

地域における高齢者リハビリテーションの
推進に関する検討会

報告書

令和5年3月

目次

1. 基本的な考え方	1
2. 高齢者リハビリテーションの推進について	2
① 高齢者リハビリテーションの推進について	2
② 認知症に対するリハビリテーションの推進	4
3. 地域におけるリハビリテーションサービスの在り方について	6
① 急性期・回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの連携	6
② 訪問リハビリテーションと理学療法士等による訪問看護の在り方	7
4. 地域におけるリハビリテーション提供体制について	9
① リハビリテーションサービス提供体制の整備	9
② 地域リハビリテーション支援体制の拡充	10

1. 基本的な考え方

- 今後、2040年に向けて、高齢化が一層進展するとともに、65歳以上の高齢者の人口は一貫して増加する見込みである。これに伴い、中重度の高齢者や医療・介護双方のニーズのある高齢者が増加し、リハビリテーションサービスのサービス見込み量も増加する。
- リハビリテーションについて、医療保険で実施する心身機能・ADLの改善等を目的とした急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する活動・参加の維持・向上等を図るための生活期リハビリテーションへの切れ目のないサービス提供体制の構築が求められており、目的に応じて個別・集団での実施を行っている。
- 地域におけるリハビリテーションのニーズに十分に対応することができる、量と質の双方の観点からの、リハビリテーションサービス提供体制を構築する必要がある。
- 「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（平成27年3月）」（以下、「平成26年度報告書」という）においては、生活機能を見据えたリハビリテーションについて、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とされている。
- このような基本的な考え方のもと、令和3年度報酬改定においては、自立支援・重度化防止に向けた取組の推進等を図る見直しが行われた。次期改定は診療報酬との同時改定であることも踏まえ、医療と介護の連携強化の観点から、リハビリテーションサービスの質の評価や科学的介護の取組も進めながら、質の高い自立支援・重度化防止に資するサービスの提供や医学的管理の強化や活動・参加を推進していくことが必要である。

2. 高齢者リハビリテーションの推進について

① 高齢者リハビリテーションの推進について

【現状と課題】

- 令和4年度に実施した「地域における高齢者リハビリテーションの推進に係る調査検証事業」（以下、「令和4年度調査」という）では、提供している内容について通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護ともに関節可動域訓練、筋力増強訓練、基本動作訓練、歩行訓練の実施率はおおむね70%~90%であった。一方で移乗訓練はいずれも約20%、ADL訓練はいずれも30~40%であり、IADL訓練はいずれも約10%~20%であった。巧緻運動・協調性運動訓練、摂食嚥下機能訓練、失語症訓練などはいずれもおおむね10%以下であった。
- 生活期のリハビリテーションは心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけることが重要とされている。また、適切なリハビリテーション、口腔、栄養など多職種が連携した取組が一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。
- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、リハビリテーションのストラクチャー、プロセス、アウトカムが個別の加算として評価がされている。
- 通所リハビリテーションにおけるサービス提供内容や多職種連携については事業所によって差がある。また、通所リハビリテーションについての実態調査により、要介護度によってBI (Barthel Index)・FAI (Frenchay Activities Index) の変化量は異なる。
- 通所・訪問リハビリテーションにおいては、SPDCAに基づく質の高いリハビリテーションサービスを評価するリハビリテーションマネジメント加算が設けられており、同加算を算定する利用者の方がそれ以外の利用者より、有意な機能改善を認めている。
- 通所リハビリテーションにおいて、大規模事業所の方がストラクチャー（リハビリテーション専門職等の従事者数）が整備されており、充実したプロセス（リハビリテーションマネジメント加算）と質の高いリハビリテーションが提供されている割合が多い実態がある。
- 令和3年度4月からLIFEの運用が開始されており、データ分析とフィードバックに基づく質の高いサービス提供につながることを期待される。
- 生活期リハビリテーションのアウトカムについては、訪問・通所リハビリテーションにおいては移行支援加算や事業所評価加算、介護老人保健施設においては在宅復帰・在宅療養支援機能評価に基づき一定のアウトカム評価がなされている。

- なお、介護老人保健施設の基本型以上の要件として週3回以上の個別リハビリテーション(充実したリハビリテーション)の実施が求められているが、集団リハビリテーションが提供される事例もある。一対一の個別療法のみならず、集団リハビリテーションについても、一定の有効性があるとの意見がある。

【今後に向けた提言】

- 平成26年度報告書を踏まえつつ、心身機能・活動・参加にバランス良く働きかけるリハビリテーションを引き続き推進していく必要がある。
- なお、活動・参加を進めるためには、十分に下肢筋力、基本動作能力や姿勢保持能力等の心身機能や認知機能を維持改善させることが重要であるため、このような取組を疎かとしめない必要がある。
- 自立支援・重度化防止を効果的に進める観点からリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な取組については、好事例やエビデンスを集積しつつ、一層の推進を図る必要がある。
- 生活期リハビリテーションにおけるアウトカム評価については、生活期リハビリテーションの目的を踏まえ、今年度実施している調査の結果を含め、現場での活用実態や指標の妥当性を踏まえ、適切な評価方法について引き続き検討する必要がある。
- 特に、医療機関からの退院早期、あるいは在宅から介護老人保健施設への入所早期の時期においては、リハビリテーションを提供するとADLは一定改善することが明らかとなっており、このような時期のアウトカム評価については、特に注視する必要がある。
- なお、生活期リハビリテーションにおける、利用者の心身機能等の維持・改善を評価するアウトカム指標については、LIFE等を活用も視野に入れ、十分なサンプル数を用いて検証した上で設定する必要がある。
- 通所リハビリテーションについては、生活期リハビリテーションの目的とされる、心身機能・活動・参加へバランス良く働きかけることを推進すべく、ストラクチャー・プロセス・アウトカム評価から構成される、総合的な評価体系を検討する必要がある。
- 要介護度の改善については、要介護認定の有効期間が最長4年とされている現状では、適切な評価とはいえないため、介護予防訪問・通所リハビリテーションにおける事業所評価加算については廃止を含めて見直す必要がある。
- 要支援者に対するリハビリテーションについては、通いの場などの環境整備を含め、適時・適切なリハビリテーションを提供し、社会参加を見据えた取組を引き続き推進する必要がある。

- 集団リハビリテーションの一定の有効性について実態や効果検証を踏まえた検討を行う必要がある。

② 認知症に対するリハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 認知症の方に対するリハビリテーションについては、「認知症施策推進大綱（令和元年6月18日閣議決定）」において、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、最大限に活かしながら日常生活を継続できるようすることが重要とされており、認知症の方の生活機能の改善を目的とした認知症に対するリハビリテーションを推進することが求められている。
- 平成18年度介護報酬改定において、介護老人保健施設に認知症に対する集中的なリハビリテーションを評価する「認知症短期集中リハビリテーション実施加算」が設けられており、平成21年度介護報酬改定においては、介護老人保健施設における評価が引き上げられるとともに、通所リハビリテーションにおいても当該加算が新設された。
- 平成26年度報告書では、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）を自立し、日常生活が継続できるよう推進することが大切であり、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とされている。
- これを受け、平成27年度介護報酬改定においては、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系が追加された。
- 認知症リハビリテーションにおいて、集団リハビリテーションの効果についても今後検討が必要であるとの指摘があった。
- また、制度導入時においては、利用者の状態像に応じ、身体と認知機能のリハビリテーションについて、その必要性を検討した上で実施することが推奨されていたとの指摘があった。
- さらに、現在一部の認知症リハビリテーションでは学習療法や記憶訓練等に比重が偏っており、廃用予防や活動・参加につながる訓練をすべきであるとの指摘もあった。

【今後に向けた提言】

- 認知症を有する高齢者に対するリハビリテーションについて、認知症施策推進大綱に基づき、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、各人が有する認知機能等の能力を見極め、活用できる能力を最大限に活かしながら日常の生

活動を継続できるよう、現行で認知症に対する短期集中リハビリテーションがない訪問リハビリテーションについて、介入すべき時期や方法について検討を進め、有効性を認めた場合は評価について検討を行う必要がある。

- 入所系・通所系の施設においては、これまで認知症に対するリハビリテーションにかかる取組が進められてきており、リハビリテーションを必要とする認知症を有する高齢者へのケアの提供にあたり、医療機関からの早期退院の促進も含め、介護施設がより積極的に関与する体制を構築する必要がある。
- また、その際、活動・参加という目的を明確化したうえで、集団リハビリテーションも含め、個々にふさわしいプログラム、サービス提供のあり方の検討が必要である。

3. 地域におけるリハビリテーションサービスの在り方について

① 急性期・回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの連携

【現状と課題】

- リハビリテーションについては、急性期から回復期までは医療保険、生活期は介護保険が中心となって対応することとされており、同一の疾患等について、介護保険のリハビリテーションを開始し、一定期間経過後は、医療保険のリハビリテーションを算定できないこととされている。
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、利用者の機能回復が大きい傾向がある。これを踏まえ、平成30年度の医療・介護報酬同時改定においては、リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を、互換性を持ったものとされた。
- 介護保険のリハビリテーションの実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、医療と介護の連携は不十分な実態がある。
- 医療と介護の連携については、特に退院退所時に多職種での介護事業所と医療機関の職員の連携が図れることが重要であること、介護施設や通所・訪問リハビリテーション事業所等の職員が医療機関から情報提供を受け取る際の介護報酬上の評価が必要であることといった意見もあった。

【今後に向けた提言】

- 診療報酬による急性期・回復期リハビリテーションと、介護報酬による生活期リハビリテーションにおける、リハビリテーション実施計画書等の情報連携が不十分な実態が明らかとなっている。
- 急性期から生活期への円滑かつ早期からの効果的なリハビリテーションを提供するために、急性期・回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションにおいて退院、退所時の対面でのカンファレンスの参加や療法士間での連携等も含めた双方の更なる情報連携を推進し、介護報酬上の評価についても検討する必要がある。

② 訪問リハビリテーションと理学療法士等による訪問看護の在り方

【現状と課題】

- 訪問看護事業所における理学療法士等による訪問看護は主にリハビリテーションが主体である場合に看護職員の代わりに理学療法士等がサービスを提供するものとされている。
- しかしながら、訪問看護では、理学療法士等によるリハビリテーションは訪問看護の一環であることから、医師からの訪問看護指示書及び訪問看護計画に記載されるリハビリテーションに関する事項は少ない。また、訪問リハビリテーションは、リハビリテーションマネジメントが実施され、SPDCAサイクルの好循環による、専門性の高いリハビリテーションサービスが提供されている。
- 更に、訪問リハビリテーションは、基本報酬の算定要件において、①3月に1回の医師の診療、②医師による詳細な指示、③リハビリテーション計画書の作成と定期的な見直しを行うこととしている。
- 令和3年度介護報酬改定では、訪問看護指示書の理学療法士等による訪問看護の実施時間と頻度が様式に追加されている。また、訪問看護は運営基準上、訪問看護計画書・訪問看護報告書を策定することとなっており、令和3年度介護報酬改定では訪問看護報告書として別途、理学療法士等による訪問看護の詳細が追加されている。
- 令和4年度調査において、リハビリテーション計画書の記載内容について、通所リハビリ、訪問リハビリでは調査された項目についてほぼ9割以上の項目で記載されていた。理学療法士等による訪問看護では、今回調査したリハビリテーションに係る計画の記載内容についての項目は、訪問看護計画書等において記載を求めていることから、多いものでも7割程度であった。特にADLの現況は64.1%、リハビリテーションの方針は69.9%、リハビリテーション実施上の留意点は43.3%、リハビリテーションの実施時間・頻度は50.9%であった。
- さらに、医師による指示内容について、リハビリテーションの実施時間の指示は通所リハビリで7.1%、訪問リハビリで11.6%、訪問看護で80.5%であった。リハビリテーションの週あたりの実施頻度は通所リハビリで6.1%、訪問リハビリで14.9%、訪問看護で80.5%であった。リハビリテーション中止の目安の指示は、通所リハビリで66.4%、訪問リハビリで67.5%であったのに対して訪問看護では8.1%であった。リハビリテーション実施状況の留意点・禁忌事項の指示は通所リハビリで89.3%、訪問リハビリで92.0%、訪問看護では58.0%であった。
- 訪問看護ステーションにおける事業所理念について当てはまるものとして、

「看護における医療的ケアの提供による療養生活の充実」を選択した事業所の割合は、リハビリテーション専門職の割合によって差があった。

- また、近年、訪問看護ステーションにおける訪問看護費は、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問が増加しており、特に、要支援者における理学療法士等による訪問の割合が高い。
- 要支援者に対する訪問が多いことについては、総合事業の提供体制が十分でないことが原因であるとの意見もあり、介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査では、訪問型サービスCの実施は全市町村の22.5%であった。
- 訪問リハビリテーション事業所の少ない地域では、代替としてその役割の一部を訪問看護が担っているとの意見もあった。

【今後に向けた提言】

- 効果的かつ効率的なリハビリテーションが提供されるためには、医師のリハビリテーションに関する詳細な指示とSPDCAサイクルに基づくサービス提供が推進される必要があり、医療機関や介護老人保健施設、介護医療院による訪問リハビリテーションサービスのさらなる拡充が必要である。
- 訪問看護は、利用者の全身状態の変化への対応や特別な管理を要する状態の利用者への処置、看取り等、本来の役割を踏まえた機能を充実させることが必要である。そうした考えのもと、リハビリテーション専門職によるサービス提供が主体となっている訪問看護事業所により提供される理学療法士等による訪問看護については、本来の理念や役割と異なる傾向がみられており、提供されるサービスの質の確保や、在宅の要介護者にリハビリテーションを提供する必要性等の観点から、その在り方とともに適正な評価の見直しを検討する必要がある。
- また、要支援者に対する理学療法士等における訪問看護については、受け皿となる総合事業等の体制整備の状況も踏まえ、引き続き適正な利用の促進に向けた検討を行う必要がある。

4. 地域におけるリハビリテーション提供体制について

① リハビリテーションサービス提供体制の整備

【現状と課題】

- リハビリテーションサービス事業所数、リハビリテーション専門職の従事者数、利用率については地域によって差を認めている。地域におけるリハビリテーションのニーズに対応するためのリハビリテーションサービス提供体制を整備していくことが重要である。
- このため、令和2年度の「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」において、リハビリテーションサービスに係るストラクチャー項目（訪問・通所リハビリテーション事業所数等）とプロセス指標（利用率等）から構成されるリハビリテーション指標が策定された。
- さらに、地域におけるリハビリテーションサービス提供体制を整備する観点から第8期介護保険事業（支援）計画においては、リハビリテーション指標を参考に、都道府県・市町村が取組と目標を策定することとされた。
- しかし、介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーション指標の活用については保険者機能推進交付金の項目にもされているものの、令和3年度の都道府県指標は平均9.79点（20点満点）、満点割合は40.4%。市町村指標については平均6.20点、満点割合は23.8%であり、計画における活用は普及していると言えない状況にある。
- このような状況下において、訪問・通所リハ事業所数等のリハビリテーション指標を参考とした介護保険事業（支援）計画の策定を支援するため、計画策定の好事例等のリーフレットの各自治体への周知などの取組が実施されている。
- また、リハビリテーションは医療と介護の両面に跨がる分野であり、提供体制の整備においては、在宅医療・介護に関するデータの共有や、医療機関や施設、事業所における医師、看護師、リハビリテーション専門職の配置等の観点から、衛生主管部局による医療計画と介護保険主管部局による介護保険事業（支援）計画の整合並びに都道府県と市町村の連携が重要である。
- 地域リハビリテーションに特化した研修が少なく、人材育成が行われていない状況があるとの指摘があった。

【今後に向けた提言】

- 地域において、リハビリテーションが必要な高齢者に、適時・適切にリハビリテーションが提供されるための提供体制を構築することが求められる。
- 地域支援事業におけるリハビリテーション専門職の派遣等は、地域の医師

会やリハビリテーション関連団体等と市町村が連携し、派遣体制の構築、研修や人材育成を行うことが重要である。

- 介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーション指標の活用を引き続き進める必要がある。都道府県におけるリハビリテーション提供体制の議論の場としては、地域リハビリテーション協議会等の活用が想定されるため、積極的に活用されるよう都道府県への働きかけを引き続き推進する必要がある。その際、都道府県や市町村、地域の医師会、歯科医師会、看護師、リハビリテーション専門職、栄養士、介護支援専門員等の専門職の団体等が緊密な連携のもと取り組むことが重要である。
- 介護保険制度のリハビリテーションサービス提供体制を検討する際には、病院・診療所といった医療機関への働きかけについて検討する必要があるため、衛生主管部局と介護保険主管部局が連携して計画を策定するように働きかける必要がある。

② 地域リハビリテーション支援体制の拡充

【現状と課題】

- 地域リハビリテーション支援体制は、地域包括ケアシステムの構築及び地域支援事業の充実・強化のための体制の整備を図るものである。
- その際、医療・介護・福祉の関係者のみならず、地域における住民が参画することも重要であり、高齢者等が閉じこもり状態となることによる心身機能の低下等の予防につなげることが求められる。
- 地域リハ活動支援事業等は広く実施されている一方で、約半数の市町村が総合事業等を担うリハビリテーション専門職が不足していると回答しており、地域リハビリテーション支援体制がある市町村においては、専門職の派遣実績がある割合が高くなっており、地域リハ支援体制の整備支援を進めていくことが重要である。
- 地域リハ支援体制の整備については平成 30 年度から保険者機能強化推進交付金による財政的インセンティブが設けられている。また、令和 2 年度に「地域リハビリテーションに関する活動ガイド」を作成したほか、関係団体との連携が重要であること等を含め「地域リハビリテーション推進のための指針」の見直しが行われている。
- このような取組も踏まえ、近年何らかの地域リハビリテーション支援体制を実施している都道府県数は増えている（平成 21 年：30 都道府県、令和 3 年：40 都道府県）。
- また、災害時に日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等が円滑に被災地で活動できるようことが求められる。一方、行政や関係団体との協議が

十分でないために JRAT の活動が妨げられる事例も一部にあるところであり、地域リハビリテーション支援体制を活用した平時における体制整備が求められる。

【今後に向けた提言】

- 通いの場や短期集中サービス（サービス C）等の地域支援事業の取組をより効果的・継続的に実施するため、医療専門職の効果的・効率的な関与を図ることが必要である。
- 介護保険事業（支援）計画の基本指針に、地域リハビリテーション支援体制の整備をより明確に位置づける必要がある。
- 都道府県リハビリテーション支援センターを設置している都道府県は、未設置の都道府県と比較し、地域包括ケアシステムの構築に向けた市町村支援を実施できていることから、引き続き、保険者機能強化推進交付金に係る評価指標等を活用し、全都道府県における都道府県リハビリテーション支援センターの設置を目指す必要がある。
- 災害リハビリテーションについては平時からの都道府県・市町村と災害リハビリテーションを担う日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等との協定や研修が重要である。特に有事の後から平時に戻す際に地域リハビリテーション支援体制の枠組みが有効に活用されるための体制整備を進める必要がある。

地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会

構成員名

(敬称略、五十音順)

氏 名	所 属
井上 由起子	学校法人日本社会事業大学教授
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
久保 俊一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会会長
斉藤 秀之	公益社団法人日本理学療法士協会会長
斉藤 正身	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
高砂 裕子	一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事
栃内 圭子	岩手県保健福祉部長寿社会課医務主幹
中畑 万里子	行橋市役所 福祉部介護保険課課長補佐
中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会会長
◎野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
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
牧野 和子	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
松原 三郎	一般社団法人日本臨床整形外科学会副理事長
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

◎は座長