

令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業

通所・訪問リハビリテーションの  
目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業

報告書

令和2年3月  
一般社団法人 全国デイ・ケア協会



## はじめに

平成 30 年度介護報酬改定では、リハビリテーションマネジメント加算が 4 段階に細分化され、通所リハビリテーションにおいても医師の関与について更に明確化されました。また、介護予防におけるリハビリテーションマネジメント加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算の新設等を踏まえると、これまで以上に身体機能だけではなく「活動・参加」に重点をおいたリハビリテーションの実施が求められていると実感される次第です。

そこで令和元年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業では「通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業」として平成 30 年度介護報酬改定における影響及び実態を調査し、課題を明確にしました。

本事業の調査結果より、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算 II 以上を算定することにより、手段的日常生活動作を評価する Frenchay Activities Index や、生活活動範囲を評価する Life-Space Assessment において有意に向上する結果が認められました。これによりリハビリテーション会議に基づく計画立案の実施における効果が明確化されました。一方、大規模事業所におかれては、通常規模に比べ多職種を配置しており、地域との連携を含めて多様なメリットが示されました。

しかし、現状ではリハビリテーションマネジメント加算 II 以上の算定率は本事業の調査結果から通所リハビリテーション事業所は約 4 割、訪問リハビリテーション事業所は約 2 割と、効果的な事業体系はまだまだ発展途上と言わざるを得ません。通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションに求められる機能の普及は重要課題と感じております。

本事業の結果は、令和 3 年度介護報酬改定に向けて、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションのあり方を検討する貴重な資料になったと考えます。

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

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

一般社団法人 全国デイ・ケア協会

会長 近藤 国嗣



## **調査結果の要約**

**通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業**

通所リハビリテーション サマリ

**■事業背景**

平成 30 年度介護報酬改定において、活動や参加への働きかけをより効果的・効率的に実践するリハビリテーションの提供に向けて、通所・訪問リハにおいて、医療介護の連携促進、リハマネジメント、要支援への関わりの 3 点が見直された。一方で、その実態は不明瞭な状況であり、効果的・効率的な実践方法の把握および啓発に向けた対策が求められている。

**■目的**

本事業では、リハマネジメントの効果的な運用方法、医師における役割・関わりの工夫、要支援者に対する効果的な関わり、医療介護の連携状況等を明らかにし、事業所の効果的・効率的な運用方法を検証することを目的とした。

**■対象・方法**

本事業ではアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。アンケート調査は、全国の通所・訪問リハ事業所、全国の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーを対象とした。また、利用者票は新規利用者・目標達成による修了者を対象とした。調査方法は郵送配布・郵送回収法とし、令和元年 9 月 1 日から 10 月 31 日到着分まで有効回答とした。尚、調査対象事業所・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持って同意したとみなした。

**■調査項目**

通所・訪問リハ事業所へのアンケート調査では、事業所・利用者票の 2 部構成とした。主な調査項目は、事業所票にて医療機関との連携状況、リハマネジメントの実施状況、医師の役割、介護度別のニーズと介入方法等とした。利用者票は利用開始時・6 ヶ月後の利用者特性、ニーズと介入方法、修了後の状況等とした。ケアマネジャーへの調査では、通所・訪問リハの導入経緯、リハマネ加算の導入有無、修了に向けた課題を主な調査項目とした。

**■結果****【回収状況】**

本事業では通所リハ事業所 2500ヶ所、居宅介護支援事業所 500ヶ所を対象として、それぞれ 642ヶ所(回収率 25.7%)、270ヶ所(54.0%)より回収を得た。そのうち、有効回答は通所リハ 625 票(利用者票 1676 票)、居宅介護支援事業所 267ヶ所(ケアマネジャー個票 741 票)であった。

**【事業所特性】**

サービス提供時間は、6-7 時間 66.1%、1-2 時間 45.1%の順に割合が高かった。職員の配置人数(常勤換算)は、大規模事業所にて理学療法士、介護福祉士、介護職員が多くいた。また、通常規模にて比較すると、1-2 時間では理学療法士が、6-7 時間では看護職、介護福祉士、介護職員の配置が多くいた。相談員、管理栄養士、歯科衛生士の配置状況については、大規模事業所にて割合が高かった。医療的ケア等を実施した利用者がいる割合は、時間別に比較すると 6-7 時間ににおいて高かった。同様に、事業所規模別では大規模事業所にて高かった。

**【リハビリテーションマネジメント】**

リハマネ加算の届出割合について、リハマネ加算 I は 87.5%と最も高く、ついでリハマネ加算 III は 38.6%であった。また、リハマネ加算(要支援)は 73.9%であった(図 1)。平成 30 年度介護報酬改定以前の旧リハマネ加算 II 未算定事業所では、現リハマネ加算 II 10.3%、リハマネ加算 III 18.5%と届出割合が低かった。また、規模別に比較すると大規模事業所にてリハマネ加算 II、リハマネ加算 III およびリハマネ加算 IV の届出割合が高かった。

リハマネジメントにおける医師の指示は、リハの目的が 71.6%であった。また、リハの方針は 40.4%、修了の目安・時期の割合は 23.5%であった(図 2)。

リハマネ加算 II 以上の届出有無別にみると、運動の

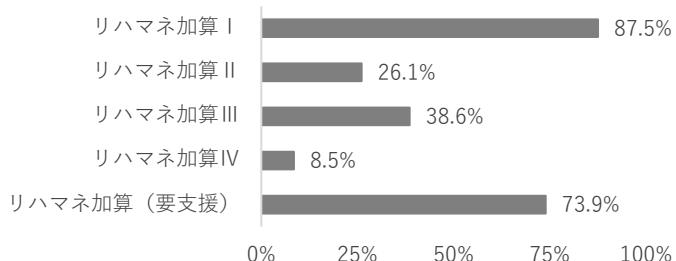


図 1 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況 (n=625)

負荷量(届出あり 53%、届出なし 39%)、リハの方針(49%、31%)、修了の目安・時期(29%、17%)と届出事業所にて割合が高かった。

#### 【各種加算】

要介護における各種加算の届出状況において、短期集中個別リハ実施加算は 68.5%と高い値を示したが、生活行為向上リハ実施加算や認知症短期集中リハ実施加算は 1 割に満たない低値であった。リハマネ加算の届出有無別および事業所の規模別にみると、リハマネ加算 II III IV の届出事業所、大規模事業所において、各種加算の届出割合が高かった。社会参加支援加算の算定割合は 14.4%であり、算定が困難な理由は利用者・家族が通所リハの継続希望が強いの割合が高かった。要支援では、リハマネ加算(要支援)の届出事業所にて、事業所評価加算の届出割合が高かった。

#### 【地域連携】

通所介護から通所リハへ移行した利用者がいる事業所割合は 17.3%、生活機能向上連携加算へ協力している事業所割合は 12.3%であり、ともに大規模事業所にて割合が高かった。地域との交流活動の実施状況は、連絡会議の開催・協力、勉強会・事例検討会の開催・協力の割合が約 4 割であり、大規模 II では地域の通いの場の支援、町内会活動への参加、通所事業の受託等の割合が比較的高かった。

外来リハから移行した新規利用者について、2019 年 3 月末前後にて人数に差はみられなかった。リハ計画書について、医療機関から提供された事業所は 31.5%であった。2019 年 4 月以降に医療保険のリハからの移行が増加したと思う事業所は 30.9%、医療機関からの利用開始前の相談が増加したと思う事業所は 28.8%であった。

#### 【新規利用者の特性】

主な利用時間は、6-7 時間 47.4%、1-2 時間 15.9%の割合が高かった。利用時間別にみると、6-7 時間は介護度が要介護 3-5(33%)、年齢が 85 歳以上(49%)、認知症高齢者の日常生活自立度が II 以上(48%)、利用前の所在が回復期リハ病棟や一般病棟(33%)にて割合が比較的高かった。同様に 1-2 時間では要支援 1-2(52%)、84 歳以下(70%)、非該当(51%)、自宅(78%)の割合が高かった。また、利用開始時の ADL80 点以上の割合は 67.6%であった。利用時間別にみると、1-2 時間にて 80 点以上の割合が高い傾向(1-2 時間 81%、6-7 時間 60%)を示した。さらに、減点項目では、1-2 時間は階段昇降、平地歩行、入浴、6-7 時間ではさらに更衣、イスとベッド間の移乗、トイレ動作の割合が高かった。

医師の具体的な指示の内容のうち、リハの方針はリハマネ加算 II III IV 算定者にて高い割合(算定者 60%、未算定者 48%)を示した。また、要介護 1-2 への提供サービス内容についても IADL 練習(26%、17%)、生活・環境整備に関するアドバイス(57%、38%)の 2 項目に関連性を認め、リハマネ加算 II III IV 算定者にて高値であった。提供サービス内容について利用時間別にみると 7 項目に関連性を認め、1-2 時間にてリハビリテーション評価(1-2 時間 96%、6-7 時間 89%)、運動・自主トレのアドバイス(92%、70%)、IADL 練習(26%、17%)、生活・環境整備に関するアドバイス(50%、41%)の項目が、6-7 時間にて集団活動(32%、71%)、口腔機能向上(5%、19%)、医療的処置(1%、6%)の項目がそれぞれ高かった。

6 ヶ月後の ADL の変化については、介護度別、利用時間別、利用開始時 BI60 点以上におけるリハマネ加算別にて関連性を認め、要介護 1-2・要介護 3-5、6-7 時間、リハマネ加算 II III IV 算定者にて向上の割合が高い傾向であった。

6 ヶ月後の IADL の変化については、リハマネ加算別、

事業所規模別にて関連性を認め、リハマネ加算 II III IV 算定者、大規模 II にて向上の割合が高い傾向であった。

6 ヶ月後の LSA の変化については、介護度別、リハマネ加算別、事業所規模別にて関連性を認め、要介護 1-2・要介護 3-5、リハマネ加算 II III IV 算定者、大規模 I・大規模 II にて向上の割合が高い傾向であった。6 ヶ月後

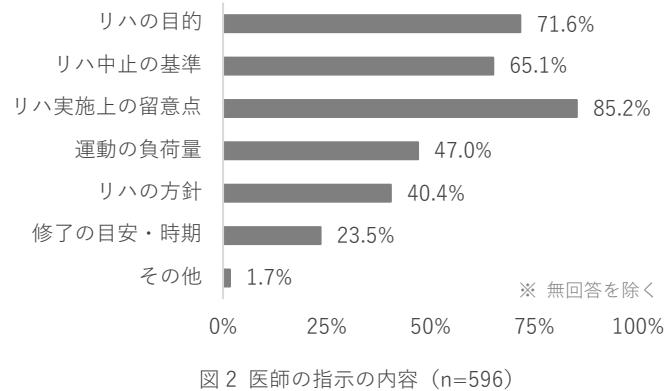
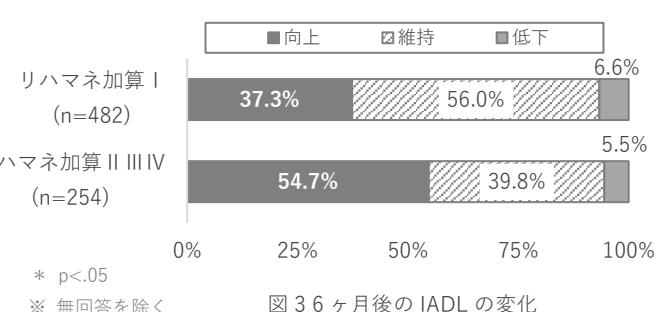


図 2 医師の指示の内容 (n=596)



\* p<.05

※ 無回答を除く

図 3 6 ヶ月後の IADL の変化

の利用状況と今後の予定について利用修了者・修了見込者は 9.8% であり、リハマネ加算 II III IV 算定者（14%）や 1-2 時間（15%）にて利用修了者・修了見込者の割合が高い傾向を示した。利用を継続する理由について、コミュニティを継続したいは、要支援 1-2 や要介護 1-2、リハマネ加算 I 算定者（54%）の割合が、継続的な在宅支援が必要は要介護 3-5 の割合が高かった（図 4）。

### 【利用修了者の特性】

修了までの利用期間では、6 ヶ月未満 28.5%、1 年未満 24.5% の順に割合が高かった。利用修了 3 ヶ月後に

おける介護保険サービスの利用状況は、利用なし 24.5%、利用あり 29.9%、不明 45.6% であった。また、利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携した方は、10.6% であった。

### 【要継続者と修了者の比較】

新規利用者のうち継続的な在宅支援が必要な方（要継続者）と 6 ヶ月間にて修了・修了見込の方（新規修了者）について、介護度および認知症高齢者の日常生活自立度では関連性を認め、要継続者において要介護 3-5（要継続者 48%、新規修了者 20%）、II および III・IV・M（58%、22%）の割合が高値を示した。利用開始時の ADL および IADL にて関連性を認め、ともに要継続者にて低得点者の割合（ADL75 点以下：66%、20%）（IADL9 点以下：81%、45%）が高い傾向であった（図 5）。

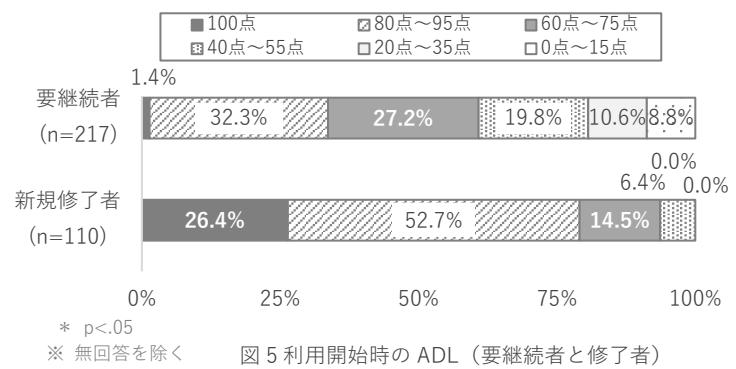
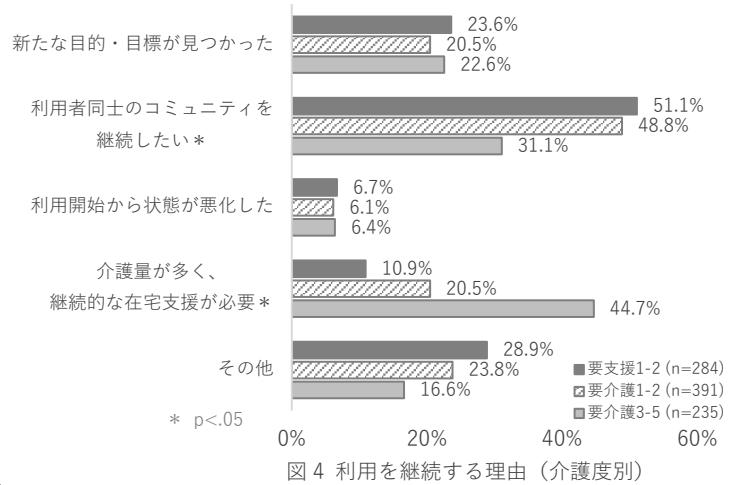
事業所の評価に基づくニーズでは 11 項目に関連性を認めた。要継続者では身体機能の維持（要継続者 74%、修了者 51%）、生活能力の維持（59%、39%）、事業所内における対人交流（43%、27%）、入浴（55%、18%）、介護負担の軽減（48%、11%）、医学的管理（25%、14%）等の割合が、新規修了者では趣味活動の習慣・継続（15%、32%）、身体機能の向上（58%、74%）、生活能力の向上（45%、60%）、地域における社会参加（10%、26%）の割合が高かった。提供サービス内容では 6 項目に関連性を認めた。要継続者では ADL 練習（要継続者 71%、修了者 55%）、集団活動（63%、49%）、医療処置（11%、2%）の割合が、新規修了者では運動・自主トレのアドバイス（63%、90%）、IADL 練習（14%、35%）、生活・環境整備に関するアドバイス（36%、57%）の割合が高かった。6 ヶ月後の ADL および IADL の変化について関連性を認め、ともに新規修了者において向上の割合（ADL 向上：29%、39%）（IADL 向上：23%、65%）が高い傾向であった。

### ■考察

#### 【リハビリテーションマネジメント】

平成 30 年度介護報酬改定において、リハマネジメントのさらなる強化が図られた。その結果、本調査において充実したリハマネジメントは利用者の生活能力の向上に効果を示していることが明らかとなった。リハマネ加算 II III IV における充実した情報収集に基づく課題分析、リハ会議等による目標の明確化と共有は、利用者の生活能力の向上に寄与していた。利用者の生活能力の向上に関しては、充実したプログラムの提供による効果も大きい。十分なアセスメントに基づき、自宅での生活状況に即したプログラムの提供が、生活能力の向上につながっていた。リハマネジメントにおける目標の明確化は達成度の判定も本人家族と共有が容易であり、目標の達成により新たな目標に向けて、修了など次のステージへ移行しやすい。

平成 30 年度介護報酬改定で要件となった医師の指示に関して、必須項目である「リハの目的」が未記載の事業所割合は約 3 割であり、リハマネジメントにおける医師の関わりについて、更なる啓発が求められる。また、「リハの方針」



「修了の目安・時期」の記載割合は40%・23%であった。利用者・職員との目標設定・共有に向けては重要な項目であり、積極的に記載していくことが望ましい。一方、リハマネ加算II III IVの届出事業所は、医師の指示に関するすべての項目において、未届出事業所より記載割合が高い傾向にあった。充実したリハマネジメントに基づく、生活能力の向上へのアプローチには積極的な医師の関与が必要である。

平成30年度介護報酬改定において、リハマネ加算は4段階へと見直された。本調査において、リハマネ加算IIIの届出割合は38%であり、本会が平成27年度に実施した調査結果（旧リハマネ加算IIの届出割合：34%）と比較し、大きな変化はみられなかった。特に、平成30年度改定前に旧リハマネ加算II未算定事業所においてリハマネ加算II・リハマネ加算IIIの届出割合は低い状況にある。リハマネジメントにおける医師の関わりに関して、リハマネ加算IIとして医師への負担が緩和されており、積極的に活用することを期待する。

#### 【要支援への関わり】

リハマネ加算（要支援）の届出事業所は、事業所評価加算の算定割合が高く、介護度の維持改善に効果を示していた。要支援の利用者には、運動の習慣・継続に向けて、セルフマネジメントが可能となるよう運動・自主トレのアドバイスを提供している。一方、運動の継続を目的に通所リハの利用を継続する利用者も多く存在する。通所リハへ「通うこと」を目的化せず、自宅での生活状況に目を向け地域における社会参加へのアプローチを積極的に実施していく必要がある。このように、目標達成による修了の考え方は、要支援にこそ求められている。

#### 【修了のあり方】

目標の達成により修了する方は、利用開始の時点から生活上の課題は少なく、活動や参加を目的とした短時間利用が多い。活動状況のレベルは高いが外出などの活動範囲には課題があり、活動の場までの移動手段の獲得など、明確な目標を立てやすい。このような、活動や参加へのニーズに対して、自宅での実施が可能となるよう居宅での評価も提供されている。また、修了者の利用期間は1年以内が5割を超え、6ヶ月間での目標達成割合も高く、6ヶ月から1年以内の利用期間を目途に目標設定・プログラム立案を実践していくことが望ましい。

一方、新規利用者において6ヶ月後に修了・修了見込みの利用者割合は1割程度であり、現状において前述の関わりが十分に行われているとは言い難い。社会参加支援加算の算定が困難な理由として、本人・家族の利用継続希望の割合が高く、修了後の能力低下に関する不安等への対応が課題である。修了後に利用している地域資源や介護サービス等と継続的に連携している割合は極めて少ない状況であり、地域におけるリハ資源としての活躍が望まれる。

#### 【サービス提供時間別の役割】

1-2時間は活動や参加の課題が明確であり、目標の達成により次のステージへと移行する方が多い。ADLに関する課題は少なく、階段昇降、平地歩行、入浴の3項目のみ減点割合が高かった。このような利用者の状態像に合わせ、1-2時間サービスを提供している事業所は理学療法士の配置が多く、活動性を高めるリハビリテーションが提供されていた。一方、6-7時間は在宅生活の支援に向けて、介護負担の軽減を中心に、長期的な支援を要する方が多い。特に、イスとベッド間の移乗、トイレ動作、更衣にも課題を抱える割合が高く、在宅生活における介護負担の軽減に向けた関わりが重要である。また、看護師・介護福祉士の配置人数が多く、利用中の生活全般を通じ、ADL等の実践場面において各専門職が協働し、在宅生活の継続を目的とした支援を行っていた。

#### 【その他】

長期的かつ継続的に利用が必要な方は、在宅生活上の課題が多く、身体機能が向上する見込みが低いため生活支援を中心とした長時間利用が多い。障害の程度が重い、継続的な医学的管理や状態変化が見込まれる、継続的な介護が必要などの状態にあり、在宅生活の継続を目的とした継続的な支援も通所リハには求められている。

通所リハビリテーションは多職種が協働する事業所であり、利用者が求めるニーズは多様である。その中において、大規模事業所では、充実した人員配置を背景に地域のニーズも踏まえ様々な支援を実践していた。特に、地域との連携に積極的であり、地域のリハビリテーション資源として地域住民を支える積極的な展開がみられた。

平成31年3月末にて、診療報酬上の維持期リハの取り扱いが見直され、要介護認定者へのリハビリテーションは介護保険へと移行された。本調査において、その移行状況について確認したが、移行に関する問題はみられなかった。また、医療と介護のスムーズな連携を目的に、医療機関からのリハビリテーション計画書の提供が評価された。この医療機関との連携に関して、リハ計画書の提供を受けた通所リハ事業所は少なく、より積極的な連携が望まれる。

## 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業

## 訪問リハビリテーション サマリ

## ■事業背景

平成30年度介護報酬改定において、活動や参加への働きかけをより効果的・効率的に実践するリハビリテーションの提供に向けて、通所・訪問リハにおいて、医療介護の連携促進、リハマネジメント、要支援への関わりの3点が見直された。一方で、その実態は不明瞭な状況であり、効果的・効率的な実践方法の把握および啓発に向けた対策が求められている。

## ■目的

本事業では、リハマネジメントの効果的な運用方法、医師における役割・関わりの工夫、要支援者に対する効果的な関わり、医療介護の連携状況等を明らかにし、事業所の効果的・効率的な運用方法を検証することを目的とした。

## ■対象・方法

本事業ではアンケート調査およびヒアリング調査を実施した。アンケート調査は、全国の通所・訪問リハ事業所、全国の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーを対象とした。また、利用者票は新規利用者・目標達成による修了者を対象とした。調査方法は郵送配布・郵送回収法とし、令和元年9月1日から10月31日到着分まで有効回答とした。尚、調査対象事業所・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持って同意したとみなした。

## ■調査項目

通所・訪問リハ事業所へのアンケート調査では、事業所・利用者票の2部構成とした。主な調査項目は、事業所票にて医療機関との連携状況、リハマネジメントの実施状況、医師の役割、介護度別のニーズと介入方法等とした。利用者票は利用開始時・6ヶ月後の利用者特性、ニーズと介入方法、修了後の状況等とした。ケアマネジャーへの調査では、通所・訪問リハの導入経緯、リハマネ加算の導入有無、修了に向けた課題を主な調査項目とした。

## ■結果

## 【回収状況】

本事業では訪問リハ事業所1300ヶ所、居宅介護支援事業所500ヶ所を対象として、それぞれ382ヶ所(回収率29.4%)、270ヶ所(54.0%)より回収を得た。そのうち、有効回答は訪問リハ365票(利用者票970票)、居宅介護支援事業所267ヶ所(ケアマネジャー個票741票)であった。

## 【事業所特性】

1日の訪問件数は、1-5件が44.7%と最も高かった。職員配置数(常勤換算数)は、訪問件数16件/日以上の事業所にて、理学療法士の配置が多い傾向がみられた(図1)。また、医療的ケア等を実施した利用者がいる割合は、経腸栄養29.4%、褥瘡治療24.3%、常時頻回な喀痰吸引22.3%の順に高かった。

## 【医師の関わり】

事業所医師の診察状況について、すべての利用者を事業所医師が診察している割合は66.4%であった(図2)。事業所の医師に関して診察場所が利用者宅の割合は、3割未満が60.8%と最も高かった。また、診察場所が事業所内の割合は、全員・8割以上を合わせて57.3%であった。

事業所医師の指示内容について、リハの目的は86.8%であった。また、リハ実施上の留意点95.8%、リハ中止の基準85.7%と高い割合であったが、修了の目安・時期は31.7%であった(図3)。医師の役割について、事業所医師と医学的管理を行っている医師とを比較すると、事業所医師はリハ

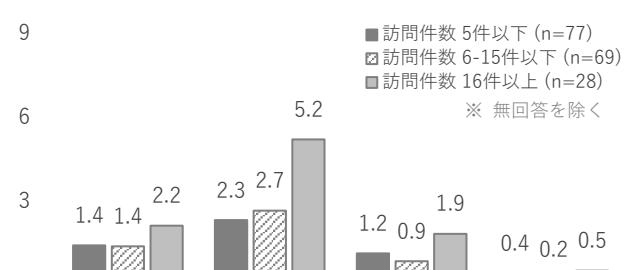


図1 職員配置数(常勤換算数:平均値)

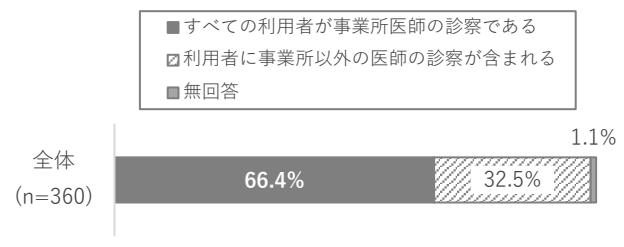


図2 事業所医師における診察の状況

計画の作成・承認（事業所医師 78%、医学的管理を行っている医師 41%）、本人・家族への説明（47%、27%）、医学的管理を行っている医師は疾患の管理（73%、91%）、リハ実施時の急変対応（50%、63%）の割合が比較的高かった。

#### 【リハビリテーションマネジメント】

リハマネ加算の届出状況について、リハマネ加算Ⅰは 89.7%、リハマネ加算Ⅱは 16.4%、リハマネ加算Ⅲは 23.3%、リハマネ加算（要支援）65.0%であった。また、平成 30 年度介護報酬改定前の旧リハマネ加算Ⅱ未算定事業所において、

リハマネ加算Ⅱ・リハマネ加算Ⅲの届出割合は 7.8%・13.1%と低値であった。訪問件数別にみると、訪問件数 16 件/日以上にてリハマネ加算Ⅱ・リハマネ加算Ⅲの届出割合が比較的高かった。同様に医師の診察場所別にみると、利用者 8 割以上に対して利用者宅にて診察している事業では、リハマネ加算Ⅲの届出割合が比較的高かった。リハマネ加算Ⅲの算定が困難な理由は、医師のリハ会議への参加が困難、医師の説明時間が確保できない、リハ会議の調整が負担の割合が高かった。リハ会議における医師の参加に関して ICT を活用している割合は、12.9%であった。

#### 【加算の届出状況】

各種加算の届出状況において、リハマネ加算Ⅱ・Ⅲ・Ⅳの届出事業所にて割合が高かった。平成 30 年度介護報酬改定にて新設された事業所評価加算の届出割合は 7.8% であった。算定が困難な理由は、未算定事業所では事業所規模が小さく要支援の利用者が少ない 44.1%、算定事業所では認定期間が長く改善の結果が得られにくい 39.3%、進行性など悪化が想定される方が多い 32.1% の割合が高かった。社会参加支援加算の届出割合は 35.8% であった。算定が困難な理由は、利用者・家族が訪問リハの継続希望が強い、ゴールが社会参加とは異なっているの割合が高かった。

#### 【地域連携】

外来リハから移行した新規利用者について、2019 年 3 月末前後に人数に差はみられなかった。リハ計画書について、医療機関から提供された事業所は 30.6% であった。2019 年 4 月以降に医療保険のリハからの移行が増加したと思う事業所は 24.7%、医療機関からの利用開始前の相談が増加したと思う事業所は 26.6% であった。

#### 【新規利用者の特性】

利用開始時の介護度は、要支援 1-2 が 22.2%、要介護 1-2 が 36.1%、要介護 3-5 が 40.2% であった。年齢 85 歳以上が 39.5%、認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上が 33.9% であった。主な訪問時間は 40 分/回が 81.4%、訪問頻度は、1 回/週が 56.7%、2 回/週が 39.3% であった。併用サービスありの割合は 78.0% であり、介護度が高くなるに併せ、併用サービスありの割合も上昇していた。

利用前の所在は、自宅が 45.4%、回復期リハ病棟 22.0%、一般病棟 15.9%、地域包括ケア病棟 5.2%、介護老人保健施設 3.1% であった。利用開始時の ADL80 点以上が 51.8%、IADL0~9 点が 70.6%、生活空間の広がり (LSA) 24 点以下が 68.2% であった。

事業所の評価に基づくニーズについて介護度別にみると 3 項目に関連性がみられ、要支援 1-2 では趣味活動の習慣・継続、要介護 3-5 では介護負担の軽減の割合が比較的高かった。提供サービス内容を介護度別にみると、7 項目にて関連性を認めた。要支援 1-2 において運動・自主トレのアドバイス、IADL 練習、生活・環境整備に関するアドバイス、自宅外練習の割合が、要介護 3-5 にて介護者への指導・助言、口腔機能向

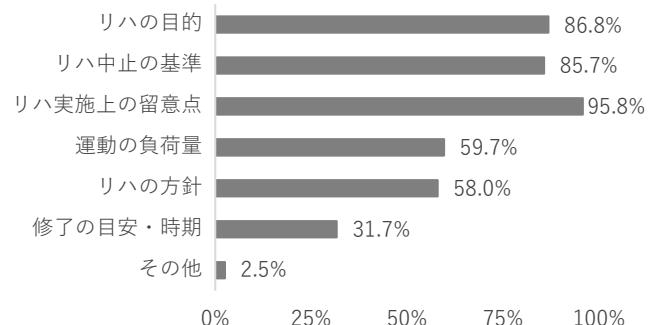


図 3 事業所の医師の指示内容

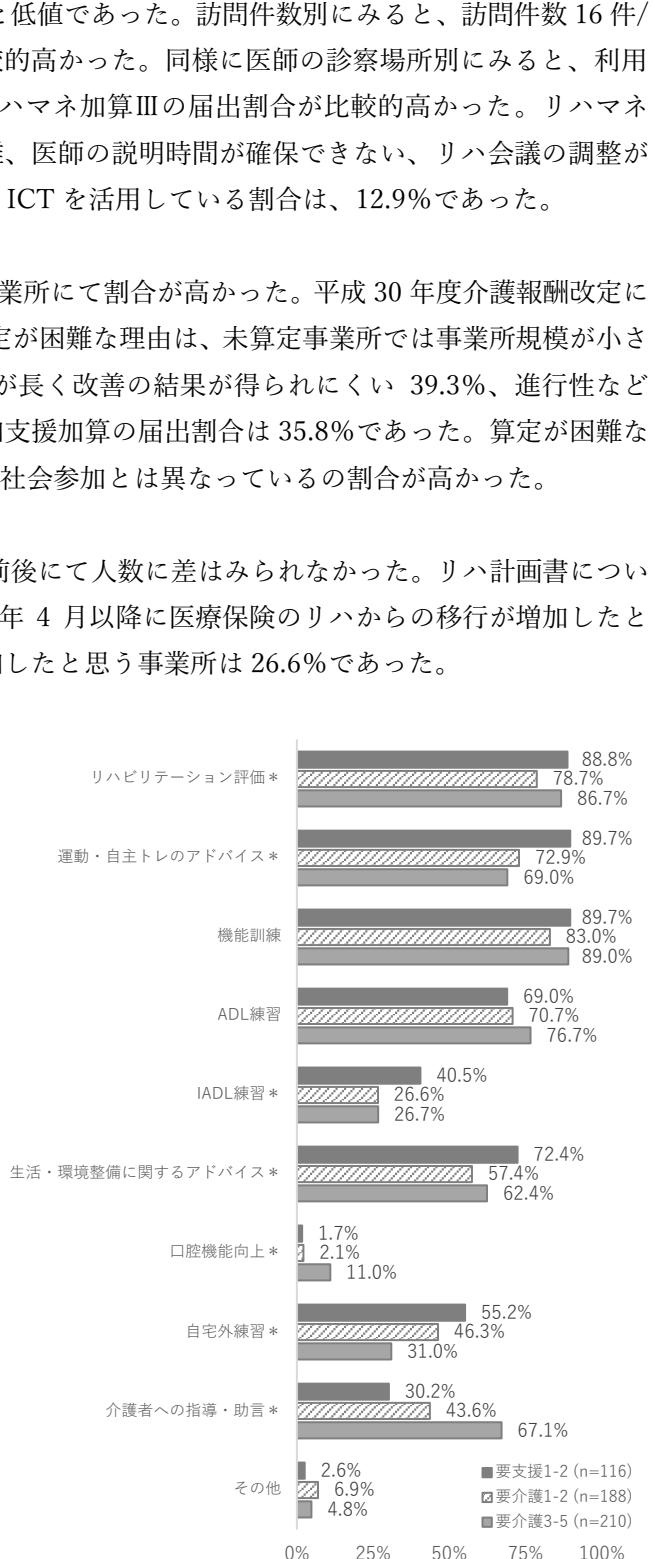


図 4 提供サービス内容

上の割合が比較的高かった(図4)。診察した医師別でみると、生活・環境整備に関するアドバイスにて事業所医師の診察の割合が高かった。また、各種関わりの実施状況では、他事業所への介助方法やプログラム内容の助言にて介護度と関連性を認め、要介護3-5にて高い傾向であった。

利用開始から6ヶ月後にADLが向上した割合は要支援1-2 31.3%、要介護1-2 38.7%、要介護3-5 48.6%であった。IADLが向上した割合は要支援1-2 54.9%、要介護1-2 54.6%、要介護3-5 46.8%(図5)、LSAが向上した割合は要支援1-2 44.2%、要介護1-2 45.8%、要介護3-5 50.0%であった。6ヶ月後の利用状況と今後の予定について、目標を達成した修了者・修了見込者は35.2%であった。利用を継続する理由を介護度別にみると、3項目に関連性を認め、要支援1-2は本人または家族が修了への不安が強い(47%)の割合が、要介護3-5は介護量が多く継続的な在宅支援が必要(43%)の割合が高い傾向であった(図6)。

### 【利用修了者の特性】

修了までの利用期間は、6ヶ月未満が5割を超えていた。利用修了3ヶ月後における介護保険サービスの利用状況は、利用なし 12.2%、利用あり 52.8%、不明 35.0%であった。また、利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携した修了者の割合は、13.5%であった。

### 【継続者と修了者の比較】

新規利用者のうち本人家族の不安が強く6ヶ月後も利用を継続する方(継続者)と目標達成により6ヶ月以内に修了した方(新規修了者)、利用修了者のうち6ヶ月以内に修了した方(修了者)の3者を比較すると、医師の具体的な指示の内容における「修了の目安・時期」について関連性を認め、新規修了者・修了者の割合が高い傾向(継続者 25%、新規修了者 47%、修了者 37%)であった。

## ■考察

### 【訪問リハ利用者の状態像と効果】

訪問リハビリテーションは、退院・退所直後の中重度者に対して、実践場面を通じて在宅生活の再構築を行い、通所系サービス等を活用した外出機会の創出という役割を果たしていた。訪問リハにおける新規利用者は、要介護3-5が40%、年齢85歳以上が39%、認知症高齢者の日常生活自立度II以上が33%、退院・退所直後の利用開始が46%、開始時のADL75点以下が48%と、在宅生活の継続に課題を抱える方が多い。また、併用サービスがある割合や医療的ケア等として経腸栄養や褥瘡治療、頻回の喀痰吸引の割合が高い。訪問リハだけでなく、地域の他介護サービス事業所と連携し、医療的な視点での評価を含めた支援を実践している。

新規利用者において6ヶ月後におけるADLの向上割合は3割を超え、状態改善・目標達成による修了者・修了見込者は35%であった。このように、実践場面における直接的なADLへのアプローチにより6ヶ月間での改善を図り、在宅生活の再構築を行い、外出機会の創出へつなげている。

### 【リハビリテーションマネジメント】

訪問リハ事業所は、リハマネ加算Iの届出割合が高い。平成30年度介護報酬改定前後で比較すると、改定前の旧リハマネ加算Iから改定後の新リハマネ加算II・リハマネ加算IIIへ移行した割合は低値であり、現状では多くの事業所がリハマネ加算Iを選択し、リハマネ加算II・IIIへの試みが少ない状況である。一方、1日の訪問件数別にみると、16件/以上の事業所にてリハマネ加算II・リハマネ加算IIIの届出割合が高く、リハマネジメントの実践にはリハビリ専門職の配置人数が影響しているものと推察される。

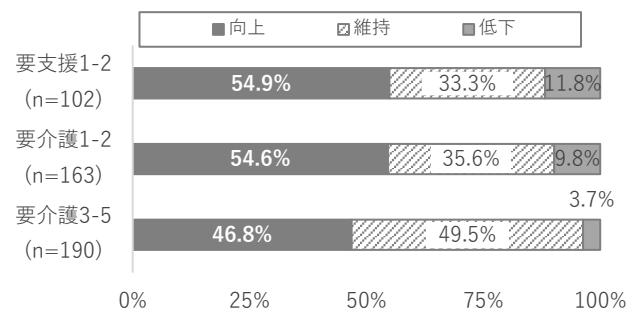


図5 6ヶ月後のIADL変化

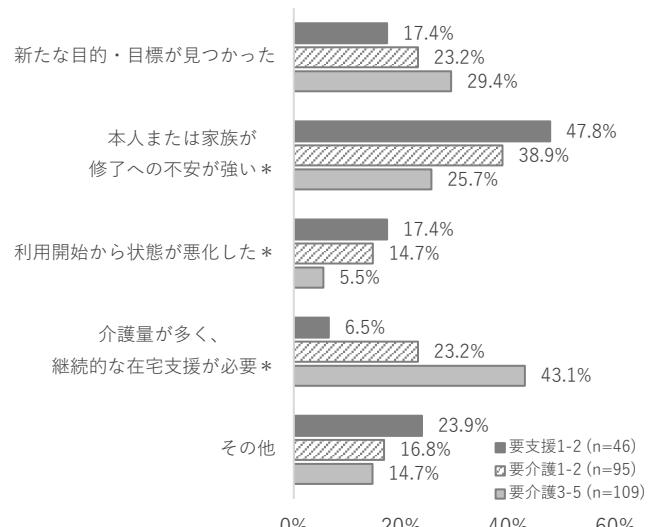


図6 利用を継続する理由

リハマネ加算Ⅲの算定が困難な理由は、医師のリハ会議への参加が困難や医師の説明時間が確保できない、リハ会議の調整が負担であるの割合が高値であった。充実したリハマネジメントの実践には、医師の時間確保と煩雑な間接業務が課題として挙げられる。現在、医師の説明においてICTを活用している割合は12%であり、より積極的な活用は医師の時間確保という課題の解決につながる可能性がある。

平成30年度介護報酬改定にて要件として追加された医師の指示について、必須項目であるリハの目的は86%であった。また、修了の目安・時期は31%であったが、利用継続者と比較して修了者では、修了の目安・時期の記載割合が高かった。目標達成による修了を目指すには、目標達成までの期間について利用者・家族・ケアマネジャーとの合意形成は重要であり、リハ会議等を通じた医師からの利用期間の説明は積極的に実践していく必要がある。

#### 【医師の関わり】

平成30年度介護報酬改定において、事業所医師が診察を行えなかった場合に関する例外要件が示された。この例外要件に該当し、医学的管理を行っている医師が診察している利用者がいる事業所割合は32%であった。事業所医師の診察であった利用者は、医師の指示について運動の負荷量、リハの方針の2項目の記載割合が高かった。また、リハマネ加算Ⅳ、短期集中リハ実施加算を算定した割合も高かった。このように、事業所医師の診察においては、利用者の状態像やリハビリテーションの必要性について判断する情報を得やすいことから、より効果的なリハビリテーションにつながる指示を出すことが可能となる。また、医師の役割として事業所医師は、リハ会議への参加、リハ計画の作成・承認、本人・家族への説明の割合が高く、リハマネジメントに基づく効果的なリハビリテーションの提供に向けて事業所医師の役割は大きい。

事業所医師の診察場所をみると、利用者宅で診察を行っている利用者割合が「8割以上」の事業所にて、リハマネ加算Ⅱ・リハマネ加算Ⅲの届出割合が高い傾向にあり、利用者宅にて得られる情報がリハマネジメントの充実に重要なことが伺える。また、診察場所別に訪問件数をみると、事業所内の割合が「8割以上」の事業所では、1-5件/日の割合が高い傾向にあり、小規模な事業所においては医師が利用者宅を訪問する時間の確保が困難な状況にあると推察される。

#### 【要支援への関わり】

要支援への関わりについて訪問リハでは、6ヶ月間を目途に修了を見据え、在宅生活のみならず地域における活動や参加を目指していた。要支援の利用者には、在宅生活の再構築に加え、地域における社会参加に向けた自宅外での練習を実践している。この結果、6ヶ月後の変化として、ADLは3割、IADLは5割、LSAは4割が向上していた。また、新規利用者のうち6ヶ月後の利用状況として、修了者・修了見込者は42%であり、利用修了者において介護保険サービス等を利用せず修了した方は36%であったなど、一定の効果を示している。一方、6ヶ月以降も利用を継続する方（修了の予定がない方）における継続理由は、「本人または家族が修了への不安が強い」が47%であり、修了後のフォローアップ体制の充実が望まれる。

平成30年度介護報酬改定において、要支援への対応としてリハマネ加算（要支援）および事業所評価加算が新設された。リハマネ加算（要支援）の届出事業所は65%と割合が高い傾向にあった。一方、事業所評価加算の算定期事業所は7%であった。事業所評価加算の未算定期事業所において算定が困難な理由は、「要支援の利用者が少ない」の割合が高かった。訪問リハ事業所は小規模な事業所が多く、要件となる人数に届かない現状であった。

#### 【その他】

訪問リハ事業所は、小規模な事業所が多く、提供可能なサービス量には限界がある。小規模な事業所では、医師やリハビリ専門職の常勤人数が少なく、充実したリハマネジメントの提供が困難な状況にあり、医師やリハビリ専門職の積極的な配置を含め、訪問リハ体制の拡充が求められる。

平成31年3月末にて、診療報酬上の維持期リハの取り扱いが見直され、要介護認定者へのリハビリテーションは介護保険へと移行された。本調査において、その移行状況について確認したが、移行に関する問題はみられなかった。また、医療と介護のスムーズな連携を目的に、医療機関からのリハビリテーション計画書の提供が評価された。この医療機関との連携に関して、リハ計画書の提供を受けた訪問リハ事業所は少なく、より積極的な連携が望まれる。

# 報告書 目次

## はじめに 調査結果の要約

### 調査結果報告

第1章 本事業の概要	1
第一節 背景と目的	1
1. 背景	1
2. 目的	1
3. 事業内容	1
第二節 実施体制	2
1. 調査検討委員会	2
2. 作業部会	3
3. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール	3
第三節 調査の方向性と方法	4
1. 対象	4
2. 調査票の配布および回収方法	4
3. 調査期間	4
4. データの分析	4
5. 倫理的配慮	5
第四節 用語について	5
第2章 調査結果	6
第一節 回収状況	6
第二節 事業所調査（通所リハビリテーション）	6
1. 基本情報	6
2. 利用者の状況	10
3. リハビリテーションマネジメント	13
4. 各種加算の届出状況	23
5. 地域連携の実施状況	30

第三節 事業所調査（訪問リハビリテーション）	34
1. 基本情報	34
2. 利用者の状況	35
3. 医師の関わり	37
4. リハビリテーションマネジメント	41
5. 各種加算の届出状況	47
6. 地域連携の実施状況	50
第四節 利用者調査（通所リハビリテーション）	52
1. 新規利用者の特性	52
2. 利用修了者の特性	83
3. 利用継続者と修了者の比較	92
第五節 利用者調査（訪問リハビリテーション）	108
1. 新規利用者の特性	108
2. 利用修了者の特性	126
3. 利用継続者と修了者の比較	136
第六節 ケアマネジャー調査	146
1. リハビリテーションサービス導入時の状況と課題	146
2. リハビリテーションマネジメントの導入状況と課題	149
3. リハビリテーションサービスの修了に向けた課題	153
第3章 考察	154
1. 通所リハビリテーション	154
2. 訪問リハビリテーション	162
3. 通所リハ・訪問リハにおける役割	166



# 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

平成30年度介護報酬改定において、活動や参加への働きかけをより効果的・効率的に実践するリハビリテーションの提供に向けて、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションにて以下の4点が見直されたが、その実態は不明瞭な状況である。

- ①医療保険の維持期リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションの移行を円滑に行う観点から、面積・人員・器具の共用に関する要件が緩和された。また、リハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けた。
- ②リハビリテーションマネジメント加算算定要件において、指定通所リハビリテーション事業所の医師が詳細な指示をすること、3ヶ月以上の継続利用が必要と判断する場合には、継続利用が必要な理由等をリハビリテーション計画書に記載すること、が追加された。
- また、リハビリテーションマネジメント加算が4段階評価となり、医師の関与が詳細に示された。
- ③介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設された。
- ④介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援、重度化防止の観点から、アウトカム評価として設けられている事業所評価加算が新設された。

#### 2. 目的

本事業では、上記4点の課題に対して実態を把握し、リハビリテーションマネジメントの効果的な運用方法、医師における役割・関わりの工夫、要支援者に対する効果的な関わり、維持期リハビリテーションからの円滑な移行を促進する方法等を明らかにし、事業所の効果的・効率的な運用方法を検証することを目的とした。

#### 3. 事業内容

本事業では、全国の通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション事業所およびその利用者、介護支援専門員を対象とした実態調査を実施し、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメントおよび要支援者への関わりの実態を把握し、効果的・効率的なあり方について検証した。

併せて、目標達成による修了を見据えた介護支援専門員や地域との連携について検討し、利用者の地域における活動や参加を目指した実施マニュアルを作成した。

## 第二節 実施体制

### 1. 調査検討委員会

委 員	池端 幸彦	(一社) 日本慢性期医療協会 副会長
委 員	江澤 和彦	(公社) 日本医師会 常任理事
委員長	近藤 国嗣	(一社) 全国ディ・ケア協会 会長
委 員	斎藤 正身	(一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
委 員	中林 弘明	(一社) 日本介護支援専門員協会 常任理事
委 員	三根 浩一郎	(公社) 全国老人保健施設協会 副会長
委 員	宮田 昌司	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 会長
委 員	森山 雅志	(一社) 全国ディ・ケア協会 理事
オブザーバー		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（通所リハ）

部 員	澤潟 昌樹	在宅総合ケアセンター元浅草
部 員	鈴木 研	谷津居宅サービスセンター
部 員	染谷 和久	霞ヶ関南病院
部 員	二木 理恵	介護老人保健施設せんだんの丘
部 員	藤本 健	八尾はあとふる病院
部 員	丸 晃典	おゆみの診療所
部会長	森山 雅志	(一社) 全国ディ・ケア協会 理事
事務局	佐々木 海人	(一社) 全国ディ・ケア協会 事務局

\* 敬称略、五十音順

### 3. 作業部会（訪問リハ）

部 員	上岡 裕美子	茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授
部 員	染谷 和久	霞ヶ関南病院
部 員	竹中 佐江子	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 理事
部 員	戸塚 満久	(公社) 日本理学療法士協会
部 員	野尻 晋一	介護老人保健施設 清雅苑
部 員	三浦 祐司	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 理事
部会長	宮田 昌司	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 会長
事務局	佐々木 海人	(一社) 全国ディ・ケア協会 事務局

\* 敬称略、五十音順

#### 4. 調査検討委員会および作業部会のスケジュール

〈開催日時〉	〈作業内容〉
令和元年	
7月23日	第1回 調査検討委員会：調査の進め方の承認
8月3日	第1回 作業部会（通所リハ）：調査票の作成
8月4日	第1回 作業部会（訪問リハ）：調査票の作成
11月14日	第2回 作業部会（通所リハ）：調査結果の確認・中間報告の検討
11月17日	第2回 作業部会（訪問リハ）：調査結果の確認・・中間報告の検討
12月13日	第2回 調査検討委員会：中間報告の確認・報告書の構成の承認
令和2年	
1月9日	第3回 作業部会（通所リハ）：ヒアリング施設の選定・報告書案の検討・マニュアル案の検討
1月11日	第3回 作業部会（訪問リハ）：ヒアリング施設の選定・報告書案の検討・マニュアル案の検討
2月14日	第4回 作業部会（通所リハ）：報告書案の確認・マニュアル案の確認
2月16日	第4回 作業部会（訪問リハ）：報告書案の確認・マニュアル案の確認
3月2日	第3回 調査検討委員会：提言及び成果物の承認

### 第三節 調査の方向性と方法

#### 1. 対象と方法

全国の通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、居宅介護支援事業所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、アンケート結果より先進的に取り組まれている施設を対象に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

実態調査の調査方法は、郵送配布・郵送回収法とした。

ヒアリング調査の調査方法は、対面または電話による聞き取り調査とした。

#### 3. 調査期間

[実態調査]

令和元年9月1日から実施し、10月31日到着分までを有効回答とした。

[ヒアリング調査]

令和2年1月20日から2月7日までに実施した。

#### 4. データの分析

##### 1) 調査項目

###### [実態調査]

- 事業所票（通所リハ・訪問リハ）
  - ・リハビリテーションマネジメント加算の算定実態および評価の充実度（VISIT の活用状況を含む）
  - ・要支援への取り組み内容と各専門職の役割
  - ・医師を含めた各専門職の関わり方（リハビリテーション指示医の実態を含む）等
- 利用者票（通所リハ・訪問リハ）
  - ・利用開始までの経緯、生活上の課題、利用目的、事業所における評価の実施職種
  - ・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの計画内容、提供プログラム（算定加算の種類や専門職の関わり方）
  - ・利用 3ヶ月・6ヶ月後における目標達成度、ADL・IADL の変化、修了後の状況等
- ケアマネジャー票
  - ・医師（主治医および通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション事業所の医師）との連携実態
  - ・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション導入の経緯と目的
  - ・リハビリテーションマネジメントの導入有無と導入時の効果
  - ・介護支援専門員としての意識の変化 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
- ・リハビリテーションマネジメントや要支援への具体的な取組み事例（VISIT の活用状況を含む）
- ・医師の関与に関する効果と工夫（リハビリテーション指示医の実態を含む）
- ・他介護サービスや地域との連携・協働に向けた対策 等

##### 2) 解析方法

得られたデータは必要に応じて単純集計およびクロス集計を行った。

また、必要に応じて、有意水準を 5% として  $\chi^2$  二乗検定を行った。

## 5. 倫理的配慮

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

## 第四節 用語について

本報告書においては、以下のように省略し記す。

- ・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ビリテーション事業所 642ヶ所（回収率 25.7%）、訪問リハビリテーション事業所 382ヶ所（29.4%）、居宅介護支援事業所 270ヶ所（54.0%）より回収を得た（表1-1）。

表1-1 回収状況

対象	対象数	回収事業所数	回収率	有効回収事業所数	回収個票数
通所リハビリテーション事業所	2500	642	25.7%	625	1676
訪問リハビリテーション事業所	1300	382	29.4%	365	970
居宅介護支援事業所	500	270	54.0%	267	741

### 第二節 事業所調査（通所リハビリテーション）

#### 1. 基本情報

事業所の規模では、通常規模が77.6%と最も割合が高く（図2-1）、開設主体は病院、診療所、介護老人保健施設にて約3割ずつであった（図2-2）。

図2-1 事業所の規模

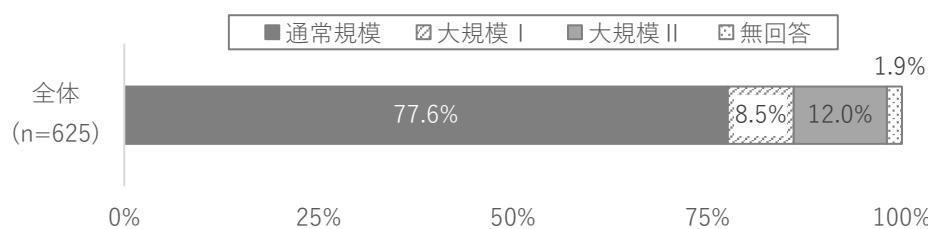
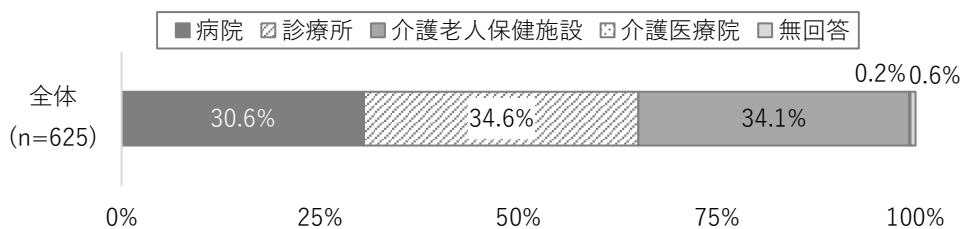


図2-2 事業所の開設主体



2019年7月のサービス提供時間は、6-7時間 66.1%、1-2時間 45.1%の順に割合が高かった（図2-3）。平成30年度介護報酬改定前の2018年3月時点と比較すると、1-2時間の割合が高かった（図2-4）。

図2-3 サービス提供時間（2019年7月）（n=625）

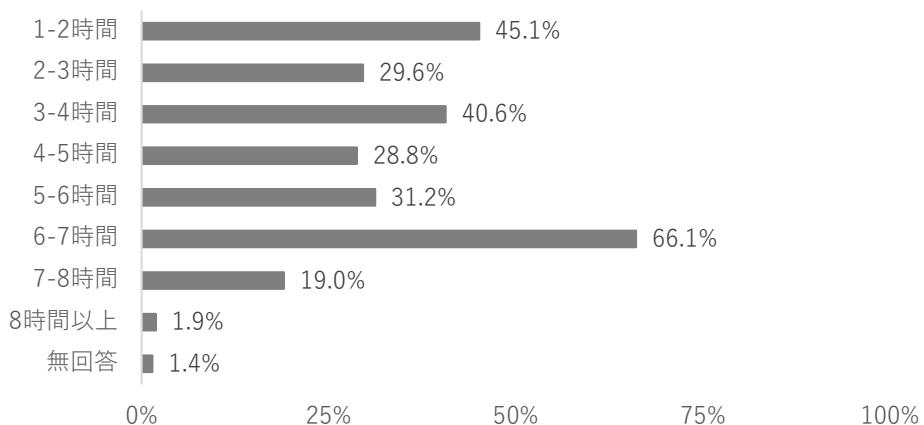
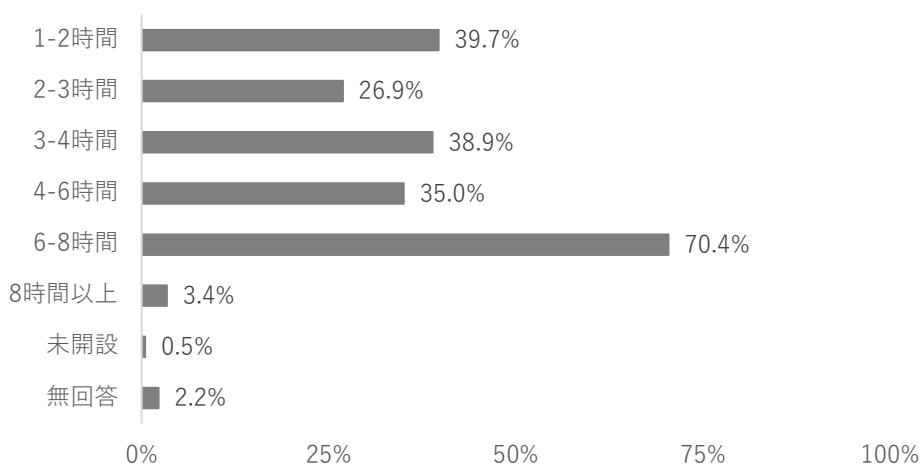


図2-4 サービス提供時間（2018年3月）（n=625）



職員の配置人数（常勤換算）を規模別にみると、規模に応じて理学療法士、介護福祉士、介護職員の人数が多かった（図2-5）。また、通常規模にて1-2時間と6-7時間を比較すると、1-2時間では理学療法士が、6-7時間では看護職、介護福祉士、介護職員の配置が多かった（図2-6）。

図2-5 職員配置数（常勤換算数：平均値）

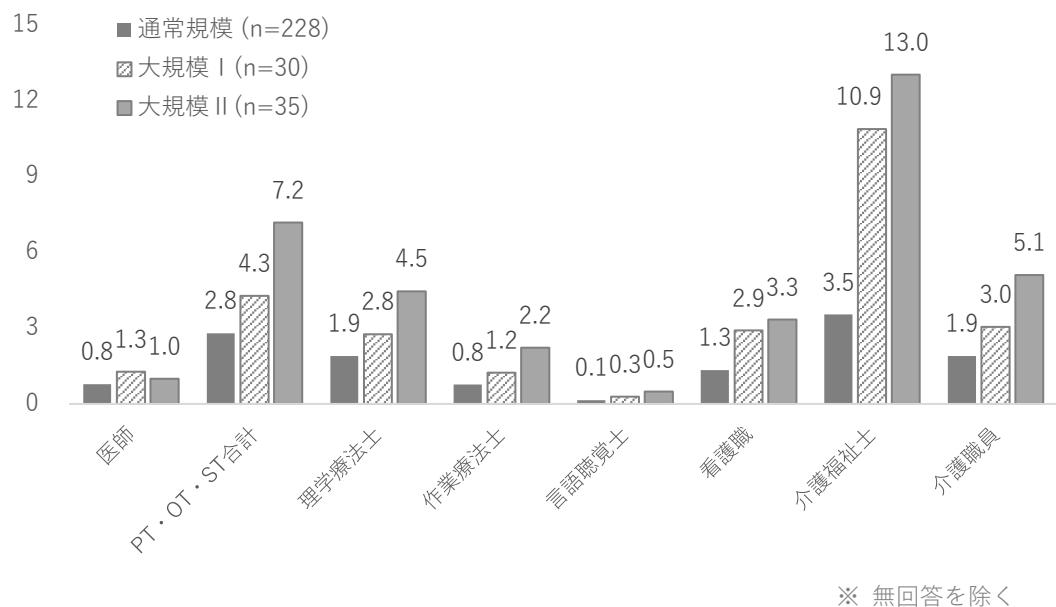
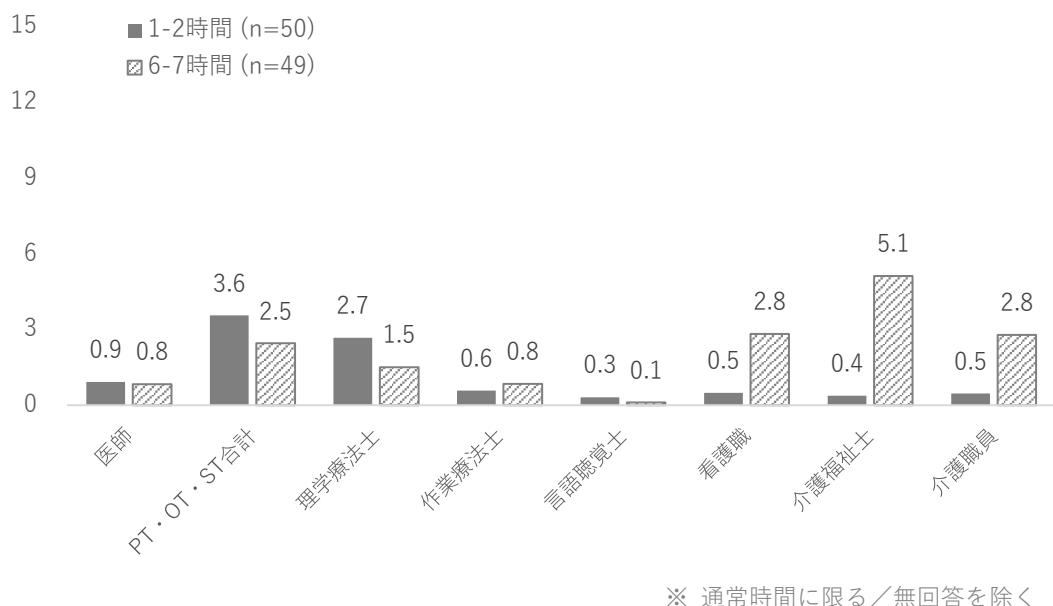
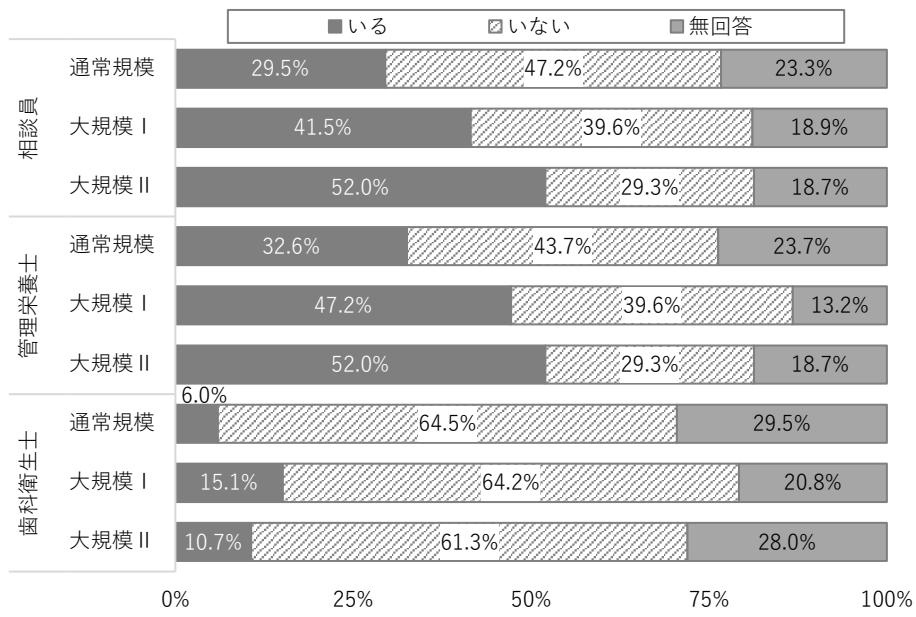


図2-6 職員配置数（常勤換算数：平均値）（サービス提供時間別）



相談員、管理栄養士、歯科衛生士の配置状況については、大規模事業所にて配置している割合が高かった（図2-7）。

図2-7 各専門職の職員配置有無



※ 通常規模 (n=485)、大規模 I (n=53)、大規模 II (n=75)

平成30年度介護報酬改定により緩和された要件（器具の共有）について、活用している割合は、1-2時間が81.1%、6-7時間が17.9%であった（図2-8）。また、人員要件では16.3%、面積要件は14.9%であった（図2-9）。

図2-8 平成30年度介護報酬改定における要件緩和の活用状況（器具の共有）

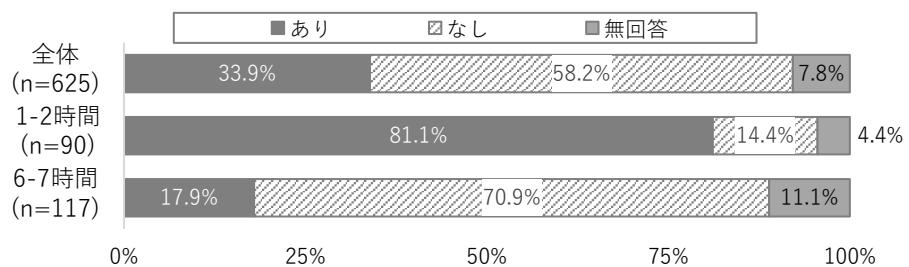
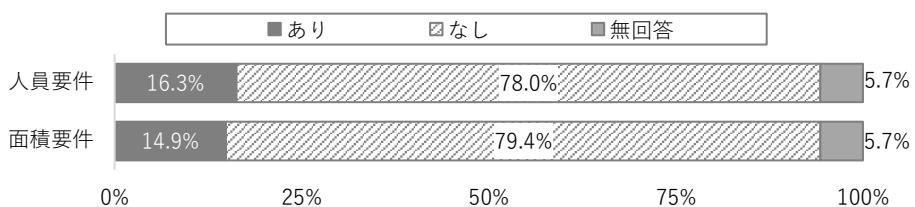


図2-9 平成30年度介護報酬改定における要件緩和の活用状況（1-2時間限定要件）(n=282)



## 2. 利用者の状況

外来リハビリテーションから移行した新規利用者について、2019年の3月と7月を比較すると、大きな差はみられなかった。また、6-7時間よりも1-2時間にて、移行者がいる割合が高かった。(図2-10)。一方、移行した利用者数には大きな差はみられなかった(図2-11)。

図2-10 外来リハビリテーションから移行した新規利用者

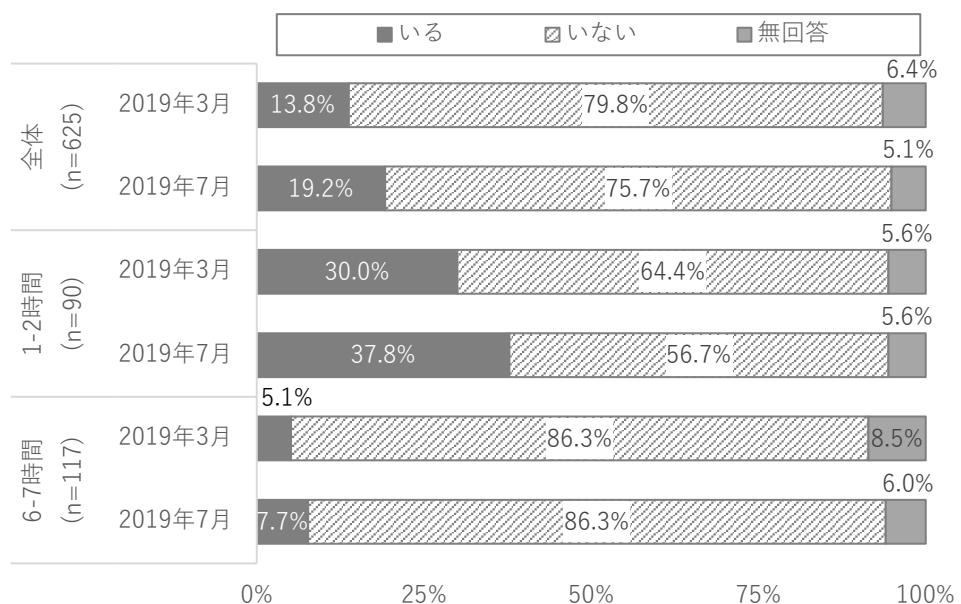
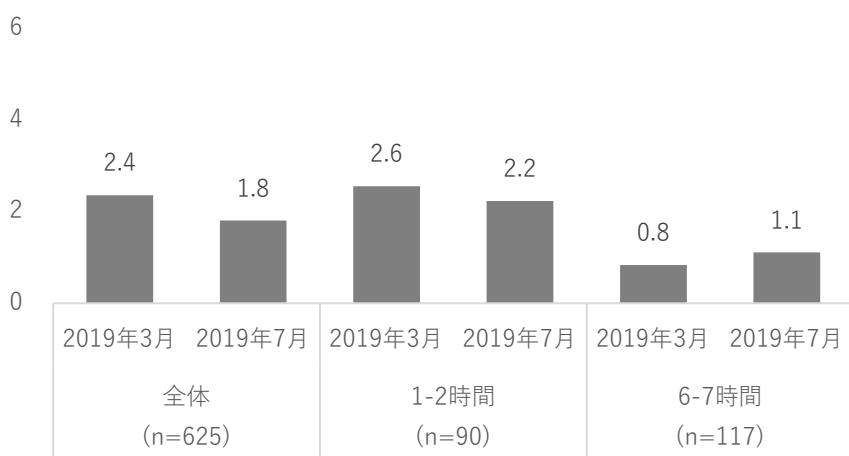


図2-11 外来リハビリテーションから移行した平均新規利用者数



※ 外来リハから移行した新規利用者いるに限る

医療的ケア等を実施した利用者がいる割合は、経腸栄養、ストマ処理、褥瘡治療の順に割合が高かった（図2-12）。また、1-2時間と6-7時間を比較すると6-7時間において医療的ケア等を実施した利用者がいる割合が高かった（図2-13）。同様に事業所規模別では、大規模事業所にて医療的ケア等を実施した利用者がいる割合が高かった（図2-14）。

図2-12 医療的ケア等を実施した利用者がいる割合（n=509）

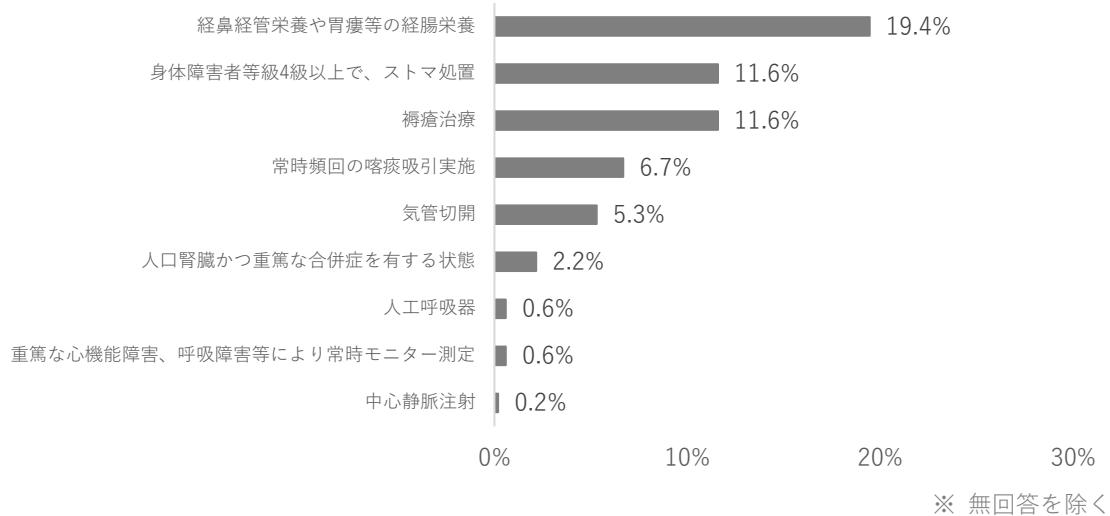


図2-13 医療的ケア等を実施した利用者がいる割合（サービス提供時間別）

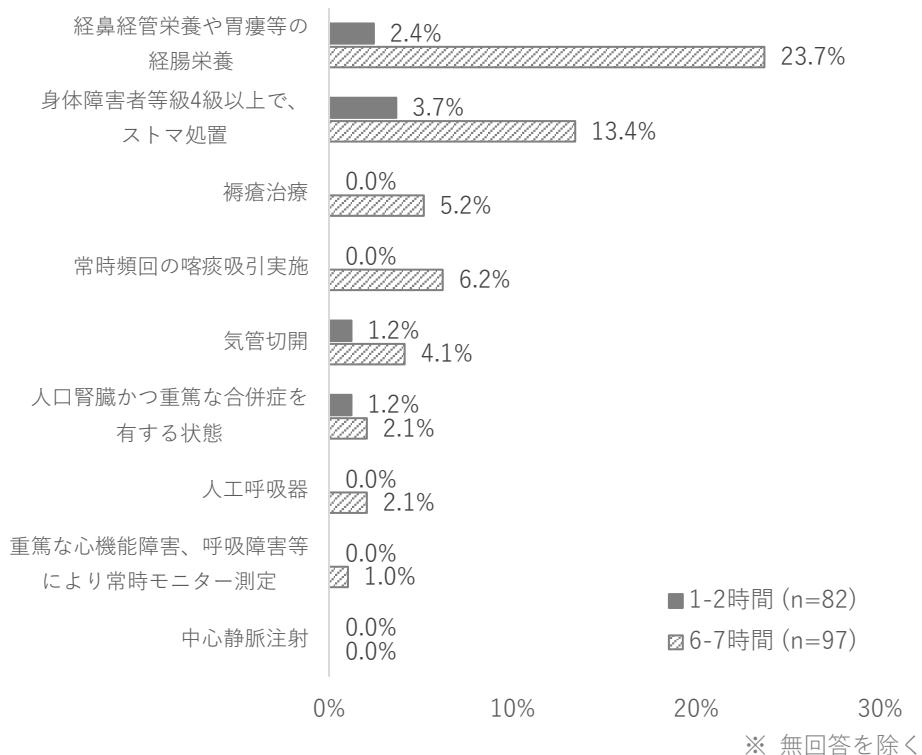
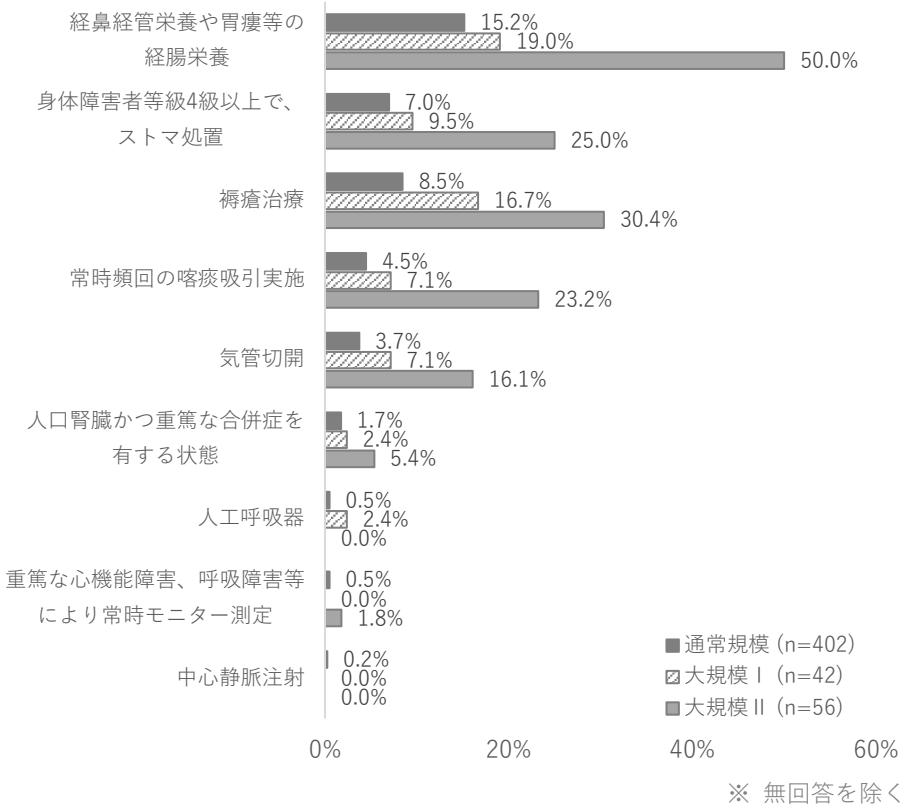
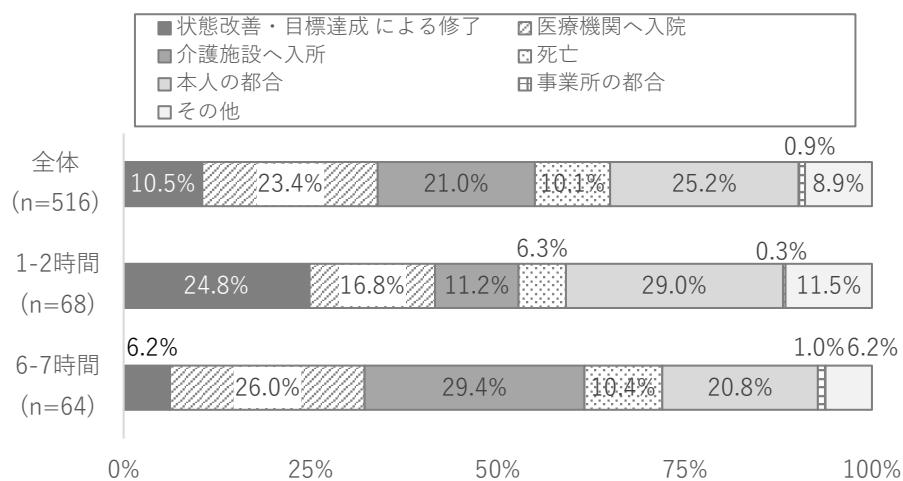


図2-14 医療的ケア等を実施した利用者がいる割合（事業所規模別）



終了理由別に利用終了者割合をみると、1-2時間では本人都合29.0%、状態改善・目標達成による修了24.8%の順に、6-7時間では介護施設への入所29.4%、医療機関への入院26.0%の順に割合が高値であった（図2-15）。

図2-15 利用終了者割合（終了理由別）



### 3. リハビリテーションマネジメント

リハマネ加算の届出割合について、リハマネ加算Ⅰは87.5%と最も高く、ついでリハマネ加算Ⅲは38.6%であった。また、リハマネ加算（要支援）は73.9%であった（図2-16）。平成30年度介護報酬改定以前にリハマネ加算Ⅱを算定していた事業所では、現リハマネ加算Ⅱやリハマネ加算Ⅲを届け出ている割合が高かった（図2-17）。また、規模別に比較すると大規模事業所にてリハマネ加算Ⅱ、リハマネ加算Ⅲおよびリハマネ加算Ⅳを届け出ている割合が高かった（図2-18）。

図2-16 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況 (n=625)

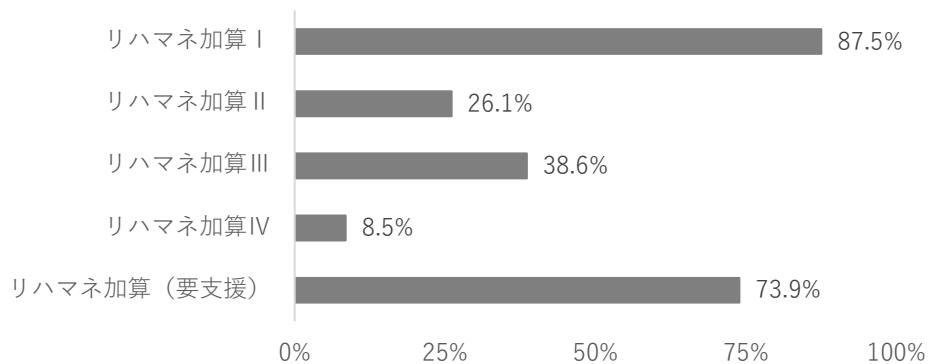


図2-17 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況  
(旧リハマネ加算Ⅱ(平成30年度介護報酬改定以前)算定有無別)

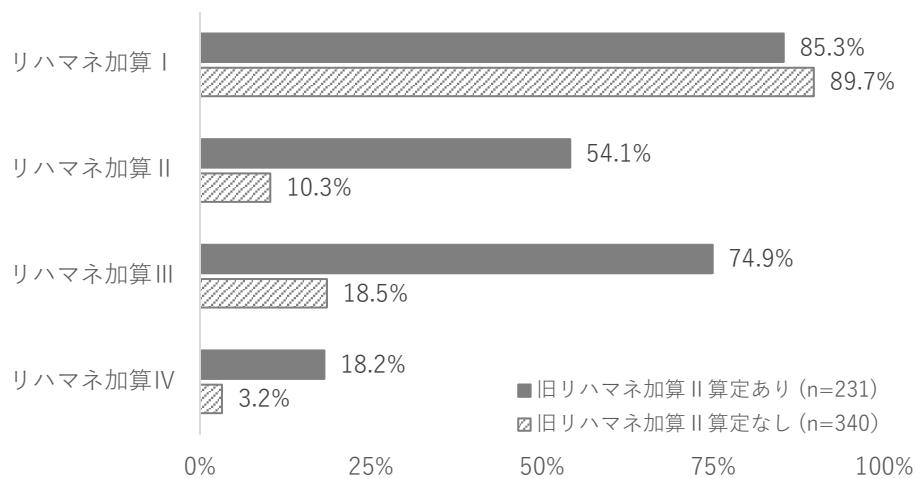
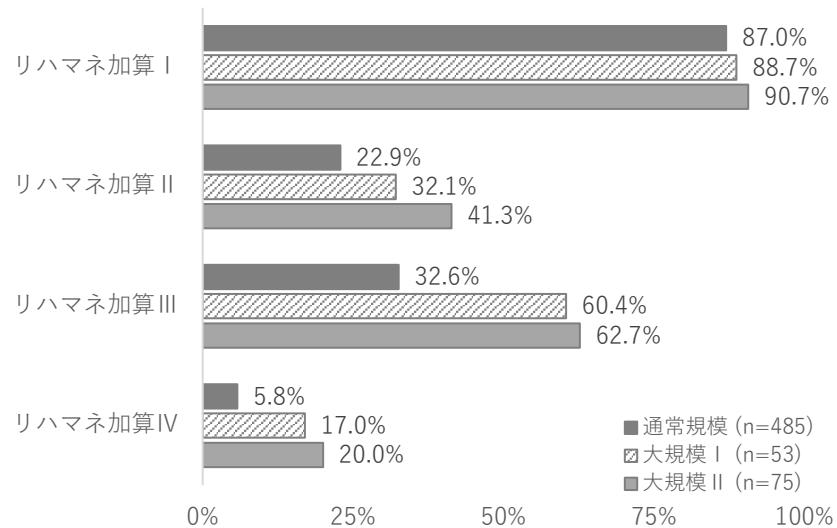


図2-18 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況（事業所規模別）



リハマネ加算IIの算定が困難な理由がある割合は、リハマネ加算II以上を届け出ている事業所にて50.5%と低かった（図2-19）。一方、リハマネ加算IIIではリハマネ加算III以上を届け出している事業所にて80.4%と高かった（図2-20）。また、リハマネ加算IIIの算定が困難な理由は、リハマネ加算III以上を届け出でない事業所にて医師の時間やリハ会議の負担の割合が高く、届け出ている事業所にてリハ会議の負担や利用者の費用負担の割合が高かった（図2-21）。

図2-19 リハビリテーションマネジメント加算IIの算定が困難な理由の有無  
(リハマネ加算II III IVの届出有無別)

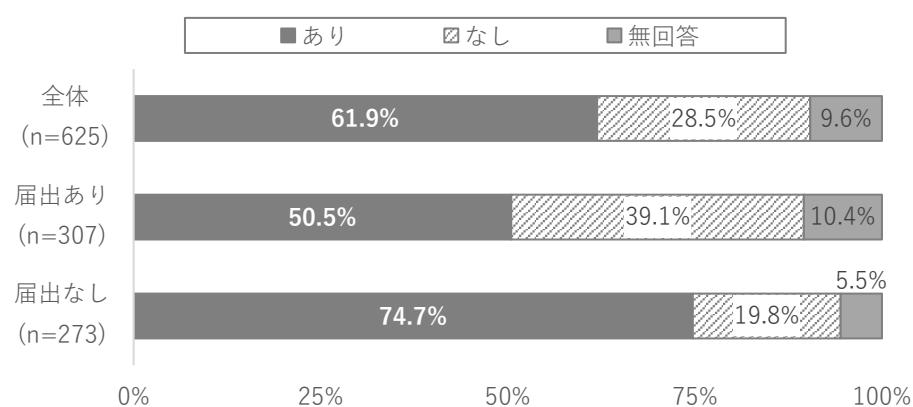


図2-20 リハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定が困難な理由の有無  
(リハマネ加算ⅢⅣの届出有無別)

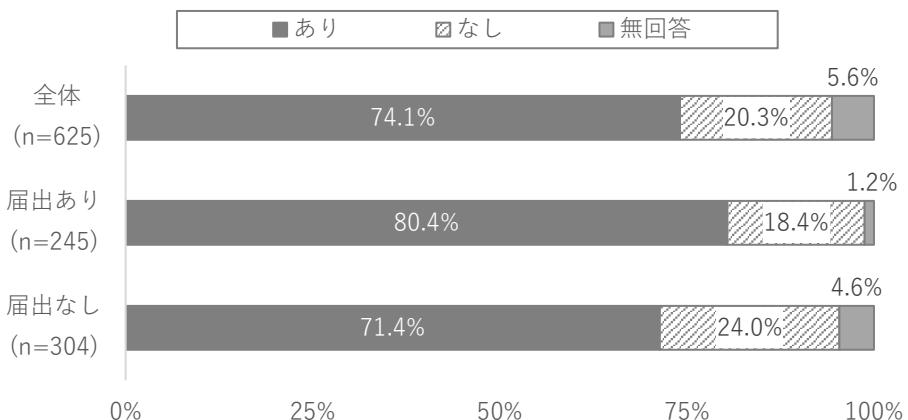
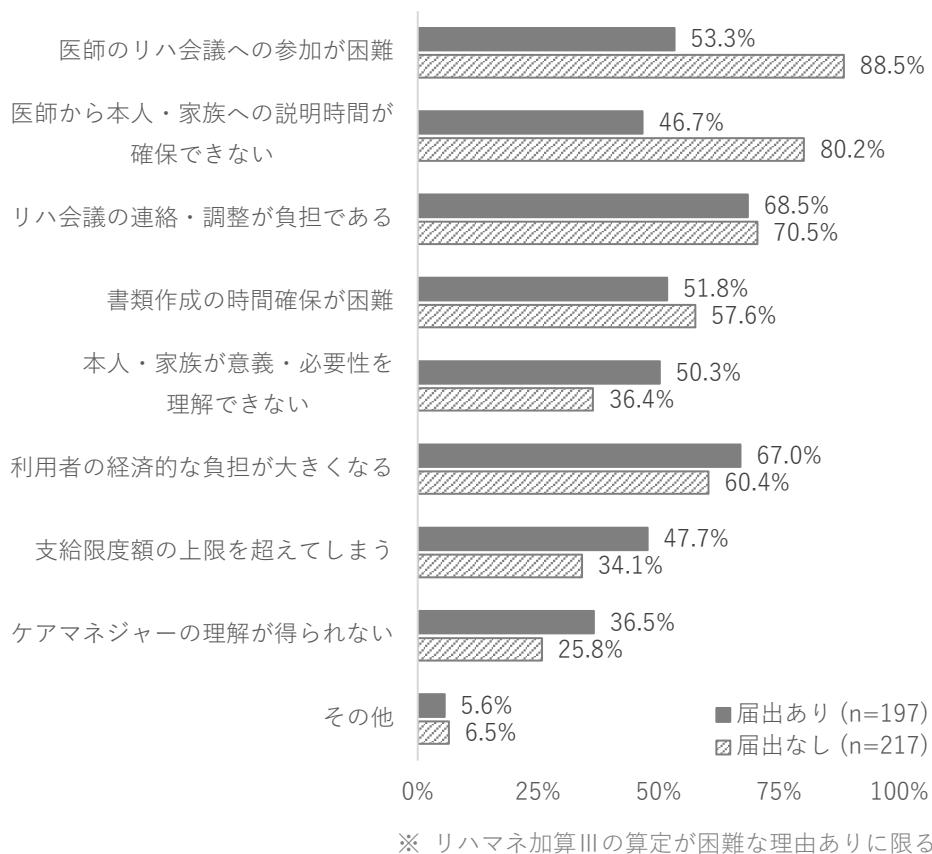


図2-21 リハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定が困難な理由  
(リハマネ加算ⅢⅣの届出有無別)



※ リハマネ加算Ⅲの算定が困難な理由ありに限る

リハマネ加算IIの算定に向けた工夫がある割合は、リハマネ加算II以上を届け出ている事業所にて46.3%と高かった（図2-22）。さらに、リハマネ加算IIIではリハマネ加算III以上を届け出している事業所にて84.1%と高かった（図2-23）。一方、それぞれリハマネ加算を届け出ていない事業所にて工夫がある割合は、16.5%、11.2%と低値であった。また、リハマネ加算IIIの算定に向けた工夫について、届け出ている事業所は届け出ていない事業所と比較して、本人家族やケアマネジャー、他事業所への説明や資料配布、業務の見直しの割合が高かった（図2-24）。

図2-22 リハビリテーションマネジメント加算IIの算定に向けた工夫の有無  
(リハマネ加算II・III・IVの届出有無別)

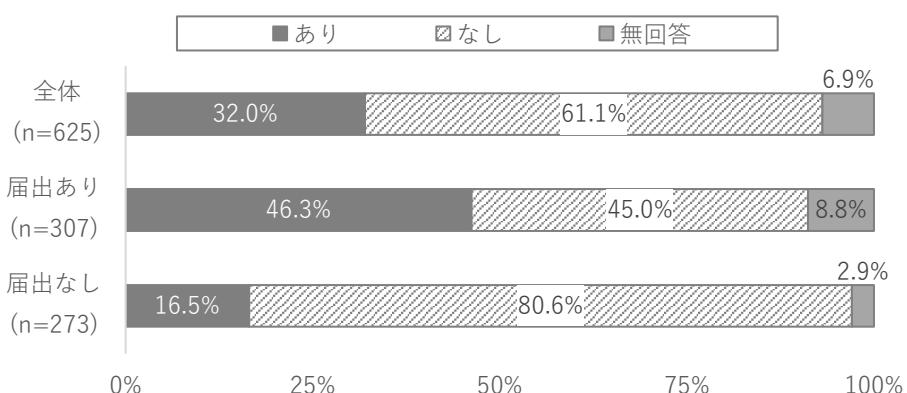


図2-23 リハビリテーションマネジメント加算IIIの算定に向けた工夫の有無  
(リハマネ加算III・IVの届出有無別)

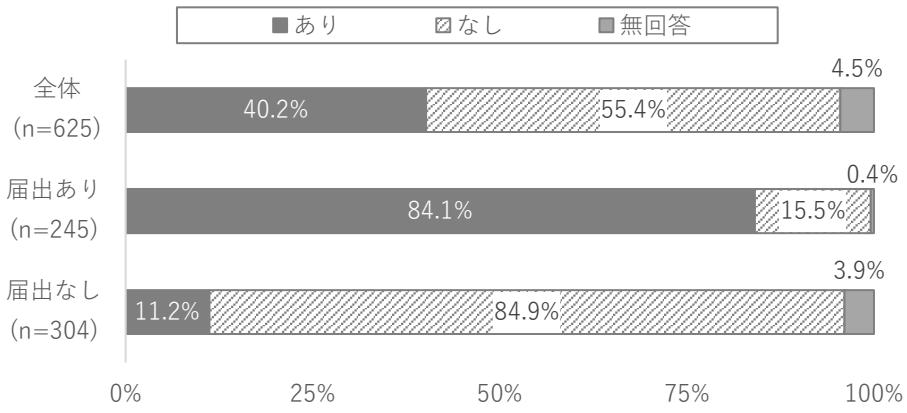
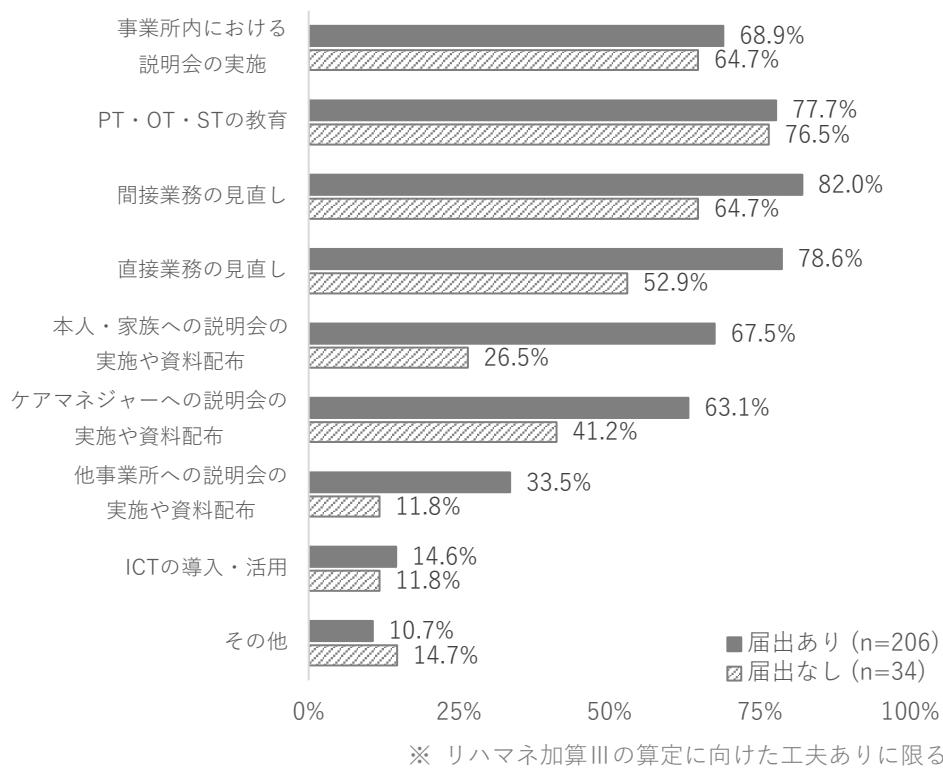


図2-24 リハビリテーションマネジメント加算IIIの算定に向けた工夫  
(リハマネ加算III・IVの届出有無別)



リハマネジメントにおける医師の指示は、リハの目的が71.6%であった。また、リハ実施上の留意点や中止の基準は半数を超えたが、リハの方針や修了の目安・時期の割合は半数以下であった（図2-25）。リハマネ加算II以上の届出有無別にみると、届け出ている事業所にて、運動の負荷量、リハの方針、修了の目安・時期の割合が比較的高かった（図2-26）。

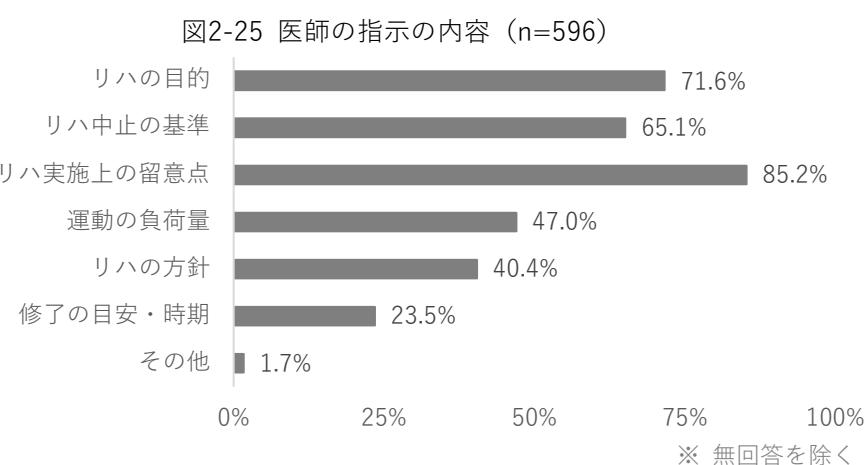
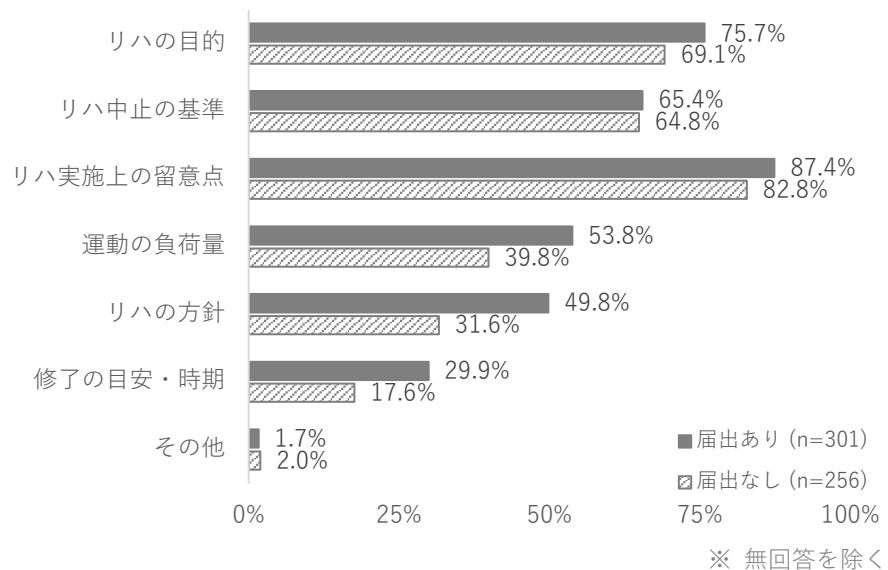
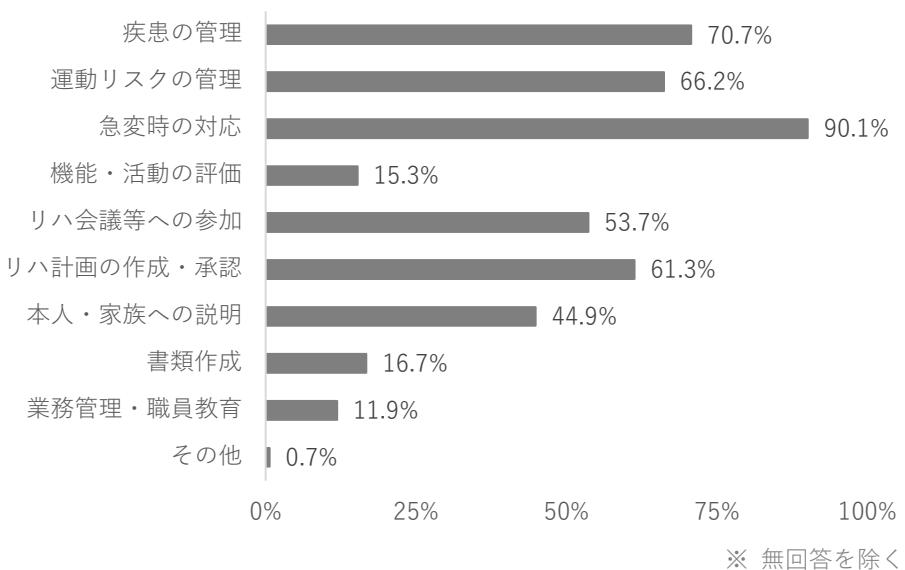


図2-26 医師の指示の内容（リハマネ加算II III IVの届出有無別）



通所リハ事業所における医師の役割は、急変時の対応、疾患の管理、運動リスクの管理の順に割合が高かった。また、リハ会議等への参加やリハ計画の作成・承認にて半数を超えた（図2-27）。

図2-27 通所リハビリテーション事業所における医師の役割 (n=615)



リハマネ加算（要支援）やリハマネ加算Ⅰにおけるリハ会議の開催は、49.8%の事業所にて実施していた（図2-28）。リハ会議における検討内容は、アセスメント結果などの情報の共有、リハビリテーションの内容が9割を超えていた。また多職種協働に向けた支援方針、他サービス事業所との連携の割合は、リハマネ加算Ⅱやリハマネ加算Ⅲ・Ⅳにおいて高かった（図2-29）。

図2-28 リハビリテーションマネジメント加算（要支援）・加算Ⅰにおけるリハビリテーション会議の開催有無

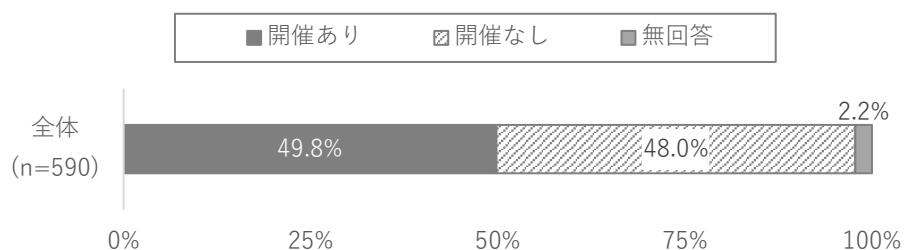
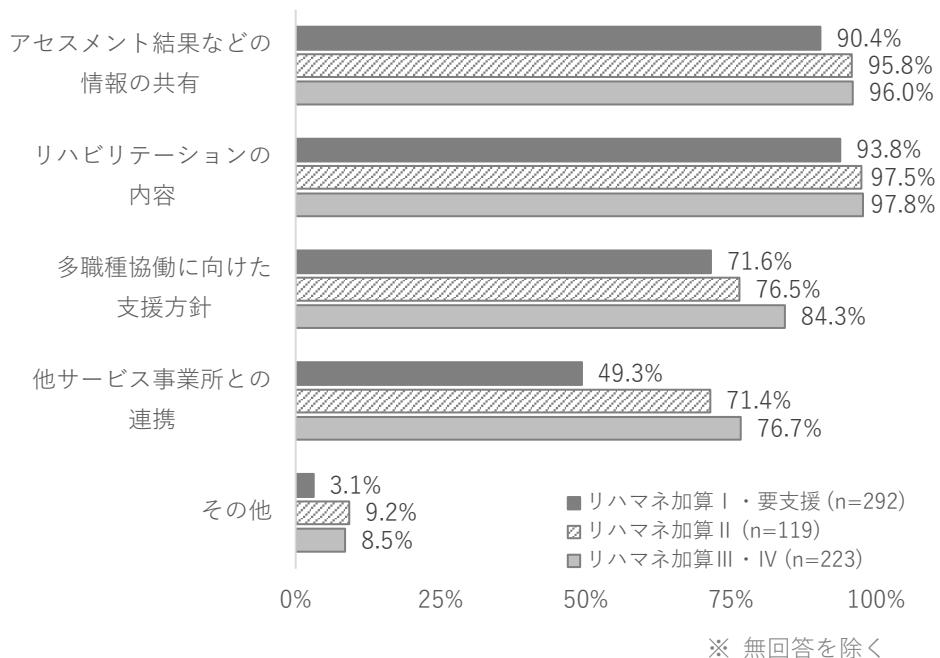
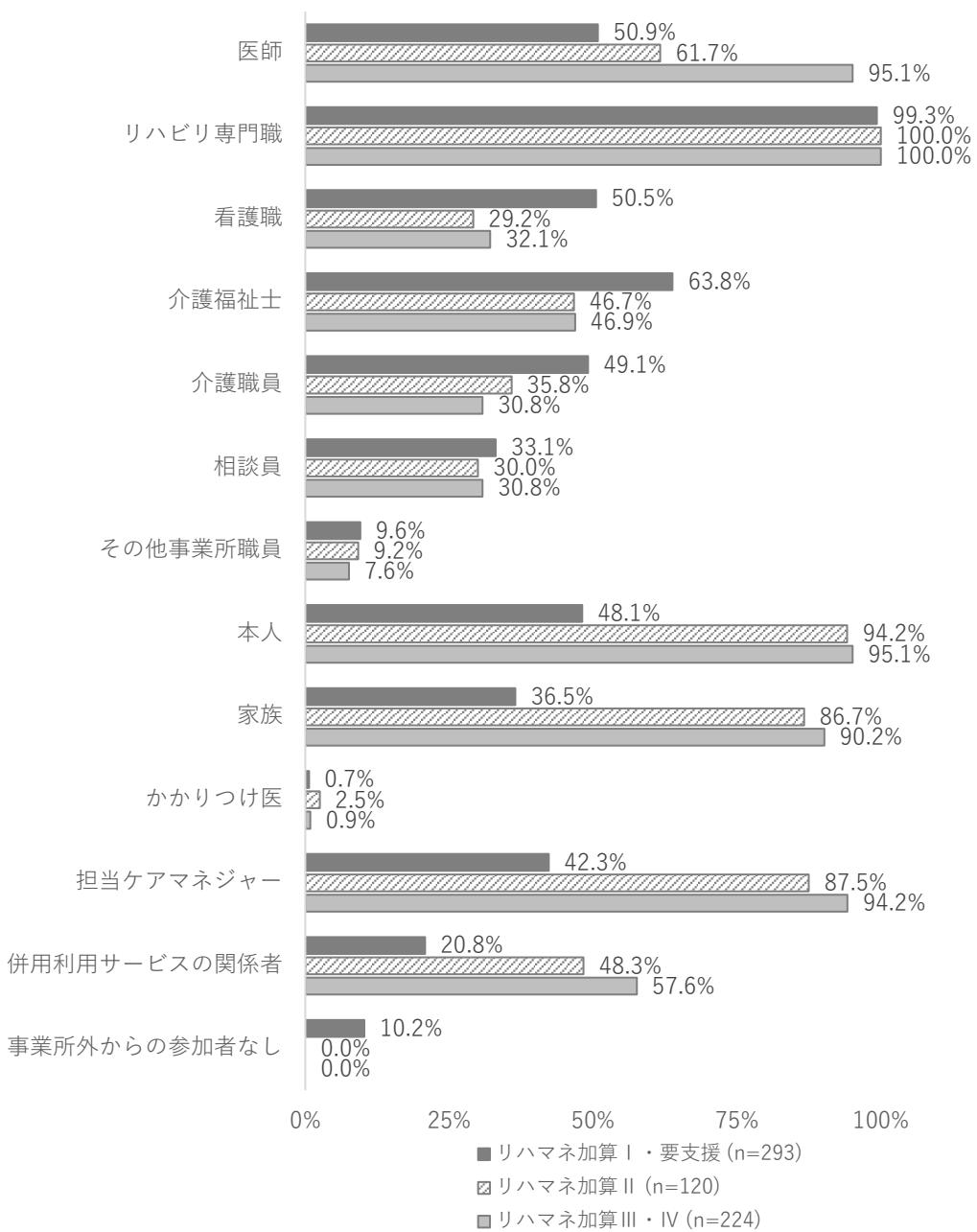


図2-29 リハビリテーション会議における主な検討内容



リハ会議における主な参加者は、リハマネ加算IIやリハマネ加算IIIにて本人、家族、担当ケアマネジャー、併用利用サービスの関係者の割合が、リハマネ加算IIIにて医師の割合が高値を示した（図2-30）。

図2-30 リハビリテーション会議における主な参加者



医師の説明内容は、疾患や障害の予後 81.9%、居宅生活の注意点 76.4%、生活アドバイス 72.7%の順に割合が高かった（図 2-31）。また、リハ会議における医師の参加について、ICT を活用している割合は 15.5%であった（図 2-32）。

図 2-31 医師の説明内容 (n=216)

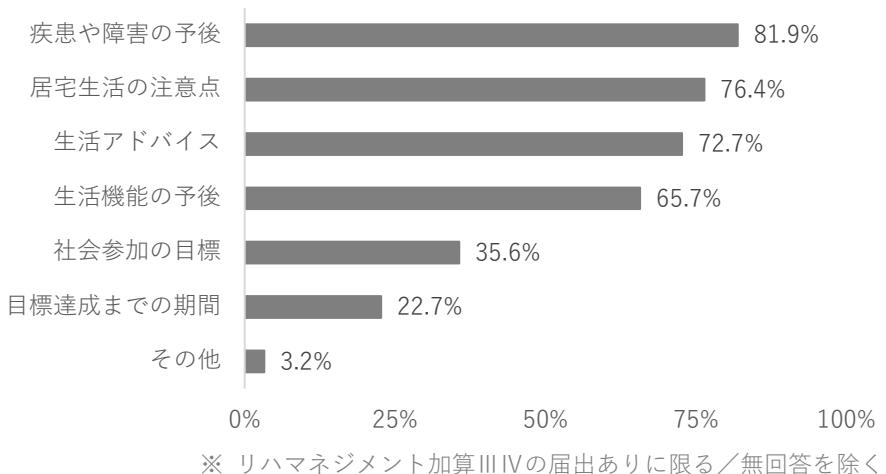
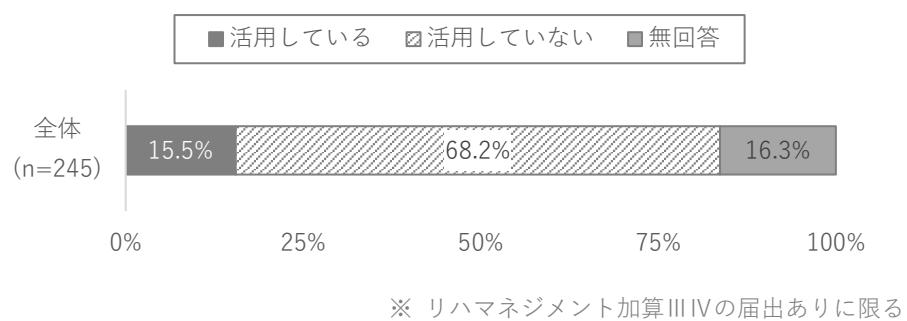
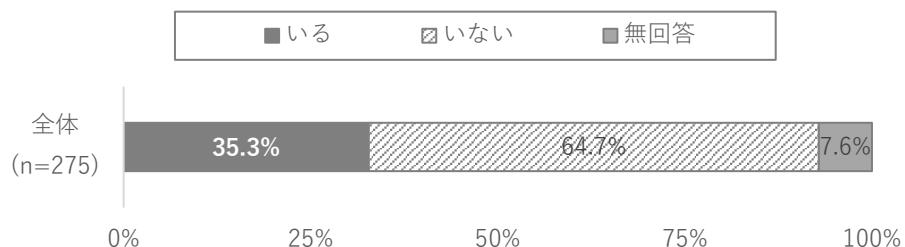


図 2-32 リハビリテーション会議における医師の参加に関する ICT の活用の有無



リハマネ加算II III IVにおける算定開始から6ヶ月以内のリハ会議において、緩和要件に該当し3ヶ月に1回でよい利用者がいる割合は、35.3%であった（図2-33）。

図2-33 新規利用者のリハビリテーション会議開催3ヶ月に1回に該当する方の有無



VISITシステムを導入している割合は、6.2%であった（図2-34）。VISITを導入していない理由としては、よくわからない33.5%、導入のメリットがない19.2%の順に割合が高かった（図2-35）。

図2-34 VISITシステム導入の有無

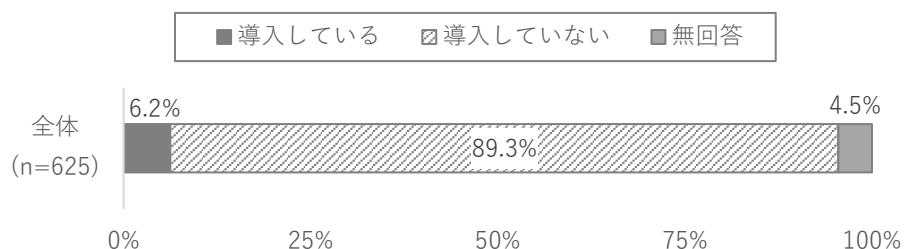
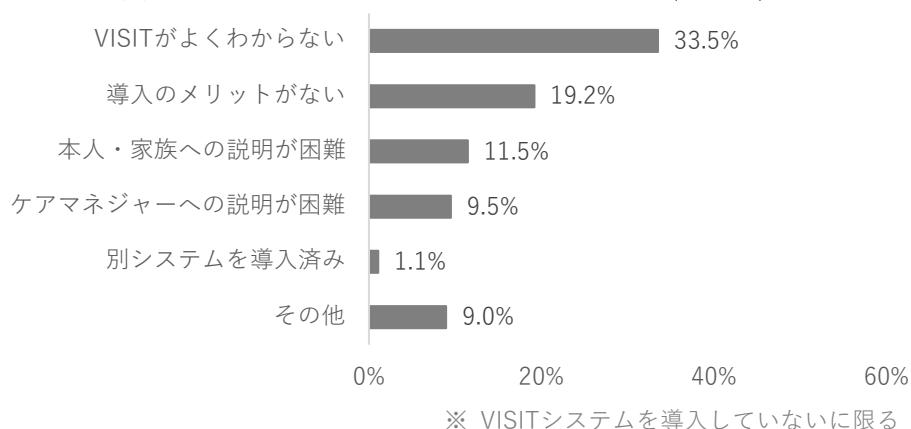


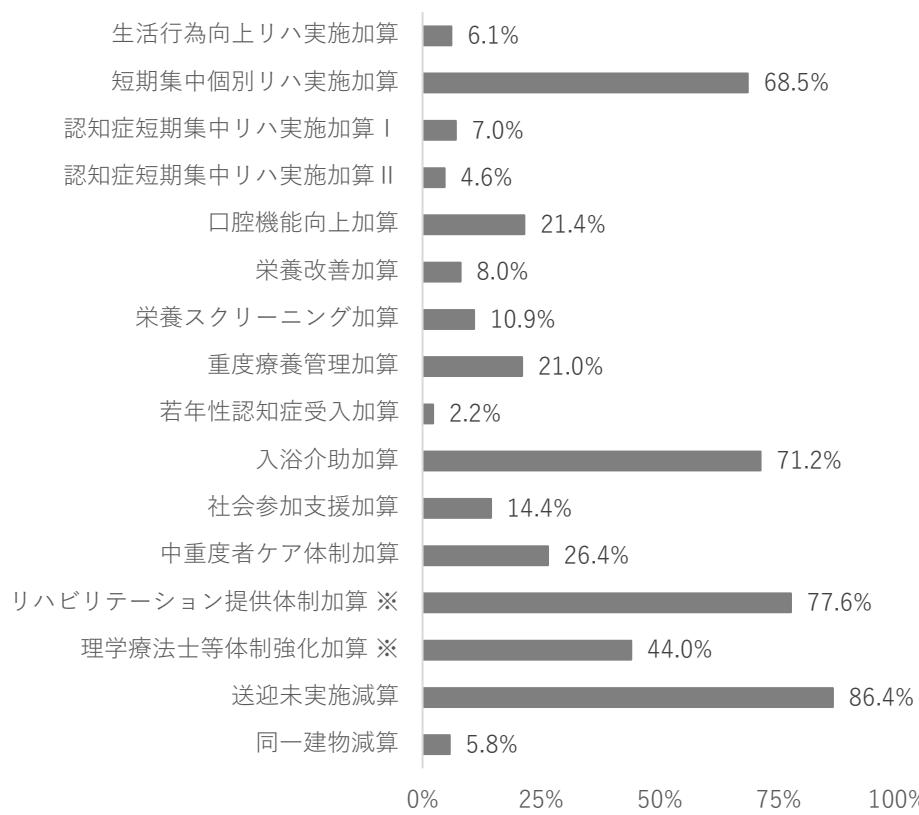
図2-35 VISITシステムを導入していない理由 (n=558)



#### 4. 各種加算の届出状況

要介護における各種加算の届出状況において、平成30年度介護報酬改定にて新設されたリハビリテーション提供体制加算は77.6%であった。また、短期集中個別リハ実施加算は68.5%と高い値を示したが、生活行為向上リハ実施加算や認知症短期集中リハ実施加算は1割に満たない低値であった（図2-36）。リハマネ加算の届出有無別および事業所の規模別にみると、リハマネ加算II III IVを届け出ている事業所、大規模事業所において、各種加算を届け出している割合が高かった（図2-37・38）。

図2-36 要介護における各種加算の届出状況 (n=625)

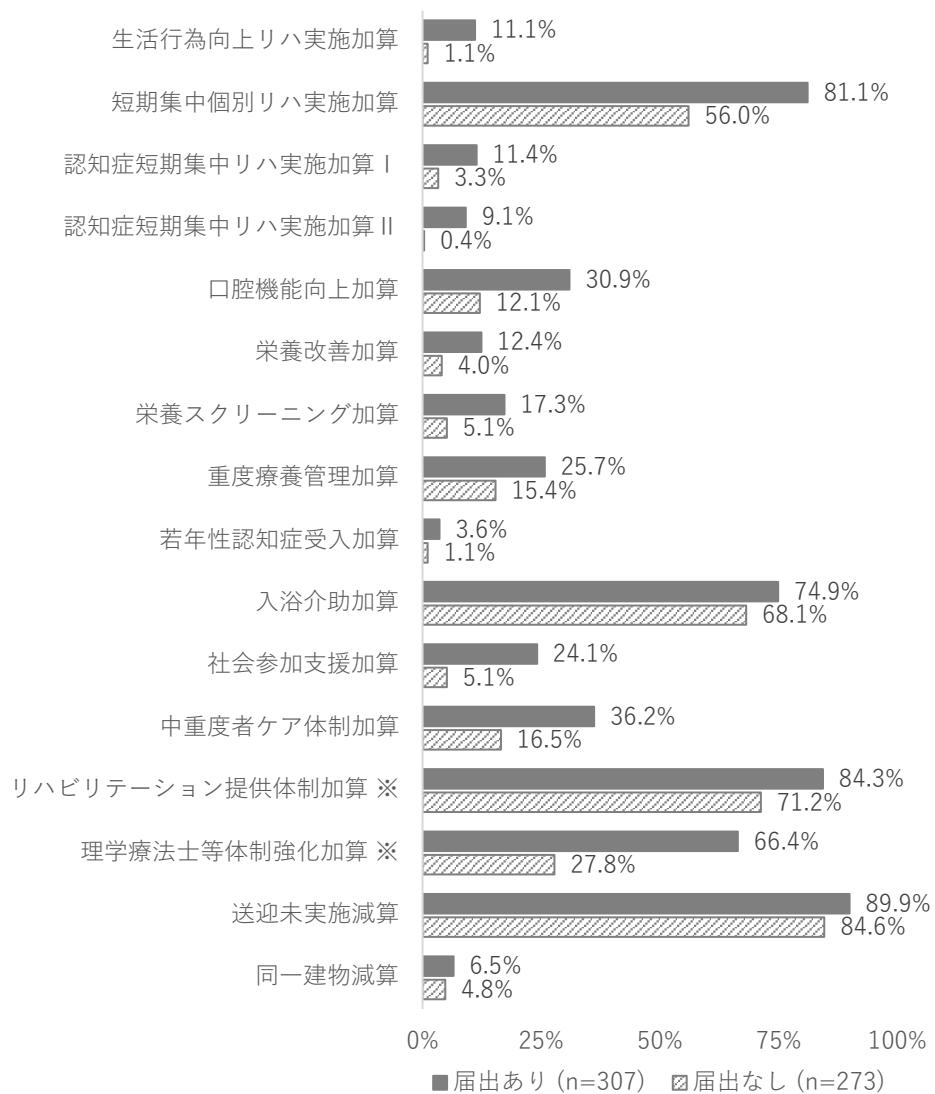


※ リハビリテーション提供体制加算：3時間以上のサービス提供事業所に限る

※ 理学療法士等体制強化加算：1-2時間を提供して事業所に限る

図2-37 要介護における各種加算の届出状況

(リハマネ加算 II III IVの届出有無別)

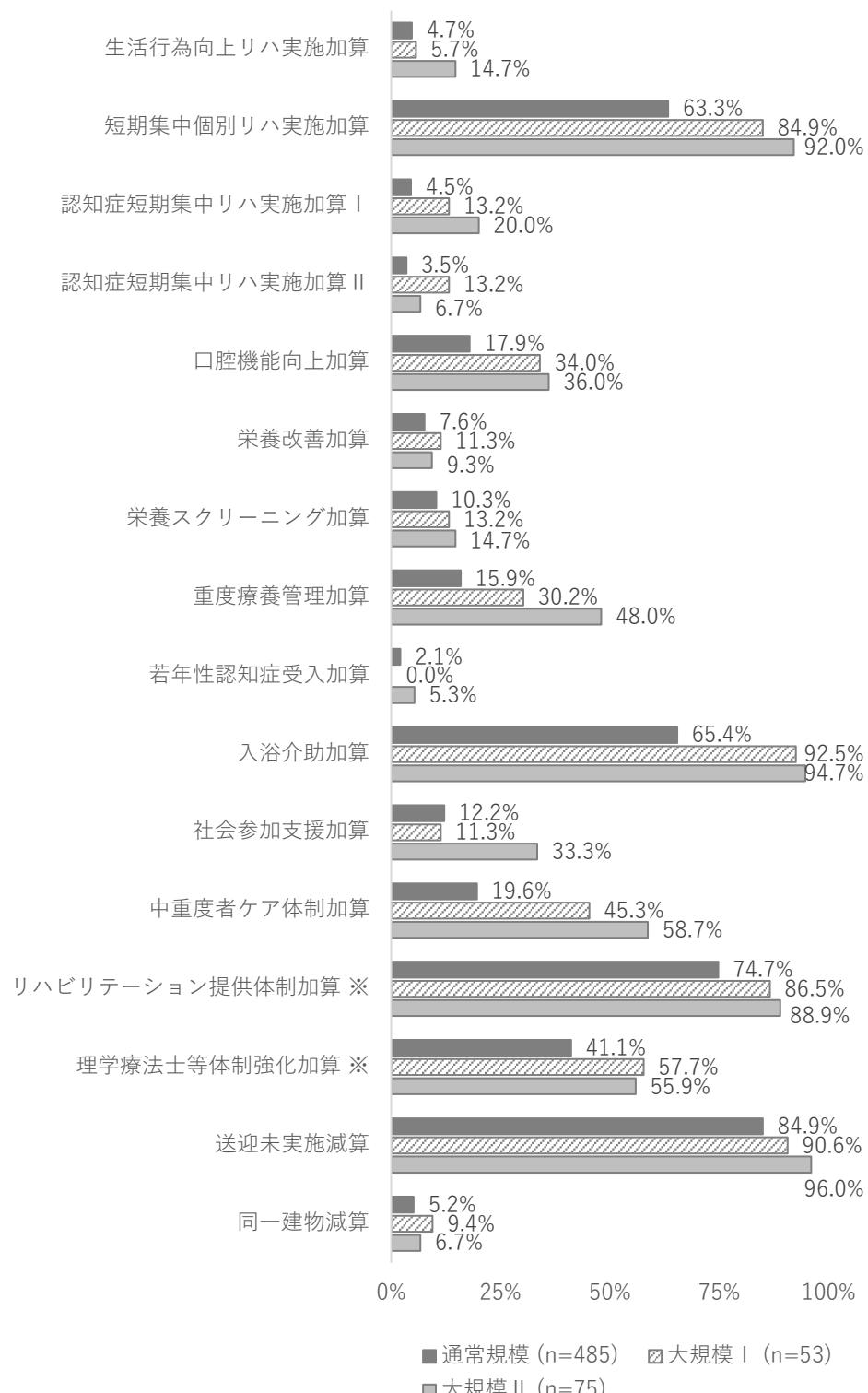


※ リハビリテーション提供体制加算：3時間以上のサービス提供事業所に限る

※ 理学療法士等体制強化加算：1-2時間を提供している事業所に限る

図2-38 要介護における各種加算の届出状況

(事業所規模別)

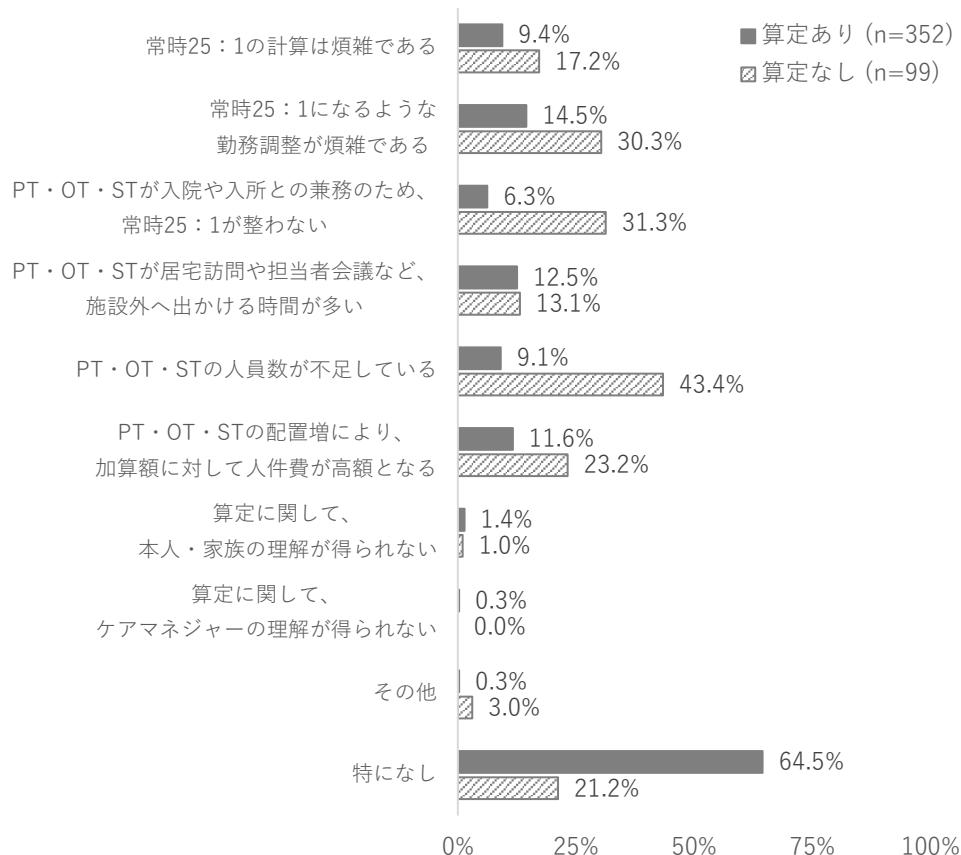


※ リハビリテーション提供体制加算：3時間以上のサービス提供事業所に限る

※ 理学療法士等体制強化加算：1-2時間を提供する事業所に限る

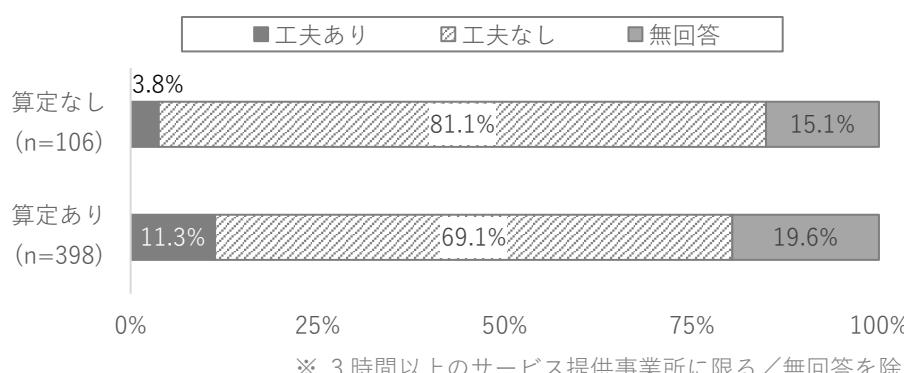
リハビリテーション提供体制加算において、算定している事業所では困難な理由が特にない割合が6割を超えていた(図2-39)。また、算定に向けた工夫について、算定の有無にかかわらず工夫なしの割合が高かった(図2-40)。

図2-39 リハビリテーション提供体制加算の算定が困難な理由（当該加算の算定有無別）



※ 3時間以上のサービス提供事業所に限る／無回答を除く

図2-40 リハビリテーション提供体制加算の算定に向けた工夫の有無（当該加算の算定有無別）



※ 3時間以上のサービス提供事業所に限る／無回答を除く

社会参加支援加算の算定が困難な理由は、利用者・家族が通所リハの継続希望が強いの割合が高かった（図2-41）。また、算定に向けた工夫として、算定している事業所は目標設定・共有や連携の項目にて高い割合であったが、算定していない事業所では特になしが6割を超えていた（図2-42）。

図2-41 社会参加支援加算の算定が困難な理由（当該加算の算定有無別）

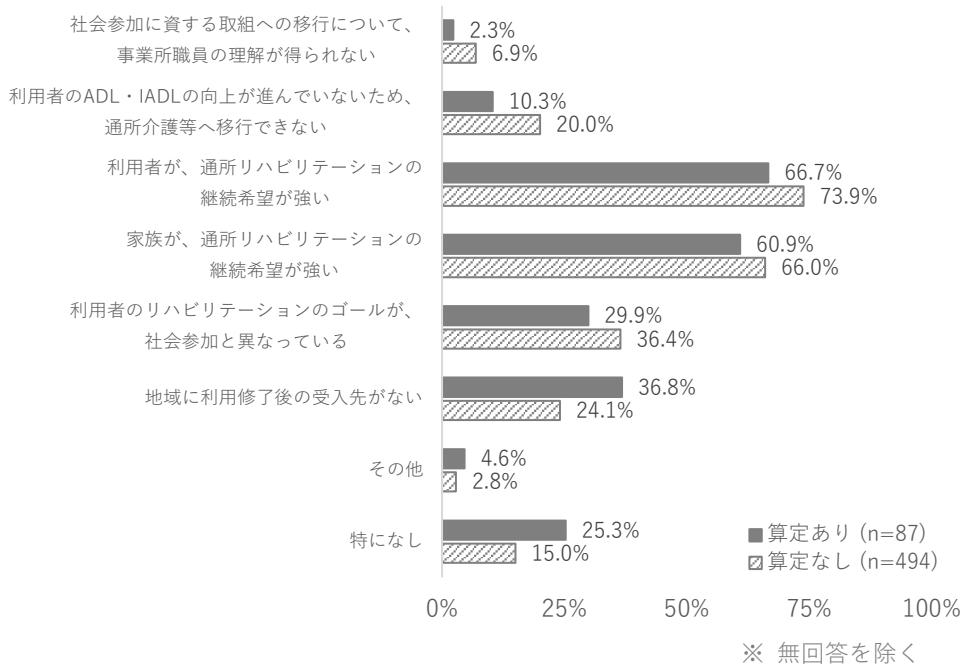
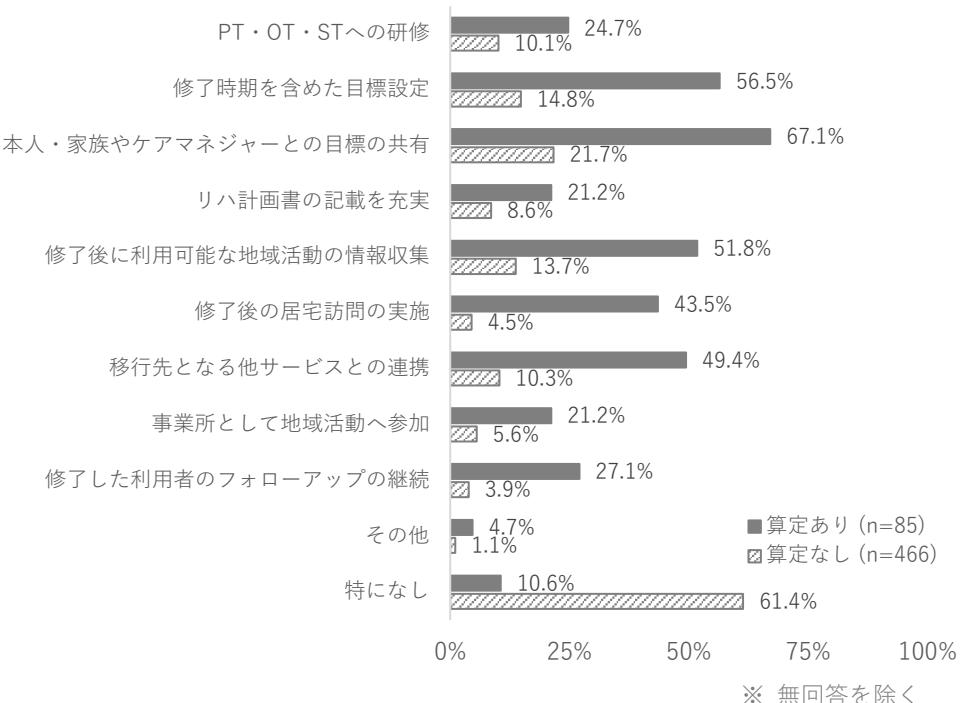


図2-42 社会参加支援加算の算定に向けた工夫（当該加算の算定有無別）



要支援における各種加算の届出割合について、平成30年度介護報酬改定にて新設された生活行為向上リハ実施加算は5.3%であった（図2-43）。リハマネ加算（要支援）の届出有無別にみると、届け出ている事業所において、各種加算の届出割合が高かった（図2-44）。

図2-43 要支援における各種加算の届出割合 (n=625)

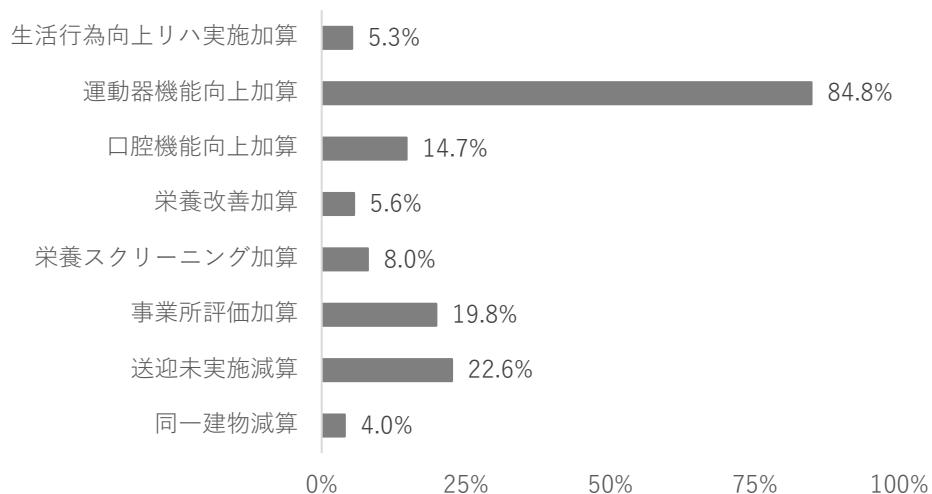
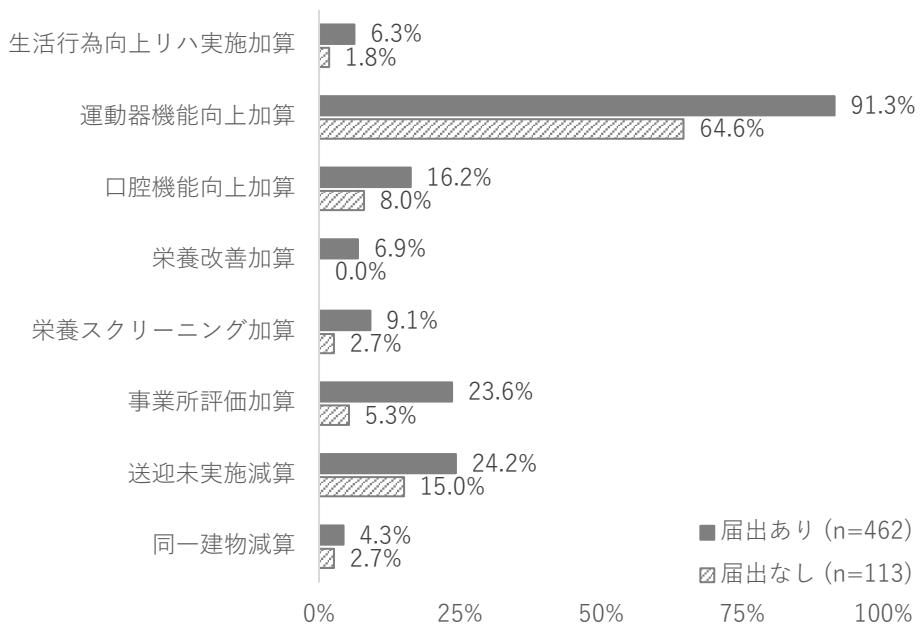
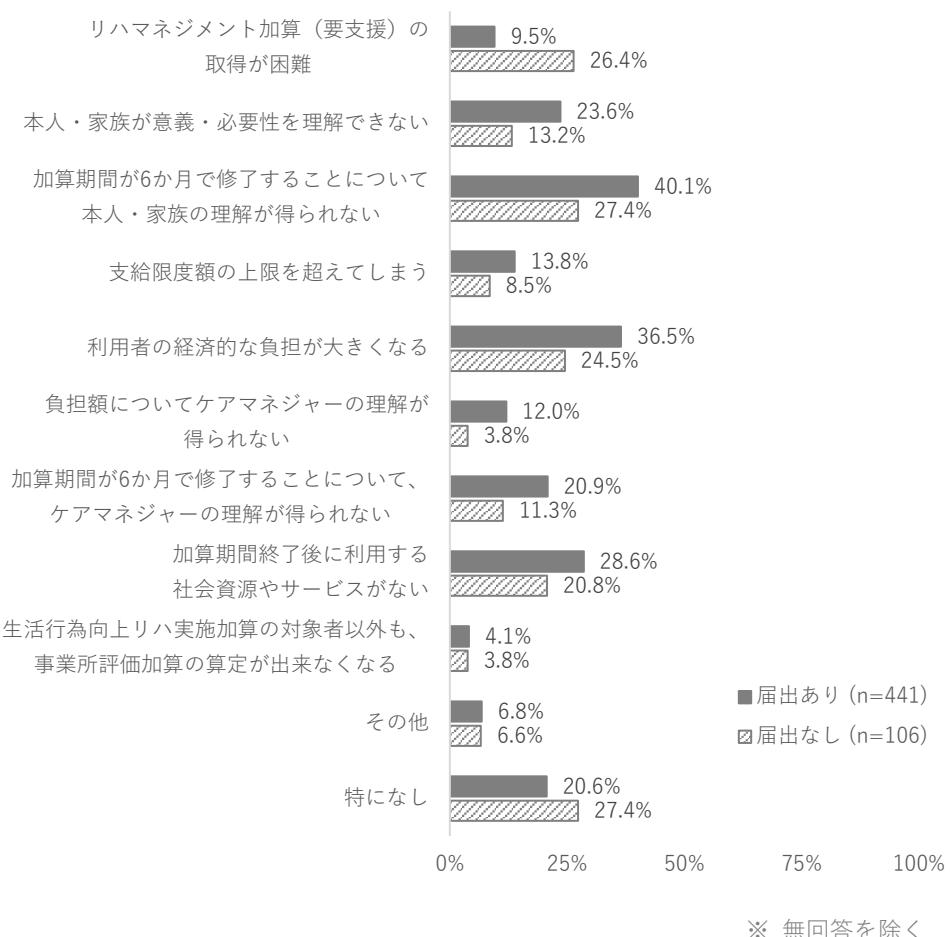


図 2-44 要支援における各種加算の届出割合  
(リハマネ加算（要支援）の届出有無別)



要支援における生活行為向上リハ実施加算の算定が困難な理由は、修了について本人・家族の理解が得られない、利用者の経済的な負担が大きくなる、終了後に利用する社会資源やサービスがない割合が高かった（図2-45）。

図 2-45 生活行為向上リハ実施加算(要支援)の算定が困難な理由  
(リハマネ加算(要支援)の届出有無別)



## 5. 地域連携の実施状況

通所介護から通所リハへ移行した利用者がいる割合は、全体で17.3%であった。また、事業所規模別にみると、大規模事業所においている割合が高かった（図2-46）。生活機能向上連携加算へ協力している割合は、全体にて12.3%であった。また、大規模事業所において協力している割合が高かった（図2-47）。

図 2-46 通所介護から通所リハへ移行した利用者の有無

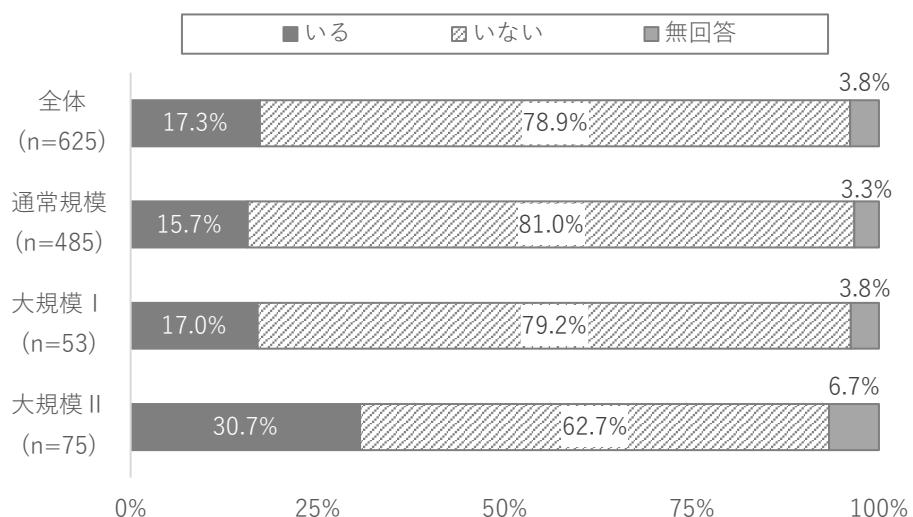
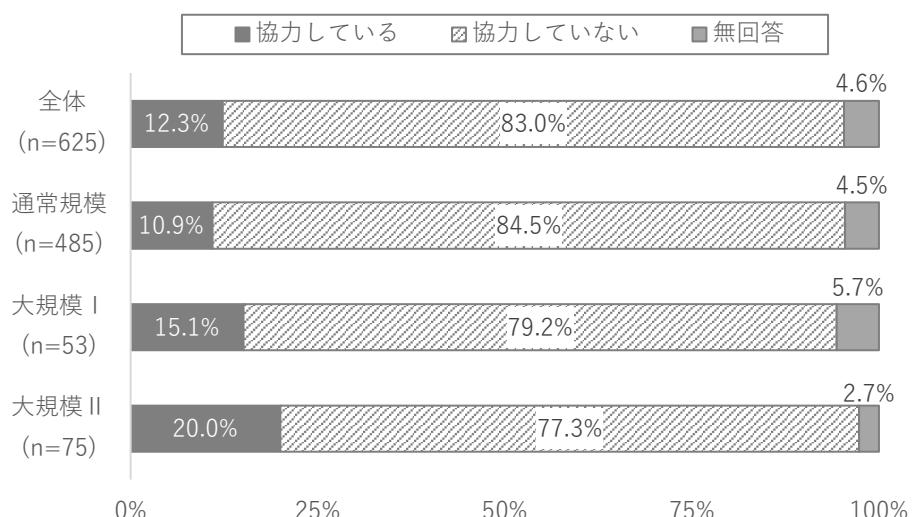
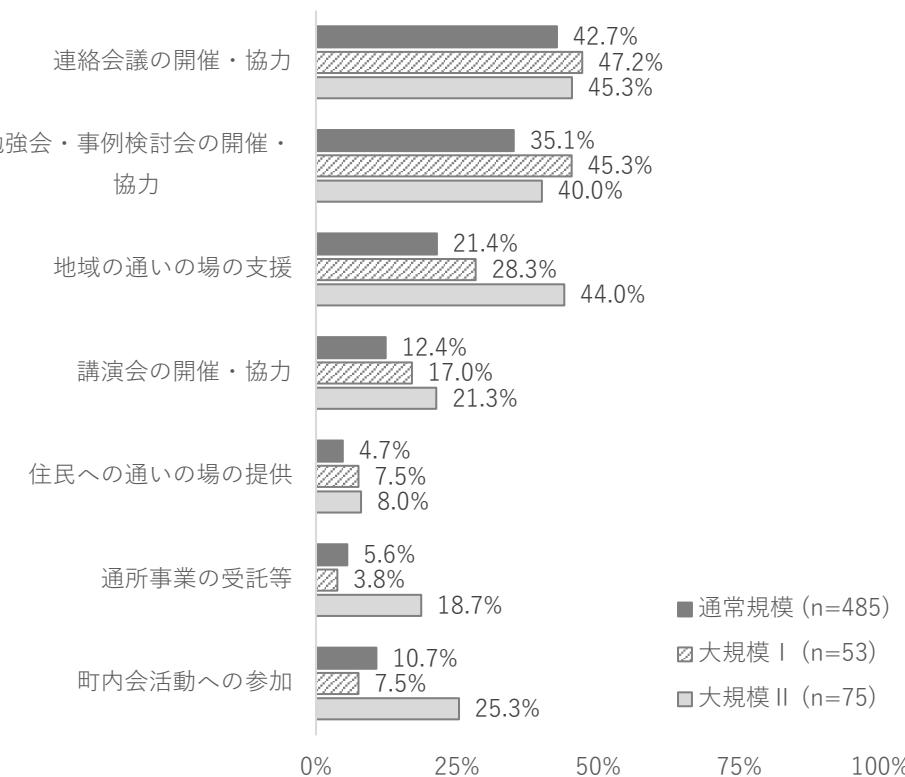


図 2-47 生活機能向上連携加算への協力状況



地域との交流活動の実施状況は、連絡会議の開催・協力、勉強会・事例検討会の開催・協力の割合が約4割であった。また、大規模IIでは地域の通いの場の支援、町内会活動への参加、通所事業の受託等の割合が比較的高かった（図2-48）。

図2-48 地域との交流活動の実施状況



平成30年度診療報酬改定において加算体系の1つとして新設された医療機関からのリハ計画書の提供について、提供された事業所は31.5%であった（図2-49）。また、新規利用者における提供割合は全員22.3%、8割以上23.9%であった（図2-50）。併せて、VISITデータを提供された事業所は、1.5%であった（図2-51）。

図2-49 医療機関からのリハビリテーション計画書の提供有無

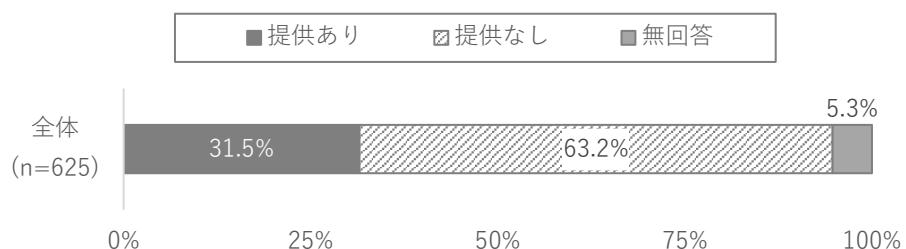
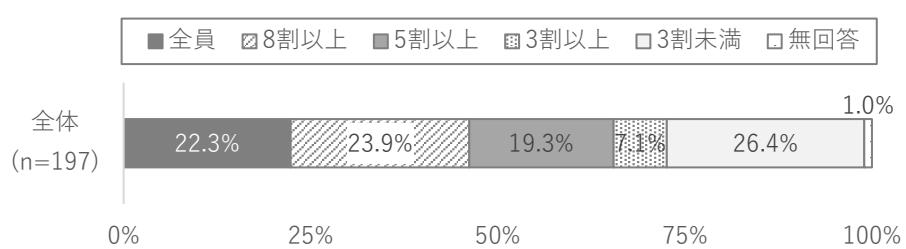
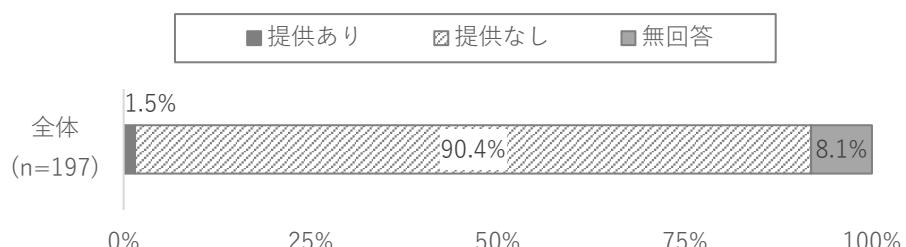


図2-50 医療機関からのリハビリテーション計画書の提供割合



※ リハ計画書の提供ありに限る

図2-51 VISITデータの提供有無



※ リハ計画書の提供ありに限る

平成31年(2019年)4月以降に医療保険のリハビリテーションからの移行者について、増加したと思う事業所は、そう思う・ややそう思うにて30.9%であった。一方で、サービス提供時間別にみると、1-2時間にてそう思う・ややそう思うが44.4%と高い値であった(図2-52)。同様に、医療機関からの利用開始前の相談について、増加したと思う事業所は、そう思う・ややそう思うにて28.8%であった。サービス提供時間別にみると、1-2時間にてそう思う・ややそう思うが33.3%と6-7時間と比較して高い値であった(図2-53)。

図2-52 医療保険のリハビリテーションからの移行者が増えたか  
(平成31年4月以降の変化)

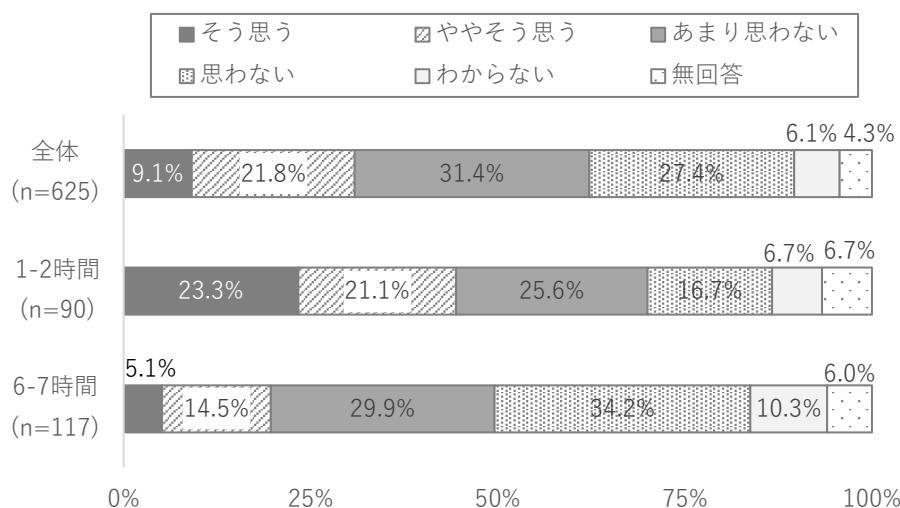
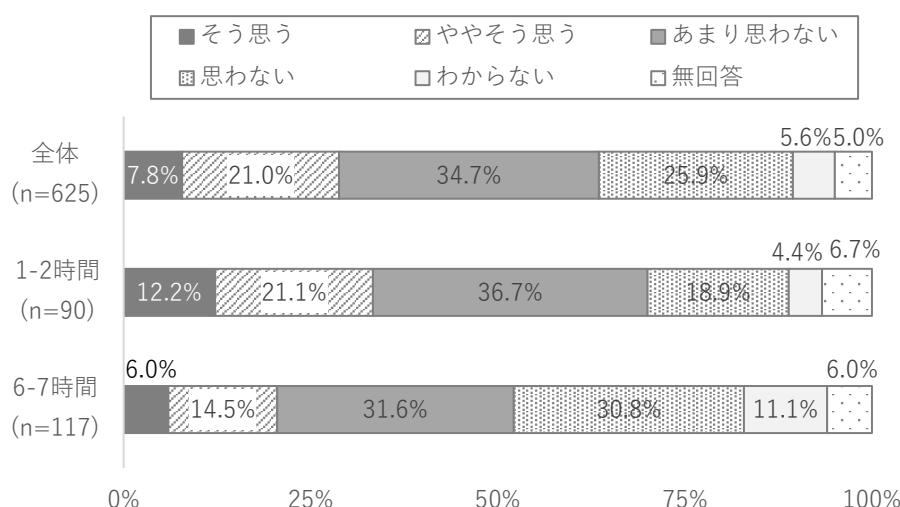


図2-53 医療機関からの利用開始前の相談が増えたか  
(平成31年4月以降の変化)



### 第三節 事業所調査（訪問リハビリテーション）

#### 1. 基本情報

事業所の開設主体は、病院が52.5%と最も高く、ついで診療所31.7%、介護老人保健施設15.0%であった（図3-1）。1日の訪問件数は、1-5件が44.7%と最も高かった（図3-2）。また、常勤換算数における職員の配置人数では、訪問件数16件/日以上の事業所にて、理学療法士の配置が多い傾向がみられた（図3-3）。

図3-1 事業所の開設主体

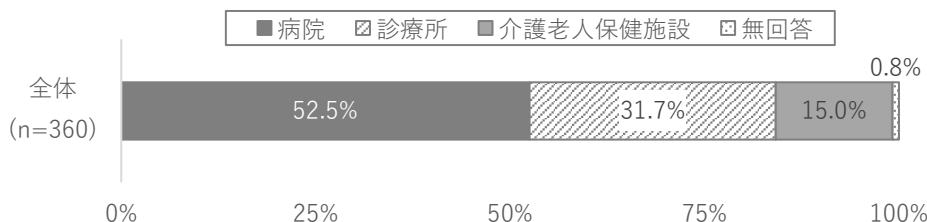


図3-2 1日の訪問件数

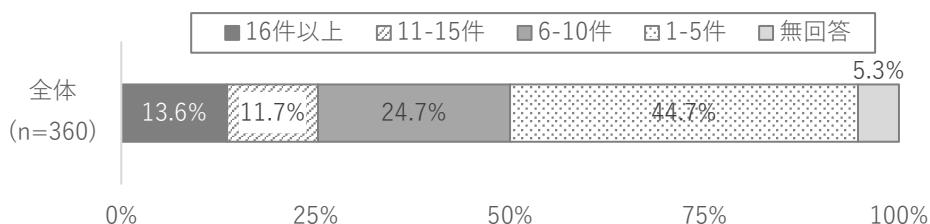
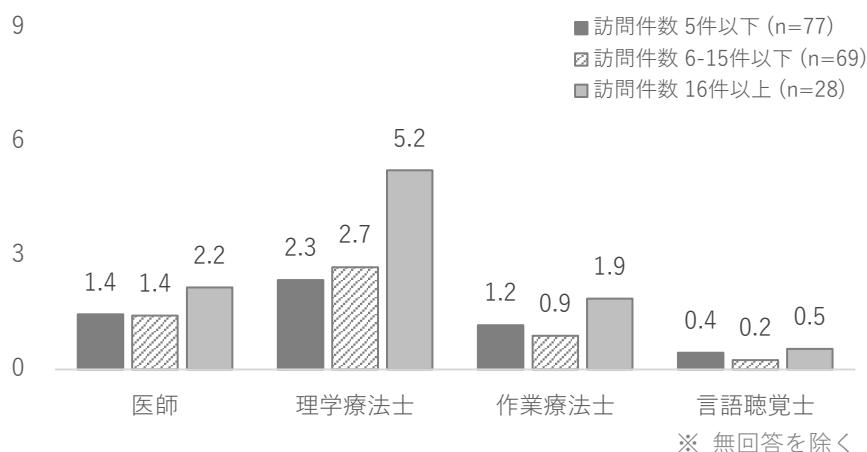


図3-3 職員配置数（常勤換算数：平均値）



## 2. 利用者の状況

外来リハビリテーションから移行した新規利用者がいる事業所は、2019年3月・7月ともに1割未満であった（図3-4）。また、移行した新規利用者数は、3月が1.3人、7月が1.6人であった（図3-5）。

図3-4 外来リハビリテーションから移行した新規利用者の有無（n=360）

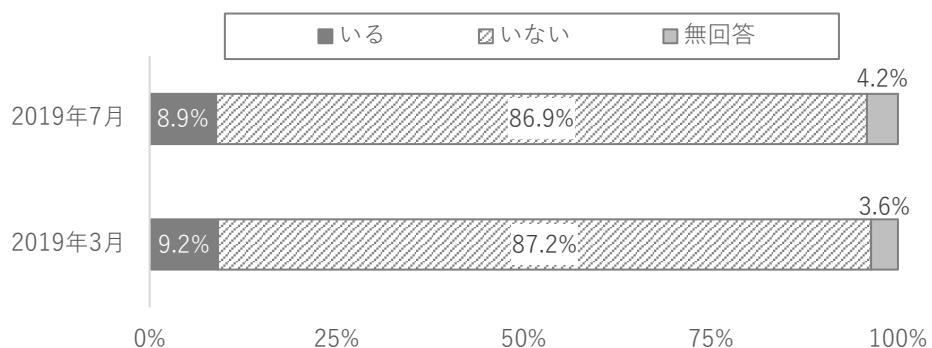
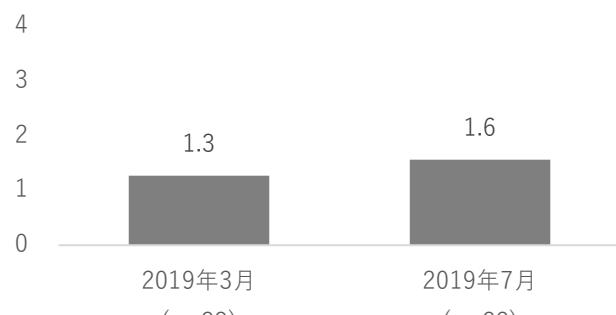


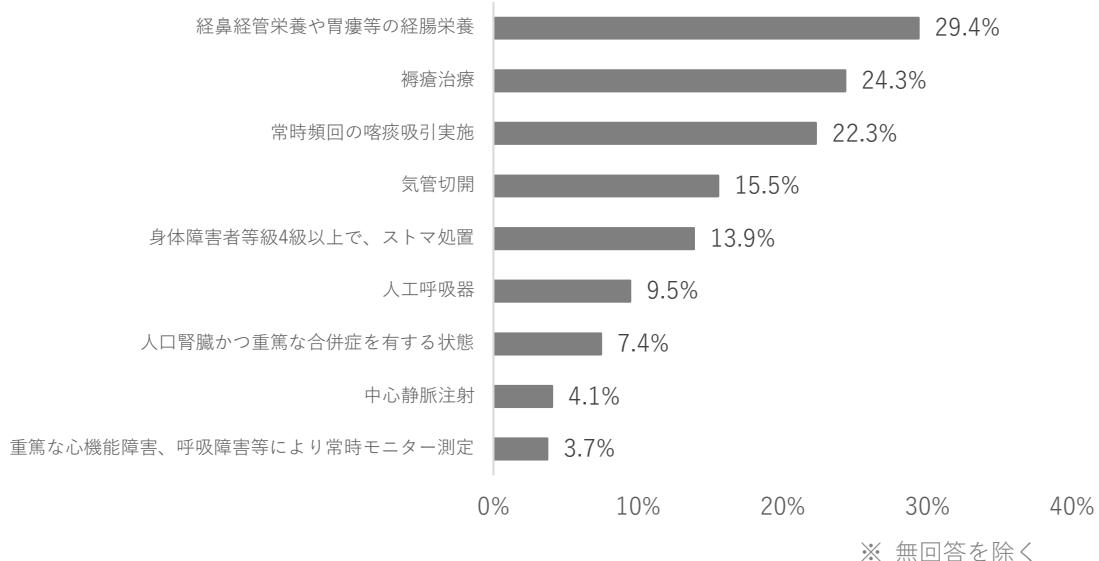
図3-5 外来リハビリテーションから移行した平均新規利用者数



※ 外来リハから移行した新規利用者いるに限る

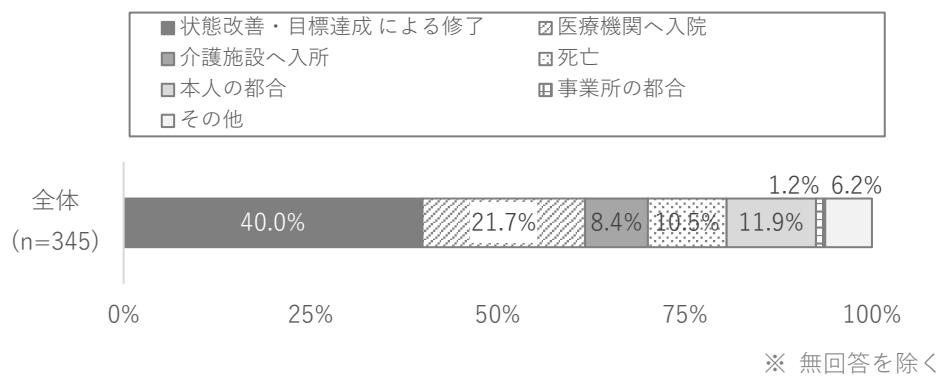
医療的ケア等を実施した利用者がいる割合は、経腸栄養、褥瘡治療、常時頻回な喀痰吸引の順に高かった（図3-6）。

図3-6 医療的ケア等を実施した利用者がいる割合 (n=296)



終了理由別の利用終了者割合では、状態改善・目標達成による修了が40.0%と最も高く、ついで医療機関への入院21.7%であった（図3-7）。

図3-7 利用終了者割合（終了理由別）



### 3. 医師の関わり

事業所医師における診察状況について、すべての利用者を事業所医師が診察している割合は66.4%であった（図3-8）。事業所の医師が診察を行っていない利用者がいる事業所において、診察を行っていない利用者割合は、3割未満にて53.0%であった（図3-9）。

図3-8 事業所医師における診察の状況

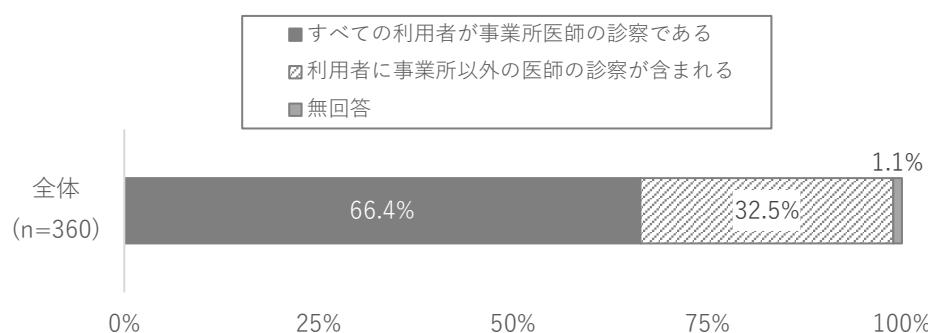
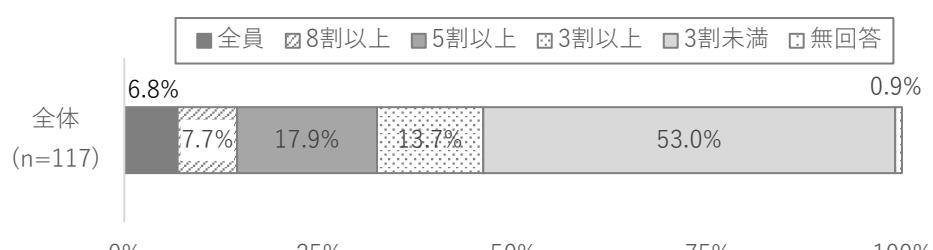


図3-9 事業所の医師が診察を行っていない利用者の割合



※ 利用者に事業所以外の医師の診察が含まれるに限る

事業所の医師に関して診察場所が利用者宅の割合は、全体で3割未満が60.8%と最も高かった。また、開設主体別にみると病院、診療所、介護老人保健施設の順に、3割未満の割合が高かった（図3-10）。また、診察場所が事業所内の割合は、全体で全員・8割以上を合わせて57.3%であった。開設主体別にみると病院、診療所、介護老人保健施設の順に、全員・8割以上の合計割合が高かった（図3-11）。

図3-10 事業所の医師の診察場所が利用者宅の割合

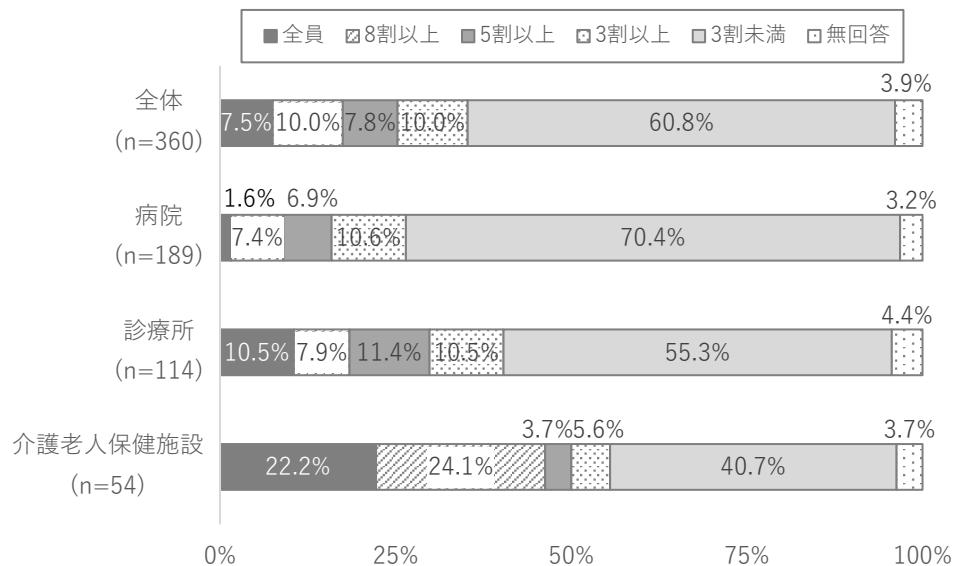
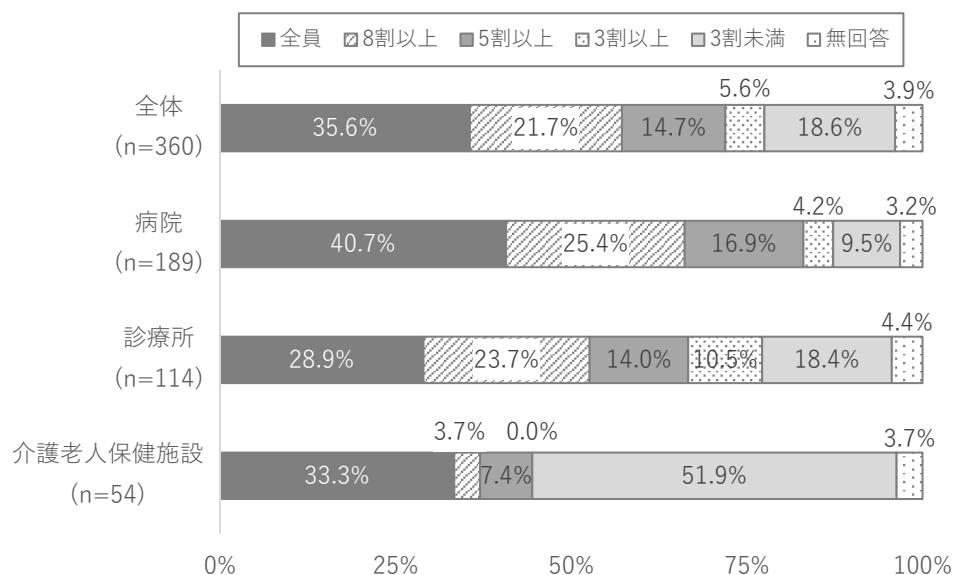


図 3-11 事業所の医師の診察場所が事業所内の割合



医師の診療場所別に、医師の配置人数（常勤換算人数）や1日の訪問件数を比較したが、大きな差はみられなかった（図3-12・13）。

図3-12 医師配置数（常勤換算数：平均値）（医師の診療場所別）

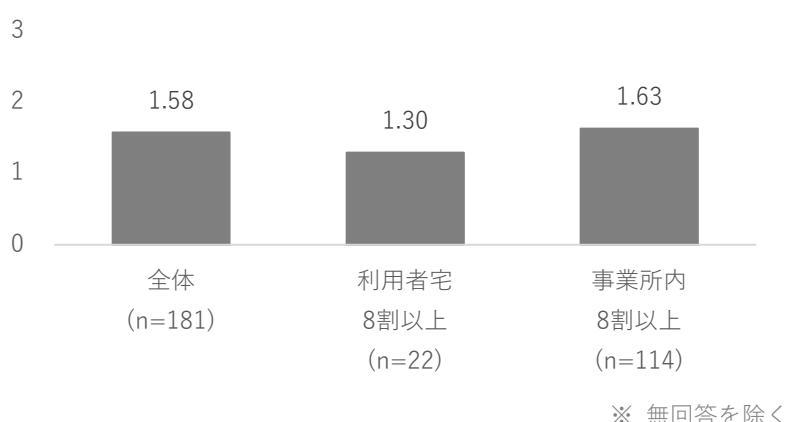
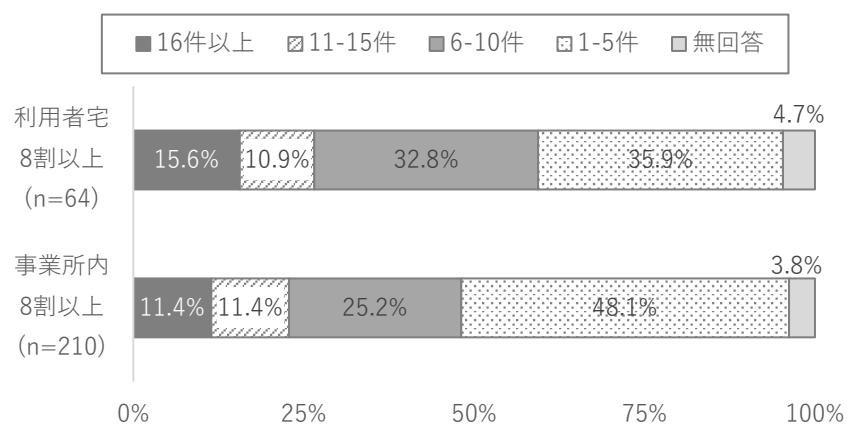


図3-13 1日の訪問件数（医師の診療場所別）



事業所医師の指示内容について、リハの目的は86.8%であった。また、リハ実施上の留意点95.8%、リハ中止の基準85.7%と高い割合であったが、修了の目安・時期は低値であった（図3-14）。医師の役割について、事業所医師と医学的管理を行っている医師とを比較すると、事業所医師はリハ計画の作成・承認、本人・家族への説明、医学的管理を行っている医師は疾患の管理、リハ実施時の急変対応の割合が比較的高かった（図3-15）。

図3-14 事業所の医師の指示内容（n=357）

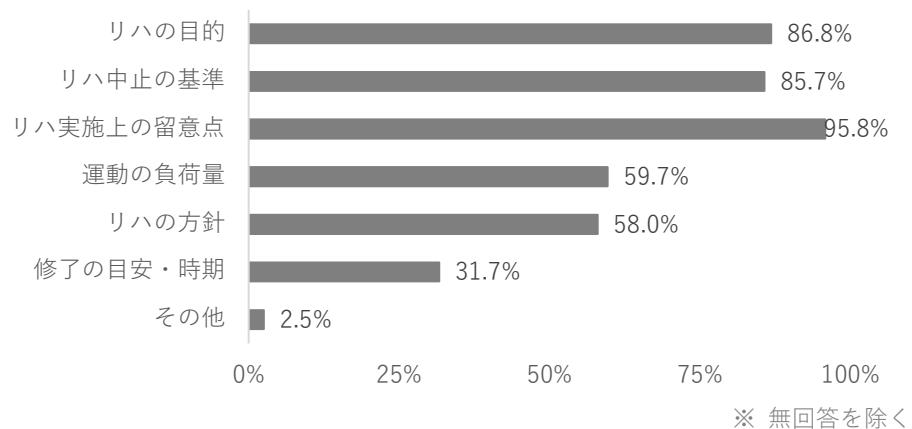
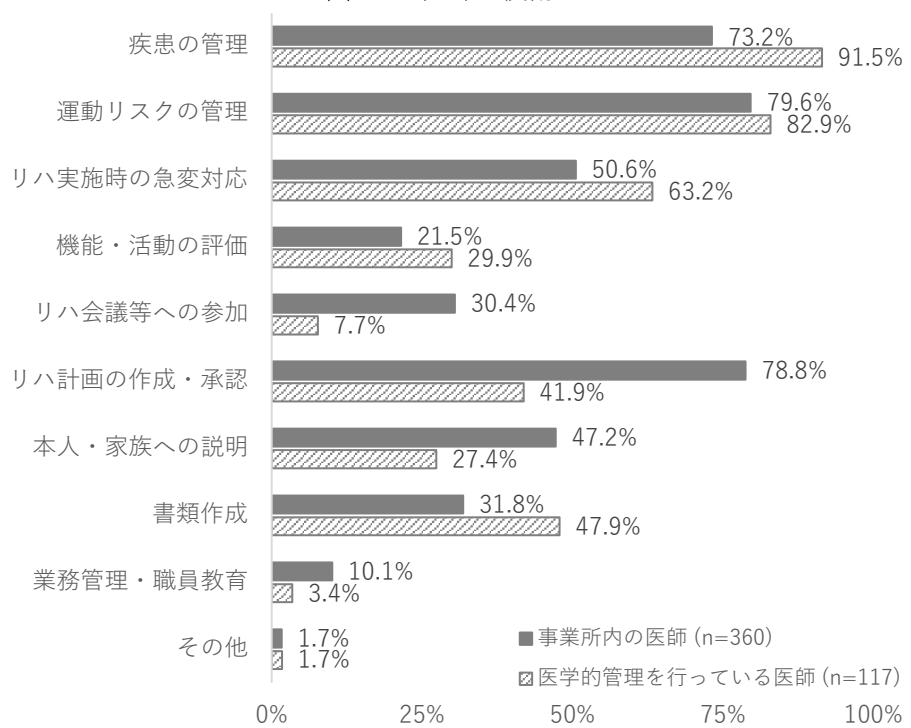


図3-15 医師の役割



※ 医学的管理を行っている医師は、事業所以外の医師の診察が含まれる事業所に限る

#### 4. リハビリテーションマネジメント

リハマネ加算の届出状況について、リハマネ加算Ⅰは89.7%、リハマネ加算Ⅱは16.4%、リハマネ加算Ⅲは23.3%であった（図3-16）。また、平成30年度介護報酬改定前のリハマネ加算Ⅱの算定有無別にみると、算定ありにてリハマネ加算Ⅱやリハマネ加算Ⅲの届出割合が高値であった（図3-17）。

図3-16 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況（n=360）

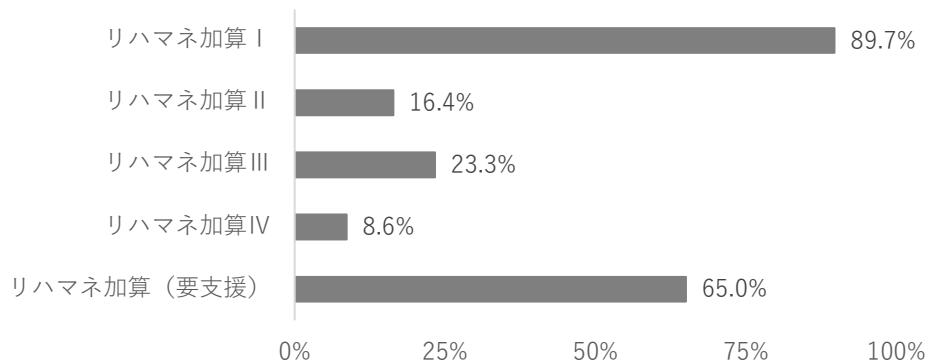
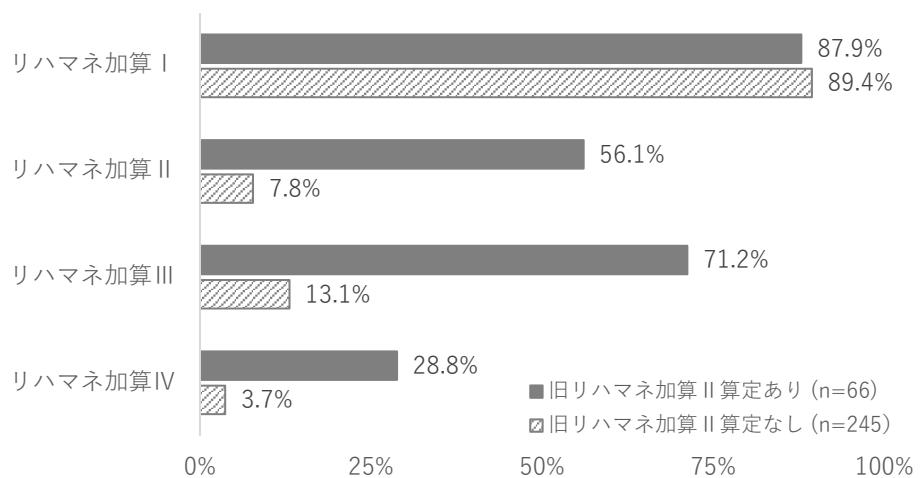


図3-17 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況  
(旧リハマネ加算Ⅱ(平成30年度介護報酬改定以前)算定有無別)



リハマネ加算の届出状況を1日の訪問件数別にみると、訪問件数16件/日以上にてリハマネ加算II・リハマネ加算IIIの届出割合が比較的高かった（図3-18）。同様に医師の診察場所別にみると、利用者8割以上に対して利用者宅にて診察している事業では、リハマネ加算IIIの届出割合が比較的高かった（図3-19）。

図3-18 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況（1日の訪問件数別）

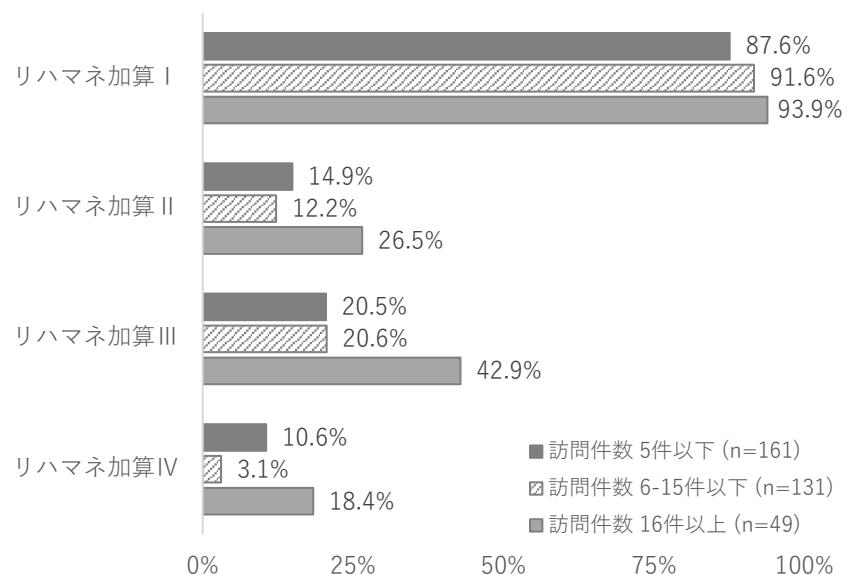
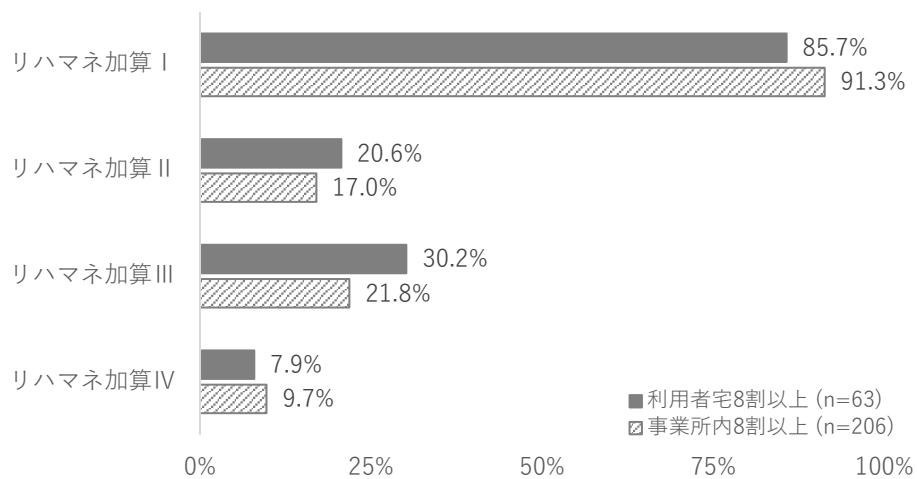


図3-19 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況（医師の診療場所別）



リハマネ加算IIの算定が困難な理由がある割合は、リハマネ加算II以上を届け出ている事業所にて比較的低かった（図3-20）。一方、リハマネ加算IIIにて差はみられなかった（図3-21）。また、リハマネ加算IIIの算定が困難な理由は、リハマネ加算III以上を届け出ていない事業所にて医師の時間やリハ会議の負担の割合が高かった（図3-22）。

図 3-20 リハビリテーションマネジメント加算IIの算定が困難な理由の有無  
(リハマネ加算II III IVの届出有無別)

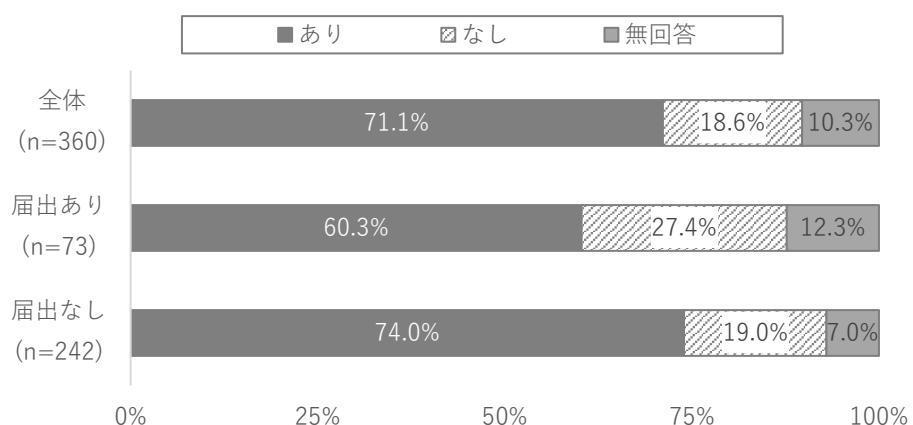


図 3-21 リハビリテーションマネジメント加算IIIの算定が困難な理由の有無  
(リハマネ加算III IVの届出有無別)

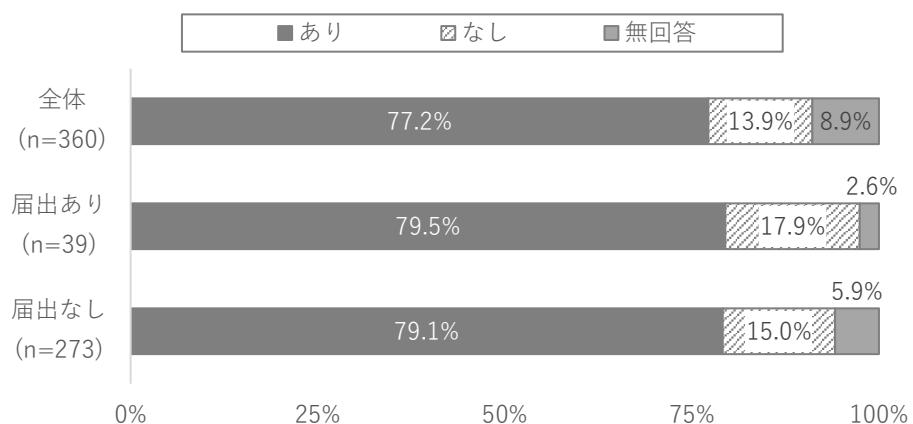
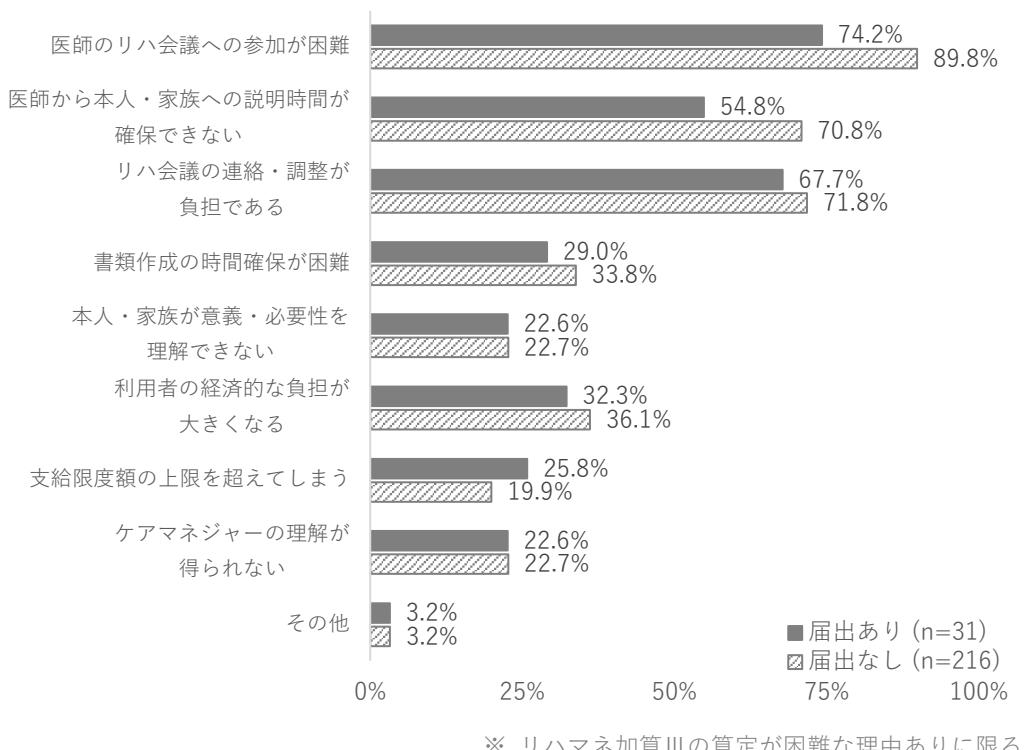


図 3-22 リハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定が困難な理由  
(リハマネ加算ⅢⅣの届出有無別)



リハマネ加算Ⅱの算定に向けた工夫がある割合は、リハマネ加算Ⅱ以上を届け出している事業所にて53.4%と高かった（図3-23）。さらに、リハマネ加算Ⅲではリハマネ加算Ⅲ以上を届け出している事業所にて66.7%と高かった（図3-24）。また、リハマネ加算Ⅲの算定に向けた工夫は、事業所内での説明や間接業務の見直しの割合が高かった（図3-25）。

図 3-23 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定に向けた工夫の有無  
(リハマネ加算ⅡⅢⅣの届出有無別)

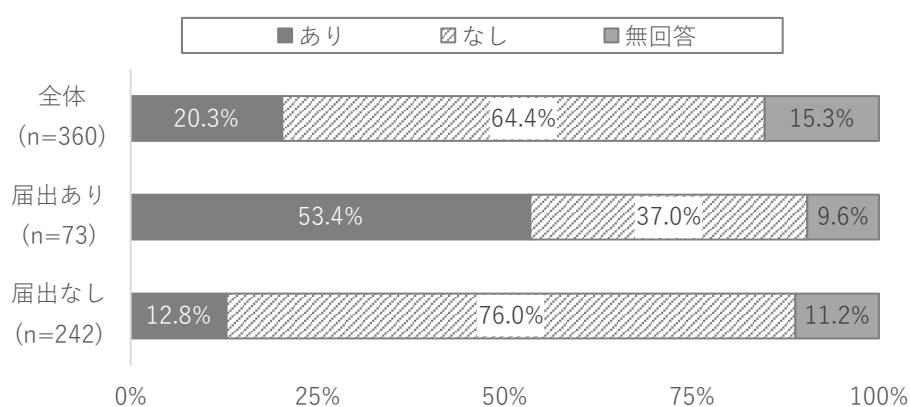


図 3-24 リハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定に向けた工夫の有無  
(リハマネ加算ⅢⅣの届出有無別)

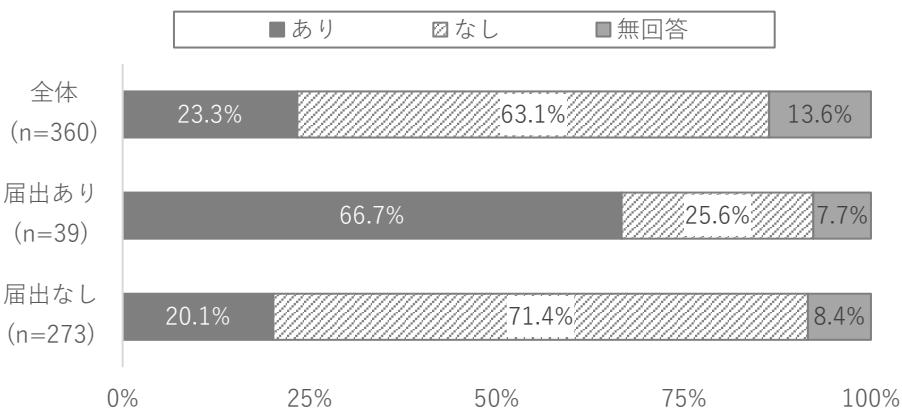
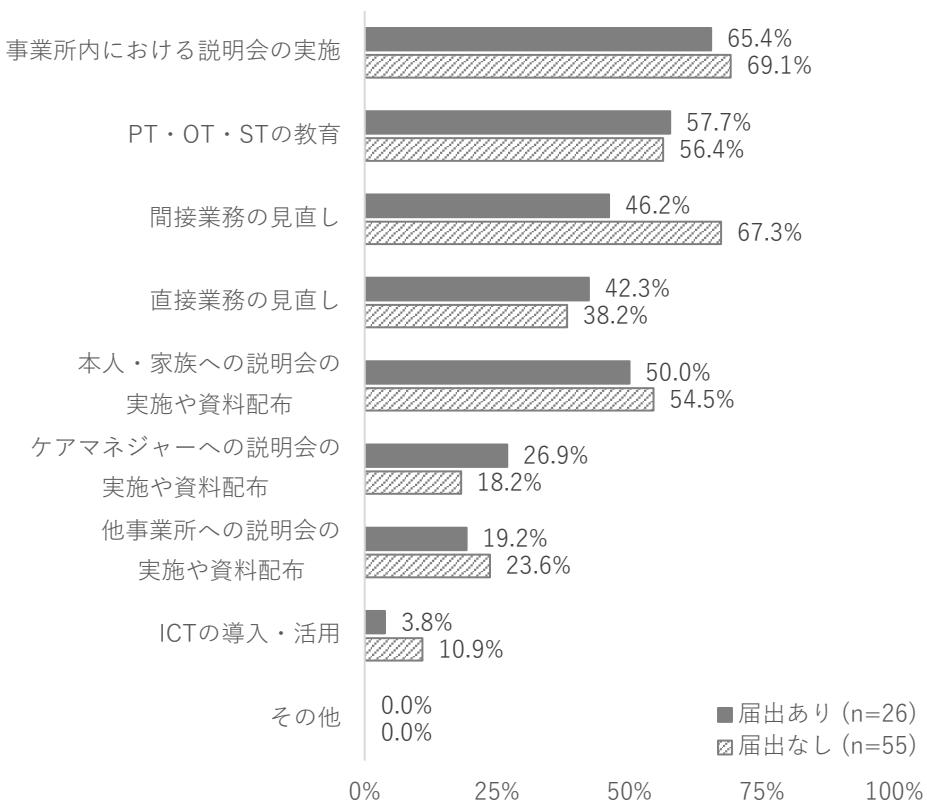


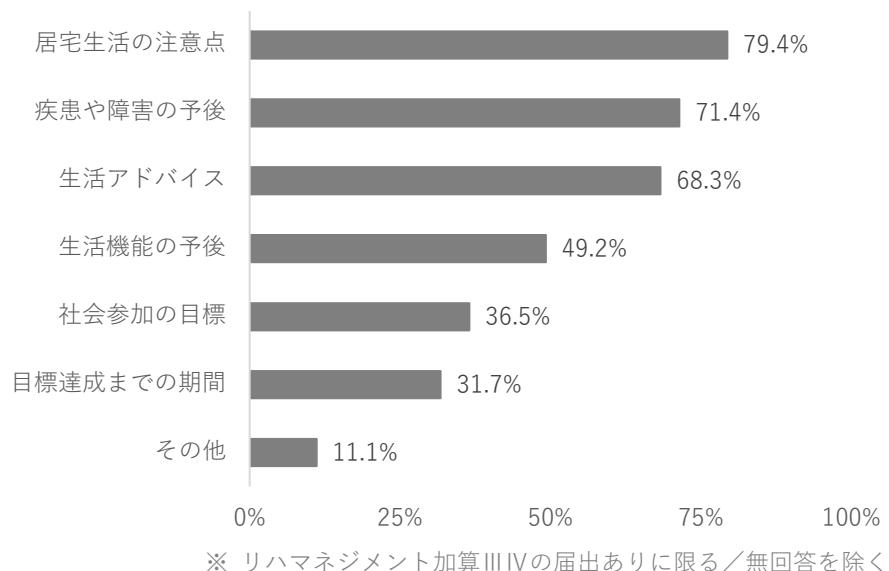
図 3-25 リハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定に向けた工夫  
(リハマネ加算ⅢⅣの届出有無別)



※ リハマネ加算Ⅲの算定に向けた工夫ありに限る

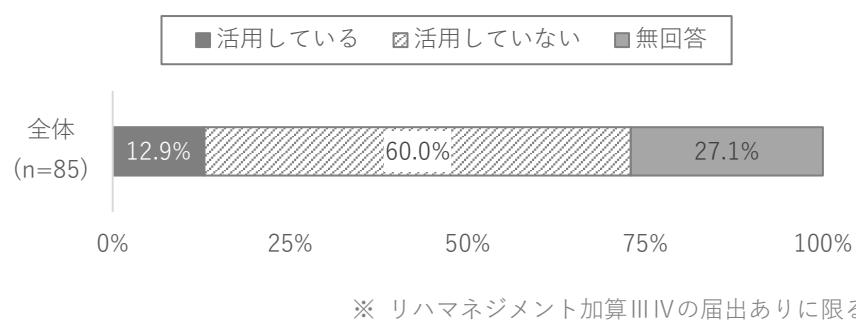
医師の説明内容は、居宅生活の注意点79.4%、疾患や障害の予後71.4%、生活アドバイス68.3%の順に割合が高かった（図3-26）。また、リハ会議における医師の参加に関するICTを活用している割合は、12.9%であった（図3-27）。

図 3-26 医師の説明内容 (n=63)



※ リハマネジメント加算ⅢⅣの届出ありに限る／無回答を除く

図 3-27 リハビリテーション会議における医師の参加に関する ICT の活用の有無



※ リハマネジメント加算ⅢⅣの届出ありに限る

## 5. 各種加算の届出状況

各種加算の届出状況において、平成30年度介護報酬改定にて新設された事業所評価加算は7.8%であった（図3-28）。届出状況をリハマネ加算の届出有無別にみると、リハマネ加算II III IVのいずれかを届け出ている事業所にて、各種加算の届出割合が高かった（図3-29）。

図 3-28 各種加算の届出状況 (n=360)

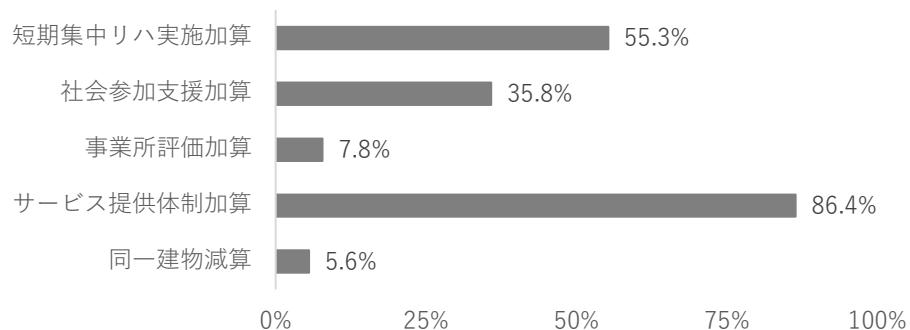
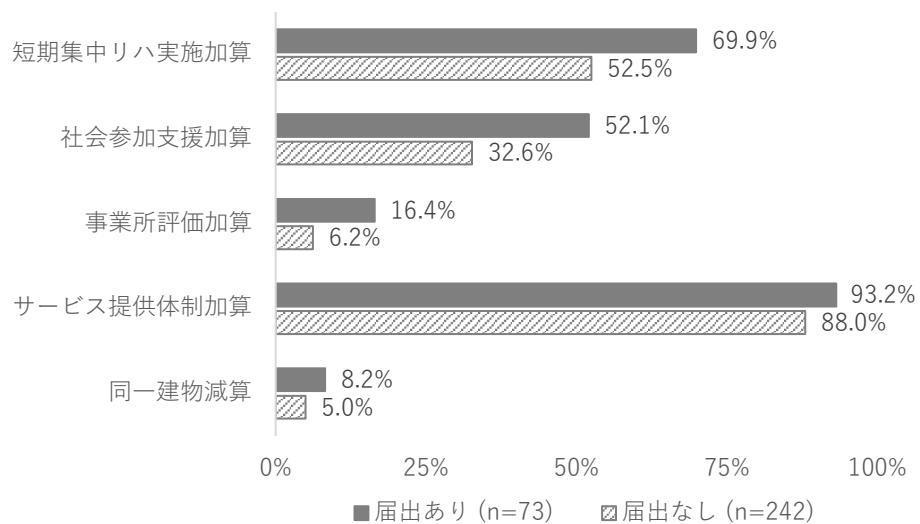


図 3-29 各種加算の届出状況（リハマネ加算 II III IVの届出有無別）



事業所評価加算の算定が困難な理由は、算定していない事業所では要支援の利用者が少ない、算定している事業所では認定期間が長く改善の結果が得られにくい、悪化が想定される方が多いの割合が高かった（図3-30）。また、算定に向けた工夫がある事業所は、算定の有無にかかわらず1割未満であった（図3-31）。

図 3-30 事業所評価加算の算定が困難な理由（当該加算の算定有無別）

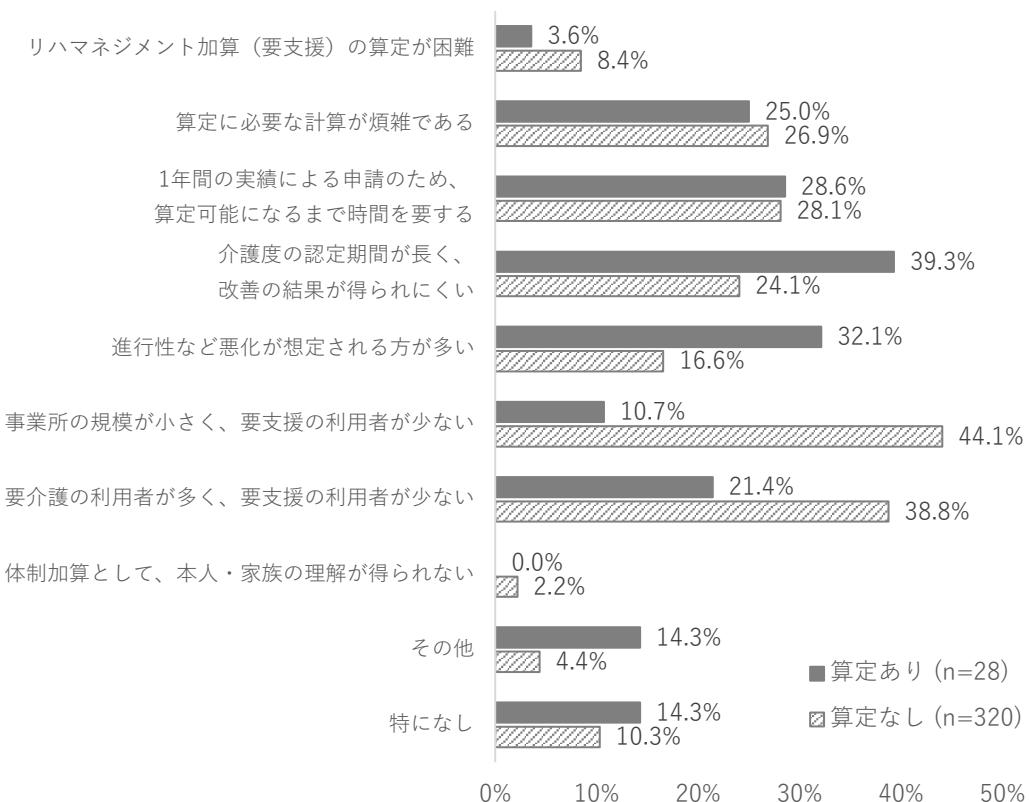
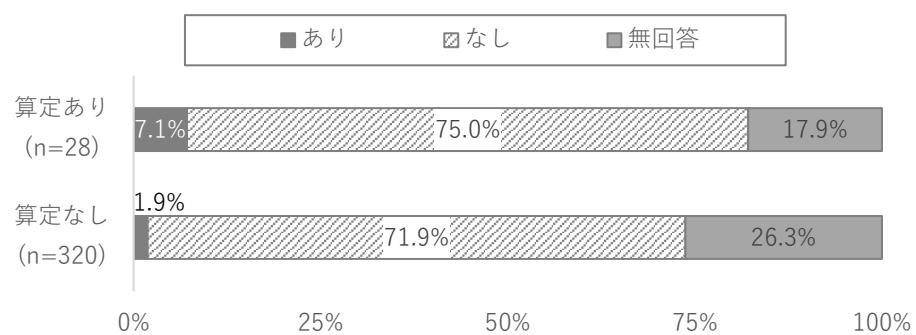


図 3-31 事業所評価加算の算定に向けた工夫（当該加算の算定有無別）



社会参加支援加算の算定が困難な理由は、利用者・家族が訪問リハの継続希望が強い、ゴールが社会参加とは異なっている割合が高かった（図3-32）。また、算定に向けた工夫について、社会参加支援加算を算定している事業所では各項目において高値であった（図3-33）。

図 3-32 社会参加支援加算の算定が困難な理由（当該加算の算定有無別）

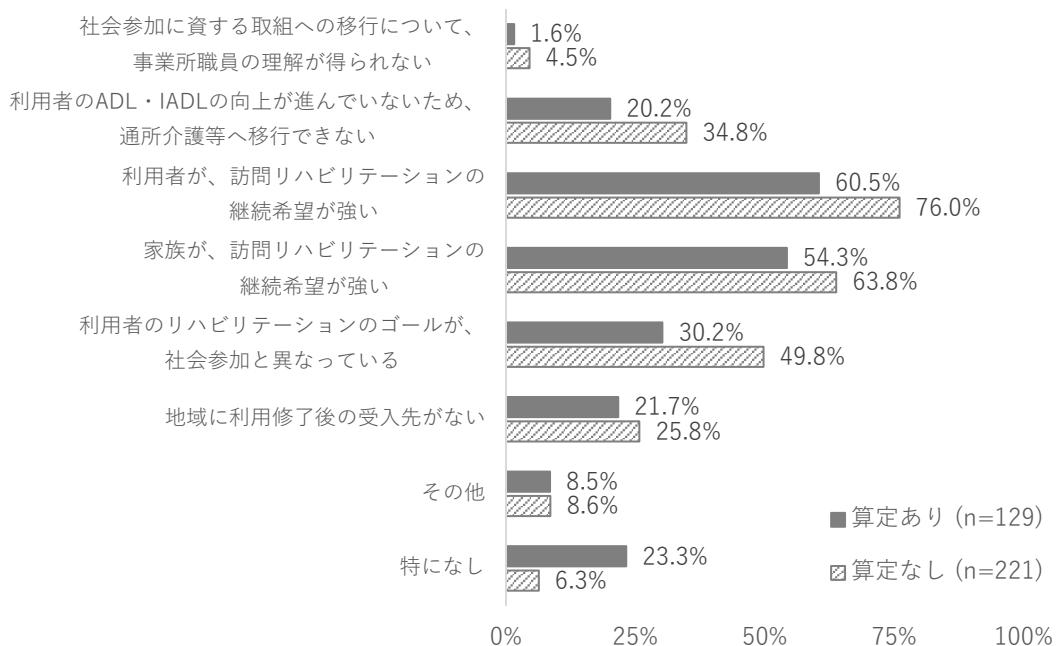
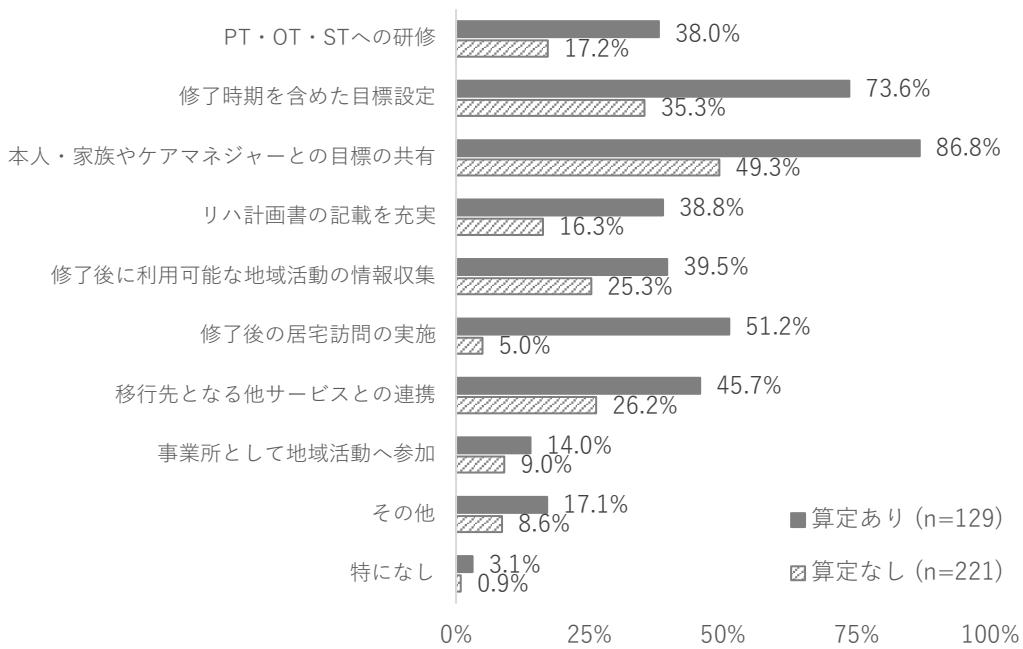


図 3-33 社会参加支援加算の算定に向けた工夫（当該加算の算定有無別）



## 6. 地域連携の実施状況

平成30年度診療報酬改定において加算体系の1つとして新設された医療機関からのリハ計画書の提供について、提供された事業所は30.6%であった（図3-34）。また、新規利用者における提供割合は全員23.6%、8割以上23.6%であった（図3-35）。併せて、VISITデータを提供された事業所は、0.9%であった（図3-36）。

図 3-34 医療機関からのリハビリテーション計画書の提供有無

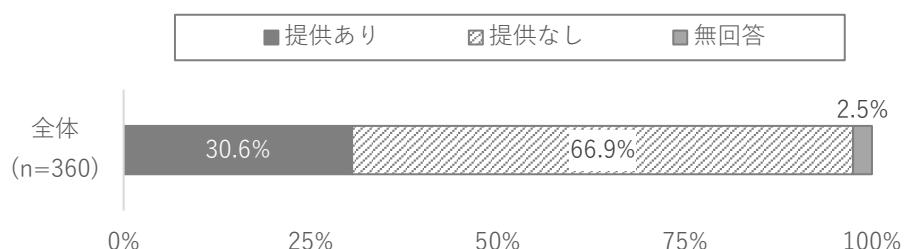


図 3-35 医療機関からのリハビリテーション計画書の提供割合

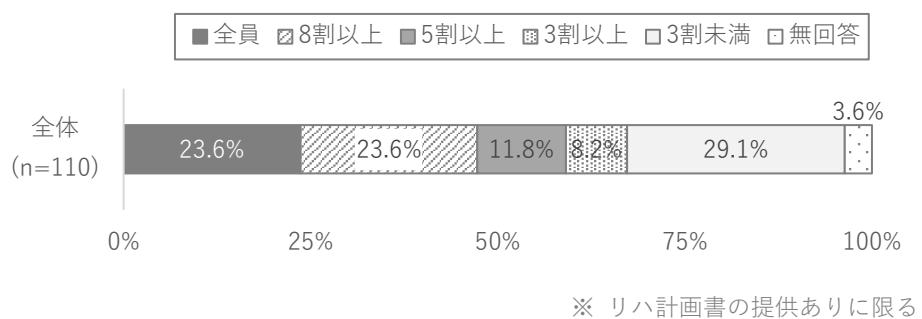
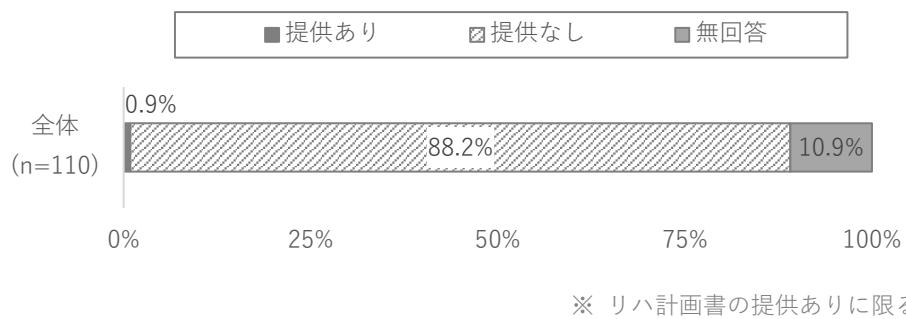


図 3-36 VISIT データの提供有無



平成31年(2019年)4月以降に医療保険のリハビリテーションからの移行者について、増加したと思う事業所は、そう思う・ややそう思うにて24.7%であった(図3-37)。また、医療機関からの利用開始前の相談について、増加したと思う事業所は、そう思う・ややそう思うにて26.6%であった(図3-38)。

図 3-37 医療保険のリハからの移行者が増えたか(平成31年4月以降の変化)

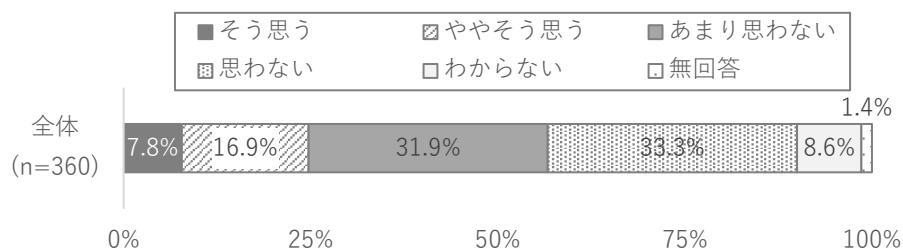
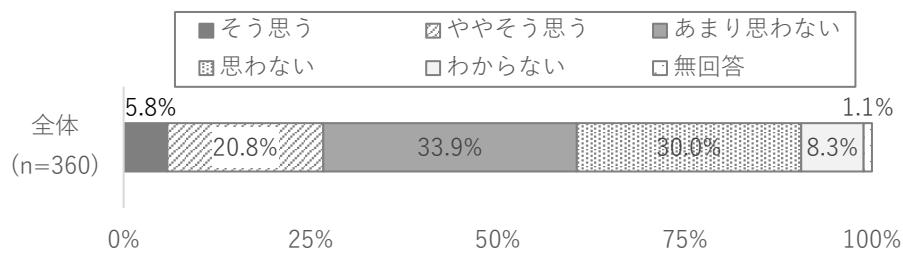


図 3-38 医療機関からの利用開始前の相談が増えたか(平成31年4月以降の変化)



## 第四節 利用者調査（通所リハビリテーション）

### 1. 新規利用者の特性

利用開始時の介護度は、要支援1-2が30.6%、要介護1-2が42.9%、要介護3-5が25.9%であった（図4-1）。性別は男性が41.1%、女性が58.5%であった（図4-2）。

図 4-1 介護度

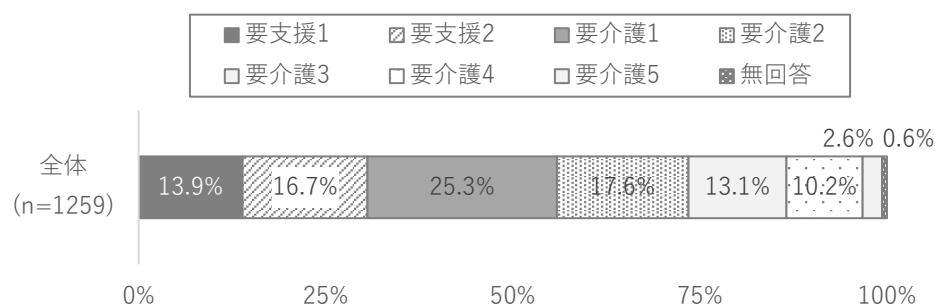
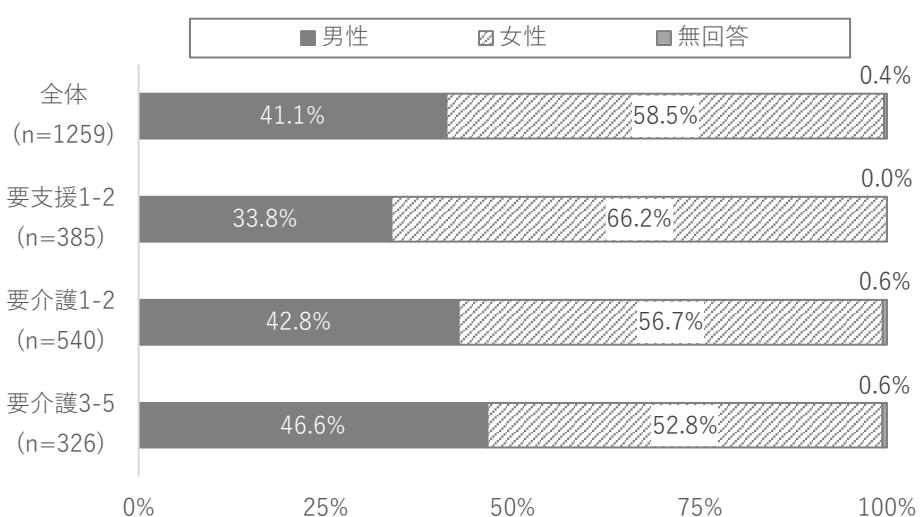


図 4-2 性別



年齢は、85歳以上 42.3%、75歳～84歳 38.3%の順に割合が高かった（図4-3）。また、認知症高齢者の日常生活自立度は、非該当、I、IIの割合が各3割程度であった。介護度別にみると、要支援1-2では非該当、要介護1-2ではII、要介護3-5ではIII・IV・Mの割合が比較的高かった（図4-4）。

図 4-3 年齢

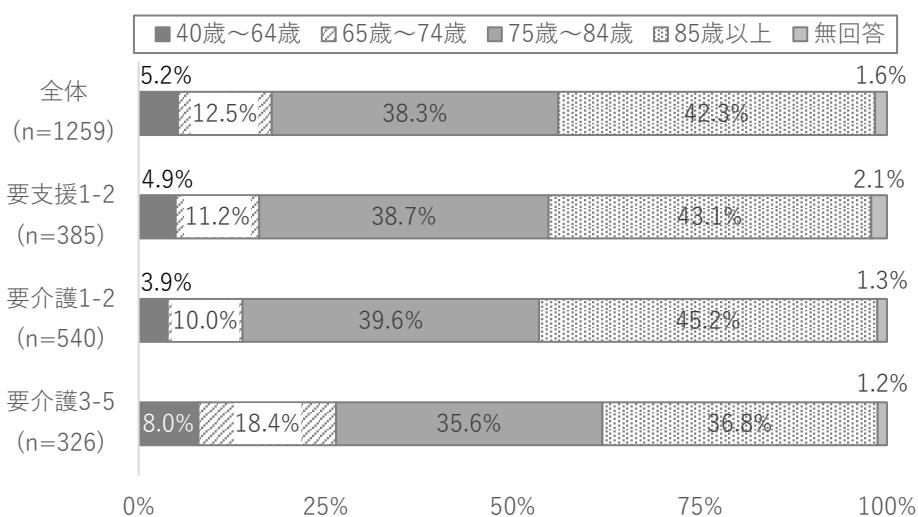
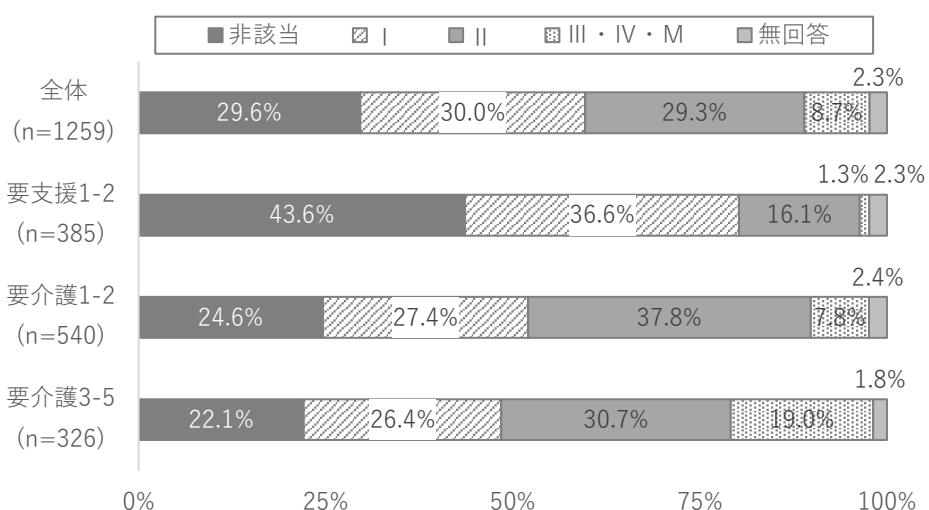


図 4-4 認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因の傷病名は、脳卒中、骨折、関節症・骨粗しょう症の順に割合が高かった（図4-5）。また、介護度別にみると、要支援1-2は関節症・骨粗しょう症、要介護1-2は認知症、要介護3-5は脳卒中や骨折の割合が比較的高かった（図4-6）。

図 4-5 リハビリが必要となった原因の傷病名（n=1259）

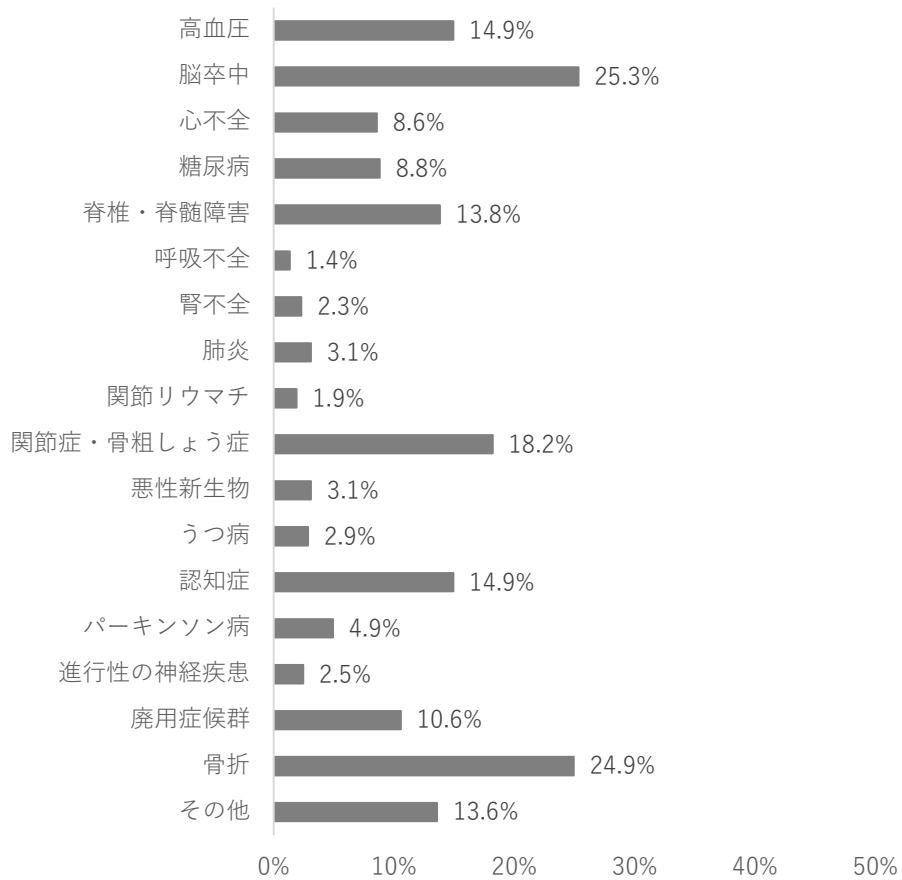
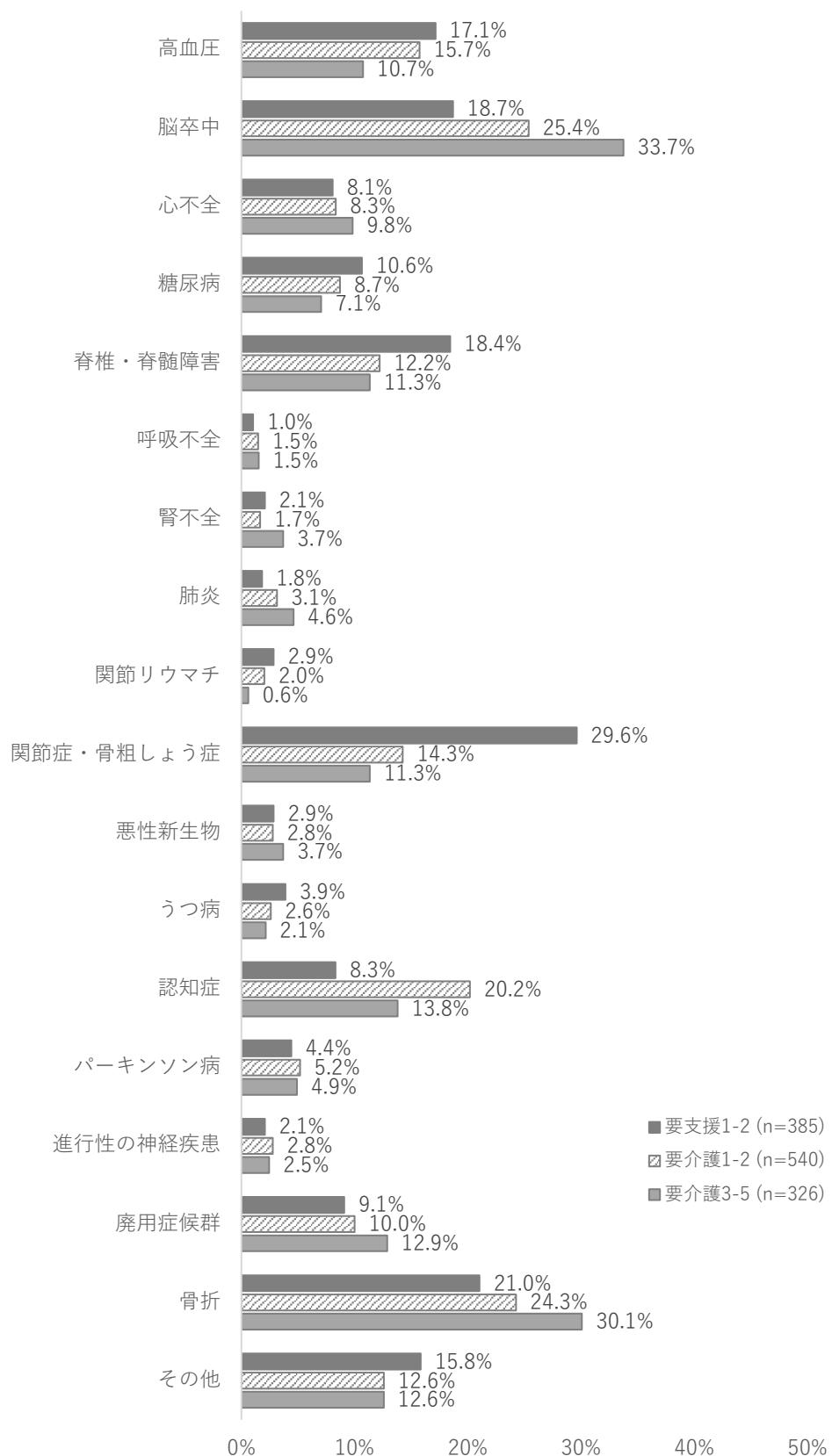


図 4-6 リハビリが必要となった原因の傷病名（介護度別）



主な利用時間は、6-7時間 47.4%、1-2時間 15.9%の割合が高かった。介護度別では、要支援1-2は1-2時間、要介護3-5は6-7時間の割合が比較的高かった（図4-7）。同様に、利用時間別に介護度をみても、1-2時間では要支援1-2、6-7時間では要介護3-5の割合が比較的高かった（図4-8）。

図 4-7 主な利用時間

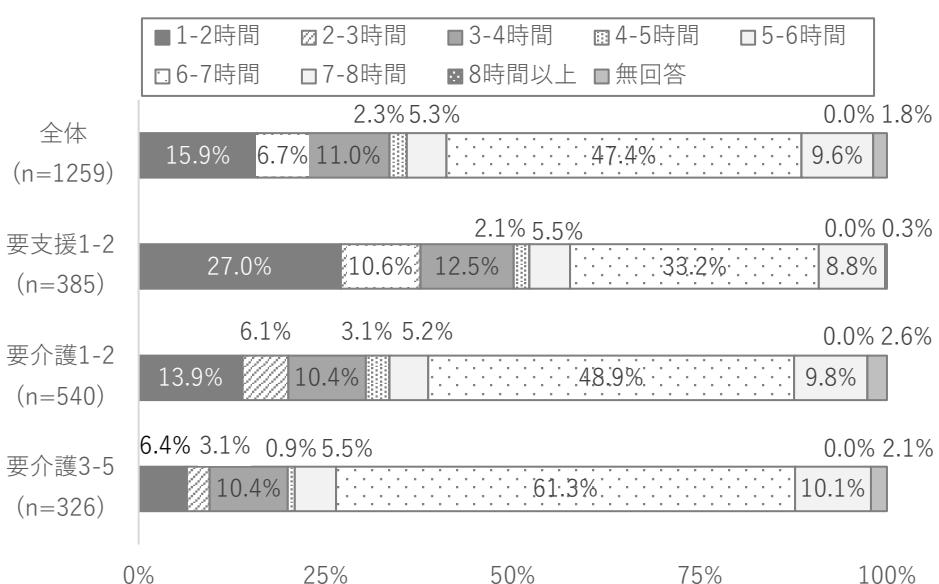
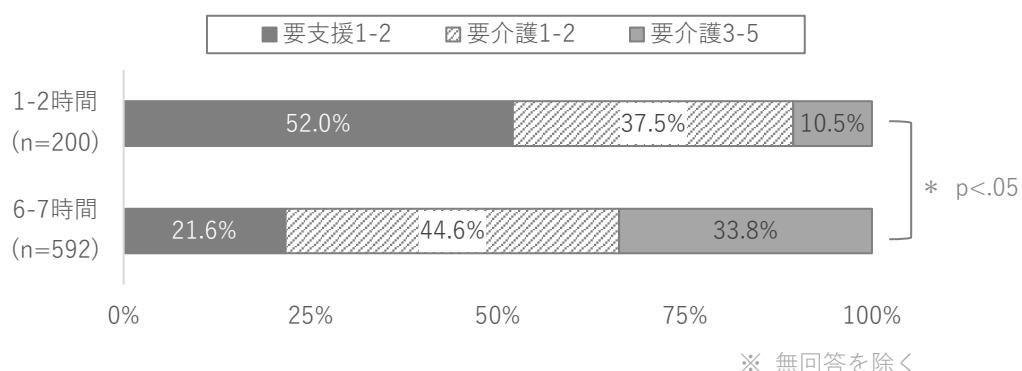


図 4-8 介護度（利用時間別）



利用時間別にみた年齢では、6-7時間にて85歳以上の割合が比較的高かった（図4-9）。また、認知症高齢者の日常生活自立度では、1-2時間は非該当、6-7時間はIIの割合が高かった（図4-10）。

図 4-9 年齢（利用時間別）

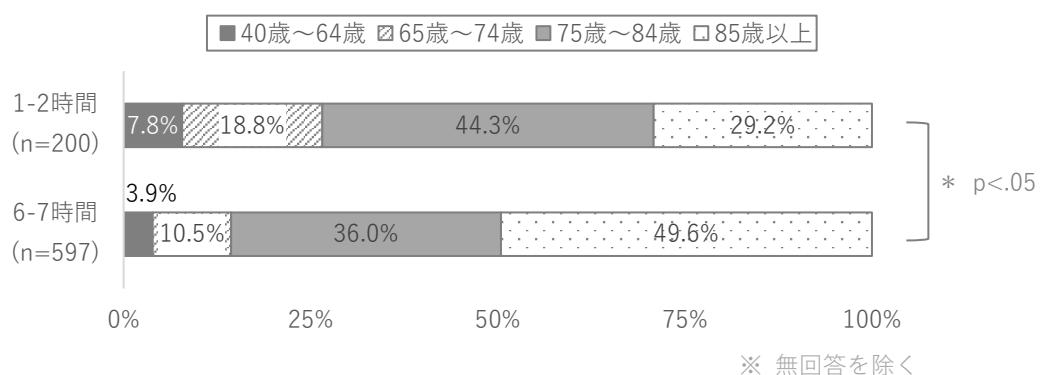
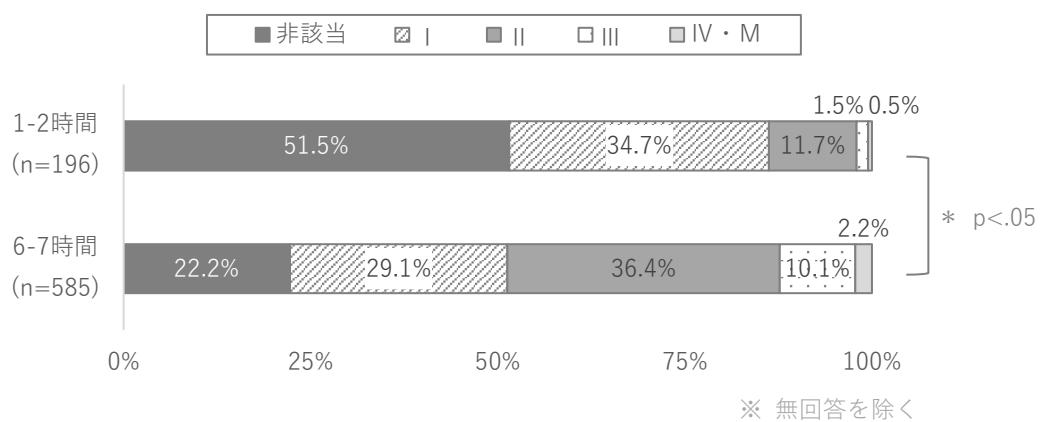


図 4-10 認知症高齢者の日常生活自立度（利用時間別）



併用サービスありの割合は59.4%であった。また、介護度が高くなるに併せ、併用サービスありの割合も上昇していた（図4-11）。併用サービスの内容について、要支援1-2は訪問介護、要介護1-2や要介護3-5は通所介護の割合が比較的高かった（図4-12）。

図 4-11 併用サービスの有無

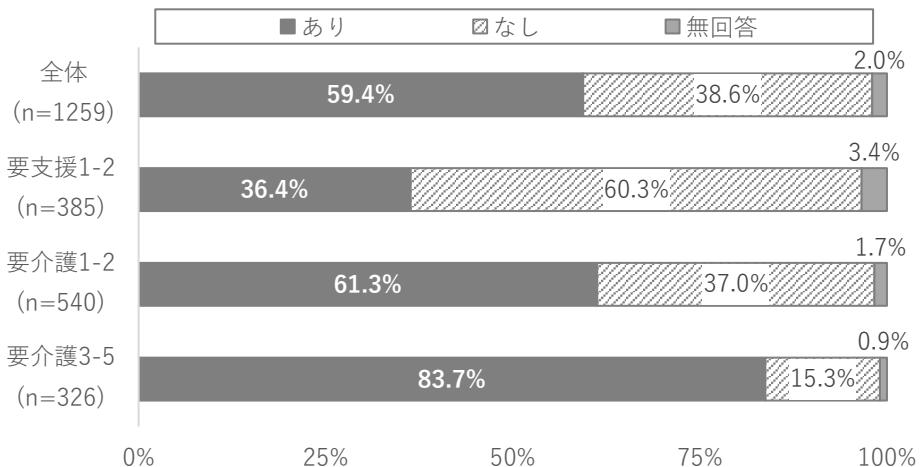
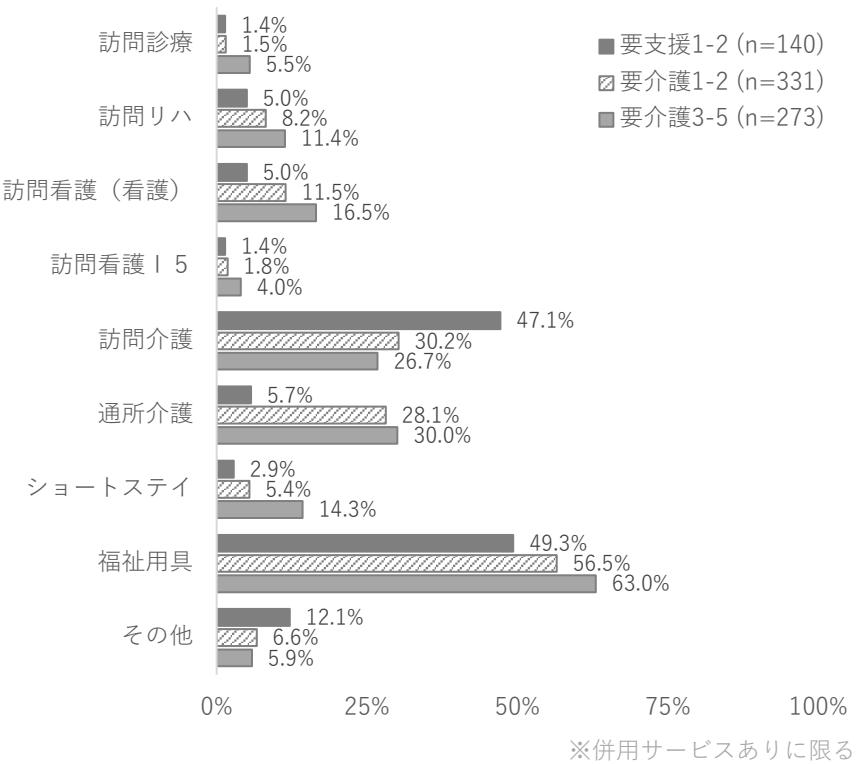


図 4-12 併用サービスの内容



利用前の所在は、自宅が59.3%と最も多く、ついで回復期リハ病棟16.2%、一般病棟12.1%の順であった。また、介護度別では要支援1-2にて自宅、要介護3-5にて回復期リハ病棟、一般病棟の割合が比較的高かった（図4-13）。利用時間別にみると、1-2時間は自宅、6-7時間は回復期リハ病棟、一般病棟の割合が比較的高かった（図4-14）。

図 4-13 利用前の所在

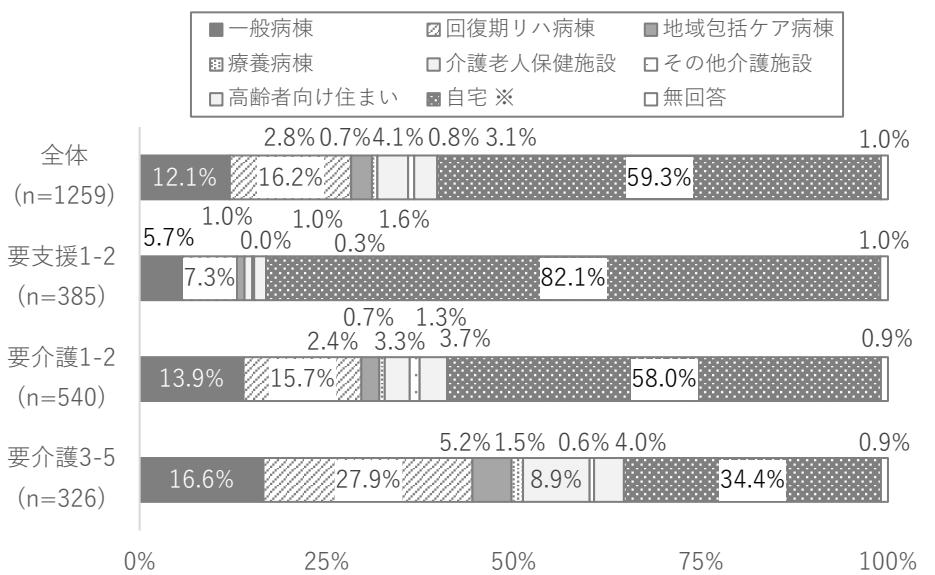
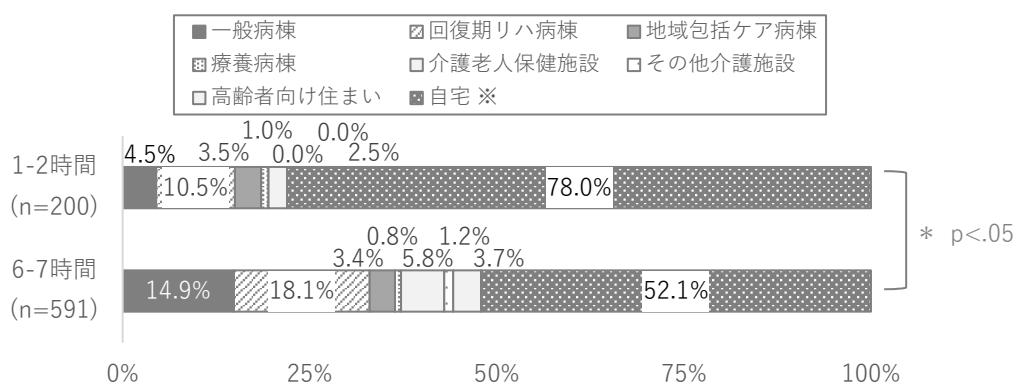


図 4-14 利用前の所在（利用時間別）



利用開始までの期間は、3日以内が32.4%と最も高かったが、ついで2週間超が26.0%であった。介護度別では、要支援1-2にて2週間超、要介護3-5にて3日以内の割合が高かった（図4-15）。医療機関入院・入所中において退院・退所時カンファレンスへ参加したことのある割合は、29.7%であった。介護度別にみると関連性を認め、要介護3-5において参加ありの割合が比較的高かった（図4-16）。

図 4-15 利用開始までの期間

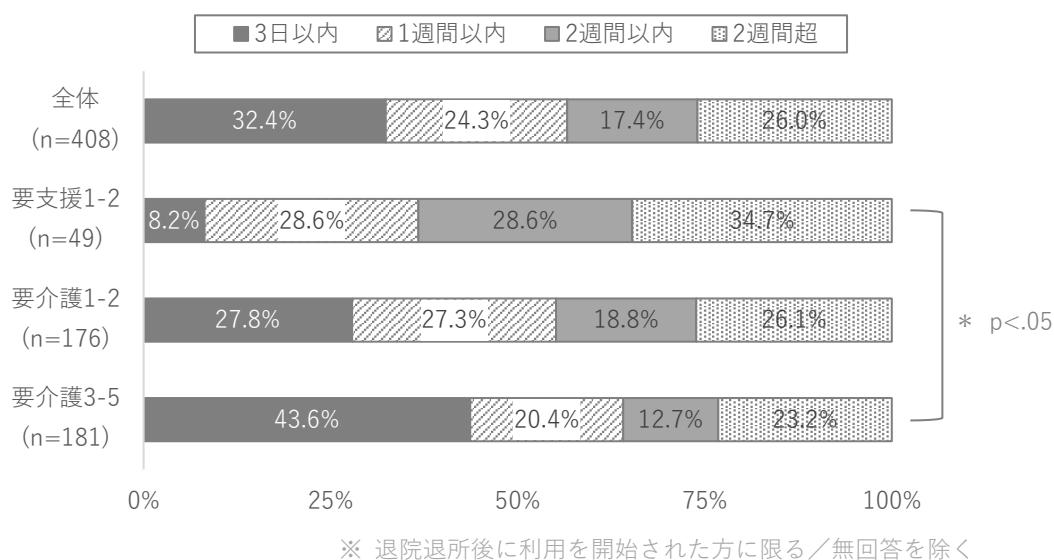
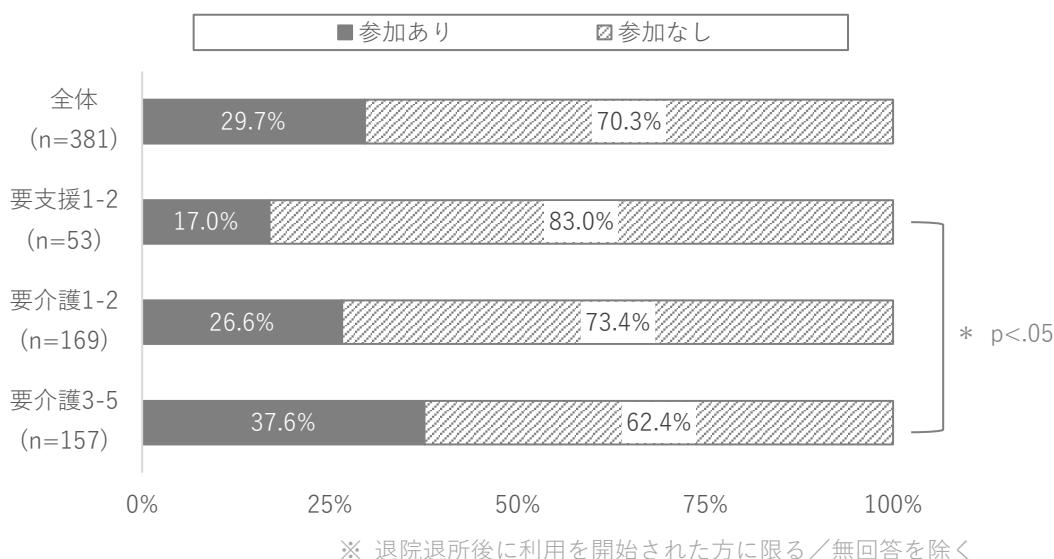
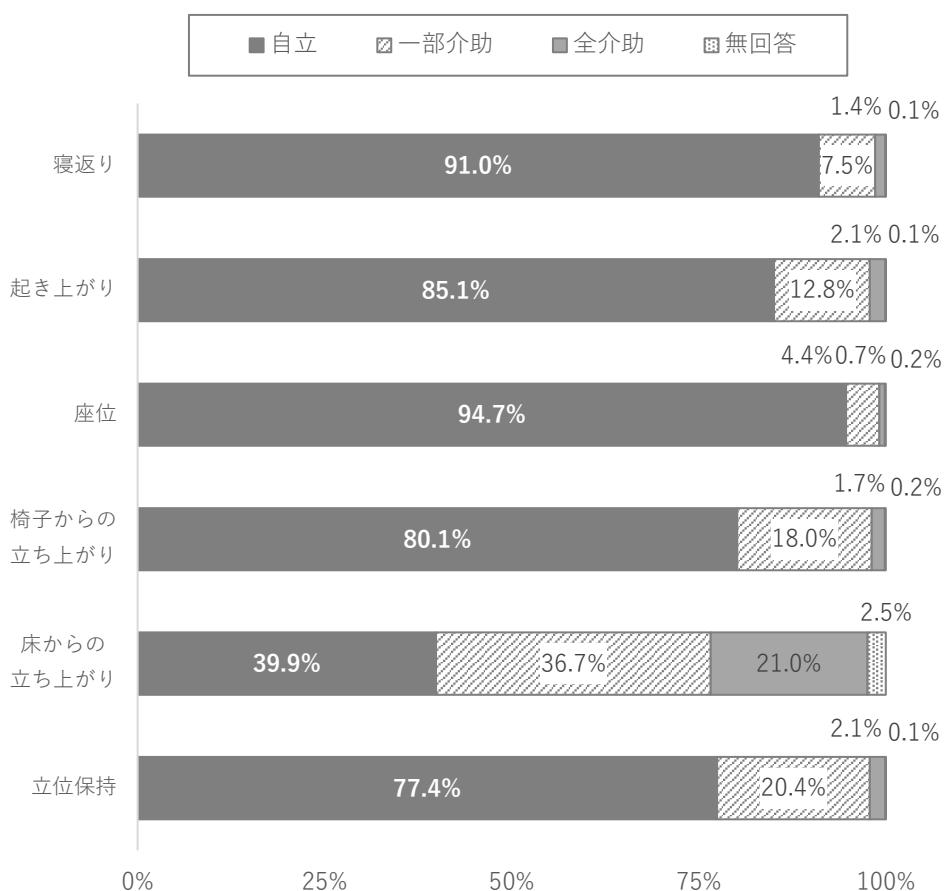


図 4-16 医療機関入院・入所中における退院・退所時カンファレンスへの参加有無



基本動作の実施状況について、各項目における自立の割合は、寝返り・座位が9割を超え、起き上がり、椅子からの立ち上がり、立位保持が約8割であった（図4-17）。

図 4-17 基本動作の実施状況割合



利用開始時のADLは、80点以上が合わせて67.6%であった。また、介護度が高くなるに併せ75点以下の割合が上昇していた（図4-18）。また、利用時間別にみると、1-2時間にて80点以上の割合が高い傾向を示した（図4-19）。さらに、利用時間別に減点された項目をみると、1-2時間は階段昇降、平地歩行、入浴、6-7時間ではさらに更衣、イスとベッド間の移乗、トイレ動作の割合が高かった（図4-20）。

図 4-18 開始時の A D L （Barthel index）

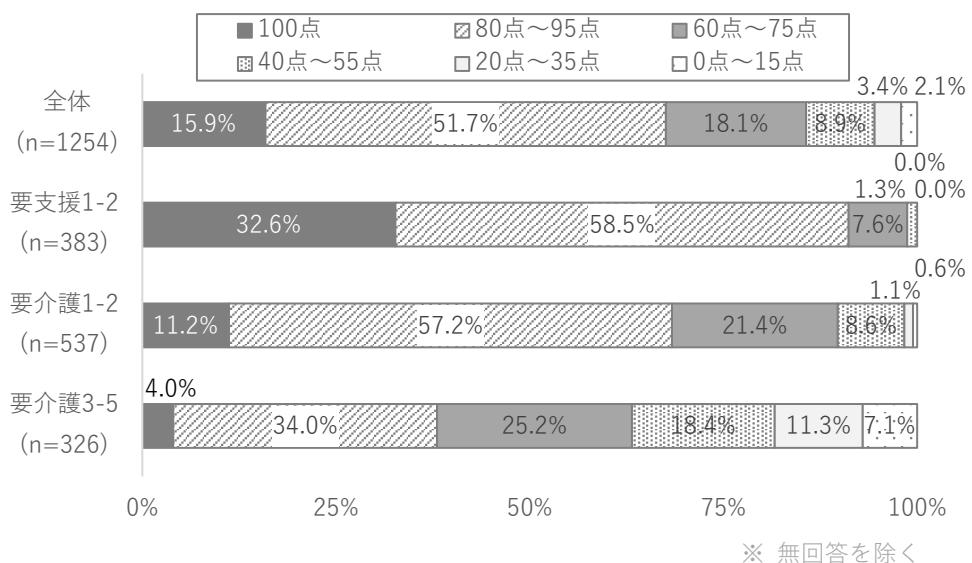


図 4-19 開始時の A D L （Barthel index）（利用時間別）

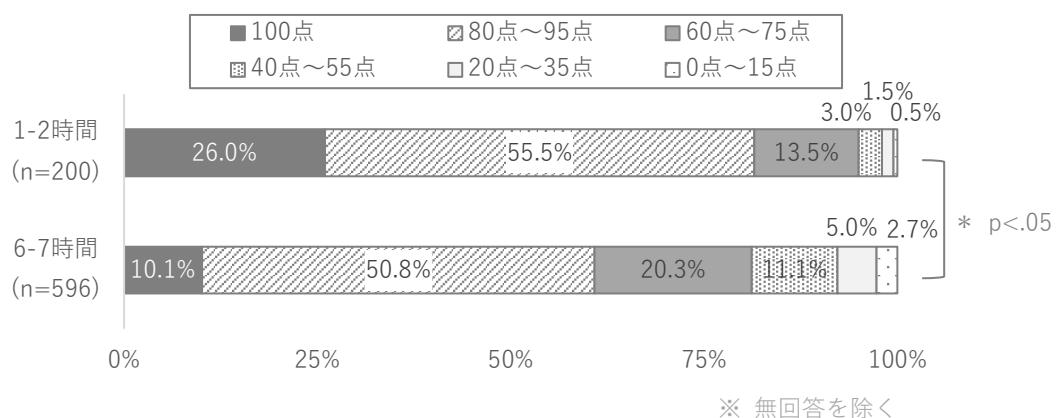
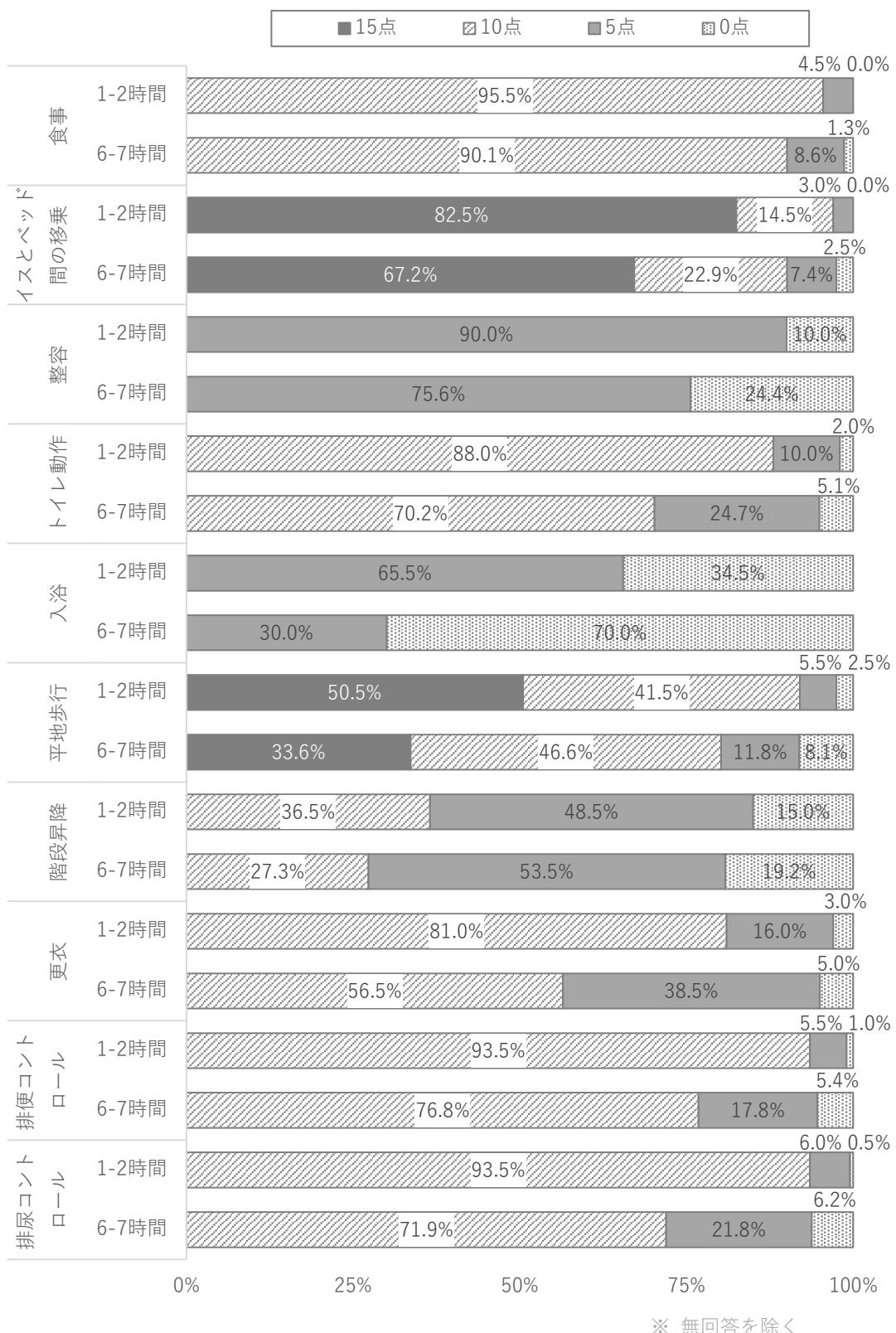


図 4-20 開始時の A D L (Barthel index) の点数割合 (利用時間別)



利用開始時のIADLは、0～9点にて58.3%であった。また、介護度が高くなるに併せ0～9点の割合が上昇していた。(図4-21)。利用時間別にみると、1-2時間では10～18点、6-7時間では0～9点の割合がそれぞれ最も高かった(図4-22)。

図 4-21 開始時の I A D L (FAI)

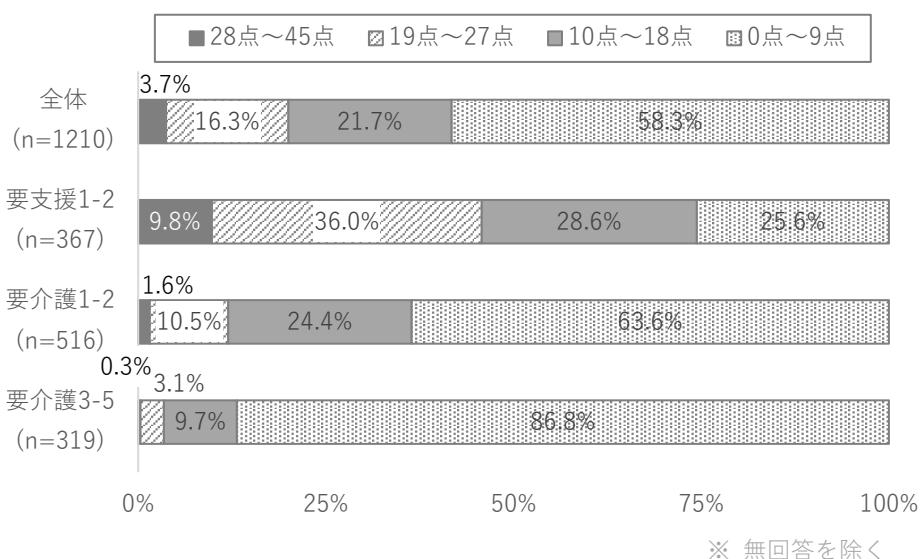
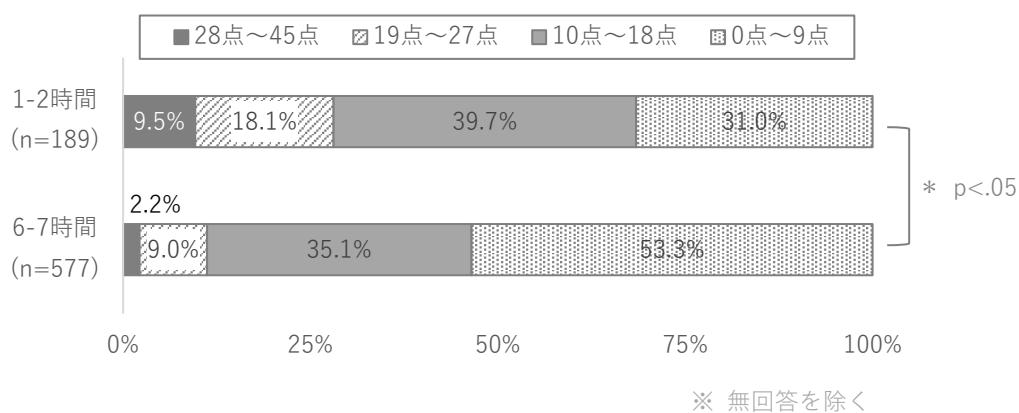
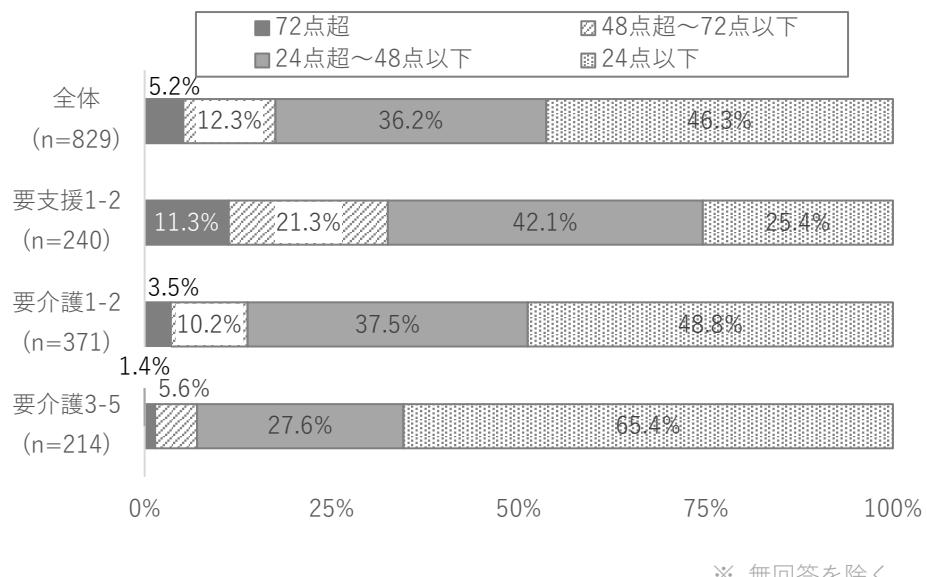


図 4-22 開始時の I A D L (FAI) (利用時間別)



利用開始時における生活空間の広がり（LSA）は、24点以下が46.3%と最も高かった。また、介護度が高くなるに併せ24点以下の割合が上昇していた（図4-23）。

図 4-23 開始時の生活空間の広がり（LSA）



認知機能評価の点数について、21点以上の割合は60.9%であった（図4-24）。また、認知症有無別に介護度をみると、認知症なし群にて要支援1-2の割合が比較的高かった（図4-25）。さらに、ADLでは認知症なし群にて80点以上の割合が高かった（図4-26）。

図 4-24 認知機能評価

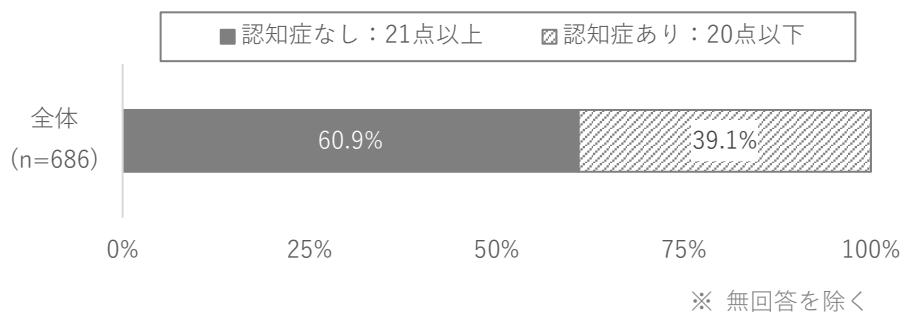


図 4-25 介護度（認知症有無別）

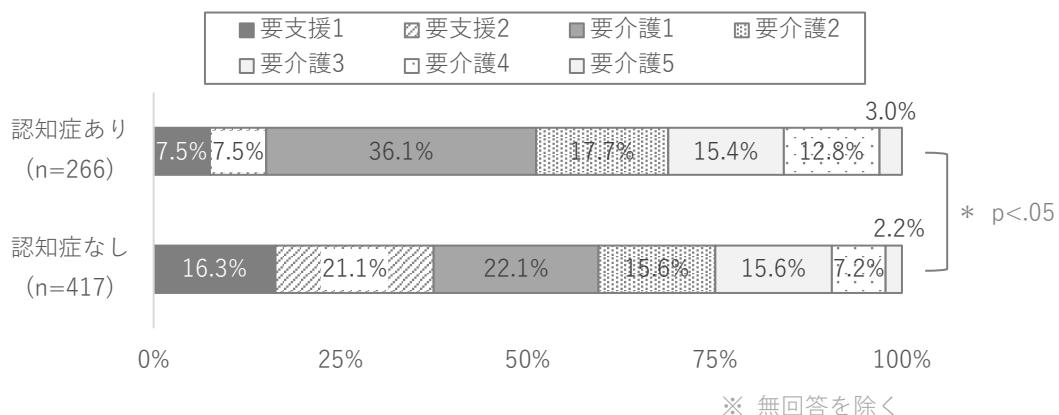
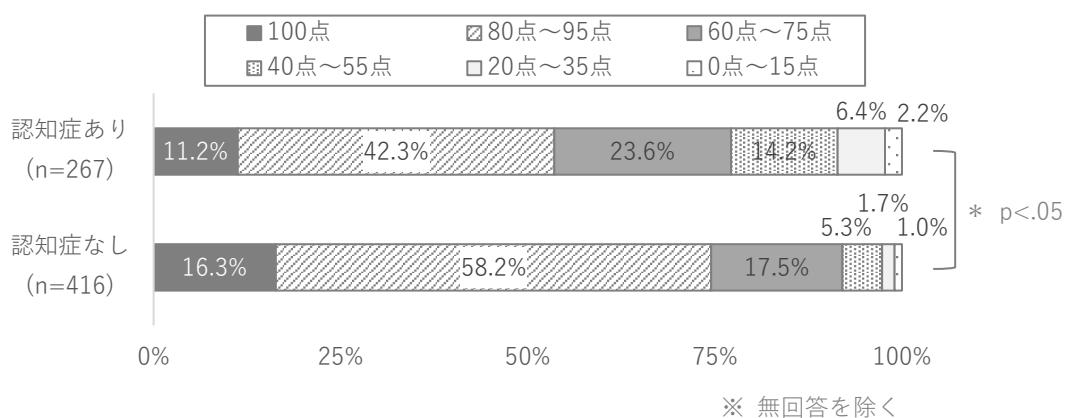
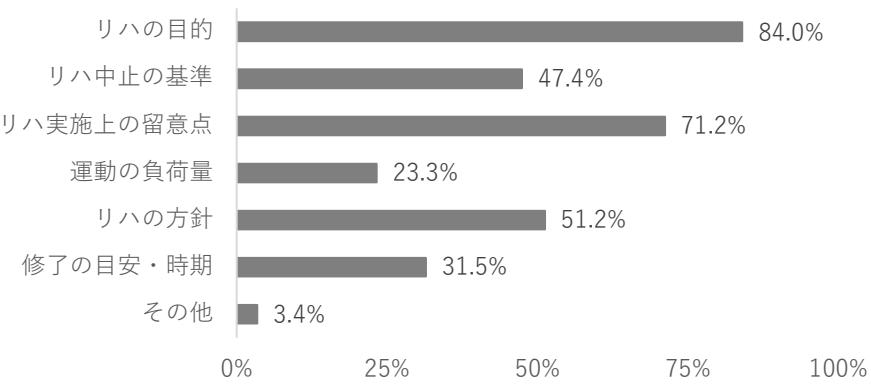


図 4-26 A D L (Barthel index) (認知症有無別)



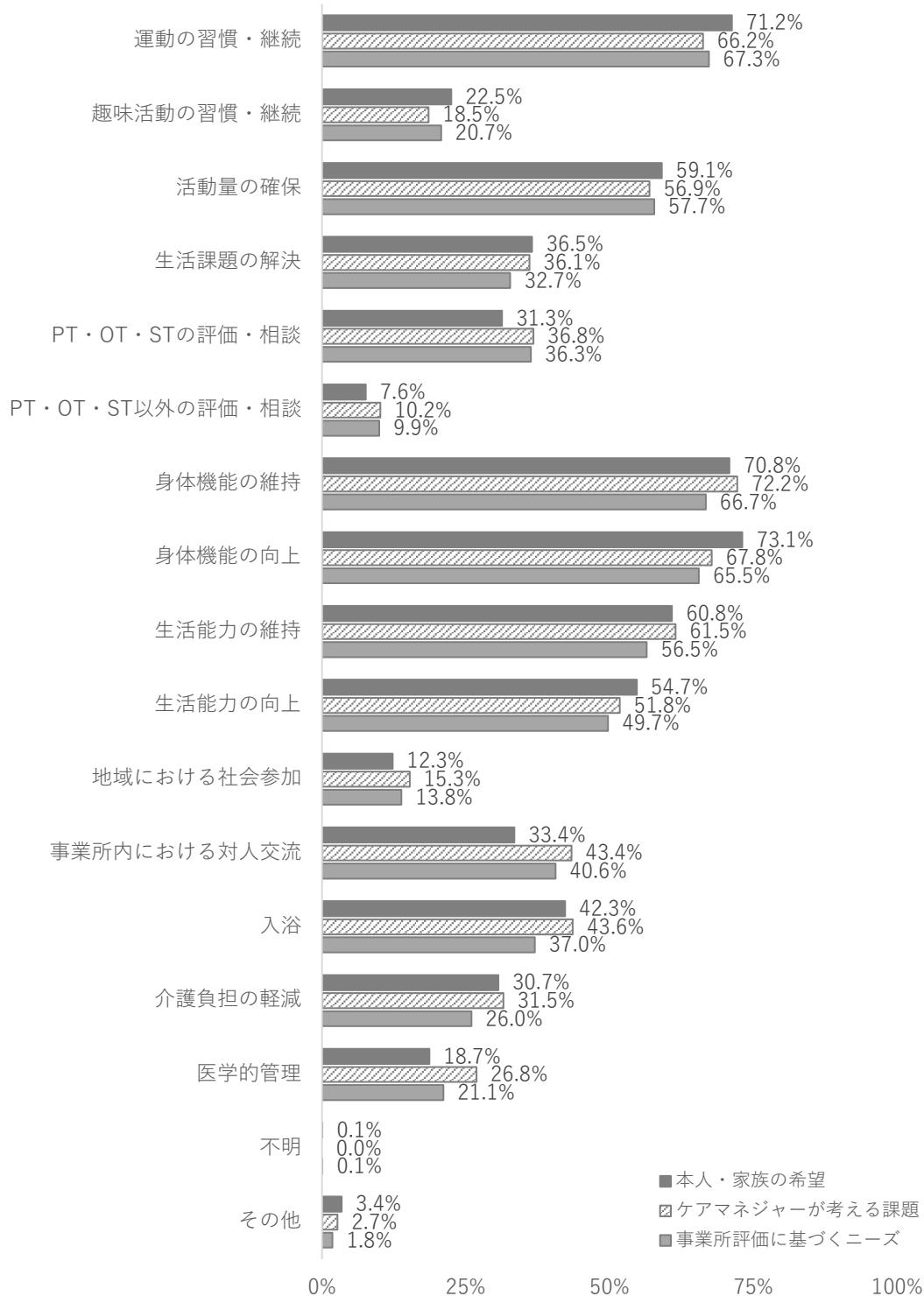
医師の具体的な指示の内容について、リハの目的は84.0%であった。また、リハ実施上の留意点71.2%、リハ中止の基準47.4%、運動の負荷量23.3%であった（図4-27）。

図 4-27 医師の具体的な指示の内容 (n=1259)



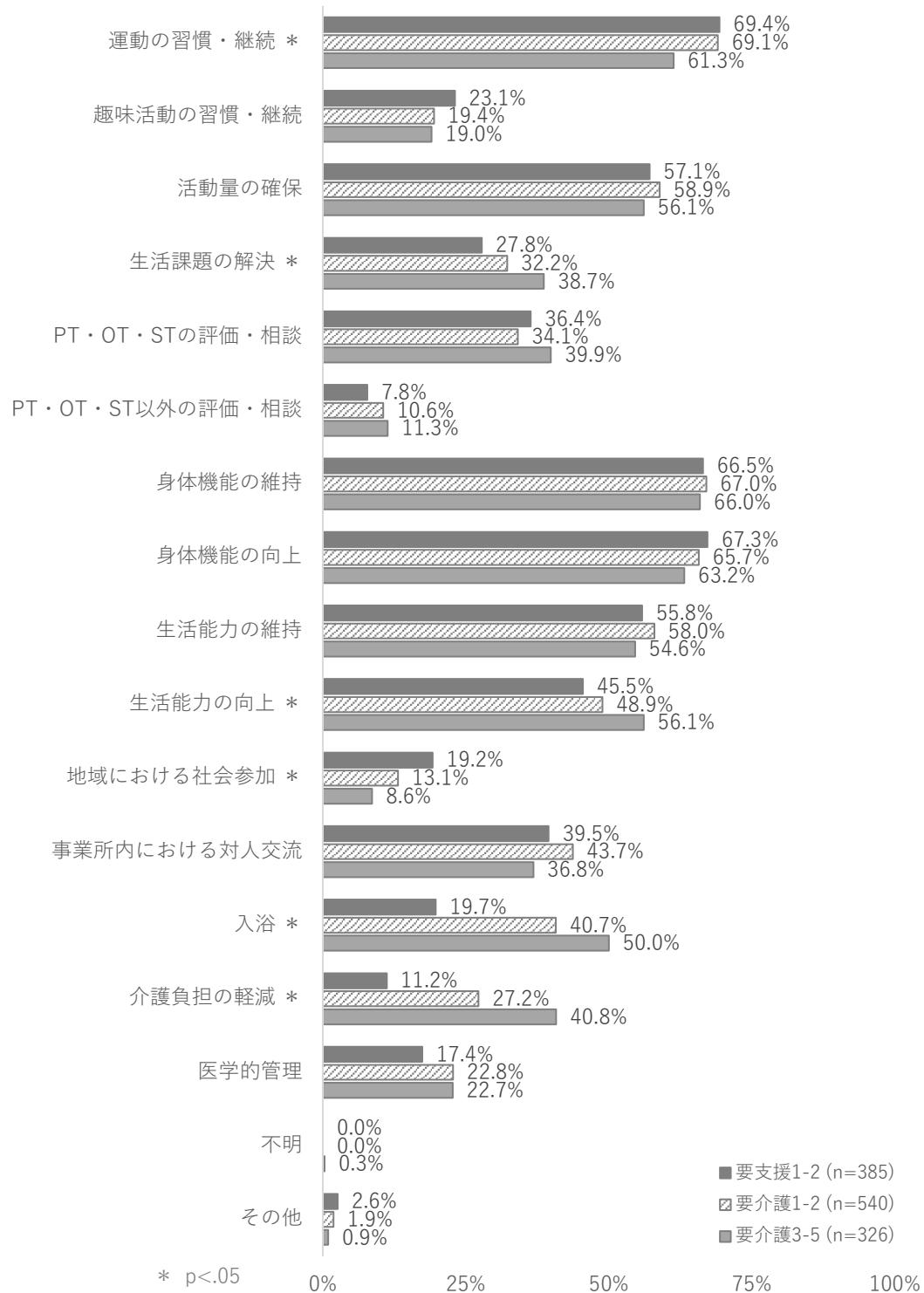
本人・家族の希望、ケアマネジャーが考える課題、事業所の評価に基づくニーズは、同様の傾向を示し、身体機能の維持向上、生活能力の維持向上、運動の習慣・継続、活動量の確保の割合が高かった（図4-28）。

図 4-28 利用の目的・ニーズ・目標 (n=1259)



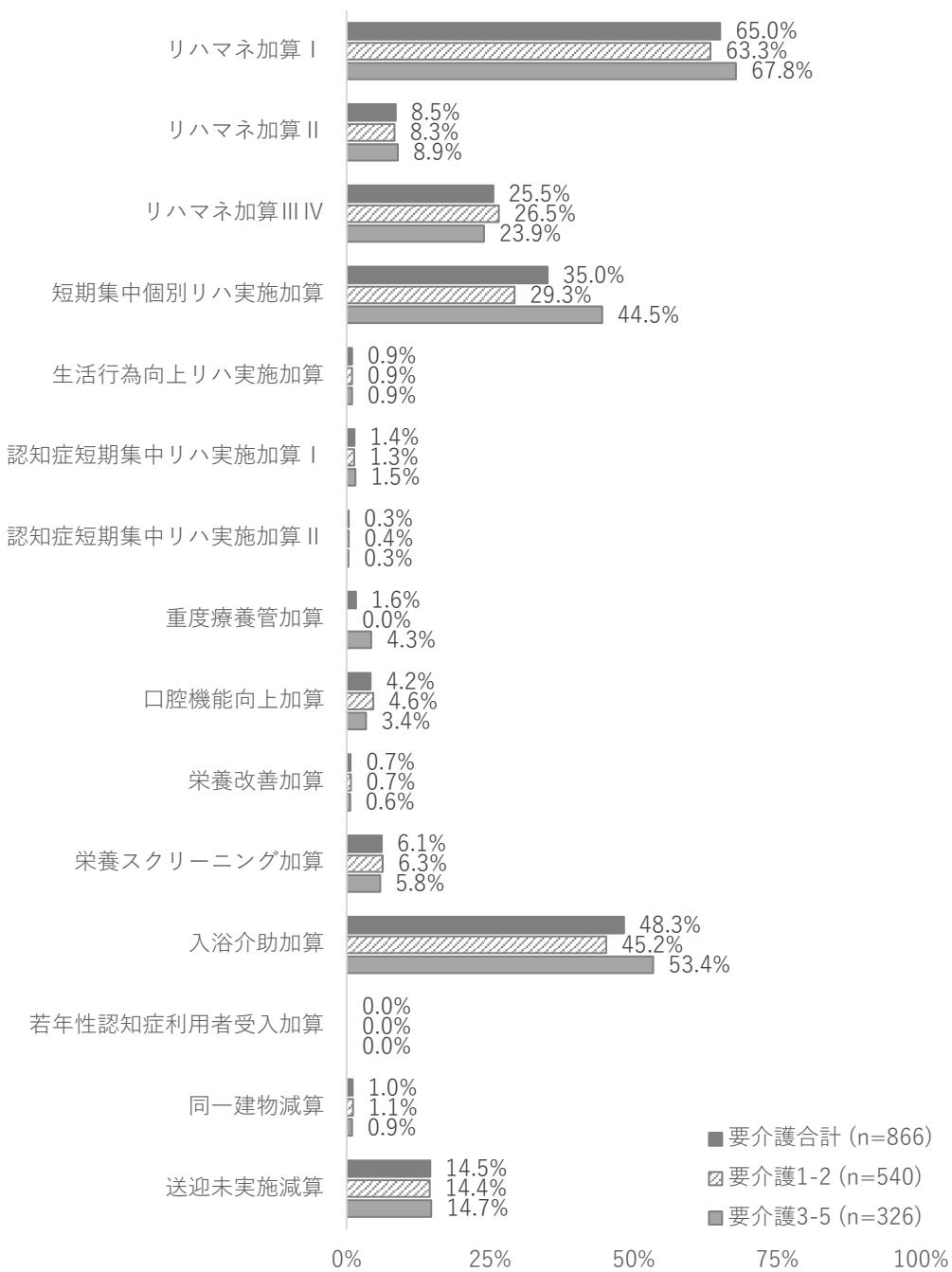
事業所の評価に基づくニーズについて介護度別にみると6項目に関連性がみられ、要支援1-2では地域における社会参加、要介護3-5では入浴、介護負担の軽減、生活能力の向上の割合が比較的高かった（図4-29）。

図 4-29 事業所の評価に基づくニーズ



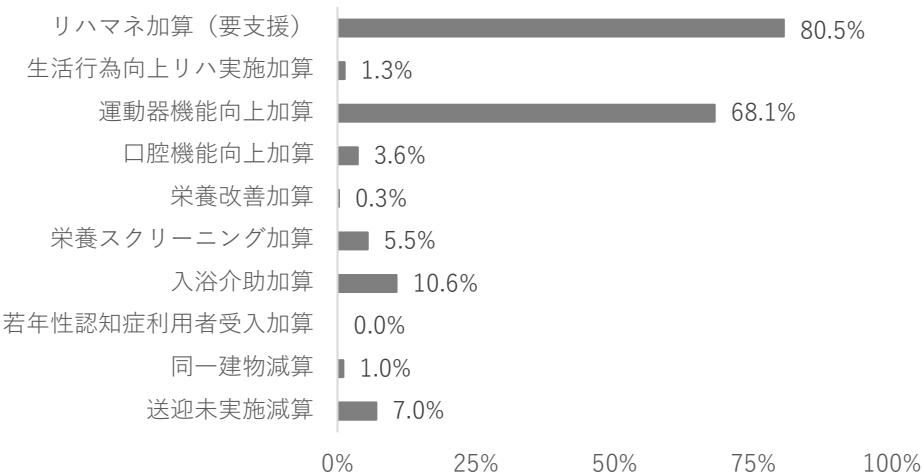
要介護における各種加算の実施状況として、リハマネ加算Ⅰは65.0%、リハマネ加算ⅢIVは25.5%であった。また、入浴介助加算が48.3%、短期集中個別リハ実施加算が35.0%であった（図4-30）。

図 4-30 要介護における各種加算の実施状況



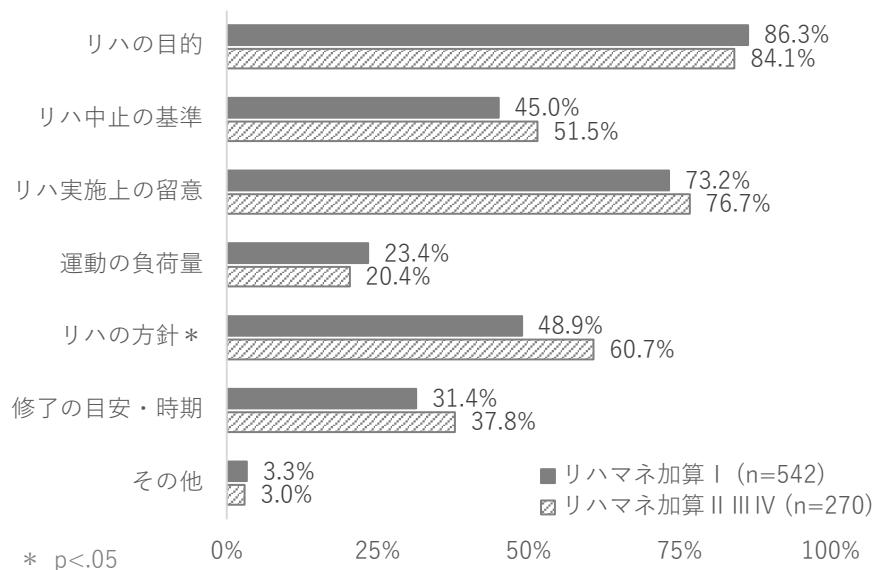
要支援における各種加算の実施状況として、リハマネ加算（要支援）は80.5%であった。また、運動器機能向上加算は68.1%であったが、口腔機能向上加算や栄養改善加算は低値であった（図4-31）。

図 4-31 要支援における各種加算の実施状況（n=385）



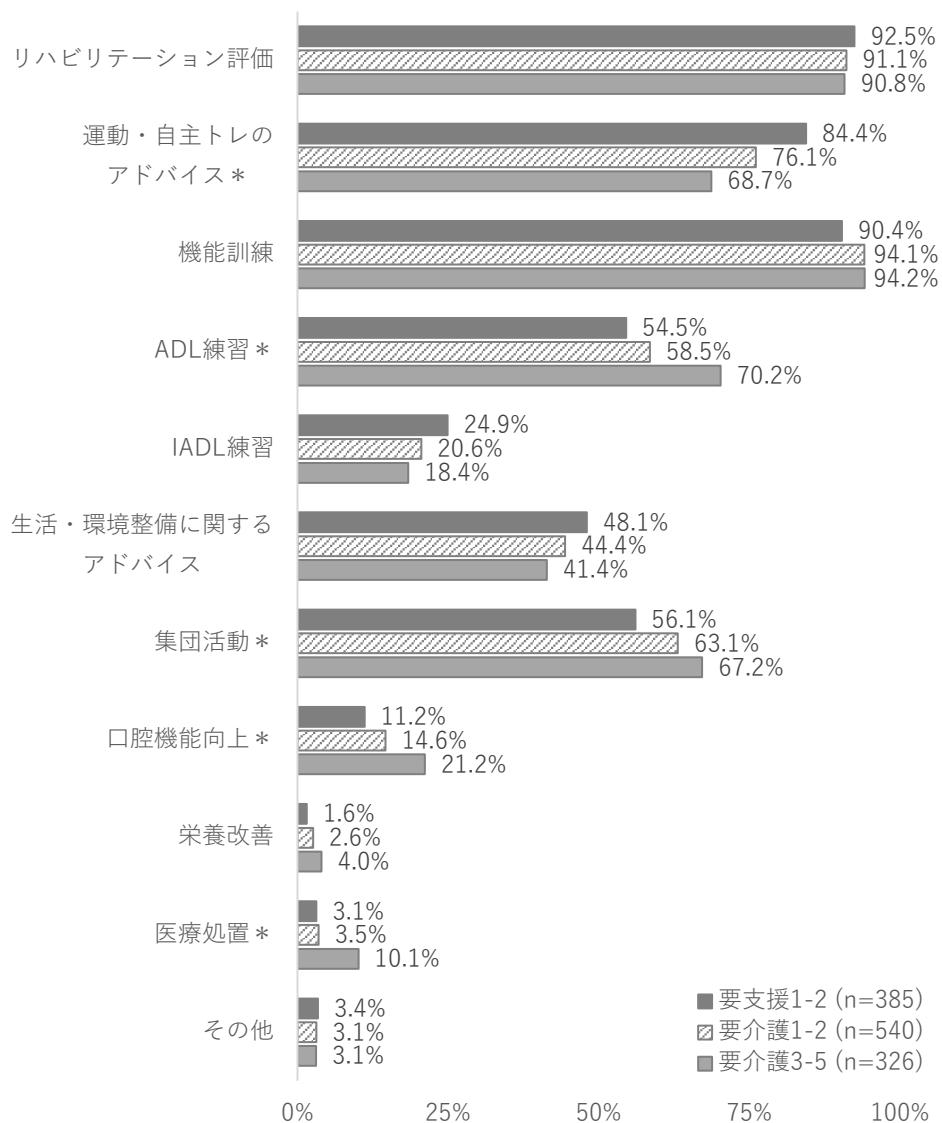
医師の具体的な指示の内容についてリハマネ加算別にみると、リハの方針に関連性を認め、リハマネ加算 II III IV 算定者にて高い割合を示した（図4-32）。

図 4-32 医師の具体的な指示の内容（リハマネ加算別）



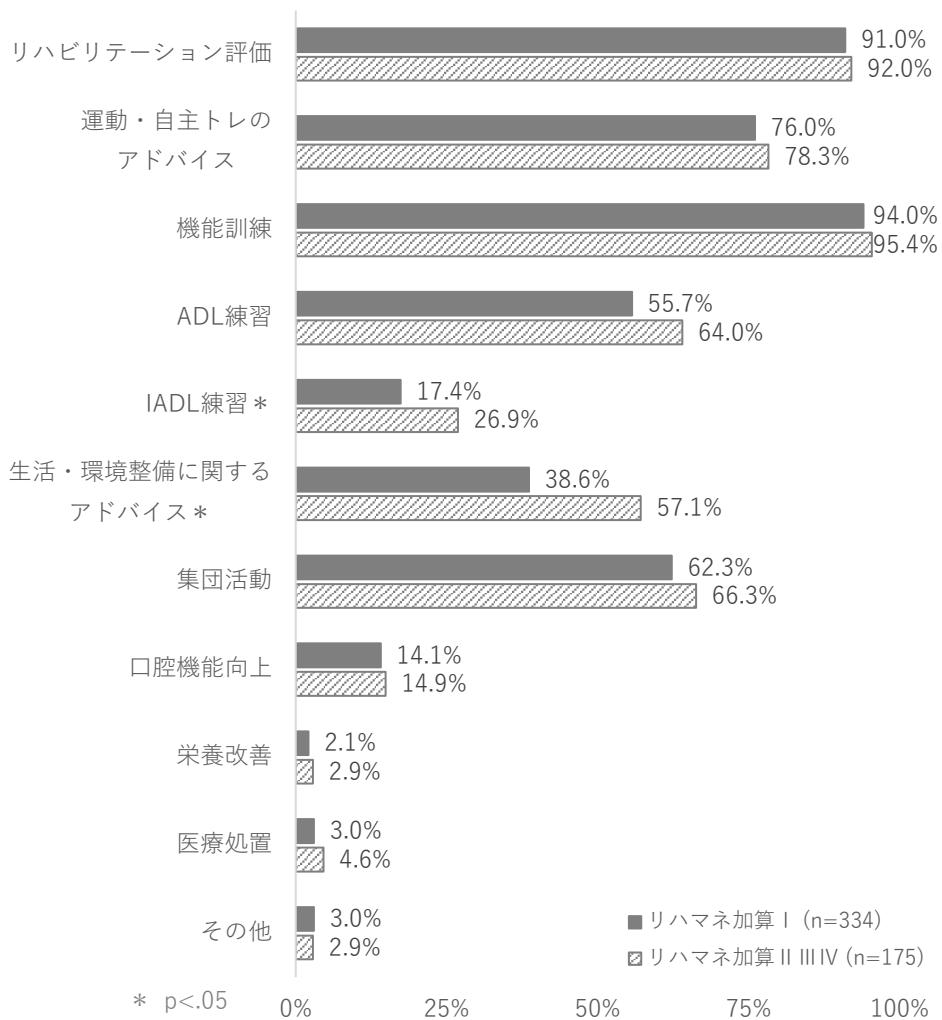
提供サービス内容について介護度別にみると、5項目に関連性を認めた。要支援1-2は、運動・自主トレのアドバイスの割合が、要介護3-5はADL練習、集団活動、口腔機能向上、医療処置の割合が高い傾向を示した（図4-33）。

図 4-33 提供サービス内容（介護度別）



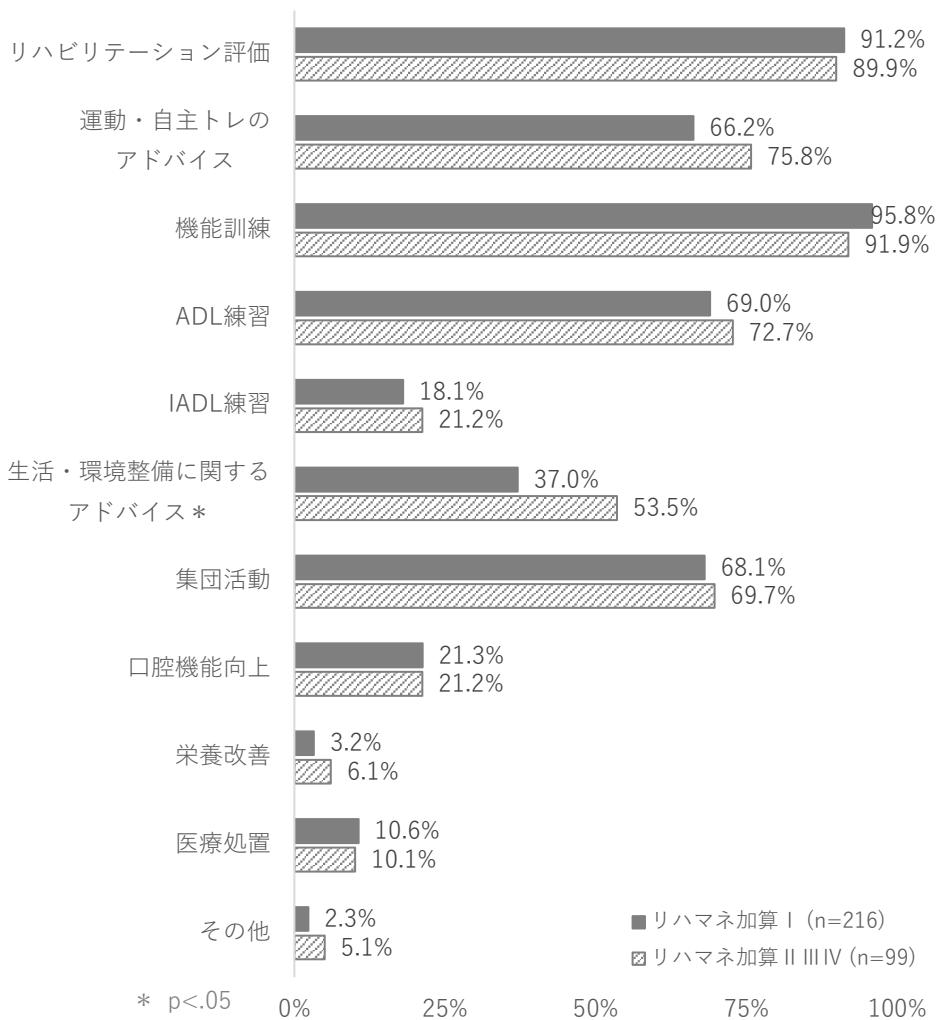
要介護1-2への提供サービス内容についてリハマネ加算別にみると、IADL練習、生活・環境整備に関するアドバイスの項目に関連性を認め、リハマネ加算II III IV算定者にて高値であった（図4-34）。

図 4-34 提供サービス内容（要介護 1-2）（リハマネ加算別）



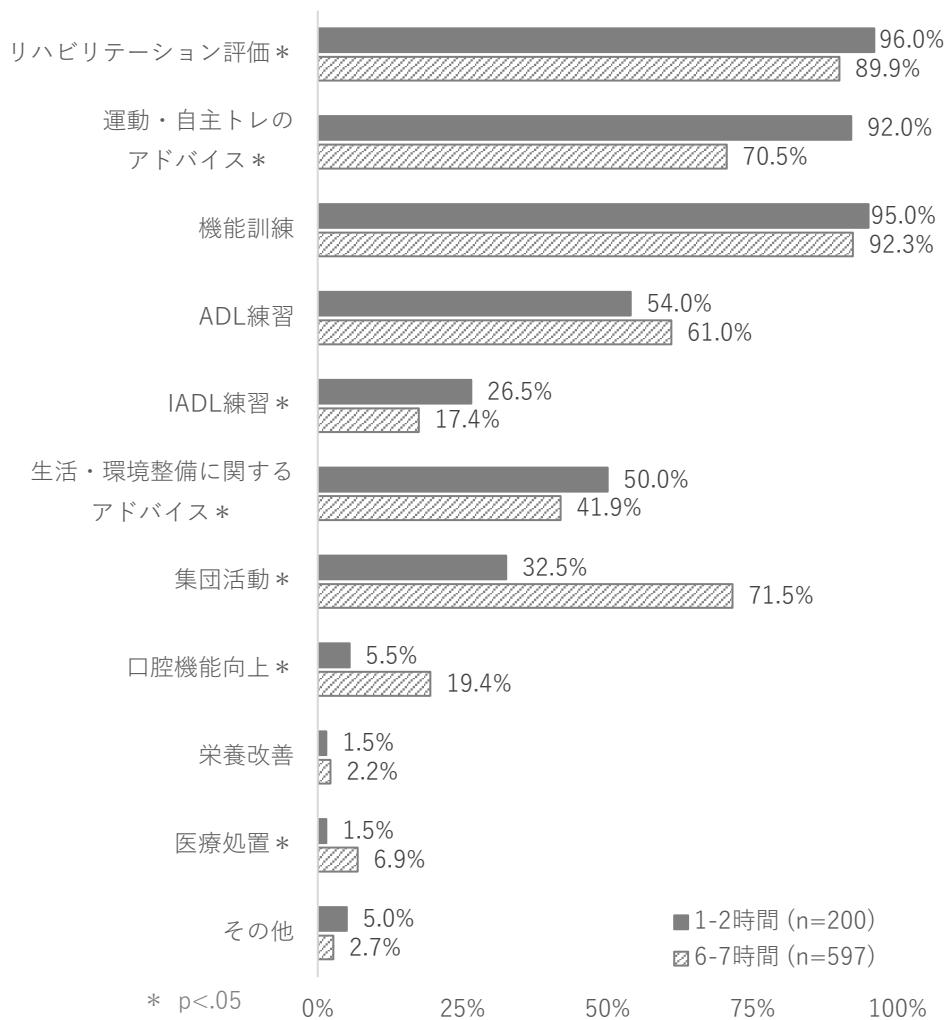
要介護3-5への提供サービス内容についてリハマネ加算別にみると、生活・環境整備に関するアドバイスの項目に関連性を認め、リハマネ加算II III IV算定者にて高値であった（図4-35）。

図4-35 提供サービス内容（要介護3-5）（リハマネ加算別）

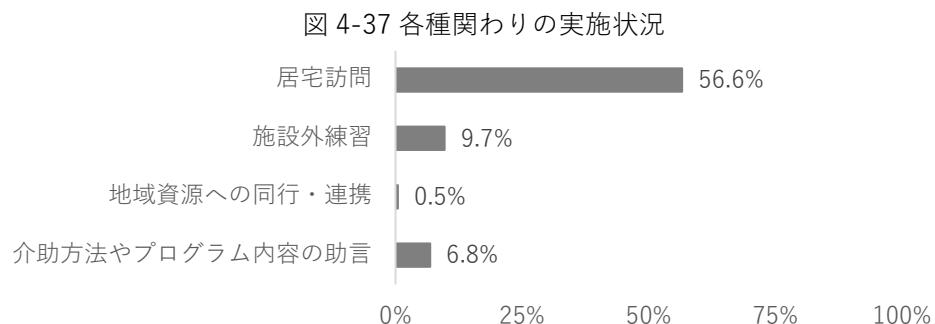


提供サービス内容について利用時間別にみると7項目に関連性を認め、1-2時間にてリハビリテーション評価、運動・自主トレのアドバイス、IADL練習、生活・環境整備に関するアドバイスの項目が、6-7時間にて集団活動、口腔機能向上、医療処置の項目がそれぞれ高かった（図4-36）。

図 4-36 提供サービス内容（利用時間別）



各種関わりの実施状況として、居宅訪問は56.6%、施設外練習は9.7%であった（図4-37）。



6ヶ月後のADLの変化について、介護度別、利用開始時BI60点以上におけるリハマネ加算別、利用時間別にて関連性を認め、要介護1-2・要介護3-5、リハマネ加算 II IIIIV算定者、6-7時間にて向上の割合が高い傾向であった。一方、認知症有無別、事業所規模別において関連性はみられなかった（図4-38～42）。

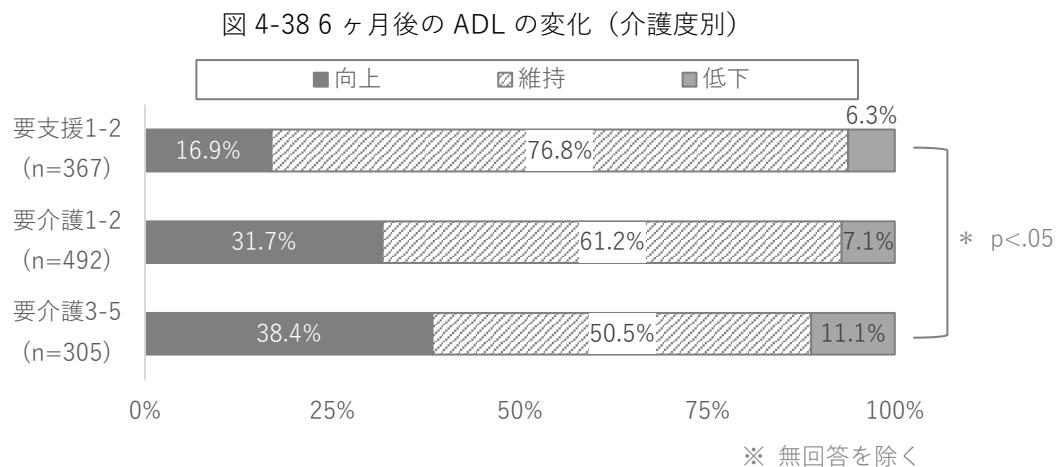


図 4-39 6 ヶ月後の ADL の変化（利用開始時 BI60 点以上）（リハマネ加算別）

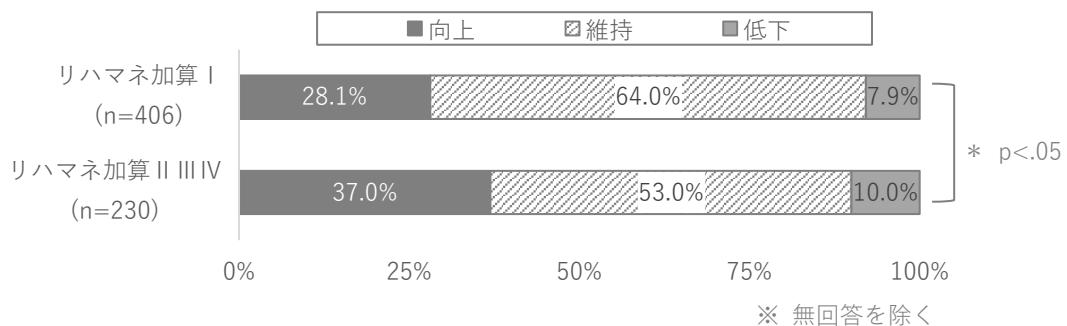


図 4-40 6 ヶ月後の ADL の変化（利用時間別）

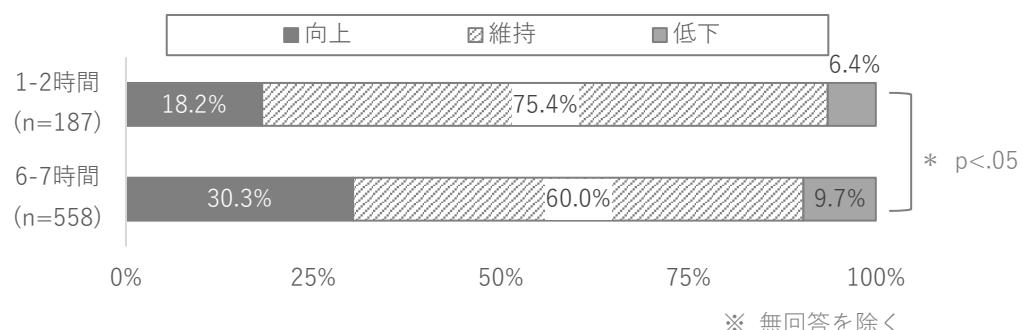


図 4-41 6 ヶ月後の ADL の変化（認知症有無別）

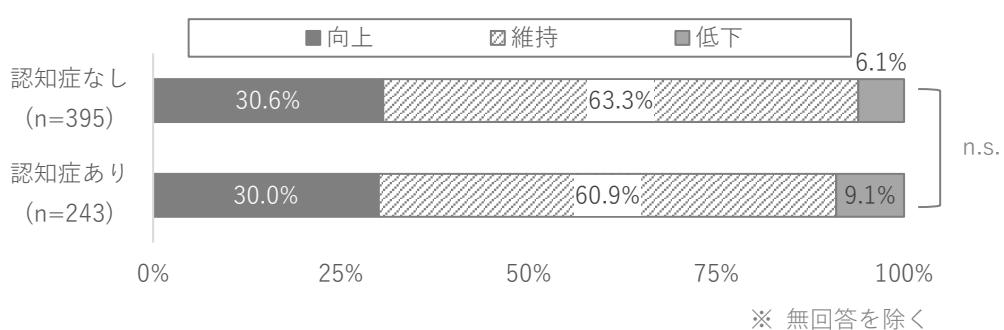
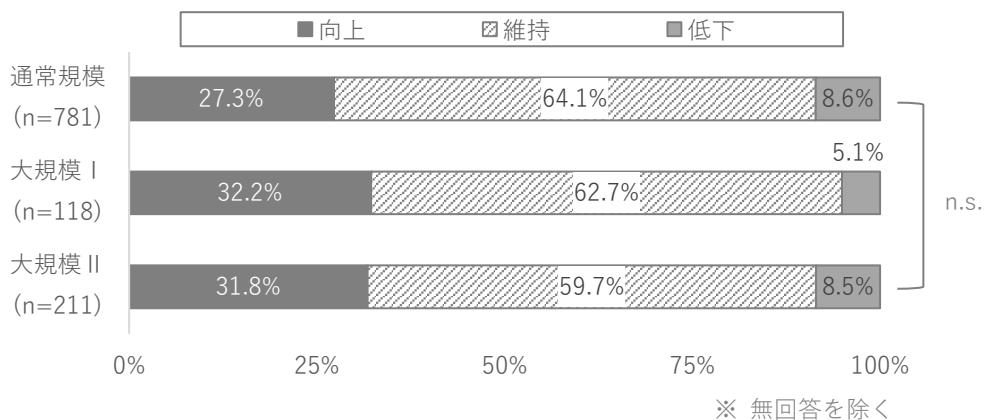


図 4-42 6 ヶ月後の ADL の変化（事業所規模別）



6ヶ月後のIADLの変化について、リハマネ加算別、事業所規模別にて関連性を認め、リハマネ加算II III IV算定者、大規模IIにて向上の割合が高い傾向であった。一方、介護度別、利用時間別において関連性はみられなかった（図4-43～46）。

図4-43 6ヶ月後のIADLの変化（介護度別）

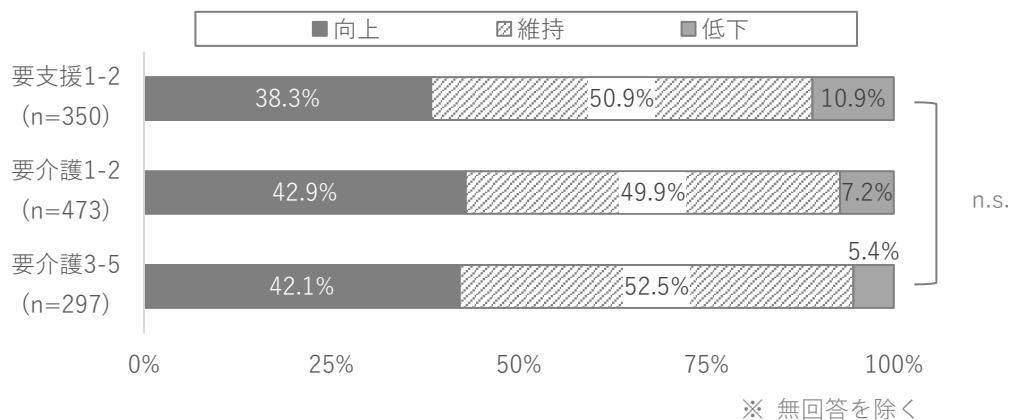


図4-44 6ヶ月後のIADLの変化（リハマネ加算別）

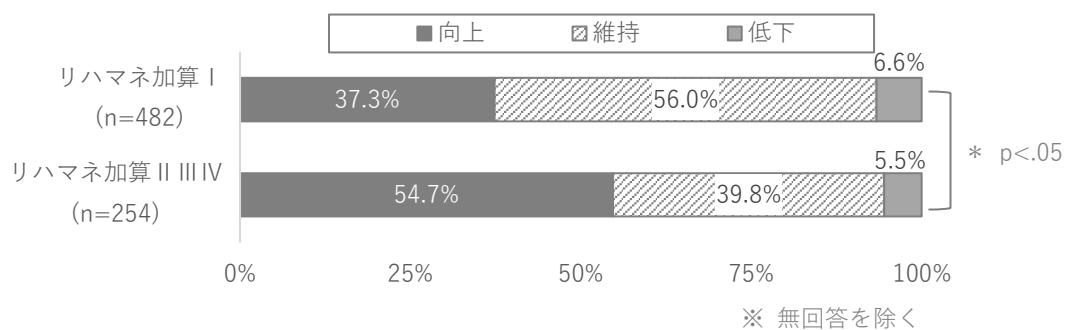


図4-45 6ヶ月後のIADLの変化（利用時間別）

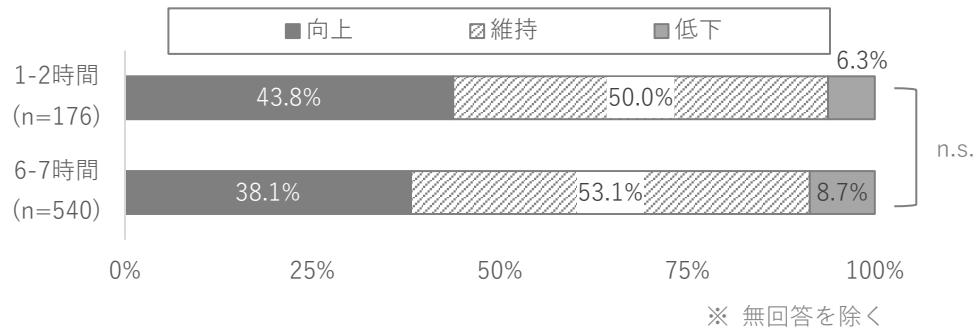
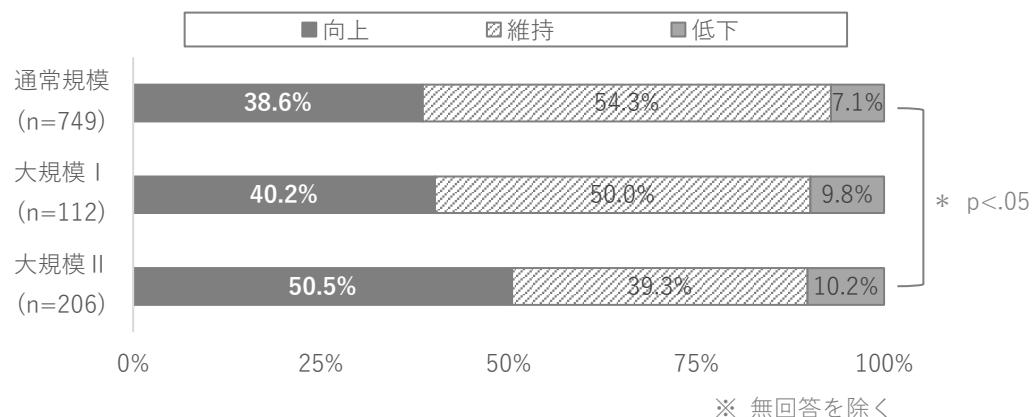


図 4-46 6ヶ月後の IADL の変化（事業所規模別）



6ヶ月後のLSAの変化について、介護度別、リハマネ加算別、事業所規模別にて関連性を認め、要介護1-2・要介護3-5、リハマネ加算II IIIIV算定者、大規模I・大規模IIにて向上の割合が高い傾向であった。一方、利用時間別において関連性はみられなかった（図4-47～50）。

図 4-47 6ヶ月後の LSA の変化（介護度別）

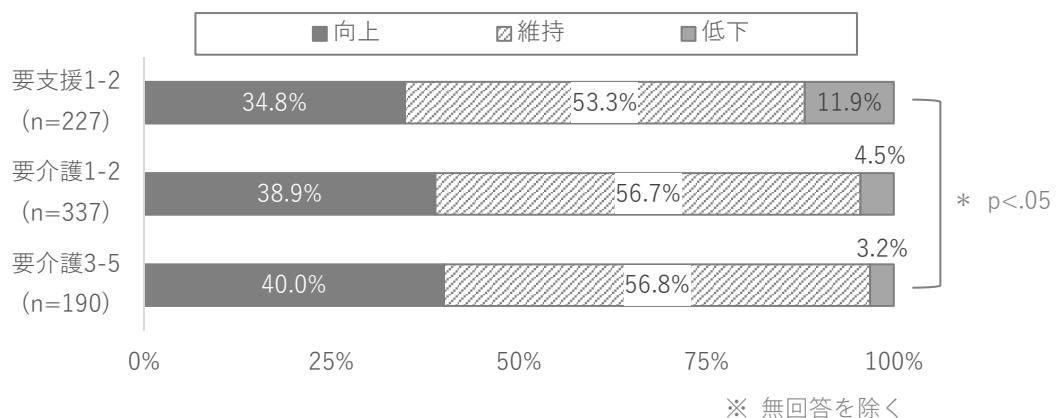


図 4-48 6ヶ月後の LSA の変化（リハマネ加算別）

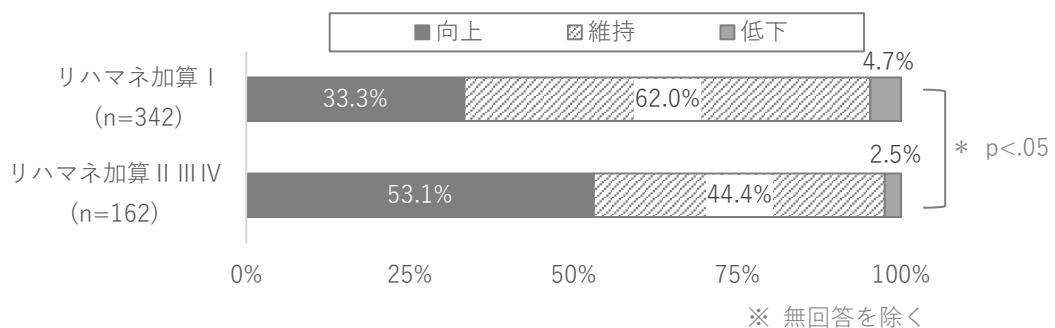


図 4-49 6ヶ月後の LSA の変化（利用時間別）

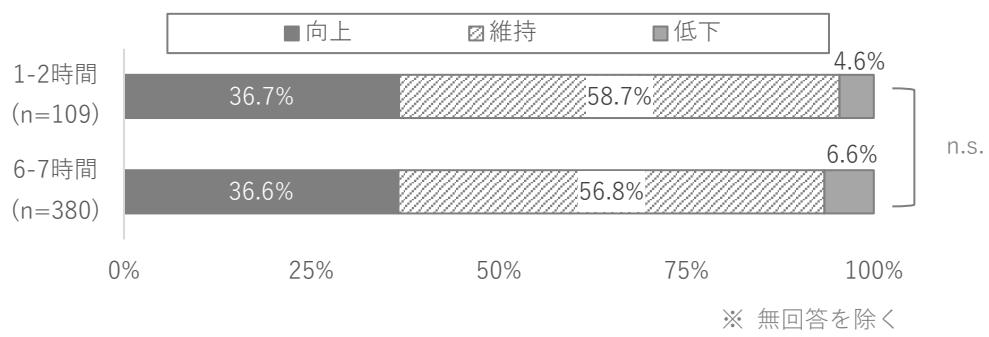
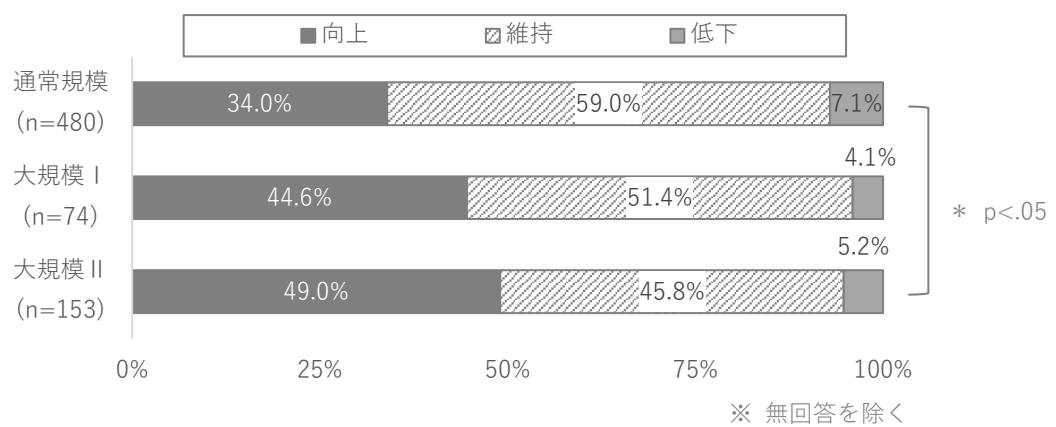


図 4-50 6ヶ月後の LSA の変化（事業所規模別）



6ヶ月後の利用目標の達成度は介護度別に関連性を認めなかった。達成の割合は、運動の習慣・継続、PT・OT・STの評価・相談、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、入浴にて概ね7割を超えた。一方、地域における社会参加は未達成が2割を超えていた（表4-1）。

表 4-1 6ヶ月後の利用目標の達成度（介護度別）

		n	達成	一部達成	未達成	p
運動の習慣・継続	要支援1-2	320	72.8%	21.6%	5.6%	ns
	要介護1-2	398	72.1%	23.6%	4.3%	
	要介護3-5	226	69.5%	25.2%	5.3%	
趣味活動の習慣・継続	要支援1-2	148	56.8%	31.8%	11.5%	ns
	要介護1-2	157	59.2%	27.4%	13.4%	
	要介護3-5	106	56.6%	32.1%	11.3%	
活動量の確保	要支援1-2	281	64.8%	29.5%	5.7%	ns
	要介護1-2	370	70.5%	25.4%	4.1%	
	要介護3-5	220	65.9%	30.0%	4.1%	
生活課題の解決	要支援1-2	155	40.0%	49.0%	11.0%	ns
	要介護1-2	218	40.8%	48.2%	11.0%	
	要介護3-5	176	38.6%	48.3%	13.1%	
PT・OT・STの評価・相談	要支援1-2	176	72.2%	25.0%	2.8%	ns
	要介護1-2	238	73.1%	24.8%	2.1%	
	要介護3-5	163	69.3%	30.7%	0.0%	
PT・OT・ST以外の評価・相談	要支援1-2	54	51.9%	42.6%	5.6%	ns
	要介護1-2	97	66.0%	28.9%	5.2%	
	要介護3-5	67	52.2%	46.3%	1.5%	
身体機能の維持	要支援1-2	301	76.7%	18.6%	4.7%	ns
	要介護1-2	406	78.3%	17.2%	4.4%	
	要介護3-5	257	74.3%	21.4%	4.3%	
身体機能の向上	要支援1-2	299	41.1%	45.5%	13.4%	ns
	要介護1-2	397	43.6%	44.3%	12.1%	
	要介護3-5	245	46.1%	42.4%	11.4%	
生活能力の維持	要支援1-2	277	75.1%	21.3%	3.6%	ns
	要介護1-2	368	76.9%	19.0%	4.1%	
	要介護3-5	229	69.4%	26.6%	3.9%	
生活能力の向上	要支援1-2	230	35.2%	49.6%	15.2%	ns
	要介護1-2	314	39.5%	49.4%	11.1%	
	要介護3-5	215	40.0%	47.4%	12.6%	
地域における社会参加	要支援1-2	104	42.3%	33.7%	24.0%	ns
	要介護1-2	107	43.0%	34.6%	22.4%	
	要介護3-5	52	34.6%	28.8%	36.5%	
事業所内における対人交流	要支援1-2	188	78.7%	18.1%	3.2%	ns
	要介護1-2	272	77.2%	19.5%	3.3%	
	要介護3-5	156	69.9%	26.3%	3.8%	
入浴	要支援1-2	100	79.0%	16.0%	5.0%	ns
	要介護1-2	241	80.5%	14.9%	4.6%	
	要介護3-5	187	82.4%	15.0%	2.7%	
介護負担の軽減	要支援1-2	71	47.9%	42.3%	9.9%	ns
	要介護1-2	193	53.9%	39.9%	6.2%	
	要介護3-5	175	51.4%	41.1%	7.4%	
医学的管理	要支援1-2	84	72.6%	17.9%	9.5%	ns
	要介護1-2	141	68.8%	28.4%	2.8%	
	要介護3-5	103	72.8%	21.4%	5.8%	

※ 無回答・非該当を除く

6ヶ月後の利用状況と今後の予定について、利用を継続し修了の予定はない方が8割を超えた（図4-51）。また、リハマネ加算別や利用時間別にて関連性を認め、リハマネ加算II III IV算定者や1-2時間にて目標を達成し修了している・修了予定であるの割合が高い傾向を示した(図4-52・53)。

図 4-51 6ヶ月後の利用状況と今後の予定

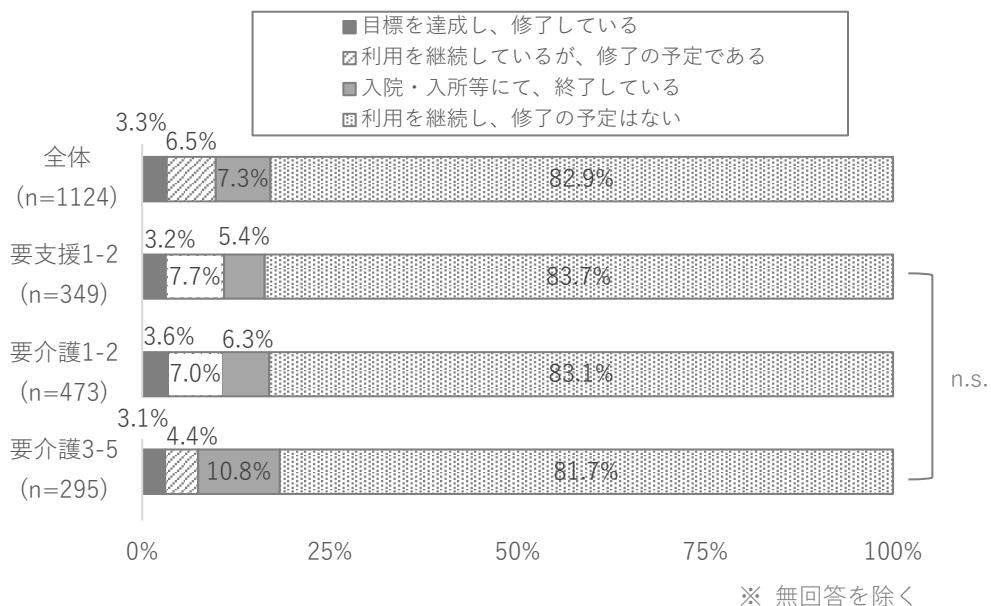


図 4-52 6ヶ月後の利用状況と今後の予定（リハマネ加算別）

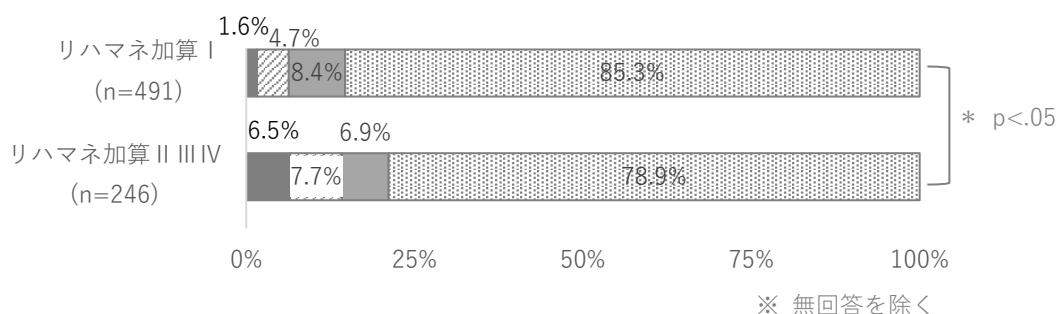
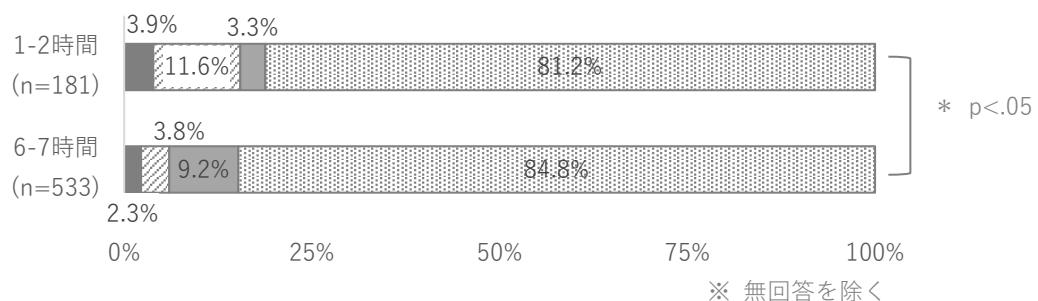


図 4-53 6ヶ月後の利用状況と今後の予定（利用時間別）



利用を継続する理由について関連性を認めた項目は、介護度別ではコミュニティを継続したい、継続的な在宅支援が必要であり、リハマネ加算別ではコミュニティを継続したいで  
あった（図4-54・55）。

図 4-54 利用を継続する理由

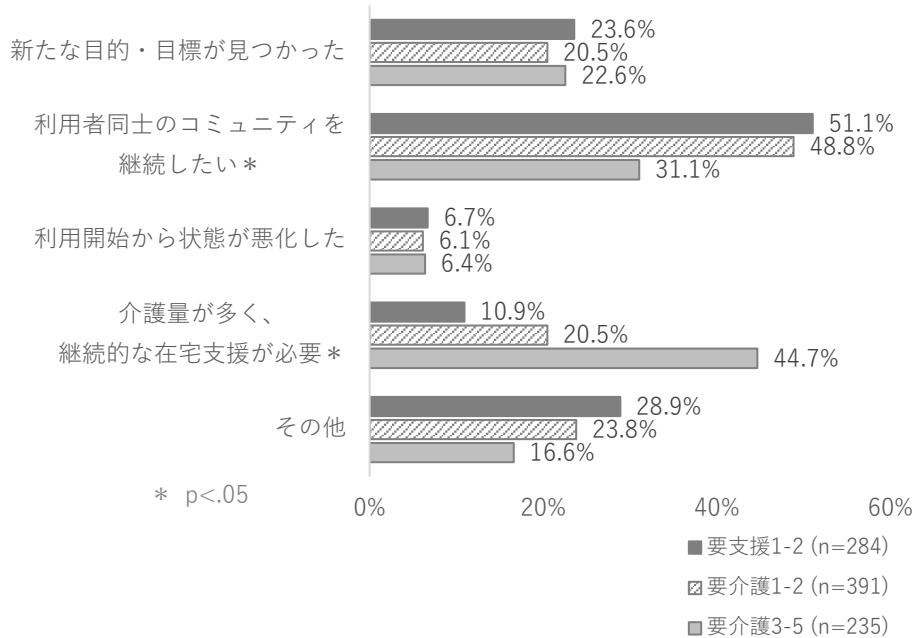
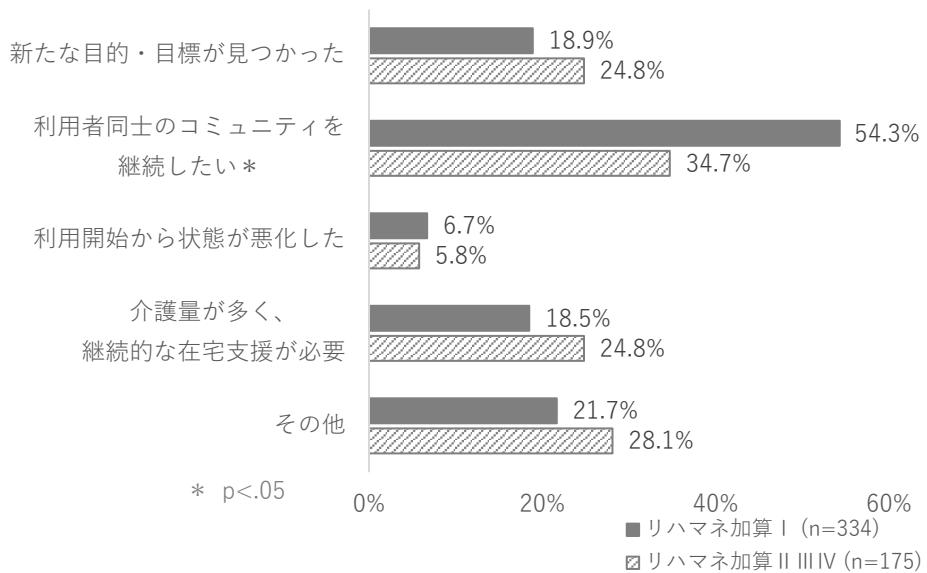


図 4-55 利用を継続する理由（リハマネ加算別）



## 2. 利用修了者の特性

利用開始時の介護度は、要支援1-2が38.6%、要介護1-2が38.6%、要介護3-5が22.5%であった（図4-56）。性別は男性が44.4%、女性が55.4%であった（図4-57）。

図 4-56 介護度

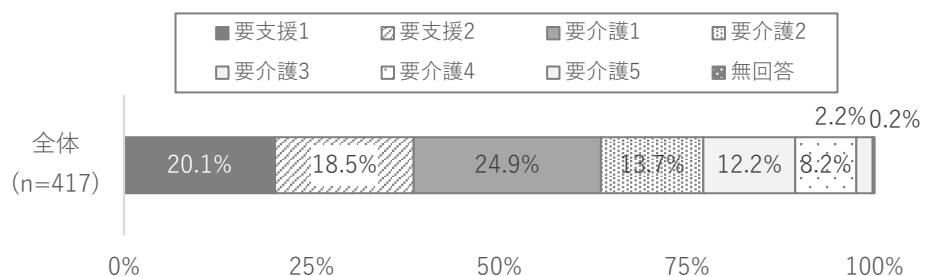
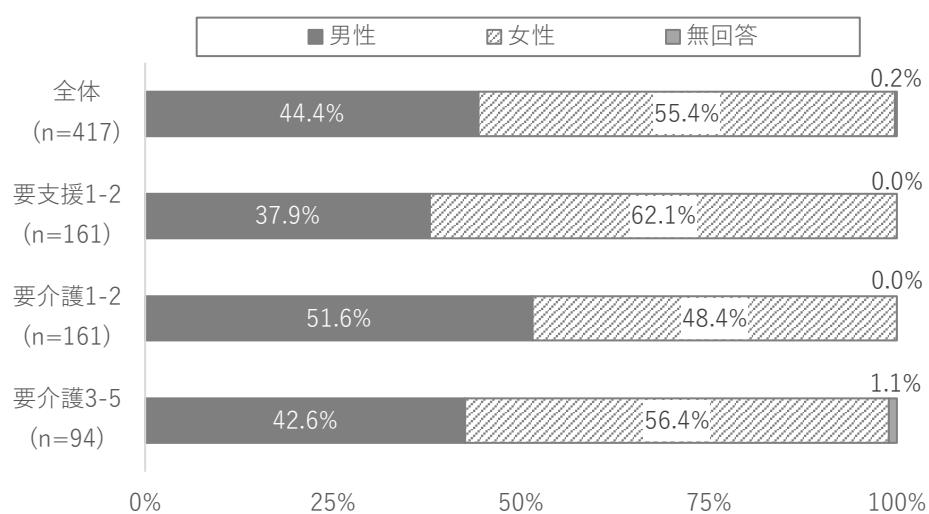


図 4-57 性別



年齢は75歳～84歳 44.6%、85歳以上 28.5%の順に割合が高かった（図4-58）。また、認知症高齢者の日常生活自立度は、非該当が5割と割合が最も高かった。介護度別にみても、同様の傾向であった（図4-59）。

図 4-58 年齢

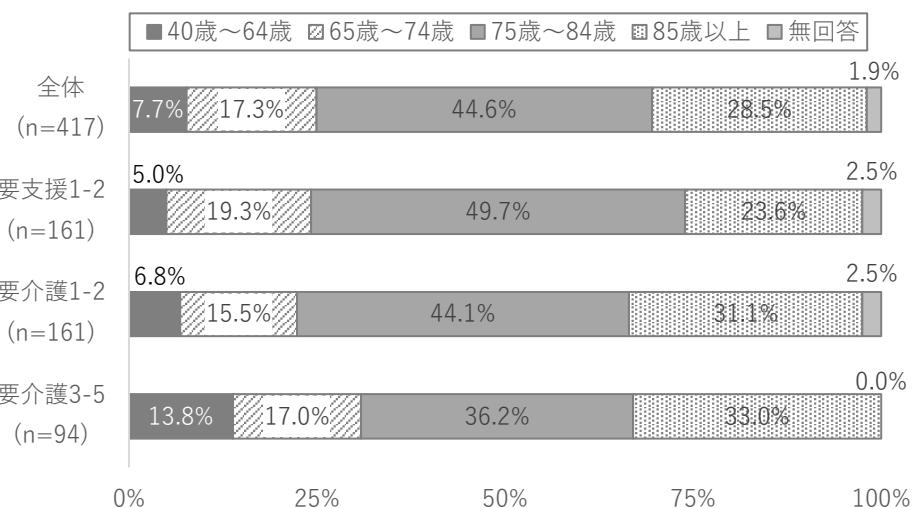
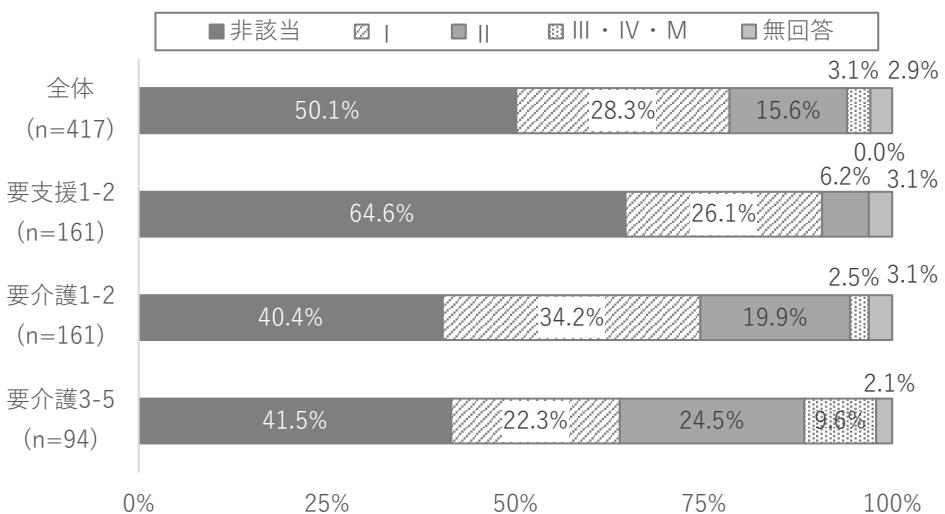


図 4-59 認知症高齢者の日常生活自立度



主な利用時間は、6-7時間 36.5%、1-2時間 28.1%の割合が高かった。介護度別では、要支援1-2は1-2時間、要介護3-5は6-7時間の割合が高かった（図4-60）。また、修了までの利用期間では、6ヶ月未満、1年未満の割合が高く、介護度別にみても同様の結果であった（図4-61）。

図 4-60 主な利用時間

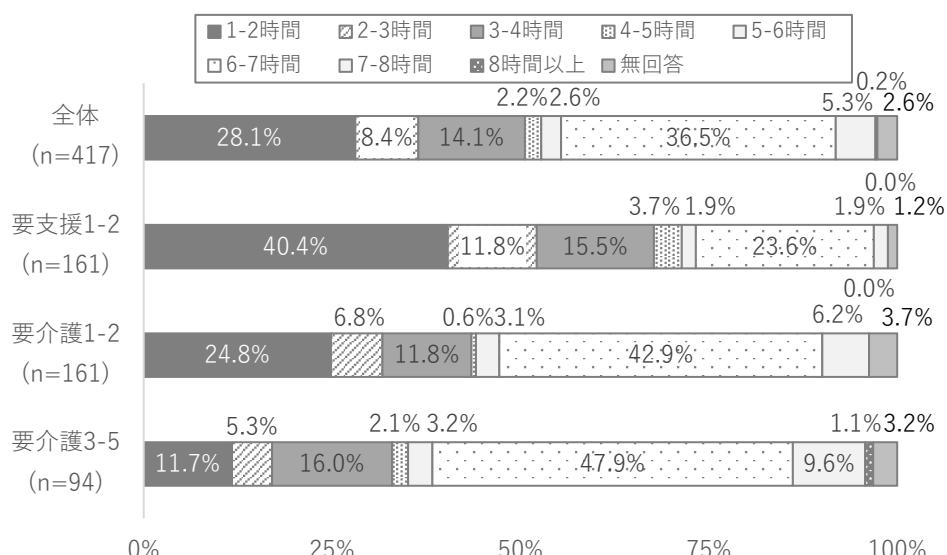
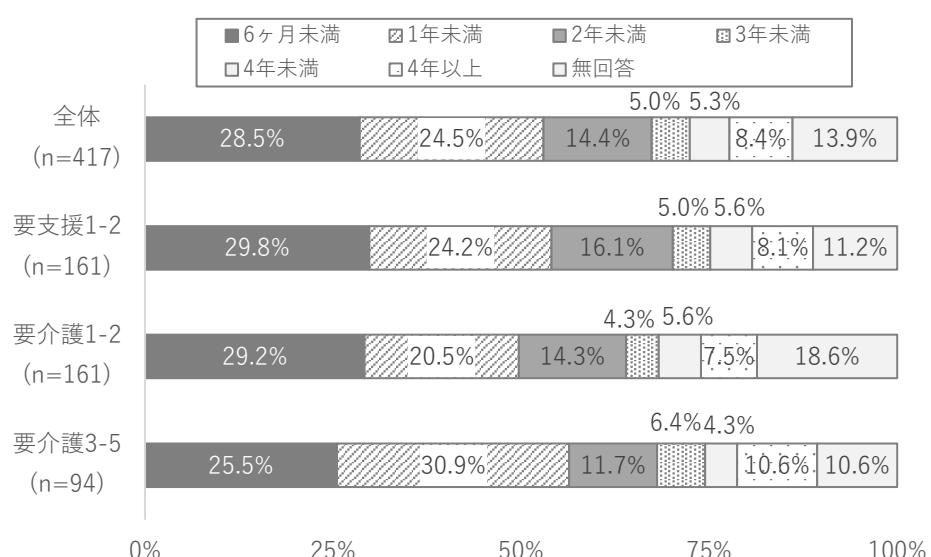


図 4-61 利用期間



利用開始時のADLは、BI80点以上にて80.4%であった(図4-62)。IADLは、0～9点が46.2%、10～18点が28.1%であった(図4-63)。また、LSAでは、24点超～48点以下が37.9%、0点～24点が35.5%であった(図4-64)。

図 4-62 開始時の A D L (Barthel index)

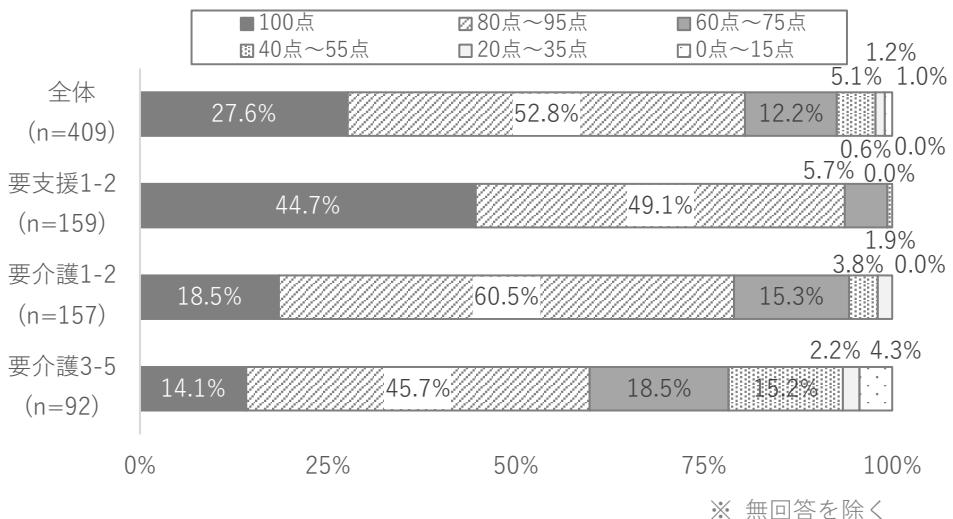


図 4-63 開始時の I A D L (FAI)

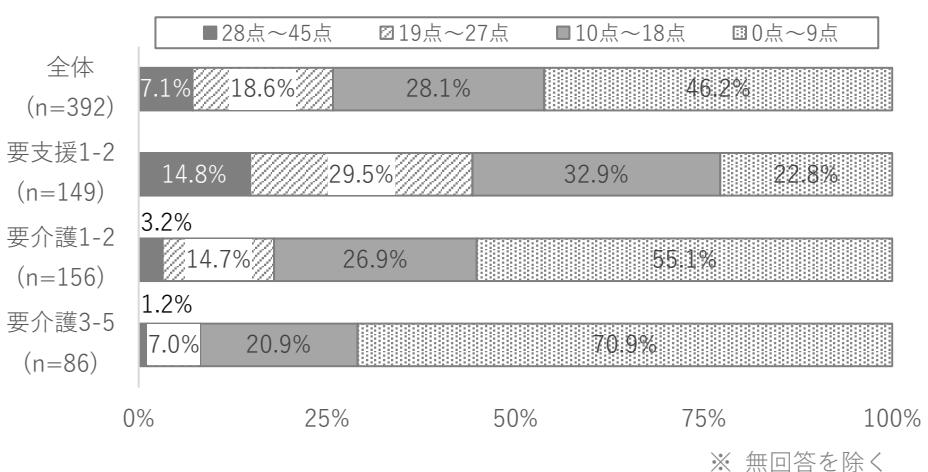
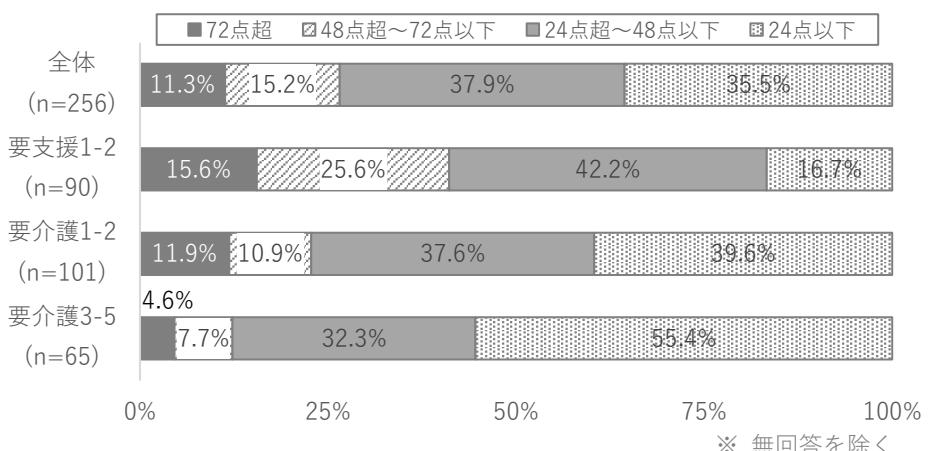


図 4-64 開始時の生活空間の広がり (LSA)



修了時のADL変化は関連性を認め、要介護1-2・要介護3-5にて向上した割合が高い傾向を示した（図4-65）。また、修了時のIADLおよびLSAについて、関連性を認めなかったが向上の割合はそれぞれ5割を超えていた（図4-66・67）。

図 4-65 修了時の ADL の変化

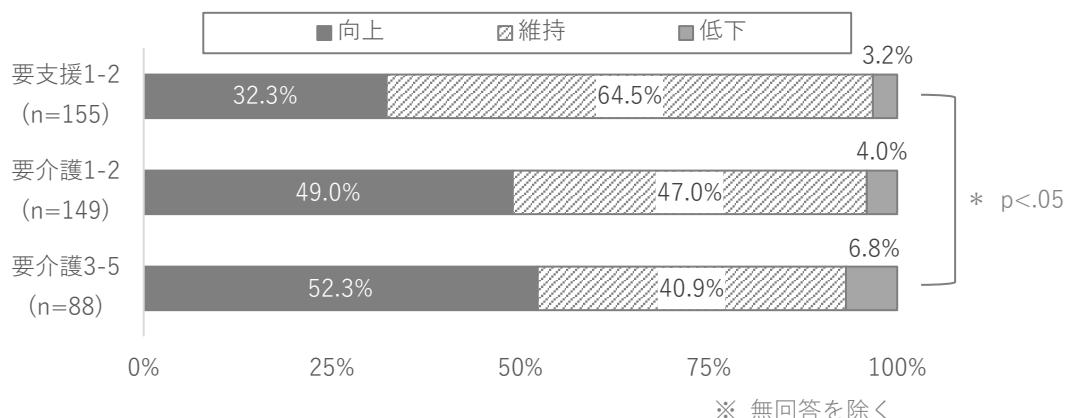


図 4-66 修了時の IADL の変化

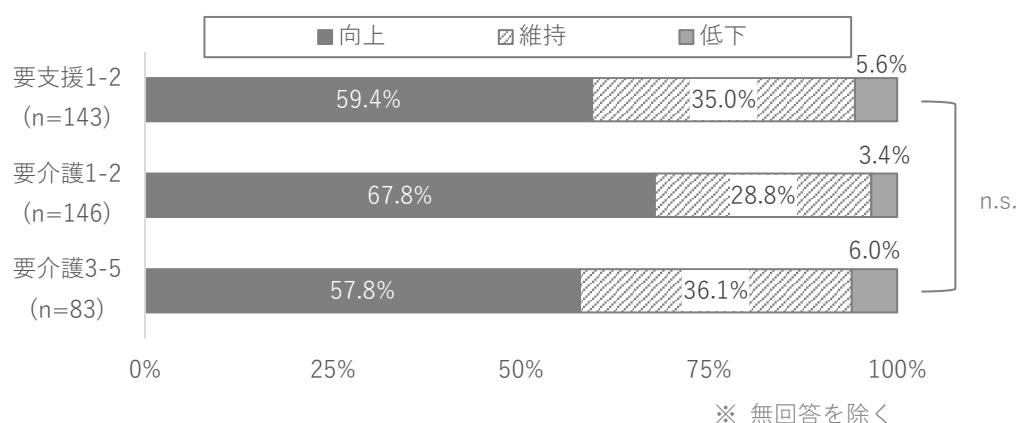
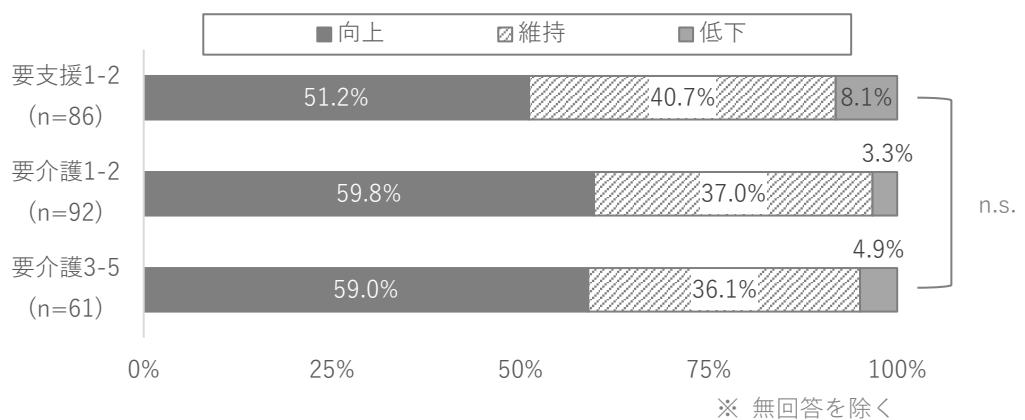


図 4-67 修了時の LSA の変化



利用修了時において介護保険のサービス利用なしの割合は45.8%であり、介護度別では要支援1-2にて割合が高かった（図4-68）。介護保険のサービス利用なしの終了時の状況は、居宅における家庭での役割 60.5%、地域の通いの場やサロン 25.6%であった（図4-69）。また、介護保険のサービス利用ありにおける利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等は、通所介護にて7割を超えていた（図4-70）。

図 4-68 利用修了時における介護保険サービスの利用状況

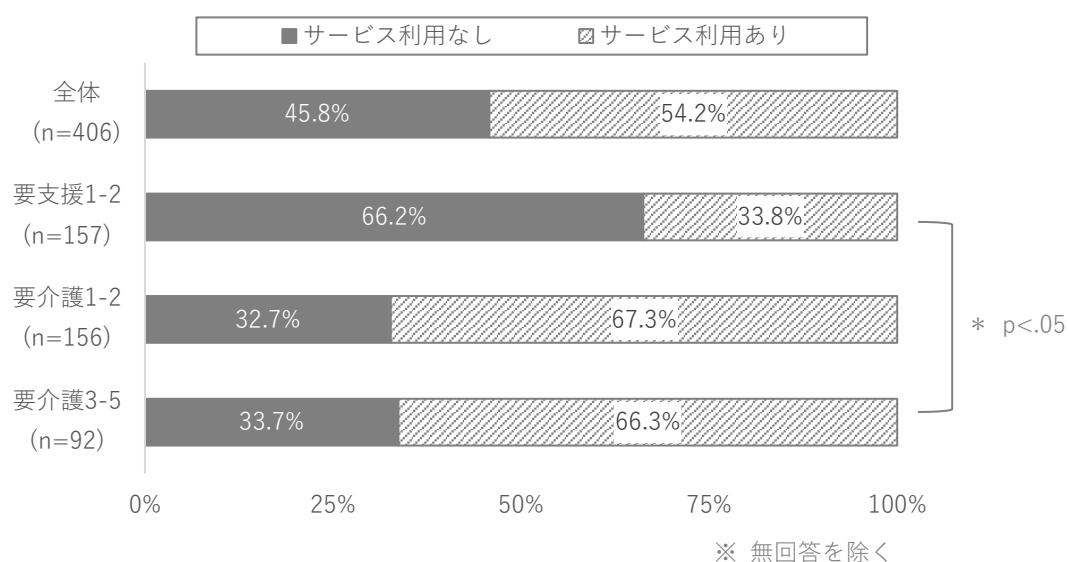


図 4-69 利用修了時の状況

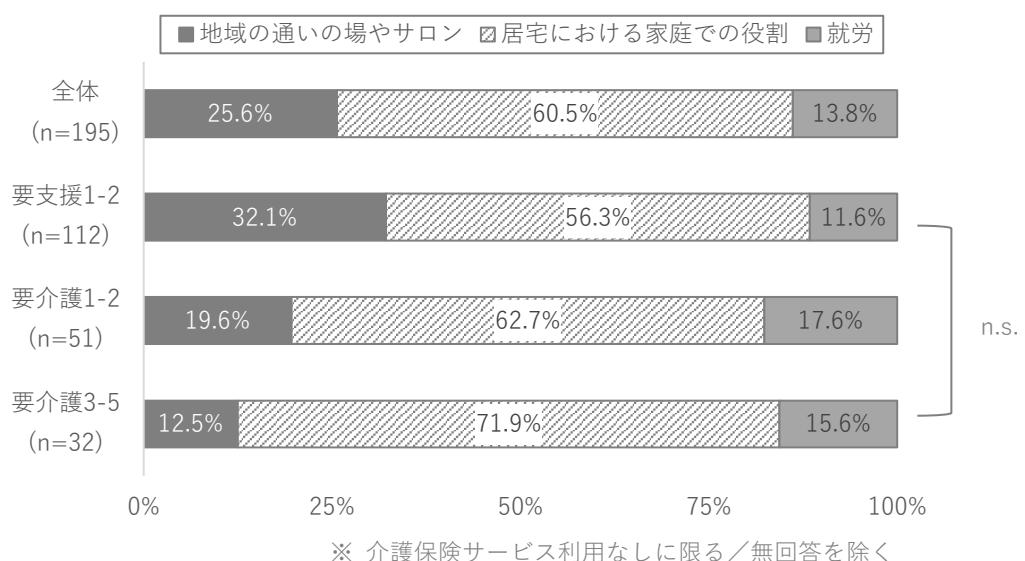
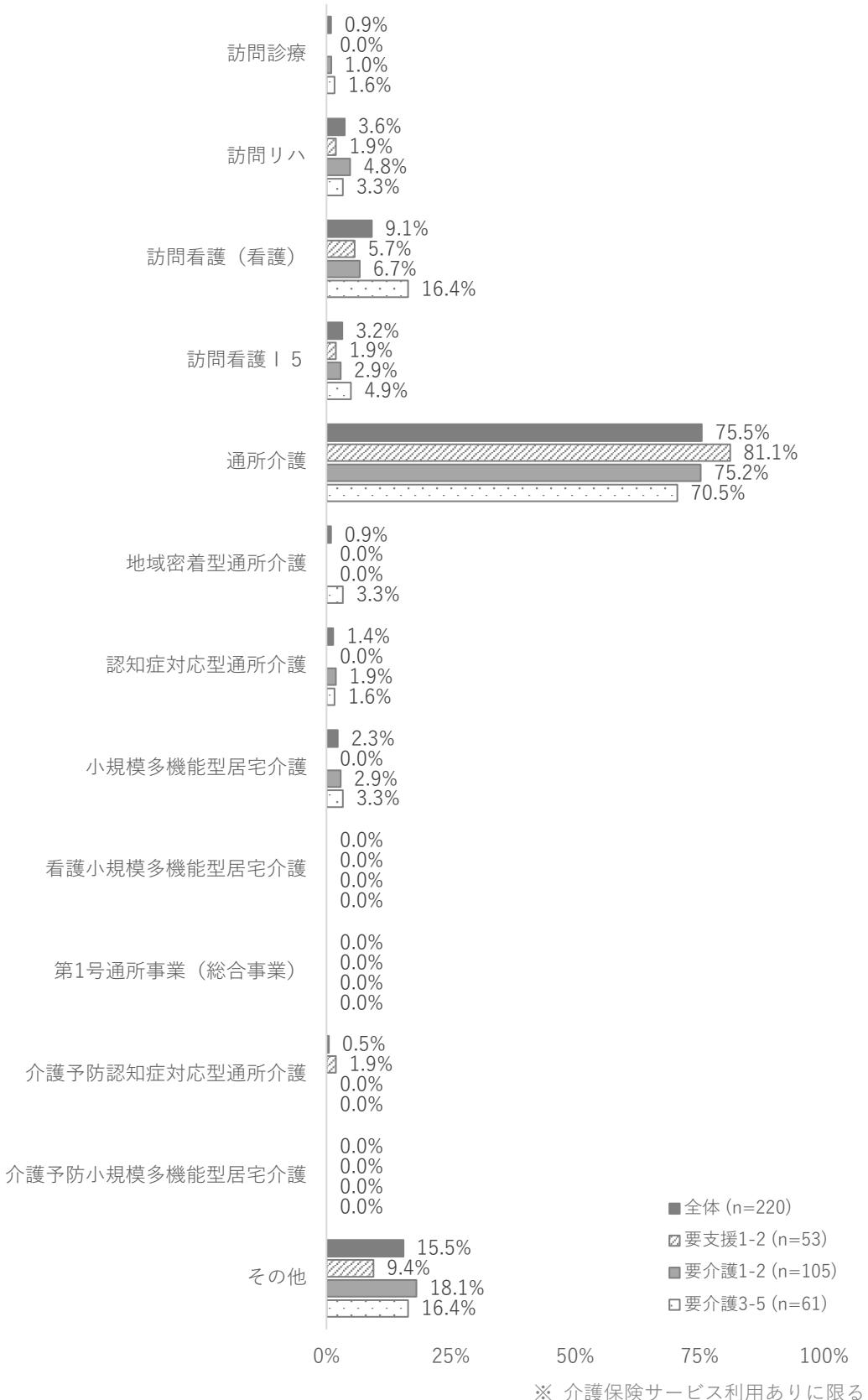


図 4-70 利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等



利用修了後の状態確認について、実施ありの割合は37.6%であった。また、介護度別にみると、介護度が高くなるに併せ、実施ありの割合は上昇していた（図4-71）。また、状態確認の実施ありにおいて利用修了後の状態変化については、変化なしの割合が9割を超えていた（図4-72）。

図 4-71 利用修了後の状態確認の実施有無

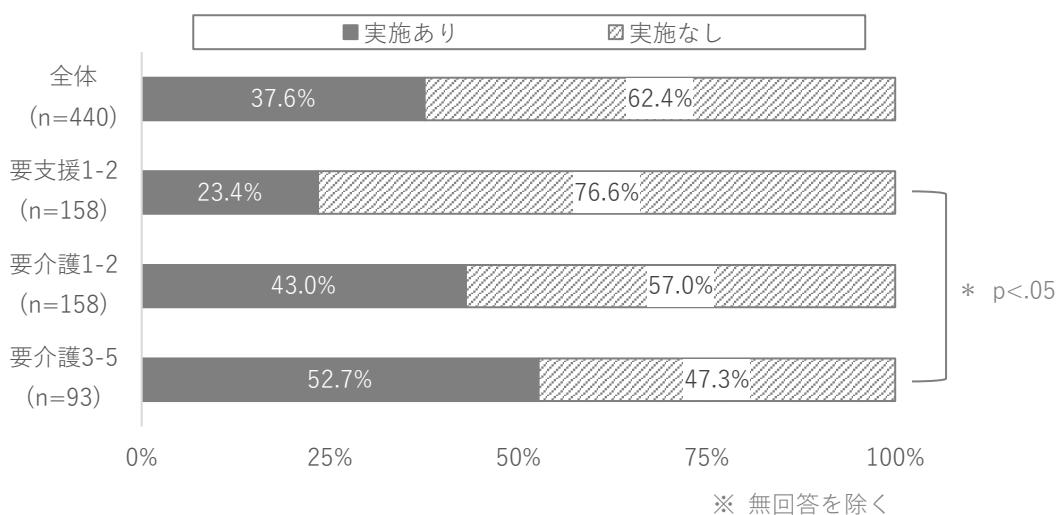
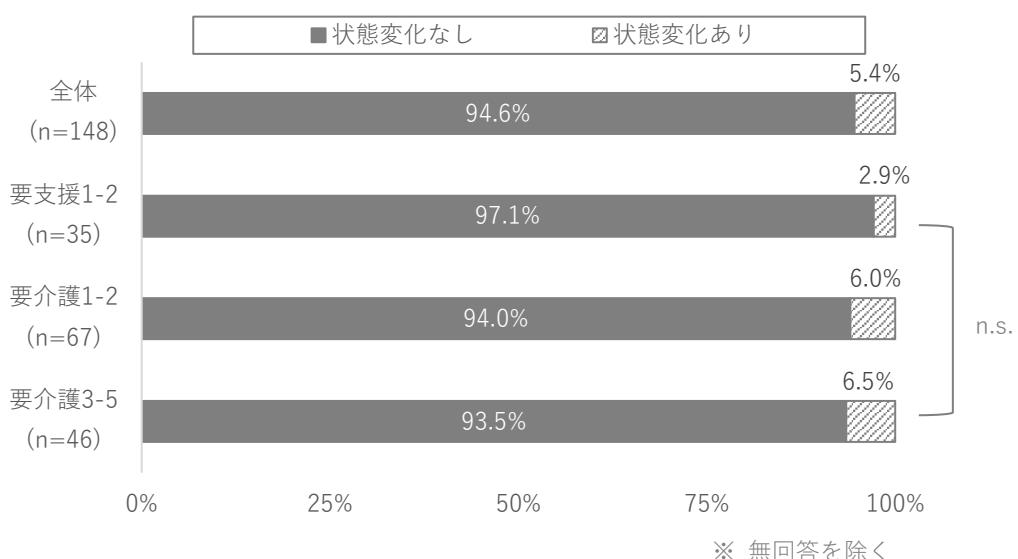


図 4-72 利用修了後の状態変化の有無



利用修了3ヶ月後における介護保険サービスの利用状況は、利用なし24.5%、利用あり29.9%であった。他方、不明の割合が4割を超えた（図4-73）。また、利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等との連携有無について、実施ありの割合は1割程度であった（図4-74）。

図 4-73 利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービスの利用状況

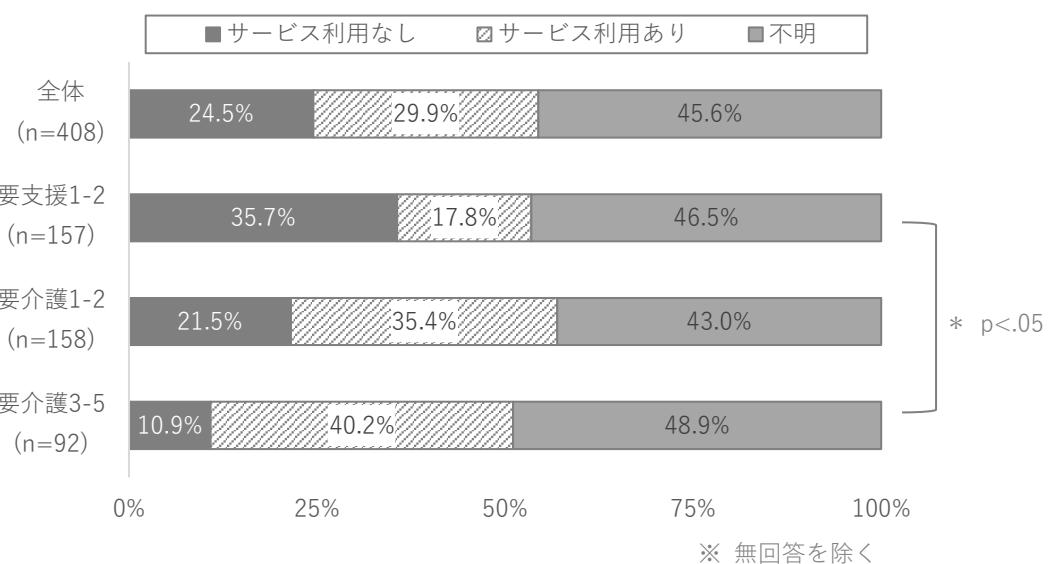
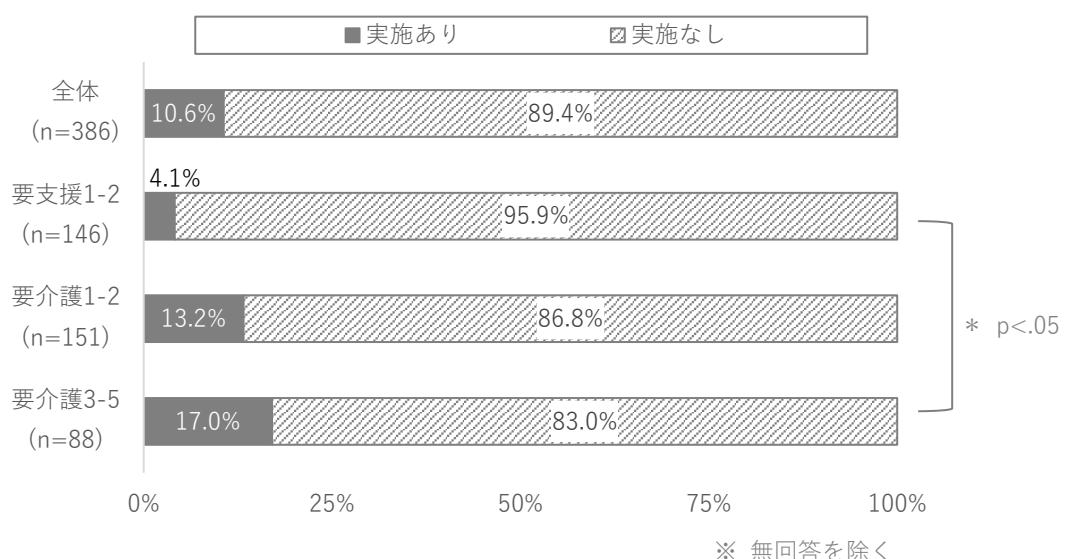


図 4-74 利用修了後に利用している地域資源や介護サービス等との連携有無



### 3. 利用継続者と修了者の比較

継続者と修了者について、表4-2のように分類し分析した。性別や年齢は関連性を認め、修了者において男性、74歳以下の割合が高値を示した（図4-75・76）。

表 4-2 継続者と修了者

	人数
継続者：新規利用者のうちコミュニティを継続したく6ヶ月後も利用を継続する方	414
修了者：利用修了者のうち利用期間が6ヶ月以内であった方	119

図 4-75 性別

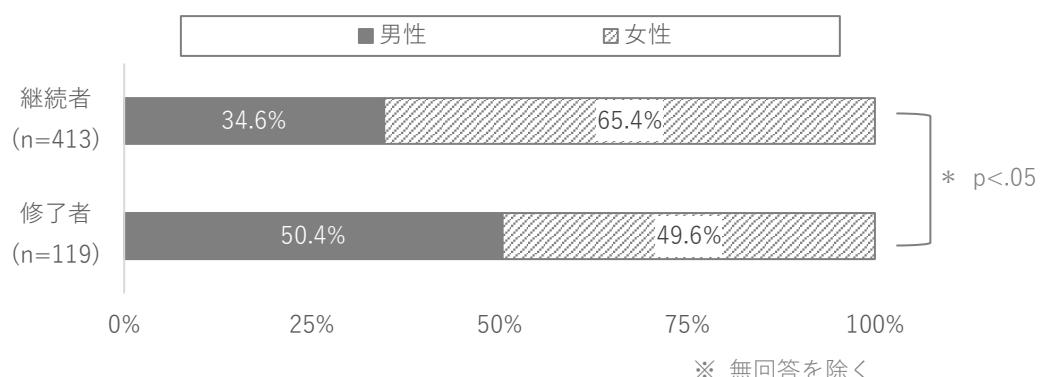
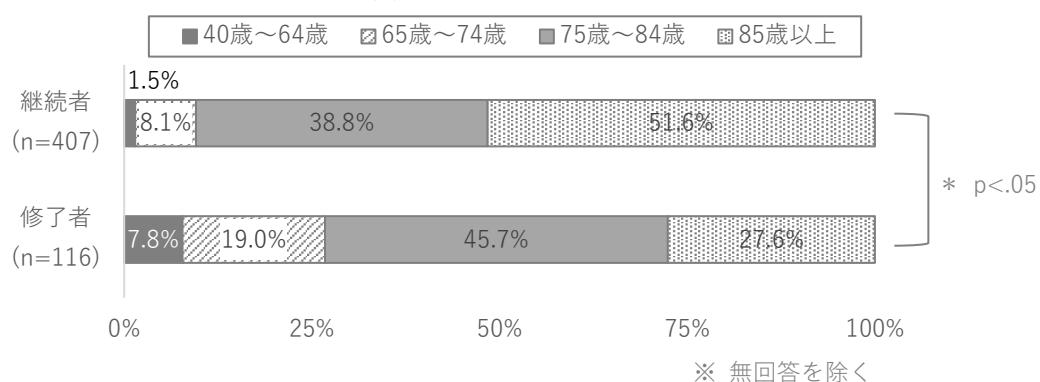


図 4-76 年齢



介護度については関連性を認めなかった（図4-77）。認知症高齢者の日常生活自立度は関連性を認め、修了者にて非該当の割合が高い傾向を示した（図4-78）。主な利用時間について、継続者は6-7時間、修了者は1-2時間の割合が比較的高かった（図4-79）。

図 4-77 介護度

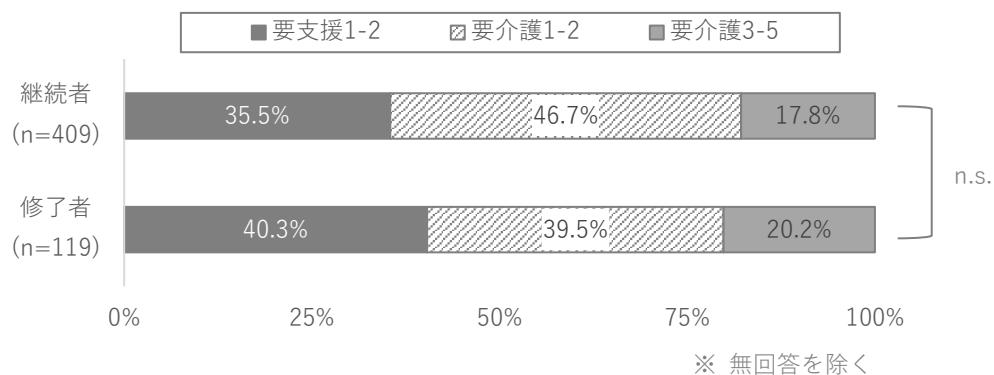


図 4-78 認知症高齢者の日常生活自立度

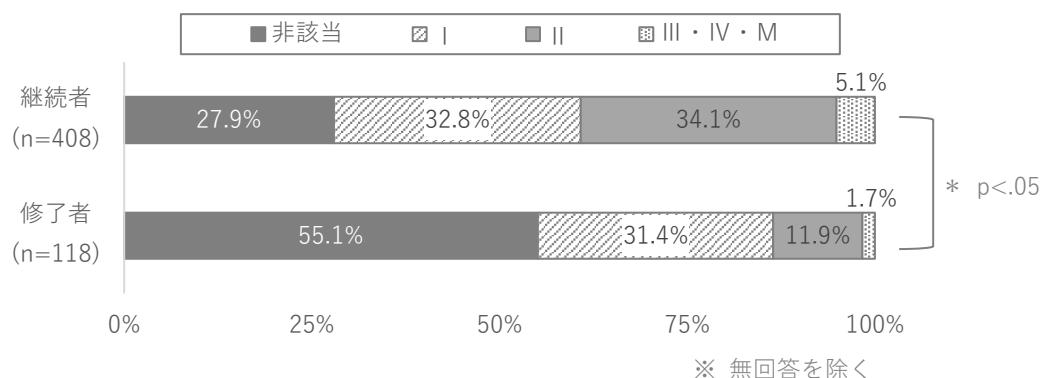
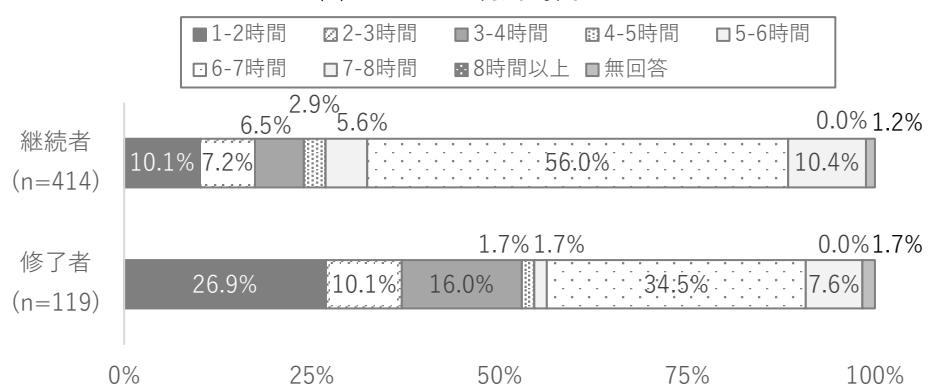
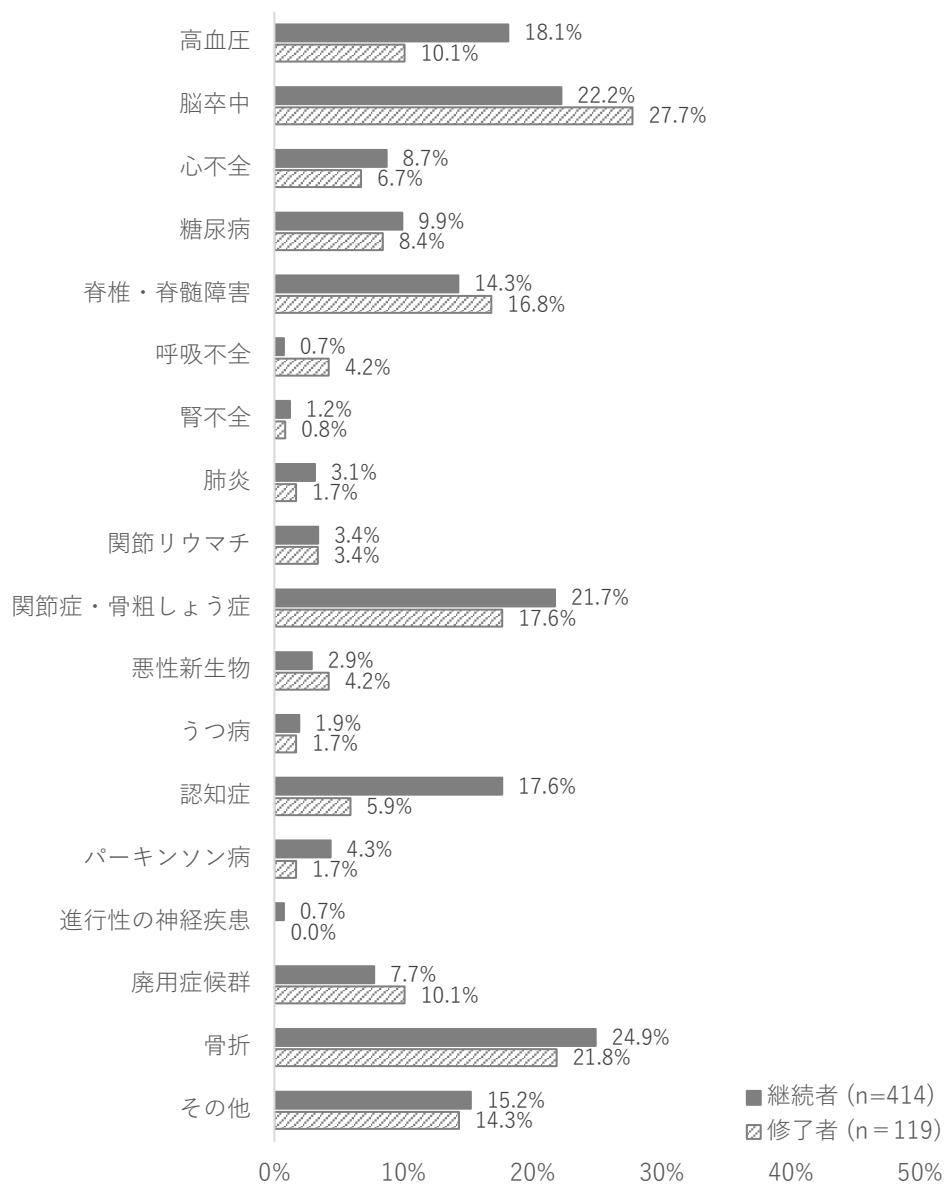


図 4-79 主な利用時間



リハビリが必要となった原因の傷病名は、継続者にて高血圧、認知症、修了者にて脳卒中の割合が比較的高かった（図4-80）。

図 4-80 リハビリが必要となった原因の傷病名



開始時のTUGおよびIADLにて関連性を認め、修了者にてTUGが13.5秒未満、IADLが28~45点の割合に高い傾向がみられた（図4-81・83）。一方、開始時のADLおよびLSAについては、関連性を認めなかった（図4-82・84）。

図 4-81 開始時の TUG (Timed Up & Go Test)

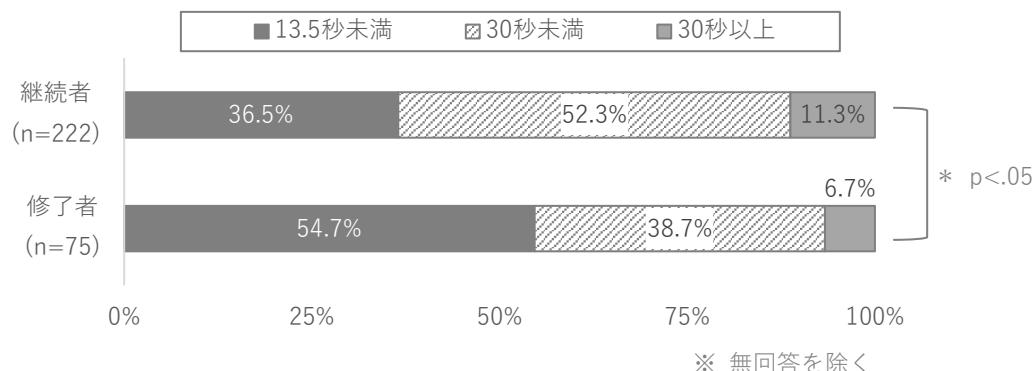


図 4-82 開始時の A D L (Barthel index)

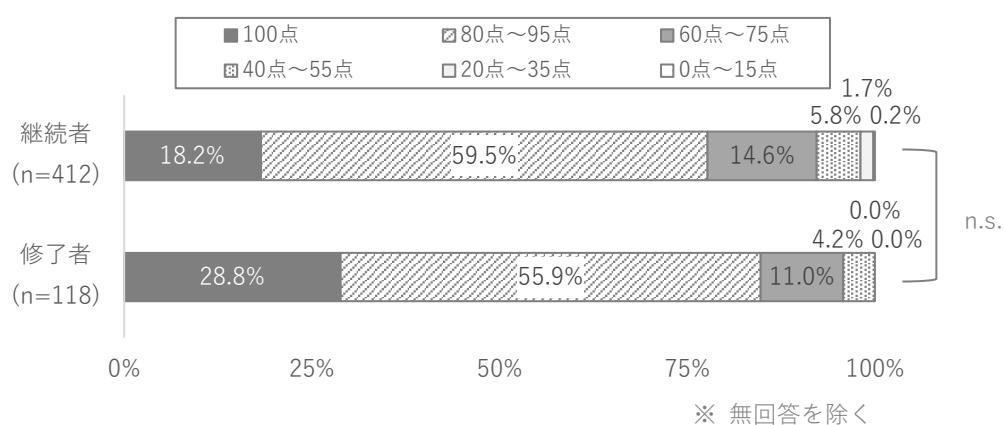


図 4-83 開始時の I A D L (FAI)

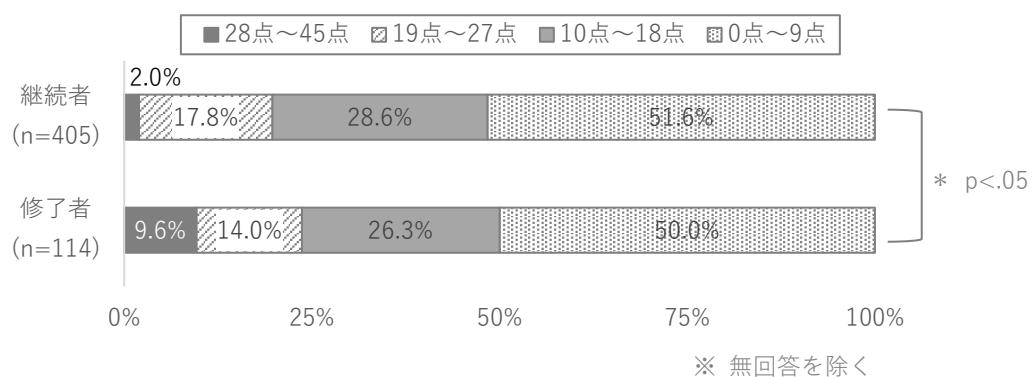
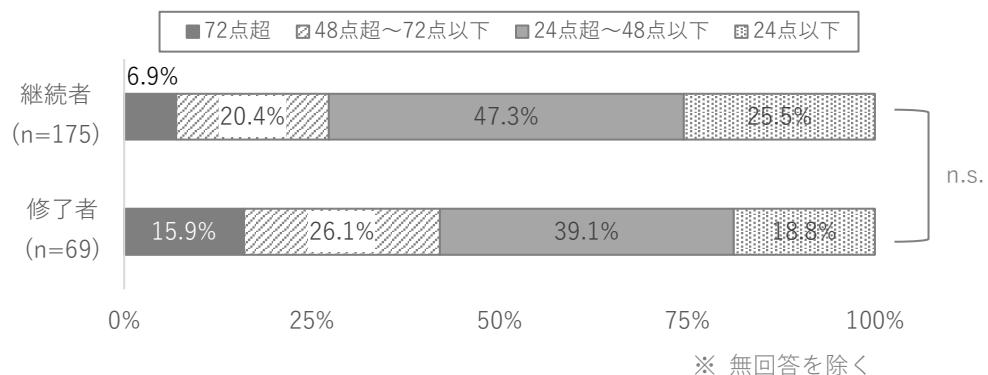
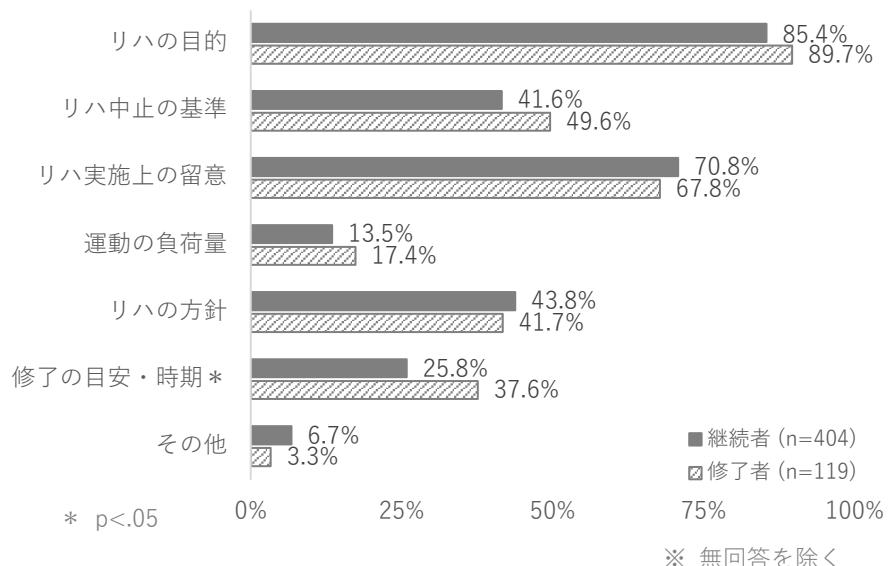


図 4-84 生活空間の広がり (LSA)



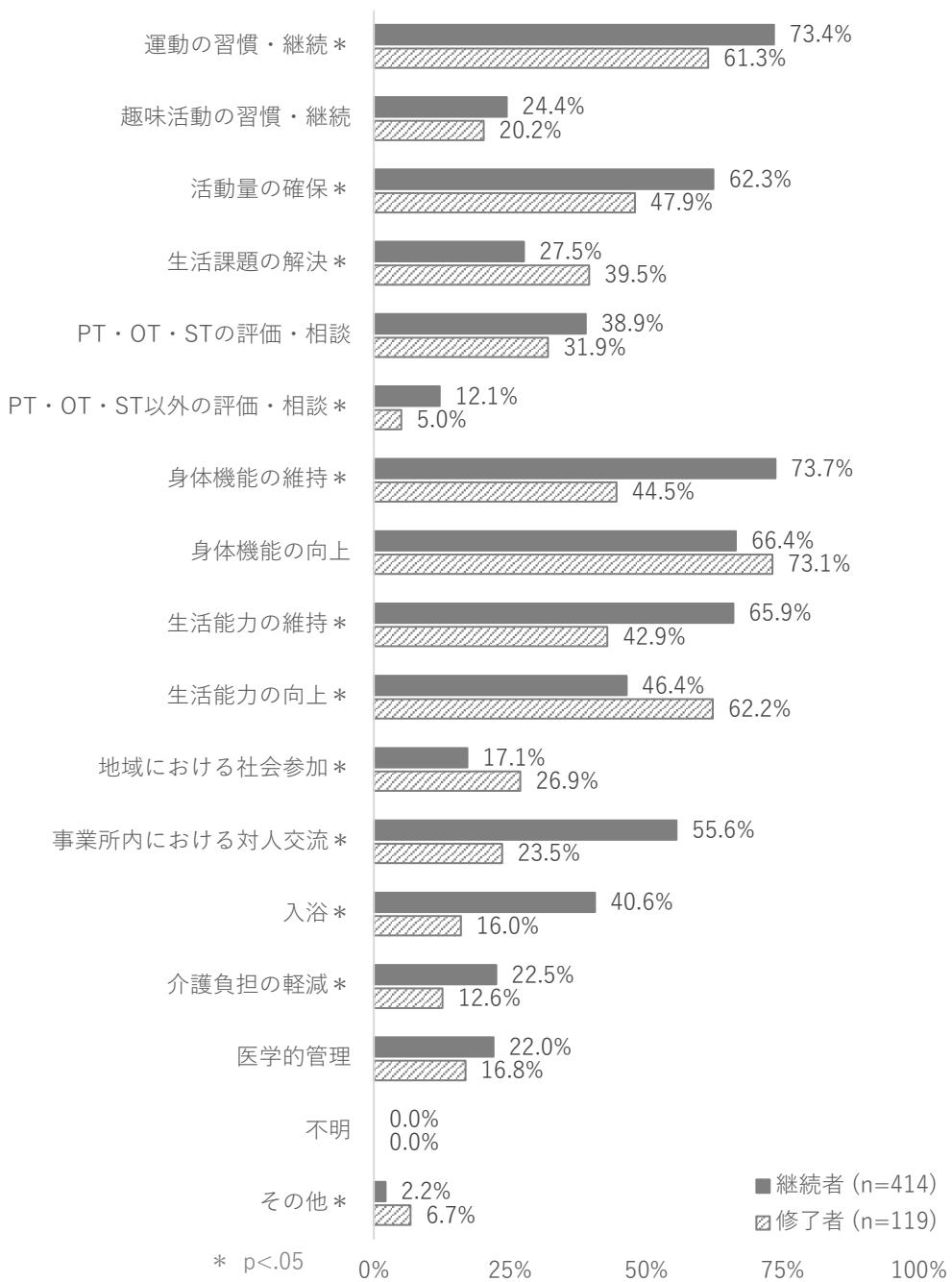
医師の具体的な指示の内容における修了の目安・時期について関連性を認め、修了者の割合が高かった（図4-85）。

図 4-85 医師の具体的な指示の内容



事業所の評価に基づくニーズは、12項目にて関連性を認めた。継続者は活動量の確保、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、入浴等の割合が高く、修了者は生活課題の解決、生活能力の向上、地域における社会参加の割合が高かった(図4-86)。

図4-86 事業所の評価に基づくニーズ



要介護における各種加算の実施状況は、リハマネ加算Ⅰ、リハマネ加算ⅢIVにて関連性を認め、リハマネ加算Ⅰでは継続者、リハマネ加算ⅢIVでは修了者の割合が高かった（図4-87）。要支援における各種加算の実施状況では、運動機能向上加算にて関連性を認め、修了者の割合が高かった（図4-88）。また、その他各種加算の実施状況として、栄養スクリーニング加算、入浴介助加算にて関連性を認めた（図4-89）。

図4-87 要介護における各種加算の実施状況

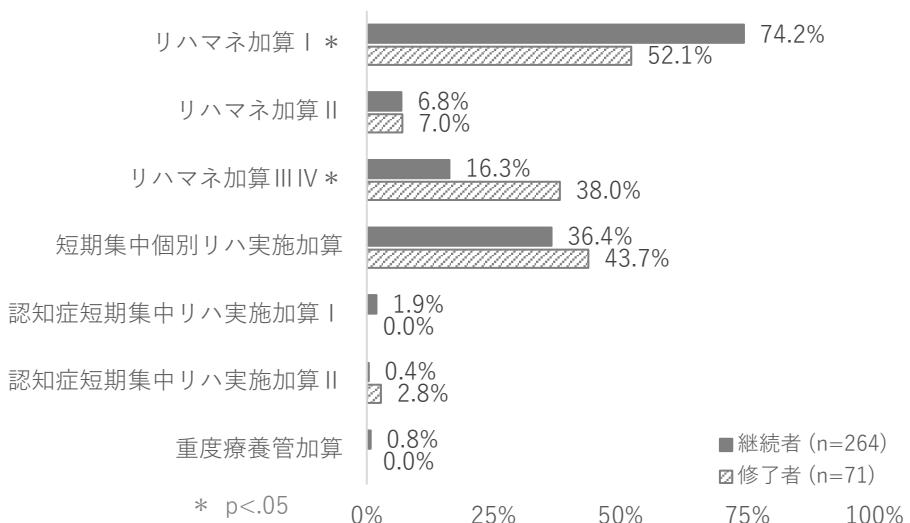


図4-88 要支援における各種加算の実施状況

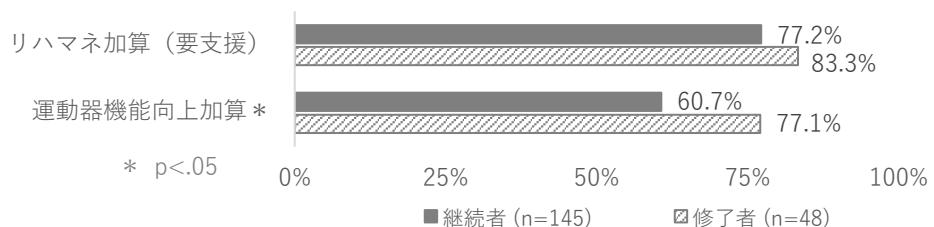
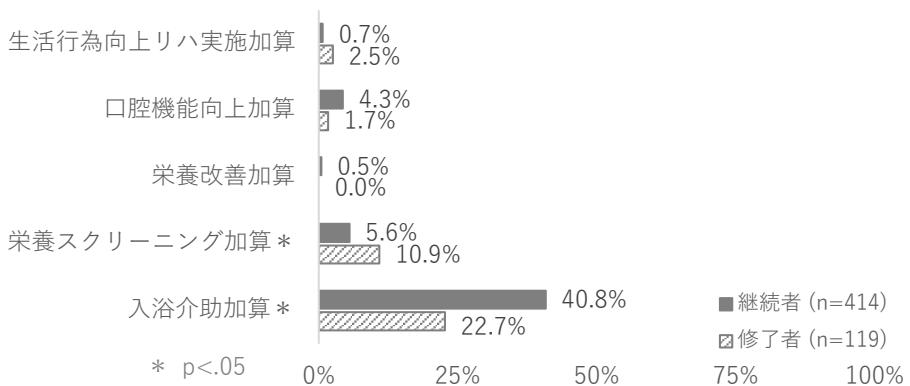


図4-89 各種加算の実施状況



提供サービス内容では 5 項目にて関連性を認めた。継続者はリハビリテーション評価、機能訓練、集団活動、口腔機能向上の割合が、修了者は IADL 練習の割合が高かった(図 4-90)。また、居宅訪問の実施有無および施設外練習の実施有無についても関連性を認め、ともに修了者にて実施ありの割合が高かった(図 4-91・92)。

図 4-90 提供サービス内容

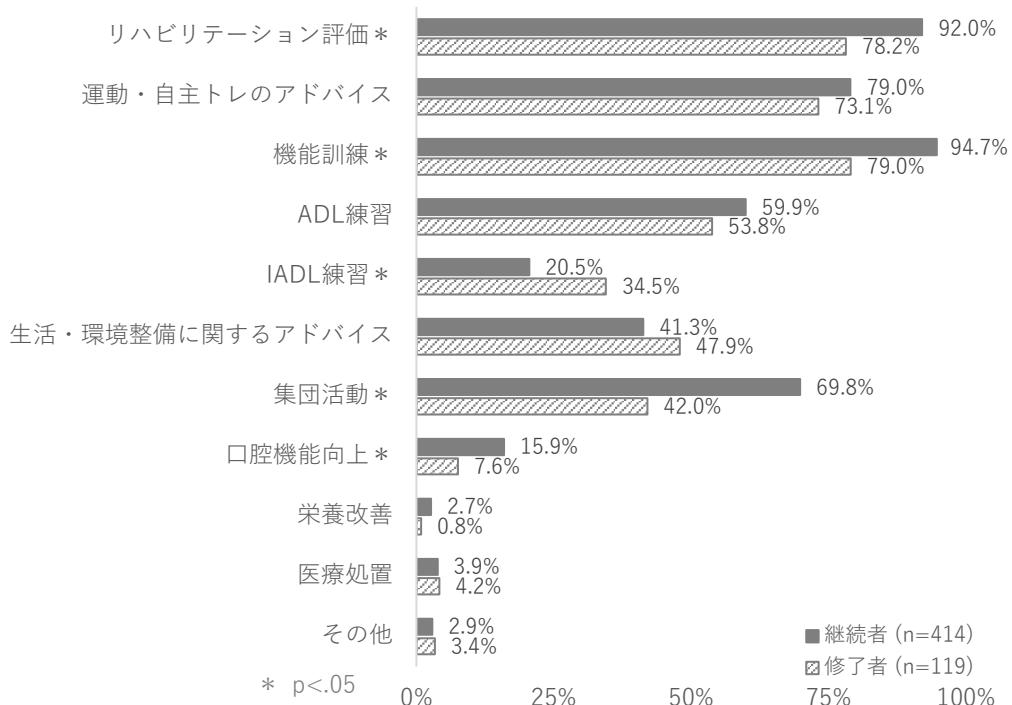


図 4-91 居宅訪問の実施有無

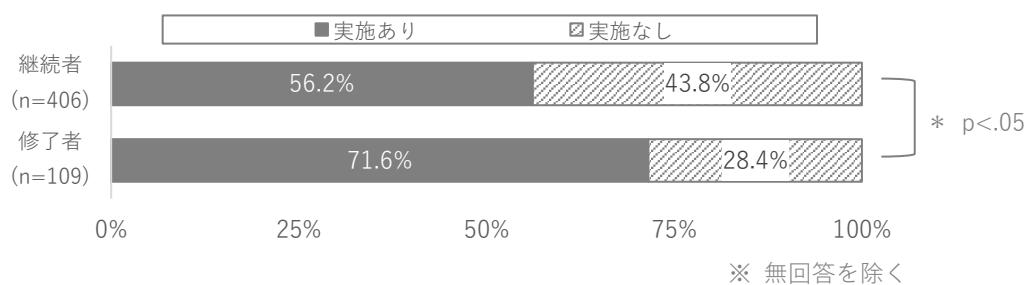
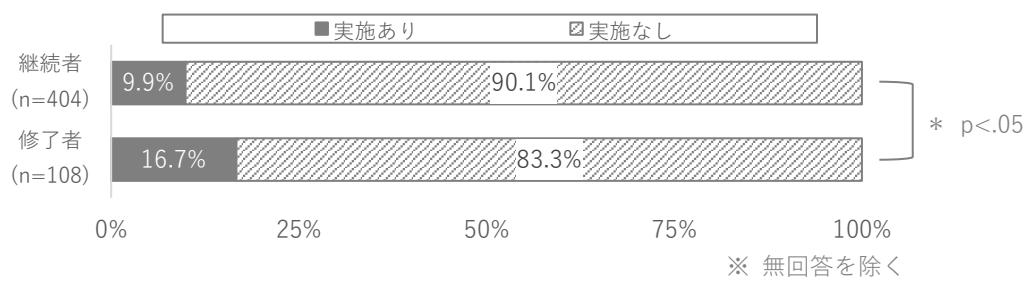


図 4-92 施設外練習の実施有無



6ヶ月後のADLおよびIADLの変化は関連性を認め、ともに修了者にて向上の割合が高い傾向であった(図4-93・94)。一方、LSAについては関連性を認めなかった(図4-95)。

図4-93 6ヶ月後のADLの変化

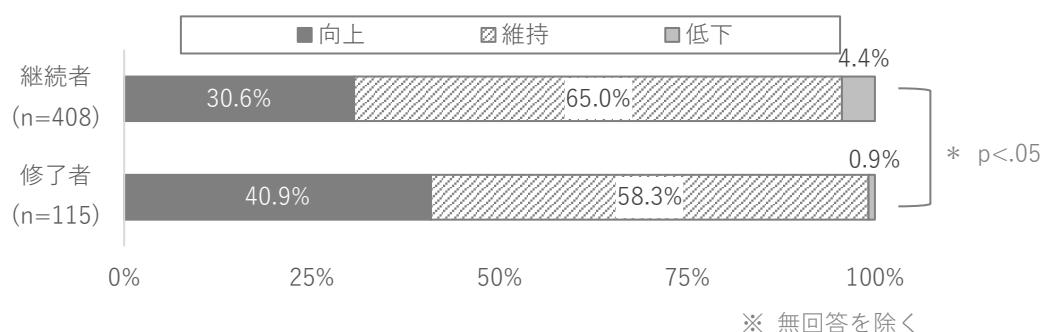


図4-94 6ヶ月後のIADLの変化

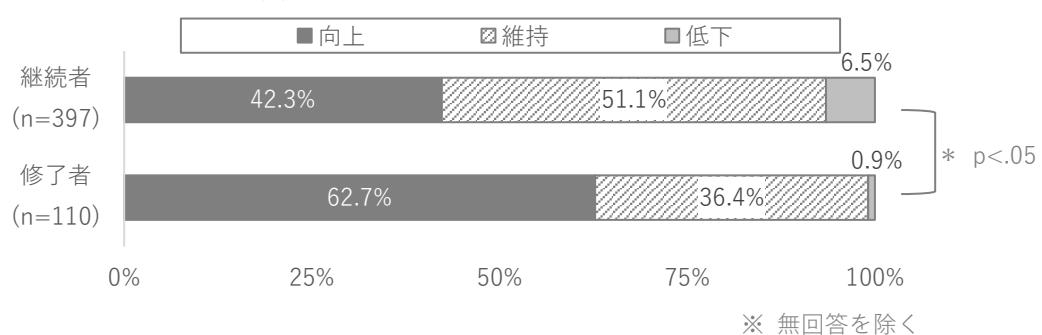
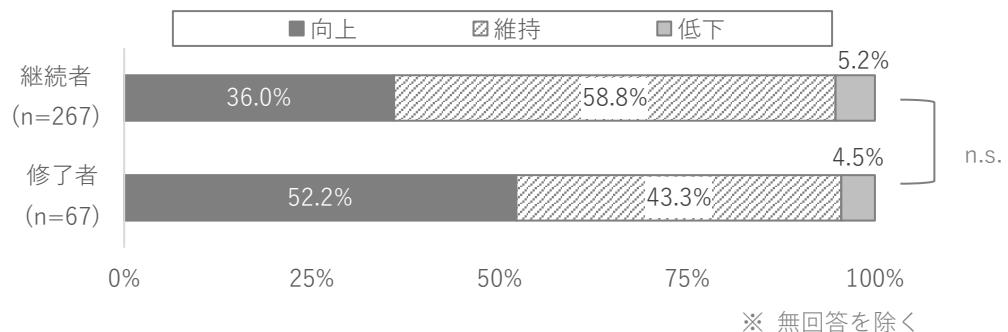


図4-95 6ヶ月後のLSAの変化



目標の達成度について、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、介護負担の軽減の 5 項目に関連性を認め、すべての項目にて修了者の達成割合が高い傾向であった（表 4-3）。

表 4-3 目標の達成度

		n	達成	一部達成	未達成	p
運動の習慣・継続	継続者	353	77.6%	20.4%	2.0%	ns
	修了者	83	78.3%	20.5%	1.2%	
趣味活動の習慣・継続	継続者	161	60.2%	30.4%	9.3%	ns
	修了者	40	70.0%	22.5%	7.5%	
活動量の確保	継続者	329	73.9%	25.2%	0.9%	ns
	修了者	76	77.6%	19.7%	2.6%	
生活課題の解決	継続者	161	49.7%	45.3%	5.0%	0.048
	修了者	65	67.7%	29.2%	3.1%	
PT・OT・STの評価・相談	継続者	215	70.7%	28.8%	0.5%	ns
	修了者	58	79.3%	20.7%	0.0%	
PT・OT・ST以外の評価・相談	継続者	90	56.7%	37.8%	5.6%	ns
	修了者	21	61.9%	38.1%	0.0%	
身体機能の維持	継続者	351	84.9%	14.2%	0.9%	ns
	修了者	75	92.0%	8.0%	0.0%	
身体機能の向上	継続者	322	50.9%	42.9%	6.2%	0.000
	修了者	90	75.6%	22.2%	2.2%	
生活能力の維持	継続者	333	80.8%	18.6%	0.6%	ns
	修了者	75	86.7%	12.0%	1.3%	
生活能力の向上	継続者	252	44.4%	50.0%	5.6%	0.000
	修了者	79	73.4%	24.1%	2.5%	
地域における社会参加	継続者	107	41.1%	34.6%	24.3%	0.001
	修了者	41	73.2%	24.4%	2.4%	
事業所内における対人交流	継続者	283	83.7%	14.5%	1.8%	ns
	修了者	45	82.2%	15.6%	2.2%	
入浴	継続者	207	82.1%	15.5%	2.4%	ns
	修了者	31	71.0%	22.6%	6.5%	
介護負担の軽減	継続者	137	58.4%	40.9%	0.7%	0.029
	修了者	25	64.0%	28.0%	8.0%	
医学的管理	継続者	110	69.1%	27.3%	3.6%	ns
	修了者	28	75.0%	21.4%	3.6%	

※ 無回答・非該当を除く

要継続者と新規修了者について、表4-4のように分類し分析した。介護度および認知症高齢者の日常生活自立度では関連性を認め、新規修了者において要支援1・2、非該当の割合が高値を示した（図4-96・98）。一方、年齢では関連性を認めなかった（図4-97）。

表 4-4 要継続者と新規修了者

	人数
要継続者：継続的な在宅支援が必要なため、利用を継続される方	217
新規修了者：新規利用者のうち、6ヶ月間にて修了または修了見込みの方	110

図 4-96 介護度

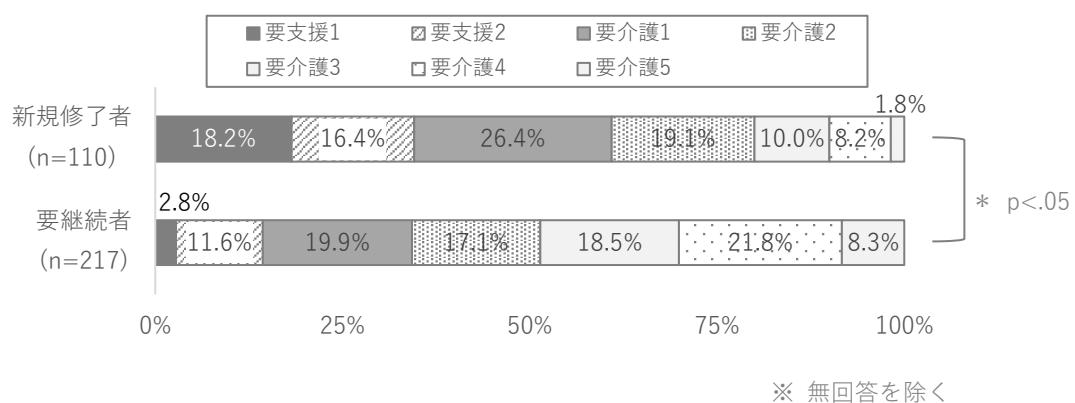


図 4-97 年齢

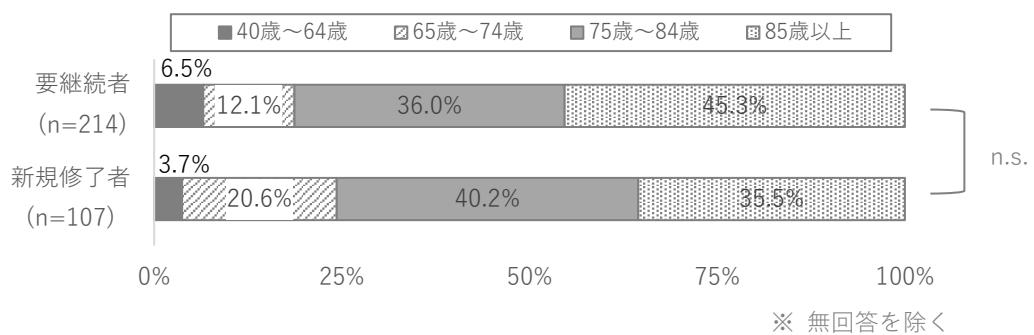
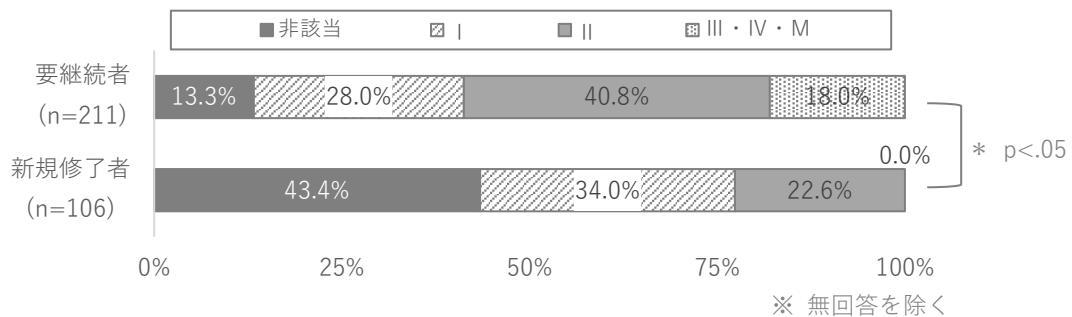
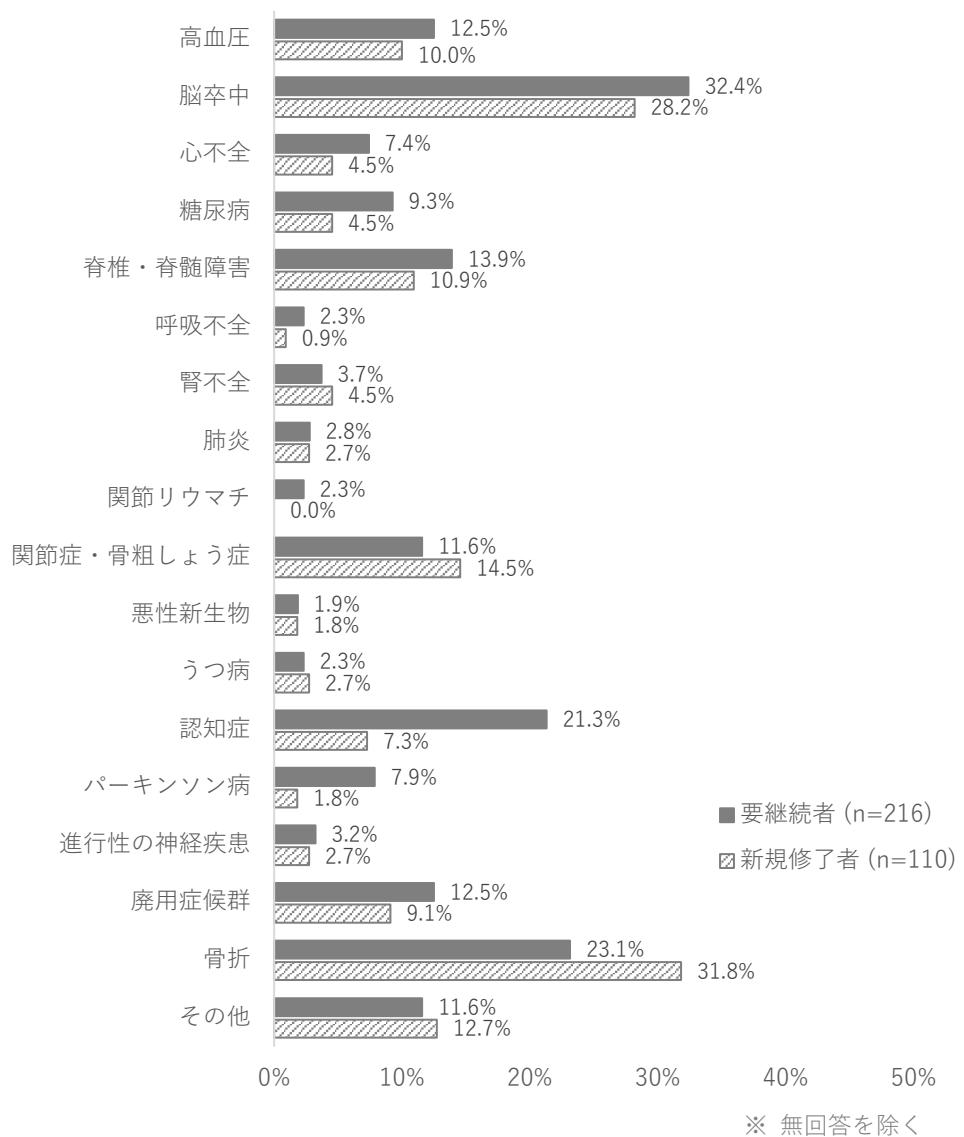


図 4-98 認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因の傷病名として、要継続者は脳卒中、認知症、廃用症候群の割合が、新規修了者は骨折の割合が比較的高かった（図4-99）。

図 4-99 リハビリが必要となった原因の傷病名



利用開始時のADLおよびIADLにて関連性を認め、ともに新規修了者にて高得点者の割合が高い傾向であった（図4-100・101）。

図 4-100 開始時の ADL (Barthel index)

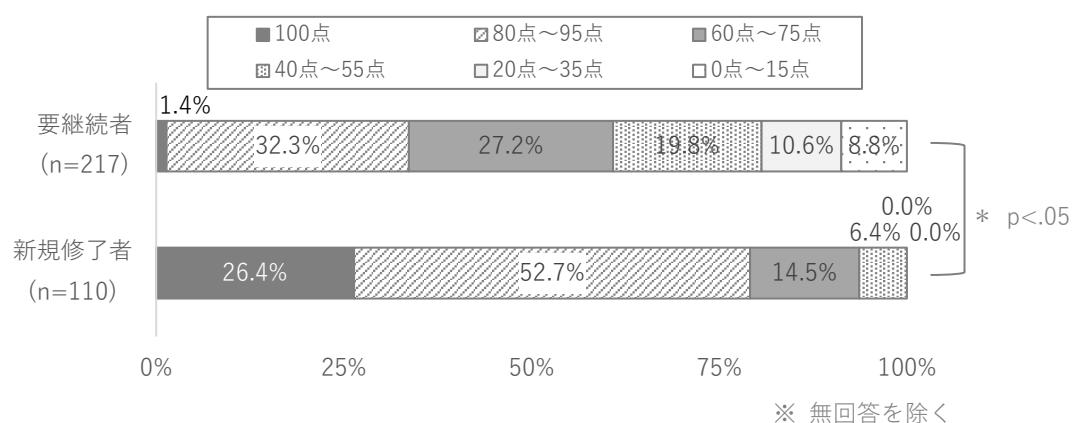
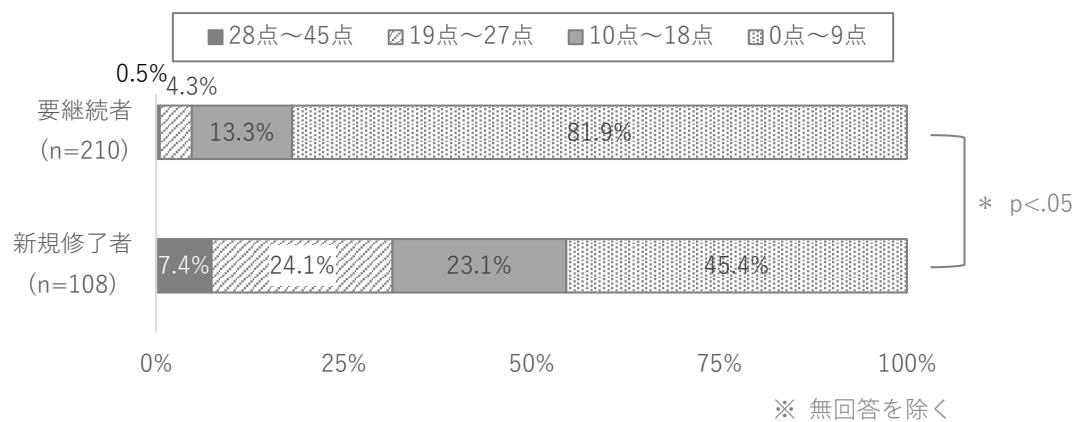
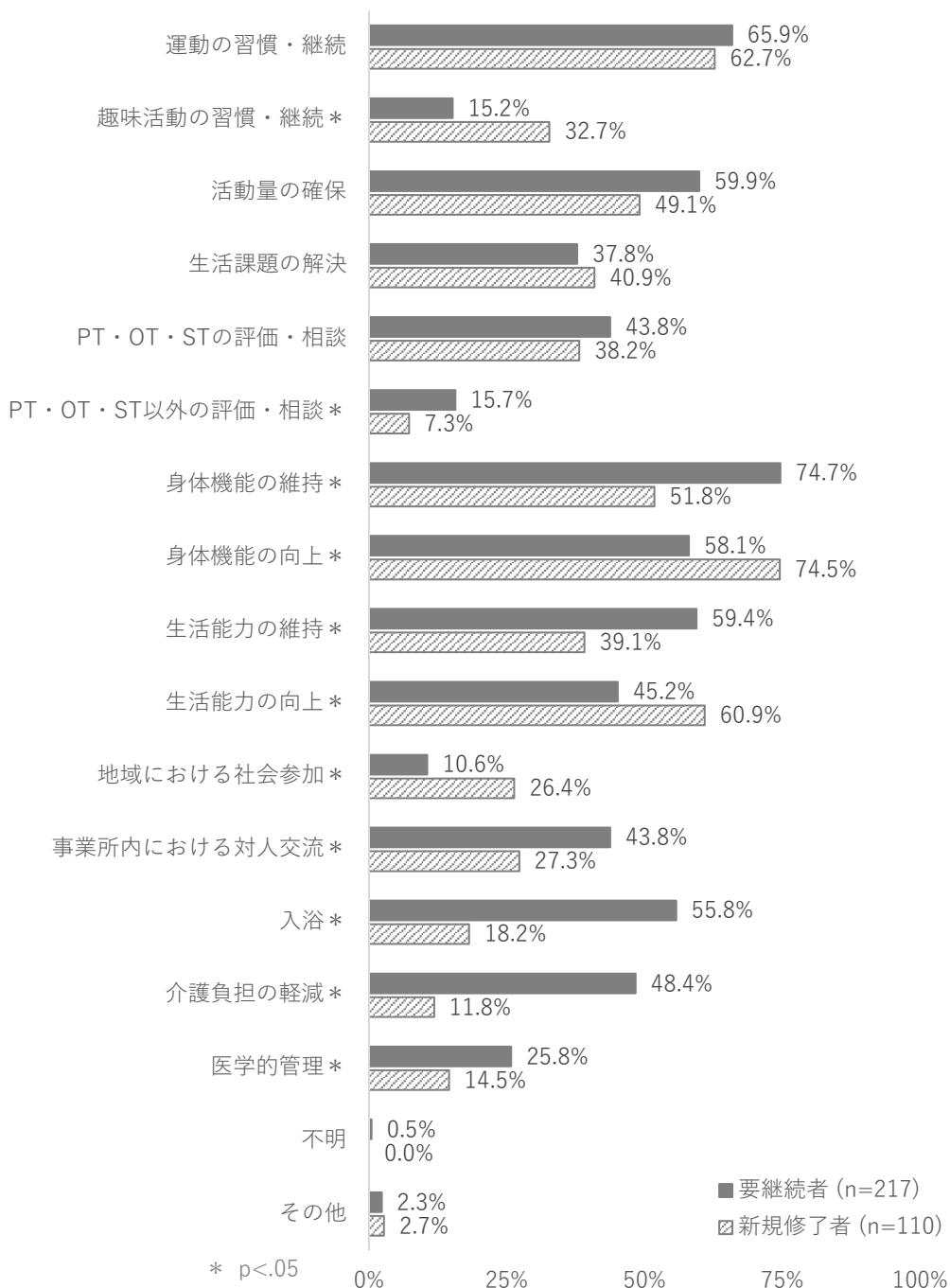


図 4-101 開始時の I A D L (FAI)



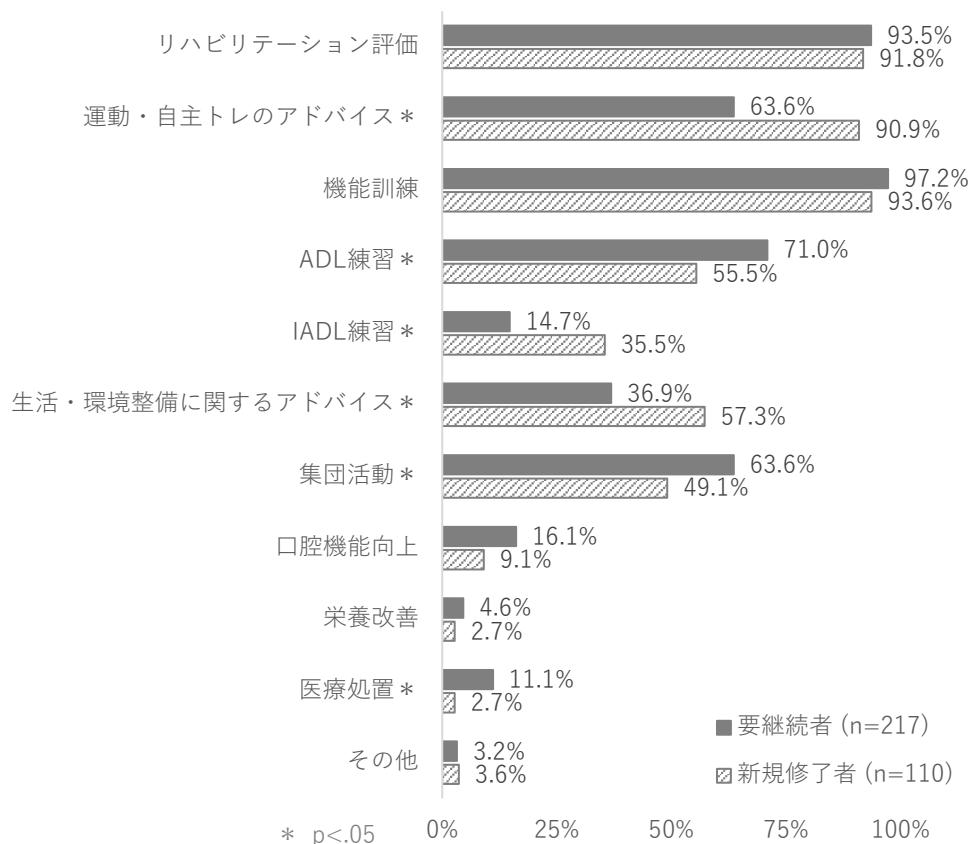
事業所の評価に基づくニーズでは11項目に関連性を認めた。要継続者では身体機能の維持、生活能力の維持、事業所内における対人交流、入浴、介護負担の軽減、医学的管理等の割合が、新規修了者では趣味活動の習慣・継続、身体機能の向上、生活能力の向上、地域における社会参加の割合が高かった（図4-102）。

図 4-102 事業所の評価に基づくニーズ



提供サービス内容では6項目に関連性を認めた。要継続者ではADL練習、集団活動、医療処置の割合が、新規修了者では運動・自主トレのアドバイス、IADL練習、生活・環境整備に関するアドバイスの割合が高かった（図4-103）。

図 4-103 提供サービス内容



6ヶ月後のADLおよびIADLの変化について関連性を認め、ともに新規修了者において向上の割合が高い傾向であった（図4-104・105）。

図 4-104 6ヶ月後の ADL の変化

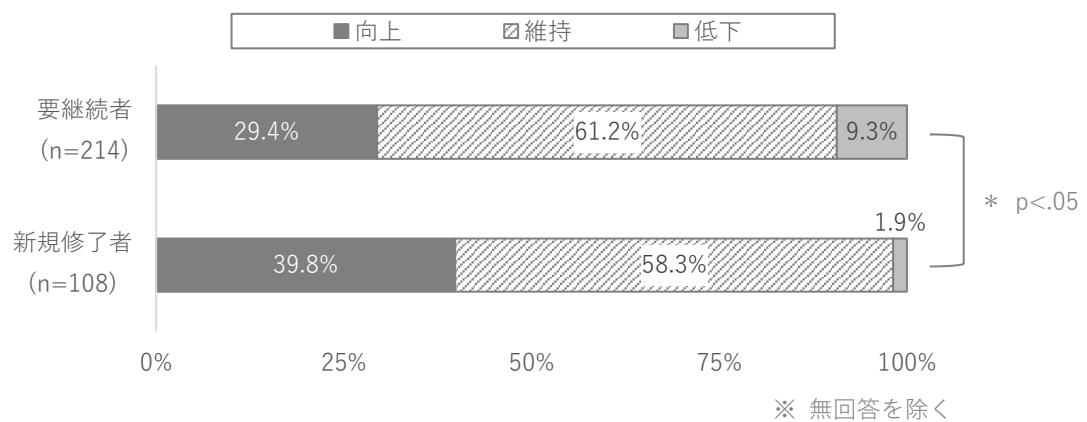
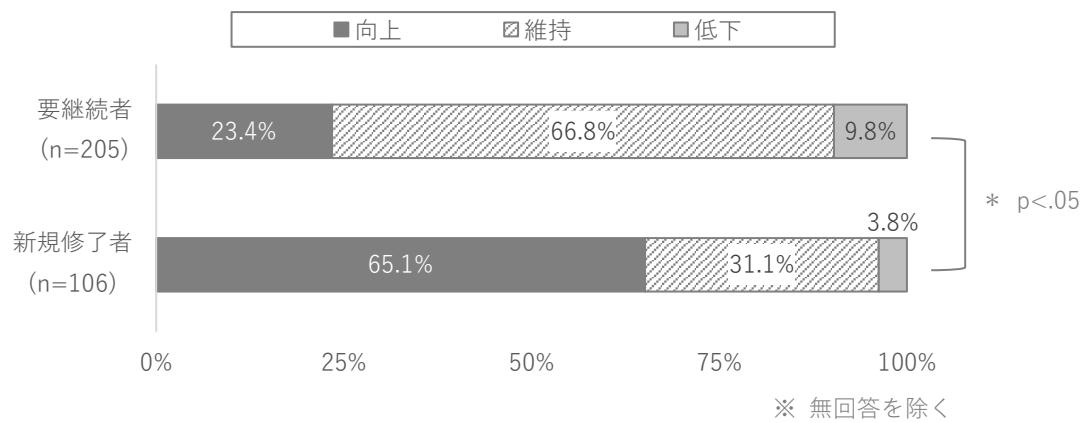


図 4-105 6ヶ月後の IADL の変化



## 第五節 利用者調査（訪問リハビリテーション）

### 1. 新規利用者の特性

利用開始時の介護度は、要支援1-2が22.2%、要介護1-2が36.0%、要介護3-5が40.2%であった（図5-1）。性別は男性が42.1%、女性が56.9%であった（図5-2）。

図 5-1 介護度

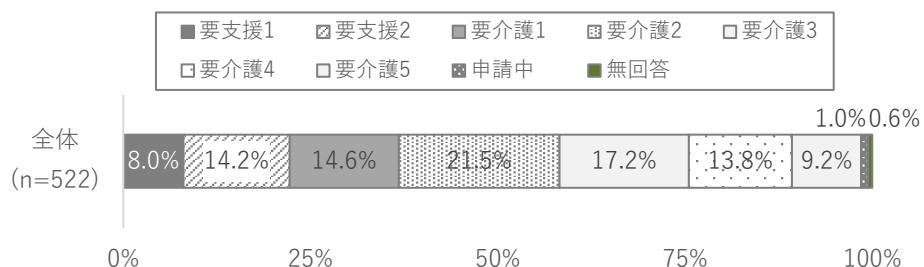
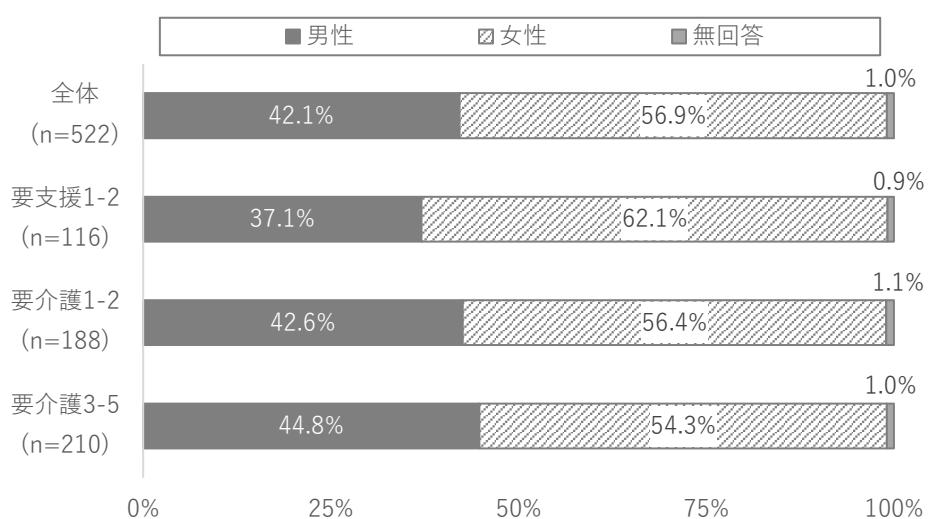


図 5-2 性別



年齢は、85歳以上 39.5%、75歳～84歳 37.0%の順に割合が高かった（図5-3）。また、認知症高齢者の日常生活自立度は、非該当が37.9%と最も高く、ついで I 24.9%、II 24.1%であった。介護度別にみると、要支援1-2では非該当、要介護3-5ではIII・IV・Mの割合が比較的高かった（図5-4）。

図 5-3 年齢

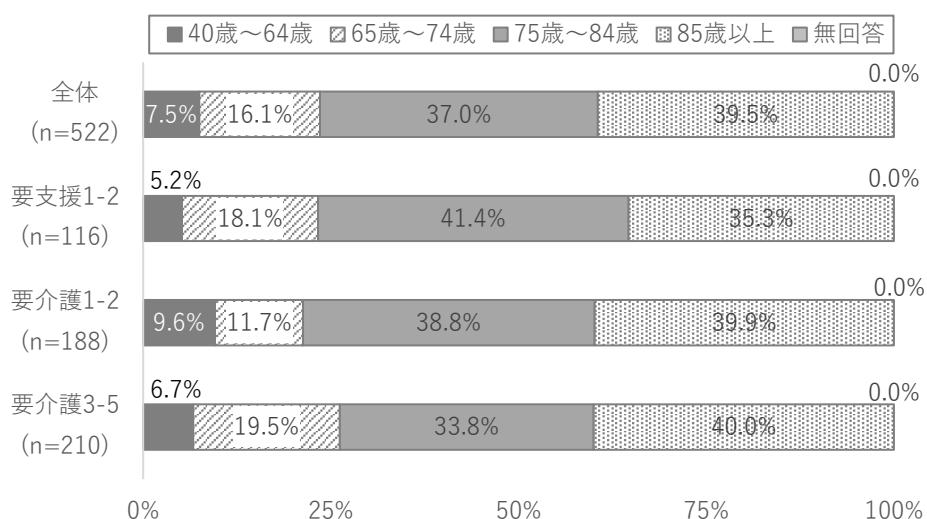
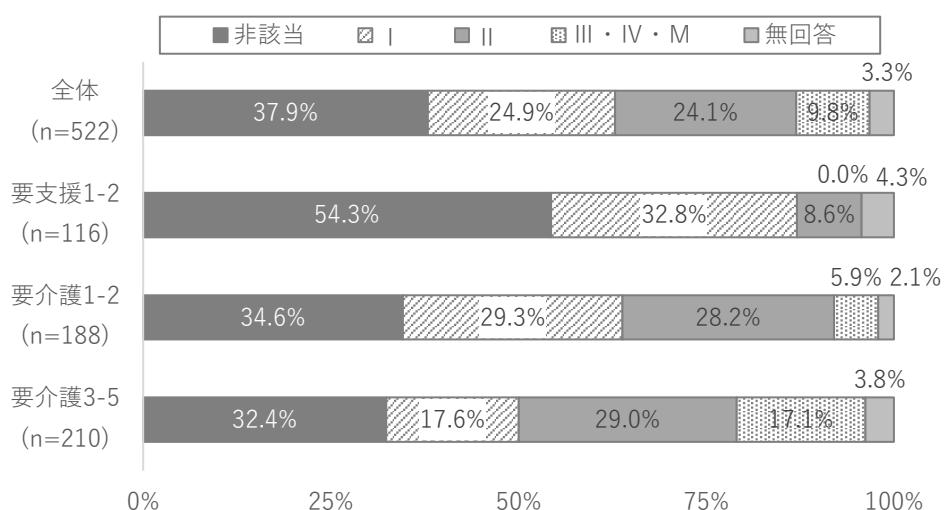


図 5-4 認知症高齢者の日常生活自立度



リハビリが必要となった原因の傷病名は、脳卒中、骨折、廃用症候群の順に割合が高かった（図5-5）。また、介護度別にみると、要支援1-2は関節症・骨粗しょう症、要介護1-2は認知症、骨折、要介護3-5は脳卒中、廃用症候群の割合が比較的高かった（図5-6）。

図 5-5 リハビリが必要となった原因の傷病名（n=522）

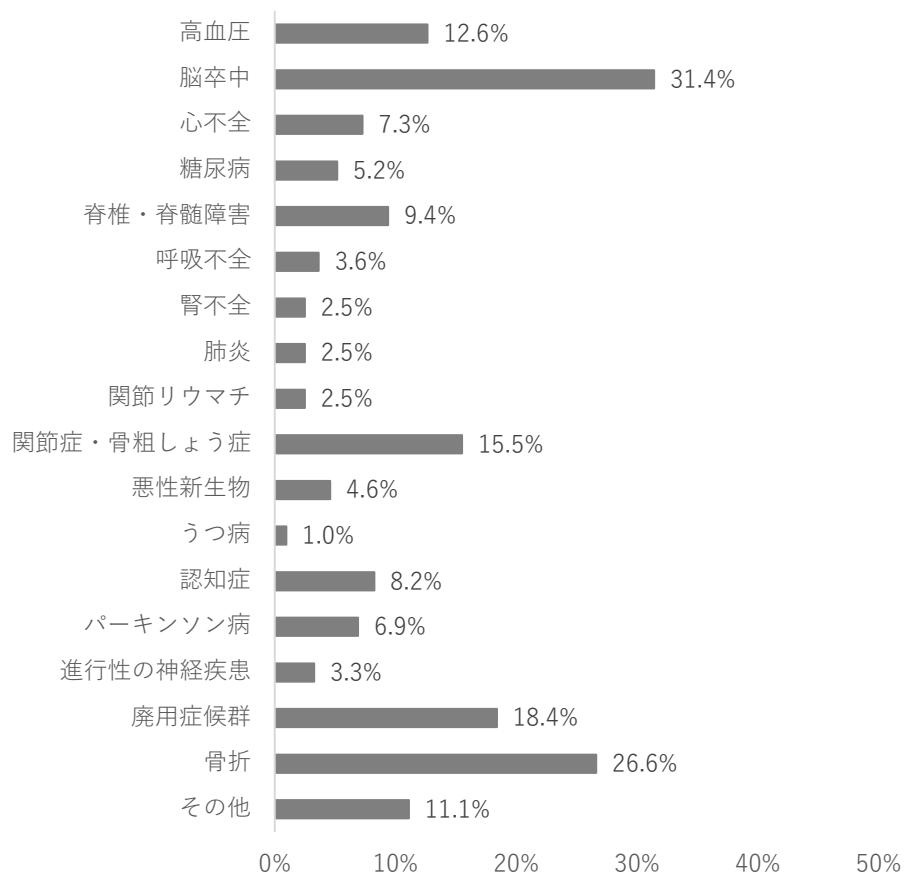
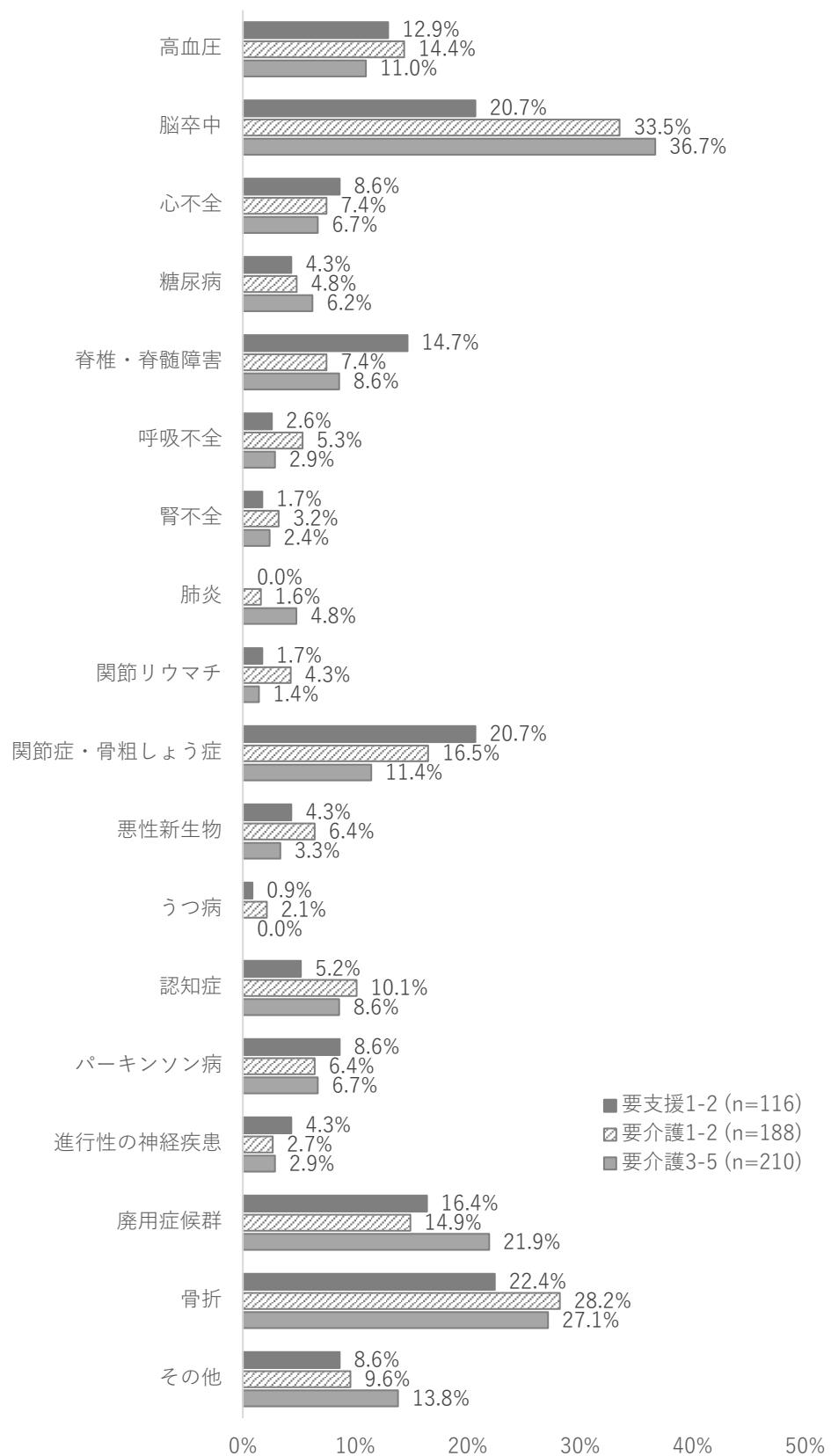


図 5-6 リハビリが必要となった原因の傷病名（介護度別）



主な訪問時間は40分/回が81.4%であった(図5-7)。訪問頻度については、1回/週が56.7%と最も高く、ついで2回/週が39.3%であった(図5-8)。

図 5-7 主な訪問時間

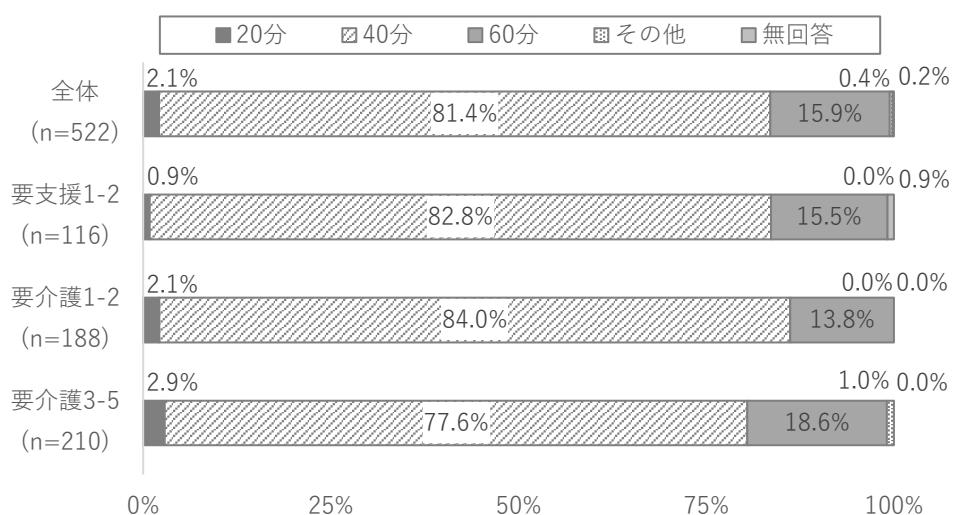


図 5-8 訪問頻度



併用サービスありの割合は78.0%であった。また、介護度が高くなるに併せ、併用サービスありの割合も上昇していた（図5-9）。併用サービスの内容について、要支援1-2は訪問介護、要介護3-5は通所介護の割合が比較的高かった（図5-10）。

図 5-9 併用サービスの有無

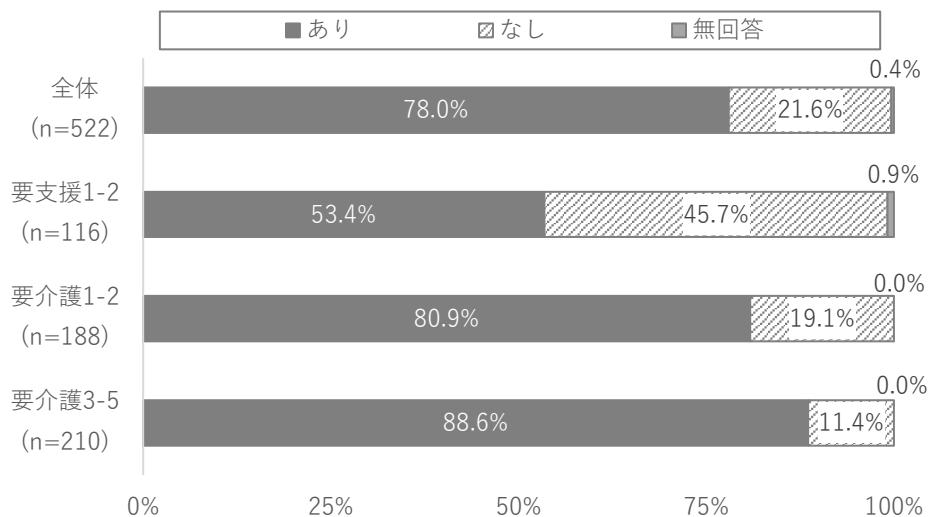
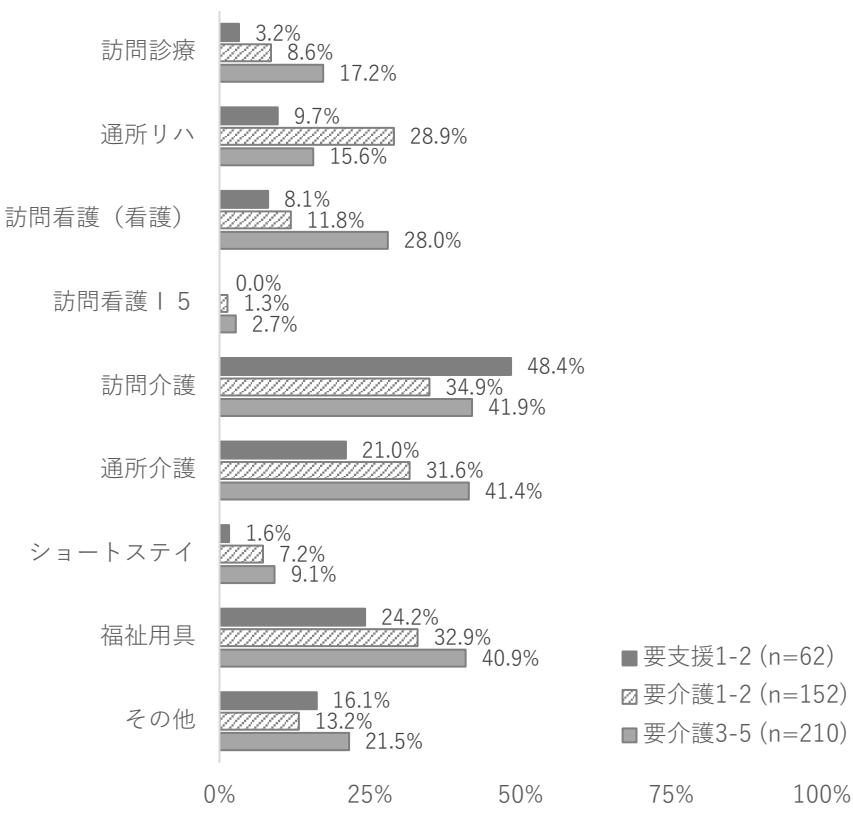


図 5-10 併用サービスの内容



※ 併用サービスありに限る

利用者の所在は、自宅が45.4%であった。また、介護度が高くなるに併せ、一般病棟、回復期リハ病棟の割合も上昇していた（図5-11）。利用開始までの期間は、1週間以内 32.1%、3日以内 29.4%の順に割合が高かった（図5-12）。

図 5-11 利用前の所在

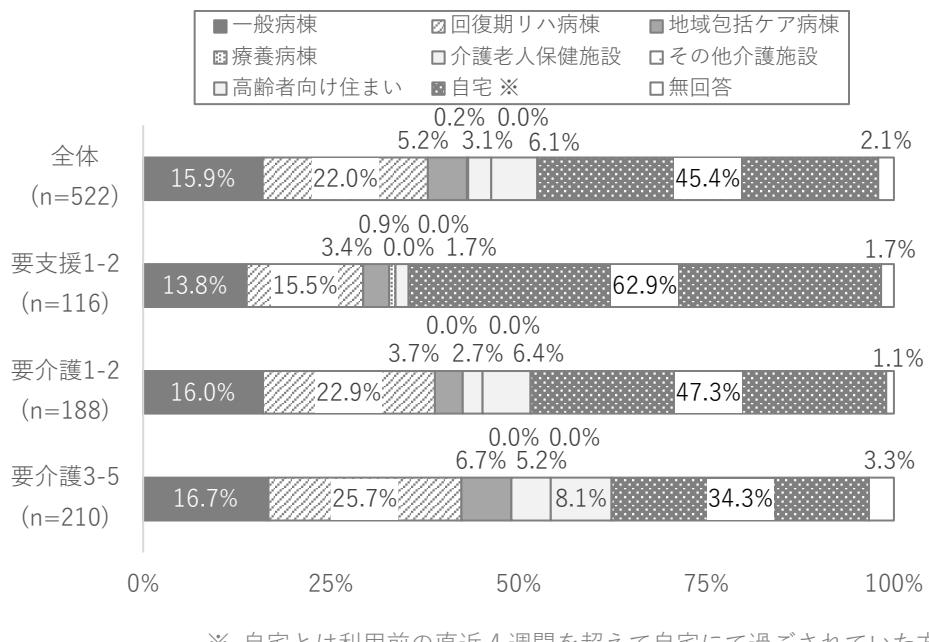
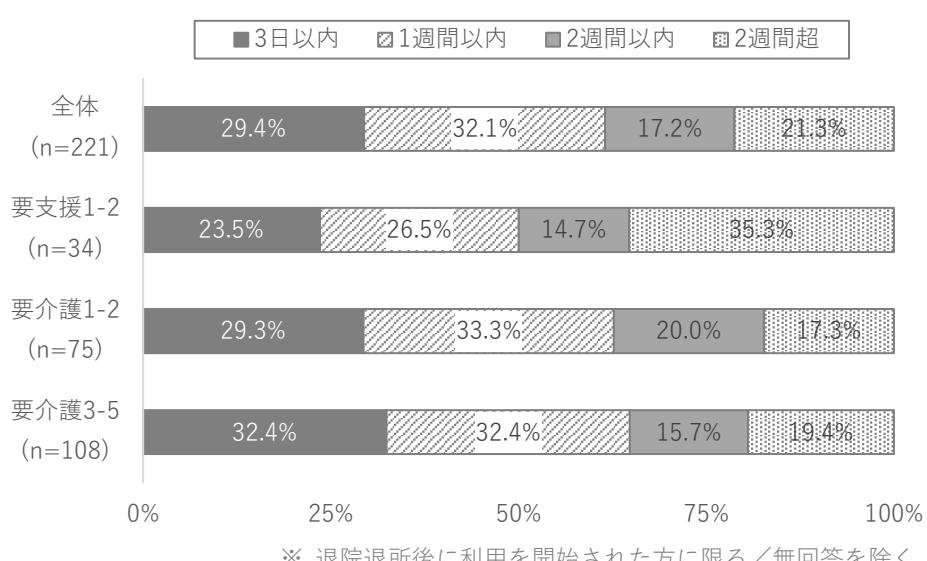


図 5-12 利用開始までの期間



利用開始時のADLは、80点以上が合わせて51.8%であった。また、介護度が高くなるに併せ75点以下の割合が上昇していた（図5-13）。IADLは0～9点にて70.6%であり、生活空間の広がり（LSA）は24点以下が68.2%と最も高かった。（図5-14・15）。

図 5-13 開始時の A D L （Barthel index）

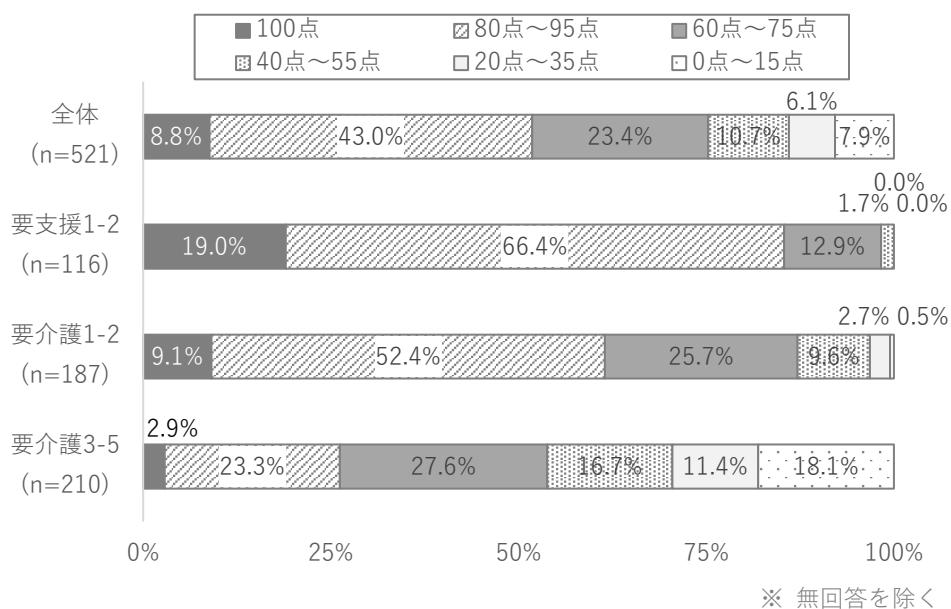


図 5-14 開始時の I A D L （FAI）

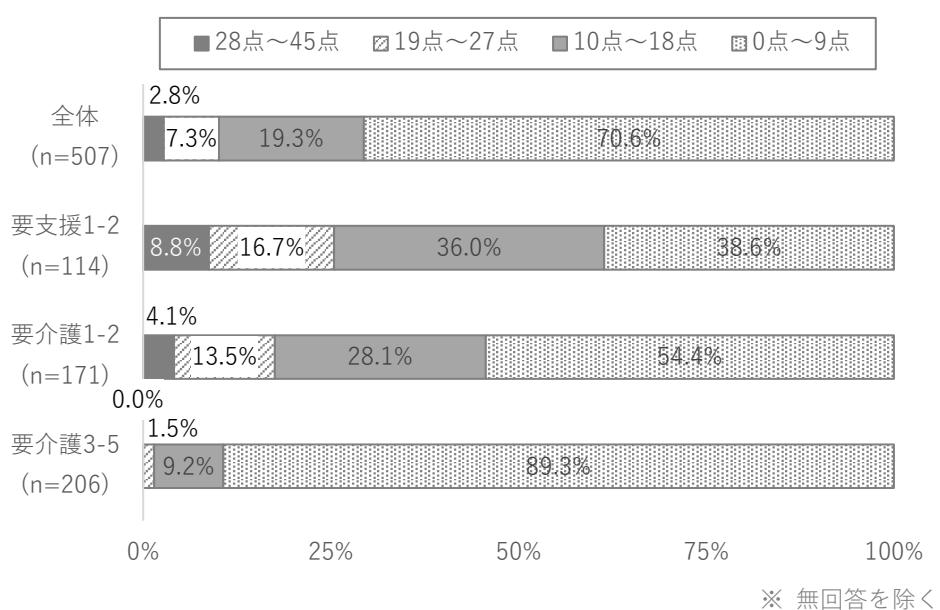
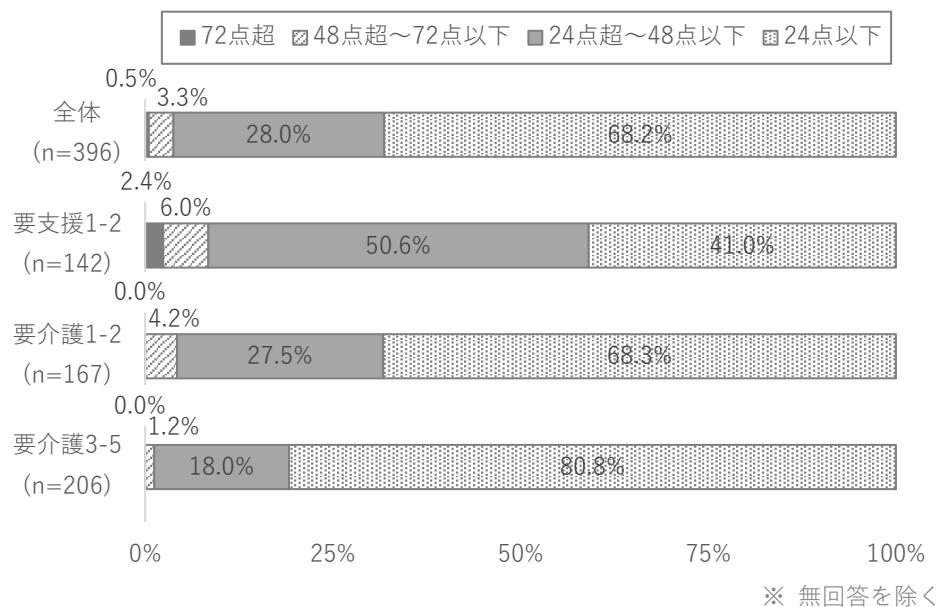
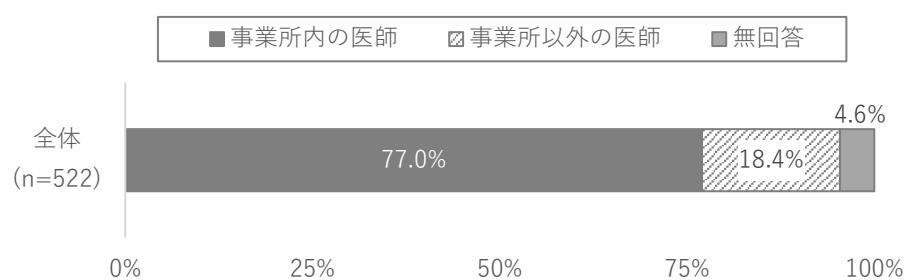


図 5-15 開始時の生活空間の広がり (L S A)



利用者の診察をした医師は、事業所内の医師が77.0%であった（図5-16）。

図 5-16 診察した医師



医師の具体的な指示の内容について、リハの目的は87.9%であった。また、リハ実施上の留意点70.9%、リハ中止の基準46.4%、運動の負荷量16.1%であった（図5-17）。また、診察した医師別にみると、運動の負荷量、リハの方針に関連性を認め、ともに事業所内医師の診察にて割合が高かった（図5-18）。

図 5-17 医師の具体的な指示の内容 (n=522)

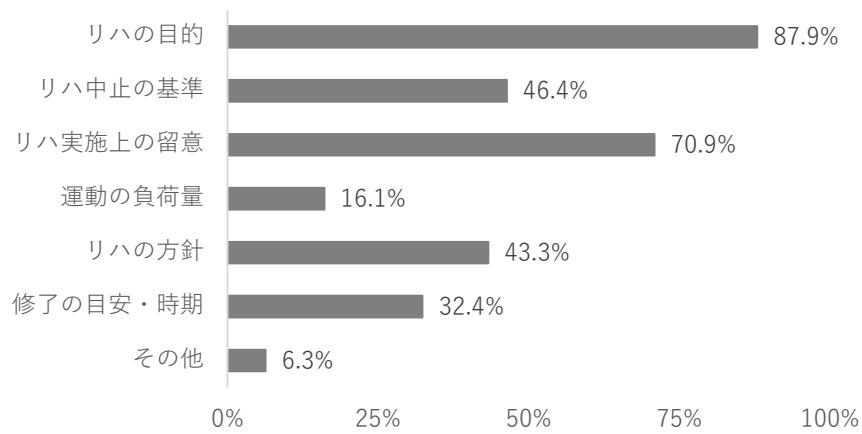
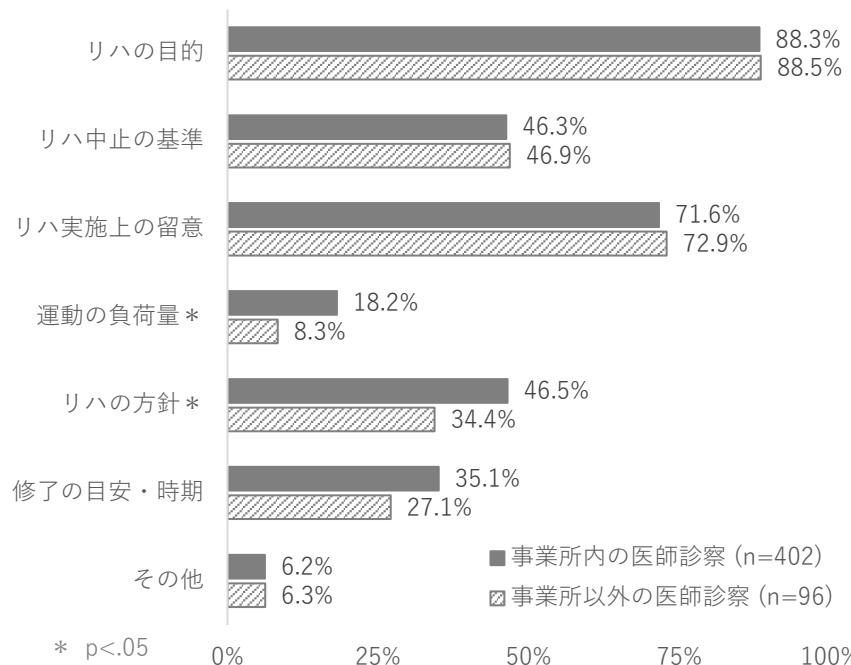
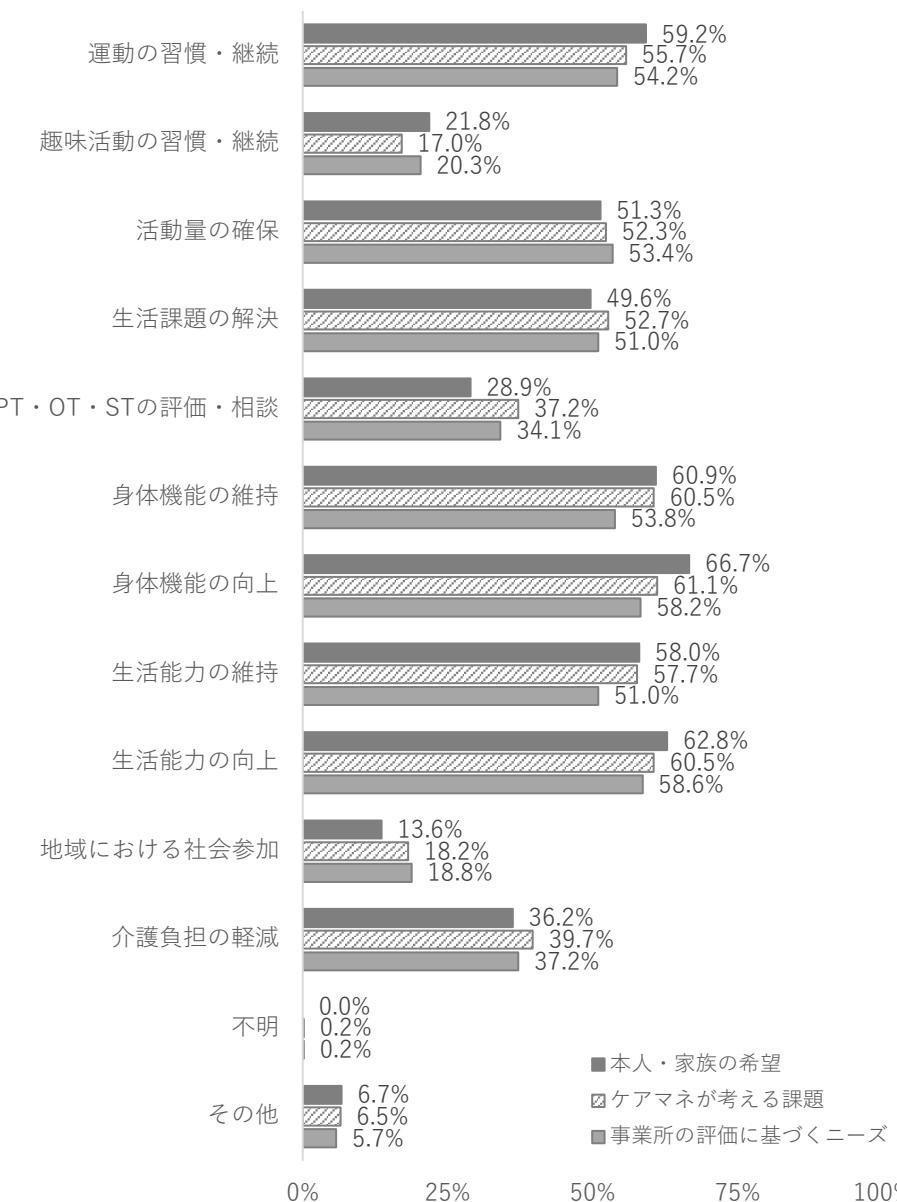


図 5-18 医師の具体的な指示の内容（診察医師別）



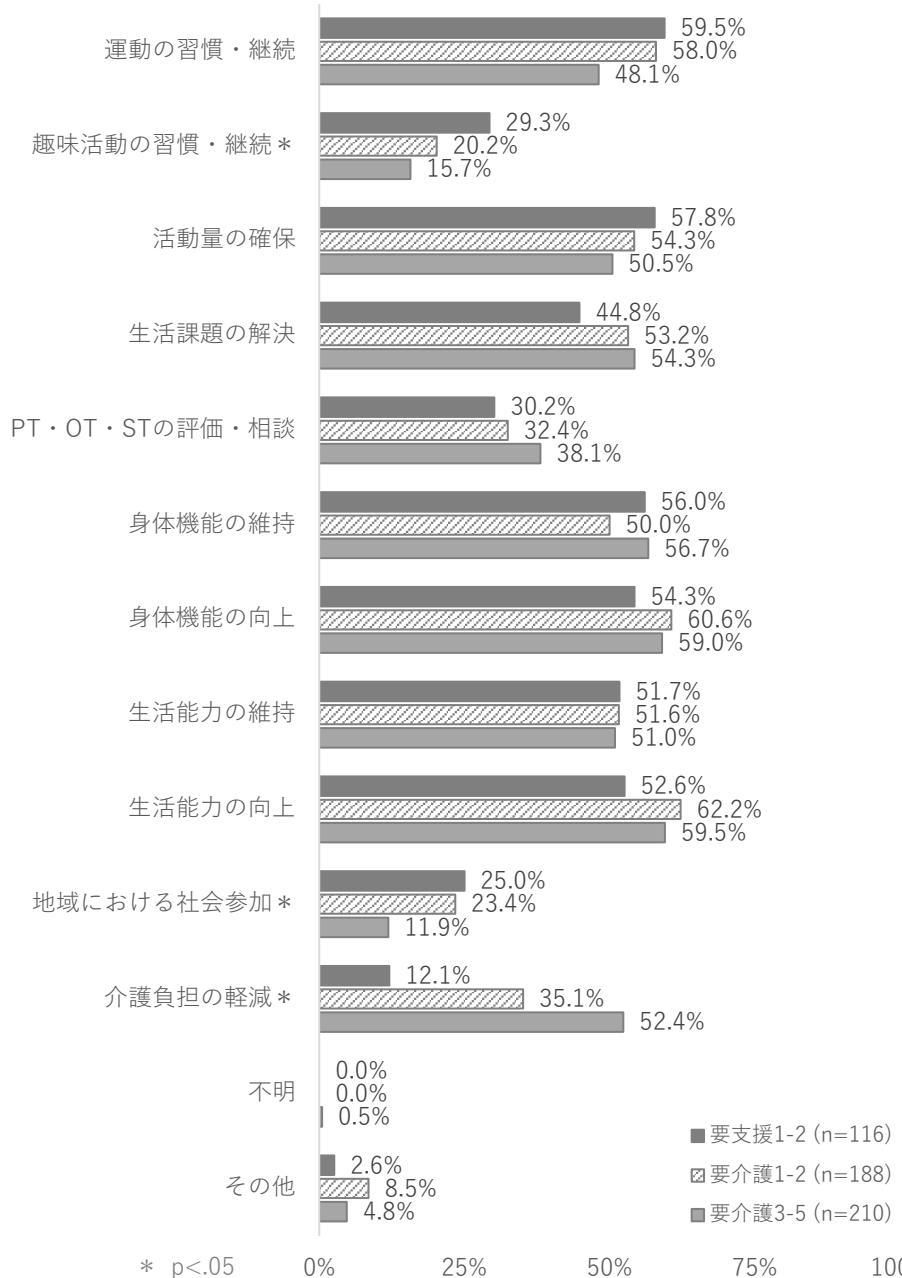
本人・家族の希望、ケアマネジャーが考える課題、事業所の評価に基づくニーズは、同様の傾向を示し、身体機能の維持向上、生活能力の維持向上、運動の習慣・継続、活動量の確保、生活課題の解決の割合が高かった（図5-19）。

図 5-19 利用の目的・ニーズ・目標 (n=522)



事業所の評価に基づくニーズについて介護度別にみると3項目に関連性がみられ、要支援1-2では趣味活動の習慣・継続、要介護3-5では介護負担の軽減の割合が比較的高かった(図5-20)。

図 5-20 事業所の評価に基づくニーズ（介護度別）



要介護における各種加算の実施状況について、リハマネ加算Ⅰは7割を超えていたが、リハマネ加算ⅢIVは1割程度であった（図5-21）。診察した医師別にみると、リハマネ加算ⅢIVや短期集中リハ実施加算に関連性を認め、事業所内医師の診察の割合が高かった（図5-22）。また、要支援における各種加算の実施状況では、リハマネ加算（要支援）が76.7%であった（図5-23）。

図 5-21 要介護における各種加算の実施状況（介護度別）

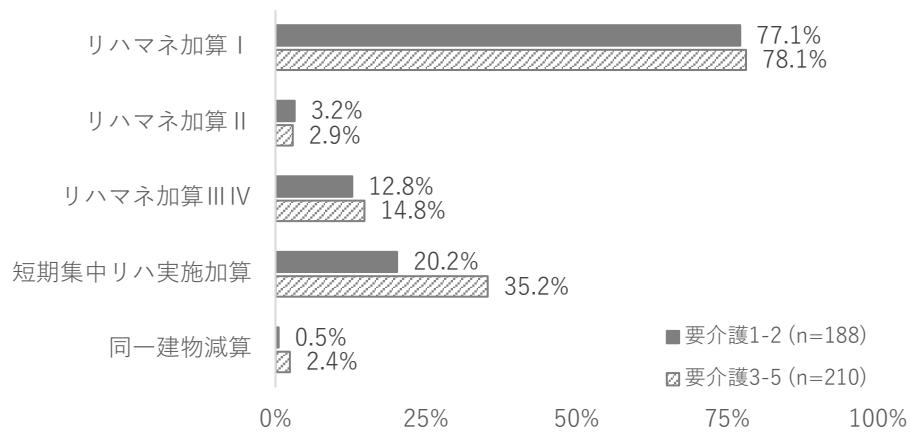


図 5-22 要介護における各種加算の実施状況（診察医師別）

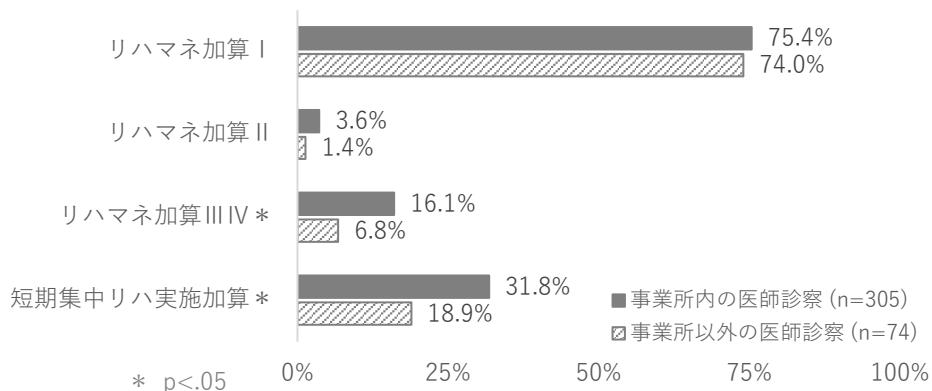
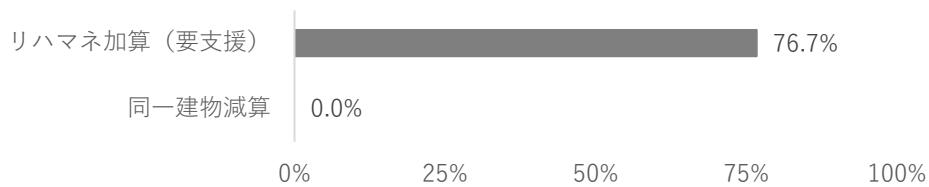


図 5-23 要支援における各種加算の実施状況 (n=116)



提供サービス内容を介護度別にみると、7項目にて関連性を認めた。要支援1-2において運動・自主トレのアドバイス、IADL練習、生活・環境整備に関するアドバイス、自宅外練習の割合が、要介護3-5にて介護者への指導・助言、口腔機能向上の割合が比較的高かった（図5-24）。診察した医師別でみると、生活・環境整備に関するアドバイスにて事業所内医師の診察の割合が高かった（図5-25）。また、各種関わりの実施状況では、他事業所への介助方法やプログラム内容の助言にて関連性を認め、要介護3-5にて高い傾向であった（図5-26）。

図 5-24 提供サービス内容（介護度別）

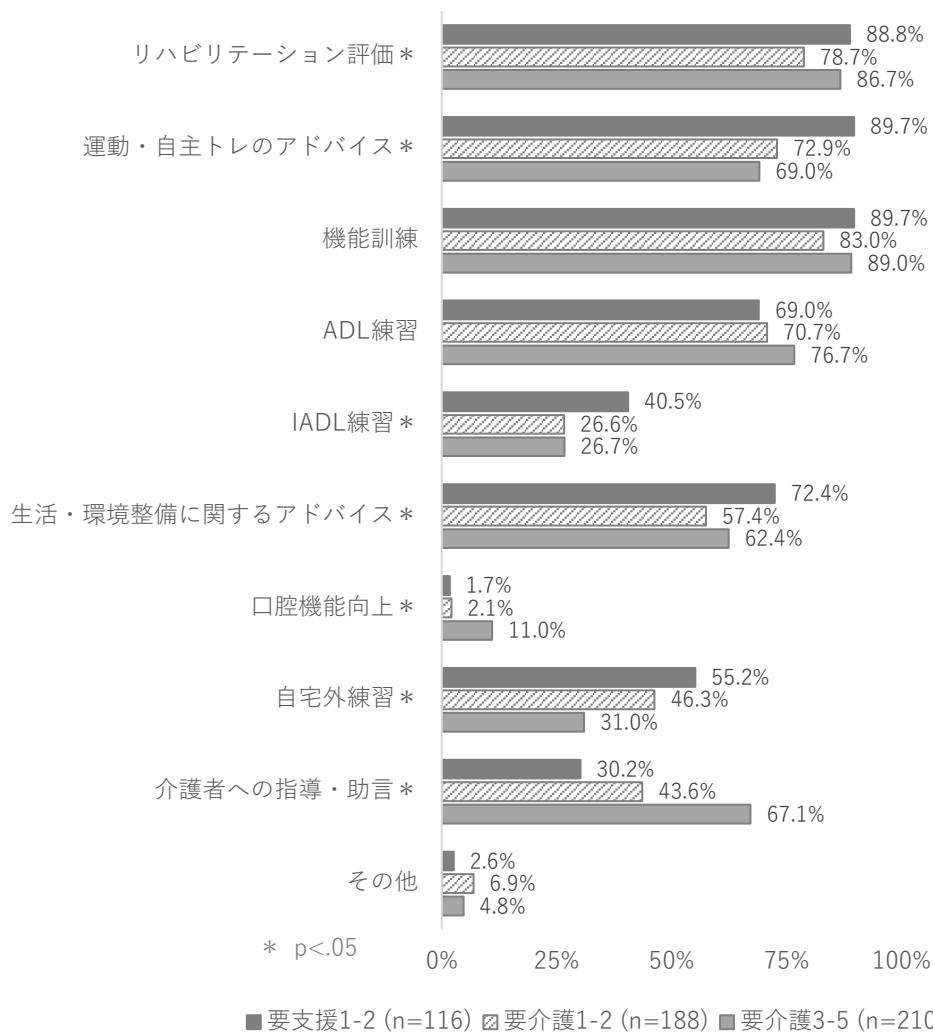


図 5-25 提供サービス内容（診察医師別）

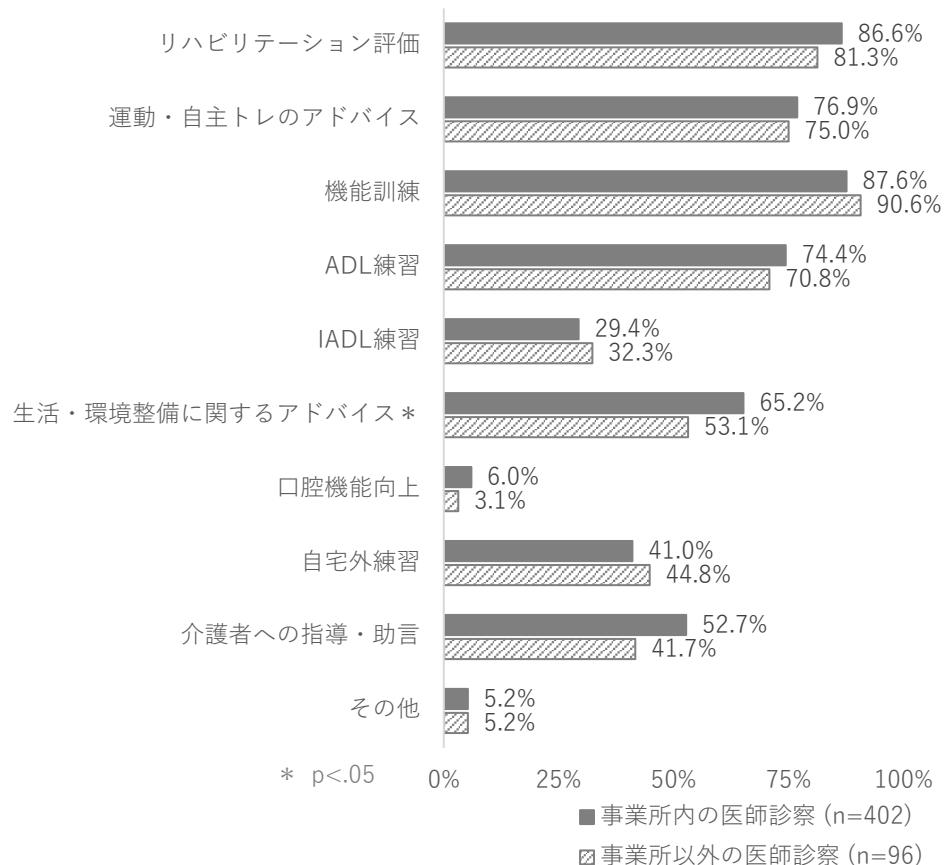
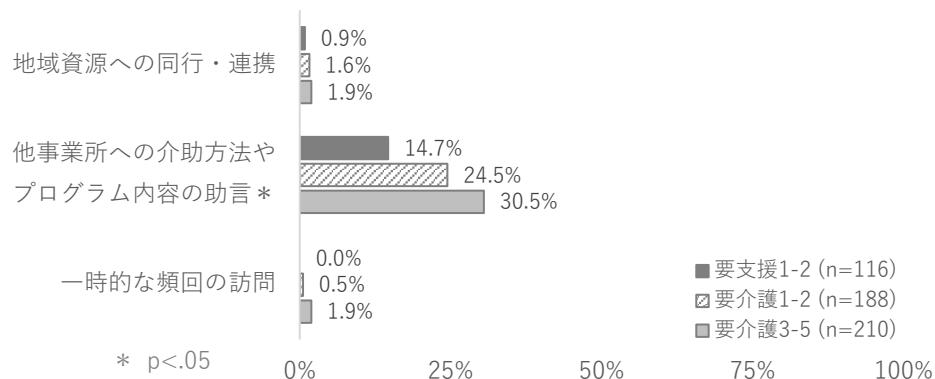


図 5-26 各種関わりの実施状況（介護度別）



6ヶ月後にADLが向上した割合は3~4割、IADLは約5割、LSAは4~5割であった。ADLおよびIADLについては関連性を認め、ADLが向上した割合は要介護3-5に、IADLが向上した割合は要支援1-2、要介護1-2に高い傾向を示した。一方、LSAについては関連性を認めなかった（図5-27～29）

図 5-27 6ヶ月後の ADL の変化（介護度別）

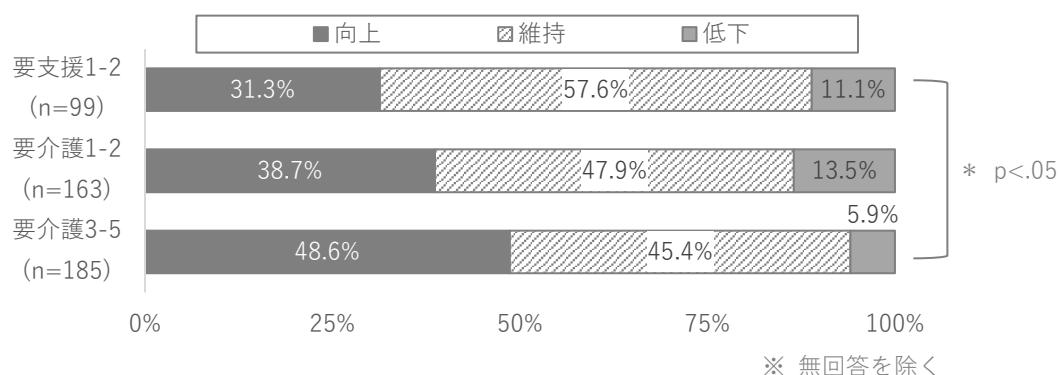


図 5-28 6ヶ月後の IADL の変化（介護度別）

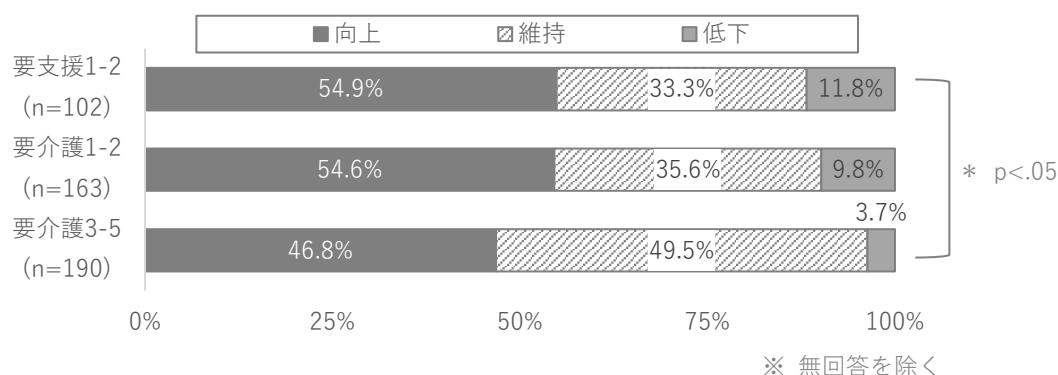
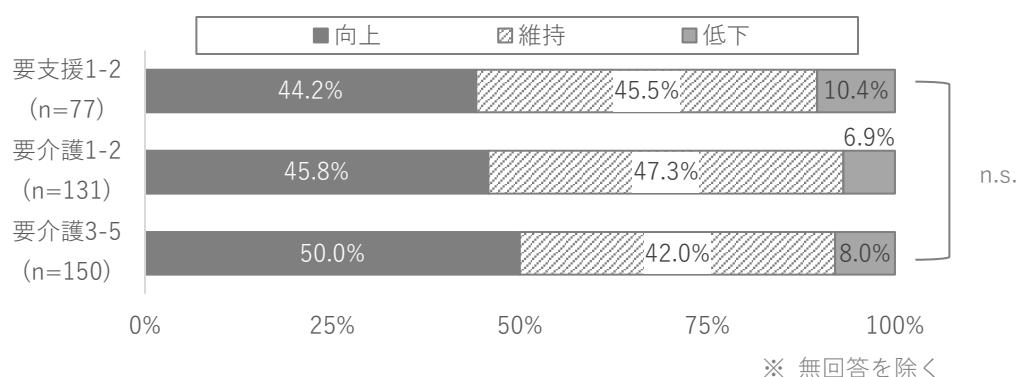


図 5-29 6ヶ月後の LSA の変化（介護度別）



6ヶ月後の利用目標の達成度を介護度別にみると、介護負担の軽減のみ関連性を認めた。達成の割合は、PT・OT・STの評価・相談、身体機能の維持、生活能力の維持にて6割を超えた。一方、地域における社会参加では要支援1-2の未達成が48.5%であった（表5-1）。

表 5-1 6ヶ月後の利用目標の達成度（介護度別）

カテゴリー名		n	達成	一部達成	未達成	p
運動の習慣・継続	要支援1-2	88	58.0%	30.7%	11.4%	ns
	要介護1-2	126	52.4%	39.7%	7.9%	
	要介護3-5	120	50.8%	40.8%	8.3%	
趣味活動の習慣・継続	要支援1-2	45	60.0%	28.9%	11.1%	ns
	要介護1-2	46	39.1%	39.1%	21.7%	
	要介護3-5	47	44.7%	40.4%	14.9%	
活動量の確保	要支援1-2	82	62.2%	31.7%	6.1%	ns
	要介護1-2	119	48.7%	42.0%	9.2%	
	要介護3-5	123	53.7%	39.8%	6.5%	
生活課題の解決	要支援1-2	67	50.7%	38.8%	10.4%	ns
	要介護1-2	109	48.6%	39.4%	11.9%	
	要介護3-5	130	41.5%	47.7%	10.8%	
PT・OT・STの評価・相談	要支援1-2	51	78.4%	19.6%	2.0%	ns
	要介護1-2	79	69.6%	27.8%	2.5%	
	要介護3-5	93	67.7%	30.1%	2.2%	
身体機能の維持	要支援1-2	75	65.3%	26.7%	8.0%	ns
	要介護1-2	124	66.9%	24.2%	8.9%	
	要介護3-5	140	68.6%	25.7%	5.7%	
身体機能の向上	要支援1-2	79	38.0%	45.6%	16.5%	ns
	要介護1-2	123	40.7%	45.5%	13.8%	
	要介護3-5	132	40.9%	43.2%	15.9%	
生活能力の維持	要支援1-2	76	68.4%	23.7%	7.9%	ns
	要介護1-2	122	64.8%	27.9%	7.4%	
	要介護3-5	119	68.9%	25.2%	5.9%	
生活能力の向上	要支援1-2	80	36.3%	45.0%	18.8%	ns
	要介護1-2	130	40.0%	45.4%	14.6%	
	要介護3-5	127	38.6%	44.1%	17.3%	
地域における社会参加	要支援1-2	33	15.2%	36.4%	48.5%	ns
	要介護1-2	54	37.0%	29.6%	33.3%	
	要介護3-5	38	47.4%	26.3%	26.3%	
介護負担の軽減	要支援1-2	27	37.0%	40.7%	22.2%	0.032
	要介護1-2	72	29.2%	52.8%	18.1%	
	要介護3-5	116	42.2%	51.7%	6.0%	

※ 無回答・非該当を除く

6ヶ月後の利用状況と今後の予定について、目標を達成し修了している・利用を継続しているが修了の予定であるを合わせると35.2%であった。また、介護度別にみても関連性を認めなかった（図5-30）。利用を継続する理由を介護度別にみると、3項目に関連性を認め、本人または家族が修了への不安が強いは要支援1-2の割合が、介護量が多く継続的な在宅支援が必要は要介護3-5の割合が高い傾向であった（図5-31）。

図 5-30 6ヶ月後の利用状況と今後の予定

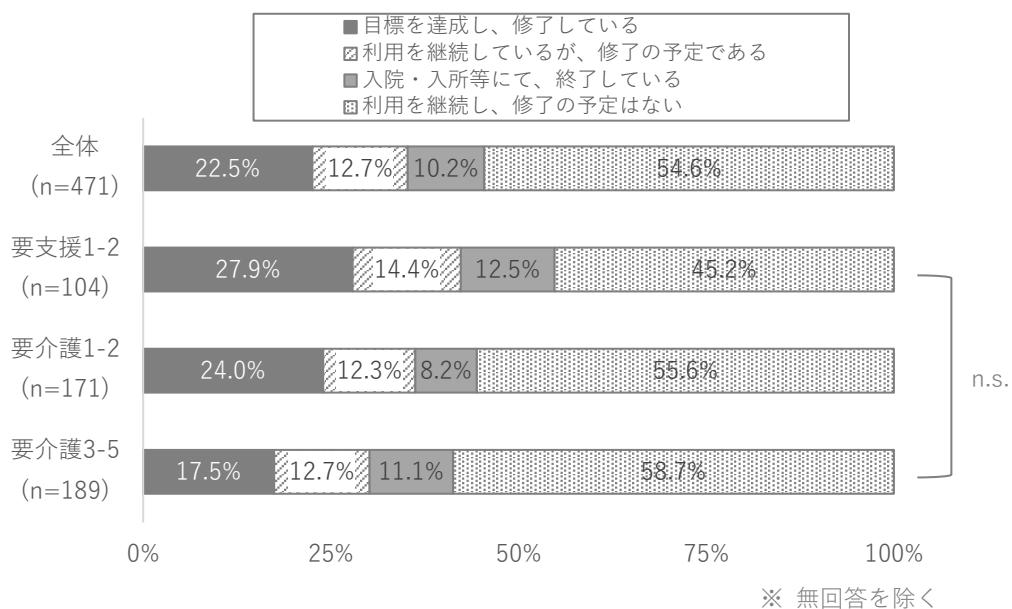
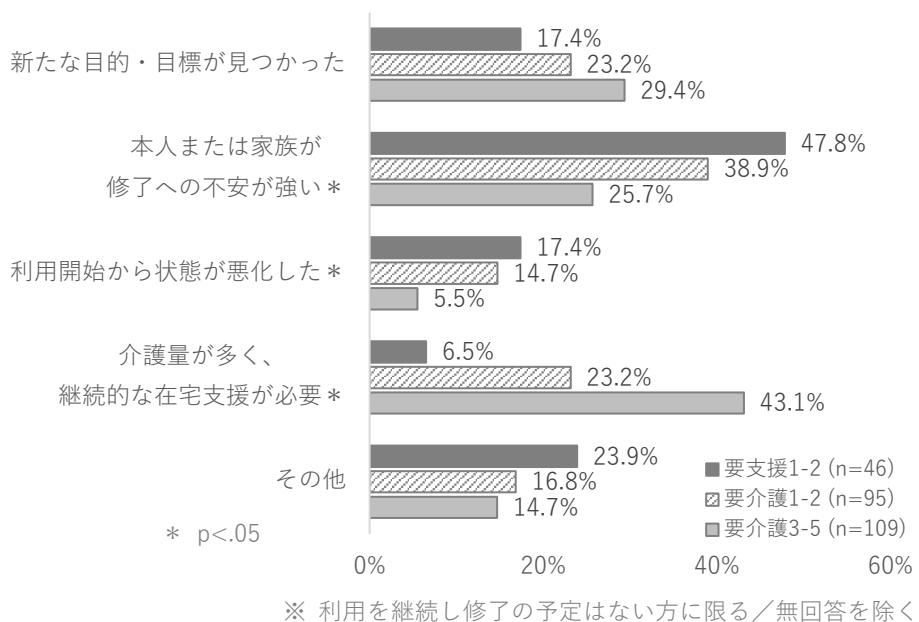


図 5-31 利用を継続する理由（介護度別）



## 2. 利用修了者の特性

利用開始時の介護度は、要支援1-2が28.8%、要介護1-2が36.8%、要介護3-5が33.0%であった（図5-32）。性別は男性が42.2%、女性が57.8%であった（図5-33）。

図 5-32 介護度

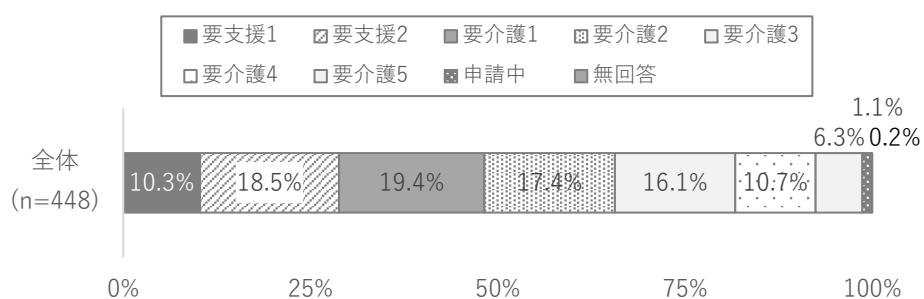
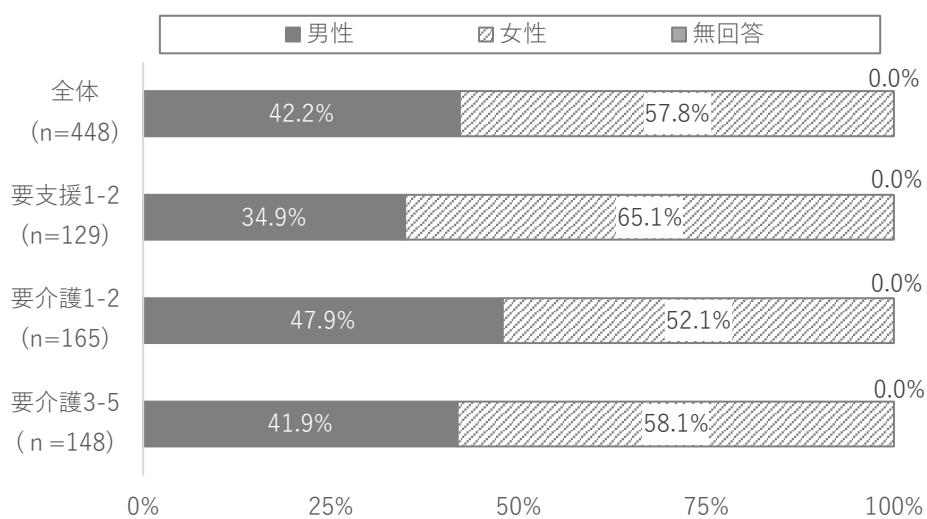


図 5-33 性別



年齢は75歳～84歳 38.6%、85歳以上 34.6%の順に割合が高かった（図5-34）。また、認知症高齢者の日常生活自立度は、非該当が42.6%であった。介護度別にみると、要支援1-2では非該当、要介護3-5ではIII・IV・Mの割合が比較的高かった（図5-35）。

図 5-34 年齢

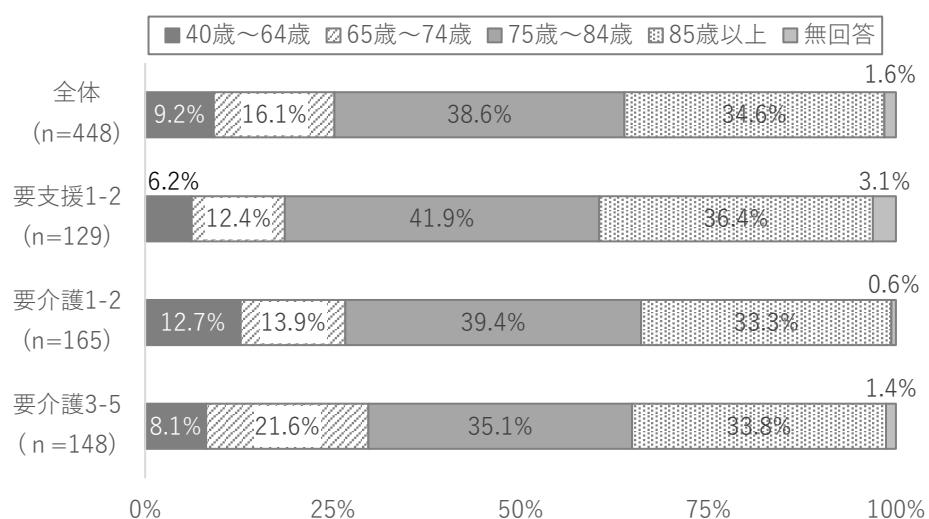
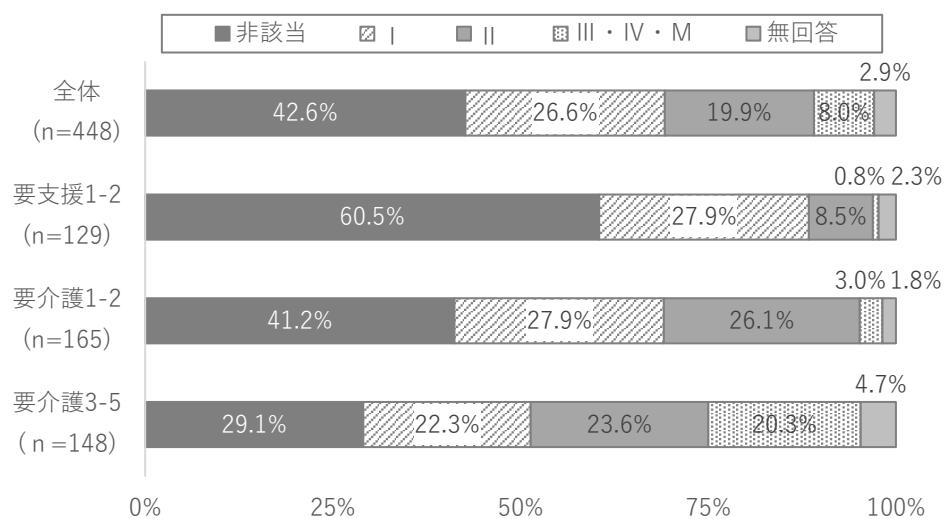


図 5-35 認知症高齢者の日常生活自立度



主な訪問時間は40分/回が約8割であった（図5-36）。訪問頻度は、1回/週が50.4%と最も高く、ついで2回/週が44.2%であった（図5-37）。利用期間は、6ヶ月以内にて5割を超えていた（図5-38）。

図 5-36 主な訪問時間

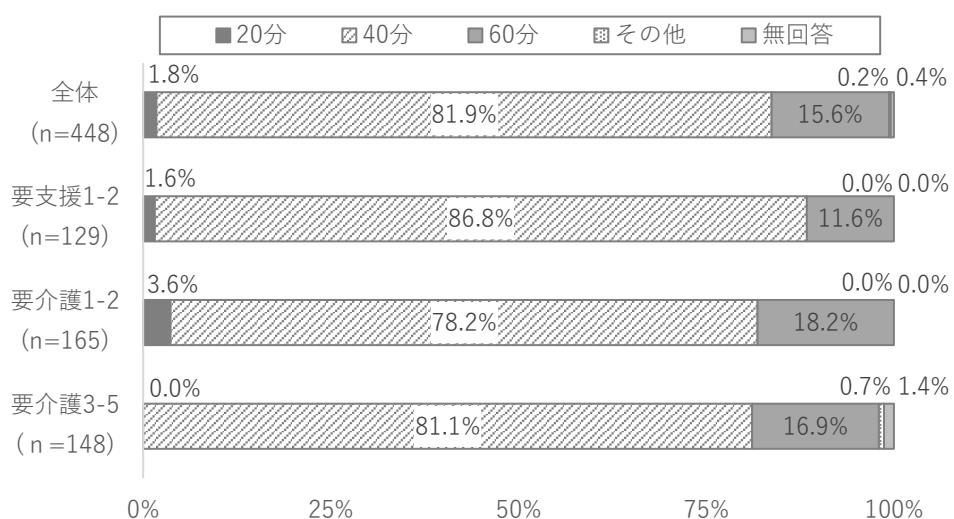


図 5-37 訪問頻度

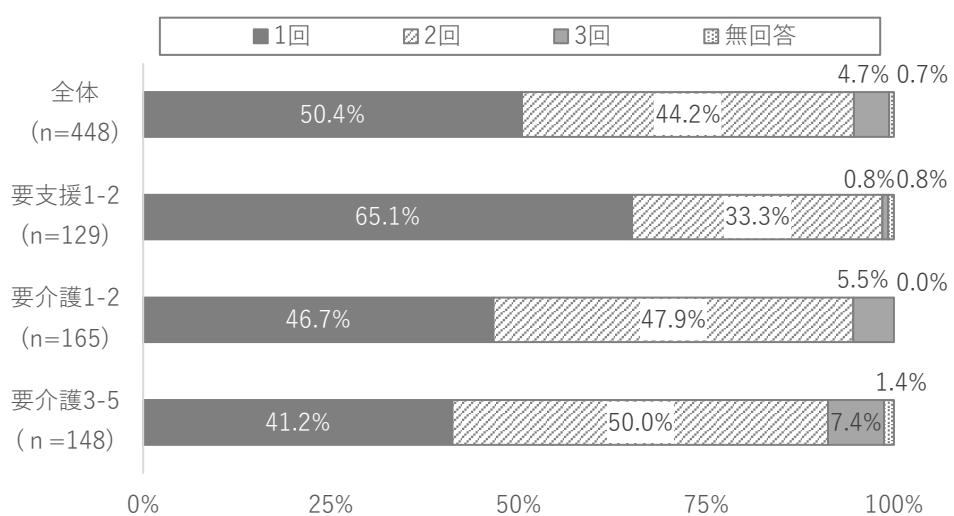
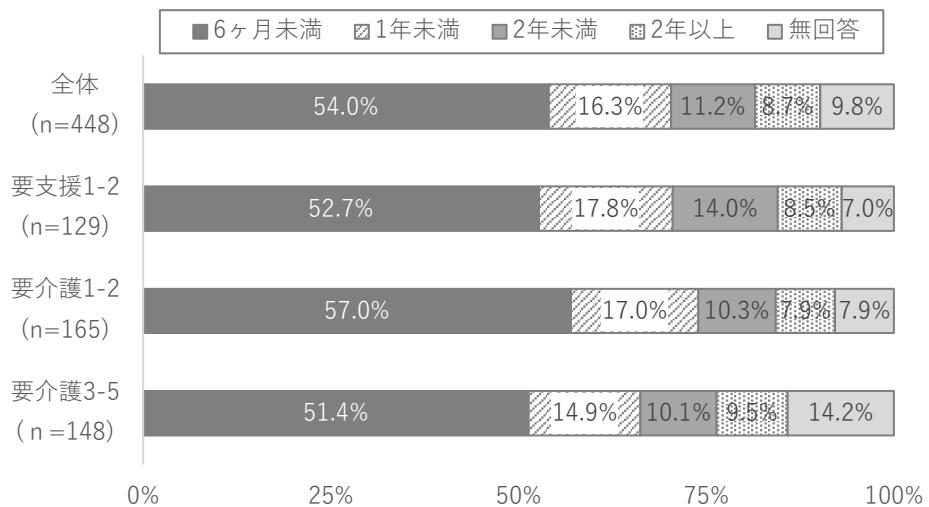


図 5-38 利用期間



利用開始時のADLは、BI80点以上にて61.5%であった(図5-39)。IADLは、0～9点が63.4%、10～18点が24.3%であった(図5-40)。また、LSAでは、0点～24点が59.8%、24点超～48点以下が30.5%であった(図5-41)。

図 5-39 開始時の A D L (Barthel index)



図 5-40 開始時の I A D L (FAI)

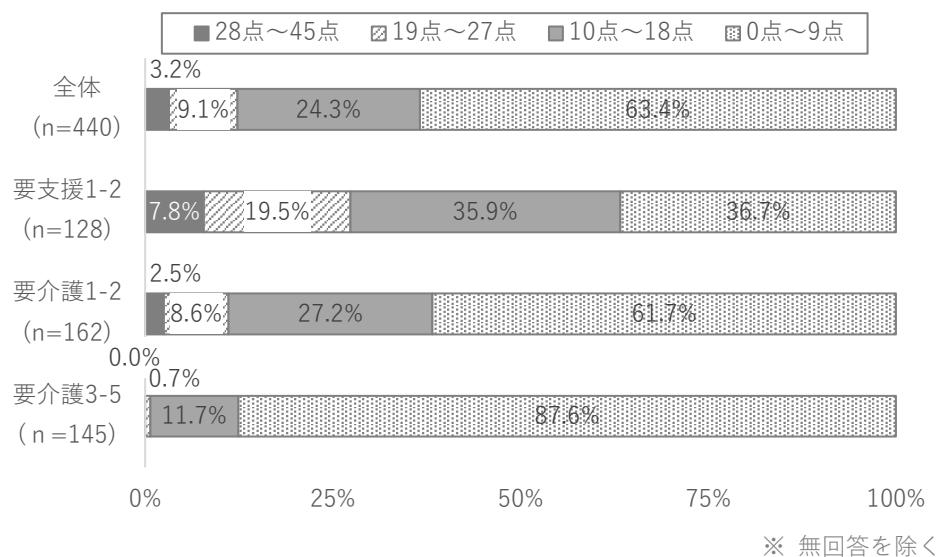
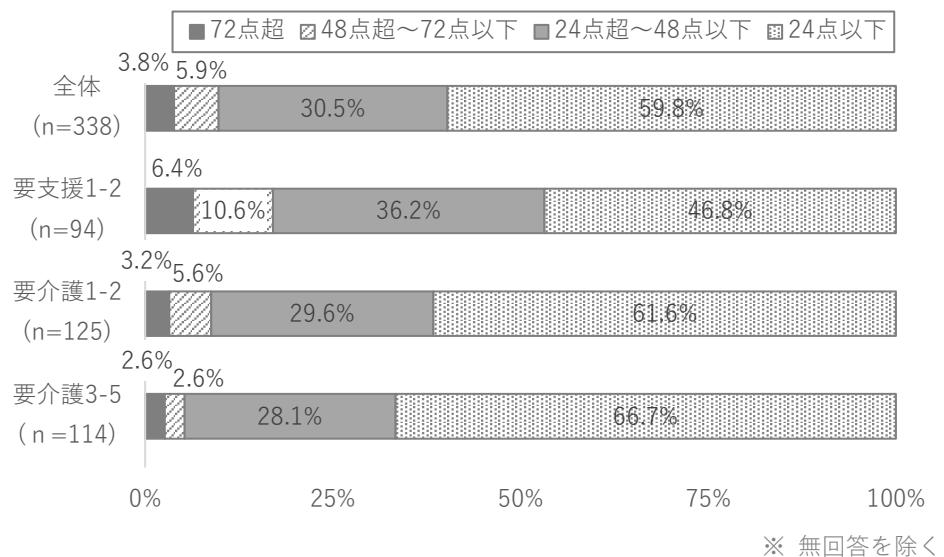


図 5-41 開始時の生活空間の広がり (LSA)



修了時のIADL変化は関連性を認め、要支援1-2にて向上した割合が高い傾向を示した（図5-43）。また、修了時のADLおよびLSAの変化について関連性は認めなかつたが、向上の割合は、ADLにて4割を超え、LSAでは約6割であった（図5-42・44）。

図 5-42 修了時の ADL の変化

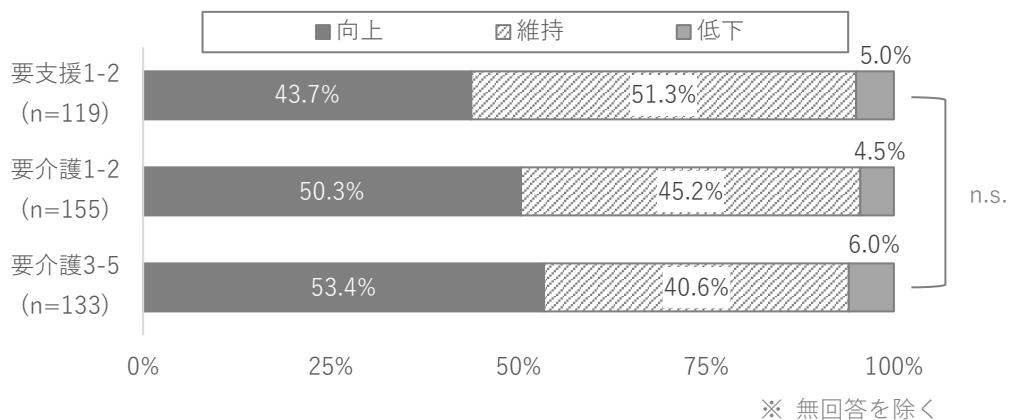


図 5-43 修了時の IADL の変化

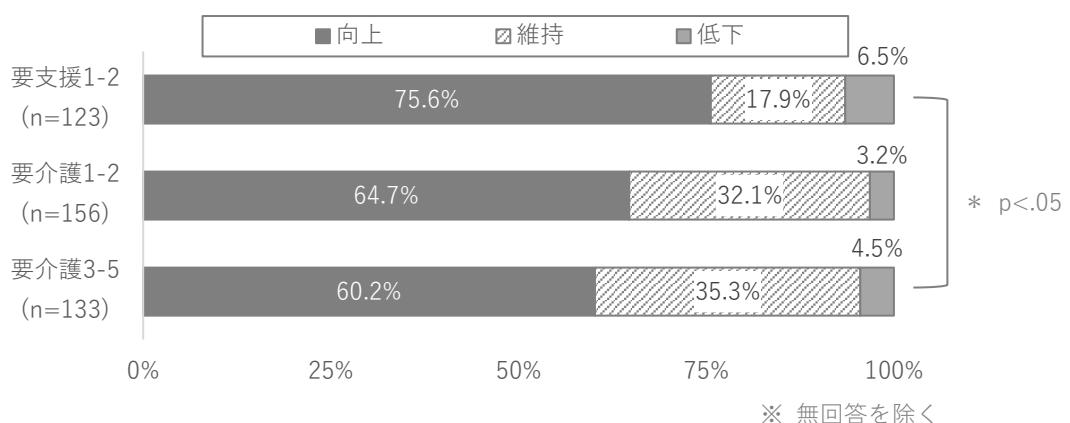
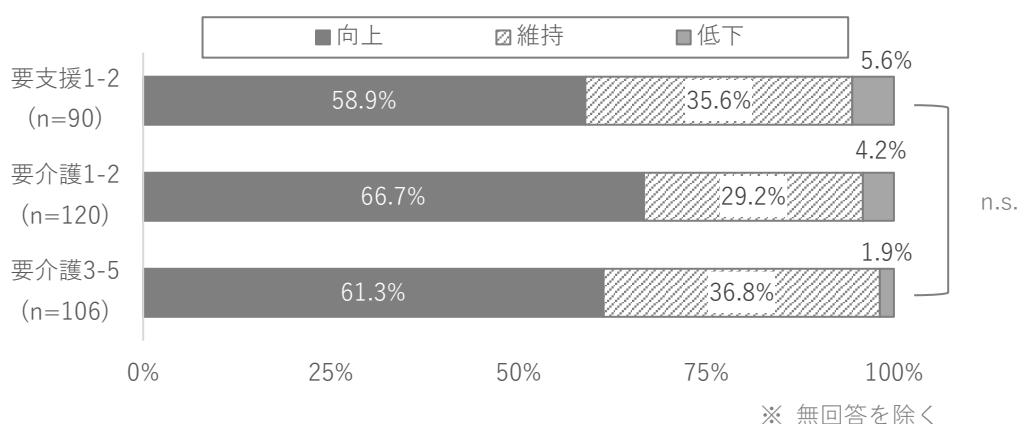


図 5-44 修了時の LSA の変化



利用修了時において介護保険のサービス利用なしの割合は22.0%であり、介護度別では要支援1-2にて割合が高かった（図5-45）。介護保険のサービス利用なしの修了時の状況は、居宅における家庭での役割 68.9%、地域の通いの場やサロン 25.2%であった（図5-46）。また、介護保険のサービス利用ありにおける利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等は、通所リハおよび通所介護にて4割を超えていた（図5-47）。

図 5-45 利用修了時における介護保険サービスの利用状況

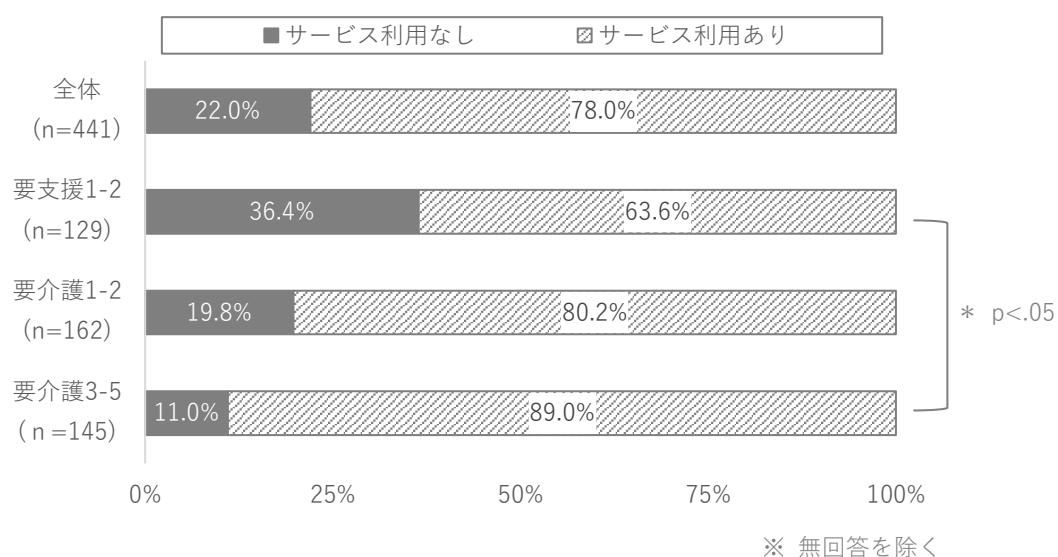


図 5-46 利用修了後の状況

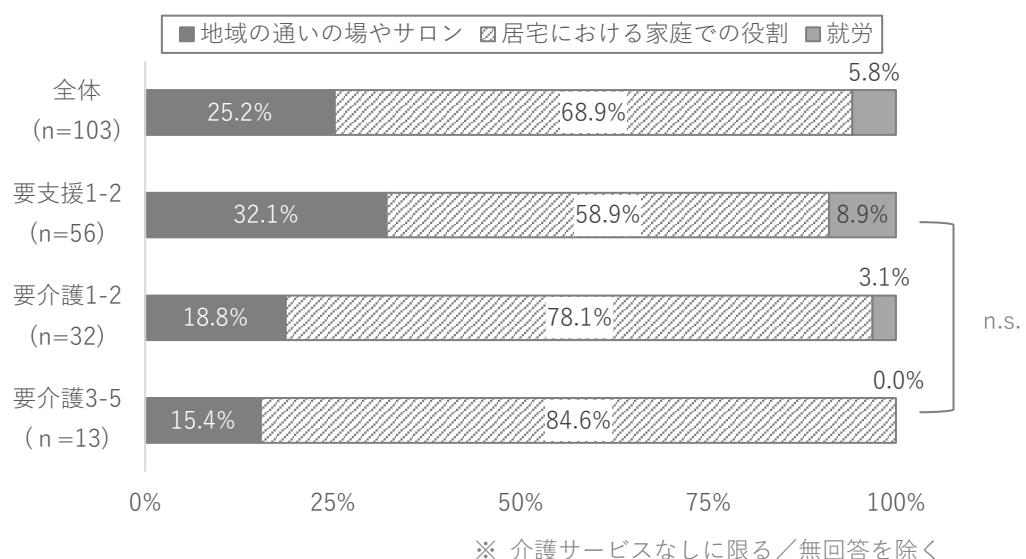
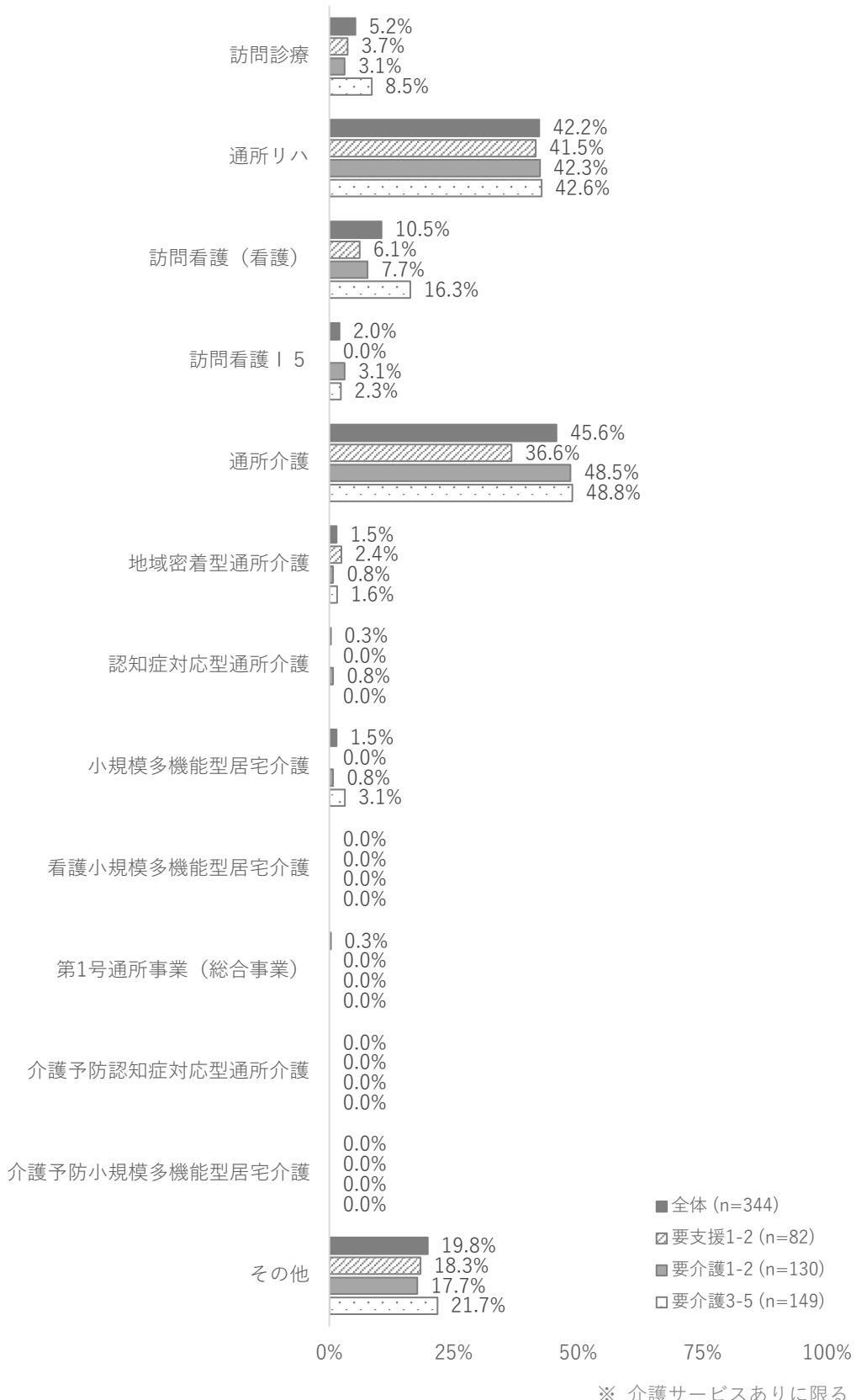


図 5-47 利用修了後に利用した介護保険サービス・総合事業等



利用修了後の状態確認について、実施ありの割合は60.2%であった。また、介護度別にみると、介護度が高くなるに併せ、実施ありの割合は上昇していた（図5-48）。また、状態確認の実施ありにおいて利用修了後の状態変化については、変化なしの割合が約9割であった（図5-49）。

図 5-48 利用修了後の状態確認の実施有無

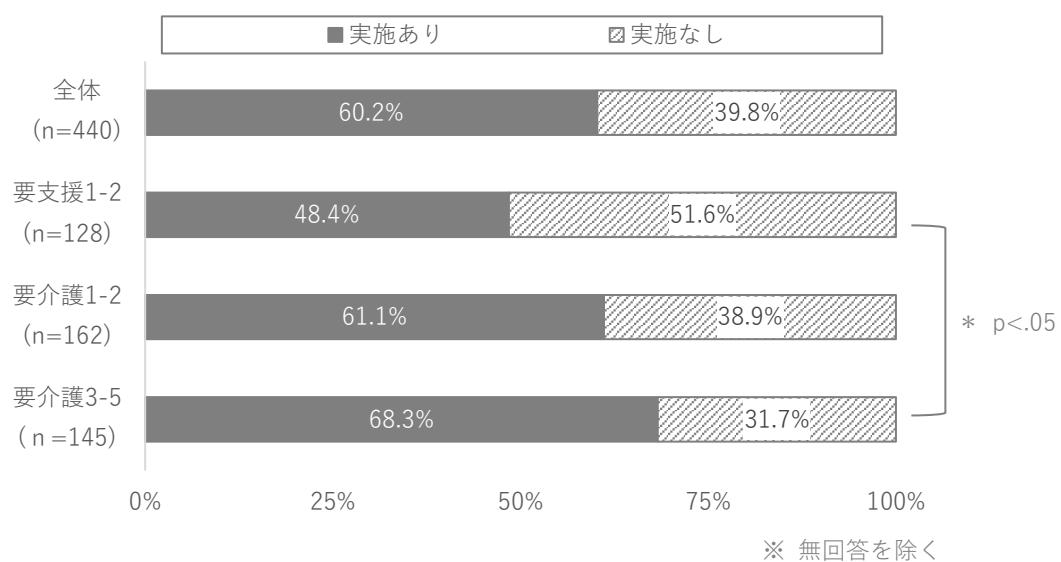
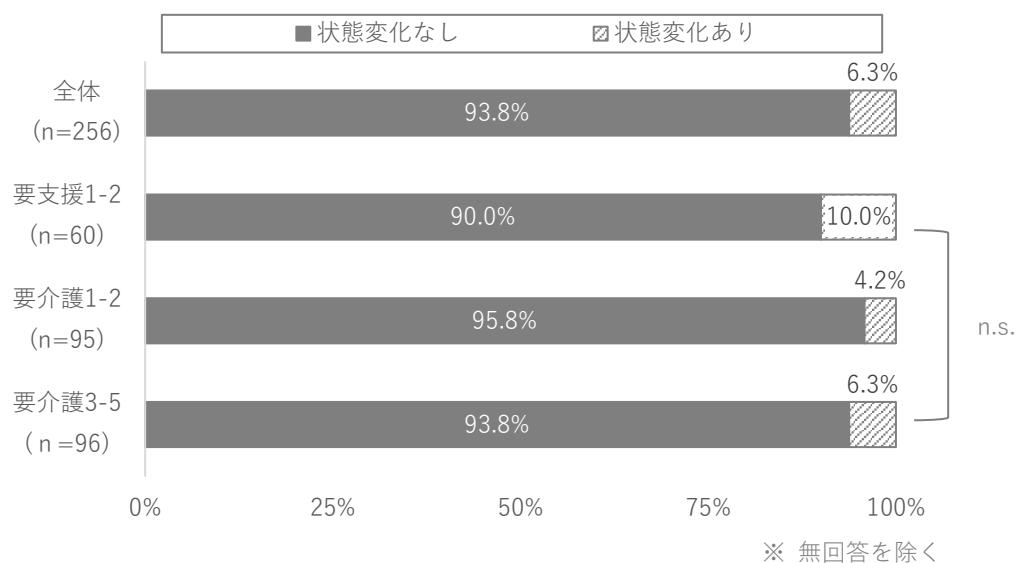


図 5-49 利用終了後の状態変化の有無



利用修了3ヶ月後における介護保険サービスの利用状況は、利用なし12.2%、利用あり52.8%であった。他方、不明の割合が3割を超えていた（図5-50）。また、利用修了後に利用している地域資源や介護保険サービス等との連携有無について、実施ありの割合は1割程度であった（図5-51）。

図 5-50 利用修了 3 ヶ月後における介護保険サービスの利用状況

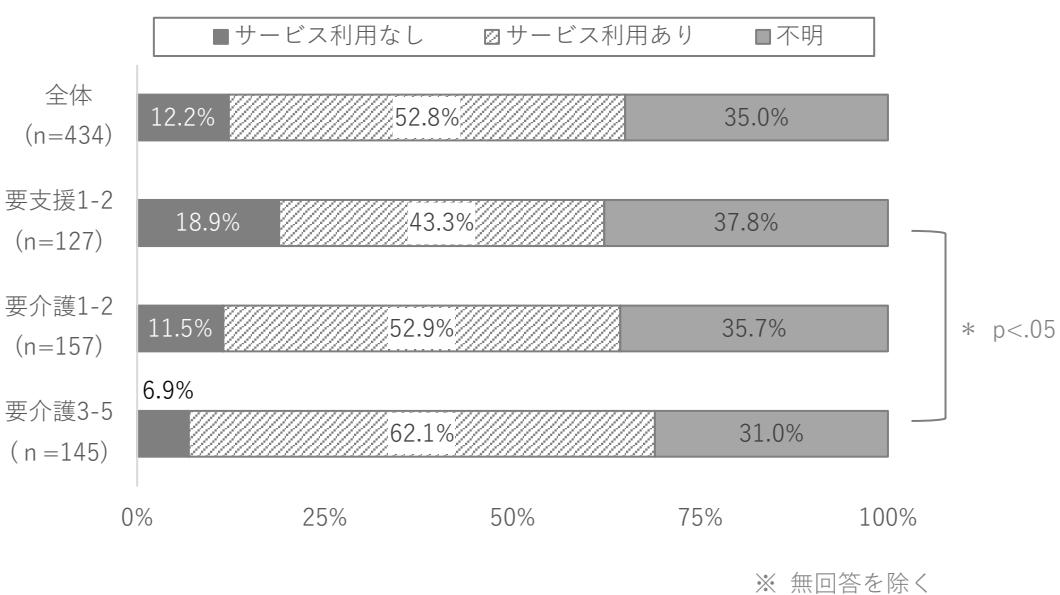
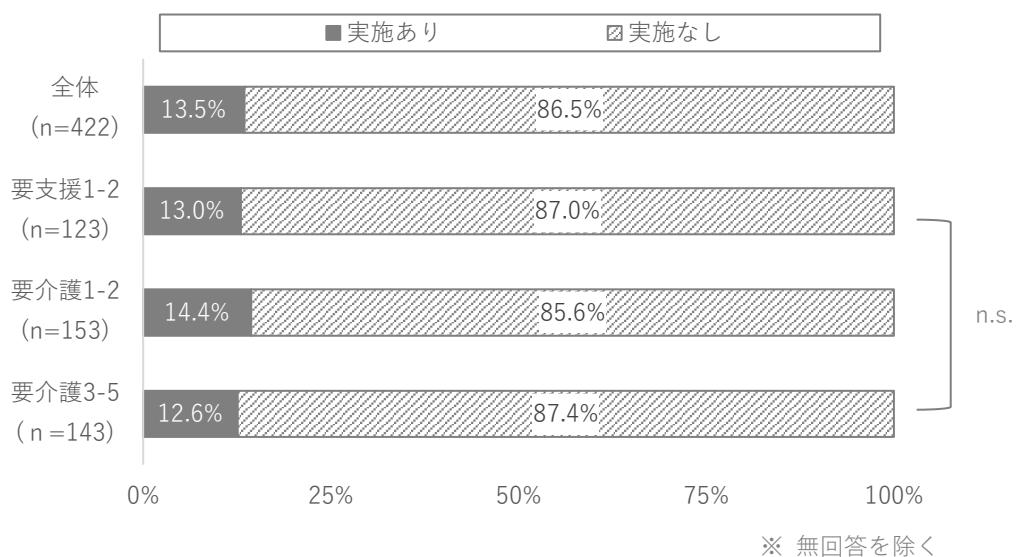


図 5-51 修了後に利用している地域資源や介護保険サービス等との連携有無



### 3. 利用継続者と修了者の比較

継続者と新規修了者および修了者について、表5-2のように分類し分析した。性別および年齢では、大きな違いはみられなかった（図5-52・53）。

表 5-2 継続者と新規修了者および修了者

	人数
継続者：新規利用者のうち本人家族の不安が強く6ヶ月後も利用を継続する方	89
新規修了者：新規利用者のうち目標達成により6ヶ月以内に修了された方	106
修了者：利用修了者のうち利用期間が6ヶ月以内であった方	242

図 5-52 性別

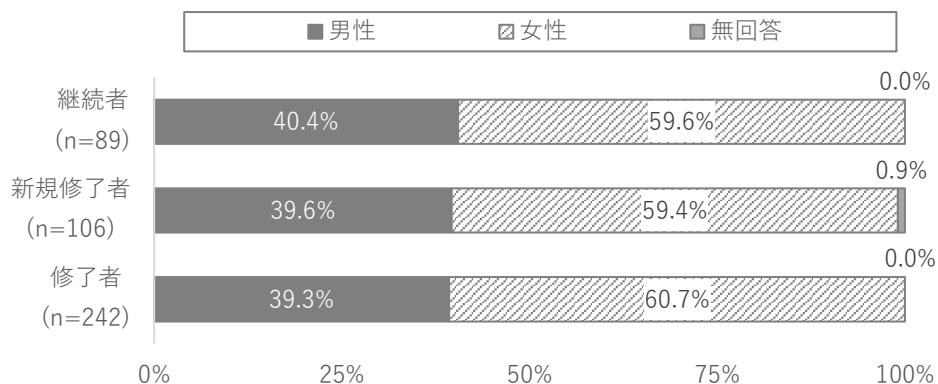
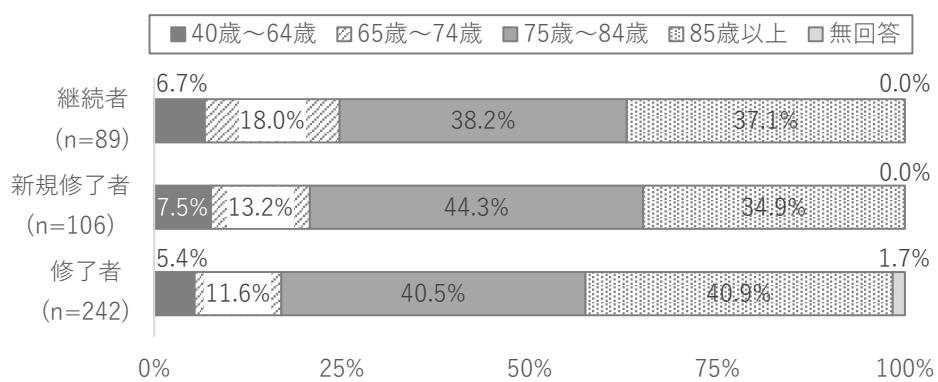


図 5-53 年齢



利用開始時の介護度および認知症高齢者の日常生活自立度を比較しても、大きな違いはみられなかった（図5-54・55）。

図 5-54 介護度

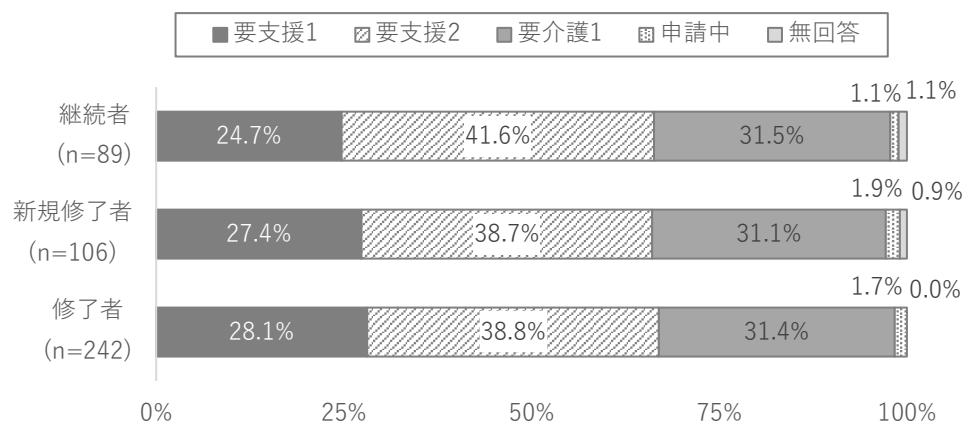
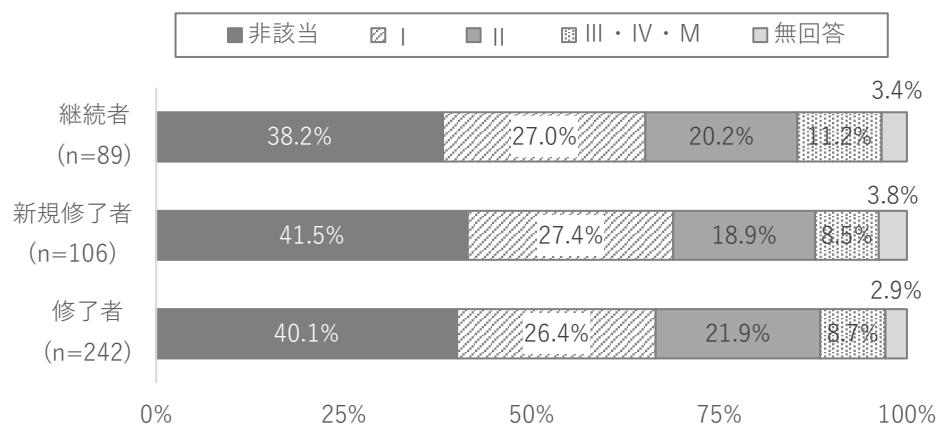
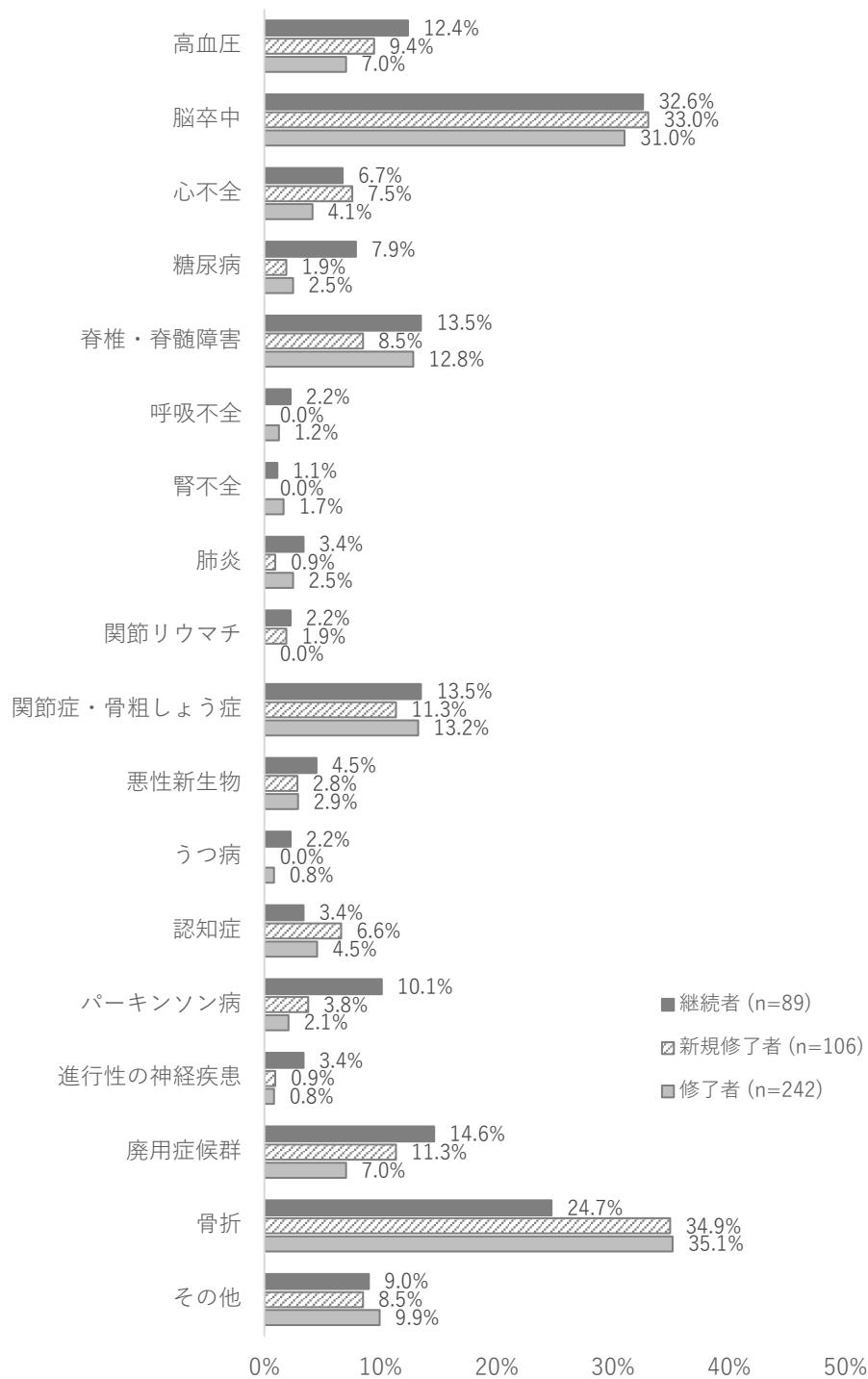


図 5-55 認知症高齢者の日常生活自立度



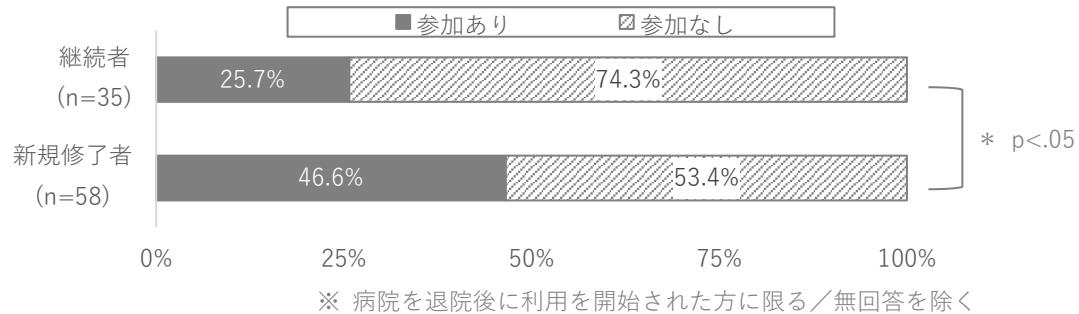
リハビリが必要となった原因の傷病名は、新規修了者・修了者にて骨折の割合が高い傾向にあった（図5-56）。

図 5-56 リハビリが必要となった原因の傷病名



医療機関入院・入所中における退院・退所時カンファレンスの参加有無については関連性を認め、新規修了者にて参加ありの割合が高かった（図5-57）。

図 5-57 医療機関入院・入所中における退院・退所時カンファレンスの参加有無

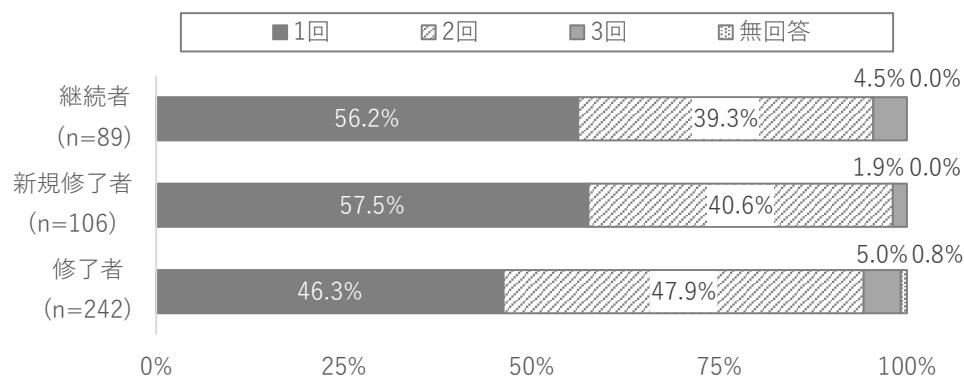


主な訪問時間や訪問頻度については、大きな違いはみられなかった（図5-58・59）。

図 5-58 主な訪問時間



図 5-59 訪問頻度



利用開始時のADL・IADL・LSAについて、それぞれ関連性を認めなかった(図5-60～62)。

図 5-60 開始時の A D L (Barthel index)



図 5-61 開始時の I A D L (FAI)

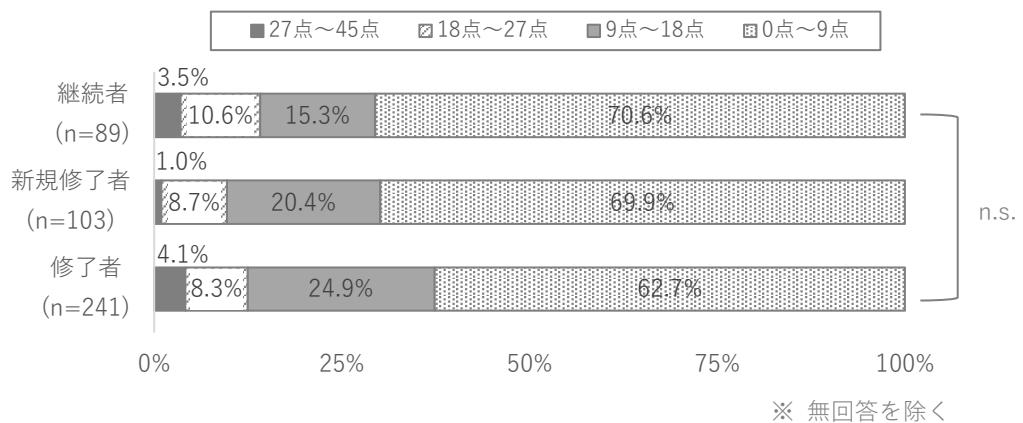
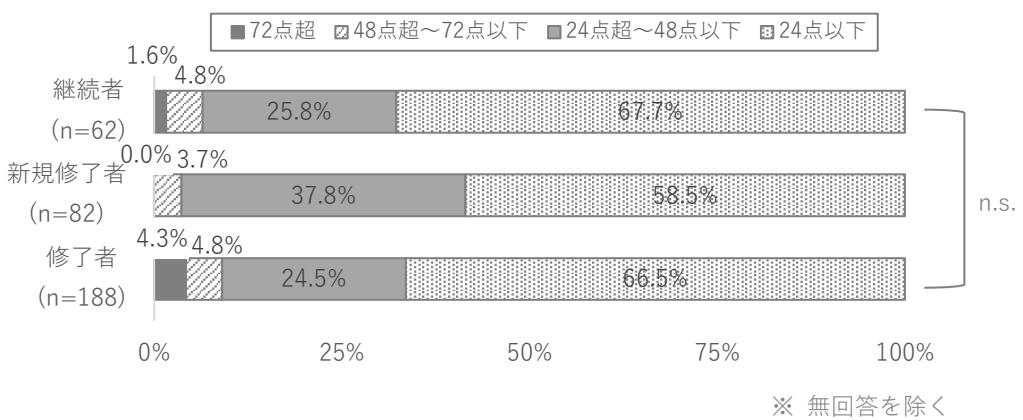
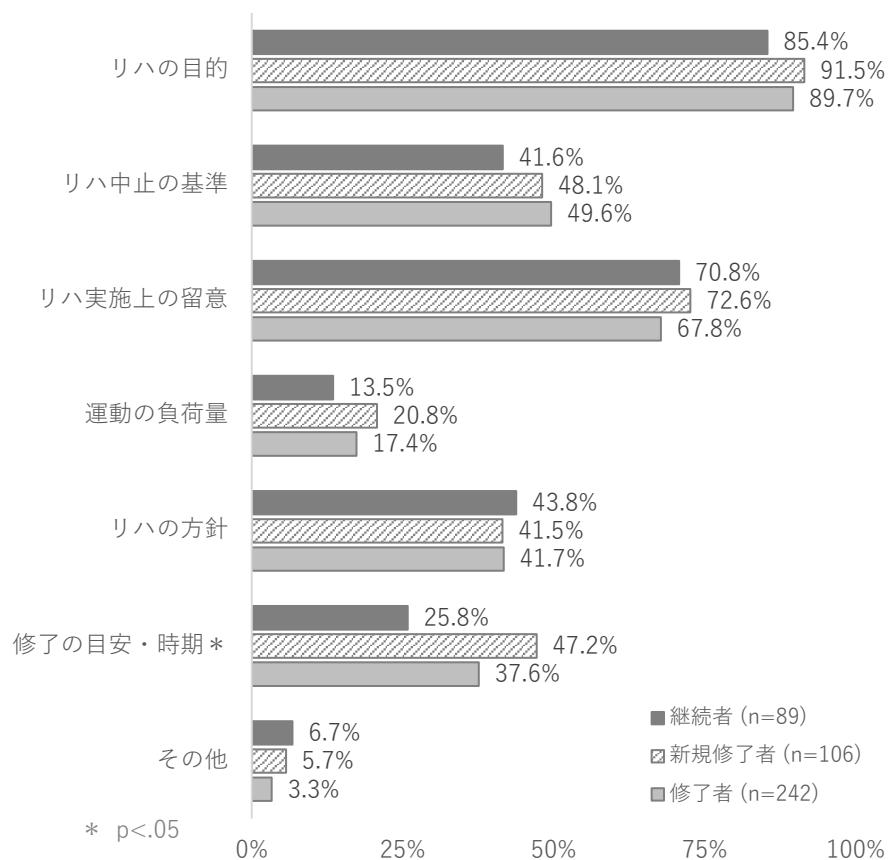


図 5-62 開始時の生活空間の広がり (LSA)



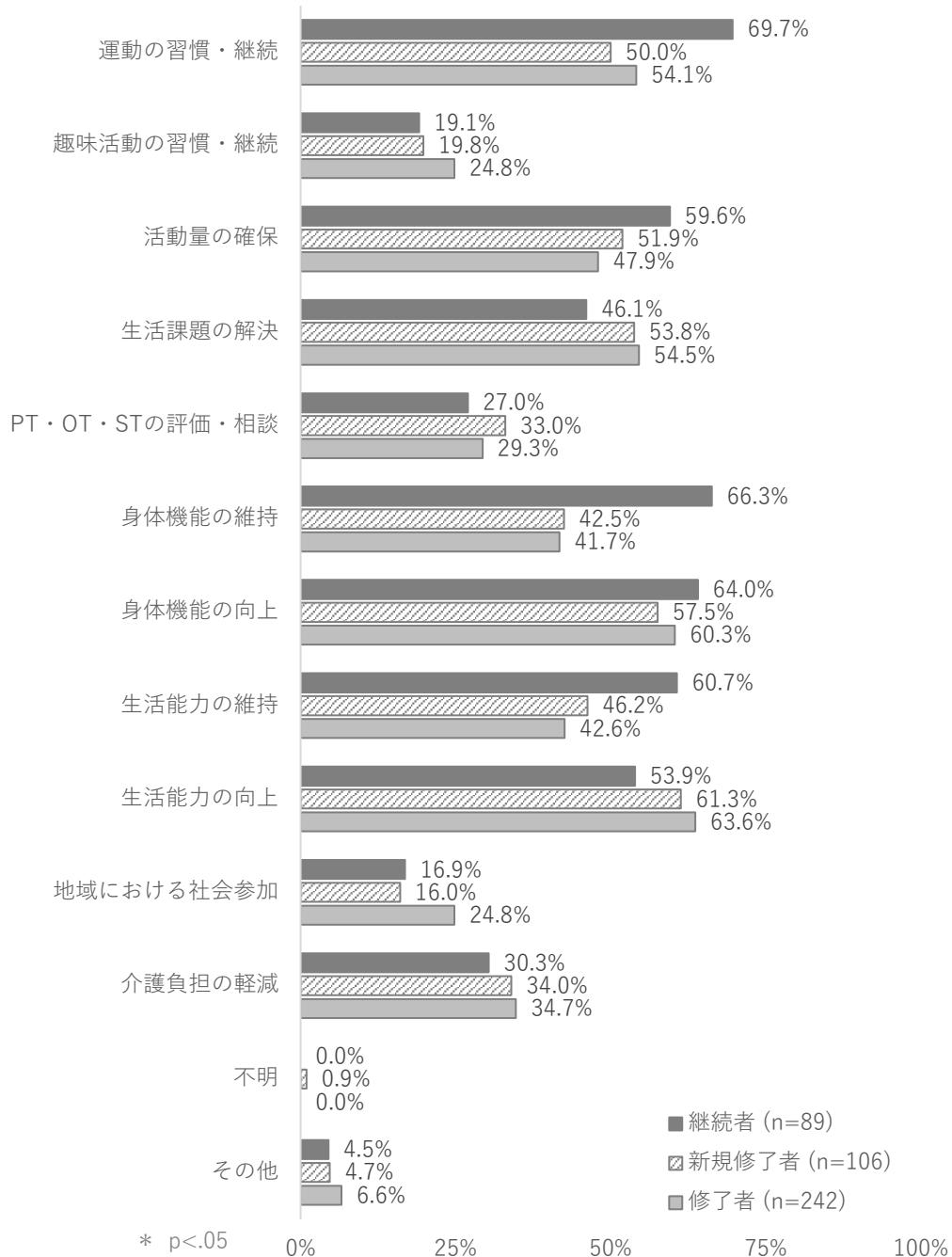
医師の具体的な指示の内容は、修了の目安・時期について関連性を認め、新規修了者・修了者の割合が高い傾向を示した（図5-63）。

図 5-63 医師の具体的な指示の内容



事業所の評価に基づくニーズの各項目には、関連性を認めなかった（図5-64）。

図 5-64 事業所の評価に基づくニーズ



要介護における各種加算の実施状況および提供サービス内容について、それぞれ各項目にて関連性は認めなかった（図5-65・66）。

図 5-65 要介護における各種加算の実施状況

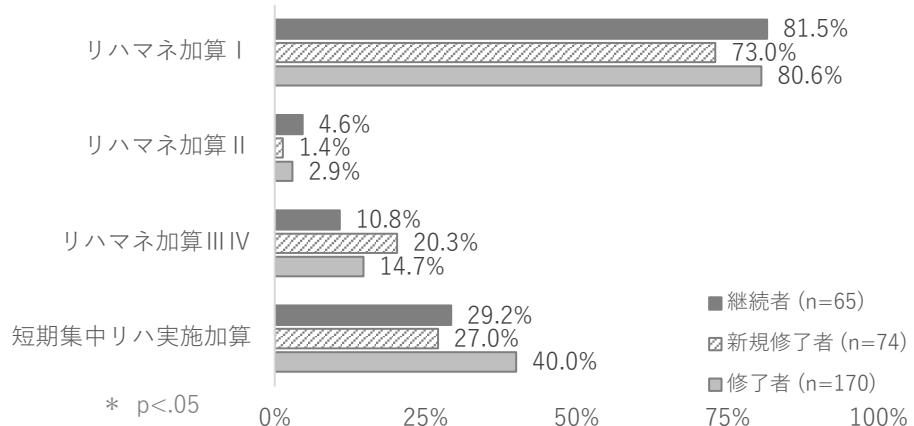
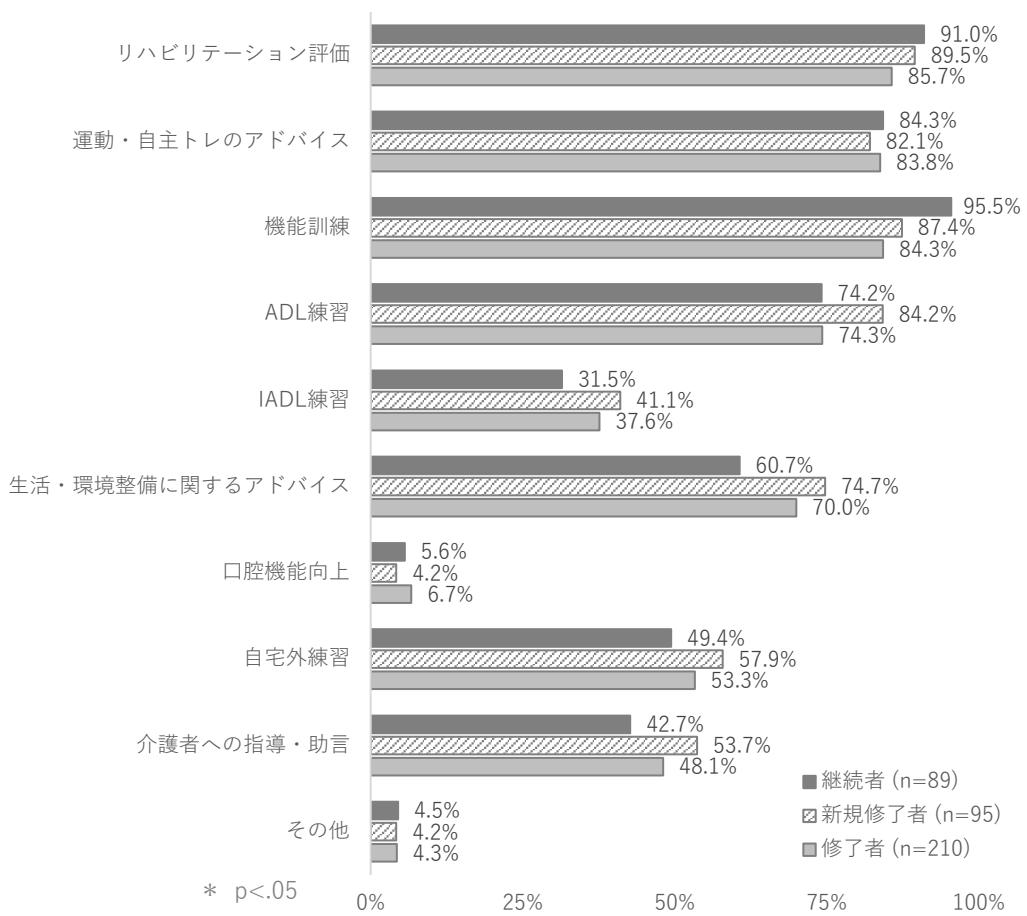


図 5-66 提供サービス内容



6ヶ月間のADL・IADL・LSAの変化について、それぞれ関連性を認めなかつたが、IADLおよびLSAに関しては、新規修了者・修了者にて向上の割合が高い傾向がみられた（図5-67～69）。

図 5-67 6ヶ月間の ADL の変化

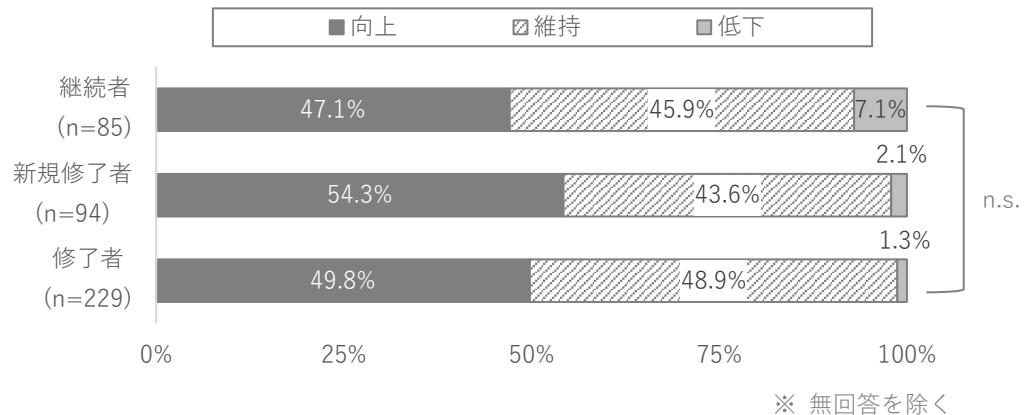


図 5-68 6ヶ月間の IADL の変化

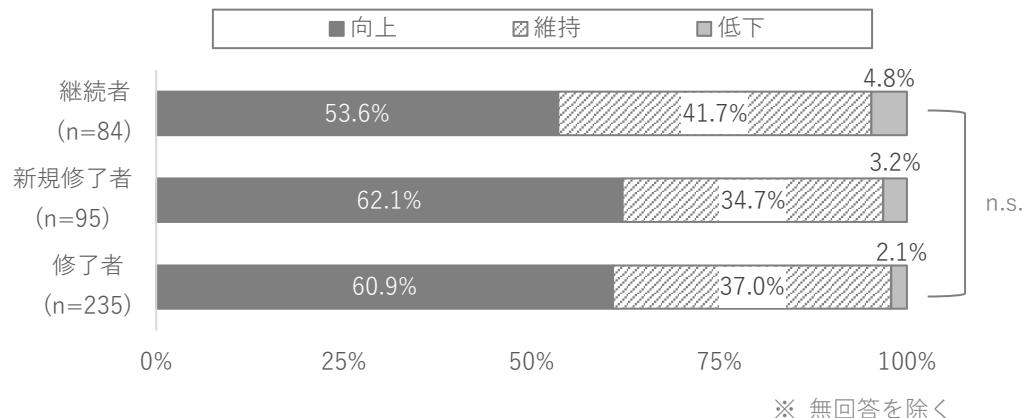
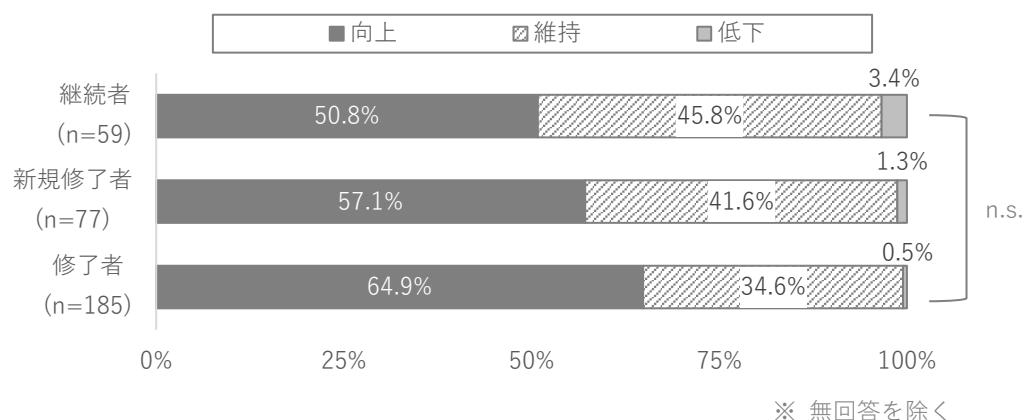


図 5-69 6ヶ月間の LSA の変化



目標の達成度について、10 項目に関連性を認め、すべての項目にて新規修了者・修了者の達成割合が高い傾向であった（表 5-3）。

表 5-3 目標の達成度

		n	達成	一部達成	未達成	p
運動の習慣・継続	継続者	74	51.4%	43.2%	5.4%	0.003
	新規修了者	62	69.4%	29.0%	1.6%	
	修了者	163	76.1%	22.7%	1.2%	
趣味活動の習慣・継続	継続者	31	51.6%	32.3%	16.1%	0.040
	新規修了者	25	60.0%	40.0%	0.0%	
	修了者	89	70.8%	24.7%	4.5%	
活動量の確保	継続者	74	52.7%	43.2%	4.1%	0.016
	新規修了者	69	68.1%	31.9%	0.0%	
	修了者	145	73.8%	24.8%	1.4%	
生活課題の解決	継続者	52	44.2%	51.9%	3.8%	0.002
	新規修了者	70	75.7%	22.9%	1.4%	
	修了者	158	71.5%	24.7%	3.8%	
PT・OT・STの評価・相談	継続者	38	63.2%	36.8%	0.0%	0.001
	新規修了者	50	86.0%	14.0%	0.0%	
	修了者	97	92.8%	7.2%	0.0%	
身体機能の維持	継続者	74	67.6%	28.4%	4.1%	0.000
	新規修了者	62	93.5%	6.5%	0.0%	
	修了者	150	88.7%	10.0%	1.3%	
身体機能の向上	継続者	66	40.9%	57.6%	1.5%	0.000
	新規修了者	70	67.1%	32.9%	0.0%	
	修了者	181	69.6%	28.2%	2.2%	
生活能力の維持	継続者	68	69.1%	29.4%	1.5%	0.000
	新規修了者	64	92.2%	7.8%	0.0%	
	修了者	138	89.9%	8.0%	2.2%	
生活能力の向上	継続者	62	41.9%	54.8%	3.2%	0.000
	新規修了者	72	70.8%	29.2%	0.0%	
	修了者	179	75.4%	20.7%	3.9%	
地域における社会参加	継続者	21	23.8%	52.4%	23.8%	ns
	新規修了者	28	57.1%	28.6%	14.3%	
	修了者	81	58.0%	28.4%	13.6%	
介護負担の軽減	継続者	32	34.4%	53.1%	12.5%	0.029
	新規修了者	41	61.0%	36.6%	2.4%	
	修了者	100	55.0%	43.0%	2.0%	

※ 無回答・非該当は除く

## 第六節 ケアマネジャー調査

### 1. リハビリテーションサービス導入時の状況と課題

通所・訪問リハビリテーションの必要性の検討を始めた時点について、通所リハ・訪問リハともに入院時の医療機関からの助言があった、ケアマネジャーが訪問した際に変化に気づいた、本人・家族から身体状況の変化について相談があった3項目の割合が高値であった（図6-1）。また、検討を始めてから開始に至るまでの平均的な日数は、通所リハ・訪問リハともに2週間以内（1週間以内を含む）の割合が約5割であった（図6-2）。

図 6-1 通所・訪問リハビリテーションの必要性の検討を始めた時点 (n=741)

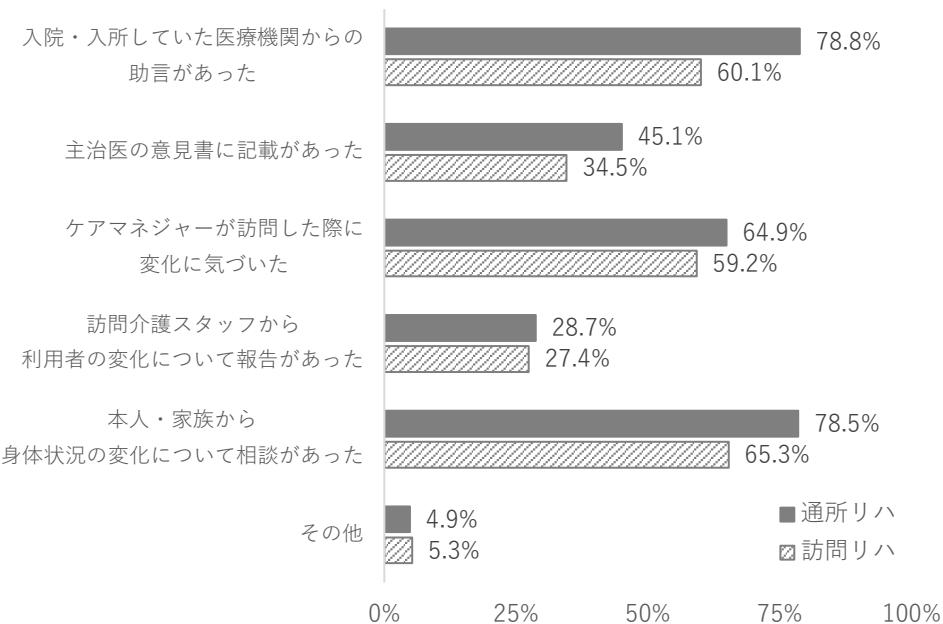
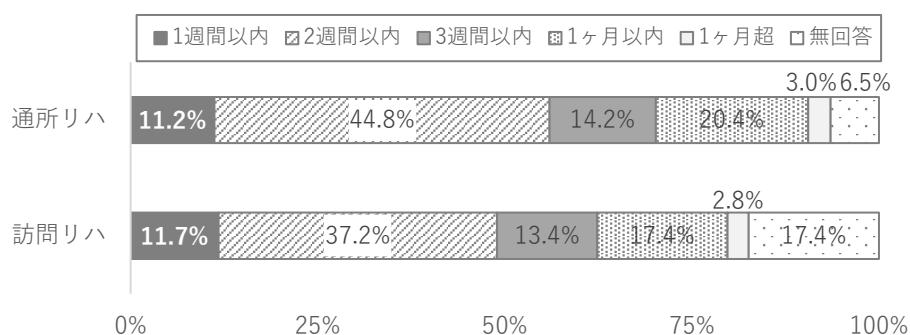


図 6-2 検討を始めてから開始に至るまでの平均的な日数 (n=741)



ケアマネジャーが通所系サービスに期待する役割は8項目に関連性を認め、通所リハは身体機能の向上、生活動作の改善、IADLの改善、生活環境の調整、医学的管理の項目が、通所介護は地域における社会参加の促進、趣味活動の促進、社会性の向上の割合が高かった(図6-3)。また、訪問系サービスに期待する役割は3項目に関連性を認め、訪問リハ事業所は生活動作の改善、IADLの改善の割合が、訪問看護 I 5は医学的管理の割合が高かった(図6-4)。

図 6-3 通所系サービスに期待する役割 (n=741)

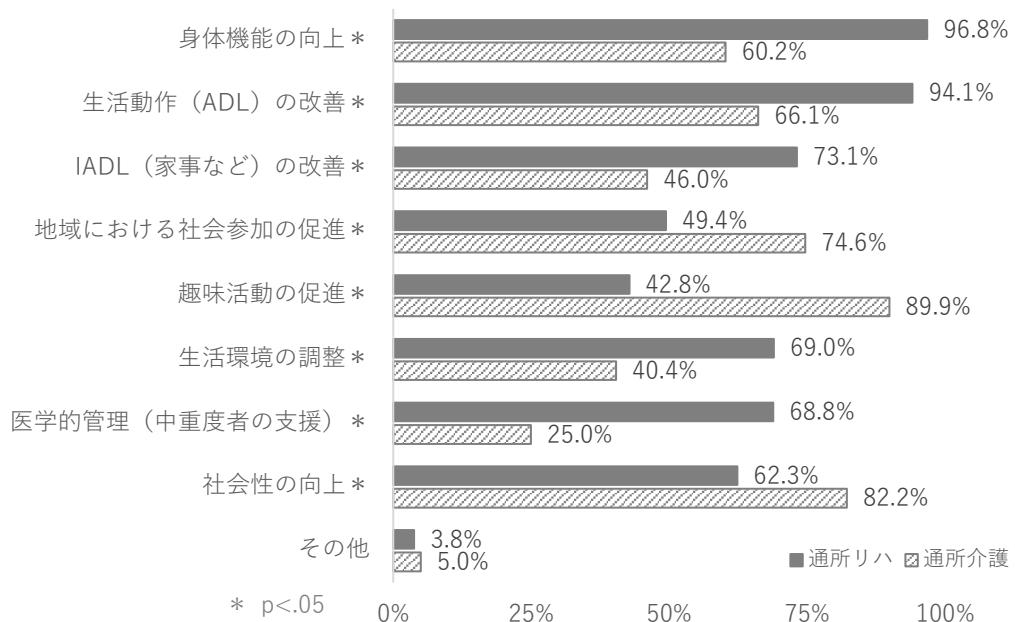
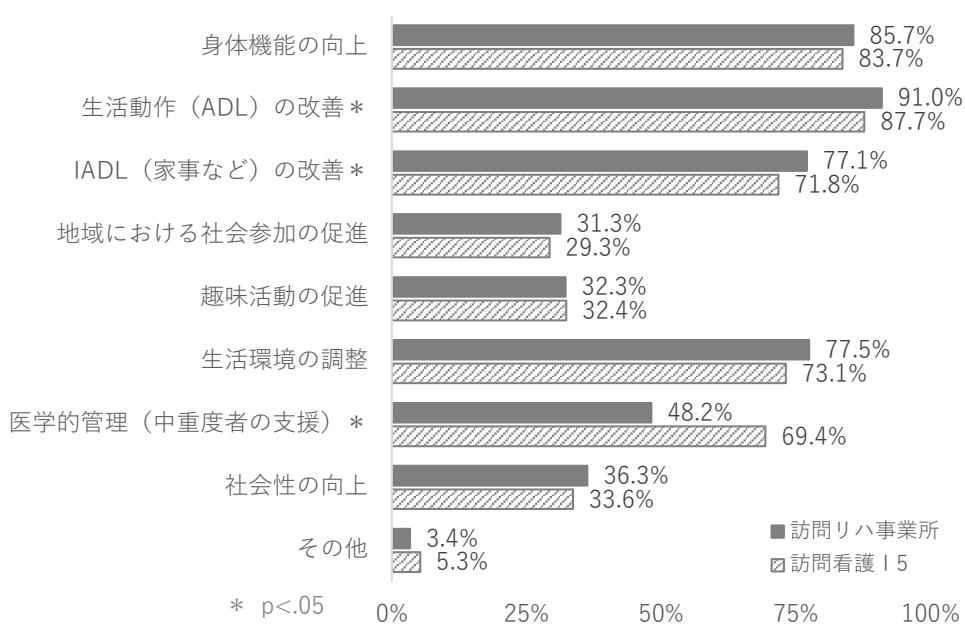
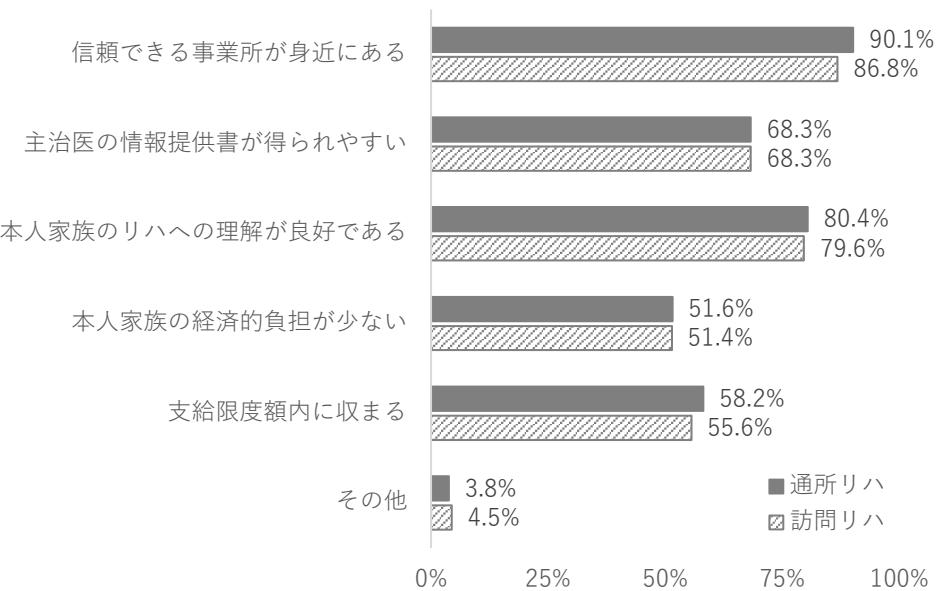


図 6-4 訪問系サービスに期待する役割 (n=741)



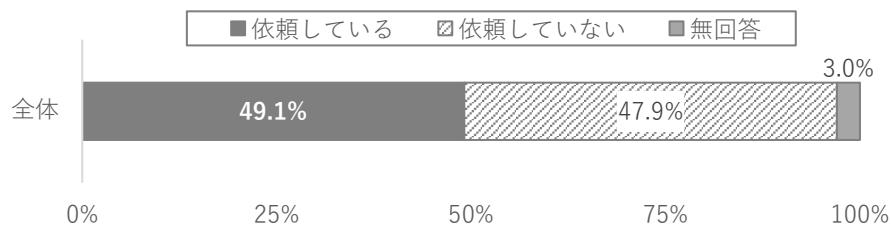
通所・訪問リハの導入に必要なことの割合は、信頼できる事業所が身近にあるが約9割、本人家族のリハへの理解が良好であるが約8割であった（図6-5）。

図 6-5 通所・訪問リハビリテーションの導入に必要なこと（n=741）



ケアマネジャーが入院中の医療機関へリハ計画書の提出を依頼している割合は、49.1%であった（図6-6）。

図 6-6 入院中の医療機関へのリハビリテーション計画書の提出依頼（n=741）



## 2. リハビリテーションマネジメントの導入状況と課題

リハマネ加算II III IVを算定した利用者がいる割合は、通所リハ利用者にて57.5%、訪問リハ利用者にて18.2%であった(図6-7)。そのうち、リハマネ加算II III IVを算定した理由は、目標や課題が明確にある、身体状況について本人・家族の理解が深まる、多施設間の情報共有が促進されるの順に割合が高かった(図6-8)。

図6-7 リハビリテーションマネジメント加算II III IVを算定した利用者の有無(n=741)

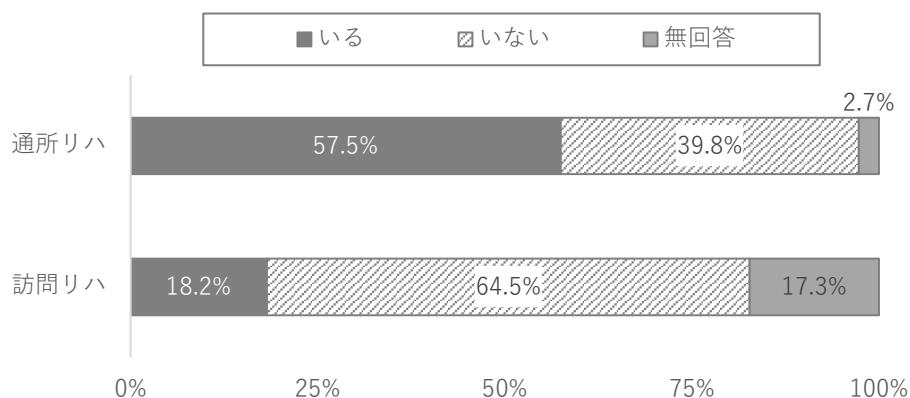
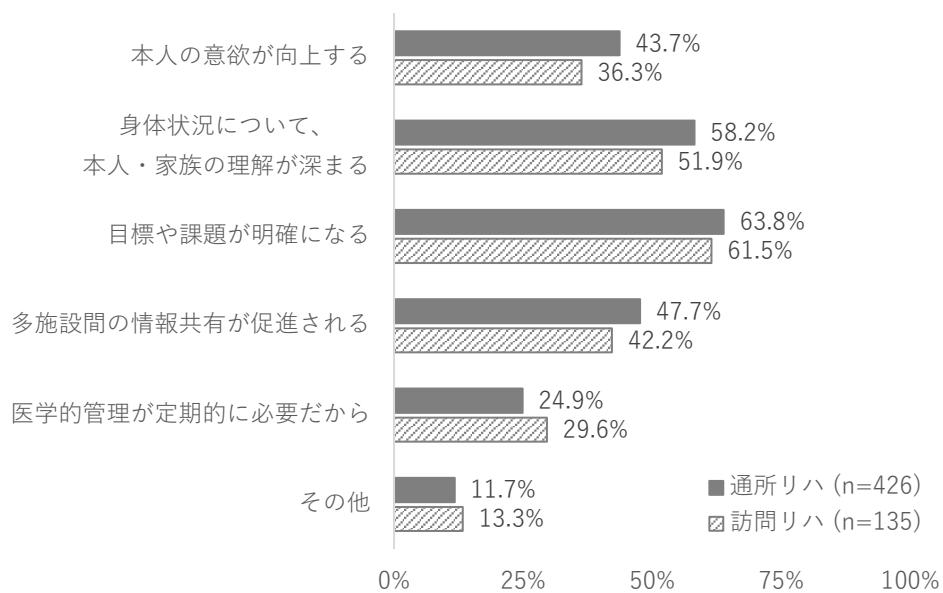


図6-8 リハビリテーションマネジメント加算II III IVを算定した理由



通所リハにおいてリハマネ加算II III IVの算定が困難な理由は、単価が高いの割合が高かった。一方、特にないも3割程度みられた（図6-9）。また、訪問リハにおけるリハマネ加算II III IVの算定が困難な理由も同様に、単価が高いの割合が高く、特にないは3割を超えていた（図6-10）。

図 6-9 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算II III IVの算定が困難な理由（当該加算の算定利用者有無別）

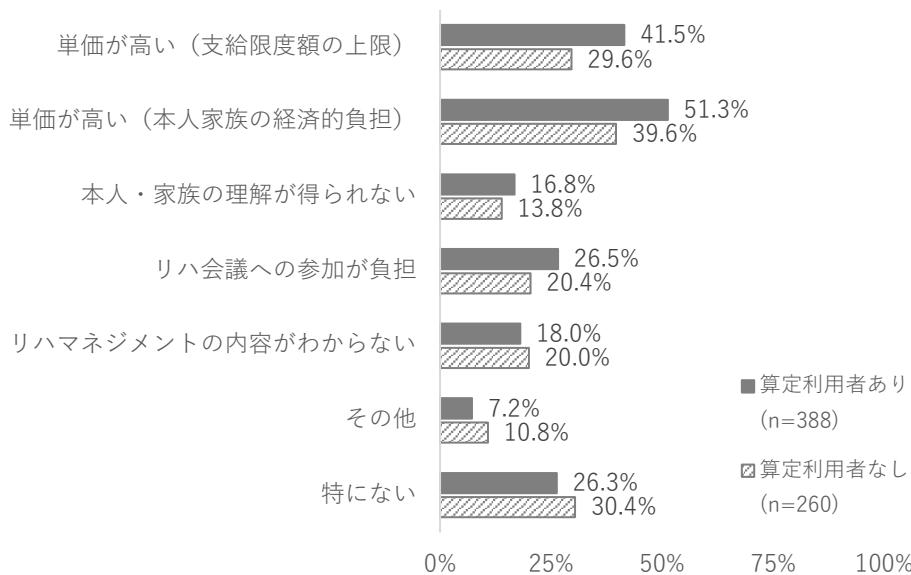
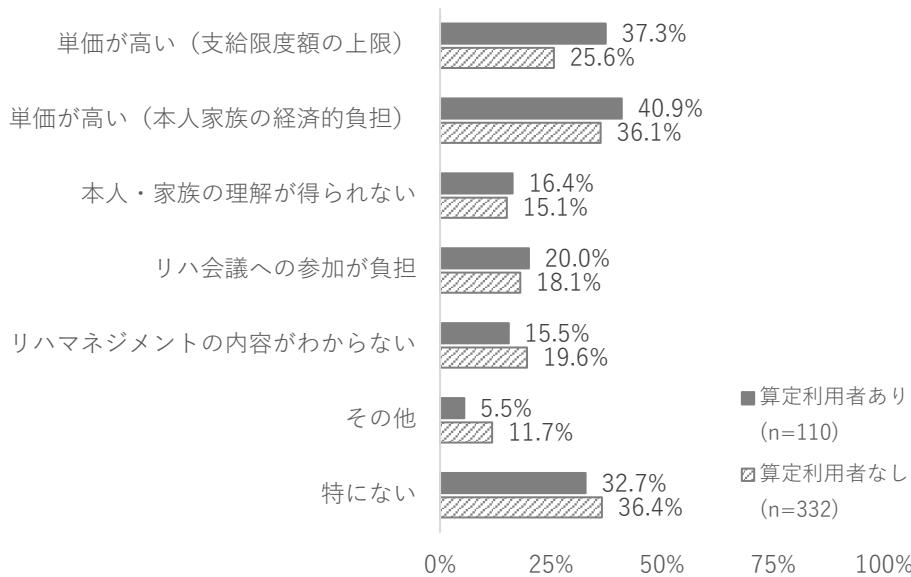


図 6-10 訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算II III IVの算定が困難な理由（当該加算の算定利用者有無別）



リハマネ加算II III IVを算定した利用者がいる方において、リハ会議へ参加した担当利用者がいる割合は、通所リハにて87.3%、訪問リハにて54.8%であった（図6-11）。リハ会議への参加が難しい理由は、通所リハでは参加する時間的余裕がないの割合が高く、訪問リハではリハ会議の開催がない・出席依頼がこないの割合が高かった。一方、特ないも2割を超えていた（図6-12）。また、リハ会議へ参加する理由は、PT・OT・STへ相談できる、本人・家族も含め目標設定ができる、関係事業所間の連携が密になる、ケアプラン変更の参考になるの4項目にて、7割を超えていた（図6-13）。

図 6-11 リハビリテーション会議へ参加した担当利用者の有無

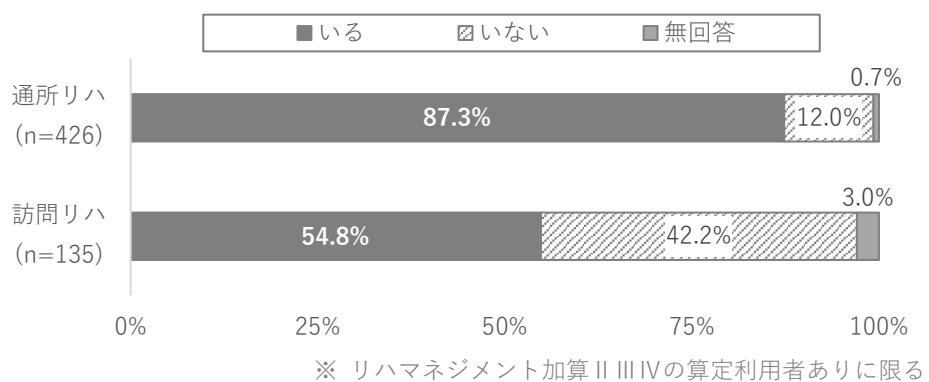
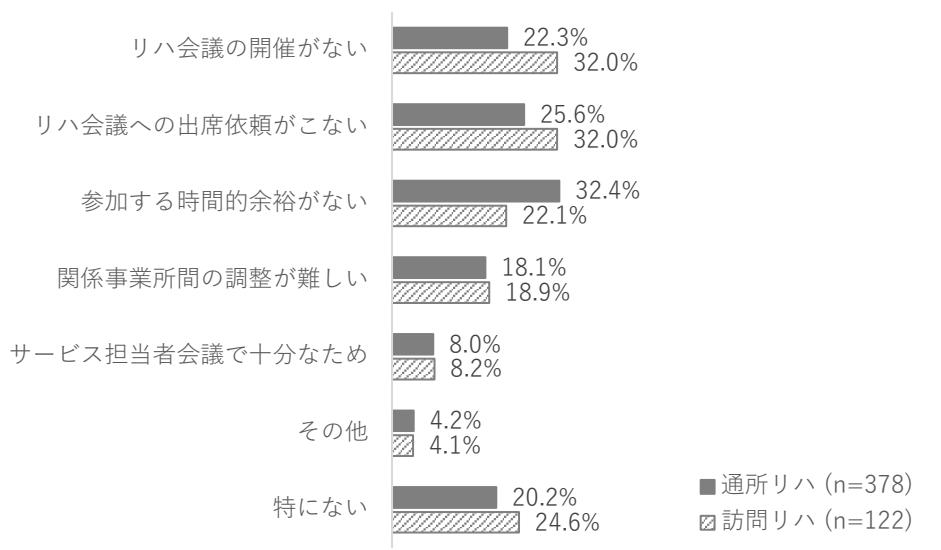
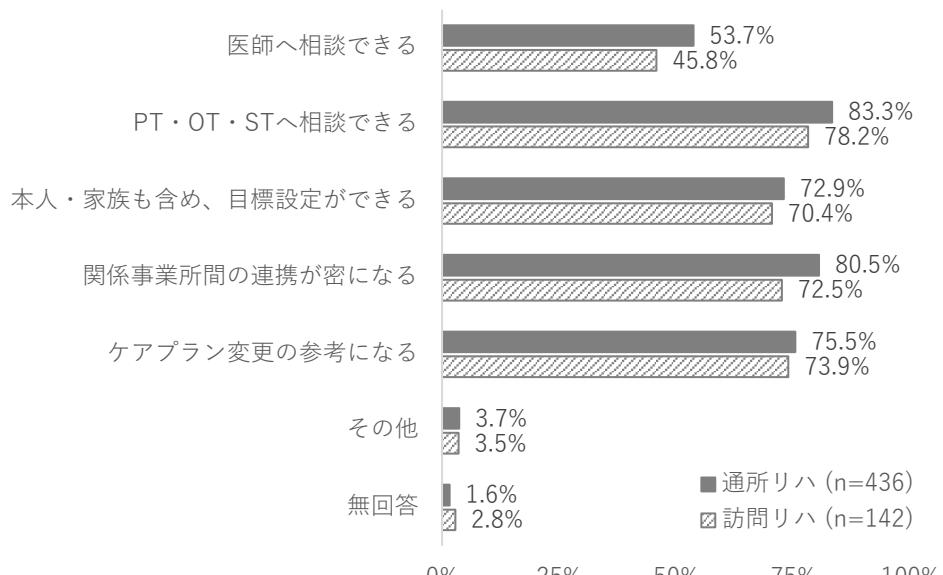


図 6-12 リハビリテーション会議への参加が困難な理由



※ リハマネジメント加算II III IVの算定利用者ありに限る／無回答を除く

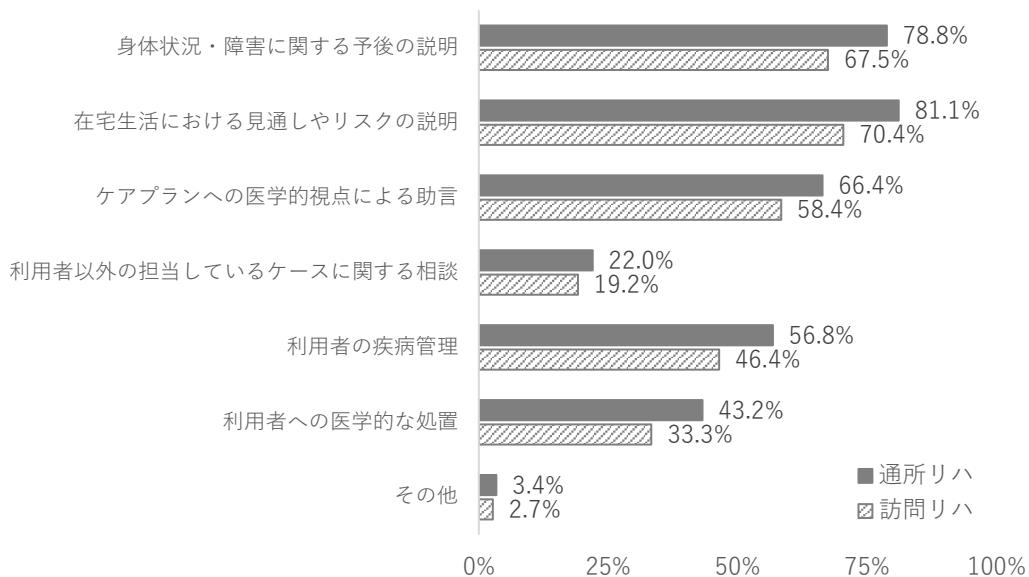
図 6-13 リハビリテーション会議へ参加する理由



※ リハビリテーション会議へ参加したことがある方に限る

通所・訪問リハ事業所の医師に期待することは、在宅生活における見通しやリスクの説明、身体状況・障害に関する予後の説明、ケアプランへの医学的視点による助言の順に割合が高かった（図6-14）。

図 6-14 通所・訪問リハビリテーション事業所の医師に期待すること (n=741)



### 3. リハビリテーションサービスの修了に向けた課題

ケアマネジャーとして通所・訪問リハの修了が困難な点がある割合は、通所リハにて88.9%、訪問リハにて72.1%であった（図6-15）。そのうち、修了が困難な理由は、本人・家族が訪問リハ・通所リハを楽しみにしている、本人・家族が修了後の身体機能やADLの低下が心配であるの2項目にて7割を超えていた（図6-16）。

図 6-15 通所・訪問リハビリテーションの修了が困難な点の有無 (n=741)

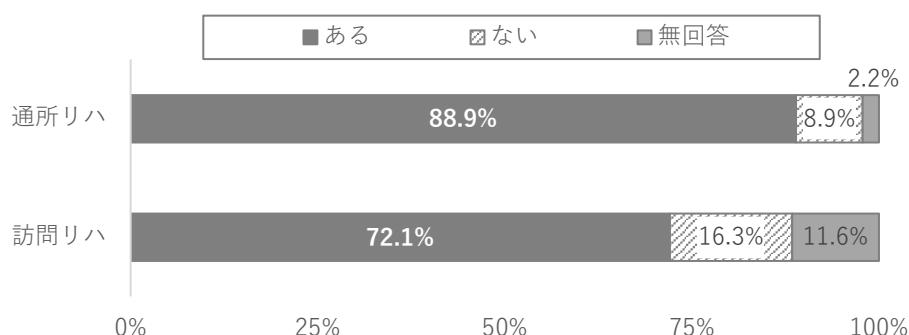
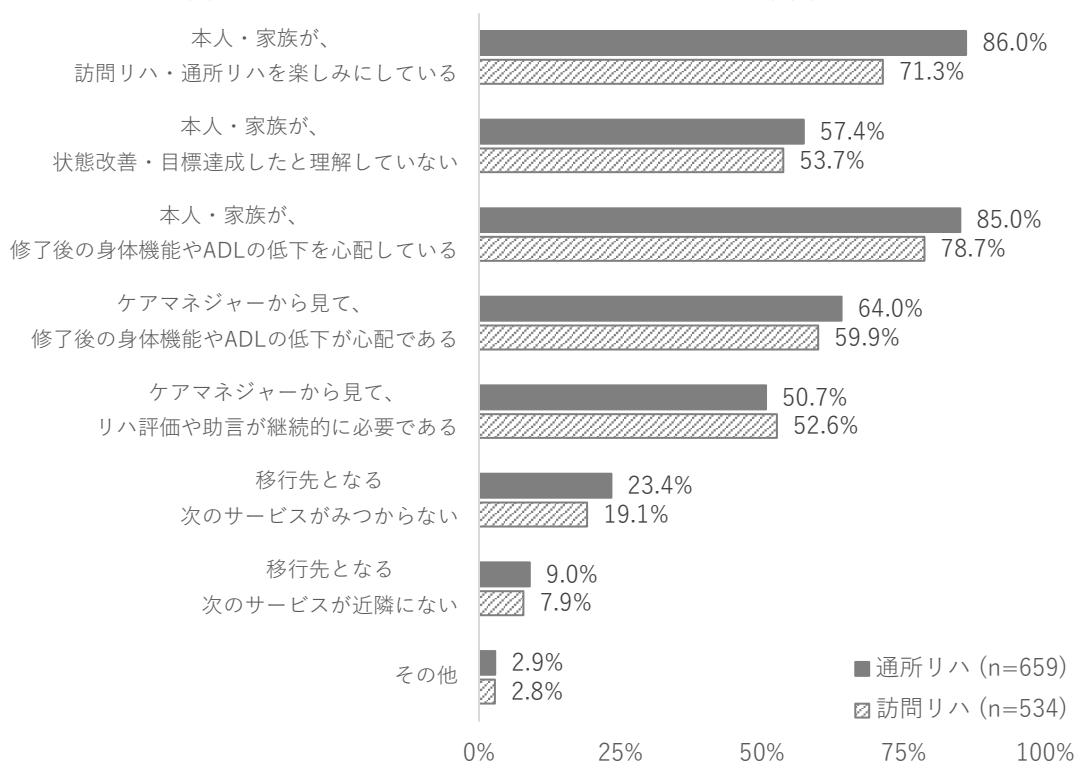


図 6-16 通所・訪問リハビリテーションの修了が困難な理由



※ 通所・訪問リハビリテーションの修了が困難な点ありに限る

## 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

平成30年度介護報酬改定において、リハマネジメントのさらなる強化が図られた。その結果、本調査において充実したリハマネジメントは利用者の生活能力の向上に効果を示していることが明らかとなった。調査の結果では、新規利用者において、リハマネ加算II IIIIVの算定利用者は IADL や生活範囲(LSA)の向上割合が高かった。また、利用開始時の BI60 点以上の利用者においてリハマネ加算II IIIIVの算定利用者は、ADL の向上割合が高い結果であった。このように、リハマネ加算II IIIIVにおける充実した情報収集に基づく課題分析、リハ会議等による目標の明確化と共有は、利用者の生活能力の向上に寄与している。

利用者の生活能力の向上に関しては、充実したプログラムの提供による効果も大きい。リハマネ加算II IIIIVの届出事業所は、各種加算の算定割合が比較的高かった。また、リハマネ加算II IIIIVの算定利用者には、IADL 練習や生活・環境に関するアドバイスを提供した割合が高かった。十分なアセスメントに基づき、自宅での生活課題に即したプログラムの提供が、生活能力の向上につながっていた。さらに、リハマネ加算II IIIIVの算定利用者には、医師の指示として「リハの方針」の割合が高かった。積極的な医師の関与と目標の共有により、提供すべき関わりの内容も具体化されやすい。

充実したリハマネジメントにおける目標の明確化は、達成度の判定も利用者・家族との共有が容易になる。新規利用から 6 ヶ月後の利用状況においてリハマネ加算II IIIIVの算定利用者は、目標達成による修了者・修了見込者である割合が高い結果であった。利用者は目標の達成により新たな目標に向けて、修了など次のステージへ移行しやすい。さらに、6 ヶ月以内の修了者とコミュニティ維持を目的とした利用継続者を比較すると、修了者はリハマネ加算II IIIIVの算定割合が高く、利用継続者はリハマネ加算I の算定割合が高かったとの結果もある。

リハマネジメントにおいては、医師の関わりについて重要性が増した。平成30年度介護報酬改定で要件となった医師の指示に関して、必須項目であるリハの目的を記載している事業所の割合は 71% であった。さらに、選択項目である 3 項目は、リハ実施上の留意点が 85%、リハ中止の基準が 65%、運動の負荷量が 47% と続いている。「リハの目的」については、未記載の事業所割合が 3 割程度みられ、リハマネジメントにおける医師の関わりについて、更なる啓発が求められる。また、要件の一部ではないが通所リハ計画書に記載欄がある 2 項目については、リハの方針が 40%、修了の目安・時期が 23% であった。利用者・職員との目標の共有に向けて重要な項目であり、積極的に記載していくことが望ましい。一方、リハマネ加算II IIIIVの届出事業所は、医師の指示に関するすべての項目において、未届出事業所より記載割合が高い傾向にあった。充実したリハマネジメントに基づく、生活能力の

向上へのアプローチには積極的な医師の関与が必要である。

平成 30 年度介護報酬改定において、リハマネ加算は 4 段階へと見直された。本調査において、リハマネ加算Ⅲの届出割合は 38% であり、本会が平成 27 年度に実施した調査<sup>1)</sup>結果（旧リハマネ加算Ⅱの届出割合：34%）と比較し、大きな変化はみられなかった。平成 30 年度介護報酬改定前における旧リハマネ加算Ⅱの算定有無別に比較すると、旧リハマネ加算Ⅱ未算定事業所においてリハマネ加算Ⅱの届出割合は 10%、リハマネ加算Ⅲは 18% であった。一方、旧リハマネ加算Ⅱ算定事業所においてリハマネ加算Ⅱの届出割合は 54%、リハマネ加算Ⅲは 74% であった。リハマネ加算Ⅱにおいては、リハビリ専門職による説明が可能となり医師への負担が軽減されたが、旧リハマネ加算Ⅱ未算定事業所が積極的に活用する状況には至らなかった。

本調査において、リハマネジメントの利用者への効果が示されており、通所リハ事業所としては積極的にリハマネジメントの強化を図るべきである。そのため、リハマネ加算ⅡⅢⅣの未算定事業所へは、リハマネ加算ⅡⅢⅣの算定に向けた具体的な対策の提示が必要である。リハマネ加算Ⅲの未届出事業所において、リハマネ加算Ⅲの算定に向けた工夫ありの割合は 1 割程度である。事業所として上位のリハマネ加算の算定は困難であると判断し、具体的な対策を実施していない傾向が見受けられる。他方、リハマネ加算Ⅱの届出事業所においては、リハマネ加算Ⅱの算定に向けた工夫ありの割合は 46% であり、半数は特段の工夫なく算定が行えている現状にある。算定要件の再確認を行い、各々の事業所が再度現状を精査することで、リハマネ加算Ⅱの算定が可能となる事業所は多いと推察される。

リハマネ加算Ⅲの算定が難しい理由は、医師の時間確保が困難であること、リハ会議の調整が負担であることの割合が高く、平成 27 年度の調査<sup>1)</sup>と比較して大きな変化はみられなかった。前述の通り、リハマネ加算Ⅱでは医師の関わりについて要件が緩和されており、積極的な活用が望まれる。また、リハ会議への医師の参加について ICT の活用等の要件緩和も併せて提示されたが、活用している事業所は 15% と少ない現状にある。事業所内における業務の見直しに併せ、積極的な ICT の活用が望まれる。

リハマネ加算ⅡⅢⅣにおけるリハビリテーション会議では、本人・家族、ケアマネジャー、併用利用サービスの関係者が参加している割合が高く、参加者との日程調整等が煩雑であることが伺われる。この点については、リハ会議終了時に次回開催日程を併せて調整するなどの対応を実施している事業所がある。詳細については、実践マニュアルを参考にされたい。

ケアマネジャーへの調査において、リハマネ加算の算定が困難な理由は、単価が高いが 5 割を超えていた。一方、リハマネ加算ⅡⅢⅣの算定に困難な理由がないと回答したケアマネジャーもあり、通所リハ事業所はケアマネジャーへの適切な説明と単価に見合う効果を明確に示すことが求められる。

## ○ 要支援への関わり

平成 30 年度介護報酬改定において、要支援を対象としたリハマネジメントが新設され、このリハマネ加算（要支援）の届出事業所は約 8 割であった。さらに、リハマネ加算（要支援）の届出事業所は、事業所評価加算の算定割合が高く、介護度の維持改善に効果を示している。

要介護と比較して要支援のニーズは、運動の習慣・継続、地域における社会参加の割合が高かった。また、要支援への提供サービス内容は運動・自主トレのアドバイスの割合が高値を示した。このように、要支援の利用者には、運動の習慣・継続に向けて、セルフマネジメントが可能となるよう個々の特徴に合わせた運動・自主トレのアドバイスを提供している。

一方、平成 30 年度介護報酬改定において新設された生活行為向上リハ実施加算の算定割合は低く、運動機能向上加算の算定割合は高い現状を鑑みると、運動の継続を目的に通所リハの利用を継続する利用者も多く存在することが想定される。また、新規利用から 6 ヶ月以降も利用を継続する方における継続理由は、コミュニティの継続が 5 割を超えていた。通所リハへ「通うこと」を目的化せず、自宅での生活状況に目を向け、地域における役割の獲得や生活範囲の拡大など、ニーズにある地域における社会参加へのアプローチを積極的に実施していく必要がある。このように、目標達成による修了の考え方（社会参加への支援）は、要支援にこそ求められている。

## ○ 修了のあり方

目標の達成により修了する方は、利用開始の時点から生活上の課題は少なく、活動や参加を目的とした短時間利用が多い。利用修了者のうち 6 ヶ月以内の修了者と新規利用者のうちコミュニティ維持を目的とした利用継続者を比較すると、修了者において性別は男性（50%）、年齢は 75-84 歳（45%）、認知症高齢者の日常生活自立度は非該当（55%）の割合が高い傾向にあった。また、利用開始時の ADL80 点以上は 84%、TUG13.5 秒未満が 54% など、自宅内での生活において課題が少ない方が多い。

修了者に関して利用開始時の IADL 高得点の割合は高かったが、LSA 得点には関連性を認めなかった。活動状況のレベルは高いが外出などの活動範囲には課題があり、活動の場までの移動手段の獲得など、利用開始時から明確な目標設定を立てやすい。また、医師の指示に関して、修了者は「修了の目安・時期」の項目について記載割合が比較的高く、医師とも連携して利用早期から修了に向けた目標を明確にしていた。

修了者のニーズは、身体機能の向上、生活能力の向上、地域における社会参加の 3 項目において割合が比較的高かった。利用時間について、修了者は 4 時間未満が 53%（継続利用者は 23%）と短時間利用の割合が比較的高値であった。利用開始時から活動や参加を目標としており、長時間利用における生活支援の必要性が低い状態像であった。

修了者への提供サービスは、IADL 練習、居宅訪問、施設外練習の実施割合が比較的高い値を示した。活動や参加へのニーズに対して、自宅での実践が可能となるよう居宅での評価

も提供されている。しかし、施設外練習の実施割合は修了者へも 16%であった。現状として実施割合は低く、自宅等における課題の解決に向けて、積極的に居宅訪問や施設外練習を導入していく事が望ましい。

利用 6 ヶ月後の ADL・IADL に関して修了者は継続利用者より、向上割合が高かった。修了者における目標の達成度は、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の 4 項目において達成の割合が比較的高い値を示した。活動や参加に向けて目標が明確であるため、ケアマネジャーおよび併用するサービス事業所との協働や利用者本人の目標に向けた努力を引き出しやすく、目標を達成しやすい環境が醸成されている。また、修了者の利用期間は 1 年以内が 5 割を超えていた。前述の通り、6 ヶ月間での目標達成割合も高く、地域における活動や参加を目標とする関わりは、6 ヶ月から 1 年以内の利用期間を目途に目標設定・プログラム立案を実践していくことが望ましい。

一方、新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後に修了・修了見込みの利用者割合は 1 割程度であり、現状において前述の関わりが十分に行われているとは言い難い。社会参加支援加算の算定が困難な理由として、本人・家族の利用継続希望の割合が高く、修了後の能力低下に関する不安等への対応が課題である。

利用修了者において修了後に介護保険サービスを利用しない方の割合は、要支援 66%、要介護 33%であった。要支援における介護保険サービス利用なしにおける修了後の状況は、居宅における家庭での役割 56%に対して、地域の通いの場やサロン 32%と低く、より地域活動へつながるよう支援することが求められる。介護保険サービス利用ありにおける修了後の利用サービスは、通所介護が 7 割を超えており、修了後の事業所間連携が重要である。一方、利用修了者において修了後に状態確認を実施した割合は 37%であり、修了後に利用している地域資源や介護サービス等と連携している割合は 10%と極めて少ない状況であった。

社会参加支援加算の算定割合は 14%であり、算定が困難な理由には利用者・家族の利用継続希望が強いが挙げられた。社会参加支援加算の算定割合について、リハマネ加算 II III IV 届出事業所は 24%、リハマネ加算 II III IV 未届出事業所は 5%であり、リハ会議等における目標共有や状況説明の重要性が伺える。

ケアマネジャーを対象とした調査において、通所リハ利用の修了が困難な理由では「本人・家族が楽しみにしている」の割合が最も高かった。また、通所系サービスに望むことでは「地域における社会参加」が通所リハより通所介護にて高値を示した。通所サービスへ通うことも社会参加の一部であるとの認識も伺える。通所リハ事業所はケアマネジャーと協働し、利用者から地域住民として地域の中で活動や参加につながるよう支援を実践することで、その役割を広く伝えていく必要がある。

## ○ 長期継続利用が必要な方の状態像

長期的かつ継続的に利用が必要な方は、在宅生活上の課題が多く、身体機能が向上する見込みが低いため生活支援を中心とした長時間利用が多い。新規利用者のうち利用開始から6ヶ月経過後も継続的に在宅支援が必要な要継続者と6ヶ月間の利用にて修了・修了見込みの新規修了者を比較すると、要継続者は要介護3-5(48%)、認知症高齢者の日常生活自立度II以上(58%)の割合が高い傾向がみられた。

要継続者における利用開始時のADL80点以上は33%、IADL10点以上は18%と、新規修了者(ADL80点以上:79%、IADL10点以上:54%)と比較して、高得点の割合が低い傾向にある。また、リハビリテーションが必要となった原因の傷病名は、脳卒中、脊椎・脊髄障害、心不全、糖尿病、パーキンソン病、認知症の割合が高く、障害の程度が重い、継続的な医学的管理や状態変化が見込まれる、継続的な介護が必要などの状態像の方が多い。そのため、事業所の評価に基づくニーズは、PT・OT・ST以外の評価・相談、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、入浴、介護負担の軽減、医学的管理の7項目の割合が高かった。また、利用開始から6ヶ月後のADL・IADL変化において、要継続者は修了者より向上の割合が低い傾向にあった。生活能力の向上が難しい利用者に対して、通所リハの継続的な利用により生活能力を維持することを目的とする方が多い。このように、中重度者に対する在宅生活の継続を目的とした支援も通所リハには求められている。

一方、在宅生活における課題(ADLや介護負担等)の改善を経て、活動や参加に向けた課題の解決へつながるケースもある。要介護3-5における目標達成による修了者は、要支援1-2や要介護1-2よりも利用期間が長期間であった。その時々の状態像を評価し、状態に適した目標の設定が求められる。

## ○ サービス提供時間別の役割

新規利用者における利用時間は、6-7時間47%、1-2時間15%の順に割合が高かった。尚、この2つの時間帯においては、利用者の状態像や関わりの内容、効果に大きな違いが生じていた。

1-2時間は活動や参加の課題が明確であり、目標の達成により次のステージへと移行する方が多い。具体的には、要支援1-2が5割を超え、75-84歳が44%と割合が最も高かった。認知症高齢者の日常生活自立度は非該当51%であり、利用開始時のADL・IADLとともに、高得点者の割合が高い傾向がみられた。また、外来リハから移行された方や自宅から利用を開始された方の割合が高値を示した。ADLに関する課題は少なく、階段昇降、平地歩行、入浴の3項目のみ減点割合が高かった。このような利用者の状態像に合わせ、1-2時間サービスを提供している事業所は理学療法士の配置が多く、活動性を高めるリハビリテーションが提供されていた。実際に、運動・自主トレのアドバイス、生活・環境調整に関するアドバイスの提供割合が高く、新規利用から6ヶ月後における目標達成による修了・

修了見込者の割合が高かった。

一方、6-7 時間は在宅生活の継続に向けて、介護負担の軽減を中心に、長期的な支援を要する方が多い。具体的には、医療的ケア等を実施した利用者や中重度者(要介護 3-5:33%)、年齢が高い方(85 歳以上:49%)、認知症がある方(認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上:48%)の割合が比較的高かった。また、利用前の所在は、医療機関や介護施設等(自宅以外)にて 47% であり、退院退所直後における在宅生活の再構築の役割を担っている。特に、ADL においては 1-2 時間の 3 項目(階段昇降、平地歩行、入浴)に加え、イスとベッド間の移乗、トイレ動作、更衣にも課題を抱える割合が高く、在宅生活における介護負担の軽減に向けて関わりが重要である。さらに、提供サービス内容をみると、口腔機能向上、医療処置の割合が比較的高く、事業所として看護師・介護福祉士の配置人数が多かった。このように、6-7 時間サービスを提供している事業所は利用中の生活全般を通じ、ADL 等の実践場面において看護・介護・リハビリ専門職が協働し、在宅生活の継続を目的とした介護負担の軽減に向けて支援を行っている。

#### ○ 大規模事業所の役割

通所リハビリテーションは多職種が協働する事業所であり、利用者が求めるニーズは多様である。その中において、大規模事業所は地域のニーズも踏まえ様々な支援を実践している。そのため、多く職員を通所リハ事業所へ配置していた。特に、看護師・介護福祉士の配置人数が多く、歯科衛生士や管理栄養士を配置している割合も高かった。医療的ケア等を実施した利用者がいる割合が高く、各専門職がその専門性を発揮し、状態が不安定な利用者に充実した支援が行われている。また、リハマネ加算 II III IV の届出割合や各種加算の算定割合が高く、6 ヶ月間の利用による IADL や LSA の向上割合も高かった。充実した職員配置に基づき、リハマネジメントを実践し、利用者の活動や参加に効果を示している。

大規模事業所は、地域との連携にも積極的である。通所介護から移行してきた利用者がいる割合、生活機能向上連携加算に協力している割合が高く、地域の介護サービス事業所との連携が充実していた。さらに、地域との交流活動の実施割合が高く、地域の通いの場の支援、町内会活動への参加等を行っている事業所もある。このように、充実した職員配置を活かし、地域のリハビリテーション資源として、地域住民を支える積極的な展開がみられた。

#### ○ 医療保険との連携

平成 31 年 3 月末にて、診療報酬上の維持期リハの取り扱いが見直され、要介護認定者のリハビリテーションは介護保険へと移行された。本調査において、その移行状況について確認したが、移行に関する問題はみられなかった。外来リハビリテーションからの移行者(1 事業所あたりの人数)は、維持期リハの取り扱いが見直された前後にて変化はみられなかった。また、平成 31 年 4 月以降に医療保険からの移行者の増加や相談の増加を感じている事業所割合はそれぞれ 3 割程度と低い結果であった。一方で、グループホーム等の利用

者においては、「外来リハが終了した後、通所リハは利用できないのではないか」といった声も聞かれた。

平成 30 年度介護報酬改定後に、1-2 時間サービス提供事業所の割合が増加している。外来リハから通所リハへの移行者は 1-2 時間に多く、1-2 時間サービス提供事業所の増加により外来リハからの移行がスムーズに行えた。また、平成 30 年度介護報酬改定においては、要件緩和として医療保険との器具の共有が可能となり、1-2 時間サービス提供事業所の 8 割が活用していた。これは、1-2 時間サービス提供事業所の増加に寄与したと推測される。

平成 30 年度診療報酬・介護報酬改定において、医療と介護のスムーズな連携を目的に、医療機関からのリハビリテーション計画書の提供が評価された。この医療機関との連携に関して、リハ計画書の提供を受けた通所リハ事業所は 31% であり、より積極的な連携が望まれる。ケアマネジャーが医療機関へリハ計画書の提供を依頼している割合は約 5 割であった。また、新規利用者において、退院時カンファレンスへ参加した割合は 3 割程度である。利用開始前からケアマネジャーと連携し、利用者の事前情報を収集することは、リハマネジメントの強化に向けて必須である。さらに、要支援の方は退院・退所から通所リハの利用開始までの期間が長い傾向がみられており、退院・退所後の在宅生活における活動の必要性について、医療機関への啓発も求められる。

## ○ その他

### 【通所リハと通所介護の役割】

ケアマネジャーへの調査結果から、ケアマネジャーは利用目的を考慮し、通所リハと通所介護を使い分けていた。ケアマネジャーが通所系サービスに期待する役割として、通所リハは機能・能力の向上、生活環境の調整、医学的管理の割合が、通所介護は趣味活動、地域における社会参加、社会性向上の割合が高かった。

通所介護から通所リハへ移行した利用者がいる事業所は 17% であった。利用者の状態像に合わせた適切なリハビリテーションサービスの提供が行えるよう、ケアマネジャーを中心地域における連携を深め、協働を推進していくことが重要である。

### 【他介護サービス事業所との連携】

生活機能向上連携加算へ協力している事業所は 12% であった。リハマネ加算 II III IV の要件として、在宅生活の支援に向けた訪問系サービスとの連携は必須であり、積極的な協働が望まれる。また、利用修了者において修了 3 ヶ月後のサービス利用状況が不明な割合が 4 割を超えていた。修了後も移行先や担当ケアマネジャーとの連携を深め、定期的なリハビリテーション評価に基づき、利用者の状態像に応じた適切なサービス提供へつなげていくことが求められる。

### 【認知症利用者への対応と効果】

認知機能評価 20 点以下の新規利用者は 39% であった。認知症がある利用者はない利用者と比較して、利用開始時の ADL 点数が低い傾向にあった。一方、6 ヶ月後の ADL 変化において認知症の有無による関連性はなく、ともに 3 割の利用者に ADL の向上がみられた。認知症がある利用者においても、その状態像に応じた工夫により、効果的に ADL 向上へつながっている。

認知症短期集中リハ実施加算の算定割合は、1 割未満と低かった。利用開始時からの算定が要件であるため、短期集中個別リハ実施加算の算定を優先しているためと考えられる。レセプト上にて加算の算定は行われていないが ADL への関わりと並行して認知症へのアプローチも実践されていると推察され、認知症短期集中リハ加算のあり方については継続的な検討が必要である。

### 【リハビリテーション提供体制加算】

平成 30 年度介護報酬改定にて導入されたリハビリテーション提供体制加算は、77% の事業所にて算定されていた。算定ありの事業所においては、算定が困難な理由「特になし」が 6 割以上であった。また、算定に向けた工夫の実施も 1 割程度であり、本加算は問題なく各事業所にて対応が行えていると推察される。

### 【VISIT の活用実態と今後の展望】

VISIT を導入している事業所は 6% であった。導入していない理由は、「VISIT がよくわからない」や「導入のメリットがない」が上位にあった。システムの普及拡大には利便性の向上だけでなく、導入による効果について理解を促すことが重要である。尚、VISIT の詳細については、実践マニュアルを参照されたい。

### [参考資料]

- 1) 全国デイ・ケア協会：通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業。  
平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

## 2. 訪問リハビリテーション

### ○ 訪問リハ利用者の状態像と効果（訪問リハの役割）

訪問リハビリテーションは、退院・退所直後の中重度者に対して、実践場面を通じて在宅生活の再構築を行い、通所系サービス等を活用した外出機会の創出という役割を果たしていた。

訪問リハにおける新規利用者は、要介護 3-5 が 40%、年齢 85 歳以上が 39%、認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上が 33%、退院・退所直後の利用開始が 46%、開始時の ADL 75 点以下が 48% と、在宅生活の継続に課題を抱える方が多かった。また、併用サービスがある割合は約 8 割であり、医療的ケア等として経腸栄養や褥瘡治療、頻回の喀痰吸引の割合が高かった。訪問リハだけでなく、地域の他介護サービス事業所と連携し、医学的な視点での評価を含めた支援が求められている。

新規利用者において利用開始から 6 ヶ月後における ADL 変化の向上割合は、要支援 1-2 31%、要介護 1-2 38%、要介護 3-5 48% であった。また、状態改善・目標達成による修了者・修了見込者は 35% であり、介護度別に関連性は認めなかった。さらに、利用修了者においては、6 ヶ月以内に修了された方が 5 割を超えており、修了後に介護保険サービスを利用されない方は地域の通いの場やサロンへ、介護保険サービスを利用された方は通所リハや通所介護へつながっていた。このように、実践場面における直接的な ADL へのアプローチにより 6 ヶ月間での改善を図り、在宅生活の再構築を行い、外出機会の創出へとつなげている。

### ○ リハビリテーションマネジメント

訪問リハ事業所におけるリハマネ加算の届出状況は、リハマネ加算 I が 89%、リハマネ加算 III が 23% と、リハマネ加算 I の届出割合が高かった。平成 30 年度介護報酬改定前後で比較すると、改定前の旧リハマネ加算 I から改定後の新リハマネ加算 II・リハマネ加算 III へ移行した事業所はそれぞれ 7%・13% と低値であった。現状では多くの事業所がリハマネ加算 I を選択し、リハマネ加算 II・III・IV への試みが少ない状況である。一方、1 日の訪問件数別にみると、16 件/日以上の事業所にてリハマネ加算 II・リハマネ加算 III の届出割合が高く、リハマネジメントの実践にはリハビリ専門職の配置人数が影響しているものと推察される。

リハマネ加算 II・リハマネ加算 III の算定が困難な理由がある割合はともに 7 割以上であった。また、リハマネ加算 III の算定が困難な理由は、医師のリハ会議への参加が困難や医師の説明時間が確保できない、リハ会議の調整が負担であるの割合が高かった。充実したリハマネジメントの実践には、医師の時間確保と煩雑な間接業務が課題として挙げられる。現在、医師の説明において ICT を活用している割合は 12% であり、より積極的な活用は医師の時間確保という課題の解決につながる可能性がある。

平成 30 年度介護報酬改定にて要件として追加された医師の指示について、必須項目であるリハの目的は 86% であった。さらに、リハ実施上の留意点 95%、リハ中止の基準 85%、運動の負荷量 59%、リハの方針 58%、修了の目安・時期は 31% と続いた。新規利用者のうち本人家族の不安が強く 6 ヶ月以降も利用を継続される利用継続者と目標達成により 6 ヶ月以内に修了された新規修了者や利用修了者のうち利用期間が 6 ヶ月以内であった修了者を比較すると、新規修了者・修了者にて「修了の目安・時期」の記載割合が高かった。目標達成による修了を目指すには、目標達成までの期間について利用者・家族・ケアマネジャーとの合意形成は重要であり、リハ会議等を通じた医師からの利用期間の説明は積極的に実践していく必要がある。

### ○ 医師の関わり

平成 30 年度介護報酬改定において、事業所医師が診察を行えなかった場合に関する例外要件が示され、事業所以外の医師（医学的管理を行っている医師）の診察・情報提供に基づき、事業所医師がリハ計画を作成することにより、リハビリ専門職の訪問が可能となった。この例外要件に該当し、医学的管理を行っている医師が診察している利用者がいる事業所割合は 32% であり、そのうち事業所内での該当利用者割合は「3 割未満」が 53% であった。

診察医師別に比較すると、医師の指示において、運動の負荷量、リハの方針の 2 項目が、事業所医師の診察にて記載されている割合が高かった。また、リハマネ加算ⅢⅣ、短期集中リハ実施加算を算定した利用者割合も、事業所医師の診察において高かった。このように、事業所医師の診察においては、利用者の状態像やリハビリテーションの必要性について判断する情報を得やすいことから、より効果的なリハビリテーションにつながる指示を出すことが可能となる。

医師の役割として事業所医師は、リハ会議への参加、リハ計画の作成・承認、本人・家族への説明の割合が、医学的管理を行っている医師は、疾患の管理、リハ実施時の急変対応の割合が高い傾向にあり、リハマネジメントに基づく効果的なリハビリテーションの提供に向けて事業所医師の役割は大きい。

事業所医師の診察場所をみると、利用者宅で診察を行っている利用者割合が「8 割以上」の事業所は 17% であり、事業所内の割合が「8 割以上」の事業所は 57% であった。「利用者宅 8 割以上」の事業所にて、リハマネ加算Ⅱ・リハマネ加算Ⅲの届出割合が高い傾向にあり、利用者宅にて得られる情報がリハマネジメントの充実に重要であることが伺える。一方、事業所医師の診察場所別に訪問件数をみると、「事業所内 8 割以上」の事業所では、1-5 件/日の割合が高い傾向にあり、小規模な事業所においては医師が利用者宅を訪問する時間の確保が困難な状況にあると推察される。

## ○ 要支援への関わり

要支援への関わりについて訪問リハでは、6ヶ月間を目途に修了を見据え、在宅生活のみならず地域における活動や参加を目指していた。訪問リハを利用する要支援のニーズは、趣味活動の習慣・継続、地域における社会参加の割合が比較的高かった。これらのニーズに対して、運動・自主トレのアドバイス、IADL 練習、生活・環境整備に関するアドバイス、自宅外練習を実施した割合が要介護より高かった。このように要支援の方には、在宅生活の再構築に加え、地域における社会参加に向けた自宅外での練習を実践している。この結果、6ヶ月後の変化として、ADL は 3割、IADL は 5割、LSA は 4割が向上していた。また、新規利用者のうち 6ヶ月後の利用状況として、修了者・修了見込者は 42%であり、利用修了者において介護保険サービス等を利用せず修了した方は 36%であったなど、一定の効果を示している。一方、6ヶ月以降も利用を継続する方（修了の予定がない方）における継続理由は、「本人または家族が修了への不安が強い」が 47%であり、利用修了後の状態確認を行っている割合は、要支援 1-2 48%、要介護 1-2 61%、要介護 3-5 68%と要支援にて低値であった。要支援においては、修了後のフォローアップ体制の充実が望まれる。

平成 30 年度介護報酬改定において、要支援への対応としてリハマネ加算（要支援）および事業所評価加算が新設された。リハマネ加算（要支援）の届出事業所は 65%と高い割合にあった。一方、事業所評価加算の算定事業所は 7%と低値を示した。事業所評価加算の未算定事業所において算定が困難な理由は、「要支援の利用者が少ない」の割合が高かった。訪問リハ事業所は小規模な事業所が多く、要件となる人数に届かない現状である。また、算定事業所においては、「認定期間が長く改善の結果が得られにくい」の割合が高く、事業所の工夫による改善が困難な要因が挙がる。そのため、算定に向けた工夫を実施している事業者は、未算定事業所では 1%、算定事業所では 7%であった。

## ○ 量的拡大に向けて

本調査結果において訪問リハ事業所は、1日の訪問件数 5件以下の事業所が 44%、訪問頻度 週 1 回が 56%、訪問時間 40 分が 81%であった。このように、小規模な事業所が多く、提供可能なサービス量には限界がある。小規模な事業所では、医師やリハビリ専門職の常勤人数が少なく、充実したリハマネジメントの提供が困難な状況にある。医師やリハビリ専門職の積極的な配置を含め、訪問リハ体制の拡充が求められている。また、設置主体としては、病院 52%、診療所 31%、介護老人保健施設 15%であった。介護老人保健施設においては、診療報酬における対応が難しく、訪問リハ体制の構築に制度面での課題がある。

### ○ 診療報酬改定における維持期リハからの移行

平成 31 年 3 月末にて、診療報酬上の維持期リハの取り扱いが見直され、要介護認定者のリハビリテーションは介護保険へと移行された。本調査において、その移行状況について確認したが、移行に関する問題はみられなかった。外来リハビリテーションからの移行者がいた事業所は 1 割程度であり、1 事業所あたりの人数も含め、維持期リハの取り扱いが見直された前後にて変化はみられなかった。また、平成 31 年 4 月以降に医療保険からの移行者の増加や相談の増加を感じている事業所割合はそれぞれ 3 割弱と低い結果であった。

平成 30 年度診療報酬・介護報酬改定において、医療と介護のスムーズな連携を目的に、医療機関からのリハ計画書の提供が評価された。この医療機関との連携に関して、リハ計画書の提供を受けた訪問リハ事業所は 30% であり、より積極的な連携が望まれる。

### 3. 通所リハ・訪問リハにおける役割

通所リハ・訪問リハそれぞれの新規利用者にて、状態像を比較すると、通所リハは重度者はもとより、在宅生活において課題を抱えた比較的軽度な方に対し、集団活動等による活動場面の提供によって身体機能の向上にも期待がもたれ、訪問リハは、介護場面へ直接的介入が可能なことから、比較的重度な方が、在宅生活を安定して送るために、介助指導等の直接的な介入により課題の解決を図り、ADL 等の向上に効果的な役割を担っていた。

#### ○ 利用者の状態像における比較

利用開始時の状態像について、通所リハ利用者は要支援 1-2 30% 要介護 1-2 42%、要介護 3-5 25%、訪問リハ利用者は要支援 22%、要介護 1-2 36%、要介護 3-5 40% であった。また、ADL80 点以上の方は、通所リハ利用者 67%、訪問リハ利用者 51% であった。同様に、IADL9 点以下の方は、通所リハ利用者 58%、訪問リハ利用者 70%、LSA24 点以下の方は、通所リハ利用者 46%、訪問リハ利用者 68% であった。

このことからも、通所リハは介助を要するケースを含め、外出可能な方の利用が多く、訪問リハは外出が困難な方をはじめ、自宅での生活上に多くの課題を抱えている方が利用していることがわかる。

その背景として、ケアマネジメントでは、重度者はまず訪問系サービスを優先する傾向が散見されることがあり、あわせて通所リハは、昨今、1~2 時間の提供量が増加していることと、集団における活動が行える方を対象にすることが考えられる。一方で訪問リハは、終末期の方など外出が困難な方や、個別での重点的な介入が必要な方が主に利用していると考えられる。

#### ○ 求められるニーズの違い

利用開始前の所在について、通所リハは医療機関 32%、自宅 59% に対し、訪問リハは医療機関 46%、自宅 45% であった。また、事業所評価に基づくニーズは、身体機能の維持（通所リハ利用者 72%、訪問リハ利用者 60%）、身体機能の向上（67%、61%）、運動の習慣・継続（66%、55%）の 3 項目について通所リハ利用者の割合が、生活能力の向上（51%、60%）、生活課題の解決（36%、52%）、介護負担の軽減（31%、39%）の 3 項目について訪問リハ利用者の割合が高かった。尚、生活能力の維持（61%、57%）、活動量の確保（56%、52%）の 2 項目について大きな差はみられなかった。

通所リハは、医療機関等の環境において、多職種チームでの対応を必要とする方や、在宅生活全般での課題を、施設において専門的に対応しつつ、居宅訪問にてフォローアップすることのニーズが多く、一方で訪問リハは、入院中等に残った課題に対し、在宅生活の初期を安定させるため利用することのニーズが多いと考えられる。

## ○ それぞれの機能を活かす導入方法

提供サービスの内容について、通所リハでは、リハビリテーション評価、口腔機能向上の2項目に加え、集団活動の割合が、訪問リハでは生活・環境整備に関するアドバイス、ADL 練習、IADL 練習の3項目に加え、自宅外練習、介助者への指導・助言の割合がそれぞれ高かった。尚、機能訓練、運動・自主トレのアドバイスの2項目について大きな差はみられなかった。また、利用開始から6ヶ月後においてADLが向上した割合は、通所リハ（要支援1-2 16%、要介護1-2 31%、要介護3-5 38%）より、訪問リハ（31%、38%、48%）にて高値であった。また、IADLが向上した割合は、通所リハ（38%、42%、42%）より、訪問リハ（54%、54%、46%）にて高値であり、LSAが向上した割合も同様であった（通所リハ：34%、38%、40%、訪問リハ：44%、45%、50%）。6ヶ月後の利用状況における修了者・修了見込者の割合について、通所リハ利用者は9%、訪問リハ利用者は35%であった。

訪問リハでは、課題解決における直接的な介入により、生活能力の向上につながることが期待できる。一方、通所リハでは、生活全般に対し、多職種協働での専門的対応に加え、集団活動における社会参加の確保やその中の活動機会により身体機能、生活能力の維持向上を図ることが可能となる。それぞれにおいて、利用者の状態の変化により、円滑な移行が効果的な介入につながる。

また、通所リハ・訪問リハ双方の利用メリットを十分活用するためには、両サービスの併用も効果的であり、平成27年度介護報酬改定において、リハビリテーション会議や診療録の一括管理が可能となるなど、併用することによる相乗効果に期待がかかる。しかし現状では併用利用は少なく、更なる普及が望まれる。

**令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業**

**通所・訪問リハビリテーションの  
目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業  
報告書**

発行 一般社団法人 全国デイ・ケア協会

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

電話番号：03-5207-2710 ファクシミリ番号：03-5207-2711

URL：<http://www.day-care.jp/>

令和 2 (2020) 年 3 月発行