

通所・訪問リハビリテーションに 求められる機能

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会
一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
一般社団法人 全国デイ・ケア協会

通所リハビリテーション

通所リハビリテーションとは

地域包括ケアシステムにおいて、訪問リハ機能を含めた地域や在宅生活を支えるリハビリテーション拠点としての役割を担うもの。

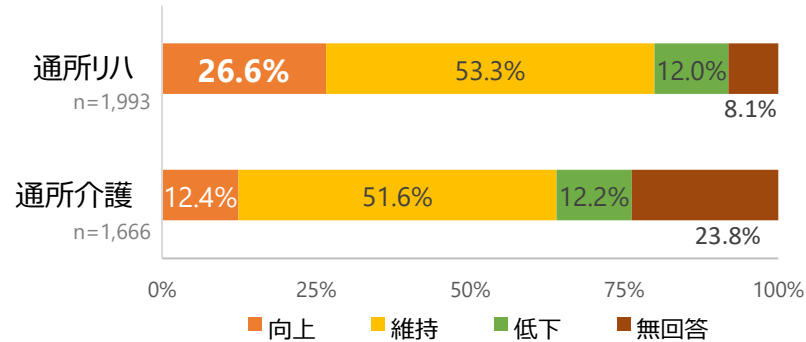
	通所リハビリテーションの機能	主な提供内容
①	医学的管理	● 担当医と主治医の情報交換のもと、定期的な診察等による疾患管理。 ● 担当医の指示に基づく看護職の医療的処置等。
②	心身・生活活動の維持・向上	● 医師の指示に基づくPT・OT・STの専門的評価による、チームとして目標設定のもと実施する、生活機能（心身機能や生活活動）の各行為の維持・向上。 ● 自宅訪問等、当事者の日々の暮らしの把握。
③	社会活動の維持・向上	● 体調管理や運動指導等、活動の機会の確保 ● 他者との交流を通じた参加機会の確保による社会性の向上。 ● 暮らしに必要な知識・技術について専門職の立場から啓発。
④	介護者等家族支援	● サービス利用による介護者等の直接的負担軽減。 ● 本人の生活機能向上による介護負担の軽減。 ● 介護技術の向上や介護環境改善による介護者負担の軽減。

出典：通所系サービスの普遍的機能と実施内容 一般社団法人全国デイ・ケア協会（2014年）一部改変

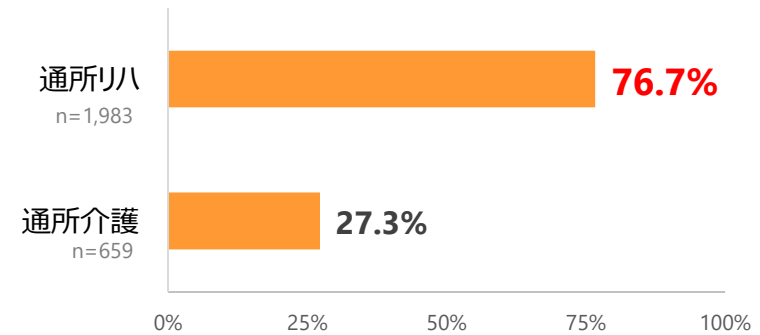
- ・ 医師・看護職・介護職・リハビリテーション専門職等の多職種協働によるチームアプローチ
- ・ 医師の指示による医療対応や生活機能低下へのリハビリテーション専門職の対応、居宅訪問など多機能
- ・ 上記専門的機能に加え、社会活動の維持・向上や介護者等の家族支援も併せて提供
- ・ 多様なニーズに合わせて、短時間型から長時間型まで幅広い受け入れ体制で対応

リハビリテーション専門職の配置と効果

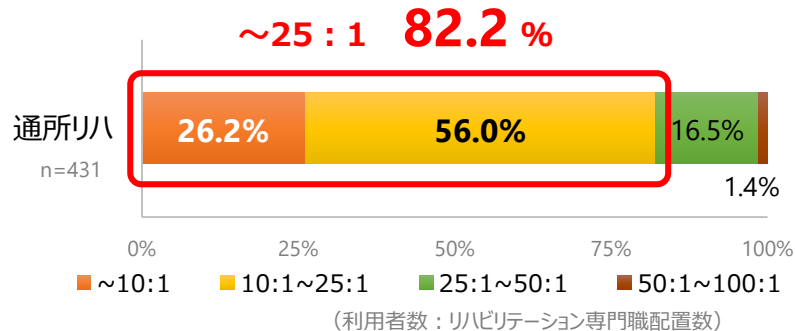
利用開始時からの日常生活自立度の変化¹⁾



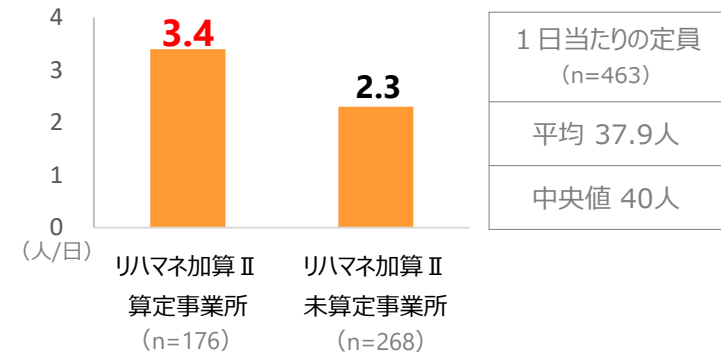
アセスメントにおけるADL評価指標の活用率¹⁾



利用者数とリハ専門職の配置比率²⁾
(常勤換算)



通所リハにおけるリハ専門職の配置人数 (平均値)¹⁾
(常勤換算)

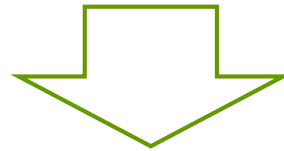


- 1) リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業。平成27年度 介護報酬改定影響調査, 2015
2) 訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業, 2017

通所リハは、日常生活自立度の変化において「向上」の割合が高い。
その要因は「リハ専門職の充実した配置」にある。

通所リハビリテーションにおける質の担保

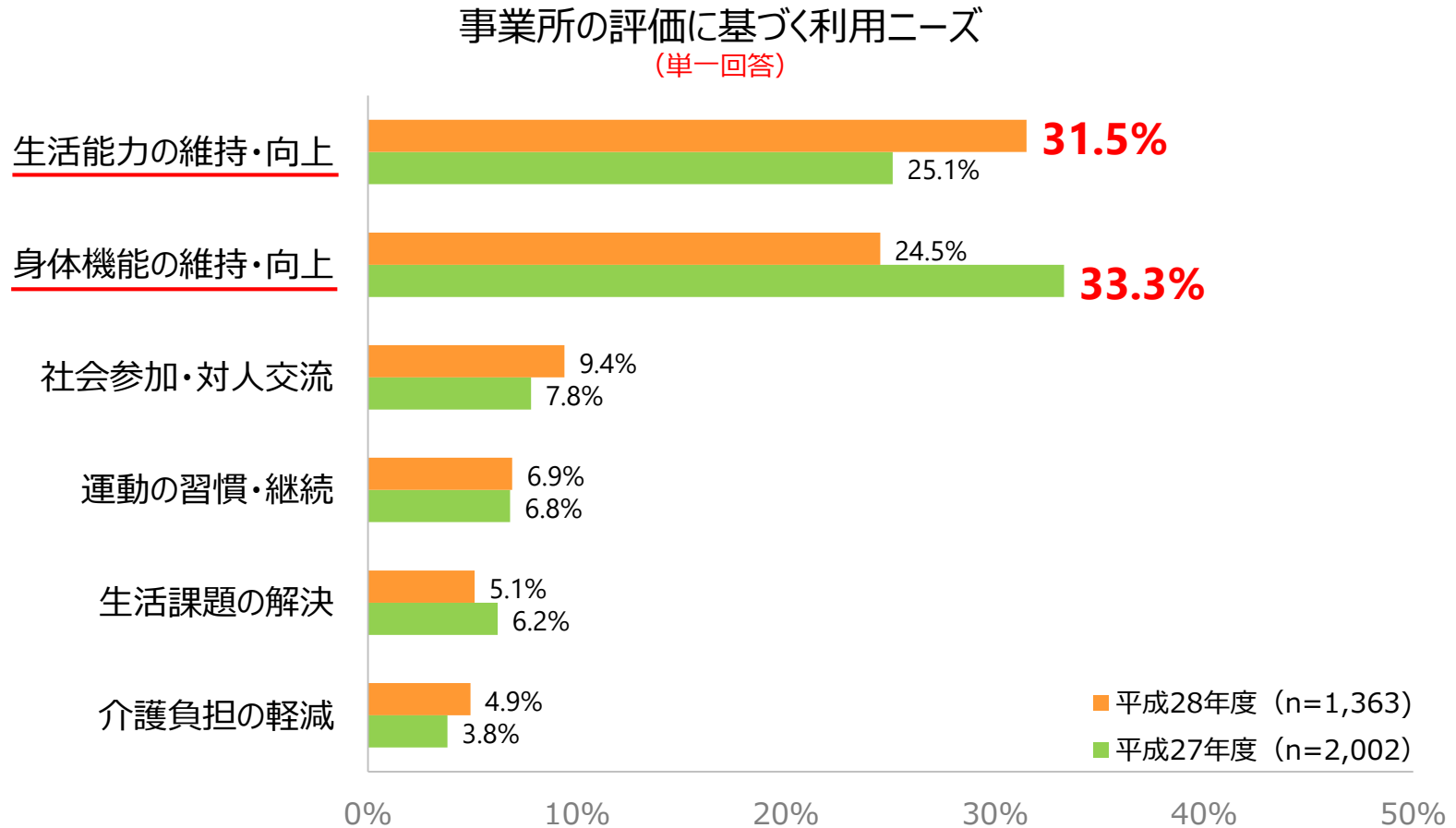
- 通所リハは日常生活自立度の改善を示しており、適切なアセスメントによるリハビリテーションマネジメントの効果であると考えます。
- リハビリテーションマネジメントには、多職種協働や多事業所間の連携が重要であり、充実したリハ専門職の配置が必要です。



■ 通所リハにおけるリハ専門職の適切な配置が必要と考えます。

- 現行 100 : 1 の人員基準を 50 : 1 もしくは 25 : 1 とする
- リハ専門職を加配（10 : 1）している事業所への評価

利用ニーズの変化



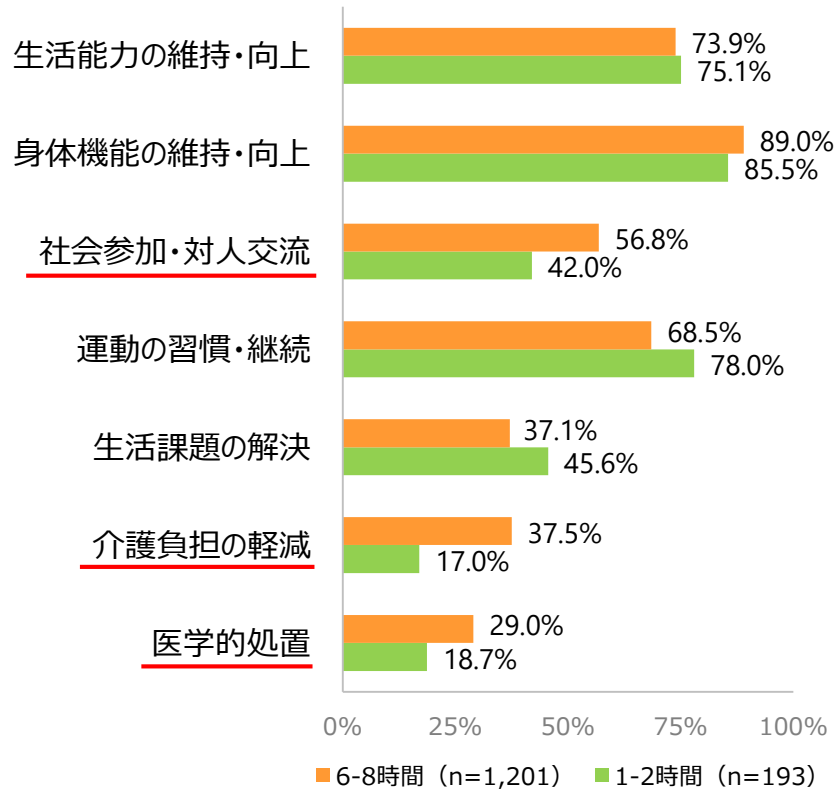
全国デイ・ケア協会：平成27年度・平成28年度実態調査。全国デイ・ケア協会調査事業，2015・2016

「生活能力の維持・向上」の割合が増加していた。

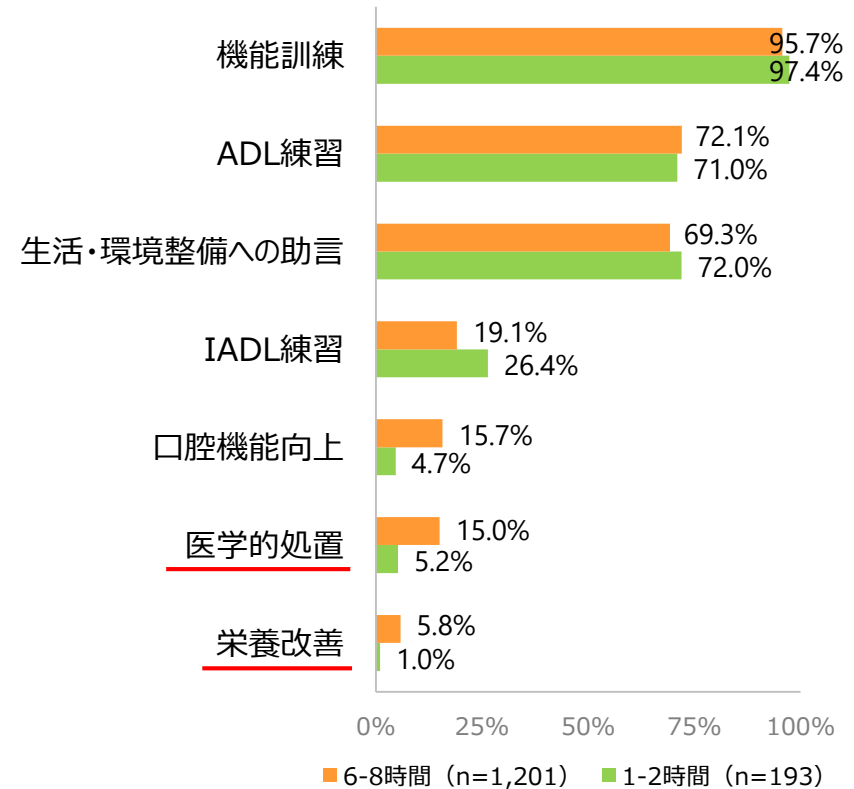
利用ニーズとサービス提供内容（提供時間別）

事業所のアセスメントに基づく利用ニーズ

（複数回答）



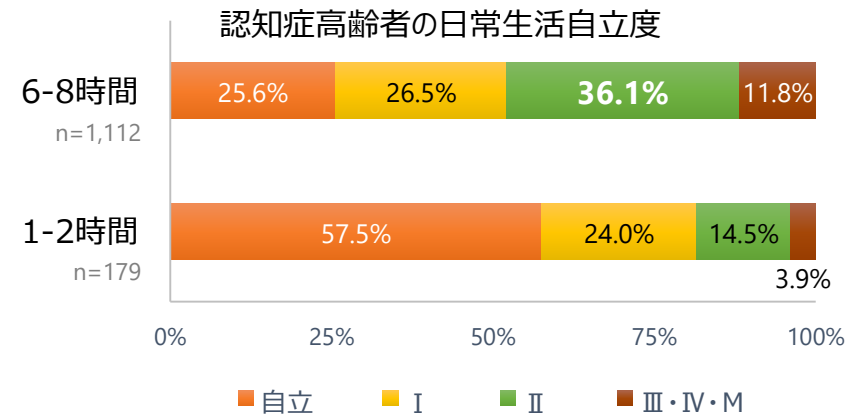
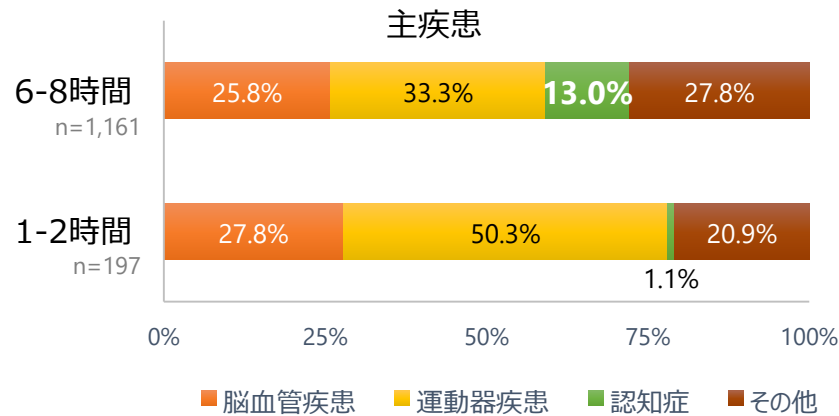
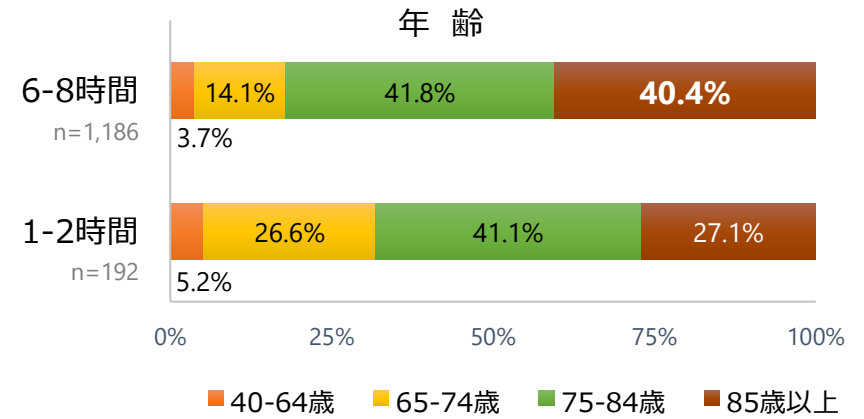
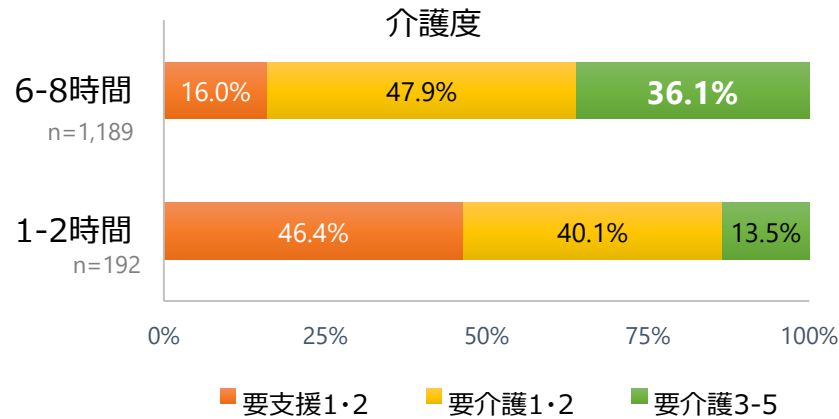
サービス提供内容



訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

6-8時間の利用者は1-2時間と比較して、「介護負担の軽減」「医学的処置」のニーズが、「口腔機能向上」「医学的処置」を提供している割合が高い。

利用者の特性（提供時間別）



訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業，2017

6-8時間の利用者は1-2時間と比較して、
「要介護3-5」「85歳以上」「認知症を有する方」の割合が高い。

利用開始から3ヶ月後のADL変化（項目別）

新規利用開始から3ヶ月後の変化（入院入所・状態悪化による終了者は除く）
6-8時間 n=932, 1-2時間 n=147

改善群 , 低下群

		○ 移乗（6-8時間）				○ 移乗（1-2時間）				
3ヶ月後	自立	0.1%	0.6%	7.3%	58.2%	自立	0.0%	0.7%	2.7%	83.0%
	最小限 介助	0.0%	2.4%	20.7%	1.0%	最小限 介助	0.0%	2.0%	8.8%	0.0%
	部分介助	0.4%	6.8%	0.5%	0.1%	部分介助	0.0%	1.4%	0.7%	0.0%
	全介助	1.4%	0.3%	0.2%	0.0%	全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
		全介助	部分介助	最小限 介助	自立		全介助	部分介助	最小限 介助	自立
		利用開始時				利用開始時				

○ トイレ動作（6-8時間）

自立	0.1%	6.0%	63.9%
部分介助	1.2%	23.4%	1.1%
全介助	3.5%	0.5%	0.2%
	全介助	部分介助	自立

利用開始時

○ トイレ動作（1-2時間）

自立	0.0%	2.0%	91.8%
部分介助	0.7%	4.1%	0.7%
全介助	0.7%	0.0%	0.0%
	全介助	部分介助	自立

利用開始時

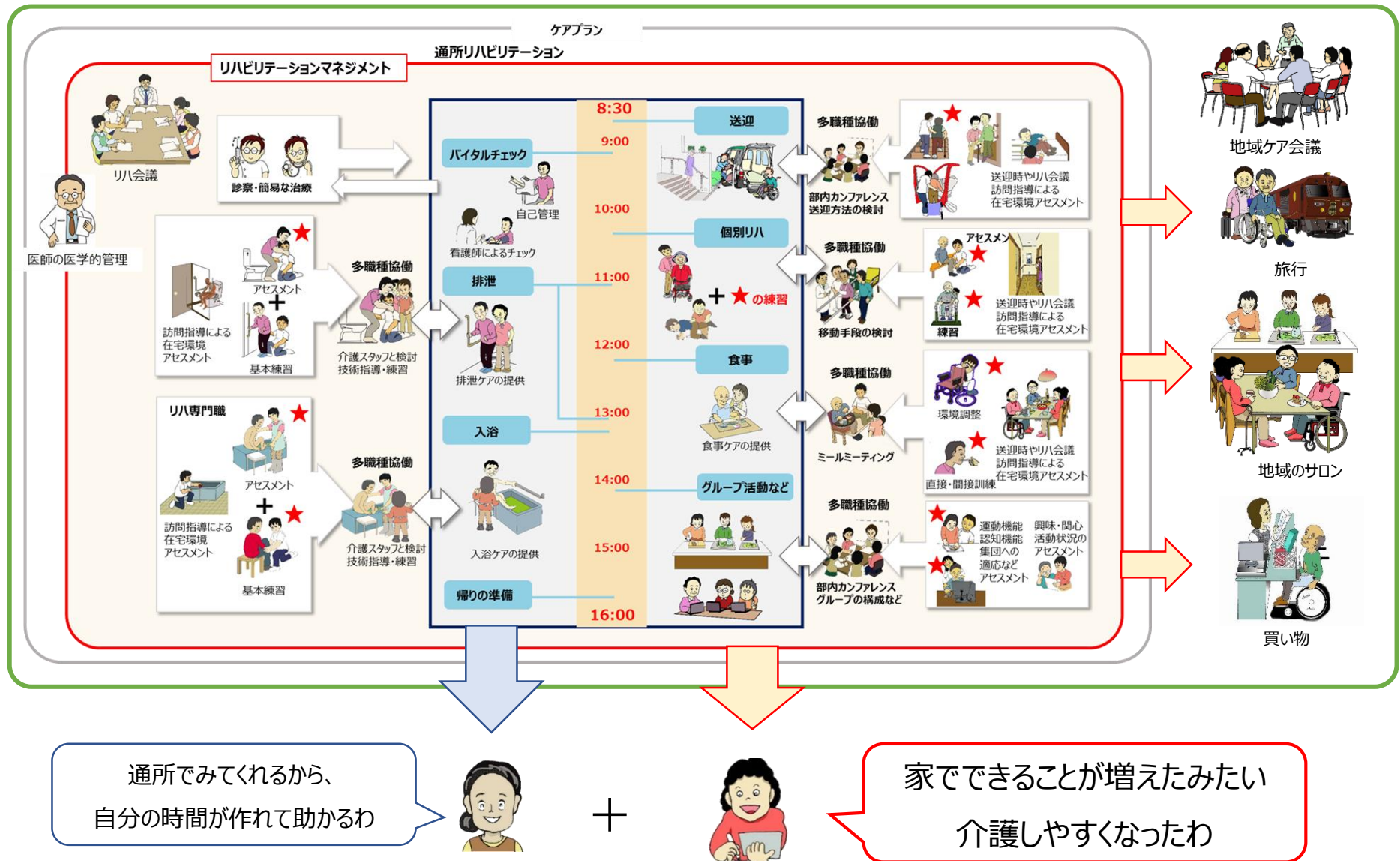
3ヶ月後	○ 歩行（6-8時間）					○ 歩行（1-2時間）				
	自立	0.2%	0.8%	6.4%	31.1%	自立	0.0%	0.7%	10.9%	56.5%
	部分介助	0.9%	4.8%	37.2%	0.6%	部分介助	0.0%	4.1%	21.1%	0.0%
	車椅子 使用	1.3%	10.4%	0.6%	0.0%	車椅子 使用	0.7%	5.4%	0.0%	0.0%
	全介助	5.3%	0.2%	0.1%	0.0%	全介助	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
		全介助	車椅子 使用	部分介助	自立		全介助	車椅子 使用	部分介助	自立
利用開始時					利用開始時					

○ 階段昇降（6-8時間）				○ 階段昇降（1-2時間）			
自立	0.2%	5.0%	23.7%	自立	0.7%	9.5%	46.3%
部分介助	3.9%	46.4%	0.3%	部分介助	2.7%	32.7%	0.0%
全介助	19.7%	0.5%	0.2%	全介助	7.5%	0.7%	0.0%
	全介助	部分介助	自立		全介助	部分介助	自立
利用開始時				利用開始時			

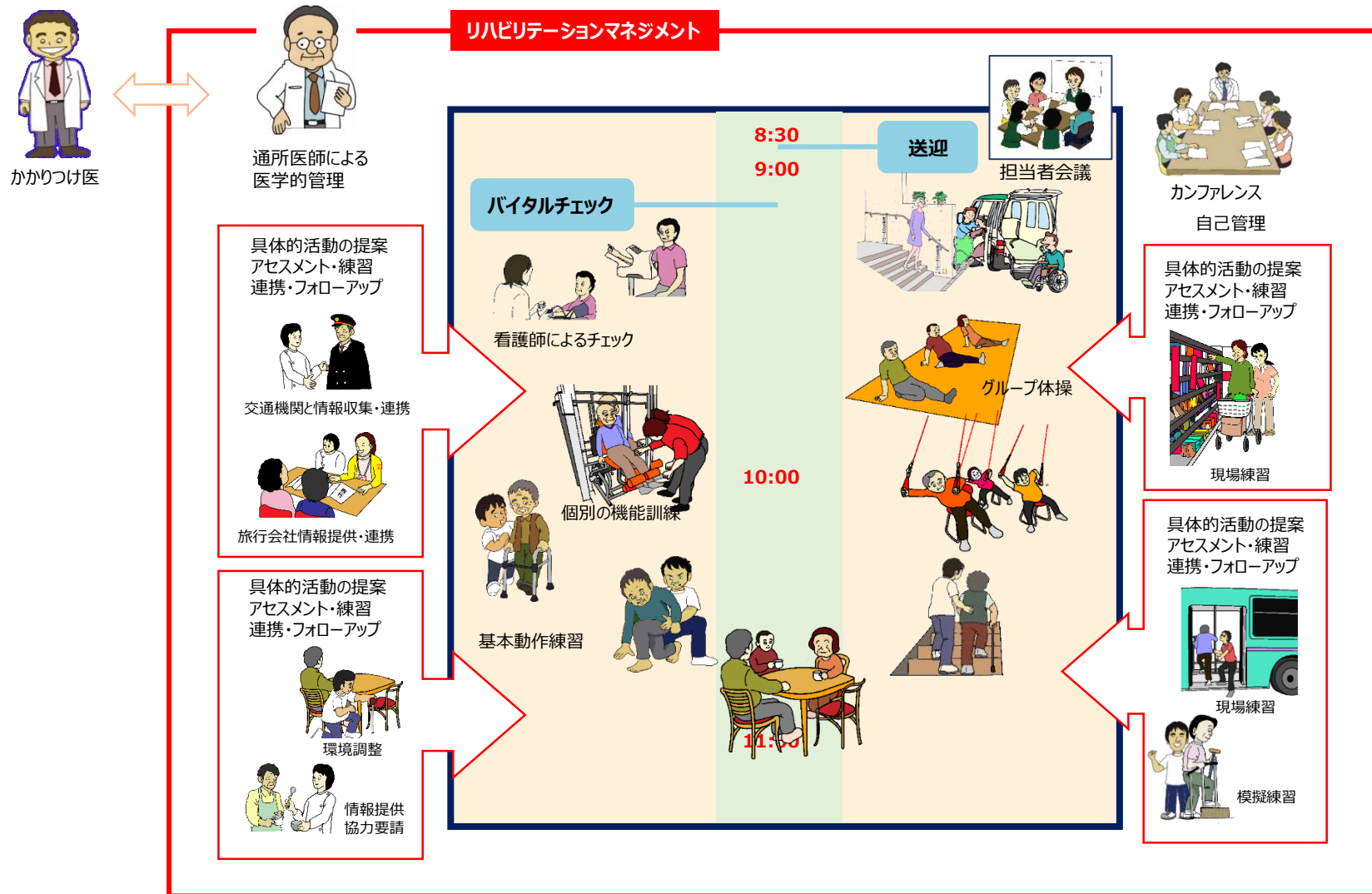
訪問・通所リハビリテーションの実態調査。全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

6-8時間は、「移乗」「トイレ動作」の項目において
利用開始時に自立していた割合が低く、3ヶ月後に改善した割合が高い。

1 人の利用者に対するプラン（6-8時間）

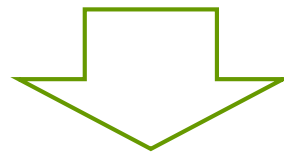


1 人の利用者に対するプラン（1-2時間）



ニーズに応じた効果的・効率的なサービス提供

- 従来型（6-8時間）の利用者は、「要介護3-5」「85歳以上」「認知症を有する方」の割合が高く、中重度者の在宅生活を支える医療的ケアを求めています。
- 1日を通して食事・排泄・入浴などの実践場面へリハ専門職が直接関わり、動作や介助の方法について助言を行うことで、居宅における介護や介助が楽になる効果があります。
- 活動や参加に向けて、外出練習や居宅訪問など施設外の関わりが重要です。
このような関わりには一連の動作を確認する時間が必要となります。



■ 利用者の多様なニーズに合わせ、短時間型のみでなく従来型（6-8時間）も必要と考えます。

通所リハビリテーションに関する要望

- 通所リハは適切なアセスメントによるリハビリテーションマネジメントにより、利用者の能力向上に効果がありました。リハビリテーションマネジメントには、多職種協働や多事業所間の連携が重要であり、充実したリハ専門職の配置が必要と考えます。
- 従来型（6-8時間）の利用者は、中重度者の在宅生活を支える医療的ケア、家族の身体的な介護負担の軽減などを求めています。このような多様なニーズに合わせ、短時間型のみでなく従来型（6-8時間）も必要であると考えます。

訪問リハビリテーション

「訪問リハビリテーション」

サービスの質・担保についての基本的考え方

- ◆訪問リハビリテーション・サービスは近年、右肩上がりに増加していることが給付費分科会資料においても報告されている。このことから、急増している当該サービスについての質の担保が各関係者から課題であるとされている。
- ◆サービス提供の質の担保については、事業所としてのリハビリテーション・マネジメントの遂行と個別にサービスを提供する療法士の育成の2つが考えられる。
- ◆前段のリハビリテーションマネジメントの実施については、給付費分科会で議論された「訪問リハビリテーションの論点」にもかかるところであり、考え方を示す。
- ◆また、個別の療法士の育成については卒前・卒後教育があるが、卒後教育の一部として日本訪問リハビリテーション協会が試みている研修事業（認定制度など）について参考資料として一部紹介する。

訪問リハビリテーション・提供の質の担保

1. 「リハビリテーション・マネジメント」の運用に係る課題について

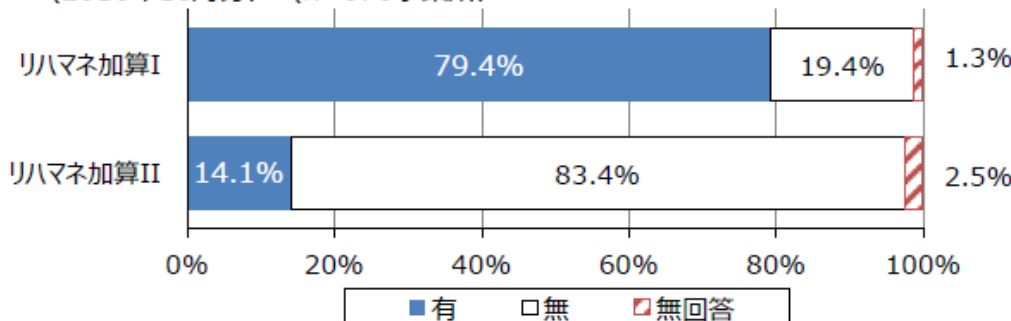
1-1 リハマネジメントに係る医師の関与についての課題

1-2 社会参加支援加算についての課題

リハビリテーションマネジメント加算の届出等の状況

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅰを届け出ている訪問リハ事業所は79.4%、同加算Ⅱを届け出ている事業所は14.1%であった。

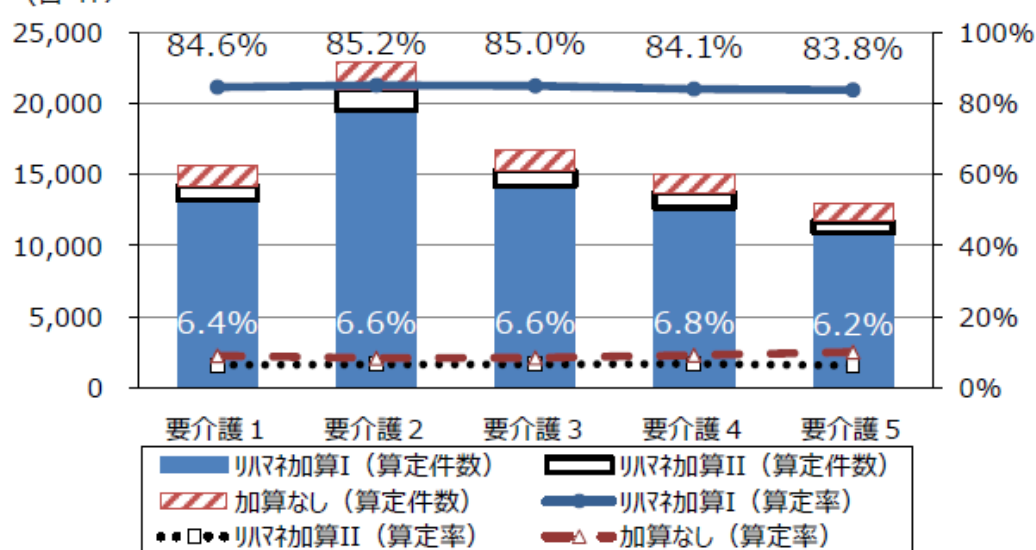
図表2-2-70 リハビリテーションマネジメント加算の届出状況
(2016年10月分) (n=878事業所)



(出典)平成27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28年度調査)

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅰの算定率は要介護度によらず約85%、同加算Ⅱの算定率は要介護度によらず約6%であった。

図表 要介護度別にみたリハビリテーションマネジメント加算の算定状況(2017年2月分)
(日・件)



(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

○リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの届出をしていない事業所において、加算を算定しない理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が82.2%、「医師からの説明時間が確保できない」が61.1%、届出をしている事業所で算定していない利用者がある場合その理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が62.1%、「医師からの説明時間が確保できない」が46.0%であった。

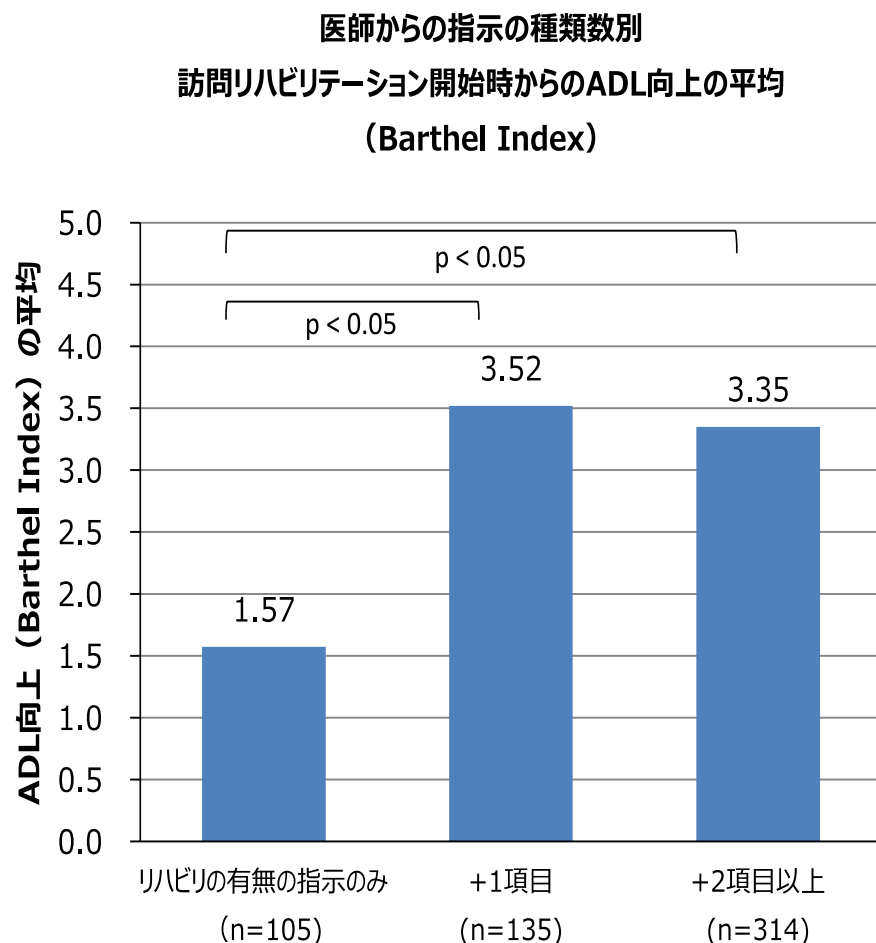
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの届出の有無別リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定していない利用者がある理由(複数回答)

	合計	医師の会議への参加が困難	医師からの説明時間が確保できない	毎月のリハ会議が負担である	本人・家族が意義・必要性を理解できない	利用者の経済的な負担が大きくなる	支給限度額の上限を超えてしまう	介護支援専門員の理解が得られない	その他	無回答
全体	789 100 %	625 79.2 %	466 59.1 %	460 58.3 %	90 11.4 %	216 27.4 %	128 16.2 %	71 9.0 %	53 6.7 %	13 1.6 %
有	87 100 %	54 62.1 %	40 46.0 %	33 37.9 %	25 28.7 %	23 26.4 %	15 17.2 %	13 14.9 %	12 13.8 %	0 0 %
無	684 100 %	562 82.2 %	418 61.1 %	416 60.8 %	60 8.8 %	186 27.2 %	110 16.1 %	57 8.3 %	40 5.8 %	11 1.6 %

注) 表中にはリハビリテーション加算Ⅱの届出の有無について無回答の場合の記載を省略した。

(出典)平成27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28年度調査) 17

1-1 リハマネジメントに係る医師の関与についての課題



リハマネジメント加算、特にⅡにおいて届け出状況が14%程度と低い値にとどまっている。この理由として、医師のリハ会議などへの参加が難しい現状がある。

一方で、医師の指示がより詳細な場合、簡素な指示に比べてADLに有意な改善が見られるなど、医師の関与についての重要性は認められるところである。

社保審-介護給付費分科会 「訪問リハビリテーション」参考資料 より

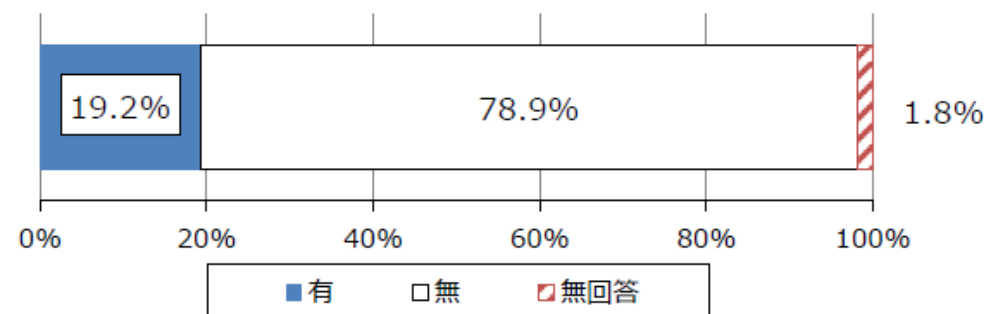
1-1 リハマネジメントに係る医師の関与についての課題

- ◆H27年度老健事業（訪問リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業）においても同様の結果が得られているが、リハマネジメントの効果についてその必要性の周知と実施について推進してきたところである。
- ◆現場では医師のリハ会議（リハ計画書作成）に出席や、本人への説明がなされるよう、訪問リハスタッフ自身で時間設定の努力を重ねて会議開催を設定している現状があるが、加算算定の届け出数からも分かるように、医師の関わりは少ないのが現状である。
- ◆リハマネジメントの実施において、医師の積極的な関与を望みたいところであり、実施率を向上させるための仕組み・リハマネジメント加算要件の変更などを含め総合的に、ご検討をお願いしたい。

社会参加支援加算の届出等の状況

○社会参加支援加算を届け出ている訪問リハ事業所は19.2%であった。

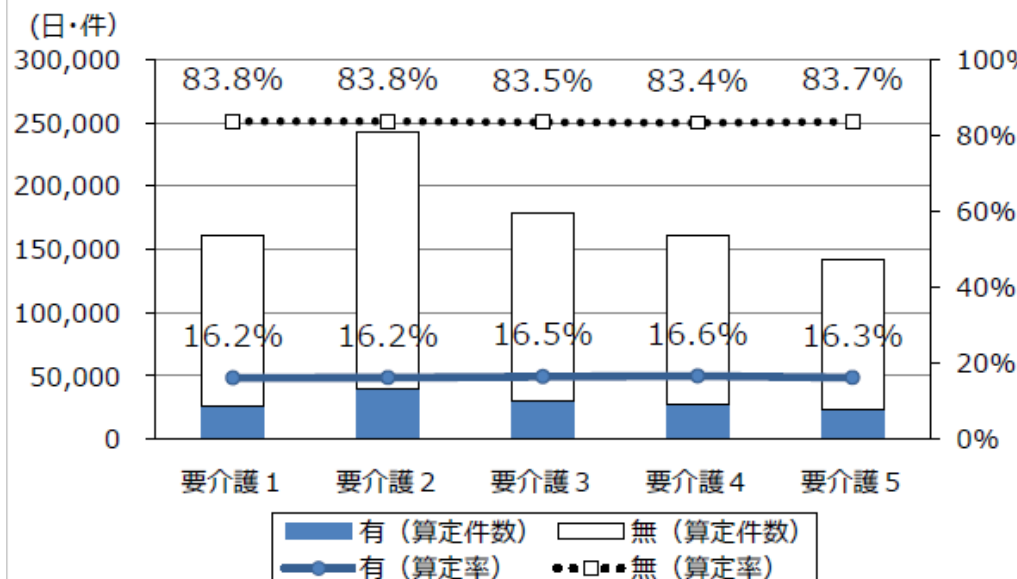
図表2-2-82 社会参加支援加算の届出状況
(2016年10月分) (n=878事業所)



(出典) 平成27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28年度調査)

○社会参加支援加算の算定率は要介護度によらず16%程度であった。

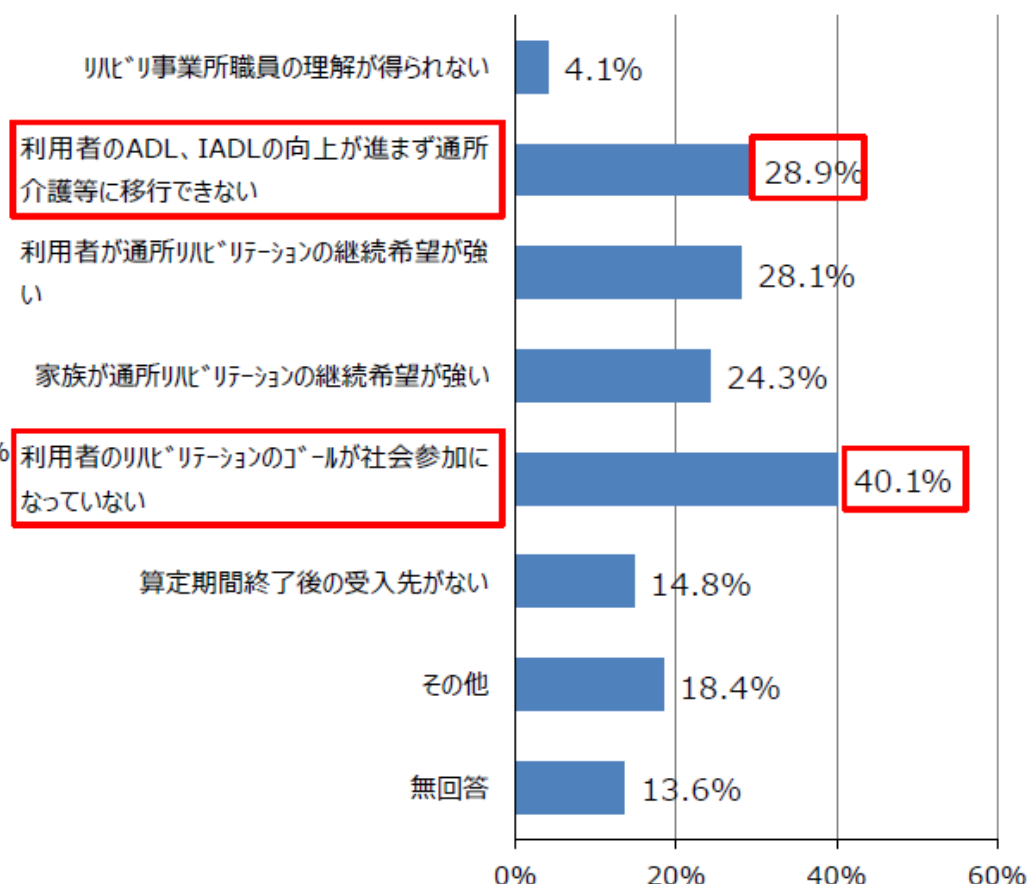
図表 要介護度別にみた社会参加支援加算の算定状況
(2017年2月分)



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

○訪問リハで届出をしていない主な理由は、「利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加となっていない」が40.1%、「利用者のADL、IADLの向上が進まず通所介護等に移行できない」が28.9%であった。

図表2-2-85 社会参加支援加算届け出をしていない理由
(2016年10月分) (n=641事業所)

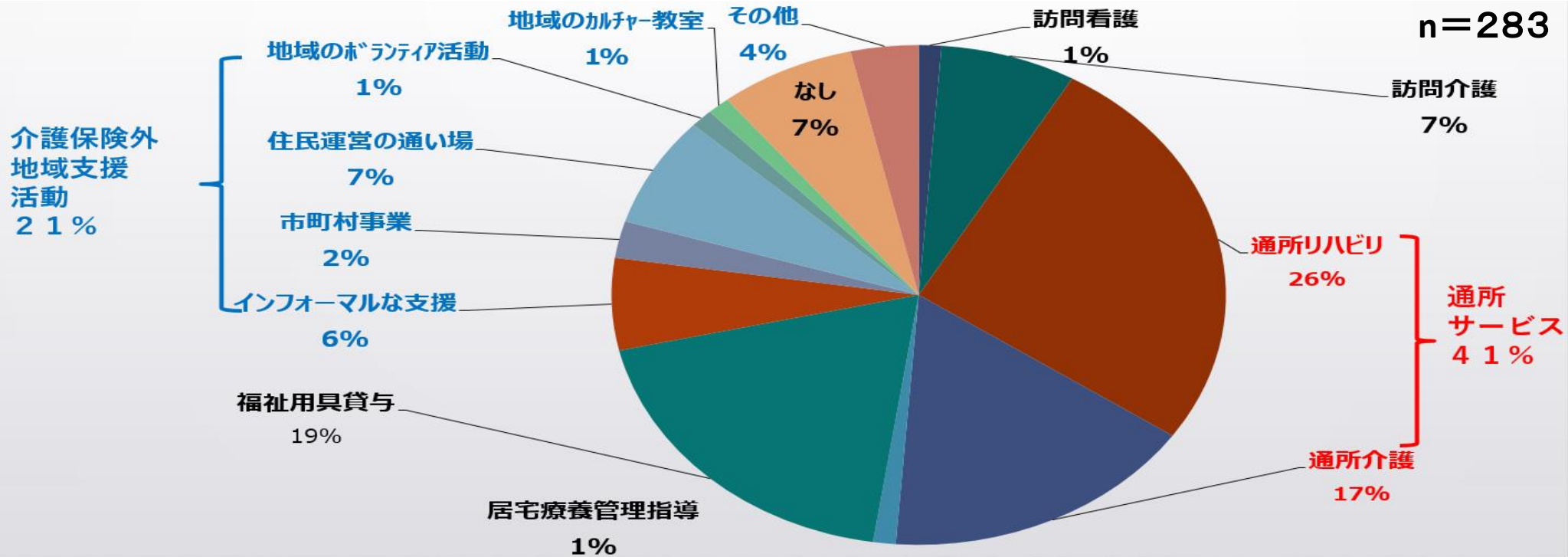


注) 当設問は調査票上で選択肢について「訪問リハビリテーション」とする予定であったところ、「通所リハビリテーション」となる誤植があった。

(出典) 平成27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28年度調査)

1-2 社会参加支援加算についての課題

訪問リハ終了後のサービス（予定）内容



平成27年度老人保健健康増進等事業「訪問リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業」より

社会参加支援については、すべての利用者が家庭外への社会参加につながるわけではなく、家庭内の役割獲得なども「参加」の目標となりうることをふまえた上で、訪問リハビリテーションが期待されている役割として、既存の介護保険サービス（通所サービスなど）への移行だけが目標にならないように、その他、介護保険外の地域支援活動としての受け皿を各地域で拡充していただくことも必要である。

【参考資料】

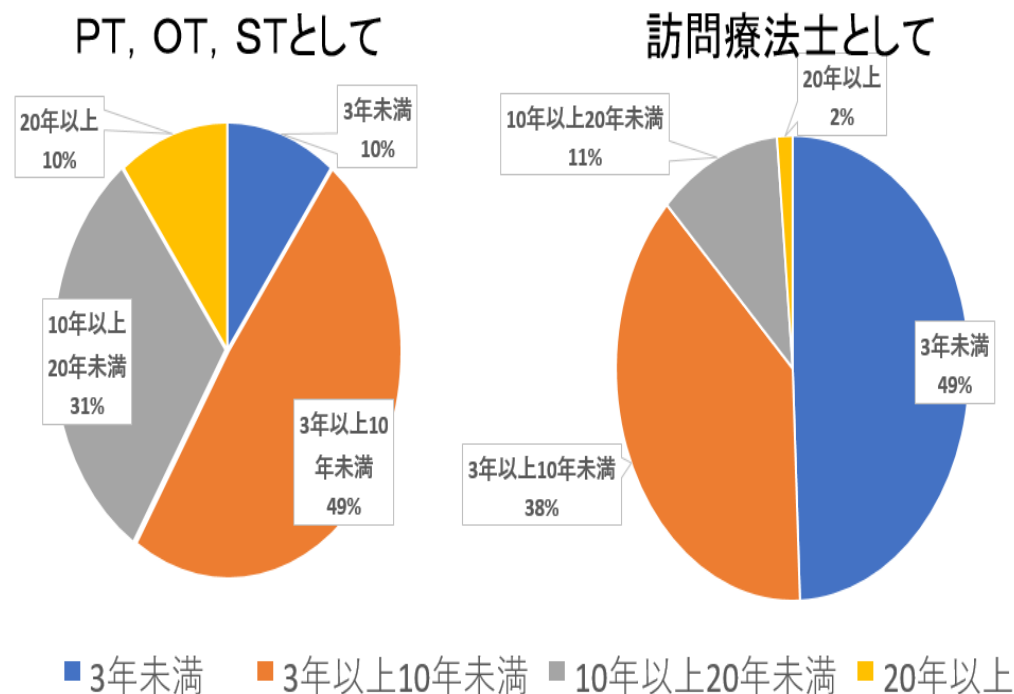
2. 人材育成に対する日本訪問リハビリテーション協会の取り組み(研修事業の紹介)

訪問リハビリテーションの質の担保・基本的考え方

質を担保する為の基本的な考え方

- ◆ 事業所として、ICFの概念と生活期リハビリテーションの特性をふまえ、専門職によるアセスメントに基づいた訪問リハビリテーションマネジメントの実践が必要。
- ◆ 医師・看護師・ケアマネジャーなどと多職種協働ができる訪問療法士育成を推進すべき。

訪問リハビリテーション職員 経験年数



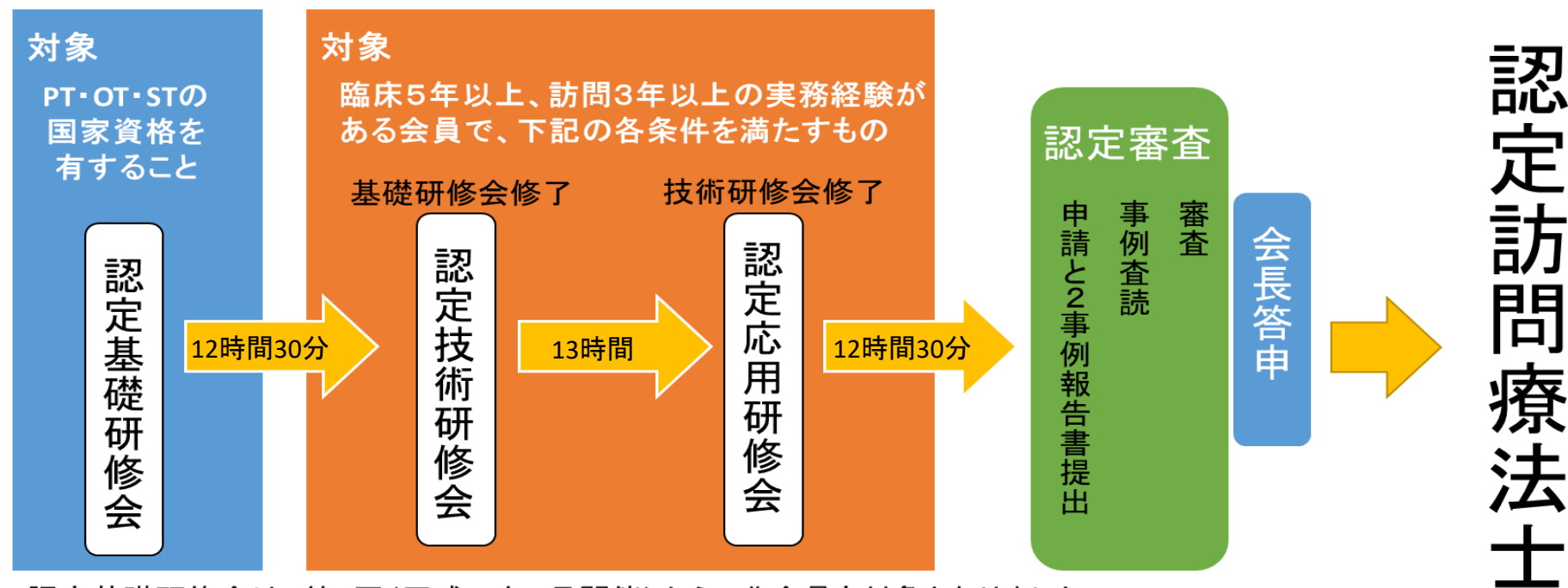
一社) 日本訪問リハビリテーション協会 H28年度会員調査より

“訪問以外の部門での数年の勤務を経てから、訪問リハに携わるようになったが、訪問リハの経験はまだ3年未満の会員”が多い

人材育成：認定訪問療法士制度の運用

当協会の認定訪問療法士について

2013年 認定制度開始



* 認定基礎研修会は、第7回（平成28年5月開催）から、非会員も対象となりました。

認定訪問療法士 469名（2017年8月現在）

認定期間は5年（更新制）

認定訪問療法士のカリキュラムと使命(10か条)

認定基礎研修会

- ・ 訪問リハビリテーション総論
- ・ 医療・介護保険制度の理解
- ・ リハビリテーションマネジメント論
- ・ マナーとインタビュー
- ・ リスク管理
- ・ 多職種連携の考え方と方法
- ・ グループワーク

認定技術研修会

- ・ フィジカル・アセスメント
- ・ リスクマネジメント
- ・ 一次救命救急処置
- ・ 福祉用具を活用した住宅環境調整について
- ・ 摂食・嚥下障害への対応
- ・ 精神障害・認知症への対応
- ・ 呼吸器障害への対応

認定応用研修会

- ・ リーダーシップ概論
- ・ リーダーシップ演習
- ・ 訪問リハビリテーションの効果指標と研究法
- ・ 管理運営
- ・ 認定訪問療法士の役割と期待
- ・ 事例報告(グループ内発表)

認定訪問療法士の使命10か条

- | | |
|----|---|
| 1 | 生活の再建、活性化のために真心を込めて本人・家族を支援します |
| 2 | 本人と家族の生活や思いを尊重したリハビリテーションを提供します |
| 3 | 生活機能の評価に基づいた支援プランを提案します |
| 4 | 十分なリスク管理体制を整え安全に訪問リハビリテーションを実施します |
| 5 | ライフステージにあわせて本人・家族と目標・提供内容を見直し、適切な環境調整に努めます |
| 6 | 地域の自立支援に貢献し、リハビリテーションの理念の普及に取り組みます |
| 7 | 多職種、他機関を理解し、情報交換しながら協働して訪問リハビリテーションを実践します |
| 8 | 地域の利用資源を最大限に活かし、リハビリテーションの視点から地域づくりに取り組みます |
| 9 | 生活期の多様な状況に柔軟な対応ができるよう専門知識と技術を習得し、後輩育成とともに自己研鑽に努めます |
| 10 | 訪問リハビリテーションの発展のために最新の情報や知見の習得に努め、研究活動(データの蓄積・検証・研究・発表)に取り組みます |

日本訪問リハビリテーション協会主催研修会 (ICF領域別シエーマ図)
(認定研修会以外の専門性を高める研修会)

