

高齢者の地域における
新たなリハビリテーションの在り方検討会
報告書（案）

平成 27 年 3 月

【目次】

I はじめに

II 高齢者のリハビリテーションを取り巻く現状

1. 高齢者の状況
2. 介護保険制度の状況
3. 地域包括ケアシステムの構築
4. これからの介護予防
5. 居宅サービスとしてのリハビリテーションの概況
6. 平成 16 年高齢者リハビリテーション研究会の指摘事項

III 平成 16 年の高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題

1. 身体機能に偏ったリハビリテーションの見直し
2. 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施
3. 居宅サービスの効果的・効率的連携
4. 高齢者の気概や意欲を引き出す取り組み

IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方

1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題
2. 生活期のリハビリテーションの具体的な提案

V 今後更に議論すべき課題等

1. 通所リハビリテーションの機能の再検討
2. 地域のリハビリテーション活動の普及と地域資源の発掘
3. 医療と介護の連携
4. 他職種連携・協働
5. 市町村の役割
6. リハビリテーション専門職の質の向上
7. 認知症のリハビリテーション
8. 国民へのリハビリテーションの啓発普及
9. その他

参考資料

居宅介護サービスにおけるリハビリテーションマネジメントに係るヒアリング調査

1. 調査の概要と方法
2. リハビリテーションマネジメントの現状と課題

I はじめに

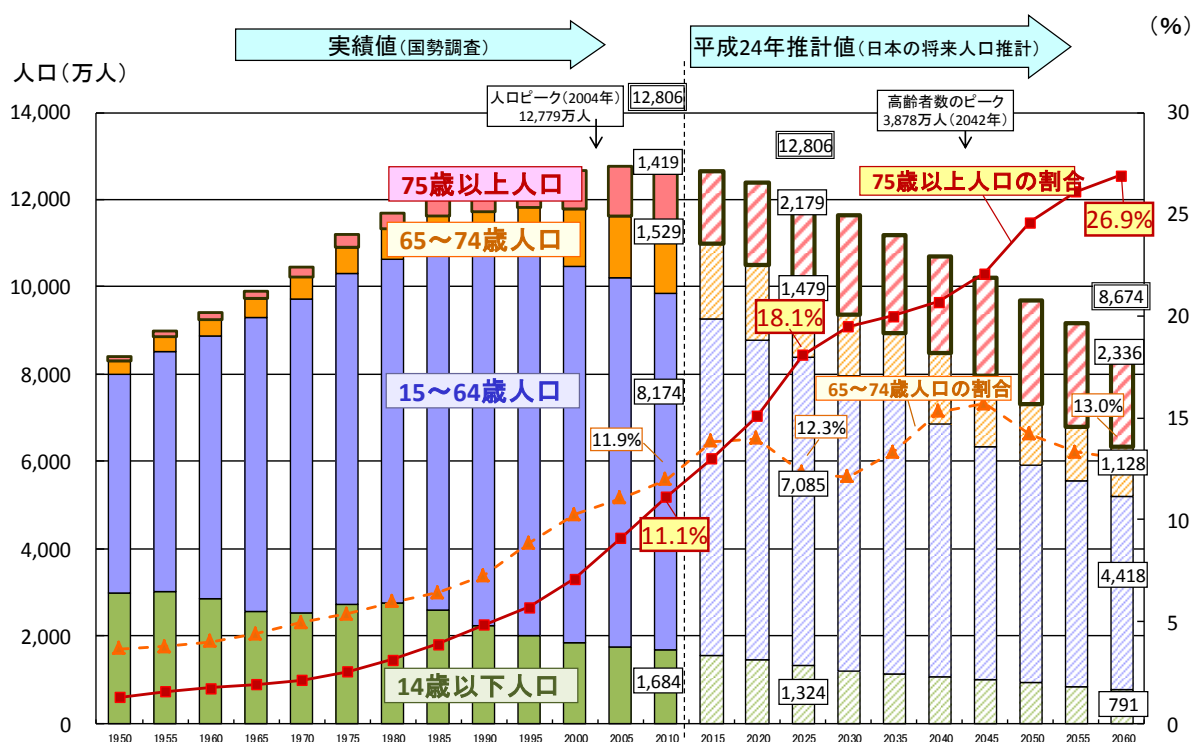
- 我が国においては、いわゆる「団塊の世代」が 75 歳以上となる平成 37 年（西暦 2025 年）に向けて、たとえ重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステムの構築」に向けた体制づくりが急務となっている。
- 今回の法改正では、予防給付の見直しによる介護予防・日常生活総合事業の創設などを行い、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組みを導入し、住民主体のサービス利用や認定に至らない高齢者の増加、重度化予防を推進していくことで、高齢者の自立支援に向けた取組を進めていくこととなった。
- 一方、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現を目指すためには、生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要だが、ほとんどの通所・訪問リハビリテーションでは、「心身機能」に対する機能回復訓練が継続して提供されている実態がある。
- これからの高齢者のリハビリテーションでは、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOL の向上を目指すことに一層の注意が払われるべきと考えられる。そのためには、生活期リハビリテーションが果たすべき役割と「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方」を再整理することが求められている。
- そこで、平成 16 年 1 月に設置された高齢者リハビリテーション研究会の報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」を改めて検討し、今後の介護報酬改定等への対応等、地域包括ケアの推進を担うリハビリテーションや居宅サービスについて集中的に検討するため、「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方」検討会を設置することとなった。

Ⅱ 高齢者のリハビリテーションを取り巻く現状

1. 高齢者の状況

平成 22 年（西暦 2010 年）時点で、我が国の 65 歳以上の高齢者は 2,948 万人となり、全人口に占める比率は 23%を超えた。さらに今後、65 歳以上の高齢者数は平成 37 年（西暦 2025 年）には 3,657 万人にまで急増し、その後も微増しながら平成 54 年（西暦 2042 年）にピーク（3,878 万人）を迎える予測となっている。このうち特に増加が著しいのは、75 歳以上の後期高齢者人口である。平成 67 年（西暦 2055 年）には、後期高齢者人口の全人口に占める割合が 25%を超える見込みである（図表Ⅱ－①）。

図表Ⅱ－① 高齢者人口とその推移



出典：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）出生中位（死亡中位）推計

注：2010 年の値は、総務省統計局「平成 22 年国勢調査による基準人口」（国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口）による。

このような人口構造の変化によって、現在は 1 人の高齢者（65 歳以上）を 2.6 人（20～64 歳）で支えるという社会構造が、少子高齢化が一層進行する 2060 年には、1 人の高齢者を 1.2 人で支える社会構造になると想定されている。また、要医療・要介護の状態となる人の割合が格段に高い 75 歳以上の後期高齢者人口が、今後は急増することにも留意を要する。

このような人口構成の変化は、全国一律のものではなく、地域により大きな差異がある。例えば 75 歳以上の後期高齢者人口は、都市部では急速に増加する一方で、地方部では今後の増加は緩やかである（図表Ⅱ－②）。市町村レベルでは、人口減少の著しい過疎地を中心に、後期高齢者人口もすでに減少局面に入っている地域もある。このように各地域の高齢化の状況や今後の経過は大きく異なるため、各地域の置かれた状況の違いを踏まえた対応が必要となっている。

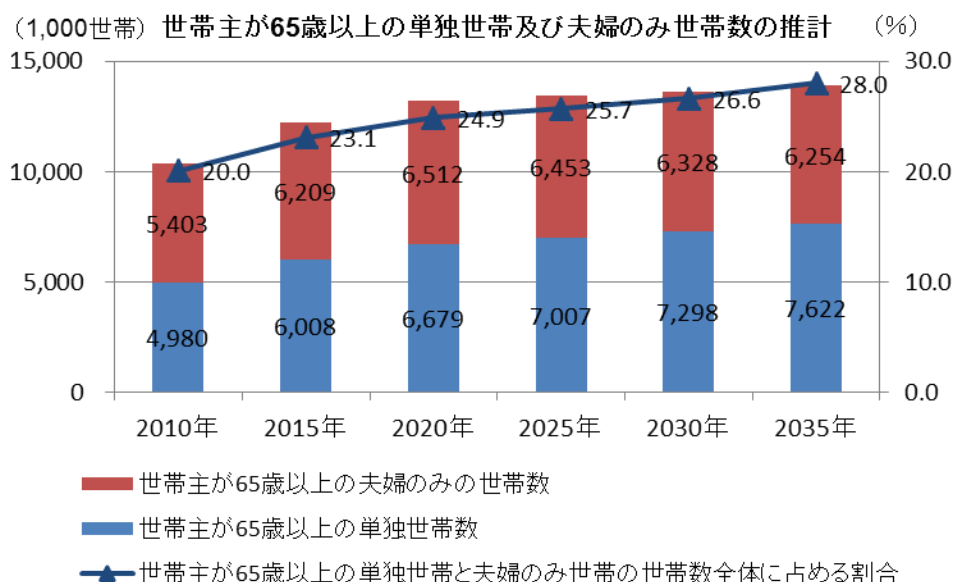
図表Ⅱ－② 地域による後期高齢者人口の相違

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

出典：第 44 回社会保障審議会介護保険部会（平成 25 年 5 月 15 日）より引用

世帯構成で見ると、今後は世帯主が 65 歳以上の単独世帯・夫婦のみ世帯が増加してゆくと想定されており、いわゆる独居高齢者や老老介護といった事例が増えることが予測される（図表Ⅱ－③）。こうした中で、世帯構成の変化をふまえ、家族の支援がなくても地域で高齢者を支える仕組みの重要性が増していくものと考えられる。

図表Ⅱ－③ 高齢者世帯の増加



出典：第 44 回社会保障審議会介護保険部会（平成 25 年 5 月 15 日）より引用

2. 介護保険制度の状況

介護保険制度は、制度創設以来の13年間で、65歳以上被保険者（第1号被保険者）数が1.43倍に増加し、サービス利用者数は3倍以上に増加した（図表Ⅱ－④）。今や、介護保険制度は高齢者の介護に不可欠なものとして定着・発展している。

図表Ⅱ－④ 介護保険制度の被保険者、利用者の増加

① 65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2013年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,103万人	1.43倍

② 要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2013年4月末	
認定者数	218万人	⇒	564万人	2.59倍

③ サービス利用者の増加

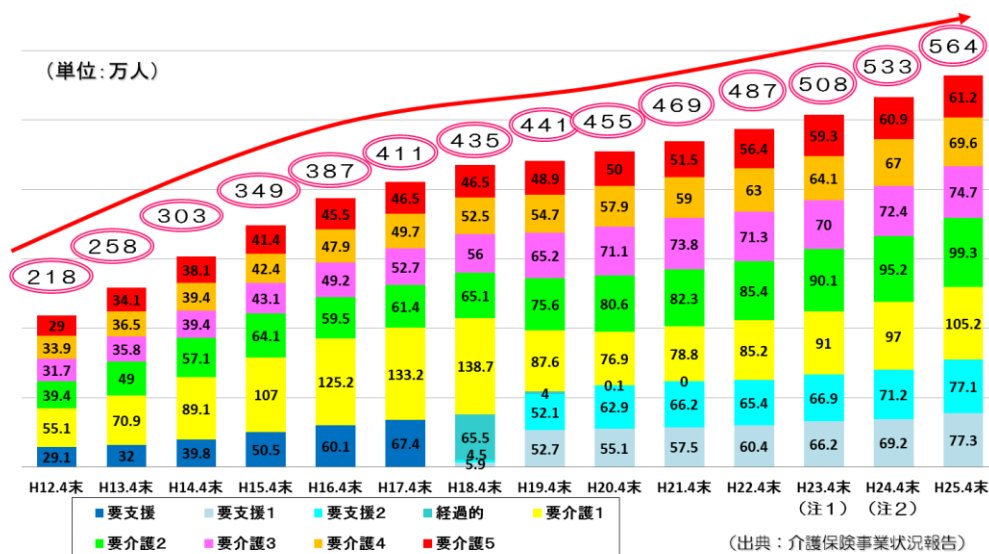
	2000年4月末		2013年4月末	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	348万人	3.59倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	89万人	1.71倍
地域密着型サービス利用者数	—		34万人	
計	149万人	⇒	471万人	3.16倍

※地域密着型サービスは、2005年の介護保険制度改正で創設された。

（介護保険事業状況報告）

要介護（要支援）の認定者数は、平成25年（2013年）4月には564万人となり、制度創設からの13年間で約2.59倍にまで増加した。その多くは、軽度の認定者数の増加によるものである。また、近年、増加のペースが再び拡大している（図表Ⅱ－⑤）。

図表Ⅱ－⑤ 要介護度別認定者数の推移

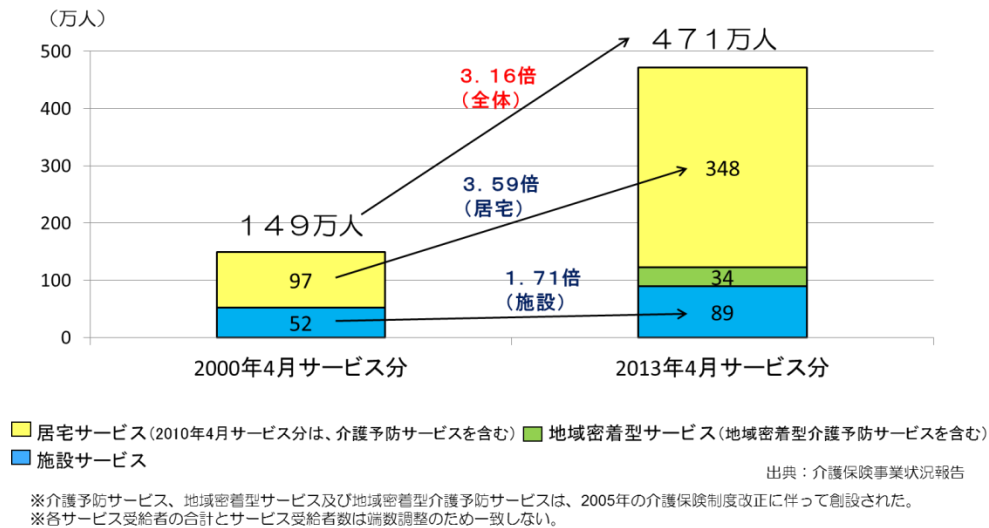


注1）陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。

注2）楡葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護保険のサービス受給者数は、制度創設からの13年間で約322万人増加（3.16倍）し、特に居宅サービスの伸びが大きい（図表Ⅱ－⑥）。

図表Ⅱ－⑥ サービス受給者数の推移

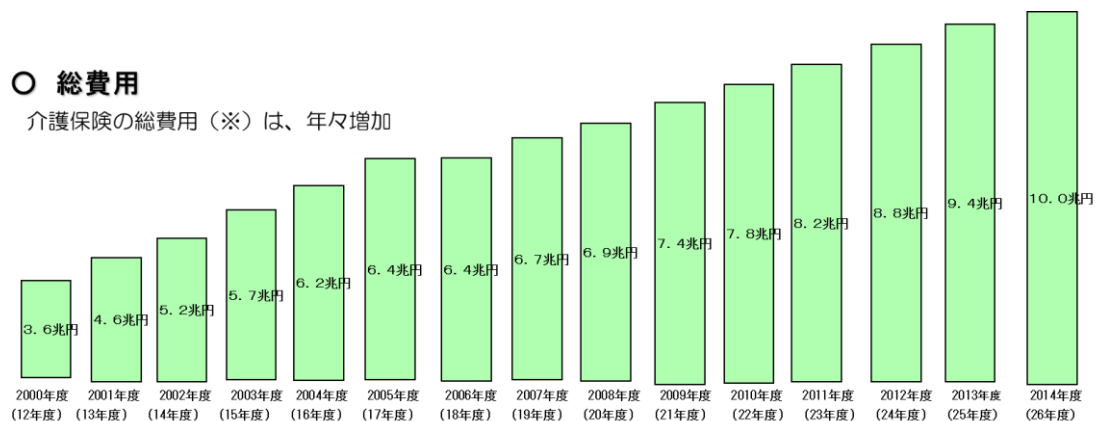


介護保険のサービス受給者数の増加とともに、介護保険の総費用も年々増加している（図表Ⅱ－⑦）。

図表Ⅱ－⑦ 介護費用の推移

○ 総費用

介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2012年度は実績、2013～2014年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

出典：第100回社会保障審議会介護給付費分科会資料（平成26年4月28日）より引用

3. 地域包括ケアシステムの構築

我が国では、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上となる平成37年（西暦2025年）に向けて、たとえ重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

我が国には、大都市圏から農山村、離島までといった多様な地理条件の地域が存在する。地域包括ケアシステムを構築するに当たっては、このような地理条件、地域特性への考慮が不可欠である。高齢化の進展状況を例とすれば、高齢化率の上昇傾向はほぼ全国において生じるものの、大都市圏には全人口が横ばいで75歳以上人口が急増する地域が多く、地方には全人口が減少し75歳以上人口は横ばい又は減少を見る地域が多い。また、介護・生活支援・住民の社会参加にかかわる社会資源の状況も、地域によって大きく異なる。地域包括ケアシステムは、地域の実情を把握している保険者である市町村や、市町村を支援する都道府県が、このような地域の特性に応じる形で、地域の自主性や主体性に基づき作り上げていくことが必要である。

また、地域包括ケアシステムの構築を目指すに当たっては、保険者や都道府県が長期的な視点を持って取り組むことが必要である。現行の第5期（2012～1014年度）の介護保険事業計画では、認知症施策、医療との連携、高齢者の居住に係る施策との連携、生活支援サービスといった地域包括ケアシステムの実現に必要な要素を記載する取組が新たに始まっている。第6期（2015～1017年度）以降の介護保険事業計画では、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上となる平成37年（西暦2025年）を見据えての言わば「地域包括ケア計画」として位置づけ、第5期計画で取組を開始した地域包括ケアシステム構築のための取組を長期的な視点の下に承継発展させるとともに、在宅医療・介護連携の推進等に積極的に取り組み、市町村が主体となった地域づくり・まちづくりを本格化してゆく必要がある。

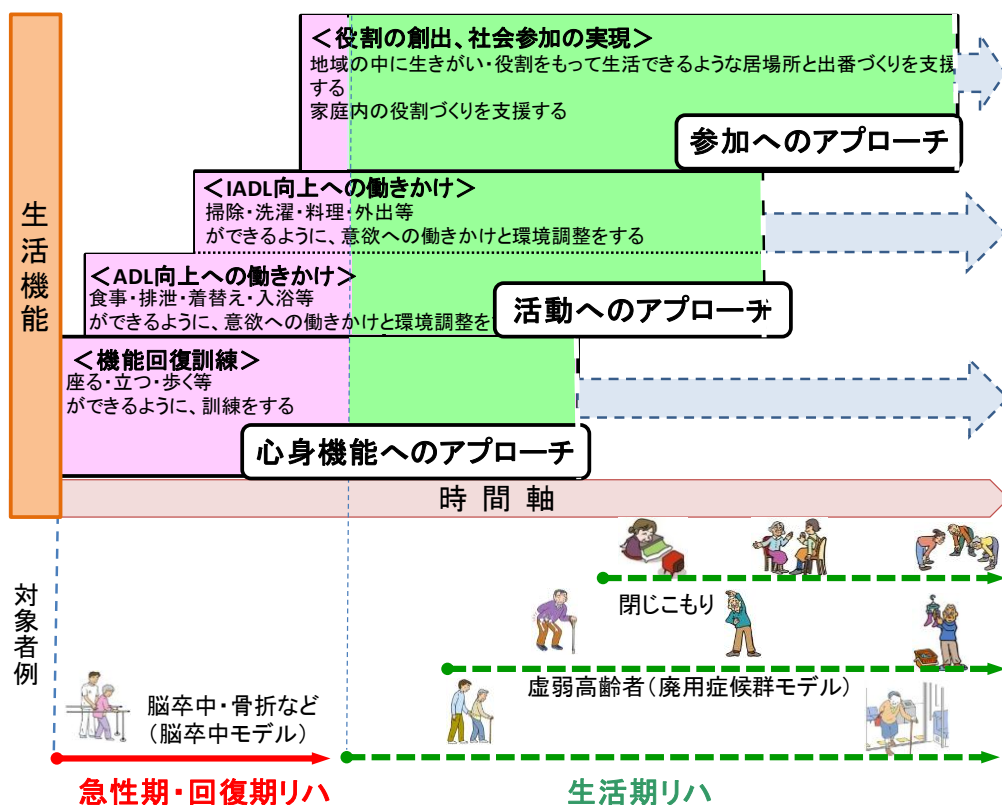
4. これからの介護予防

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることを予防すること、又は要介護状態等を軽減させ、若しくは悪化を防止することを目的とする取組である。特に、生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たす、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現を支援して、QOLの向上を目指すことが重要である。

※「生活機能」について

国際機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から成るものとしている（図表Ⅱ－⑧）。

図表Ⅱ－⑧ 生活機能とその構成要素



出典：国際機能分類を基に厚生労働省老健局老人保健課が作成した資料

一方で、これまでの介護予防の手法は、身体機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などを通じた高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、生きがい・役割をもって生活できるような居場所・出番のある地域づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、様々なアプローチが重要となる。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す必要がある。

5. 居宅サービスとしてのリハビリテーションの概況

(1) 介護保険制度におけるリハビリテーション

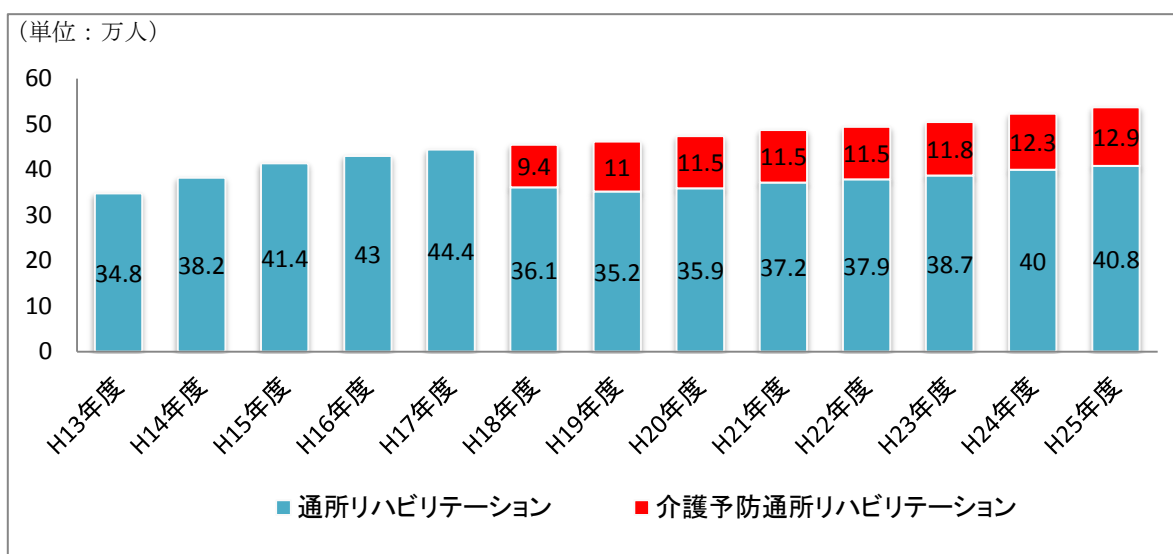
介護保険法においては、「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」(第4条)とされ、リハビリテーション重視の考え方が示されている。介護保険では、施設サービスとしては、主に介護療養型医療施設及び介護老人保健施設においてリハビリテーションが提供されており、居宅サービスとしては、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護によるリハビリテーションが行われている。

(2) 居宅サービスとしてのリハビリテーション

居宅サービスにおけるリハビリテーションの1か月当たりの受給者数を見ると、通所リハビリテーションについては、予防給付の利用者が約12万9,100人、介護給付が約40万8,000人の計53万7,100人となっている(図表Ⅱ-⑨)。請求事業所数は、予防給付が6,896事業所で、介護給付が7,200事業所となっている(図表Ⅱ-⑩)。

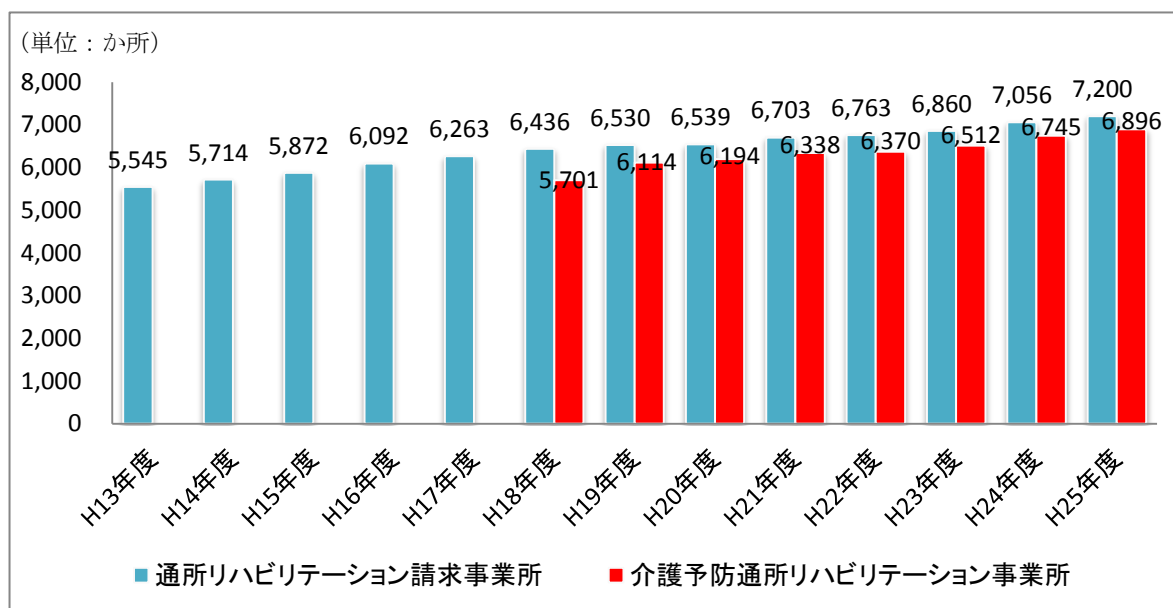
また、リハビリテーション実施計画の策定等のプロセスを評価するために、平成18年(西暦2006年)度に創設されたリハビリテーションマネジメント加算の算定状況は、約37万8,400件であり、退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるために創設された短期集中リハビリテーション加算は、約15,200日となっている。また、平成21年(西暦2009年)度に円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る目的で創設された個別リハビリテーション加算は約265万3,700件で、認知症に対するリハビリテーションの提供として創設された認知症短期集中リハビリテーション加算は3,500日となっている。

図表Ⅱ－⑨ 通所リハビリテーションの受給者数



出典：介護給付費実態調査より（各年度3月サービス提供分を集計）

図表Ⅱ－⑩ 通所リハビリテーションの請求事業所数

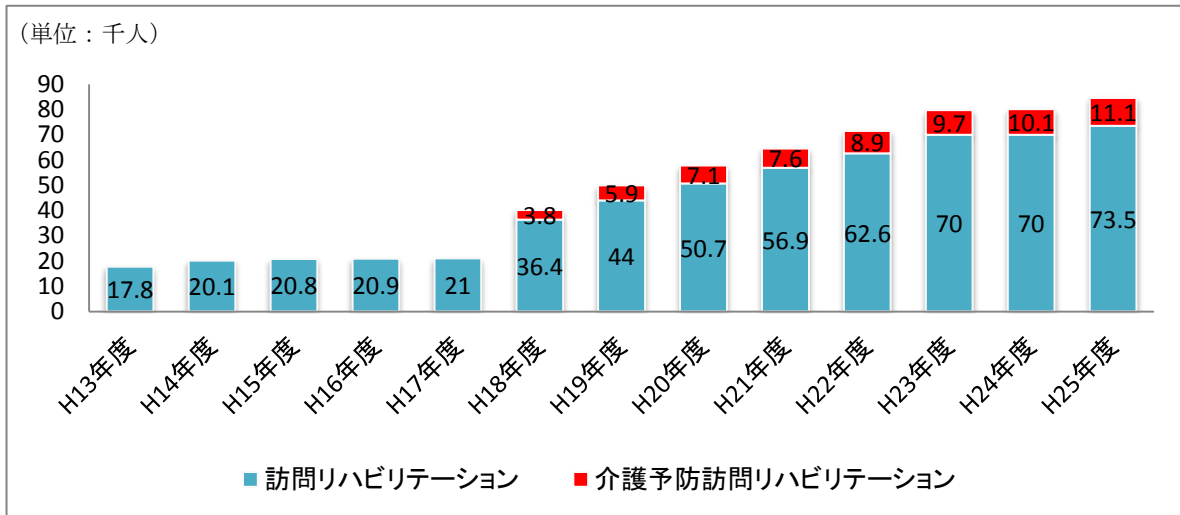


出典：介護給付費実態調査より（各年度3月サービス提供分を集計）

訪問リハビリテーションについては、1 か月当たりの受給者数を見ると、介護予防給付の利用者が約 11,100 人、介護給付が約 73,500 人の合計 84,600 人となっている（図表Ⅱ－⑪）。請求事業所数は、予防給付が 2,318 事業所で、介護給付が 3,573 事業所となっている（図表Ⅱ－⑫）。

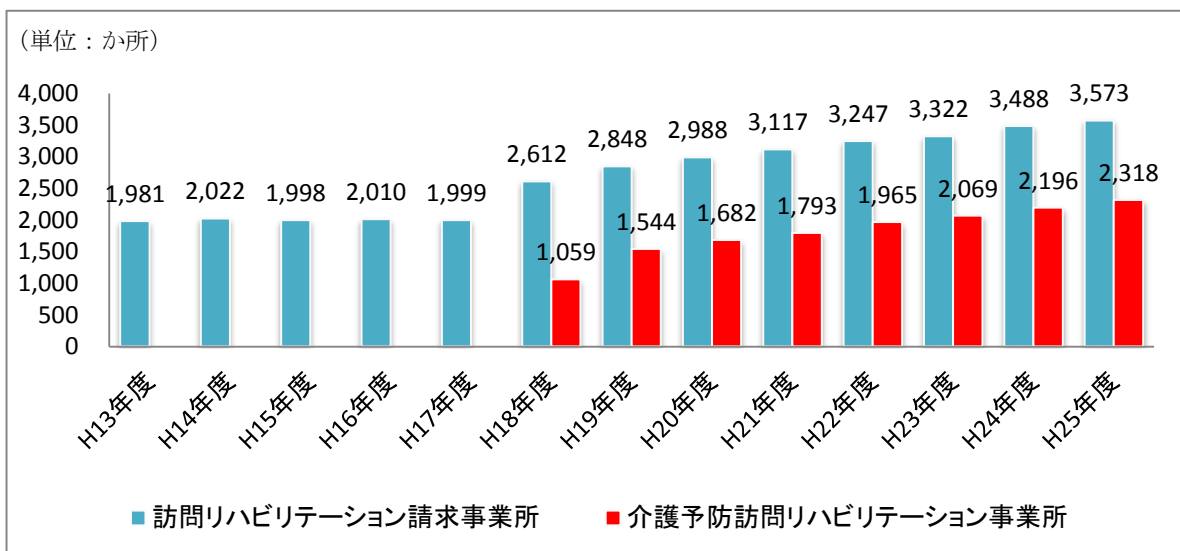
平成 18 年度に通所リハビリテーション同様創設された短期集中リハビリテーション加算は約 22,700 日で、平成 24 年度に創設された訪問介護との連携加算は、予防給付で約 1,000 件、介護給付で約 100 件となっている。

図表Ⅱ－⑪ 訪問リハビリテーションの受給者数



出典：介護給付費実態調査より（各年度 3 月サービス提供分を集計）

図表Ⅱ－⑫ 訪問リハビリテーションの請求事業所数



出典：介護給付費実態調査より（各年度 3 月サービス提供分を集計）

6. 平成 16 年高齢者リハビリテーション研究会のその後の課題

(1) 高齢者リハビリテーション研究会の実施状況

厚生労働省では、軽度の要介護者の増加を踏まえた介護予防・リハビリテーションを確立するために、平成 17 年（西暦 2005 年）に国会提出予定であった介護保険法の改正案、及び平成 18 年（西暦 2006 年）度の診療報酬・介護報酬同時改定における対応を講じるべく、平成 16 年（西暦 2004 年）1 月に「高齢者リハビリテーション研究会」を設置し、5 回にわたって討議を行った。

討議の結果は、報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」として取りまとめられ、高齢者リハビリテーションの現状や介護保険制度施行後の課題、高齢者リハビリテーションに対する基本的な考え方、当時のサービスの見直しに関する提案等が行われた。

(2) 平成 16 年 1 月高齢者リハビリテーション研究会のその後の課題

今後の地域における高齢者のリハビリテーションの在り方を検討するにあたっては、まず、平成 16 年 1 月の「高齢者リハビリテーション研究会」報告書の基本的考え方と見直しへの提案に関するその後の対応や現状を確認した上で、次期介護報酬改定に向け、必要とされる具体策を実効性のある形でまとめた。

具体的には同報告書の記載事項について、その後の対応や現状を踏まえた課題の例として、以下のような事項が考えられた。

- 個人の状態や希望等に基づく適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視した適時適切なリハビリテーションが、必ずしも計画的に実施できていないのではないか（依然として、訓練そのものが目的化しているのではないか）。
- 「身体機能」に偏ったリハビリテーションが実施され、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションが依然として徹底できていないのではないか。
- 廃用症候群への早期対応が不十分ではないか。
- 居宅サービスの一体的・総合的な提供や評価を進めるべきではないか。
- 高齢者の気概や意欲を引き出す取組みが不十分ではないか。
- 通所と訪問の連携や他のサービス事業所間・専門職間の連携を高める必要があるのではないか。
- 利用者や家族をはじめ、国民ひとりひとりがリハビリテーションの意義について更に理解を深める必要があるのではないか。

前述の研究会報告の考え方や提案の実効性を高めて、上記のような課題に対処するためには、どのような具体的取組みが考えられるかを検討した。

Ⅲ 平成 16 年高齢者リハビリテーション研究会後から見えてきた課題

本章では、平成 16 年（西暦 2004 年）に行われた高齢者リハビリテーション研究会以降における各種調査結果を参照しながら、近年における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの課題を整理する。

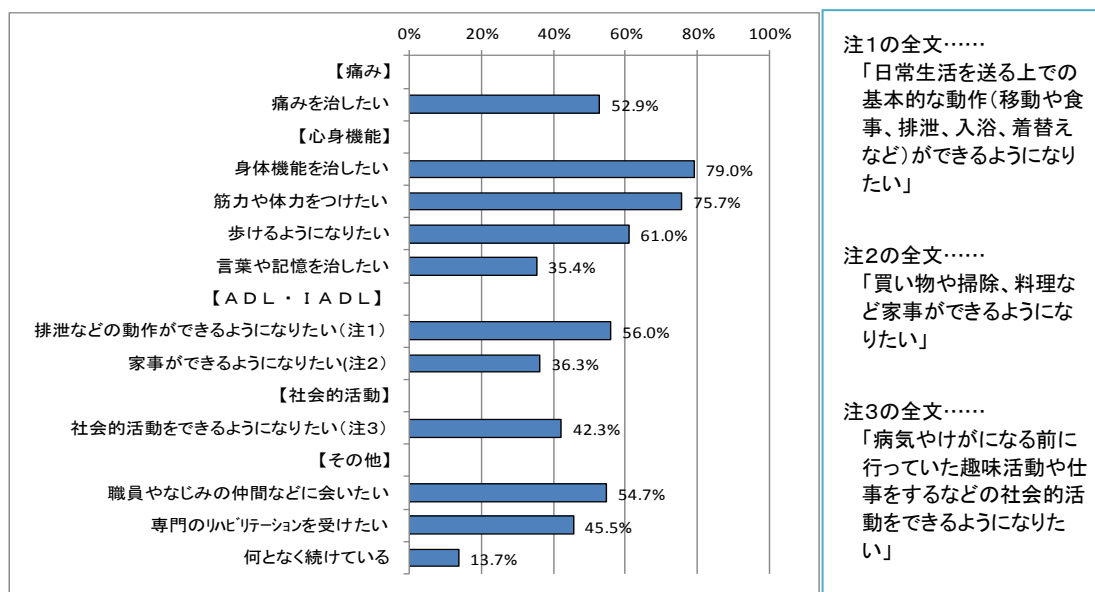
課題の多くは、平成 16 年高齢者リハビリテーション研究会において既に指摘が行われているものであり、平成 16 年当時の課題が現在もなお、残っているといえる。

1. 身体機能に偏ったリハビリテーションの実施

（1）利用者の多様なニーズ

高齢者が通所リハビリテーションを継続する理由としては、「身体機能を治したい」「筋力や体力をつけたい」といった身体機能の改善に希望を多く持っているが、「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」「社会的活動をできるようになりたい」といった日常における生活機能の向上や社会参加に係る希望も少なくない（図表Ⅲ－①）。

図表Ⅲ－① 本人回答：リハビリテーションの継続理由（複数回答）（n=2,725）

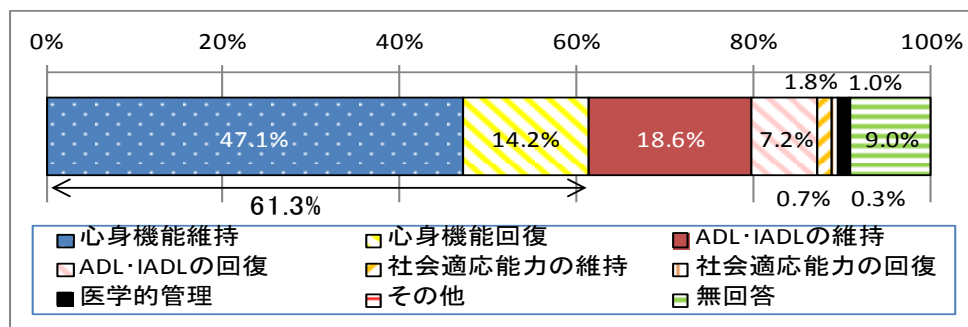


出典：平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成 26 年度調査)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

(2) リハビリテーション専門職が提供しているリハビリテーションの主な目的

リハビリテーション専門職にとってのリハビリテーションの主な目的は、「心身機能維持」が半数近くを占め、これに「心身機能回復」を加えると6割強に上る（図表Ⅲ－②）。

図表Ⅲ－② リハビリテーション専門職が提供しているリハビリテーションの主な目的（n=3,302）

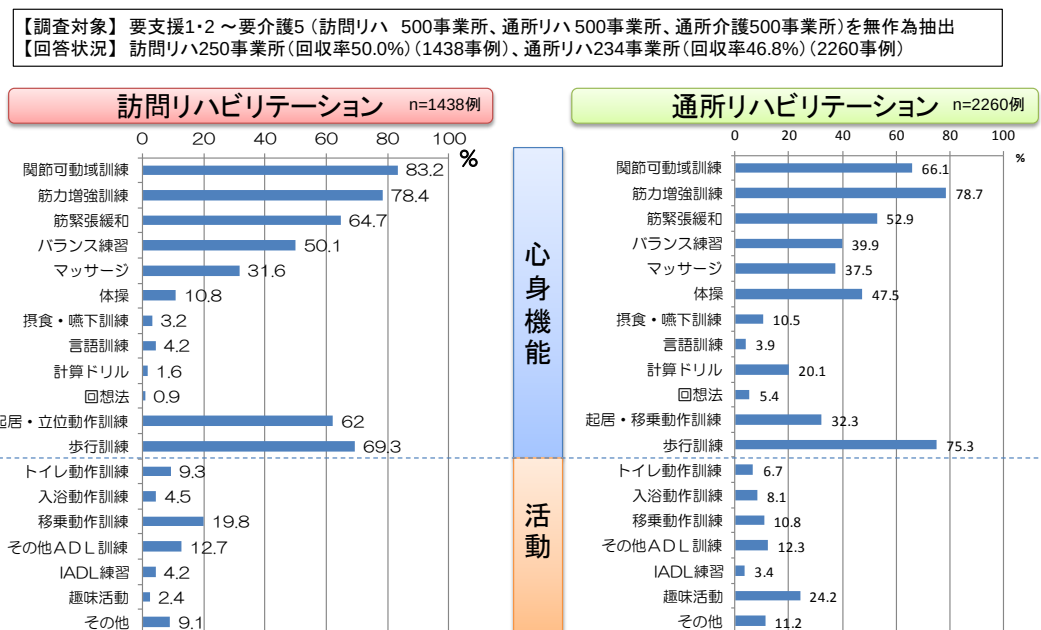


出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成26年度調査）「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

(3) 身体機能に偏ったリハビリテーションの実施

利用者の多様なニーズにもかかわらず、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションでは、医療におけるリハビリテーションにおいて主に実施されるような、身体機能に偏ったリハビリテーションが実施されがちである。これに対し、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのリハビリテーションの実施度合いが低く、介護におけるリハビリテーションとしてのバランスのとれた構成となっていない（図表Ⅲ－③）。

図表Ⅲ－③ 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションで提供されているプログラム内容



出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成25年度調査）「生活期リハビリテーションに関する実態調査」報告書

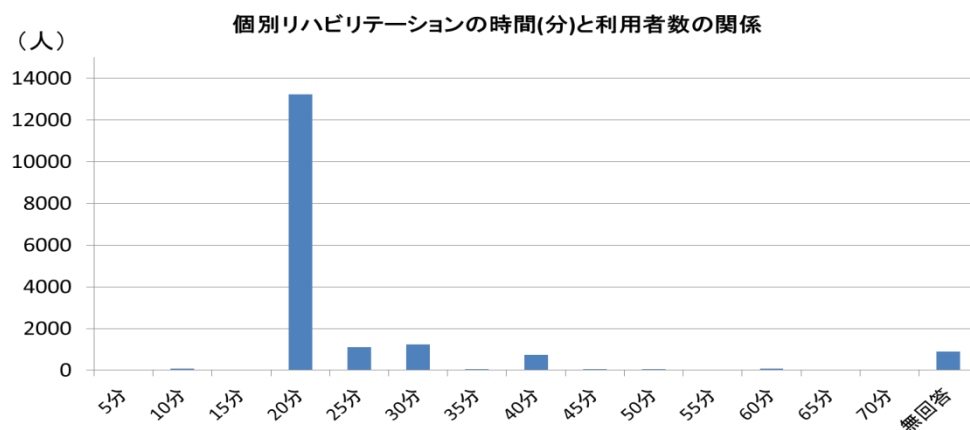
2. 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施

(1) 画一的な個別リハビリテーションの提供

介護保険のリハビリテーションにおいては、「心身機能」のみならず「活動」「参加」に係る働きかけが、医療のリハビリテーション以上に重要である。ゆえに、利用者の社会的状況や意志に応じた柔軟な対応が求められる。

一方で、介護保険において利用者が受けた個別のリハビリテーションの時間は 20 分間が圧倒的に多く、提供時間について画一的なリハビリテーションが行われているのが現状である（図表Ⅲ－④）。

図表Ⅲ－④ 個別リハビリテーションの時間と利用者数の関係



出典：平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」を老人保健課で再集計

(2) 通所リハビリテーションの平均利用期間

リハビリテーションは、終了を意識しながら計画的に実施することが必要であるが、通所リハビリテーションの平均利用期間は4年程度であり、通所介護の平均利用期間と同等の長さである(図表Ⅲ－⑤)。

図表Ⅲ－⑤ 通所リハビリテーションと通所介護の利用状況

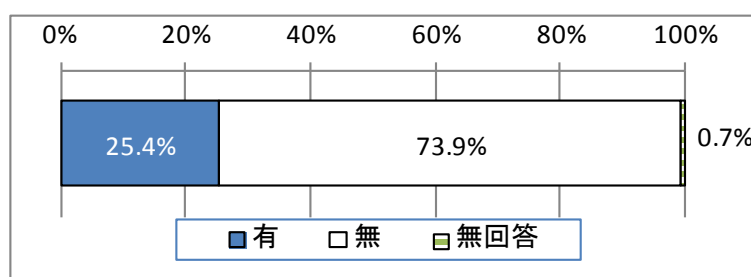
		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1 歳	84.1 歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	49.6 か月	48.0 か月
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリテーション等の提供	個別リハビリテーション・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・ST が実施した個別リハビリテーション(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリテーション(個別機能訓練)時間	16.6 分	22.4 分

出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

(3) リハビリテーション専門職の通所リハビリテーション終了後の利用者の生活イメージ

通所リハビリテーションを提供するリハビリテーション専門職の7割以上が、リハビリテーション終了後の利用者の具体的な生活イメージを持っていない(図表Ⅲ－⑥)。

図表Ⅲ－⑥ リハビリテーション専門職回答：通所リハビリテーション終了後の利用者の生活イメージ(例：スポーツジムに通う)の有無 (n=3,302)

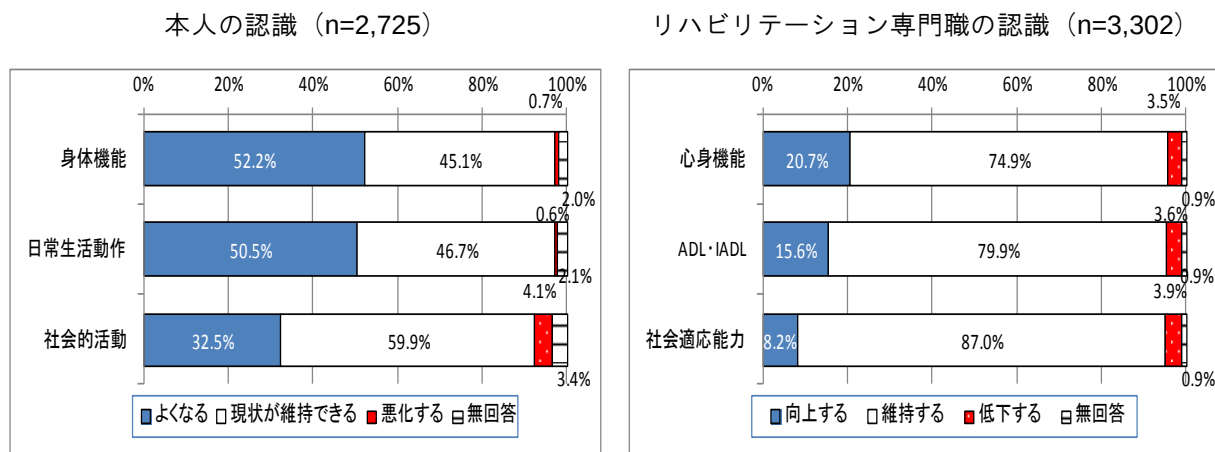


出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

（４）利用者とリハビリテーション専門職との間の効果に対する認識の乖離

身体機能や日常生活動作、社会参加に対してリハビリテーションがもたらす効果について、利用者の多くは改善をもたらすものと認識している一方、リハビリテーション専門職の多くは維持することが効果であると認識しており、両者には認識の乖離がある（図表Ⅲ－⑦）。

図表Ⅲ－⑦ リハビリテーションの効果に対する認識



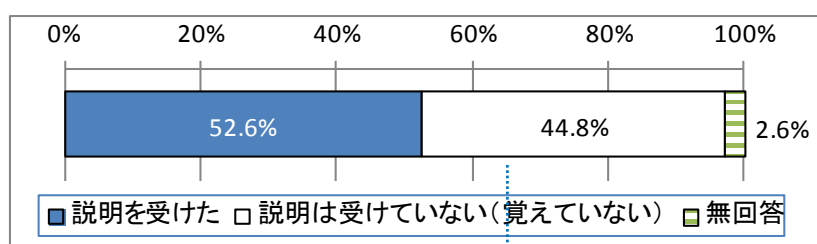
出典：平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 26 年度調査）「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

(5) 身体機能や日常生活を送る上での動作の今後の見通しの説明

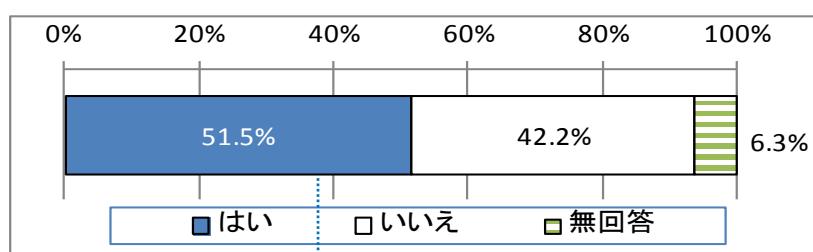
利用者の4割以上が、身体機能や日常生活を送る上での動作の今後の見通しについて「説明を受けた」という認識を持っていない(図表Ⅲ-⑧)。

また、「説明は受けていない(覚えていない)」と回答した利用者の半数以上は、説明を「受けなかった」と回答しており(図表Ⅲ-⑨)、説明を「受けなかった」と回答した利用者の半数近くが医師からの説明を希望している(図表Ⅲ-⑩)。

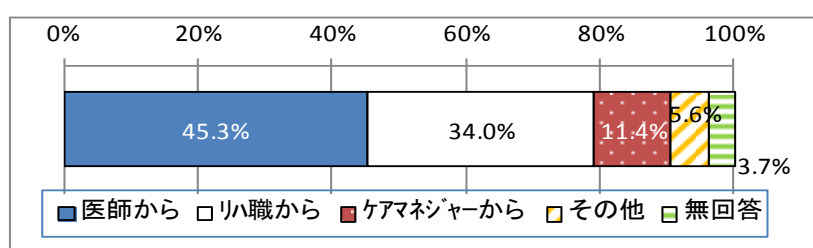
図表Ⅲ-⑧ 身体機能や日常生活を送る上での動作の今後の見通しの説明の有無 (n=2,725)



図表Ⅲ-⑨ (説明なしの場合) 説明を受けたかったか (n=1,222)



図表Ⅲ-⑩(希望有の場合)希望説明者 (n=629)



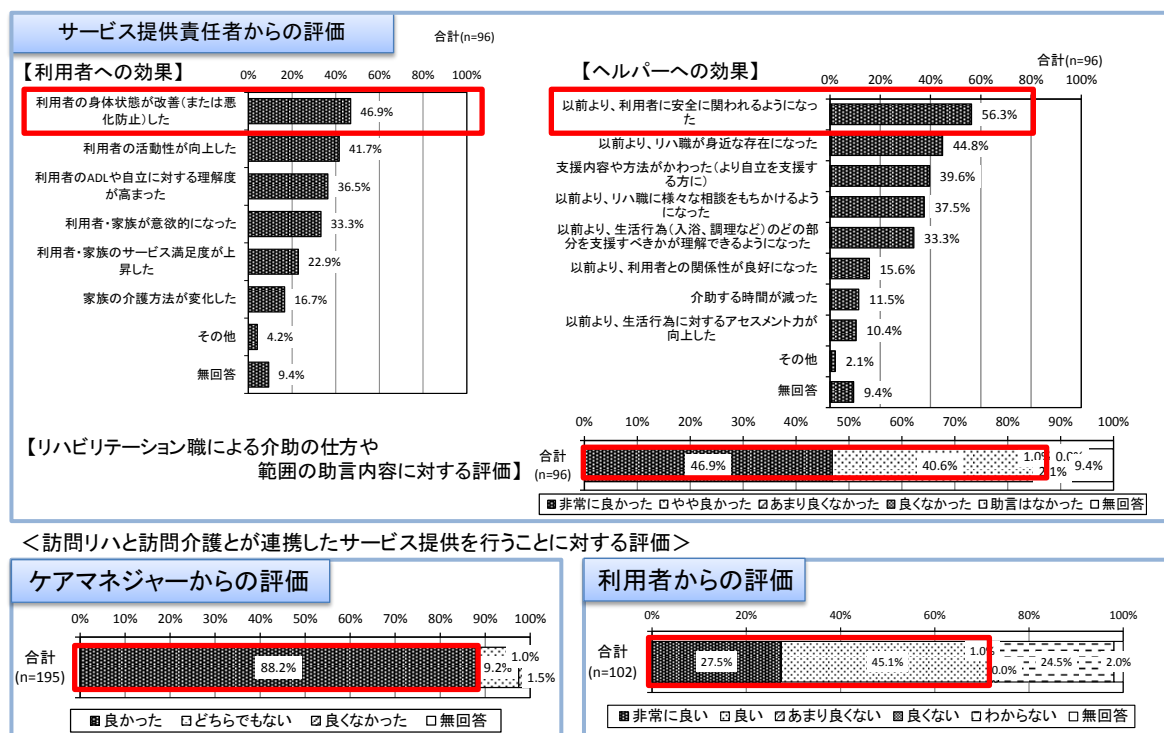
出典:平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

3. 居宅サービスの効果的・効率的な連携

(1) リハビリテーション専門職と介護職の連携の効果

訪問リハビリテーションのリハビリテーション専門職と訪問介護の介護職が連携することの効果については、提供者側、利用者側、介護支援専門員のいずれの立場からも、肯定的な評価が多い（図表Ⅲ－⑪）。

図表Ⅲ－⑪ 訪問リハビリテーションのリハビリテーション専門職と訪問介護の介護職とが連携した場合の効果

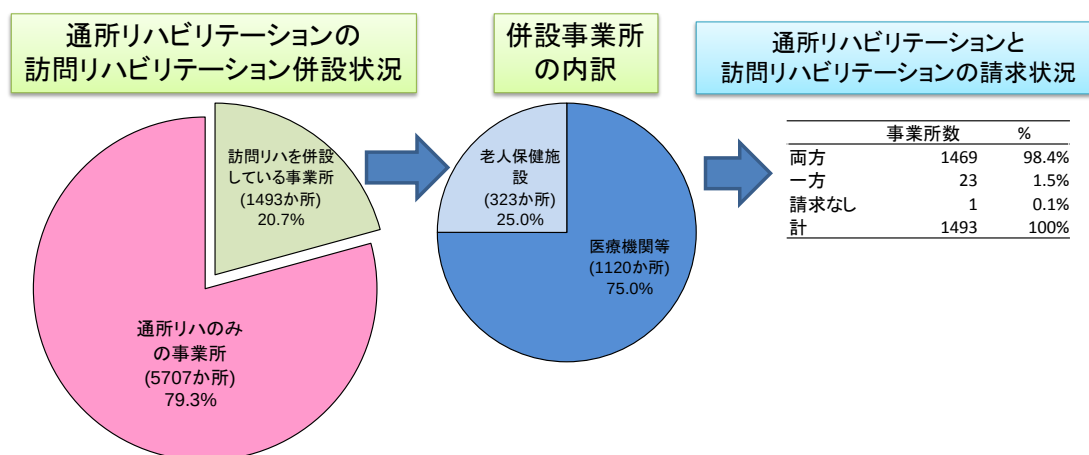


出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

(2) 訪問リハビリテーション事業所と通所リハビリテーション事業所の併設の現状

通所リハビリテーション事業所（約 7,200 事業所）のうち、訪問リハビリテーション事業所を併設している事業所は 21%（約 1,500 事業所）である。約 8 割が、単独の通所リハビリテーション事業所である（図表Ⅲ－⑫）。

図表Ⅲ－⑫ 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの一体的サービスの提供状況



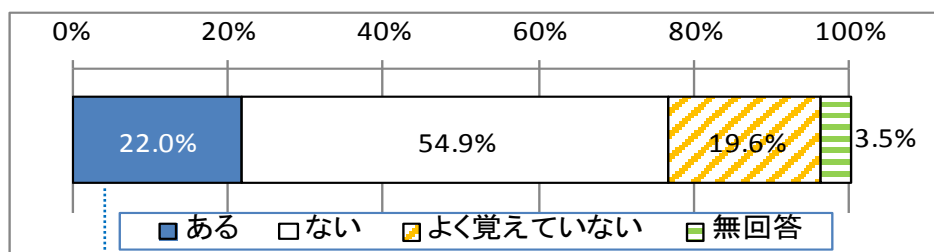
出典:介護給付費実態調査(平成 26 年 4 月分)「老人保健課による特別集計」より

4. 高齢者の気概や意欲を引き出す取組が不十分である

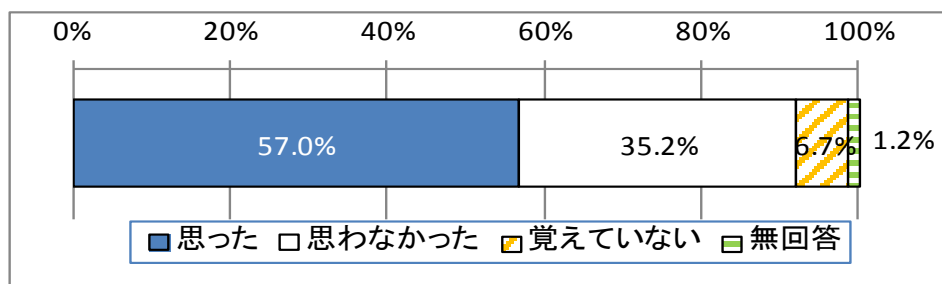
より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいといった高齢者の気概や意欲を、リハビリテーションに関わる医療・介護の専門職や介護支援専門員が引き出すことが重要である。

高齢者が通所リハビリテーションを継続する理由としては、身体機能に係る希望のほか、日常における生活機能の向上や社会参加に係る希望も多く、利用者は多様なニーズを持っている（図表Ⅲ－①）。しかし、同調査において、通所リハビリテーションの利用者の8割近くが地域の体操教室や、趣味活動等の集まりについて、説明を受けていない（若しくはよく覚えていない）（図表Ⅲ－⑬、Ⅲ－⑭）。この説明を受けた利用者の半数近くが、そのサービスを利用したいと回答していることから、高齢者の気概や意欲を引き出す取組には改善の余地があると考えられる。

図表Ⅲ－⑬ 本人回答：通所リハの職員等からの地域の体操教室等についての説明を受けたことがあるか（n=2,725）



図表Ⅲ－⑭ 本人回答：地域の体操教室等についての説明が「ある」場合にそのサービスを利用したいと思ったか（n=600）



出典：平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 26 年度調査）「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業」報告書

IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方

本章では、本検討会や事業所ヒアリング調査において提起された意見や問題意識を基に、高齢者の地域におけるリハビリテーションの今後の在り方について、基本的な考え方をまとめる。

1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題

(1) 個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施

高齢者の状態はそれぞれの日常生活や人生を反映した、極めて個別的、個性的なものであり、ニーズも多様であるにもかかわらず、画一的なリハビリテーションが提供されている。また、訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時適切なリハビリテーションが提供されていない。

〈委員の主な意見〉

- 生活に密着した目標や期間をきちんと決めて、関連職種の合意を得てリハビリテーションサービスを提供していくという仕組みの検討が必要である。
- 多職種が連携して、アセスメントに基づく個別のサービス計画を立てて、定期的な評価を行うという PDCA サイクルを回すというような形で、エビデンスに基づいたリハビリテーションを行う必要がある。
- 高齢者の状態はそれぞれの日常生活や人生を反映した、極めて個別的、個性的なものであり、ニーズも多様であるため、日常生活や人生の過ごし方という視点で PDCA の前に意欲とか趣味活動などの Survey（アセスメント調査）を行うことが大切である（※）。
- 介護支援専門員が、どういう人に対してどのようにリハビリテーションサービスを導入したらいいのか、卒業はどの段階で行い、その先はどこに結びつけていったらいいのかという、具体的なイメージが持てるとよい。
- リハビリテーションは、病院で IADL や活動の視点を持ち、生活期のリハビリテーションにつないでいくと機能する。
- 自立支援という生活の場における課題を解決してゆく思考が、リハビリテーションに今一度必要なのではないか。
- 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションが実施できていない理由として医師のかかわり方（内容、頻度）に起因する問題があるのではないか。
- アセスメント、目標の設定の仕方、当事者自身をどのようにプログラムの中に介入させるのかという課題を分析し、アプローチすれば、確実にこの課題の幾つかが解決する。
- 個人の状態や希望等に基づく適切な目標設定、それに基づいた適切なリハビリテーションの提供が重要である。

※SPDCA (Survey－Plan－Do－Check－Act) とは

事業活動やプログラム運営において、着実な活動の実行及びその品質の向上を円滑にマネジメントするための手法である。サイクルを構成する Survey (情報収集とその分析・評価)、Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価)、Act (改善) を順に繰り返すことで活動を継続的に改善する。最後の Act (改善) は次の Survey (情報収集とその分析・評価) から改善することになり、新たな SPDCA サイクルにつながっていく。

特に質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントにおいては、利用者主体の日常生活に着目した目標を設定するために、PDCA に先だつ Survey が重要である。

(2) 「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施（「身体機能」に偏ったリハビリテーションの見直し）

通所・訪問リハビリテーションでは、身体機能に偏ったリハビリテーションが実施され、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションが実施されていない。また、通所リハビリテーションでは、ほとんどのプログラムが20分間の個別リハビリテーションとなっているため、身体機能の訓練の実施形態としては適しているが、「活動」や「参加」などへの柔軟な内容が実施できない。さらに、以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解（受容）するための働きかけが不十分である。

〈委員の主な意見〉

- 生活期のリハビリテーションでは、日常生活の活動性を高め、生きがいをづくりや社会参加を促す必要がある。
- 社会参加をする場の創設、場をどのように作るのか、どのような場所で作っていくのかということについて、この中で議論をきちんとしたほうがよい。
- 加齢に伴って起こるものを、リハビリテーションでどれだけ支えられるのか議論してほしい。
- リハビリテーションにより生活機能が向上し、要介護1、要支援1、2の者が卒業し、地域にデビューすることを期待する。

(3) 居宅サービスの効果的・効率的な連携

在宅の高齢者が、長く住み慣れた自宅で生活できるよう、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供できていない。また、医療と介護の連携や介護保険の中での各サービス間や、専門職種間の連携が不十分である。

〈委員の主な意見〉

- リハビリテーション専門職と介護側との間で、この先このまま放置しておくとなってしまうといった予後や今実施しないとならないことなど危機感や進め方に関する認識のすり合わせが重要である。
- 入院時のリハビリテーションや自宅に戻ってからの IADL というようなものをみた際にリハビリテーションは何が必要なのかといったように、事業者間でアセスメントや課題、実施内容等を情報共有し、連携をしてゆくことが必要ではないか。
- 多職種連携、多機関連携によって、統一されたアセスメントや評価軸等に関する連携が必要ではないか。
- 通所リハビリと通所介護の機能分類を、医師を含む各専門職の役割と関わり方によって再整理をした上で、両者を含む居宅サービスを一体的、総合的に提供するといったことが具体的に明らかになっていけばよい。
- 在宅に退院（所）した時に、どのような段階を踏み、どこまで生活の自立が到達できるかといったイメージが、本人や家族、ケアマネジャーの側に届くことが必要である。
- デイケアやデイサービス、在宅の面的な連携を確立できるような報酬の在り方も重要である。
- 先の見通しを共有しながら、必要な機能が切れ目なく展開されるためのアセスメントや介入、アウトカムの見方、機能の整理、評価体系の在り方、多職種共同のケアマネジメントの在り方というところにも、議論が展開してゆけばよい。
- 生活機能を向上させるにあたり、このような立ち方をさせてください、このような声かけをしてくださいといった部分は、医師の指示の他に、ヘルパーやナースへの重要な助言者としてのリハビリ職が必要である。
- 在宅に退院（所）した時に、どのような段階を踏み、どこまで生活の自立が到達できるかといったイメージが、本人や家族、ケアマネジャーに届くことが必要である。

(4) 高齢者の気概や意欲を引き出す取組み

高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取組みが重要だが、このような高齢者自身の思いが把握できていない。また、以前の生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自身の持つ能力の限界と可能性を高齢者が理解（受容）するための働きかけが不十分である。さらに、国民一人ひとりがリハビリテーションについて理解を深めることが重要であるが、地域の専門職がそのための役割を十分に果たしているとは言えない。

〈委員の主な意見〉

- 障害があっても、その人なりの地域において必要とされる場がいろいろな選択肢として存在するということを提示しなければ、社会参加とはいえない。
- 生活期のリハビリテーションでは、日常生活の活動性を高め、生きがいつくりや社会参加を促す必要がある。
- 国民にも、リハビリ＝運動という誤解が大きい。
- 介護保険制度そのものがリハビリテーション前置主義と言われているが、果たしてこれが、今なおサービス提供側や受ける国民に、周知徹底されているかということになると非常に不安がある。ADLを含めた自立という視点が、いわゆる機能回復に終始しているような発想である。
- 高度成長期を支えた高齢者は、生産、販売等の「生産的活動」、地域の中の居場所づくりに「働く」ことは、重要な取組みになる。

2. 生活期のリハビリテーションの具体的な提案

本節では、本章第1節で整理した高齢者の地域におけるリハビリテーションの今後の在り方に関する基本的な考え方を基盤として、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションに係る介護報酬等の制度構築に関する具体的な見直しの方向性について提案する。

(1) 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底（生活期リハビリテーションマネジメントの再構築）

本章第1節で指摘したように、今後の地域におけるリハビリテーションの在り方を考えるに当たり、「個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施」「居宅サービスの効果的・効率的な連携」「高齢者の気概や意欲を引き出す取組」が重要と考えられる。

利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせて計画的にリハビリテーションを進めてゆくためには、改めてリハビリテーションのマネジメントを再構築し、徹底する必要があると考えられる。

本項では、生活期リハビリテーションマネジメントの具体的な手法について提案する。

1) 通所・訪問リハビリテーションサービスの開始時におけるニーズ把握・アセスメント(Survey)

リハビリテーションの計画的実施のためには、いわゆる PDCA (Plan-Do-Check-Act) サイクルのみならず、計画 (Plan) に先立つ適切なニーズ把握やアセスメント (Survey) が重要である。

① ニーズ把握

この Survey の段階において、まず利用者の居宅にリハビリテーション専門職が訪問し、「してみたい」「興味がある」といった日常生活や人生の過ごし方についてのニーズを具体的に引き出す。これに当たっては、具体的なニーズを把握するためのツールとして、ニーズ把握票（7）の様式 A 参照）などを活用することも考えられる。

② 情報収集

また、かかりつけ医からは利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは、居宅サービス計画に基づいて利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得る。

さらに、把握したニーズからリハビリテーションの具体的な目標につなげるに当たっては、利用者本人の意向やニーズを踏まえた上で、利用者の暮らし方、家庭での役割、社会参加や趣味活動の状況や、リハビリテーション終了後の生活のイメージなどの情報を収集し、整理する。この段階では、アセスメント票（7）の様式 B 参照）を活用することが考えられる。このアセスメント票（様式 B）は、介護支援専門員がサービス担当者会議等で活用する「課題整理総括表（※）」の構成を参考に作成することで、居宅サービス計画との連動性を持たせることが望ましい。

この情報収集に当たっては、利用者本人の基本動作、ADL・IADLなどの現状の客観的事実や、家族介護の具体的な内容や介護負担の程度などの環境要因についても把握する。

＊課題整理総括表とは

介護支援専門員が、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した課程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的として策定された様式例である。

(介護保険情報 Vol.379 H26年6月17日厚生労働省老健局振興課)

③ アセスメント

①②で把握・整理した情報（かかりつけ医や介護支援専門員からの取得情報、利用者本人や家族のニーズなど）を基に、「現在の状態をもたらしている要因（心身機能、環境など）」を分析し、「どのような訓練を行えばどこまでのことができるようになるのか」という介入による改善の見込み（予後予測）、介入しないことによる生活機能の低下のリスクなどを評価する。

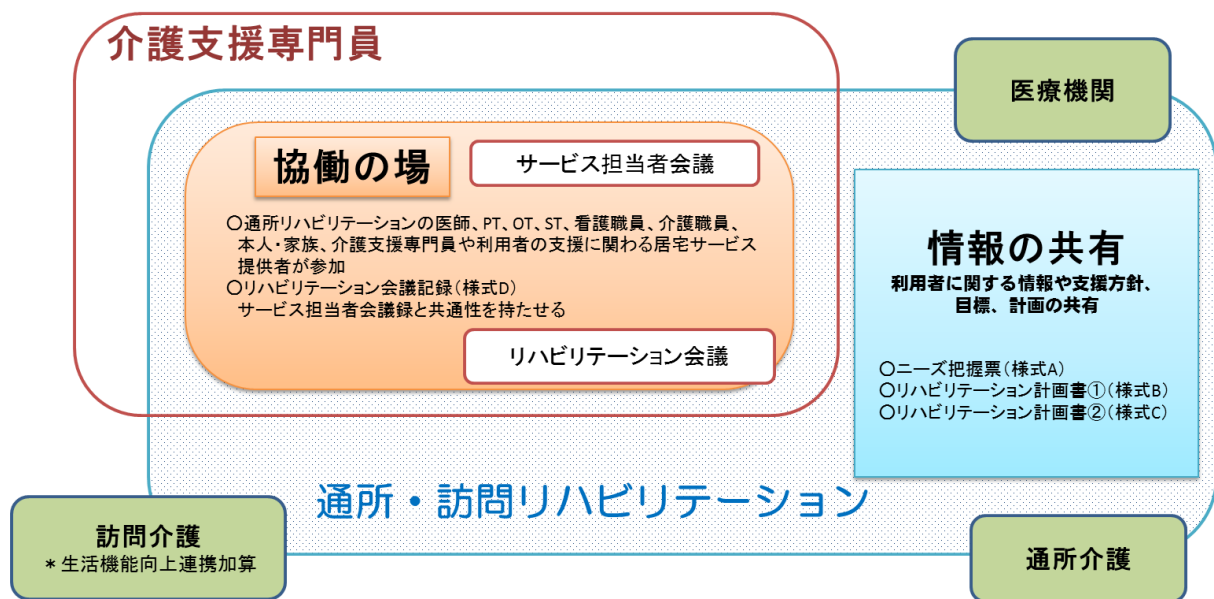
その上で、評価結果を踏まえつつ、利用者本人の日常生活に即した具体的な目標を立てる。評価結果や設定した目標については、利用者本人や家族に分かりやすく説明し、その実現に向けた支援の優先順位を提案・確認する。

2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入（Plan）

1)を踏まえた上で、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの計画を作成する。計画の作成に当たっては、医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの職種のほか、担当の介護支援専門員やその他の居宅サービスの担当者が参加する「リハビリテーション会議」を開催し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画について協議する（図表Ⅳ－①）。

口腔機能向上や栄養機能改善に関する助言・指導が必要な場合には、歯科医師や管理栄養士等もリハビリテーション会議に参画することなどを通じて、情報共有を図る。

図表Ⅳ－① 居宅サービスの協働方法のイメージ



このリハビリテーション会議を通じて、生活や支援の目標、目標を実現する期限、具体的な支援方法、介入の頻度・時間、訪問の必要性の有無、どのリハビリテーションプログラムを選択するか、リハビリテーションのタイムスケジュール、各専門職の関わりなどの方針を取りまとめてゆき、通所・訪問リハビリテーション計画書（7）の様式C参照）を作成する。

作成した通所・訪問リハビリテーション計画については、医師、利用者本人と家族に心身機能の回復や生活の予後予測、リハビリテーションの目標（レベルや期間を含む）を含めて説明し、利用の同意を得る。

なお、リハビリテーション会議の会議録は、リハビリテーション専門職が介護支援専門員と共通した思考に配慮する観点から、サービス担当者会議の会議録を参考にした様式（7）の様式D参照）を活用することも考えられる。

3）リハビリテーションの実施（Do）

通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションは、2）において作成された通所・訪問リハビリテーション計画に従い、医師又は医師の指示を受けたリハビリテーション専門職がリハビリテーションを実施する。

リハビリテーションの実施段階においては、利用者本人へのアプローチだけではなく、利用者本人の持つ能力や可能性、リハビリテーションの必要性や本人が望む生活について、家族が理解することも重要となる。家族の理解を高めるためには、リハビリテーション専門職が、通所リハビリテーションの場だけではなく、居宅など日常生活の場にも出向いて、家族に対する指導・助言を行うことも重要となる。

また、リハビリテーション専門職は、利用者本人・家族だけではなく、当該利用者が利用する他の居宅サービス提供者に対しても、同行訪問等の機会を活用しながら、リハビリテーションの

観点からの日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報について助言指導を行うことが望ましい。

4) モニタリング、計画見直し (Check、Act)

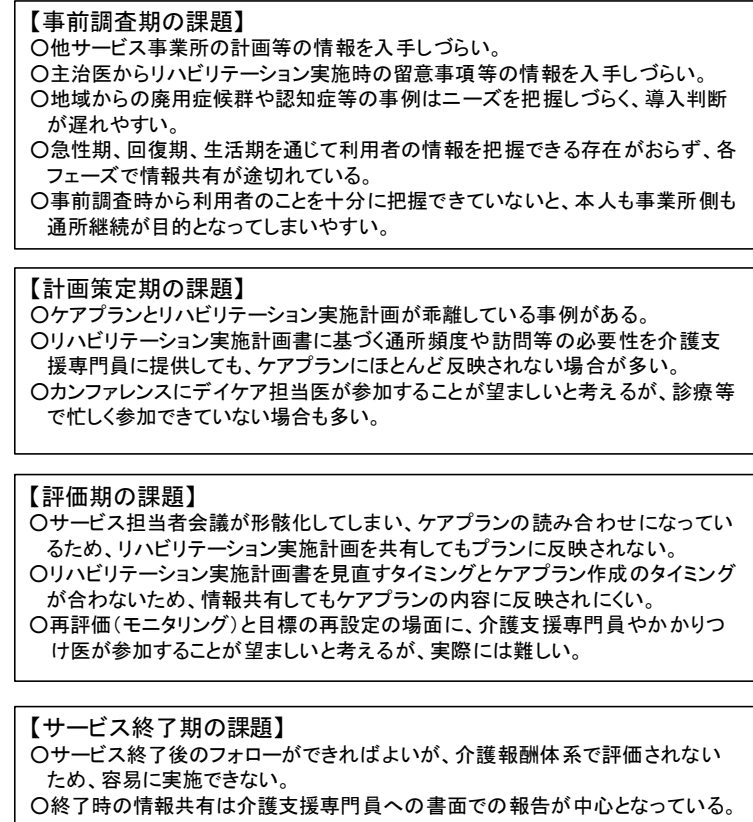
適時適切なリハビリテーションを計画的に実施するに当たっては、リハビリテーションの実施状況や目標の達成度、利用者の心身状態や生活状況の変化などをモニタリングし、リハビリテーション計画を定期的に見直す機会を設けて、必要があれば通所・訪問リハビリテーション計画を見直すことが不可欠である。

見直しの結果は、利用者本人や家族、かかりつけ医、介護支援専門員等と共有し、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションのサービスの提供を終了することとなった際には、介護支援専門員や、利用者がその後利用する居宅サービスの提供者に対して、これまでの支援経過や生活上の留意事項など、必要な情報を提供し、リハビリテーション終了後も必要な支援が継続的に得られるようにすることが重要である。

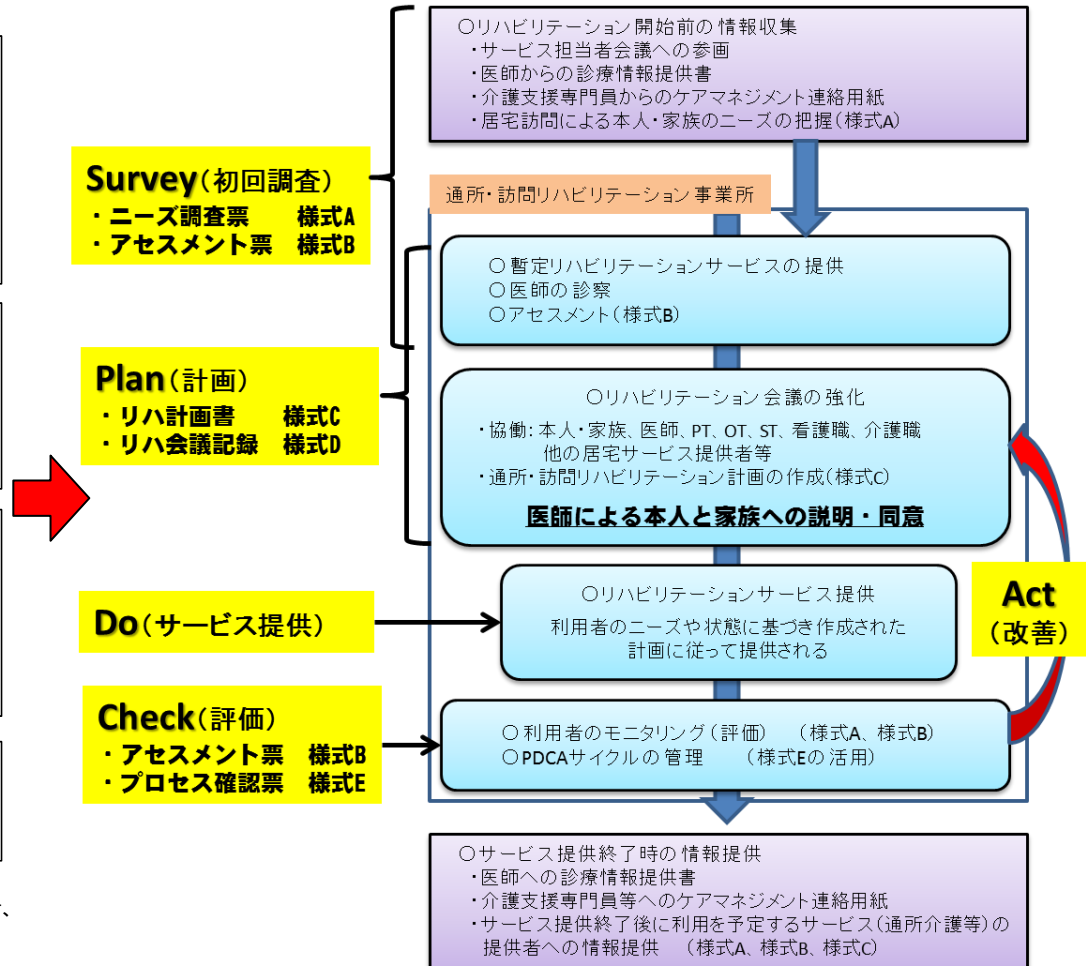
5) プロセスマネジメントの徹底

1)～5) に示したような、SPDCA サイクルに基づくリハビリテーションを実現するには、全体的な行程管理が極めて重要である。この工程管理を徹底するために、プロセス確認票 (7) の様式 E 参照) を導入することが必要である。

図表Ⅳ－② リハビリテーションマネジメントの課題点(左図)と見直し後の流れ図(右図)



* 全国デイ・ケア協会、日本訪問リハビリテーション協会から優良事業所3か所ずつ推薦を受け、生活期のリハビリテーションマネジメントの現状と課題についてインタビュー調査を行った。



7) 提案1における各種帳票の様式

様式 A ニーズ把握票(案)

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊び				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

様式 B アセスメント票(案)

通所・訪問リハビリテーション計画書(アセスメント)

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) □要支援 □要介護

■居宅介護支援計画の総合的援助の方針	■居宅介護支援計画の解決すべき課題
--------------------	-------------------

■ご本人の希望

■ご家族の希望

■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患) 原疾患・発症日 経過	■重複疾患・コントロール状況 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) ■廃用症候群: □あり □なし
■医学的管理の対応・解決すべき課題(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)	

■参加状況

家庭内の役割(内容および頻度)

余暇活動(内容および頻度)

社会・地域活動(内容および頻度)

通所リハビリテーション終了後の利用したい社会資源

■心身機能

	状況	活動へ影響		状況	活動へ影響
運動機能障害	□あり □なし	□あり □なし	高次能機能障害	□あり □なし	□あり □なし
感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	□あり □なし	□あり □なし	失語症 構音障害	□あり □なし	□あり □なし
関節拘縮	□あり □なし	□あり □なし	精神行動障害 (BPSD)	□あり □なし	□あり □なし
疼痛	□あり □なし	□あり □なし	見当識障害	□あり □なし	□あり □なし
口腔機能障害	□あり □なし	□あり □なし	記憶障害	□あり □なし	□あり □なし
摂食嚥下障害	□あり □なし	□あり □なし	栄養障害	□あり □なし	□あり □なし

■生活活動状況(※該当に○する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	予後予測 (有用のリスク 有害のリスク)	課題 重要性	評価
基本動作				
起き上がり				
立位保持				
床からの立ち上がり				
移動能力(TUG、6分間歩行)				
食事				
A イスとベッド間の移乗				
D 整容				
L トイレ動作				
(B 入浴				
I 階段昇降				
更衣				
排便コントロール				
排尿コントロール				
他 服薬管理				
MMSE				

アセスメント項目	現状能力	予後予測 (有用のリスク 有害のリスク)	課題 重要	評価
食事の用意				
食事の片付け				
洗濯				
I 掃除や整頓				
A 力仕事				
D 買物				
L 外出				
(F 屋外歩行				
A 趣味				
I 交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				
家や車の手入れ				
読書				
仕事				

■環境因子(※課題ありの場合○)

課題	備考
家族・介護者	□
福祉用具等	□
住環境	□
自宅周辺	□
地域の社会資源	□
交通機関	□
サービス	□

■特記事項

※ADLはBarthel Index(BI)、IADLはFrenchay Activity Index(日本語版)(FAI)を参考

■課題の要因分析

■他の利用サービス

□通所介護(週 回) □訪問介護(週 回) □訪問リハビリテーション(週 回) □訪問看護(週 回) □その他()

様式 C 通所・訪問リハビリテーション計画書(案)

通所・訪問リハビリテーション計画書(No. _____)

利用者氏名

殿

作成年月日 年 月 日

目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容	頻度・時間	訪問の可能性
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何をする
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何をする
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何をする
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何をする
		☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ 個別短期集中リハ ☐ 生活行為リハ ☐ 認知症短期集中リハ ☐ その他()		いつ頃・何をする

■利用中への具体的対応

	開始～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間
利用者								
看護職								
介護職								
PT・OT・ST								
その他								

ご本人・ご家族への説明と同意: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 医師サイン: _____

様式 D リハビリテーション会議記録(案)

利用者氏名				作成年月日	年	月	日
開催日	年	月	日	開催場所	開催時間		開催回数
会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名			
検討した項目							
検討内容							
結 論							
残された課題 (次の開催時期)							

様式 E プロセス確認票(案)

チェック	プロセス	参加者及び内容	書 類
☐	サービス開始時における情報収集	☐ 医師 ☐ 介護支援専門員	
☐	訪問指導等の実施	☐ 参加者(医師・PT・OT・ST・介護職・看護職・その他) ☐ 同行者(介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他)	☐ 利用者のニーズ把握票
☐	アセスメント・評価・計画立案の立案	☐ 管理職()	
☐	カンファレンス ☐ 本人・家族の生活の意向の確認 ☐ アセスメント情報の共有 ☐ 支援目標の共有	☐ 参加者(通所リハ)医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・その他() ☐ 他の居宅サービス(介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他() ☐ 本人・家族	☐ リハビリテーションカンファレンス記録
☐	リハビリテーション計画書の作成 ☐ リスクの確認 ☐ リハビリテーションでの支援方法 ☐ チームの役割分担	☐ 介入方法の決定 ☐ 短期集中リハビリテーション ☐ 生活行為向上リハビリテーション ☐ 認知症短期集中リハビリテーション ☐ ケアプランの添付	☐ 通所・訪問リハビリテーション計画書 (下記プログラムを選択した場合) ☐ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書
☐	医師によるリハビリテーション計画の本人・家族への説明と同意	☐ 同意 ☐ 変更・意見() ※生活行為向上リハビリテーションを選択した場合 ☐ 同意 ☐ 変更・意見()	☐ 通所・訪問リハビリテーション計画書 (同意書欄)
☐	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従事者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達	☐ 情報提供方法 ☐ 同行訪問(. . .)(. . .)(. . .) ☐ その他()	☐ 通所・訪問リハビリテーション計画書の情報提供
☐	評価カンファレンスの実施と計画の見直し(6月以内は1月ごとに1回 6月からは3月ごとに1回)	☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .) ☐ 日付: . . .)	☐ 通所・訪問リハビリテーション計画書
☐	サービス終了時のカンファレンス	☐ 参加者(通所リハ)医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・その他() ☐ 他の居宅サービス(介護支援専門員・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他() ☐ 本人・家族	☐ リハビリテーションカンファレンス記録
☐	☐ 終了時の情報提供 ☐ 転帰先()	☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 通所介護 ☐ その他()	☐ 利用者のニーズ把握票(写し) ☐ リハビリテーション計画書(写し)

8)【参考】多職種及び事業所間の連携・協働の具体例

通所リハビリテーション事業所では、医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護職員、看護師などの多様な職種が、日々のリハビリテーションサービス提供に関わっている。各職種によって提供するリハビリテーション手法には、その専門性において違いがあり、ある1人の利用者についてみても、異なる時間帯に異なる手法でサービスを提供することもある。このような場合であっても、提供される各リハビリテーションサービスは、共通の目標や計画に即した内容である必要がある。そのため、リハビリテーション会議などを通じて目標や支援方法について情報共有し、各職種が協働することが重要である。

図表Ⅳ－③に、同一の通所リハビリテーション事業所内における専門職間の協働の在り方のイメージを示す。まず、最初に立てられたリハビリテーションの短期目標の達成に向けて、リハビリテーション計画①が作成される。この計画は、異なる役割を持つ専門職間で共有され、同じ目標に向けて各アプローチが提供される。初期の短期目標（図表Ⅳ－③の例では 50mの自立歩行ができる）が達成された場合には、再度リハビリテーション会議を開催し、次の短期目標（図表Ⅳ－③の例では1人で電車に乗れる）に向けたリハビリテーション計画②を作成し、再び共有した目標に向けて各アプローチが提供される。

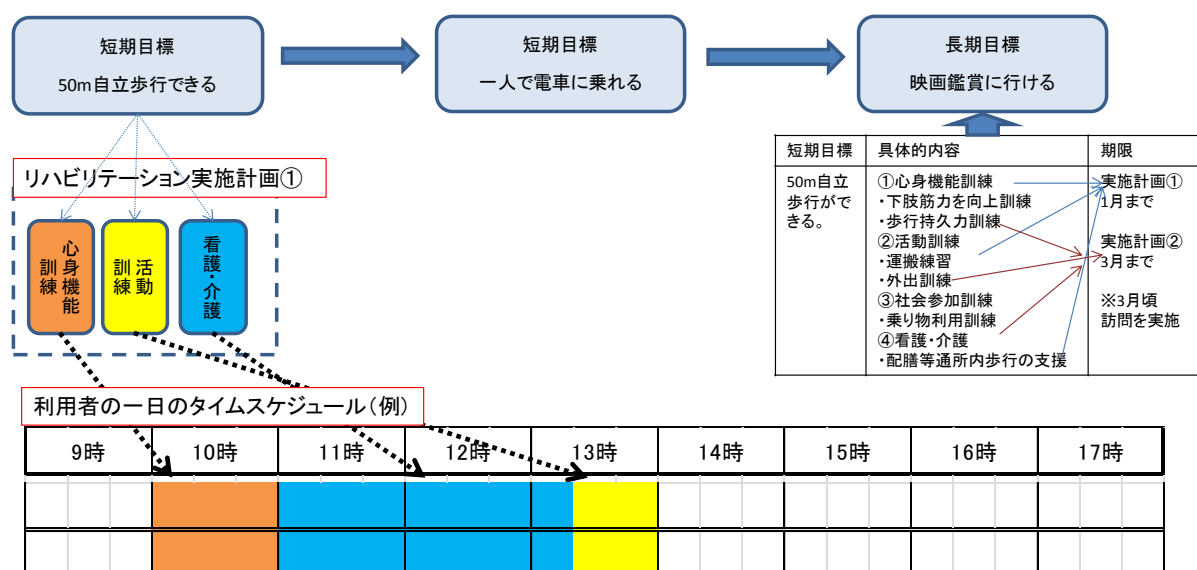
リハビリテーションサービスの利用者によっては、通所リハビリテーションサービスと訪問介護サービスなど、複数の居宅サービスを併用することがある。このような場合にも、効果的・効率的なサービス提供のためには、異なる事業所から提供されるリハビリテーションサービスや介護サービスなどが、共通の目標や計画に即した内容である必要がある。複数の事業所がサービス提供に関与する場合における事業所間・専門職間の協働の在り方のイメージを、図表Ⅳ－④に示す。

例えば、通所リハビリテーション事業所 A のリハビリテーション会議に、訪問介護事業所 B のサービス担当者が参加し、サービス提供の目標や計画等の情報を共有することで、事業所 A の通所リハビリテーション計画と、事業所 B の訪問介護計画とが、共通の目標に向けた整合性のあるものとなり、一体的なサービスを提供することが期待される。

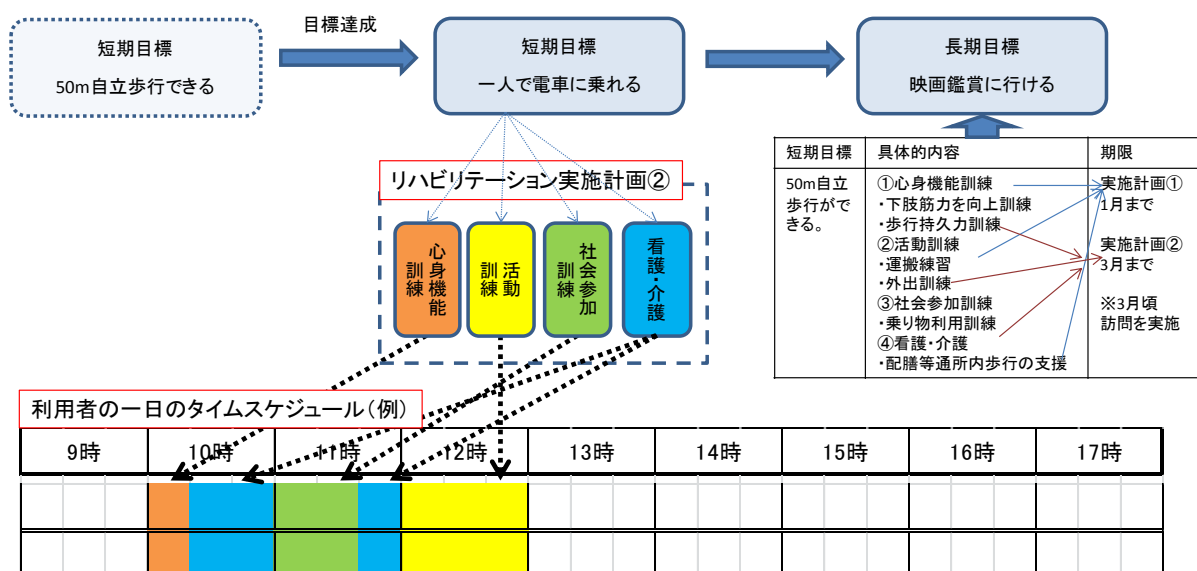
社会参加に焦点を当てたリハビリテーションアプローチなどの場合は、通所リハビリテーションのリハビリテーション専門職が訪問介護に同行することも考えられる。リハビリテーション専門職が訪問介護に同行することで、訪問介護職員への助言や連携を、より具体的・効果的な形で行うことが期待される。

図表Ⅳ－③ 同一の通所リハビリテーション事業所内における専門職間の協働の在り方の例

例) 通所リハ事業所内での協働

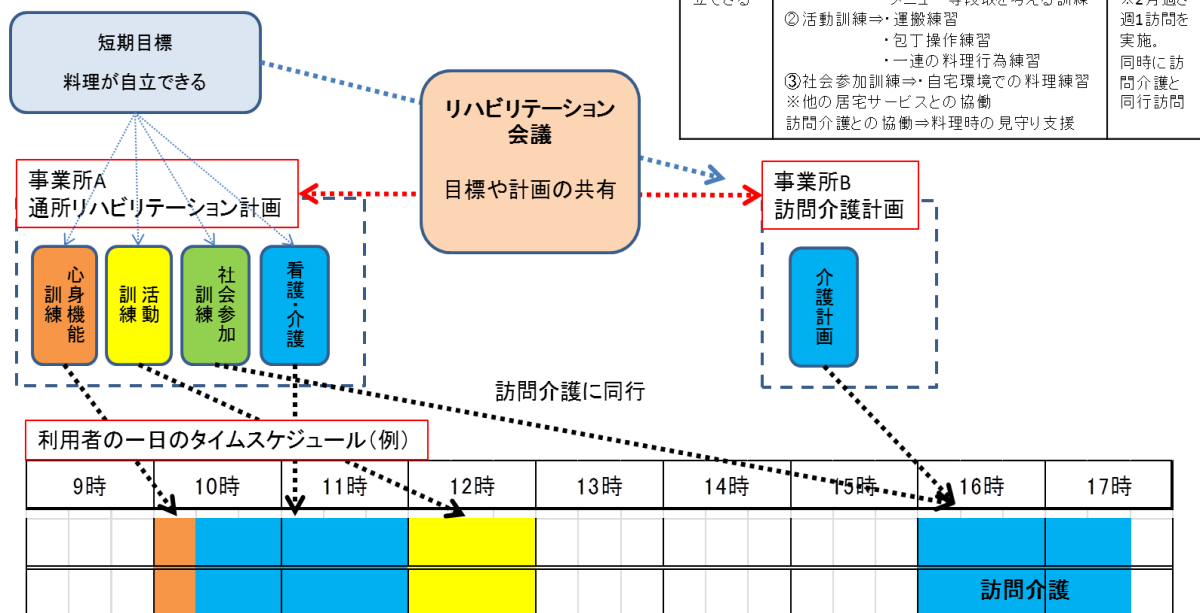


短期目標を達成した場合、
次の短期目標の達成に向けての
連携と協働が繰り返される



図表Ⅳ－④ 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方の例

例)通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



(2) リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実（生活機能に焦点を当てたアプローチの強化）

退院・退所後間もない者に対する身体機能の改善に集中的に取り組む個別のリハビリテーションアプローチ、認知症高齢者に対する認知症の特徴に合わせたリハビリテーションアプローチ、歩行・排泄動作などの ADL や調理などの IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションアプローチなど、利用者の状態像に応じた多様な機能を持つリハビリテーションアプローチが必要である。

「活動」と「参加」に向けた効果的なリハビリテーションを行うためには、利用者自身が取り組む自主トレーニングの視点や家族指導を行うことも重要である。

さらに、利用者の在宅生活をイメージすることも重要である。そのために利用者の居宅を訪問し、通所で行った訓練の内容が実際の生活で出来るかどうか評価し、指導をすることが必要である。

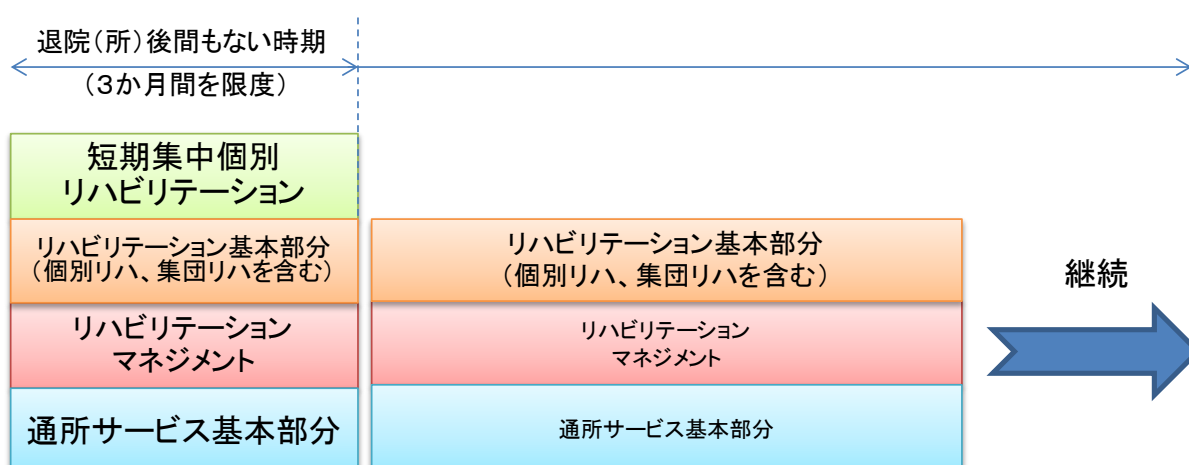
1) 短期集中個別リハビリテーション

退院・退所後間もなくは、利用者也身体機能の訓練を希望することが多く、通所・訪問リハビリテーションの職員が当該病院・施設とリハビリテーションに関する情報を共有するなど連携・協働に配慮して、医療からの訓練時間を維持しつつ、徐々に活動と参加に向けた訓練を実施していくことが大切である。また、退院・退所後間もない利用者については、以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を実感することも多く。その状態を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解（受容）するための働きかけが必要である。このため、個別的な関わりを通して集中的に関わることが求められている。

一方、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アプローチは、20 分間となっているために、身体機能に偏った訓練の内容になっていることが考えられた。リハビリテーション専門職が利用者の状態を評価し、最も効果的な訓練方法とそれに必要な時間を柔軟に設定できるようにすることが必要である。

これらのことから退院・退所後間もない3 か月間に限り、集中的に個別のリハビリテーションアプローチを1 日に40 分以上提供することを提案する（図表Ⅳ－⑤）。

図表Ⅳ－⑤ 短期集中個別リハビリテーションの構成イメージ



2) 認知症短期集中リハビリテーション

認知症短期集中リハビリテーションは、退院・退所の直後、又は要介護・要支援の認定後間もない認知症高齢者を対象に、3 か月間を適用の限度とし、20 分以上の個別リハビリテーションアプローチを週 2 回以上提供するものであり、認知症高齢者へのリハビリテーションアプローチとしては十分ではないとの指摘があった。退院・退所間もない認知症高齢者については通所・訪問の職員が当該病院・施設とリハビリテーションに関する情報を共有するなど連携・協働に配慮して医療からの訓練時間を維持しつつ、徐々に活動と参加に向けた訓練を行う。

リハビリテーションアプローチの内容は、認知症高齢者が持つ手続記憶などの残存能力を引き出し、ADL や IADL の自立が継続されるように、通所だけではなく、居宅など日常生活の場面において、認知症高齢者がイメージしやすい活動を中心として、柔軟に対応できる訓練の在り方が求められている。また、見当識が低下した認知症高齢者は、通所の間隔が長すぎると何故通所リハビリテーションに行くのか理解ができず、拒否につながる場合もあるため、利用者の状態に合わせて効果的な方法と頻度・時間を選択できる必要がある。更に、認知症高齢者は個別のリハビリテーションアプローチよりも、集団のリハビリテーションにおいて他者の行っていることを見ながら、何をするのかイメージしやすい活動へ導入する方が安心することから、集団でのリハビリテーションアプローチが出来るようにすることが求められる。

これらのことから認知症の状態に合わせた効果的な訓練方法や介入頻度、時間を選択できるリハビリテーションアプローチを提案する（図表Ⅳ－⑥、Ⅳ－⑦）。

図表Ⅳ－⑥ 認知症短期集中リハビリテーションの構成イメージ



図表Ⅳ－⑦ 認知症短期集中リハビリテーションのプログラム例

通所リハ(認知症)		家事や畑作業を再開し、介護負担が軽減した認知症事例	
通所リハ事例	年齢:77歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症・変形性膝関節症		要介護2 ⇒ 要介護1
	【介入までの経緯】脳梗塞発症から6週間の入院を経て自宅退院となった。入浴とリハビリ目的で通所リハ週3回、機能回復訓練、ADL・IADL訓練などの活動を促した。病前は家事と農業を行い、楽しみとして収穫物を農産物市で売っていた。病気後は軽度認知症の影響もあり主体的な生活が送れず、常に助言や誘導を要し、夜間覚醒など、夫の介護負担となっていた。 【本人・家族の生活の目標】(本人)以前のように自分で野菜を作り、収穫物を「農産物市」に出したい。 (家族)夜間寝てほしい。屋外を安定して歩けるようになってほしい。		
	利用開始時	中間(1か月後)	終了(2か月後)
ADL・IADLの状態	○更衣や整容は助言、入浴は部分介助を要する。 ○家事は促しや助言が必要であり、自分からは行わない。 ○昼夜逆転傾向にあった。	○入浴は見守りで可能となり、洗濯物をたたむ、食器洗い、台拭きなどが見守りでできるようになった。	○入浴は口頭での促しでできるようになり、自宅でも入浴している。 ○洗濯と食事の片付けは夫と共に行うようになった。 ○通所日の夜は覚醒なく朝まで眠れる。
介入内容	○低い台からの立ち上がりなど屋外農作業に必要な機能訓練と動作練習。 ○歩行器の操作練習と歩行耐久性訓練を行う。活動量増加。	○歩行器のレンタル開始、屋外歩行練習や除草作業の模擬動作の反復により通所時の活動量が増加した。 ○個別リハに積極的になる。	【考察】認知症者は、生活行為に対する主体性などの低下も認められるため、なじみ深い作業などの介入が有効である。本事例では長年の楽しみであった農作業や家庭内役割であった家事を再開することで精神面での活性化が図られ、生活リズムを取り戻すことができた。
	○畑まで歩いて行き、除草作業などの簡単な畑仕事ができる。 ○夫の送迎と付添いにより農産物市に参加する。 ○夜間覚醒なく眠れる。	○夫に対して活動能力の改善を説明し、家庭での家事や屋外歩行の付添いに理解を求める。 ○CMIに歩行器の貸与手続を要請。	



結果： 日中の活動量が増加し、夜間の覚醒がなくなった。また、夫の付添いで農産物市に参加することができた。

課題： 生活行為の課題を解決するためには、20分1単位では十分な関わりが持てない。

出典:「第108回介護給付費分科会 団体にアリング 一般社団法人日本作業療法士協会提供資料」より抜粋

3) 生活行為向上リハビリテーション

高齢者のリハビリテーションでは、社会参加の低下から始まり、「活動」である IADL が低下する廃用症候群への早期対応が不十分である。また、リハビリテーションでは日常生活の活動性を高め、生きがいつくりや社会参加を促し、要介護 1、要支援 1、要支援 2 の者が卒業し、地域にデビューすることが期待される。さらに高齢者の思いに焦点を当て、本人の積極的参加を促すための技術が十分ではないとの指摘もあった。

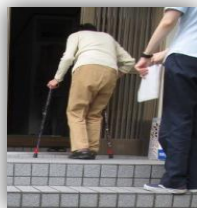
そこで、介護サービス利用者で ADL や IADL などの生活機能が低下し、居宅サービス等で通所リハビリテーションが必要とされた者、または肺炎などを契機に急激に生活機能が低下し、リハビリテーションが必要であると医師が判断した者に対し、トイレや入浴などの ADL、家事などの IADL、社会参加などの具体的な生活行為の向上について焦点を当てた生活行為向上リハビリテーションを提案する（図表Ⅳ－⑧、図表Ⅳ－⑨）。

この生活行為向上リハビリテーションでは、利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」と思う生活行為を目標とし、日常生活における具体的な指導など、訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と頻度・時間を選択できるようにするために、個々に生活行為向上リハビリテーションプラン票（図表Ⅳ－⑩）を作成し、プランに沿った重点的・計画的なプログラムの実施により、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。そして、目標達成後に次の居宅サービス（自主的な取組を含む）につなぐことを目指し、6 か月間を利用限度とした短期集中的なプログラムとする。ただし、終了時においてもなお、本人・家族が通所リハビリテーションの継続を強く希望した場合には、継続を可能とすることも考えられる。また、生活行為向上リハビリテーションは、新たなリハビリテーションとして取り組むことが求められることから、一定の研修を受講した者が実施することが望ましい。

図表Ⅳ－⑧ 生活行為向上リハビリテーションの例

通所リハ		買い物に行きたいが不安で夫に依存していた方への訪問指導事例	
通所リハ (介護予防) 事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)		要支援1
	【介入までの経緯】調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。 【本人・家族の生活の目標】本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。		
	利用開始時	中間(6か月)	終了(9か月)
ADL・IADL の状態	・ADL自立 ・調理が自宅での役割 (その他の家事は夫)	・スーパーで買物(2回/月) (夫が付き添い、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化	・掃除はできる範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化 (夫から誘われるようになる)
生活行為 の目標	・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる	・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる	【考察】 実際場面で評価・介入を繰り返して「できる」ことと「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。 買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。
介入 内容	①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーからカートを借り出し移動練習	①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討	

スーパーを想定
しての模擬的
アプローチ



実際場面で活動
参加を繰り返し
習慣化へ向けた
アプローチ



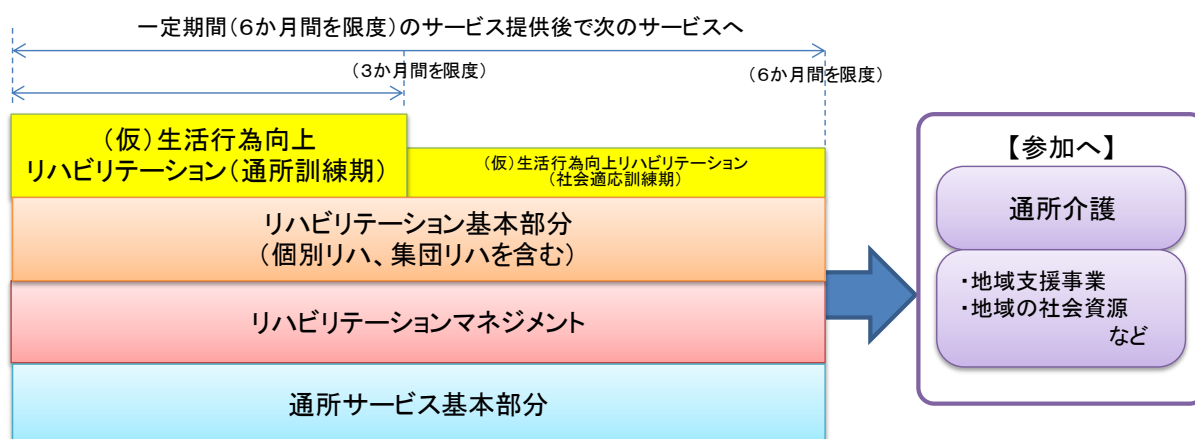
活動の習慣化
役割の拡大へ
地域とのつながり

結果：週1回:スーパーでの食材購入／月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題：個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

出典:「第108回介護給付費分科会 団体ヒアリング 一般社団法人日本作業療法士協会提供資料」より抜粋

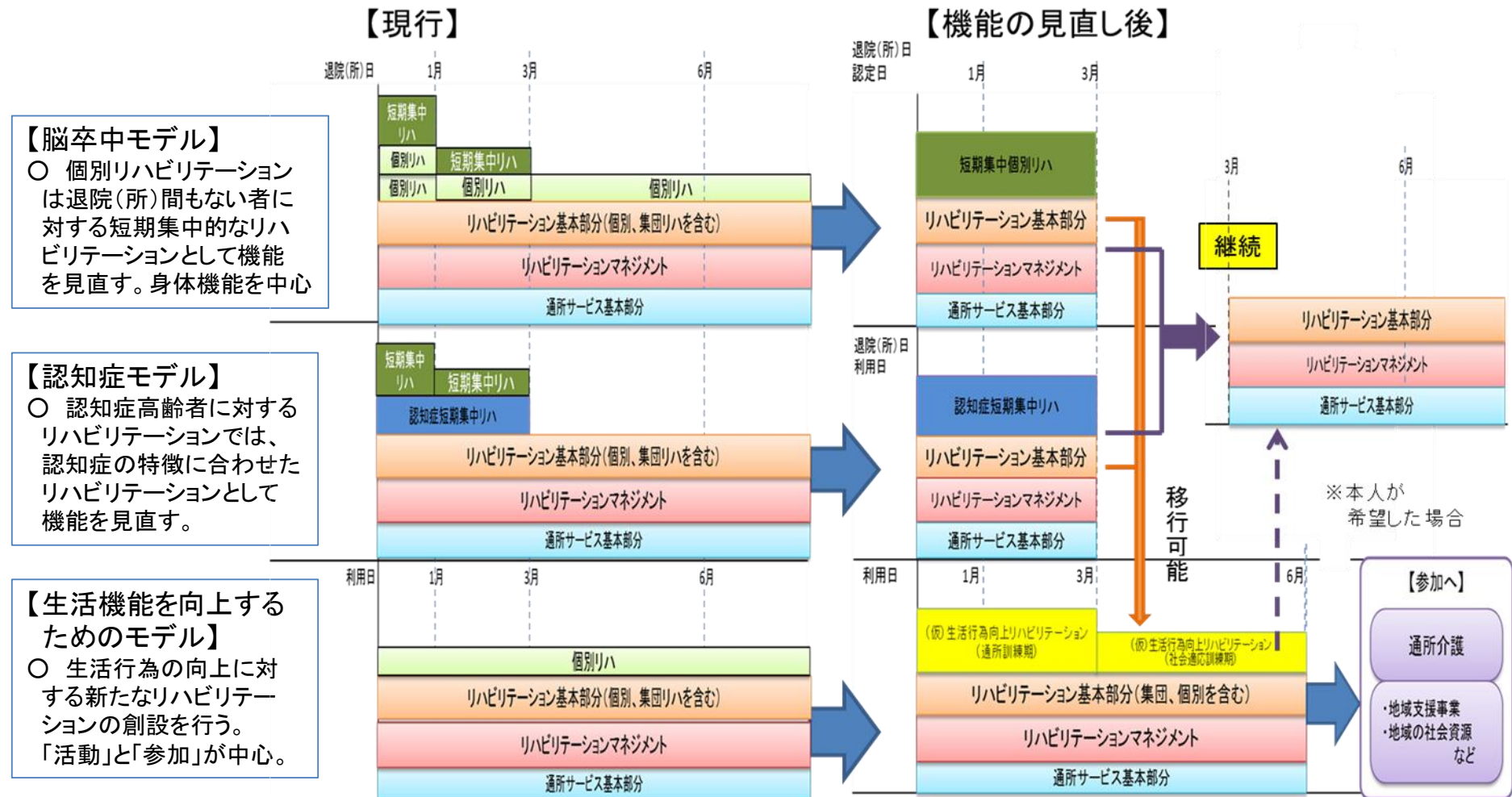
図表Ⅳ－⑨ 生活行為向上リハビリテーションの構成イメージ



図表Ⅳ－⑩ 生活行為向上リハビリテーションプログラムプラン票(案)

本人の生活行為の目標		例) 料理ができるようになりたい。	
家族からみた本人ができるようになってほしいこと		例) 本人がしたいことをしてほしい。	
実施期間		通所訓練期	社会適応訓練期
		【通所頻度】 【期 間】	【通所頻度】 【期 間】
心身機能	プログラム	例) ・立位の耐久性(20分) ・麻痺のある手の機能訓練【個別訓練】(20分) ・ストレッチ体操への参加(20分)	例) ・屋外歩行練習(自己訓練) ・物の運搬練習(随時) ・ストレッチ体操への参加(20分)
	自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・家で自己訓練のプログラムの実施	例) ・麻痺のある手のケアの練習 ・家庭での自己訓練 ・散歩
活動	プログラム	例) ・メニューを考える練習 ・片手で釘付まな板を利用し、りんごの皮をむく練習 ・リンゴを切る練習(20分) 【訪問】・自宅で食器を洗う練習と環境調整(椅子の導入)(60分)	例) ・調理の実習(60分) ・買い物練習(料理の材料)(60分) ・バスの利用練習(15分) 【訪問】・自宅で料理実践支援(60分) ・自宅の近くで買い物練習 ・店までの動線確認
	自己訓練 (家族への指導を含む)	例) ・食器を洗ってみる。 ・家で野菜の材料を切るなどの下ごしらえをする。	例) ・家で料理を作る。
参加	プログラム	例) ・家族に対して、本人の料理の様子や家でしてもらうことについて相談・指導	例) ・地域の体操教室の見学と参加
	自己訓練 (家族への指導を含む)		例) ・路線バスを利用してみる。
【支援結果】 ※支援結果、目標の達成の有無、終了後利用する参加のサービス等の内容、終了後も継続するとい自己訓練や参加のサービス先で実施するといプログラム、生活機能のリスクなどの留意事項を書く。			

図表Ⅳ－⑪ リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実(参考図)



V 今後更に議論すべき課題等

1. 通所・訪問リハビリテーションの機能の再検討

- これまでの通所介護における個別機能訓練などを含めたより広い意味でのリハビリテーションの在り方について、通所リハビリテーションと通所介護、及び通所リハビリテーションと訪問リハビリテーション、訪問リハビリテーションと訪問看護からの理学療法士等訪問との役割分担なども含めて、再検討する必要がある。
- 短時間の通所リハビリテーションについて、今後の在り方を考える必要がある。
- 今後は、介護保険サービスの利用者が通所リハビリテーションを3か月ないし半年に1回程度利用することを通じて、通所リハビリテーションが、利用者の生活機能の評価やリハビリテーションについて、他の居宅サービス提供機関にアドバイスする機能を担うことも考えられる。
- 通所介護事業所においては機能訓練指導員の実態を把握し、機能に応じた整理を検討する必要がある（追加）。

2. 地域のリハビリテーション活動の普及と地域資源の発掘

- 地域の基幹的リハビリテーション提供機関（回復期リハビリテーション病院、診療所、老人保健施設などで通所・訪問リハビリテーション事業を提供している）がかかりつけ医や地域包括支援センターさらには地域リハビリテーション広域センターなどと連携を行うことで、個別の相談や地域へのリハビリテーション理念の啓発普及などの活動を実施する、地域のリハビリテーションの拠点の必要性が指摘されている。このような拠点において、通所リハビリテーション事業所の専門職が、要介護・要支援高齢者に対してサービスを提供するだけではなく、地域の啓発普及や地域づくりの役割などを担うことが期待される。
- 介護予防の視点から、生活支援・介護予防サービスと高齢者の社会参加について、リハビリテーション専門職は住民とともに活動を展開していくことが必要である。特に市町村がNPOやボランティアをコーディネートする「生活支援コーディネーター」や「協議体」の動向にも目を向け、自立支援という視点から協働体制の構築に向けて動く必要がある。
- 地域のイベントに高齢者が参加できる仕組みづくりや、まちづくりや地域活性化を目指す活動の例として、地域の医療機関や介護サービス事業所が近隣の商店と連携する医商連携、耕作放棄地などを利用し機能性食品や介護食品の普及・開発などを行う医福食農連携など、医療・介護が地域において他産業と協働することが考えられる。このような活動の価値を、リハビリテーションの観点から考えるならば、医療機関や介護サービス事業所等が、地域の他産業や活動の中に、高齢者の生活を支え、参加の場を提供する社会資源を見だし、あるいは創出、発掘をしていくことも必要である。このような取組みプロセスにおいて住民や行政との対話の場を持ち、市民協働（医療従事者も市民）という形で高齢者の居場所づくりや役割づくりが出来上がっていくと考える。

※地域リハビリテーション広域センターとは

高齢者等の様々な状況に応じたリハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図るため、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業として各都道府県にリハビリテーション協議会を設置、また、老人保健福祉圏ごとに地域リハビリテーション広域センターを1か所指定した。地域リハビリテーション広域支援センターは、主に下記の事業を運営することとなっている。

- ①地域におけるリハビリテーション実施機関への支援
- ②地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への支援などを実施している。

3. 医療と介護の連携

- 利用者・家族の主体的なリハビリテーションへの取り組みを支援し、医療と介護のリハビリテーションをシームレスに提供していくためには、その移行時期において、介護支援専門員や介護サービス提供者、医療機関の職員などが一堂に会して、自宅での暮らしをどのようにサポートできるのかを話し合う情報共有・連携の場が重要である。
- 医療・介護連携に当たっては、かかりつけ医やメディカルソーシャルワーカー（MSW）と、介護支援専門員との連携が第一に重要であるが、急性期から生活期までの一貫したリハビリテーションの提供のためには、そこに医療機関のリハビリテーション専門職が参加できることが望ましく、そのための環境整備が必要である。
- 医療・介護の連携にあたっては、医療から介護への連携に加え、介護から医療への連携も重要である。また、相互理解を進めるための連携様式の標準化や相互の情報交換のための体制整備が重要である。加えて、とそれらが地域で機能しているかをモニタリングする機能も必要である。
- 通所・訪問リハビリテーション会議にて、「目標・実施プログラム・期限」等を共有していくが、リハビリテーションを卒業後、具体的に『訪問介護のヘルパー』や『通所介護の機能訓練』に、どのように引き継ぎをしていくのか。

4. 多職種連携・協働

- 健康や心身の状態、生活状況などに変化が見られる場合など、介護支援専門員が医学的・専門的観点からの助言を受けながら、適切に居宅サービス計画を修正・変更できるように、医療機関や地域の医師やリハビリテーション専門職、看護師等とのスムーズな連携が図れるような仕組みづくりを考慮する必要がある。
- リハビリテーションが適切に導入できるように、リハビリテーション専門職だけでなく、医療・介護の医師をはじめ専門職やサービス事業者等の理解を深めることが必要である。
- 近年、日本理学療法士協会は簡便で分かりやすいアセスメント指標として「E-SAS」を、日本作業療法士協会は生活実態を踏まえたリハビリテーションの目標づくりのための情報収

集ツールとして「生活行為聞き取りシート」をそれぞれ提案している。このようなアセスメント指標やツールについて相互のすり合わせを行うなど、今後はリハビリ関連団体が協力して生活期のリハビリテーションの現場にとって、使いやすいアセスメント手法を確立することが必要である。

- 実際のサービス担当者会議やリハビリテーション会議においては、職種間の意見集約ができない、目標の共有が図れないなどの問題が起きている実情も指摘されている。それぞれの職種においてサービス担当者会議やリハビリテーション会議等の目的や役割、会議進行の方法や情報の提供の仕方、各専門職等の意見の集約の必要性や方法などについて理解し実践するためのトレーニングが必要である。

5. 市町村の役割

- 我が国には、中山間地域を始めとして、リハビリテーション専門職が十分にそろっていない地域も存在する。このような地域では、特に市町村が地域包括支援センターを通じて、地域ケア会議を活用したリハビリテーション専門職の役割分担を促していくことが重要である。

6. リハビリテーション専門職の質の向上

- 現在の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の状況は、平均年齢が約 32 歳という若い職種である。このような状況下で、リハビリテーション専門職としての質の向上をいかに図るのかという視点が未だ不十分である。学校教育の在り方や現場において、指導者を置く、指導者を育てる、チームの一員としての教育・チームで質向上を図る、等の取組の在り方を考える必要がある。
- また、養成教育において、喫緊の課題に係る介護保険領域におけるリハビリテーションを学ぶ機会が不足しているとの意見がある。このような状況下で、リハビリテーション専門職の質の向上をいかに図るかが課題である。ついては、全体の質の向上のための研修の在り方や指導者の養成などキャリアアップ制度の検討も必要である。
- 医師については、卒前のリハビリテーション教育が不十分であり、医師がリハビリテーションについて理解を深める必要性がある。
- 医師、リハビリテーション専門職、その他の医療や介護の専門職は、それぞれの知識や技術の習得に比べて、その実践的な活用のために必要なマネジメントの視点は十分ではない。関係する様々な専門職種や機関等の中においてのマネジメント能力の必要性やその手法等について学ぶ機会が不十分であり、そのための支援や促進が必要である。

7. 認知症のリハビリテーション

- 認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排

泄等)やIADL(掃除、趣味活動、社会参加等)の日常の生活を自立し、継続できるよう推進することが大切である。

- このためには認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善するリハビリテーションモデルの開発が必須であり、研究開発を推進することが必要である。
- 今後増加する認知症高齢者に対するリハビリテーションの在り方を議論していくことが必要である。

8. 国民へのリハビリテーションの啓発普及

- リハビリテーションの理念は、国民の中に十分に浸透しておらず、リハビリテーションとはすなわち運動訓練を指すといった誤った認識が持たれがちである。今後は、「活動」、「参加」を推進するリハビリテーションに関する国民への啓発の取組が望まれる。
- リハビリテーションの理念は、一般国民のみならず、リハビリテーション提供者や行政職員においても十分に理解が行きわたっていない現状が指摘されている。各職能団体等において「活動」、「参加」を推進するリハビリテーションの在り方について改めて検討するとともに、職種を超えたより広い共通認識の醸成へとつなげてゆくことが望まれる。

9. その他

- 超高齢社会においてリハビリテーションは国民が自立して生き生きと社会活動を送っていく上に於いて、予防・医療・介護・福祉領域で果たす役割は非常に重要な位置づけにある。しかし、前記の如く未だ多くの課題が存在するのが現状である。本検討会の議論を踏まえ、今後も公的な積極的議論の場において継続して課題解決を図っていくことが重要である。

高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会
構成員名簿

（敬称略、五十音順）

氏 名	所 属
◎ 大森 彌	東京大学名誉教授
栗原 正紀	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会会長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
斉藤 正身	一般社団法人全国デイ・ケア協会会長
佐藤 徹	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
塩澤 紀子	セントケア・ホールディング株式会社 介護サービス支援部 施設サービス担当 部長
鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会常任理事
鷲見 よしみ	一般社団法人日本介護支援専門員協会会長
田辺 秀樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会理事長
東内 京一	和光市保健福祉部長
中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会会長
半田 一登	公益社団法人日本理学療法士協会会長
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
深浦 順一	一般社団法人日本言語聴覚士協会会長
堀田 聰子	独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員
水間 正澄	公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長
宮田 昌司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会会長

高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方
検討会の経緯

2014（平成 26）年

9月29日 第1回検討会

- 高齢者の地域におけるリハビリテーションの現状と課題について
- 意見交換

10月15日 第2回検討会

- 高齢者の地域におけるリハビリテーションの現状と課題について
- 意見交換

10月29日 第3回検討会

- 第2回検討会の主な意見
- 報告書の作成に向けた議論の整理
- 意見交換

11月6日 第4回検討会

- 前回の提案に関する主な意見・指摘と対応
- 今後更に議論すべき課題
- 今後の進め方

2015（平成 27）年

3月18日 第5回検討会

- 報告書の取りまとめ

参考資料

居宅介護サービスにおけるリハビリテーションマネジメントに係るヒアリング調査

1. 調査の概要と方法

「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」における検討と並行して、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 PDCA サイクルを踏まえたリハビリテーションマネジメントの現状・実践上の留意点・課題等に関する調査を実施した。

この調査では、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについて、それぞれ PDCA サイクルを踏まえた計画的なリハビリテーションマネジメントを実践していると考えられる事業所を対象にヒアリングを実施し、リハビリテーションマネジメントの流れや、PDCA サイクルの中の各ステップにおける手法や課題などについて取りまとめた。

(1) 調査項目

この調査では、主として下記の項目についてヒアリングを実施し、導入判断・計画作成・実施・再評価・終了などのリハビリテーションの各段階における、マネジメントの手法や課題について整理した。

- ・ リハビリテーションマネジメントの手順・実施体制
- ・ リハビリテーションの導入判断の在り方
- ・ リハビリテーション実施前の情報収集の在り方
- ・ リハビリテーションの目標設定・共有・利用者本人の動機づけの在り方
- ・ リハビリテーションサービスの実施・モニタリングの在り方
- ・ リハビリテーションの再評価・目標再設定の在り方
- ・ リハビリテーションの終了時の情報・目標共有や終了後の支援の在り方
- ・ 理想的なリハビリテーション実施のための環境づくりの在り方

(2) 調査対象事業所

この調査では、訪問リハビリテーションについては日本訪問リハビリテーション協会から、通所リハビリテーションについては日本デイ・ケア協会から、それぞれ3事業所ずつの推薦を受け、調査対象とした。

調査対象の事業所は、下表のとおりである。

図表 ヒアリング調査の対象事業所

◆訪問リハビリテーション事業所	
医療法人社団輝生会 たいとう診療所	東京都台東区
三軒茶屋リハビリテーションクリニック	東京都世田谷区
介護老人保健施設アゼリア	神奈川県海老名市
◆通所リハビリテーション事業所	
医療法人社団東北福祉会 せんだんの丘	宮城県仙台市青葉区
医療法人真正会 霞ヶ関中央クリニック デイリハビリテーションセンター	埼玉県川越市
医療法人共和会 地域リハビリテーションセンター 通所リハビリテーション部門	福岡県北九州市小倉北区

2. リハビリテーションマネジメントに関する調査対象事業所の指摘事項

(1) リハビリテーションマネジメントの手順・実施体制

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜サービス提供の流れ＞ ・生活期のリハビリテーションは、急性期・回復期とは異なり、生活レベルでその人にどのような援助が必要なのかという観点からリハビリテーションの必要性を考える。廃用症候群や認知症など、疾患ごとにフローが大きく異なるということはない。 ・サービス提供の流れはどの疾患であっても基本的には同じである。 ＜リハビリテーションの個別ケース全体の把握者など＞ ・個別のケースの状況を把握しているのは現場のリハ担当者である。現場のリハの担当者とは別に、事業全体を統括する責任者を置き、契約(本人・家族の訪問・同意取得等)やリスクマネジメント、スタッフのコーディネートを担当するとともに、個別のリハ担当者がサービス提供者会議などに参加できるよう業務のサポートも行っている。 ・リハビリテーションの対象者のマネジメントができる人材としては、身体のことを分かるだけではだめで、地域のことが分かり、ネットワーク化できる人が望ましい。また医療面だけではなく、介護や福祉制度についても理解している人が必要である。
通所	＜サービス提供の流れ＞ ・サービス提供が先行し、その後にケアマネジャーからの居宅サービス計画やサービス担当者会議の開催案内があるケースも少なくない。このような場合、ケアマネジャーから書面情報を得た段階で、通所リハビリテーションのスタッフが居宅を訪問し、その情報を加味して事業所内カンファレンスを開催し、サービス提供を開始している。 ＜リハビリテーションの個別ケース全体の把握者など＞ ・司令塔の役割は、ケアワーカーが担うことが現実的であると考え。個々のケース担当者は、目標の内容や対象者の状態によって適切な職種で分担する。その上で、司令塔役はその全体を俯瞰することができる相談機能を担える人材である。

(2) リハビリテーションの導入判断の在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜導入判断を行うキーパーソン＞ ・脳卒中等の患者の退院・退所ケースは、主に医師が判断して介護保険のリハビリテーションの利用につながることが多い。廃用症候群や認知症のケースは、ケアマネジャーが判断主体となることが多い。介護に精通した医師や往診を実施する医師であれば判断主体となることもあるが、そのような例はあまり多くない。 ・脳卒中等の患者の退院・退所ケースは、医師だけでなく病院のソーシャルワーカーの関わりが大きい。廃用症候群や認知症のケースは、かかりつけ医の勧めや地域のケアマネジャーからの情報提供等を受け、事業所の医師が訪問診療を行って導入判断をしている。 ・リハビリテーションの必要性を判断するために、地域包括支援センターに療法士が配置され、その人が対象者の状態を見た上で、ケアプラン内にリハビリテーションを盛り込むべきか否かを助言できるようになるとよい。 ＜導入の契機と導入判断の適切性＞ ・脳卒中等の患者の退院・退所ケースは、急性期→回復期→生活期という流れの中で、おおむね適切に介護保険のリハビリテーションにつながっていると思う。一方、リハビリテーションのニーズ把握がしにくい廃用症候群や認知症のケースは、導入判断が遅くなることも多い。 ・廃用症候群や認知症のケースについて、ケアマネジャーの導入判断が適切になされるかどうかは、地域のリハビリテーションに対する理解の充足度によって異なる。 ・リハビリテーション事業者側からは、打診のないケースの実態はつかめない。本来は、リハビリテーションの必要があるにもかかわらず導入につながらないケースを拾い上げることが、必要かもしれない。
通所	＜導入判断を行うキーパーソン＞ ・対象者の状態によってキーパーソンが変わることは、比較的少ないと思う。 ・医療機関からの退院ケースは、担当する病院職員が通所リハビリテーションの利用を提案し、ケアマネジャーを経て通所リハビリテーション事業所につながる人が多い。居宅の利用者の場合は、ケアマネジャーが利用の起点となる場合が多い。 ・在宅高齢者の中には、退院後、在宅で1～2か月経過した後に、想定していた生活が困難となり、ケアマネジャー経由で通所リハビリテーションの利用依頼があることもある。 ＜導入の契機と導入判断の適切性＞ ・在宅高齢者の場合は、通所介護など別のサービスを利用した方がよいのではないかと考えられるケースも持ち込まれる。そのような場合は、利用開始前に開催する「判定会議」で、ケアマネジャーにその旨、伝えるようにしている。 ・認知症者へのリハビリテーションは、ケアマネジャーからケースがあまり上がってこない。認知症者には、通所リハビリテーションよりも、フレキシブルに状態変化に対応できる支援の仕組みが用意されるとよいかもしれない。 ・通所リハビリテーション事業所が、利用者以外で生活期リハビリテーションを潜在的に必要とする人を探索することは、同じ法人内で訪問介護を実施している場合を除き不可能である。 ・理想的には、通所リハビリテーション事業所でサービス担当者会議を行う際に、事業所のリハビリテーション専門職がケアマネジャーの担当する他の利用者についてもリハビリテーションの必要性に関する相談を受け付け、アドバイスを行う体制ができればよい。

(3) リハビリテーション実施前の情報収集の在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜必要な情報内容＞ ・「活動」「参加」の目標立てには、要介護以前の状況や本人の希望、家族に何ができるかなどの情報が必要である。医療上の情報は、望む活動が現実に行えるのかを判断する材料として、病歴やリスク、身体状況の情報が必要である。 ・本人や家族から具体的な希望を引き出し、生活上の目的を明らかにすることが必要である。希望は、最初は明確でないことが多いため、病前の活動や参加状況を踏まえつつ、希望をいかに具体的に引き出してゆくかがカギとなる。 ＜本人・家族の意向や現況の把握方法＞ ・本人や家族からは、活動履歴や希望について、リハビリテーションを実施する中でやりとりし、アセスメントをしながら状況を引き出すようにしている。 ・各専門職が、それぞれの視点から「本人がどうしたいか」を把握するように心がけ、職種間で情報共有を図ることが大切だと考えている。1人が偏った視点で「本人の希望」を決めつけてしまうことがないように配慮している。 ・ケアマネジャーから得る情報と本人・家族からの聞き取り結果が異なることもある。 ＜医療面の情報収集方法＞ ・医師からの診療情報は極めて重要であるが、医師の中にはリハビリテーションへの理解があまりなく、「リハビリテーションをお願いします」という文面のみで禁忌などの必要事項が明記されていない場合もある。そのような場合には改めて診療情報提供書の提出を依頼する。 ・主治医が事業所の医師である場合はスムーズだが、外部の医師の場合には開始時に十分な情報を得られないこともある。そのような場合には事業所の医師から電話をかけてもらうなどの工夫をしている。 ・かかりつけ医からの情報収集が難しい場合には、3か月に1度の訪問診療でカバーしなければならない。老健等からリハビリテーション医の訪問診療が行われていれば情報収集ができ、助かることもある。 ・急性期、回復期、生活期という流れの中で、本来ならば共有すべき情報が関係機関の間で途切れてしまっている点が課題である。介護のフェーズになればケアマネジャーに利用者の情報を集約できるが、ケアマネジャーは医療のフェーズには入りづらいので、急性期からトータルに利用者の状況を把握できる人がいない状態で、リハビリテーション事業所が各所から情報を集めなければならない。 ＜介護面・生活面の情報収集方法＞ ・現状の制度上、利用者についての全体像を把握しているのはケアマネジャーであるため、他事業所の状況等について情報収集したい場合には、必ずケアマネジャーに一報を入れた上でやり取りをするようにしているが、直接やり取りできた方が本来はよいのかもしれない。 ・ケアマネジャーからは「ケアマネジメント連絡用紙」などの書式で情報収集を行っている。リハビリテーションに不慣れなケアマネジャーの場合には、初回契約時に同席してもらうなどで目標を共有してもらうようにしている。 ・各職種が持っている情報を共有し、気付きを得るための掲示板のような機能があるとよい。特に在宅の様子を見ているケアマネジャーの情報は貴重である。

通所	<必要な情報内容> ・脳卒中のリハビリテーションは回復期のリハビリテーション生活の中になじませる過程となるが、廃用症候群のリハビリテーションは、身体に一定の負荷をかけて機能の向上を図ることが多い。そのため、リスク管理に留意する必要がある、かかりつけ医からの医療に関する情報に加え、担当医の存在が特に重要となる。 ・中途半端に情報を集めた段階で利用を開始してしまうと、利用者本人が体を動かすこと自体を目的に据えてしまい、生活・参加上の目標達成のために通所リハビリテーションを活用するという考え方に修正することが難しくなる。 ・興味・関心があるにも関わらず活動や参加が実現できない背景として、身体機能が影響しているのか、環境要因か、社会背景であるのかを明らかにするため、構造的に情報収集していく必要がある。心身機能が影響している場合は、医療職、セラピストからきめ細かく情報収集する必要がある。 ・現実的な目標設定のためには予後見通しを把握することが重要である。予後の見通しについては、医師から本人・家族に説明してもらうのが一番であるが、対応が難しいことも多い。 ・在宅高齢者の場合は、かかりつけ医からの情報収集に加え、リハビリテーションに関わる医師からの情報が重要と考えられる。利用開始前にデイケア担当医の診察等を通じた関与が重要だと思われる。 <本人・家族の意向や現況の把握方法> ・インテークの手順を確実に進めることができれば、通所リハビリテーションの目標を達成し、終了することはそれほど難しいことではないと考えている。 ・例えば、「たとえ麻痺があろうとも、そこで何をしたいのか」というニーズを掘り起こす技術が、通所リハには問われており、その実現には、一定の技術が必要である。IADL をアウトカムとして設定し、その達成のためのプロセスを提案できる力が試されている。 ・利用前の情報収集では、ケアマネジャーから提供された情報（本人の希望）にさらに踏み込む形で、心身機能や介護負担の状況、現役時代に行っていた仕事や趣味等を具体的に把握し、またできることやあきらめていること、ニーズを引き出すことが重要である。 ・「興味関心チェックリスト」を活用し、対象者の興味を中心、強弱を把握することが大切である。対象者と人間関係を構築する上でも、重要な道具の1つであると考ええる。 <医療面の情報収集方法> ・医学的観点から必要な情報は、かかりつけ医から情報を取得している。しかし全ての医療機関から円滑に必要な情報が提供される訳ではない。そのような場合は、必要な情報提供を改めて医療機関に要請することとなる。 ・脳卒中の退院患者は比較的情報量が多いが、廃用症候群や認知症の利用者については得られる情報が断片的となりがちで、診断されていない疾患が新たに見つかることも多い。 ・医師からの診療情報の提供依頼は、ケアマネジャーや家族を通す必要があり、また情報を受けられる時期は受診のタイミングにより左右されるため、入手までに時間が経過してしまいがちである。 ・法人外医療機関・施設からの利用者を受け入れる場合は、入院・入所中であれば、可能な限り訪問し情報収集する必要があると思う。 <介護面・生活面の情報収集方法> ・最初に在宅の現場で利用者の生活環境を把握し、設定すべき目標を深く掘り下げ、話し合う機会を持つ必要があるため、できるだけサービス開始前に、居宅訪問を行うことが望ましい。
----	--

(4) リハビリテーションの目標設定・共有・利用者本人の動機づけの在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜目標設定＞ ・目標や計画は、実施計画上でまずは大まかな目標を立て、リハビリテーションの進展に応じて具体化していくことが多い。 ・脳卒中の場合は、回復期の医療機関等に比べて不便の多い居宅における、生活上の課題解決を解決し、できることを増やしていく、という視点での目標立てやリハビリ実施となる。 ・回復期のリハビリテーションと異なり、訪問リハビリテーションは数値化された目標を立てることは困難であるが、本人の動機づけとしては有効である。 ・活動は必ずしも外に出ていくこととは限らない。本人の性格や好みを考慮する必要がある。また、人によっては、「他人に自分の状態を見られたくない」と思う人もいる。そのため、外出のように大きなことだけではなく、家の中でできる役割の獲得も、「参加」ということにつながる。 ＜計画作成＞ ・リハビリテーション実施計画書は、訪問をして初めてアセスメントをし、本人や家族の意向を聴取するため、初回訪問を経てから作り始め、利用開始から1か月以内に完成させる。 ・「リハビリテーション実施計画書」の書式自体が機能面中心の内容(ADL等)になっており、活動・参加を促すような目標設定はあまり重視されていない。生活期のリハビリテーションでは、機能面ばかりでなく、本人が具体的に何を望んでいるのか、それに対する家族の考えはどうか(支援したいと考えているか、止めてほしいと思っているのか等)などの情報が重要だが、画一的な書式ではそのような情報を盛り込みづらい。 ＜目標・計画の共有＞ ・サービス担当者会議は、利用者の状態像がある程度把握できてからのほうが望ましいため、2回目訪問時に開催することをケアマネジャーにお願いしている。 ・契約時にケアマネジャーの帯同を得て居宅を訪問し、その際に、サービス担当者会議等の場を持つことが多い。居宅において、診療情報提供書の確認や課題の洗い出し、活動・参加等の目標設定、職種間の意志統一などを行っている。 ・前回の報酬改定で連携加算が設けられたことで、リハ職と介護職の齟齬などの状況は大きく改善したと思う。ただし、セラピストが自由に動ける時間があまりなく、タイミングを合わせることに難しいという問題はある。 ・事業所内でのスタッフ間では、「家族/社会・支援、脳の状態、受傷前因子、高次機能障害、情動・感情(うつなど)、身体障害(片麻痺など)、機能的結果(ADLなど)、一次ゴール(仕事など)」を関係図で記載し、「目標、評価・経過、変更点・方向性」を記載する欄を設けたカンファレンスシートを用い、情報共有している。 ＜動機づけ＞ ・動機づけとしては、状態に変化があったときに、それをタイムリーに本人・家族に伝えることが重要である。また、状況が悪化した際は、「大変なことはないか」といったような問いかけをするなど、聞き方に工夫をしている。 ・進行性の疾病などで状況が改善しないケースでは、本人への質問の仕方に注意するようにしている。どの部分の機能が低下したのかなどを丁寧に説明し、代替の方法を提案するなど、本人にモチベーションを維持してもらえるように配慮する。

通所	<目標設定> ・リハビリテーションの目標設定には、ADL とともに生活行為全般を把握し、それを踏まえたものとする観点、家庭や地域社会で必要とされるという社会参加の観点が不可欠である。 ・本人や家族から引き出した具体的な希望の実現のために必要なスモールステップを明らかにし、順番を組み立て、本人・家族・スタッフで共有することが重要である。 ・ケアマネジャーは生活の支障箇所を浮き彫りにし、その解決手段として通所リハビリテーションを利用するという発想に立っておらず、レスパイト機能やマッサージへの期待が大きいことが多い。本人、家族は、医療機関で受けたリハビリテーションの継続を求める傾向がある。 <計画作成> ・介入初期、中期、終了期に分けて考えると、初期と中期は、集中的に関わる必要がある。終了期に近づくにつれ、実際の場面や、具体的な活動の実践に移行していく。 <目標・計画の共有> ・居宅訪問を行う際に、ケアマネジャーや他の居宅サービス事業者が同席することができる場合は、自宅でサービス担当者会議を行うようケアマネジャーに働きかけている。 ・リハビリテーション実施計画の作成に当たってのカンファレンスには、介護職、看護師、医師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャーなどが参加しているが、医師の参加は容易でないことも多い。 ・カンファレンスには、利用者や家族の生活全般の状況、他の居宅サービスとの役割分担を調整しているケアマネジャーの参加があることが望ましいと考える。 ・事業所内では、担当チームがカンファレンスを実施している。開催に当たっては、あらかじめ通所リハビリテーション計画書の2枚目を案として作成しておき、検討材料とする。 ・サービス担当者会議は、本来ケアマネジャーが提示したケアプラン案を確立していくプロセスとして活用すべきであるが、それが形骸化し、ケアプランを確認するだけの場になってしまいがちであると感じる。サービス担当者会議には居宅サービス事業者が必ず参画し、ケアプランの作成・見直しに関与するという仕組みを確立する必要がある。 <動機づけ> ・日常生活の中でできることに目を向け、それまで執着していた運動機能向上から、具体的・日常的な目標に目が向くように動機づけることが重要である。 ・役割の創出、新たな活動を探すという働きかけが専門職の役割として非常に重要である。例えばこれまでの趣味を続けたいが難しいと考えられるケースでは、通所リハビリテーションにおいて新たな趣味を共に探すという働きかけを行うこととなる。 ・本人から希望が出されない場合には、動機づけの手段として、各プロセスにできる限り本人も同席するよう働きかけ、専門職から説明を行い、協議しながら進めることが大切である。事業者側が作成した目標を一方的に説明することとなるのを防ぐため、本人・家族への説明や同意取り付けは、カンファレンスよりも前に行うことが望ましい。
----	--

(5) リハビリテーションサービスの実施・モニタリングの在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜リハビリテーションの実施＞ ・リハビリテーションの回数や上限額などの制約はあるが、可能な範囲で外出や公共交通機関を利用するなど、利用者の次のステップにつながるような支援を行うことを心がけている。 ・公共交通機関を使って外出訓練等を行う際には 60 分に収まらないこともある。活動の幅を広げるためには必要に応じて長く時間を使うことができるようになるとうい。 ・リハビリ実施途上では、常に先を見据えた目標を立て、なぜそれが必要であるのかの意味づけをするようにしている。その際、一方的に「やりましょう」と押し付けるのではなく、本人の主体性を引き出すために、強弱をつけたやり取りをしている。 ・他の事業所に対して、リハビリテーションの観点から情報提供を行うこともある。ケアマネジメント連絡用紙という様式に記載し、提供することもあるが、これらはケアマネジャー経由で各事業所に展開してもらうようにしている。 ＜モニタリング＞ ・変化点をしっかりと伝え、共有することが大切だと感じている。自立した・しないだけでなく、生活の中で具体的に何ができるようになったのかをフィードバックするよう留意している。 ・一人の利用者に対して、担当療法士を決めて利用終了まで一貫して担当させている。そうすることで、利用者の状態像をしっかりと把握することができ、信頼関係も構築できる。 ・事業所内でのカンファレンスを、週 3 回行っている。事業所の常勤リハビリ医、訪問を担当するリハビリテーション専門職全員が出席し、それぞれのケースは、利用開始後 1 か月以内に 1 回、その後はおおむね 3 か月に 1 回カンファレンスの対象となる。 ・認知症の場合は目標立てや積み重ねが困難である分、各回の成果や変化を家族に伝えることが重要となる。

通所	＜リハビリテーションの実施＞ ・軽度者は、心身機能が自立しているため、職員の関わりが薄くなりがちであるが、自立支援の観点からすれば、社会的コミュニケーション、自尊心、達成感への働きかけが重要である。 ・寝たきりに近い利用者であっても、できるかぎり座位の時間を確保するよう働きかけ、臥床している時間をできるだけ短くするようにしている。 ・例えば「買い物に行けるようになる」という目標であれば、通所リハビリテーション事業所内だけのサービス提供で目標を達成することは難しいと考える。生活活動に密着した目標を達成するためには、模擬的環境や実際の環境で練習を重ねる必要があり、実施場面が通所リハ事業所外となるウェイトも高まるのではないかと。 ・認知症者については、一日の中で人との交流の機会を確保すること、アクティビティを通じて、どのような場面で、どのような行動に支障があるのかについて情報収集することが重要である。 ・リハビリテーション専門職は、積極的に介護職等に技術移転することで、利用者が通所リハビリテーションにいる全ての時間でリハビリテーションが受けられるように、それぞれの場面で関わるのが大切である。 ＜モニタリング＞ ・利用者の状態変化は、日々のサービス提供の中で各職種が把握するとともに、定期的な評価（おおむね 3 か月に 1 回）も行う。医学的側面については、月 1 回通所リハビリテーション担当医が健康チェックの場でチェックしている。また、日常的には、看護師が中心となり来所時のバイタルチェック、家族との連絡ノートを活用して行っている。 ・来所時に通常と異なる状態（発熱、外傷、元気がない等）が見受けられた場合は、看護師が通所リハビリテーション担当医に連絡し指示を受けるとともに、家族へ連絡し前回来所してからエピソードを確認するようにしている。 ・具体的な活動内容について、何がどのくらいできた、できないということを実感する体験を積むことが重要である。また体力測定を行い、その結果を利用者本人に渡し、数値の変化を数値で示すことも重要である。
----	--

(6) リハビリテーションの再評価・目標再設定の在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜目標再設定の方法＞ ・認知症は、家族を含めた支援を一度作り上げると、変更するのは困難である。また、認知症高齢者本人が状況変化への適応性が低いことにも留意すべきである。 ・悪化を止めることが目的の利用者のケースでは、実施計画書の目標設定も下方修正を繰り返すしかなく、対応が難しい。 ＜再評価のタイミング＞ ・事業所内での目標等の再確認は、3か月に1度のカンファレンスにおいて、常勤リハビリテーション医とリハビリテーション専門職との間で行っている。 ・リハビリテーション実施計画書は、状態が変化している人については状態変化を踏まえた見直しが必要であり、その一方で平衡状態にある人は3か月よりも間隔が空いてもよいと思う。 ・どのような疾患であっても、状態に大きな変化がある場合には、そのタイミングで見直すことが必要である。 ・リハビリテーションの実施には、随時の細かな見直しが必要である。決められた書式のあるリハビリテーション実施計画書は、タイムリーな情報を記録・共有するには適しておらず、随時の見直しにはモニタリング記録のほうが有用なこともある。
通所	＜目標再設定の方法＞ ・事業所内で利用者の再評価を行う際には、ケアマネジャーは関与していない。本来であれば、ケアマネジメントに必要な情報を共有できる機会であるため、参画することが理想である。しかし、通所リハビリテーションのスタッフ、ケアマネジャー双方ともに時間の調整が困難であり、現状では難しいと感じている。また、利用者本人が、再評価の打ち合わせ等に参加することが理想であるが、実現していない。 ・退院・退所者の場合は、最初の見直しは3か月が適切であると思う。その後は、身体機能・能力の変化に応じて適宜再評価が必要であるが、身体機能上の観点からは、四季を通じた状態変化を踏まえるべく、年単位での見直しが適している。一方で、社会上の観点からは3か月を経ると利用者間のコミュニティができ、それが逆にリハビリテーションをやめられなくなる要因ともなることから、3か月程度での見直しにも意義がある。 ・進行性疾患、再発、心身機能が急激に変化したケースは、迅速に目標を再設定することが難しい。しかし、定期的な見直しを行っていれば、通所リハは状態変化に最も早く気づける場であり、状態変化を踏まえた迅速対応が可能である。 ・3か月に1度行う実施計画の見直し時に、本人・家族に対して、変化した事項(改善した事項)を具体的に伝え、本人のモチベーション維持・向上効果があると感じている。 ＜再評価のタイミング＞ ・実施計画書の記載内容を見直すタイミングは、開始直後は1か月に1回、3か月目以降は、おおむね3か月ごとに実施している。ただし、状態変化があった場合やケアプランの変更時には、そのたびに実施している。

(7) リハビリテーションの終了時の情報・目標共有や終了後の支援の在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜終了の見通し・契機＞ ・実際にリハビリテーションを終了したケースでは、3 か月程度で状態が回復し終了となるパターンと、1年程度で状態が安定し終了となるパターンとがある。その間は少ないように思う。 ・廃用症候群は、その原因によって適した期間が異なると思う。原因となる状態変化を見極めることが必要である。 ・リハビリテーションの終了に不安を抱える利用者には、「このような状態になったらすぐに再開できるので相談してほしい」という事後サポート体制があることを伝えることが大切である。 ・リハビリテーションの場が必ず訪問や通所の事業所でなければいけないということはない。筋力回復を目指す廃用症候群の利用者の地域の体育館への移行など、他に活動の場が見つかれば、訪問リハ・通所リハとしては終了の契機となりうる。 ・終了を見込める利用者については、数か月前から担当ケアマネジャーに方向性を伝えるようにしている。 ＜終了の判断＞ ・本人・家族にとってはリハビリテーションが生活の一部になっているので、リハ終了への理解が得にくいこともある。開始当初から頻度を少なくすることや、終了への理解を得にくいことが見込める場合には、サービス開始時の実施計画書に終了までを見込んだ内容で同意を得るように工夫している。 ・当初立てていた目標の設定が難しく、それ以上回復が見込めないとされる際には、利用の終了を考える。まずは、リハビリテーションの関わりをどのように受け止めているかを聞き、一旦方向性を出すようにする。 ・リハビリテーションの実施期間は、療法士が目標到達できたと思ったとき、若しくは他サービスの利用により状態、生活状況の維持が図られると判断されたときまでとなる。ただし、訪問リハビリテーションを終了することについて、本人や家族から納得が得られない場合もある。時間をかけてリハビリテーションの意味づけを確認しながら、回数や1回当たりの時間を暫減させていくようにする。 ・終了を目指したリハビリテーションは重要だが、一方で「やめたときに状態が悪化しない」という安心が持てる状況でないと終了すべきではないと思う。片麻痺などはその典型である。 ＜終了時・終了後の支援＞ ・終了時のやりとりは、対ケアマネジャーに比べて対主治医は情報のニーズが分かりにくく、手薄になりがちである。 ・就業の場を求めている人に対しては事業所の紹介やマッチングを行っている。マッチングに当たっては、高次脳機能障害等の評価結果や身体状況などの情報を、就労支援を行っている機関に伝達することが必要である。 ・本人・家族に終了後の生活のイメージ(自主トレーニングなど継続して実施すべき内容等)を具体的に伝え、ケアマネジャーにも共有している。 ・通所サービスにつなぐことが社会参加だとは思っていない。地域の祭りや地区会館での体操等、外に出ることができる人にはそのような場を紹介する。 ・リハビリテーションの利用を終了した後の支援は難しい。本来ならば一定期間後のフォローアップをできればよいと思っているが、現状ではそこまで手が回っていない。 ・利用者を通所等の他サービスにつなげた場合には、1 か月後ぐらいに当該事業所に状況確認のため訪問することもある。

通所	<終了の見通し・契機> ・利用者本人や家族が望む生活イメージを事前に十分に共有し、サービス提供の過程で定期的に本人や家族と話し合いの場を持ち、イメージに変化が生じていないか確認しておかないと、リハビリテーションの終了自体が難しくなる。 <終了の判断> ・退院・退所した脳卒中患者の場合は、入院・入所中に想定した生活スタイルが実現した段階で終了を検討する必要がある。しかし実際には、当初の目標を達成しても生活空間の拡大や参加に着目した目標設定を再度行うことが多く、それを達成した時点で終了を検討する必要があると考える。 ・廃用症候群を生じた在宅高齢者は、廃用症候群に起因する生活機能の改善が図られた時点で終了と考える。しかし、生活スタイルが改善されなければ、容易に廃用症候群を再び起こすと考えられるため、終了後のつなげ先が非常に重要だと思う。 ・ケアマネジャー単独では、通所リハビリテーションを続けたいとする利用者の要望を調整することは困難である。 ・終了を検討するのであれば、それ以前にケアマネジャーと通所リハビリテーション担当者が同行訪問し、利用者や家族と終了後の生活について話し合いを行う必要があると考える。 ・リハビリテーションを終了することについて関係者の合意形成がなされた時点が終了のときである。「目標が達成された」「状態が変わった」ということは、終了の合意形成を実現する上での1つの材料に過ぎず、むしろ本人や家族の納得を得るプロセスが重要である。 ・ケアマネジャーにとって、リハビリテーションの終了は新たな事業所を調整するという業務負担が生じる。あらかじめ、ケアプランに位置づけられた今回の通所リハの利用目的をケアマネジャーと十分に共有し、協議しておくことが不可欠である。 <終了時・終了後の支援> ・通所リハビリテーションで関わった全職種が、書式に沿った1枚の情報提供書(サマリー)を作成して情報提供をしている。 ・リハビリテーションを終了することを不安視する利用者が多いが、3か月や1年といったインターバルをおいて再度の状況確認に応じること、状態が変化したら相談に応じることなど、事業所として関わり続ける姿勢を丁寧に説明することで、リハビリテーションを終了することに対する不安を取り除くことができる。 ・リハビリテーション終了後も、元利用者のフォローを行っている。その結果、通所リハビリテーションの再利用や点検利用に結びつくケースもある。
----	---

(8) 理想的なリハビリテーション実施のための環境づくりの在り方

事業所 区分	主な指摘事項
訪問	＜社会参加の場の発掘＞ ・様々なジャンルの地域活動の研修が地域で開催されているため、そうした場に積極的に参加するようにしている。また、地域の祭りなども情報収集の場となる。地域活動のために人を集める際に、話が寄せられることもある。 ・「活動」「参加」に関して、利用者の興味に応じた活動の場など、インフォーマルサービスの地域資源の状況に関する情報は不足しがちである。 ・地域での活動の場等については、常にアンテナを張り巡らせ、地域包括支援センター等から得られた情報を活かすようにしている。 ・地域の活動の場づくりについては、地域包括ケアとして取り組む必要性は感じているが、まだこれからという段階である。今後、ますます高齢化が進むことを考えると、受け皿として通所リハ以外にインフォーマルな活動の場を確保することが重要になるだろう。 ・地域包括支援センターとの間では、利用者が地域の場に参加するよう背中を押すために協力してもらうなどの連携を行っている。 ＜人材育成＞ ・PT・OT・ST の教育課程は機能回復中心であり、生活期リハビリテーションがあまり重視されていない。リハビリテーション専門職の意識変革が必要である。法人内の新人教育研修プログラムの中で、急性期から生活期の訪問までを経験させ、理解を深めている。 ・法人内の卒後教育として、急性期・回復期・生活期の一貫したケーススタディを行っている。また、リハ職を対象に地域包括ケアの考え方についての研修会等も開催している。 ・現状では、教科書上では自立支援の重要性が説かれているものの、自立支援の観点から利用者の可能性を探るリハビリテーションやケアによって利用者の状態が変化したなどの「好事例」について、関係機関間で具体的な症例を検討し、振り返りをする機会がない。「好事例」のケース検討を通じて、関係職種が気づきや興味を持つことが必要なのではないか。 ＜普及啓発＞ ・地域に向けては、事業所の持ち出しで地域住民向けの講師派遣などを始めたところである。このような場を機会に地域住民との接点を作ることで、地域情報の取得につなげている。

通所	＜社会参加の場の発掘＞ ・地域資源の情報を把握することが難しい。ケアマネジャーも地域資源に関する情報を把握しているレベルに個人差が大きいと感じる。地域包括支援センターに資源の状況を確認することが多い。 ・地域資源の探索は現在の課題である。地域包括支援センターの中には活動のための場づくりを行っているところもある。通所リハビリテーション事業所は、地域住民の集いの場になるように機能を提供していくことが大切であると考えている。 ・現状では、地域包括支援センターとの協働は十分に行えていない。社会福祉士が把握している地域の情報を収集するとともに、法人として地域包括ケア推進本部を設置し、地域活動への参加を行っている。 ・リハビリテーションを受けている高齢者や障害者といった当事者も指導者として参加することで、社会参加の機会が生まれている。当事者が先生役になることは、その人の役割を創出し、自信を高める機会となるのではないかと。 ＜人材育成＞ ・リハビリテーション専門職の卒前教育は、「医学モデル」が中心であり、卒後教育も含めて「生活モデル」を実践するための教育体制が不十分のように感じられる。高齢者の心身特性等、老年学に対する知識や行動科学に基づく視点を身につける機会が必要ではないかと思う。また、実際ケアに当たっている全ての専門職に対し、国際生活機能分類(ICF)の理解を促すような取組も大切ではないかと思う。 ＜普及啓発＞ ・異なる居宅事業者同士で利用者の様々な課題をどのように解決したかという事例を提示し、課題を共有することは重要な取組である。 ・生活期のリハビリテーションは、多職種チームで実施するものであり、リハ専門職は専門的評価を実施し、その結果を介護職・看護職に伝え、協働でリハビリテーションを実施していく姿勢が重要である。
----	---

3. 標準的なリハビリテーションマネジメントの手順

この調査では、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについて、それぞれPDCA サイクルを踏まえた計画的なリハビリテーションマネジメントを実践していると考えられる事業所として推薦を受けた事業所に対するヒアリング調査を基に、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションにおける標準的なリハビリテーションの流れを整理するとともに、各段階における実状や課題を取りまとめた（図表）。

図表 訪問・通所リハビリテーションにおける標準的なリハビリテーションの流れと課題

