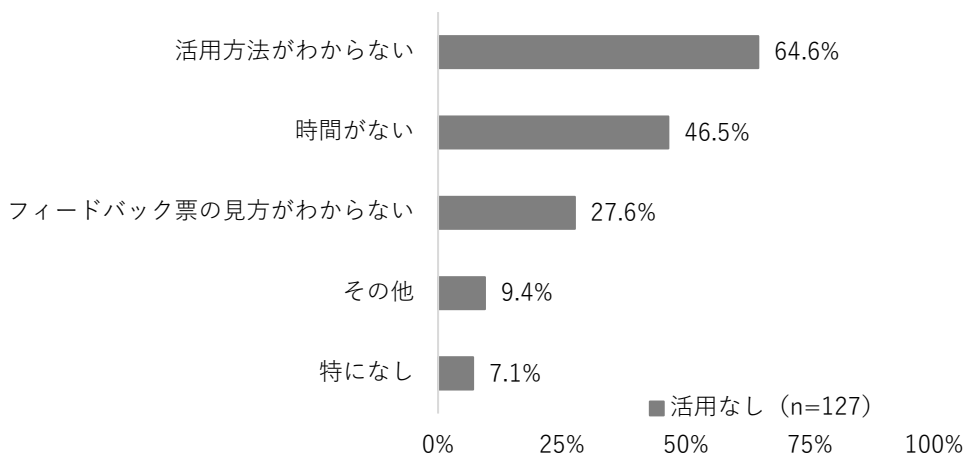


図 2-3-21 事業所フィードバック票の活用手法



※ 事業所フィードバック票の活用ありに限る

図 2-3-22 事業所フィードバック票を未活用の理由



※ 事業所フィードバック票の活用なしに限る

各種取組の実施状況では、「心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」50.7%、「利用者の補装具の作製・評価・調整」42.6%、「送迎時の居宅内介助」39.7%の割合が高かった。他方、「利用者間のピアサポート」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」「地域の通いの場等への同行評価」は1割前後であった（図2-3-23）。事業所規模別にみると、「大規模」「通常規模報酬」において各種取組の実施割合が比較的高かった（表2-3-8）。

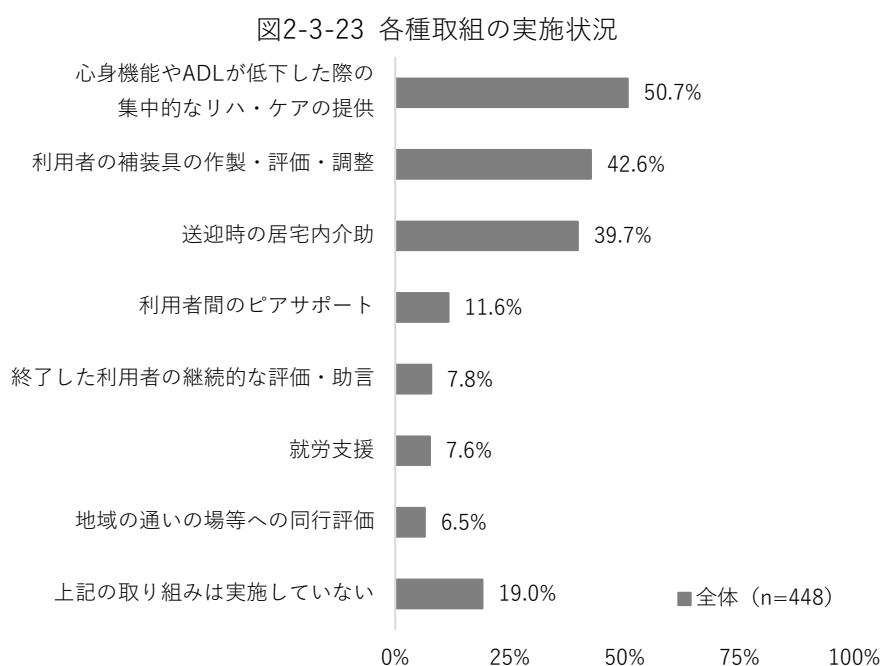


表2-3-8 各種取組の実施状況（事業所規模別）

		事業所規模		
		通常規模	大規模	通常規模報酬
n		366	35	43
1	心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供	48.4%	62.9%	62.8%
2	利用者の補装具の作製・評価・調整	39.6%	51.4%	62.8%
3	送迎時の居宅内介助	36.9%	57.1%	51.2%
4	利用者間のピアサポート	11.2%	14.3%	14.0%
5	終了した利用者の継続的な評価・助言	6.3%	8.6%	20.9%
6	就労支援	7.4%	0.0%	16.3%
7	地域の通いの場等への同行評価	6.0%	8.6%	9.3%
8	上記の取り組みは実施していない	21.9%	2.9%	7.0%

居宅訪問を実施している事業所は75.7%であった(図2-3-24)。そのうち、「全員(10割)」に実施している割合は52.8%であった(図2-3-25)。居宅訪問の実施頻度は、1人の利用者に対して「1年に1回程度」が28.9%、「それ以下の頻度」が43.7%であった(図2-3-26)。

図2-3-24 居宅訪問の実施有無

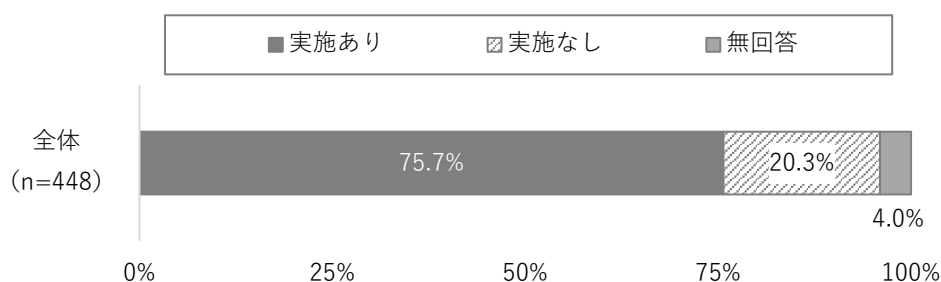
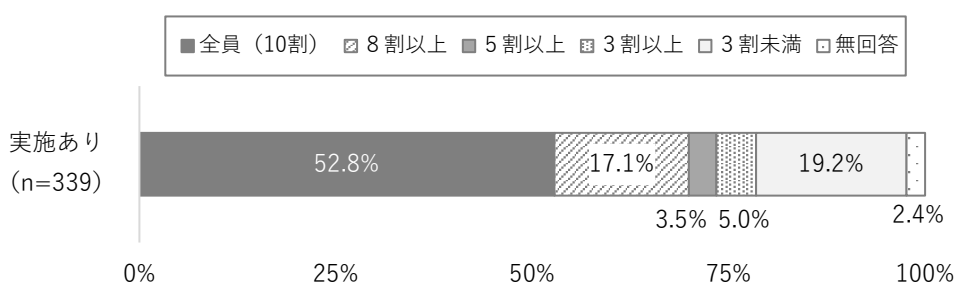
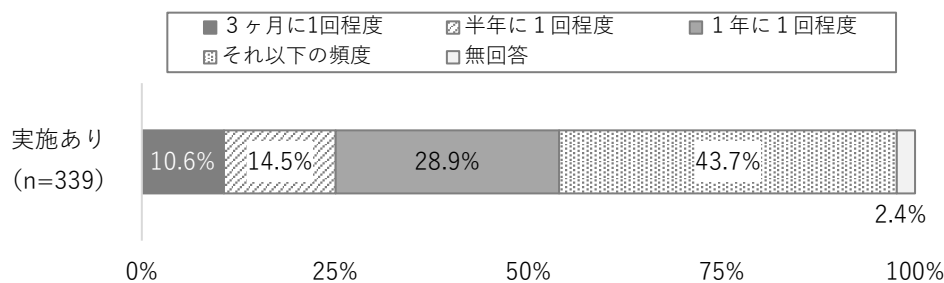


図2-3-25 居宅訪問の実施割合



※ 居宅訪問の実施ありに限る

図2-3-26 居宅訪問の実施頻度(1人の利用者あたり)



※ 居宅訪問の実施ありに限る

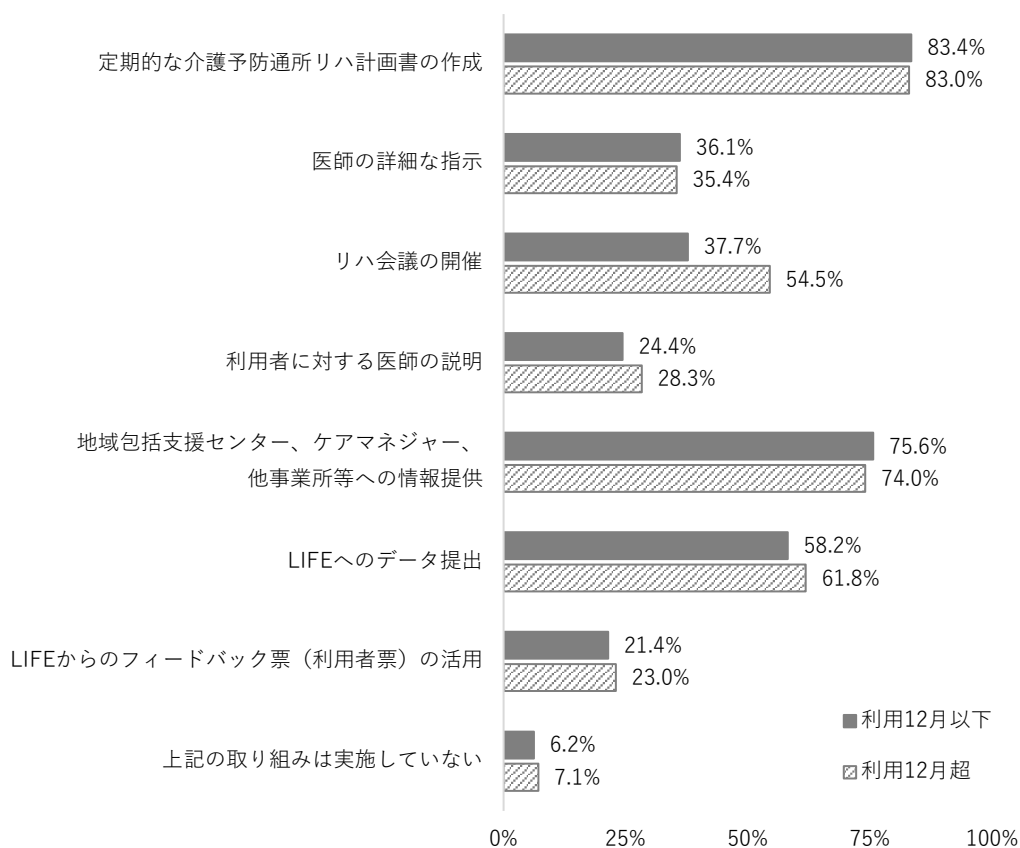
#### 4. 各種取組の状況（要支援）

要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みにて、「リハ会議の開催」の割合は、「12月以下」の利用者 37.7%に対して、「12月超」54.5%であった。また、「LIFE へのデータ提出」は「12月以下」58.2%、「12月超」61.8%、「LIFE からのフィードバック票の活用」は 21.4%・23.0%であった（図 2-4-1）。

事業所規模別にみると、「通常規模報酬」にて、「リハ会議の開催」「LIFE へのデータ提出」の割合が高い傾向にあった。一方、「LIFE からのフィードバック票の活用」において、差は見られなかった（表 2-4-1）。

なお、各取り組みを実施している事業所において、要支援利用者に対する実施割合は、概ね 8～9 割であった（表 2-4-2）。

図2-4-1 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施有無（n=435）



※ 要支援者がいた事業所に限る

表2-4-1 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施有無（事業所規模別）

		利用12月以下			利用12月超		
		通常規模	大規模	通常規模 報酬	通常規模	大規模	通常規模 報酬
n		357	33	41	357	33	41
1	定期的な介護予防通所リハ計画書の作成	82.9%	90.9%	85.4%	81.8%	90.9%	90.2%
2	医師の詳細な指示	34.7%	27.3%	56.1%	34.2%	27.3%	53.7%
3	リハ会議の開催	35.3%	30.3%	65.9%	52.4%	45.5%	82.9%
4	利用者に対する医師の説明	25.5%	9.1%	26.8%	28.6%	12.1%	39.0%
5	地域包括支援センター、ケアマネジャー、他事業所等への情報提供	74.5%	84.8%	80.5%	73.7%	72.7%	80.5%
6	LIFEへのデータ提出	56.6%	60.6%	73.2%	59.7%	66.7%	78.0%
7	LIFEからのフィードバック票（利用者票）の活用	20.7%	27.3%	22.0%	22.1%	24.2%	29.3%
8	上記の取り組みは実施していない	7.3%	0.0%	2.4%	8.1%	3.0%	2.4%

※ 要支援者がいた事業所に限る

表2-4-2 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施割合  
（全員（10割）の割合）

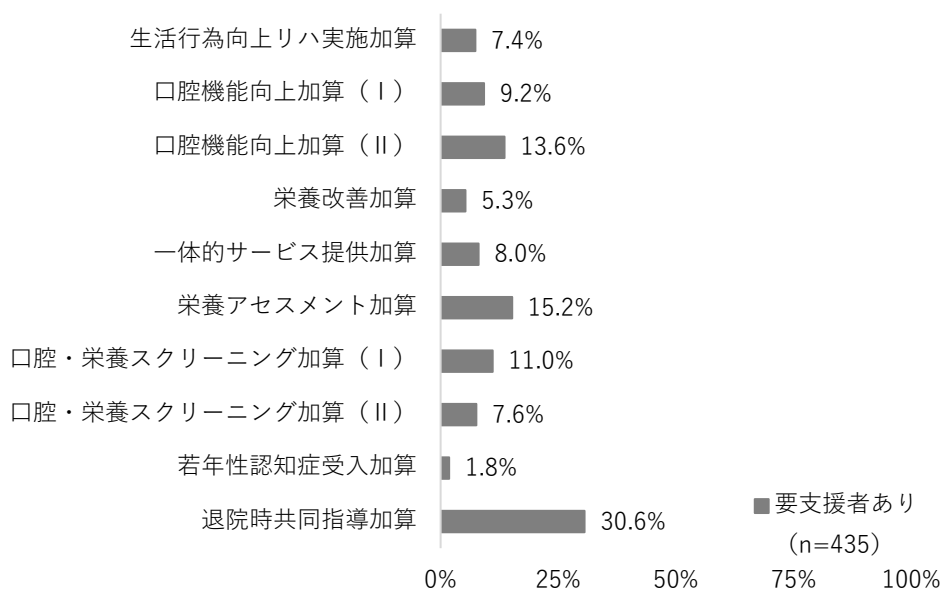
		利用12月以下		利用12月超	
		n	%	n	%
1	定期的な介護予防通所リハ計画書の作成	337	92.8%	340	94.2%
2	医師の詳細な指示	142	90.4%	145	94.2%
3	リハ会議の開催	134	81.7%	208	87.8%
4	利用者に対する医師の説明	81	76.4%	99	80.5%
5	地域包括支援センター、ケアマネジャー、他事業所等への情報提供	290	88.1%	290	90.1%
6	LIFEへのデータ提出	235	92.9%	256	95.2%
7	LIFEからのフィードバック票（利用者票）の活用	74	79.6%	79	79.0%

※ 各取り組みの実施ありに限る

要支援に対する各種加算の算定状況について、「退院時共同指導加算」は30.6%であった。他方、その他口腔・栄養に関連する加算等の算定割合は1割前後であった（図2-4-2）。

専門職の配置有無別にみると、「歯科衛生士あり」にて各種加算算定の割合が高かった（図2-4-3）。また、リハ3職種の配置有無別では、「配置あり」にて各種加算算定の割合が高い傾向にあった（表2-4-3）。

図2-4-2 要支援に対する各種加算の算定状況（算定ありの割合）



※ 要支援者がいた事業所に限る

図2-4-3 要支援に対する各種加算の算定状況（算定ありの割合）（専門職配置有無別）

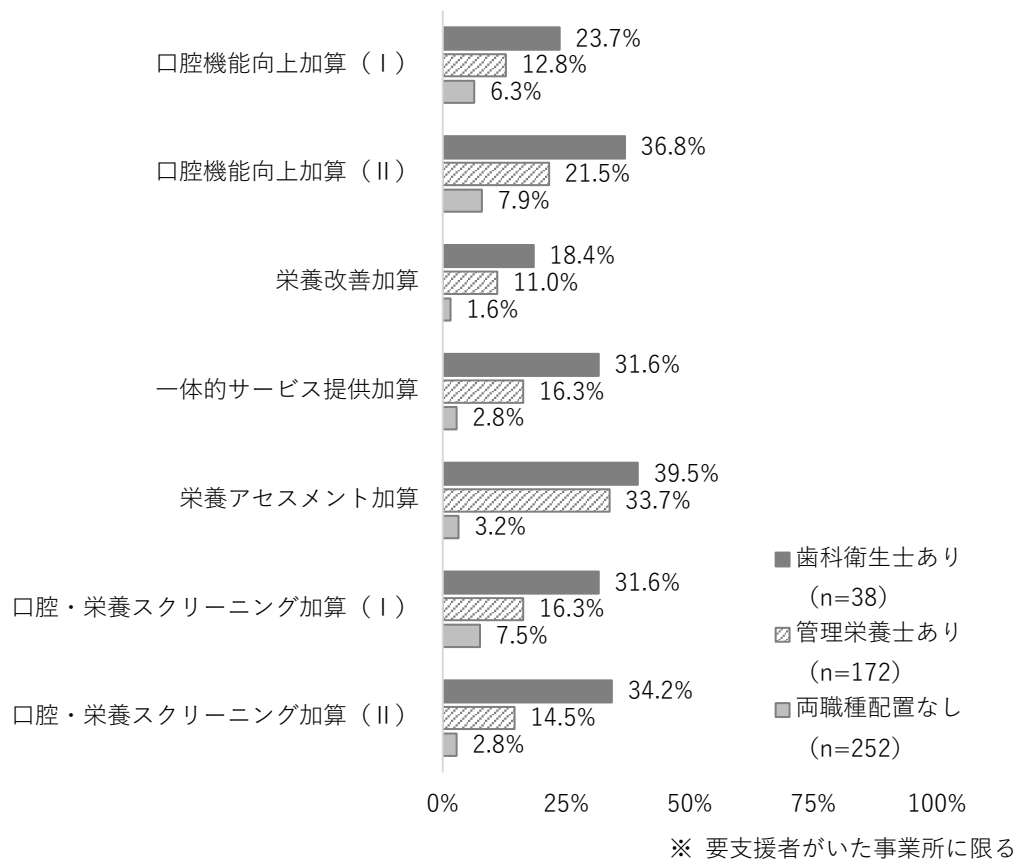


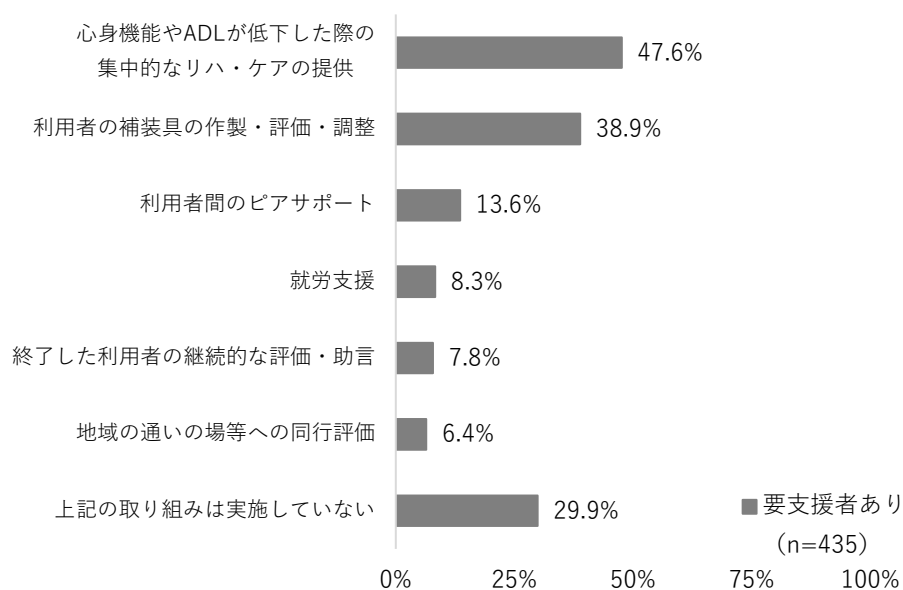
表2-4-3 要支援に対する各種加算の算定状況（算定ありの割合）  
（事業所規模別・リハ3職種配置有無別）

	事業所規模	事業所規模			リハ3職種配置	
		通常規模	大規模	通常規模報酬	配置あり	配置なし
n		357	33	41	135	172
1	生活行為向上リハ実施加算	5.9%	9.1%	19.5%	14.8%	4.1%
2	口腔機能向上加算 (I)	8.7%	18.2%	7.3%	14.1%	7.2%
3	口腔機能向上加算 (II)	12.0%	15.2%	26.8%	28.9%	6.8%
4	栄養改善加算	4.8%	6.1%	9.8%	8.1%	4.1%
5	一体的サービス提供加算	6.4%	15.2%	17.1%	13.3%	5.8%
6	栄養アセスメント加算	12.6%	21.2%	31.7%	24.4%	11.3%
7	口腔・栄養スクリーニング加算 (I)	10.9%	12.1%	12.2%	15.6%	9.2%
8	口腔・栄養スクリーニング加算 (II)	6.7%	9.1%	14.6%	12.6%	5.5%
9	若年性認知症受入加算	2.0%	0.0%	2.4%	2.2%	1.7%
10	退院時共同指導加算	30.3%	39.4%	26.8%	36.3%	28.4%

※ 要支援者がいた事業所に限る

各種取組の実施状況においては、「心身機能や ADL が低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」47.6%、「利用者の補装具の作製・評価・調整」38.9%の実施割合が高かった一方で、「上記の取り組みは実施していない」29.9%もみられた（図 2-4-4）。事業所規模別では、「大規模」「通常規模報酬」にて実施割合が高い傾向にあった（表 2-4-4）。

図2-4-4 各種取組の実施状況（要支援）



※ 要支援者がいた事業所に限る

表2-4-4 各種取組の実施状況（要支援）（事業所規模別）

	事業所規模	事業所規模		
		通常規模	大規模	通常規模報酬
	n	357	33	41
1	心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供	45.9%	63.6%	51.2%
2	利用者の補装具の作製・評価・調整	36.4%	48.5%	53.7%
3	利用者間のピアサポート	12.6%	21.2%	17.1%
4	就労支援	8.1%	0.0%	17.1%
5	終了した利用者の継続的な評価・助言	6.4%	9.1%	19.5%
6	地域の通いの場等への同行評価	5.6%	12.1%	9.8%
7	上記の取り組みは実施していない	31.9%	12.1%	24.4%

※ 要支援者がいた事業所に限る

要支援者の居宅を訪問している事業所は63.2%であった（図2-4-5）。そのうち、「全員（10割）」に実施している割合は57.5%であった（図2-4-6）。居宅訪問の実施頻度は、1人の利用者に対して「1年に1回程度」が34.2%、「それ以下の頻度」が44.7%であった（図2-4-7）。

図2-4-5 居宅訪問の実施有無（要支援）

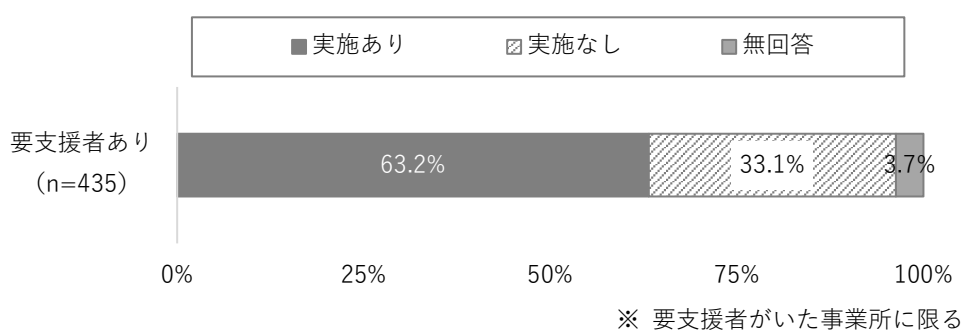


図2-4-6 居宅訪問の実施割合（要支援）

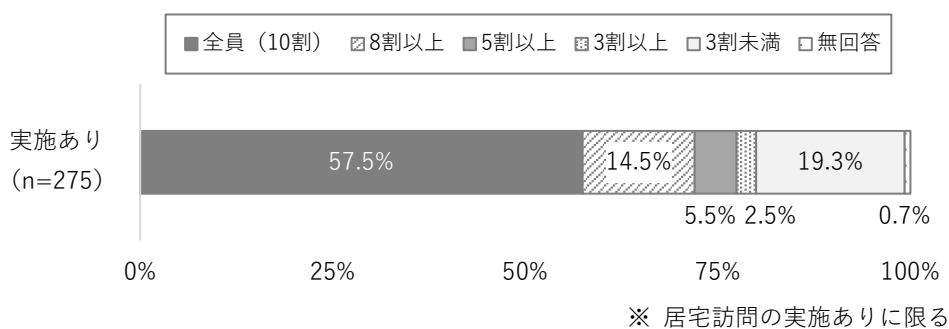
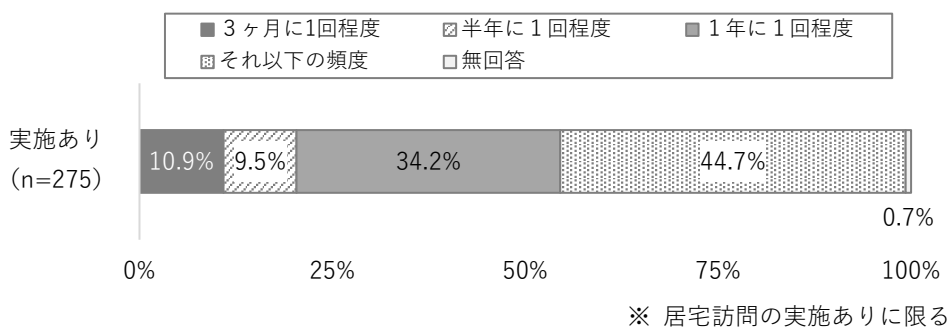


図2-4-7 居宅訪問の実施頻度（要支援）（1人の利用者あたり）



## 5. 事業所における取り組み

事業所における取り組みとして、「事業継続計画の作成」「高齢者虐待防止措置への対応」「身体的拘束廃止への対応」の実施割合は、概ね9割であった（図2-5-1）。

事業継続計画の実施内容では、「感染症対策」97.3%、「非常災害対策」97.1%であった（図2-5-2）。高齢者虐待防止措置および身体的拘束廃止の実施内容は、各項目にて8割を超えた（図2-5-3、2-5-4）。

図2-5-1 事業所における取り組みの実施有無（n=448）

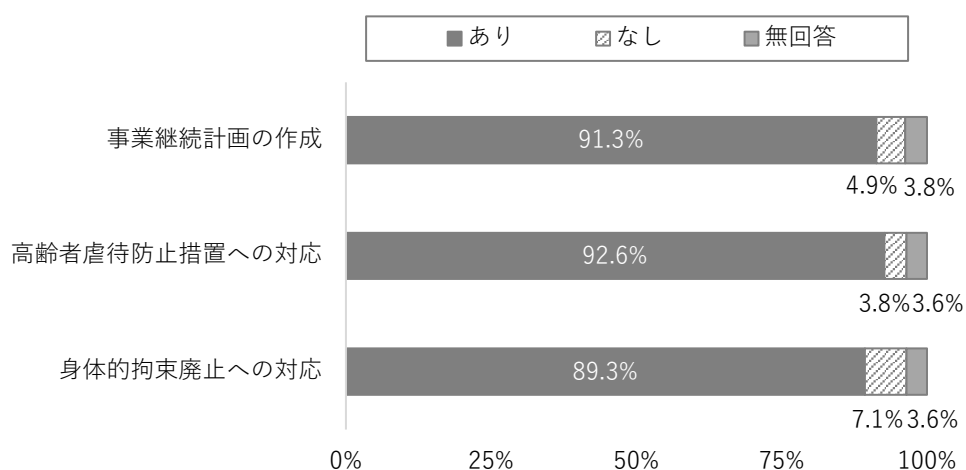
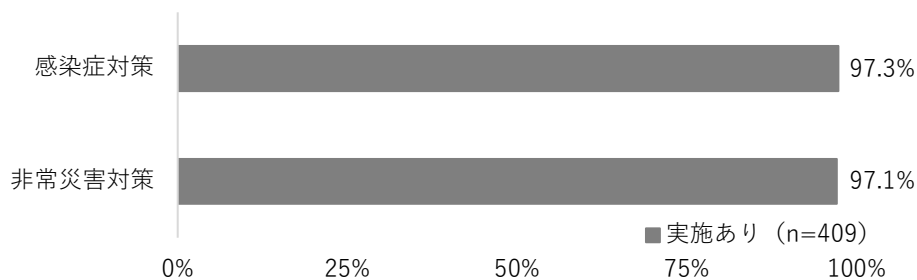
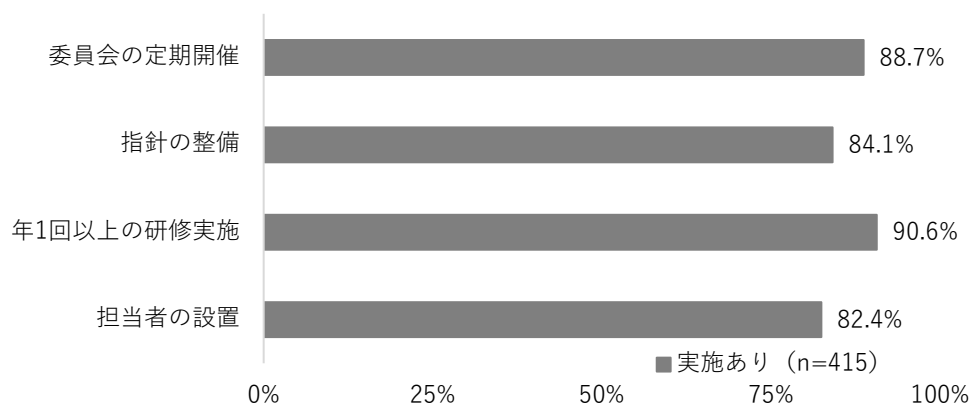


図2-5-2 事業継続計画の実施内容



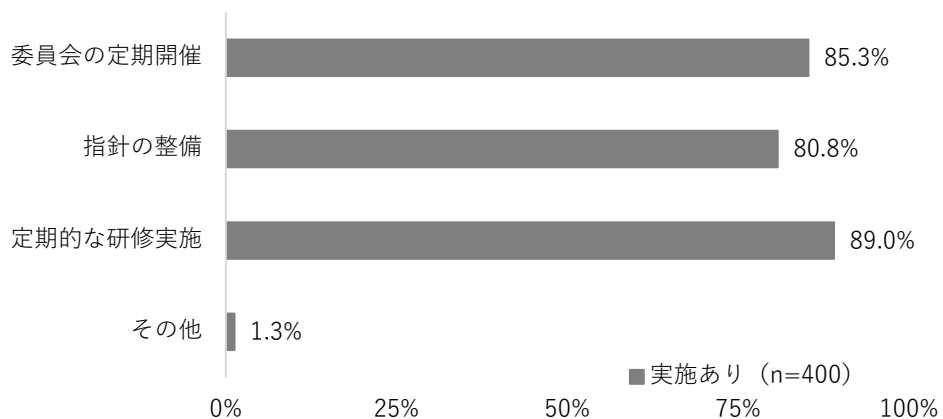
※ 事業継続計画の作成ありに限る

図 2-5-3 高齢者虐待防止措置の実施内容



※ 高齢者虐待防止措置への対応ありに限る

図 2-5-4 身体的拘束廃止の実施内容



※ 身体的拘束廃止への対応ありに限る

片道の平均送迎時間は、「11～20分」31.9%、「21～30分」32.6%の割合が高かった。また、最大送迎時間は、「11～20分」14.7%、「21～30分」40.0%、「31～40分」17.6%の割合が高かったが、「60分超」3.3%もみられた（図 2-5-5）。

片道の平均送迎距離は、「2～3km 未満」18.8%、「3～5km 未満」16.3%、「5～7km 未満」27.7%の割合が高かった。また、最大送迎距離は、「5～7km 未満」21.0%、「7～10km 未満」21.2%、「10km 以上」33.3%であった（図 2-5-6）。

図 2-5-5 平均送迎時間（片道）（n=448）

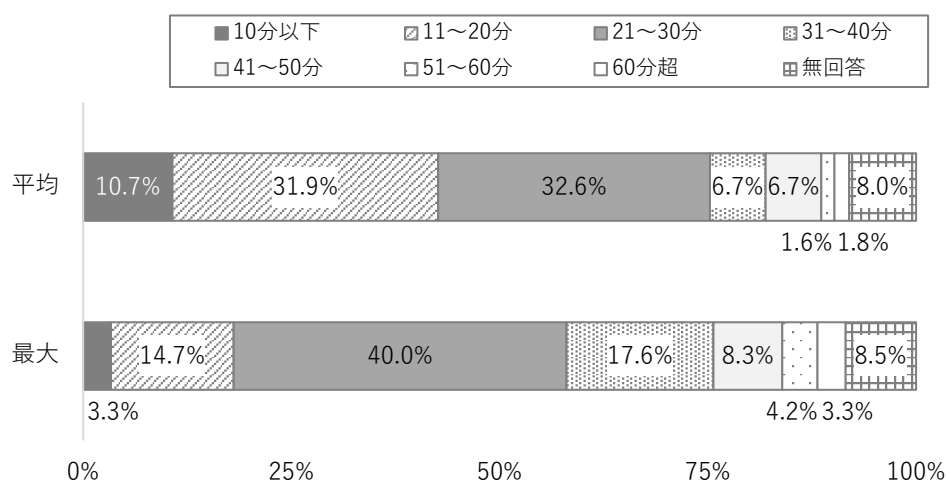
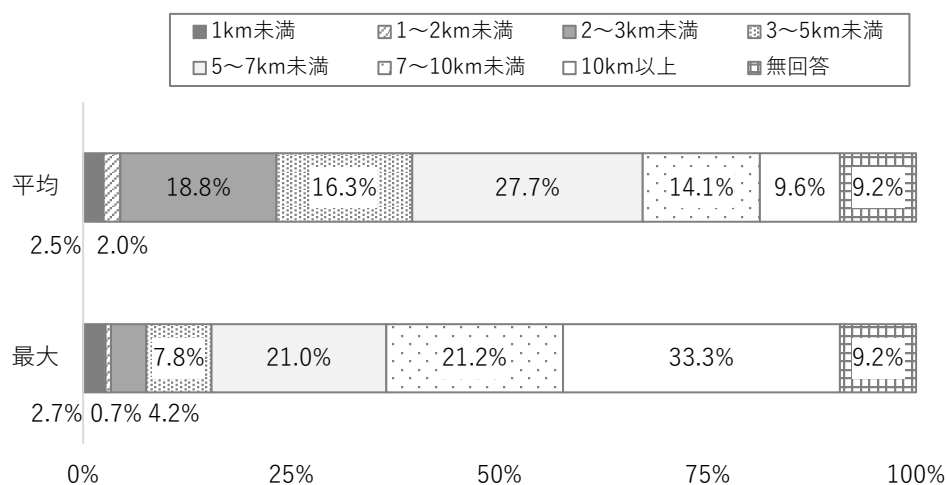


図 2-5-6 平均送迎距離（片道）（n=448）



共生型サービスを実施している事業所は、1.1%であった（図2-5-7）。実施事業所における主な課題は、「他事業所との連携」「費用按分」「障がいに対する理解」であった（表2-5-1）。

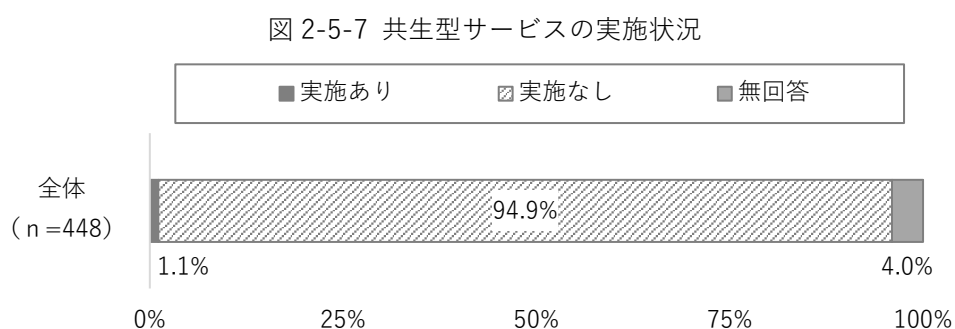


表2-5-1 共生型サービスの実施における課題と工夫点

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の事業所との連携。</li> <li>・費用の按分（光熱費や給食・事務職員等の人件費等）。</li> <li>・介護と障害、見える化に伴う経営状況の作成等。</li> <li>・障がいの程度の把握に難しさがある。</li> <li>・介護保険と障害者総合支援法の理解・周知。</li> </ul>
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他施設の見学。</li> <li>・施設の有効活用。</li> <li>・相談支援事業所へのサービス内容の紹介。</li> <li>・職員の配置（兼務辞令等）。</li> <li>・障がいについての勉強会・理解促進。</li> </ul>

送迎を他事業所と共同で実施している事業所は、3.6%であった（図2-5-8）。実施事業所における主な課題は、「時間管理・調整」「情報共有」「リスク管理」であった（表2-5-2）。

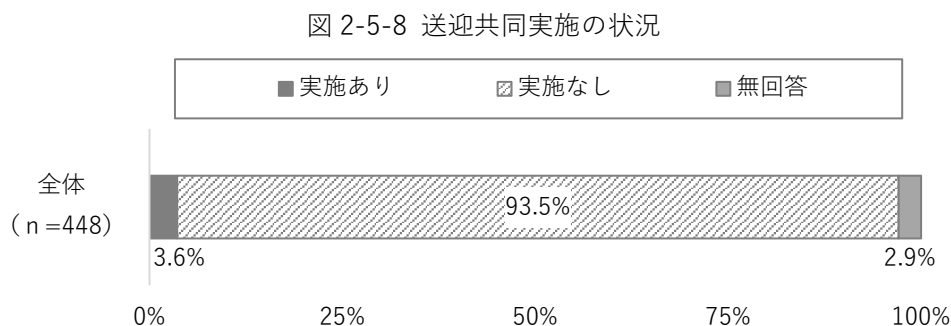


表2-5-2 送迎共同実施における課題と工夫点

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間の管理、遅延時の対応が難しい。急なキャンセルへの対応。</li> <li>・ 時間厳守が困難な場合がある。</li> <li>・ 通常送迎と一緒に送る予定で入れているが、送迎時間までに準備できていない。</li> <li>・ 迎時間等の調整がうまくいかず、お互い待つ状況になってしまうことがある。</li> <li>・ 送迎時間が重なり、方向が違えば待機時間が長くなってしまう。</li> <li>・ 各事業所で、開始や終了時刻が異なり、利用者様やご家族に待機して頂く時間ができること。</li> <li>・ 両事業所の業務を覚える必要があるため、負荷がある。</li> <li>・ 利用者やそのご家族に対する細かな情報や、個々の移乗する際の介助方法の手順等に対しての情報共有が、送迎に関わる全スタッフへ確実に周知できるか。</li> <li>・ 自宅内での転倒などのリスク管理。</li> <li>・ 伝達漏れ。変更の連絡が来ていないことがある。</li> </ul>
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の情報の共有（心身状況・動作・介助方法）。</li> <li>・ 利用時間の確認。送迎時間の調整。時間帯が合う場合のみ。</li> <li>・ 同一法人内の事業所間に限定。</li> <li>・ 職員の勤務時間の調整。他業務量の調整。</li> <li>・ 訪問介護との連携。ケアマネジャーとの連携。</li> </ul>

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は、5.1%であった（図2-5-9）。実施事業所における主な課題は、「人材・機材の確保」「送迎ルート」「緊急時の対応」「冬季等の対応」であった（表2-5-3）。

図 2-5-9 中山間地域サービスの実施状況

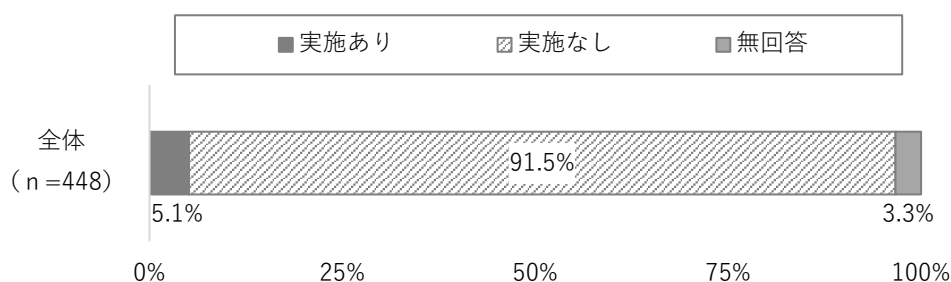
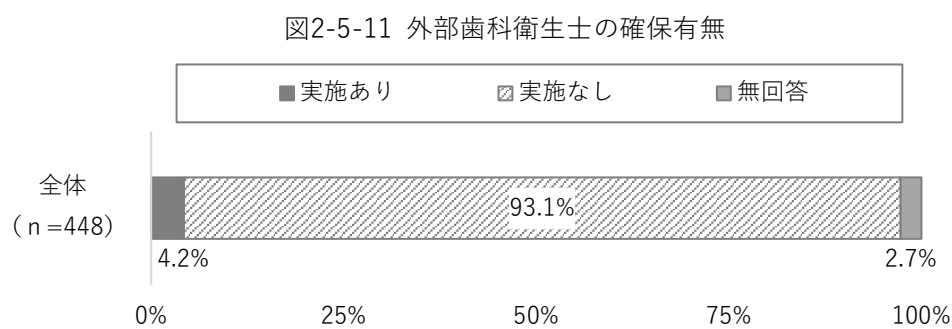
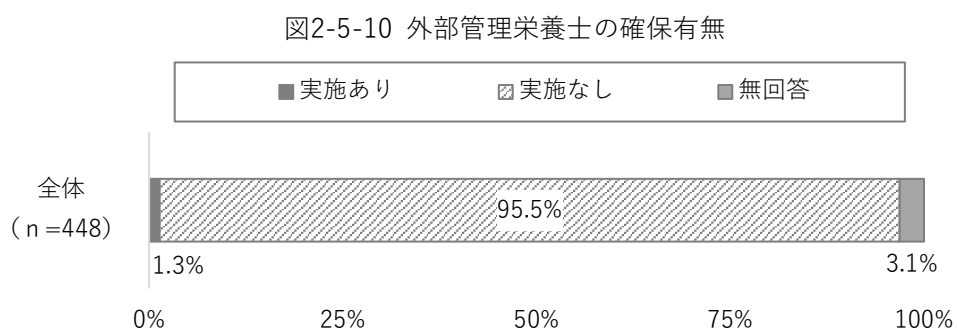


表2-5-3 中山間地域サービスの実施における課題と工夫点

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・送迎の時間・距離が長い。</li> <li>・車両の確保。職員の確保。売り上げに対する経費。</li> <li>・ルート作成の困難さ。遠方一軒のみの利用になると厳しい。</li> <li>・単独の送迎とならないように、ある程度の人数をまとめて行う必要がある。</li> <li>・緊急時の対応が難しい。</li> <li>・冬期間の除雪が不十分なところがある。</li> <li>・凍結道路の場合、想定より時間がかかり、事故の恐れもある。</li> <li>・降雪や豪雨など気象異常時の安全確保。</li> </ul>
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・送迎の調整など行い、なるべく地域のニーズに対応するよう心掛けている。</li> <li>・運営規定を改定し、送迎距離が長い利用者の受け入れを行うようにした。</li> <li>・乗車時間が短くなるように、ルートを作成する。</li> <li>・近隣の利用者を同じ曜日にしている。</li> <li>・当施設から中山間地域付近の利用者と一緒に送迎をしている。</li> <li>・当該地域専用で車両を1台確保している。</li> <li>・他のサービス事業所との連携。</li> <li>・ドライバーの技量の向上。</li> <li>・天候の確認、道路状況の把握、悪路の場合は複数名での送迎。</li> <li>・降雪や豪雨など気象異常時の対応に関して早めの判断と連携。</li> <li>・サービス開始前に、必ず訪問し状況の確認を行う。</li> </ul>

外部の管理栄養士を確保している割合は1.3%であった（図2-5-10）。また、外部の歯科衛生士を確保している割合は4.2%であった（図2-5-11）。



地域貢献活動の実施状況では、「連絡会議の開催・協力」38.2%、「勉強会・事例検討会の開催・協力」32.4%、「地域の通いの場の支援」32.1%の割合が高かった（図2-5-12）。事業所規模別にみると、「地域の通いの場の支援」は「大規模」「通常規模報酬」にて実施割合が高い傾向にあった（表2-5-4）。

図2-5-12 地域貢献活動の実施状況

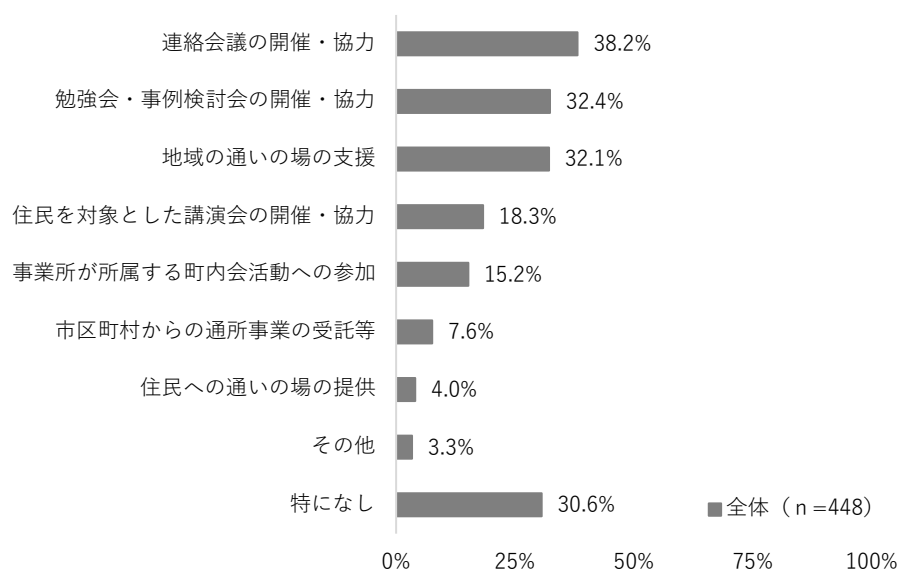


表2-5-4 地域貢献活動の実施状況（事業所規模別・設立主体別）

	事業所規模	事業所規模			設立主体		
		通常規模	大規模	通常規模報酬	病院	診療所	介護老人保険施設
n		366	35	43	152	130	156
1	連絡会議の開催・協力	37.4%	45.7%	39.5%	38.8%	31.5%	42.9%
2	勉強会・事例検討会の開催・協力	31.1%	45.7%	32.6%	40.1%	22.3%	33.3%
3	地域の通いの場の支援	29.5%	48.6%	41.9%	32.9%	17.7%	44.2%
4	住民を対象とした講演会の開催・協力	17.5%	22.9%	20.9%	27.0%	7.7%	18.6%
5	事業所が所属する町内会活動への参加	12.3%	34.3%	20.9%	3.3%	3.1%	5.8%
6	市区町村からの通所事業の受託等	7.4%	5.7%	9.3%	8.6%	3.8%	9.6%
7	住民への通いの場の提供	4.1%	0.0%	7.0%	11.2%	6.9%	25.0%
8	その他	2.5%	8.6%	7.0%	2.6%	1.5%	5.8%
9	特になし	32.5%	22.9%	18.6%	26.3%	53.1%	16.0%

### 第三節 訪問リハ事業所調査

#### 1. 基本情報

事業所の開設主体は「病院」が50.9%、「診療所」が23.8%、「介護老人保健施設」が23.8%であった（図3-1-1）。1営業日あたりの訪問件数は、「15件以上」が21.5%、「5件以上15件未満」が35.7%、「5件未満」が38.2%であった（図3-1-2）。また、開設主体別にみると、病院にて訪問件数が多い傾向にあった（図3-1-3）。

図3-1-1 開設主体

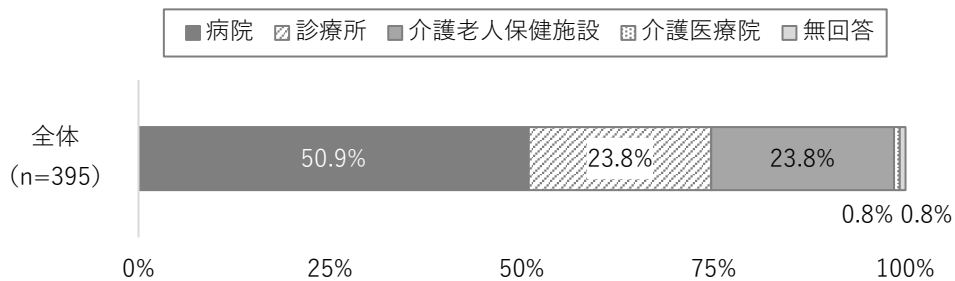


図3-1-2 1営業日あたりの訪問件数

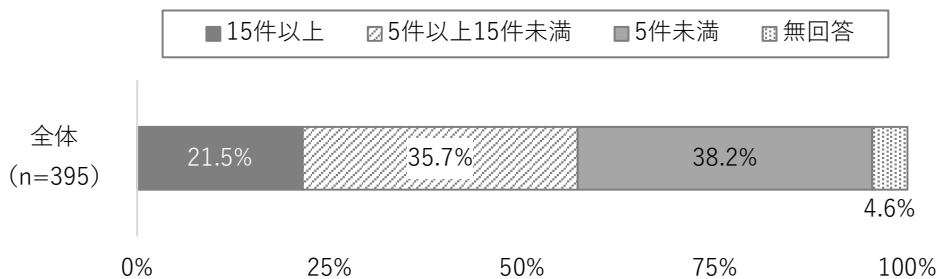
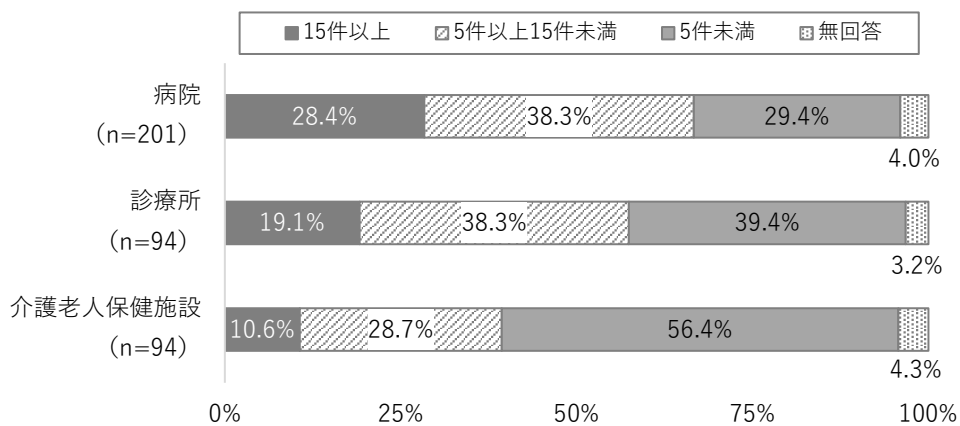


図3-1-3 1営業日あたりの訪問件数（開設主体別）



各専門職における配置ありの割合では、「理学療法士」95.4%、「作業療法士」67.3%、「言語聴覚士」32.9%であった（図3-1-4）。訪問件数別にみると、「15件以上」にて、「作業療法士」「言語聴覚士」の配置割合が高かった（図3-1-5）。

図3-1-4 各専門職の配置ありの割合

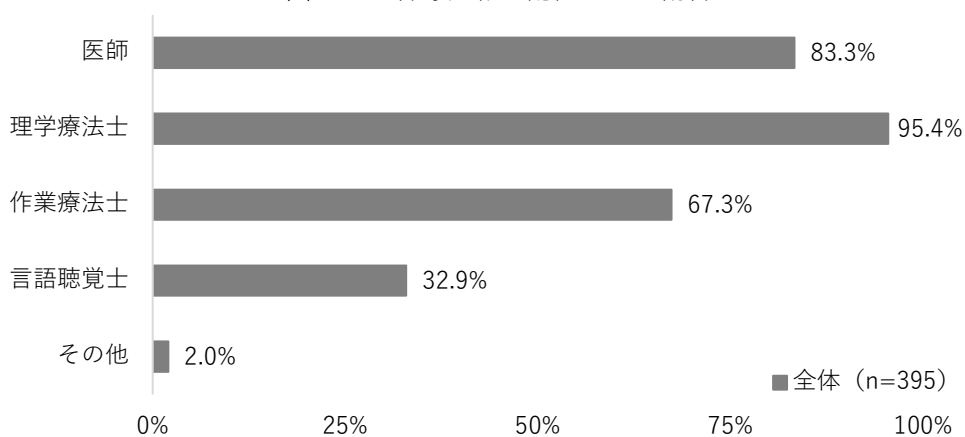
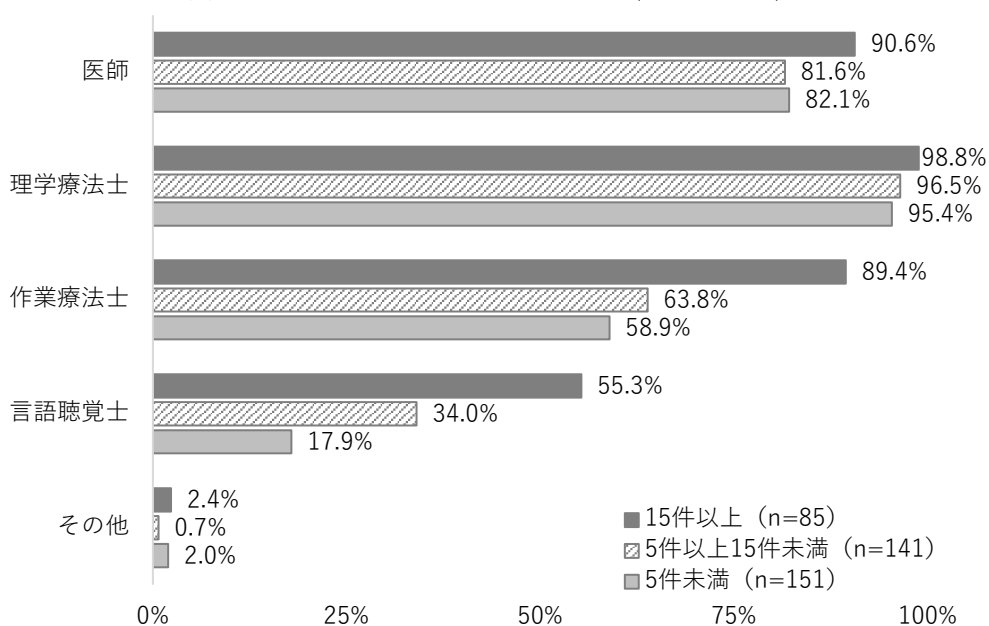


図3-1-5 各専門職の配置ありの割合（訪問件数別）



各専門職の配置ありの事業所における常勤換算人数は、「理学療法士」2.84人、「作業療法士」1.60人、「言語聴覚士」0.74人であった。訪問件数別にみると、「15件以上」にて人数が多い傾向にあった（表3-1-1）。

各専門職の勤務体系では、「兼任常勤」の割合が高く、特に「言語聴覚士」は65.4%と高かった（表3-1-2）。他方、訪問件数別にみると「15件以上」にて「専従常勤」の割合が比較的高かった（表3-1-3）。

表3-1-1 各専門職の常勤換算人数（全体・訪問件数別）

		全体		訪問件数					
				15件以上		5件以上15件未満		5件未満	
		n	人数	n	人数	n	人数	n	人数
1	医師	301	1.41	73	2.12	108	1.18	115	1.08
2	理学療法士	354	2.84	82	5.44	128	2.29	137	1.71
3	作業療法士	244	1.60	72	2.51	84	1.21	84	1.15
4	言語聴覚士	120	0.74	46	1.11	47	0.46	25	0.56

※ 各専門職の配置ありに限る / 無回答を除く

表3-1-2 勤務体系別 各専門職の配置割合

		n	専従常勤	兼任常勤
1	医師	329	21.3%	73.3%
2	理学療法士	377	42.7%	62.6%
3	作業療法士	266	38.0%	56.4%
4	言語聴覚士	130	19.2%	65.4%

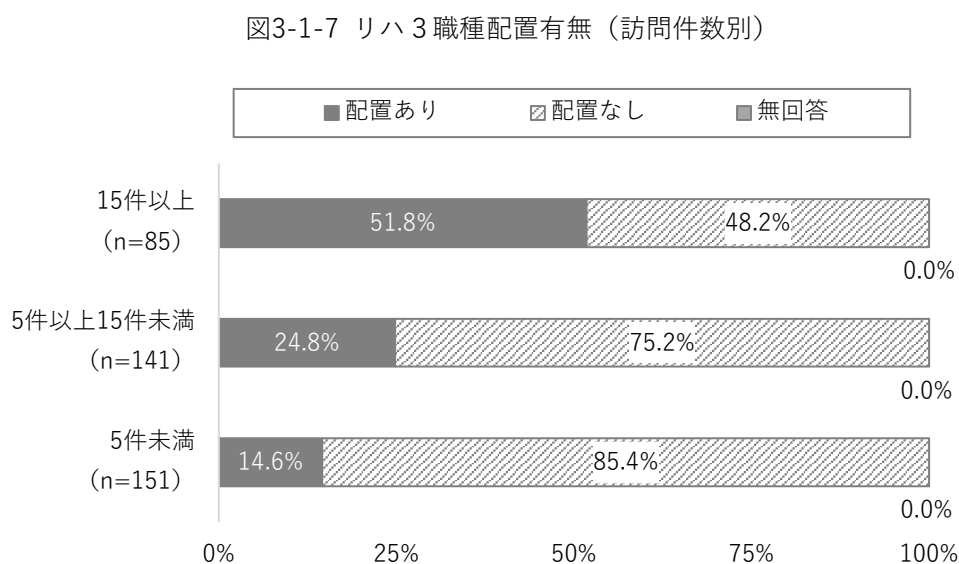
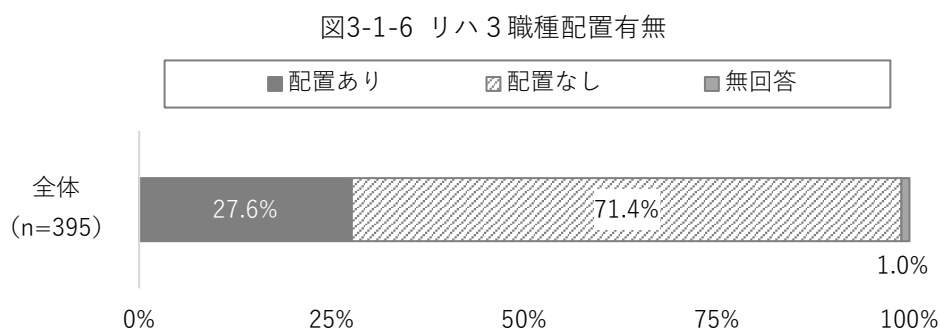
※ 各専門職の配置ありに限る

表3-1-3 勤務体系別 各専門職の配置割合（訪問件数別）

		訪問件数								
		15件以上			5件以上15件未満			5件未満		
		n	専従常勤	兼任常勤	n	専従常勤	兼任常勤	n	専従常勤	兼任常勤
1	医師	77	29.9%	68.8%	115	19.1%	77.4%	124	18.5%	76.6%
2	理学療法士	84	72.6%	45.2%	136	42.6%	68.4%	144	27.1%	69.4%
3	作業療法士	76	63.2%	43.4%	90	35.6%	60.0%	89	21.3%	67.4%
4	言語聴覚士	47	40.4%	51.1%	48	6.3%	79.2%	27	7.4%	77.8%

※ 各専門職の配置ありに限る

リハ3職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が、すべて配置されている事業所は、27.6%であった（図3-1-6）。訪問件数別にみると、「15件以上」が51.8%であり、「5件以上15件未満」24.8%、「5件未満」14.6%より、割合が高かった（図3-1-7）。



事業所医師の診察方法は、「外来診察」80.0%、「訪問診察」62.3%であった。なお、「上記以外の方法で診察」9.1%においては、「オンライン診察」との回答が多かった（図3-1-8）。

診察方法にて、「外来診察のみ」は29.6%、「訪問診察のみ」は10.9%であった。開設主体別にみると、「病院」「診療所」は「外来診察のみ」、「介護老人保健施設」は「訪問診察のみ」の割合が高い傾向にあった。また、訪問件数別にみると、「5件以上15件未満」「5件未満」は「外来診察のみ」の割合が比較的高かった（表3-1-4）。

図3-1-8 事業所医師の診察方法

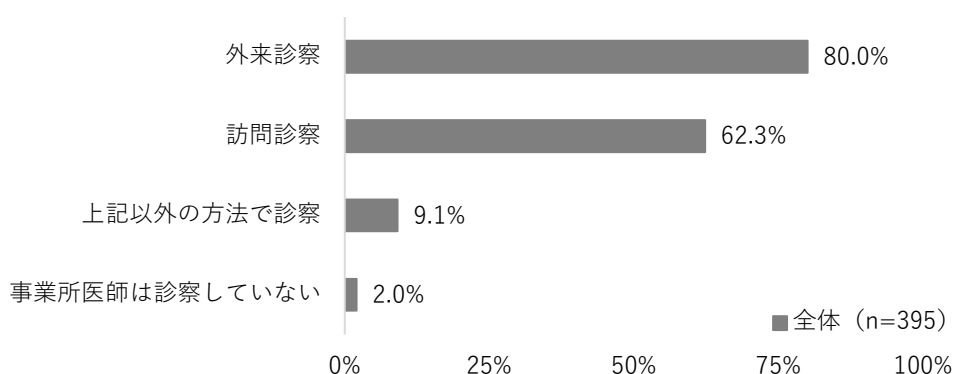


表3-1-4 事業所医師の診察方法（全体・開設主体別・訪問件数別）

		全体	開設主体			訪問件数		
			病院	診療所	介護老人保健施設	15件以上	5件以上15件未満	5件未満
n		395	201	94	94	85	141	151
1	外来診察のみ	29.6%	36.8%	25.5%	19.1%	18.8%	31.2%	34.4%
2	訪問診察のみ	10.9%	4.5%	2.1%	34.0%	11.8%	12.1%	9.3%

## 2. 利用者状況

1ヶ月あたりの利用者総数は平均値にて「15件以上」が523人、「5件以上15件未満」が168人、「5件未満」が45人であった（図3-2-1）。

1ヶ月あたりの実利用者数では平均値にて「15件以上」が106人、「5件以上15件未満」が34人、「5件未満」が10人であった（図3-2-2）。

図3-2-1 1ヶ月あたりの利用者総数（訪問件数別）

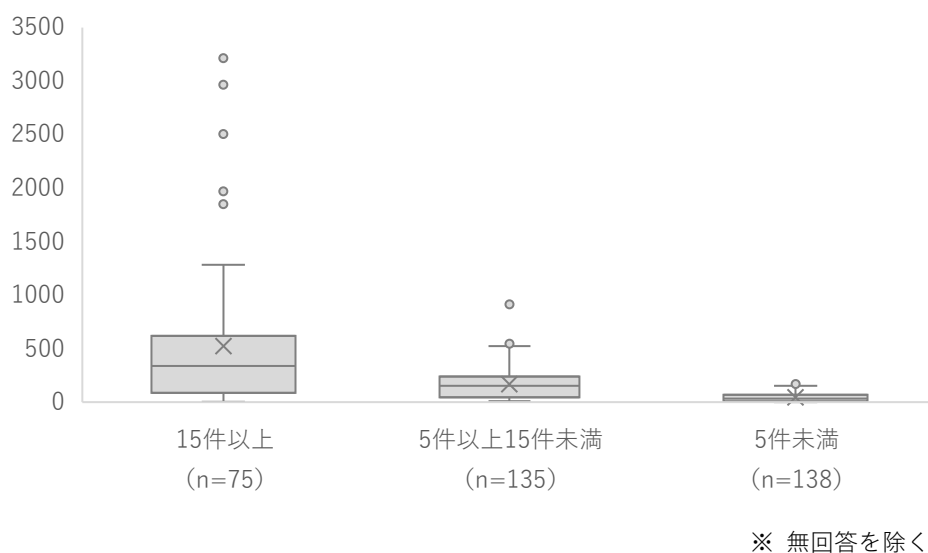
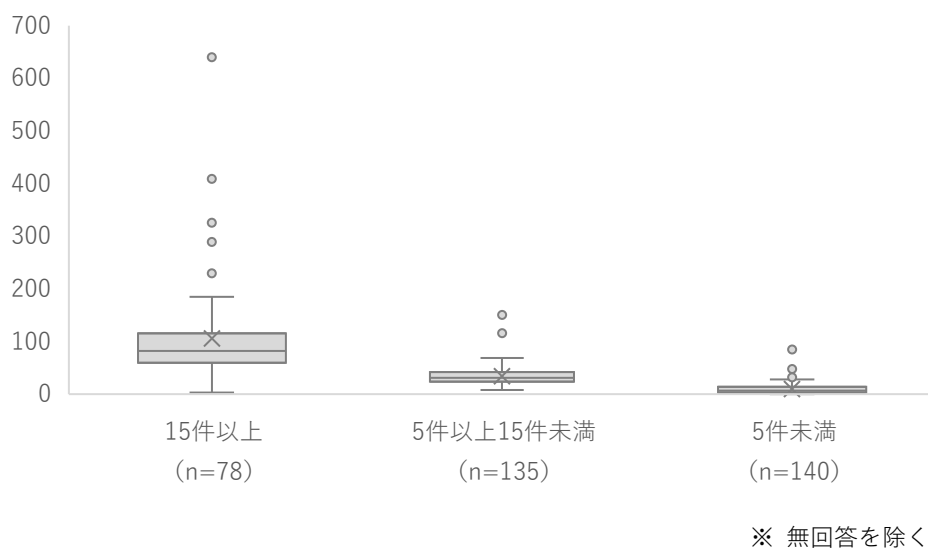


図3-2-2 1ヶ月あたりの実利用者数（訪問件数別）



各事業所の実利用者に対する要支援者の比率は、「3割未満」が54.9%と最も高かった（図3-2-3）。訪問件数別にみると、「5件未満」にて「いない」39.1%の割合が高かった（図3-2-4）。

図3-2-3 実利用者における要支援者比率

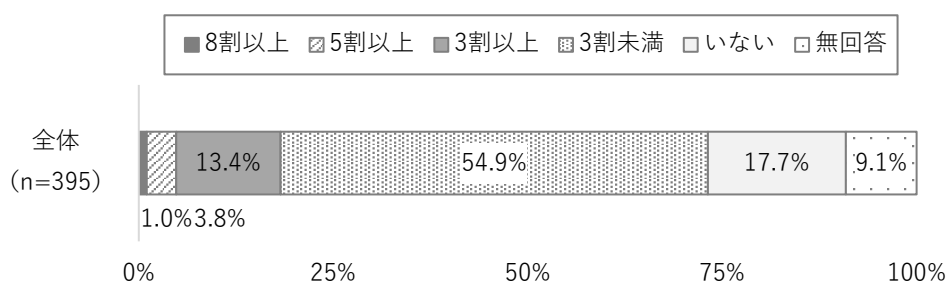


図3-2-4 実利用者における要支援者比率（訪問件数別）

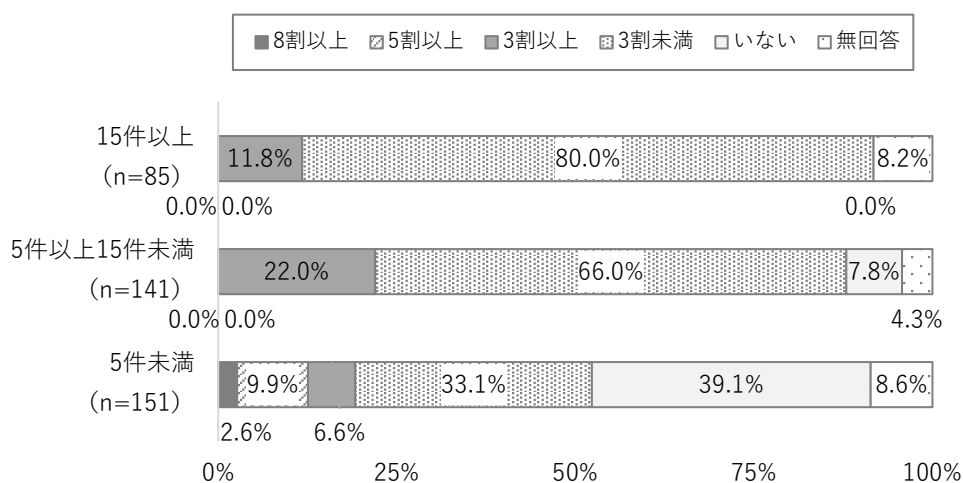
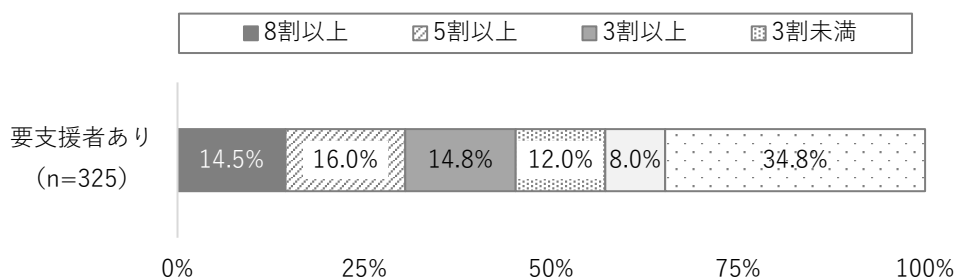


図3-2-5 要支援者における利用12月以下の割合



※ 要支援者がいなかったを除く

医療的ケアを必要とする利用者がいた割合は、41.8%であった（図3-2-6）。訪問件数別にみると、「15件以上」70.6%、「5件以上15件未満」44.7%、「5件未満」25.8%の順に高かった（図3-2-7）。

図 3-2-6 医療的ケアを必要とする利用者の有無

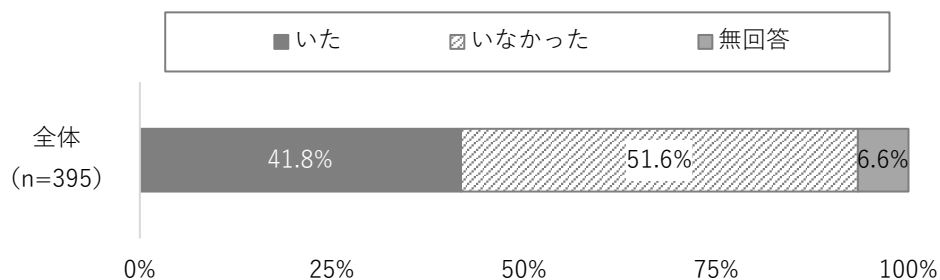
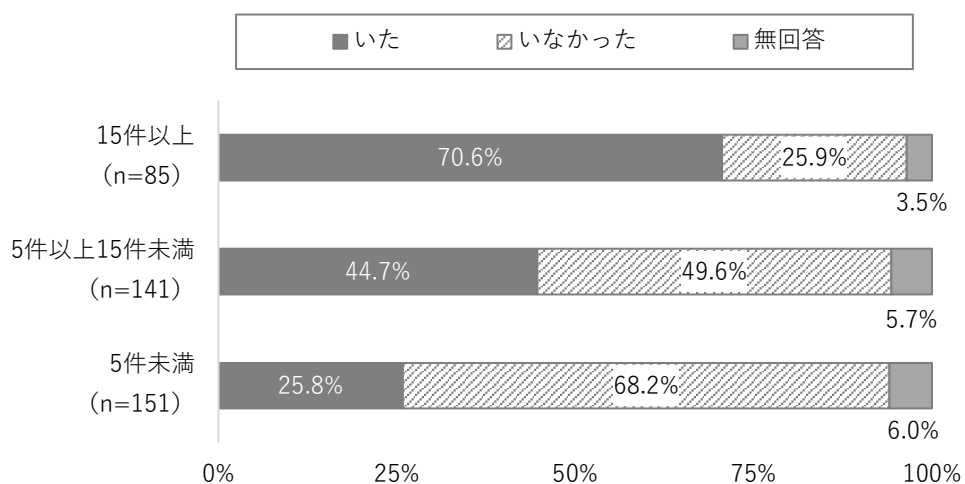


図 3-2-7 医療的ケアを必要とする利用者の有無（訪問件数別）



令和7年4月から6月の3ヶ月間に新規利用者がいた割合は、77.7%であった（図3-2-8）。訪問件数別にみると、「15件以上」95.3%、「5件以上15件未満」92.2%にて、「5件未満」58.3%より割合が高かった（図3-2-9）。

新規利用者がいた事業所において、新規利用者数の平均は7.6人であった。また、利用前の所在別にみると、「自宅」3.6人、「医療機関」3.2人が、「介護老人保健施設」0.3人より多かった（表3-2-1）。

図3-2-8 3ヶ月間の新規利用者有無

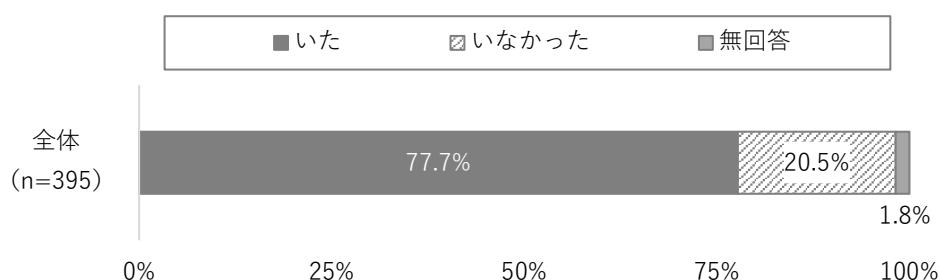


図3-2-9 3ヶ月間の新規利用者有無（訪問件数別）

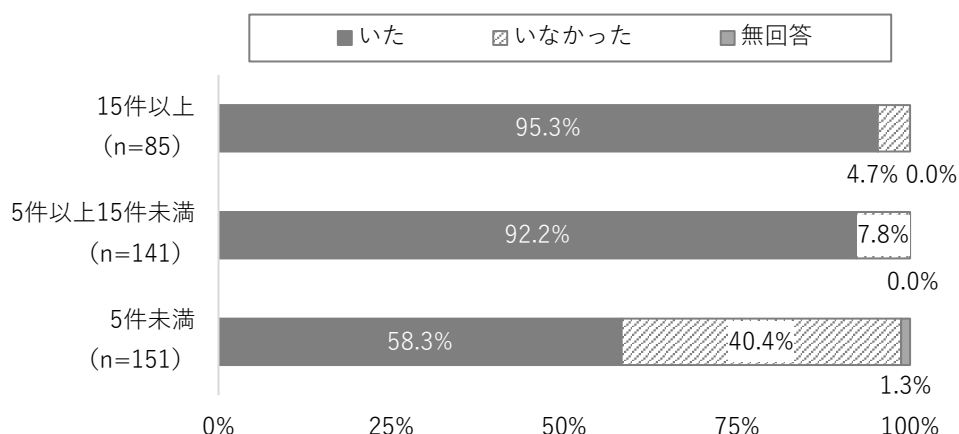


表3-2-1 利用前の所在別 3ヶ月間の新規利用者数（全体・訪問件数別）

		全体	訪問件数		
			15件以上	5件以上 15件未満	5件未満
	n	172	42	76	51
	新規利用者	7.6	15.4	6.6	2.9
1	医療機関	3.2	6.8	2.9	1.0
2	介護老人保健施設	0.3	0.4	0.4	0.0
3	自宅	3.6	7.6	3.1	1.6

※ 新規利用者ありに限る / 無回答を除く

入院時の医師からの情報提供により訪問リハを開始した利用者がいた割合は、39.6%であった（図3-2-10）。開設主体別・医師の診察方法別では、大きな差異は見られなかった（表3-2-2）。他方、訪問件数別では、「15件以上」にて「いた」割合が高い傾向にあった（表3-2-3）。

図 3-2-10 入院時の医師からの情報提供による訪問リハの開始

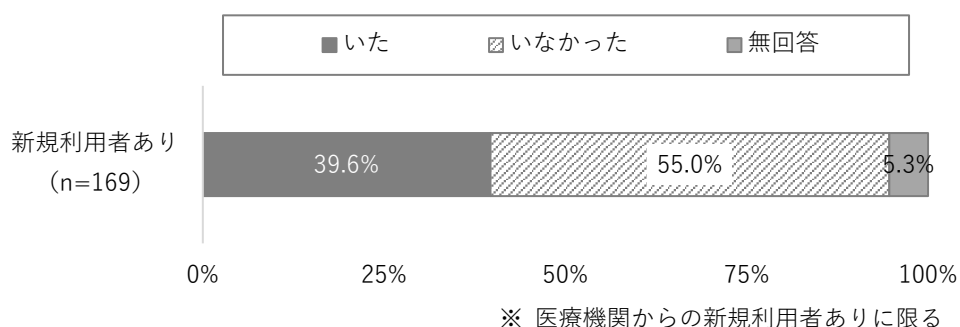


表 3-2-2 入院時の医師からの情報提供による訪問リハの開始（開設主体別・医師診察方法別）

		開設主体			医師診察方法	
		病院	診療所	介護老人保健施設	外来診察のみ	訪問診察のみ
	n	119	24	26	42	21
1	いた	42.0%	33.3%	34.6%	38.1%	33.3%
2	いなかった	52.9%	58.3%	61.5%	57.1%	57.1%

※ 医療機関からの新規利用者ありに限る

表 3-2-3 入院時の医師からの情報提供による訪問リハの開始  
（訪問件数別・リハ3職種配置有無別）

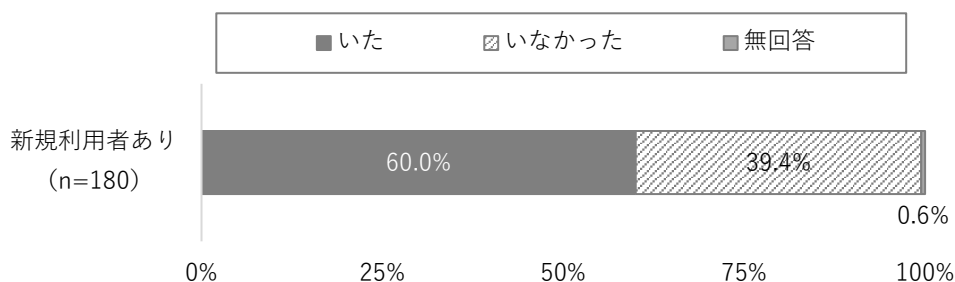
		訪問件数			リハ3職種配置	
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	配置あり	配置なし
	n	55	79	33	70	99
1	いた	52.7%	30.4%	39.4%	45.7%	35.4%
2	いなかった	40.0%	64.6%	57.6%	48.6%	59.6%

※ 医療機関からの新規利用者ありに限る

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者において、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は、60.0%であった（図3-2-11）。開設主体別に見ると、「病院」69.2%にて割合が高かった（図3-2-12）。

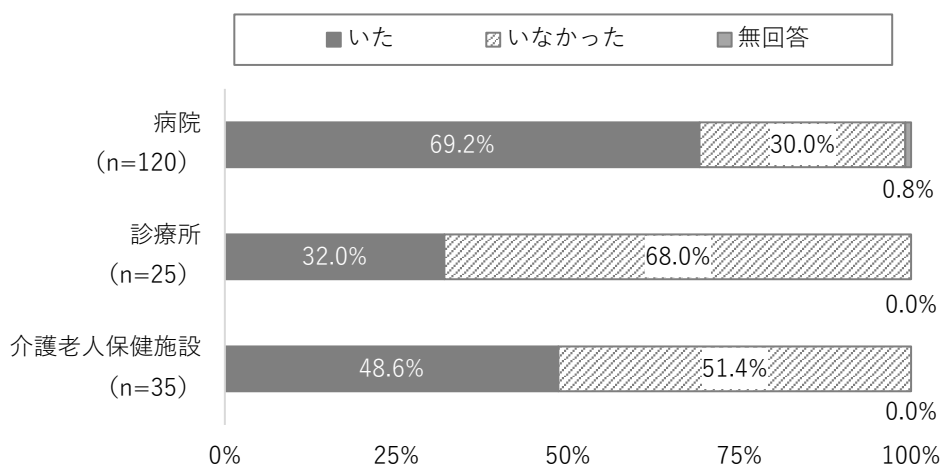
入院時の医師からの情報提供により訪問リハを開始した利用者の有無別にみると、「あり」71.6%の割合が高かった（表3-2-4）。

図 3-2-11 退院・退所前カンファレンスへの参加有無



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

図 3-2-12 退院・退所前カンファレンスへの参加有無（開設主体別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

表 3-2-4 退院・退所前カンファレンスへの参加有無

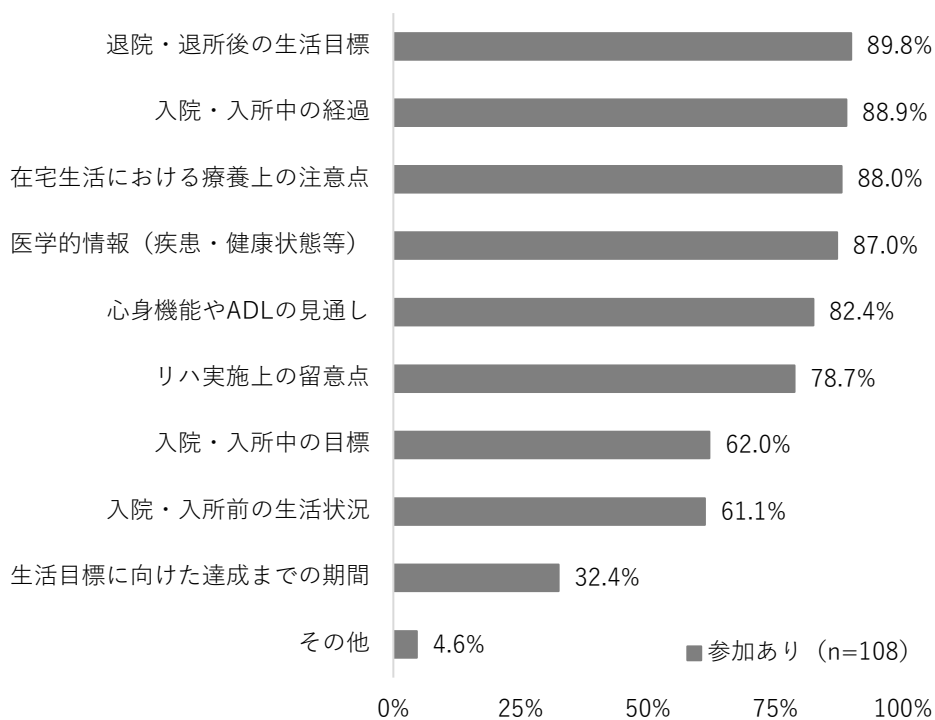
(訪問件数別・リハ3職種配置有無別・入院医師からの情報提供による訪問リハの実施有無別)

	訪問件数	リハ3職種配置			入院医師からの情報提供による訪問リハ			
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	配置あり	配置なし	あり	なし
n	58	83	37	73	107	67	93	
1	いた	69.0%	53.0%	62.2%	74.0%	50.5%	71.6%	55.9%
2	いなかった	29.3%	47.0%	37.8%	24.7%	49.5%	28.4%	44.1%

※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

退院・退所前カンファレンスの内容は、「退院・退所後の生活目標」89.8%、「入院・入所中の経過」88.9%、「在宅生活における療養上の注意点」88.0%、「医学的情報（疾患・健康状態等）」87.0%、「心身機能やADLの見通し」82.4%、「リハ実施上の留意点」78.7%の順に割合が高かった（図3-2-13）。

図 3-2-13 退院・退所前カンファレンス（退院時共同指導）の内容



※ 退院・退所前カンファレンスへの参加ありに限る

事業所内における退院・退所前カンファレンス参加への工夫は、「職員の勤務時間調整」52.9%の割合が最も高かった（図3-2-14）。参加有無別に「職員の勤務時間調整」の割合をみると、「参加あり」63.0%、「参加なし」53.5%であった。一方、「特になし」の割合をみると、「参加あり」は8.3%、「参加なし」は23.9%であった（図3-2-15）。

図 3-2-14 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所内）

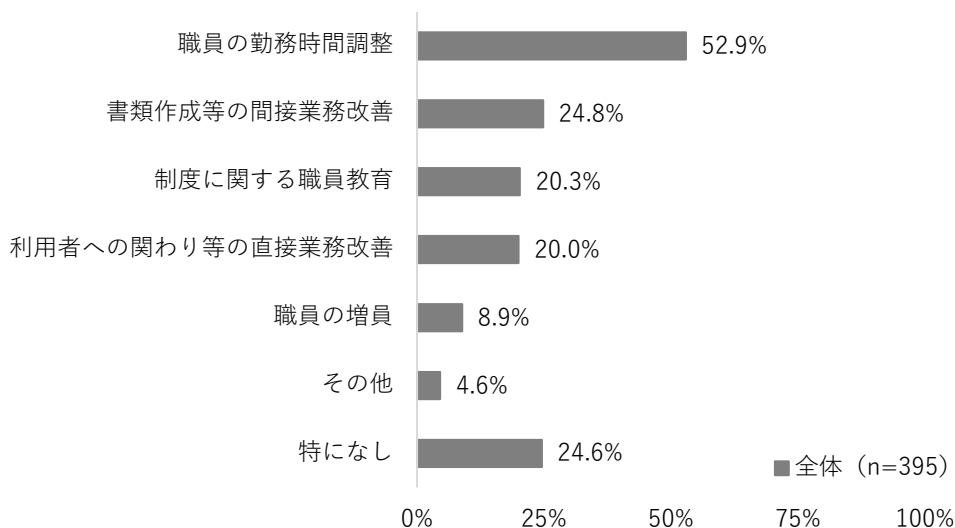
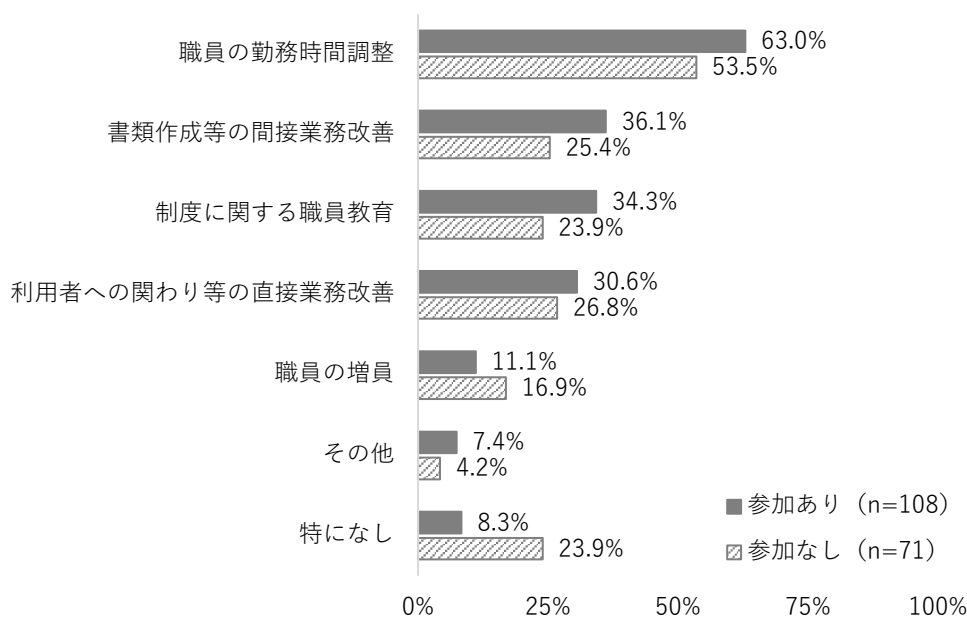


図 3-2-15 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所内）  
（退院・退所前カンファレンスへの参加有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

事業所外における退院・退所前カンファレンス参加への工夫は、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」50.1%、「ケアマネジャーへの説明・広報」41.0%の順に割合が高かった（図3-2-16）。参加有無別にみると「参加あり」にて、「医療機関等との定期的な情報共有」の割合が比較的高かった（図3-2-17）。

図 3-2-16 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所外）

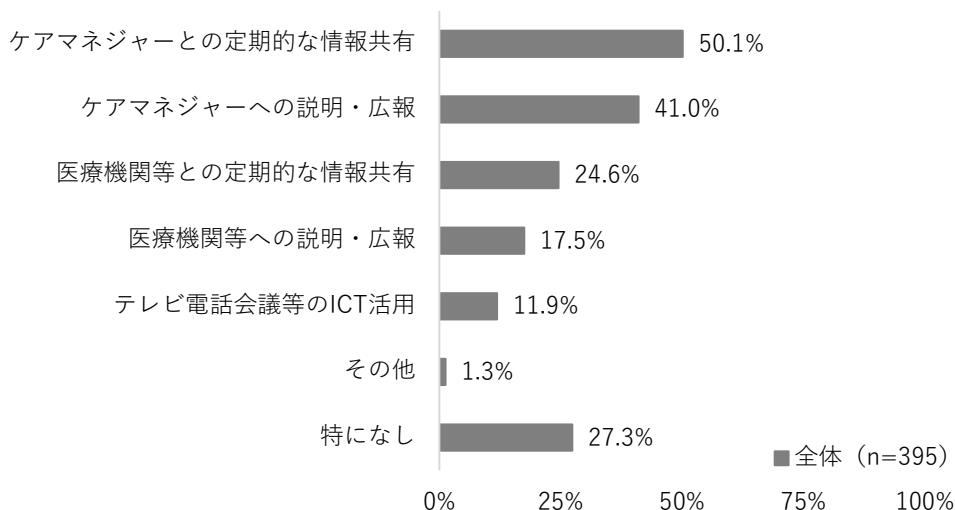
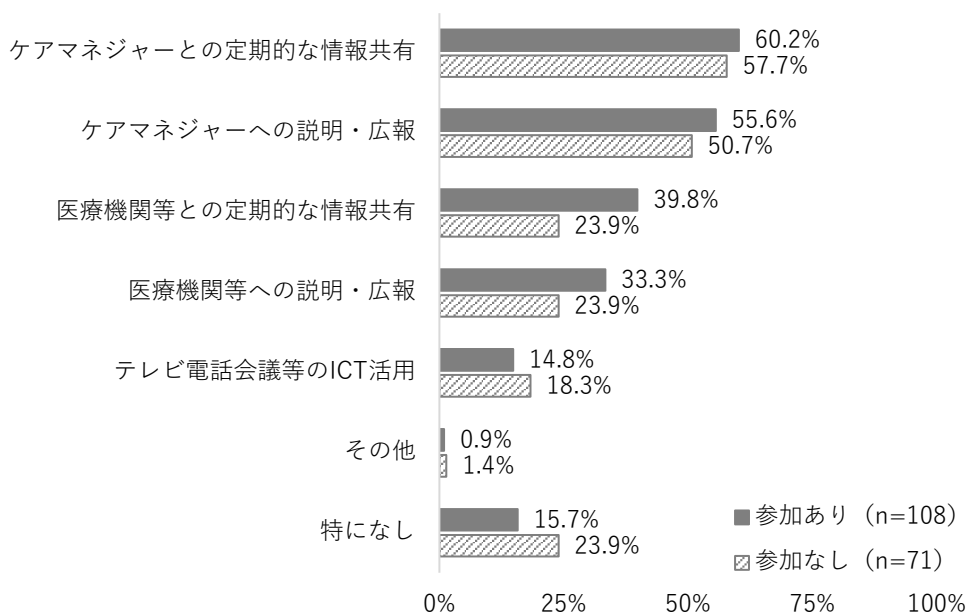


図 3-2-17 退院・退所前カンファレンスへの参加の工夫（事業所外）  
（退院・退所前カンファレンスへの参加有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

退院・退所前カンファレンス参加における課題は、「退院・退所前カンファレンスへの参加依頼がない」50.1%の割合が高かった（図3-2-18）。参加有無別にみると「参加なし」にて、「事業所の人材不足のため、医療機関等へ訪問することが難しい」の割合が比較的高かった（図3-2-19）。

図 3-2-18 退院・退所前カンファレンスへの参加の課題

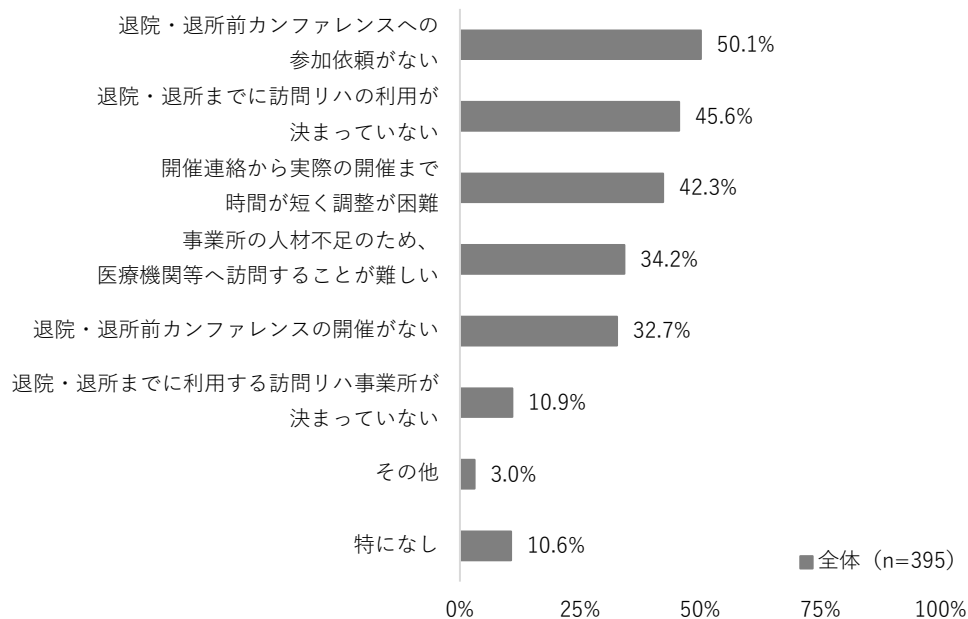
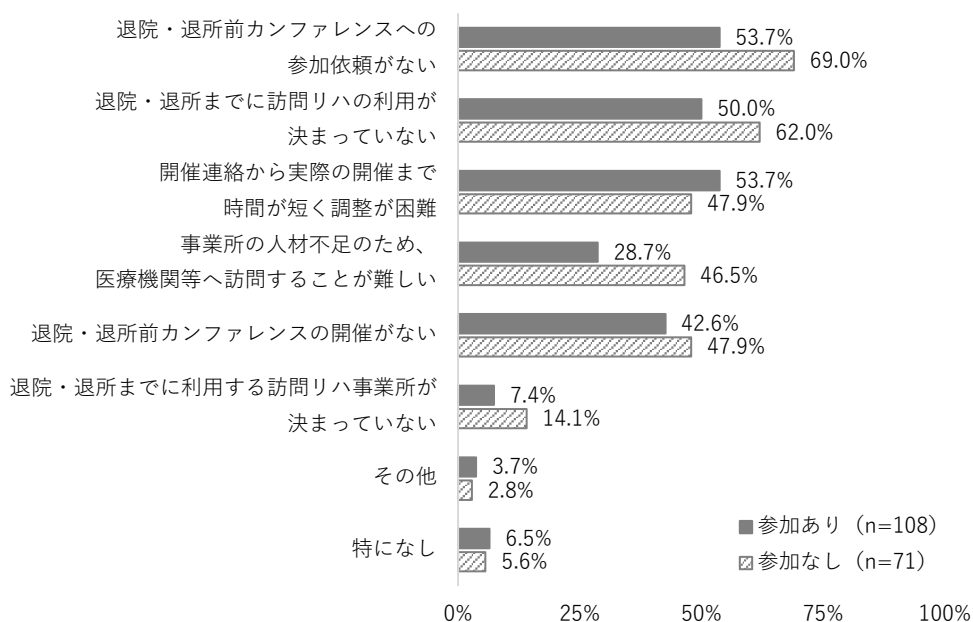


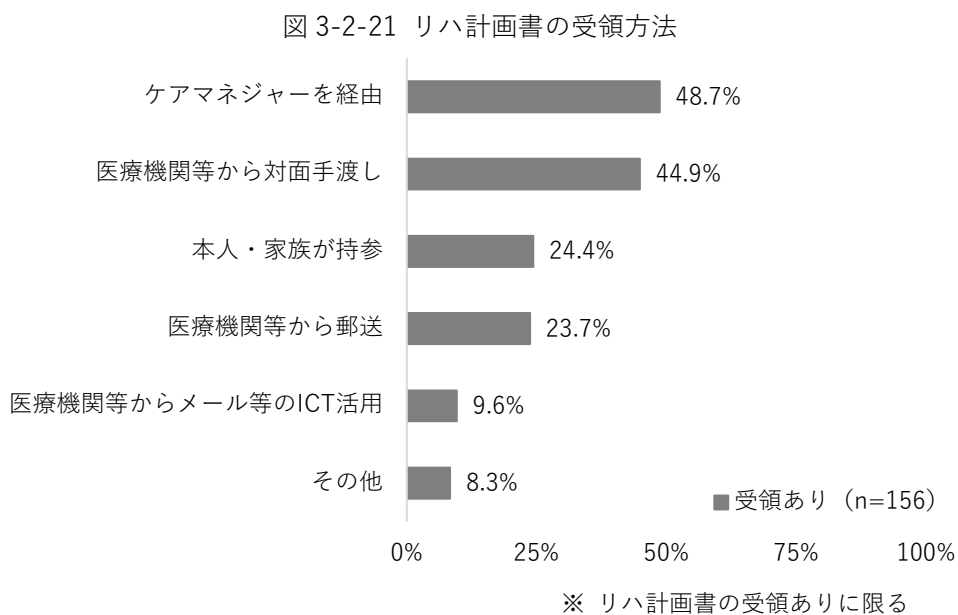
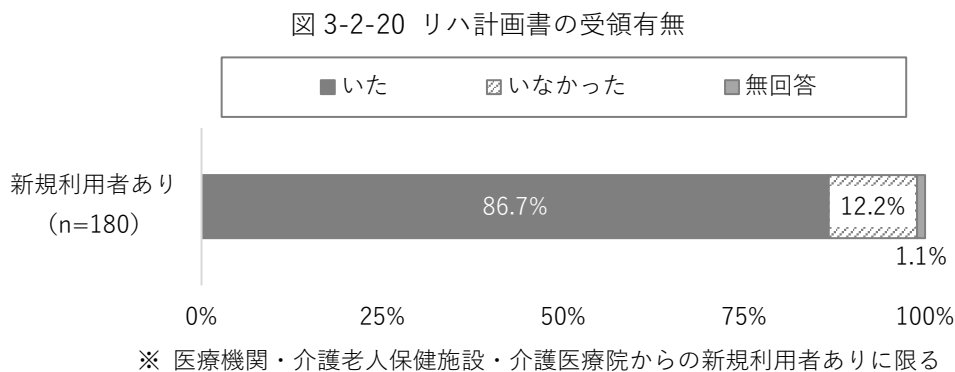
図 3-2-19 退院・退所前カンファレンスへの参加の課題  
(退院・退所前カンファレンスへの参加有無別)



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者において、リハ計画書を受領した割合は、86.7%であった（図3-2-20）。

リハ計画書の受領方法は、「ケアマネジャーを經由」48.7%、「医療機関等から対面手渡し」44.9%の割合が高かった（図3-2-21）。



事業所内におけるリハ計画書受領の工夫は、「特になし」33.4%の割合が最も高かった（図3-2-22）。受領有無別にみると、「受領あり」では「職員の研修・教育」44.2%、「受領なし」では「特になし」40.9%の割合が高かった（図3-2-23）。

図 3-2-22 リハ計画書受領の工夫（事業所内）

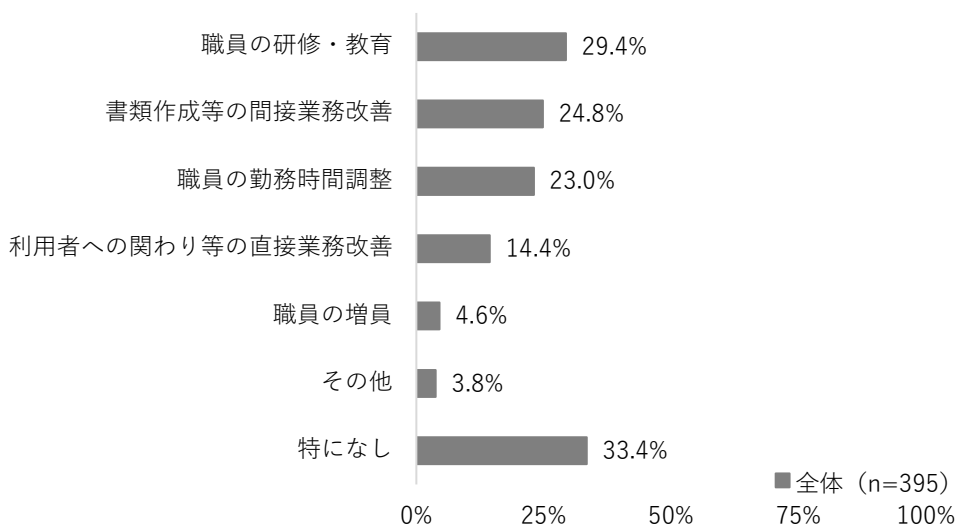
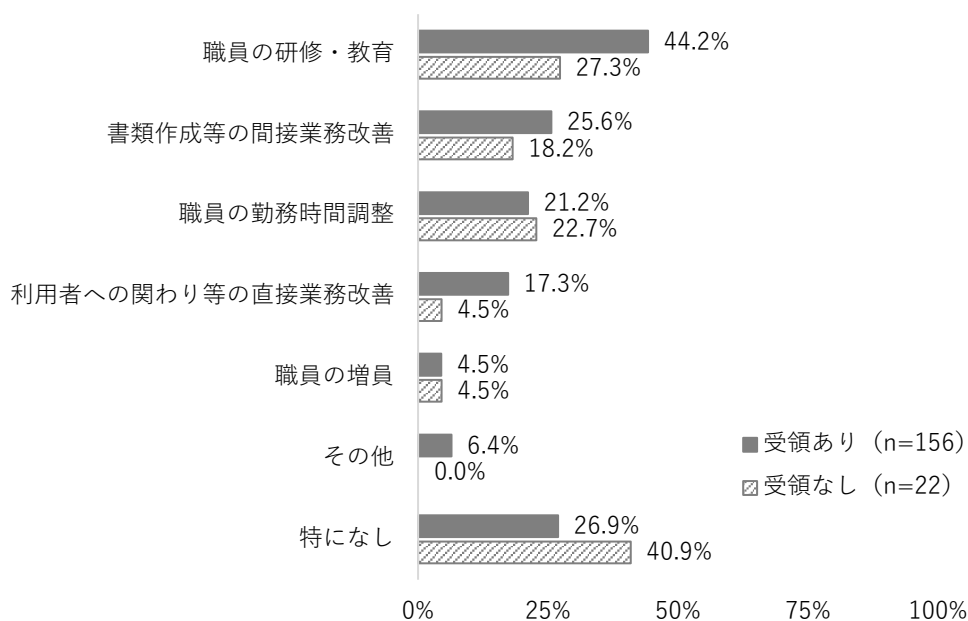


図 3-2-23 リハ計画書受領の工夫（事業所内）（リハ計画書受領有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

事業所外におけるリハ計画書受領の工夫は、「ケアマネジャーへの説明・広報」51.1%、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」49.4%の順に割合が高かった(図3-2-24)。また、受領有無別にみると「受領あり」では、「医療機関等におけるリハ実施状況の確認」の割合が比較的高かった(図3-2-25)。

図 3-2-24 リハ計画書受領の工夫 (事業所外)

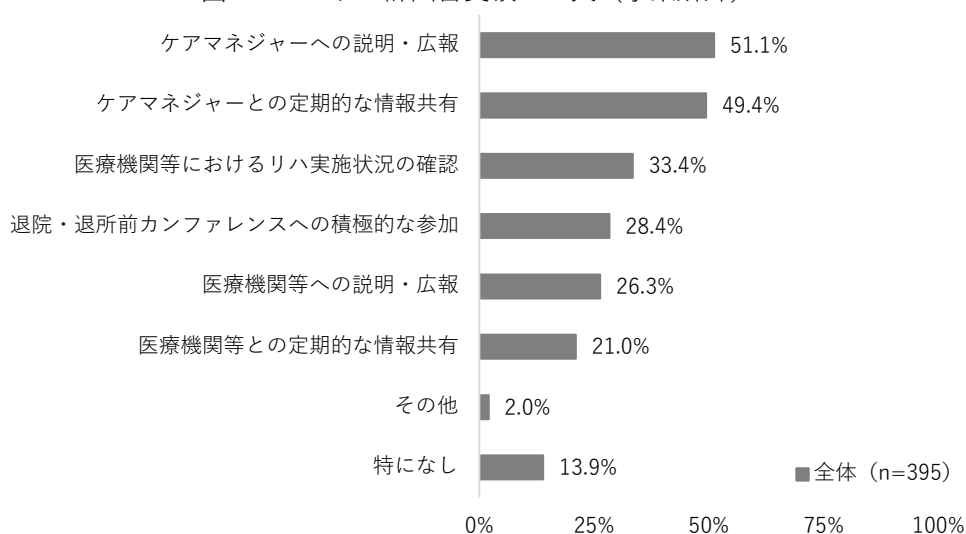
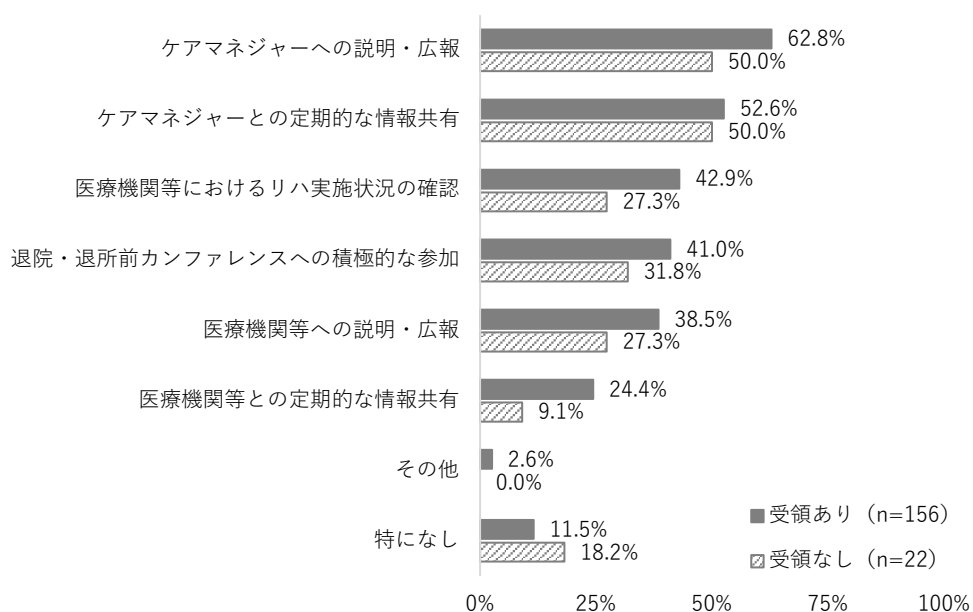


図 3-2-25 リハ計画書受領の工夫 (事業所外) (リハ計画書受領有無別)



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

リハ計画書受領における課題は、「医療機関等が訪問リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が44.1%と最も高かった。一方で「特になし」27.6%もみられた（図3-2-26）。また、受領有無別にみると、「受領あり」では、「医療機関等からリハ計画書が送付されてくるまでに時間がかかる」の割合が比較的高かった（図3-2-27）。

図 3-2-26 リハ計画書受領の課題

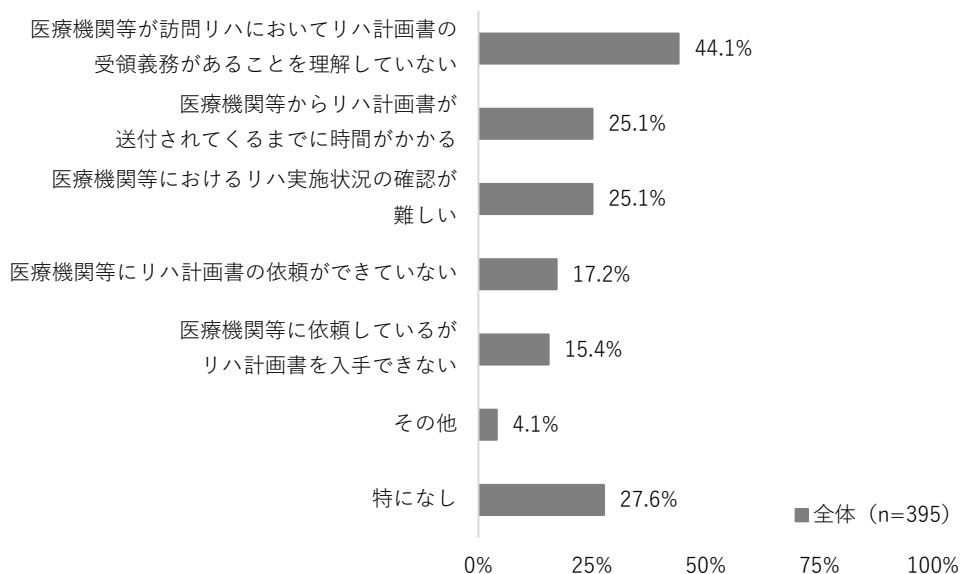
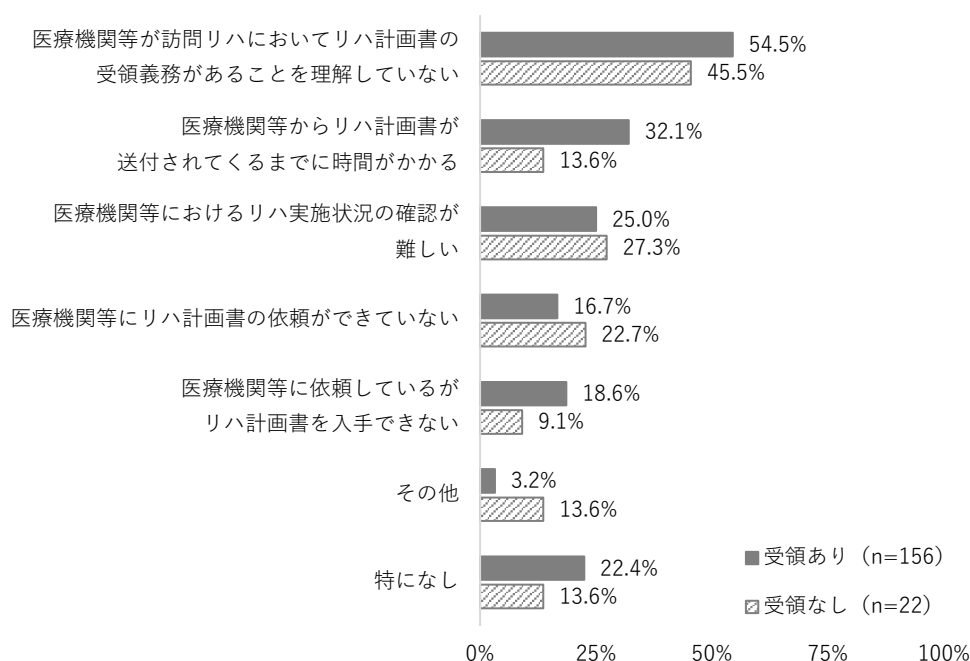


図 3-2-27 リハ計画書受領の課題（リハ計画書受領有無別）



※ 医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者ありに限る

令和7年4月から6月の3ヶ月間に利用終了者がいた事業所割合は、71.6%であった（図3-2-28）。利用終了者がいた事業所において、利用終了者数は平均6.5人であった。なお、利用終了者のうち、心身機能やADLの改善・目標達成による修了者は2.4人であった（表3-2-5）。

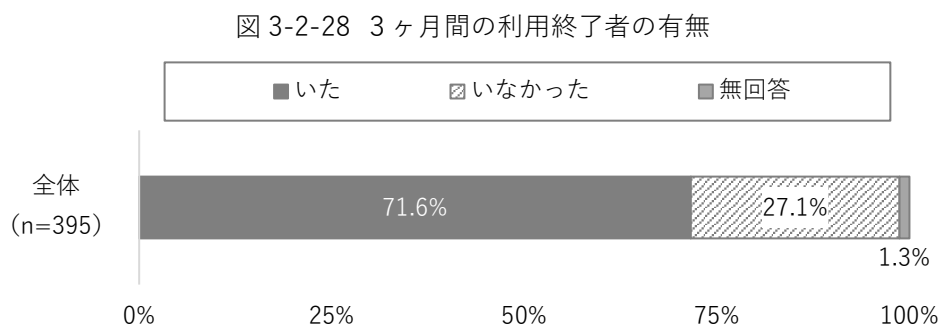


表 3-2-5 3ヶ月間の利用終了者数（全体・訪問件数別）

	全体	訪問件数		
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満
n	154	40	66	45
利用終了者	6.5	12.7	5.4	2.8
1 目標達成による修了者数	2.4	4.7	1.9	1.0

※ 利用終了者ありに限る / 無回答を除く

### 3. 各種取組の状況（要介護）

リハマネジメント加算の算定割合は、51.1%であった（図 3-3-1）。また、リハ3職種の配置有無別にみると、「3職種配置あり」67.9%にて割合が高かった（表 3-3-1）。

医師による利用者または家族への説明を実施した加算の算定割合は、72.8%であった（図 3-3-2）。

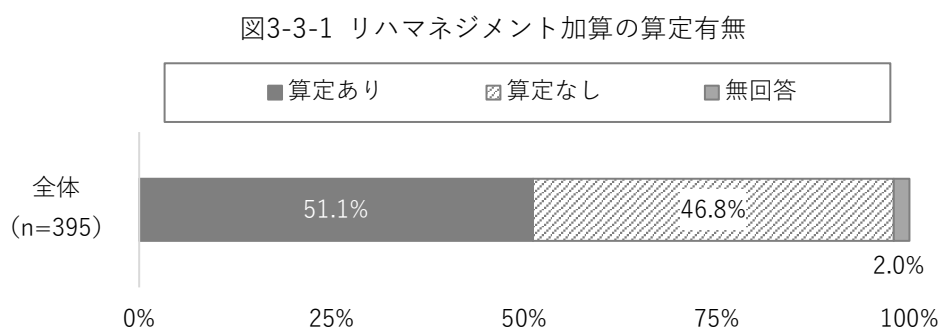
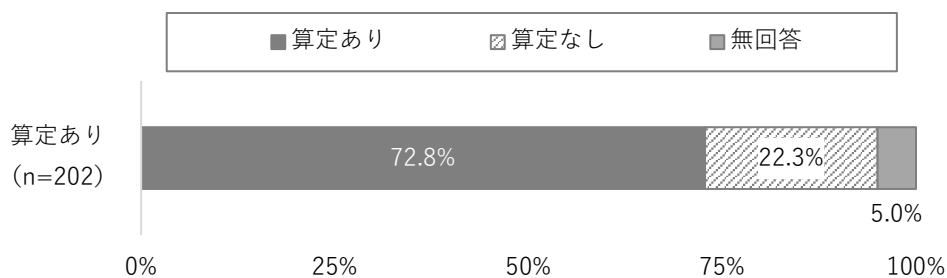


表3-3-1 リハマネジメント加算の算定有無  
（訪問件数別・リハ3職種配置有無別）

		訪問件数			リハ3職種配置	
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	配置あり	配置なし
n		85	141	151	109	282
1	算定あり	58.8%	53.9%	45.7%	67.9%	45.0%
2	算定なし	40.0%	45.4%	53.0%	29.4%	53.9%

図3-3-2 リハマネジメントにおける医師による利用者または家族への説明



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

医師の指示は、「リハの目的」が86.3%であり、「リハ中止の目安(基準)」は76.2%、「リハ実施上の留意点」は93.4%、「運動の負荷量」は50.1%であった(図3-3-3)。また、リハマネジメント加算の算定有無別にみると、「加算あり」にて「運動の負荷量」「終了の目安・時期」の割合が比較的高かった(図3-3-4)。

図3-3-3 医師の指示

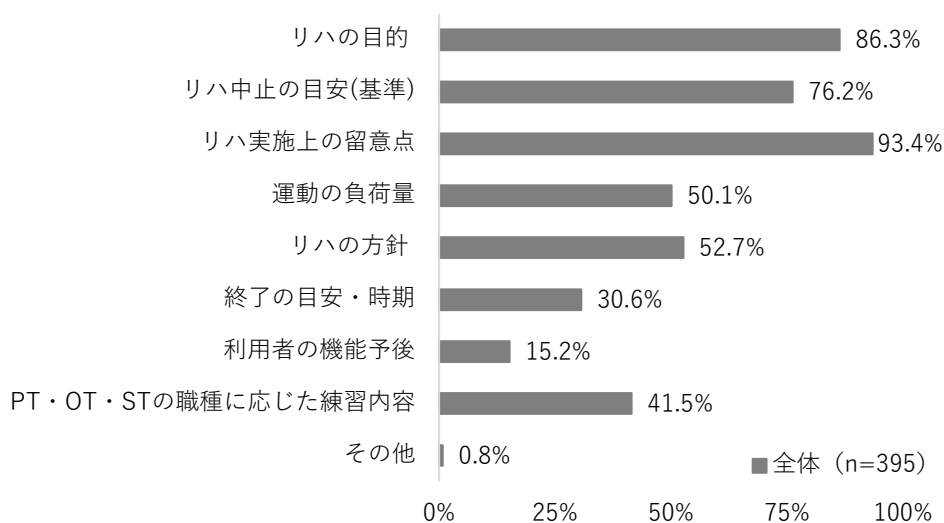
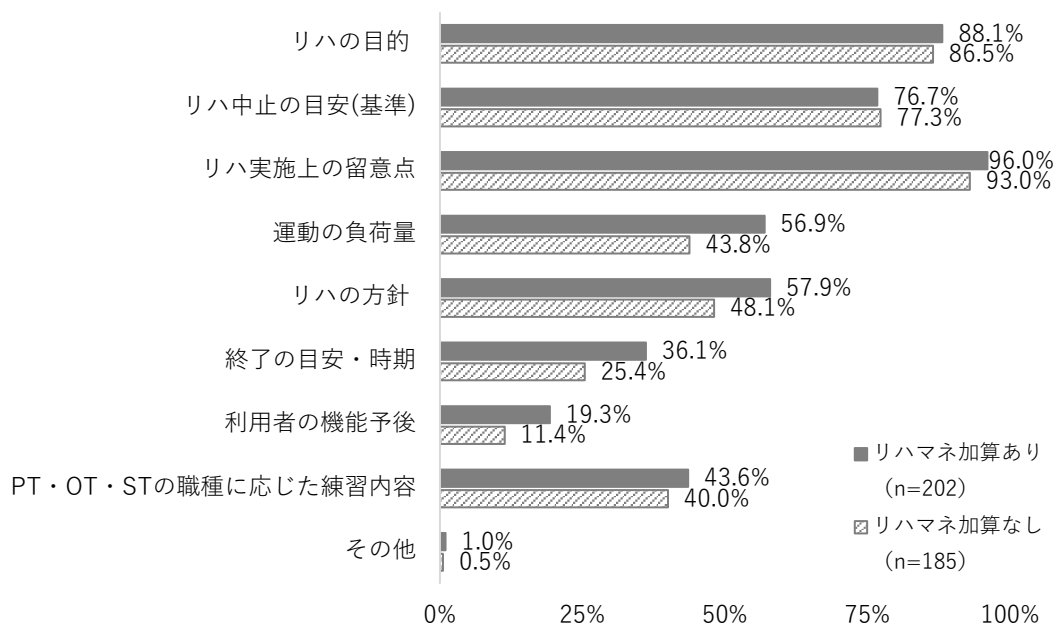


図3-3-4 医師の指示 (リハマネジメント加算算定有無別)



算定したリハマネジメント加算の種類は、「リハマネ加算（イ）」が21.0%、「リハマネ加算（ロ）」が38.2%であった（図3-3-5）。訪問件数別にみると、「15件以上」にて「リハマネ加算（ロ）」の割合が高かった。同様に、リハ3職種配置有無別では「3職種の配置あり」にて、「リハマネ加算（ロ）」の割合が高かった（表3-3-2）。

図3-3-5 リハマネジメント加算の種類

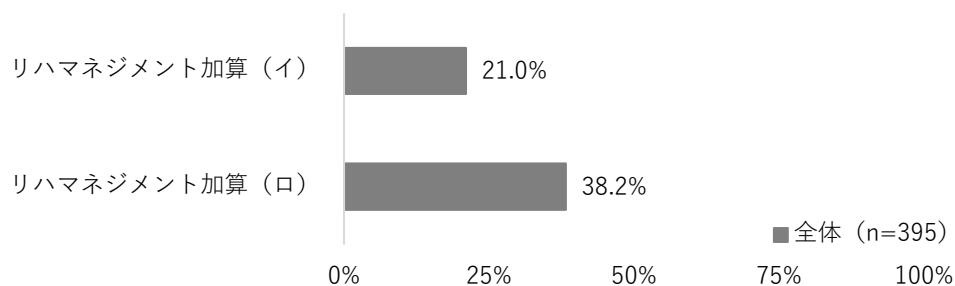


表3-3-2 リハマネジメント加算の種類（訪問件数別・リハ3職種配置有無別）

		訪問件数			リハ3職種配置	
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	配置あり	配置なし
n		85	141	151	109	282
1	加算（イ）	20.0%	25.5%	17.2%	26.6%	18.8%
2	加算（ロ）	48.2%	38.3%	32.5%	55.0%	31.9%

リハマネジメント加算（ロ）によるLIFEへのデータ提出後に、返送されるフィードバック票を用いた利用者へのフィードバック実施ありの割合は、58.3%であった（図3-3-6）。なお、フィードバックの実施割合は「全員（10割）」が31.8%であった一方で、「3割未満」46.6%の割合が高かった（図3-3-7）。

フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックを実施した職種は、「理学療法士」88.6%、「作業療法士」54.5%の順に割合が高かった（図3-3-8）。

図3-3-6 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無

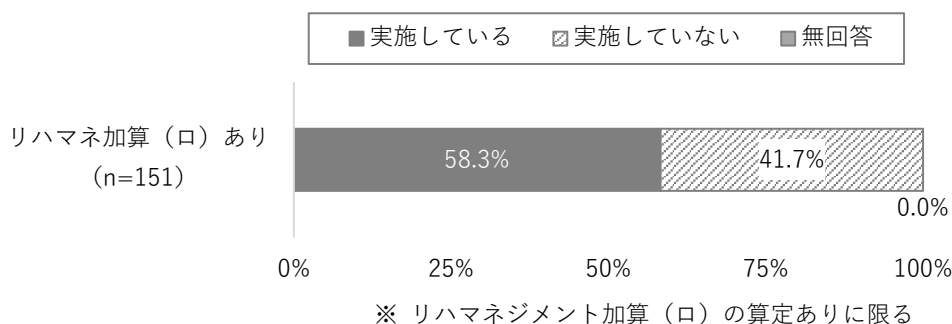


図3-3-7 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施割合

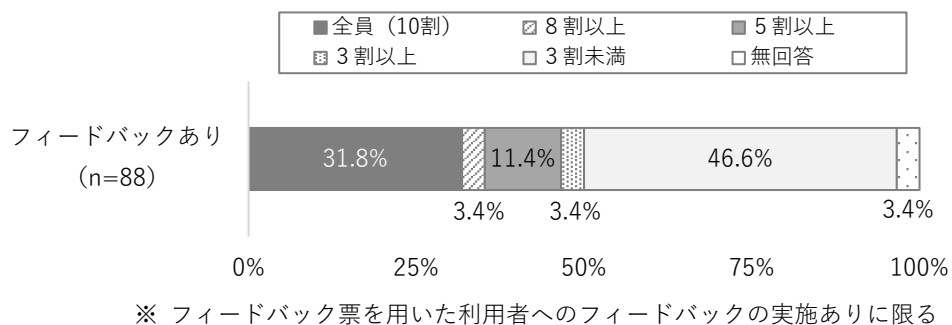
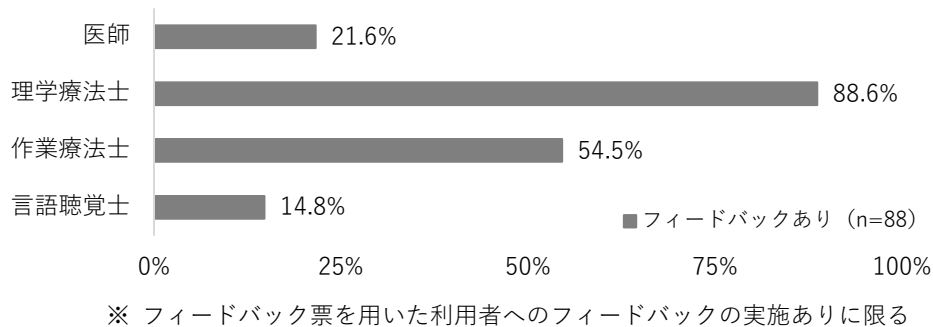


図3-3-8 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施職種



診療未実施減算（かかりつけ医の診療による訪問リハ提供）の対象となる利用者がいる事業所割合は30.4%であった（図3-3-9）。そのうち、かかりつけ医における研修受講を確認できた割合は、「全員に確認できた」30.0%、「一部確認できた」40.0%であった（図3-3-10）。

かかりつけ医における研修受講の確認ができた（一部を含む）事業所における確認方法は、「医師より口頭のみ」36.9%の割合が高かった。また、「その他」が45.2%であり、その内訳には、「書面にて確認（郵送・FAX）」「診療情報提供書に記載を依頼」「事務や連携室等を介して口頭確認」などが挙げられた（図3-3-11、表3-3-3）。なお、確認できたかかりつけ医の研修受講状況は、「3割未満」48.8%の割合が最も高かった（図3-3-12）。

図3-3-9 診療未実施減算の該当者有無

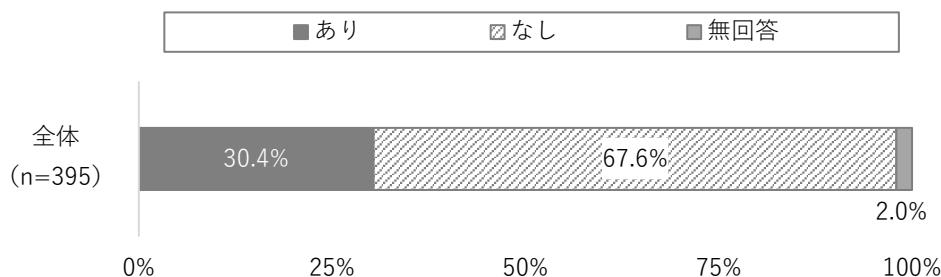
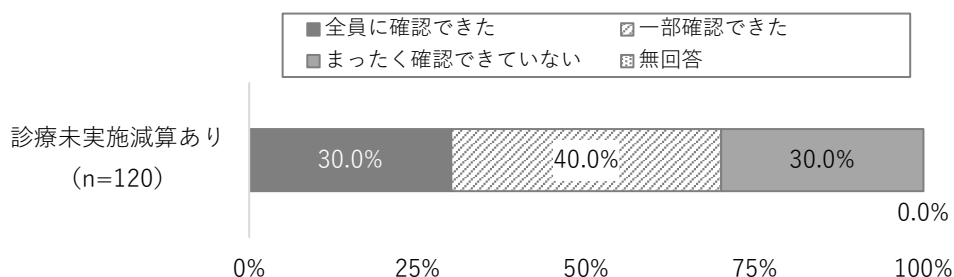
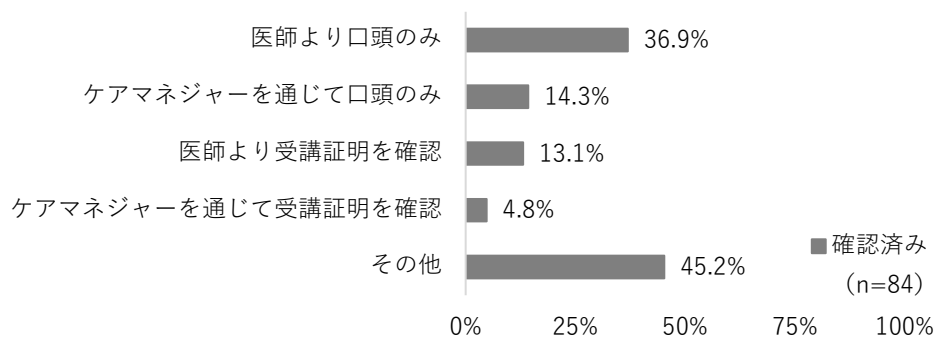


図3-3-10 かかりつけ医における研修受講の確認状況



※ 診療未実施減算ありに限る

図3-3-11 かかりつけ医における研修受講の確認方法

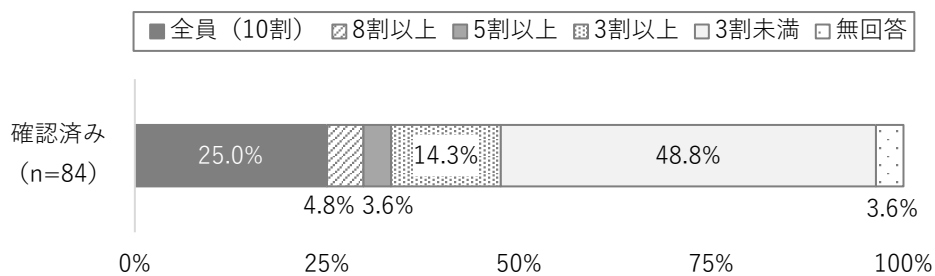


※ かかりつけ医における研修受講の確認ができた（一部を含む）に限る

表3-3-3 かかりつけ医における研修受講の確認方法（その他内訳）

- ・ 書面にて確認（郵送・FAX）
- ・ 診療情報提供書に記載を依頼
- ・ 事務や連携室等を介して口頭確認

図3-3-12 かかりつけ医における研修の受講割合



※ かかりつけ医における研修受講の確認ができた（一部を含む）に限る

各種加算の算定状況について、「認知症短期集中リハ実施加算」は9.6%、「口腔連携強化加算」は3.8%であった。また、「退院時共同指導加算」は43.5%、「移行支援加算」は31.9%であった（図3-3-13）。

訪問件数別にみると、「15件以上」「5件以上15件未満」「5件未満」の順に割合が高い傾向にあった（図3-3-14）。また、リハマネジメント加算の算定有無別では「算定あり」にて、リハ3職種の配置有無別では「配置あり」にて、加算算定の割合が高い傾向にあった（表3-3-4）。

図3-3-13 各種加算の算定状況（算定ありの割合）

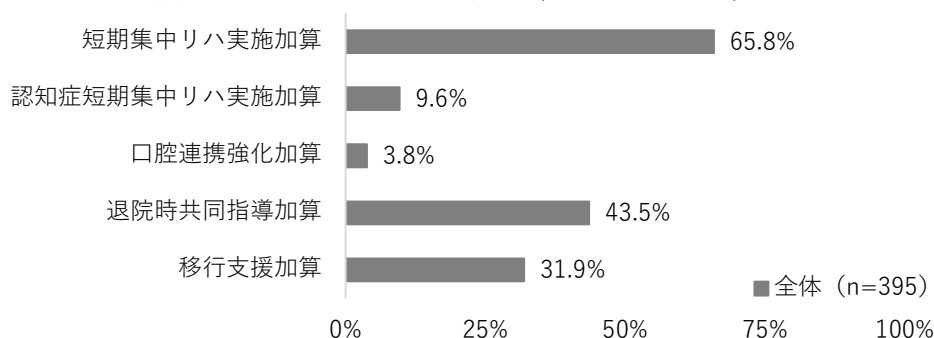


図3-3-14 各種加算の算定状況（算定ありの割合）（訪問件数別）

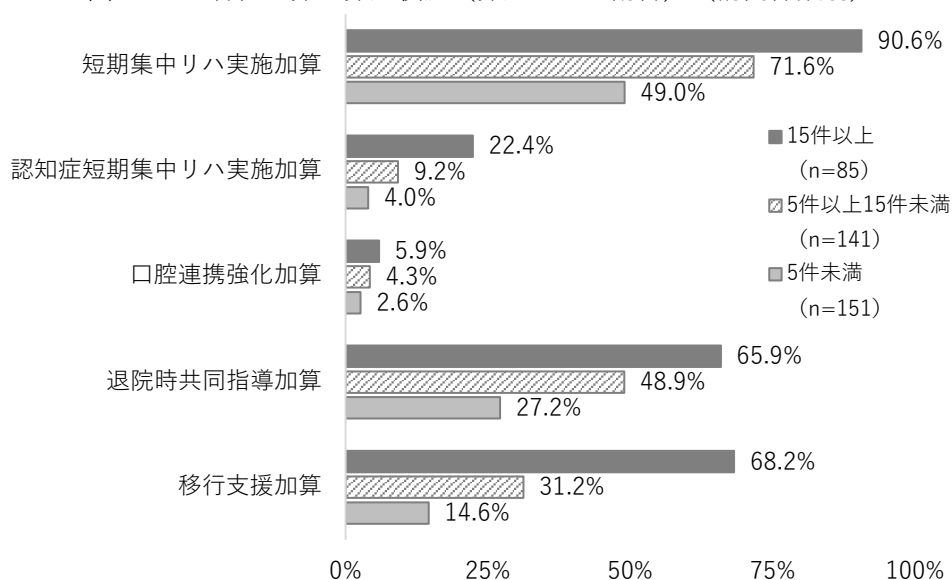


表3-3-4 各種加算の算定状況（算定ありの割合）

（リハマネ加算有無別・リハ3職種配置有無別）

		リハマネ加算		リハ3職種配置	
		算定あり	算定なし	配置あり	配置なし
n		202	185	109	282
1	短期集中リハ実施加算	76.2%	56.8%	78.0%	61.0%
2	認知症短期集中リハ実施加算	13.4%	5.9%	14.7%	7.8%
3	口腔連携強化加算	4.5%	3.2%	8.3%	2.1%
4	退院時共同指導加算	52.0%	36.2%	61.5%	36.9%
5	移行支援加算	42.1%	22.2%	50.5%	24.8%

認知症短期集中リハ実施加算に関わる職種は、「医師」68.4%、「理学療法士」71.1%、「作業療法士」71.1%であった。また、口腔連携強化加算に関わる職種は、「理学療法士」60.0%、「言語聴覚士」46.7%であった（表 3-3-5）。

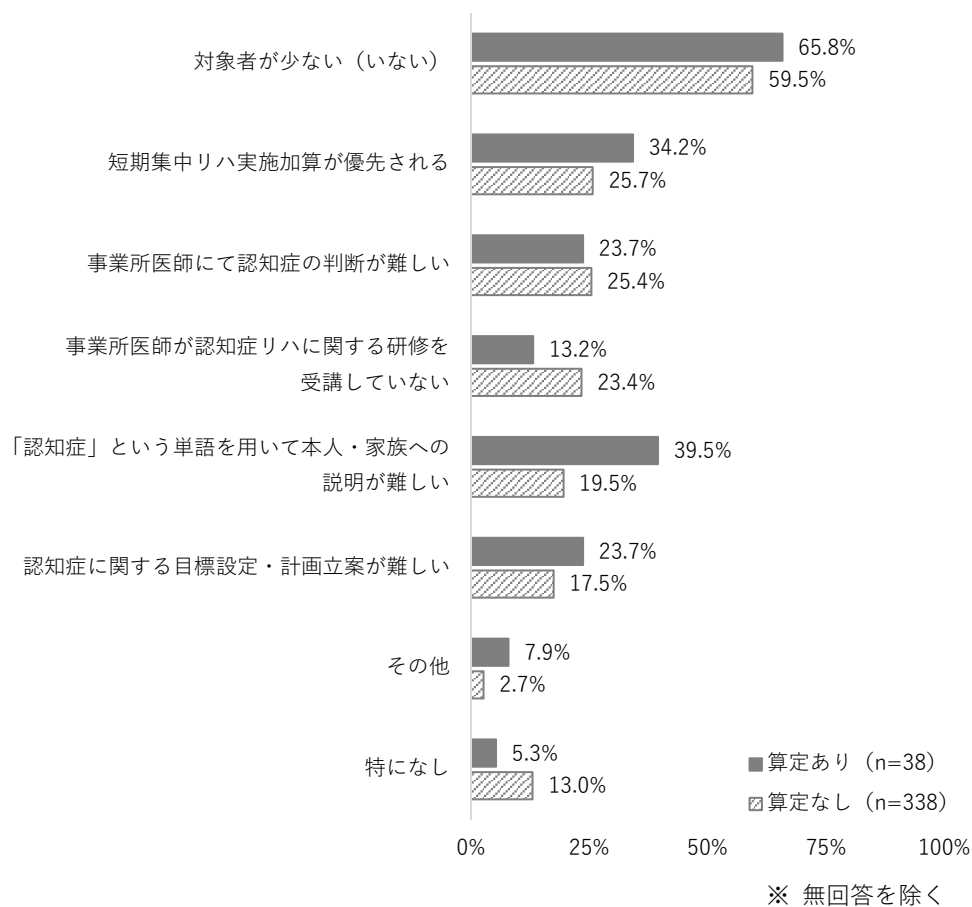
表3-3-5 各種加算に関わる職種

		認知症短期集中 リハ実施加算	口腔連携強化 加算
n		38	15
1	医師	68.4%	20.0%
2	理学療法士	71.1%	60.0%
3	作業療法士	71.1%	40.0%
4	言語聴覚士	13.2%	46.7%

※ 各種加算の算定ありに限る

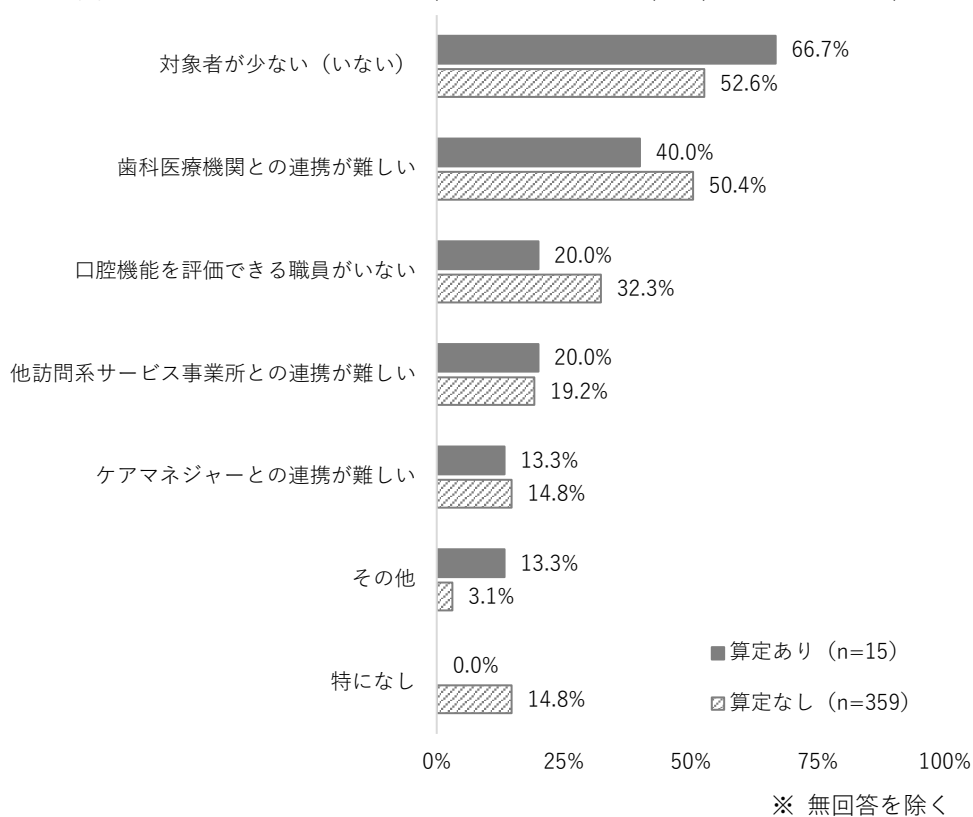
認知症短期集中リハ実施加算を算定する上での課題は、「対象者が少ない(いない)」の割合が最も高かった。また、当該加算の算定有無別にみると、「算定あり」にて「『認知症』という単語を用いて本人・家族への説明が難しい」39.5%の割合が比較的高かった(図3-3-15)。

図3-3-15 加算算定上の課題（認知症短期集中リハ実施加算）（加算算定有無別）



口腔連携強化加算を算定する上での課題は、「対象者が少ない（いない）」の割合が最も高かった。また、当該加算の算定有無別にみると、「算定なし」にて「歯科医療機関との連携が難しい」50.4%、「口腔機能を評価できる職員がいない」32.3%の割合が比較的高かった（図3-3-16）。

図3-3-16 加算算定上の課題（口腔連携強化加算）（加算算定有無別）



各種取組の実施状況では、「心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」60.0%、「利用者の補装具の作製・評価・調整」54.9%の割合が高かった。他方、「地域の通いの場等への同行評価」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」は2割に満たなかった（図3-3-17）。訪問件数別にみると、「15件以上」「5件以上15件未満」において各種取組の実施割合が比較的高かった（表3-3-6）。

図3-3-17 各種取組の実施状況

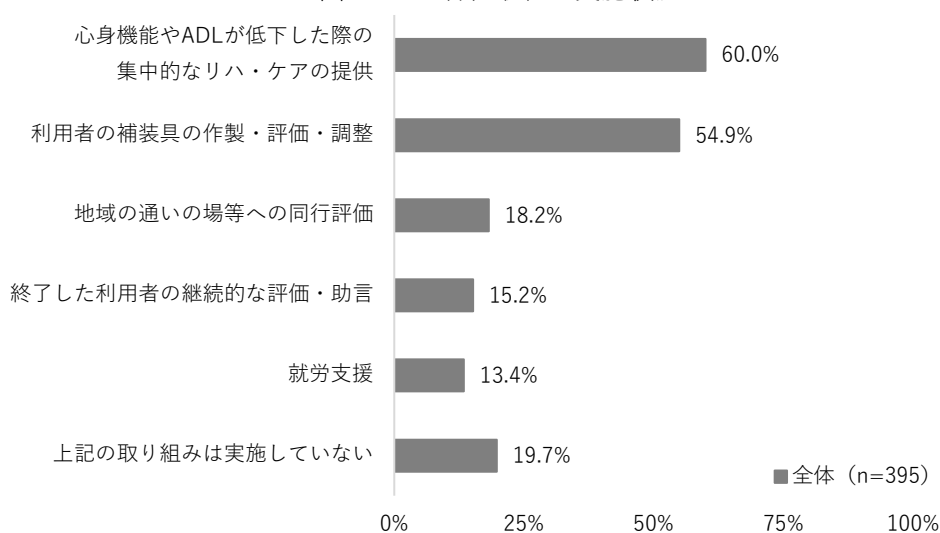


表3-3-6 各種取組の実施状況（訪問件数別）

		訪問件数		
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満
n		85	141	151
1	心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供	74.1%	61.0%	51.7%
2	利用者の補装具の作製・評価・調整	71.8%	64.5%	37.1%
3	地域の通いの場等への同行評価	28.2%	18.4%	11.3%
4	終了した利用者の継続的な評価・助言	23.5%	17.7%	9.3%
5	就労支援	28.2%	14.9%	4.0%
6	上記の取り組みは実施していない	8.2%	14.9%	31.1%

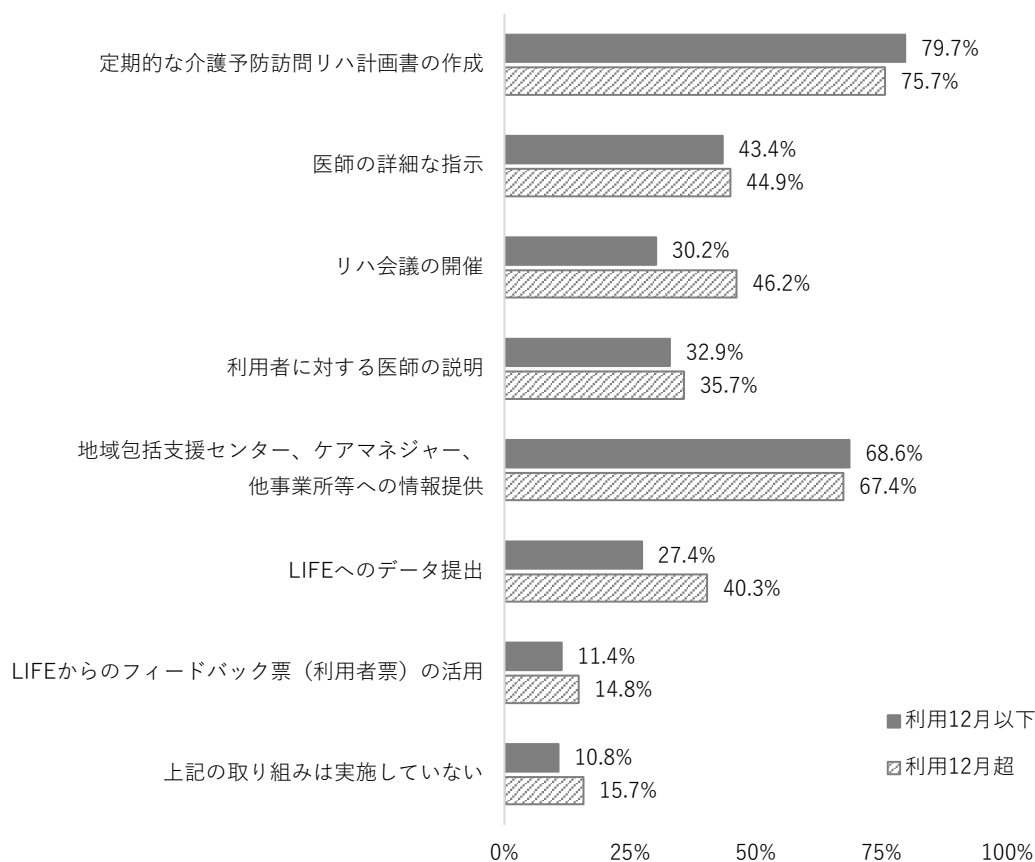
#### 4. 各種取組の状況（要支援）

要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みにて、「リハ会議の開催」の割合は、「12月以下」の利用者 30.2%に対して、「12月超」46.2%であった。また、「LIFE へのデータ提出」は「12月以下」27.4%、「12月超」40.3%、「LIFE からのフィードバック票の活用」は 11.4%・14.8%であった（図 3-4-1）。

「12月超」利用者に関して、訪問件数別にみると「15件以上」にて、「リハ会議の開催」「LIFE へのデータ提出」の割合が高い傾向にあった。一方、「LIFE からのフィードバック票の活用」において、差は見られなかった（表 3-4-1）。

なお、各取り組みを実施している事業所において、要支援利用者に対する実施割合は、概ね 8～9 割であった（表 3-4-2）。

図3-4-1 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施有無（n=325）



※ 要支援者がいた事業所に限る

表3-4-1 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施有無（訪問件数別）

		利用12月以下			利用12月超		
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	15件以上	5件以上 15件未満	5件未満
n		85	130	92	85	130	92
1	定期的な介護予防訪問リハ計画書の作成	85.9%	80.8%	77.2%	87.1%	73.8%	70.7%
2	医師の詳細な指示	51.8%	40.8%	40.2%	52.9%	41.5%	43.5%
3	リハ会議の開催	29.4%	26.2%	37.0%	56.5%	38.5%	47.8%
4	利用者に対する医師の説明	34.1%	30.8%	34.8%	38.8%	33.1%	35.9%
5	地域包括支援センター、ケアマネジャー、他事業所等への情報提供	80.0%	66.2%	65.2%	80.0%	62.3%	65.2%
6	LIFEへのデータ提出	29.4%	23.1%	30.4%	52.9%	33.1%	40.2%
7	LIFEからのフィードバック票（利用者票）の活用	10.6%	10.0%	13.0%	15.3%	13.1%	16.3%
8	上記の取り組みは実施していない	4.7%	13.8%	9.8%	5.9%	22.3%	16.3%

※ 要支援者がいた事業所に限る

表3-4-2 要支援に対するリハマネジメントに関する取り組みの実施割合  
（全員（10割）の割合）

		利用12月以下		利用12月超	
		n	%	n	%
1	定期的な介護予防訪問リハ計画書の作成	259	96.9%	246	95.9%
2	医師の詳細な指示	141	93.6%	146	93.2%
3	リハ会議の開催	98	82.7%	150	88.7%
4	利用者に対する医師の説明	107	82.2%	116	84.5%
5	地域包括支援センター、ケアマネジャー、他事業所等への情報提供	223	91.9%	219	91.3%
6	LIFEへのデータ提出	89	91.0%	131	93.9%
7	LIFEからのフィードバック票（利用者票）の活用	37	89.2%	48	85.4%

※ 各取り組みの実施ありに限る

要支援に対する各種加算の算定状況について、「退院時共同指導加算」は36.9%であった。他方、「口腔連携強化加算」は4.3%であった（図3-4-2）。

訪問件数別にみると「15件以上」にて、リハ3職種の配置有無別では「配置あり」にて、それぞれ各種加算算定の割合が高い傾向にあった（表3-4-3）。

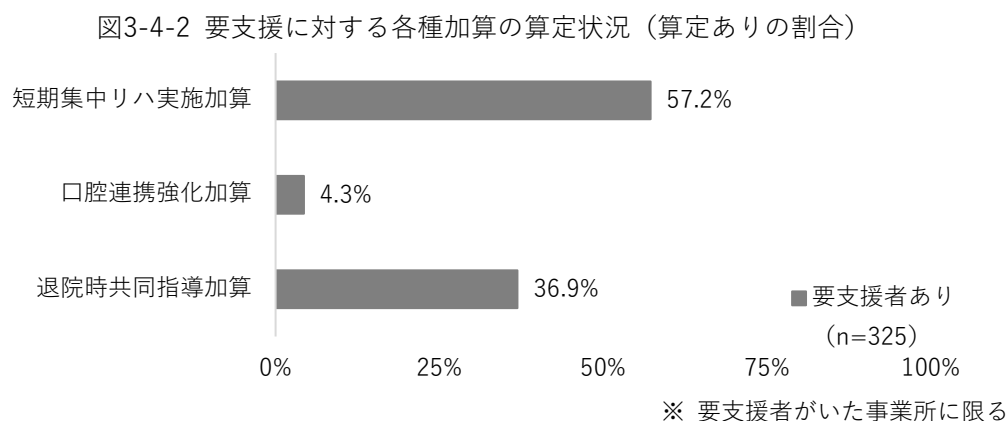


表3-4-3 要支援に対する各種加算の算定状況（算定ありの割合）  
（訪問件数別・リハ3職種配置有無別）

		訪問件数			リハ3職種配置	
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	配置あり	配置なし
	n	85	130	92	93	228
1	短期集中リハ実施加算	75.3%	59.2%	41.3%	75.3%	50.0%
2	口腔連携強化加算	7.1%	2.3%	4.3%	9.7%	2.2%
3	退院時共同指導加算	51.8%	38.5%	20.7%	58.1%	28.5%

※ 要支援者がいた事業所に限る

各種取組の実施状況においては、「心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」60.9%、「利用者の補装具の作製・評価・調整」53.2%の実施割合が高かった。他方、「地域の通いの場等への同行評価」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」は2割に満たなかった(図3-4-3)。訪問件数別にみると、「15件以上」「5件以上15件未満」において各種取組の実施割合が比較的高かった(表3-4-4)。

図3-4-3 各種取組の実施状況(要支援)

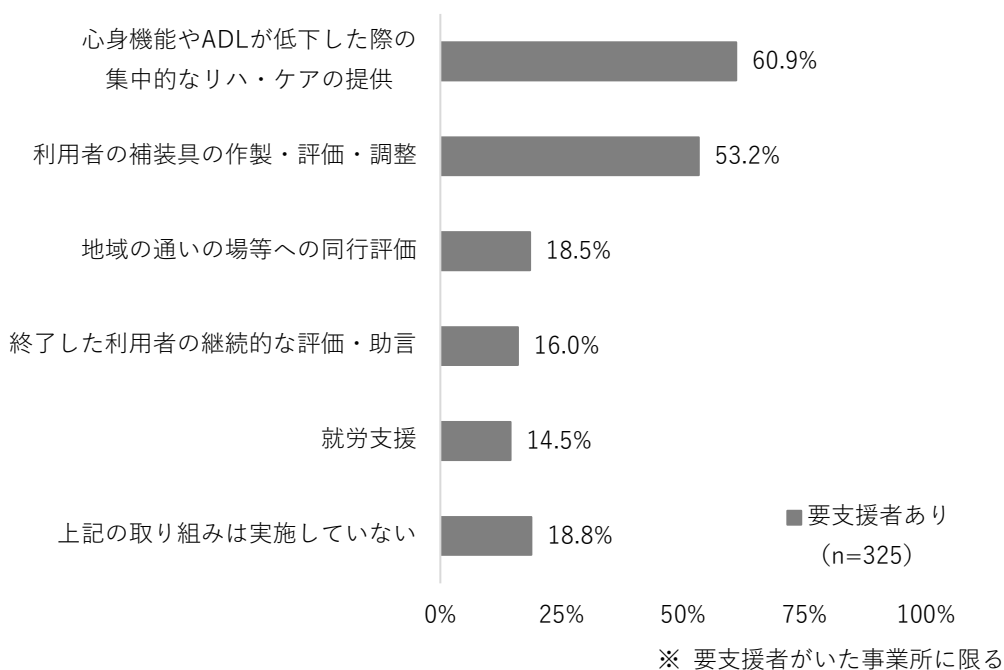


表3-4-4 各種取組の実施状況(要支援) (訪問件数別)

	n	訪問件数		
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満
		85	130	92
1	心身機能やADLが低下した際の集中的なりハ・ケアの提供	71.8%	60.8%	53.3%
2	利用者の補装具の作製・評価・調整	65.9%	56.9%	39.1%
3	地域の通いの場等への同行評価	25.9%	20.8%	10.9%
4	終了した利用者の継続的な評価・助言	27.1%	14.6%	10.9%
5	就労支援	24.7%	16.2%	4.3%
6	上記の取り組みは実施していない	8.2%	18.5%	29.3%

※ 要支援者がいた事業所に限る

## 5. 事業所における取り組み

事業所における取り組みとして、「事業継続計画の作成」「高齢者虐待防止措置への対応」「身体的拘束廃止への対応」の実施割合は、概ね9割であった（図3-5-1）。

事業継続計画の実施内容では、「感染症対策」96.6%、「非常災害対策」96.6%であった（図3-5-2）。高齢者虐待防止措置および身体的拘束廃止の実施内容は、各項目にて8割を超えた（図3-5-3、3-5-4）。

図3-5-1 事業所における取り組みの実施有無（n=395）

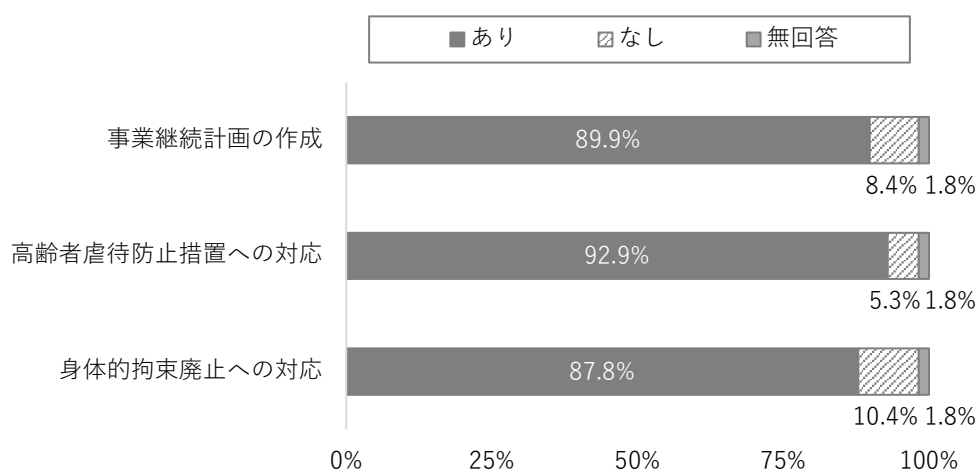
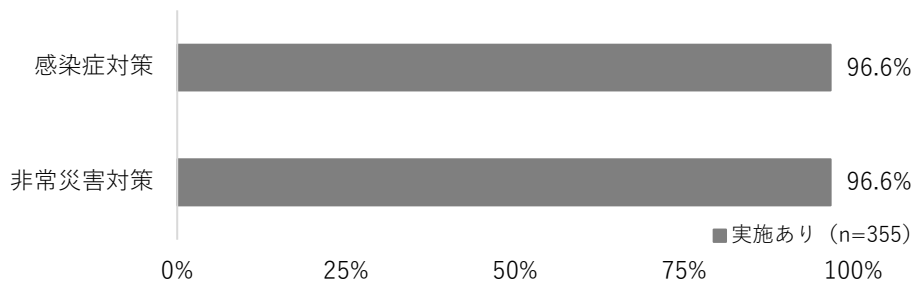
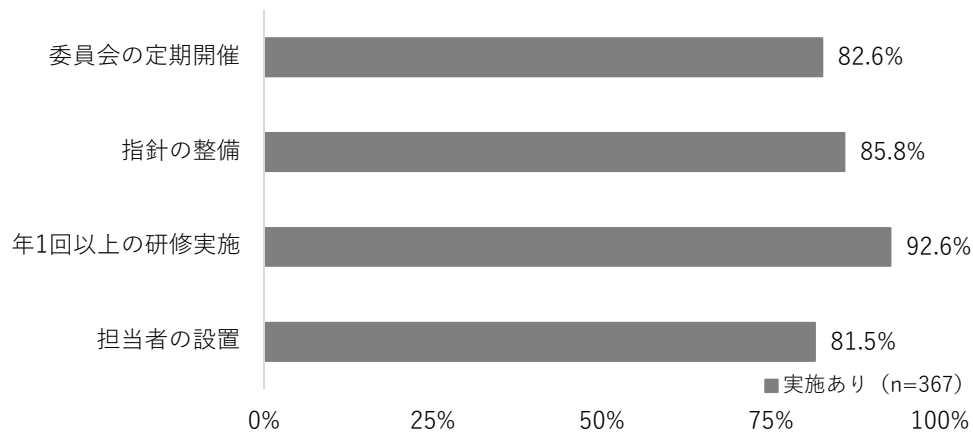


図3-5-2 事業継続計画の実施内容



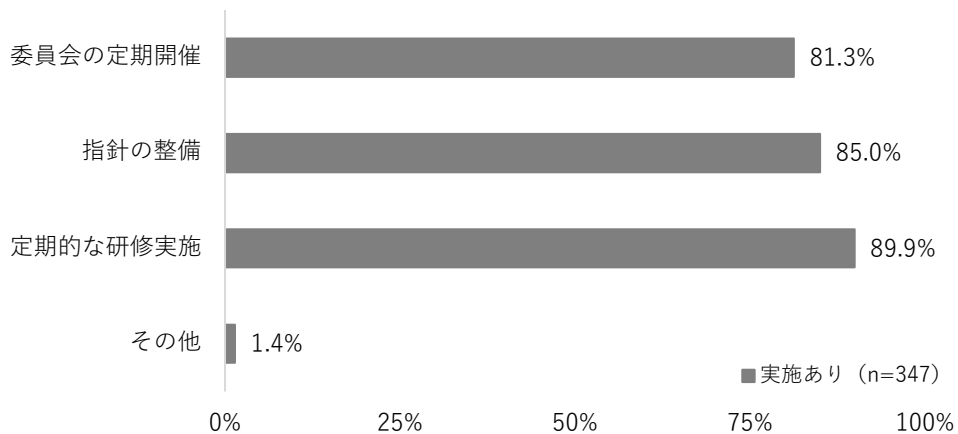
※ 事業継続計画の作成ありに限る

図 3-5-3 高齢者虐待防止措置の実施内容



※ 高齢者虐待防止措置への対応ありに限る

図 3-5-4 身体的拘束廃止の実施内容



※ 身体的拘束廃止への対応ありに限る

片道の平均移動時間は、「11～20分」52.2%、「21～30分」30.1%の割合が高かった。また、最大移動時間は、「11～20分」17.5%、「21～30分」43.8%、「31～40分」17.7%の割合が高かったが、「60分超」1.8%もみられた（図 3-5-5）。

片道の平均移動距離は、「2～3km未満」23.5%、「3～5km未満」18.7%、「5～7km未満」31.6%の割合が高かった。また、最大移動距離は、「5～7km未満」20.8%、「7～10km未満」18.0%、「10km以上」37.2%であった（図 3-5-6）。

図 3-5-5 平均移動時間（片道）（n=395）

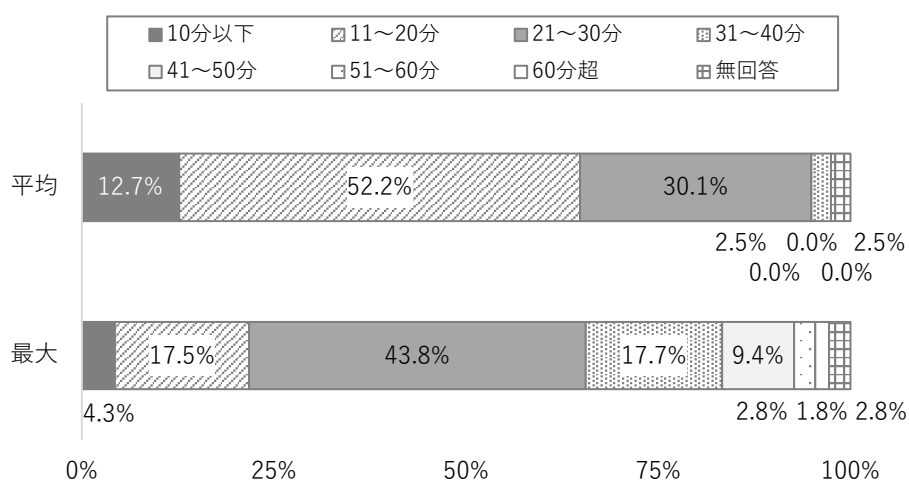
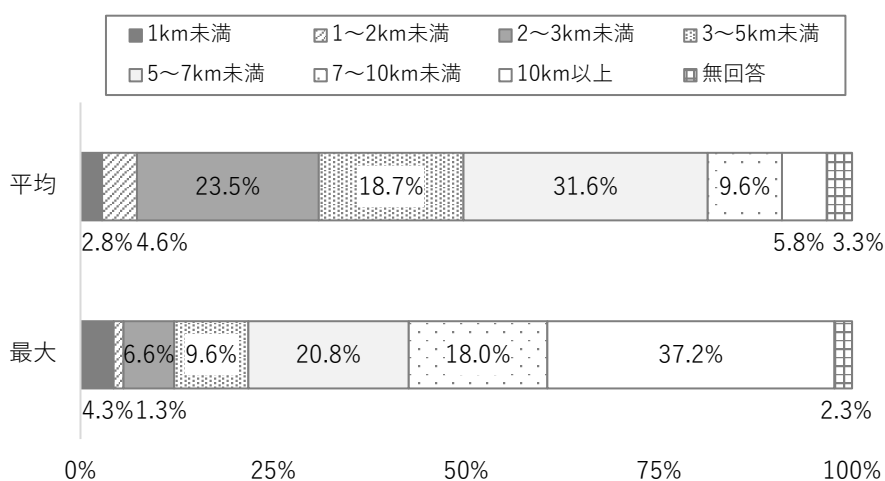


図 3-5-6 平均移動距離（片道）（n=395）



中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は、7.3%であった（図3-5-7）。実施事業所における主な課題は、「移動距離」「医師の診察」「冬季等の対応」「訪問経費」「社会参加の移行先の確保」であった（表3-5-1）。

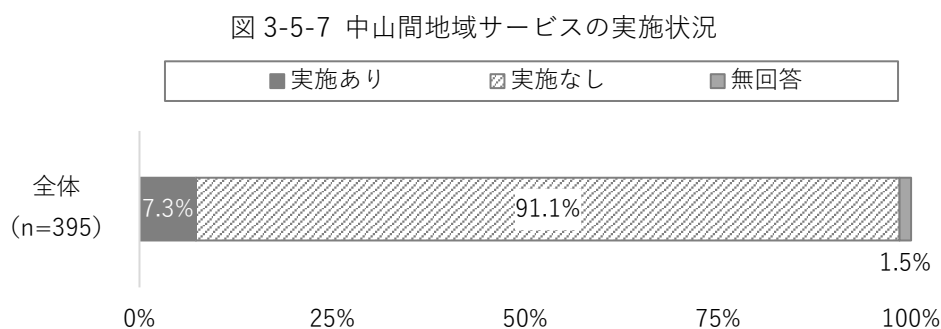


表3-5-1 中山間地域サービスの実施における課題と工夫点

課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所からの移動距離が長く、時間がかかる。</li> <li>・書類作業が時間内に対応不可。</li> <li>・事業所医師の診察が困難。</li> <li>・大雪による交通障害や駐車スペースの確保。</li> <li>・他事業所からのサービス提供がないため、赤字の状態でも継続している。</li> <li>・事業所として費用対効果が非常に悪い。</li> <li>・通所系サービスの送迎が難しく、訪問リハでの対応を行なっている。</li> <li>・修了後の移行先となる介護サービスが限定される。移行先が少ない。</li> <li>・社会参加を促しにくい。</li> </ul>
工夫点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問時間や曜日の調節（同地区をまとめて訪問）。</li> <li>・訪問ルート調整。</li> <li>・訪問頻度を限定し、滞在時間を延長して対応。</li> <li>・冬期間の積雪に対する備え（スタック対策、四輪駆動車、臨時駐車場の確保等）。</li> <li>・ケアマネジャーとの密な情報共有。</li> <li>・訪問先宅の近隣住民との関係性構築（場合によっては協力を得るため）。</li> </ul>

地域貢献活動の実施状況では、「連絡会議の開催・協力」36.5%、「地域の通いの場の支援」29.6%、「勉強会・事例検討会の開催・協力」27.3%の割合が高かった（図3-5-8）。訪問件数別にみると、「地域の通いの場の支援」は「15件以上」にて実施割合が高い傾向にあった（表3-5-2）。

図3-5-8 地域貢献活動の実施状況

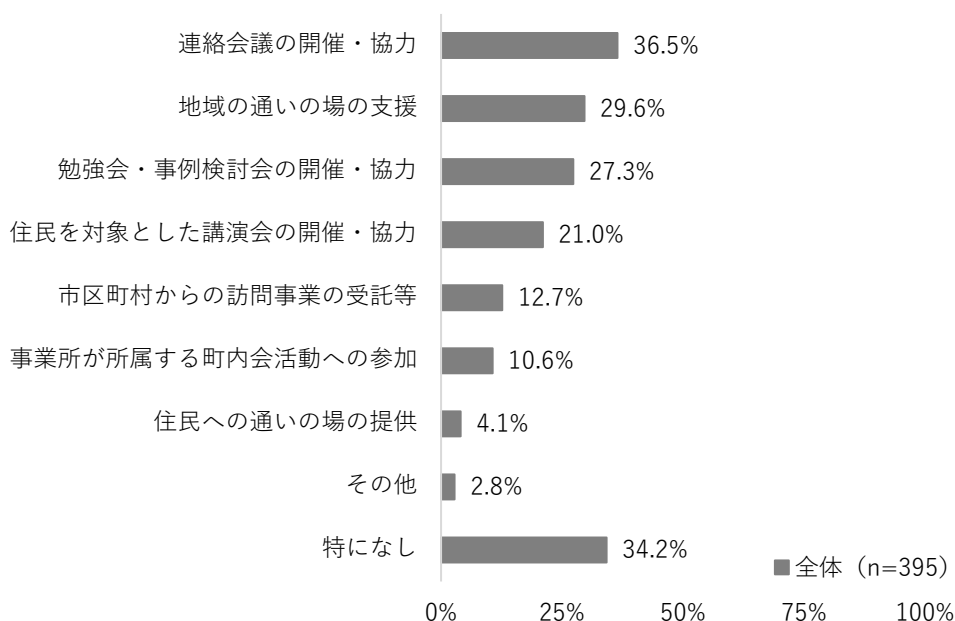


表3-5-2 地域貢献活動の実施状況（訪問件数別・設立主体別）

	n	訪問件数			設立主体		
		15件以上	5件以上 15件未満	5件未満	病院	診療所	介護老人 保健施設
1	連絡会議の開催・協力	45.9%	37.6%	27.2%	38.3%	27.7%	41.5%
2	地域の通いの場の支援	37.6%	29.8%	25.2%	29.9%	20.2%	28.7%
3	勉強会・事例検討会の開催・協力	40.0%	29.1%	19.2%	30.3%	20.2%	38.3%
4	住民を対象とした講演会の開催・協力	28.2%	22.7%	15.2%	24.4%	13.8%	21.3%
5	市区町村からの通所事業の受託等	16.5%	12.8%	9.3%	2.5%	5.3%	6.4%
6	事業所が所属する町内会活動への参加	14.1%	7.8%	11.3%	14.4%	8.5%	12.8%
7	住民への通いの場の提供	3.5%	4.3%	4.6%	7.5%	10.6%	18.1%
8	その他	1.2%	3.5%	3.3%	2.0%	4.3%	3.2%
9	特になし	23.5%	31.2%	44.4%	30.3%	42.6%	33.0%

#### 第四節 通所リハ利用者調査（要介護）

##### 1. 利用開始時の状況

介護度は「要介護1」37.0%、「要介護2」31.0%の割合が高く、年齢は「85歳以上」「75-84歳」の割合が高かった（図4-1-1、4-1-2）。また、性別は概ね男女半数ずつであった。年齢別にみると、「65-74歳」にて「男性」60.3%、「85歳以上」にて「女性」63.7%の割合が高かった（表4-1-1）。

図4-1-1 介護度

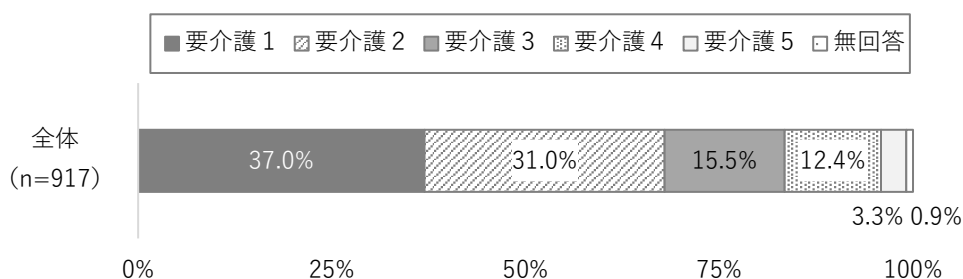


図4-1-2 年齢

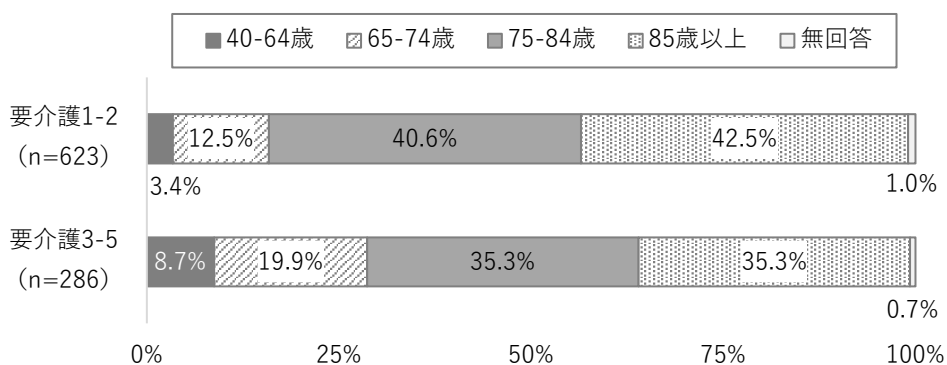


表4-1-1 性別（介護度別・年齢別）

		介護度		年齢		
		要介護1-2	要介護3-5	65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		623	286	136	354	366
1	男性	45.6%	49.0%	60.3%	51.1%	36.3%
2	女性	54.4%	51.0%	39.7%	48.9%	63.7%

開始時の日常生活自立度にて、要介護1-2は「J」34.3%、「A」55.9%の割合が、要介護3-5は「A」49.7%、「B」35.3%の割合が高かった（図4-1-3）。認知症高齢者の日常生活自立度は、要介護1-2と要介護3-5にて、差異はみられなかった（図4-1-4）。

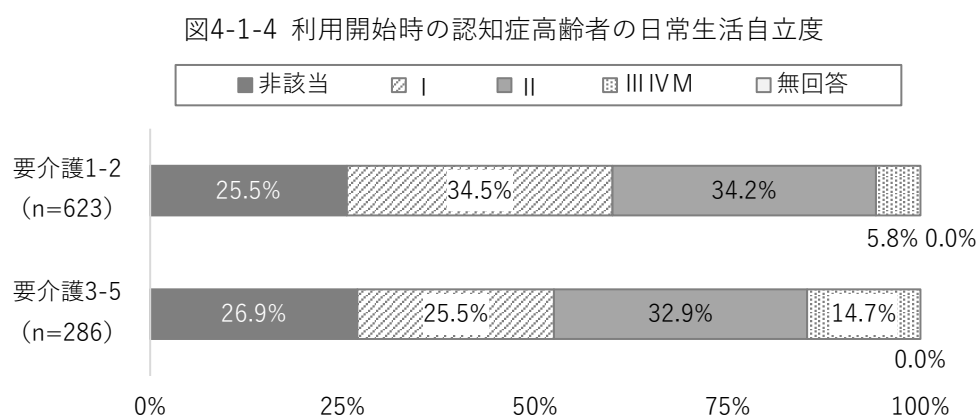
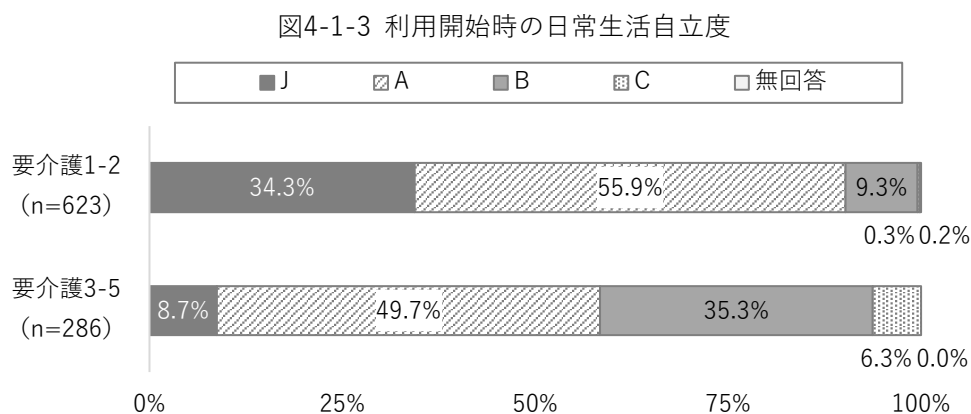


表4-1-2 利用開始時の認知症高齢者の日常生活自立度（年齢別）

		年齢		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		136	354	366
1	非該当	47.1%	23.7%	16.7%
2	I	26.5%	35.9%	31.4%
3	II	19.9%	31.6%	42.1%
4	III/IV/M	6.6%	8.8%	9.8%

サービス提供時間は、「6-7時間」が4～5割と最も割合が高く、次いで「1-2時間」であった（図4-1-5）。利用頻度は、「2回/週」の割合が最も高かった（図4-1-6）。

図4-1-5 サービス提供時間

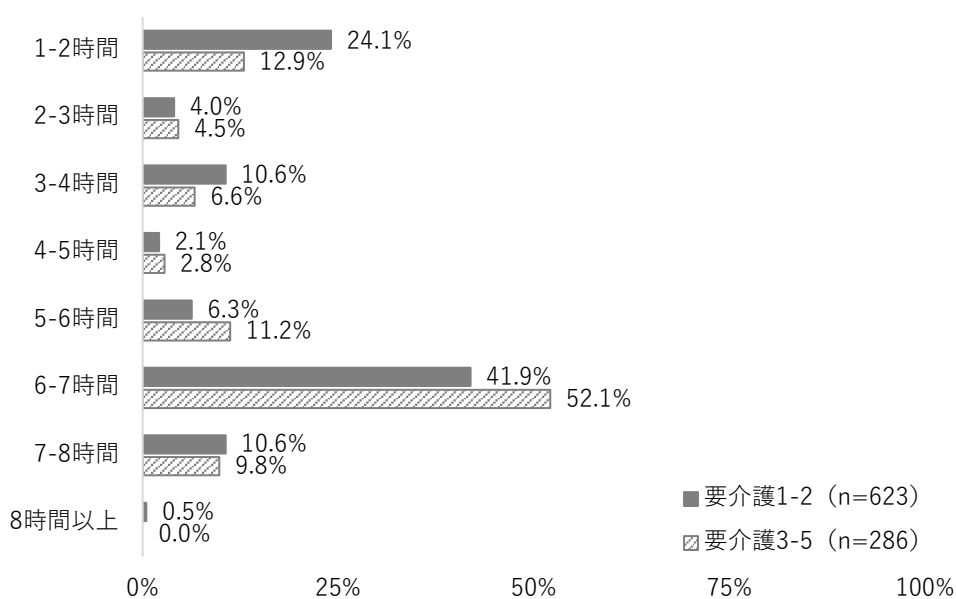
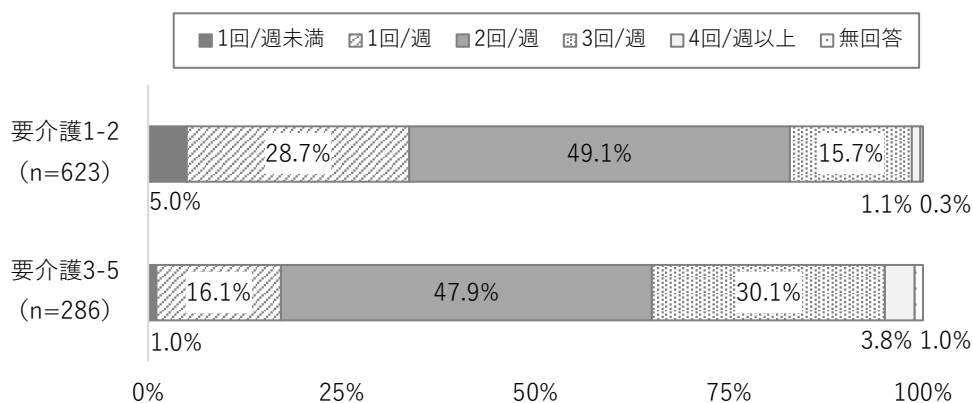


図4-1-6 利用頻度



リハビリが必要となった原因は、「要介護1-2」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」24.2%、「要介護3-5」にて「脳卒中」40.2%の割合が比較的高い傾向にあった（図4-1-7）。年齢別にみると、「65-74歳」にて「脳卒中」41.2%、「85歳以上」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」33.9%の割合が高かった（表4-1-3）。

図 4-1-7 リハビリが必要となった原因の傷病名

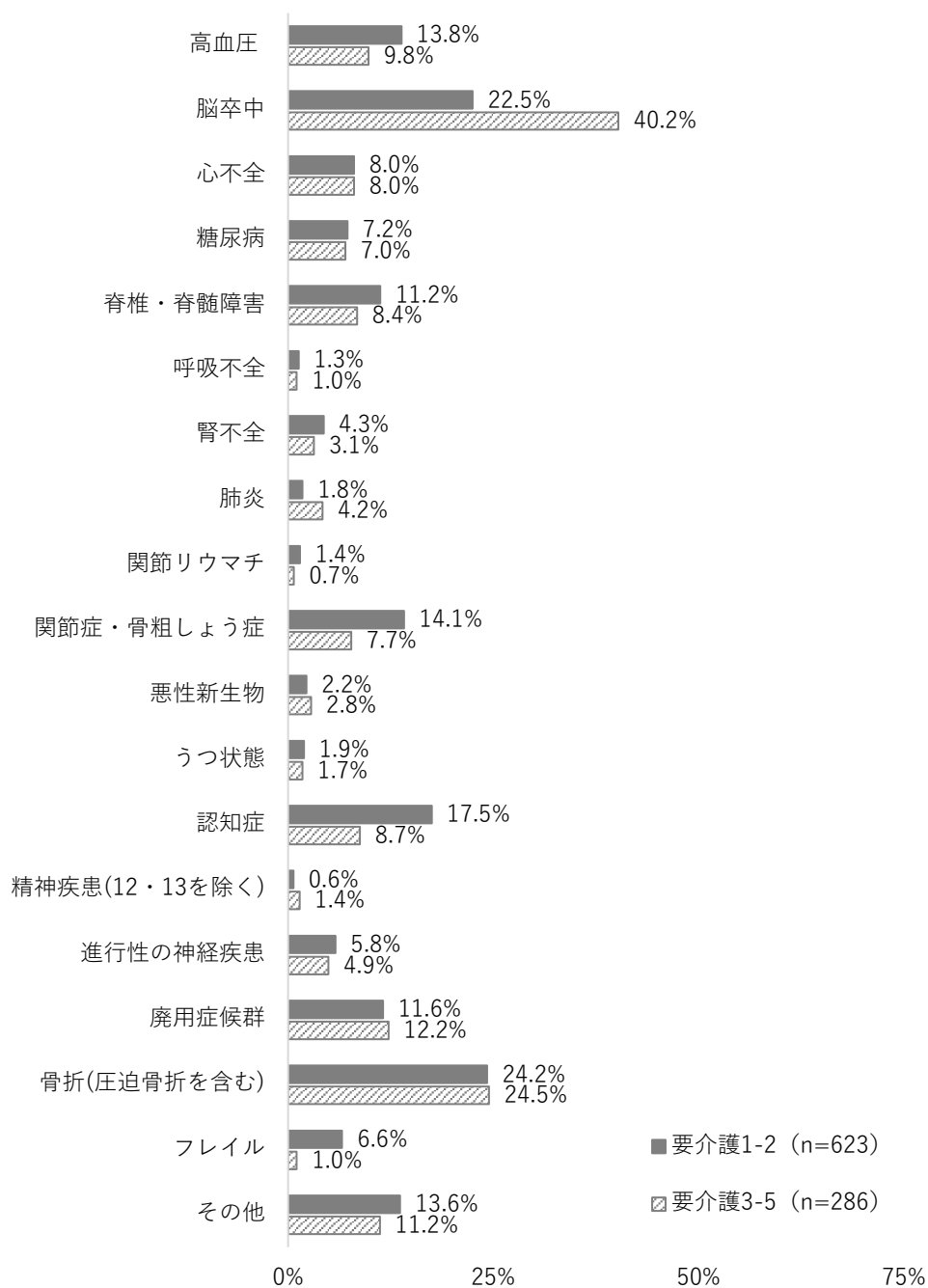


表 4-1-3 リハビリが必要となった原因の傷病名（年齢別）

		年齢		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		136	354	366
1	高血圧	9.6%	9.9%	15.8%
2	脳卒中	41.2%	29.7%	16.4%
3	心不全	6.6%	3.4%	13.7%
4	糖尿病	8.8%	9.0%	5.2%
5	脊椎・脊髄障害	13.2%	12.1%	8.2%
6	呼吸不全	1.5%	0.8%	1.6%
7	腎不全	6.6%	3.1%	4.1%
8	肺炎	0.0%	2.8%	3.3%
9	関節リウマチ	0.0%	2.0%	1.1%
10	関節症・骨粗しょう症	5.1%	11.3%	17.2%
11	悪性新生物	3.7%	2.0%	2.2%
12	うつ状態	1.5%	3.7%	0.3%
13	認知症	7.4%	16.9%	16.4%
14	精神疾患(12・13を除く)	0.7%	0.8%	1.1%
15	進行性の神経疾患	14.0%	6.8%	0.8%
16	廃用症候群	10.3%	11.0%	14.5%
17	骨折(圧迫骨折を含む)	18.4%	18.6%	33.9%
18	フレイル	1.5%	4.2%	7.4%
19	その他	10.3%	14.1%	13.1%

併用サービスがある割合は、「要介護1-2」にて54.1%、「要介護3-5」にて73.8%であった（図4-1-8）。併用サービスの内容は、「福祉用具」の割合が最も高く、「通所介護」「訪問介護」が続いた。なお、要介護3-5においては、「看護職員による訪問看護」の割合も比較的高い値であった（図4-1-9）。

図4-1-8 併用サービスの有無

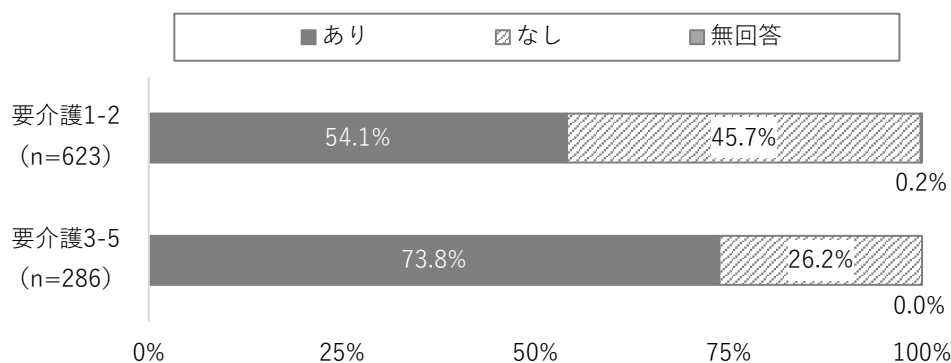
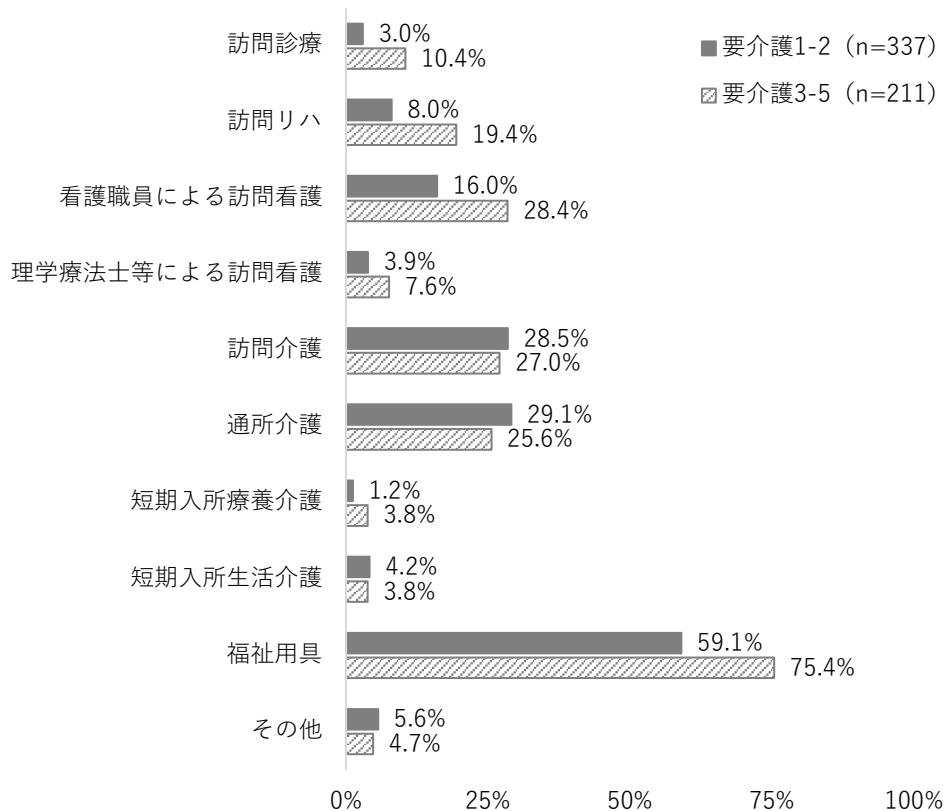


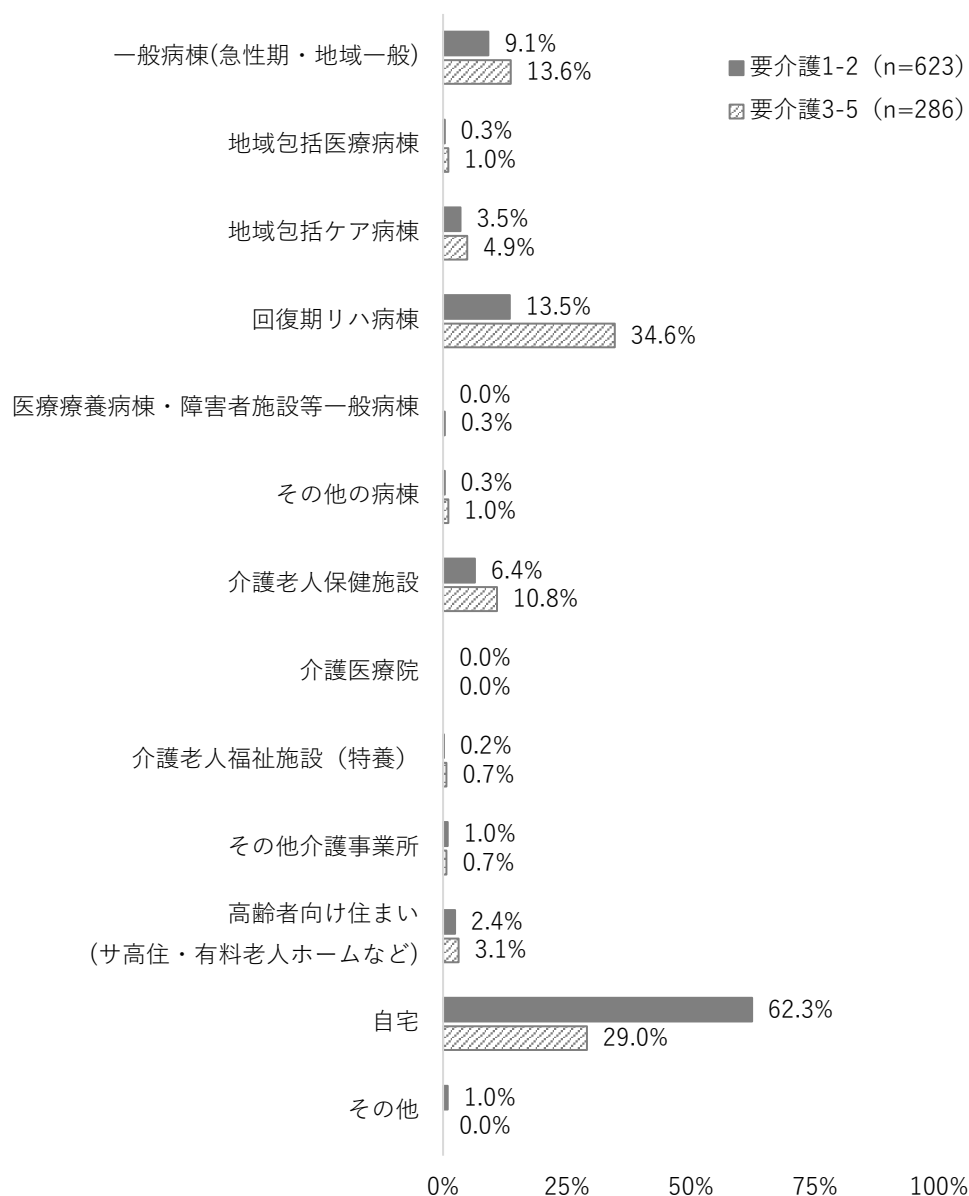
図4-1-9 併用サービスの内容



※ 併用サービスありに限る

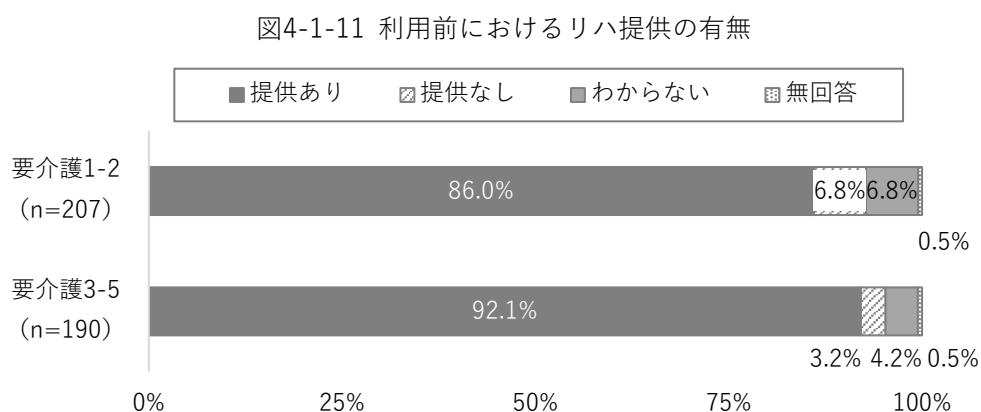
利用前の所在は、要介護1-2にて「自宅」が62.3%と最も割合が高かった。要介護3-5においては、「回復期リハ病棟」が34.6%であり、「自宅」が29.0%と続いた（図4-1-10）。

図4-1-10 利用前の所在



※ 自宅とは、直近4週間を超えて自宅にて過ごされた方を指します。

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院の利用者において、入院・入所中にリハビリテーションの提供があった割合は、介護度別・利用前所在別にみても約9割であった（図4-1-11、表4-1-4）。



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

表4-1-4 利用前におけるリハ提供の有無（利用前所在別）

		利用前所在	
		医療機関	介護老人保健施設
n		329	71
1	提供あり	87.8%	93.0%
2	提供なし	5.8%	1.4%
3	わからない	5.8%	4.2%

※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は、「要介護1-2」27.5%、「要介護3-5」28.9%であった（図4-1-12）。利用前所在別にみると、「介護老人保健施設」にて40.8%と割合が高かった。また、法人区分では、「同一法人」42.9%の割合が高値であった（表4-1-5）。

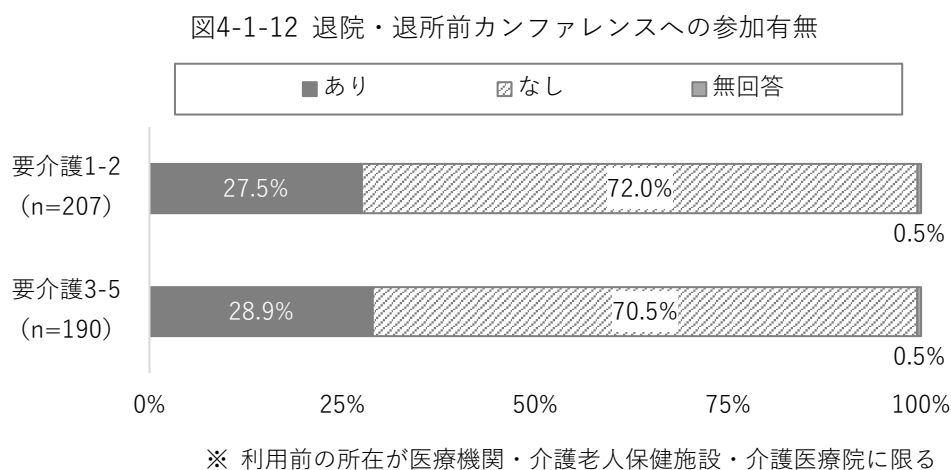


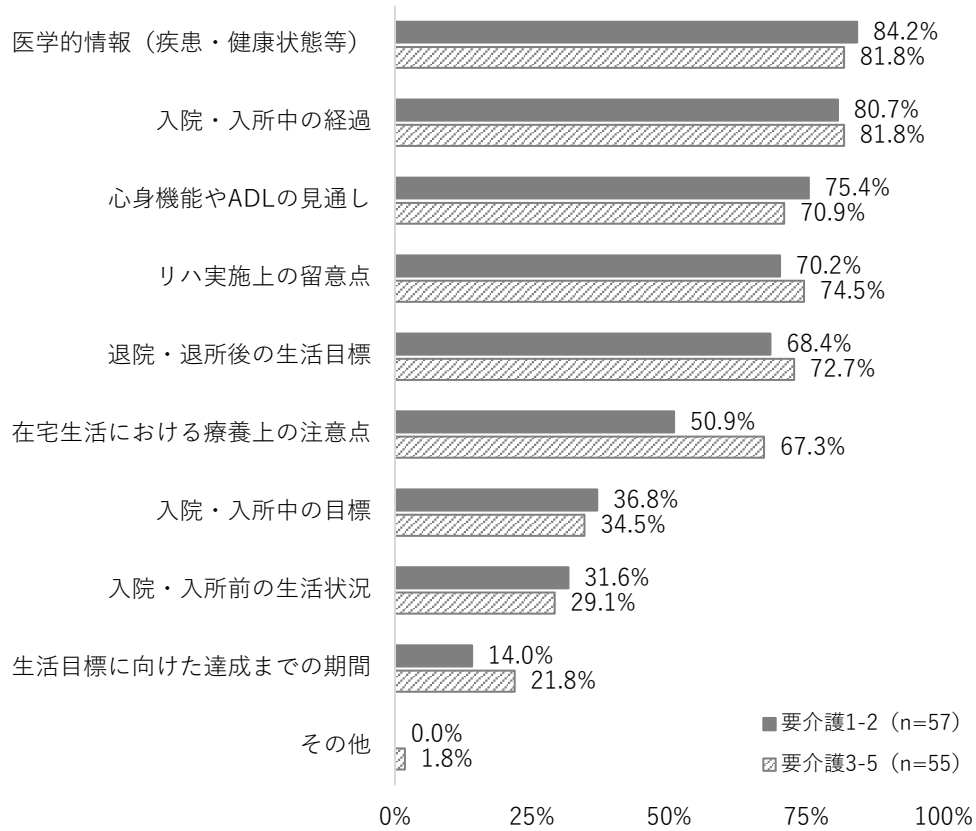
表4-1-5 退院・退所前カンファレンスへの参加有無（利用前所在別）

		利用前所在		法人区分	
		医療機関	介護老人保健施設	同一法人	他法人
n		329	71	189	209
1	あり	25.8%	40.8%	42.9%	15.8%
2	なし	73.6%	57.7%	56.6%	84.2%

※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

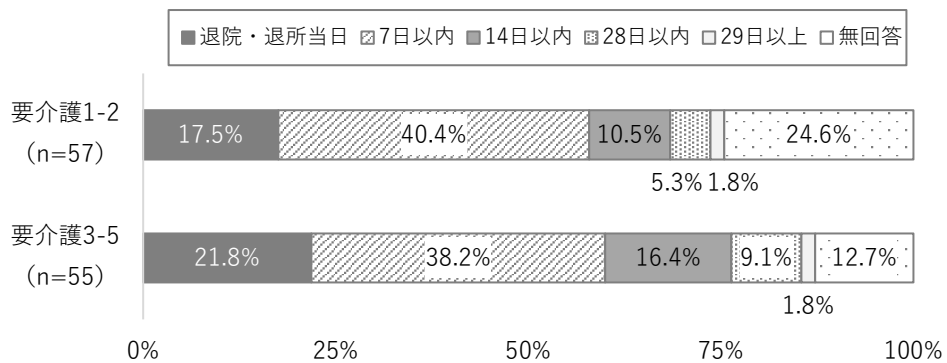
退院・退所前カンファレンスにおける協議の内容は、「医学的情報（疾患・健康状態等）」「入院・入所中の経過」「心身機能やADLの見通し」「リハ実施上の留意点」「退院・退所後の生活目標」の5項目にて概ね7割を超えた。また、「要介護3-5」では「在宅生活における療養上の注意点」も比較的高い割合であった（図4-1-13）。退院・退所前カンファレンスから退院・退所までの期間は、「7日以内」が4割、「退院・退所当日」が2割であった（図4-1-14）。

図4-1-13 退院・退所前カンファレンスでの協議内容



※ 退院・退所前カンファレンスへの参加ありに限る

図4-1-14 退院・退所前カンファレンスから退院・退所までの期間

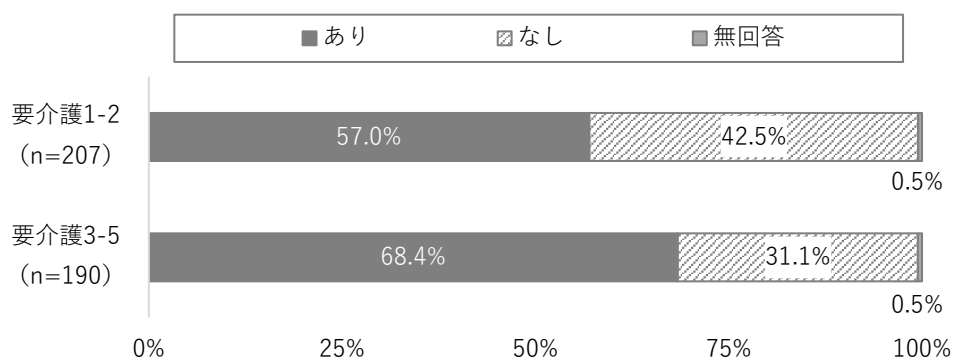


※ 退院・退所前カンファレンスへの参加ありに限る

入院・入所中のリハビリテーション計画書を受領した割合は、「要介護1-2」57.0%、「要介護3-5」68.4%であった（図4-1-15）。リハ計画書を受領した時期は「要介護1-2」は「利用開始時」43.2%、「要介護3-5」は「退院・退所時」41.5%の割合がそれぞれ高かった（図4-1-16）。

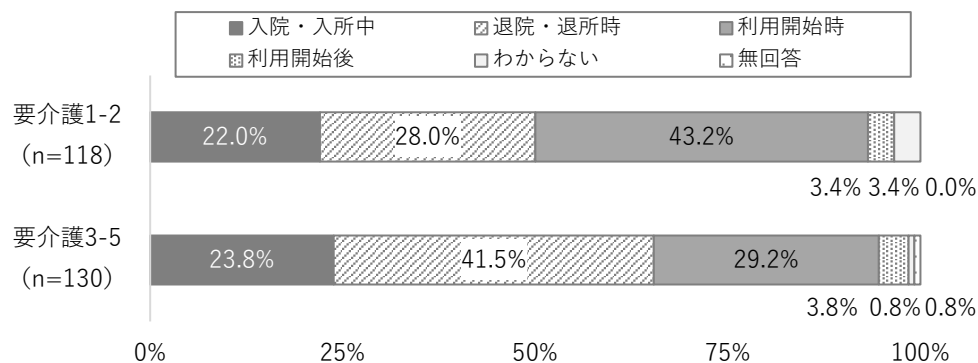
受領したリハ計画書に記載されていた目標は、「要介護1-2」にて「歩行・移動能力の向上」76.3%、「身体機能の向上」72.0%、「要介護3-5」にて「歩行・移動能力の向上」63.1%、「日常生活動作(ADL)の改善(入浴動作を除く)」62.3%の割合がそれぞれ高値であった（図4-1-17）。

図4-1-15 リハ計画書の受領有無



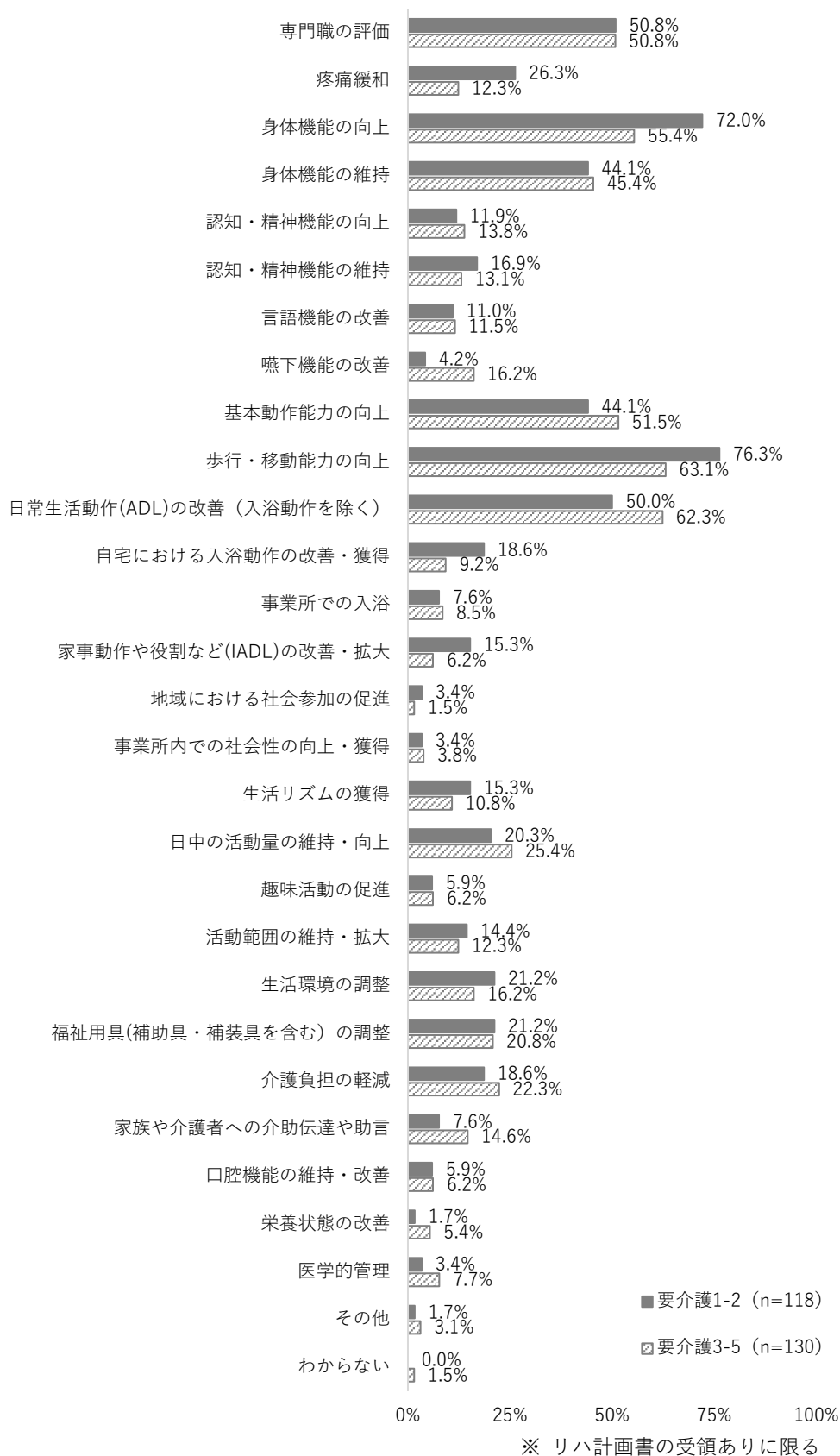
※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

図4-1-16 リハ計画書の受領時期



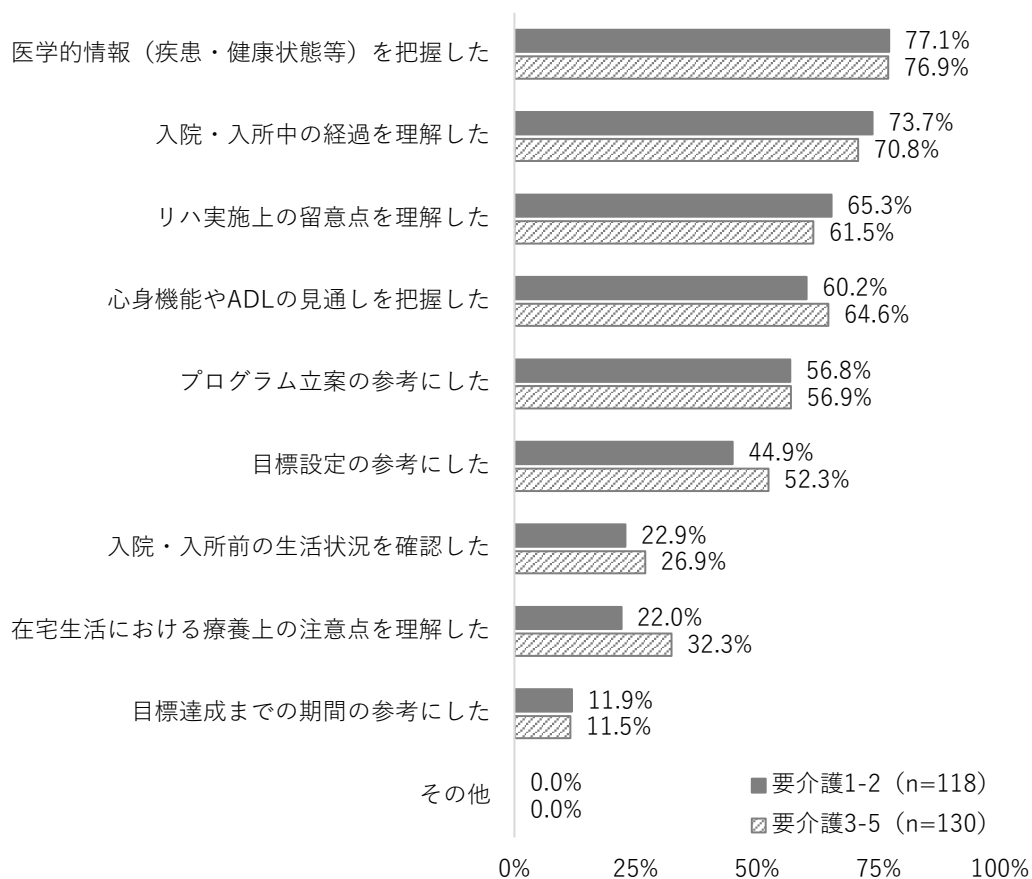
※ リハ計画書の受領ありに限る

図4-1-17 受領したリハ計画書に記載されていた目標



受領したリハ計画書の活用方法は、「医学的情報（疾患・健康状態等）を把握した」「入院・入所中の経過を理解した」「リハ実施上の留意点を理解した」「心身機能やADLの見通しを把握した」の4項目にて6割を超えた（図4-1-18）。

図4-1-18 受領したリハ計画書の活用方法

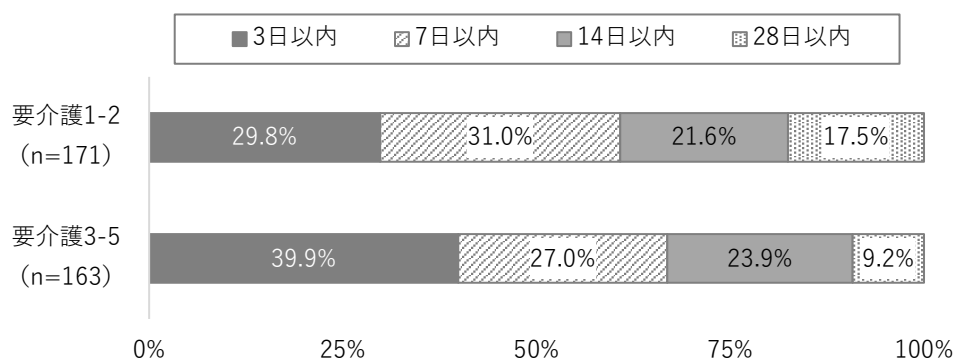


※ リハ計画書の受領ありに限る

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院の利用者において、退院・退所から利用開始までの期間は、「3日以内」「7日以内」を合わせて6割を超えた。特に、「要介護3-5」にて「3日以内」39.9%の割合が高かった（図4-1-19）。

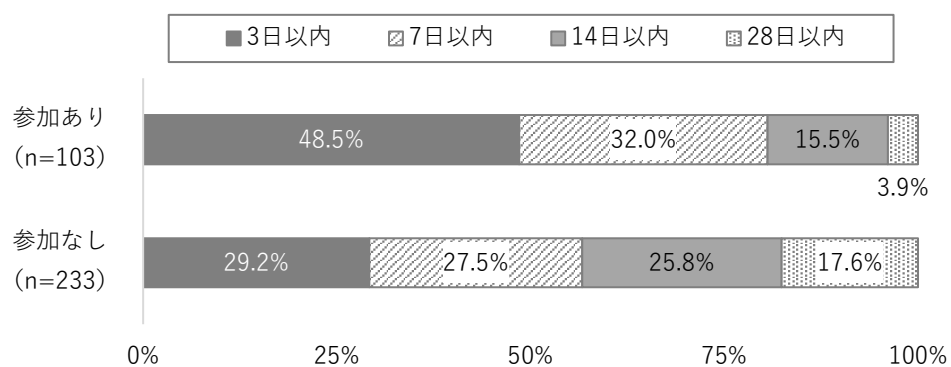
退院・退所前カンファレンス参加有無別にみると、「参加あり」にて「3日以内」48.5%、「7日以内」32.0%の割合が高かった（図4-1-20）。同様に、リハ計画書受領有無別においても、「受領あり」にて「3日以内」39.9%、「7日以内」30.5%の割合が高かった（図4-1-21）。

図4-1-19 退院・退所から利用開始までの期間



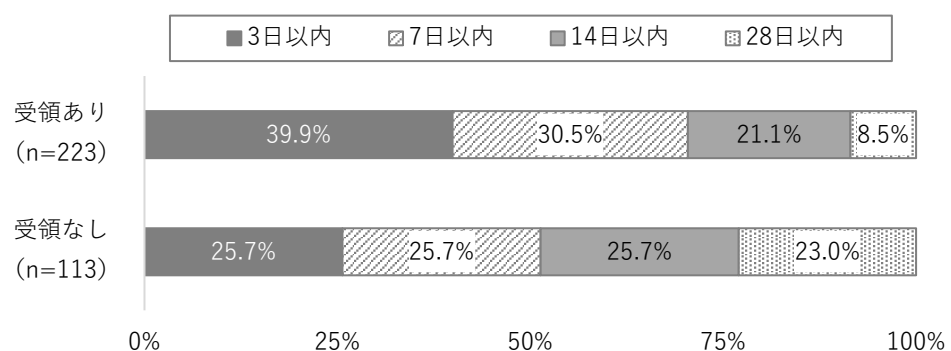
※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

図4-1-20 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参加有無別）



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

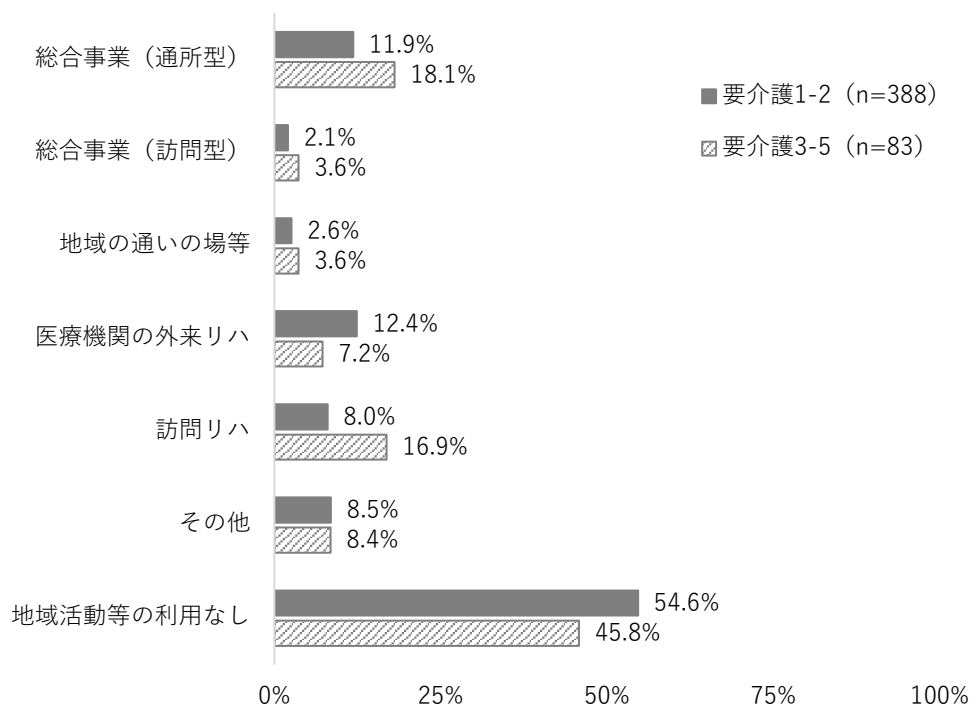
図4-1-21 退院・退所から利用開始までの期間（リハ計画書受領有無別）



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

利用前の所在が自宅の利用者において、利用前サービスや地域活動への参加状況は、「地域活動等の利用なし」が約5割であった（図4-1-22）。

図4-1-22 利用前サービスや地域活動への参加状況



※ 利用前の所在が自宅に限る

同居者なしの割合は、「要介護1-2」が22.3%、「要介護3-5」が14.3%であった（図4-1-23）。同居人ありにて、同居人数（年齢）は「1名（75歳以上）」にて3割を超えていた（図4-1-24）。

利用前1年間に転倒歴がある利用者は約5割であった（図4-1-25）。

図4-1-23 同居者の有無

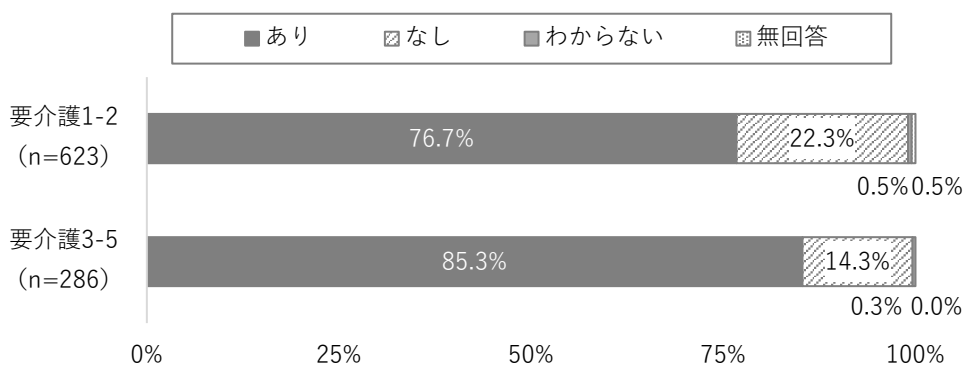
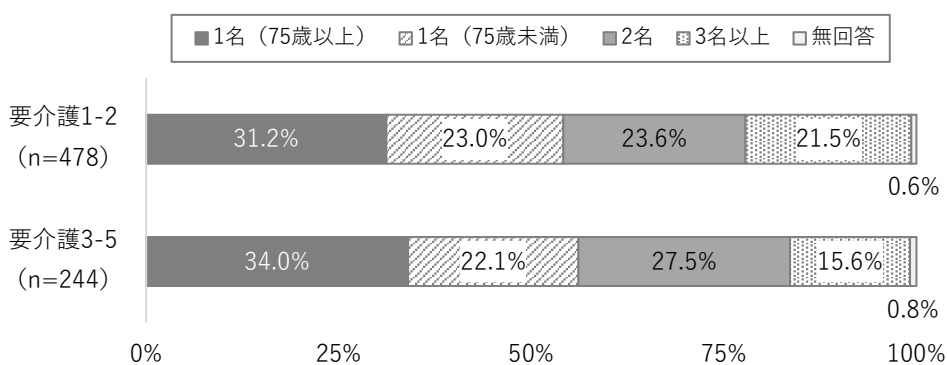
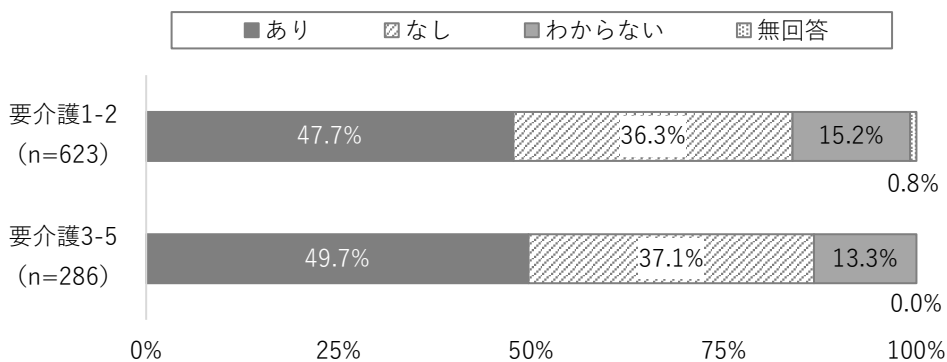


図4-1-24 同居者の人数（年齢）



※ 同居者ありに限る

図4-1-25 利用前1年間の転倒歴



ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」が続いた(図4-1-26)。認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「Ⅱ」にて「認知・精神機能の維持・向上」「介護負担の軽減」の割合が比較的高い傾向にあった(表4-1-6)。

図4-1-26 ケアマネジャーが考える解決すべき課題

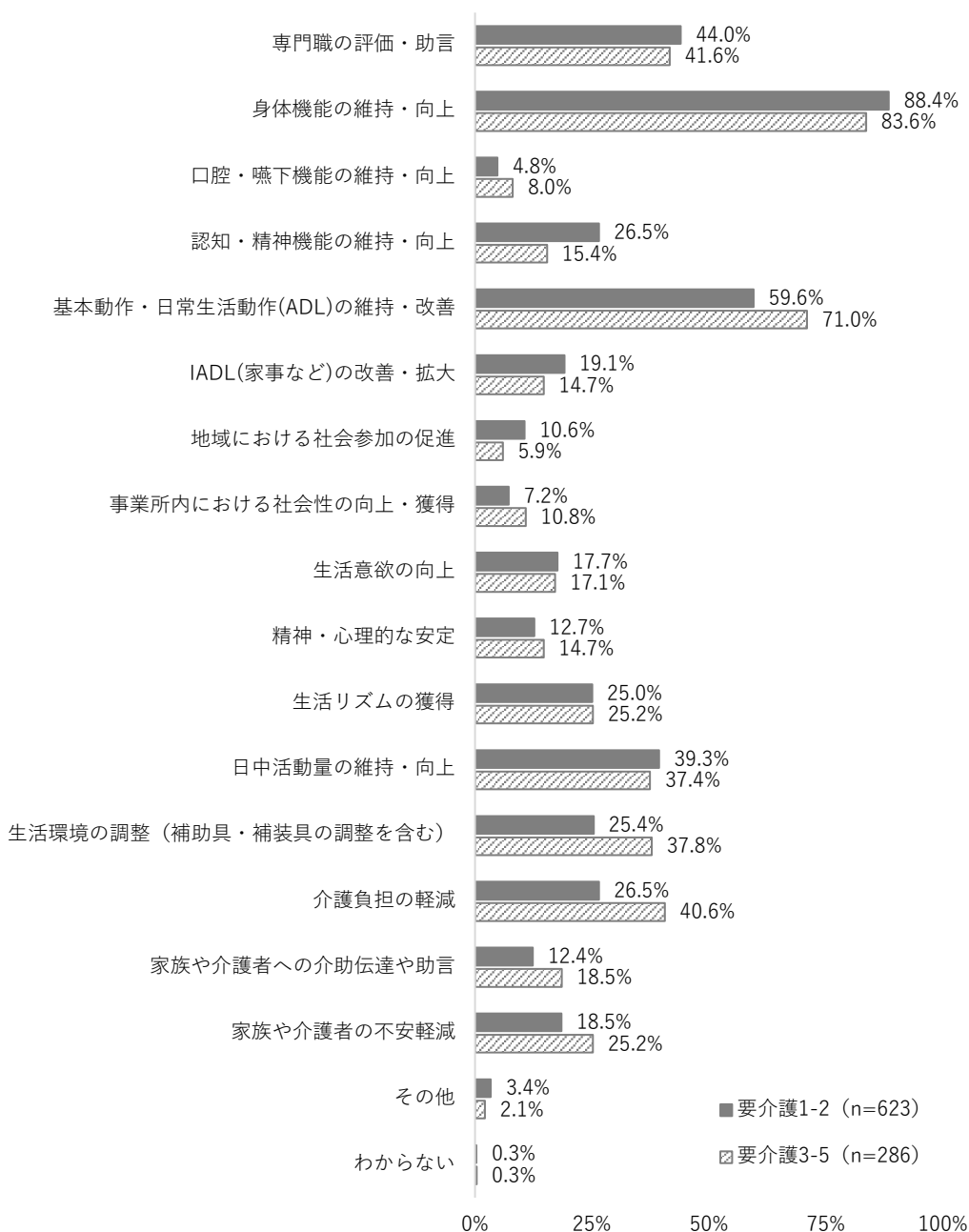
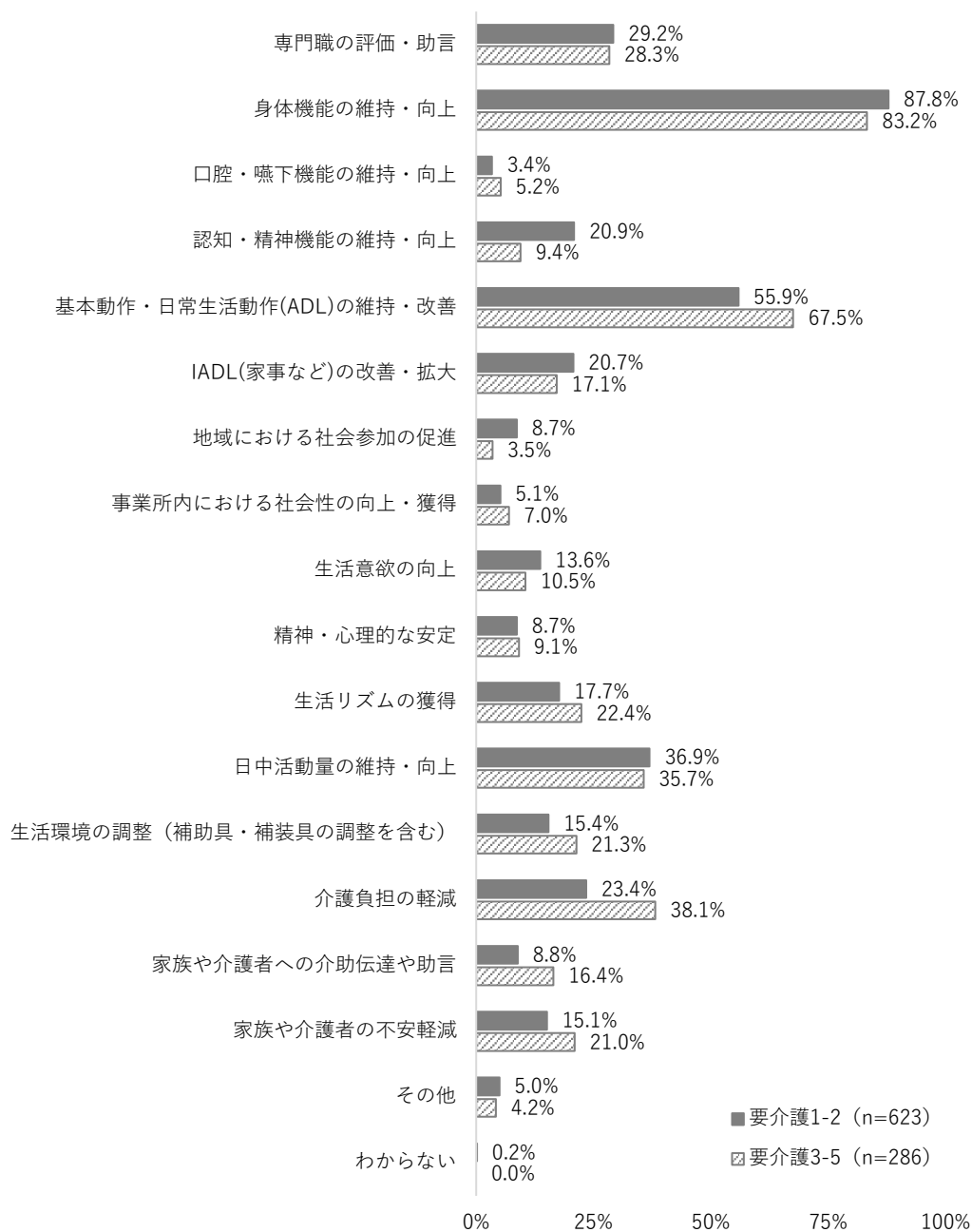


表4-1-6 ケアマネジャーが考える解決すべき課題（認知症高齢者の日常生活自立度別）

		認知症高齢者の日常生活自立度		
		非該当	I	II
n		236	288	308
1	専門職の評価・助言	43.2%	47.9%	39.9%
2	身体機能の維持・向上	89.4%	90.6%	83.1%
3	口腔・嚥下機能の維持・向上	7.2%	5.6%	5.2%
4	認知・精神機能の維持・向上	8.1%	17.7%	35.1%
5	基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善	64.8%	66.7%	60.4%
6	IADL(家事など)の改善・拡大	27.5%	21.2%	9.4%
7	地域における社会参加の促進	11.4%	9.4%	8.1%
8	事業所内における社会性の向上・獲得	5.1%	9.0%	11.0%
9	生活意欲の向上	14.4%	16.7%	20.1%
10	精神・心理的な安定	11.0%	8.7%	17.2%
11	生活リズムの獲得	17.4%	24.0%	29.9%
12	日中活動量の維持・向上	38.1%	39.9%	37.7%
13	生活環境の調整 (補助具・補装具の調整を含む)	31.8%	27.8%	27.6%
14	介護負担の軽減	22.9%	26.4%	38.0%
15	家族や介護者への介助伝達や助言	9.3%	13.5%	16.6%
16	家族や介護者の不安軽減	17.8%	20.1%	23.1%
17	その他	3.0%	1.7%	2.9%
18	わからない	0.0%	0.0%	0.6%

本人・家族の希望は、「身体機能の維持・向上」「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」の割合が高かった(図4-1-27)。

図4-1-27 本人・家族の希望



## 2. 利用開始時の評価

利用開始時における心身機能の課題は、「筋力低下」「関節可動域制限」「疼痛」の順に割合が高かった。「要介護3-5」においては、「麻痺」「感覚機能障害」の割合も高かった（図4-2-1）。また、口腔機能の課題がある割合は約1割であった（図4-2-2）。

図4-2-1 利用開始時の心身機能（課題ありの割合）

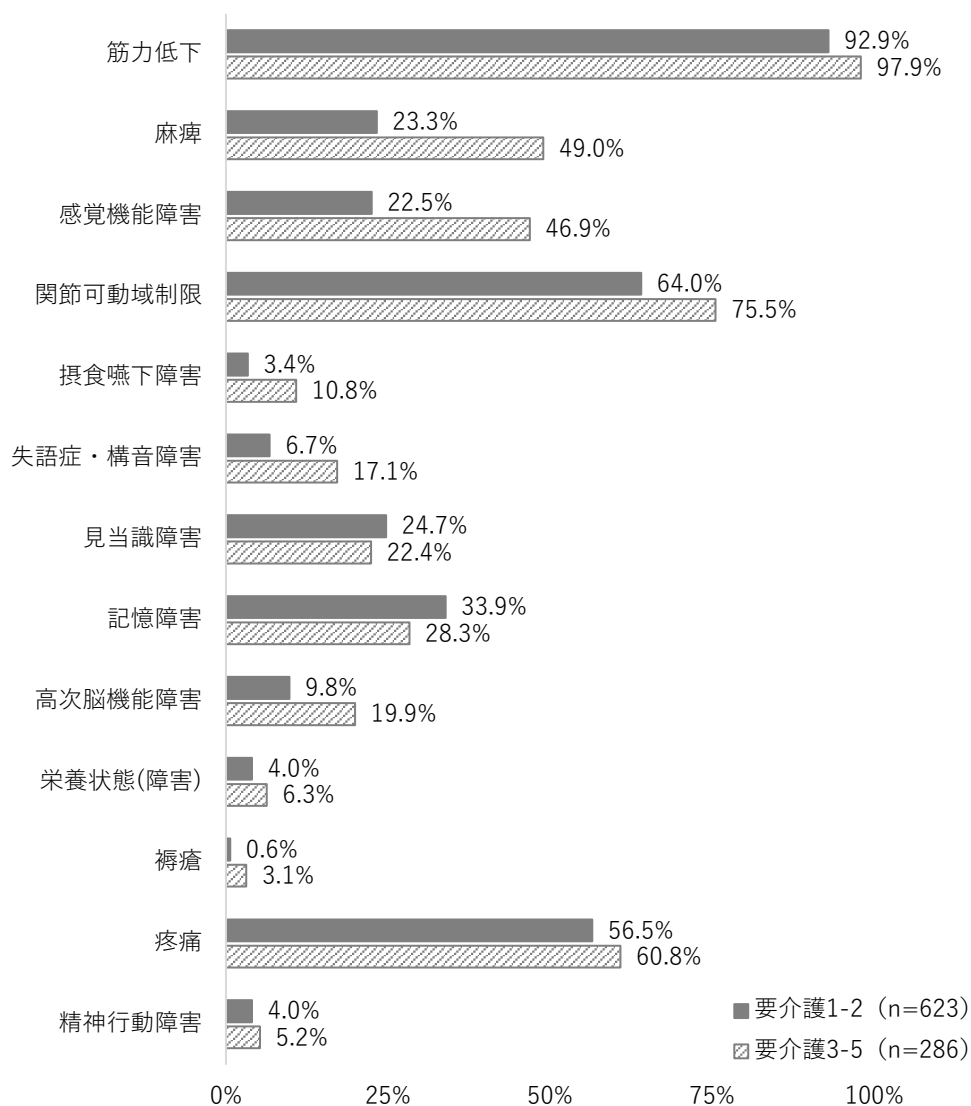
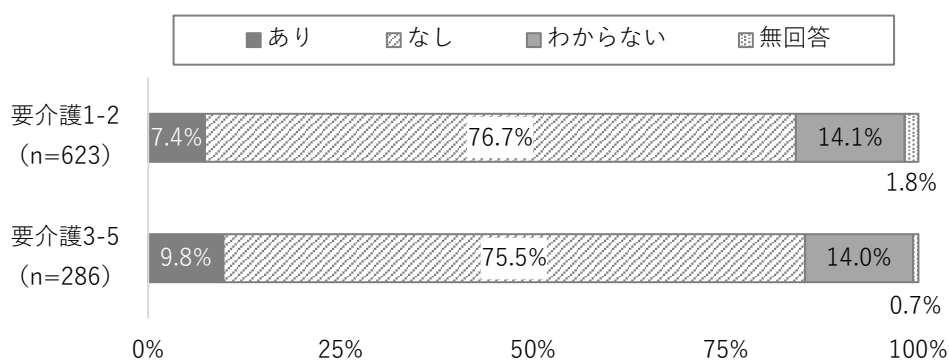


表4-2-1 利用開始時の心身機能（課題ありの割合）

（疾患別・認知症高齢者の日常生活自立度別）

		疾患				認知症高齢者の日常生活自立度		
		脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患	非該当	I	II
n		182	170	94	37	236	288	308
1	筋力低下	96.2%	96.5%	97.9%	97.3%	95.8%	95.5%	93.5%
2	麻痺	80.2%	10.0%	12.8%	10.8%	40.7%	26.0%	28.2%
3	感覚機能障害	57.1%	18.8%	22.3%	24.3%	41.1%	27.4%	24.7%
4	関節可動域制限	72.0%	75.9%	60.6%	54.1%	72.0%	65.3%	67.2%
5	摂食嚥下障害	10.4%	2.4%	10.6%	18.9%	5.1%	4.2%	5.8%
6	失語症・構音障害	29.1%	2.4%	3.2%	13.5%	8.9%	7.3%	11.0%
7	見当識障害	19.2%	23.5%	24.5%	13.5%	0.4%	18.8%	38.6%
8	記憶障害	24.2%	31.2%	34.0%	21.6%	3.0%	25.3%	51.9%
9	高次脳機能障害	38.5%	3.5%	4.3%	0.0%	11.0%	12.5%	13.0%
10	栄養状態(障害)	3.3%	4.1%	4.3%	0.0%	2.5%	4.5%	5.5%
11	褥瘡	2.2%	1.8%	1.1%	0.0%	2.5%	0.7%	1.0%
12	疼痛	45.1%	69.4%	44.7%	37.8%	63.6%	58.3%	56.5%
13	精神行動障害	5.5%	2.9%	3.2%	0.0%	1.3%	2.8%	6.5%

図4-2-2 利用開始時の心身機能（口腔機能の課題）



利用開始時に認知機能評価を実施している割合は約7割であった（図4-2-3）。認知機能評価を実施した利用者において、評価の点数は「21-29点」が5割を超え高い値であり、「11-20点」も2～3割であった（図4-2-4）。

図4-2-3 利用開始時における認知機能評価の有無

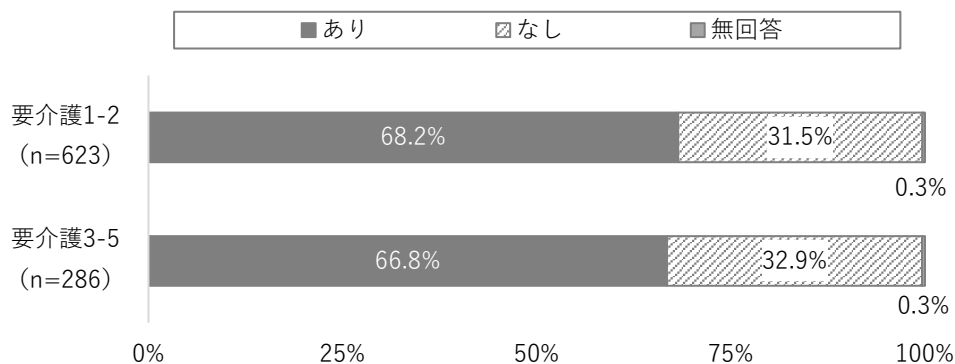
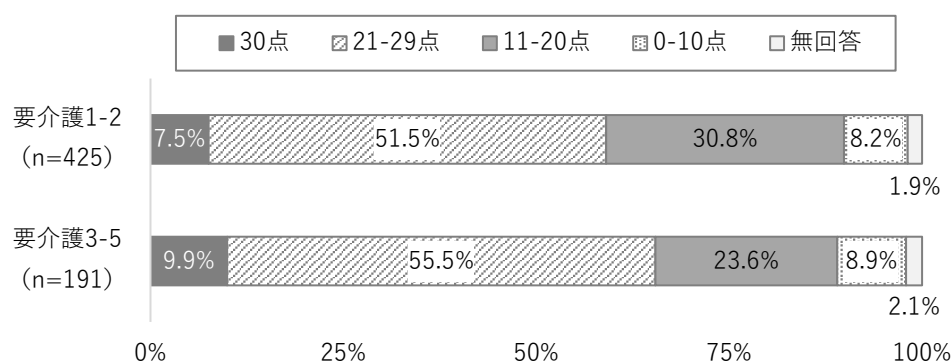


図4-2-4 利用開始時の認知機能評価



※ 認知機能評価ありに限る

表4-2-2 利用開始時の認知機能評価（認知症高齢者の日常生活自立度別）

		認知症高齢者の日常生活自立度		
		非該当	I	II
n		131	204	224
1	30点	23.7%	7.4%	1.8%
2	21-29点	68.7%	60.8%	43.3%
3	11-20点	7.6%	25.5%	42.9%
4	0-10点	0.0%	3.9%	9.4%

※ 認知機能評価ありに限る

基本動作において「自立」の割合は、要介護1-2にて「床からの立ち上がり」を除き8～9割であった。要介護3-5では、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」にて「自立」が7～8割、「椅子からの立ち上がり」「立位保持」にて「自立」が4～5割であった（表4-2-3）。

表4-2-3 利用開始時の基本動作  
(要介護1-2 n=623, 要介護3-5 n=286)

			自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
1	寝返り	要介護1-2	94.7%	2.6%	2.7%	0.0%	0.0%
		要介護3-5	79.4%	7.0%	10.5%	3.1%	0.0%
2	起き上がり	要介護1-2	91.2%	5.0%	3.5%	0.2%	0.2%
		要介護3-5	72.0%	9.4%	14.3%	4.2%	0.0%
3	座位保持	要介護1-2	96.6%	2.6%	0.8%	0.0%	0.0%
		要介護3-5	78.3%	13.3%	4.9%	3.5%	0.0%
4	椅子からの 立ち上がり	要介護1-2	81.2%	12.8%	5.3%	0.3%	0.3%
		要介護3-5	54.2%	20.6%	18.9%	5.6%	0.7%
5	床からの 立ち上がり	要介護1-2	53.0%	10.6%	26.3%	9.3%	0.8%
		要介護3-5	26.2%	9.1%	26.9%	36.4%	1.4%
6	立位保持	要介護1-2	79.5%	14.4%	5.8%	0.3%	0.0%
		要介護3-5	44.8%	32.2%	17.1%	5.6%	0.3%

利用開始時のADL (Barthel index) は、要介護1-2にて「100点」21.3%、「80-95点」52.6%であった。また、要介護3-5では「40-55点」19.9%、「0-35点」13.3%もみられた(図4-2-5)。なお、年齢別では差を認めないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では「II」にて、点数が低い傾向にあった(表4-2-4)。

項目別にみると、「要介護1-2」では「入浴」「平地歩行」「階段昇降」の点数が低かった。加えて、「要介護3-5」では「更衣」「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」も低値であった(表4-2-5)。

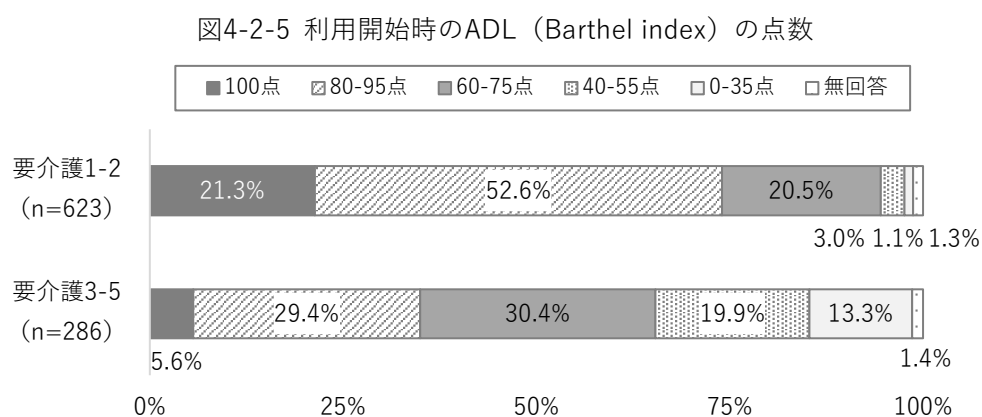


表4-2-4 利用開始時のADL (Barthel index) の点数  
(年齢別・認知症高齢者の日常生活自立度別)

		年齢			認知症高齢者の日常生活自立度		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	非該当	I	II
	n	136	354	366	236	288	308
1	100点	14.7%	20.9%	12.0%	20.3%	21.5%	11.0%
2	80-95点	44.1%	45.5%	47.3%	51.7%	49.0%	43.2%
3	60-75点	22.1%	22.3%	25.7%	17.4%	18.8%	31.5%
4	40-55点	10.3%	6.5%	9.0%	6.4%	6.9%	8.4%
5	0-35点	7.4%	4.0%	4.4%	3.0%	2.1%	4.2%

表4-2-5 利用開始時のADL (Barthel index) の点数 (項目別)

(要介護1-2 n=623, 要介護3-5 n=286)

		15点	10点	5点	0点	無回答	
1	食事	要介護1-2	-	96.5%	2.1%	0.2%	1.3%
		要介護3-5	-	85.7%	9.8%	3.1%	1.4%
2	イスとベッド間の移乗	要介護1-2	80.6%	15.6%	2.4%	0.2%	1.3%
		要介護3-5	46.5%	34.3%	11.9%	5.9%	1.4%
3	整容	要介護1-2	-	-	85.1%	13.6%	1.3%
		要介護3-5	-	-	58.4%	40.2%	1.4%
4	トイレ動作	要介護1-2	-	83.9%	14.1%	0.6%	1.3%
		要介護3-5	-	49.7%	37.4%	11.5%	1.4%
5	入浴	要介護1-2	-	-	43.5%	55.2%	1.3%
		要介護3-5	-	-	14.3%	84.3%	1.4%
6	平地歩行	要介護1-2	45.4%	45.7%	5.8%	1.8%	1.3%
		要介護3-5	15.4%	49.7%	20.3%	13.3%	1.4%
7	階段昇降	要介護1-2	-	36.1%	50.1%	12.5%	1.3%
		要介護3-5	-	13.3%	50.3%	35.0%	1.4%
8	更衣	要介護1-2	-	71.6%	26.2%	1.0%	1.3%
		要介護3-5	-	34.6%	51.4%	12.6%	1.4%
9	排便コントロール	要介護1-2	-	89.1%	8.8%	0.8%	1.3%
		要介護3-5	-	63.3%	26.6%	8.7%	1.4%
10	排尿コントロール	要介護1-2	-	84.3%	12.7%	1.8%	1.3%
		要介護3-5	-	60.5%	26.9%	11.2%	1.4%

利用開始時のIADL (FAI) は、要介護1-2にて「10-18点」が22.0%、「0-9点」が54.6%であった。また、要介護3-5では「0-9点」が82.9%であった(図4-2-6)。なお、年齢別では差を認めないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では「II」にて、点数が低い傾向にあった(表4-2-6)。

項目別にみると、要介護1-2にて「外出」「屋外歩行」「食事の片づけ」「洗濯」「食事の用意」、要介護3-5にて「外出」の点数が高い傾向にあった(表4-2-7)。

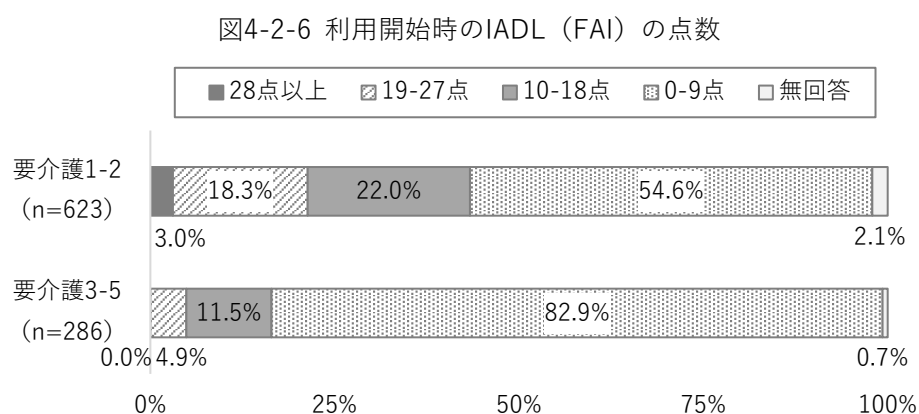


表4-2-6 利用開始時のIADL (FAI) の点数

(年齢別・認知症高齢者の日常生活自立度別)

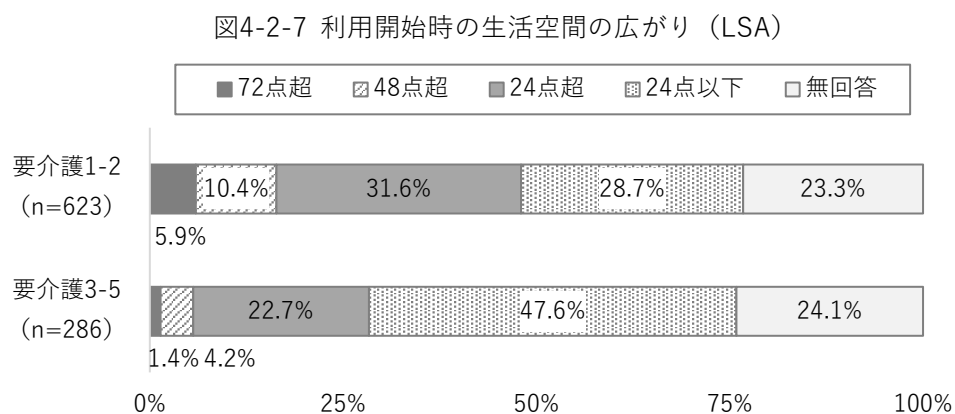
		年齢			認知症高齢者の日常生活自立度		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	非該当	I	II
	n	136	354	366	236	288	308
1	28点以上	1.5%	2.5%	1.9%	2.1%	3.1%	1.6%
2	19-27点	10.3%	16.4%	13.1%	19.5%	14.6%	12.3%
3	10-18点	24.3%	17.8%	17.2%	22.5%	22.2%	15.6%
4	0-9点	62.5%	61.3%	66.1%	53.8%	58.7%	68.5%

表4-2-7 利用開始時のIADL (FAI) の点数 (項目別)

(要介護1-2 n=623, 要介護3-5 n=286)

			3点	2点	1点	0点	無回答
1	食事の用意	要介護1-2	23.3%	6.3%	8.5%	59.9%	2.1%
		要介護3-5	6.6%	4.2%	4.2%	84.3%	0.7%
2	食事の片づけ	要介護1-2	28.9%	7.2%	7.5%	54.3%	2.1%
		要介護3-5	10.5%	4.2%	5.6%	79.0%	0.7%
3	洗濯	要介護1-2	26.0%	7.1%	5.5%	59.4%	2.1%
		要介護3-5	5.9%	1.0%	4.5%	87.8%	0.7%
4	掃除や整頓	要介護1-2	20.4%	9.3%	13.0%	55.2%	2.1%
		要介護3-5	5.6%	2.4%	7.7%	83.6%	0.7%
5	力仕事	要介護1-2	2.1%	2.9%	6.7%	86.2%	2.1%
		要介護3-5	0.3%	0.7%	2.8%	95.5%	0.7%
6	買物	要介護1-2	14.9%	10.6%	15.2%	57.1%	2.1%
		要介護3-5	5.9%	2.4%	6.6%	84.3%	0.7%
7	外出	要介護1-2	34.7%	13.5%	18.3%	31.5%	2.1%
		要介護3-5	26.6%	7.3%	12.2%	53.1%	0.7%
8	屋外歩行	要介護1-2	31.0%	14.3%	14.9%	37.7%	2.1%
		要介護3-5	11.2%	5.2%	9.1%	73.8%	0.7%
9	趣味	要介護1-2	18.5%	8.5%	11.7%	59.2%	2.1%
		要介護3-5	13.6%	2.8%	9.8%	73.1%	0.7%
10	交通手段の利用	要介護1-2	5.5%	4.3%	6.1%	82.0%	2.1%
		要介護3-5	4.2%	1.7%	4.5%	88.8%	0.7%
11	旅行	要介護1-2	0.6%	0.8%	5.8%	90.7%	2.1%
		要介護3-5	0.0%	0.0%	1.4%	97.9%	0.7%
12	庭仕事	要介護1-2	4.7%	4.3%	8.7%	80.3%	2.1%
		要介護3-5	1.0%	1.0%	2.4%	94.8%	0.7%
13	家や車の手入れ	要介護1-2	0.8%	1.4%	4.3%	91.3%	2.1%
		要介護3-5	0.3%	0.3%	2.1%	96.5%	0.7%
14	読書	要介護1-2	14.3%	6.3%	11.1%	66.3%	2.1%
		要介護3-5	10.5%	3.1%	5.2%	80.4%	0.7%
15	仕事	要介護1-2	0.8%	1.3%	2.2%	93.6%	2.1%
		要介護3-5	0.0%	0.3%	0.3%	98.6%	0.7%

利用開始時の生活空間の広がり（LSA）は、要介護1-2にて「24点超」31.6%、「24点以下」28.7%、要介護3-5にて「24点以下」47.6%の割合が高かった（図4-2-7）。



在宅での生活状況について離床時間が「7時間以上」の割合は、「要介護1-2」にて58.9%、「要介護3-5」にて45.5%であった（図4-2-8）。また、医療的ケア等の実施がある利用者は、「要介護1-2」2.9%、「要介護3-5」6.6%であった（図4-2-9）。

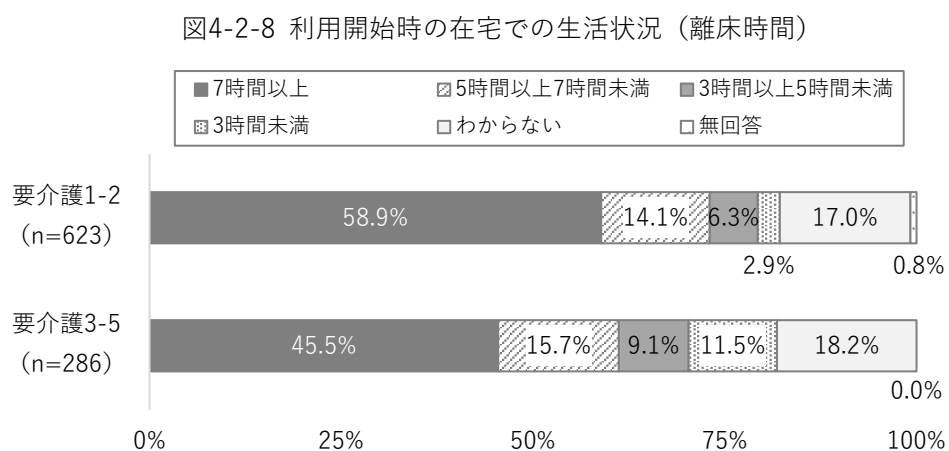
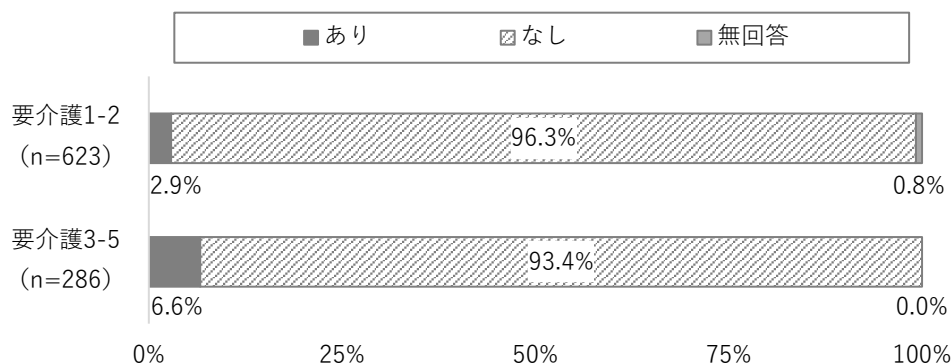


図4-2-9 医療的ケア等の実施有無



LIFEに関する評価を実施した利用者は、「要介護1-2」が47.2%、「要介護3-5」が50.0%であった（図4-2-10）。事業所における専門職の配置有無別にみると、「歯科衛生士」「管理栄養士」を配置している事業所の利用者に対して、実施割合が高かった（表4-2-8）。

図 4-2-10 LIFE に関する評価の実施有無

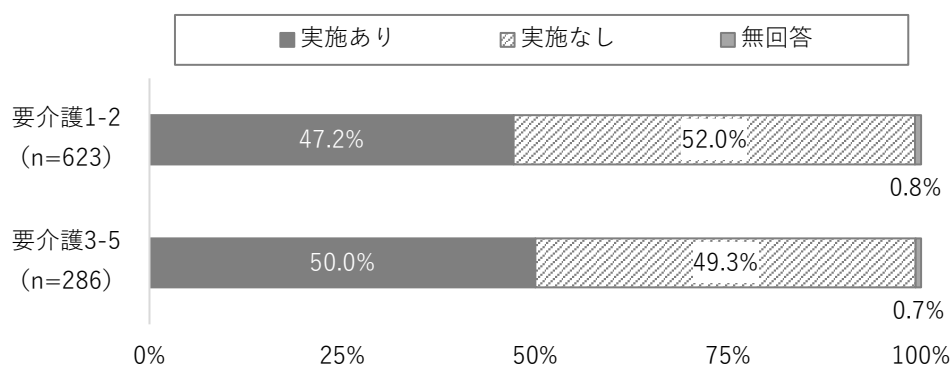


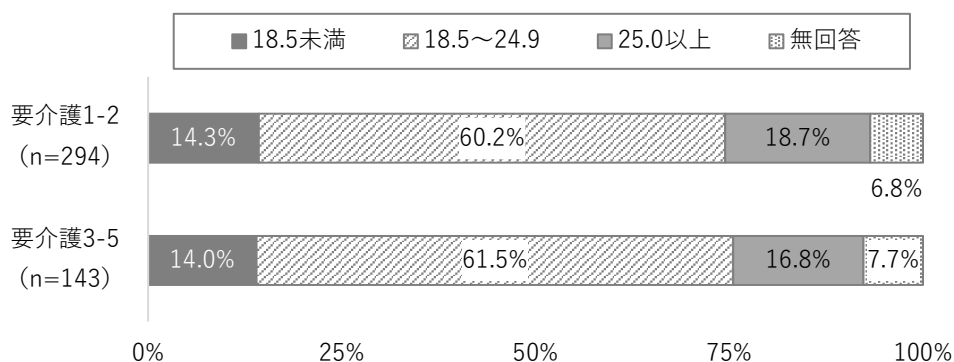
表4-2-8 LIFEに関する評価の実施有無  
(事業所における専門職の配置有無別)

		事業所における専門職の配置有無	
		歯科衛生士	管理栄養士
n		104	392
1	実施あり	85.6%	66.1%
2	実施なし	14.4%	33.9%

LIFEに関する評価を実施した利用者において、利用開始時のBMIは「18.5～24.9」が6割であった（図4-2-11）。

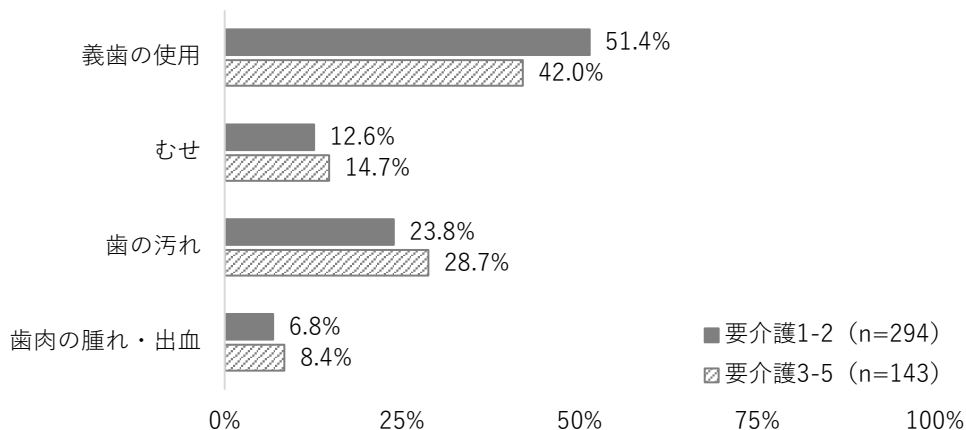
口腔評価において、「むせ」「歯の汚れ」「歯肉の腫れ・出血」が一定数みられた（図4-2-12）。なお、上記3点いずれかの課題に該当する利用者は、「要介護1-2」にて33.3%、「要介護3-5」にて37.1%であった。また、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると「II」にて「歯の汚れ」、疾患別にみると「内部障害」「進行性疾患」にて「むせ」の割合が比較的高い傾向にあった（表4-2-9、4-2-10）。

図 4-2-11 利用開始時の BMI



※ LIFE に関する評価の実施ありに限る

図 4-2-12 利用開始時の口腔評価（有りの割合）



※ LIFE に関する評価の実施ありに限る

表4-2-9 利用開始時の口腔評価（有りの割合）  
（年齢別・認知症高齢者の日常生活自立度別）

		年齢			認知症高齢者の日常生活自立度		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	非該当	I	II
n		75	183	152	111	144	137
1	義歯の使用	34.7%	44.8%	63.2%	34.2%	56.3%	54.0%
2	むせ	25.3%	12.6%	8.6%	10.8%	11.1%	13.9%
3	歯の汚れ	28.0%	24.6%	25.0%	17.1%	21.5%	32.1%
4	歯肉の腫れ・出血	12.0%	6.0%	5.9%	4.5%	8.3%	8.0%

※ LIFE に関する評価の実施ありに限る

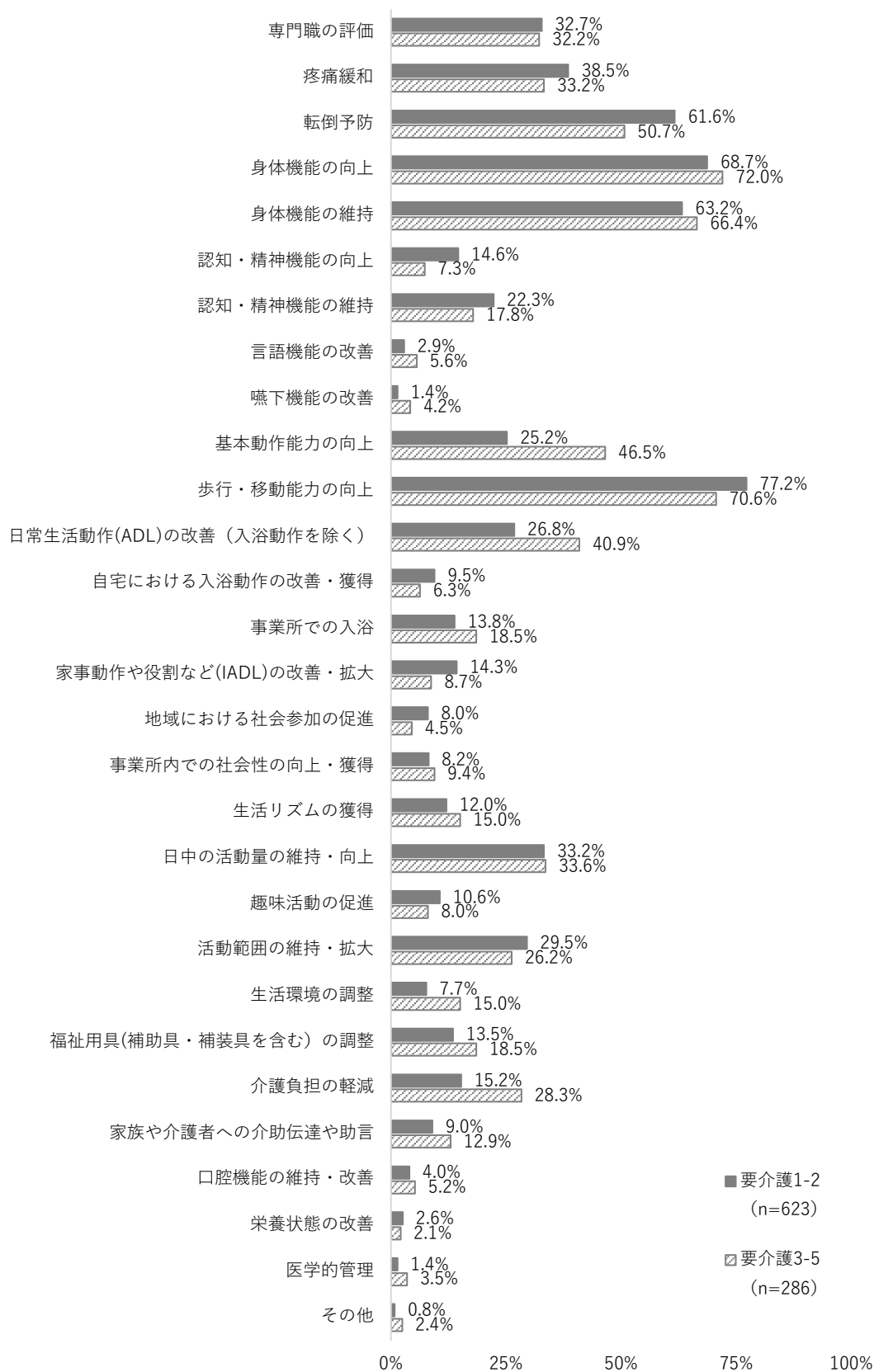
表4-2-10 利用開始時の口腔評価（有りの割合）（疾患別）

		疾患			
		脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
n		96	72	50	25
1	義歯の使用	31.3%	62.5%	62.0%	44.0%
2	むせ	14.6%	9.7%	24.0%	24.0%
3	歯の汚れ	21.9%	26.4%	32.0%	24.0%
4	歯肉の腫れ・出血	8.3%	2.8%	12.0%	16.0%

※ LIFE に関する評価の実施ありに限る

通所リハビリテーション計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」「身体機能の向上」「身体機能の維持」「転倒予防」の順に割合が高かった。なお、「要介護3-5」では「基本動作能力の向上」「日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）」「介護負担の軽減」の割合も比較的高かった（図4-2-13）。

図 4-2-13 通所リハ計画書に位置付けた目標



### 3. サービス提供内容

リハマネジメント加算の算定割合は、5割を超えた（図4-3-1）。退院・退所前カンファレンス参加有無別では「参加あり」72.8%、リハ計画書受領有無別では「受領あり」68.0%の割合が高かった（表4-3-1）。

リハマネジメント加算の算定状況は、「加算（ロ）」「加算（ハ）」「加算（イ）」の順に割合が高かった（図4-3-2）。特に、「加算（ハ）」は、「通常規模報酬」や「歯科衛生士」「管理栄養士」を配置している事業所の利用者にて算定割合が高かった（表4-3-2）。

リハマネジメント加算を算定した利用者において、医師による利用者または家族への説明を算定した割合は6割を超えた（図4-3-3）。特に、「加算（ハ）」を算定した利用者において、算定割合が高値であった（表4-3-3）。

図4-3-1 リハマネジメント加算の算定有無

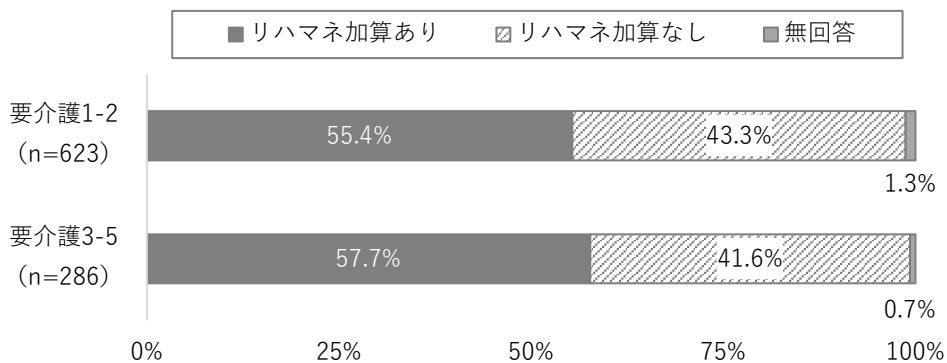


表4-3-1 リハマネジメント加算の算定有無

(退院・退所前カンファレンス参加有無別・リハ計画書受領有無別・事業所規模別)

		退院・退所前カンファレンス		リハ計画書		事業所規模		
		参加あり	参加なし	受領あり	受領なし	通常規模	大規模	通常規模報酬
	n	114	283	250	147	633	60	117
1	リハマネ加算あり	72.8%	56.5%	68.0%	49.7%	50.1%	36.7%	100%
2	リハマネ加算なし	27.2%	43.1%	31.6%	50.3%	49.0%	63.3%	0.0%

図4-3-2 リハマネジメント加算の算定状況

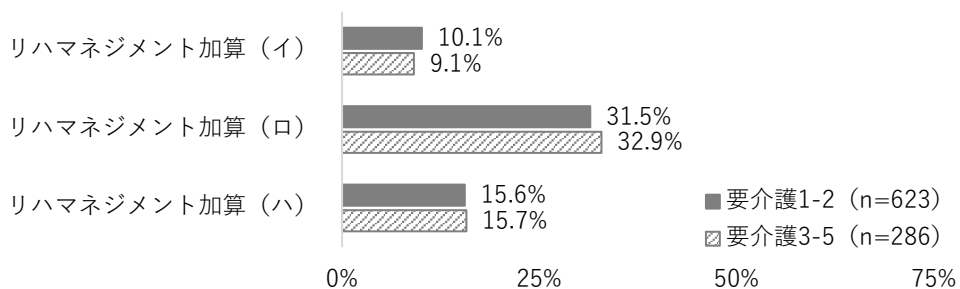
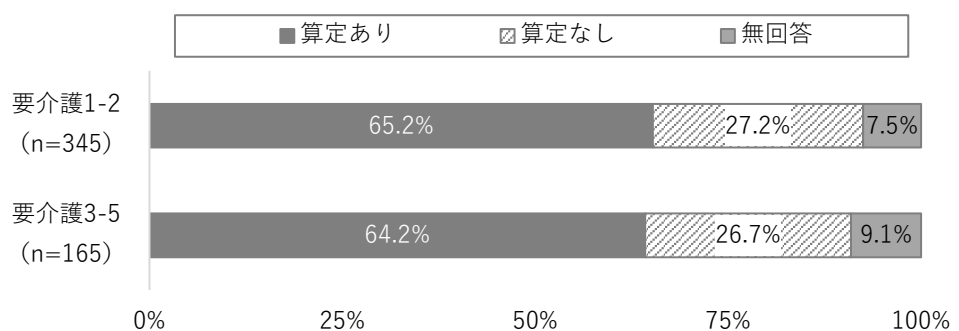


表4-3-2 リハマネジメント加算の算定状況

(事業所規模別・専門職の配置有無別)

		事業所規模			専門職配置	
		通常規模	大規模	通常規模 報酬	歯科衛生士 あり	管理栄養士 あり
	n	633	60	117	104	392
1	リハマネ加算 (イ)	9.6%	6.7%	9.4%	11.5%	7.9%
2	リハマネ加算 (ロ)	28.8%	15.0%	52.1%	14.4%	32.9%
3	リハマネ加算 (ハ)	12.6%	15.0%	40.2%	68.3%	30.9%

図4-3-3 医師による利用者または家族への説明



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

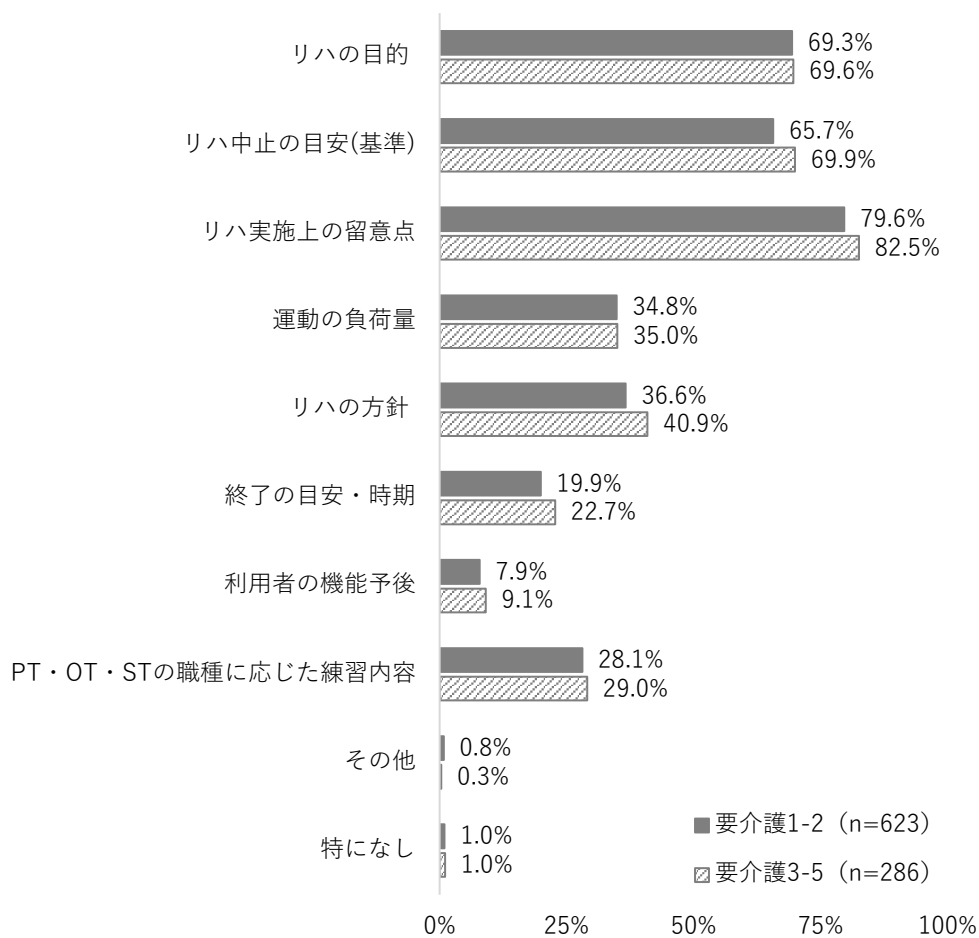
表4-3-3 医師による利用者または家族への説明 (リハマネ加算の種類別)

		リハマネ加算の種類		
		リハマネ 加算 (イ)	リハマネ 加算 (ロ)	リハマネ 加算 (ハ)
	n	89	293	144
1	算定あり	42.7%	58.7%	92.4%
2	算定なし	49.4%	31.1%	4.9%

※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

事業所医師の指示の内容は、「リハの目的」が7割であった。他方、「リハ実施上の留意点」は8割であり、「リハ中止の目安(基準)」は6割を超えた(図4-3-4)。

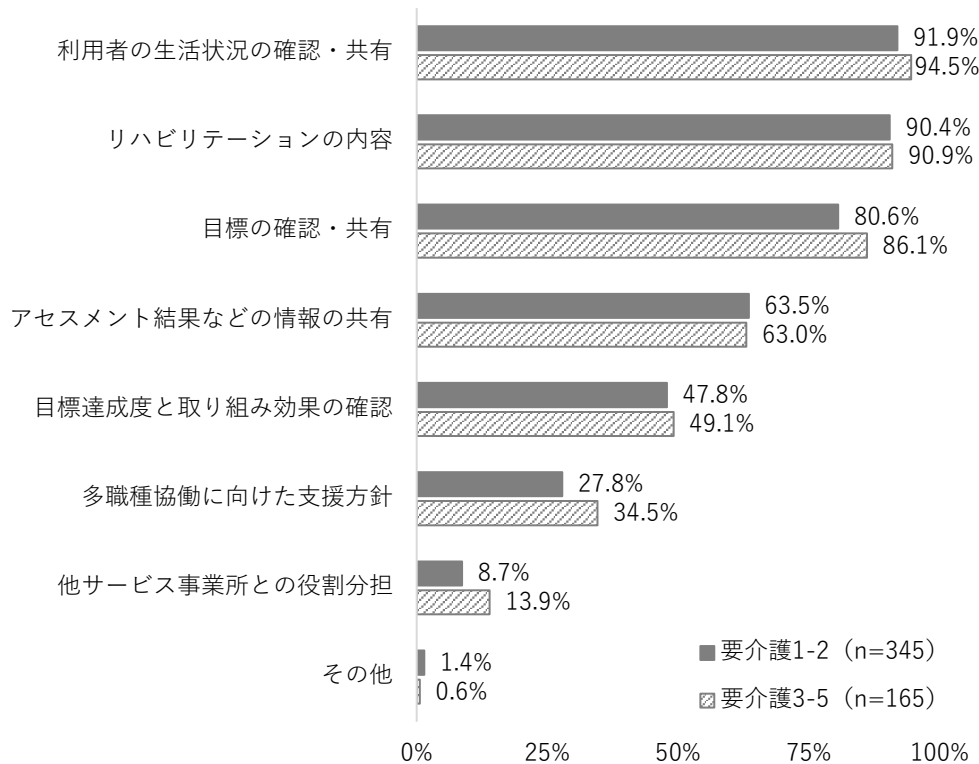
図4-3-4 事業所医師の指示



リハビリテーション会議における検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」の3項目にて8割を超えていた。一方、「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」「他サービス事業所との役割分担」の実施割合は低かった（図4-3-5）。

リハ会議の参加者は、事業所内にて「医師」「理学療法士」、事業所外にて「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図4-3-6、4-3-7）。

図 4-3-5 リハ会議における検討内容



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

図 4-3-6 リハ会議の参加者（事業所内）

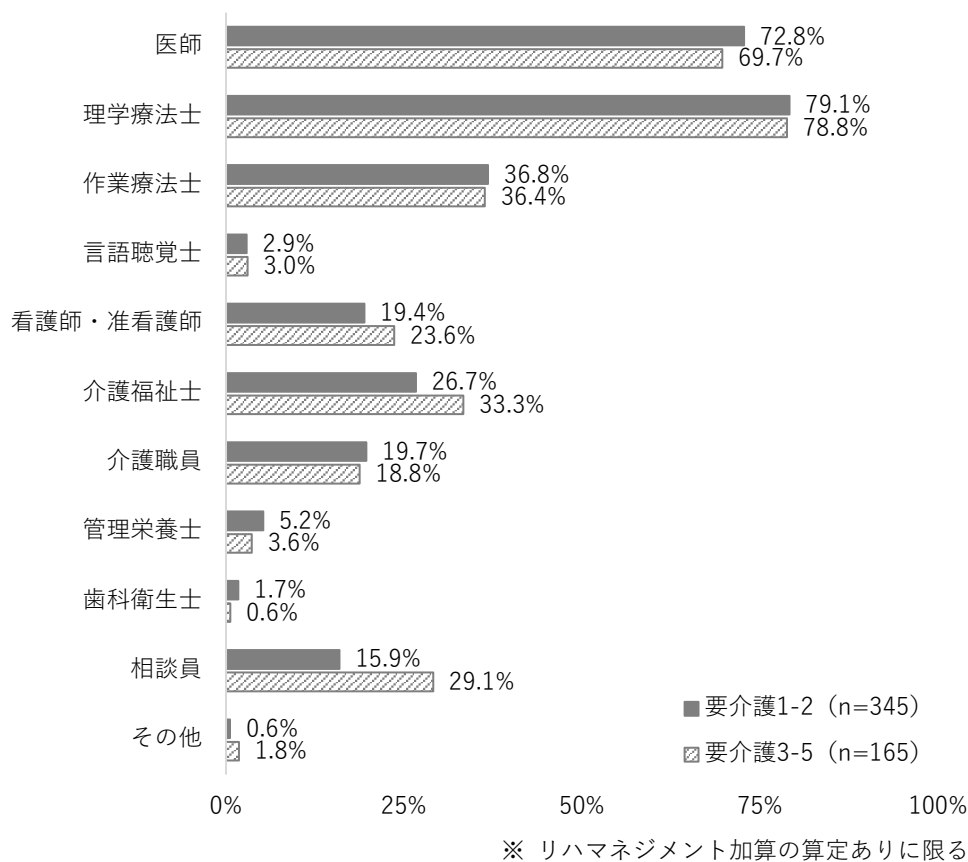
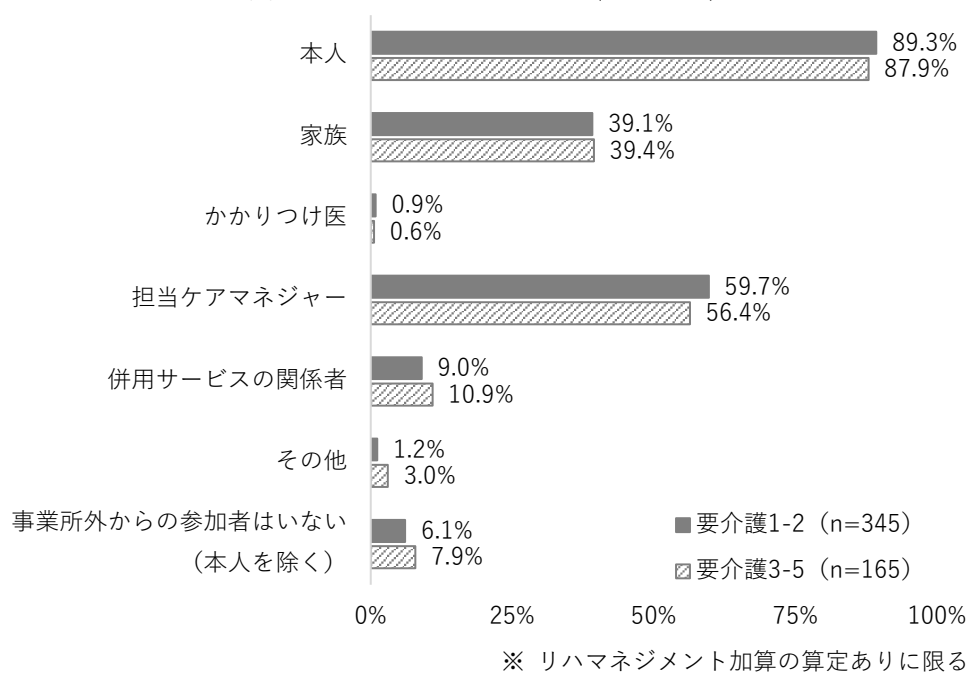


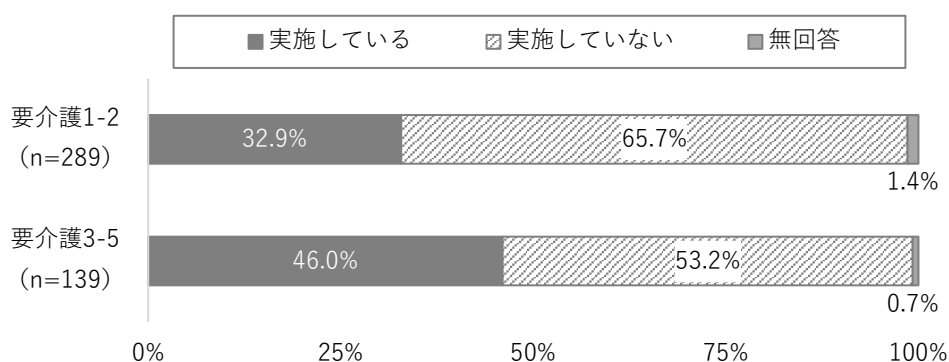
図 4-3-7 リハ会議の参加者（事業所外）



リハマネジメント加算（ロ）（ハ）におけるLIFEへのデータ提出後に届くフィードバック票を用いて、利用者へのフィードバックを実施している割合は、「要介護1-2」にて32.9%、「要介護3-5」にて46.0%であった（図4-3-8）。なお、事業所規模別にみると「通常規模報酬」の事業所に通う利用者において、「実施している」50.9%の割合が高かった（表4-3-4）。

フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックを実施した職種は、「理学療法士」の割合が最も高かった（図4-3-9）。

図 4-3-8 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無



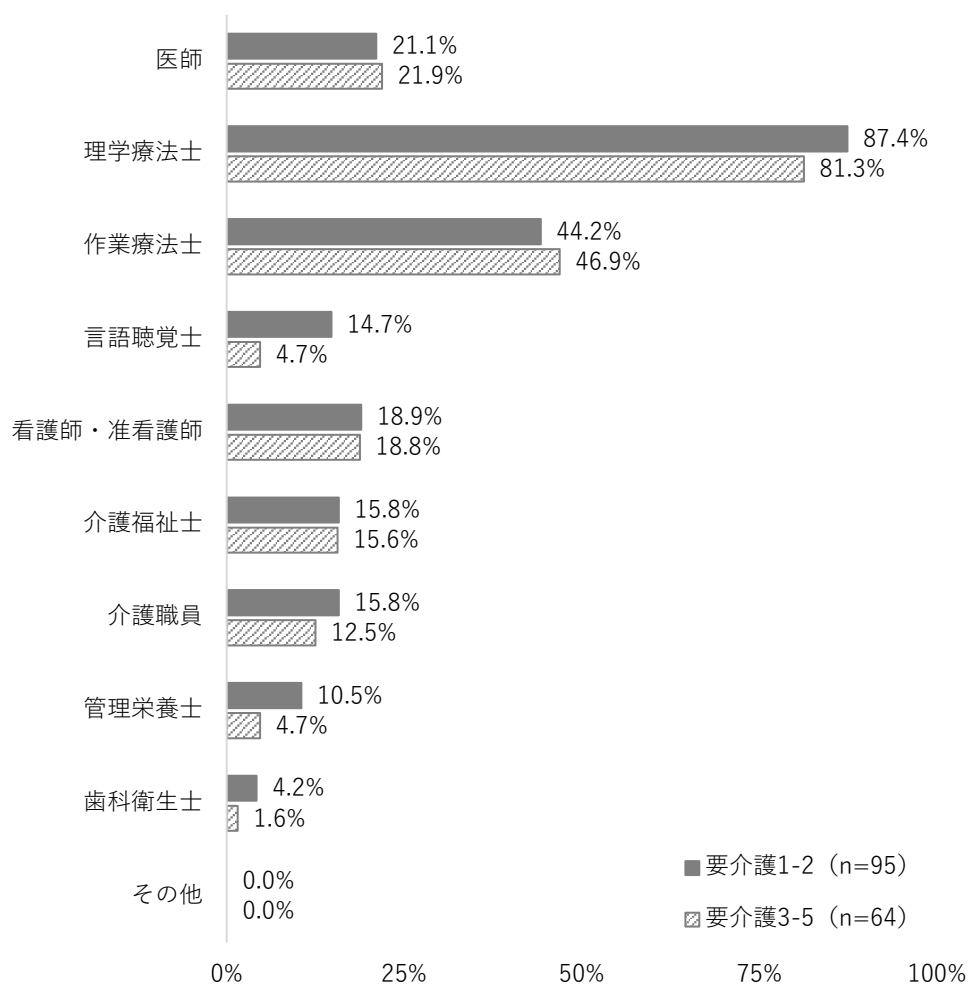
※ リハマネジメント加算（ロ）（ハ）の算定ありに限る

表4-3-4 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無  
（事業所規模別）

		事業所規模		
		通常規模	大規模	通常規模報酬
n		260	18	106
1	実施している	29.2%	33.3%	50.9%
2	実施していない	70.8%	66.7%	43.4%

※ リハマネジメント加算（ロ）（ハ）の算定ありに限る

図 4-3-9 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施職種



※ フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施ありに限る

リハマネジメント加算（ハ）における各種アセスメントを実施している職種は、口腔アセスメントにて「言語聴覚士」「看護師・准看護師」「歯科衛生士」、栄養アセスメントにて「管理栄養士」の割合が高かった（図4-3-10、4-3-11）。

図 4-3-10 リハマネジメント加算（ハ）における口腔アセスメントの実施職種

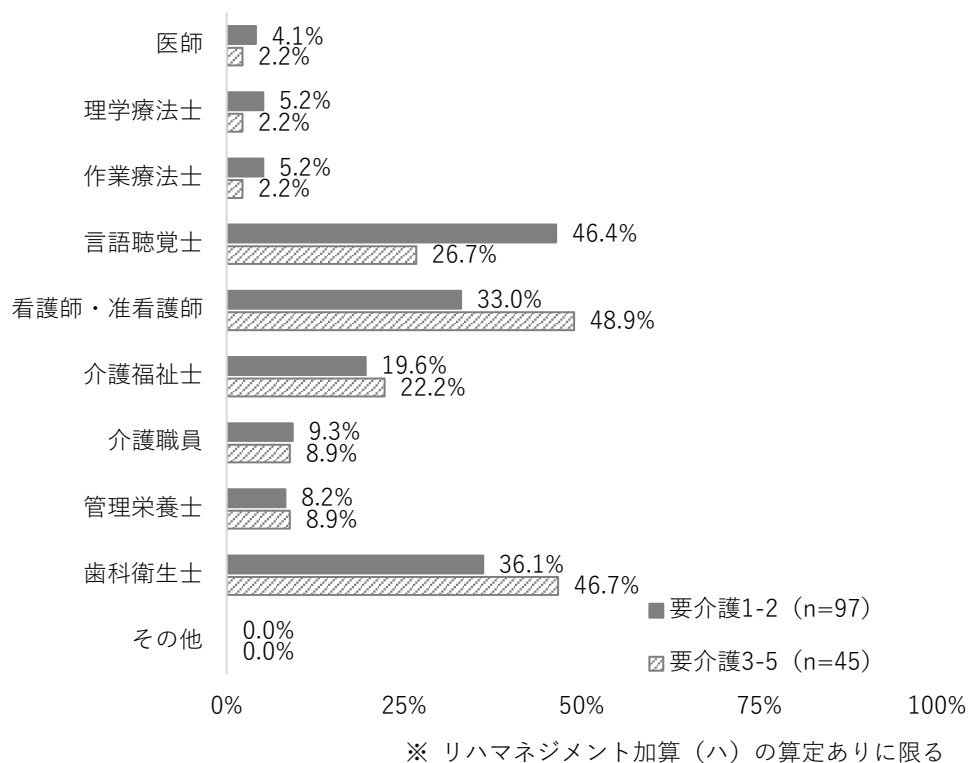
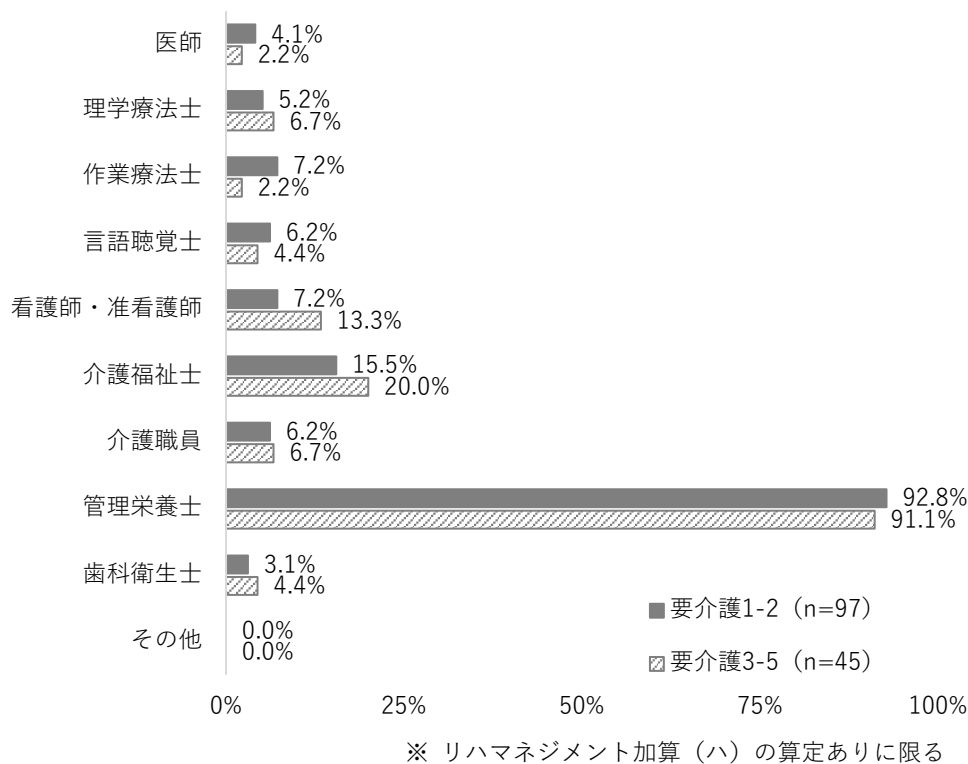
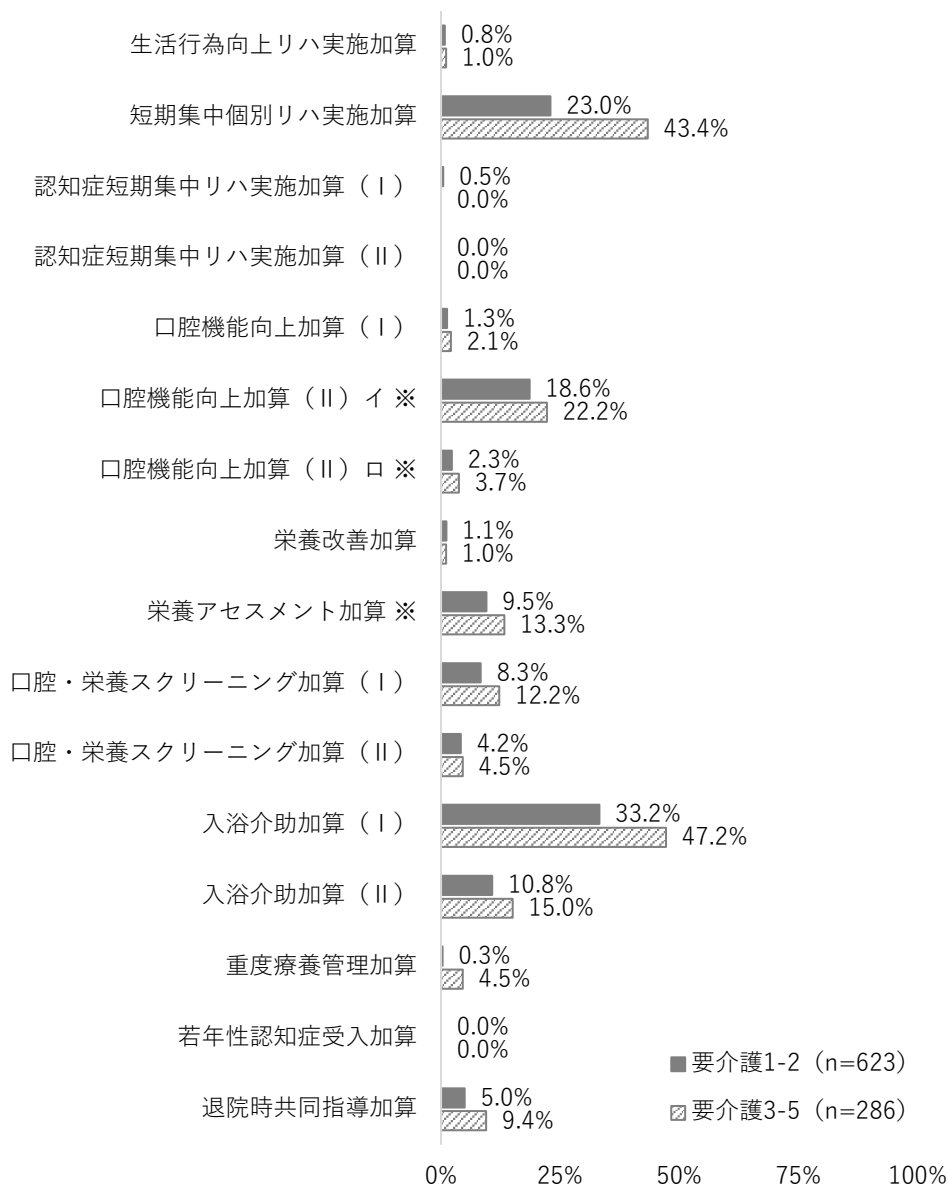


図 4-3-11 リハマネジメント加算（ハ）における栄養アセスメントの実施職種



各種加算の取り組みにおいて、退院時共同指導加算は「要介護1-2」にて5.0%、「要介護3-5」にて9.4%であった。また、口腔・栄養への関わりは、「口腔機能向上加算（Ⅱ）イ」にて算定割合が2割であったものの、その他の口腔・栄養に関する加算の算定割合は1割程度であった（図4-3-12）。なお、「リハマネ加算（ハ）」を算定した利用者、LIFEの評価にて口腔機能が低下していた利用者において、口腔・栄養に関する加算の算定割合が高い傾向にあった（表4-3-5）。

図 4-3-12 各種加算の取り組み（算定ありの割合）



※ 口腔機能向上加算（Ⅱ）イは、リハマネジメント加算（ハ）の算定ありに限る

※ 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ・栄養アセスメント加算は、リハマネジメント加算（ハ）の算定なしに限る

表4-3-5 各種加算の取り組み（算定ありの割合）  
 （リハマネ加算の算定状況別・LIFE評価による口腔機能低下）

		リハマネ加算の算定状況				LIFE評価
		加算なし	加算（イ）	加算（ロ）	加算（ハ）	口腔機能低下
n		391	89	293	144	154
1	生活行為向上リハ実施加算	0.3%	1.1%	0.7%	3.5%	1.9%
2	短期集中個別リハ実施加算	20.5%	25.8%	33.8%	47.9%	37.0%
3	認知症短期集中リハ実施加算（Ⅰ）	0.0%	0.0%	0.3%	1.4%	0.0%
4	認知症短期集中リハ実施加算（Ⅱ）	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5	口腔機能向上加算（Ⅰ）	0.3%	1.1%	2.0%	4.2%	4.5%
6	口腔機能向上加算（Ⅱ）イ ※	0.0%	-	-	20.8%	30.4%
7	口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ ※	2.3%	0.0%	4.5%	-	11.2%
8	栄養改善加算	0.3%	0.0%	0.3%	5.6%	3.2%
9	栄養アセスメント加算 ※	10.0%	3.4%	14.2%	-	25.5%
10	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	7.4%	15.7%	6.8%	17.4%	9.1%
11	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	3.6%	0.0%	1.7%	13.9%	11.0%
12	入浴介助加算（Ⅰ）	37.9%	37.1%	39.9%	33.3%	38.3%
13	入浴介助加算（Ⅱ）	6.9%	5.6%	11.9%	31.3%	19.5%
14	重度療養管理加算	0.3%	1.1%	3.8%	1.4%	1.9%
15	若年性認知症受入加算	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
16	退院時共同指導加算	4.1%	5.6%	5.1%	16.0%	11.7%

※ 口腔機能向上加算（Ⅱ）イは、リハマネジメント加算（ハ）の算定ありに限る

※ 口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ・栄養アセスメント加算は、リハマネジメント加算（ハ）の算定なしに限る

提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」「関節可動域訓練」の割合が7割を超え、「バランス訓練」「持久力（心肺機能）訓練」が5割と続いた（図4-3-13）。また、基本動作では、「立ち上がり訓練」「立位保持訓練」の実施割合が高かった（図4-3-14）。

歩行では、「歩行訓練（平地）」が8割を超え最も高く、次いで「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」が続いた（図4-3-15）。なお、利用開始時のADL点数が高い利用者およびADL練習やIADL練習を提供した利用者において、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高い傾向にあった（表4-3-6）。

図 4-3-13 提供サービス内容（運動療法）

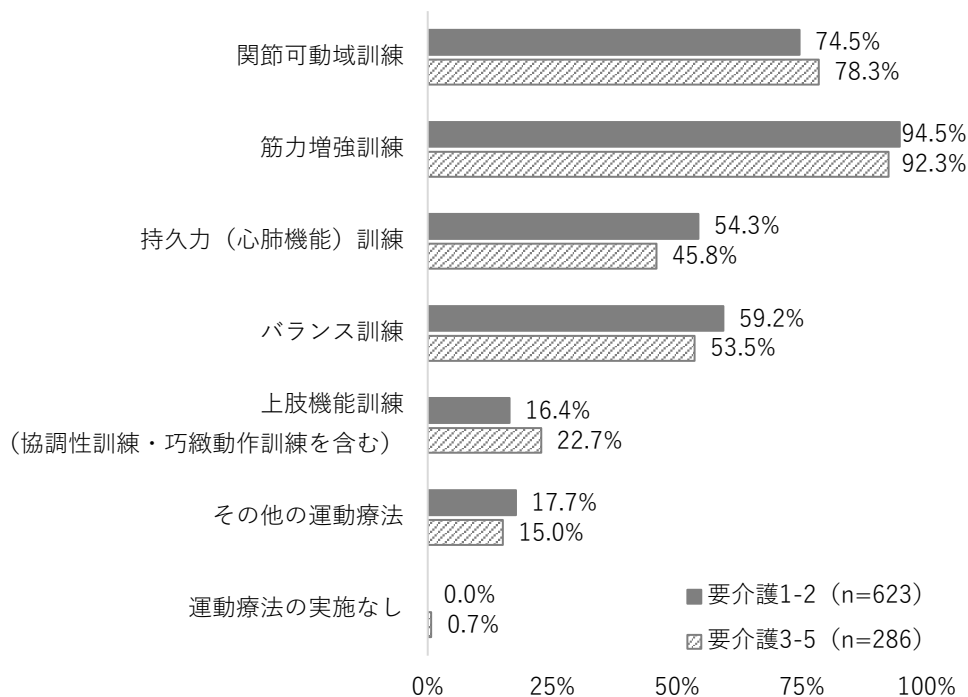


図 4-3-14 提供サービス内容（基本動作）

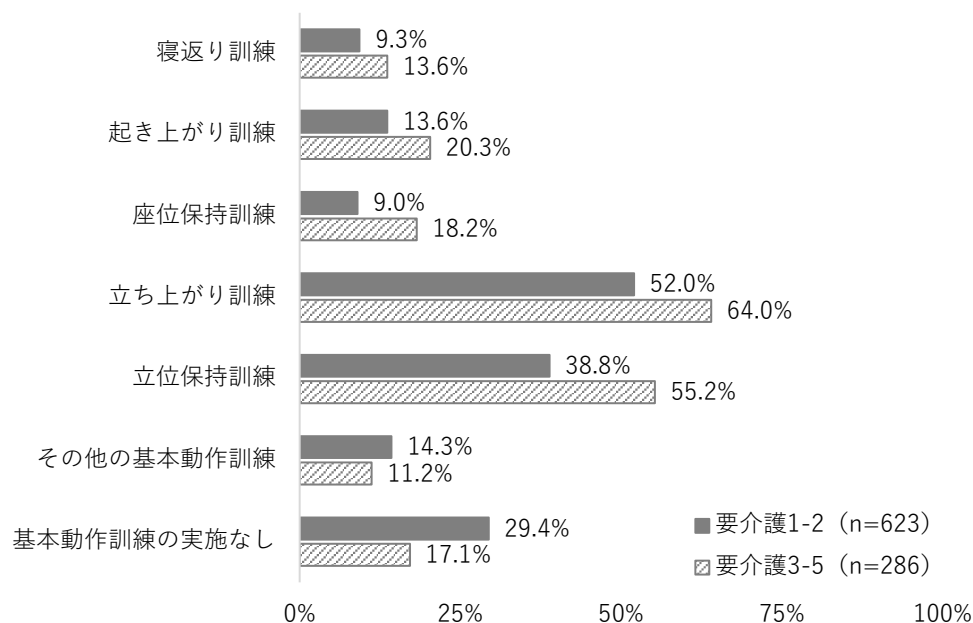


図 4-3-15 提供サービス内容（歩行）

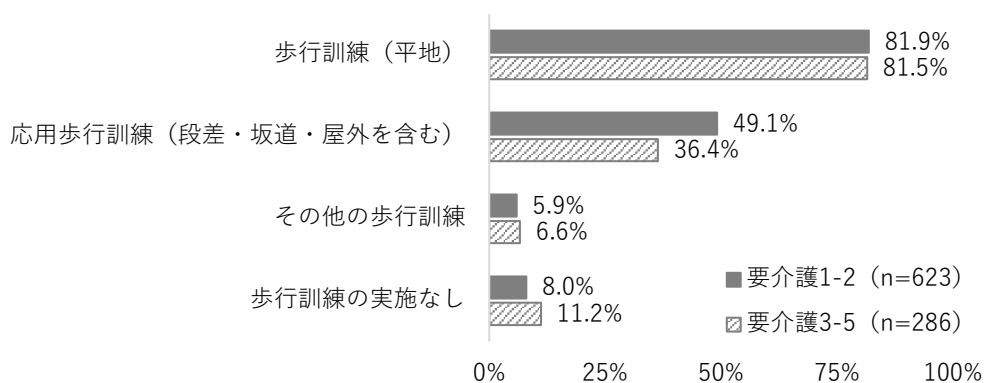


表4-3-6 提供サービス内容（歩行）（利用開始時のADL別・提供サービス内容別）

		利用開始時のADL				提供サービス内容		
		100点	80-95点	60-75点	55点以下	ADL練習あり	IADL練習あり	左記2種なし
	n	150	415	215	122	519	190	347
1	歩行訓練（平地）	70.0%	84.6%	89.8%	71.3%	87.9%	88.9%	73.8%
2	応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）	54.0%	54.5%	34.4%	22.1%	56.6%	70.5%	28.2%
3	その他の歩行訓練	4.7%	6.5%	6.0%	8.2%	8.5%	14.2%	3.2%
4	歩行訓練の実施なし	17.3%	4.8%	4.7%	22.1%	4.2%	1.1%	17.0%

提供サービスにおけるADLでは、「階段昇降訓練」の割合が高かった。また、「要介護3-5」にて「移乗訓練」「トイレ動作訓練」の実施割合も高かった。一方で、「要介護1-2」にて「ADL訓練の実施なし」44.9%の割合が最も高かった（図4-3-16）。なお、認知症高齢者の日常生活自立度別に差は認めず、事業所規模別にみると「通常規模報酬」に通う利用者において、「ADL訓練の実施なし」の割合が低かった（表4-3-7）。

図 4-3-16 提供サービス内容（ADL）

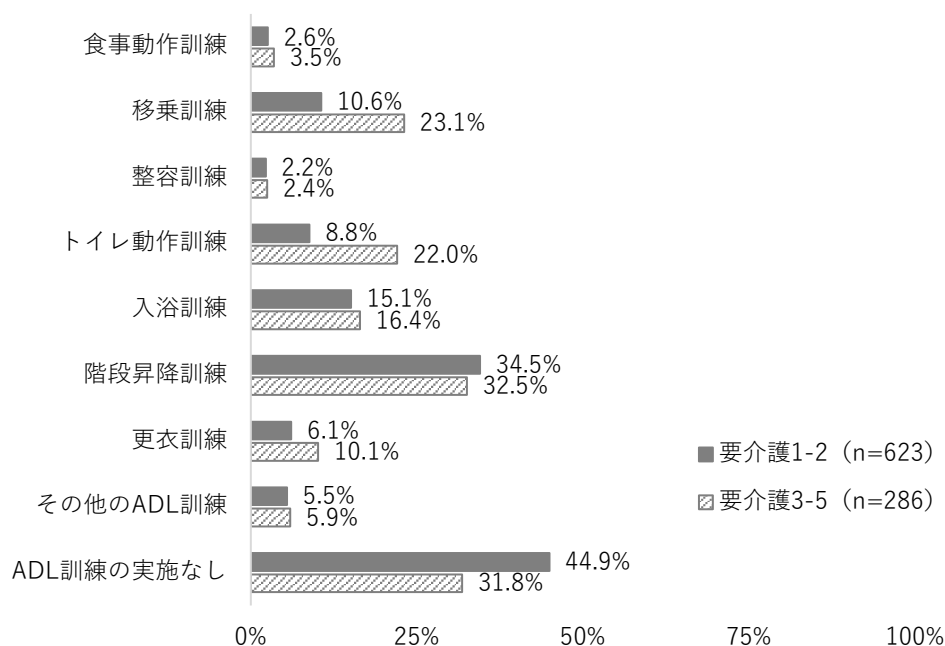
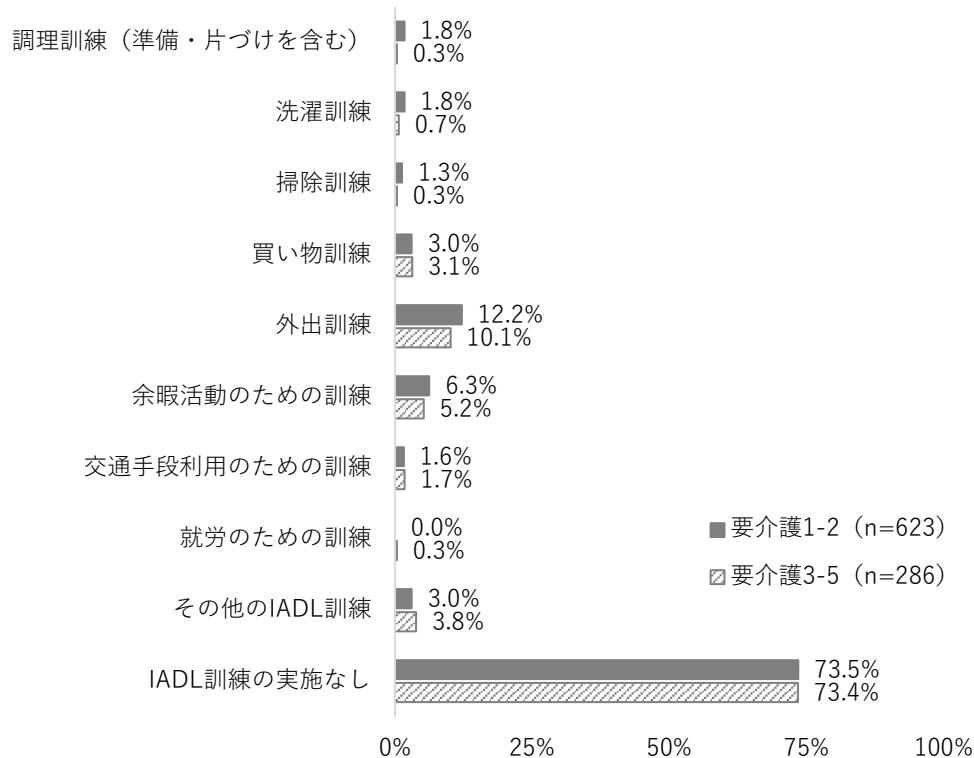


表4-3-7 提供サービス内容（ADL）（認知症高齢者の日常生活自立度別・事業所規模別）

		認知症高齢者の日常生活自立度			事業所規模		
		非該当	I	II	通常規模	大規模	通常規模報酬
n		236	288	308	633	60	117
1	食事動作訓練	1.3%	1.7%	2.9%	2.4%	5.0%	4.3%
2	移乗訓練	11.0%	12.8%	15.9%	11.2%	20.0%	23.1%
3	整容訓練	0.8%	1.7%	3.2%	2.4%	1.7%	4.3%
4	トイレ動作訓練	12.7%	9.4%	13.3%	11.4%	20.0%	19.7%
5	入浴訓練	14.0%	13.5%	16.9%	14.5%	16.7%	23.1%
6	階段昇降訓練	34.7%	35.4%	33.1%	31.9%	30.0%	41.9%
7	更衣訓練	6.8%	4.5%	8.1%	6.6%	8.3%	13.7%
8	その他のADL訓練	5.9%	5.2%	5.8%	5.2%	8.3%	8.5%
9	ADL訓練の実施なし	43.6%	42.0%	39.0%	45.3%	40.0%	21.4%

提供サービスにおけるIADLでは、「外出訓練」の割合が高い傾向にあったが、1割程度であった。一方で、「IADL訓練の実施なし」が7割を超え、最も割合が高かった。なお、ADL訓練・IADL訓練ともに実施なしの割合は、「要介護1-2」にて41.3%、「要介護3-5」にて30.1%であった（図4-3-17）。

図 4-3-17 提供サービス内容（IADL）



高次脳機能への関わりでは、「見当識訓練」「注意訓練」「記憶訓練」が1割程度であった。また、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると「Ⅱ」にて「見当識訓練」「記憶訓練」の割合が高い傾向にあった（表4-3-8）。なお、疾患別にみると「脳血管疾患」にて「注意訓練」の割合が比較的高かった（表4-3-9）。

表4-3-8 提供サービス内容（高次脳機能）  
（介護度別・認知症高齢者の日常生活自立度別）

		介護度		認知症高齢者の日常生活自立度		
		要介護 1-2	要介護 3-5	非該当	I	II
n		623	286	236	288	308
1	見当識訓練	8.7%	4.9%	1.3%	3.8%	14.3%
2	注意訓練	8.7%	9.1%	5.9%	9.0%	9.7%
3	記憶訓練	11.1%	6.3%	2.1%	6.6%	15.9%
4	視空間認知訓練	3.7%	3.1%	3.4%	2.8%	3.6%
5	遂行機能訓練	4.2%	2.1%	1.7%	2.8%	4.2%
6	その他の高次脳機能訓練	4.3%	2.8%	1.7%	3.1%	5.5%
7	高次脳機能訓練の実施なし	75.4%	78.7%	84.7%	82.6%	67.5%

表4-3-9 提供サービス内容（高次脳機能）  
（疾患別）

		疾患			
		脳血管 疾患	骨関節 疾患	内部障害	進行性 疾患
n		182	170	94	37
1	見当識訓練	7.1%	4.7%	8.5%	5.4%
2	注意訓練	17.6%	1.8%	8.5%	5.4%
3	記憶訓練	8.2%	6.5%	9.6%	8.1%
4	視空間認知訓練	9.3%	0.0%	0.0%	2.7%
5	遂行機能訓練	7.1%	0.6%	1.1%	2.7%
6	その他の高次脳機能訓練	3.8%	1.2%	2.1%	2.7%
7	高次脳機能訓練の実施なし	67.6%	85.9%	77.7%	86.5%

言語・聴覚への関わりでは、「言語聴覚訓練の実施なし」が約9割であった。疾患別にみると、「進行性疾患」にて「構音訓練」13.5%の実施がみられた（表4-3-10）。

摂食・嚥下への関わりでは、「摂食嚥下訓練の実施なし」が約9割であった。疾患別にみると、「進行性疾患」にて「摂食嚥下訓練（間接訓練）」13.5%の実施がみられた（表4-3-11）。

表4-3-10 提供サービス内容（言語・聴覚）  
（介護度別・疾患別）

		介護度		疾患			
		要介護 1-2	要介護 3-5	脳血管 疾患	骨関節 疾患	内部障害	進行性 疾患
n		623	286	182	170	94	37
1	失語症に対する訓練	2.7%	2.8%	9.9%	0.0%	0.0%	2.7%
2	構音訓練	3.7%	4.2%	7.7%	0.0%	0.0%	13.5%
3	音声訓練	3.2%	3.5%	7.7%	0.6%	2.1%	8.1%
4	聴覚訓練	0.8%	0.0%	1.1%	0.6%	0.0%	2.7%
5	その他の言語聴覚訓練	1.6%	2.8%	4.9%	1.2%	1.1%	2.7%
6	言語聴覚訓練の実施なし	90.5%	88.5%	80.2%	95.3%	93.6%	83.8%

表4-3-11 提供サービス内容（摂食・嚥下）  
（介護度別・疾患別）

		介護度		疾患			
		要介護 1-2	要介護 3-5	脳血管 疾患	骨関節 疾患	内部障害	進行性 疾患
n		623	286	182	170	94	37
1	摂食嚥下訓練（直接訓練）	1.3%	3.1%	3.3%	0.6%	2.1%	8.1%
2	摂食嚥下訓練（間接訓練）	4.0%	7.3%	5.5%	2.4%	6.4%	13.5%
3	摂食嚥下訓練の実施なし	90.2%	86.0%	89.6%	88.8%	86.2%	81.1%

環境調整・支援の関わりでは、「家屋評価・調整」「家族・支援者への助言」「福祉用具・自助具の評価・選定」の割合が高かった（図4-3-18）。

評価・助言に関する取り組みでは、「運動・自主トレに関する助言」「転倒予防への啓発・助言」にて実施割合が7割であった。特に、リハマネ加算（ハ）を算定した利用者においては、「口腔機能の評価・助言」「栄養状態の評価・助言」の実施割合が比較的高い傾向にあった（表4-3-12）。

図 4-3-18 提供サービス内容（環境調整・支援）

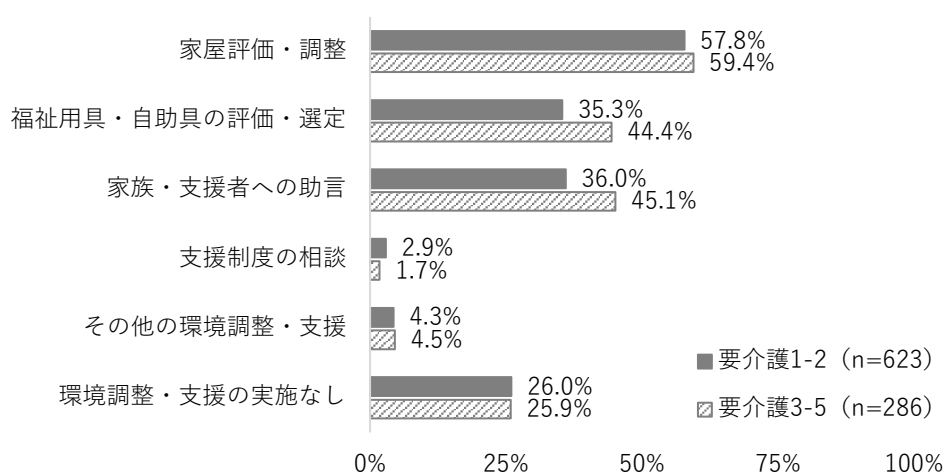


表4-3-12 評価・助言に関する取り組み  
（介護度別・リハマネ加算の算定状況別）

		介護度		リハマネ加算の算定状況			
		要介護 1-2	要介護 3-5	加算なし	加算 (イ)	加算 (ロ)	加算 (ハ)
	n	623	286	391	89	293	144
1	運動・自主トレに関する助言	76.1%	68.2%	74.7%	70.8%	75.8%	72.9%
2	転倒予防への啓発・助言	74.5%	75.2%	75.4%	78.7%	72.7%	79.2%
3	生活習慣に関する助言	32.3%	32.2%	26.6%	36.0%	36.9%	41.0%
4	口腔機能の評価・助言	7.9%	9.1%	4.6%	6.7%	6.5%	25.7%
5	栄養状態の評価・助言	10.1%	9.8%	6.4%	9.0%	7.5%	26.4%
6	併用サービス等への助言	4.3%	8.7%	4.9%	5.6%	5.8%	8.3%
7	その他の評価・助言	1.9%	1.0%	0.8%	1.1%	2.4%	2.8%
8	評価・助言の実施なし	1.8%	4.9%	2.8%	3.4%	2.0%	3.5%

社会参加への取り組みでは、「利用者間の交流促進（社会性の向上）」の割合が高かったが、「社会参加への支援の実施なし」の割合が最も高かった。また、「利用者間のピアサポート」「通いの場等への同行評価」の実施割合は1割に満たなかった（図4-3-19）。

その他の取り組みとして、「送迎時の居宅内介助」の実施割合は2割であった（図4-3-20）。

図 4-3-19 社会参加への取り組み

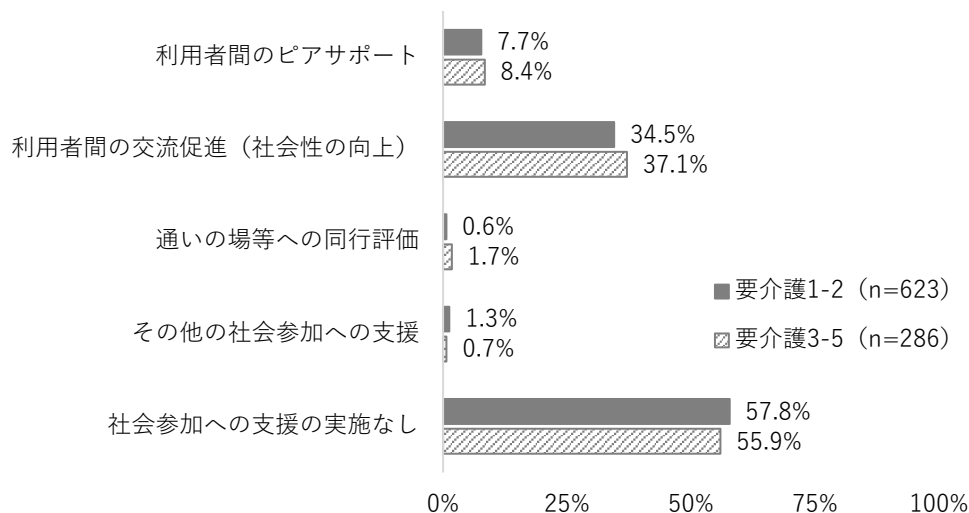
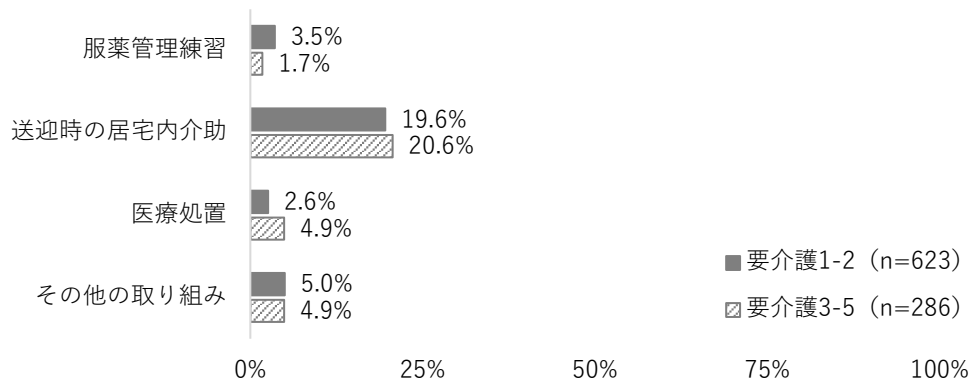


図 4-3-20 その他の取り組み



居宅訪問を実施した割合は8割を超えていた（図4-3-21）。なお、訪問を実施した利用者において、実施回数は「1回」が7割であった（図4-3-22）。

居宅訪問時の評価・支援内容は、「住環境評価（家屋・居室等）」が8割を超え、「基本動作の評価」「ADL評価」「1日の過ごし方」が5割前後と続いた。一方で、「訪問サービスへの助言」「訪問サービスの実施状況確認」「練習効果の確認・評価」の実施割合は1割に満たず低値であった（図4-3-23）。

図 4-3-21 居宅訪問の実施有無

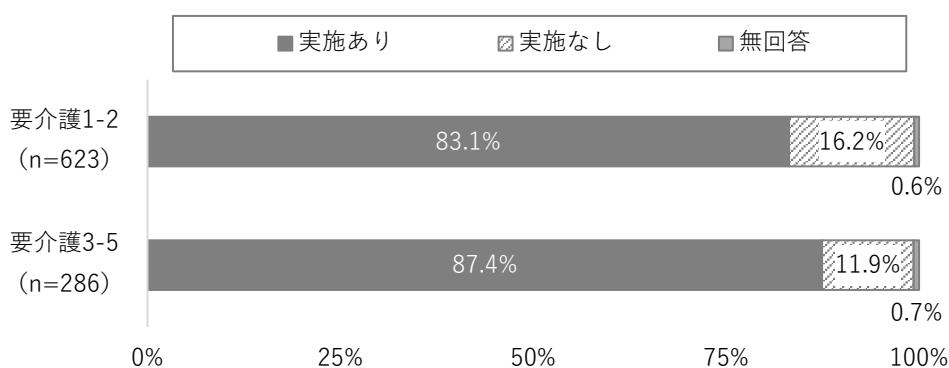
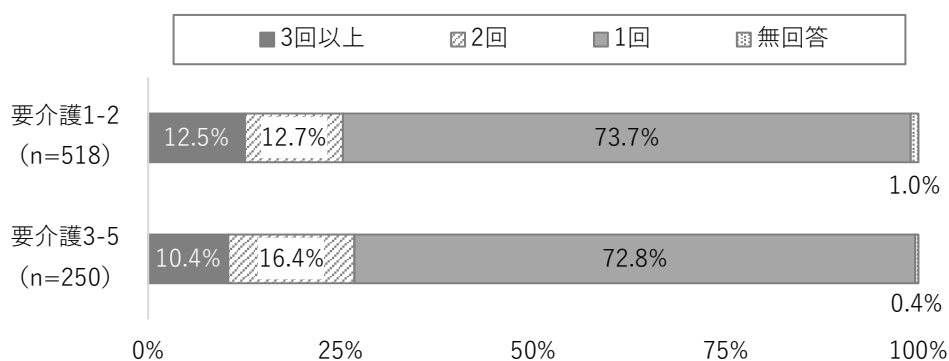
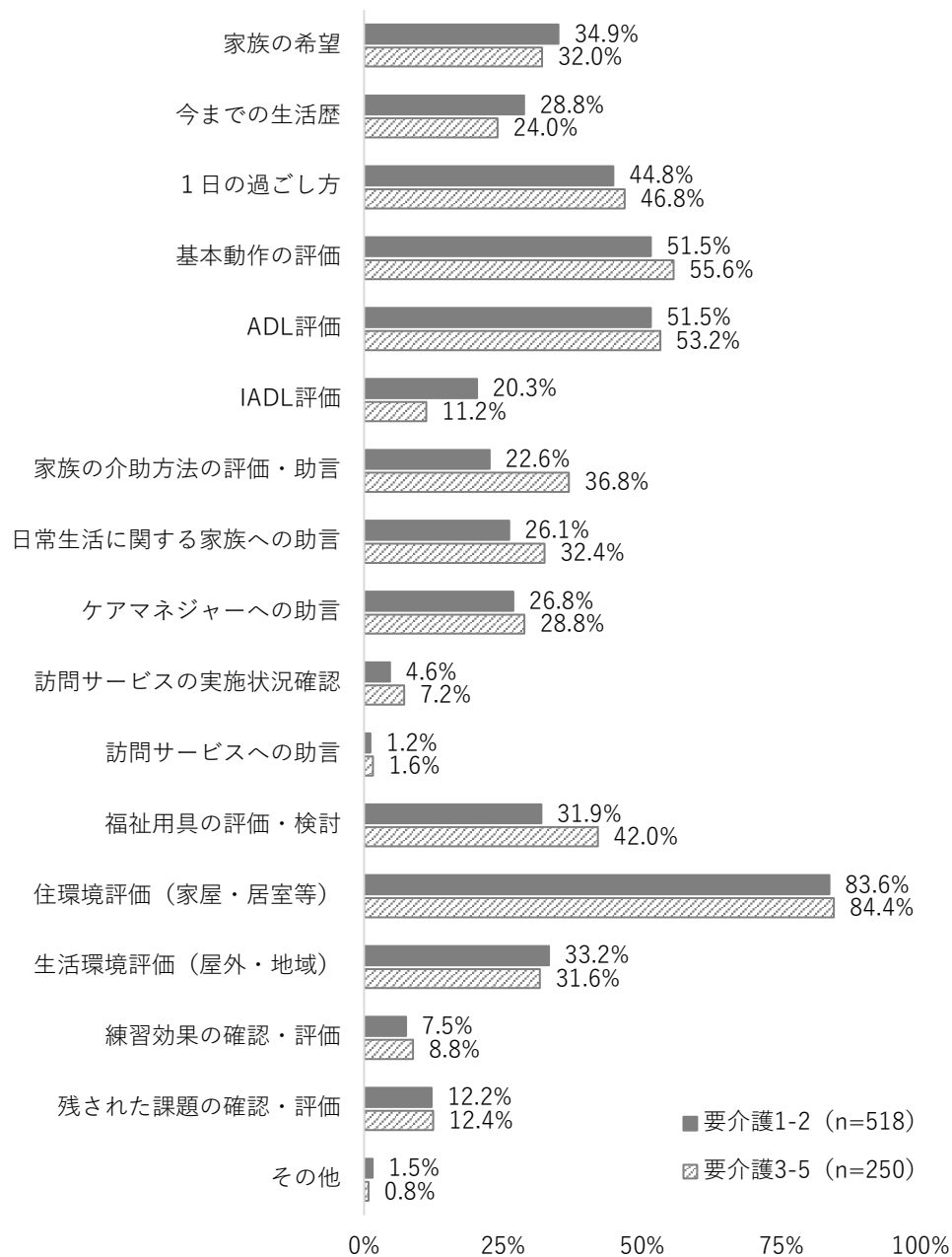


図 4-3-22 居宅訪問の実施回数



※ 居宅訪問の実施ありに限る

図 4-3-23 居宅訪問時の評価・支援内容



※ 居宅訪問の実施ありに限る

ケアマネジャーとの情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」が9割を超え最も高く、次いで「生活状況や生活課題」7割が続いた（図4-3-24）。

リハマネ加算の算定有無別にみると、「リハマネ加算あり」の利用者にて「生活状況や生活課題」「今後の生活目標」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」を共有している割合が比較的高かった。また、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、すべての項目において、実施割合が高かった（表4-3-13）。

図 4-3-24 ケアマネジャーとの情報共有

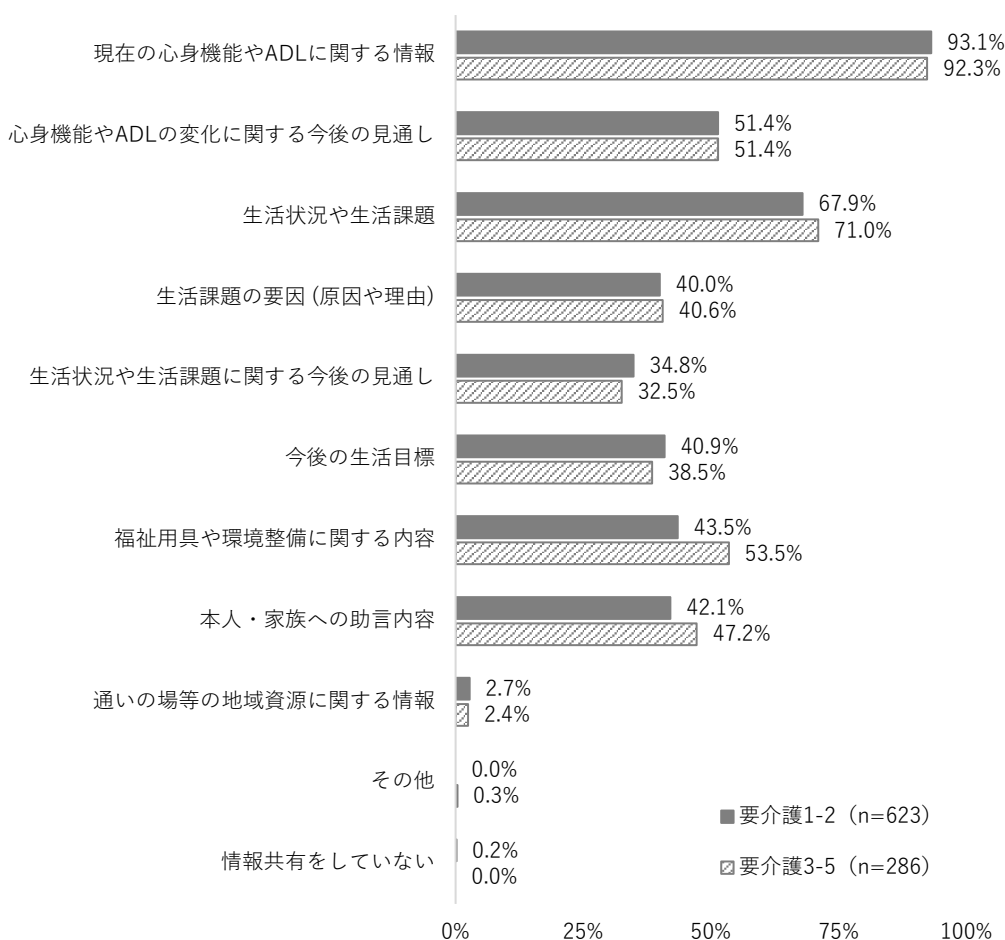


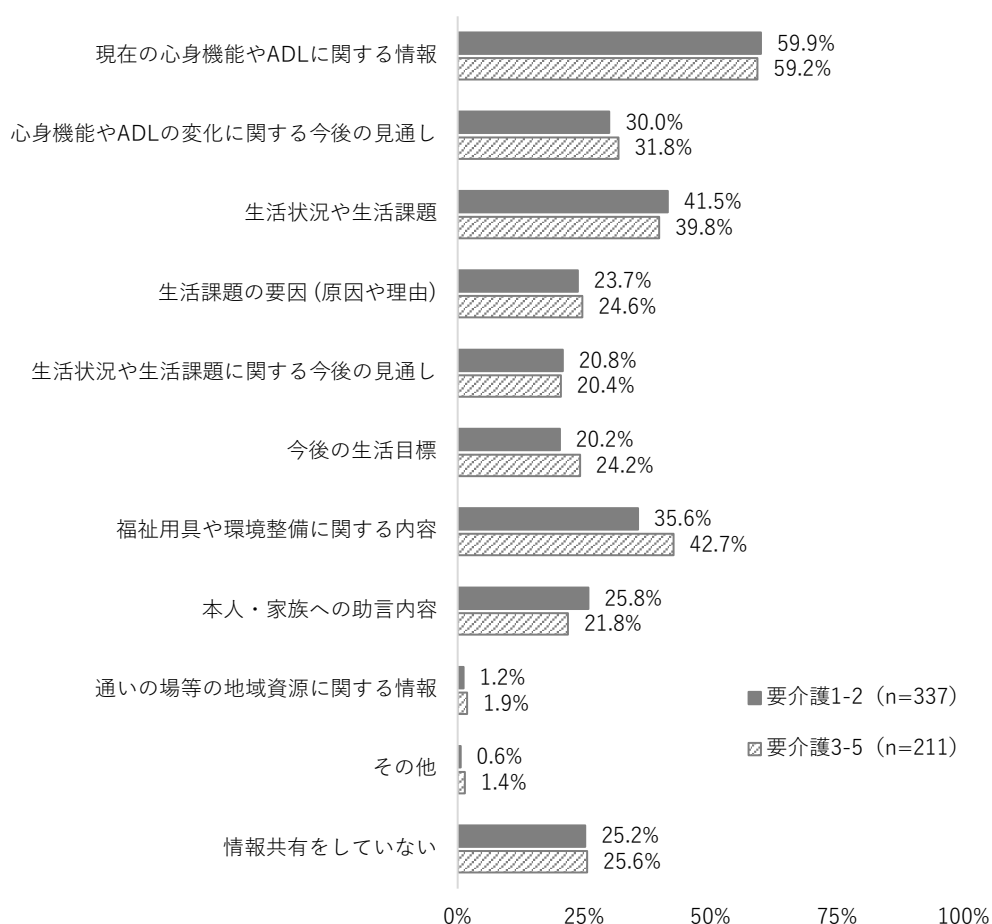
表4-3-13 ケアマネジャーとの情報共有  
 (リハマネ加算の算定有無別・リハ会議の協議内容別)

		リハマネ加算		リハ会議の協議内容			
		算定あり	算定なし	情報共有	効果確認	支援方針	左記3種 なし
	n	515	391	327	250	155	113
1	現在の心身機能やADLに関する情報	94.0%	92.6%	96.3%	97.6%	96.1%	86.7%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	51.3%	52.4%	63.3%	66.0%	61.9%	24.8%
3	生活状況や生活課題	75.7%	61.4%	78.9%	81.6%	81.9%	67.3%
4	生活課題の要因 (原因や理由)	42.7%	37.3%	52.0%	58.8%	56.1%	22.1%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	38.6%	29.4%	48.3%	58.0%	53.5%	15.0%
6	今後の生活目標	46.0%	33.5%	55.0%	62.0%	56.8%	23.9%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	48.9%	44.0%	57.8%	59.6%	61.3%	26.5%
8	本人・家族への助言内容	46.8%	40.4%	54.1%	58.0%	65.8%	28.3%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	3.3%	2.0%	4.0%	3.2%	6.5%	0.9%
10	その他	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
11	情報共有をしていない	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

他介護サービス事業所との情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」6割が最も高く、「生活状況や生活課題」「福祉用具や環境整備に関する内容」が続いた。一方で、「情報共有をしていない」も25%程度みられた（図4-3-25）。

リハマネ加算の算定有無別にみると、「リハマネ加算あり」の利用者にて「生活状況や生活課題」「現在の心身機能やADLに関する情報」「本人・家族への助言内容」を共有している割合が比較的高かった。また、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、すべての項目において、実施割合が高かった（表4-3-14）。

図 4-3-25 他介護サービス事業所との情報共有



※ 併用サービスありに限る

表4-3-14 他介護サービス事業所との情報共有  
 (リハマネ加算の算定有無別・リハ会議の協議内容別)

		リハマネ加算		リハ会議の協議内容			
		算定あり	算定なし	情報共有	効果確認	支援方針	左記3種 なし
n		322	228	213	166	104	63
1	現在の心身機能やADLに関する情報	64.3%	53.5%	68.5%	68.1%	75.0%	55.6%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	34.2%	26.3%	40.4%	43.4%	48.1%	17.5%
3	生活状況や生活課題	46.0%	34.2%	51.2%	56.0%	54.8%	36.5%
4	生活課題の要因 (原因や理由)	27.0%	20.6%	34.3%	38.0%	42.3%	11.1%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	23.3%	17.5%	28.6%	36.7%	34.6%	7.9%
6	今後の生活目標	24.8%	18.0%	30.0%	34.9%	40.4%	11.1%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	39.8%	36.8%	50.2%	46.4%	51.0%	9.5%
8	本人・家族への助言内容	28.0%	19.7%	31.9%	34.3%	45.2%	19.0%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.9%	0.0%
10	その他	0.9%	0.9%	1.4%	1.8%	0.0%	0.0%
11	情報共有をしていない	21.1%	32.0%	19.7%	18.1%	17.3%	28.6%

※ 併用サービスありに限る

#### 4. 利用開始から6ヶ月後の状況

介護度の「更新・変更あり」の割合は、「要介護1-2」にて20.5%、「要介護3-5」にて26.6%であった（図4-4-1）。状態の変化は各評価にて「向上」「維持」の割合が9割を超えた（表4-4-1）。

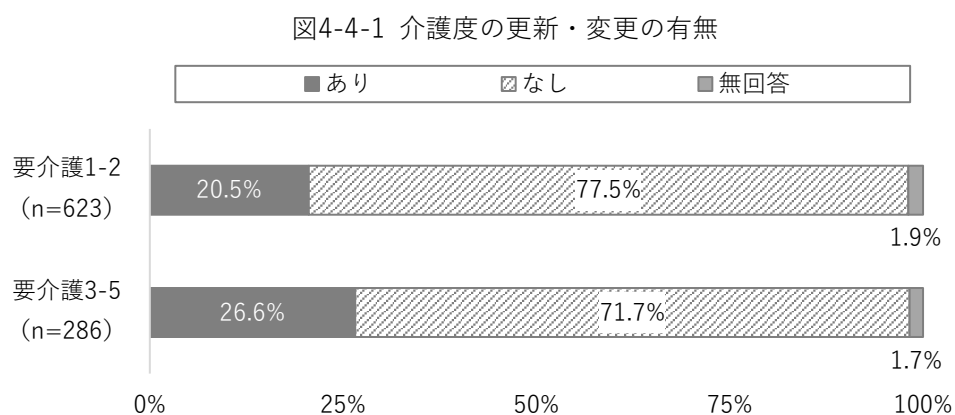


表 4-4-1 状態の変化

		n	向上	維持	低下	
1	介護度	要介護1-2	610	3.8%	91.5%	4.8%
		要介護3-5	281	15.7%	81.9%	2.5%
2	日常生活自立度	要介護1-2	612	8.5%	83.7%	7.8%
		要介護3-5	281	13.9%	80.1%	6.0%
3	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護1-2	612	7.7%	85.9%	6.4%
		要介護3-5	281	7.5%	86.8%	5.7%

※ 無回答を除く／介護度の更新・変更なしは維持に含む

心身機能の変化における「向上」の割合は、「疼痛」にて高い傾向にあった（表4-4-2）。

表 4-4-2 心身機能の変化

		n	向上	維持	低下	
1	筋力低下	要介護1-2	612	3.4%	96.2%	0.3%
		要介護3-5	280	5.0%	94.6%	0.4%
2	麻痺	要介護1-2	605	2.8%	95.0%	2.1%
		要介護3-5	281	0.0%	97.5%	2.5%
3	感覚機能障害	要介護1-2	606	2.3%	95.4%	2.3%
		要介護3-5	281	3.9%	94.7%	1.4%
4	関節可動域制限	要介護1-2	610	4.9%	91.6%	3.4%
		要介護3-5	280	5.0%	92.9%	2.1%
5	摂食嚥下障害	要介護1-2	605	0.8%	98.5%	0.7%
		要介護3-5	277	1.1%	96.8%	2.2%
6	失語症・構音障害	要介護1-2	605	0.7%	98.5%	0.8%
		要介護3-5	277	2.2%	97.1%	0.7%
7	見当識障害	要介護1-2	605	3.1%	93.9%	3.0%
		要介護3-5	277	2.5%	96.8%	0.7%
8	記憶障害	要介護1-2	606	3.6%	92.4%	4.0%
		要介護3-5	278	3.6%	96.0%	0.4%
9	高次脳機能障害	要介護1-2	603	1.3%	98.3%	0.3%
		要介護3-5	278	3.2%	95.7%	1.1%
10	栄養状態(障害)	要介護1-2	605	1.7%	98.0%	0.3%
		要介護3-5	276	2.5%	97.5%	0.0%
11	褥瘡	要介護1-2	604	0.5%	98.7%	0.8%
		要介護3-5	275	2.5%	96.7%	0.7%
12	疼痛	要介護1-2	610	9.2%	87.0%	3.8%
		要介護3-5	279	10.0%	85.7%	4.3%
13	精神行動障害	要介護1-2	606	1.0%	98.3%	0.7%
		要介護3-5	274	2.6%	96.7%	0.7%
14	口腔機能の課題	要介護1-2	501	2.2%	95.4%	2.4%
		要介護3-5	231	2.2%	96.5%	1.3%

※ 無回答を除く

基本動作能力の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて「床からの立ち上がり」、「要介護3-5」にて「床からの立ち上がり」「椅子からの立ち上がり」「立位保持」の割合が高い傾向にあった（表4-4-3）。

表 4-4-3 基本動作能力の変化

		n	向上	維持	低下	
1	寝返り	要介護1-2	612	2.8%	96.2%	1.0%
		要介護3-5	281	4.6%	95.4%	0.0%
2	起き上がり	要介護1-2	610	3.8%	94.3%	2.0%
		要介護3-5	281	8.2%	90.0%	1.8%
3	座位保持	要介護1-2	612	1.3%	97.2%	1.5%
		要介護3-5	281	8.2%	89.0%	2.8%
4	椅子からの立ち上がり	要介護1-2	610	7.0%	90.5%	2.5%
		要介護3-5	280	14.3%	81.8%	3.9%
5	床からの立ち上がり	要介護1-2	607	12.4%	83.7%	4.0%
		要介護3-5	278	15.1%	78.4%	6.5%
6	立位保持	要介護1-2	612	6.5%	90.8%	2.6%
		要介護3-5	281	17.4%	80.1%	2.5%

※ 無回答を除く

ADLの変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて25.5%、「要介護3-5」にて32.0%であった（図4-4-2）。認知症高齢者の日常生活自立度別に「向上」の割合をみると、「Ⅱ」にて30.6%であった。また、提供サービス内容別では「ADL練習あり」「IADL練習あり」にて3割を超え、「実施なし」22.3%より高値であった。加えて、リハマネ加算（ハ）を算定する利用者は38.3%であり、「算定なし」26.0%より高かった（表4-4-4）。

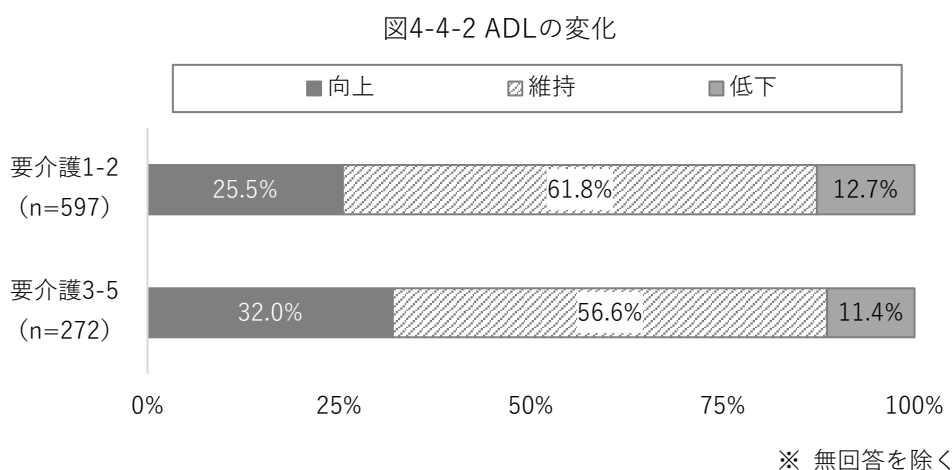


表4-4-4 ADLの変化

(認知症高齢者の日常生活自立度別・提供サービス内容別・リハマネ加算(ハ)算定有無別)

	認知症高齢者の日常生活自立度			提供サービス内容			リハマネ加算(ハ)	
	非該当	I	II	ADL練習	IADL練習	左記2種なし	算定あり	算定なし
n	226	278	294	501	184	328	133	666
1 向上	27.4%	24.5%	30.6%	31.3%	33.7%	22.3%	38.3%	26.0%
2 維持	67.7%	61.5%	54.4%	56.7%	58.2%	64.3%	54.9%	60.7%
3 低下	4.9%	14.0%	15.0%	12.0%	8.2%	13.4%	6.8%	13.4%

※ 無回答を除く

IADLの変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて35.5%、「要介護3-5」にて43.0%であった（図4-4-3）。認知症高齢者の日常生活自立度別に「向上」の割合をみると、「非該当」にて45.9%であった。また、提供サービス内容別では「IADL練習あり」にて51.9%であり、「実施なし」35.6%より高値であった（表4-4-5）。

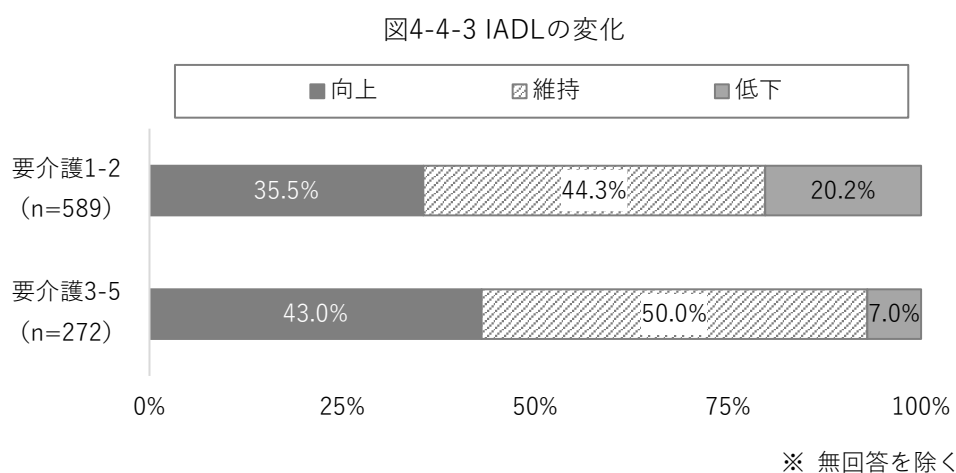


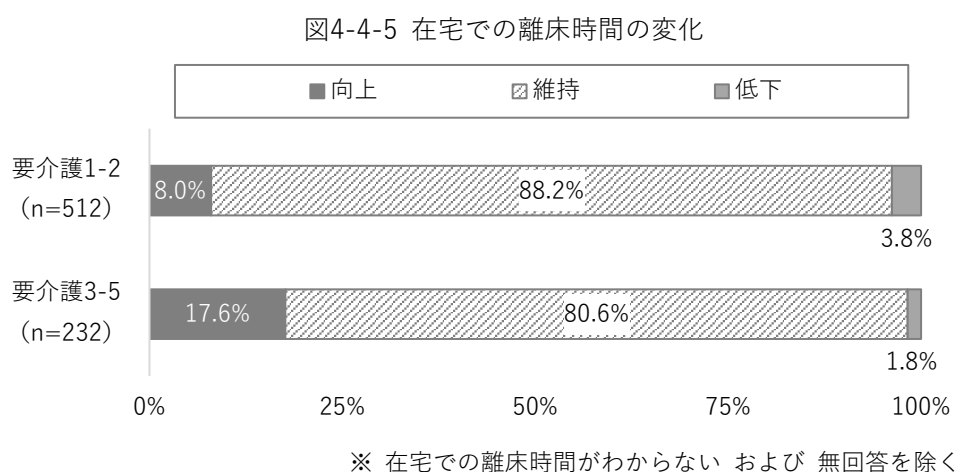
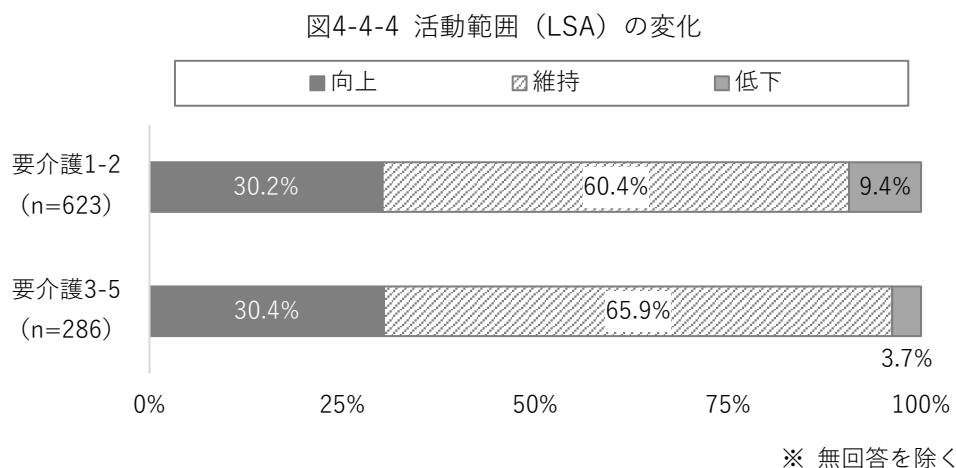
表4-4-5 IADLの変化  
(認知症高齢者の日常生活自立度別・提供サービス内容別)

		認知症高齢者の日常生活自立度			提供サービス内容		
		非該当	I	II	ADL練習	IADL練習	左記2種なし
	n	220	279	292	496	185	326
1	向上	45.9%	37.3%	34.9%	38.9%	51.9%	35.6%
2	維持	39.1%	45.2%	47.9%	45.2%	31.4%	48.8%
3	低下	15.0%	17.6%	17.1%	15.9%	16.8%	15.6%

※ 無回答を除く

活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて30.2%、「要介護3-5」にて30.4%であった（図4-4-4）。

在宅での離床時間の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて8.0%、「要介護3-5」にて17.6%であった（図4-4-5）。



利用目標の達成度は、「要介護1-2」にて「事業所での入浴」90.7%が最も割合が高く、「事業所内での社会性の向上・獲得」「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「身体機能の維持」「生活リズムの獲得」「専門職の評価」「日中の活動量の維持・向上」の6項目が6割を超えた（表4-4-6）。

また、「要介護3-5」では、「事業所での入浴」「栄養状態の改善」「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「医学的管理」「生活環境の調整」の5項目が7割を超えた（表4-4-7）。

表4-4-6 利用目標の達成度（要介護1-2）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	201	63.2%	33.8%	3.0%
2 疼痛緩和	239	35.6%	57.3%	7.1%
3 転倒予防	372	56.2%	31.7%	12.1%
4 身体機能の向上	421	35.4%	54.4%	10.2%
5 身体機能の維持	381	67.2%	30.4%	2.4%
6 認知・精神機能の向上	87	29.9%	52.9%	17.2%
7 認知・精神機能の維持	131	50.4%	39.7%	9.9%
8 言語機能の改善	18	50.0%	50.0%	0.0%
9 嚥下機能の改善	9	55.6%	22.2%	22.2%
10 基本動作能力の向上	154	47.4%	46.8%	5.8%
11 歩行・移動能力の向上	472	40.7%	50.6%	8.7%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	165	37.0%	55.8%	7.3%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	58	24.1%	37.9%	37.9%
14 事業所での入浴	86	90.7%	9.3%	0.0%
15 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	89	40.4%	46.1%	13.5%
16 地域における社会参加の促進	50	36.0%	40.0%	24.0%
17 事業所内での社会性の向上・獲得	51	68.6%	27.5%	3.9%
18 生活リズムの獲得	70	65.7%	30.0%	4.3%
19 日中の活動量の維持・向上	201	61.2%	34.8%	4.0%
20 趣味活動の促進	65	50.8%	36.9%	12.3%
21 活動範囲の維持・拡大	180	48.9%	42.2%	8.9%
22 生活環境の調整	48	58.3%	39.6%	2.1%
23 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	82	68.3%	28.0%	3.7%
24 介護負担の軽減	94	34.0%	55.3%	10.6%
25 家族や介護者への介助伝達や助言	55	45.5%	50.9%	3.6%
26 口腔機能の維持・改善	25	44.0%	44.0%	12.0%
27 栄養状態の改善	16	18.8%	68.8%	12.5%
28 医学的管理	9	44.4%	55.6%	0.0%

※ 各項目において通所リハ計画書に位置付けた目標に限る / 無回答を除く

表4-4-7 利用目標の達成度（要介護3-5）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	90	62.2%	31.1%	6.7%
2 疼痛緩和	92	33.7%	53.3%	13.0%
3 転倒予防	143	58.0%	32.2%	9.8%
4 身体機能の向上	201	34.8%	55.2%	10.0%
5 身体機能の維持	183	66.1%	31.1%	2.7%
6 認知・精神機能の向上	20	20.0%	50.0%	30.0%
7 認知・精神機能の維持	48	58.3%	29.2%	12.5%
8 言語機能の改善	16	31.3%	43.8%	25.0%
9 嚥下機能の改善	12	41.7%	41.7%	16.7%
10 基本動作能力の向上	129	41.9%	46.5%	11.6%
11 歩行・移動能力の向上	198	40.9%	51.0%	8.1%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	113	38.9%	47.8%	13.3%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	16	37.5%	31.3%	31.3%
14 事業所での入浴	52	80.8%	17.3%	1.9%
15 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	25	48.0%	36.0%	16.0%
16 地域における社会参加の促進	13	30.8%	46.2%	23.1%
17 事業所内での社会性の向上・獲得	27	63.0%	25.9%	11.1%
18 生活リズムの獲得	43	60.5%	32.6%	7.0%
19 日中の活動量の維持・向上	94	55.3%	38.3%	6.4%
20 趣味活動の促進	23	39.1%	52.2%	8.7%
21 活動範囲の維持・拡大	72	48.6%	38.9%	12.5%
22 生活環境の調整	41	75.6%	19.5%	4.9%
23 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	51	78.4%	17.6%	3.9%
24 介護負担の軽減	77	37.7%	51.9%	10.4%
25 家族や介護者への介助伝達や助言	36	55.6%	41.7%	2.8%
26 口腔機能の維持・改善	14	57.1%	42.9%	0.0%
27 栄養状態の改善	5	80.0%	20.0%	0.0%
28 医学的管理	9	77.8%	22.2%	0.0%

※ 各項目において通所リハ計画書に位置付けた目標に限る / 無回答を除く

6ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が9割を超えていた（図4-4-6）。通所リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」が6割を超え、「利用者同士のコミュニティの継続が必要」3割が続いた（図4-4-7）。なお、複数回答のうち、「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は、「要介護1-2」にて6.1%、「要介護3-5」にて5.8%であった。

また、「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は、「要介護1-2」にて23.4%、「要介護3-5」にて21.3%であった（図4-4-7）。なお、想定される心身機能・ADL変化の要因は、「認知症」「骨関節疾患」の割合が高かった（図4-4-8）。

図4-4-6 6ヶ月後の利用状況

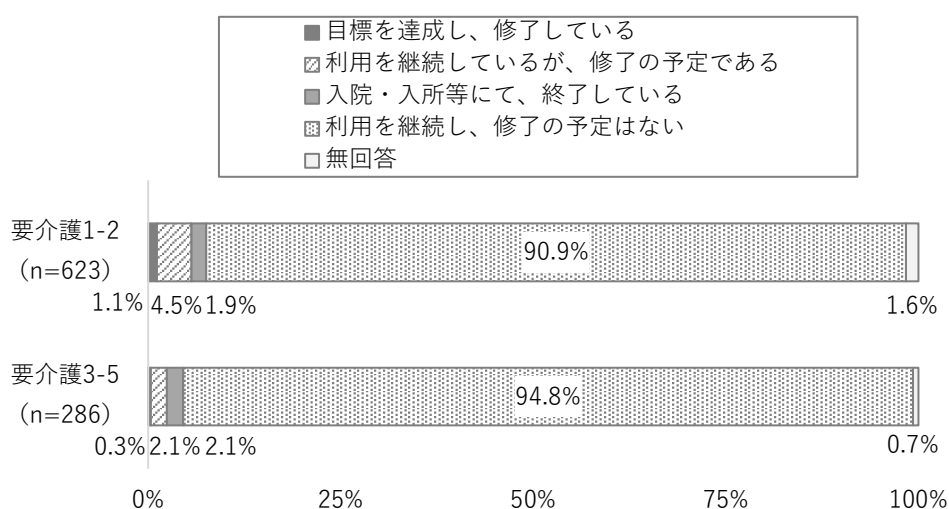
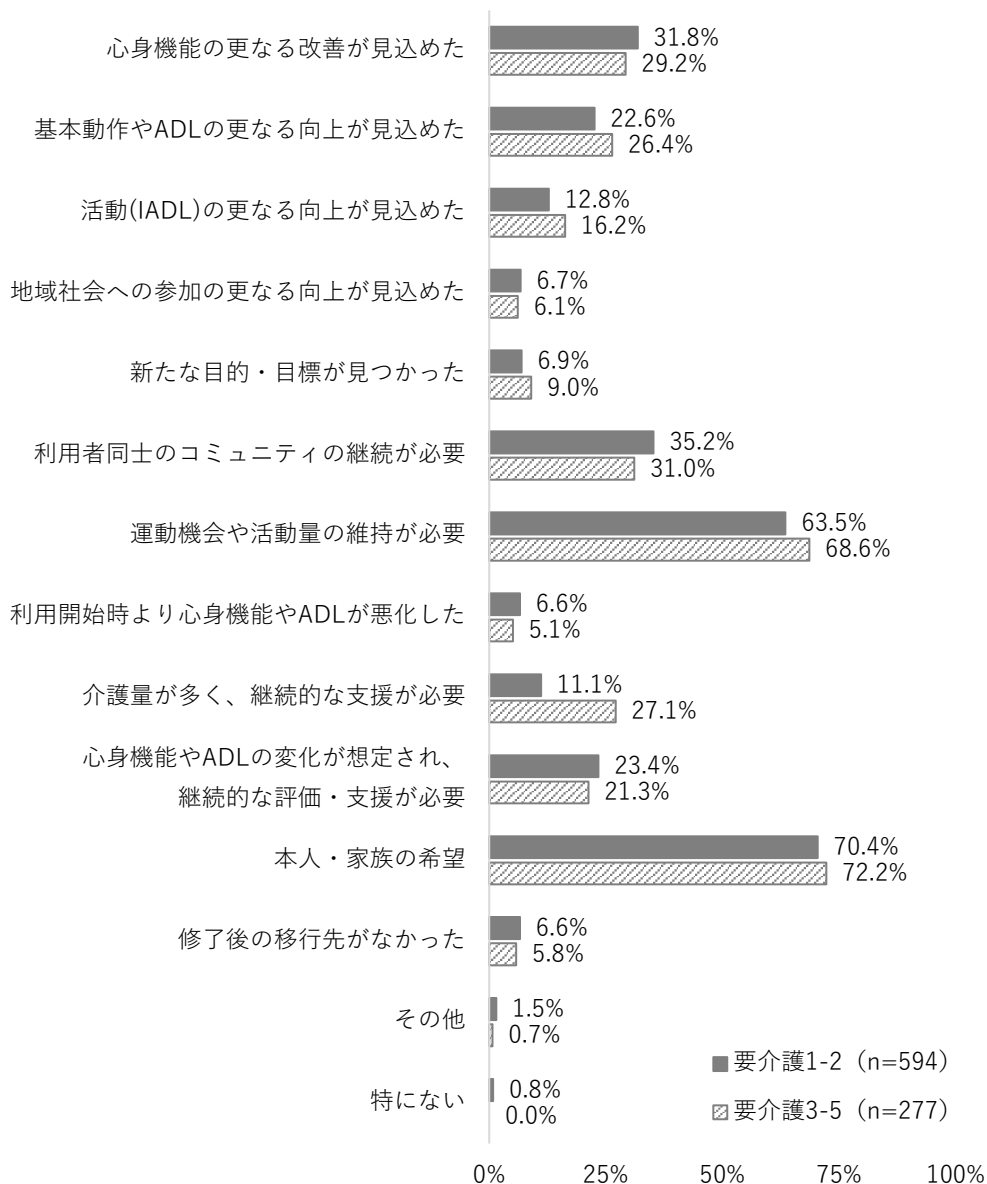
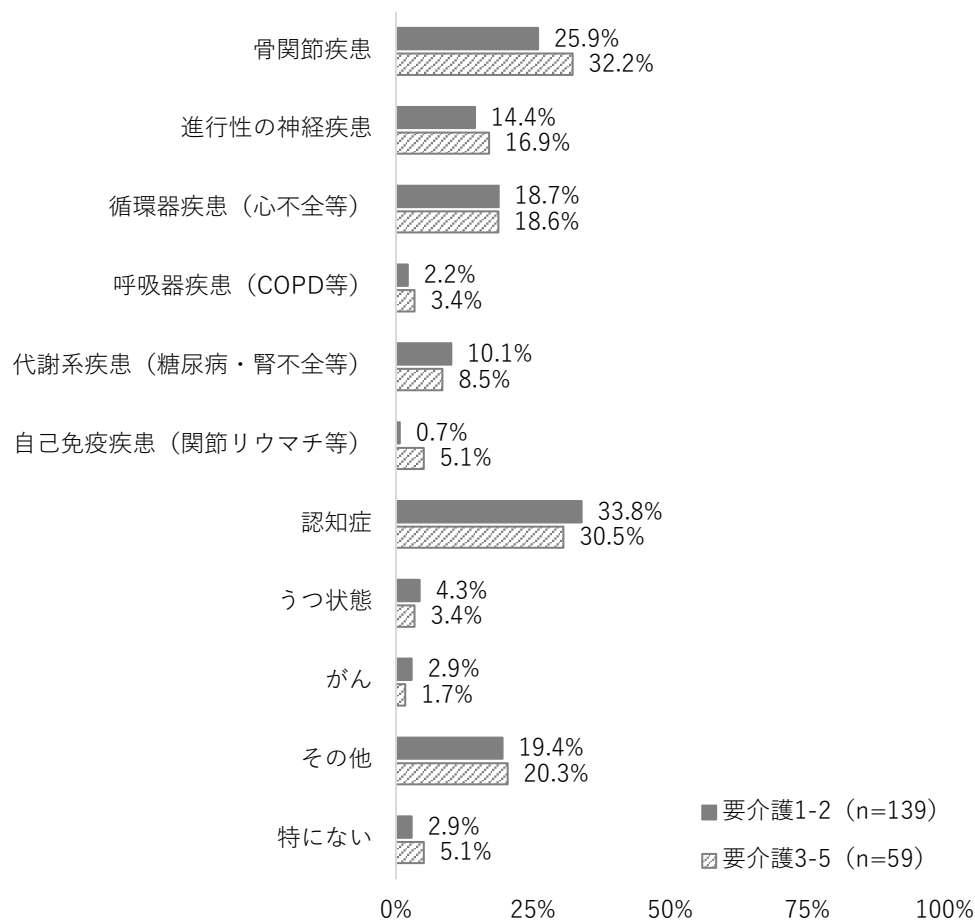


図4-4-7 利用継続の理由



※ 6ヶ月後の利用状況において「利用を継続しているが、修了の予定である」「利用を継続し、修了の予定はない」に限る

図4-4-8 想定される心身機能・ADL変化の要因



※ 心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要に限る

## 第五節 通所リハ利用者調査（要支援）

### 1. 利用開始時の状況

通所リハ要支援票については、405票の回答を得た。そのうち、利用開始から12ヶ月後の利用状況を見ると「利用継続」は384票であった。この利用継続者において、リハビリテーション会議の開催状況を見ると、1-12月・13-24月ともにリハ会議を開催した「両年実施」は43.5%、1-12月は未実施だが13-24月のみ開催した「新規実施」は19.3%、1-12月・13-24月ともに開催していない「両年未実施」は35.7%であった（表5-1-1）。

以降では、主に「両年実施」「新規実施」「両年未実施」の3区分を比較しながら、12月を超えて利用を継続した利用者に対する関わりについて述べる。

表5-1-1 リハ会議の開催状況

(n=384)		リハ会議の開催		n	%
		1-12月	13-24月		
1	両年実施	あり	あり	167	43.5%
2	新規実施	なし	あり	74	19.3%
3	両年未実施	なし	なし	137	35.7%

年齢は「75-84歳」「85歳以上」の割合が高かった（図5-1-1）。また、性別は「女性」が7割であった（図5-1-2）。

図5-1-1 年齢

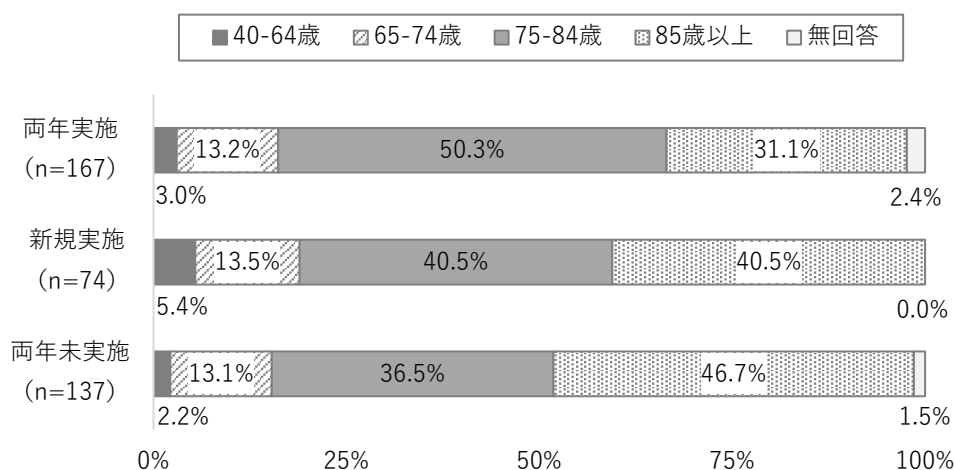
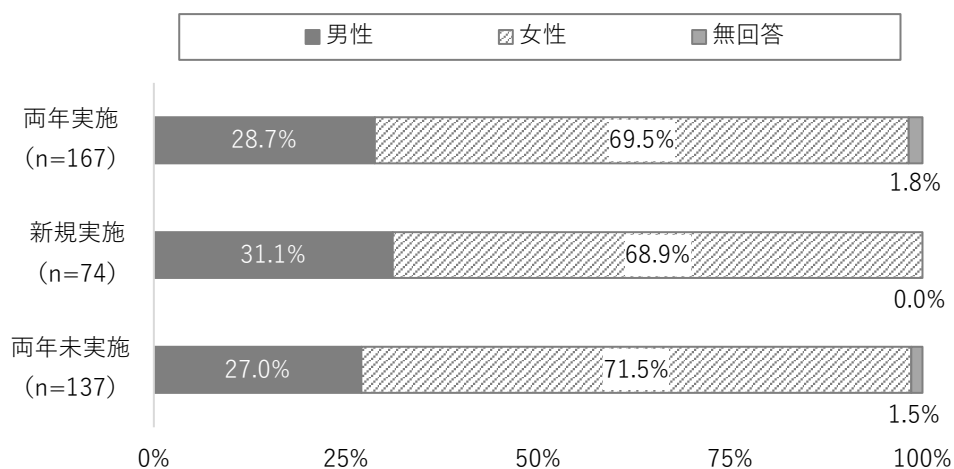


図5-1-2 性別



利用開始時の介護度は、「要支援1」「要支援2」にて概ね半数ずつであった（図5-1-3）。日常生活自立度にて「J」の割合は6割を超え、認知症高齢者の日常生活自立度にて「非該当」の割合も6割を超えていた（図5-1-4、5-1-5）。

図5-1-3 利用開始時の介護度

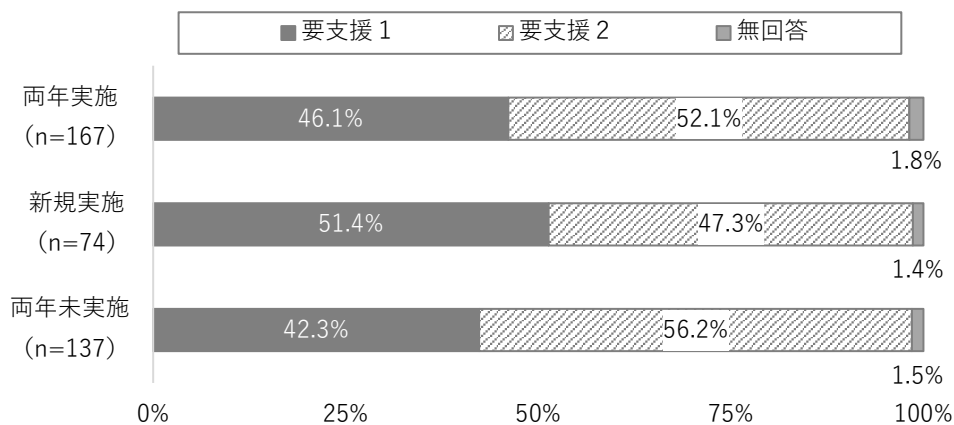


図5-1-4 利用開始時の日常生活自立度

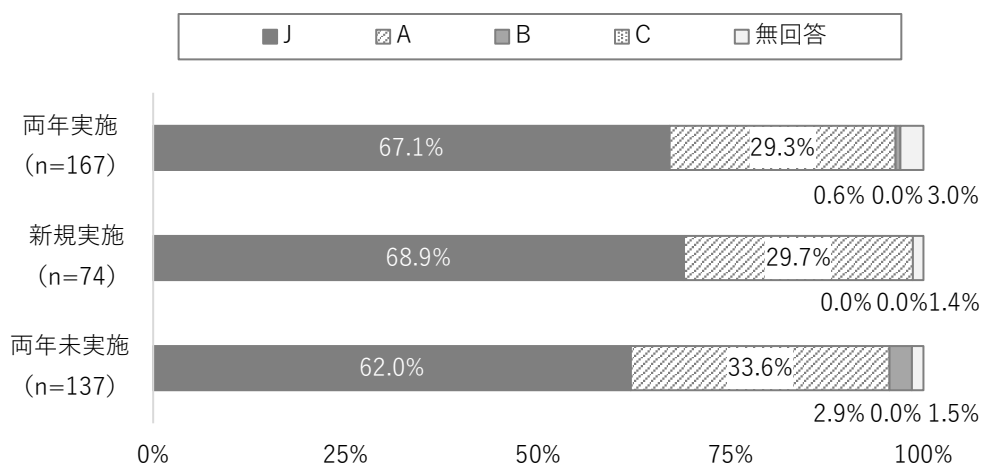
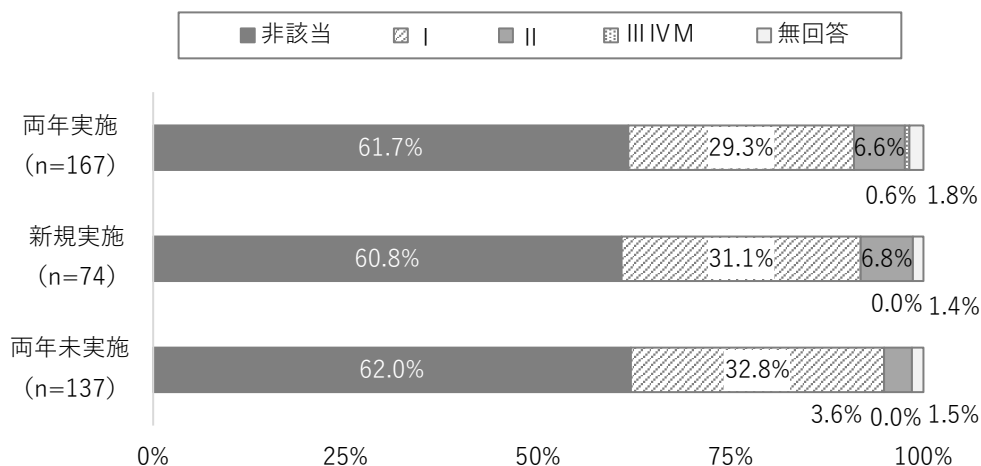


図 5-1-5 利用開始時の認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因は、「関節症・骨粗しょう症」「骨折（圧迫骨折を含む）」「脊椎・脊髄障害」の割合が高い傾向にあった（図5-1-6）。年齢別にみると、「65-74歳」にて「脊椎・脊髄障害」「進行性の神経疾患」、「75-84歳」「85歳以上」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」の割合が比較的高かった（表5-1-2）。

図5-1-6 リハビリが必要となった原因の傷病名

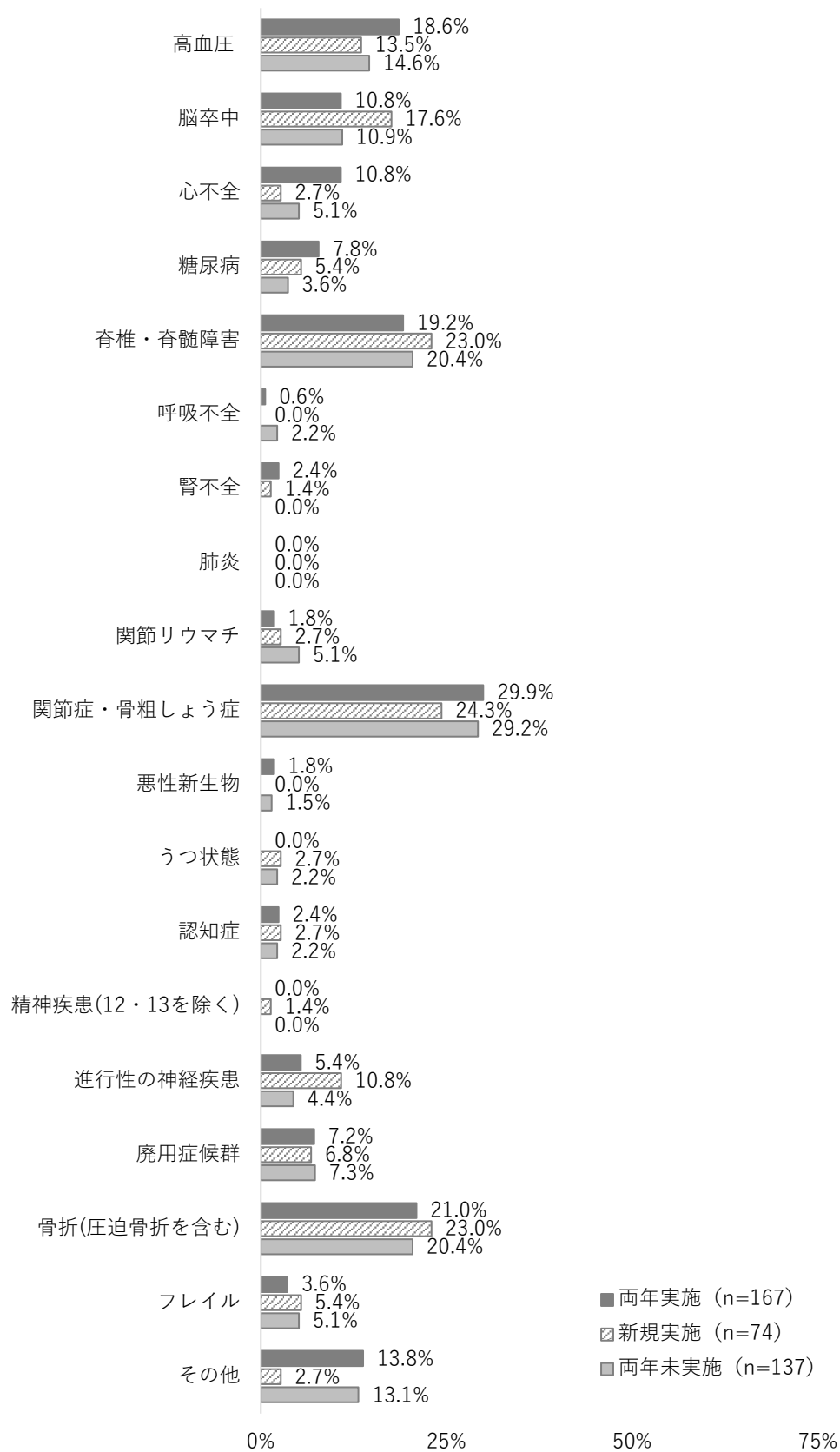


表 5-1-2 リハビリが必要となった原因の傷病名（年齢別）

		年齢		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		57	177	152
1	高血圧	8.8%	17.5%	17.1%
2	脳卒中	17.5%	13.6%	7.2%
3	心不全	8.8%	6.8%	7.2%
4	糖尿病	7.0%	6.8%	5.9%
5	脊椎・脊髄障害	28.1%	16.4%	21.1%
6	呼吸不全	0.0%	1.1%	1.3%
7	腎不全	3.5%	1.7%	2.0%
8	肺炎	0.0%	0.0%	0.0%
9	関節リウマチ	1.8%	4.0%	2.6%
10	関節症・骨粗しょう症	28.1%	26.6%	30.3%
11	悪性新生物	1.8%	1.1%	2.6%
12	うつ状態	0.0%	1.1%	2.0%
13	認知症	0.0%	3.4%	3.3%
14	精神疾患(12・13を除く)	0.0%	0.6%	0.0%
15	進行性の神経疾患	14.0%	6.8%	1.3%
16	廃用症候群	3.5%	7.3%	8.6%
17	骨折(圧迫骨折を含む)	8.8%	21.5%	27.0%
18	フレイル	1.8%	6.2%	4.6%
19	その他	14.0%	12.4%	10.5%

サービス提供時間は、「1-2時間」「3-4時間」「6-7時間」の割合が高かった。特に、「新規実施」では「1-2時間」の割合が55.4%であった（図5-1-7）。利用頻度は、「1回/週」「2回/週」が半数程度ずつであった（図5-1-8）。

図5-1-7 サービス提供時間

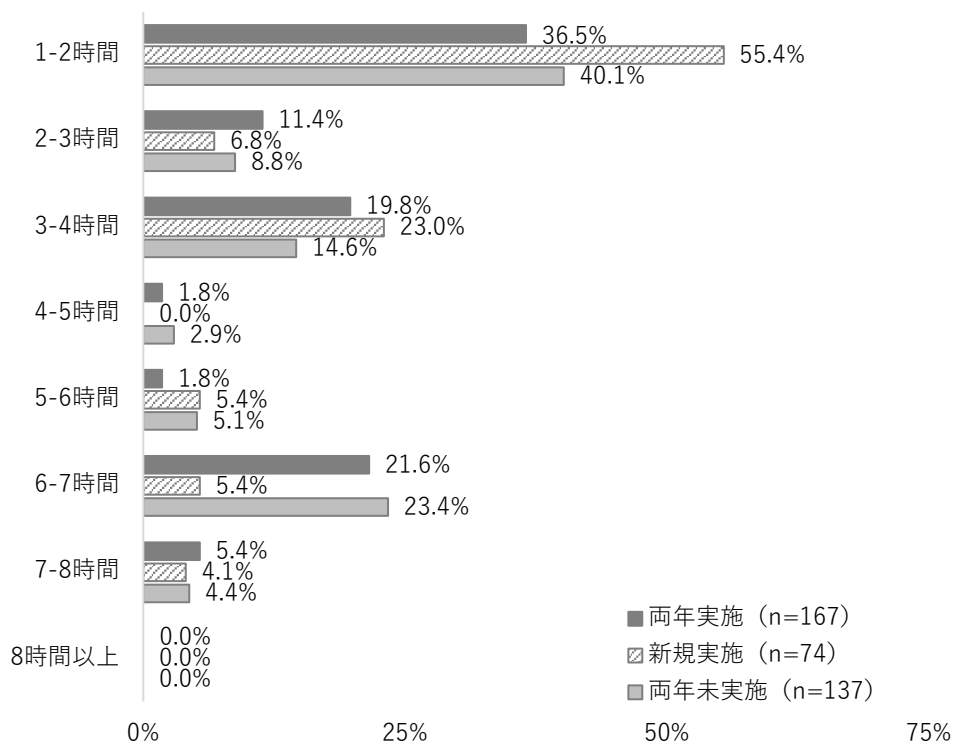
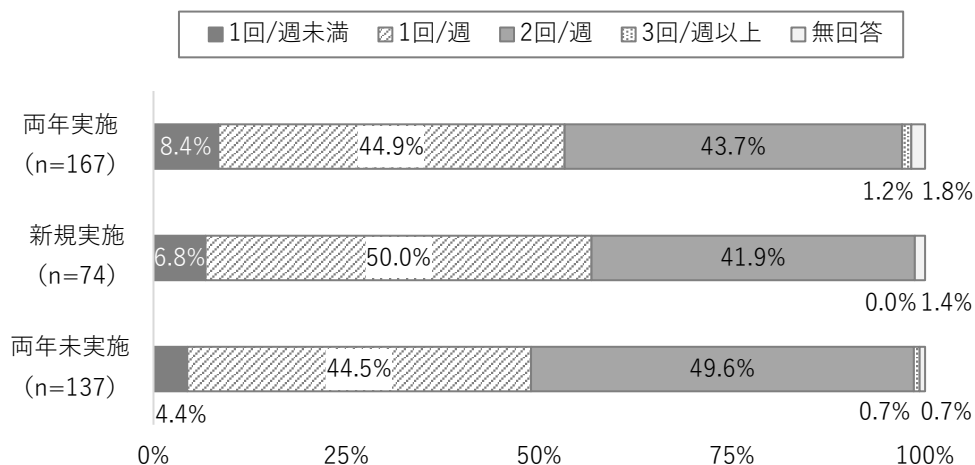


図5-1-8 利用頻度



併用サービスがある割合は、25%前後であった（図5-1-9）。併用サービスの内容は、「福祉用具」の割合が最も高かった（図5-1-10）。

図5-1-9 併用サービスの有無

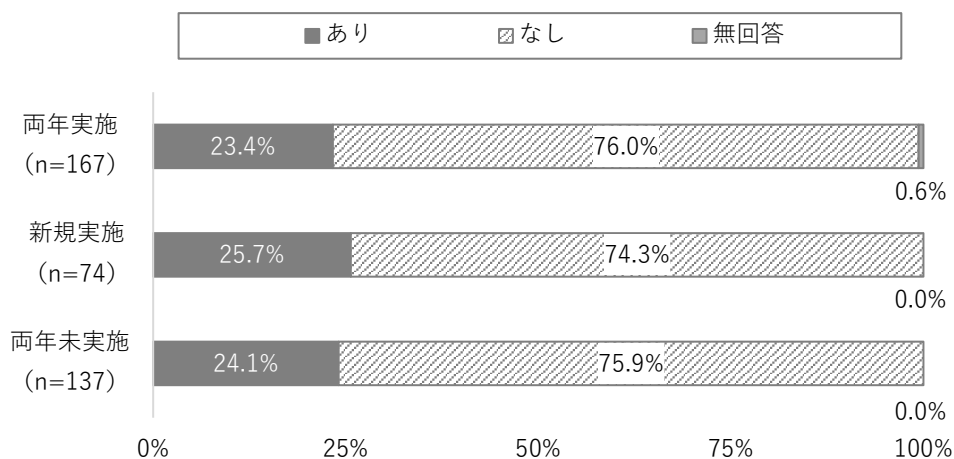
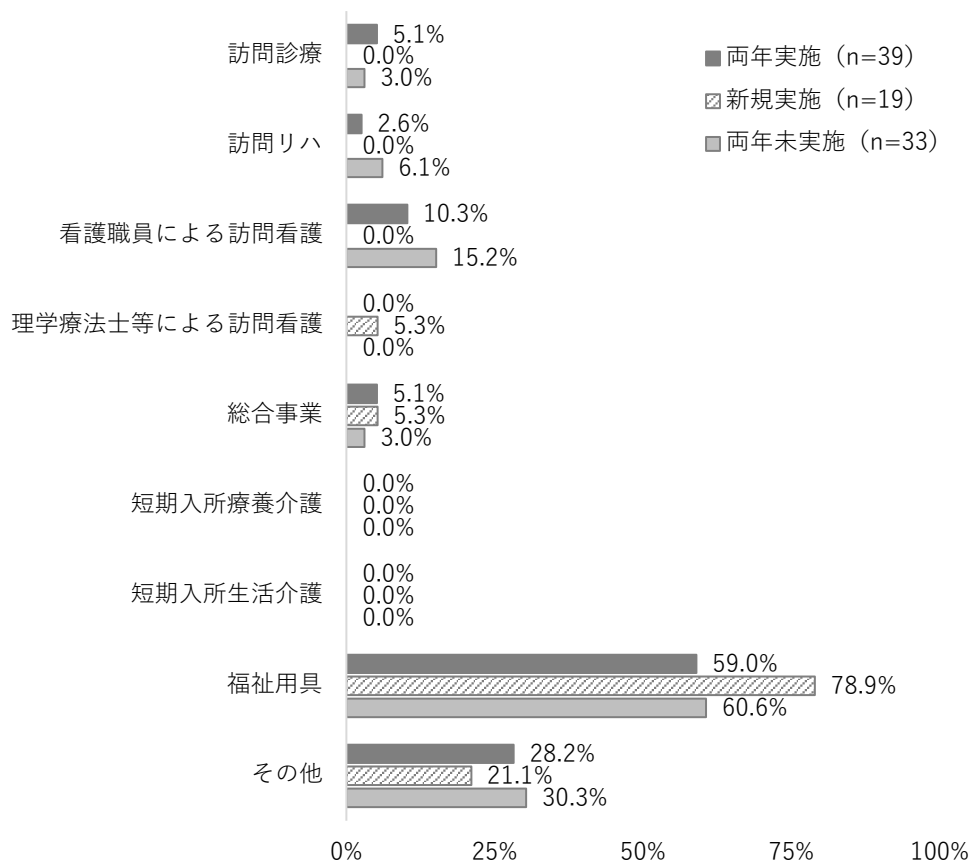


図5-1-10 併用サービスの内容



※ 併用サービスありに限る

利用前の所在にて「自宅」の割合が、8割であった（図5-1-11）。自宅から利用を開始された方において、利用前に使っていた地域活動等では、「地域活動等の利用なし」が約4割であった（図5-1-12）。

図5-1-11 利用前の所在

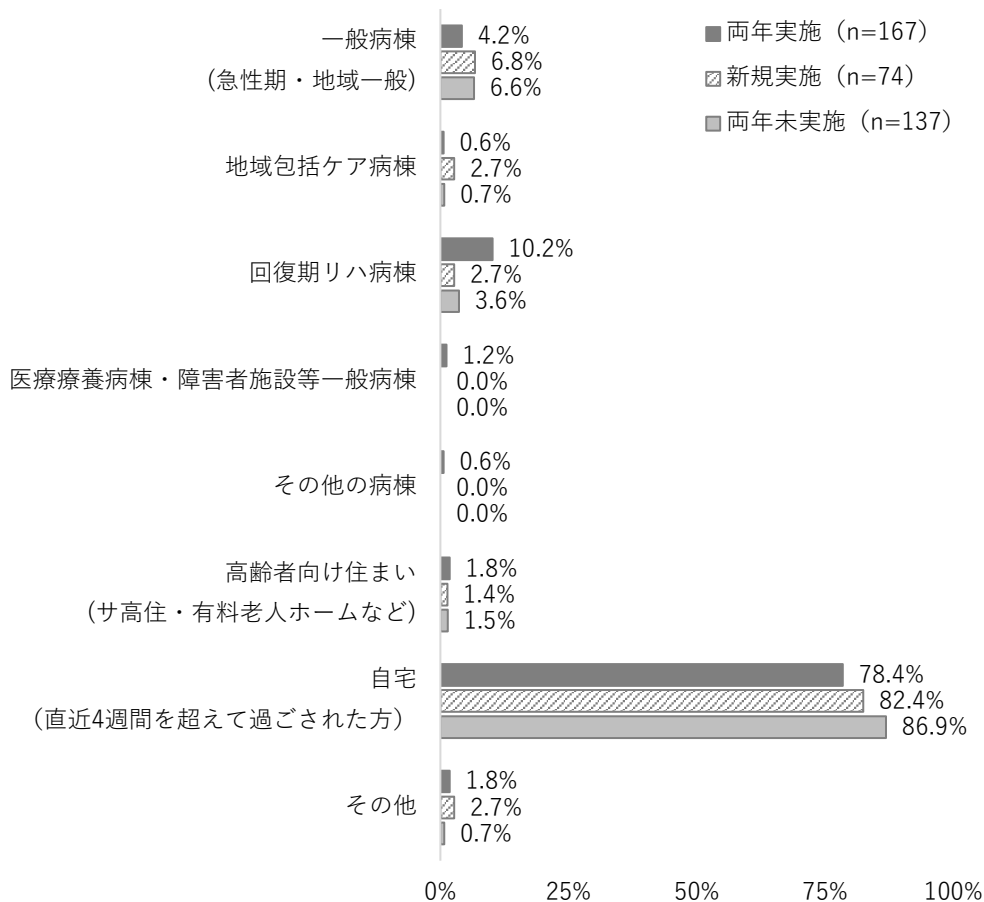
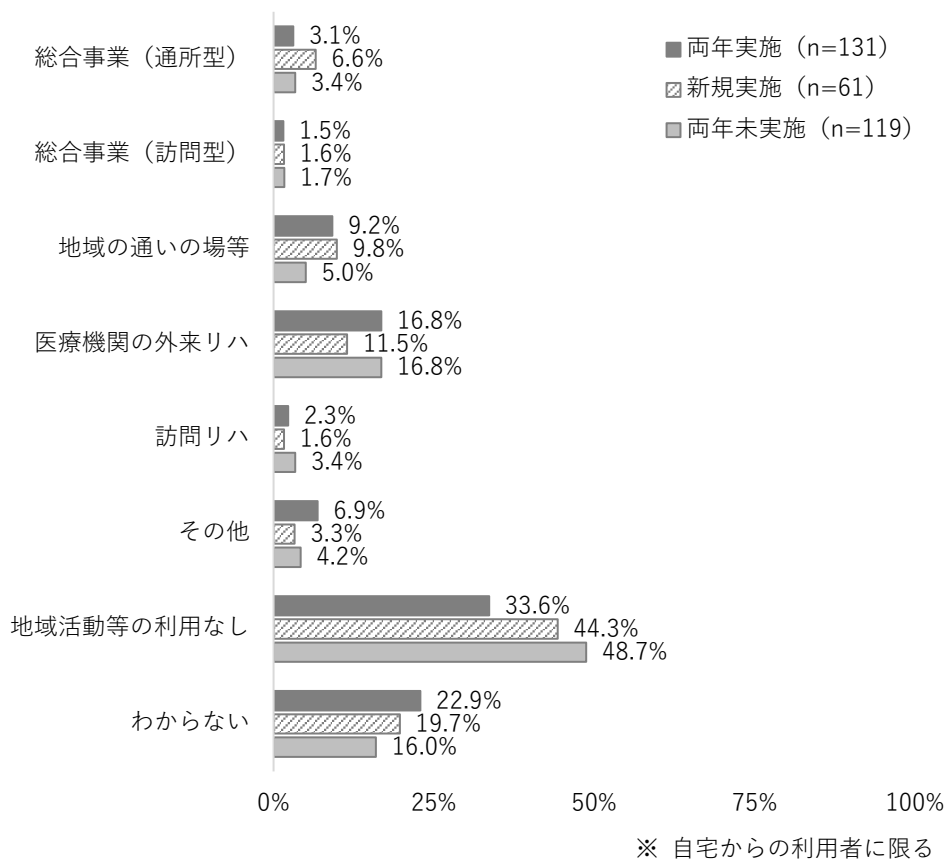
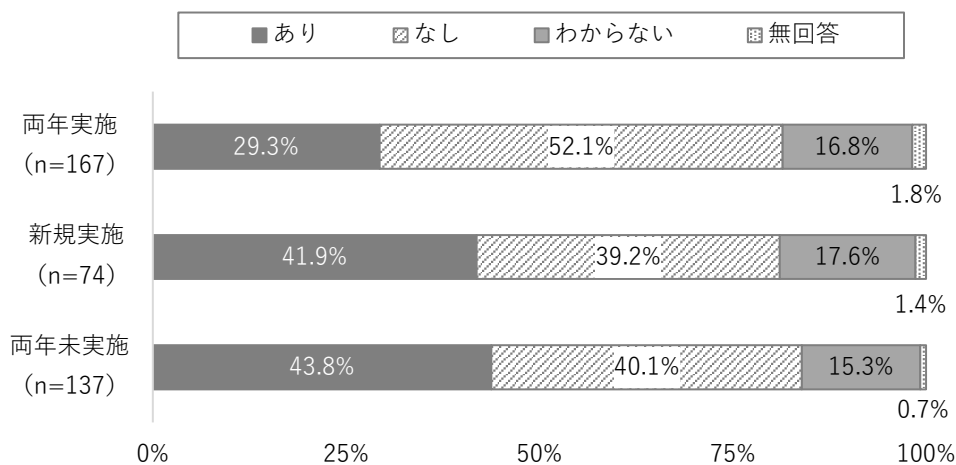


図5-1-12 利用前に使っていた地域活動等



利用前1年間に転倒歴がある利用者は3~4割であった (図5-1-13)。

図5-1-13 利用前1年間の転倒有無



同居者なしの割合は、4割弱であった（図5-1-14）。同居人ありにて、同居人数（年齢）は「1名（75歳以上）」にて3～4割であった（図5-1-15）。

図5-1-14 同居者の有無

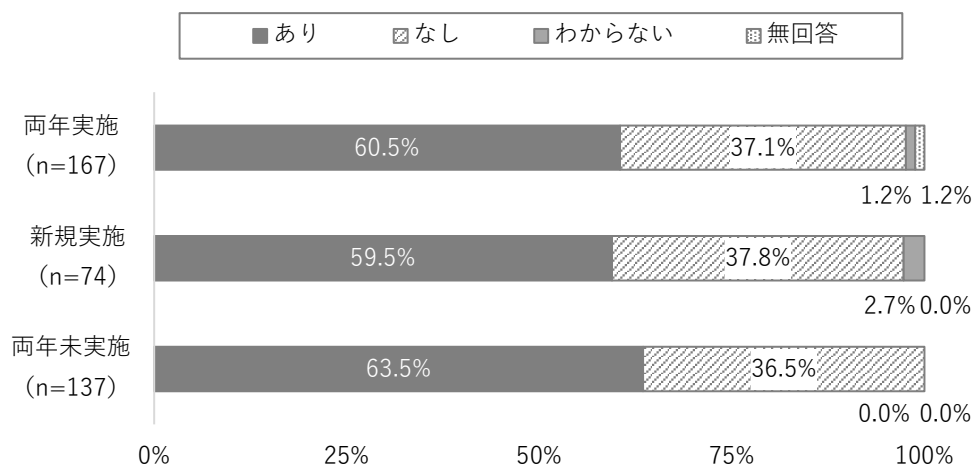
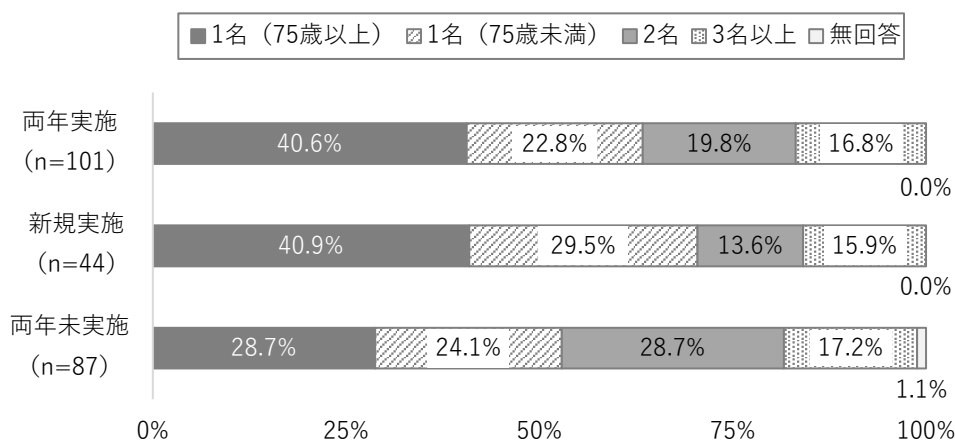


図5-1-15 同居者の人数（年齢）



※ 同居者ありに限る

ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高かった。次いで「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」「日中活動量の維持・向上」「専門職の評価・助言」が続いた（図5-1-16）。

本人・家族の希望は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」が続いた（図5-1-17）。

図5-1-16 ケアマネジャーが考える解決すべき課題

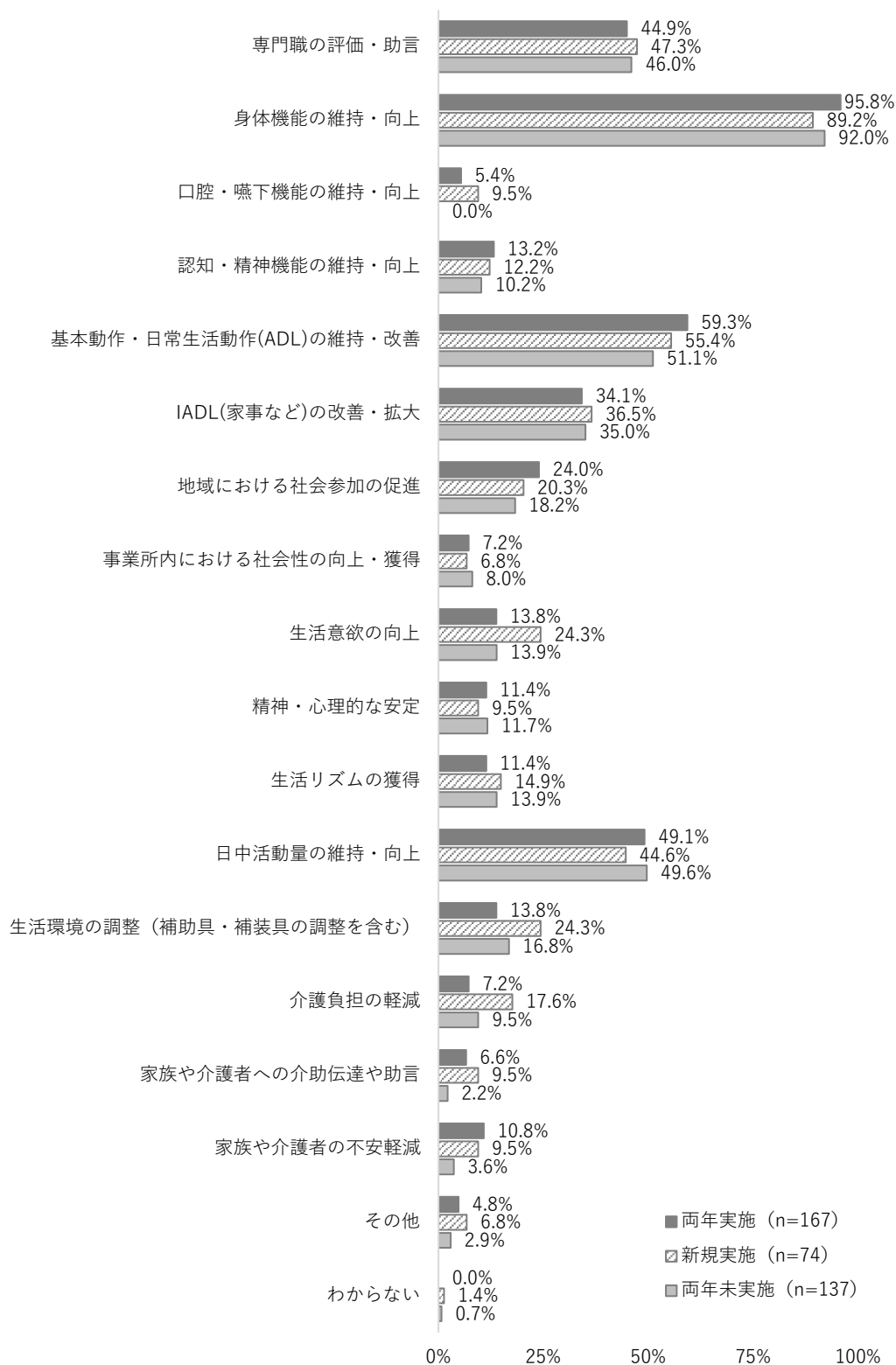
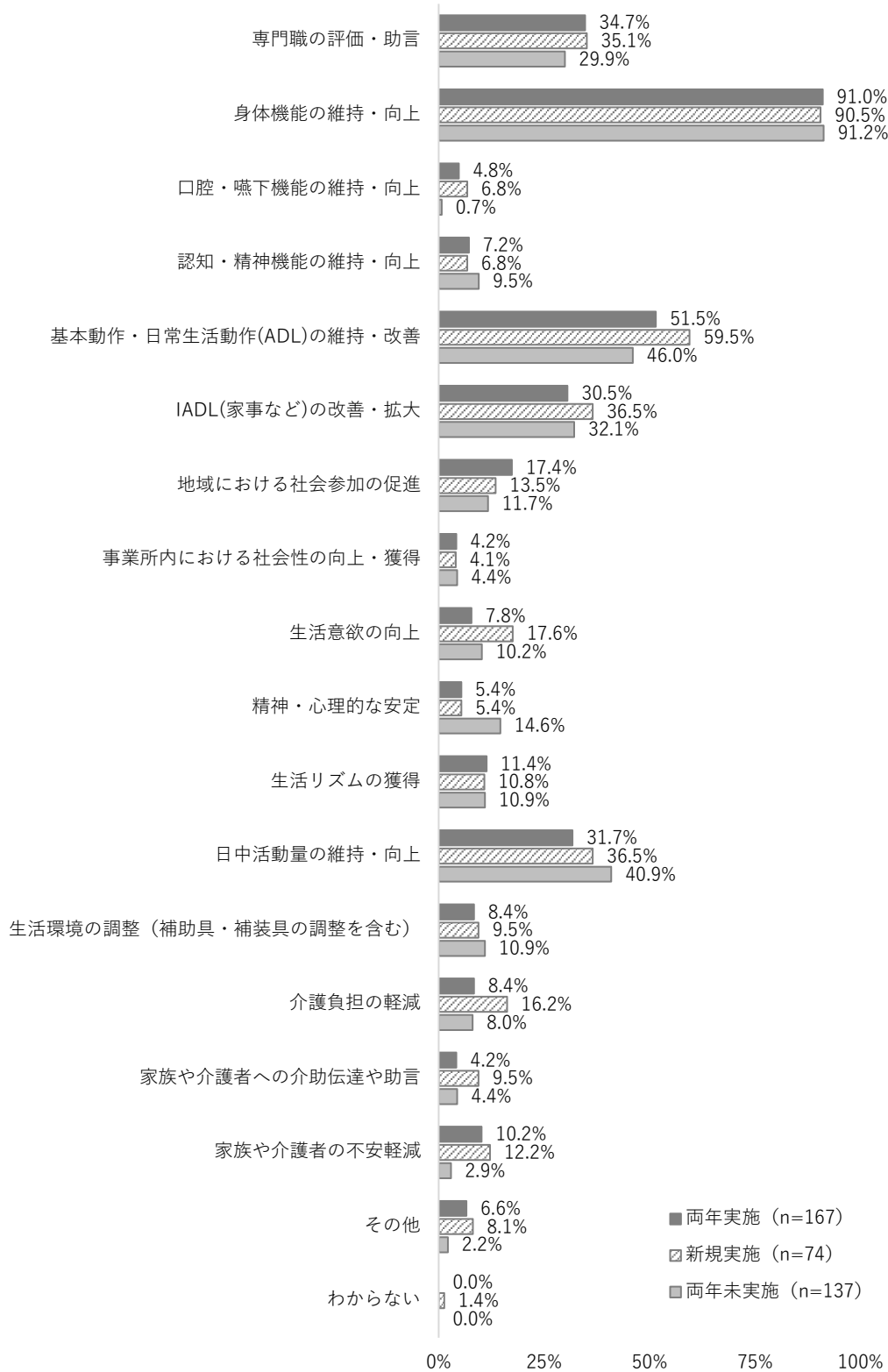


図5-1-17 本人・家族の希望



## 2. 利用開始時の評価

利用開始時における心身機能の課題は、「筋力低下」の割合が最も高く、次いで「疼痛」「関節可動域制限」であった（図5-2-1）。また、口腔機能の課題がある割合は1割に満たなかった（図5-2-2）。

図5-2-1 利用開始時の心身機能（課題ありの割合）

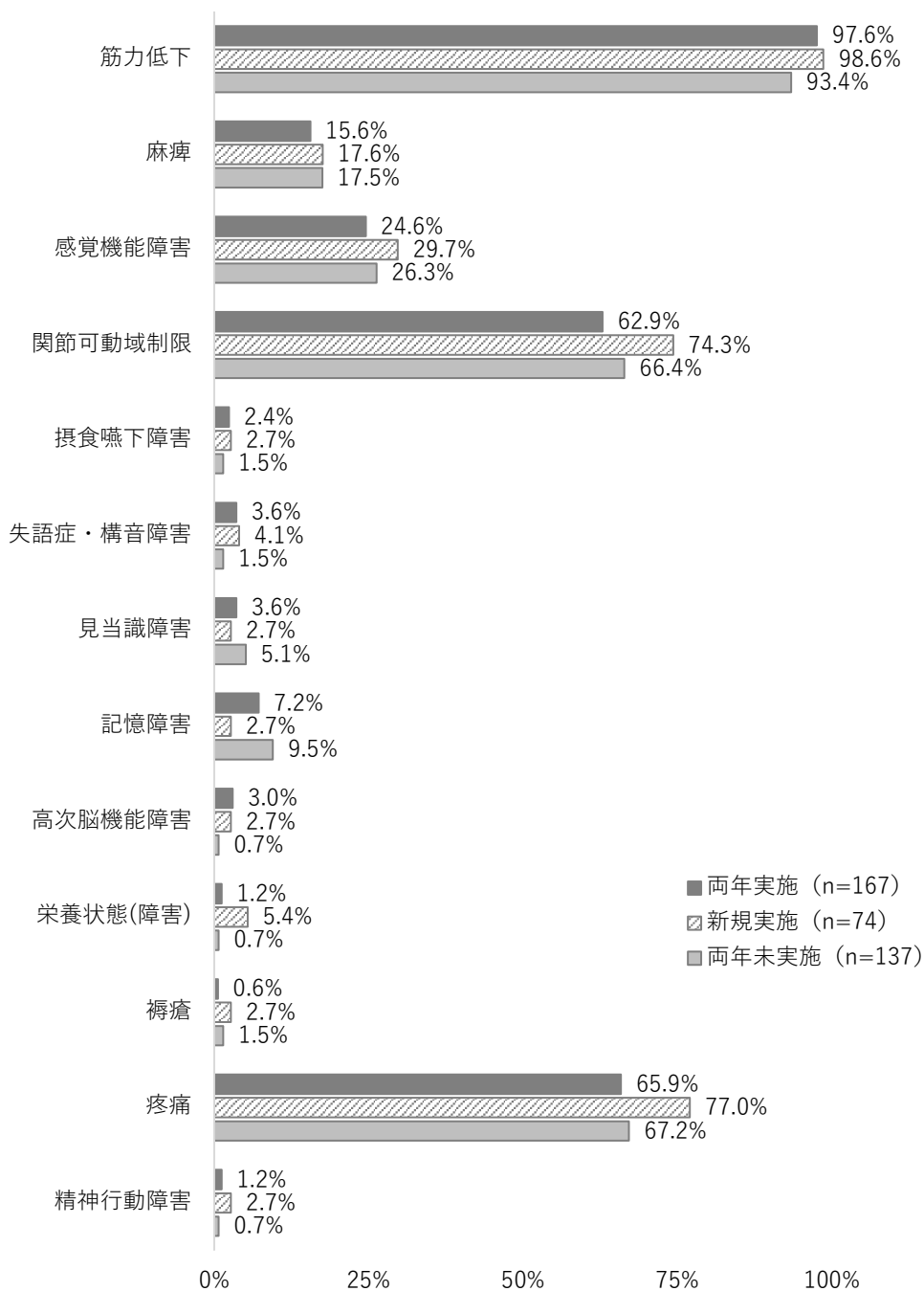
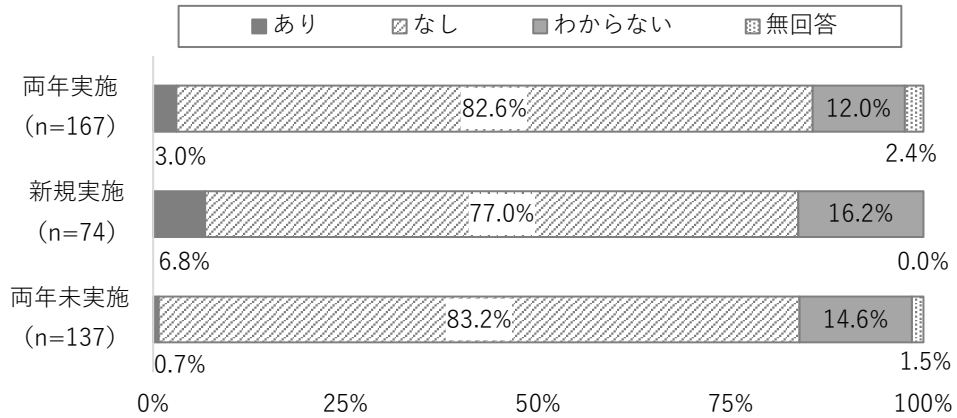


図5-2-2 利用開始時の口腔機能の課題



利用開始時に認知機能評価を実施した割合は6割前後であった（図5-2-3）。利用開始時の認知機能評価は、「21-29点」にて6割を超えていた（図5-2-4）。

図5-2-3 利用開始時の認知機能評価の実施有無

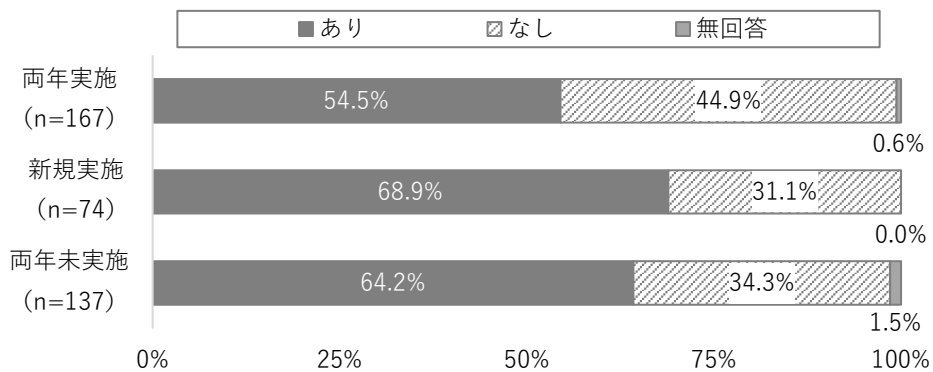
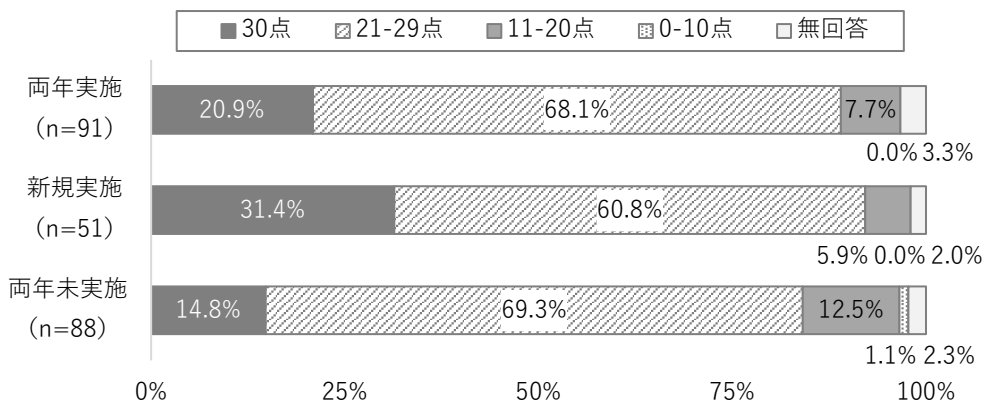


図5-2-4 利用開始時の認知機能評価



※ 認知機能評価ありに限る

利用開始時のADL（Barthel index）は、「100点」が5割を超えていた（図5-2-5）。項目別にみると、「入浴」「平地歩行」「階段昇降」にて満点の割合が低かった（図5-2-6）。

図5-2-5 利用開始時のADL（Barthel index）の点数

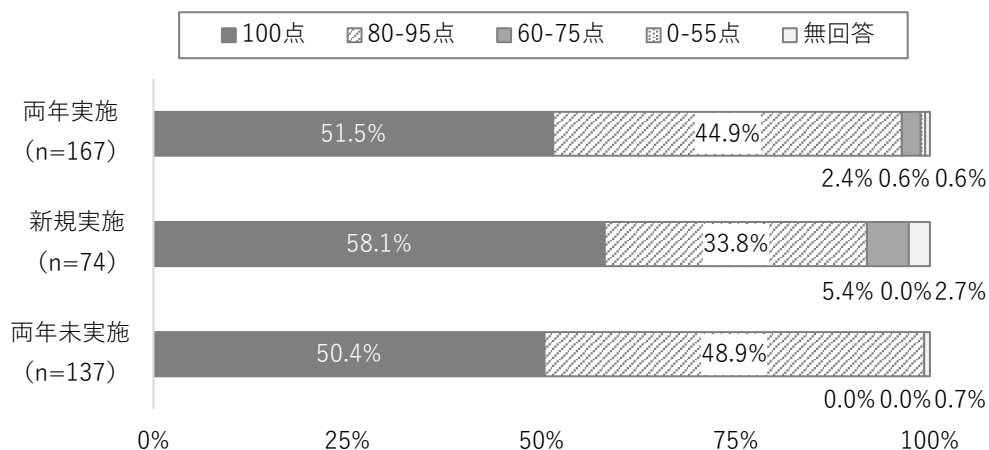
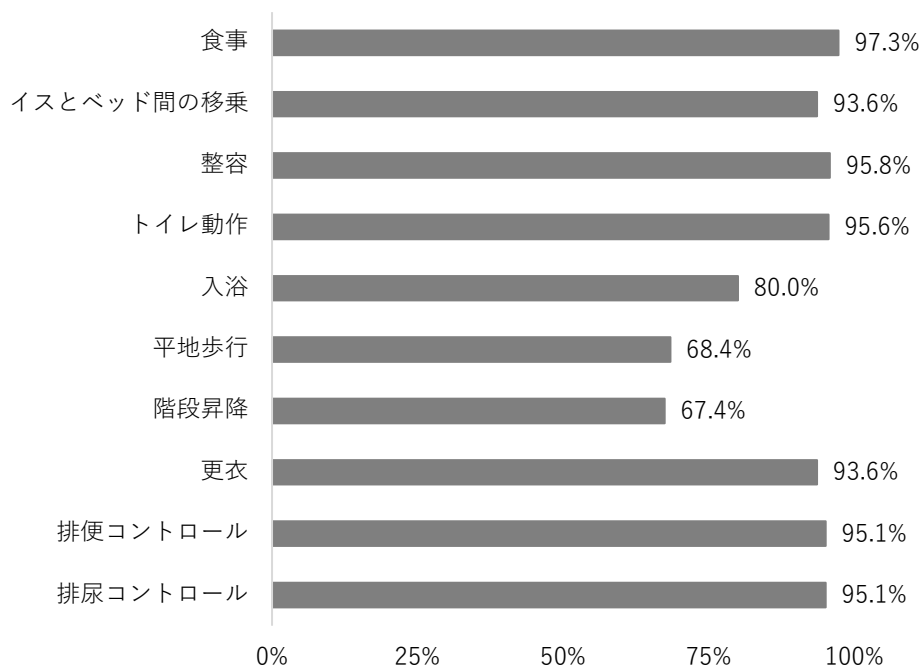


図5-2-6 利用開始時のADL（Barthel index）（各項目満点の割合）  
（全体 n=405）



利用開始時のIADL (FAI) は、「19-27点」が3~4割、「10-18点」が2割強であった（図5-2-7）。項目別に満点の割合をみると、「食事の片づけ」「食事の用意」「洗濯」の割合が高く、「屋外歩行」「外出」「掃除や整頓」が続いた（図5-2-8）。

図5-2-7 利用開始時のIADL (FAI) の点数

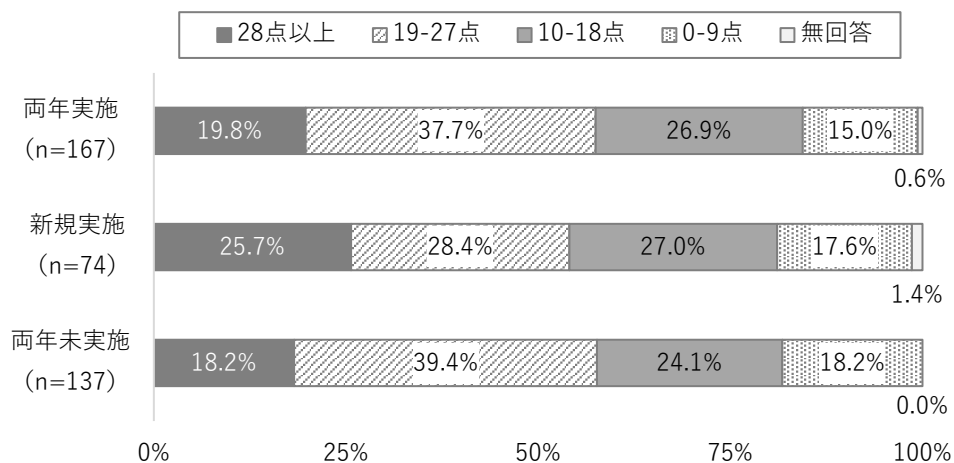
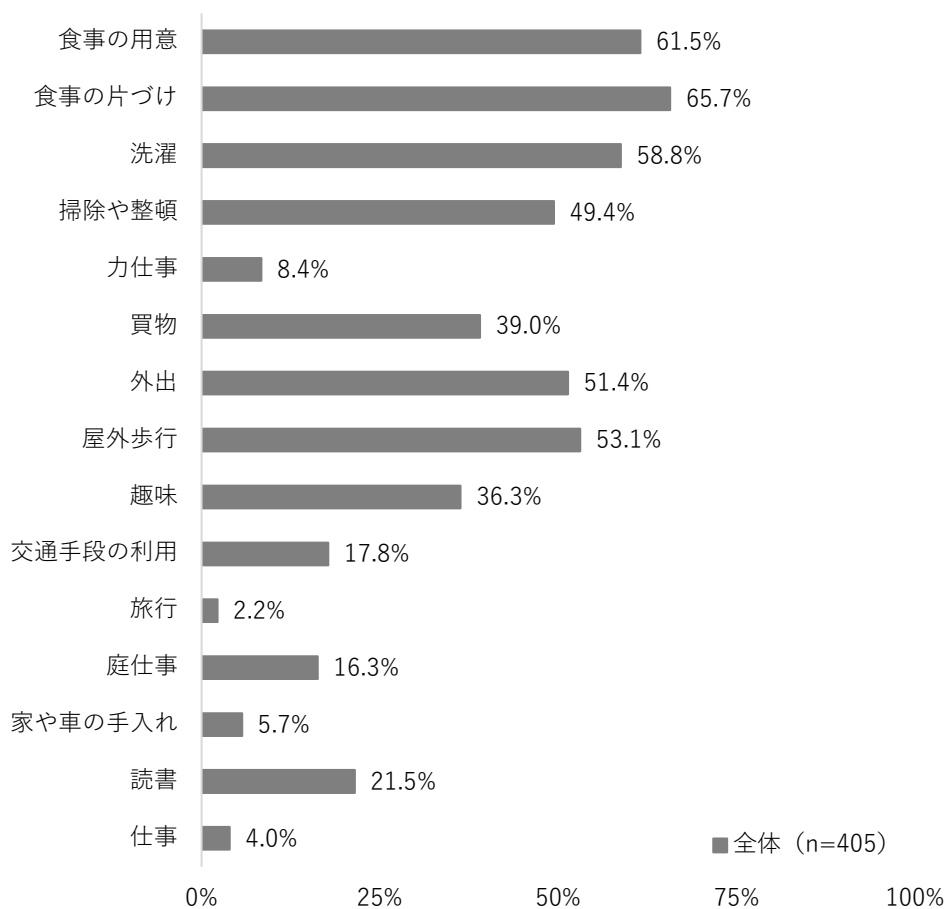
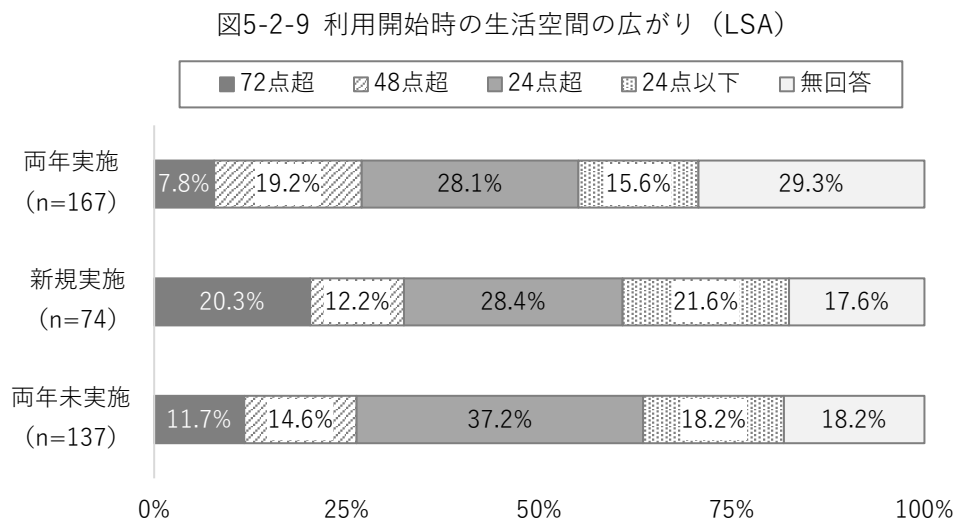


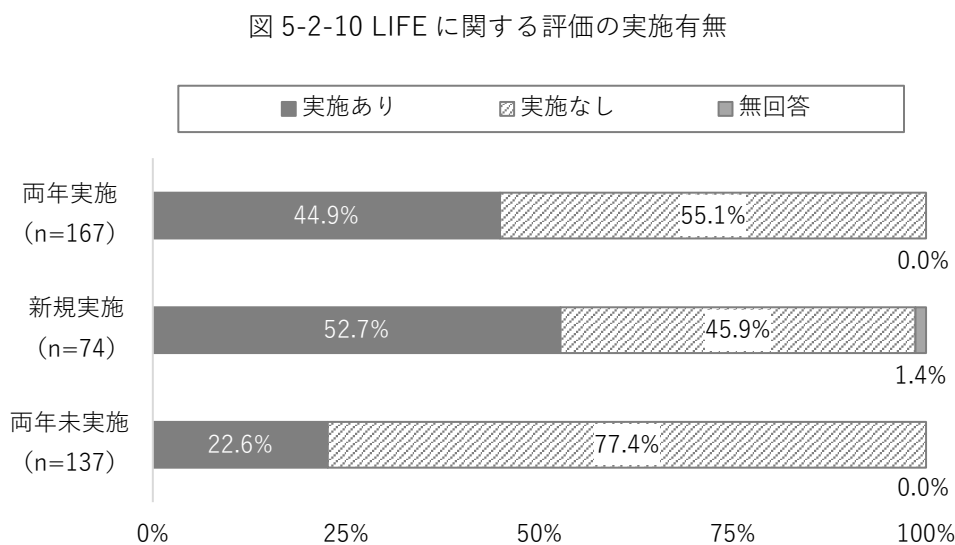
図5-2-8 利用開始時のIADL (FAI) (各項目満点の割合)



利用開始時の生活空間の広がり（LSA）は、「24点超」の割合が最も高かった（図5-2-9）。



LIFEに関する評価を実施した利用者は、「両年実施」が44.9%、「新規実施」が52.7%であり、「両年未実施」22.6%より高値であった（図5-2-10）。



LIFEに関する評価を実施した利用者において、利用開始時のBMIは「18.5～24.9」が6～7割であった（図5-2-11）。口腔評価において、「むせ」「歯の汚れ」「歯肉の腫れ・出血」が一定数みられた（表5-2-1）。

図 5-2-11 利用開始時の BMI

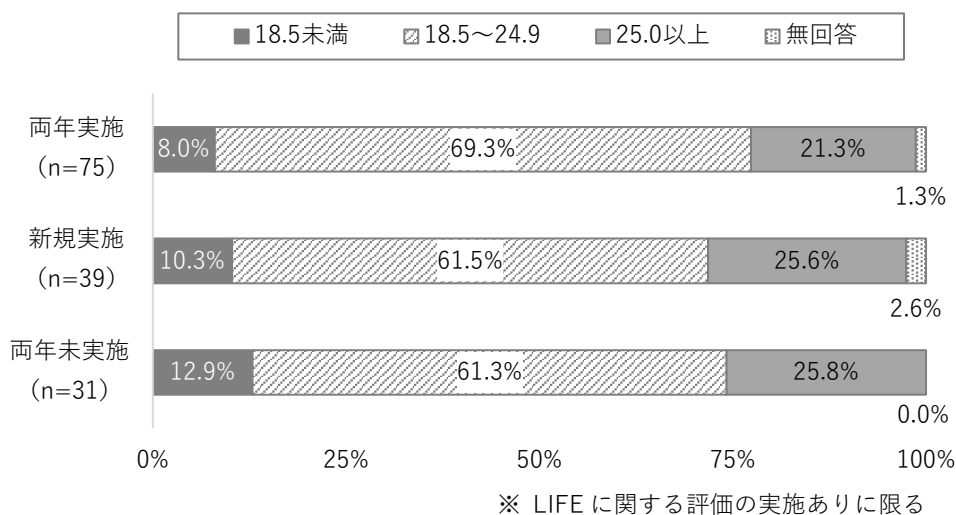


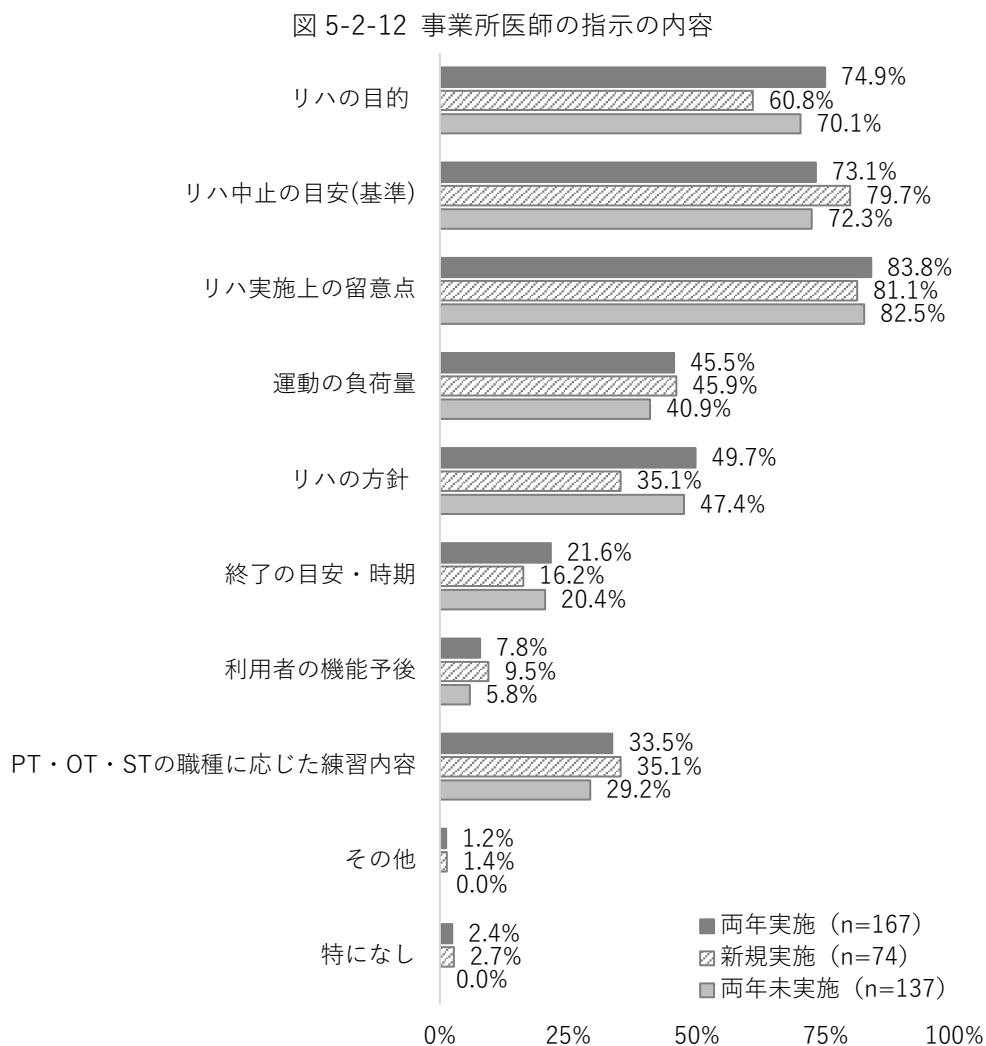
表5-2-1 利用開始時の口腔評価（有りの割合）

（リハ会議の開催有無別・年齢別）

		リハ会議の開催			年齢		
		両年実施	新規実施	両年未実施	65-74歳	75-84歳	85歳以上
	n	75	39	31	25	69	50
1	義歯の使用	50.7%	46.2%	58.1%	36.0%	53.6%	58.0%
2	むせ	8.0%	23.1%	9.7%	4.0%	10.1%	16.0%
3	歯の汚れ	13.3%	17.9%	3.2%	8.0%	11.6%	14.0%
4	歯肉の腫れ・出血	4.0%	7.7%	0.0%	0.0%	4.3%	4.0%

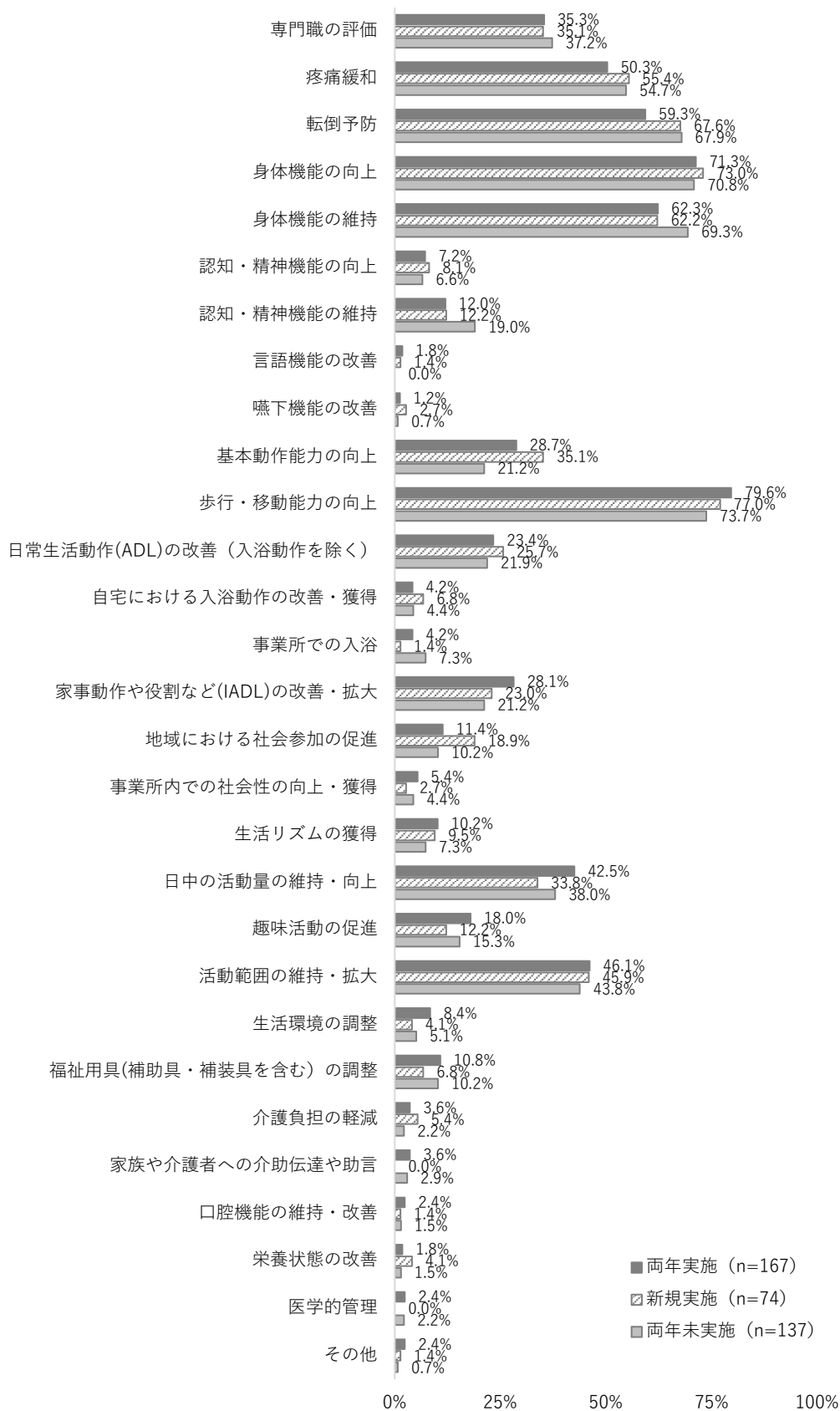
※ LIFE に関する評価の実施ありに限る

事業所医師の指示の内容は、「リハの目的」が6～7割であった。また、「リハ実施上の留意点」「リハ中止の目安(基準)」が7～8割であった(図5-2-12)。



通所リハビリテーション計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」「身体機能の向上」が7割を超え、「身体機能の維持」「転倒予防」が続いた(図5-2-13)。

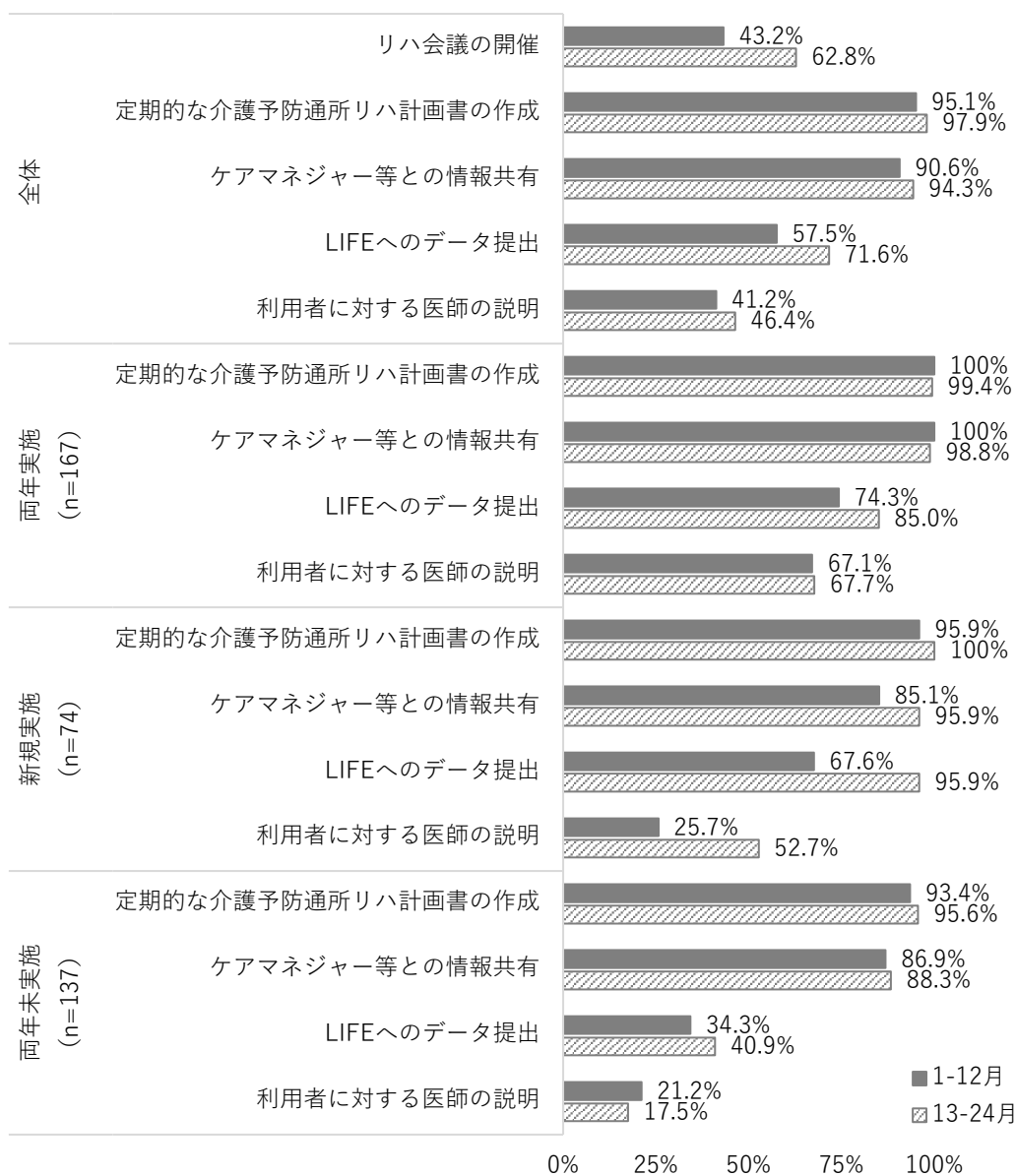
図 5-2-13 通所リハ計画書に位置付けた目標



### 3. サービス提供内容

リハマネジメントに関する取り組みにて「リハ会議の開催」は、「1-12月」が43.2%、「13-24月」が62.8%であった。また、「定期的な介護予防通所リハ計画書の作成」「ケアマネジャー等との情報共有」が「1-12月」「13-24月」とともに9割を超えた。リハ会議の開催状況別にみると、「LIFEへのデータ提出」「利用者に対する医師の説明」は「両年実施」にて実施割合が高く、「新規実施」では「13-24月」にて高かった（図5-3-1）。

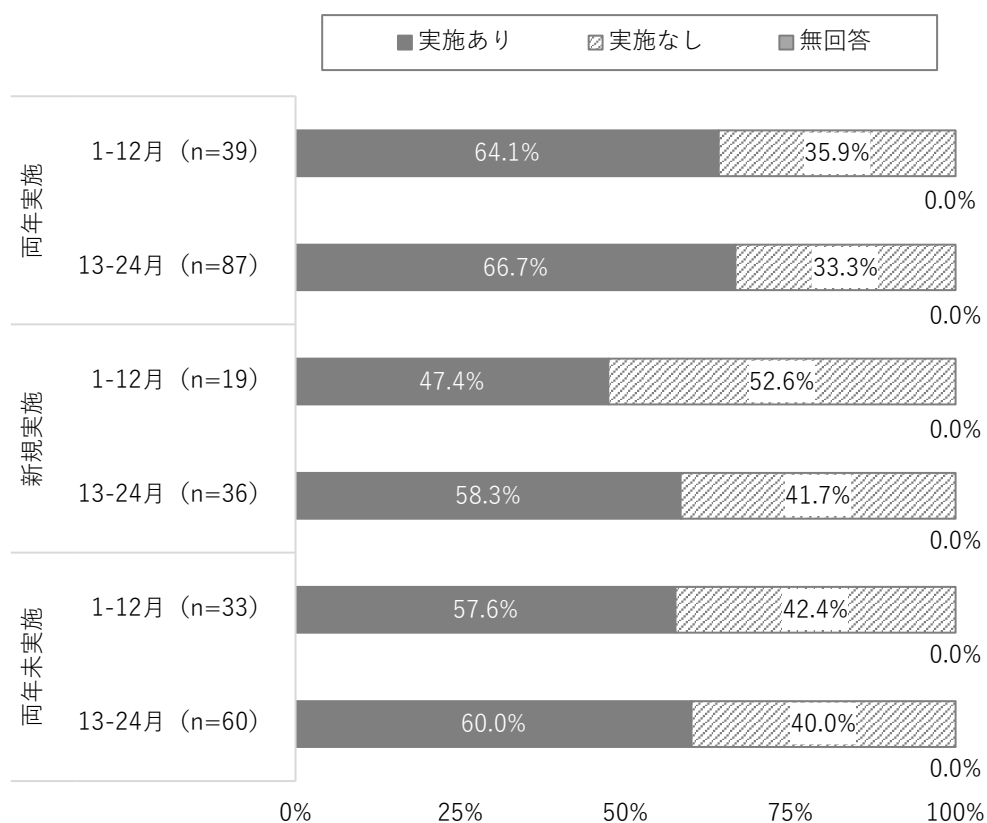
図 5-3-1 リハマネジメントの関わり



※ 全体は1-12月 (n=405)、13-24月 (n=384)

他介護サービス事業所等との情報共有の実施割合は、概ね5～6割であった（図5-3-2）。

図5-3-2 他介護サービス事業所等との情報共有

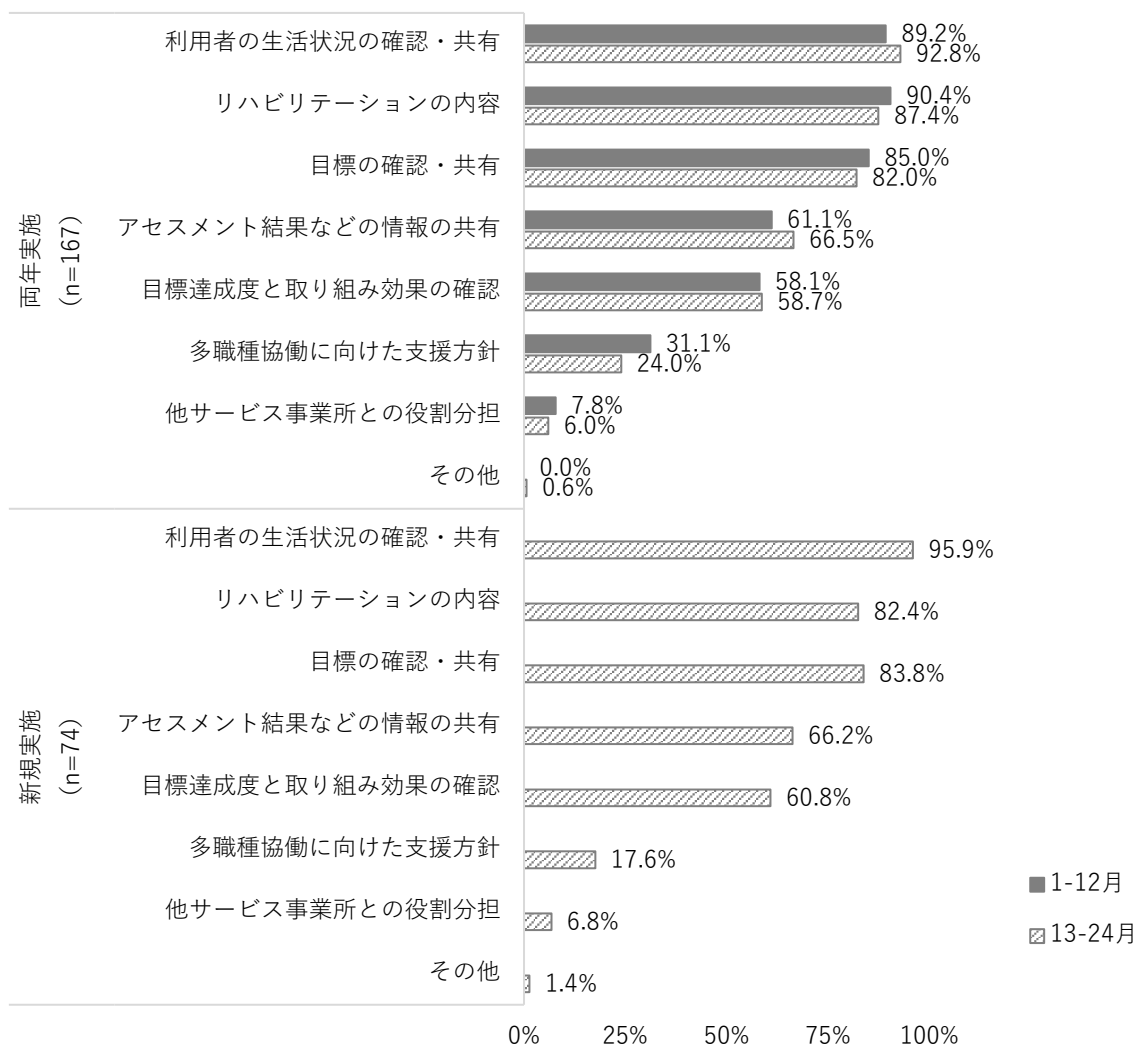


※ 併用サービスありに限る

リハ会議における検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」にて8割を超えた。他方、「目標達成度と取り組み効果の確認」は、「13-24月」も6割程度であった（図5-3-3）。

リハ会議の参加者は、事業所内にて「理学療法士」「医師」の割合が、事業所外にて「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図5-3-4、5-3-5）。

図5-3-3 リハ会議における検討内容



※ リハ会議の開催ありに限る

図 5-3-4 リハ会議の参加者（事業所内）

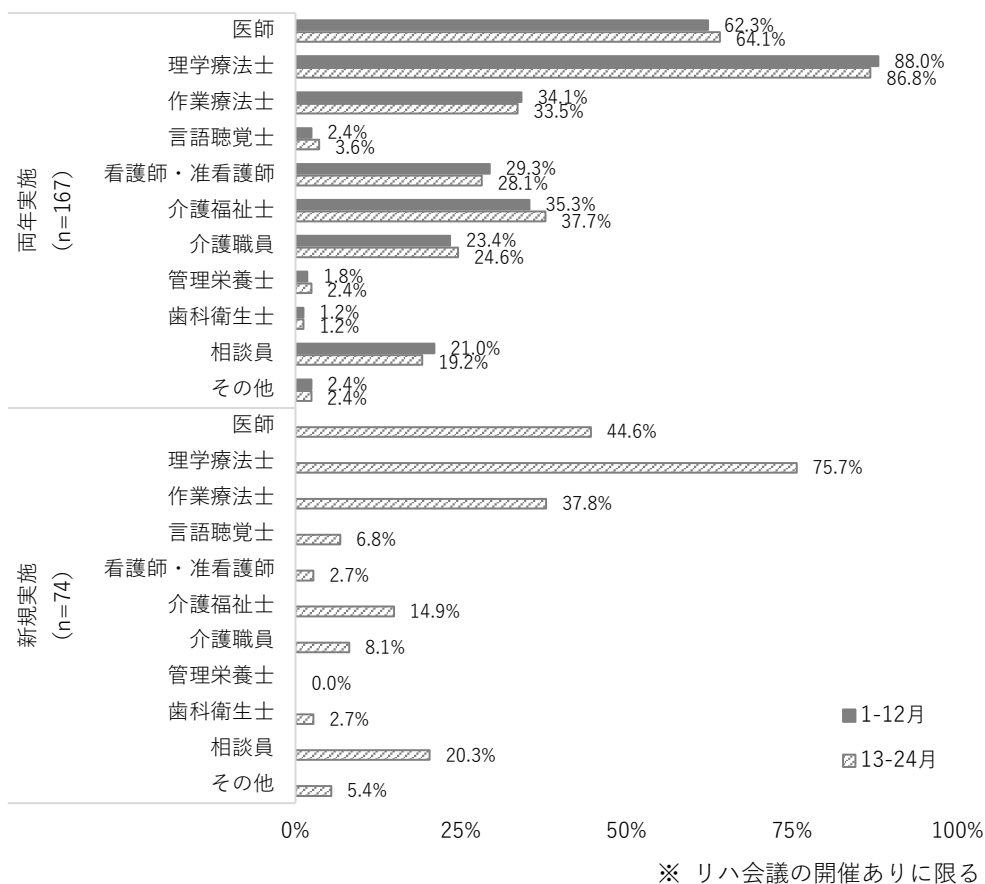
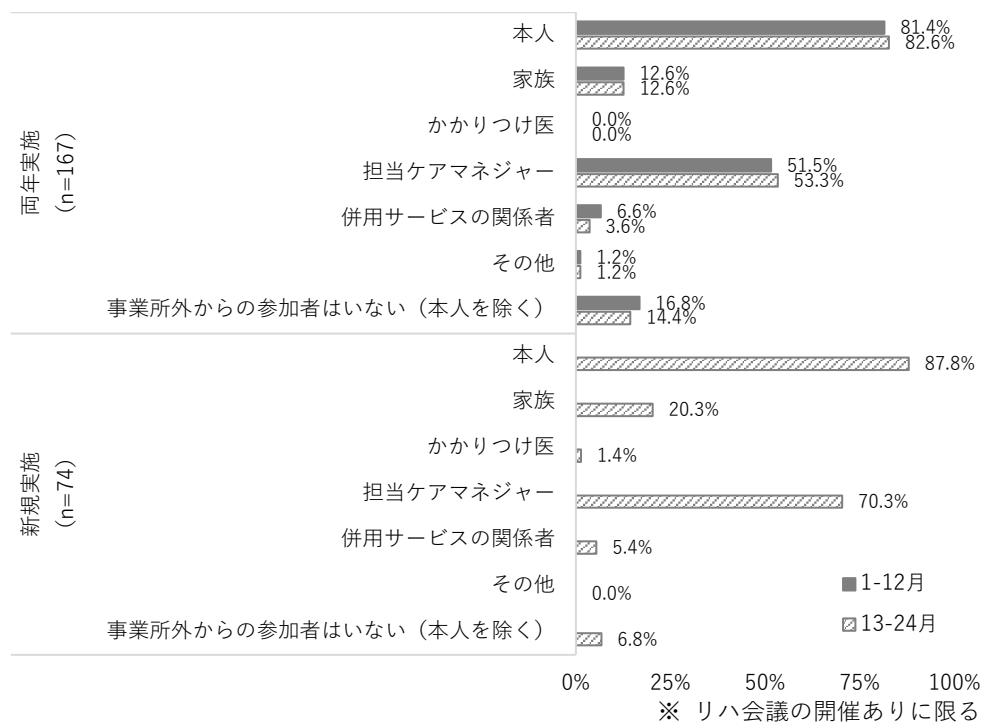
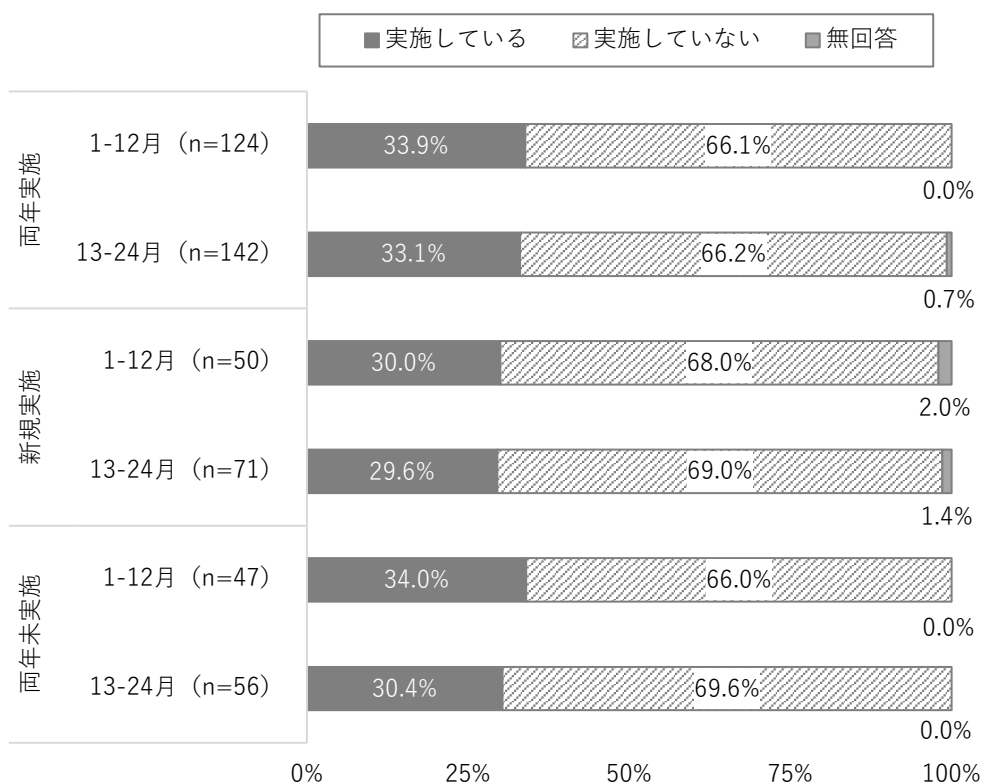


図 5-3-5 リハ会議の参加者（事業所外）



LIFEへのデータ提出後に届くフィードバック票を用いて、利用者へのフィードバックを実施している割合は3割程度であり、リハ会議の開催状況別に差異はみられなかった（図5-3-6）。

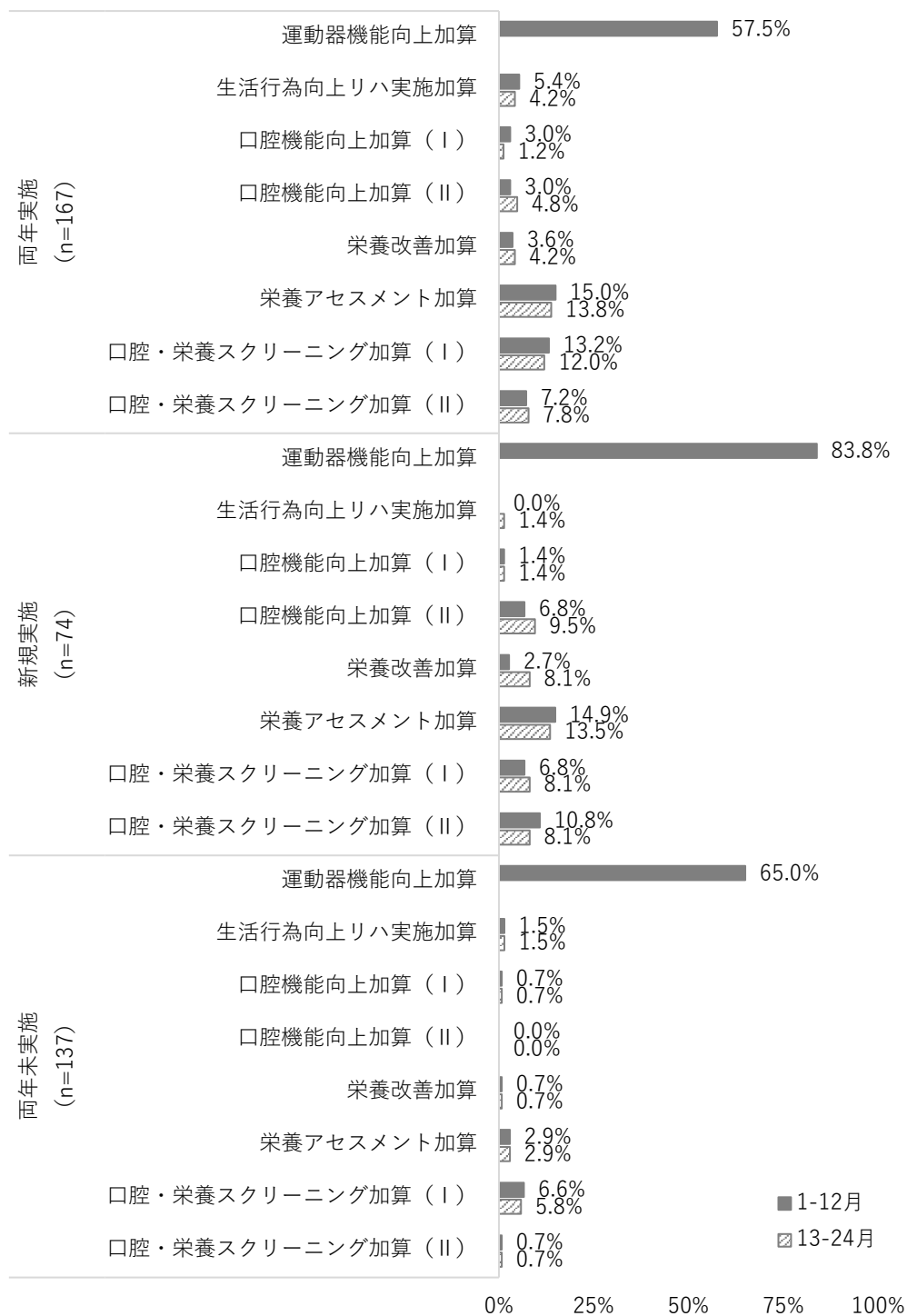
図 5-3-6 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無



※ LIFE へのデータ提出ありに限る

各種加算の算定割合は「新規実施」の「1-12月」にて、「運動器機能向上加算」が83.8%と高かった。口腔・栄養に関する加算の算定割合は1割程度であったが、「両年実施」「新規実施」においてわずかに高かった（図5-3-7）。

図 5-3-7 各種加算の取り組み（ありの割合）



各種加算の実施職種は、口腔機能向上加算にて「言語聴覚士」52.9%、「歯科衛生士」41.2%、栄養改善加算にて「管理栄養士」92.9%の割合が高かった（表5-3-1）。

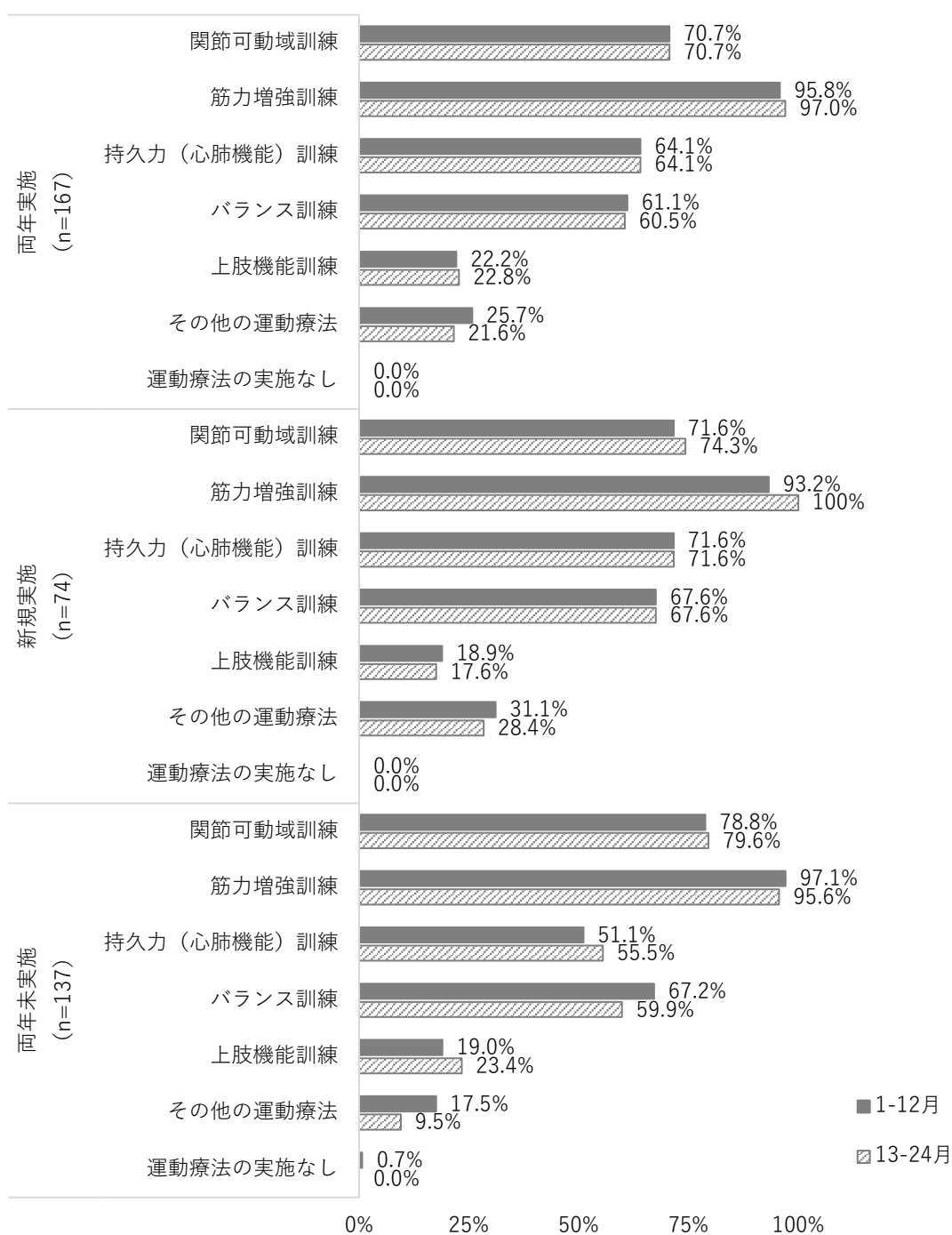
表 5-3-1 各種加算の実施職種（13-24 月）

		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
n		17	14	38	54
1	医師	23.5%	28.6%	18.4%	14.8%
2	理学療法士	35.3%	42.9%	36.8%	33.3%
3	作業療法士	23.5%	21.4%	15.8%	29.6%
4	言語聴覚士	52.9%	21.4%	18.4%	29.6%
5	看護師・准看護師	23.5%	14.3%	18.4%	38.9%
6	介護福祉士	29.4%	21.4%	36.8%	44.4%
7	介護職員	0.0%	0.0%	10.5%	13.0%
8	管理栄養士	35.3%	92.9%	81.6%	37.0%
9	歯科衛生士	41.2%	14.3%	2.6%	29.6%
10	その他	11.8%	21.4%	2.6%	1.9%

※ 各種加算の算定ありに限る

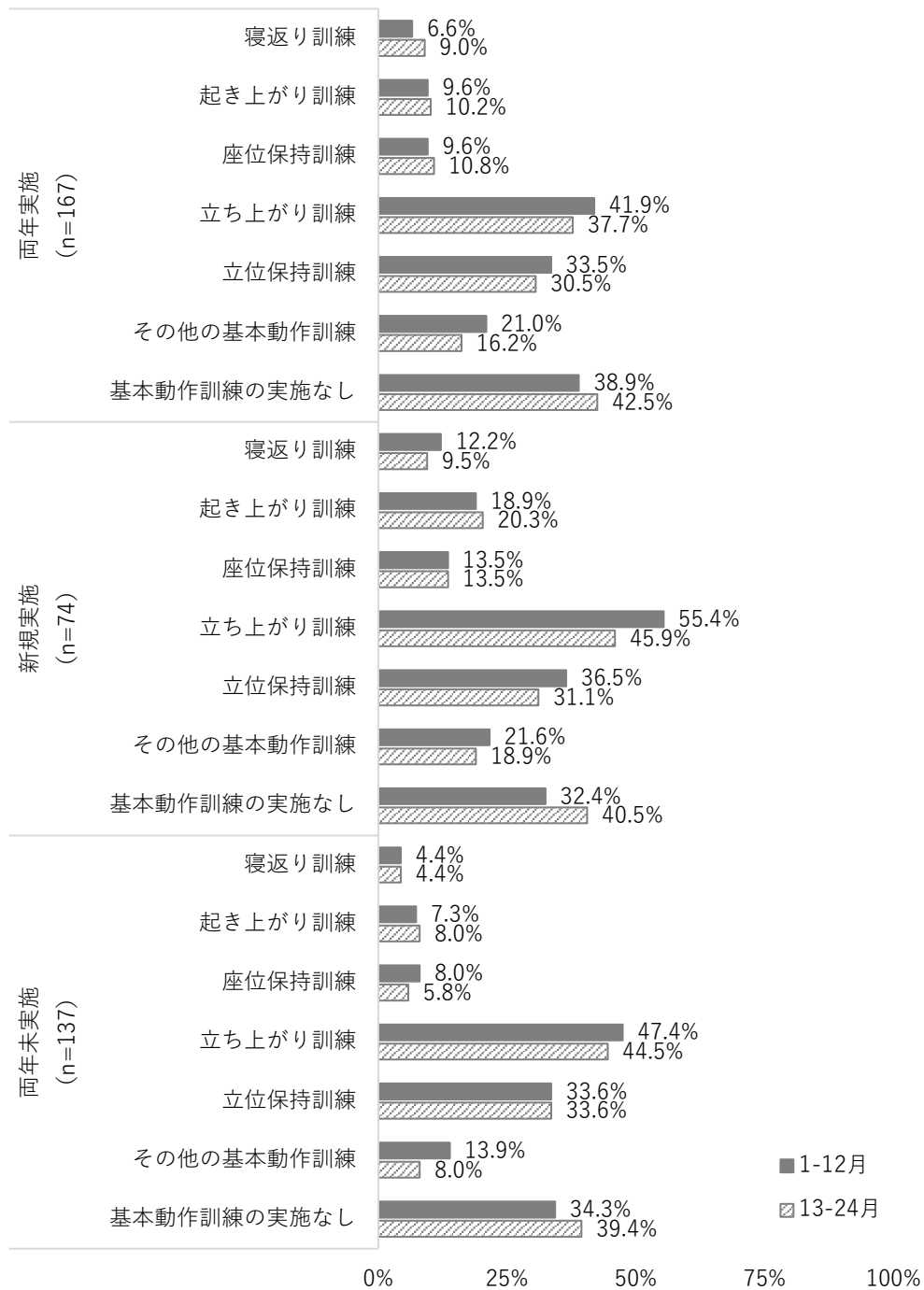
提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」が9割を超え、「関節可動域訓練」が7割と続いた（図5-3-8）。

図 5-3-8 提供サービス内容（運動療法）



基本動作では、「立ち上がり訓練」の実施割合が高かったが、「基本動作訓練の実施なし」も4割程度みられた（図5-3-9）。

図 5-3-9 提供サービス内容（基本動作）



歩行では、「歩行訓練（平地）」の割合が最も高かった。なお、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」では、「両年実施」における実施割合が高かった（図5-3-10）。なお、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高かった（表5-3-2）。

図 5-3-10 提供サービス内容（歩行）

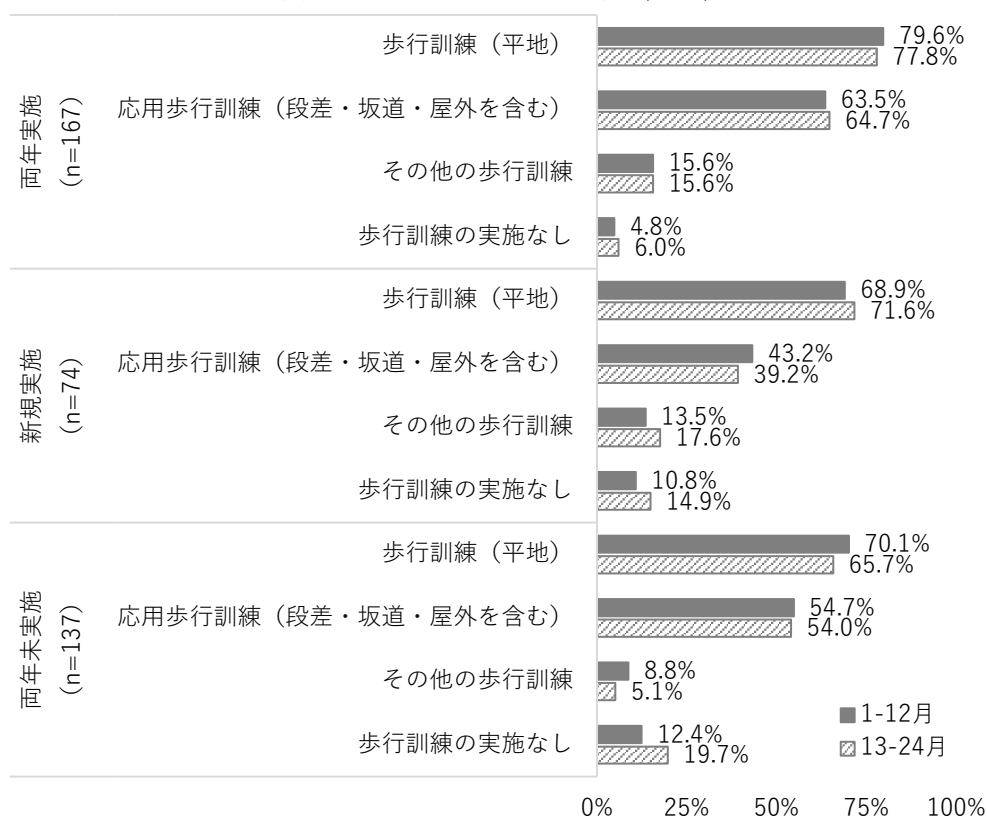
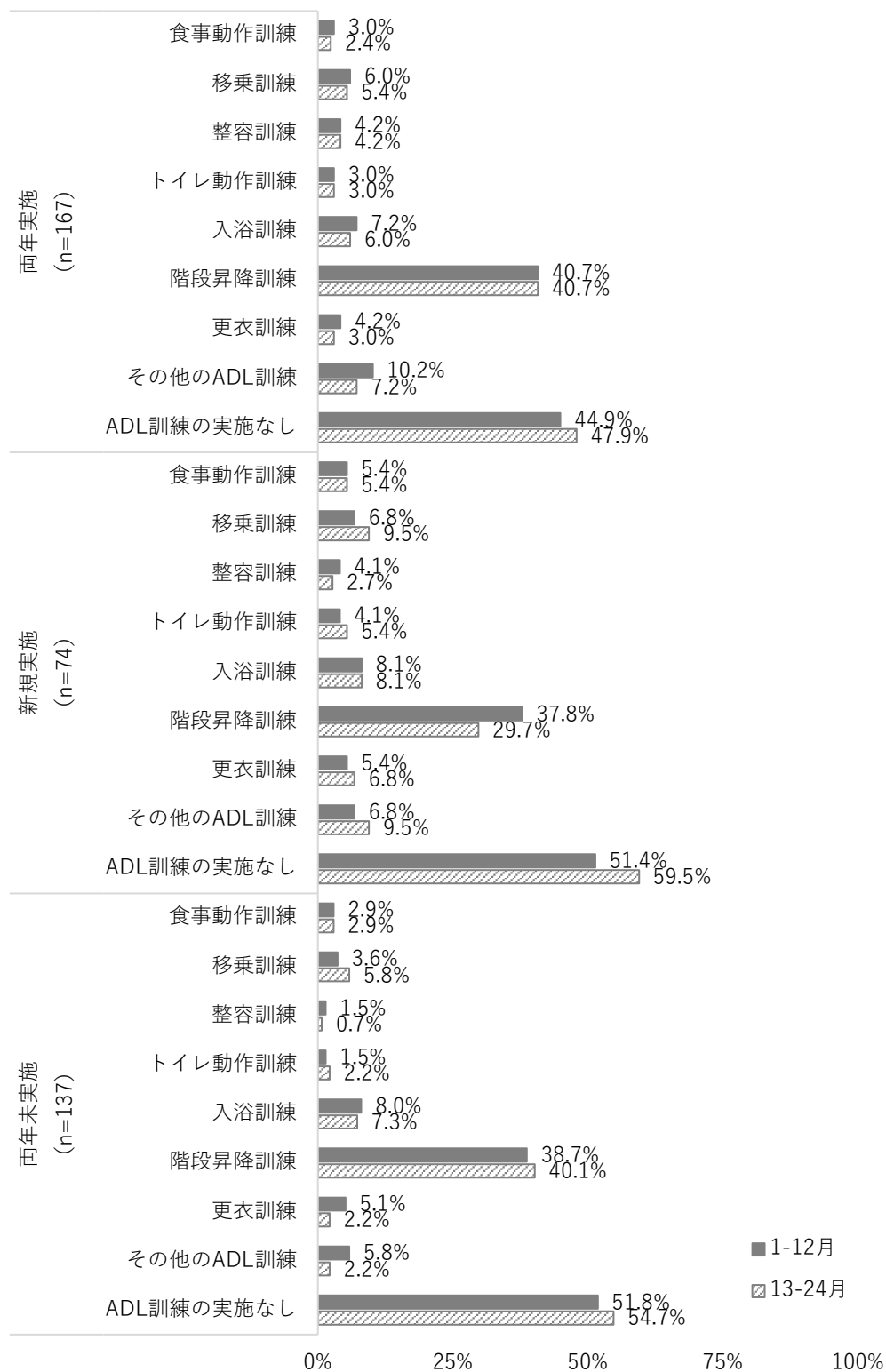


表5-3-2 提供サービス内容（歩行：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		160	143	53	44
1	歩行訓練（平地）	73.1%	75.5%	88.7%	84.1%
2	応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）	57.5%	60.8%	67.9%	47.7%
3	その他の歩行訓練	20.6%	14.7%	24.5%	9.1%
4	歩行訓練の実施なし	10.6%	10.5%	5.7%	2.3%

提供サービスにおけるADLでは、「階段昇降訓練」の割合が高かったが、「ADL訓練の実施なし」も4～5割程度みられた（図5-3-11）。

図 5-3-11 提供サービス内容（ADL）



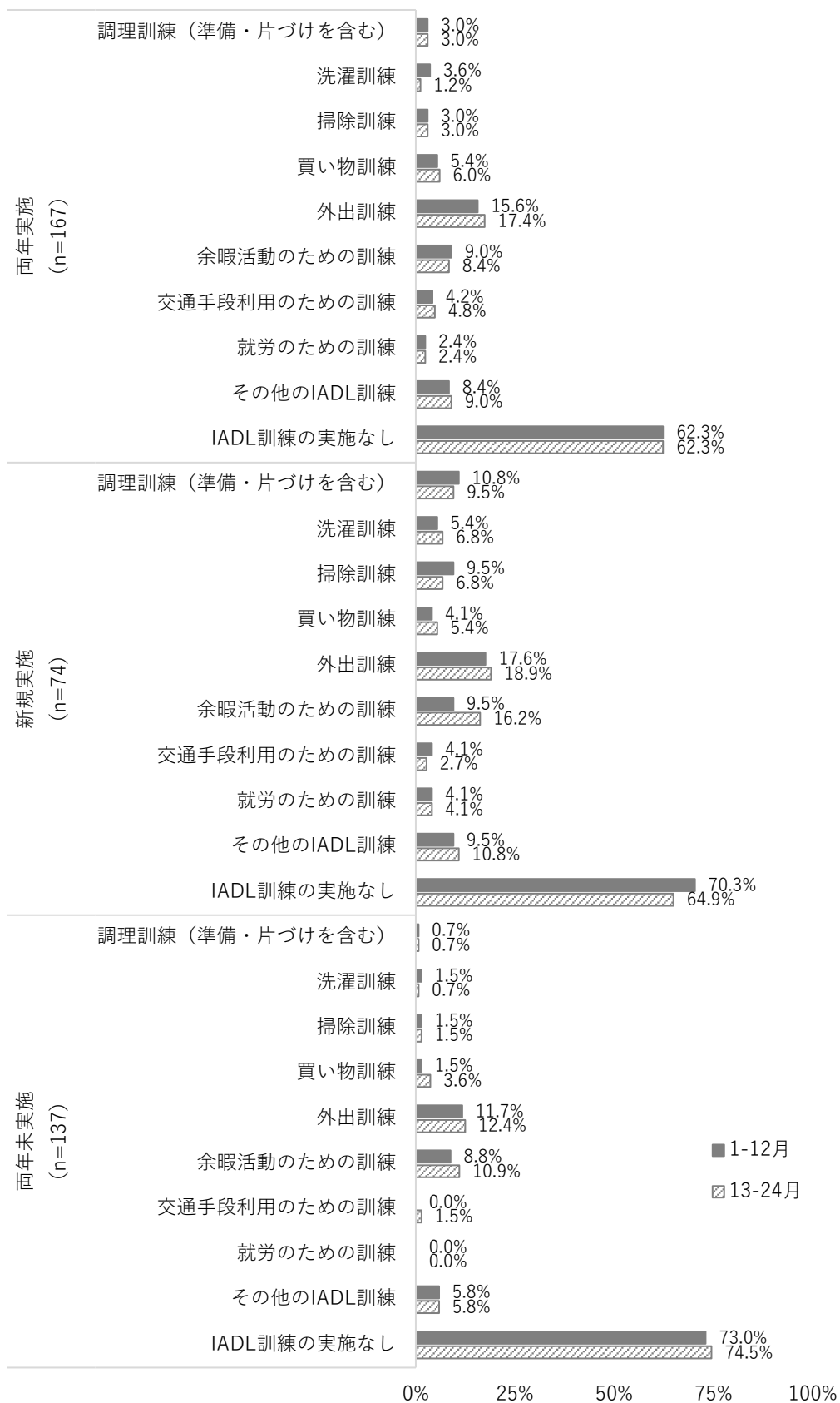
ADL訓練の実施状況について、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、すべての項目にて実施割合が高かった（表5-3-3）。

表5-3-3 提供サービス内容（ADL：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		160	143	53	44
1	食事動作訓練	3.1%	4.2%	5.7%	0.0%
2	移乗訓練	8.1%	8.4%	15.1%	0.0%
3	整容訓練	4.4%	3.5%	5.7%	0.0%
4	トイレ動作訓練	3.8%	5.6%	3.8%	0.0%
5	入浴訓練	6.9%	7.0%	11.3%	4.5%
6	階段昇降訓練	40.6%	42.7%	56.6%	18.2%
7	更衣訓練	4.4%	4.9%	5.7%	2.3%
8	その他のADL訓練	10.0%	8.4%	15.1%	4.5%
9	ADL訓練の実施なし	48.1%	48.3%	24.5%	68.2%

提供サービスにおけるIADLでは、「外出訓練」の割合が高い傾向にあったが、1～2割程度であった。一方で、「IADL訓練の実施なし」が6割を超え、最も割合が高かった（図5-3-12）。

図 5-3-12 提供サービス内容 (IADL)



IADL訓練の実施状況について、リハ会議の協議内容別にみても、差異はみられなかった（表5-3-4）。

表5-3-4 提供サービス内容（IADL：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		160	143	53	44
1	調理訓練（準備・片づけを含む）	4.4%	5.6%	5.7%	2.3%
2	洗濯訓練	3.8%	4.9%	3.8%	0.0%
3	掃除訓練	4.4%	6.3%	3.8%	0.0%
4	買い物訓練	4.4%	7.0%	7.5%	6.8%
5	外出訓練	16.9%	18.9%	24.5%	18.2%
6	余暇活動のための訓練	13.8%	13.3%	15.1%	4.5%
7	交通手段利用のための訓練	3.1%	4.2%	1.9%	6.8%
8	就労のための訓練	3.1%	4.2%	5.7%	0.0%
9	その他のIADL訓練	12.5%	13.3%	17.0%	2.3%
10	IADL訓練の実施なし	63.8%	58.7%	56.6%	65.9%

環境調整・支援の関わりでは、「家屋評価・調整」の実施割合が高かった。なお、リハ会議の開催有無に関わらず、「1-12月」より「13-24月」にて「環境調整・支援の実施なし」の割合が高かった（図5-3-13）。

評価・助言に関する取り組みでは、「運動・自主トレに関する助言」「転倒予防への啓発・助言」にて実施割合が高かった（図5-3-14）。

図 5-3-13 提供サービス内容（環境調整・支援）

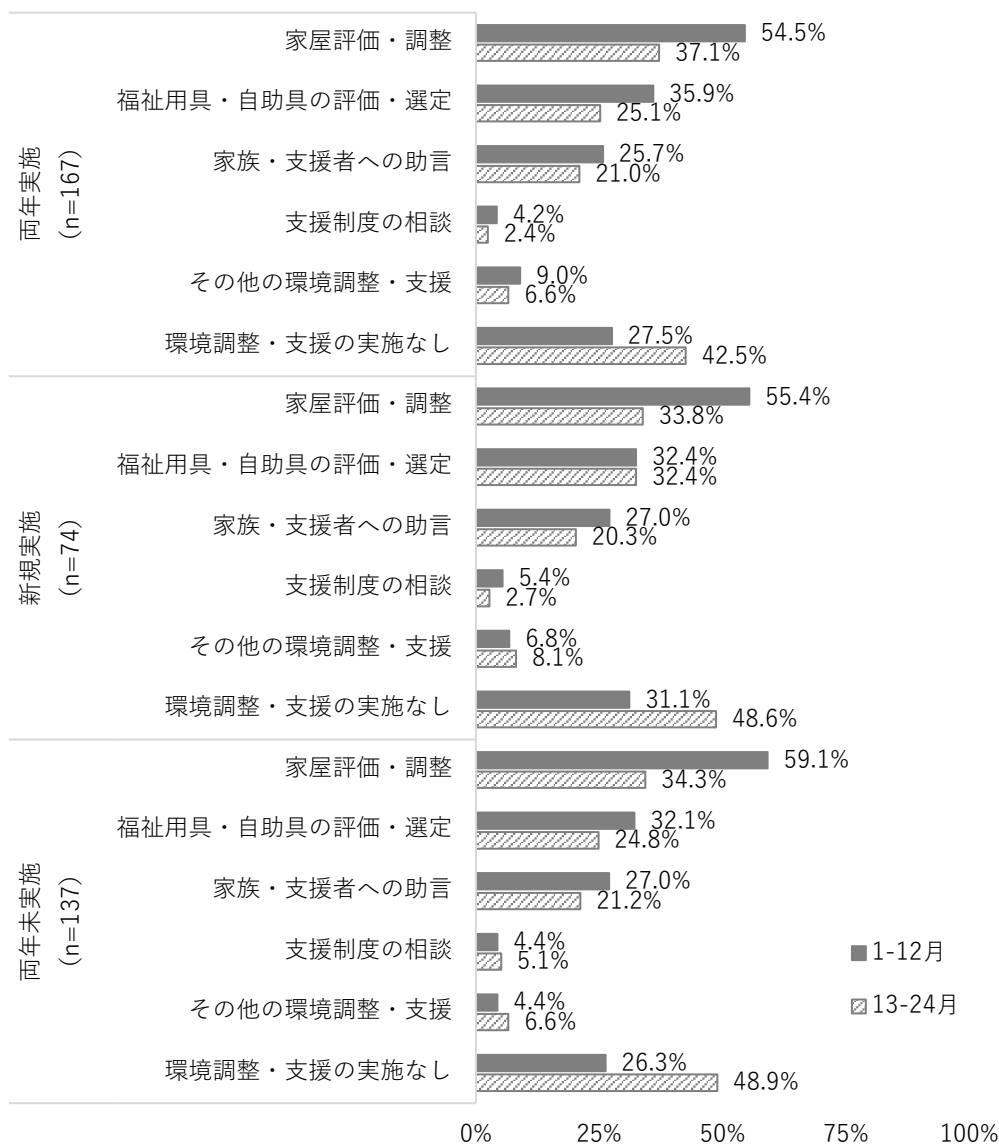
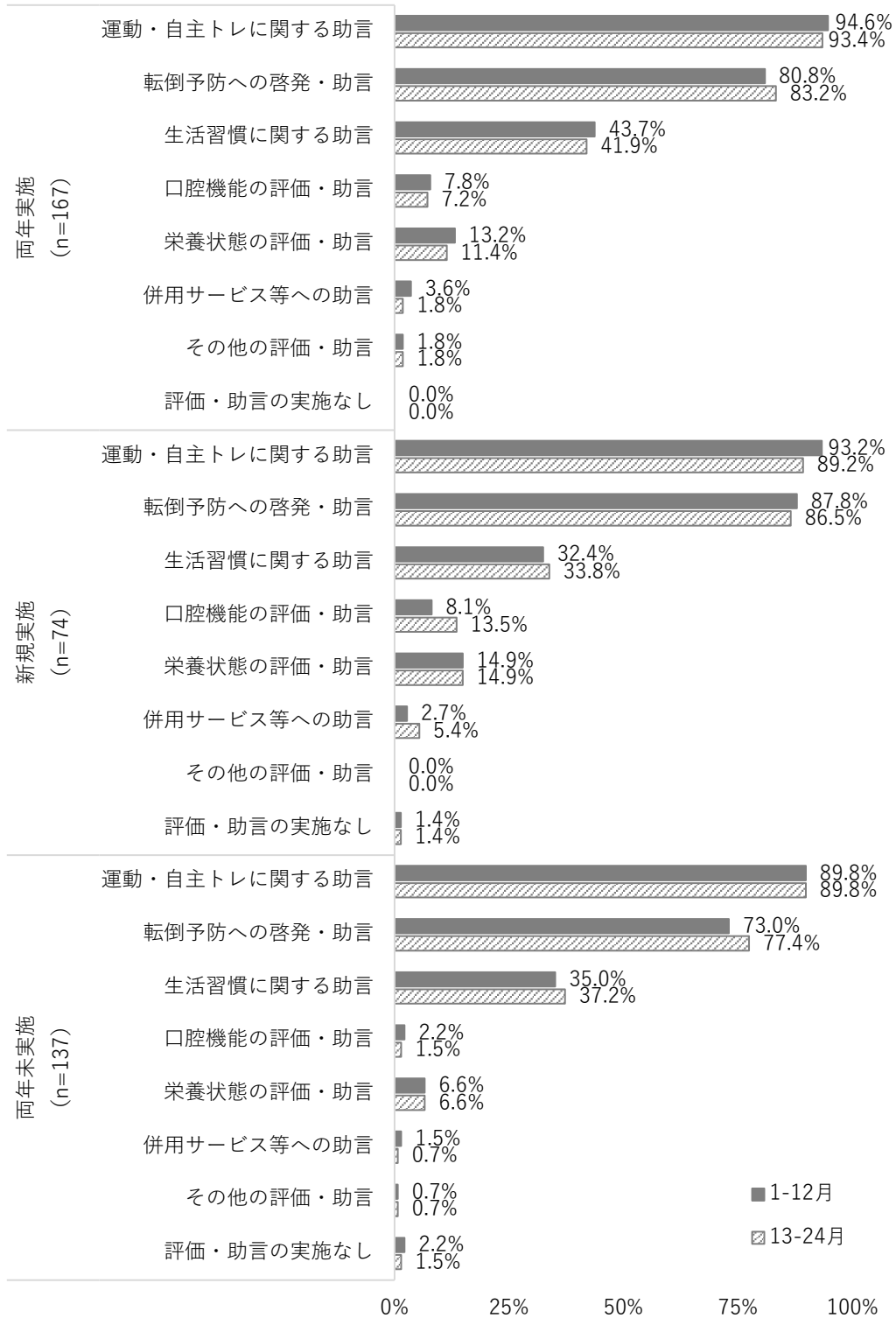


図 5-3-14 評価・助言に関する取り組み



社会参加への取り組みでは、「利用者間の交流促進（社会性の向上）」の割合が高かったが、「社会参加への支援の実施なし」は約5割であった。一方、「利用者間のピアサポート」は1割程度、「通いの場等への同行評価」は1割に満たなかった（図5-3-15）。

リハ会議において「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった（表5-3-5）。

図 5-3-15 社会参加への取り組み

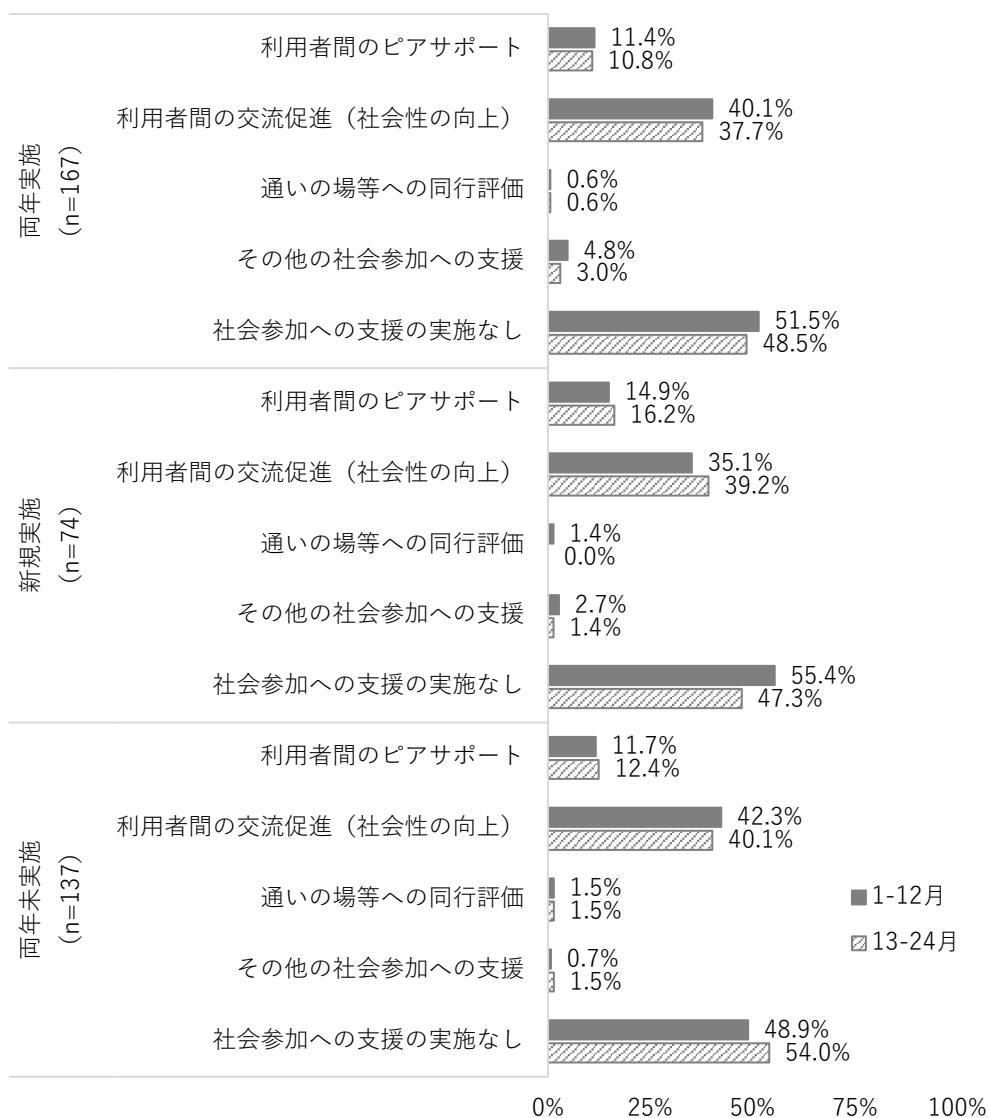


表5-3-5 社会参加への取り組み（13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		160	143	53	44
1	利用者間のピアサポート	13.8%	12.6%	18.9%	6.8%
2	利用者間の交流促進（社会性の向上）	38.8%	43.4%	49.1%	31.8%
3	通いの場等への同行評価	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%
4	その他の社会参加への支援	2.5%	4.2%	7.5%	0.0%
5	社会参加への支援の実施なし	50.0%	43.4%	35.8%	52.3%

「1-12月」に居宅訪問を実施した割合は8割であったが、「13-24月」では4～5割であった。なお、リハ会議の開催有無にて傾向に違いはみられなかった（図5-3-16）。

居宅訪問時の評価・支援内容は、「住環境評価（家屋・居室等）」の実施割合が最も高く、「基本動作の評価」「ADL評価」が続いた。なお、「両年実施」「新規実施」における「13-24月」にて「ケアマネジャーへの助言」「練習効果の確認・評価」の実施割合が、「新規実施」における「13-24月」にて「生活環境評価（屋外・地域）」「福祉用具の評価・検討」が増加していた（表5-3-6）。

図 5-3-16 居宅訪問の実施有無

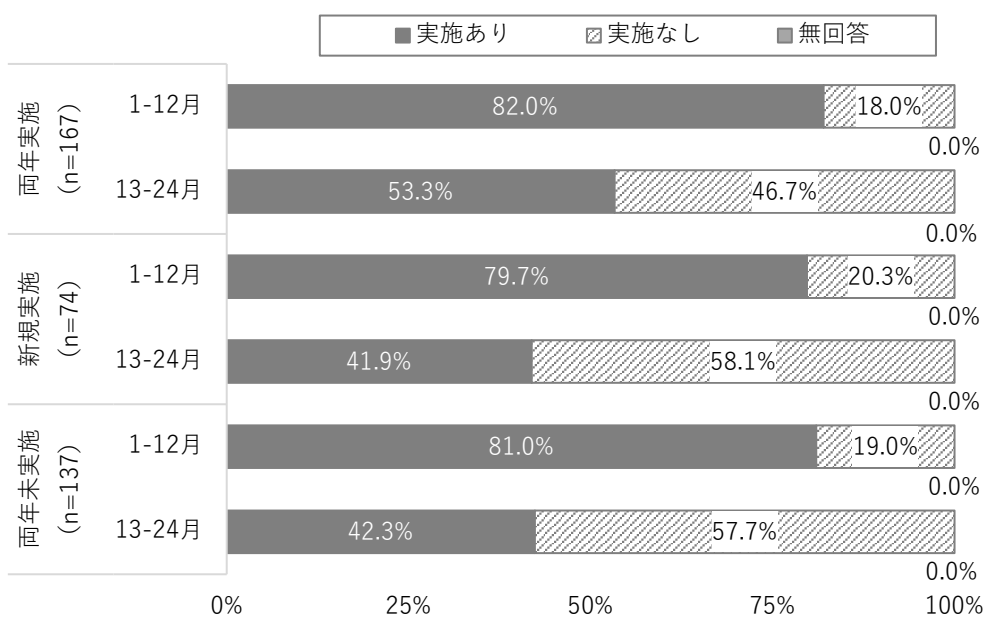


表 5-3-6 居宅訪問時の評価・支援内容

		両年実施		新規実施		両年未実施	
		1-12月	13-24月	1-12月	13-24月	1-12月	13-24月
n		137	89	59	31	111	58
1	家族の希望	25.5%	24.7%	35.6%	32.3%	21.6%	17.2%
2	今までの生活歴	21.9%	11.2%	45.8%	19.4%	23.4%	15.5%
3	1日の過ごし方	37.2%	34.8%	54.2%	35.5%	45.9%	29.3%
4	基本動作の評価	48.2%	40.4%	59.3%	45.2%	46.8%	36.2%
5	ADL評価	47.4%	43.8%	57.6%	45.2%	52.3%	39.7%
6	IADL評価	27.0%	28.1%	35.6%	41.9%	30.6%	24.1%
7	家族の介助方法の 評価・助言	16.8%	20.2%	25.4%	32.3%	19.8%	20.7%
8	日常生活に関する 家族への助言	19.0%	24.7%	27.1%	29.0%	23.4%	20.7%
9	ケアマネジャーへの助言	32.1%	42.7%	25.4%	38.7%	28.8%	34.5%
10	訪問サービスの 実施状況確認	2.2%	1.1%	6.8%	6.5%	5.4%	3.4%
11	訪問サービスへの助言	0.7%	1.1%	3.4%	3.2%	0.9%	1.7%
12	福祉用具の評価・検討	27.7%	32.6%	37.3%	48.4%	30.6%	25.9%
13	住環境評価（家屋・居室等）	83.2%	67.4%	84.7%	71.0%	84.7%	82.8%
14	生活環境評価（屋外・地域）	38.7%	39.3%	22.0%	45.2%	39.6%	27.6%
15	練習効果の確認・評価	11.7%	25.8%	10.2%	25.8%	1.8%	8.6%
16	残された課題の確認・評価	19.0%	24.7%	20.3%	22.6%	11.7%	10.3%
17	その他	1.5%	1.1%	1.7%	3.2%	0.0%	0.0%

※ 居宅訪問の実施ありに限る

ケアマネジャーとの情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」の割合が最も高く、「生活状況や生活課題」が続いた（表5-3-7）。

他介護サービス事業所との情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」の割合が最も高く、「生活状況や生活課題」「心身機能やADLの変化に関する今後の見通し」が続いた（表5-3-8）。

表 5-3-7 地域包括支援センター、ケアマネジャーとの情報共有

		両年実施		新規実施		両年未実施	
		1-12月	13-24月	1-12月	13-24月	1-12月	13-24月
n		167	165	63	71	119	121
1	現在の心身機能やADLに関する情報	94.0%	94.5%	88.9%	88.7%	94.1%	94.2%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	56.3%	62.4%	50.8%	53.5%	51.3%	57.0%
3	生活状況や生活課題	64.7%	69.1%	69.8%	67.6%	63.0%	61.2%
4	生活課題の要因(原因や理由)	41.9%	41.2%	46.0%	52.1%	36.1%	36.4%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	36.5%	42.4%	39.7%	40.8%	26.9%	28.9%
6	今後の生活目標	61.1%	62.4%	60.3%	56.3%	43.7%	33.9%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	32.3%	29.7%	42.9%	29.6%	35.3%	29.8%
8	本人・家族への助言内容	52.1%	43.0%	30.2%	28.2%	31.1%	21.5%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	3.0%	4.8%	7.9%	5.6%	5.9%	3.3%
10	その他	0.6%	0.6%	0.0%	1.4%	1.7%	0.8%

※ 地域包括支援センター、ケアマネジャーとの情報共有ありに限る

表 5-3-8 他介護サービス事業所との情報共有

		両年実施		新規実施		両年未実施	
		1-12月	13-24月	1-12月	13-24月	1-12月	13-24月
n		25	58	9	21	19	36
1	現在の心身機能やADLに関する情報	92.0%	77.6%	77.8%	85.7%	73.7%	75.0%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	60.0%	55.2%	55.6%	61.9%	42.1%	44.4%
3	生活状況や生活課題	64.0%	58.6%	66.7%	71.4%	57.9%	41.7%
4	生活課題の要因(原因や理由)	48.0%	37.9%	44.4%	57.1%	42.1%	41.7%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	36.0%	37.9%	44.4%	52.4%	42.1%	25.0%
6	今後の生活目標	52.0%	50.0%	44.4%	57.1%	36.8%	33.3%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	44.0%	29.3%	55.6%	38.1%	63.2%	52.8%
8	本人・家族への助言内容	40.0%	31.0%	22.2%	23.8%	26.3%	22.2%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	5.3%	2.8%
10	その他	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※ 他介護サービス事業所等との情報共有ありに限る

#### 4. サービス提供後の状況

介護度の更新・変更ありの割合は、「1-12月」が約4割、「13-24月」が約2割であった（図5-4-1）。状態の変化について介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度にて、「向上」「維持」の割合が約9割であった（表5-4-1）。

図 5-4-1 介護度の更新・変更の有無

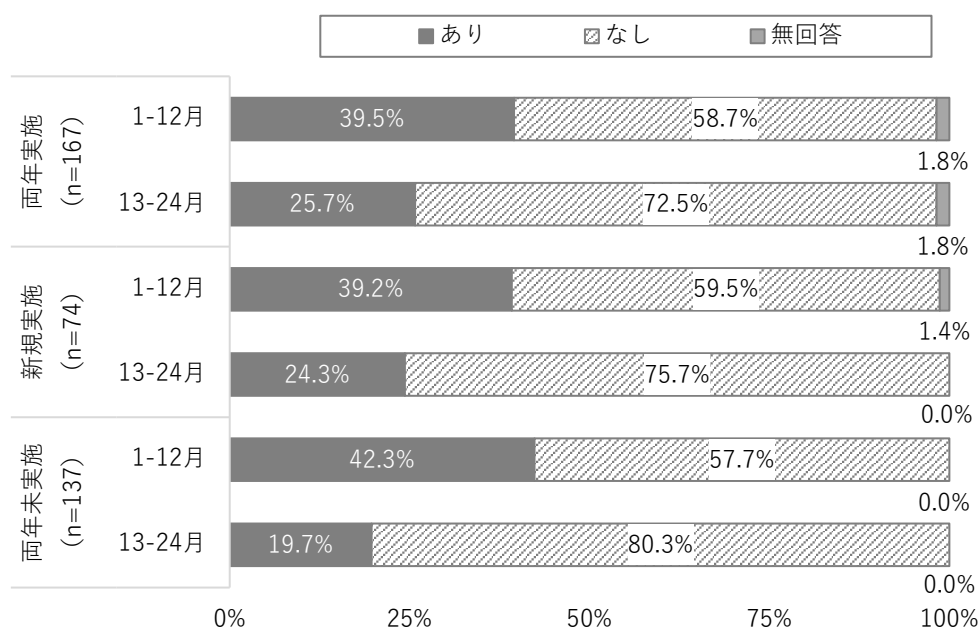


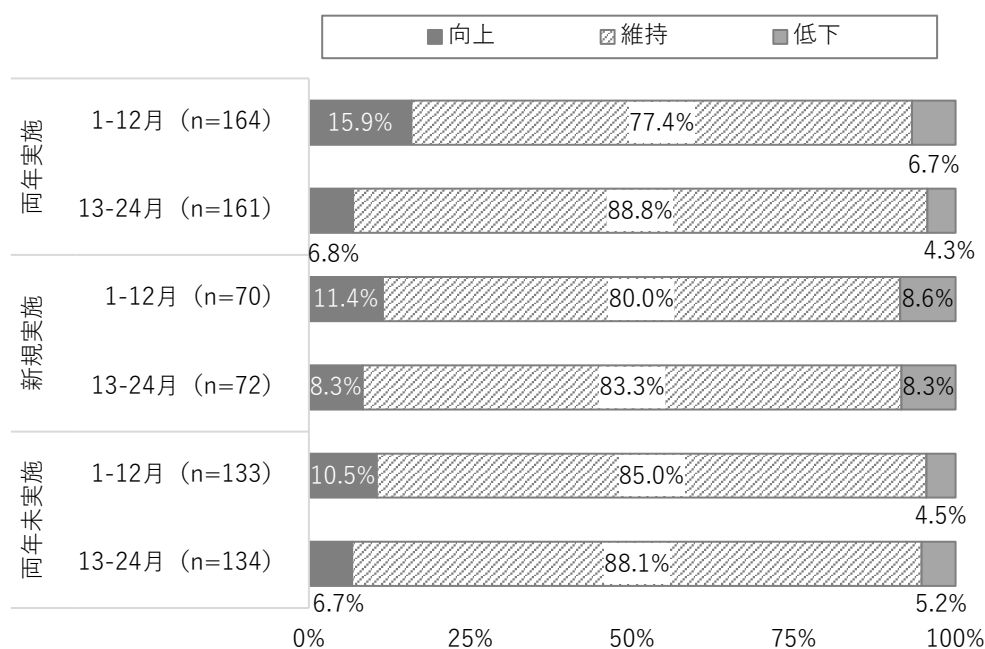
表 5-4-1 状態の変化

				n	向上	維持	低下
1	介護度	両年実施	1-12月	163	3.7%	84.0%	12.3%
			13-24月	148	2.0%	96.6%	1.4%
		新規実施	1-12月	72	4.2%	86.1%	9.7%
			13-24月	66	0.0%	93.9%	6.1%
		両年未実施	1-12月	136	4.4%	87.5%	8.1%
			13-24月	128	0.0%	97.7%	2.3%
2	日常生活自立度	両年実施	1-12月	161	12.4%	82.0%	5.6%
			13-24月	162	3.7%	92.0%	4.3%
		新規実施	1-12月	72	8.3%	84.7%	6.9%
			13-24月	73	8.2%	87.7%	4.1%
		両年未実施	1-12月	135	7.4%	85.2%	7.4%
			13-24月	136	4.4%	92.6%	2.9%
3	認知症高齢者の 日常生活自立度	両年実施	1-12月	164	3.0%	94.5%	2.4%
			13-24月	165	1.2%	95.2%	3.6%
		新規実施	1-12月	72	6.9%	91.7%	1.4%
			13-24月	73	0.0%	97.3%	2.7%
		両年未実施	1-12月	134	3.7%	89.6%	6.7%
			13-24月	136	1.5%	94.1%	4.4%

※ 無回答を除く／介護度の更新・変更なしは維持に含む

ADLの変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて1～2割であった（図5-4-2）。なお、「13-24月」のADL変化を年齢別に「向上」の割合をみると、差異はみられなかった。また、疾患別にみると、「進行性疾患」は低いものの、「脳血管疾患」「骨関節疾患」「内部障害」にて差異は見られなかった（表5-4-2）。

図5-4-2 ADLの変化



※ 無回答を除く

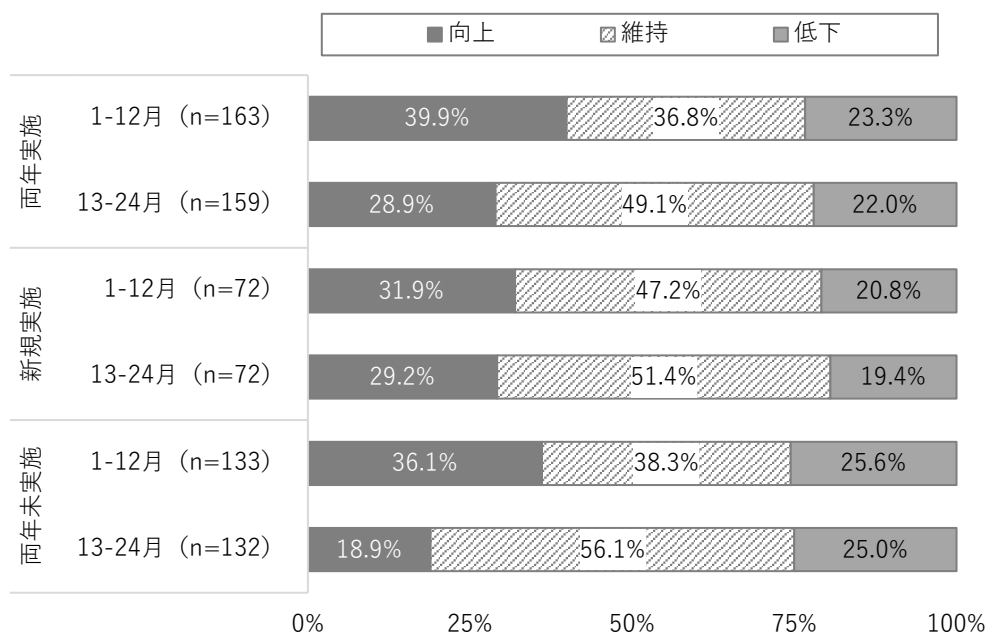
表5-4-2 13月から24月後におけるADLの変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	48	167	142	36	149	34	16
1	向上	8.3%	4.8%	8.5%	8.3%	6.0%	8.8%	0.0%
2	維持	87.5%	87.4%	88.0%	86.1%	89.3%	88.2%	93.8%
3	低下	4.2%	7.8%	3.5%	5.6%	4.7%	2.9%	6.3%

※ 無回答を除く

IADLの変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて3~4割であり、「13-24月」においても2~3割であった（図5-4-3）。なお、「13-24月」のIADL変化を年齢別・疾患別にみると、差異はみられなかった（表5-4-3）。

図5-4-3 IADLの変化



※ 無回答を除く

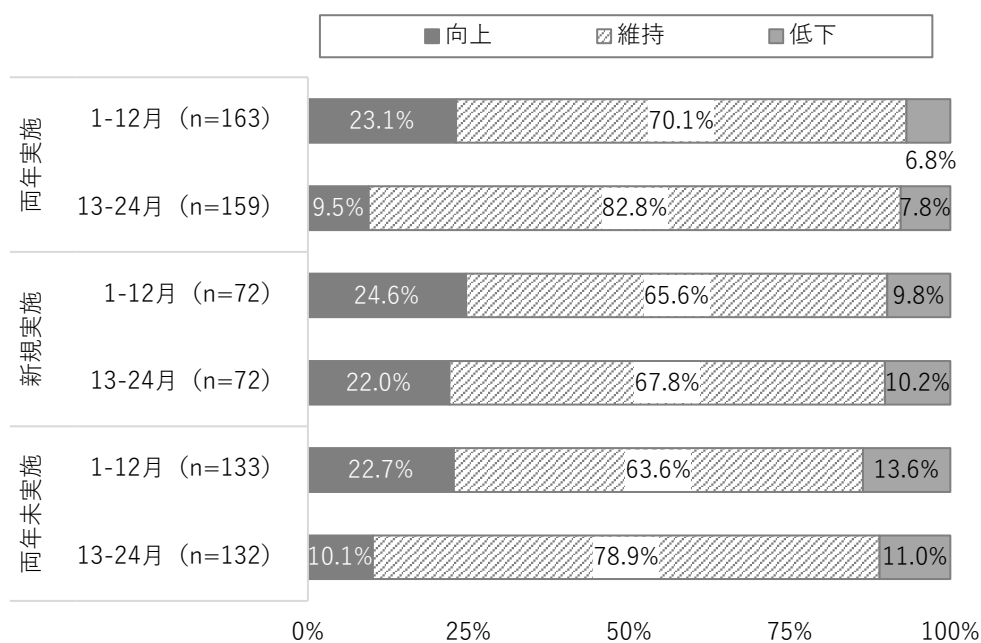
表5-4-3 13月から24月後におけるIADLの変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	48	164	138	37	146	31	17
1	向上	29.2%	22.6%	26.8%	29.7%	23.3%	25.8%	29.4%
2	維持	50.0%	53.0%	51.4%	40.5%	55.5%	41.9%	58.8%
3	低下	20.8%	24.4%	21.7%	29.7%	21.2%	32.3%	11.8%

※ 無回答を除く

活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて2割であり、「13-24月」においても1～2割であった（図5-4-4）。なお、「13-24月」の活動範囲（LSA）の変化を年齢別に「向上」の割合をみると、差異はみられなかった。また、疾患別にみると、「進行性疾患」にて「低下」の割合が高かった（表5-4-4）。

図5-4-4 活動範囲（LSA）の変化



※ 無回答を除く

表5-4-4 13月から24月後における活動範囲（LSA）の変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	38	129	107	27	109	24	16
1	向上	10.5%	14.7%	11.2%	14.8%	10.1%	20.8%	12.5%
2	維持	84.2%	76.7%	76.6%	81.5%	82.6%	70.8%	62.5%
3	低下	5.3%	8.5%	12.1%	3.7%	7.3%	8.3%	25.0%

※ 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「両年実施」にて「転倒予防」「専門職の評価」「身体機能の維持」「日中の活動量の維持・向上」「事業所内での社会性の向上・獲得」の5項目が6割を超えた（表5-4-5）。

表5-4-5 13月から24月後における利用目標の達成度（両年実施）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	117	64.1%	35.9%	0.0%
2 疼痛緩和	121	32.2%	57.0%	10.7%
3 転倒予防	140	67.9%	27.9%	4.3%
4 身体機能の向上	133	36.1%	57.1%	6.8%
5 身体機能の維持	150	64.0%	33.3%	2.7%
6 認知・精神機能の向上	41	48.8%	41.5%	9.8%
7 認知・精神機能の維持	57	52.6%	40.4%	7.0%
8 言語機能の改善	21	38.1%	52.4%	9.5%
9 嚥下機能の改善	18	44.4%	44.4%	11.1%
10 基本動作能力の向上	78	48.7%	47.4%	3.8%
11 歩行・移動能力の向上	143	48.3%	48.3%	3.5%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	68	48.5%	51.5%	0.0%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	27	48.1%	44.4%	7.4%
14 事業所での入浴	24	58.3%	41.7%	0.0%
15 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	67	53.7%	41.8%	4.5%
16 地域における社会参加の促進	51	47.1%	45.1%	7.8%
17 事業所内での社会性の向上・獲得	53	60.4%	35.8%	3.8%
18 生活リズムの獲得	48	56.3%	35.4%	8.3%
19 日中の活動量の維持・向上	111	64.0%	33.3%	2.7%
20 趣味活動の促進	59	47.5%	47.5%	5.1%
21 活動範囲の維持・拡大	106	56.6%	38.7%	4.7%
22 生活環境の調整	55	56.4%	41.8%	1.8%
23 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	52	59.6%	38.5%	1.9%
24 介護負担の軽減	26	53.8%	34.6%	11.5%
25 家族や介護者への介助伝達や助言	37	48.6%	45.9%	5.4%
26 口腔機能の維持・改善	21	47.6%	47.6%	4.8%
27 栄養状態の改善	21	38.1%	47.6%	14.3%
28 医学的管理	19	47.4%	52.6%	0.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「新規実施」にて「事業所での入浴」「事業所内での社会性の向上・獲得」「生活リズムの獲得」「専門職の評価」「日中の活動量の維持・向上」「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「家族や介護者への介助伝達や助言」の7項目が7割を超えた（表5-4-6）。

表5-4-6 13月から24月後における利用目標の達成度（新規実施）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	52	80.8%	17.3%	1.9%
2 疼痛緩和	51	31.4%	49.0%	19.6%
3 転倒予防	62	54.8%	33.9%	11.3%
4 身体機能の向上	62	30.6%	59.7%	9.7%
5 身体機能の維持	70	67.1%	28.6%	4.3%
6 認知・精神機能の向上	13	46.2%	38.5%	15.4%
7 認知・精神機能の維持	18	50.0%	38.9%	11.1%
8 言語機能の改善	7	42.9%	57.1%	0.0%
9 嚥下機能の改善	7	28.6%	71.4%	0.0%
10 基本動作能力の向上	37	43.2%	54.1%	2.7%
11 歩行・移動能力の向上	64	39.1%	56.3%	4.7%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	31	45.2%	51.6%	3.2%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	8	62.5%	37.5%	0.0%
14 事業所での入浴	9	88.9%	11.1%	0.0%
15 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	25	60.0%	40.0%	0.0%
16 地域における社会参加の促進	19	63.2%	26.3%	10.5%
17 事業所内での社会性の向上・獲得	13	84.6%	15.4%	0.0%
18 生活リズムの獲得	18	83.3%	11.1%	5.6%
19 日中の活動量の維持・向上	42	76.2%	19.0%	4.8%
20 趣味活動の促進	20	65.0%	20.0%	15.0%
21 活動範囲の維持・拡大	43	53.5%	37.2%	9.3%
22 生活環境の調整	23	69.6%	26.1%	4.3%
23 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	22	72.7%	27.3%	0.0%
24 介護負担の軽減	18	55.6%	38.9%	5.6%
25 家族や介護者への介助伝達や助言	17	70.6%	29.4%	0.0%
26 口腔機能の維持・改善	7	28.6%	71.4%	0.0%
27 栄養状態の改善	11	27.3%	63.6%	9.1%
28 医学的管理	8	37.5%	62.5%	0.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「両年未実施」にて「事業所内での社会性の向上・獲得」「事業所での入浴」「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」の3項目が6割を超えた（表5-4-7）。

表5-4-7 13月から24月後における利用目標の達成度（両年未実施）

	n	達成	一部達成	未達成	
1	専門職の評価	86	55.8%	41.9%	2.3%
2	疼痛緩和	102	27.5%	57.8%	14.7%
3	転倒予防	124	51.6%	41.9%	6.5%
4	身体機能の向上	117	41.9%	43.6%	14.5%
5	身体機能の維持	129	57.4%	39.5%	3.1%
6	認知・精神機能の向上	28	28.6%	50.0%	21.4%
7	認知・精神機能の維持	42	54.8%	38.1%	7.1%
8	言語機能の改善	8	50.0%	50.0%	0.0%
9	嚥下機能の改善	9	44.4%	44.4%	11.1%
10	基本動作能力の向上	54	42.6%	48.1%	9.3%
11	歩行・移動能力の向上	119	40.3%	49.6%	10.1%
12	日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	52	40.4%	44.2%	15.4%
13	自宅における入浴動作の改善・獲得	19	42.1%	52.6%	5.3%
14	事業所での入浴	23	65.2%	34.8%	0.0%
15	家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	44	47.7%	34.1%	18.2%
16	地域における社会参加の促進	45	31.1%	48.9%	20.0%
17	事業所内での社会性の向上・獲得	35	65.7%	34.3%	0.0%
18	生活リズムの獲得	38	57.9%	39.5%	2.6%
19	日中の活動量の維持・向上	85	60.0%	37.6%	2.4%
20	趣味活動の促進	43	58.1%	27.9%	14.0%
21	活動範囲の維持・拡大	88	46.6%	47.7%	5.7%
22	生活環境の調整	47	53.2%	40.4%	6.4%
23	福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	45	62.2%	37.8%	0.0%
24	介護負担の軽減	21	33.3%	57.1%	9.5%
25	家族や介護者への介助伝達や助言	29	55.2%	44.8%	0.0%
26	口腔機能の維持・改善	9	44.4%	55.6%	0.0%
27	栄養状態の改善	10	30.0%	50.0%	20.0%
28	医学的管理	10	60.0%	40.0%	0.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

24ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が約9割であった（図5-4-5）。通所リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」が6割を超え、「利用者同士のコミュニティの継続が必要」3～4割が続いた。なお、複数回答のうち、「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は、7.3%であった（図5-4-6）。

また、「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は、2～3割であった。なお、想定される心身機能・ADL変化の要因は、「骨関節疾患」の割合が高かった（図5-4-7）。

図5-4-5 24ヶ月後の利用状況

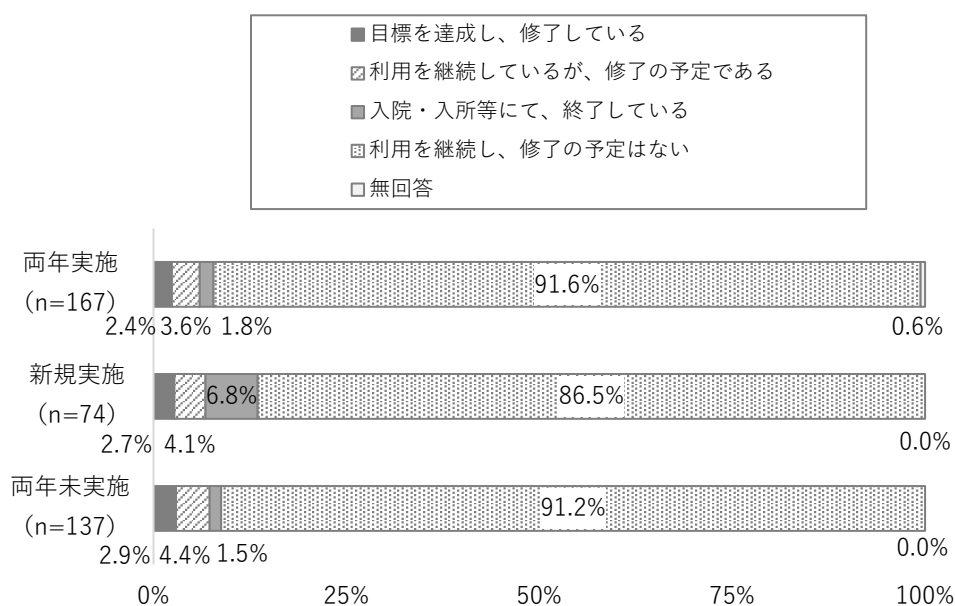
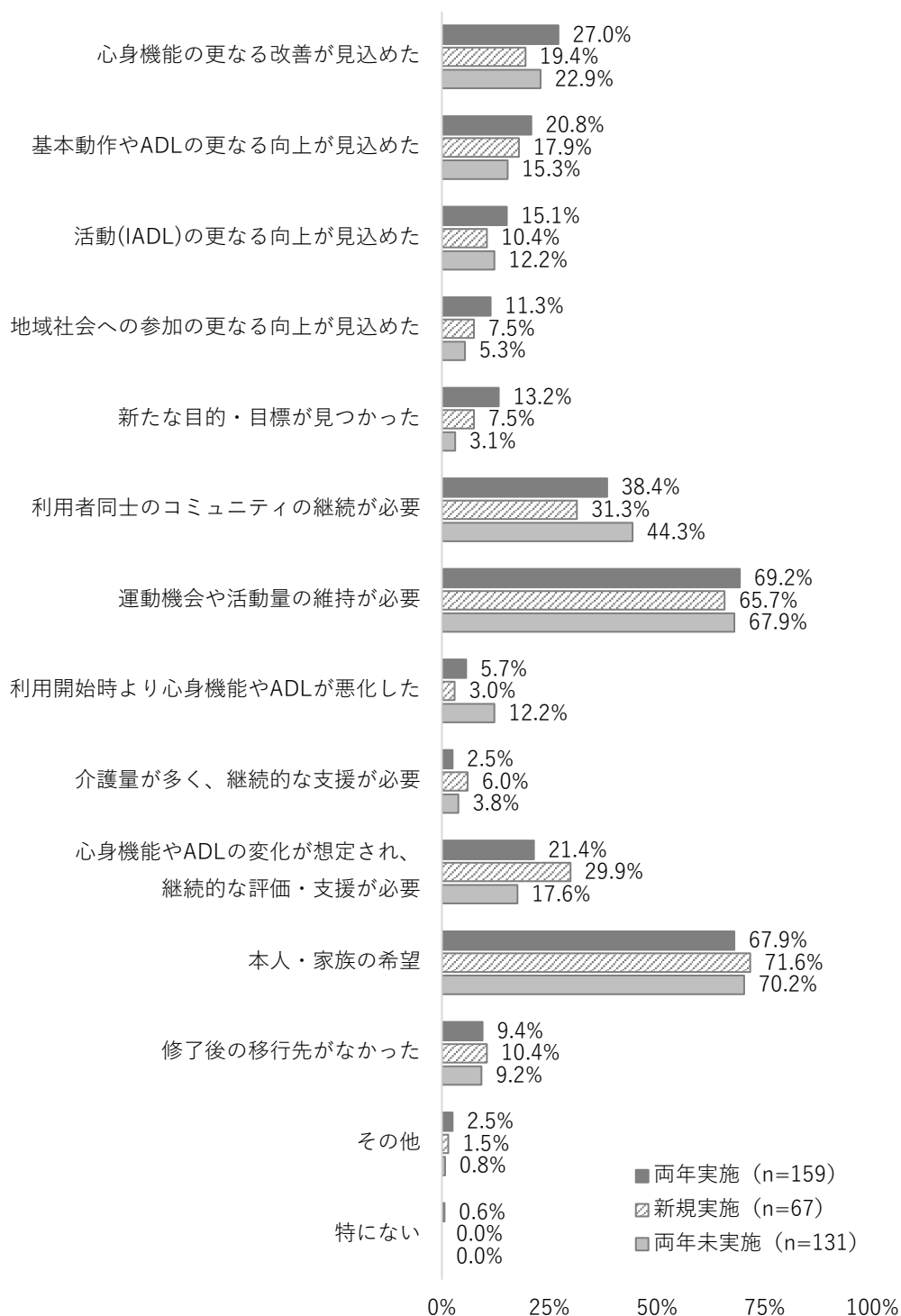
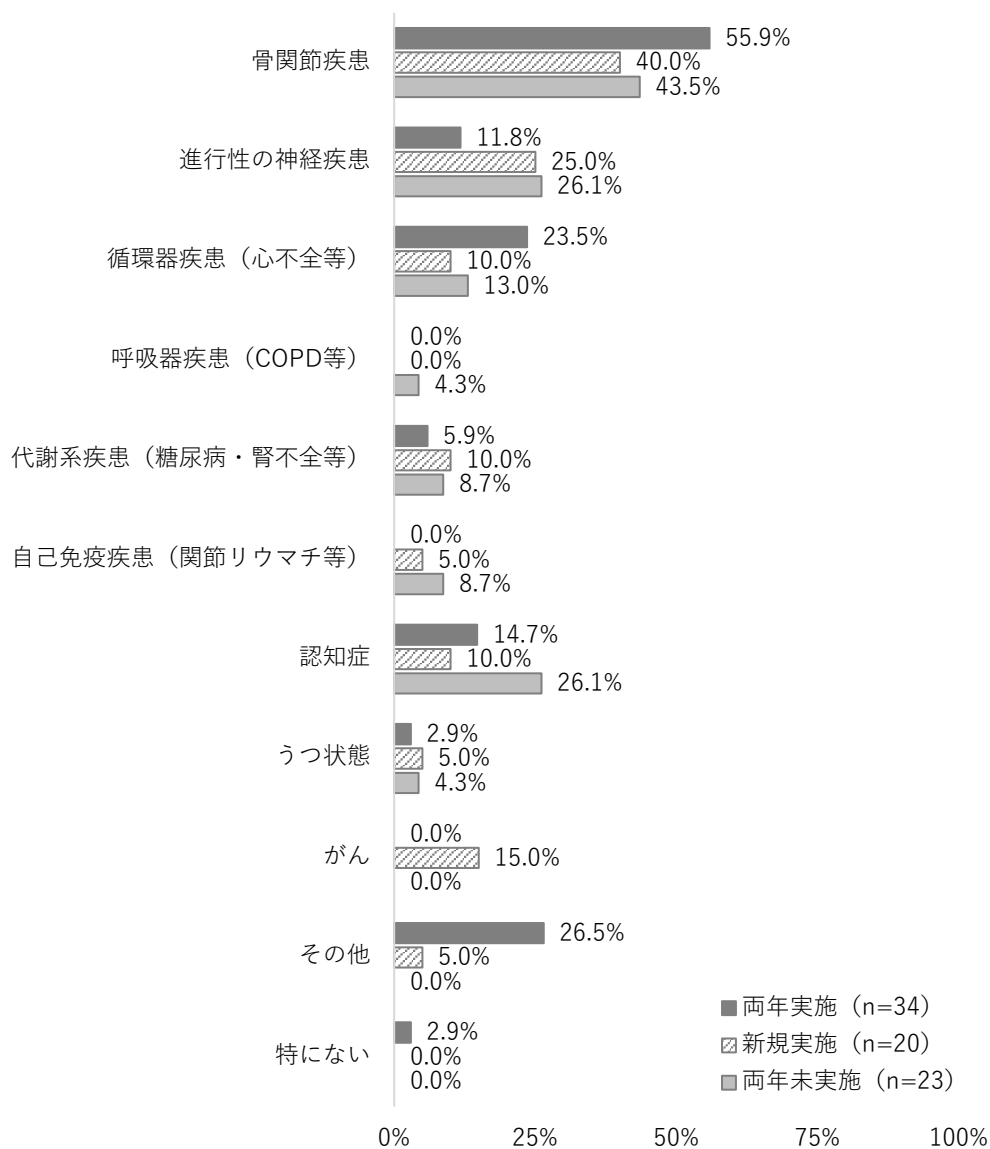


図5-4-6 24ヶ月後の利用継続の理由



※ 24ヶ月後の利用状況において「利用を継続しているが、修了の予定である」「利用を継続し、修了の予定はない」に限る

図5-4-7 24ヶ月後の想定される心身機能・ADL変化の要因



※ 心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要に限る

## 第六節 訪問リハ利用者調査（要介護）

### 1. 利用開始時の状況

介護度は「要介護2」27.1%の割合が高かった（図6-1-1）。6ヶ月後の利用状況別にも、大きな違いはなかった（表6-1-1）。年齢は「85歳以上」「75-84歳」の割合が高かった（図6-1-2）。また、性別は男性が約4割であった。年齢別にも、大きな差異はなかった（表6-1-2）。

図6-1-1 介護度

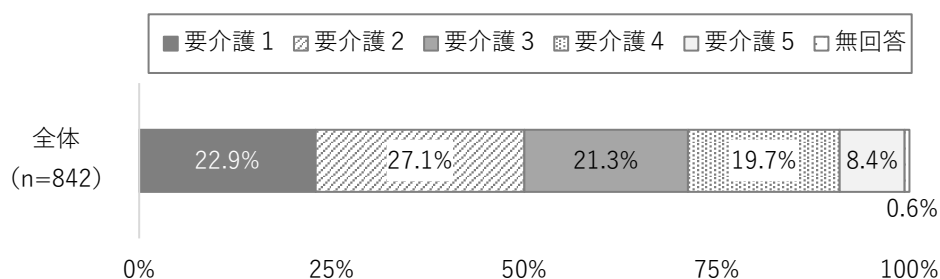


表6-1-1 介護度（6ヶ月後利用状況別）

		6ヶ月後の利用状況	
		修了	利用継続
n		91	573
1	要介護1-2	47.3%	48.9%
2	要介護3-5	50.5%	50.6%

図6-1-2 年齢

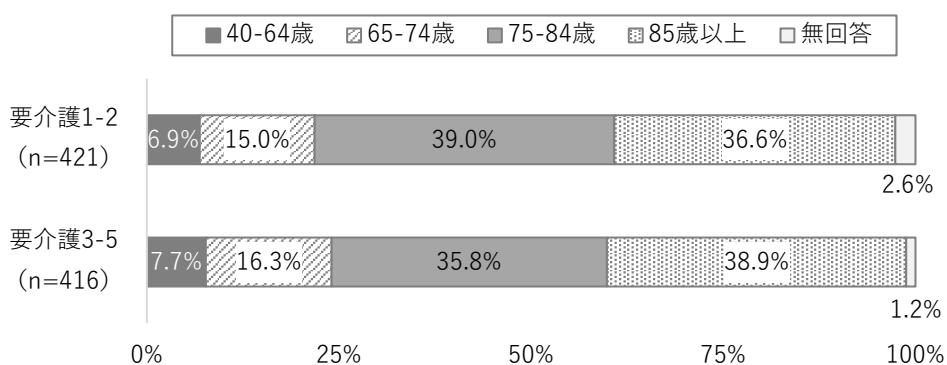


表6-1-2 性別（介護度別・年齢別）

		介護度		年齢		
		要介護1-2	要介護3-5	65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		421	416	131	314	316
1	男性	40.4%	45.0%	42.0%	49.0%	35.1%
2	女性	59.4%	55.0%	58.0%	51.0%	64.9%

開始時の日常生活自立度にて、要介護1-2は「J」19.2%、「A」60.6%の割合が、要介護3-5は「A」42.8%、「B」33.2%の割合が高かった（図6-1-3）。認知症高齢者の日常生活自立度は、要介護3-5にて、「IIIIVM」20.0%の割合が比較的高かった（図6-1-4）。また、認知症高齢者の日常生活自立度を年齢別にみると「65-74歳」にて、6月後利用状況別にみると「修了」にて「非該当」の割合が比較的高い値であった（表4-1-3）。

図6-1-3 利用開始時の日常生活自立度

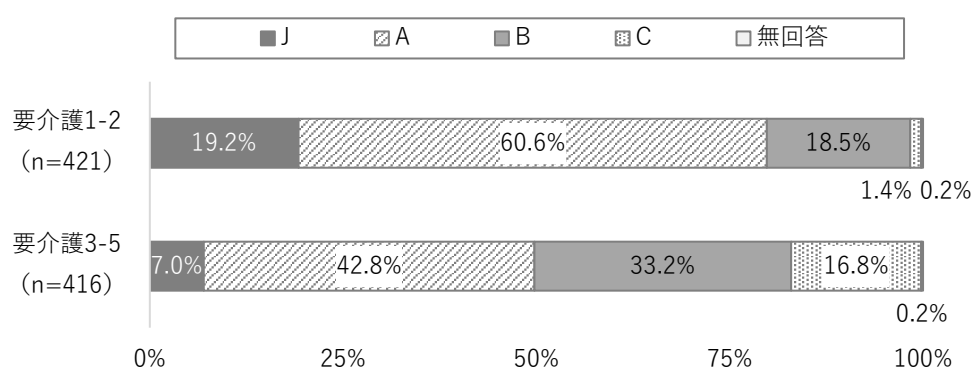


図6-1-4 利用開始時の認知症高齢者の日常生活自立度

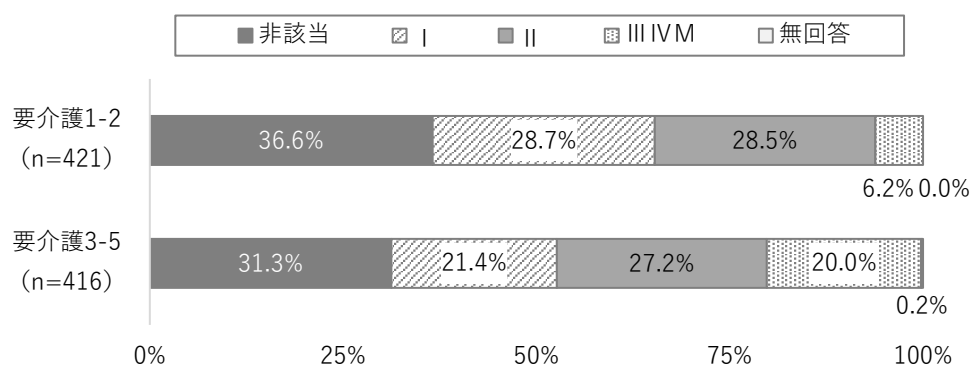


表6-1-3 利用開始時の認知症高齢者の日常生活自立度（年齢別・6月後利用状況別）

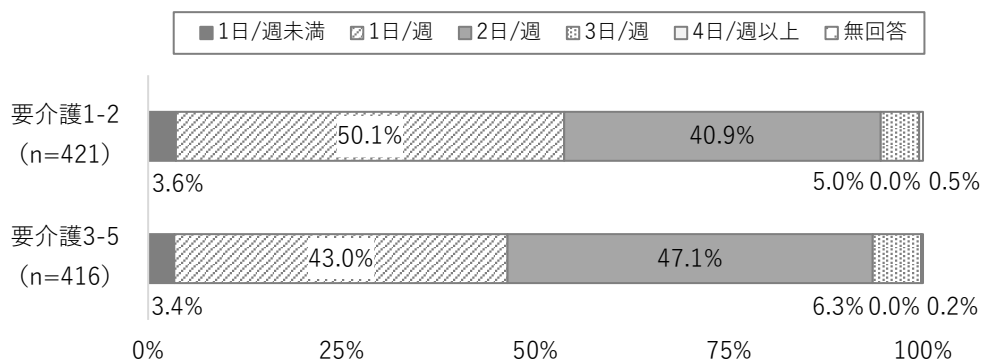
		年齢			6月後の利用状況	
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	修了	利用継続
n		131	314	316	91	573
1	非該当	60.3%	36.6%	15.2%	44.0%	32.3%
2	I	16.8%	27.4%	27.2%	20.9%	25.5%
3	II	16.8%	26.1%	36.4%	26.4%	28.3%
4	III/IVM	6.1%	9.6%	21.2%	7.7%	13.4%

サービス提供時間は、「40分」にて8割を超えた（図6-1-5）。利用頻度は、「1日/週」「2日/週」の割合が高かった（図6-1-6）。

図6-1-5 サービス提供時間



図6-1-6 利用頻度



リハビリが必要となった原因は、「要介護1-2」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」26.4%、「要介護3-5」にて「脳卒中」32.9%の割合が比較的高い傾向にあった（図6-1-7）。年齢別にみると、「65-74歳」にて「脳卒中」40.5%、「85歳以上」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」31.3%の割合が高かった（表6-1-4）。

図 6-1-7 リハビリが必要となった原因の傷病名

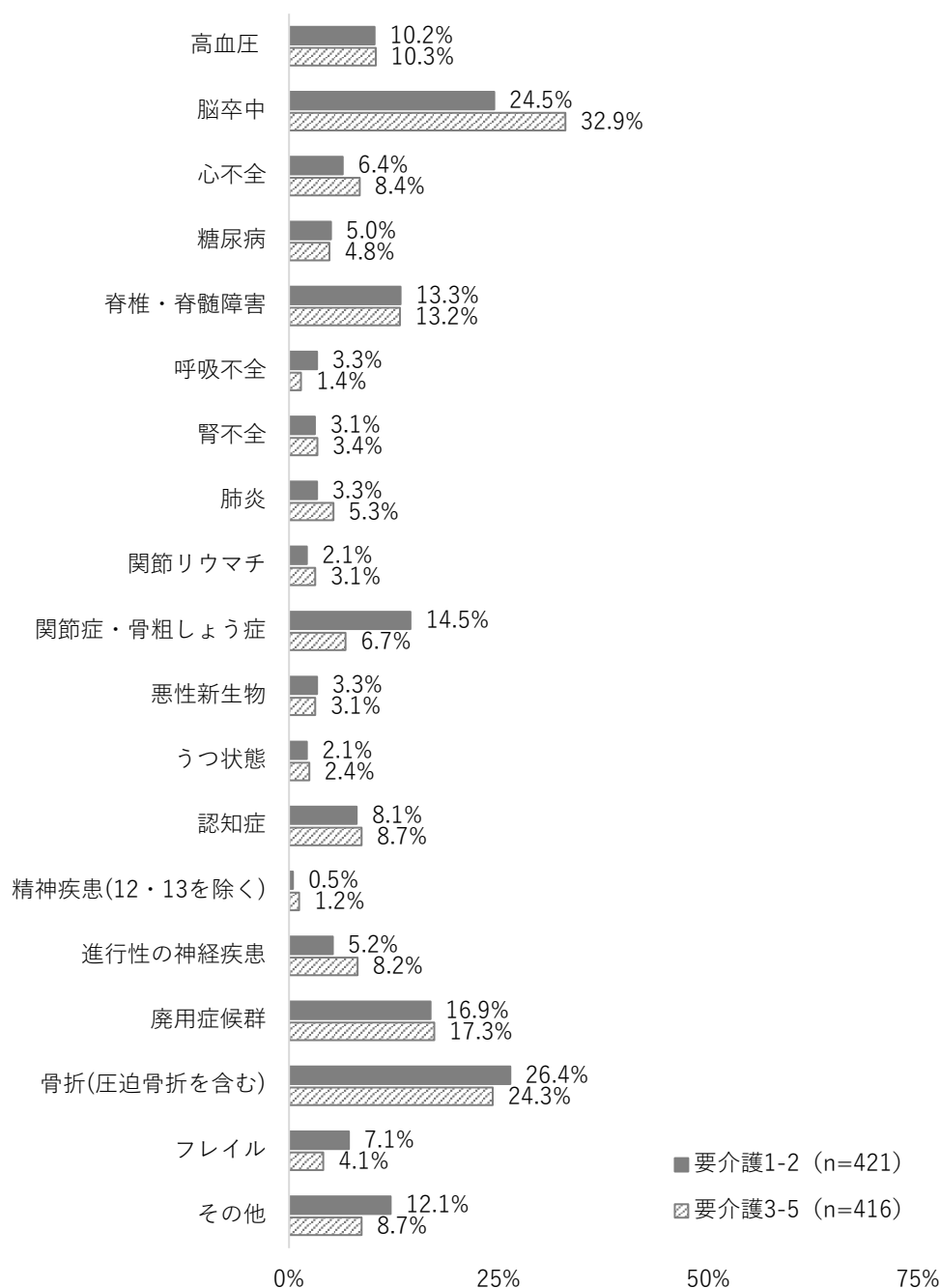
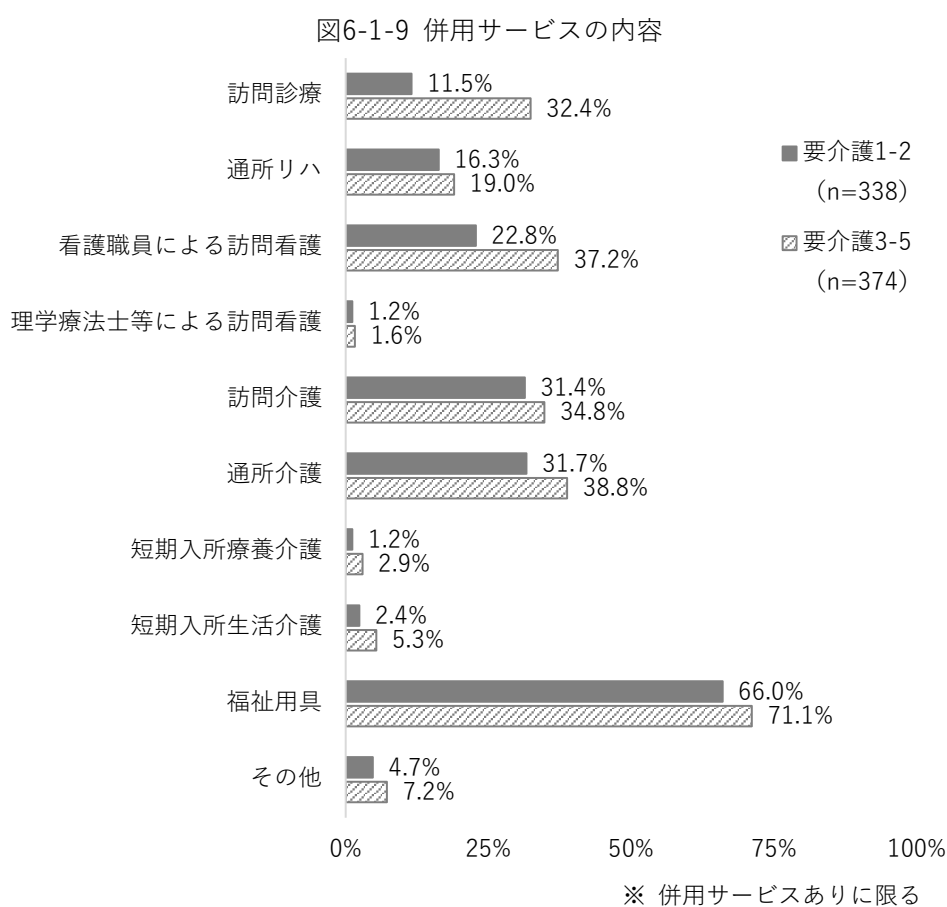
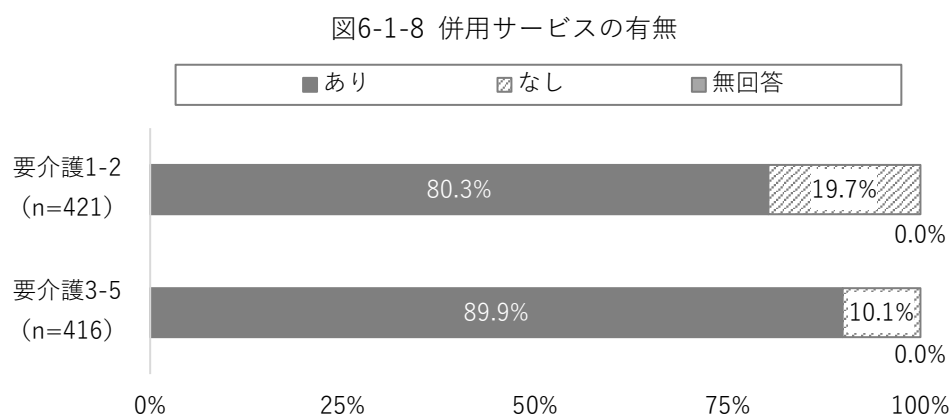


表 6-1-4 リハビリが必要となった原因の傷病名（年齢別）

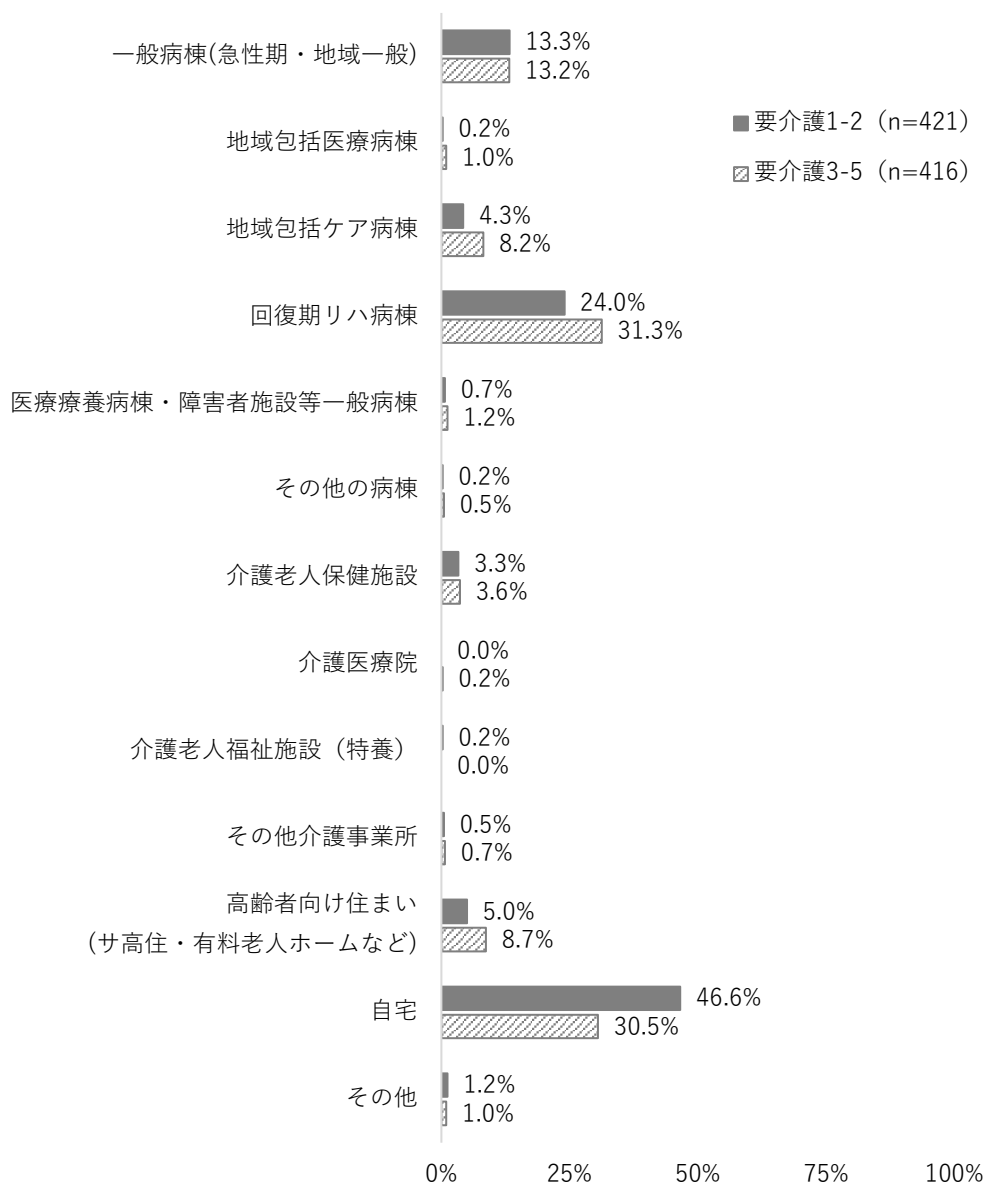
		年齢		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		131	314	316
1	高血圧	5.3%	8.9%	12.3%
2	脳卒中	40.5%	28.7%	17.7%
3	心不全	3.1%	8.0%	10.1%
4	糖尿病	6.1%	3.8%	3.8%
5	脊椎・脊髄障害	16.0%	12.1%	15.2%
6	呼吸不全	2.3%	2.2%	2.5%
7	腎不全	4.6%	2.5%	2.8%
8	肺炎	3.8%	4.1%	5.4%
9	関節リウマチ	2.3%	2.9%	2.2%
10	関節症・骨粗しょう症	6.9%	8.0%	15.2%
11	悪性新生物	3.1%	4.1%	1.6%
12	うつ状態	3.1%	2.5%	1.6%
13	認知症	3.8%	5.1%	14.2%
14	精神疾患(12・13を除く)	1.5%	1.0%	0.3%
15	進行性の神経疾患	10.7%	7.6%	3.5%
16	廃用症候群	3.8%	17.8%	24.7%
17	骨折(圧迫骨折を含む)	21.4%	23.9%	31.3%
18	フレイル	2.3%	5.1%	8.9%
19	その他	16.0%	8.6%	10.8%

併用サービスがある割合は、「要介護1-2」にて80.3%、「要介護3-5」にて89.9%であった（図6-1-8）。併用サービスの内容は、「福祉用具」の割合が最も高く、「通所介護」「訪問介護」が続いた。なお、要介護3-5においては、「看護職員による訪問看護」「訪問診療」の割合も比較的高い値であった（図6-1-9）。



利用前の所在は、要介護1-2にて「自宅」が46.6%と最も割合が高かった。要介護3-5においては、「回復期リハ病棟」が31.3%であり、「自宅」が30.5%と続いた（図6-1-10）。6ヶ月後の利用状況別にみると、利用修了者にて「医療機関」67.0%が、利用継続者にて「自宅」42.9%の割合が比較的高かった（表6-1-5）。

図6-1-10 利用前の所在



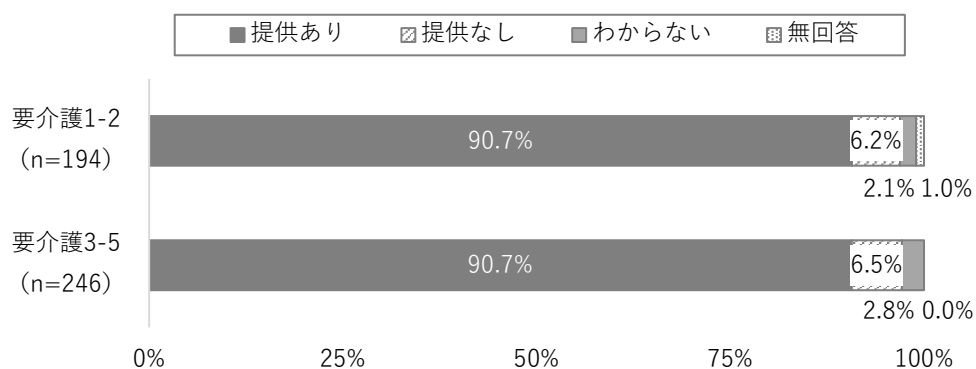
※ 自宅とは、直近4週間を超えて自宅にて過ごされた方を指します。

表6-1-5 利用前の所在（6月後利用状況別）

		6月後の利用状況	
		修了	利用継続
n		91	573
1	医療機関	67.0%	44.0%
2	介護施設・事業所	3.3%	4.4%
3	自宅	24.2%	42.9%

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院の利用者において、入院・入所中にリハビリテーションの提供があった割合は、介護度別・利用前所在別にみても約9割であった（図6-1-11、表6-1-6）。

図6-1-11 利用前におけるリハ提供の有無

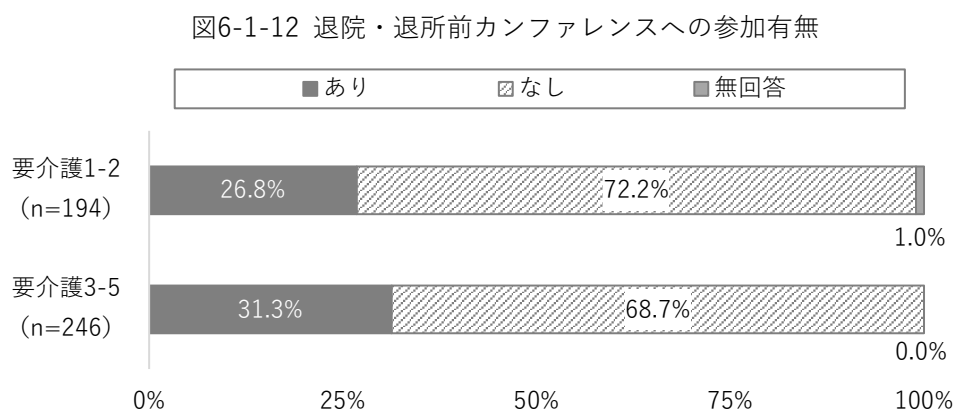


※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

表6-1-6 利用前におけるリハ提供の有無（利用前所在別）

		利用前所在	
		医療機関	介護老人保健施設
n		414	29
1	提供あり	90.6%	93.1%
2	提供なし	6.8%	0.0%
3	わからない	2.2%	6.9%

退院・退所前カンファレンスへ参加した割合は、「要介護1-2」26.8%、「要介護3-5」31.3%であった（図6-1-12）。利用前所在別にみても、差異はなかった。一方、法人区分別では、「同一法人」34.1%にて割合が高かった（表6-1-7）。



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

表6-1-7 退院・退所前カンファレンスへの参加有無（利用前所在別）

		利用前所在		法人区分	
		医療機関	介護老人保健施設	同一法人	他法人
n		414	29	305	137
1	あり	29.2%	27.6%	34.1%	18.2%
2	なし	70.3%	72.4%	65.9%	81.8%

※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

退院・退所前カンファレンスにおける協議の内容は、「要介護1-2」にて「退院・退所後の生活目標」「心身機能やADLの見通し」「医学的情報（疾患・健康状態等）」「入院・入所中の経過」の4項目にて7割を超えた。また、「要介護3-5」では「入院・入所中の経過」「医学的情報（疾患・健康状態等）」「退院・退所後の生活目標」「在宅生活における療養上の注意点」の4項目にて7割を超えた（図6-1-13）。退院・退所前カンファレンスから退院・退所までの期間は、「7日以内」が約4割であった（図6-1-14）。

図6-1-13 退院・退所前カンファレンスでの協議内容

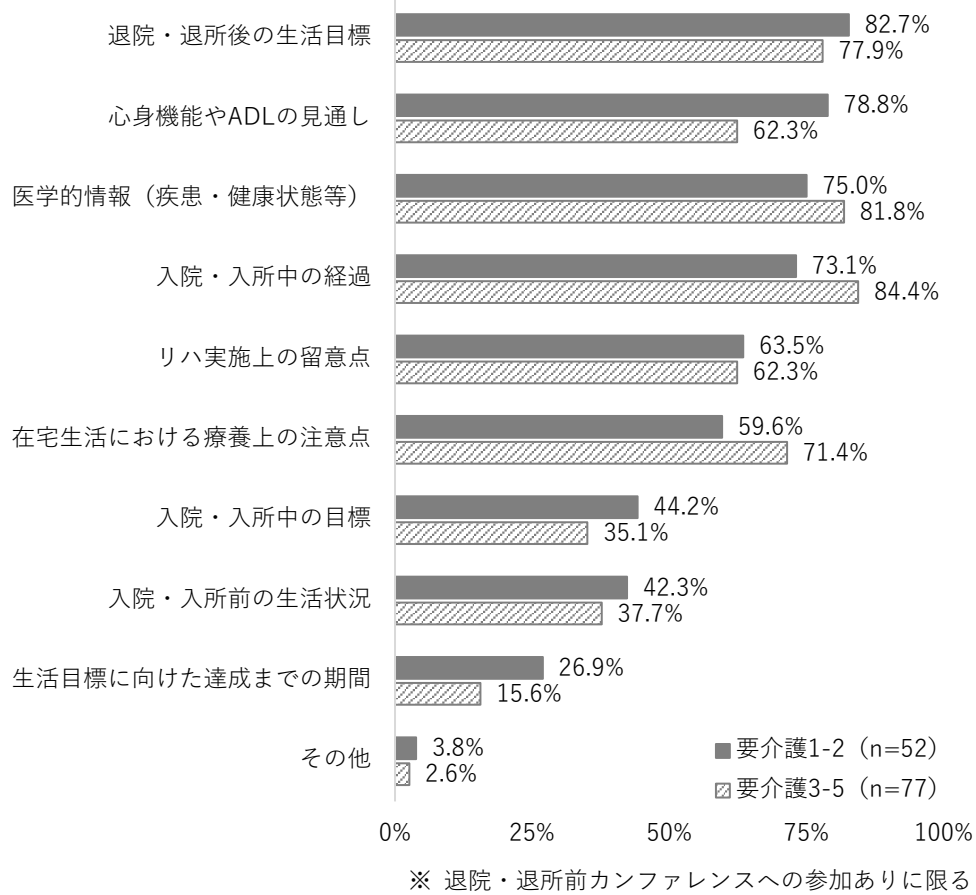
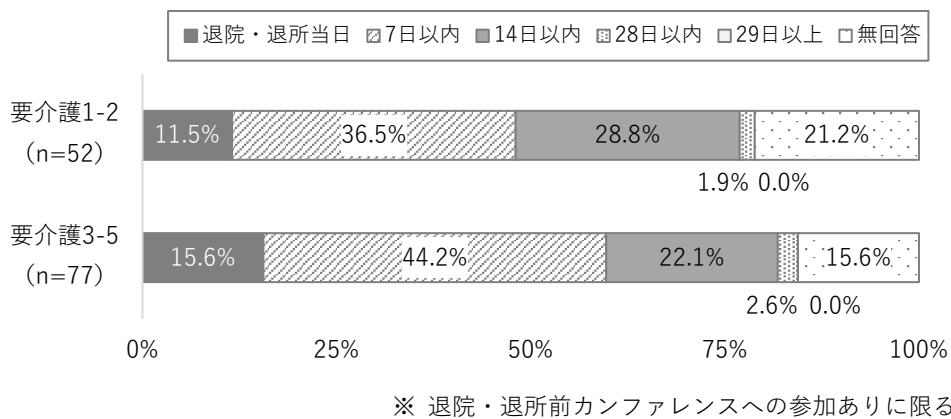


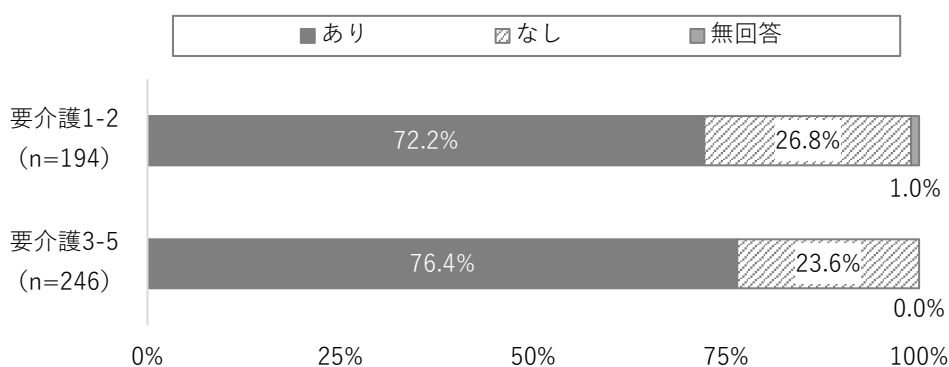
図6-1-14 退院・退所前カンファレンスから退院・退所までの期間



入院・入所中のリハビリテーション計画書を受領した割合は、「要介護1-2」72.2%、「要介護3-5」76.4%であった（図6-1-15）。リハ計画書を受領した時期は「退院・退所時」の割合が高かった（図6-1-16）。

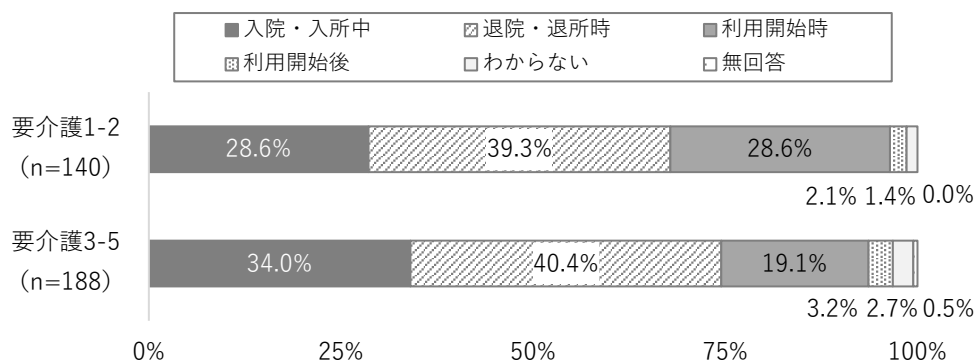
受領したリハ計画書に記載されていた目標は、「要介護1-2」にて「歩行・移動能力の向上」82.1%、「日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）」67.9%、「身体機能の向上」64.3%、「要介護3-5」にて「歩行・移動能力の向上」69.1%、「日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）」63.8%、「基本動作能力の向上」63.3%の割合がそれぞれ高値であった（図6-1-17）。

図6-1-15 リハ計画書の受領有無



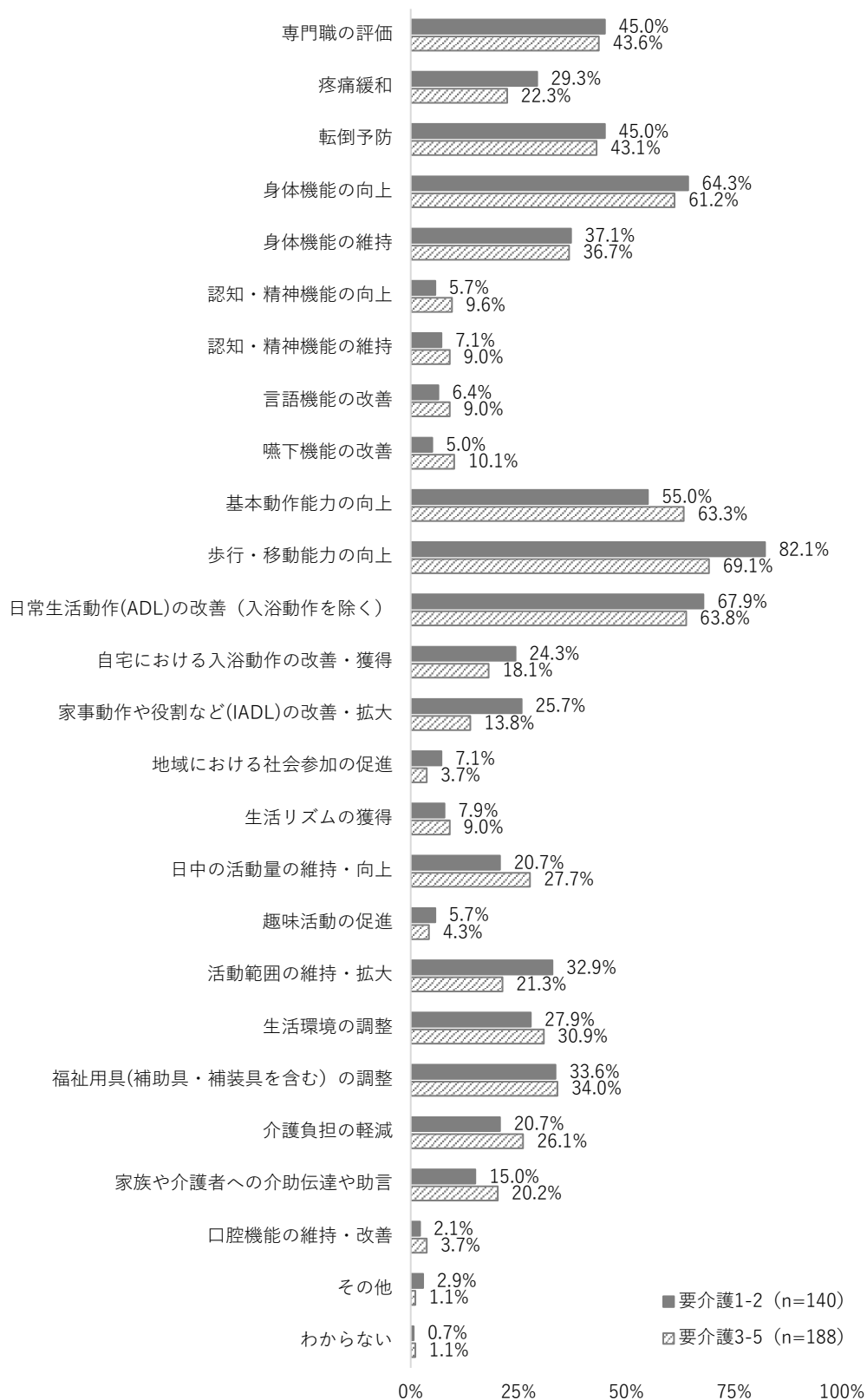
※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る

図6-1-16 リハ計画書の受領時期



※ リハ計画書の受領ありに限る

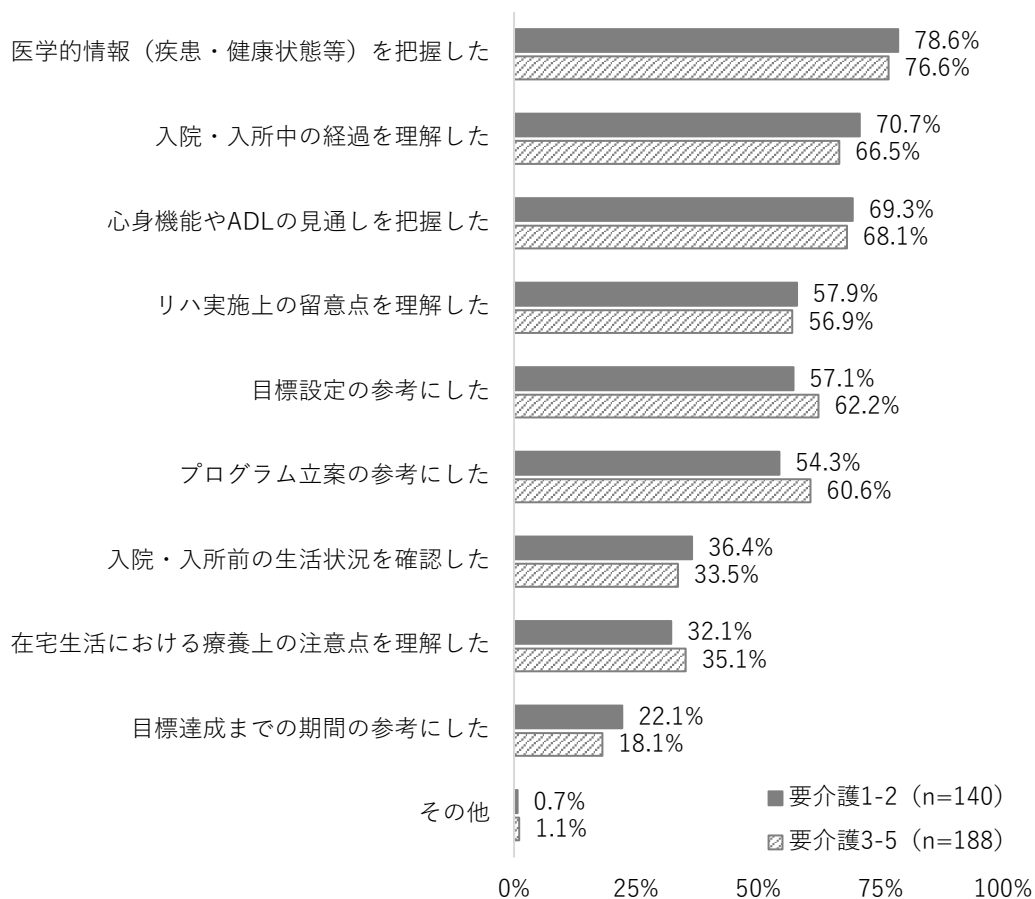
図6-1-17 受領したリハ計画書に記載されていた目標



※ リハ計画書の受領ありに限る

受領したリハ計画書の活用方法は、「医学的情報（疾患・健康状態等）を把握した」「入院・入所中の経過を理解した」「心身機能やADLの見通しを把握した」の3項目にて約7割を超えた（図6-1-18）。

図6-1-18 受領したリハ計画書の活用方法

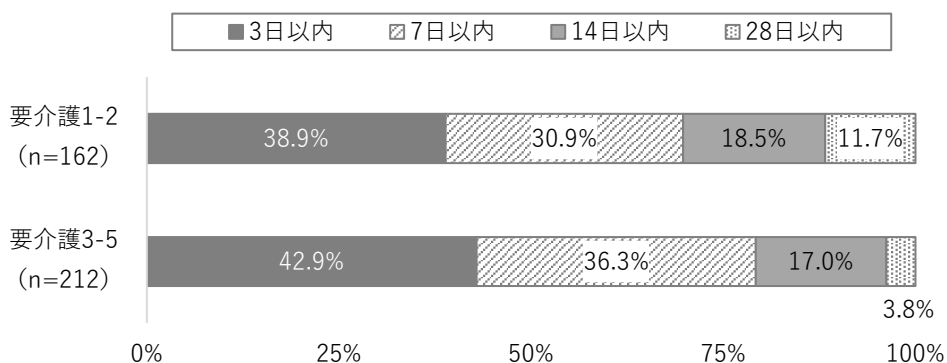


※ リハ計画書の受領ありに限る

利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院の利用者において、退院・退所から利用開始までの期間は、「3日以内」「7日以内」を合わせて7～8割であった（図6-1-19）。

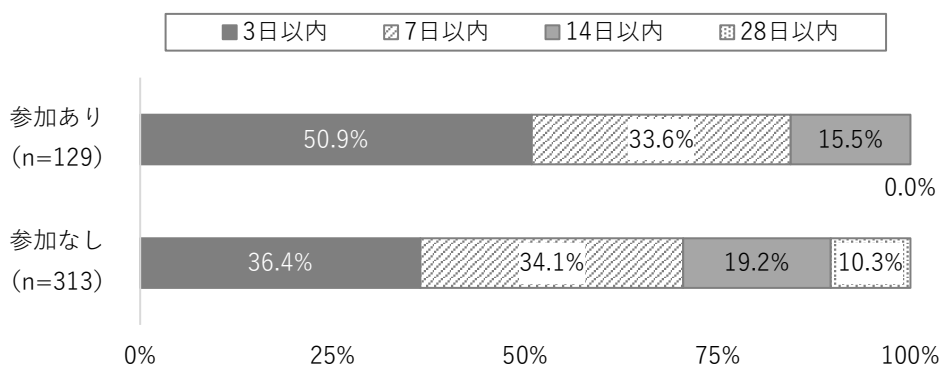
退院・退所前カンファレンス参加有無別にみると、「参加あり」にて「3日以内」50.9%の割合が高かった（図6-1-20）。同様に、リハ計画書受領有無別においても、「受領あり」にて「3日以内」42.5%、「7日以内」35.8%の割合が高かった（図6-1-21）。

図6-1-19 退院・退所から利用開始までの期間



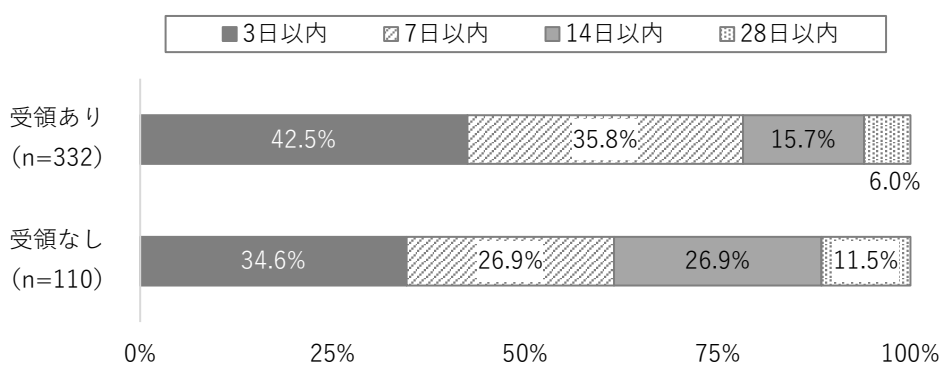
※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

図6-1-20 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参加有無別）



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

図6-1-21 退院・退所から利用開始までの期間（リハ計画書受領有無別）



※ 利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院に限る / 無回答を除く

利用前の所在が自宅の利用者において、利用前サービスや地域活動への参加状況は、「地域活動等の利用なし」が3～4割であり、「通所リハ」が2割であった（図6-1-22）。また、「その他」が約2割であり、その内訳は「通所介護」の割合が最も高かった（表6-1-8）。

図6-1-22 利用前サービスや地域活動への参加状況

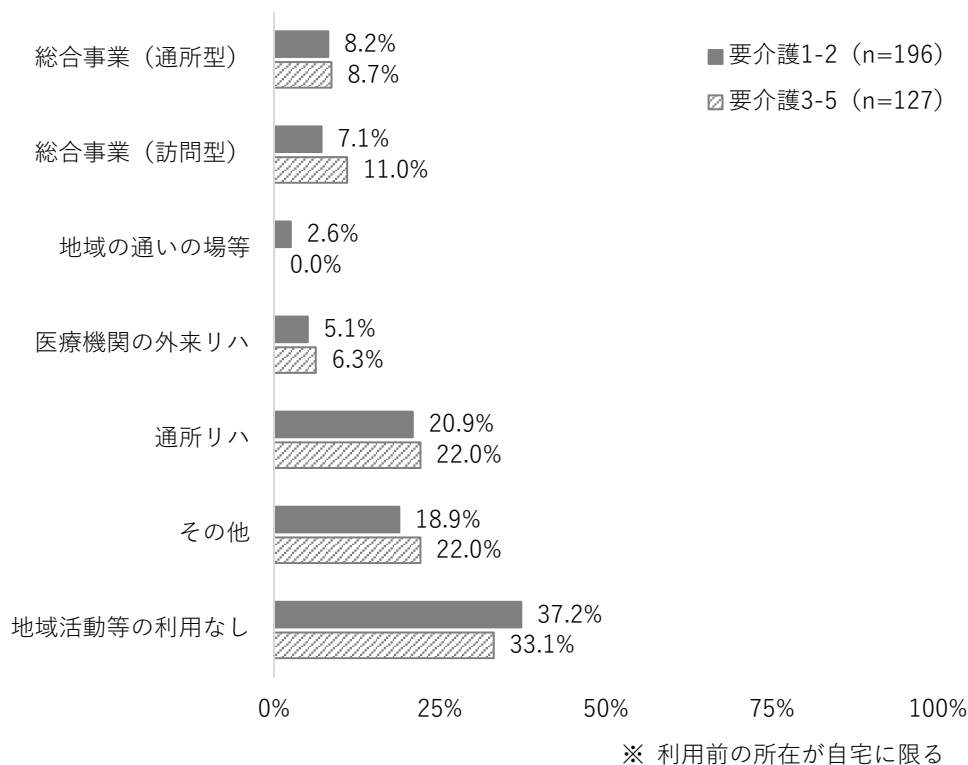


表6-1-8 利用前サービスや地域活動への参加状況（その他内訳）

	n	61
1	通所介護	55.7%
2	福祉用具	14.8%
3	訪問介護・訪問入浴	13.1%
4	訪問看護	11.5%
5	他院の訪問リハ	8.2%
6	訪問診療	3.3%
7	ショートステイ	3.3%

※ その他の詳細記載ありに限る

同居者なしの割合は、25%程度であった（図6-1-23）。同居人ありにて、同居人数（年齢）は「1名（75歳以上）」にて3割を超えていた（図6-1-24）。

利用前1年間に転倒歴がある利用者は「要介護1-2」にて59.9%、「要介護3-5」にて46.2%であった（図6-1-25）。

図6-1-23 同居者の有無

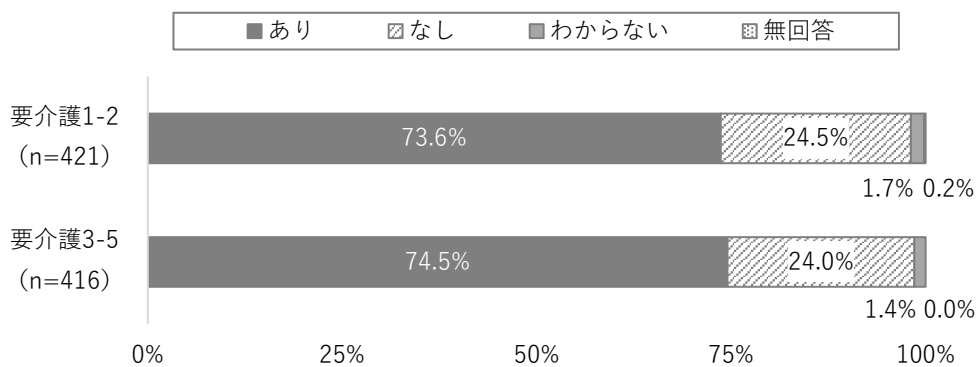
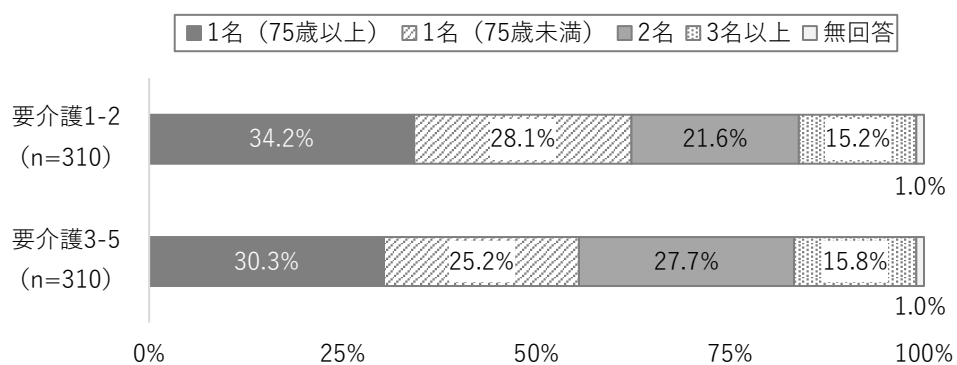
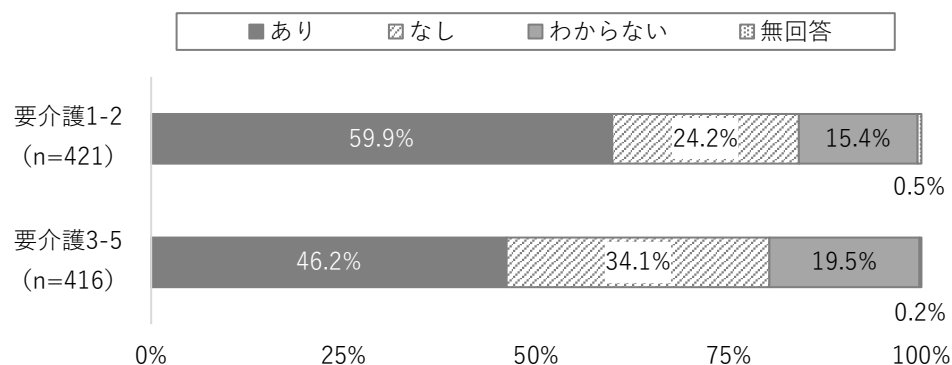


図6-1-24 同居者の人数（年齢）



※ 同居者ありに限る

図6-1-25 利用前1年間の転倒歴



ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」が続いた(図6-1-26)。認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「Ⅱ」「ⅢIVM」にて「認知・精神機能の維持・向上」「家族や介護者の不安軽減」の割合が、さらに「ⅢIVM」では「介護負担の軽減」「家族や介護者への介助伝達や助言」の割合が比較的高い傾向にあった(表6-1-9)。

図6-1-26 ケアマネジャーが考える解決すべき課題

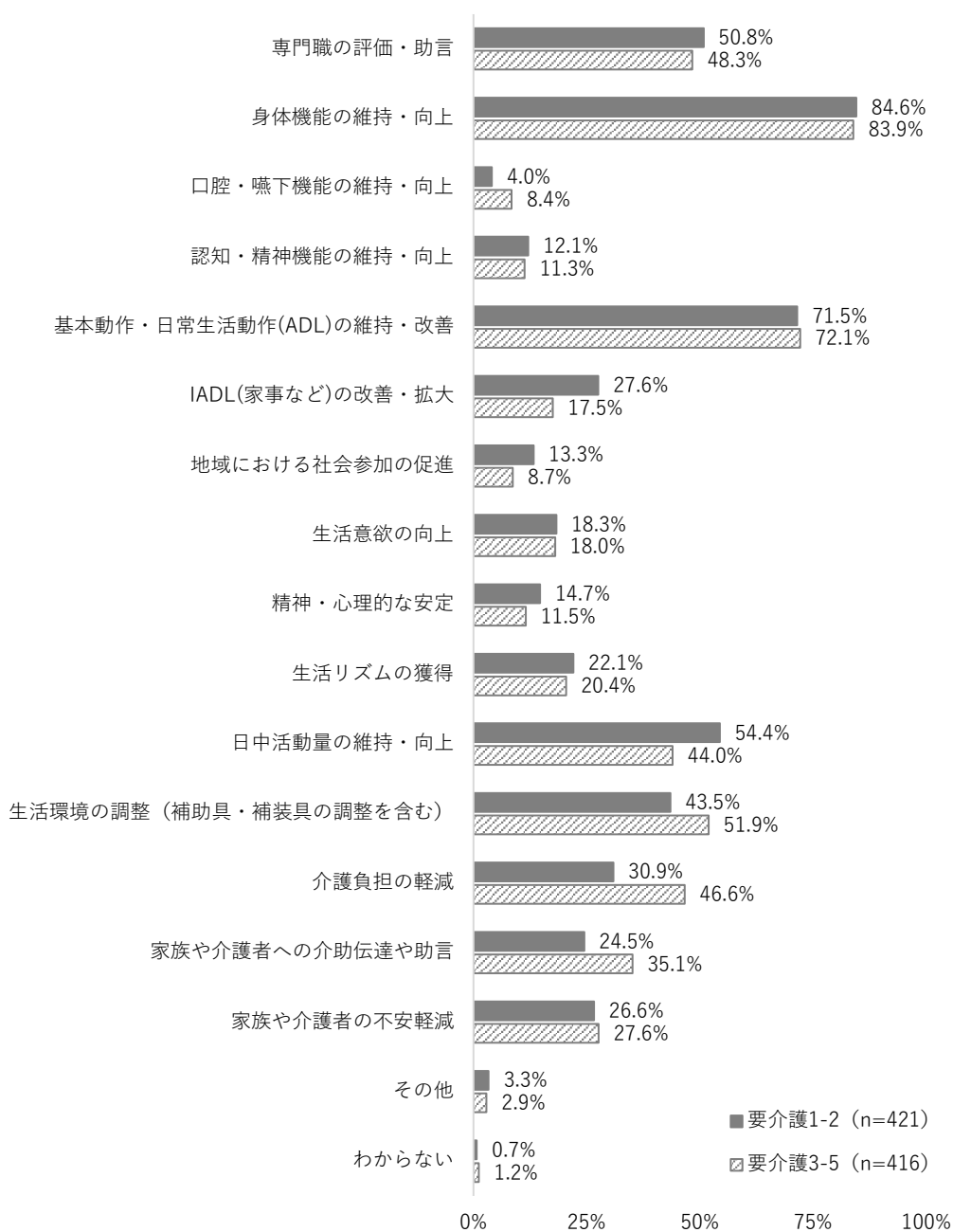
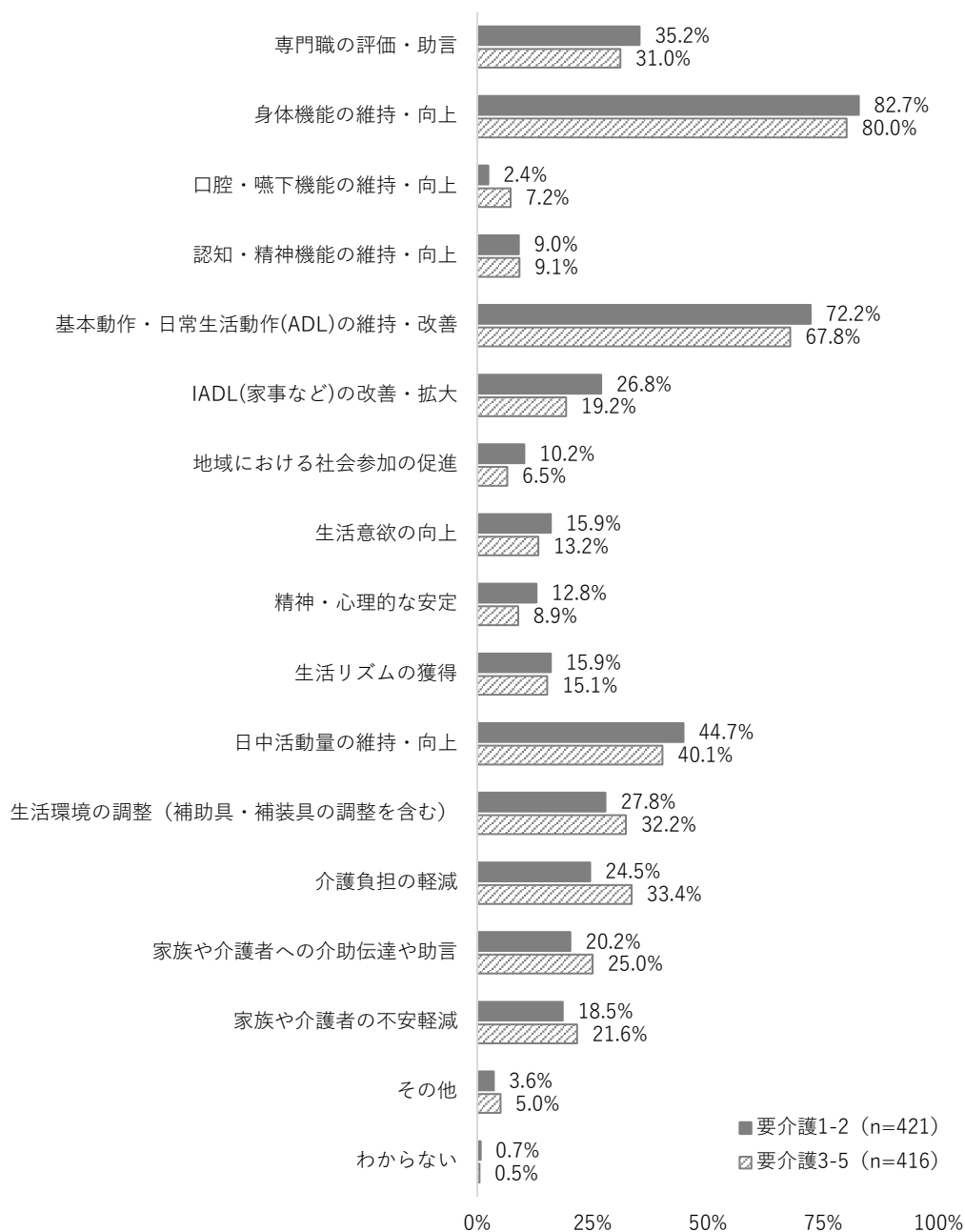


表6-1-9 ケアマネジャーが考える解決すべき課題（認知症高齢者の日常生活自立度別）

		認知症高齢者の日常生活自立度			
		非該当	I	II	III IV M
n		285	210	234	109
1	専門職の評価・助言	49.5%	49.5%	48.7%	53.2%
2	身体機能の維持・向上	86.7%	81.4%	82.9%	86.2%
3	口腔・嚥下機能の維持・向上	6.0%	3.8%	7.7%	8.3%
4	認知・精神機能の維持・向上	4.2%	8.1%	17.9%	24.8%
5	基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善	73.0%	75.7%	73.5%	58.7%
6	IADL(家事など)の改善・拡大	31.2%	26.2%	18.4%	1.8%
7	地域における社会参加の促進	14.7%	7.6%	12.0%	5.5%
8	生活意欲の向上	14.4%	23.3%	19.2%	15.6%
9	精神・心理的な安定	7.0%	12.9%	17.5%	20.2%
10	生活リズムの獲得	14.7%	17.6%	27.8%	31.2%
11	日中活動量の維持・向上	47.4%	49.0%	55.1%	40.4%
12	生活環境の調整 (補助具・補装具の調整を含む)	52.6%	40.0%	50.0%	45.0%
13	介護負担の軽減	31.9%	32.9%	40.6%	63.3%
14	家族や介護者への介助伝達や助言	26.7%	26.7%	28.2%	47.7%
15	家族や介護者の不安軽減	22.8%	19.5%	31.6%	44.0%
16	その他	2.8%	3.8%	2.6%	3.7%
17	わからない	1.8%	0.5%	0.4%	0.9%

本人・家族の希望は、「身体機能の維持・向上」「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」の割合が高かった(図6-1-27)。

図6-1-27 本人・家族の希望



## 2. 利用開始時の評価

利用開始時における心身機能の課題は、「筋力低下」「関節可動域制限」「疼痛」の順に割合が高かった。「要介護3-5」においては、「麻痺」「感覚機能障害」の割合も高かった（図6-2-1）。また、口腔機能の課題がある割合は約1割であった（図6-2-2）。

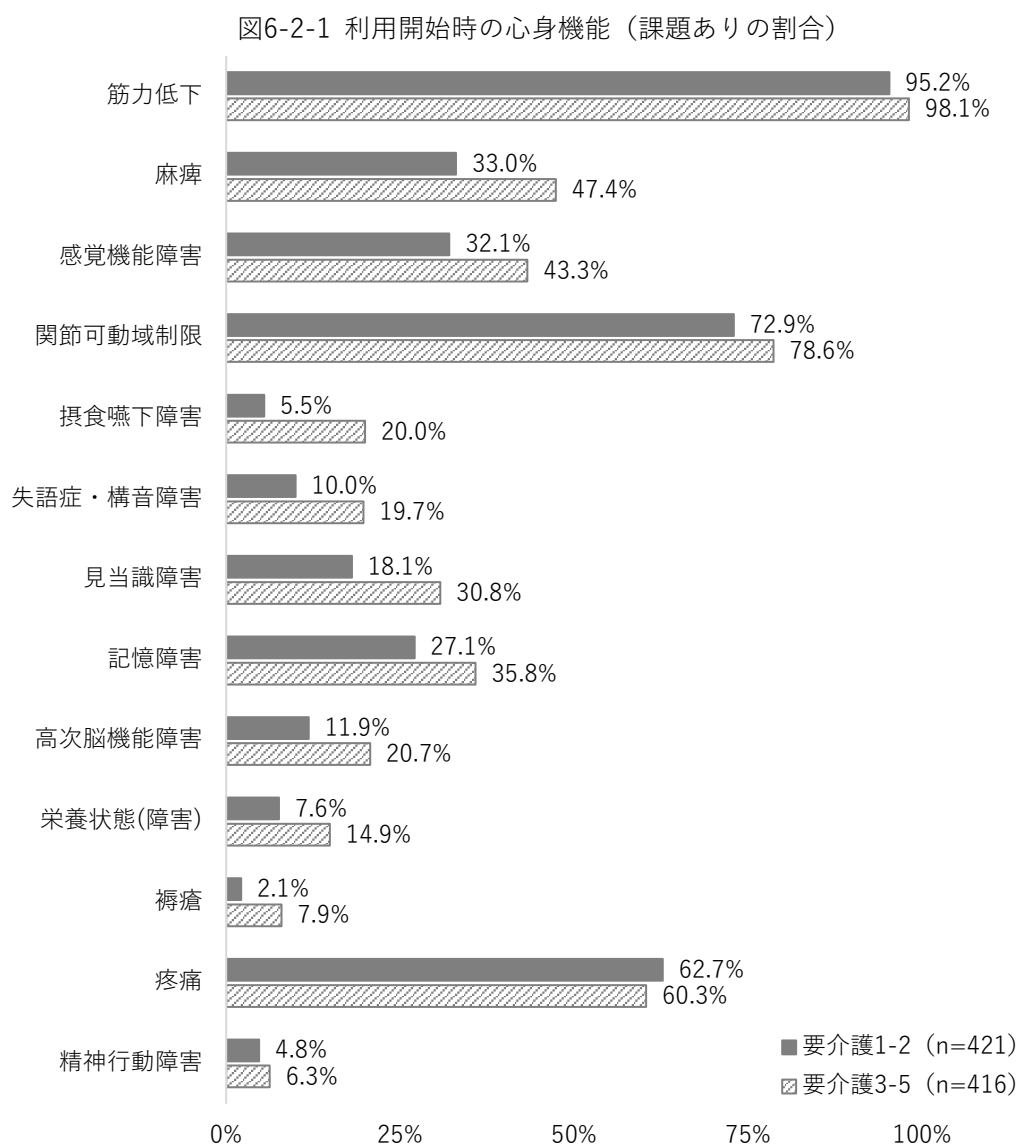
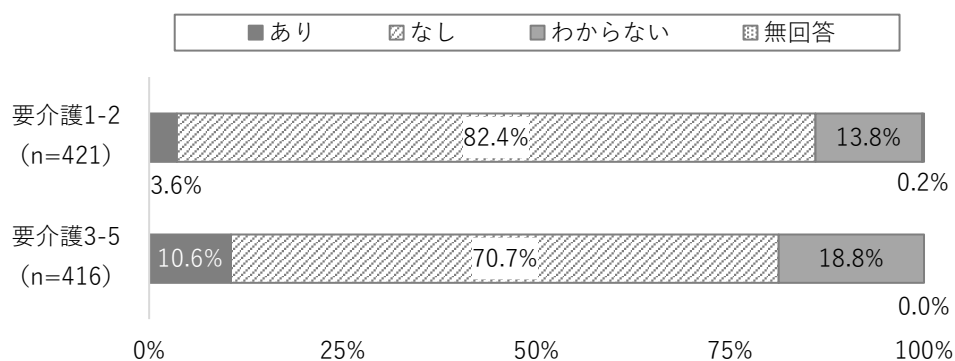


表6-2-1 利用開始時の心身機能（課題ありの割合）

（疾患別・認知症高齢者の日常生活自立度別）

		疾患				認知症高齢者の日常生活自立度			
		脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患	非該当	I	II	III/IV/M
	n	180	223	76	45	285	210	234	109
1	筋力低下	93.9%	96.9%	96.1%	93.3%	95.1%	96.7%	98.3%	97.2%
2	麻痺	88.9%	15.2%	10.5%	26.7%	49.5%	36.2%	31.2%	44.0%
3	感覚機能障害	66.1%	21.5%	18.4%	33.3%	43.9%	38.1%	30.8%	35.8%
4	関節可動域制限	73.3%	82.5%	67.1%	75.6%	72.3%	79.0%	76.1%	78.0%
5	摂食嚥下障害	20.0%	4.5%	14.5%	28.9%	7.4%	11.4%	13.2%	27.5%
6	失語症・構音障害	37.8%	1.8%	5.3%	24.4%	14.0%	11.0%	15.8%	22.9%
7	見当識障害	21.7%	22.9%	38.2%	20.0%	2.5%	13.8%	40.2%	67.9%
8	記憶障害	27.8%	31.4%	43.4%	35.6%	5.6%	20.0%	53.0%	74.3%
9	高次脳機能障害	46.7%	4.0%	1.3%	11.1%	14.4%	12.4%	17.1%	27.5%
10	栄養状態(障害)	9.4%	6.7%	21.1%	8.9%	8.8%	8.1%	12.4%	21.1%
11	褥瘡	2.2%	4.0%	14.5%	0.0%	3.5%	4.8%	5.1%	9.2%
12	疼痛	48.3%	71.3%	52.6%	66.7%	59.3%	69.5%	59.0%	57.8%
13	精神行動障害	2.2%	6.3%	6.6%	8.9%	1.4%	3.3%	6.8%	17.4%

図6-2-2 利用開始時の心身機能（口腔機能の課題）



利用開始時に認知機能評価を実施している割合は約4割であった（図6-2-3）。認知機能評価を実施した利用者において、評価の点数は「21-29点」が高い値であり、「11-20点」も2割であった（図6-2-4）。

図6-2-3 利用開始時における認知機能評価の有無

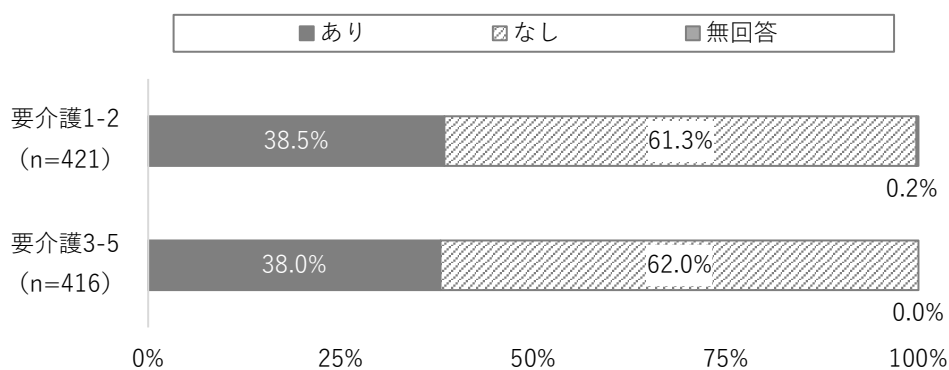
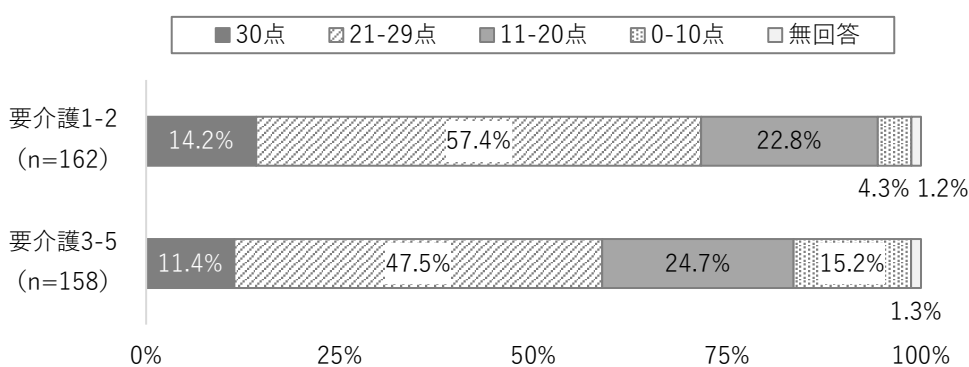


図6-2-4 利用開始時の認知機能評価



※ 認知機能評価ありに限る

表6-2-2 利用開始時の認知機能評価（認知症高齢者の日常生活自立度別）

		認知症高齢者の日常生活自立度			
		非該当	I	II	III/IV/M
n		96	88	91	44
1	30点	31.3%	11.4%	1.1%	0.0%
2	21-29点	61.5%	71.6%	45.1%	9.1%
3	11-20点	5.2%	15.9%	42.9%	40.9%
4	0-10点	1.0%	1.1%	9.9%	45.5%

※ 認知機能評価ありに限る

基本動作において「自立」の割合は、要介護1-2にて「床からの立ち上がり」「立位保持」を除き8～9割であった。要介護3-5では、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」にて「自立」が6～7割、「椅子からの立ち上がり」「立位保持」にて「自立」が4割であった（表6-2-3）。

表6-2-3 利用開始時の基本動作  
(要介護1-2 n=421, 要介護3-5 n=416)

			自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
1	寝返り	要介護1-2	93.6%	2.9%	3.3%	0.2%	0.0%
		要介護3-5	69.2%	5.5%	15.6%	9.6%	0.0%
2	起き上がり	要介護1-2	89.3%	5.7%	4.8%	0.2%	0.0%
		要介護3-5	61.3%	6.3%	18.3%	14.2%	0.0%
3	座位保持	要介護1-2	94.5%	3.6%	1.9%	0.0%	0.0%
		要介護3-5	66.1%	11.3%	13.2%	9.4%	0.0%
4	椅子からの 立ち上がり	要介護1-2	79.8%	10.7%	9.0%	0.5%	0.0%
		要介護3-5	46.2%	14.7%	21.6%	17.3%	0.2%
5	床からの 立ち上がり	要介護1-2	41.8%	9.3%	28.3%	20.0%	0.7%
		要介護3-5	19.5%	7.2%	23.3%	49.3%	0.7%
6	立位保持	要介護1-2	74.6%	15.2%	9.7%	0.5%	0.0%
		要介護3-5	40.6%	19.0%	23.1%	17.3%	0.0%

利用開始時のADL (Barthel index) は、要介護1-2にて「100点」7.4%、「80-95点」59.1%であった。また、要介護3-5では「0-35点」29.6%の割合が高かった(図6-2-5)。なお、年齢別では差を認めないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では「Ⅱ」「ⅢⅣⅤ」にて、点数が低い傾向にあった(表6-2-4)。6ヶ月後の利用状況別では、「利用継続者」にて点数が低い傾向にあった(表6-2-5)。

項目別にみると、「要介護1-2」では「入浴」「平地歩行」「階段昇降」の点数が低かった。加えて、「要介護3-5」では「更衣」「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」も低値であった(表6-2-6)。

図6-2-5 利用開始時のADL (Barthel index) の点数

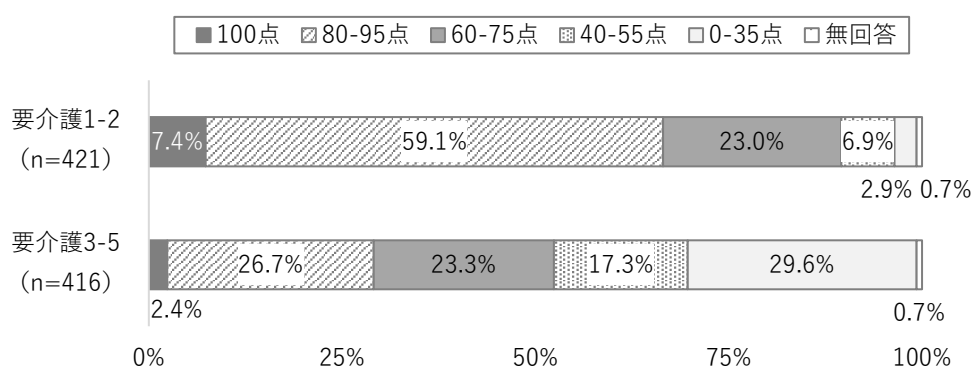


表6-2-4 利用開始時のADL (Barthel index) の点数

(年齢別・認知症高齢者の日常生活自立度別)

		年齢			認知症高齢者の日常生活自立度			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	非該当	Ⅰ	Ⅱ	ⅢⅣⅤ
	n	131	314	316	285	210	234	109
1	100点	3.1%	8.6%	2.8%	8.1%	3.8%	3.8%	0.9%
2	80-95点	39.7%	45.2%	41.8%	51.9%	51.4%	37.2%	16.5%
3	60-75点	26.7%	20.1%	25.3%	22.5%	24.3%	26.5%	15.6%
4	40-55点	16.8%	11.1%	9.8%	8.8%	8.6%	15.0%	20.2%
5	0-35点	13.0%	14.3%	19.3%	8.1%	11.9%	16.2%	45.9%

表6-2-5 利用開始時のADL (Barthel index) の点数  
(6月後利用状況別)

		6月後の利用状況	
		修了	利用継続
n		91	573
1	100点	8.8%	5.1%
2	80-95点	54.9%	39.1%
3	60-75点	18.7%	24.3%
4	40-55点	11.0%	12.2%
5	0-35点	6.6%	18.7%

表6-2-6 利用開始時のADL (Barthel index) の点数 (項目別)  
(要介護1-2 n=421, 要介護3-5 n=416)

			15点	10点	5点	0点	無回答
1	食事	要介護1-2	-	92.4%	6.2%	0.7%	0.7%
		要介護3-5	-	71.9%	19.2%	8.2%	0.7%
2	イスとベッド間の移乗	要介護1-2	77.7%	16.6%	4.8%	0.2%	0.7%
		要介護3-5	42.8%	23.8%	18.0%	14.7%	0.7%
3	整容	要介護1-2	-	-	81.9%	17.3%	0.7%
		要介護3-5	-	-	50.2%	49.0%	0.7%
4	トイレ動作	要介護1-2	-	81.0%	16.9%	1.4%	0.7%
		要介護3-5	-	39.7%	34.1%	25.5%	0.7%
5	入浴	要介護1-2	-	-	29.9%	69.4%	0.7%
		要介護3-5	-	-	12.3%	87.0%	0.7%
6	平地歩行	要介護1-2	30.4%	53.7%	9.7%	5.5%	0.7%
		要介護3-5	13.0%	38.7%	16.6%	31.0%	0.7%
7	階段昇降	要介護1-2	-	18.5%	56.3%	24.5%	0.7%
		要介護3-5	-	5.5%	39.9%	53.8%	0.7%
8	更衣	要介護1-2	-	68.6%	28.5%	2.1%	0.7%
		要介護3-5	-	31.5%	41.8%	26.0%	0.7%
9	排便コントロール	要介護1-2	-	84.8%	12.6%	1.9%	0.7%
		要介護3-5	-	51.0%	25.2%	23.1%	0.7%
10	排尿コントロール	要介護1-2	-	83.1%	14.3%	1.9%	0.7%
		要介護3-5	-	51.7%	23.3%	24.3%	0.7%

利用開始時のIADL (FAI) は、要介護1-2にて「10-18点」が18.5%、「0-9点」が72.4%であった。また、要介護3-5では「0-9点」が88.0%であった(図6-2-6)。なお、年齢別では差を認めないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では「IIIIVM」にて、点数が低い傾向にあった(表6-2-7)。

項目別にみると、要介護1-2にて「食事の片づけ」「食事の用意」「外出」、要介護3-5にて「外出」の点数が高い傾向にあった(表6-2-8)。

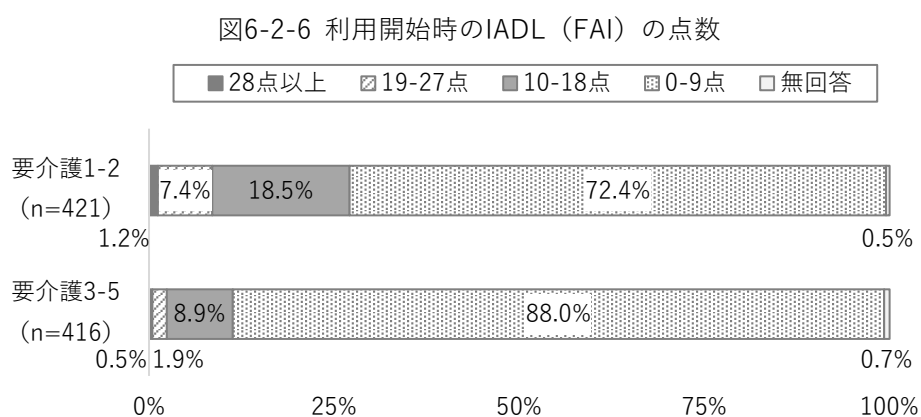


表6-2-7 利用開始時のIADL (FAI) の点数

(年齢別・認知症高齢者の日常生活自立度別)

		年齢			認知症高齢者の日常生活自立度			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	非該当	I	II	IIIIVM
n		131	314	316	285	210	234	109
1	28点以上	0.8%	1.0%	0.9%	1.1%	1.4%	0.4%	0.0%
2	19-27点	2.3%	6.1%	3.5%	7.0%	6.7%	2.1%	0.0%
3	10-18点	13.0%	14.6%	12.7%	17.9%	15.7%	13.2%	0.0%
4	0-9点	82.4%	78.0%	82.3%	73.0%	76.2%	83.8%	99.1%

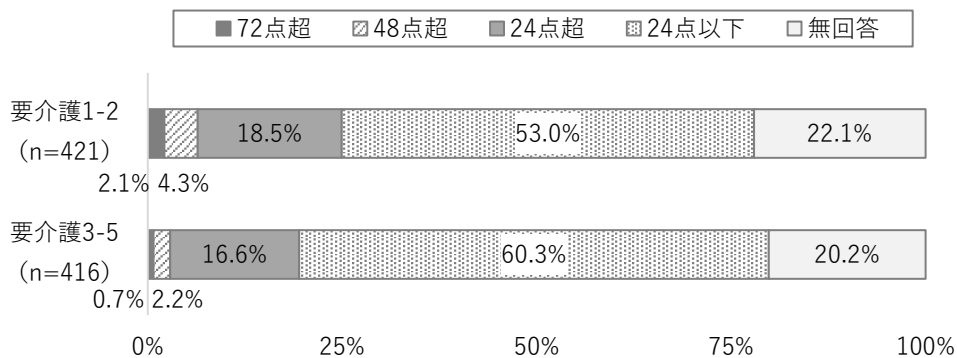
表6-2-8 利用開始時のIADL (FAI) の点数 (項目別)

(要介護1-2 n=421, 要介護3-5 n=416)

			3点	2点	1点	0点	無回答
1	食事の用意	要介護1-2	20.2%	4.0%	6.2%	69.1%	0.5%
		要介護3-5	8.7%	2.4%	2.9%	85.3%	0.7%
2	食事の片づけ	要介護1-2	24.9%	5.0%	7.4%	62.2%	0.5%
		要介護3-5	10.3%	1.4%	2.9%	84.6%	0.7%
3	洗濯	要介護1-2	14.7%	5.2%	5.2%	74.3%	0.5%
		要介護3-5	5.5%	1.4%	2.4%	89.9%	0.7%
4	掃除や整頓	要介護1-2	13.1%	5.9%	9.7%	70.8%	0.5%
		要介護3-5	5.3%	2.6%	6.7%	84.6%	0.7%
5	力仕事	要介護1-2	1.0%	1.2%	4.8%	92.6%	0.5%
		要介護3-5	0.5%	0.7%	0.7%	97.4%	0.7%
6	買物	要介護1-2	5.9%	3.6%	13.1%	77.0%	0.5%
		要介護3-5	3.6%	2.2%	6.5%	87.0%	0.7%
7	外出	要介護1-2	19.7%	11.9%	29.5%	38.5%	0.5%
		要介護3-5	16.6%	8.7%	16.8%	57.2%	0.7%
8	屋外歩行	要介護1-2	14.5%	10.9%	21.6%	52.5%	0.5%
		要介護3-5	7.0%	3.6%	10.6%	78.1%	0.7%
9	趣味	要介護1-2	13.3%	5.9%	12.6%	67.7%	0.5%
		要介護3-5	10.6%	3.1%	6.3%	79.3%	0.7%
10	交通手段の利用	要介護1-2	3.8%	2.4%	7.6%	85.7%	0.5%
		要介護3-5	2.4%	0.7%	5.0%	91.1%	0.7%
11	旅行	要介護1-2	0.2%	0.5%	2.1%	96.7%	0.5%
		要介護3-5	0.0%	0.0%	1.0%	98.3%	0.7%
12	庭仕事	要介護1-2	2.1%	1.7%	5.9%	89.8%	0.5%
		要介護3-5	1.0%	0.5%	1.4%	96.4%	0.7%
13	家や車の手入れ	要介護1-2	1.2%	0.7%	1.9%	95.7%	0.5%
		要介護3-5	0.5%	0.2%	0.5%	98.1%	0.7%
14	読書	要介護1-2	8.6%	5.2%	7.8%	77.9%	0.5%
		要介護3-5	7.2%	2.2%	6.3%	83.7%	0.7%
15	仕事	要介護1-2	0.5%	0.2%	0.5%	98.3%	0.5%
		要介護3-5	1.0%	0.0%	0.7%	97.6%	0.7%

利用開始時の生活空間の広がり（LSA）は、「24点以下」の割合が5～6割と高かった（図6-2-7）。

図6-2-7 利用開始時の生活空間の広がり（LSA）



在宅での生活状況について離床時間が「7時間以上」の割合は、「要介護1-2」にて51.1%、「要介護3-5」にて35.3%であった（図6-2-8）。また、医療的ケア等の実施がある利用者は、「要介護1-2」2.6%、「要介護3-5」12.0%であった（図6-2-9）。

図6-2-8 利用開始時の在宅での生活状況（離床時間）

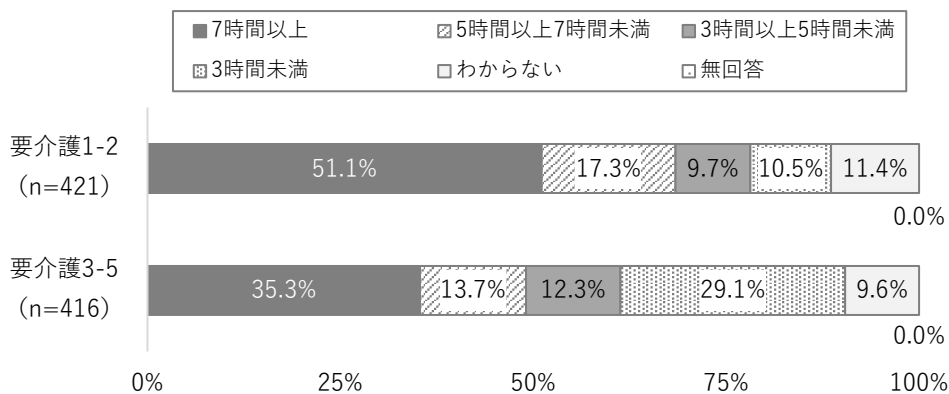
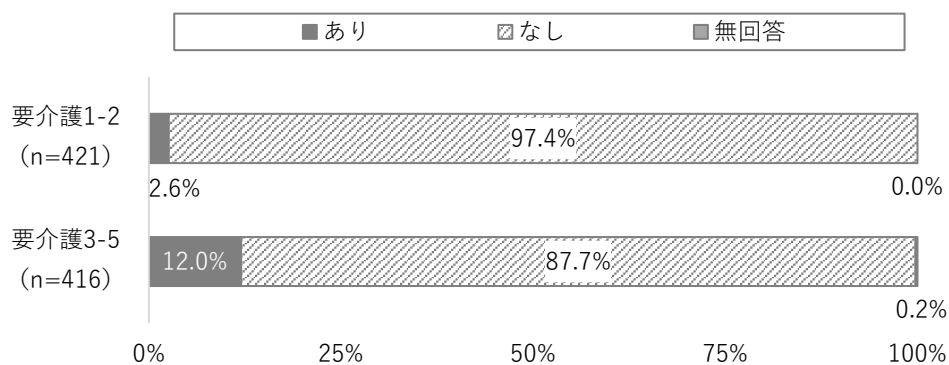
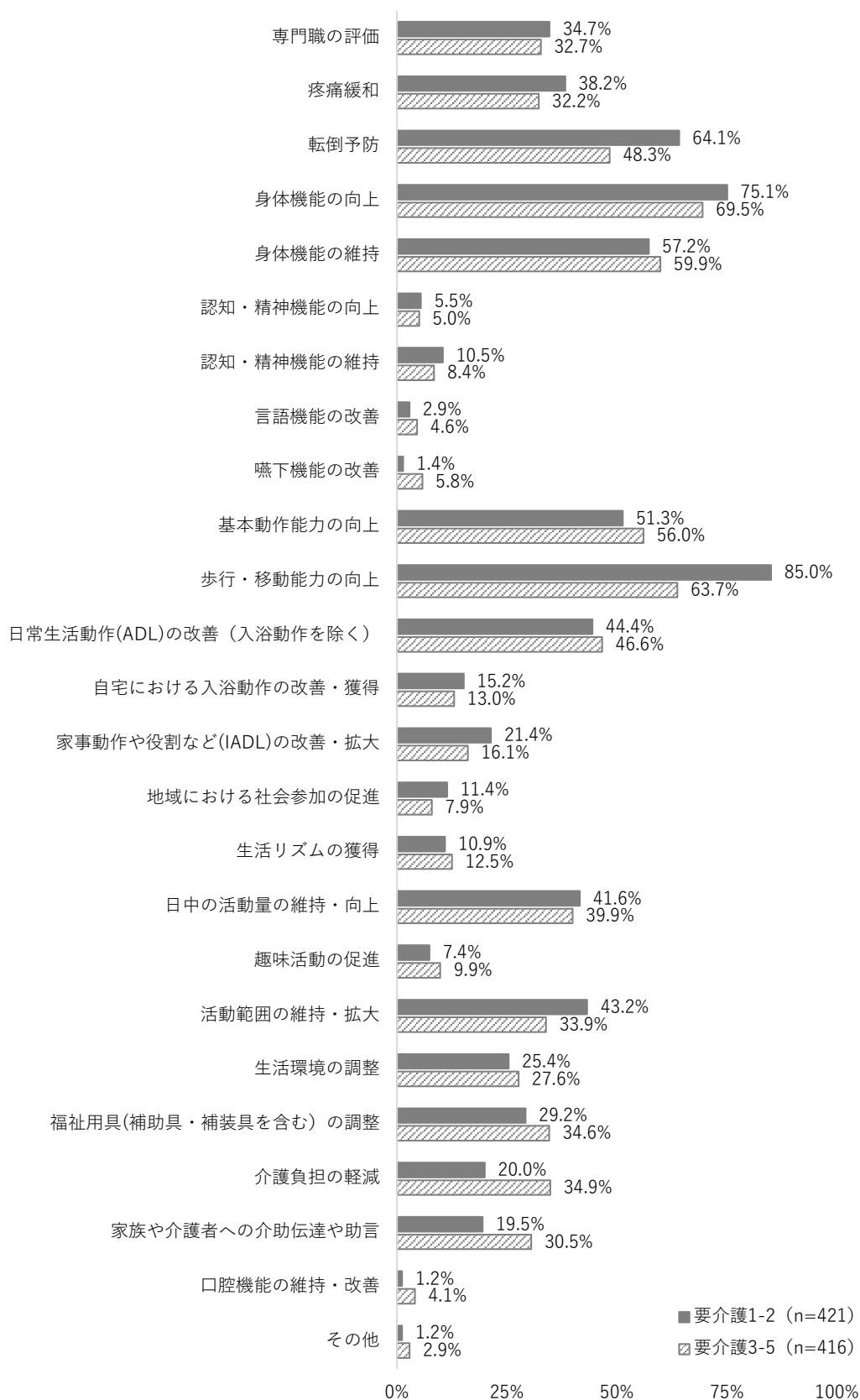


図6-2-9 医療的ケア等の実施有無



訪問リハビリテーション計画書に位置付けた目標は、「要介護1-2」にて「歩行・移動能力の向上」85.0%、「身体機能の向上」75.1%、「転倒予防」64.1%の順に割合が高かった。「要介護3-5」では「身体機能の向上」69.5%、「歩行・移動能力の向上」63.7%、「身体機能の維持」59.9%の順に割合が高く、「介護負担の軽減」「家族や介護者への介助伝達や助言」の割合も比較的高かった（図6-2-10）。

図 6-2-10 訪問リハ計画書に位置付けた目標



### 3. サービス提供内容

リハマネジメント加算の算定割合は、約4割であった（図6-3-1）。リハ計画書受領有無別では「受領あり」にて割合が高かった（表6-3-1）。

リハマネジメント加算の算定状況は、「加算（ロ）」「加算（イ）」の順に割合が高かった（図6-3-2）。リハマネジメント加算を算定した利用者において、医師による利用者または家族への説明を算定した割合は6割を超えた（図6-3-3）。

事業所医師の指示の内容は、「リハの目的」が約8割であった。他方、「リハ実施上の留意点」は8割を超え、「リハ中止の目安(基準)」は6割を超えた（図6-3-4）。

図6-3-1 リハマネジメント加算の算定有無

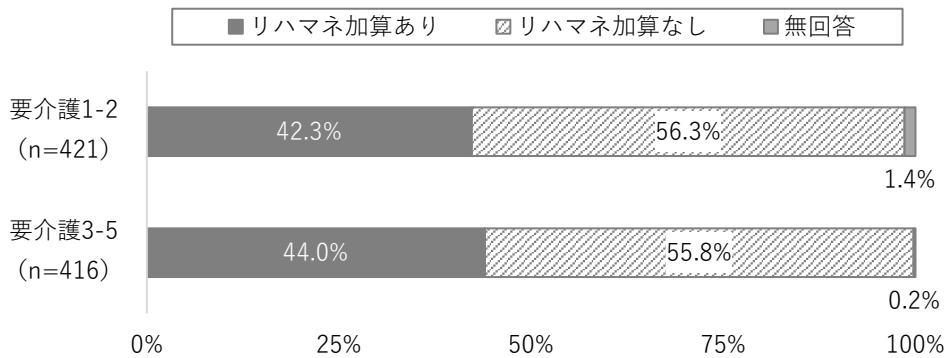


表6-3-1 リハマネジメント加算の算定有無

(退院・退所前カンファレンス参加有無別・リハ計画書受領有無別・事業所訪問件数別)

		退院・退所前カンファレンス		リハ計画書		事業所訪問件数		
		参加あり	参加なし	受領あり	受領なし	15件/日以上	5件/日以上	5件/日未満
	n	129	313	332	110	212	332	197
1	リハマネ加算あり	44.2%	44.4%	47.3%	35.5%	48.6%	39.8%	37.6%
2	リハマネ加算なし	55.8%	54.3%	52.1%	62.7%	50.0%	59.9%	61.9%

図6-3-2 リハマネジメント加算の算定状況

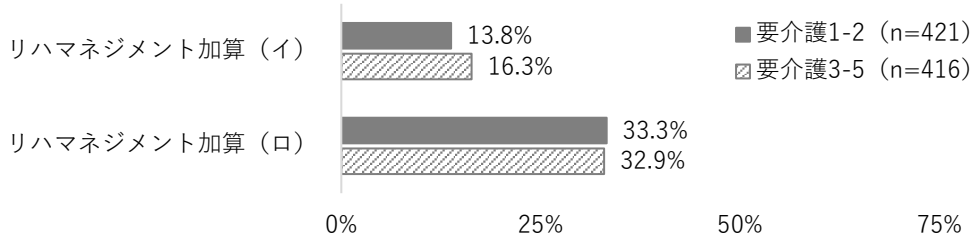
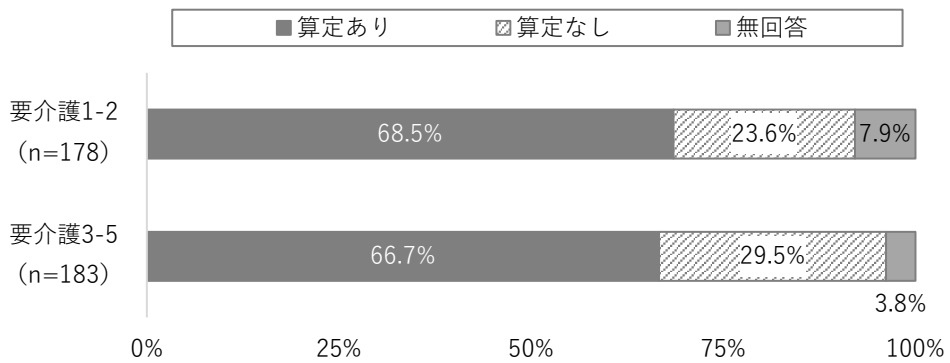
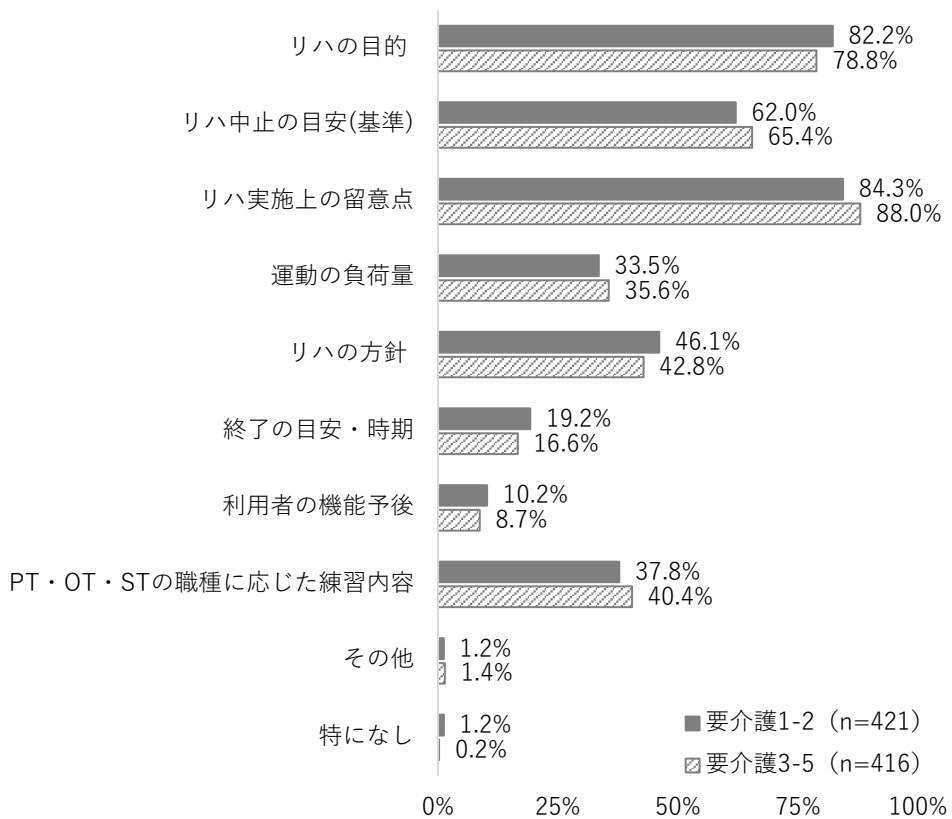


図6-3-3 医師による利用者または家族への説明



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

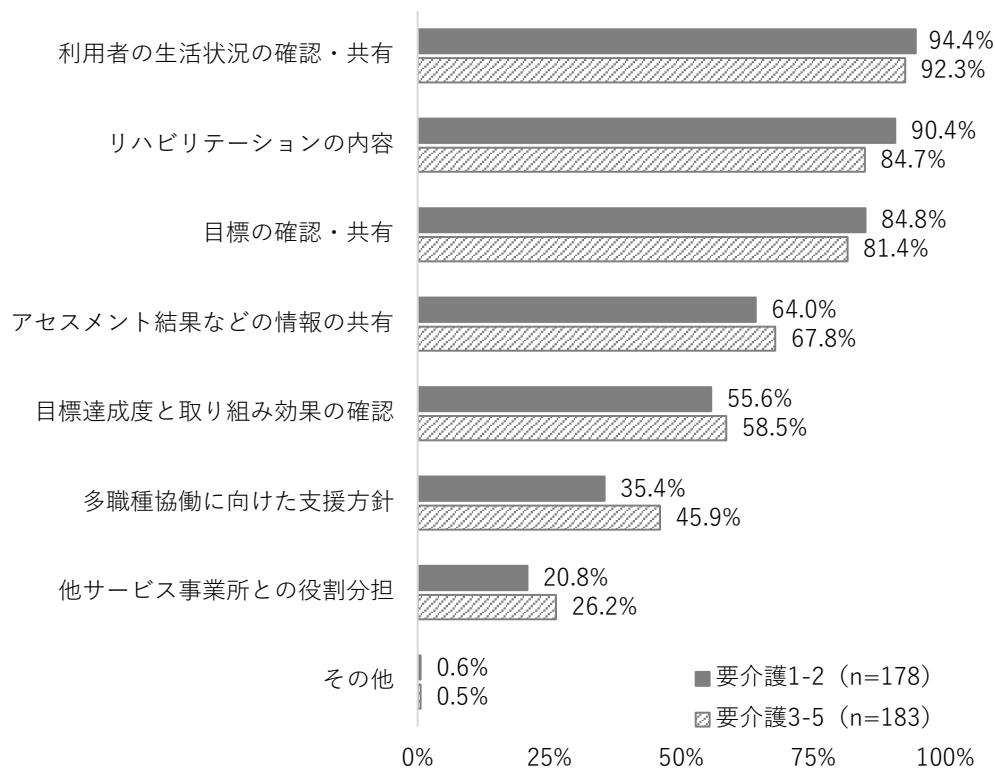
図6-3-4 事業所医師の指示



リハビリテーション会議における検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」の3項目にて8割を超えていた。一方、「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」「他サービス事業所との役割分担」の実施割合は低かった（図6-3-5）。

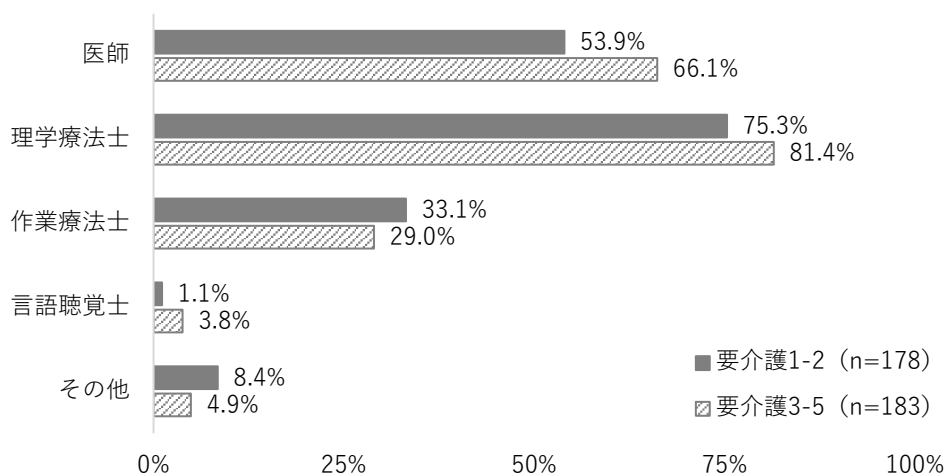
リハ会議の参加者は、事業所内にて「医師」「理学療法士」、事業所外にて「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図6-3-6、6-3-7）。

図 6-3-5 リハ会議における検討内容



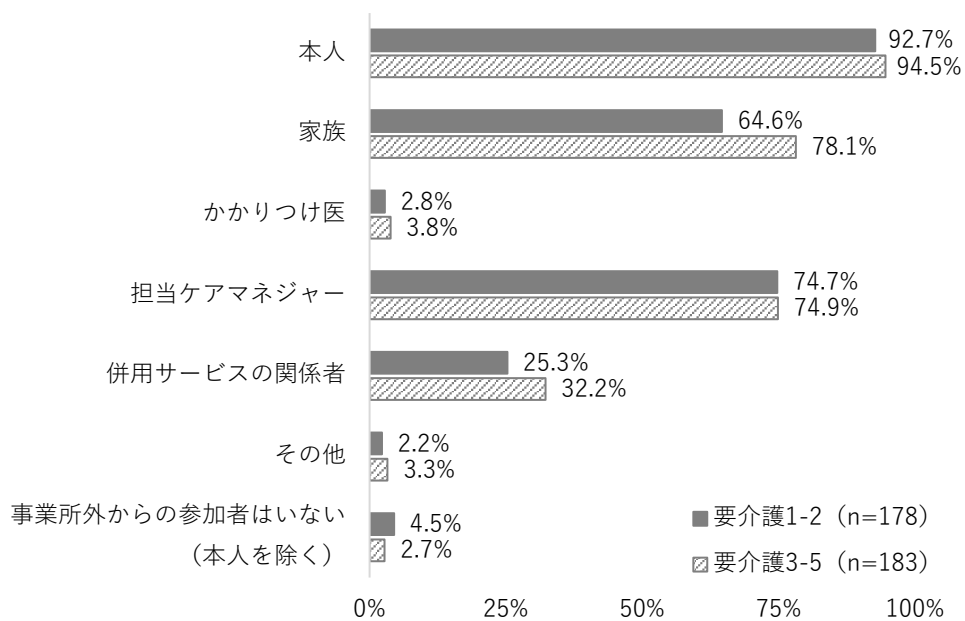
※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

図 6-3-6 リハ会議の参加者（事業所内）



※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

図 6-3-7 リハ会議の参加者（事業所外）

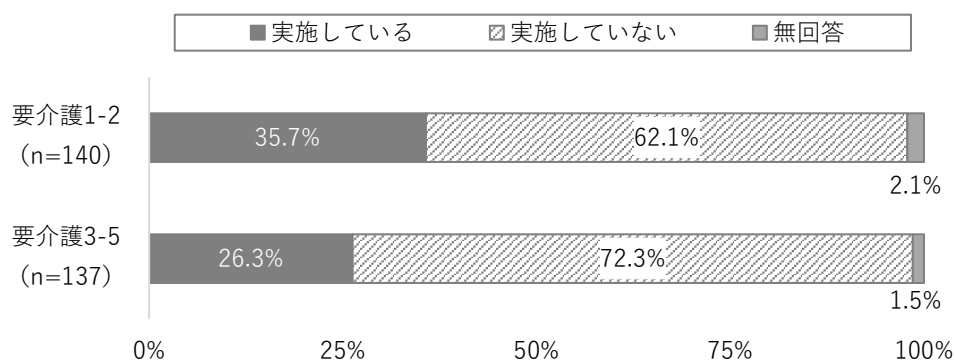


※ リハマネジメント加算の算定ありに限る

リハマネジメント加算（ロ）におけるLIFEへのデータ提出後に届くフィードバック票を用いて、利用者へのフィードバックを実施している割合は、「要介護1-2」にて35.7%、「要介護3-5」にて26.3%であった（図6-3-8）。

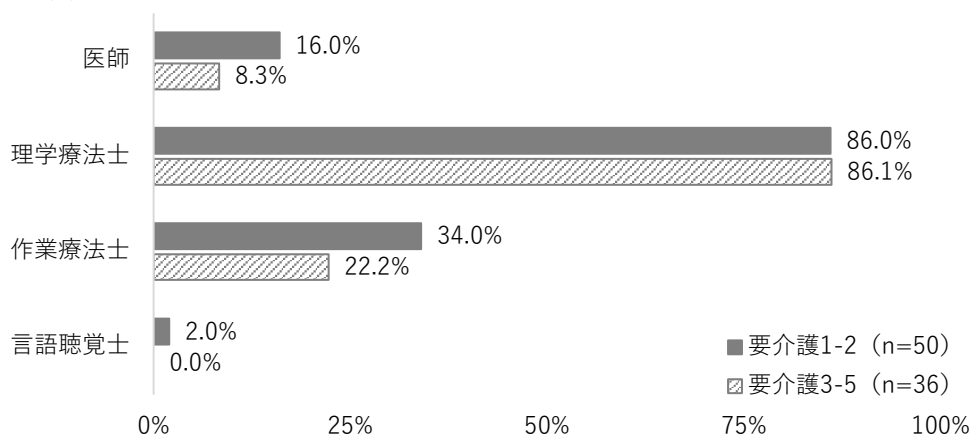
フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックを実施した職種は、「理学療法士」の割合が最も高かった（図6-3-9）。

図 6-3-8 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無



※ リハマネジメント加算（ロ）の算定ありに限る

図 6-3-9 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施職種



※ フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施ありに限る

かかりつけ医の診察による訪問リハの実施（診療未実施減算）した割合は18.3%であった（図6-3-10）。該当利用者のかかりつけ医において、必要な研修等を「受講している」割合は23.4%であり、「確認できていない（わからない）」56.5%の割合が最も高かった（図6-3-11）。なお、研修を受講していないかかりつけ医において、研修未受講理由の確認した割合は26.7%であった（図6-3-12）。

図 6-3-10 かかりつけ医の診察による訪問リハの実施有無（診療未実施減算）

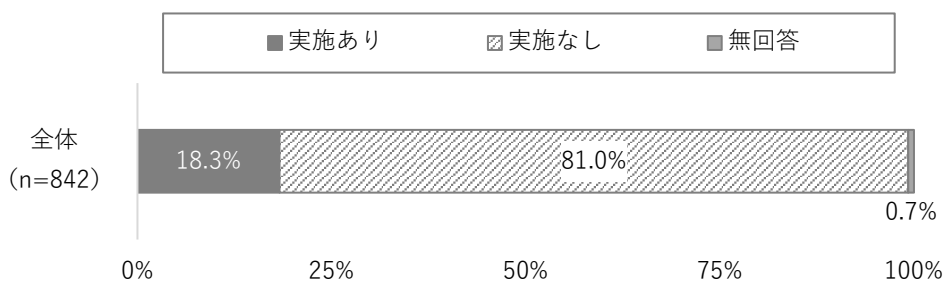
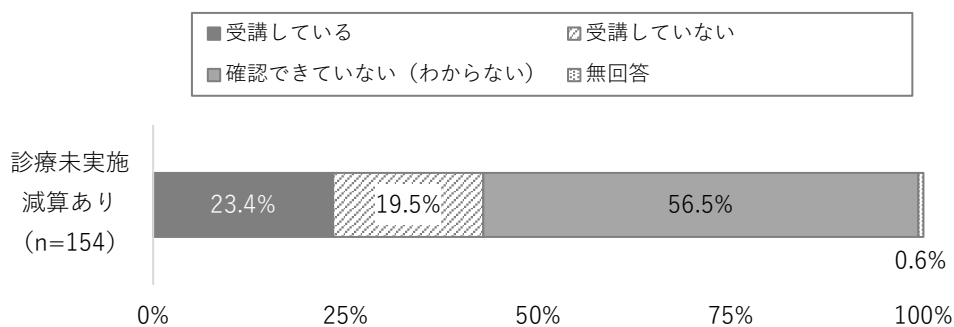
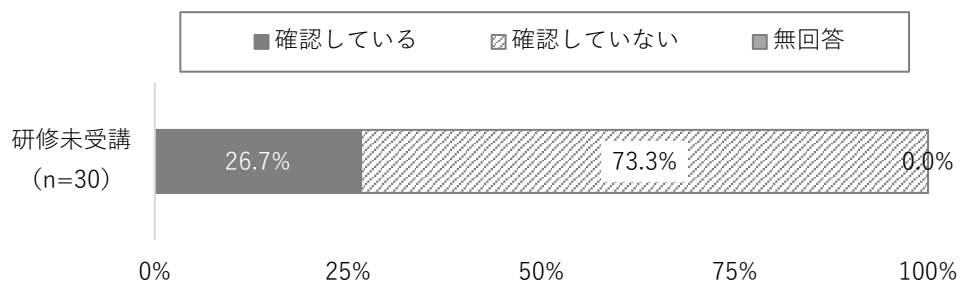


図 6-3-11 かかりつけ医における研修受講状況（診療未実施減算の要件）



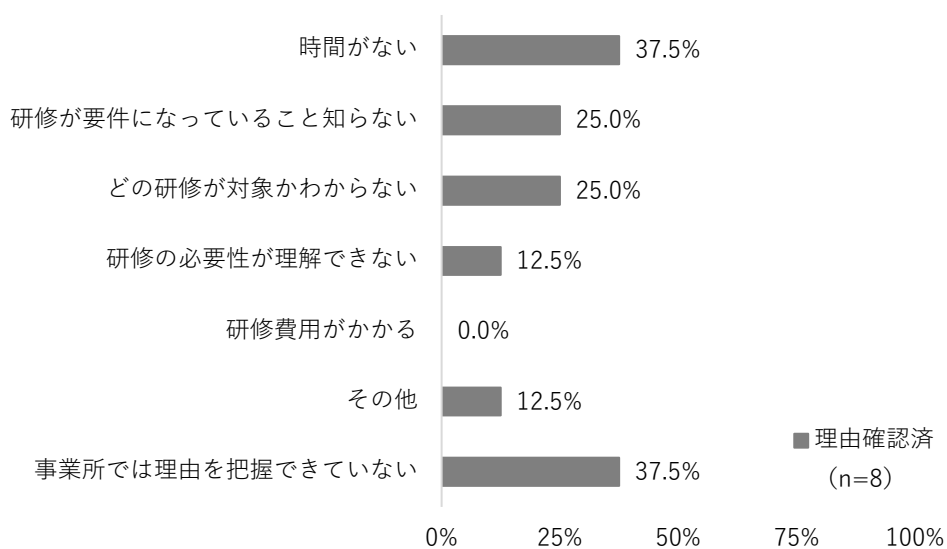
※ 診療未実施減算の該当ありに限る

図 6-3-12 かかりつけ医における研修未受講理由の確認状況



※ かかりつけ医の研修を受講していないに限る

図 6-3-13 かかりつけ医における研修未受講の理由



※ かかりつけ医の研修未受講の理由を確認しているに限る

各種加算の取り組みにおいて、「退院時共同指導加算」は「要介護1-2」にて10.2%、「要介護3-5」にて16.6%であった。なお、「認知症短期集中リハ実施加算」「口腔連携強化加算」の実施割合は1%前後であった（図6-3-14）。なお、リハマネ加算を算定した利用者において、「短期集中リハ実施加算」の算定割合が高い傾向にあった（表6-3-2）。

図 6-3-14 各種加算の取り組み（算定ありの割合）

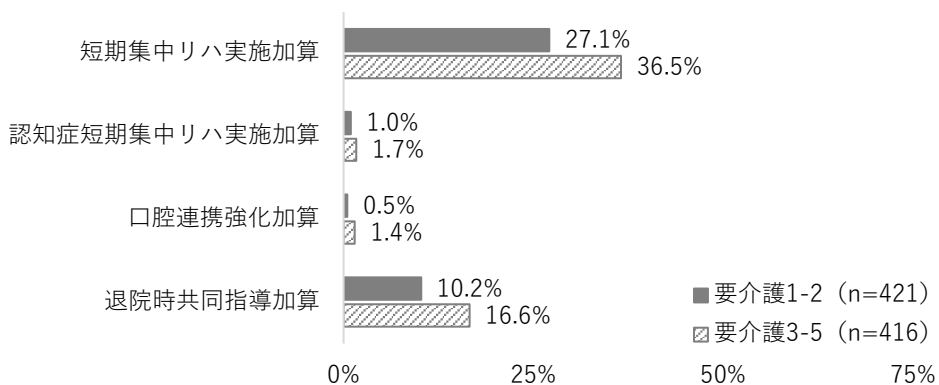


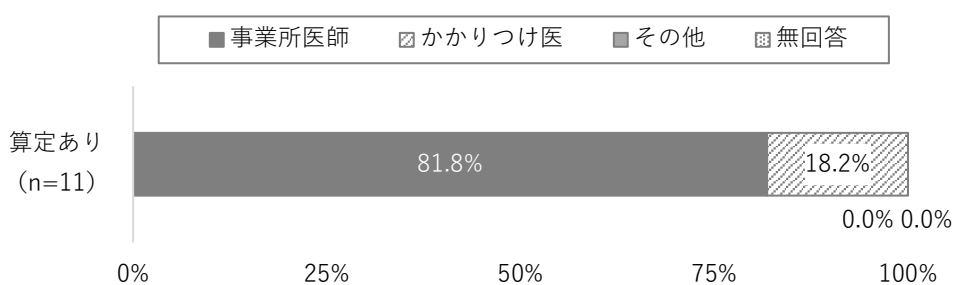
表6-3-2 各種加算の取り組み（算定ありの割合）

（リハマネ加算の算定有無別）

		リハマネ加算の算定有無	
		算定あり	算定なし
n		361	474
1	短期集中リハ実施加算	38.8%	26.6%
2	認知症短期集中リハ実施加算	2.2%	0.6%
3	口腔連携強化加算	1.4%	0.6%
4	退院時共同指導加算	16.9%	10.8%

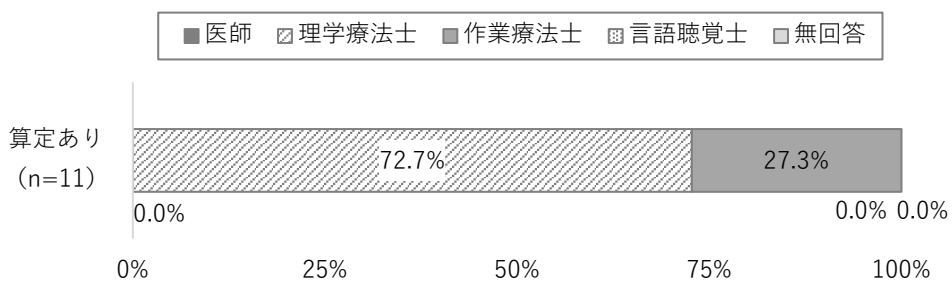
認知症短期集中リハ実施加算の必要性を判断した医師は「事業所医師」81.8%の割合が高かった（図6-3-15）。また、認知症短期集中リハ実施加算の実施職種は「理学療法士」72.7%の割合が高かった（図6-3-16）。

図 6-3-15 認知症短期集中リハ実施加算の必要性を判断した医師



※ 認知症短期集中リハ実施加算の算定ありに限る

図 6-3-16 認知症短期集中リハ実施加算の実施職種



※ 認知症短期集中リハ実施加算の算定ありに限る

口腔連携強化加算における評価職種は「理学療法士」「言語聴覚士」37.5%、「作業療法士」25.0%であった（図6-3-17）。評価内容は、8項目すべてにて概ね実施されていた（図6-3-18）。連携先は「介護支援専門員」87.5%、「他法人の歯科医療機関」75.0%であった（図6-3-19）。

図 6-3-17 口腔連携強化加算における評価職種

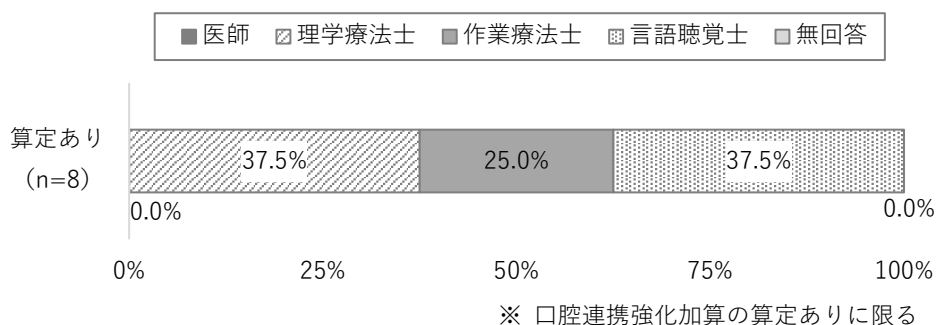


図 6-3-18 口腔連携強化加算における評価内容

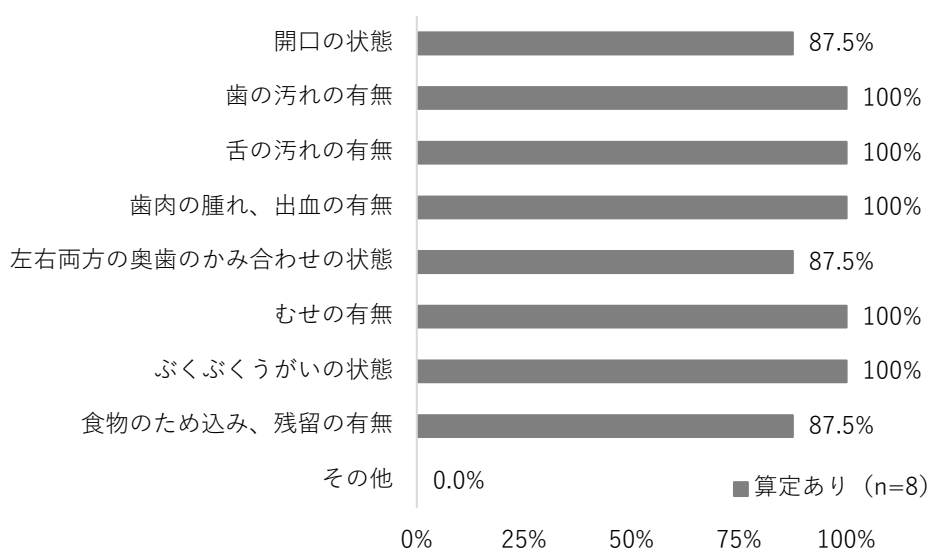
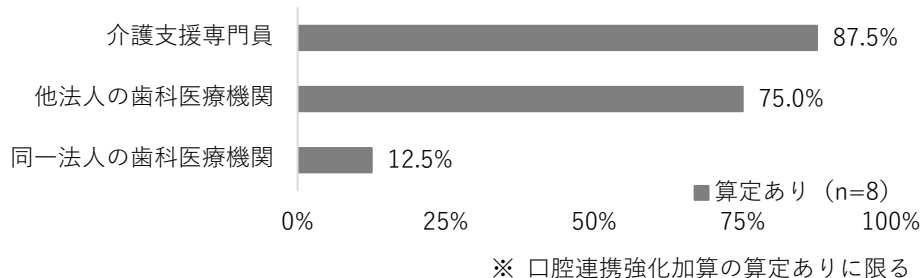


図 6-3-19 口腔連携強化加算における連携先



提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」「関節可動域訓練」の割合が8割を超え、「バランス訓練」が続いた(図6-3-20)。また、基本動作では、「立ち上がり訓練」「立位保持訓練」の実施割合が高かった(図6-3-21)。

歩行では、「要介護1-2」にて「歩行訓練(平地)」が87.6%、「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」が58.2%であった(図6-3-22)。なお、利用開始時のADL点数が高い利用者およびADL練習やIADL練習を提供した利用者において、「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高い傾向にあった(表6-3-3)。

図 6-3-20 提供サービス内容(運動療法)

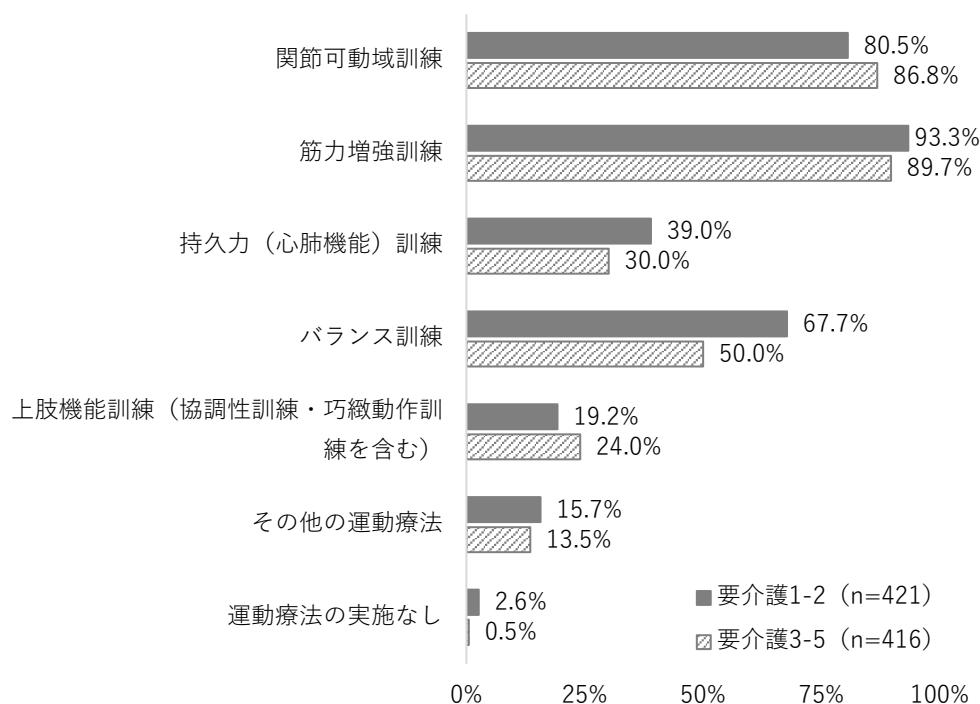


図 6-3-21 提供サービス内容（基本動作）

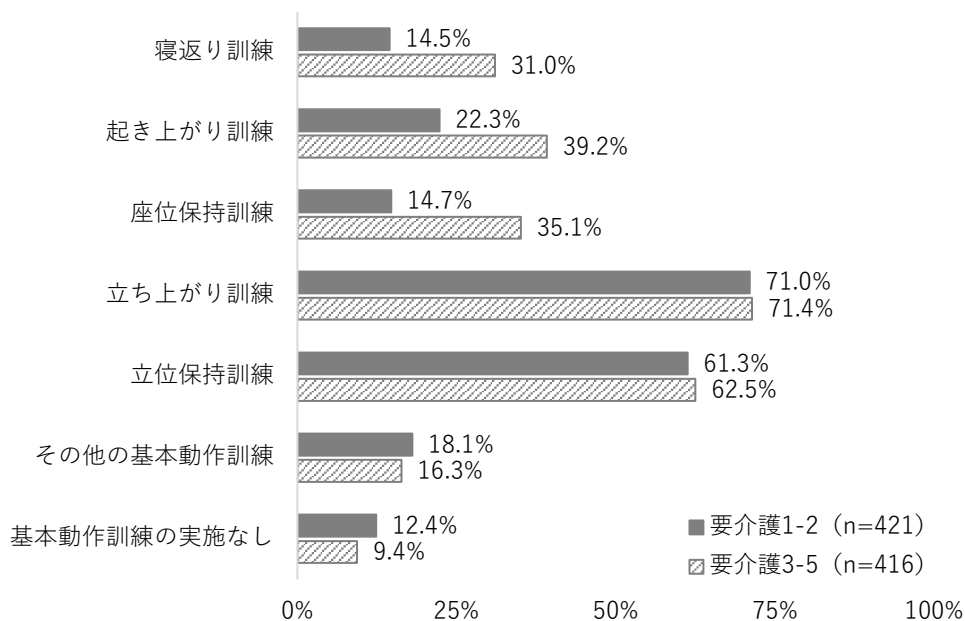


図 6-3-22 提供サービス内容（歩行）

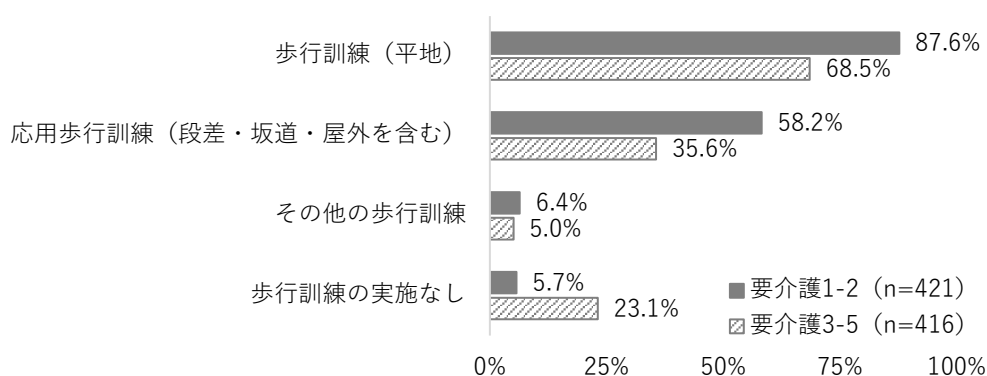


表6-3-3 提供サービス内容（歩行）（利用開始時のADL別・提供サービス内容別）

		利用開始時のADL				提供サービス内容		
		100点	80-95点	60-75点	55点以下	ADL練習あり	IADL練習あり	左記2種なし
	n	42	362	194	238	605	349	174
1	歩行訓練（平地）	76.2%	87.6%	88.1%	55.0%	82.0%	88.5%	63.8%
2	応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）	66.7%	67.1%	44.3%	14.7%	52.7%	74.5%	24.7%
3	その他の歩行訓練	2.4%	5.2%	9.3%	4.2%	7.4%	8.9%	1.1%
4	歩行訓練の実施なし	4.8%	4.1%	6.2%	38.7%	11.1%	3.4%	31.0%

提供サービスにおけるADLでは、「要介護1-2」にて「階段昇降訓練」の割合が高かった。また、「要介護3-5」にて「移乗訓練」「トイレ動作訓練」の実施割合が高かった。一方で、「ADL訓練の実施なし」もみられた（図6-3-23）。なお、認知症短期集中リハ実施加算を算定している利用者は、「ADL訓練の実施なし」の割合が低かった（表6-3-4）。

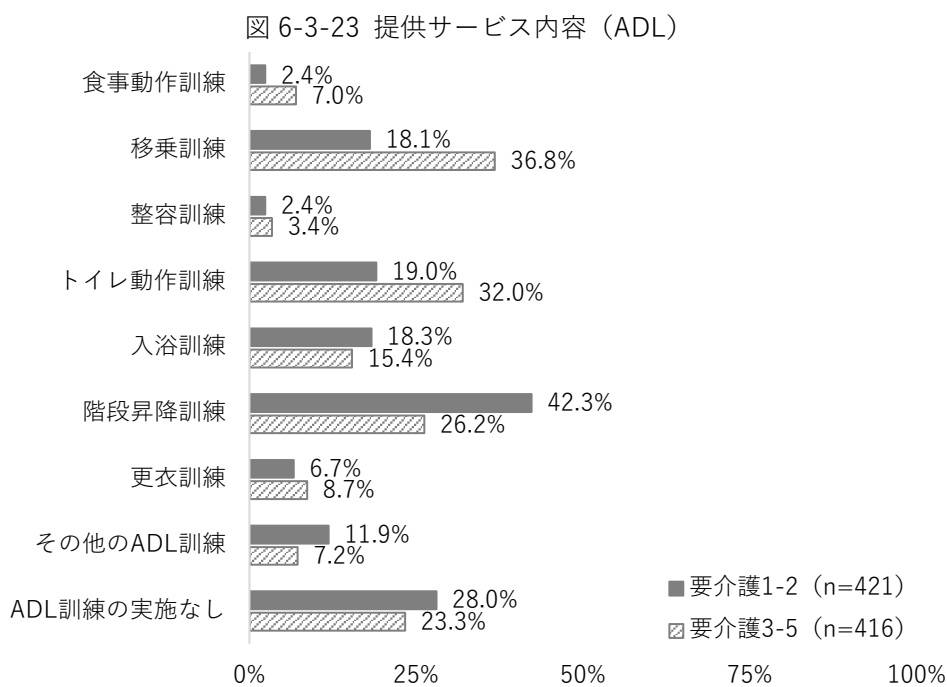


表6-3-4 提供サービス内容（ADL）

（認知症高齢者の日常生活自立度別・認知症短期集中リハ実施加算算定有無別）

	認知症高齢者の日常生活自立度				認知症短期集中	
	非該当	I	II	IIIIVM	算定あり	
n	285	210	234	109	11	
1	食事動作訓練	2.8%	4.3%	4.3%	11.0%	9.1%
2	移乗訓練	20.4%	24.8%	32.1%	41.3%	45.5%
3	整容訓練	2.8%	3.3%	2.6%	2.8%	9.1%
4	トイレ動作訓練	20.7%	21.4%	33.8%	27.5%	45.5%
5	入浴訓練	26.3%	14.3%	15.4%	0.9%	9.1%
6	階段昇降訓練	45.3%	31.4%	32.9%	13.8%	45.5%
7	更衣訓練	7.0%	7.1%	9.4%	6.4%	9.1%
8	その他のADL訓練	9.5%	10.0%	11.1%	5.5%	36.4%
9	ADL訓練の実施なし	24.2%	27.1%	23.5%	30.3%	9.1%

提供サービスにおけるIADLでは、「外出訓練」の割合が高い傾向にあったが、2~3割であった。一方で、「IADL訓練の実施なし」が約5割であり、最も割合が高かった(図6-3-24)。また、6ヶ月後の利用状況別にみると、利用修了者において「外出訓練」41.8%の実施割合が高かった(表6-3-5)。なお、ADL訓練・IADL訓練ともに実施なしの割合は、「要介護1-2」にて22.6%、「要介護3-5」にて18.8%であった。

図 6-3-24 提供サービス内容 (IADL)

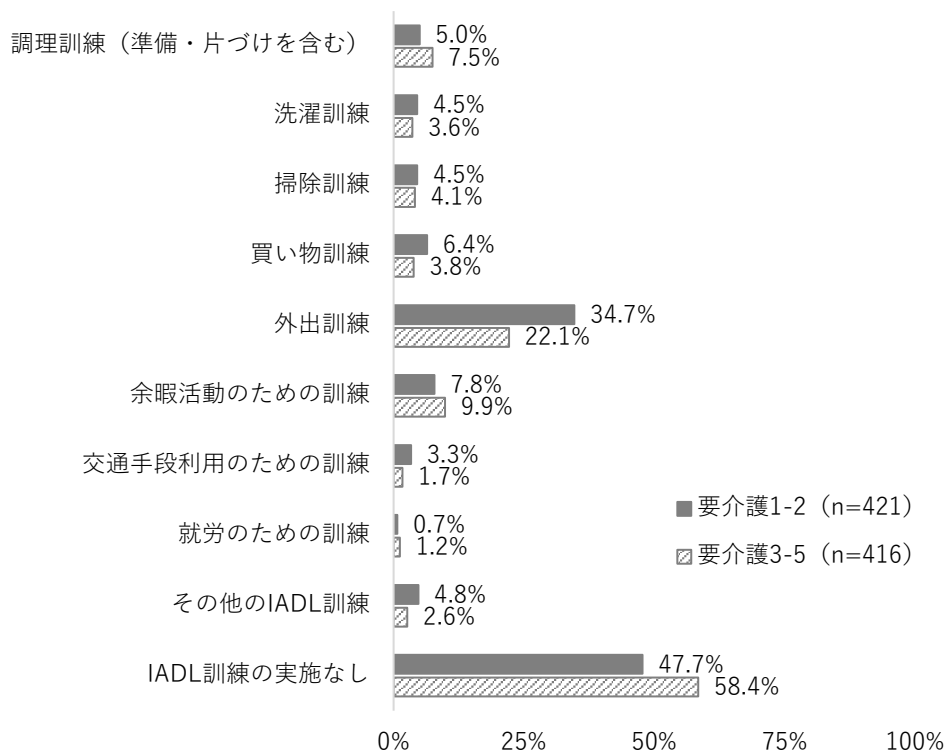


表6-3-5 提供サービス内容 (IADL)  
(6月後利用状況別)

		6月後の利用状況	
		修了	利用継続
n		91	573
1	調理訓練 (準備・片づけを含む)	8.8%	5.4%
2	洗濯訓練	4.4%	3.3%
3	掃除訓練	6.6%	3.5%
4	買い物訓練	7.7%	3.8%
5	外出訓練	41.8%	26.4%
6	余暇活動のための訓練	8.8%	9.2%
7	交通手段利用のための訓練	5.5%	1.6%
8	就労のための訓練	1.1%	0.9%
9	その他のIADL訓練	8.8%	3.1%
10	IADL訓練の実施なし	42.9%	56.2%

高次脳機能への関わりでは、「高次脳機能訓練の実施なし」が約8割であった。また、認知症短期集中リハ実施加算を算定している利用者は、「見当識訓練」「遂行機能訓練」「注意訓練」の実施割合が高かった (表6-3-6)。

言語・聴覚への関わりでは、「言語聴覚訓練の実施なし」が約9割であった。疾患別にみると、「進行性疾患」にて「構音訓練」20.0%の実施がみられた (表6-3-7)。

摂食・嚥下への関わりでは、「摂食嚥下訓練の実施なし」が約9割であった。疾患別にみると、「進行性疾患」にて「摂食嚥下訓練 (間接訓練)」15.6%の実施がみられた (表6-3-8)。

表6-3-6 提供サービス内容（高次脳機能）  
（介護度別・認知症短期集中リハ実施加算算定有無別）

		介護度		認知症 短期集中
		要介護 1-2	要介護 3-5	算定あり
n		421	416	11
1	見当識訓練	5.5%	7.5%	45.5%
2	注意訓練	6.7%	9.4%	27.3%
3	記憶訓練	5.7%	5.3%	18.2%
4	視空間認知訓練	0.7%	2.4%	9.1%
5	遂行機能訓練	3.6%	4.1%	36.4%
6	その他の高次脳機能訓練	4.5%	3.4%	18.2%
7	高次脳機能訓練の実施なし	76.7%	78.1%	36.4%

表6-3-7 提供サービス内容（言語・聴覚）  
（介護度別・疾患別）

		介護度		疾患			
		要介護 1-2	要介護 3-5	脳血管 疾患	骨関節 疾患	内部障害	進行性 疾患
n		421	416	180	223	76	45
1	失語症に対する訓練	2.9%	2.2%	6.1%	0.9%	0.0%	4.4%
2	構音訓練	2.6%	4.1%	5.0%	1.3%	2.6%	20.0%
3	音声訓練	2.4%	2.4%	2.8%	1.3%	0.0%	13.3%
4	聴覚訓練	0.2%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
5	その他の言語聴覚訓練	0.5%	1.2%	0.6%	0.4%	0.0%	2.2%
6	言語聴覚訓練の実施なし	91.2%	89.4%	86.7%	94.2%	96.1%	71.1%

表6-3-8 提供サービス内容（摂食・嚥下）  
（介護度別・疾患別）

		介護度		疾患			
		要介護 1-2	要介護 3-5	脳血管 疾患	骨関節 疾患	内部障害	進行性 疾患
n		421	416	180	223	76	45
1	摂食嚥下訓練（直接訓練）	1.4%	3.4%	1.7%	1.3%	3.9%	4.4%
2	摂食嚥下訓練（間接訓練）	3.3%	4.3%	1.7%	2.2%	6.6%	15.6%
3	摂食嚥下訓練の実施なし	93.1%	90.1%	94.4%	93.7%	89.5%	82.2%

環境調整・支援の関わりでは、「福祉用具・自助具の評価・選定」「家族・支援者への助言」「家屋評価・調整」の割合が高かった。特に、認知症短期集中リハ実施加算を算定している利用者において、割合が高かった（表6-3-9）。

評価・助言に関する取り組みでは、「運動・自主トレに関する助言」「転倒予防への啓発・助言」にて実施割合が高かった。特に、認知症短期集中リハ実施加算を算定している利用者は、「生活習慣に関する助言」「併用サービス等への助言」「栄養状態の評価・助言」の実施割合が比較的高い傾向にあった（表6-3-10）。

社会参加への取り組みでは、「社会参加への支援の実施なし」が8割であった（表6-3-11）。

表 6-3-9 提供サービス内容（環境調整・支援）  
（介護度別・認知症短期集中リハ実施加算算定有無別）

		介護度		認知症 短期集中
		要介護 1-2	要介護 3-5	算定あり
n		421	416	11
1	家屋評価・調整	45.8%	42.3%	63.6%
2	福祉用具・自助具の評価・選定	65.3%	66.8%	81.8%
3	家族・支援者への助言	52.5%	61.8%	72.7%
4	支援制度の相談	5.5%	6.7%	18.2%
5	その他の環境調整・支援	10.5%	15.1%	9.1%
6	環境調整・支援の実施なし	15.0%	13.7%	9.1%

表6-3-10 評価・助言に関する取り組み  
(介護度別・認知症短期集中リハ実施加算算定有無別)

		介護度		認知症 短期集中
		要介護 1-2	要介護 3-5	算定あり
n		421	416	11
1	運動・自主トレに関する助言	87.2%	74.0%	72.7%
2	転倒予防への啓発・助言	83.4%	69.7%	72.7%
3	生活習慣に関する助言	43.0%	37.0%	63.6%
4	口腔機能の評価・助言	2.4%	5.0%	9.1%
5	栄養状態の評価・助言	9.3%	8.7%	27.3%
6	併用サービス等への助言	13.3%	17.1%	36.4%
7	その他の評価・助言	2.1%	4.1%	9.1%
8	評価・助言の実施なし	1.0%	3.6%	9.1%

表6-3-11 社会参加への取り組み  
(介護度別・利用開始時のADL別)

		介護度		利用開始時のADL			
		要介護 1-2	要介護 3-5	100点	80-95点	60-75点	55点以下
n		421	416	42	362	194	238
1	通いの場等への同行評価	1.9%	3.6%	2.4%	3.0%	2.6%	2.1%
2	その他の社会参加への支援	10.5%	10.3%	9.5%	11.6%	10.8%	8.0%
3	社会参加への支援の実施なし	81.9%	79.1%	81.0%	79.0%	82.0%	82.4%

ケアマネジャーとの情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」が9割を超え最も高く、次いで「生活状況や生活課題」が続いた（図6-3-25）。

リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、すべての項目において、実施割合が高かった（表6-3-12）。

図 6-3-25 ケアマネジャーとの情報共有

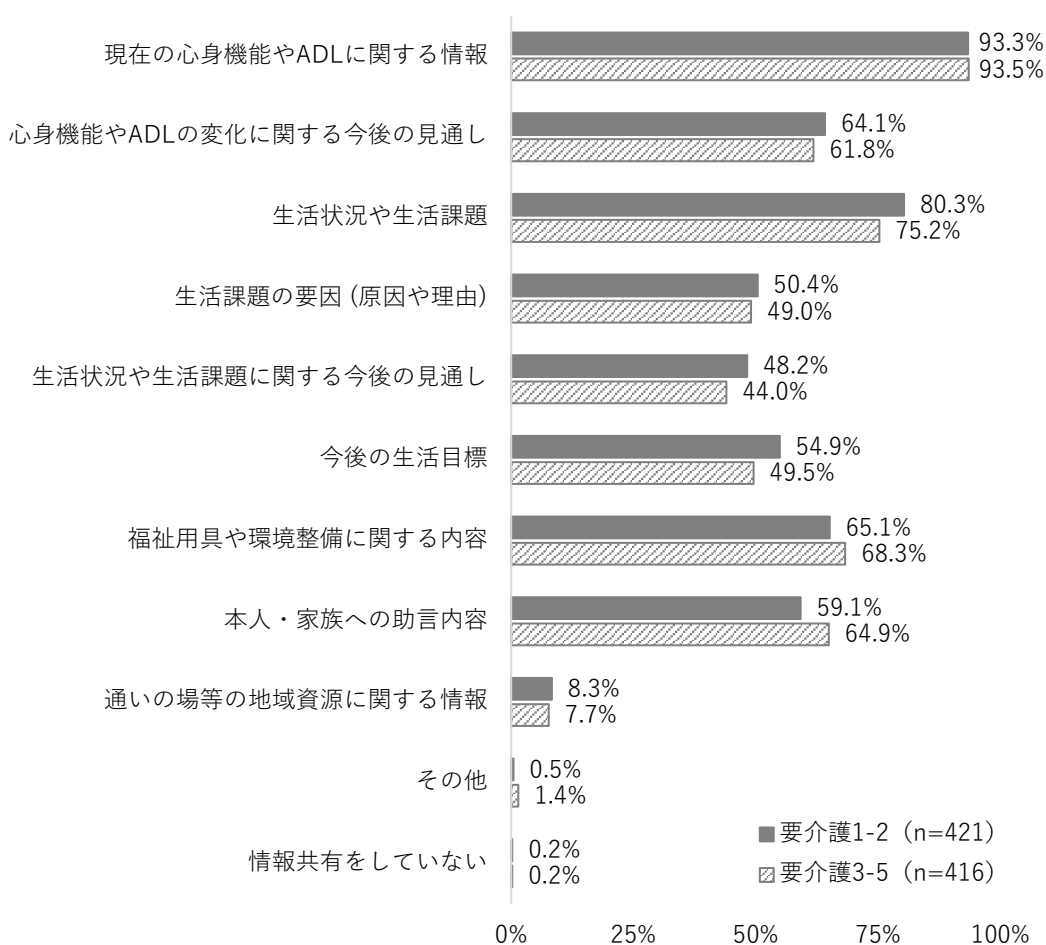


表6-3-12 ケアマネジャーとの情報共有  
 (リハマネ加算の算定有無別・リハ会議の協議内容別)

		リハマネ加算		リハ会議の協議内容			
		算定あり	算定なし	情報共有	効果確認	支援方針	左記3種 なし
n		361	474	238	206	147	60
1	現在の心身機能やADLに関する情報	94.2%	92.8%	97.9%	96.6%	100%	81.7%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	62.9%	63.3%	73.9%	74.8%	78.9%	31.7%
3	生活状況や生活課題	82.0%	74.9%	87.8%	92.7%	91.8%	60.0%
4	生活課題の要因 (原因や理由)	52.6%	47.3%	61.3%	69.4%	75.5%	16.7%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	47.9%	44.7%	57.1%	62.6%	68.7%	18.3%
6	今後の生活目標	54.6%	50.4%	62.6%	70.4%	75.5%	28.3%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	69.5%	65.2%	73.5%	82.5%	86.4%	45.0%
8	本人・家族への助言内容	65.7%	59.5%	74.4%	80.1%	81.6%	35.0%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	10.0%	6.3%	13.9%	14.1%	15.6%	3.3%
10	その他	1.4%	0.6%	1.7%	1.0%	2.0%	0.0%
11	情報共有をしていない	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%

他介護サービス事業所との情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」7割が最も高く、「生活状況や生活課題」「福祉用具や環境整備に関する内容」が続いた。一方で、「情報共有をしていない」もみられた（図6-3-26）。

リハマネ加算の算定有無別にみると、「リハマネ加算あり」の利用者にて「現在の心身機能やADLに関する情報」「生活状況や生活課題」「福祉用具や環境整備に関する内容」「本人・家族への助言内容」「今後の生活目標」を共有している割合が比較的高かった。また、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、すべての項目において、実施割合が高かった（表6-3-13）。

図 6-3-26 他介護サービス事業所との情報共有

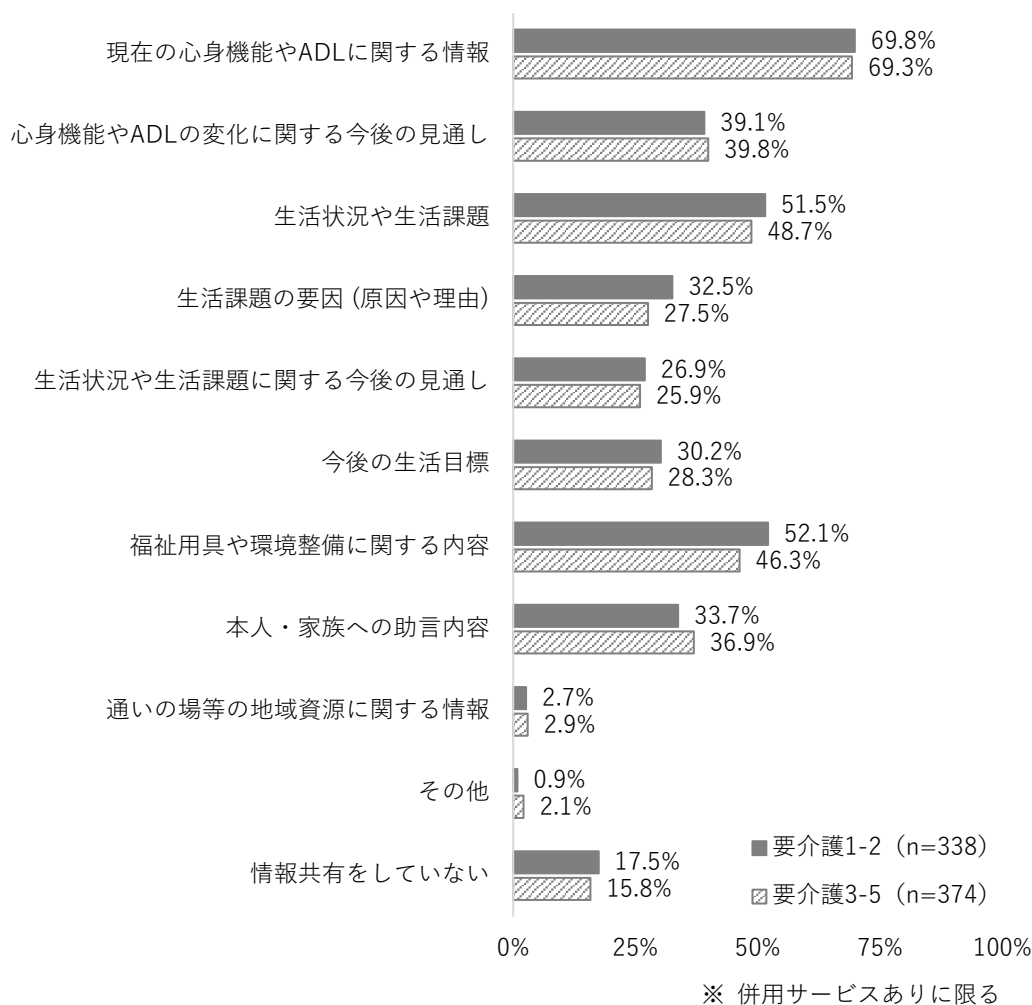


表6-3-13 他介護サービス事業所との情報共有  
(リハマネ加算の算定有無別・リハ会議の協議内容別)

		リハマネ加算		リハ会議の協議内容			
		算定あり	算定なし	情報共有	効果確認	支援方針	左記3種 なし
n		312	398	210	180	135	48
1	現在の心身機能やADLに関する情報	79.8%	61.6%	85.7%	85.6%	88.1%	66.7%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	44.9%	35.9%	55.2%	57.2%	62.2%	10.4%
3	生活状況や生活課題	58.0%	44.5%	65.2%	70.0%	73.3%	33.3%
4	生活課題の要因 (原因や理由)	37.8%	24.1%	46.2%	51.7%	55.6%	14.6%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	33.7%	21.1%	41.9%	45.0%	51.9%	14.6%
6	今後の生活目標	40.4%	20.9%	46.2%	56.1%	60.7%	22.9%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	56.1%	44.0%	60.0%	68.3%	75.6%	33.3%
8	本人・家族への助言内容	45.5%	28.1%	50.0%	59.4%	63.7%	27.1%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	5.1%	1.0%	6.7%	6.7%	8.9%	4.2%
10	その他	2.2%	1.0%	2.4%	2.8%	3.0%	2.1%
11	情報共有をしていない	8.3%	23.1%	7.6%	7.2%	5.9%	8.3%

※ 併用サービスありに限る

#### 4. 利用開始から6ヶ月後の状況

介護度の「更新・変更あり」の割合は、「要介護1-2」にて23.0%、「要介護3-5」にて21.9%であった（図6-4-1）。状態の変化は各評価にて「向上」「維持」の割合が9割を超えた（表6-4-1）。

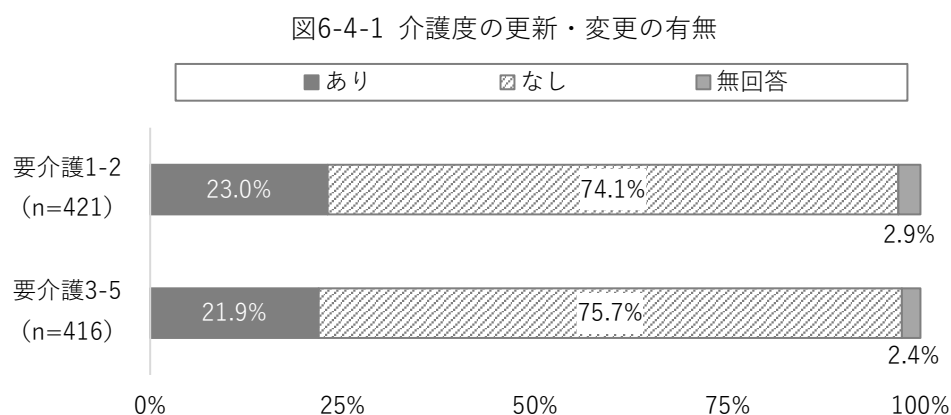


表 6-4-1 状態の変化

		n	向上	維持	低下	
1	介護度	要介護1-2	409	4.2%	86.8%	9.0%
		要介護3-5	406	9.9%	87.9%	2.2%
2	日常生活自立度	要介護1-2	398	14.8%	76.9%	8.3%
		要介護3-5	401	11.7%	82.3%	6.0%
3	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護1-2	400	4.3%	90.5%	5.3%
		要介護3-5	401	7.0%	89.8%	3.2%

※ 無回答を除く／介護度の更新・変更なしは維持に含む

心身機能の変化における「向上」の割合は、「疼痛」にて比較的高い傾向にあった（表6-4-2）。

表 6-4-2 心身機能の変化

		n	向上	維持	低下	
1	筋力低下	要介護1-2	398	3.8%	95.5%	0.8%
		要介護3-5	401	2.0%	98.0%	0.0%
2	麻痺	要介護1-2	396	1.0%	96.7%	2.3%
		要介護3-5	397	1.5%	97.2%	1.3%
3	感覚機能障害	要介護1-2	397	2.3%	96.2%	1.5%
		要介護3-5	395	2.8%	94.7%	2.5%
4	関節可動域制限	要介護1-2	397	6.0%	91.4%	2.5%
		要介護3-5	399	3.0%	94.0%	3.0%
5	摂食嚥下障害	要介護1-2	394	1.0%	97.7%	1.3%
		要介護3-5	395	4.1%	92.4%	3.5%
6	失語症・構音障害	要介護1-2	395	2.3%	97.5%	0.3%
		要介護3-5	392	4.8%	94.4%	0.8%
7	見当識障害	要介護1-2	395	1.0%	97.5%	1.5%
		要介護3-5	389	3.9%	94.1%	2.1%
8	記憶障害	要介護1-2	393	2.3%	94.7%	3.1%
		要介護3-5	391	2.8%	94.1%	3.1%
9	高次脳機能障害	要介護1-2	393	2.5%	96.9%	0.5%
		要介護3-5	391	2.3%	96.9%	0.8%
10	栄養状態(障害)	要介護1-2	394	3.6%	94.9%	1.5%
		要介護3-5	392	4.6%	93.4%	2.0%
11	褥瘡	要介護1-2	393	1.8%	97.5%	0.8%
		要介護3-5	390	3.3%	91.0%	5.6%
12	疼痛	要介護1-2	395	9.6%	87.1%	3.3%
		要介護3-5	393	7.9%	86.8%	5.3%
13	精神行動障害	要介護1-2	393	0.8%	98.2%	1.0%
		要介護3-5	389	1.8%	97.2%	1.0%
14	口腔機能の課題	要介護1-2	333	1.2%	97.3%	1.5%
		要介護3-5	311	2.6%	96.5%	1.0%

※ 無回答を除く

基本動作能力の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて「床からの立ち上がり」、「要介護3-5」にて「立位保持」「椅子からの立ち上がり」の割合が高い傾向にあった（表6-4-3）。

表 6-4-3 基本動作能力の変化

		n	向上	維持	低下	
1	寝返り	要介護1-2	398	2.8%	95.7%	1.5%
		要介護3-5	400	9.5%	88.3%	2.3%
2	起き上がり	要介護1-2	398	5.3%	92.7%	2.0%
		要介護3-5	400	11.0%	86.5%	2.5%
3	座位保持	要介護1-2	398	1.8%	96.7%	1.5%
		要介護3-5	400	11.5%	85.0%	3.5%
4	椅子からの立ち上がり	要介護1-2	398	9.8%	86.7%	3.5%
		要介護3-5	397	14.1%	81.4%	4.5%
5	床からの立ち上がり	要介護1-2	393	18.1%	77.1%	4.8%
		要介護3-5	396	12.4%	82.3%	5.3%
6	立位保持	要介護1-2	398	10.6%	85.4%	4.0%
		要介護3-5	400	15.5%	79.5%	5.0%

※ 無回答を除く

ADLの変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて34.2%、「要介護3-5」にて37.8%であった（図6-4-2）。提供サービス内容別では「ADL練習あり」「IADL練習あり」にて4割を超え、「実施なし」22.4%より高値であった。また、6ヶ月後の利用状況にて利用修了者は、「向上」44.0%の割合が高かった。加えて、リハマネ加算（口）を算定する利用者は40.5%であり、「算定なし」33.1%より高い傾向にあった（表6-4-4）。

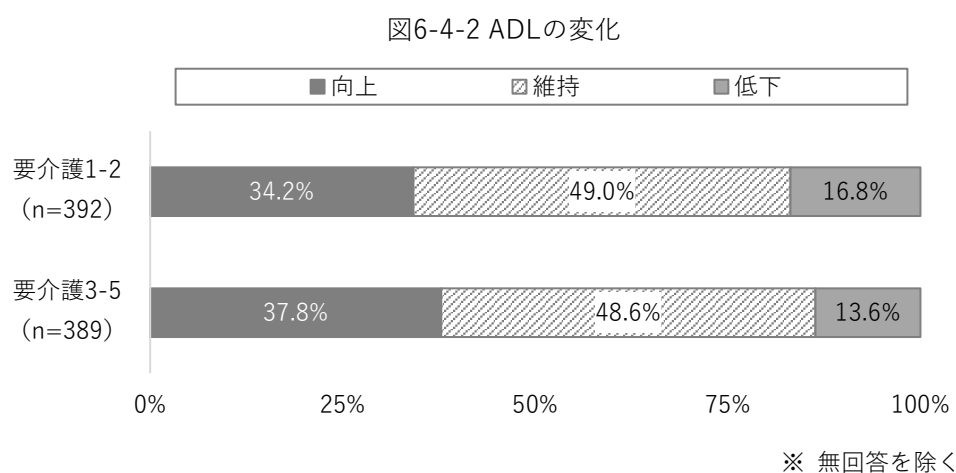


表6-4-4 ADLの変化  
(提供サービス内容別・6ヶ月後利用状況別・リハマネ加算(口)算定有無別)

	提供サービス内容	6ヶ月後の利用状況			リハマネ加算(口)			
		ADL練習	IADL練習	左記2種なし	修了	利用継続	算定あり	算定なし
n		562	326	165	75	559	257	514
1	向上	40.2%	42.0%	22.4%	44.0%	33.6%	40.5%	33.1%
2	維持	45.0%	46.3%	60.6%	48.0%	50.8%	44.4%	51.9%
3	低下	14.8%	11.7%	17.0%	8.0%	15.6%	15.2%	15.0%

※ 無回答を除く

IADLの変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて50.1%、「要介護3-5」にて38.9%であった（図6-4-3）。提供サービス内容別では「IADL練習あり」にて59.9%であり、「実施なし」33.1%より高値であった。また、6ヶ月後の利用状況にて利用修了者は、「向上」63.9%の割合が高かった（表6-4-5）。

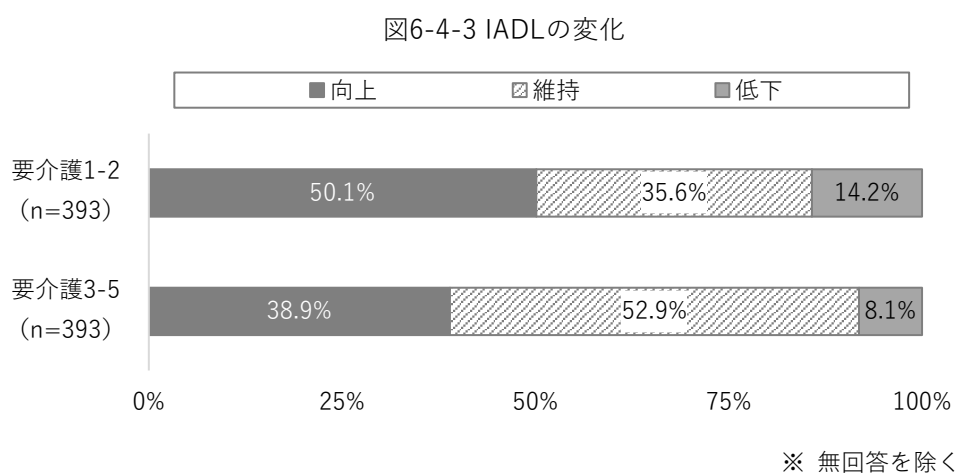


表6-4-5 IADLの変化  
(提供サービス内容別・6ヶ月後利用状況別)

		提供サービス内容			6ヶ月後の利用状況	
		ADL練習	IADL練習	左記2種なし	修了	利用継続
	n	564	329	166	72	565
1	向上	48.6%	59.9%	33.1%	63.9%	40.5%
2	維持	41.7%	29.8%	54.8%	27.8%	47.8%
3	低下	9.8%	10.3%	12.0%	8.3%	11.7%

※ 無回答を除く

活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて38.8%、「要介護3-5」にて32.1%であった（図6-4-4）。また、6ヶ月後の利用状況にて利用修了者は、「向上」52.2%の割合が高かった（表6-4-6）。

在宅での離床時間の変化における「向上」の割合は、「要介護1-2」にて12.8%、「要介護3-5」にて14.7%であった（図6-4-5）。

図6-4-4 活動範囲（LSA）の変化

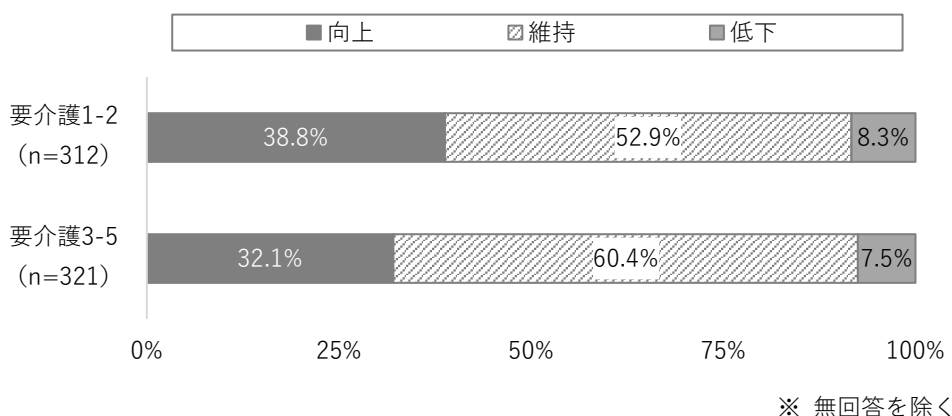
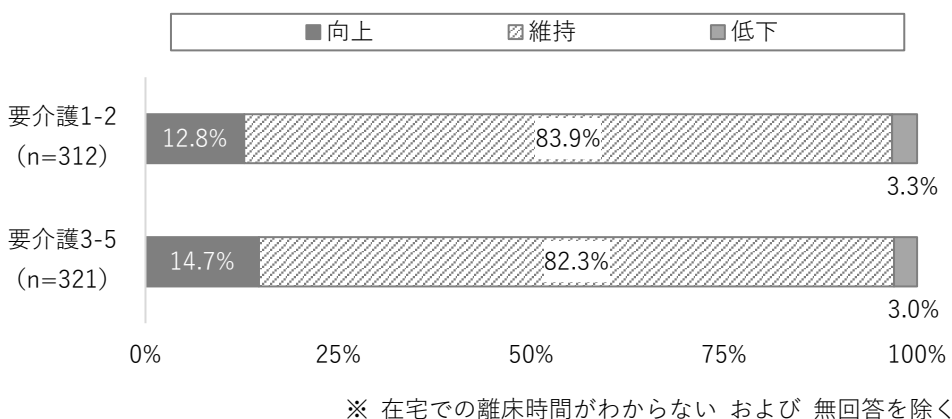


表6-4-6 活動範囲（LSA）の変化（6ヶ月後利用状況別）

		6ヶ月後の利用状況	
		修了	利用継続
n		67	441
1	向上	52.2%	30.6%
2	維持	44.8%	61.7%
3	低下	3.0%	7.7%

※ 無回答を除く

図6-4-5 在宅での離床時間の変化



利用目標の達成度は、「要介護1-2」にて、「家族や介護者への介助伝達や助言」「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「自宅における入浴動作の改善・獲得」「生活環境の調整」の4項目が6割を超えた（表6-4-7）。

表6-4-7 利用目標の達成度（要介護1-2）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	131	58.0%	39.7%	2.3%
2 疼痛緩和	153	26.1%	60.8%	13.1%
3 転倒予防	254	43.7%	42.5%	13.8%
4 身体機能の向上	294	29.9%	57.5%	12.6%
5 身体機能の維持	226	54.4%	38.9%	6.6%
6 認知・精神機能の向上	20	20.0%	65.0%	15.0%
7 認知・精神機能の維持	40	47.5%	37.5%	15.0%
8 言語機能の改善	10	50.0%	20.0%	30.0%
9 嚥下機能の改善	6	0.0%	50.0%	50.0%
10 基本動作能力の向上	203	47.8%	42.9%	9.4%
11 歩行・移動能力の向上	335	34.0%	54.9%	11.0%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	176	39.2%	50.6%	10.2%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	62	66.1%	21.0%	12.9%
14 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	86	32.6%	51.2%	16.3%
15 地域における社会参加の促進	46	34.8%	30.4%	34.8%
16 生活リズムの獲得	45	48.9%	44.4%	6.7%
17 日中の活動量の維持・向上	166	39.8%	48.8%	11.4%
18 趣味活動の促進	29	34.5%	51.7%	13.8%
19 活動範囲の維持・拡大	173	34.1%	56.1%	9.8%
20 生活環境の調整	100	65.0%	34.0%	1.0%
21 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	120	66.7%	31.7%	1.7%
22 介護負担の軽減	79	40.5%	49.4%	10.1%
23 家族や介護者への介助伝達や助言	77	68.8%	31.2%	0.0%
24 口腔機能の維持・改善	4	0.0%	50.0%	50.0%

※ 各項目において訪問リハ計画書に位置付けた目標に限る / 無回答を除く

「要介護3-5」では、「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「生活環境の調整」の2項目が6割を超えた（表6-4-8）。

表6-4-8 利用目標の達成度（要介護3-5）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	130	55.4%	43.1%	1.5%
2 疼痛緩和	129	19.4%	68.2%	12.4%
3 転倒予防	195	46.7%	42.1%	11.3%
4 身体機能の向上	280	32.1%	53.9%	13.9%
5 身体機能の維持	243	52.7%	37.4%	9.9%
6 認知・精神機能の向上	20	15.0%	55.0%	30.0%
7 認知・精神機能の維持	35	37.1%	54.3%	8.6%
8 言語機能の改善	18	33.3%	55.6%	11.1%
9 嚥下機能の改善	23	17.4%	47.8%	34.8%
10 基本動作能力の向上	227	35.2%	50.7%	14.1%
11 歩行・移動能力の向上	255	39.2%	49.8%	11.0%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	186	35.5%	54.3%	10.2%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	54	50.0%	33.3%	16.7%
14 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	66	36.4%	40.9%	22.7%
15 地域における社会参加の促進	33	36.4%	39.4%	24.2%
16 生活リズムの獲得	47	36.2%	44.7%	19.1%
17 日中の活動量の維持・向上	160	35.0%	51.3%	13.8%
18 趣味活動の促進	40	30.0%	50.0%	20.0%
19 活動範囲の維持・拡大	138	42.0%	47.8%	10.1%
20 生活環境の調整	111	64.0%	31.5%	4.5%
21 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	139	72.7%	26.6%	0.7%
22 介護負担の軽減	141	36.2%	50.4%	13.5%
23 家族や介護者への介助伝達や助言	123	59.3%	37.4%	3.3%
24 口腔機能の維持・改善	17	29.4%	47.1%	23.5%

※ 各項目において訪問リハ計画書に位置付けた目標に限る / 無回答を除く

6ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が「要介護1-2」にて66.5%、「要介護3-5」にて69.7%であった（図6-4-6）。訪問リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」の割合が高かった。なお、複数回答のうち、「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は、「要介護1-2」にて4.5%、「要介護3-5」にて2.9%であった。

また、「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は、「要介護1-2」にて32.7%、「要介護3-5」にて32.0%であった（図6-4-7）。なお、想定される心身機能・ADL変化の要因は、「骨関節疾患」「認知症」「進行性の神経疾患」の割合が高かった（図6-4-8）。

図6-4-6 6ヶ月後の利用状況

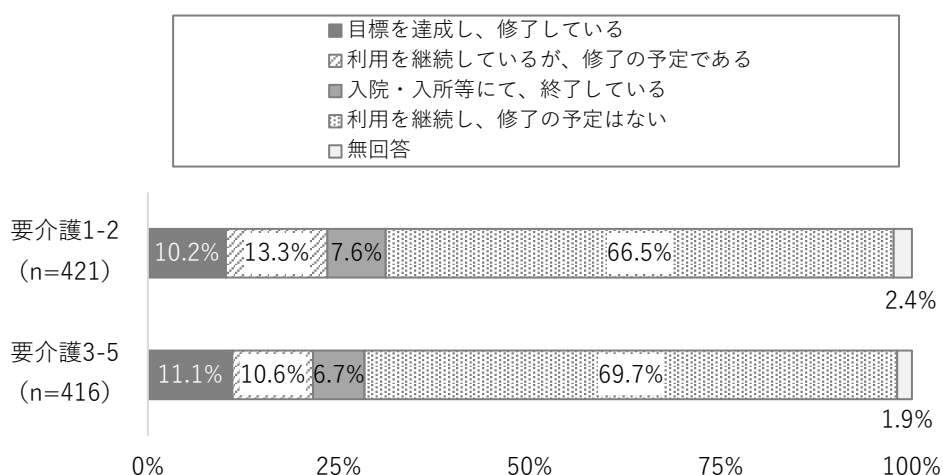
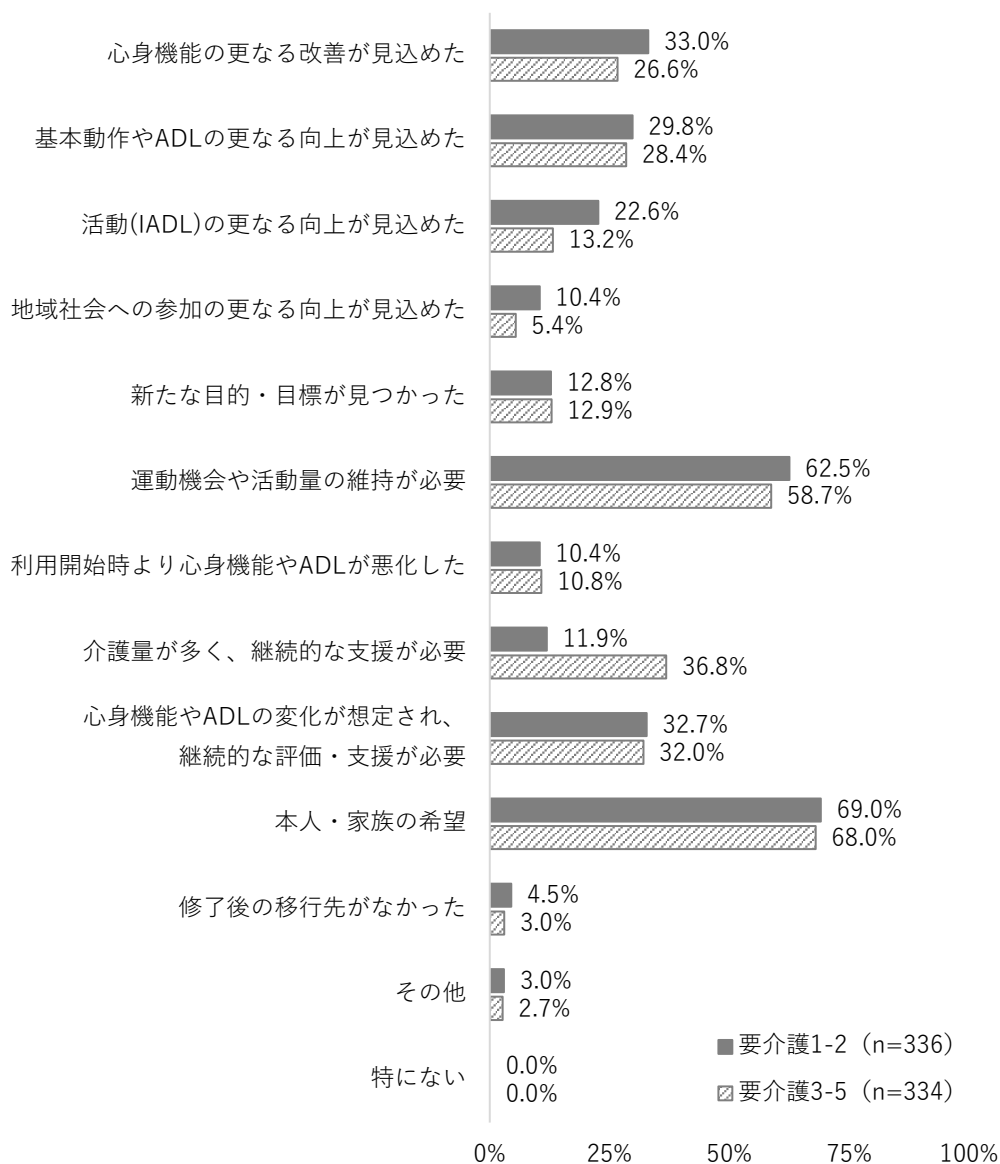
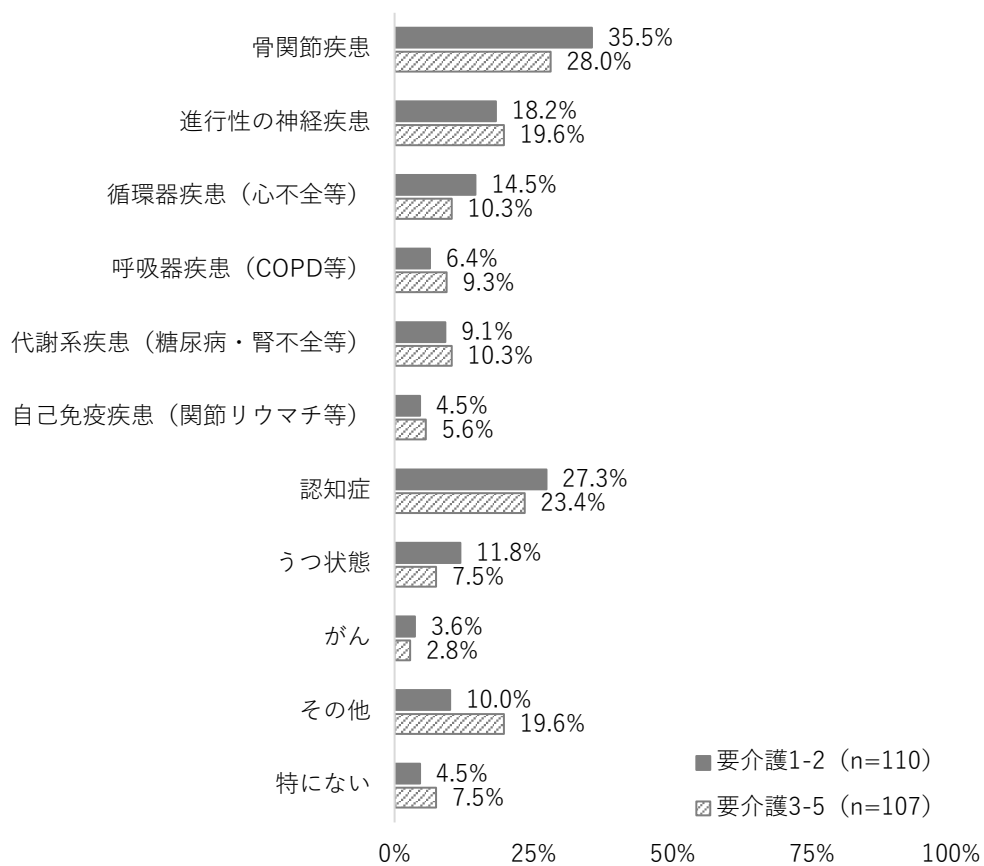


図6-4-7 利用継続の理由



※ 6ヶ月後の利用状況において「利用を継続しているが、修了の予定である」「利用を継続し、修了の予定はない」に限る

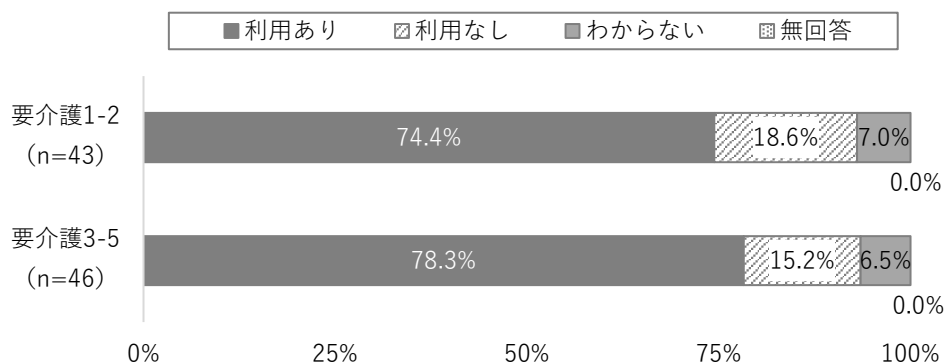
図6-4-8 想定される心身機能・ADL変化の要因



※ 心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要に限る

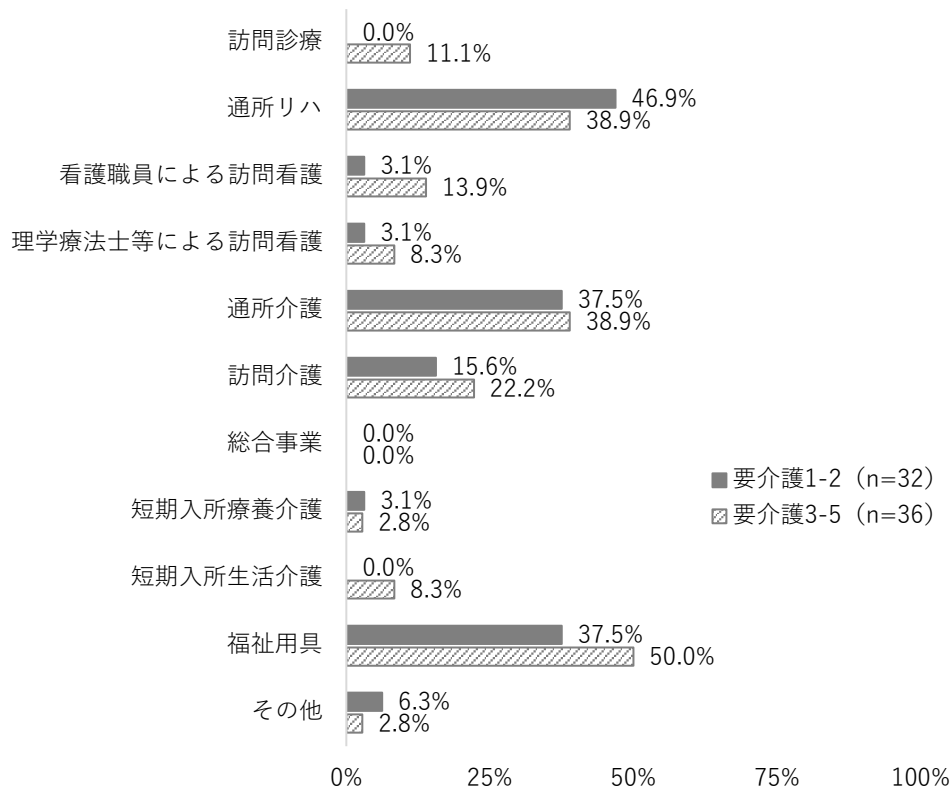
利用修了後の介護保険サービス利用有無では、「利用あり」が7割を超えた（図6-4-9）。  
 利用サービスは、「福祉用具」「通所リハ」「通所介護」の割合が高かった（図6-4-10）。

図6-4-9 修了後の介護保険サービス利用有無



※ 6ヶ月後の利用状況において「目標を達成し、修了している」に限る

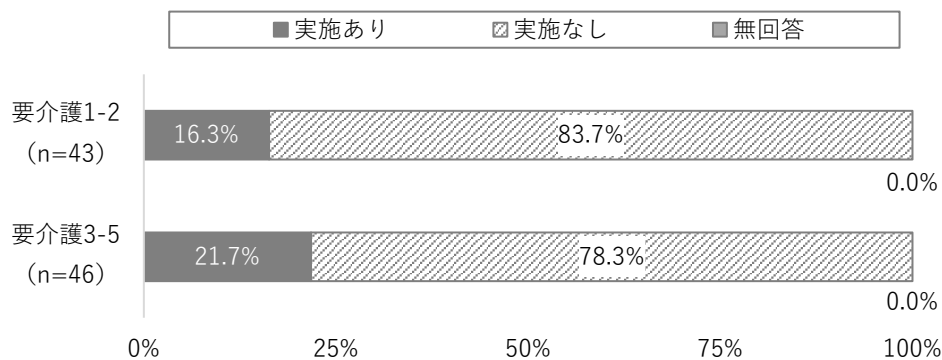
図6-4-10 修了後の利用サービス



※ 修了後の介護保険サービス利用ありに限る

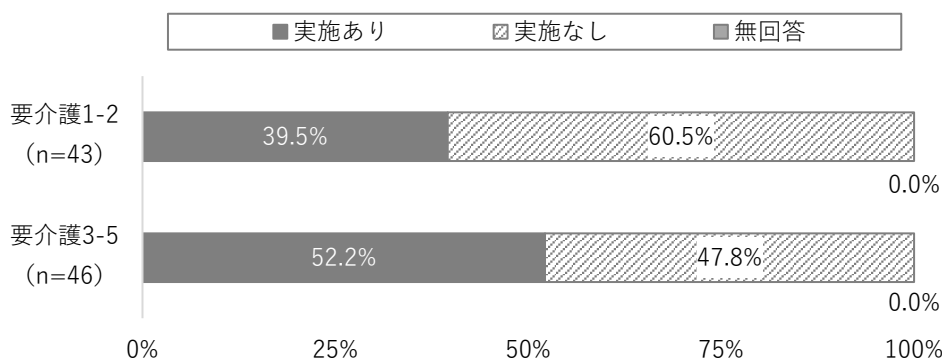
修了後の利用サービスや地域支援との連携では、「実施あり」が約2割であった（図6-4-11）。また、修了後の心身機能・生活状況の確認有無にて、「実施あり」は4～5割であり、修了後「1ヶ月以内」「1ヶ月後」に実施した割合が高かった（図6-4-12、6-4-13）。

図6-4-11 修了後の利用サービスや地域支援との連携



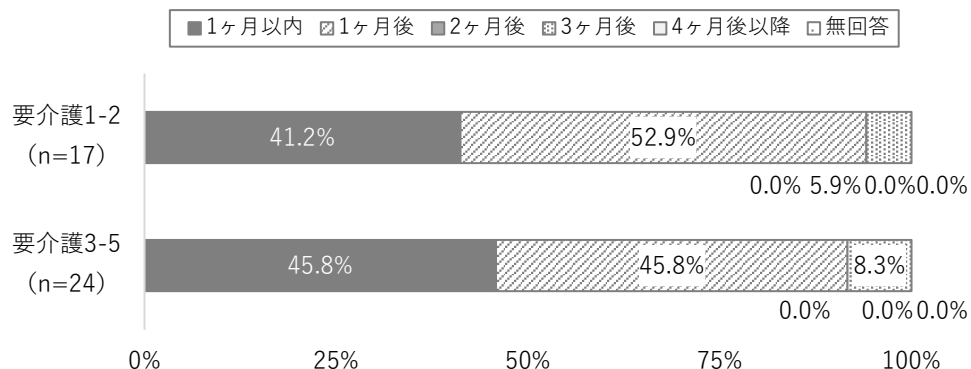
※ 6ヶ月後の利用状況において「目標を達成し、修了している」に限る

図6-4-12 修了後の心身機能・生活状況の確認有無



※ 6ヶ月後の利用状況において「目標を達成し、修了している」に限る

図6-4-13 修了後の心身機能・生活状況の確認時期



※ 修了後の心身機能・生活状況の確認ありに限る

## 第七節 訪問リハ利用者調査（要支援）

### 1. 利用開始時の状況

訪問リハ要支援票については、128票の回答を得た。そのうち、利用開始から12ヶ月後の利用状況を見ると「利用継続」は116票であった。この利用継続者において、リハビリテーション会議の開催状況を見ると、1-12月・13-24月ともにリハ会議を開催した「両年実施」は38.8%、1-12月は未実施だが13-24月のみ開催した「新規実施」は16.4%、1-12月・13-24月ともに開催していない「両年未実施」は41.4%であった（表7-1-1）。

以降では、主に「両年実施」「新規実施」「両年未実施」の3区分を比較しながら、12月を超えて利用を継続した利用者に対する関わりについて述べる。

表7-1-1 リハ会議の開催状況

(n=116)		リハ会議の開催		n	%
		1-12月	13-24月		
1	両年実施	あり	あり	45	38.8%
2	新規実施	なし	あり	19	16.4%
3	両年未実施	なし	なし	48	41.4%

年齢は「85歳以上」の割合が高く、「両年実施」にて「75-84歳」「85歳以上」の割合が高かった（図7-1-1）。また、性別は「女性」が6～7割であった（図7-1-2）。

図7-1-1 年齢

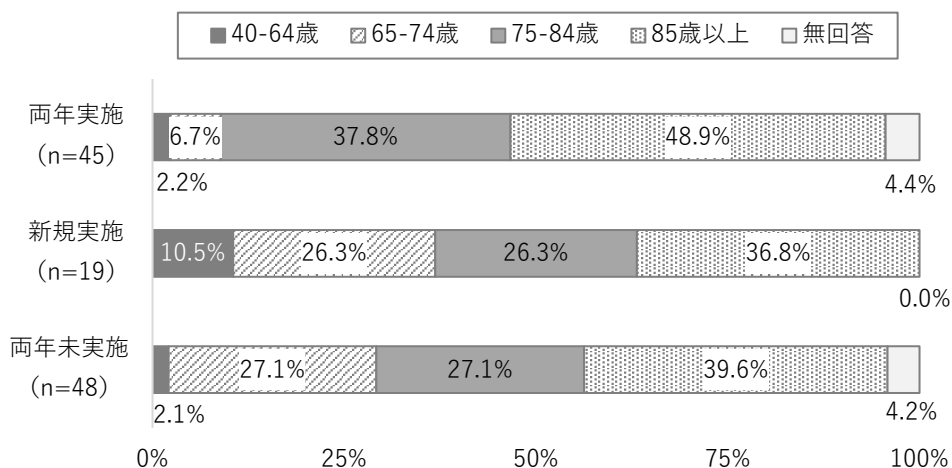
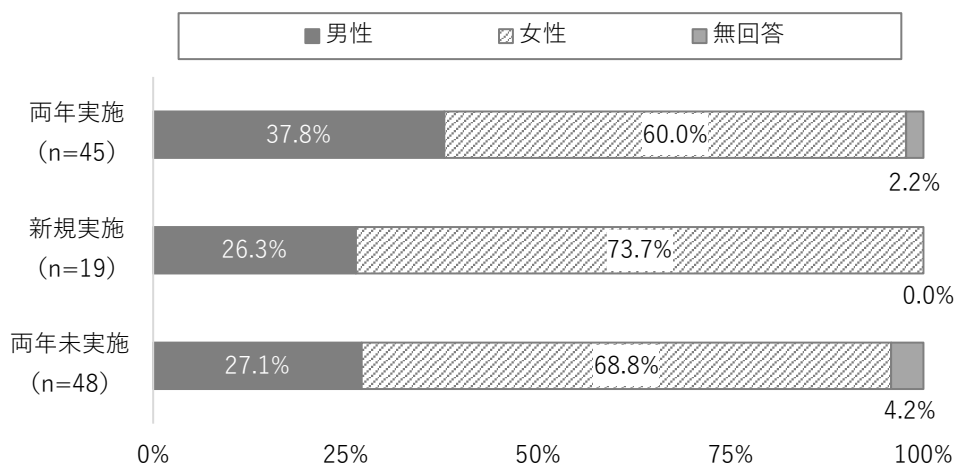


図7-1-2 性別



利用開始時の介護度は「両年実施」「新規実施」にて「要支援2」の割合が7割と高かった（図7-1-3）。日常生活自立度にて「J」の割合は4～5割であった（図7-1-4）。また、認知症高齢者の日常生活自立度は「両年実施」「新規実施」にて「非該当」の割合が約7割と高かった（図7-1-5）。

図7-1-3 利用開始時の介護度

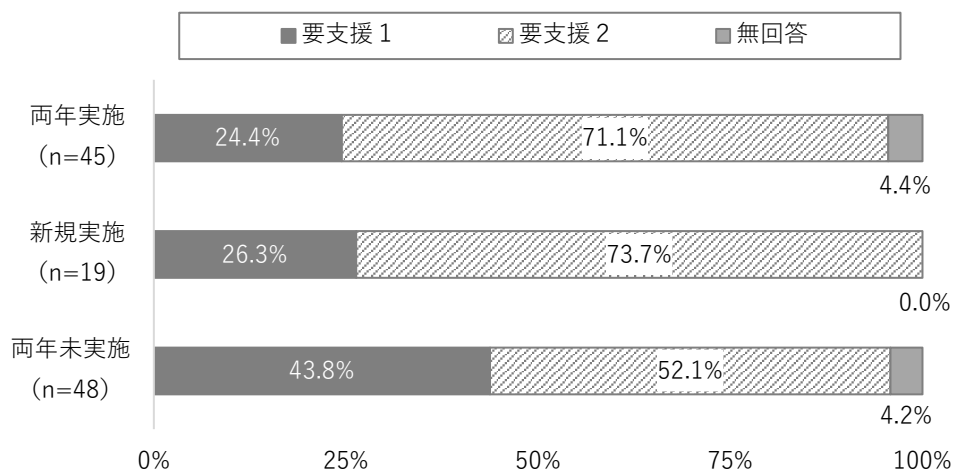
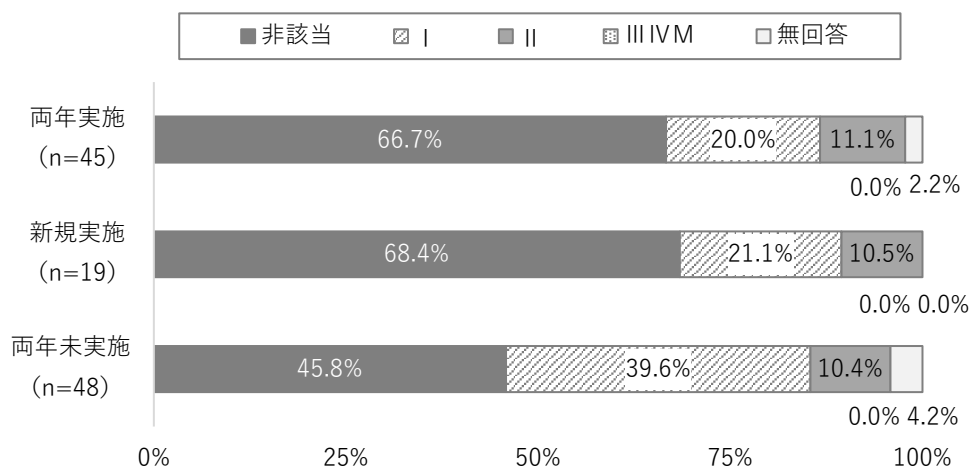


図7-1-4 利用開始時の日常生活自立度



図 7-1-5 利用開始時の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は、「両年実施」「両年未実施」にて「骨折（圧迫骨折を含む）」「関節症・骨粗しょう症」、「新規実施」にて「脳卒中」「フレイル」の割合が高い傾向にあった（図7-1-6）。年齢別にみると、「65-74歳」にて「脳卒中」「進行性の神経疾患」、「85歳以上」にて「廃用症候群」「フレイル」の割合が比較的高かった（表7-1-2）。

図7-1-6 リハビリが必要となった原因の傷病名

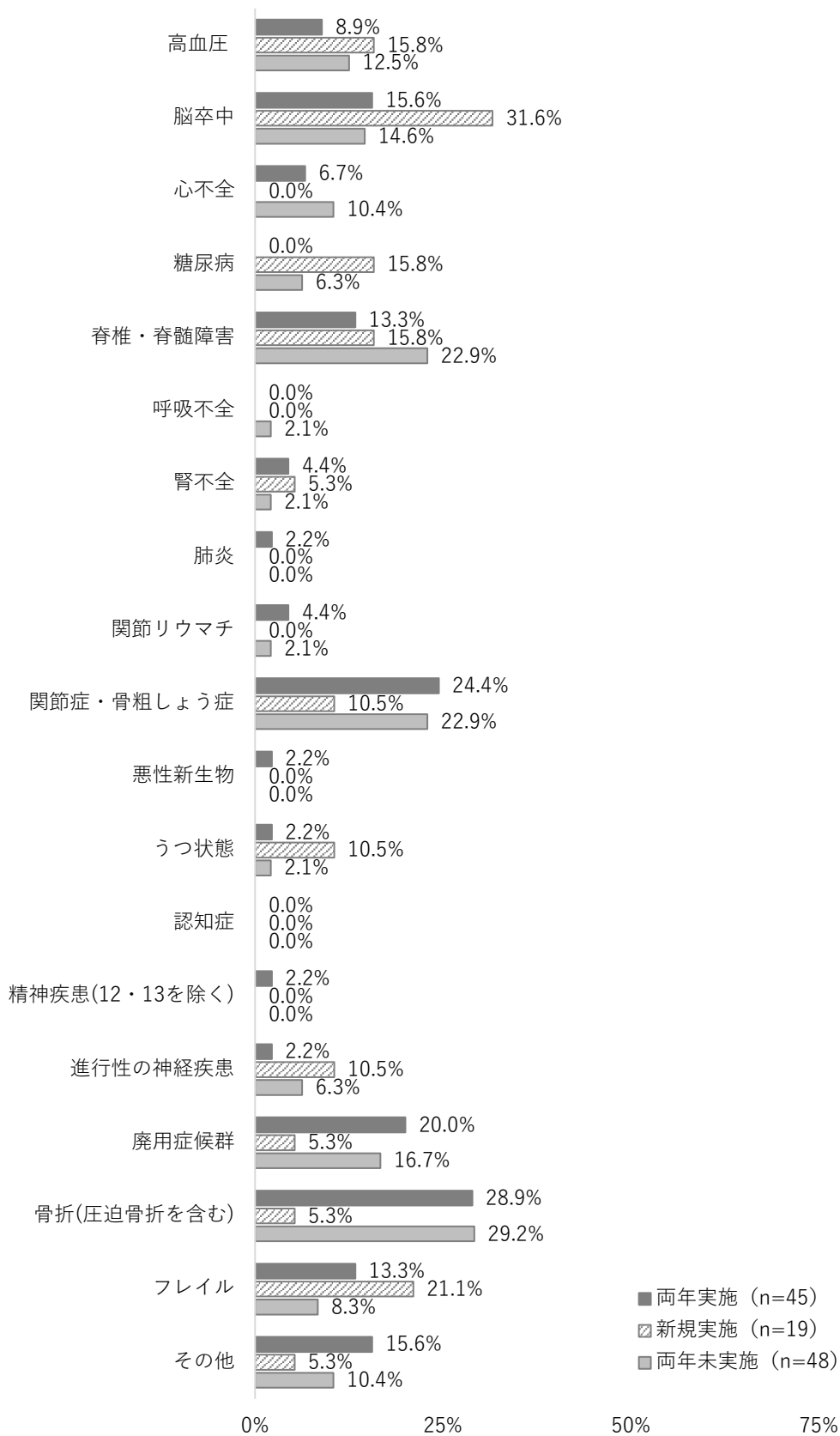


表 7-1-2 リハビリが必要となった原因の傷病名（年齢別）

		年齢		
		65-74歳	75-84歳	85歳以上
n		22	41	54
1	高血圧	13.6%	12.2%	13.0%
2	脳卒中	31.8%	19.5%	9.3%
3	心不全	0.0%	4.9%	11.1%
4	糖尿病	9.1%	4.9%	5.6%
5	脊椎・脊髄障害	18.2%	24.4%	14.8%
6	呼吸不全	4.5%	0.0%	0.0%
7	腎不全	4.5%	2.4%	3.7%
8	肺炎	0.0%	0.0%	1.9%
9	関節リウマチ	4.5%	2.4%	1.9%
10	関節症・骨粗しょう症	18.2%	31.7%	24.1%
11	悪性新生物	0.0%	0.0%	1.9%
12	うつ状態	0.0%	7.3%	3.7%
13	認知症	0.0%	0.0%	3.7%
14	精神疾患(12・13を除く)	0.0%	2.4%	0.0%
15	進行性の神経疾患	13.6%	2.4%	0.0%
16	廃用症候群	9.1%	12.2%	25.9%
17	骨折(圧迫骨折を含む)	22.7%	26.8%	27.8%
18	フレイル	9.1%	4.9%	20.4%
19	その他	9.1%	9.8%	14.8%

サービス提供時間は、「40分」の割合が高かった（図7-1-7）。利用頻度は、「1日/週」「2日/週」の割合が高かった（図7-1-8）。

図7-1-7 サービス提供時間

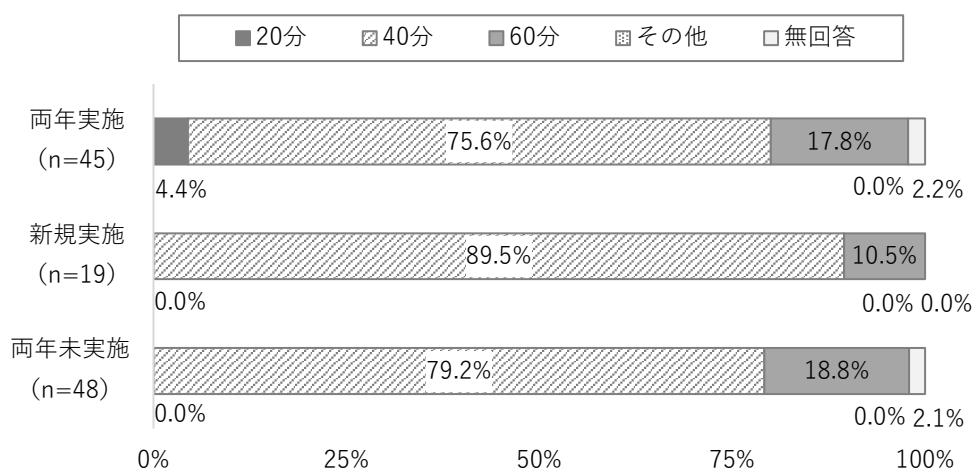
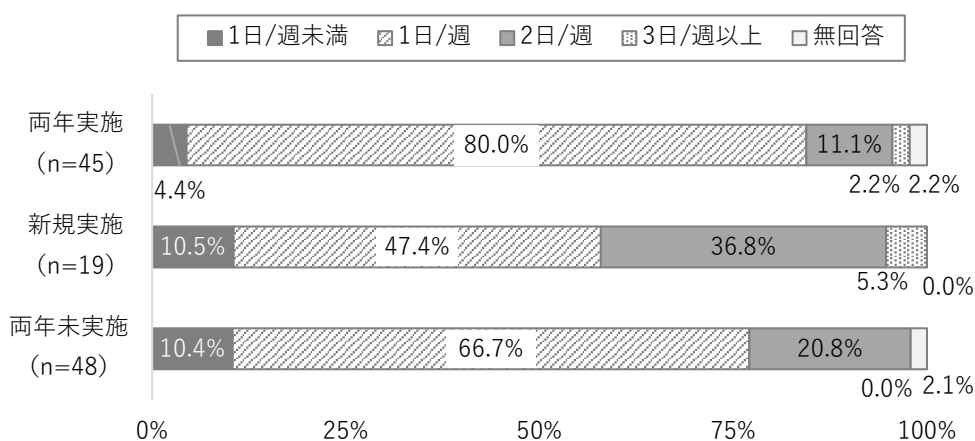


図7-1-8 利用頻度



併用サービスがある割合は、5~6割であった（図7-1-9）。併用サービスの内容は、「福祉用具」の割合が最も高かった（図7-1-10）。

図7-1-9 併用サービスの有無

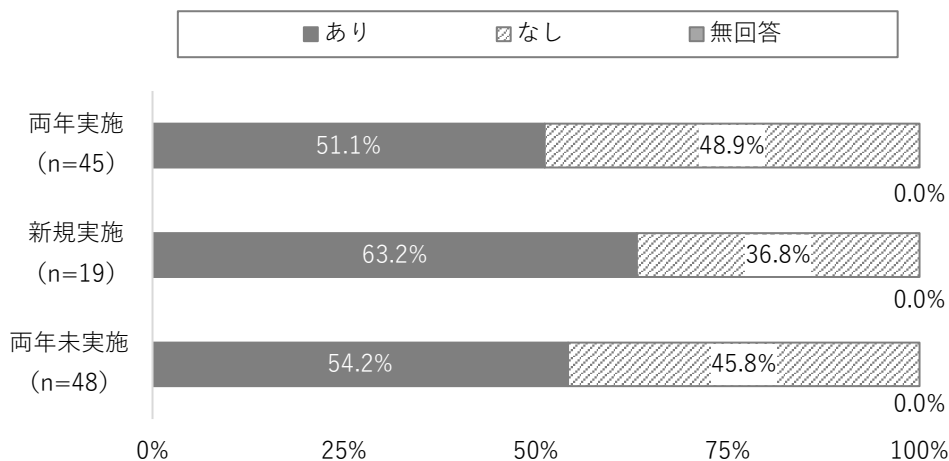
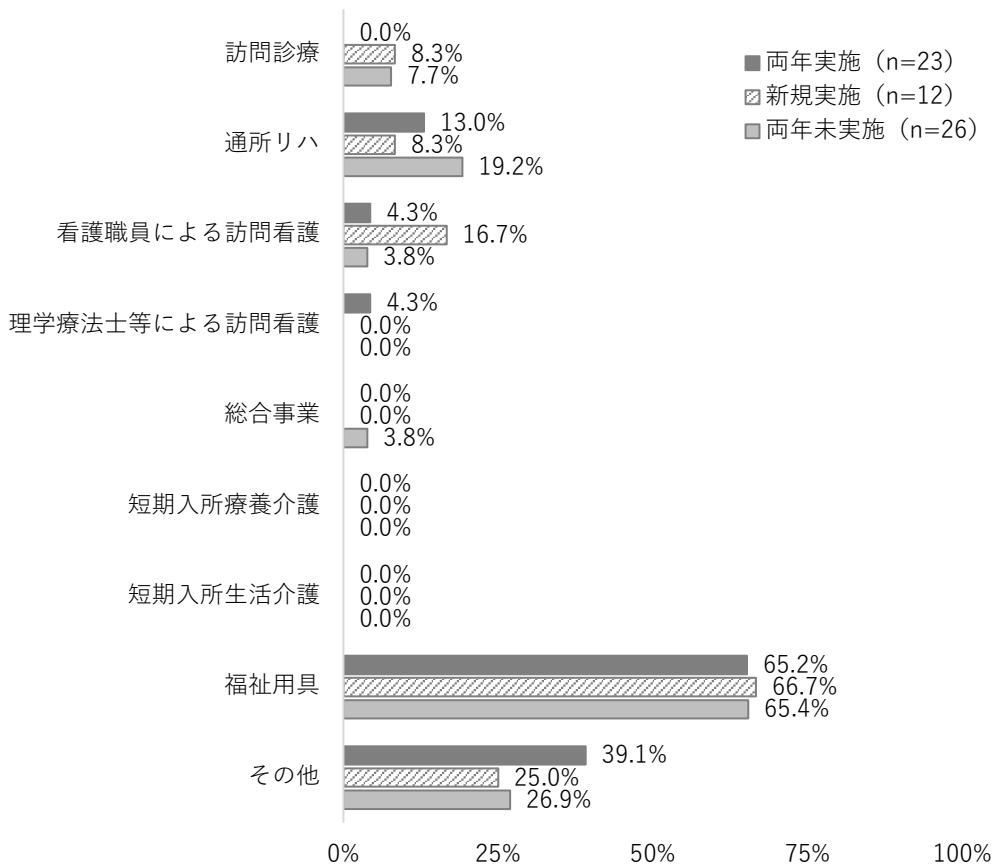


図7-1-10 併用サービスの内容



※ 併用サービスありに限る

利用前の所在にて「自宅」の割合が、約7割であった（図7-1-11）。自宅から利用を開始された方において、利用前に使っていた地域活動等では、「地域活動等の利用なし」の割合が高い傾向にあった（図7-1-12）。

図7-1-11 利用前の所在

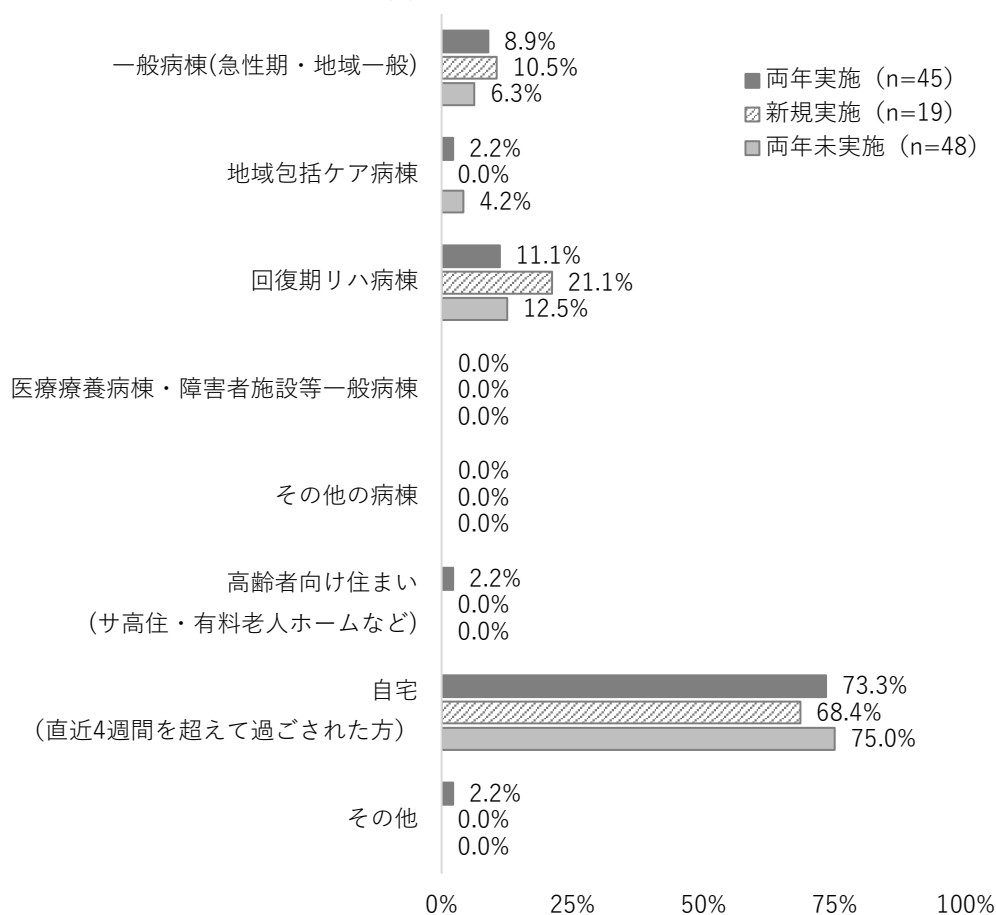
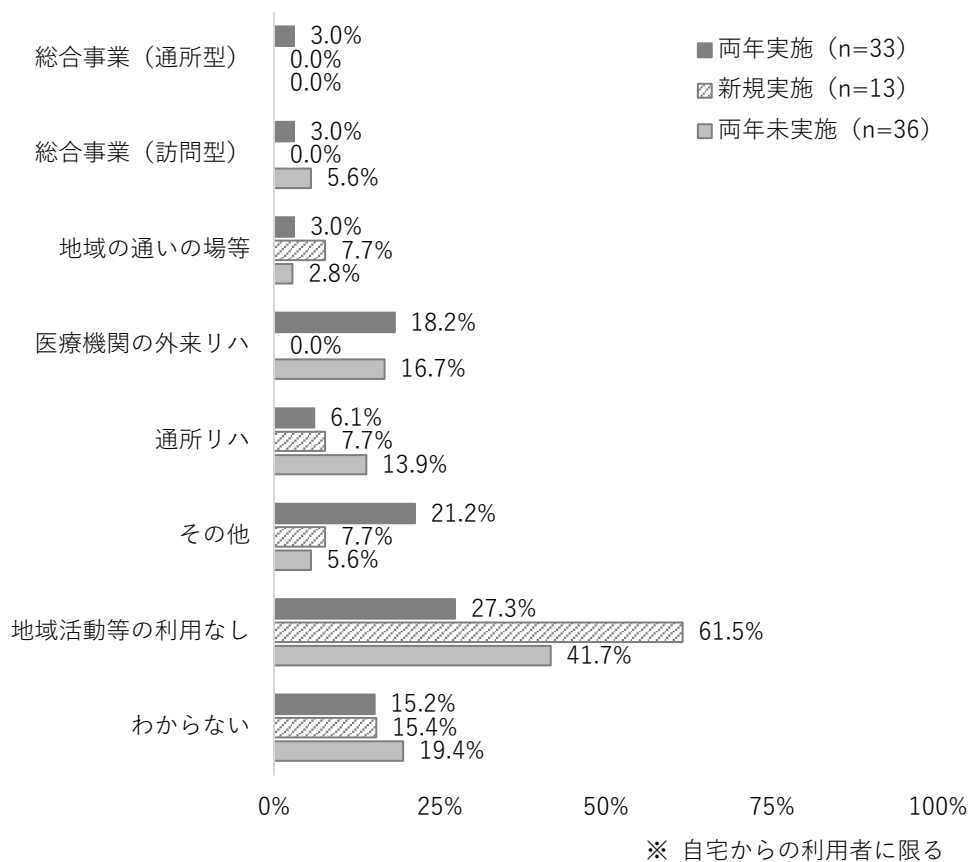
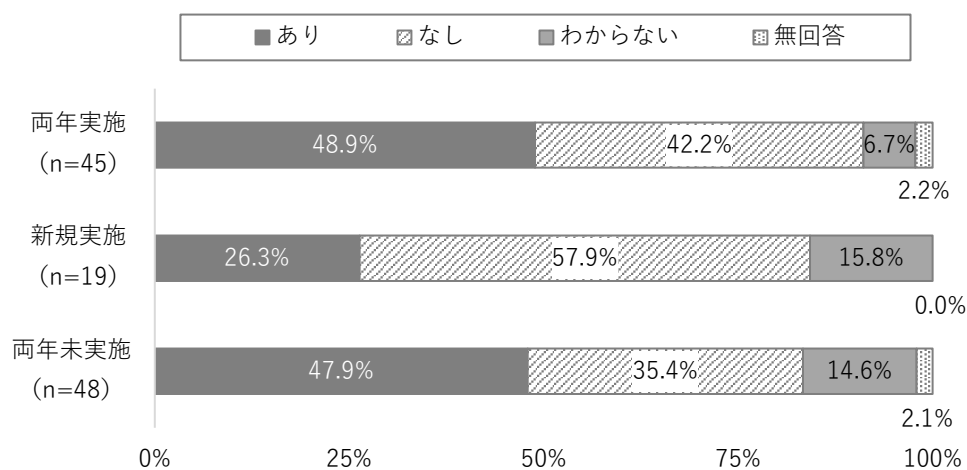


図7-1-12 利用前に使っていた地域活動等



利用前1年間に転倒歴がある利用者は「両年実施」「両年未実施」にて約5割、「新規実施」にて26.3%であった(図7-1-13)。

図7-1-13 利用前1年間の転倒有無



同居者なしの割合は、3～4割であった（図7-1-14）。同居人ありにて、同居人数（年齢）が「1名（75歳以上）」の割合は、「両年実施」「両年未実施」にて5割前後、「新規実施」にて30.8%であった（図7-1-15）。

図7-1-14 同居者の有無

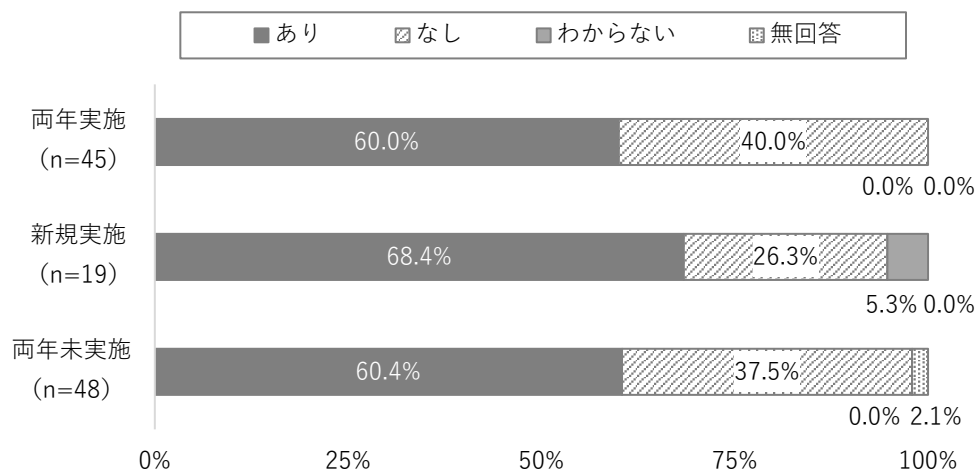
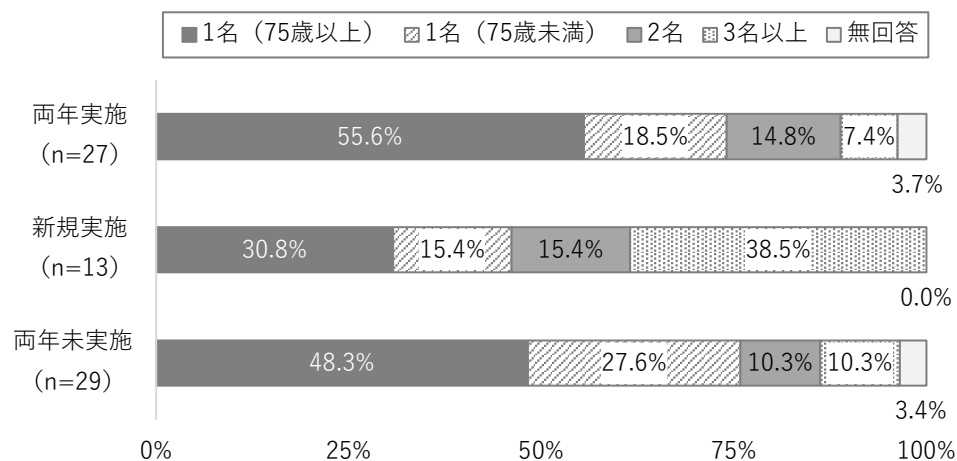


図7-1-15 同居者の人数（年齢）



※ 同居者ありに限る

ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高かった。次いで「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」「日中活動量の維持・向上」が続いた（図7-1-16）。

本人・家族の希望は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」が続いた（図7-1-17）。

図7-1-16 ケアマネジャーが考える解決すべき課題

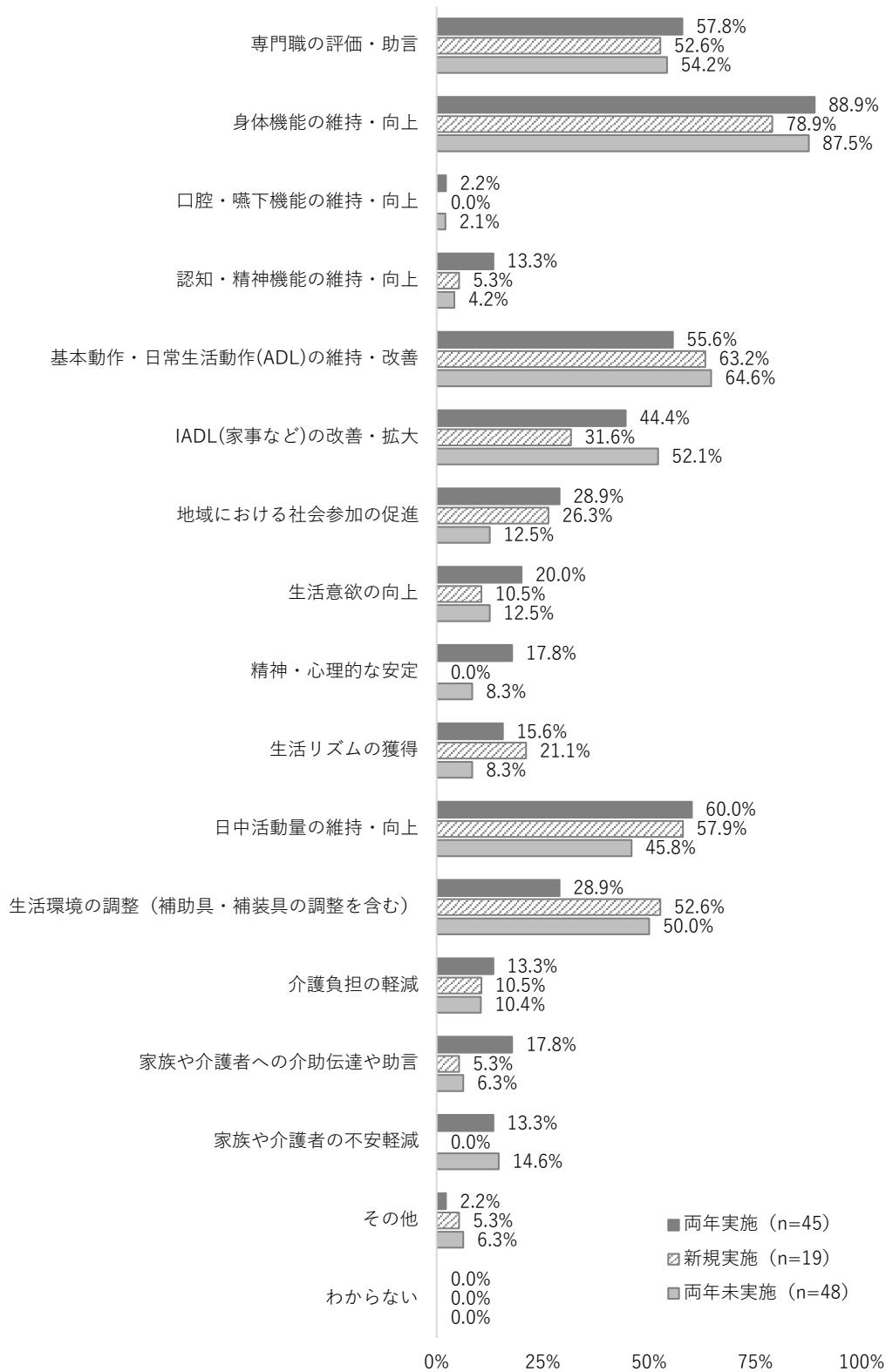
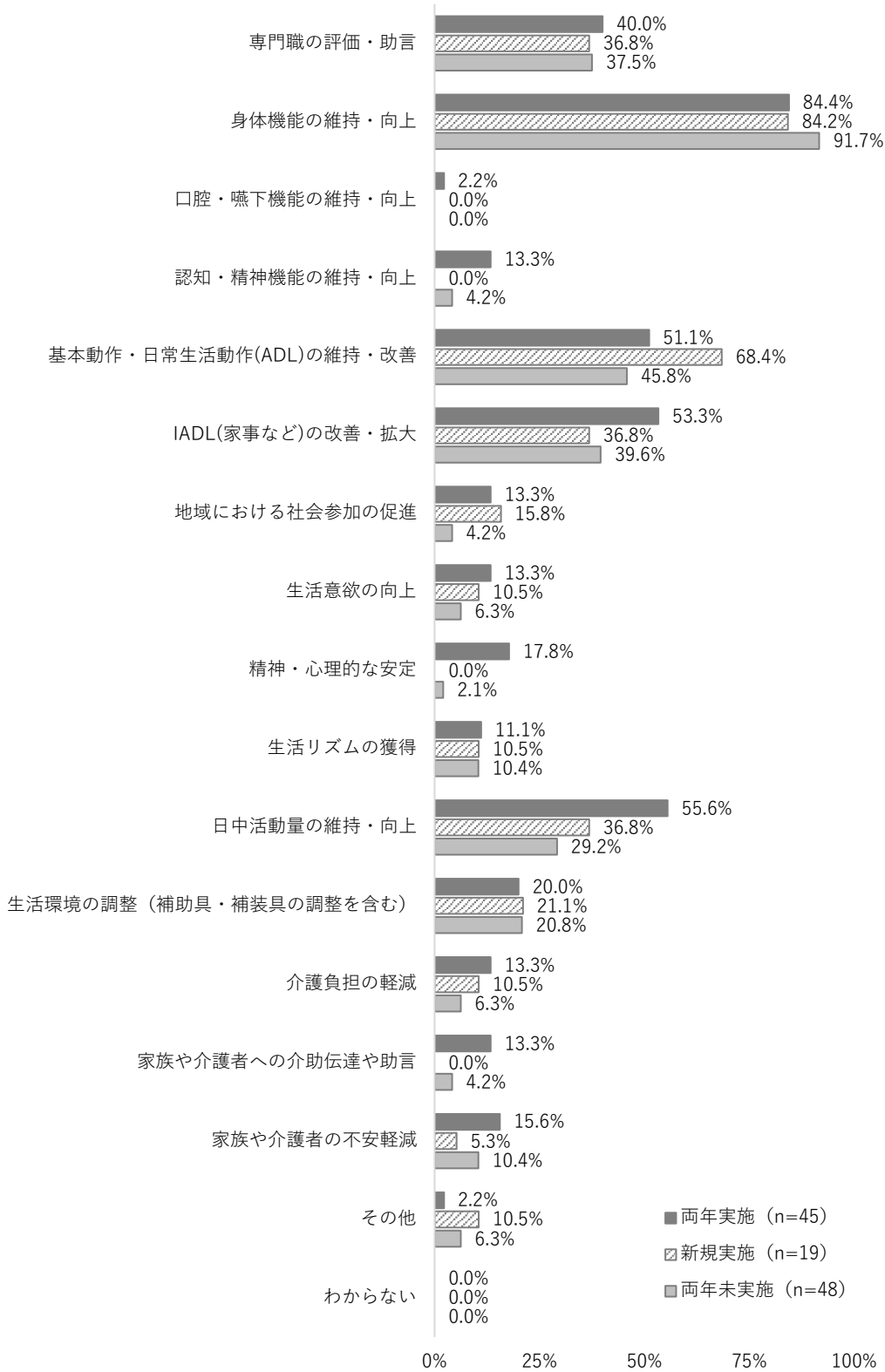


図7-1-17 本人・家族の希望



## 2. 利用開始時の評価

利用開始時における心身機能の課題は、「筋力低下」の割合が最も高く、次いで「疼痛」「関節可動域制限」であった（図7-2-1）。また、口腔機能の課題がある割合は1割に満たなかった（図7-2-2）。

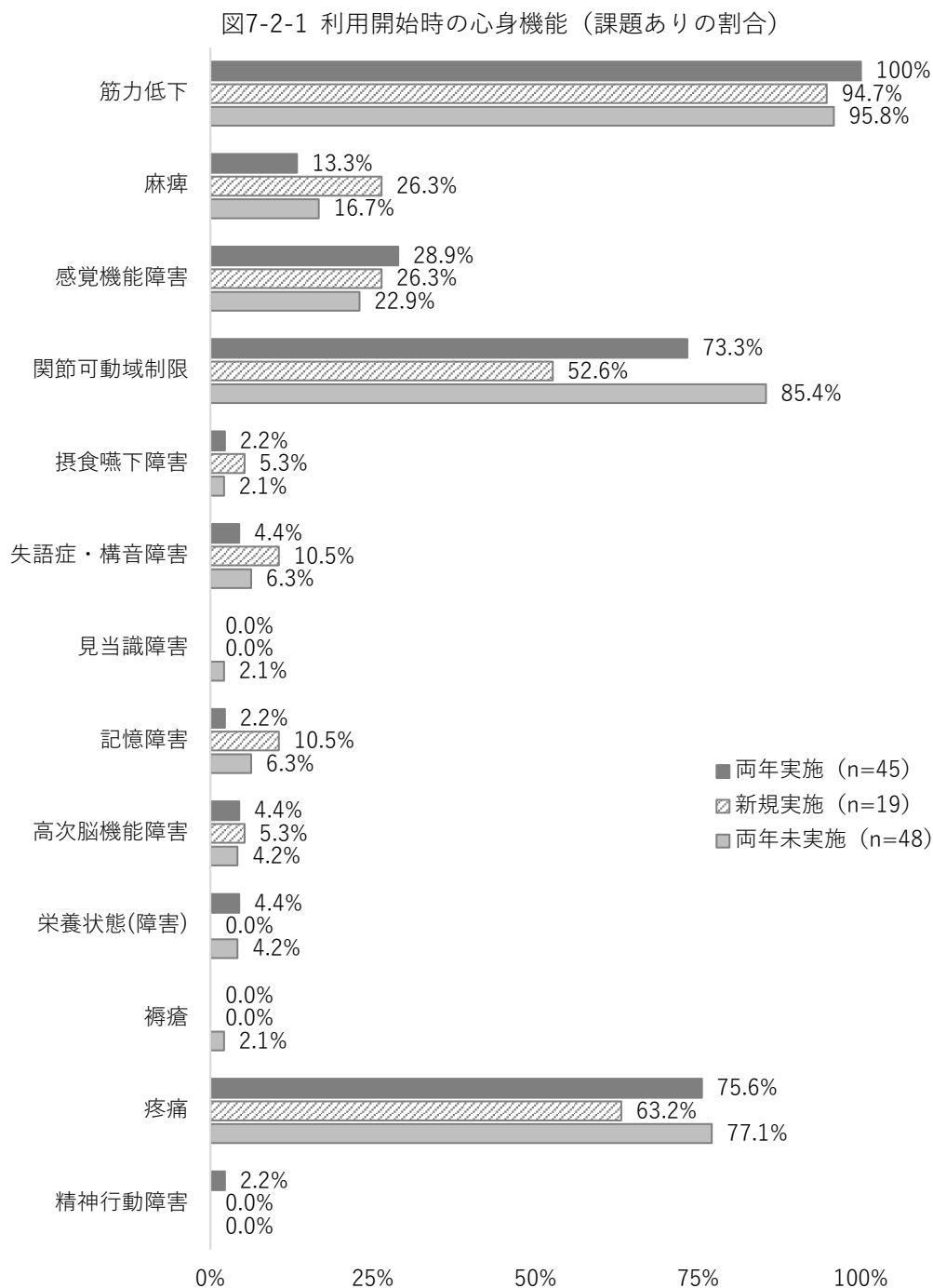
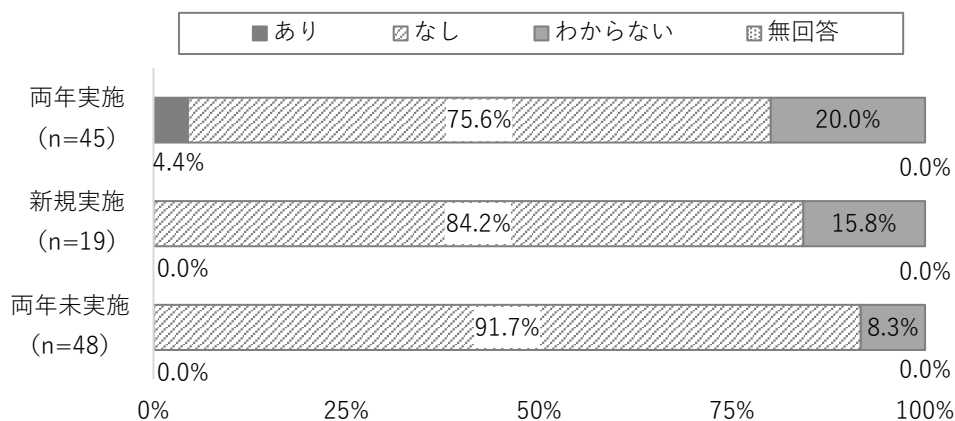


図7-2-2 利用開始時の口腔機能の課題



利用開始時に認知機能評価を実施した割合は3割前後であった（図7-2-3）。利用開始時の認知機能評価は、「30点」「21-29点」の割合が高かった（図7-2-4）。

図7-2-3 利用開始時の認知機能評価の実施有無

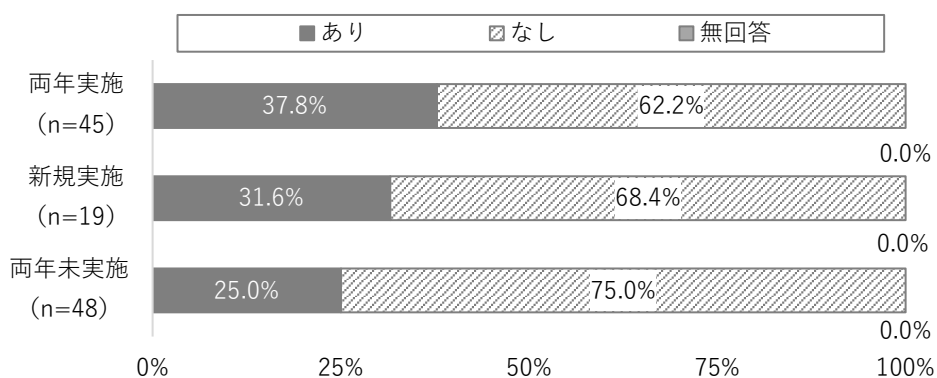
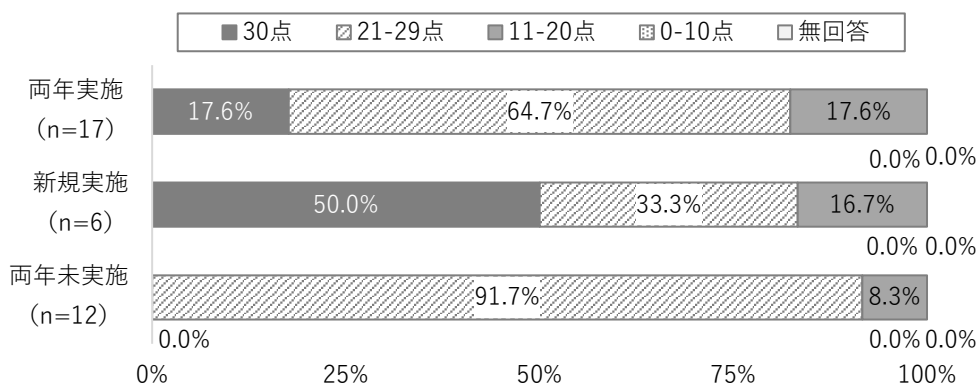


図7-2-4 利用開始時の認知機能評価



※ 認知機能評価ありに限る

利用開始時のADL (Barthel index) は、「100点」が2～3割であった (図7-2-5)。項目別にみると、「入浴」「平地歩行」「階段昇降」にて満点の割合が低かった (図7-2-6)。

図7-2-5 利用開始時のADL (Barthel index) の点数

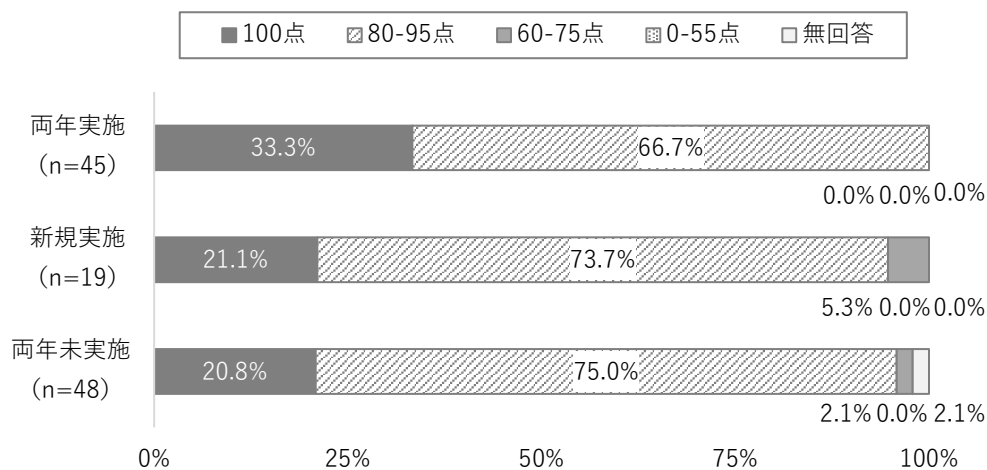
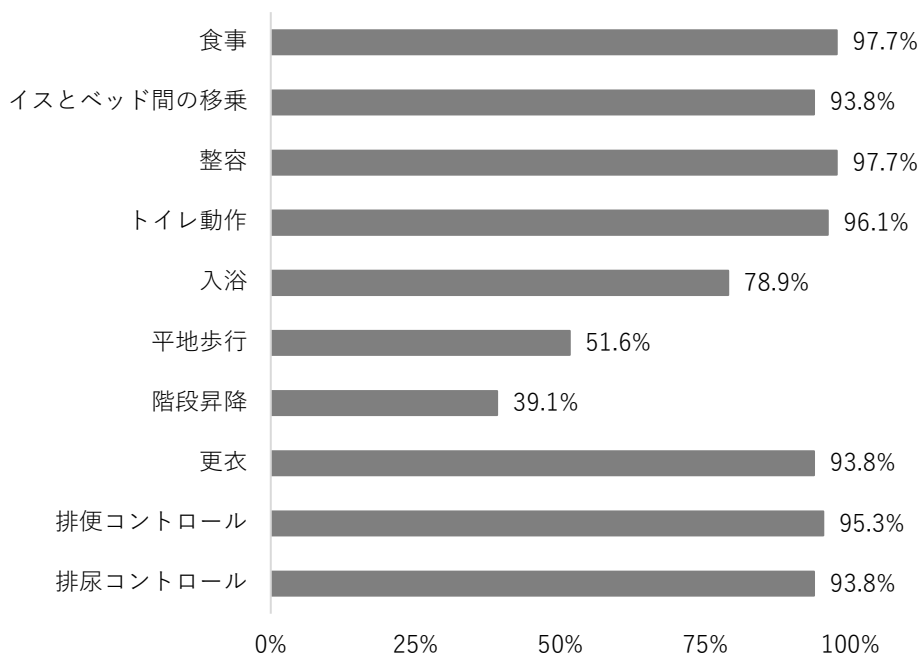


図7-2-6 利用開始時のADL (Barthel index) (各項目満点の割合)  
(全体 n=128)

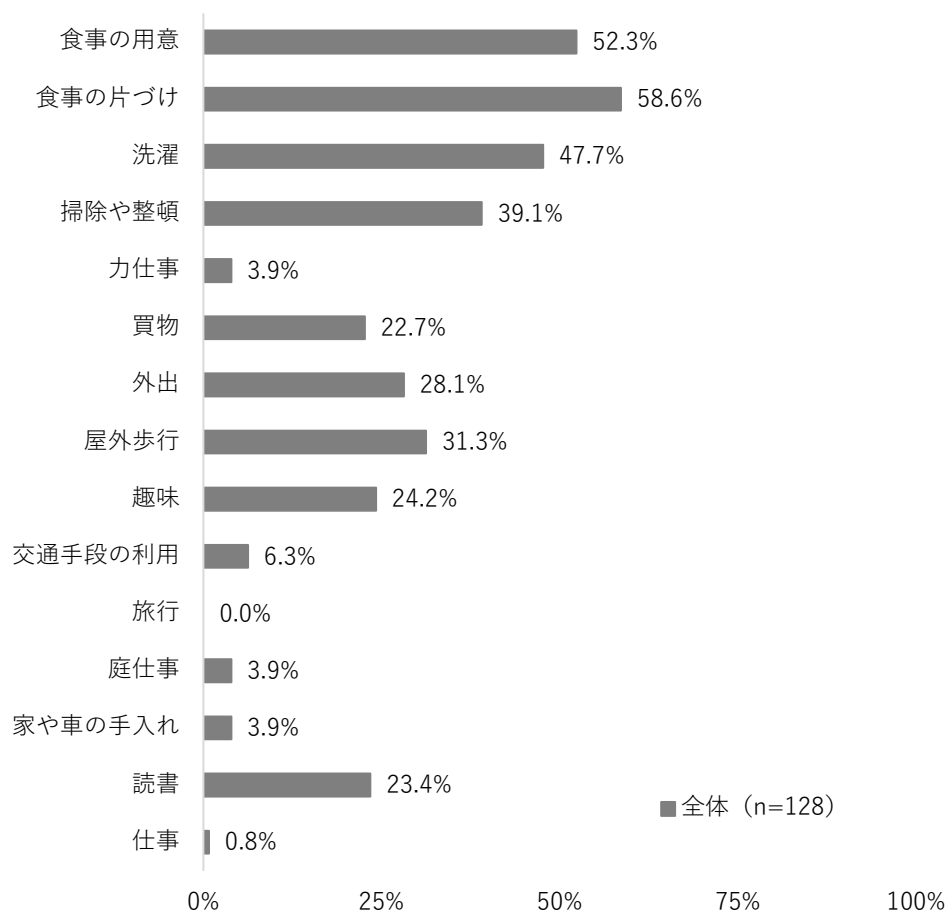


利用開始時のIADL (FAI) は、「19-27点」「10-18点」「0-9点」が概ね3割ずつであった (図7-2-7)。項目別に満点の割合をみると、「食事の片づけ」「食事の用意」「洗濯」の割合が高かった (図7-2-8)。

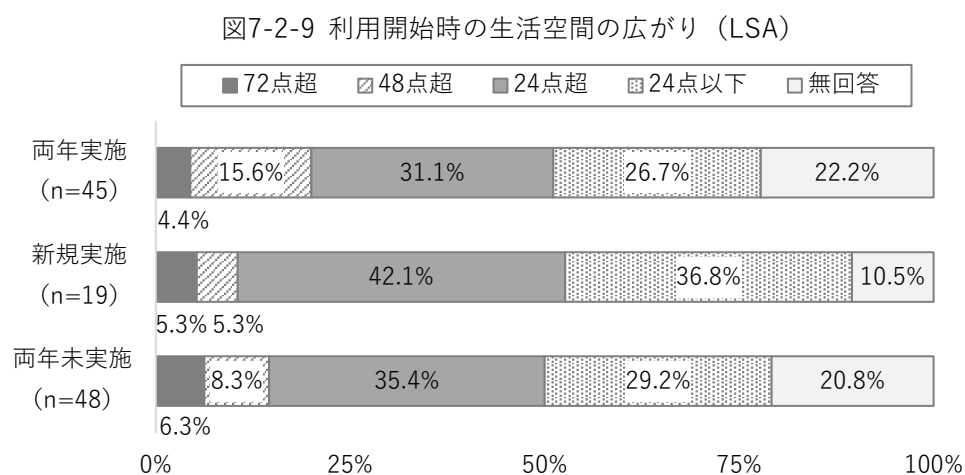
図7-2-7 利用開始時のIADL (FAI) の点数



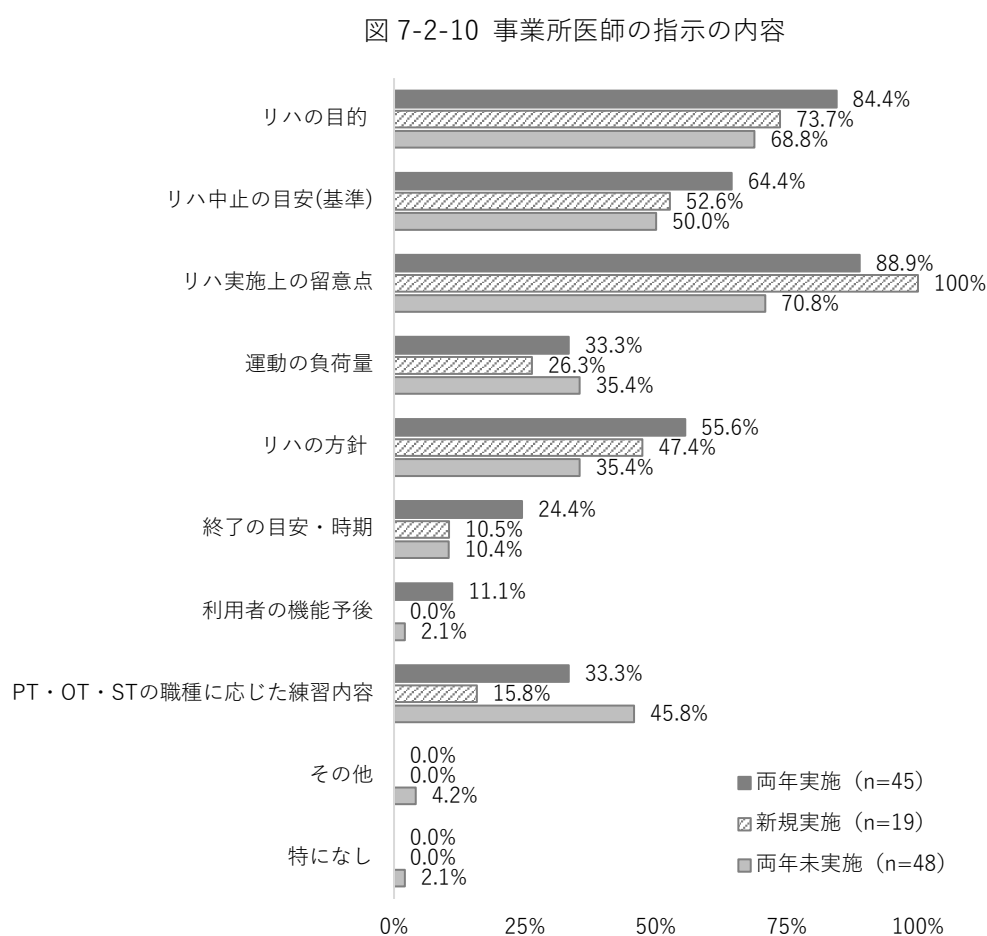
図7-2-8 利用開始時のIADL (FAI) (各項目満点の割合)



利用開始時の生活空間の広がり (LSA) は、「24点超」の割合が最も高かった (図7-2-9)。

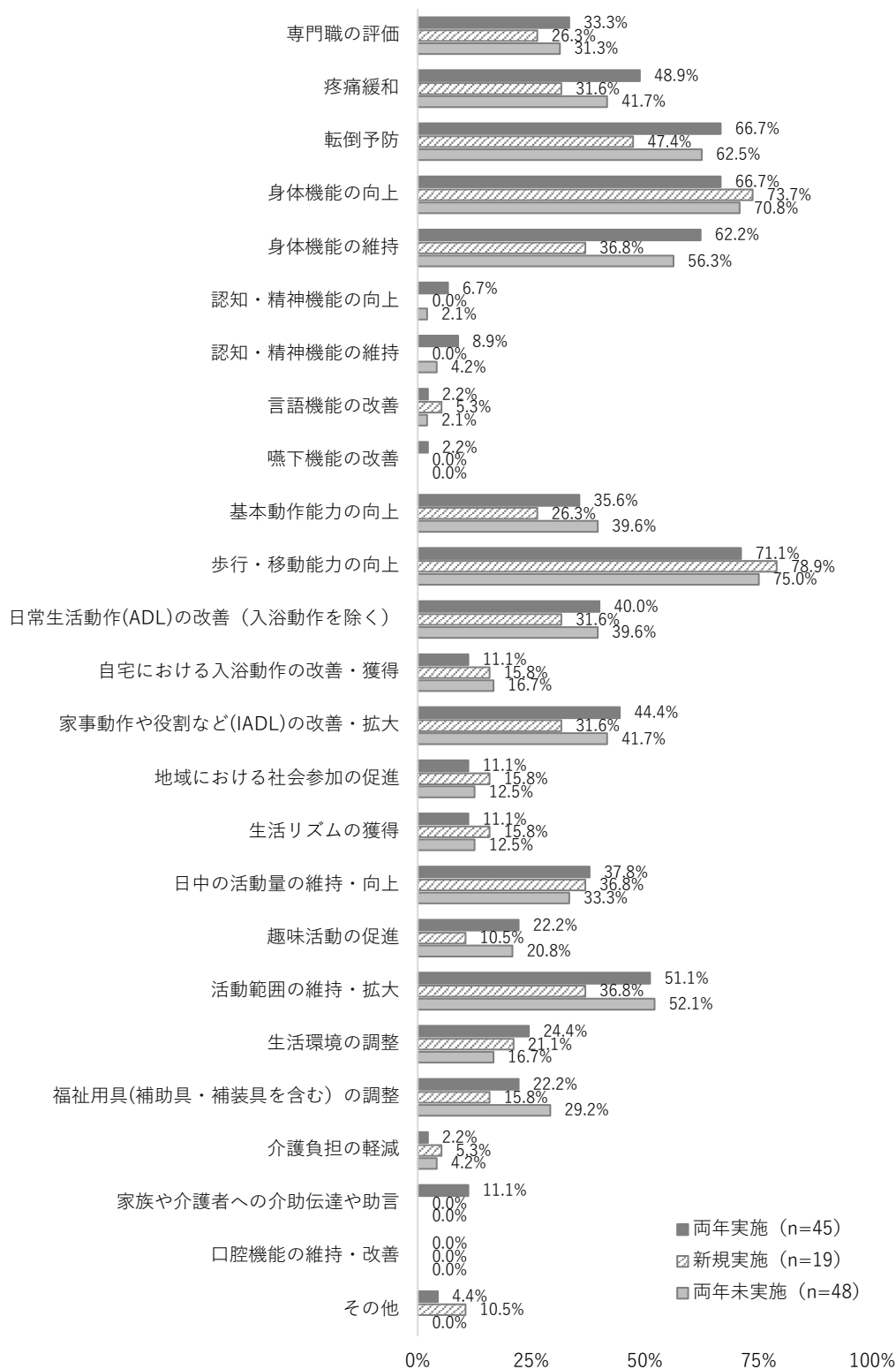


事業所医師の指示の内容は、「リハの目的」が7~8割であった。また、「リハ実施上の留意点」「リハ中止の目安(基準)」の割合が高かった (図7-2-10)。



訪問リハビリテーション計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」「身体機能の向上」が7～8割であり、「転倒予防」「身体機能の維持」が続いた(図7-2-11)。

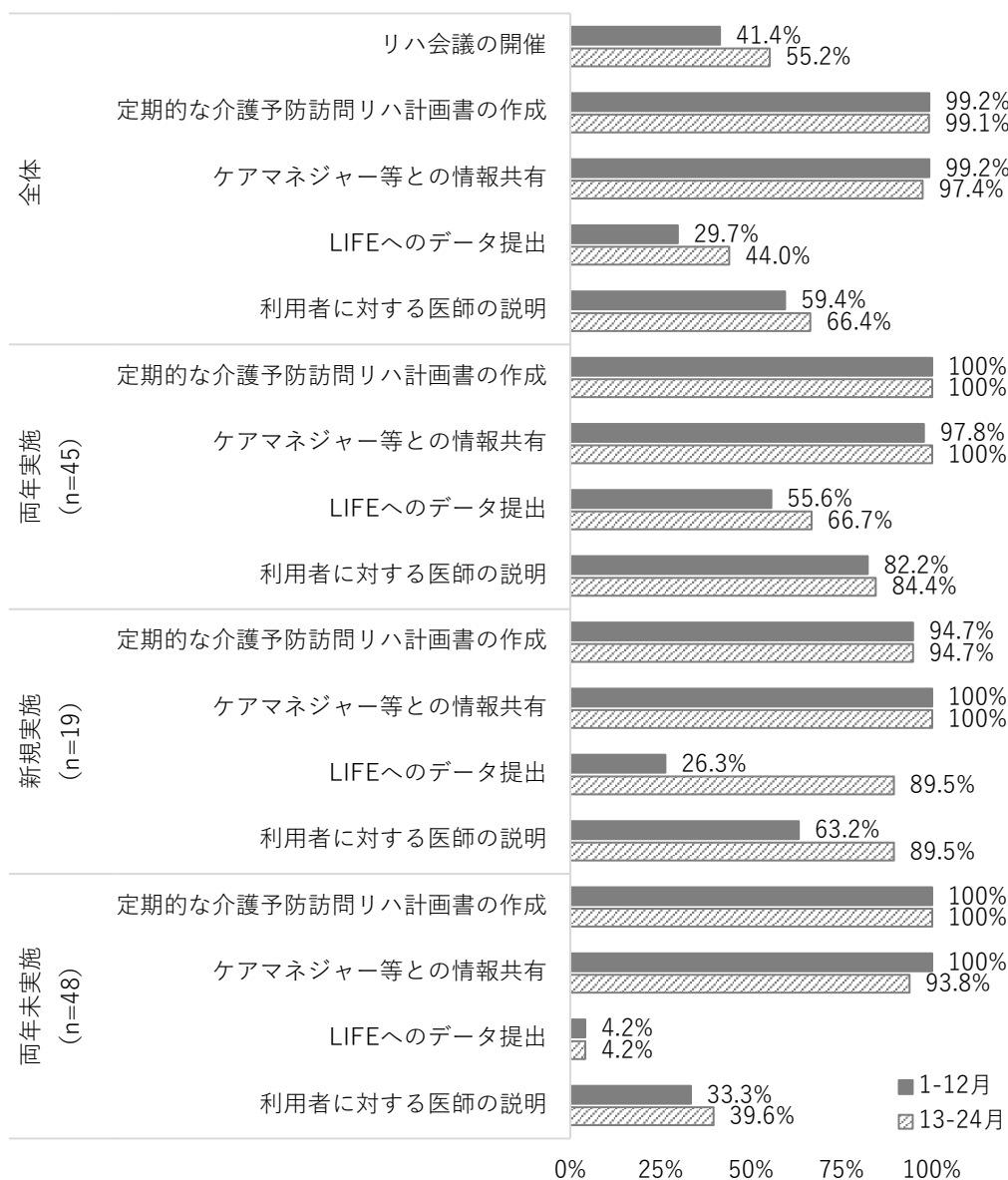
図 7-2-11 訪問リハ計画書に位置付けた目標



### 3. サービス提供内容

リハマネジメントに関する取り組みにて「リハ会議の開催」は、「1-12月」が41.4%、「13-24月」が55.2%であった。また、「定期的な介護予防訪問リハ計画書の作成」「ケアマネジャー等との情報共有」が「1-12月」「13-24月」ともに9割を超えた。リハ会議の開催状況別にみると、「LIFEへのデータ提出」「利用者に対する医師の説明」は「両年未実施」より「両年実施」にて実施割合が高く、「新規実施」では「13-24月」にて高かった（図7-3-1）。

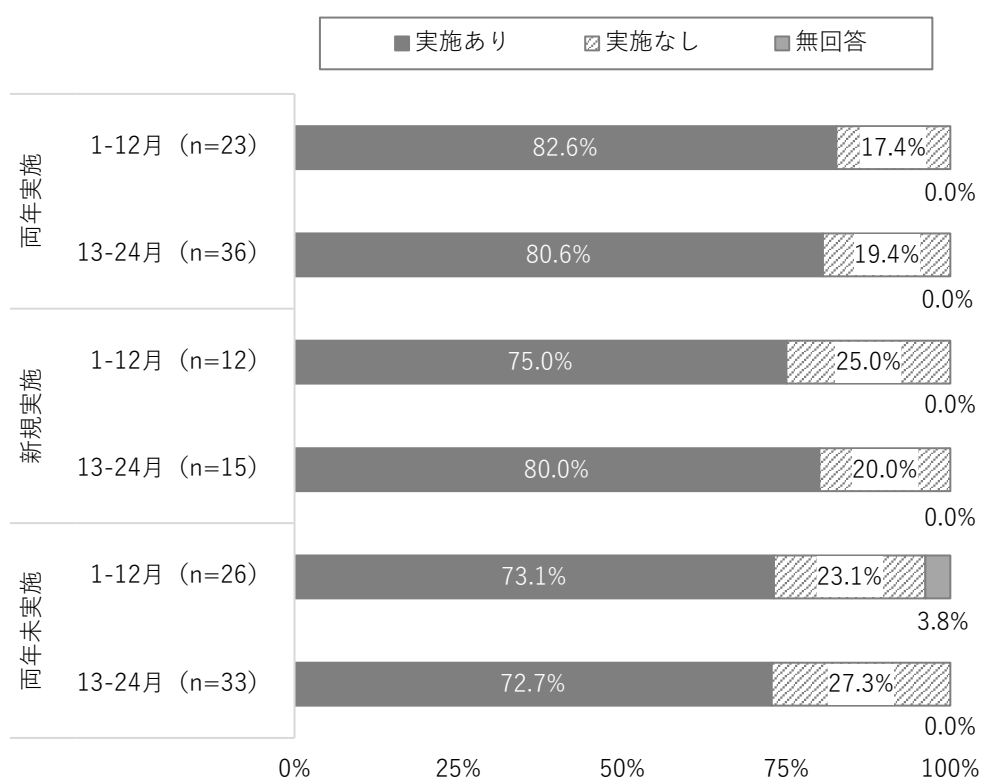
図 7-3-1 リハマネジメントの関わり



※ 全体は、1-12月 (n=128)、13-24月 (n=116)

他介護サービス事業所等との情報共有の実施割合は、概ね7～8割であった（図7-3-2）。

図7-3-2 他介護サービス事業所等との情報共有

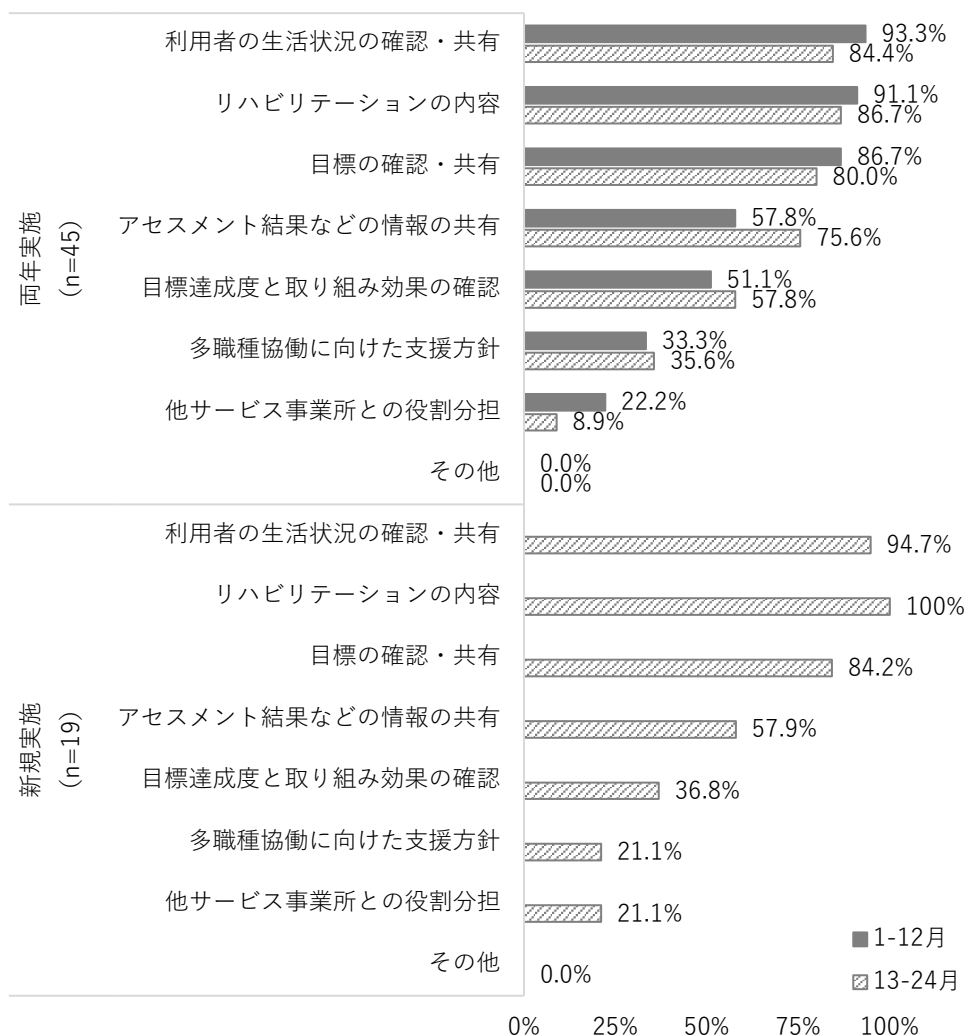


※ 併用サービスありに限る

リハ会議における検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」にて8割を超えた。他方、「目標達成度と取り組み効果の確認」は、「両年実施」の「13-24月」にて57.8%、「新規実施」にて36.8%であった（図7-3-3）。

リハ会議の参加者は、事業所内にて「理学療法士」の割合が高く、「両年実施」では「医師」の割合も高かった（図7-3-4）。また、事業所外にて「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図7-3-5）。

図7-3-3 リハ会議における検討内容



※ リハ会議の開催ありに限る

図 7-3-4 リハ会議の参加者（事業所内）

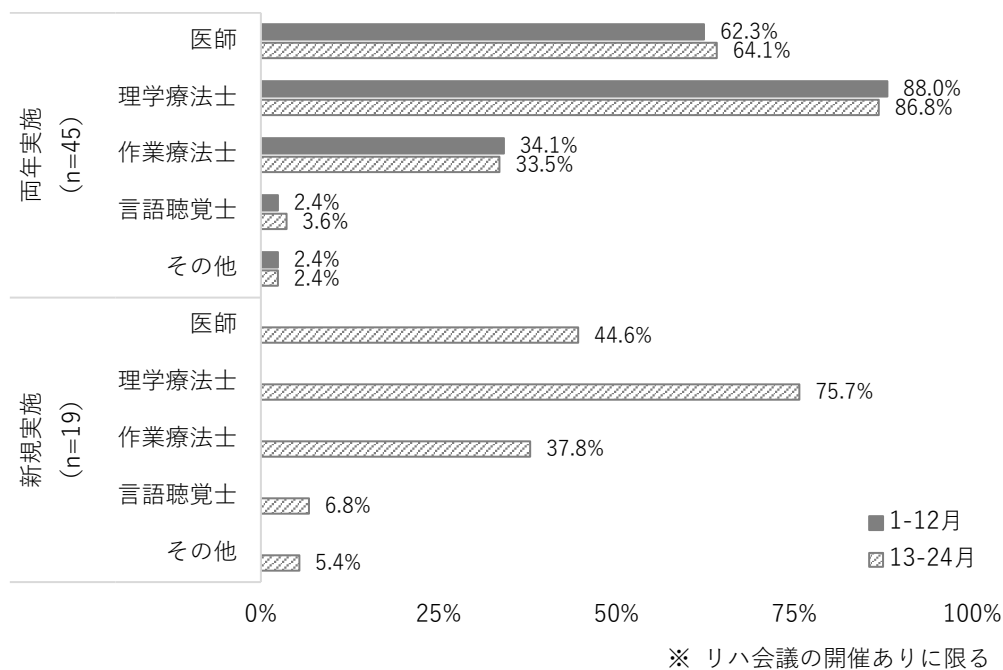
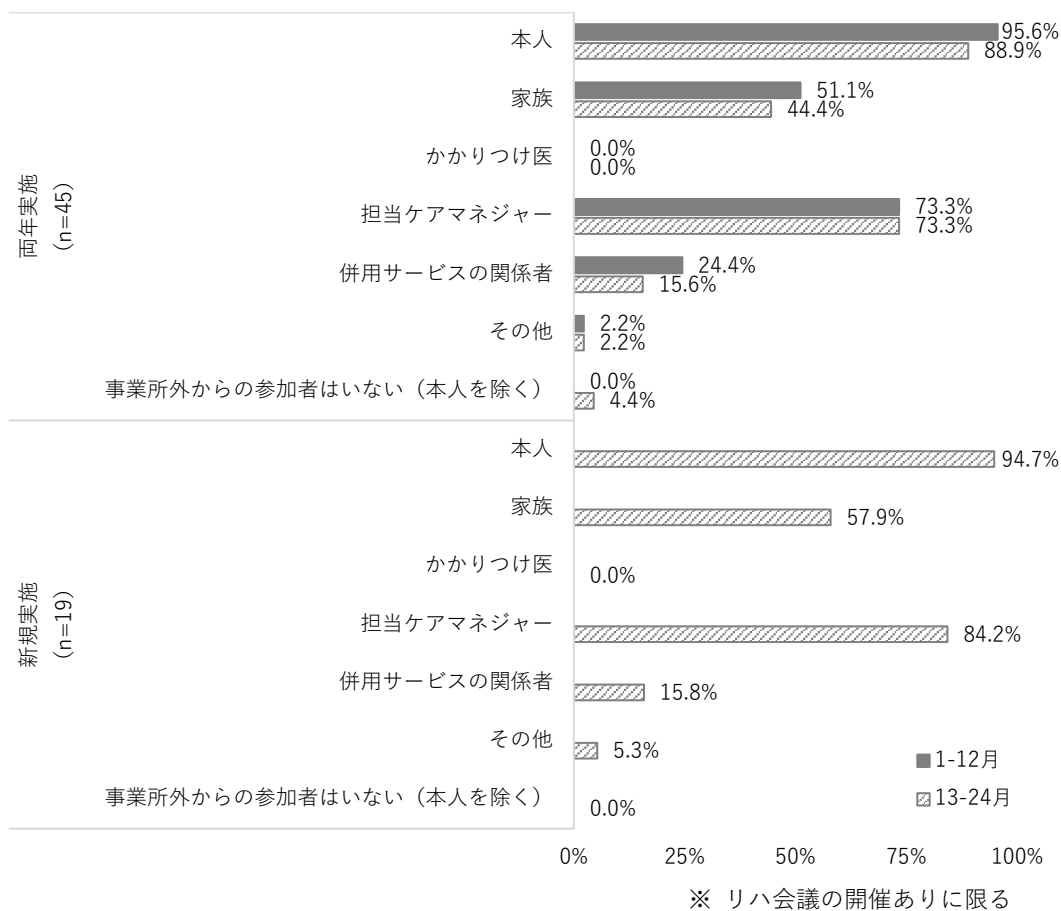
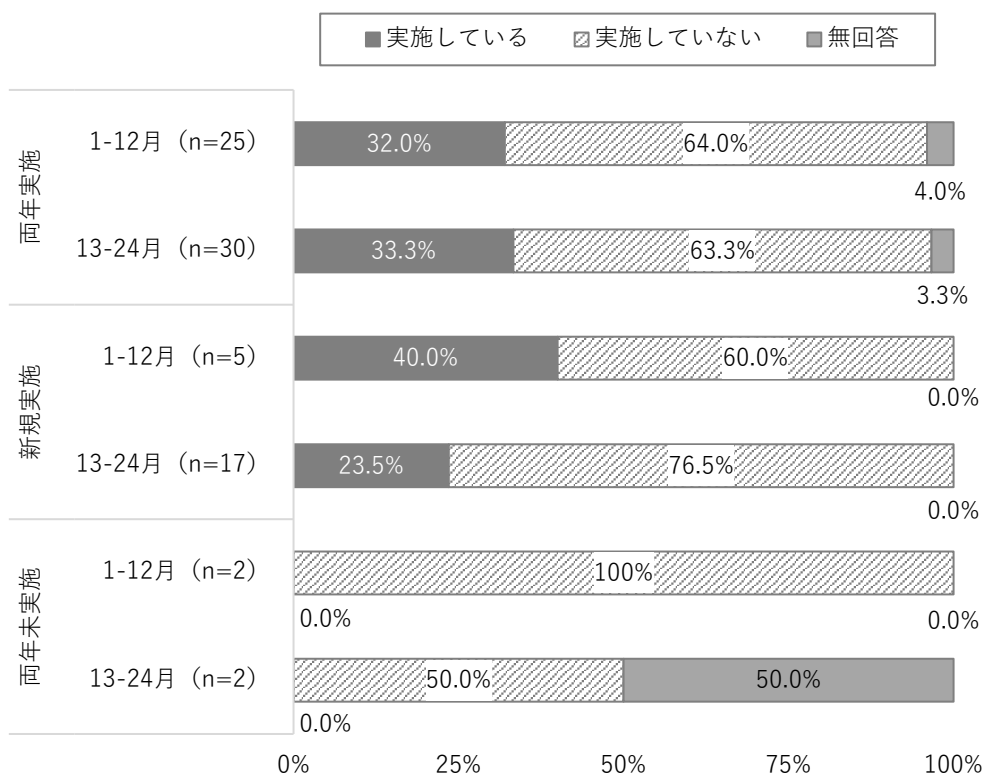


図 7-3-5 リハ会議の参加者（事業所外）



LIFEへのデータ提出後に届くフィードバック票を用いて、利用者へのフィードバックを実施している割合は「両年実施」にて3割であり、「新規実施」では「13-24月」にて23.5%と低下していた（図7-3-6）。

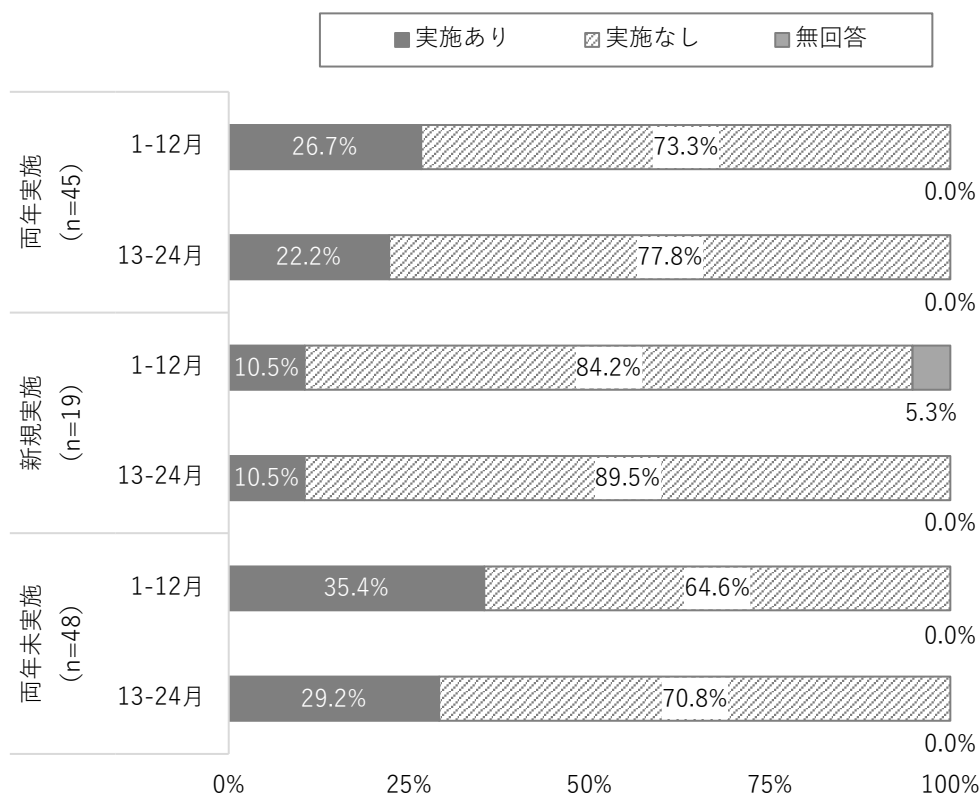
図 7-3-6 フィードバック票を用いた利用者へのフィードバックの実施有無



※ LIFE へのデータ提出ありに限る

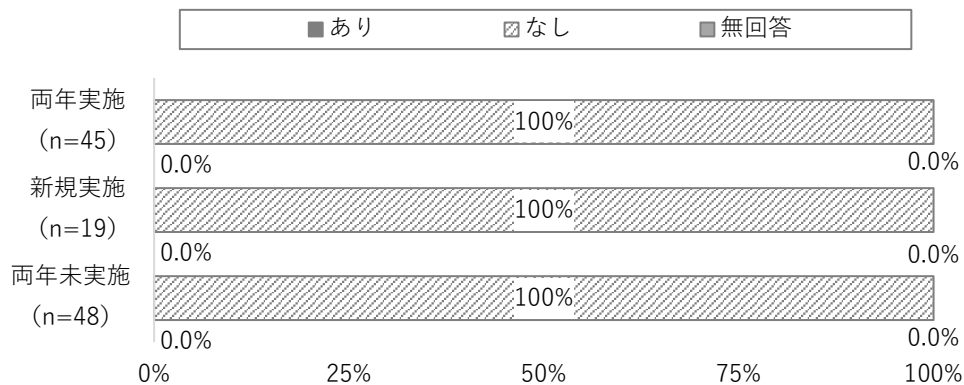
かかりつけ医の診察による訪問リハの実施有無について「実施あり」の割合は、「新規実施」にて低く、「両年未実施」にて高い割合であった（図7-3-7）。

図 7-3-7 かかりつけ医の診察による訪問リハの実施有無



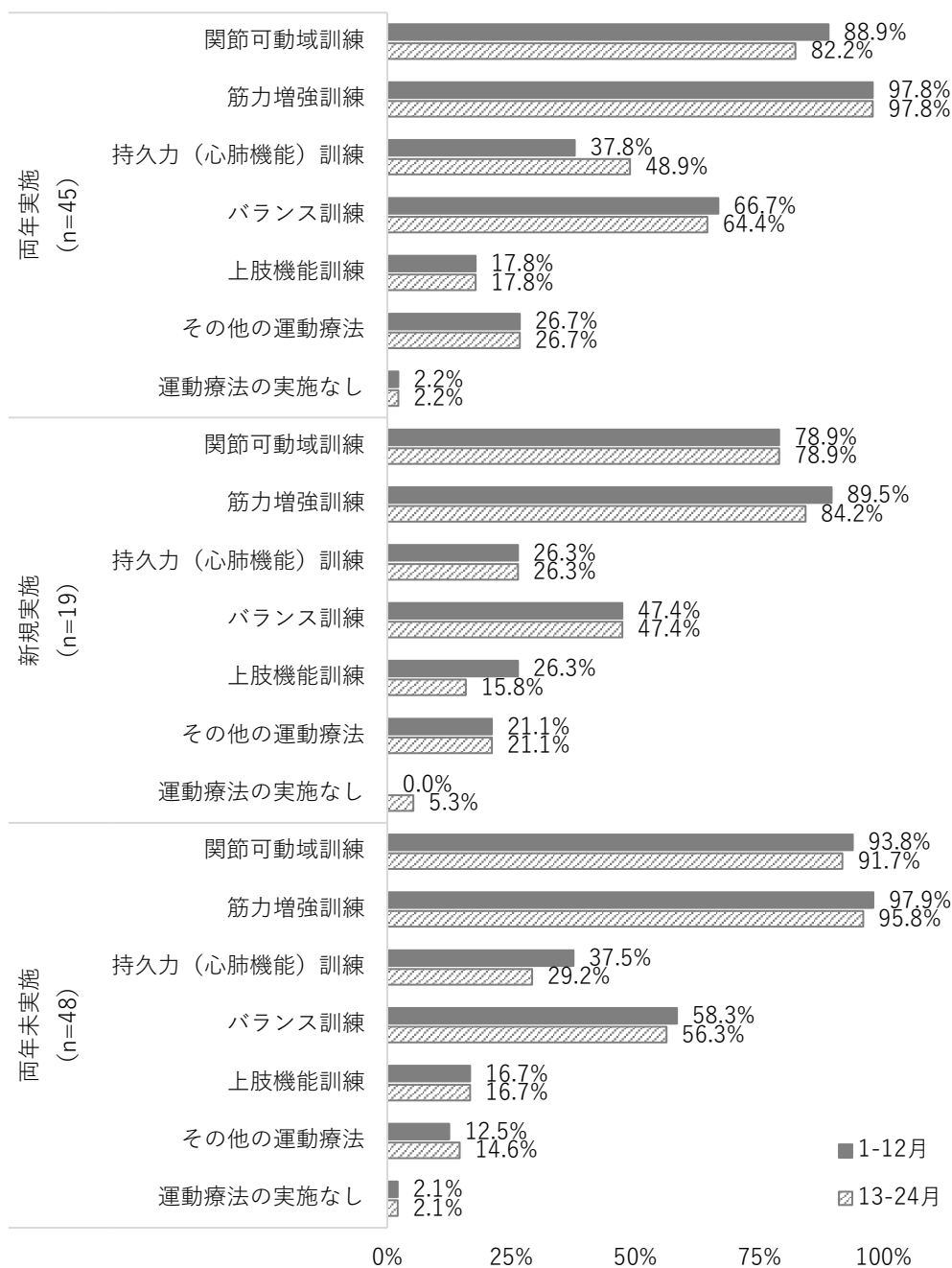
口腔連携強化加算の算定はみられなかった（図7-3-8）。

図 7-3-8 口腔連携強化加算の算定有無（13-24月）



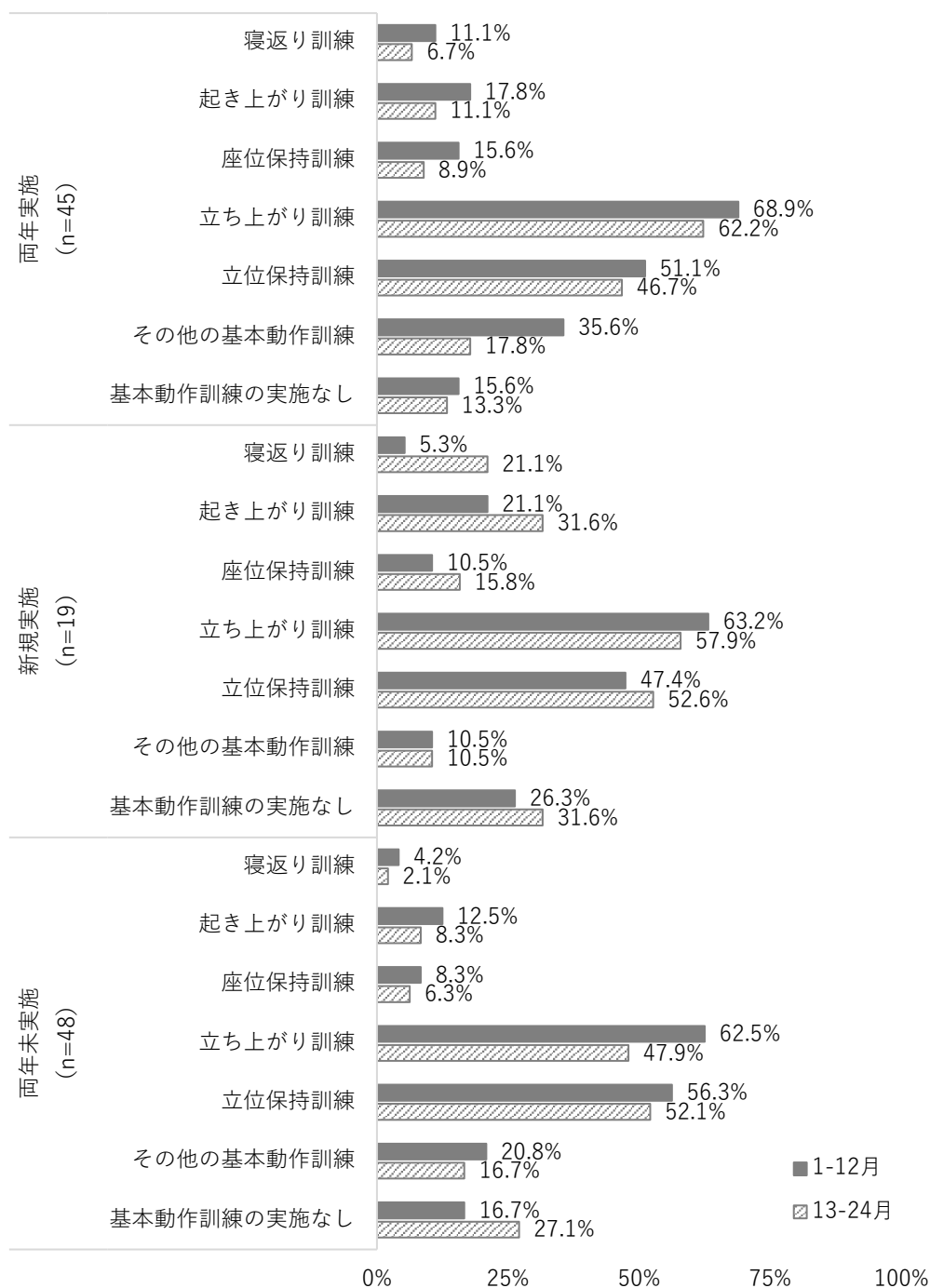
提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」「関節可動域訓練」の実施割合が高かった（図7-3-9）。

図 7-3-9 提供サービス内容（運動療法）



基本動作では、「立ち上がり訓練」「立位保持訓練」の実施割合が高かった（図7-3-10）。

図 7-3-10 提供サービス内容（基本動作）



歩行では、「歩行訓練（平地）」「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」ともに「両年実施」「両年未実施」における実施割合が高かった（図7-3-11）。なお、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高かった（表7-3-1）。

図 7-3-11 提供サービス内容（歩行）

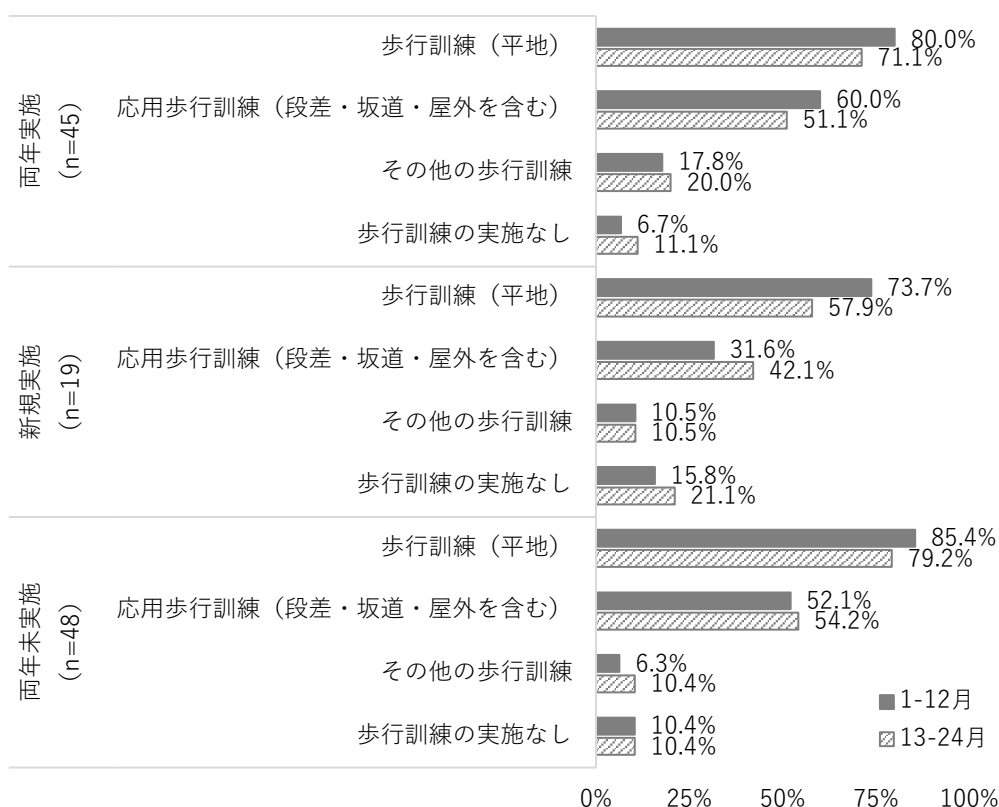
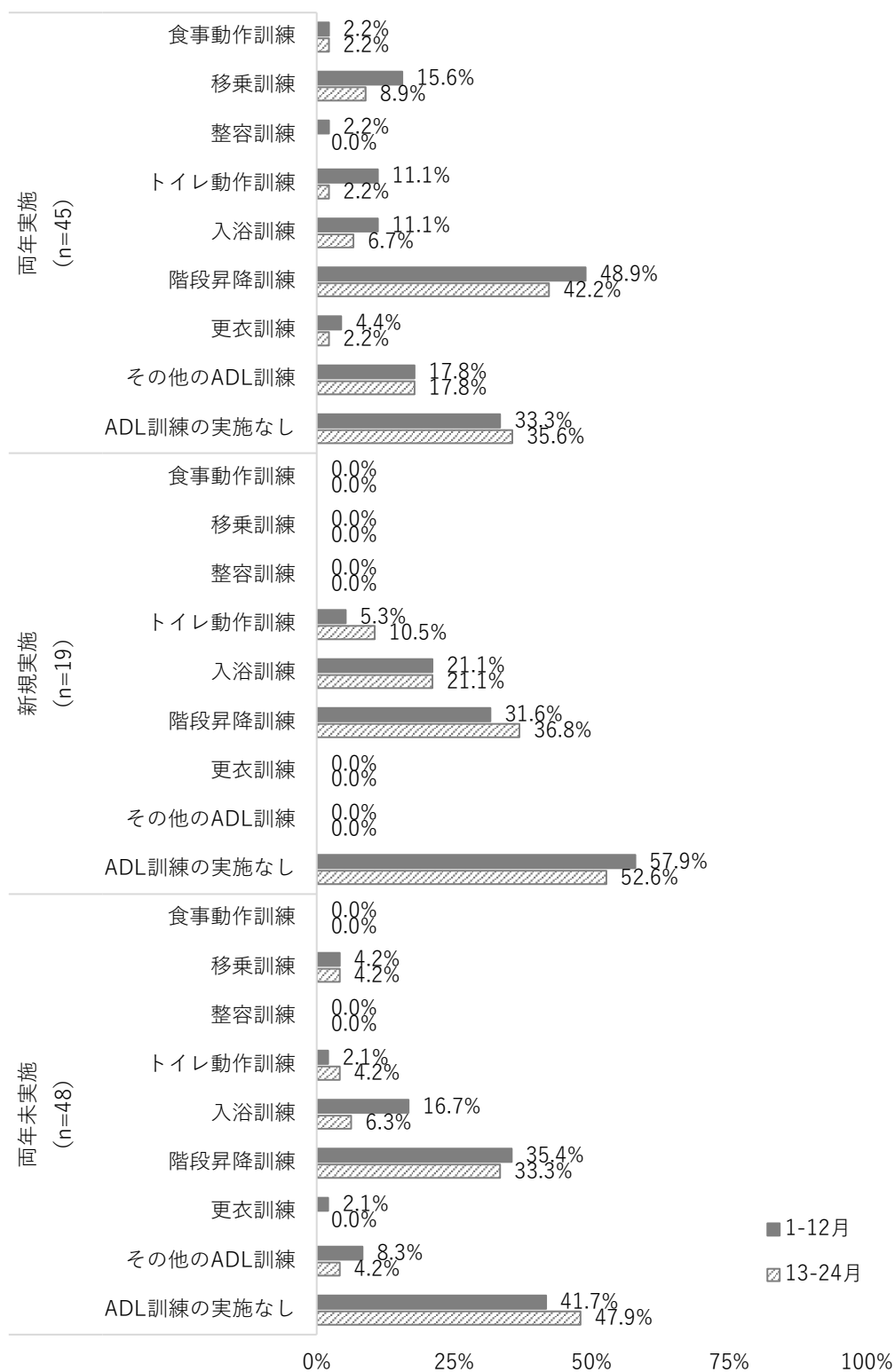


表7-3-1 提供サービス内容（歩行：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		45	33	20	14
1	歩行訓練（平地）	68.9%	69.7%	70.0%	64.3%
2	応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）	57.8%	54.5%	65.0%	28.6%
3	その他の歩行訓練	22.2%	24.2%	25.0%	0.0%
4	歩行訓練の実施なし	8.9%	9.1%	10.0%	28.6%

提供サービスにおけるADLでは、「階段昇降訓練」の割合が高かったが、「新規実施」「両年未実施」では、「ADL訓練の実施なし」が最も割合が高かった（図7-3-12）。

図 7-3-12 提供サービス内容（ADL）



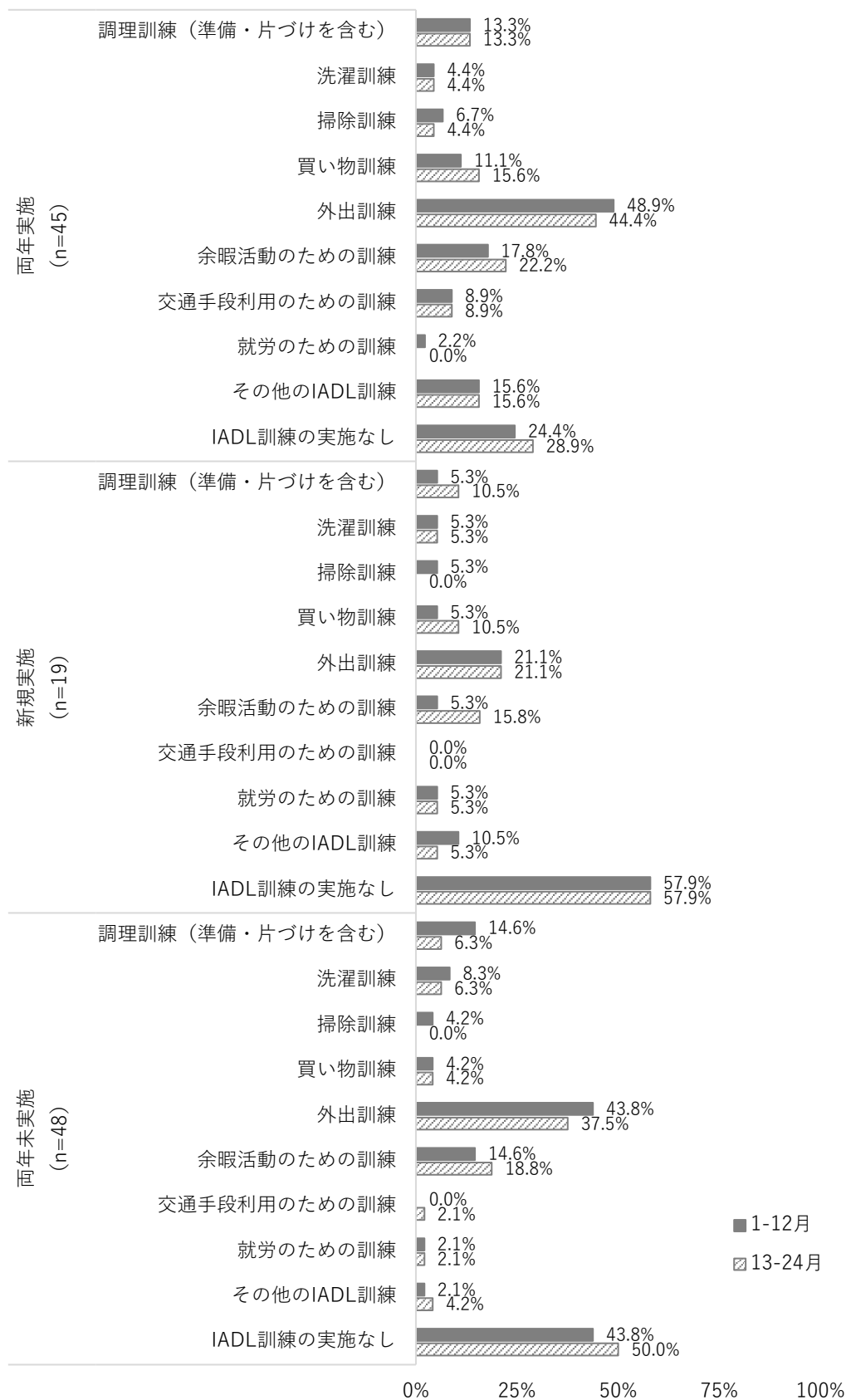
ADL訓練の実施状況について、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、実施割合が高かった（表7-3-2）。

表7-3-2 提供サービス内容（ADL：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		45	33	20	14
1	食事動作訓練	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%
2	移乗訓練	8.9%	12.1%	10.0%	0.0%
3	整容訓練	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4	トイレ動作訓練	6.7%	6.1%	5.0%	0.0%
5	入浴訓練	15.6%	18.2%	20.0%	0.0%
6	階段昇降訓練	51.1%	51.5%	60.0%	21.4%
7	更衣訓練	2.2%	0.0%	5.0%	0.0%
8	その他のADL訓練	13.3%	21.2%	20.0%	0.0%
9	ADL訓練の実施なし	31.1%	18.2%	20.0%	71.4%

提供サービスにおけるIADLでは、「外出訓練」の割合が高い傾向にあった。一方で、「新規実施」にて「IADL訓練の実施なし」が5割を超え、最も割合が高かった（図7-3-13）。

図 7-3-13 提供サービス内容 (IADL)



IADL訓練の実施状況について、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、実施割合が高かった（表7-3-3）。

表7-3-3 提供サービス内容（IADL：13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		45	33	20	14
1	調理訓練（準備・片づけを含む）	15.6%	18.2%	20.0%	0.0%
2	洗濯訓練	4.4%	9.1%	0.0%	0.0%
3	掃除訓練	2.2%	3.0%	5.0%	0.0%
4	買い物訓練	20.0%	24.2%	35.0%	0.0%
5	外出訓練	44.4%	48.5%	65.0%	21.4%
6	余暇活動のための訓練	24.4%	24.2%	30.0%	7.1%
7	交通手段利用のための訓練	8.9%	12.1%	15.0%	0.0%
8	就労のための訓練	2.2%	3.0%	0.0%	0.0%
9	その他のIADL訓練	13.3%	21.2%	30.0%	0.0%
10	IADL訓練の実施なし	33.3%	24.2%	15.0%	64.3%

環境調整・支援の関わりでは、「福祉用具・自助具の評価・選定」「家屋評価・調整」「家族・支援者への助言」の実施割合が高かった。なお、リハ会議の開催有無に関わらず、「1-12月」より「13-24月」にて「環境調整・支援の実施なし」の割合が高かった（図7-3-14）。

評価・助言に関する取り組みでは、「運動・自主トレに関する助言」「転倒予防への啓発・助言」にて実施割合が高かった（図7-3-15）。

図 7-3-14 提供サービス内容（環境調整・支援）

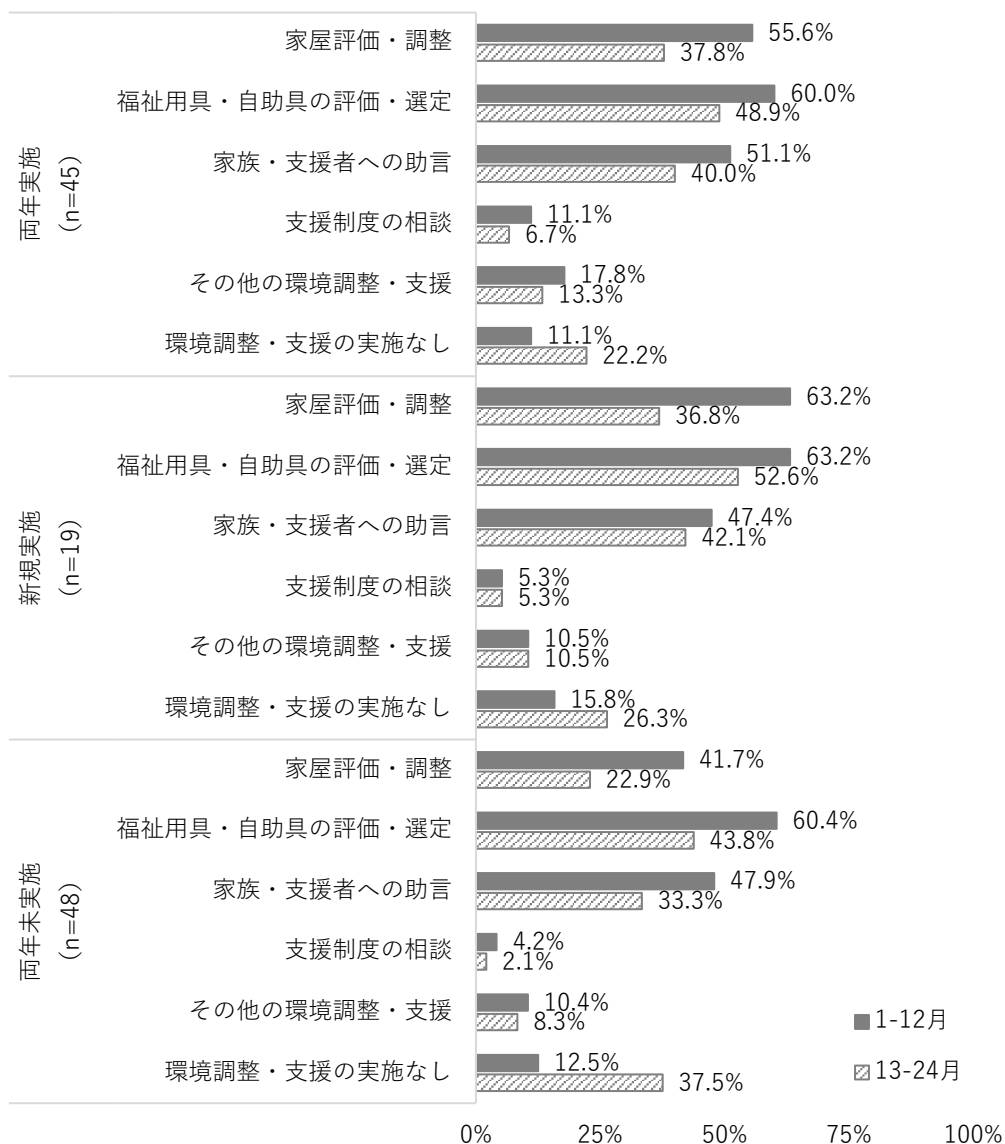
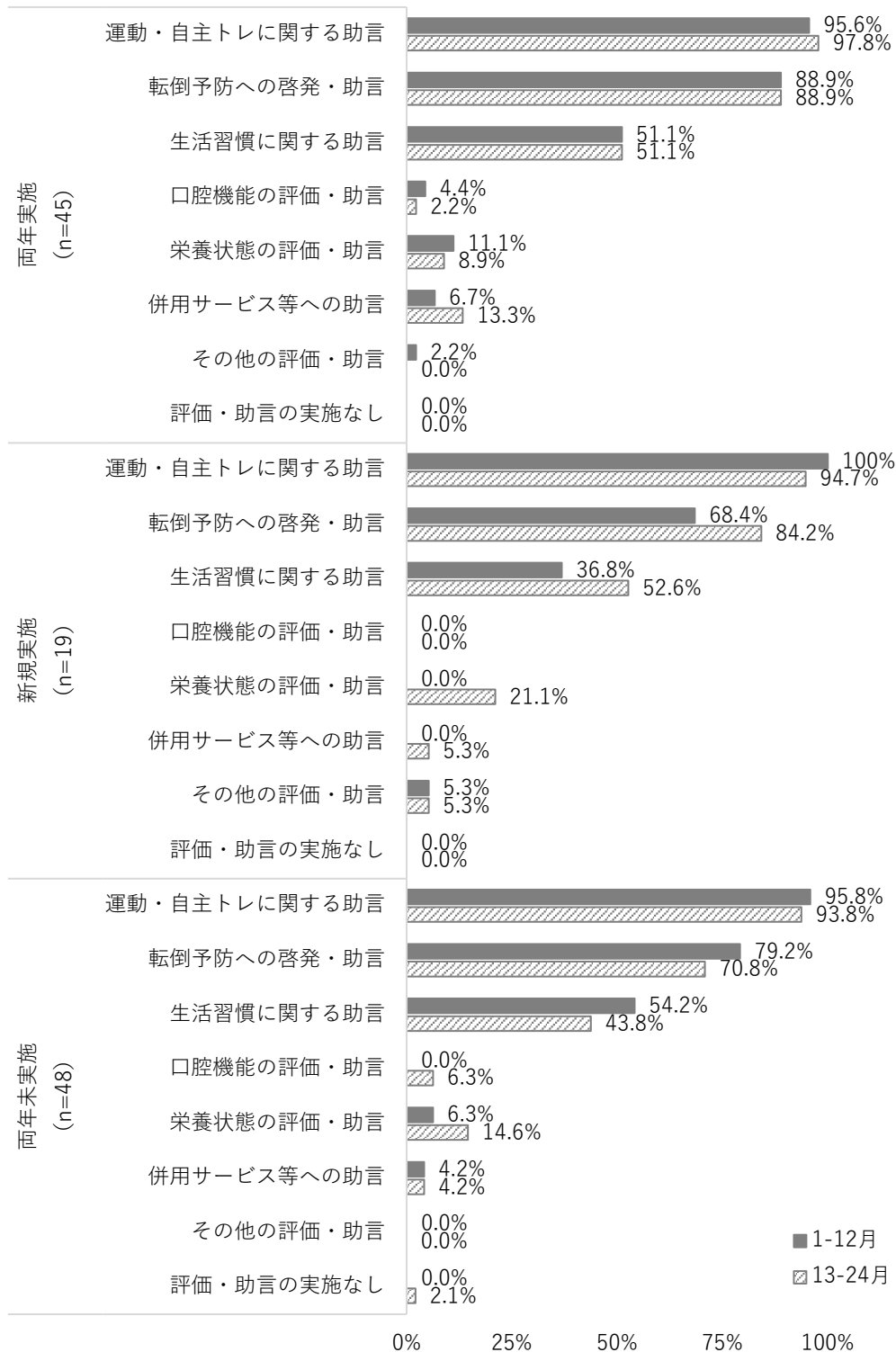


図 7-3-15 評価・助言に関する取り組み



社会参加への取り組みでは、「社会参加への支援の実施なし」は7～8割であり、「通いの場等への同行評価」は1割に満たなかった（図7-3-16）。

リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者においては、上記3項目「実施なし」の利用者より、「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった（表7-3-4）。

図 7-3-16 社会参加への取り組み

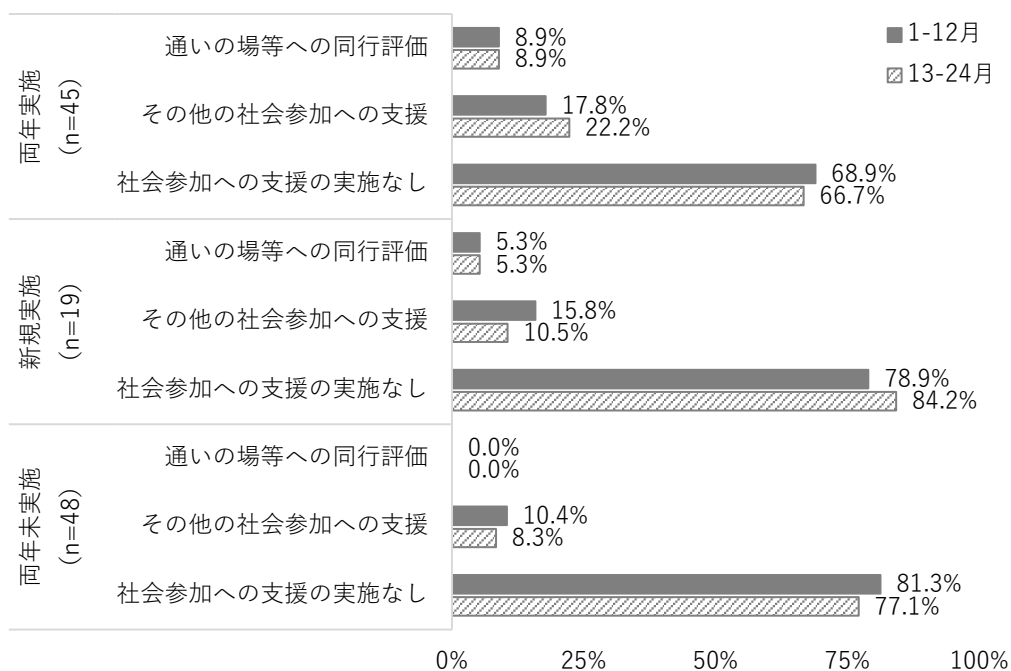


表7-3-4 社会参加への取り組み（13-24月）（リハ会議の協議内容別）

		リハ会議の協議内容			
		情報共有あり	効果確認あり	支援方針あり	左記3種なし
n		45	33	20	14
1	通いの場等への同行評価	11.1%	12.1%	10.0%	0.0%
2	その他の社会参加への支援	24.4%	24.2%	35.0%	7.1%
3	社会参加への支援の実施なし	64.4%	66.7%	55.0%	85.7%

ケアマネジャーとの情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」の割合が最も高く、「生活状況や生活課題」が続いた（表7-3-5）。

他介護サービス事業所との情報共有の内容は、「現在の心身機能やADLに関する情報」「心身機能やADLの変化に関する今後の見通し」「生活状況や生活課題」の割合が高かった（表7-3-6）。

表 7-3-5 地域包括支援センター、ケアマネジャーとの情報共有

		両年実施		新規実施		両年未実施	
		1-12月	13-24月	1-12月	13-24月	1-12月	13-24月
n		44	45	19	19	48	45
1	現在の心身機能やADLに関する情報	90.9%	86.7%	100%	84.2%	97.9%	100%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	63.6%	71.1%	47.4%	52.6%	58.3%	62.2%
3	生活状況や生活課題	77.3%	84.4%	68.4%	73.7%	81.3%	68.9%
4	生活課題の要因(原因や理由)	47.7%	51.1%	52.6%	42.1%	52.1%	42.2%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	47.7%	57.8%	47.4%	52.6%	29.2%	35.6%
6	今後の生活目標	56.8%	66.7%	47.4%	57.9%	60.4%	46.7%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	52.3%	46.7%	47.4%	47.4%	54.2%	53.3%
8	本人・家族への助言内容	59.1%	60.0%	52.6%	57.9%	52.1%	60.0%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	4.5%	11.1%	0.0%	0.0%	6.3%	6.7%
10	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※ 地域包括支援センター、ケアマネジャーとの情報共有ありに限る

表 7-3-6 他介護サービス事業所との情報共有

		両年実施		新規実施		両年未実施	
		1-12月	13-24月	1-12月	13-24月	1-12月	13-24月
n		19	29	9	12	19	24
1	現在の心身機能やADLに関する情報	84.2%	82.8%	88.9%	75.0%	84.2%	87.5%
2	心身機能やADLの変化に関する今後の見通し	73.7%	65.5%	44.4%	50.0%	63.2%	62.5%
3	生活状況や生活課題	57.9%	69.0%	44.4%	83.3%	78.9%	79.2%
4	生活課題の要因(原因や理由)	42.1%	55.2%	11.1%	33.3%	42.1%	33.3%
5	生活状況や生活課題に関する今後の見通し	52.6%	55.2%	22.2%	41.7%	47.4%	45.8%
6	今後の生活目標	57.9%	55.2%	22.2%	50.0%	36.8%	33.3%
7	福祉用具や環境整備に関する内容	57.9%	58.6%	66.7%	50.0%	52.6%	45.8%
8	本人・家族への助言内容	47.4%	55.2%	11.1%	41.7%	26.3%	41.7%
9	通いの場等の地域資源に関する情報	0.0%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
10	その他	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※ 他介護サービス事業所等との情報共有ありに限る

#### 4. サービス提供後の状況

介護度の更新・変更ありの割合は、「1-12月」が3割強、「13-24月」が2~3割であった（図7-4-1）。状態の変化について介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度にて、「向上」「維持」の割合が8~9割であった（表7-4-1）。

図 7-4-1 介護度の更新・変更の有無

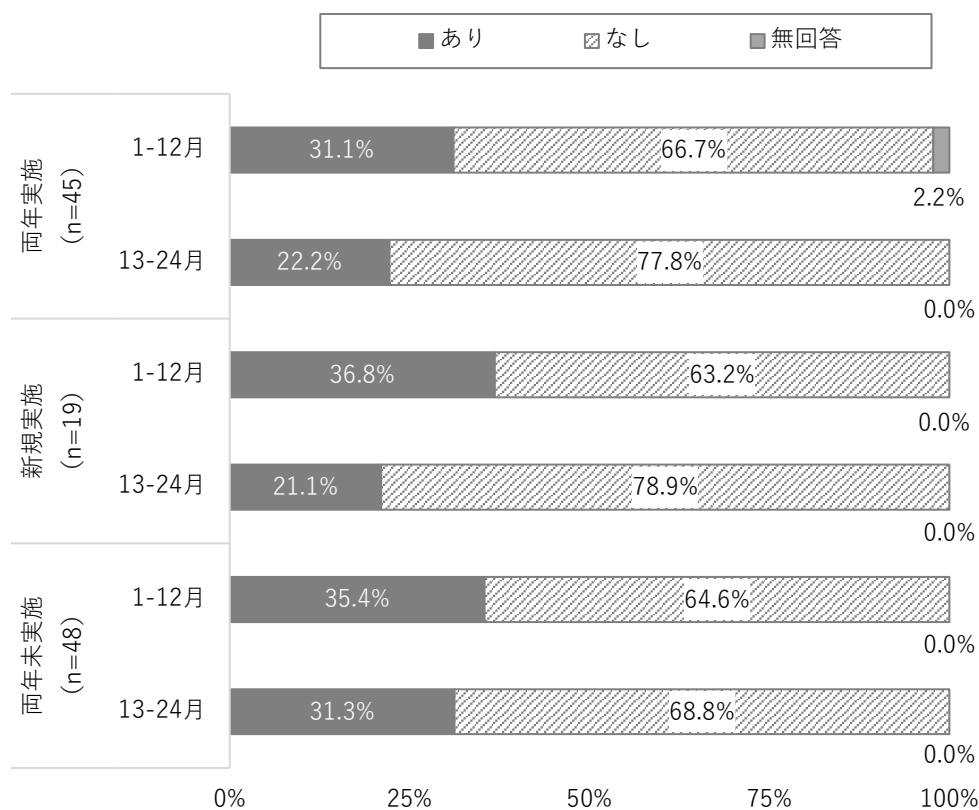


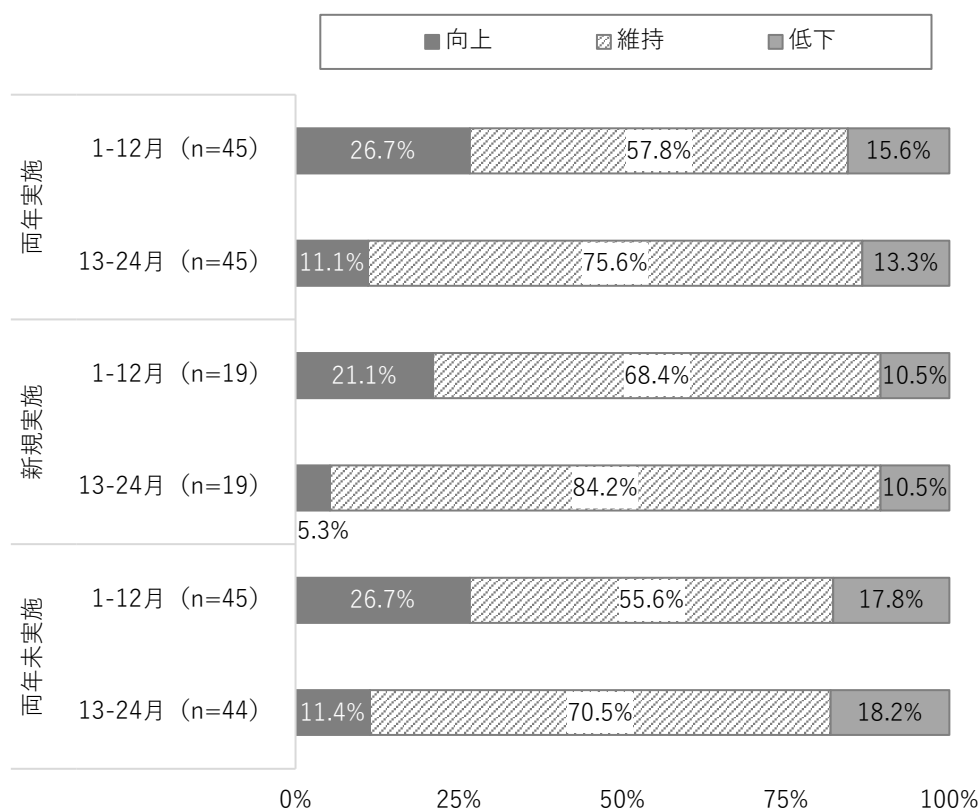
表 7-4-1 状態の変化

				n	向上	維持	低下
1	介護度	両年実施	1-12月	43	0.0%	88.4%	11.6%
			13-24月	39	2.6%	94.9%	2.6%
		新規実施	1-12月	19	10.5%	73.7%	15.8%
			13-24月	18	5.6%	83.3%	11.1%
		両年未実施	1-12月	46	0.0%	82.6%	17.4%
			13-24月	38	2.6%	94.7%	2.6%
2	日常生活自立度	両年実施	1-12月	44	11.4%	81.8%	6.8%
			13-24月	45	6.7%	84.4%	8.9%
		新規実施	1-12月	18	5.6%	83.3%	11.1%
			13-24月	18	11.1%	77.8%	11.1%
		両年未実施	1-12月	45	11.1%	75.6%	13.3%
			13-24月	46	4.3%	84.8%	10.9%
3	認知症高齢者の 日常生活自立度	両年実施	1-12月	44	2.3%	95.5%	2.3%
			13-24月	45	2.2%	95.6%	2.2%
		新規実施	1-12月	18	0.0%	88.9%	11.1%
			13-24月	18	11.1%	83.3%	5.6%
		両年未実施	1-12月	45	8.9%	88.9%	2.2%
			13-24月	46	0.0%	91.3%	8.7%

※ 無回答を除く／介護度の更新・変更なしは維持に含む

ADLの変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて2割強であった（図7-4-2）。なお、「13-24月」のADL変化を年齢別に「向上」の割合をみると、「85歳以上」にて高い傾向にあった。また、疾患別にみると、「進行性疾患」「内部障害」は低いものの、「脳血管疾患」「骨関節疾患」は「向上」「維持」の割合が高かった（表7-4-2）。

図7-4-2 ADLの変化



※ 無回答を除く

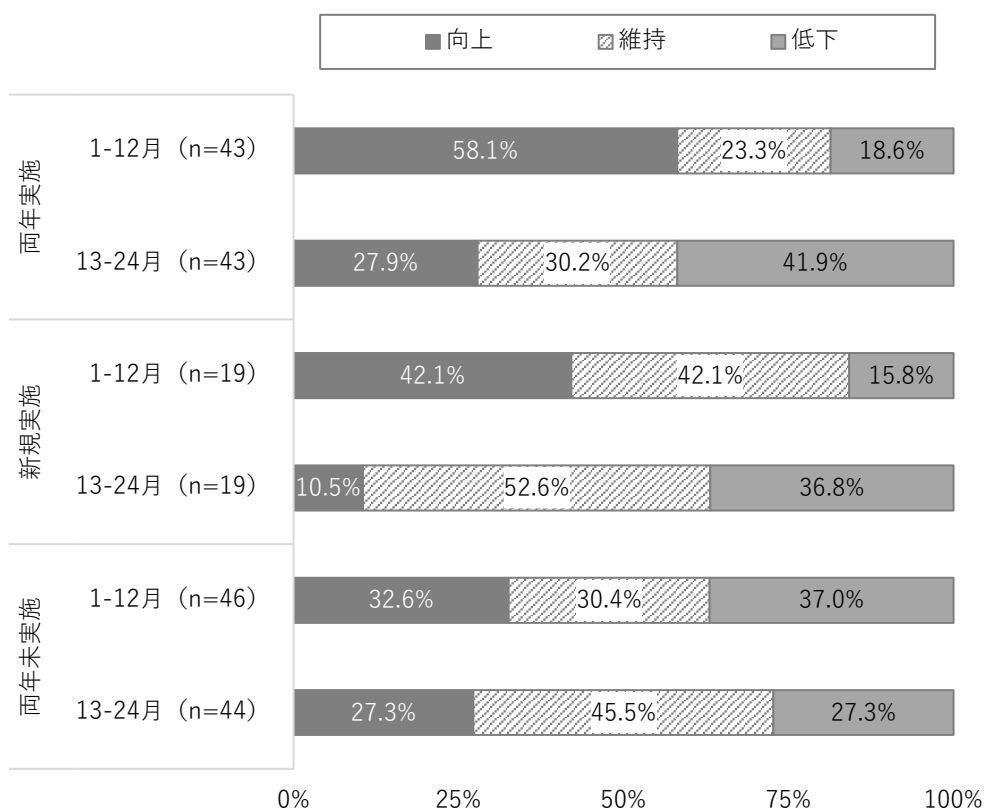
表7-4-2 13月から24月後におけるADLの変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	20	36	47	17	36	7	5
1	向上	5.0%	8.3%	14.9%	5.9%	11.1%	0.0%	0.0%
2	維持	80.0%	86.1%	68.1%	88.2%	83.3%	57.1%	80.0%
3	低下	15.0%	5.6%	17.0%	5.9%	5.6%	42.9%	20.0%

※ 無回答を除く

IADLの変化における「1-12月」の「向上」割合は、「両年実施」58.1%の割合が高かった。また、「13-24月」においても「両年実施」は27.9%であった（図7-4-3）。なお、「13-24月」のIADL変化を年齢別にみると差異はなく、疾患別にみると「脳血管疾患」にて高い傾向にあった（表7-4-3）。

図7-4-3 IADLの変化



※ 無回答を除く

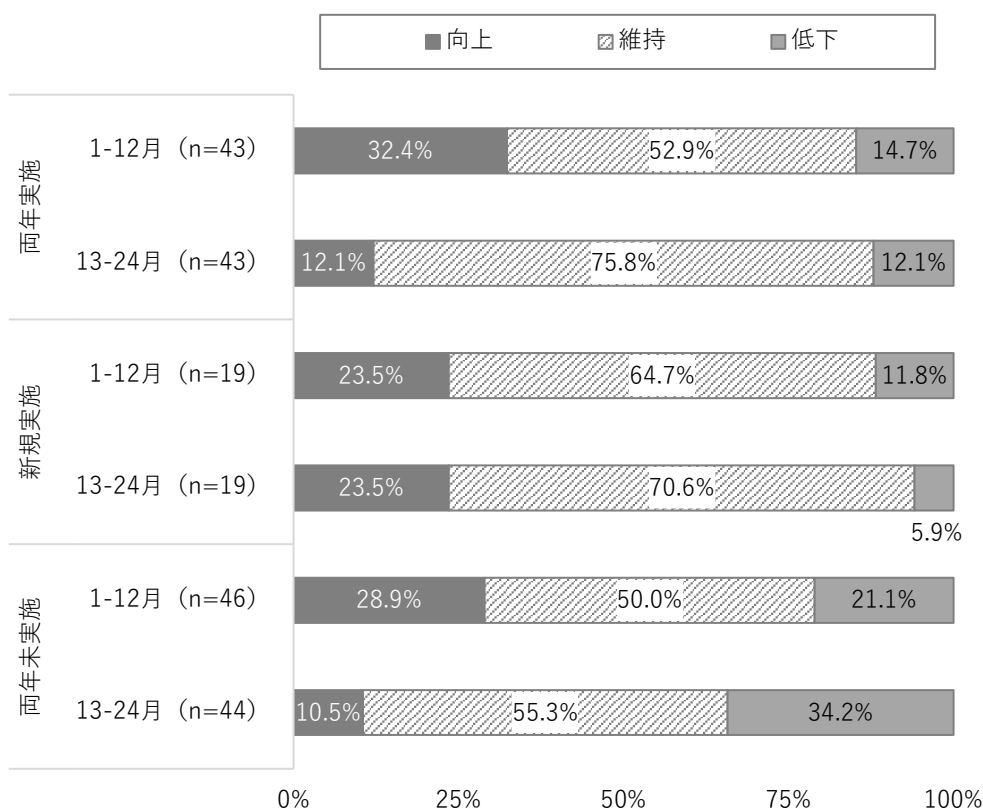
表7-4-3 13月から24月後におけるIADLの変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	20	37	45	18	35	7	5
1	向上	25.0%	27.0%	26.7%	38.9%	17.1%	14.3%	20.0%
2	維持	45.0%	40.5%	42.2%	27.8%	48.6%	71.4%	20.0%
3	低下	30.0%	32.4%	31.1%	33.3%	34.3%	14.3%	60.0%

※ 無回答を除く

活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「1-12月」にて2～3割であり、「13-24月」においても1～2割であった（図7-4-4）。なお、「13-24月」の活動範囲（LSA）の変化を年齢別に「向上」の割合をみると、差異はみられなかった（表7-4-4）。

図7-4-4 活動範囲（LSA）の変化



※ 無回答を除く

表7-4-4 13月から24月後における活動範囲（LSA）の変化（年齢別・疾患別）

		年齢			疾患			
		65-74歳	75-84歳	85歳以上	脳血管疾患	骨関節疾患	内部障害	進行性疾患
	n	19	27	38	16	29	6	5
1	向上	15.8%	18.5%	15.8%	18.8%	10.3%	16.7%	0.0%
2	維持	68.4%	63.0%	60.5%	62.5%	65.5%	66.7%	100.0%
3	低下	15.8%	18.5%	23.7%	18.8%	24.1%	16.7%	0.0%

※ 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「両年実施」(n=10以上に限る)にて「福祉用具(補助具・補装具を含む)の調整」「家族や介護者への介助伝達や助言」「生活環境の調整」「認知・精神機能の維持」にて6割を超えた。一方、「地域における社会参加の促進」は「未達成」の割合が高値であった(表7-4-5)。

表7-4-5 13月から24月後における利用目標の達成度 (両年実施)

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	37	56.8%	43.2%	0.0%
2 疼痛緩和	35	25.7%	65.7%	8.6%
3 転倒予防	41	51.2%	39.0%	9.8%
4 身体機能の向上	38	34.2%	55.3%	10.5%
5 身体機能の維持	41	58.5%	39.0%	2.4%
6 認知・精神機能の向上	8	37.5%	37.5%	25.0%
7 認知・精神機能の維持	13	61.5%	23.1%	15.4%
8 言語機能の改善	3	33.3%	66.7%	0.0%
9 嚥下機能の改善	3	66.7%	0.0%	33.3%
10 基本動作能力の向上	30	53.3%	43.3%	3.3%
11 歩行・移動能力の向上	41	43.9%	46.3%	9.8%
12 日常生活動作(ADL)の改善(入浴動作を除く)	34	50.0%	44.1%	5.9%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	19	47.4%	47.4%	5.3%
14 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	28	53.6%	39.3%	7.1%
15 地域における社会参加の促進	19	42.1%	15.8%	42.1%
16 生活リズムの獲得	15	60.0%	26.7%	13.3%
17 日中の活動量の維持・向上	37	45.9%	43.2%	10.8%
18 趣味活動の促進	23	47.8%	43.5%	8.7%
19 活動範囲の維持・拡大	34	44.1%	41.2%	14.7%
20 生活環境の調整	28	64.3%	35.7%	0.0%
21 福祉用具(補助具・補装具を含む)の調整	29	72.4%	27.6%	0.0%
22 介護負担の軽減	20	45.0%	50.0%	5.0%
23 家族や介護者への介助伝達や助言	24	70.8%	29.2%	0.0%
24 口腔機能の維持・改善	4	75.0%	25.0%	0.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「新規実施」にて「達成」が5割を超える項目はなかった（表7-4-6）。

表7-4-6 13月から24月後における利用目標の達成度（新規実施）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	11	36.4%	54.5%	9.1%
2 疼痛緩和	12	8.3%	66.7%	25.0%
3 転倒予防	12	41.7%	33.3%	25.0%
4 身体機能の向上	16	18.8%	62.5%	18.8%
5 身体機能の維持	14	42.9%	35.7%	21.4%
6 認知・精神機能の向上	2	50.0%	0.0%	50.0%
7 認知・精神機能の維持	5	20.0%	60.0%	20.0%
8 言語機能の改善	3	0.0%	33.3%	66.7%
9 嚥下機能の改善	1	0.0%	0.0%	100.0%
10 基本動作能力の向上	10	20.0%	50.0%	30.0%
11 歩行・移動能力の向上	16	25.0%	56.3%	18.8%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	10	30.0%	50.0%	20.0%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	5	0.0%	60.0%	40.0%
14 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	9	22.2%	55.6%	22.2%
15 地域における社会参加の促進	6	16.7%	16.7%	66.7%
16 生活リズムの獲得	3	33.3%	33.3%	33.3%
17 日中の活動量の維持・向上	10	20.0%	60.0%	20.0%
18 趣味活動の促進	4	50.0%	0.0%	50.0%
19 活動範囲の維持・拡大	11	27.3%	36.4%	36.4%
20 生活環境の調整	6	33.3%	33.3%	33.3%
21 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	5	40.0%	40.0%	20.0%
22 介護負担の軽減	6	0.0%	66.7%	33.3%
23 家族や介護者への介助伝達や助言	7	14.3%	71.4%	14.3%
24 口腔機能の維持・改善	1	0.0%	0.0%	100.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

13月から24月後における利用目標の達成度は、「両年未実施」にて「福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整」「家族や介護者への介助伝達や助言」にて6割を超えた（表7-4-7）。

表7-4-7 13月から24月後における利用目標の達成度（両年未実施）

	n	達成	一部達成	未達成
1 専門職の評価	34	58.8%	41.2%	0.0%
2 疼痛緩和	36	25.0%	61.1%	13.9%
3 転倒予防	41	51.2%	26.8%	22.0%
4 身体機能の向上	41	26.8%	48.8%	24.4%
5 身体機能の維持	41	56.1%	39.0%	4.9%
6 認知・精神機能の向上	11	18.2%	45.5%	36.4%
7 認知・精神機能の維持	10	30.0%	50.0%	20.0%
8 言語機能の改善	1	0.0%	100.0%	0.0%
9 嚥下機能の改善	2	0.0%	0.0%	100.0%
10 基本動作能力の向上	25	44.0%	44.0%	12.0%
11 歩行・移動能力の向上	41	24.4%	56.1%	19.5%
12 日常生活動作(ADL)の改善（入浴動作を除く）	26	46.2%	34.6%	19.2%
13 自宅における入浴動作の改善・獲得	18	44.4%	44.4%	11.1%
14 家事動作や役割など(IADL)の改善・拡大	20	35.0%	45.0%	20.0%
15 地域における社会参加の促進	15	13.3%	60.0%	26.7%
16 生活リズムの獲得	13	53.8%	38.5%	7.7%
17 日中の活動量の維持・向上	33	39.4%	51.5%	9.1%
18 趣味活動の促進	17	41.2%	58.8%	0.0%
19 活動範囲の維持・拡大	30	40.0%	50.0%	10.0%
20 生活環境の調整	26	46.2%	50.0%	3.8%
21 福祉用具（補助具・補装具を含む）の調整	32	68.8%	28.1%	3.1%
22 介護負担の軽減	14	42.9%	42.9%	14.3%
23 家族や介護者への介助伝達や助言	22	63.6%	31.8%	4.5%
24 口腔機能の維持・改善	2	0.0%	0.0%	100.0%

※ 非該当 / 無回答を除く

24ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が約8割であった（図7-4-5）。訪問リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」が約7割、「運動機会や活動量の維持が必要」が約6割であった（図7-4-6）。なお、複数回答のうち、「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は、10.9%であった。

また、「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は、3～4割であった。なお、想定される心身機能・ADL変化の要因は、「骨関節疾患」の割合が高い傾向にあった（図7-4-7）。

図7-4-5 24ヶ月後の利用状況

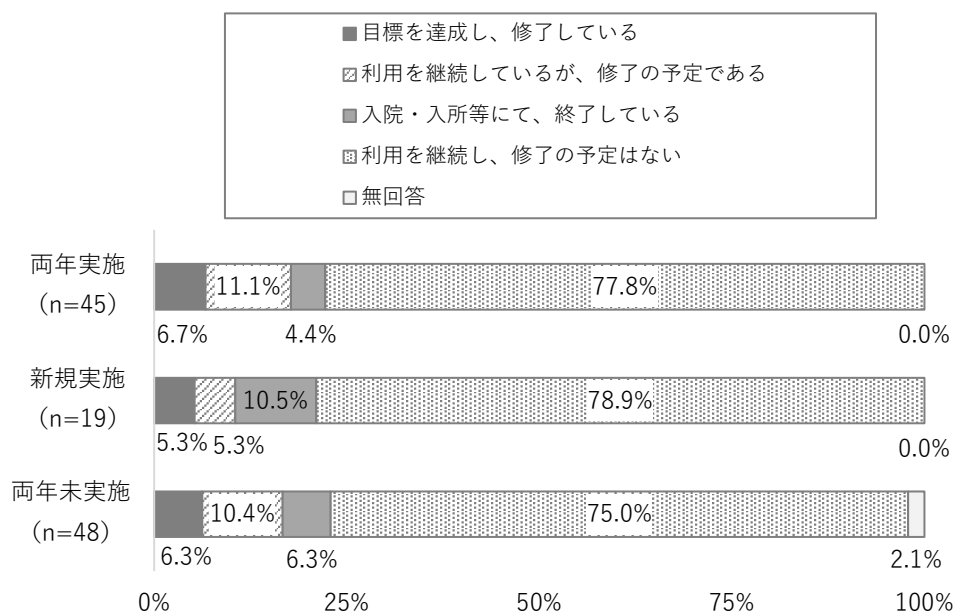
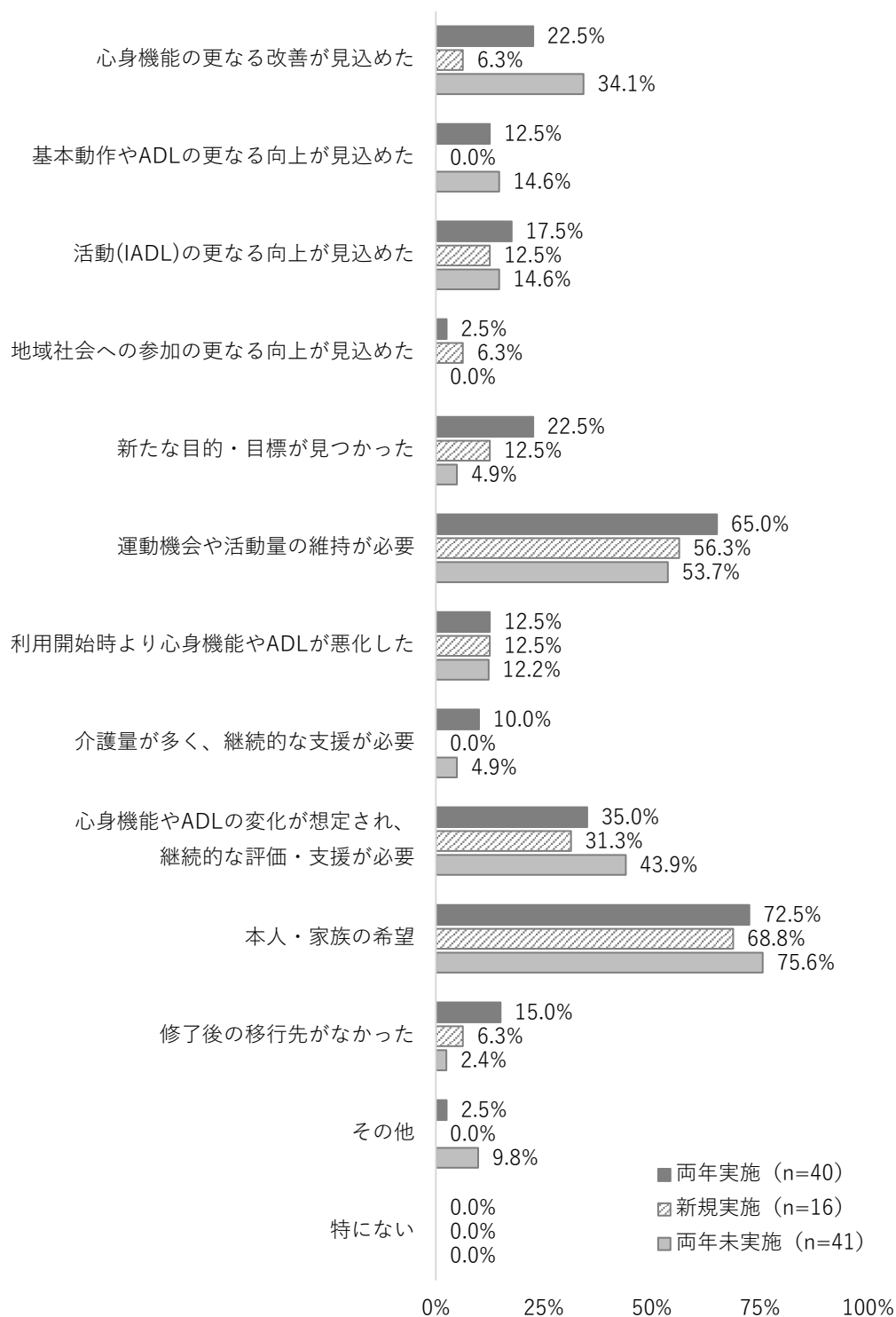
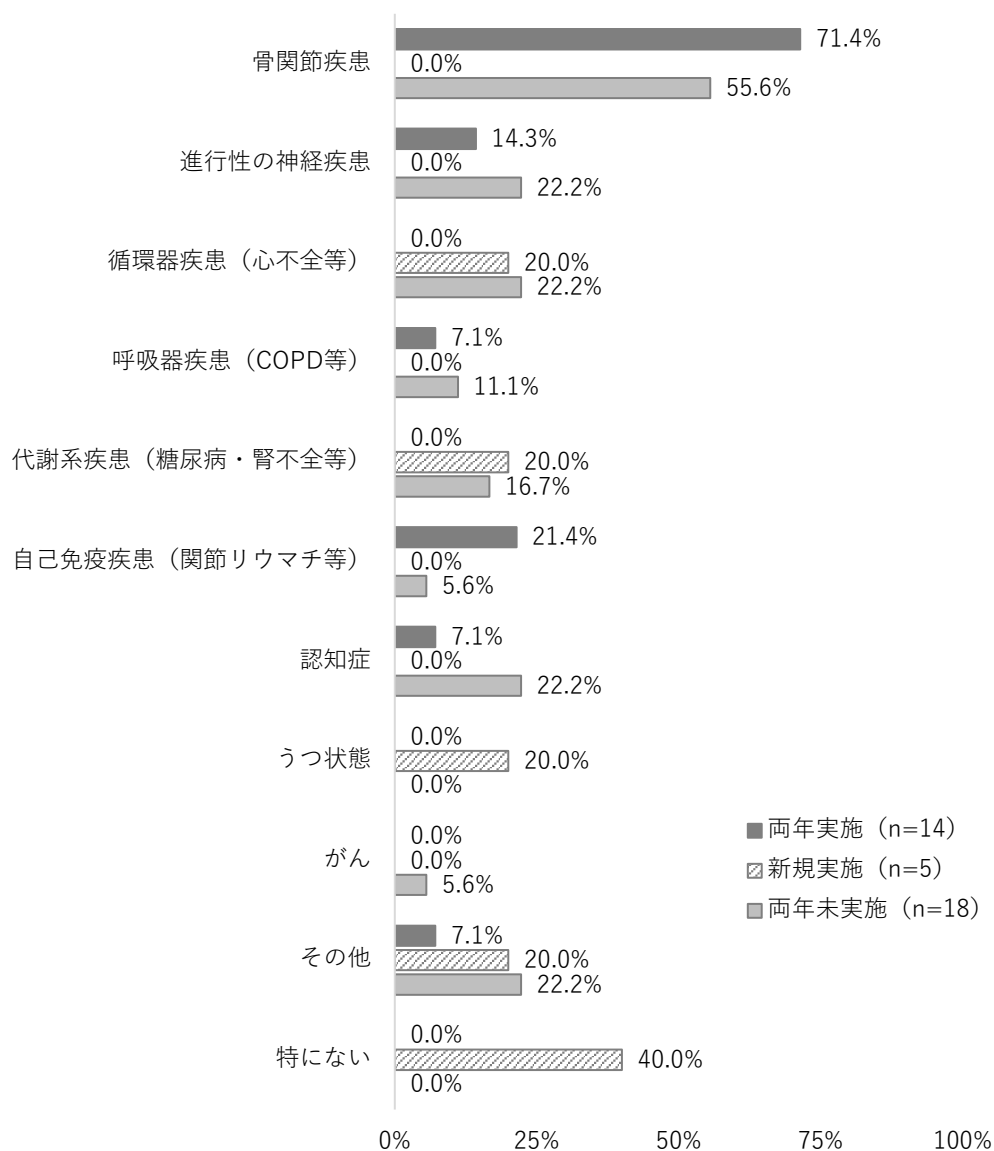


図7-4-6 24ヶ月後の利用継続の理由



※ 24ヶ月後の利用状況において「利用を継続しているが、修了の予定である」「利用を継続し、修了の予定はない」に限る

図7-4-7 24ヶ月後の想定される心身機能・ADL変化の要因



※ 心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要に限る

## 第八節 ヒアリング調査

### 1. 通所リハビリテーション

#### ○ 通所リハビリテーション：共生型サービス①

##### 1. 事業所の概要

本事業所は医療機関を経営母体とする法人により設置され、母体医療機関との情報連携が随時可能な体制を有している。

サービス提供時間は1時間以上2時間未満で、1日2クール制により運営している。通所リハビリテーションの定員は25名であり、当日キャンセルが生じる場合でも利用人数は概ね20名前後で推移し、最大定員に近い稼働状況にある。共生型サービス(障害福祉)の利用者数は現在2名である。共生型サービスの指定は令和6年9月1日に取得した。

職員体制は理学療法士5名(うち非常勤1名)、介護福祉士兼相談員1名、送迎ドライバー2名で構成されている。送迎範囲は概ね事業所から半径5km圏内を基本とするが、サービス提供事業所が少ない一部地域ではこれを超えるエリアにも対応している。一方、市内など交通渋滞が見込まれる区域については、より短い範囲に限定して送迎を行っている。

##### 2. 共生型サービス導入の経緯と背景

本事業所は令和6年9月1日に共生型サービスの指定を受けた。当初は同年6月1日の指定取得を目指し、4月から申請手続きを開始したが、通所リハビリテーションにおける共生型サービスが県内で初の事例であったことから、行政側での制度理解が進まず、結果として9月の指定となった。申請過程では事業所側が国の制度改正資料を提示し、行政へ制度内容を説明する場面も生じた。

導入の背景には、法人全体が掲げる「地域医療福祉」の理念があり、介護・障害の別を設けずに利用者を受け入れるという方針を通所リハビリテーションにおいても実現する意図があった。

当該地域では通所介護を基盤とした共生型サービス(生活介護)が既に複数展開されているものの、通所リハビリテーションを基盤とした共生型サービスは本事業所が初の取り組みであった。周辺には共生型通所介護事業所が約6か所存在するが、過密状態ではない。本事業所はリハ専門職の配置および医療機関を経営母体とすることで可能となる医療連携体制を強みとしている。

##### 3. 利用者構成とサービス提供の実際

通所リハビリテーション利用者の平均要介護度は概ね1.5であり、要介護4~5の中重度者も一部利用している。共生型サービスの利用者2名は身体障害に該当し、脳腫瘍および先天性脳性麻痺による体幹機能障害を有している。年齢は50代から60代前半で、いずれ

も介護保険の適用年齢には達していない。なお、申請段階では精神障害や難病等を含む全障害種別の受け入れ体制を整えている。

サービス提供においては、年齢や疾患を問わない共通プログラムとして、下肢筋力強化および体力向上を目的としたマシントレーニングを実施している。通所リハビリテーション利用者には、身体的負担の軽減や他者交流の促進を目的に、脳トレーニングやパズル等の認知機能訓練を含む集団活動を提供している。一方、障害福祉利用者には就労継続やADL向上といった個別目標に基づき、ADL練習やIADL練習を中心としたプログラムを実施している。

空間共有に伴う課題として、身体機能および認知機能の差異により、活動ペースや必要な支援内容が異なる点が挙げられる。特に、認知機能が低下した高齢利用者の行動様式に接することで、若年の障害福祉利用者が単独行動に傾く傾向が見られる。

個別リハビリテーションは障害福祉利用者に対して20分提供している。通所リハビリテーション利用者については、リハマネジメント加算算定者が20分、短期集中個別リハビリテーション実施加算算定者が40分の個別リハビリテーションを受けている。個別リハビリテーションの内容に関して、通所リハビリテーション利用者と障害福祉利用者との間で大きな差異は設けていない。

自立訓練(機能訓練)は原則18か月の利用期間制限があるが、サービス開始から1年未満であるため、現時点では具体的な期間制限の説明は行っていない。利用継続の意向確認は3か月ごとの定期評価で実施している。制度上の課題として、65歳到達時の介護保険優先原則の適用や利用期間の扱いについて、保険者間で対応が異なる点が指摘されている。

#### 4. 連携・人材体制と運営上の課題

運営法人が医療機関を母体としていることから、母体医療機関との情報連携は随時可能であり、医療連携面での強みとなっている。障害福祉分野との連携については、担当相談支援専門員が月1回程度来所し、情報交換を行っている。一方、サービス開始当初は介護支援専門員のみならず障害福祉の相談支援専門員も、通所リハビリテーションで共生型サービスが提供されている点を十分に認識していなかったという課題があった。共生型サービス事業所同士の連携はほとんど行われていない。

所在地域では相談支援事業所が少なく、営業先が限定されることから、積極的な営業活動は行っていない。

職員体制においては、介護保険と障害福祉の両制度を理解し現場対応が可能な職員は1名のみで、この1名が通所リハビリテーションおよび通所介護の業務を兼務している。技術支援については、法人内の通所介護職員から移乗やトイレ動作に関する具体的な助言を受け、法人内で対応を完結させている。また、内部研修として共生型サービスに関する基礎的な勉強会を実施している。

職員の多くは医療・介護保険領域の経験者であり、障害福祉分野に関する知識・技術・経

験が十分でなく、不安を抱える声が見られる。言語聴覚士については採用が困難な状況である。さらに、定員制限により新規利用希望者を受け入れられないケースも生じている。

## 5. 経営面の影響と今後の展望

収支管理については、売上は個別に管理されている一方、人件費などの共通費用については介護分と障害分を明確に区分していない。運営指導において費用区分を行うよう指摘があったが、人件費に関しては「任意」との回答であったため、区分可能な項目のみ仕分けを行っている。

現時点では共生型サービスの利用者数が少なく、経営全体への直接的な影響は大きくない。ただし、障害福祉利用者は長期的かつ安定した利用が見込まれるため、長期的な収入確保という点で一定のメリットとなっている。一方、定員の制約により新規利用者の受け入れが困難となる場面があり、既存枠内での調整を余儀なくされている状況で、収益への大きな寄与には至っていない。

請求事務については、介護保険(有償)と障害福祉(無償)のシステムが完全に分離しているため、事務作業は実質的に二重化している。有償の介護保険システムには障害福祉向けの有償システムも存在するが、現在の利用者数を踏まえ、無償のシステムを使用している。

法人全体の事業展開方針は、医療を基軸としつつ、介護・障害・小児領域を含め、分け隔てのない総合的な医療福祉体制の構築を目指すものである。課題として、障害福祉に関する職員の知識不足、教育体制の縦割り構造、職員のモチベーション維持が挙げられ、入職後の法人内教育や病院を含む複数部署でのローテーションによる多分野経験の蓄積が必要とされている。

国・自治体への要望としては、65歳到達時の介護保険優先原則、自立訓練(機能訓練)の利用期間(18か月)などの制度運用が保険者によって異なる点の是正が求められている。併せて、制度の法的基盤の整備と分かりやすい普及、さらに縦割りではなく利用者の自立支援を一貫して支える統合的な制度の構築が必要であるとの見解が示されている。

## 6. まとめ

本事業所は病院を母体とした医療連携体制を背景に、県内では先駆的となる通所リハビリテーションを基盤とした共生型サービスを開始した点に特徴がある。令和6年9月1日の指定取得に至る過程では、通所リハビリテーションでの共生型が前例のない取り扱いであったため、行政との協議・制度説明を事業所側が担いながら申請を進めるなど、制度運用の実質的な先導役を果たした。

サービス提供面では、介護・障害の利用者を同一空間で受け入れつつ、マシントレーニングや集団活動など共通プログラムに加え、障害福祉利用者には就労継続やADL向上を目的とした個別的な支援を実施している。若年障害者と高齢者の混在による世代間交流など、空間共有による肯定的効果も確認されている。

職員体制では、法人内の他事業所と連携しながら移乗・排泄支援の技術共有を行い、共生型サービスの基礎研修を内部で整備するなど、限られた専門人材を補完する工夫を重ねている。経営面では、現時点で利用者数は少ないものの、障害福祉利用者の安定利用によって一定の収益確保が可能となっており、通所リハビリテーション利用者減少を補完する形で機能している。

制度運用に関する保険者間の不統一や人材育成の課題を抱えつつも、医療・介護・障害を横断した包括的支援体制の構築を目指し、地域の共生型サービスの基盤形成に寄与する先進的事例となっている。

## ○ 通所リハビリテーション：共生型サービス②

### 1. 事業所の概要

本事業所は介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所である。通所リハビリテーションの定員は50名である。共生型サービス(障害福祉サービス)の定員は通所リハビリテーションの定員範囲内で運用する形としており、最大10名程度の受け入れが可能な体制を想定している。現在の利用者数は、通所リハビリテーション利用者が1日平均約40名、共生型サービス利用者が約3名であり、共生型利用者は全体の7%強を占めている。

職員体制は総勢16名で、医師、看護師、介護職(訪問介護兼務者を含む)、リハ専門職、送迎ドライバーにより構成されている。

### 2. 共生型サービス導入の経緯と背景

本事業所は令和7年5月1日に共生型サービス(障害福祉サービス)の指定を受けた。指定取得までには約1年間の申請手続きを要した。

導入の背景には、理事長の「困っている人を助ける」「誰も見捨てない」という理念が基盤にあり、地域において脳性麻痺などの障害を持つ成人がリハビリテーションを受けられる場が極めて少ないという状況に応える必要があった点が挙げられる。また、同一敷地内に障害者グループホームが設置されており、機能訓練を必要とする入所者が存在したことも指定取得を検討する要因となった。グループホームの入所者には就労支援等に通いながらも機能低下が放置されているケースがあり、こうした方々への支援が可能になったという認識で共生型サービスを開始している。

導入時の課題としては、共生型サービスの前例が少なく、申請手続きにおいて事業所側・行政側ともに手探りの状況であったことが挙げられる。行政への確認には最短でも約1週間を要し、回答が得られないまま時間が経過する場合もあり、事業運営に遅延や不確実性が生じた。また、高齢者介護を主としてきた職員が多く、障害福祉分野に関する知識や経験が不足していたため、制度内容を深く理解している職員は1~2名に限られ、他の職員に戸惑いや心理的抵抗が見られた点も課題であった。

こうした課題への対応として、体系的な育成体制は未整備であるものの、利用者との関わりを通じて徐々に慣れていくことを重視している。さらに、障害特性に関する継続的な研修計画の策定・実施、利用者への声かけや接し方に関する職員間のベストプラクティス共有のための研修会の企画、他施設の見学・ヒアリングの実施予定などの取り組みを進めている。また、職員がサービス管理責任者等の資格取得を進めており、外部連携における信頼性向上にも寄与している。

法人内での位置づけとしては、理事長の方針のもとで取り組まれており、通所リハビリテーションで受け入れることにより、介護保険利用者と同様に評価・計画作成・機能訓練を提

供し、その対応力を地域で発揮することが重視されている。

周辺の事業所状況としては、自立訓練(機能訓練)を提供する事業所は存在していない。共同生活援助、居宅介護、移動支援などの障害福祉サービスは一定数確認されているが、共生型サービスを提供する事業所は周辺地域では見られない状況である。

### 3. 利用者構成とサービス提供の実際

共生型サービス利用者3名の障害種別は主に知的障害・精神障害で、いずれも2～3級程度である。また、年齢構成は40～60歳代となっている。集中力や巧緻性、書字動作に課題が見られ、機能訓練ニーズが高い。声かけや接し方においては細やかな配慮が必要で、被害的反応が出やすい場合があり、高齢者以上に感受性が高い傾向が見られる。座席配置においても、被害妄想等を誘発しないよう配慮する必要があるなど、本人の反応を丁寧に汲み取りつつ、きめ細かな個別対応が求められている。

双方の利用者に共通して提供しているプログラムとして、1回20～30分を基本とし、痛みや症状に応じて調整・延長する形式をとっている。集中力向上を目的とした細かな手作業(脳トレパズル、塗り絵など)、巧緻性の向上や書字訓練、口腔ケアの習慣化などに取り組んでおり、具体的な改善事例も確認されている。

共生型サービスのみの独自プログラムは設けていないが、利用者の特性が多様であるため、既存プログラムを画一的に適用するだけでは対応が不十分になるケースがある。利用者のニーズを十分に引き出せないままサービスがルーティン化しやすく、また、環境の変化(席替え等)に敏感で、職員との関係性が構築されるまで活動参加を拒否する場合もあるため、丁寧な個別対応が求められている。働く意欲を持つ利用者については、就労可能性を高めるために短期集中で機能の底上げを図っている。

同じ空間で過ごすことによる課題は特段見られていない。一方で、高齢者との混在はコミュニケーションを促す効果があり、挨拶や会話が増えることで心理的安定につながっている。従来にはなかったコミュニケーションの形が生まれ、環境適応能力の向上にもつながっていると評価されている。社会や日常生活とのつながりを保つことで孤立感の軽減が期待され、他者との関わりが認知機能低下の予防にも寄与している。

個別リハビリテーションは、通所リハビリテーション・共生型サービスともに利用日につき1回実施しており、主治医または施設医の指示に基づいて進められる。3か月ごとの定期カンファレンスで安全性を確認しつつ、個別支援計画の見直しを行い、より適切なプログラムの検討を進めている。内容に大きな差異はなく、双方に同様の体制で実施している。

自立訓練(機能訓練)の18か月利用期間については、利用開始前に期間制限があることを説明している。実際には個別支援計画に基づくため利用期間は一律ではなく、開設から18か月未満のため該当事例は発生していない。期限を超えて利用する場合は特別な理由を添えて保険者へ申請する予定であるが、認可の可否は保険者による判断となる。行政側も手探りの状況であり、今後の個別判断については行政と相談しながら進める意向である。継続支

援が必要であるにもかかわらずサービスが終了する可能性があり、利用者や家族からは「サービスをやめると動けなくなるのではないか」といった不安が寄せられている。18 か月終了後に介護保険サービスへ移行する場合、障害福祉サービスでほとんど自己負担のなかった利用者に対し、介護保険サービスでは月 5～6 万円規模の自己負担が生じることがあり、障害福祉サービス利用者の多くは経済的に困窮している家庭が多いため、費用負担が大きな障壁となっている。この点に対応するため、移行時の費用シミュレーション資料の作成に取り組んでいる。

#### 4. 連携・人材体制と運営上の課題

地域の医療機関との連携については、利用者のケアプラン見直しに際し、本人・家族・支援員・グループホーム・就労支援事業所・リハビリテーション科医など、多職種が関与する包括的な支援体制を構築している。主治医、介護老人保健施設の医師とも連携しながら、計画の見直しを行っている。会議体は毎月から 3 か月単位で開催され、即応よりも確認を重視する運用となっている。また、必要に応じて家族や相談支援専門員へ情報提供を行い、受診を勧めるなどの対応をとっており、母体施設である医療機関への相談も含め、継続的な医療連携が行われている。

障害福祉分野との連携では、利用者の担当相談支援専門員に対し毎月報告等を行っているほか、地域の障害者支援に関する連携会議(年 2～3 回)に参加し、情報共有を行っている。他の支援事業所への訪問も月 1 回程度実施している。

技術的支援については、地域の障害福祉サービス事業所を依頼先としているが、機能訓練に関して特段の指導は受けていない。制度上は「地域の事業所から教育・指導を受けること」という規定があるが、実際に依頼すると「指導する立場にはない」といった反応が返ることもあり、形式的な「指導」というより、障害福祉サービスの仕組みや利用者対応に関する助言を受ける形で関係性を構築している。医療的ケアが必要な利用者(例:気管切開)への看護対応など、参考になる事例を共有してもらう場面がある。

共生型サービス事業所同士の連携は、周辺に自立訓練(機能訓練)を提供する事業所がほとんどなく、特に県内にも事例がほぼない状況であり、相談相手が限られているため、ほとんど行われていない。そのため、他の形態で障害福祉サービスを実施している事業所との関係を活用し、定期的に情報交換や助言を受けながら運営している。

介護保険と障害福祉サービスの双方に精通している職員は 1～2 名であり、この職員が通所リハビリテーションおよび通所介護の業務を兼務している。制度横断的な対応が可能な人材は限られている。

職員のスキル向上に向けては、障害福祉制度および障害特性に関する勉強会を実施している。今後は介護保険および障害福祉サービス制度のより具体的な理解を深める研修、他の施設・事業所への見学研修などを計画している。

採用・定着における課題としては、求められる専門性の高さ、制度の複雑性、教育体制が

十分に整備されていない点が挙げられ、共生型サービスに特有の要因として職員確保の難しさが認識されている。

## 5. 経営面の影響と今後の展望

介護保険サービスと障害福祉サービスの収支状況については、請求管理は両制度で分けて実施しているものの、収支の管理自体は一括で行っている。

共生型サービス導入後の経営への影響としては、利用者のキャンセルが少ないことから稼働率の安定につながっている。また、初期加算、リハビリテーション加算、福祉専門職配置加算、送迎加算、食事提供体制加算、欠席時対応加算などを取得しており、現利用者が3名と少数ではあるものの、月40万円弱の収入を確保している。この収入は通所リハビリテーション利用者の減少を補填する効果があり、今後利用者数が増加すれば一定の経営的影響が見込まれる。一方で、定員の制約により新規利用者の受け入れが困難となる場面があり、既存枠内での調整を余儀なくされている状況である。

事務処理に関しては、障害福祉サービスの請求システムを未導入であり、現状ではすべて手作業で対応している。利用者数が3名と少数であることから、専用の請求ソフトを導入する経済的余裕はなく、利用者増に応じてシステム導入を検討する予定である。新たな請求ソフトの導入実績は現時点ではない。

今後の事業展開としては、障害の種類や程度にかかわらず受け入れ可能な体制を構築し、多様なサービス内容を提供することで、通所リハビリテーション利用者と同様に質の高い支援を行うことを目指している。そのために、全職員が障害福祉に関する専門知識を習得し、安心して対応できる体系的な研修・育成システムの確立を進めている。また、実績の蓄積と地域の相談支援専門員等との連携強化により、地域内での信頼獲得を図り、医療機関や事業所とのネットワーク形成を通じて安定した利用者紹介につなげる方針である。まず自事業所で障害のある方々を受け入れる体制をしっかりと整えること、そのために研修を重ねること、地域との連携を確立することに注力する意向である。

運営上の最大の課題としては、加算算定要件等の制度解釈に不明瞭な部分が多く、現場に混乱が生じている点が挙げられる。問い合わせをしても回答が得られない、あるいは回答に時間を要するなどの状況が続いている。さらに、潜在的なニーズが存在するにもかかわらずサービスの認知度が極めて低く、新規利用者獲得が進まないことが事業運営の安定化を妨げている。また、障害福祉の相談支援事業所や介護保険領域の介護支援専門員に対しても、共生型自立訓練(機能訓練)の内容や提供事業所の存在を理解してもらう必要性が指摘されている。

国および自治体への要望として、共生型自立訓練(機能訓練)を提供する事業所が極めて少ない現状があり、制度自体が分かりにくいこと、問い合わせ先が不明確で回答に時間を要することなどが課題となっている。加えて、18か月の利用期間を一律に打ち切るのではなく、必要な利用者が継続できる仕組みへの再設計が求められている。また、共生型自立訓練(機

能訓練)に対する認識が自治体や地域に十分浸透していないことも課題として指摘されている。制度の法的基盤の整備と分かりやすい普及、手続きの簡素化や地域への周知についても支援が求められている。

## 6. まとめ

本事業所は、介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーションを基盤として共生型サービスを展開する、地域でも数少ない先進事例である。令和7年5月に共生型サービスの指定を受け、リハビリテーションを受ける場が乏しかった成人期障害者のニーズに応える体制を整備した点が特徴である。申請段階では制度理解が行政側でも十分でなく、約1年間の手続きを要したが、導入過程そのものが地域の制度理解の促進に寄与した。

サービス提供面では、通所リハビリテーション利用者と障害福祉利用者が同一空間で活動する構造を取りつつ、マシントレーニングや細かな作業を中心とした共通プログラムを提供するとともに、就労継続やADL向上を目的とした個別訓練も実施している。多様な障害特性を持つ利用者に対しては、座席配置などの環境変化への配慮や信頼関係構築を重視した丁寧な支援を行うなど、個別性の高い対応が特徴である。高齢者と若年障害者の混在は、挨拶や会話の増加など相互刺激による好影響も確認されている。

連携体制では、医師・看護師・リハ専門職など多職種が協働し、3か月ごとのカンファレンスで安全性と支援内容を精査する体制を整備している。障害特性に関する継続的な研修計画の策定・実施、職員間のベストプラクティス共有、他施設の見学・ヒアリングなどにより、障害福祉分野の経験が少ない職員を支える仕組みも構築しつつある。

経営面では、利用者数は少ないもののキャンセルが少なく稼働率が安定しており、各種加算の取得とあわせて月40万円弱の収入を確保し、通所リハビリテーションの減収を補完する機能を果たしている。制度の不明瞭さや認知度不足といった課題を抱えつつも、医療・介護・障害を横断する支援モデルの構築を進める取り組みは、地域における共生型サービス普及の重要な先行事例となっている。

## ○ 通所リハビリテーション：共生型サービス③

### 1. 事業所の概要と共生型サービスの導入経緯

本事業所は介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所である。通所リハビリテーションの定員は70名である。本事業所の特色として、新生児から高齢者まで幅広く、また多くの障害福祉サービスを従来から提供しており、通所リハビリテーションでの共生型サービス新設にあわせて、早い段階で受け入れを開始している。

利用者のニーズに合わせたサービスを提供するため、ロングコースとショートコースの2コースを実施している。ロングコースでは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や歯科衛生士が対応し、口腔機能についても評価や機能の維持・向上を実施している。希望者には専門職による個別訓練も可能である。経験豊かな介護職も多数配置され、トイレ、入浴、食事のケアのほか多種多様なレクリエーションや行事を提供している。ショートコースはパワーリハ、レッドコードといったリハビリテーション機器に関する知識と経験が豊かな理学療法士、作業療法士や介護職が在籍し、短時間リハビリテーションを提供している。午前、午後のどちらかを利用する形態となっている。

リハマネジメント加算を取得し、1~3か月に一度リハビリテーション会議を行い、本人、家族、ケアマネジャー、医師、リハ専門職、介護職、他サービス関係者などと一緒に多職種が連携して、利用者の目標設定やリハビリテーション内容について話し合い、現在の状態に合わせたプログラムの提案・提供をしている。

共生型サービス(障害福祉サービス)の定員については、通所リハビリテーション定員の範囲内で最大5名程度は受け入れられる想定である。共生型サービス(障害福祉サービス)の指定を受けたのは令和6年12月1日であり、同月より利用者の受け入れを開始した。

指定を受けるきっかけとしては、通所リハビリテーションの所属する医療法人だけでなく社会福祉法人や株式会社を運営し、その中で障害福祉サービスとして就労支援A型やB型、生活介護、共生型の短期入所サービスなど複数展開する中、とりわけ就労支援サービス利用者の体力低下や生活リズムが不安定になるなどで継続が難しい方がおり、またリハビリテーションを受けたくても医療では打ち切られてしまった方々の代替サービスを模索していたところ、令和6年度介護報酬改定で共生型自立訓練が新設されたことを知り、地域貢献の観点から通所リハビリテーションで受け入れることにしたものである。

導入時の困難については、もともと障害福祉サービスを運営する中で保険者とも連携が取れていたため特にないが、当該自治体で初めてのケースであり行政側ではわからないことばかりで「調べます」の回答が多かったため、こちらから情報提供することが多かった。既存(通所リハビリテーション)の施設や人員を活用するため、書類等は免除も多くハードルは高くなかった。工夫した点としては、引きこもりの方をどのように外に連れ出すかなどを軸に、共生型を活用するよう働きかけたこともあり、行政の理解が得られやすかったのではないかと考えられている。

共生型サービスの導入について、法人内での位置づけや考え方としては、生まれてから亡くなるまでをカバーするというグループの方針があり、地域の方にとっても共生型サービスはその延長線上で重要な位置づけと考えられている。共生型サービスを提供している事業所が周辺にあるかについては、グループ内で5か所運営している以外(外部)では把握していない。

## 2. 利用者層と提供サービス

通所リハビリテーション利用者と障害福祉利用者の1日の平均利用人数は、通所リハビリテーション65~70名、共生型3名である。就労支援サービスが月8日休みで、その休みを使つての利用となるため最大でも週2回利用となる。比率としては、共生型は全体の7%程度である。

利用者の障害の種類としては、精神疾患1名、身体障害者2名となっている。双方の利用者に共通して提供しているプログラムについては、すべて通所リハビリテーションと共通のプログラムで受け入れている。通所リハビリテーションは3-4時間、5-6時間、7-8時間の3コースあるが、共生型の利用者は就労支援サービスが休日に利用するため休みの時間を確保するため3-4時間を希望される。送迎も共同で運用している。共生型のみプログラムは特にないが、精神疾患の方は急がせないなど対応に配慮が必要である。

双方の利用者が同じ空間で過ごす上での課題については、特にないが、今後若年層や自閉症の方の利用があった場合は改めて検討することが出てくると思われる。同じ空間であるメリットとしては、障害者が高齢者の手助けをするなどお互いの助け合いが随所にみられることである。個別リハビリテーションの実施頻度や内容については、通所リハビリテーション利用者と障害福祉利用者で異なるところはない。

18か月の利用期間については、利用相談の段階から説明している。当該市では四肢麻痺を除き認定期間が1年であるため、就労のためのステップアップの期間であり晴れて卒業できるようにと説明している(障害の方々は「卒業」や「ステップアップ」というキーワードを好む)。必要があれば市と相談して再度認定を受け再び利用することもできるが、卒業に際して自主訓練等も促している。

## 3. 医療・関係機関との連携

地域の医療機関との連携状況については、グループ内に協力医療機関があり定期受診や急変時の対応が可能のため、特に外部の医療機関と意識的に連携を図ることはしていない。地域の障害者相談支援事業所や他の障害福祉サービス事業所との連携については、医療機関との連携と同様にグループ内で複数の障害福祉サービスがあるため、その中で完結できている。

他の障害福祉サービス事業所からの技術的支援については、法人内に相談支援事業所があり連携・情報交換している。他法人はむしろ相談や質問を受ける立場になっている。

#### 4. 人材体制と職員のスキル

職員の総人数は 19 名である。職種別の構成としては、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職、介護職、歯科衛生士、相談員となっている。介護保険と障害福祉サービスの両方に精通した職員は 1 名である。

職員のスキルアップのための研修としては、法人全体としての定例研修会、リハ専門職の研修会、リスキリング研修、喀痰吸引の研修等を実施している。初任者研修や実務者研修に障害福祉分野のカリキュラムがありそちらへの受講でスキルアップを図っている。職員の採用・定着に関して、共生型サービス特有の課題は特にない。

#### 5. 経営面

介護保険と障害福祉それぞれのサービスの収支状況については、従来から介護事業と障害福祉事業を展開しているため、収支を分けて管理している。共生型サービスを実施することで、経営全体への影響(収益、コスト、安定性など)は特にない。

報酬請求・事務処理において、制度が異なることによる煩雑さや課題については、請求等についても介護事業と障害福祉事業それぞれに経理担当者を配置しているため問題はない。請求ソフトについては、すでに使用している。

#### 6. 今後の展望と制度要望

今後の展開としては、ターゲット層をどのように広げるかが課題となっている。就労支援に「選択支援」が始まっているため、その中の一つとして自立訓練(機能訓練)が選ばれればよいと考えている。現状、周知されていないサービスだけに、それをどのように広めるかも課題である。運営上の課題については、特にない。

国や自治体に対しては、共生型サービスの普及・運営促進のための支援や制度改正として、以下の要望が示されている。共生型サービスは PR するツールがないため、今後広めるにあたりそのようなツールを全国に示していただきたい。障害をもった高校生や卒業生が社会に出ていくことに共生型が協力できると考えているため、そういった事例を紹介する読み物などがあれば学校での啓発活動に活用できたりするのではないかと。Q&A 集もあるとよい。

18 か月の利用制限について、始めて 1 年では特に精神疾患や引きこもりの方々はやっと一歩進めるようなタイミングでの終了になるため、無制限に利用できることまでは言わないが、要支援者は減算こそあるが継続できる仕組みになっていることもあり、フォローアップや延長など柔軟に対応できる仕組みを検討いただきたいとの意見が示されている。

#### 7. まとめ

本事業所は、介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所であり、定員 70 名で運営されている。令和 6 年度介護報酬改定で新設された共生型自立訓練の枠組みを活用し、令和 6 年 12 月より通所リハビリテーションにおいて障害福祉サービスの受け入れ

を開始した。同法人は従来から高齢者福祉だけでなく、多様な障害福祉サービスも展開してきた背景があり、就労支援サービス利用者の体力低下などにより通所継続が難しい事例への代替支援を模索する中で、地域貢献の一環として共生型サービスの導入を決めたものである。

共生型の利用者は3名程度と少数であり、全体の7%程度である。障害の種類は精神疾患1名、身体障害者2名となっている。すべて同じプログラム・同じ空間でサービスを提供しており、障害者が高齢者を手助けするなどポジティブな相互作用が見られる点が特徴的である。個別リハビリテーションの内容も高齢者と障害者で差はなく、利用開始時点から18か月の利用制限についても「卒業・ステップアップ」といった前向きな表現で説明している。通所リハビリテーションは3-4時間、5-6時間、7-8時間の3コースあるが、共生型の利用者は就労支援サービスが休日に利用するため休みの時間を確保するため3-4時間を希望される。送迎も共同で運用している。

連携面では、グループ内に医療機関・相談支援事業所・障害福祉サービスが多く存在するため、外部との特別な連携は必要としておらず、運営は法人内で完結している。また職員体制もリハ専門職、看護職、介護職など幅広く揃い、総数19名で構成されている。障害福祉と介護保険の両制度に精通した職員も1名配置されている。スキルアップのための研修として、法人全体としての定例研修会、リハ専門職の研修会、リスクリング研修、喀痰吸引の研修等を実施し、初任者研修や実務者研修の障害福祉分野カリキュラムへの受講を通じてスキルアップを図っている。職員の採用・定着に関して、共生型サービス特有の課題は特にない。

経営面では、もともと介護と障害福祉の両事業を展開していたため収支管理や請求事務は分けて運用されており、それぞれに経理担当者を配置しているため新たな負担は発生していない。共生型サービスを実施することでの経営全体への影響は特にない。請求ソフトについてはすでに使用している。

今後の課題としては、共生型サービスの認知度が低いことから、利用対象者をどう広げるか、また制度周知やPRツールの不足が挙げられている。就労支援に「選択支援」が始まっているため、その中の一つとして自立訓練(機能訓練)が選ばればよいと考えている。国や自治体に対しては、広報資源の整備(事例紹介の読み物、Q&A集など)や、利用期間18か月の制限に対する柔軟な運用(延長やフォローアップ)を求めている。特に精神疾患や引きこもりの方々については、始めて1年ではやっと一歩進めるようなタイミングでの終了になるため、要支援者のように減算はあるが継続できる仕組みと同様に、柔軟な対応ができる仕組みの検討が要望されている。運営上の課題は特になく、生まれてから亡くなるまでをカバーするというグループの方針のもと、地域にとって重要な位置づけとして共生型サービスを展開している。

## ○ 通所リハビリテーション：送迎共同運営

### 1. 事業所の概要と送迎体制

本通所リハビリテーション事業所の平均利用者数は約 50 名である。送迎サービスは外部委託を行わず、自事業所で実施している。送迎に使用する車両は、リフト車 8 台および軽自動車 4 台の計 12 台を保有しており、送迎業務に携わる職員は、ドライバー 12 名、添乗員 8 名の体制で運営されている。1 日の送迎にかかる平均時間は 3.5 時間であり、職員の延べ人数は 40 名である。

### 2. 共同運営の経緯と実施体制

送迎の共同運営は、令和 7 年の秋頃から実行に移された。専門家の講演内容を参考に、送迎業務の効率化と地域資源の有効活用を目的として取り組みが開始された。送迎の共同運営は、同一グループ内の社会福祉法人が運営する通所介護事業所との間で実施されており、法人グループ内での連携により、送迎車両および人員の相互活用を図る体制が構築されている。

送迎ルートや時間の計画は、事業所管理者、担当者(介護スタッフ)、送迎管理室が協働で実施しており、新規利用者の受け入れや利用終了者が発生した場合に、ルートの見直しと調整を行っている。ルート作成時に最も重視している点は、移動時間とサービス利用予定時間との兼ね合いであり、他の利用者の状況(車いす乗車、歩行乗車など)を考慮した効率的なルート設定を行っている。送迎業務の標準化マニュアルが整備されており、業務の質の均一化が図られている。

現在の利用者については、利用中の状況で共同運営を開始したため、契約時における説明は実施していない。今後の新規利用者に対しては、契約時に共同運営について説明を行う方針である。共同運営において事故が発生した場合の対応については、車両を管理している側の法人が対応することが取り決められている。

### 3. 共同運営の効果と成果

送迎の共同運営を実施することにより、具体的な効果が確認された。第一に、空いた送迎枠を新規利用者の送迎枠として調整できるようになり、新規利用者の受け入れ体制が向上した。第二に、送迎車が事業所に戻ってくる時間帯が従来より早まり、送迎添乗のスタッフが入浴介助などの他の業務をより早い時間帯から開始できるようになった。これにより、事業所全体の業務の流れが改善され、サービス提供の効率化が図られている。

業務負担については、現時点では大きな変化は感じられていない。共同運営の実施件数が 2 件にとどまっているため、サービス内容の向上については、現時点では明確な効果は確認されていない。今後、共同運営の実施件数が増加することにより、より顕著な効果が期待される。

#### 4. 共同運営の課題と困難点

送迎の共同運営を実施する上で、複数の課題が認識されている。第一に、リスク管理である。他事業所の利用者を送迎する際の事故リスクの考え方や、利用者および家族への対応、状況把握の方法について、明確な取り決めが必要とされている。第二に、共同運営の場合におけるルート作成、検討、調整などの責任所在が課題として挙げられている。委託契約ではなく、法人同士の共同運営の場合、これらの業務分担を明確にする必要がある。第三に、事業所側の認識として、空き枠を他事業所の利用者の送迎枠として使用するため、自事業所の送迎枠が減少するという認識がある。1事業所に偏りが生じないように、バランスを取る必要性が認識されている。

利用者の待ち時間や乗車時間に関する苦情や要望は、現時点では特に発生していない。送迎中の安全管理については、共同運営に特有の難しさは基本的にはないと認識されているが、事故リスクの考え方や利用者、家族への対応、状況把握の方法について、共同運営特有の配慮が必要とされている。

#### 5. 今後の展望と制度要望

送迎の共同運営に関して、今後は複数の改善を予定している。第一に、関係事業所間での情報のやり取りを改善することであり、より円滑な連携体制の構築を目指している。第二に、新規利用者確保のために、送迎が問題とならないような体制を整備していくことである。これにより、利用者のニーズに柔軟に対応できる送迎体制の確立を図る方針である。

国や自治体に対し、送迎の共同運営を促進するための制度改正や支援として、複数の事項が求められている。法人間での共同運営の場合、情報共有のためのツールなどを補助する補助金制度の創設が望まれている。また、委託の場合には委託料を補助する補助金制度が求められている。共同運営は、人材不足や送迎の効率化を補う一つの方策であると認識されており、これらの取り組みを適切にバックアップする制度や支援が必要とされている。

法人間で共同運営している場合、経費の取り扱いについては、現状では詳細な取り決めを行っていない。今後、共同運営の拡大に伴い、経費負担の明確化が課題となる可能性がある。適切な費用分担の仕組みを構築することが、持続可能な共同運営体制の確立に向けて重要な課題となっている。

#### 6. 人材育成と教育体制

送迎に関わる職員への教育体制については、入職時および事故発生後などに研修を実施している。標準化マニュアルに基づく教育により、安全な送迎業務の実施が図られており、職員の質の均一化と安全意識の向上が達成されている。定期的な研修の実施により、送迎業務に関する知識と技術の維持向上を図っている。

## 7. まとめ

本通所リハビリテーション事業所は平均利用者数約50名、送迎車両12台(リフト車8台、軽自動車4台)、送迎関連職員20名(ドライバー12名、添乗員8名)の体制で運営されている。1日の送迎に平均3.5時間、延べ40名の職員を要している。

送迎の共同運営は、令和7年秋頃から実施されており、同一グループ内の社会福祉法人が運営する通所介護事業所との間で展開されている。ルート作成は事業所管理者、担当者、送迎管理室が協働で実施し、移動時間とサービス利用時間の兼ね合い、および利用者の状態(車いす使用等)を考慮した効率的な計画が立てられている。標準化マニュアルが整備され、事故発生時の対応は車両管理側の法人が担当することが取り決められている。

共同運営の効果として、空き送迎枠の有効活用による新規利用者受け入れ体制の向上、送迎車の帰着時間の早期化による他業務への早期着手が確認されている。現時点では実施件数が2件にとどまるため、サービス内容の向上や職員の業務負担軽減については明確な効果は確認されていないが、今後の拡大により効果の顕在化が期待される。

課題としては、リスク管理(事故時対応、利用者・家族への対応)、共同運営におけるルート作成等の責任所在の明確化、事業所間での送迎枠配分のバランス確保が挙げられている。利用者からの苦情は現時点では発生しておらず、安全管理については共同運営特有の難しさは基本的にないと認識されているが、事故リスクや対応方法については慎重な配慮が必要とされている。

今後の展望として、事業所間の情報共有の改善、新規利用者確保のための送迎体制整備が予定されている。制度要望としては、法人間共同運営における情報共有ツールへの補助金、委託料への補助金、人材不足や送迎効率化を支援する制度の整備が求められている。経費の取り扱いについては、現状では詳細な取り決めがなされておらず、今後の課題として認識されている。適切な費用分担の仕組み構築が、持続可能な共同運営体制の確立に向けて重要な課題となっている。人材育成については、入職時および事故発生後等に教育を実施し、標準化マニュアルに基づく質の高い送迎サービスの提供が図られている。

## ○ 通所リハビリテーション：中山間地域サービス提供①

### 1. 事業所の概要

本事業所は医療機関に併設された通所リハビリテーション事業所である。

通所リハビリテーションの定員は 80 名であり、登録者数は約 260 名、そのうち中山間地域の利用者は 15 名である。令和 7 年 10 月時点の平均利用者数は約 70 名で、365 日体制で運営している。日曜日は利用者数を 30 名以内とし、平日は 73～74 名が利用している。

要介護度別の登録状況は、要支援 1 が 25 名(うち中山間 1 名)、要支援 2 が 60 名(うち中山間 3 名)、要介護 1 が 82 名(うち中山間 5 名)、要介護 2 が 60 名(うち中山間 3 名)、要介護 3 が 22 名(うち中山間 3 名)、要介護 4 が 14 名、要介護 5 が 1 名で、平均要介護度は 1.51 である。中山間地域の利用者には要介護 4 以上の者はみられず、これは重度かつ遠方の利用者については既に施設入所している可能性があると考えられる。定員に対する中山間地域居住者の利用割合はおおむね 5%程度であるが、中山間地域の利用者は 6～7 時間の利用が多いという特徴がある。

運営法人は医療法人である。関連施設として、医療機関(回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、緩和ケア病棟)、居宅系サービス(通所介護、訪問看護ステーション、ホームヘルプステーション、ケアプランセンター、在宅介護支援センター、介護タクシー送迎サービス、栄養ケア・ステーション)、グループホーム、特別養護老人ホームを運営している。複数拠点で事業展開しており、旧町村ごとに通所介護やグループホーム等の関連施設を配置している。遠方の利用者については、状態が安定した段階で各旧町村に所在するこれらの関連施設につなぐ運用を行っている。

### 2. 地理的特性とサービス提供環境

本事業所のサービス提供エリアは、市域の約 6 割を山間部が占める地域である。市は複数の旧町村が合併して成立した。通常の営業地域および中山間地域対象者のサービス提供範囲はいずれも片道 15km(約 30 分)としており、最大でも同距離・同時間内で運用している。

地域内には複数の谷筋に沿って集落が点在しており、一度ある谷の集落へ送迎した後、一旦尾根沿いに戻ってから別の谷筋へ向かうといったルートとなるため、非効率になりやすい構造である。積雪については年に数回発生するものの、数センチ程度であり、送迎・サービス提供に支障を来すほどの影響は生じていない。

中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算は、全利用者のうち 5.7%に対して算定している。地域加算については運営上の負担軽減に寄与しているとの認識が示されているが、人件費に次いで送迎コストが大きく、燃料費等の高騰も相まって、加算のみでは十分に補填しきれていないとのことである。

### 3. 送迎体制とリスク管理

本事業所では、市域の約 6 割が山間部であることから、中山間地域に限定せず送迎時間自体は同程度で運用している。ただし、中山間地域の利用者は遠方となるため、職員が早めに出勤するなど時間外労働が発生している。

送迎車両は毎日 13~14 台を稼働させており、内訳はリフト車 10 台、軽自動車 3 台である。送迎に従事する職員は、専従が 2 名、兼務が 5 名、看護・介護職が 13~14 名、リハ専門職が 10 名となっている。

コスト面では、人件費に次いで送迎関連費用が大きく、ガソリン代のほか、冬季のスタッドレスタイヤ交換および保管費用が必要となっている。車両はリース契約で運用しており、走行距離 20 万 km を目安に交換(概ね 5 年)している。走行距離が特定車両に偏らないよう複数車両をローテーションしてバランス良く使用しており、1 日あたり 80km を走行する車両もある。

ルート作成は、現状に適したツールがないため、担当者(介護職 3~4 名)が翌日分および帰りのルートを約 2 時間かけて手作業で作成している。職員が地図を確認しながらルートを組んでいる。

緊急時の対応については、車両ごとに手順マニュアルを備え対応している。事故防止対策として、運転業務従事者を対象に月 1 回のミーティングを実施し、年 1 回の安全運転講習を行っている。住民や利用者からの意見があった場合にはドライブレコーダーを確認し、関連職員へ共有している。

また、運転業務従事者の採用にあたっては実車による運転試験と認知機能検査を実施しており、専従職員の年齢層は 65~75 歳となっている。

### 4. リハビリテーション提供の工夫と人材確保

訪問リハビリテーションとの連携については、本事業所は通所と訪問の両サービスを有しており、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションに従事する職員が兼務している。両サービスを併用する利用者については、可能な限り同一職員が対応する体制としている。訪問リハビリテーションのみを実施する場合は、併設医療機関によるみなし訪問リハで対応している。

リハ専門職の役割として、中山間地域に特化した機能は設けていないものの、傾斜地や階段が多い居住環境であることから、自宅周辺の外出時動作評価、住環境評価、福祉用具導入の検討、復職・社会参加に向けた住環境整備の検討などに重点的に関わっている。

地域資源との連携については、特段の協働は行っていないが、中山間地域はそもそも外出機会が少ないことから、地元行政に対しサロン活動等の場の設置に関する働きかけを行っている。また、そうした場の立ち上げ・運営にも介護保険給付サービスとは別枠で関与している。

人材採用・定着に関しては、中山間地域に特化した課題はないが、当該地域は人口規模が

小さく、市外・県外からの採用に依存している状況である。リハ専門職を中心に県外からの採用が多く、人材不足は深刻である。県内外を問わず、広く採用活動を行っている。セラピストについては実習生の積極的受入れを行い、看護・介護職については系列の託児所利用に係る補助や時短勤務制度の活用を進めている。また、県外からの入職者や遠距離通勤が困難な職員に対しては家賃補助を実施している。

## 5. 経営面の課題と今後の展望

本事業所が所在する行政区域は、複数の町村が合併して形成されており、各旧町には法人が運営する関連の通所介護事業所やグループホーム等の居宅サービス事業所が設置されている。運営法人は複数拠点で事業展開しており、通所リハビリテーション利用後は、自宅周辺の通所介護事業所等へつなぐ運用を行っている。現体制で中山間地域も含めた対応が可能であるとして、新たな事業展開は現時点では検討していない。一方で、人口減少が進行する中、事業継続の方策については法人として検討課題となっているが、まだ具体的な結論には至っていない。

制度面の要望として、中山間地域加算は運営上有効であるものの、現行の定義では同様の実態を有する地域が対象外となっているケースがあるため、国の定める「中山間地域」の基準の見直し・柔軟な適用を求めている。また、中山間地域では利用者宅が広範囲に分散し送迎効率が低く、利用者宅間の距離が大きいことから、加算5%は有難いものの、燃料費等の高騰時にはなお賄いきれないケースがあるため、加算率の検討も要望している。さらに、サービス提供時間を確保するには職員の時間外労働が前提となっており、中山間地域の利用者については送迎時間の一定割合をサービス提供時間に含めることが可能となる制度上の見直しを求めている。

成功要因としては、遠方で採算性が低い利用者であっても、「困っている人がいるのであれば、採算性が低くとも支援する」という理事長の強い理念・使命感のもと、法人内の方針により必要な支援を提供できている点が挙げられる。また、老健入所・通所リハビリテーションにおいて合計16名のリハ専門職を配置しており、その理念を実現するために人員配置を比較的手厚く行っており、そのマンパワーがあるからこそ、こうした支援が継続可能となっている。

## 6. まとめ

本事業所は、市域の約6割が山間部を占める地域に所在し、介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所である。定員80名に対し登録約260名を有し、うち中山間地域の利用者は15名である。365日運営を行い、平日は約70名が利用し、平均要介護度は1.51となっている。サービス提供範囲は片道15km(約30分)で統一されている。積雪は限定的でサービス提供への影響は比較的少ない。中山間地域加算は全体の5.7%に算定している。

送迎体制では、リフト車等 13~14 台を毎日稼働し、職員の早出を伴う対応も必要となっている。集落が複数の谷筋に点在しているため、一度ある谷の集落へ送迎した後、一旦尾根沿いに戻ってから別の谷筋へ向かうといったルートとなり、非効率になりやすい構造である。ルート作成は専用ツールがなく、介護職が手作業で調整している。走行距離は 1 日 80km に及ぶ車両もあり、ガソリン代やスタッドレスタイヤ管理など、送迎関連コストは大きい。緊急時マニュアルの車載、月 1 回の運転ミーティング、年 1 回の安全運転講習、ドライブレコーダー活用、運転試験・認知機能検査等により安全管理を徹底している。

リハビリテーション提供では、通所と訪問を兼務する職員により一体的に支援を行い、傾斜地特性に応じて外出評価や住環境評価を実施している。地域資源と直接的な協働は行っていないが、行政に対してサロン活動等の外出機会創出を働きかけ、その立ち上げ・運営にも介護保険給付サービスとは別枠で関与している。人材確保は市域人口が少なく限られるため市外・県外採用に依存し、実習生受入れ、託児所補助、家賃補助等で定着を図っている。

経営面では、法人が旧町村ごとに関連施設を配置しており、遠方の利用者は状態が安定した段階で各旧町村の関連施設につなぐ運用を行うことで、現行体制で中山間地域を含めた対応が可能として新規展開は想定していないが、人口減少下での継続方策を検討している。中山間地域の定義の見直し・柔軟な適用、加算率の検討、遠距離送迎時のサービス提供時間の扱いについて制度上の見直しを要望している。遠方の利用者にも対応する「困っている人を見捨てない」という法人の理念と、老健入所・通所リハビリテーションで合計 16 名のリハ専門職を配置する豊富な人員体制が事業推進の要因となっている。

## ○ 通所リハビリテーション：中山間地域サービス提供②

### 1. 事業所の概要

本事業所は介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所である。

通所リハビリテーションの定員は55名であり、このうち中山間地域対象者として2名(要介護1)を位置付けている。令和7年10月時点の平均利用者数は約50名/日である。全利用者の約5%程度が中山間地域居住者である。

要介護度構成は、要支援1が4.5%、要支援2が8.1%、要介護1が44.7%、要介護2が16.8%、要介護3が11.9%、要介護4が7.3%、要介護5が6.6%であり、平均要介護度は1.86となっている。

運営法人は医療法人であり、多機能な事業展開を行っている。法人の関連施設として、医療機関(地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等一般病棟)、居宅系サービス(訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、ケアプランセンター、在宅介護支援センター)、および特別養護老人ホーム等を運営している。

### 2. 地理的特性とサービス提供環境

本事業所のサービス提供エリアは、通常は片道20分以内としているが、積雪時には片道30分程度を要する。中山間地域対象者については片道20~25km(移動時間30分、積雪時は40分)を範囲としており、一般的な通所リハビリテーションの営業圏が片道20km程度であることを踏まえると、それよりやや遠方までカバーしている状況である。

一方で、国が定める「中山間地域」の定義には該当しないものの、社会資源が乏しい地域も存在し、そのような地域については対象地域外であっても最大で片道30km(移動時間50分、積雪時は1時間)まで対応している利用者もいる。

当該地域は山間部であり、中山間地域の集落は山間部の谷筋に沿って小規模かつ散在している。人口は100人程度の区域が多く、高齢者が中心で独居世帯も多い。

積雪や悪天候の影響が大きく、冬季には送迎車両はスタッドレスタイヤで対応しているものの、送迎車両までの動線確保のため、職員が利用者宅の家先の雪かきを行う必要がある。このため送迎に通常より時間を要し、状況によってはサービス提供時間を短縮する場合がある。

中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供加算は、全利用者のうち約5%を対象として算定している。

### 3. 送迎体制とリスク管理

本事業所では、中山間地域への送迎について通常より30分程度早い出発時間を設定している。遠方となるため通常より約30分早く出発して対応している。送迎車両は、ワンボックスカー6台、乗用車(ミニバン)3台、軽自動車3台を保有しており、いずれもリース契約

(7年)で運用している。

送迎範囲が広いことからガソリン消費量が多く、個別送迎となる場合もあり、運行コストが増加する傾向にある。コスト面では、送迎範囲が広いことから、ガソリン価格高騰時には燃料費が大きな負担となっている。

ルート作成については、利用者数が多く、それに対応した専用ツール等がないことから、専用ソフトは用いず、地図上で住所を確認しながら職員が手作業で作成している。中山間地域の利用者については、利用曜日を固定し、その曜日にまとめて送迎する形で対応している。

緊急時の対応は、中山間地域に限らず通常の通所リハビリテーションと同様であり、事業所へ連絡したうえで指示を受け、対応内容を検討している。マニュアルを整備し、必要に応じて上長の指示を仰ぎながら対応している。事故防止対策として、ドライバーの講習会やミーティングなどを定期的実施している。また、ドライバーの高齢化が進んでいることから、本事業所では送迎業務専従の運転担当者は60歳代までとし、70歳以上の職員は介助業務に限定している。加えて、年1回の講習会を実施しているほか、定期的なミーティングでの情報共有、ビジネスチャットツールを活用した事故情報の共有(他事業所での事例を含む)を行っている。

#### 4. リハビリテーション提供の工夫と人材確保

訪問リハビリテーションとの連携は特段実施していない。リハ専門職の役割として、中山間地域に特化した専門職の役割とまでは言えないものの、周辺が農村地域であることから、「畑仕事への復帰」などを目標とする利用者もおり、事業所敷地内に畑を設け、主に作業療法士がその目標に沿った訓練内容を設定している。また、中山間地域の利用者宅については、初回利用時および新たな課題が発生した際に訪問を実施している。ただし、居宅訪問については距離の問題もあり、初回訪問と課題発生時のスポット対応に限られ、定期的な訪問実施には至っていない。

地域資源との連携として、必要に応じて近隣住民へ働きかけを行う場合がある。

人材採用については、介護職は地元出身者が多い一方で、リハ専門職は県外出身者が中心であり、県外からの採用・定着が課題となっている。役職者に限られるが、高速道路を利用して片道1時間程度かけて通勤している職員もおり、その場合は高速道路料金の補助を行っている。法人内には保育所を設置し、職員は無料で利用できる体制としている。また、介護職については高校からの実習生の受入れや県外の介護職養成施設との連携を行い、定期的な情報交換などを通じて人材確保に努めている。

#### 5. 経営面の課題と今後の展望

本事業所では、今後の展開として共生型サービスの実施を検討しているが、サテライト型事業所の設置等については現時点で予定していない。

制度面では、以下の課題が示されている。中山間地域を含む広範囲へのサービス提供によ

り効率性が低下している。地方で中山間地域を抱える事業所はサービス提供範囲が広く効率性が低いうえ、職員給与水準も高いとは言えず、人材確保が困難であるにもかかわらず、地域区分が「その他」に該当するため、収益性が低く、収入面が十分に担保されていない。地方の実態を踏まえた検討を求めている。また、国の定義する中山間地域には該当しないものの、社会資源が乏しいため片道 30km の送迎を行っている地域もあり、この「中山間地域」の定義について再検討を求めるとともに、ガソリン代等のコストに関する見直しを要望している。さらに、積雪時には送迎遅延が発生し、中山間地域のみを個別送迎しているわけではないため、最も遠方の利用者から順に事業所へ戻るルートをとる結果、初動の遅れが後の利用者まで連鎖的に影響し、通所時間が短縮されて減算対象となる。さらに、その便に同乗している中山間地域外の利用者も同様に減算となるため、遠距離送迎により積雪等で遅延が生じた場合に同乗者のサービス提供時間が確保できず減算対象となる現行ルールについて、何らかの改善策が必要ではないかとの指摘があった。

成功要因として、中山間地域に限らず、地域の特性上、居宅介護支援事業所の数が限られており、ケアマネジャーとの連携が取りやすく、関係構築がしやすい点が挙げられる。また、遠方の利用者については、1 日預かりの長時間利用ではなく、比較的短時間の利用枠を設定することで、利用開始のハードルを下げ、中山間地域の利用者を受け入れやすい体制を構築していることも工夫点として示されていた。

なお、中山間地域の利用者は比較的軽度の方であり、介護老人保健施設のショートステイと通所リハビリテーションを組み合わせた「往復型」の利用は行っていない。また、法人内の他サービスの利用状況について、中山間地域に特化した詳細な聞き取りは行っていないが、全体としては通所系サービスでカバーしている印象であった。要介護度の高い利用者については他サービスを併用しているケースもあると考えられるが、「中山間地域だから特別なサービス構成になっている」というわけではないとの説明であった。

## 6. まとめ

本事業所は、山間部に小規模集落が散在する地域に所在し、介護老人保健施設に併設された通所リハビリテーション事業所である。定員 55 名に対し平均約 50 名が利用しており、中山間地域対象者 2 名を含む全利用者の約 5%が中山間地域居住者である。地域は山間部の谷筋に沿って人口 100 人程度の高齢者中心の小規模集落が散在しており、独居世帯も多い。積雪時には家先の雪かきが必要となるなど、送迎に大きな影響を受ける。通常送迎範囲は片道 20 分であるが、中山間地域対象者は片道 20~25km(通常時 30 分、積雪時 40 分)、国の定義には該当しないものの社会資源が乏しい地域については最大 30km(通常時 50 分、積雪時 1 時間)まで対応しており、全利用者の約 5%に地域加算を算定している。

送迎では通常より 30 分程度早く出発し、ワンボックスカー等計 12 台(リース契約 7 年)を運用する。広域送迎によりガソリン費用が高むほか、利用者数が多く対応する専用ツールがないため、ルートは職員が地図で手作業作成している。中山間地域の利用者については利

用曜日を固定し、その曜日にまとめて送迎する形で対応している。緊急時は事業所指示のもと対応し、事故防止として高齢職員の運転制限(60 歳代まで、70 歳以上は介助業務のみ)、年 1 回の講習会、定期ミーティング、ビジネスチャットツールによる事故事例共有等を実施している。

リハビリテーション提供面では、訪問リハビリテーションとの連携は特段実施していないが、農業再開を目標とする利用者に対し事業所内の畑を活用し、主に作業療法士が地域特性に応じた支援を行っている。中山間地域利用者には初回利用時および課題発生時に訪問し、住環境評価等を実施している。人材確保では、介護職は地元出身者が多い一方、リハ専門職は県外出身者が中心であり、役職者への高速道路料金補助や法人内保育所の無償利用、高校からの実習生受入れ、県外養成施設との連携等の施策を整備している。

制度面では、広範囲送迎による効率性の低下や職員給与水準の低さに比し地域区分が「その他」であるため収入が確保されにくい点、中山間地域の定義の見直し、ガソリン代等のコスト負担への対応、遠距離送迎時の積雪等による遅延で同乗者全体のサービス提供時間が確保できず減算対象となる現行ルールの見直しを求めている。成功要因としては、地域の居宅介護支援事業所が限られることによるケアマネジャーとの連携の容易さや、短時間利用枠設定による受入体制整備が挙げられる。

中山間地域の利用者は比較的軽度であり、介護老人保健施設との「往復型」利用は行っておらず、通所系サービスでカバーしている状況である。

## 2. 訪問リハビリテーション

### ○ 訪問リハビリテーション：中山間地域サービス提供①

#### 1. 事業所の概要と提供エリア

本事業所の運営主体は医療法人であり、医療機関に併設して訪問リハビリテーションを提供している。リハ専門職は理学療法士 7 名、作業療法士 3 名で構成され、一部は訪問看護部門との兼務体制をとっている。

提供エリアは県東部全域であり、拠点から半径約 50km 圏内を対象としている。当該地域は全域が中山間地域に指定され、豪雪地帯としての指定も受けている。拠点から 20km を超える地域では小規模な集落が点在し、同居世帯も多いことが確認されている。訪問リハビリテーション事業所が少ない地域であるため、広域での訪問体制が求められている。

積雪や悪路の影響として、豪雪地帯であることに加え、土砂災害の危険がある地域を含むため、警報発令時には訪問中止の判断基準を設けている。降雪時には利用者宅周辺での除雪作業を約 10 分程度実施しており、運用としては 60 分の訪問時間のうち 10 分を雪かき、残り 40 分をリハビリテーション提供時間として確保する形をとっている。除雪対応により予定時間を超過する場合は残業申請を行う運用としている。

中山間地域等に居住する利用者へのサービス提供については、所定単位数の 5% の加算を算定している。一方で、交通費の別途請求は行っていない。

#### 2. 移動・効率化とコスト構造

本事業所における移動時間は 1 日あたり 1～3 時間であり、勤務時間の最大 37.5% を占めている。移動に関しては、最大で片道 50km 程度まで訪問しており、移動時間は 1 時間から長い場合で 3 時間程度に達する。高速道路の使用は行っていない。一方、遠方まで移動した後の利用者間の移動については、1 件あたり 20 分程度に収まるようにルートを設定し、これに基づいて日々のルートを作成している。

車両は職員 1 名につき 1 台を支給しており、車両維持費は月額約 25 万円であり、そのうちガソリン代だけで約 15 万円を占めている。ルート作成には大手地図プラットフォームを使用しており、専用のルート作成ソフト等は導入していない。

訪問リハビリテーションの提供時間は 1 回 60 分を基本とし、週 2 回の訪問を上限としている。週 3 回とする場合、他の利用者への訪問に支障が生じるため、利用者からは週 3 回の希望も寄せられているが、現状では対応できていない。利用者の増加時には 1 回 40 分・週 2 回の訪問とする場合がある。

提供エリアは県東部全域であるが、交通費の請求は行っていない。提供エリア外として、県境を越えた兵庫県側からの依頼もあるが、移動に伴う負担やコストの課題から、現時点では対応は困難となっている。

中山間地域特有の事情として通信環境が脆弱であることが挙げられ、情報通信機器として、ポケット型 Wi-Fi、スマートフォン、タブレットを職員に支給し、その回線を用いてタブレットで記録・情報共有を行う体制としている。また、移動効率向上と災害時対応の双方を目的として、直行直帰制度を導入している。

### 3. 安全・緊急時対応

悪天候や交通遮断への対応として、土砂崩れや大雪等が実際に発生しており、その都度対応している。ルートが土砂崩れ等で遮断された場合でも、近隣に居住する職員が現地対応できるよう、直行直帰制度を運用し、迅速な対応が可能となる体制を構築している。悪天候が訪問後に発生する場合も多く、その際はすぐ直帰するよう連絡を取り合っている。地域特性として、利用者の安全確保のため家族や近隣住民との事前連携を行う場合がある。

緊急時には、利用者のかかりつけ医や看護師との連絡体制を確保している。救急車両が進入できない地域も存在し、その場合には医師・看護師と連絡を取りながら、医療職との連携が困難な場合には救急車を要請することがあり、近隣住民によって救急車が到達可能な地点まで利用者を搬送する体制を整えるなど、近隣住民に協力を依頼するケースが生じている。

情報共有については ICT 機器を活用し、緊急時の情報伝達を行っている。また、自然災害等により訪問を中止した場合には、振替訪問を実施する運用とされている。

### 4. リハビリテーション提供の工夫と連携体制

利用者宅の住環境として、中山間地域らしく昔ながらの和式建築が多く、玄関の段差や埋め込み式和式トイレなどが見られる。これらについては家屋改修ではなく、段差や座敷などの構造を活かしつつ、費用負担の少ない福祉用具を組み合わせる形で、安全性と活動性を確保する支援を行っている。また、畑や山林を有する世帯が多く、生活環境に即した支援を重視しており、生活の場が屋外に広がることから屋外歩行の練習を重点的に実施している。リハビリテーション時間以外では、近隣住民との交流や本人との対話を重要な支援要素として位置付けている。

地域との連携として、総合事業も活用しつつ「ミニデイ」の形で公民館等を会場とした運動等の指導を実施し、近隣住民に対する場の提供を行っている。自治体と協働で実施し、月 1 回の定例会議を開催している。中山間地域では市街地より参加者が多く、総合事業で賄える部分については行政からの支援を受け、それ以外の部分は病院の持ち出しで対応しているのが実情である。また、公共交通機関利用に際し、必要に応じて交通事業者へ情報提供を行うことがある。

医師との連携では、訪問リハビリテーション事業所の医師による診察が中山間地域では実施しにくい状況にあり、中山間地域における訪問診療の実施が困難であることから、訪問リハビリテーション利用者のおよそ 7 割以上が診療所等の「二次資源」に依存しており、診

療未実施減算で対応している。外来受診が困難な利用者も多く、在宅側の診療資源に頼らざるを得ない状況である。質の確保のため、かかりつけ医、看護職、介護職等との連携を強化しており、連絡手段としては web 会議システムや電話が多く活用されている。加えて、近隣住民の協力意識が高く、様々な場面で支援を受けている。

## 5. 人材・経営・今後の展望

本事業所では、離職率 0%と報告されており、ここ数年の職員の定着状況に問題は見られない。人材確保については募集に対して応募はあるが、訪問業務への適性を確認する必要があり、通所や外来を経験した後に訪問へ異動する体制としている。新人採用は実施していない。訪問業務に対する職員の意欲は高く維持されている。

フォロー体制として、移動に伴う精神的・身体的負担や孤独感への対応のため、定期的な面談等を通じたフォロー体制を整えるとともに、定期的な面談を実施している。直行直帰を前提とした働き方の中で、職員同士が相互に支え合えるような仕組みを構築している。また、住宅環境の特性から虫が多く自宅内に侵入することがあり、虫を苦手とする場合は採用を見送っている。

直行直帰制度を導入しており、社用車を自宅へ持ち帰ることが可能である。私用車を利用する場合には交通費を支給している。ただし、危険手当等については付けたい意向はあるが、財源の都合で付けられていない状況である。私用車を使用している職員は自身の保険で対応している。

経営面では、経営上の課題として、訪問リハビリテーション提供に必要な医師の診察を事業所側だけで十分に確保できないことから、訪問リハビリテーション事業所として医師の診療が実施できないことにより、診察要件を満たせず減算となるリスクがある点大きい。オンライン診療の活用についても検討されているが、オンライン診療のみではリハビリテーション計画書に係る診療件数を十分に確保できず、かかりつけ医からの情報提供が訪問実施に不可欠とされている。オンライン診療を行おうとしても、診察してほしい時間帯には医師が外来診療に従事していることが多く、外来診療の方が医療機関にとって収入が大きい現状を踏まえると、オンライン診療へ振り替えるインセンティブが働きにくく、その結果として、やはり二次資源に頼らざるを得ない構造が残っている。

加算については、県全域が中山間地域に分類されているものの、人口集中地域と過疎地域で算定額が同一であるため、市中心部のように人口が集中している地域と、周辺の過疎地域とでは実態が大きく異なるにもかかわらず、同一の評価となっている点については納得しがたいとの声がある。過疎地域でサービス提供を行う当該事業所の収支に課題が生じている。地域特性をより細かく反映した区分や評価の導入、地域差を反映した加算設定が必要とされており、サービス提供が届きにくい地域の選定については地方行政が担うことが望ましいとされている。

移動範囲が広いことに伴い、職員の疲労軽減や交流のための休憩場所の確保が課題とな

っている。サテライト拠点の整備については、かつて一時的に設置を試みたものの、積雪対策や、使用頻度が低い際に発生する虫害等の管理負担、雪対策や虫対策に係る経費負担が大きく、継続が難しく閉鎖した経緯がある。中山間地域でサテライトを整備・維持するためには、専用の加算や補助金などの公的支援が不可欠ではないかとの意見が述べられている。

## 6. まとめ

本事業所は、広域にわたる中山間地域を対象に訪問リハビリテーションを積極的に展開している事例である。拠点は中山間地域かつ豪雪地帯に位置し、半径約 50km におよぶ広域をカバーしている。地域には小規模集落が点在し同居世帯も多いが、訪問リハビリテーション事業所が少ないことから、理学療法士・作業療法士計 10 名による兼務体制で広域訪問を確保している。豪雪による除雪対応(1 件あたり約 10 分)や土砂災害の可能性を踏まえ、警報発令時の中止基準、直行直帰制度、ICT を活用した情報共有体制など安全確保の仕組みを整備している。

移動負担は大きく、1 日の最大 37.5%を移動が占め、片道最大 50km、移動時間は 1~3 時間に達する。職員 1 名に 1 台の車両を支給し、月額約 25 万円(うちガソリン代約 15 万円)の車両維持費・燃料費の負担を抱えつつ、大手地図プラットフォームによるルート最適化(利用者間移動は 20 分程度に調整)や直行直帰制度により効率化を図っている。訪問時間は 60 分を基本とし、利用者増加時には 40 分で対応するなど柔軟な運用を行う。交通費請求は行わず、越境訪問も移動コストの観点から制限している。通信環境が脆弱なため、ポケット型 Wi-Fi、タブレット等を職員に支給している。

地域連携では、自治体とのミニデイ開催(総合事業活用、一部は医療機関持ち出し)や住民との密な関係構築が進んでおり、生活環境に即した屋外歩行練習や福祉用具活用など、和式建築の段差や座敷構造を活かした地域特性を踏まえた支援を実施している。医師による訪問診療が困難な地域特性から、利用者の約 7 割が診療未実施減算となるものの、かかりつけ医や看護職、介護職との連携強化によりサービスの質を確保している。近隣住民の協力意識も高く、緊急時の搬送支援など様々な場面で支援を受けている。

人材面では離職率 0%と定着が良好であり、移動負担や孤独感に対する面談体制も整備している。直行直帰制度により社用車の自宅持ち帰りを可能とし、私用車利用時には交通費を支給しているが、危険手当等は財源上の制約から付与できていない。経営面では移動コストの増大、診察要件を満たせないことによる減算リスク、加算の地域差の不十分さ(県全域が同一評価)が課題となっている。サテライト拠点は雪対策・虫害対策の経費負担により維持困難であった。中山間地域で持続可能な訪問リハビリテーション提供のため、かかりつけ医からの診療情報提供による訪問実施の柔軟化、地域区分や加算体系の見直し、サテライト整備への公的支援が必要とされている。

## ○ 訪問リハビリテーション：中山間地域サービス提供②

### 1. 事業所の概要と提供エリア

本事業所は、医療機関に併設された訪問リハビリテーション事業所である。

リハ専門職は理学療法士 16 名、作業療法士 8 名、言語聴覚士 5 名で構成され、このうち約 10 名が訪問リハビリテーションとの兼務を行っている。訪問リハビリテーションの利用者は概ね 10 名程度である。

訪問リハビリテーションは理学療法士を中心に実施しており、1 名のスタッフが 1 日に約 8 件を担当している。訪問看護は別事業部の所管であり、病院直属の訪問看護部門は設置していない。法人内異動により訪問看護との連携が図られている。

地域区分としては特定農山村地域および過疎地域に該当する。市内には農村地域や過疎地域が存在するが、現時点では中山間地域等に係る加算は算定していない。自然災害の発生は少なく、比較的気候が穏やかであり、積雪は年 1 回程度で自然災害や交通遮断による影響、訪問への影響はほとんどみられない。

サービス提供範囲は原則として事業所から半径 15km 圏内を基本としているが、市内では言語聴覚士が少ないことから、言語聴覚士については 15km を超える地域にも派遣により訪問対応する場合がある。原則として片道 20 分以内を目安に訪問ルートを設定している。

### 2. 移動・効率化とコスト構造

1 日の業務に占める移動に要する時間は、1 日の勤務時間の約 20%程度を占めている。訪問ルートの作成には大手地図プラットフォームを使用し、通常の訪問系サービスと同様の方法で効率的な移動計画を立て、効率化を図っている。

訪問時間は、訪問リハビリテーション 1 回あたりの介入時間は、退院後の在宅生活への移行を円滑にすることを重視し、いわゆるソフトランディングを意識した短期間・集中的な関わりとして、短期間の利用者には 40 分で対応とし、その後、早期に訪問看護へバトンタッチする役割分担をとっている。状態が安定した後は訪問看護へ移行し、屋外活動を含む生活全般の支援として 60 分の訪問が実施されている。

提供エリア外への訪問は移動コストの負担が大きいため、言語聴覚士を除き対応していない。エリア外訪問に対しても交通費の請求は行っていない。

訪問頻度や車両維持費の詳細については確認中であるが、燃費を含め自動車関連のコストは相応にかかっている。

### 3. 安全・緊急時対応

当該地域では悪天候や交通遮断の発生はほとんどなく、訪問業務への影響はみられていない。利用者の急変時にはマニュアルに基づいて対応しており、訪問時に急変が発生した場合は所属長へ速やかに連絡し、職員がかかりつけ医、ケアマネジャー、家族等と連携し、必

要に応じて救急車を要請する体制となっている。

リハ専門職が不在時の急変対応については、家族およびかかりつけ医が対応することを基本としている。訪問リハビリテーション事業所に所属する医師がかかりつけ医となっているケースは全体の約3分の1であり、残る約3分の2は外部の医療機関がかかりつけ医として対応している。このため、かかりつけ医との連携を重視した緊急対応体制を整え、かかりつけ医との連携が重要な要素となっている。

#### 4. リハビリテーション提供の工夫と連携体制

市全体の人口は規模が比較的小さく、いわゆる「顔の見える関係」が築きやすい規模となっている。行政職員や地域住民との関係が近く、顔の見える連携が形成されている。近隣住民同士の助け合いや見守り体制も比較的整っており、地域内では近隣住民同士の助け合いが日常的に行われており、見守り体制が確保されている。

地域連携としては、市内北東部を当該医療機関が、南西部を他法人医療機関が担い、双方で全体をカバーしている。訪問看護や行政との連携、これには他法人の訪問看護事業所や居宅介護支援事業所、行政との連携も含まれており、総合事業等を通じた地域住民との協働も進んでいる多職種協働体制が構築されている。当該医療機関は総合支援事業等を通じて行政との関わりが強く、地域住民と行政、医療機関をつなぐ役割を果たしている。

訪問リハビリテーションのための訪問診療については、いわゆる中山間地域特有の事情もあり、現状ではほとんど実施できていない。訪問診療は実施しておらず、診療は主として医師が外来通院で行っており、状態がある程度安定した段階で、院内の在宅事業部門に引き継ぎ、利用者の状態が安定して在宅部門へ移行する際には、訪問診療医および訪問看護になく流れとして情報共有が重要となっている。

#### 5. 人材・経営・今後の展望

近隣に養成校があり、当該事業所では学生実習を積極的に受け入れ、学生との関係構築を重視し、確保を図っている。この取り組みにより現時点では人材採用に大きな問題は生じていない。一方で、学生が都市部志向である傾向が強く、地域医療への関心を高めるための取り組みが必要と認識している。

職員に対する福利厚生充実を進め、地域医療を担う人材の育成を図っている。訪問リハビリテーションに従事する前に、法人内で十分な教育・研修を行い、育成した職員を在宅部門へ配置することで、質の高い医療・介護の提供を実現している。

地域の状況として、市全体として人口減少が急速に進行しており、法人としても病床数を縮小し、事業運営の形態を柔軟に見直しながら持続可能性を確保する必要があるとされている。入院医療から在宅医療へのシフトを進め、「在宅そのものをリハビリテーション室と捉える」体制の構築を目指している。

その一方で、中山間・過疎地域においては移動距離や移動時間が長く、移動コストが高い

割に訪問件数を増やしにくいという構造的な問題がある、移動距離に伴うコスト増加や、移動時間の増加により訪問件数を増やせないなど、経営上の課題が大きいとされている。人口減少が続く中で、こうした地域において訪問件数を十分に確保しつつ事業を継続することは一層困難になりつつあり、移動に対する評価(加算)の創設や、中山間地域における地域区分の見直しなど、過疎地域における訪問件数が少なくても運営可能となるような、経営が成り立つ報酬上の地域区分等の工夫設定が必要である、との意見が示されている。現状のままでは、中小規模の事業所が中山間地域からの撤退が余儀なくされる可能性があるとの懸念が示されている。現時点では当該医療機関が踏ん張っているものの、このまま人口減少とコスト増が続けば、将来的には当該医療機関においても訪問リハビリテーションの継続が困難となるおそれがある、との危機感も表明されている。

## 6. まとめ

本事業所は、特定農山村地域および過疎地域というサービス提供が困難な地域において、訪問リハビリテーションを積極的に展開している事例である。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の計 29 名のうち約 10 名が訪問を兼務し、1 日あたり 8 件程度、概ね 10 名程度の利用者を担当する体制をとっている。退院直後の利用者に対して集中的に支援し、状態が安定後は他の在宅サービスへ移行する仕組みを構築することで、地域内の限られた資源を効率的に運用している。

提供エリアは病院から半径 15km を基本とし、原則片道 20 分以内でルートを設定しているが、言語聴覚士については市内の人材不足を背景に範囲外へも訪問対応している。移動は業務の約 20% を占めるが、大手地図プラットフォームを活用したルート作成により効率化を図り、交通費請求を行わずに対応している。

安全面では、急変時対応マニュアルを整備し、所属長・かかりつけ医・ケアマネジャー・家族との連携により緊急対応を行っている。地域特性として自然災害が少なく気候が穏やかであるが、外部の医療機関がかかりつけ医となるケースが約 3 分の 2 を占めるため、かかりつけ医との連携は特に重視されている。

リハビリテーション提供においては、人口規模が小さく行政職員や住民とのつながりが強い「顔の見える関係」を生かし、住民による見守りや他法人医療機関・訪問看護・居宅介護支援事業所との連携により市内全体をカバーする協働体制が構築されている。市内北東部を当該医療機関が、南西部を他法人医療機関が担う役割分担が形成されている。行政との協働も進んでおり、総合支援事業等を通じて地域との橋渡し役を担っている。訪問診療は実施していないが、外来診療と在宅部門への移行により対応している。

人材確保では、近隣の養成校との連携により学生の実習受け入れを強化し、法人内での十分な教育・研修体制を整備することで質の高い訪問リハビリテーションを提供できる人材を育成している。学生の都市部志向が課題として認識されている。人口減少が急速に進む中で、病床数を縮小し在宅領域を重視した事業構造への転換を進めつつ、「在宅そのものをリ

ハビリテーション室と捉える」体制構築を目指している。移動コスト増加や移動時間増加により訪問件数を増やせない経営上の課題に対しては、地域区分の見直しや移動に対する加算の創設、訪問件数が少なくても経営が成り立つ報酬設定が求められている。中小規模病院の撤退が進む中、当該医療機関も将来的には訪問リハビリテーションの継続が困難となるおそれがあるとの危機感が示されている。

## ○ 訪問リハビリテーション：中山間地域サービス提供③

### 1. 事業所の概要と提供エリア

本事業所は医療機関併設型の訪問リハビリテーション事業所である。

スタッフ構成は理学療法士6名(管理者含む)であり、常勤換算では2名である。院内施設基準のため、作業療法士および言語聴覚士は院内のみの配置となっており、全体では約20名の療法士が在籍している。作業療法士および言語聴覚士の技術が必要な場合は、院内の作業療法士および言語聴覚士と相談し、提供内容について指導を受ける体制が構築されている。訪問件数は1日1スタッフあたり6件程度である。

提供エリアは半径20km程度であり、農業および漁業が中心産業の地域である。豪雪地帯として特別地域加算の対象地域となっており、訪問リハビリテーション事業所が地域に1つしかないことから、訪問の必要性が高い地域である。県内としては雪が少ない地域に分類されるが、海沿いのため風が強く、路面凍結やホワイトアウト等になることもあり、事故のリスクが高い。年に1~2回の軽微な事故が発生している。

積雪および悪路等の影響としては、年に2~3回、雪による通行止めが発生している。家族や行政による除雪を待って訪問を行うが、除雪車が入れない場所や除雪できない場合は訪問を中止することがある。中止した訪問は後日振替することで、現状では対応できている。中止や振替についてはマニュアルを作成し、基準を周知している。加算状況については、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算(所定単位数の5%)については算定していないが、特別地域加算については算定している。

### 2. 移動・効率化とコスト構造

移動時間は1日あたりおおよそ3時間であり、勤務時間の37.5%を占めている。利用者間の移動は最大で40分程度となっており、集落が点在しているため一集落の人口も少なく、集落内だけで訪問することが難しく別集落に行くため、移動時間が増加している。車両維持については、雪道に対応するため燃費の良い車両を購入しているが、移動距離が多いため車両維持費に費用がかかっている。交通費については、利用者への請求は行っていない。

ルート作成については、大手地図プラットフォームを使用してルートを作成しており、専用のルート作成ソフトは使用していない。地図に表記されない場所も稀にあるため、介入前の担当者会議などで場所を確認し、目印を共有する体制をとっている。訪問時間は1回の訪問につき40分を基本とし、週1~2回で提供している。

エリア外訪問については、現行エリアでも過疎地域でありながら訪問依頼件数は増えているため、現行のエリアを広げる予定はない。エリアを拡大することでの車両維持費の増加や、利用者への提供時間減少となる可能性があることも、エリア拡大をしない要因となっている。

### 3. 安全・緊急時対応

悪天候等に関するルールについては、台風、川の氾濫、大雪、路面凍結など自然災害による中止基準等をまとめており、マニュアル化している。原則として中止した場合には、後日振替をすることになっている。

地域特性としては、介護サービス事業所が少ない地域(居宅支援事業所 3 か所、訪問介護 2 か所、訪問看護 1 か所、訪問リハ 1 か所)であり、情報共有がしやすい利点がある。一方で、急性期病院が約 50km 先もしくは約 130km 先に位置しており、退院情報が入らず退院直後の対応ができないケースが多い。急性期病院から退院後は、地域にサービスが少ないため自宅に戻らないことも多い状況である。

緊急時対応については、訪問時の利用者急変時はマニュアルを作成し対応している。具体的には、急変時は管理者へ連絡し、職員がかかりつけ医やケアマネジャー、家族などと連携を図り、必要時は救急車を依頼するか検討する体制となっている。リハ専門職が訪問していないときの急変時対応は、家族とかかりつけ医にお願いをする形になっている。急変時の搬送として、当該医療機関が受けられない場合は地域の医療機関が受け入れる体制となっており、状況が難しい場合は遠方の病院へ搬送する。搬送にはヘリコプターの使用もある。キャンセル料の設定はあるが、徴収することは稀である。

### 4. リハビリテーション提供の工夫と連携体制

利用者の環境としては、農業および漁業が産業の中心であり、同居世帯が多く、新しい家に建て直している家も増えている。同居世帯だが日中は若者は仕事があり、独居になるケースが多い。山間部は古い家が多く、住宅改修ではなく福祉用具が中心となっている。訪問では、身体機能の改善を主体にされる方が多く、活動などへの介入を希望されるケースは少なく、活動などについては通所に求められることが多い。日中独居であることから、身体機能が改善し通所できる体制になれば通所へ移行する流れとなっている。

地域との連携については、急性期病院がなく町外で入院するケースが多いため、退院後は当該医療機関で入院し在宅に戻っていくことを行っている。急性期病院からの退院は在宅に戻り 1 か月以上過ぎ廃用が進んでから介入するケースもあり、退院調整の ICT 連携を検討している。行政とは総合支援事業として年に数回、地域住民を交えた活動を行っている。

リハビリテーション提供については、作業療法士と言語聴覚士が病院にしか在籍しておらず、理学療法士中心のリハビリテーション提供となっている。作業療法士が必要な場面では、理学療法士が利用者の現状を伝え、院内で必要な作業療法についてレクチャーを受けて利用者に提供する体制になっている。言語聴覚士については、現状としてケアマネジャーより依頼があったケースがほとんどない。作業療法士および言語聴覚士について提供できる体制は構築したいと考えている。

連携については、当事業所の利用者は当該医療機関退院が 50%、ケアマネジャーからの紹介が 50%となっている。訪問リハビリテーション事業所医師が訪問しての診療を行うこ

とが難しく、外来中心となっている。どうしても来られない方については訪問しての診療を行うが、日程が合わず診療未実施減算での対応となる方が10~15%程度いる。事業所が少ない地域であるため事業所間の連携は円滑に行えている。介護ソフトについては、APS 連携で提供表など一部帳票類のみ連携しており、MCS など連携アプリは使用していない。今後、より高度な連携システムを使用した連携を検討している。院内とは電子カルテシステムで連携している。

## 5. 人材・経営・今後の展望

人材確保については、グループ病院でありグループ内異動もあるため、採用自体は大きな問題となっていない。慢性期リハビリテーション、地域リハビリテーションを売りにすることで、入職希望者が都市部などから数名必ず来られるため、年3~4名を採用できている。約170床に対して退院支援や地域連携を進めていくとなると、今後30名程度に増員したいと考えている。当該医療機関から他のグループ病院へ異動することもできる体制となっている。

フォロー体制としては、社員寮を整備し家賃半額補助を行っている。都市部からの就職があり、駅まで車の送迎サービスを提供している。病院の車が業務で使用されていない場合の貸出も行っている(保険は自費)。

経営面の課題としては、人口の減少が著しく、地域に戻すため急性期から在宅にシームレスに戻す仕組みを構築する必要がある。オンラインの退院前カンファレンス等への参加を検討している。リハビリテーション計画書のための診療ができない場合もあり、診療体制の検討が必要である。診療の体制によりサービスをお断りしたケースが数件ある。地域に介護サービス事業所が少なく、このサービス事業所が継続できる仕組みが必要である。

移動距離について地域により格差があるため、移動距離に合わせた加算体制の仕組みが必要とされている。移動が多くなるため訪問リハビリテーションを提供できる利用者数が増やせないため、1人あたりの単価を上げるか、中山間地域の地域区分単価のようなものがあると良いとの意見が示されている。中山間地域などの加算区域が不明瞭であり、区域を見える化してほしいとの要望がある。サテライト事業所の検討を5年前に行ったが、集落が散在しており効率化につながらないということで実施しなかった。

成功要因としては、地域の事業所と積極的な連携をアナログではあるが出向いて顔を合わせたりした対面での対応を行い、コミュニケーションを密にしていることが口コミとして広がっていていることが大きな成功要因となっている。病院としても地域貢献の意識が高いことも要因の一つとなっている。

## 6. まとめ

本事業所は、医療機関併設型の訪問リハビリテーション事業所であり、理学療法士6名(常勤換算2名)の体制で運営されている。作業療法士および言語聴覚士は院内のみの配置

であり、必要時は院内スタッフと連携する体制となっている。1日1スタッフあたり6件程度の訪問を実施している。

提供エリアは半径20km程度であり、農業および漁業が中心産業の過疎地域である。豪雪地帯として特別地域加算の対象地域であり、訪問リハビリテーション事業所が地域に1つしかない状況である。海沿いのため風が強く路面凍結やホワイトアウト等のリスクがあり、年に1~2回の軽微な事故が発生している。年に2~3回雪による通行止めがあるが、マニュアルを作成し中止や振替の基準を周知している。中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は算定していないが、特別地域加算は算定している。

移動時間は1日約3時間(勤務時間の37.5%)であり、集落が点在しているため利用者間の移動は最大40分程度となっている。大手地図プラットフォームを使用してルートを作成し、地図に表記されない場所は担当者会議等で確認している。交通費の請求は行っていない。訪問時間は1回40分、週1~2回を基本としている。エリア拡大については、車両維持費の増加や利用者への提供時間減少の可能性があり、現時点では予定していない。

安全面では、自然災害による中止基準をマニュアル化し、中止した場合は後日振替を行っている。介護サービス事業所が少ない地域であり情報共有がしやすい一方、急性期病院が遠方であり退院情報が入りにくい課題がある。急変時はマニュアルに基づき管理者へ連絡し、病院職員が関係者と連携する体制となっている。リハ専門職不在時は家族とかかりつけ医が対応し、搬送時はヘリコプター使用もある。

リハビリテーション提供では、作業療法士および言語聴覚士が院内のみの配置のため理学療法士中心の提供となっているが、必要時は院内スタッフからレクチャーを受ける体制となっている。地域特性として同居世帯が多いが日中独居が多く、身体機能改善を主体とした訪問が多い。急性期病院が遠方のため、当該医療機関で入院後在宅へ移行する流れを構築している。行政とは総合支援事業を通じて連携している。利用者は当該医療機関退院とケアマネジャー紹介が各50%である。事業所医師の訪問診療は困難で外来中心であり、10~15%程度が診療未実施減算での対応となっている。事業所間と同じ介護ソフトを使用し円滑に連携している。

人材確保では、グループ病院内異動があり、慢性期・地域リハビリテーションを売りにすることで年3~4名を採用できている。今後30名程度への増員を考えている。社員寮整備、家賃半額補助、送迎サービス、車両貸出などのフォロー体制を整備している。経営面では、人口減少に対応した急性期から在宅へのシームレスな移行体制構築、オンライン退院前カンファレンス参加、診療体制の整備が課題となっている。地域の介護サービス事業所継続のための仕組み、移動距離に合わせた加算体制、1人あたり単価の引き上げまたは中山間地域の地域区分単価、加算区域の見える化などが制度要望として挙げられている。成功要因として、対面でのコミュニケーションを密にした地域事業所との積極的な連携と、病院の地域貢献意識の高さが挙げられている。

## ○ 訪問リハビリテーション：離島サービス提供

### 1. 事業所の概要と提供エリア

本事業所は、医療機関に併設された訪問リハビリテーション事業所である。もともと開設されていた診療所を前身とし、その後同法人の病院に併設されている訪問リハビリテーション部門を吸収合併する形で現在の体制となった。リハ専門職は理学療法士 12 名、作業療法士 2 名、言語聴覚士 2 名の計 16 名で構成されている。

サービス提供エリアとして、2つの離島を対象としている。両島ともに公共交通機関は存在せず、島内移動は車または徒歩となる。島内移動については、離島役場より車両の提供を受けて対応している。

定期船の運航状況は訪問リハビリテーションのスケジュールおよび継続性に大きな影響を与えている。時化の場合は欠航となり、往路が出航しても復路に時化が予測される場合は当日のサービスを中止せざるを得ない。船舶の点検日にもサービスが中止となり、高速船が点検に入るとフェリー利用となるため、島の滞在時間が短縮される。一つの島については、以前は毎日飛行機が運航していたが、事故後に運休となり、近時は数便の運航にとどまっている。このため日帰りが困難となり 1泊を要することから、職員の拘束時間が長期化している。

渡航費については県から支給されており、港までの交通費および港での駐車場代金も支給されている。費用請求の手順は島ごとに異なる。

特別地域加算については現在算定していないが、交通費や駐車場料金に関係なく算定すべきであったとの認識が示されている。本島と同程度の件数を訪問できれば問題ないが、1日に2~3件の訪問となる場合は、加算を算定しても1日単位でみると赤字となる状況にある。

### 2. 移動・効率化とコスト構造

1日の業務に占める島内移動時間の割合は、いずれも10%程度である。ただし、島までの移動には相当の時間を要する。A島への日帰り訪問の場合、高速船の所要時間は40分であるが、出発前1時間前には港で待機するため、片道1時間40分を要する。B島への訪問は1泊2日となり、フェリーの所要時間2時間に加え、出発前1時間の待機を含めると片道3時間を要する。

渡航費は県から支給されているため、事業所運営への直接的な影響は生じていない。一方で、限られた訪問件数と長時間の移動を要する構造から、1日あたりの生産性は本土の事業所と比較して低くならざるを得ない状況にある。

訪問頻度や訪問時間については、離島住民であっても本土と同じサービス提供を行う方針としている。天候による交通手段の欠航への対応として、A島については復路の天候が不安定な場合は事前に中止を判断するため、訪問ルート作成上の困難は生じていない。B島に

については、急な天候不良で船舶が出航しない場合、飛行機（セスナ機）の座席確保が課題となり、確保できなければ延泊を余儀なくされる。現在、A・B以外の離島への訪問は実施していない。

### 3. 安全・緊急時対応

台風や高波などによる交通インフラ途絶時の訪問中止ルールについては、状況に応じて振替日を設けて訪問する場合がある。予定していた職員が急に行けなくなった際は、代替りの職員を派遣するか、別日程での調整を行っている。

利用者宅での急変時対応については、島の診療所や保健師に連絡し、診療所で対応できない場合は本島へのヘリ搬送となる体制をとっている。離島特有の医療資源の制約があるものの、診療所との連携により緊急対応を行う仕組みが構築されている。

### 4. リハビリテーション提供の工夫と連携体制

リハビリテーション提供の考え方は本島でのサービス提供と同一であり、活用できる施設と連携しながら、利用者の生活環境に応じた支援を行っている。例えば、畑仕事をされる利用者に対しては畑仕事の練習を取り入れるなど、離島の生活環境や地域資源を踏まえたプログラムを提供している。

リハビリテーション機器や備品の搬入については、杖やピックアップ歩行器程度は持参して対応している。一方、福祉用具のデモンストレーションは、福祉用具貸与事業所の対応が難しいことから実施困難な状況にある。

事業所医師による診察については、遠隔診療が認められていないため、「診療未実施減算」で対応している。島の診療所の医師とは常に連携しており、島に訪問した際には診療所にも立ち寄りようとしている。

多職種連携については、離島にはサービス提供事業所がないため、主として島の保健師との連携が中心となっている。その他、利用者に関係している社会福祉協議会職員等とも連携を行っている。利用者の主治医は離島の診療所の医師であり、それぞれに役場を有しているため、日常的に本土の医療機関や行政とのやりとりを行う必要性は生じていない。本島の医療機関からの退院時には当該病院との連携を行うが、これは本島の利用者と同様の対応である。

### 5. 人材・経営・今後の展望

離島でのリハ専門職の確保については、A島・B島ともにリハ専門職は存在しない。リハ専門職に限らず、人口減少、高齢化、娯楽の不足などから定住すること自体が困難な環境にある。台風時には1週間にわたり定期便が出航できないこともあり、食料不足に陥ることもある。本事業所では日帰りでの支援を基本としているため、職員は島で暮らしておらず、住居確保や帰省費補助等の支援は行っていない。

今後の事業展開については、自事業所の医師が診療のために渡航することは現実的ではなく、減算でのサービス提供が続くことから、事業を拡大する予定はない。実際には島の診療所の医師との連携で十分な対応が可能である。訪問介護事業所も経営面にマイナスが生じない仕組みで訪問できるようになれば、訪問リハビリテーションのサービス展開も変わる可能性があるとの見解が示されている。訪問リハビリテーション利用日以外の活動性向上にもつながるためである。

制度改正への要望として、利用者が少ない状況であっても本島での平均 1 日利用分相当の報酬を事業所に支給することが挙げられている。離島に行かず本島で複数件訪問する方が収入増となることは明らかであり、現行制度下では離島へのサービス提供を維持するインセンティブが働きにくい構造となっている。

離島で訪問リハビリテーションを運営する上での成功要因として、経営面では訪問リハビリテーション事業所がある程度の規模で安定した経営状態にあること、人材面では暮らす場所がどこであっても訪問リハビリテーションを必要とする人にはサービス提供できるという理念が備わっていること、物理的条件としては天候に関わらず渡航できる移動手段の確保が挙げられている。ただし、天候に左右されない移動手段の確保は現実的には不可能であるとの認識も示されている。

## 6. まとめ

本事業所は、2つの離島に対して訪問リハビリテーションを提供している事例である。リハ専門職は理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の計 16 名で構成されている。

A 島への訪問は高速船を利用した日帰りに対応し、B 島への訪問はフェリーを利用した 1 泊 2 日に対応している。島内移動時間は業務の約 10%程度であるが、島までの移動には片道 1 時間 40 分から 3 時間を要する。渡航費は県から支給されており、事業所運営への直接的な経費負担は生じていない。天候による欠航リスクが常にあり、復路の天候が不安定な場合は事前にサービスを中止する判断を行っている。

安全面では、急変時には島の診療所・保健師と連携し、必要に応じて本島へのヘリ搬送を行う体制を整備している。リハビリテーション提供においては本島と同様の考え方で対応しつつ、離島の生活環境に応じたプログラムを提供している。多職種連携は島の保健師や社会福祉協議会職員が中心となり、利用者の主治医は島の診療所医師が担っている。

利用者数が少なくても経営が成り立つ報酬設定の必要性も指摘されている。離島にはリハ専門職が存在せず、人口減少・高齢化が進む中、本事業所のような本島からの訪問支援が離島住民のリハビリテーションサービス確保において重要な役割を果たしている。

離島への訪問リハビリテーション提供を継続するためには、安定した事業所経営、サービス提供への理念の共有、そして天候に左右されにくい移動手段の確保が重要とされているが、移動手段については現実的には解決困難な課題として認識されている。訪問件数が限られる離島においてサービス提供を維持するためには、制度上の支援措置の拡充が不可欠で

あるとの意見が示されている。

## 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

〈リハマネジメントの実施状況と効果〉

令和6年度介護報酬改定では、リハマネジメントに係る加算体系の見直しが行われた。本調査における事業所票でのリハマネ加算の算定割合は62.3%であった(図2-3-1)。また、利用者票における算定割合は、「要介護1-2」55.4%、「要介護3-5」57.7%であった(図4-3-1)。なお、令和4年度調査では、届出割合が61.7%、利用者票の算定割合は「要介護1-2」49.8%、「要介護3-5」58.2%であり、全体として大きな変化はみられなかった。

令和6年度介護報酬改定では、リハ・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハマネ加算(ハ)が新設された。本調査における算定加算の内訳は、「リハマネ加算(イ)」20.8%、「リハマネ加算(ロ)」39.7%、「リハマネ加算(ハ)」15.4%であった(図2-3-5)。利用者票では、「要介護1-2」における算定状況が「リハマネ加算(イ)」10.1%、「リハマネ加算(ロ)」31.5%、「リハマネ加算(ハ)」15.6%であり、「要介護3-5」においても同様の傾向を示した(図4-3-2)。令和4年度調査結果を再集計すると、「要介護1-2」の算定状況は「リハマネ加算(イ)」22.0%、「リハマネ加算(ロ)」31.0%であった。本調査では「リハマネ加算(イ)」の割合が低下し、「リハマネ加算(ロ)」および新設の「リハマネ加算(ハ)」の割合が増加しており、より上位のリハマネジメント実践へ移行している状況が確認された。

リハマネ加算を算定している利用者では、一定の効果が認められた。具体的には、リハマネ加算を算定している利用者において、各種加算の取組の算定割合が高い傾向にあった(表4-3-5)。また、評価・助言に関する取組では「生活習慣に関する助言」の実施割合が比較的高かった(表4-3-12)。加えて、リハマネ加算(ハ)を算定する利用者における6ヶ月後のADLの変化にて「向上」の割合は38.3%であり、「算定なし」26.0%より高い傾向にあった(表4-4-4)。リハマネ加算の算定を通じて、利用者の生活全般を視野に入れた包括的支援が行われている状況がうかがえる。

さらに、ケアマネジャーとの情報共有内容を算定有無別にみると、「リハマネ加算あり」の利用者では「生活状況や生活課題」「今後の生活目標」「生活状況や生活課題に関する今後の見通し」を共有している割合が比較的高かった(表4-3-13)。他の介護サービス事業所との情報共有についても、「リハマネ加算あり」の利用者で「生活状況や生活課題」「現在の心身機能やADLに関する情報」「本人・家族への助言内容」を共有している割合が比較的高かった(表4-3-14)。

リハマネ加算を算定している利用者では、関係者間で生活課題や目標を共有することを通じて、事業所内の関わりにとどまらず、在宅生活を見据えた各種の取組につながっている状況がうかがえる。リハマネジメントの実践により、多職種・多機関との連携を基盤とした

包括的支援体制の構築が促進されている可能性が示唆された。

また、リハマネ加算の算定割合は専門職の配置状況と関連がみられた。リハ3職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）の配置有無別では「3職種配置あり」で76.6%、利用者におけるリハ専門職数の比率別では「10:1以上」で67.2%と、いずれも算定割合が高かった（表2-3-1）。

令和4年度調査報告書では、充実したリハマネジメンツの推進に向けて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の3職種配置や、利用者数に対するリハ専門職の十分な配置が重要であると指摘されている。本調査でも、専門職配置が充実している事業所ほどリハマネ加算の算定割合が高い傾向が確認され、当該指摘が裏付けられた。今後も、より充実したリハマネジメンツの実践に向けて専門職配置の充実が望まれる。特に、リハ・口腔・栄養の一体的推進に向けては、言語聴覚士の関与が重要であり、配置促進が求められる。

#### 〈医師の関わり〉

令和6年度介護報酬改定では、旧リハマネ加算（B）の要件であった「医師が利用者に説明し同意を得る関わり」について、新たな区分が設けられた。本調査では、医師による利用者又は家族への説明を実施した加算を算定した事業所の割合は68.5%であった（図2-3-2）。また、リハマネ加算を算定した利用者における当該加算の算定割合は、「要介護1-2」で65.2%であった（図4-3-3）。令和4年度調査結果の再集計における66.3%と比較すると、大きな変化はみられなかった。

一方、「リハマネ加算（ハ）」を算定した利用者では、医師による利用者又は家族への説明を算定した割合が92.4%と高かった（表4-3-3）。リハマネ加算（ハ）は、リハ・口腔・栄養の一体的推進を評価する加算であり、医師を含む多職種による関与が確保され、より充実したアセスメントが実施されている状況が示唆された。

また、リハマネジメンツに係る基本報酬の要件として、医師の詳細な指示が位置付けられている。具体的には、「リハの目的」に加え、「開始前・実施中の留意事項」「中止基準」「負荷量」のいずれか1つについて指示を行うこととされている。

本調査の事業所票では、「リハの目的」の実施割合は77.5%であり、全数実施には至っていない。令和4年度調査における84.6%と比較すると、わずかな低下がみられた。一方、「リハ実施上の留意点」は87.1%、「リハ中止の目安（基準）」は67.4%、「運動の負荷量」は48.0%であった（図2-3-3）。

利用者票においても、「要介護1-2」における事業所医師の指示内容は「リハの目的」69.3%であり、全数実施には至っていない。一方、「リハ実施上の留意点」79.6%、「リハ中止の目安（基準）」65.7%、「運動の負荷量」34.8%であった。医師の指示内容は「要介護3-5」においても同様の傾向を示した（図4-3-4）。

「リハの目的」は制度上、全数実施が求められる項目であるが、これまでの調査でも「リハ実施上の留意点」の実施割合が相対的に高い傾向が継続している。在宅生活における課題

は、各専門職によるアセスメントおよび協議を通じて目的・目標が明確化され、関係者間で共有されるべきものである。医師の指示に関しては、療養上の注意点を含む「リハ実施上の留意点」を必須項目として位置付けることも検討に値する。

さらに、医師の指示をリハマネ加算の算定有無別にみると、「加算あり」では全ての項目で実施割合が高かった（図 2-3-4）。加えて、「利用者の機能予後」に関する指示の割合が比較的高い傾向がみられた（図 2-3-4）。令和 4 年度調査報告書では、リハ会議において医師による疾患・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の重要性が指摘されている。医師の判断に基づき、今後見込まれる身体機能の変化を利用者自身が理解し、リハ会議を通じて関係者間で目的・目標の合意形成を図ることが、効果的なリハマネジメントの実践において重要である。

#### 〈リハビリテーション会議〉

リハマネ加算の算定要件として、定期的にリハ会議を開催し、計画を見直すことが求められている。本調査におけるリハ会議の検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」の 3 項目で 8 割を超えていた。一方、「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」「他サービス事業所との役割分担」の実施割合は低い状況にあった（図 4-3-5）。この傾向は令和 4 年度調査と同様であり、リハ会議における検討内容の充実が引き続き課題として残されている。

リハ会議の参加者は、事業所内では「医師」および「理学療法士」、事業所外では「本人」および「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図 4-3-6、4-3-7）。ケアマネジャーとの情報共有内容について、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、これら 3 項目を「実施なし」の利用者と比較して、全ての項目で実施割合が高かった（表 4-3-13）。同様に、他の介護サービス事業所との情報共有においても、上記 3 項目を実施した利用者は「実施なし」の利用者と比較して、全ての項目で実施割合が高かった（表 4-3-14）。

令和 4 年度調査報告書では、ケアマネジャーとの連携において、利用者の現状に加え、生活課題の要因分析とその説明、生活状況および課題解決の見通し等を共有することの重要性が指摘されている。また、他サービス事業所との連携では、生活目標の共有や目標達成に向けた役割分担等、利用者を「面」で支援する意識と関係性の構築が求められるとされている。

本調査結果からも、リハ会議における検討内容の充実が、ケアマネジャーおよび他介護サービス事業所との情報共有の質を高める可能性が示唆された。特に、目標達成による修了に向けては、リハ会議における検討内容および目標設定の質を高めるとともに、関係者間の情報共有および役割分担を明確化することが不可欠である。

#### 〈リハマネジメントにおけるフィードバックの活用〉

リハマネジメントでは、定期的な計画の見直しが重要であり、科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出およびそのフィードバックの活用が求められている。本調査において、リハマネ加算（ロ）（ハ）による LIFE へのデータ提出後に返送されるフィードバック票を用いた利用者へのフィードバック（実施あり）の割合は 46.4%であった（図 2-3-10）。実施割合の内訳をみると、「全員（10割）」が 32.4%であった一方、「3割未満」も 35.3%と高い割合を示した（図 2-3-11）。このことから、フィードバック票の活用状況は、①全利用者を実施している事業所、②一部の利用者にのみ実施している事業所、③未実施の事業所の三類型に分かれている実態が明らかとなった。

利用者票における要介護度別分析では、リハマネ加算（ロ）（ハ）において、LIFE へのデータ提出後に届くフィードバック票を用いて利用者へのフィードバックを実施している割合は、「要介護 1-2」 32.9%、「要介護 3-5」 46.0%であった（図 4-3-8）。

LIFE から返送されるフィードバック票は、利用者の状態像を客観的データとして示すものであり、利用者自身が課題を理解し、目標に向けて主体的に取り組を進めるための重要なツールとなり得る。令和 4 年度調査報告書でも、効果的なリハマネジメントには、利用者本人が将来の見通しを理解し、関係者と目標を共有することが重要であると指摘されている。

一方、本調査結果からは、事業所間でフィードバック票の活用に大きな差異があることが示された。今後は、フィードバック票の活用方法や、利用者に対する効果的な説明手法に関する知見を共有していくことが求められる。利用者へのフィードバックは、自立に向けた動機づけを高め、目標達成に向けた意欲を喚起する上で重要であることから、フィードバック票の積極的な活用を促進するための方策を検討していく必要がある。

### ○ リハ、口腔、栄養の一体的取組の推進

#### 〈リハマネ加算（ハ）における口腔・栄養の評価〉

前述のとおり、令和 6 年度介護報酬改定では、リハ・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハマネ加算（ハ）が新設された。本調査において、リハマネ加算（ハ）における口腔アセスメントを実施した職種は、「看護師・准看護師」 47.8%、「言語聴覚士」 44.9%、「歯科衛生士」 31.9%の順に高かった（図 2-3-7）。口腔アセスメントは複数職種により実施されている状況が確認された一方、口腔の専門職である歯科衛生士の関与は約 3割にとどまっていた。リハマネ加算（ハ）における栄養アセスメントを実施した職種は、「管理栄養士」が 91.3%と最も高かった（図 2-3-8）。栄養アセスメントについては、専門職である管理栄養士が中心となって実施している状況が確認された。

専門職の配置状況別にリハマネ加算（ハ）の算定状況を見ると、「歯科衛生士の配置あり」で 57.5%と最も高い割合を示した（図 2-3-6）。歯科衛生士の配置が、リハマネ加算（ハ）の算定に寄与している可能性が示唆された。また、リハ 3 職種の配置有無別にみると、リハ

マネ加算（ハ）の算定割合は「3 職種の配置あり」29.2%、「3 職種の配置なし」9.6%であった（表 2-3-2）。言語聴覚士を含むリハ 3 職種を全て配置している事業所で、算定割合が高い傾向がみられた。言語聴覚士は口腔機能および嚥下機能の評価において重要な役割を担うことから、当該職種の配置がリハ・口腔・栄養の一体的推進に資している可能性がある。

令和 5 年度調査報告書では、口腔に関連するマネジメントの強化に向けて、歯科医師・歯科衛生士との連携・協働およびケアマネジャーへの口腔衛生に関する情報提供の充実が喫緊の課題であると指摘されている。関係機関との連携・協働を推進し、口腔・栄養を含めたリハマネジメントを更に充実させることが望まれる。本調査結果からも、リハマネ加算（ハ）の推進に向けて、歯科衛生士および言語聴覚士の積極的な活用が重要であることが示唆された。

リハマネ加算（ハ）では、口腔・栄養アセスメントの実施に加え、リハ・口腔・栄養に関する情報を関係職種間で一体的に共有し、支援に活用することが要件とされている。本調査における栄養・口腔に関する情報共有の方法は、「リハ計画書への記載」68.1%、「カルテへの記載」60.9%、「多職種カンファレンスの開催」52.2%の順に高かった（図 2-3-9）。

リハ計画書やカルテへの記載といった文書による情報共有に加え、多職種カンファレンスの開催による直接的な情報共有も半数以上の事業所で実施されており、複数の方法で情報共有が行われている実態が確認された。リハ・口腔・栄養の一体的推進に向けては、各専門職が評価した情報を関係者間で適切に共有し、利用者支援に活用していくことが重要である。事業所の体制および状況に応じて、効果的な情報共有手段を選択し、運用していくことが求められる。

#### 〈要介護における口腔管理〉

事業所票における各種加算の算定状況では、口腔に関連する加算の算定割合は 1 割前後であった（図 2-3-13）。この状況は令和 4 年度調査と比較して大きな変化はみられず、口腔に関する取組は十分とはいえない。

利用者票でみると、各種加算の取組における口腔への関わりは、「口腔機能向上加算（Ⅱ）イ」で算定割合が 2 割であった一方、「口腔機能向上加算（Ⅰ）」および「口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ」は 5%未満にとどまった（図 4-3-12）。他方、LIFE に関する評価の結果、口腔機能の課題を有していた利用者では、「口腔機能向上加算（Ⅱ）イ」30.4%、「口腔機能向上加算（Ⅱ）ロ」11.2%と、実施割合が相対的に高かった（表 4-3-5）。口腔機能の課題が把握された利用者に対しては、口腔機能向上に向けた取組が一定程度実施されている状況が確認された。

LIFE に関する評価を実施した利用者の口腔評価では、「要介護 1-2」において「歯の汚れ」23.8%、「むせ」12.6%、「歯肉の腫れ・出血」6.8%がみられ、「要介護 3-5」でも同様の傾向であった（図 4-2-12）。上記 3 項目のいずれかに該当する利用者は、「要介護 1-2」33.3%、「要介護 3-5」37.1%であった。なお、要介護で LIFE に関する評価を実施した利用者は約

5割であった。

一方、利用開始時における心身機能の課題として「口腔機能の課題」がある割合は、「要介護 1-2」7.4%、「要介護 3-5」9.8%にとどまり、「わからない」も14%程度みられた（図 4-2-2）。また、通所リハ計画書に位置付けた目標においても、「口腔機能の維持・改善」の割合は4～5%にとどまった（図 4-2-13）。

以上より、LIFE に関する評価結果と、利用開始時に把握された心身機能の課題、並びに計画書における目標設定との間には乖離が認められた。LIFE に関する評価では約3分の1の利用者に口腔機能の課題がみられたにもかかわらず、利用開始時の課題把握は1割未満、目標設定は5%程度にとどまっている。リハマネ加算（ハ）又はLIFEに関する評価を実施していない利用者では、潜在的に口腔機能の課題を有する者が相当数含まれている可能性がある。

今後は、リハマネ加算（ハ）およびLIFEに関する評価における口腔機能評価の充実を図り、把握された課題を適切な支援につなげることが重要である。口腔機能の課題を早期に把握し、口腔機能向上加算等を活用した支援を実施することで、口腔機能の維持・改善が期待される。

また、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「II」では「歯の汚れ」の割合が比較的高く、疾患別では「内部障害」および「進行性疾患」で「むせ」の割合が相対的に高い傾向にあった（表 4-2-9、4-2-10）。認知機能低下により口腔ケアが不十分となりやすいこと、また内部障害や進行性疾患では嚥下機能低下が生じやすいこと等が影響している可能性がある。口腔機能の課題を有するリスクの高い利用者を適切に把握し、重点的な支援を行うことが求められる。

#### 〈要介護における栄養管理〉

事業所票における各種加算の算定状況では、栄養に関連する加算の算定割合は1割前後であった（図 2-3-13）。この状況は令和4年度調査と比較して大きな変化はみられず、栄養に関する取組は十分とはいえない。

利用者票における各種加算の取組では、「栄養アセスメント加算」の算定割合が1割であり、「栄養改善加算」は1%にとどまった（図 4-3-12）。一方、「リハマネ加算（ハ）」を算定した利用者では、「栄養改善加算」の算定割合が5.6%であった（表 4-3-5）。また、評価・助言に関する取組においても、「口腔機能の評価・助言」および「栄養状態の評価・助言」の実施割合が比較的高い傾向にあった（表 4-3-12）。以上より、リハ・口腔・栄養の一体的推進を図っている利用者では、栄養に関する取組や助言が相対的に実践されている状況が確認された。

LIFE に関する評価を実施した利用者（要介護の約5割）における利用開始時 BMI は、「18.5～24.9」が6割であった（図 4-2-11）。一方、利用開始時における心身機能の課題として「栄養状態（障害）」に課題がある割合は1割未満にとどまった（図 4-2-1）。また、通

所リハ計画書に位置付けた目標においても、「栄養状態の改善」の割合は 2%であった（図 4-2-13）。

これらの結果から、LIFE に関する評価結果と、利用開始時に把握された心身機能の課題、並びに計画書における目標設定との間に乖離がみられた。リハマネ加算（ハ）又は LIFE に関する評価を実施していない利用者では、潜在的に栄養管理の必要性が高い者が一定数含まれている可能性がある。

リハの効果を高める上では、適切な栄養状態の維持が重要である。低栄養状態にある利用者では、運動療法の効果が十分に得られない可能性があることから、栄養状態の改善と並行したリハの実施が求められる。今後は、リハマネ加算（ハ）および LIFE に関する評価における栄養状態評価の充実を図り、把握された課題に対して栄養改善加算等を活用した適切な支援につなげることが重要である。

#### 〈口腔・栄養管理に関する専門職の確保〉

各種加算の算定状況を専門職の配置有無別にみると、「歯科衛生士」を配置している事業所では、「口腔機能向上加算」および「口腔・栄養スクリーニング加算」の算定割合が高い傾向にあった（図 2-3-15）。歯科衛生士の配置が、口腔に関する加算の算定促進に寄与している可能性が示唆された。

口腔機能向上加算に関わる職種は、「言語聴覚士」60.0%、「看護師・准看護師」51.3%、「介護福祉士」27.8%、「歯科衛生士」20.0%の順に割合が高かった（表 2-3-5）。令和 4 年度調査でも「言語聴覚士」63.9%、「看護職」45.1%、「歯科衛生士」22.2%であり、大きな変化はみられなかった。口腔機能向上加算は歯科衛生士以外の職種も関与して実施されている一方、口腔の専門職である歯科衛生士の関与割合は 2 割程度にとどまっている。

栄養改善加算に関わる職種は、「管理栄養士」が 86.2%と最も高い割合を示した（表 2-3-5）。令和 4 年度調査でも「管理栄養士」92.9%と高い水準であり、専門職である管理栄養士が中心となって実施されている状況が継続している。

専門職の配置割合は、「言語聴覚士」35.3%、「管理栄養士」40.2%、「歯科衛生士」8.9%であった（図 2-1-6）。令和 4 年度調査ではそれぞれ「言語聴覚士」31.9%、「管理栄養士」38.6%、「歯科衛生士」7.9%であり、いずれの職種も大きな変化はみられず、歯科衛生士の配置割合が 1 割未満にとどまる状況が継続している。なお、各専門職の常勤換算人数は、「リハ専門職」3.96 人、「管理栄養士」0.74 人、「歯科衛生士」0.65 人であった（表 2-1-2）。管理栄養士および歯科衛生士の配置人数は少ない現状にある。

勤務体系別に専門職の配置状況をみると、「管理栄養士」および「歯科衛生士」では、「専従常勤」の割合がそれぞれ 16.7%、12.5%であり、「兼任常勤」（61.7%、47.5%）を下回った（表 2-1-4）。管理栄養士および歯科衛生士は、配置されている場合でも設立主体等との兼務であるケースが多いことが想定される。通所リハ事業所における専従配置は限定的であり、法人内の他部門との兼務により口腔・栄養に関する取組を実施している状況がうかが

える。

また、外部の管理栄養士を確保している事業所の割合は 1.3%、外部の歯科衛生士を確保している事業所の割合は 4.2%であった（図 2-5-10、2-5-11）。外部専門職との連携による口腔・栄養管理の取組は、現時点では限定的である。令和 4 年度調査報告書では、口腔機能向上および栄養改善に関する取組が低調であり、リハと口腔・栄養の一体的提供に向けて、歯科衛生士および管理栄養士の積極的な参画が望まれると指摘されている。本調査においても専門職の配置状況に大きな変化はみられず、当該課題が継続している状況が確認された。

今後は、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・ステーション等の関係機関と連携・協働し、利用者の評価および計画立案への関与を強化していく必要がある。事業所内で専従配置が困難な場合であっても、設立主体との兼務や外部専門職との連携を組み合わせることで、口腔・栄養に関するアセスメントおよび支援体制を整備していくことが重要である。リハ・口腔・栄養の一体的推進に向けて、多様な形態での専門職確保と連携体制の構築が求められる。

#### 〈言語聴覚士の配置と専門的関わり〉

リハ 3 職種がすべて配置されている事業所は 30.6%であった（図 2-1-8）。言語聴覚士の常勤換算人数は 0.66 人であり、勤務体系別の配置割合は「専従常勤」12.0%、「兼任常勤」58.2%であった（表 2-1-2、2-1-4）。言語聴覚士を配置している事業所においても設立主体等との兼務であるケースが多いことが想定され、通所リハ事業所における専従配置は限定的である。

摂食・嚥下への関わりでは、「摂食嚥下訓練の実施なし」が約 9 割であった。一方、疾患別にみると「進行性疾患」において「摂食嚥下訓練（間接訓練）」が 13.5%の実施割合を示した（表 4-3-11）。言語・聴覚への関わりについても、「言語聴覚訓練の実施なし」が約 9 割であった一方、疾患別では「進行性疾患」において「構音訓練」が 13.5%と一定の実施割合がみられた（表 4-3-10）。

言語聴覚士は、口腔機能および摂食・嚥下機能、言語・聴覚機能の評価・訓練等、専門性の高い領域を担う職種である。前述のとおり、リハマネ加算（ハ）における口腔アセスメントでは言語聴覚士の関与割合が 44.9%であり、リハ・口腔・栄養の一体的推進においても重要な役割を果たしている。

現状では設立主体等との兼務による配置が多いものの、口腔課題への対応に加え、摂食・嚥下障害や言語障害を有する利用者が抱える専門的ニーズに応える体制整備が求められる。通所リハ利用者には、脳血管疾患や進行性の神経疾患等により摂食・嚥下機能および言語機能に課題を抱える者が一定数存在することから、当該利用者に対する専門的な評価・訓練を提供できる体制を強化していくことが重要である。

## ○ 退院・退所前カンファレンスにおける情報連携

### 〈新規利用者の状況〉

本調査において、3ヶ月間に新規利用者がいた事業所の割合は90.2%であり、新規利用者数の平均は10.3人であった(図2-2-8、表2-2-1)。令和4年度調査では、3ヶ月間に新規利用者がいた事業所の割合は88.6%、新規利用者数の平均は9.2人であり、全体として大きな変化はみられなかった。

利用前の所在別に新規利用者数の平均をみると、「自宅」6.9人、「医療機関」2.2人、「介護老人保健施設」0.8人であり、自宅からの利用開始が最も多かった(表2-2-1)。利用前の所在を要介護度別にみると、「要介護1-2」では「自宅」が62.3%と最も高い割合を示した。一方、「要介護3-5」では「回復期リハ病棟」が34.6%と最も高く、「自宅」29.0%がこれに続いた(図4-1-10)。中重度者では、医療機関における集中的なリハを経て、退院後の生活機能の維持・向上を目的として通所リハの利用に至る割合が高い状況がうかがえる。

また、利用前の所在が医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院であった利用者において、入院・入所中にリハ提供があった割合は約9割であった。介護度別および所在別にみても、この割合に大きな差異は認められなかった(図4-1-11、表4-1-4)。医療機関や介護老人保健施設等から通所リハの利用を開始する利用者の大多数は、入院・入所中に既にリハを受けており、退院・退所後も継続的にリハを受けることを目的として通所リハを利用している状況が確認された。

### 〈退院・退所前カンファレンスへの参加〉

令和4年度調査報告書では、医療機関および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に参加することの重要性が示された。これを踏まえ、令和6年度介護報酬改定では、退院後早期のリハ実施に向けた退院時情報連携を推進する観点から、事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を実施した場合を評価する「退院時共同指導加算」が新設された。

本調査において、医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院からの新規利用者に対し、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は50.9%であった(図2-2-9)。また、各種加算の算定状況では、「退院時共同指導加算」は要介護で38.4%、要支援で30.6%であった(図2-3-13、2-4-2)。

利用者票における退院・退所前カンファレンスへの参加割合は、「要介護1-2」27.5%、「要介護3-5」28.9%であった(図4-1-12)。一方、各種加算の取組における「退院時共同指導加算」の実施割合は、「要介護1-2」5.0%、「要介護3-5」9.4%にとどまった(図4-3-12)。

退院・退所前カンファレンスへの参加は一定数確認されたものの、その一部は加算算定につながっていない状況が示唆された。加算の目的および算定要件等について、引き続き周知を図る必要がある。

#### 〈退院・退所前カンファレンスの効果〉

事業所票における退院・退所前カンファレンスの協議内容は、「医学的情報（疾患・健康状態等）」91.7%が最も高く、次いで「リハ実施上の留意点」90.7%、「在宅生活における療養上の注意点」85.2%、「入院・入所中の経過」78.7%、「心身機能やADLの見通し」76.9%、「退院・退所後の生活目標」74.1%の順であった（図 2-2-11）。

利用者票においても、「医学的情報（疾患・健康状態等）」「入院・入所中の経過」「心身機能やADLの見通し」「リハ実施上の留意点」「退院・退所後の生活目標」の5項目で概ね7割を超えていた（図 4-1-13）。また、「要介護 3-5」では「在宅生活における療養上の注意点」も比較的高い割合を示した。中重度者では在宅療養上の留意点に関する情報共有がより重視されており、利用者の状態像に応じて協議内容を調整している状況がうかがえる。

今後は、これらの協議内容に加え、「入院・入所前の生活状況」についても確認することで、利用者が本来営んでいた生活への復帰を見据えた目標設定が可能となり、通所リハにおけるサービス内容の一層の充実につながると考えられる。

さらに、利用前の所在が医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間を退院・退所前カンファレンス参加有無別にみると、「参加あり」では「3日以内」48.5%、「7日以内」32.0%と高い割合を示した（図 4-1-20）。また、リハマネ加算の算定割合も「参加あり」で72.8%と高かった（表 4-3-1）。

退院・退所前カンファレンスへの参加は、退院後早期からの通所リハ利用開始およびリハマネジメンの充実に関し一定の効果を有することが示唆された。退院前の段階から利用者の状態像や退院後の目標を把握することにより、円滑なサービス移行と質の高いリハマネジメンの実践につながっているものと考えられる。

#### 〈退院・退所前カンファレンスに関する課題と対応〉

退院・退所前カンファレンスへの参加に関する課題として、「退院・退所前カンファレンスへの参加依頼がない」が53.1%と最も高い割合を示し、「退院・退所までに通所リハの利用が決まっていない」は35.5%であった（図 2-2-16）。令和6年度診療報酬改定では、退院時共同指導料における参加職種について、介護保険によるリハを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいとされた。しかしながら、参加依頼が確実に進む仕組みが十分に整備されていないこと、通所リハの利用判断を含めた相談が可能であるとの認識がなされていないことが課題として示唆された。

事業所外における退院・退所前カンファレンス参加に向けた工夫としては、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」50.2%、「ケアマネジャーへの説明・広報」39.3%の順に割合が高かった（図 2-2-14）。参加有無別にみると、「参加あり」の事業所において各種の工夫を実施している割合が高かった（図 2-2-15）。これらの結果から、医療機関や介護老人保健施設との連携は、現状ではケアマネジャーを介した間接的な連携が中心となっている状況がうかがえる。今後は、カンファレンス参加機会の確保に向け、医療機関等との直接的な連携の

強化が望まれる。

開設主体別にみると、「診療所」では参加割合が 32.5%と低く、「介護老人保健施設」では 60.0%と高かった（図 2-2-10）。利用者票では「同一法人」の参加割合が 42.9%と「他法人」15.8%より高値を示しており（表 4-1-5）、現状では、既に関係性のある医療機関に出向いて参加している傾向が示唆された。また、「介護老人保健施設」において、介護老人保健施設を退所後に利用を開始する利用者が多かった（表 2-2-1）。同一法人・同一施設内における入所サービスと通所リハの連携が想定されることから、情報共有やカンファレンス参加が相対的に円滑に行われている可能性がある。

事業所内における参加に向けた工夫としては、「職員の勤務時間調整」が 44.2%と最も高い割合を示した（図 2-2-12）。参加有無別にみると、「参加あり」の事業所では「職員の勤務時間調整」64.8%、「特になし」13.0%であったのに対し、「参加なし」の事業所では「職員の勤務時間調整」42.7%、「特になし」33.0%であった（図 2-2-13）。参加実績のある事業所ほど、勤務調整等により参加に必要な時間を確保している状況が確認された。

さらに、利用者におけるリハ専門職の比率別では「10：1 以上」で 54.1%、リハ 3 職種の配置有無別では「配置あり」で 63.5%と、いずれも参加割合が高かった（表 2-2-2）。また、課題を参加有無別にみると、「参加なし」の事業所では「事業所の人材不足のため、医療機関等へ訪問することが難しい」の割合が比較的高かった（図 2-2-17）。

専門職の配置が充実している事業所ほどカンファレンス参加割合が高い傾向が確認された。退院・退所前カンファレンスへの参加を促進するためには、勤務時間調整等の運用上の工夫に加え、参加が可能となる人員体制の確保・強化が重要である。

## ○ リハ計画書の受け取り

〈リハ計画書の受領状況〉

令和 6 年度介護報酬改定において、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的かつ質の高いリハビリテーションを実施する観点から、「医療機関のリハ計画書の受領の義務」が要件化された。本調査において、医療機関・介護老人保健施設・介護医療院からの新規利用者に対してリハ計画書を受領した事業所の割合は 84.0%であった（図 2-2-18）。令和 4 年度調査における医療機関からのリハ計画書の提供割合は 46.6%であり、義務化により受領割合が大幅に増加したことが確認された。

利用者票における入院・入所中のリハ計画書の受領割合は、「要介護 1-2」が 57.0%、「要介護 3-5」が 68.4%であった（図 4-1-15）。受領時期は、「要介護 1-2」では「利用開始時」が 43.2%と最も高く、「要介護 3-5」では「退院・退所時」が 41.5%と最も高かった（図 4-1-16）。受領時期は利用開始時または退院・退所時に集中しているが、通所リハにおけるリハ計画書の作成や退院後早期からの効果的なサービス提供に向けては、より早期に受領できることが望ましい。退院・退所前の段階で計画書を受領することで、入院中のリハビリテーションの内容や目標、心身機能・ADL の状態等を事前に把握し、退院後の支援計画に適

切に反映させることが可能となる。

また、リハ計画書の記載内容が充実することにより、医療機関における退院時サマリー等の作成負担を軽減できる可能性がある。書類業務の重複を回避し得る点は医療機関側のメリットとなり得ることから、こうした利点を明確にしつつ連携を強化することで、より早期の情報提供・受領につながることを期待される。

#### 〈リハ計画書の効果〉

受領したリハ計画書に記載されていた目標は、「要介護 1-2」では「歩行・移動能力の向上」が 76.3%、「身体機能の向上」が 72.0%と高い割合を示した。「要介護 3-5」では「歩行・移動能力の向上」が 63.1%、「日常生活動作（ADL）の改善（入浴動作を除く）」が 62.3%と高い割合を示した（図 4-1-17）。

軽度者では歩行・移動能力や身体機能の向上が中心的な目標として設定される一方、中重度者では ADL の改善も重要な目標として位置づけられていることが確認された。入院中のリハにおける目標を把握することで、通所リハにおいても目標の連続性を確保した支援計画の立案が可能となる。

受領したリハ計画書の活用方法は、「医学的情報（疾患・健康状態等）を把握した」「入院・入所中の経過を理解した」「リハ実施上の留意点を理解した」「心身機能や ADL の見通しを把握した」の 4 項目で 6 割を超えた。一方、「入院・入所前の生活状況を確認した」は 3 割未満にとどまった（図 4-1-18）。通所リハでは、退院後の生活再建を支える観点から、入院前の生活歴や居宅での生活状況を踏まえた目標設定が重要である。リハ計画書で十分に把握できない情報については、居宅訪問や本人・家族からの聴取等を通じて補完し、在宅生活に即した支援につなげることが求められる。

また、利用前の所在が医療機関・介護老人保健施設・介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間をリハ計画書受領有無別にみると、「受領あり」では「3 日以内」が 39.9%、「7 日以内」が 30.5%と高い割合を示した（図 4-1-21）。リハマネ加算の算定割合も「受領あり」で 68.0%と高かった（表 4-3-1）。

リハ計画書の受領を通じた医療機関等との情報連携は、退院・退所後早期からの通所リハ利用開始に寄与していることが確認された。加えて、入院中のリハに関する情報を踏まえることで、利用開始時点からより適切なアセスメントと計画立案が可能となり、リハマネジメントの充実にもつながっている状況が示唆された。

#### 〈リハ計画書の受領に関する課題と対応〉

リハ計画書受領における課題として、「医療機関等が通所リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が 42.9%と最も高い割合を示した。一方で、「特になし」も 29.2%を占めた（図 2-2-24）。受領有無別にみても、課題の内容に大きな差はみられなかった（図 2-2-25）。

令和 6 年度診療報酬改定において、疾患別リハ料を算定する患者が通所リハ・訪問リハへ移行する場合には、リハ実施計画書等を提供することが要件とされた。しかしながら、退院前の所在となる医療機関には急性期病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟等が含まれ、病棟でのリハの関与があっても疾患別リハの提供がない場合には、リハ計画書が提供されない可能性がある。この点は、制度運用上のギャップとして今後の検討課題である。

事業所内におけるリハ計画書受領の工夫としては、「特になし」が 39.5%と最も高い割合を示した（図 2-2-20）。受領有無別にみても「特になし」の割合は、「受領あり」44.9%、「受領なし」45.5%といずれも高かった（図 2-2-21）。退院・退所前カンファレンスへの参加と比較すると、リハ計画書の受領自体は、事業所内の人員調整等を要する課題が相対的に小さい状況が示唆された。

リハ計画書の受領方法は、「ケアマネジャーを經由」が 70.2%と最も高く、「医療機関等から対面手渡し」36.5%、「本人・家族が持参」34.3%が続いた（図 2-2-19）。受領経路として、ケアマネジャーを介した手続きが中心となっていることが確認された。

事業所外における受領促進の工夫では、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」54.7%、「ケアマネジャーへの説明・広報」45.1%の順に割合が高かった（図 2-2-22）。受領有無別にみると、「受領あり」の事業所では「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」の割合が高かった（図 2-2-23）。このことから、ケアマネジャーへの働きかけを継続的に行っている事業所ほど、リハ計画書の受領につながりやすい可能性が示唆された。

さらに、退院・退所前カンファレンスへの参加と併せてリハ計画書の早期受領を推進することは、入院中のリハから通所リハへの円滑な移行を図り、退院後早期から連続的で質の高いリハを提供できる体制整備に資する。今後は、医療機関との日常的な連携体制の構築に加え、情報共有の手順・媒体等の運用を含めた仕組みの整備を進めることが重要である。

## ○ 目標達成による修了に向けた関わり

〈利用終了者の状況〉

3ヶ月間に利用終了者がいた事業所の割合は 83.3%であり（図 2-2-26）、利用終了者数は平均 7.9 人であった（表 2-2-3）。令和 4 年度調査では、利用終了者がいた割合は 80.7%、利用終了者数は平均 8.1 人であり、経年的に大きな変化はみられなかった。

利用終了者のうち、心身機能や ADL の改善、目標達成による修了者は平均 0.8 人（10.1%）であった（表 2-2-3）。令和 4 年度調査における修了者割合（12.8%）と比較しても、大きな変化は認められなかった。各種加算の算定状況では、「移行支援加算」の算定割合が 18.8%であり（図 2-3-13）、令和 4 年度調査（17.9%）と同水準であった。

令和 4 年度調査では、修了に向けた取組に関する事業所の考えとして「本人・家族から希望があれば取り組みたい」が 58.4%と最も高かった。本調査においてもこの傾向が継続しているものと推察される。

#### 〈利用開始時の状況〉

利用者の要介護度は「要介護 1」37.0%、「要介護 2」31.0%であり、要介護 1～2 が全体の約 7 割を占めていた(図 4-1-1)。年齢分布をみると、「要介護 1-2」では「75-84 歳」40.6%、「85 歳以上」42.5%であり(図 4-1-2)、後期高齢者が中心であった。また、「要介護 1-2」における認知症高齢者の日常生活自立度は「非該当」25.5%であった(図 4-1-4)。

リハが必要となった原因は、「要介護 1-2」では「骨折(圧迫骨折を含む)」24.2%、「脳卒中」22.5%、「認知症」17.5%の順に割合が高く(図 4-1-7)、令和 4 年度調査と比較して大きな変化は認められなかった。利用前の所在は「自宅」62.3%が最も高く、「回復期リハ病棟」13.5%が続いた(図 4-1-10)。さらに、自宅から利用を開始した利用者のうち、利用開始前に「地域活動等の利用なし」は 54.6%であり(図 4-1-22)、半数以上が通所リハ利用開始前に地域活動等への参加がなかった。

利用開始時の ADL (Barthel Index) は、「要介護 1-2」において「100 点」21.3%、「80-95 点」52.6%、「60-75 点」20.5%であった(図 4-2-5)。項目別に満点の割合をみると「入浴」43.5%、「平地歩行」45.4%、「階段昇降」36.1%と低く(表 4-2-5)、移動・入浴等の自立に課題を有する利用者が多い状況が示された。IADL (FAI) は「10-18 点」22.0%、「0-9 点」54.6%であった(図 4-2-6)。項目別では「外出」「屋外歩行」「食事の片づけ」「食事の用意」「洗濯」「掃除や整頓」の点数が比較的高い傾向にあった(表 4-2-7)。生活空間の広がり(LSA)は「24 点超」31.6%、「24 点以下」28.7%であり(図 4-2-7)、生活空間が限定的な利用者が一定数存在する状況が確認された。

ケアマネジャーが考える解決すべき課題および本人・家族の希望は、「要介護 1-2」では「身体機能の維持・向上」が最も高く、「基本動作・日常生活動作(ADL)の維持・改善」が続いた(図 4-1-26、4-1-27)。通所リハ計画書に位置付けた目標も、「歩行・移動能力の向上」77.2%、「身体機能の向上」68.7%、「身体機能の維持」63.2%、「転倒予防」61.6%と高い割合を示した一方、「地域における社会参加の促進」は 8.0%と低値であった(図 4-2-13)。

本人・家族の希望およびケアマネジャーが認識する課題を反映して、通所リハの目標も移動・歩行や身体機能に重点が置かれている。他方、利用開始前に地域活動等への参加がない利用者が半数を超える状況を踏まえると、社会参加の促進を目標として位置付ける割合が低いことは、修了後の生活を見据えた目標設定や地域移行の視点が十分に組み込まれていない可能性を示唆する。今後は、生活機能(IADL、生活空間)の課題や地域活動参加状況を踏まえ、自事業所による訪問リハビリテーションの提供も念頭に置きつつ、社会参加や地域資源の活用を見据えた目標設定・支援の充実を図ることが求められる。

#### 〈提供サービスの状況〉

「要介護 1-2」における提供サービスのうち運動療法では、「筋力増強訓練」94.5%、「関節可動域訓練」74.5%と高い割合を示し、「バランス訓練」59.2%、「持久力(心肺機能)訓練」54.3%が続いた(図 4-3-13)。基本動作に関しては、「立ち上がり訓練」52.0%、「立位

保持訓練」38.8%であった（図 4-3-14）。歩行訓練では、「歩行訓練（平地）」81.9%が最も高く、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」49.1%が続いた（図 4-3-15）。また、利用開始時の ADL 点数が高い利用者、および ADL 練習・IADL 練習を提供した利用者において、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高い傾向にあった（表 4-3-6）。

一方、ADL に関する提供サービスでは「階段昇降訓練」34.5%が最も高かったものの、「ADL 訓練の実施なし」が 44.9%と最多であった（図 4-3-16）。IADL に関する提供サービスでは、「外出訓練」12.2%が相対的に高い傾向にあった一方、「IADL 訓練の実施なし」が 73.5%を占めた（図 4-3-17）。なお、ADL 練習・IADL 練習ともに実施していない割合は 41.3%であった。令和 4 年度調査においても、ADL 練習（セルフケア）の実施割合は 34.1%、IADL 練習は 18.2%にとどまっており、本調査においても ADL・IADL に対する直接的な練習の実施割合が限定的な状況は継続している。

#### 〈居宅訪問〉

居宅訪問を実施している事業所は 75.7%であり（図 2-3-24）、このうち利用者「全員（10割）」に実施している割合は 52.8%であった（図 2-3-25）。一方、居宅訪問の実施頻度は、利用者 1 人当たり「1 年に 1 回程度」28.9%、「それ以下の頻度」43.7%であり（図 2-3-26）、継続的な関与に結び付いていない実態がうかがえる。

利用者票において居宅訪問時の評価・支援内容は、「住環境評価（家屋・居室等）」が 83.6%と最も高く、「基本動作の評価」51.5%、「ADL 評価」51.5%、「1 日の過ごし方」44.8%が続いた。一方で、「訪問サービスへの助言」1.2%、「訪問サービスの実施状況確認」4.6%、「練習効果の確認・評価」7.5%と低値であった（図 4-3-23）。令和 4 年度調査においても、居宅訪問の実施割合・回数・評価支援内容はいずれも同様の傾向であった。

令和 4 年度調査報告書では、活動・参加に向けた支援においては在宅生活を想定した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や自宅周辺環境を踏まえたアプローチが求められること、さらに複数回の訪問により目標の進捗状況や残存課題を把握することが重要であると指摘されている。本調査においても、居宅訪問は利用開始時の住環境評価を中心に実施される一方、練習効果の確認や目標達成に向けた進捗評価としての活用は十分とは言い難い状況が継続していることが確認された。

#### 〈修了と継続〉

6 ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が 90.9%であった（図 4-4-6）。令和 4 年度調査においても同項目は 84.6%であり、継続利用が多数を占める傾向は継続している。通所リハの継続理由は、「本人・家族の希望」70.4%、「運動機会や活動量の維持が必要」63.5%、「利用者同士のコミュニティの継続が必要」35.2%の順であった（図 4-4-7）。なお、複数回答のうち「本人・家族の希望」のみ（単独回答）は 6.1%にとどまり、

継続利用の多くは活動量維持や社会的つながりといった客観的要因と結び付いている状況がうかがえる。

令和4年度調査報告書では、目標達成による修了に向けては、通所リハ自体が他者とのつながりの場となっている可能性も踏まえ、身体機能以外へのアプローチの重要性が指摘されている。本調査においても、社会参加への取り組みは「実施なし」が57.8%と最も高く、「利用者間のピアサポート」7.7%、「通いの場等への同行評価」0.6%にとどまった（図4-3-19）。また、事業所票における各種取組の実施状況においても、「終了した利用者の継続的な評価・助言」は7.8%と低水準であり（図2-3-23）、修了後のフォローアップを含む継続的な支援の仕組みは十分とはいえない。

一方、利用開始時点で外出を実施している利用者も一定数みられることを踏まえると、通いの場等への移行支援は、新たな運動機会の創出や活動量の確保に資する取組として有用である。修了後の生活を見据え、地域資源への接続を計画的に位置付け、移行支援を積極的に展開していくことが望まれる。併せて、修了後の支援体制は重要であるものの、現状では継続的な評価・助言の実施割合が低く、フォローアップ体制の整備が引き続き課題である。

他方で、継続的な支援を要する利用者が一定数存在する点にも留意が必要である。継続理由のうち「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は23.4%であり（図4-4-7）、想定される変化要因としては「認知症」「骨関節疾患」の割合が高かった（図4-4-8）。加齢に伴う機能低下が予測される利用者に対しては、継続的な評価と支援により状態変化へ適時対応することが求められる。したがって、修了を目指す利用者との継続的支援が必要な利用者を適切に見極め、それぞれのニーズに応じてサービスを提供していくことが重要である。

## ○ 中重度者への関わり

〈中重度者の受入れ〉

事業所票における各種加算の算定状況では、「中重度者ケア体制加算」は19.4%であり、利用者票における「要介護3-5」での「重度療養管理加算」は4.5%であった（図2-3-13、4-3-12）。令和4年度調査では、事業所票の「中重度者ケア体制加算」が24.0%、利用者票の「重度療養管理加算」が2.2%であった。重度療養管理加算はわずかに増加している一方で、中重度者ケア体制加算は低下しており、総じて中重度者の受入れ状況は十分とはいえない。

医療的ケアを必要とする利用者がいた事業所の割合は26.8%であった（図2-2-6）。利用者票において医療的ケア等の実施がある利用者は、「要介護1-2」2.9%、「要介護3-5」6.6%であった（図4-2-9）。令和4年度調査では、医療的ケアを必要とする利用者がいた事業所の割合は35.3%であり、事業所ベースでは低下傾向がうかがわれる。他方、利用者票における「医療的ケア等の実施なし」の割合は「要介護1-2」98.7%、「要介護3-5」95.6%であり、大きな変化はみられなかった。

利用者票における要介護度別の分布では、「要介護 1」37.0%、「要介護 2」31.0%に対し、「要介護 3」15.5%、「要介護 4」12.4%、「要介護 5」3.3%と中重度者の割合が低く（図 4-1-1）、通所リハの利用者は軽度者が中心となっている状況が継続している。

また、「要介護 3-5」における基本動作では、「寝返り」「起き上がり」「座位保持」において「自立」が7～8割、「椅子からの立ち上がり」「立位保持」において「自立」が4～5割であった（表 4-2-3）。令和 4 年度調査においても「要介護 3-5」の「座位保持」の「自立」は76.5%であり、通所リハの利用には一定程度の座位保持が可能であることが前提となりやすい傾向が継続している。

今後、多様な疾患を併存する 85 歳以上の要介護者の増加が見込まれる。医療的ケアを必要としつつ在宅生活を送る高齢者が増加することが想定される中、通所リハにおいて医療的ケアを要する中重度者の受入れを促進し、在宅介護の限界点を引き上げる支援を充実させる必要がある。

中重度者の受入れに向けては、看護職員の配置等の医療的ケアに対応可能な体制整備、送迎時の安全確保、座位保持が困難な利用者への対応等、複合的な課題への対応が求められる。医療機関や訪問看護等との連携を強化しつつ、中重度者が安心して通所リハを利用できる環境を整備していくことが重要である。

#### 〈中重度者の特徴〉

令和 4 年度調査報告書では、中重度者は主として脳血管疾患や骨折等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通所リハの利用を開始することが多く、生活全般に課題を有する傾向があることが指摘されている。本調査における利用開始時の状況についても、令和 4 年度調査と大きな変化はみられなかった。

リハが必要となった原因は、「脳卒中」40.2%、「骨折（圧迫骨折を含む）」24.5%の順に高かった（図 4-1-7）。令和 4 年度調査でも「脳卒中」38.8%、「骨折（圧迫骨折を含む）」32.1%であり、中重度者では脳血管疾患や骨折を契機として通所リハを利用するケースが多い状況が継続している。

併用サービスがある利用者の割合は 73.8%であった（図 4-1-8）。併用サービスの内容は「福祉用具」の割合が最も高く、「看護職員による訪問看護」「訪問介護」「通所介護」が続いた（図 4-1-9）。令和 4 年度調査でも同様の傾向が示されており、中重度者では複数のサービスを組み合わせる在宅生活を支えている状況が確認された。

利用前の所在は「回復期リハ病棟」34.6%が最も高く、「自宅」29.0%が続いた（図 4-1-10）。令和 4 年度調査でも「自宅」30.8%、「回復期リハ病棟」27.4%の順であり、大きな変化はみられない。中重度者では、回復期リハ病棟からの退院後に通所リハの利用を開始するケースが多く、入院中のリハから継続的な支援を必要としている状況がうかがえる。

利用開始時の心身機能の課題は、「筋力低下」97.9%、「関節可動域制限」75.5%、「疼痛」60.8%の順に高かった。また、「麻痺」49.0%、「感覚機能障害」46.9%が続いた（図 4-2-1）。

脳血管疾患を原因とする利用者が多いことを踏まえると、麻痺や感覚機能障害を有する利用者が約半数にみられた点は整合的である。

利用開始時の ADL (Barthel Index) は、「80-95 点」29.4%、「60-75 点」30.4%の割合が高かった一方、「40-55 点」19.9%、「0-35 点」13.3%も一定数みられた (図 4-2-5)。項目別に満点の割合をみると、「入浴」「平地歩行」「階段昇降」は 15%前後と低く、「更衣」「イスとベッド間の移乗」「トイレ動作」は 3~5 割であった (表 4-2-5)。中重度者では入浴・歩行・階段昇降に加え、更衣、移乗、トイレ動作等の基本的 ADL にも課題を抱えている状況が確認された。

利用開始時の IADL (FAI) は「0-9 点」が 82.9%であった (図 4-2-6)。項目別では「外出」の点数が比較的高い傾向にあったものの、「0 点」も 53.1%を占めた (表 4-2-7)。また、生活空間の広がり (LSA) は「24 点以下」が 47.6%と高かった (図 4-2-7)。中重度者では、家事動作等の複雑な活動の遂行が制限されやすく、生活空間が自宅内に限定される利用者が多いことから、外出機会の確保が課題となっている。

ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」「基本動作・日常生活動作 (ADL) の維持・改善」がいずれも 7 割を超え、「専門職の評価・助言」「介護負担の軽減」「生活環境の調整」「日中活動量の維持・向上」が約 4 割であった (図 4-1-26)。

通所リハ計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」「身体機能の向上」「身体機能の維持」がいずれも 6 割を超え、「転倒予防」「基本動作能力の向上」が 5 割、「日常生活動作 (ADL) の改善 (入浴動作を除く)」「日中の活動量の維持・向上」が 3~4 割であった (図 4-2-13)。この傾向は令和 5 年度調査でも同様であった。

一定数、「介護負担の軽減」等の目標も確認できた一方で、ADL 項目 (更衣、移乗、トイレ動作等) に課題を有する利用者が一定程度存在し、在宅生活において介助が必要となりやすい状態像が示されているにもかかわらず、目標設定は身体機能や移動・歩行動作に偏りがちな状況が続いている。中重度者においては、在宅生活上の具体的な生活課題に着目したアセスメントを一層充実させることが求められる。ADL の改善や介護負担の軽減に向けた目標設定と支援内容の充実を図り、在宅生活の維持・継続を支援していくことが重要である。

#### 〈中重度者への関わり〉

提供サービスにおける基本動作練習では、「立ち上がり訓練」64.0%、「立位保持訓練」55.2%と高い実施割合を示した (図 4-3-14)。前述のとおり、通所リハ利用者は座位保持が可能な割合が高いことから、立位・立ち上がり動作を中心とした練習が実施されている状況にある。

運動療法では、「筋力増強訓練」92.3%、「関節可動域訓練」78.3%が高く、「バランス訓練」53.5%、「持久力 (心肺機能) 訓練」45.8%が続いた (図 4-3-13)。歩行練習は、「歩行訓練 (平地)」81.5%が最も高く、「応用歩行訓練 (段差・坂道・屋外を含む)」は 36.4%であった (図 4-3-15)。

評価・助言に関する取り組みでは、「転倒予防への啓発・助言」75.2%、「運動・自主トレーニングに関する助言」68.2%と高い実施割合を示した（表 4-3-12）。これらの結果から、計画書に設定された目標に沿ったリハの提供が一定程度行われているといえる。

一方、提供サービスにおける ADL 練習は、「階段昇降訓練」32.5%、「移乗訓練」23.1%、「トイレ動作訓練」22.0%であった。他方、「ADL 訓練の実施なし」も 31.8%みられた（図 4-3-16）。IADL 練習では、「外出訓練」10.1%が最も高かったものの、「IADL 訓練の実施なし」が 73.4%を占めた。ADL 練習・IADL 練習ともに実施なしの割合は 30.1%であった（図 4-3-17）。令和 4 年度調査では ADL 練習（セルフケア）45.0%、IADL 練習 19.6%であり、本調査では実施割合の向上がみられるものの、依然として生活に直結する練習の実施割合は低い水準にとどまっている。中重度者における介護負担の軽減や QOL 向上の観点から、生活課題に即した ADL・IADL 練習の一層の充実が求められる。

環境調整・支援の関わりでは、「家屋評価・調整」59.4%、「家族・支援者への助言」45.1%、「福祉用具・自助具の評価・選定」44.4%の順に高かった（図 4-3-18）。評価・助言に関する取り組みでは、「生活習慣に関する助言」32.2%であった（表 4-3-12）。中重度者の在宅生活を支えるうえで、住環境調整や家族支援、福祉用具活用等が一定程度実施されている状況が確認された。

リハマネ加算を算定した利用者（57.7%）において、医師による利用者または家族への説明を実施した割合は 64.2%であり、リハ会議における医師参加は 69.7%であった（図 4-3-3、4-3-6）。また、併用サービスがある利用者の割合は 73.8%であり（図 4-1-8）、併用サービスの内容は「看護職員による訪問看護」28.4%、「訪問介護」27.0%であった（図 4-1-9）。中重度者では医学的管理の必要性が相対的に高いことから、医師の関与のもとでリハマネジメントを実施するとともに、リハ会議等を通じて訪問看護・訪問介護等と目標を共有し、在宅生活を支える体制を整備することが重要である。

他介護サービス事業所との情報共有の内容は、「現在の心身機能や ADL に関する情報」59.2%が最も高く、「福祉用具や環境整備に関する内容」42.7%、「生活状況や生活課題」39.8%が続いた。一方で、「情報共有をしていない」も 25.6%みられた（図 4-3-25）。

居宅訪問時の評価・支援内容は、「住環境評価（家屋・居室等）」84.4%が最も高く、「基本動作の評価」55.6%、「ADL 評価」53.2%、「1 日の過ごし方」46.8%が続いた。他方、「訪問サービスへの助言」1.6%、「訪問サービスの実施状況確認」7.2%、「練習効果の確認・評価」8.8%と低い実施割合にとどまった（図 4-3-23）。

令和 4 年度調査報告書では、在宅生活の限界点を高める支援として家族の介護負担軽減が重要であることに加え、活動・参加や QOL の向上の観点から、各専門職が「1 日を通して」複合的に関わることの重要性が指摘されている。本調査結果からも、医師による医学的情報を含め、他サービスと連携しながら在宅生活を支えている状況がうかがえる。一方で、情報共有を行っていない事業所も一定数存在しており、通所リハ事業所内の支援にとどまらず、訪問サービス等との多面的な連携強化が求められる。

特に、居宅訪問における訪問サービスへの助言や練習効果の確認・評価が低い状況を踏まえ、通所リハと訪問サービスが連動した支援体制の構築は今後の課題である。居宅訪問を、単なる住環境評価にとどめず、日常生活場面での練習効果の検証や、訪問サービスと役割分担を明確化する機会として活用することで、中重度者の在宅生活継続に向けた支援の質の向上が期待される。

## ○ 認知症を有する利用者への関わり

〈認知症を有する利用者の特徴〉

令和 4 年度調査報告書では、認知症への取り組みは中核症状の機能改善にとどまらず、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等を含め、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と指摘されている。その前提として、1日を通じた生活全般の評価・支援を行い、認知機能を総合的に評価する視点が重要であるとされている。

本調査における利用開始時の状態像は、令和 4 年度・令和 5 年度調査と比較して大きな変化はみられなかった。認知症高齢者の日常生活自立度は「I」が2~3割、「II」が約3割であり、「要介護1-2」と「要介護3-5」で大きな差異はみられなかった(図4-1-4)。認知機能評価を実施した利用者の点数は「21-29点」が5割を超え、「11-20点」も2~3割であった(図4-2-4)。また、利用開始時における心身機能の課題として「記憶障害」「見当識障害」が挙げられた割合は、いずれも2~3割であった(図4-2-1)。

利用開始時のADL(Barthel Index)を認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「II」では「60-75点」が31.5%と比較的高く、「非該当」「I」と比べて点数が低い傾向にあった(表4-2-4)。同様に、利用開始時のIADL(FAI)でも、「II」において「0-9点」が68.5%と高く、「非該当」「I」より低得点者の割合が高かった(表4-2-6)。これらの結果から、認知機能の低下に伴い、ADL・IADLにも影響が及んでいる状況が確認された。

さらに、ケアマネジャーが考える解決すべき課題を認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「II」では「認知・精神機能の維持・向上」35.1%、「介護負担の軽減」38.0%が比較的高い傾向にあった(表4-1-6)。認知機能面の課題への対応に加え、家族の介護負担軽減が重要な課題として認識されていることが示唆された。

〈認知症を有する利用者への関わり〉

令和 4 年度調査報告書では、認知症への取り組みは中核症状への機能改善に加え、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・心理症状への対応が多職種で実践されていた一方、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と指摘されている。

本調査における高次脳機能への関わりでは、認知症高齢者の日常生活自立度「II」において「見当識訓練」14.3%、「記憶訓練」15.9%と比較的高い傾向がみられた(表4-3-8)。ま

た、提供サービスにおける ADL 練習は、認知症高齢者の日常生活自立度別に大きな差は認められなかった（表 4-3-7）。これらより、認知症を有する利用者に対しては認知機能への直接的アプローチが一定程度実施されている一方で、ADL 練習も同様に提供されており、生活機能の維持・改善を意識した支援が展開されている状況がうかがえる。

他方、利用開始時に認知機能評価を実施している割合は約 7 割であった（図 4-2-3）。令和 5 年度調査では未実施が 4 割であったことから実施割合は向上しているものの、依然として未実施の利用者が一定数存在しており、さらなる充実が求められる。

また、LIFE に関する評価を実施した利用者は、「要介護 1-2」47.2%、「要介護 3-5」50.0%であった（図 4-2-10）。加えて、認知症高齢者の日常生活自立度「II」では「非該当」と比較して、利用開始時の口腔評価において課題ありの割合が高かった（表 4-2-9）。認知機能の低下により口腔ケアが不十分となりやすいことが影響している可能性が考えられる。

令和 4 年度調査報告書では、通所リハ計画における認知機能の評価が HDS-R や MMSE 等の中核症状指標に偏り、行動・心理症状の変化やその影響を踏まえた評価指標の検討が必要であると指摘されている。LIFE に関する評価には「生活・認知機能尺度」が含まれており、生活状況に即した認知機能評価が可能である。今後は、LIFE に関する評価を基盤としつつ、口腔・栄養の評価も組み合わせ、生活機能全体を見据えたアセスメントの充実を図ることが望まれる。

さらに、令和 6 年 1 月に「認知症基本法」が施行され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らせる社会の実現が目指されている。認知症になってからも住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、自分らしく暮らし続けることができるという「新しい認知症観」が示されたことも踏まえると、今後は介護負担の軽減による在宅生活の安定化に加え、活動や参加に目を向けた関わりの強化が重要となる。認知症を有する利用者が地域社会とのつながりを維持し、その人らしい生活を継続できるよう、通所リハにおいても社会参加を見据えた目標設定と支援内容の充実を図っていくことが求められる。

## ○ 要支援におけるリハマネジメントの関わり（リハ会議の開催）

〈要支援へのリハマネジメント〉

令和 5 年度調査報告書では、多くの事業所が令和 3 年度に包括化された旧リハマネ加算の要件を継続的に実施しており、現行のリハマネ加算に該当するより充実した内容を実施している事業所もみられたことが報告されている。本調査においても、リハマネジメントに関する取り組みとして「定期的な介護予防通所リハ計画書の作成」「ケアマネジャー等との情報共有」の実施割合が 9 割を超えており、要支援に対してもリハマネジメントが継続的に実践されている状況が確認された。

令和 6 年度介護報酬改定では、介護予防サービスにおけるリハの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、利用開始から 12 月経過後の減算が拡大された。一方で、定期的なリハビリテーション会議（以下、リハ会議）による計画の見直しを行い、LIFE ヘダー

タを提出し、フィードバックを踏まえて PDCA サイクルを推進する場合には減算を行わないこととされた。

本調査における要支援へのリハマネジメントの取り組みでは、「リハ会議の開催」の割合は「12月以下」の利用者で37.7%、「12月超」で54.5%であった（図2-4-1）。令和5年度調査におけるリハ会議開催事業所の割合（32.4%）と比較すると、改定後にリハ会議の実施が進展している。なお、リハ会議を開催している事業所では、要支援利用者全員に開催した割合が8割を超えており（表2-4-2）、事業所単位で実施・未実施が二極化している状況が示唆された。

利用者票においても、「リハ会議の開催」は「1-12月」43.2%、「13-24月」62.8%であった（図5-3-1）。令和5年度調査における「2年継続利用者」の開催割合（32.7%）と比較すると、長期利用者を中心にリハ会議の実施割合が増加していることが確認された。

また、「LIFE へのデータ提出」は「12月以下」58.2%、「12月超」61.8%であり、「LIFE からのフィードバック票の活用」はそれぞれ21.4%、23.0%にとどまった（図2-4-1）。各取り組みを実施している事業所における要支援利用者への実施割合は概ね8~9割であり（表2-4-2）、実施している事業所では一定程度、対象者全体へ展開できている。

リハ会議の開催状況別にみると、「LIFE へのデータ提出」はリハ会議の開催有無と連動しており、「両年実施」および「新規実施」の「13-24月」において実施割合が高かった（図5-3-1）。一方、LIFE へのデータ提出後に返送されるフィードバック票を用いた利用者へのフィードバック実施割合は3割程度にとどまり、リハ会議の開催状況による差異はみられなかった（図5-3-6）。このことから、改定後にデータ提出は一定程度進展したものの、事業所間の実施状況の差（実施・未実施の二極化）が残存していること、さらにフィードバック票の活用が十分に進んでいないことが課題として示された。要介護に対するリハマネジメントにおいても同様の課題が確認されており、フィードバック票を活用した利用者へのフィードバックの促進は、リハマネジメントの質向上に向けた共通課題である。

さらに、事業所医師の指示内容は、「リハの目的」が6~7割、「リハ実施上の留意点」および「リハ中止の目安（基準）」が7~8割であった（図5-2-12）。令和5年度調査における「2年継続利用者」の「リハの目的」は72.2%であり、経年的にも大きな改善はみられていない。「リハの目的」は制度上必須とされる項目であるにもかかわらず、全数実施に至っていない点は、要介護と同様に要支援においても重要な課題である。

#### 〈リハ会議の効果〉

令和5年度調査報告書では、医師をはじめとする多職種が関与するリハマネジメントの充実が目標達成に効果を示していたことが報告されている。各専門職の評価に基づき課題と要因を明確化し、将来の見通しを踏まえた情報共有を行った上で、在宅チームとしての共通の生活目標を設定することの重要性が指摘されている。

本調査におけるリハ会議の検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテー

ションの内容」「目標の確認・共有」の3項目で8割を超えていた(図5-3-3)。また、リハ会議の開催状況別にみると、「利用者に対する医師の説明」はリハ会議の開催有無と連動しており、「両年実施」および「新規実施」の「13-24月」において実施割合が高かった(図5-3-1)。リハ会議の参加者は、事業所内では「理学療法士」「医師」が多く、事業所外では「本人」「担当ケアマネジャー」が多かった(図5-3-4、5-3-5)。これらの結果から、リハ会議の開催を通じて、事業所医師を含む多職種の関与と外部関係者の参画が一定程度確保されている状況が確認された。

サービス提供内容との関連では、歩行練習における「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」は「両年実施」における実施割合が高かった(図5-3-10)。さらに、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」の3項目を実施した利用者では、「実施なし」の利用者と比較して「応用歩行訓練(段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高かった(表5-3-2)。また、リハ会議で「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった(表5-3-5)。これらの結果は、リハ会議における検討の充実が、生活場面に即した実践的な練習や社会参加に向けた支援の実施につながり得ることを示唆している。

一方、令和5年度調査報告書では、利用期間中には状態・状況の変化や目標変更が生じ得ることから、多職種が所属する通所リハの強みを生かしつつ、外部関係者に対してもリハ会議の開催等を通じて適時適切なリハマネジメントを実施することが望ましいと指摘されている。しかし、本調査では、リハ会議の検討内容のうち「目標達成度と取り組み効果の確認」は「13-24月」においても6割程度にとどまった(図5-3-3)。また、「LIFEへのデータ提出」ありの利用者に限定しても、フィードバック票を用いた利用者へのフィードバック実施割合は、リハ会議の開催状況別に差異がみられなかった(図5-3-6)。

さらに、リハ会議の開催状況を「両年実施」「新規実施」「両年未実施」の3分類で分析した結果、利用開始時の状態像や通所リハ計画書に位置付けられた目標に大きな差異はみられなかった。提供サービス内容についても顕著な差は確認されず、ADL・IADL・LSAの変化や、12月以降の継続理由においても明確な差は認められなかった。以上より、リハ会議の開催そのものが、現時点ではアウトカムの差として明瞭に表れていない可能性が示唆される。

これらの結果から、取り組みの効果検証やLIFEフィードバック票の活用は十分に浸透しているとはいえない状況が明らかとなった。一方で、リハ会議における「多職種協働に向けた支援方針」の検討が、社会参加への支援の実施と関連している点は確認された。

今後は、利用者個々の状況に即したアセスメントの充実を図るとともに、目標達成度と取り組み効果の確認を定期的実施し、その結果を関係者間で共有しながら計画を見直すことが重要である。リハ会議を活用し、ケアマネジャーをはじめとする外部関係者と目標や支援方針を共有することで、要支援の自立支援・重度化防止に資する、より効果的なリハマネ

ジメントの実践につながることを期待される。

## ○ 要支援におけるリハ、口腔、栄養の一体的な取り組み

〈口腔・栄養管理への取組状況〉

令和5年度調査報告書では、リハ・口腔・栄養の一体的な取組においては評価の視点を重視し、利用者個々の課題に対して各専門職が適時適切に協働して関与する必要があると指摘されている。

令和6年度介護報酬改定では、運動器機能向上加算が基本報酬に包括化された。また、選択的サービス複数実施加算についても、栄養改善および口腔機能向上を実施する「一体的サービス提供加算」へと見直しが行われた。

本調査における要支援の各種加算の算定状況では、一体的サービス提供加算の算定割合は8.0%であった。その他の口腔・栄養に関連する加算等の算定割合も1割前後にとどまった(図2-4-2)。令和4年度調査と比較しても大きな変化はみられず、要支援に対する口腔・栄養に関する取組は依然として低調な状況が継続している。専門職の配置状況別にみると、「歯科衛生士あり」の事業所において各種加算の算定割合が高い傾向がみられた。また、リハ3職種の配置有無別では、「配置あり」の事業所において各種加算の算定割合が高い傾向にあった(図2-4-3、表2-4-3)。要介護に対する取組においても同様の傾向が確認されており、歯科衛生士や言語聴覚士を含むリハ3職種の配置が、口腔・栄養に関する加算の算定促進に寄与していることが示唆された。既述の「リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進」のとおり、歯科衛生士や管理栄養士等の専門職の関与を充実させ、口腔・栄養管理に関する取組の強化を図ることが求められる。

また、LIFEに関する評価を実施した利用者の割合は、「両年実施」が44.9%、「新規実施」が52.7%であり、「両年未実施」の22.6%より高かった(図5-2-10)。LIFEに関する評価には口腔・栄養のアセスメントが含まれており、LIFEへのデータ提出を通じて口腔・栄養に関する課題を把握することが可能である。要介護に対する取組で述べたとおり、潜在的に口腔・栄養に関する課題を有する利用者が存在する可能性があることを踏まえると、要支援においても、口腔機能低下や低栄養のリスクを早期に把握し、適切な支援へつなげていくことが、自立支援・重度化防止の観点から重要である。

〈栄養に関する評価と取り組み〉

利用開始時の心身機能において「栄養障害あり」とされた割合は1~5%であった(図5-2-1)。令和5年度調査において「栄養障害あり」は「2年継続利用者」で1.3%であり、経年的に大きな変化はみられなかった。

各種加算の取組状況をみると、「両年実施」「新規実施」では「栄養アセスメント加算」が15%前後、「栄養改善加算」が3~8%であった一方、「両年未実施」では「栄養アセスメント加算」が3%、「栄養改善加算」が1%にとどまった(図5-3-7)。令和5年度調査における

「2年継続利用者」では「栄養アセスメント加算」3.9%、「栄養改善加算」0.5%であったことを踏まえると、「両年実施」「新規実施」において栄養に関する取組が相対的に進展している状況がうかがえる。

評価・助言に関する取組における「栄養状態の評価・助言」は、「両年実施」「新規実施」で10～15%、「両年未実施」で7%であった（図5-3-14）。また、リハ会議を実施している事業所において、栄養に関する加算の取組や評価・助言の実施割合が高い傾向がみられた。改定後、リハ会議の実施がある事業所において加算の取組が増加している状況を踏まえると、リハ会議が栄養課題の抽出や対応を促す契機となっている可能性がある。

LIFEに関する評価を実施した利用者における利用開始時BMIは、「18.5未満」が1割、「25.0以上」が25%前後であった（図5-2-11）。低栄養（BMI：18.5未満）の割合を踏まえると、心身機能として把握された「栄養障害」の状況、加算の取組、評価・助言の実施割合は概ね整合的であると考えられる。

他方、LIFEに関する評価は37.8%にとどまっており、評価未実施の利用者については栄養状態のアセスメントに課題が残る。要介護に対する検討と同様に、潜在的に栄養課題を有する利用者が存在する可能性を踏まえ、LIFE評価の実施促進を通じて栄養アセスメントを充実させることが求められる。併せて、リハ会議を活用して栄養に関する課題を関係者間で共有し、必要に応じて栄養改善加算等の活用も含め、適切な支援へつなげていくことが望まれる。

#### 〈口腔に関する評価と取り組み〉

利用開始時における心身機能の課題として口腔機能の課題がある割合は、「両年実施」3.0%、「新規実施」6.8%、「両年未実施」0.7%であった（図5-2-2）。令和5年度調査における口腔機能の課題がある割合は「2年継続利用者」で1.6%であり、リハ会議を実施している事業所において口腔機能の課題を把握している割合が高い傾向がみられた。

各種加算の取組状況をみると、「口腔機能向上加算」の実施割合は「両年実施」「新規実施」で1～10%、「両年未実施」で0～1%であり（図5-3-7）、令和5年度調査における「2年継続利用者」では0～2%であった。また、評価・助言に関する取組における「口腔機能の評価・助言」は、「両年実施」「新規実施」で7～14%、「両年未実施」で2%であった（図5-3-14）。リハ会議を実施している事業所において加算の取組が増加し、口腔機能に関する評価・助言の実施割合も高い傾向がみられることから、リハ会議が口腔課題の抽出や対応の契機となっている可能性がある。

一方、LIFEに関する評価を実施した利用者（37.8%）における口腔評価では、「むせ」が1～2割、「歯の汚れ」が1割前後みられ、「歯肉の腫れ・出血」も一定数確認された。また、年齢が高くなるにつれて口腔機能の課題を有する割合が増加していた（表5-2-1）。これらを踏まえると、LIFEに関する評価結果と利用開始時に把握された心身機能の課題との間に乖離が存在することが示唆される。

栄養に関する取組と同様に、LIFE 評価未実施の利用者については、課題把握、加算の取組、評価・助言の実施のいずれも十分とはいえず、潜在的な口腔課題が見落とされている可能性がある。要支援はADLが自立している傾向にあることから口腔機能の課題が顕在化しにくく、見逃されやすい点に留意が必要である。重度化防止の観点からは、定期的な評価を通じた早期把握と、適切な支援への接続が重要である。

## ○ 要支援における継続利用の効果と課題

〈利用継続の状況〉

各事業所の実利用者に対する要支援の比率は、3割以上を合わせると44.4%であった(図2-2-3)。令和5年度調査における要支援の比率では「3割以上」が45.4%であり、大きな変化はみられなかった。要支援における利用12月以下の割合では、3割以上を合わせると34.0%であり、「3割未満」34.0%と同等であった(図2-2-5)。

利用開始時の状況について、令和5年度調査と大きな変化はみられなかった。年齢は「75-84歳」「85歳以上」の割合が高く(図5-1-1)、性別は「女性」が7割を占めた(図5-1-2)。リハが必要となった原因は、「関節症・骨粗しょう症」「骨折(圧迫骨折を含む)」「脊椎・脊髄障害」の割合が高い傾向にあった(図5-1-6)。年齢別にみると、「65-74歳」では「脊椎・脊髄障害」「進行性の神経疾患」「脳卒中」、「75-84歳」「85歳以上」では「骨折(圧迫骨折を含む)」の割合が比較的高かった(表5-1-2)。

利用前の所在は「自宅」の割合が8割であった(図5-1-11)。自宅から利用を開始した利用者が利用前に利用していた地域活動等では、「地域活動等の利用なし」が約4割であり(図5-1-12)、閉じこもりの状態にあった利用者が一定数含まれることが示唆された。

利用開始時の状態像についても、令和5年度調査と大きな変化はみられなかった。利用開始時のADL(Barthel Index)は「100点」が5割を超えていた(図5-2-5)。項目別にみると、「入浴」「平地歩行」「階段昇降」において満点の割合が低かった(図5-2-6)。利用開始時のIADL(FAI)は「19-27点」が3~4割、「10-18点」が2割強であった(図5-2-7)。項目別に満点の割合をみると、「食事の片づけ」「食事の用意」「洗濯」の割合が高く、「屋外歩行」「外出」「掃除や整頓」が続いた(図5-2-8)。また、利用開始時の生活空間の広がり(LSA)は「24点超」が3割、「24点以下」が2割であった(図5-2-9)。以上より、ADLや屋内での家事動作は比較的保たれている一方、外出を伴う活動には制限がある利用者が多く、生活空間が自宅周辺に限定されている状況がうかがえる。

令和4年度調査報告書において、要支援の多くは骨関節疾患等により自宅内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と指摘されている。本調査結果も概ね同様の傾向を示しており、地域活動等の利用が乏しい利用者が一定数存在する点も踏まえると、閉じこもりの予防や社会参加に向けた支援の重要性が示唆される。

認知症高齢者の日常生活自立度において「非該当」の割合は6割であり(図5-1-5)、令

和 5 年度調査と大きな変化はみられなかった。利用開始時に認知機能評価を実施した割合は 6 割前後であり（図 5-2-3）、評価を実施した利用者では「21-29 点」が 6 割を超えていた（図 5-2-4）。また、LIFE に関する評価を実施した利用者は、「両年実施」44.9%、「新規実施」52.7%であり、「両年未実施」22.6%より高い値を示した（図 5-2-10）。

要支援には軽度認知障害（MCI）に該当する者が含まれている可能性がある。認知機能の低下は将来的な要介護状態への移行リスクと関連することから、LIFE に関する評価を中心に認知機能評価を充実させ、関係者間で状態像と生活課題を共有しつつ、個々の状況に応じた関わりを行っていくことが望まれる。

#### 〈利用継続の効果〉

本調査において確認した利用継続の効果は、令和 5 年度調査と概ね同様であり、継続的な通所リハの利用により、要支援の状態が維持または改善されている状況が確認された。具体的には、「13-24 月」においても、介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度の各指標で「向上」「維持」の割合が約 9 割であった（表 5-4-1）。

ADL の変化における「向上」の割合は、「1-12 月」で 1～2 割であり、「13-24 月」においても 1 割弱の向上がみられた（図 5-4-2）。要支援は比較的 ADL が保たれている利用者が多いことから、改善余地が限定的である側面があるが、2 年目においても一定の改善が得られている。

IADL の変化における「向上」の割合は、「1-12 月」で 3～4 割、「13-24 月」でも 2～3 割であった（図 5-4-3）。また、活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「1-12 月」で 2 割、「13-24 月」でも 1～2 割であった（図 5-4-4）。ADL と比較して IADL および LSA の向上割合は高く、継続利用により家事動作や外出等の複雑な活動の改善が得られ、外出機会の増加や生活空間の拡大につながっている状況がうかがえる。なお、年齢別に「13-24 月」の ADL・IADL・LSA の変化をみても、「向上」の割合に大きな差は認められず（表 5-4-2、5-4-3、5-4-4）、年齢にかかわらず継続的なリハにより一定の改善が期待できる可能性が示唆された。

令和 5 年度調査報告書においては、2 年経過後も IADL の向上がみられ、継続利用による一定の効果が示されたことに加え、継続利用者では利用当初は環境整備を通じて生活状況の改善を図りつつ、段階的に獲得した能力を生活へ汎化する関わりへと支援内容が変化していたことが報告されている。日常生活の改善を契機として利用者の意欲を引き出し、継続的に活動の幅を広げる支援が重要である点は、本調査結果とも整合的である。

一方、疾患別に「13-24 月」の変化をみると、「進行性疾患」では他の疾患と比較して ADL の「向上」の割合が低く、IADL では大きな違いがみられないものの、LSA では「低下」の割合が高かった（表 5-4-2、5-4-3、5-4-4）。進行性疾患を有する利用者については、状態変化を長期的に見通したうえで、低下が想定される身体機能に応じた環境調整や活動・参加の代替手段の確保等を、より早期から計画的に実践する必要がある。疾患特性を踏まえた個別

性の高い目標設定と支援を行い、状態の維持・改善を図りつつ継続的に地域社会への参加を促進していくことが重要である。

#### 〈利用継続者への関わり〉

本調査において確認した利用継続者への関わりは、令和5年度調査と概ね同様であった。ケアマネジャーが考える解決すべき課題および本人・家族の希望は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」「日中活動量の維持・向上」「専門職の評価・助言」が続いた（図5-1-16、5-1-17）。また、通所リハ計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」「身体機能の向上」が7割を超え、「身体機能の維持」「転倒予防」が続いた（図5-2-13）。本人・家族の希望やケアマネジャーが考える課題に沿った目標が、計画書に一定程度反映されている状況が確認された。

提供サービス内容をみると、運動療法では「筋力増強訓練」が9割を超え、「関節可動域訓練」「持久力（心肺機能）訓練」「バランス訓練」が続いた（図5-3-8）。歩行練習では「歩行訓練（平地）」が約7割と最も高かった（図5-3-10）。令和5年度調査の「2年継続利用者」においても、「筋力増強訓練」「関節可動域訓練」「疼痛緩和」「立位バランス練習」「歩行練習（屋内）」の実施割合が高く、身体機能や移動に関する支援が中心となる傾向が継続している。環境調整・支援では、「家屋評価・調整」「福祉用具・自助具の評価・選定」の実施割合が高く（図5-3-13）、評価・助言では「運動・自主トレに関する助言」「転倒予防への啓発・助言」が高かった（図5-3-14）。これらは、令和5年度調査報告書において示された、転倒予防や生活習慣に関する助言、住環境・福祉用具の調整等による自立した居宅生活に向けた環境整備が一定程度実践されている状況と整合的である。

一方、情報共有の内容は、ケアマネジャーとの情報共有では「現在の心身機能やADLに関する情報」が最も高く、「生活状況や生活課題」が続いた（表5-3-7）。また、他介護サービス事業所との情報共有においても「現在の心身機能やADLに関する情報」が最も高く、「生活状況や生活課題」「心身機能やADLの変化に関する今後の見通し」が続いた（表5-3-8）。このように、情報共有を含む支援の焦点が身体機能・ADLに偏りがちな傾向がみられ、生活課題の要因や今後の見通しに関する共有は相対的に限定的である。リハ会議等を通じて、生活課題の要因分析や将来見通しを関係者間で共有し、生活目標を明確化することが望まれる。

ケアマネジャーが考える課題や本人・家族の希望では、「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」が5～6割、「IADL（家事など）の改善・拡大」が3～4割を占める一方、通所リハにおける対応は十分とはいえない状況が確認された。利用開始時のADL（Barthel Index）は「100点」が5割を超えるものの（図5-2-5）、項目別に満点の割合をみると「入浴」80.0%、「平地歩行」68.4%、「階段昇降」67.4%が相対的に低かった（図5-2-6）。しかし、提供サービスにおけるADL練習は「階段昇降訓練」が4割と一定程度実施されている一方、「入浴訓練」は1割未満にとどまっていた（図5-3-11）。

IADL についても、利用開始時の IADL (FAI) は「19-27 点」が 3~4 割、「10-18 点」が 2 割強であった (図 5-2-7)。一方、提供サービスにおける IADL 練習では「外出訓練」が 15%前後にとどまり、「IADL 訓練の実施なし」が 6 割超と最も高かった (図 5-3-12)。さらに、社会参加への取組では「利用者間の交流促進 (社会性の向上)」が 4 割と一定程度みられる一方、「社会参加への支援の実施なし」が約 5 割であり、「利用者間のピアサポート」は 1 割程度、「通いの場等への同行評価」は 1%程度にとどまった (図 5-3-15)。

令和 5 年度調査報告書では、目標達成による修了に向けて、買物・外出等を想定した屋外歩行を含む実践的な移動能力の再獲得や、本人の価値観を尊重した「出かけたくなる動機づけ」への対応が重要と指摘されている。しかし、本調査においても IADL 練習や社会参加に向けた取組の実施割合は低く、令和 5 年度調査で確認された課題が継続している状況がうかがえる。要支援に対する通所リハにおいては、身体機能や ADL の維持・向上を基盤としつつ、IADL 練習および社会参加への支援を一層充実させ、地域活動等への移行を見据えた目標設定と支援を推進していくことが求められる。

#### 〈要支援における修了への取り組み〉

24 ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が約 9 割であった (図 5-4-5)。通所リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」が 6 割を超え、「利用者同士のコミュニティの継続が必要」が 3~4 割と続いた。なお、複数回答のうち「本人・家族の希望」のみ (単独回答) は 7.3%であり (図 5-4-6)、多くの利用者では、継続利用に一定の客観的理由が付随している状況が確認された。

また、「心身機能や ADL の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は 2~3 割であった。想定される心身機能・ADL 変化の要因としては「骨関節疾患」の割合が高かった (図 5-4-7)。骨関節疾患を有する利用者では、疼痛の増悪や運動機能低下に伴う活動性低下が生じやすいことから、状態変化を見越した継続的な評価・支援の必要性が示唆される。

令和 5 年度調査報告書においては、12 ヶ月を超えて通所リハの利用を継続した理由から、老年症候群の影響を背景としたフレイルの状態像がうかがわれ、在宅生活における活動量維持の重要性が指摘されている。本調査において、提供サービスにおける歩行練習のうち「応用歩行訓練 (段差・坂道・屋外を含む)」は、「両年実施」において実施割合が高かった (図 5-3-10)。さらに、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、これら 3 項目を「実施なし」の利用者と比較して「応用歩行訓練 (段差・坂道・屋外を含む)」の実施割合が高かった (表 5-3-2)。リハ会議における検討内容の充実が、屋外歩行を含む実践的な移動能力の獲得に向けた支援へつながっている可能性が示唆された。

居宅訪問の実施割合や回数、評価・支援内容は令和 5 年度調査と概ね同様の傾向であった。「1-12 月」に居宅訪問を実施した割合は 8 割であった一方、「13-24 月」では 4~5 割に低下しており (図 5-3-16)、利用期間の長期化に伴い居宅訪問の実施割合が低下している状

況が確認された。居宅訪問時の評価・支援内容は、「住環境評価（家屋・居室等）」が最も高く、「基本動作の評価」「ADL 評価」が続いた。一方、「13-24 月」における「練習効果の確認・評価」「残された課題の確認・評価」は、「両年実施」「新規実施」で 25%程度にとどまり、「両年未実施」では 1 割であった（表 5-3-6）。リハ会議を通じて生活全体を捉える視点は一定程度強化されつつあるものの、適時適切な居宅訪問の実施や、長期利用者に対する課題の再評価・効果検証の実践については、引き続き課題が残る。

令和 5 年度調査報告書では、利用修了後も継続的な評価を実施している事業所は少なく、地域との連携・協働においては、利用者の情報共有に加えて修了者のフォローアップ（定期評価）にも活用し、状態変化時に迅速に対応できる支援体制の整備が求められることが指摘されている。本調査においても、「心身機能や ADL が低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」は 47.6%と比較的高い実施割合であった一方、「終了した利用者の継続的な評価・助言」は 7.8%と低く（図 2-4-4）、修了後のフォローアップを含む継続支援の仕組みは十分に整備されていない状況にある。

要支援に対する通所リハにおいては、運動機会や活動量の維持を通所リハの提供のみに依存するのではなく、地域資源を活用した外出機会の創出を通じて、利用者が主体的に活動を継続できる環境を整備していくことが重要である。併せて、修了後の不安を軽減し、状態変化時に迅速に対応できる体制（連絡・評価・支援の導線）を整えることで、修了促進と重度化防止の両立につなげていくことが求められる。

## ○ 地域連携

本調査において確認した地域貢献活動の実施状況は、令和 4 年度調査と概ね同様の傾向であった。地域貢献活動の実施状況では、「連絡会議の開催・協力」が 38.2%、「勉強会・事例検討会の開催・協力」が 32.4%、「地域の通いの場の支援」が 32.1%の順に割合が高かった（図 2-5-12）。令和 4 年度調査では、「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%であり、「地域の通いの場の支援」は増加した一方、連絡会議や勉強会への協力はやや低下した。

事業所規模別にみると、「地域の通いの場の支援」は「大規模」および「通常規模報酬」において実施割合が高い傾向にあった（表 2-5-4）。令和 4 年度調査報告書では、大規模事業所は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されると指摘されている。これらを踏まえると、事業所規模が大きく専門職配置が充実している事業所ほど、地域におけるリハビリテーションの拠点として求められる役割をより発揮している可能性が示唆された。

各種取り組みの実施状況では、「心身機能や ADL が低下した際の集中的なりハ・ケアの提供」が 50.7%と比較的高い実施割合を示した一方、「利用者間のピアサポート」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」「地域の通いの場等への同行評価」は 1 割前後に

とどまった（図 2-3-23）。令和 4 年度調査においても、「利用者間のピアサポート」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」は 1 割前後であり、大きな変化はみられなかった。状態悪化時の集中的対応は一定程度実施されているものの、修了を見据えた取組や修了後のフォローアップに関する取組は、依然として低調な状況が継続している。

令和 4 年度調査報告書では、目標達成による修了に向けた取組として、修了後の定期的かつ継続的な評価の重要性に加え、状態変化時に速やかに対応できる体制整備等により、利用者・家族の心理的不安を軽減する取組が求められると指摘されている。修了後のフォローアップ体制の整備は、利用者・家族の修了に対する不安を軽減し、修了促進につなげるうえで重要である。また、「地域の通いの場等への同行評価」は、修了後の受け皿の確保という観点からも重要であり、利用者が地域で活動を継続できる環境整備に資する取組と位置づけられる。

今後は、地域の介護事業所等も含め、生活機能向上連携加算の活用も視野に入れつつ、関係機関との連携を一層促進することが望ましい。通所リハ事業所が有するリハビリテーションの専門性を地域に還元するとともに、修了後の受け皿となる地域資源との連動性を高めることで、利用者の社会参加促進と修了促進を両立させる取組の推進が求められる。

## ○ 科学的介護の推進

〈科学的介護に向けた評価の充実〉

令和 6 年度介護報酬改定においては、科学的介護推進体制加算の要件が見直され、同一利用者に複数の加算を算定する場合であっても、一定条件下でデータ提出時期を統一できるなど、運用面の負担軽減が図られた。本調査における同加算の算定割合は 66.7%であり（図 2-3-13）、令和 4 年度調査（54.6%）と比較して増加がみられた。以上より、令和 6 年度改定における要件緩和は、事業所における科学的介護の取組促進に一定の効果をもたらした可能性が示唆された。なお、LIFE に関する評価を実施した利用者の割合は、「要介護 1-2」が 47.2%、「要介護 3-5」が 50.0%であり（図 4-2-10）、介護度による顕著な差異は認めなかった。

各種加算の算定状況を専門職の配置有無別にみると、「歯科衛生士」および「管理栄養士」を配置している事業所において、科学的介護推進体制加算の算定割合が高い傾向にあった（図 2-3-15）。利用者に対する評価の実施状況についても同様に、これらの専門職を配置している事業所の利用者において実施割合が高かった（表 4-2-8）。加えて、リハ専門職の配置状況別では、「リハ 3 職種の配置あり」の事業所において、「配置なし」の事業所より算定割合が高かった（表 2-3-3）。

これらの結果から、科学的介護の推進に積極的に取り組む事業所では、リハ専門職に加え、歯科衛生士や管理栄養士等の口腔・栄養に関わる専門職を含めた体制整備が進んでいることが示唆された。多職種配置の充実は、口腔機能や栄養状態に関する評価・介入の質向上に寄与するとともに、LIFE へのデータ提出を通じた科学的介護の実践を支える基盤として重

要である。

#### 〈科学的介護におけるフィードバックの活用〉

科学的介護推進体制加算（LIFE）に係る事業所フィードバック票を「活用している」割合は56.2%であった（図 2-3-19）。活用方法としては、「利用者へ適切なサービスを提供するためのサービス計画の作成」が56.5%、「事業所全体としてのサービスの質の更なる向上」が56.0%と、いずれも5割を超えていた（図 2-3-20）。また、具体的な活用手法では「カンファレンスでの検討」が73.2%と最も高い割合を示した（図 2-3-21）。一方、フィードバック票を活用していない事業所における未活用理由は、「活用方法がわからない」が64.6%と最も高く、次いで「時間がない」が46.5%であった（図 2-3-22）。

以上より、フィードバック票を活用している事業所では、カンファレンス等の場を通じてサービス計画への反映や事業所全体の質向上に結び付けている実態が確認された。他方、約4割の事業所では活用に至っておらず、その主因として活用方法の理解不足が示された。科学的介護の推進には、データ提出にとどまらず、フィードバック情報を踏まえたPDCAサイクルの実践が不可欠である。このため、活用方法が不明な事業所に対しては、具体的かつ実践的な活用手順の提示などを通じた支援策を講じることが求められる。

### ○ 事業所規模別の状況

#### 〈大規模（通常規模報酬）の状況〉

令和6年度介護報酬改定において、事業所規模別の基本報酬は従来の3段階から「通常規模」「大規模」の2段階に見直された。加えて、大規模事業所のうち、①リハマネ加算の算定率が80%以上、②利用者に対するリハ専門職の配置が10対1以上の2要件を満たす事業所については、「大規模（通常規模報酬）」として通常規模と同等の報酬評価を行うこととされた。

本調査における事業所規模の分布は、「通常規模」81.7%、「大規模」7.8%、「大規模（通常規模報酬）」9.6%であった（図 2-1-2）。令和4年度調査における「通常規模」の割合は83.1%であり、大きな変動は認められなかった。

「大規模」事業所において通常規模報酬の算定が困難な理由としては、「リハマネ加算の算定率が80%未満」が80.0%と最も高く、次いで「リハ専門職の配置が10対1未満」が48.6%であった（図 2-1-3）。大規模事業所が「大規模（通常規模報酬）」へ移行するうえでは、リハマネ加算の高い算定率の確保に加え、リハ専門職の加配（10対1以上）の達成が主要な課題となっている実態が示された。

他方、リハ専門職配置の充実は、利用者の状態像に応じた評価・計画の精度向上や、リハ会議等を含むリハマネジメントの質の確保に直結する。したがって、当該要件は質の高いサービス提供を担保する観点からも重要な指標として位置付けられる。

#### 〈大規模（通常規模報酬）における取り組み〉

令和4年度調査報告書では、大規模事業所において言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による配置が比較的充実していること、リハマネ加算の算定割合が高いこと、多様な課題を有する利用者に対して各専門職がニーズに応じたサービスを提供していることが報告されている。さらに、地域との交流活動を積極的に展開し、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されていた。

本調査において事業所規模別にサービス提供時間をみると、「大規模」および「大規模（通常規模報酬）」において「6～7時間」の割合が比較的高かった（図2-1-5）。また、医療的ケアを必要とする利用者がいた割合は、「大規模」62.9%、「大規模（通常規模報酬）」51.2%であり、「通常規模」20.8%と比較して顕著に高かった（図2-2-7）。大規模事業所では、医療的ケアを要する利用者を含め、より多様なニーズを有する利用者を受け入れている実態が確認された。

専門職の配置状況を事業所規模別にみると、「大規模（通常規模報酬）」では「言語聴覚士」69.8%、「管理栄養士」72.1%、「歯科衛生士」23.3%と、「通常規模」および「大規模」のいずれよりも配置割合が高かった（表2-1-1）。リハ専門職の常勤換算人数についても、「大規模（通常規模報酬）」は7.41人であり、「大規模」5.56人を上回っていた（表2-1-3）。加えて、リハ3職種がすべて配置されている事業所の割合は、「大規模（通常規模報酬）」65.1%と最も高く、「大規模」37.1%、「通常規模」26.2%を上回った（図2-1-9）。

加算の算定状況では、「リハマネ加算（ハ）」の算定割合が「大規模（通常規模報酬）」で39.5%と最も高かった（表2-3-2）。また、各種加算の算定状況全般についても、「大規模」および「大規模（通常規模報酬）」は「通常規模」と比較して算定割合が高い傾向にあった（図2-3-14）。

「大規模（通常規模報酬）」の事業所は、リハ専門職の配置が相対的に充実していることに加え、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士といった口腔・栄養に関わる専門職の配置も進んでおり、リハ・口腔・栄養の一体的な提供を推進している実態が示された。こうした体制整備は、医療的ケアを要する利用者を含む多様な状態像の利用者の受入れや、リハマネジメンツの充実、各種加算の算定促進と整合的であり、地域におけるリハビリテーション機能の拠点としての役割発揮に資するものと考えられる。

### ○ 中山間地域へのサービス提供

#### 〈サービス提供の課題〉

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は5.1%にとどまり（図2-5-9）、通所リハ事業所全体からみると限定的な状況にある。実施事業所における主な課題としては「送迎ルート」「緊急時の対応」「冬季等の対応」「人材・機材の確保」が挙げられており（表2-5-3）、中山間地域特有の地理的・気候的条件がサービス提供の障壁となっている実態が示された。

### 〈送迎・経費〉

送迎の実態をみると、片道の平均送迎時間は「21～30分」が32.6%と最も高かった一方、最大送迎時間では「60分超」も3.3%みられた（図2-5-5）。また、最大送迎距離は「10km以上」が33.3%を占めており（図2-5-6）、中山間地域においては送迎に要する時間・距離が長くなりやすい実態が示された。

こうした状況に対し、遠方の利用者に短時間利用枠を設定して利用開始のハードルを上げる工夫や、利用曜日を固定して送迎対象を集約することで効率化を図る取組が確認された。他方で、複数の谷筋に集落が点在する地形的特性により送迎ルート最適化が困難であることに加え、燃料費高騰やスタッドレスタイヤの交換・保管費用等のコスト増が経営を圧迫している状況がうかがえた。

中山間地域では訪問介護の提供自体が困難な地域も多く、通所リハが「送迎時の居宅内介助」を含めて生活支援を補完する役割は相対的に大きい。各種取組の実施状況において「送迎時の居宅内介助」は全体的に、事業所票で39.7%（図2-3-23）、利用者票で2割程度（図4-3-20）であり、通所サービスへのアクセス確保の観点から、その重要性が増している可能性が示唆される。

令和6年度介護報酬改定において、降雪等の急な気象状況の悪化により送迎に平時より時間を要した場合も「やむを得ず短くなった場合」に該当することが明確化された点は、中山間地域における積雪時の運用に一定の配慮がなされたものと評価できる。他方、キャンセル発生時の経費負担や職員の時間外労働等、送迎運用に伴う構造的課題は依然として残されており、実態に即した支援策の検討が求められる。

### 〈リハの提供と人材確保〉

リハの提供においては、地域特性を踏まえた支援が展開されている。例えば、傾斜地や階段が多い居住環境を踏まえた自宅周辺での外出動作評価や住環境評価、農村地域における「畑仕事への復帰」を目標とした作業療法など、地域の生活文化に根差した実践が確認された。

また、通所と訪問の両サービスに従事する職員が兼務し、併用利用者には同一職員が対応する一体的な提供体制は、限られた人材を有効に活用しつつ、支援の継続性を確保する観点から重要である。さらに、法人内の関連施設ネットワークを活用し、遠方の利用者を状態安定後に自宅周辺の関連施設へつなぐ運用により、広域対応と適切なサービス提供体制の維持を両立している事例もみられた。

人材確保については、人口規模の小さい地域では地元からの採用が困難であり、とりわけリハ専門職は県外出身者に依存せざるを得ない状況がうかがえる。こうした中、家賃補助や高速道路料金補助等の経済的支援、法人内託児所・保育所の無償利用といった人材定着策の整備は、継続的なサービス提供体制の維持に資する取組として位置づけられる。

#### 〈まとめ〉

中山間地域の定義に該当しないものの、社会資源が乏しく実態として同様の課題を抱える地域が制度上の対象外となっているケースがみられ、定義の見直しや柔軟な適用が求められる。中山間地域へのサービス提供は地域包括ケアシステムの構築に不可欠である一方、個々の事業所の経営努力のみでは持続的な提供体制の維持が困難な状況にある。したがって、制度面での支援の充実に加え、中山間地域における通所リハの提供体制強化を図ることが重要である。

### ○ 共生型サービスの提供

#### 〈サービス提供の課題〉

令和6年度介護報酬改定において、障害福祉サービスとの連携を強化し、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）を拡充する観点から、通所リハ事業所において共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能となることを踏まえ、自立訓練（機能訓練）を提供する際の人員および設備の共有が可能とされた。

一方、本調査において共生型サービスを実施している事業所は1.1%にとどまり（図2-5-7）、制度改正後も普及は限定的であった。実施事業所における主な課題としては、「他事業所との連携」「費用按分」「障がいに対する理解」が挙げられており（表2-5-1）、制度面での整備に加えて、運用上の調整や支援体制の構築が引き続き求められる。

#### 〈他事業所や地域との連携〉

共生型サービスの普及に向けた課題の一つとして、他事業所との連携体制の構築が挙げられる。周辺地域に自立訓練（機能訓練）を提供する事業所がほとんど存在せず、県内においても事例が限定的であることから、実務上の相談先や参照可能な運用モデルが乏しい状況にある。共生型サービス事業所同士のネットワーク形成が困難な中、別形態で障害福祉サービスを実施する事業所との関係性を活用している事例もみられた。しかし、制度上求められる「地域の事業所から教育・指導を受けること」については、依頼先から「指導する立場にはない」との反応が示される場合もあり、実質的な支援につながらず形式的な関係にとどまる実態が確認された。

また、制度・サービス自体の認知度の低さも深刻な課題である。介護支援専門員に加え、障害福祉領域の相談支援専門員においても、通所リハで共生型サービスが提供可能であることが十分に認識されておらず、潜在的なニーズが存在するにもかかわらず、新規利用者の獲得が進みにくい状況がうかがえる。加えて、共生型サービスを周知するための広報手段や資材が乏しく、事例集、実務者向けのQ&A、導入・運用のポイントを整理した読み物等、実践に即した情報提供ツールの整備が求められる。

他方、連携体制の構築が進んでいる事例として、グループ内に医療機関、相談支援事業所、

障害福祉サービス事業所等を有し、法人内で連携を完結できる体制を構築しているケースがみられた。当該事例では、本人・家族に加え、支援員、グループホーム、就労支援事業所、リハ専門医等の多職種が関与する包括的な支援体制のもと、3ヶ月ごとの定期カンファレンスを通じて安全性を確認しつつ、個別支援計画の見直しを実施していた。

今後、共生型サービスの利用促進に向けては、特別支援学校や障害者自立支援協議会等の地域関係機関との連携を強化し、相談支援専門員を含む関係者への周知を図ることが不可欠である。あわせて、地域におけるリハ専門職の役割拡充を積極的に発信し、利用導線の明確化と連携の実効性を高めていく視点が求められる。

#### 〈費用按分・事務処理〉

介護保険と障害福祉サービスにおける費用按分および事務処理は、共生型サービスの運営上、実務的な負担として指摘された。両制度は請求・管理の仕組みが分離しているため、記録、請求、収支管理等の事務作業が実質的に二重化しやすい。特に、障害福祉側の請求システムを未導入のまま手作業で対応している事業所もみられ、利用者数が少ないことを背景に、専用ソフト導入に必要なコストを確保できない状況がうかがえる。結果として、制度対応に伴う固定的な事務負担が、導入・継続の障壁となっている可能性がある。

一方、従来から高齢者福祉・障害福祉サービスを幅広く展開してきた法人では、収支管理や請求事務を制度別に分けて運用する体制が既に整備されており、共生型サービスの導入によって新たな負担が発生しにくい事例が確認された。このような法人では、既存のバックオフィス機能を活用することで、共生型サービス導入に伴う事務的負担を相対的に軽減できていると考えられる。

また、費用負担に関しては、利用者側の課題も大きい。障害福祉サービス利用時には自己負担がほとんど生じていなかった利用者が、65歳到達後に介護保険へ移行した場合、自己負担が発生し得ることが指摘されている。経済的に困窮している家庭が多いとされる障害福祉利用者にとって、自己負担増はサービス継続の大きな障壁となりうる。こうした課題への対応として、介護保険移行時の費用シミュレーション資料を作成し、事前に利用者・家族へ説明を行う取組事例もみられた。

共生型サービスの普及に向けては、制度間で分断された事務・請求の二重負担を軽減する仕組みの整備とともに、65歳移行時の自己負担増への支援（周知・相談・制度活用の案内等）を含めた利用継続支援の強化が課題である。

#### 〈障がいに対する理解〉

共生型サービスの提供においては、職員の障害福祉分野に関する理解不足が重要な課題として挙げられる。高齢者介護を主としてきた職員が多く、障害福祉に関する知識・経験が十分でないことから、戸惑い、心理的抵抗、不安が生じやすい状況がみられた。介護保険と障害福祉サービスの双方に精通した職員は各事業所で1～2名程度に限られ、制度横断的に

対応できる人材が乏しい。求められる専門性の高さに加え制度の複雑性も相まって、体系的な教育体制が十分に整備されておらず、人材確保・定着の難しさにもつながっている可能性がある。

サービス提供面では、障害特性を踏まえた個別対応が不可欠である。声かけや接し方に細やかな配慮が求められ、被害的反応が出やすい利用者や、座席配置等の環境変化に敏感な利用者に対しては、丁寧な説明や段階的な調整が必要となる。また、利用者のニーズを十分に引き出せないまま支援が定型化しやすい点、身体機能・認知機能の差異により活動ペースや必要な支援内容が異なる点など、運営上の調整課題も指摘された。さらに、若年障害者では単独行動に傾く傾向が報告されており、集団場面における関わり方の工夫や、参加を促す環境づくりが求められる。

人材育成に関しては、体系的な育成体制が未整備であることを前提に、実践を通じて徐々に経験を蓄積することを重視しつつ、障害特性に関する継続的な研修計画の策定・実施、職員間での好事例共有を目的とした研修会の企画などの工夫が確認された。加えて、サービス管理責任者等の資格取得を促進し、外部連携における信頼性向上につなげている事例や、病院を含む複数部署でのローテーションにより多分野の経験を蓄積する取組もみられた。

共生型サービスの導入・定着に向けては、職員教育の充実が中核的課題である。障害福祉の理念や支援の基本的考え方、障害特性に応じたコミュニケーション・環境調整の方法等を職員が理解し、実践へ接続できるよう、継続的かつ計画的な育成体制を整備していくことが求められる。

#### 〈制度・手続き〉

共生型サービスの導入にあたっては、制度・手続き面における課題が複数指摘された。通所リハにおける共生型サービスの前例が少なく、事業所側・行政側の双方が手探りで対応せざるを得ない状況にあり、指定取得までに約1年を要した事例もみられた。とりわけ県内・自治体内で初のケースとなる場合には、行政側で制度理解が十分に進んでおらず、事業所側が情報提供や制度説明を行う必要が生じている。要件等の制度解釈が不明瞭な点も多く、問い合わせを行っても回答が得られない、あるいは回答に時間を要する状況が続いていることが、導入の障壁となっている。加えて、65歳到達時の介護保険優先原則の適用や利用期間の取扱いについて、保険者により対応が異なることも課題として挙げられた。

こうした状況を踏まえると、県の障害福祉担当者等との密接な連携を通じて、制度運用に関する共通理解を形成することが、申請・指定手続きを円滑化するうえで不可欠である。本事業を通じて、行政側を含めた制度理解が蓄積・深化し、導入プロセスが標準化されていくことを期待する。

#### 〈利用期間制限〉

自立訓練（機能訓練）における利用期間（原則18ヶ月）の制限は、継続的な支援を要す

る利用者へのサービス提供において大きな制約となっている。利用者・家族からは「サービスをやめると動けなくなるのではないか」といった不安が寄せられており、特に精神疾患やひきこもりの状態にある利用者では、開始から 1 年程度でようやく変化が見え始める段階であるにもかかわらず、終了を見据えた対応を迫られる場合がある。こうした特性を踏まえると、支援継続の必要性に応じて柔軟に対応できる仕組みや、利用期間制限の運用を含む制度設計上の工夫が求められる。

一方で、利用期間制限を就労等に向けたステップアップ期間として位置づけ、「卒業」に向けた前向きな説明を行うことで、利用者のモチベーション維持につなげている事例も確認された。利用終了を否定的に捉えるのではなく、次のステージへの移行として整理し説明することは、移行支援を円滑に進めるうえで有効である可能性が示唆される。

#### 〈共生型サービスの効果〉

ヒアリング調査からは、共生型サービスの実施による一定の効果が確認された。利用者への効果として、高齢者と障害者が同一の場で過ごすことによりコミュニケーションが促進され、挨拶や会話の増加を通じて心理的安定につながっている状況が示された。また、障害者が高齢者の手助けを行うなど相互の助け合いが日常的にみられ、環境適応能力の向上、孤立感の軽減、認知機能低下の予防への寄与が示唆された。

経営面では、障害福祉利用者はキャンセルが少なく、長期的かつ安定した利用が見込まれることから、稼働率の安定化に資するとの報告があった。通所リハ利用者数の減少を補完する効果も示されており、サービス提供の継続性確保の観点からも一定の意義がうかがえる。

#### 〈まとめ〉

通所リハが障害福祉サービスへ参入することは、地域共生社会の実現に向けて重要な取組である。今後の普及促進にあたっては、対象者の状態像やニーズ、支援目的を明確化したうえで、通所リハ事業所が有するリハ専門性等の強みを活かしたサービス提供のあり方を整理し、関係者に示していくことが求められる。あわせて、好事例の共有や認知度向上に向けた情報発信、行政側の制度理解の促進を通じて、導入・運用に伴う不確実性を低減し、共生型サービスの普及につなげていくことが望まれる。

## ○ 送迎の共同実施

#### 〈サービス提供の課題〉

令和 6 年度介護報酬改定においては、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする見直しが行われた。本調査において、送迎を他事業所と共同で実施している事業所は 3.6%にとどまり（図 2-5-8）、制度改正後も普及は限定的である。実施事業所における主な課題としては、「時間管理・調整」「情報共有」「リスク管理」が挙げられた（表 2-5-2）。

### 〈時間管理・調整〉

送迎の共同実施においては、複数事業所の利用者を効率的に送迎するための時間管理・調整が重要な課題となる。移動時間とサービス利用予定時間との整合に加え、車いす乗車・歩行乗車等の利用者状況も踏まえたルート設定が求められる。

この課題に対し、実施事業所では多職種協働によるルート作成体制を構築している。具体的には、事業所管理者、担当者（介護スタッフ）、送迎管理室が協働してルートの作成・運用を行い、新規利用者の受入れや利用終了者の発生時には、状況に応じて柔軟にルートの見直しと調整を実施している。

一方で、共同送迎の実施により自事業所の送迎枠が相対的に減少するとの認識があり、事業所間で負担や便益に偏りが生じないように、運用面でのバランス確保が課題として示された。特に、委託契約ではなく法人同士の共同運営の場合には、ルート作成・検討・調整等に係る業務分担の明確化が必要である。

ヒアリング調査からは共同送迎の効果も確認された。空いた送迎枠を新規利用者の送迎枠として再配分できることで受入れ体制が向上したほか、送迎車の帰着時間が早まることにより、送迎添乗スタッフが入浴介助等の他業務に早期から従事でき、事業所全体の業務フローの改善とサービス提供の効率化につながっている。現時点では、利用者の待ち時間や乗車時間に関する苦情・要望は確認されておらず、利用者サービスの低下を招くことなく効率化が図られている状況が示された。

### 〈情報共有〉

送迎の共同実施を円滑に運営するためには、関係事業所間における適切な情報共有が不可欠である。利用者の状態変化、送迎時の留意事項、当日の欠席連絡等について、迅速かつ正確な情報伝達が求められる。現状では、関係事業所間の情報伝達手順を改善し、より円滑な連携体制を構築する必要がある。特に他法人間で共同運営を行う場合には、共通で利用できる情報共有ツールが不足していることが課題として挙げられている。

一方、成功事例では姉妹法人間の連携により送迎業務の標準化マニュアルが整備され、業務の質の均一化が図られていた。マニュアルに基づく教育を通じて職員の対応水準の平準化と安全意識の向上が進められており、定期的な研修の実施により、送迎業務に関する知識・技術の維持・向上を図る取組も確認された。

### 〈リスク管理〉

送迎の共同実施においては、事故等の発生時対応を含むリスク管理が最も慎重な対応を要する課題である。他事業所の利用者を送迎する際の事故リスクの所在や責任分担について、事前に明確な取り決めを行う必要がある。共同運営における事例として、事故発生時には車両を管理している側の法人が対応することをあらかじめ取り決めているケースが確認された。

他方、利用者・家族への説明や情報提供、関係者間での状況把握の方法については、共同運営特有の配慮が必要であるとの指摘もみられた。既存利用者に対して共同運営開始時点で契約時の説明を実施していないケースがみられ、今後は新規契約者に対して契約時に説明を行う方針とする事業所も確認された。共同送迎の実施にあたっては、利用者・家族への事前説明および同意取得の手順を明確化し、運用として徹底していくことが重要である。

#### 〈経費・費用分担〉

送迎の共同実施における経費・費用分担は、持続可能な運営体制を確立するうえで重要な論点である。法人間で共同運営している場合、現状では経費負担に関する詳細な取り決めが十分でない事例もみられ、共同運営の拡大に伴い費用負担の不明確さが課題化する可能性がある。燃料費、車両維持費、人件費等の費用をどのように按分するかについて、あらかじめルールを整理し、透明性・公平性の担保された費用分担の仕組みを構築することが、継続的な共同運営に向けて求められる。

#### 〈まとめ〉

送迎の共同実施は、運転手の人材不足への対応や送迎業務の効率化に資する方策の一つである。一方で、現時点では実施事業所が限られており、サービスの質向上や職員の業務負担軽減等の効果については、十分に検証されているとはいえない。

今後は、関係事業所間における情報共有の改善を通じて、より円滑な連携体制を構築することが求められる。新規利用者の受入れに際して送迎が障壁とならないよう、利用者ニーズに応じた柔軟な送迎体制の整備を進めることが重要である。あわせて、運転手の業務品質の管理や事故発生時の補償・対応の在り方についても、共同運営の拡大を見据え、責任分担や手順を明確化した指針・ルールの整備が必要である。

## ○ その他

#### 〈処遇改善〉

令和6年度介護報酬改定において、従来複数存在していた処遇改善に係る加算は一本化され、「介護職員等処遇改善加算」としてⅠ～Ⅳの4段階に整理された。本調査における同加算の算定状況は、「Ⅰ」が46.2%と最も高く、次いで「算定なし」が21.4%であった（図2-3-17）。

「算定なし」の割合を開設主体別にみると、「病院」32.9%、「診療所」31.5%と高く、「介護老人保健施設」2.6%と比較して顕著な差が認められた（表2-3-6）。また、事業所規模別では「通常規模」25.7%、サービス提供時間別では「4時間未満のみ」53.8%と、それぞれ「算定なし」の割合が高い傾向を示した（表2-3-6）。

算定していない理由としては、「介護職員が少ない（いない）」が56.3%と最も高く、次いで「加算算定に係る事務手続きが煩雑」22.9%、「開設主体の職員の賃金と事業所の職員の

賃金に差が出てしまう」12.5%、「事業所内における職員間の賃金配分が難しい」12.5%が続いた。なお、「特になし」も13.5%みられた（図2-3-18）。なお、開設主体別では「病院」「診療所」において、サービス提供時間別では「4時間未満のみ」において、「介護職員が少ない（いない）」の割合が高い傾向にあった（表2-3-7）。

実際に、専門職の配置状況をサービス提供時間別にみると、「4時間未満のみ」では「看護師・准看護師」37.1%、「介護福祉士」45.5%、「介護職員」48.3%であり、「6時間以上のみ」の82.5%、93.8%、74.2%と比較して、いずれも低い割合であった（表2-1-1）。常勤換算人数についても、「4時間未満のみ」における「介護福祉士」は2.31人であり、「6時間以上のみ」の5.62人より少なかった（表2-1-2）。

以上より、医療機関が開設主体となる短時間型の事業所では、介護職員の配置が少ないことを主たる背景として、介護職員等処遇改善加算の算定に至っていない実態が示された。令和7年度補正予算および令和8年度介護報酬改定においては、「介護従事者に対して幅広く賃上げ支援」として、介護職以外への賃金配分の柔軟化や対象範囲の拡大が示されており、算定が進むことが期待される。

#### 〈事業継続計画・高齢者虐待防止・身体的拘束廃止〉

令和6年度介護報酬改定では、感染症・災害発生時においても必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を確保する観点から、感染症または災害のいずれか、もしくは両方の事業継続計画（BCP）が未策定の場合に基本報酬を減算する取扱いが導入された。本調査における「事業継続計画の作成」の実施割合は概ね9割であった（図2-5-1）。また、BCPの実施内容は「感染症対策」97.3%、「非常災害対策」97.1%といずれも高い割合を示しており（図2-5-2）、必要な対応は概ね整備されている状況が確認された。

あわせて、利用者の人権擁護および虐待防止をより推進する観点から、虐待の発生又は再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の選定）が講じられていない場合に基本報酬を減算することとされた。本調査における「高齢者虐待防止措置への対応」の実施割合も概ね9割であり（図2-5-1）、実施内容は各項目で8割を超えていた（図2-5-3、2-5-4）。必要な対応は概ね実施されているが、虐待防止に係る4項目については、さらなる充実が望まれる。

さらに、通所リハにおいては利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないことが明確化され、やむを得ず実施する場合には、その態様・時間、当時の心身の状況および緊急やむを得ない理由の記録が義務付けられた。加えて、短期入所系サービスおよび多機能系サービスでは、委員会の定期開催、指針の整備、定期的な研修実施が要件として示された。本調査における「身体的拘束廃止への対応」の実施割合は概ね9割であり（図2-5-1）、実施内容も各項目で8割を超えていた（図2-5-3、2-5-4）。以上より、必要な対応は概ね実施されており、短期入所系サービスおよび多機能系サービスに求められる3項目についても一定の実施状況が確認さ

れた。

〈参考資料〉

- ・厚生労働省 HP, 令和 6 年度介護報酬改定について, (令和 8 年 1 月 10 日閲覧)
- ・令和 4 年度調査：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,  
令和 5 年 3 月
- ・令和 5 年度調査：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,  
令和 6 年 3 月

## ■ 結論

- リハビリテーションマネジメントの実施と効果
  - リハマネ加算の算定状況は令和 4 年度調査と比較して大きな変化はみられなかったが、より上位の加算区分への移行が確認された。リハマネ加算を算定した利用者では、各種加算の取組が充実し、ケアマネジャーや他介護サービス事業所との情報共有を通じて、多職種・多機関との連携を基盤とした包括的支援体制の構築に寄与している。リハ 3 職種の配置がある事業所や利用者に対するリハ専門職の配置が充実している事業所で算定割合が高く、専門職配置の充実が今後の課題である。
  
- リハ・口腔・栄養の一体的取組の推進
  - 令和 6 年度改定で新設されたリハマネ加算（ハ）の算定は進展しており、歯科衛生士や言語聴覚士を含むリハ 3 職種の配置がある事業所で算定割合が高い傾向がみられた。一方、口腔・栄養に関連する加算の算定割合は依然として低調であり、LIFE に関する評価で口腔機能の課題がみられた利用者と比較して、利用開始時の課題把握や目標設定との間に乖離が認められた。歯科衛生士・管理栄養士の配置促進や外部の歯科診療所・栄養ケア・ステーション等との連携強化が求められる。
  
- 退院・退所前カンファレンスにおける医療介護連携
  - 退院・退所前カンファレンスへの参加により、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの充実に寄与していることが示された。課題として参加依頼がないことが最も高く、医療機関側への通所リハの役割や参加意義の周知、意思決定プロセスへの早期関与が必要である。専門職の配置が充実している事業所ほど参加割合が高い傾向があり、勤務時間調整等の運用上の工夫に加え、参加が可能となる人員体制の確保が重要である。
  
- リハ計画書の受領と活用
  - 令和 6 年度改定によるリハ計画書受領の義務化を受け、受領した事業所の割合は大幅に増加し、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの質向上に寄与している。受領時期は利用開始時または退院・退所時に集中しており、入院中のリハの経過や目標との連続性確保に向けて、退院前段階での早期受領促進が課題である。

- 目標達成による修了に向けた関わり
  - 修了者割合は1割程度にとどまり、継続利用が多数を占める状況が継続している。継続理由として運動機会や活動量の維持、利用者同士のコミュニティの継続が多く、通所リハ自体が社会的つながりの場となっている。ADL 練習・IADL 練習の実施割合は限定的であり、居宅訪問も利用開始時の住環境評価が中心で、練習効果の確認や進捗評価としての活用は十分とはいえない。社会参加や地域資源への接続を計画的に位置付け、修了後のフォローアップ体制の整備が引き続き課題である。
  
- 中重度者への関わり
  - 中重度者ケア体制加算や重度療養管理加算の算定割合は低く、医療的ケアを必要とする利用者の受入れも十分とはいえない状況が継続している。中重度者では入浴・歩行・階段昇降に加え、更衣、移乗、トイレ動作等の基本的 ADL にも課題を抱えているが、目標設定は身体機能や移動・歩行動作に偏りがちである。2040 年に向けて多疾患併存の高齢者増加が見込まれる中、看護職員の配置充実や訪問看護等との連携強化を通じて、中重度者の受入れ体制整備が重要である。
  
- 認知症を有する利用者への関わり
  - 認知機能低下に伴い ADL・IADL にも影響が及んでおり、ケアマネジャーが考える課題として認知・精神機能の維持・向上に加え、介護負担の軽減が重要な課題として認識されている。利用開始時の認知機能評価の実施割合は向上しているものの、依然として未実施の利用者が一定数存在しており、LIFE に関する評価を基盤とした生活状況に即した認知機能評価の充実が望まれる。認知症基本法の施行を踏まえ、介護負担の軽減に加え、活動や参加に目を向けた関わり強化が重要である。
  
- 要支援におけるリハマネジメント
  - 令和 6 年度改定を受け、リハ会議の開催割合は増加した。一方、LIFE からのフィードバック票の活用は十分に進んでおらず、PDCA サイクルの更なる推進が課題である。リハ会議において検討内容が充実している利用者では、社会参加への支援の実施割合が高い傾向がみられており、リハ会議を活用した多職種協働の下で、IADL や生活空間 (LSA) 等にも積極的に目を向け、地域の通いの場への移行を見据えた社会参加支援を一層推進していくことが求められる。

- 科学的介護の推進
  - 科学的介護推進体制加算の算定割合は増加しており、令和 6 年度改定における要件緩和が取組促進に一定の効果をもたらした可能性が示唆された。歯科衛生士や管理栄養士、リハ 3 職種を配置している事業所において算定割合が高い傾向にあり、多職種配置の充実が科学的介護の実践を支える基盤として重要である。他方、事業所フィードバック票の未活用が一定数みられており、具体的かつ実践的な活用手順の提示などの支援策が求められる。
  
- 事業所規模と専門職配置の充実
  - 「大規模（通常規模報酬）」の事業所では、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の口腔・栄養に関わる専門職の配置が進んでおり、リハ・口腔・栄養の一体的な提供を推進している。また、医療的ケアを要する利用者を含む多様なニーズを有する利用者を受け入れている実態が確認され、各種加算の算定割合も高い。これらの質の高いサービス提供を担保するためには、専門職の適切な配置（加配）に加え、多職種による評価に基づく適切なアセスメントが不可欠である。
  
- 中山間地域・共生型サービス等への対応
  - 中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は限定的であり、送迎ルート、緊急時対応、冬季対応、人材確保等の複合的課題が存在する。共生型サービスを実施している事業所も限られており、他事業所との連携、費用按分、障がいに対する理解等が課題として挙げられた。地域共生社会の実現に向け、好事例の共有や認知度向上、行政側の制度理解促進を通じた普及促進が望まれる。

## 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

〈リハマネジメントの実施状況と効果〉

令和 6 年度介護報酬改定において、リハマネジメントの加算体系が見直された。本調査におけるリハマネ加算の算定事業所割合は 51.1%であり（図 3-3-1）、令和 4 年度調査における届出割合（54.3%）と比較して、リハマネジメント全体として大きな変化はみられなかった。介護度別にみても、「要介護 1-2」は 42.3%、「要介護 3-5」は 44.0%であり（図 6-3-1）、令和 4 年度調査の利用者票（41.2%）と同程度の算定割合を示した。

算定したリハマネ加算の種類をみると、事業所票では「リハマネ加算（イ）」が 21.0%、「リハマネ加算（ロ）」が 38.2%であった（図 3-3-5）。利用者票における「要介護 1-2」の算定状況は、「リハマネ加算（イ）」が 13.8%、「リハマネ加算（ロ）」が 33.3%であり（図 6-3-2）、令和 4 年度調査結果の再集計（「リハマネ加算（イ）」19.5%、「リハマネ加算（ロ）」23.8%）と比較すると、より上位のリハマネジメント実践へ移行している状況が確認された。

リハマネ加算を算定した利用者では、一定の効果が示唆される。他介護サービス事業所との情報共有内容について、当該利用者では「現在の心身機能や ADL に関する情報」「生活状況や生活課題」「福祉用具や環境整備に関する内容」「本人・家族への助言内容」「今後の生活目標」を共有している割合が相対的に高かった（表 6-3-13）。令和 5 年度調査においても、課題と要因を明確化しつつ、将来の見通しや環境整備に関する情報共有を行うことが効果的なリハマネジメントとして重要であると指摘されており、本調査結果はこれを支持するものである。

また、リハマネ加算を算定した利用者では「短期集中リハ実施加算」の算定割合が高い傾向にあった（表 6-3-2）。加えて、リハマネ加算（ロ）を算定する利用者における 6 ヶ月後の ADL の変化にて「向上」の割合は 40.5%であり、「算定なし」33.1%より高い傾向にあった（表 6-4-4）。リハマネジメントの実践を通じて、関係者間で生活課題を共有し目標を明確化することで、家族の介護負担軽減も見据えた集中的な取組につなげている可能性がある。リハマネジメントは、多職種・多機関との連携を通じた包括的な支援体制の構築に寄与していると考えられる。

リハマネ加算の算定割合は、リハ 3 職種の配置がある事業所で 67.9%と高かった（表 3-3-1）。これと関連して、各種加算の算定状況についても、リハ 3 職種の配置がある事業所やリハマネ加算を算定していた事業所において、算定割合が高い傾向がみられた（表 3-3-4）。

算定したリハマネ加算の種類を訪問件数別にみると、「15 件以上」の事業所では「リハマネ加算（ロ）」の割合が高かった。リハ 3 職種配置の有無別でも、「3 職種の配置あり」において「リハマネ加算（ロ）」の割合が高かった（表 3-3-2）。これらの結果から、事業所規模の拡大や専門職配置の充実が、より質の高いリハマネジメントの実践に関連している可能性が示唆される。

令和 5 年度調査では、訪問リハ事業所は小規模な事業所が多く、事業所数および事業所

規模の拡大が急務であると指摘された。本調査結果からも、より充実したリハマネジメントの実践に向けて、専門職の配置を充実させることが望ましいことが改めて確認された。特に、後述する口腔機能の評価等の対応においては言語聴覚士の活動が不可欠であり、3職種配置の推進は、今後のリハサービスの質向上に向けた重要な課題である。

#### 〈医師の関わり〉

令和6年度介護報酬改定において、旧リハマネ加算(B)の要件であった「医師が利用者に説明し、同意を得る」関与が、新たな区分として位置づけられた。事業所票では、医師による利用者または家族への説明を実施した加算の算定割合は72.8%であった(図3-3-2)。また、リハマネ加算を算定した利用者における当該算定割合は、「要介護1-2」で68.5%であり(図6-3-3)、令和4年度調査結果の再集計(59.2%)と比較して増加がみられた。

リハマネジメントにおける基本報酬の要件として、医師の詳細な指示が位置づけられている。具体的には、「リハの目的」に加え、「開始前・実施中の留意事項」「中止基準」「負荷量」のうちいずれか1つについて指示を行うこととされている。

本調査の事業所票では、医師の指示内容として「リハの目的」が86.3%、「リハ実施上の留意点」が93.4%、「リハ中止の目安(基準)」が76.2%、「運動の負荷量」が50.1%であった(図3-3-3)。令和4年度調査の「リハの目的」(83.2%)と比較して、大きな変化はみられなかった。利用者票においても、「要介護1-2」における事業所医師の指示内容は「リハの目的」が82.2%であり、全数実施には至っていない。一方、「リハ実施上の留意点」は84.3%、「リハ中止の目安(基準)」は62.0%、「運動の負荷量」は33.5%であった。なお、医師の指示内容は「要介護3-5」においても同様の傾向を示した(図6-3-4)。必須要件である「リハの目的」の実施率が100%に達していない現状を踏まえると、実施率の高い「リハ実施上の留意点」を必須項目として位置づけることも検討に値する。

リハマネ加算の算定有無別にみると、「リハマネ加算あり」では「運動の負荷量」および「終了の目安・時期」の割合が相対的に高かった(図3-3-4)。医師の判断に基づき、今後見込まれる身体機能の変化について利用者自身の理解を促し、リハ会議において関係者間で目的・目標の合意形成を図ることは、効果的なリハマネジメントの実践において重要である。

#### 〈リハビリテーション会議〉

リハマネ加算の算定要件として、定期的なリハ会議を開催し、計画を見直すことが求められている。本調査におけるリハ会議の検討内容は、「利用者の生活状況の確認・共有」「リハビリテーションの内容」「目標の確認・共有」の3項目で8割を超えていた。一方、「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」「他サービス事業所との役割分担」の実施割合は低い状況にあった(図6-3-5)。この傾向は令和4年度調査と同様であり、リハ会議における検討内容の更なる充実が引き続き課題として残されている。

リハ会議の参加者は、事業所内では「医師」「理学療法士」の割合が高く、事業所外では

「本人」「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図 6-3-6、6-3-7）。また、リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、これら 3 項目を「実施なし」とした利用者と比較して、ケアマネジャーや他介護サービス事業所との情報共有に関する全項目で実施割合が高かった（表 6-3-12、6-3-13）。

以上より、リハ会議における検討内容の充実は、ケアマネジャーや他介護サービス事業所との情報共有の質を高める可能性が示唆された。リハ会議では、医師による疾患・障害の予後予測を踏まえ、利用者の可能性を考慮した社会参加に関する目標を設定するとともに、ケアマネジャーをはじめとする関係者間で生活目標を共有することが重要である。さらに、関係者が理解しやすいよう、生活目標の根拠となる生活課題の要因分析とその説明に加え、生活状況および課題解決の見通しを併せて提示することが望ましい。リハ会議においては、検討内容および目標設定の質を高めるとともに、関係者間の情報共有と役割分担の明確化を図ることが、効果的なリハマネジメントの実践に不可欠である。

#### 〈リハマネジメントにおけるフィードバックの活用〉

リハマネジメントでは、定期的な計画の見直しが重要であり、リハマネ加算（ロ）では科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出と、返送されるフィードバックの活用が求められている。事業所票において、LIFE へのデータ提出後に返送されるフィードバック票を用い、利用者へのフィードバックを実施している割合は 58.3%であった（図 3-3-6）。

フィードバックの実施状況を詳細にみると、「全員（10 割）」が 31.8%である一方、「3 割未満」が 46.6%と高い割合を示した（図 3-3-7）。このことから、事業所におけるフィードバック票の活用状況は、全利用者に実施している事業所、一部の利用者にのみ実施している事業所、未実施の事業所の三類型に分かれている実態が明らかとなった。

利用者票の介護度別分析では、LIFE へのデータ提出後に返送されるフィードバック票を用いて利用者へのフィードバックを実施している割合は、「要介護 1-2」で 35.7%、「要介護 3-5」で 26.3%であった（図 6-3-8）。中重度者でフィードバックの実施割合が低い傾向がみられたが、認知機能の低下等により利用者本人への説明が困難な場合があることも一因として考えられる。

LIFE から返送されるフィードバック票は、利用者の状態像を客観的データとして示すものであり、利用者自身が課題を理解し、目標に向けて主体的に取り組を進めるための重要なツールとなり得る。令和 5 年度調査においても、効果的なリハマネジメントには、利用者本人が将来の見通しを理解し、関係者間で目標を共有することが重要であると指摘されている。

一方で、本調査結果からは、事業所間でフィードバック票の活用には大きな差異があることが示された。フィードバック票を全利用者に活用している事業所がある一方、ほとんど活用していない事業所も存在しており、活用方法や効果的な説明手法に関する知見の共有が求められる。利用者へのフィードバックは、自己効力感の向上や自己実現に向けた動機づけを

高め、目標達成に向けた意欲を喚起する上で重要であることから、フィードバック票の積極的な活用を促進するための方策を検討する必要がある。

## ○ 退院・退所前カンファレンスにおける情報連携

〈新規利用者の状況〉

本調査において、過去 3 ヶ月間に新規利用者がいた事業所の割合は 77.7%であった（図 3-2-8）。新規利用者がいた事業所における新規利用者数の平均は 7.6 人であり（表 3-2-1）、令和 4 年度調査（新規利用者がいた割合 74.7%、新規利用者数の平均 9.1 人）と比較すると、新規利用者を受け入れている事業所の割合はやや増加した一方、1 事業所当たりの新規利用者数は減少傾向にあった。

訪問件数別にみると、新規利用者がいた割合は「15 件以上」で 95.3%、「5 件以上 15 件未満」で 92.2%であり、「5 件未満」（58.3%）と比較して高かった（図 3-2-9）。令和 5 年度調査でも訪問リハ事業所は小規模な事業所が多いことが指摘されており、事業所規模が小さい場合には新規利用者の受入れが限定的となる傾向が示唆された。

新規利用者の利用前の所在別にみると、平均人数は「自宅」3.6 人、「医療機関」3.2 人であり、「介護老人保健施設」0.3 人と比較して多かった（表 3-2-1）。介護度別にみると、「要介護 1-2」では「自宅」が 46.6%と最も高かった。一方、「要介護 3-5」では「回復期リハ病棟」が 31.3%と最も高く、「自宅」が 30.5%で続いた（図 6-1-10）。中重度者では、医療機関からの退院後に訪問リハの利用を開始する割合が高いことから、急性期・回復期から生活期への切れ目のないリハ提供体制の構築が重要である。

利用前の所在が医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院であった利用者において、入院・入所中にリハの提供があった割合は、要介護度別および利用前所在別にみても概ね 9 割であった（図 6-1-11、表 6-1-6）。このように、訪問リハの新規利用者の多くは医療機関等で既にリハを受けており、生活期においても継続性を確保する目的で訪問リハを利用していると考えられる。令和 5 年度調査でも、適時適切なリハサービス提供に向けて医療機関との協働を深める重要性が指摘されており、リハ計画書の授受や退院前カンファレンスへの参加等を通じた医療・介護連携の強化が引き続き求められる。

〈退院・退所前カンファレンスへの参加〉

令和 6 年度介護報酬改定では、退院後早期のリハ実施に向けた退院時情報連携を推進する観点から、事業所の理学療法士等が医療機関の退院前カンファレンスに参加する「退院時共同指導加算」が新設された。本調査では、医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院からの新規利用者に対し、退院・退所前カンファレンスへ参加したことがある事業所は 60.0%であった（図 3-2-11）。

事業所票により各種加算の算定状況をみると、「退院時共同指導加算」の算定割合は、要介護で 43.5%、要支援で 36.9%であった（図 3-3-13、3-4-2）。利用者票における退院・退

所前カンファレンスへの参加割合は、「要介護 1-2」で 26.8%、「要介護 3-5」で 31.3%であった（図 6-1-12）。また、各種加算の取組における「退院時共同指導加算」の算定割合は、「要介護 1-2」で 10.2%、「要介護 3-5」で 16.6%であった（図 6-3-14）。

これらの結果から、退院・退所前カンファレンスへの参加は一定数確認されたものの、その一部は加算算定に結び付いていない状況がうかがえた。加算の趣旨、算定要件および運用上の留意点について、引き続き周知を図る必要がある。なお、利用前所在別にみると、加算対象ではない「介護老人保健施設」においても参加が 27.6%みられた（表 6-1-7）。訪問看護では、介護老人保健施設の退所時カンファレンスも退院時共同指導加算の対象として認められていることから、訪問リハにおいても同様の取扱いを検討する余地がある。

#### 〈退院・退所前カンファレンスの効果〉

退院・退所前カンファレンスへの参加は、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの充実に寄与していることが示された。利用前所在が医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間を参加有無別にみると、「参加あり」では「3 日以内」が 50.9%と高い割合を示した（図 6-1-20）。退院・退所前カンファレンスへの参加により、入院・入所中の情報を事前に把握し、退院・退所後速やかにリハを開始できる体制整備につながっている可能性がある。

退院・退所前カンファレンスで共有された内容は、「退院・退所後の生活目標」が 89.8%と最も高く、次いで「入院・入所中の経過」88.9%、「在宅生活における療養上の注意点」88.0%、「医学的情報（疾患・健康状態等）」87.0%、「心身機能や ADL の見通し」82.4%、「リハ実施上の留意点」78.7%であった（図 3-2-13）。介護度別にみると、「要介護 1-2」では「退院・退所後の生活目標」「心身機能や ADL の見通し」「医学的情報（疾患・健康状態等）」「入院・入所中の経過」の 4 項目で 7 割を超えた。一方、「要介護 3-5」では「入院・入所中の経過」「医学的情報（疾患・健康状態等）」「退院・退所後の生活目標」「在宅生活における療養上の注意点」の 4 項目で 7 割を超えた（図 6-1-13）。軽度者では生活目標や見通しに関する情報共有が重視される一方、中重度者では入院中の経過や在宅療養上の注意点等の医療的情報の共有が相対的に重視されており、利用者の状態像に応じて協議内容を調整している状況がうかがえた。

特に「退院・退所後の生活目標」の共有割合が高いことは、医療機関等におけるリハと連動し、在宅生活に向けた支援を早期から実施する上で有用である。令和 5 年度調査でも、適時適切なリハサービス提供に向けて医療機関との協働を深める重要性が指摘されており、退院・退所前カンファレンスへの積極的な参加を通じた医療・介護連携の強化は、切れ目のないリハ提供体制の構築に資すると考えられる。

#### 〈退院・退所前カンファレンスに関する課題と対応〉

退院・退所前カンファレンス参加に係る課題としては、「退院・退所前カンファレンスへ

の参加依頼がない」が50.1%と最も高く、次いで「退院・退所までに訪問リハの利用が決まっていない」が45.6%、「開催連絡から実際の開催まで時間が短く調整が困難」が42.3%であった（図3-2-18）。参加有無別にみると、「参加なし」の事業所では「事業所の人材不足のため、医療機関等へ訪問することが難しい」の割合が相対的に高く、「参加あり」の事業所では「開催連絡から実際の開催まで時間が短く調整が困難」の割合が相対的に高かった（図3-2-19）。参加経験のない事業所では人員体制の問題が参加の障壁となっている一方、参加経験のある事業所では日程調整の困難さが実務上の課題として認識されている状況がうかがえた。

開設主体別に参加割合をみると、「病院」は69.2%と高く、「診療所」は32.0%と低かった（図3-2-12）。また、「同一法人」は34.1%で「他法人」の18.2%より参加割合が高く（表6-1-7）、通所リハと同様に、現状では既に関係性のある医療機関に出向いて参加している傾向が示唆された。

令和6年度診療報酬改定では、退院時共同指導料における参加職種について、介護保険によるリハを提供する事業所の医師や理学療法士等の参加を求めることが望ましいとされた。令和5年度調査報告書でも、適時適切なりハサービス提供に向けて、日頃からの情報共有等を通じて訪問リハと医療機関の協働を一層深め、本人・家族に対してリハサービスの必要性を伝えていく重要性が指摘されている。以上を踏まえると、本調査結果は、医療機関側に対する訪問リハの役割や退院・退所前カンファレンス参加の意義に関する周知、退院に向けた意思決定プロセスへの早期からの関与等、医療機関との情報共有を更に加速させる必要性を示している。

事業所外における退院・退所前カンファレンス参加に向けた工夫としては、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」が50.1%と最も高く、「ケアマネジャーへの説明・広報」が41.0%で続いた（図3-2-16）。参加有無別にみると、「参加あり」の事業所では「医療機関等との定期的な情報共有」の割合が相対的に高かった（図3-2-17）。ケアマネジャーとの連携強化が広く講じられている一方、参加実績のある事業所では医療機関と直接連携している状況がうかがえた。退院・退所前カンファレンスへの参加機会を確保するためには、ケアマネジャーを介した間接的な連携に加え、医療機関との直接的な関係構築が有効であると考えられる。

事業所内における工夫としては、「職員の勤務時間調整」が52.9%と最も高かった（図3-2-14）。参加有無別に「職員の勤務時間調整」の割合をみると、「参加あり」は63.0%、「参加なし」は53.5%であった。一方、「特になし」の割合は「参加あり」が8.3%であるのに対し、「参加なし」は23.9%であった（図3-2-15）。参加実績のある事業所では、職員の勤務調整等の具体的な工夫を積極的に講じている状況が確認された。

退院・退所前カンファレンスへの参加を促進するためには、参加職員の勤務調整が重要な要素となることから、訪問業務との両立を図るための柔軟な勤務体制の整備が求められる。加えて、前述のとおり人員不足が参加の障壁となっている事業所も存在することから、今後

は人員体制の増強も含めた事業所の体制整備を進めることが望まれる。

## ○ リハ計画書の受け取り

### 〈リハ計画書の受領状況〉

令和 6 年度介護報酬改定では、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的かつ質の高いリハを実施する観点から、医療機関のリハ計画書の受領が義務化された。本調査では、医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院からの新規利用者に対し、リハ計画書を受領した事業所の割合は 86.7%であった（図 3-2-20）。令和 4 年度調査における医療機関からのリハ計画書の提供割合（37.8%）と比較すると、大幅な増加がみられた。なお、利用者票における入院・入所中のリハ計画書を受領した割合は、「要介護 1-2」で 72.2%、「要介護 3-5」で 76.4%であった（図 6-1-15）。

リハ計画書の受領時期は「退院・退所時」が 4 割と最も高く、「入院・入所中」は 3 割であった（図 6-1-16）。受領時期として訪問リハ事業所におけるリハ計画書の作成や、退院後早期からの効果的なりハ実施に向けては、より早期に受領できることが望ましい。通所リハにおいても同様の課題が指摘されているが、退院前の段階でリハ計画書を受領することにより、入院中のリハの経過や到達状況、退院後の生活目標等を事前に把握し、切れ目のないリハ提供体制の構築が可能となる。退院・退所前カンファレンスへの参加と併せて、リハ計画書の早期受領を促進することは、医療から介護への円滑な移行支援に資すると考えられる。

また、リハ計画書の内容を充実させることで、医療機関におけるサマリー作成の負担を軽減できる可能性がある。現状では、退院時サマリーとリハ計画書が別々に作成されている場合も想定され、書類作成業務の重複が医療機関側の負担となっている可能性がある。リハ計画書の様式および記載内容の標準化を進め、退院時サマリーとしての機能を兼ね備えた形式とすることで、医療機関における書類業務の削減につながる可能性がある。

### 〈リハ計画書受領の効果〉

医療機関等から受領したリハ計画書に記載されていた目標を介護度別にみると、「要介護 1-2」では「歩行・移動能力の向上」が 82.1%と最も高く、次いで「日常生活動作（ADL）の改善（入浴動作を除く）」が 67.9%、「身体機能の向上」が 64.3%であった。「要介護 3-5」では「歩行・移動能力の向上」が 69.1%、「日常生活動作（ADL）の改善（入浴動作を除く）」が 63.8%、「基本動作能力の向上」が 63.3%の順に高かった（図 6-1-17）。

軽度者では、身体機能の向上を含む活動性の拡大が目標として設定される傾向がある一方、中重度者では基本動作能力の獲得・維持が相対的に重視されている状況がうかがえた。医療機関等におけるリハの目標が利用者の状態像に応じて設定されており、訪問リハ事業所がこれらの情報を受領することで、入院中に設定された目標との連続性を確保した支援が可能となる。

受領したリハ計画書の活用方法としては、「医学的情報（疾患・健康状態等）を把握した」「入院・入所中の経過を理解した」「心身機能や ADL の見通しを把握した」の 3 項目が、いずれも概ね 7 割を超えた（図 6-1-18）。訪問リハ事業所では、医療機関のリハ計画書から医学的情報や入院・入所中の経過を中心に、サービス提供に必要な事前情報を取得している状況が確認できた。入院中のリハで得られた成果や残存課題を把握した上で訪問リハを開始することにより、在宅生活の早期安定化に寄与する可能性がある。特に、心身機能や ADL の見通しに関する情報は、訪問リハにおける目標設定やプログラム立案の基礎となるものであり、リハ計画書を通じた情報共有の意義は大きい。

リハ計画書の受領は、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの充実に寄与していることが示された。利用前所在が医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院であった利用者について、退院・退所から利用開始までの期間をリハ計画書受領の有無別にみると、「受領あり」では「3 日以内」が 42.5%、「7 日以内」が 35.8%と高かった（図 6-1-21）。リハ計画書を事前に受領することで、利用者の状態像や入院・入所中の経過を把握した上で、速やかにサービス提供を開始できる体制整備につながっている可能性が示唆された。

また、リハ計画書を受領した利用者では、リハマネ加算の算定割合が 47.3%と高かった（表 6-3-1）。医療機関から提供される情報を活用することにより、訪問リハにおけるリハマネジメントの質の向上につながっている状況がうかがえる。

#### 〈リハ計画書の受領に関する課題と対応〉

リハ計画書受領に係る課題としては、「医療機関等が訪問リハにおいてリハ計画書の受領義務があることを理解していない」が 44.1%と最も高かった（図 3-2-26）。令和 6 年度診療報酬改定では、疾患別リハ料を算定する患者が通所リハ又は訪問リハへ移行する場合、リハ実施計画書等を提供することが要件とされた。しかし、退院前の所在となる医療機関には急性期病棟、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟等が含まれ、病棟におけるリハの関与があっても疾患別リハの提供がない場合には、リハ計画書が作成・提供されない可能性がある。この点は通所リハと同様の課題であり、今後の検討事項として整理しておく必要がある。

また、受領有無別にみると、「受領あり」の事業所では「医療機関等からリハ計画書を送付されてくるまでに時間がかかる」の割合が相対的に高かった（図 3-2-27）。受領体制が整備されている事業所においても、計画書の送付に要する時間が実務上の課題として認識されている状況がうかがえた。

事業所内におけるリハ計画書受領に向けた工夫としては、「特になし」が 33.4%と最も高かった（図 3-2-22）。受領有無別にみると、「受領あり」の事業所では「職員の研修・教育」が 44.2%と高い一方、「受領なし」の事業所では「特になし」が 40.9%と高かった（図 3-2-23）。リハ計画書を受領できている事業所では、職員研修・教育を通じて、受領の意義や具体的手順に関する理解を深めている状況が確認された。

リハ計画書の受領方法は、「ケアマネジャーを經由」が 48.7%、「医療機関等から対面手渡

し」が44.9%と高かった(図3-2-21)。ケアマネジャーを介した受領が最多である一方、医療機関等から直接受領しているケースも相当数存在することが示された。

事業所外における受領に向けた工夫としては、「ケアマネジャーへの説明・広報」が51.1%、「ケアマネジャーとの定期的な情報共有」が49.4%の順に高かった(図3-2-24)。受領有無別にみると、「受領あり」の事業所では「医療機関等におけるリハ実施状況の確認」の割合が相対的に高かった(図3-2-25)。リハ計画書を確実に受領している事業所では、医療機関におけるリハの実施状況を能動的に確認し、計画書の提供を働きかけている状況がうかがえた。

リハ計画書受領に関する課題への対応としては、ケアマネジャーとの連携強化を通じた取組が多く講じられていることが明らかとなった。一方、より円滑な情報共有を実現するためには、ケアマネジャーを介した連携に加え、医療機関と訪問リハ事業所間の直接的な情報共有体制の構築が求められる。さらに、今後の課題解決に向けては、医療情報基盤および介護情報基盤の早期整備と、その連携による情報共有プラットフォームの整備が必要である。

## ○ 医師の関わり

### 〈医師の診察方法〉

訪問リハでは、事業所医師による利用者の診察が基本報酬の算定要件として位置づけられている。本調査における事業所医師の診察方法は、「外来診察」が80.0%、「訪問診察」が62.3%であった。なお、「上記以外の方法で診察」は9.1%であり、その内容としては「オンライン診察」との回答が多かった(図3-1-8)。

診察方法の組合せをみると、「外来診察のみ」は29.6%、「訪問診察のみ」は10.9%であり、外来診察と訪問診察を併用している事業所が約半数を占めた。開設主体別にみると、「病院」および「診療所」では「外来診察のみ」の割合が高い傾向にある一方、「介護老人保健施設」では「訪問診察のみ」の割合が高い傾向を示した(表3-1-4)。病院・診療所では外来診療と併せて利用者の診察を実施していることが多いのに対し、介護老人保健施設では外来診療機能を有しないことから、訪問診察による対応が中心となっている可能性がある。

訪問件数別にみると、「5件以上15件未満」および「5件未満」の事業所では「外来診察のみ」の割合が相対的に高かった(表3-1-4)。小規模事業所では、医師が訪問診察に出向くための時間的・人的余裕が限られていることから、外来診察による対応が中心となっている可能性がある。利用者の状態像や通院の可否に応じて適切な診察方法を選択できるよう、事業所の体制整備が求められる。

### 〈入院時の医師からの情報提供〉

令和6年度介護報酬改定では、入院中にリハを受けていた利用者が退院後早期に介護保険のリハを開始できるよう、退院後1ヶ月に限り、入院中の医療機関の医師による情報提供に基づき訪問リハを実施した場合には、診療未実施減算を適用しない取扱いとなった。本

調査では、入院時の医師からの情報提供により訪問リハを開始した利用者がいた事業所の割合は39.6%であった（図3-2-10）。

入院時の医師からの情報提供により訪問リハを開始した利用者がいる事業所では、退院・退所前カンファレンスへ参加した割合が71.6%であり、該当利用者がいない事業所（55.9%）と比較して高かった（表3-2-4）。入院時の医師が訪問リハの必要性を判断し、早期から訪問リハ事業所との連携を図った場合、退院・退所前カンファレンスへの参加機会が確保されやすい可能性が示唆された。

入院中の医師からの情報提供に基づく訪問リハ開始の仕組みは、医療・介護連携を促進する有効な手段の一つであり、退院・退所前カンファレンスへの参加やリハ計画書の受領と併せて活用することにより、退院後早期からの質の高いリハ提供体制の構築に寄与すると考えられる。

#### 〈診療未実施減算〉

令和6年度介護報酬改定では、診療未実施減算に係る経過措置が延長された。当該経過措置では、事業所医師以外のかかりつけ医が医学的管理を行っている場合に、当該医師が適切な研修を修了していること等を要件とし、その研修修了等の有無を確認の上、訪問リハ計画書に記載することが求められている。

本調査において、診療未実施減算（かかりつけ医の診療に基づく訪問リハ提供）の対象となる利用者がいる事業所の割合は30.4%であった（図3-3-9）。利用者票でも、かかりつけ医の診察に基づく訪問リハを実施した割合は18.3%であり（図6-3-10）、一定数の利用者がかかりつけ医の診療に基づく訪問リハを利用している状況が確認された。

診療未実施減算の対象者がいる事業所のうち、かかりつけ医における研修受講を確認できた割合は、「全員に確認できた」が30.0%、「一部確認できた」が40.0%であった（図3-3-10）。研修受講の確認ができた事業所における確認方法としては、「医師より口頭のみ」が36.9%と高かった。また、「その他」が45.2%であり、その内訳として「書面にて確認（郵送・FAX）」「診療情報提供書への記載依頼」「事務部門や連携室等を介した口頭確認」等が挙げられ（図3-3-11、表3-3-3）、事業所ごとに様々な方法で対応している状況がうかがえた。

事業所票で確認できたかかりつけ医の研修受講状況は、「3割未満」が48.8%と最も高かった（図3-3-12）。利用者票でも、該当利用者のかかりつけ医が必要な研修等を「受講している」割合は23.4%にとどまり、「確認できていない（わからない）」が56.5%と最も高かった（図6-3-11）。なお、研修を受講していないかかりつけ医について、研修未受講理由を確認した割合は26.7%であった（図6-3-12）。

以上より、かかりつけ医研修の受講状況について、未受講が多い現状が確認された。また、訪問リハ事業所がかかりつけ医の研修受講状況を確認すること自体が困難である状況も明らかとなった。診療情報提供書を発行している医療機関等には同様の照会が多数寄せられ

る可能性があり、医療機関側の事務負担増も懸念される。

一部の都道府県医師会では、かかりつけ医研修の受講者リストをインターネット上で公開している。こうした取組は、訪問リハ事業所における確認作業の効率化に資するものである。診療未実施減算の適正な運用と事務負担の軽減を両立する観点から、公開されている研修受講者情報の活用が望まれる。

## ○ 目標達成による修了に向けた関わり

### 〈利用終了者の状況〉

本調査において、令和7年4～6月の3ヶ月間に利用終了者がいた事業所の割合は71.6%であった(図3-2-28)。利用終了者がいた事業所における利用終了者数の平均は6.5人であり、このうち心身機能やADLの改善、目標達成により修了した者は2.4人であった(表3-2-5)。令和4年度調査では、3ヶ月間に利用終了者がいた事業所の割合は70.4%、利用終了者数の平均は6.3人、終了者に占める修了者の割合は37.3%であった。これらと比較すると、本調査では利用終了者数がやや増加しているものの、修了者の割合に大きな変化はみられなかった。

各種加算の算定状況では、「移行支援加算」の算定割合は31.9%であった(図3-3-13)。令和4年度調査(27.4%)と比較すると微増しており、目標達成後の他サービスへの移行支援に取り組む事業所が増加している状況がうかがえた。令和5年度調査でも、目標達成による修了に向けて地域の通いの場等への移行支援の重要性が指摘されており、移行支援加算の算定割合の増加は、事業所において修了を見据えた支援の取り組みが進展していることを示唆している。

### 〈利用開始時の状況〉

利用開始時の状況については、令和4年度調査と比べて大きな変化はみられなかった。介護度は「要介護1-2」が5割を占め(図6-1-1)、利用開始6ヶ月後の利用状況別にみると、「利用修了者」は47.3%、「利用継続者」は48.9%であり、大きな差はみられなかった(表6-1-1)。年齢は「要介護1-2」において「75-84歳」が39.0%、「85歳以上」が36.6%であり、後期高齢者の割合が高かった(図6-1-2)。また、利用開始時の認知症高齢者の日常生活自立度は、「利用継続者」で低い傾向を示した(表6-1-3)。

リハが必要となった原因は、「要介護1-2」では「骨折(圧迫骨折を含む)」が26.4%と最も高く、次いで「脳卒中」24.5%、「廃用症候群」16.9%であった(図6-1-7)。利用前の所在は、「利用修了者」では「医療機関」が67.0%と高い一方、「利用継続者」では「自宅」が42.9%と高かった(表6-1-5)。医療機関からの退院後に訪問リハを開始した利用者は、明確な生活目標を有し、集中的な支援により修了に至りやすい傾向にある。

利用前の所在が「自宅」であった利用者について、利用前サービスや地域活動への参加状況をみると、「要介護1-2」では「地域活動等の利用なし」が37.2%と最も高かった(図6-

1-22)。また、利用開始時の生活空間の広がり（LSA）は「24点以下」が53.0%と高かった（図6-2-7）。自宅から訪問リハを開始する利用者では、閉じこもり傾向に伴うフレイル状態にある可能性が示唆される。

#### 〈利用開始時の能力と目標設定〉

利用開始時のADL（Barthel Index）は、「要介護1-2」では「100点」が7.4%、「80-95点」が59.1%、「60-75点」が23.0%であった（図6-2-5）。項目別に満点の割合をみると、「要介護1-2」では「入浴」が29.9%、「平地歩行」が30.4%、「階段昇降」が18.5%と低かった（表6-2-6）。また、利用開始時のADLは「利用継続者」で点数が低い傾向にあった（表6-2-5）。

利用開始時のIADL（FAI）は、「要介護1-2」では「10-18点」が18.5%、「0-9点」が72.4%であり（図6-2-6）、IADLに課題を抱える利用者が多い状況が確認された。項目別にみると、「要介護1-2」では「食事の片づけ」「食事の用意」「外出」の点数が相対的に高い傾向にあった（表6-2-8）。

ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「要介護1-2」では「身体機能の維持・向上」が84.6%と最も高く、次いで「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」が71.5%であった（図6-1-26）。本人・家族の希望においても、「要介護1-2」では「身体機能の維持・向上」が82.7%、「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」が72.2%と高かった（図6-1-27）。

訪問リハ計画書に位置付けた目標は、「要介護1-2」では「歩行・移動能力の向上」が85.0%、「身体機能の向上」が75.1%、「転倒予防」が64.1%と高かった。一方、「地域における社会参加の促進」は11.4%と低かった（図6-2-10）。本人・家族の希望やケアマネジャーの課題認識に沿う形で訪問リハの目標が設定されている状況がうかがえるが、社会参加に関する目標設定は十分とはいえない。

令和4年度調査報告書では、社会参加の目標を明確化し、外出機会の創出等により活動性を高めることで修了につながる事が指摘されている。閉じこもり傾向に伴うフレイル状態が推察される利用者に対しては、外出機会の創出を目指す目標を関係者間で共有していくことが重要である。他方、利用開始時点でADLが低い状況を踏まえると、まずは「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」に重点的に対応し、その上で外出へと段階的にステップアップさせるアプローチも重要である。

#### 〈提供サービスの状況〉

提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」および「関節可動域訓練」の割合が8割を超え、次いで「バランス訓練」が多かった（図6-3-20）。歩行訓練については、「要介護1-2」において「歩行訓練（平地）」が87.6%、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」が58.2%であり（図6-3-22）、訪問リハ計画書に位置付けた目標に沿ってプログラム

が提供されている状況が確認できた。

提供サービスにおける ADL 練習では、「要介護 1-2」において「階段昇降訓練」が 42.3%と最も高く、「入浴訓練」は 18.3%であった（図 6-3-23）。IADL 練習では「外出訓練」が 34.7%と相対的に高かったものの、他の項目はいずれも 1 割未満であった（図 6-3-24）。また、「ADL 訓練の実施なし」は 28.0%、「IADL 訓練の実施なし」は 47.7%であり、ADL 練習・IADL 練習の双方が「実施なし」の割合は、「要介護 1-2」で 22.6%であった（図 6-3-23、6-3-24）。社会参加に関する取組では、「社会参加への支援の実施なし」が 8 割を占めた（表 6-3-11）。

令和 4 年度調査では、「要介護 1-2」における ADL 練習（セルフケア）の実施割合は 31.9%、IADL 練習は 28.4%であった。本調査では実施割合の向上が確認されたものの、なおニーズに十分対応できていない可能性がある。令和 4 年度調査報告書では、活動・参加の向上に向けては、ADL や IADL に関する実践的な練習を実施する必要性が示されており、更なる充実が求められる。

#### 〈6 ヶ月後の変化と修了〉

ADL の変化における「向上」の割合は、「要介護 1-2」で 34.2%であった（図 6-4-2）。IADL の変化における「向上」の割合は 50.1%、活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は 38.8%であった（図 6-4-3、6-4-4）。通所リハと比較して、ADL・IADL・LSA が向上した割合は高い傾向にあった。

ADL の変化における「向上」の割合を提供サービス内容別にみると、「ADL 練習あり」および「IADL 練習あり」では 4 割を超え、「実施なし」（22.4%）より高かった（表 6-4-4）。IADL の変化における「向上」の割合は、「IADL 練習あり」で 59.9%であり、「実施なし」（33.1%）を上回った（表 6-4-5）。また、利用開始時の ADL 点数が高い利用者および ADL 練習・IADL 練習を提供した利用者では、「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高い傾向にあった（表 6-3-3）。生活場面に即した実践的な練習の効果が示唆され、居宅内にとどまらず屋外での実践的な評価・練習を行うことの有用性がうかがえた。

6 ヶ月後の利用状況別にみると、ADL の変化における「向上」の割合は「利用修了者」で 44.0%、「利用継続者」で 33.6%であった（表 6-4-4）。IADL の変化における「向上」の割合は「利用修了者」で 63.9%、「利用継続者」で 40.5%であった（表 6-4-5）。活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は「利用修了者」で 52.2%、「利用継続者」で 30.6%であった（表 6-4-6）。修了者では、ADL よりも IADL および LSA で向上した割合が高く、提供サービスの IADL 練習では、利用修了者における「外出訓練」の実施割合が 41.8%と高かった（表 6-3-5）。

ADL の改善を基盤としつつ、IADL や活動範囲の拡大に向けた支援を行うことが修了につながる可能性が示唆された。閉じこもり傾向に伴うフレイル状態が推察される利用者に対しては、外出機会の創出を目指し、関係者間で目標を共有していくことが重要である。

#### 〈修了後の支援体制〉

修了後の支援体制については、十分なフォローアップが実施されているとは言い難い状況が確認された。事業所における各種取組の実施状況では、「地域の通いの場等への同行評価」および「終了した利用者の継続的な評価・助言」はいずれも2割未満であった（図3-3-17）。また、利用者票における修了後の利用サービスや地域支援との連携状況では「実施あり」が概ね2割にとどまり、修了後の心身機能・生活状況の確認についても「実施あり」は4～5割であった（図6-4-11、6-4-12）。

令和4年度調査でも、ケアマネジャーへの調査結果として、本人・家族が修了後の身体機能やADLの低下を懸念していることが、目標達成による修了を困難にしている要因の一つであると指摘されている。修了後の不安を軽減し、安心して地域生活を継続できるようにするためには、フォローアップ体制の強化および地域資源との連携促進が求められる。

#### 〈継続利用者の状況〉

一方で、継続的な支援を要する利用者も一定数存在する。利用開始6ヶ月後の利用状況について、「利用を継続し、修了の予定はない」は「要介護1-2」で66.5%であった（図6-4-6）。訪問リハの利用を継続した理由は、「本人・家族の希望」および「運動機会や活動量の維持が必要」の割合が高かった。なお、複数回答のうち「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は「要介護1-2」で4.5%、「要介護3-5」で2.9%と低く、多くの利用者では継続利用に関する客観的理由が併存していることが確認された。

また、継続理由として「心身機能やADLの変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は、「要介護1-2」で32.7%であった（図6-4-7）。想定される心身機能・ADL変化の要因としては、「骨関節疾患」「認知症」「進行性の神経疾患」の割合が高かった（図6-4-8）。これらの疾患特性を踏まえ、状態変化を予測しながら継続的な評価・支援を行うことは、在宅生活の維持において重要な役割を果たしていると考えられる。

### ○ 認知症を有する利用者への関わり

#### 〈認知症を有する利用者の特徴と評価〉

訪問リハ利用者における認知症高齢者の日常生活自立度が「非該当」である割合は、「要介護1-2」で36.6%、「要介護3-5」で31.3%であった（図6-1-4）。利用開始時の心身機能上の課題として「見当識障害」がある割合は、「要介護1-2」で18.1%、「要介護3-5」で30.8%であり、「記憶障害」がある割合は、「要介護1-2」で27.1%、「要介護3-5」で35.8%であった（図6-2-1）。これらの結果は令和4年度調査と比較して大きな差はみられず、訪問リハ利用者において認知症を有する者が一定程度存在する状況が継続していることが示された。

利用開始時に認知機能評価を実施している割合は約4割であった（図6-2-3）。認知機能評価を実施した利用者の評価点数は、「21-29点」が5割前後と高く、「11-20点」も2割を占めた（図6-2-4）。前述のとおり、認知症高齢者の日常生活自立度が「非該当」以外の利用

者が一定数存在することを踏まえると、認知機能評価の実施割合は十分とはいえない。

訪問リハでは、実生活に即した関わりに重点を置くことが求められることから、認知機能の評価においても、LIFE の評価項目として位置づけられている「生活・認知機能尺度」の活用が望ましい。生活場面における認知機能の影響を適切に評価し、日常生活上の課題を明確化することで、より効果的な支援につなげることが期待される。

#### 〈利用開始時の目標設定〉

利用開始時の ADL (Barthel Index) を認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「II」および「IIIIVM」で点数が低い傾向にあった(表 6-2-4)。同様に、利用開始時の IADL (FAI) についても、認知症高齢者の日常生活自立度別では「IIIIVM」で点数が低い傾向を示した(表 6-2-7)。認知症の重症度が高いほど ADL および IADL の遂行能力が低下している状況が確認され、認知症を有する利用者に対しては、身体機能面のみならず、認知機能低下に伴う生活動作への影響を考慮した支援が必要であることが示唆された。

ケアマネジャーが考える解決すべき課題を認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、「II」「IIIIVM」にて「認知・精神機能の維持・向上」「家族や介護者の不安軽減」の割合が、さらに「IIIIVM」では「介護負担の軽減」「家族や介護者への介助伝達や助言」の割合が比較的高い傾向にあった(表 6-1-9)。これらの結果から、認知症を有する利用者では、本人への支援に加えて、家族や介護者への支援が求められている状況がうかがえる。

訪問リハでは、家族・介護者の負担軽減に向けて、中核症状への直接的な介入に限らず、環境への適応支援や行動・心理症状への対応を含めた関わりが重要となる。生活環境の調整、介助方法の指導、家族への助言等を通じて、認知症を有する利用者が安心して在宅生活を継続できるよう支援していくことが求められる。

#### 〈認知症を有する利用者への関わり〉

令和 6 年度介護報酬改定では、認知症リハを推進する観点から、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力および社会適応能力を最大限に活かしつつ、利用者の生活機能の改善を図るリハの実施を評価する新たな加算として「認知症短期集中リハ実施加算」が創設された。

認知症短期集中リハ実施加算を算定している利用者では、高次脳機能への関わりとして「見当識訓練」「遂行機能訓練」「注意訓練」の実施割合が高く、「ADL 訓練の実施なし」は 9.1%と低かった(表 6-3-6、6-3-4)。このことから、認知機能低下に伴い ADL の遂行が困難となっている利用者に対し、生活動作の維持・改善に向けた実践的な練習が相対的に積極的に行われている状況がうかがえた。

また、環境調整・支援に関する関わりでは、「福祉用具・自助具の評価・選定」が 81.8%、「家族・支援者への助言」が 72.7%、「家屋評価・調整」が 63.6%と高かった(表 6-3-9)。

認知機能低下により生活動作の遂行が困難となっている利用者に対して、物的環境の整備を通じて生活機能の改善を図るとともに、家族・支援者へ介助方法の指導や助言を行うことで、在宅生活の継続を支援している状況が確認された。

さらに、評価・助言に関する取組では、「生活習慣に関する助言」「併用サービス等への助言」「栄養状態の評価・助言」の実施割合が相対的に高い傾向にあった（表 6-3-10）。認知症を有する利用者では、生活リズムの乱れや食事摂取に関する課題等が生じやすいことから、これらに対する包括的な支援が求められる。また、併用サービス等への助言を通じて他の介護サービス事業所との連携を図り、一貫した支援を提供することも重要である。

#### 〈認知症短期集中リハ実施加算の現状と課題〉

本調査における各種加算の算定状況では、「認知症短期集中リハ実施加算」の算定割合は 9.6%であった（図 3-3-13）。一方、利用者票における各種加算の取組状況では、当該加算の実施割合は「要介護 1-2」で 1.0%、「要介護 3-5」で 1.7%にとどまった（図 6-3-14）。令和 6 年度改定で新設された加算であることを踏まえても、認知症短期集中リハ実施加算への取組は十分に進展していない状況が確認された。

事業所票における認知症短期集中リハ実施加算に関わる職種は、「医師」68.4%、「理学療法士」71.1%、「作業療法士」71.1%であった（表 3-3-5）。利用者票における実施職種は「理学療法士」が 72.7%と高い一方、「作業療法士」は 27.3%にとどまった（図 6-3-16）。

訪問リハ事業所における専門職の配置状況は、「理学療法士」が 95.4%、「作業療法士」が 67.3%であり（図 3-1-4）、全ての訪問リハ事業所に作業療法士が配置されているわけではない。認知症を有する利用者への支援では、生活行為に焦点を当てた作業療法的アプローチが有効とされるものの、現状では理学療法士が中心となって対応している状況がうかがえる。理学療法士においても、認知症に関する知識・技能を高め、適切に対応していくことが求められる。

認知症短期集中リハ実施加算を算定する上での課題としては、「対象者が少ない（いない）」の割合が最も高かった（図 3-3-15）。しかし、前述のとおり認知症高齢者の日常生活自立度が「非該当」以外の利用者が一定数存在することを踏まえると、「対象者が少ない」との認識は実態と乖離している可能性がある。認知機能に関するアセスメントが十分に行われていないことにより、加算の対象となり得る利用者が見落とされている可能性が考えられることから、「生活・認知機能尺度」等を活用しつつアセスメントの充実を図り、認知症を有する利用者を適切に把握することが望まれる。

また、理学療法士のアセスメント能力の向上を図りつつ、認知症を有する利用者へのより専門的な関与に向けて、作業療法士の関与割合を高めることが望まれる。作業療法士の配置がない事業所では、外部の作業療法士との連携や、理学療法士に対する認知症リハに関する研修機会の確保等を検討する必要がある。

加算算定上の課題として「事業所医師が認知症リハに関する研修を受講していない」「事

業所医師にて認知症の判断が難しい」と回答した事業所の割合は、算定の有無にかかわらず2割程度であった（図 3-3-15）。また、利用者票では、認知症短期集中リハ実施加算の必要性を判断した医師は「事業所医師」が81.8%と高かった（図 6-3-15）。

現時点では「対象者が少ない」との認識が主たる課題となっているが、アセスメントの充実により対象者の把握が進んだ場合には、医師の研修受講や認知症の判断に関する課題が顕在化する可能性がある。認知症短期集中リハ実施加算の算定促進に向けては、段階的に課題解決を図る必要があり、まずはアセスメントの充実による対象者の適切な把握を進めるとともに、医師および専門職の研修体制整備を並行して進めていくことが重要である。

## ○ 口腔機能の評価

〈口腔管理の状況〉

令和6年度介護報酬改定では、リハ・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハマネジメントの見直しが行われた。口腔機能の維持・向上は、栄養状態の改善や誤嚥性肺炎の予防等を通じて利用者の生活機能全体に影響を及ぼすことから、リハと一体的に取り組むことが求められる。

本調査において、利用開始時の心身機能の課題として口腔機能の課題がある割合は、「要介護 1-2」で3.6%、「要介護 3-5」で10.6%であった。一方、「わからない」の割合が「要介護 1-2」で13.8%、「要介護 3-5」で18.8%と一定数みられた（図 6-2-2）。口腔機能の課題の有無を把握できていない利用者が相当数存在しており、アセスメントが十分に行われていない可能性が示唆された。

要支援においても、利用開始時の心身機能の課題として口腔機能の課題がある割合は、「両年実施」で4.4%であり、「新規実施」および「両年未実施」は0.0%であった（図 7-2-2）。令和5年度調査における口腔機能の課題は2%であり、大きな変化はみられなかった。

訪問リハ計画書に位置付けた目標として「口腔機能の維持・改善」は、「要介護 1-2」で1.2%、「要介護 3-5」で4.1%と低かった（図 6-2-10）。また、評価・助言に関する取組における「口腔機能の評価・助言」の実施割合も、「要介護 1-2」で2.4%、「要介護 3-5」で5.0%にとどまった（表 6-3-10）。

要支援では、訪問リハ計画書に位置付けた目標として「口腔機能の維持・改善」は0.0%であった（図 7-2-11）。令和5年度調査における当該目標の割合（1%）から大きな変化はみられなかった。評価・助言に関する取組における「口腔機能の評価・助言」の実施割合も0~6%と低い値を示した（図 7-3-15）。

訪問リハ利用者は、同一介護度で比較しても通所リハ利用者より利用開始時のADLが低く、生活課題を多く有する傾向にある。他方、通所リハにおけるLIFE評価結果（口腔に課題を有する要介護が約3割）と比較すると、訪問リハでは心身機能の課題把握、目標設定、評価・助言の実施状況が低い水準にとどまっている。訪問リハ利用者においても潜在的に口腔機能の課題を有する者が相当数含まれている可能性が高い。口腔機能のアセスメントを

充実させ、潜在的課題を適切に把握した上で、目標設定および支援内容に反映していくことが求められる。

#### 〈口腔連携強化加算〉

令和6年度介護報酬改定では、利用者の口腔の状態を確認し、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下で、口腔衛生状態および口腔機能の評価の実施、並びに利用者の同意を得た上での歯科医療機関および介護支援専門員への情報提供を評価する「口腔連携強化加算」が創設された。口腔連携強化加算における評価内容は、8項目全てで概ね実施されており（図6-3-18）、算定している事業所では適切な評価が行われている状況が確認された。

一方、各種加算の算定状況では、「口腔連携強化加算」の算定割合は要介護で3.8%（図3-3-13）、要支援で4.3%であった（図3-4-2）。利用者票における実施割合は、「要介護1-2」で0.5%、「要介護3-5」で1.4%にとどまった（図6-3-14）。なお、要支援では当該加算の算定はみられなかった（図7-3-8）。前述のとおり、訪問リハ利用者には潜在的に口腔機能の課題を有する者が相当数含まれている可能性が高いことを踏まえると、十分な対応に至っていない状況が示唆される。

口腔連携強化加算に関わる職種は、事業所票では「理学療法士」が60.0%、「言語聴覚士」が46.7%であった（表3-3-5）。利用者票における評価職種は、「理学療法士」および「言語聴覚士」がそれぞれ37.5%、「作業療法士」が25.0%であった（図6-3-17）。口腔機能の評価や嚥下機能への対応では言語聴覚士の専門性が重要であるが、言語聴覚士の配置割合は32.9%にとどまっている（図3-1-4）。口腔機能に関するアセスメントの充実に向けて、言語聴覚士の配置促進が求められる。

口腔連携強化加算における連携先は、「介護支援専門員」が87.5%、「他法人の歯科医療機関」が75.0%であった（図6-3-19）。当該加算の趣旨である歯科専門職への適切な橋渡しが、算定している事業所では実践されている状況が確認された。また、介護支援専門員への情報提供を通じて、ケアプランへの反映や他の介護サービス事業所との連携にもつなげている可能性が示唆された。

口腔連携強化加算の算定に当たった課題としては、「対象者が少ない（いない）」の割合が最も高かった。算定有無別にみると、「算定なし」の事業所では「歯科医療機関との連携が難しい」が50.4%、「口腔機能の評価できる職員がいない」が32.3%と相対的に高かった（図3-3-16）。

「対象者が少ない」との認識は、認知症短期集中リハ実施加算と同様に、口腔機能に関するアセスメントが十分でない可能性を示している。訪問リハ利用者に対しても適切なアセスメントを実施することで、口腔連携強化加算の対象となり得る利用者を把握できる可能性が高い。今後は、アセスメントの充実により口腔機能に課題を有する利用者を適切に把握し、歯科医療機関へ確実につなげられるよう、関係者間の連携強化が不可欠である。歯科医

療機関との連携体制の構築に加え、口腔機能を評価できる職員の育成・確保を進めることで、リハ・口腔・栄養の一体的推進を一層進めていくことが望まれる。

## ○ 要支援におけるリハマネジメンツの関わり

〈要支援へのリハマネジメンツ〉

令和5年度調査報告書では、多くの事業所が令和3年度に包括化された旧リハマネ加算の要件を継続的に実施しており、現行のリハマネ加算に該当するような、より充実した内容を実施している事業所もみられたことが報告されている。本調査においても、リハマネジメンツに関する取組として「定期的な介護予防訪問リハ計画書の作成」および「ケアマネジャー等との情報共有」が9割を超えており（図7-3-1）、経年的にリハマネジメンツの取組が実施されている状況が確認された。

令和6年度介護報酬改定では、介護予防サービスにおけるリハの質を評価し、適切なサービス提供を促す観点から、利用開始後12ヶ月経過後の減算が拡大された。一方で、定期的なリハ会議によりリハ計画の見直しを行い、LIFEヘデータを提出してフィードバックを受け、PDCAサイクルを推進する場合には減算を行わない取扱いとされた。

本調査において、要支援に対するリハマネジメンツに関する取組のうち「リハ会議の開催」の割合は、「12月以下」の利用者で30.2%であったのに対し、「12月超」では46.2%であった（図3-4-1）。利用者票でも、「リハ会議の開催」は「1-12月」で41.4%、「13-24月」で55.2%であった（図7-3-1）。令和5年度調査における「2年継続利用者」の実施割合（41.1%）と比較すると、改定後にリハ会議を実施する利用者の割合が増加している。なお、各取組を実施している事業所における要支援利用者への実施割合は概ね8~9割であり（表3-4-2）、事業所ごとに実施・未実施の二極化が進展している状況がうかがえた。

要支援に対するリハマネジメンツに関する取組のうち、「LIFEへのデータ提出」は「12月以下」で27.4%、「12月超」で40.3%であった。一方、「LIFEからのフィードバック票の活用」は11.4%および14.8%にとどまった（図3-4-1）。利用者票においても、「LIFEへのデータ提出」は「両年未実施」より「両年実施」で実施割合が高く、「新規実施」では「13-24月」で高かった（図7-3-1）。リハ会議の開催と連動してLIFEへのデータ提出を行う利用者の割合は増加したものの、事業所間の二極化も顕著となっている。

また、LIFEへのデータ提出後に返送されるフィードバック票を用いて利用者へのフィードバックを実施している割合は、「両年実施」で3割であり、「新規実施」では「13-24月」で23.5%と低かった（図7-3-6）。フィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合には減算を行わない取扱いとされているが、LIFEからのフィードバック票の活用は十分に進んでいない状況がうかがえる。要介護に対するリハマネジメンツでも同様の課題が確認されており、フィードバック票を活用した利用者へのフィードバック実施を促進することは、リハマネジメンツの質向上に向けた重要な課題である。

#### 〈リハ会議の効果と課題〉

令和5年度調査報告書では、課題とその要因を明確化しつつ、将来の見通しや人的・物的環境整備に関する情報を共有し、生活目標の設定・共有を円滑に行うことが、効果的なリハマネジメントとして重要であると指摘されている。

リハ会議において「アセスメント結果などの情報の共有」「目標達成度と取り組み効果の確認」「多職種協働に向けた支援方針」を実施した利用者では、これら3項目を「実施なし」とした利用者と比較して、ADL練習やIADL練習、および「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」の実施割合が高かった（表7-3-1、7-3-2、7-3-3）。リハ会議において充実した検討が行われることにより、利用者の課題に即した実践的な練習の提供につながっている可能性が示唆された。

社会参加に関する取組についても、リハ会議で上記3項目を実施した利用者では、「実施なし」の利用者と比較して「社会参加への支援の実施なし」の割合が低い傾向にあった（表7-3-4）。リハ会議での議論を通じて、社会参加に向けた目標や支援方針が関係者間で共有され、具体的な取組につながっている可能性がうかがえる。

リハ会議の参加者は、事業所内では「理学療法士」の割合が高く、「両年実施」では「医師」の割合も高かった（図7-3-4）。事業所外では「本人」および「担当ケアマネジャー」の割合が高かった（図7-3-5）。

要支援に対する訪問リハでは、修了を見据えた目標設定と支援が重要である。リハ会議を通じて、本人・家族やケアマネジャーと目標を共有し、目標達成度および取組効果を定期的に確認しながら計画を見直すことにより、より効果的なリハマネジメントの実践が可能となる。令和5年度調査報告書で指摘されているとおり、訪問リハでは外部の多事業所との連携・協働が重要であり、リハ会議を活用した多事業所間の在宅チームとしての目標共有および支援の連動性確保が求められる。

一方、本調査におけるリハ会議の検討内容では、「目標達成度と取り組み効果の確認」の実施割合は、「両年実施」の「13-24月」で57.8%、「新規実施」で36.8%であった（図7-3-3）。目標達成度および取組効果の確認はPDCAサイクルの推進において重要な検討事項であることから、その実施を更に促進することが今後の課題である。

### ○ 要支援における継続利用の効果と課題

#### 〈利用継続の状況〉

令和6年度介護報酬改定では、利用者の状態像に応じてより適切な評価を行う観点から、訪問リハと介護予防訪問リハの基本報酬に一定の差が設けられた。本調査において、各事業所の実利用者に占める要支援の比率は、「3割以上」を合算すると18.2%であった（図3-2-3）。令和5年度調査における「3割以上」（20.0%）と比較すると、要支援の割合に大きな変化はみられなかった。

利用開始時の状況についても、令和5年度調査と比較して大きな変化はみられなかった。

年齢は「85歳以上」の割合が高く、「両年実施」では「75-84歳」および「85歳以上」の割合が高かった（図7-1-1）。性別は「女性」が6～7割を占めた（図7-1-2）。認知症高齢者の日常生活自立度は、「両年実施」および「新規実施」で「非該当」の割合が約7割と高かった（図7-1-5）。

リハが必要となった原因は、「両年実施」および「両年未実施」では「骨折（圧迫骨折を含む）」および「関節症・骨粗しょう症」の割合が高く、「新規実施」では「脳卒中」および「フレイル」の割合が高い傾向にあった（図7-1-6）。年齢別にみると、「65-74歳」では「脳卒中」および「進行性の神経疾患」、「85歳以上」では「廃用症候群」および「フレイル」の割合が相対的に高かった（表7-1-2）。高齢になるほど老年症候群の影響を受けやすく、廃用やフレイルへの対応が重要となることが示唆された。

併用サービスがある割合は5～6割であり（図7-1-9）、その内容は「福祉用具」が最も高かった（図7-1-10）。利用前の所在は「自宅」が約7割であった（図7-1-11）。自宅から利用を開始した利用者における利用前の地域活動等の利用状況は、「地域活動等の利用なし」の割合が高い傾向にあった（図7-1-12）。自宅で生活していた要支援においても、地域活動への参加が乏しく、閉じこもり傾向にあった可能性が示唆された。

利用開始時の状態像についても、令和5年度調査と比較して大きな変化はみられなかった。利用開始時のADL（Barthel Index）では「100点」が2～3割であった（図7-2-5）。項目別にみると、「入浴」「平地歩行」「階段昇降」で満点の割合が低かった（図7-2-6）。要介護と同様に、入浴動作や移動能力、階段昇降に課題を抱える利用者が多い状況が確認された。

利用開始時のIADL（FAI）は「19-27点」「10-18点」「0-9点」が概ね3割ずつであった（図7-2-7）。項目別に満点の割合をみると、「食事の片づけ」「食事の用意」「洗濯」の割合が高かった（図7-2-8）。また、利用開始時の生活空間の広がり（LSA）は「24点超」の割合が最も高かった（図7-2-9）。屋内での家事動作は比較的保たれている一方、外出を伴う活動に制限がある利用者が多い可能性が示唆された。

令和5年度調査報告書では、継続利用者は老年症候群の影響や外出困難な状態像により、フレイルや廃用症候群が進行する懸念があることから、在宅生活における活動性の維持・向上が重要であると指摘されている。本調査でも、高齢の利用者が多く、廃用症候群やフレイルを原因とする利用者が一定数存在することが確認された。

要支援に対する訪問リハでは、心身機能の維持・向上を図るとともに、地域活動等への参加を促進し、社会参加を通じた活動性の維持・向上を支援していくことが重要である。閉じこもりの予防および外出機会の創出に向けて、地域資源との連携を図りながら支援を行っていくことが求められる。

#### 〈利用継続の効果〉

令和5年度調査報告書では、2年経過後もIADLの向上がみられ、継続利用による一定の効果を示されたこと、並びに年齢や疾患特性を踏まえつつ生活状況の変化を想定した継続

的支援が重要であることが指摘されている。本調査においても同様の傾向が確認され、継続的な訪問リハの提供が要支援の状態維持・改善に寄与していることが示唆された。

「13-24月」における状態の変化について、介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度のいずれにおいても「向上」又は「維持」の割合が8～9割であった（表7-4-1）。継続的な訪問リハの利用により、要支援の状態が維持又は改善されている状況が確認された。

ADLの変化における「向上」の割合は、「13-24月」では1割程度であった（図7-4-2）。年齢別にみると、「13-24月」のADL変化における「向上」の割合は「85歳以上」で高い傾向にあり、高齢者であっても継続的なリハによりADLの向上が得られる可能性が示唆された。疾患別では、「進行性疾患」および「内部障害」で「向上」の割合が低い一方、「脳血管疾患」および「骨関節疾患」では「向上」又は「維持」の割合が高かった（表7-4-2）。疾患特性により改善の見込みや維持の可能性が異なることから、疾患特性を踏まえた目標設定および支援が重要である。

IADLの変化における「1-12月」の「向上」の割合は、「両年実施」で58.1%と高かった。また、「13-24月」においても、「両年実施」では27.9%の向上がみられた（図7-4-3）。継続的にリハを実施している利用者では、2年目以降もIADLの向上が確認されており、継続利用による一定の効果が示された。

活動範囲（LSA）の変化における「向上」の割合は、「1-12月」で2～3割、「13-24月」でも1～2割であった（図7-4-4）。また、「13-24月」の活動範囲の変化を年齢別にみると、「向上」の割合に大きな差はみられなかった（表7-4-4）。継続利用者においても活動範囲の拡大に向けた支援は引き続き課題であり、外出機会の創出や地域資源との連携を通じた社会参加の促進が求められる。

特に内部疾患を有する利用者では、ADLやIADLの向上が得られにくい傾向がある一方、運動量の確保の観点から、歩行能力や生活動作の維持が重要となる。疾患特性に伴う身体機能の変化も想定されることから、かかりつけ医との連携・協働がより必要である。利用者の疾患特性、年齢および生活状況を踏まえ、維持を目標とした支援を含む適切な目標設定を行い、関係者間で共有しながら継続的な支援を提供していくことが、要支援に対する訪問リハにおいて重要である。

#### 〈利用継続者への関わり〉

本調査において確認した利用継続者への関わりは、令和5年度調査と概ね同様であった。ケアマネジャーが考える解決すべき課題は、「身体機能の維持・向上」の割合が最も高く、次いで「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」「日中活動量の維持・向上」が続いた（図7-1-16）。本人・家族の希望においても同様の傾向がみられた（図7-1-17）。

訪問リハ計画書に位置付けた目標は、「歩行・移動能力の向上」および「身体機能の向上」が7～8割を占め、「転倒予防」「身体機能の維持」が続いた（図7-2-11）。本人・家族の希

望およびケアマネジャーが考える課題に沿った目標が計画書に位置付けられ、取組が実践されている状況が確認された。

提供サービスにおける運動療法では、「筋力増強訓練」および「関節可動域訓練」の実施割合が高かった（図 7-3-9）。歩行練習では、「歩行訓練（平地）」および「応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）」のいずれも、「両年実施」および「両年未実施」における実施割合が高かった（図 7-3-11）。令和 5 年度調査における「2 年継続利用者」でも、「筋力増強訓練」「関節可動域訓練」「疼痛緩和」「立位バランス練習」「歩行練習（屋内）」「歩行練習（屋外）」の実施割合が高く、同様の傾向が継続していることが確認された。

環境調整・支援に関する関わりでは、「福祉用具・自具の評価・選定」「家屋評価・調整」「家族・支援者への助言」の実施割合が高かった（図 7-3-14）。また、評価・助言に関する取組では、「運動・自主トレに関する助言」および「転倒予防への啓発・助言」の実施割合が高かった（図 7-3-15）。令和 5 年度調査報告書では、介護予防訪問リハの提供内容として、転倒予防や生活習慣に関する助言、福祉用具や住環境の調整等、安全な居宅生活に向けた支援が一定程度実施されていることが示された一方、外出練習や家事動作練習等、活動・参加に向けた取組の充実も重要であることが報告されている。本人・家族の希望およびケアマネジャーが考える課題として「基本動作・日常生活動作（ADL）の維持・改善」が挙げられており、通所リハよりも在宅生活上の ADL 等に課題を有する割合が高いことを踏まえると、活動・参加に向けた取組の更なる充実が求められる。

提供サービスにおける ADL 練習では、「階段昇降訓練」の割合が高かったものの、「新規実施」および「両年未実施」では「ADL 訓練の実施なし」が最も高かった（図 7-3-12）。IADL 練習では「外出訓練」の割合が高い傾向にあった一方、「新規実施」では「IADL 訓練の実施なし」が 5 割を超え、最も高かった（図 7-3-13）。ADL および IADL 練習に関する取組は十分とはいええない状況にある。

ケアマネジャーとの情報共有の内容は、「現在の心身機能や ADL に関する情報」の割合が最も高く、次いで「生活状況や生活課題」であった（表 7-3-5）。他の介護サービス事業所との情報共有では、「現在の心身機能や ADL に関する情報」「心身機能や ADL の変化に関する今後の見通し」「生活状況や生活課題」の割合が高かった（表 7-3-6）。情報共有の内容においても身体機能や ADL に関する情報が中心であり、生活課題の要因や将来の見通しに関する情報共有は相対的に低い状況にある。

以上より、課題認識や希望、目標設定が身体機能に偏りやすい傾向が示唆された。リハ会議等を通じて生活課題の要因および将来の見通しを共有し、生活目標を明確化することが重要である。要支援に対する訪問リハでは、身体機能の維持・向上を基盤としつつ、ADL および IADL の改善、社会参加の促進に向けた取組を充実させていく必要がある。

特に、利用期間が長期化すると当初の希望や目標設定が希薄となり、利用者のモチベーション低下につながる懸念がある。長期目標を設定した上で、段階的な短期目標を設定し、実践後の達成度をフィードバックするなど、PDCA サイクルを意識した運用が重要である。

リハ会議や LIFE からのフィードバック票を活用し、定期的に目標達成度を確認しながら計画を見直すことで、継続利用者に対するより効果的な支援を提供していくことが求められる。

#### 〈要支援における修了への取り組み〉

ケアマネジャーが考える解決すべき課題のうち「日中活動量の維持・向上」は、「兩年実施」および「新規実施」で 6 割であった（図 7-1-16）。日中の活動量の維持・向上は、要支援の自立支援・重度化防止において重要な課題として認識されている。

利用開始から 24 ヶ月後の利用状況は、「利用を継続し、修了の予定はない」が約 8 割であった（図 7-4-5）。利用継続の理由は、「本人・家族の希望」が約 7 割、「運動機会や活動量の維持が必要」が約 6 割であった（図 7-4-6）。運動機会や活動量の維持が継続利用の主たる理由となっている状況を踏まえると、訪問リハ以外の場における運動機会の確保、すなわち「出かける機会」の創出が重要である。なお、複数回答のうち「本人・家族の希望」のみ（単独回答）の割合は 10.9%であり、多くの利用者では継続利用に関する客観的理由が併存していることが確認された。

また、訪問リハの利用継続理由として「心身機能や ADL の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」は 3~4 割であった（図 7-4-6）。想定される心身機能・ADL 変化の要因としては「骨関節疾患」の割合が高い傾向にあった（図 7-4-7）。骨関節疾患を有する利用者では、疼痛の増悪や閉じこもりに伴う運動機能低下が想定されることから、状態変化を見据えた支援が重要となる。

令和 5 年度調査報告書では、目標達成による修了に向けて、居宅内での移動や生活課題を早期に解決しつつ、外出に向けた対応を進めることが訪問リハに求められると指摘されている。加えて、「出かけたくなる動機づけ」への対応が重要であるとも指摘されている。

本調査における社会参加に関する取組では、「社会参加への支援の実施なし」が 7~8 割であり、「通いの場等への同行評価」は 1 割未満であった（図 7-3-16）。また、事業所票における各種取組の実施状況では、「地域の通いの場等への同行評価」「終了した利用者の継続的な評価・助言」「就労支援」はいずれも 2 割未満であった（図 3-4-3）。

令和 5 年度調査報告書では、運動機会や活動量の維持に当たってはインフォーマルサービスを含む地域資源の活用が重要であること、地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携し「出かける先」に関する情報収集を積極的に行うことが望ましいこと、併せて利用修了後のフォローアップも含め「出かける先」との連携を平時から強化する必要があることが指摘されている。

本調査結果からも、これらの課題はなお十分に解決されていない状況がうかがえる。要支援に対する訪問リハでは、身体機能の維持・向上および在宅生活の安定化を図りつつ、社会参加に向けた目標を設定し、地域の通いの場等への移行を見据えた支援を推進していくことが求められる。

## ○ 中山間地域へのサービス提供

### 〈サービス提供の課題〉

中山間地域へのサービス提供を実施している事業所は7.3%であった(図3-5-7)。実施事業所における主な課題として、「移動距離」「訪問経費」「医師の診察」「冬季等の対応」「社会参加の移行先の確保」が挙げられた(表3-5-1)。中山間地域においては、都市部とは異なる固有の課題が複合的に存在しており、訪問リハの提供体制の構築にあたって特別な配慮が必要である。

### 〈移動・経費〉

中山間地域における訪問リハ提供では、集落の点在により移動が不可避となり、1日の勤務時間に占める移動時間の割合が高いことから、訪問件数を増やしていく構造的制約が存在する。実際に、ヒアリング調査にて利用者間移動が片道50kmに及ぶ訪問も発生している状況が聞かれた。調査結果においても、片道最大移動時間は「41～50分」9.4%、「51～60分」2.8%に加え、「60分超」も1.8%を占め(図3-5-5)、片道最大移動距離は「10km以上」が37.2%であった(図3-5-6)。これらは、都市部等で想定される移動条件と大きく異なる実態を示しており、標準的な提供モデルを前提とした報酬体系では、地域の制約を十分に反映しにくい可能性がある。

こうした移動負担に対し、各事業所では運用面の工夫により効率化を図っている。遠方への移動後、利用者間移動が20分程度に収まるよう訪問ルートを設定するなど、移動時間の最小化に向けた調整が行われている。また、移動効率の向上と災害時対応を同時に確保する観点から、社用車の自宅持ち帰りを可能とする直行直帰制度を導入する事業所もみられる。これは職員の通勤時間削減を通じた稼働時間の確保に加え、緊急時の迅速な出動体制を確保する取り組みとして有効である。

一方で、移動の長距離化は、燃料費等を含む車両維持費の増大を通じて、事業運営に直接的な影響を及ぼしている。月額約25万円(うちガソリン代約15万円)に及ぶ車両維持費が経営を圧迫している事例も示されており、移動距離が長いほど費用が増加するにもかかわらず、遠方訪問であっても利用者への交通費請求を行っていない事業所が多いことから、コスト負担を事業所側が吸収している実態がうかがえる。さらに、サービス提供エリアを拡大すれば車両維持費が増加し、同時に利用者への直接提供時間が減少するため、エリア拡大に踏み切れないとの声があることは、地域内のサービスアクセス確保にも影響し得る。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、移動距離や移動時間の増大等に起因する提供コストの上昇を一定程度補填し、サービス提供の継続性を担保する観点から設けられている。一方で、現行制度では「通常の事業の実施地域」に含まれる場合は加算算定できない取扱いとされている。そのため事業所が中山間地域に所在し、通常の訪問地域も中山間地域である場合は加算算定ができない状況にある。結果として、中山間地域に立地する事業所ほどコストの負担が恒常的に発生し得るにもかかわらず、報酬上で評価される機会

が乏しいという制度上の課題が認められる。

また、過疎地域においては利用者数が限定されることから、訪問件数を十分に確保できない場合でも事業運営が可能となるような、報酬上の評価が求められる。

さらに、現行の地域区分において、県全域が中山間地域に分類されている場合であっても、人口集中地域と過疎地域では移動負担、付帯業務の量、利用者密度等の実態が大きく異なるにもかかわらず、同一の評価となっている点は、地域間の実態差を十分に反映していない。地域の実情に応じたきめ細かな報酬設定により、過疎地域における訪問リハ提供の持続可能性を確保する必要がある。

#### 〈診察体制〉

中山間地域特有の地理的条件や医療資源の制約により、訪問リハ事業所の医師が利用者宅へ出向いて診察する体制の確保は困難となる場合がある。その結果、利用者の7割以上が診療未実施減算での対応となっている事業所も存在しており、制度上求められる事業所医師の関与を満たしにくい実態が認められる。加えて、利用者側において外来受診が困難な事例も一定程度みられ、医師の診察機会の確保を一層難しくしている。

#### 〈安全管理〉

中山間地域においては、外部医療機関がかかりつけ医となるケースが多いことから、かかりつけ医との連携を重視した取り組みが進められている。事業所医師による訪問診察が困難な状況下では、かかりつけ医との連携強化は、利用者の医学的管理を確保し、訪問リハの適切性・安全性を担保する上で重要な基盤となる。

一方で、医療機関との連携を取り巻く環境には、地理的制約に起因する顕著な困難が認められる。急性期病院が約50km～130km先に位置している場合があり、退院情報が適時に共有されず、退院直後の支援・介入が行えない事例が多いことは、在宅移行期における連続性の確保という観点から課題である。さらに救急搬送においても、救急車両が進入できない地域が存在し、近隣住民が救急車到達可能地点まで利用者を搬送するなど、地域協力を前提とした対応が求められている。これは、医療・介護の提供体制が地理条件に強く規定される実態を示すとともに、緊急時対応における脆弱性を内包する。

加えて、悪天候や交通遮断に伴うリスクへの対応は、中山間地域に固有の重要課題である。豪雪地帯では年に2～3回程度の雪による通行止めが生じ、路面凍結やホワイトアウト等により年に1～2回の軽微な事故が発生している事業所も報告されている。冬季には、60分の訪問時間のうち10分を除雪作業に充てざるを得ない状況もみられ、これは実質的な提供時間の減少と職員負担の増加をもたらす。すなわち、移動そのものの困難さに加え、気象・道路状況により提供の確実性が低下し得る点が、地域におけるサービス運営の構造的制約となっている。

このようなリスクに対し、訪問中止基準や急変時対応等をマニュアル化し、職員へ周知す

る取り組みがみられることは、事業所による安全管理の実践として評価できる。また、中止した訪問を後日振替する運用により、サービス提供の継続性を確保しようとする工夫も確認された。

#### 〈リハの提供〉

中山間地域における訪問リハは、限られた人員・資源の中で成果を最大化するための提供モデルの工夫が求められる。ヒアリング調査では、退院直後の状態変化が大きい時期に集中的に介入し、状態が安定した段階で他サービスへ引き継ぐという役割分担を構築している事業所がみられた。訪問リハの強みである短期集中的支援を発揮しつつ、他サービスとの連携により継続的なケア体制を確保する取り組みであり、人材制約下での資源配分の合理化として位置付けられる。

また、専門職配置の偏在に対する工夫として、作業療法士や言語聴覚士が院内配置にとどまり訪問に従事できない場合、理学療法士が利用者の現状を院内スタッフへ伝達し、院内でレクチャーを受けた上で訪問場面に反映する体制が構築されている。これは、専門職の確保が困難な地域において、チームとしての専門性を補完し、支援の質を一定水準に保つうえで有効な実践である。

さらに、中山間地域では生活環境そのものがリハの設計に強く影響する。和式建築にみられる段差や座敷構造を踏まえた福祉用具の活用、畑や山林を有する世帯に対する屋外歩行練習など、地域特性に即した支援が実践されていることは、生活機能の向上を実生活へ結び付ける観点から重要である。

一方で、訪問リハ終了後の社会参加の移行先確保は、中山間地域に特有の課題として浮上している。地域の通いの場や活動機会が限られ、修了後の受け皿を確保しにくいことは、修了を見据えた支援の設計を難しくし、結果として継続利用の一因となる可能性がある。地域資源の把握と連携が重要であるにもかかわらず選択肢が乏しい状況では、医療・介護サービス内部で完結しがちとなり、自立支援からの社会参加へとつなげにくい。

#### 〈人材確保・定着〉

中山間地域における訪問リハの持続可能性を左右する要因として、人材確保は最重要課題の一つである。学生の都市部志向が強い中、地域医療への関心を高め、就業先として選択され得る魅力を形成する取り組みが求められる。加えて、作業療法士・言語聴覚士については、院内配置にとどまり訪問に従事できない事業所や、地域内の人材不足により広域派遣で補完している状況が報告されており、専門職確保の困難さが提供体制の制約要因となっている。

また、人材確保に加えて、職員負担の大きさは定着を阻害し得る重要課題である。広い移動範囲に伴う身体的疲労、さらには一人で広域を担当することにより生じる孤独感は、中山間地域の業務特性に起因する負担であり、単なる業務量の問題にとどまらない。これらは離

職リスクを高め、結果として人材不足を一層深刻化させる可能性があるため、人材確保・育成と並行して、働きやすい環境整備を体系的に進める必要がある。

この点、職員の定着に向け、福利厚生充実を通じて地域勤務に伴う負担を軽減する取り組みがみられる。社員寮の整備、家賃補助、駅までの送迎、車両貸出、高速道路料金補助等は、生活基盤の確保や通勤・移動負担の低減に資する支援であり、中山間地域で勤務する際のハードルを下げる効果が期待される。さらに、グループ病院内で異動体制を整備し、採用や配置を柔軟に運用する事例は、欠員リスクへの対応とキャリア形成の両面で有効であり、単独事業所では確保しにくい安定性を補完する仕組みとして評価できる。

#### 〈地域連携〉

中山間地域における訪問リハの提供体制を維持する上では、地理的制約や医療資源の乏しさを前提に、地域内の関係性と資源を最大限に活用する連携構造の構築が重要となる。特に人口規模が小さいという特性は、課題であると同時に強みとなり得る。行政職員や住民との距離が近く、対面でのコミュニケーションを密にすることで「顔の見える関係」を形成しやすい環境にあり、訪問リハの存在や有用性が口コミとして広がる事例が報告されている。これは広報・周知の手段に限られる地域において、信頼に基づく情報伝達がサービス認知と利用につながることを示唆しており、地域密着型の関係構築が提供基盤を支える要素となる。

社会参加の移行先確保が困難であるという中山間地域の課題に対しては、総合事業を活用したミニデイの開催が行われ、公民館等を会場に運動等の指導を実施し、近隣住民にも「通いの場」を提供する取り組みがみられる。これは、訪問リハの終了後に活動の受け皿が乏しいという構造的課題に対し、地域の既存資源を活用して新たな場を創出する実践であり、医療・介護サービスと地域づくりを接続するアプローチとして意義がある。

事業所間連携の効率化に向け、地域内で同一の介護ソフトを使用することで情報共有を円滑化している事例は、連携コストの低減という観点から有効である。中山間地域では移動負担が大きく、会議や情報伝達のための対面調整自体が負担となることから、ツールの統一による事務・連携の簡素化は、提供体制を下支えする実務的効果が期待される。また、急性期病院が遠方にあり退院情報が入りにくい課題に対して、オンラインでの退院前カンファレンス参加を検討するなど、ICTを活用した連携強化が模索されている点は、距離制約を補完する現実的手段として重要である。

また、地域内の医療資源に限られる中で、複数の医療機関が担当エリアを分担して地域全体をカバーする体制を構築している例は、広域を単独で担うことによる移動負担や非効率性を軽減する方策として注目される。各医療機関が地理的・機能的に役割分担することで、移動の効率化と提供の継続性を両立させようとするものであり、圏域全体での最適化を志向した運用と位置付けられる。

### 〈離島特有の課題〉

離島における訪問リハの提供について、本島から訪問する場合には、本島との交通手段に依存するという地理的条件により、中山間地域以上に厳しい制約下で運営されている。定期船は時化により欠航するほか、往路が出航しても復路の時化が見込まれる場合には当日のサービスを中止せざるを得ず、提供の確実性が天候に左右されるなど、運営は不安定となりやすい。交通の不確実性は、単なる移動の困難さととどまらず、予定の変更・中止に伴う調整負担、職員の拘束時間の増加、利用者の提供機会の減少といった影響を通じて、事業運営全体のリスク要因となる。

移動時間の長さは生産性に直結する。島までの移動に片道1時間40分から3時間を要する一方、島内移動は業務の約10%程度にとどまり、業務時間の大部分が本島一離島間の移動に費やされる構造となっている。結果として、1日2~3件の訪問では各種加算を算定しても採算が取れず赤字となる状況が示されており、離島訪問は「提供すればするほど負担が増える」形で経営上の不利を生じさせ得る。

加えて、離島では関連サービスの提供体制にも制約が大きい。リハ専門職が島内に存在しない地域もあり、本島からの訪問支援に依存せざるを得ない。人口規模や生活環境の制約から、島内で完結する提供体制の構築が現実的でない地域においては、本島事業所による継続訪問が不可欠であるが、その継続は事業所の負担と理念に依存しやすい。

一方で、離島訪問を支える工夫として、行政との連携を基盤とした支援体制が確認される。渡航費について行政から支給がある事例では、離島訪問に伴う経済的負担が軽減されている。また、島内移動に関して離島役場から車両提供を受けることで、事業用車両を常時配置できない制約を補完し、効率的な提供につなげている。緊急時対応では、島の診療所や保健師と連携し、必要に応じて本島へのヘリコプター搬送を行う体制を事前に整備することで、安全確保を図っている。訪問体制も島ごとの交通事情に応じ、日帰り訪問と1泊2日訪問を使い分けるなど、アクセス手段の特性を前提とした運用が行われている。

しかし、これらの取組は、行政支援、自治体連携、島内医療資源との協働、事業所の安定した経営基盤、そして「居住地にかかわらず必要な人に届ける」という理念の共有といった複数要素が組み合わさって初めて成立している。採算性のみで離島訪問を継続することは難しく、現行制度の下では、離島に行かず本島で複数件訪問の方が収入増となることが明らかである以上、離島提供を維持する誘因が弱いとの指摘は重い。

### 〈まとめ〉

中山間地域や離島における訪問リハの課題は、移動距離・移動時間の長大化、医療資源の偏在、気象・道路条件による提供不確実性等、地域特性に起因する要因が複合的に作用する構造的課題である。

各事業所では訪問ルート最適化や直行直帰の導入等により効率化を図っているが、燃料費・車両維持費の増加、訪問件数の伸びの抑制などは事業所努力のみでは吸収しきれない。

とりわけ、現行の報酬体系では遠方訪問ほど事業所負担が増える側面があり、過疎地域では利用者数が限られるため稼働率向上による収支改善にも限界がある。加えて、事業所医師による訪問診察が困難で外来受診も容易でない地域では、診療未実施減算が恒常化し、経営上の不利が提供体制の維持を阻害するおそれがある。

これらを踏まえ、移動コストの適切な評価、地域実情に応じた報酬設定、加算対象区域の明確化、ICT を活用した遠隔診療・情報共有の推進等、制度面からの対応が不可欠である。高齢化の進展により需要増が見込まれる中、居住地によらず必要なサービスが届くよう、持続可能な提供体制の構築に向けた支援策の検討が求められる。

## ○ 訪問リハ事業所の状況

### 〈開設主体と事業所規模〉

令和 4 年度調査報告書では、多様な状態像への対応および多機関との連携の観点から、訪問リハ提供体制の充実に向けては、在宅サービスを複合的に有す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と指摘されている。加えて、令和 6 年度介護報酬改定では、訪問リハ事業所および介護予防訪問リハ事業所のみなし指定が可能な施設として、介護老人保健施設および介護医療院が追加された。

本調査における事業所の開設主体は、「病院」50.9%、「診療所」23.8%、「介護老人保健施設」23.8%であった（図 3-1-1）。令和 4 年度調査（病院 50%、診療所 29%、介護老人保健施設 20%）と比較すると、介護老人保健施設の割合がわずかに増加していた。

1 営業日当たりの訪問件数は、「15 件以上」21.5%、「5 件以上 15 件未満」35.7%、「5 件未満」38.2%であった（図 3-1-2）。開設主体別にみると、病院では訪問件数が多い傾向にあった（図 3-1-3）。令和 5 年度調査報告書では、訪問リハ事業所は小規模事業所が多く、訪問リハサービスの充実に向けて事業所数および事業所規模の拡大が急務であると指摘されている。本調査でも「5 件未満」の事業所が約 4 割を占めており、同課題が継続している状況が確認された。

介護老人保健施設における訪問リハ事業所の割合がわずかに増加している点は一定の前進といえるが、訪問件数の増加および提供体制の更なる充実に向けては、引き続き事業所規模の拡大や体制整備の推進が求められる。

### 〈リハ専門職の配置〉

各専門職の配置割合は、「理学療法士」95.4%、「作業療法士」67.3%、「言語聴覚士」32.9%であった（図 3-1-4）。訪問件数別にみると、「15 件以上」の事業所では「作業療法士」および「言語聴覚士」の配置割合が高かった（図 3-1-5）。また、各専門職を配置している事業所における常勤換算人数は、「理学療法士」2.84 人、「作業療法士」1.60 人、「言語聴覚士」0.74 人であった（表 3-1-1）。

各専門職の勤務体系は「兼任常勤」の割合が高く、特に「言語聴覚士」では 65.4%と高か

った（表 3-1-2）。一方、訪問件数別にみると、「15 件以上」の事業所では「専従常勤」の割合が相対的に高かった（表 3-1-3）。リハ 3 職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）を全て配置している事業所は 27.6%であった（図 3-1-6）。訪問件数別では、「15 件以上」が 51.8%であり、「5 件以上 15 件未満」24.8%、「5 件未満」14.6%と比較して高い割合を示した（図 3-1-7）。

言語・聴覚への関わりでは、「言語聴覚訓練の実施なし」が約 9 割であった。一方、疾患別にみると、「進行性疾患」では「構音訓練」が 20.0%で実施されていた（表 6-3-7）。摂食・嚥下への関わりでも、「摂食嚥下訓練の実施なし」が約 9 割であったが、「進行性疾患」では「摂食嚥下訓練（間接訓練）」が 15.6%で実施されていた（表 6-3-8）。

訪問リハでは理学療法士の配置割合が高い一方、認知症対応、口腔連携、言語・聴覚や摂食・嚥下への対応等、作業療法士および言語聴覚士に期待される役割は大きい。専従配置が困難な場合であっても、開設主体内での兼務等を通じて訪問機会を段階的に確保し、利用者数の増加に応じて人員体制の強化を図っていくことが望まれる。

#### 〈事業所規模と各種取組〉

各事業所の実利用者に占める要支援の比率は、「3 割以上」を合算すると 18.2%であった（図 3-2-3）。訪問件数別にみると、「5 件未満」の事業所では「要支援がない」の割合が 39.1%と高かった（図 3-2-4）。小規模事業所においては、要支援の受入れが限定的となっている状況がうかがえる。

要支援に対する各種加算の算定状況を訪問件数別にみると「15 件以上」で、またリハ 3 職種の配置有無別では「配置あり」で、それぞれ各種加算の算定割合が高い傾向にあった（表 3-4-3）。事業所規模が大きく、専門職配置が充実している事業所ほど、各種加算の算定につながりやすく、結果として質の高いサービス提供に結び付いている可能性が示唆された。

各種取組の実施状況についても、「15 件以上」および「5 件以上 15 件未満」の事業所で、各取組の実施割合が相対的に高かった（表 3-4-4）。また、地域貢献活動の実施状況を訪問件数別にみると、「地域の通いの場の支援」は「15 件以上」の事業所で実施割合が高い傾向にあった（表 3-5-2）。

令和 4 年度調査報告書では、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、専門職の配置が充実していることから、地域や医療機関との連携においても柔軟に対応し得ると指摘されている。本調査においても、訪問件数が多く人員体制が充実している事業所では、各種取組がより充実して実施されている状況が確認された。今後、2040 年に向けて多疾患併存の 85 歳以上高齢者が増加し、訪問リハへのニーズが更に高まることが見込まれる。これに備え、訪問リハの供給体制を強化していくことが重要である。

## ○ その他

### 〈事業継続計画の策定状況〉

令和 6 年度介護報酬改定では、感染症や災害が発生した場合であっても必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築する観点から、感染症又は災害のいずれか、もしくは両方の事業継続計画（BCP）が未策定の場合に基本報酬を減算する取扱いとされた。なお、訪問系サービスについては令和 7 年 3 月 31 日までの間、当該減算は適用されないこととされている。

本調査では、事業所における取組として「事業継続計画の作成」の実施割合は概ね 9 割であった（図 3-5-1）。また、事業継続計画の実施内容として「感染症対策」および「非常災害対策」はいずれも 96.6%であった（図 3-5-2）。減算適用の経過措置期間中ではあるものの、訪問リハ事業所において必要な対応は概ね実施されている状況が確認された。

### 〈高齢者虐待防止措置の実施状況〉

令和 6 年度介護報酬改定では、利用者の人権擁護および虐待防止等を一層推進する観点から、虐待の発生又は再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の選任）が講じられていない場合に基本報酬を減算する取扱いとされた。

本調査では、事業所における取組として「高齢者虐待防止措置への対応」の実施割合は概ね 9 割であった（図 3-5-1）。虐待防止措置の実施内容は各項目で 8 割を超えた（図 3-5-3）。必要な対応は概ね実施されている状況にある一方、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の選任の 4 項目全てについて、引き続き更なる充実が求められる。

### 〈身体的拘束廃止への対応状況〉

令和 6 年度介護報酬改定では、訪問系サービスについて、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととされた。身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、当該時の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することが義務付けられた。加えて、短期入所系サービスおよび多機能系サービスでは、委員会の定期開催、指針の整備、定期的な研修実施が要件として示されている。

本調査では、事業所における取組として「身体的拘束廃止への対応」の実施割合は概ね 9 割であった（図 3-5-1）。また、身体的拘束廃止の実施内容は、委員会の定期開催、指針の整備、定期的な研修実施の各項目で 8 割を超えた（図 3-5-4）。必要な対応は概ね実施されており、短期入所系サービスおよび多機能系サービスの要件である 3 項目についても、訪問リハ事業所において実施されている状況が確認された。

令和 6 年度介護報酬改定により強化された運営基準等への対応について、訪問リハ事業所では概ね適切に実施されている状況が確認された。事業継続計画の策定、高齢者虐待防止措置、身体的拘束廃止への対応のいずれにおいても、9 割前後の事業所が取組を実施してお

り、利用者の安全確保および権利擁護に向けた体制整備が進展している。今後も、継続的な取組の実施に加え、未対応の事業所における体制整備の促進が求められる。

〈参考資料〉

- ・厚生労働省 HP, 令和 6 年度介護報酬改定について. (令和 8 年 1 月 10 日閲覧)
- ・令和 4 年度調査：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,  
令和 5 年 3 月
- ・令和 5 年度調査：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,  
令和 6 年 3 月

## ■ 結論

- リハビリテーションマネジメントの実施と効果
  - リハマネジメントの実施状況は令和 4 年度調査と比較して大きな変化はみられなかったが、より上位の加算区分への移行が確認された。リハマネ加算を算定した利用者では、他介護サービス事業所との情報共有が充実し、多職種・多機関との連携を通じた包括的な支援体制の構築に寄与している。リハ 3 職種の配置がある事業所や訪問件数の多い事業所で質の高いリハマネジメントの実践がみられ、事業所規模の拡大や専門職配置の充実が今後の課題である。
- 退院・退所前カンファレンスにおける医療介護連携
  - 退院・退所前カンファレンスへの参加により、利用開始までの期間短縮に寄与していることが示された。課題として参加依頼がないことや日程調整の困難が挙げられ、医療機関側への訪問リハの役割や参加意義の周知、意思決定プロセスへの早期関与が必要である。参加実績のある事業所では医療機関との直接的な関係構築が有効であり、ケアマネジャーを介した間接連携に加えた体制整備が求められる。
- リハ計画書の受領と活用
  - 令和 6 年度改定によるリハ計画書受領の義務化を受け、受領した事業所の割合は大幅に増加し、利用開始までの期間短縮やリハマネジメントの質向上に寄与している。受領時期は退院・退所時が多く、入院中のリハの経過や目標との連続性確保に向けて、退院前段階での早期受領促進が課題である。医療機関等との更なる連携強化に向けて、医療・介護情報基盤の連携による情報共有プラットフォームの整備が必要である。
- 診療未実施減算
  - 診療未実施減算の対象となる利用者が一定数存在し、かかりつけ医によるリハビリテーションに関する研修の受講状況の確認自体ができていない状況も明らかとなった。かかりつけ医との連携の強化等、地域実情に応じた体制整備が求められる。

- 目標達成による修了と活動・参加への支援
  - ADL・IADL・活動範囲の向上は通所リハと比較して高い傾向にあり、生活場面に即した実践的な練習の効果が示唆された。修了者ではADLよりもIADLおよび活動範囲で向上した割合が高く、外出練習の実施との関連がみられた。閉じこもり傾向に伴うフレイル状態の利用者に対し、外出機会の創出を目指す目標を関係者間で共有していくことが重要である。他方、修了後のフォローアップ体制は十分とはいえ、地域資源との連携促進が求められる。
  
- 認知症を有する利用者への対応
  - 令和6年度改定で新設された認知症短期集中リハ実施加算への取組は十分に進展していない。算定上の課題として対象者が少ないとの認識が多いが、認知機能に関するアセスメントが十分でない可能性が示唆された。生活・認知機能尺度等を活用したアセスメントの充実により、対象者の適切な把握を進めることが望まれる。認知症対応における作業療法士の関与割合を高めるとともに、理学療法士のアセスメント能力向上も重要な課題である。
  
- 口腔機能の評価と歯科連携
  - 利用開始時に口腔機能の課題を把握できていない利用者が相当数存在し、アセスメントが十分に行われていない可能性が示唆された。口腔連携強化加算の算定は低調であり、対象者が少ないとの認識、歯科医療機関との連携困難、評価できる職員の不足が課題として挙げられた。訪問リハ利用者には潜在的に口腔機能の課題を有する者が相当数含まれている可能性が高く、言語聴覚士の配置促進と歯科連携体制の構築が不可欠である。
  
- 要支援におけるリハマネジメントと継続利用
  - 令和6年度改定を受け、リハ会議の開催割合は増加した。リハ会議において充実した検討を行った利用者では、実践的な練習の提供につながる傾向がみられ、継続利用により、一定の効果が示された。一方、LIFEからのフィードバック票の活用は十分に進んでおらず、PDCAサイクルの更なる推進が課題である。今後さらに、IADLや生活空間の広がり（LSA）にも着目した支援を強化し、地域の通いの場への移行を見据えた社会参加支援の推進を図ることが求められる。

- 中山間地域・離島におけるサービス提供
  - 中山間地域では移動距離・時間の長大化、医療資源の偏在、気象条件による提供不確実性等、複合的な構造的課題が存在する。燃料費・車両維持費の増加は事業所努力のみでは吸収しきれない。移動コストの適切な評価等、地域実情に応じた制度面からの対応が不可欠である。
  
- 訪問リハ事業所の体制整備と供給体制の強化
  - 小規模事業所が多い状況が継続しており、訪問リハサービスの充実に向けて事業所数および事業所規模の拡大が引き続き急務である。リハ 3 職種全てを配置している事業所は限定的であり、口腔連携や認知症対応の観点から配置促進が望まれる。2040 年に向けて多疾患併存の高齢者が増加することが見込まれており、訪問リハの供給体制を強化していくことが重要である。

令和7年度 老人保健健康増進等事業

**通所・訪問リハビリテーションの  
適切な在り方についての調査研究事業  
報告書**

発行 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

〒101-0047 東京都千代田区内神田 2-4-2 一広グローバルビル 5 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 8（2026）年 3 月発行





