

令和2年度 全国デイ・ケア協会

# 調査事業 報告書

令和3年6月

一般社団法人 全国デイ・ケア協会  
調査委員会

## 報告書 目次

第1章 本事業の概要	
第1節 背景と目的	
1. 背景	・・・ 2
2. 目的	・・・ 2
第2節 事業内容	
1. 対象	・・・ 3
2. 調査票の配布および回収方法	・・・ 3
3. データの分析	・・・ 3
4. 倫理的配慮	・・・ 3
第2章 調査結果	
1. 回収状況	・・・ 4
2. 全体像	・・・ 4
3. 要支援 1-2	・・・ 7
4. 要介護 1-2	・・・ 13
5. 要介護 3-5	・・・ 19
第3章 考察	
1. 考察	・・・ 25
第4章 参考資料	
1. 事業所票 集計結果	・・・ 31
2. 利用者票 集計結果	・・・ 52
3. 事業実施体制	・・・ 78

## 第1章 本事業の概要

### 第1節 背景と目的

#### 1. 背景

令和3年度介護報酬改定では、「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに前回改定から継続される「地域包括ケアシステムの推進」「自立支援・重度化防止の取組の推進」を概要の一部としている。それぞれ、「地域包括ケアシステムの推進」においては必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進され、「自立支援・重度化防止の取組の推進」においては科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供が推進されている。

平成27年度改定から「終了（修了）」の考え方の明示とともに通所リハビリテーションの目的とされる“地域につなぐ機能”と“支え続ける機能”が強調され、通所リハビリテーションは循環型施設としての役割が求められてきた。令和3年度改定においても、[リハビリテーションマネジメント加算の見直し\*]により全般的なリハビリテーションマネジメントの強化と並行して、[長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化\*]、[社会参加支援加算の見直し\*]から“地域につなぐ機能”に関する改定事項が含まれている。また、[生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し\*]、[リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進\*]から“支え続ける機能”に関する改定事項も含まれている。

本事業におけるこれまでの調査結果では、“地域につなぐ機能”としての要支援者（要支援1-2）や回復過程にある軽度者（要介護1-2）に対しての自立支援の取組と、“支え続ける機能”としての中重度者（要介護3-5）や増悪過程にある軽度者（要介護1-2）に対しての重度化防止の取組に関して年々推進されてはいるものの、継続して通所リハビリテーションの抱える課題ともなっている。令和3年度改定を鑑みると、介護度をはじめとする利用者の実態を把握した上でその特性に合わせた通所リハビリテーションの機能を継続して果たしていくことが求められている。

\*1) 第199回社会保障審議会介護給付費分科会資料より

#### 2. 目的

本調査報告の目的は、介護度毎[要支援者（要支援1-2）・軽度者（要介護1-2）・重度者（要介護3-5）]を主軸に、各介護度における全体像として実態の把握と、その実態に応じた各介護度の特性を明確にし、各介護度内で特徴的な分類を設けることで令和3年度介護報酬改定を踏まえた事業所サービスの在り方を検証する。

## 第2節 事業内容

### 1. 対象

対象は、全国デイ・ケア協会に所属する通所リハビリテーション事業所とした。

アンケート調査は、事業所票と利用者票にて構成した。利用者票の対象は平成31年度（令和元年度）の利用者調査の該当者および令和2年4月以降の新規利用者とした。

### 2. 調査票の配布および回収方法

調査方法は郵送により調査票を配布し、インターネット上での回答入力とした。

### 3. データの分析

#### ○分析項目（利用者票）

対象利用者の基本情報（介護度、利用開始年、利用予定回数、利用時間 等）、主疾患、利用前の所在、ケアマネジャーが考える利用目的、アセスメントに基づく利用者のNeeds、終了理由、この1年間の居宅訪問の実施の有無、併用している居宅サービスや診療、各評価指標、目標の達成度を主な調査項目とした。

尚、本調査において、各評価指標は Barthel Index（以下、BI）、長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）、Life Space Assessment（以下、LSA）、Frenchay Activities Index（以下、FAI）とした。

#### ○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。

### 4. 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、回答は無記名とし、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事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2章 調査結果

### 1. 回収状況

利用者票 1,615 名の回答を得た。

(事業所票・利用者票についての単純集計結果は参考資料を参照)。

### 2. 全体像（介護度別）

利用者票を介護度別に3分類（要支援1-2・要介護1-2・要介護3-5）し、詳細を分析した。各介護度の分布は、要支援1-2が25.8%、要介護1-2が48.2%、要介護3-5が25.0%であった（図1）。利用時間では、要支援1-2にて1-2時間の割合が5割を超え、要介護1-2・要介護3-5において6-7時間が、それぞれ約3割・4割と高い割合であった（図2）。

利用回数では、要支援1-2にて1回が5割を超え、要介護1-2・要介護3-5において2回が、それぞれ5割・4割を超えていた（図3）。主疾患では、各介護度において脳血管疾患および運動器疾患にて約7割を占めていた。特に要支援1-2では運動器疾患が、要介護3-5では脳血管疾患の割合が高く、要介護1-2では認知症の割合が比較的高かった（図4）。利用前の所在において、要支援1-2では自宅が、要介護3-5では入院入所の割合が高かった。一方、要介護1-2にて大きな偏りは見られなかった（図5）。

図1 介護度

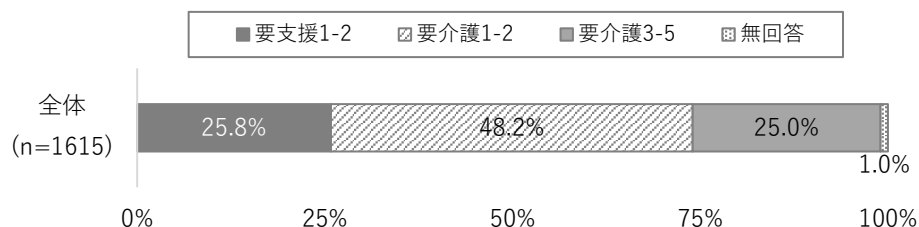


図2 利用時間

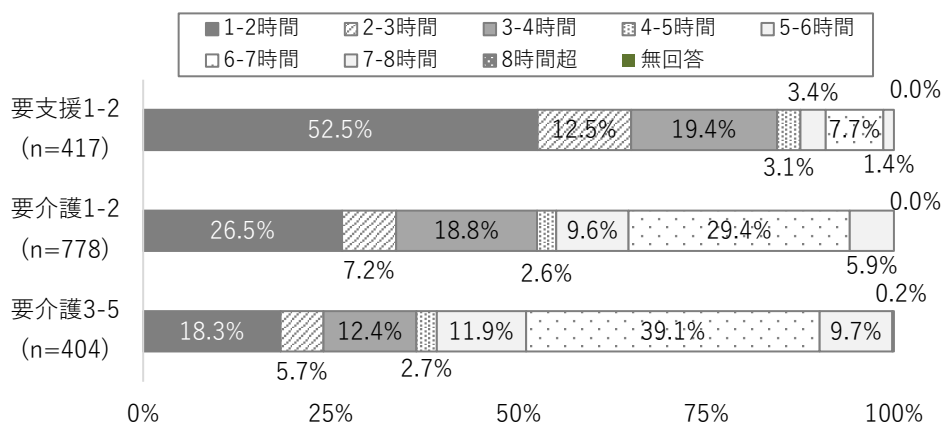


図3 利用回数

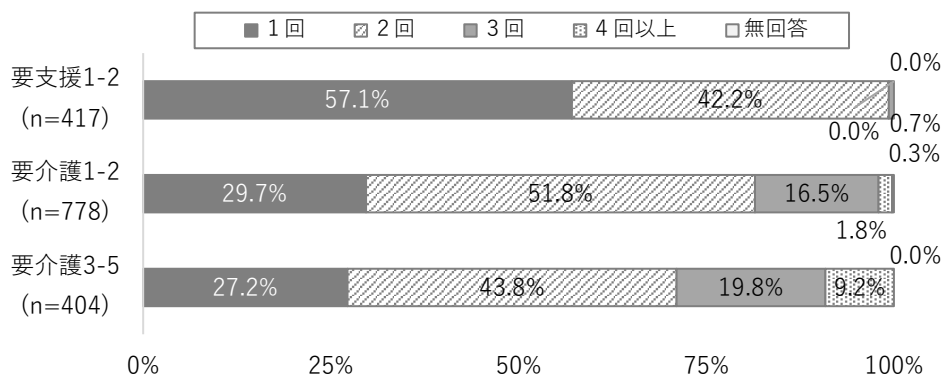


図4 主疾患

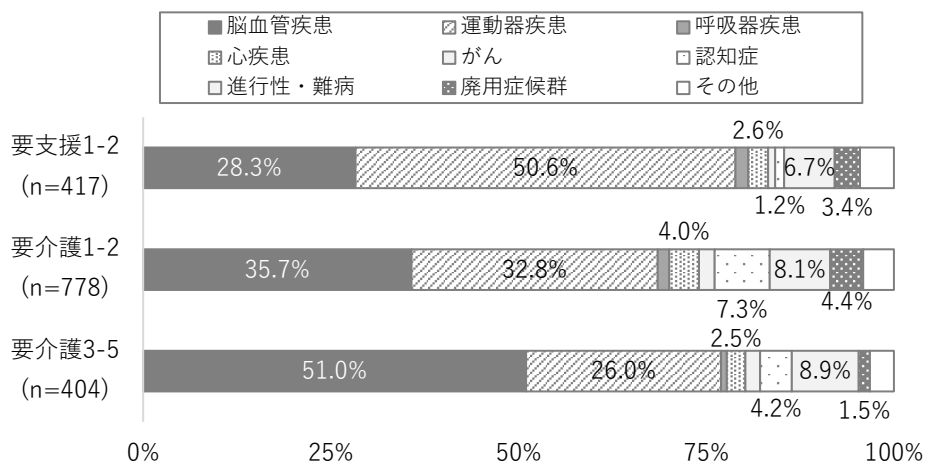
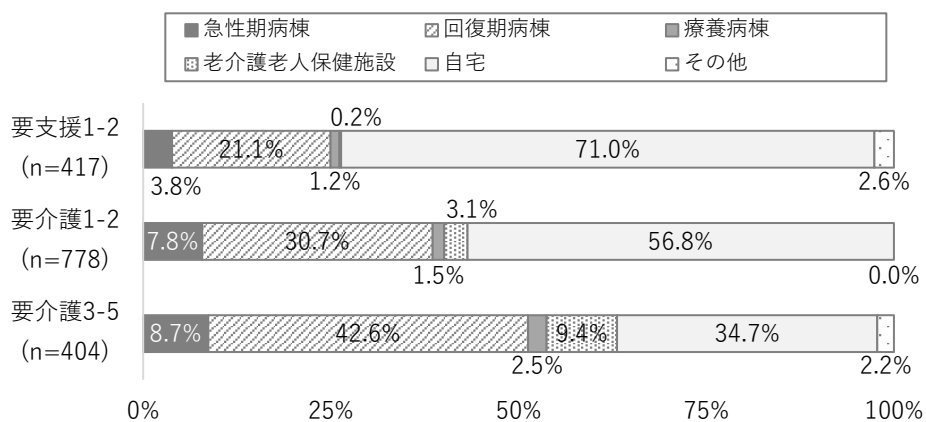


図5 利用前の所在



令和2年10月時点の利用状況について、利用を終了していた方は各介護度において約1割であった(図6)。その終了理由について、要支援1-2は状態改善、要介護1-2は本人都合、要介護3-5は入院入所の割合がそれぞれ高かった(図7)。

図6 利用状況

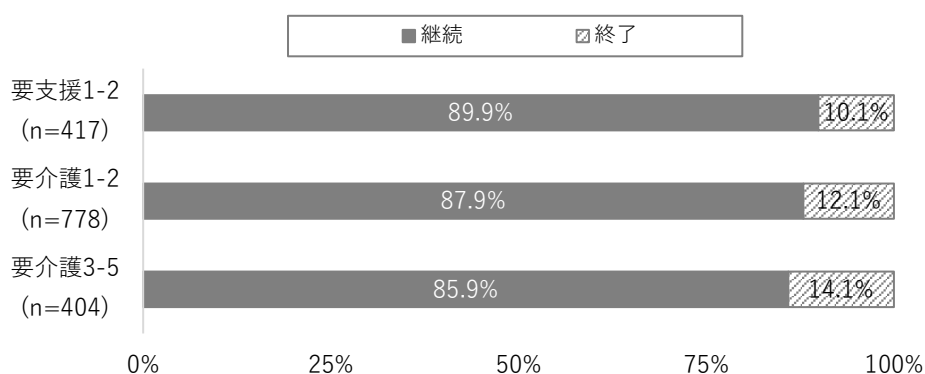
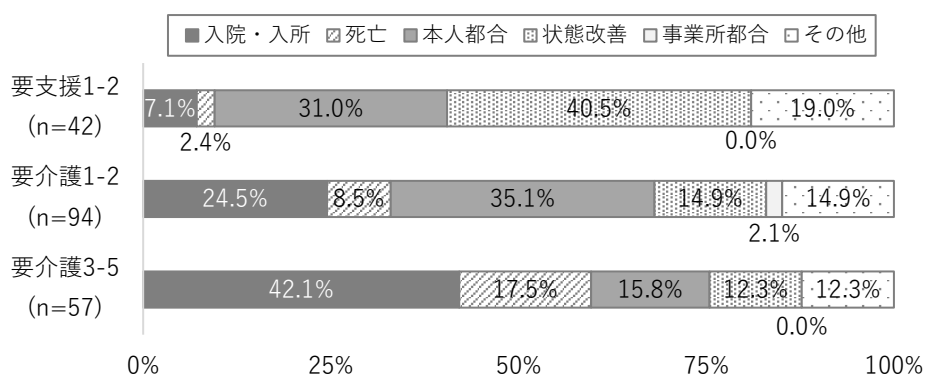


図7 終了理由



※ 終了者に限る

### 3. 要支援 1-2

要支援 1-2 (417 名) においては、利用開始から 1 年以内に目標達成・状態改善により修了された方〔改善修了：13 名〕、1 年を超えて利用を継続されている方〔利用継続：182 名〕の 2 群に分けて分析した。

主疾患は、両群ともに脳血管疾患・運動器疾患の割合が高かった (図 8)。併用サービスでは、改善修了群にて利用なし、利用継続群にて外来診察の割合が高かった (図 9)。

図 8 主疾患

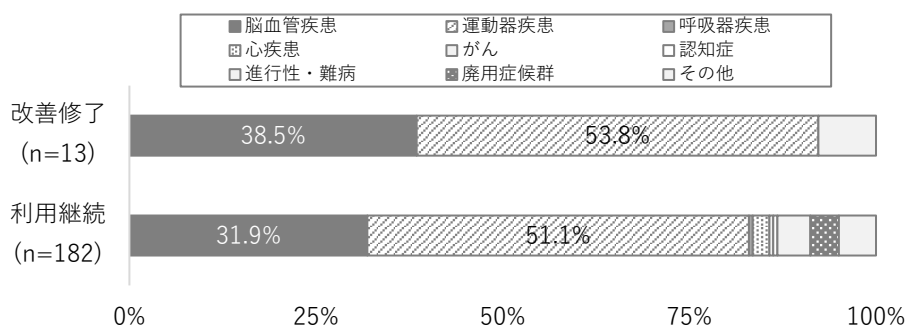
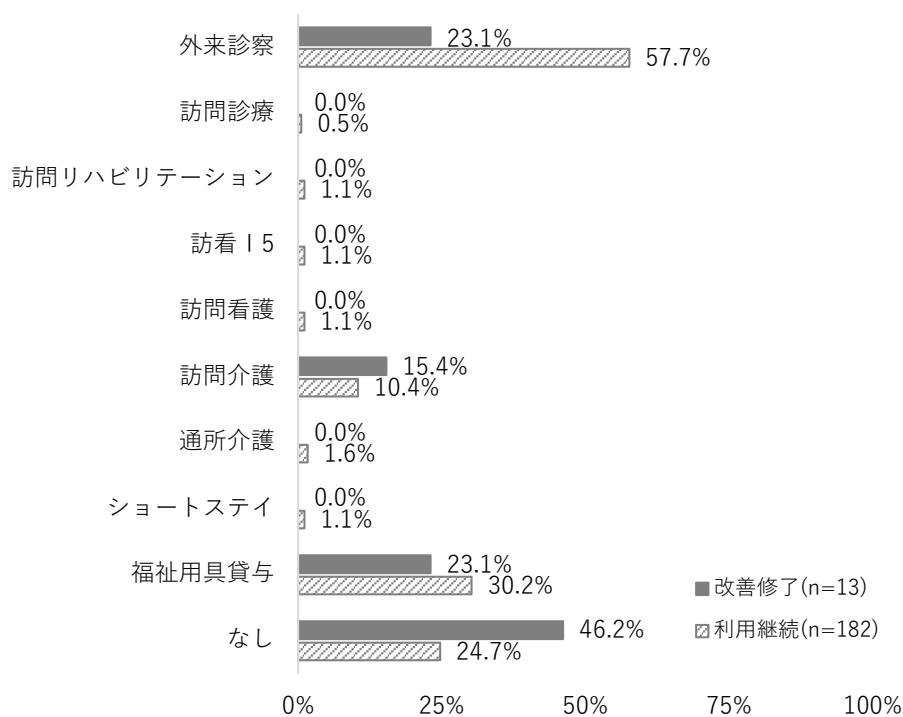
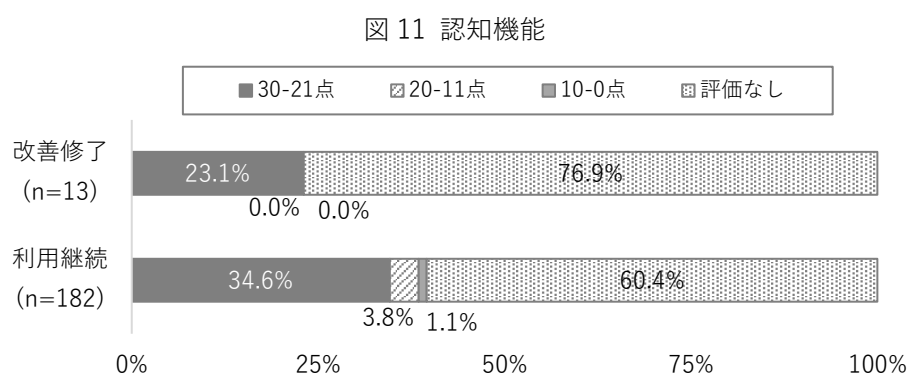
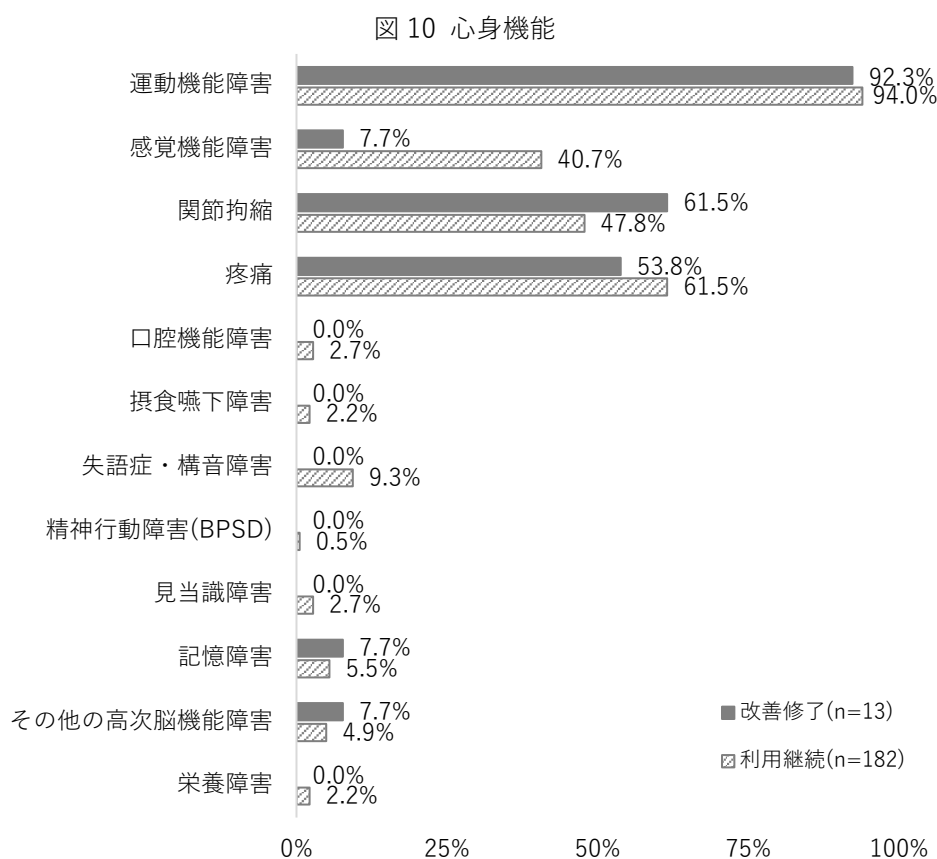


図 9 併用サービス



令和2年10月時点（改善修了群は修了時点）における心身機能では、利用継続群において感覚機能障害の割合が高く、失語症・構音障害も見られた（図10）。認知機能では、両群共に評価なしの割合が高かったが、利用継続群にて評価の実施割合が高く、20点以下もみられた（図11）。



ADL (Barthel Index) において、改善修了群はすべての方が 100 点であった (図 12)。IADL (Frenchay Activities Index) では、改善修了群において高得点の割合が高かった (図 13)。

図 12 ADL

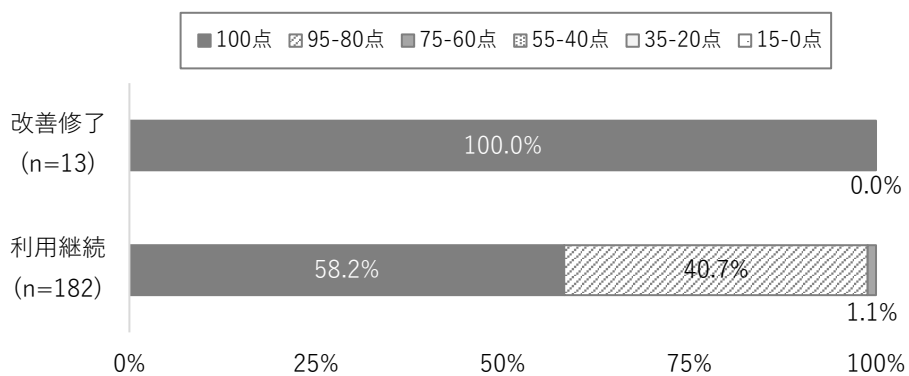
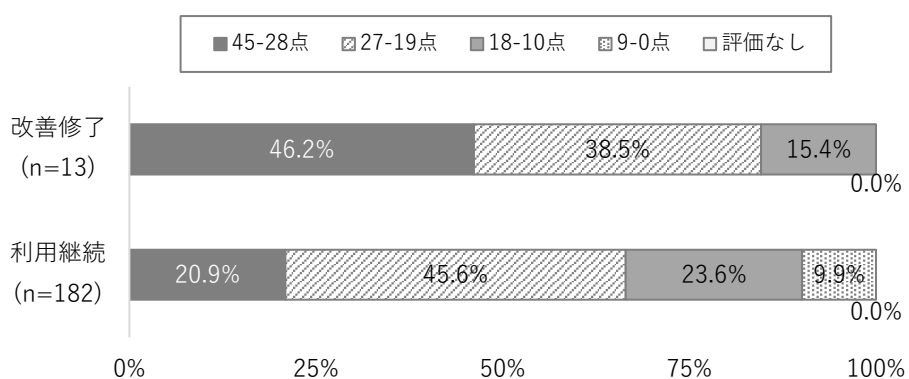
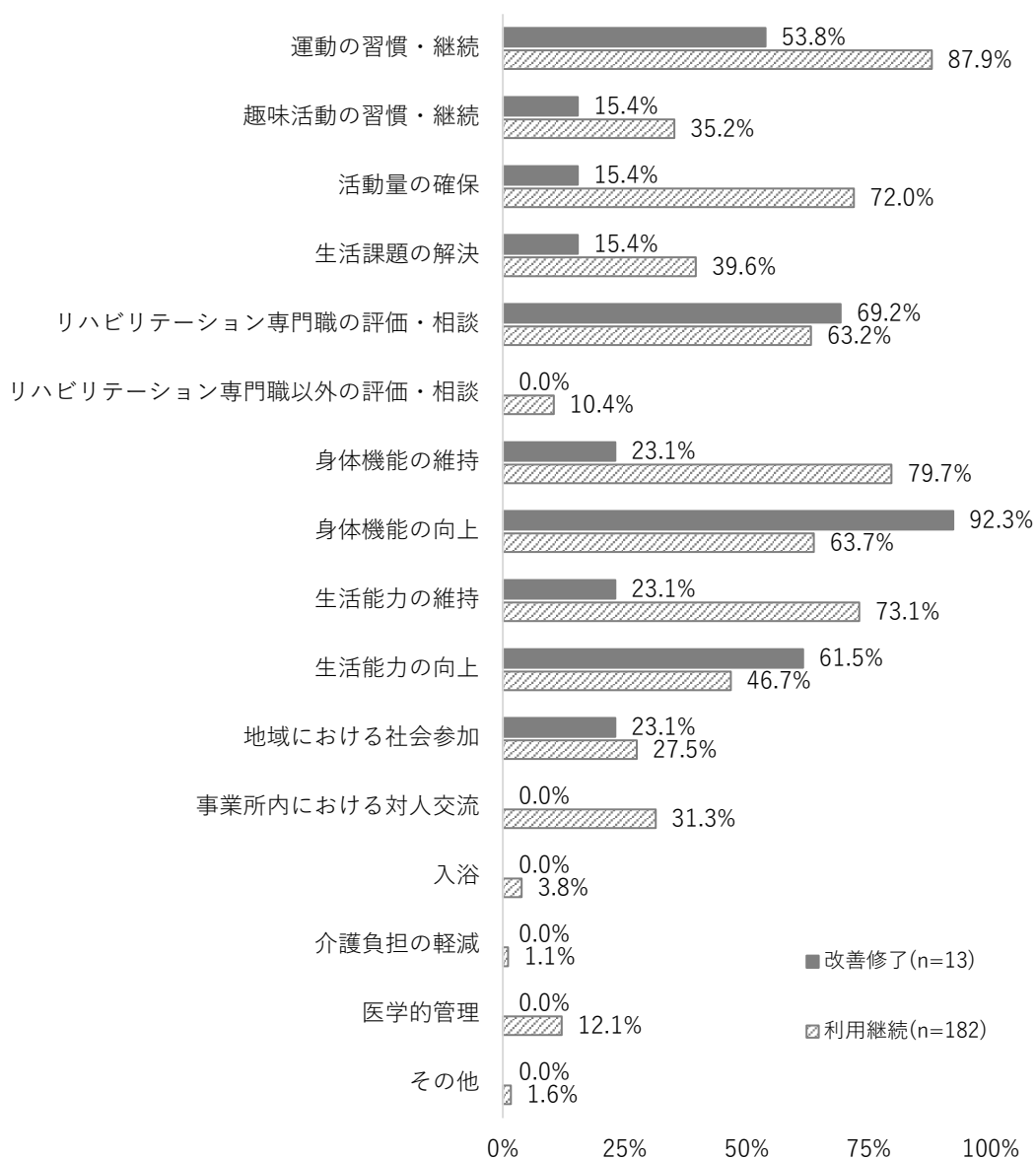


図 13 IADL



アセスメントから考える利用者のニーズにおいて、改善修了群では身体機能の向上、生活能力の向上の割合が、利用継続群では運動の習慣・継続、活動量の確保、身体機能の維持、生活能力の維持、事業所内における対人交流の割合が高かった（図 14）。

図 14 アセスメントから考える利用者の Needs



提供プログラムでは、利用継続群にてADL練習、生活・環境アドバイス、集団活動の実施割合が高く、栄養改善や医療処置もみられた（図15）。直近1年間における居宅訪問の有無では、改善修了群にて7割を超え、利用継続群より高かった（図16）。

図15 提供プログラム

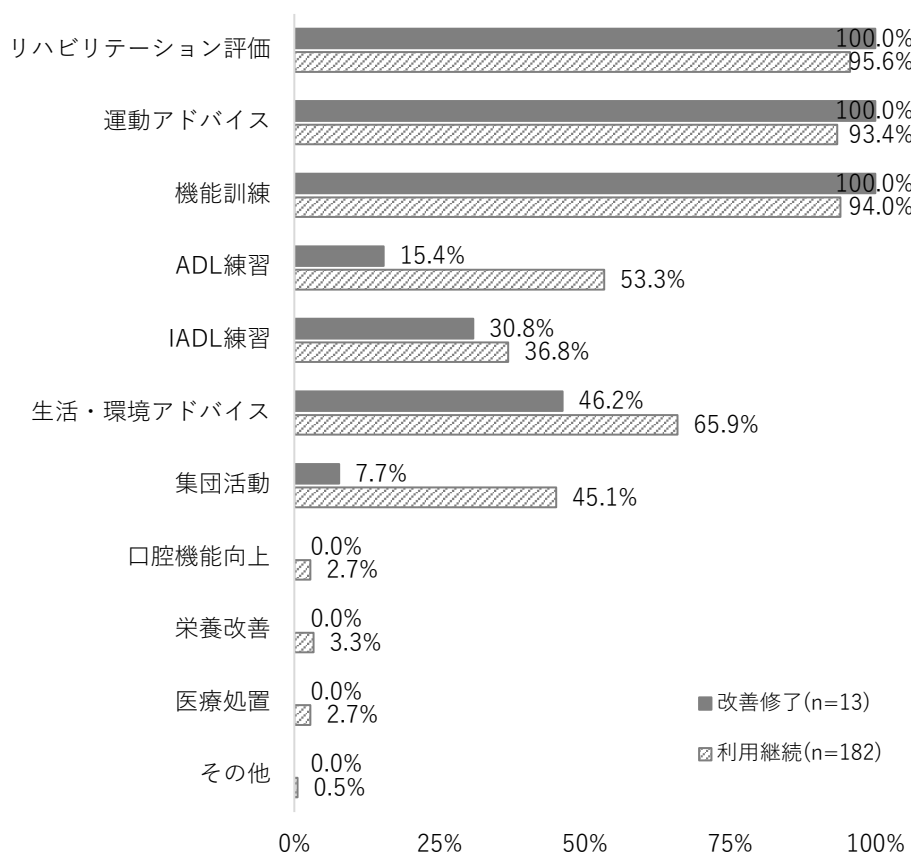
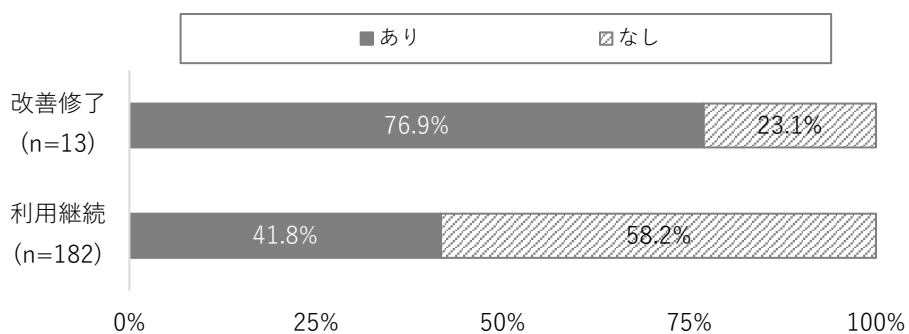


図16 直近1年間における居宅訪問の有無



1年前の目標における達成度に関しては、改善修了群において達成割合が概ね7割を超えた。一方、利用継続群における達成割合では、身体機能の向上、生活能力の向上にて4割未満、生活課題の解決、地域における社会参加、介護負担の軽減にて約5割と低値であった(表1)。

表1 1年前の目標における達成度

		n	達成	一部達成	未達
運動の習慣・継続	改善修了	6	66.7%	33.3%	0.0%
	利用継続	172	77.9%	21.5%	0.6%
趣味活動の習慣・継続	改善修了	4	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	86	62.8%	25.6%	11.6%
活動量の確保	改善修了	3	66.7%	33.3%	0.0%
	利用継続	154	77.9%	20.8%	1.3%
生活課題の解決	改善修了	4	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	103	55.3%	41.7%	2.9%
リハビリテーション専門職の 評価・相談	改善修了	10	90.0%	10.0%	0.0%
	利用継続	133	91.0%	8.3%	0.8%
リハビリテーション専門職以外の 評価・相談	改善修了	2	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	36	77.8%	19.4%	2.8%
身体機能の維持	改善修了	3	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	163	79.1%	16.0%	4.9%
身体機能の向上	改善修了	13	84.6%	15.4%	0.0%
	利用継続	125	36.8%	53.6%	9.6%
生活能力の維持	改善修了	3	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	151	80.1%	14.6%	5.3%
生活能力の向上	改善修了	9	88.9%	0.0%	11.1%
	利用継続	109	32.1%	52.3%	15.6%
地域における社会参加	改善修了	4	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	65	53.8%	33.8%	12.3%
事業所内における対人交流	改善修了	1	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	78	88.5%	9.0%	2.6%
入浴	改善修了	1	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	17	88.2%	11.8%	0.0%
介護負担の軽減	改善修了	1	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	14	57.1%	35.7%	7.1%
医学的管理	改善修了	2	100.0%	0.0%	0.0%
	利用継続	42	81.0%	19.0%	0.0%

※ 対象外を除く

#### 4. 要介護 1-2

要介護 1-2 (778 名) においては、利用前の所在が自宅の方 (利用前、4 週間を超えて自宅で過されていた方)〔自宅：442 名〕、同様に入院入所の方 (退院退所後、4 週間以内に利用を開始された方)〔入院入所：336 名〕の 2 群に分けて分析した。

主疾患は、自宅群において認知症、進行性疾患・難病の割合が比較的高かった (図 17)。併用サービスでは、自宅群にて利用なし、入院入所群にて福祉用具貸与の割合が高かった (図 18)。

図 17 主疾患

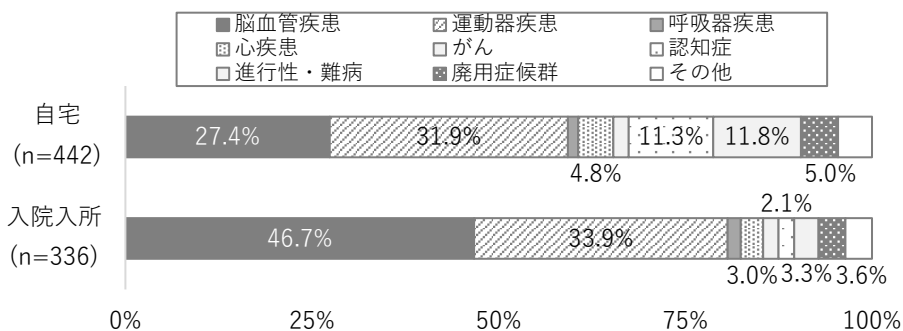
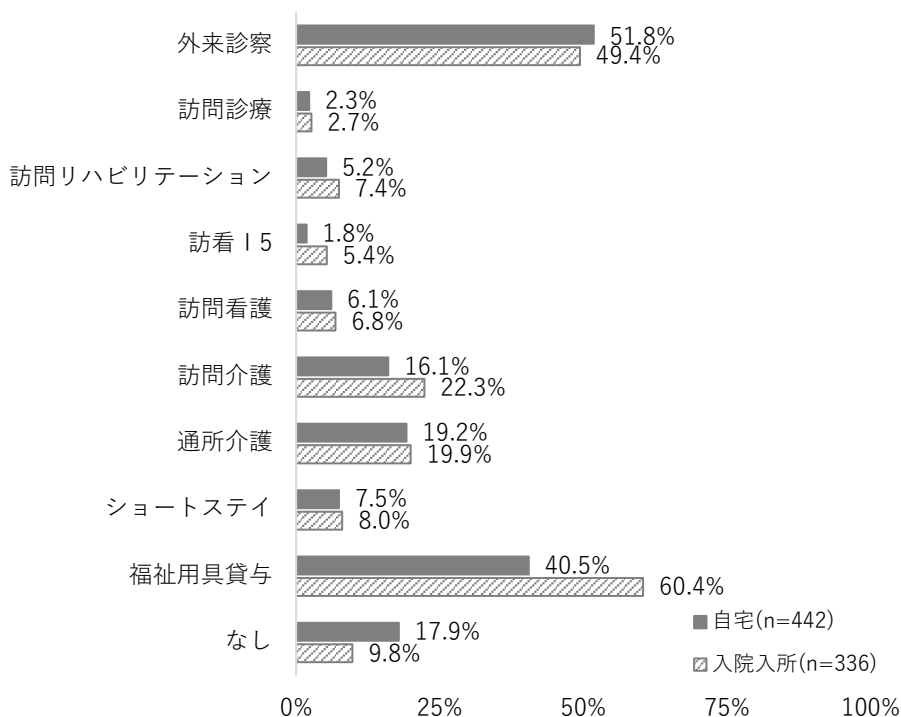
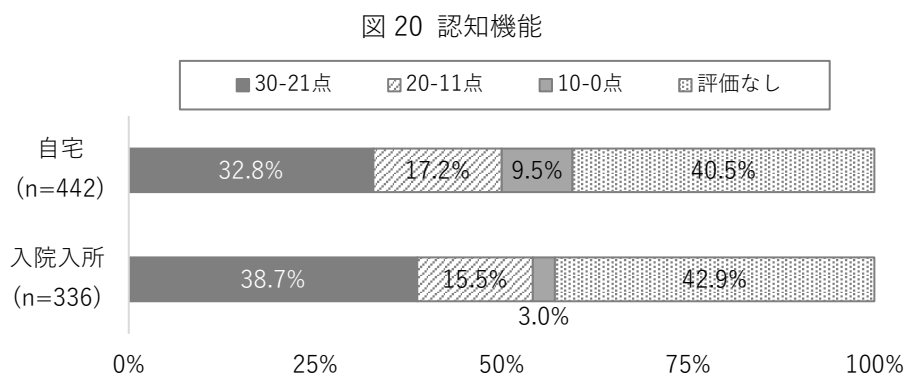
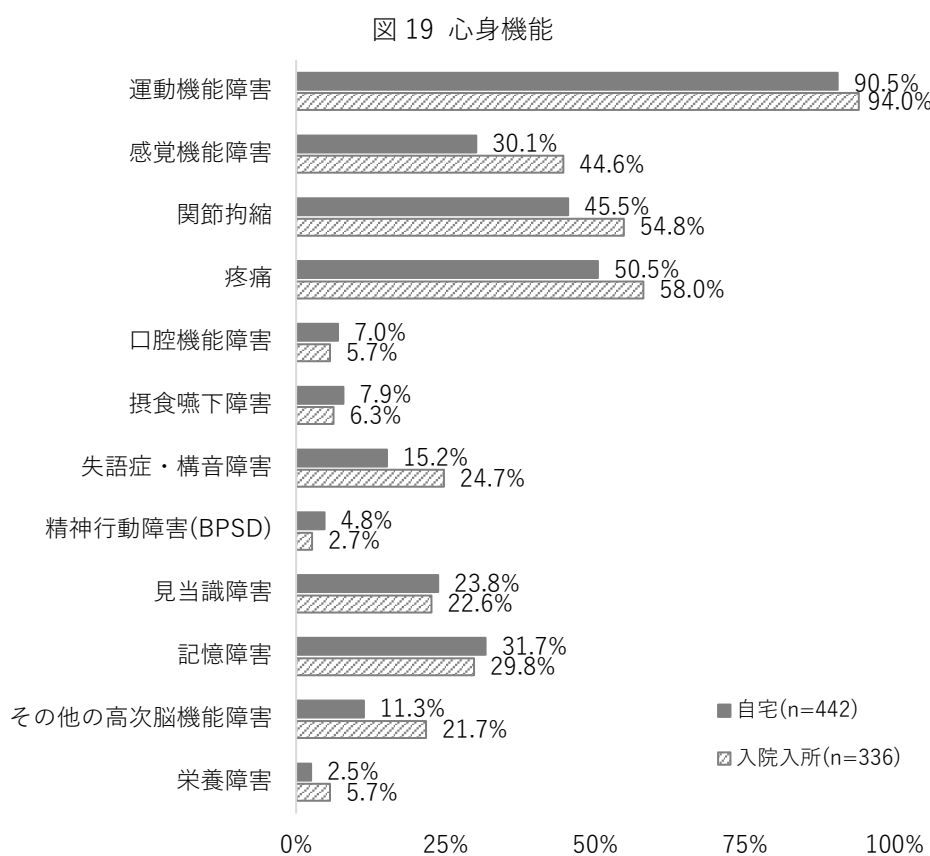


図 18 併用サービス



心身機能では、入院入所群において感覚機能障害、関節拘縮、失語症・構音障害、その他の高次脳機能障害の割合が高かった（図 19）。認知機能では、自宅群にて 20 点以下の割合が高かった（図 11）。



ADL (Barthel Index) および IADL (Frenchay Activities Index) において、自宅群では高得点の割合が高かった (図 21・22)。

図 21 ADL

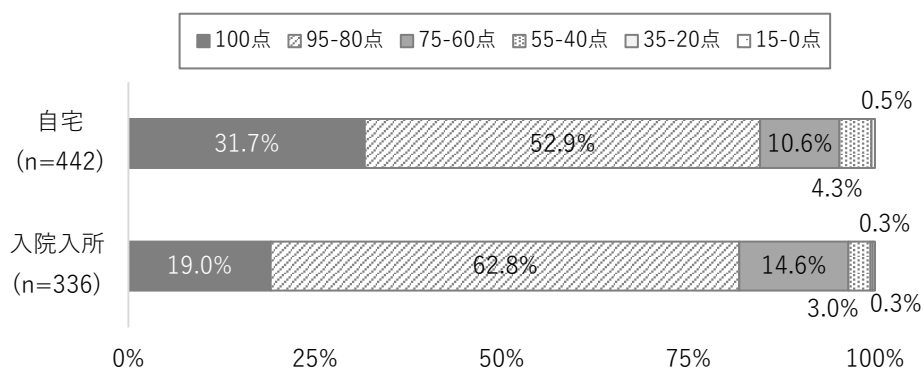
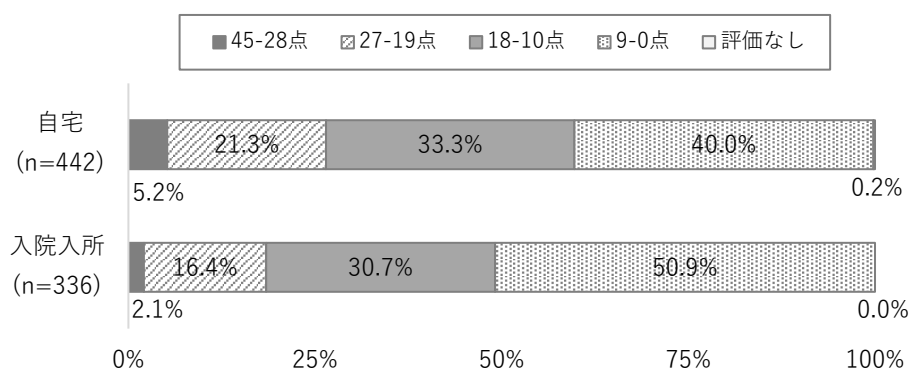
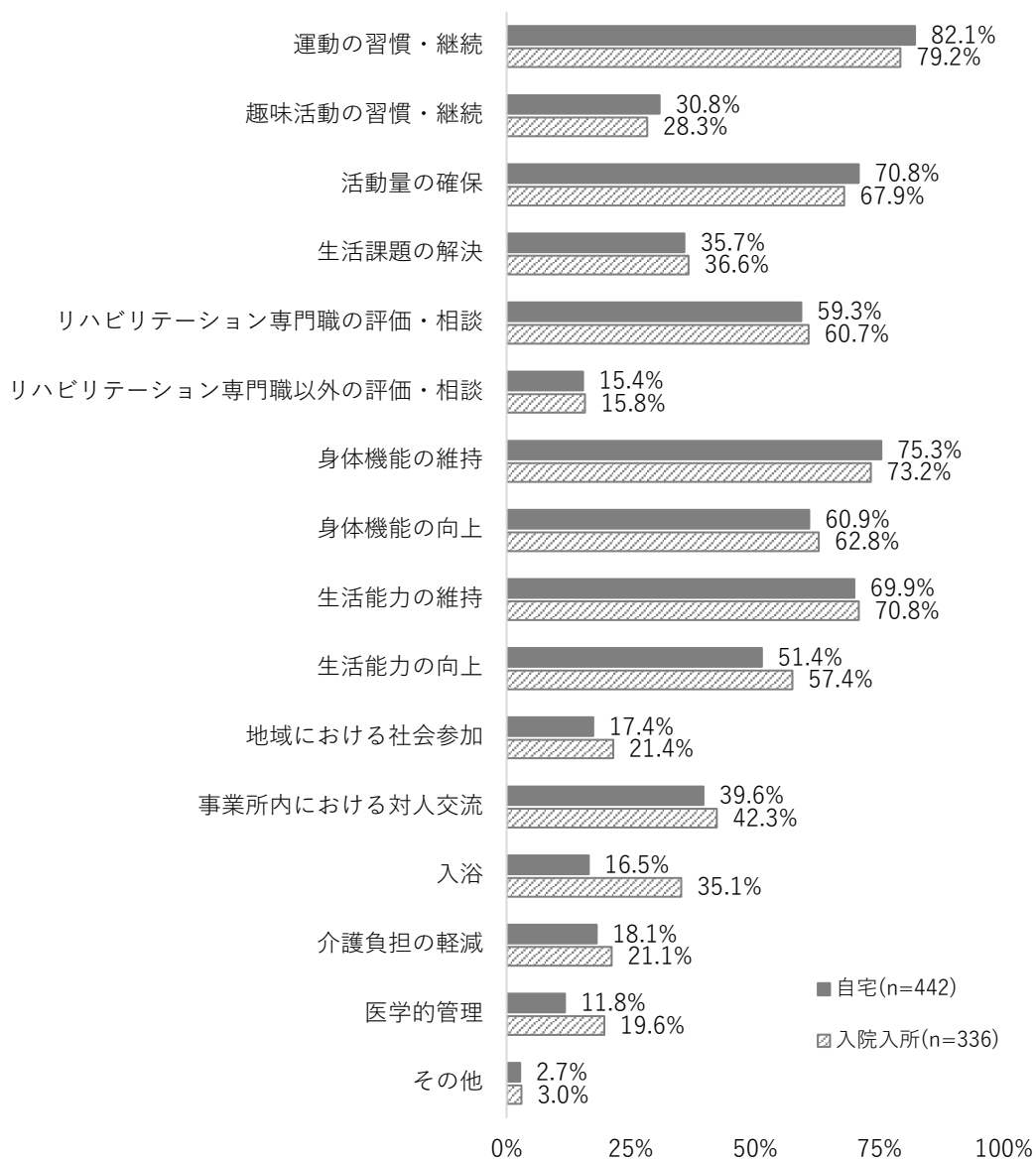


図 22 IADL



アセスメントから考える利用者のニーズにおいて、入院入所群では生活能力の向上、入浴、医学的管理の割合が高かった（図 23）。

図 23 アセスメントから考える利用者の Needs



提供プログラムでは、入院入所群にて ADL 練習、集団活動の実施割合が高かった(図 24)。直近 1 年間における居宅訪問の有無では、自宅群にて割合がやや高い傾向を示した(図 25)。

図 24 提供プログラム

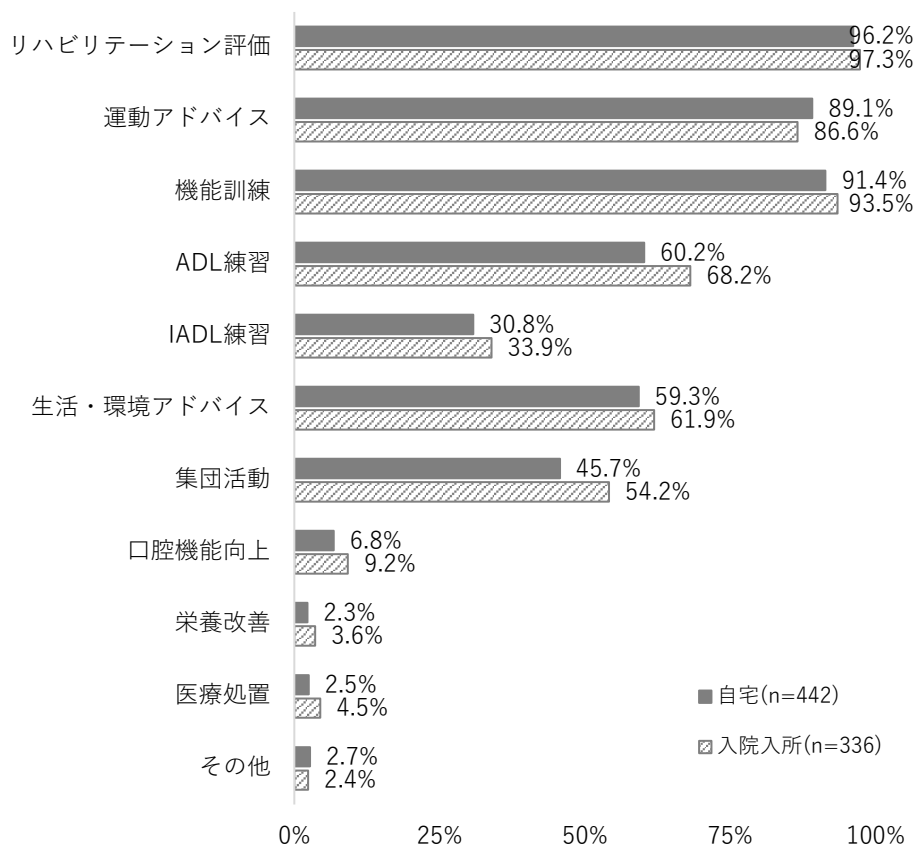
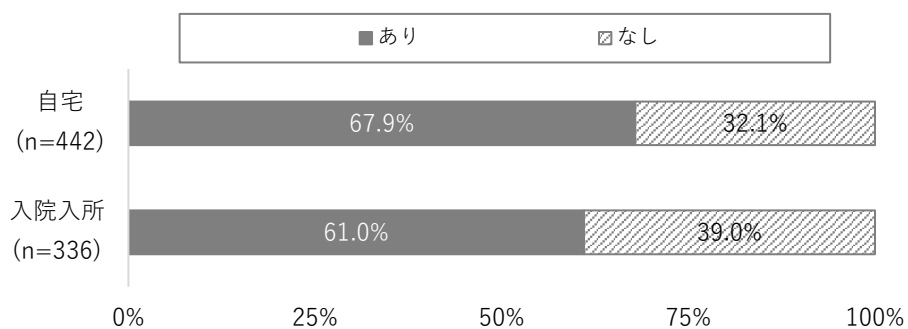


図 25 直近 1 年間における居宅訪問の有無



1年前の目標における達成度に関しては、両群における差異は認めなかった。両群の達成割合では共に生活課題の解決、身体機能の向上、生活能力の向上、地域における社会参加が4~5割と低値であった（表2）。

表2 1年前の目標における達成度

	n	達成	一部達成	未達	
運動の習慣・継続	自宅	390	73.1%	20.8%	6.2%
	入院入所	284	73.6%	22.5%	3.9%
趣味活動の習慣・継続	自宅	168	58.3%	25.6%	16.1%
	入院入所	132	53.0%	28.8%	18.2%
活動量の確保	自宅	354	70.6%	25.1%	4.2%
	入院入所	265	70.6%	24.2%	5.3%
生活課題の解決	自宅	225	44.4%	44.0%	11.6%
	入院入所	187	49.7%	39.6%	10.7%
リハビリテーション専門職の 評価・相談	自宅	320	82.2%	17.2%	0.6%
	入院入所	249	82.3%	16.5%	1.2%
リハビリテーション専門職以外の 評価・相談	自宅	120	68.3%	28.3%	3.3%
	入院入所	92	73.9%	22.8%	3.3%
身体機能の維持	自宅	369	75.6%	20.3%	4.1%
	入院入所	279	74.9%	20.1%	5.0%
身体機能の向上	自宅	300	43.0%	42.7%	14.3%
	入院入所	237	46.0%	41.4%	12.7%
生活能力の維持	自宅	337	76.0%	19.3%	4.7%
	入院入所	264	74.6%	20.8%	4.5%
生活能力の向上	自宅	264	40.5%	45.8%	13.6%
	入院入所	227	44.1%	41.4%	14.5%
地域における社会参加	自宅	107	38.3%	30.8%	30.8%
	入院入所	89	50.6%	19.1%	30.3%
事業所内における対人交流	自宅	219	73.1%	21.5%	5.5%
	入院入所	173	83.2%	12.7%	4.0%
入浴	自宅	105	82.9%	12.4%	4.8%
	入院入所	134	85.1%	10.4%	4.5%
介護負担の軽減	自宅	128	53.9%	35.9%	10.2%
	入院入所	114	62.3%	28.9%	8.8%
医学的管理	自宅	103	69.9%	26.2%	3.9%
	入院入所	117	76.9%	20.5%	2.6%

※ 対象外を除く

## 5. 要介護 3-5

要介護 3-5 (404 名) においては、入院・入所・死亡により利用を終了された方〔入院等：34 名〕、状態改善・本人都合・サービス変更などの理由にて利用を終了された方〔その他：23 名〕の 2 群に分けて分析した。

年齢において 75 歳以上の割合は、入院等群にて 76.5%、その他群にて 65.2%であった (図 26)。主疾患では、入院等群にて進行性疾患・難病の割合が、その他群にて脳血管疾患の割合が比較的高かった (図 27)。

図 26 年齢

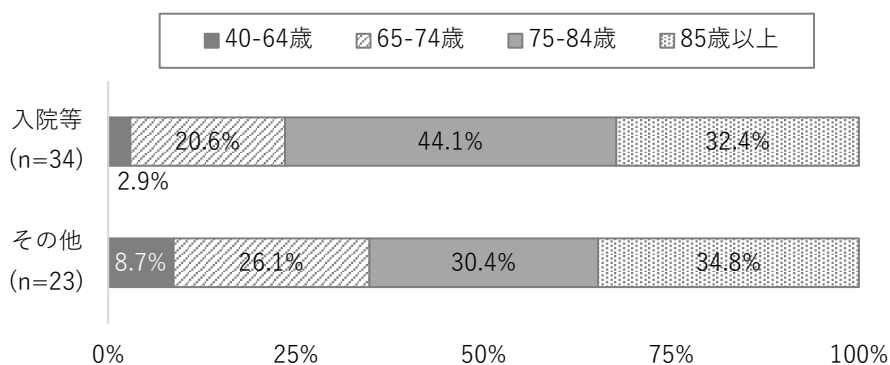
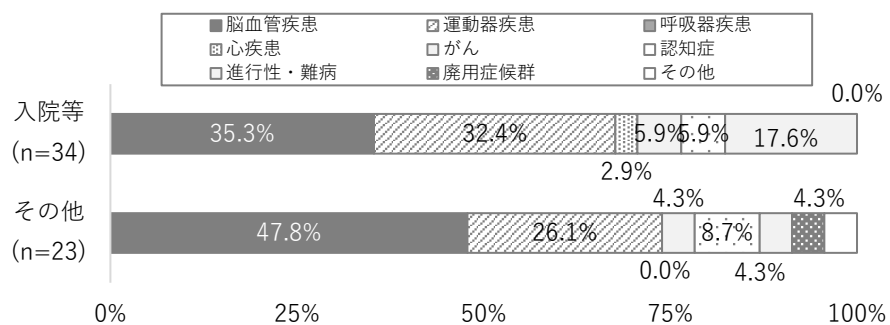
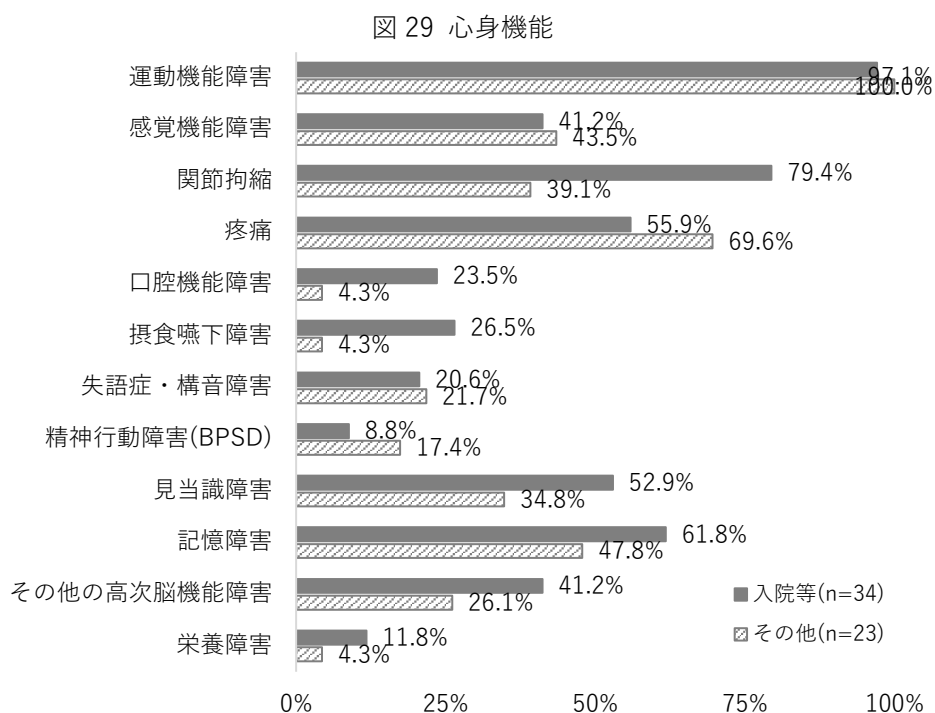
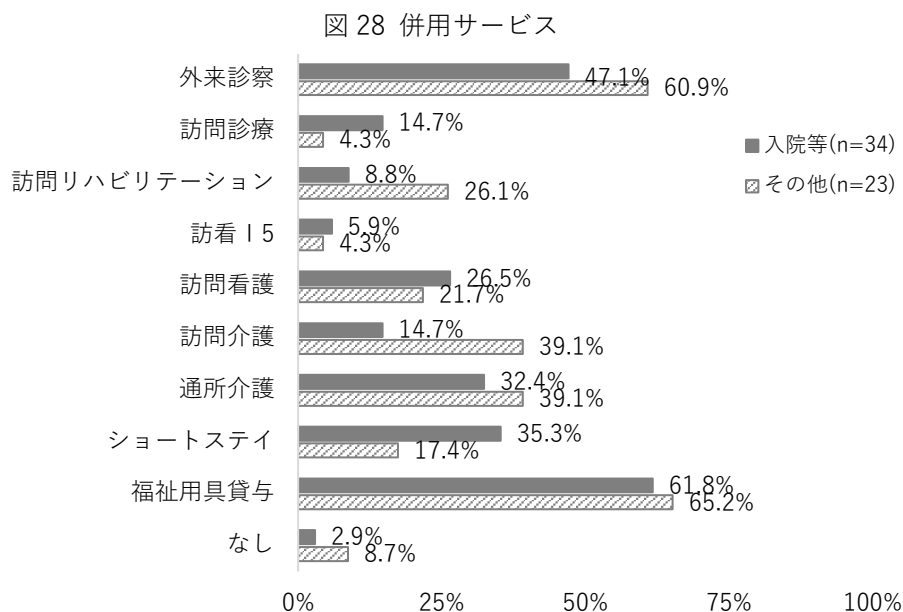


図 27 主疾患



併用サービスでは、入院等群にてショートステイ、その他群にて外来診察、訪問リハビリテーション、訪問介護、通所介護の割合が高かった（図 28）。

心身機能では、入院等群において関節拘縮、口腔機能障害、摂食嚥下障害、見当識障害、記憶障害、その他の高次脳機能障害、栄養障害の割合が高く、その他群にて疼痛、精神行動障害の割合が高かった（図 29）。



認知機能に関して両群に差異は見られず、20点以下の方が約3割であった(図30)。ADL (Barthel Index) および IADL (Frenchay Activities Index) とともに、入院等群では低い得点の割合が高かった(図31・32)。

図 30 認知機能

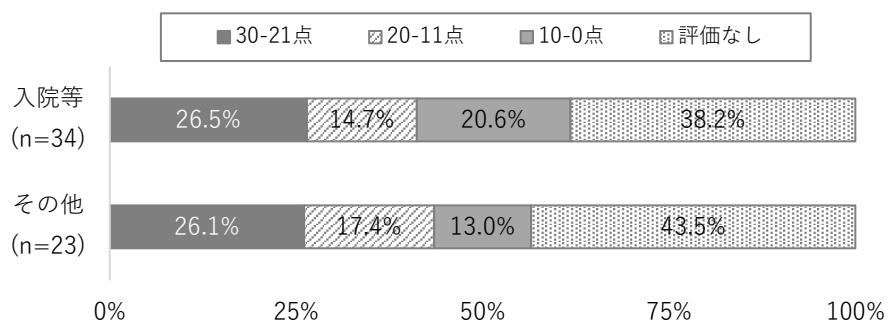


図 31 ADL

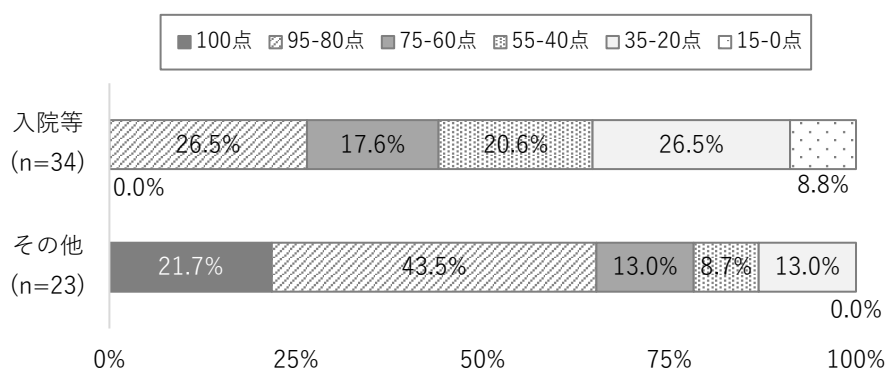
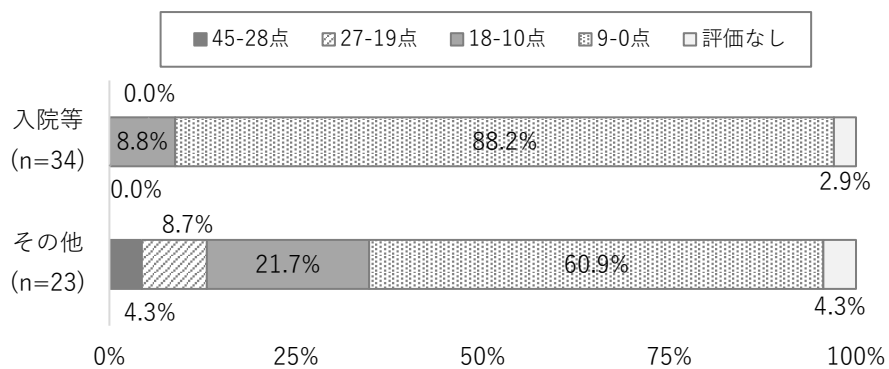
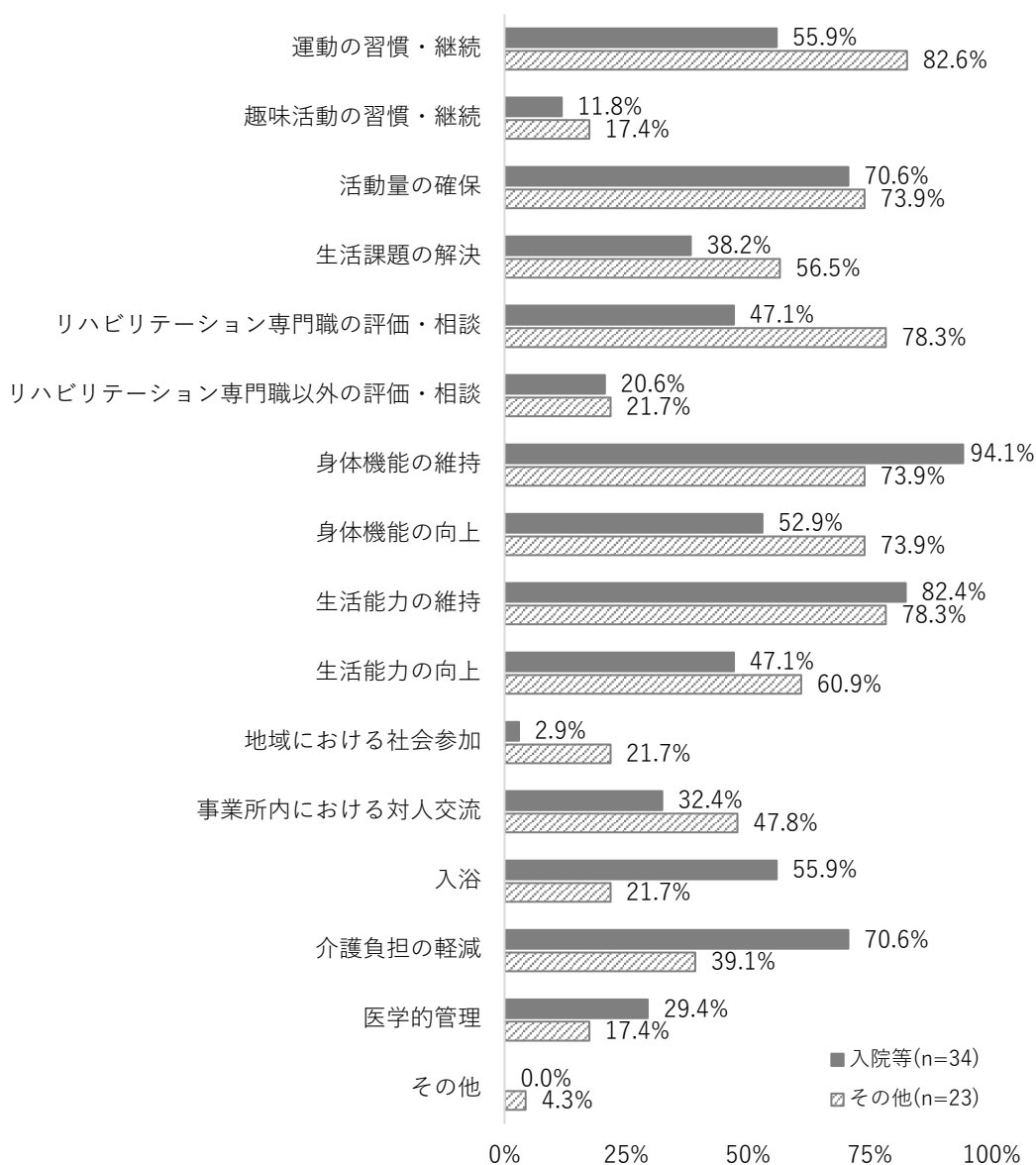


図 32 IADL



アセスメントから考える利用者のニーズにおいて、入院等群では身体機能の維持、入浴、介護負担の軽減、医学的管理の割合が、その他群では運動の習慣・継続、リハビリテーション専門職の評価・相談、身体機能の向上、生活能力の向上、地域における社会参加、事業所内における対人交流の割合が高かった（図 33）。

図 33 アセスメントから考える利用者の Needs



提供プログラムでは、入院等群にて機能訓練、ADL 練習、口腔機能向上、医療処置の割合が、その他群にて運動アドバイス、IADL 練習、生活・環境アドバイスの割合が高かった（図 34）。直近 1 年間における居宅訪問の有無では、その他群にて約 7 割と高かった（図 35）。

図 34 提供プログラム

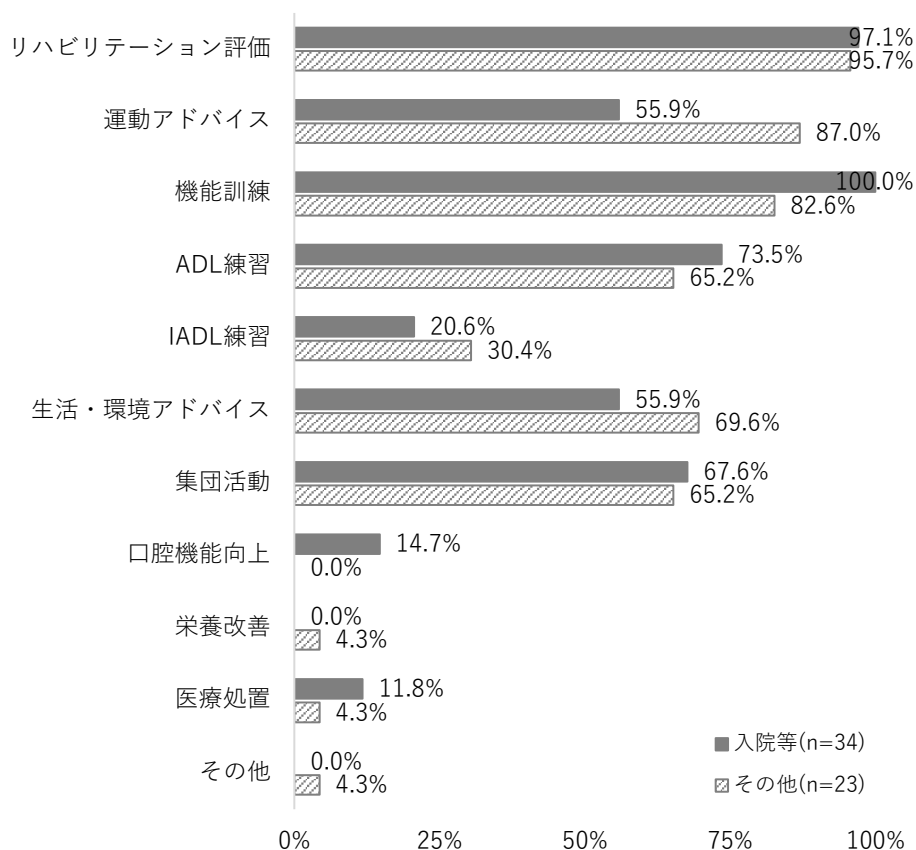
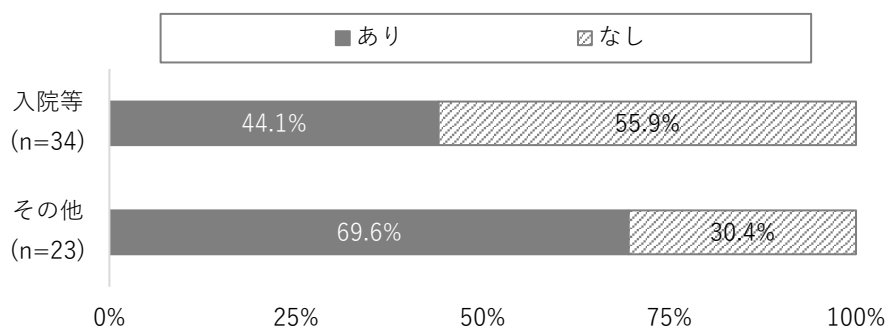


図 35 直近 1 年間における居宅訪問の有無



1年前の目標における達成度に関しては、入院等群において達成割合が低値である項目が多かった。一方、医学的管理は84.6%、事業所内における対人交流は70.6%、入浴は66.7%であった（表3）。

表3 1年前の目標における達成度

		n	達成	一部達成	未達
運動の習慣・継続	入院等	22	36.4%	36.4%	27.3%
	その他	17	58.8%	17.6%	23.5%
趣味活動の習慣・継続	入院等	5	20.0%	20.0%	60.0%
	その他	5	60.0%	20.0%	20.0%
活動量の確保	入院等	26	46.2%	30.8%	23.1%
	その他	18	66.7%	22.2%	11.1%
生活課題の解決	入院等	16	6.3%	50.0%	43.8%
	その他	14	57.1%	28.6%	14.3%
リハビリテーション専門職の 評価・相談	入院等	16	68.8%	18.8%	12.5%
	その他	15	86.7%	6.7%	6.7%
リハビリテーション専門職以外の 評価・相談	入院等	10	50.0%	40.0%	10.0%
	その他	7	57.1%	28.6%	14.3%
身体機能の維持	入院等	29	37.9%	31.0%	31.0%
	その他	17	70.6%	17.6%	11.8%
身体機能の向上	入院等	18	5.6%	27.8%	66.7%
	その他	16	50.0%	31.3%	18.8%
生活能力の維持	入院等	25	32.0%	24.0%	44.0%
	その他	17	76.5%	11.8%	11.8%
生活能力の向上	入院等	17	0.0%	11.8%	88.2%
	その他	15	53.3%	26.7%	20.0%
地域における社会参加	入院等	5	20.0%	60.0%	20.0%
	その他	6	50.0%	16.7%	33.3%
事業所内における対人交流	入院等	17	70.6%	23.5%	5.9%
	その他	8	75.0%	12.5%	12.5%
入浴	入院等	21	66.7%	19.0%	14.3%
	その他	8	75.0%	12.5%	12.5%
介護負担の軽減	入院等	23	52.2%	30.4%	17.4%
	その他	9	66.7%	0.0%	33.3%
医学的管理	入院等	13	84.6%	15.4%	0.0%
	その他	7	71.4%	14.3%	14.3%

※ 対象外を除く

### 第3章 考察

#### ○ はじめに

令和3年度介護報酬改定では、①感染症や災害への対応力強化、②地域包括ケアシステムの推進、③自立支援・重度化防止の取組の推進、④介護人材の確保・介護現場の革新、⑤制度の安定性・持続可能性の確保の5本柱が示された。通所リハビリテーション（以下、通所リハ）においては、リハビリテーションマネジメント（以下、リハマネジメント）加算（I）および介護予防のリハマネジメント加算が基本報酬に包括化された。また、利用者の状態像に応じた関わりとなるよう各種加算の算定要件が変更されたなど、自立支援・重度化防止の機能をこれまで以上に求められるようになった。地域包括ケアシステムにおける通所リハの役割は、病院と自宅の「つなぎ役」であり、自宅で安全に生活できるような支援が求められる。その中で、通所リハは漫然とサービス提供をするのではなく、適時適切なマネジメントに基づいた関わりが重要である。

今回の調査報告では、1) 介護度別（要支援者・軽度者・中重度者）の実態と 2) 各介護度の特性を示した。さらに、3) 特性から抽出された各介護度における課題を明らかにし、令和3年度介護報酬を踏まえた通所リハとしての方向性を提示することで、我々が求められる通所リハの機能を十分に発揮できるようになることを目的とした。

#### ○ 要支援者（要支援 1-2）

keyword：修了に向けた関わり／状態向上の目標設定、居宅訪問、自己管理能力、地域での継続的な介護予防

- ・状態改善による修了に向けた関わりとその対象についての検討
- ・状態改善の目標設定と居宅訪問による課題の抽出および目標達成のマネジメント
- ・自己管理能力の向上と修了後の地域での継続的な介護予防

厚生労働省の介護保険事業状況報告によると全国における要支援者数は年々増加傾向にあり、令和3年1月においては、要介護（要支援）認定者数の約28%を占める割合になった。本調査にて通所リハも25.8%が要支援者となっており、利用前の所在は「自宅71.0%」、主疾患は「運動器疾患50.6%」であった。要介護（要支援）認定者において自立度の高い要支援は、リハビリ専門職の関わりを主とする「1時間以上2時間未満52.5%」を利用し、提供回数も「1回57.1%」である。また、終了理由は「状態改善40.5%」となっており、要介護と比較して高い割合である。

そのため、通所リハとしては、在宅生活の充実や地域活動への参加など高いレベルの目標を定めつつ、併せて自己管理能力の向上を図り、結果として修了へと導く関わりが必要である。令和3年度介護報酬改定において、要支援の通所リハは、利用を開始した日の属する月から起算して12月（1年）を超えて行う場合は、1月につき所定単位数から減算となった。

そこで、利用開始から1年以内に状態の改善により修了した群（以下、改善修了群）と利用開始から1年を超えて利用を継続している群（以下、利用継続群）を比較し、状態改善による修了に向けた関わりとその対象について検討した。

両群にて併用している居宅サービスや診療を比較すると、改善修了群は「なし 46.2%」、利用継続群は「なし 24.7%」であった。利用継続群で高い割合となっているのが「外来診療 57.7%」であり、半数以上が継続して診察が必要な状態であった。主疾患では、両群とも脳血管疾患、運動器疾患の割合が高いものの、利用継続群では心疾患や進行性疾患・難病もみられた。このように、利用継続群には医療の必要性が高い方が含まれており、通所リハにおける継続的な支援を必要とする場合がある。この場合には、外来診療での診察内容や処置、服薬情報などを正確に把握することで、通所リハでの関わり方の一助となるため、利用者や家族、ケアマネジャーとの連携、さらには外来診療との直接的なやりとりができるように努めたい。

改善修了群はADLが「100点 100%」、IADLも高い点数となっていた。さらに、改善修了群では「この1年間の居宅訪問あり 76.9%」となっており、在宅生活における課題の抽出および目標達成までのマネジメントを行うことができたのではないかと考える。このように、在宅生活の充実を目指し、直接的な評価および助言指導ができる居宅訪問を有効に活用したい。

アセスメントから考える利用者のNeedsについて、改善修了群では状態の「向上」が高い割合だったのに対し、利用継続群は「習慣化」や状態の「維持」が高い割合となった。この「習慣化」や「維持」は自助の範囲として自己管理能力の向上を図ることが求められる。また、ADLが自立している状態を保ちつつ、IADLを高める目標設定が必須であり、後述する総合事業を活用した「習慣化」や「維持」の取り組みも検討することが重要である。

一方で、アセスメントから考える利用者のNeedsにおいて「地域における社会参加」は、改善修了群および利用継続群ともに、3割に満たなかった。要支援者においては、地域の通いの場に目を向けた目標の設定および達成に向けたマネジメントが必要である。2017年度より市町村が中心となって、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業および一般介護予防事業）が開始されている。地域の実情に応じて、住民などの多様な主体が参画しており、通所リハ修了後の要支援者の活動と参加の場として、総合事業への移行を含めて検討することで、継続的な介護予防（「習慣化」や「維持」）へとつながる。

○ 軽度者（要介護 1-2）

keyword：主疾患の過程を踏まえた関わり／退院退所直後の支援、ADL・IADL の自立、生活空間の広がり、社会参加の促進

- ・ 自宅群と入院入所群を比較した経過を踏まえた関わり
- ・ 退院退所直後の集中的なリハビリテーションによる ADL・IADL の自立
- ・ 生活空間の広がり和生活機能の向上による社会参加の促進

軽度者は通所リハ全体の 48.2%であり、平成 30 年度の調査に引き続き、通所リハ利用者における最大のボリュームゾーンであった。利用前の所在においては「自宅 56.8%（以下、自宅群）」「急性期・回復期・療養・老健 43.2%（以下、入院入所群）」となっており、通所リハを利用に至るまでの過程の異なる両群が混在しているのが大きな特徴となっている。

両群の利用開始に至るまでの経過として、自宅群は自宅での継続・安定化していた生活が、罹患の有無に限らず緩やかに状況が変化し、入院経過を辿ることのない進行性疾患・難病、認知症、廃用症候群などにより、増悪過程にある方の割合が比較的高い傾向にある。一方で、入院入所群は、脳血管疾患や運動器疾患などを罹患したことによる急激な状況の変化から「急性期」「回復期」の入院経過を辿り、直接の在宅復帰、または「療養」「老健」を経て在宅復帰し、在宅生活の安定化に向けた回復過程にある。そこで今回は、経過が異なる自宅群と入院入所群を比較し、経過を踏まえた関わり方について検討した。

入院入所群は、退院退所直後の回復過程であるため、ADL・IADL の自立度は自宅群よりも低かったと考える。退院退所直後より 3 ヶ月以内の期間で実施することのできる短期集中個別リハビリテーション実施加算は、集中的な個別リハビリテーションにより、退院退所直後における利用者の身体機能の改善が期待されている。通所リハにおいては、心身機能の回復過程にある利用者に対して集中的な個別リハビリテーションを実施することで、在宅生活における ADL・IADL を併せて高め、社会参加の促進に努めていきたい。

一方で、ADL の点数で自立に当たる 100 点が 31.7%であった自宅群においては、通所リハが必要になった要因を考える必要がある。自宅群の IADL は入院入所群よりも高い傾向であったものの、LSA について傾向に相違はみられなかった。このことから、生活空間の広がりについては、自宅群における主たる課題となっている。令和 3 年度介護報酬改定において、自宅群のような生活機能が低下した方に対しても、生活行為向上リハビリテーションの活用が示された。前述の短期集中個別リハビリテーションも含め、利用者の状態像に応じた適時適切な関わりにより、生活能力を高めていきたい。

そのためには、異なる両群の状態像をより精緻に評価・分析することが必要であり、基本報酬に包括化されたリハマネジメントだけでなく、リハマネジメント加算 A・B の取り組みを積極的に実践していくことが望まれる。通所リハ事業所内のみでなく、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスの従事者と連携・協働することで、多様な Needs を踏まえた在宅生活の質の向上に資するマネジメントを行っていきたい。

○ 中重度者（要介護3-5）

keyword: 在宅生活継続に向けた関わり／身体機能の一体的な支援、生活に即するリハビリ、  
事業所内外の連携・協働、介助者への助言指導

- ・ 状態像毎における支援策と在宅生活継続に向けた関わり
- ・ 身体機能の一体的な支援と1日を通した生活に即するリハビリテーション
- ・ 事業所内外の連携・協働と介護負担を軽減する介助者への助言指導

中重度者に対する通所リハの関わりは、1日を通した生活に即するリハビリテーションにより、利用者の在宅生活継続をマネジメントする役割が期待されている。実際に、利用時間は「4時間以上 63.6%」、利用回数は「3回以上 29.0%」であり、中重度者の生活に欠かせないものとなっている。主疾患においては「脳血管疾患 51.0%」であり、運動・感覚・精神などの障害を複合的に有することが想定され、多角的な支援が必要である。医療機関では在院日数の短縮が図られており、介護保険においても医療度の高い利用者が増え、医師や看護師、リハビリ専門職などの人員配置のある通所リハが、安心して外出できる場となるよう、リスクを十分に把握した上での受け入れ態勢を整えることが必要である。

本項では、中重度者において状態悪化が想定され、入院・入所・死亡により終了された方（以下、入院等群）と、状態改善・本人都合・サービス変更など状態の維持改善により終了された方（以下、その他群）とに分類し、状態像毎における支援策と在宅生活継続に向けた関わり方を検討することとした。

入院等群は75歳以上が7割を超え、主疾患として進行性疾患・難病が約2割であり、徐々に能力が低下していくことが想定される状態像であった。さらに、ADLが60点を下回る方が半数を超え、利用者のNeedsにおいて介護負担の軽減は約7割、医学的管理が必要な方は約3割であった。このように、在宅生活の継続において将来の状態変化を見据えて、介護者の負担軽減を図ることが求められる。特に、身体機能において関節拘縮がある割合が約8割に達しており、各種ADLに大きな影響を及ぼしていることが想定される。併用サービスとして利用割合が高いショートステイや通所介護、訪問看護などと連携・協働し、リハビリテーションの視点から介助方法の助言・アドバイスを行うことが重要である。そのために居宅訪問は有効な手段であるが、本調査において実施している割合は約4割であり、より積極的な実施が望まれる。

令和3年度介護報酬改定ではリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理および口腔管理に関して一体的な運用の推進が示された。入院等群では、口腔機能障害および摂食嚥下障害を有する割合は約3割であり、栄養障害も1割の方が該当していた。一方、提供プログラムでは、口腔機能向上は約15%、栄養改善は0%であり、より積極的な展開が望まれる。そのためにも、通所リハ事業所において、言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職の配置を充実することが重要であろう。

心身機能の課題として、記憶障害は6割、見当識障害は5割と、認知機能に課題を有する方の割合が高かった。また、IADLは9点以下が9割を占めていたが、IADL練習の実施

割合は 2 割程度であった。身体機能や認知機能の状況により「できること」は限定されるが、利用者にとって「大切な役割」を見だし、「その人らしい生活」が送れるよう支援していくことが重要である。

その他群では、併用している居宅サービスにおいて訪問介護・通所介護の割合が約 4 割と高く、併用による連携・協働から徐々に移行へと進めていったと推察される。実際に、終了時点の ADL が 80 点以上である割合が 6 割を超え、利用者の Needs では介護負担の軽減が 4 割、入浴が 2 割程度と低い値を示していた。また、提供プログラムでは運動アドバイスや生活・環境アドバイスの実施割合が高く、身体機能や能力の向上を踏まえサービス移行を想定したプログラムが組まれていた。

このサービス移行に関しては、本人・家族の不安解消が必要であると考えられる。訪問介護・通所介護との連携・協働に関しては、生活機能向上連携加算を活用し、積極的に出向くことが重要である。これは、併用中のみならず、終了後のフォローアップとして中重度者の状態変化をリハビリテーションの視点から早期に発見することが望まれる。

終了時点の IADL において 9 点以下の割合は 6 割を超えていたが、IADL 練習の実施割合は約 3 割であった。身体機能や能力の向上により再獲得した「できること」を踏まえ、在宅生活における「できる役割」にも目を向けた関わりが望まれる。

昨今の介護報酬改定では看取りの充実も図られており、通所リハにおいても中重度者ケア体制加算や重度療養管理加算が設置されている。中重度者における在宅生活の継続を効果的にマネジメントするには、医師の関わりやリハビリテーション会議などによる事業所内外の連携・協働が必須であり、リハマネジメント加算 A・B も積極的に活用していきたい。

#### ○ おわりに

令和 3 年度介護報酬改定により、科学的介護情報システム（Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ）の運用が開始となった。LIFE は科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、PDCA サイクルの推進を図るものである。事業所と利用者のデータを LIFE へ提出するだけでなく、フィードバックにより得られた情報から必要に応じてサービス計画を見直すなど、有効に活用することが重要である。

本事業にて提示した各介護度における課題と対策案を参考に、LIFE も活用して科学的に裏付けられた質の高いサービスを提供することで、利用者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを、人生の最期まで続けられるように支援していきたい。

## 第 4 章 参考資料

## 1. 事業所票 集計結果

図 1-1 事業所種別

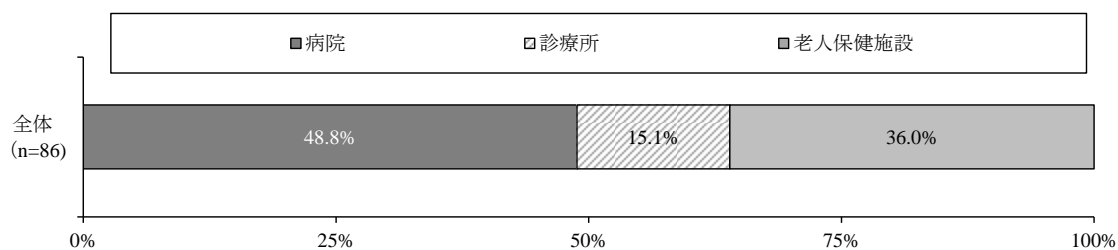


図 1-2 事業所開始年

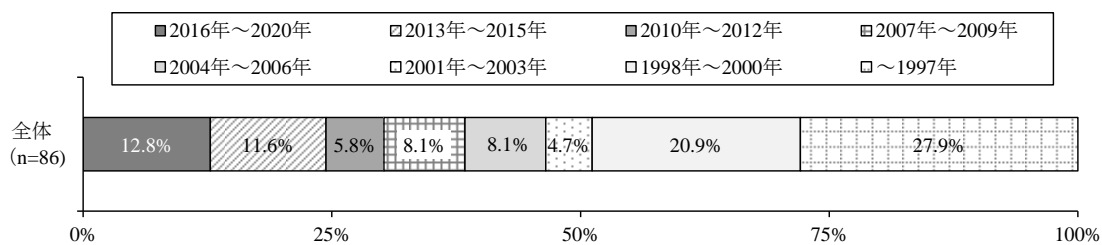


図 1-3 事業所規模

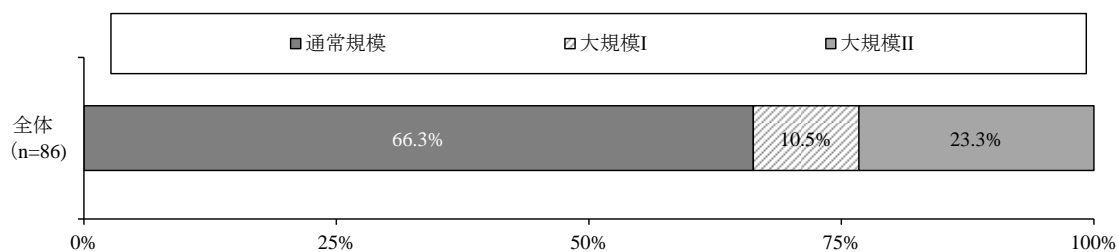


図 1-4 利用者定員

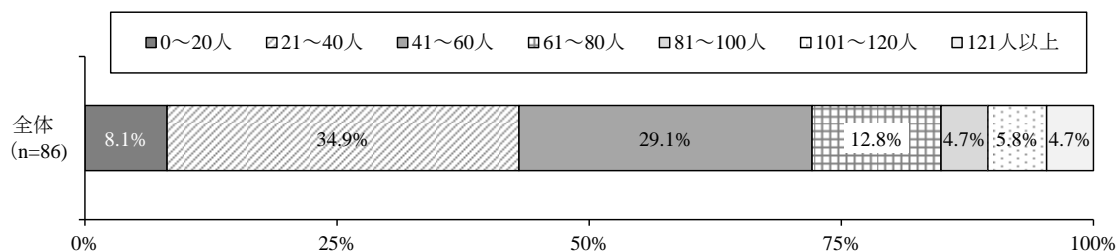


図 1-5 サービス提供時間 (n=86)

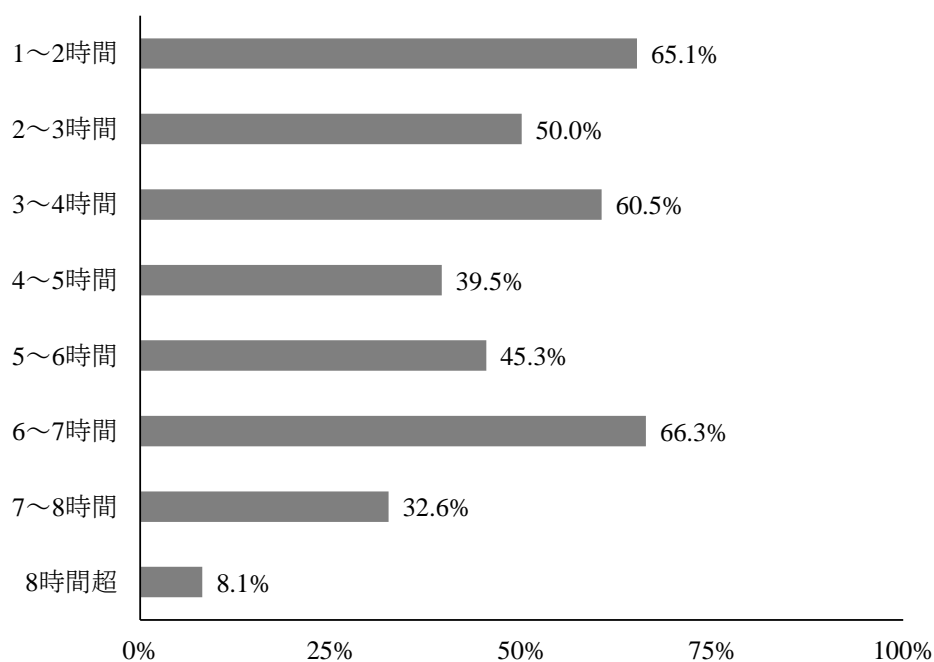


図 1-6 母体法人のその他の事業 (n=86)

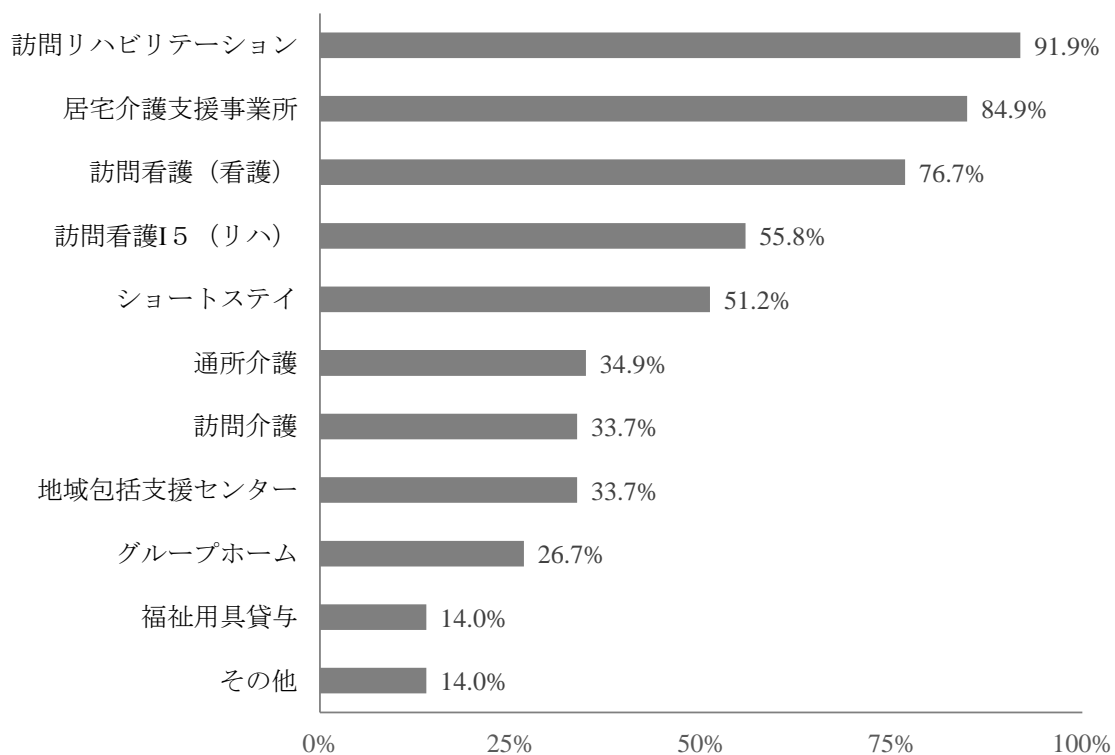


図 1-7 通所リハ（通常規模）における各職種の平均職員数

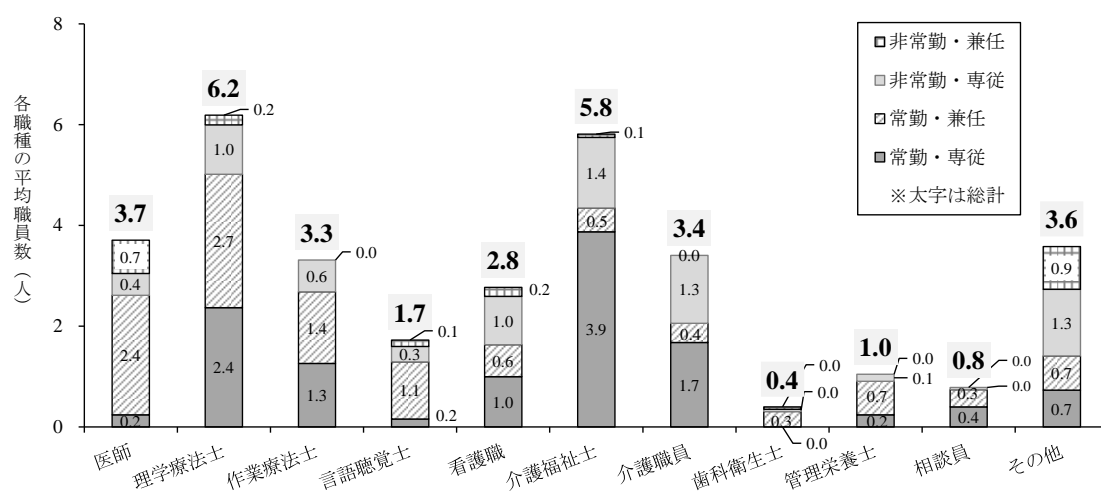


表 1-1 通所リハ（通常規模）における各職種の平均職員数

※単純平均値

	常勤換算 (人)
医師	0.8
理学療法士	3.0
作業療法士	1.4
言語聴覚士	0.3
看護職	1.0
介護福祉士	3.9
介護職員	1.7
歯科衛生士	0.0
管理栄養士	0.2
相談員	0.3
その他	1.1

図 1-8 4 通所リハ（大規模）における各職種の平均職員数

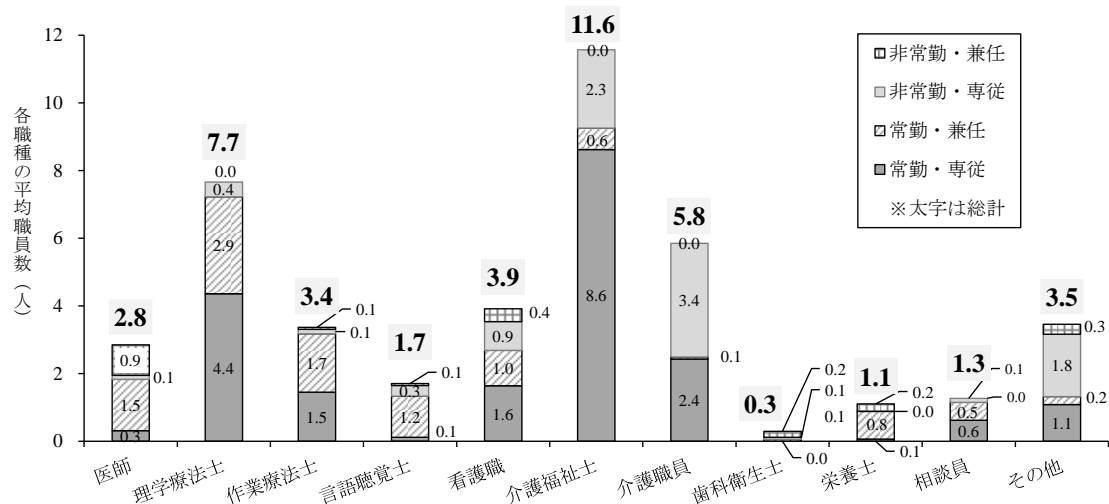


表 1-2 通所リハ（大規模）における各職種の平均職員数

※単純平均値

	常勤換算 (人)
医師	1.0
理学療法士	4.7
作業療法士	2.1
言語聴覚士	0.4
看護職	2.3
介護福祉士	9.5
介護職員	3.5
歯科衛生士	0.0
管理栄養士	0.4
相談員	0.7
その他	1.8

図 1-9 男女別 利用者数 (86 施設：総利用者人数)

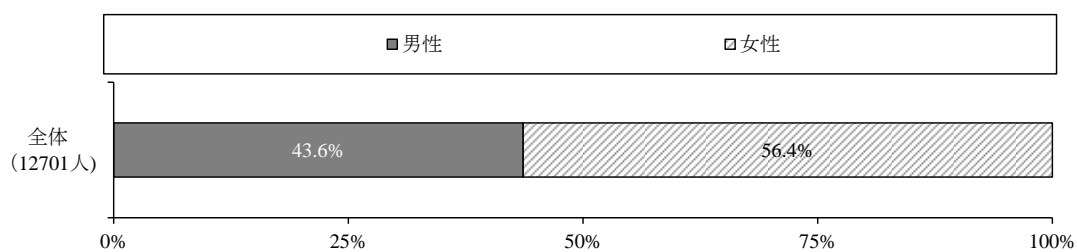


図 1-10 年代別 利用者数 (86 施設：総利用者人数)

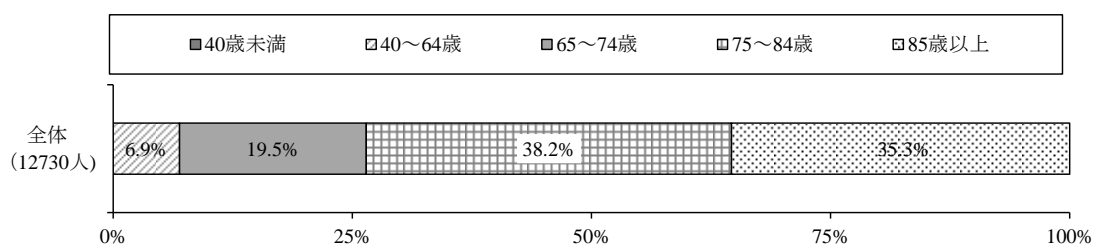


図 1-11 要介護度別 利用者数 (86 施設：総利用者人数)

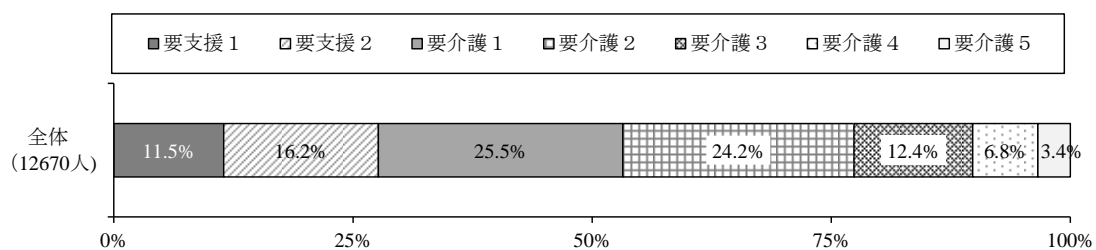


図 1-12 医療的なケア対応 (n=86)

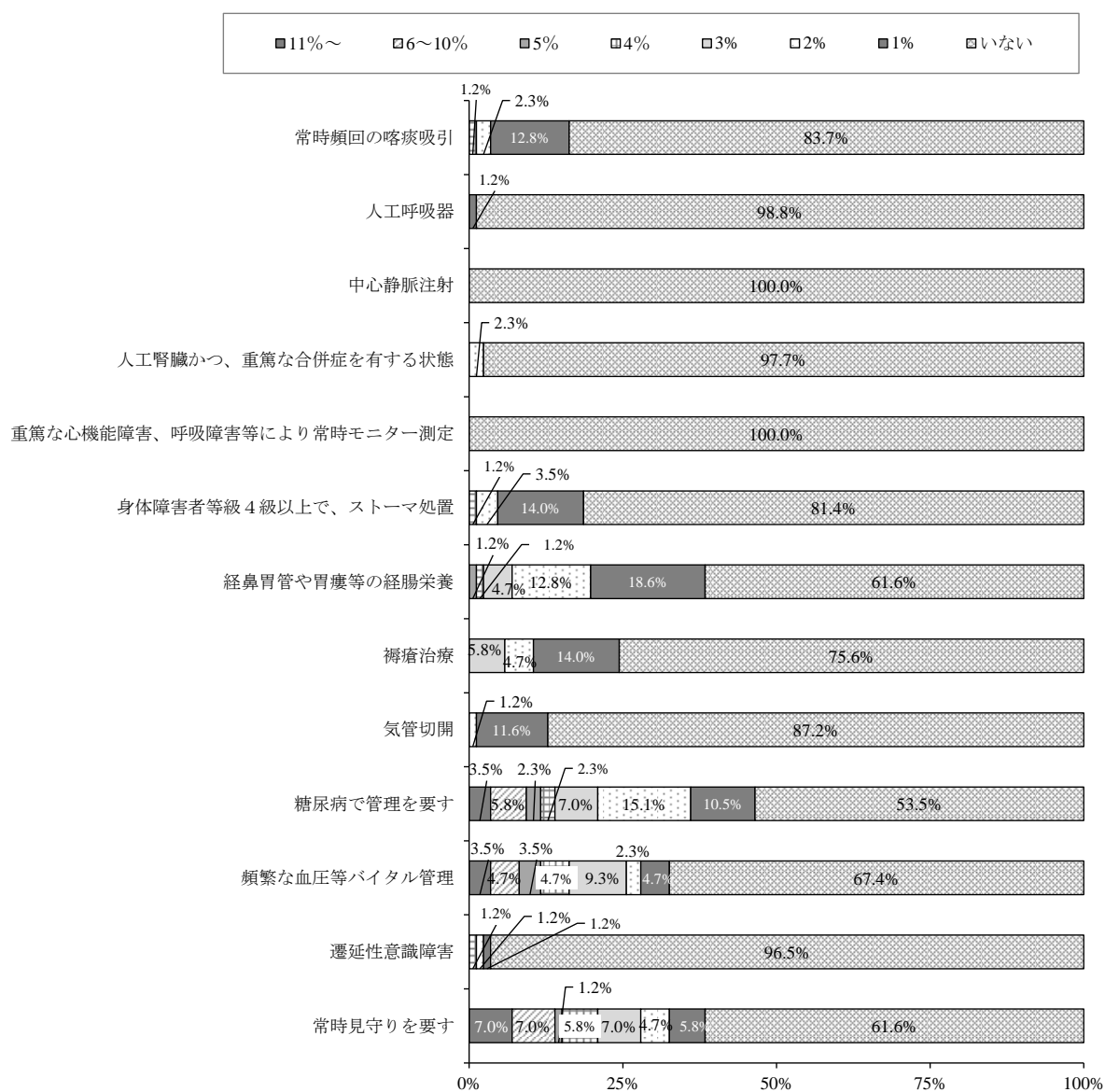


図 1-13 居住系サービスからの利用者

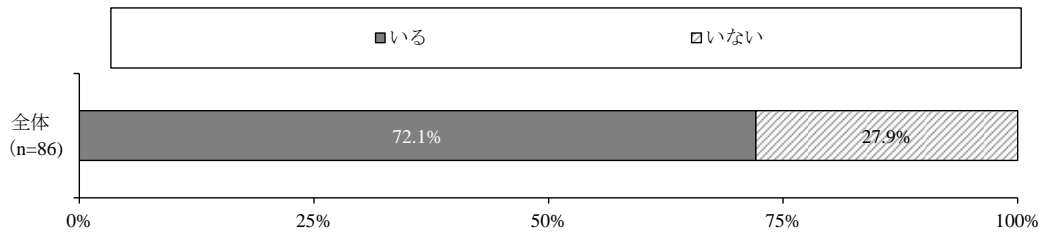


図 1-14 新規利用者割合（月間）

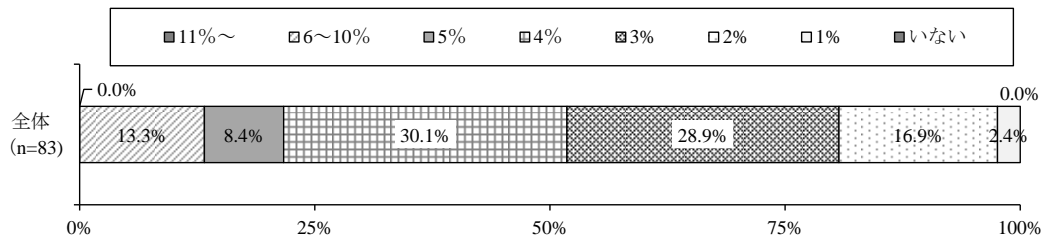


図 1-15 終了者割合（月間）

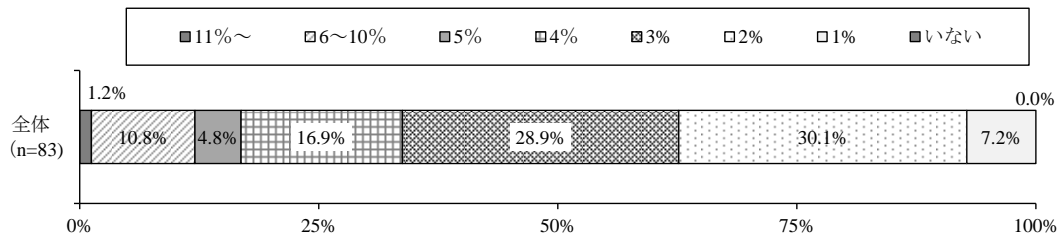


図 1-16 リハマネジメントに関する加算の算定有無 (n=86)

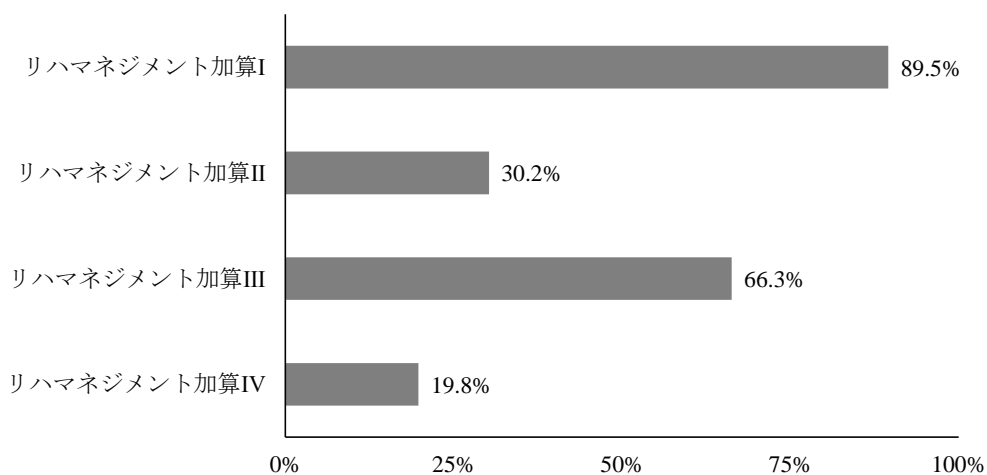


図 1-17 リハマネジメントに関する加算の算定率

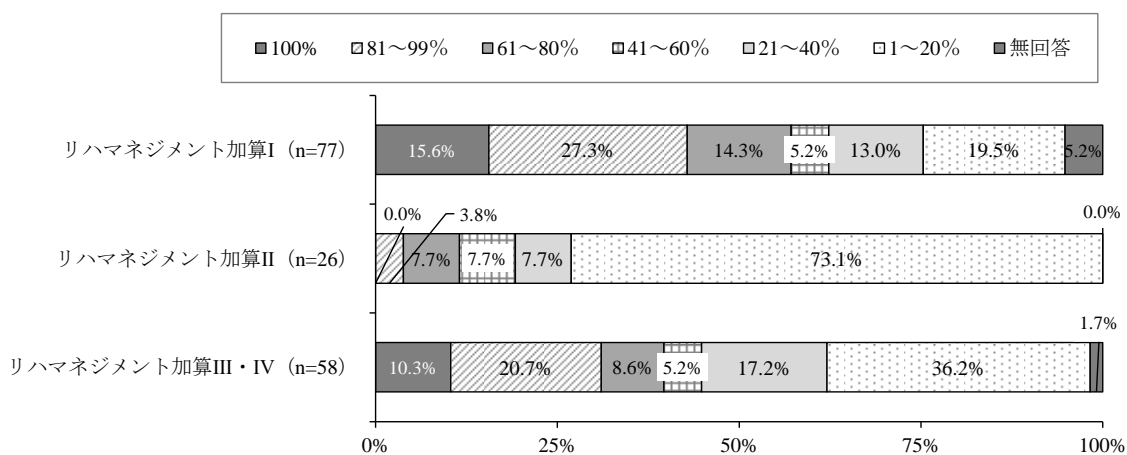


図 1-18 リハマネジメント加算Ⅱを算定していない理由 (n=60)

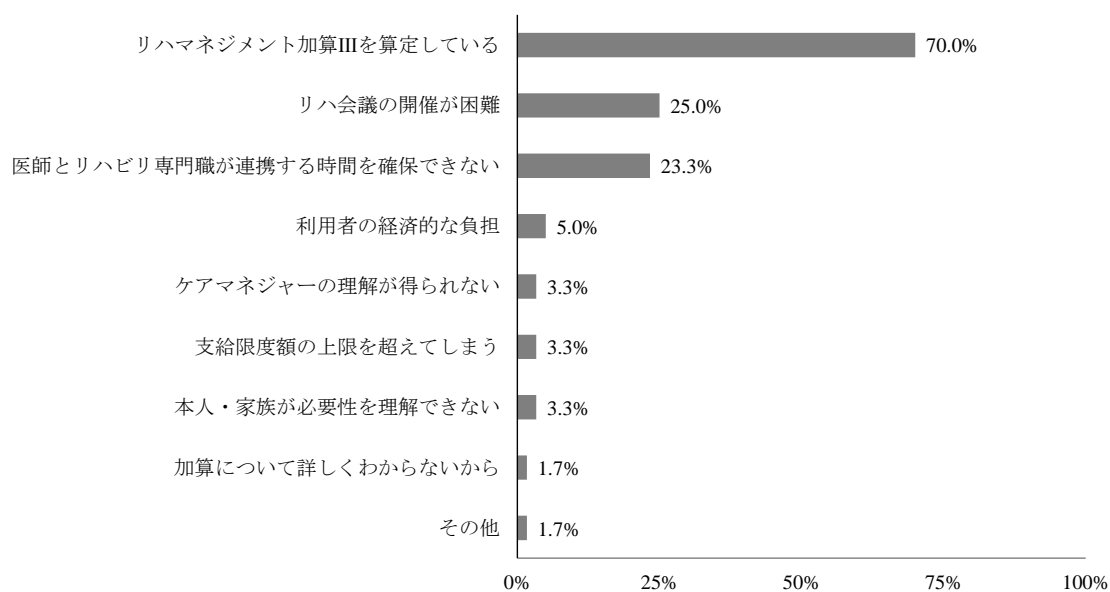


図 1-19 リハマネジメント加算Ⅲを算定していない理由 (n=29)

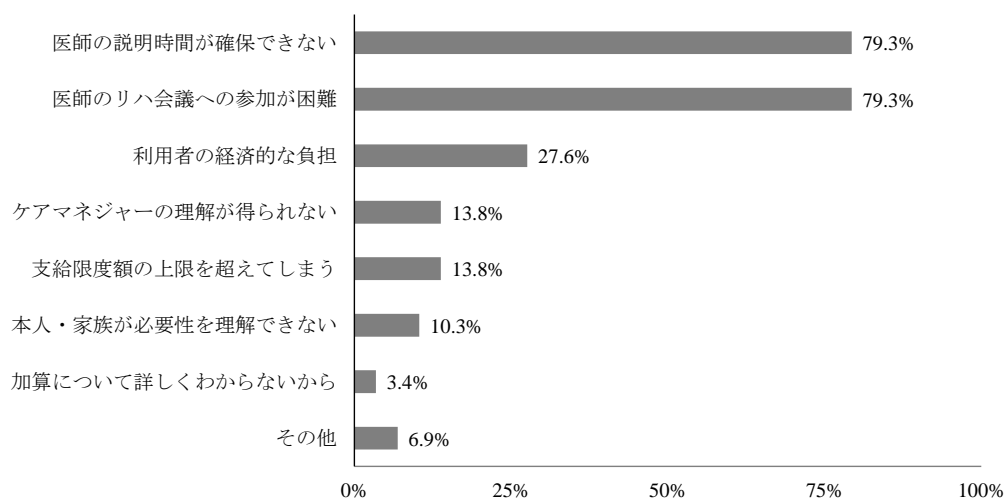


図 1-20 リハマネジメント加算Ⅳを算定していない理由 (n=69)

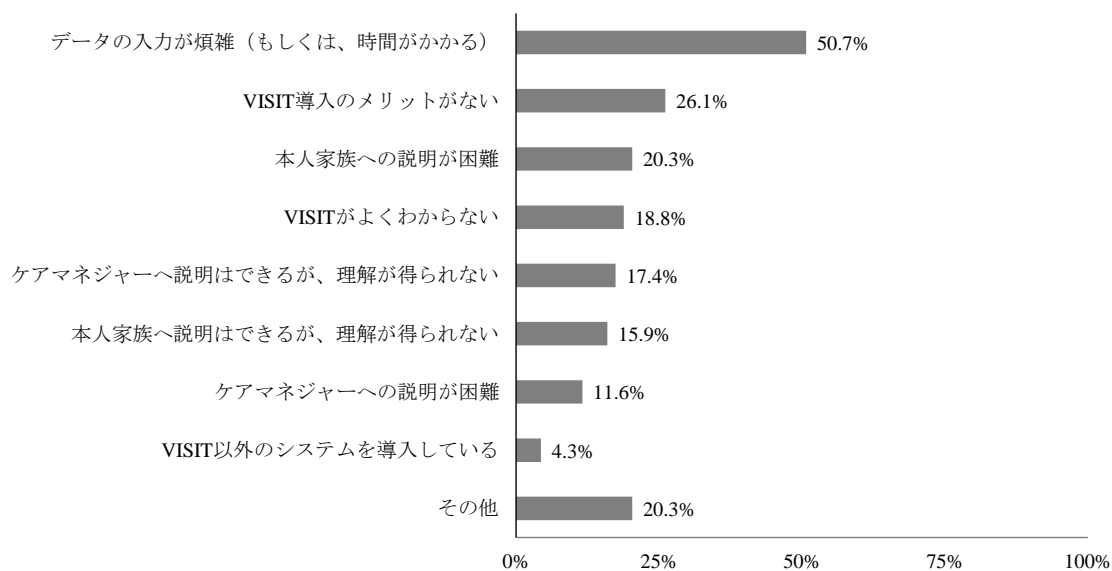


図 1-21 リハマネジメントに関する加算の算定有無 (n=86)

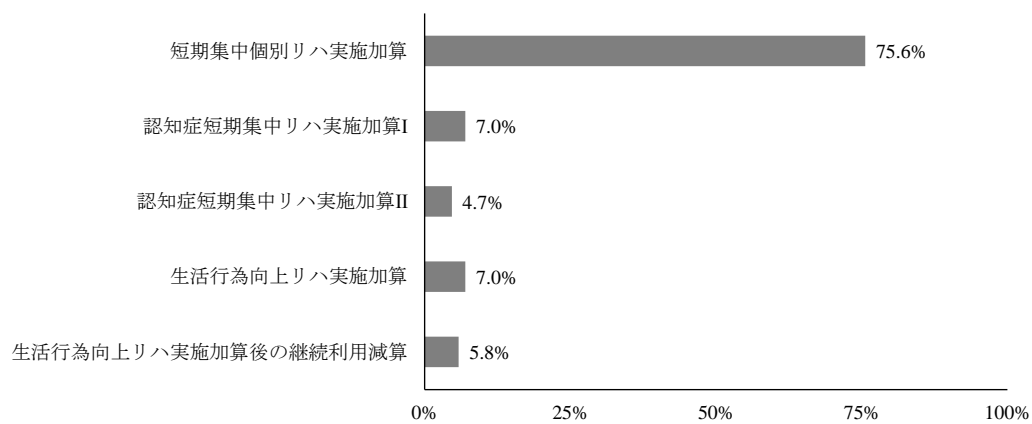


図 1-22 生活行為向上リハ実施加算を算定していない理由 (n=80)

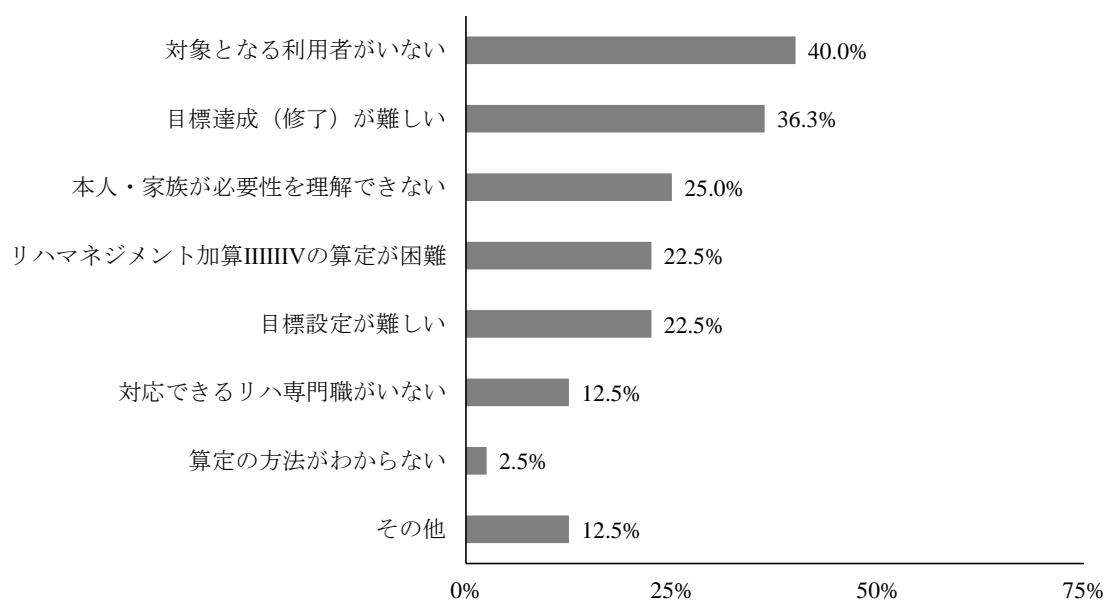


図 1-23 生活行為向上リハ実施加算後の継続利用減算がある理由 (n=5)

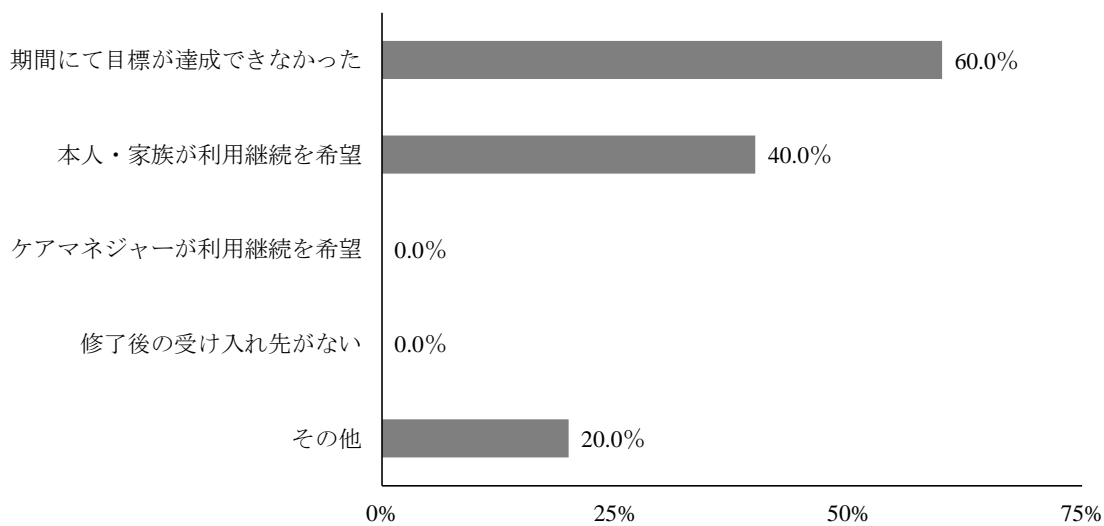


図 1-24 要介護に関する加算の算定状況 (n=86)

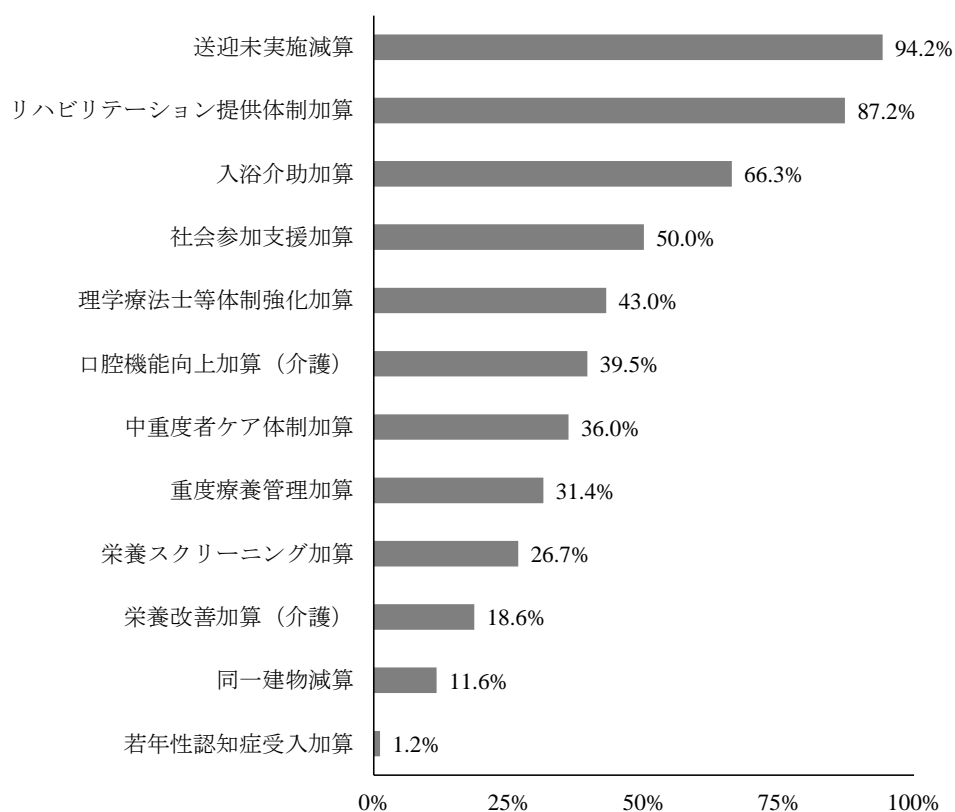


図 1-25 社会参加支援加算を算定していない理由 (n=43)

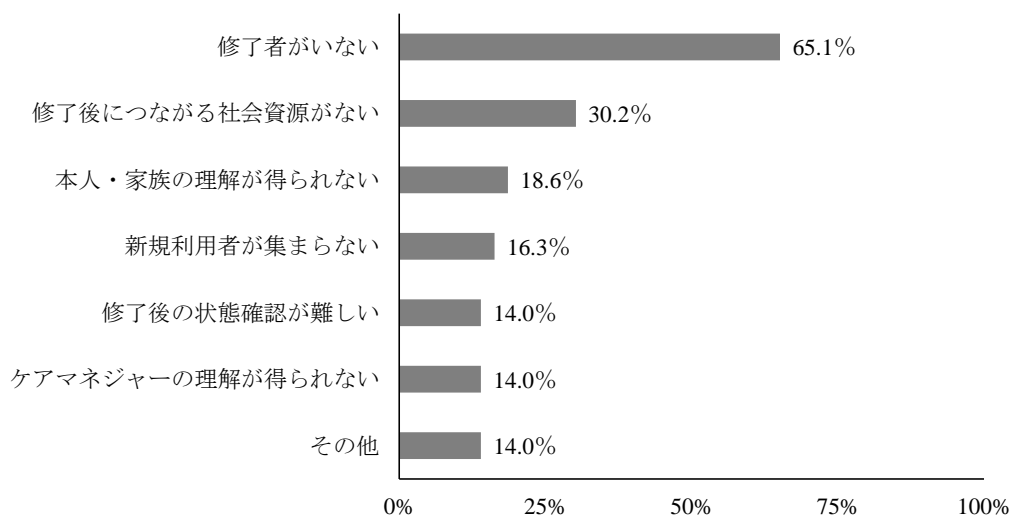


図 1-26 要支援に関する加算の算定状況 (n=86)

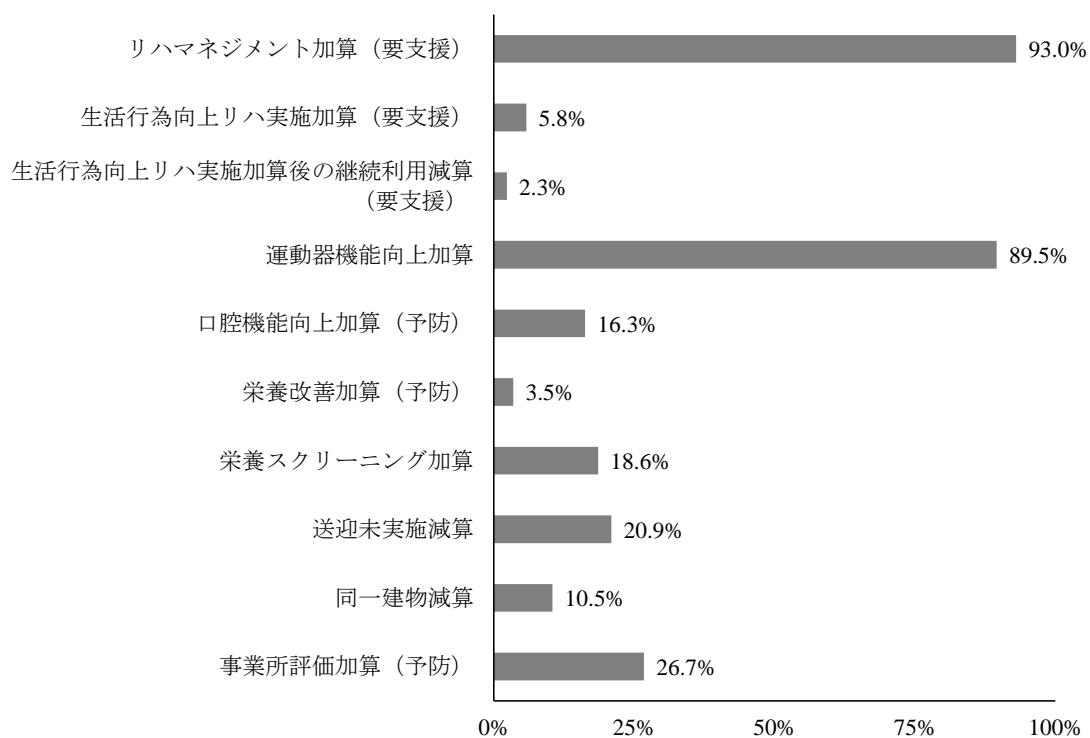


図 1-27 リハマネジメント加算の算定率 (要支援)

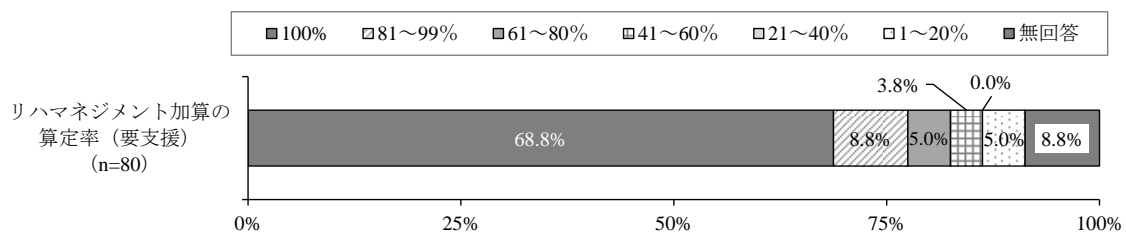


図 1-28 リハマネジメント加算を算定していない理由 (n=6)

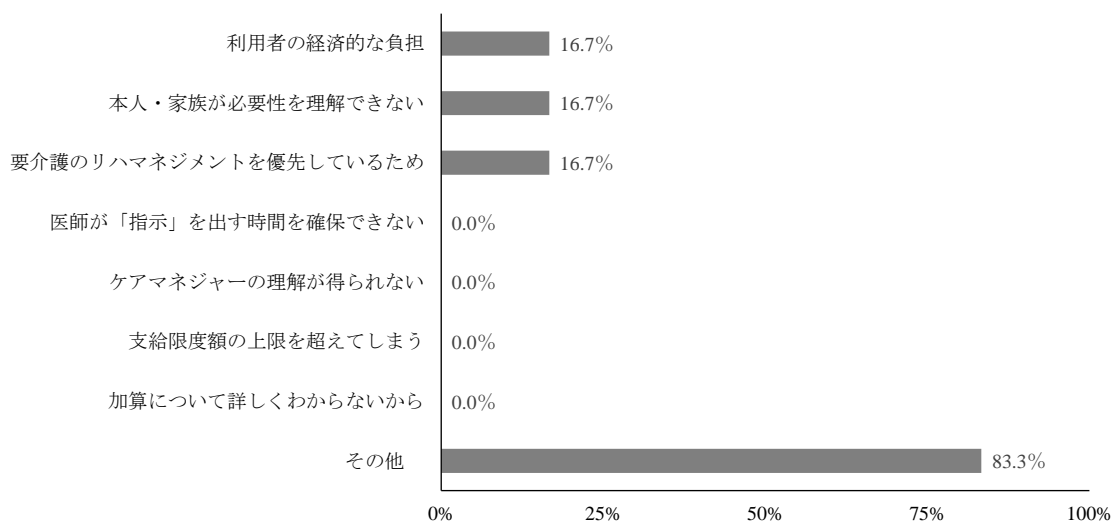


図 1-29 生活行為向上リハ実施加算を算定していない理由 (n=81)

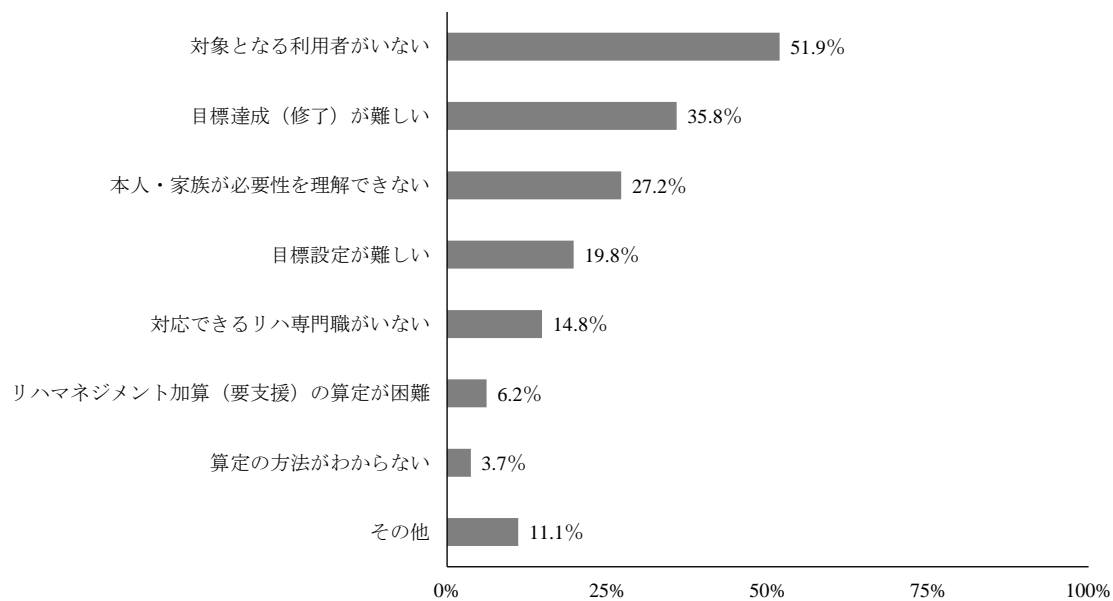


図 1-30 医師の診察状況

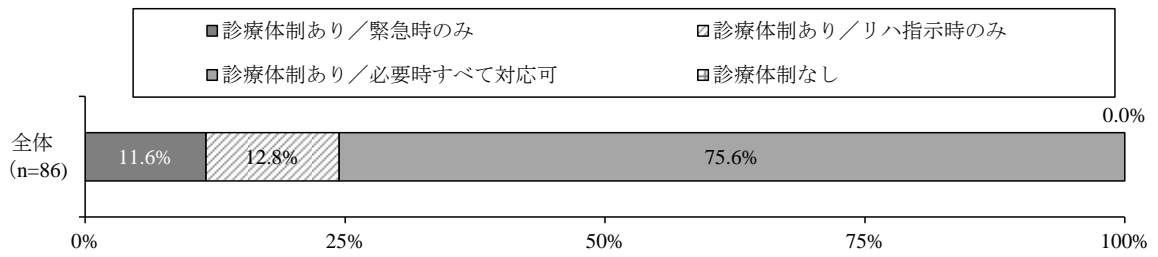


図 1-31 施設内で対応している医師の指示内容 (n=86)

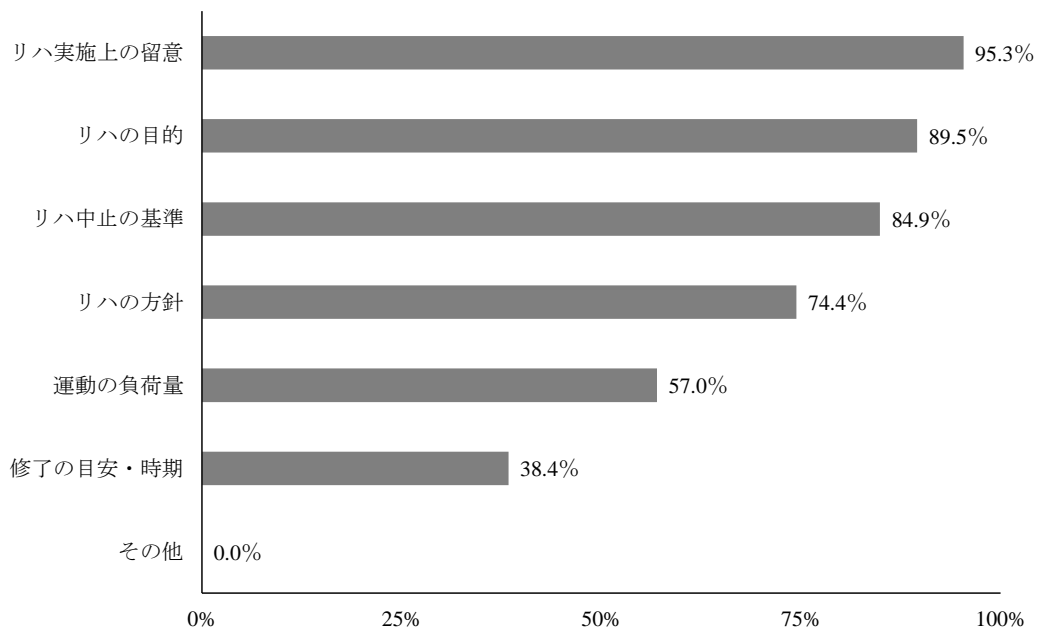


図 1-32 居宅訪問の実施状況

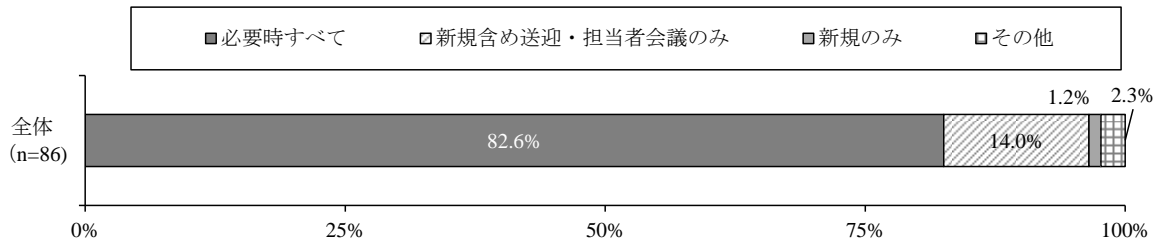


図 1-33 居宅訪問 1 回あたりの平均スタッフ数

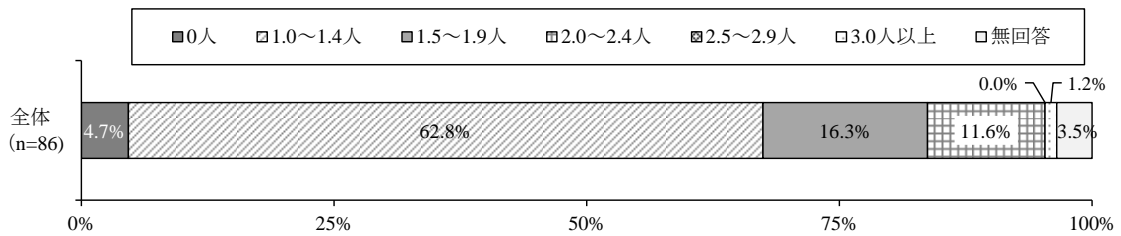


図 1-34 居宅訪問の実施率 (年間)

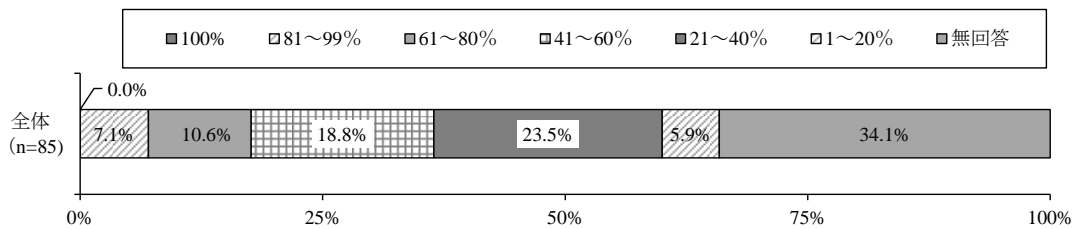


図 1-35 居宅訪問の実施回数 (年間)

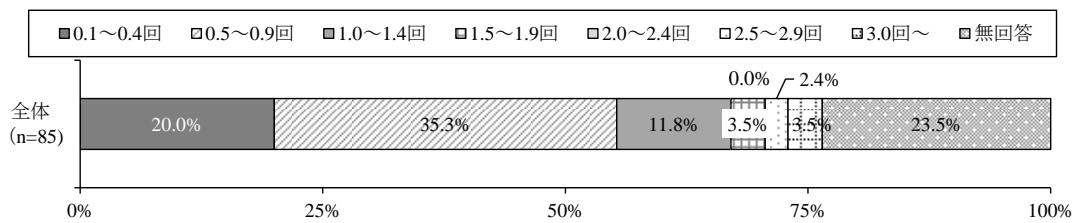


図 1-36 入浴実施状況

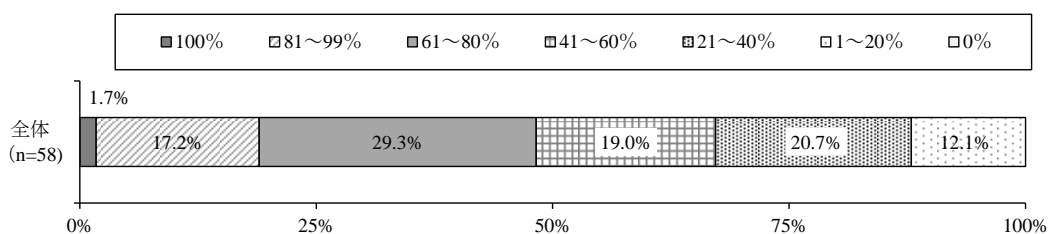


図 1-37 他サービス事業所へのリハ専門職派遣（生活機能向上連携加算）実施状況

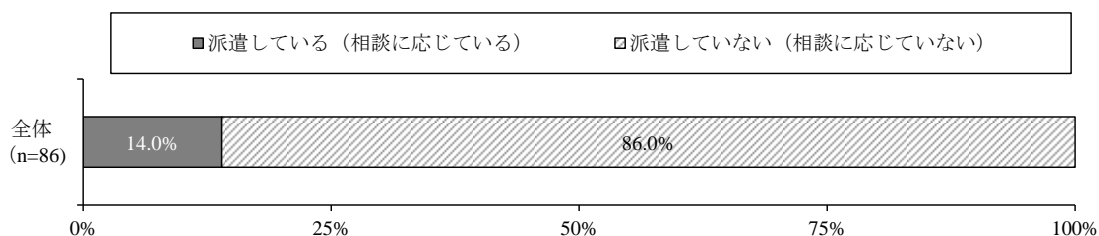


図 1-38 他サービス事業所へのリハ専門職派遣先（生活機能向上連携加算）（n=12）

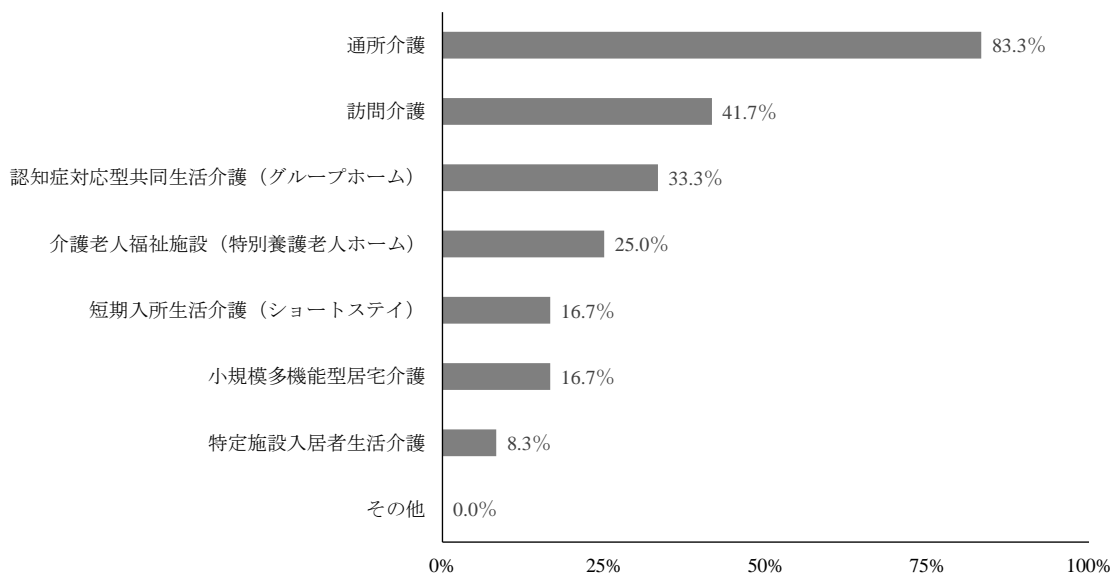


図 1-39 地域事業への参加状況 (n=86)

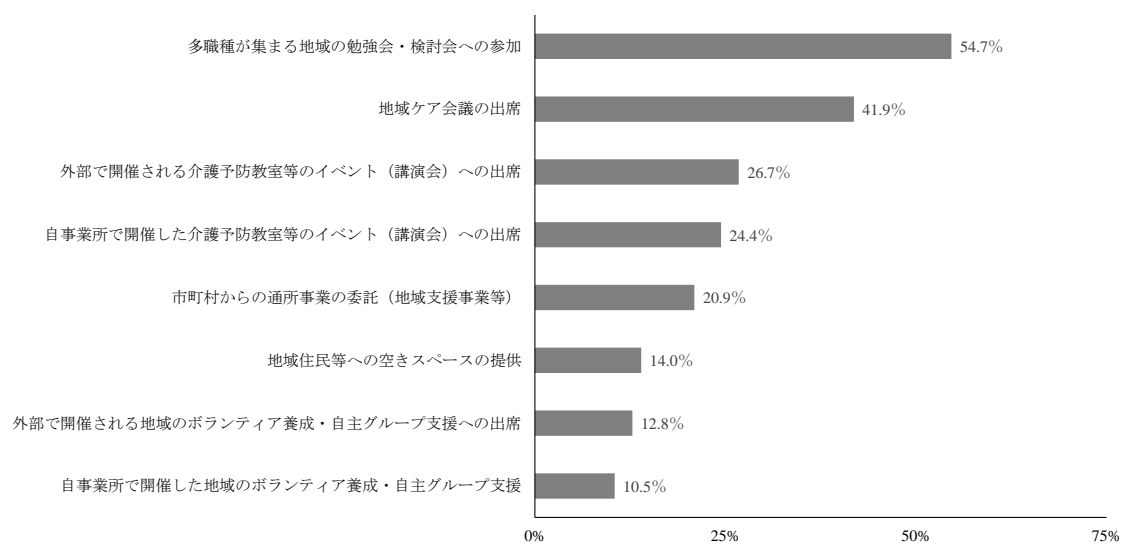


図 1-40 送迎実施率

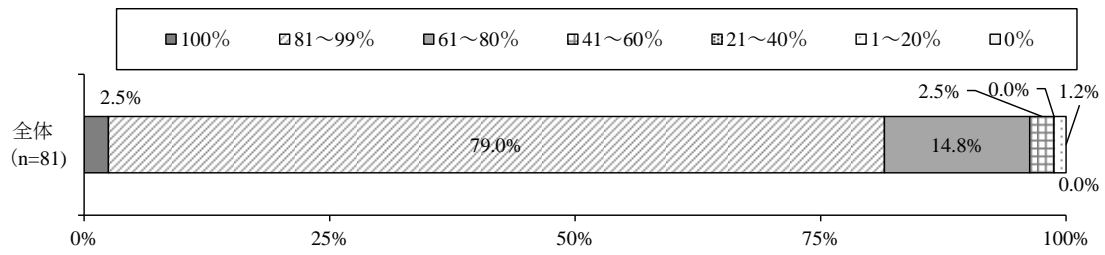


図 1-41 送迎対応範囲（片道時間）

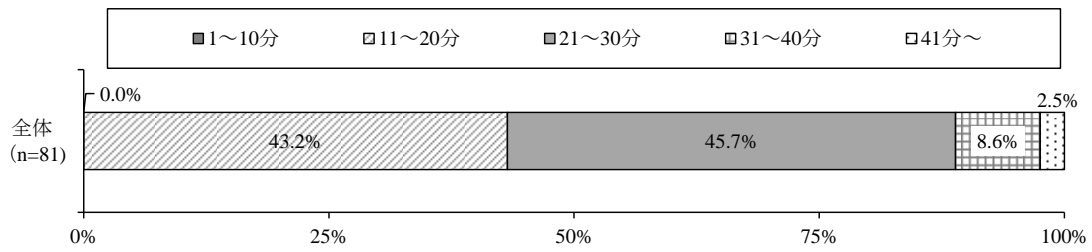


図 1-42 送迎対応範囲（片道距離）

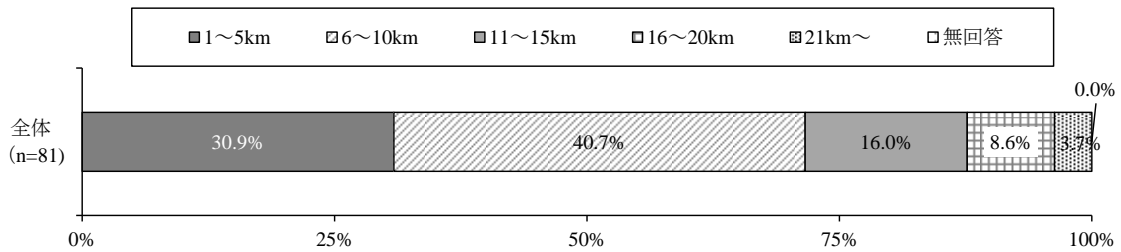


図 1-43 送迎時における居宅内介助等の実施状況

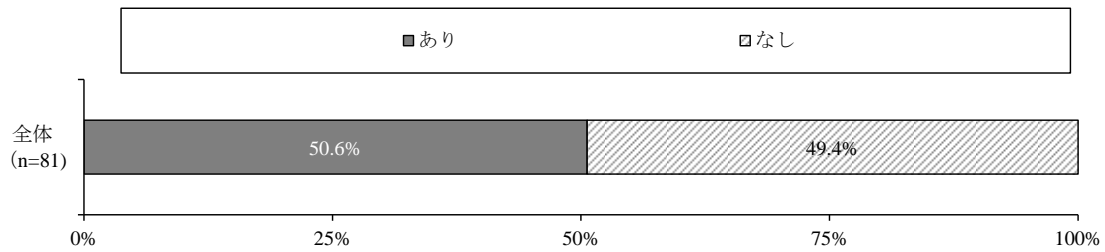


図 1-44 送迎車両が侵入できない場所への送迎

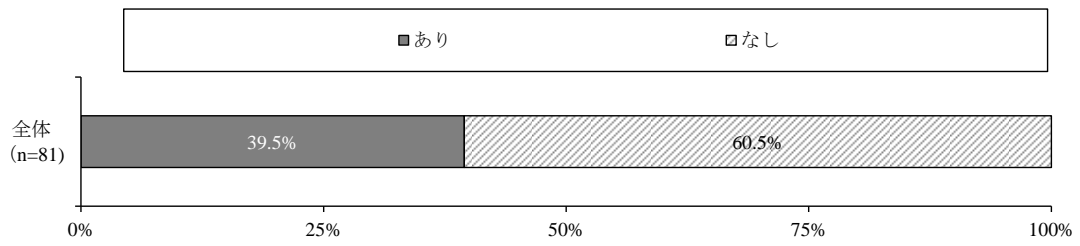


図 1-45 送迎車両に常備しているもの (n=81)

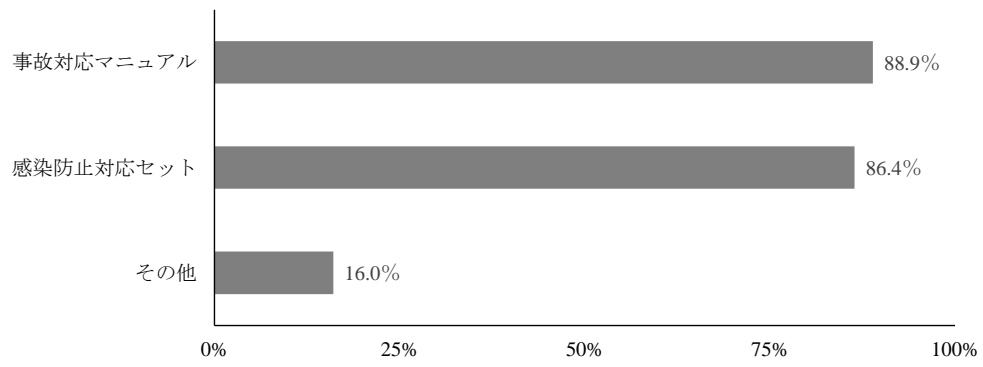


図 1-46 2020 年度上半期（4～9 月）損益

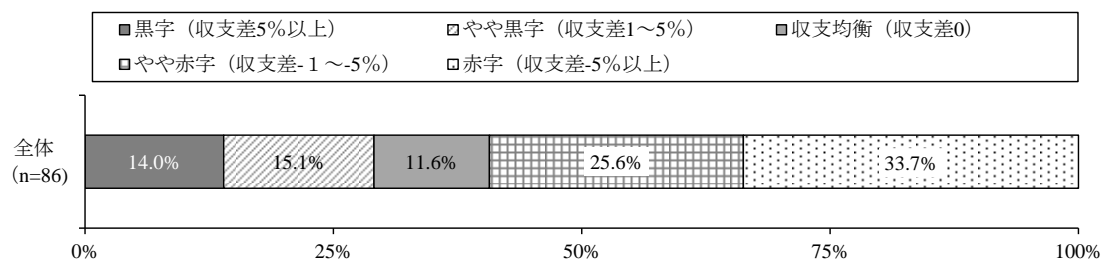


図 1-47 2019 年度と 2020 年度（4～10 月平均）とを比較した収支差

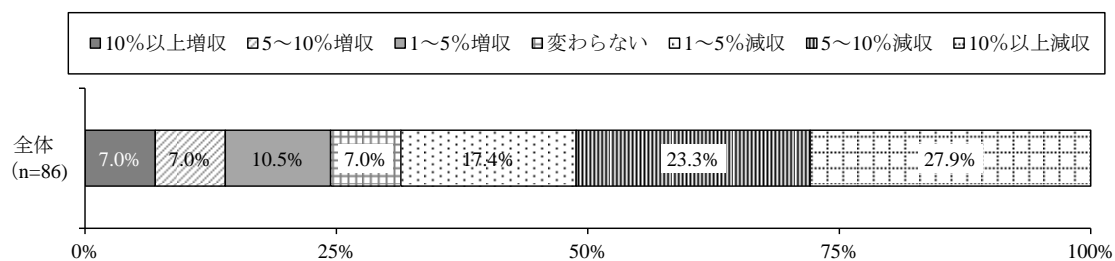
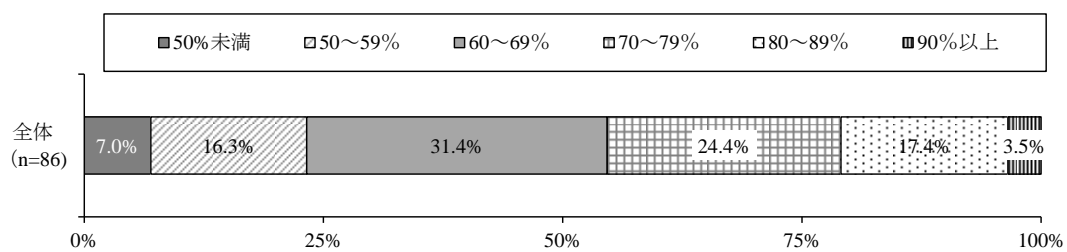


図 1-48 2020 年上半期の人件費率



## 2. 利用者票 集計結果

図 2-1 性別

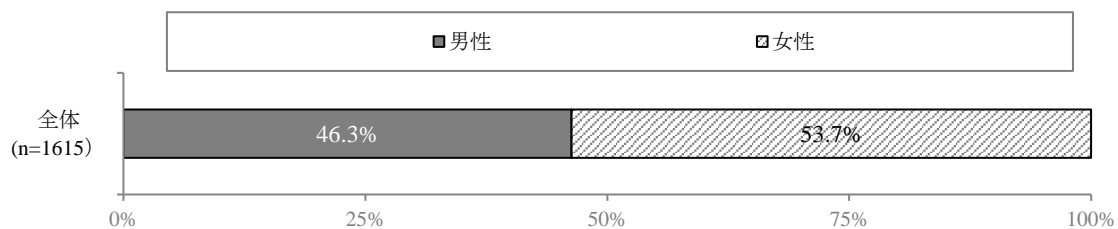


図 2-2 年齢

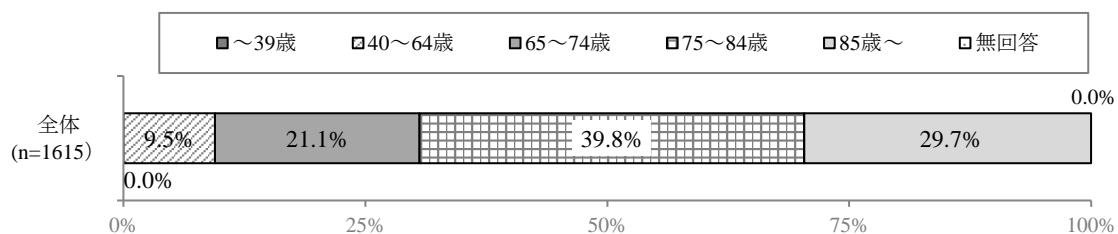


図 2-3 要介護度

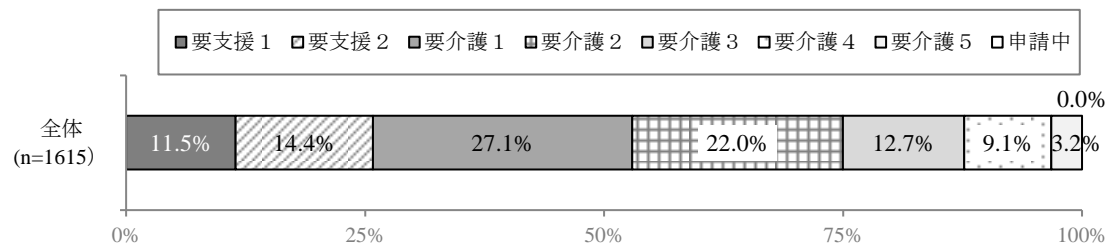


図 2-4 初回認定からの期間(年) (終了者を除く)

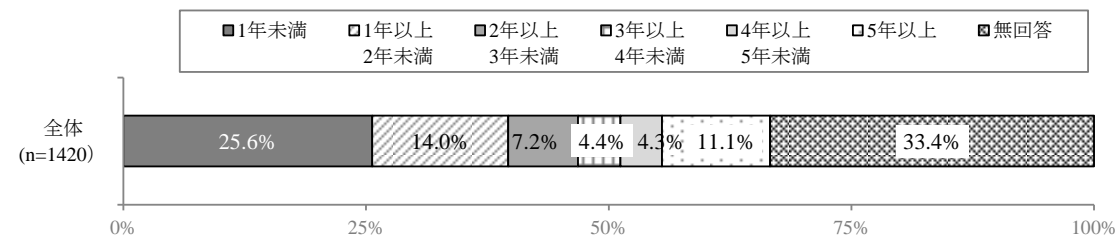


図 2-5 利用開始からの期間(年) (終了者を除く)

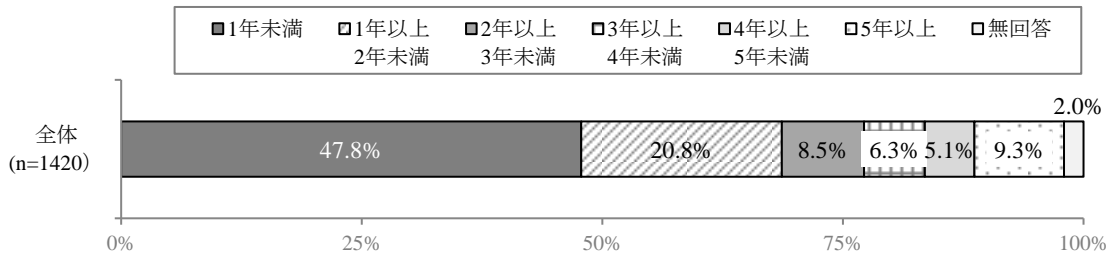


図 2-6 通所リハ利用回数

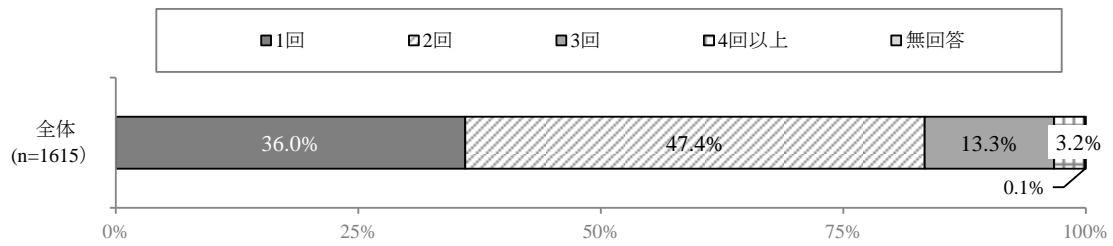


図 2-7 滞在時間

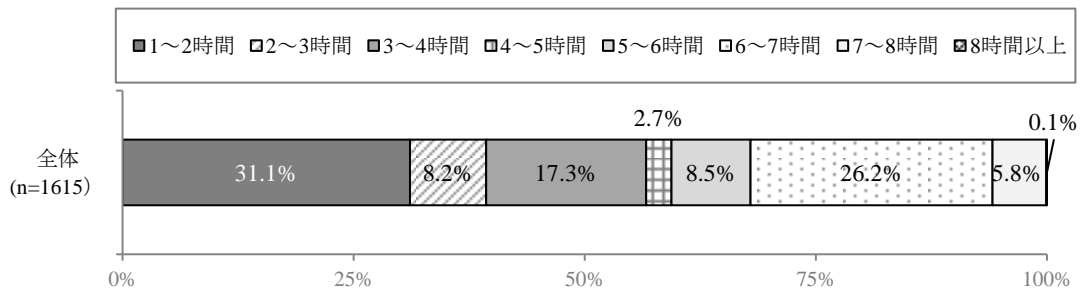


図 2-8 サービス利用前の所在

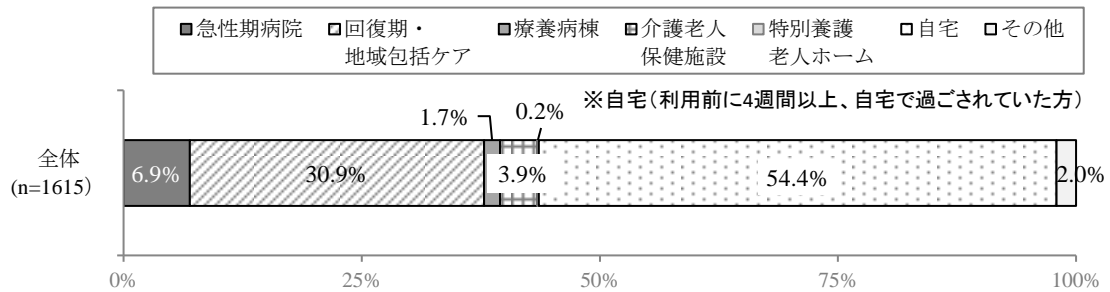


図 2-9 これまで介護保険サービスの利用

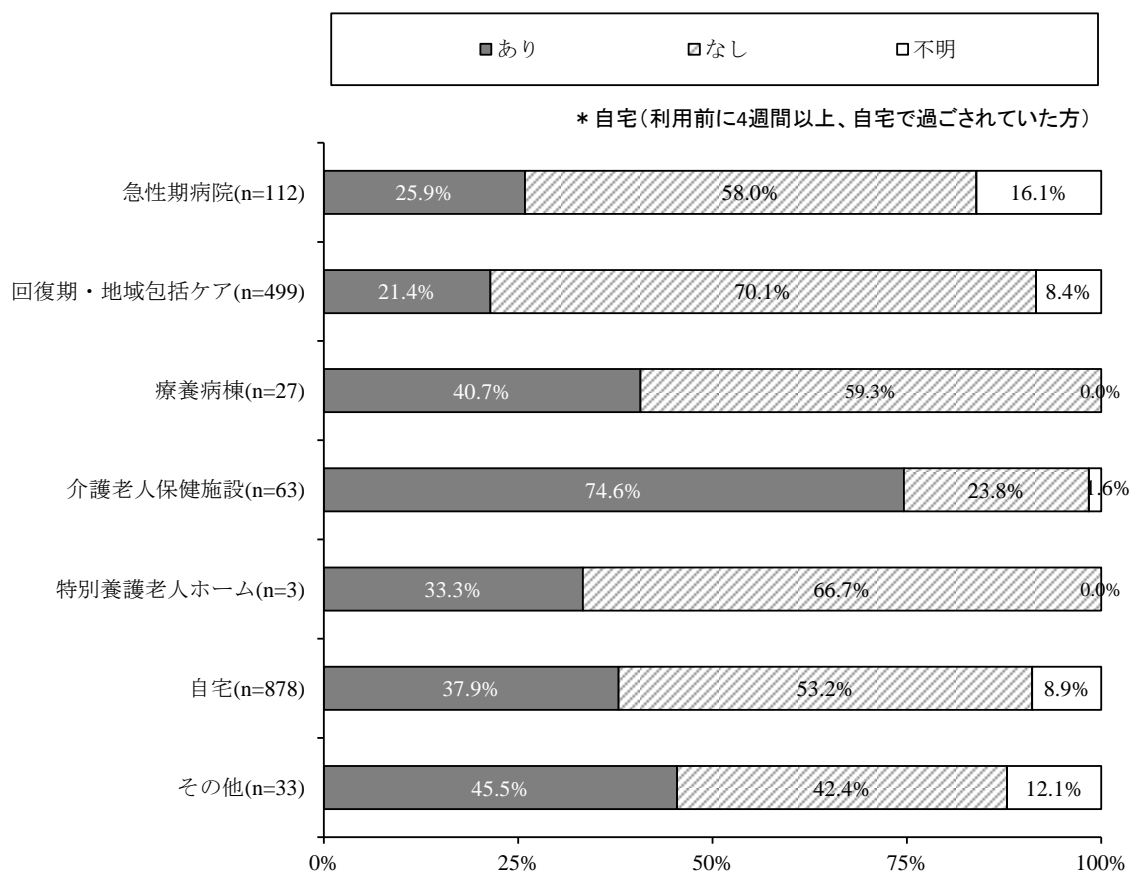


図 2-10 利用直前の外来リハの利用

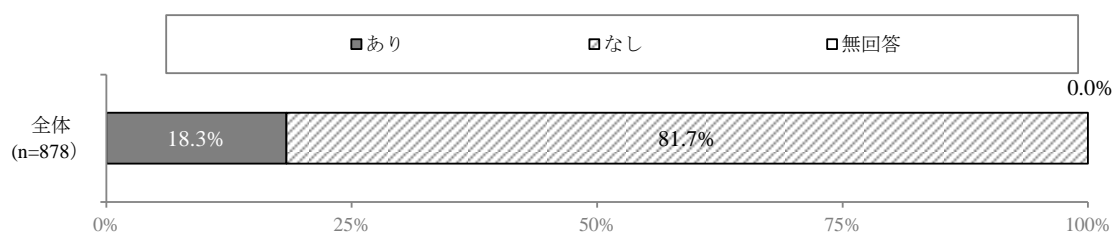


図 2-11 この1年間での入院有無

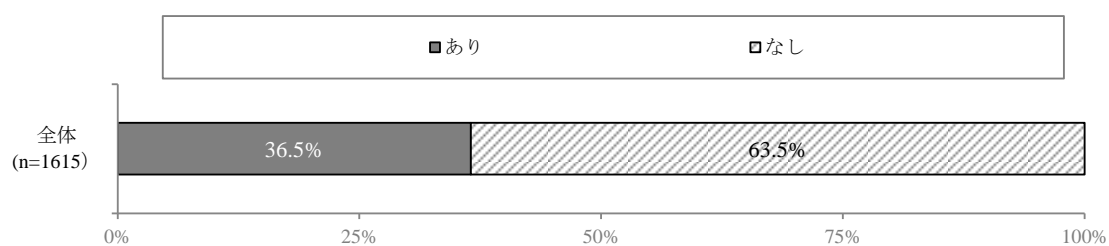


図 2-12 入院回数

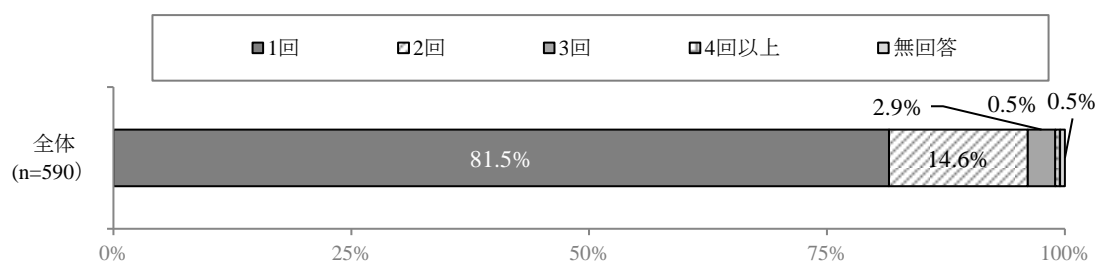


図 2-13 入院期間

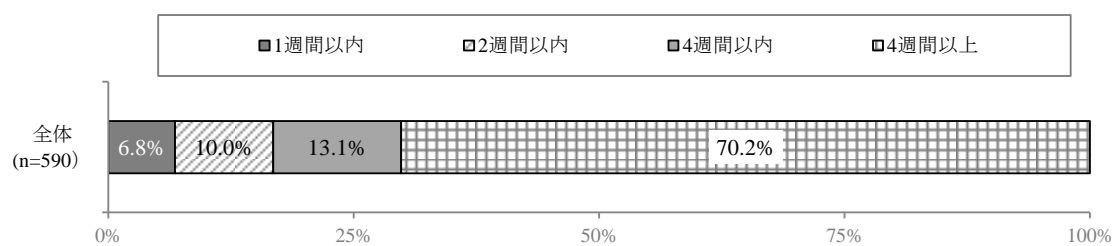


図 2-14 入院理由(n=590)

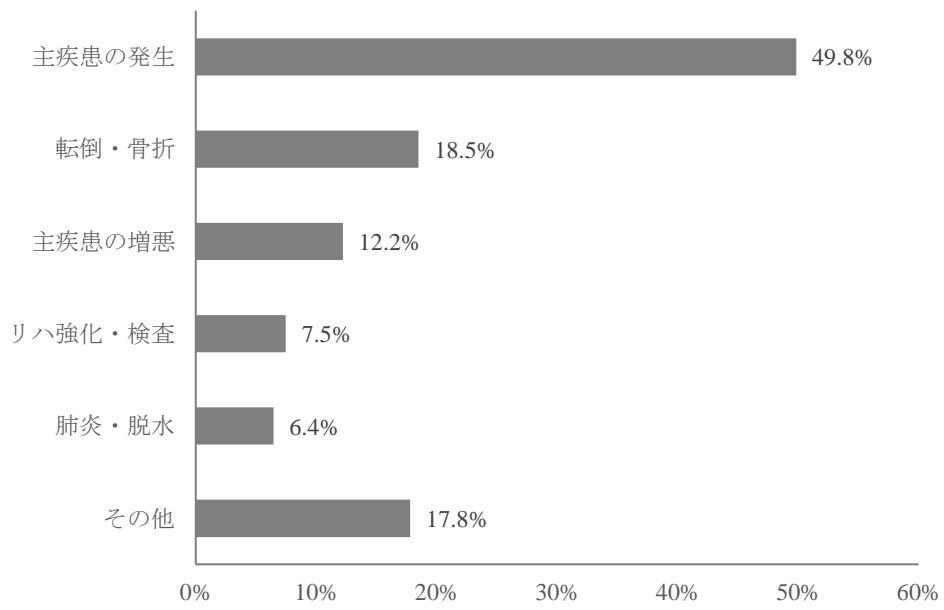


図 2-15 ケアマネジャーによる利用目的（複数回答）（n=1615）

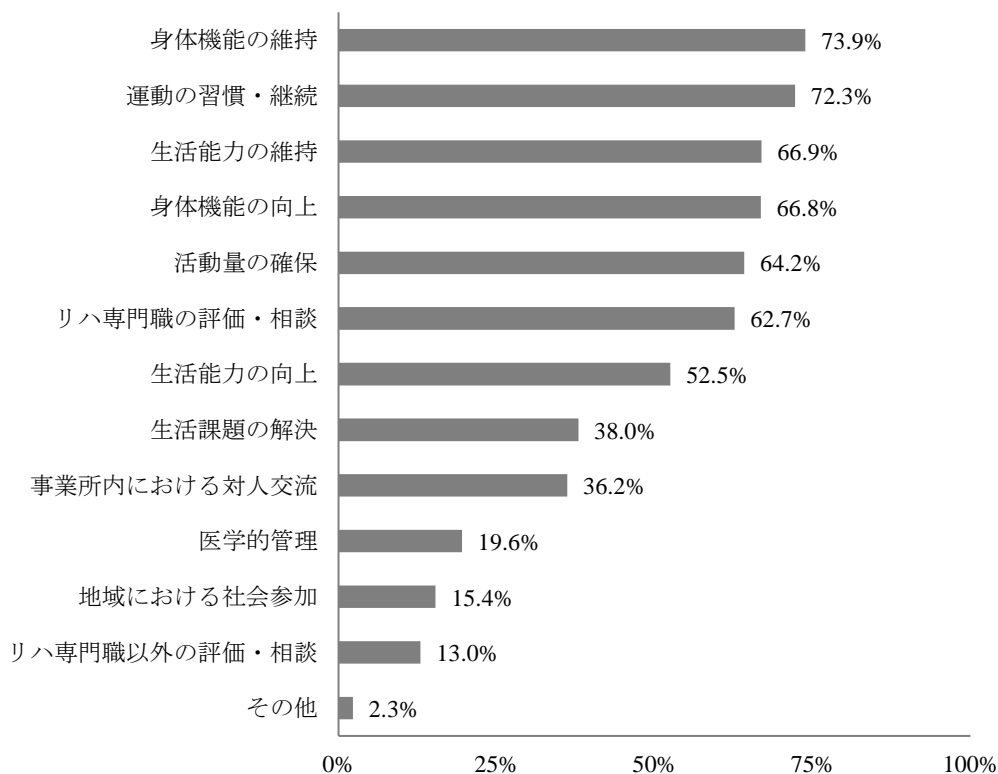


図 2-16 ケアマネジャーによる最も重視する利用目的（単一回答）（n=1615）

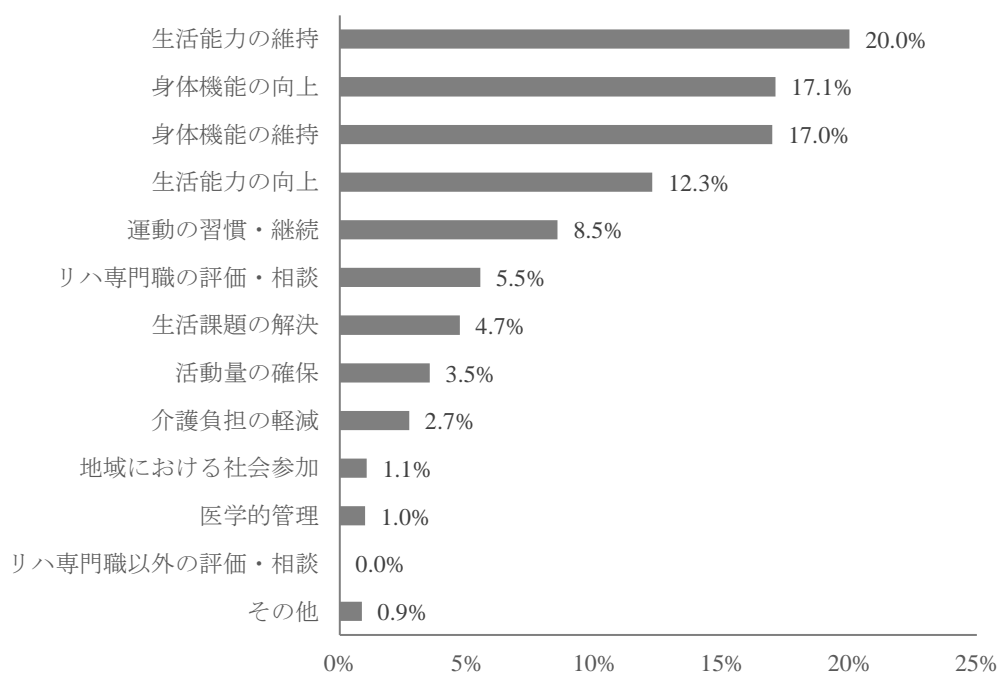


図 2-17 本人・家族の利用目的（複数回答）（n=1615）

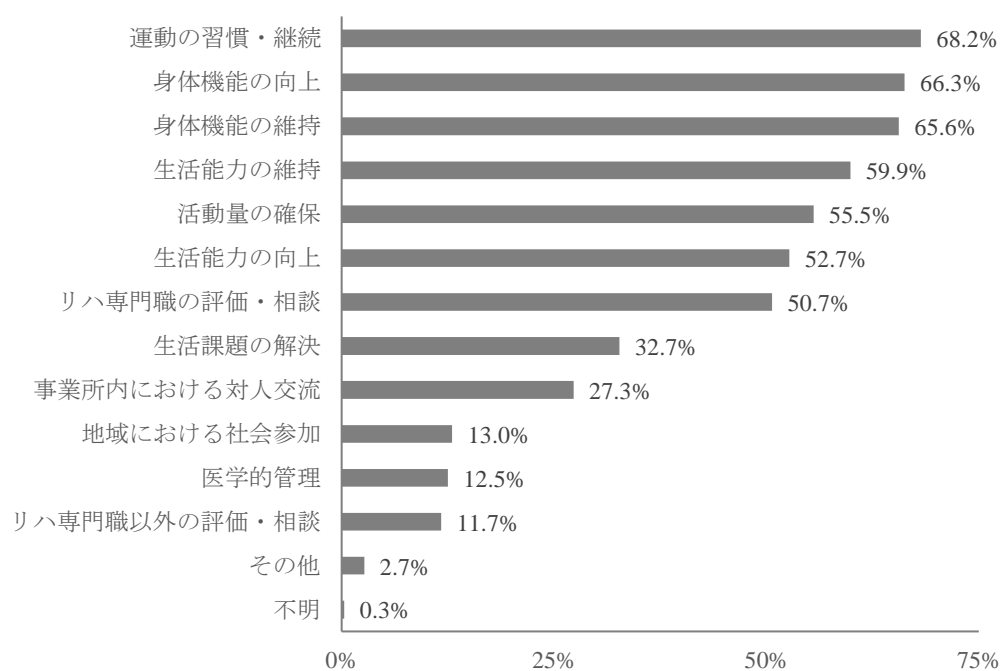


図 2-18 本人・家族の最も重視する利用目的（単一回答）（n=1615）

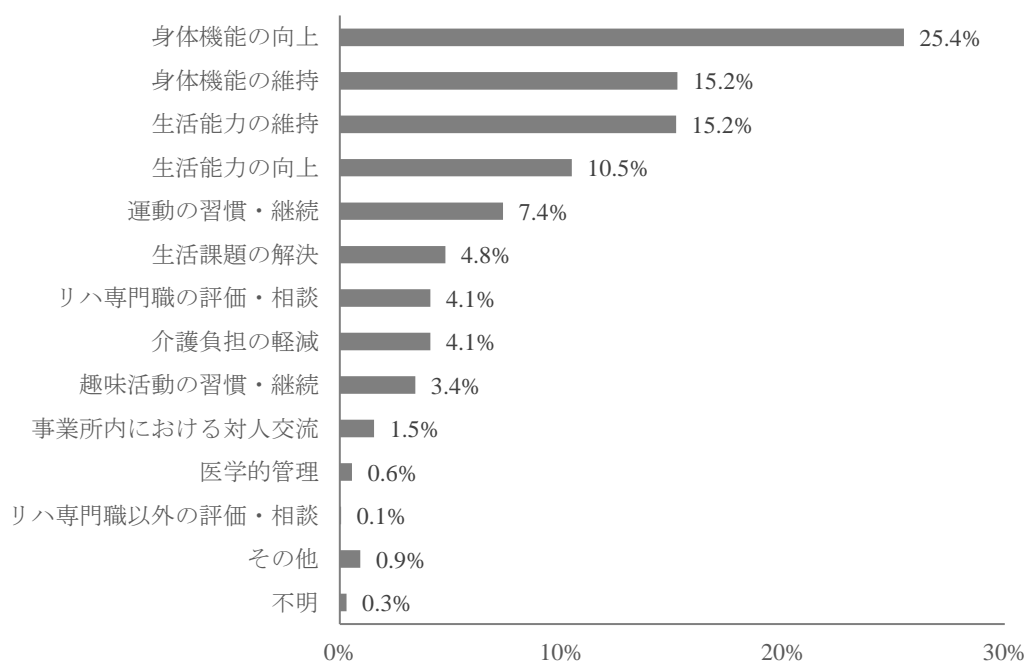


図 2-19 主疾患

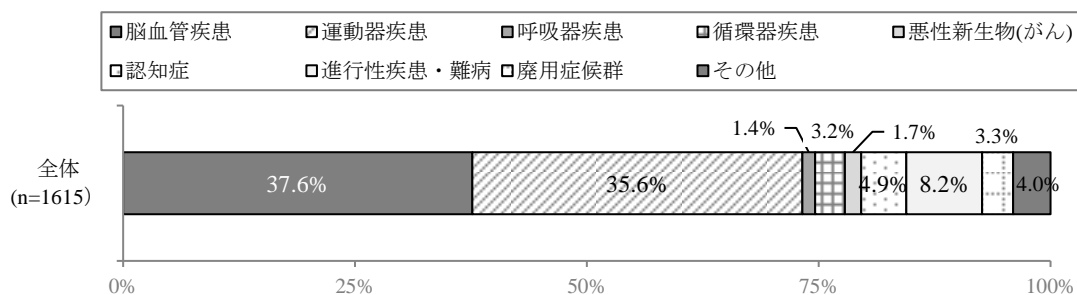


図 2-20 主疾患の病状コントロール

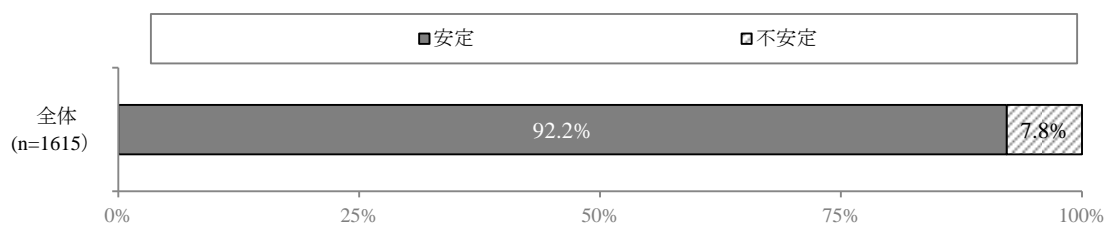


図 2-21 主疾患以外の併存疾患 (n=1615)

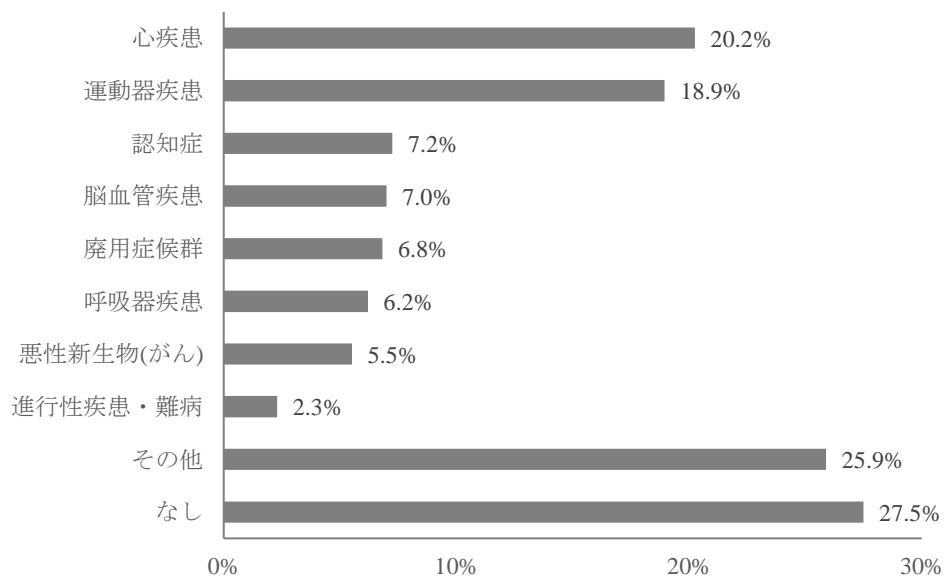


図 2-22 心身機能の課題 (n=1615)

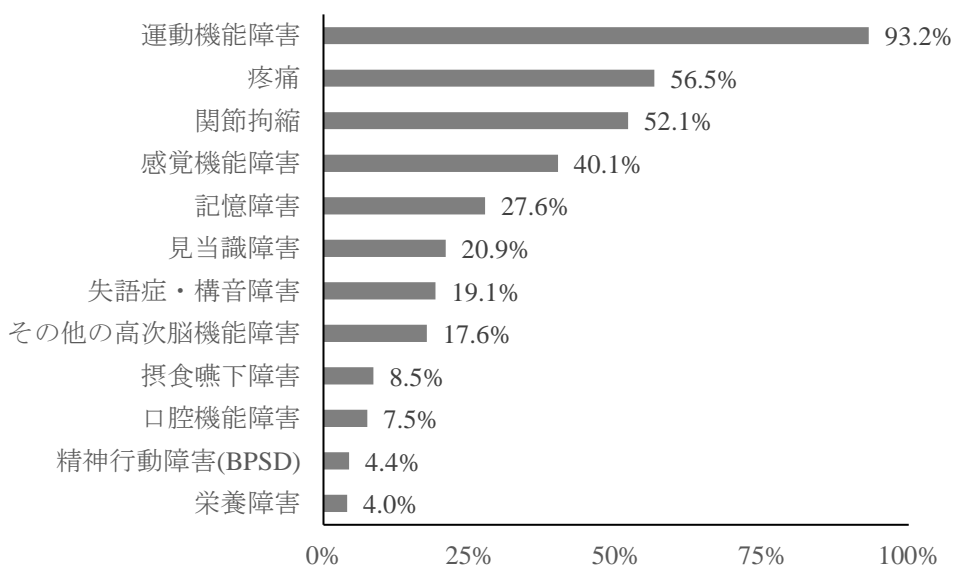


図 2-23 Barthel index

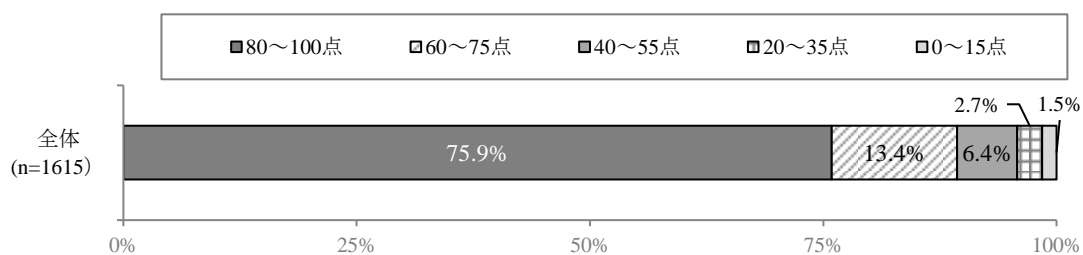


図 2-24 HDS-R

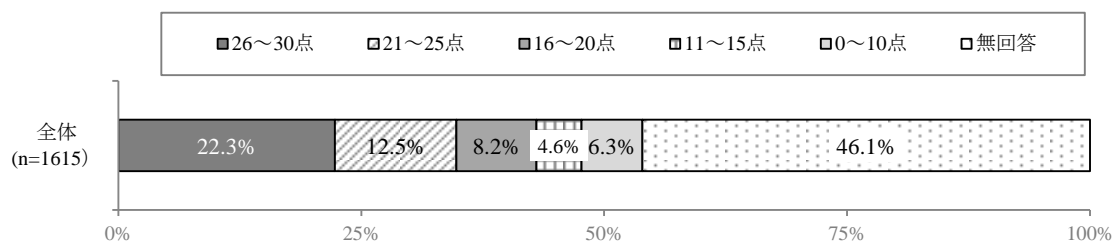


図 2-25 Vitality index

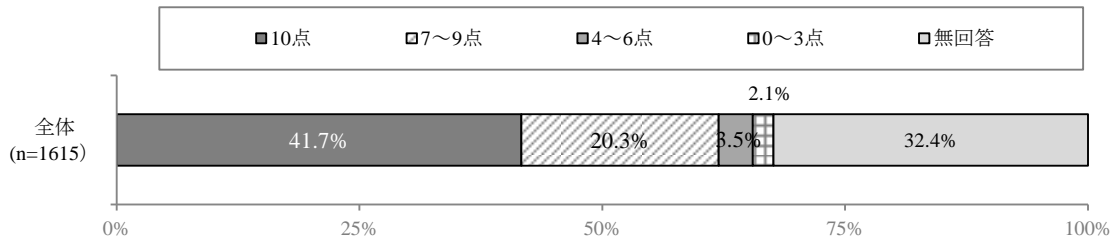


図 2-26 日常生活自立度

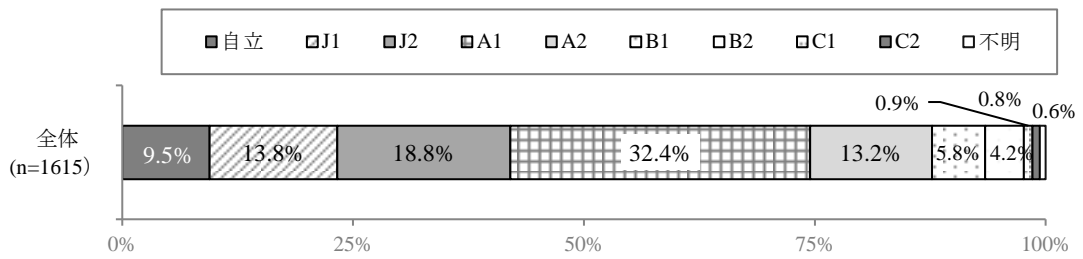


図 2-27 Life space assessment

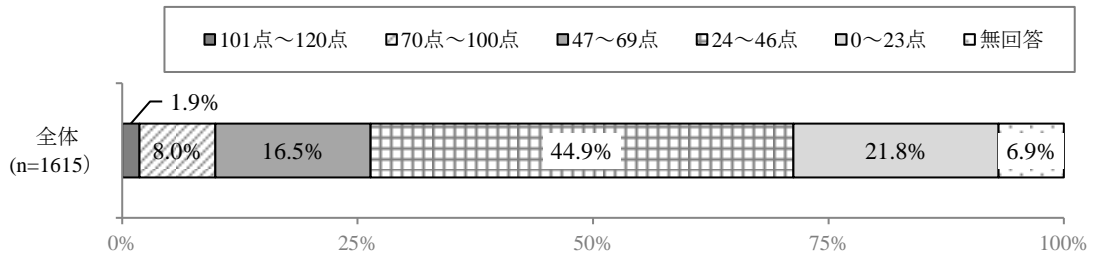


図 2-28 IADL

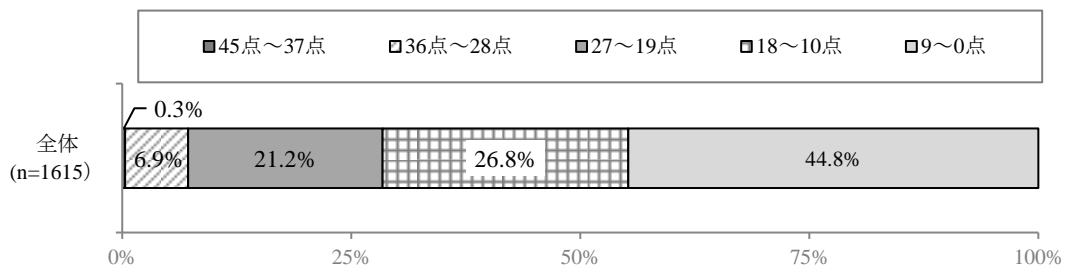


図 2-29 アセスメントに基づく利用者のニーズ（複数回答）（n=1615）

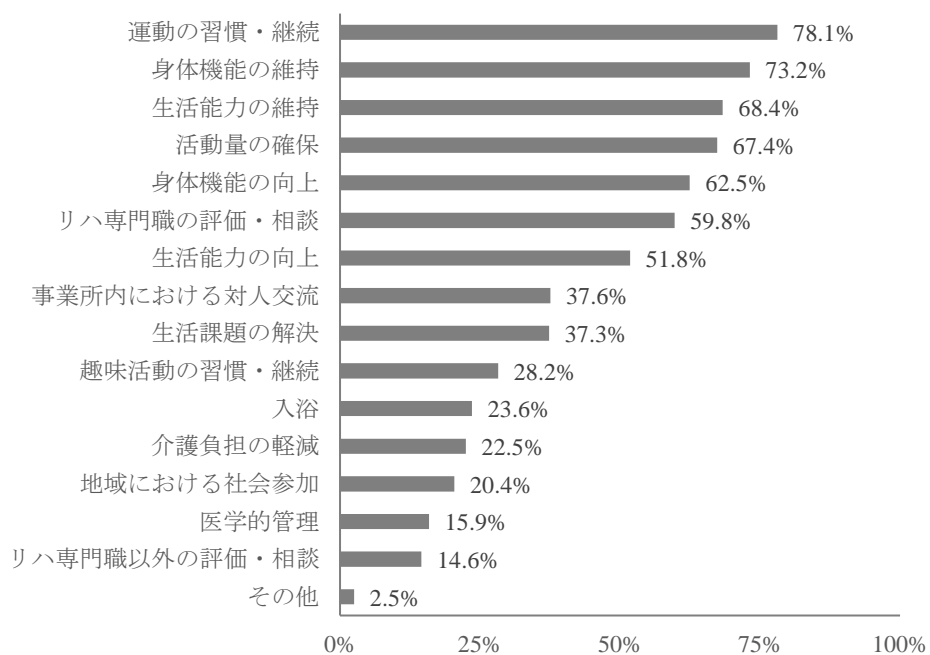


図 2-30 アセスメントに基づく利用者の最も重視するニーズ（単一回答）（n=1615）

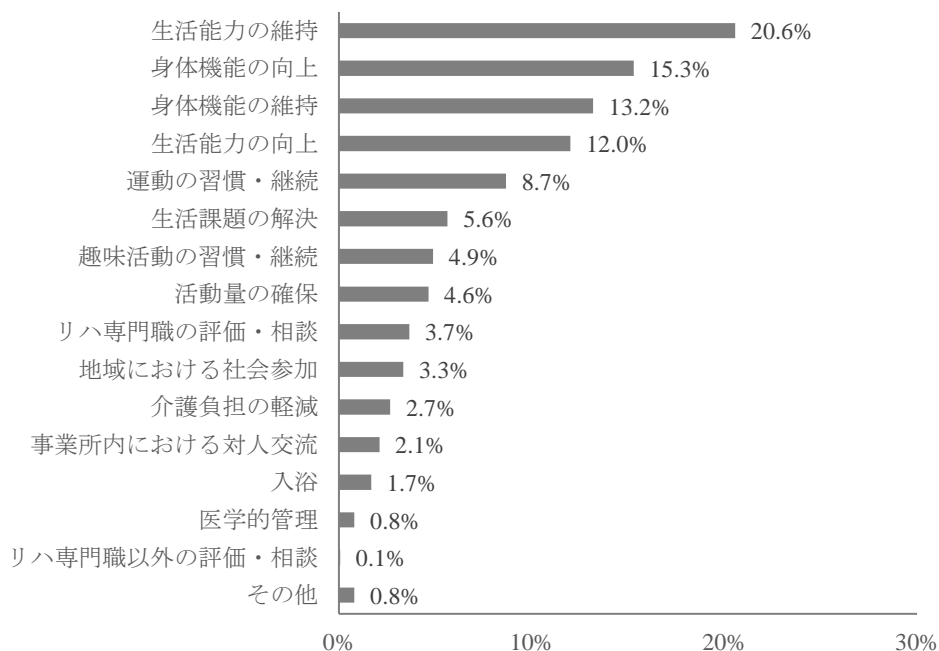


図 2-31 目標設定の有無 (n=1615)

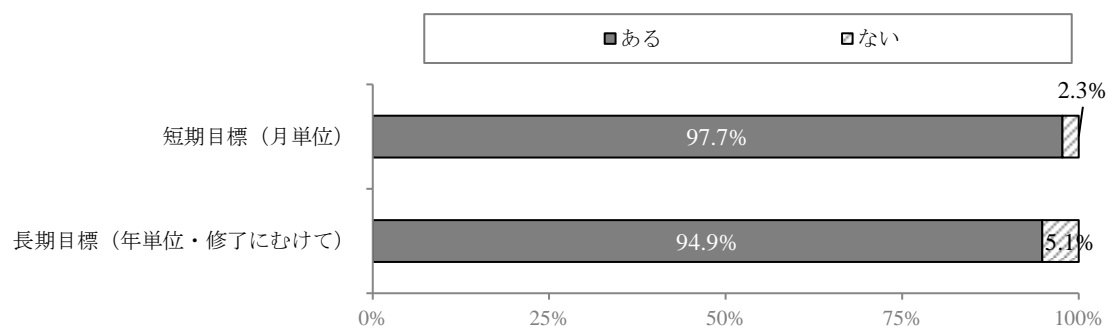


図 2-32 目標共有の状況 (n=1599)

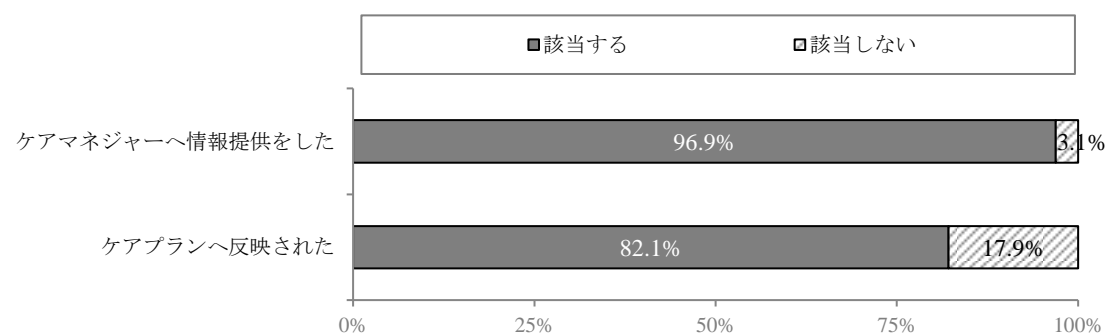


図 2-33 目標の達成度

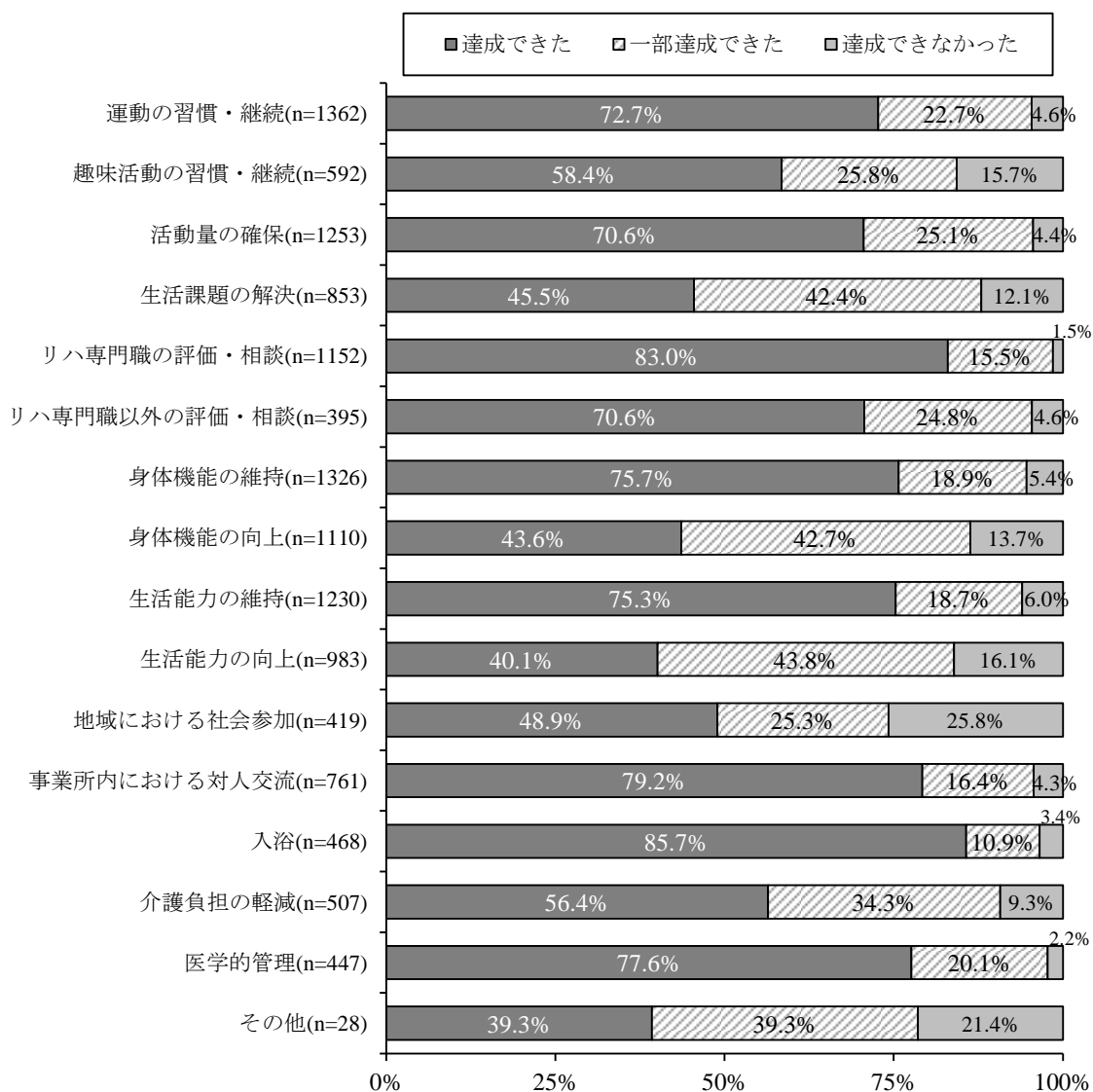


図 2-34 目標を達成できなかった理由

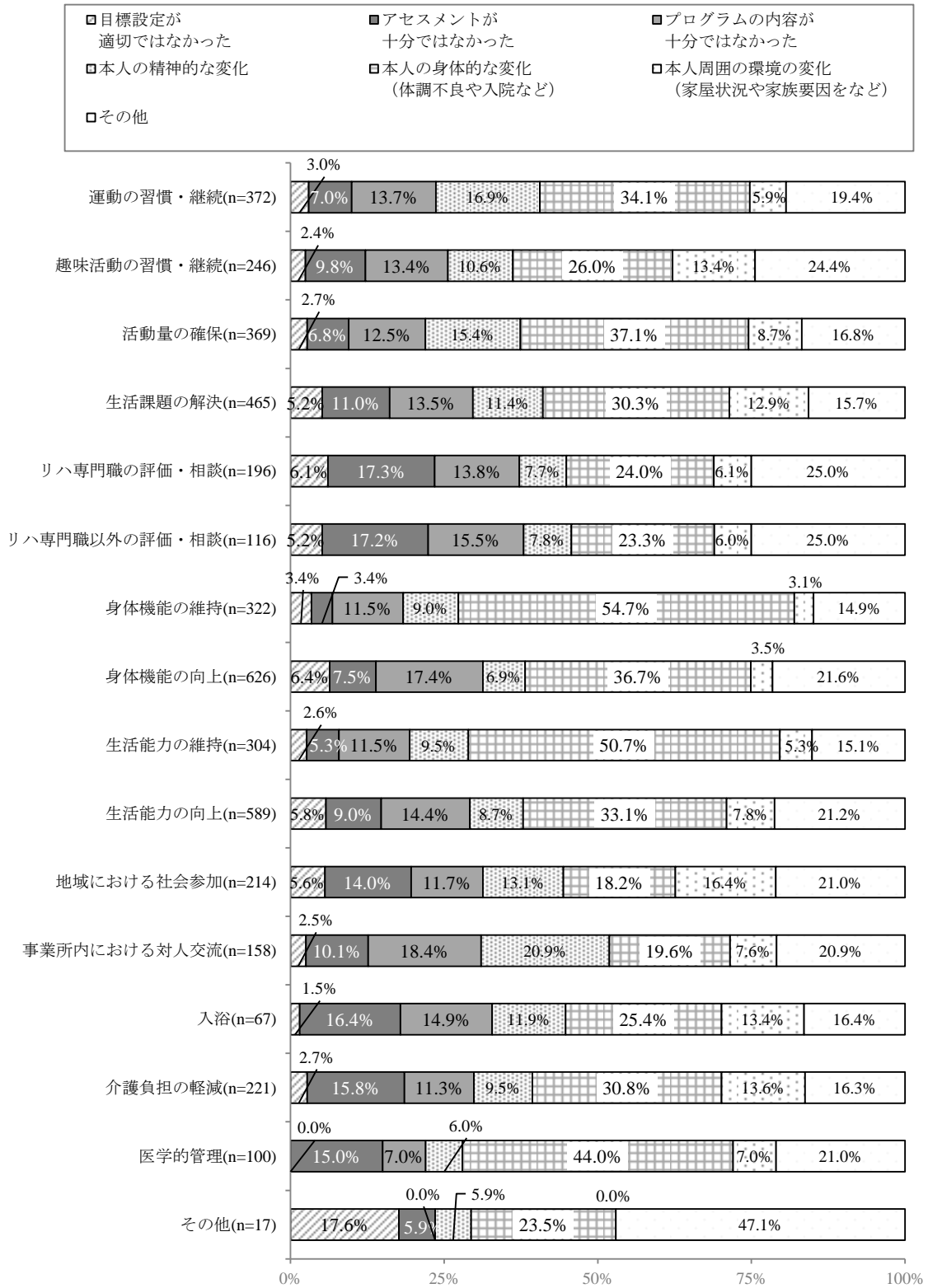


図 2-35 世帯構成

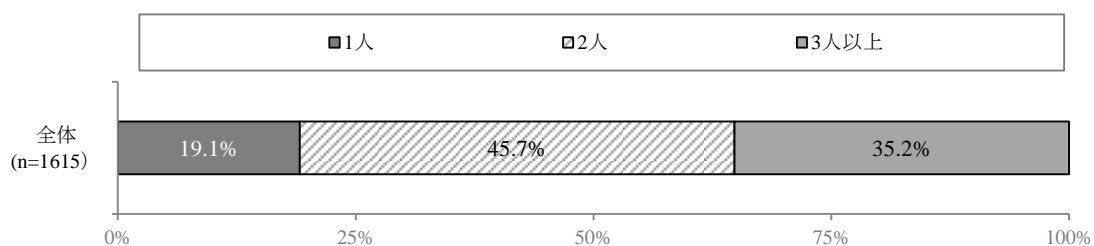


図 2-36 世帯構成 2人暮らし内訳

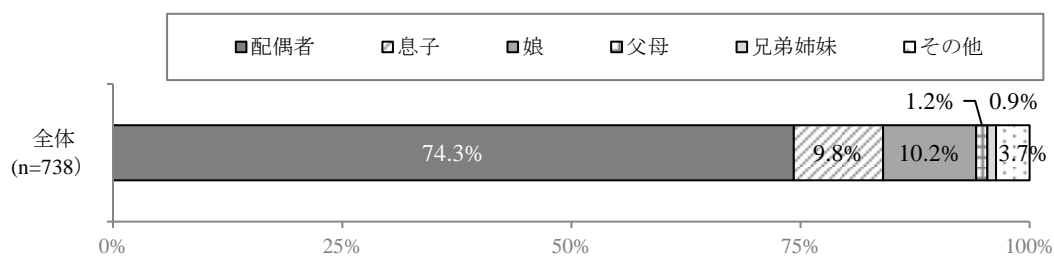


図 2-37 世帯構成 3人暮らし以上内訳 (n=568)

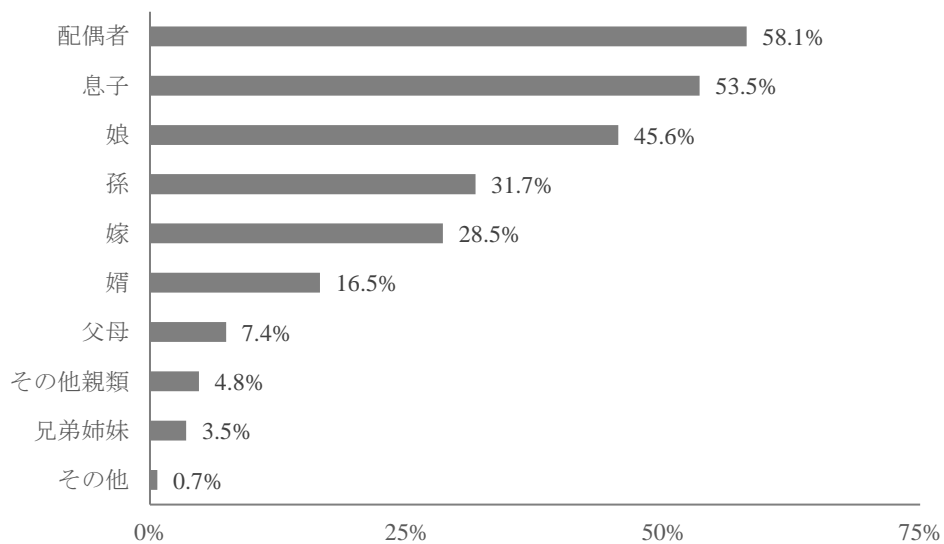


図 2-38 現在の住まい（所有形態）

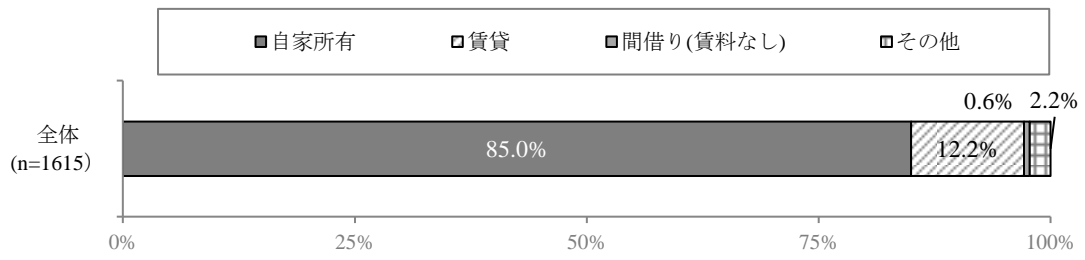


図 2-39 現在の住まい（建物構造）

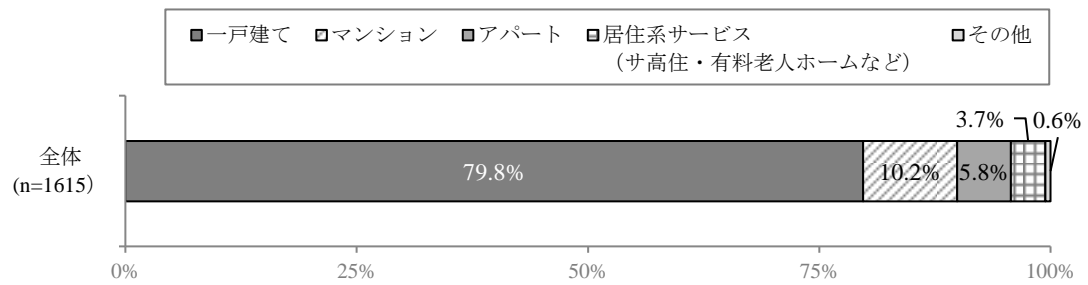


図 2-40 加算の実施状況①【リハマネジメント】

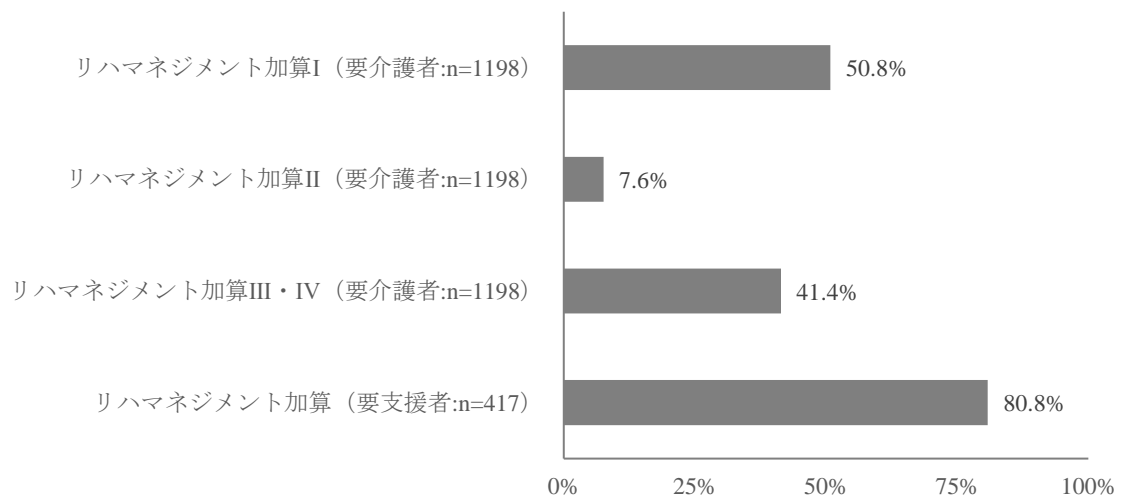


図 2-41 加算の実施状況①【リハ実施加算】

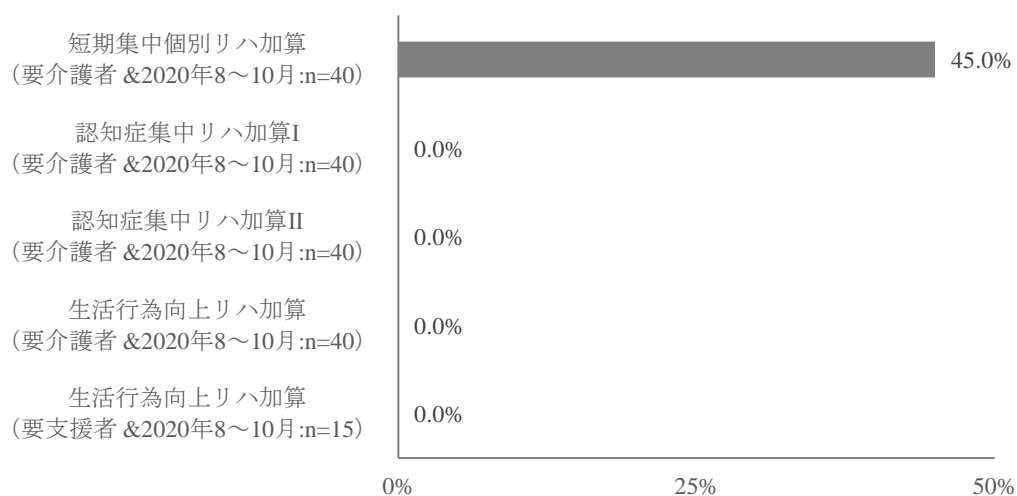


図 2-42 加算の実施状況①【要介護】(n=1198)

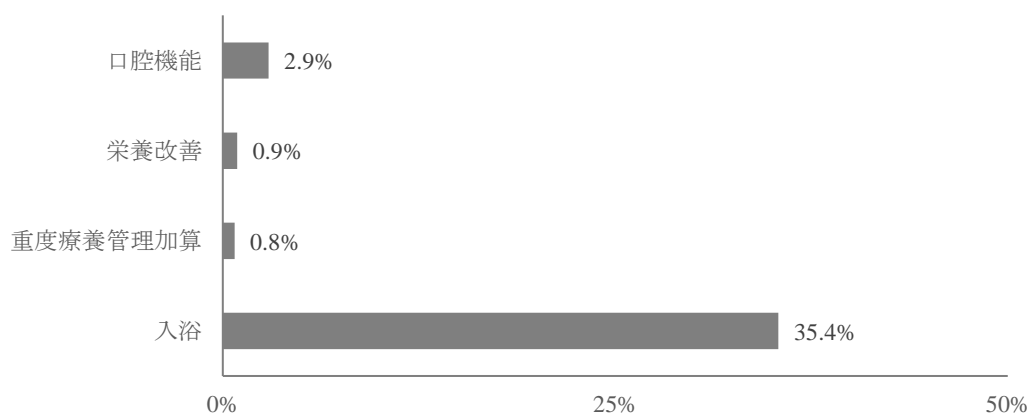


図 2-43 加算の実施状況①【要支援】(n=417)

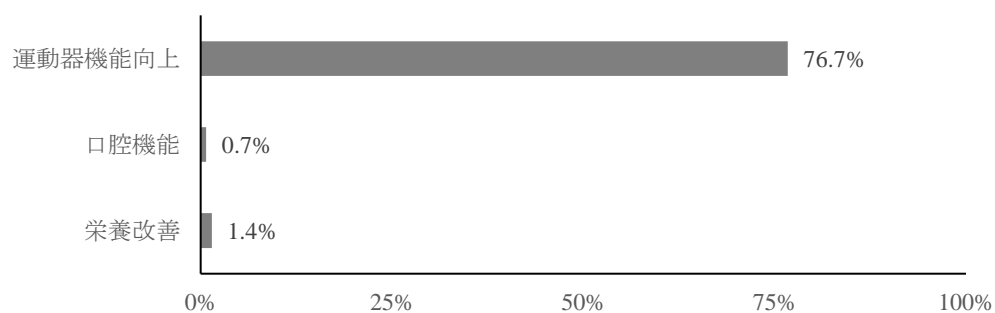


図 2-44 加算の実施状況② (n=1615)

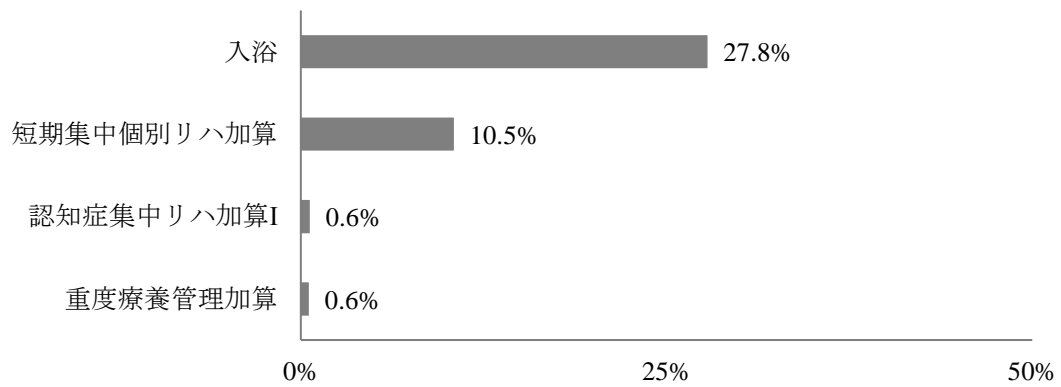


図 2-45 提供内容 (n=1615)

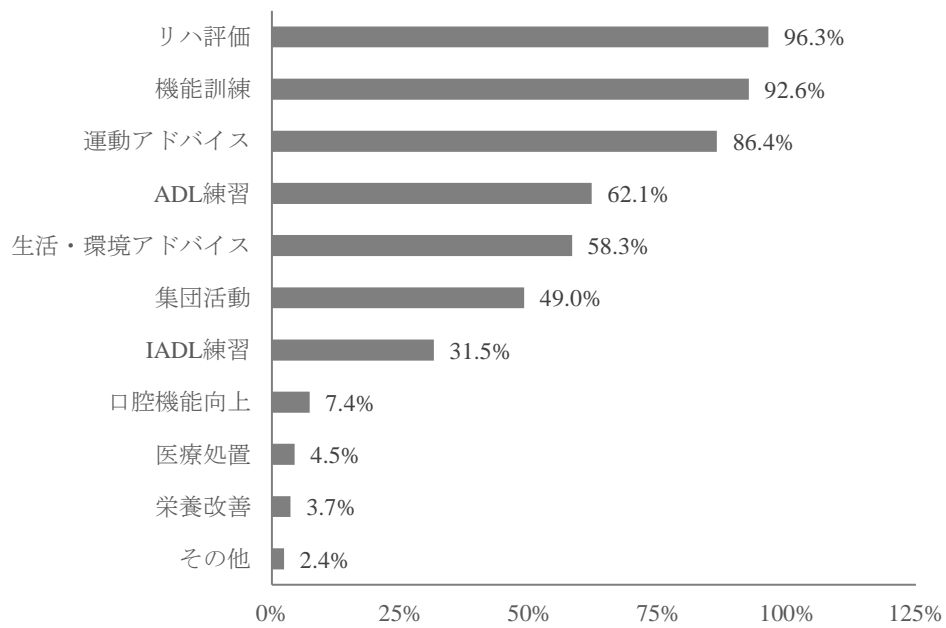


図 2-46 施設外活動

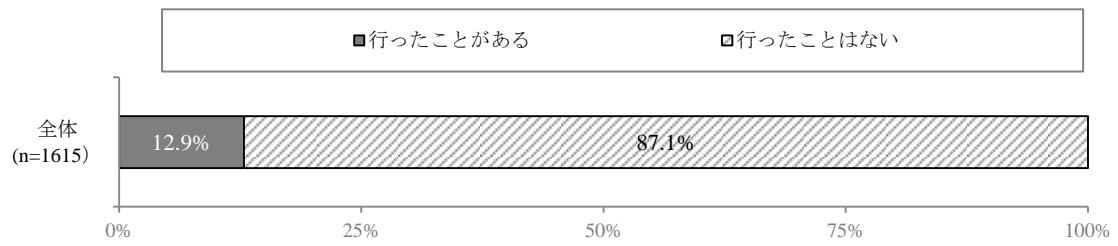


図 2-47 施設外活動の回数

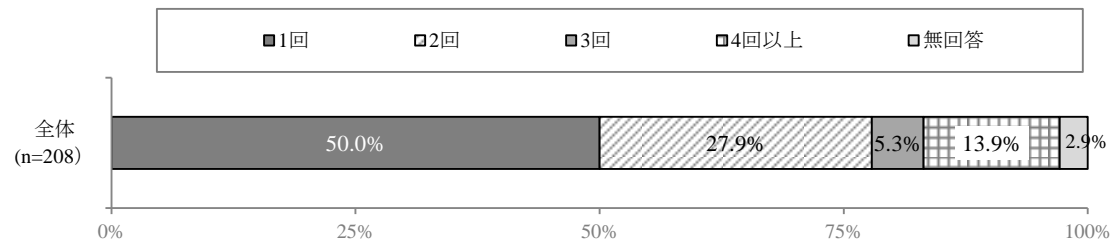


図 2-48 施設外活動の回数内容 (n=208)

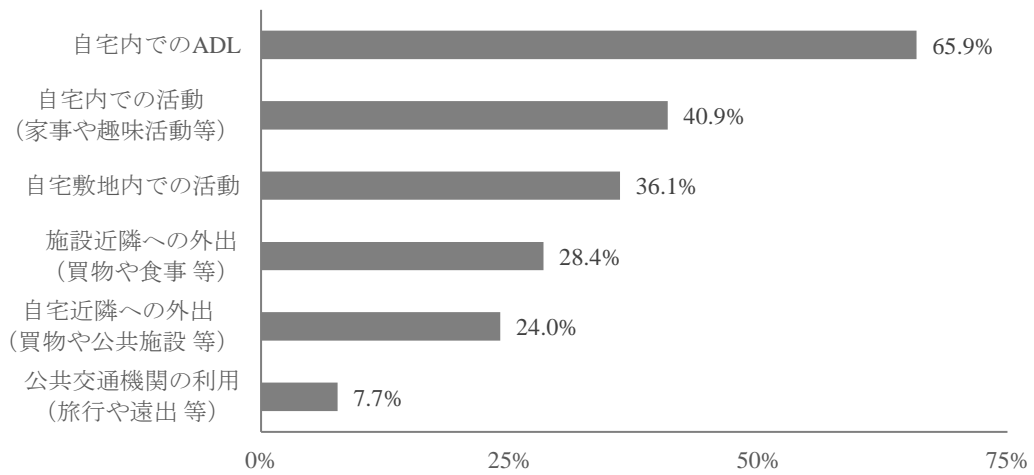


図 2-49 居宅訪問の有無

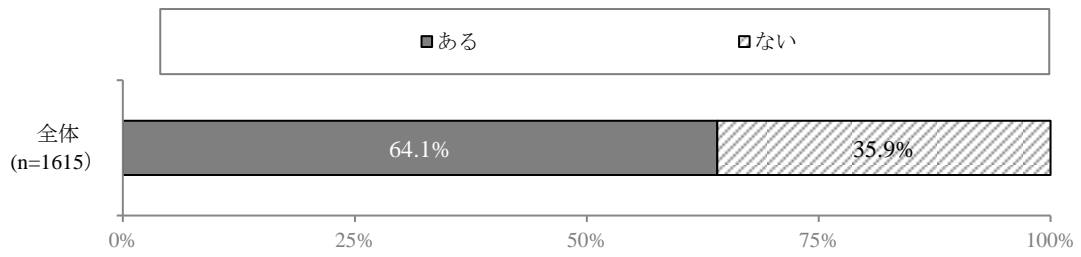


図 2-50 居宅訪問の頻度

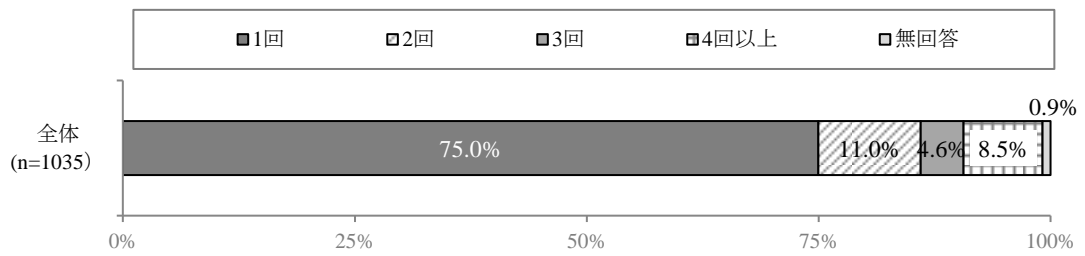


図 2-51 居宅訪問の時間

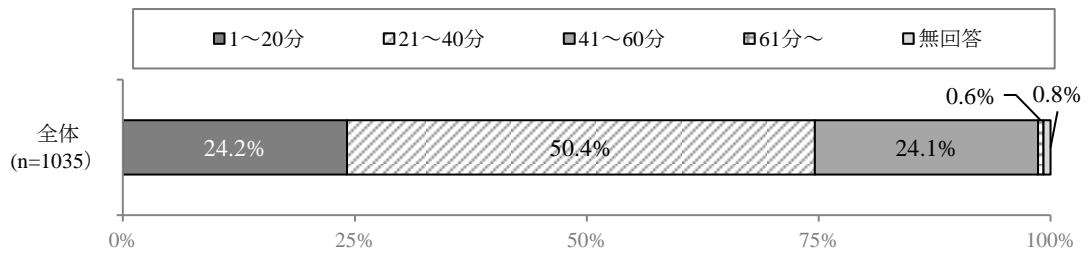


図 2-52 居宅訪問の目的 (n=1035)

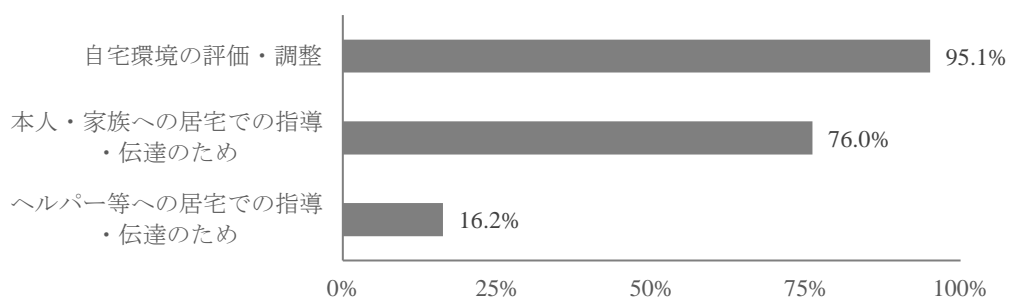


図 2-53 生活機能向上連携加算の関わり

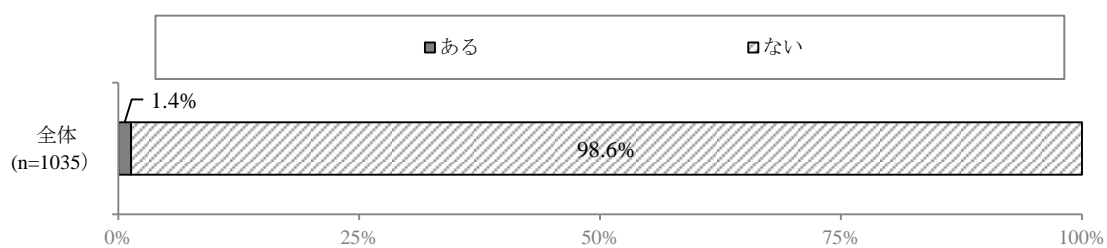


図 2-54 居宅訪問のスタッフ (n=1035)

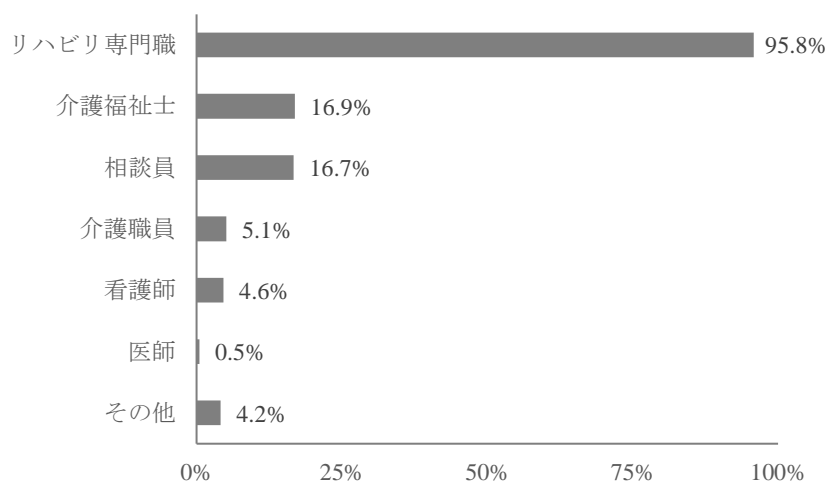


図 2-55 送迎方法

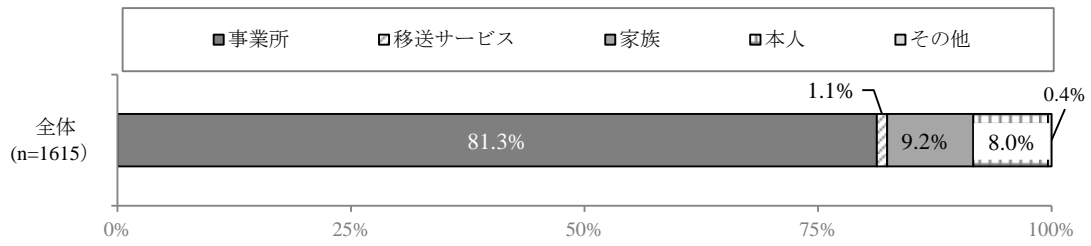


図 2-56 自宅から施設までの所要時間

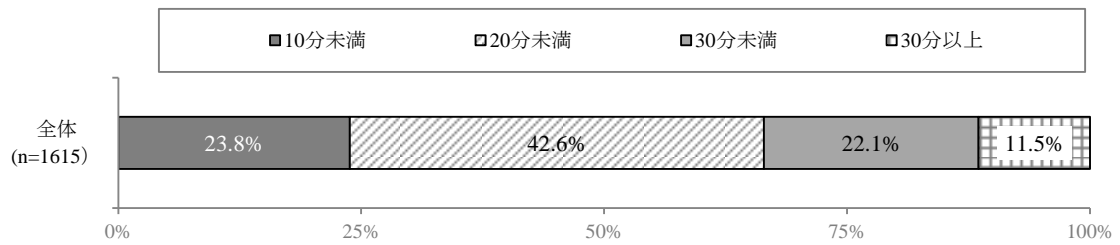


図 2-57 事業所送迎ではない理由 (n=296)

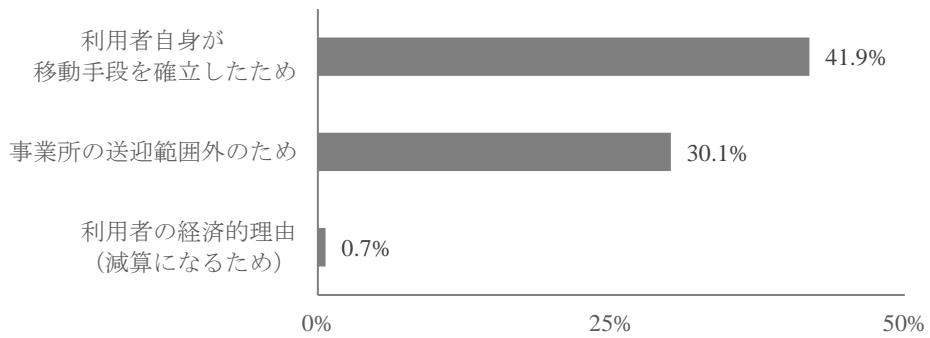


図 2-58 送迎中の居宅内介助

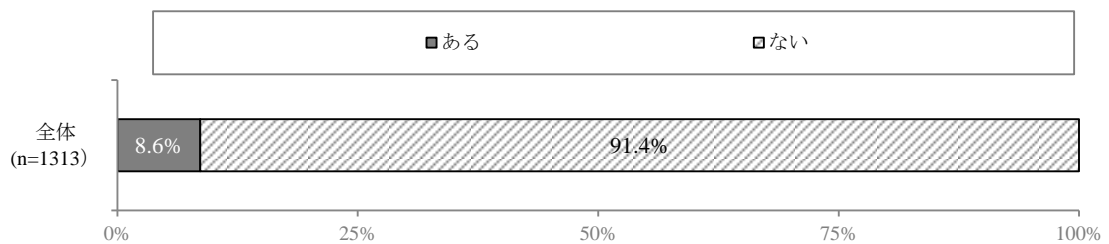


図 2-59 送迎中の居宅内介助：時間

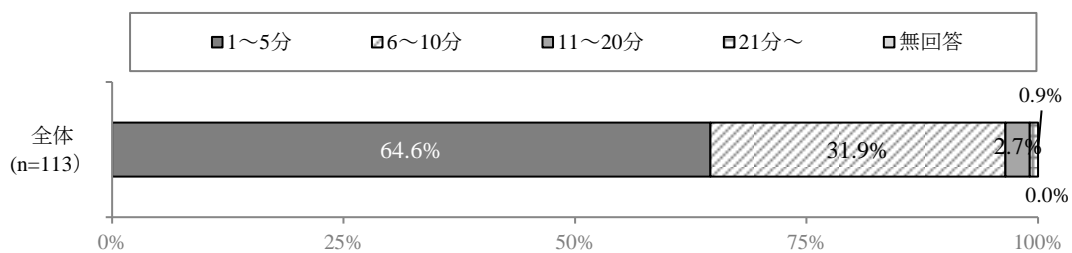


図 2-60 送迎中の居宅内介助：内容 (n=113)

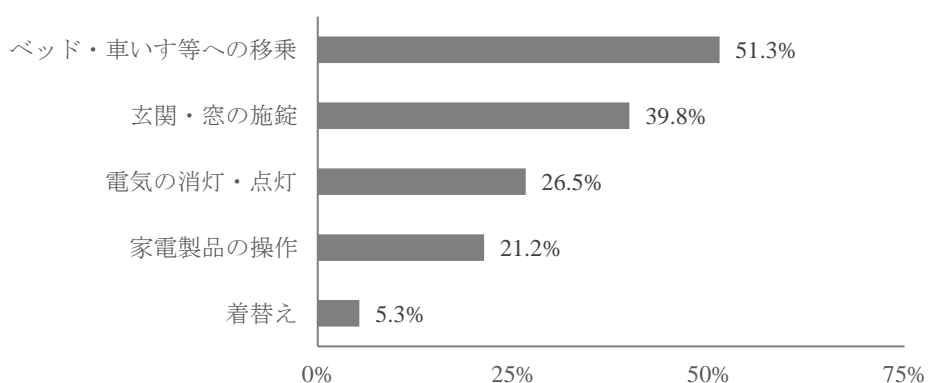


図 2-61 現在の他の利用サービス (n=1615)

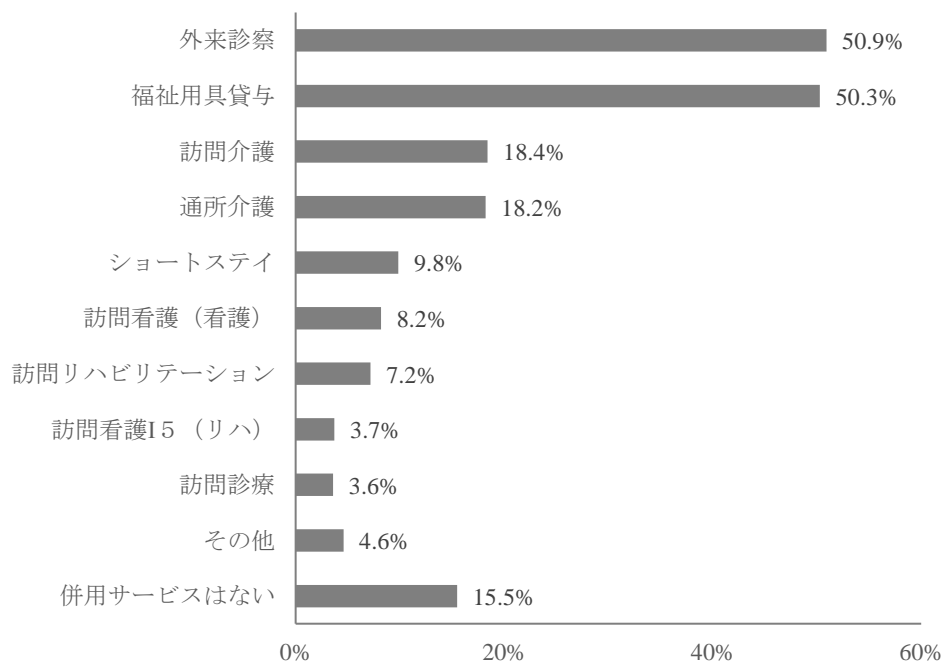


図 2-62 終了者の初回認定からの期間(年)

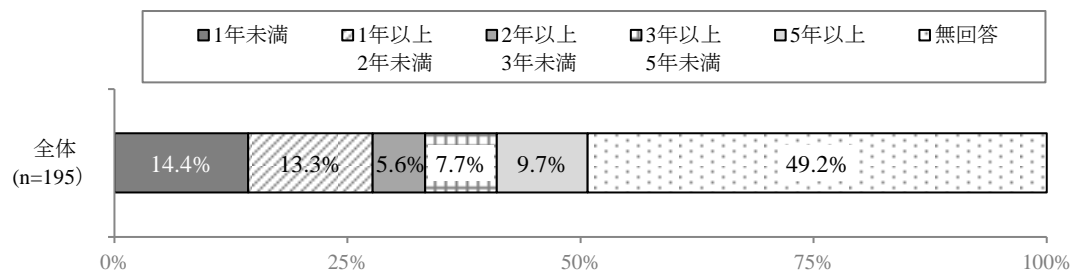


図 2-63 終了者の利用開始からの期間(年)

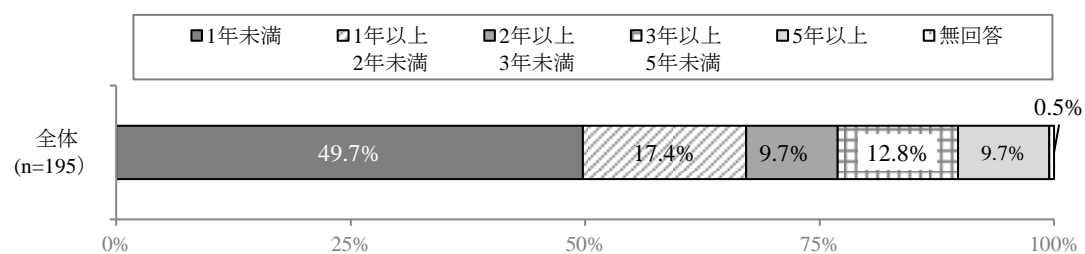


図 2-64 終了者の要介護度

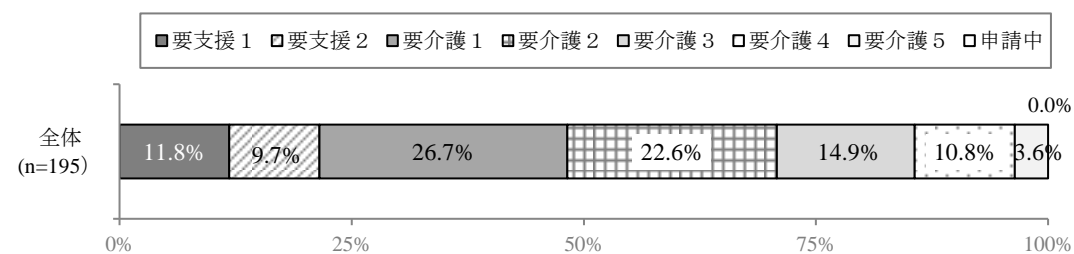


図 2-65 終了後の Barthel index

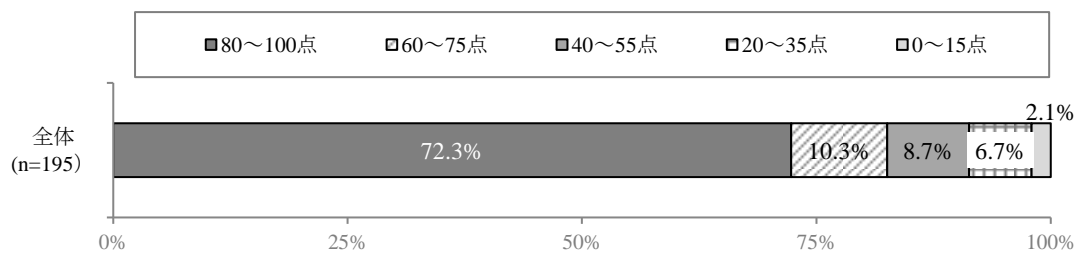


図 2-66 終了後の Life space assessment

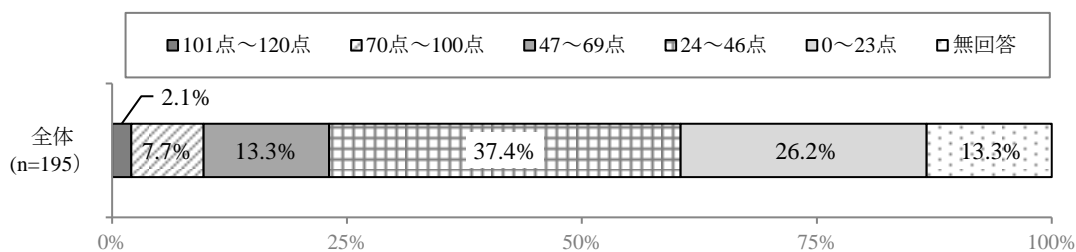


図 2-67 終了理由

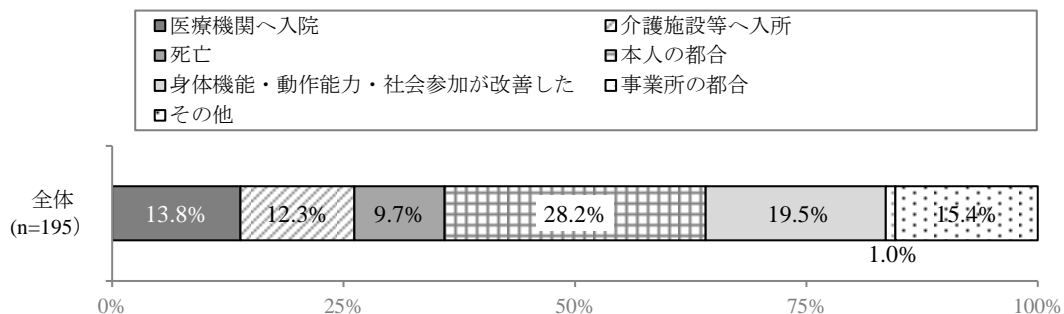


図 2-68 終了後の居宅訪問

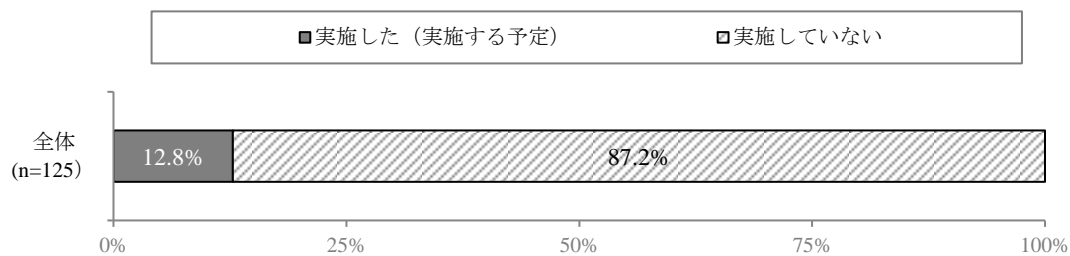


図 2-69 終了後の状況 (n=125)

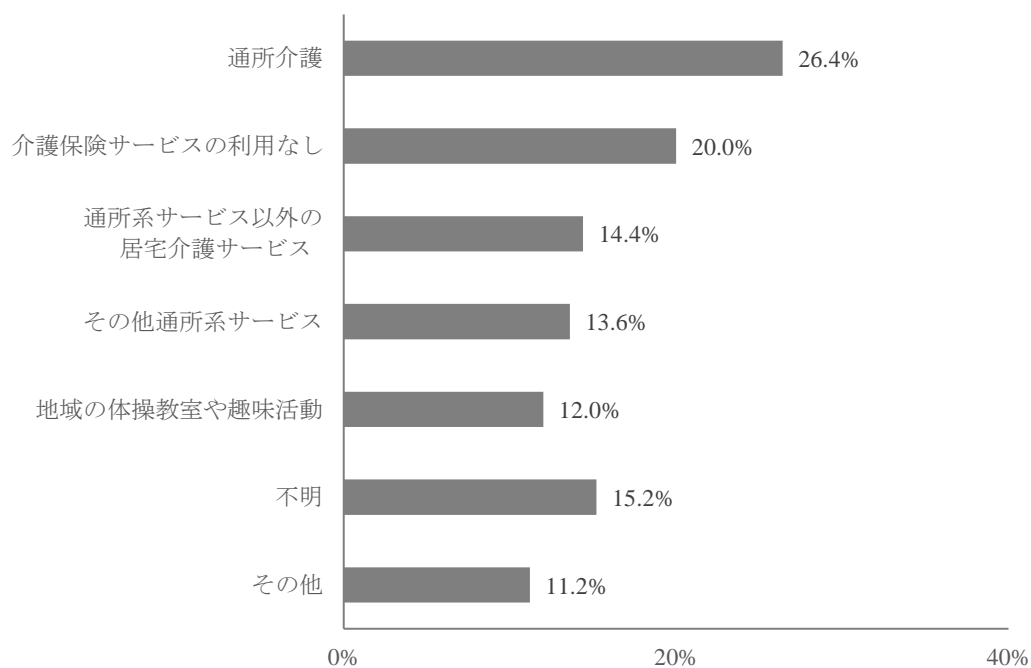
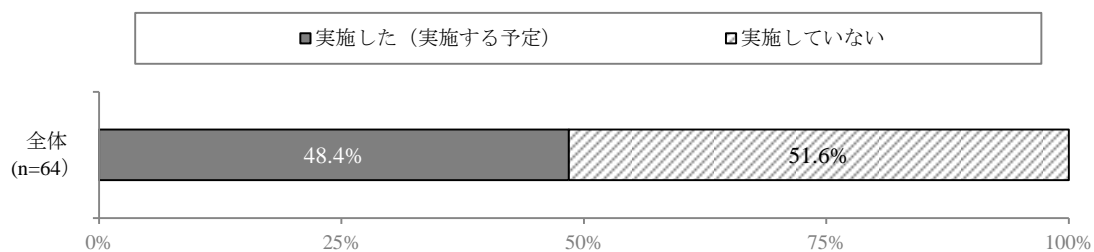


図 2-70 居宅介護サービスとの連携 (終了後)



### 3. 事業実施体制

調査委員会 委員一覧		
担当理事	森山 雅志	医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院 地域リハビリテーション部
委員長	染谷 和久	かすみケアグループ 情報戦略室
委員	徳弘 和道	医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター元浅草 たいとう診療所 訪問看護ステーション わっか
委員	松永 玄	東京湾岸リハビリテーション病院 リハビリテーション部
委員	丸 晃典	医療法人社団淳英会 おゆみの診療所
委員	吉田 和正	医療法人真正会 霞ヶ関在宅リハビリテーションセンター 通所リハビリテーション デイリビング

※ 敬称略

令和2年度 一般社団法人全国デイ・ケア協会 調査委員会事業

## 調査事業報告書

発行 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

〒101-0035 東京都千代田区神田紺屋町14番地 千代田寿ビル3階

電話番号：03-5207-2710 FAX 番号：03-5207-2711

URL：<https://day-care.jp/>

令和3年6月発行

