

介護保険における リハビリテーション

— 平成 15 年度介護報酬見直しを中心に —

第1部：解説篇

序 章	本書の趣旨と構成	4
第1章	平成15年度介護報酬見直しの基本的な考え方とリハビリテーション関連の 見直しの概要	8
	— 「在宅重視と自立支援」を「個々の利用者のニーズに対応した質の向上」で支える	
第2章	リハビリテーション関連の見直しの意義	12
	— ICFモデルに立って個別的・個性的な「生活機能」全般の向上のための「活動」向上を重視	
第3章	ICF：国際生活機能分類	25
	— 一緒に考える。一緒に目標をたてる。より深いチームワークのために有効な「共通言語」	
第4章	「活動」向上訓練	28
	— 毎日「している“活動”」と、やれば「できる“活動”」のチェックを。 潜在能力を伸ばす「する“活動”」へ	
第5章	個別リハビリテーション	37
	— 新しい生き方を創ってゆく個別リハビリテーション：一人ひとりが個性的かつ具体的に	
第6章	リハビリテーション（総合）実施計画書	42

第2部：資料篇

第1章	平成15年度介護報酬見直しの概要と考え方	
	I. 平成15年度介護報酬見直しの概要（リハビリテーション関連分）	48
	II. 介護報酬見直しの考え方（リハビリテーション関連分）	55
第2章	リハビリテーション関連の単位数・運営基準等の関係告示・通知等まとめ	
	I. 介護保険法（抜粋）	59
	II. 訪問リハビリテーション	61
	III. 通所リハビリテーション	72
	IV. 介護老人保健施設（老人保健施設）	95
	V. 介護療養型医療施設における特定診療費	121
第3章	今回の見直しに到る検討過程でのリハビリテーションに関連する 社会保障審議会介護給付費分科会提出資料	
	I. サービス全体について	151
	II. 訪問リハビリテーション	186
	III. 通所介護・通所リハビリテーション	188
	IV. 施設サービス全体	198
	V. 介護老人保健施設	206
	VI. 介護療養型医療施設	216
	VII. 平成14年 介護事業経営実態調査結果	238
第4章	付録	251
	1. 「寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント」 地域リハビリテーション懇談会報告書（平成12年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金：老人保健健康増進等事業分）による	
	2. リハビリテーション（総合）実施計画書を上手に使いこなす法（含：記入例）	

第 1 部：解説篇

序章。本書の趣旨と構成

平成 15 年度に介護保険発足後最初の介護報酬見直しが行われた。これは「在宅重視と自立支援」を「個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上」で実現するという基本的な考え方に立ったものである。そしてリハビリテーションに関してもその方向で大幅な改正が行われた。それは、多数の新しい項目の新設、変更、追加、再定義を含み、ほぼ面目を一新したといつてよい。

これは「在宅重視と自立支援」にとってリハビリテーションが重視され、その果すべき役割が非常に大きく期待されていることのあらわれとみることができる。またリハビリテーションがその本来のあるべき姿をとりもどし、利用者の生活と人生の向上に役立つものとなることが期待されていることのあらわれといつてもよい。

事実リハビリテーションは、正しい技術とプログラムで行なわれるならば、今回の見直しの基本的考え方である「要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続する」ことに直接役立つことができる。

介護保険のリハビリテーションは「維持が目的」ではなく、生活・人生を向上させるもの

これまで介護保険におけるリハビリテーションはしばしば、機能の「維持」を目的とする「維持期リハビリテーション」であると言われてきた。しかし、次の３点で介護保険の利用者や高齢者においても、リハビリテーションは単なる維持ではなく、向上にむけての大きな役割を果たすことができる。

第 1 にはリハビリテーションとは「心身機能」だけを対象とするものではなく、「活動」（生活）と「参加」（人生）を加えた「生活機能」（人が生きることの全体）の 3 つのレベル（階層）のすべてを対象として、その改善・向上をはかるものである。したがって心身機能のみを考えて維持しかできないとする考え方は根本的に誤っている。（下線は ICF：国際生活機能分類の用語）

第 2 にはリハビリテーションのもっとも基本的な技術である「活動」向上訓練を行えば、「心身機能」が同じであっても（むしろ悪化しつつある場合においてさえ）「活動」レベルの向上は可能であり、それによって利用者の「生活」も「人生」も大きく向上する。

第 3 には「高齢はリハビリテーションの阻害因子」という、一部にみられる考え方は正しくなく、むしろ高齢者のリハビリテーションほどプログラムの差が著明にあらわれるのであり、プログラムの改善により向上は十分可能である。

なお「維持」を目標にするというような消極的なすすめ方では維持さえできず、「心身機能」面も「活動」面も低下するだけである。今回の改定の基本は積極的に「活動」・「参加」向上に取り組めば効果があがるという前向きの立場である。

本書はリハビリテーションがそのような大きな役割を果し、利用者によりよいサービスが提供できるようになるための手引きとして作られたものである。

本書の構成

第1部：解説篇の構成

まず第1章では「平成15年度介護報酬見直しの概要」（資料篇第1章）に沿って、その基本的な考え方とリハビリテーション関連の見直しの概要について述べた。

つづく第2章、リハビリテーション関連の見直しの意義では、まず今回のリハビリテーション関連の見直しのもつ意義を全般にわたって概観し、ついで第3章以下でその中の主要な項目について詳しく解説することとした。

なお第2章の最後の「リハビリテーション理念の明確化」は今回の見直しにとどまらない大きな意味をもつものであり、本来ならば別に章を立てて論じるべきものであるが、実際の・実用的な手引きとしての本書の性格を考慮して第2章の一部にとどめた。

第3章、ICF：国際生活機能分類は、今回のリハビリテーション関連の見直しの大きな骨格を形づくっているICF（WHO 国際生活機能分類）の概略と、それがリハビリテーションにとってもつ意味について解説した。ICFは介護・福祉・保健・医療従事者間の、またはそれらの人々と利用者・患者・家族、さらには一般国民との間の「共通言語」としてつくられたものであり、「利用者中心のチームワーク」に立つリハビリテーションにとって不可欠の思考・実践の枠組みである。

つぎに第4章、「活動」向上訓練からはリハビリテーションの具体的なアプローチに入り、まず実用歩行・ADL（日常生活活動）をはじめとする「活動」（ICF用語）の自立性をいかに向上させるかについて詳しく述べた。ここで中心となるのは「している“活動”」と「できる“活動”」の両者を、活動レベルの目標である「する“活動”」（参加レベルの目標＜主目標＞の具体像であり、それと表裏一体のもの）に向けて向上させていくということである。

この章にはまた、これらの考え方を裏付ける研究データをコラムとして付けた。

つづいて第5章、個別リハビリテーションでは、従来の単なる一对一の訓練という意味ではなく、「個々の利用者のニーズに対応した」サービスであり、個別的・個性的な目標・計画に立ったオーダーメイドのプログラムであるという意味での「個別リハビリテーション」につき詳しく解説を加えた。

最後の第6章、リハビリテーション（総合）実施計画書は今回新設された「リハビリテーション実施計画書」および改定された「リハビリテーション総合実施計画書」についてその趣旨と構成の原理、そして記入とそれを用いての本人・家族への説明の手順について述べている。ここでいう構成の原理とは大きくいって、タテ軸はICFの生活機能構造にのっとり、ヨコ軸は「目標を創り出すための評価」からなっているということである。

なお、これらの計画書の具体的な記入法としては先に「リハビリテーション（総合）実施計画書を上手に使いこなす法（含：記入例）」（リハビリテーション（総合）実施計画書の書き方検討委員会編）として独立のパンフレットとして発表されているが、本書では読者の便宜のため版型を縮小（A4版→B5版）して付録として収めた。

第2部：資料篇の構成

資料篇は以下のような構成となっている

第1章 平成15年度介護報酬見直しの概要と考え方

- I. 平成15年度介護報酬見直しの概要（リハビリテーション関連分）
- II. 介護報酬見直しの考え方（リハビリテーション関連分）

第2章 リハビリテーション関連の単位数・運営基準等の関係告示・通知等まとめ

- I. 介護保険法（抜粋）
- II. 訪問リハビリテーション
- III. 通所リハビリテーション
- IV. 介護老人保健施設（老人保健施設）
- V. 介護療養型医療施設における特定診療費

第3章 今回の見直しに到る検討過程でのリハビリテーションに関連する社会保障審議会介護給費分科会提出資料

- I. サービス全体について
- II. 訪問リハビリテーション
- III. 通所介護・通所リハビリテーション
- IV. 施設サービス全体
- V. 介護老人保健施設
- VI. 介護療養型医療施設
- VII. 平成14年 介護事業経営実態調査結果

第4章 付録

1. 「寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント」 地域リハビリテーション懇談会報告書（平成12年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金：老人保健健康増進等事業分）による
2. リハビリテーション（総合）実施計画書を上手に使いこなす法（含：記入例）

本書が今回の介護報酬見直しの意義の理解とリハビリテーション関連領域におけるその適切な運用に役立ち、ひいては介護保険の目的とする「在宅重視と自立支援」の実をあげるのに貢献することを期待したい。

第1章 平成15年度介護報酬見直しの基本的な考え方と リハビリテーション関連の見直しの概要

「在宅重視と自立支援」を「個々の利用者のニーズに対応した質の向上」で支える。

1. 介護報酬見直しの基本的な考え方

平成15年度実施の介護報酬改定は、基本的な考え方は資料篇第1章のⅠ、平成15年度介護報酬の見直しの概要にみる通り、「限られた財源を有効に活用するため、当初の設定が実態に則して合理的であったかどうかの検討を踏まえながら、効率化・適正化と並行して、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、必要なものに重点化」する立場から行われた。

在宅重視と自立支援

具体的には、「在宅重視と自立支援の観点から、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図る」とともに、「要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続することができるよう」に所要の見直しが行われた。

施設でも在宅に近い形で生活

特に「いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう」に、それに必要な見直しが行われた。

サービスの質の向上

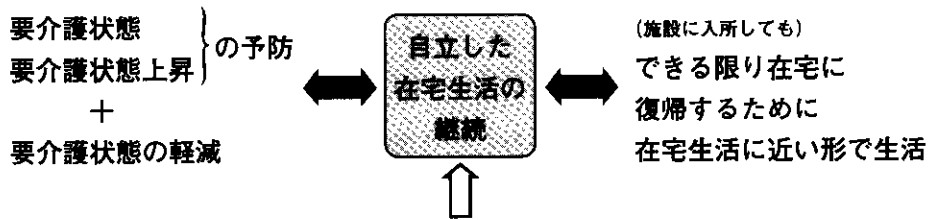
また、「個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、サービスの質の向上に重点を置いた見直しを行う」とされた。

すなわち「自立した在宅生活の継続」を核とする「在宅重視と自立支援」を、「個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上」によって実現するという明確な路線を打ち出したのが、今回の見直しの大きな特徴である。これをリハビリテーション関連の「質の向上」に重点をおいて図示したのが、図1である。

図1の上半では「自立した在宅生活の継続」という大目的を「要介護状態・要介護度上昇の予防、要介護状態の軽減」および「（施設に入所しても）できる限り在宅に復帰するために在宅生活に近い形で生活」することが支え、その全体を下半の「サービスの質の向上」によって実現することを示している。そしてリハビリテーション関連の向上のポイントとして「ADL（「活動」）の自立性向上」、「個別リハビリテーション計画」、それにもとづく「個別リハビリテーション」の3点をあげている。

図 1. 平成 15 年度介護報酬見直しの基本的な考え方

I. 在宅重視と自立支援



II. 個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上（リハビリテーション関連）

ADL（「活動※」）の自立性向上が目的
個別リハビリテーション計画に基づき
リハビリテーションを実施

※ ICF（WHO国際生活機能分類）用語

2. リハビリテーション関連の見直しの概要

「個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービス」の提供をめざした「サービスの質の向上」に重点を置いた見直しが行われたが、リハビリテーション関連では次のような見直しを大きな骨格として「質の向上」が図られている。

1) 在宅サービス

自立支援を指向する在宅サービスの評価として、リハビリテーションについては次の 2 点が新たに設けられた。

①訪問リハビリテーションにおける日常生活活動訓練加算

「円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、退所（退院）後 6 月以内の利用者に対して具体的なリハビリテーション計画に基づき ADL の自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合を評価」するとして日常生活活動訓練加算が新設された。

②訪問 通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算

「円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを評価」するとして個別リハビリテーション加算が新設された。改定前はリハビリテーション機能は全て基本報酬に包括さ

れていたものが、個々の利用者の個別性を重視した場合は個別リハビリテーションとして別個に評価するものになったものである。

2) 施設サービス

また施設サービスの質の向上と適正化として、次の2施設についてリハビリテーションに関する再編・新設が行われた。

①介護老人保健施設(老人保健施設)におけるリハビリ機能強化加算と訪問リハビリテーション

リハビリ機能強化加算

「入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、日常生活動作等の維持・向上を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを評価するとともに、全体として適正化」するとして、「リハビリ体制加算」(12単位/日)が再編され、「リハビリ機能強化加算」(30単位/日)と名称が代り、増額された。

「リハビリ体制加算」と「リハビリ機能強化加算」との内容上の主たる違いは、「リハビリ機能強化加算」においては一つには「個別リハビリテーション計画を作成し」それに「基づきリハビリテーションを実施」するという点であり、もう一つにはその具体的なすすめ方として「活動」向上訓練を重視していることである。

老人保健施設による訪問リハビリテーションを評価

また、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションが、従来の病院・診療所が行うものに加えて新たに評価されるようになった。これは施設内での在宅復帰にむけての働きかけの総仕上げ的な意味合いでの訪問リハビリテーションの評価と考えられる。

ここでは退所後の自宅内の生活での問題に向けての入所中の対応に不十分な点はなかったかを反省し、更に在宅での生活内容を改善する指導を、退所後の生活を確認しつつ実際の生活の場で行うことになる。

ただ当然ながら入所中のリハビリテーションは退所後の生活を想定して行うものであり、訪問リハビリテーションによって、はじめて自宅生活での課題に働きかけはじめるものではない。

②介護療養型医療施設における個別的なリハビリテーションの評価と日常生活活動訓練加算

個別的リハビリテーションの評価

「リハビリテーションの体系的な見直し」がなされ「従来の集団療法を中心とした評価は基本報酬に包括化し、個別的なリハビリテーションを加算で評価」することになった。

日常生活活動訓練加算(「ADL加算」)

以上に加えて日常生活活動訓練加算が新設された。これは「病棟等においてADLの自立等を目

的としたリハビリテーションを行った場合に算定」されるものである。

集団療法中心のリハビリテーションは包括化

なお集団療法を中心とするリハビリテーションが基本報酬に包括化されたことは、介護療養型医療施設自体の基礎的な機能としてリハビリテーションの機能が求められているためと考えられる。

第 2 章 リハビリテーション関連の見直しの意義

ICF モデルに立って個別的・個性的な「生活機能」全般の向上のための
「活動」向上を重視

前章で平成 15 年度介護報酬見直しの基本的な考え方とリハビリテーション関連の見直しの概要を述べたが、その具体的な内容として、今回の見直しの意義をもっともよく示すものをあげれば以下のようなだろう。

1. 大きくとり入れられた ICF：国際生活機能分類の概念（第 3 章参照）

今回のリハビリテーション関連の見直しの最も大きな特徴は ICF：国際生活機能分類の基本概念が全面的にとり入れられたことであろう。

ICF：国際生活機能分類については第 3 章で詳しく述べるが、これは、21 世紀初頭の 2001 年に WHO 総会で採択されたものである。ICF は 1980 年の ICIDH：国際障害分類の改定版ではあるが、ICIDH が「障害」というマイナス面を中心にみたのに対し、「生活機能」(functioning) という「人が生きること」のプラス面を中心に見ようとするところに根本的な視点の転換がなされている。

プラスの面を中心とする ICF モデル

ICF モデルは第 3 章にかかげるが、「心身機能・構造」—「活動」—「参加」というプラス面の 3 つのレベル（階層）からなり、それを包括したものが「生活機能」である。これは「生命」—「生活」—「人生」といいかえることもできる。

マイナス面の包括概念である「障害」

これに対しマイナスの包括概念が障害（disability）であり、生活機能の 3 つのレベル（階層）に対応して機能障害（構造障害を含む）—活動制限—参加制約の 3 つのレベルからなる。

リハビリテーションにおける ICF の特徴

リハビリテーションに関連しての ICF の主な特徴は以下の通りである。

1) 共通言語

— 利用者の自己決定権の尊重と積極的参加促進、そしてチームワーク促進のツール

ICF の最も重要な目的の一つは異なる専門の専門家同士の、また専門家と利用者・患者・家族との、そしてそれらの人々と行政等との間の「共通言語」として役立つことである。共通言語とし

ての ICF は①看護師・介護職を含むリハビリテーション・チーム内のチームワークのツール（道具）として重要なだけでなく、②利用者・患者の自己決定権の尊重と、③利用者・患者・家族と専門職チームとの間の相互理解と協力関係の構築のためのツールとしても重要である。

その意味でこの ICF モデルは後に述べる「リハビリテーション（総合）実施計画書」に全面的にとり入れられ、利用者本人・家族も含めたチームワークと相互理解のための活用を助けるものとなっている。

2) 利用者・患者の全面的把握・理解のツール

—生活機能の全ての側面をみる

ICF のもう一つの重要な目的は、利用者・患者の生活機能のプラス面とマイナス面の全面的・構造的な把握のツールとして役立つことである。それは利用者・患者の隠れたプラスの開発による問題解決の前提となる。

このような生活機能についての全面的把握・理解は、一人ひとりの利用者・患者の個別性を尊重する個別のリハビリテーションの前提条件である。

3) リハビリテーションは「生活機能」全般、特に「活動」の向上

本章の 6.に述べるように、今回の見直しにあたって「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的」として「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上」（下線は引用者）のために行われるものと規定された。これは ICF の基本概念によるリハビリテーションの明確な定義といえる。

すなわちリハビリテーションは「心身機能・構造」の改善のみをめざすものではなく、「活動」と「参加」を含めた包括的な「生活機能」全般の向上を目的とするものであり、その中では特に実用的な「活動」の向上が中核を占めるという考え方である。

後に述べるようにこれはこれまでのリハビリテーションに関する種々の見方を ICF モデルに立って集大成し総合化したものであり、まさに新世紀にふさわしい総合的なリハビリテーション概念の確立とみることができる。

4) リハビリテーション実施計画書の基本概念

後に述べるように ICF モデルは「リハビリテーション（総合）実施計画書」のタテ軸をなす基本概念となっている。

2. 個別リハビリテーションの重視(第5章参照)

今回の見直しでは「個別リハビリテーション計画にもとづく個別リハビリテーション」が重視されている。

すなわち通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算、介護老人保健施設におけるリハビリ機能強化加算において、いずれも「個別リハビリテーション計画を作成し」、それに基づき「利用者ごとに個別にリハビリテーションを行った場合を評価する」とされている。

この個別リハビリテーションとは単に集団訓練でない一対一の訓練という意味ではない。具体的にリハビリテーションによって「どのような人生を創るのか」という、その人にとってベストの個別的・個性的な目標を一人ひとりについて立て、それを実現するためのプログラムも個別的なものを立てて行うもののことをいうのである。

リハビリテーションの目的は心身機能(生命)の回復だけではなく、活動(生活)、参加(人生)を含めた生活機能(「生きる」ことの全体像)全体の向上である。心身機能の回復を目的とするだけならば、たとえば脳卒中による片麻痺や廃用症候群による筋力低下においては、麻痺や筋力低下の部位や程度の違いを考慮しさえすればよく、ほぼ画一的なプログラムであってもよいとする考え方がなりたないわけではない。しかしこれでは活動と参加を含めた生活機能全体の向上を目的としたリハビリテーションの効果は不十分にとどまり、自宅復帰促進ははかれず、利用者の人生に対しての最大の効果をあげることはできない。

生活と人生は一人ひとり異なる

そもそも活動(生活)と参加(人生)は極めて個別性の高いものであり、個別的なものである。一人ひとりの利用者・患者は異なった個性と価値観をもち、異なった生活・人生、すなわち異なった職業をもち、異なった家や地域社会で、異なった構成や個性の家族と共に生きてきた人であり、またそのような一人ひとり違った生活・人生へと戻っていく人である。そのような個性的な人たちの活動や参加の目標が共通であるはずがない。したがって活動や参加をどのように向上させるかという目標も人によって大きく違い、従ってそれを実現するためのプログラムも非常に個別的・個性的なものでなければならない。

例えば同じ性、年齢で麻痺の程度も同じ脳卒中左片麻痺の患者であっても、①病前は主婦であり、家庭に戻って主婦としての役割をたとえ部分的にせよ果たそうとする場合と、②華道(お花)の教師をしていた婦人で、家庭に戻って、たとえ時間を短くしてでも生き甲斐のために華道教師を続けたいという場合とではリハビリテーション・プログラムの内容は全く違うものになって当然である。

個別的・個性的な目標に向けたオーダーメイドのプログラム

このように個別的・個性的な明確な生活・人生の目標のもとに一人ひとり違った「オーダーメイド」のリハビリテーションを行っていくのが個別リハビリテーションである。今回の見直しでこのような個別リハビリテーションが重視されるようになったのはリハビリテーションの本質的なあり方への復帰ともいえる画期的なことで高く評価できよう。

3. 「活動」向上訓練の重視（第4章参照）

今回の見直しのもう一つの大きな特徴は ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の重視である。

これは訪問リハビリテーション、介護療養型医療施設における日常生活活動訓練加算だけでなく、介護老人保健施設のリハビリ機能強化加算や通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算の要件にもなっている。

新しい内容を多数含む「日常生活活動訓練」の定義

この日常生活活動訓練は、たとえば介護療養型医療施設では「実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において、実用歩行訓練・活動向上訓練等が行われた場合に限り算定できる。」とされており、さらに「当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、常に看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である」（下線は引用者）とされている。

この文章は一見簡潔であるが多くの新しい内容を含んでいるので、これらを正しく理解することが非常に重要である。詳しくは第4章で述べるが、その要点は次のようである。

1) ICF 概念に立った規定

ここでまず注意すべきことは「活動」、「能力」、「実行状況」という用語が ICF：国際生活機能分類に規定された厳密な意味で用いられていることである。すなわち「活動」とは実際的な目的をもったひとまとまりをなす行為であり、決してある特定の「心身機能」に還元できるものではない。

そして「活動」としては、「能力」としての活動と「実行状況」としての「活動」とを明確に区別するということである。なおこの「能力」は後に述べる「リハビリテーション（総合）実施計画書」の「できる“活動”」、「実行状況」は同じく「している“活動”」に相当する。

2) 実用性の重視—実生活に役立つことが重要

また注目すべきことは「実用的な日常生活における諸活動」や「実用歩行訓練」という時の、「実用」ということばである。歩行にせよ、その他の活動にせよ本来実用的なものであり、わざわざ

「實用」という語を重ねるのは一見余分なことである。しかし、これは第3章で詳しく述べるように現在のリハビリテーションにおける歩行やADL訓練のあり方、すなわち多くの場合訓練室内のみの「模擬的」な動作の訓練にとどまっており、実用性とは直結しないものになっていることに対して反省をせまるものとみることができる。あくまでも実生活に役立つことを追求するのが今回の見直しの趣旨である。

3) 生活の場での「活動」向上訓練を重視

もう一度定義に戻ると、日常生活活動訓練とは「訓練室以外の病棟等（屋外を含む）において」おこなわれた実用歩行訓練や活動向上訓練である。

ADL 訓練室等での模擬的な訓練は対象外

この際注意すべきことは、この規定による加算は居室棟・病棟の実際の生活の場における訓練が対象なのであって、たとえば「ADL 訓練室」等と称していても模擬的な場にすぎないものにおける訓練は対象外だということである。病棟以外で認められるのは屋外であり、これは実用的な屋外歩行が買物その他の外出を可能にするなど、社会的な活動と参加の向上にとっての意義が大きいことからくるものである。

たとえ病棟で行っても基本動作訓練は対象外

またたとえ病棟で行なったとしても、その内容が「活動」向上訓練でないものも対象ではない。この点について、今回の見直しでは「病棟訓練室及び廊下等で行った平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない」と明確に規定されている。

これはADLをはじめとする「活動」とは、明確な実用的な目的をもったひとまとまりをなした行為であり、そのような目的をもたない、歩行自体の訓練として行われる歩行等は「活動」ではなく、「心身機能」に属する基本動作にとどまるため、たとえ病棟で行っても評価の対象とならないということである。

4) 「できる“活動”」と「している“活動”」の両者への働きかけ

また生活の場における「活動」向上訓練は、「できる“活動”」だけでなく、「している“活動”」向上への働きかけをも含み、その両者の連携を不可欠のものとしている。たとえば介護療養型医療施設での定義では、「向上させた諸活動の能力」を「看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう」働きかけが行われるものであるとされている（下線は引用者）。

すなわち「活動」向上訓練とは、生活の場において、①理学療法士、作業療法士等によって諸活

動の能力（「できる“活動”」）を向上させる働きかけと、それを、②看護師・家族・介護者等が日常生活における実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけの両者を連携させて行うことである。

5) 在宅の実生活での「活動」を重視

「活動」向上訓練は、入所中や通所時の「活動」の向上だけを目的とするのではなく、より重要なこととして在宅の実生活での「活動」の自立性向上を目的として行うものである。

すなわち介護老人保健施設でのリハビリ機能強化加算でも、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算でも、また訪問リハビリテーションの日常生活活動訓練加算でも「実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上」のためというように、在宅復帰と在宅生活の継続のために役立つ在宅の実生活での「活動」の自立性向上が目的であることが明確に規定されている。

6) ADL だけでなく活動全般の向上

次に注目すべきことは前記の規定において、「諸活動の自立性の向上のために」と、「活動」という ADL より広い概念が用いられていることである。すなわちこの訓練の対象は実用歩行やその他の ADL だけにとどまるものではなく、より広い、家事その他を含む「活動」全般を意味するものである。

4. チームワークの重視

上記のこととも関連するが、今回の見直しではリハビリテーションにおける各職種間の緊密な協力と連携によるチームワークが重視されている。チームワークとは一人の利用者に対して単に多くの職種が関与し、同時に働きかけを行なうというだけのものではない。各職種の専門性に立ちつつ、職種の壁を越えた利用者・患者本位の「協業」が真のチームワークである。今回の見直しではそれが①看護・介護職の重要さ、②計画作成と説明、そして③記録などでつらぬかれている。

1) 看護・介護職はリハビリテーションにとって不可欠

まず強調したいのは、リハビリテーションにかかわる専門職は決して理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）だけではないということである。医師が重要な役割を果すのはいうまでもないが、ここでは特に看護師と介護職の重要さを強調したい。

リハビリテーションにおける看護師と介護職の役割は多面的であるが、もっとも重要なのは「している“活動”」の向上である。

「している“活動”」を向上させるのは看護・介護職による介護

これについては先に述べ、また第4章で詳しく述べるが、理学療法士・作業療法士等による「できる“活動”」向上訓練と連携して、看護師・介護職が行う、介護を通じての「している“活動”」向上の働きかけは「活動」向上訓練の中で非常に大きな意味をもつ。この意味で看護・介護職はリハビリテーション・チームの不可欠のメンバーである。

2) リハビリテーション（総合）実施計画書の作成と説明におけるチームワーク

今回の改定では、チームワークと利用者・患者の自己決定権尊重の見地から、従来の介護療養型医療施設における「リハビリテーション総合実施計画書」に加えて「リハビリテーション実施計画書」が新設された。

これらの計画書（あわせて「リハビリテーション（総合）実施計画書」という）は利用者本人の自己決定権の発揮をチームの専門性で支えるという車の両輪をスムーズに支えるためのツールであり、専門家のみのための評価用紙や一方的な説明用紙ではない。この正しい活用で、リハビリテーションが十分な効果を生むのであり、それがこの計画書の作成が義務づけられている理由である。

リハビリテーション実施計画書

介護老人保健施設のリハビリ機能強化加算、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、訪問リハビリテーション費の要件として、医師、理学療法士、作業療法士等が共同して、リハビリテーション実施計画書を作成し、その内容を利用者に説明することになっている。

リハビリテーション総合実施計画書

また介護療養型医療施設における「リハビリテーション総合実施計画書」に関する加算は「医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行った理学療法又は、作業療法等の効果、実施方法等について共同して評価を行った場合」に算定するもので、「医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付するとともに、その写しを診療録に添付する。」ことになっている。

「リハビリテーション（総合）実施計画書」については第6章で詳しく述べ、かつ第2部の資料篇第4章付録の2の「リハビリテーション（総合）実施計画書を上手に使いこなす法（含：記入例）」に詳しい活用法が述べてあるので参照されたい。

この「計画書」の作成と利用者・患者・家族への説明のプロセス自体がチームワークの産物であり、またその具体的な成果である。本計画書は介護保険の基本原則である自己決定権の尊重を具現化したものということができる。

3) 記録に関するチームワーク

今回の改定では訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算、介護老人保健施設におけるリハビリ機能強化加算について、リハビリテーションに関する記録についての規定が詳しくなった。

たとえば個別リハビリテーション加算では「個別リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること」と規定している。

これは一見当然な規定であるが、従来1人の患者に関する記録が各職種ごとに別々に保管されたり、他職種には閲覧が困難であったりする場合がないではなく、チームワークを阻害する弊害もみられていたので、このような明文規定には大きな意味があると考えられる。なおこの場合の「リハビリテーション従事者」とは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のみに限られるものではなく、医師、看護師、介護職、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー等を含むものと理解すべきであろう。

この規定の精神に沿って、各職種が自分の領域にだけ閉じこもるのではなく、記録の作成と閲覧を通じて利用者・患者とそのリハビリテーション・プログラム全般に関する情報・知識を共有し、常にチーム全体として対処することがチームワークにとって非常に重要である。

5. その他の見直し事項

1) 施設基準の見直し

今回の見直しにおいて介護療養型医療施設の特定診療費の施設基準に注目すべき改定がなされた。

すなわち総合リハビリテーション施設（理学療法（Ⅰ）及び作業療法（Ⅱ））の施設の面積が「理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計 240 平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）」と改定されたことである。

従来総合リハビリテーション施設には A 施設と B 施設があり、A 施設では、理学療法専用の面積が 300 平方メートル以上、かつ作業療法専用の面積が 100 平方メートル以上とされていた。B 施設は平成 14 年に社会保険・老人保健の診療報酬改定に合わせて設けられたものであり、A 施設での人員についての基準以上の理学療法士・作業療法士が勤務することを前提として「理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計 240 平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）」と規定されていた。

この改定の意味は①居室棟・病棟における、ADL をはじめとする「活動」向上訓練を重視する

立場から、訓練室の面積の重要性が相対的に低下したことを示し、加えて②理学療法と作業療法の各々の面積を個々に定めるのではなく、合計の面積を定め、かつ共有部分を認めることにより、チームワークを促進し、施設利用を弾力化しようという意図をうかがうことができる。

また本改定の結果として、従来地価の高い都市部では困難とされていた総合リハビリテーション施設の承認が容易となるものと期待される。

2) 器械・器具、設備等の見直し

今回の見直しにおいては上記に加えリハビリテーション関連の器械・器具、設備等についての規定が新設あるいは一部改定された。これらはいずれも先に述べた、在宅重視と自立支援の立場に立って、個別リハビリテーションと「活動」向上訓練を重視する方向を、具体的な器械・器具、設備等によって裏付けているものと考えられる。

これに関連する見直しは訪問リハビリテーションの日常生活活動訓練加算、通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、ならびに介護保健施設（老人保健施設）のリハビリテーション機能強化加算における器械・器具、設備等についての規定の新設である。これらはほぼ同様であるので、ここでは代表的なものとして通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーション加算の要件をあげる。

「個別リハビリテーションを行なうために必要な器械、器具を具備していること。なお、個別リハビリテーションを行なうために必要な器械、器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、各種心理・言語機能検査機器・器具等（言語聴覚療法を行う場合）、各種歩行補助具（四脚杖、ウォーカーケイン等）、各種装具（長・短下肢装具等）
なお、以下のものについては、必要に応じて備えられていることが望ましい。

各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用洗面台、訓練用和式トイレ、屋外歩行ルート等」

ここで注目すべきことは①「活動」向上訓練、特に実用歩行自立にとって重要な歩行補助具と装具が共に各種とりそろえるべきものとなっており、また立位姿勢用洗面台を備えることが望ましいとされていること、②その他の活動向上訓練用器具・設備も各種取り揃えるのが望ましいとされていることである。

また設備としては家事（訓練）用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用洗面台、訓練用和式トイレが備えているのが望ましいとされているが、これらはいずれも在宅重視と自立支援の考え方に立ったものと考えられる。

さらに屋外歩行ルートがあげられていることは実用歩行重視、特に社会生活への参加の向上、ま

た歩行量増加を通しての生活活動性向上による廃用症候群の悪循環の予防・回復(良循環への転換)をめざすものと評価できる。

3) 1 回の訓練時間算定の見直し

一頻回訓練が可能に

今回の見直しで、一見目立たないが重要な変化があったのは 1 回の訓練時間の算定法の改定である。すなわち通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算と介護療養型医療施設の特
定診療費の理学療法 (I ~ IV)、作業療法 (I・II) について、従来 1 回 20 分以上と定められた訓練を 2 回以上に分けておこなっても、そのうち 2 回の合計が 20 分以上になればよいとしたものである。

文章が少し違うので両者を引用すると、「個別リハビリテーションは、1 人の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 1 人の利用者に対して個別に 1 日 20 分以上行った場合に算定」するが、「利用者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 単位の通所リハビリテーションの提供時間帯に、1 人の利用者に対して行われる個別リハビリテーションが複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については 1 回として算定することができる。」(通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算)

「個別に 20 分以上訓練を」「理学療法士 (または作業療法士) と患者が一对一で行った場合にのみ算定」するが、「患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 日に行われる理学療法 (又は作業療法) が複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については、1 回として算定することができる。」(介護療養型医療施設)

これは一見ささいな変更とみえるかもしれないが、実は大きな意味をもつものである。

すなわち、活動向上訓練は訓練側の都合に合わせた時間帯に連続して 20 分間行なうよりも、むしろ排泄や整容など必要性の優先順位が高い内容を選び、日常生活の中で実際にこれらを行う時間帯に、1 日に何回かにわたって行なうことが効果的である。従来はそのような方法で行った場合には評価されなかったのが、今回改められた意味は大きいと考えられる。

また原疾患・障害そのもの、または廃用症候群の合併により総合的な体力を含む心身機能が非常に低下している場合には、たとえ 20 分といえども連続して訓練を行なうことは禁忌となり、それをあえて行えば過用症候を起しかえってマイナスをひきおこす危険がある。といって毎日の訓練時間が少なければ廃用症候群とその悪循環の進展をとどめることはできない。このような場合にも 1 日のうちに間隔をおいて行う頻回訓練が有益である。

6. リハビリテーションの理念の明確化

1) 人間らしい豊かな人生に「参加」するための様々なチャレンジこそ、

リハビリテーションの原点。

先にも述べたが今回の改定にあたって新たにリハビリテーションの定義が明確に与えられ、介護保険におけるリハビリテーションの目的・内容、また利用者・患者の自己決定権の尊重等、基本的な点が明瞭となった。

①リハビリテーションの目的は「生活機能」全般の向上

介護療養型医療施設におけるリハビリテーションの定義は次の通りである。

「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。」(下線は引用者)

本章1で述べたように、ここでいう「生活機能」および「活動」とは、ICF：国際生活機能分類の概念に立ったものである。

すなわちリハビリテーションの目的は、「心身機能」(生物レベル)の回復のみにあるのではなく、「活動」(個人レベル)および「参加」(社会レベル)を含む総合的な「生活機能」全体の改善向上であることが明確にされたものといえる。他の個別リハビリテーション、活動向上訓練加算などの新しい規定をつらぬく考え方もこれと共通のものである。

さらにリハビリテーション(総合)実施計画書では、このような総合的な働きかけの必要に応え、複雑な問題の整理を容易にするべくICFモデルが取り入れられていると考えられる。

②リハビリテーションの内容は「諸活動」の向上

またこの規定により、リハビリテーションの内容は「日常生活における諸活動」すなわちADL(日常生活活動)を中心とした広い範囲の「活動」を、単に訓練時におこなえばよいのではなく、実生活(自宅・病棟・居室棟)の中で「実用的」におこなうこと、すなわち「している“活動”」の向上をめざすものと定められた。

この方向は先に述べた活動向上訓練重視の方向に具体化されている。

③利用者・患者の自己決定権の尊重に立つリハビリテーション

さらに利用者・患者の自己決定権および主体性を尊重し、利用者・患者に家族を加えての理解と同意のもとにリハビリテーションを行っていくという立場が示された。これを端的に示すものが「リハビリテーション(総合)実施計画書」であり、例えばリハビリテーション総合実施計画書では「リハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付する」と規定されている。

これは本来「人間らしく生きる権利の回復」という意味をもつリハビリテーションがその本来の立場に戻り、利用者・患者の自己決定権および主体性を尊重することを示したものと高く評価できる。

以上を通して、今回の改定においてリハビリテーションは、“人間らしい豊かな人生に「参加」するための様々なチャレンジ”として、非常に積極的な位置づけがなされたものということができる。

2) リハビリテーションのルネッサンス

以上のような今回の介護保険におけるリハビリテーションの見直しは大きな注目を浴び、特に個別計画に立った個別リハビリテーションと「活動」向上訓練を中心に多くの改定が打ち出されたことで、一部では「リハビリテーションにおけるパラダイム・シフト」と評する向きもある。

これは一面では当たっているが、リハビリテーションの歴史的流れに沿ってこれを考察し、またこのような大きな変化を可能にした技術的基盤を考えると、むしろ「リハビリテーションのルネッサンス」と呼ぶのがもっともふさわしいと思われる。それは次の視点からである。

(1) 「リハビリテーション」の語の意味

リハビリテーションは機能回復訓練という意味と考えられやすいが、このことばの意味は「権利・資格・名誉の回復」であり、歴史的に「身分・地位の回復」、「破門の取り消し」、「無罪の罪の取り消し」、「名誉回復」、「復権」などの意味で使われ、現在でも使われている。医療や介護で使われている場合には、このことばは障害（広義、日本の法律で定められた範囲での意味ではなく、ICF でいう「生活機能上の問題点」）のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」（全人間的復権）をいうのであり、訓練という意味は全くない。

(2) リハビリテーション思想の歴史的変遷

ADL による「生活」の視点の導入

第二次大戦直後の 1947 年にリハビリテーションが医学界に独立の学問として認められた（アメリカ、リハビリテーション専門医制発足）時、その最も特徴的な技術は ADL（日常生活活動）自立性向上技術であった。これはそれまで「生命」の視点が最優先であった医学の世界に「生活」の視点を持ちこんだものとしても高く評価できる。

QOL による「人生」の視点の導入

しかし、1970 年代に障害の重度化を受け止めての反省として、リハビリテーションの目的を自己決定権にもとづく社会的に有意義な生き方を求める QOL（「人生の質」）におこうとする考え方が起った。リハビリテーションが医学の中で QOL の重要さを認めるという先鞭をつけたものといえ、これは医学の世界に「生活」の視点に加えて「人生」の視点を持ちこんだものと評価できる。

この「ADL から QOL へ」のパラダイムの転換は、ADL 自立が困難な重度障害者については適切であったが、他方ではリハビリテーションの原点である ADL 自立性向上が可能な例についてまで ADL 向上の努力を軽視するという弊害をも生んだ。

基底還元論の誤り

一方、リハビリテーション以前の旧来の急性疾患時代の治療医学の悪しき遺産である、「リハビリテーションとは機能障害に対する機能回復訓練であり、機能回復による以外には ADL 向上も、QOL 向上もありえない」という考えも根強く残存してきた。これは心身機能によって生活も人生も完全に規定されんとする基底還元論の誤りである。

ICF による「生命」、「生活」、「人生」の統合

21 世紀初頭における ICF によって ADL (活動：生活)、QOL (参加：人生) の重要性が再確認され、心身機能 (生命) も基底還元論的ではなく、ADL (活動：生活)、QOL (参加：人生) との関連において位置づけられ、これら 3 者の統合こそが重要であるという視点が確立された。これによりリハビリテーションは、「全人間的復権」という原点に、より高い水準で復帰したといえるのであり、まさにルネッサンスである。

(3) 「リハビリテーション・ルネッサンス」の技術的基礎

このような思想的変化とともに、技術的な進歩と深化をみのがしてはならない。それは第 1 に、第 4 章で詳しく述べる「“活動” 向上訓練」の技術とプログラムの進歩であり、第 2 には利用者・患者の自己決定権尊重の技術 (インフォームド・コンセントを更に持続的な協力関係にまで高めたインフォームド・コオペレーションの技術) である。これらにより「リハビリテーション・ルネッサンス」は単なる精神論ではない、確実な基礎をもつ有効な技術によって裏付けされたものとなったといえることができる。

第 3 章 ICF：国際生活機能分類

一緒に考える。一緒に目標をたてる。
より深いチームワークのために有効な「共通言語」

第 2 章で述べたように、今回の介護保険の報酬見直し、特にリハビリテーション関連事項についての ICF：国際生活機能分類（2001 年、WHO）の理念の影響は非常に大きいので、本章において、今回の見直しに関係深い部分を中心に解説する。

1. ICF の目的—チーム内での、またチームと本人・家族等との「共通言語」

ICF の目的の最大のものは、異なる専門の専門家同士、専門家と利用者・患者・家族、またそれらの人々と行政等の相互理解のための「共通言語」として役立つということである。これは①リハビリテーション・チーム内の各職種間の真のチームワークのために、また②リハビリテーション・チームと利用者・患者・家族との共通認識の確立とそれに基づく自己決定権の尊重に立った共同作業としてのリハビリテーション遂行のために役立つ。

この他に ICF には生活機能の総合的把握のツール（道具）としての意味も大きい。それらが（共通言語としての他に）ICF が「リハビリテーション（総合）実施計画書」のタテ軸として用いられている理由であろう。

その他にも ICF は統計・教育・研究等の広い目的に使うものである。

2. ICF の基本概念とモデル

プラスの面の包括概念である「生活機能」

ICF は 1980 年の ICIDH：国際障害分類の改定版ではあるが、ICIDH が「障害」というマイナス面を中心にみたのに対し「生活機能」というプラス面を中心に見ようとするところに根本的な視点の転換がある。

プラスの面を中心とする ICF モデル

ICF モデルは図 2 の通りであり、心身機能・身体構造—活動—参加の 3 つのレベル（階層）を包括したものが生活機能である。それぞれの階層の特徴は図 3 に示す通りである。

マイナス面の包括概念である「障害」

これに対しマイナスの包括概念が「障害」であり、生活機能の 3 つのレベル（階層）に対応して、機能障害（構造障害を含む）—活動制限—参加制約の 3 つのレベルからなる。このうちの活動制限は 1980 年の国際障害分類では「能力障害」、参加制約は同じく「社会的不利」であった。

図 4. ICFモデル (WHO, 2001)

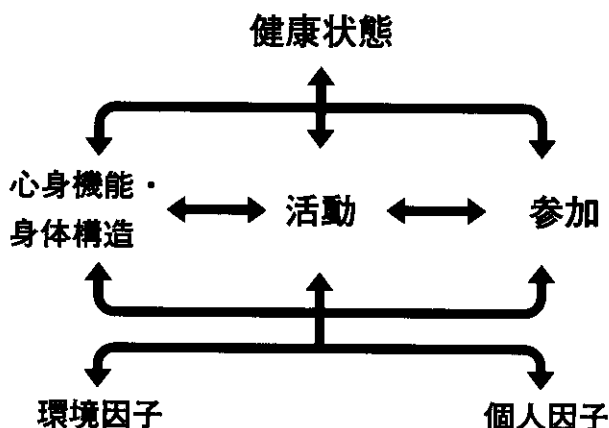


図 3. 生活機能の階層構造 (各階層の特徴)

心身機能・構造	— 活動	— 参加
生物レベル	個人レベル	社会レベル
(生命レベル)	(生活レベル)	(人生レベル)

3. ICF の特徴

ICF は次のような特徴をもっている。

1) プラス面の重視

生活機能（プラス）の中に障害（マイナス）を位置づけて、利用者・患者のマイナス面だけを見るのではなく、マイナスを補ってあまりあるプラス面を重視する。このプラス面とはリハビリテーションの場合いわゆる残存機能だけではなく、むしろ正しいリハビリテーション・プログラムによって引き出し、現実化することのできる「活動」と「参加」の面のプラスである。

2) 各レベルの相対的独立性

生活機能の3つのレベル（階層）の間には相互依存性（互いに影響すること）だけでなく、相対的独立性が存在することが重要である。特に重要なのは「心身機能」が同じでも（むしろ悪化しつつある場合でさえ）、「活動」レベルの相対的独立性を利用して「活動」を向上させ、その結果「参加」をも向上させることができることである。

3) 活動における実行状況と能力

ICF の大きな特徴は「活動」において、「実行状況」(performance)と「能力」(capacity)の両者を明確に区別していることである。これは「している“活動”」と「できる“活動”」の概念に一致する。すなわち第4章で詳しく述べるように、

実行状況：「している“活動”」とは毎日の生活で、特別な努力なしに実行している活動（促し、見まもり、介助などの介護を受けつつ実行している場合を含む）、

能力：「できる“活動”」とは訓練や評価の場面で行うことができる活動能力である。

「している“活動”」と「できる“活動”」とは通常大きく異なっており、どちらか一方だけでなく、両者をとらえることが必要である。

この「できる“活動”」とは潜在能力を引き出すことであり、これがどれだけ有効に行えるかが「している“活動”」の向上とならんで重要である。

4) 「疾患」に代わる「健康状態」

ICIDH：国際障害分類では「疾患」としていたものを、ICF では「健康状態」と中立的なことに言い換えたが、これは単なる言い換えではなく、内容的に高齢、ストレスなどを含む、より広い概念に拡大したものである。高齢が含まれるようになったことは、高齢者のリハビリテーション、介護保険下のリハビリテーションにおいて重要な点である。

5) 環境因子の重視

生活機能や障害に対する環境因子・個人因子（2者を合せて背景因子と呼ぶ）の影響を重視する。特に障害の発生における（したがってその解決にも役立つ）環境因子の役割を重視していることは重要である。この環境には物的環境だけでなく、家族・友人などの人的環境、社会的・制度的環境が含まれるということにも注意を要する。すなわちリハビリテーションや介護自体が利用者にとっては重要な環境因子の一つなのである。

なお個人因子とは、性、年齢、国籍、ライフスタイル等の個人の属性である。

6) 相互作用モデル

心身機能、活動、参加の生活機能の各レベル間、またそれらと健康状態、環境因子、個人因子との間でのすべてがすべての他の要素と関係し合う（但し相対的独立性が当然ある）相互作用モデルである。

第4章 「活動」向上訓練

毎日「している“活動”」と、やれば「できる“活動”」のチェックを。
潜在能力を伸ばす「する“活動”」へ

ADL 訓練をはじめとする「活動」向上訓練の基本的な考え方については、既に第2章 3. で述べたが、本章ではより具体的な面について述べることにする。

1. 実用歩行

第2章では実用性の重視について述べたが、ここでは歩行を例にとって「実用歩行」について考えてみたい。

本来人が通常行っている歩行とは、なんらかの目的をもった実用的なものであり、わざわざ「実用」という語を重ねるのは一見余分なことである。しかし、これは現在のリハビリテーションにおける歩行訓練のあり方に対する反省をせまるものとみることができる。

訓練室歩行は模擬的なもの

すなわち現在のリハビリテーションにおける歩行訓練はほとんどが訓練室のみでおこなわれ、訓練室で十分歩けるようになれば当然居室棟・病棟でも歩けるはずだし、将来自宅内でも歩けるであろうと素朴に信じられていることが多いようである。しかし現実には、訓練室では長距離連続して歩けるのに、一旦病棟に戻れば歩行はせず、ベッドに寝たままか、車椅子で移動しているという場合が少なくない。そしてそのような利用者・患者を「歩けるのに歩かない。要するに意欲がないのだ」と本人のせいにして責めている場合もしばしばみられる。

しかし訓練室における歩行は何のじゃまなものもない広いところで、前を横切ったりすれ違ったりする人もなく、理学療法士が見守ってくれるという安心感があり、歩行以外の目的もなく、時間の制約もなく、歩くことだけに注意を集中して歩く、いわば模擬的な歩行の訓練である。

そういう訓練室歩行と、以上のような条件が全く異っている居室棟・病棟・自宅での実用的な目的（洗面所・トイレ・食堂に行く、等）をもった歩行（実用歩行）とは全く違ったものである。現実にも両者は喰い違うのがふつうであり、またそれが当然である。

訓練室歩行は「活動」ではなく基本動作

ICF モデルでいえば、歩行には「心身機能」レベルに属する「基本動作」としての歩行と、現実の生活の場で実用的な目的をもって行われる「活動」レベルの歩行とがある。後者はさらに訓練時に発揮される「能力」としての歩行（「できる“活動”」としての歩行）と「実行状況」としての歩行（「している“活動”」としての歩行）とに別れ、合計3種の歩行を区別しなければならない。

このうち上記の訓練室歩行は「基本動作」であり、「活動」ではない。

真の実用歩行といえるものは「している“活動”」としての歩行であり、「できる“活動”」としての歩行はそれに到達するための途中の段階のものである。

実際の研究でも、たとえば訓練室では50m以上連続歩行が可能であった脳卒中片麻痺患者の中で、実生活での「している“活動”」としての歩行が、20m程度しか離れていない病棟トイレまで現実的に自立して行っていたのは僅か20%にすぎないことが知られている（35 ページ、コラム参照）。それほど両者のへだたりは大きいのである。

2. 「活動」レベルに直接働きかけることが有効

しばしば「活動」の向上は「心身機能」の向上の結果としてしかありえないと考えられがちである。しかしそれは大きな誤りで、実は「活動」レベルに直接働きかける「“活動”向上訓練」がはるかに大きな効果をあげるものである。これは「活動」レベルの「心身機能」レベルからの相対的独立性が非常に大きいことを示している。

3. 「基本動作・複合動作」、「できる“活動”」と「している“活動”」

上述した歩行の場合だけでなく、その他のあらゆる「活動」には、その構成要素として、「心身機能」レベルの基本動作あるいは複合動作がある。これと「できる“活動”」および「している“活動”」との3者の間には歩行の場合と同様に大きな食い違いがあるのが普通である。

したがって「活動」の真の向上のためには、訓練室における基本動作・複合動作から出発するのは効果的ではなく、直接「活動」に働きかけることが重要である。

4. 「活動」レベルの目標である「する“活動”」

今回新設あるいは改定されたりハビリテーション（総合）実施計画書では「できる“活動”」と「している“活動”」の評価とともに「する“活動”」を設定することになっている。

「する“活動”」は活動レベルの目標であり、将来における「している“活動”」

この「する“活動”」とはリハビリテーションの目標として計画・設定する、将来の実生活において実行「している“活動”」である。これは参加レベルの目標（「主目標」）、すなわち「どのような人生を創るのか」という目標の具体像であり、それと表裏一体のものとして、活動レベルの多数の行為（ADL など）について設定するものである。

「する“活動”」と主目標（参加レベルの目標）との関連性

活動レベルの目標である「する“活動”」が参加レベルの目標（主目標）の具体像であり、表裏

一体のものとして同時に設定されるということは、この両者の間に互いに規定しあう関係があるということである。つまり一方では、多数の活動についてリハビリテーションを行った結果どこまで「している“活動”」を向上させうるかという正確な予測（「活動」レベルの予後）が必要である。他方では本人の生活歴（職業歴を含む）、環境（物的・人的・社会的）、心理状態、家族をはじめとする第三者の障害、そして本人と家族の希望などを含めて、参加レベルを総合的に把握することが大事である。

このような「活動」向上の予測と「参加」を規定する様々な条件との両者に立って、本人にとって望ましくかつ実現可能な「主目標」と「する“活動”」（複数）のセット（複数）が選択肢としてリハビリテーション・チームによって立案される。ここで「実現可能な」とは「している“活動”」向上の予測に立って、ある「参加」のために必要な「している“活動”」（複数）の組み合わせが実現可能かどうかというシビアな判断に立ったものであり、ここで最も専門性が問われるところである。

そしてそれが本人・家族に提示され、よく説明され、最終的に本人がその中から1つのセット（主目標と「する“活動”」との組み合わせ）を選択するのである。これが「インフォームド・コオペレーション」の中で重要なモーメントである。このような多数の選択肢の提示と本人による選択はこの場合だけでなく、原則としてあらゆる決定につらぬかれ、それによりリハビリテーションにおけるあらゆる決定は専門家チームと本人との「共同決定」になるのである。

「する“活動”」とは、次に述べる活動向上訓練によって潜在能力（残存機能ではなく）が引き出され、フルに発揮されている状態ということもできる。

主婦として復帰する女性患者の場合

先に第2章2. であげた同年齢、同程度の障害の2人の女性の例で考えてみよう。

左片麻痺の女性患者で主婦としての家庭復帰を参加レベルの目標（主目標）とする場合には、これに必要となる活動レベルの目標（の組み合わせ）の中心は片手で多種多様な家事を行なうことである。これは正しい「活動」向上訓練をおこなえば、多くの家事（炊事、掃除、洗濯、ゴミ捨て、等）について可能である。

一方、同年齢、同程度の左片麻痺の女性患者で、自宅で華道の教師を続けることを主目標とする場合には、華道に必要な諸活動が片手で「している“活動”」として実行可能になるということが前提である。その前提なしに本人の希望をすなわち「主目標」と考えるべきではない。ただしこの場合華道に必要な活動のすべてが自立しなければならないとは限らず、どうしても両手を必要とする活動については娘あるいは弟子が一部介助できる等の条件を含んでの判断が成り立ちうる（もちろんそれも実現の可能性がなければならないが）。

なお、この場合に華道教師としての復帰以外の多くの選択肢を考えることが重要であり、それについては第5章の2－2)に述べる。

先に「主目標」と「する“活動”」との間に互いに規定しあう関係があり、表裏一体のものとして同時に設定されるといったのは、具体例としては以上のような場合である。

5. 「活動」向上訓練の実際

「活動」向上訓練は図4に示すように、

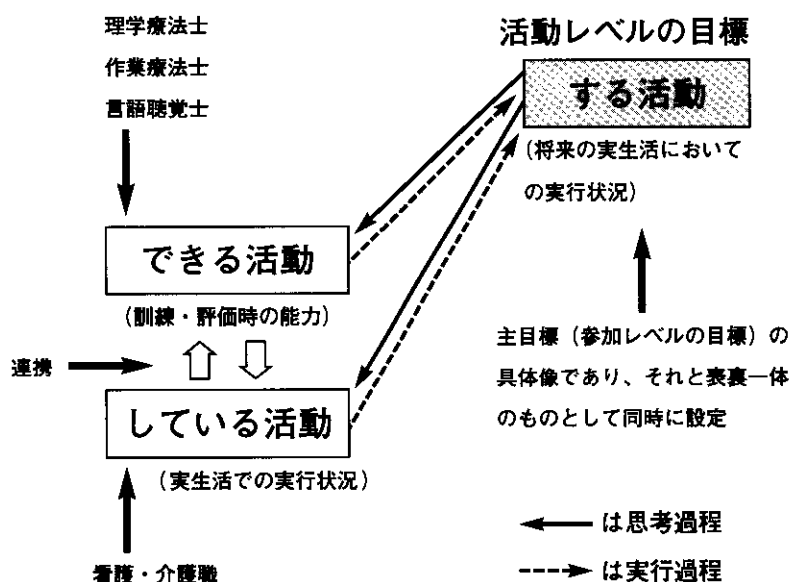
①目標である「する“活動”」にむけて、

②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による「できる“活動”」の向上への働きかけ、

③そのようにして向上させた活動能力を看護師・介護職等が実生活での実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけ、

を連携して行なっていくものである。今回の改定でもその両者を行うことが規定されている。決して目標なしに「している“活動”」と「できる“活動”」に働きかけて、結果的に到達するのが「する“活動”」なのではない。

図4. 「活動」向上訓練



※ 思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる活動」と「している活動」とを向上させていくかを計画するという意味。
実行過程の矢印は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。

6. 車椅子偏重からの脱却

現在のわが国のリハビリテーションおよび介護において、また一般医療も含めて、早急に解決すべき問題として車椅子偏重からの脱却がある。そしてこれは「活動」向上訓練の重要なポイントでもある。

車椅子「偏重」とは、「歩行や立位姿勢での“活動”の可能性がありながら、その能力を十分に高める専門的働きかけなしに、車椅子を安易に提供してこと足りるとしていること。」である。

それによって、本来実用歩行や立位姿勢でのADLなどの活動の実行能力を向上させることができていたはずの人について、結果としてそれらの能力を十分には発揮させないようにしてしまい、生活・人生を十分に向上できず、「廃用症候群の悪循環」による寝たきり化を促進していることが多いのが現状である。

車椅子自立の段階をスキップ

「活動」向上訓練の基本的な考え方からすれば、「する“活動”」として実用歩行と立位姿勢でのさまざまな「活動」実施を設定した場合（それは当然適切な「活動」向上訓練を行えば、将来の「している“活動”」として自立するという予測に支えられている）、そこに達するための中間段階として「車椅子自立」という段階をおく必要は全くなく、スキップしてよい。

車椅子を操作する、あるいはベッド・便器などとの間でトランスファー（乗り移り）するという動作は歩行とは全く異質のものであり、これまで体験したことのないものである。また車椅子を用いての整容・排泄などの活動も、歩行・立位姿勢でおこなう場合のやり方とは非常に異なっている。しかもこれらは「する“活動”」という目標が実現した時には全く不要になるものである。

このように将来不要になる動作を一旦学習して、次にそれを忘れて新しい動作（歩行・立位ADL）を学ばなければならないというのは大きな無駄である。これは利用者の貴重な時間とエネルギーの無駄とリハビリテーションに関する資源の無駄との両方である。

介護歩行・介護立位 ADL を

「活動」向上訓練の立場からすれば、このような場合には次のように考えるべきである。すなわち「している“活動”」としては、①初期の介助歩行も不可能な時期には車椅子を用いるが、「車椅子自立」をめざさず、介護で行う、②「している“活動”」として介護歩行・介護立位で行えるようになった活動項目については、項目毎に、車椅子使用をやめ、介護歩行・介護立位で日常生活を行い、毎日の繰り返しの中で「している“活動”」の自立性を高めていく、ことである。

介護の手間や転倒は増えない

なおこのような車椅子偏重からの脱却プログラムについては、「介護の手間がかかるのでは？」とか「転倒が多くなるのでは？」との心配があるようである。しかし前者についてはすでに、「して

いる「活動」レベルとして歩行自立までに要する延べ介護時間は、かえって少なくすむことが立証されている。更に介護者が前屈姿勢をとることや患者・利用者の体重を抱えての介護が少なくなるためか、介護者の腰痛や肩痛の発生頻度も軽減している。

また転倒に関しては、そもそも転倒は、「している「活動」」として安全に実行（介護を受けて行う場合を含む）できるようにする「活動」向上訓練が不十分なことから生じている場合がほとんどであることが判明している。転倒を恐れて車椅子生活にとどめるのではなく、早期に立位姿勢での活動及び歩行での「活動」向上訓練を開始し、活動の実用性を高めることこそが利用者の隠れた能力を最大限に引き出し、転倒などの事故を防ぐことにつながるのである。

7. 装具・歩行補助具の積極的活用が重要―「している「活動」」向上の手段として

車椅子偏重からの脱却のためのポイントとして装具・歩行補助具の積極的活用がある。

装具や歩行補助具の使用は最後の手段ではない。これは「活動」向上訓練の非常に有効な手段であり、実生活での活動（「している「活動」」）を早期に自立させるために積極的に活用すべきである。また物的介護手段としても積極的に活用する。

たとえば「している「活動」」として T 字杖使用では歩行や立位姿勢での整容の介護が安全にできない場合も、ウォーカーケインやシルバーカーを用いたり、更には装具も併用することで安全な介護が可能になることが少なくない。これによって「している「活動」」としてその行為を頻回実施することが可能になり、自立度向上にも効果的である。

訓練室での基本動作としての歩行が杖・装具などを用いて独立していても、「できる「活動」」としての、さらには「している「活動」」としての歩行は全く異なるレベルのものなので、更に重装備の歩行補助具、装具を用いる必要があることが多い。

訓練室で用いるためにではなく、むしろ「している「活動」」レベルとしての自立度を高めるために最適の歩行補助具・装具は何か、の視点から使用する歩行補助具、装具を決めるべきである。

両側支柱付装具・ウォーカーケイン・四脚杖の活用を

従来歩行補助具（杖類）としては T 字杖のみしか用いられないことが多く、また装具は使わないか、せいぜい使ってもシューホーン型装具（プラスチック製靴べら式装具）にとどめ、それで歩けなければ仕方がないとする考え方が強かったようである。

そうではなく、歩行補助具ではウォーカーケイン、四脚杖、さらには屋外用にはシルバーカー、また装具には両側支柱付短下肢装具、あるいは長下肢装具を用いることで、実用歩行ならびに立位での ADL その他の活動は飛躍的に向上する。これは時には利用者・患者本人には「奇蹟」と受けとられるほどである。

ウォーカーケインや長下肢装具などは重たく使いにくいと思われがちなようであるが、ウォーカーケインと長下肢装具で高齢者でも実用歩行やADL（排泄や装具の着脱を含む）の自立が可能となる。それを実現するのが「活動」向上訓練としての理学療法士・作業療法士と介護の専門技術である。

「補装具にたよっているといつまでも回復しないぞ」という考えも時に見られるが、これも誤りで、現実には最初比較的重装備の歩行補助具・装具で早期に歩行・立位自立を達成し、歩行量をふやすことで、廃用症候群の悪循環が打破されて良循環に転じ、全身の体力が向上する。また歩行自体がよい影響をもたらして、下肢の麻痺自体の回復も促進されることが知られている。そしてその結果、最終的には歩行補助具・装具を比較的重装備のものに変えても歩行自立度は保たれ、あるいは更に向上（1日の歩行距離、歩数の増加など）することが多い。しかし、最初から軽装備ではこのような効果は期待できない。

8. 在宅生活に近い形での設備・備品を

今回の改定の基本理念の一つとして、第1章で述べたように「いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう」と規定されている。そのためには一人ひとりの利用者ごとに在宅生活の環境を想定した「している“活動”」と「できる“活動”」との両面に向けての活動向上訓練を行なう必要がある。そしてそれらが十分効果的に行われるには施設・病院の設備面も重要である。第2章の5）で述べたように今回の改定での設備・備品では活動向上訓練用のものが重視されている。

「している“活動”」へのアプローチの場としての設備

そのポイントとして現時点として重視すべき課題は、画一的な施設ではなく、一人ひとりの利用者・患者の、多少とも異なった自宅に近い環境を提供するために多種類の設備を整備することである。しかも「できる“活動”」だけでなく「している“活動”」としても頻回に用いることができるように、病棟・居室棟や施設内に備えることが必要である。すなわち、リハビリテーションを提供する場として「している“活動”」の場を重視することが必要であり、自宅生活、さらには社会生活を考えた様々な環境を整えるべきである。

車椅子用設備偏重からの脱却

以上のことは車椅子偏重ではなく、歩行補助具や装具を駆使した実用歩行・立位姿勢での活動向上訓練によって、可能な限り歩行・立位ADLの自立を実現することを意味している。特に最近ではバリアフリーとは、「車椅子が使いやすい」ということであり、そのような設備が多いのがよい施設であると考えられるような風潮がある。しかしそのような設備は、立位姿勢でのADLにはかえっ

てバリエーションとなる場合が多い。すなわち車椅子用設備は立位姿勢での活動が安定している人には使用できるが、それが不安定な人には、立位姿勢用の洗面台に比べてはるかに自立度向上を妨げるものとなる。たとえば洗面所にしても、車椅子用の低い、下の空いている洗面台がよいのではなく、通常の高さで下の空いていない洗面台のように、腰をもたれ、膝をついて立位を安定させるのに適したものがぜひ必要である。これは調理台についても同じであり、その他にも車椅子生活のみを前提とした設計・設備には反省が必要である。

コラム

歩行における「基本動作」、「できる活動」、「している活動」間の大きな差と「活動」向上訓練によるその克服

1. 「基本動作」(心身機能レベル)、「できる活動」、「している活動」、間の大きなくいちがい
他院で一応リハビリテーションを受け、専門医によりブラトー(これ以上改善しない)とされて転院してきた60名の脳卒中患者について、①訓練室歩行(心身機能レベル)、②病棟訓練時の「できる活動」(自分の部屋から病棟トイレまでの歩行)、③毎日の生活での「している活動」(同)を比較すると表Aの通りであった。

表A.

項 目	①訓練室歩行 (50m以上)	②病棟ADL訓練	③日常生活
ICFレベル	心身機能(基本動作)	能力： できる活動	実行状況： している活動
可能・独立・自立	60	41(68.3%)	12*(20.0%)
不可能・非独立・非自立	0	19(31.7%)	48(80.0%)

※「できる活動」独立者の中で「している活動」自立者は12/41(29.3%)であった。

すなわち、訓練室で50m以上連続歩行が可能な人でも、「している活動」として病棟の毎日の生活で歩いている人は2割に過ぎなかったのである。

2. 「活動」向上訓練の顕明な効果

これに対しPT・OTによる「できる活動」に対する「活動」向上訓練（装具・歩行補助具の適正化を含む）を行い、同時に看護師・介護職による「している活動」に対する適切な介護を行うことで、僅か2週間で表Bのような状態に向上した。

表B.

項 目	①訓練室歩行 (50m以上)	②病棟ADL訓練	③日常生活
ICFレベル	心身機能（基本動作）	能力： できる活動	実行状況： している活動
可能・独立・自立	60	54 (90.0 %)	43 * (71.7 %)
不可能・非独立・ 非自立	0	6 (10.0 %)	17 (23.3 %)

※「できる活動」独立者の中で「している活動」自立者は43 / 54 (79.6 %) で、この比率は著明に向上した。

すなわち「できる活動」における病棟歩行独立者は僅か2週間で13名（全体の21.7 %）増加し、「している活動」自立者は31名（同51.7 %）と著しく増加し、その結果病棟歩行自立者は以前の20 %から71.7 %へと急増した。

以上は、同じ歩行でも、訓練室歩行（基本動作）と「できる活動」としての歩行、「している活動」としての歩行とは非常に大きく違いがありうることを、しかしまた適切な「活動」向上訓練（装具・歩行補助具の適正化を含む）を行えば、短期間で著しい改善が可能（特に「している活動」において）な例が多いことを示している。

なお2週後に非自立であった17名全例が「活動」向上訓練を続け、その後3週間のうちに全例「している活動」としての歩行自立を達成している。

（大川弥生：寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチのポイント、平成12年度地域リハビリテーション懇談会報告書、日本公衆衛生協会、2001）

第5章 個別リハビリテーション

新しい生き方を創ってゆく個別リハビリテーション。

一人ひとりが個性的かつ具体的に

1. 個別リハビリテーションの基本的な考え方

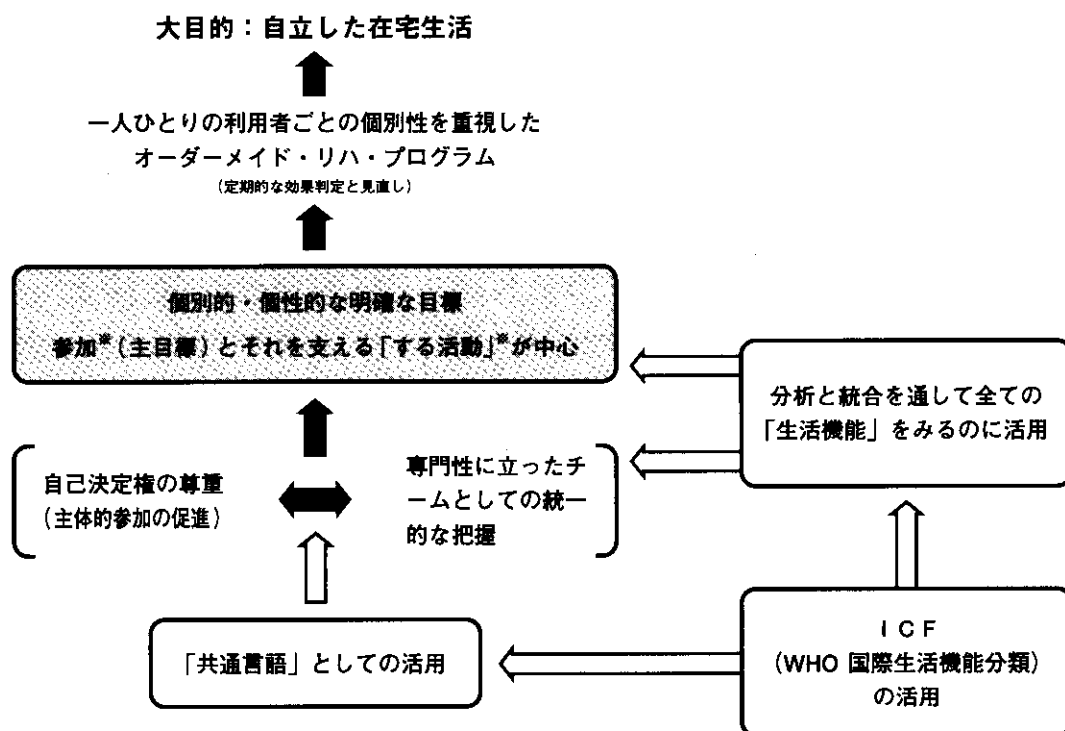
通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、また介護老人保健施設（老人保健施設）での「リハビリ機能強化加算」をはじめ、第1章（図1）で述べたように今回の改定では個別リハビリテーション計画にもとづく個別リハビリテーションによる、個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上が重視されている。

個別リハビリテーションとはオーダーメイドのプログラムの実施

個別リハビリテーションとは利用者・患者の活動（生活）と参加（人生）とが一人ひとり異なることからくる個別的・個性的な目標に向けたオーダーメイドのプログラムであることは第2章で述べた。

すなわち図5にみるように、大目的である「自立した在宅生活」への復帰と維持をめざして、個別的・個性的な明確な目標をたて、それに基づいたオーダーメイドのプログラムを実施するのが個別リハビリテーションである。

図5. 自立した在宅生活をめざす個別リハビリテーションの基本的な考え方



* ICF (WHO 国際生活機能分類) 用語

このような目標の中心は「どのような新しい人生を創るのか」という参加レベルの目標（主目標）と、その具体的生活像である様々な「する“活動”」（活動レベルの目標）である。

そして後述するようにこのプロセスのすべてに ICF：国際生活機能分類モデルの考え方が非常に大きな力を発揮するのである。

2. 個別リハビリテーションにおける目標設定とその実現のプロセス

1) 主目標（参加レベルの目標）—どのような新しい人生を創るのか

個別リハビリテーションにおける目標には ICF モデルに立って、「参加に関する目標」、「活動に関する目標」、「心身機能に関する目標」の3種があるが、その中でもっとも重要なのが「参加」に関する目標であり、それを「主目標」という。それは心身機能や活動の障害が多少なりとも存在する状態で「どのような新しい人生を創るのか」という目標であり、生き方の基本を決定するものだからである。

多彩な選択肢を考えることが大事

第4章であげた例との関連でいえば、たとえば華道の教師の場合にも必ずしも華道教室への復帰しか選択肢がないのではなく、リハビリテーションによって実現できる人生の可能性として、①華道教室への復帰の他に、②趣味に生きる（たとえば若いころ少しやった短歌を本格的に再開する）、③自分史の執筆、④長女の家同居し孫の世話をする、または⑤地域活動（老人会の役員など）、等の多数の実現可能な選択肢がありうる。できるだけ多彩な選択肢を考えることが大事なのである。

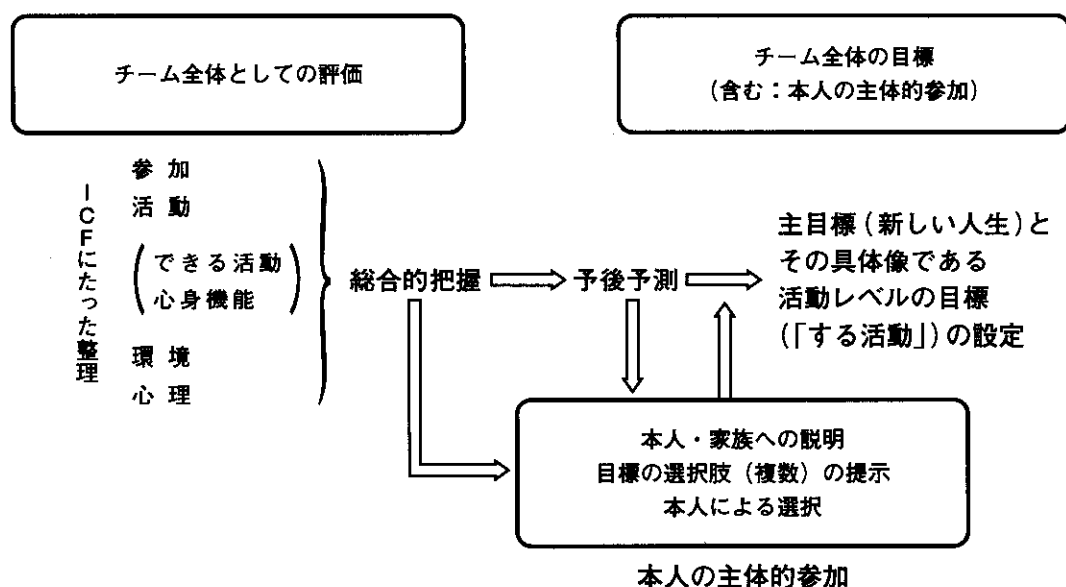
リハビリテーション・チームは実現可能な多彩なメニューを提示

このような複数の選択肢を考えること自体がリハビリテーション・チーム（専門家集団）と本人・家族との共同作業である。リハビリテーション・チームは本人・家族の希望をよく聞き、またこれまでの生活史（職業歴、好み、価値観、ライフスタイル等を含む）をよく話し合い、理解した上で、実現可能な「新しい人生」の選択肢あるいはメニュー（例えば上記の①～⑤）を提案していく。

それはリハビリテーションの予後予測（特に直接「活動」レベルに働きかけることによってどれだけ「している“活動”」を向上させうるかという見通し）と、本人の希望と環境等との総合的な把握とに立ったものであり、現実には実現できる見通しをもったものでなければならない。

そしてそれらの選択肢のメリット・デメリットを本人・家族によく説明し、本人の自己決定による選択を助けるのである。このように最終的には利用者・患者本人が自分自身の人生を選択するのであるが、それはあくまでも専門家集団との共同作業の中で行われる。以上のプロセスを示したのが図6である。

図 6. チーム全体の協業と本人・家族参加による目標設定のプロセス



2) 活動レベルの目標である「する“活動”」

主目標である「新しい人生」の具体像は朝から晩までの（時には夜間をも含む）さまざまな生活上必要な行動、すなわち多種多様な「活動」の特定の組み合わせから成り立っている。すなわち第4章で述べた活動レベルの目標である「する“活動”」は、参加レベルの目標（主目標）の具体像であり、それと表裏一体のものとして設定されるのである。

主目標が異なれば「する“活動”」の組み合わせも異なる

上の例でいえば、元華道教師が①華道教師としての復帰、②趣味に生きる、③自分史執筆、④長女との同居、⑤地域活動のうちのどれを主目標として選択するかによってその具体像である活動レベルの目標、すなわち「する“活動”」（複数）の組み合わせは非常に大きく異なってくる。

なおここでくり返し強調しておきたいのは、このような「活動」の向上のためには一般に「活動」レベルへの直接的な働きかけ（「活動」向上訓練）が最も有効なのであって、決して心身機能の改善が最優先し、結果的に活動の向上が得られるのではないということである。

3) 心身機能・構造レベルの目標と働きかけ—これにも選択肢と優先順位が

このようにして活動レベルの目標（「する“活動”」）が決まった後でそれを実現するために必要な心身機能・構造レベルの目標を決めていく。決してその逆ではない。すなわち、その人にとって最良の人生・生活を獲得するために必要な心身機能の改善の仕方は何なのか、を選ぶことが重要な

のである。

何らかの心身機能に働きかけていきさえすれば、自然に一人ひとりにとって最良の人生・生活が実現するというほど、人生・生活は単純なものではない。

また一方で心身機能およびその機能訓練は多種多様であり、そのどれに働きかけるのかの選択肢も多種多彩である。したがってその何をとるべきか、また複数の働きかけが必要な時の優先順位、さらに個々の時点で心身機能・構造レベルへの働きかけと活動レベルへの働きかけのどちらを優先すべきか、等々の選択と優先順位づけが必要なのである。

要素機能の回復だけでなく基本動作・複合動作の学習も重要

この場合の心身機能・構造レベルの目標とは決して「麻痺の回復」や「筋力増強」あるいは「拘縮の改善」といった要素機能に関するものには限られない。

実は運動に関する心身機能レベルの内には、「要素機能」―「基本動作」―「複合動作」という3つのサブレベルがあり、その全てに目を配ることが大事である。このうち「活動」レベルに最も近いものは「複合動作」であって、例えば第4章の主婦の例をあげれば、炊事の際に冷蔵庫からものを取り出すためには「かがんで下方の奥の方に手をのばしてもものを取る」という複合動作の訓練が必要になる場合がありうる。また炊事の際には高い棚のものを取る必要もしばしばあり、「背伸びをして高いところに手を伸ばしてもものを取る」という複合動作の訓練が必要となることもあるのである。

3. 本人の自己決定権をチームの専門性で支える

上に述べたチームによる選択肢の提示と本人によるその選択は主目標設定の場合だけに限られるものではなく、目標を実現するためのプログラムについても、また必要に応じてのそれらの見直しについても継続的に行われる。これが本人の自己決定権をチームの専門性で支える長期にわたる協力関係である（図6）。

こうして決めた主目標を達成するのがリハビリテーションの全プロセスであるが、それは「活動」向上訓練をはじめとして、後に述べる心身機能・構造レベルへの働きかけ、それぞれと関連しての環境因子への働きかけ、そして参加レベルへの直接的な働きかけなど非常に広い範囲にわたるものである。

これらはすべてチームワークとしてチーム全体が関与してなされるべきものであり、たとえば参加レベルあるいは環境面（特に制度面）への働きかけであるからといって、ソーシャルワーカーが独自の判断で進めてよいものではない。

全職種が ICF の 3 つのレベルを常に考えることが大事

以上を通じていえることはリハビリテーションでは ICF モデルの 3 レベル（心身機能・構造 - 活動 - 参加）のすべてを、常にチームの全メンバーの一人ひとりが考えていなければならないということである。各職種がそれぞれのレベルを分担するという考え方、たとえば心身機能・構造レベルは理学療法士と作業療法士、活動レベルは作業療法士と看護師、参加レベルはソーシャルワーカーというような単純な分立的分業では到底リハビリテーションを有効に行うことはできない。

そうではなく、全職種が全てのレベルを常に考えつつ、あらゆる場面で、もっとも適した形で柔軟な役割分担をしていくことが大事なのである。そしてこれが利用者中心の真のチームワークといえよう。

隠れたプラスの芽を見つけるための積極的活用を

1. 「リハビリテーション（総合）実施計画書」の目的—共同作成・説明・交付のプロセスが重要

第 2 章に述べたように今回の見直しで「リハビリテーション実施計画書」（119、120 ページ参照）が新設され、「リハビリテーション総合実施計画書」が改定された（145 ～ 150 ページ参照）（以下両者を併わせて「リハビリテーション（総合）実施計画書」又は単に「計画書」という）。これらの主な目的は

- ①利用者の個別性の重視（個別リハビリテーションの基礎として）、
- ②専門性に立ったチームとしての統一的な生活機能全般の把握、
- ③明確な目標の設定、（特に参加レベルの「主目標」と活動レベルの目標である「する“活動”」の同時設定）
- ④説明と交付を通しての利用者・患者の自己決定権の尊重、
- ⑤定期的な効果判定と計画見直し、である。

すなわち、この計画書をリハビリテーション・チーム全体におけるチームワークの基礎とするとともに、自己決定権を尊重して利用者・家族を含めた関係者全体の目標・方針を統一するために用いるのであり、単なる評価表や記録にとどまるものではない。

本計画書は共にタテ軸が ICF：国際生活機能分類の生活機能構造（第 3 章参照）に沿った軸をなし、ヨコ軸が目標（計画書の左）とそれをつくり出すための評価（同右）の軸になっている。

2. タテ軸は ICF の生活機能構造

より詳しいリハビリテーション総合実施計画書を例にとると、そのタテ軸は ICF モデルの 3 つのレベル（階層）を上から「参加」・「活動」・「心身機能」の順に並べたものである。

このうち「活動」については右から左へ「できる“活動”」、「している“活動”」、「する“活動”」の順に記載することになり、ここでも ICF モデルが用いられている。この「する“活動”」とは第 4 章で述べたように「活動」レベルの目標であり、目標とする将来において「している“活動”」である。

なお「活動」の項目は屋外移動から入浴までの ADL（日常生活活動）10 項目（「リハビリテーション総合実施計画書」）あるいは 8 項目（「リハビリテーション実施計画書」）に家事およびコミュニケーションを加えたものであるが、空欄があり、個々の利用者・患者に応じて必要な項目を

追加できるようになっている。

ICF の 3 レベルの上には健康状態（病気・ケガだけでなく高齢、ストレスなどを含む広い概念）を記載する。これは原因疾患だけでなく、合併疾患、合併症状、特に廃用症候群を含む。

より詳しいリハビリテーション総合実施計画書では生活機能の 3 レベルの下に「心理」、「環境」を記載するが、この環境は ICF に従い、物的環境だけでなく、人的環境、社会制度的環境を含むものである。次に「第三者の障害」を記載するが、これは本人が疾患・障害をもつことが、家族・友人などの第三者の生活機能に種々の悪影響をおよぼすことをいう。

なお心理（生活機能と障害の主観的側面）と第三者の不利は、利用者・患者の全体像を捉えるためには不可欠なものである。

ICF を重視する理由

ICF が本計画書において重視されるのは、主に以下の 3 つの理由からである。

1) リハビリテーション（人間らしく生きる権利の回復）のための ICF モデルの活用

リハビリテーションの本来の趣旨である「人間らしく生きる権利の回復」（「全人間的復権」）の実現をめざすためには、特定の生活機能レベルだけでなく全人間的にすべての面を総合的にみる必要がある。そのためには ICF モデルの活用が非常に有用である。

2) 「活動」の重視

本来のリハビリテーションの基本技術は第 4 章に述べたように、ADL 訓練などの「活動」向上訓練の技術である。

「活動」は「できる“活動”」（ICF による「能力」）と「している“活動”」（同「実行状況」）の両者を明確にわけ、別個にみて、それぞれに働きかけるものである。この「できる“活動”」とは単なる残存機能の利用ではなく、隠れているプラスの可能性の開発である。この意味で「できる“活動”」をみるとは隠れたプラスの芽を見つける上でのキーポイントである。

3) 患者の自己決定権の尊重にむけた「共通言語」としての ICF

本計画書は「チームとして作成」し、「患者に説明」される。すなわち、治療者側だけで用いるものではなく、利用者・家族に説明し、書面として渡すことで、リハビリテーション達成に不可欠な利用者自身の主体的参加を促し、自己決定権を尊重するものである。そのために、利用者と専門家の間の「共通言語」である ICF が活用されるのである。

3. ヨコ軸は目標を創りだすための評価

1) 目標とその記載法

目標とは何かについては第 4 章、第 5 章で詳しく述べた。本計画書の主要部分を占める「参加」

と「活動」、すなわち「リハビリテーション総合実施計画書」では1枚目の「参加」から2枚目全体、より簡潔な「リハビリテーション実施計画書」では全体の半分を越す部分は、まず大きく2つにわけられ、その右側は「評価項目・内容」、左側は「目標 [到達時期]」である。これは左側の目標を設定するために右側の現状の評価を行うことを意味している。

目標は

- ①各生活機能（参加、活動、心身機能）について設定するもの。
- ②具体的到達内容とともに到達する時期をも明示。
- ③予後予測と本人の同意にもとづくもの。

目標は単なる希望や、漠然とした方向性（例えば「ADL 改善」、あるいは時期や具体的な活動の状況を明確に示さない「家庭復帰」）などではない。また長期目標・短期目標という用語は用いない。

2) 評価のための評価ではなく、目標づくりのための評価

評価とは現状の単なる記載ではなく、具体的な目標・方針・プログラムをつくるためのものである。そのためには生活機能の各レベル、環境・心理・第三者の障害という多くの面について総合的・構造的に把握する必要がある。本計画書はそのための有効な武器となる。

3) 活動レベルの評価についての注意

(1) 「している“活動”」についての評価

「している“活動”」の評価も、単にその時点の実行状況を知るためだけのものではない。更に「している“活動”」を向上させるためにはどうすべきかを考える（その手がかりを得る）ための評価である。例えば「使用用具・杖・装具」「介護方法」が最適であるかどうかを常に反省しながら進めるようにしたい。すなわち杖・装具や介護方法が不適切なために、自立度が低くなっているのではないか、歩行可能なはずなのに車椅子になっていないかを検討するのである。

(2) 「できる“活動”」についての評価

できるだけ高い能力が発揮できるようにPT・OT・STが十分に指導しながら評価するものである。すなわち活動の評価自体が活動向上にむけた指導（すなわち活動向上訓練）の意味ももっているといえる。

「できる“活動”」については評価者の技量が大きく影響するものである。特に「使用用具・杖・装具の使用法」「介護方法」についての内容が活動向上にむけた指導の技量をあらわす。

(3) 「できる“活動”」と「している“活動”」の差が重要

この両者の差を生じている原因の検討が重要で、それからどのように「できる“活動”」「している“活動”」に働きかけるかの方針が得られることが多い。

この2つが同じということはふつうはないが、万一同じ場合には「活動向上訓練」が不十分で、「できる“活動”」への働きかけが有効に行えておらず、隠れた可能性を引き出せていないのではないかなど、現在の働きかけが適切かどうかを真剣に検討しなければならない。

4) 目標設定の考え方：主目標と活動レベルの目標の優先

第5章でも述べたが、利用者はたとえ心身機能の面では似ていても、活動（生活）、参加（人生）の面では大きな差があるものである。リハビリテーションではその差を尊重し、

- ①その利用者がどのような人生・社会生活を送るのかという「参加」レベルの目標（すなわち「主目標」と、
- ②その具体的生活像である活動レベルの目標（「する“活動”」）とを、相互に関連させて同時に決める。

すなわち本計画書の作成にあたっては参加の目標（主目標）と活動の目標（「する“活動”」）とを別々にたてるのではなく、第5章に述べたように両者を同時に検討しつつ、主目標（の候補）とその具体像としての「する“活動”」（複数）とをセット（複数）としてたてる。そしてその複数のセットを選択肢として利用者・患者に提示し、各選択肢のメリット・デメリットをよく説明しその中から本人が1つのセットを選択するという手続きで、参加の目標（主目標）を決定するのである。

4. 計画書の記入と説明の手順—新しい人生の目標をたてるために

計画書の作成と説明はリハビリテーション・チームにとっては真のチームワーク遂行の最初のプロセスであり、同時にチームと利用者・患者・家族などの当事者との共同作業の出発点である。その要点を表2に示す。

これを定期的にくり返すことで、当事者の自己決定権をチームの専門性で支えるという「車の両輪」がスムーズに進む。

利用者・患者・家族などの当事者は疑問があれば遠慮せずに専門家へ相談すべきであり、誠実にそれに答えるのが専門家の責任である。

表. リハビリテーション（総合）実施計画書の記入と説明の手順

- ・リハとは何かを説明（リハをどう思っているかを聞き、その誤解を解くようにする）
- ・生活機能の全ての側面に働きかけることの理解の促進
 - －手足の動き（心身機能）が不十分でも、生活上の「活動」能力を高め、それによって豊かな人生に「参加」することは可能であることを強調。



リハ(総合)実施計画書記入のステップ

〈利用者・家族との共同作業〉

タテ軸：生活機能構造にそった整理

ヨコ軸：目標(左)設定のための、評価(右)

step 1. 「している活動」を聴取 [書いてきてもらうのもよい]

「お家の生活で何ができなくてお困りですか？」

－手足の不自由さでなく、具体的な“活動”（生活行為）の実行状況を聞く

step 2. 本人・家族の希望の確認・記入

「どのような生活ができれば御希望ですか？」

「できるはずがないと思わずに言ってみてください」

step 3. 「できる活動」（訓練時の能力）を説明

←専門家は「できる活動」を十分に引き出しているかを自問すべき

step 4. 「参加」レベルの「主目標」、「する活動」（活動レベルの目標）を共同決定

「どのような人生を創っていくのか」を一緒に決めていく

step 5. プログラム決定（チーム全体としての方針を決め、その上で職種毎の役割分担）



「計画書」の「交付」



プログラム実行（常に再確認を行う）



定期的な成果確認・計画の見直し（上のプロセスをくりかえす）

※リハ：リハビリテーションの略

第 2 部：資料篇

第 1 章 平成 15 年度介護報酬見直しの概要と考え方

I. 平成 15 年度介護報酬見直しの概要

I 基本的考え方

- 平成 15 年度介護報酬の見直しは、第 2 期介護保険事業計画期間の介護サービスの増大及びこれに伴う保険財政への影響が大きいことや、近年の賃金・物価の下落傾向、介護保険施行後の介護事業者の経営実態を踏まえ、保険料の上昇幅をできる限り抑制する方向で、△ 2.3 %（在宅 0.1 %、施設△ 4.0 %）の改定を行う。
- 今回の見直しにおいては、限られた財源を有効に活用するため、当初の設定が実態に即して合理的であったかどうかの検討を踏まえながら、効率化・適正化と並行して、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、必要なものに重点化する。
- 具体的には、在宅重視と自立支援の観点から、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続することができるよう、所要の見直しを行う。また、いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう、所要の見直しを行う。
- また、個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、サービスの質の向上に重点を置いた見直しを行う。

II 主な見直しの内容

1 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立

① 利用者の要介護度による評価の廃止

居宅介護支援（ケアマネジメント）の業務の実態等を踏まえ、利用者の要介護度に応じた評価を廃止し、居宅介護支援の評価を充実、全体として引き上げ。

要支援	650	単位	／月				
要介護 1・2	720	単位	／月	→	850	単位	／月
要介護 3・4・5	840	単位	／月				

② 質の高い居宅介護支援の評価

居宅介護支援の質の向上を図る観点から、居宅介護支援の体制や居宅サービス計画（ケアプ

ラン) に応じた評価の見直しを行う。

- i) 4 以上の種類の居宅サービスを定めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する場合の加算を導入。

(新設) → 100 単位 / 月

- ii) 一定の要件を満たさない場合に所定単位数の 70 % を算定する仕組みを導入。

※一定の要件

イ：居宅サービス計画を利用者に交付すること

ロ：特段の事情のない限り、少なくとも月 1 回、利用者の居宅を訪問し、かつ、少なくとも 3 月に 1 回、居宅サービス計画の実施状況の把握の結果を記録すること

ハ：要介護認定や要介護認定の更新があった場合等において、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、居宅サービス計画の内容について、担当者から意見を求めること

- iii) 1 単位の単価に係る地域差（訪問介護等と同様）を導入。

2 自立支援を指向する在宅サービスの評価

(1) 訪問介護

① 訪問介護の区分の体系的な見直し

訪問介護の適正なアセスメントを図る観点から、身体介護と家事援助が混在した複合型を廃止。

また、「家事援助」から「生活援助」に名称を改めるとともに、短時間のサービス提供や生活援助について、自立支援、在宅生活支援の観点から重点的に評価。

身体介護については、30 分未満は引き上げ、1 時間、1 時間半までは現状維持、1 時間半以上は引き下げ（生活援助と同じ単位を 30 分ごとに加算）。

身体介護中心型	30 分未満	210	単位	→	231	単位
	30 分以上 1 時間未満	402	単位	→	402	単位
家事援助中心型	30 分以上 1 時間未満	153	単位	→	208	単位
	1 時間以上	222	単位	→	291	単位

訪問介護における減算の算定範囲等の見直し

訪問介護の質の向上の観点から、3 級訪問介護員によるサービス提供の場合の減算の算定範囲に生活援助等を追加し、評価を見直す。

算定割合 95 % → 90 %

② いわゆる介護タクシーの適正化

(現行)

乗車・降車の介助行為につき身体介護の報酬(30分:210単位)を算定

(改正案)

適切なアセスメントに基づく居宅サービス計画(ケアプラン)上の位置付けがあることを前提に、要介護1以上の者に対し、通院等のために乗車・降車の介助を行った場合に算定対象を限定して、適正化を図る。

通院等のための乗車・ (新設) → 100 単位 /回

降車の介助

(2) 通所サービス

要介護者の在宅生活を支援し、利用者の利便性の向上や家族介護者の負担の軽減を図るため、6～8時間の利用時間を超えてサービスを提供する場合や入浴サービス等を評価するとともに、全体として適正化。

(3) リハビリテーション

① 訪問リハビリテーションの評価

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、退所(退院)後6月以内の利用者に対して具体的なりハビリテーション計画に基づきADLの自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合を評価。

日常生活活動訓練加算 (新設) → 50 単位 /日

② 通所リハビリテーションの評価

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを評価。

個別リハビリテーション加算 (新設)

退院・退所日から起算して1年以内の期間 130 単位 /日

退院・退所日から起算して1年を超えた期間 100 単位 /日

(4) 居宅療養管理指導

きめ細かく個別的な指導管理の充実を図り、利用者の在宅生活における質の長期的な維持・向上を目的として、居宅療養管理指導を再編。

医師又は歯科医師（月 1 回に限る）		医師又は歯科医師（月 2 回に限る）	
居宅療養管理指導費（Ⅰ）940 単位	／回	→	500 単位
薬剤師（月 2 回に限る）			医療機関の薬剤師（月 2 回に限る）
550 単位	／回	→	550 単位
			薬局の薬剤師（月 4 回に限る）
		→	500 単位
		→	300 単位
歯科衛生士等（月 4 回に限る）			
500 単位	／回	→	550 単位
		→	500 単位

(5) 訪問看護

利用者又は家族等に対して 24 時間連絡体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合の訪問看護の評価の適正化。

緊急時訪問看護加算

訪問看護ステーションの場合	1,370 単位／月	→	540 単位／月
病院・診療所の場合	840 単位／月		290 単位／月

(6) 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）

痴呆性高齢者が安定的に自立した生活を営むことができるよう夜間の介護内容や介護体制を確保したグループホームにおける夜間のケアを評価。

夜間ケア加算（新設）→ 71 単位／日

※算定要件

- イ：適切なアセスメントに基づき、夜間のケア内容を含む介護計画を作成すること
- ロ：夜勤職員を配置していること
- ハ：過去 1 年以内に実施したサービスの質の自己評価結果（平成 17 年度以降は外部評価結果）が公開されていること

3 施設サービスの質の向上と適正化

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近い日常生活を通じたケアを行う観点から、入所者の自立的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できるスペースを備えた小規模生活単位型特別養護老人ホームで行われるユニットケアを評価（従来型施設よりも高く設定）。

		要介護 1	784 単位	／日
小規模生活単位型		要介護 2	831 単位	／日
介護福祉施設サービス費（新設）	→	要介護 3	879 単位	／日
		要介護 4	927 単位	／日
		要介護 5	974 単位	／日

これに伴い、居住費について自己負担を導入し、低所得者対策を講じた上で在宅との費用負担の均衡を図る。

※低所得者については居住費負担の軽減のため、保険料区分第 1 段階の場合 66 単位／日、保険料区分第 2 段階の場合 33 単位／日を加算。

また、従来型の施設については、要介護度の高い者に配慮しつつ、全体として適正化。

介護福祉施設サービス費（Ⅰ）

要介護 1	796 単位	／日	→	要介護 1	677 単位	／日
要介護 2	841 単位	／日		要介護 2	748 単位	／日
要介護 3	885 単位	／日		要介護 3	818 単位	／日
要介護 4	930 単位	／日		要介護 4	889 単位	／日
要介護 5	974 単位	／日		要介護 5	959 単位	／日

(2) 介護老人保健施設（老人保健施設）

入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、日常生活動作等の維持・向上を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを評価するとともに、全体として適正化。

介護保健施設サービス費（Ⅰ）

要介護 1	880 単位	／日		要介護 1	819 単位	／日
要介護 2	930 単位	／日	→	要介護 2	868 単位	／日
要介護 3	980 単位	／日		要介護 3	921 単位	／日
要介護 4	1,030 単位	／日		要介護 4	975 単位	／日
要介護 5	1,080 単位	／日		要介護 5	1,028 単位	／日

リハビリ機能強化加算 12 単位 ／日 → 30 単位 ／日

（リハビリ体制加算の再編）

また、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションを評価。

(3) 介護療養型医療施設（病院・診療所）

- ① 介護と医療の役割分担、他の介護保険施設との機能分化を図る観点から、長期にわたる療養の必要性が高く、要介護度の高いものの入院を評価するとともに、全体として適正化。

療養型介護療養施設サービス費（Ⅰ）

（看護配置 6：1 ／介護配置 3：1）

要介護 1	1,193 単位	／日		
要介護 2	1,239 単位	／日		
要介護 3	1,285 単位	／日	→	※経過措置に従い、廃止
要介護 4	1,331 単位	／日		
要介護 5	1,377 単位	／日		

療養型介護療養施設サービス費(Ⅱ) 療養型介護療養施設サービス費(Ⅲ)

（看護配置 6：1 ／介護配置 4：1） （看護配置 6：1 ／介護配置 4：1）

要介護 1	796 単位	／日		要介護 1	677 単位	／日
要介護 2	841 単位	／日		要介護 2	748 単位	／日
要介護 3	885 単位	／日	→	要介護 3	818 単位	／日
要介護 4	930 単位	／日		要介護 4	889 単位	／日
要介護 5	974 単位	／日		要介護 5	959 単位	／日

② 重度療養管理の新設

介護保険適用病床と医療保険適用病床の機能分化を図る一方で、介護保険と医療保険の制度の狭間で患者の受け入れ先がなくなることを防ぐため、要介護4または要介護5であって、常時頻回の喀痰吸引を実施している状態など常時医師による医学的管理が必要な状態にあるものに対して、療養上の適切な処置と医学的管理を行った場合を評価。

重度療養管理 (新設) → 120 単位 /日

③ リハビリテーションの体系的な見直し

従来の集団療法を中心とした評価は、基本報酬に包括化し、個別的なリハビリテーションを加算で評価。

(4) 施設入所者の在宅復帰の促進

施設入所（入院）者の在宅復帰を指向したサービスを評価し、在宅復帰を促進するため、退所（退院）前の施設と居宅介護支援事業所の連携を積極的に評価する観点から、退所（退院）時指導加算を再編し、退所（退院）前の連携について必要な加算を新設。

退所（退院）前連携加算（新設） → 500 単位 /回

Ⅱ．介護報酬見直しの考え方

平成 14 年 12 月 9 日
社会保障審議会介護給付費分科会

当分科会は、平成 13 年 10 月から今日まで 17 回にわたり、今後のサービスのあり方を含め、介護報酬の見直しについて議論してきた。

介護保険施行後の 2 年半余の実績を踏まえたサービスの課題としては、在宅サービスの利用者が増加する一方で、施設入所を希望する者が依然として多い傾向が見られるほか、在宅・施設サービスともに質の向上と効率化を図らなければならないことが挙げられる。この場合、介護サービスや保険料負担においても、地域によって大きな格差があることにも留意しなければならない。また、施行後初めてとなる今回の介護報酬の見直しにおいては、当初の設定が実態に即して合理的であったかどうかの検討を踏まえた見直しを行うことも必要である。

平成 15 年度に予定される介護報酬の見直しにおいては、以上のような観点を踏まえ、在宅重視の理念の実現やサービスの質の向上と効率化など、以下に掲げる考え方に沿って、各サービスの担うべき役割を念頭におきつつ、報酬体系や単位について所要の措置を講ずるべきである。

介護報酬の全体の改定については、第 2 期介護保険事業計画期間の介護サービスの増大及びこれに伴う保険財政への影響が大きいことや、近年の賃金・物価の下落傾向、介護保険施行後の介護事業者の経営実態を踏まえ、保険料の上昇幅をできる限り抑制する方向で、適正なものとする必要がある。

また、介護の質の向上と効率化を図る観点から、事業者間の公正な競争と事業運営の効率化を促すため、事業コストが適切に評価されるよう介護報酬を設定することが必要である。

なお、当分科会において、介護報酬とともに制度面の見直しに関する数多くの指摘がなされたところである。介護保険法附則において、施行後 5 年を目途に見直しを行うこととされているが、これらの課題については早急に検討を行い、見直しが可能なものについては、必ずしも 5 年後を待たず、逐次実施を図るべきである。また、制度の見直しに向けて必要な検討体制について、早期に整備すべきである。

I 基本的な考え方

介護保険制度施行後初めてとなる今回の介護報酬の見直しにおいては、限られた財源を有効に活用するため、効率化・適正化と並行して、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、今回は、必要なものに重点化した見直しを行うことが大切である。

このため、在宅重視と自立支援の観点から、要介護状態になることや要介護度の上昇を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態になっても、できる限り自立した在宅生活を継続することができるよう支援する。また、いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう支援する。

また、個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、サービスの質の向上に重点を置いた見直しを行う。

さらに、痴呆ケアの確立と質の確保を図る。

なお、施設と在宅の関係、施設ごとの特性や経営主体による諸規制等にも配慮することが必要である。

II 具体的な方向

1. 居宅介護支援（ケアマネジメント）

居宅介護支援（ケアマネジメント）の業務の実態等を踏まえ、利用者の要介護度に応じた包括単位を廃止し、要介護度に関わらない一律の評価とする。

また、居宅介護支援の質の向上を図る観点から、一定の種類数以上のサービスを組み合わせた場合を評価するとともに、利用者の居宅の訪問など一定の要件を満たさない場合の評価を見直す。

2. 在宅サービス

(1) 訪問介護

訪問介護の適正なアセスメントを図る観点から、身体介護と家事援助が混在した複合型を廃止する。また、「家事援助」から「生活援助」に名称を改めるとともに、短時間のサービス提供や生活援助について、自立支援、在宅生活支援の観点から適切に評価する。

さらに、訪問介護の質の向上の観点から、3級訪問介護員によるサービス提供の場合の減算の算定範囲を拡大する。

いわゆる介護タクシーについては、適切なアセスメントの下に、算定対象を限定し、適正

化を図るべきである。

(2) 通所サービス

要介護者の在宅生活を支援するとともに、利用者の利便性の向上や家族介護者の負担の軽減を図るため、6～8時間の利用時間を超えてサービスを提供する場合を適切に評価し、延長加算を新設する。

(3) 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、訪問リハビリテーションを評価するとともに、通所リハビリテーションについて、個別的なりハビリテーション計画に基づくサービスを評価する。

(4) 居宅療養管理指導

きめ細かく個別的な指導管理の充実を図り、利用者の在宅生活における質の長期的な維持・向上を目的として、月当たり算定回数や単位数の再編を行う。

(5) 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）

痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）において、痴呆性高齢者が安定的に自立した生活を営むことができるよう、夜間のケアを含めたサービス内容についての入所者ごとのアセスメント等を行うとともに、夜間介護体制の整備されたグループホームについて、夜間ケア加算を新設する。

3. 施設サービス

(1) 特別養護老人ホーム

画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近い日常生活を通じたケアを行う観点から、入所者の自立的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できるスペースを備えた小規模生活対応型特別養護老人ホーム（仮称）で行われるユニットケアを評価する。これに伴い、居住費について自己負担を導入し、低所得者対策も講じた上で、在宅との費用負担の均衡を図る。

また、特別養護老人ホームにおいて要介護度の高い者について報酬上も配慮する。

(2) 老人保健施設

入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、老人保健施設において、日常生活動作等の維持・向上を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくサービスを評価するとともに、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションを評価する。

(3) 介護療養型医療施設

介護と医療の役割分担、他の介護保険施設との役割分担を図る観点から、長期にわたる療養の必要性が高く、要介護度の高い者の入院を評価する。また、個別的なリハビリテーション計画に基づくサービスを評価する。

経過措置に従い、療養病床を有する病院の看護職員 6 : 1 / 介護職員 3 : 1 の人員配置の評価を廃止する。

さらに、介護保険適用病床と医療保険適用病床の機能分化を図る一方で、介護保険と医療保険の制度の狭間で患者の受け入れ先がなくなることを防ぐため、一定の医療処置を要する者を対象に、重度療養管理を新設する。

なお、介護報酬設定における人員配置の評価の在り方については引き続き検討することとする。

(4) 施設入所者の在宅復帰の促進

施設入所（入院）者の在宅復帰を指向したサービスを評価し、在宅復帰を促進するため、退所（退院）前の施設と居宅介護支援事業所の連携を積極的に評価する観点から、退所（退院）時指導加算を再編し、退所（退院）前の連携について必要な加算を新設する。

第 2 章 リハビリテーション関連の 単位数・運営基準等の関係告示・通知等まとめ

I. 介護保険法(抜粋)

(平成 9 年 12 月 17 日 法律第 123 号)

改正 平成 9 年 5 月 9 日法律第 48 号

平成 9 年 6 月 24 日法律第 103 号

平成 9 年 12 月 17 日法律第 125 号

平成 10 年 6 月 17 日法律第 109 号

第 1 章 総則

(国民の努力及び義務)

第 4 条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

(定義)

第 7 条

9 この法律において「訪問リハビリテーション」とは、居宅要介護者等（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

12 この法律において「通所リハビリテーション」とは、居宅要介護者等（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことをいう。

14 この法律において「短期入所療養介護」とは、居宅要介護者等（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。）について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設その他

の厚生労働省令で定める施設に短期間入所させ、当該施設において看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことをいう。

17 この法律において「福祉用具貸与」とは、居宅要介護者等について行われる福祉用具（心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものをいう。第四十四条第一項において同じ。）のうち厚生労働大臣が定めるものの貸与をいう。

22 この法律において「介護老人保健施設」とは、要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において同じ。）に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

23 この法律において「介護療養型医療施設」とは、療養型病床群等（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の五第三項に規定する療養型病床群（その全部又は一部について専ら要介護者を入院させるものに限る。）又は同法第二十一条第一項ただし書の都道府県知事の許可を受けた病院その他のこれに準ずる病院であって政令で定めるものの病床のうち痴呆の状態にある要介護者の心身の特性に応じた適切な看護が行われるものとして政令で定めるものをいう。以下同じ。）を有する病院又は診療所であって、当該療養型病床群等（当該療養型病床群のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあつては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下同じ。）に入院する要介護者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において同じ。）に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設をいい、「介護療養施設サービス」とは、介護療養型医療施設の療養型病床群等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療をいう。

Ⅱ. 訪問リハビリテーション

<平成 15 年度介護報酬の見直しの概要>

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、退所（退院）後 6 月以内の利用者に対して具体的なリハビリテーション計画に基づき ADL の自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合を評価。

日常生活活動訓練加算（新設） → 50 単位 / 日

1. 介護報酬の算定

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）〉

（最終改正：平成 15 年 2 月 24 日 厚生省告示第 50 号）

別表

4 訪問リハビリテーション費（1 日につき）
550 単位

注 1 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス基準第 76 条に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。）の理学療法士又は作業療法士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーション（指定居宅サービス基準第 75 条に規定する指定訪問リハビリテーションをい

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の判定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年老企第 36 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 3 日・老老発第 0303001 号）

第 2 居宅サービス単位数表

5 訪問リハビリテーション費

(1) 算定の基準について

- ① 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日（介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時あるいはその直近に行った診療の日）から 1 月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から 1 月以内に行

う。)を行った場合に算定する

われた場合に算定する。

② 訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して 20 分以上指導を行った場合に算定する。

③ 事業所が介護老人保健施設である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問して訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士又は作業療法士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設による訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。

注 2 利用者に対して、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士等が共同して利用者ごとに訪問リハビリテーション計画を作成し、当該訪問リハビリテーション計画に基づき、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、ADLの自立性の向上を目的とした理学療法又は作業療法を行った場合は、病院若しくは診療所又は介護保険施設からの退院又は退所の日から起算して6月以内の期間に限り、日常生活活動訓練加算として、1日につき50単位を所定単位数に加算する。

(註：日常生活活動訓練加算の新設)

(2) 日常生活活動訓練加算

① 日常生活活動訓練加算は、退院(退所)後早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のために、実用歩行訓練・活動向上訓練等を組み合わせて個々の利用者の状態像に応じて行った場合に算定できるものである。当該訓練により向上させた諸活動の能力については、家族・介護者により在宅生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

なお、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っ

た場合、関節可動域訓練のみを行った場合、住宅改修の助言又は福祉用具の選択若しくは利用方法の指導のみを行った場合は、加算の対象とならない。

- ② 日常生活活動訓練加算については、1日に行われる当該訓練が複数回にわたる場合であっても、1回として算定する。
- ③ 日常生活活動訓練加算を算定するにあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った訪問リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。
- ④ 当該日常生活活動訓練を行うために、以下のものについては必要に応じて備えられていることが望ましい。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、各種歩行補助具（四脚杖、ウォーカーケイン等）、各種装具（長・短下肢装具等）、各種日常生活活動訓練用器具

(3) 記録の整備について

- ① 医師は、理学療法士又は作業療法士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士又は作業療法士は、リハビリテーション実施計画書（別紙様式またはこれに準ずるもの）の内

容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

- ② リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は利用者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

注 3 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、訪問リハビリテーション費は、算定しない。

2. 運営基準等

〈指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省令第 28 号）

第 5 章 訪問リハビリテーション

第 2 節 人員に関する基準

（従業者の員数）

第 76 条 指定訪問リハビリテーションの事業を行う者（以下「指定訪問リハビリテーション事業者」という。）は、当該事業を行う事業所（以下「指定訪問リハビリテーション事業所」という。）ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士又は作業療法士（以下この章において「理学療法士又は作業療法士」という。）を置かなければならない。

第 3 節 設備に関する基準

（設備及び備品等の要件）

第 77 条 指定訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所又は介護老人保健施設であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けているとともに、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えているものでなければならない。

〈指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について（平成 11 年老企第 25 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 19 日・老計発第 0319001 号・老振発第 0319001 号）

第 6 訪問リハビリテーション

1. 人員に関する基準（第 76 条）

指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士又は作業療法士を適当数置かなければならない。

2. 設備に関する基準

（1）基準第 77 条は、指定訪問リハビリテーション事業所については、

- ① 病院、診療所又は介護老人保健施設であること。
- ② 指定訪問リハビリテーションの事業の運営を行うために必要な広さ（利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペース）を有する専用の区画を設けていること。なお、業務に支障がないときは、指定訪問リハビリテーションの事業を行うための区画が明確に特定されていれば

第4節 運営に関する基準

2. 運営に関する基準

(指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針)

第79条 指定訪問リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定訪問リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定訪問リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定訪問リハビリテーションの具体的取扱方針)

第80条 指定訪問リハビリテーションの提供は理学療法士又は作業療法士が行うものとし、その方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項

足りるものとする。

③ 指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えていること。

としたものである。

(2) 設備及び備品等については、当該病院、診療所又は介護老人保健施設における診療用に備え付けられたものを使用することができるものである。

3. 運営に関する基準

(2) 指定訪問リハビリテーションの基本取扱方針及び具体的取扱方針（基準第79条及び第80条）

① 指定訪問リハビリテーションは、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治の医師との密接な連携のもとに訪問リハビリテーション計画に沿って行うこととしたものであること。

② 指定訪問リハビリテーションの提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問リハビリテーション計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。

③ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、利用者の心身状態、リハビリテーションの内容やそれを提供する目的、具体的な方法、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点

に規定する訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。

二 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

三 常に利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

四 それぞれの利用者について、次条第一項に規定する訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告する。

(訪問リハビリテーション計画の作成)

第 81 条 医師及び理学療法士又は作業療法士は、当該医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、当該サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問リハビリテーション計画を作成しなければならない。

2 訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、

及び療養上必要な目標等、療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。

指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、別の医療機関の医師から情報提供を受けて、指定訪問リハビリテーションを実施する場合は、当該情報提供を行った医療機関の医師との間で十分な連携を図るものであること。

④ 指定訪問リハビリテーションの提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。

⑤ 指定訪問リハビリテーションを行った際には、速やかに、指定訪問リハビリテーションを実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した訪問リハビリテーションの要点及び担当者の氏名を記録すること。

(3) 訪問リハビリテーション計画の作成 (基準第 81 条)

① 訪問リハビリテーション計画は、利用者ごとに、利用者の心身の状態、生活環境を踏まえて作成することとしたものである。利用者の希望、主治医の指示及び目標、具体的なリハビリテーション内容等を記載する。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画に沿って訪問リハビリテーション計

当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 医師又は理学療法士若しくは作業療法士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 医師又は理学療法士若しくは作業療法士は、訪問リハビリテーション計画を作成した際には、当該訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

画を立案する。

② 訪問リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行う。

③ 訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。

なお、訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。

④ 訪問リハビリテーション計画は医師の診療に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、医師及び理学療法士又は作業療法士は、訪問リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該訪問リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

なお、交付した訪問リハビリテーション計画は、基準第 82 条の 2 第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならない。

(記録の整備)

(4) 記録の整備

第 82 条の 2 指定訪問リハビリテーション事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定訪問リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定訪問リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

一 訪問リハビリテーション計画

二 次条において準用する第 19 条第 2 項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録

(サービスの提供の記録)

第 19 条 (略) 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日及び内容、当該指定訪問介護について法第 41 条第 6 項 (法第 53 条第 4 項において準用する場合を含む。) の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に

基準第 82 条の 2 第 2 項の指定訪問リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれるものであること。

<再掲>

(平成 12 年老企第 36 号)

5 訪問リハビリテーション費

(3) 記録の整備について

① 医師は、理学療法士又は作業療法士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士又は作業療法士は、リハビリテーション実施計画書 (別紙様式またはこれに準ずるもの) の内容を利用者に説明し、記録するとともに、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

② リハビリテーションに関する記録 (実施時間、訓練内容、担当者等) は利用者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

対して提供しなければならない。

三 次条において準用する第 26 条に規定する市町村への通知に係る記録

(利用者に関する市町村への通知)

第 26 条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

四 次条において準用する第 36 条第 2 項に規定する苦情の内容等の記録

(苦情処理)

第 36 条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

五 次条において準用する第 37 条第 2 項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(事故発生時の対応)

第 37 条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行

うとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

Ⅲ. 通所リハビリテーション

<平成 15 年度介護報酬の見直しの概要>

円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを評価。

個別リハビリテーション加算 (新設)

退院・退所日から起算して 1 年以内の期間 130 単位 /日

退院・退所日から起算して 1 年を超えた期間 100 単位 /日

1. 介護報酬の算定

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成 12 年厚生省告示第 19 号)〉

(最終改正：平成 15 年 2 月 24 日・厚生省告示第 50 号)

別表

7 通所リハビリテーション費

イ 所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

- ・ 要支援 283 単位
- ・ 要介護 1 又は要介護 2 351 単位
- ・ 要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 488 単位

ロ 所要時間 4 時間以上 8 時間未満の場合

- ・ 要支援 404 単位
- ・ 要介護 1 又は要介護 2 500 単位

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分) 及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の判定に伴う実施上の留意事項について (平成 12 年老企第 36 号)〉

(最終改正：平成 15 年 3 月 3 日・老老発第 0303001 号)

第 2 居宅サービス単位数票

8 通所リハビリテーション費

(1) 所要時間による区分の取扱い

通所介護と同様であるので、7(3)※を参照されたい。

※編者註

7 通所介護費

(3) 所要時間による区分の取扱い

所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所介護計画に位置づけられた内容の通所介護を行うための標準的な時間によることとされたところであ

・要介護 3、要介護 4 又は要介護 5

694 単位

ハ 所要時間 6 時間以上 8 時間未満の場合

・要支援 563 単位

・要介護 1 又は要介護 2 699 単位

・要介護 1、要介護 4 又は要介護 5

972 単位

(註：事業所類型による区分の廃止所定単位数の見直し)

注1 指定通所リハビリテーション事業所（指定居宅サービス基準第 111 条第 1 項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）において、指定通所リハビリテーション（指定居宅サービス基準第 110 条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）を行った場合に、利用者の要介護状態区分又は要介護となるおそれがある状態に応じて、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間でそれぞれ所定単位数を算定する。

ただし、利用者の数又は医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準※に該当する場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

り、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、通所介護のサービスが提供されているとは認められないものであること。したがって、この場合は当初計画に位置づけられた所要時間に応じた所定単位数が算定されるものであること(このような家族等の出迎え等までの間の「預かり」サービスについては、利用者から別途利用料を徴収して差し支えない)。また、ここでいう通所介護を行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まれないものであること。

これに対して、通所介護計画に、6 時間以上 8 時間未満の通所介護を行っていたが、当日の利用者の心身の状況から、5 時間の通所介護を行った場合には、6 時間以上 8 時間未満の通所介護の単位数を算定できる。(以下略)

※編者註

〈厚生労働大臣が定める利用者等の数の
基準及び看護職員等の員数の基準並びに
通所介護費等の算定方法（平成 12 年告
示第 27 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚
生労働省告示第 86 号）

二 厚生労働大臣が定める利用者の数の
基準及び医師等の員数の基準並びに通
所リハビリテーション費の算定方法

イ 指定通所リハビリテーションの利
用者の数が次の表の上欄に掲げる基
準に該当する場合における通所リハ
ビリテーション費については、同表
の下欄に掲げるところにより算定す
る。

厚生労働大臣が定める 利用者の数の基準	厚生労働大臣が定める 通所リハビリテーショ ン費の算定方法
施行規則第 120 条の規 定に基づき都道府県知 事に提出した運営規程 に定められている利用 定員を超えること。	指定居宅サービス介護 給付費単位数表の所定 単位数に 100 分の 70 を 乗じて得た単位数を用 いて、指定居宅サービ スに要する費用の額の 算定に関する基準の例 により算定する。

ロ 指定通所リハビリテーション事業
所の医師、理学療法士、作業療法士、
言語聴覚士、看護職員又は介護職員
の員数が次の表の上欄に掲げる員数
の基準に該当する場合における通所
リハビリテーション費については、

同表の下欄に掲げるところにより算定する。ただし、平成 15 年 9 月 30 日までの間は、同表の上欄中「指定居宅サービス基準第百十一条に定める員数」とあるのは、「指定居宅サービス基準第 111 条に定める員数（当該指定通所リハビリテーション事業所が指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令（平成 15 年厚生労働省令第 28 号）附則第二条の適用を受ける場合にあっては、同条の規定によりなお従前の例によることとされた指定通所リハビリテーション事業所ごとに置くべき指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者の員数）」とする。

厚生労働大臣が定める 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、 看護職員又は介護職員の 員数の基準	厚生労働大臣が定める 通所リハビリテーション 費の算定方法
指定居宅サービス基準 第 111 条に定める員 数を置いていないこ と。	指定居宅サービス介護 給付費単位数表の所定 単位数に 100 分の 70 を 乗じて得た単位数を用 いて、指定居宅サービ スに要する費用の額の 算定に関する基準の例 により算定する。

注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者※に対して、所要時間 2 時間以上 3 時間未満の指定通所リハビリテー

ションを行う場合は、イの所定単位数の
100分の70に相当する単位数を算定する。

※編者註：

〈厚生労働大臣が定める者等（平成 12 年
告示第 23 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生
労働省告示第 86 号）

九 指定居宅サービス給付費単位表の通所
リハビリテーション費の注 2 の厚生労働
大臣が定める基準に適合する利用者
第七号※に規定する利用者

※編者註

七 心身の状況その他利用者のやむを
得ない事情により、長時間のサービ
スが困難である利用者

注 3 日常生活上の世話を行った後に引き続
き所要時間 6 時間以上 8 時間未満の指
定通所リハビリテーションを行った場
合又は所要時間 6 時間以上 8 時間未満
の指定通所リハビリテーションを行っ
た後に引き続き日常生活上の世話を行
った場合であって、当該指定通所リハ
ビリテーションの所要時間と当該指定
通所リハビリテーションの前後に行っ
た日常生活上の世話の所要時間を通算
した時間（以下この注において「算定
対象時間」という。）が 8 時間以上とな
るときは、算定対象時間が 8 時間以上
9 時間未満の場合は 50 単位を、9 時
間以上 10 時間未満の場合は 100 単位
を所定単位数に加算する。

(註：8 時間以上の場合に係る加算の新設)

注 4 利用者に対して食事の提供を行う体制を確保している指定通所リハビリテーション事業所において通所リハビリテーション計画上食事の提供を行うこととなっている利用者については、1 日につき 39 単位を所定単位数に加算する。

注 5 利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行う場合は、片道につき 47 単位を所定単位数に加算する。

(註：送迎加算の単位数の見直し)

注 6 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1 日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

イ 通所リハビリテーション入浴介助加算

44 単位

ロ 通所リハビリテーション特別入浴介助加算

65 単位

(註：入浴介助加算の単位数の見直し)

注 7 指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設である場合であって、医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問

〈平成 12 年老企第 36 号〉

8 通所リハビリテーション費

(6) **事業所が介護老人保健施設である
場合の取扱いについて**

し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合は、1月に1回を限度として550単位を所定単位数に加算する。

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準※

2に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所リハビリテーション事業所において、利用者（別に厚生労働大臣が定める状態※1にあるものに限る。）に対して、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を個別に行った場合は、次に掲げる区分に応じ、1日に1回を限度として次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

介護老人保健施設である場合であって、医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問して、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合には、医師は当該通所リハビリテーション計画を診療録に記入する必要がある。

なお、上記の場合、訪問する医師及び理学療法士、作業療法士の当該訪問の時間は、通所リハビリテーション及び介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。

(8) 個別リハビリテーション加算の取扱い

① 注8の「厚生労働大臣が定める状態」とは、以下の状態像が該当するものであること。

イ 「身体の機能障害がある状態その他活動制限がある状態にあり、個別にリハビリテーションを行うことにより生活機能の改善が見込まれる状態」

・ 「身体の機能障害がある状態その他活動制限がある状態」とは、運動機能障害及び高次脳機能障害等の心身機能若しくは身体構造上の問題がある状態、又は運動や移動、セルフケア等の活動その他何らかの生活面において

イ 利用者が当該リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院又は入所した病院若しくは診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日（以下この注において「退院（所）日」という。）から起算して1年以内の期間に行われた場合 **130 単位**

ロ 退院（所）日から起算して1年を超えた期間に行われた場合 **100 単位**

（注：個別リハビリテーション加算の新設）

※ 1：編者註

〈厚生労働大臣が定める者等（平成 12 年告示第 23 号）〉

（一部改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 82 号）

十一 指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注

8 の厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

イ 身体の機能障害がある状態その他活動制限がある状態にあり、個別にリハビリテーションを行うことにより生活機能の改善が見込まれる状態

ロ 廃用症候群により生活機能が低下している状態にあり、個別にリハビリテーションを行うことにより生活機能の改善が見込まれる状態

ハ イ又はロに準ずる状態

※ 2：編者註

困難が生じている状態をいう。

ロ 「廃用症候群により生活機能が低下している状態にあり、個別にリハビリテーションを行うことにより生活機能の改善の見込まれる状態」

・「廃用症候群」とは、外科手術、急性疾患、外傷等に対する治療時の安静等により全身の心身機能の低下が生じている状態をいう。

② 個別リハビリテーション加算は、在宅生活の継続を目的として、実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のために、理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせる個々の利用者の状態像に応じて行った場合に算定できるものであり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又は聴覚機能に係る活動向上訓練を行った場合に算定できるものである。なお、医師の指示の下に、言語聴覚士が行う嚥下訓練は、個別リハビリテーションとして算定できる。

当該訓練により向上させた諸活動の能力については、個別リハビリテーション以外の時間帯を通じて、看護師等により在宅生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必

〈厚生労働大臣が定める施設基準（平成
12 年告示第 26 号）〉

（一部改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生
労働省告示第 84 号）

イ 個別リハビリテーションを行うに
つき必要な理学療法士、作業療法士
又は言語聴覚士が適切に配置されて
いること。

ロ 当該加算を算定する利用者数が、
理学療法士、作業療法士又は言語聴
覚士のそれぞれの数に対し適切なも
のであること。

ハ 個別リハビリテーションを行うに
つき必要な器械及び器具が具備さ
れていること。

要である。

③ 個別リハビリテーションは、医師の
指導監督のもと、理学療法士、作業療
法士又は言語聴覚士が行ったものにつ
いて算定する。また、専任の医師が直
接訓練を行った場合にあっては、同様
に算定できる。

④ 個別リハビリテーションは、利用者
の実用的な在宅生活における諸活動の
自立性の向上のため、訓練の専用施設
外で訓練を行った場合においても算定
できる。

なお、言語聴覚療法を行う場合は、
車椅子・歩行器・杖等を使用する患者
が容易に出入り可能であり、遮音等に
配慮された部屋等を確保することが望
ましい。

⑤ 個別リハビリテーションは、1 人の
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚
士が 1 人の利用者に対して個別に 1 日
20 分以上行った場合に算定し、実施
回数は理学療法士、作業療法士又は言
語聴覚士 1 人につき 1 日 18 回を限度
とする。なお、利用者の状態像や日常
生活のパターンに合わせて、1 単位の
通所リハビリテーションの提供時間帯
に、1 人の利用者に対して行われる個
別リハビリテーションが複数回にわた
る場合であっても、そのうち 2 回分の
合計が 20 分を超える場合については
1 回として算定することができる。

⑥ 個別リハビリテーションは、利用者

が当該リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院・入所した病院、診療所又は介護保険施設から退院・退所した日（以下「退院（所）日」という）から起算した期間に応じ、所定単位数を算定することとしているが、退院（所）日が確認できない場合、又は、入院・入所歴のない場合であっても、注８のロにより算定する。

- ⑦ 個別リハビリテーションを行うにあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して、リハビリテーション実施計画書（別紙様式又はこれに準ずるもの）を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。
- ⑧ 個別リハビリテーションを行う場合は、開始時及びその後三か月に１回以上利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。
- ⑨ 個別リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- ⑩ 個別リハビリテーションを行うために必要な器械、器具を具備していること。なお、個別リハビリテーションを行うために必要な器械、器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、
血圧計、各種心理・言語機能検査機
器・器具等(言語聴覚療法を行う場
合)、各種歩行補助具(四脚杖、ウォ
ーカーケイン等)、各種装具(長・短
下肢装具等)

なお、以下のものについては、必要
に応じて備えられていることが望まし
い。

各種日常生活活動訓練用器具、家事
用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用
洗面台、訓練用和式トイレ、屋外歩行
ルート等

注 9 利用者が短期入所生活介護、短期入所
療養介護、痴呆対応型共同生活介護又は
特定施設入所者生活介護を受けている間
は、通所リハビリテーション費は、算定
しない。

**(9) 人員基準を満たさない状況で提供
された通所リハビリテーション**

指定居宅サービス基準第 111 条
に定める員数の医師、理学療法士、
作業療法士、言語聴覚士、看護職員
及び介護職員が配置されていない状
況で行われた通所リハビリテーショ
ンについては、所定単位数に 100 分
の 70 を乗じて得た単位数を算定す
るものとする(職員配置等基準第 2
号ロ)。従業者に欠員が出た場合の
他に、従業者が病欠した場合等も含
まれる。ただし、都道府県は、従業
者に欠員が生じている状態が 1 か月
以上継続する場合には、事業所に対
し定員の見直し又は事業の休止を指
導するものとする。指導に従わずに
事業を継続する事業所に対しては、

2. 運営基準等

〈指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省令第 28 号）

第 8 章 通所リハビリテーション

第 2 節 人員に関する基準

（従業者の員数）

第 111 条 指定通所リハビリテーションの事業を行う者（以下「指定通所リハビリテーション事業者」という。）が、当該事業を行う事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所」という。）ごとに置くべき指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者（以下「通所リハビリテーション従業者」という。）の員数は、次のとおりとする。

一 医師 指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な一以上の数

二 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師若しくは准看護師（以

特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

〈指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について（平成 11 年老企第 25 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 19 日老計発第 0319001 号・老振発第 0319001 号）

第 9 通所リハビリテーション

1. 人員に関する基準

（1）指定通所リハビリテーション事業所
（基準第 111 条第 1 項）

① 医師（第 1 号）

専任の常勤医師が 1 人以上勤務していること。

なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限り。）と併設されているものについては、当該病院または診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

下この章において「看護職員」という。)若しくは介護職員 次に掲げる基準を満たすために必要と認められる数

イ 指定通所リハビリテーションの単位(その提供が同時に 20 人以下の利用者に対して一体的に行われるものをいう。)ごとに、その提供を行う時間帯(以下この条において「提供時間帯」という。)を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が 2 以上確保されること。

ロ イに掲げる人員のうち専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算方法で、0.2 以上確保されること。

2 指定通所リハビリテーション事業所が診療所であって、指定通所リハビリテーションの提供が同時に 10 人以下の利用者に対して一体的に行われるものを単位とする場合にあっては、前項第二号の規定にかかわらず、次のとおりとすることができる。

一 指定通所リハビリテーションの単位ごとに、提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が 1 以上確保されること。

二 前号に掲げる人員のうち専ら当該指定

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員(以下「従事者」という。)(第 2 号)

イ 利用者数は、専従する従事者 2 人に対し 1 単位 20 人以内とし、1 日 2 単位を限度とすること。

ロ 専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、常勤換算方法で、0.2 人以上確保されていること。

(2) 指定通所リハビリテーション事業所が診療所であって、指定通所リハビリテーションの提供が同時に 10 人以下の利用者に対して一体的に行われるものを単位とする場合(基準第 111 条第 2 項※)

① 医師(第 1 号)

イ 専任の医師が 1 人勤務していること。

ロ 利用者数は、専任の医師 1 人に対し 1 日 40 人以内であること。

② 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員(以下「従事者」という。)(第 2

通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに1年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されること。

- 3 第1項第一号の医師は、常勤でなければならない。

号)

イ 利用者数は、専従する従事者1人に対し1単位10人以内とし、1日2単位を限度とする。

ロ 専従する従事者のうち理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1人以上確保されていること。

ハ 経験を有する看護師とは、老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準に定める重度痴呆患者デイケア、精神科デイケア、作業療法（老人作業療法を含む。）、理学療法（老人理学療法を含む。）に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した者であること。

- (4) **経過措置**（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令（平成15年厚生労働省令第28号）附則第2条）

第3節 設備に関する基準

(設備に関する基準)

第112条 指定通所リハビリテーション事業所は、指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のものを有しなければならない。ただし、当該指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設である場合にあっては、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えるものとする。

2 指定通所リハビリテーション事業所は、指定通所リハビリテーションを行うために必要な専用の器械及び器具を備えなければならない。

平成15年9月30日までの間は、平成15年4月1日の時点で現に指定通所リハビリテーションの事業を行う事業所については、基準第111条の規定にかかわらず、なお従前の例によることができるとした。

2 設備に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーション事業を行う事業所ごとに備える設備については、専ら当該事業の用に供するものでなければならないこととされているが、病院、診療所、介護老人保健施設が互いに併設される場合（同一敷地内にある場合、又は公道をはさんで隣接している場合をいう。）であって、そのうちの複数の施設において、指定通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

- ① 当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。
- ② それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件（基準第112条第1項）を満たしていること。

3平方メートルに利用定員を乗じた

面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設の場合は、当該専用の部屋等の面積に利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションに供用されるものに限る。）の面積を加えるものとする。

- (2) 指定通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第8の2の(2)の(2)※を参照されたい。

※編者註

第8 通所介護に関する基準

2 設備に関する基準（第95条）

(2) 食堂及び機能訓練室

- (2) 指定通所介護の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある医療機関や介護老人保健施設における指定通所リハビリテーションを行うためのスペースについては、以下の条件に適合するときは、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとする。

イ 当該部屋等において、指定通所介護の機能訓練室等と指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に

区分されていること。

ロ 指定通所介護の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーションを行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーションの設備基準を満たすこと。

第四節 運営に関する基準

(指定通所リハビリテーションの基本取扱方針)

第 113 条 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定通所リハビリテーション事業者は、自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針)

第 114 条 指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項

3 運営に関する基準

(1) 指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針及び通所リハビリテーション計画の作成

基準第 114 条及び第 115 条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。

① 指定通所リハビリテーションは、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われるものであるが、グループごとにサービス提供が行われることを妨げるものではないこと。

② 通所リハビリテーション計画は、医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。

③ 通所リハビリテーション計画の目標及び内容については、利用者又は家族

に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。

二 通所リハビリテーション従業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

三 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、痴呆の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。

(通所リハビリテーション計画の作成)

第 115 条 (略) 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記録した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

に説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

④ 通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。

なお、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。

⑤ 通所リハビリテーション計画は診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、基準第 115 条第 1 項にいう医師等の従業者が共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

なお、交付した通所リハビリテーション計画は、基準第 118 条の 2 第 2 項の規定に基づき、2 年間保存しなければならない。

⑥ 痴呆の状態にある要介護者等で、他の要介護者と同じグループとして、指

- 2 通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 3 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 4 医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成した際には、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。
- 5 通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載する。

(記録の整備)

第 118 条の 2 指定通所リハビリテーション事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

- 2 指定通所リハビリテーション事業者は、

定通所リハビリテーションを提供することが困難な場合には、必要に応じグループを分けて対応すること。

- ⑦ 指定通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、支援相談員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。
- ⑧ 主として痴呆等の精神障害を有する利用者を対象とした指定通所リハビリテーションにあつては、作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障害を有する利用者にあつては、理学療法士等の従業者により効果的に実施されるべきものであること。

(2) 管理者等の責務

基準第 116 条第 1 項は、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる旨を明記したものであること。この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要がある。

(5) 記録の整備

基準第 118 条の 2 第 2 項の指定通所リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録が含まれるものであること。

利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から 2 年間保存しなければならない。

- 一 通所リハビリテーション計画
- 二 提供した具体的なサービスの内容等の記録（準用規定による読み替え済）

（サービスの提供の記録）

第 19 条

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日及び内容、当該指定訪問介護について法第 41 条第 6 項（法第 53 条第四項において準用する場合を含む。）の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

- 2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。
- 三 次条において準用する第 26 条に規定する市町村への通知に係る記録

（利用者に関する市町村への通知）

第 26 条 指定訪問介護事業者は、指

定訪問介護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

四 次条において準用する第 36 条第 2 項に規定する苦情の内容等の記録

(苦情処理)

第 36 条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

五 次条において準用する第 37 条第 2 項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(事故発生時の対応)

第 37 条

指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

リハビリテーション実施計画書（記載例）

計画評価実施日 ○○年 ○月 ○○日

利用者氏名 厚生花子 男 ②	T10年1月5日生 (81歳)	要介護度: 1	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	看護師: ○○
健康状態（原因疾患、発症日等） 膝関節症（右強い、20年前から） ＋廃用症候群		合併疾患		廃用症候群: □軽度 □中等 □重度 原因: 膝痛のための活動性低下		障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 (A) A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正常) I Ila I Ib I IIa I IIb I IIc I IIId I IV M		

本人の希望 一人で外出したい（特に近所、買い物）	家族の希望 これ以上悪くなくて欲しい（平日は家事をして欲しい）
-----------------------------	------------------------------------

参加 【主目標】	目標【到達時期】						評価項目・内容														
	家庭内役割: 平日の主婦業 外出（目的・頻度等）: 買い物（週2回）、友人宅（週3回）、 老人会（週1回）						家庭内役割: 特に なし（2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、 嫁はパートにも行っている。） 外出: 家 族の介助時のみ（3ヶ月前から介助必要）														
	自立・介護 状況						自宅での実行状況（目標）:「する活動」					日常生活での実行状況:「している活動」					評価・訓練時の能力:「できる活動」				
項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考	独 立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備 考
活 動	屋外歩行 (含:家からの出入り)	△					買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖					△		腕組み	△						シルバーカー
	階段昇降	△					手すり						△		△						
	トイレへの移動	△					家具配置換え つたい歩き	△							△						
	食 事	△						△							△						
	排 泄	△						△							△						
	整 容	△						△							△						
	更 衣 (含:靴・義足の着脱)	△						△							△						
	入 浴	△										△			△						伝い歩き指導 洗い椅子使用 膝への負担の 少ない方法の 指導
家 事	△					平日の昼・夕食 掃除						△		△							
コミュニケーション							問題なし					問題なし									

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等 膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。 (特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。) 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具（買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖）を使用した屋外移動、 買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。 外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、 廃用症候群を改善させていく。			
自己実施プログラム 下肢の運動（適用に注意）			
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等			
本人・家族への説明 H ○○年 ○○月 ○○日	本人サイン 厚生花子	家族サイン 厚生次郎	説明者サイン ○○

<註>:健康状態・参加・活動（実行状況、能力）・心身機能・環境はWHO ICF（国際生活機能分類）による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

Ⅳ. 介護老人保健施設

<平成 15 年度介護報酬の見直しの概要>

入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、日常生活動作等の維持・向上を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを評価。

リハビリ機能強化加算 12 単位 / 日 → 30 単位 / 日

(リハビリ体制加算の再編)

また、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションを評価。

1. 介護報酬の算定

〈指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 21 号）〉

（最終改正：平成 15 年 2 月 24 日・厚生労働省告示第 53 号）

別表第 1

指定施設サービス等 介護給付費単位数表

2 介護保険施設サービス

イ 介護保健施設サービス費

(1) 介護保健施設サービス費 (I)

(※編者註：看護・介護職員の配置 3:1 以上)

(一) 要介護 1	819 単位
(二) 要介護 2	868 単位
(三) 要介護 3	921 単位
(四) 要介護 4	975 単位
(五) 要介護 5	1,028 単位

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年老企第 40 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 3 日・老老発 0303001 号）

第 2 施設サービス単位数表

7 介護保健施設サービス

(1) 所定単位数を算定するための施設基準について

介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態にないことが

(2) 介護保健施設サービス費 (Ⅱ)

(※編者註:看護・介護職員の配置 3.6:1
以上)

(一) 要介護 1	725 単位
(二) 要介護 2	767 単位
(三) 要介護 3	809 単位
(四) 要介護 4	851 単位
(五) 要介護 5	893 単位

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たすものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設において、介護保健施設サービスを行った場合に、当該施設基準に掲げる区分に従い、入所者の要介護状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、当該夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、所定単位数の 100 分の 97 に相当する単位数)を算定する。なお、入所者の数又は医師、看護職員、介護職員、理学療法士、作業療法士若しくは介護支援専門員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合※は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

※編者註:

〈厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法 (平成 12 年厚生省告示第 27 号)〉

(最終改正:平成 15 年 3 月 14 日・厚生

必要であること(施設基準第 9 号)。

厚生労働大臣が定める 医師、看護職員、介護 職員、理学療法士、作 業療法士又は介護支援 専門員の員数の基準	厚生労働大臣が定める 介護保健施設サービ スの算定方法
介護老人保健施設の人 員、施設及び設備並び に運営に関する基準 (平成 11 年厚生省令 第 40 号) 第 2 条に 定める員数を置いてい ないこと。	指定施設サービス等介 護給付費単位数表の看 護職員及び介護職員の 配置に応じた所定単位 数に 100 分の 70 を 乗じて得た単位数を用 いて、指定施設サービ ス等に要する費用の額 の算定に関する基準の 例により算定する。

注2 別に厚生労働大臣が定める基準※に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設については、リハビリテーション機能強化加算として、1 日につき 30 単位を所定単位数に加算する。

(註：リハビリ体制加算のリハビリ機能強化加算への再編)

※編者註：

〈厚生労働大臣が定める基準 (平成 12 年厚生省告示第 25 号)〉

(最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 83 号)

十二 介護保健施設サービスにおけるリハビリテーション機能強化加算の基準
第二号の規定※を準用する。

※編者註：

二 介護保健施設における短期入所療養介護費に係るリハビリテーション

7 (2)リハビリテーション機能強化加算について

① リハビリテーション機能強化加算を算定する介護老人保健施設は、在宅復帰の促進等を目的として、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、利用者の状態像に応じ、利用者に必要な理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適時適切に提供できる体制が整備されていること。

② 理学療法又は作業療法については、実用歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組み合わせ利用者の状態像に応じて行うことが必要であり、言語聴覚療法については、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ利用者に対して言語機能又

機能強化加算の基準

イ 常勤の理学療法士又は作業療法士を1人以上配置していること。

ロ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)第2条第1項第五号に定める理学療法士又は作業療法士(平成11年厚生省令第40号第2条第1項第五号※)を配置していること。

※編者註：平成11年厚生省令第40号第2条第1項第五号

五 理学療法士又は作業療法士

常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上

ハ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤換算方法(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第2条第3項に規定する常勤換算方法をいう。)で入所者の数を50で除した数以上配置していること。

ニ 医師、看護職員、理学療法士、作業療法士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成し、当該個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を適切に行う体制にあること。

は聴覚機能に係る活動向上訓練を行うことが必要である。

当該訓練により向上させた諸活動の能力については、常に看護師等により日常生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

③ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法は、利用者の実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のため、訓練の専用施設外においても訓練を行うことができる。

なお、言語聴覚療法を行う場合は、車椅子・歩行器・杖等を使用する患者が容易に出入り可能であり、遮音等に配慮された部屋等を確保することが望ましい。

④ 理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行うに当たっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同してリハビリテーション実施計画書(別紙様式1又はこれに準ずるもの)を作成し、これに基づいて行った個別リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。

⑤ 医師等リハビリテーション従事者は、理学療法、作業療法又は言語聴覚療法を行う場合は、開始時及びその後3か月に1回以上利用者に対してリハビリテーション実施計画の内容を説明し、記録する。

⑥ リハビリテーションに関する記録

(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- ⑦ リハビリテーションを行うための器械、器具として、以下のものについては必要に応じて備えられていることが望ましい。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、各種心理・言語機能検査器具、血圧計、各種歩行補助具(四脚杖、ウォーカーケイン等)、各種装具(長・短下肢装具等)、各種日常生活活動訓練用器具、家事用設備、和室、一般浴槽、立位姿勢用洗面台、訓練用和式トイレ、屋外歩行ルート

ハ 退所時指導等加算

(1) 退所時等指導加算

- (一) 退所前後訪問指導加算 460 単位
- (二) 退所時指導加算 400 単位
- (三) 退所時情報提供加算 500 単位
- (四) 退所前連携加算 500 単位

注1 (1)の(一)については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中1回(入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められ

7 (6) 退所時指導等加算について

① 退所前後訪問指導加算

イ 退所前の訪問指導については、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の療養上の指導を行った場合に、入所中一回に限り加算を行うものであるが、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導

る入所者にあつては、2回)を限度として算定し、入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後1回を限度として算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であつて、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

460 単位

(註：加算単位数の見直し・退所時指導加算の再編 退所前連携加算の新設)

注2 (1)の(二)については、入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合に、入所者1人につき1回を限度として算定する。

400 単位

(註：退所時指導加算に係る算定要件の

は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ 退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ハ 退所前後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

a 退所して病院又は診療所へ入院する場合

b 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合

c 死亡退所の場合

ニ 退所前後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

ホ 退所前後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

ヘ 退所前後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

② 退所時指導加算

イ 退所時指導の内容は、次のようなものであること。

a 食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導

b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導

変更)

注 3 (1) の (三) については、入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対して当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定する。

500 単位

(註：退所時情報提供加算の算定要件)

注 4 (1) の (四) については、入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す

c 家屋の改善の指導

d 退所する者の介助方法の指導

ロ ①のハからへまでは、退所時指導加算について準用する（编者註：退所時指導加算と同じということ）

③ 退所時情報提供加算

イ 退所後の主治の医師に対して入所者を紹介するに当たっては、事前に主治の医師と調整し、別紙様式2の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、日常生活動作能力、心理状態などの心身機能の状態、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。

ロ ①のハを準用する。（编者註：退所時指導加算と同じということ）

④ 退所前連携加算

イ 6の(12)の③イ及びロ※を準用する。

※编者註：

③イ 退所前連携加算については、入所期間が1月を超える入所者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後

文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として算定する。 **500 単位**

(註：退所前連携加算の算定要件)

二 緊急時施設療養費

入所者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定する。

(2) 特定治療

老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成 6 年 3 月厚生省告示第 72 号）別表第一老人医科診療報酬点数表（以下「老人医科診療報酬点数表」という。）第 1 章及び第 2 章において、老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）第 25 条第 3 項に規定する保険医療機関等が行った場合に点数が算定されるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療（別に厚生労働大臣が定めるもの※を除く。）を行った場合に、当該診療に係る老人医科診療報酬点数表第 1 章及び第 2 章に定める点数に 10 円を乗じて得た額を算定する。

※編者註：

〈厚生労働大臣が定める者等（平成 12 年厚生省告示第 23 号）〉

の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に、入所者 1 人につき 1 回に限り退所日に加算を行うものであること。

ロ 退所前連携を行った場合は、連携を行った日及び連携の内容の要点に関する記録を行うこと。

ロ ①のハ及びニを準用する。（編者注：退所時指導加算と同じということ）

(最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 82 号)

十六 指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護保健施設サービスのニ(2)の厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療
第十二号に規定するリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療※

※編者註：

十二 指定居宅サービス介護給付費単位数表の短期入所療養介護費のイ(2)(二)の厚生労働大臣が定めるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療

イ 老人医科診療報酬点数表第 2 章第 7 部により点数の算定されるリハビリテーション(同部において医科診療報酬点数表の例によることとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)、同第 9 部により点数の算定される処置(同部において医科診療報酬点数表の例によるとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)、同第 10 部により点数の算定される手術(同部において医科診療報酬点数表の例によることとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)及び同第 11 部により点数の算定される麻酔(同部において医科診療報酬点数表の例によることとされている診療のうち次に掲げるものを含む。)

(1) 第 7 部リハビリテーションに

掲げるリハビリテーションのうち次に掲げるもの

(一) 言語聴覚療法

(二) 摂食機能療法

(三) 視能訓練

(2) ～ (4) 略

(5) (1)から(4)までに掲げるリハビリテーション、処置、手術又は麻酔に最も近似するものとして医科診療報酬点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション、処置、手術及び麻酔

<再掲>

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）〉

（最終改正：平成 15 年 2 月 24 日 厚生省告示第 50 号）

別表

4. 訪問リハビリテーション費

(1 日につき) 550 単位

注 1 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所（指定居宅サービス基準第 76 条に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。）の理学療法士又は作業療法士が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に

<再掲>

〈指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の判定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年老企第 36 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 3 日・老老発第 0303001 号）

第 2 居宅サービス単位数表

5 訪問リハビリテーション費

(1) 算定の基準について

① 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日（介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時あるいはその直近に行った診療の日）から 1 月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを

基づき、指定訪問リハビリテーション（指定居宅サービス基準第 75 条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう。）を行った場合に算定する。

注 2 利用者に対して、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士等が共同して利用者ごとに訪問リハビリテーション計画を作成し、当該訪問リハビリテーション計画に基づき、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、ADLの自立性の向上を目的とした理学療法又は作業療法を行った場合は、病院若しくは診療所又は介護保険施設からの退院又は退所の日から起算して 6 月以内の期間に限り、日常生活活動訓練加算として、1 日につ

実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる診療の日から 1 月以内に行われた場合に算定する。

- ① 訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して 20 分以上指導を行った場合に算定する。
- ② 事業所が介護老人保健施設である場合にあって、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問して訪問リハビリテーションを行った場合には、訪問する理学療法士又は作業療法士の当該訪問の時間は、介護老人保健施設の人員基準の算定に含めないこととする。なお、介護老人保健施設による訪問リハビリテーションの実施にあたっては、介護老人保健施設において、施設サービスに支障のないよう留意する。

(2) 日常生活活動訓練加算

- ① 日常生活活動訓練加算は、退院（退所）後早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性の向上のために、実用歩行訓練・活動向上訓練等を組み合わせて個々の利用者の状態像に応じて行った場合に算定できるものである。当該訓練により向上させた諸活動の能力については、家族・介護者により在宅生活での実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要であ

き 50 単位を所定単位数に加算する。

(註：日常生活活動訓練加算の新設)

注 3 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、訪問リハビリテーション費は、算定しない。

る。

なお、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行った場合、関節可動域訓練のみを行った場合、住宅改修の助言又は福祉用具の選択若しくは利用方法の指導のみを行った場合は、加算の対象とならない。

② 日常生活活動訓練加算については、1日に行われる当該訓練が複数回にわたる場合であっても、1回として算定する。

③ 日常生活活動訓練加算を算定するにあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、これに基づいて行った訪問リハビリテーションの効果、実施方法等について評価等を行う。

④ 当該日常生活活動訓練を行うために、以下のものについては必要に応じで備えられていることが望ましい。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、
血圧計、各種歩行補助具(四脚杖、ウォーカーケイン等)、各種装具(長・短下肢装具等)、各種日常生活活動訓練用器具

(3) 記録の整備について

① 医師は、理学療法士又は作業療法士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。

理学療法士又は作業療法士は、リハ

ビリテーション実施計画書（別紙様式
またはこれに準ずるもの）の内容を利用
者に説明し、記録するとともに、医
師の指示に基づき行った指導の内容の
要点及び指導に要した時間を記録にと
どめておく。なお、当該記載について
は、医療保険の診療録に記載すること
としてもよいが、下線又は枠で囲う等
により、他の記載と区別できるように
することとする。

- ① リハビリテーションに関する記録
（実施時間、訓練内容、担当者等）は
利用者毎に保管され、常に当該事業所
のリハビリテーション従事者により閲
覧が可能であるようにすること。

2. 運営基準等

〈介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）〉

（最終改正：平成 15 年 2 月 24 日・厚生労働省令第 13 号、平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省令第 31 号）

第 2 章 人員に関する基準（抄）

（従業者の員数）

第 2 条 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 97 条第 2 項の規定による介護老人保健施設に置くべき医師、看護婦、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、次のとおりとする。

- 一 医師 常勤換算方法で、入所者の数を百で除して得た数以上

〈介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について（平成 12 年 3 月 17 日老企第 44 号）〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 19 日・老計発第 0319001 号、老振発第 0319001 号）

第 2 人員に関する基準

1 医師

- (1) 介護老人保健施設においては、常勤の医師が 1 人以上配置されていなければならないこと。したがって、入所者数 100 人未満の介護老人保健施設にあっても常勤の医師 1 人の配置が確保されていなければならないこと。また、例えば、入所者数 150 人の介護老人保健施設にあっては、常勤の医師 1 人のほか、常勤医師 0.5 人に相当する非常勤医師の配置が必要となること。ただし、前段に規定する介護老人保健施設（以下「基本型介護老人保健施設」という。）の開設者が当該介護老人保健施設と一体として運営するものとして開設

する介護老人保健施設（以下「分館型介護老人保健施設」という。）においては、当該分館型介護老人保健施設と一体として運営される基本型介護老人保健施設に配置されている医師が配置されるときに限り、非常勤職員をもって充てても差し支えないこと。例えば入所者 30 人の分館型介護老人保健施設にあつては、0.3 人分の勤務時間を確保すること。

- (2) (1) にかかわらず、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている介護老人保健施設にあつては、必ずしも常勤の医師の配置は必要でないこと。したがって、複数の医師が勤務する形態であっても、それらの勤務延時間数が基準に適合すれば差し支えないこと。ただし、このうち 1 人は、入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ医師としなければならないこと。なお、兼務の医師については、日々の勤務体制を明確に定めておくこと。

二 薬剤師 介護老人保健施設の実情に応じた適当数

三 看護婦、看護師、准看護婦若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）又は介護職員（以下「看護・介護職員」という。） 常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに 1 以上

2 薬剤師

薬剤師の員数については、入所者の数を 300 で除した数以上が標準であること。

3 看護師、准看護師及び介護職員

看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）又は介護職員（以下「看護・介護職員」という。）は、直接入所者の処遇に当たる職員であるので、当該介護

(看護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 2 程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の 7 分の 5 程度をそれぞれ標準とする。)

四 支援相談員 入所者の数が 100 又はその端数を増すごとに 1 以上

老人保健施設の職務に専ら従事する常勤職員でなければならないこと。ただし、業務の繁忙時に多数の職員を配置する等により業務の円滑化が図られる場合は、次の 2 つの条件を満たす場合に限り、その一部に非常勤職員を充てても差し支えないこと。

- (1) 常勤職員である看護・介護職員が基準省令によって算定される員数の 7 割程度確保されていること。
- (2) 常勤職員に代えて非常勤職員を充てる場合の勤務時間数が常勤職員を充てる場合の勤務時間数以上であること。

4 支援相談員

- (1) 支援相談員は、保健医療及び社会福祉に関する相当な学識経験を有し、次に掲げるような入所者に対する各種支援及び相談の業務を行うのにふさわしい常勤職員を充てること。
 - (1)入所者及び家族の処遇上の相談
 - (2)レクリエーション等の計画、指導
 - (3)市町村との連携
 - (4)ボランティアの指導
- (2) 支援相談員の員数は、基準省令により算定した数以上の常勤職員を配置しなければならないこと。ただし、分館型介護老人保健施設においては、基本型介護老人保健施設に配置されている支援相談員が配置されるときに限り、非常勤職員をもって充てて差し支えないこと。例えば入所者 30 人の分館型介護老人保健施設にあつては、0.3 人分の勤務時間を確保すること。

五 理学療法士又は作業療法士 常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上

六 栄養士 入所定員 100 以上の介護老人保健施設にあっては、1 以上

七 介護支援専門員 1 以上（入所者の数が 100 又はその端数を増すごとに 1 を標準とする。）

5 理学療法士又は作業療法士

理学療法士又は作業療法士は、介護老人保健施設の入所者に対するサービスの提供時間帯以外の時間において指定訪問リハビリテーションサービスの提供に当たることは差し支えないものである。

ただし、介護老人保健施設の理学療法士又は作業療法士の常勤換算方法における勤務延時間数に、指定訪問リハビリテーションに従事した勤務時間は含まないものとする。

6 栄養士

入所定員が 100 人以上の施設においては常勤職員を 1 人以上配置することとしたものである。ただし、同一敷地内にある病院等の栄養士がいることにより、栄養指導等の業務に支障がない場合には、兼務職員をもって充てても差し支えないこと。

なお、100 人未満の施設においても常勤職員の配置に努めるべきであること。

7 介護支援専門員

(1) 介護支援専門員については、その業務に専ら従事する常勤の者を 1 名以上配置していなければならないこと。したがって、入所者数が 100 人未満の介護老人保健施設にあっても 1 人は配置されていなければならないこと。また、介護支援専門員の配置は、入所者数が 100 人又はその端数を増すごとに 1 人を標準とするものであり、入所者数が 100 人又はその端数を増すごとに増員することが望ましいこと。ただし、当

八 調理員、事務員その他の従業者 介護
老人保健施設の実情に応じた適当数

- 2 前項の入所者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に許可を受ける場合又は再開の場合は、推定数による。
- 3 第1項の常勤換算方法は、当該従業者のそれぞれの勤務延時間数の総数を当該介護老人保健施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。
- 4 介護老人保健施設の従業者は、専ら当該介護老人保健施設の職務に従事する者でな

該増員に係る介護支援専門員については、非常勤とすることを妨げるものではない。

- (2) 介護支援専門員は、入所者の処遇に支障がない場合は、当該介護老人保健施設の他の職務に従事することができるものとする。この場合、兼務を行う当該介護支援専門員の配置により、介護支援専門員の配置基準を満たすこととなると同時に、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上も、当該介護支援専門員の勤務時間の全体を当該他の職務に係る勤務時間として算入することができるものとする。

なお、居宅介護支援事業者の介護支援専門員との兼務は認められないものである。ただし、増員に係る非常勤の介護支援専門員については、この限りでない。

8 調理員、事務員等

- (1) 調理員、事務員等については、介護老人保健施設の設置形態等の実情に応じた適当数を配置すること。
- (2) 調理員、事務員等については、併設施設との職員の兼務や業務委託を行うこと等により適正なサービスを確保できる場合にあっては配置しない場合があっても差し支えないこと。

10 用語の定義

- (1) 「常勤換算方法」

当該介護老人保健施設の従業者の勤務

ければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合には、この限りでない。

＜再掲＞

〈平成 12 年厚生省告示第 25 号〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 83 号）

五 介護保健施設サービスにおけるリハビリ

テーション機能強化加算の基準

第二号の規定を準用する。

二 介護保健施設における短期入所療養介護費に係るリハビリテーション機能強化加算の基準

イ 常勤の理学療法士又は作業療法士を 1 人以上配置していること。

ロ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 2 条第 1 項第五号に定める理学療法士又は作業療法士（平成 11 年厚生省令第 40 号第 2 条第 1 項第五号※）を配置していること。

※編者註：平成 11 年厚生省令第 40 号第 2 条第 1 項第五号

五 理学療法士又は作業療法士

常勤換算方法で、入所者の数を 100 で除して得た数以上

ハ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を常勤換算方法（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第 2 条第 3 項に規定する常勤換算方法をいう。）で入所者の数を 50 で除した数以上配置していること。

延時間数を当該施設において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 3 2 時間を下回る場合は 3 2 時間を基本とする。）で除することにより、当該施設の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該施設の介護保健施設サービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該施設が通所リハビリテーションの指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が介護保健施設サービスと指定通所リハビリテーションを兼務する場合、当該従業者の勤務延時間数には、介護保健施設サービスに係る勤務時間数だけを算入することとなるものであること。

（2）「勤務延時間数」

勤務表上、介護保健施設サービスの提供に従事する時間として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者 1 人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該施設において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

（3）「常勤」

当該介護老人保健施設における勤務時間数が、当該施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1 週間に勤務すべき時間数が 3 2 時間を下回る場合は 3 2 時間を基本とする。）に達していることをいうものである。当該施設に併設される事業所の職務であつ

て、当該施設の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間数の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、介護老人保健施設に指定通所リハビリテーション事業所が併設されている場合、介護老人保健施設の管理者と指定通所リハビリテーション事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間数の合計が所定の時間数に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

(4)「専ら従事する」

原則として、サービス提供時間帯を通じて介護保健施設サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該施設における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

(5)「前年度の平均値」

(1) 基準省令第2条第2項における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の入所者延数を当該前年度の日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。

(2) 新設（事業の再開の場合を含む。以下同じ。）又は増床分のベッドに関し

て、前年度において1年未満の実績しない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の入所者数は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、ベッド数の90%を入所者数とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における入所者延数を6月間の日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における入所者延数を1年間の日数で除して得た数とする。

- (3) 減床の場合には、減床後の実績が3月以上あるときは、減床後の入所者延数を延日数で除して得た数とする。

第3章 施設及び設備に関する基準

(厚生省令で定める施設)

第3条 介護老人保健施設は、次に掲げる施設を有しなければならない。

- 一 療養室
- 二 診察室
- 三 機能訓練室
- 四 談話室
- 五 食堂
- 六 浴室
- 七 レクリエーション・ルーム
- 八 洗面所
- 九 便所
- 十 サービス・ステーション
- 十一 調理室

第3 施設及び設備に関する基準

2 施設に関する基準

十二 洗濯室又は洗濯場

十三 汚物処理室

2 前項各号に掲げる施設の基準は、次のとおりとする。

二 機能訓練室

1 平方メートルに入所定員数を乗じて得た面積以上の面積を有し、必要な器械・器具を備えること。

第4章 運営に関する基準

(内容及び手続の説明及び同意)

第5条 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、入所申込者又はその家族に対し、第25条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他の入所申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について入所申込者の同意を得なければならない。

(入退所)

第8条 介護老人保健施設は、その心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供するものとする。

(2) 各施設については、基準省令第三条第二項に定めるもののほか、次の点に留意すること

① 機能訓練室

介護老人保健施設で行われる機能訓練は、理学療法士又は作業療法士の指導下における運動機能やADL（日常生活動作能力）の改善を中心としたものであるもので、これに必要な器械・器具を備えること。

第4章 運営に関する基準

(介護保健施設サービスの取扱方針)

第 13 条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

(機能訓練)

第 17 条 介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行わなければならない。

(サービスの提供の記録)

第 9 条 介護老人保健施設は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しなければならない。

2 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

十二 機能訓練

基準省令第 17 条は、介護老人保健施設の入所者に対する機能訓練については、医師、理学療法士若しくは作業療法士又は言語聴覚士（理学療法士又は作業療法士に加えて配置されている場合に限る。）の指導のもとに計画的に行うべきことを定めたものであり、特に、訓練の目標を設定し、定期的に評価を行うことにより、効果的な機能訓練が行えるようにすること。

なお、機能訓練は入所者 1 人について、少なくとも週 2 回程度行うこと。

第 4 運営に関する基準

7 サービス提供の記録

基準省令第 9 条第 2 項は、サービスの提供日、具体的なサービスの内容、入所者の状況その他必要な事項を記録しなければならないこととしたものである。

なお、基準省令第 38 条第 2 項の規定に基づき、当該記録は、2 年間保存しなければならないこととしたものである。

(記録の整備)

第38条 介護老人保健施設は、従業者、施設及び構造設備並びに会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 介護老人保健施設は、入所者に対する介護保健施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

一 施設サービス計画

二 第8条第4項※に規定する居宅において日常生活を営むことができるかどうかについての検討の内容等の記録

※第8条第4項 介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録しなければならない。

三 第9条第2項※に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録

※第9条第2項 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。

33 記録の整備

基準省令第38条第2項の介護保健施設サービスの提供に関する記録には診療録が含まれること（ただし、診療録については、医師法第24条第2項の規定により、5年間保存しなければならないものであること。）

リハビリテーション実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名	男 女	年 月 日生 (歳)	要介護度:	担当医:	PT:	OT:	ST:	SW:	看護師:
健康状態 (原因疾患、発症日等)			合併疾患			療用症候群: ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 原因:			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 正常 I Ila IIa IIb IIIa IIIb IV M

本人の希望	家族の希望
-------	-------

参加(主)目標	目標 [到達時期]										評価項目・内容																	
	家庭内役割:										家庭内役割:																	
	外出(目的・頻度等):										外出:																	
活動	自立・介護 状況	自宅での実行状況(目標):「する」活動									日常生活での実行状況:「している」活動									評価・訓練時の能力:「できる」活動								
	項 目	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考						
	屋外歩行 (含:家からの出入り)																											
	階段昇降																											
	トイレへの移動																											
	食 事																											
	排 泄																											
	整 容																											
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)																											
	入 浴																											
家 事																												
コミュニケーション																												

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明 H 年 月 日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-------------------	-------	-------	--------

<注>:健康状態・参加・活動(実行状況・能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション実施計画書（記載例）

計画評価実施日 ○○年 ○月 ○○日

利用者氏名 厚生花子 男 (81歳)	T10年1月5日生 (81歳)	要介護度: 1	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	看護師: ○○	
健康状態（原因疾患、発症日等） 膝関節症（右強い、20年前から） 十痠用症候群		合併疾患		廃用症候群: □軽度 □中等度 □重度 原因: 膝痛のための活動性低下		障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 (A) A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

本人の希望 一人で外出したい（特に近所、買い物）	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない（平日は家事をして欲しい）
-----------------------------	--------------------------------------

参加【主目標】	目標【到達時期】		評価項目・内容																						
	家庭内役割: 平日の主婦業		家庭内役割: 特に なし（2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。）																						
	外出（目的・頻度等）: 買い物（週2回）、友人宅（週3回）、 老人会（週1回）		外出: 家族の介助時のみ（3ヶ月前から介助必要）																						
活動	自立・介護状況		自宅での実行状況【目標】:「する活動」				日常生活での実行状況【している活動】				評価・訓練時の能力【できる活動】														
	項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考										
	屋外歩行 (含:家からの出入り)	レ						買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖								腕組み	レ							シルバーカー	
	階段昇降	レ						手すり										レ							
	トイレへの移動	レ						家具配置換え つたい歩きも	レ									レ							
	食 事	レ							レ									レ							
	排 泄	レ							レ									レ							
	整 容	レ							レ									レ							
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)	レ							レ									レ							
	入 浴	レ																レ							伝い歩き指導 洗い椅子使用 膝への負担の少ない方法の指導
家 事	レ						平日の昼・夕食 掃除										レ								
コミュニケーション						問題なし				問題なし															

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活性化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。
(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具（買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖）を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム
下肢の運動（通用に注意）

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明 H ○○年 ○○月 ○○日	本人サイン 厚生花子	家族サイン 厚生次郎	説明者サイン ○○
-------------------------	------------	------------	-----------

<註>:・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生 機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

V. 介護療養型医療施設における特定診療費

<平成 15 年度介護報酬の見直しの概要>

リハビリテーションの体系的な見直し

従来の集団療法を中心とした評価は、基本報酬に包括化し、個別的なリハビリテーションを加算で評価。

理学療法（Ⅰ） 200-175 単位	／日	理学療法（Ⅰ） 250 単位	／日
理学療法（Ⅰ） 185-160 単位	／日	理学療法（Ⅰ） 180 単位	／日
理学療法（Ⅱ） 100 単位	／日	理学療法（Ⅱ） 100 単位	／日
理学療法（Ⅲ） 65 単位	／日 →	理学療法（Ⅲ） 50 単位	／日
作業療法（Ⅰ） 200-175 単位	／日	作業療法（Ⅰ） 250 単位	／日
作業療法（Ⅱ） 185-160 単位		作業療法（Ⅱ） 180 単位	／日
言語療法 135 単位		言語聴覚療法（Ⅰ） 250 単位	／日
		言語聴覚療法（Ⅱ） 180 単位	／日
ADL 加算 （新設）	→	30 単位	／回

※病棟等においてADLの自立等を目的としたリハビリテーションを行った場合に算定。

1. 特定診療費の算定

〈厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数（平成 12 年厚生省告示第 30 号）〉 （最終改正：平成 15 年 2 月 24 日・厚生労働省告示第 53 号）	〈特定診療費の算定に関する留意事項について（平成 12 年老企第 58 号）〉 （最終改正：平成 15 年 3 月 3 日老老発第 0303001 号）
--	--

別表

10 理学療法（1回につき）

- イ 理学療法（Ⅰ） 250 単位
- ロ 理学療法（Ⅱ） 180 単位
- ハ 理学療法（Ⅲ） 100 単位
- ニ 理学療法（Ⅳ） 50 単位

注1 イからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）又は指定介護療養施設サービス（老人性痴呆疾患療養

第二 個別項目

10 リハビリテーション

(2) 通則

- ① リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。
- ② 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法は、患者1人につき1日合計4回に限り算定し、摂食機能療養は、1日につき1回のみ算定する。
- ③ リハビリテーションの実施に当たっては、すべての患者のリハビリテーションの内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等に記載する。

(2) 理学療法

- ① 理学療法(Ⅰ)、(Ⅱ)及び(Ⅲ)に係る特定診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った医療機関において、理学療法(Ⅳ)に係る特定診療費は、それ以外の医療機関において算定するものであり、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、種々の運動療法・実用歩行訓練・活動向上訓練・物理療法等を組み合わせることで個々の患者の状態像に応じて行った場合に算定する。
- ② 理学療法は、医師の指導監督のもとで

病棟において行われるものを除く。)を受けている利用者又は入院患者に対して、理学療法を個別に行った場合に、当該基準に掲げる区分に従って、それぞれ所定単位数を算定し、二については、それ以外の指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護(老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。)又は指定介護療養施設サービス(老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。)を受けている利用者又は入院患者に対して、理学療法を個別に行った場合に算定する。

注2 理学療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回(作業療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回)に限り算定するものとし、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

注3 病棟等においてADLの自立等を目的とした理学療法(Ⅰ)、理学療法(Ⅱ)又は理学療法(Ⅲ)を算定すべき理学療法を行った場合は1回につき30単位を所定単位数に加算する。

(注：日常生活活動訓練加算)

行われるものであり、医師又は理学療法士の監視下で行われるものである。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

③ 届出施設である医療機関において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても算定できる。

④ 理学療法に係る特定診療費は、患者に対して個別に20分以上訓練を行った場合に算定するものであり、訓練時間が20分に満たない場合は、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。

⑤ 理学療法に係る特定診療費の所定単位数には、徒手筋力検査及びその他の理学療法に付随する諸検査が含まれる。

⑥ 理学療法(Ⅰ)及び(Ⅱ)における理学療法にあつては、1人の理学療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、理学療法士と患者が1対1で行った場合にのみ算定し、実施回数は理学療法士1人につき1日18回を限度とする。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

⑦ 別に厚生労働大臣が定める理学療法(Ⅱ)を算定すべき理学療法の施設基準に

注 4 理学療法（Ⅰ）、理学療法（Ⅱ）

又は理学療法（Ⅲ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法（Ⅰ）、理学療法（Ⅱ）又は理学療法（Ⅲ）を算定すべき理学療法を行った場合に、入院初月（指定短期入所療養介護に係る場合にあっては、発症の月）、当該月から起算して 3 月ごとの各月に限り、1 月に 1 回を限度として所定単位数に 480 単位を加算する。ただし、作業療法の注 4 の規定により加算する場合はこの限りでない。

（註：理学療法リハビリ計画加算）

注 5 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、理学療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護療養施設サービスを行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月 2 回以上行った場合は、1 月に 1 回を限度として所定単位数に 300 単位を加算する。ただし作業療法の注 5 の規定に

適合しているものとして都道府県知事に届出を行った医療機関であって、専従する常勤の理学療法士が 2 名以上勤務している場合において、運動療法機能訓練技師講習会を受講したあん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者が訓練を行った場合は、当該療法を実施するにあたり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合に限り、理学療法（Ⅲ）に準じて算定する。なお、この場合に監視に当たる理学療法士が理学療法を行った場合は、理学療法（Ⅱ）を算定することができる。

⑧ 理学療法（Ⅰ）及び（Ⅱ）の実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後 3 か月に 1 回以上患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

⑨ 理学療法（Ⅱ）とは、個別的訓練を行う必要がある患者に行う場合であって、従事者と患者が 1 対 1 で行った場合に算定し、実施回数は従事者 1 人につき 1 日 18 回を限度とする。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1 日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については、1 回として算定することができる。

より加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

(註：理学療法日常動作訓練指導加算)

⑩ 理学療法(Ⅲ)の実施に当たっては、理学療法士は、医師の指導監督のもとに看護師、あん摩マッサージ指圧師等理学療法士以外の従事者とともに、訓練を受ける全ての患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

⑪ 理学療法(Ⅲ)の実施に当たっては、医師は運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。なお、理学療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

⑫ 理学療法(Ⅳ)とは、機械・器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等を組み合わせ個々の状態像に応じて、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、従事者と患者が1対1で行った場合に算定し、実施回数は従事者1人につき1日18回を限度とする。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる理学療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

⑬ 理学療法(Ⅳ)の実施に当たっては、医師は運動機能検査をもとに、理学療法の効果判定を行い、理学療法実施計画を作成する必要がある。なお、6か月を超え

11 作業療法（1回につき）

イ 作業療法（Ⅰ） 250 単位

ロ 作業療法（Ⅱ） 180 単位

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）又は指定介護療養施設サービス（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている利用者又は入院患者に対して、作業療法を個別に行った場合に、当該基準に掲げる区分に従って、それぞれ所定単位数を算定する。

注2 作業療法については、利用者又は入院患者1人につき1日3回（理学療法及び言語聴覚療法と合わせて1日4回）に限り算定するものとし、1月に合計11回以上行った場合は、11回目以降のものについては、所定単位数の100分の70に相当する単位数を算定する。

注3 病棟等においてADLの自立等を

て理学療法を実施する場合は、患者に対して当該理学療法実施計画の内容を説明し、その内容の要点を診療録に記載する。

(2) 作業療法

- ① 作業療法(Ⅰ)及び(Ⅱ)に係る特定診療費は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届出を行った医療機関において、生活機能の改善等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を図るために、総合的に個々の患者の状態像に応じて作業療法を行った場合に算定する。
- ② 作業療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は作業療法士の監視下で行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- ③ 届出施設である医療機関において、治療、訓練の専用施設外で訓練を実施した場合においても、所定単位数により算定できる。
- ④ 作業療法(Ⅰ)、(Ⅱ)における作業療法にあつては、1人の作業療法士が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行うことが必要と認められる場合であつて、作業療法士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合にのみ算定し、実施回数は作業療法士一人につき1日18回を

目的とした作業療法（Ⅰ）又は作業療法（Ⅱ）を算定すべき作業療法を行った場合は1回につき30単位を所定単位数に加算する。

（註：日常生活活動訓練加算）

注4 作業療法（Ⅰ）又は作業療法（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法（Ⅰ）又は作業療法（Ⅱ）を算定すべき作業療法を行った場合に、入院初月（指定短期入所療養介護に係る場合にあっては、発症の月）、当該月から起算して3月ごとの各月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、理学療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。

（註：作業療法リハビリ計画加算）

注5 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、作業療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護療養施設サービスを行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以

限度とする。なお、訓練時間が20分に満たない場合は、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。なお、患者の状態像や日常生活のパターンに合わせて、1日に行われる作業療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち2回分の合計が20分を超える場合については、1回として算定することができる。

- ⑤ 作業療法の所定単位数には、日常生活動作検査及びその他の作業療法に付随する諸検査が含まれる。
- ⑥ 作業療法の実施に当たっては、医師は定期的な作業能力検査をもとに作業療法の効果判定を行い、作業療法実施計画を作成する必要がある。なお、作業療法を実施する場合は、開始時及びその後3か月に1回以上患者に対して当該作業療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、理学療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

(註：作業療法日常動作訓練指導加算)

<再掲>

10 理学療法

注3 病棟等においてADLの自立等を目的とした理学療法(Ⅰ)、理学療法(Ⅱ)又は理学療法(Ⅲ)を算定すべき理学療法を行った場合は1回につき30単位を所定単位数に加算する。

(註：日常生活活動訓練加算)

<再掲>

11 作業療法

注3 病棟等においてADLの自立等を目的とした作業療法(Ⅰ)又は作業療法(Ⅱ)を算定すべき作業療法を行った場合は1回につき30単位を所定単位数に加算する。

(註：日常生活活動訓練加算)

(2) 理学療法及び作業療法に係る加算等

① 理学療法及び作業療法の注3に掲げる加算は、理学療法(Ⅰ)、理学療法(Ⅱ)若しくは理学療法(Ⅲ)又は作業療法(Ⅰ)若しくは作業療法(Ⅱ)に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているとして医療機関が届出をした医療機関において、実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上のために、訓練室以外の病棟等(屋外を含む)において、実用歩行訓練・活動向上訓練等が行われた場合に限り算定できる。当該訓練により向上させた諸活動の能力については、入院中において、常に看護師等により入院中および退院後の日常生活における実行状況に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。

なお、病棟訓練室及び廊下等で行った平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない。

<再掲>

10 理学療法

注 4 理学療法（Ⅰ）、理学療法（Ⅱ）又は理学療法（Ⅲ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、医師、看護師、理学療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき理学療法（Ⅰ）、理学療法（Ⅱ）又は理学療法（Ⅲ）を算定すべき理学療法を行った場合に、入院初月（指定短期入所療養介護に係る場合にあつては、発症の月）、当該月から起算して3月ごとの各月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、作業療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。

（註：理学療法リハビリ計画加算）

<再掲>

11 作業療法

注 4 作業療法（Ⅰ）又は作業療法（Ⅱ）に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、医師、看護師、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該リハビリテーション計画に基づき作業療法（Ⅰ）又は作業療

② 理学療法及び作業療法の注4に掲げる加算(③及び④)において「注4の加算」という。)は、理学療法(Ⅰ)、理学療法(Ⅱ)若しくは理学療法(Ⅲ)又は作業療法(Ⅰ)若しくは作業療法(Ⅱ)に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると医療機関が届出をした医療機関において、当該注4※に掲げる月に限り1月につき1回のみ算定するものであること。

③ 注4の加算は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行った理学療法又は作業療法等の効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定するものである。

④ 医師等の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書(別添様式2)を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

法（Ⅱ）を算定すべき作業療法を行った場合に、入院初月（指定短期入所療養介護に係る場合にあっては、発症の月）、当該月から起算して3月ごとの各月に限り、1月に1回を限度として所定単位数に480単位を加算する。ただし、理学療法の注4の規定により加算する場合はこの限りでない。

（註：作業療法リハビリ計画加算）

<再掲>

10 理学療法

注5 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、理学療法士等が指定短期入所療養介護又は指定介護療養施設サービスを行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし作業療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

（註：理学療法日常動作訓練指導加算）

<再掲>

11 作業療法

注5 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、作業療法

⑤ 理学療法及び作業療法の注5に掲げる加算(⑥及び⑦において「注5の加算」という。)は、理学療法又は作業療法を算定する指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、理学療法士又は作業療法士等が入院又は入所中の患者に対して、看護職員若しくは介護職員と共同して、月2回以上の日常生活の自立に必要な起居、食事、整容、移動等の日常動作の訓練及び指導(以下「入院生活リハビリテーション管理指導」という。)を行った場合に、1月に1回を限度として算定するものであること。

⑥ 注5の加算を算定すべき入院生活リハビリテーション管理指導を行った日においては、理学療法及び作業療法に係る特定診療費の所定単位数は算定できないものである。

⑦ 注5の加算を算定する場合にあっては、入院生活リハビリテーション管理指導を行った日時、実施者名及びその内容を診療録に記載するものである。

士等が指定短期入所療養介護又は指定介護療養施設サービスを行う病棟において、基本的動作能力又は応用的動作能力若しくは社会的適応能力の回復を図るための日常動作の訓練及び指導を月2回以上行った場合は、1月に1回を限度として所定単位数に300単位を加算する。ただし、理学療法の注5の規定により加算する場合はこの限りでない。なお、当該加算の対象となる訓練及び指導を行った日については、所定単位数は算定しない。

(註：作業療法日常動作訓練指導加算)

12 言語聴覚療法（1回につき）

イ 言語聴覚療法（Ⅰ） 250 単位

ロ 言語聴覚療法（Ⅱ） 180 単位

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）又は指定介護療養施設サービス（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている利用者又は入院患者に対して、言語聴覚療法を個別に行った場合に、当該基準に掲げる区分に従って、それぞれ所定単位数を算定する。

第二 個別項目

(5) 言語聴覚療法

- ① 言語聴覚療法に係る特定診療費は、失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能又は聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。
- ② 言語聴覚療法は、医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又は言語聴覚士により実施された場合に算定する。
- ③ 言語聴覚療法は、患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、専用の言語療法室等において、言語聴覚士と患者が1対1で20分以上訓練を行った場合に算定し、実施回数は言語聴覚士1人につき1日18回を限度とする。なお、訓練時間が

注 2 言語聴覚療法については、利用者又は入院患者 1 人につき 1 日 3 回（理学療法及び作業療法と合わせて 1 日 4 回）に限り算定するものとし、1 月に合計 11 回以上行った場合は、11 回目以降のものについては、所定単位数の 100 分の 70 に相当する単位数を算定する。

13 摂食機能療法（1 日につき）185 単位

注 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）又は指定介護療養施設サービス（老人性痴呆疾患療養病棟において行われるものを除く。）を受けている利用者又は入院患者であって摂食機能障害を有するものに対して、摂食機能療法を 30 分以上行った場合に、1 月に 4 回

20 分に満たない場合は、短期入所療養介護又は介護療養施設サービスに係る介護給付費のうち特定診療費でない部分に含まれる。なお、患者の状態像や日常生活パターンに合わせて、1 日に行われる言語聴覚療法が複数回にわたる場合であっても、そのうち 2 回分の合計が 20 分を超える場合については、1 回として算定することができる。

- ④ 言語聴覚療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力の検査をもとに、言語聴覚療法の効果判定を行い、言語聴覚療法実施計画を作成する必要がある。なお、言語聴覚療法を実施する場合は、開始時その後 3 か月に 1 回以上患者に対して当該言語聴覚療法実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

第二 個別項目

(6) 摂食機能療法

- ① 摂食機能療法に係る特定診療費は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の状態像に対応した診療計画書に基づき、1 回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、「摂食機能障害を有するもの」とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。
- ② 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴

を限度として所定単位数を算定する。

14 精神科作業療法（1日につき）220 単位

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護又は指定介護療養施設サービスを受けている利用者又は入院患者に対して、精神科作業療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

15 痴呆性老人入院精神療法（1週間につき）

330 単位

注 指定短期入所療養介護事業所又は指定介護療養型医療施設において、指定短期入所療養介護又は指定介護療養施

覚士又は看護師等が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

第二 個別項目

11 精神科専門療法

(1) 精神科作業療法

- ① 精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。
- ② 1人の作業療法士は、1人以上の助手とともに当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日3単位75人以内を標準とする。
- ③ 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載すること。
- ④ 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該医療機関の負担となるものである。

第二 個別項目

(2) 痴呆性老人入院精神療法

- ① 痴呆性老人入院精神療法とは、回想法又はR・O・法(リアリティー・オリエンテーション法)を用いて痴呆患者の情動の安定、残存認知機能の発掘と活用、

設サービスを受けている利用者又は入院患者に対して、痴呆性老人入院精神療法を行った場合に、所定単位数を算定する。

覚醒性の向上等を図ることにより、痴呆疾患の症状の発現及び進行に係わる要因を除去する治療法をいう。

- ② 痴呆性老人入院精神療法とは、精神科医師の診療に基づき対象となる患者ごとに治療計画を作成し、この治療計画に従って行うものであって、定期的にその評価を行う等の計画的な医学的管理に基づいて実施しているものである。
- ③ 精神科を担当する1人の医師及び1人の臨床心理技術者等の従事者により構成される少なくとも合計2人の従事者が行った場合に限り算定する。なお、この場合、精神科を担当する医師が、必ず1人以上従事していること。
- ④ 1回に概ね10人以内の患者を対象として、1時間を標準として実施する。
- ⑤ 実施に要した内容、要点及び時刻について診療録等に記載する。

2. 人員・設備・運営（記録）

〈厚生労働大臣が定める特定診療に係る施設基準等（平成 12 年厚生省告示第 31 号）〉
（最終改正：平成 15 年 3 月 14 日・厚生労働省告示第 88 号）

三 初期入院診療管理の基準

- イ 医師、看護師等の共同により策定された診療計画であること。
- ロ 病名、症状、予定される検査及びリハビリテーションの内容及びその日程その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な診療計画であること。
- ハ 当該診療計画が入院した日から起算して二週間以内に、患者に対し文書により交付され説明がなされるものであること。

〈平成 12 年老企第 58 号〉

（最終改正：平成 15 年 3 月 3 日老老発第 0303001 号）

第二 個別項目

3 初期入院診療管理

- (1) 初期入院診療管理については、入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添様式 5 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、栄養状態、日常生活の自立の程度（痴呆の評価を含む。）等のアセスメント及びリハビリテーション計画、栄養摂取計画等について、入院後 2 週間以内に説明を行う。
- (2) 初期入院診療管理において求められる入院に際して必要な医師の診察、検査等には、院内感染対策の観点から必要と医師が判断する検査が含まれるものであること。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあつては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解ができないと認められる患者についてはその家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者(説明に対して理解ができないと認められる患者に

七 理学療法又は作業療法の施設基準

イ 理学療法（Ⅰ）を算定すべき理学療法又は作業療法（Ⅰ）を算定すべき作業療法の施設基準

- （１）理学療法及び作業療法を担当する医師が適切に配置されていること。
- （２）理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。
- （３）患者数が、理学療法については理学療法士を含む従事者の、作業療法については作業療法士を含む従事者のそれぞれの数に対し適切なものであること。
- （４）理学療法及び作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

についてはその家族等)に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

第三 施設基準

7 総合リハビリテーション施設（理学療法（Ⅰ）及び作業療法（Ⅰ））

- （１）専任の常勤医師が２名以上勤務すること。
- （２）専従の常勤理学療法士が５名以上勤務すること。ただし、医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。
- （３）専従の常勤作業療法士が３名以上勤務すること。ただし、医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任ではないこと。
- （４）治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、理学療法及び作業療法に要する専用の施設の広さが合計 240 平方メートル以上であること（理学療法及び作業療法について共有部分を有していてもかまわないものとする）。なお、専用の施設には、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 21 条第 1 項及び第 2 項の規定による療養病床（医療法等の一部を改正する法律（平成 12 年法律第 141 号）附則第 2 条第 3 項第 5 号に規定する経過的旧療養型病床群を含む。）を有する医療機関に

- (5) 理学療法及び作業療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。
- (6) 適切な看護体制が整備されていること。

置くべきこととされている機能訓練室(以下「機能訓練室」という。)を充てて差し支えない。

- (5) 当該療法を行うために必要な器械・器具を具備していること。
- (6) 当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具

なお、以下のものについては必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

- 訓練マットとその付属品、治療台、肋木、バーベル又は亜鈴、ホットパック及びその加温装置、パラフィン浴、高周波治療器、渦流浴、赤外線、電気刺激治療器、木工・金工・治療用ゲーム・手工芸に係る器具等
- (7) リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- (8) 看護職員・介護職員の員数が、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚

生省令第 41 号)の人員に関する基準を満たしていること。

(9) 届出に関する事項

- ① 総合リハビリテーションの施設基準に係る届出は、別添様式 9 を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師、理学療法士又は作業療法士、並びにその他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式 8 を用いて提出すること。なお、その他の従事者が理学療法の経験を有するものである場合はその旨を備考欄に記載すること。
- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

ロ 理学療法(Ⅱ)を算定すべき理学療法の施設基準

(1) 理学療法士が適切に配置されていること。

(2) 患者数が理学療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

(3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

8 理学療法(Ⅱ)

(1) 専任の常勤医師及び専従する常勤理学療法士がそれぞれ 1 人以上勤務すること。ただし、理学療法士については医療保険の回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任ではないこと。

(2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは 100 平方メートル以上とする。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

(3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること(作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としても構わないものとする)。なお、当該療法を行うために必要な器

- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

ニ 理学療法(Ⅲ)を算定すべき理学療法の施設基準

- (1) 理学療法士が配置されていること。
- (2) 患者数が従事者の数に対し適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、和室、各種日常生活活動訓練用器具

なお、以下のものについては必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

訓練マットとその付属品、治療台、肋木、バーベル又は亜鈴、ホットパック及びその加温装置、パラフィン浴、高周波治療器、渦流浴、赤外線、電気刺激治療器

- (4) リハビリテーションに関する記録(実施時間、訓練内容、担当者等)は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

- (5) 届出に関する事項

7の(9)と同じである。

9 理学療法(Ⅲ)

- (1) 次に掲げる要件のいずれをも満たしていること。

- ① 医師及び週2日以上勤務する理学療法士がそれぞれ1人以上勤務している。
- ② 専従する理学療法の経験を有する従事者が1人以上勤務している。ただし、1に掲げる理学療法士が専従の場合にあっては、この限りではない。

- (2) 45平方メートル以上の専用の施設を有

すること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

(3) 当該療法を行うに必要な専用の器械・器具を次のとおり具備していること（作業療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としてもかまわないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、
血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種歩行補助具

なお、訓練マットとその付属品についても必要に応じて備えられていることが望ましいものである。

(4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(5) 届出に関する事項

7 の(9)と同じである。

ハ 作業療法（Ⅱ）を算定すべき作業療法の施設基準

- (1) 作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) 患者数が作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。
- (3) 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療法を行うにつき必要な器械及

10 作業療法（Ⅱ）

(1) 8 の(1)と同様である。ただし、理学療法士とあるのは作業療法士と読み替える。

(2) 治療・訓練を十分実施し得る専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、75 平方メートル以上とすること。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて差し支えない。

び器具が具備されていること。

八 言語聴覚療法を算定すべき施設基準

イ 言語聴覚士が適切に配置されていること。

ロ 患者数が言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ハ 当該療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

ニ 当該療法を行うにつき必要な器械及び器具が具備されていること。

(3) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を具備していること（理学療法に係る訓練室と連続した構造の場合は共有としてもかまわないものとする。）。なお、当該療法を行うために必要な器械・器具のうち代表的なものは、以下のものであること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、家事用設備、各種日常生活活動訓練用器具

なお、各種歩行補助具、和室、木工・金工・治療用ゲーム・手工芸に係る器具等についても必要に応じて備えられているのが望ましいものである。

(4) リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(5) 届出に関する事項

7の(5)と同じである。

第三 施設基準

11 言語聴覚療法

(1) 言語聴覚療法（Ⅰ）

① 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。

② 専従する常勤言語聴覚士が3人以上勤務すること。

③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療教室

個別療教室（8平方メートル以上）を3室以上有しており、かつ、集団療教室（16平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療教室及び集団療教室に該当せず、また、個別療教室と集団療教室の共用も認められないものとする。）。なお、当該療教室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- ④ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(1) 言語聴覚療法（Ⅱ）

- ① 専任の常勤医師が1名以上勤務すること。
- ② 専従する常勤言語聴覚士が1人以上勤務すること。
- ③ 次に掲げる当該療法を行うための専用の療教室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療教室

個別療教室（８平方メートル以上）を１室以上有しており、かつ、集団療教室（１６平方メートル以上）を１室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは個別療教室及び集団療教室に該当しないものとする。ただし、個別療教室と集団療教室の共用は可能なものとする。）。なお、当該療教室は、車椅子、歩行器・杖等を使用する利用者が容易かつ安全に出入り可能であり、遮音等に配慮した部屋でなければならないものとする。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- ④ リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(3) 届出に関する事項

- ① 言語聴覚療法（Ⅰ）又は言語聴覚療法（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添様式 10 を用いること。
- ② 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添様式 8 を用いて提出すること。

九 精神科作業療法の施設基準

- イ 作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 患者数が作業療法士の数に対し適切なものであること。
- ハ 当該作業療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

- ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第三 施設基準

12 精神科作業療法

- (1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。
- (2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人を標準とすること。
- (3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して75平方メートルを基準とすること。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。
- (5) 精神科を標榜する医療機関であって、精神科を担当する医師(非常勤でよい。)の指示の下に実施するものとする。
- (6) 届出に関する事項
 - ① 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添様式11を用いること。
 - ② 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従の別)及び勤務時間を別添様式8を用いて提出すること。
 - ③ 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

リハビリテーション総合実施計画書

様式 2

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	年5月6日生 (歳)	要介護度:	担当医:	PT:	OT:	ST:	SW:	看護師:
健康状態 (原因疾患、発症・受傷日等)			合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)			廃用症候群: ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 起立性低血圧 ☐ 静脈血栓			障害老人の日常生活自立度
									正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
									痴呆性老人の日常生活自立度
									正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]		評価項目・内容 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)																													
参 加 [主 目 標]	退院先 ☐ 自宅 ☐ その他: ☐ 退院未定 [退院時期: 家庭内役割 (家事への参加等): 社会活動: 外出 (内容・頻度等): 余暇活動 (内容・頻度等):															退院実現に向けた課題・条件:															
活 動 (1)	自立・介護 状況 項 目	退院先での実行状況 (目標): [する"活動"]										日常生活での実行状況: [している"活動"]										評価・訓練時の能力: [できる"活動"]									
		自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等 [到達時期]	重 要 項 目	自 立	見 守 り	口 頭 指 導	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等					
	屋外移動 (含:家の出入り)						杖・装具									杖・装具								杖・装具							
	交通機関利用 (含:通院)						電車・タクシー																								
	階段昇降						杖・装具									杖・装具									杖・装具						
	トイレへの移動						杖・装具									杖・装具									杖・						
	食 事						用具:									用具:									用具:						
	排泄 (昼)						便器:									便器:									便器:						
	排泄 (夜)						便器:									便器:									便器:						

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入):「到達時期」										評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
退院先での実行状況(目標):「する活動」										日常生活での実行状況:「している活動」																
自立・介護状況										評価・訓練時の能力:「できる活動」																
項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ [到達時期]	等	重要項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	独	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等
活 容								移動方法・姿勢										移動方法・姿勢								移動方法・姿勢:
更 衣 (含:靴・装具の着脱)								姿勢										姿勢								姿勢:
入 浴							浴槽:										浴槽:								浴槽:	
家 事																										
コミュニケーション																										
心身機能											☐ 運動機能障害 ☐ 中枢性麻痺 (ステージ、グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ その他 基本動作 立位保持(装具: ☐ 手放し、 ☐ つかまり、 ☐ 不可 訓練 室内歩行: ☐ 独立、 ☐ 一部介助、 ☐ 全介助 (杖・装具等:)															
心理											☐ 知覚障害: ☐ 視覚、 ☐ 聴覚 ☐ 高次脳機能障害: ☐ 音声・発語障害: ☐ 構音障害、 ☐ 失語症 (種類: ☐ 拘縮															
環境	自宅改造 ☐ 不要 ☐ 要 福祉用具 ☐ 不要 ☐ 要										家屋 : 家屋周囲: 同居家族: 社会保障サービス ☐ 身障手帳(1級) ☐ 障害年金(1級) ☐ その他:															
(家族等への影響) 第三者の障害	退院後の家族の変化										家族の生活機能 参加面: 健康上の問題:															

本人の希望 参加面： 活動面：	家族の希望 参加面： 活動面：
-----------------------	-----------------------

基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画）	具体的プログラム（リハビリテーションの方針・計画）	リスク・疾病管理（含：過用・誤用）
自己実施プログラム	活動度指示	家族への指導

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容	備考
----------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	○	○
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	---	---

<註>：・健康状態・参加・活動（実行状況、能力）・心身機能・環境は、WHO ICF（国際生活機能分類）による
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション総合実施計画書（記載例）

計画評価実施日 ○○年 ○月○○日

利用者氏名 厚生太郎	☒ 男 ☐ 女	T14年5月6日生 (78歳)	要介護度: 3	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	看護師: ○○
健康状態（原因疾患、発症・受傷日等） 脳出血（H13. 11. 10）、右片麻痺 ＋肺炎（H14.8）時の安静による廃用症候群			合併疾患・コントロール状態 （高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） 糖尿病（インスリン朝1回注射）			廃用症候群： ☐ 軽度 ☒ 中等度 ☐ 重度 ☐ 起立性低血圧 ☐ 静脈血栓			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 (B1) B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M

目標（コロン（:）の後に具体的内容を記入。）[到達時期]		評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入。）																								
参加 【主目標】	退院先 ☒ 自宅 ☐ その他: ☐ 退院未定 [退院時期:15年6月上旬 家庭内役割（家事への参加等）: 社会活動: 町内会（元会長）月1回、同窓会（年1回） 外出（内容・頻度等）:通院（隔週） 余暇活動（内容・頻度等）:囲碁（自宅、近所の友人と週3～4回）	退院実現に向けた課題・条件: ・自宅内生活自立（自宅に隣接する店舗での仕事の合間での介護で十分な状態） 特に排泄自立。 ・緊急時に店舗に連絡する緊急ブザーを適切に押せる。 ・6月は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら頻回に自宅の状況の確認可能。																								
		自立・介護状況 退院先での実行状況（目標）:「する活動」 日常生活での実行状況:「している活動」 評価・訓練時の能力:「できる活動」																								
	項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等 [到達時期]	重要項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等
	屋外移動 （含:家の出入り）	レ						杖・装具 短下肢義具 ウォーカー・ケイン		レ							杖・装具 短下肢義具 ウォーカー・ケイン									
	交通機関利用 （含:通院）	レ						電車（タクシー） 通院時																		
	階段昇降	レ						杖・装具 短下肢義具 手すり									杖・装具 短下肢義具	てすり								
	トイレへの移動	レ						杖・装具 短下肢義具	つたい歩き	レ	レ						杖・装具 短下肢義具 ウォーカー・ケイン									
	食 事	レ						用具: 箸		レ							用具: 箸		レ							
排泄（昼）	レ						便器: 尿:立ち便器 便:洋式		レ							便器: 尿:立ち便器	前方もたれ必要									
排泄（夜）	レ						便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器		レ							便器: 尿:立ち便器										

		目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入):「到達時期」										評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)														
		退院先での実行状況(目標):「する活動」										日常生活での実行状況:「している活動」														
自立・介護 状況		自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等 [到達時期]	重要 項目	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ 等
活 動 (2)	整 容	レ						短下肢装具	移動方法・姿勢 つたい歩き、立位	レ	レ							移動方法・姿勢 車椅子、座位				レ			短下肢装具 ウォーカーケイン	移動方法・姿勢 歩行、立位
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)	レ							姿勢 立位	レ								姿勢 ベッド上座位				レ			短下肢装具	姿勢 もたれ立位
	入 浴	レ						浴槽:								レ	浴槽: 介護浴槽					レ		浴槽: 訓練用・洋式	浴槽出入りのみ介助 歩行:ウォーカーケイン	
	家 事						レ										レ						レ			
	コミュニケーション																									
心身機能	拘縮は改善し、関節可動域正常 (但し退院後も自己訓練として、毎日足関節は背屈訓練を行う必要あり)										☒ 運動機能障害 ☒ 中枢性麻痺(ステージ <u>グレート</u>) 右上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ その他 基本動作 立位保持(装具: ☒ 手放し、 ☐ つかまり、 ☐ 不可 訓練室内歩行: ☒ 独立、 ☐ 一部介助、 ☐ 全介助 (杖・装具等: T字杖、シューホン)															
心理																										
環境	自宅改造 ☒ 不要 ☐ 要 福祉用具 ☐ 不要 ☒ 要 ウォーカーケイン、短下肢装具 ・つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要										家屋 :2階建て。本人の部屋は1階。トイレ:洋式+立便器(朝顔型)。浴槽:洋式、主に椅子生活。 家屋周囲:勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(囲碁友達宅へもこの道から行く)。 同居家族:長男夫婦(日中2人とも店舗) 社会保障サービス ☐ 身障手帳(1級) ☐ 障害年金(1級) ☐ その他:															
第三者の影響	退院後の家族の変化 仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要(特に退院直後)										家族の生活機能(長男夫婦) 参加面:自宅に隣接する食料品店経営(配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) 健康上の問題:特になし															

本人の希望 参加面：以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうちたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面：身の回りのことは一人でやれる。		家族の希望（長男夫婦） 参加面：日中は一人で自宅生活ができる。 活動面：一人でトイレがおこなえること	
基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画） 移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。 自宅生活が車椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。 （自宅・自宅周辺見取り図で細かくチェックしていく） 退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。		具体的プログラム（リハビリテーションの方針・計画） 廊下歩行が予測される。訓練として頻回のための活動性 歩行・立位に、PT/OTに「している活その後屋内ウォーカー上の家具の伝 日中はデイを読むことを ウォーカーケインと短下肢装具で自立可能自立までは介護職により、その後自己訓練を行う。これによって廃用症候群の改善の向上をはかる。 姿勢でのADLが、まず整容で自立するようによる「できる活動」、看護・介護による動」ともに重点をおく。 トイレ歩行、屋外歩行へとすすめる。 ケインと短下肢装具で室内歩行後、畳い歩きを行う。 ルームで囲碁を左手でうったり、囲碁の本すすめる。	
自己実施プログラム ・廊下歩行 片道ずつ2往復 1時間毎 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕		活動度指示 ・姿勢：日中デ ・移動：病棟内 病棟外 ・1日歩行量：	イルームで椅子座位 ：歩行 ：介助歩行 3,000歩以上
		家族への指導 ・退院後の介護者：入浴時—長男	
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容		備考	
本人・家族への説明 ○年○月○日	本人サイン	厚生太郎	家族サイン ○ ○
		説明者サイン ○ ○	

＜註＞：・健康状態・参加・活動（実行状況、能力）・心身機能・環境は、WHO ICF（国際生活機能分類）による
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

第 3 章 今回の見直しに到る検討過程での リハビリテーションに関連する 社会保障審議会介護給付費分科会提出資料

I. サービス全体について

社保審一介護給付費分科会	
第 1 回 (H13.10.22)	資料 3

介護報酬の見直しに関連する介護保険制度の実施状況等のデータ（整理表）

利用者の状況	事業所の状況	事業費の状況
(被保険者数・要介護 認定者数) ○ 被保険者数・要介護/要支援認定者数 (サービス利用者数) ○ サービスを利用している人数 (各サービスの利用) ○ 各サービスの利用者数 ○ 居宅サービスの利用状況 ・ 居宅サービスの 支給限度額に対する利用割合 ・ 利用者 1 人当たりの利用単位数・利用日数 ・ 制度施行前後の サービス量 ○ 各サービスの利用者の要介護度別割合	(事業所の数) ○ 各サービスの事業所の数 ・ 居宅サービス事業所の数 ・ 居宅サービス事業所のうち営利法人等の数 ・ 施設の数、定員数 (事業所の利用者、収入) ○ 各サービスの事業所の利用者数 ○ 各サービスの事業所の介護保険収入	(全国の事業費) ○ 事業費の実績 ・ 事業費総額 ・ 各サービスごとの事業費 (保険者の事業費) ○ 各保険者の財政状況 (事業の将来の動向) ○ 介護保険事業計画 (経済情勢) ○ 物価・賃金の動向

I. 利用者の状況

1. 被保険者数

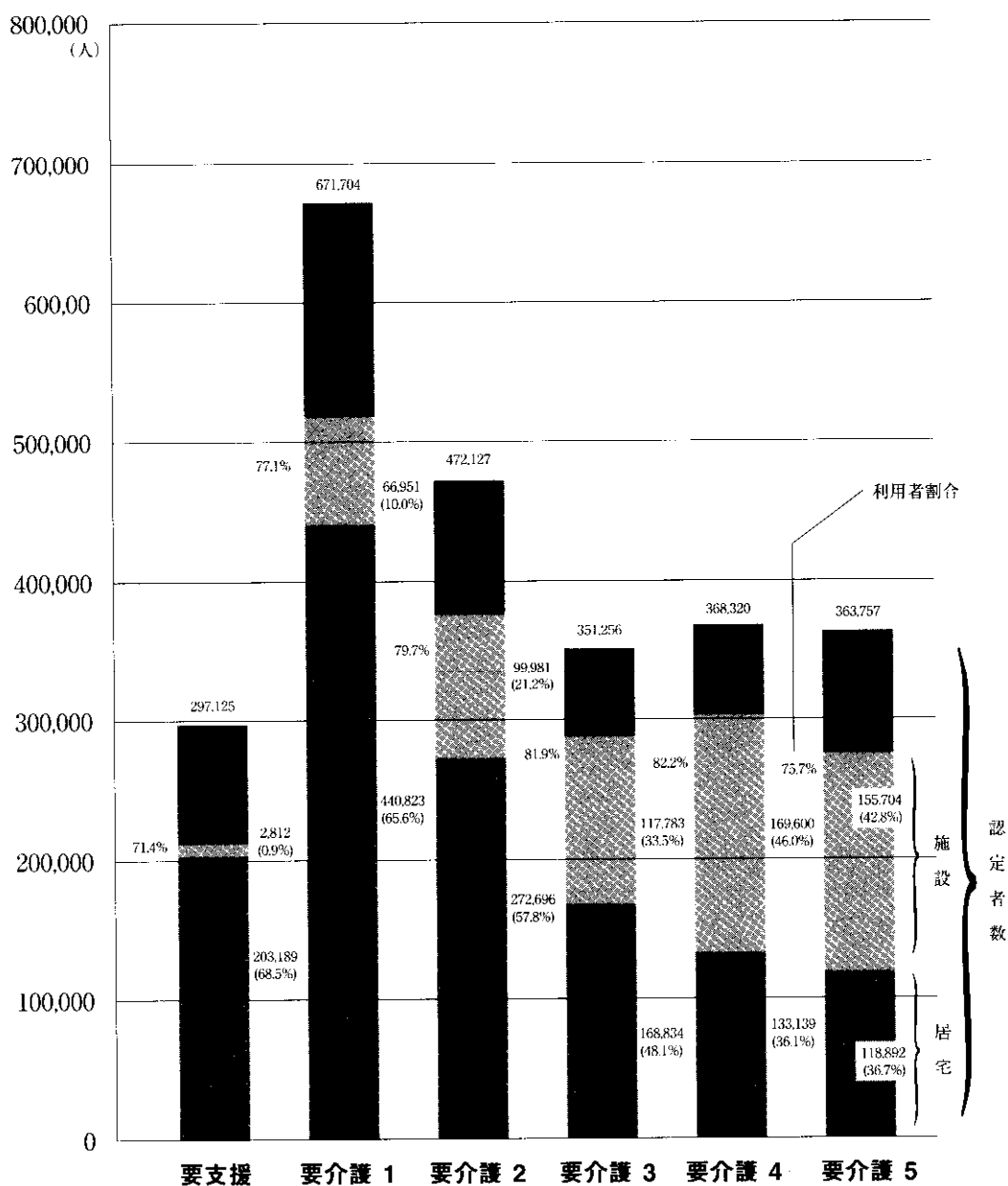
- ・第 1 号被保険者（65 歳以上） 2,252 万人（13 年 5 月末）
- ・第 2 号被保険者（40 ～ 64 歳の医療保険加入者） 4,286 万人（13 年度見込）

2. 要介護度別認定者数及び平均利用率

	人 数 (割 合)	在宅サービス利用者の支給 限度額に対する平均利用率
要支援・ 要介護者 計	263 万人 (100.0%) (うち 65 歳以上 253 万人 (第 1 号被保険者の 11.3%))	37.5%
要支援	32.3 万人 (12.3%)	47.2%
要介護 1	72.4 万人 (27.5%)	32.6%
2	49.9 万人 (19.0%)	37.8%
3	36.4 万人 (13.8%)	39.0%
4	37.0 万人 (14.1%)	39.0%
5	34.8 万人 (13.2%)	39.6%

※人数(割合)は、平成 13 年 5 月末(保険者からの報告)、在宅サービスの支給限度額に対する平均利用率は、国民健康保険団体連合会(国保連)平成 13 年 5 月審査分(データ未報告の 69 保険者分を除く。以下同じ。)

要介護度別サービス利用者数、割合



総数 認定者数 2,524,289 人 居宅 1,337,181 人 (53.0 %) 施設 612,831 人 (24.3 %)

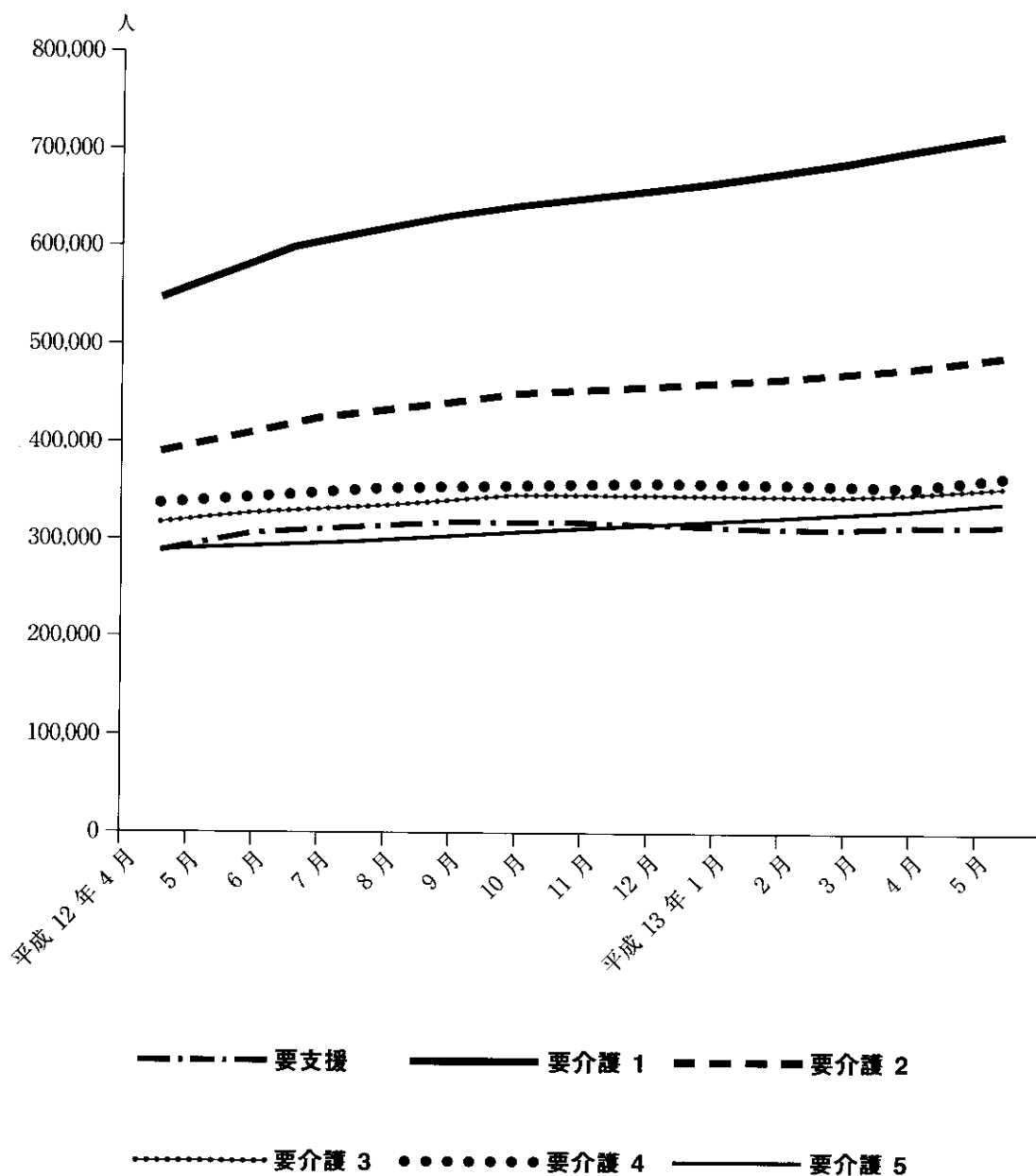
利用者割合 78.1 %

注) (1)要支援には、介護老人福祉施設の旧措置入所者で認定非該当者（非該当）を含む。

(2)居宅サービス利用者数には、現金給付（償還払い給付）のみを受けている者を除く。

(3)利用者割合は、施設、居宅サービス、居宅介護支援の利用者の認定者に占める割合である。

介護度別、要介護（要支援）認定者数（人）の推移



サービスの種類別の利用状況

1. 居宅サービス

	利用者数 (人)	利用者割合 (%)	利用者1人当たり 利用単位数／月	利用者1人当たり 利用日数／月
訪問介護	518,033	38.7	5,041.5	10.2
訪問入浴介護	69,314	5.2	4,457.1	3.6
訪問看護	188,033	14.1	4,102.8	4.8
訪問リハビリテーション	14,045	1.1	2,078.7	3.8
居宅療養管理指導	138,275	10.3	957.5	1.4
通所介護	536,749	40.1	4,907.2	6.0
通所リハビリテーション	295,084	22.1	6,710.8	7.3
福祉用具貸与	288,327	21.6	1,393.3	・
短期入所生活介護	95,152	7.1	7,606.7	7.2
短期入所療養介護	31,357	2.3	7,528.5	6.5
痴呆対応型共同生活介護	8,748	0.7	22,952.2	27.0
特定施設入所者生活介護	9,783	0.7	17,810.0	27.7
居宅介護支援	1,286,115	96.2	753.1	・
居宅サービス利用者	1,337,181	・	7,631.3	14.5

2. 施設サービス

介護老人福祉施設	287,305	46.9	26,240.0	28.8
介護老人保健施設	225,403	36.8	27,069.9	27.2
介護療養型医療施設	104,444	17.0	36,886.5	28.3
施設サービス利用者	612,831	・	28,544.7	28.3

注) (1) 各サービスの利用者数は、1人が1つの種類のサービスにつき複数の事業所から利用した場合も1人として計算。また、利用者数の計は、1人が1月に異なる種類の複数サービスを利用した場合も1人として計算。

(2) 利用者1人当たり利用単位数には、食費分は含まれない。

※国保連平成13年5月審査分

介護保険導入前後におけるサービス利用量比較

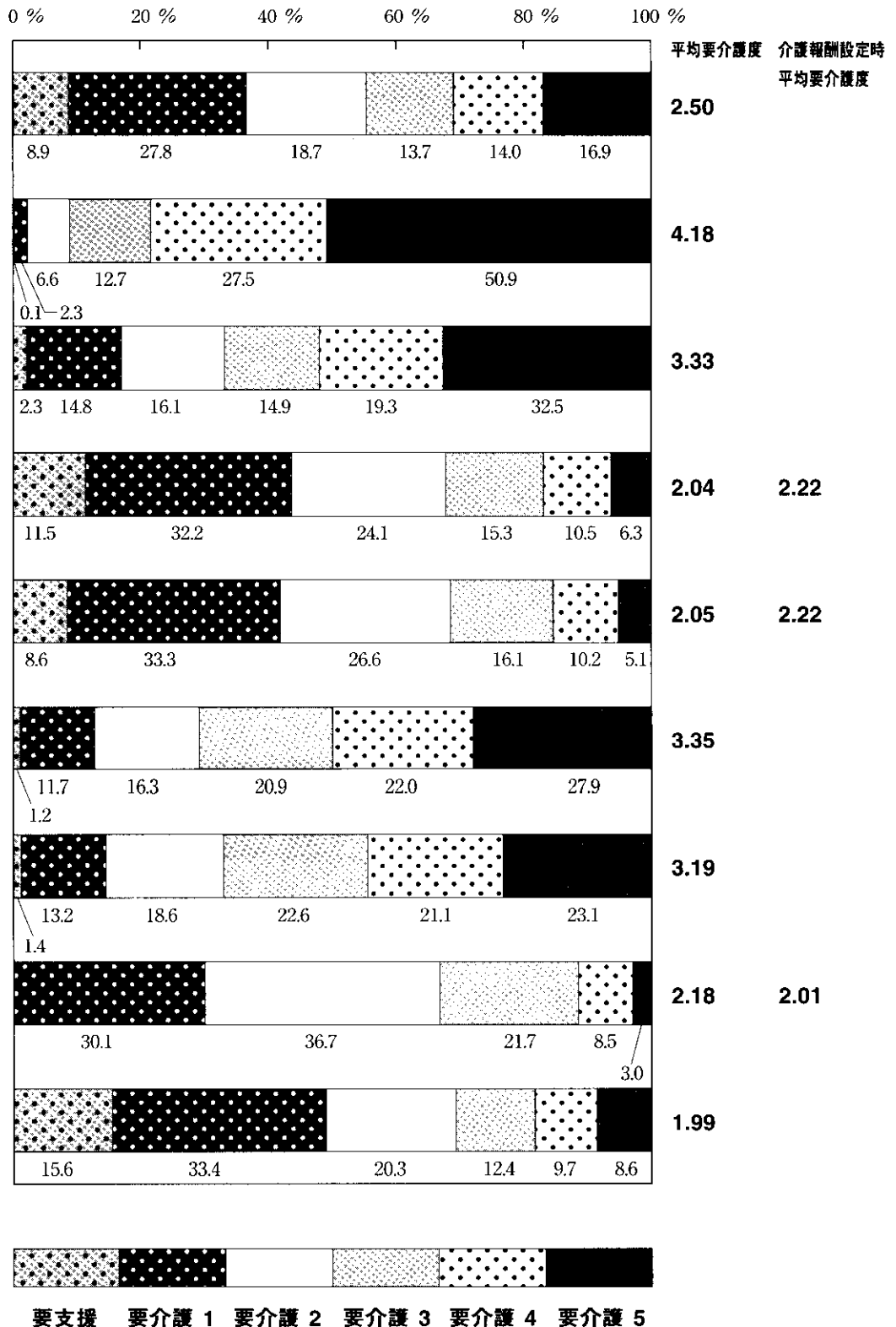
	平成 11 年度月平均 ※ 1	平成 12 年 11 月 ※ 2	平成 13 年 5 月 ※ 2
訪問介護	355 万回	539 万回 (52%増)	645 万回 (82%増)
通所介護	250 万回	340 万回 (36%増)	384 万回 (54%増)
短期入所	91 万 8 千日	84 万 9 千日 (7%減) ※ 3	109 万 2 千日 (19%増) ※ 3
痴呆性高齢者 グループホーム	266 か所 (平成 11 年度 運営費補助の件数)	870 か所 (13 年 3 月)	1,312 か所 (13 年 9 月)

※ 1 訪問介護、通所介護、短期入所は、平成 12 年度版の老人保健福祉サービス利用状況地図(老人福祉マップ)の基となる自治体データの速報値。

※ 2 全国の各国保連の給付実績の集計値(サービス提供月ベース)。

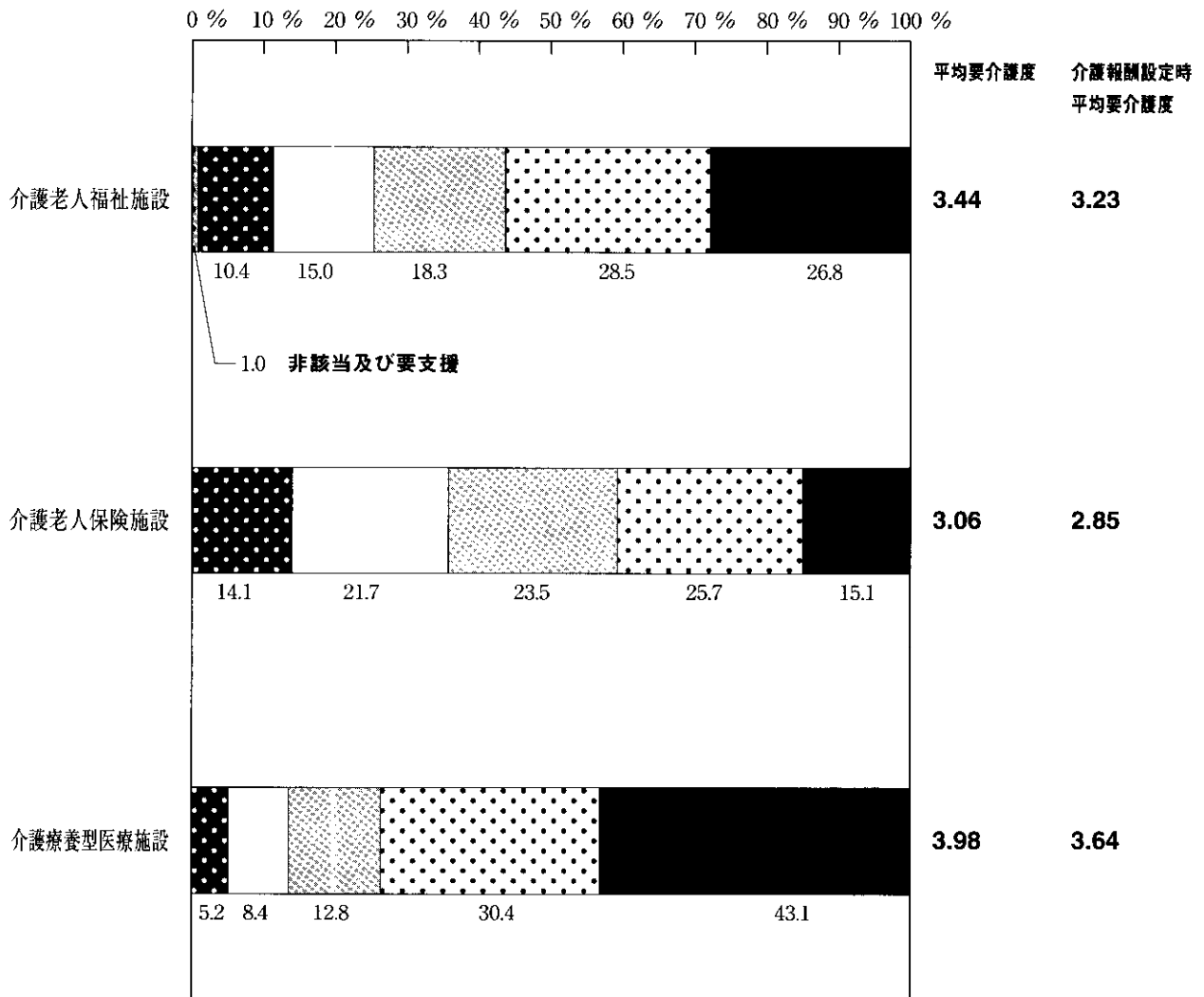
※ 3 各国保連の給付実績の集計値には、振替利用(訪問通所サービスの利用限度額の未利用分を、短期入所サービスに振り替えて利用できるようにする措置)分は含まれていないので、定点市町村のうち 108 保険者のデータを基に推計。

利用者（利用回数）の要介護度別構成割合（％）



※国保連平成 13 年 5 月審査分

利用者（利用回数）の要介護度別構成割合（％）



※国保連平成 13 年 5 月審査分

Ⅱ 事業所の状況

1. 居宅介護支援 指定事業所数-22,553

1事業所当たり平均利用実人員数／月	1事業所当たり平均収入／月
67.0	497,059

2. 居宅サービス 指定事業所数-289,480

サービス種別	事業所数
訪問介護	13,809
訪問入浴介護	2,811
訪問看護	58,841
訪問リハビリテーション	45,439
通所介護	9,202
通所リハビリテーション	5,659
短期入所生活介護	4,876
短期入所療養介護	6,638
痴呆対応型共同生活介護	1,300
特定施設入所者生活介護	355
居宅療養管理指導	135,169
福祉用具貸与	5,381

1事業所当たり平均利用実人員数／月	1事業所当たり平均収入／月
44.6	2,194,214
28.3	1,283,503
22.4	921,806
7.8	162,368
65.7	3,161,381
56.2	3,737,607
21.7	1,638,064
9.9	748,980
8.6	1,981,420
31.5	5,761,082
10.6	89,837
81.5	1,097,933

3. 施設サービス

施設種別	施設数
指定介護老人福祉施設	4,669
介護老人保健施設	2,789
指定介護療養型医療施設	3,954

1施設当たり平均在所要者数	1施設当たり平均収入／月
63.3	20,427,874
82.4	26,956,101
33.4	14,441,822

注) (1) 訪問看護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導の事業所数は、「みなし指定」の事業所を含む。

(2) 1事業所・施設当たり平均利用実人員・平均在所要者数及び平均収入は、それぞれ、介護保険給付の請求のあった事業所・施設数について1事業所、1施設あたりの請求件数・収入額の平均数。

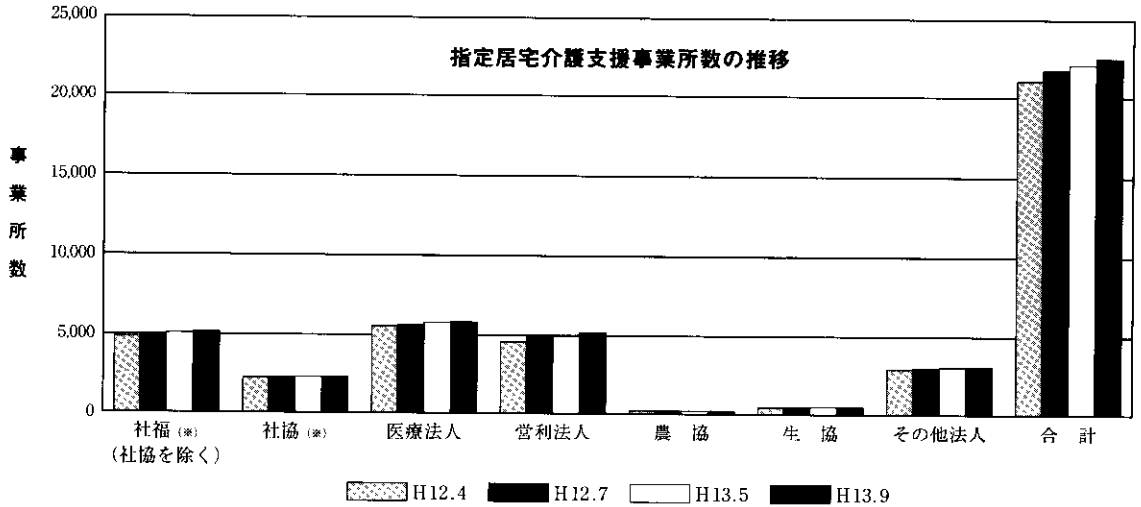
※事業所数・施設数は平成13年9月、1事業所・施設当たり平均利用実人員数、平均在所要者数及び平均収入は、国保連平成13年5月審査分

指定事業所数の推移

居宅介護支援

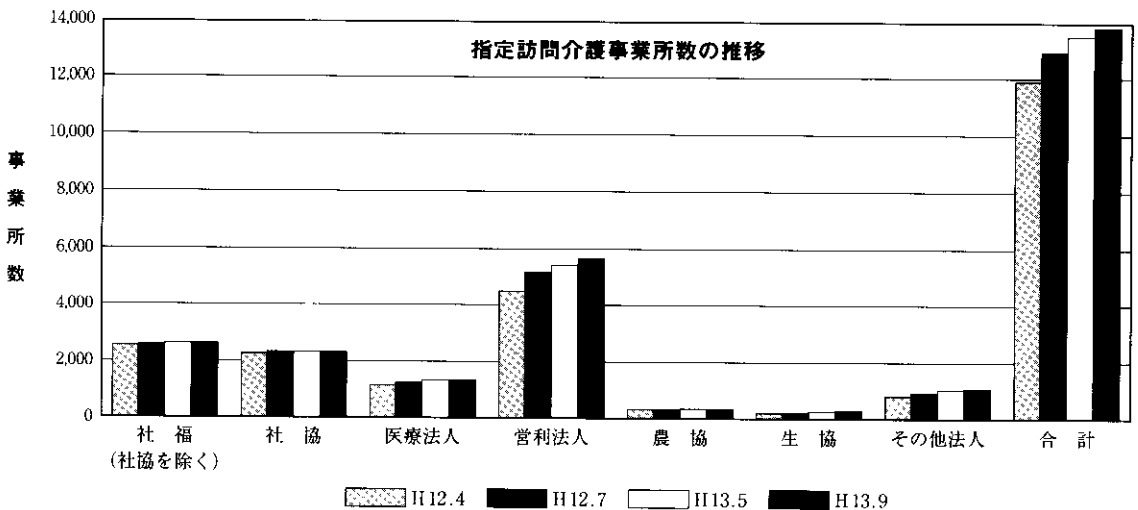
	社福(※) (社協を除く)	社協(※)	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	4,881	2,289	5,586	4,617	236	521	2,975	21,105
H12.7	4,934	2,321	5,683	5,017	265	532	3,057	21,809
H13.5	5,116	2,332	5,806	4,969	282	546	3,098	22,149
H13.9	5,182	2,331	5,857	5,195	292	551	3,145	22,553

(※) 社福：社会福祉法人、社協：社会福祉協議会



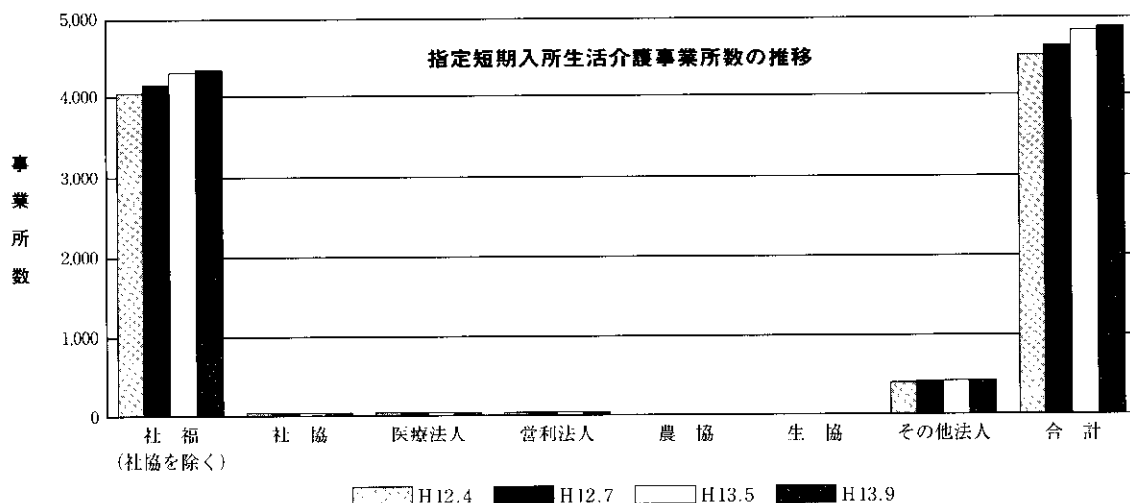
訪問介護

	社 福 (社協を除く)	社 協	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	2,560	2,278	1,177	4,507	342	222	830	11,916
H12.7	2,587	2,343	1,280	5,195	354	245	933	12,937
H13.5	2,634	2,338	1,359	5,447	367	290	1,054	13,489
H13.9	2,654	2,331	1,364	5,682	368	310	1,100	13,809



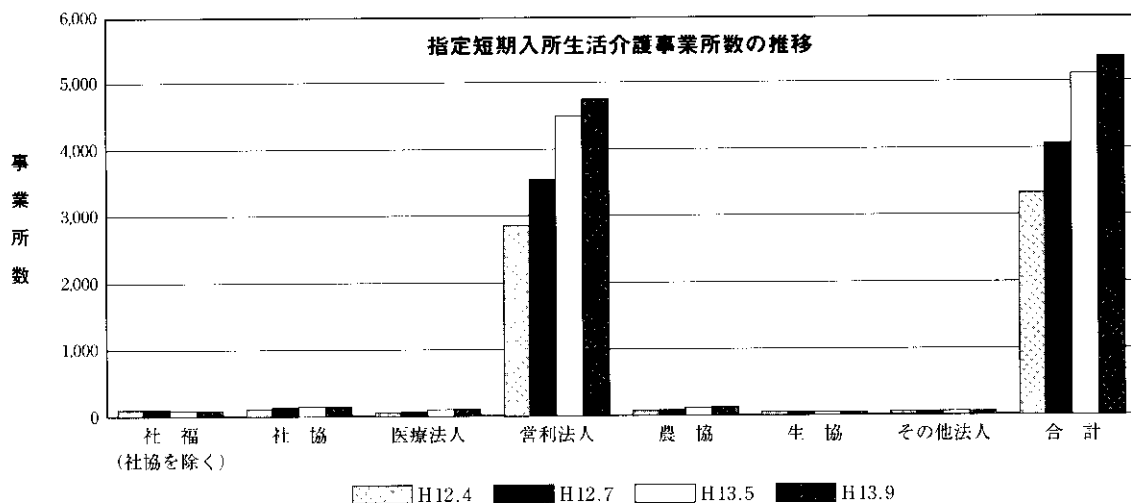
短期入所生活介護

	社 福 (社協を除く)	社 協	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	4,047	17	10	24	0	2	422	4,522
H12.7	4,155	15	10	26	1	1	436	4,644
H13.5	4,314	23	22	29	1	1	442	4,832
H13.9	4,356	24	23	26	1	1	445	4,876



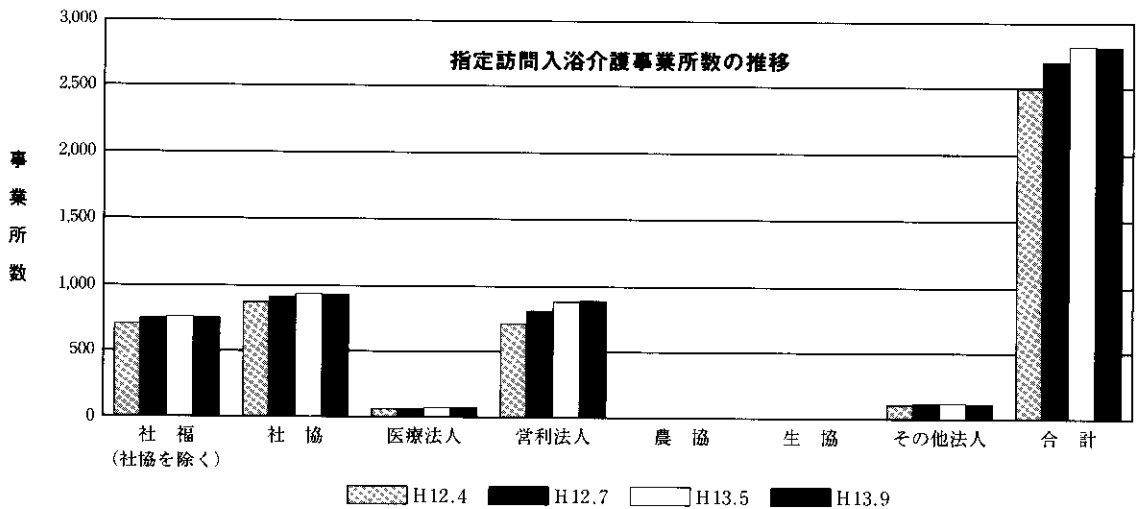
福祉用具貸与

	社 福 (社協を除く)	社 協	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	112	126	68	2,853	84	29	47	3,329
H12.7	113	147	84	3,549	94	35	51	4,073
H13.5	100	160	112	4,499	129	50	62	5,112
H13.9	101	159	114	4,753	135	51	68	5,381



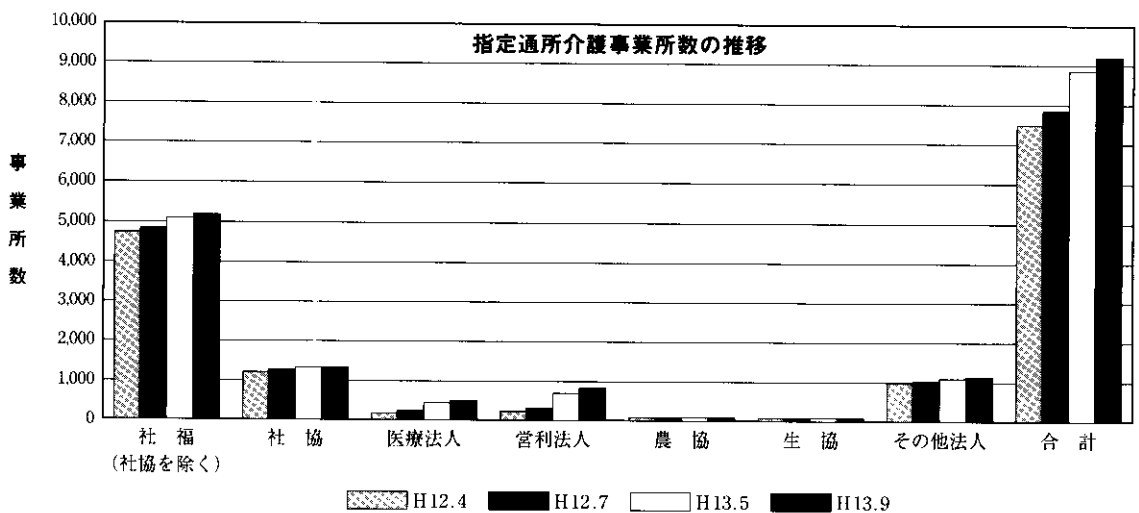
訪問入浴介護

	社 福 (社協を除く)	社 協	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	709	876	69	715	15	5	112	2,501
H12.7	754	915	72	815	17	5	122	2,700
H13.5	765	940	77	885	19	7	124	2,817
H13.9	756	935	80	893	20	8	119	2,811



通所介護

	社 福 (社協を除く)	社 協	医療法人	営利法人	農 協	生 協	その他法人	合 計
H12.4	4,758	1,227	193	244	57	30	1,001	7,510
H12.7	4,858	1,285	265	329	59	35	1,039	7,870
H13.5	5,113	1,350	456	711	70	58	1,109	8,867
H13.9	5,194	1,353	523	845	73	65	1,149	9,202



事業所数（施設数）の推移

	痴呆対応型 共同生活介護	特定施設入所 者生活介護	指定介護老人 福祉施設	介護老人保健 施設	指定介護 療養型医療施設
平成 12 年 4 月	418	235	4,086	2,161	2,898
平成 12 年 9 月	660	278	4,468	2,672	3,721
平成 12 年 11 月	732	284	4,494	2,691	3,873
平成 13 年 1 月	791	300	4,504	2,706	3,904
平成 13 年 5 月	1,092	318	4,616	2,758	3,918
平成 13 年 9 月	1,300	355	4,669	2,789	3,954

事業所数（施設数）の推移

	入所定員数 (病床数)	計画定員数		計画達成率
		12 年度末	13 年度末	13 年度末
指定介護老人福祉施設	314,574	309,098	326,492	96.35 %
介護老人保健施設	244,159	242,547	258,956	94.29 %
介護療養型 医療施設 （うち内 療養病床等の総数）	119,293 (358,695)	178,735	194,304	61.40 %

※ 4 道県（北海道、鳥取、熊本、大分）においては、平成 13 年度末の計画数を定めていないため、平成 16 年度の計画数としている。

※ 入所定員数は平成 13 年 9 月 1 日現在、計画定員数は各年度末の数値。

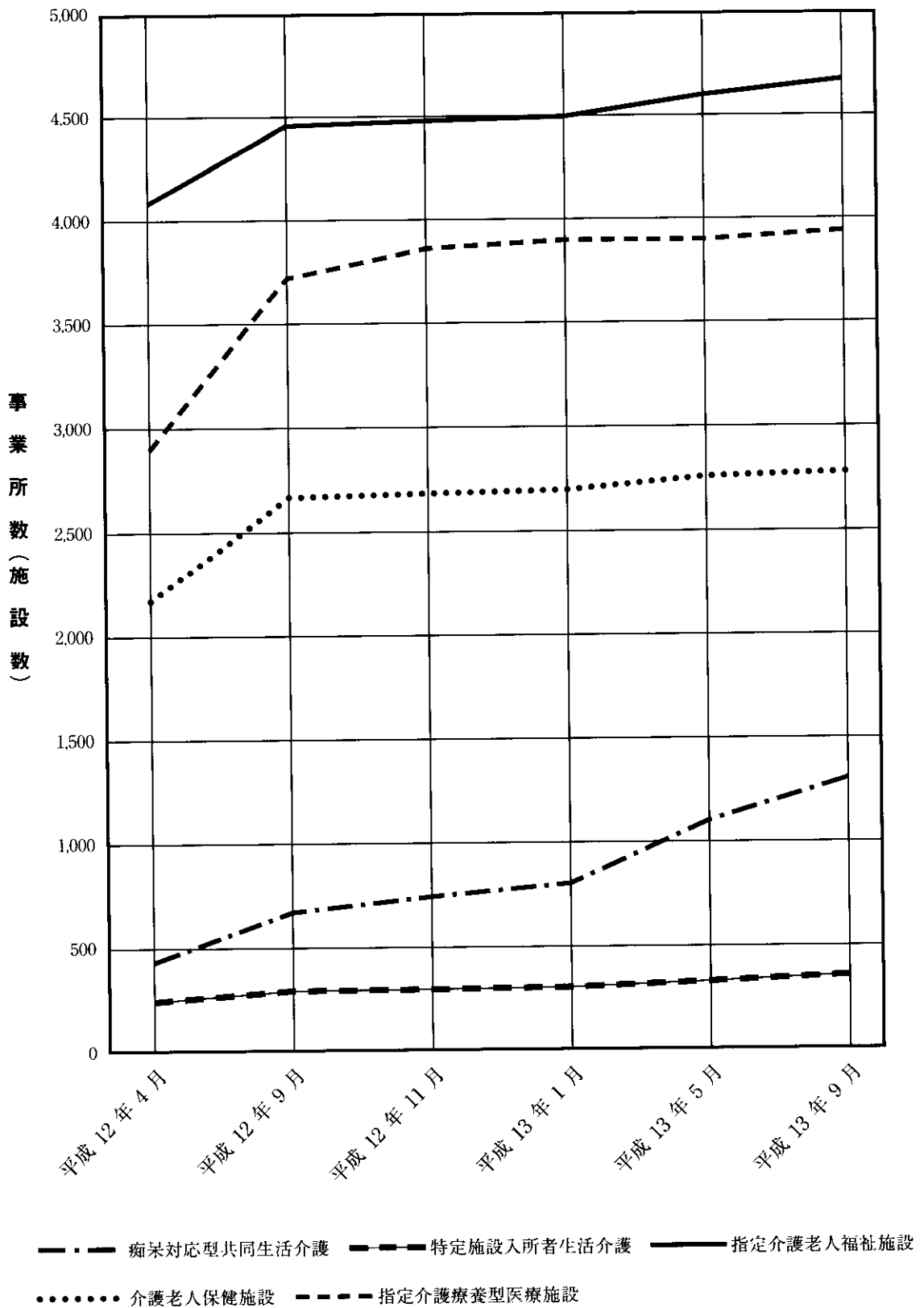
都道府県別 65 歳以上人口及び入所定員数、病床数、計画数

	65歳以上人口	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
		入所定員数	13年度計画	入所定員数	13年度計画	病床数	13年度計画
総数	22,270,900	314,574	326,492	244,159	258,956	119,293	194,304
北海道	1,018,400	17,266	18,122	12,107	13,438	11,541	14,054
青森県	289,200	4,691	4,796	4,864	4,991	1,058	1,840
岩手県	314,300	4,864	5,359	4,640	4,962	994	1,647
宮城県	414,800	5,332	5,379	4,682	5,092	505	1,963
秋田県	279,300	4,925	5,031	4,332	4,288	960	1,952
山形県	290,200	5,116	5,390	2,886	3,200	445	1,585
福島県	433,900	5,250	5,330	4,550	4,650	677	2,079
茨城県	517,300	5,823	6,073	6,134	6,624	1,440	3,568
栃木県	347,500	4,154	4,347	4,122	4,202	798	2,554
群馬県	375,600	4,727	5,067	4,595	4,795	1,255	3,179
埼玉県	895,500	10,180	10,709	7,971	8,407	3,464	9,680
千葉県	830,700	9,684	9,902	9,379	8,669	2,896	7,257
東京都	1,947,000	28,626	29,650	9,655	12,450	3,933	12,900
神奈川県	1,134,500	13,199	13,800	8,745	10,746	4,392	9,099
新潟県	537,300	8,368	8,204	7,728	7,974	2,374	3,521
富山県	241,900	3,501	3,890	3,512	3,770	2,593	2,900
石川県	219,200	3,508	3,760	3,110	3,350	1,835	2,210
福井県	170,200	3,112	3,191	2,647	2,426	1,067	1,230
山梨県	181,900	2,119	2,390	2,150	2,330	419	1,085
長野県	489,400	6,643	6,615	4,910	5,059	1,489	1,801
岐阜県	385,400	4,266	4,306	4,836	4,838	945	2,466
静岡県	676,600	7,590	8,463	5,069	5,928	2,703	6,793
愛知県	1,034,900	11,095	12,557	10,366	12,830	4,365	9,020
三重県	366,300	4,888	4,942	4,692	4,724	1,013	2,141
滋賀県	219,400	2,755	3,000	1,910	2,097	796	1,525
京都府	467,100	6,504	7,225	4,746	5,388	4,196	4,738
大阪府	1,330,200	17,578	18,645	12,735	13,712	7,161	13,472
兵庫県	956,500	14,410	14,224	9,179	9,774	4,980	6,037
奈良県	246,700	4,097	4,054	2,172	2,172	608	1,351
和歌山県	232,300	3,635	3,845	2,811	3,179	793	1,846
鳥取県	141,800	2,501	2,396	1,888	2,058	729	946
島根県	195,700	3,845	3,765	1,795	1,745	1,122	1,421
岡山県	407,900	6,602	6,442	5,538	5,521	2,295	2,935
広島県	540,100	8,373	8,043	6,519	6,423	4,011	5,652
山口県	342,000	5,306	5,310	3,980	3,990	4,400	5,010
徳島県	185,000	2,915	3,037	3,915	3,823	2,033	2,751
香川県	228,100	3,373	3,506	3,011	2,935	1,342	1,795
愛媛県	320,800	4,196	4,387	3,628	3,835	2,344	3,327
高知県	194,900	3,258	3,258	2,004	1,703	3,448	3,548
福岡県	863,300	12,694	13,097	12,800	11,847	8,661	10,052
佐賀県	179,500	2,891	3,041	2,713	2,873	1,583	2,063
長崎県	311,900	5,127	5,427	4,225	4,325	2,164	2,984
熊本県	392,500	6,350	6,750	5,644	5,920	4,897	5,580
大分県	279,200	4,113	4,438	3,529	4,013	1,514	2,625
宮崎県	251,800	3,738	3,758	2,935	2,935	2,016	2,869
鹿児島県	407,200	7,321	7,506	5,068	5,213	3,206	3,396
沖縄県	185,700	4,065	4,065	3,732	3,732	1,833	1,857

資料：人口は、「平成 12 年国勢調査抽出速報集計」（平成 12 年 10 月 1 日現在）、入所定員数、病床数、計画数は、平成 13 年 9 月 1 日現在

※ 4 道県（北海道、鳥取、大分、熊本）においては、平成 13 年度の計画数を定めていないため、平成 16 年度の計画数としている。

事業所数（施設数）の推移



Ⅲ. 事業費の状況

介護給付費実績（平成 12 年度）

福祉用具購入費など市町村が直接支払う費用を含む介護保険事業状況報告の12年度（4月～2月サービス分）の給付実績は、予算の85%強である。

（介護保険事業状況報告）

（単位：億円）

	介護給付費		
	4～2月サービス （累計）	4～2月サービス （1ヶ月平均）	予算比
在宅サービス	10,942	995	80.2%
施設サービス	21,457	1,951	88.3%
計	32,400	2,945	85.4%

注1 市町村からの介護保険事業状況報告を集計したもの。

注2 数値は、利用者負担、公費負担を除いた介護給付費（9割）ベースである。

注3 福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を含む。

注4 高額介護サービス費や一部未報告分の数値は除く。

注5 一部の保険者の在宅と施設の未区分数値については、在宅サービスと施設サービスの比率で按分している。

注6 予算比欄は、12年度予算に対する割合である。

注7 数値は、億円未満四捨五入としているため、計に一致しない。

（国保連 介護給付費支払状況）

（単位：億円）

	介護給付費支払状況		
	4～2月サービス （累計）	4～2月サービス （1ヶ月平均）	予算比
在宅サービス	10,579	962	77.5%
施設サービス	21,373	1,943	88.0%
計	31,952	2,905	84.2%

注1 各都道府県国民健康保険団体連合会が、サービス提供事業者へ支払った実績を集計したもの。

注2 数値は、利用者負担、公費負担を除いた介護給付費（9割）ベースである。

注3 高額介護サービス費や、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を除く。

注4 予算比欄は、12年度予算に対する割合である。

注5 数値は、億円未満四捨五入としているため、計に一致しない。

介護給付費実績（平成13年度）

（介護保険事業状況報告）

（単位：億円）

	介護給付費				
	3月サービス	4月サービス	5月サービス	3～5月サービス (1ヶ月平均)	予算比
在宅サービス	1,172	1,185	1,269	1,209	88.2%
施設サービス	2,075	2,002	2,090	2,056	96.1%
計	3,247	3,187	3,360	3,265	93.0%

- 注1 市町村からの介護保険事業状況報告を集計したもの。
 注2 数値は、利用者負担、公費負担を除いた介護給付費（9割）ベースである。
 注3 福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を含む。
 注4 高額介護サービス費は除く。
 注5 予算比欄は、13年度予算に対する割合である。
 注6 数値は、億円未満四捨五入としているため、計に一致しない。

（国保連 介護給付費支払状況）

（単位：億円）

	介護給付費支払状況						予算比
	3月サービス	4月サービス	5月サービス	6月サービス	7月サービス	3～7月サービス (1ヶ月平均)	
在宅サービス	1,134	1,131	1,215	1,234	1,271	1,197	87.4%
施設サービス	2,072	2,002	2,093	2,021	2,129	2,063	96.4%
計	3,206	3,132	3,309	3,256	3,401	3,261	92.9%

- 注1 各都道府県国民健康保険団体連合会が、サービス提供事業者へ支払った実績を集計したもの。
 注2 数値は、利用者負担、公費負担を除いた介護給付費（9割）ベースである。
 注3 高額介護サービス費や、福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を除く。
 注4 予算比欄は、13年度予算に対する割合である。
 注5 数値は、億円未満四捨五入としているため、計に一致しない。

介護保険給付費（各年度予算）

平成12年度予算

（単位：億円）

在宅サービス	施設サービス	計
14,000	24,000	38,000

平成13年度予算

（単位：億円）

在宅サービス	施設サービス	計
16,800	25,300	42,100

（注）数値は、利用者負担、公費負担を除いた介護給付費（9割）ベースである。

国保連 介護給付費支払状況

(平成12年度)

(単位：億円)

種 別	4月 サービス	5月 サービス	6月 サービス	7月 サービス	8月 サービス	9月 サービス	10月 サービス	11月 サービス	12月 サービス	1月 サービス	2月 サービス	4～2月 サービス 累計	4～2月 サービス 1ヶ月平均
訪問通所サービス（小計）	465	639	768	796	809	809	838	824	820	773	796	8,338	758
11訪問介護	98	157	200	218	219	230	240	239	242	235	241	2,319	211
12訪問入浴介護	17	27	31	34	34	34	33	32	31	29	30	332	30
13訪問看護	48	65	81	82	85	78	81	78	78	74	74	824	75
14訪問リハビリテーション	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3
15通所介護	158	207	237	241	247	243	251	247	241	224	233	2,529	230
16通所リハビリテーション	138	169	199	198	197	196	202	195	193	174	179	2,041	186
17福祉用具貸与	4	12	19	20	23	26	28	30	31	34	35	263	24
短期入所サービス（小計）	50	67	63	68	79	72	79	79	78	81	84	799	73
21短期入所生活介護	39	50	47	51	59	54	58	58	59	63	65	602	55
22短期入所療養介護（老健）	11	16	15	16	18	16	19	18	16	16	16	177	16
23短期入所療養介護（病院等）	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	19	2
その他の単品サービス（小計）	20	31	36	38	39	39	41	42	44	45	44	419	38
31居宅療養管理指導	7	11	12	13	13	13	13	13	13	13	13	134	12
32痴呆対応型共同生活介護	5	8	9	10	11	11	13	13	14	15	15	125	11
33特定施設入所者生活介護	7	13	15	15	15	15	15	16	17	16	16	160	15
43居宅介護支援	68	82	93	94	95	97	98	99	99	99	100	1,024	93
在宅サービス計	602	820	960	997	1,022	1,017	1,056	1,044	1,041	997	1,023	10,579	962
施設サービス計	1,539	1,904	1,984	1,974	2,025	1,992	2,039	1,972	2,039	2,031	1,873	21,373	1,943
51介護老人福祉施設	733	877	899	887	914	901	920	885	914	909	836	9,675	880
52介護老人保健施設	530	640	659	670	681	675	691	673	699	695	646	7,260	660
53介護療養型医療施設	276	387	426	418	430	415	428	414	426	427	391	4,438	403
食事提供費用（再掲）	218	266	279	277	284	281	288	278	288	284	263	3,005	273
51介護老人福祉施設	115	137	141	139	143	141	144	139	143	142	130	1,512	137
52介護老人保健施設	71	85	89	90	92	92	94	92	95	94	88	982	89
53介護療養型医療施設	32	44	49	48	49	48	50	48	49	49	45	511	46
合 計	2,141	2,724	2,944	2,972	3,047	3,008	3,095	3,016	3,080	3,028	2,896	31,952	2,905

注1 各都道府県国民健康保険団体連合会が、サービス提供事業者へ支払った実績を集計したもの。

注2 利用者負担、公費負担を除く介護給付費（9割）ベースである。

注3 福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を除く。

注4 数値は、億円未満四捨五入のため、計に一致しない。

国保連 介護給付費支払状況

(平成13年度)

(単位: 億円)

種 類	3月 サービス	4月 サービス	5月 サービス	6月 サービス	7月 サービス	3～7月 サービス 累計	3～7月 サービス 1ヶ月平均
訪問通所サービス (小計)	887	879	946	970	996	4,678	936
11訪問介護	271	271	293	297	309	1,441	288
12訪問入浴介護	33	32	35	35	37	172	34
13訪問看護	81	78	83	84	85	411	82
14訪問リハビリテーション	3	3	3	3	3	15	3
15通所介護	262	261	282	290	297	1,392	278
16通所リハビリテーション	200	194	206	214	215	1,029	206
17福祉用具貸与	38	40	44	46	49	217	43
短期入所サービス (小計)	96	96	105	98	103	498	100
21短期入所生活介護	74	72	78	73	77	374	75
22短期入所療養介護 (老健)	19	21	24	22	22	108	22
23短期入所療養介護 (病院等)	2	3	3	3	3	14	3
その他の単品サービス (小計)	49	51	56	57	61	274	55
31居宅療養管理指導	13	13	14	14	14	68	14
32痴呆対応型共同生活介護	17	20	23	23	26	109	22
33特定施設入所者生活介護	18	18	20	19	21	96	19
43居宅介護支援	103	105	108	110	111	537	107
在宅サービス計	1,134	1,131	1,215	1,234	1,271	5,985	1,197
施設サービス計	2,072	2,002	2,093	2,021	2,129	10,317	2,063
51介護老人福祉施設	926	900	945	908	956	4,635	927
52介護老人保健施設	713	685	711	692	730	3,531	706
53介護療養型医療施設	433	416	437	421	443	2,150	430
食事提供費用 (再掲)	291	281	294	284	299	1,449	290
51介護老人福祉施設	144	140	147	142	149	722	144
52介護老人保健施設	97	93	97	94	99	480	96
53介護療養型医療施設	50	48	50	48	51	247	49
合 計	3,206	3,132	3,309	3,256	3,401	16,304	3,261

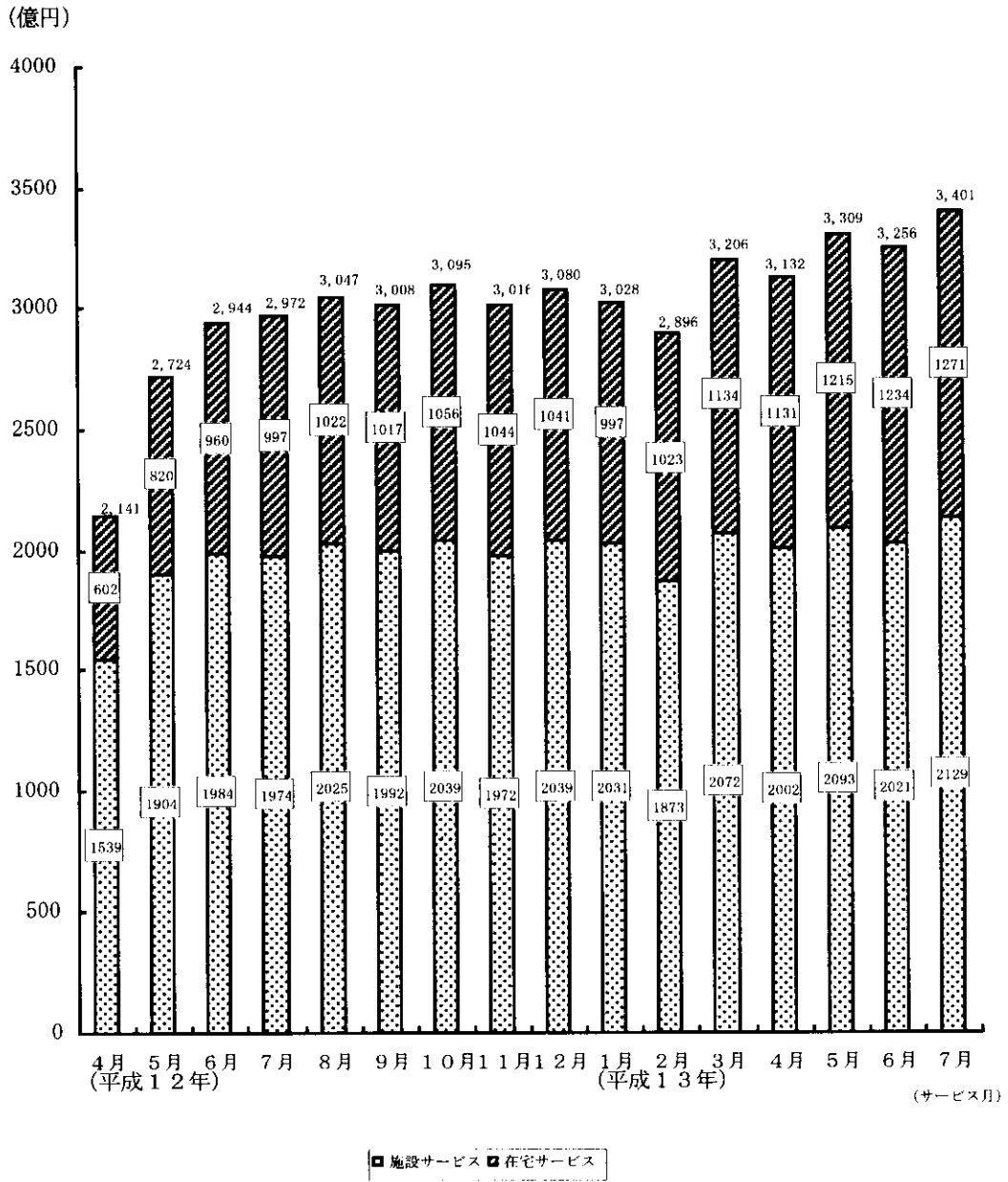
注1 各都道府県国民健康保険団体連合会が、サービス提供事業者へ支払った実績を集計したもの。

注2 利用者負担、公費負担を除く介護給付費(9割)ベースである。

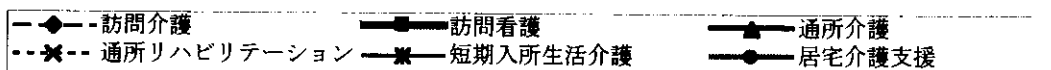
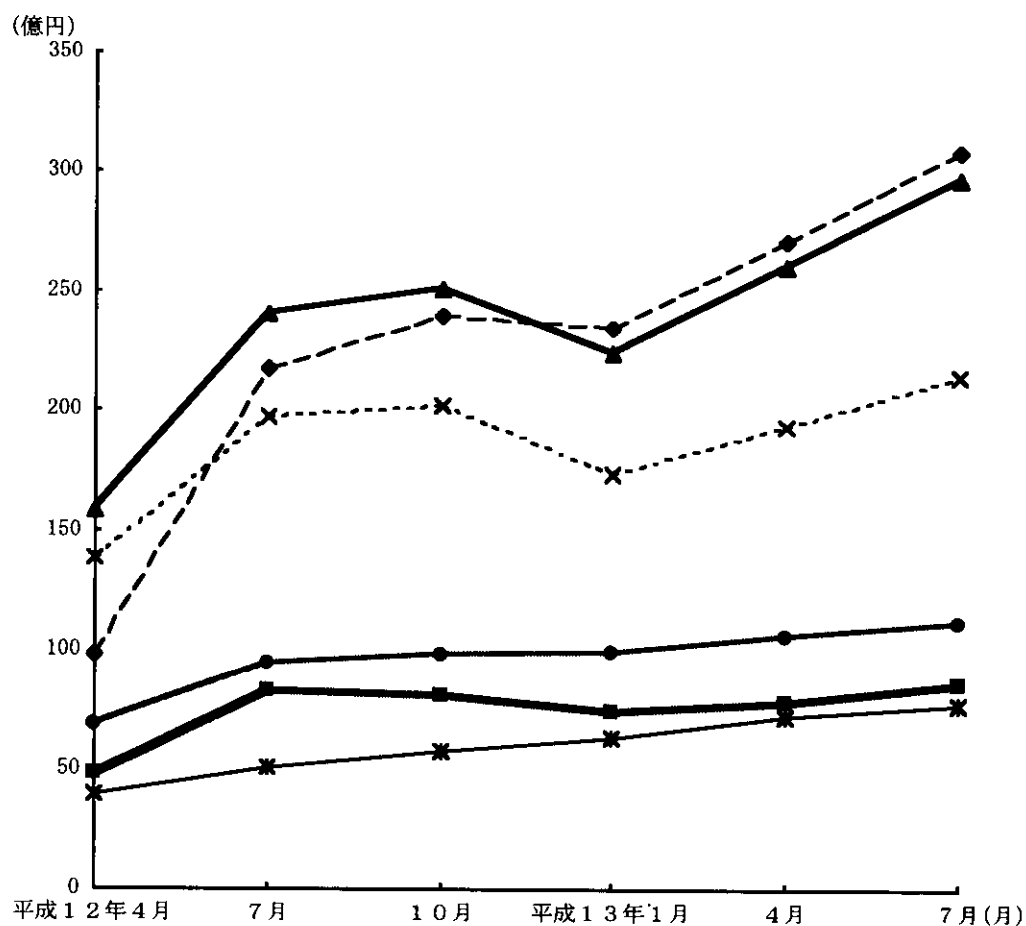
注3 福祉用具購入費、住宅改修費など市町村が直接支払う費用を除く。

注4 数値は、億円未満四捨五入のため、計に一致しない。

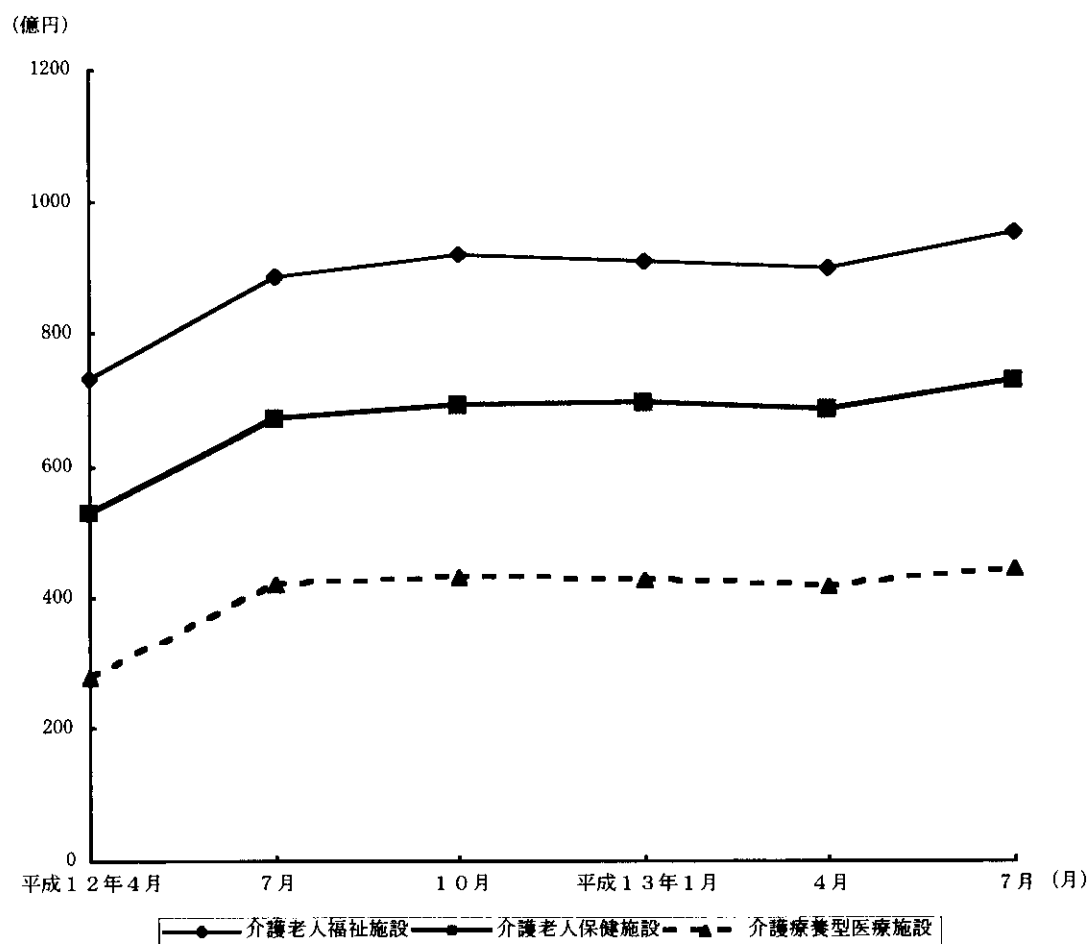
国保連 介護給付費支払状況



居宅サービスの介護給付費支払状況



施設サービスの介護給付費支払状況



平成 1 2 年度介護給付費に係る国庫負担金申請状況

各保険者における介護保険財政の傾向を知るために、平成 1 2 年度介護給付費負担金の当初交付申請(12 年 6 月)よりも報告された実績額が上回っている保険者について集計したものの。

項番	都道府県	保険者総数 A	上方修正 保険者数 B	B の割合 $C = B / A$
1	北海道	207	19	9.2%
2	青森県	67	22	32.8%
3	岩手県	44	2	4.5%
4	宮城県	71	3	4.2%
5	秋田県	51	9	17.6%
6	山形県	44	9	20.5%
7	福島県	90	19	21.1%
8	茨城県	81	5	6.2%
9	栃木県	49	2	4.1%
10	群馬県	70	2	2.9%
11	埼玉県	90	0	0.0%
12	千葉県	80	1	1.3%
13	東京都	62	4	6.5%
14	神奈川県	37	0	0.0%
15	新潟県	108	21	19.4%
16	富山県	10	3	30.0%
17	石川県	37	12	32.4%
18	福井県	30	3	10.0%
19	山梨県	64	9	14.1%
20	長野県	112	33	29.5%
21	岐阜県	58	4	6.9%
22	静岡県	72	2	2.8%
23	愛知県	85	1	1.2%
24	三重県	48	2	4.2%
25	滋賀県	45	4	8.9%
26	京都府	44	6	13.6%
27	大阪府	42	0	0.0%
28	兵庫県	88	8	9.1%
29	奈良県	47	0	0.0%
30	和歌山県	48	7	14.6%
31	鳥取県	36	9	25.0%
32	島根県	26	6	23.1%
33	岡山県	73	13	17.8%
34	広島県	78	9	11.5%
35	山口県	56	12	21.4%
36	徳島県	50	12	24.0%
37	香川県	43	3	7.0%
38	愛媛県	70	10	14.3%
39	高知県	53	14	26.4%
40	福岡県	26	8	30.8%
41	佐賀県	7	1	14.3%
42	長崎県	40	8	20.0%
43	熊本県	94	45	47.9%
44	大分県	58	2	3.4%
45	宮崎県	44	8	18.2%
46	鹿児島県	90	32	35.6%
47	沖縄県	53	33	62.3%
合 計		2,878	437	15.2%

「介護サービス量等の見込み（最終集計）」について

- 平成12年3月31日時点において都道府県が策定した介護保険事業支援計画における、
 - 1. 65歳以上の高齢者人口数等の見込み
 - 2. 主な居宅サービス量及び施設サービス量の見込みについて集計している。

- 介護サービス量等については、それぞれの都道府県において単位が異なるため、一定の前提条件の下で換算したものである。

- 居宅サービス量の見込みにおいて、ホームヘルパー換算数、訪問看護、ステーション換算数等を示しているが、これは、あくまでも参考として、一定の前提条件の下で換算したものである。

1. 65 歳以上の高齢者人口数等の見込み

(1) 65 歳以上高齢者の人口数

平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
21,733 千人	22,377 千人	23,011 千人	23,626 千人	24,197 千人

(2) 居宅における要支援・要介護高齢者数

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
要支援	466 千人	487 千人	507 千人	528 千人	547 千人
要介護 1	707 千人	735 千人	764 千人	793 千人	821 千人
要介護 2	330 千人	343 千人	357 千人	371 千人	385 千人
要介護 3	219 千人	219 千人	219 千人	220 千人	221 千人
要介護 4	158 千人	156 千人	155 千人	154 千人	154 千人
要介護 5	118 千人	117 千人	117 千人	117 千人	117 千人
計	1,998 千人	2,057 千人	2,119 千人	2,183 千人	2,245 千人

(3) 3 施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群）入所・入院者数

※ 2 号被保険者による利用も含む。

平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
689 千人	734 千人	767 千人	802 千人	836 千人

(備考)

○要支援・要介護高齢者の 65 歳以上人口に対する割合

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
居宅における要支援・ 要介護高齢者割合(A)	9.2%	9.2%	9.2%	9.2%	9.3%
3 施設入所・入院 高齢者割合(B)	3.2%	3.3%	3.3%	3.4%	3.5%
要支援・要介護 高齢者割合(A+B)	12.4%	12.5%	12.5%	12.6%	12.8%

2. 居宅サービス量の見込み

(1) サービスの種類ごとの見込み

ア 訪問介護（ホームヘルプサービス）

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
年間サービス 利用時間	137,897 千時間	162,081 千時間	186,226 千時間	210,811 千時間	236,077 千時間

イ 訪問看護

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
年間サービス 利用時間	24,607 千時間	29,652 千時間	34,777 千時間	40,361 千時間	46,244 千時間

ウ 通所介護・通所リハビリテーション

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
年間サービス 利用回数	77,513 千回	85,662 千回	93,808 千回	102,145 千回	110,523 千回

エ 短期入所サービス

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
年間サービス 利用週数	3,419 千週	3,813 千週	4,227 千週	4,618 千週	5,031 千週

オ 痴呆対応型共同生活介護

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
年間サービス 利用人数	10.8 千人	14.8 千人	18.7 千人	23.3 千人	27.4 千人
グループ ホーム数	1,200 か所	1,700 か所	2,200 か所	2,800 か所	3,400 か所

(備考)

1 「ホームヘルパー換算数」

- ・常勤者数：非常勤者数 = 3:7
- ・常勤は年 980 時間、非常勤は年 490 時間(常勤の 1/2)のサービスを提供

などの一定の前提条件の下で換算すると次のとおり。

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
ホームヘルパー 換算数	22 万人	25 万人	29 万人	33 万人	37 万人

2 「訪問看護ステーション換算数」

- ・訪問看護サービスのうち訪問看護ステーションから提供されるものの割合：70%
- ・1ステーション・1カ月当たりのサービス提供時間：257時間

などの一定の前提条件の下で換算すると次のとおり。

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
訪問看護 ステーション換算数	5,600 か所	6,700 か所	7,900 か所	9,200 か所	10,500 か所

3 「通所介護・通所リハか所換算数」

- ・通所介護 1か所当たり 3,630 回／年のサービス提供
- ・老人保健施設 通所リハ 1か所当たり 6,316 回／年のサービス提供
- ・医療機関 通所リハ 1か所当たり 4,176 回／年のサービス提供

などの一定の前提条件の下で換算すると次のとおり。

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
通所介護・ 通所リハか所 換算数	19,900 か所	22,000 か所	24,100 か所	26,300 か所	28,400 か所

4 「短期入所サービス専用床換算数」

- ・短期入所サービスのうち専用床（短期入所生活介護を提供する専用床）から提供されるものの割合：70%
- ・専用床1床当たりの利用率：66.5%

などの一定の前提条件の下で換算すると次のとおり。

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
短期入所 サービス専用 床換算数	69,200 人分	77,200 人分	85,600 人分	93,500 人分	101,800 人分

3. 施設サービス量の見込み

(1) 特別養護老人ホーム入所者数

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
入 所 者 数	304 千人	320 千人	335 千人	349 千人	362 千人

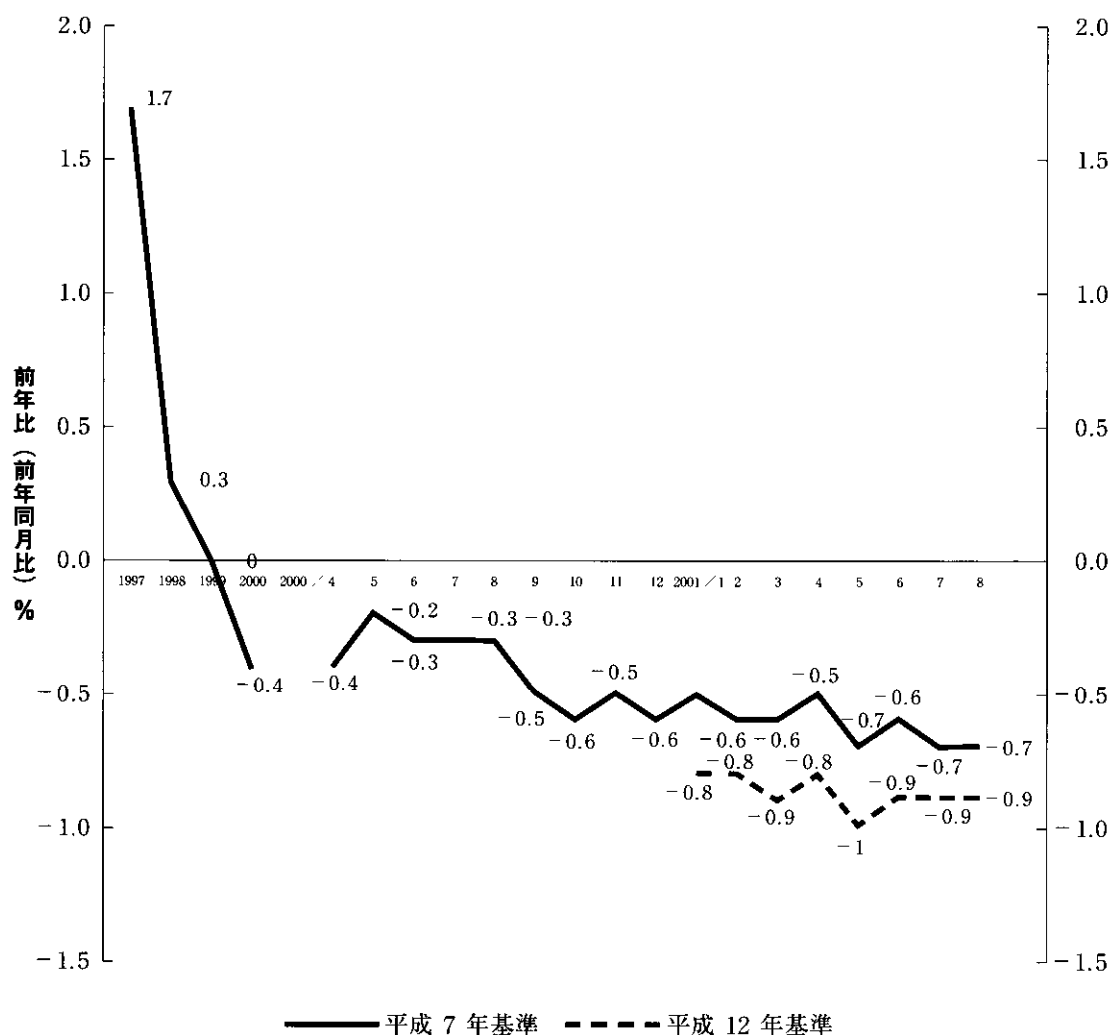
(2) 老人保健施設入所者数

	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
入 所 者 数	214 千人	231 千人	244 千人	258 千人	271 千人

(3) 療養型病床群入院者数

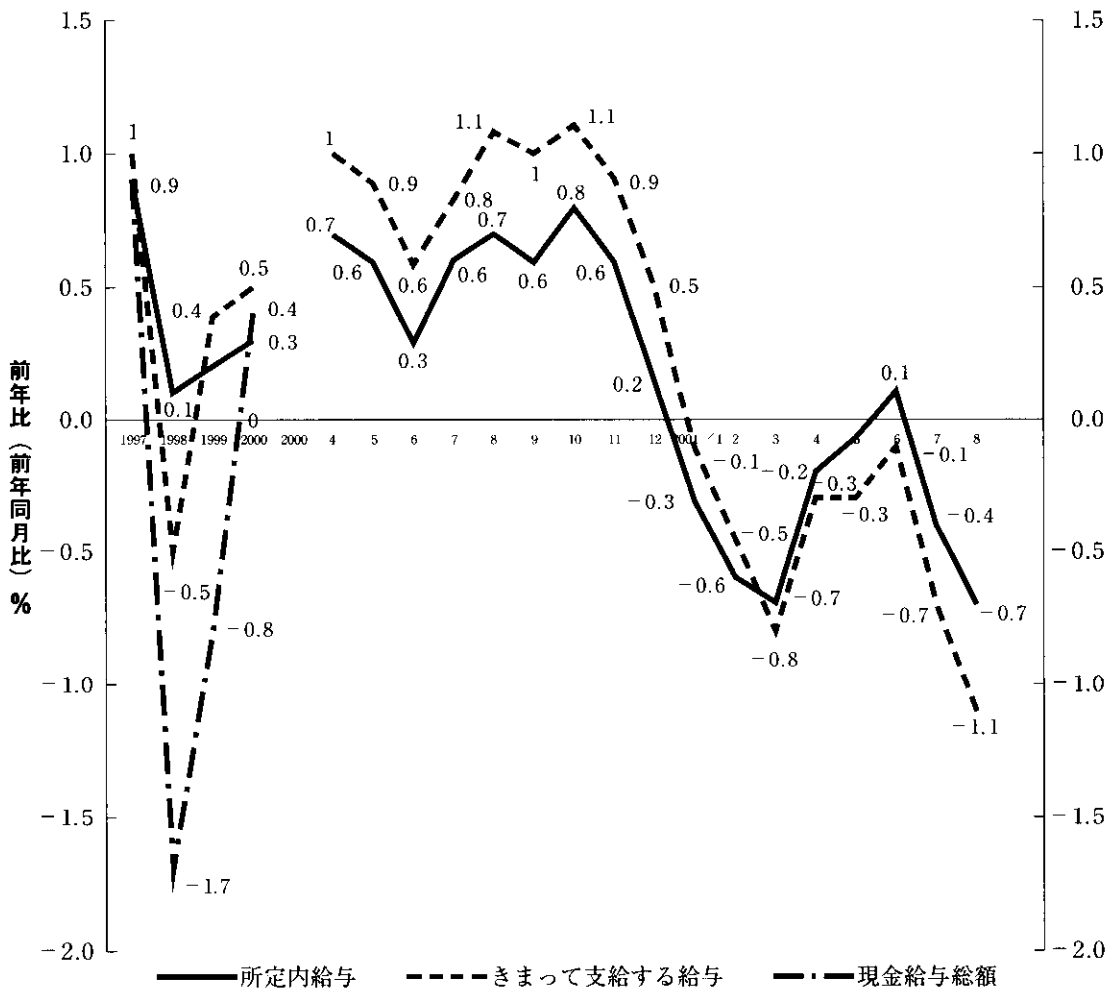
	平成 12 年度	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度
入 院 者 数	171 千人	183 千人	188 千人	195 千人	203 千人

消費者物価指数（全国・総合（除く生鮮食品））



注) 生鮮品は、その物価が時として大きく変動し、平均的な物価とかけ離れて数値全体を攪乱するために、除いた。

賃金指数（産業計・事業所規模 5 人以上）



（注 1）きまって支給する給与（定期給与）＝ 所定内給与 ＋ 所定外給与（超過労働給与）

（注 2）現金給与総額 ＝ きまって支給する給与 ＋ 特別に支払われた給与（特別給与）

都道府県別人口、65 歳以上人口及び入所定員数、病床数、高齢化率、

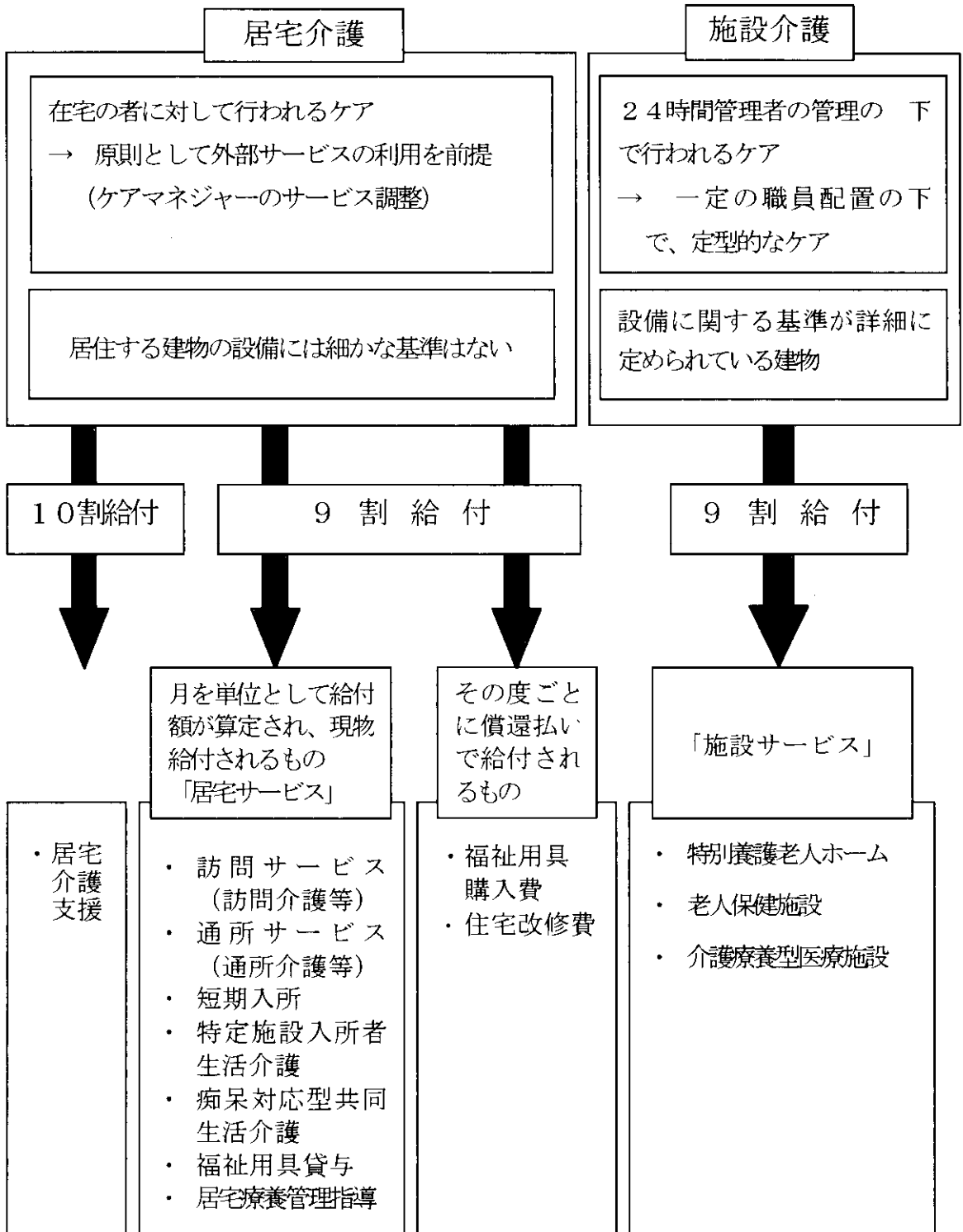
65 歳以上人口に対する定員数・病床数割合

	人口	65歳以上人口 (高齢化率)	介護保険施設定員数・病床数計	介護老人福祉施設入所定員数	介護老人保健施設入所定員数	介護療養型医療施設病床数
総 数	126,920,000	22,270,900 (17.5)	669,179 (3.00)	309,817 (1.39)	240,764 (1.08)	118,598 (0.53)
北海道	5,683,000	1,018,400 (17.9)	40,561 (3.90)	17,152 (1.68)	12,007 (1.18)	11,402 (1.12)
青森県	1,475,600	289,200 (19.6)	10,631 (3.68)	4,662 (1.61)	4,864 (1.66)	1,105 (0.38)
岩手県	1,416,200	314,300 (22.2)	10,385 (3.30)	4,748 (1.51)	4,640 (1.48)	997 (0.32)
宮城県	2,365,200	414,800 (17.5)	10,269 (2.48)	5,174 (1.25)	4,482 (1.08)	613 (0.15)
秋田県	1,189,200	279,300 (23.5)	10,203 (3.65)	4,925 (1.76)	4,332 (1.56)	946 (0.34)
山形県	1,244,000	290,200 (23.3)	8,431 (2.91)	5,116 (1.76)	2,886 (0.99)	429 (0.15)
福島県	2,127,000	433,900 (20.4)	10,287 (2.37)	5,170 (1.19)	4,450 (1.03)	667 (0.15)
茨城県	2,985,500	517,300 (17.3)	13,249 (2.56)	5,773 (1.12)	6,034 (1.17)	1,442 (0.28)
栃木県	2,004,800	347,500 (17.3)	9,069 (2.61)	4,154 (1.20)	4,122 (1.19)	793 (0.23)
群馬県	2,025,000	375,600 (18.5)	10,480 (2.79)	4,727 (1.26)	4,475 (1.19)	1,278 (0.34)
埼玉県	6,938,000	895,500 (12.9)	21,382 (2.39)	10,134 (1.13)	7,768 (0.87)	3,480 (0.39)
千葉県	5,926,300	830,700 (14.0)	21,780 (2.62)	9,584 (1.15)	9,379 (1.13)	2,817 (0.34)
東京都	12,059,400	1,947,000 (16.1)	41,527 (2.13)	28,048 (1.44)	9,613 (0.49)	3,866 (0.20)
神奈川県	8,490,000	1,134,500 (13.4)	25,907 (2.28)	12,949 (1.14)	8,545 (0.75)	4,413 (0.39)
新潟県	2,475,800	537,300 (21.7)	17,970 (3.34)	8,062 (1.50)	7,703 (1.43)	2,205 (0.41)
富山県	1,120,800	241,900 (21.6)	9,371 (3.87)	3,451 (1.43)	3,412 (1.41)	2,508 (1.04)
石川県	1,180,900	219,200 (18.6)	8,531 (3.89)	3,508 (1.60)	3,110 (1.42)	1,913 (0.87)
福井県	829,000	170,200 (20.5)	6,492 (3.81)	3,087 (1.81)	2,349 (1.38)	1,056 (0.62)
山梨県	888,200	181,900 (20.5)	4,566 (2.51)	2,119 (1.16)	2,050 (1.13)	397 (0.22)
長野県	2,214,400	489,400 (22.1)	12,768 (2.61)	6,640 (1.36)	4,680 (0.96)	1,448 (0.30)
岐阜県	2,107,700	385,400 (18.3)	9,917 (2.57)	4,166 (1.08)	4,836 (1.25)	915 (0.24)
静岡県	3,767,400	676,600 (18.0)	14,994 (2.22)	7,231 (1.07)	5,167 (0.76)	2,596 (0.38)
愛知県	7,043,200	1,034,900 (14.7)	25,542 (2.47)	10,917 (1.05)	10,274 (0.99)	4,351 (0.42)
三重県	1,857,400	366,300 (19.7)	10,324 (2.82)	4,738 (1.29)	4,594 (1.25)	992 (0.27)
滋賀県	1,342,800	219,400 (16.3)	5,461 (2.49)	2,755 (1.26)	1,910 (0.87)	796 (0.36)
京都府	2,644,300	467,100 (17.7)	14,891 (3.19)	6,339 (1.36)	4,496 (0.96)	4,056 (0.87)
大阪府	8,804,900	1,330,200 (15.1)	36,806 (2.77)	17,283 (1.30)	12,375 (0.93)	7,148 (0.54)
兵庫県	5,550,800	956,500 (17.2)	27,908 (2.92)	13,969 (1.46)	8,989 (0.94)	4,950 (0.52)
奈良県	1,443,000	246,700 (17.1)	6,813 (2.76)	4,069 (1.65)	2,140 (0.87)	604 (0.24)
和歌山県	1,069,900	232,300 (21.7)	7,169 (3.09)	3,585 (1.54)	2,811 (1.21)	773 (0.33)
鳥取県	613,200	141,800 (23.1)	5,017 (3.54)	2,451 (1.73)	1,837 (1.30)	729 (0.51)
島根県	761,500	195,700 (25.7)	6,611 (3.38)	3,735 (1.91)	1,745 (0.89)	1,131 (0.58)
岡山県	1,950,700	407,900 (20.9)	14,291 (3.50)	6,472 (1.59)	5,500 (1.35)	2,319 (0.57)
広島県	2,879,000	540,100 (18.8)	18,576 (3.44)	8,235 (1.52)	6,435 (1.19)	3,906 (0.72)
山口県	1,528,100	342,000 (22.4)	13,621 (3.98)	5,306 (1.55)	3,910 (1.14)	4,405 (1.29)
徳島県	824,100	185,000 (22.4)	8,730 (4.70)	2,830 (1.53)	3,850 (2.08)	2,050 (1.11)
香川県	1,022,800	228,100 (22.3)	7,489 (3.28)	3,243 (1.42)	2,951 (1.29)	1,295 (0.57)
愛媛県	1,493,100	320,800 (21.5)	10,121 (3.15)	4,128 (1.29)	3,628 (1.13)	2,365 (0.74)
高知県	814,000	194,900 (23.9)	8,714 (4.47)	3,258 (1.67)	2,004 (1.03)	3,452 (1.72)
福岡県	5,015,700	863,300 (17.2)	34,041 (3.94)	12,594 (1.46)	12,720 (1.47)	8,727 (1.01)
佐賀県	876,700	179,500 (20.5)	7,137 (3.98)	2,841 (1.58)	2,713 (1.51)	1,583 (0.88)
長崎県	1,516,500	311,900 (20.6)	11,506 (3.69)	5,127 (1.64)	4,225 (1.35)	2,154 (0.69)
熊本県	1,859,400	392,500 (21.1)	16,765 (4.27)	6,260 (1.59)	5,594 (1.43)	4,911 (1.25)
大分県	1,221,100	279,200 (22.9)	9,155 (3.28)	4,113 (1.47)	3,529 (1.26)	1,513 (0.54)
宮崎県	1,170,000	251,800 (21.5)	8,658 (3.44)	3,673 (1.46)	2,935 (1.17)	2,050 (0.81)
鹿児島県	1,786,100	407,200 (22.8)	15,417 (3.79)	7,251 (1.70)	4,963 (1.22)	3,203 (0.79)
沖縄県	1,318,300	185,700 (14.1)	9,646 (5.19)	4,065 (2.19)	3,732 (2.01)	1,849 (1.00)

資料：人口は、「平成12年国勢調査抽出速報集計」（平成12年10月1日現在）、入所定員数、

病床数は、平成13年4月1日現在の実績

介護サービスの体系



<概 要>

個別的な指導に基づくADL指導を中心とした外来リハビリテーションは、一般的な機能訓練中心の外来リハビリテーションと比較し、退院1年後、5年後のADL自立度の維持に極めて有効であることを示す研究結果は次のとおり。

- 退院1週後と1年後を比較しADLが低下した者の割合
 - ・ADL指導中心群 → 1.0%
 - ・機能訓練中心群 → 18.3%
- 退院1年後と5年後を比較しADLが低下した者の割合
 - ・ADL指導中心群 → 2.9%
 - ・機能訓練中心群 → 47.1%

1 対象と方法

脳卒中片麻痺患者で、病棟ADL訓練中心の入院リハビリテーションをうけて退院後、外来リハビリテーションをADL指導中心にうけた患者と機能訓練中心でうけた患者について、退院1週後と1年後のADLの変化について比較検討。

2 結果

退院1週後と1年後のADL自立度の変化

		ADL指導中心 外来リハビリ	機能訓練中心 外来リハビリ	有意差
ADL自立度	維持者	200/202名 (99.0%)	165/202名 (81.7%)	P<0.001
	低下者	2/202名 (1.0%)	37/202名 (18.3%)	P<0.001

＜研究概要 Ⅱ（抄）＞

1 対象と方法

脳卒中片麻痺患者で入院リハビリテーション（病棟ADL訓練中心）をうけて退院後、退院時点の自宅でのADLが最低限入浴以外の身辺ADLは自立している患者について、外来リハビリテーションをADL指導中心にうけた患者と機能訓練中心でうけた患者について、退院1年後、5年後でADLの変化について比較検討。

2 結果

表1 退院1年後と5年後の間のADL自立度変化

		ADL指導中心 外来リハビリ	機能訓練中心 外来リハビリ	有意差
ADL自立度	維持者	99/102名 (97.1%)	54/102名 (52.9%)	P<0.001
	低下者	3/102名 (2.9%)	48/102名 (47.1%)	P<0.001
年齢 (5年後時点)		73.4±13.2	72.1±14.2	N.S.

表2 退院後1～5年間のADL低下(一時的を含む)

	ADL指導中心 外来リハビリ	機能訓練中心 外来リハビリ	有意差
ADL低下者	30名(29.4%) [100%]	51名(50.0%) [100%]	P<0.001
ADL低下後 改善者	27名(26.5%) [90.0%]	3名(2.9%) [5.9%]	P<0.001
ADL低下後 非改善者	3名(2.9%) [10.0%]	48名(47.1%) [94.1%]	P<0.001

出典)

- 1 地域リハビリテーション懇談会報告書(平成12年3月)、日本公衆衛生協会、2000

(寝たきり予防総合戦略に関する研究事業(平成11年度厚生省老人保健推進費等補助金))

- 2 地域リハビリテーション懇談会報告書(平成13年3月)、日本公衆衛生協会、2001

(寝たきり予防と地域リハビリテーションの推進に関する研究(平成12年度厚生省老人保健推進費等補助金))

Ⅱ．訪問リハビリテーション

社保審・介護給付費分科会	
第4回（H14.1.23）	資料1

1 訪問リハビリテーションの現行の報酬体系

$$\left(\begin{array}{|c|c|c|} \hline \text{指定訪問リハビリテーション事業所} & \text{訪問リハビリテーション費} & 550 \text{ 単位} \\ \hline \end{array} \right) \times \text{日数}$$

（1回20分以上／1日につき）

2 参考資料

訪問リハビリテーション

I 介護給付費に関するデータ (介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

訪問リハビリテーション											
総費用		294,913	千円								
介護総費用に占める割合		0.09	%								
			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
利用者数	14,045	171	1,721	2,386	2,431	3,033	4,303	(平均要介護度) 3.38			
	100.0%	1.2%	12.3%	17.0%	17.3%	21.6%	30.6%				
利用者 1人当たり平均 単位数	／月 (単位) 2,078.7	1,951.4	2,129.0	2,068.4	2,124.4	2,041.5	2,069.7				
利用者 1人当たり平均 利用日数	／月 (日) 3.8	3.6	3.9	3.8	3.9	3.7	3.8				
利用者 1日当たり平均 単位数	(単位) 549.2	548.8	550.4	549.7	547.9	548.9	549.4				
		社会福 祉法人 (社協以外)	社会福 祉法人 (社協)	医療 法人	社団・ 財団	営利 法人	農協	生協	その他 法人	地方公 共同体 (市町村)	その他
請求事業所数	1,813	28	2	925	69	5	17	62	20	131	529
	100.0%	1.5%	0.1%	51.0%	3.8%	0.3%	0.9%	3.4%	1.1%	7.2%	29.2%
1事業所当たり 平均費用額	／月 (円) 162,548	170,513	117,084	161,964	151,939	148,632	192,500	117,724	118,690	141,097	175,416
1事業所当たり 平均利用 実人数	／月 (人) 7.8	8.6	6.0	7.2	8.3	6.2	12.9	7.6	7.7	8.1	8.3
利用者 1人当たり平均 費用額	(円) 20,966	19,729	19,514	22,593	18,265	23,973	14,943	15,399	15,414	17,454	21,148

要介護状態区分別

			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
利用回数	(回)	53,399	608	6,687	9,013	9,458	11,352	16,281	(平均要介護度)	
		100.0%	1.1%	12.5%	16.9%	17.7%	21.3%	30.5%	3.37	
利用単位数	(千単 位)	29,367	334	3,678	4,956	5,202	6,243	8,954		
		100%	1.1%	12.5%	16.9%	17.7%	21.3%	30.5%		
1回当たり平均 単位数	(単位)	550.0	550.0	550.0	549.9	550.0	550.0	550.0		

II サービス提供事業所に関するデータ(介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

利用者数規模別事業所数

	1～9 人	10～19 人	20～29人	30～39 人	40～49 人	50～59 人	100人 以上	1事業所当たり 利用者数 (人)	1事業所当たり 利用者延数 (人)
訪問リハビリ テーション	49.1%	11.8%	2.5%	2.0%	0.5%	1.2%	0.9%	9.6	28.3

Ⅲ. 通所介護・通所リハビリテーション

社保審一介護給付費分科会

第2回(H13.11.5)

資料2

通所介護・通所リハビリテーションの報酬体系を考える視点①

現行の報酬体系

- 要介護度別による3区分
 - ・ 要支援 ・ 要介護1・2 ・ 要介護3～5
(直接処遇職員の人件費に、勤務に占める介護時間割合(70%)を乗じた部分を変動費用として、要介護度毎に配賦)
- サービス提供時間による区分
(2時間以上8時間未満を4区分して評価)
- 事業所の類型
 - 通所介護
 - ・ 単独型
 - ・ 併設型
 - ・ 痴呆専用単独型
 - ・ 痴呆専用併設型
 - 通所リハビリテーション
 - ・ 医療機関(通常規模)
 - ・ 診療所(小規模)
 - ・ 介護老人保健施設
- 各種減算の設定
 - ・ 定員を利用人員が超過した場合
 - ・ 看護・介護職員等の人員が欠如した場合
→ 70/100に減算
- 各種加算の設定
 - ・ 食事加算
 - ・ 送迎加算
 - ・ 入浴介助加算
 - ・ 特別入浴介助加算等

現行の報酬体系に関する論点

[要介護度別による3区分]

- 要介護度別の報酬設定をどう考えるか。
- 3区分の仕方及び区分毎の報酬の差はどうか。

[サービス提供時間による区分]

- サービス提供時間の区分設定をどう考えるか。

[事業所の類型]

- 事業所の類型をどう考えるか。

[各種減算・加算]

- 現行の各減算・加算をどう考えるか。

データ

【要介護度別利用回数の割合】

(%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
通所介護	11.5	32.2	24.1	15.3	10.5	6.3	100.0
通所リハビリテーション	8.6	33.3	26.6	16.1	10.2	5.1	100.0
医療機関（通常規模）	10.2	36.4	25.8	14.5	8.7	4.4	100.0
診療所（小規模）	13.1	39.5	23.4	12.7	7.2	4.0	100.0
老人保健施設	7.2	30.6	27.4	17.6	11.5	5.8	100.0

【サービス提供時間別利用回数の割合】

■通 所 介 護

通所介護総提供回数に対する割合

(%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
2～3（時間）	0.05	0.20	0.17	0.14	0.15	0.21	0.92
3～4（"）	0.10	0.22	0.17	0.11	0.10	0.08	0.78
4～6（"）	7.57	19.11	13.31	8.24	5.44	3.15	56.82
6～8（"）	3.77	12.71	10.49	6.85	4.81	2.85	41.47

■通所リハビリテーション

通所リハ総提供回数に対する割合

(%)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
2～3（時間）	0.07	0.18	0.10	0.06	0.04	0.04	0.49
3～4（"）	0.18	0.42	0.29	0.17	0.13	0.08	1.28
4～6（"）	3.42	9.30	6.79	3.89	2.36	1.11	26.88
6～8（"）	4.96	23.42	19.42	12.03	7.64	3.90	71.35

【各加算の利用回数割合】

各通所サービス提供回数に対する割合

(%)

	食事	送迎	入浴介助	特別入浴介助	機能訓練体制	訪問指導等
通 所 介 護	94.6	186.0 (1.86回／通所1回)	61.1	14.3	30.2	—
通所リハビリテーション	94.5	176.9 (1.77回／通所1回)	48.8	7.7	—	0.031

(国民健康保険団体連合会 平成13年5月請求分)

通所介護・通所リハビリテーションの報酬体系を考える視点②

現行の人員基準・報酬体系

	通所介護	通所リハビリテーション		
		医療機関-通常規模 (20人)	診療所-小規模 (10人)	介護老人保健施設
内容	- 日常生活上の世話 - 入浴・食事の提供 - 生活等に関する相談・助言 - 健康状態の確認 - 機能訓練	- 日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法 - その他必要なリハビリテーション		
管理者	専従(場合により兼務可)	医師(兼務可)		医師(兼務可)
医師		専任(兼務可) 1人(利用者40人まで)		施設の入所者数の3割を超えた数について、200人に1人 [常勤換算] (入所者数100人以上又は常勤医師の配置されていない施設の場合)
理学療法士(PT) 作業療法士(OT) 看護職員等	<u>看護職員</u> (定員10人超の場合) 提供時間帯を通じて専従 1人 <u>機能訓練指導員</u> 兼務可 1人	<u>PT・OT・経験看護婦</u> 提供時間帯を通じて専従 1人 <u>PT・OT・看護職員</u> 提供時間帯を通じて専従 1人 ※PT・OTを最低週1日配置	<u>PT・OT・経験看護婦</u> 提供時間帯を通じて専従 1人	<u>PT・OT</u> 利用者数 ÷ 100(人) [常勤換算] <u>看護職員</u> 専任(兼務可) 1人
介護職員	提供時間帯を通じて専従 利用者15人 1人 以後5人を増す毎に 1人	必要な数	提供時間帯を通じて専従 1人	提供時間帯を通じて専従 利用者10人に1人
生活相談員 支援相談員	<u>生活相談員</u> 提供時間帯を通じて専従 1人			<u>支援相談員</u> 利用者数 ÷ 100(人) [常勤換算]
加算	送迎・食事・入浴介助・特別入浴介助・機能訓練体制	送迎・食事・入浴介助・特別入浴介助		送迎・食事・入浴介助・特別入浴介助・訪問指導等
介護報酬 (6～8時間)	<u>併設型</u> 要支援 560単位 要介護1・2 662単位 要介護3～5 924単位	要支援 661単位 要介護1・2 774単位 要介護3～5 1063単位	要支援 665単位 要介護1・2 779単位 要介護3～5 1070単位	要支援 648単位 要介護1・2 758単位 要介護3～5 1041単位

データ

■ 人員基準の具体例

	通所介護	通所リハビリテーション 医療機関（通常規模）	通所リハビリテーション 介護老人保健施設
1 単位の 利用者 20 人の 場合	看護職員 1 人 (機能訓練指導員を兼務) 介護職員 2 人 生活相談員 1 人	医師 兼務 PT・OT・看護職員 2 人 介護職員 必要数	医師 兼務 PT・OT 0.2 人 看護職員 兼務 介護職員 2 人 支援相談員 0.2 人

■ 通所サービス 1 事業所あたり従事者数

(平成 12 年 介護サービス施設・事業所調査)

	通所介護			通所リハビリテーション (医療機関)		通所リハビリテーション (介護老人保健施設)	
月あたり 延利用者数 (人)	420.2			391.4		477.3	
従事者 (人)	常勤 専従	兼務・ 非常勤 (実数)	兼務・ 非常勤 (常勤 換算)	常勤専従	兼務・ 非常勤 (実数)	常勤専従	兼務・ 非常勤 (実数)
医師	0.0	0.1	0.0	0.5	0.8	0.1	0.9
理学療法士	0.0	0.1	0.0	0.4	0.5	0.1	0.8
作業療法士	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.1	0.5
看護職員	0.7	1.1	0.5	2.3	0.8	1.0	0.6
その他の 機能訓練指導員 生活相談員・ 支援相談員 等	0.1	0.6	0.2	—	—	—	—
※ 1	1.1	0.6	0.3	—	—	0.3	0.7
介護職員	3.1	2.9	1.6	3.3	0.6	4.2	0.8
その他	0.7	1.6	0.6	—	—	—	—
合計	5.6	6.9	3.3	6.8	3.0	5.8	4.4

※ 1 介護支援専門員を含む

論点

- 施設毎の人員基準と介護報酬単価の違いをどう考えるか。
 - ・それぞれの施設の機能をどう考えるか。
 - ・通所リハビリテーションについては、効果の評価を含め、あり方をどう考えるか。

I 介護給付費に関するデータ (国民健康保険団体連合会 平成13年5月審査分)

介護給付費全体に占める割合		8.19	%							
				要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
利用者数	536,749			85,147	181,430	116,022	70,396	50,727	33,027	(平均要介護度)
	100%			15.9%	33.8%	21.6%	13.1%	9.5%	6.2%	
利用者1人 当たり平均 単位数	／月(単位)	4,907.2		2,769.7	4,251.4	5,097.7	6,990.7	6,709.5	6,141.9	
利用者1人 当たり平均 利用日数	／月(日)	6.0		4.4	5.8	6.7	7.1	6.7	6.2	
利用者1日 当たり平均 単位数	(単位)	812.0		632.3	737.5	755.4	989.2	999.1	994.6	
				社会福祉 法人 (社協以外)	社会福祉 法人 (社協)	医療法人	営利法人	農協	生協	その他 法人
指定事業所数 (平成13年5月現在、 厚生労働省調べ)	8,867			5,113	1,350	456	711	70	58	1,109
	100%			57.7%	15.2%	5.1%	8.0%	0.8%	0.7%	12.5%
請求事業所数	8,434			4,960	1,225	390	578	62	50	1,169
1事業所当 たり平均 費用額	／月(円)	3,161,756		3,499,073	2,999,681	3,159,398	2,159,464	3,184,617	1,672,069	
1事業所当 たり平均 利用実人数	／月(人)	65.7		74.0	66.0	48.4	34.3	55.3	31.2	
利用者1人 当たり平均 費用額	(円)	48,113		47,297	45,456	65,249	63,039	57,581	53,661	

① 要介護状態区分別

				要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
利用回数	(回)	3,248,327		373,499	1,046,976	784,034	498,275	341,261	204,282	(平均要介護度)
		100%		11.5%	32.2%	24.1%	15.3%	10.5%	6.3%	
利用単位数	(千単位)	2,639,770		236,831	772,724	592,743	493,331	340,951	203,188	
		100%		9.0%	29.3%	22.5%	18.7%	12.9%	7.7%	
1回当たり 平均単位数	(単位)	812.7		634.1	738.1	756.0	990.1	999.1	994.6	

② サービス類型別

			単独型	併設型	痴呆専用 単独型	痴呆専用 併設型
利用回数	(回)	3,248,327	1,248,703	1,827,973	54,302	117,349
		100%	38.4%	56.3%	1.7%	3.6%
利用単位数	(千単位)	2,123,022	845,937	1,116,374	54,853	105,857
(各加算を除く)		100%	39.8%	52.6%	2.6%	5.0%
1回当たり平均単位数	(単位)	653.6	677.5	610.7	1,010.2	902.1
(各加算を除く)						

II サービス提供事業所に関するデータ

(介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

① 利用者数規模別事業者数

	事業所数の構成割合 (9月中の1事業所当たり実利用者数)							1事業所当たり (人)	
	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	実利用者数	利用者延数
通所介護	2.7%	5.4%	5.7%	6.2%	7.5%	44.5%	26.2%	78.2	420.2
								(9月中)	(9月中)

② 従事者数

	総数	常勤	非常勤
総数	(人) 70,949	53,918	17,031
介護職員	(人) 37,273	26,825	10,448
介護福祉士(再掲)	(人) 7,752	7,260	492
医師	(人) 174	122	52
看護婦(士)	(人) 4,594	3,270	1,324
准看護婦(士)	(人) 5,101	3,895	1,206
機能訓練指導員	(人) 2,581	1,899	682
理学療法士(再掲)	(人) 220	127	93
作業療法士(再掲)	(人) 131	97	35
栄養士	(人) 1,211	1,090	120
調理員	(人) 5,310	3,398	1,911
介護支援専門員	(人) 856	822	34
生活相談員	(人) 9,740	9,503	237
社会福祉士(再掲)	(人) 991	949	42
その他の職員	(人) 4,111	3,094	1,017

I 介護給付費に関するデータ (国民健康保険団体連合会 平成13年5月審査分)

通所リハビリテーション総費用		19,928,922	千円							
介護総費用に占める割合		6.12	%							
利用者数		295,084	100%	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度) 1.94
				37,134 12.6%	101,416 34.4%	71,137 24.1%	42,290 14.3%	27,838 9.4%	15,269 5.2%	
利用者1人当たり平均単位数	／月(単位)	6,710.8		3,510.3	5,945.1	6,846.4	9,197.1	8,851.8	8,157.6	
利用者1人当たり平均利用日数	／月(日)	7.3		5.0	7.1	8.1	8.3	7.9	7.3	
利用者1日当たり平均単位数	(単位)	915.0		696.3	835.7	845.4	1,114.5	1,121.9	1,124.9	
指定事業所数 (平成13年5月現在、厚生労働省調べ)		5,618	100%	社会福祉法人 (社協以外)	社会福祉法人 (社協)	医療法人	営利法人	農協	生協	その他 法人
				454 8.1%	0 0.0%	4,035 71.8%	4 0.1%	30 0.5%	209 3.7%	886 15.8%
請求事業所数		5,332		434	4	3,584	5	27	201	1,077
1事業所当たり平均費用額	／月(円)	3,737,607		4,310,460	2,545,428	3,957,958	2,440,417	3,553,806	2,722,644	
1事業所当たり平均利用実人数	／月(人)	56.2		70.1	47.8	57.9	46.0	63.0	42.6	
利用者1人当たり平均費用額	(円)	66,484		61,471	53,307	68,386	53,053	56,410	63,901	

① 要介護状態区分別

			要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度) 2.05
利用回数	(回)	2,171,463	187,440	723,364	577,741	350,536	220,867	111,515	
		100%	8.6%	33.3%	26.6%	16.1%	10.2%	5.1%	
利用単位数	(千単位)	1,985,198	131,505	604,062	488,087	389,883	246,881	124,780	
		100%	6.6%	30.4%	24.6%	19.6%	12.4%	6.3%	
1回当たり平均単位数	(単位)	914.2	701.6	835.1	844.8	1,112.2	1,117.8	1,119.0	

② サービス類型別

			通所リハ (Ⅰ) 通常規模	通所リハ (Ⅱ) 小規模	通所リハ (Ⅲ) 老人保健施設
利用回数	(回)	2,171,463	883,225	89,257	1,198,981
		100%	40.7%	4.1%	55.2%
利用単位数	(千単位)	1,684,358	685,844	68,044	930,470
(各加算を除く)		100%	40.7%	4.0%	55.2%
1回当たり平均単 (各加算を除く)	(単位)	775.7	776.5	762.3	776.1

Ⅱ サービス提供事業所に関するデータ

(介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

① 利用者数規模別事業所数

	事業所数の構成割合 (9月中の1事業所当たり実利用者数)							1事業所当たり(人)	
	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	実利用者数	利用者延数
医療機関	3.6%	8.7%	13.7%	13.7%	12.2%	31.7%	7.7%	51.7	391.4
介護老人保健施設	4.7%	7.7%	8.8%	9.7%	10.3%	40.5%	17.3%	67.9	477.3
								(9月中)	(9月中)

② 従事者数

(実人数)		医療機関		介護老人保健施設	
		専従	兼務	専従	兼務
総数	(人)	15,402	6,752	15,288	11,709
医師	(人)	1,025	1,926	207	2,478
理学療法士	(人)	1,009	1,145	378	2,163
作業療法士	(人)	667	505	246	1,433
看護婦	(人)	3,491	1,020	1,043	679
准看護婦	(人)	1,825	798	1,557	925
支援相談員	(人)	—	—	762	1,928
介護職員	(人)	7,385	1,358	11,095	2,103

通所リハビリテーションの報酬単位の見直し案

現行の報酬体系

【通所リハビリテーション費】

通所リハビリテーション (I)

※通常規模の医療機関

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
要支援	331 単位	490 単位	661 単位
要介護1・2	387 単位	575 単位	774 単位
要介護3～5	532 単位	789 単位	1,063 単位

通所リハビリテーション (II)

※小規模の診療所

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
要支援	333 単位	480 単位	665 単位
要介護1・2	390 単位	562 単位	779 単位
要介護3～5	535 単位	772 単位	1,070 単位

通所リハビリテーション (III)

※介護老人保健施設

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
要支援	324 単位	463 単位	648 単位
要介護1・2	379 単位	542 単位	758 単位
要介護3～5	521 単位	744 単位	1,041 単位

【報酬設定の基礎となる人員基準】

- 施設の類型に応じて、以下の職種を配置
- ・ 理学療法士、作業療法士、看護職員
 - ・ 介護職員、支援相談員

見直し案

【体系見直し案】

【基本単位】※共通の報酬単位

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満
要支援	〇〇単位	〇〇単位	〇〇単位
要介護1・2	〇〇単位	〇〇単位	〇〇単位
要介護3～5	〇〇単位	〇〇単位	〇〇単位

【個別リハビリテーション加算】

1日に1回を限度として 〇〇単位

【報酬見直しを考える視点】

- 要介護の予防、要介護度の軽減を図る観点から、画一的なりハビリテーションよりも、介護度を悪化させない個別のリハビリテーションを評価すべきではないか。

【報酬単位の見直し案】

【基本単位】

- 介護職員が行う日常生活の世話等の介護を中心として評価した単位とする。

【個別リハビリテーション加算】

＜算定要件（案）＞

①対象者

- ・ 身体障害や高次脳機能障害などのために日常生活が未確立な者
- ・ 生活習慣病や廃用症候群などのために運動管理の確立が必要な者
- ・ 摂食障害や嚥下障害、コミュニケーション障害がある者 など
医療機関・施設からの退院・退所後１年以内の患者については、重点的に評価する。

②個別リハビリテーション計画の策定と評価

③個別リハビリテーションを行うことのできる従事者

- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

④リハビリテーション内容

- ・ 基本動作訓練や実用歩行訓練・食事・摂食・嚥下・排泄・入浴・移動移乗などに関する日常生活訓練等

⑤リハビリテーション時間

- ・ 利用者１人に対して、従事者が１対１で個別に利用者１人当たり２０分以上行うこと。

Ⅳ. 施設サービス全体

社保審・介護給付費分科会

第 10 回（H14.5.23）

資料 1

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設の報酬体系の見直し案①

【規模】

現行の報酬体系

○各施設とも原則として規模によらず一定額の報酬。

※ただし、定員 30 人以下の介護老人福祉施設は異なる評価としている。

（離島・山村・過疎地域及び大都市部に政策的に設置したもの）

○各施設の規模の特徴

【介護老人福祉施設】

- ・定員 50 人の施設が 49.6%を占める
- ・平均定員（67.0 人）より小さい施設が多い。

【介護老人保健施設】

- ・定員 100 人の施設が 45.7%、定員 80 人の施設が 37.8%であり、平均定員（87.6 人）に近い、比較的大規模の施設が多い。

【介護療養型医療施設】

- ・平均定員は 43.5 人であり、分布の特に集中する規模はみられない。

見直し案

○各施設について、規模毎の報酬体系をどう考えるか。

A 案： 現行通り施設の規模によらず同一の報酬とする

- ・経営概況調査結果からは、規模毎のコストの差は顕著でない。
- ・施設の規模が違ってても、入所者にとっては同様のサービスなので、同一の報酬・利用者負担とするべき。
- ・大規模施設は、地域の拠点として研修機能等の異なる役割を果たす必要があるため、他の施設と比べ低い報酬とすることは望ましくない。

B 案： 施設の規模別階層毎の報酬区分とする

- ・大規模施設には、本来「規模の経済」が作用するはずであり、効率化をより促すべき。
- ・小規模施設は、管理的費用や夜勤体制等について、一層の効率化が困難。
小規模施設は大規模施設と同じ利益率の利益を出していても、利益の絶対額は小さい。
- ・人口の少ない地域には小規模施設が必要であり、運営に配慮するべき。

○規模別延利用者1人1日あたり収支

(1) 介護老人福祉施設

定員				30人以下		31～50人		51～80人		81～100人		101人以上	
Ⅰ 介護事業収益	(1)	介護料収益		12,583	115.9%	11,185	113.6%	11,217	113.0%	11,235	124.4%	11,138	108.6%
	(2)	保険外の利用料収益		52	0.5%	35	0.4%	37	0.4%	63	0.7%	29	0.3%
	(3)	補助金収入		155	1.4%	369	3.7%	352	3.5%	718	7.9%	137	1.3%
	(4)	国庫補助金等特別積立金取崩額		943	8.7%	567	5.8%	540	5.4%	550	6.1%	250	2.4%
	(5)	介護報酬査定減		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅱ 介護事業費用	(1)	給与費		7,168	66.0%	6,101	62.0%	6,341	63.9%	5,823	64.5%	6,509	63.4%
	(2)	減価償却費		1,201	11.1%	852	8.7%	1,008	10.2%	944	10.5%	866	8.4%
		うち建物・建物附属設備減価償却費		936	8.6%	651	6.6%	648	6.5%	631	7.0%	551	5.4%
	(3)	その他		3,255	30.0%	3,077	31.3%	2,839	28.6%	2,715	30.1%	2,757	26.9%
		うち給食材料費		935	8.6%	1,010	10.3%	802	8.1%	785	8.7%	841	8.2%
		うち委託費		476	4.4%	412	4.2%	336	3.4%	401	4.4%	329	3.2%
Ⅲ	介護事業外収益	借入金利息補助金収入		144	1.3%	77	0.8%	97	1.0%	62	0.7%	41	0.4%
Ⅳ	介護事業外費用	借入金利息		165	1.5%	188	1.9%	134	1.4%	98	1.1%	62	0.6%
Ⅴ	特別損失	会計区分外繰入金支出：本部費繰入（役員報酬等）		10	0.1%	194	2.0%	143	1.4%	3	0.0%	316	3.1%
費用（①＝Ⅱ－Ⅰ（４）＋Ⅳ＋Ⅴ）				10,857	100.0%	9,845	100.0%	9,925	100.0%	9,033	100.0%	10,260	100.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉													
収益A（②＝Ⅰ－Ⅰ（４）－Ⅰ（３））				12,635	100.0%	11,220	100.0%	11,254	100.0%	11,298	100.0%	11,167	100.0%
損益A（③＝②－①）				1,779	14.1%	1,375	12.3%	1,329	11.8%	2,265	20.0%	907	8.1%
〈補助金を含む収益ベース〉													
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（４）＋Ⅲ）				12,934	100.0%	11,666	100.0%	11,703	100.0%	12,078	100.0%	11,345	100.0%
損益B（⑤＝④－①）				2,078	16.1%	1,821	15.6%	1,777	15.2%	3,045	25.2%	1,085	9.6%
1施設あたり定員				29.8		49.7		67.9		93.4		133.8	
稼働率				96.8%		98.9%		98.9%		98.2%		97.2%	
延べ利用者数平均				865.6		1474.1		2016.4		2754.1		3900.0	
施設数				20		67		45		34		35	
施設数内訳													
地域													
特別区				0	0.0%	2	3.0%	1	2.2%	2	5.9%	1	2.9%
特甲地				3	15.0%	6	9.0%	5	11.1%	4	11.8%	8	22.9%
甲地				0	0.0%	6	9.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%
乙地				2	10.0%	9	13.4%	6	13.3%	5	14.7%	7	20.0%
その他地域				15	75.0%	44	65.7%	32	71.1%	23	67.6%	19	54.3%
施設基準													
介護福祉施設サービス費（Ⅰ）				0	0.0%	65	97.0%	41	91.1%	34	100.0%	35	100.0%
介護福祉施設サービス費（Ⅱ）				0	0.0%	1	1.5%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%
小規模介護福祉施設サービス費（Ⅰ）				20	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不明				0	0.0%	1	1.5%	3	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
開設年月平均				1997		1990		1990		1983		1979	
平均要介護度				3.48		3.57		3.54		3.42		3.47	
定員100人あたり従事者数													
総数				69.6		57.2		56.0		50.3		51.5	
うち看護職員				5.4		5.4		5.2		4.3		3.8	
うち介護職員（介護福祉士を含む）				40.8		34.3		35.6		33.2		35.4	
職種別常勤職員1人あたり月額給与													
看護師				305,000		268,000		269,000		311,000		304,000	
准看護師				247,000		239,000		242,000		277,000		284,000	
介護福祉士				227,000		238,000		238,000		261,000		255,000	
その他介護職員				195,000		205,000		208,000		235,000		221,000	

※収益・損益Aの欄の割合は収益Aに対する割合、収益・損益Bの欄の割合は収益Bに対する割合、施設数の欄の割合は施設数に対する割合、それ以外は費用に対する割合を示す。

○規模別延利用者 1 人 1 日あたり収支 (2) 介護老人保健施設

定員		60人以下		61～80人		81～100人		101人～	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	12,511	110.1%	12,399	103.8%	12,381	111.8%	12,688	108.3%
	(2) 保険外の利用料収益	427	3.8%	326	2.7%	445	4.0%	513	4.4%
	(5) 介護報酬査定減	-13	-0.1%	-42	-0.3%	-12	-0.1%	-1	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	6,182	54.4%	6,042	50.6%	5,763	52.0%	6,430	54.9%
	(2) 減価償却費	1,173	10.3%	1,284	10.8%	969	8.8%	1,009	8.6%
	うち建物・建物 附属設備減価 償却費	998	8.8%	985	8.2%	837	7.6%	798	6.8%
	(3) その他	3,491	30.7%	3,698	31.0%	3,855	34.8%	3,679	31.4%
	うち給食材料費	424	3.7%	343	2.9%	465	4.2%	495	4.2%
	うち委託費	1,022	9.0%	1,257	10.5%	1,118	10.1%	1,041	8.9%
IV 介護事業外費用 借入金利息		522	4.6%	921	7.7%	487	4.4%	600	5.1%
費用 (①=Ⅱ-I (4)+Ⅳ)		11,368	100.0%	11,945	100.0%	11,074	100.0%	11,718	100.0%
収益A (②=Ⅱ-I (4)-I (3))		12,925	113.7%	12,683	106.2%	12,814	115.7%	13,201	112.7%
損益A (③=②-①)		1,557	13.7%	738	6.2%	1,740	15.7%	1,483	12.7%
1施設あたり定員稼働率		49.3 95.7%		73.3 95.0%		96.7 95.0%		147.8 95.6%	
延べ利用者数平均		1,416		2,090		2,757		4,240	
施設数		15		24		39		32	
施設数内訳									
地域									
特別区		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
特甲地		2	13.3%	3	12.5%	3	7.7%	7	21.9%
甲地		2	13.3%	1	4.2%	1	2.6%	1	3.1%
乙地		0	0.0%	1	4.2%	5	12.8%	5	15.6%
その他地域		11	73.3%	17	70.8%	30	76.9%	19	59.4%
不明		0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%	0	0.0%
施設基準									
サービス費 1		15	100.0%	22	91.7%	36	92.3%	31	96.9%
サービス費 2		0	0.0%	2	8.3%	3	7.7%	1	3.1%
開設年月平均		1995		1996		1995		1993	
平均要介護度		3.25		2.98		3.06		3.22	
定員100人あたり従事者数									
総数		60.5		52.5		49.6		53.2	
うち看護職員		11.9		11.0		10.6		10.3	
うち介護職員 (介護福祉士を含む)		29.2		27.6		26.7		28.4	
職種別常勤職員 1 人あたり月額給与									
看護師		280,000		304,000		302,000		308,000	
准看護師		231,000		245,000		255,000		268,000	
介護福祉士		201,000		199,000		210,000		221,000	
その他介護職員		168,000		170,000		190,000		196,000	

※収益・損益Aの欄の割合は収益Aに対する割合、施設数の欄の割合は施設数に対する割合、それ以外は費用に対する割合を示す。

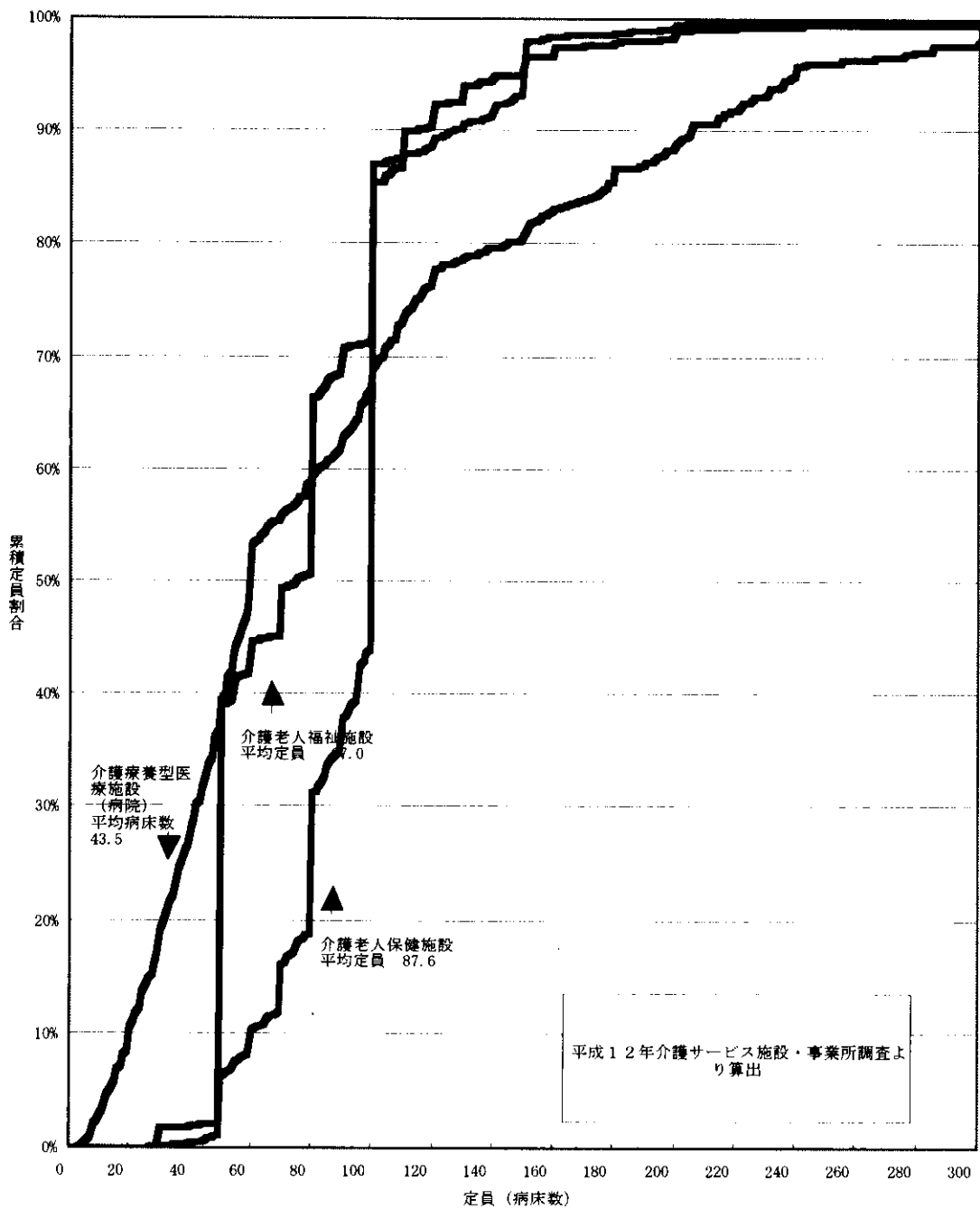
○規模別延利用者1人1日あたり収支 (3) 介護療養型医療施設 (病院)

病床数			30床以下		31～50床		51～80床		81床以上	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益		14,697	100.2%	16,229	98.5%	15,967	100.9%	15,177	103.4%
	保険外の利用料									
	(2) 収益		111	0.8%	192	1.2%	290	1.8%	673	4.6%
	(5) 介護報酬査定減		-17	-0.1%	-29	-0.2%	-3	0.0%	-7	-0.1%
II 介護事業費用	(1) 給与費		8,170	55.7%	9,678	58.7%	9,163	57.9%	8,994	61.3%
	(2) 減価償却費		711	4.9%	802	4.9%	693	4.4%	577	3.9%
	うち建物・建物 附属設備減価 償却費		413	2.8%	579	3.5%	496	3.1%	413	2.8%
	(3) その他		5,500	37.5%	5,442	33.0%	5,560	35.1%	4,664	31.8%
	うち医薬品費		1,387	9.5%	1,130	6.9%	1,027	6.5%	728	5.0%
	うち給食材料費		508	3.5%	397	2.4%	379	2.4%	373	2.5%
	うち診療材料 費・医療消耗 器具備品費		430	2.9%	400	2.4%	572	3.6%	252	1.7%
	うち委託費		855	5.8%	1,157	7.0%	1,095	6.9%	1,155	7.9%
	IV 介護事業外費 借入金利息		280	1.9%	555	3.4%	411	2.6%	446	3.0%
費用 (①=Ⅱ-I (4)+Ⅳ)			14,661	100.0%	16,478	100.0%	15,827	100.0%	14,681	100.0%
収益A (②=Ⅰ-I (4)-I (3))			14,791	100.0%	16,392	100.0%	16,254	100.0%	15,843	100.0%
損益A (③=②-①)			130	0.9%	-85	-0.5%	427	2.6%	1,162	7.3%
1施設あたり定員			18.2		42.3		57.2		185.5	
稼働率			85.7		94.8		93.5		98.0	
延べ利用者数平均			468.8		1201.9		1601.7		5411.1	
施設数			34		29		13		15	
施設数内訳										
地域	特別区		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	特別区		1	2.9%	3	10.3%	0	0.0%	1	6.7%
	甲地		1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	乙地		1	2.9%	5	17.2%	3	23.1%	1	6.7%
	その他地域		31	91.2%	21	72.4%	10	76.9%	13	86.7%
	療養病床の施									
	療養型介護サービス費 (Ⅰ)		15	44.1%	17	58.6%	7	53.8%	6	40.0%
	療養型介護サービス費 (Ⅱ)		13	38.2%	7	24.1%	3	23.1%	7	46.7%
	療養型介護サービス費 (Ⅲ)		1	2.9%	0	0.0%	1	7.7%	1	6.7%
	療養型介護サービス費 (Ⅳ)		2	5.9%	4	13.8%	0	0.0%	0	0.0%
	療養病床以外の病床のみ		3	8.8%	1	3.4%	2	15.4%	1	6.7%
開設年月平均			1977		1975		1980		1983	
平均要介護度			4.00		4.08		3.99		3.88	
職種別常勤職員1人あたり月額給与										
看護師			285,000		306,000		306,000		331,000	
准看護師			233,000		259,000		263,000		291,000	
介護福祉士			182,000		194,000		197,000		199,000	
その他介護職員			160,000		176,000		179,000		178,000	

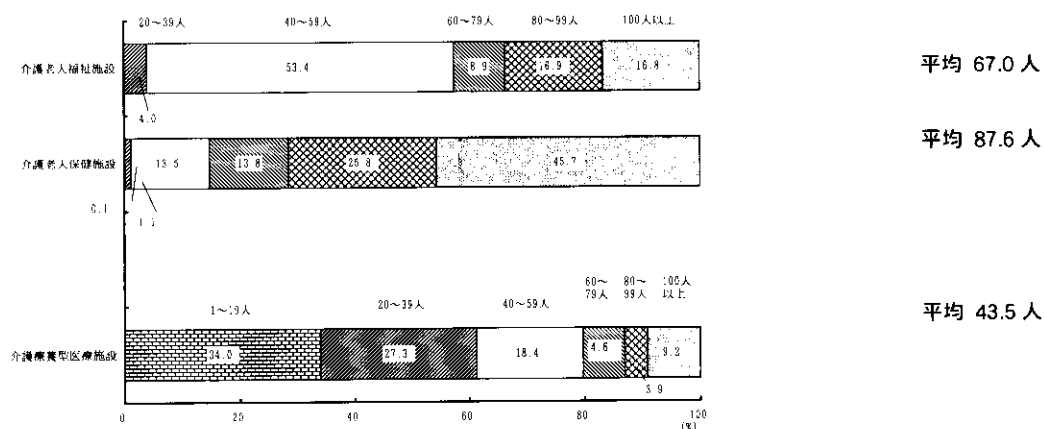
※収益・損益Aの欄の割合は収益Aに対する割合、施設数の欄の割合は施設数に対する割合、それ以外は費用に対する割合を示す。

※介護療養型医療施設の各病床における介護保険適用部分の従事者数は、調査されていない。

介護保険施設累積定員数



定員（病床数）規模別にみた施設数の構成割合



※ 介護療養型医療施設は、介護保険適用の病床数の規模別にみた施設数。診療所を除く。

資料；平成12年介護サービス施設・事業所調査

各施設の規模の分布

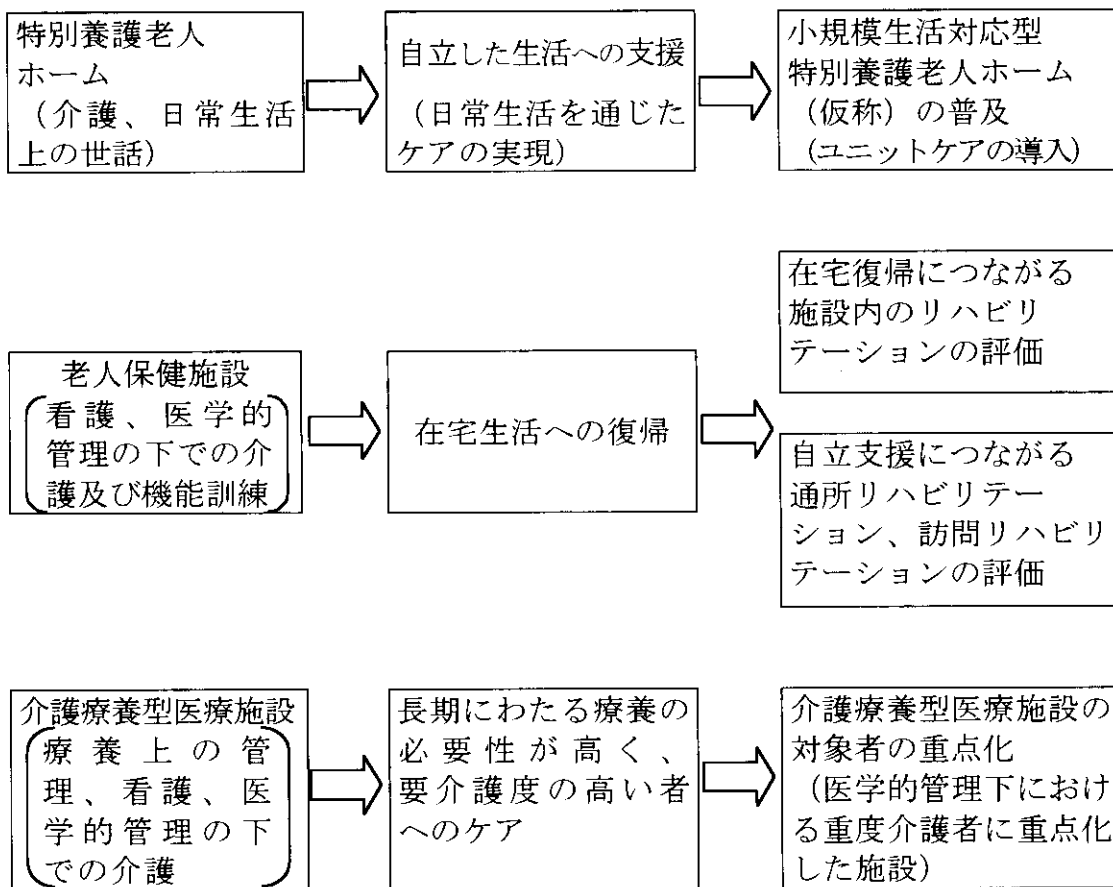
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
平均定員	67.0人	87.6人	43.5人
施設規模の分布	○定員20人区分でみた施設数分布の最頻値＜平均定員 40～59人(53.4%) 67.0人 ○50人定員の施設数の割合 49.6% ○80人定員の施設数の割合 13.3%	○定員20人区分でみた施設数分布の最頻値＞平均定員 100人以上(45.7%) 87.6人 ○100人定員の施設数の割合 37.8% ○80人定員の施設数の割合 13.6%	○定員20人区分でみた施設数分布の最頻値＜平均定員 1～19人(34.0%) 43.5人 ○分布の特に集中する施設規模はない

【退院・退所時の援助】

現行の報酬体系	改定案						
<介護老人福祉施設> 【退所時相談援助加算】 570 単位 <table><tr><td>退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供</td><td>退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供</td></tr></table>	退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供	退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供	退院・退所前の居宅介護支援事業所との連携を積極的に評価 <介護老人福祉施設> <table><tr><td>退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供 〇〇単位</td><td>退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位</td></tr></table>	退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供 〇〇単位	退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位		
退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供	退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供						
退所後の居宅サービス利用等の相談援助、市町村・老人介護支援センターへの情報提供 〇〇単位	退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位						
<介護老人保健施設・介護療養型医療施設> 【退院・退所時指導加算】 1,070 単位 <table><tr><td>退院・退所後の療養上の指導</td><td>医療機関への診療情報提供</td><td>退院・退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供</td></tr></table>	退院・退所後の療養上の指導	医療機関への診療情報提供	退院・退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供	<介護老人保健施設・介護療養型医療施設> <table><tr><td>退院・退所後の療養上の指導 〇〇単位</td><td>医療機関への診療情報提供 〇〇単位</td><td>退院・退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位</td></tr></table>	退院・退所後の療養上の指導 〇〇単位	医療機関への診療情報提供 〇〇単位	退院・退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位
退院・退所後の療養上の指導	医療機関への診療情報提供	退院・退所から2週間以内に居宅介護支援事業所に情報提供					
退院・退所後の療養上の指導 〇〇単位	医療機関への診療情報提供 〇〇単位	退院・退所前から居宅介護支援事業所と連携 〇〇単位					
※点線内は退院・退所後の主治医が明らかな場合、利用を希望する居宅介護支援事業所がある場合に行われ							

介護保険 3 施設の機能分担について

< 今後、充実すべき機能 > < 介護報酬上の評価等 >



* 括弧内は、それぞれに特徴的なサービス

V. 介護老人保健施設

社保審…介護給付費分科会

第5回(H14.2.13)

資料1

2 介護老人保健施設の報酬体系を考える視点

現行の報酬体系

【報酬の種類】

- 要介護度別の報酬設定
- 看護・介護職員の人員配置に応じた報酬設定

(参考)

- 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準

・基準省令第7条第5項

介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。

・解釈通知(抜粋)

入所者について、その病状及び身体の状態に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。その検討は病状及び身体の状態に応じて適宜実施すべきものであるが、少なくとも三月ごとには行うこと。

【加算等】

- 初期加算、外泊時費用、痴呆専門棟加算
- リハビリ体制加算
- 退所時等指導、老人訪問看護指示
- 緊急時治療管理、特定治療

【減算】

- 夜勤職員基準未滿
- 定員超過利用、人員基準欠如

論点

【報酬設定のあり方】

- 介護老人保健施設の役割を踏まえた報酬設定のあり方についてどう考えるか。
 - ・ 在宅復帰の機能や医療のあり方についてどう考えるか。

【規模別の報酬】

- 施設規模に応じた報酬設定についてどう考えるか。

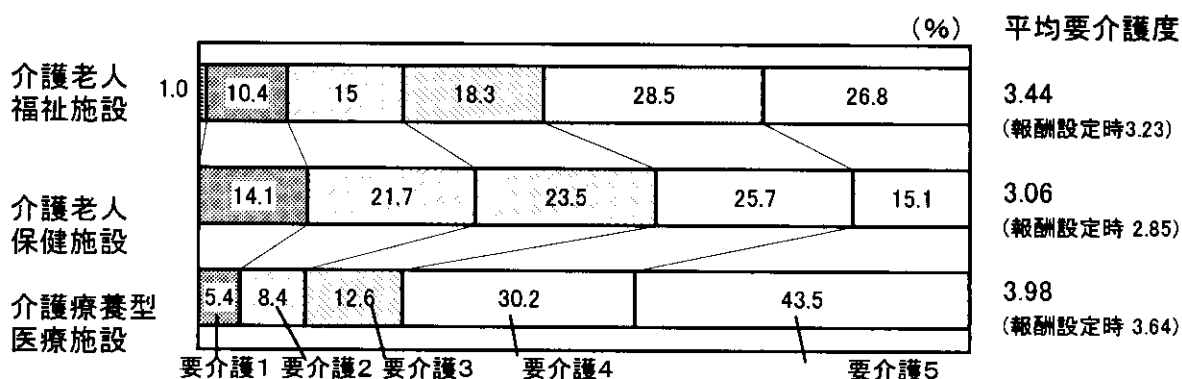
【加算・減算】

- 各加算・減算のあり方についてどう考えるか。

介護保険施設の比較

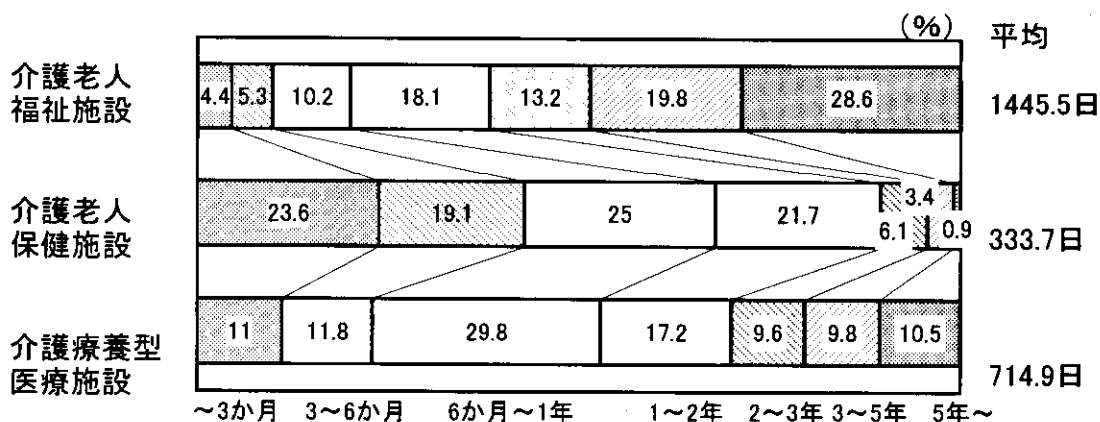
○要介護度の分布

(介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

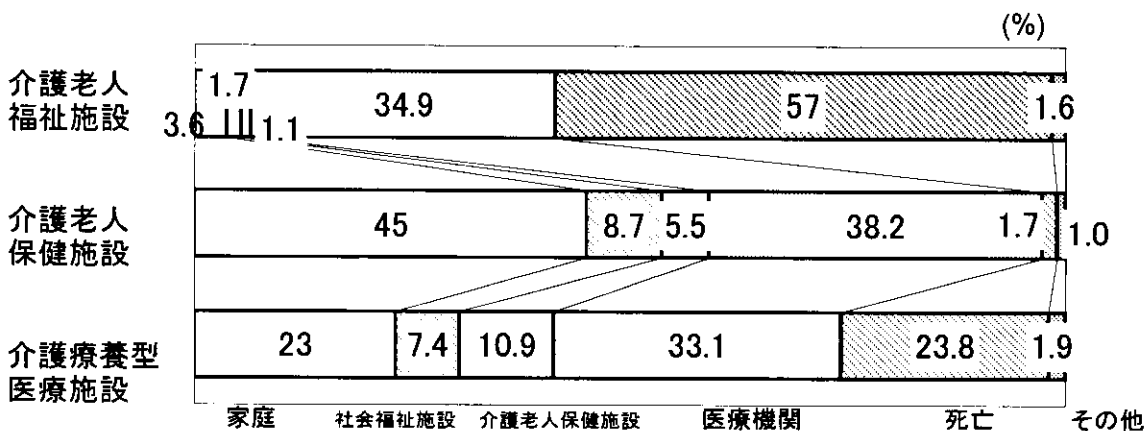


○入所者(入院患者)の在所(院)期間の分布 (介護サービス施設・事業所調査

平成12年10月)



○退所者(退院患者)の行き先介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)



介護老人保健施設

I 介護給付費に関するデータ (介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

介護老人保健施設総費用				74,371,881	千円				
介護給付費全体に占める割合				22.8	%				
				要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度)
利用者数(人)	225,403			31,943	48,885	52,765	57,634	34,176	3.06
構成割合	100%			14.2%	21.7%	23.4%	25.6%	15.2%	
利用者1人当たり 平均単位数	／月	(単位)	27,070	23,999	25,591	27,177	28,456	29,554	
利用者1人当たり 平均利用日数	／月	(日)	27.2	27.0	27.1	27.3	27.3	27.1	
利用者1日当たり 平均単位数		(単位)	996.4	890.0	943.2	995.9	1,044.1	1,091.8	
				社会福祉 法人 (社協以外)	医療法人	社団・ 財団	市町村		
請求事業所数	2,759			438	1,893	145	117		
	100%			15.9%	68.6%	5.3%	4.2%		
1事業所当たり平 均費用額	／月	(千円)	26,956	27,764	27,230	27,589	20,527		
1事業所当たり平 均実人数	／月	(人)	82.4	84.4	82.6	86.9	66.9		
利用者1人当たり 平均費用額	／月	(円)	327,330	328,921	329,684	317,342	306,760		

① 要介護状態区分別

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度)
利用実日数 (日)	6,123,379	861,335	1,326,342	1,439,866	1,570,725	925,111	3.06
構成割合	100%	14.1%	21.7%	23.5%	25.7%	15.1%	
利用単位数 (千単位)	6,101,632	766,594	1,251,035	1,433,977	1,640,003	1,010,022	
	100%	12.6%	20.5%	23.5%	26.9%	16.6%	

② 人員配置別

		職員配置Ⅰ (3:1)	職員配置Ⅱ (3:6:1)
算定日数 (日)	6,123,114	5,863,438	259,676
	100%	95.8%	4.2%
算定単位数 (千単位)	5,995,412	5,762,298	233,114
	100%	96.1%	3.9%

③ 各種加算等の状況

	リハビリ 体制加算	痴呆専門療加算	外泊時費用	初期加算	退所前後 訪問指導	退所時 指導	老人訪問 看護指示	緊急時 治療管理	特定治療
算定日数 (日)	2,066,386	674,919	15,147	486,576	1,083	6,491	291	3,225	—
(施設サービス日数に対する割合)	33.7%	11.0%	0.2%	7.9%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	—
算定単位数 (千単位)	24,797	51,294	6,725	14,597	498	6,945	87	1,613	233
(施設サービス総単位数に対する割合)	0.41%	0.84%	0.11%	0.24%	0.01%	0.11%	0.00%	0.03%	0.00%

④ 食事提供費用額、提供日数

		基本食a (2120円)	基本食b (2120~200 円)	基本食c (2120~600 円)	特別食d (2120+ 350円)	特別食e (2120+ 200+ 350円)	
提供日数 (日)	6,072,934	3,862,779	1,284,729	2,202	765,852	157,372	a管理栄養士によって管理されている等
	100%	63.6%	21.2%	0.0%	12.6%	2.6%	b管理栄養士ではなく、栄養士によって管理されている等
費用額 (千円)	12,909,070	8,189,085	2,467,660	3,347	1,891,654	357,323	c管理栄養士、栄養士によって管理されていない等
	100%	63.4%	19.1%	0.0%	14.7%	2.8%	

II サービス提供施設に関するデータ (介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

① 施設数一定員一在所要者数

	施設数 (か所)	定員 (人)	在所要者数 (人)	1施設当 たり定員 (人)	利用率 (%)
介護老人保健施設	2,667	233,536	213,216	87.6	91.3

※在所要者数には、外泊の者を含む。

② 従事者数

	総数 (人)	常勤 (人)	非常勤 (人) (常勤 換算数)	1施設あたり 従事者数 (常勤換算)	総数 (人)	常勤 (人)	非常勤 (人) (常勤 換算数)
(常勤換算)							
総数	137,059	128,084	8,975		51.39	48.03	3.37
医師	3,007	2,561	447		1.13	0.96	0.17
看護婦(士)	9,512	8,830	682		3.57	3.31	0.26
准看護婦(士)	16,750	15,807	943		6.28	5.93	0.35
介護職員	73,496	70,213	3,283		27.56	26.33	1.23
理学療法士	2,407	2,005	402		0.90	0.75	0.15
作業療法士	1,830	1,624	206		0.69	0.61	0.08
言語聴覚士	195	177	17		0.07	0.07	0.01
介護支援専門員	2,935	2,889	46		1.10	1.08	0.02
管理栄養士	2,055	2,025	30		0.77	0.76	0.01

③ 在所期間別在所要者数の割合

	総数	3ヶ月未満	3ヶ月～6ヶ月	6ヶ月～1年	1～2年	2～3年	3～4年	4～5年	5年以上	平均在所期間
介護老人保健施設(人)	213,216	50,414	40,797	53,275	46,181	12,997	4,859	2,430	1,948	333.7
	100%	23.6%	19.1%	25.0%	21.7%	6.1%	2.3%	1.1%	0.9%	(日)
(要介護度別)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	
要介護1	16.1%	16.6%	14.0%	14.2%	18.1%	19.7%	19.5%	17.3%	17.0%	
要介護2	21.3%	21.3%	20.4%	21.2%	22.2%	21.3%	22.2%	19.3%	19.3%	
要介護3	24.1%	23.5%	24.5%	25.0%	24.2%	23.8%	21.0%	22.3%	19.9%	
要介護4	25.0%	24.1%	26.4%	26.4%	24.0%	23.0%	23.6%	23.6%	23.4%	
要介護5	13.5%	14.5%	14.8%	13.3%	11.5%	12.2%	13.7%	17.6%	20.4%	
平均要介護度	2.99	2.99	3.08	3.03	2.89	2.87	2.90	3.05	3.11	

④ 退所後の行き先別にみた退所者数の構成割合と平均入所日数

	平均入所 日数		在所要日数				
	退所者数	(日)	3ヶ月未満	3～6ヶ月	6ヶ月～1年	1～2年	2年以上
総数	17,849 (人)	184.8	7,957 (人)	4,017 (人)	3,206 (人)	1,937 (人)	596 (人)
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)
家庭	45.0%	118.4	57.8%	45.9%	33.5%	20.5%	10.7%
介護老人福祉施設	7.3%	286.4	3.1%	8.6%	11.1%	13.6%	13.9%
その他社会福祉施設	1.4%	289.1	0.7%	1.4%	1.8%	3.0%	2.4%
介護老人保健施設	5.5%	240.9	2.5%	6.4%	10.0%	9.0%	3.7%
医療機関	38.2%	225.5	34.0%	35.1%	40.8%	48.7%	64.3%
死亡	1.7%	314.8	1.1%	1.5%	1.6%	3.7%	4.2%
その他	1.0%	214.0	0.3%	0.4%	0.7%	0.9%	0.7%

介護老人保健施設の報酬単位の見直し案

現行の報酬

【介護老人保健施設サービス費】

看護・ 介護職員の 配置 3:1	要介護 1	880 単位
	要介護 2	930 単位
	要介護 3	980 単位
	要介護 4	1,030 単位
	要介護 5	1,080 単位

【介護・看護職員の配置による区分】

入所者数：職員数

＝3:1、3.6:1 の2区分

【加算等】

- 初期加算、外泊時費用、
痴呆専門棟加算
- リハビリ加算
- 退所時等指導、
老人訪問看護指示
- 緊急時治療管理、
特定治療

【減算】

- 夜勤職員基準未滿
- 定員超過利用、
人員基準欠如

見直し案

【報酬見直しを考える視点】

- 報酬水準についてどう考えるか。
 - ・ 最近の一般物価や賃金の低下傾向、介護事業
経営実態調査の結果などを踏まえ、どう考
えるか。
 - ・ サービスの質についてどう考えるか。
- 在宅復帰の機能など介護老人保健施設の役割
を踏まえた報酬をどう考えるか。
 - ・ 自立支援に向けたリハビリテーションに積極
的に取り組んでいる施設を評価すべきではな
いか。
 - ・ 介護老人保健施設から退所した者が円滑に在
宅での生活に移行することを支援するため、
介護老人保健施設からの訪問リハビリテーシ
ョンを行うこととしてはどうか。
(現行の訪問リハビリテーションの
実施主体：病院又は診療所)

①平均要介護度と介護報酬額

	報酬設定時		平成13年度(介護給付費調査平成13年度審査分)		
	平均要介護度	介護報酬額	平均要介護度	介護報酬額	上昇率
介護老人保健施設	2.85	29.6	3.10	29.9万円	1.01%

(注) 1、看護・介護3：1 その他地域の場合である。

2、介護報酬額(月額換算)は、施設介護サービス費の基本部分の試算額であり、加算・減算やサービス費等を除く。

②介護老人保健施設の看護・介護職員の従事者数(定員100人当たり)

	介護老人保健施設								
	平成11年			平成12年			平成13年		
	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤	合計	常勤	非常勤
看護・介護職員計	44.27	41.88	2.39	42.72	40.62	2.10	44.90	42.14	2.77
看護職員	11.11	10.39	0.72	11.25	10.55	0.70	11.74	10.88	0.86
看護婦(再掲)	.	.	.	4.07	3.78	0.29	4.36	4.00	0.36
准看護婦(再掲)	.	.	.	7.17	6.77	0.40	7.38	6.87	0.51
介護職員	33.16	31.50	1.67	31.47	30.07	1.41	33.16	31.26	1.90
介護福祉士(再掲)	.	.	.	11.25	11.20	0.06	13.01	12.90	0.12

(資料：平成11年介護報酬に関する実態調査、平成12年・13年介護サービス施設・事業所調査)

(注) 従事者数は常勤換算である。

老人保健施設に従事する職員と併設する通所リハビリテーションに従事する職員の合計である。

○従事者数に大きな変化はない。

③介護老人保健施設の看護・介護職員の常勤比率と人員配置との関係

	介護老人保健施設		
	施設数	入所者数	人員配置
70%未満	25	1,720	1.82
70%以上80%未満	90	7,180	1.99
80%以上90%未満	333	26,584	2.06
90%以上100%未満	1,079	88,636	2.11
100%	1,140	89,096	2.21

(資料：平成12年介護サービス施設・事業所調査)

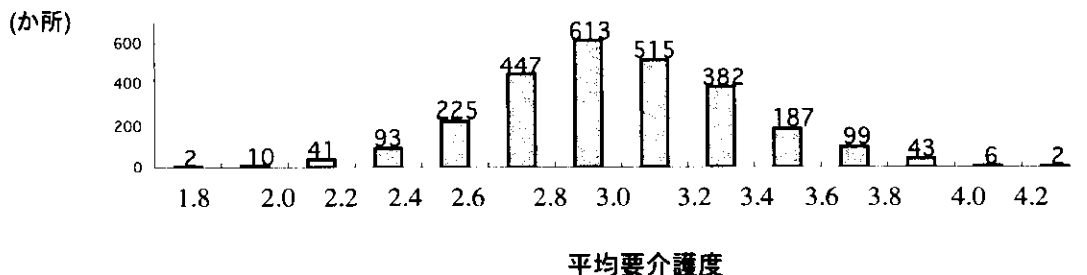
(注) 人員配置とは、看護・介護職員1人当たり(常勤換算)の入所者数

○常勤比率が高くても全体の人員配置数は多くなく、逆に非常勤比率が高い場合に全体の人員配置数が多い。

データ

④入所者の平均要介護度別の施設数の分布

(介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

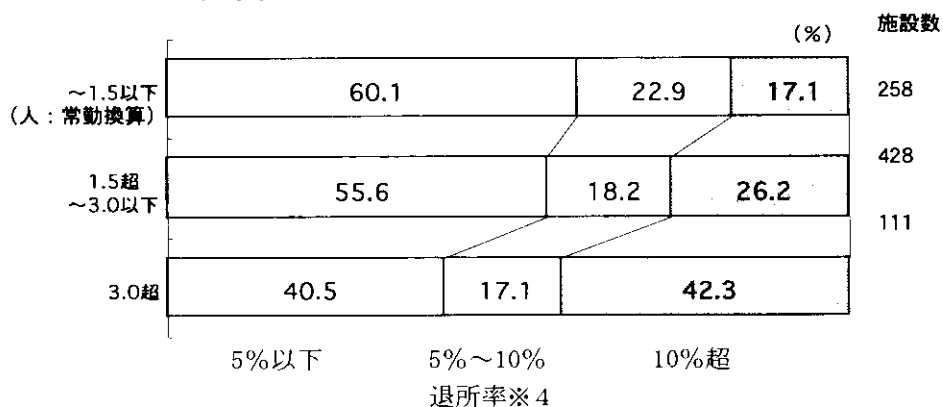


⑤定員と在所者数の推移※1

(人)

	平成10年	平成11年	平成12年
定員 (うち短期入所ケア定員)	190,457 (17,761)	211,395 (19,882)	233,536 —
施設の在所者数	159,701	182,352	213,216
短期入所※2の利用者数	5,374	6,061	6,920

⑥理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置人員数
(定員100人当たり)からみた退所率の状況※3



○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置数が多い施設は、施設からの退所率が高い傾向にある。

出典等

※1 老人保健施設調査(平成10・11年)、介護サービス施設・事業所調査(平成12年)。9月末日の在所者について調査。

※2 「短期入所ケア」(平成10・11年)又は「短期入所療養介護」(平成12年)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成13年)。9月末日の在所者及び9月中の退所者について調査。

※4 退所率は、次により算出。

退所率=9月中退所者÷9月末日在所者および9月中退所者
(9月中退所者は、医療機関、死亡退所、他老健退所を除いた数値)

転換型介護老人保健施設の施設及び設備に関する基準（案）

1. 改正概要

医療保険における長期入院の特定療養費化に伴って退院する者の受け皿として、医療資源の有効活用と介護基盤整備促進を図る観点から、既設の病院の療養病床等の転換により介護老人保健施設を開設する場合に、施設及び設備基準について一定期間の特例措置を設けるもの。

2. 転換特例の対象

平成 14 年 4 月 1 日時点で既設の病院内の療養病床又は一般病床を転換して、平成 18 年 3 月 31 日までに開設される介護老人保健施設

3. 転換特例の内容

（1）療養室に係る特例

①開設許可を受けた日から 5 年間

「1 人当たり 8 m²以上」→「1 人当たり 6.4 m²以上」

※ 但し、医療法上の特例が適用されている病床転換型の療養病床を転換する場合については、

「1 人当たり 8 m²以上」→「1 人当たり 6 m²以上」

②それ以降

「1 人当たり 8 m²以上」

（但し、談話室に近接する療養室については、「当該談話室の 1 人当たり面積と合算して 8 m²以上」でも可とする。）

（2）機能訓練室に係る特例

①開設許可を受けた日から 5 年間

「1 人当たり 1 m²以上」→「4.0 m²以上」

②それ以降

「1 人当たり 1 m²以上」

(3) 廊下幅に係る特例

「片廊下 1.8 m 以上、両廊下 2.7 m 以上」に適合困難な場合は、

→「片廊下 1.2 m 以上、両廊下 1.6 m 以上」

(但し、車いすやストレッチャーのすれ違いができるように待避部分が必要。)

4. その他の留意点

- ・ 開設許可申請時に 5 年以内の療養環境改善計画を提出することとし、開設許可から 3 年目を以て改善に向けた取組状況を都道府県知事に報告することとする。
- ・ 当該転換特例は、病棟を単位とする。
- ・ 人員基準及び運営基準並びに介護報酬については、現行の介護老人保健施設と同様とする。
- ・ 転換型介護老人保健施設の入所定員数については、医療計画上の既存病床数として算定することとする。
- ・ 転換型介護老人保健施設の開設は、介護保険事業計画上の介護老人保健施設の計画定員数の範囲内で取り扱うこととする。
- ・ 転換型介護老人保健施設が、再度病棟に転換する場合は、通常の増床手続きによることとし、医療計画で定める基準病床数の範囲内で取り扱われることとする。

Ⅵ. 介護療養型医療施設

社保審一介護給付費分科会

第 16 回 (H14.11.18)

資料 2

2 介護療養型医療施設の報酬体系を考える視点①

【施設の役割と報酬の構造・水準】

現行の報酬設定

【報酬の類型】

- 施設の種類毎の報酬設定
- 看護・介護職員の人員配置に応じた報酬設定

【要介護度別の報酬】

直接処遇職員（看護・介護職員）の給与のうち直接処遇部分（変動費用）を、要介護認定等基準時間を用いて各要介護度別に比例的に配賦

＜療養病床を有する病院

看護6:1 介護4:1の場合＞

固定費用：32.1万円 変動費用：6.2万円

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1,126 単位	1,170 単位	1,213 単位	1,256 単位	1,299 単位

【特定診療費】

療養病床で日常的に行われる医療行為 14 種類（指導管理、単純 X 線診断・撮影、リハビリテーション等）について算定

【各加算・減算】

夜間勤務等加算、外泊時費用、初期加算
退院前後訪問指導加算、退院時指導加算
老人訪問看護指示加算
人員配置による減算、療養環境減算

論点

【入院患者の状態像に応じた報酬設定・

医療保険との関係】

- 入院患者の状態像を踏まえ、報酬上の評価のあり方等をどう考えるか。
 - ・医療の必要性の比較的低い者の入院をどう考えるか。
 - ・要介護度別の報酬単価についてどう考えるか。
 - ・医療保険適用の療養病床との基本的な役割分担と整合をどう考えるか。

【規模別の報酬】

- 施設規模に応じた報酬設定についてどう考えるか。

【特定診療費】

- 特定診療費のあり方についてどう考えるか。
- 診療報酬との整合についてどう考えるか。

【加算・減算】

- 各加算・減算のあり方についてどう考えるか。

データ

○要介護度別入院患者の割合

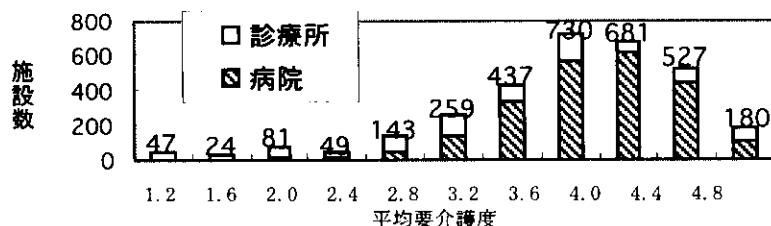
(介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

要介護

1	2	3	4	5	(%)	平均要介護度
5.4	8.4	12.6	30.2	43.5		3.98 (報酬設定時 3.64)

○平均要介護度別施設数の分布

(平成12年 介護サービス施設・事業所調査)



○療養病床の入院の状況

(平成13年3月 医療経済研究機構調べ ※)

介護保険適用の療養病床の入院患者 4,254 人を対象に調査 (%)

要介護1	2.7	9.8	27.7	57.6	2.2
要介護3	2.1	7.8	34.5	52.0	3.6
要介護5	5.1	9.4	33.3	47.2	5.1
要介護1	5.5	16.7	33.8	41.0	3.0
要介護5	10.8	26.2	35.6	24.4	3.0

常時医学的管 容態の急変が 一定の医学的 福祉施設や在宅に その他・
理を要する 起きやすい 管理を要する よって対応できる 無回答

※「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」より。療養型病床群を有する病院の1/2(1,601施設)に調査票を発送。有効回答率15.8%。

○入院期間

(平成12年 介護サービス施設・事業所調査)

・入院患者の入院期間

平均 714.9 日

～6か月	6ヶ月～1年	1～2年	2～3年	3～5年	5年以上	不明
22.8	29.8	17.2	9.8	9.8	10.5	0.2

・退院までの入院期間

平均 403.0 日

○特定診療費の算定状況

(介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

・入院患者1人当たり 1577.0 単位

(%)

(内訳)

	算定患者数 (人)	※2	算定患者1人当たり単位数 (単位)
指導管理等 ※1	83,995	(81.5%)	283.9
単純エックス線	30,252	(29.3%)	297.4
リハビリテーション	61,950	(60.1%)	2041.9
精神科専門療法	1,993	(1.9%)	1634.7

※1 感染対策指導管理、特定施設管理、初期入院診療管理、重症皮膚潰瘍管理指導、介護栄養食事指導、

介護療養型医療施設の報酬体系を考える視点②

【人員配置、おむつ代】

看護 6:1、介護 3:1 の人員配置

【現行の報酬体系】

療養病床・介護力強化病棟を有する病院における、看護職員 6:1・介護職員 3:1 の配置の報酬は、平成 12 年 3 月 31 日において 6 月以上同様の人員配置の診療報酬が算定されていた病棟について、平成 15 年 3 月 31 日までの間に限り算定する。

【データ】

○介護療養施設の入所者 100 人あたり人員配置

	介護老人 福祉施設 (看護・介護 計 3:1)	介護老人 保健施設 (看護・介護 計 3:1)	介護療養型医療施設 (看護 6:1 + 介護 3:1 = 計 2:1)	
			(看護 6:1 + 介護 3:1 = 計 2:1)	(看護 6:1 + 介護 4:1 = 計 2.4:1)
介護職員	31	25	34	25
看護職員	3	9	17	17

○療養病床・介護力強化病棟の人員配置の状況

(介護給付費実態調査 平成 13 年 5 月審査分)

看護/介護 配置	1人1か 月の介護 報酬 ※	入所者数 (人)	割合 (%)	平均要 介護度
6:1/3:1	46.4 万	52,656	(58.0%)	4.05
6:1/4:1	44.2 万	31,612	(34.8%)	3.98
6:1/5:1	42.6 万	4,022	(4.4%)	3.95
6:1/6:1	41.5 万	2,485	(2.7%)	3.88

(※療養病床を有する病院、その他地域、設定時の平均要介護度 3.64 の場合。基本食事サービス費を含む。)

【論点】

○看護 6:1/介護 3:1 の人員配置の経過措置についてどう考えるか。

おむつ代

【現行の報酬体系】

○現行報酬にはおむつ代を包括。
○旧制度の老人保健施設入所者の利用料のおむつ代相当分から算出した月 8.6 千円を、おむつの利用の有無にかかわらず報酬に算入。

【データ】

○おむつの利用率
(平成 11 年 介護報酬に関する実態調査より)

特別介護 老人ホーム	老人保健 施設	療養型 病床群 (病院)	介護力 強化 病棟	療養型 病床群 (診療所)
61.5%	53.7%	66.1%	72.6%	28.9%

【意見】

○おむつ代の額を各施設の実態に応じて設定すべき。
○医療保険適用病床ではおむつ代を利用者から徴収する仕組みであり、介護療養型医療施設も整合性をとるべき。
○おむつ代を介護報酬の給付対象外とするべき。
○おむつ代は 3 施設共通に給付対象とすべき。
○平均的なおむつ代を報酬に包括算入すると、個々の施設でのおむつ外しに効果的。

【論点】

○おむつ代を介護報酬の包括範囲外とするべきか。
○おむつ代の額についてどう考えるか。

3 参考資料

介護療養型医療施設の指定について（意向調査）

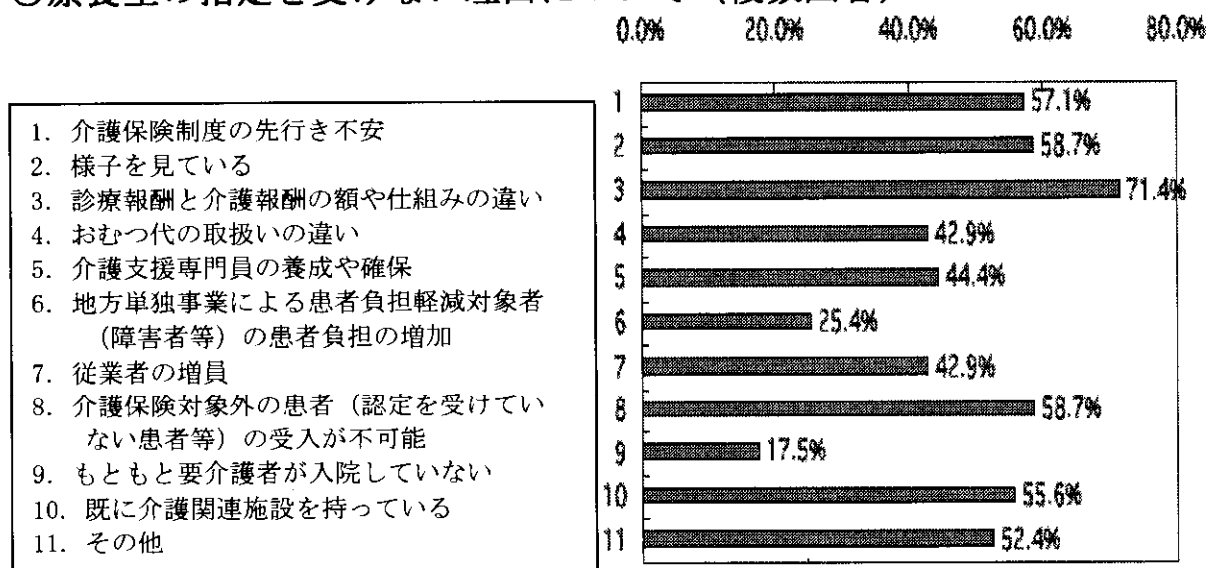
※調査対象：見込み数に対する指定数の割合が30%未満の圏域を対象

※調査票：別添

※調査期間：平成13年12月17日～平成14年1月17日

※調査対象：71圏域（うち回答のあった圏域：63圏域）

○療養型の指定を受けない理由について（複数回答）



○上記のうち最も大きな理由について（複数回答した圏域もある）

診療報酬と介護報酬の額や仕組みの違い	20 件
介護保険制度の先行き不安	11 件
様子を見ている	11 件
介護保険対象外の患者（認定を受けていない患者等）の受入が可能	7 件
既に介護関連施設を持っている	6 件
介護支援専門員の養成や確保	3 件
従業員の増員	3 件
もともと要介護者が入院していない	1 件
おむつ代の取扱いの違い	0 件
地方単独事業による患者負担軽減対象者（障害者等）の患者負担の増加	0 件
その他	11 件

介護保険適用と医療保険適用の療養病床の比較

	介護保険適用の療養病床	医療保険適用の療養病床
要介護度による評価	要介護度別の報酬	要介護度による評価なし
入院期間による加算等	入院期間 30 日以内は、加算 (30 単位)	入院期間 30 日以内は加算(312 点) 入院期間 180 日以上は減算(37 点)
看護・介護	看護：6:1 介護：他の施設との均衡を考慮し、 原則4:1 までの評価 3:1 は平成 15 年 3 月 31 日までの 経過措置	看護：5:1 まで評価 介護：5:1 看護に対しては4:1 までを評価 6:1 看護に対しては3:1 までを評価
報酬算定について	介護療養施設サービス費のほか、 療養病床で日常的に行われる医療 (リハビリを含む 14 項目) を算定	(老人) 療養病棟入院基本料のほか、 包括外の処置、手術、リハビリ等を算定可
リハビリテーション	維持期のリハビリを評価 1 人の従業者が複数人に対して行う 簡単なリハビリを評価	さらに、 回復期のリハビリ等も評価 1:1 の複雑なリハビリも評価 (回復期リハビリテーション 入院料の算定もあり得る)

介護保険適用の療養病床等の現状

(平成 13 年 9 月 1 日 老健局振興課調べ)

(床)

	病床総数	介護保険指定病床数
療養病床 (病院)	285, 065	96, 941
療養病床 (診療所)	25, 481	8, 763
介護力強化病棟	33, 995	9, 596
老人性痴呆疾患療養病棟	14, 154	3, 993
全国合計	358, 695	119, 293

都道府県名

圏 域 名

指定数／見込み数（％）

介護療養型医療施設の指定を受けない理由について、以下の中から、当てはまるものに「○」を付けて下さい（複数回答可）。最も大きな理由と思われるものには「◎」を付けてください。

- 1 介護保険制度の先行き不安
- 2 様子を見ている
- 3 診療報酬と介護報酬の額や仕組みの違い
- 4 おむつ代の取扱いの違い
- 5 介護支援専門員の養成や確保
- 6 地方単独事業による患者負担軽減対象者（障害者等）の患者負担の増加
- 7 従業者の増員
- 8 介護保険対象外の患者（認定を受けていない患者等）の受入が不可能
- 9 もともと要介護者が入院していない
- 10 既に介護関連施設を持っている
- 11 その他

()

療養病床における介護報酬と診療報酬の比較

＜介護報酬＞療養型介護療養施設サービス費

(単位)

		看護職員配置 (看護婦比率)	介護職員配置	～30 日	31 日～
療養型介護療養施設 サービス費(Ⅰ)	要介護 1	6 : 1 (20%以上)	3 : 1	1,223	1,193
	要介護 2			1,269	1,239
	要介護 3			1,315	1,285
	要介護 4			1,361	1,331
	要介護 5			1,407	1,377
療養型介護療養施設 サービス費(Ⅱ)	要介護 1	6 : 1 (20%以上)	4 : 1	1,156	1,126
	要介護 2			1,200	1,170
	要介護 3			1,243	1,213
	要介護 4			1,286	1,256
	要介護 5			1,329	1,299
療養型介護療養施設 サービス費(Ⅲ)	要介護 1	6 : 1 (20%以上)	5 : 1	1,109	1,079
	要介護 2			1,150	1,120
	要介護 3			1,192	1,162
	要介護 4			1,233	1,203
	要介護 5			1,275	1,245
療養型介護療養施設 サービス費(Ⅳ)	要介護 1	6 : 1 (20%以上)	6 : 1	1,078	1,048
	要介護 2			1,118	1,088
	要介護 3			1,158	1,128
	要介護 4			1,198	1,168
	要介護 5			1,239	1,209

＜診療報酬＞老人療養病棟入院基本料

(点)

	看護職員配置 (看護婦比率)	看護補助配置	～30 日	31～ 180 日	181 日～
老人療養病棟入院基本料 1	5 : 1 (20%以上)	4 : 1	1,626	1,314	1,277
老人療養病棟入院基本料 2	5 : 1 (20%以上)	5 : 1	1,555	1,243	1,206
老人療養病棟入院基本料 3	5 : 1 (20%以上)	6 : 1	1,516	1,204	1,167
老人療養病棟入院基本料 4	6 : 1 (20%以上)	3 : 1	1,624	1,312	1,275
老人療養病棟入院基本料 5	6 : 1 (20%以上)	4 : 1	1,549	1,237	1,200
老人療養病棟入院基本料 6	6 : 1 (20%以上)	5 : 1	1,496	1,184	1,147
老人療養病棟入院基本料 7	6 : 1 (20%以上)	6 : 1	1,461	1,149	1,112

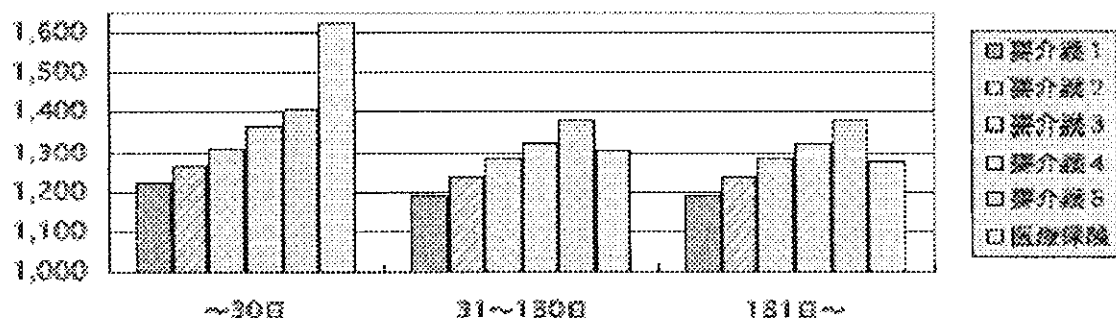
注 1:老人療養病棟入院基本料については、介護報酬の施設サービス費と算定条件を同一とするため、夜間勤務等加算 2b(25 点)、療養病棟療養環境加算 1(105 点)の加算後の点数を用いている。

注 2:老人療養病棟入院基本料にはおむつ代が含まれていない。また、老人療養病棟入院基本料では、特定診療費のうち感染対策指導加算、初期入院診療管理に相当する療養が包括的に評価されている。

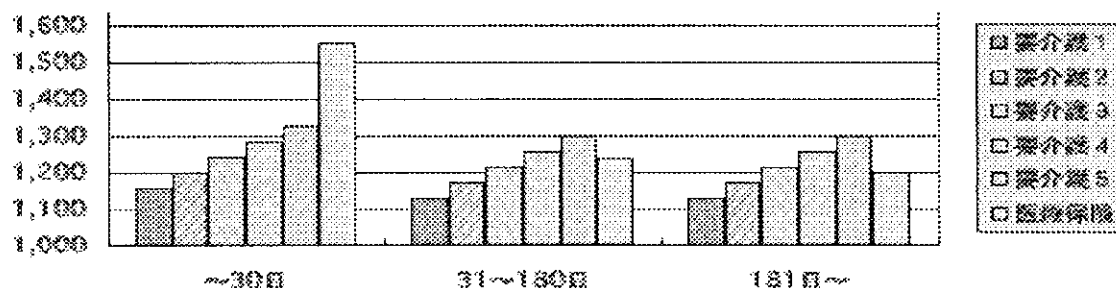
注 3:介護報酬には 1 単位 10～10.48 円の地域差が設けられている。診療報酬は 1 点 10 円であり、地域によって 5～18 点の地域加算が設けられている。

療養病床における介護報酬と診療報酬の比較

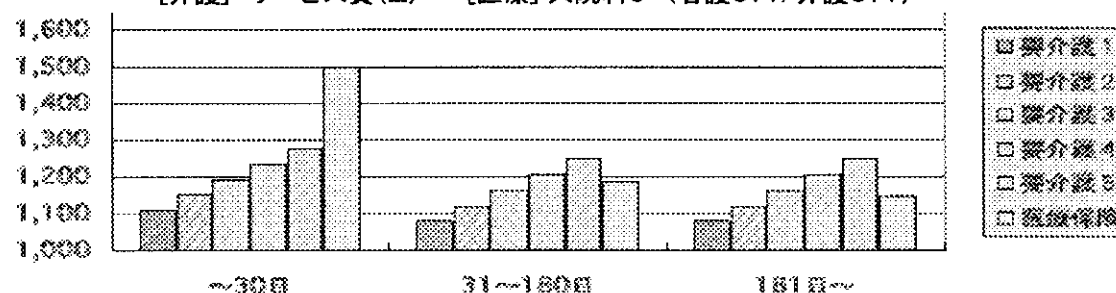
[介護] サービス費(I) - [医療] 入院料4 (看護6:1/介護3:1)



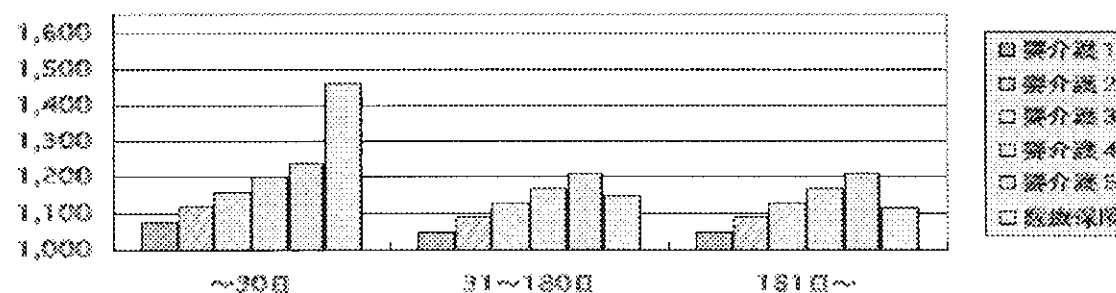
[介護] サービス費(II) - [医療] 入院料5 (看護6:1/介護4:1)



[介護] サービス費(III) - [医療] 入院料6 (看護6:1/介護5:1)



[介護] サービス費(IV) - [医療] 入院料7 (看護6:1/介護6:1)



介護療養型医療施設

I 介護給付費に関するデータ (介護給付費実態調査 平成13年5月審査分)

介護療養型医療施設総費用	45,318,437	千円					
介護給付費全体に占める割合	13.9	%					
			要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5 (平均要介護度)
利用者数 (人)	104,444		5,675	9,016	13,615	31,398	44,740 3.96
構成割合	100%		5.4%	8.6%	13.0%	30.1%	42.8%
利用者1人当たり平均単位数	／月 (単位)	36,887	31,662	33,689	35,517	37,429	38,229
利用者1人当たり平均利用日数	／月 (日)	28.3	27.2	27.6	27.9	28.5	28.4
利用者1日当たり平均単位数	(単位)	1,305.5	1,163.9	1,219.1	1,270.8	1,312.2	1,345.4
			社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	市町村	社団・ 財団	その他
請求事業所数	3,138		25	2,145	131	110	647
	100%		0.8%	68.4%	4.2%	3.5%	20.6%
1事業所当たり平均費用額	／月 (千円)	14,442	19,956	16,411	5,625	15,589	9,953
1事業所当たり平均実人数	／月 (人)	33.4	45.1	37.6	14.5	36.7	23.5
利用者1人当たり平均費用額	／月 (円)	432,969	442,278	436,937	389,232	424,675	424,343
			療養病床を有する 病院	療養病床を有する 診療所	老人性痴呆疾患療養病床を有する 病院	介護力強化 病棟を有する 病院	
請求事業所数			2,080	746	74	176	
1事業所当たり平均費用額	／月 (千円)		18,106	1,864	16,129	25,102	
1事業所当たり平均実人数	／月 (人)		41.0	6.0	38.7	59.4	
利用者1人当たり平均費用額	／月 (円)		441,268	312,993	416,462	422,856	

① 要介護状態区分別

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(平均要介護度)
利用実日数 (日)	2,906,064	150,936	245,136	373,419	882,934	1,253,639	3.98
構成割合	100%	5.2%	8.4%	12.8%	30.4%	43.1%	
療養病床を有する病院	100%	4.9%	8.0%	12.5%	30.5%	44.1%	
療養病床を有する診療所	100%	13.3%	16.1%	13.8%	23.8%	33.0%	
老人性痴呆疾患療養病床を有する病院	100%	4.4%	13.5%	23.5%	31.3%	27.2%	
介護力強化病棟を有する病院	100%	4.6%	7.6%	12.3%	31.7%	43.7%	
利用単位数 (千単位)	3,850,608	179,528	303,545	483,167	1,174,634	1,709,734	
	100%	4.7%	7.9%	12.5%	30.5%	44.4%	

② 施設基準・サービス種類別

		療養病床を 有する病院	療養病床を 有する診療所	老人性痴呆疾 患療養病棟を 有する病院	介護力強化病 棟を有する病 院
算定日数 (日)	2,906,064	2,403,054	122,348	81,232	299,430
	100%	82.7%	4.2%	2.8%	10.3%
算定単位数 (千単位)	3,850,608	3,239,387	123,412	122,671	365,138
	100%	84.1%	3.2%	3.2%	9.5%

③ 人員配置別

		職員配置Ⅰ (看護6:1 介護3:1)	職員配置Ⅱ (看護6:1 介護4:1)	職員配置Ⅲ (看護6:1 介護5:1)	職員配置Ⅳ (看護6:1 介護6:1)
療養病床を有する病院					
算定日数 (日)	2,426,260	1,410,691	834,724	111,253	69,592
	100%	58.1%	34.4%	4.6%	2.9%
算定単位数 (夜勤加算、減算含む。千単位)	3,137,396	1,880,422	1,044,146	132,777	80,051
	100%	59.9%	33.3%	4.2%	2.6%

		職員配置Ⅰ (看護6:1 介護6:1)	職員配置Ⅱ (看護、介護 3:1)
療養病床を有する診療所			
算定日数 (日)	129,300	120,807	8,493
	100%	93.4%	6.6%
算定単位数 (夜勤加算、減算含む。千単位)	121,319	114,197	7,122
	100%	94.1%	5.9%

		職員配置Ⅰ (看護6:1 介護4:1)	職員配置Ⅱ (看護6:1 介護5:1)	職員配置Ⅲ (看護6:1 介護6:1)	職員配置Ⅳ (看護6:1 介護8:1)
老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院					
算定日数 (日)	99,035	54,215	16,447	25,602	2,771
	100%	54.7%	16.6%	25.9%	2.8%
算定単位数 (夜勤加算、減算含む。千単位)	119,938	66,882	19,695	30,135	3,225
	100%	55.8%	16.4%	25.1%	2.7%

		職員配置Ⅰ (看護6:1 介護3:1)	職員配置Ⅱ (看護6:1 介護4:1)	職員配置Ⅲ (看護6:1 介護5:1)	職員配置Ⅳ (看護6:1 介護6:1)
介護力強化病棟を有する病院					
算定日数 (日)	296,983	168,977	113,640	9,396	4,970
	100%	56.9%	38.3%	3.2%	1.7%
算定単位数 (夜勤加算、減算含む。千単位)	351,168	205,940	129,857	10,277	5,094
	100%	58.6%	37.0%	2.9%	1.5%

④ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準の区分による加算

		夜間勤務等 看護 (Ⅰ)	夜間勤務等 看護 (Ⅱ)	夜間勤務等 看護 (Ⅲ)	夜間勤務等 看護 (Ⅳ)	夜勤を行う 職員の勤務 条件に関する 基準を満たさない 場合
算定日数 (日)	1,998,764	26,142	86,964	44,250	1,310,135	531,273
(施設サービス日数に対する割合)	73.4%	1.0%	3.2%	1.6%	48.1%	19.5%
療養病床を有する病院	72.9%	1.0%	3.3%	1.8%	47.8%	19.0%
介護力強化病棟を有する病院	77.4%	0.6%	2.6%	0.2%	50.5%	23.5%

⑤ 施設基準の区分による療養環境減算、医師配置減算

		病院療養病 床療養環境 減算 (Ⅰ)	病院療養病 床療養環境 減算 (Ⅱ)	病院療養病 床療養環境 減算 (Ⅲ)	医師配置について 医療法施行規則第 49条の規定が適 用される場合	診療所 療養病床 療養環境 減算 (Ⅰ)	診療所 療養病床 療養環境 減算 (Ⅱ)
療養病床を有する病院 算定日数 (日)	480,752	228,682	172,951	76,058			
(施設サービス日数に対する割合)	19.8%	9.4%	7.1%	3.1%			
療養病床を有する診療所 算定日数 (日)						41,799	4,319
(施設サービス日数に対する割合)						32.3%	3.3%

⑥ 各種加算の状況

	外泊時費用	初期加算	退院前後訪 問指導加算	退院時指導 加算	老人訪問看 護指示加算
算定日数 (日)	2,503	68,508	87	848	69
(施設サービス日数に対する割合)	0.1%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%
療養病床を有する病院	0.1%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%
療養病床を有する診療所	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
介護力強化病棟を有する病院	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
算定単位数 (千単位)	1,111	2,055	40	907	21
(施設サービス総単位数に対する割合)	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%

⑦ 特定診療費の状況

	指導管理等 ※1	単純 エックス線	リハビリ テーション ※2	精神科専門 療法 ※3
算定件数 (件)	83,995	30,252	61,950	1,993
(レセプト件数に対する割合)	81.5%	29.3%	60.1%	1.9%
算定単位数 (千単位)	23,842	8,998	126,497	3,258
(施設サービス総単位数に対する割合)	0.6%	0.2%	3.4%	0.1%

※1 感染対策指導管理、特定施設管理、初期入院診療管理、重症皮膚潰瘍管理指導、介護
栄養食事指導、薬剤管理指導、医学情報提供

※2 理学療法、作業療法、言語療法、摂食機能療法

※3 精神科作業療法、痴呆性老人入院精神療法

⑧ 食事提供費用額、提供日数

		基本食a (2120円)	基本食b (2120-200 円)	基本食c (2120- 600円)	特別食d (2120+ 350円)	特別食e (2120- 200+ 350円)	
提供日数 (日)	2,858,533 100%	1,190,382 41.6%	271,359 9.5%	46,441 1.6%	1,129,056 39.5%	221,295 7.7%	a管理栄養士によって管理されている等
療養病床を有する病院	100%	42.0%	8.1%	0.1%	41.9%	7.9%	b管理栄養士ではなく、栄養士によって管理されている等
療養病床を有する診療所	100%	8.3%	40.6%	35.8%	4.7%	10.6%	c管理栄養士、栄養士によって管理されている等
老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院	100%	64.1%	12.5%	0.0%	19.5%	3.9%	d管理栄養士、栄養士によって管理されていない等
介護力強化病棟を有する病院	100%	45.9%	7.6%	0.3%	39.5%	6.7%	
提供費用額 (千円)	6,406,860 100%	2,523,440 39.4%	521,007 8.1%	70,939 1.1%	2,788,713 43.5%	502,762 7.8%	

Ⅱ サービス提供施設に関するデータ (介護サービス施設・事業所調査 平成12年10月)

① 施設数一定員一在所者数

	施設数 (か所)	定員 (人)	在所者数 (人)	1施設 当たり 定員 (人)	利用率 (%)	
介護療養型医療施設	3,862	116,111	102,996	30.1	88.7	※在所者数には、外泊の者を含む。
病院	2,472	107,497	98,115	43.5	91.3	
療養病床を有する病院	2,180	88,141	80,251	40.4	91.0	
老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院	98	3,716	3,357	37.9	90.3	
介護力強化病棟を有する病院	223	15,640	14,507	70.1	92.8	
診療所	1,390	8,614	4,851	3.5	56.3	

② 従事者数

	総数(人)	常勤(人)	非常勤 (人)	1施設あたり 従事者数	総数 (人)	常勤 (人)	非常勤 (人)
(常勤換算)			(常勤 換算数)	(常勤換算)			(常勤 換算数)
総数	93,736	89,320	4,415	総数	24.27	23.13	1.14
看護婦(士)	15,032	14,135	896	看護婦(士)	3.89	3.66	0.23
准看護婦(士)	27,004	25,657	1,347	准看護婦(士)	6.99	6.64	0.35
介護職員	46,179	44,166	2,012	介護職員	11.96	11.44	0.52
言語聴覚士	358	338	20	言語聴覚士	0.09	0.09	0.01
介護支援専門員	2,693	2,611	82	介護支援専門員	0.70	0.68	0.02
管理栄養士	2,336	2,280	56	管理栄養士	0.60	0.59	0.01

注:「医師」「理学療法士」「作業療法士」については、施設内での常勤換算が困難なため把握していない。◎
他の職種に従事者には、介護療養病床を有する病棟に従事者を含む。

③ 在所期間別在所者数の割合

	総数	3ヶ月 未満	3ヶ月 ～6ヶ月	6ヶ月 ～1年	1～2年	2～3年	3～4年	4～5年	5年以上	平均在 所期間
介護療養型 医療施設 (人)	102,887	11,302	12,185	30,681	17,707	9,844	6,007	4,117	10,829	184.8
	100%	11.0%	11.8%	29.8%	17.2%	9.6%	5.8%	4.0%	10.5%	(日)

④ 退院後の行き先別にみた退院者数の構成割合と平均入院日数

	退所者数	平均入所 日数 (日)
総数	4,318 (人) (100.0%)	403.0
家庭	23.0%	168.2
介護老人福祉施設	6.8%	401.6
その他社会福祉施設	0.6%	191.9
介護老人保健施設	10.9%	312.0
医療機関	33.1%	426.5
死亡	23.8%	639.0
その他	1.9%	438.2

療養病床等を有する病院等の状況 (平成13年9月1日現在)

都道府県	65歳以上人口 (A)	療養病床等を有する病院等		65歳以上人口当たり療養病床等の割合 (B)/(A)	うち介護療養型医療施設				療養病床等に占める介護保険適用病床の割合 (C)/(B)	計画達成率 (C)/(D)
		施設数	病床数 (B)		施設数	病床数	うち介護保険適用病床			
							病床数 (C)	計画数 (D)		
北海道	1,018,400	454	28,206	2.77%	300	21,510	11,541	14,054	40.9%	82.1%
青森県	289,200	113	3,187	1.10%	51	1,879	1,058	1,840	33.2%	57.5%
岩手県	314,300	86	3,027	0.96%	50	1,916	994	1,647	32.8%	60.4%
宮城県	414,800	108	3,150	0.76%	39	1,161	505	1,963	16.0%	25.7%
秋田県	279,300	39	2,456	0.88%	18	1,667	960	1,952	39.1%	49.2%
山形県	290,200	40	1,911	0.66%	23	1,204	445	1,585	23.3%	28.1%
福島県	433,900	81	3,960	0.91%	39	1,905	677	2,079	17.1%	32.6%
茨城県	517,300	132	6,252	1.21%	68	3,009	1,440	3,568	23.0%	40.4%
栃木県	347,500	73	8,137	2.34%	23	1,804	798	2,554	9.8%	31.2%
群馬県	375,600	82	4,269	1.14%	43	2,706	1,255	3,179	29.4%	39.5%
埼玉県	895,500	154	14,020	1.57%	74	5,740	3,464	9,680	24.7%	35.8%
千葉県	830,700	171	10,919	1.31%	88	6,249	2,896	7,257	26.5%	39.9%
東京都	1,947,000	235	17,758	0.91%	90	7,740	3,933	12,900	22.1%	30.5%
神奈川県	1,134,500	142	10,434	0.92%	78	8,006	4,392	9,099	42.1%	48.3%
新潟県	537,300	72	4,901	0.91%	47	3,821	2,374	3,521	48.4%	67.4%
富山県	241,900	85	5,075	2.10%	68	4,863	2,593	2,900	51.1%	89.4%
石川県	219,200	99	10,627	4.85%	61	5,109	1,835	2,210	17.3%	83.0%
福井県	170,200	76	2,784	1.64%	55	2,437	1,067	1,230	38.3%	86.7%
山梨県	181,900	46	2,541	1.40%	19	997	419	1,085	16.5%	38.6%
長野県	489,400	90	3,431	0.70%	63	2,619	1,489	1,801	43.4%	82.7%
岐阜県	385,400	78	2,716	0.70%	45	2,578	945	2,466	34.8%	38.3%
静岡県	676,600	93	8,838	1.31%	45	5,197	2,703	6,793	30.6%	39.8%
愛知県	1,034,900	202	12,656	1.22%	124	8,127	4,365	9,020	34.5%	48.4%
三重県	366,300	88	3,984	1.09%	48	2,304	1,013	2,141	25.4%	47.3%
滋賀県	219,400	27	1,843	0.84%	18	1,496	796	1,525	43.2%	52.2%
京都府	467,100	88	6,660	1.43%	72	5,944	4,196	4,738	63.0%	88.6%
大阪府	1,330,200	272	23,055	1.73%	130	10,921	7,161	13,472	31.1%	53.2%
兵庫県	956,500	249	14,540	1.52%	140	7,960	4,980	6,037	34.3%	82.5%
奈良県	246,700	21	2,156	0.87%	9	1,222	608	1,351	28.2%	45.0%
和歌山県	232,300	78	2,800	1.21%	42	1,691	793	1,846	28.3%	43.0%
鳥取県	141,800	46	1,742	1.23%	26	1,354	729	946	41.8%	77.1%
島根県	195,700	55	2,464	1.26%	44	2,085	1,122	1,421	45.5%	79.0%
岡山県	407,900	163	5,958	1.46%	116	4,899	2,295	2,935	38.5%	78.2%
広島県	540,100	281	11,809	2.19%	163	6,321	4,011	5,652	34.0%	71.0%
山口県	342,000	135	10,563	3.09%	82	8,920	4,400	5,010	41.7%	87.8%
徳島県	185,000	158	5,525	2.99%	105	4,453	2,033	2,751	36.8%	73.9%
香川県	228,100	139	3,470	1.52%	106	3,012	1,342	1,795	38.7%	74.8%
愛媛県	320,800	201	6,983	2.18%	113	4,942	2,344	3,327	33.6%	70.5%
高知県	194,900	98	7,726	3.96%	84	7,003	3,448	3,548	44.6%	97.2%
福岡県	863,300	494	24,591	2.85%	244	18,059	8,661	10,052	35.2%	86.2%
佐賀県	179,500	127	4,559	2.54%	59	3,262	1,583	2,063	34.7%	76.7%
長崎県	311,900	212	7,530	2.41%	155	5,986	2,164	2,984	28.7%	72.5%
熊本県	392,500	310	13,333	3.40%	185	10,503	4,897	5,580	36.7%	87.8%
大分県	279,200	175	3,998	1.43%	139	2,567	1,514	2,625	37.9%	57.7%
宮崎県	251,800	173	4,824	1.92%	82	3,136	2,016	2,869	41.8%	70.3%
鹿児島県	407,200	352	12,383	3.04%	215	9,163	3,206	3,396	25.9%	94.4%
沖縄県	185,700	83	4,944	2.66%	66	4,515	1,833	1,857	37.1%	98.7%
	22,270,900	6,776	358,695	1.61%	3,954	233,962	119,293	194,304	33.3%	61.4%

(老健局振興課調べ)

- ※1 「療養病床等」は療養病床、老人性痴呆疾患療養病棟・介護力強化病棟の病床である。B「病院等」には診療所を含む。
- ※2 「施設数」は、療養病床、老人性痴呆疾患療養病棟等の各病床(病棟)の種類ごとの指定施設数の単純合計となっているため、重複して計上されていることがあり得る。
- ※3 「計画数」の網掛け部分については、平成13年度の計画数を定めていないため、平成16年度の計画数としている。
- ※4 「65歳以上人口」は、「平成12年国勢調査抽出速報集計」(平成12年10月1日現在)

療養病床等の患者の状況について

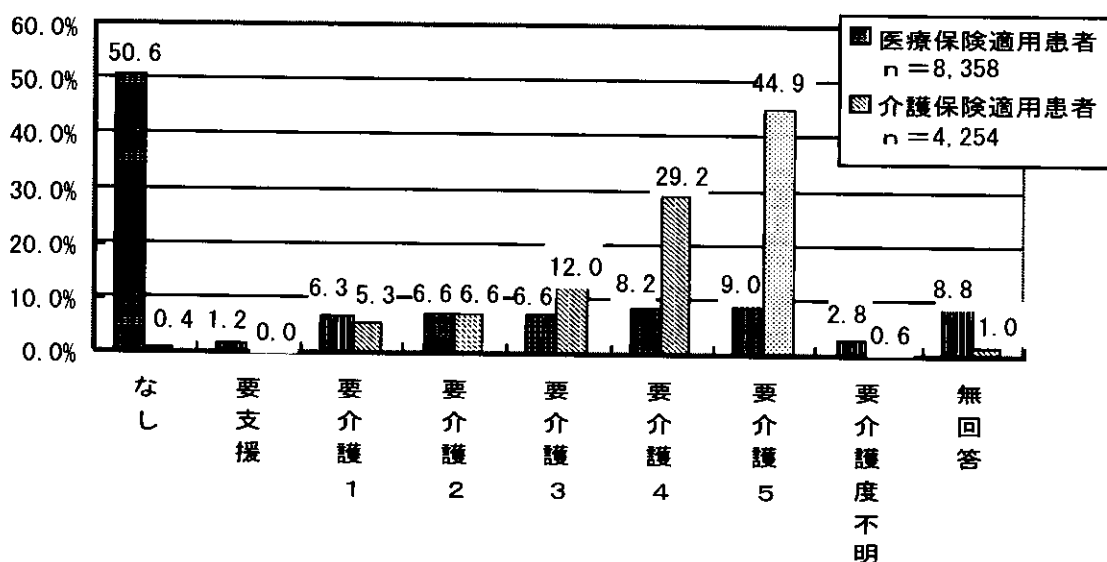
「療養型病床群における患者の実態等に関する調査研究¹」報告書概要より抜粋

1. 要介護の状態等

医療保険適用患者の半数が、要介護認定「なし」という状況であった。また、要介護度がわかっている患者について、要介護度別の構成割合に大きな格差はみられなかった。

介護保険適用患者では、「要介護5」が44.9%、「要介護4」が29.2%と多く、医療保険適用患者と比較して要介護度の高い患者が相対的に多い結果となった。

図表 2-1 要介護の状態等（単数回答）



2. 処置・診療行為

ある一定の期間に患者に対して行った処置・診療行為の実施率²の傾向について、医療保険適用患者と介護保険適用患者とを比較すると、全般的には大きな差異はみられなかった。

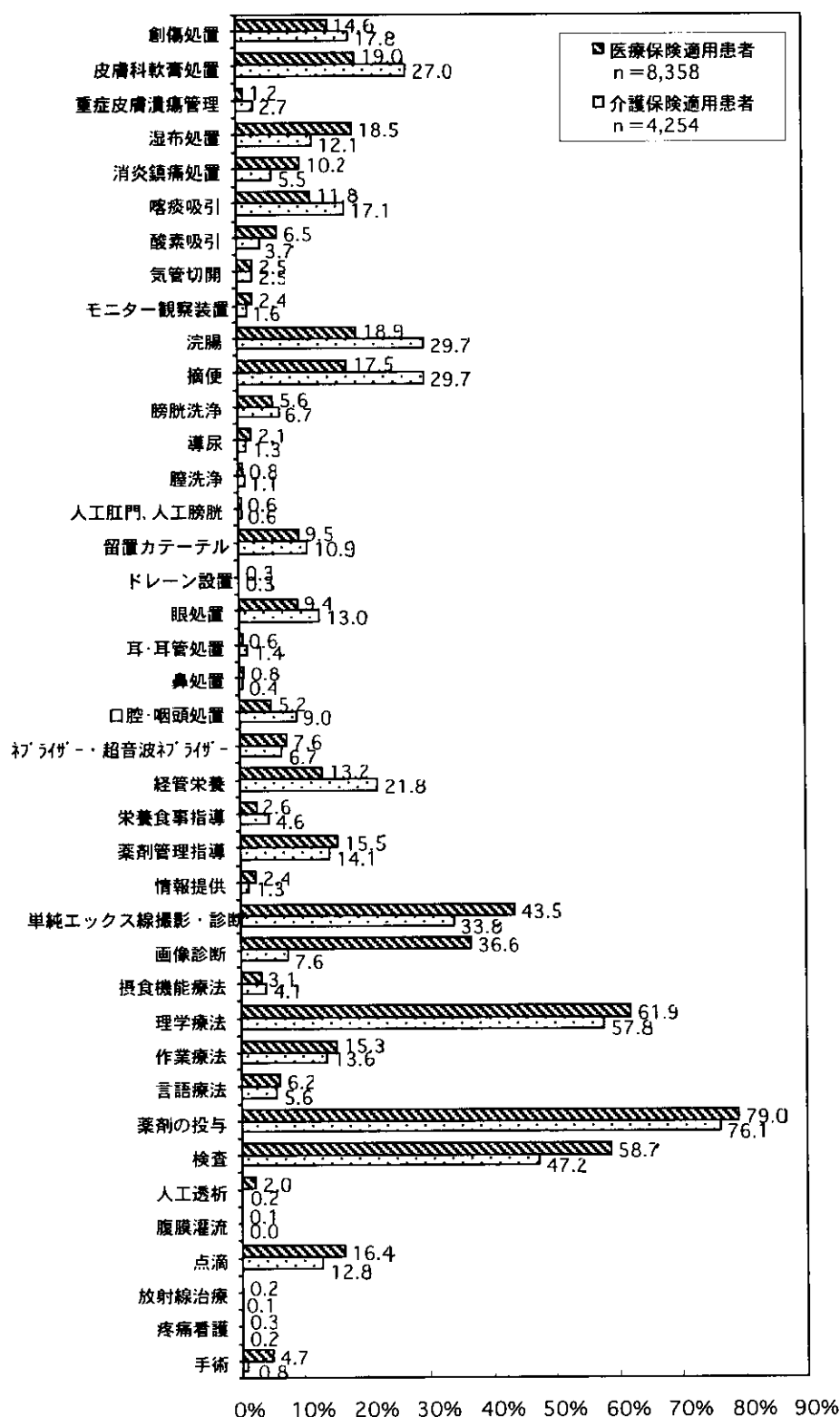
医療保険適用患者、介護保険適用患者ともに、特に実施率が高かった処置・診療行為は、「薬剤の投与」「理学療法」「検査」「単純エックス線撮影・診断」であった。

介護保険適用患者と比較して、医療保険適用患者で相対的に実施率の高かった処置・診療行為として、「画像診断」「手術」「消炎鎮痛処置」等があった。

1 医療経済研究機構が平成13年3月に、全国の療養型病床群を有する病院のうち1/2（1601施設）を対象に調査。有効回答率は15.8%（253施設）。

2 実施率とは、患者に占めるその処置・診療行為を行った患者の割合を示す。

図表 2-2 処置・診療行為の実施率（複数回答）

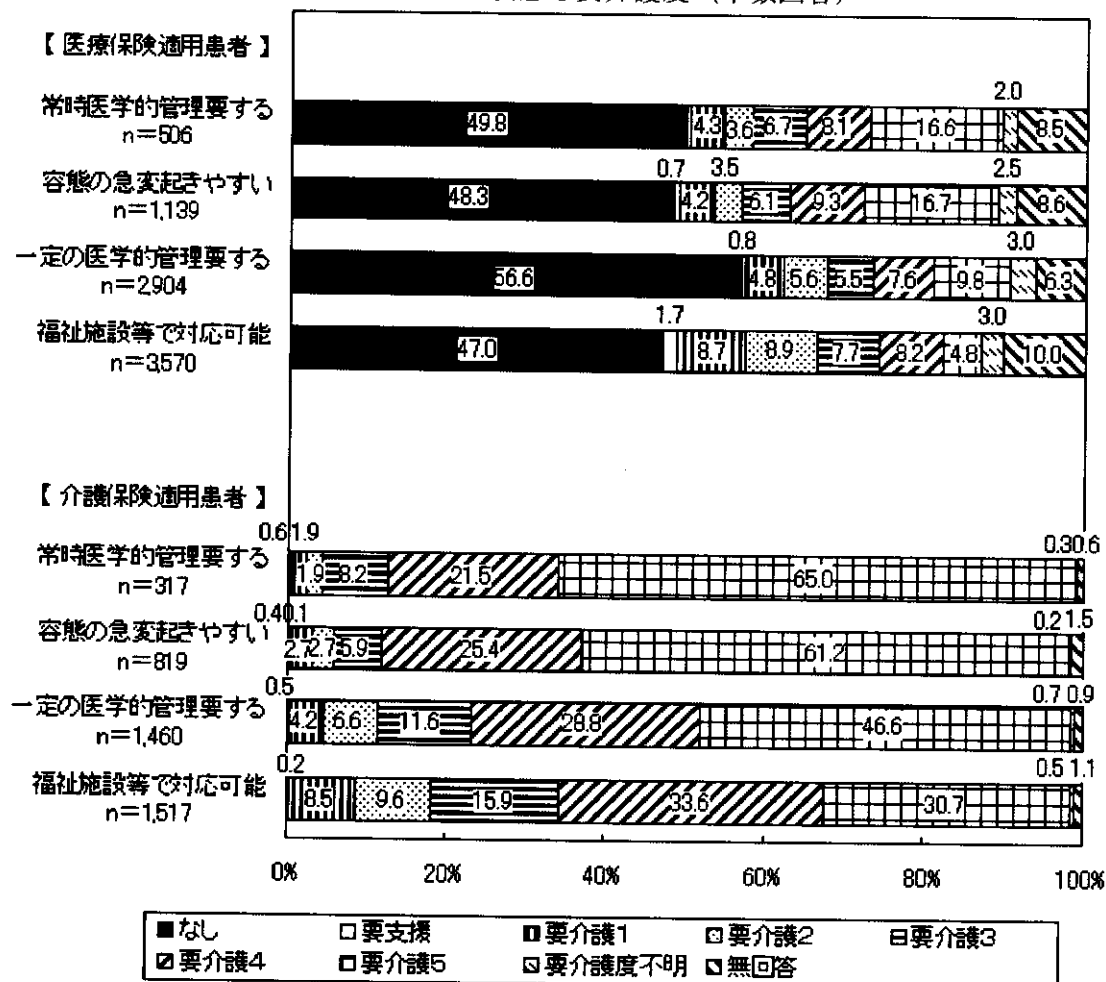


3. 患者の状態と要介護度

医療保険適用患者で「病状が不安定で常時医学的管理を要する³」あるいは「病状は安定しているが容態の急変が起きやすい」患者では、他の状態の患者と比較して「要介護5」の患者が相対的に多かった。一方、「容態急変の可能性は低く福祉施設や在宅によって対応できる」患者では、要介護度がわかっている患者の中で「要介護1」から「要介護4」まではほぼ均等に分布し、「要介護5」は少なかった。

介護保険適用患者の場合、状態が不安定な患者ほど、要介護度の高い患者が相対的に多くなる傾向がみられた。

図表 2-3 患者の状態と要介護度（単数回答）



3 「患者の状態」については、図表中では次のように表記する。

「病状が不安定で常時医学的管理を要する」 : 「常時医学的管理を要する」
「病状は安定しているが容態の急変が起きやすい」 : 「容態の急変起きやすい」
「容態急変の可能性は低いが一定の医学的管理を要する」 : 「一定の医学的管理を要する」
「容態急変の可能性は低く福祉施設*や在宅によって対応できる」 : 「福祉施設等で対応可能」

※ : 介護老人福祉施設、介護老人保健施設等

介護療養型医療施設の報酬体系の見直し案①

【療養病床を有する病院の人員配置】

現行の報酬体系

- 療養病床を有する病院における、看護職員 6:1・介護職員 3:1 の配置の報酬は、平成 12 年 3 月 31 日において 6 月以上同様の人員配置の診療報酬が算定されていた病棟について、平成 15 年 3 月 31 日までの間に限り算定する。

見直し案

- A 案：経過措置に従い、看護職員 6:1・介護職員 3:1 の配置の報酬上の評価は、平成 15 年 3 月 31 日限りとする。
- B 案：看護職員 6:1・介護職員 3:1 の配置の報酬上の評価を、平成 15 年 3 月 31 日以降も存続する。

データ

- 介護保険施設の入所者 100 人あたり人員配置 (人)

	介護老人福祉施設 (3:1)	介護老人保健施設 (3:1)	介護療養型医療施設	
			(看護 6:1 +介護 3:1 = 計 2:1)	(看護 6:1 +介護 4:1 = 計 2.4:1)
介護職員	31	25	34	25
看護職員	3	9	17	17

- 療養病床の人員配置の状況
(介護給付費実態調査、平成 13 年 5 月審査分)

看護/介護職員の配置	1人1か月の介護報酬(円) ※1	入院患者数(人) ※2	割合(%) ※2	平均要介護度 ※2
6:1/3:1	46.4 万	52,656	58.0%	4.06
6:1/4:1	44.2 万	31,612	34.8%	3.98
6:1/5:1	42.6 万	4,022	4.4%	3.95
6:1/6:1	41.5 万	2,485	2.7%	3.88

※1 療養病床を有する病院、その他地域、設定時の平均要介護度3.64の場合。基本食事サービス費を含む。

※2 介護力強化病棟の入院患者を含む。

- 療養病床における介護報酬と診療報酬の比較

介護報酬 [療養型介護療養施設サービス費]		診療報酬 [老人療養病棟入院基本料]	
看護/介護職員の配置	介護報酬 単位数 (単位)	看護/介護職員の配置	診療報酬 点数 (点)
6:1/3:1 (計2.0:1)	1,193 ～1,377	5:1/4:1 (計 2.2:1) 5:1/5:1 (計 2.5:1)	1,281 ～1,341
6:1/4:1 (計2.4:1)	1,126 ～1,299		1,210 ～1,270
6:1/5:1 (計2.7:1)	1,079 ～1,245		(平成 15 年 3 月までの経過措置は記載していない)
6:1/6:1 (計3.0:1)	1,048 ～1,209		

注 1：介護報酬は要介護 1～5 の場合、診療報酬は日常生活障害加算・痴呆加算を含まない場合と含む場合の報酬を示す。

注 2：老人療養病棟入院基本料については、介護報酬と算定条件を同一にするため、夜間勤務等看護加算 5 (25 点)、療養病棟療養環境加算 (105 点) の加算後の点数を用いている。

注 3：老人療養病棟入院基本料には、おむつ代が含まれていない。また、介護報酬では特定診療費として別に評価される、感染対策指導加算、初期入院管理、単純エックス線撮影・診断、理学療法・作業療法・言語療法のうち集団療法に相当する療養が、包括的に評価されている。

介護療養型医療施設の報酬体系の見直し案②

【診療報酬改定に伴う事項】

現行の報酬体系		
【療養型介護療養施設サービス費】		
夜間勤務等看護（Ⅰ） ・看護15：1以上（最低2人）	23 単位	1 日につき （施設サービス費に 加算）
夜間勤務等看護（Ⅱ） ・看護20：1以上（最低2人）	14 単位	
夜間勤務等看護（Ⅲ） ・看護30：1以上（最低2人）	5 単位	
夜間勤務等看護（Ⅳ） ・看護＋介護20：1以上 （最低2人、うち1人は看護）	7 単位	
【痴呆疾患型介護療養施設サービス費】		
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅰ） ・看護6：1、介護4：1	1,123～ 1,291 単位	要介護度別 の単価 1 日につき
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅱ） ・看護6：1、介護5：1	1,093～ 1,256 単位	
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅲ） ・看護6：1、介護6：1	1,073～ 1,233 単位	
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅳ） ・看護6：1、介護8：1	1,044～ 1,200 単位	
（特定診療費）		
感染対策指導管理	150 単位	1 月あたり

見直し案		
【療養型介護療養施設サービス費】		
夜間勤務等看護（Ⅰ） ・看護15：1以上（最低2人）	〇〇単位	1 日につき
夜間勤務等看護（Ⅱ） ・看護20：1以上（最低2人）	〇〇単位	1 日につき
（旧「夜間勤務等看護（Ⅲ）」は廃止） ※診療報酬の旧「夜間勤務等看護加算1c」に相当		
夜間勤務等看護（Ⅲ） ・看護＋介護20：1以上 （最低2人、うち1人は看護）	〇〇単位	1 日につき
【痴呆疾患型介護療養施設サービス費】		
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅰ） ・看護6：1、介護4：1	〇〇～ 〇〇単位	要介護度別 の単価 1 日につき
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅱ） ・看護6：1、介護5：1	〇〇～ 〇〇単位	
痴呆疾患型介護療養施設 サービス費（Ⅲ） ・看護6：1、介護6：1	〇〇～ 〇〇単位	
（「痴呆疾患型介護療養施設サービス費（Ⅳ）」は廃止）		
【療養型・診療所型・痴呆疾患型介護療養施設サービス費】		
院内感染防止対策未実施減算	〇〇単位	1 日につき
医療安全管理体制未整備減算	〇〇単位	1 日につき （新設）
褥瘡対策未実施減算	〇〇単位	1 日につき （新設）

関連する平成14年診療報酬改定の内容

- 夜間勤務等看護加算1a（看護15：1以上、最低2人）、1b（看護20：1以上、最低2人）、1c（看護30：1以上、最低2人）、2a（看護＋看護補助20：1以上、最低2人）、2b（看護＋看護補助30：1以上、最低2人）のうち夜間勤務等看護加算1cを廃止、看護10：1の評価を新設
- 老人性痴呆疾患療養病棟入院料1（看護6：1、看護補助6：1）、入院料2（看護6：1、看護補助8：1）のうち、入院料2を廃止
- 医療安全管理体制未整備減算・褥瘡対策未実施減算を新設

介護療養型医療施設の報酬単位の見直し案①

現行の報酬

【介護療養型医療施設 (療養病床を有する病院)】

療養型 (Ⅰ) 看護職員 6:1 介護職員 3:1	要介護 1	1,193 単位
	要介護 2	1,293 単位
	要介護 3	1,285 単位
	要介護 4	1,331 単位
	要介護 5	1,377 単位
療養型 (Ⅱ) 看護職員 6:1 介護職員 4:1	要介護 1	1,126 単位
	要介護 2	1,170 単位
	要介護 3	1,213 単位
	要介護 4	1,256 単位
	要介護 5	1,299 単位
療養型 (Ⅲ) 看護職員 6:1 介護職員 5:1	要介護 1	1,079 単位
	要介護 2	1,120 単位
	要介護 3	1,162 単位
	要介護 4	1,203 単位
	要介護 5	1,245 単位
療養型 (Ⅳ) 看護職員 6:1 介護職員 6:1	要介護 1	1,048 単位
	要介護 2	1,088 単位
	要介護 3	1,128 単位
	要介護 4	1,168 単位
	要介護 5	1,209 単位

【施設の種類毎の報酬設定】

【特定診療費】

療養病床で日常的に行われる医療行為 14 種類 (指導管理、単純 X 線撮影・診断、集团的リハビリテーション等) について算定。

【各加算・減算】

夜間勤務等加算、外泊時費用、初期加算
退院前後訪問指導加算、退院時指導加算
老人訪問看護指示加算
人員配置による減算、療養環境減算

見直し案

【体系見直し案】

○看護職員 6 : 1, 介護職員 3 : 1 の
単位体系の廃止
(平成 15 年 3 月 31 日までの経過処置)

【報酬見直しを考える視点】

○報酬水準についてどう考えるか。

- ・最近の一般物価や賃金の低下傾向、介護事業経営実態調査の結果などを踏まえ、どう考えるか。
- ・サービスの質についてどう考えるか。

○平成 14 年 4 月の診療報酬改定との
関連をどう考えるか。

- ・医療保険適用の療養病床との基本的な役割分担と整合をどう考えるか。
- ・入院者が専門的な診療が必要になり、他の医療機関において行われた診療に係る費用の支払いの方法について、診療報酬との整合をどう考えるか。

○要介護度別の報酬単位などについて
どう考えるか。

- ・要介護度の低い入院者に医療の必要性の比較的低い者が多いことを踏まえ、要介護度の高い者の入院を評価すべきか。
- ・入院者の要介護度の軽減と在宅復帰推進のために画一的でなく個別的なリハビリテーションを評価すべきか。

見直し案

○重度療養管理

1日あたり

○○単位

<目的>

- ・高齢者は、医療の密度や介護の必要度が変動するという特徴があり、医療保険適用病床と介護保険適用病床の機能分化を厳密にすると、医療保険と介護保険の制度の狭間で受け入れ先がなくなる可能性があるため、そのような長期療養の必要な高齢の患者の受け入れ先を確保する。

<対象者>

- ・要介護4 または 要介護5であって、かつ、常時医師による対応が必要な以下に掲げる患者に対して、当該処置を行った日について算定する。

- ① 気管切開等により、頻回の喀痰吸引が必要な者
- ② 肺機能の低下により、常時酸素療法や人工呼吸が必要な者
- ③ 継続的な輸液管理が必要なため、持続点滴や中心静脈栄養が必要な者
- ④ 腎機能の低下により透析を行っている者
- ⑤ 不整脈や低酸素症のため常時モニター測定が必要な者
- ⑥ ストーマの管理が必要な者

<対象者の考え方>

- ・短期間に医療の必要度が変動し、かつ、医療管理コストがかかる者。

データ

①平均要介護度と介護報酬額

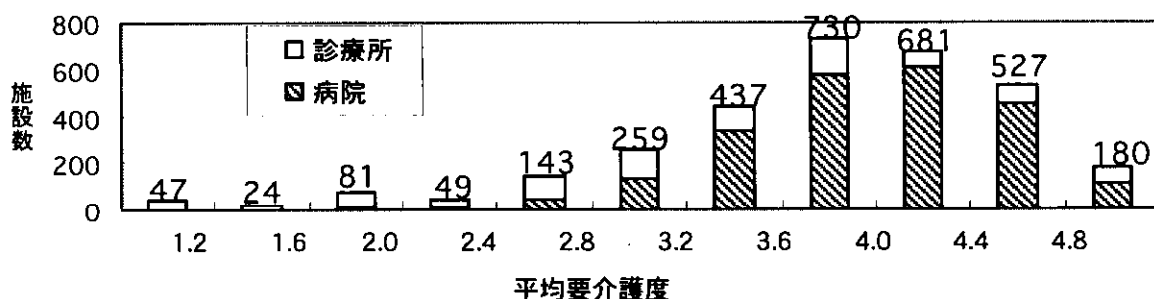
	報酬設定時		平成 13 年度 (介護給付費調査 13 年度審査分)		
	平均要介護度	介護報酬額	平均要介護度	介護報酬額	上昇率
介護療養型医療施設	3.64	37.8 万円	4.02	38.2 万円	1.06%

(注) 1, データは看護 6:1 介護 4:1 その他地域の場合

2, 介護報酬額(月額換算)は、施設サービス費の基本部分の試算額であり、加算・減算や食事サービス費等を除く

②平均要介護度別施設数の分布

(平成 12 年 介護サービス施設・事業所調査)



③療養病床の入院の状況 (平成 13 年 3 月 医療経済研究機構調べ ※)

介護保険適用の療養病床の入院患者 4,254 人を対象に調査

						(%)
要介護 1	2.7	9.8	27.7	57.6	2.2	
要介護 2	2.1	7.8	34.5	52.0	3.6	
要介護 3	5.1	9.4	33.3	47.2	5.1	
要介護 4	5.5	16.7	33.8	41.0	3.0	
要介護 5	10.8	26.2	35.6	24.4	3.0	

常時医学的管理
を要する

容態の急変が起き
やすい

一定の医学的
管理を要する

福祉施設や在宅によ
って対応できる

その他・
無回答

※「療養型病床群における患者の実態等に関する調査」より。

療養型病床群を有する病院の 1/2 (1,601 施設) に調査票を発送。有効回答率 15.8%。

④平成 14 年 4 月の診療報酬・薬価改定

全体改定率 -2.7%

診療報酬改定率 -1.3%

薬価改定率 -1.3%

材料価格改定率 -0.1%

Ⅶ.平成 14 年 介護事業経営実態調査結果

厚生労働省老健局	
H14.10	参考資料 1

I 調査概要

1. 調査の目的

介護保険法では、介護報酬は各々のサービスの平均費用の額を勘案して設定することとしていることから、各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査対象

平成12年5月までに指定を受けた全国の介護保険施設、居宅サービス事業所及び居宅介護支援事業所を調査対象とした。

(1) 介護保険施設

- ・介護老人福祉施設票
- ・介護老人保健施設票
- ・介護療養型医療施設（病院）票
- ・介護療養型医療施設（診療所）票

(2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者

- ・訪問看護ステーション票
- ・居宅サービス事業所（福祉関係）票
 - 次の事業につき都道府県知事の指定を受けた事業所
 - 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援事業
- ・居宅サービス事業所（医療施設）票
 - 次の事業につき都道府県知事の指定を受けた病院・診療所
 - 短期入所療養介護、通所リハビリテーション
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所（医療法人）票
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所（医療法人以外）票
- ・特定施設入所者生活介護事業所（有料老人ホーム）票
- ・特定施設入所者生活介護事業所（ケアハウス）票

3. 抽出方法

調査対象となる施設・事業所を、地域区分、開設主体別に層化し、1／2～1／3を無作為に抽出して客体を選定した。

4. 調査の期日

平成14年4月1日（平成14年3月の収支状況を調査）

5. 回収数及び有効回答数

	母集団 ①	調査客体 ②	回収 ③	有効回答 ④	回収率 ③÷②	有効回答率 ④÷②
介護老人福祉施設記入票	4,469	1,491	1,119	483	75.1%	32.4%
介護老人保健施設記入票	2,669	890	687	334	77.2%	37.5%
介護療養型医療施設（病院）記入票	2,483	826	475	115	57.5%	13.9%
介護療養型医療施設（診療所）記入票	1,380	459	299	26	65.1%	5.7%
居宅サービス（福祉系）記入票	14,461	7,769	4,188	1,134	53.9%	14.6%
居宅サービス（医療系）記入票	1,931	638	307	82	48.1%	12.9%
訪問看護ステーション記入票	4,730	1,561	997	246	63.9%	15.8%
痴呆対応型共同生活介護記入票（福祉系）	503	176	109	46	61.9%	26.1%
痴呆対応型共同生活介護記入票（医療系）	219	64	47	12	73.4%	18.8%
特定施設入所者生活介護記入票（ケアハウス）	31	15	19	3	126.7%	20.0%
特定施設入所者生活介護記入票（有料老人ホーム）	281	139	118	54	84.9%	38.8%

Ⅱ 調査結果

1. 経営主体別事業所数

(1) 介護保険施設

介護老人福祉施設

	地方公共 団体・ 一部事務 組合	社会福祉 法人	その他	総数
事業所数	27	453	3	483

介護老人保健施設

	公立	公的	医療法人	社会福祉 法人	その他	総数
事業所数	8	4	238	57	27	334

介護療養型医療施設（病院）

	公立	医療法人	その他法 人	個人	総数
事業所数	2	85	6	5	98

(2) 居宅サービス事業所

訪問介護

	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法人 (社協 以外)	医療法人	協同組合 及び連合 会	営利法人	その他	総数
事業所数	14	234	177	87	38	156	46	752

訪問入浴介護

	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法人 (社協 以外)	協同組合及 び連合会	営利法人	その他	総数
事業所数	0	78	24	3	25	7	137

訪問看護ステーション

	地方公共 団体	公的・ 社会保険 関係団体	医療法人	医師会・看 護協会	社会福祉法 人	協同組合 及び 連合会	営利法人	その他	総数
事業所数	13	7	115	35	23	12	6	29	240

(2) 居宅サービス事業所 (つづき)

通所介護

	地方公共団体	社協	社会福祉法人	医療法人	協同組合 及び 連合会	営利法人	特定非営利法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	17	139	377	36	8	18	8	15	618

通所リハビリテーション

	公立	医療法人	その他法人	個人	その他	総数
事業所数	5	203	24	0	50	282

短期入所生活介護

	地方公共団体	社協	社会福祉法人	その他 (社団・ 財団その他 法人、 その他)	総数
事業所数	14	7	322	3	346

痴呆対応型共同生活介護

	地方公共団体	社会福祉協議会	社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	営利法人	特定非営利法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	1	0	31	12	12	2	0	58

特定施設入所者生活介護 (ケアハウス)

	株式会社	財団・ 社団	社会福祉法人	その他	総数
事業所数	0	0	3	0	3

特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)

	株式会社	財団・ 社団	社会福祉法人	その他	総数
事業所数	41	5	4	4	54

居宅介護支援

	地方公共団体	社会福祉協議会	社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	協同組合 および 連合会	営利法人	特定非営利活動法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	11	135	217	159	22	73	6	47	670

2. 事業所全体の収支

(1) 介護保険施設

(単位：千円)

		介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設（病院）			
						療養型60%以上		合計（再掲）	
Ⅰ 介護事業収益	(1) 介護料収益	22,897	99.6%	32,084	96.4%	33,504	97.3%	31,688	97.6%
	(2) 保険外の利用料収益	89	0.4%	1,211	3.6%	990	2.9%	851	2.6%
	(3) 補助金収入	445	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(4) 国庫補助金等特別積立	1,083	4.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	0	0.0%	-20	-0.1%	-67	-0.2%	-63	-0.2%
Ⅱ 介護事業費用	(1) 給与費	12,754	55.5%	15,903	47.8%	19,355	56.2%	18,744	57.7%
	(2) 減価償却費	1,940	8.4%	2,625	7.9%	1,555	4.5%	1,512	4.7%
	(3) その他	6,061	26.4%	9,467	28.5%	11,255	32.7%	10,948	33.7%
Ⅲ 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	193	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅳ 介護事業外費用	借入金利息	342	1.5%	1,423	4.3%	619	1.8%	565	1.7%
Ⅴ 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	160	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉									
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））		22,986	100.0%	33,275	100.0%	34,427	100.0%	32,476	100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）		20,174	87.8%	29,417	88.4%	32,784	95.2%	31,769	97.8%
損益A（③＝①－②）		2,812	12.2%	3,857	11.6%	1,643	4.8%	707	2.2%
〈補助金を含む収益ベース〉									
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）		23,624	100.0%						
損益B（⑤＝④－②）		3,449	14.6%						
1施設あたり定員数（病床数）		66.7		87.6		68.8		65.5	
施設数		483		334		98		115	

※介護老人福祉施設には、空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。

※介護老人保健施設及び介護療養型医療施設（病院）には、短期入所療養介護の損益を含む。

※介護療養型医療施設（病院）の1施設当たり病床数は、療養病床、介護力強化病棟、老人性痴呆疾患療養病棟の病床の合計。

※介護療養型医療施設（病院）の数字は、介護保険適用病床のみの値。

※損益Bの比率は、収益Bに対する割合。その他の比率は、収益Aに対する割合。

介護老人福祉施設では、建物等取得時の補助金の全額をいったん積み立てし、各期の減価償却費に対応して、毎年「国庫補助金等特別積立金取崩額」として収入に計上している。したがって、介護老人福祉施設の経理に計上されている減価償却費は建物等取得時の補助金相当分が含まれた額であり、国庫補助金等特別積立金取崩額を控除した額が法人負担分の建物等得価額の減価償却費額に相当する。

介護老人福祉施設以外の減価償却費には建物等取得時の補助金相当分を含まない。（補助金相当分を含んだ会計を行っている場合には、調査側で補正を行った）

(参考) 平成11年4月「介護報酬に関する実態調査」

(単位：千円)

		特別養護 老人ホーム		老人保健施設		療養型病床群を 有する病院	
Ⅰ 事業収益		22,801	110.0%	34,488	100.0%	78,695	100.0%
	うち補助金収入（ア）	1,903	9.2%	-	-	-	-
	うち引当金戻入（イ）	169	0.8%	-	-	-	-
Ⅱ 事業費用	(1) 給与費	14,306	69.0%	16,987	49.3%	39,320	50.0%
	(2) 減価償却費	-	-	3,628	10.5%	3,587	4.6%
	(3) その他	8,495	41.0%	11,105	32.2%	27,849	35.4%
	うち引当金繰入（ウ）	606	2.9%	-	-	-	-
	うち当期繰越金（エ）	307	1.5%	-	-	-	-
Ⅳ 事業外費用	借入金利息	-	-	1,687	4.9%	1,693	2.2%
〈補助金を含まない収益ベース〉							
収益A（①＝Ⅰ－ア－イ）		20,729	100.0%	34,488	100.0%	78,695	100.0%
費用A（②＝Ⅱ＋Ⅳ－ウ－エ）		21,888	105.6%	33,407	96.9%	72,449	92.1%
損益A（③＝①－②）		-1,159	-5.6%	1,081	3.1%	6,246	7.9%
〈補助金を含む収益ベース〉							
収益B（④＝Ⅰ－イ）		22,632	100.0%				
損益B（⑤＝④－②）		744	3.3%				
1施設あたり定員数（病床数）		68.6		89.6		113.8	
施設数		811		732		226	

※特別養護老人ホーム：短期入所を会計上区分されていない場合は、短期入所の損益を含んだ値。

※老人保健施設：併設サービスを含めた施設全体の損益についての値。

※病院：療養型病床群が60%を超える病院について、療養型病床群以外の病床及び外来を含めた病院全体の損益についての値。病院の1施設当たり定員数は、療養型病床群、介護力強化病棟、老人性痴呆疾患療養病棟の病床の合計。

2. 事業所全体の収支（つづき）

（2）居宅サービス事業所

（単位：千円）

		訪問介護		訪問入浴介護		訪問看護ステーション		通所介護		通所リハビリテーション	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	2,921	100.1%	1,413	100.2%	2,068	100.2%	4,049	97.3%	5,129	96.8%
	(2) 保険外の利用料収益	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	113	2.7%	173	3.3%
	(3) 補助金収入	67	2.3%	13	0.9%	0	0.0%	96	2.3%	0	0.0%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	11	0.4%	2	0.1%	0	0.0%	99	2.4%	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-4	-0.1%	-3	-0.2%	-5	-0.2%	-2	-0.1%	-3	-0.1%
	(6) その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,523	86.5%	1,150	81.5%	1,423	69.0%	2,631	63.2%	2,742	51.7%
	(2) 減価償却費	50	1.7%	35	2.5%	40	1.9%	244	5.9%	378	7.1%
	(3) その他	365	12.5%	206	14.6%	266	12.9%	1,002	24.1%	1,224	23.1%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	9	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	15	0.4%	0	0.0%
IV 介護事業外費用	借入金利息	11	0.4%	7	0.5%	3	0.1%	44	1.1%	255	4.8%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	38	1.3%	9	0.7%	0	0.0%	29	0.7%	0	0.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉											
収益A（①＝I－I（4）－I（3））		2,918	100.0%	1,411	100.0%	2,063	100.0%	4,160	100.0%	5,299	100.0%
費用A（②＝II－I（4）＋IV＋V）		2,976	102.0%	1,405	99.6%	1,731	83.9%	3,861	92.6%	4,600	86.8%
損益A（③＝①－②）		-59	-2.0%	6	0.4%	332	16.1%	310	7.4%	699	13.2%
〈補助金を含む収益ベース〉											
収益B（④＝I－I（4）＋III）		2,994	100.0%	1,424	100.0%			4,271	100.0%		
損益B（⑤＝④－②）		18	0.6%	19	1.3%			420	9.8%		
1施設あたり平均実利用者・定員数		70.1		31.5		43.7		30.6		34.1	
施設・事業所数		752		137		240		618		282	

訪問看護ステーションの数字は、介護保険適用部分の値。

通所リハビリテーションの数字は、老人保健施設の値。

（単位：千円）

		短期入所生活介護		痴呆対応型共同生活介護		有料老人ホーム（施設全体）		居宅介護支援	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	3,449	95.1%	2,943	79.8%	9,373	23.2%	716	100.0%
	(2) 保険外の利用料収益・入居金収入・管理収入等	180	5.0%	743	20.2%	31,079	76.8%	0	0.0%
	(3) 補助金収入	77	2.1%	5	0.1%	0	0.0%	18	2.5%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	208	5.7%	82	2.2%	0	0.0%	9	1.2%
	(5) 介護報酬査定減	-2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(6) その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	1,993	55.0%	2,143	58.1%	13,116	32.4%	727	101.6%
	(2) 減価償却費	347	9.6%	233	6.3%	4,477	11.1%	27	3.7%
	(3) その他	915	25.2%	1,026	27.8%	19,160	47.4%	102	14.2%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	14	0.4%	1	0.0%	0	0.0%	2	0.2%
IV 介護事業外費用	借入金利息	44	1.2%	31	0.8%	1,716	4.2%	6	0.9%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	23	0.6%	38	1.0%	0	0.0%	7	1.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉								0	
収益A（①＝I－I（4）－I（3））		3,627	100.0%	3,686	100.0%	40,451	100.0%	716	100.0%
費用A（②＝II－I（4）＋IV＋V）		3,115	85.9%	3,388	91.9%	38,468	95.1%	861	120.2%
損益A（③＝①－②）		512	14.1%	298	8.1%	1,983	4.9%	-145	-20.2%
〈補助金を含む収益ベース〉								0	
収益B（④＝I－I（4）＋III）		3,718	100.0%	3,693	100.0%			735	100.0%
損益B（⑤＝④－②）		603	16.2%	305	8.3%			-125	-17.0%
1施設あたり平均実利用者・定員数		14.2		11.9		140.6		99.8	
施設・事業所数		346		58		54		670	

短期入所生活介護には、介護老人福祉施設の空床利用分の収支を含まない。

3. 規模別等収支

(1) 介護老人福祉施設（規模別収支）

（単位：千円）

		30人以下	31～50人	51～80人	81～100人	101人以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	12,723 99.8%	16,746 99.6%	23,462 99.7%	33,103 99.4%	43,952 99.6%
	(2) 保険外の利用料収益	31 0.2%	67 0.4%	72 0.3%	186 0.6%	172 0.4%
	(3) 補助金収入	655 5.1%	284 1.7%	429 1.8%	847 2.5%	624 1.4%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	811 6.4%	802 4.8%	1,049 4.5%	1,536 4.6%	2,206 5.0%
	(5) 介護報酬査定減	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	7,321 57.4%	9,389 55.8%	12,821 54.5%	18,769 56.4%	24,586 55.7%
	(2) 減価償却費	1,193 9.4%	1,494 8.9%	1,927 8.2%	2,583 7.8%	3,844 8.7%
	うち建物・建物附属設備減価償却費	948 7.4%	1,105 6.6%	1,436 6.1%	1,899 5.7%	2,947 6.7%
	(3) その他	3,420 26.8%	4,441 26.4%	6,218 26.4%	8,852 26.6%	11,394 25.8%
	うち給食材料費	840 6.6%	1,288 7.7%	1,685 7.2%	2,492 7.5%	3,036 6.9%
III 介護事業外収益	うち委託費	525 4.1%	610 3.6%	888 3.8%	1,260 3.8%	2,125 4.8%
	借入金利息補助金収入	175 1.4%	152 0.9%	217 0.9%	215 0.6%	278 0.6%
IV 介護事業外費用	借入金利息	393 3.1%	279 1.7%	387 1.6%	318 1.0%	484 1.1%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出：本部費繰入（役員報酬等）	19 0.2%	58 0.3%	81 0.3%	748 2.2%	251 0.6%
〈補助金を含まない収益ベース〉						
収益A (①=Ⅰ-Ⅰ(4)-Ⅰ(3))		12,754 100.0%	16,812 100.0%	23,534 100.0%	33,289 100.0%	44,124 100.0%
費用A (②=Ⅱ-Ⅰ(4)+Ⅳ+Ⅴ)		11,535 90.4%	14,859 88.4%	20,385 86.6%	29,734 89.3%	38,354 86.9%
損益A (③=①-②)		1,219 9.6%	1,954 11.6%	3,148 13.4%	3,554 10.7%	5,770 13.1%
〈補助金を含む収益ベース〉						
収益B (④=Ⅰ-Ⅰ(4)+Ⅲ)		13,584 100.0%	17,248 100.0%	24,180 100.0%	34,351 100.0%	45,026 100.0%
損益B (⑤=④-②)		2,049 15.1%	2,390 13.9%	3,794 15.7%	4,617 13.4%	6,672 14.8%
1施設あたり定員数		21.7	49.7	68.9	96.5	130.2
施設数		24	200	164	57	38

空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。

(2) 介護老人保健施設（規模別収支）

（単位：千円）

		60人以下	61～80人	81～100人	101人以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	18,929 97.3%	27,776 96.8%	35,842 96.3%	50,408 95.2%
	(2) 保険外の利用料収益	541 2.8%	924 3.2%	1,383 3.7%	2,606 4.9%
	(5) 介護報酬査定減	-20 -0.1%	-14 0.0%	-21 -0.1%	-38 -0.1%
II 介護事業費用	(1) 給与費	9,904 50.9%	13,498 47.1%	17,749 47.7%	25,056 47.3%
	(2) 減価償却費	1,469 7.6%	2,601 9.1%	2,794 7.5%	4,075 7.7%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	1,141 5.9%	2,062 7.2%	2,307 6.2%	3,350 6.3%
	(3) その他	5,651 29.1%	7,805 27.2%	10,601 28.5%	16,232 30.6%
	うち医薬品費	336 1.7%	551 1.9%	539 1.4%	725 1.4%
	うち給食用材料費	695 3.6%	1,120 3.9%	1,482 4.0%	1,900 3.6%
	うち施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費・その他材料費	254 1.3%	440 1.5%	544 1.5%	695 1.3%
	うち委託費	1,917 9.9%	2,201 7.7%	3,084 8.3%	4,829 9.1%
IV 介護事業外費用	借入金利息	793 4.1%	1,712 6.0%	1,379 3.7%	2,053 3.9%
収益A (①=Ⅰ)		19,450 100.0%	28,687 100.0%	37,204 100.0%	52,976 100.0%
費用A (②=Ⅱ+Ⅳ)		17,818 91.6%	25,617 89.3%	32,523 87.4%	47,416 89.5%
損益A (③=①-②)		1,633 8.4%	3,070 10.7%	4,681 12.6%	5,560 10.5%
1施設あたり定員数		52.5	75.7	97.6	138.8
施設数		49	89	176	20

短期入所療養介護の損益を含む。

3. 規模別等収支（つづき）

（3）介護療養型医療施設（病院）（介護保険適用病床規模別収支）

（単位：千円）

		30床以下	1床以上50床以下	1床以上80床以下	81床以上
Ⅰ 介護事業収益	（1）介護料収益	10,187 98.2%	20,277 97.7%	31,237 99.2%	69,006 96.4%
	（2）保険外の利用料収益	289 2.8%	492 2.4%	275 0.9%	2,704 3.8%
	（5）介護報酬査定減	-107 -1.0%	-22 -0.1%	-21 -0.1%	-99 -0.1%
Ⅱ 介護事業費用	（1）給与費	6,801 65.6%	12,131 58.5%	18,280 58.0%	38,414 53.6%
	（2）減価償却費	576 5.6%	795 3.8%	1,126 3.6%	3,487 4.9%
	うち建物・建物附属設備減価償却費	367 3.5%	557 2.7%	827 2.6%	2,436 3.4%
	（3）その他	3,963 38.2%	6,909 33.3%	10,511 33.4%	22,537 31.5%
	うち医薬品費	772 7.4%	1,259 6.1%	1,457 4.6%	2,658 3.7%
	うち給食材料費	371 3.6%	512 2.5%	806 2.6%	2,065 2.9%
	うち診療材料費・医療消耗器具備品費	251 2.4%	506 2.4%	784 2.5%	1,458 2.0%
	うち委託費	739 7.1%	1,706 8.2%	2,513 8.0%	4,719 6.6%
Ⅳ 介護事業外費用	借入金利息	163 1.6%	127 0.6%	848 2.7%	1,234 1.7%
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4））		10,369 100.0%	20,748 100.0%	31,491 100.0%	71,611 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ）		11,503 110.9%	19,962 96.2%	30,764 97.7%	65,671 91.7%
損益A（③＝①－②）		-1,135 -10.9%	786 3.8%	727 2.3%	5,940 8.3%
1施設あたり病床		22.0	42.3	63.3	141.0
事業所数		28	19	24	27

短期入所療養介護の損益を含む。

3. 規模別等収支（つづき）

（4）訪問介護

① 経営主体別

（単位：千円）

		地方公共団体社会福祉協議会	社会福祉法人 （社協以外）	医療法人	協同組合および 連合会	営利法人	その他
Ⅰ 介護事業 収益	(1) 介護料収益	1,590 100.0%	2,865 100.0%	2,028 100.0%	1,870 100.1%	2,656 100.6%	4,962 100.1%
	(2) 保険外の利用料収 益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%
	(3) 補助金収入（社会 福祉法人のみ）	90 5.7%	114 4.0%	106 5.2%	3 0.1%	7 0.3%	31 0.6%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	0 0.0%	1 0.0%	46 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.0%
	(5) 介護報酬査定減 損益	0 0.0%	-1 0.0%	-0 0.0%	-2 -0.1%	-16 -0.6%	-4 -0.1%
Ⅱ 介護事業 費用	(1) 給与費	1,833 115.3%	2,851 99.5%	1,848 91.1%	1,589 85.1%	2,189 82.9%	3,084 73.8%
	(2) 減価償却費	5 0.3%	46 1.6%	71 3.5%	46 2.5%	37 1.4%	66 1.3%
	うち建物及び 建物付属設備 減価償却費	5 0.3%	0 0.0%	21 1.0%	22 1.2%	17 0.6%	6 0.1%
	(3) その他	144 9.0%	303 10.6%	283 13.9%	302 16.1%	386 14.6%	527 12.6%
Ⅲ 介護事業 外収益	借入金利息補助金 収入	1 0.0%	16 0.5%	24 1.2%	16 0.8%	28 1.1%	8 0.2%
	借入金利息	0 0.0%	0 0.0%	5 0.2%	16 0.8%	0 0.0%	0 0.0%
Ⅳ 介護事業 外費用	借入金利息	0 0.0%	4 0.2%	12 0.6%	38 2.0%	0 0.0%	7 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	0 0.0%	5 0.2%	9 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	161 3.9%
<補助金を含まない収益ベース>							
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））		1,590 100.0%	2,864 100.0%	2,028 100.0%	1,868 100.0%	2,640 100.0%	4,177 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）		1,983 124.7%	3,209 112.0%	2,177 107.3%	1,975 105.7%	2,612 98.9%	3,818 91.4%
損益A（③＝①－②）		-393 -24.7%	-344 -12.0%	-149 -7.3%	-107 -5.7%	28 1.1%	360 8.6%
<補助金を含む収益ベース>							
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）		1,680 100.0%	2,978 100.0%	2,139 100.0%	1,887 100.0%	2,648 100.0%	4,220 100.0%
損益B（⑤＝④－②）		-303 -18.1%	-230 -7.7%	-38 -1.8%	-88 -4.7%	36 1.3%	402 9.5%
1事業所あたり実利用者数		38.8	78.2	59.1	44.6	52.2	83.3
事業所数		14	234	177	87	38	156

② 実利用者数階級別

（単位：千円）

		20人以下	20人超 40人以下	40人超 60人以下	60人超 80人以下	80人超 100人以下	100人超 150人以下	150人超
Ⅰ 介護事業 収益	(1) 介護料収益	616 100.0%	1,356 100.1%	2,365 100.1%	3,313 100.1%	3,955 100.2%	5,245 100.1%	11,685 100.2%
	(2) 保険外の利用料収 益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会 福祉法人のみ）	29 4.6%	63 4.6%	46 1.9%	34 1.0%	23 0.6%	71 1.4%	333 2.9%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	8 1.3%	7 0.5%	6 0.3%	17 0.5%	23 0.6%	32 0.6%	2 0.0%
	(5) 介護報酬査定減 損益	-0 0.0%	-1 -0.1%	-3 -0.1%	-4 -0.1%	-10 -0.2%	-4 -0.1%	-22 -0.2%
Ⅱ 介護事業 費用	(1) 給与費	784 127.1%	1,249 92.2%	1,937 82.0%	2,572 77.7%	3,227 81.8%	4,700 89.7%	10,091 86.5%
	(2) 減価償却費	31 5.1%	37 2.8%	37 1.6%	65 2.0%	51 1.3%	77 1.5%	130 1.1%
	うち建物及び 建物付属設備 減価償却費	13 2.2%	12 0.9%	6 0.3%	13 0.4%	14 0.3%	7 0.1%	9 0.1%
	(3) その他	118 19.2%	220 16.2%	296 12.5%	453 13.7%	416 10.5%	594 11.3%	1,227 10.5%
Ⅲ 介護事業 外収益	借入金利息補助金 収入	5 0.8%	15 1.1%	9 0.4%	26 0.8%	7 0.2%	40 0.8%	80 0.7%
	借入金利息	1 0.1%	21 1.6%	9 0.4%	3 0.1%	0 0.0%	3 0.1%	0 0.0%
Ⅳ 介護事業 外費用	借入金利息	7 1.2%	11 0.8%	8 0.3%	13 0.4%	9 0.2%	16 0.3%	18 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	3 0.4%	6 0.4%	16 0.7%	165 5.0%	23 0.6%	32 0.6%	113 1.0%
<補助金を含まない収益ベース>								
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））		617 100.0%	1,355 100.0%	2,362 100.0%	3,310 100.0%	3,945 100.0%	5,241 100.0%	11,663 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）		935 151.6%	1,516 111.9%	2,287 96.8%	3,250 98.2%	3,702 93.8%	5,386 102.8%	11,577 99.3%
損益A（③＝①－②）		-318 -51.6%	-161 -11.9%	76 3.2%	60 1.8%	243 6.2%	-145 -2.8%	87 0.7%
<補助金を含む収益ベース>								
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）		646 100.0%	1,439 100.0%	2,417 100.0%	3,347 100.0%	3,969 100.0%	5,315 100.0%	11,996 100.0%
損益B（⑤＝④－②）		-289 -44.8%	-76 -5.3%	130 5.4%	97 2.9%	267 6.7%	-71 -1.3%	419 3.5%
1事業所あたり実利用者数		13.9	30.2	49.9	71.0	89.5	122.3	340.3
事業所数		101	229	164	95	48	64	51

3. 規模別等収支（つづき）

③ 家事援助比率階級別

（単位：千円）

		家事援助30%未満	家事援助30%～50%未満	家事援助50%以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	3,305 100.2%	3,086 100.1%	2,337 100.0%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会福祉法人のみ）	88 2.7%	38 1.2%	81 3.5%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	10 0.3%	13 0.4%	11 0.5%
	(5) 介護報酬査定減	-6 -0.2%	-4 -0.1%	-1 0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,508 76.0%	2,809 91.1%	2,202 94.2%
	(2) 減価償却費	59 1.8%	41 1.3%	52 2.2%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	13 0.4%	7 0.2%	12 0.5%
	(3) その他	441 13.4%	360 11.7%	294 12.6%
	(1) うち委託費	21 0.6%	19 0.6%	21 0.9%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	20 0.6%	1 0.0%	8 0.3%
IV 介護事業外費用	借入金利息	11 0.3%	11 0.4%	10 0.4%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出：本部費繰入（役員報酬等）	25 0.8%	65 2.1%	19 0.8%
<補助金を含まない収益ベース>				
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（４）－Ⅰ（５））		3,299 100.0%	3,082 100.0%	2,336 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（４）＋Ⅳ＋Ⅴ）		3,034 92.0%	3,273 106.2%	2,566 109.8%
損益A（③＝①－②）		265 8.0%	192 -6.2%	-230 -9.8%
<補助金を含む収益ベース>				
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（４）＋Ⅲ）		3,406 100.0%	3,121 91.6%	2,425 71.2%
損益B（⑤＝④－②）		372 10.9%	-152 -4.5%	-141 -4.1%
1事業所あたり実利用者数		73.3	67.0	70.6
事業所数		239	278	235

家事援助比率とは、事業所の訪問介護サービス提供回数に占める介護報酬区分の「家事援助」の提供回数割合。

(5) 訪問看護ステーション

① 経営主体別

(単位：千円)

		地方公共団体		公的・社会保険関係団体		医療法人		医師会・看護協会		社会福祉法人		協同組合及び連合会		営利法人	
Ⅰ 介護事業	(1) 介護料収益	1,608	100.0%	1,836	100.0%	1,897	100.2%	2,629	100.1%	1,851	100.6%	2,473	100.1%	2,942	100.0%
	(2) 保険外の利用料収	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.2%	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-0	0.0%	-1	0.0%	-5	-0.2%	-3	-0.1%	-12	-0.7%	-9	-0.4%	-1	0.0%
Ⅱ 介護事業	(1) 給与費	1,304	81.1%	1,649	89.8%	1,312	69.3%	1,623	61.8%	1,257	68.4%	1,716	69.5%	1,851	62.9%
	(2) 減価償却費	6	0.4%	45	2.4%	31	1.7%	53	2.0%	53	2.9%	29	1.2%	79	2.7%
	うち建物及び建物 付属設備減価償却 費	4	0.2%	20	1.1%	9	0.5%	5	0.2%	10	0.6%	5	0.2%	2	0.1%
	(3) その他	212	13.2%	137	7.4%	224	11.8%	379	14.4%	289	15.7%	294	11.9%	565	19.2%
	うち医薬品費	4	0.2%	0	0.0%	2	0.1%	5	0.2%	1	0.1%	1	0.0%	3	0.1%
	うち訪問看護材料 費・訪問看護消耗 器具備品費・その 他の材料費	28	1.7%	6	0.3%	10	0.5%	47	1.8%	7	0.4%	10	0.4%	27	0.9%
	うち委託費	45	2.8%	20	1.1%	13	0.7%	18	0.7%	53	2.9%	8	0.3%	1	0.0%
	Ⅲ 介護事業外収 借入金利息補助金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅳ 介護事業外費 借入金利息	7	0.5%	5	0.3%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	8	0.3%	11	0.4%	
Ⅴ 特別損失	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
会計区分外繰入金		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
収益A (①=Ⅰ-Ⅰ(4)+Ⅲ)		1,608	100.0%	1,836	100.0%	1,892	100.0%	2,626	100.0%	1,839	100.0%	2,469	100.0%	2,941	100.0%
費用A (②=Ⅱ-Ⅰ(4)+Ⅳ+Ⅴ)		1,530	95.2%	1,835	100.0%	1,569	82.9%	2,056	78.3%	1,601	87.0%	2,047	82.9%	2,506	85.2%
損益A (③=①-②)		78	4.8%	1	0.0%	323	17.1%	570	21.7%	238	13.0%	422	17.1%	435	14.8%
1 事業所あたり実利用者数 (介護保険)		36.8		42.7		41.6		50.6		37.0		58.9		55.0	
事業所数		13		7		115		35		23		12		6	

		その他	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	2,156	100.3%
	(2) 保険外の利用料収益	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-6	-0.3%
II 介護事業費用	(1) 給与費	1,540	71.6%
	(2) 減価償却費	60	2.8%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	15	0.7%
	(3) その他	261.5	12.2%
	うち医薬品費	1	0.0%
	うち訪問看護材料費・訪問看護消耗器具備品費・その他の材料費	8	0.4%
	うち委託費	19	0.9%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金	0	0.0%
IV 介護事業外費用	借入金利息	0.208	0.0%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出	0	0.0%
収益A (①=I-I(4)+III)		2,150	100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		1,816	86.6%
損益A (③=①-②)		288.8	13.4%
1 事業所あたり実利用者数 (介護保険)		44.0	
事業所数		29	

3. 規模別等収支（つづき）

② 実利用者数階級別

（単位：千円）

		20人以下	20人超40人以下	40人超60人以下	60人超80人以下	80人超
I 介護事業 収益	(1) 介護料収益	761 100.2%	1,449 100.2%	2,365 100.6%	3,369 100.1%	4,277 127.1%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.1%
	(5) 介護報酬査定減	-2 -0.2%	-3 -0.2%	-14 -0.6%	-4 -0.1%	-2 -0.1%
II 介護事業 費用	(1) 給与費	653 86.0%	1,084 75.0%	1,646 70.0%	2,135 63.4%	2,606 77.4%
	(2) 減価償却費	29 3.8%	33 2.3%	43 1.8%	48 1.4%	67 2.0%
	うち建物及び建物 付属設備減価償却 費	6 0.7%	7 0.5%	11 0.4%	12 0.4%	14 0.4%
	(3) その他	101 13.3%	190 13.1%	257 10.9%	444 13.2%	612 18.2%
	うち医薬品費	1 0.2%	1 0.1%	2 0.1%	5 0.2%	5 0.1%
	うち訪問看護材料 費・訪問看護消耗 器具備品費・その 他の材料費	5 0.6%	10 0.7%	16 0.7%	36 1.1%	33 1.0%
	うち委託費	7 0.9%	15 1.0%	27 1.1%	13 0.4%	52 1.5%
III 介護事業 外収益	借入金利息補助金	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
IV 介護事業 外費用	借入金利息	1 0.2%	2 0.1%	4 0.2%	3 0.1%	6 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
収益A (①=I-I(4)+III)		759 100.0%	1,446 100.0%	2,351 100.0%	3,366 100.0%	4,278 100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		785 103.4%	1,308 90.5%	1,950 82.9%	2,630 78.1%	3,291 76.9%
損益A (③=①-②)		-26 -3.4%	137 9.5%	402 17.1%	736 21.9%	987 23.1%
I事業所あたり実利用者数		14.8	30.0	49.4	70.7	96.5
事業所数		44	89	50	31	26

(6) 居宅介護支援（介護支援専門員1人当たり実利用者数階級別）

（単位：千円）

		30人以下	30人超 40人以下	40人超 50人以下	50人超 60人以下	60人超 80人以下	80人超
I 介護事業 収益	(1) 介護料収益	397 100.0%	461 116.1%	684 172.4%	774 195.0%	829 209.0%	942 237.4%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会 福祉法人のみ）	10 2.5%	20 5.1%	15 3.7%	22 5.6%	14 3.5%	25 6.4%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	3 0.8%	1 0.4%	6 1.5%	9 2.3%	17 4.3%	7 1.7%
	(5) 介護報酬査定減	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
II 介護事業 費用	(1) 給与費	535 134.8%	540 136.0%	710 178.8%	750 188.9%	835 210.5%	839 211.4%
	(2) 減価償却費	15 3.7%	16 3.9%	22 5.6%	31 7.8%	39 9.8%	24 5.9%
	うち建物及び建物 付属設備減価償却 費	11 2.7%	11 2.8%	13 3.2%	18 4.5%	27 6.8%	13 3.3%
	(3) その他	72 18.1%	92 23.1%	91 23.0%	103 25.9%	115 29.1%	124 31.2%
III 介護事業 外収益	うち委託費	7 1.8%	7 1.6%	8 2.0%	6 1.6%	11 2.8%	11 2.7%
	借入金利息補助金 収入	11 2.7%	0 0.0%	0 0.1%	1 0.2%	1 0.4%	0 0.1%
IV 介護事業 外費用	借入金利息	4 1.1%	3 0.8%	6 1.5%	5 1.4%	10 2.5%	6 1.4%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	9 2.2%	28 7.0%	1 0.3%	6 1.5%	3 0.8%	5 1.2%
<補助金を含まない収益ベース>							
利益A (①=I-I(4)-I(3))		397 100.0%	461 100.0%	684 100.0%	774 100.0%	829 100.0%	942 100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		631 159.0%	676 146.9%	825 120.5%	885 114.4%	986 118.9%	990 105.1%
損益A (③=①-②)		-234 -59.0%	-216 -46.9%	-140 -20.5%	-111 -14.4%	-156 -18.9%	-48 -5.1%
<補助金を含む収益ベース>							
収益B (④=I-I(4)+III)		418 100.0%	481 100.0%	700 100.0%	797 100.0%	845 100.0%	968 100.0%
損益B (⑤=④-②)		-214 -51.1%	-196 -40.7%	-125 -17.9%	-88 -11.1%	-141 -16.7%	-22 -2.3%
I事業所あたり実利用者数		54.8	62.2	93.2	107.8	117.5	133.3
事業所数		64	84	137	134	162	89

4. 給与

(1) 介護保険施設

	介護老人福祉 施設	介護老人保健 施設	介護療養型医 療施設 (病院)
常勤職員 1 人当たり給与月額			
管理者	461,000	962,000	1,716,000
医師	474,000	941,000	1,117,000
薬剤師	-	302,000	357,000
看護師	282,000	308,000	288,000
准看護師	249,000	243,000	255,000
介護福祉士	238,000	207,000	199,000
その他の介護職員	205,000	183,000	174,000
生活相談員（社会福祉士）	297,000	-	-
その他の生活相談員	283,000	-	-
支援相談員	-	246,000	237,000
管理栄養士	253,000	233,000	233,000
栄養士	220,000	193,000	188,000
調理員	205,000	171,000	170,000
理学療法士	296,000	338,000	303,000
作業療法士	268,000	285,000	261,000
非常勤職員 1 人当たり給与月額			
管理者	517,000	1,769,000	300,000
医師	1,161,000	1,100,000	1,112,000
薬剤師	-	353,000	331,000
看護師	228,000	225,000	222,000
准看護師	184,000	183,000	191,000
介護福祉士	166,000	140,000	230,000
その他の介護職員	158,000	151,000	151,000
生活相談員（社会福祉士）	139,000	-	-
その他の生活相談員	149,000	-	-
支援相談員	-	213,000	202,000
管理栄養士	210,000	253,000	154,000
栄養士	193,000	188,000	158,000
調理員	149,000	151,000	132,000
理学療法士	400,000	485,000	580,000
作業療法士	591,000	377,000	306,000

(2) 居宅サービス事業所

	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	通所介護	通所リハビリテーション
常勤職員1人当たり給与月額					
看護師	256,120	195,000	304,000	253,939	280,000
准看護師	346,037	200,000	238,000	207,606	216,000
介護福祉士	233,758	216,000	-	228,659	205,000
その他の介護職員	205,033	187,000	-	195,781	180,000
介護支援専門員	-	-	-	-	-
非常勤職員1人当たり給与月額					
看護師	385,178	86,000	263,000	211,188	212,000
准看護師	162,768	219,000	225,000	184,712	190,000
介護福祉士	171,804	138,000	-	158,820	135,000
その他の介護職員	178,685	139,000	-	135,359	166,000
介護支援専門員	-	-	-	-	-

	短期入所生活介護	特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)	痴呆対応型共同生活介護	居宅介護支援
常勤職員1人当たり給与月額				
看護師	248,000	366,000	226,745	-
准看護師	121,000	287,000	199,307	-
介護福祉士	144,000	244,000	204,022	-
その他の介護職員	153,000	207,000	177,819	-
介護支援専門員	-	-	-	264,723
非常勤職員1人当たり給与月額				
看護師	-	244,000	263,183	-
准看護師	171,000	227,000	195,083	-
介護福祉士	209,000	177,000	165,058	-
その他の介護職員	126,000	155,000	140,906	-
介護支援専門員	-	-	-	210,835

※ 主として当該サービスに従事する者の平均給与月額である。

Ⅶ.平成 14 年 介護事業経営実態調査結果

厚生労働省老健局	
H14.10	参考資料 1

I 調査概要

1. 調査の目的

介護保険法では、介護報酬は各々のサービスの平均費用の額を勘案して設定することとしていることから、各々の介護サービスについての費用等についての実態を明らかにし、介護報酬設定のための基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査対象

平成12年5月までに指定を受けた全国の介護保険施設、居宅サービス事業所及び居宅介護支援事業所を調査対象とした。

(1) 介護保険施設

- ・介護老人福祉施設票
- ・介護老人保健施設票
- ・介護療養型医療施設（病院）票
- ・介護療養型医療施設（診療所）票

(2) 指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者

- ・訪問看護ステーション票
- ・居宅サービス事業所（福祉関係）票
 - 次の事業につき都道府県知事の指定を受けた事業所
 - 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援事業
- ・居宅サービス事業所（医療施設）票
 - 次の事業につき都道府県知事の指定を受けた病院・診療所
 - 短期入所療養介護、通所リハビリテーション
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所（医療法人）票
- ・痴呆対応型共同生活介護事業所（医療法人以外）票
- ・特定施設入所者生活介護事業所（有料老人ホーム）票
- ・特定施設入所者生活介護事業所（ケアハウス）票

3. 抽出方法

調査対象となる施設・事業所を、地域区分、開設主体別に層化し、1／2～1／3を無作為に抽出して客体を選定した。

4. 調査の期日

平成14年4月1日（平成14年3月の収支状況を調査）

5. 回収数及び有効回答数

	母集団 ①	調査客体 ②	回収 ③	有効回答 ④	回収率 ③÷②	有効回答率 ④÷②
介護老人福祉施設記入票	4,469	1,491	1,119	483	75.1%	32.4%
介護老人保健施設記入票	2,669	890	687	334	77.2%	37.5%
介護療養型医療施設（病院）記入票	2,483	826	475	115	57.5%	13.9%
介護療養型医療施設（診療所）記入票	1,380	459	299	26	65.1%	5.7%
居宅サービス（福祉系）記入票	14,461	7,769	4,188	1,134	53.9%	14.6%
居宅サービス（医療系）記入票	1,931	638	307	82	48.1%	12.9%
訪問看護ステーション記入票	4,730	1,561	997	246	63.9%	15.8%
痴呆対応型共同生活介護記入票（福祉系）	503	176	109	46	61.9%	26.1%
痴呆対応型共同生活介護記入票（医療系）	219	64	47	12	73.4%	18.8%
特定施設入所者生活介護記入票（ケアハウス）	31	15	19	3	126.7%	20.0%
特定施設入所者生活介護記入票（有料老人ホーム）	281	139	118	54	84.9%	38.8%

Ⅱ 調査結果

1. 経営主体別事業所数

(1) 介護保険施設

介護老人福祉施設

	地方公共 団体・ 一部事務 組合	社会福祉 法人	その他	総数
事業所数	27	453	3	483

介護老人保健施設

	公立	公的	医療法人	社会福祉 法人	その他	総数
事業所数	8	4	238	57	27	334

介護療養型医療施設（病院）

	公立	医療法人	その他法 人	個人	総数
事業所数	2	85	6	5	98

(2) 居宅サービス事業所

訪問介護

	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法人 (社協 以外)	医療法人	協同組合 及び連合 会	営利法人	その他	総数
事業所数	14	234	177	87	38	156	46	752

訪問入浴介護

	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉 法人 (社協 以外)	協同組合及 び連合会	営利法人	その他	総数
事業所数	0	78	24	3	25	7	137

訪問看護ステーション

	地方公共 団体	公的・ 社会保険 関係団体	医療法人	医師会・看 護協会	社会福祉法 人	協同組合 及び 連合会	営利法人	その他	総数
事業所数	13	7	115	35	23	12	6	29	240

(2) 居宅サービス事業所 (つづき)

通所介護

	地方公共団体	社協	社会福祉法人	医療法人	協同組合 及び 連合会	営利法人	特定非営利法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	17	139	377	36	8	18	8	15	618

通所リハビリテーション

	公立	医療法人	その他法人	個人	その他	総数
事業所数	5	203	24	0	50	282

短期入所生活介護

	地方公共団体	社協	社会福祉法人	その他 (社団・ 財団その他 法人、 その他)	総数
事業所数	14	7	322	3	346

痴呆対応型共同生活介護

	地方公共団体	社会福祉協議会	社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	営利法人	特定非営利法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	1	0	31	12	12	2	0	58

特定施設入所者生活介護 (ケアハウス)

	株式会社	財団・ 社団	社会福祉法人	その他	総数
事業所数	0	0	3	0	3

特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)

	株式会社	財団・ 社団	社会福祉法人	その他	総数
事業所数	41	5	4	4	54

居宅介護支援

	地方公共団体	社会福祉協議会	社会福祉法人 (社協以外)	医療法人	協同組合 および 連合会	営利法人	特定非営利活動法人 (NPO)	その他	総数
事業所数	11	135	217	159	22	73	6	47	670

2. 事業所全体の収支

(1) 介護保険施設

(単位：千円)

			介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設（病院）			
							療養型60%以上		合計（再掲）	
Ⅰ 介護事業収益	(1)	介護料収益	22,897	99.6%	32,084	96.4%	33,504	97.3%	31,688	97.6%
	(2)	保険外の利用料収益	89	0.4%	1,211	3.6%	990	2.9%	851	2.6%
	(3)	補助金収入	445	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(4)	国庫補助金等特別積立	1,083	4.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(5)	介護報酬査定減	0	0.0%	-20	-0.1%	-67	-0.2%	-63	-0.2%
Ⅱ 介護事業費用	(1)	給与費	12,754	55.5%	15,903	47.8%	19,355	56.2%	18,744	57.7%
	(2)	減価償却費	1,940	8.4%	2,625	7.9%	1,555	4.5%	1,512	4.7%
	(3)	その他	6,061	26.4%	9,467	28.5%	11,255	32.7%	10,948	33.7%
Ⅲ 介護事業外収益		借入金利息補助金収入	193	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Ⅳ 介護事業外費用		借入金利息	342	1.5%	1,423	4.3%	619	1.8%	565	1.7%
Ⅴ 特別損失		会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	160	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉										
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））			22,986	100.0%	33,275	100.0%	34,427	100.0%	32,476	100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）			20,174	87.8%	29,417	88.4%	32,784	95.2%	31,769	97.8%
損益A（③＝①－②）			2,812	12.2%	3,857	11.6%	1,643	4.8%	707	2.2%
〈補助金を含む収益ベース〉										
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）			23,624	100.0%						
損益B（⑤＝④－②）			3,449	14.6%						
1施設あたり定員数（病床数）			66.7		87.6		68.8		65.5	
施設数			483		334		98		115	

※介護老人福祉施設には、空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。

※介護老人保健施設及び介護療養型医療施設（病院）には、短期入所療養介護の損益を含む。

※介護療養型医療施設（病院）の1施設当たり病床数は、療養病床、介護力強化病棟、老人性痴呆疾患療養病棟の病床の合計。

※介護療養型医療施設（病院）の数字は、介護保険適用病床のみの値。

※損益Bの比率は、収益Bに対する割合。その他の比率は、収益Aに対する割合。

介護老人福祉施設では、建物等取得時の補助金の全額をいったん積み立てし、各期の減価償却費に対応して、毎年「国庫補助金等特別積立金取崩額」として収入に計上している。したがって、介護老人福祉施設の経理に計上されている減価償却費は建物等取得時の補助金相当分が含まれた額であり、国庫補助金等特別積立金取崩額を控除した額が法人負担分の建物等取得時の減価償却費額に相当する。

介護老人福祉施設以外の減価償却費には建物等取得時の補助金相当分を含まない。（補助金相当分を含んだ会計を行っている場合には、調査側で補正を行った）

(参考) 平成11年4月「介護報酬に関する実態調査」

(単位：千円)

			特別養護 老人ホーム		老人保健施設		療養型病床群を 有する病院	
Ⅰ 事業収益			22,801	110.0%	34,488	100.0%	78,695	100.0%
		うち補助金収入（ア）	1,903	9.2%	-	-	-	-
		うち引当金戻入（イ）	169	0.8%	-	-	-	-
Ⅱ 事業費用	(1)	給与費	14,306	69.0%	16,987	49.3%	39,320	50.0%
	(2)	減価償却費	-	-	3,628	10.5%	3,587	4.6%
	(3)	その他	8,495	41.0%	11,105	32.2%	27,849	35.4%
		うち引当金繰入（ウ）	606	2.9%	-	-	-	-
		うち当期繰越金（エ）	307	1.5%	-	-	-	-
Ⅳ 事業外費用		借入金利息	-	-	1,687	4.9%	1,693	2.2%
〈補助金を含まない収益ベース〉								
収益A（①＝Ⅰ－ア－イ）			20,729	100.0%	34,488	100.0%	78,695	100.0%
費用A（②＝Ⅱ＋Ⅳ－ウ－エ）			21,888	105.6%	33,407	96.9%	72,449	92.1%
損益A（③＝①－②）			-1,159	-5.6%	1,081	3.1%	6,246	7.9%
〈補助金を含む収益ベース〉								
収益B（④＝Ⅰ－イ）			22,632	100.0%				
損益B（⑤＝④－②）			744	3.3%				
1施設あたり定員数（病床数）			68.6		89.6		113.8	
施設数			811		732		226	

※特別養護老人ホーム：短期入所を会計上区分されていない場合は、短期入所の損益を含んだ値。

※老人保健施設：併設サービスを含めた施設全体の損益についての値。

※病院：療養型病床群が60%を超える病院について、療養型病床群以外の病床及び外来を含めた病院全体の損益についての値。病院の1施設当たり定員数は、療養型病床群、介護力強化病棟、老人性痴呆疾患療養病棟の病床の合計。

2. 事業所全体の収支（つづき）

（2）居宅サービス事業所

（単位：千円）

		訪問介護		訪問入浴介護		訪問看護ステーション		通所介護		通所リハビリテーション	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	2,921	100.1%	1,413	100.2%	2,068	100.2%	4,049	97.3%	5,129	96.8%
	(2) 保険外の利用料収益	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	113	2.7%	173	3.3%
	(3) 補助金収入	67	2.3%	13	0.9%	0	0.0%	96	2.3%	0	0.0%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	11	0.4%	2	0.1%	0	0.0%	99	2.4%	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-4	-0.1%	-3	-0.2%	-5	-0.2%	-2	-0.1%	-3	-0.1%
	(6) その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,523	86.5%	1,150	81.5%	1,423	69.0%	2,631	63.2%	2,742	51.7%
	(2) 減価償却費	50	1.7%	35	2.5%	40	1.9%	244	5.9%	378	7.1%
	(3) その他	365	12.5%	206	14.6%	266	12.9%	1,002	24.1%	1,224	23.1%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	9	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	15	0.4%	0	0.0%
IV 介護事業外費用	借入金利息	11	0.4%	7	0.5%	3	0.1%	44	1.1%	255	4.8%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	38	1.3%	9	0.7%	0	0.0%	29	0.7%	0	0.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉											
収益A（①＝I－I（4）－I（3））		2,918	100.0%	1,411	100.0%	2,063	100.0%	4,160	100.0%	5,299	100.0%
費用A（②＝II－I（4）＋IV＋V）		2,976	102.0%	1,405	99.6%	1,731	83.9%	3,861	92.6%	4,600	86.8%
損益A（③＝①－②）		-59	-2.0%	6	0.4%	332	16.1%	310	7.4%	699	13.2%
〈補助金を含む収益ベース〉											
収益B（④＝I－I（4）＋III）		2,994	100.0%	1,424	100.0%			4,271	100.0%		
損益B（⑤＝④－②）		18	0.6%	19	1.3%			420	9.8%		
1施設あたり平均実利用者・定員数		70.1		31.5		43.7		30.6		34.1	
施設・事業所数		752		137		240		618		282	

訪問看護ステーションの数字は、介護保険適用部分の値。

通所リハビリテーションの数字は、老人保健施設の値。

（単位：千円）

		短期入所生活介護		痴呆対応型共同生活介護		有料老人ホーム（施設全体）		居宅介護支援	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	3,449	95.1%	2,943	79.8%	9,373	23.2%	716	100.0%
	(2) 保険外の利用料収益・入居金収入・管理収入等	180	5.0%	743	20.2%	31,079	76.8%	0	0.0%
	(3) 補助金収入	77	2.1%	5	0.1%	0	0.0%	18	2.5%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	208	5.7%	82	2.2%	0	0.0%	9	1.2%
	(5) 介護報酬査定減	-2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	(6) その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	1,993	55.0%	2,143	58.1%	13,116	32.4%	727	101.6%
	(2) 減価償却費	347	9.6%	233	6.3%	4,477	11.1%	27	3.7%
	(3) その他	915	25.2%	1,026	27.8%	19,160	47.4%	102	14.2%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	14	0.4%	1	0.0%	0	0.0%	2	0.2%
IV 介護事業外費用	借入金利息	44	1.2%	31	0.8%	1,716	4.2%	6	0.9%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出；本部費繰入（役員報酬等）	23	0.6%	38	1.0%	0	0.0%	7	1.0%
〈補助金を含まない収益ベース〉								0	
収益A（①＝I－I（4）－I（3））		3,627	100.0%	3,686	100.0%	40,451	100.0%	716	100.0%
費用A（②＝II－I（4）＋IV＋V）		3,115	85.9%	3,388	91.9%	38,468	95.1%	861	120.2%
損益A（③＝①－②）		512	14.1%	298	8.1%	1,983	4.9%	-145	-20.2%
〈補助金を含む収益ベース〉								0	
収益B（④＝I－I（4）＋III）		3,718	100.0%	3,693	100.0%			735	100.0%
損益B（⑤＝④－②）		603	16.2%	305	8.3%			-125	-17.0%
1施設あたり平均実利用者・定員数		14.2		11.9		140.6		99.8	
施設・事業所数		346		58		54		670	

短期入所生活介護には、介護老人福祉施設の空床利用分の収支を含まない。

3. 規模別等収支

(1) 介護老人福祉施設（規模別収支）

（単位：千円）

		30人以下	31～50人	51～80人	81～100人	101人以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	12,723 99.8%	16,746 99.6%	23,462 99.7%	33,103 99.4%	43,952 99.6%
	(2) 保険外の利用料収益	31 0.2%	67 0.4%	72 0.3%	186 0.6%	172 0.4%
	(3) 補助金収入	655 5.1%	284 1.7%	429 1.8%	847 2.5%	624 1.4%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	811 6.4%	802 4.8%	1,049 4.5%	1,536 4.6%	2,206 5.0%
	(5) 介護報酬査定減	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	7,321 57.4%	9,389 55.8%	12,821 54.5%	18,769 56.4%	24,586 55.7%
	(2) 減価償却費	1,193 9.4%	1,494 8.9%	1,927 8.2%	2,583 7.8%	3,844 8.7%
	うち建物・建物附属設備減価償却費	948 7.4%	1,105 6.6%	1,436 6.1%	1,899 5.7%	2,947 6.7%
	(3) その他	3,420 26.8%	4,441 26.4%	6,218 26.4%	8,852 26.6%	11,394 25.8%
	うち給食材料費	840 6.6%	1,288 7.7%	1,685 7.2%	2,492 7.5%	3,036 6.9%
III 介護事業外収益	うち委託費	525 4.1%	610 3.6%	888 3.8%	1,260 3.8%	2,125 4.8%
	借入金利息補助金収入	175 1.4%	152 0.9%	217 0.9%	215 0.6%	278 0.6%
IV 介護事業外費用	借入金利息	393 3.1%	279 1.7%	387 1.6%	318 1.0%	484 1.1%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出：本部費繰入（役員報酬等）	19 0.2%	58 0.3%	81 0.3%	748 2.2%	251 0.6%
〈補助金を含まない収益ベース〉						
収益A (①=Ⅰ-Ⅰ(4)-Ⅰ(3))		12,754 100.0%	16,812 100.0%	23,534 100.0%	33,289 100.0%	44,124 100.0%
費用A (②=Ⅱ-Ⅰ(4)+Ⅳ+Ⅴ)		11,535 90.4%	14,859 88.4%	20,385 86.6%	29,734 89.3%	38,354 86.9%
損益A (③=①-②)		1,219 9.6%	1,954 11.6%	3,148 13.4%	3,554 10.7%	5,770 13.1%
〈補助金を含む収益ベース〉						
収益B (④=Ⅰ-Ⅰ(4)+Ⅲ)		13,584 100.0%	17,248 100.0%	24,180 100.0%	34,351 100.0%	45,026 100.0%
損益B (⑤=④-②)		2,049 15.1%	2,390 13.9%	3,794 15.7%	4,617 13.4%	6,672 14.8%
1施設あたり定員数		21.7	49.7	68.9	96.5	130.2
施設数		24	200	164	57	38

空床利用の短期入所生活介護の損益を含む。

(2) 介護老人保健施設（規模別収支）

（単位：千円）

		60人以下	61～80人	81～100人	101人以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	18,929 97.3%	27,776 96.8%	35,842 96.3%	50,408 95.2%
	(2) 保険外の利用料収益	541 2.8%	924 3.2%	1,383 3.7%	2,606 4.9%
	(5) 介護報酬査定減	-20 -0.1%	-14 0.0%	-21 -0.1%	-38 -0.1%
II 介護事業費用	(1) 給与費	9,904 50.9%	13,498 47.1%	17,749 47.7%	25,056 47.3%
	(2) 減価償却費	1,469 7.6%	2,601 9.1%	2,794 7.5%	4,075 7.7%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	1,141 5.9%	2,062 7.2%	2,307 6.2%	3,350 6.3%
	(3) その他	5,651 29.1%	7,805 27.2%	10,601 28.5%	16,232 30.6%
	うち医薬品費	336 1.7%	551 1.9%	539 1.4%	725 1.4%
	うち給食材料費	695 3.6%	1,120 3.9%	1,482 4.0%	1,900 3.6%
	うち施設療養材料費・施設療養消耗器具備品費・その他材料費	254 1.3%	440 1.5%	544 1.5%	695 1.3%
	うち委託費	1,917 9.9%	2,201 7.7%	3,084 8.3%	4,829 9.1%
IV 介護事業外費用	借入金利息	793 4.1%	1,712 6.0%	1,379 3.7%	2,053 3.9%
収益A (①=Ⅰ)		19,450 100.0%	28,687 100.0%	37,204 100.0%	52,976 100.0%
費用A (②=Ⅱ+Ⅳ)		17,818 91.6%	25,617 89.3%	32,523 87.4%	47,416 89.5%
損益A (③=①-②)		1,633 8.4%	3,070 10.7%	4,681 12.6%	5,560 10.5%
1施設あたり定員数		52.5	75.7	97.6	138.8
施設数		49	89	176	20

短期入所療養介護の損益を含む。

3. 規模別等収支（つづき）

（3）介護療養型医療施設（病院）（介護保険適用病床規模別収支）

（単位：千円）

		30床以下	1床以上50床以下	1床以上80床以下	81床以上
Ⅰ 介護事業収益	（1）介護料収益	10,187 98.2%	20,277 97.7%	31,237 99.2%	69,006 96.4%
	（2）保険外の利用料収益	289 2.8%	492 2.4%	275 0.9%	2,704 3.8%
	（5）介護報酬査定減	-107 -1.0%	-22 -0.1%	-21 -0.1%	-99 -0.1%
Ⅱ 介護事業費用	（1）給与費	6,801 65.6%	12,131 58.5%	18,280 58.0%	38,414 53.6%
	（2）減価償却費	576 5.6%	795 3.8%	1,126 3.6%	3,487 4.9%
	うち建物・建物附属設備減価償却費	367 3.5%	557 2.7%	827 2.6%	2,436 3.4%
	（3）その他	3,963 38.2%	6,909 33.3%	10,511 33.4%	22,537 31.5%
	うち医薬品費	772 7.4%	1,259 6.1%	1,457 4.6%	2,658 3.7%
	うち給食材料費	371 3.6%	512 2.5%	806 2.6%	2,065 2.9%
	うち診療材料費・医療消耗器具備品費	251 2.4%	506 2.4%	784 2.5%	1,458 2.0%
	うち委託費	739 7.1%	1,706 8.2%	2,513 8.0%	4,719 6.6%
	IV 介護事業外費用 借入金利息	163 1.6%	127 0.6%	848 2.7%	1,234 1.7%
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4））		10,369 100.0%	20,748 100.0%	31,491 100.0%	71,611 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ）		11,503 110.9%	19,962 96.2%	30,764 97.7%	65,671 91.7%
損益A（③＝①－②）		-1,135 -10.9%	786 3.8%	727 2.3%	5,940 8.3%
1施設あたり病床		22.0	42.3	63.3	141.0
事業所数		28	19	24	27

短期入所療養介護の損益を含む。

3. 規模別等収支（つづき）

（4）訪問介護

① 経営主体別

（単位：千円）

		地方公共団体社会福祉協議会	社会福祉法人 （社協以外）	医療法人	協同組合および 連合会	営利法人	その他
Ⅰ 介護事業 収益	(1) 介護料収益	1,590 100.0%	2,865 100.0%	2,028 100.0%	1,870 100.1%	2,656 100.6%	4,962 100.1%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%
	(3) 補助金収入 （社会福祉法人のみ）	90 5.7%	114 4.0%	106 5.2%	3 0.1%	7 0.3%	31 0.6%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	0 0.0%	1 0.0%	46 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.0%
	(5) 介護報酬査定減	0 0.0%	-1 0.0%	-0 0.0%	-2 -0.1%	-16 -0.6%	-4 -0.1%
Ⅱ 介護事業 費用	(1) 給与費	1,833 115.3%	2,851 99.5%	1,848 91.1%	1,589 85.1%	2,189 82.9%	3,084 73.8%
	(2) 減価償却費	5 0.3%	46 1.6%	71 3.5%	46 2.5%	37 1.4%	66 1.3%
	うち建物及び 建物付属設備 減価償却費	5 0.3%	0 0.0%	21 1.0%	22 1.2%	17 0.6%	6 0.1%
	(3) その他	144 9.0%	303 10.6%	283 13.9%	302 16.1%	386 14.6%	527 12.6%
Ⅲ 介護事業 外収益	借入金利息補助金 収入	1 0.0%	16 0.5%	24 1.2%	16 0.8%	28 1.1%	8 0.2%
	借入金利息	0 0.0%	0 0.0%	5 0.2%	16 0.8%	0 0.0%	0 0.0%
Ⅳ 介護事業 外費用	借入金利息	0 0.0%	4 0.2%	12 0.6%	38 2.0%	0 0.0%	7 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	0 0.0%	5 0.2%	9 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	161 3.9%
＜補助金を含まない収益ベース＞							
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））		1,590 100.0%	2,864 100.0%	2,028 100.0%	1,868 100.0%	2,640 100.0%	4,177 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）		1,983 124.7%	3,209 112.0%	2,177 107.3%	1,975 105.7%	2,612 98.9%	3,818 91.4%
損益A（③＝①－②）		-393 -24.7%	-344 -12.0%	-149 -7.3%	-107 -5.7%	28 1.1%	360 8.6%
＜補助金を含む収益ベース＞							
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）		1,680 100.0%	2,978 100.0%	2,139 100.0%	1,887 100.0%	2,648 100.0%	4,220 100.0%
損益B（⑤＝④－②）		-303 -18.1%	-230 -7.7%	-38 -1.8%	-88 -4.7%	36 1.3%	402 9.5%
1事業所あたり実利用者数		38.8	78.2	59.1	44.6	52.2	83.3
事業所数		14	234	177	87	38	156

② 実利用者数階級別

（単位：千円）

		20人以下	20人超 40人以下	40人超 60人以下	60人超 80人以下	80人超 100人以下	100人超 150人以下	150人超
Ⅰ 介護事業 収益	(1) 介護料収益	616 100.0%	1,356 100.1%	2,365 100.1%	3,313 100.1%	3,955 100.2%	5,245 100.1%	11,685 100.2%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会 福祉法人のみ）	29 4.6%	63 4.6%	46 1.9%	34 1.0%	23 0.6%	71 1.4%	333 2.9%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	8 1.3%	7 0.5%	6 0.3%	17 0.5%	23 0.6%	32 0.6%	2 0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-0 0.0%	-1 -0.1%	-3 -0.1%	-4 -0.1%	-10 -0.2%	-4 -0.1%	-22 -0.2%
Ⅱ 介護事業 費用	(1) 給与費	784 127.1%	1,249 92.2%	1,937 82.0%	2,572 77.7%	3,227 81.8%	4,700 89.7%	10,091 86.5%
	(2) 減価償却費	31 5.1%	37 2.8%	37 1.6%	65 2.0%	51 1.3%	77 1.5%	130 1.1%
	うち建物及び 建物付属設備 減価償却費	13 2.2%	12 0.9%	6 0.3%	13 0.4%	14 0.3%	7 0.1%	9 0.1%
	(3) その他	118 19.2%	220 16.2%	296 12.5%	453 13.7%	416 10.5%	594 11.3%	1,227 10.5%
Ⅲ 介護事業 外収益	借入金利息補助金 収入	5 0.8%	15 1.1%	9 0.4%	26 0.8%	7 0.2%	40 0.8%	80 0.7%
	借入金利息	1 0.1%	21 1.6%	9 0.4%	3 0.1%	0 0.0%	3 0.1%	0 0.0%
Ⅳ 介護事業 外費用	借入金利息	7 1.2%	11 0.8%	8 0.3%	13 0.4%	9 0.2%	16 0.3%	18 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	3 0.4%	6 0.4%	16 0.7%	165 5.0%	23 0.6%	32 0.6%	113 1.0%
＜補助金を含まない収益ベース＞								
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（4）－Ⅰ（3））		617 100.0%	1,355 100.0%	2,362 100.0%	3,310 100.0%	3,945 100.0%	5,241 100.0%	11,663 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（4）＋Ⅳ＋Ⅴ）		935 151.6%	1,516 111.9%	2,287 96.8%	3,250 98.2%	3,702 93.8%	5,386 102.8%	11,577 99.3%
損益A（③＝①－②）		-318 -51.6%	-161 -11.9%	76 3.2%	60 1.8%	243 6.2%	-145 -2.8%	87 0.7%
＜補助金を含む収益ベース＞								
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（4）＋Ⅲ）		646 100.0%	1,439 100.0%	2,417 100.0%	3,347 100.0%	3,969 100.0%	5,315 100.0%	11,996 100.0%
損益B（⑤＝④－②）		-289 -44.8%	-76 -5.3%	130 5.4%	97 2.9%	267 6.7%	-71 -1.3%	419 3.5%
1事業所あたり実利用者数		13.9	30.2	49.9	71.0	89.5	122.3	340.3
事業所数		101	229	164	95	48	64	51

3. 規模別等収支（つづき）

③ 家事援助比率階級別

（単位：千円）

		家事援助30%未満	家事援助30%～50%未満	家事援助50%以上
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	3,305 100.2%	3,086 100.1%	2,337 100.0%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会福祉法人のみ）	88 2.7%	38 1.2%	81 3.5%
	(4) 国庫補助金等特別積立金取崩額	10 0.3%	13 0.4%	11 0.5%
	(5) 介護報酬査定減	-6 -0.2%	-4 -0.1%	-1 0.0%
II 介護事業費用	(1) 給与費	2,508 76.0%	2,809 91.1%	2,202 94.2%
	(2) 減価償却費	59 1.8%	41 1.3%	52 2.2%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	13 0.4%	7 0.2%	12 0.5%
	(3) その他	441 13.4%	360 11.7%	294 12.6%
	(1) うち委託費	21 0.6%	19 0.6%	21 0.9%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金収入	20 0.6%	1 0.0%	8 0.3%
IV 介護事業外費用	借入金利息	11 0.3%	11 0.4%	10 0.4%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出：本部費繰入（役員報酬等）	25 0.8%	65 2.1%	19 0.8%
<補助金を含まない収益ベース>				
収益A（①＝Ⅰ－Ⅰ（４）－Ⅰ（５））		3,299 100.0%	3,082 100.0%	2,336 100.0%
費用A（②＝Ⅱ－Ⅰ（４）＋Ⅳ＋Ⅴ）		3,034 92.0%	3,273 106.2%	2,566 109.8%
損益A（③＝①－②）		265 8.0%	192 -6.2%	-230 -9.8%
<補助金を含む収益ベース>				
収益B（④＝Ⅰ－Ⅰ（４）＋Ⅲ）		3,406 100.0%	3,121 91.6%	2,425 71.2%
損益B（⑤＝④－②）		372 10.9%	-152 -4.5%	-141 -4.1%
1事業所あたり実利用者数		73.3	67.0	70.6
事業所数		239	278	235

家事援助比率とは、事業所の訪問介護サービス提供回数に占める介護報酬区分の「家事援助」の提供回数割合。

(5) 訪問看護ステーション

① 経営主体別

(単位：千円)

		地方公共団体		公的・社会保険関係団体		医療法人		医師会・看護協会		社会福祉法人		協同組合及び連合会		営利法人	
I 介護事業	(1) 介護料収益	1,608	100.0%	1,836	100.0%	1,897	100.2%	2,629	100.1%	1,851	100.6%	2,473	100.1%	2,942	100.0%
	(2) 保険外の利用料収	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	0.2%	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-0	0.0%	-1	0.0%	-5	-0.2%	-3	-0.1%	-12	-0.7%	-9	-0.4%	-1	0.0%
II 介護事業	(1) 給与費	1,304	81.1%	1,649	89.8%	1,312	69.3%	1,623	61.8%	1,257	68.4%	1,716	69.5%	1,851	62.9%
	(2) 減価償却費	6	0.4%	45	2.4%	31	1.7%	53	2.0%	53	2.9%	29	1.2%	79	2.7%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	4	0.2%	20	1.1%	9	0.5%	5	0.2%	10	0.6%	5	0.2%	2	0.1%
	(3) その他	212	13.2%	137	7.4%	224	11.8%	379	14.4%	289	15.7%	294	11.9%	565	19.2%
	うち医薬品費	4	0.2%	0	0.0%	2	0.1%	5	0.2%	1	0.1%	1	0.0%	3	0.1%
	うち訪問看護材料費・訪問看護消耗器具備品費・その他の材料費	28	1.7%	6	0.3%	10	0.5%	47	1.8%	7	0.4%	10	0.4%	27	0.9%
	うち委託費	45	2.8%	20	1.1%	13	0.7%	18	0.7%	53	2.9%	8	0.3%	1	0.0%
III 介護事業外収	借入金利息補助金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
IV 介護事業外費	借入金利息	7	0.5%	5	0.3%	2	0.1%	1	0.1%	1	0.1%	8	0.3%	11	0.4%
V 特別損失	会計区分外繰入金	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
収益A (①=I-I(4)+III)		1,608	100.0%	1,836	100.0%	1,892	100.0%	2,626	100.0%	1,839	100.0%	2,469	100.0%	2,941	100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		1,530	95.2%	1,835	100.0%	1,569	82.9%	2,056	78.3%	1,601	87.0%	2,047	82.9%	2,506	85.2%
損益A (③=①-②)		78	4.8%	1	0.0%	323	17.1%	570	21.7%	238	13.0%	422	17.1%	435	14.8%
1事業所あたり実利用者数(介護保険)		36.8		42.7		41.6		50.6		37.0		58.9		55.0	
事業所数		13		7		115		35		23		12		6	

		その他	
I 介護事業収益	(1) 介護料収益	2,156	100.3%
	(2) 保険外の利用料収益	0	0.0%
	(5) 介護報酬査定減	-6	-0.3%
II 介護事業費用	(1) 給与費	1,540	71.6%
	(2) 減価償却費	60	2.8%
	うち建物及び建物付属設備減価償却費	15	0.7%
	(3) その他	261.5	12.2%
	うち医薬品費	1	0.0%
	うち訪問看護材料費・訪問看護消耗器具備品費・その他の材料費	8	0.4%
	うち委託費	19	0.9%
III 介護事業外収益	借入金利息補助金	0	0.0%
IV 介護事業外費用	借入金利息	0.208	0.0%
V 特別損失	会計区分外繰入金支出	0	0.0%
収益A (①=I-I(4)+III)		2,150	100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		1,816	86.6%
損益A (③=①-②)		288.8	13.4%
1事業所あたり実利用者数(介護保険)		44.0	
事業所数		29	

3. 規模別等収支（つづき）

② 実利用者数階級別

（単位：千円）

		20人以下	20人超40人以下	40人超60人以下	60人超80人以下	80人超
I 介護事業 収益	(1) 介護料収益	761 100.2%	1,449 100.2%	2,365 100.6%	3,369 100.1%	4,277 127.1%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.1%
	(5) 介護報酬査定減	-2 -0.2%	-3 -0.2%	-14 -0.6%	-4 -0.1%	-2 -0.1%
II 介護事業 費用	(1) 給与費	653 86.0%	1,084 75.0%	1,646 70.0%	2,135 63.4%	2,606 77.4%
	(2) 減価償却費	29 3.8%	33 2.3%	43 1.8%	48 1.4%	67 2.0%
	うち建物及び建物 付属設備減価償却 費	6 0.7%	7 0.5%	11 0.4%	12 0.4%	14 0.4%
	(3) その他	101 13.3%	190 13.1%	257 10.9%	444 13.2%	612 18.2%
	うち医薬品費	1 0.2%	1 0.1%	2 0.1%	5 0.2%	5 0.1%
	うち訪問看護材料 費・訪問看護消耗 器具備品費・その 他の材料費	5 0.6%	10 0.7%	16 0.7%	36 1.1%	33 1.0%
	うち委託費	7 0.9%	15 1.0%	27 1.1%	13 0.4%	52 1.5%
III 介護事業 外収益	借入金利息補助金	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
IV 介護事業 外費用	借入金利息	1 0.2%	2 0.1%	4 0.2%	3 0.1%	6 0.2%
V 特別損失	会計区分外繰入金	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
収益A (①=I-I(4)+III)		759 100.0%	1,446 100.0%	2,351 100.0%	3,366 100.0%	4,278 100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		785 103.4%	1,308 90.5%	1,950 82.9%	2,630 78.1%	3,291 76.9%
損益A (③=①-②)		-26 -3.4%	137 9.5%	402 17.1%	736 21.9%	987 23.1%
I事業所あたり実利用者数		14.8	30.0	49.4	70.7	96.5
事業所数		44	89	50	31	26

(6) 居宅介護支援（介護支援専門員1人当たり実利用者数階級別）

（単位：千円）

		30人以下	30人超 40人以下	40人超 50人以下	50人超 60人以下	60人超 80人以下	80人超
I 介護事業 収益	(1) 介護料収益	397 100.0%	461 116.1%	684 172.4%	774 195.0%	829 209.0%	942 237.4%
	(2) 保険外の利用料収益	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	(3) 補助金収入（社会 福祉法人のみ）	10 2.5%	20 5.1%	15 3.7%	22 5.6%	14 3.5%	25 6.4%
	(4) 国庫補助金等特別 積立金取崩額	3 0.8%	1 0.4%	6 1.5%	9 2.3%	17 4.3%	7 1.7%
	(5) 介護報酬査定減	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
II 介護事業 費用	(1) 給与費	535 134.8%	540 136.0%	710 178.8%	750 188.9%	835 210.5%	839 211.4%
	(2) 減価償却費	15 3.7%	16 3.9%	22 5.6%	31 7.8%	39 9.8%	24 5.9%
	うち建物及び建物 付属設備減価償却 費	11 2.7%	11 2.8%	13 3.2%	18 4.5%	27 6.8%	13 3.3%
	(3) その他	72 18.1%	92 23.1%	91 23.0%	103 25.9%	115 29.1%	124 31.2%
	うち委託費	7 1.8%	7 1.6%	8 2.0%	6 1.6%	11 2.8%	11 2.7%
III 介護事業 外収益	借入金利息補助金 収入	11 2.7%	0 0.0%	0 0.1%	1 0.2%	1 0.4%	0 0.1%
IV 介護事業 外費用	借入金利息	4 1.1%	3 0.8%	6 1.5%	5 1.4%	10 2.5%	6 1.4%
V 特別損失	会計区分外繰入金 支出：本部費繰入 （役員報酬等）	9 2.2%	28 7.0%	1 0.3%	6 1.5%	3 0.8%	5 1.2%
<補助金を含まない収益ベース>							
利益A (①=I-I(4)-I(3))		397 100.0%	461 100.0%	684 100.0%	774 100.0%	829 100.0%	942 100.0%
費用A (②=II-I(4)+IV+V)		631 159.0%	676 146.9%	825 120.5%	885 114.4%	986 118.9%	990 105.1%
損益A (③=①-②)		-234 -59.0%	-216 -46.9%	-140 -20.5%	-111 -14.4%	-156 -18.9%	-48 -5.1%
<補助金を含む収益ベース>							
収益B (④=I-I(4)+III)		418 100.0%	481 100.0%	700 100.0%	797 100.0%	845 100.0%	968 100.0%
損益B (⑤=④-②)		-214 -51.1%	-196 -40.7%	-125 -17.9%	-88 -11.1%	-141 -16.7%	-22 -2.3%
I事業所あたり実利用者数		54.8	62.2	93.2	107.8	117.5	133.3
事業所数		64	84	137	134	162	89

4. 給与

(1) 介護保険施設

	介護老人福祉 施設	介護老人保健 施設	介護療養型医 療施設 (病院)
常勤職員 1 人当たり給与月額			
管理者	461,000	962,000	1,716,000
医師	474,000	941,000	1,117,000
薬剤師	-	302,000	357,000
看護師	282,000	308,000	288,000
准看護師	249,000	243,000	255,000
介護福祉士	238,000	207,000	199,000
その他の介護職員	205,000	183,000	174,000
生活相談員 (社会福祉士)	297,000	-	-
その他の生活相談員	283,000	-	-
支援相談員	-	246,000	237,000
管理栄養士	253,000	233,000	233,000
栄養士	220,000	193,000	188,000
調理員	205,000	171,000	170,000
理学療法士	296,000	338,000	303,000
作業療法士	268,000	285,000	261,000
非常勤職員 1 人当たり給与月額			
管理者	517,000	1,769,000	300,000
医師	1,161,000	1,100,000	1,112,000
薬剤師	-	353,000	331,000
看護師	228,000	225,000	222,000
准看護師	184,000	183,000	191,000
介護福祉士	166,000	140,000	230,000
その他の介護職員	158,000	151,000	151,000
生活相談員 (社会福祉士)	139,000	-	-
その他の生活相談員	149,000	-	-
支援相談員	-	213,000	202,000
管理栄養士	210,000	253,000	154,000
栄養士	193,000	188,000	158,000
調理員	149,000	151,000	132,000
理学療法士	400,000	485,000	580,000
作業療法士	591,000	377,000	306,000

(2) 居宅サービス事業所

	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	通所介護	通所リハビリテーション
常勤職員1人当たり給与月額					
看護師	256,120	195,000	304,000	253,939	280,000
准看護師	346,037	200,000	238,000	207,606	216,000
介護福祉士	233,758	216,000	-	228,659	205,000
その他の介護職員	205,033	187,000	-	195,781	180,000
介護支援専門員	-	-	-	-	-
非常勤職員1人当たり給与月額					
看護師	385,178	86,000	263,000	211,188	212,000
准看護師	162,768	219,000	225,000	184,712	190,000
介護福祉士	171,804	138,000	-	158,820	135,000
その他の介護職員	178,685	139,000	-	135,359	166,000
介護支援専門員	-	-	-	-	-

	短期入所生活介護	特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)	痴呆対応型共同生活介護	居宅介護支援
常勤職員1人当たり給与月額				
看護師	248,000	366,000	226,745	-
准看護師	121,000	287,000	199,307	-
介護福祉士	144,000	244,000	204,022	-
その他の介護職員	153,000	207,000	177,819	-
介護支援専門員	-	-	-	264,723
非常勤職員1人当たり給与月額				
看護師	-	244,000	263,183	-
准看護師	171,000	227,000	195,083	-
介護福祉士	209,000	177,000	165,058	-
その他の介護職員	126,000	155,000	140,906	-
介護支援専門員	-	-	-	210,835

※ 主として当該サービスに従事する者の平均給与月額である。

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の
予防・改善のための具体的アプローチのポイント

国立長寿医療研究センター

老人ケア研究部

大川 弥生

地域リハビリテーション懇談会報告書

平成 12 年厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、

平成 13 年 3 月より

I. はじめに	255
II. 寝たきり化を生み出す「廃用症候群の悪循環」を防ぐために	
1. 寝たきりにつくられる	256
—寝たきり化の原因としての「廃用症候群の悪循環」—	
図1 廃用症候群の悪循環が寝たきりをつくる！	256
2. 廃用症候群の悪循環形成のメカニズム	257
—悪循環の出発点は生活全般の不活化—	
3. 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子	258
—寝たきり化の早期予防・改善のために—	
表1 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子	259
4. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換の基本的な考え方	260
1) 生活全般の活化	260
図2 寝たきり化予防・改善、活動的な長寿生活を作る良循環へ	261
2) 生活全般の活化の鍵は、している ADL の質的・量的向上	262
3) 社会的活動範囲の拡大	262
4) 機能回復優先の考え方の克服	263
5. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換にむけた	264
リハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本	
1) 廃用症候群の予防・改善を目的とした（訓練的な）行動を	264
特別にとらなくてもすむこと	
2) 1日・1週単位・季節単位・年単位の生活を具体的にどう過ごすのかの指導	264
3) している ADL の向上をめざす ADL 訓練	265
4) 車椅子生活からの脱却：良循環への移行の要	265
5) 過用・誤用を生じない	265
6. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換のための	266
リハビリテーション・プログラムの具体的ポイント	
1) 早期離床と日中横にならないこと—寝たきり化予防の出発点—	266
2) している ADL 向上にむけた実生活の場での ADL 訓練	266
3) する ADL にむけた目標指向的 ADL 訓練	266
4) している ADL 自立の重要性	267
5) 自立を目指す介護による活動性の向上	267
6) 社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大	268
7) 環境限定型 ADL から、どこでもおこなえる ADL への普遍化	268
—鍵は歩行と立位姿勢での ADL 実施—	
8) 社会とギャップの少ない病棟環境	269
9) 少量頻回訓練	269
10) 自己訓練	269

Ⅲ. 車椅子偏重の打破

1. 車椅子で自立しても寝たきり化は防げない	271
2. 活動性向上・QOL 向上の鍵は歩行・立位姿勢での ADL 実施	272
3. 実生活での介護歩行と立位姿勢での ADL 実施の介護の重視	272
4. 寝たきり化を促進する車椅子偏重の現状	273
5. 車椅子用設備偏重の傾向の問題点	273
6. 車椅子自立段階のスキップ	274
1) 車椅子自立段階のスキップの効果	274
[参考 研究 1：車椅子自立段階スキップの効果]	
[参考 研究 2：家事（調理）訓練における車椅子訓練段階スキップの効果 —主観的障害への影響も含めて—]	
2) 車椅子自立段階を経ることのマイナス	279
7. 車椅子偏重脱却プログラムの効果	279
8. 車椅子偏重からの脱却プログラムの実際	280
[参考 研究 3：車椅子脱却プログラムの効果]	
1) 予後予測にもとづくプログラム	283
2) 実用歩行能力の重視	283
表 2 「車椅子偏重」脱却プログラムのポイント	284
3) 実用歩行自立にむけた作業療法士の積極的関与	285
4) している ADL としての歩行自立までの集中的対応：必要な時期に集中的なアプローチを	285
9. 歩行補助具・装具の活用	286
1) している ADL としての能力向上を最重視した選択	286
2) ADL における重要性：特に立位姿勢での ADL 実施も重視	287
3) 歩行補助具・装具は早期から使用	287
4) 多種類の歩行補助具・装具の中からの選択	287
[参考 研究 4：車椅子偏重脱却のための歩行補助具・装具の活用の効果]	
5) 使用方法指導の専門的技術	289
6) 自立に向けた介護を可能とする物的介護手段としての活用	289
7) ADL 毎の歩行補助具・装具の使い分け	289
10. 車椅子偏重を生む誤解	289
表 3 車椅子偏重に陥る原因となっている車椅子に関する誤解	290

Ⅳ. 安静度ではなく活動度の指導を

1. 安静度から活動度へ	291
[参考 研究 5：入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査]	
表 4 活動度指示箋	293
2. 活動度の基本的考え方	293
1) 活動性向上を基本	293
2) 安静は必要最低限に—安静必要時にも活動下限を同時に指導	293
3) 活動度は活動上限・下限をと共に指示	293
[参考 研究 6：廃用症候群の悪循環形成防止に向けた活動度指導の効果]	

4) 活動度とはしている ADL についての指示・指導	295
5) 活動性をより向上させる ADL のやり方を指導	295
6) 実施時間・程度の指導（1日の生活としての指導）	295
7) 患者の活動性向上の重要性についての教育を兼ねる	295
3. 活動度の具体的な活用法	296
1) 安静を必要最低限とする	296
2) 安静解除後の積極的活動性向上	296
3) 活動性低下の早期発見による寝たきり化の早期予防	296
4) ADL 自立にとどまらずに、更に活動性向上をはかる	297
5) 積極的な健康増進	297

V. 外来リハビリテーション

表5 外来リハビリテーションの特徴	298
1. 外来リハビリテーションの意義	299
1) 外来リハビリテーションの利点	299
表6 目的による外来リハビリテーションの分類	299
2) 障害のある人への一生にわたる専門的対応の必要性	300
2. 外来リハビリテーションは ADL 指導と自己訓練指導が中心	300
3. 訓練人生をつくらない	301
[参考 研究7：外来リハビリテーション・プログラムの差による リハビリテーション効果の差—長期効果—]	
4. 集中的外来リハビリテーション	305
表7 外来リハビリテーションのあるべき姿（基本的ポイント）	306

VI. 廃用症候群の悪循環形成の予防における一般医療機関の役割

1. 廃用症候群の悪循環についての十分な認識をもつ	307
表8 一般医療における寝たきり化予防にむけたリハビリテーション的対応のポイント —廃用症候群の悪循環の観点から—	308
2. 活動度の指導—生活全般の活発化にむけた指導	309
3. 活動性向上にむけた疾患管理	309
4. 専門的リハビリテーション施設との連携	309
5. 一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーション技術の普及	310
6. 本人・家族への指導	310

VII. 寝たきり化予防・改善についての一般社会への啓発の重要性

—生活全般の活発化は明るく活動的な長寿社会の鍵— 312

VII. おわりに	314
[参考事例 1～6]	315～326

I. はじめに

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防ならびに改善は、急激な高齢化をむかえている我が国における保健・医療・介護・福祉等全般にわたる重大な課題である。特に現在の我が国においては、本来ならば寝たきりにならなくてすんでいたはずの人が寝たきり化してしまっている場合が非常に多いと考えられる。それに伴って介護の必要性も不可避的なもの以上に増加していると思われる、このような状況に対する方策の具体化が急務である。

この寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善は、単にそのような状態になるのを防ぐという消極的な意味をもつだけでなく、むしろ積極的に ADL・QOL 向上をめざす上での基礎としても重要である。

さらにはそのようなプログラムの応用によって、健康高齢者においてもしばしばみられる廃用症候群を予防し、健康増進および QOL 向上の達成につながる可能性をもつと考えられる。

以上のような視点にまで拡大して、寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善への具体的方策についての、綿密な検討と対応を重ねることによって、QOL の高い活動的な長寿社会を築くための技術的な基礎を作ることができると思われる。

そして以上のような効果をあげるためには、単に保健・医療・介護・福祉等の連携体制の整備や地域住民活動の活性化にとどまらず、科学的根拠に基づいた質の高いリハビリテーション技術を保健・医療・介護・福祉等のサービス提供機関に普及させることが不可欠である。

またリハビリテーション医療自体においても現在一つの大きな飛躍が要請されている。すなわち 2000 年 4 月に新設された回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション・システム全体の要であるとともに、寝たきり予防と自宅復帰促進のモデルと位置づけられている。そのような回復期リハビリテーション病棟の目的を十分に実現するためには、従来のリハビリテーション・アプローチについての十分な反省に立った新たな展開が求められている。このような反省に立った新しいアプローチによって始めて、寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のためのリハビリテーション技術の適用が効果的に行われるのである。

以上のような現状認識に立って、本報告書では、寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善のための具体的アプローチの基本的な考え方とポイントについてまとめた。

Ⅱ．寝たきり化を生み出す「廃用症候群の悪循環」を防ぐために

1．寝たきりはつくられる

－寝たきり化の原因としての「廃用症候群の悪循環」－

いわゆる寝たきりは、必ずしも原疾患によって生じた障害が重いために必然的に起こらざるをえないものばかりではない。種々の統計調査からみてもむしろ、いわゆるつくられた寝たきり、すなわち本来ならば寝たきりにならなくてすんだはずのものが半数以上を占めていると推定されている。

このつくられた寝たきりとは、それ自体は寝たきりとなる重度な機能障害を直接的にはつくり出さないような軽微な疾患や外傷、あるいは生活習慣・ライフスタイルなどを契機として不活発な生活となり、それが最大の原因となって廃用症候群の悪循環(図1)に陥り、徐々に寝たきりにむかったも

図1．廃用症候群の悪循環 が寝たきりをつくる！

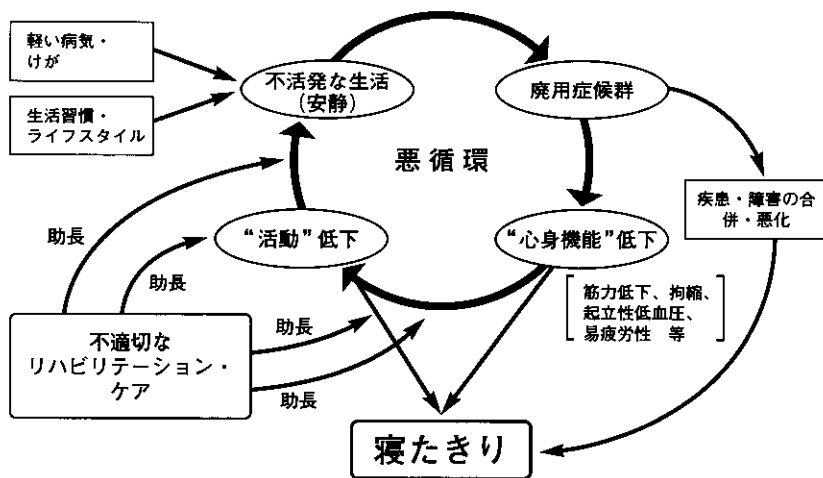


図1 解説：廃用症候群の悪循環の例

たとえば風邪や捻挫などの軽い病気・けが等のなんらかの原因による生活の不活発化を出発点として廃用症候群を生じ、廃用症候としての筋力低下〔図1の心身機能低下〕が生じて歩行が困難になる〔図1の活動能力低下〕と、生活は一層不活発になる。それによって廃用症候群は増悪し、筋力低下は進行し、歩行能力は更に低下する。同時に廃用症候群の症状として最初は目立っていなかった他の心身機能低下（心機能の低下、起立性低血圧など）も顕著になり、そのために歩行以外のADLなども含めますます活動能力は低下していく。それによって、さらに生活は不活発となり、廃用症候群の悪化はすすみ、最終的に寝たきり状態に陥る。

（心身機能、活動：ICFの：国際生活機能分類）

のである。この廃用症候群の悪循環が、本来なら回避できる寝たきりをつくる「寝たきり化」のプロセスである。

高齢者ほどこの廃用症候群の悪循環がつくられ易く、一旦つくられるとそこからの脱却は若年者に比べ難しい。

このような、寝たきり化の原因としての廃用症候群の悪循環を認識し、早期からこれに十分に対応することは、リハビリテーション医療だけでなく、一般医療・介護・保健・福祉等の中での寝たきり化そして（その予備軍といえる）要介護状態・要支援状態の予防・改善の最大のポイントである。特に高齢者、障害のある人・疾病をもつ人は生活が不活発になりがちである。しばしば「年寄りだから段々と足腰が弱くなっていくのは仕方がない」、「病気になったから寝たきりになるのも仕方がない」と思われているのが、実は廃用症候群の悪循環によることが少なくない。そのため、このような事例に対応する際には、原疾患による障害だけではなく、廃用症候群の悪循環を伴っていないかをみることを常に心掛ける必要がある。

この廃用症候群の悪循環の解決のためにリハビリテーション医療の果たす役割は非常に大きい。しかしここで留意すべきことは、リハビリテーションをおこなっていさえすれば廃用症候群の悪循環は予防・改善できていると考えてよいものではなく、原疾患による障害の程度やプログラムの内容によってはリハビリテーションをおこなっていても廃用症候群が生じうることである。むしろ驚くべきことに、リハビリテーション・プログラムの内容によっては廃用症候群の悪循環を促進し、寝たきり化をつくっていることすらある。そのような場合が少なくないことは我々のこれまでの研究でも明らかにされている。

2. 廃用症候群の悪循環形成のメカニズム

－悪循環の出発点は生活全般の不活発化－

生活の不活発化によって一旦廃用症候群を生じると、その症候自体によって ADL を含めた広範囲の活動（以下、ADL と略す〈註〉）の実行状況（以下、している ADL 〈註〉）が質的・量的に低下し、それによって生活全体が更に不活発となり、その結果ますます廃用症候群が進行するのが廃用症候群の悪循環（図1）である。

この出発点となる生活の不活発化の原因は、脳卒中などの直接寝たきりを生じるような重度な疾患だけでなく、必ずしも直接寝たきりを起こすほどではない軽微な疾患（かぜ・肺炎など）、外傷（転倒・打撲など）、腰痛、小手術などの様々な原因が契機となることを十分念頭におくことが重要

である。

また廃用症候群の悪循環は、必ずしも活動能力が著明に低下してなくても起こりうる。たとえば、屋外歩行する能力があっても、一日全体としての生活が不活発（例えば短時間屋外歩行はするが、日中かなりの時間を横臥して過ごすなど）であれば、すでに寝たきり化に一步踏み出しているともいえるのである。

〈註〉ADL、活動などの用語について

2001年5月のWHO総会において、「国際障害分類」(ICIDH,1980)が改定され「国際生活機能分類」(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)が決定された。

障害を3つのレベル(階層)で捉えるという基本的な考え方には全く変わりはないが、障害というマイナスの面ではなく、生活機能というプラスの面から捉えるという根本的な姿勢の変化があったことが大きな特徴である。また初版の「機能障害-能力障害-社会的不利」という3層構造が「心身機能・構造-活動-参加」のそれに変わった。

ここでの活動とはこのICFという活動であり、身辺ADLのみでなく家事、公共交通機関利用を含む外出、余暇活用技能、等々の、正常の生活を営むために必要な様々な能力のすべてを意味している。そのため本来ならば、その評価・訓練時能力は“できる活動”、実行状況は“している活動”という方が正確である。

しかしまだ耳馴れない言葉を用いると誤解を招く危険性もあるので、本報告書では活動を代表するものとしてADLを用いることとし、評価・訓練時能力は“できるADL”、実行状況は“しているADL”と記す。しかしその内容は普通に使われるADLのみに限られず広い活動全体を示すことに注意が必要である。

なお狭義のADLを指す場合は身辺ADLと記す。

3. 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子

一寝たきり化の早期予防・改善のために一

廃用症候群の悪循環は、生活全般の不活発化によって進行していくが、それを生じた促進する因子を表1に示した。これらの因子を発見し改善することが、悪循環形成の早期発見・改善のために効果的である。

特に寝たきり化の“早期”の予防・改善のポイントは、廃用症候が顕在化する前から表1に示した悪循環を生む因子・促進因子を早期に発見し適切に対応することといえよう。なぜならば、筋力低下や褥創や拘縮などの個々の廃用症候が明らかに存在する場合には、既に廃用症候群の悪循環はかなり進んでいると考えるべきなのである。

なお疾患管理上の安静の必要や重度障害のために活動性が不十分にならざるをえず、ある程度の廃用症候群の発生や廃用症候群の悪循環の形成が避けられない場合もある。しかしそのような場合でも、これらの促進因子への適切な対応によってそれらを最小限に押さえ、かつ機会をみて早期に改善させることが必要であり、また可能でもある。

表 1 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子

廃用症候群の悪循環を生む（そのきっかけとなる）因子は生活全般の不活発化である。

以下にあげる様々な問題点がその促進因子となる。

1. 疾患管理上の問題

- 1) 疾患管理上本来必要である以上の安静(すなわち、必要のない安静)の指導
- 2) 意識的・積極的には活動性向上を指導していないこと
 - ・ 患者は「病気であれば安静」と思っていることを前提として意識的に対応すべき（患者・家族の思い込みによって過度な安静をとることが多いので注意が必要）

2. 生活全般の活発化をはかるプログラムの提供が不十分で廃用症候群の悪循環からの脱却を困難にしている問題

- 1) 一般医療のなかでの 早期離床・生活活動性向上の必要性の認識と 具体的プログラムの普及が不十分
- 2) リハビリテーション医療と一般医療・介護との連携が不十分
 - ・ リハビリテーション必要時（例：活動度低下時、ADL低下時）の紹介の遅れまたは紹介しないこと
 - ・ 介護におけるリハビリテーション前置の不徹底
 - ・ ADL向上にむけてのリハビリテーションと介護の連携不十分
- 3) リハビリテーション・プログラム自体の問題・ している ADL 向上へむけての対応が不十分
 - ・ 個別的な廃用症候への対応のみを重視
 - ・ 過用・誤用をおこさずに廃用を防ぐ知識
 - ・ 技術の普及不十分
- 4) 介護技術・プログラムの問題・ 過介護・ ADL向上にむけての対応（自立に向けた介護）の知識・技術が不十分

3. 廃用症候群の症候を疾病の症候と誤って安静継続を指導

例：起立性低血圧、心肺機能低下による疲労等に対する安静指示

〈註〉ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

4. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換の基本的な考え方

廃用症候群の悪循環は自然経過であって避けることのできない運命的なものではない。その進行を止め、更にそれを逆転させて良循環（図2）にもちこみ、それによって悪循環によって進行した廃用症候群を改善させることができる。

またこの良循環の形成は全身の種々の心身機能を向上させて活力ある状態を実現することにも役立つ。すなわちこの良循環形成は寝たきり化予防だけでなく、より積極的に健康増進をはかり活動的な長寿生活形成の上でも効果的である。

悪循環からの脱却と良循環形成の上での基本的考え方として重要なのは次の4点である。

1) 生活全般の活発化

悪循環の予防・良循環の形成にとって最も重要なのは図2に示すように生活全般の活発化である。生活全般の活発化としては下記の4つのポイントがある。

a) 安静(休息)をとりすぎないこと

具体的には、疾患治療上で要請されない限り日中臥位をとるべきではなく、最低限座位（車椅子座位を含む）、できる限り歩行や立位でのADL実施をする。

我が国は欧米で第二次世界大戦中および直後に定着した早期離床・早期歩行の運動の洗礼を受けずに来た。そのため「病気の回復のためには安静が重要」という安静第一主義が一般社会のみならず医療界においても依然として根強く、安静には有害な側面もあり必要最少限にとどめるべきことが十分には理解されていない。

この点が不徹底なために、疾患・外傷に対しては軽微な場合も含めて過度の安静をとってしまう傾向が強く、それによる不活発な生活が廃用症候群の悪循環のひきがねとなっていることが多い。

またリハビリテーション・サービスを受けている人でも、それ以外の時間帯では活動性向上の指導は十分とはいえず（例えば日中臥位が多く）、廃用症候群の悪循環の存続・進行を許していることが多い。

b) 個々のADLが、廃用症候群の悪循環の予防・改善に関して効果的なやり方で実施されていること [質的な側面]

例えば移動についてみると、車椅子駆動よりも歩行が、たとえ介護下で行っても廃用症候群の予防・改善に効果的なやり方である。個々のADLは、どんな方法であれ自立すればよいのではなく、この点について効果的なやり方を指導することが必要である。

c) ADLを1日の生活の中で頻回に実施していること [量的な側面]

上記のような質的に高い内容のADLを、実生活で頻回に実際に行うということが重要であ

る。たとえば歩行によって洗面所や便所に行き、立位姿勢でADL実施することを、1日1～2回ではなく、1日中必要に応じて頻回に行うこと（含：介護下）が効果的である。

d) 社会的活動範囲の拡大

後に詳しく述べるように、種々の形態による社会生活への参加の向上が、生活全般の活発化に有効である。

以上のように生活全般の活発化は、個々の廃用症状に対して直接にアプローチすることではなく、ましてスパルタ的訓練ではない。

図 2. 寝たきり化予防・改善、活動的な長寿生活を作る良循環へ

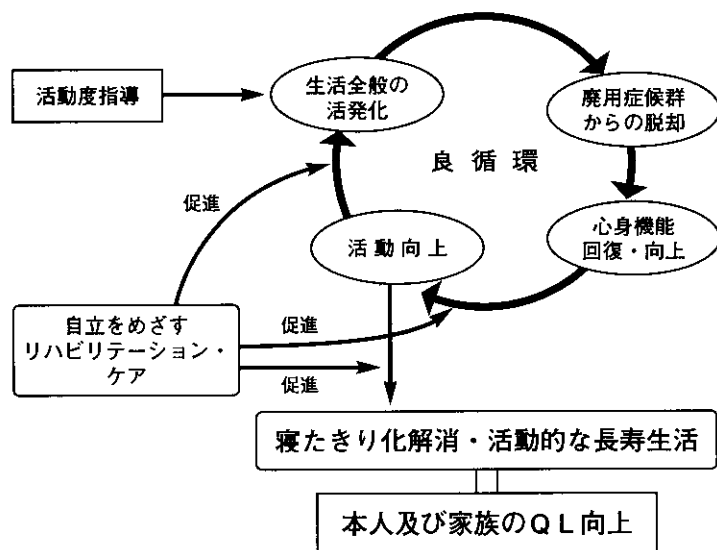


図 2 解説：廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換

例えば手術後の安静による廃用症候群によって、例えば筋力低下や心肺機能低下による易疲労性[図1の心身機能低下]が生じそのために歩行能力が低下[図1の活動能力低下]し、外出しなくなっていた人でもシルバーカーを用いることで屋外歩行能力が向上[図2の活動能力向上]すると、一人で外出する機会が増えて生活全般が活発化する。それにより廃用症候群自体が改善し、筋力も増強され、心肺機能も改善して疲労しにくくなり[図2の心身機能回復・向上]、ますます歩行及びそれ以外の活動能力も向上していった、更に生活全般は活発化し、良循環へと転換する。

2) 生活全般の活発化の鍵は、しているADLの質的・量的向上

生活全般の活発化が重要という、単に「出来るだけ横にならないように」「出来るだけ動くように」と指示するだけでそれが実現できるかのように考えられやすい。しかしそれは大きな誤りで、活動能力低下が原因となって生活の不活発化を促進しているのであるから、その活動能力低下を改善すること、すなわちしているADL（10頁、註参照）の質的・量的の両面での向上が悪循環改善・脱却の鍵を握っている。

この場合、リハビリテーション医療には必ずしも心身機能レベル（機能障害）の回復・向上がなくても、直接活動のレベル(階層)に働きかけることによって、しているADLを向上させる手段が豊富に存在している（ADL訓練、実用歩行訓練、歩行補助具・装具の活用）ことの認識が重要である。

例えば図2の解説の例のように、シルバーカーという歩行補助具を提供してそれを用いた実用歩行訓練や活動能力向上訓練をすることによって、筋力低下などの心身機能低下そのものの改善がないにも関わらず、しているADLとしての屋外歩行能力を向上させることができ、これが良循環形成のきっかけとなる。その結果として生活全般が活発化して廃用症候群の改善というプロセスを経て、結果的に下肢・体幹の筋力向上や全身的な姿勢コントロール機能などの心身機能面の回復・向上が起これ、更に良循環が進んでいく。

シルバーカーはあくまで一つの例であり、各種の下肢装具、各種の杖・ウォーカーケインなどの歩行補助具、また適切な活動能力向上訓練プログラム等々によって、歩行能力やその他の活動能力を向上させることはほとんどの事例で可能である。

（参照；Ⅲ－9．歩行補助具・装具の活用）

3) 社会的活動範囲の拡大

身辺ADLの自立に加えて社会的活動範囲を拡大することによって、特別に廃用症候群の予防・改善を目的とした対応を行わなくとも、生活全般の活発化は一層前進することになり、廃用症候群の悪循環の予防・改善に対する効果が大きい。

そしてこの社会活動範囲の拡大はリハビリテーションの究極の目的であるQOL向上のためにも大きな意義をもつ。

その達成のためには「出来るだけ外出するように」というのではなく、ADL能力向上にむけた専門的技術が重要な役割をはたす。具体的には身辺ADLにとどまらず家事や趣味やその他の社会参加に関する活動レベルの実施可能なレパートリーを拡大することと、個々のADLについても環境限定型ADLにとどまることなくどこでもおこなえるADLへと普遍化すること（後述）が重要である。

(参照；Ⅱ－5－1)．廃用症候群の予防・改善を目的とした（訓練的な）行動を特別にとらなくてもすむこと

Ⅱ－6－6)．社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大、

Ⅱ－6－7)．環境限定型 ADL 訓練からどこでもおこなえる ADL への普遍化)

4) 機能回復優先の考え方の克服

廃用症候群の悪循環の予防・改善の重要性を理解しても、それへの対策は生物レベルである心身機能レベルへの対応（筋力増強訓練など）が主であるとする考え方はしばしばみられる。特にリハビリテーション界の一部に根強く残っている基底還元論的な考え方からは、機能障害に働きかけてそれを改善すること以外に悪循環からの脱却の方法はないと考えられがちである。しかし、それは次の4点からして大きな誤りである。

第1に廃用症候群においては全身の様々な機能の低下を生じているのであり、個々の目立った症候だけへの対応では他の症候への対応が不十分となり、むしろ悪化させることもある。生活全般の活発化によって廃用症候群のあらゆる廃用症候に対応することが全体としての廃用症候群の悪循環を予防・改善させるための基本である。

第2に良循環形成の鍵である、しているADLを向上させる効果としては、心身機能レベルへの働きかけはADLへの直接的な働きかけに比べてはるかに有効性が低い。そのため心身機能レベルの改善によって活動レベルを改善させようとする間に、廃用症候群の悪循環は更に進行してしまう。すなわち生活全般の活発化と廃用症候群の個々の症候との関係をみると、「まずADL能力が向上して、しているADLとして実行することで生活が活発化し、その結果廃用症候群が改善して、様々な廃用症候が改善する」のであって、その逆の「まず機能障害である廃用症候にアプローチし、それが改善して初めてADL能力が改善される」という考え方をとるべきではない。

第3に廃用症候群がすでにかなり進行している場合に個別の廃用症候に集中した治療的働きかけを行うと、過用症候や誤用症候を起こし易いということがあげられる。例えば筋力を直接改善しようとする（筋力増強訓練）と、過用性筋力低下・過用性筋損傷・過用性体力消耗などを生じ易く、かえって逆効果であり、結果的には悪循環を増強する結果につながってしまう。

第4には廃用症候群の予防・改善のために特別な訓練を行うのではなく自然の生活の中で生活が活発化するのがQOL向上を目的とするリハビリテーションとして最も望ましいことである。個々の廃用症候への対応は十分に自己訓練として指導し、活動性向上にむけて十分な指導が不可欠であり、それなしに行っていればむしろ訓練人生を生み、リハビリテーションとは逆効果になることを十分に認識しなければならない。

このようにたとえリハビリテーションを行っていても、筋力増強訓練のような個々の廃用症候への対応や基本動作の訓練にすぎず、している ADL レベルを十分に向上させていなければ、生活全般の活動性は不活発なままにとどまり、廃用症候群の悪循環の進行を止めることはできないのである。

ただし廃用症候の中には褥瘡や拘縮のように集中的に対応する必要があるものも含まれていることへの注意が必要である。たとえば、足関節や股関節の拘縮が改善すれば歩行や立位姿勢が安定化して活動性向上に有益である。ただしその場合も他動的な体位変換や他動的関節可動域訓練を行うだけでなく、自力での寝返りや拘縮改善のための自己訓練を十分に指導する。そして同時に必ず廃用症候群への対応として、生活全般の活発化をはかるべきである。そうでないと一度改善しても再び起こる可能性が高く、結局は廃用症候群の悪循環としては改善しないことになりやすい。

(参照；Ⅱ－5－1)．廃用症候群の予防・改善を目的とした（訓練的な）行動を特別にとらなくてもすむこと）

5. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換にむけたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本

悪循環からの脱却と良循環形成のポイントである生活全般の活発化とは上に述べたように個々の事例に即した具体的な内容をもったものであり、「とにかくなるべく動くように」とか「(身のまわりのことは)できるだけ自分でするように」というような漠然とした一般的な指示ではない。個々の事例についての、正確な評価に立った、QOLを向上させることを大前提とした日々の生活の仕方についてのしているADLの質的・量的向上をはかる具体的指導であり、専門的技術なのである。そのような悪循環からの脱却と良循環への転換にむけたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本は以下の5点である。

1) 廃用症候群の予防・改善を目的とした（訓練的な）行動を特別にとらなくてもすむこと

QOLの高い生活を送っていれば、特に個々の廃用症候への対応を行わなくてもそれが自然と活発な生活となって廃用症候群の悪循環ではなく良循環となっていることが理想である。

もちろんある一定の時期、たとえば廃用症候群の悪循環から脱却し良循環へと転換する際のように、廃用症候群の悪循環を予防・改善すること自体を重視した生活をする必要があることもある。しかしこのような時期でも、その時点での活動性を向上させるだけでなく、目標となる将来のQOLの高い生活が生活全般として活発な生活にもなることを目的として、活動能力向上訓練プログラムを組む。

2) 1日・1週単位・季節単位・年単位の生活を具体的にどう過ごすのかの指導

1 日のうちのある限られた時間帯だけを活発にすればよいのではなく、朝起きてから夜寝るまでの 1 日の生活を全体として活発になるようにし、更には 1 週間単位のスケジュール（何曜日にはどこに買い物に行く、などの）として、また季節に合わせた生活の内容を考え、1 年全体を考えて極めて具体的に生活活動性の向上を指導することが大事である。

リハビリテーションもその実施している時間帯だけではなく、その他の一日中の時間、および将来の生活が活発になるような ADL 指導が中心となる。

3) している ADL の向上をめざす ADL 訓練

生活全般の活発化の鍵は、している ADL の質的・量的向上であり、そのためにはしている ADL を向上させる ADL 訓練の徹底が重要である。

すなわち廃用症候群の悪循環を予防・改善する具体的技術としては、本来リハビリテーションの基本的技術である（しかしこれまではしばしば軽視されてきた）ADL 訓練の内容（技術とプログラム）が大きくその効果を左右するのである。

その場合重要なことは、廃用症候群が重度であったり、また原疾患による障害が重度であるなど、相当な機能障害があったたとえそれが早急には改善できなくても、ADL レベルに対する直接的な働きかけである ADL 訓練によって、している ADL は短期間で著しく改善させることができるということである。

また ADL 訓練において自立にむけた介護の果たす役割も大きい。

（参照；Ⅱ－6－2）. している ADL 向上にむけた実生活の場での ADL 訓練、

Ⅱ－6－3）. する ADL にむけた目標指向的 ADL 訓練、

Ⅱ－6－4）. している ADL 自立の重要性

Ⅱ－6－5）. 自立を目指す介護による活動性の向上）

4) 車椅子生活からの脱却：良循環への移行の要^{かなめ}

安易に車椅子に頼るのではなく、早期に歩行・立位姿勢での ADL 実施(初期は介護も含む)を開始することが、悪循環から良循環への移行の重要な鍵である。

（参照；Ⅲ. 車椅子偏重の打破）

5) 過用・誤用を生じない

廃用症候群のある時ほど過用症候・誤用症候を生じやすいので、過用・誤用を防ぎつつ廃用症候群からの脱却をはかる正しい指導が重要である。

（参照；Ⅱ－6－9）. 少量頻回訓練）

以上の 2) 3) に関連する活動度と、4) に関連する車椅子偏重の打破とは、早急に解決すべき

重要な点なので、別の章を建てて述べることにし、その他の具体的ポイントを次に述べる。

(参照；Ⅲ．車椅子偏重の打破、

Ⅳ．安静度ではなく活動度の指導を)

6. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換のためのリハビリテーション・プログラムの具体的ポイント

(Ⅲ．車椅子偏重の打破と Ⅳ．安静度ではなく活動度の指導を除く)

1) 早期離床と日中横にならないこと

ー寝たきり化予防の出発点ー

生活活動性の向上のためには疾患治療上で要請されるのではない限り座位(車椅子座位でも可)をとることは最低限のレベルであるが、これは活動度指導として、安静を必要最低限にとどめて積極的に活動性を向上させる生活指導と強く結びついている。

但しこの段階はあくまでも寝たきり化予防のスタートを切っただけであり、日中(車)椅子座位をとっているだけの状態にとどまっていたはまだ廃用症候群の悪循環の進行を止めることはできない。

また日中は横にならない生活も、単にそのように指示すれば実現できるものではない。たとえば入院・入所中であれば、日中活動的な生活が送れるようなADL訓練や介護、そして適確な病棟の生活管理・指導とがあいまってはじめて本当に実現できるものである。

(参照；Ⅲ－1．車椅子で自立しても寝たきり化は防げない、

Ⅲ－3．実生活での介護歩行と立位姿勢でのADL実施の介護の重視)

2) しているADL向上にむけた実生活の場でのADL訓練

生活全般の活発化の鍵である、しているADLを質的・量的に向上させるためには、その前提として理学療法士・作業療法士が実生活の場(病棟・居室棟)・実生活の時間帯で、できるADLの向上に向けてのADL訓練を十分に行うことが不可欠である。そしてそのようにして向上したできるADLを看護・介護職が自立にむけた介護を通じて、しているADLとして定着させていくのがADL訓練の基本である。

3) するADLにむけた目標指向的ADL訓練

ADL訓練はその時点だけではなく、将来にわたっての生活全体を考えて、個々の例について個別的・個性的な生活の目標を立てて、それに向かって行うべきものである。すなわち将来の生活においても廃用症候群の悪循環に陥らないような、しているADLのレベルが獲得できるためには、ADL訓練の開始時から科学的なADLに関する予後予測に立って、目標としてのADL

である。ADLをその具体的方法・手順まで含めて設定することが重要である。そしてそれに向かってできるADLとしているADLをどのように向上させるかをプログラムした上で、ADL訓練をすすめていく。

個々のADLについてもそのやり方は多様である。その中でどのようなやり方をめざして訓練していくのかを最初から目標を設定してそれにむけてプログラムしていくのでなければ、将来必要のなくなることをおこなって無駄な時間を費やしたり、必要な訓練の開始が遅れたりする。それらは廃用症候群の悪循環を加速したり、最終的な自立度を低くとどめたりすることにつながるものである。

(参照；Ⅲ－8－1)．予後予測にもとづくプログラム)

4) しているADL自立の重要性

しているADLとして自立すれば、介護を受けなくても一人で自由な時間に全日にわたってそのADLを何度も実行することになる。そうすると、自然な生活の中での頻回の実行によって活動量は増加し生活全般が活発化する。

但し、しているADLとして最も早く自立するような方法が最良の方法だとは限らないことに注意が必要である。例えば車椅子による移動の自立は歩行よりも早く自立させやすいが、車椅子自立の段階を経ることでむしろ最終的到達レベルは低くなることもある。

(参照；Ⅲ－6．車椅子自立段階のスキップ)

5) 自立を目指す介護による活動性の向上

廃用症候群の悪循環を予防・改善する上でも介護はリハビリテーションにおけるADL訓練の不可欠の部分である。

個々のADLへの介護の対応においては次の3点に留意する必要がある。

(1) 現在の自立が最良とは限らない

その時点の自立が最良とは限らず、どのようなADLのやり方で自立させるのかもしくは介護するのかは廃用症候群への影響と将来のADL向上の視点から考えるべきである。一般的には介護を受けている状態よりも自立していることが望ましい。しかしその時点の目の前のことだけを考えて対応すると長期的にはマイナスになることも少なくない。

(参照；Ⅲ－6．車椅子自立段階のスキップ)

(2) 将来の自立にむけての介護の積極的意義

したがって様々なやり方の中で、すぐに自立できるやり方を選択するよりも、むしろ介護による別のやり方でおこなった方が、その時点でもまた将来的にもより効果的な場合がある。

特に車椅子で自立して移動するよりも、介護下で歩行や立位姿勢でのADLをおこなった

ほうが生活は活発で廃用症候群の予防・改善の効果は高い。この場合、介護が ADL 訓練の意味をもっているものであり、将来的に歩行と立位姿勢での ADL が自立することで良循環形成にとって車椅子自立の場合よりはるかに効果的である。

(参照；Ⅲ－２．活動性向上・QOL 向上の鍵は歩行・立位姿勢での ADL 実施、

Ⅲ－３．実生活での介護歩行と立位姿勢での ADL 実施の介護の重視)

(3) 過剰な介護を避ける

上記の点と共に、一般的な注意として「何でもしてあげるのが良い介護である」と考えて過剰な介護をして、その時点での機能を十分には発揮させずまた将来の能力も十分に向上できないことによって廃用症候群の悪循環を進行させることがないようにしなければならない。

6) 社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大

生活全般の活発化の基本的考え方として、前述したように日常の生活が特に意識的に努力しなくても活発に保たれるためには、地域社会での活動範囲が広く、生活に目標があることが重要である。そのためには身辺 ADL だけでなく家事や趣味や社会活動なども含め様々な活動が自立していることが望ましく、このように自立しておこなえる活動のレパートリーを拡大する活動能力向上訓練が重要である。

(参照；Ⅱ－５－１)．廃用症候群の予防・改善を目的とした(訓練的な)行動を特別にとらなくともすむこと)

7) 環境限定型 ADL から、どこでもおこなえる ADL への普遍化

－鍵は歩行と立位姿勢での ADL 実施－

地域社会における活動範囲の拡大のためには、一つひとつの ADL について、例えば自宅内や病院内だけのようにある一定の環境でのみ可能な環境限定型 ADL にとどめることなく、いろいろな環境下で自立するようにどこでもおこなえる ADL へと普遍化することが大事である。

この普遍化によって移動可能な範囲が拡大するだけでなく、社会活動範囲が格段に広くなり、生活全般の活発化の上でもまた QOL 向上の上でも効果的である。

このどこでもおこなえる ADL へ普遍化する鍵は、移動は車椅子ではなく歩行で、また ADL 実施を(車)椅子座位ではなく立位姿勢で行うことである。

この場合まず環境限定型 ADL として自立した後どこでもおこなえる ADL へと向上させるのではなく、上記 3) に述べたように最初からどこでもおこなえる ADL として自立可能かの予後予測にもとづき、目標指向的 ADL 訓練を行う。

(参照；Ⅱ－４．廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換の基本的な考え方、

8) 社会とギャップの少ない病棟環境

上記 3) 6) 7) を目的とした ADL 訓練が入院中から十分に行えるためには、病棟には地域社会とギャップが少なくなるような様々な環境を整えることが効果的である。

たとえば車椅子用設備のみが整った病棟がよい環境なのではなく、一般社会にみられる設備(立位用洗面台、通常の高さの調理台、和式トイレなど)をそなえて、頻回にしている ADL として実行できる病棟が望ましいのである。

(参照：Ⅲ - 5. 車椅子用設備偏重の傾向の問題点)

9) 少量頻回訓練

廃用症候群を呈している場合ほど過用症候・誤用症候を生じやすい。また同時に存在する疾患のために安全な負荷量が限定されている場合も少なくない。しかしそれをおそれて訓練や負荷を行わないのでは廃用症候はますます進行する。そのようなジレンマを克服するには安全域内の少量(安全域内での、できる限り多い量であり、むしろ適量といえる)の訓練を頻回に行うこと、すなわち少量頻回訓練(むしろ適量頻回訓練)が有効である。

これによって過用症候の発現を防ぎつつ廃用症候群を予防・改善することができる。

すなわち 1 回の運動量(運動の密度と時間の積)を安全域内の少量(適量)にすることで過用症候を防ぐことができる。また同時にそれを何度も行うことで 1 日全体としての運動量を多くし、効果的に廃用症候群を予防・改善することができるのである。

そのためには理学療法・作業療法などの訓練時間も 1 回分は短くし、1 日に 2 回、あるいは必要に応じそれ以上に分けて行うようにする。

また次項に述べる自己訓練を加えることで、効果的な少量頻回訓練が行える。

10) 自己訓練

リハビリテーション・プログラム全体の中で理学療法士・作業療法士などのもとで行わなければならない内容は何かを明確にして、それ以外は自己訓練として行う。治療者が行うアプローチは、ADL 訓練のように患者の個別性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させる。

たとえば関節可動域訓練のように「自己訓練」として可能なものを専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも必要ない。一生継続すべき必要があることも多く、自己訓練としてむしろ頻回に実施した方が十分な効果がある。また本来自己訓練で可能なことを専門家が通院・通所もしくは訪問であれ行うことは訓練人生をつくることにもつながり易い面を持つ。

自己訓練とは、治療者の直接的指導や監視の下でなく、患者のみ、あるいは家族などの介助や監視の下で安全・確実にできる訓練内容を工夫し、それを詳しく具体的・個別的に(方法、実施

時間帯、等々）指導し、その実行状況をチェックされながら行う訓練である。患者の判断にまかせるいわゆる自主訓練は常に過用や誤用、また不足による廃用の予防改善効果の不十分さの両方の危険があり、必ず専門家が責任をもって指導すべきである。この自己訓練の内容は頻回にチェックして、最適の内容に改善させていくべきで、マンネリ化したり、すべての人に共通の内容であったりしてはならない。

Ⅲ．車椅子偏重の打破

1960年代半ばまで我が国の医療界には患者が自力で操作できる車椅子はほとんどなく、1964年の東京オリンピックの際のパラリンピックに外国の車椅子自立の障害のある人が多数参加したことが、大きなインパクトを与えたといわれている。

その後の30数年間に車椅子は医療界全般にも一般社会にも急速に普及し、その恩恵を受ける人々の数も多いのは事実である。

しかし一方では車椅子を厳密な判断にたって使用するのではなく、安易に用いる傾向がみられ、リハビリテーションのみでなく介護や一般医療界においても車椅子偏重といわざるをえない状況がある。

このように車椅子偏重が問題となるのは、車椅子に依存することによって、歩行自立や立位姿勢でのADL自立の可能性が十分ある事例においてさえ、自立に向けた努力がなおざりにされがちな傾向があるからである。これは廃用症候群の悪循環からの脱却を抑制することにつながり、間接的に寝たきり化を促進していることになる。

移動やADL自立に車椅子が不可欠な、脊髄損傷・特に頸髄損傷、重症筋ジストロフィーなどの場合は別として、超重度を除く脳卒中患者や寝たきり化の危険性のある高齢者あるいは加齢性の疾患をもつ人々においては、これが大きな問題となっている。

このような状況は寝たきり化及びQOL低下の予防・改善の観点から、早急に打破しなければならない重大な問題である。本報告書はこのような状況を車椅子偏重と呼び、本章ではその問題点とそこからの脱却の具体策について述べる。

1．車椅子で自立しても寝たきり化は防げない

早期離床し（車）椅子座位をとることは、確かに寝たきり化予防の出発点である。しかしながら車椅子座位は臥位よりはよいとはいえるが、そこにとどまる限りはむしろマイナス面を多くもっているのである。

我々のこれまでの研究で、少なくとも高齢者ではリハビリテーションを行っていても車椅子生活にとどまる限り、廃用性筋力低下や廃用性骨萎縮の進行を防ぐことはできないことが判明している。このように車椅子生活として自立しても、寝たきり化につながる廃用症候群の悪循環は防げないのである。

また車椅子自立は、歩行や立位姿勢でのADL実施の準備や前提として役立つものではない。なぜなら運動学的にみると車椅子操作やトランスファー（移乗）動作は歩行とは全く異なる動作

であり、またADLの行い方についても車椅子座位時と立位時とは大きく異なっているからである。すなわち将来歩行が可能となる場合には、車椅子自立のための動作の学習とそのための訓練は無駄になるのである。

(参照；Ⅲ－6－2)．車椅子自立段階を経ることのマイナス)

2. 活動性向上・QOL向上の鍵は歩行・立位姿勢でのADL実施

廃用症候群の悪循環の予防・改善の具体的アプローチの鍵となるのは、車椅子移動・(車)椅子座位姿勢でADLを実施する車椅子生活ではなく、歩行(移動)・立位姿勢でのADL実施である。これには大きくは2つの理由がある。

第1は、歩行や立位姿勢でADLを実施することの、廃用症候群への直接的効果である。たとえば歩行は、下肢だけでなく、体幹・上肢を含む全身の筋を使う。しかもそれを総合的に相互の調和をとって、重心を安定させながら働かせるという中枢神経系の活動をも伴っている。その上一步一步の体重の床への落下(着地)に対する床反力は下肢骨を経て、全身の骨への適切な衝撃となり、それが骨代謝の適正刺激として働き、骨粗鬆症の予防・回復に役立っている。更に歩行と立位は姿勢性血圧調節反応の適正刺激であり、重要な全身性廃用症候である起立性低血圧の予防・改善に役立つ。その上歩行は心肺機能の改善・向上(いわゆる体力の改善・向上)にとっても重要である。

このような廃用症候群予防・改善への効果は、1日そして毎日の累積された量が多いほど増加する。なおそれは介護されておこなっても、自立と比べてそれほど効果が減退するものではない。

第2には、移動を歩行そしてADLを立位でおこなうことは、ADLのやり方を病院内や自宅内のような限られた環境でのみ自立している環境限定型ADLから、様々な環境下で可能などこでもおこなえるADLへと普遍化させるためのかなめ要となるからである。

どこでもおこなえるADLへと普遍化することは社会的活動範囲を拡大し、それによって生活全般の活発化による廃用症候群の悪循環の予防・改善の効果とQOL向上の効果をもつのである。

(参照；Ⅱ－4．廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換の基本的な考え方、

Ⅱ－6－7)．環境限定型ADL訓練からどこでもおこなえるADLへの普遍化)

3. 実生活での介護歩行と立位姿勢でのADL実施の介護の重視

歩行(移動)・立位姿勢でのADL実施は自立のみでなく、介護下(介助・監視・口頭指示の3種を含む)で行うことも重要な意味をもつ。すなわち車椅子で自立しているよりも、介護下で歩行・立位姿勢でのADL実施を行うことの方がメリットが大きいのである。

1つには、介護下で日常生活上必要にせまられて行うものだとしても、それ自体が実用歩行訓

練やADL訓練になっており、1日中で頻回の実用歩行訓練・ADL訓練を行うことになり、早期自立に効果的である。

第2には、廃用症候群への影響として、たとえば前項で述べた歩行のもつ廃用症候群への直接的効果は、たとえ介護下であれ同様の予防・改善の効果をもつことである。

一方車椅子自立生活であれば、たとえ理学療法室で基本動作としての歩行訓練を行っていてもそれ以外の時間には歩行を行わないので、その間廃用症候群の悪循環は進行していると考えべきである。また日常生活の中での頻回の立位ADL訓練の機会もないため、将来的に自立達成可能な場合でもその時期は遅くなり、更には結局は自立しないことにもつながる危険性があることは研究1、2でも証明されている。

(参照；Ⅲ－6．車椅子自立段階のスキップ)

4．寝たきり化を促進する車椅子偏重の現状

ところが残念なことにこれまでの調査・研究で、現在の我が国のリハビリテーション・一般医療・介護界において車椅子偏重の傾向が著しいことが判明している。

例えば脳卒中のリハビリテーションの現場では、訓練室で歩行が独立していても、病棟の実生活では車椅子生活のままで、介護歩行の実施は極めて乏しいのが普通である。また、車椅子生活として自立すれば、その後は理学療法士・作業療法士の対応は訓練室中心となり、病棟での歩行・ADL訓練は実施されていないことが殆どであり、できるADLとしての対応が不十分である。

このような状況のためにしているADLとしての歩行能力と立位姿勢でのADL実施能力の引き出し方が極めて不十分にとどまっているのが現状である。

(参照；Ⅱ－6－2)．しているADL向上にむけた実生活の場でのADL訓練

Ⅱ－6－3)．するADLにむけた目標指向的ADL訓練)

5．車椅子用設備偏重の傾向の問題点

上に述べたような脳卒中リハビリテーションの現場における車椅子偏重の傾向は、病院や施設において車椅子で生活し易いような車椅子用設備が偏重され、一方で歩行や立位姿勢でのADLが訓練・実行できる環境はかえって乏しいという状況につながっている。

たとえば洗面台は車椅子用（下が空いている）が多く、歩行や立位姿勢でのADLの早期実施には不可欠ともいえる重装備の歩行補助具や装具（例えばウォーカーケインと長下肢装具）を用いての整容行為が行い易い（例えば膝を前面について体を支えることができるなど）通常型の洗

面台が整備されていないことが多い。

このような車椅子用設備の偏重は、廃用症候群の悪循環の予防・改善の鍵ともいえる歩行・立位姿勢でのADL実施が、実生活の場でのADL訓練としてもまたしているADLとしての実行（初期は介護下も含む）においても格段に遅れてしまうことにつながっておりこれは大きな問題である。

6. 車椅子自立段階のスキップ

車椅子偏重から脱却するためのリハビリテーション・プログラム上特に重要なのは、将来歩行および立位姿勢でADL実施が自立するはずの患者（特に高齢の脳卒中、廃用症候群等）の場合に、車椅子駆動や車椅子座位でのADLの自立の期間（以下車椅子自立段階と略す）を経る必要があるか否かである。

1) 車椅子自立段階のスキップの効果

今回このような視点から検討を行ったところ、研究1・2に示したとおり車椅子自立段階を経ずに直接歩行や立位姿勢でのADL実施(介護を含む)を行う方（車椅子自立段階のスキップ）が最終的な自立度は明らかに高いことが判明した。すなわち車椅子自立段階を経ることは単に回り道をして時間と労力を無駄にするだけでなく、本来の能力を十分に発揮させずに最終的に車椅子生活にとどめる結果となりやすいのである。

最終的に歩行は自立する場合にしても、それに至るまでの期間に顕著な差があることも明らかになった。この歩行不可能な期間中に廃用症候群の悪循環が進行するのであり、このような期間を長くすることは寝たきり化の予防・改善の点からも大きなマイナスである。それが最終的な自立度にも大きく影響していると考えられる。

さらに入院期間や自宅復帰率、そして退院後のADL低下による再入院率にも大きな差が認められた。

加えて研究2に示す家事訓練のように車椅子訓練段階のスキップや、また自立段階のスキップは、最終的な自立度への好影響だけでなく、主観的QOLにも好影響を与えることが立証された。

以上のような車椅子自立段階のスキップは、リハビリテーション効果が高いだけでなく、リハビリテーションの費用対効果、そしてリハビリテーション資源の有効活用の観点からも重要な意味をもつ。

[参考 研究1：車椅子自立段階スキップの効果]

将来歩行でADLが自立すると予測される患者において、車椅子駆動自立・車椅子座位ADL自立の時期を経るべきか（そのようなプログラムを組むべきか）否かを明らかにするために、車椅子自立段階を経る場合とその段階をスキップし直接歩行（含：介護歩行）した場合との効果について比較検討した。

方法と対象：

脳卒中初回発作後片麻痺(両側性片麻痺を除く)患者について、将来的に車椅子生活にとどまる場合以外は、歩行で移動しADLを立位姿勢で行う（介護を含む）ことを最初から目的として、車椅子での身辺ADL自立の段階を経ないプログラムを基本としている病院(車椅子自立スキップ・直接歩行群)と、車椅子での身辺ADL自立の時期を経ることを基本とするプログラムを実施している病院(車椅子自立経由群)の、それぞれ入院リハビリテーション実施例の中から、発症後期間、麻痺の側と程度、感覚障害、高次脳機能障害の程度、年齢、性、等を極めて厳密な基準に従って一致させた、初期の条件がほとんど等しい70組のマッチド・ペア（matched pair）を作った。

そしてこれまでの研究から身辺ADLだけでなくASL（activities of social life、社会生活行為、家事）能力向上や廃用症候群の悪循環の予防・改善における大きなかなめ要であることが判明している、歩行について両プログラムの効果の差を検討した。

結 果：1．最終歩行自立度

車椅子自立スキップ・直接歩行群は車椅子自立経由群に比し、最終的歩行自立度は表Aに示すように極めて顕著な効果をあげ、統計的に高度に有意の差を示した。

表A．最終歩行自立度

N=70 × 2

歩行自立度	車椅子自立スキップ群	車椅子自立経由群
屋内歩行要監視	0	9 (12.9%)
屋内歩行自立	4 (5.7%)	12 (17.1%)
屋外歩行自立	10 (14.3%)	45 (64.3%)
同上 (1 H 8000 歩以上歩行)	56 (80.0%)	4 (5.7%)
計	70 例 (100%)	70 例 (100%)

P<0.001

2．屋内歩行自立までの期間

実生活での実行状況であるしているADLとして病棟トイレまでの歩行が自立するまでに必要な理学療法・作業療法実施期間を、両群ともに屋内歩行が自立以上に到達したペア（61組）で比較した。

例えば発症後2ヶ月日に開始したペア（30組）においてはリハビリテーション開始後上記歩行自立までの日数では、表Bに示すように128 ± 10.2 日対 66.3 ± 28.2 日と5分の1以下の日数であった。他の時期の開始例においても同様に高度に有意の差が認められた。

表B. 屋内歩行自立達成までの日数・病棟トイレでの排泄

発症後2カ月日開始例 N=30×2

	車椅子自立スキップ群	車椅子自立経由群	有意差
リハ開始後日数	12.8 ± 10.2 日	66.3 ± 28.2 日	***
発症後日数	53.2 ± 8.1 日	104.7 ± 23.2 日	***
年齢	58.2 ± 11.6 歳	59.2 ± 13.2 歳	NS
開始時下肢グレード	4.9 ± 2.8	5.1 ± 2.9	NS
開始時上肢グレード	2.8 ± 2.0	3.2 ± 2.9	NS
発症からリハ開始まで	40.4 ± 14.0 日	38.4 ± 15.2 日	NS

*** P<0.001

3. 入院期間

脳卒中急性期治療は兼ねず、リハビリテーションのみを目的として入院した患者のペア（38組）について、入院期間を検討すると、表Cに示すように車椅子自立スキップ群 64.3 日対車椅子自立経由群 120.4 日と約半分と短かった。

表C. 入院期間・自宅復帰率：再入院率

リハビリテーション目的入院患者 N=38×2

	車椅子自立スキップ群	車椅子自立経由群	有意差
入院期間	64.3 日	120.4 日 (1.9 倍)	***
自宅復帰率	36 例 (94.7 %)	24 例 (63.2%)	**
再入院率 (自宅復帰後2年以内の、 ADL 低下に対する リハビリテーション目的入院)	0 例	6/32 例(18.8%)	***

*** p<0.001

** p<0.01

4. 自宅復帰率

上記3と同じリハビリテーション目的入院のペア（38組）について自宅復帰率をみると、表Cに示すように、38 例中車椅子自立スキップ群 36 例（94.7 %）対車椅子自立経由群 24 例（63.2 %）と前者が有意に多かった。（p<0.01）

自宅復帰率や上記3の入院期間には社会的背景も影響するが、この成績には退院時の歩行能力や ADL 能力が高かったことが大きく影響していたと考えられる。

5. 自宅退院後再入院率

入院リハビリテーションの目標は、自宅復帰さえすればよいのではなく、退院後もそれが低下せずに向上・維持できることである。

そこで、自宅もしくは施設へ退院後2年以内に、ADL が低下したためにリハビリテーションを目的として再入院（他院への入院も含む）した再入院率を調べると、表Cにみるように 38 例中 0 例対 32 例（38 例中 6 例は社会的入院継続中）中 6 例（18.8 %）であり、退院後の ADL 維持にも大きな差が認められた。

【参考 研究2：家事（調理）訓練における車椅子訓練段階スキップの効果】

－主観的障害への影響も含めて－

1. リハビリテーションは QOL 向上を目的とするものであり、そのためには身辺 ADL だけではなく、社会生活行為（ASL；activities of social life）等活動レベル全般の向上が重要である。

ASL の代表であり、また専業主婦にとっては職業ともいえる家事訓練を一旦車椅子座位で開始するか、歩行・立位姿勢で開始するかによる効果の差を検討した。

2. リハビリテーションの対象は客観的障害のみでなく主観的障害も含む。家事訓練を車椅子座位で開始するか否かによる主観的障害への影響もみた。

方法と対象：

脳卒中初回発作後片麻痺(両側性片麻痺を除く)で発症前専業主婦であった患者について、下記に示すような条件の車椅子自立段階スキップ・直接歩行群と車椅子訓練経由群の各々のプログラムを実施している2病院の、各々多数の中から、

1. 家事自立については、発症後期間、麻痺の側と程度、感覚障害、高次脳機能障害の程度、年齢、性、等を極めて厳密な基準に従って一致させた、初期の条件のほとんど等しい13組のマッチド・ペア（matched pair）を作って検討した。
2. 主観的障害については、最終的に調理自立患者の中から発症後期間、麻痺の側、年齢、性、等の初期条件を一致させた17組のマッチド・ペアを作って検討した。主観的障害の評価は質問紙法による半構造的直接面接法で行った。

※車椅子自立スキップ・直接歩行群：

将来的に車椅子生活にとどまると予後予測される場合以外は、車椅子での活動および（車）椅子座位での身辺 ADL 自立の段階は経ないプログラムを基本として実施。

立位姿勢で調理が可能になると予測された例では、ADL にまだ介護を要している時期においても、（車）椅子座位ではなく立位姿勢で調理台での訓練を開始。

車椅子訓練経由群：

車椅子での身辺 ADL 自立段階経由を基本とし、家事訓練を車椅子座位で開始。

結 果：1. 立位・歩行での調理自立度

表A. 家事（立位・歩行での調理）の自立度および（立位・歩行）訓練開始までの日数

発症後2カ月目開始例 発症前主婦 N=13×2

	車椅子自立スキップ群	車椅子自立経由群	有意差
入院中調理（歩行・立位）訓練独立者数	12 名	5 名	***
退院後の調理（歩行・立位）自立者数	11 名	2 名	***
リハ開始後日数	10.5 ± 14.2 日	92.4 ± 42.3 日	***
訓練開始時期	45.3 ± 8.2 日	107.3 ± 21.8 日	***
年齢	63.4 ± 11.2 歳	62.3 ± 12.4 歳	NS
開始時下肢グレード	4.5 ± 2.3	5.0 ± 2.4	NS

*** p<0.001

表Aに示すように、立位・歩行での調理の入院中の独立度及び最終的な自宅生活での自立度は、ともに車椅子自立スキップ・直接歩行群が車椅子訓練経由群に比し、顕著な効果をあげた。

3. 立位・歩行での調理訓練開始までの期間

立位・歩行での調理訓練開始までの期間をみると、表 A に示すごとく車椅子経由群はリハビリテーション開始後 92.4 日に対し、車椅子自立スキップ・直接歩行群では 10.5 日と顕著な差があった。

2. 家事訓練開始時の主観的なうけとめ

主婦（夫）にとって家事とはいわば職業である。更に家族内における自分の役割・立場、ひいては存在意義に大きく関係するものとしてとらえられる傾向が非常に強い。

そのため家事訓練をどのような時期・内容から開始するのかは、主観的障害（ひいては障害の受容）、そしてリハビリテーション・プログラムへの本人の積極的な主体的参加に大きく影響する。

表Bに家事訓練を開始した時点での、将来の歩行についての受けとめ方を示した。

このように患者が受けとめた背景を調べると、最初から立位姿勢での調理訓練をリハビリテーション開始後早期に開始すると、将来的に台所に立って調理ができるようになるからこのような訓練をするのだと考え易い傾向が見られた。たとえその時点で身辺ADLに介助を要していても、将来立位姿勢で家事ができるくらいだから当然身辺ADLはほとんど問題なく改善するだろうと考えることが多かった。それによって、自分の家庭内での役割も以前と同様に果たせるようになるだろうと感じ大きな希望をもつのである。

一方まず車椅子座位で家事訓練を開始すると、患者は将来的に家事を立位では行えないという宣告のようにうけとめ、自宅に帰っても家事はできないのではないかと、そうなれば他の家族に申し訳ないし、そもそも家に帰れるのだろうかと不安になっていた。

たとえ将来は歩行で自立すると説明されていても、そうであればなぜ車椅子で訓練しなければならないのか、やはり本当は歩けないのではないかと疑問に思う傾向が強かった。

表B. 家事訓練開始時の主観的なうけとめ

歩行・立位で家事自立者 N=17×2

	車椅子自立スキップ群	"車椅子自立経由群"
将来の歩行	可能になる 17 (100.0%)	不可能か? 13 (76.5%)
自宅台所での調理	可能になる 13 (76.5%)	不可能か? 12 (70.6%)
自宅退院	可能になる 16 (94.1%)	不可能では? 6 (35.3%)
自分の役割	あるだろう 15 (88.2%)	乏しいだろう 14 (82.4%)
退院後の家族への迷惑	少ないだろう 15 (88.2%)	人だろう 14 (82.4%)

まとめ：立位姿勢・歩行での早期家事訓練開始によって、活動のみでなく参加レベルについても将来を明るくみることになる。それによって、自分の役割・存在価値という実存的レベルにも好影響を与えるなど主観的障害の軽減の重要な契機となる。またそれによってリハビリテーション・プログラムへの主体的参加に好影響を与える。

2) 車椅子自立段階を経ることのマイナス

以上のような顕著な差を生む、車椅子自立段階を経ることのマイナス面は以下のように整理できる。

- (1) 日常生活で車椅子生活を送ることは、歩行や立位姿勢でのADLをしているADLとして実行する機会をもたないことであり、自立のみでなく介護下であれ、そのメリットを受けないことになる。すなわち歩行や立位姿勢でのADL実施にむけての頻回の実用歩行訓練やADL訓練、また廃用症候群の予防・改善効果の両者をもたない（失う）ことである。

(参照；Ⅲ－3. 実生活での介護歩行と立位姿勢でのADL実施の介護の重視)

- (2) 将来の歩行し立位姿勢でADLを実施する生活では不要となる行為（車椅子駆動、座位姿勢でのADL実施など）を学習する無駄な時間と労力を費やすことである。そして歩行や立位姿勢でのADL実施の訓練の開始は遅れることになる。

- (3) 我が国の現状としては前述したように、一旦車椅子生活として自立してしまうとその後実生活の場における歩行および立位姿勢でのADL実施にむけての対応が極めて不十分になっている。

(参照；Ⅲ－4. 寝たきり化を促進する車椅子偏重の現状)

※介護を受けることは自立に比べ人間の尊厳上マイナスになる可能性もあることには留意する必要がある。しかし例えば研究1の対象者では歩行自立までの期間は平均12.8日と介護をうける期間は非常に短い。また「将来歩けるようになる」という希望を早くから患者・家族に与えるため、介護によるマイナスはみられていない。

従って自立尊重・自尊心の尊重などという美名のもとに車椅子偏重を合理化する余地はないといえよう。

7. 車椅子偏重脱却プログラムの効果

車椅子自立段階をスキップするリハビリテーション・プログラムを含め、車椅子偏重からの脱却プログラムのポイントを表2（35頁）に示す。

先に述べた研究1、2はリハビリテーションの開始時から車椅子自立段階スキップ・直接歩行プログラム（車椅子偏重脱却プログラムに他ならない）と車椅子自立段階経由プログラムのどちらかを実施した場合の比較であり、両者には大きな差があった。

次に、一旦車椅子自立を重視するプログラムに立ったリハビリテーションを受けたうえで将来的に歩行や立位姿勢でのADL自立の可能性は乏しいため車椅子での訓練から開始していると本人や家族は考え、それによって将来を悲観し主観的障害にマイナスに働くことがある車椅子偏重

脱却プログラムの効果を検討した。

研究3に示すように、歩行自立には到らないまま車椅子自立生活で退院となった、基本動作としての訓練室歩行は50 m連続歩行可能な48名を対象に車椅子偏重脱却プログラムを実施した結果、僅か2週間で64.6 %が歩行自立し、残りのうち車椅子自立にとどまった1例(2.1 %)を除く33.3 %が介護歩行を行うようになっていた。しかも更にその後5週間のうちには全例が歩行自立したのである。

全例がすでに発症後3 - 6ヶ月目の患者であり、この2週間の間には麻痺の回復は期待できず、また実際全くみられていないにもかかわらず、このようなよい成績が得られたものである。

この成果は表2に示す車椅子偏重脱却プログラム全体の効果であるが、中でも研究4に示すような歩行補助具・装具の正しい選択(以前のプログラムに較べての重装備化)が大きな効果を発揮したものである。

8. 車椅子偏重からの脱却プログラムの実際

車椅子偏重からの脱却とは、むやみに一律に車椅子をとりあげるとか、転倒などの危険をおかしてまで歩行や立位姿勢でのADLを行わせるということではない。

車椅子偏重とは本来十分な専門的対応をすれば実用歩行や立位姿勢でのADL実施能力を向上させることができるはずの人に対し、指導や介護が簡単な車椅子を安易に提供するだけでこと足りるとし、結果として歩行や立位の能力を十分には発揮させていないことを指摘しているのである。

すなわち実用歩行訓練や立位姿勢でのADL自立にむけたADL訓練の不十分さの指摘である。またここで指摘した十分な専門的対応とは、できるADLへの理学療法士・作業療法士の対応と、それをもとにした、しているADLへの看護・介護職の対応との両者である。それに加えて病院・施設環境の車椅子用設備偏重からの脱却も重要である。

このような専門的対応の技術を向上させることで、安全に短期間で研究1、2に示すような顕著な効果を生むことができるのである。

車椅子偏重からの脱却プログラムのポイント(表2)について、これまで述べていない点を中心として以下に述べる。なお歩行補助具・装具の活用は特に重要な点なので別の項目として詳しく述べる。

[参考 研究3：車椅子脱却プログラムの効果]

車椅子偏重脱却プログラムの効果をみるために、車椅子偏重プログラム実施前の状況をコントロールとして、その効果をみた。

対 象：脳卒中発症 3-6 カ月目の 48 名（男 20 名、女 28 名、平均年齢：66.4 ± 13.2 歳）

（発症後 138.2 ± 56.8 日、下肢グレード 5.9 ± 2.4）

全例他病院で車椅子偏重の入院リハビリテーション（理学療法士・作業療法士は訓練室訓練のみ施行し、病棟での歩行訓練・ADL 訓練はなし）を施行。

将来もしている ADL としての歩行自立の可能性はなく、入院続行の必要なしと診断されて退院。転入院して車椅子偏重脱却プログラムを実施した。

退院直前の状況は、基本動作としては理学療法室で 50 m 連続歩行可能であるが、している ADL は昼間車椅子用トイレ使用自立だが、トイレまでの歩行は非自立者。

- 方 法：**1. ADL レベルとして病棟自室から病棟トイレへの歩行（トイレ内移動を含む最長 20 m 以内）を評価時能力（できる ADL）と実生活の実行状況（している ADL）の両者について評価。
2. 車椅子偏重脱却プログラムを 2 週間実施し、実用歩行能力向上の効果をみた。

結 果：

〈表 A：車椅子偏重脱却プログラム実施前〉

心身機能		活 動			
心身機能		(病棟トイレまでの歩行)			
基本動作		できる ADL (病棟訓練時能力)		している ADL (実行状況)	
50m 連続 歩行可能	48 名	自立		0 名	
		独立		29 名	車椅子自立
		(60.4 %)		(60.4 %)	45 名
		非自立		48 名	(93.8 %)
		(100.0 %)		3 名	車椅子介助
				(6.3 %)	

- 基本動作として 50 m 連続歩行可能でも、できる ADL として病棟トイレまでの歩行独立者は 48 名中 29 名（60.4 %）にすぎなかった。またこの独立者でもしている ADL は全例車椅子レベルであった。
- 同じ歩行でも、基本動作で訓練室歩行と、活動レベルのできる ADL としている ADL との差は非常に大きかった。

2 週間

[車椅子偏重脱却プログラム実施：表 2 参照]

・歩行補助具・装具の変更内容

：研究 4 参照

※訓練室訓練は家事訓練のみ

〈表 B：2 週間後〉

心身機能		活 動	
(訓練室歩行)		(病棟トイレまでの歩行)	
基本動作		できる ADL (病棟訓練時能力)	している ADL (実行状況)
50m 連続 歩行可能	48 名	独立 42 名 〈60.4 %〉→ <u>〈87.5 %〉</u> ↑	自立 0 名 〈0.0 %〉→ <u>〈64.6 %〉</u> ↑
		非自立 6 名	介護歩行 16 名 (33.3 %) 非実施 1 名——車椅子自立 1 名 (2.1 %)
		5 週間後 全例自立	
〈 〉: 実施前			

車椅子偏重脱却プログラムの効果として、僅か 2 週間後に上図のような著しい変化がみられた。

1. できる ADL として病棟トイレまでの歩行独立は 48 名中 29 名から 42 名に(プラス 13 名)に増加した。(改善率 $13/48=27.1\%$)
なお非独立者も全員病棟トイレまでの歩行訓練は行っている。
2. 実生活での実行状況であるしている ADL としての病棟トイレまでの歩行自立は 0 名から 31 名(プラス 31 名、改善率 $31/48=64.6\%$) へと、2 週間という短期間で著明な改善を示した。
3. 残り 17 名中 16 名は介護歩行となり、車椅子自立にとどまったのは 1 例のみであった。
4. 更に車椅子偏重脱却プログラム開始 5 週後には全員が病棟トイレまでの歩行は自立した。

まとめ：この間に麻痺などの機能障害の改善は僅かであり、それも ADL が改善できた原因というよりも、むしろ ADL の改善による良循環の結果であると考えられた。
したがってこの著しくまた急速な改善結果は車椅子脱却プログラムの効果と考えてよい。

1) 予後予測にもとづくプログラム

リハビリテーションは、目の前の不自由さにだけ対応するのではなく、また「やってみなければわからない」ものでもない。将来における、QOL が高く寝たきり化に陥らない生活の具体的状況を明確にし、その具体像についての目標設定を各 ADL 毎に手順・方法まで含めて行い、それに向かってプログラムをすすめていくものである。

この個々の ADL についての目標設定において車椅子を用いるか否かの選択は重要である。その時点で歩行が不可能であれば、とりあえず（指導が簡単で介護が楽な）車椅子を用いるとする方法は患者・障害者の将来の生活を考えていない点で誤りである。

将来は歩行と立位姿勢での ADL 実施が自立すると予後予測される場合には、車椅子駆動や（車）椅子座位での ADL 自立の段階を経ることなく、している ADL においても車椅子自立段階を経ずに介護歩行および立位姿勢での ADL 実施の介護を経て直接自立させることの方がより効果的であることが、研究 1・2 で立証されたといつてよいであろう。

（参照：Ⅱ - 6 - 3）. する ADL にむけた目標指向的 ADL 訓練）

2) 実用歩行能力の重視

実生活での歩行能力である実用歩行については、歩行と ADL の目的行為とは一連のものであるという視点が最大のポイントである。目的のない移動は少なく、移動した先で何らかの目的行為をするか、目的行為の一部に移動が組み込まれているのが普通である。したがって実用歩行の評価や訓練は、歩行と ADL の一連のものとしておこなうことが不可欠である。

研究 3 の表 A に示したように、たとえば歩行についてみると心身機能レベルである基本動作としての理学療法室での歩行と、活動レベルであるトイレまでの歩行におけるできる ADL（訓練・評価時能力）としている ADL とはそれぞれの独立度・自立度は大きく異なっている。

そして実用歩行能力である、している ADL は研究 3 でも明らかなように、基本動作訓練によってではなく、活動レベルである できる ADL としている ADL への直接的な働きかけによって短期間で飛躍的に向上する。

このように実用歩行能力を向上させるには、実用性を離れた単なる動作のパターンとしての歩行である基本動作訓練を主体とするのではなく、明確に心身機能とできる ADL・している ADL の 3 者を区別して評価した上で、対応としては、している ADL 向上を目的として直接的に活動レベルに働きかける実用歩行訓練が効果的なのである。

表2 「車椅子偏重」脱却プログラムのポイント

1. 基本的な考え方：

1) 予後予測にもとづくプログラム作製

全ての障害レベルについての予測をするが、特に（各 ADL 毎に）

- ・ 実用歩行自立（可能）かどうかの予測
- ・ 立位姿勢での ADL 自立可能かどうかの予測

2) 実用歩行能力の重視

- ・ 基本動作・できる ADL ・している ADL を明確に区別する（している ADL を最重視）
- ・ 歩行と目的行為（ADL）とを一連のものとして位置づける
- ・ 実生活の中での歩行能力向上（PT 室での基本動作としての歩行の偏重でなく）

3) 歩行補助具・装具の積極的活用

- ・ 重装備で歩行・ADL の実用性を向上・拡大し、その上での軽装備化
- ・ している ADL での能力向上を前提とした選択：基本動作（PT 室歩行）能力向上ではない
- ・ 実生活での使用方法の指導の徹底・歩行だけでなく立位姿勢での ADL 実施も目的とした選択
- ・ 最後の手段としてではなく、早期から使用開始（それにより歩行・立位 ADL 自立を早期に達成し、その後将来的には不要化・軽減化しうる）
- ・ 多種類の中から選択：歩行補助具は T 字杖だけでなく、ウォーカーケイン、四脚杖など、安定したものを活用
- ・ 安全な自立にむけた介護のための物的介護手段としての活用
- ・ ADL 毎・状況毎の使い分けが重要
- ・ 歩行補助具・装具を訓練用備品として整備（早期使用には備品の貸し出しが必要）

4) 介護歩行・介護での立位姿勢での ADL 実施の重視

5) している ADL としての歩行自立までの病棟での集中的対応（頻回訓練・頻回介護）

2. 具体的技術

1) 立位姿勢での ADL 実施の重視：

- ・ 立位姿勢での ADL がおこないやすい位置への歩行訓練・指導・介護の徹底
例：トイレへの歩行はトイレまでとその中での排泄のやり易い位置への小移動・方向転換を含む、整容行為のための洗面所への歩行も同様

2) 理学療法士・作業療法士が実生活の場所で・時間帯で、できる ADL としての歩行・立位姿勢での ADL 訓練を頻回に実施

- ・ それには理学療法士・作業療法士の早出・遅出の態勢が効果的

3) 看護・介護職によるしている ADL としての介護歩行と立位姿勢での ADL 実施介護の実施

- ・ 自立に向けた介護の技術の向上
- ・ 実生活の中での頻回実施

4) 車椅子用設備偏重の打破

- ・ 重装備の歩行補助具・装具でも歩行・立位姿勢での ADL 実施が可能な環境の整備

5) 実用歩行自立に向けた作業療法士の積極的関与

- ・ 立位姿勢での ADL 実施
- ・ 装具の着脱訓練

〈註〉ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

3) 実用歩行自立にむけた作業療法士の積極的関与

これまで歩行とは理学療法士の専門分野であり、作業療法士の関与は極めて乏しいものと思われがちのようであった。しかし基本動作としての歩行ではなく、実用歩行能力向上を目的とした場合には作業療法士の積極的関与は不可欠である。これは作業療法士による歩行訓練ということではなく、特に次の2点がポイントとなる。

まず実用歩行はADLの目的行為と一連のものであり、実用歩行能力向上には目的行為の能力（特に立位姿勢での実施能力）向上が不可欠である。そのため作業療法士が立位姿勢でのADL訓練を理学療法士と協力しつつ行う。

第2に装具の装着が自立していなければ、実生活では装着の度に介護してもらわなければ歩行はできない。そのため歩行の早期自立に向けて装具着脱訓練が必要である。装具は靴や靴下と同様更衣動作訓練の一環としても位置づけられ、作業療法士の積極的関与が必要である。

これらこの2点に関係することであるが、歩行補助具・装具は、歩行のみでなくADL能力向上も目的として活用するものである。それに装具の着脱行為の見地からも加え、歩行補助具・装具の具体的処方内容に作業療法士が積極的に関与することが望まれる。

4) しているADLとしての歩行自立までの集中的対応：必要な時期に集中的なアプローチを

車椅子自立段階スキップのプログラムは、研究1・2で示すように最終効果は非常に良い。しかし歩行や立位姿勢でのADL実施を、しているADLとして自立させるまでは、理学療法士・作業療法士・看護職・介護職ともに、車椅子自立への対応や車椅子自立生活中に比べて高度な技術と人手（高密度の関与）が必要である。

また理学療法士・作業療法士によって、排泄や整容などの病棟ADL訓練を実際の時間帯にも頻回に行うことの効果は高く、そのためには早出・遅出などの勤務態勢の再編も必要となる。

現実的には、このようなプログラムの実施は困難と考えられるかもしれないが、このような高密度の訓練と介護が必要な期間は、研究1・3でも示すように病棟トイレへの歩行の自立までは約2～3週間で済むなど、短期的なものである。そして自立してしまうと、その後の病棟での介護量は格段に軽減させることができる。即ち一時期に人手を要しても、病棟全体の介護量としては十分バランスがとれるのである。

しているADLとしてのトイレや洗面所までの歩行自立は、それによって自然の生活の中で頻回にトイレや洗面所までの歩行をすることになり、これは廃用症候群の悪循環からの脱却の大きな分岐点といえる。その自立までの期間はリハビリテーション・プログラムとして

最も重要な時期ともいうことができ、集中的に対応する価値は十分にある。

従来のリハビリテーションの実施状況をみると、全員に共通の時間配分で行うものと考えられている場合が多い。しかしこれはいわば悪平等であり、より良い効果を生むためには、集中的な対応が必要な時期にはそうすべきである。これは患者一人ひとりにとっては、全体としての訓練時間や入院期間の短縮、そして QOL 向上につながり、更に費用対効果の面でも有意義である。

9. 歩行補助具・装具の活用

歩行補助具・装具は最後の手段として用いるものであるとか、それに頼っているとよくなるといとか考えられがちであるが、それは大きな誤りである。むしろ早期から十分に活用することによって、早期に歩行と立位姿勢での ADL 実施を自立させ、QOL 全体の向上に大きく役立つと共に、廃用症候群の悪循環からの脱却・良循環への転換に大きく貢献するものである。しかも活動レベルへの代償的手段としてだけではなく、歩行・ADL 能力自体も向上させる効果があり、将来的には歩行・ADL の能力を保ったまま軽減していくことも可能なものである。

たとえば重度の片麻痺患者の車椅子自立段階スキップに不可欠ともいえるウォーカーケインや LLB (Long Leg Brace : 長下肢装具) などの重装備の歩行補助具や装具は、実生活では使えないものとする考えが従来あったが、これは大きな誤りである。また「LLB は重い」とか「ウォーカーケインは大きくて扱いにくい」等の声もあるが、実際上は大きな問題ではない。用い方とむしろそれによって安定して安全な自立歩行や介護歩行ができることのメリットの方がはるかに大きく、患者自身がその喜びを表明するのが普通である。

もちろんこれら重装備の歩行補助具や装具を使いこなすには、これまで述べてきたような ADL 訓練および介護における十分な専門的技術とその徹底、およびそれにもとづく適切な歩行補助具・装具の選択が不可欠で、それによって病棟の実生活においてもまた退院後の実生活においても十分に使いこなせるようになる。それが実現可能なことは研究 1～4 およびそれ以外の我々の研究からも明らかである。

この歩行補助具・装具の実生活での活用も寝たきり化予防の大きなポイントと考えられる。

以下に歩行補助具・装具の活用について基本的考え方を示す。

1) している ADL としての能力向上を最重視した選択

歩行補助具・装具の選択は理学療法室の歩行状態（特に基本動作）で選択するのではなく、している ADL として実用歩行・ADL を質的・量的に向上させることを最重視して選択する。

そのためには安全に介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護が可能となることも、選択の際の重要な視点である。

(参照；Ⅲ－9－6)．自立に向けた介護を可能とする物的介護手段としての活用)

2) ADL における重要性：特に立位姿勢での ADL 実施も重視

歩行補助具・装具を歩行の手段としてのみではなく、ADL において用いることも重要視する。

特にどこでもおこなえる ADL への普遍化の要となる立位姿勢での ADL 実施の確立をはかるという視点から、歩行補助具・装具を早期から積極的に用いる。

また装具は座位姿勢の安定化にも役立ち、座位姿勢での ADL 能力向上にも効果的である。

3) 歩行補助具・装具は早期から使用

実用歩行や ADL が自立するためには歩行補助具や装具は非常に有効な手段であり、早期から十分に活用する。自立のためだけでなく、している ADL として安全に介護ができるためにも早期から活用する。

歩容が不安定・不良になるような行為（歩行や ADL）を禁止するのでは、廃用症候群の悪循環は進行していく。そうではなく、装具の使用による下肢の支持性・安定性確保と歩行補助具の活用によって、安定した歩行や立位姿勢での ADL 実施の訓練や実生活での介護を早期に可能とし、それによって早期自立を実現する。

そしてその後積極的に歩行や ADL のレパトリー^①の範囲を拡大していき、その上で歩行補助具や装具を軽装備のものにしていく。早期に使用することで、むしろ最終的には使用しなくてすむようになる場合もある。

以上述べたように歩行補助具や装具は心身機能レベルでの改善がプラトーに達した後に初めて適用するのではない。治療的手段としても早期から積極的に利用する。心身機能レベルにおいてもたとえば装具を使用して体重負荷による陽性支持反応および足関節底屈筋抑制効果などによって麻痺の回復促進効果もある。

4) 多種類の歩行補助具・装具の中からの選択

研究 4 のプログラム改善前の使用状況にも示されているように、我が国の現状としては一般に歩行補助具は T 字杖、装具はプラスチック製短下肢装具が多用されている。これは実用歩行訓練や活動能力向上訓練が不徹底な現状を反映していると考えられる。

歩行補助具には多くの種類がある。歩行不能状態から突然 T 字杖で病棟歩行を自立させようとするのは、ほとんど無謀ともいえることであり、もっと他の種類の歩行補助具を用いるべきである。

[参考 研究4：車椅子偏重脱却のための歩行補助具・装具の活用の効果]

車椅子偏重から脱却するための具体的技術として、歩行補助具・装具の選択及び使用方法の効果について検討した。

方 法：研究3で示した車椅子偏重脱却プログラムの具体的内容として、歩行補助具・装具の使用状況について、転院前病院での車椅子偏重プログラムにおいて訓練室歩行で用いていた種類と、転院2週後にできるADL（この時期は、全例しているADLでも同一種類を使用）としてトイレへの歩行時に使用していた種類との変化をみた。

後者での歩行補助具・装具の選択は、しているADLでトイレまでの歩行と排泄を自立させることを目的として行なったものである。そしてそれを用いてのトイレまでの歩行と排泄行為訓練を、できるADLとしての訓練としているADLとしての介護ともに徹底して行ったものである。

結 果：1. 全例で歩行補助具・装具を変更し、それにより研究3に示したようにADLは向上した。歩行補助具・装具ともに変更した例が40名（83.3%）、装具のみ変更5名（10.4%）、歩行補助具のみ変更3名（6.3%）であった。

2. 装具の変更内容を表Aに、歩行補助具の変更内容を表Bに示した。

装具は前病院ではプラスチック製短下肢装具が36例（75.0%）で最も多かったが、プログラム変更後には両側支柱付短下肢装具41例（85.4%）、長下肢装具7例（14.6%）であった。

歩行補助具の使用は、前病院ではT字杖28例（58.3%）が最も多く、ついで四脚杖18例（37.5%）、ウォーカーケイン2例（4.2%）であったが、変更後T字杖使用者はなくなり、ウォーカーケイン37例（77.1%）、四脚杖11例（22.9%）に変更していた。

なおこの歩行補助具・装具は患者本人用だけでなく、病院の備品の使用も含む。

表A. 装具の使用状況の変化

	< 前病院 >	< 入院2週後 >
長下肢装具	2	7
短下肢装具 (両側支柱付き)	5	41
(プラスチック)	36	0
なし	5	0

表B. 歩行補助具の使用状況の変化

	< 前病院 >	< 入院2週後 >
ウォーカーケイン	2	37
短下肢装具 (両側支柱付き)	18	11
T字杖	28	0
なし	0	0

まとめ：1. 前病院では病棟ADL訓練は行なわれていないため、歩行補助具・装具は訓練室での基本動作としての歩行によって選択されたものと推測されるが、プログラム変更後の「しているADL」向上を目的として選択した種類と大きく異なっていた。

2. 基本動作ではなくしているADLを向上させることを目的とした歩行補助具・装具の選択が必要であり、かつ極めて有効である。歩行補助具・装具を重装備のものに変更することによって、できるADLとしての独立度、しているADLとしての自立度ともに格段に向上した。

3. 歩行補助具・装具を活用するためには、病棟のできるADLとして歩行のみでなく立位姿勢でのADL訓練も行うとともに、しているADLとしての介護歩行・立位でのADL実施介護を理学療法士・作業療法士・看護職・介護職の協業として行うことが不可欠である。

また立位姿勢での ADL 実施（含：介護下）の視点からみると、ウォーカーケインや4点杖の使用は T 字杖に比べて極めて効果的である。T 字杖は持っている手を離すと倒れてしまうが、ウォーカーケインや4点杖は倒れないため、立位姿勢での ADL 実施が手離しでは不安定な場合でも、途中で数回これに手を置くことによって立位姿勢を整えつつ行うことが可能となるのである。

装具についても、プラスチック製短下肢装具の問題は多い。たとえば各種 ADL 実施時の立ちしゃがみ動作などの様々な姿勢の保持や変更時の安定化、また歩行についても歩行量を増加した場合の耐久性や階段昇降や様々な床面での歩行の実用性をみると両側金属支柱付き装具のメリットは多い。

5) 使用方法指導の専門的技術

歩行補助具・装具は用いる人が工夫すれば、自然に使えるようになるものではない。適切な指導・訓練をしなければその効果が十分に引き出されないばかりか、転倒を招く危険もある。

その指導・訓練の専門的技術の差は、できる ADL・している ADL とともに大きく影響する。

6) 自立に向けた介護を可能とする物的介護手段としての活用

自立に向けた介護の視点からは、介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護を早期から頻回に行う。その際歩行補助具・装具の活用は大きなポイントとなる。すなわちしている ADL として早期に安全な介護歩行や立位姿勢での ADL 実施介護を可能とする視点から歩行補助具・装具を選択する。そしてそれを使用しての介護が安全に可能となるように理学療法士や作業療法士にはできる ADL を向上する。

その場合、理学療法士や作業療法士ができる ADL として歩行や立位姿勢での ADL 訓練を行う場合よりも、している ADL の介護としては歩行補助具・装具をより重装備にするように使い分けたほうが安全な場合が多い。

7) ADL 毎の歩行補助具・装具の使い分け

歩行補助具や装具は、1 日中どのような行為をするときにも同じ決まった組合せで用いるものと考えられているくらいがあるが、むしろ目的（ADL 毎、実生活か訓練か、等）に応じて積極的に使い分けることが効果的である。

ADL の種類に応じて必要な歩行能力や立位の安定性も異なるので、それぞれに最も適切な歩行補助具・装具を決めていくことで最大限の自立性および活動性向上をうることができる。

10. 車椅子偏重を生む誤解

車椅子は歩行能力に制約を持つ人にとって有効な移動手段で、QOL 向上に役立つ面もある。

また廃用症候群の悪循環の進行を止めることは困難でもある程度は遅らせることができ、特に臥位に比べてよいことは確かである。

しかし一方で一律に車椅子偏重に陥ることによって、本来正しい対応をしていれば歩行が自立するはずの人をも車椅子生活にとどめてしまっていることの問題を車椅子偏重の打破として指摘してきた。車椅子の適応を厳密に考えずに、また歩行自立の可能性について正しい判断をせずに、実用歩行訓練を十分行わないままに車椅子を用いていることが重大な問題なのである。

このような車椅子偏重に陥っている背景には車椅子に関する誤解もあるようであり、それを表3にまとめた。

表3 車椅子偏重に陥る原因となっている車椅子に関する誤解

1. 車椅子乗車で寝たきり化は防げる

←(車) 椅子座位をとることは寝たきり化予防の第1歩である。ただし、それだけで廃用症候群の悪循環による寝たきり化を防ぐことはできない

2. 歩行困難な時はまず車椅子使用

←歩行補助具・装具を用いることで歩行可能になる可能性を探索する

←歩行補助具には T 字杖以外にも様々な種類 (ウォーカーケイン、四脚杖、シルバーカー) がある。これらを適切に、かつ積極的に用いる

3. 歩行可能かはわからないのでまず車椅子

←リハビリテーションは予後予測にもとづくものであり、チーム全体として予後予測すべきで、看護・介護職だけの判断で車椅子にしてはならない

4. 車椅子自立が歩行自立の前提

←車椅子駆動と歩行とは運動学的に全く異なる動作であり、車椅子自立は歩行の準備訓練としては役立たない

← ADL 実施方法も、車椅子座位と立位姿勢とは別である

←将来不要な動作を習得する無駄な時間と労力を費やすことになる

5. 車椅子乗車は安楽な座位

←むしろ通常型の椅子で座面・背もたれ・肘かけがしっかりして、足底が接地できる安定したものの方が安楽であり、姿勢としてもよい

6. 杖・装具に頼っていたら歩けなくなる

(だから杖・装具なしで歩けるようになるまでは車椅子でよい)

←全く逆で、早期に比較的重装備の歩行補助具・装具で歩行を自立させ、習熟に従って軽装備にしていくことで歩行自立までの期間も短縮でき最終的な結果もよい

Ⅳ. 安静度ではなく活動度の指導を

これまで述べてきたように、廃用症候群の悪循環から脱却し良循環に転換させる最大のかなめ要は、生活全般の活発化である。これは専門的リハビリテーションだけでなく、一般医療機関での入院・外来診療および介護や保健の現場での寝たきり化予防・改善においても最も基本となる。

この指導が十分に行われるためには従来の安静度の指示ではなく、より積極的な活動性向上の指導が必要である。

そこで、このような観点からの指導が医療機関でどのように行われているのかについての実態調査を全国規模で行なった。その結果、研究 5 に示すように安静度指示はかなり高率に行われているが、活動性向上の指導の比率は著しく低いことが判明した。また理学療法・作業療法やレクリエーションを行っているだけで、活動性向上にむけての指導を行っていると思われる場合も少なくなかった。このような結果は安静の害である廃用症候群についての認識が不十分で、その予防・改善に向けての積極的働きかけが乏しい現状を反映していると考えられる。

以下この章では活動性向上指導の具体的な方法である活動度について詳しく述べる。

1. 安静度から活動度へ

疾患や障害のある人そして高齢者の寝たきり化を予防・改善し、更には健康増進させるためには、生活全般の活発化の指導が不可欠である。しかもそれはこれまで述べてきたように極めて具体的なものでなければならない。

なぜなら、例えば「出来るだけ動きましょう」と指示しても、病気の場合は安静という考え方は非常に根強いので、「出来るだけ」と指示しただけでは全く実施しなかったり、実施しても不十分なことが多い。一方廃用症候の対極にある過用症候や、また誤用症候をおこす危険もある。

すなわち活動度として詳細に身辺 ADL のみでなく活動全般についてしている ADL の安全で十分な内容・方法・密度・所要時間・実施時間帯などを指導することが、安全で十分な寝たきり化の予防・改善の効果を生むのである。

活動度の具体的な指標の案を表 4 に示す。この案を用い、Ⅳ-2.活動度の基本的な考え方、Ⅳ-3.活動度の具体的活用法で述べる内容をふまえて活動性向上を指導した結果、研究 6 に示すように顕著に生活活動性向上を実現することができた。活動度の指導は特定の設備も必要とせず、寝たきり化予防・改善及び健康増進にむけての臨床現場で用い易い方法といえよう。

[参考 研究5：入院中の安静度及び活動性向上にむけての指導内容に関する全国調査]

入院中の安静（安静指示によるものを含む）に伴う生活活動性低下は廃用症候群の悪循環を生む契機となる危険性が高い。そこで入院患者に対する安静度指示及び活動性向上に向けての指導状況についての全国調査を行った。

対象と方法：

廃用症候群についての認識が高いと考えられる、リハビリテーション部門を有する病院を対象として、全 731 病院に対して入院患者に対する安静度指導および活動性向上に対する指導の状況を質問紙郵送法で調査した。[回答 640 病院：回答率 87.6 %]。

同一病院内の同一種類病棟（一般病棟、リハビリテーション病棟、療養型病棟）で、複数病棟から回答があった場合は、最も活動性向上の指導が良好な病棟を選択した。

結果：1. 安静度指示

安静度の指示状況を病棟毎にみたものを表Aに示す。一般病棟では 260 病棟中全患者には 163 病棟（62.7%）、一部患者に限っても 70 病棟（26.9%）と合計 233 病棟（89.6 %）と他病棟に比し高率に指示されていた。しかしリハビリテーション病棟でも 80.2 %、療養型病棟 69.9 %と安静度の指示は高率になされていた。

表A. 安静度の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有		233(89.6%)	442(80.2%)	204(69.9%)
	内：全患者	[163 (62.7%)]	[237 (43.0%)]	[85 (29.1%)]
	内：特定疾患	[70 (26.9%)]	[205 (37.2%)]	[119 (40.8%)]
無		27(10.4%)	109(19.8%)	88(30.1%)
計		260(100%)	551(100%)	292(100%)

2. 活動性向上指導

一方、活動性向上の指導をしていると返答した病棟数は、表Bに示す如く一般病棟 260 病棟中 204 病棟 78.5 %、リハビリテーション病棟 77.7 %、療養型病棟 71.2 %であった。

しかし、この活動性向上の内容について詳しく調査すると、その内容の実態は、安静度指示を活動性向上指導と同一と考えているもの、また理学療法・作業療法・レクリエーションを行っていること等にとどまり、積極的に生活活動性を向上するような指導ではなく、また活動してもよいという指導程度のものを活動性向上の指導と考えている場合が少なくなかった。

これらを除外して具体的に生活活動性向上に向けて指導していると認められるものを表Bの確認後の欄に示す。一般病棟では 260 病棟中 25 病棟（9.6 %）、リハビリテーション病棟 551 病棟中 17 病棟（3.1 %）、療養型病棟 292 病棟中 38 病棟（13.0 %）にすぎなかった。一般病棟で活動性向上を指導しているものは心臓リハビリテーションや手術後患者の場合などで、ルチーンの活動性向上指導のプログラムが定められている場合が多かった。

表B. 活動性向上の指示

		一般病棟	リハ病棟	療養型病棟
有	返答	204(78.5%)	428(77.7%)	208(71.2%)
	内：確認後	[25(9.6%)]	[17(3.1%)]	[38(13.0%)]
無		56(21.5%)	123(22.3%)	84(28.8%)
計		260(100%)	551(100%)	292(100%)

まとめ：1. 入院中の安静についての指導は十分に行われている反面、生活活動性向上に向けての指導は極めて不十分であった。

2. 医療機関全般に廃用症候群の重要性についての普及と、その改善にむけての具体的方策である活動度の指導が望まれる。

表 4 活動度指示箋

日中活動の場・姿勢

移動・活動方法

I ベッド上臥位		使用 歩行補助具等	自力	監視	介助	禁止	備 考
II ベッド上座位	1. ベッド上起きあがり						
	2. 病（自）室内歩行						
III 病（自）室内：椅子座位	3. 病棟（自宅）トイレへの歩行						
	4. 病棟内歩行（自室内）						
IV デイールーム・リビング等	5. 病院内歩行						
	6. 階段昇降						
V その他（仕事等、自由記載）	7. 外出・散歩						
	8. " 5,000 歩（以上／日）						
	9. " 8,000 歩（以上／日）						

注 1. 活動は従来の安静度とは逆に、積極的にその活動性向上を促すことを目的としている。

2. 日中活動の場・姿勢と移動・活動方法の両者を明らかにする。

3. 車椅子W/O ストレッチャー使用時について：

日中活動の場・姿勢で椅子座位を車椅子でとったり、移動・活動方法で移動を車椅子やストレッチャーで行っているときは、該当する自立・監視・介助の欄にW/Cと記入する

4. 活動の上限と下限とを共に記載する

2. 活動度の基本的考え方

活動度についての基本的考え方を以下に挙げる。

1) 活動性向上を基本

活動度とは活動性向上を基本的な目的にするものであり、安静（活動性の制限・活動上限の指示）を確実にとらせることを基本とする安静度とは、全く逆方向のものである。

2) 安静は必要最低限に—安静必要時にも活動下限を同時に指導

活動度では安静度とちがい、活動下限すなわちおこなうべき活動内容について詳細に指導するのである。

疾患治療上安静が必要な場合も絶対安静が必要な場合は少ない。必要以上の安静を避けることが、廃用症候群の悪循環を予防・改善するために重要である。

安静が必要な場合の活動度の指示・指導は、それ以上の活動は制限するという活動上限として指導する。そしてそれと同時に、それ以下には下げない（その活動を許可するというだけでなくむしろ積極的に行うべきとする）という活動下限も厳密に規定して指示・指導するものである。

3) 活動度は活動上限・下限をと共に指導

安静が必要な時に安静度を指示し、活動性を向上させてよい時期になって活動度を指導するというのではなく、両方の時期ともに活動度として指導していくものである。すなわち安静が必要な時期も、活動度を向上させていく時期においても、許可できる活動の質・量は無制限とは限らず、活動度は厳密に活動上限と活動下限の両方を指示・指導する必要がある。

[参考 研究 6 : 廃用症候群の悪循環形成防止に向けた活動度指導の効果]

寝たきり化予防・改善のための廃用症候群の悪循環の予防と良循環への移行の要となる生活全般の活動性向上にむけての具体的な方策である活動度について、その指導による向上効果をみた。

方法・対象：

リハビリテーション病棟に入院し理学療法・作業療法を施行中の脳卒中初回発作後片麻痺患者 64 名（男 30 名、女 34 名；右片麻痺 36 名、左片麻痺 28 名；平均年齢 65.8 ± 8.3 才）。

リハビリテーション病棟入院中患者の生活活動性の実態を 2 日間調査し、その後、活動度指導を 2 日間行い、その後の 2 日間及び 2 週間後の 2 日間の生活活動性を調査し、生活活動性がどのように変化するかを確認した。

生活の活動性は生活活動性モニター（非拘束的に姿勢及び歩行・車椅子駆動の歩数が 24 時間連続的に測定可能）を用いて測定した。

- 結果：1. 通常的生活活動性は臥位 14.3 ± 4.8 時間、ベッド上座位 3.5 ± 1.2 時間、椅子座位 5.4 ± 2.4 時間、立位 0.5 ± 0.4 時間、歩行 0.5 ± 3.2 時間であった。即ち睡眠時間を 8 時間として計算すると、日中の 16 時間中 6.3 時間（39.4 %）を臥位で過ごしており、立位・歩行は合せて 1.0 時間（6.5 %）に過ぎないなど、リハビリテーション病棟に入院していても、訓練以外の生活活動性は極めて不十分であった。
2. 2 日間の活動度指導によって、表 A に示すように臥位、ベット上座位は減少し（それぞれ指導前に比し 4.0 ± 0.2 時間、 0.9 ± 0.4 時間）、逆に椅子座位、立位、歩行は増加した（それぞれ 4.0 ± 1.2 時間、 0.3 ± 0.1 時間、 0.7 ± 0.6 時間）。変化率をみると臥位、座位はそれぞれ指導前に比して 28.0 %、25.6 %の減少、椅子座位、立位はそれぞれ 74.6 %、62.1 %の増加であり、歩行にいたっては実に 143.2 %と著しい増加を示した。なお、睡眠時間 8 時間と仮定した日中 16 時間のうち臥位時間は 6.3 時間（39.4 %）から 2.3 時間（14.4 %）に激減している（減少率 62.0 %）。
3. 2 週後は全例においてさらに活動性は向上しており、活動度指導の中期的持続効果が認められた。
4. 活動度指導に要した時間は、患者 1 人あたり 1 日目 84.2 ± 21.3 分、2 日目 65.1 ± 16.3 分 合計 149.3 ± 18.6 分であった。この指導時間に比し、著明な継続可能な生活活動性の向上を獲得できたといえよう。

表 A. 活動度指導による活動性変化

N=64

	指導前	指導後	変化	変化率
臥 位	14.3 ± 4.8 時間	10.3 ± 5.2 時間	$- 4.0 \pm 0.2^{***}$ 時間	$- 28.0\%^{***}$
ベット上座位	3.5 ± 1.2	2.6 ± 1.8	$- 0.9 \pm 0.4^{***}$	$- 25.6\%^{***}$
椅子座位	5.4 ± 2.4	9.3 ± 3.2	$4.0 \pm 1.2^{***}$	$74.6\%^{***}$
立 位	0.5 ± 0.4	0.8 ± 0.4	$0.3 \pm 0.1^{***}$	$62.1\%^{***}$
歩 行	0.5 ± 3.2	1.2 ± 4.2	$0.7 \pm 0.6^{***}$	$143.2\%^{***}$

***P<0.001

まとめ：寝たきり化予防の対応策としての活動度の指導は、特定の設備も要しないため一般医療やケアの現場において用いるにも、また費用の面からも効果的と考えられる。

4) 活動度とはしている ADL についての指示・指導

生活全般の活発化の鍵はしている ADL の質的・量的向上である。活動度の指導とは実は個々の ADL についてのしている ADL の質と量の両方の指導といえる。

質的な面については自立度だけでなく具体的なやり方（姿勢、方法、手順など）まで含めて指示・指導する。その理由は、一つひとつの ADL はそのやり方によって身体的負荷が大きく異なるため、適切な負荷となるようなやり方を指導する必要があるからである。例えば病棟内歩行についても、自立歩行を許可する場合、単に自立歩行という指示だけでなく、その場合に使用する歩行補助具や装具まで明確に指導する。

5) 活動性をより向上させる ADL のやり方を指導

このように個々の ADL についてしている ADL を指導するが、その際活動性向上にむけて最良のやり方で ADL がおこなわれているかどうかの視点から詳しくみる。そして更により良いやり方があれば、そのやり方を指導する。

例えば脳卒中患者で病棟内歩行を介護下で行っている場合に、T 字杖とシューホーン装具を使用しているのであれば、その方法を変更して、T 字杖をウォーカーケインや四脚杖に、またシューホーン装具を両側金属支柱付短下肢装具に変更して実用歩行訓練をすれば、歩行が自立して活動性を向上できるのではないかなどと検討する。

6) 実施時間・程度の指導（1 日の生活としての指導）

生活活動性の向上には 1 日単位でどう過ごすかの指導が必要である。そのため 1 日の生活として個々の ADL を実施する時間帯や回数まで指導する。例えば歩行量増加の場合には、1 回に連続 8,000 歩は不可能でも、1 回 4,000 歩を朝・夕 2 回や、2,000 歩を 3 時間毎に 4 回のような少量（適量）頻回の形をとれば無理なく達成できるのである。

また点滴や放射線療法などの治療をおこなっていても、活動を制限すべき時間帯と一方積極的に向上させることが可能な時間帯もある。このような疾患への治療内容も考慮して活動度を向上させるとともに、逆に活動度向上にむけて治療の実施時間帯や内容を変更することもある。

過用症候や疾患の増悪をおこさずに活動性を向上させるためには、このような時間帯や回数の指導が重要である。

（参照；Ⅱ－5－2）. 1 日・1 週単位・季節単位・年単位の生活を具体的にどう過ごすのかの指導、

Ⅱ－6－9）. 少量頻回訓練）

7) 患者の活動性向上の重要性についての教育を兼ねる

一般に病気であれば安静という考えが根強い。特に高齢者では「年寄りだから無理をして、もっと悪くしないように」と積極的には活動性を向上しようとしにくい傾向がある。

しかし積極的な活動性向上に向けての活動度の指導が一般医療機関での通常の診療時に行われていると、安静のマイナス面としての廃用症候群についての本人・家族の認識が高まるという大きな教育的効果がある。

それによって、平常の生活でも生活活動性向上を心がけ、また病気やけがなどで何らかの安静（活動性制限）が必要になった場合にも本人・家族自身が安静だけでなくどの程度の活動を行うべきか（活動下限）も留意するようになる。

このような教育的意味を念頭において、活動度の指導をすることが重要である。

3. 活動度の具体的活用法

活動性向上にむけて活動度を活用する具体的方法を以下に示す。

1) 安静を必要最低限とする

活動上限（安静指示など）を指導する場合には、その理由を明確にし（備考欄に記入）、それがどのように変化すれば活動度をどう変化させうるのかも明らかにしておく。

そうすれば、安静の必要性が軽減した場合、タイミングを逃さずに活動度向上にとりかかることができる。そうでないと患者のみならず、現状では治療者側においても研究5で明らかのように活動性向上の重要性の認識が不十分なので、そのまま活動性の制限が継続されてしまう危険が大きい。

また逆に活動制限をより強化すべき場合もその必要性を認識し易い。

2) 安静解除後の積極的活動性向上

活動上限（安静など）の程度を軽減できる時期になれば、それまでの活動性の制約の指示によって廃用症候群は必発であることを前提として、積極的に活動性向上に取りくむことが必要である。

この場合、それまで活動度としての指導内容として生活活動性を厳密に把握しえているので、生じてしまった廃用症候群の程度も判断し易く、その改善に必要な活動度向上の指導も適確におこない易い。

なお廃用症候群を生じた場合には、過用や誤用も生じやすいことも考慮して、廃用と同時に過用を防ぐための上限の設定に留意しながら活動性を向上させていく。

3) 活動性低下の早期発見による寝たきり化の早期予防

入院中のみでなく外来においても定期的に活動度を指導することは、同時に生活活動性のチ

エックを兼ねることになる。この定期指導によって、活動度の指示が守れていない（活動性が低下してきた）ことが判明すれば、その原因を探求するとともに早期に活動度向上を詳細にはかることなどで廃用症候群の悪循環形成の早期予防・改善ができる。

例えば歩行・歩数が低下していれば少量（適量）頻回訓練で歩行量を増加するような細かな指導をする。また専門的リハビリテーションへの紹介の必要性も早期にわかる。

（参照；Ⅶ－４．専門的リハビリテーション施設との連携）

4) ADL 自立にとどまらずに、更に活動性向上をはかる

身辺 ADL が自立していれば、それ以上に積極的な活動性向上への働きかけはなされないことが一般に多い。しかし、身辺 ADL が自立していても廃用症候群の悪循環は必ずしも防げていない。

ここで留意すべきことは、生活全般の活発化とは、QOL の高い生活を送っていれば自然と活発な生活になっていることが理想ということである。廃用症候群の予防・改善を目的とした訓練的な行動を特別にとることの適応は、そのマイナス面も含めて十分に考慮しなければならない。

買物・趣味の会・交友などのための外出、スポーツ、舞踊など、QOL を向上させるような対応をすることが、生活活動性の向上にも直結することは多い。そのような生活内容の充実によってより活動性向上ができるように詳細に活動度を指導する。特に要支援状態を予防するためにはこれが重要である。そして必要に応じて QOL を向上させるために必要な活動能力を向上させるための ADL 訓練を行う。

（参照；Ⅱ－６－６）．社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大）

5) 積極的な健康増進

寝たきり化の予防だけでなく、前項で述べたようにより積極的に活動的な生活を送り、健康・体力を一層増進させるための基盤づくりとなるように活動度を指導する。

高齢者や障害のある人では何らかの疾病を合併していることが多い。これまでも述べてきたように病気なら安静との考えは根強いために、自然と活動性の制限をしていることが少なくない。疾患管理のための受診時に、活動度として活動性上限・下限を明示して積極的な活動増進を促すことは、積極的な健康増進の基礎といえよう。

V. 外来リハビリテーション

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善の達成についてリハビリテーション・システムの面からみると、外来リハビリテーションの果たすべき役割は非常に大きい。また一生にわたる更なる QOL 向上のためにも、外来リハビリテーションは要となる。

但しこのような目的の達成のための外来リハビリテーションとは、単なる機能・能力維持訓練やグループ訓練ではなく、個々の事例に応じた個別的・個性的な指導であり、その実施回数は極めて少なくても十分な効果をあげることができるものである。

このような外来リハビリテーションが十分に機能することは、一人ひとりのリハビリテーション効果を最大限に実現するという面とともに、リハビリテーション資源や介護保険関連の資源を有効活用するという社会的な面においても有意義である。

表5に外来リハビリテーションの特徴を示した。

表5 外来リハビリテーションの特徴

1. リハビリテーション医療の基本は外来リハビリテーション、すなわち地域で生活しつつ必要なりハビリテーションが受けられること。
 - ・ 入院リハビリテーションは、入院でなければできないプログラムを実施する場合に限る
 - ・ 障害のある人の一生にわたり継続的な専門的なリハビリテーションが受けられる（頻度は集中訓練の時期以外は年1～3回程度）
 - ・ 病院への過度の心理的依存からの脱却、障害の受容の促進にも役立つ
2. 目的は地域で生活しながら、新しい人生を建設して QOL の一層の向上を図ること（機能の維持が目的といった消極的なものではない）
 - ・ ADL 向上、社会生活範囲の拡大を図ること
 - ・ 廃用症候群の悪循環形成の予防・改善（障害のある人・疾患をもつ人・高齢者は悪循環に陥り易いことを念頭におく）
 - ・ 「訓練人生」をつくらぬよう細心の注意が必要：漫然たる維持訓練・グループ訓練中心の頻回通院訓練はマイナス
3. 個別的指導が主：生活内容指導・活動能力向上訓練・自己訓練指導を中心
 - ・ 必要に応じ集中訓練(短期入院・入所を含む)を組み合わせる
4. 一般医療機関との連携を重視
 - ・ 一般医療機関受診時の活動度指導
 - ・ 集中的外来リハビリテーション必要時の早期紹介

〈註〉ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

1. 外来リハビリテーションの意義

従来リハビリテーションは入院が基本であり、外来リハビリテーションは入院中に向上させた機能・能力を維持することだけが目的だと考えられがちなきらいがあった。また介護保険がスタートし、入院リハビリテーションが終了すればその後は介護保険下のリハビリテーション関連資源の提供が主であるとする傾向が一部ではみられはじめてきた。しかしこれらは大きな誤解である。

ノーマライゼーションを追求するリハビリテーションの立場からは、障害のある人が地域で生活しながら専門的な技術に立った最良のリハビリテーションを受け続けられることが望ましく、そのためには外来リハビリテーションの果たすべき役割は従来考えられている以上に大きい。

表6に目的による外来リハビリテーションの分類をあげた。

1) 外来リハビリテーションの利点

ここで重要なことは、入院リハビリテーションは、たとえ正しく行われたとしても、QOL向上や廃用症候群の悪循環の予防・改善の点で、依然として様々な限界があることである。たとえば入院中の生活の場（病棟・病院内）の物的環境と、自宅を含めた地域社会とのギャップは大きく、そのためにADL訓練が環境限定型ADLの訓練にとどまってしまう危険性が大きいなどである。

逆に、正しく行われた外来リハビリテーションにおいてこそ可能な、ADL向上やそれによるQOLの向上の面は非常に多い。

したがって入院リハビリテーションとは入院でなければ行えないプログラムのために限られるべきものである。

表6 目的による外来リハビリテーションの分類

1) 発症後の集中的なりハビリテーション

……多くは入院リハビリテーションに継続して（退院直後の時期に）行う

2) 社会生活範囲拡大、ADL等の能力向上

3) ADL低下の予防と早期対応・早期回復

……居住環境の変化、疾患増悪、合併疾患発症時、等

4) 定期チェック（含：補装具・補助具チェック）

—以上全てが寝たきり化および要介護状態・要支援状の予防・改善となる

〈註〉ADL：身辺 ADLだけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

2) 障害のある人への一生にわたる専門的対応の必要性

高齢者や障害のある人・疾患をもつ人などは、心身機能低下や身辺 ADL を含めた活動（以下 ADL：10 頁参照）能力低下を生じ易く、そのような人達が、廃用症候群の悪循環に陥ることのないように働きかけることが必要である。また障害が重度なためそれが避けられない人達に対しても極力その進行を遅くするように、一生にわたって働きかけることが必要である。

また患者の一生にわたってみると、生活環境の変化や新たな興味の出現などによって、新たに必要となってくる活動能力は非常に多い。その ADL 能力の向上は患者・家族の工夫で十分なのではなく、ADL 訓練として専門的対応を続けていく。このような対応によって一生にわたる QOL 向上をはかっていく。

2. 外来リハビリテーションは ADL 指導と自己訓練指導が中心

QOL をできるだけ高め、寝たきり化や要介護状態・要支援状態を予防・改善する外来リハビリテーションは、維持訓練やグループ訓練ではない。

このような目的の指導は当然個々の事例に応じた個別的・個性的なものであり、グループ訓練で行えるようなものではなく、当然個別指導となる。具体的内容は身辺 ADL にとどまらず更なる QOL 向上をめざす活動レベルの質的・量的向上のための指導と、心身機能レベルも含めての自己訓練指導であり、それらを通じて社会生活範囲を拡大し QOL を向上させるものである。

このような外来リハビリテーションの具体的内容に関してこれまで行ってきた研究の結果（例：研究 7）にもとづいて、外来リハビリテーションのあるべき姿を、逆に陥らないように注意すべき点と対比して表 7 に示した。

研究 7 でも明らかなように、このような外来リハビリテーション・プログラム（研究 7 の ADL 指導中心外来リハビリテーション群）は、通院頻度は極めて少ない（退院直後 1 年間という一層の ADL 能力向上をめざす場合でも平均 8.2 回、退院後 1 ～ 5 年後の 4 年間では年平均 2.2 回）にも関わらず、ADL 維持、すなわち寝たきり化や要介護状態・要支援状態の予防の長期的効果は顕著である。一旦 ADL が低下しても、ほとんどで改善し、元の状態に復帰している。

一方、機能訓練やグループ訓練（これは機能訓練が主体）中心の外来リハビリテーションの場合は、頻回に通院しているにも関わらず、徐々に ADL が低下してしまっている患者が著しく多い。頻回通院にも関わらず効果が乏しいことはリハビリテーション資源の有効活用の面からも大きな問題である。

なお、頻回に通院して行っている機能訓練の内容は、自己訓練の指導で十分な内容も多い（実

際、ADL 指導中心群では自己訓練で毎日自宅で行っている内容を、機能訓練中心群では通院時のみにしか行っていない場合が多い)。たとえば拘縮予防については自己訓練をきちんと指導されて実生活で頻回に実行している方が、退院時のみに行われている場合よりも効果は高い。すなわち機能レベルにおける維持についてさえ機能訓練中心の外来リハビリテーションよりも効果的なことが多いことも明らかになっている。

(参照；Ⅱ－6－10)． 自己訓練)

3. 訓練人生をつくらない

集団的な機能訓練（いわゆるリハビリ体操）あるいはレクリエーションのような、個別的・個性的な目標に立った個別的なプログラムをもたない画一的なプログラムの外来リハビリテーションを頻回に長期間継続していると、それ以外に人生の目的をもつことができず、自分の人生を現実的に前向きに考えることのない訓練人生に陥りがちである。逆に「あんなものはただのお遊びで、何の役にも立たない」と考えてリハビリテーションそのものに失望して家にとじこもって、寝たきり化への道を歩む例もある。

また患者も家族も“訓練を続けていればいつかは元通りの体になおるのではないか”と非現実的なことを考えていることも多い。むしろ訓練を続けているということ自体がこのような考えをもたせているといえる。

これらはいずれも QOL 低下につながるものであり、本来のリハビリテーションの理念（全人間的復権）に逆行するものといわなければならない。

また頻回に通院している患者では通院以外のことを行う余力がなくなり社会生活範囲が狭くなりがちである。これは廃用症候群の悪循環からの脱却にもマイナスの要因となるとともに、また地域社会のなかで人間らしく生きるという外来リハビリテーションの最大の目的を生かせず、地域リハビリテーションの理念にも反することになってしまう（これは退院直後におこなう集中的リハビリテーションの場合においてすら心しなければならないことである）。このように通院頻度には十分に留意し、必要最低限とすべきで、これはリハビリテーション資源の有効活用の面からも重要である。

なお訓練人生を生む契機としては、リハビリテーションについての誤った説明や指導が一般医療機関や介護支援専門員を含めた介護・福祉関係者などから本人や家族へなされたことが大きく影響していることもあり、専門職も含めてリハビリテーションについての正しい理解と指導が望まれる。

(参照；Ⅶ．廃用症候群の悪循環形成の予防における一般医療機関の役割)

[参考 研究 7：外来リハビリテーション・プログラムの差によるリハビリテーション効果の差]

ー長期効果ー

外来リハビリテーションについてのプログラムによる効果の差について、退院 5 年以上の長期経過を検討した。(なお、「平成 11 年度 地域リハビリテーション懇談会報告書」の研究 3：24 頁で、同様の外来リハビリテーション・プログラムによる効果の差を退院 1 週後と 1 年後の変化について 202 組の matched pair 法で検討し、ADL 指導を中心とした外来リハビリテーションの有効性を証明している。)

対象と方法：

1. 脳卒中片麻痺患者で入院リハビリテーション（病棟 ADL 訓練中心）をうけて退院後、退院時点の自宅でのしている ADL が最低限入浴以外の身辺 ADL は自立している患者で、外来リハビリテーションを ADL 指導中心にうけた場合と、機能訓練中心でうけた場合のそれぞれ多数の症例の中から、同性、年齢差 5 才以内で、発症後期間、下肢グレード、高次機能障害、退院時 ADL 自立度（含 移動方法・実施中姿勢、患側使用状況）等の等しいマッチド・ペア 102 組（204 例）を作った。
2. 退院 1 週後と 1 年後、5 年後で両プログラムの差をしている ADL の変化等について検討した。

結 果：

1. ADL 自立度レベルの変化

- 1) まず退院後 1 年間の変化をみると、ADL の自立度が 1 項目でも低下（5 段階評価で 1 段階以上）した低下者は、ADL 指導中心群で 102 名中 1 名（1.0 %）に対し、機能訓練中心群では 102 名中 18 名（17.6 %）と高度に有意に多かった。
- 2) 更に退院 1 年後と 5 年後の時点との間の変化をみると、表 A に示すごとく ADL の自立度が 1 項目でも低下した低下者は ADL 指導中心群で 102 名中 3 名（2.9 %）に対し、機能訓練中心群では 102 名中 48 名（47.1 %）と退院後 1 年間よりも、更にその低下は著しく、高度に有意の差を示した。

表 A. 退院 1 年後と 5 年後の間の ADL 自立度変化

脳卒中後片麻痺患者 N = 102 × 2

	ADL 指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
維持者	99/102(97.1%)	54/102(52.9%)	P < 0.001
低下者	3/102 (2.9%)	48/102(47.1%)	P < 0.001
リハ通院回(同一年)	2.2 ± 10.4	58.1 ± 48.5	P < 0.001
年齢 (5 年後時点)	73.4 ± 13.2	72.1 ± 14.2	N.S.

2. 通院頻度

- 1) 退院直後の 1 年間における通院回数は、ADL 指導中心群の平均 8.2 ± 12.4 回に対し、機能訓練中心群では 56.1 ± 43.2 回と、ADL 指導中心群の 6.8 倍と前者に比し高度に有意に頻回の通院を行っていた。

2) 退院 1 年後、5 年後との間の 4 年間の通院回数 (外来リハビリテーション終了まで) をみると、表 A に示す如く 1 年間の平均通院回数は ADL 指導中心群の平均 2.2 ± 10.4 回に対し、機能訓練中心群では 58.1 ± 48.5 回と前者の 26.4 倍と高度に有意に頻回の通院を行っていた。なお退院直後の 1 年間と比較すると、前者では通院回数は 8.2 対 2.2 回とほぼ 4 分の 1 にも減少していたが、後者ではほとんど同じ回数であった。

3. 退院後 ADL 低下後の回復

退院 1 年後と 5 年後の間の 4 年間の ADL 低下 (一時的低下を含む) をみると、ADL 指導中心群では 30 名低下したが内 27 名は改善し 5 年後時点でなお改善していなかったのは 3 名にすぎなかった。それに比べ、機能訓練中心群では 51 名が低下し、そのうち改善者は 3 名しかなく、退院 5 年後時点で 48 名が低下したままであった。これらはいずれも有意又は高度に有意の差であった。

表 B. 退院後 1 ~ 5 年間の ADL 低下 (一時的を含む)

脳卒中後片麻痺患者 N = 102 × 2

	ADL 指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
ADL 低下者 (含: 一時的低下)	30 名 (29.4%) [100%]	51 名 (50.0%) [100%]	P < 0.01
低下後改善者	27 名 (26.5%) [90.0%]	3 名 (2.9%) [5.9%]	P < 0.001
低下後非改善者	3 名 (2.9%) [10.0%]	48 名 (47.1%) [94.1%]	P < 0.001

4. ADL 低下の原因

表 C に示すように、ADL 指導中心群と機能訓練中心群との間で、ADL 等の低下の原因のうち、肺炎時や手術後等の安静による廃用症候群や、子供と同居するための転居など生活環境の変化の影響については差は認められなかった。

しかし機能訓練中心群では ADL 低下の原因として徐々に ADL が低下している例が 29 名と (102 名中 28.4 %) 最も多かったが、一方 ADL 指導中心群ではこれが 5 名 (4.9 %) にすぎず、顕著な差が認められた。機能訓練中心群では ADL 低下への直接対応が不十分なため ADL が徐々に低下する例が多いと考えられる。

表 C. 退院時 1 ~ 5 年間の経過中における ADL 低下の理由

ADL 低下者 (含: 一時的低下)

		ADL 指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
低下理由	肺炎・手術後 等の安静	20 名(19.6%) [66.6%]	18 名(17.6%) [35.3%]	N.S
	生活環境変化 (転居)	5 名(4.9%) [16.7%]	4 名(3.9%) [7.8%]	N.S
	徐々に低下	5 名(4.9%) [16.7%]	29 名(28.4%) [56.9%]	P < 0.001
計		30 名(29.4%) [100%]	51 名(50.0%) [100%]	

5. ADL低下への対応

1) 上記3で述べたように、ADL低下後の改善率には著明な差が認められている。その改善率に影響するADL低下への対応をみると、表Dに示す通りADL指導中心群では、集中的外来リハビリテーションが30名中26名(86.7%)と最も多く、それに加えて短期入院・入所4名(13.3%)(重複例あり)によってADLを再び向上させていた。

これに対して機能訓練中心群では集中外来リハビリテーション2名(3.9%)(2名とも入院・入所も実施)と短期入院・入所3名(5.9%)にすぎず、それらによってADL低下が改善できたのは表Bに示した通り3例にすぎなかった。

2) ADL低下を契機として、集中的外来リハビリテーションもおこなわずに訪問リハビリテーションに移行した例はADL指導中心群では0名であった。一方機能訓練中心群では18名(35.3%)であり、これらは通院は困難でもあり、また機能向上は不可能とのことで訪問リハビリテーションに移行されたものである。

更に、患者・家族の判断による訪問リハビリテーションへの移行も含めリハビリテーションの自然中止例がADL指導中心群0例に対し、機能訓練中心群では28名(102名中27.5%)の多数にのぼった。

3) このように機能訓練中心群ではADL低下後の再向上にむけての適切な積極的対応がなされていなかった。機能訓練主体の対応であるため、ADL低下時もそれに対して直接ADLへの対応を行わないことがADLの改善が乏しかった大きな要因と考えられる。

表D. 退院時1～5年間のADL低下への対応

	ADL低下者(含：一時低下)		
	ADL指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
入院・入所	4名[13.3%]	3名[5.9%]	N.S
集中外来リハ	26名[86.7%]	2名[3.9%]	P<0.001
訪問リハに移行	0名	18名[35.3%]	P<0.001
ADL低下を機にリハ自然終了	0名	28名[54.9%]	P<0.001
計	30名[100%]	51名[100%]	
(内：改善者)	(27名;90.0%)	(3名;5.9%)	

重複回答を含む

6. 自宅生活継続率

1) 退院後5年間のうちに自宅生活継続不可能者はADL指導中心群では0名であったが、一方機能訓練中心群では102名中18名(17.6%)と著しく多かった。

2) ADL指導中心群における良好な成績は、新たな障害出現時に早期にリハビリテーションへの受診及び相談を行うことの徹底と、活動性低下時にすぐに活動性向上を図ったことによるところが大きかった。

まとめ：1. 機能訓練中心の群に比して、ADL指導中心の群は通院頻度は著しく少ないが、一方、能力維持及び一旦低下後の回復の効果は著明に高かった。

2. 障害のある人の長期的な能力維持及び更なる向上のためには、活動性の低下時(新たな疾患出現、入院時等)やADL低下及び生活環境の変化時に、早期にリハビリテーションに受診し、ADLへの直接的対応によって再びADLを向上させることが効果的であった。

これが必要な時期についての指導を、患者及び一般医療機関にも徹底する必要がある。

3. 機能訓練中心の外来リハビリテーションではリハビリテーション資源が有効活用されていないだけでなく、患者本人の訓練人生をつくっている危険性が高い。

4. 集中的外来リハビリテーション

外来リハビリテーションは一生にわたって専門的に対応するものであるが、その通院頻度は通常は非常に少なくてもよいものである。

しかしながら適時に集中的な外来リハビリテーションが必要となる場合もある。例えばADL低下時の改善にも、ADL訓練を中心とした集中的外来リハビリテーションが効果的であることが研究 7 などで明らかになっている。

このように効果的な集中的対応ができるためには、ADL の低下が生じたり、疾患治療の為に入院などをして活動性が低下した場合には集中的なリハビリテーションの必要性がありそして効果があることを、日頃から患者本人や家族に教育しておくことが必要である。また障害のある人や高齢者は何らかの疾患をもっている場合は多く、その際の平常の医学的管理を行っている一般医療機関とリハビリテーション外来の連携が重要である。この場合一般医療機関で活動度としての指導が行われていると、ADL 低下が早期発見され早期紹介が適切に行われやすくなる。

この集中的外来リハビリテーションでの内容は廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環形成のかなめである（この場合外来であるので、自宅生活での）している ADL を質的・量的に向上させることによる生活全般の活発化である。個別的な廃用症候への対応（筋力増強など）やスパルタ的訓練ではない。また外来リハビリテーション受診時の対応内容で廃用症候を改善させるものではない。

このような集中的外来リハビリテーションによる対応ではなく入院や入所が必要となる場合もある。但し、なるべく入院や入所が必要とならないよう、早期からの対応が必要である。

いずれにせよ廃用症候群の悪循環が起こってきた時の対応は、早急に悪循環から良循環へと転換させることであり、これは短期間で可能であるし、むしろ短期間で転換できなければ廃用症候群の悪循環が進行してしまうのである。

（参照；Ⅱ－5. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換に向けたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本

Ⅱ－6. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換のためのリハビリテーション・プログラムの具体的ポイント）

表 7 外来リハビリテーションのあるべき姿 (基本的ポイント)

	外来リハビリテーションのあるべき姿	陥らないように留意すべきこと
外来リハの目的	・ QOL 向上 (寝たきり化予防・自宅生活維持) 退院時よりも更なる ADL・QOL の向上	・ 機能維持中心
重視する障害レベル	・ 全ての障害レベルを重視するが、参加レベルの向上・維持を目的として解決法としては活動へのアプローチを重視	・ 心身機能、特にマイナス面の機能障害重視
廃用症候群への対応	・ 寝たきり化予防への要として廃用症候群の悪循環の予防・改善を重視 ・ 生活全般の活発化重視 (生活の具体像の重視) (歩行・立位姿勢での ADL 実施が鍵) ・ 活動度による詳細な指導	・ 個々の症状に対する機能障害レベルでの対応 (時には誤用・過用の危険あり) ・ 受診時を中心とした対応 (自宅での具体的な生活の仕方の指導は乏しい)
PT・OT のアプローチ	・ ADL レベルの向上が中心 (身辺 ADL に限定せず) ・ ADL の普遍化 (環境限定型自立にとどめないでどこでもおこなえる ADL へ) ・ 自己訓練の指導	・ 基本動作訓練・模倣的動作主体 ・ グループ訓練 ・ 自己訓練指導の不徹底 (自主トレの名のもとに不適切な訓練を放置している場合が多い)
評価の重点	・ 実生活でのしている ADL の評価を重視 (詳しい聴取等による) ・ ADL 全般 (身辺 ADL のみではなく) (特に参加との関係で分析) ・ 自宅内生活だけでなく、地域社会での ADL 状況を重視 ・ 大まかな自立度のみでなく、姿勢・動作・使用用具などの細部を重視	・ 機能障害・模倣的動作偏重 ・ 大まかな自立度のみでの評価
チームワーク	・ 協業 (チーム全体としての共通の目標・プログラムを設定した上での役割分担) ・ 患者本人・家族もメンバーとして位置づける ・ 一般医療機関との連携重視	・ 分立的分業 (各職種の個々の目標・プログラムの総和のみで共通の目標・プログラムなし) ・ 患者は受身的な存在
入院リハと外来リハの関係	・ 外来リハが基本 (理由: 自宅は実際の生活の場 入院中の環境は極めて制限されたもの) ・ 必要に応じて短期集中的入院リハと組み合わせる (外来リハではリハ効果不十分な場合)	・ 入院リハ至上主義 (外来リハはその後の機能維持) (外来リハでの向上は不可能と考える)
通院頻度	・ 受診回数は少ないが 1 回に濃厚な指導 ・ 必要に応じて短期集中的外来リハ (退院直後・社会活動範囲拡大目的、活動度・ADL 低下時)	・ 長期頻回 ・ 通院困難となれば回数減少、自然終了
長期経過	・ 一生にわたって、必要時のリハ的対応を一般医療機関と連携して行う [一般医療機関からの、ADL 低下時等の早期のリハへの紹介を促進する必要あり]	・ 訓練人生を生む危険 ・ 長期入院・施設入所者増加 ・ 自宅生活維持困難 (再入院・入所等の増加)
患者へのリハについての教育	・ 主体的参加の促進 ・ リハ自体についての理解の促進 ・ 予後 (疾患だけでなく障害の全ての側面についての) 詳しい説明 ・ リハ (再) 受診時期の教育	・ リハについての説明が不十分であり、誤解を正さない

〈註〉 ADL: 身辺 ADL だけでなく「ICF: 国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

Ⅵ. 廃用症候群の悪循環形成の予防における一般医療機関の役割

リハビリテーションはふつう、リハビリテーション施設があり理学療法士・作業療法士などの専門従事者がいる病院・施設で行うもので、一般医療機関の役割は小さいと考えられがちである。しかしこれは大きな誤りで、実はリハビリテーションにおいて一般医療機関の果たす役割は非常に大きい。中でも寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善の成否は、一般医療機関でのとりくみのいかんによって大きく左右されるといっても過言ではない。

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善にむけた一般医療機関におけるリハビリテーション的対応のポイントを表8にまとめた。特に活動度指導という特別な設備を要しない方法を、核として用いることによる寝たきり化予防・改善の効果が大きく期待される。

表8の内容を以下に簡単に説明する。

1. 廃用症候群の悪循環についての十分な認識をもつ

軽微な原因による活動性低下が廃用症候群の悪循環形成の契機となり、寝たきり化の原因となることを防止することがまず第1である。例えば風邪や目・耳などの小手術の後ですら、病気の時は安静という患者や家族の思い込みから不必要な安静を取りすぎてしまって廃用症候群の悪循環をつくってしまうことも少なくないので、必要最低限の安静ですむように活動度の指導をする。

廃用症候がまだ顕在化していなくとも、安静を指示していたり生活の活動性が低下していれば廃用症候群は必発だと考え、その改善にむけて活動性を向上させるように活動度の指導をする。

また、徐々にADLが低下した場合はその低下は不可避のもの（例えば、高齢だからADL低下は仕方ない、疾患や障害があるから仕方ない）と考えずに、廃用症候群の悪循環によるADL低下の可能性を考えなければならない。

このような廃用症候群の悪循環およびそれを生む因子や促進因子（参照；表1、11頁）に敏感になり、その存在が発見された場合は詳細な活動度の指導による活動性の向上や必要に応じて専門的リハビリテーション施設への早期の紹介を考慮することが重要である。

そして廃用症候群自体についての認識として重要なことは、これはあくまでも廃用を共通の原因として全身の機能が低下した症候群であるということである。そのため個々の廃用症候にだけとらわれたり、そのみへの対応で不十分なものになってしまうことに十分気をつけなければならない。

（参照；Ⅱ－3. 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子）

表 8 一般医療における寝たきり化予防にむけたリハビリテーション的対応のポイント

—廃用症候群の悪循環の観点から—

1. 廃用症候群の悪循環についての十分な認識をもつ

- 1) 活動性低下によって廃用症候群は必発であることの認識が重要
- 2) 廃用症候群を生む因子・促進因子に敏感である
(参照；表1 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子, 11 頁)
- 3) 加齢や既存の機能障害による不可避な現象と誤らない
- 4) 個々の症候への対応のみにとどめず、症候群としての全体への対応が重要

2. 活動度の指導—生活全般の活発化にむけた定期的指導

- 1) 安静（活動度制限）指示後には意識的に活動性向上をはかる
- 2) 活動性向上にむけた意識的指導（社会生活範囲の積極的拡大を含む）を行う
- 3) 活動性低下の早期発見とそれに対する早期対応
- 4) 生活活動性向上の重要性に関する患者本人・家族への教育の面をもつ

3. 活動度向上にむけた疾患管理

- ・ 安静が基本でなく、活動性を向上できるような疾患管理

4. 専門的リハビリテーション施設との連携—急性疾患・運動障害以外でも

- 1) 廃用症候群が主な場合における、リハビリテーションの必要性・効果の認識が重要
- 2) ADL 低下時の早期紹介
- 3) 活動度低下時の早期紹介
- 4) 本人・家族へのリハビリテーションについての正しい指導

5. 一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーション技術の普及

- 1) 活動度の指導
- 2) 急性発症疾患（例：脳卒中、骨折）での急性期リハビリテーションの早期開始
 - ・ 廃用症候群予防が最大の目的
 - ・ これにはリハビリテーションを専門としない医師と看護職だけでも可能なものが多い

6. 患者・家族への指導

- 1) リハビリテーションについての正しい指導
 - ・ リハビリテーションとは機能回復訓練との誤解が強いことを前提とし、その誤解をとく
- 2) 廃用症候群の重大さについての指導
- 3) 過介護にならぬように指導

〈註〉ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

2. 活動度の指導—生活全般の活発化にむけた指導

高齢者、障害のある人・疾患をもつ人について廃用症候群の悪循環の予防・改善のかなめ要である生活全般の活発化を、安全で十分にはかるためには、漠然とした生活指導ではなく、厳密な活動度指導が有効である。

生活全般の活発化にむけての活動度の定期的指導は、同時に、活動性低下の早期発見と早期対応（含：専門的リハビリテーションの対応の必要性の発見）および、病気だと安静と思いがちな患者・家族に対する生活活動性の重要性に関する教育の面からも非常に効果的である。

なお入院リハビリテーション、外来リハビリテーション、通所リハビリテーションなどが行われていても、生活全般の活発化にむけた指導が行われていない場合は多く（参照；研究5，6）、訓練以外の時間は活動性が非常に乏しいことが決してめずらしくない（参照；研究6）。そのため、リハビリテーションを実施している場合にも、それらの実施機関と連携して活動度の指導することが必要である。（参照；Ⅳ．安静度ではなく活動度の指導を）

3. 活動性向上にむけた疾患管理

廃用症候群や合併疾患の症状は、活動性が低い時には明らかでなくても、活動性が向上すると出現してくることがある。たとえば慢性閉塞性肺疾患患者で活動性が向上すると呼吸困難が増強する場合、症状が出現しない範囲内に活動性を制限するのでなく、むしろ活動度を向上させることを目的として疾患面の積極的な管理をすることが寝たきり化予防のためには望まれる。

このように活動度向上にむけての疾患管理の観点からも、一般医療機関と専門的リハビリテーション施設との連携は重要である。

4. 専門的リハビリテーション施設との連携

廃用症候群が顕著になってはじめて専門的リハビリテーション施設に紹介となったり、さらには専門的リハビリテーションの関与なしに寝たきり状態・要介護・要支援状態になってしまっていることも少なくない。このように専門的リハビリテーション施設と一般医療機関との連携が有効に機能していない場合が多いのが残念ながら現状である。

しかし専門的リハビリテーションが必要な場合には、できるだけ早期に紹介されるほど短期間で確実に改善が可能である。身辺 ADL に問題が生じる以前から、たとえば外出範囲に制限が生じるなどの ADL 低下や生活活動性の低下が生じはじめてきたならば、それに対して活動度向上の指導を行うが、それだけでは十分には対応できないような場合には、早期にリハビリテーション施設への紹介をおこなう。

なおこのようにリハビリテーションとの連携をとる際、それまでに一般医療機関で活動度がどのように指導されそして低下してきたかを具体的にリハビリテーション側へ提示されれば、生活全般の活発化にむけたリハビリテーションの指導は効率よくでき、効果的な連携ができる。

一般医療とリハビリテーションとの連携がまだ十分にはおこなわれていない理由としては、一般医療機関のリハビリテーションについての理解が不十分なだけではない。リハビリテーション側もその技術が廃用症候群の悪循環の予防・改善に役立つことを、一般医療機関に実際の事例を通じて認識してもらえるように一層の努力が必要であろう。

5. 一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーション技術の普及

一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーションもある。

まず活動度の指導は、寝たきり化を防ぐための一般医療機関でのリハビリテーション技術の根幹といえよう。しかし現状ではまだ不十分なために、本来なら専門的リハビリテーション施設が関与せずに一般医療機関だけで廃用症候群を予防・改善できていたはずの人が、問題が深刻化してしまって結局は専門的リハビリテーションが必要となってしまうことが少なくない。

次に脳卒中のような急性発症疾患の早期リハビリテーションがあり、これは廃用症候群の予防が最大の目的といってよい。疾患管理と並行して早期から、体位交換や関節可動域訓練そして早期座位開始などの急性期のリハビリテーションを行うべきであるが、これは必ずしも理学療法士・作業療法士などがいなくても医師と看護職だけでも行うことのできる内容も多い。

6. 本人・家族への指導

一人ひとりについての寝たきり化予防が十分に達成され、またそれにむけてリハビリテーションの資源が有効活用されるためには、一般医療機関の廃用症候群の悪循環の予防・改善にむけた対応とともに本人および家族自身の廃用症候群についての十分な認識が不可欠である。

しかし現状では本人・家族は病気であれば安静と思っている場合が多いなど、廃用症候群および廃用症候群の悪循環についての認識は不十分であり、寝たきり化が促進されている。またそれに関係することとして介護も被介護者にとって安楽な方法が一番と考えられ、過介護になってしまっている危険性も高い。

また寝たきり化予防のリハビリテーションとは筋力増強訓練やスパルタ的訓練と誤解され、本来あるはずのリハビリテーションの適応がないと誤解されてしまい十分に活用されていない場合

も少なくない。

このような現状を前提として、本人・家族への廃用症候群の悪循環とリハビリテーションの両者についての一般医療機関での正しい指導が必要である。

(参照；Ⅷ．寝たきり化予防・改善についての一般社会への啓発の重要性)

Ⅶ. 寝たきり化予防・改善についての一般社会への啓発の重要性

—生活全般の活発化は明るく活動的な長寿社会の鍵—

つくられた寝たきりのプロセスである廃用症候群の悪循環形成による寝たきり化が現在大きな問題であるが、その予防・改善のためには、リハビリテーション・一般医療のみでなく、保健・介護・福祉等の専門的な対応の更なる向上が求められていることは、これまでに述べた通りである。

しかしそれと同時に重要なのは、一般社会の人々に対しての、寝たきり化の原因としての廃用症候群および廃用症候群の悪循環、そしてそれを予防・改善するリハビリテーションについての正しい理解の啓発である。そのような啓発によって、本来ならば寝たきりにならなくてすんでいたはずのつくられた寝たきりを防ぐことが可能となるとともに、一層の健康増進も可能になると期待される。

これまでも述べてきたように、寝たきり化の原因である廃用症候群や廃用症候群の悪循環の重要性についての認識が不十分なために、たとえば「病気だと安静」だと思って廃用症候群の悪循環を生じたり、「年寄りだから、足腰が弱っていくのは仕方ない」と思ってしまい積極的に活動性向上や専門的リハビリテーションの正しい活用がなされずに寝たきり化に向かっている場合は多い。

また、寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善へのリハビリテーションの効果が高いことが必ずしも一般社会の人々に広く知られているとはいえない。リハビリテーションという言葉や、その必要性・重要性については一般社会に漠然とは広く知られるようになってきたが、残念なことにその本質や具体的内容が十分に理解されているとはいえず、誤解されている場合が少なくない。

特にリハビリテーションは機能回復訓練と誤解されているために「機能回復が見込めない人にリハビリテーションを行っても仕方ない」と思われて、専門的リハビリテーションへ紹介されないままに寝たきり化への道に入ってしまうことが少なくない。また具体的なリハビリテーションの内容についても、例えば杖や装具に頼ると機能回復が妨げられると思込んでしまっ使用しないためにADLが自立せず、そのため生活活動性が不十分な状態にとどまって、廃用症候群の悪循環を進行させてしまっているなど、結局寝たきり化を促進している場合も多い。

しかし、本来のリハビリテーションは機能回復訓練ではなく、ADL訓練（杖・装具などの補助具の積極的使用を含む）によって身辺ADLを含む活動の自立を達成し、その結果QOLの高い生き甲斐のある人生を実現するものであり、寝たきり化および要介護・要支援の予防・改善において

も大きな役割を果たすものである。

国や自治体においてはこれまで「寝たきりゼロの十か条」を作るなど啓発に取り組んできているが、更なる具体的な普及啓発が望まれる。

特に一見健康な高齢者においても、潜在的に廃用症候群の悪循環がはじまり徐々に進行している場合は少なくないので、生活の活発化を中心とした寝たきり化予防・改善の具体的方法等を普及することは非常に大きな意義をもつ。

そしてこれは単に寝たきり化および要介護・要支援状態の予防・改善に役立つだけでなく、本報告書の冒頭で述べたように、積極的な健康増進とADL・QOL向上に役立ち、健康で活力ある長寿社会の建設に貢献することができよう。

VII. おわりに

以上寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防と改善に向けての具体的アプローチのポイントについて、多数の研究を通じての根拠を示しつつ論じてきた。

また本書で述べた基本的な考え方やプログラムは、健常高齢者の一層の健康増進、ADL・QOL向上にも役立つものであることの認識も重要である。

これらはすべてリハビリテーションの本来の理念である全人間的復権（人間らしく生きる権利の回復）の達成のために必要なことであり、リハビリテーション従事者の責任は非常に重い。

その際、リハビリテーション医療に直接関与する専門職はもとより一般医療・介護・福祉等の専門従事者による、十分な専門的知識と技術による取り組みと、相互の連携が必要である。

そして同時に本人・家族の、リハビリテーションについての正しい理解にもとづく積極的関与がなければ、個々の患者・障害のある人の最良のQOL向上は実現できず、またリハビリテーション・システムも有効には機能しない。

その意味で、この報告書がリハビリテーション関係者だけでなく、地域リハビリテーション・システムを構成する一般医療・介護・福祉・行政関係者・ボランティア、そして本人・家族、更には広く一般社会の人達によっても理解・活用されることを期待したい。

事例 1：居室棟での 50 メートル連続歩行が可能なので歩行での居室棟生活を許可したところ、整容や排泄時に転倒したため車椅子生活に戻そうとした。しかし実用歩行訓練と立位姿勢での A D L 訓練によって、歩行での居室棟生活が安全に自立し、自宅退院できた 82 歳右片麻痺男性。

[経過]

妻（75 歳）と同居。脳梗塞による右片麻痺を生じて脳神経外科病院に救急車で入院。入院 10 日目に理学療法を開始し、発症 70 日目には理学療法室内を T 字杖を用いて連続 50 メートルは歩行可能となっていた。しかし同居している妻は腰痛症があるので、妻だけで自宅で介護することは困難であろうと考えられ、自宅に直接退院するのではなく、もう少し状態を改善させることを目的として老人保健施設に入所となった。

入所後居室棟の移動は歩行で行ってもらうことになった。その理由は、入所直前には 50 メートル連続歩行が可能になっていたこと、入所前の病院の病棟に比べ、老人保健施設は廊下や洗面所・トイレなどが広いこと、歩行が不安定な人に対しても職員や入居者同士が十分に注意を払っていると思われたこと、そして居室棟の廊下での歩行を試みたところ T 字杖で廊下（25 メートル）の往復歩行が安定して可能であり、一方洗面所までの距離は 5 メートル、トイレまでは 10 メートルと短いからであった。

しかし実際には入所後 1 週間の間にこの男性は洗面所に行く際に転倒しそうになったり、トイレへの歩行中に実際に転倒したりした。そのためスタッフの中からは、居室棟での歩行を許可するのはまだ早く、もっと歩行が安定するまでは車椅子生活に戻すべきだろうとの意見が出た。

そこで、なぜ転倒したのかを詳しく検討したところ、ベッドから洗面所まで洗面用具等を入れた袋を持ちながら歩く際には、袋が揺れるために T 字杖の保持が困難となって転倒しそうになることがわかった。またトイレに行く際には、尿意がでてから急いでトイレへ行くので余裕がないこと、更に健側の片手で T 字杖を握りながらドアを開けるので、ドアの動きとともに姿勢が不安定になって転倒したことが明らかになった。

そこで理学療法士・作業療法士が、訓練室ではなく居室棟での歩行や A D L の評価と指導を行うことになった。その結果例えば洗面用具等を入れる袋は底面が平たい小さなビニール製のトートバックに変更し、T 字杖はこのバックを持って安定して歩行できるウォーカーケイン（握り手の下にある横バーの上にトートバックの底面をおくと歩行中もバックは揺れない）に変更した。そして歩行は、トイレや洗面所などの実際の場所で、ウォーカーケインの一步毎の置き方まで含めて細かな方法を指導した。また歩いていった先で整容や排泄を立位で行うことが安全に行えるような指導を

行った。これらの対応によって洗面所やトイレも含めて居室棟での歩行が、安全に実行できるようになった。

そして外泊を行って自宅近くの公園まで歩行が可能なことを確認した上で、入所 70 日目に自宅に戻った。退院後は、更に歩行範囲も拡大している。

[まとめ]

1. 「歩行が不安定であれば、車椅子の使用」と直結すべきではない。実用歩行が安全に行えるように十分に専門的対応をしているかどうかをまず検討すべき。

歩行が自立することは「寝たきり化」を予防・改善する大きな要であり、車椅子を使用するか否かは十分に慎重に考えなければならない。

その際、歩行が不安定だからといって心身機能（旧；機能障害）レベルへの対応である基本動作としての歩行訓練やまして筋力増強訓練や麻痺の回復訓練などを行うのではなく、リハビリテーションの基本技術である活動（旧；能力障害）レベルへの直接的対応が十分であることを反省すべきである。本事例でも T 字杖をウォーカーケインに変更し、それを用いた実用歩行訓練によって安全な歩行が可能になっている。

2. 実用歩行とは、歩行と目的行為と一連のものとして捉えるべきもの。

歩行はただ歩くだけが目的なのではない。例えばトイレまでの歩行は、人の行き交う廊下をトイレまで行き、トイレのドアを開閉し、体の方向を転換して排泄し易い位置に足を置くという一連の行為である。この一連の行為ができてはじめてトイレまでの歩行が自立したといえる。なお廊下の歩行よりも、それ以降のトイレ個室の細かな歩行の方がはるかに難しいものである。

また整容時の歩行のように、目的行為のために必要な用具（洗面用具等など）を持つことも必要で、そのことへの配慮も含めた指導が重要となる。

3. 基本動作と A D L は全く異なる。

病室・居室棟で歩行評価・訓練を行っても、それが単なる廊下歩行のような基本動作であれば、それは理学療法室での基本動作評価・訓練と大差なく、実際の生活に密着したものとは言えない。本事例のように、基本動作（廊下歩行）の評価のみで「している A D L」の許可内容を決めるのは危険である。

事例 2：長下肢装具（LLB）とウォーカーケインを活用した、PT・OT による病棟 ADL 訓練と、介護歩行および立位姿勢での ADL 実施介護で、車椅子自立状態を経ずに主婦として復帰できた 74 歳右片麻痺女性。

[経過]

長男夫婦と孫（小学校 3 年生、小学校 1 年生）と同居。嫁は勤めているため、家事は患者本人が行っていた。

脳梗塞による右片麻痺を発症し、救急車で救急病院に入院した。入院時意識障害が「桁であったが発症 5 日目から理学療法としてベッド上での関節可動域訓練が開始され、意識障害が軽減しはじめたのでベッドのギャッチアップが 10 日目から開始された。16 日目から車椅子乗車を開始し、車椅子での座位時間を延長していき、20 日目に車椅子とトイレやベッドとの間のトランスファー（移乗）、また車椅子駆動の訓練が始められた。

そして長期間リハビリテーションが必要だろうと判断され、発症 25 日目にリハビリテーション専門病院へ転院した。なお転院直前には平行棒内を装具を使用せずに体を支えられながらどうにか 3 メートル歩ける程度であった。

リハビリテーション病院の入院時の診察で、将来的には屋外歩行自立と診断され、すぐに病院の備品の長下肢装具（LLB）を装着しウォーカーケインを用いての病棟の洗面所までの歩行訓練が理学療法士によって開始された。同時に作業療法士によって、病棟で行なう様々な身辺 ADL についての指導が開始された。その際、転院前の病院でのような車椅子座位やベッド上腰かけ座位姿勢で ADL を行なうのではなく、例えば洗面や歯みがきのような整容も、長下肢装具を装着しての立位姿勢で洗面所で行われた。

これまで患者本人・家族ともにリハビリテーションとは訓練室で行うものと思い込んでいたもので、このように病棟での ADL 訓練が主体となることにびっくりした。

転院 10 日目には本人用の LLB が完成し、それとウォーカーケインを用いて看護婦の介護で洗面所まで歩いていくとともに立位姿勢で洗面を行うことが可能になった。そして 16 日目には立位姿勢での整容、18 日目には病棟トイレまで歩行していったの排泄が自立した。

一方、転院 14 日目にはウォーカーケインと LLB を装着しての調理台の伝い歩きの訓練を理学療法士が開始し、また作業療法士が立位姿勢での調理の訓練を開始した。本人は家事ができないとすれば、嫁への負担が大きくなるので迷惑をかけてしまうと大変心配していたが、立位姿勢での調理訓練が始まったことで、将来家事も自立するだろうと思えるようになり、心理的にも落ち着いた。その後調理以外の家事の訓練もすすめていった。

25 日目にはウォーカーケインと L L B で屋外歩行訓練を開始した。60 日目には L L B を両側金属支柱付短下肢装具に変更した。

転院 90 日目に自宅退院し、発症前と同様に家事は患者が主となって行っている。その後毎週 1 回の外来通院を 4 回行った後は、2 カ月に 1 回の外来リハビリテーション通院で、身辺 A D L の普遍化と家事・外出その他の社会参加面の向上をはかっている。

[まとめ]

1. 「歩行が不可能であれば、まず車椅子を用いて自立させる」と考えるべきではない。

予後予測にもとづいて将来歩行自立と予測された場合は、車椅子自立の段階を経る必要はない。特に高齢者ほど車椅子自立であってもその期間に廃用症候群が進行してしまうので、実生活において（すなわち「している A D L」として）車椅子自立よりも介護による歩行や立位姿勢での A D L 実施を重視すべきである。

2. 病棟での A D L 訓練の重要性。

理学療法・作業療法は訓練室で行うのが基本ではなく、本事例のように実用歩行訓練・A D L 訓練を、実際の生活の場（入院中であれば病棟）で行うのが基本である。

例えば 2000 年 4 月に新設された回復期リハビリテーション病棟は、病棟を「リハビリテーションを集中的に行なうための病棟」と規定している。

3. 身辺 A D L が自立した後に A S L などの“活動”向上訓練を開始するのではない。

患者の人生の中での優先順位によって活動（旧：能力障害）訓練プログラムの優先順位は異なってくる。身辺 A D L が自立することが、家事などの A S L（activities of social life）やその他の活動の訓練開始の前提では必ずしもない。

4. 介護を安全にできるためには「できる A D L」としての十分な対応が必要。

「している A D L」として安全に介護できるためには、「できる A D L」として理学療法士・作業療法士の十分な対応がなされていることが前提である。本事例のようなウォーカーケインと L L B を用いなければならないような高い介護技術が求められる場合はその典型例である。

事例 3：通常の立位姿勢用の洗面台使用と装具を活用した立位姿勢での A D L 実施訓練で、車椅子生活から脱却できた 80 歳男性。

この事例が、車椅子用設備に全面改築予定であった病棟を、むしろ従来の洗面台やトイレ等の設備を残し、「寝たきり化」予防のために活用する契機となった。

[経過]

妻（75 歳）と二人暮らし。

脳梗塞による右片麻痺を発症。一般病院の内科病棟に入院し、発症 5 日目からベッドのギャッチアップ、15 日目から車椅子座位・介助移動が開始された。25 日目には病棟トイレまで車椅子を自力駆動して移動し、便座へのトランスファー（移乗）も自立した。

理学療法が発症 5 日目から始まり、20 日目から平行棒内歩行訓練が開始され、その後理学療法室での手離し歩行や T 字杖を用いての歩行訓練が行われ、30 日目には T 字杖を用いて連続 40 メートルは歩行可能となったので、整容は病室の隣にある車椅子用洗面所まで歩行を看護婦が見守りながら行なってもらうことになった。

ところが、歯みがき中に洗面台に上体ごと倒れこんだり、床に落ちた歯ブラシをとろうとしゃがみこんで尻もちをつくことが起きた。介護するのはとても難しく危険なので車椅子生活に戻すべきではないかと意見がでた。しかし詳しく検討してみると、歯ブラシをとろうとして尻もちをついたのは、歯ブラシを洗面台におく位置を指導していなかったことや、また床に落ちることは当然予測されることであるにも関わらず、その場合にはどうすべきかを指導していなかったことが原因と考えられた。

そこで作業療法士が整容動作を立位姿勢で行う訓練を開始し、それによって立位姿勢で洗面を行おうとして前かがみになると膝が折れてしまいそうになるため体幹を前に倒れこむことで転倒するのを防いでいることや、顔を洗って歯を磨くという一連の行為を行っているとき疲労が強くなり立位姿勢を保つことが難しくなっていることが判明した。そこで車椅子用の洗面台では膝折れがしやすいために、病室から 20 メートルほど離れている通常の洗面台（下が車椅子用のように空いておらず、膝をもたれかかることができる扉があるため膝をついて支えることができる）で立位姿勢での整容訓練を開始した。

同時に杖・装具類についても再検討した結果、T 字杖を用いなくても両側金属支柱付短下肢装具（S L B、本人用完成までは病院の備品を使用）を用いると、先に T 字杖だけ用いていた場合よりも、立位姿勢での A D L 実施も歩行もより安定することが判明した。そこで S L B を用いての病棟 A D L 訓練や実用歩行訓練を行ない、1 週間後には歩行介護や立位姿勢での A D L 実施の介護が看

護婦だけで安全に可能となり、1週間後には介護は不要となり自立した。また屋外歩行も自立し、入院 60 日目には自宅退院した。

実はこの病棟は、車椅子用トイレや車椅子用洗面台が1ヵ所にしかなかったが、最近高齢の入院患者が増加してきたので、トイレや洗面台などを全て車椅子用に変更する計画が決まっていた。しかしこの患者さんの成果をもとにして、病棟を車椅子用へ改造することは中止になった。そしてその後通常の立位姿勢用洗面台を、歩行や立位姿勢でのADL実施の早期開始に生かすようになり、また和式トイレや開きドア等も退院後の活動能力向上のための訓練の場として積極的に生かすようになった。

[まとめ]

1. 車椅子生活から脱却するためには、実用歩行の自立とともに立位姿勢でADLが実施できることが不可欠である。
2. 車椅子用設備は立位姿勢でのADL実施にはマイナスとなる。

本事例の洗面台のように、車椅子用の設備は、車椅子使用者にはよくても、逆に立位姿勢で実施する際にはむしろマイナスになることが多い。歩行やADLを立位姿勢で行うことの早期自立のためには、またそれに向けた「自立をめざす介護」を安全に行なえるためには、車椅子用でない、立位姿勢でADLが行い易い設備が有用である。

3. 装具・歩行補助具の適応は実生活での歩行やADLを向上させることを目的として決める。

装具や歩行補助具は歩行だけでなく、ADL（特に立位姿勢での実施）の自立のためにも活用すべきである。その必要性の判断は訓練室歩行や模擬的ADL動作（これはADLそのものではなく心身機能レベルの「基本動作」にすぎない）ではなく、実生活での「しているADL」能力の評価を役立てるべきである。

事例4：車椅子用に自宅改造をすすめられたが、自宅環境を具体的に想定した、伝い歩きやもたれ立位でのADL実施訓練で、自宅改造をせずに自宅退院ができた74歳男性。

[経過]

妻（72歳）と二人暮らし。妻は高血圧があり、また両膝関節症のために屋外移動時にはT字杖を使用している。

脳梗塞による左片麻痺を生じ、救急病院に入院して脳外科病棟に入院後、翌日から病室での関節可動域訓練が開始された。発症25日目から平行棒内歩行を開始し、30日目には車椅子駆動と車椅子座位での病棟内ADLは自立した。70日目に訓練室内歩行を介助して10メートル程度は可能となった。しかし、「高齢で、麻痺も重度であり左側無視もあるので歩行は自立しないだろう」、「自宅に退院したいのであれば、和式（掘りこたつ式のテーブル）の居間や寝室（布団で寝ている）、トイレ、洗面所、ドア、玄関等を車椅子で生活しやすいように改造する必要がある」、「仮に、ある程度歩けるようになったとしても、車椅子用に改造しておく方が障害物も少なくなって広くなるし歩き易い」と説明を受けた。

しかし、車椅子生活になってしまっただけでは妻との二人暮らしを続けるのは難しいのではないかと、子供たちが心配して、もう少し入院リハビリテーションができないかと考え、発症75日目に、リハビリテーション専門病院に転院することになった。するとこの病院では、入院時に持参するように指導されていた自宅の見取り図や写真を見ながらなされた入院時の診察で、屋外は少なくとも介護者と一緒であれば安全に歩行可能であるし、また自宅内も歩行で自立するので改造は必要ないと説明された。自宅は狭いが廊下やトイレは狭い方がかえって伝い歩きやもたれかかることが容易にでき、むしろもたれ立位で行なう方が安定しておこなえるなど、狭いことを不安に思っていた環境がむしろプラスに作用することも判明した。また和式トイレや立ち便器の使用、そして入浴もちゃんとADL訓練をすれば自立するといわれた。また両側金属支柱付短下肢装具およびウォーカーケインを病棟内移動のために用いることになり、入院当日から病院備品のそれらが本人に貸し出された。

そして理学療法士と作業療法士によって、病棟での実用歩行と立位姿勢でのADL実施訓練が開始された。これは前の病院が訓練室でしか訓練を行なわなかったことと対照的だったので大変驚いた。しかし看護婦と理学療法士・作業療法士とが介護方法について綿密に打ち合わせをした結果、入院翌日から「しているADL」としても介護歩行や介助による立位姿勢でのADL実施が始まった。そして訓練室では、自宅の構造を想定して配置された畳やじゅうたんの上の家具や壁の伝い歩きや、立ち上がり、和式トイレ使用、ふとんの使用など自宅生活を想定してのきめ細かい訓練を、

自宅生活を想定して装具は装着せずに行なった。

そして入院 80 日後に自宅退院した。結局全く自宅改造の必要はなく、家具や壁に退院当初は頻回にもたれたりつかまって歩行や立位ADLを行なっていたが、段々とその必要も少なくなっている。その後外来リハビリテーションに月 1 回通院し、更にADLの普遍化（「どこでもおこなえるADL」とすること）や社会生活範囲を拡大させている。

[まとめ]

1. 環境改造の前に、その環境を具体的に想定したADL訓練が十分に行なわれているかどうかを考える。

本事例では自宅環境を想定したきめ細かいADL訓練を行うことによって、自宅改造を行なう必要はなくなった。

もし車椅子用に自宅改造をしていれば、それによって本人の歩けるはずの能力を車椅子レベルにとどめてしまうことにもつながる。

2. リハビリテーション開始時から患者毎に異なる退院後の生活のプログラムを組む。

本事例では転院時に自宅を想定した対応が開始されたが、本来リハビリテーション開始時から退院後の生活を考えてリハビリテーション・プログラムを個別的・個性的・具体的に組むべきである。一つひとつのADLのやり方にも多種多様な方法があり、その中でどれを目標と設定して訓練するかは、患者一人ひとりによって大きく異なるからである。

3. 伝い歩き、もたれの活用の必要性。

従来ほとんど無視されてきたが、実生活では伝い歩きやもたれを活用することが起居動作やADLの安定化に非常に効果的である。特に訓練初期こそ有効性が高いので、早期からよく指導すべきである。

事例 5：3 年前に脳卒中片麻痺を発症し、車椅子自立生活を送っていたが、(車) 椅子からの立ち上がりや平行棒内歩行も不安定になっていった。「年のせいで 仕方がない」と言われていたが、集中的な短期入院リハビリテーションをおこない、下肢装具と歩行補助具を変更した A D L 訓練で、屋外歩行までも可能となった 84 歳女性。

[経過]

夫と死別後単身生活であったが、3 年前に脳梗塞による左片麻痺を発症し、一般病院に 42 日間入院後、リハビリテーション専門病院に 6 ヶ月間入院し、車椅子生活としては自立したが、歩行は理学療法室内でだけ行われ、プラスチック製の靴べら式装具と T 字杖を用いて数メートルはどうか一人で可能な状態にとどまった。

そこで自宅での単身生活の継続は困難と判断して、病院から直接有料老人ホームへ入所した。退院時にリハビリテーション病院からそのホームへの申し送りはなかった。入所後は車椅子で施設内生活は自立し、簡単な食事の自炊もしていた。そしてほぼ毎日、平行棒内歩行をその時だけは靴べら式装具を装着して職員に見守ってもらって行っていた。

しかし入所 12 ヶ月目頃から平行棒内歩行が不安定になり、また車椅子からの立ち上がりも難しくなってきた。そこでそのホームの人たちにも相談したが、「段々と悪くなっていくのは年だし、片麻痺があるのだから仕方ないだろう」また「十分なりハビリテーションを既にうけているのだし……、これ以上やることもないだろう」といわれ、本人自身もそういうものだろうかと思っていた。

しかし、車椅子から立ち上がろうとした際に右足首を捻挫したために病院を受診したところ、これは内反尖足（足の裏が内側に向かうように反り、足先が下をむいている）のために足底がきちんと接地していなかったために生じた捻挫であるということ、また立ち上がりや歩行が難しくなっているのもこの内反尖足が進行していることが主な原因であり、そして本来ホームでの歩行は自立するはずと診断された。そのため短期間入院してリハビリテーションを行なうことになった。

そこで 3 ヶ月間入院し、両側金属支柱付短下肢装具に変更し、ウォーカーケインを用いて病棟 A D L 訓練と実用歩行訓練を行ない、屋外歩行も可能となってホームに戻った。

ホームに戻った後も歩行距離はむしろ増加している。足関節の内反尖足を予防・改善する関節可動域訓練を自己訓練として自分自身で一生続けるつもりで行なうように、また両側金属支柱付短下肢装具を一日中装着しておくことは内反尖足の進行を予防するためにも効果的だと指導された。退院後も年 1 ～ 2 回は外来受診をするように、そして状態に変化が生じた場合は早急に連絡するように指導された。ホームでのかかりつけ医には「活動度」の指導内容についての申し送りもあった。3 年前にうけたリハビリテーションは訓練室で訓練の時間帯だけしか実施されなかった。一方今回

は病棟でのADL訓練がほとんどであり、理学療法士や作業療法士も早出や遅出をして、生活の時間帯にあわせて早朝から夜間まで訓練しており、また退院後に行なうべき内容もきちんと書いて指導している。同じリハビリテーションといってもその内容に大きく差があることにびっくりした。

[まとめ]

1. 介護の必要な人にはリハビリテーションの必要はないかと考えるべき。

介護が必要ということはADLなどの活動レベルに障害があることである。

この活動レベルを向上させる専門的技術（例：ADL訓練）はまさにリハビリテーション医療の最も基本となる技術である。活動レベルが低下した際は仕方ない考えるのではなく、ADL訓練などの活動能力向上訓練によって向上できないかを検討する。

2. 障害像の変化に対するリハビリテーションの必要性(一生にわたる専門的フォローの必要性)

一度リハビリテーションを行なっていれば、その後は必要ないということではない。障害像の変化や社会的活動範囲の拡大による新たな要望の出現などによって、新たな必要性が生じることがある。特に高齢者は加齢の影響による障害像の変化が多く、一生にわたって専門的なフォローをすることが望ましい。但しこの場合は年1～数回の頻度（電話による相談・指導を含む）を基本として、頻回の訓練という意味ではない。

3. 自己訓練の指導の徹底

脳卒中片麻痺で生じた内反尖足に対する関節可動域訓練はほぼ一生継続しなければ、拘縮・変形は進行してしまうものであり、それによって本事例のように歩行や立ち上がりも困難になる。

このような方法・手技は本人（不可能な場合は家族）で十分に安全な方法を自己訓練（本人が自分の判断で自由に行なう自主訓練ではなく、きちんとした指導のもとに行うもの）として指導して毎日頻回に行なう方が、治療者が限られた機会だけに行なうよりも効果的である。そのため退院後も確実に実行できるように、その方法を入院中から指導しておくことが不可欠である。

このような自己訓練で可能な内容は、外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションにおいても同様に、本人・家族に指導して毎日行なってもらうことが基本であり、治療者が行なうこと（回数はどうしても少なくなる）が基本なのではない。

事例 6：平常時に「活動度」の指導を受けていたことと、早期の一般医療とリハビリテーションの連携において、疾患治療のための入院による安静を契機とする廃用症候群を改善するための適切な対応がなされ、寝たきり化を予防することができた 80 歳女性。

[経過]

60 歳頃から高血圧の管理を近くの内科医で受けていたが、最近 1 年間は毎回の受診毎に「活動度」の指導がなされるようになっていた。特に風邪や捻挫をおこした際には「病気だからとにかく安静」ということではなく、どの程度安静をとるべきであるかと同時にむしろどの程度は活動をするべきかについて細かく指導を受けていた。特に一時期安静をとった後には意識して積極的に生活の活動性を向上させることを指導されていた。

「活動度」の指導を受け始めた当初は、かなりびっくりした。なぜなら本人や家族ともに「病気であれば安静である」と思っており、特に高齢の場合は無理をしないで安静をとるのが当然だと思ってきていたからである。更には医師から積極的に動くことをこと細かに指導をされることも、意外な気がしていた。しかしとにかく廃用症候群の重要性と、生活全般の活動性の重要性はわかるようになっていた。実際に風邪の後などは意識的に動くようにすることで体力全体の回復がよいことを実感していた。

そのような経過の中で、娘の家に遊びに行っていた時に、突然腹痛や下痢・発熱が出現し、大腸炎と診断されて入院し、2 週間ほど点滴を受けた。入院 10 日目から食事時にはベッドをギャッチアップするようになったが、20 分後には腰が痛くなってしまうのでそれ以上はやめてしまい、日中はほとんど臥床していた。

入院 20 日目に、「大腸炎は治ったので退院するように」と言われた。しかし伝い歩きでトイレへ行く程度にまで A D L は低下していたため、発症前と同様に歩行できるようにリハビリテーションをやる必要はないかと相談したところ、「高齢者で、ベッドをギャッチアップして食事をしただけでも疲れてしまう位に弱った状態では、リハビリテーションの訓練には耐えられないだろう」また「体力が落ちている状態であり、脳卒中で麻痺がおきたようなリハビリテーションを行わなければならないような病気ではない（だからリハビリテーションを行わなくてもよい）」といわれた。

そこで、かかりつけ医からはこれまで「活動度」が低下したらすぐに相談するようにとの指導を受けていたので、電話で相談したところ、娘の家の近くのリハビリテーション病院を紹介してくれた。そして大腸炎の治療のための安静による廃用症候群と診断されて入院し、体力が低下しているので少量頻回訓練として実用歩行や A D L 訓練を行ない、また椅子座位の時間の延長、日中の臥床時間の短縮などのプログラムを進めていった。

それによって転入院 3 週間後には、病院内歩行は自立し、屋外歩行も夫と二人で行なえば安全であることが確認できた。4 週間後には娘宅に退院して、入浴も含め安全なことが確認できた。

退院 10 日目に自宅に帰り、その後はかかりつけ医での「活動度」の指導で日中は横になることもなく、生活活動性は大腸炎の発症前に戻った。

[まとめ]

1. 日常診療時における「活動度」の指導は、生活全般の活動性の重要性についての指導となる。

一般に「病気だと安静」と考えられがちである。日常の診療時に活動度を通して活動性向上の重要性について指導を受けていると、必要に迫られて安静をとった後には積極的に活動性を向上させる必要があることと、安静後のADL低下が改善可能であることの認識が高まる。それによって寝たきり化予防にむけた適切な指導が一般医療機関で早期になされることになる。またその指導には、本事例におけるように、リハビリテーションとのよい連携がとられることも含まれる。

2. 麻痺や運動器の病気がなくても、ADLが低下したら必ずリハビリテーションの必要性を考える。

本事例は疾患治療のための安静を契機として起こった廃用症候群によってADLが低下した状態である。ADLの低下は廃用症候群の悪循環を促進させ、寝たきり化へとすすむ。このような場合ADL訓練による生活全般の活動性の向上で、廃用症候群を改善させることが必要である。

リハビリテーションの対象は脳卒中や骨折の後などのように急に麻痺や機能低下が生じた場合がほとんどだと思われる。しかし、特に高齢者や障害者のある人の場合には、リハビリテーションの対象として廃用症候群を見落とさないことが重要である。

3. 病気の治療上必要な安静の場合でも、その後には廃用症候群の回復を必ずはかる。

病気の治療上どうしても安静をとる必要がある場合は当然ある。しかしその後に寝たきり（に近い状態）になった場合でも「年寄りだから（寝たきりになるのは）仕方ない」とか「命が助かっただけでも有り難いのであって、寝たきりになるのは仕方ない」と考えてはいけない。これは廃用症候群の悪循環に陥っている場合がほとんどであり、きめ細かな注意と働きかけによる活動性の向上によって悪循環を良循環に転換することで回復させることができる。

リハビリテーション(総合)
実施計画書を
上手に使いこなす法
(含：記入例)

利用者との二人三脚で、質の高い 「リハビリテーション(総合)実施計画書」を作成しよう。

平成15年実施の介護報酬改定は、制度創設の理念と今後の介護のあるべき姿の実現に向けて、図1に示すような「在宅重視と自立支援」と「個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上」の基本的な考え方に立っておこなわれた。

それとともない、介護保険サービスにおけるリハビリテーション（以下リハと略す）のあり方が大きく変わった。その一つの大きな現れとして、訪問リハ、通所リハの個別リハ加算、介護老人保健施設のリハ機能強化加算について「リハビリテーション実施計画書」が新設され、また介護療養型医療施設のリハ計画加算における「リハビリテーション総合実施計画書」が改訂された。

計画書の目的一項目を埋めるのではなく、
共同作成・説明・交付のプロセスが重要

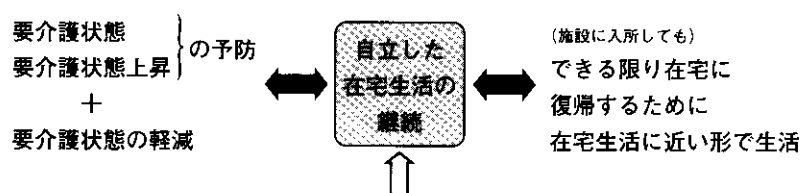
この計画書（以下両者を合わせて「リハビリテーション（総合）実施計画書」又は単に「計画書」という）の主な目的は図2に示す通り、

- ①利用者の個性の重視、
- ②明確な目標の設定、
- ③専門性に立ったチームとしての統一的な生活機能全般の把握、
- ④説明と交付を通しての自己決定権の尊重、
- ⑤定期的な効果判定と計画見直し、である。

すなわち、利用者・家族を含めたチーム全体の目標・方針を統一するプロセスを重視するものである。

図1. 平成15年度介護報酬見直しの基本的な考え方

I. 在宅重視と自立支援



II. 個々の利用者のニーズに対応したサービスの質の向上 (リハビリテーション関連)

ADL (「活動※」) の自立性向上が目的
個別リハビリテーション計画に基づき
リハビリテーションを実施

※ ICF (WHO国際生活機能分類) 用語

人間らしい、豊かな人生に「参加」するための様々な チャレンジこそ、リハビリテーションの原点。

「生活機能」全般の向上がリハビリテーションの目的

今回の改定にあたって新たにリハビリテーションの定義が明確に与えられ、「リハビリテーションは、患者の生活機能の改善等を目的とする理学療法、作業療法、言語聴覚療法等により構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の自立性の向上を目的として行われるものである。」と規定された。

ここでいう「生活機能」および「活動」とは、ICF（WHO国際生活機能分類）の概念に立ったものである。すなわちリハビリテーションの目的は、「心身機能」（生物レベル）の回復のみにあるのではなく、「活動」（個人レベル）および「参加」（社会レベル）を含む総合的な「生活機能」全体の改善向上である（ICF、生活機能→330ページ参照）。

またその内容は「日常生活における諸活動」すなわちADL(日常生活活動)を中心とした広い範囲の「活動」を、

単に訓練時におこなえばよいのではなく、実生活（自宅・病棟・居室棟の）の中で「実用的」におこなうこと、すなわち「している“活動”」（→332ページ参照）の向上をめざすものである。

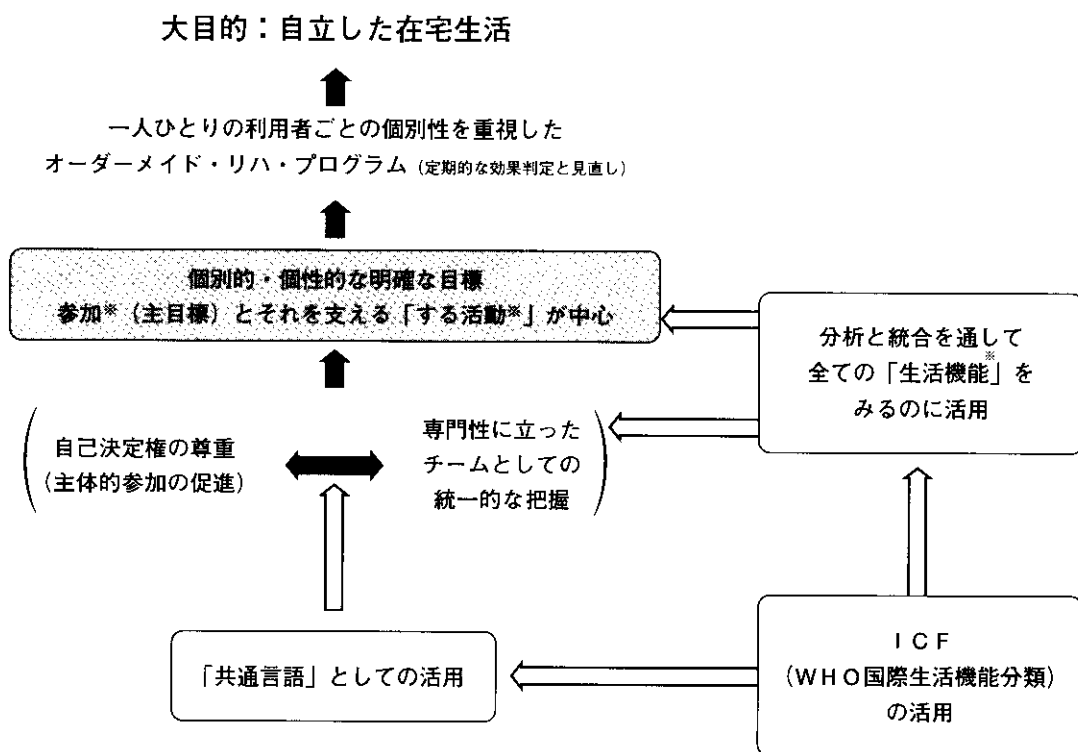
こうして「心身機能」の不自由を生活上の「活動」で補い、豊かな人生に「参加」することができる。

リハビリテーションの初心に戻る

リハビリテーションは機能回復訓練と考えられやすいが、この言葉の意味は「権利・資格・名誉の回復」であり、障害のために人間らしく生きることが困難な人の「人間らしく生きる権利の回復」（全人間的復権）をいう。

今回の改定はICFの「生活機能」の概念に立って生命・生活・人生の全体の向上のために働きかけるという点で、新しい見地からリハビリテーションの原点に戻る方向を打ち出したものといえる。

図2. 「リハビリテーション（総合）実施計画書」の基本的な考え方



※ ICF（WHO国際生活機能分類）用語

隠れたプラスの芽を見つけるために 「リハビリテーション(総合)実施計画書」の積極的活用を。

リハビリテーション(総合)実施計画書の構成：タテ軸のICFとヨコ軸の目標づくり

本計画書の構成は、タテ軸がICF：国際生活機能分類（2001年WHO制定）の生活機能構造に沿った軸をな

し、ヨコ軸が目標（計画書の左）とそれをつくり出すための評価（同右）の軸になっている。

ICFの生活機能構造（タテ軸）

計画書のタテ軸をなす生活機能とは、人が「生きる」ことの3つのレベル（階層）、すなわち「心身機能・構造」・「活動」・「参加」のすべてを含む、プラス面の「包括用語」である。この3階層は図3のような特徴をもつ。なお「生活機能」は「障害」というマイナス面の包括用語に対応する。

この生活機能の3つの階層の間には相互作用があり、更にそれに対して健康状態（病気・ケガなど→334ページ参照）、環境因子（→336ページ参照）、個人因子（性、年齢、民族、ライフスタイルなど）が様々な影響を与えるのがICFモデル（図4）である。

ICFが本計画書において重視されるのは、主に以下の3つの理由からである。

1. リハビリテーション（人間らしく生きる権利の回復）のためのICFモデルの活用

リハビリテーションの本来の趣旨である「人間らしく生きる権利の回復」の実現をめざすためには、特定の生活機能レベルだけでなく全人的にみる必要がある。そのためにはICFモデルの活用が非常に有用である。

2. ADLなど「活動」重視

本来のリハの基本技術はADL訓練などの「活動」向上訓練技術である。今回の介護報酬改定では、ADL訓練加算や個別リハ、リハ機能強化加算等において、「活動」向上訓練の重要性が明確に示されている。

「活動」は「できる“活動”」（ICFによる「能力」）と「している“活動”」（同「実行状況」）の両者を明確にわけ、別個にみて、それぞれに働きかけるものである。両者の差やその理由を明らかにすることで、「活動」レベルへの働きかけの方針が明らかになる。この「できる“活動”」をみるとは隠れたプラスの芽を見つける上でのキーポイントである。→332ページ参照

3. 患者の自己決定権の尊重にむけた「共通言語」

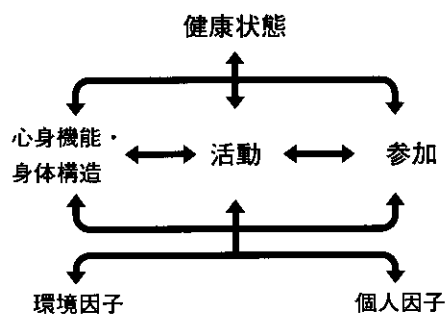
本計画書は「チームとして作成」し、「患者に説明」される。すなわち、治療者側だけで用いるものではなく、利用者・家族に説明し、書面として渡すことで、リハ達成に不可欠な利用者自身の主体的参加を促し、自己決定権を尊重するものである。そのため、利用者と専門家の間の「共通言語」であるICFが活用されている。

図3. 生活機能の階層構造（各階層の特徴）

心身機能・構造	活動	参加
生物レベル (生命レベル)	個人レベル (生活レベル)	社会レベル (人生レベル)

※心身機能は336ページ、活動と参加は334ページを参照

図4. ICFモデル（WHO, 2001）



新しい生き方を創ってゆく個別リハビリテーション。 ひとりひとりが个性的かつ具体的に。

個別リハビリテーションとは個別的な目標に向けたオーダーメイドのプログラム

今回の改定では「個別リハビリテーション」が重視されているが、それは単に集団でない一対一の訓練という意味ではない。具体的に「どのような人生を創るのか」という、その人にとってベストの個別的・个性的な目標

を一人ひとりについてたて、それを実現するためのプログラムも個別的なものをたてる。

すなわち一人ひとり違った「オーダーメイド」のリハを行っていくのが個別リハビリテーションである。

目標を創りだすための評価（ヨコ軸）

目標とはなにか

目標は①各生活機能（参加、活動、心身機能）について設定し、②具体的到達内容とともに到達する時期をも明示する。③予後予測と本人の同意にもとづくものである（図5）、目標は単なる希望や、漠然とした方向性（例えば「ADL改善」、あるいは時期や具体的な活動の状況を明確に示さない「家庭復帰」）などではない。また長期目標・短期目標という用語は用いない。

評価のための評価ではなく、目標づくりのための評価

評価とは現状の単なる記載ではなく、具体的な目標・方針・プログラムをつくるためのものである。そのためには生活機能の各レベル、環境・心理その他多くの面に

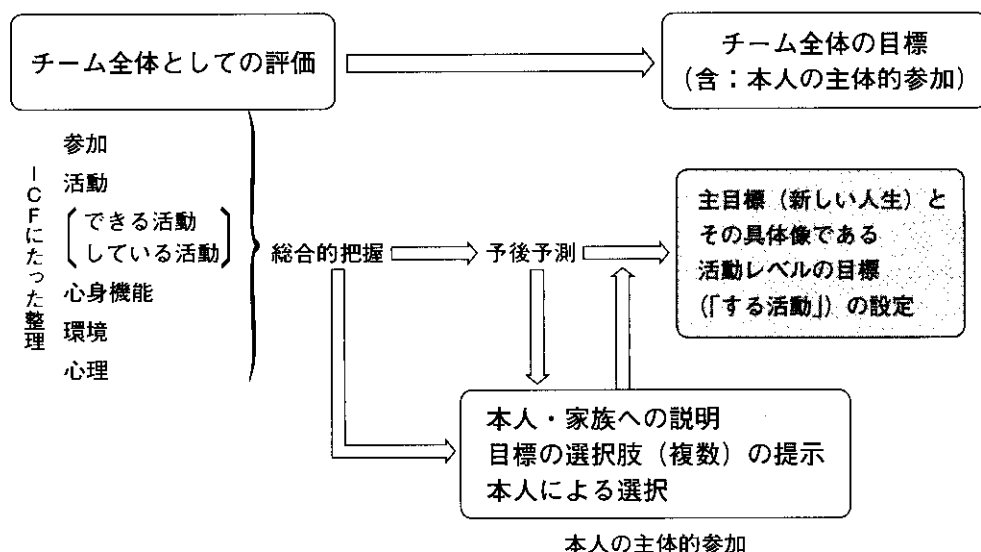
ついて総合的・構造的に把握する必要がある。本計画書はそのための有効な武器となる。

目標設定の考え方：主目標と活動レベルの目標の優先

利用者はたとえ心身機能の面では似ていても、活動、参加の面では大きな差があるものである。個別リハビリテーションではその差を尊重し、①その利用者がどのような社会生活を送るのかという「参加」レベルの目標（すなわち「主目標」）と、②その具体的生活像である活動レベルの目標（332ページで述べる「する“活動”」）とを表裏一体のものとして同時に決めるのである。

そしてそれを実現するために必要な心身機能・構造レベルの目標を決めていく。決してその逆ではない。

図5.チーム全体の協業と本人・家族参加による目標設定のプロセス



毎日「している“活動”」と、やれば「できる“活動”」のチェックを。 潜在能力を伸ばす「する活動」へ。

「できる“活動”」と「している“活動”」との明確な区別

本計画書では「日常生活での実行状況：している“活動”」と「評価・訓練時の能力：できる“活動”」とが明確に分けられている。

「している“活動”」とは自宅・居室棟・病棟などの日常生活の中で毎日実際に行っている“活動”である。これはICFの「実行状況（performance）」にあたる。

「できる“活動”」とは訓練や評価の時に発揮される“活動”であり、ICFの「能力（capacity）」にあたる。

この両者の間には、通常大きな違いがある（図6のようにふつうは「できる“活動”」の方が高い）。

その両者を明確に区別し、両者の差を生む因子を明らかにすることが、活動向上訓練プログラム作成の上で不可欠である。これは個別リハビリテーションのキーポイントである。

→「している“活動”」についての評価：340ページ、
「できる“活動”」についての評価：341ページ参照

「する“活動”」

「する“活動”」とはリハの目標として計画・設定する、将来の実生活において実行「している“活動”」である。これは活動レベルの多数の行為（ADLなど）ごとに設定する。329ページの図2にあげた「個別的・個性的な明確な目標」の中で、「する“活動”」の設定は中心的な意味を持つ。

この「する“活動”」は参加レベルの目標（「主目標」→331ページ参照）の具体像にはほかならない。またいかえれば「する“活動”」とは、次に述べる活動向上訓練によって潜在能力（残存機能ではなく）が引き出され、フルに発揮されている状態である。

目標指向的活動向上訓練（図6）

目標指向的活動向上訓練は、①目標である「する“活動”」にむけて②理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による「できる“活動”」の向上への働きかけ、③そのようにして向上させた活動能力を看護職・介護職等が実生活での実行状況（「している“活動”」）に生かされるようにする働きかけ、この②③の2つの働きかけを連携して行なっていくものである。今回の改定でもそのことが明記されている（334ページ上参照）。

決して目標なしに「している“活動”」と「できる“活動”」に働きかけて、結果的に到達するのが「する“活動”」なのではない。

「できる“活動”」と「している“活動”」が同じとは？

この2つが同じことはふつうはないが、同じ場合には次の2つの可能性を考える。

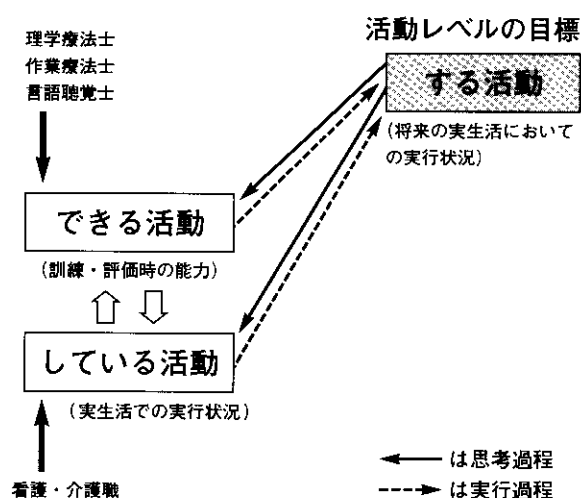
①「活動向上訓練」が不十分で、「できる“活動”」への働きかけが有効に行えず、隠れた可能性を引き出せていない

②「活動向上訓練」としてはほぼ終了した

後者ならば、入院中・入所中であれば、それ以上の入院・入所は必要ないとも判断できる。

→「できる“活動”」「している“活動”」の差の読み方：338、339、346ページ参照

図6.目標指向的活動向上訓練



思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する“活動”」を設定し、その実現に向けていかに「できる“活動”」と「している“活動”」とを向上させていくかを計画するという意味。

実行過程の矢印は、この目標に向けて「活動」向上訓練を行っていくという意味。

一緒に考える。一緒に目標をたてる。 より深いチームワークのために有効な「共通言語」ICF。

利用者との「共通言語」であるICF

「利用者本人や家族のような専門家でない人にICF（WHO国際生活機能分類）の生活機能構造を説明しても理解してもらえず、まして活用など無理ではないか？」という疑問があるかもしれない。しかしそもそもICFは専門家だけではなく、利用者を含む全ての人の「共通言語」としてつくられたものである。

ICFは生活・人生という利用者・家族にとって身近な問題を扱っているので、本計画書を用いて、具体的な生活・人生上の問題点について話し合えば、意外によく理解し合えるものである。

また障害に関しては問題や課題が複雑だからこそ、ICFモデル（図4）に沿った整理が利用者本人・家族にとっても有効なのである。

なお「共通言語」として用いるには、利用者が理解しやすいような説明を専門家が加えるなどの配慮が求められる。しかしこれはICFの場合だけでなく、介護・医療一般において、特に利用者・患者自身の主体的参加が不可欠なりハビリテーションにおいては当然のことである。→ICF：330ページ参照

計画書の具体的記載方法：専門的なチームとしての把握のために

本計画書の目的として「専門性に立ったチームとしての統一的な把握（図2）」がある（→329ページ参照）。はじめから責任範囲を分担することはせずに、「心身機能」も「できる“活動”」・「している“活動”」も「参加」も全て、医師理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護職・ソーシャルワーカーその他の全職種で一緒に考える。

特に目標を共同して立てることが大事である。そしてチーム全体としてのプログラムをたて、その上で各職種の役割分担をしていく。

利用者・家族への説明も、各職種が別々に説明するようなことは望ましくない。

使いはじめのチームの方へ

まず全職種が別々に計画書の全項目を記入してみることをおすすめする。そうするといかに各人で異なる評価や目標設定をしているかがわかる。そしてそのくい違いがなぜ生じたかについて議論していくことで、チーム全体としての意見が統一されていく。ここでも各専門職間の「共通言語」としてのICFが役立つ。

その際、活動レベルへの直接的な働きかけを中心に議論していくとよい。例えば「できる“活動”」「している“活動”」ともに、自立度だけでなく、「使用用具、杖、装具」「介護内容」「姿勢」などを、そして活動向上訓練が適切かどうか等を全員で議論してみるのである。リハ開始時からのこのような議論はその後のより深いチームワークのために非常に有益である。

患者・家族にありのままの内容を説明できない場合

本計画書の全ての内容は、患者及び家族に説明することになっている。しかし例えば健康状態で原因疾患が末期癌であり、それについての「告知がされていない」場合、また心理や第3者の障害について「家族が絶対に引き取らないと主張している」場合など、特に初診時には、本人に説明するとその後リハビリテーションをすすめるにあたってマイナスになる場合もありうる。

そのような場合には以下の内容を計画書とは別に診療録に記載し、その内容は家族には説明しておく。①真実の状況、②本人に説明した内容、③本人に説明しないと判断した理由、④今後それに対してどのように働きかけていくのか、⑤どういう状況になれば（何が変われば）本人にどのように説明をするつもりか、等である。

このように本人に真実を説明できないような内容は、重要な問題を含んでいることが多いので、「注目すべき項目」としてチーム全体がよく認識していることが望ましい。また本人が真実を知らないために、その他の項目についても患者自身が正しく関与することができないことがありうることに注意を払う必要がある。

——タテ軸のICFとヨコ軸の目標づくり——

• 335 •

体の働きや精神の働きのことで、それに問題が起こった状態は例えば手足の麻痺（まび）、筋力低下や関節拘縮（機能障害）、あるいは手足の一部の切断（構造障害）などである。

基本動作

→装具・歩行補助具の積極的活用を：341ページ参照

リハビリテーションにおいては客観的な生活機能である心身機能・構造、活動、参加の向上だけでなく、精神面・心理面の立ち直りが重要である。心理の現状を把握し、解決の目標を立てる。

障害の発生には個人のもつ心身の特徴だけでなく環境の影響が大きいことの認識に立ってICFには環境因子の分類が加わった。この環境とは支援機器、建物、交通機関などの物的環境から家族・介護者などの人的環境、社会の意識や態度、さらに法制度、行政や各種のサービス（医療、福祉、教育など）などの社会的環境まで含む非常に広いものである。

第三者の障害

目標（コロン）の後に具体的な内容を記入（「経過観察」「退院後の生活状況（自立）」「する活動」）									
活動（）	自立・介護状況	自立 守り 立ち	介護 介助 不	全介 介助 不	行わ ず	使用用具・器具	介護内容 つたいたれ 「経過観察」	その他	自立 守り 立ち
	整 容						移動方法：空車		
	更 衣 （衣類・着脱の補助）						要時		
	入 浴					湯桶：			
	家 事								
コミュニケーション									
心身状態									自立 守り 立ち
心理									自立 守り 立ち
環境	自宅改造 ☐ 不要 ☐ 要								家族 介護 社会
退院後の生活	福祉用具 ☐ 不要 ☐ 要								家族 介護 社会
退院後の家族の変化								家族 参加 健康	
本人の希望 参加面： 活動面：									
基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的な計画）								具体的プログラム	
自己実施プログラム								活動度指示	
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容									
本人・家族への説明 年 月 日					本人サイン				

[illegible]

中枢性麻痺の本態は筋力の量的低下ではなく、原始的共同運動、連合反応などの運動支配の質的異常である。従って筋力テストでは評価できず、ブルンストローム法（Ⅰ～Ⅵステージ）、それを改良し標準化した信頼性・妥当性が確実な片麻痺機能テストのⅫ段階法（Ⅶ～Ⅻグレード）などを用いるべきである。

. 229 .

活動項目の中の「重点項目」

活動の項目は多数ある。そのためリハ・プログラムをすすめていくにあたり、どの項目（複数可）を重点的に行なうのかを、チーム内（含：本人・家族）で明確にしておく。

この例では、トイレへの移動、屋外移動、整容が重点項目となっている。もちろんその他の活動を軽視してよいというのではない。

「している活動」についての評価

「している活動」の評価も、単にその時点の実行状況を知るためだけのものではない。更に「している活動」を向上させるためにはどうすればよいかを考えるための評価である。「使用用具・杖・装具」「介護方法」が最適であるかどうかを常に反省しながら進めるようにしたい。すなわち杖・装具や介護方法が不適切なために、自立度が低くなっているのではないか、歩行可能なはずなのに車椅子になっていないかを検討する。

「している活動」の評価は看護師・介護職だけの評価で十分なのではなく、特に介護内容・つたい・もたれの具体的方法についてはPT、OT、STなどの専門的観点も必要である。→332ページ参照

実用歩行訓練の重視→338ページ参照

本事例では「している活動」は整容、トイレへの移動は車椅子で自立していた。しかし「できる活動」において、杖・装具としてウォーカーケインと両側支柱付短下肢装具を用いて実用歩行訓練を行なったところ一部介助で可能であった。そこで「している活動」、「できる活動」の両者へ働きかければ、退院後自宅ではトイレと整容は両側支柱付短下肢装具と伝い歩きで自立すると予測した。

「活動」実施時の姿勢

実用歩行自立のためには、移動を歩行で行っているかどうかだけでなく、活動（整容、男性の排尿、家事など）を立位姿勢で行なえることが大事である。実用歩行自立のためには立位姿勢での活動を早期に実施すべきで、そのために装具・歩行補助具を活用する。歩行が自立した後にはじめて立位姿勢での活動向上訓練を開始するのではない。

なお同じ活動でも立位姿勢で行う場合と車椅子に座ったときの仕方は、別の行為と考えるほうがよい。このような細かな差に留意して評価・指導し、それをもとにどのように働きかけるのかを決めることが大事である。

「行わず」

—評価は実際に行ったもの—

評価は、推測ではなく、確認されたものでなければならない。「できる活動」として記載しても、実際には評価・訓練していないかったり、「している活動」としては実行していない場合（疾患の状態などのため禁止されている場合を含む）には「行わず」と記載する。

「できるはず」として推測で「独立」とか、「しているはず」として推測で「自立」と判断したり、また「できないはず」と判断したものを「非実施」とせずに「全介助」と評価するのは誤りである。

「できる活動」についての評価

患者さんに「やってみて下さい」と言っているのではない。
できるだけ高い能力が発揮できるようにPT・OT・STが十分に指導しながら評価する。すなわち活動の評価自体が活動向上訓練の意味ももっており、この内容によって「できる活動」だけでなく「している活動」のその後の向上に大きな影響がある。

「できる活動」については評価者の技量が大きく影響するものである。「使用用具・杖・装具の使用」「介護方法」についての内容が活動向上訓練の技量をあらわす。→332ページ参照

装具・歩行補助具の積極的活用を

装具や歩行補助具の使用は最後の手段ではない。実生活での活動（している活動）を早期に自立するために積極的に活用する。例えば脳卒中後片麻痺患者で訓練室で歩行が独立や一部介助で、実生活では車椅子生活である場合、なぜ実生活（している活動）では杖・装具を用いて介護歩行や歩行自立をしていないかを検討する。また入院・入所中であれば、病棟・居室棟での装具・歩行補助具を用いた活動向上訓練が、（すなわちできる活動として）十分行われているかどうかを確認する必要がある。

訓練室での基本動作が杖・装具などで独立していても、「できる活動」更には「している活動」は全く異なるレベルであるので、更に重装備の歩行補助具、装具を用いる必要があることが多い。

→基本動作：336ページ参照

※両側支柱付装具・ウォーカーケイン・四脚杖の活用を

本事例は基本動作は丁字杖・シューホーン（プラスチック製靴べら）装具で訓練室内歩行が独立していたが、「している活動」としては車椅子生活で介護歩行も全く行なわれていなかった。実生活での活動向上訓練が十分か、また杖・装具の活用・選択が十分かを検討すべき事例である。

そこで「できる活動」として両側支柱付短下肢装具、ウォーカーケインを用いることで、屋外歩行・トイレへの移動・整容等は一部介助になり、階段昇降は口頭指示となった。訓練室歩行が独立し装具・歩行補助具をより重装備にすることで「している活動」としても自立すると予測した。「している活動」として介護歩行も行なわれていない状況で、基本動作の杖・装具を軽装備にすることに向かうことは問題である。

※活動の違いに応じての歩行補助具・装具の使い分け

活動の自立度を向上させるには、歩行補助具・装具を活動項目毎に使い分けることが有効である。例えば屋内と屋外の歩行時の違い、歩行と関連して行なう「活動」の種類の違いによる使い分け、等々である。

活動項目	目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入)「到達時期」									
	退院先での実行状況(目標)「する活動」									
	自立・介護状況	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	使用用具・杖・装具	介護内容・つたい・もたれ等	目標項目	見守り	口頭指示
活動(2)	整容	レ				短下肢装具	移動方法(姿勢) つたい歩き、立位		レ	
	更衣(含:裸・装具の着脱)	レ					姿勢 立位		レ	
	入浴	レ				浴槽:				
	家事				レ					
心身機能	コミュニケーション									
	拘縮は改善し、関節可動域正常 (但し退院後も自己訓練として、毎日足関節は背屈訓練を行う必要あり)									
心理										
環境	自宅改造 ☒ 不要 ☐ 要									
	福祉用具 ☐ 不要 ☒ 要 ウォーカーケイン、短下肢装具 ・つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要									
家族等への影響	退院後の家族の変化									
	仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要(特に退院直後)									

生活での実行状況	評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)									
	「している活動」									
	一部介助	全介助	行わず	使用用具・杖・装具	介護内容・つたい・もたれ等	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助
生活での実行状況					移動方法(姿勢) 車椅子、座位				レ	
					姿勢 ベッド上座位				レ	
	レ			浴槽: 介護浴槽					レ	
	レ								レ	
機能障害	極性麻痺(ステージ4グレード) 上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 上肢: 左手指: 左下肢: の他									
	☐ 知覚障害: ☐ 視覚、 ☐ 聴覚 ☐ 高次脳機能障害: ☐ 音声・発話障害: ☐ 構音障害、 ☐ 失語症(種類: ☒ 拘縮 足関節: 背屈-5° 右膝関節: 屈曲-10° 右股関節: 伸展-5°									
保持(装具)	☒ 手差し、 ☐ つかまり、 ☐ 不可 室内歩行: ☒ 独立、 ☐ 一部介助、 ☐ 全介助 ・装具等: T字杖、シューホン									
生活機能(長男夫婦)	:2階建て。本人の部屋は1階。トイレ:洋式+立便器(朝顔型)。浴槽:洋式、主に椅子生活。 困:勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(園芸友達宅へもこの道から行く)。 族:長男夫婦(日中2人とも店舗) 障サービス ☒ 身障手帳(1級) ☒ 障害年金(1級) ☐ その他:									
	生活機能(長男夫婦) :自宅に隣接する食料品店経営(配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) の問題:特になし									

基本方針を計画する時の注意

「訓練人生」をつくらない

明確な目標と方針のないリハビリテーションは「訓練人生」をつくる。「訓練人生」とは、「訓練さえ続ければいつかは自分の体は元どおりになるのだ」と患者が思い込んでしまい、前向きに現実的な意義ある具体的な生活を確立することから目を背け、いつまでも後向きに機能障害改善に固執して訓練を続けているような人生である。これは本来のリハビリテーションとは全く逆のものである。

機能障害偏重のアプローチがこのような「訓練人生」を作ることが多いので、反省が必要である。

自己実施プログラム

ー自己訓練・家族の訓練の方がより効果的な場合がある

自己訓練とはよく指導され、チェックされた訓練であり、本人の自由にまかされた自主訓練・自主トレではない。自主訓練では不十分になったり、過用症状や誤用症状をつくる危険もある。

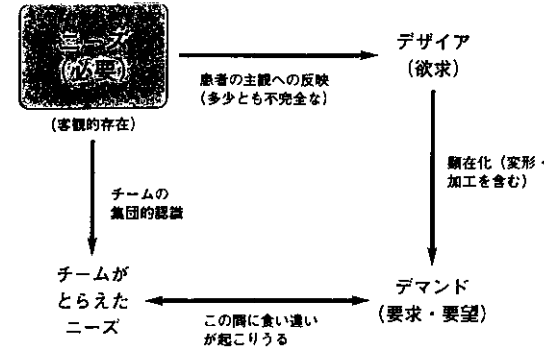
理学療法士・作業療法士が行うアプローチは、活動向上訓練のように患者の個性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させるべきであり、患者本人や介護者が自宅で実施可能なことは、「自己訓練」として指導を行うべきである。そのようなことで専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも問題である。

例えば関節可動域訓練は一生継続する必要があることが多く、本人や家族が頻回に実施できることの方がむしろ十分な効果を生むものである。

本人の希望・家族の希望の解釈

本人の希望と家族の希望とは必ずしも一致しないので別個に確認すべきであるが、希望を知ればよいのではなく、表現された希望（デマンド）を通じてその奥にある真のニーズ（必要）をつかむことが目的である。そのためには348ページの表に示したような、①リハビリテーションとは何かについての説明、②生活機能の全ての側面に働きかけることの重要性の理解が前提となる。

それは右の図に示すように、利用者・患者の真のニーズ、それが本人に自覚された欲求（デザイン）、口頭表出されたデマンド、そしてチームが認識したニーズとはそれぞれ必ずしも一致せず、種々の手廻りを通じて真のニーズにせまることが必要だからである。



過用症候・誤用症候

過用症候とは「使いすぎ」による害であり、過用性筋力低下、過用性筋損傷、過用性体力消耗などがある。疾患あるいは廃用症候群のある場合にこれらが起こりやすいので、注意が必要である。

誤用症候とは誤った訓練法がひきおこす害であり、一種の医療事故である。関節損傷（肩関節、股関節等）、末梢神経麻痺等がある。これは絶対に起こしてはならないものである。

本人の希望 参加面：以前のように近所の友人宅もしくは自宅で園基をうらいたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面：身の回りのことは一人でやれる。		家族の希望（長男夫婦） 参加面：日中は一人で自宅生活ができる。 活動面：一人でトイレがおこなえること	
基本方針（ケアプランの目標、特に退院に向けての具体的計画） 移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカー・ケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。 自宅生活が車椅子生活、つない歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。（自宅・自宅周辺見取り図で細かくチェックしていく） 退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。		具体的プログラム 廊下歩行がと予測される。練習として頻回のための活動性 歩行・立位に、PT/OTに「している活その装置内ウォーカー上の家具の伝 日中はデイを読むことを	
自己実施プログラム ・姿勢：日中デ ・移動：病棟内 ・起立台での足関節背屈 5分 朝・夕		リスク・疾病管理（含：過用・誤用） 低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと	
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容		備考	
本人・家族への説明 ○年○月○日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン

「安静度」から「活動度」へ

「活動度」は積極的に活動性を向上させることを目的としたもので、これは「廃用症候群の悪循環」形成の予防・改善の要（かなめ）となる。

どのような活動を日常生活においておこなうかという具体的な活動性（1日の生活の指導、している活動の実施方法の指導等）に関する指導内容である。

疾患管理一般に指示される「安静度」が、安静（活動性の制限・活動上限の指示）を確実にとらせることを基本とすることの、逆方向であり、リハビリテーションではむしろこちらの方が重要である。

介護老人保健施設リハビリテーション機能強化加算、通所リハビリテーション個別リハビリテーション加算、訪問リハビリテーション費の要件として医師、理学療法士・作業療法士等が共同してリハビリテーション実施計画を作成し、その内容を利用者に説明することとなっている。

コミュニケーション→337ページ参照

別經樣式

＜注＞：・健康状態・参加・活動（実行状況、能力）・心身機能・環境は、WHO ICF（国際生機・詳細な内容が必要な場合は別紙記録の上、添付のこと

計画評価実施日 ○○年 ○月 ○○日

能分類)による

→訓練人生：342ページ参照

新しい人生の目標をたてる、という目的のもとに 「リハビリテーション(総合)実施計画書」の記入と説明を。

計画書の作製はリハ・チームにとっては真のチームワーク遂行の最初のプロセスであり、同時にチームと利用者・患者・家族などの当事者との共同作業の出発点である。その要点を下表に示す。

これを定期的にくり返すことで、当事者の自己決定権

をチームの専門性で支えるという「車の両輪」がスムーズに進む。

利用者・患者・家族などの当事者は疑問があれば遠慮せずに専門家に相談すべきであり、誠実にそれに答えるのが専門家の責任である。

表. 計画書の記入と説明の手順

・リハとは何かを説明(リハをどう思っているかを聞き、その誤解を解くようにする)

・生活機能の全ての側面に働きかけることの理解の促進

－手足の動き(心身機能)が不十分でも、生活上の「活動」能力を高め、それによって豊かな人生に「参加」することは可能であることを強調。



リハ(総合)実施計画書記入のステップ

〈利用者・家族との共同作業〉

タテ軸：生活機能構造にそった整理

ヨコ軸：目標(左)設定のための、評価(右)

step 1. 「している活動」を聴取【書いてきてもらうのもよい】

「お家の生活で何ができなくてお困りですか？」

－手足の不自由さでなく、具体的な“活動”(生活行為)の実行状況を聞く

step 2. 本人・家族の希望の確認・記入

「どのような生活ができればと御希望ですか？」

「できるはずがないと思わずに言ってみてください」

step 3. 「できる活動」(訓練時の能力)を説明

←専門家は「できる活動」を十分に引き出しているかを自問すべき

step 4. 「参加」レベルの「主目標」、「する活動」(活動レベルの目標)を共同決定

「どのような人生を創っていくのか」を一緒に決めていく

step 5. プログラム決定(チーム全体としての方針を決め、その上で職種毎の役割分担)



「計画書」の「交付」



プログラム実行(常に再確認を行う)



定期的な成果確認・計画の見直し(上のプロセスをくりかえす)

明るく、前むきに。

「リハビリテーション(総合)実施計画書」Q & A

Q 1 : この計画書の目的は評価だと思いますが、関係がない項目が多い反面、大事な評価を書くスペースが少ないのですが

A 1 : 計画書の目的は評価ではなく、あくまでリハビリテーションの目標を定め、計画を立てることです。リハビリテーションとは「人間らしく生きる権利の回復」ということですから、全人間的に、生命・生活・人生の3つのレベルを中心に関係する側面を全て捉えなければ正しい計画は立てられません。この計画書は「取りこぼし」なく、全ての側面をとらえ、しかも本人や家族の希望を取り入れた共通認識を作るための最低限のチェックリストです。ある点について「問題がない」ということも重要な情報ですから、すべての項目を埋めるべきです。詳しい評価や説明の追加を否定するものではありません。

Q 2 : この計画書で利用者・患者・家族に説明しなければならないとすると、説明が非常に煩雑になるのですが

A 2 : 今は本当の利用者・患者本位の医療の時代であり、利用者自身の主体的参加を推進する時代です。利用者・患者についての情報（評価内容、目標、計画など）はすべて説明し、共通理解を確立しなければなりません。難しい問題を避けるのではなく、正面から患者や家族とともに問題を分析し、解決策を考えていくという医療者

としての真剣さが必要です。リハビリテーションは非常に複雑な内容をもつものなので、この計画書はそれを整理するのに非常に便利なものです。また説明の上交付することにより、利用者・患者も家族もくりにかえして読み、よりよく理解することができます。

Q 3 : 我々が対象としている対象者・患者には現在の機能を維持することがやっとなという人が多いと思います。その場合には「している活動」と目標とする「する活動」とは同じなのだから、こんな詳しい計画書を書く必要はないと思いますが？

A 3 : まず、必ずしも「機能」の改善がなくても「活動」レベルの向上は可能です。残念ながらこれまで直接「活動」向上に向けて働きかけるアプローチは極めて不十分だったといえます。特に高齢者のリハビリテーションほど、どのようなリハ・プログラムを行うかで大きな差を生じます。高い質を求めていきましょう。それが今回のリハに関する介護報酬改正の基本にある考え方です。

次に「維持」を目標にするというような消極的な考え方では維持さえできず、心身機能面も活動面も低下するだけです。今回の改定の基本はもっと積極的に「活動」向上に取り組めば必ず効果があがるということです。

リハビリテーション(総合)実施計画書の書き方検討委員会

委員長：上田 敏 （日本障害者リハビリテーション協会）

委 員：青井 禮子（日本医師会）

川越 雅弘（日医総研）

漆原 彰 （全国老人保健施設協会）

斎藤 正身（全国老人デイケア連絡協議会）

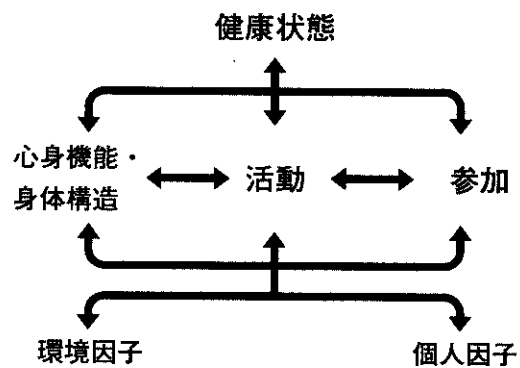
大川 弥生（国立長寿医療研究センター）

山口 昇 （全国老人保健施設協会）

・平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）による

連絡先：reha-keikaku@mbh.nifty.com

ICF (国際生活機能分類) モデル
(WHO, 2001)



介護保険におけるリハビリテーションのあり方検討委員会

委員長：上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会）

委員：青井 禮子（日本医師会）

川越 雅弘（日医総研）

漆原 彰（全国老人保健施設協会）

斎藤 正身（全国老人デイケア連絡協議会）

大川 弥生（国立長寿医療研究センター）

山口 昇（全国老人保健施設協会）

平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）による

連絡先：reha-kaigoho@mbm.nifty.com