

令和元年度厚生労働省
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)

要介護者等に対する リハビリテーション提供体制の指標開発事業

報告書

令和2年3月

株式会社三菱総合研究所

目次

I	はじめに	1
1	本事業における生活期リハビリテーションの概念.....	3
2	用語の定義.....	6
3	生活期リハビリテーションに関連する直近の制度改正や介護報酬の変遷	8
II	本事業におけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲.....	12
III	介護保険事業においてP D C Aサイクルを効果的に機能させる意義	13
IV	リハビリテーション提供体制の現状把握と留意点.....	15
1	地域差に着目した視点と考察	15
2	経年変化および将来に着目した比較の実施	17
3	データ分析の考え方.....	20
4	介護保険総合データベースの活用	20
5	国保データベース（KDB）の活用	20
6	アンケート等の利活用.....	23
7	補助金・医療介護総合確保基金等の利活用	26
8	介護保険事業計画に現状及びリハビリテーション指標案を作成（利活用）することについて	29
V	P D C Aサイクルの具体的な指標案	31
VII	参考資料	39
1	自治体ヒアリング結果まとめ	39
2	有識者検討委員会	48

I はじめに

介護保険は、加齢による病気等で要介護状態となり、入浴・排泄・食事等の介護、機能訓練・看護・療養上の管理等の医療が必要な人に対して福祉系サービスと医療系サービスを提供する制度として、国民の共同連帯の理念に基づき、2000年4月に創設されました。

特に、介護（支援）等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを基本理念としています。

制度創設から20年が経過し、わが国における高齢化は加速し、介護では地域包括ケアの確立が、医療では急性期および回復期から慢性期および在宅への移行を進めており、医療と介護の連携がますます重要になってきています。

リハビリテーションにおいても医療保険で実施する急性期、回復期のリハビリテーション、認知症も含めた介護者の負担の軽減を図ることから、介護保険で実施する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います。介護保険者等にとって、介護ニーズの高い85歳以上人口や認知症の人の自立支援を支えるために地域におけるリハビリテーション資源の把握の重要性が高まっています。

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための第7期介護保険事業（支援）計画の基本的な指針（以下、基本指針）においては、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定について、記載事項として定めています。自立支援を推進する観点から要介護者等のリハビリテーション提供体制の確保の方策について、具体的な取組と目標を記載することが必要となります。市町村職員・ケアマネージャー等がリハビリテーションの取組と目標を設定するにあたり、リハビリテーションは医行為であり、医師の指示のもとに、医師またはセラピストが行うことを再認識し、リハビリテーションの重要性、必要性について充分深めていく必要があります。このような状況下で、リハビリテーション資源の整備や提供体制の検討といった介護施策につながっていくことが推察されます。

このため、介護保険者および都道府県が地域リハビリテーションにおける事業計画の策定や適切な運営を行うにあたって、本事業におけるリハビリテーション指標（以下、リハ指標）を現状把握や施策の検討のツールとして利活用できないかという問題意識の下で、当該事業を進めることとします。今年度の本事業の中で話し合う範囲としては、介護保険制度の中で理学療法・作業療法・言語療法が行われる場としてのサービスにおいて、介護老人保健施設（以下、老健）・介護医療院及び訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）・通所リハビリテーション（以下、通所リハ）が該当します。

本事業は、施設数あるいは従業者数の意識を付け、最終的に必要な利用者の方に必要なサービスが提供できる事、それを達成したとみなす指標は何なのか、それに構築して行く過程にあ

る指標は何かを議論し、提案をしていくものです。

第7期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

前文

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進 2 介護給付等対象サービスの充実・強化 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
4 日常生活を支援する体制の整備 5 高齢者の住まいの安定的な確保

二 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標

- 三 医療計画との整合性の確保
四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上
六 介護に取り組む家族等への支援の充実 七 認知症施策の推進 八 高齢者虐待の防止等 九 介護サービス情報の公表 十 効果的・効率的な介護給付の推進
十一 都道府県による市町村支援等 十二 市町村相互間の連携 十三 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
2 要介護者地域の実態の把握 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
4 二千二十五年の推計及び第七期の目標
5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
6 日常生活圏の設定 7 他の計画との関係 8 その他

二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
3 各年度における地域支援事業の量の見込み
4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)認知症施策の推進
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進
(五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
6 市町村独自事業に関する事項 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
2 要介護者等の実態の把握 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
4 市町村への支援 5 二千二十五年の推計及び第七期の目標
6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
7 老人福祉圏の設定 8 他の計画との関係 9 その他

二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定 4 老人福祉圏を単位とする広域的調整
5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
(一)在宅医療・介護連携の推進 (二)認知症施策の推進
(三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進 (四)地域ケア会議の推進
(五)介護予防の推進 (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
5 介護サービス情報の公表に関する事項
6 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

第四 指針の見直し

別表

出典：厚生労働省「第7期介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成」

1 本事業における生活期リハビリテーションの概念

リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる心身機能向上のための機能回復訓練のみではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものです。

本事業の介護保険における生活期リハビリテーションは、ADL や IADL 向上への働きかけといった高齢者個人への活動へのアプローチはもとより、地域や家庭における社会参加や役割の創出といったところまでをカバーすることが範囲となっています。介護保険における生活期のリハビリテーションにおいては、高齢者が共生社会の中でどう尊厳を持って暮らしていくかという事が重要です。

「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）においても、以下のように生活機能を見据えたリハビリテーションを整理しています。

（以下、原文そのまま引用）

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

国際生活機能分類（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、

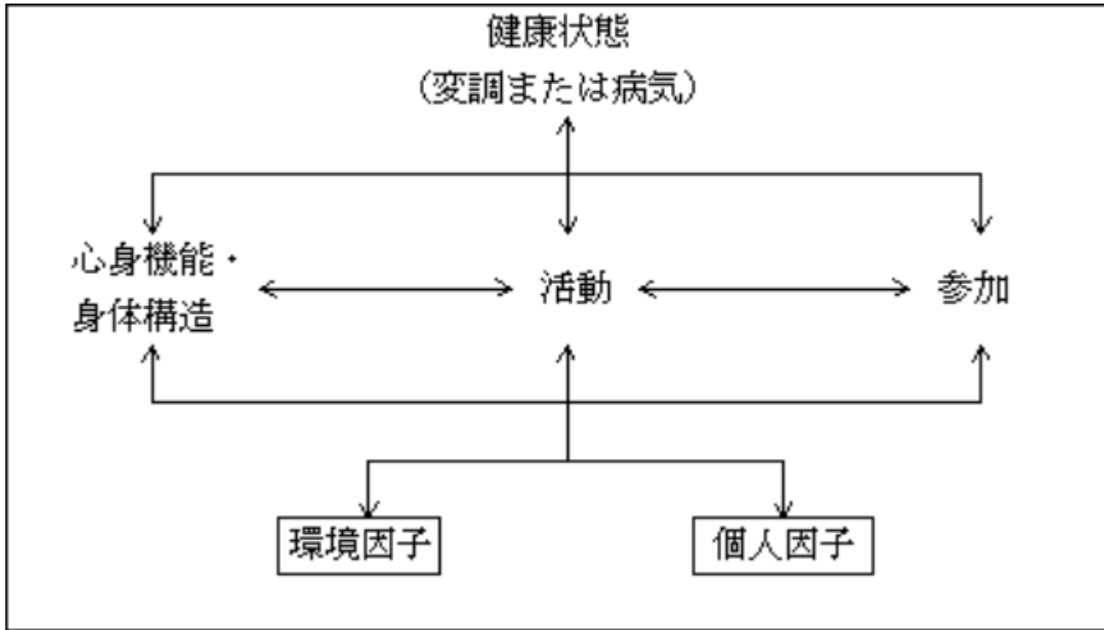
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

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」

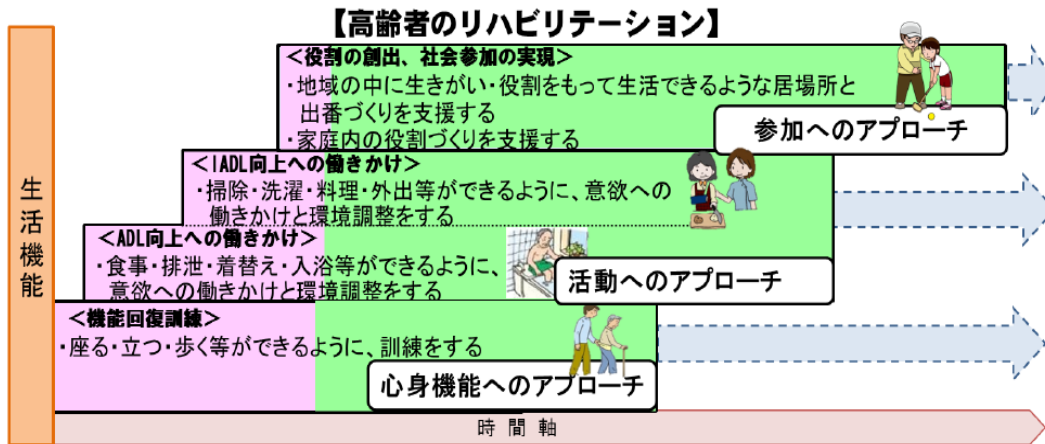
③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの要素から成るものとしている（次図）

【ICF の構成要素間の相互作用】



出典：厚生労働省「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）



出典：厚生労働省「平成 27 年度介護報酬改定の骨子」より引用

生活期リハビリテーションの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取組だけではなく、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取組も含めた、様々な取組が重要となる。このような効果的な取組を実践するため、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。（引用終わり）

日本リハビリテーション医学会においても、リハビリテーション医学を説明する際、「機能を回復する」、「障害を克服する」、「活動を育む」の3つで整理しています。生活期のリハビリテーション医学・医療を実践していくにあたっては、これらのキーワードが重要としています。

疾病・外傷で低下した身体的・精神的機能を回復させ、障害を克服するという従来の解釈のうえにたって、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その活性化を図る過程をリハビリテーション医学の中心とするという考え方にたっています。

とりわけ、生活期のリハビリテーションについては、家庭・社会での活動へのアプローチ（実践）へのかかわりが大きいとして整理しています。

2 用語の定義

本事業におけるリハビリテーション提供体制指標開発事業を今後、市町村及び都道府県に展開するためには、事業計画策定担当者をはじめ、地域の医療職や介護職、関係団体等が目的を正しく理解し、共通の言語でコミュニケーションを進める必要があります。そのためには基本的な用語の定義が必要となることから整理を行いました。

ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて、記載されているストラクチャー、プロセス、アウトカムに着目した指標の分析が、ヘルスケアの質を評価する一般的な生活期リハビリテーションにおける各指標の一例であり、本事業における生活期リハビリテーションにおけるストラクチャー、プロセス、アウトカムに相当する指標例としての解説になります。

用語	定義
リハビリテーション 引用: 公益社団法人日本 WHO 協会	WHO（世界保健機関）によると、リハビリテーションとは、老化や健康状態(慢性疾患、障害、外傷など)により、日常生活の機能に限界が生じているか、その可能性が高い場合に必要となる一連の介入のこと。機能の限界の例は、考える、見る、聞く、コミュニケーションをとる、移動する、人間関係を持つ、仕事を続けるなどが困難になる。 リハビリテーション重要事項の考え方をふまえるとリハビリテーションは医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションの3つに分類される。
理学療法士 引用:理学療法士及び作業療法士法 第一章総則（定義）第二条	厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。
作業療法士 引用:理学療法士及び作業療法士法 第一章総則（定義）第二条	厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。
言語聴覚士 引用:言語聴覚士法(定義)第二条	厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な

用語	定義
	検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。
訪問リハビリテーション 引用：介護保険法第八条	居宅要介護者について、そのものの居宅において、その心身の機能の維持改善を図り、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。
通所リハビリテーション 引用：介護保険法第八条	居宅要介護者について、介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所その他の厚生労働省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改善を図り、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。
介護老人保健施設 引用：介護保険法第八条	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、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
介護医療院 引用：介護保険法第八条	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、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
活動 引用:ICF 国際生活機能分類	ICF（International Classification of Functioning, disability and Health：国際生活機能分類）によれば、活動とは、生活上の目的を持った具体的な行いのこと。読むことや書くことに加え、コミュニケーションをとることや家庭生活を行うことなど。
参加 引用:ICF 国際生活機能分類	ICFによれば、参加とは、「家庭内での役割を再構築、役割を果たす」、地域社会に出る、外出ばかりが社会参加ではない、家庭や社会などへの関わりのこと。働くことや運動をすること、地域の中での役割を果たすこと。と定義し、活動と参加は「実行状況」と「能力」の2つにおいて評価することが大切だとし、「実行状況」とは現在「実施している」活動であり、「能力」とはすることが「できる」活動のこと。
本事業におけるリハビリテーション指標（リハ指標）	本事業において、介護保険者が介護保険事業計画の策定や進捗管理、評価を実施するためのリハビリテーション提供体制

用語	定義
	の指標
本事業におけるリハビリテーション指標（リハ指標）の対象とする介護サービス	対象とするサービスは介護保険における介護老人保健施設、介護医療院、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションから着手し、今後さらなる検討とする。
本事業におけるストラクチャー指標	介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標
本事業におけるプロセス指標	介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。
本事業におけるアウトカム指標	高齢者や要介護（要支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標
PDCA サイクル	介護保険担当者や関係者が介護保険事業計画を策定（PLAN）し、第7期の取り組みを（DO）を元に、事業の取り組みを確認・評価（CHECK）して、改善活動やサービス供給量の整備、第7期計画の振り返りを踏まえた第8期計画の作成等（ACTION）を行う一連のサイクルのこと。 何のためにリハビリテーションを実施しており、地域において、何が課題であり、次に何をすべきかを把握するために、アウトカム指標も今後検討していく必要がある。

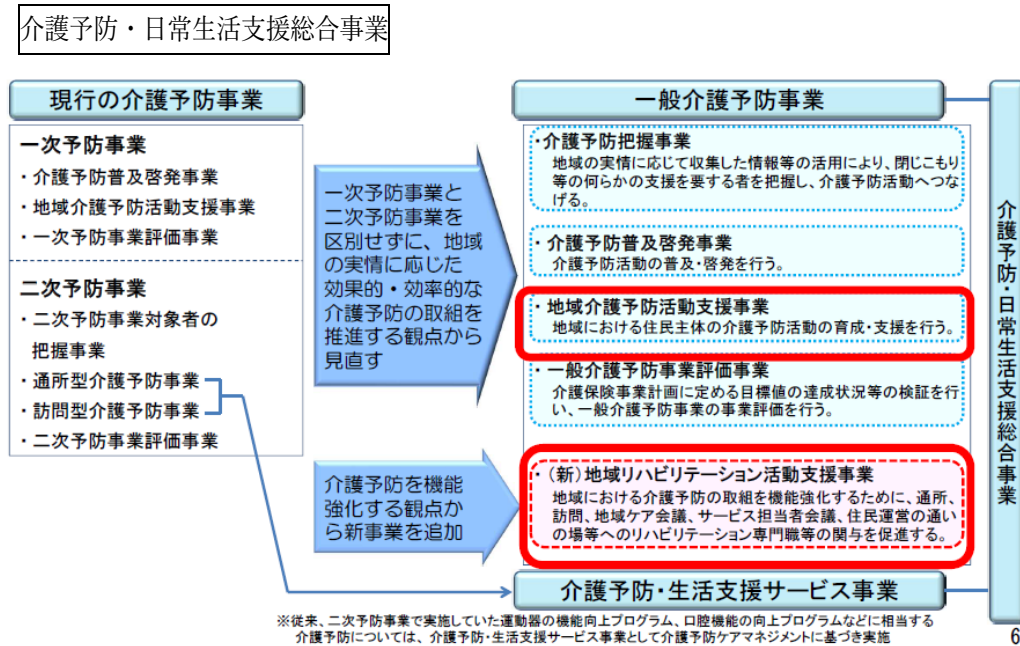
3 生活期リハビリテーションに関連する直近の制度改正や介護報酬の変遷

① リハビリテーションに関する制度改正（介護予防・日常生活支援総合事業がスタート）

平成27年度は介護予防・日常生活支援総合事業がスタートしました。機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直すことや年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進することがあげられました。それにあたって、リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化することがあげられました。

これまで一次予防（介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一次予防事業評価事業）および二次予防（二次予防事業対象者の把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、二次予防事業評価事業）と分けられていたものが、これらを区別せずに、地域の実情

に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直すことを考えられるようになりました。また、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」がまた、新たに「地域リハビリテーション活動支援事業」として、介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハ職等の関与を促進することが掲げられました。(次図)



出典:厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方

② 直近の介護報酬の変遷

平成 27 年度介護報酬改定については、中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図ることが基本方向として打ち出されました。

リハビリテーションにおいては、「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことについて、訪問・通所リハビリテーションの基本方針に規定されました。活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系である「生活行為向上リハビリテーション実施加算」や「認知症短期集中リハビリテーションの充実」が打ち出されました。さらに社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価である「社会参加支援加算」、リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価されるようになりました。

平成 30 年度介護報酬改定においては、介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現することが基本方向で打ち出されました。具体的には、リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、医師の関与を強化することや、介護予防通所リハビリテーションに設けられている、アウトカム評価を介護予防訪問リハビリテーションにも設けることとなりました。その他、訪問介護、通所介護等において、通所リハビリテーション事業所等のリハ職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価されるようになりました。

図表 1 生活期リハビリテーション関連の介護報酬改定の動向

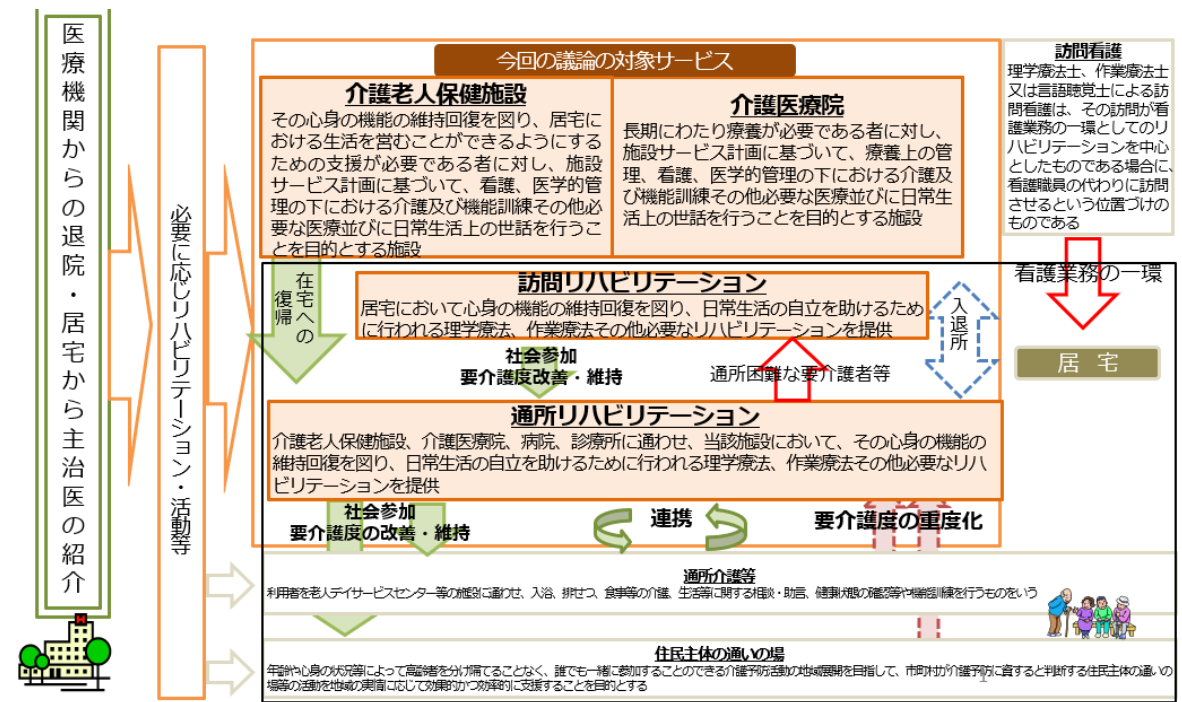
報酬改定	生活期リハビリテーション関連
平成 27 年度 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進 <ul style="list-style-type: none"> ➤ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化 ➤ 「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入 ・ 新設された関連する主な介護報酬 <ul style="list-style-type: none"> ➤ ADL・IADL、参加などの生活行為の向上に焦点を当てた【生活行為向上リハビリテーション実施加算】が新設 ➤ 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「認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)」が新設。 ➤ リハビリテーションにおいて、参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高い通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する「社会参加支援加算」が新設。 ➤ リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価する【リハビリテーションマネジメント加算】が新設。 <p>(「介護予防・日常生活支援総合事業」(新総合事業)がスタート)</p>
平成 30 年度 介護報酬改定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現 ・ 医療保険のリハビリテーションを提供している病院、診療所が、新たに介護

報酬改定	生活期リハビリテーション関連
	<p>保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、新たな設備や人員、器具の確保等が極力不要となるよう、同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用に関する要件を見直し、適宜緩和</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主な介護報酬改定項目 <ul style="list-style-type: none"> ➤ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、【リハビリテーションマネジメント加算】を評価 ➤ 介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価（事業所評価加算：要支援状態の維持・改善率を評価）を介護予防訪問リハビリテーションにも新設 ➤ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハ職等と連携して作成した計画に基づく介護を【生活機能向上連携加算】として新設 ・ 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、介護保険への移行に係る経過措置を1年間に限り延長し、平成31年4月以降、要介護被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱い

II 本事業におけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

生活期リハビリテーションの理念や介護保険制度の変遷をふまえて、本事業においては要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用可能な提供体制の構築を目指すためのものであることと整理しました。

また、低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの構成要素に加え、それらの構成要素と相互作用を及ぼす「環境因子」に働きかけるリハビリテーションを提供することが重要であることも確認し、介護保険事業計画におけるリハビリテーションの提供体制の概念を以下の通り整理しました。本事業における介護保険事業計画における生活期リハビリテーションを担う入所系施設は介護老人保健施設、介護医療院、居宅系サービス事業所としては訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーションとして整理しました。



III 介護保険事業においてPDCAサイクルを効果的に機能させる意義

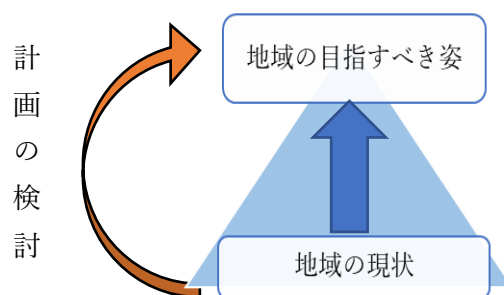
今後もリハビリテーションの重要性を高め、重度化防止、介護予防、ご本人の状態に応じたリハビリテーションの提供量等を考えていく必要があります。介護保険におけるリハビリテーションの位置付けを明らかにし、自治体（保険者）の介護保険事業の継続性を考えていくということが重要になってきます。

これまでも、「介護保険事業計画における施策反映の手引き」¹等で示されているように「地域の目指すべき」姿を設定し、どのような介護サービスを提供したいかというビジョンの設定が重要となります。

手引きの解説によれば、最初に、国の政策の方向性と介護報酬の動向を考慮し、基本的な市町村の意思をおいた上で、地域の現状を把握し、その上で第8期介護保険事業計画を策定する必要があります。

この介護保険事業計画を策定していく過程（プロセス）において、リハビリテーションもひとつの検討すべきテーマとなります。

- ・ わが自治体におけるリハビリテーションのめざすべきものは何か
- ・ わが自治体における地域のリハビリテーションの現状はどうか
- ・ 目指すべきリハビリテーション提供体制を構築するにあたって、第8期介護保険事業計画期間において、何をすべきか



¹ 「介護保険事業計画における施策反映の手引き（平成31年3月）三菱UFJリサーチ&コンサルティング

自治体が、地域の目指すべき姿を介護保険事業計画に落としこんで、推進していくマネジメントの過程の中において、リハ指標が一つの材料やツールとなることが考えられます。

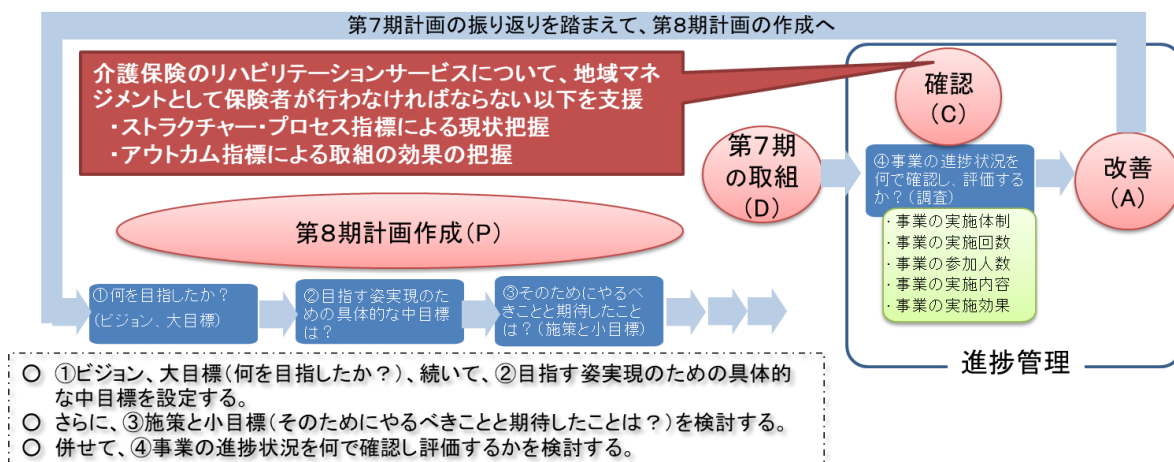
第8期介護保険事業計画の作成に向けては、これまでと同様に前期（第7期）の振り返りから始めていただき、保険者には毎年度、第7期介護保険事業計画の進捗管理（サービスの基盤整備・給付等の実績値と計画値との乖離状況の確認とその要因についての考察）において把握された地域の課題に対する解決方法を検討し、必要に応じて実態把握のための調査・ヒアリングを実施し、これらに関係者と議論することで認識を共有しながら更なる考察を深めることが求められてきています。

これらの進捗管理の議論においては

- ① 何を目指したか
- ② 目指す姿のための具体的な中目標
- ③ そのためにやるべきことと期待したこと

を考察し第8期に実施すべき施策とその効果を見込んだ上で、計画に記載することが求められます。

今回検討を行うリハ指標案は、第8期介護保険事業計画の策定に向けて、保険者が介護保険のリハビリテーションサービスについて「現状の把握と評価（確認）」（いわゆる PDCA サイクル）を行うことを支援することを目指しています。



出典：厚生労働省 第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引きより引用
(一部改変)

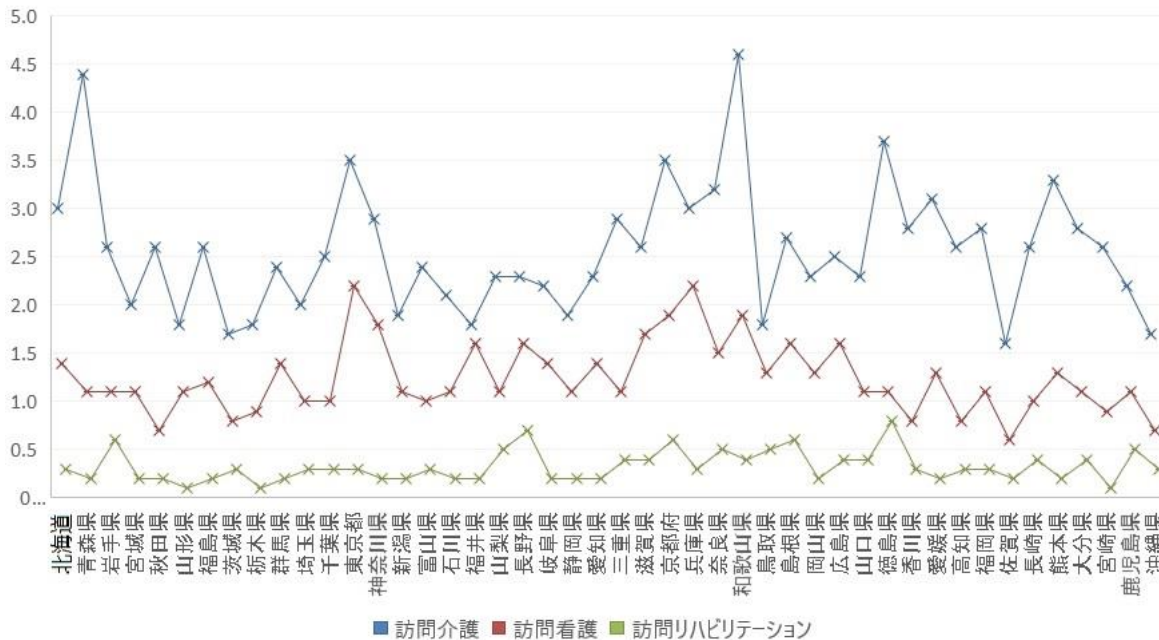
IV リハビリテーション提供体制の現状把握と留意点

1 地域差に着目した視点と考察

今後の高齢化社会に対応するため、医療施設におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指した、より広い意味でのリハビリテーション（生活期リハビリテーション）を切れ目なく提供できる高齢者へのリハビリテーション体制の強化が求められています。一方で、訪問リハビリテーションの全国的な受給率の低さの中には、提供可能施設が少ない自治体もあり、そのため要介護被保険者全体に対する提供実績（受給率）が低いとみられていることが考えられます。地域における通所リハビリテーション事業所数やリハ職員数には地域格差が存在し、リハビリテーション提供体制に地域差が存在しています。これらの地域差を市町村計画担当者等が実態を把握した上で適切な計画を検討することが何よりも重要であると考えられます。

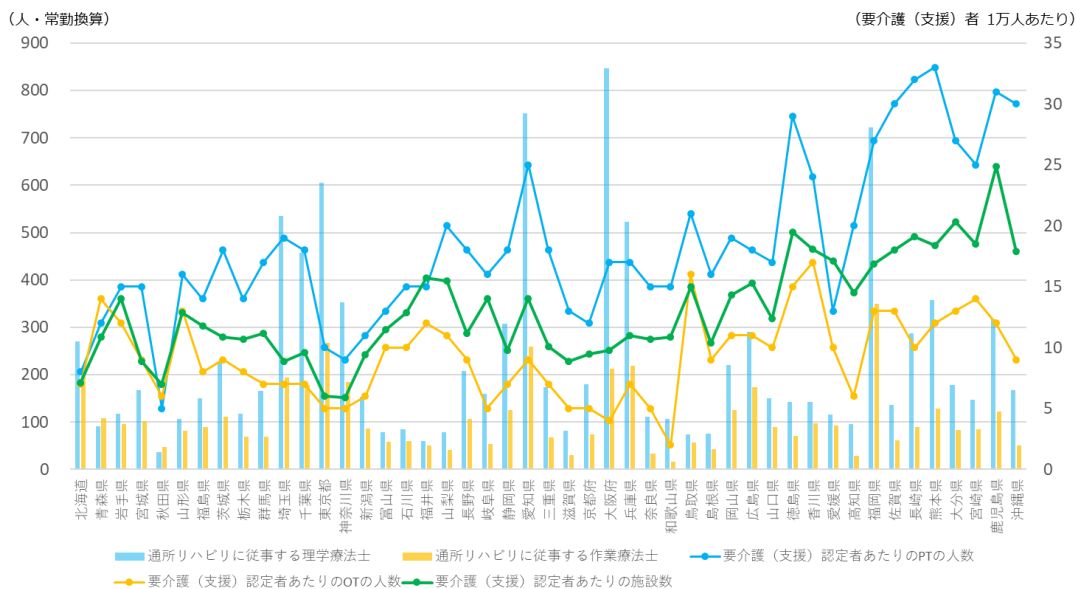
そのため、地域におけるリハビリテーション提供体制の均霑化を目指し、介護保険事業（支援）計画における地域リハビリテーション提供体制の指標の検討を行うことが本事業の目的です。介護保険事業（支援）計画に関与する自治体職員をはじめ関係団体や施設・事業所がこれらのデータを共有し、議論を重ねることで次期介護保険事業（支援）計画が充実したものとなることが期待されます。

図表2 都道府県別のサービス別の受給率



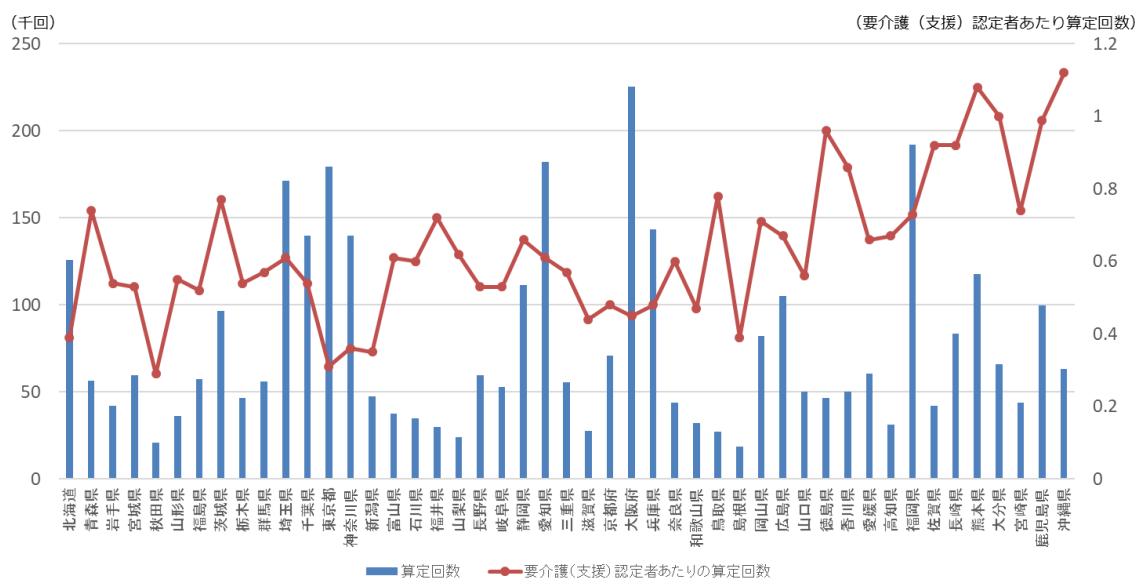
出典：介護保険見える化システム（受給率は、受給者数÷第1号被保険者数で算出されます。受給率はサービスの利用「量」ではなく、地域内のサービス基盤の多寡を一定程度把握）

図表3 都道府県ごとの通所リハビリテーション（従業者数、事業所数）



出典:介護サービス施設・事業所調査（平成29年）・介護保険事業状況報告（平成29年9月）

図表4 通所リハビリテーションの地域差（算定回数）



出典:介護給付費実態調査（平成31年1月分）・介護保険事業状況報告書（平成29年9月）

2 経年変化および将来に着目した比較の実施

地域差分析は、自治体が地域の現状を把握し、考察を進めるために有用なものです。それと合わせて過去の時系列分析や将来推計も同様に有用であると考えられます。

例えば下記は架空の自治体の地域の変化をみたものです。自治体全体の人口の伸びより高齢者人口の伸びが大きく、認定率も増加傾向にあり、今後ますます介護サービスの需要が増加していくことが見込まれます。

一方でリハビリテーションサービスの提供体制は変化がなく、通所リハビリテーションもさきの地域差分析では1事業所あたりの算定回数（稼働率）が相対的に高く、今後の需要の増加に対応できるかどうかといったことを考えるための材料となります。またさらなる高齢化や独居世帯が増加すると、通所の継続が今後も可能であるのかといった視点も重要となり、訪問系サービスの整備について関係者が考える“きっかけ”になることが考えられます。

図表5 地域における経年変化と将来推計の事例（数字は仮定）

	平成27年度	平成30年度	令和3年 (推計)	令和5年 (推計)	増減率
人口	125,679	127,730	128,002	131,953	105%
65歳以上の高齢者	35,734	36,381	36,449	38,745	108%
(内、75歳以上の後期高齢者)	15,800	16,871	17,302	17,951	114%
後期高齢者人口割合	12.6%	13.2%	13.5%	13.6%	108%
高齢化率	28.4%	28.5%	28.5%	29.4%	0.9%
要介護認定者	6,432	6,778	6,964	7,549	117%
認定率	18.0%	18.6%	19.1%	19.5%	1.5%
通所リハビリテーション事業所数	6	6			100%
訪問リハビリテーション事業所数	2	2			100%
通所リハビリテーション事業所数 (要介護者1万人あたり)	20	22			110%
訪問リハビリテーション事業所数 (要介護者1万人あたり)	5	5			100%
通所リハビリテーション算定回数	1,0	1,1			110%
訪問リハビリテーション算定回数	0,2	0,2			100%

上記は高齢者人口が比較的増加する都市近郊の想定事例ですが、高齢者人口そのものが減少する地域については、既存リハビリテーション事業所をどのように利活用するか、あるいはデイサービスを組み合わせる等他の複合的なサービスを今後地域においては考えていくことが考えられます。本事業では、自治体の介護保険事業計画担当者をはじめ、地域の関係者がリハビリテーション提供の実態を正しく把握する必要があると考えられます。

また、自治体関係者は地域の通所リハビリテーション事業所や訪問リハビリテーション事業所関係者との意思疎通を行い、事業所の稼働状況（利用者の状況）を把握することも重要であると考えられます。新規事業所の開設だけが次期の施策ではなく、既存資源である事業所の更なる有効活用を図ることにも着目するきっかけになります。

経年変化は、第8期におけるリハビリテーションに対する地域的なニーズ予測としても有用できると考えます。また、広域連合の介護保険者はもとより、近接する他自治体との連携が求められる地域においては、近接する自治体（市町村）を含めた指標の分析を検討します。

本事業で検討を重ねたリハ指標案は検討段階であり、今後の介護施策や介護報酬改定をふまえて、刷新や更新が必要になるものもあります。重要なのは自治体の介護保険事業計画担当者

等が他部門や地域の多職種とデータをみながら、現状把握や課題認識を行うということにあります。これまでの介護保険事業計画では、足元の事業所数や地域での介護サービス需要を元に供給量を推計し、今まで地域資源の過不足といった観点で評価をしていなかったものと推察されます。

本事業はリハビリテーション提供体制が十分でない自治体に必ずしも通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションの事業所の設置を求めるものや一律の政策誘導を行うためのものではなく、自治体が自ら目指すべき方向性を考えるための材料として位置付けることを目的としています。

国は都道府県や二次医療圏や老人福祉圏域、リハビリテーション圏域をふまえて、「何の為にこのリハビリテーションをやっているのか」という所の目的が整理された上で、地域の特性をふまえたリハビリテーションの目指すべき姿があります。そのためには今後、大規模なデータ分析などを進めていく必要があります。

3 データ分析の考え方

介護保険者および都道府県は、介護保険事業（支援）計画の策定と策定後のマネジメントにあたり、地域のリハビリテーションサービスの現状を把握すること、さらに、計画に記載した取組の効果を把握することが求められています。そのためには国は介護保険者を支援すべく、データ分析等技術的な支援を行うことが求められます。介護および医療に係るデータベースを利活用し、政策起点の議論の活性化を支援することが必要になると考えられます。

データの活用について、医療とリハビリテーションの関連性など都道府県で行うことと、市町村で行うことを整理して具体的に役割を示す必要があると考えます。

都道府県の役割	<ul style="list-style-type: none">・ 地域医療構想・医療計画および介護保険事業（支援）計画との整合性を図り医療保険で実施する急性期・回復期を中心としたリハビリテーションと介護保険で実施する生活期リハビリテーションについて、行政部門横断で医療と介護の連携に関する基本方針と施策を整理する。・ リハビリテーションや訪問診療、訪問看護等について、国より提供される医療データや公表データを市町村にも提供（共有）し、共通の課題認識を図ることが重要である。
市町村の役割	<ul style="list-style-type: none">・ データを通じて介護及び医療に係る地域課題や地域資源を都道府県と共有する。・ 市町村における介護保険事業計画担当者を中心として、健康増進部署、介護予防、在宅医療介護連携関係者、三師会や療法士会等、地域の関係者等とのデータを通じた対話を行うことが重要である。

4 介護保険総合データベースの活用

指標案の検討にあたっては、各種統計調査や、地域包括ケア「見える化」システムで提供されている情報を整理するとともに、介護保険総合データベース（以下、介護DB）を活用してアウトカム指標案の検討を行うことが考えられます。介護DBに格納されている介護レセプト等情報及び要介護認定情報を最大限活用して事業所数やサービス提供の実態などをふまえた指標案の検討を行います。

5 国保データベース（KDB）の活用

「国保データベース（KDB）システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステムがあります。KDBの対象は①国民健康保険

の被保険者②後期高齢者医療制度の被保険者③介護保険の利用者及び④特定健診の受診者であり、KDBでは74歳未満の方の医療情報が国保の被保険者に限定されます。

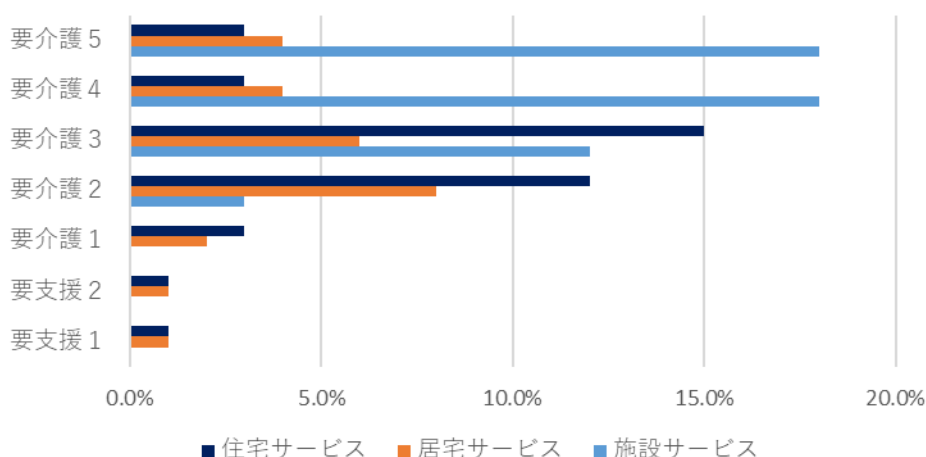
都道府県については、これまでの医療計画の策定や進捗管理において、毎年国から「医療計画策定支援データブック」が提供されています。従来分の5疾病5事業に係るデータに加えて、令和2年度については、国から国保データベース（KDB）システムを活用し、都道府県において在宅医療の体制整備にかかる取組状況や医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態等を評価できるようデータによる支援が準備されています（厚生労働省「在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業」）。

このデータを活用することで、都道府県はもとより、市町村も地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、市町村単位で医療提供体制及び医療機関からの退院患者が利用している介護サービス等の実態把握に資するデータを利活用することが可能となります。データ資源を都道府県および保険者の介護保険事業（支援）計画担当者が共有・活用できることが期待されます。

例1:KDBを活用し、療養病床から退院した65歳以上の高齢者の要介護度別の介護サービスの利用状況の割合（イメージ）

市町村にとって、医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態を把握できるようになることで、追加的に整備が必要なリハビリテーションサービス等の見込み量を適切に推計できるようになります。

図表6 要介護度別の利用割合



注釈: ここでいう居宅サービスとは訪問介護、通所介護、訪問看護、訪問リハ、通所リハ、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、住宅サービスは、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護を示している。

例2：KDB を活用し、医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態等の活用イメージ

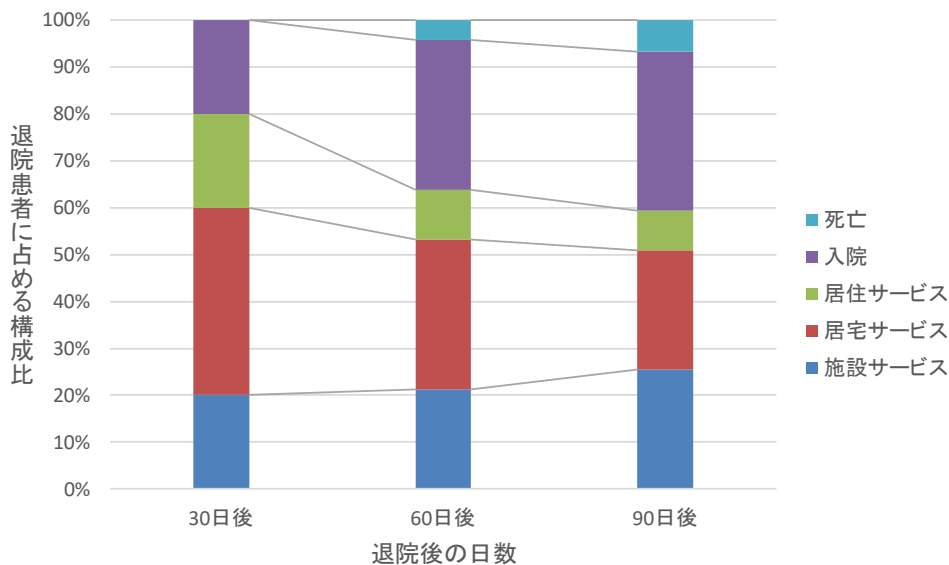
さらに細分化して、退院患者が利用している介護サービスをサービス別で見ることもできる。

図表7 医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態等のイメージ

二次医療圏	保険者番号(国保)	保険者名称	養病床退院後30日患者数合計	施設サービス	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	介護医療院	居宅サービス	訪問介護	通所介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	特定施設入居者生活介護	居宅サービス	認知症対応型多機能型地域ケアセンター	小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期巡回・随時対応型通所介護	居宅サービス	死亡



A市における在宅等への移行状況グラフ(イメージ)



例3：KDBを活用し、在宅医療状況の分析と都道府県からみた市町村の支援メニューの検討

診療行為の算定基準を利用し、患者の居所や状態像を区分、分析に活用します。

例えば、訪問診療料については、同一建物居住以外（いわゆる在宅）と、同一建物居住（介護施設等）を診療行為として区分できるため、訪問診療における両区分の構成比を把握することで、各地域で提供されている訪問診療の提供先割合が分かります。

医療計画においては、在宅医療に従事する医師の確保（認定制度や医師の高齢化等）も踏まえながら、地域の在宅医療需要に対して、提供体制の整備が求められます。

例えば、訪問診療を居住先の構成比で分析した結果、同一建物への訪問が増加している場合、当該地域における介護施設の増加等により、在宅で療養する患者への訪問診療の提供が不足する可能性を考察することが出来ます。こういったデータを都道府県医療、介護担当および市町村介護保険担当者が共有することで、都道府県としては在宅医療関連の支援メニューの検討、市町村としては、在宅医療介護連携の課題把握や人材育成等、施策の検討を行うことが可能となります。

図表8 KDBを活用し、県内市町村別診療所の在宅医療提供件数（月平均患者数）分布のイメージ

患者数 (月平均)	医療機関数			患者数 (月平均)	医療機関数		
	同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合	同一建物居住者以外 の患者数でみた場合	同一建物居住者 の患者数でみた場合		同一建物居住者以外と 同一建物居住者の計で みた場合	同一建物居住者以外 の患者数でみた場合	同一建物居住者 の患者数でみた場合
50人以上	2 か所 (4.3%)		1 か所 (2.1%)	50人以上	1 か所 (1.7%)		1 か所 (1.7%)
40～49人		1 か所 (2.1%)		40～49人			
30～39人				30～39人	2 か所 (3.3%)	1 か所 (1.7%)	
20～29人	2 か所 (4.3%)		2 か所 (4.3%)	20～29人	2 か所 (3.3%)	2 か所 (3.3%)	
10～19人	2 か所 (4.3%)	2 か所 (4.3%)	2 か所 (4.3%)	10～19人	4 か所 (6.7%)	5 か所 (8.3%)	3 か所 (5.0%)
5～9人	1 か所 (2.1%)	3 か所 (6.4%)		5～9人	1 か所 (1.7%)	1 か所 (1.7%)	1 か所 (1.7%)
1～4人	4 か所 (8.5%)	5 か所 (10.6%)		1～4人	11 か所 (18.3%)	11 か所 (18.3%)	2 か所 (3.3%)
1未満	2 か所 (4.3%)	2 か所 (4.3%)		1未満	5 か所 (8.3%)	5 か所 (8.3%)	2 か所 (3.3%)
実績なし	34 か所 (72.3%)	34 か所 (72.3%)	42 か所 (89.4%)	実績なし	34 か所 (56.7%)	35 か所 (58.3%)	51 か所 (85.0%)
合計	47 か所 (100%)	47 か所 (100%)	47 か所 (100%)	合計	60 か所 (100%)	60 か所 (100%)	60 か所 (100%)

6 アンケート等の利活用

本調査では、今後のリハビリテーション提供体制の在り方において、各施設・事業所での現在のリハビリテーション提供体制や連携等の状況を把握する事を目的とし、介護保険でのリハビリテーションを利用されている利用者より、リハビリサービスの利用状況や、健康状態等を把握し、リハビリテーションの有用性についての検討する事を目的とし実施しました。調査結果については別冊の報告書（アンケート調査結果編）をご参照ください。

<調査対象と実施方法>

調査票名	部数	記入者
基本票	1部	貴事業所の管理者等の方がご記入ください。

利用者票	2部	貴事業所においてリハビリテーションを利用されている利用者（※ <u>調査数は誕生日の日付が「10日」～「15日」の人</u> ）を令和2年1月31日に近い順に2名抽出し、そのうち認知症のある利用者1名を事業所より単純抽出してください。記入は調査対象の利用者の状況を把握している計画担当者、または状況を把握している方がご記入ください。
本人・家族票	2部	貴事業所においてリハビリテーションを利用されている利用者を2名無作為に抽出し、サービスを受けている利用者本人またはその家族等に該当する方がご記入ください。※対象者は上記の「利用者票」と必ずしも同じでなくとも構いません。

<調査対象一覧>

No	対象施設・事業所	調査数	基本票	利用者票	本人・家族票
1	通所リハ事業所	350事業所	1部	2部	2部
2	訪問リハ事業所	200事業所	1部	2部	2部
3	介護老人保健施設	200事業所	1部	2部	なし
4	居宅介護支援事業所	100施設	1部	なし	なし

<回収状況（施設・事業所票・利用者票・本人家族票）>

調査種類	配付数	回収数	回収率
施設・事業所票	850	172	20.2%
利用者票（1施設2部）	1500	273	18.2%
本人・家族票（1施設2部）	1100	188	17.1%

（内訳）

施設・事業所	基本票	利用者票	本人・家族票
通所リハ事業所	65	119	106
訪問リハ事業所	60	96	82
介護老人保健施設	34	63	-
居宅介護支援事業所	13	-	-
計	172	273	188

アンケートの結果について、基本票では保険者別では訪問・通所リハでは基本的に同一保険者内、老健は同一保険者外という状況がわかりました。地域資源については、利用者にサービスを導入したくても地域リハ資源がないため、導入できなかった経験は「ない」と回答した割

合が「通所リハ事業所」75.4%、「訪問リハ事業所」76.7%、「介護老人保健施設」82.4%となっており、日常生活圏域における通所リハの地域資源について「利用者に対して充足していると思う」と回答した割合が「訪問リハ」48.3%、「通所リハ」53.8%、「介護老人保健施設」52.9%、訪問リハの地域資源に関しては、訪問リハでは「利用者に対して充足していると思う」が55%に対し、通所リハ・介護老人保健施設では「利用者に対して不足していると思う」が35.4%となっており、訪問リハの地域資源に対しては、訪問リハと通所リハ・介護老人保健施設とでは認識の違いがあった。また、通所リハにおいては、「わからない」が27.7%であり、訪問リハの実態が見えづらいということも考えられます。

図表9 アンケート調査の活用

施設・事業所の属する日常生活圏域について

(1) 利用者にサービスを導入したくても地域リハ資源がないため、導入できなかった経験

	調査数	ある	ない	無回答
訪問リハ事業所	60	13	46	1
	100.0	21.7%	76.7	1.7
通所リハ事業所	65	13	49	3
	100.0	20.0	75.4	4.6
介護老人保健施設	34	6	28	-
	100.0	17.6	82.4	-

(2) 日常生活圏域における通所リハビリテーションの地域資源について

	調査数	利用者に対し 大変充足	利用者に対し 充足	利用者に対し 不足	利用者に対し 大変不足	わからない	無回答
訪問リハ事業所	60	3	29	18	3	7	-
	100.0	5.0	48.3	30.0	5.0	11.7	-
通所リハ事業所	65	2	35	15	2	9	2
	100.0	3.1	53.8	23.1	3.1	13.8	3.1
介護老人保健施設	34	4	18	5	2	5	-
	100.0	11.8	52.9	14.7	5.9	14.7	-

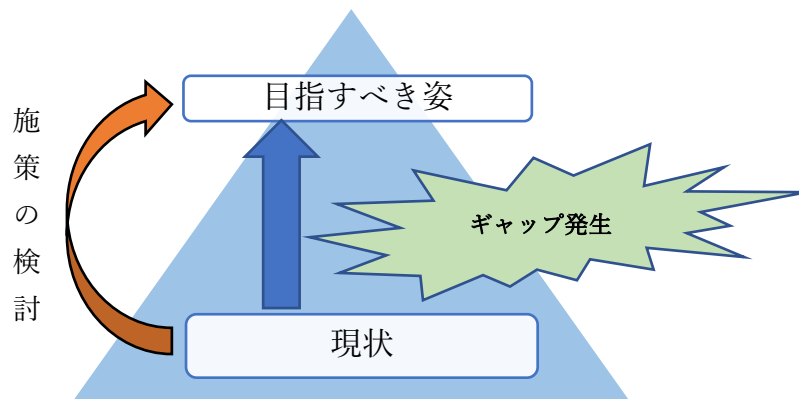
(3) 日常生活圏域における訪問リハビリテーションの地域資源について

	調査数	利用者に対し 大変充足	利用者に対し 充足	利用者に対し 不足	利用者に対し 大変不足	わからない	無回答
訪問リハ事業所	60	1	33	17	1	7	1
	100.0	1.7	55.0	28.3	1.7	11.7	1.7
通所リハ事業所	65	4	13	23	5	18	2
	100.0	6.2	20.0	35.4	7.7	27.7	3.1
介護老人保健施設	34	2	10	12	6	4	-
	100.0	5.9	29.4	35.3	17.6	11.8	-
居宅介護支援事業所	17	2	7	4	3	1	-
	100.0	11.8	41.2	23.5	17.6	5.9	-

7 補助金・医療介護総合確保基金等の利活用

地域で目指すべき計画を推進するためには、常に現状と目指すべき姿のギャップを理解することが必要です。このギャップを埋めるための施策の一つとして補助金や基金の利活用が考えられます。また、医療機関が無い地域は指標があってもサービス基盤の整備を行うことができないこともあり、指標を作成してもその結果を活かす術が示されなければ自治体での施策の実効性は低いと予想されます。本事業は指標作成までとしているところ、今後の課題として、サービス提供体制を整備するためには基盤整備をすることが望まれます。

不足するリハビリテーション資源や人材などが明らかになった場合、計画を実行するための予算面の裏付けが重要になります。今回の実地調査でいくつかの都道府県や市へインタビューを行いましたので事例を掲載します。



(1) 兵庫県の事例

神戸市であっても単独型のリハ事業所は殆どない状態です。リハ職が必要となるため、デイサービスよりも新規の事業所参入のハードルが高い状況です。訪問リハの事業所も大体県内の設立で母体は医療機関か介護老人保健施設となるため、主に既存の介護老人保健施設を軸として、補助金の利活用を考えていました。

在宅復帰支援強化事業は平成 27 年から継続し、令和元年まで実施されています。延べ 44 施設が補助を受けています。(補助率は 1/2 または上限の範囲内)

兵庫県より各介護老人保健施設へ毎年度メールで周知しています。神戸市においても単独型の訪問リハビリテーションは少なく、介護老人保健施設併設の訪問リハビリテーション開設を支援することとしています。

補助内容	累計実績	費用の 1/2 または上限
全老健の在宅復帰支援のための R 4 システム	13	880,000
重度入所者に対する介護を行うための機器整備費 (生体情報モニター、吸引器、酸素濃縮器)	24	570,000
介護老人保健施設併設訪問リハ事業所開設の経費	7	500,000

出典：兵庫県資料より引用

(2) 京都府の事例

京都府も兵庫県と同様に、政令市を有し、日本海側の北部ほどリハビリテーション資源の確保が厳しい状況にあります。京都府の補助制度は、「理学療法士等に対する修学資金貸与」制度といった学生への奨学金貸与があります。府内に就職すると免除になり、無利子貸し付けで府内に 5 年間務めると返還無しになるものです。京都も兵庫県と同様に政令市とサービス提供の

申し込みが多数だと京都府北部に行く学生を優先し、府外でも府内で就職する事を前提に貸し付けをしています。(定数が70名、府内枠40名、府外枠30名で去年は50名位利用。北部の方の養成を進め、各高校に案内を実施)

貸与金額	36,000円/月(四半期ごとに貸与)
申請方法	理学療法士等を養成する学校等を通じて 当センターあて貸与申請書等を提出する
返還免除要件	以下のいずれにも該当するとき ・ 理学療法士等の学校等を卒業1年以内に理学療法士等の免許を取得すること ・ 免許取得後直ちに府内に所在する医療機関等において引き続き5年間理学療法士等の業務に従事すること
推薦基準	推薦基準 理学療法士等養成施設の長は、次の条件に適合する者で、以下の優先順位により修学資金貸与候補者として推薦 《条件》 1. 平成31年度在学者で貸与を希望する者 2. 学業成績が良好であり、所定の修学期間を全うし、かつ理学療法士等免許の取得が確実であると見込まれる者 3. 将来、次の京都府免除対象施設において、5年間、理学療法士等として業務に従事することが確実と見込まれる者 【優先順位】 第1位 京都府理学療法士等修学資金貸与の継続申請者 第2位 就業希望地域が北部地域、府域(北部、京都市域以外)、京都市域の順に優先的に貸与 ※1 北部地域とは丹後圏域(伊根町・京丹後市・与謝野町・宮津市)及び中丹圏域(舞鶴市・綾部市・福知山市)。 ※2 第2位内においては作業療法学科在学者、言語聴覚学科在学者、理学療法学科在学者の順に貸与 4. 府外出身者は、別枠での採用。ただし、希望者が30名を越える場合は、上記の優先順位に準ずる。

出典：京都府ホームページより引用 (<https://www.pref.kyoto.jp/rehabili/29syugakusikin.html>)

8 介護保険事業計画に現状及びリハビリテーション指標案を作成（利活用）することについて

いくつかの都道府県と市へ第八次介護保険事業計画にリハ指標を活用することについて、訪問および書面で意見を聴取しました。

（1）都道府県へのヒアリング結果

① A 都道府県

- ・ リハビリテーション資源の地域差がある。
- ・ 既存事業所も人材不足が課題で、この3年位で厳しくなっている。
- ・ 前期の取り組みと目標の中で、指標が無かったので苦労した。計画分野を網羅するような指標のガイドラインをリハ分野だけでも何か作ってくれたらと思う。
- ・ 介護保険サービスの観点から調査研究と思われるが、実際に関係者に指標を持って行った時に医療との関係性等を考えられるようなものであるとありがたい。

② B 都道府県

- ・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用率が若干少ない。坂が多く通所が困難という地形上の理由がある。
- ・ 一番難しいのは市も県も、アウトカムをどうするかだと思われる。
- ・ インセンティブ交付金があり、アウトプットの指標が中心なので、このリハ指標案と関係するのかどうか関心がある。
- ・ 計画策定までの流れは、最初に都道府県で会議があり、細かい市町への方針案を示し、方針案を全市町にヒアリングに回り、具体的な介護保険事業（支援）計画に落とし込んでいる。今回リハ指標が新たに入れば趣旨説明をする。

（2）市へのヒアリング結果

① A 市（政令市）

- ・ 訪問看護ステーションのリハ職がサービスを担っている部分があり、リハビリテーションについて不足しているのか把握しにくい部分がある。
- ・ 政令市も集計単位は「市」となるのか。人口の多い政令市も5万人の自治体も同一に扱われて集計結果を出された時に、我々は何ができるのかと思う所がある。

② B市（政令市）

- ・ 需要の調査は行っていないが、リハビリテーション供給が不足しているとの認識はない。
- ・ 第8期介護保険事業計画に項目自体を追加する事に関して、令和元年度内にデータや指標を示していただかないと検討スケジュールとしては不可能。
- ・ 指標や数値の利活用としても、第1四半期の内に取り纏められなければ見送りになる。リハ指標の活用方法については現状思い当たらない。

③ C市

- ・ 訪問リハや通所リハ事業所が十分に無い、新規に手上げる事業所も見当たらないという自治体はその前提で計画を策定している。
- ・ リソースがない市町村は、リハ指標があっても介護サービスを提供もできないとなる。医療機関が無い地域は、指標を立てられてもサービス基盤の整備を行う事はできない。

V PDCAサイクルの具体的な指標案

(1) 指標の考え方

指標の考え方として各地域において、訪問リハ、通所リハ、老人保健施設、介護医療院などの整備状況の現状把握からはじめ、要介護（支援）者がリハビリテーションの必要に応じて利用可能な提供体制の構築を目指すこととしました。

さらには、要介護者は身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能」「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションを提供することがリハビリテーションの全体像であることを検討委員会で確認しました。

リハ指標の考え方としては、脳卒中や高齢者の骨折等急性発症による要介護者の在宅生活に至るまでの回復期リハ（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟）を中心としたリハの提供体制、介護保険サービスが終了した後の地域資源へ移行状況、地域資源のフォーマル・インフォーマル含む整備状況をつかむことが必要となり、介護保険サービス前後のサービス提供体制を考えに組み入れないとリハビリテーション自体の効果は出ない、または効果判定できないものとの意見がありました。

上記以外に留意する点としては、急性期・回復期で提供されるリハビリテーション及び地域支援事業等の地域資源の把握、介護保険のリハビリテーションと介護予防を含めた地域支援事業との連携、医療計画の指標等の既存の制度との整合性があげられました。

要介護（支援）者に対するリハビリテーション提供体制の構築に向けて、介護保険事業（支援）計画の実効性を高めるためにはPDCAサイクルを回すことが重要であることを確認しました。PDCAサイクルを推進する指標案の作成に当たっては、以下の観点に留意が必要との整理を行いました。

- ・ 都道府県や市町村の策定に関して、収集・活用がしやすい指標であること
- ・ 現状を評価できる指標が示されているかどうか、また、施策と連動する指標であること
- ・ 評価指標に関して、事業所単体ではなく、地域全体に重点を置いた評価とすること
- ・ 評価指標のアウトカム評価に関して、短期又は長期的観点や将来的な指標の活用を考慮すること
- ・ 評価指標のアウトカム評価に関して、ストラクチャーとプロセス指標を反映した形とすること

(2) ストラクチャー指標

ストラクチャー指標について、介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標として、以下の例で合意を得られました。

(目標設定する項目・指標の例)

- ・「事業所数」
- ・「定員数」
- ・「従業者数」
- ・「短期集中リハビリテーション算定事業者数」
- ・「認知症短期集中リハビリテーション算定事業者数」

さらなる検討事項として、各指標の計算方法の分母については、10万人・要介護者認定者数・第一号保険者数をあげていましたが、2号被保険者を含めるといった意見が出ました。

(3) プロセス指標

介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標として以下の例で合意を得られた。またすることを念頭において設定しました。

(目標設定する項目・指標の例)

- ・「短期集中リハビリテーション算定件数」
- ・「認知症短期集中リハビリテーション算定件数」
- ・「受給率」「受給者数」÷「第1号被保険者数」(%)
- ・「生活機能向上連携加算件数」
- ・「個別リハビリテーション実施加算」

さらなる検討事項として、ストラクチャー指標と同様に分母の計算方法、リハビリテーションマネジメント加算、経口維持・経口移行加算、生活行為向上リハビリテーション実施加算について意見が出ました。

(4) アウトカム指標

高齢者や要介護(要支援)認定者の状態像の特徴や変化を測る指標として議論を行いました。指標の考え方として、「生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと」や「地域共生」、「本人の尊厳」、「生活の維持向上」「保険者機能強化推進交付金及び介護予防の成果のイメージ等の既存の項目を参考にする」等の様々な意見があり、具体的な例示としては、要介護認定率の改善率やBI(バーサルインデックス)の変化度、日常生活自立度、要介護度、要介護者の満足度、社会参加支援加算等の報酬が挙げられました。

アウトカム指標は非常に難しく、要介護認定の実態から、要介護度は指標に適切ではないという議論になりました。また、軽度要介護者は心身機能が中心になっており、認知症のことも含めアウトカム指標を決めて行く際気を付けていく必要があるとの意見もありました。

以上のような議論を重ねて、本事業におけるリハ指標(案)は、まずは介護保険事業計画担

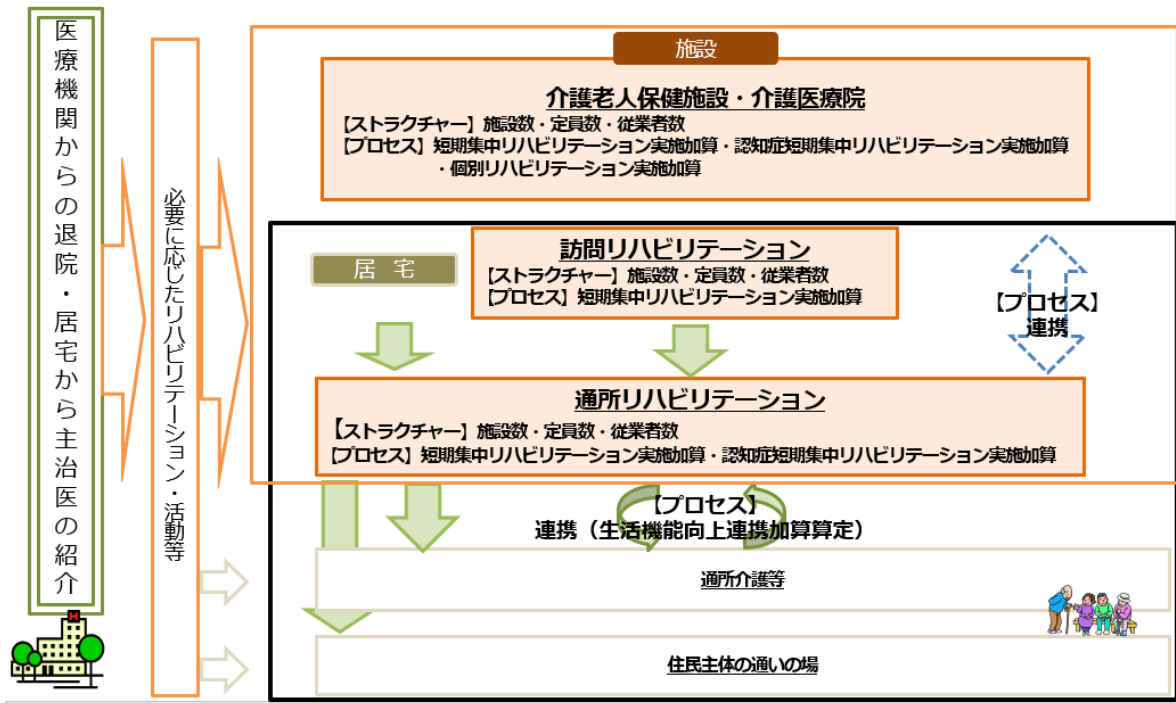
当事者が「目標と取り組み」に資するべくストラクチャー、プロセスに関するところから進めるのが妥当であるとの整理に至りました。

地域の介護リハビリテーションの資源や供給量、需要を元に生活期リハビリテーションの現状や課題を把握して適切な施策へとつなげていくことを目的として指標（案）を利活用することで整理をしました。アウトカム指標については、検討委員会での議論を列挙することとなりました。

一方で、自治体からはアウトカム指標の具体例を提示して欲しいという要望があります。全国や都道府県別に解析し、要介護認定率の改善率やBI（バーサルインデックス）の変化度、障害高齢者の日常生活自立度、患者満足度等がストラクチャーとプロセスとの関連等を検証し、引き続き今後の検討課題とします。

なお、リハ指標（案）は令和2年3月31日時点のものであり、わが国として確定したものではありません。また指標の定義については、「VI 今後国が検討すべき事項と方向性」に記載がある通り、令和2年度の事業で検討を行います。

図表 10 リハ指標（案）

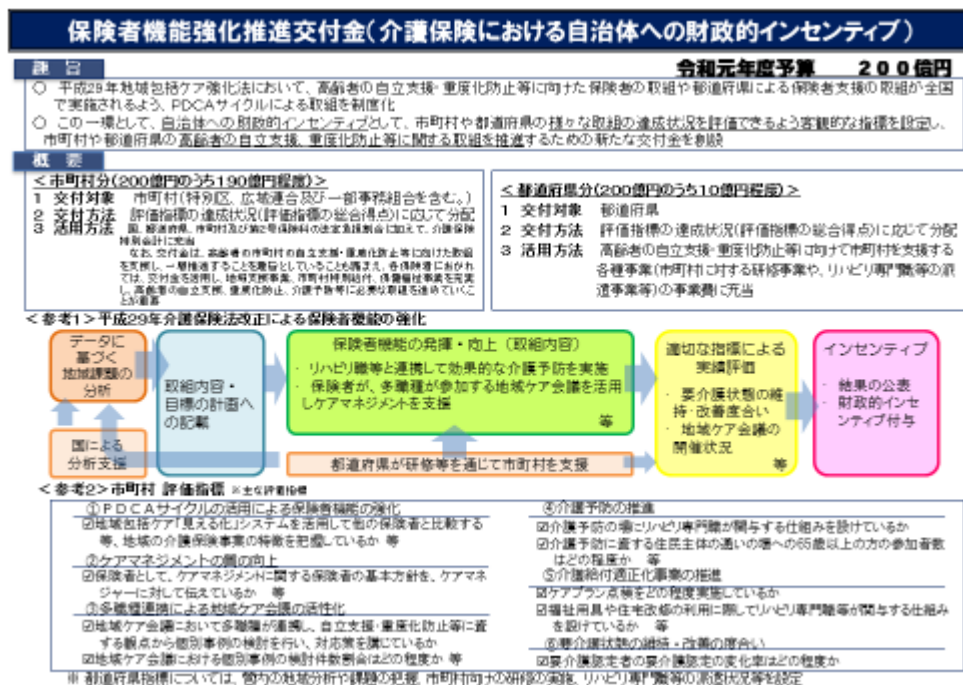


	居宅サービス(訪問・通所リハビリテーション)	施設サービス(介護老人保健施設・介護医療院)
ストラクチャー	訪問・通所リハビリテーション事業所数【介護DB】 (10万人・要介護認定者・第1号保険者)	介護老人保健施設・介護医療院施設数【介護DB】 (10万人・要介護認定者・第1号保険者)
	要介護者1人当たり定員数【見える化】	
	従事者数(職種別)【サービス事業所・施設調査】	
	短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
	認知症短期集中リハビリテーションを実施している事業所・施設数【介護DB】	
プロセス	訪問・通所リハビリテーション受給率【見える化】	介護老人保健施設・介護医療院受給率【見える化】
	短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】	
	個別リハビリテーション実施加算件数【介護DB】	
	生活機能向上連携加算算定件数【介護DB】	
	認知症短期集中リハビリテーション算定件数【介護DB】	

注釈①：ストラクチャーおよびプロセス評価における各加算の内容についてはI-3-②「直近の介護報酬の変遷」を参照とすること。

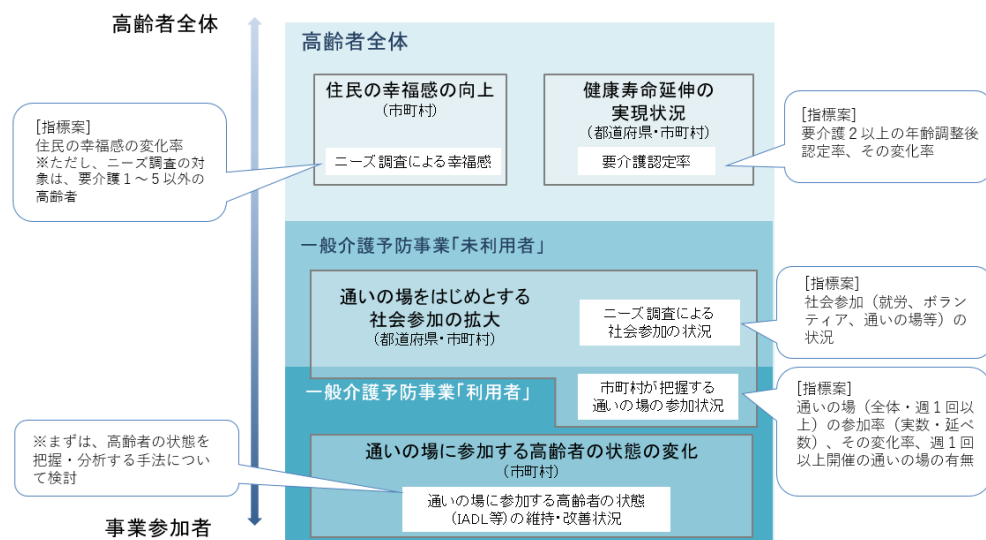
注釈②：具体的な指標に関しては、令和2年度に設けられる「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」で検討される予定。

図表 11 保険者機能強化推進交付金



1

図表 12 介護予防に関する成果の評価イメージ



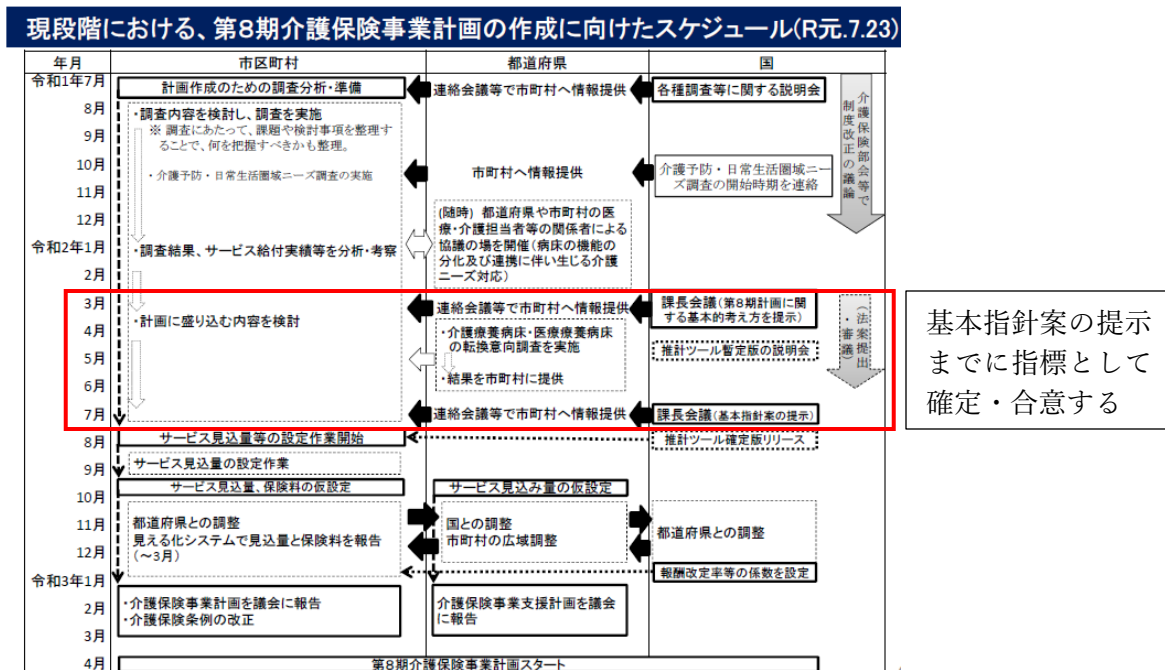
出典：一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」取りまとめ

VI 今後国が検討すべき事項と方向性

第8期介護保険事業（支援）計画に向けては、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針案（以下、基本指針案）」が令和2年7月頃に提示される予定となっています。

保険者・都道府県が行う具体的な取組と目標の設定及び介護保険におけるリハビリテーションサービスの見込み量の推計に確実に反映するためには、「介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーションサービス提供体制の考え方」、「介護保険事業（支援）計画におけるリハビリテーション提供体制構築に係るPDCAサイクルに沿った指標」等が当該基本指針案に記載されている必要があります。

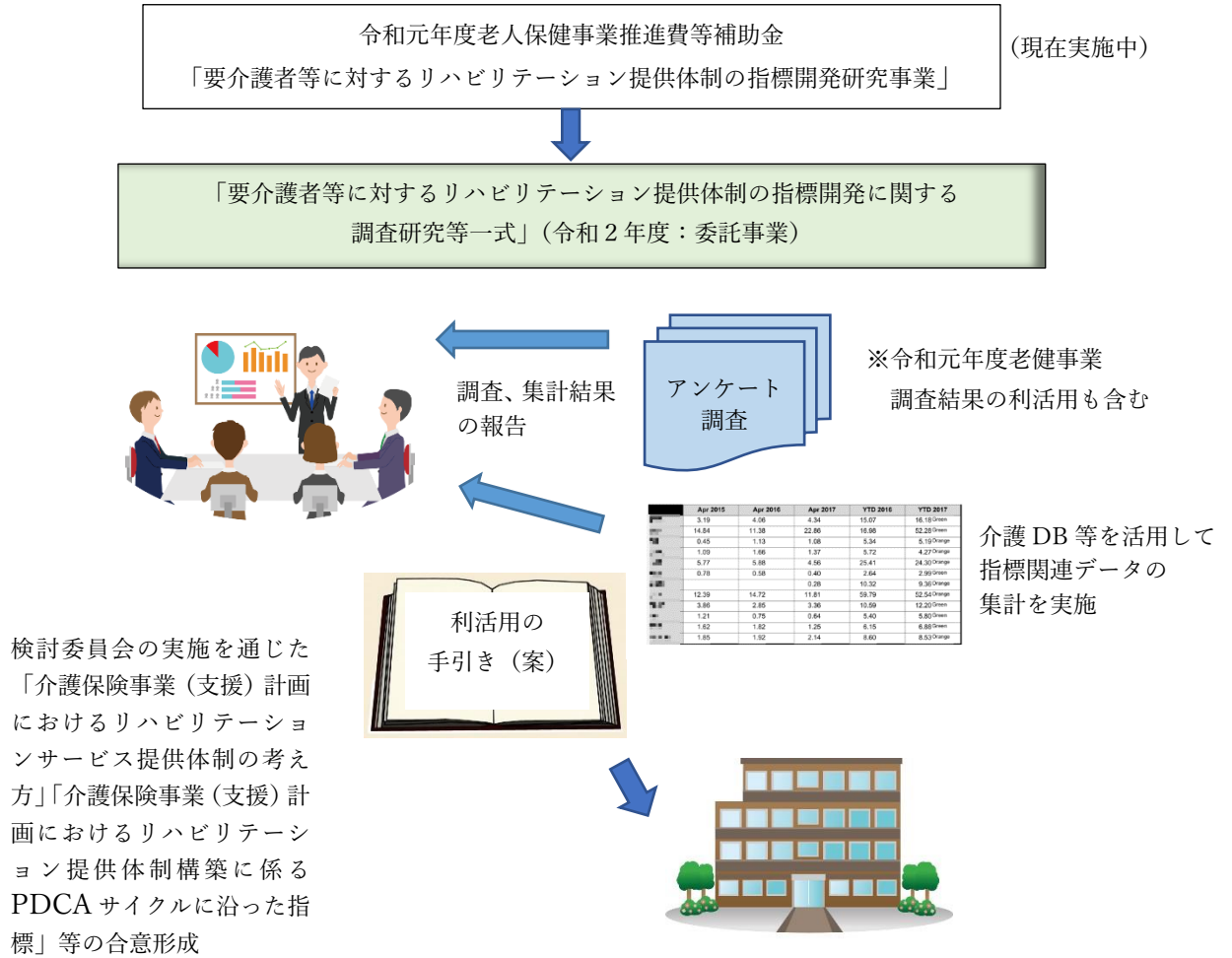
保険者・都道府県が介護サービス見込み量等の推計を本格的に実施する令和2年8月～9月頃には、保険者・都道府県が指標の意味やデータの見方、計画策定にあたっての活用方法などを手引きとしてとりまとめ、利活用できるよう普及啓発を図る必要があります。



出典：厚生労働省「第8期介護保険事業計画の作成準備について」

このため、国は令和2年度の委託事業「要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発に関する調査研究等一式」を行うことで、リハ指標の合意形成、市町村および都道府県への手引きを作成し普及啓発を図ることを予定しています。

図表 13 令和2年度事業の概要



図表 14 検討委員会の主な議題と内容（案）

回目	時期	議題（案）	内容
第一回	4月 中旬	事業の趣旨説明 調査の概要について 調査項目について 調査対象について	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の趣旨・目的のご説明をする。 ・調査項目や調査設計が、妥当であることをご確認いただく。 ・第一回の会議を受けて調査票の最終版を後日、メールでご確認いただく。
第二回	5月 月上旬	評価指標案とその考え方について（その1） 手引き作成（案）の目次構成について	<ul style="list-style-type: none"> ・評価指標案とその考え方について（バックデータを提示） ・都道府県に配布するリハビリテーション提供体制についての手引きを作成するにあたり、目次構成等の確認いただく。
第三回	6月 月中旬	評価指標案とその考え方について（その2） 手引き（案）について 集計速報について	<ul style="list-style-type: none"> ・第二回の意見を踏まえた指標案の提示（バックデータを含む） ・リハビリテーション提供体制に関する手引き案のご確認いただく ・集計速報値をご報告する。
第四回	7月 月中旬	評価指標案とその考え方について（その3） 手引きについて 集計結果について	<ul style="list-style-type: none"> ・最終的な評価指標の合意形成 ・手引きを修正して提示し、確定 ・アンケート結果を多角的に分析して結果を報告
予備 （一回）	2月 月上旬	最終とりまとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・普及啓発活動の報告 ・保険者のリハ指標への対応状況の報告 ・報告書の最終確認

Ⅶ 参考資料

1 自治体ヒアリング結果まとめ

第七期介護保険事業（支援）計画に関する自治体ヒアリング結果まとめ
（介護分野のリハビリテーション）

1. 都道府県

① A 県

1) 地域の概要

- ・ 第六次医療計画の際 10 圏域であったものと同じ圏域をリハビリテーション圏域としている。（現在、第七次医療計画では 8 圏域に統合）全県リハビリテーション支援センターのもとで圏域リハビリテーション支援センターの 2 本柱である。
- ・ 南側は地域資源が豊富であるが、北に行くと乏しくなる。Z 圏域はリハの登録数が一桁である。このシステムができたのは平成 13 年頃。
- ・ 老健は在宅復帰率が指標となり、回転率を求められている。県内の訪問リハの事業所も毎年伸びている。県より各老健へ毎年度メールで周知している。
- ・ 介護医療院についての補助事業は今の所無い。

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ 老健の新設は無い。老健の経営も在宅復帰の考え方が入り、難しくなっている。
- ・ 令和元年 7 月の地域リハビリテーションの学会があり、圏域での活動やネットワークについて実践集を初めて作成している。

3) リハビリテーションサービスへの支援状況

- ・ 小さい単位（市町）へリハビリテーション圏域からリハ職の派遣を進めている。
- ・ 圏域リハ支援センターは病院の一角で、圏域リハ支援センターは仕様に基づき、一事業所いくらかという形で業務委託・契約をしている。事務局はリハ職が主であるが、病院によっては医師も業務の一角を担っている。
- ・ 平成 27 年度より地域支援事業に入っていけるリハビリ人材を育成することを目的とし、リハ 3 療法士会合同地域支援推進協議会有り、業界団体の代表者が入りリハ職研修を実施。推進協議会は全県事務局と同じ。地域ケア会議は全ての市町で開催、リハ職も関与。

4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識

- ・ リハは参入のハードルが高く、訪問リハの事業所も大体県内の設立で母体は医療機関か老健。県内にある政令市であっても単独型は殆どない状態。
- ・ 研修に参加された人材で、本人が了承すれば名簿に登録となる。人材派遣されるのは、病院や施設所属のリハ職であり、日常利用者を抱えながらの派遣となる。
- ・ 名簿は所属長の了解を得る事となっているが、やはり日常業務優先で派遣が困難となるこ

とがある。名簿の人数は増えているが、必ずしも実働とは一致しておらず、質の向上も今後の課題。

- ・ 訪問看護や老健のリハ職は地域の資源を知っているが、一番リハ職の多い病院が中々地域に出向けていない。
 - ・ 通いの場については、人数は増えているが、アウトカム（効果測定）が考えられていない所が課題。
- 5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて
- ・ 特になし

② B 県

1) 地域の概要

- ・ 地域差の大きく資源は Y 市付近にサービスが集中し、医療と共に全国的にも充実した資源がある地域が多い。一方で中北部・南部から北はかなり資源が少ない。
- ・ 老人福祉圏域は医療圏域と同じで 6 圏域。地域リハ支援センターは医療圏域毎で県直営。県の政策としては TPO で分けており、圏域と拠点に分けている。
- ・ 南から北は人口が少なくなり、C 市は人口が多く、D 市 X 町は中心市街地が余り無く非常に人口が少ない地域。
- ・ E 圏域は一定都市圏を要する広大な地域という事もあり隅々迄のサービス提供が難しい。かなり高齢化が進んでおり、サービス提供体制としては十分ではなく、人材不足がかなり大きく出ている。
- ・ F 圏域は Y 市との人口移動や入退院の出入りで難しい部分を抱えている。
- ・ G 圏域は人口は多いが、山間部地域があり市町村ごとに状況が異なっている。学研都市があり古い高齢者の集落と若い世代のニュータウンが混在。2 町 1 村はかなり人口が減少し高齢化が進み、V 町は高齢化率が 50% を超え、W 町がそれに追っている。
- ・ リハ支援の拠点となるセンター自身が病院の中にあり、各地域に県の職員はいない。県直営の府職員がいるのは県のリハ支援センター 2 か所、各地域や病院を指定し、業務委託をしている。業務内容は地域の研修が中心となり、事業的な事も入っており連携指針を作りそれに基づいて実施している。委託料は不明。
- ・ 通所リハの事業は無く、介護医療院へ転換は少しずつ進み、計画し協議している段階。
- ・ 訪問リハ・通所リハが無い場合は、病態にもよるが病院へ入院、家庭で生活の環境が作れなければ施設になる。広域の入所は無い。

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ リハの概念が幅広く、医療的なりハと介護保険サービスに規定されているもの、C 型等の総合事業をどう組み合わせるかっていくか課題。医療機関が提供している地域資源がかなり異なっている。

- ・ リハビリ専門医・かかりつけ医の意識付けとしてリハ教育センターを設立したが、参加者の偏りがあり来年度重点化していく予定。医師に対するリハの研修・教育を目的とし、修了者には教育センター独自の認定・認定書を出している。
- 3) リハビリテーションサービスへの支援状況
- ・ ケアマネの連絡会は各市町村に大体あり、市町村や包括センターが事務局を持ち、保険者として関わって行く。
 - ・ リハ教育センターで PT・OT・ST の教育研修を県で行い、職員も PT・OT・ST を配置。出来ない所は 3 療法士協議会と契約し行うパターンもある。
 - ・ 医療と介護の連携は直接の担当は別部署になり、地域支援事業の地域ごとに状況が違う。
 - ・ H23 から地域包括ケア推進機構があり、県医師会と自治体含め連携体制を構築。
 - ・ その中で、在宅療養あんしん病院登録システム事業、地域の多職種連携の研修会等、全体の基盤作りをしながら各地域の取り組みを進める。
 - ・ G 圏域は進んでおり、東部に医師 1 人ずつしかおらず、その人たちが連携し横と多職種ネットワークを強く実施している。
 - ・ E 圏域は 2 つの基幹病院を中心にした連携体制や、圏域の 2 つの町はかかりつけ医が熱心で、医師会が主導。
 - ・ 応援を前提に、しっかり医師がいる形を保ち、連携を熱心に行っている事もあり横の連携は進んでいる。
- 4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識
- ・ 特に C 型サービスの展開が十分とは言えない状況。まず初めに C 型から入り、状態を上げて地域の通いの場に繋げていき、介護予防・重度化防止に繋げるモデル的な所が地域で十分に回っていない状況が課題。
 - ・ 重厚な法定研修や制度、ケアマネ同士の連絡会が地域にあるが、意外と活用が出来ていない。地域のケアマネの状況によりやり易い選択をして貰い、どう保険者が上手くコメントしていくかの問題。
 - ・ E 圏域が苦しく、人口も多く、ステークホルダーも沢山居り連携が取りづらい。医師会が昔から強く、在宅医療の委員会・在宅療養手帳委員会を持ち、先進的な事を行っている。
 - ・ 県は医師数も多く、医師の意識も地区を見ている自負もあり、医師の高齢化がある中でどうするかが課題。
 - ・ 今ある事業所も人材不足が課題で、指定を受けている数のサービスが提供出来ていない。人材不足はここ 3 年位でトーンが変わって厳しくなっている。
- 5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて
- ・ 前期の取り組みと目標の中で、指標が無かったので苦労した。計画分野を網羅する様な指標のガイドラインを、リハ分野だけでも何か作ってくれたらと思う。

- ・ 介護保険サービスの観点から調査研究をと思うが、実際現場に持って行った時に医療との関係性等を考えて行けるような指標であるとありがたい。

③ H 県

1) 地域の概要

- ・ 訪問リハ・通所リハの利用率が若干少ない。通所リハは0の最下位に近い逆転現象が起きている。坂が多く、通所が出来ないと言った事があり認定者数に対する割合は横ばい。
- ・ 坂が多い2市町の訪問リハの利用率が圧倒的高く、訪問看護からのリハが少ない。訪問リハの利用率は人口が少ない所の割合が多く、資源が無いが利用率は高く、訪問看護からのリハは3分の1である。
- ・ 医師が多いのは、医大・病院関係が多い県の政令市。
- ・ 補助金は無く、殆ど医療の基金を使用している。

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ 県独自のサポート医と推進員の活用・連携を打ち出し、段階に応じた取組を市町に対して方針案を示している。
- ・ ネットワーク会議は26団体の町が集まり、幅広い視点で計画の意見を頂く。この部会として3つの圏域がある。

3) リハビリテーションサービスへの支援状況

- ・ H30年から地域リハビリテーションサポート医・推進員(リハ職)を新たに要請する仕組みをスタート。
- ・ 保健福祉計画推進・策定部会を新たに立ち上げ、この下に認知症施策推進部会、地域リハ推進部会を設け、圏域中でネットワーク会議を実施。

4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識

- ・ 医師会は、かかりつけ医の地域リハを深めて貰う様な研修や、独自のサポート医、リハの方は人材育成、広域支援センターで派遣調整を行っている。

5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成(利活用)することについて

- ・ 一番難しいのは市も県も、アウトカムをどうするか。
- ・ インセンティブ交付金があり、アウトプットの指標が中心なので、このリハ指標と関係するのかどうか関心がある。
- ・ 計画策定までの流れは、最初会議があり、細かい市町への方針案を示し、方針案を前市町に計画に向けてのヒアリングに回り、具体的な計画に落とし込んでいる。

2. 市町村

④ I市

1) 地域の概要

- ・ 県の確保基金等の補助金は無い。保険料は平均で 6200 円。
- ・ 事業所の開設許可は政令市なので、市が単独で行う。
- ・ 訪問リハ・通所リハは、みなし指定がほぼ全て。訪問リハ 300 か所、通所 130 か所事業所があり、訪問リハの方が多い。事業所は医療機関と併設があり、診療所でも出来るのでそこで賄っている部分がある。通所は設備等、医療機関のメリットを活用する。

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ 計画策定にあたり、1.5 年かけて早めに取り掛かる。ある程度の方針を固め翌年度に送り、翌年度、職員の移動もあるため新たなチームで検討する。
- ・ 検討会はリハの部会は無く、リハ職もない。計画策定に向けての介護保険の運営委員会は年 5 回、あくまでワーキング的に実施する。
- ・ リハの単独事業所は無く、老健でのリハの実施について、今後の進め方が議論の中心。
- ・ リハについて明確にしておらず、老健が事業を進めて行く中で、それをメニューとしてリハをどう実施するかの中に、各事業所の方で進めて頂いているものを取り纏めさせて頂く。

3) リハビリテーションサービスへの支援状況

- ・ 県では無く、市として行っており、市は 18 区。H27 年度は 2 区をモデル実施、H28 年度から全区展開。
- ・ 具体的には POS を住民主体・運営の通いの場である介護予防グループへ派遣し、運動をメインに講習や体力測定や測定方法の指導、結果のコメント、体操の変更、認知症の対応の仕方のアドバイス、聞こえが悪くなった時の声の出し方、補聴器について等を実施。
- ・ 要望があれば地域ケア会議にも派遣。事業の目的の一つに住民を支える人への啓発があり、そのボランティアの連絡会に入っている。訪問・通所派遣は無い。近年増えている。
- ・ 県の POS の各会(職能団体)と市で一緒に研修をしている。POS 会職能団体で派遣する職員を選んで頂き派遣。職員は普段は事業所に努めている職員である。スタートをする前に医師会と勤務先や老健協会に挨拶をし、協力して貰っている。リハ職の地域貢献を職場で言われ、理解があり地域に出やすくなっている。
- ・ 通所介護として、リハ強化型の様な特化した形のものを提供できるような通所介護を実施しようとしている。ある程度フォローはして頂き、通所介護に通ってきた方々の要介護度が向上する等目に見える事業所に対して表彰制度を設けて促していく事を進めている。

4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識

- ・ 訪問看護でリハ職が対応している部分があり、足りているのか実際に専門職が不足しているのか見えない部分がある。課題がある中で、そこを前面に進めるレベルではないのかと

推測している。

- ・ サービス提供事業所からの要望はリハ単独の話としては無いが、老健がトータルでやっている中で、共有は出来ていない。
 - ・ 地域包括支援センターと包括圏域は地域の実情があり微妙にずれており、出来るだけ合致方向にいきたい。
- 5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて
- ・ 町村と市と同一に扱われ、一本のデータを出された時に、我々は何ができるのかという所がある。

⑤ L市

1) 地域の概要

- ・ 介護予防は M 圏域に入り、認知症の関係は N 圏域。同じ二次医療圏に 2 つの医師会があり保健所は 1 つ。老健、老人福祉施設、介護保険 3 施設に関しては圏域内。地域密着型を考える時は市のみ。
- ・ 補助金申請は事業所から言っていない限りは、無い。
- ・ 近隣の便利が良いので市に集中している。市の整備は特定施設が多い。これは居宅の考え方を早期から持っているためであり、そのため介護保険料も抑えられている。

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ 計画の流れとしては 12 月迄には確実に一度シミュレーションをかけ、12 月議会の前後に、保険料の勉強会を実施し、1 月に 1 回出した後パブリックをしながら住民説明会をする。5 月～11 月迄の間の回数で切っていく。市は市内の事業所数しか見ない形で計画を立てる。
- ・ 事業計画を作る時 3 年間の分の評価し、次に生活の場でどうするのか、次に国の内容を少し盛り込むというプロセス。
- ・ 通所リハや訪問リハ事業所は、市町村が作りたくても、医師会・医療機関に作ってくださいとは言えない。医療機関が、デイケアで実施している所を、デイサービスに移行した経緯があり、地域資源が足りなくても目指す所が無い。
- ・ 介護保険が始まって総合事業的な内容を、市は準支援という形で特定の方で独自で実施。
- ・ 介護保険を要支援レベルであっても、介護保険に入らないように努力する考えから始まっており、必要に応じて介護保険の認定をする考え方をしている。
- ・ 資源が無いので、介護保険を受ける前に短期集中の通所型サービス C でリハを組み合わせている。介護保険ではなく、ある事業を使える事業は全部使い適切に自立していく組み立てをしている。

3) リハビリテーションサービスへの支援状況

- ・ 2つの町が同じ医師会管内で、1市2町と市で賄っている。市内事業所数だと厳しく、病院でデイケアもデイサービスも持ち、回復期・包括ケア病棟も持っている病院が1か所あり、そこが併設しているリハ事業所1か所で賄っている。
- ・ 地域ケア会議に出る人は5人でローテーションを組んでいる。
- ・ 研修や要望を市町村が支援すると言っても、コミュニケーションが中々出来ない。
- ・ 事業所の手上げ方式だが、施設を作りたいとしても入所施設系しか来ない。通所の小規模多機能も、手上げの事業所がない。看護・小規模・多機能のクリニックは赤字になって1か所閉所した。24時間の巡回も手上げが来ない、小規模多機能も来ない、医療機関のデイケアをデイサービスに変えた事実がある。

4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識

- ・ 訪問リハとデイケアは医療機関がバックに無いと作れず、しないという結論となっている所に、どう整備をしたらいいのか。
- ・ デイケアは看護職とリハ職と介護職が要る。人が足りなく雇用ができない状況。
- ・ 隣の市の病院から帰ってきた時に、訪問リハが無いため、住宅型有料老人ホームにそのまま入っている。
- ・ 訪問リハを入れたいが、デイサービスや訪問介護だけで終わるプランになり、齟齬が難しい。家に帰れなかった人をどうするかという問題が多く、そのため住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅が凄く多い。

5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて

- ・ 訪問リハ、通所リハが無い前提であり、必要な市町村は、指標があっても提供できないとなる。医療機関が無い町地域は、指標を立てられてもその先を作り込む事はできない。ただ働きかけたくても出来ない状況がある。

⑥ J市（書面回答）

1) 地域の概要 なし

2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え

- ・ 指標のイメージは厚労省の在宅医療計画を参考。
- ・ 事業は介護保険の地域支援事業として実施しているため、県の基金や補助金等の活用は想定していない。
- ・ 次期に向けて通所リハ、訪問リハの整備目標や基本方針は無い。
- ・ 地域リハ活動支援事業は、市内の医療機関や老人保健施設に所属する理学療法士を地域に派遣する仕組みの構築はできたが、地域のニーズの有無の把握や掘り起こしをいかに進めていくかが課題。

- ・ 住民のニーズの汲み上げや、住民にニーズ自体を認識して貰う事が課題。
- 3) リハビリテーションサービスへの支援状況
- ・ 県の基金や補助金などでリハビリ事業を実施している事業は特段無い。
 - ・ 【すこやか運動教室】NPOや民間企業に指導を業務委託。講師は健康運動指導士。10年以上前からの事業で、参加者は比較的元気で活動的な高齢者が多い。1会場10人から30人程度。地域運動支援員というボランティアを養成しており、教室のアシスタントやボランティアのみによる活動も行っている。
 - ・ 【地域リハビリ専門職の派遣】介護予防の取組を機能強化、地域ケア会議や住民主体の通いの場などへリハ専門職の派遣を行い、栄養士の派遣を新たに開始

地域リハビリテーション活動支援事業			ますます元気教室		
派遣回数	計画 250回	実績 304回	参加人数	計画 3500人	実績 3,133人
いきいきサポーター推進事業			健口教室		
参加人数	計画 270人	実績 607人	参加人数	計画 480人	実績 343人
すこやか運動教室					
参加人数	計画 3010人	実績 2212人			

- 4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識
- ・ 需要の調査は行っていないが、サービス供給が不足しているとの認識はない。
 - ・ 一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業。住民対象のサロンや通いの場への派遣は少しずつ定着してきたが、介護職員等向けの勉強会への派遣に関しては必要性等が浸透していない。訪問リハや通所リハについては現時点で実施に至っていない。栄養士の派遣のニーズが想定を下回っている状況
- 5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて
- ・ 第8期介護保険事業計画に項目自体を追加する事に関して、年度内に示して頂かないと検討スケジュールとしては不可能。指標や数値の利活用としても、第1四半期の内に取り纏められなければ見送りになり、活用方法についても思い当たらない。

⑦ K市（書面回答）

- 1) 地域の概要 なし
- 2) リハビリテーションサービスおよび介護保険事業計画に関するお考え
- ・ 第7期計画では、通いの場へのリハ専門職の派遣回数を100回とし、実施状況は、H30年度29回、R1年度25回（見込）派遣回数が低調であるため、派遣方法の見直しと併せて、本事業の普及啓発を行っていく必要がある。
- 3) リハビリテーションサービスへの支援状況
- ・ 基本方針として、引き続き介護予防の機能強化（自立支援に資する取組）により、自立し

た地域生活を送れるよう支援できる体制を整える予定。

4) リハビリテーションサービス充実に向けた課題と現状認識

- ・ 訪問リハ・通所リハは医療みなし指定や、老健併設の事業所が多い。
 - ・ 介護予防の機能強化（自立支援に資する取組）の側面から活動支援は行っているが、現状として需要と供給の体制に課題があるとは認識していない。
 - ・ リハ専門職の派遣については、派遣回数が低調であることもあり、地域リハを推進する役割を担う機関に委託をする事で本事業の普及啓発を強化し、派遣回数の増加に努めていく。
 - ・ 短期リハビリ型通所サービスは、事業の効果やニーズ、他の通所サービスとの関係性を考慮しながら、必要性又は類似する他の事業への移行を含めた見直しを検討。
- 5) 介護保険事業計画にリハビリテーション指標を作成（利活用）することについて
- ・ 特に意見なし。

2 有識者検討委員会

「要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発事業」の検討にあたっては、有識者の先生方の知見をいただきながら3回に渡って検討を進めました。この場をお借りして御礼申し上げます。

(1) 検討委員会の日時と議事次第

回目	日時	議事次第
第一回検討委員会	令和元年12月6日(金)	<ol style="list-style-type: none">1. リハビリテーションの目指すべき姿の検討について、今後の検討スケジュールについて2. 本研究事業の概要について3. 調査票(案)について
第二回検討委員会	令和2年2月12日(水)	<ol style="list-style-type: none">1. 介護保険事業計画におけるリハビリテーションサービス提供体制の構築2. 報告書案について
第三回検討委員会	令和2年3月25日(水)	<ol style="list-style-type: none">1. 自治体ヒアリング結果のまとめ2. アンケート調査結果の速報3. 報告書(案)とリハビリテーション指標(案)について4. 今後のスケジュールと進め方について

(2) 有識者検討委員 (◎は委員長)

※敬称略 五十音順

江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
折茂 賢一郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
◎川越 雅弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
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
黒羽 真美	一般社団法人日本言語聴覚士協会 理事
近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
後藤 裕子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部長
田中 志子	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 常任理事
田辺 秀樹	一般社団法人日本臨床整形外科学会 顧問
次橋 幸男	公益財団法人 天理よろづ相談所病院 医員
中畑 万里子	福岡県行橋市介護保険課 課長補佐
松井 一人	公益社団法人日本理学療法士協会 理事
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
村井 千賀	一般社団法人日本作業療法士協会 常任理事
山田 剛	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

要介護者等に対する
リハビリテーション提供体制の指標開発事業
報告書

令和2（2020）年3月発行

発行 株式会社三菱総合研究所

ヘルスケア・ウェルネス事業本部

〒100-8141東京都千代田区永田町2-10-3

TEL 03（6858）0503 FAX03（5157）2143

不許複製