

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会

かかりつけ医と リハビリテーションの連携

東京慈恵会医科大学
リハビリテーション医学講座 講師

木 下 翔 司

はじめに

講義の内容

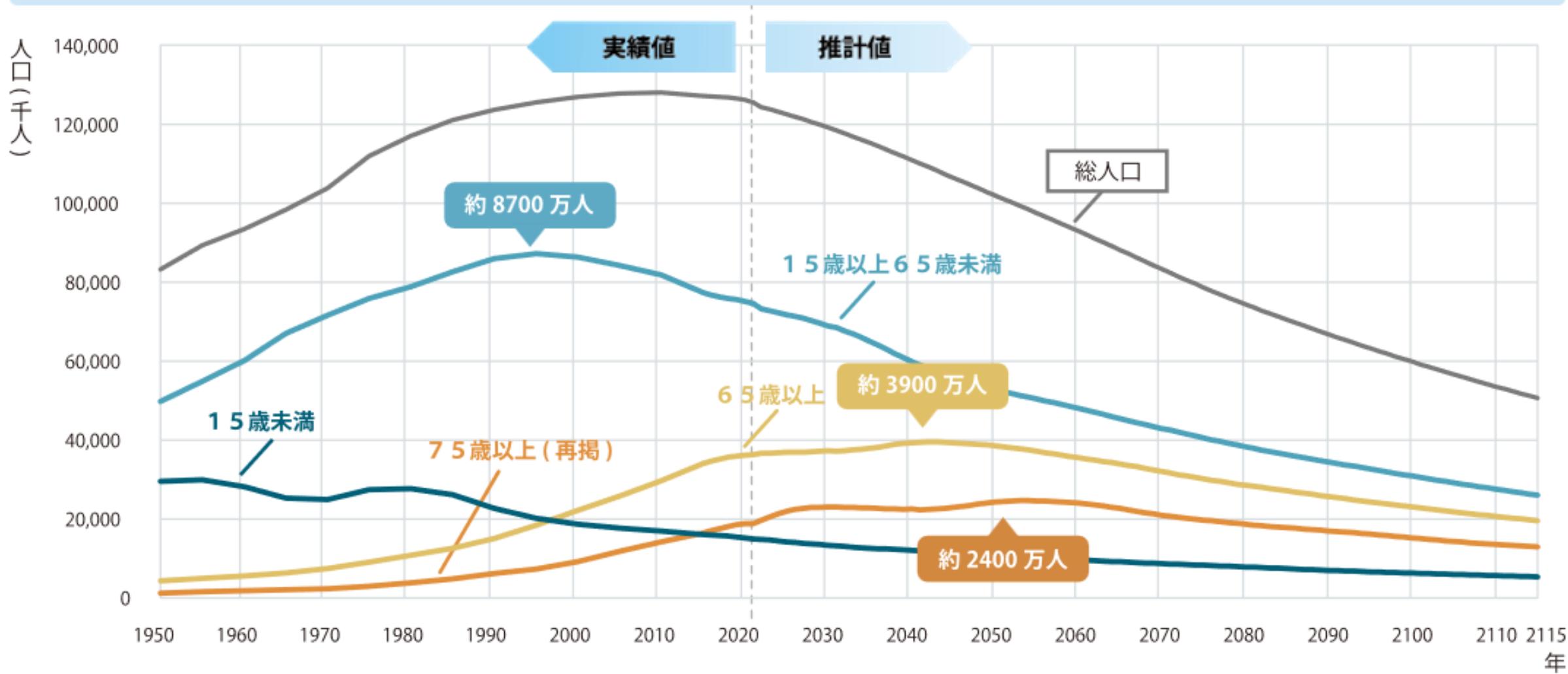
- (1) リハビリテーション医療の概要
(急性期、回復期、生活期の機能と役割分担を中心に)
- (2) リハビリテーション医療の実践内容と、リハビリテーションとかかりつけ医の連携（訪問リハビリテーションを例として）
- (3) リハビリテーション医療の今後の展望

- 【目次】
- ① リハビリテーション医療総論
 - ② リハビリテーションとかかりつけ医の連携　－事例提示－
 - ③ リハビリテーション医療の今後の展望

① リハビリテーション医療総論

2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。

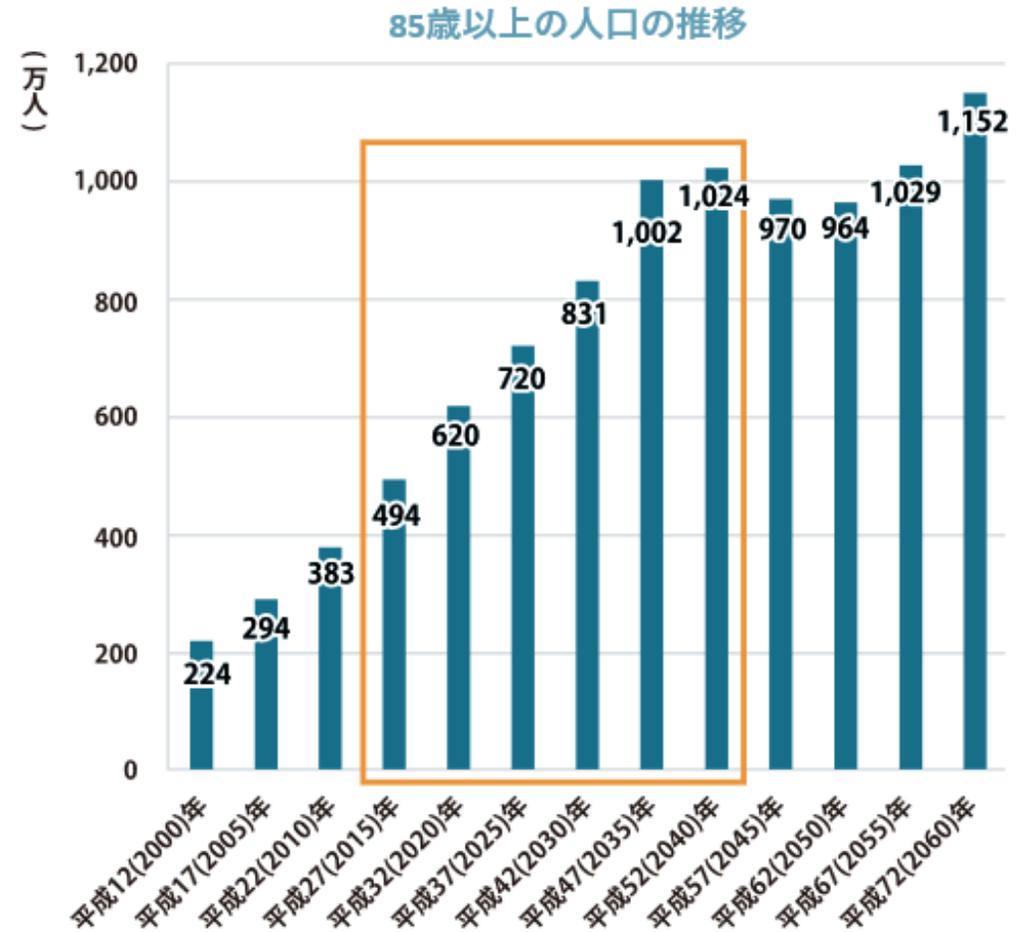
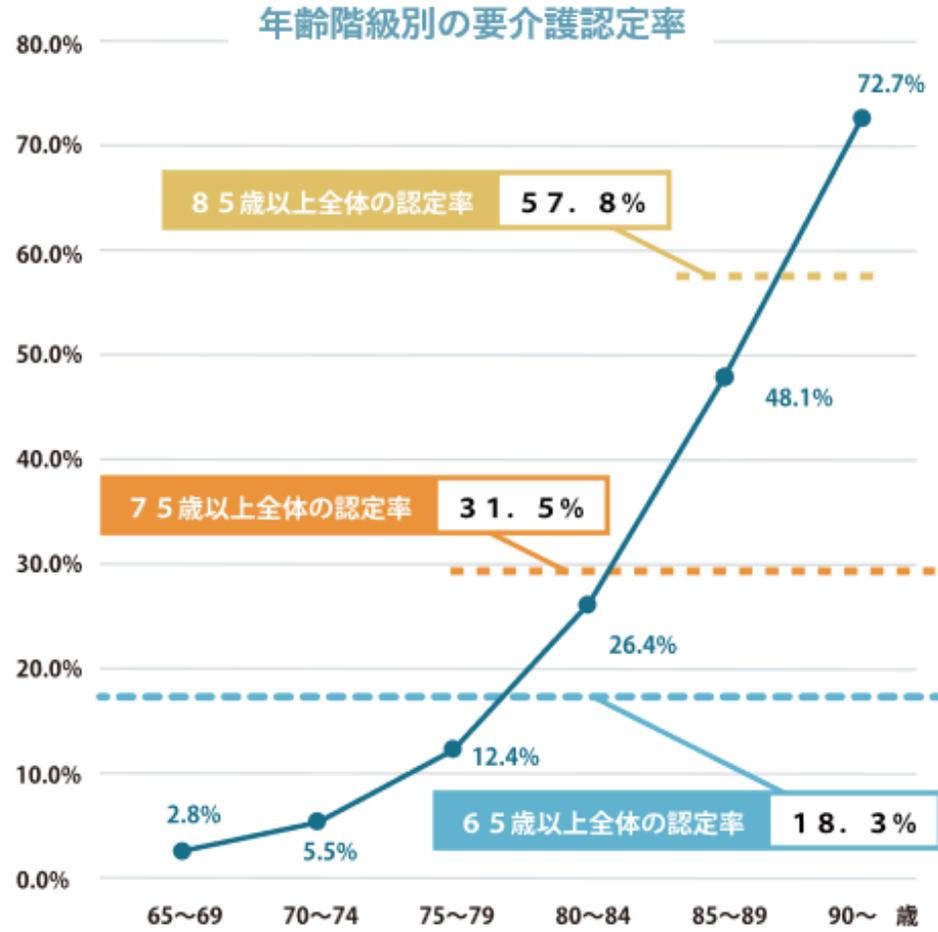


出典

2021年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）
2022年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。



出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

障害者の高齢化について

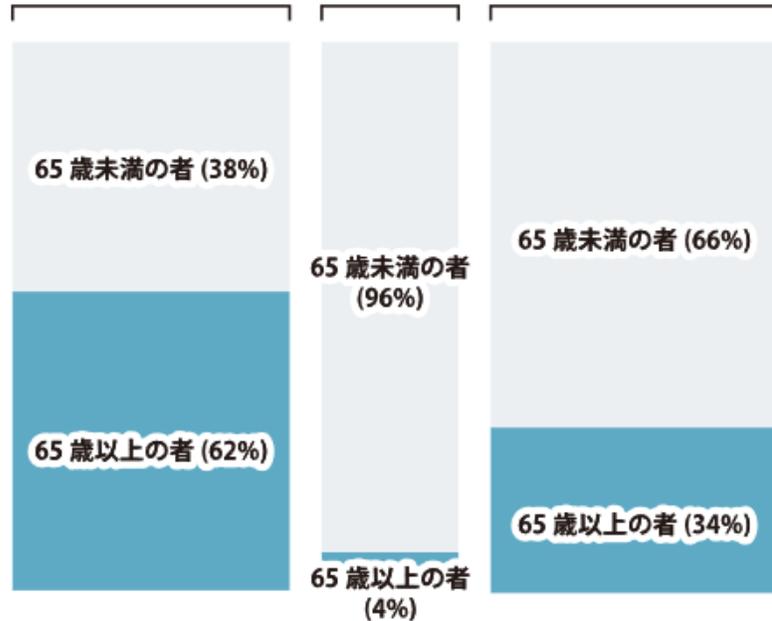
○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

65歳以上の障害者の割合	46% → 52%	
うち身体障害者の割合	62% → 74%	(平成18年 → 平成28年 (在宅) 30年 (施設))
うち知的障害者の割合	4% → 16%	(平成17年 → 平成28年 (在宅) 30年 (施設))
うち精神障害者の割合	34% → 36%	(平成20年 → 令和2年)

平成20年度

障害者総数 744.2万人 (人口の約5.8%)
うち65歳未満 54%
うち65歳以上 46%

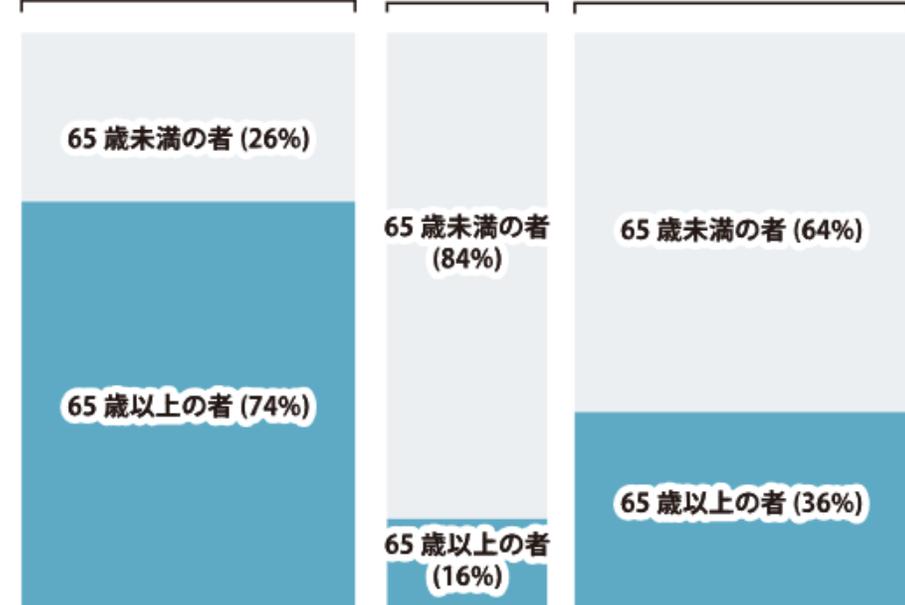
身体障害者(児) 366.3万人
知的障害者(児) 54.7万人
精神障害者 323.3万人



令和2年度

障害者総数 1160.2万人 (人口の約9.2%)
うち65歳未満 51%
うち65歳以上 49%

身体障害者(児) 419.3万人
知的障害者(児) 94.3万人
精神障害者 614.5万人



出典

※身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。
※難病患者等のうち、身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)のいずれにも該当しない者の数は含まない。(右図同様)
※社会保障審議会(障害者部会)第68回(2015年7月24日)「高齢の障害者に対する支援の在り方について」資料より抜粋

在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児):厚生労働省「生活のしづかさなどに関する調査」(平成28年)、施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児):厚生労働省「社会福祉施設等調査」(平成30年)等、在宅精神障害者及び入院精神障害者:厚生労働省「患者調査」(令和2年)より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成
※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は、障害者手帳所持者数の推計。障害者手帳非所持で、自立支援給付等(精神通院医療を除く。)を受けている者は19.4万人と推計されるが、障害種別が不明のため、上記には含まれていない。※在宅身体障害者(児)及び在宅知的障害者(児)は鳥取県倉吉市を除いた数値である。※施設入所身体障害者(児)及び施設入所知的障害者(児)には高齢者施設に入所している者は含まれていない。
※年齢別の身体障害者(児)及び知的障害者(児)数は在宅者数(年齢不詳を除く)での算出し、精神障害者数は在宅及び施設入所者数(いずれも年齢不詳を除く)で算出。※複数の障害種別に該当する者の重複があることから、障害者の総数は粗い推計である。
※令和2年から患者調査の総患者数の推計方法を変更している。具体的には、再来外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している(平成29年までは31日以上を除外していたが、令和2年からは99日以上を除外して算出)。

介護が必要となった主な原因

- 介護が必要となった主な要因は、認知症、脳血管疾患（脳卒中）、高齢による衰弱、骨折・転倒、関節疾患の順に多い。
- 特に、要支援や要介護1、2の原因をみると、高齢による衰弱や骨折・転倒等が多く、フレイル対策が重要。

要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合

(単位:%)

	総数	要支援者	要支援1	要支援2	要介護者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
認知症	18.0	4.6	5.6	3.8	24.8	24.8	22.8	30.3	25.4	20.4
脳血管疾患（脳卒中）	16.6	13.1	11.5	14.6	18.4	11.9	17.9	19.8	23.1	30.8
高齢による衰弱	13.3	16.2	18.4	14.2	12.1	13.6	13.3	12.8	9.1	6.7
骨折・転倒	12.1	15.2	11.4	18.4	10.8	11.5	10.9	8.9	12.0	10.2
関節疾患	10.2	17.2	20.0	14.7	7.0	10.7	7.0	6.4	4.0	1.1
心疾患（心臓病）	4.6	6.7	5.8	7.4	3.8	4.3	4.3	3.3	4.2	0.9
パーキンソン病	3.1	2.4	1.6	3.2	3.4	2.8	3.7	3.2	4.2	3.5
糖尿病	2.7	3.3	3.0	3.6	2.4	2.6	2.5	1.9	3.7	0.9
悪性新生物（がん）	2.4	2.0	1.5	2.3	2.7	3.0	2.5	2.1	1.4	5.5
脊髄損傷	2.3	2.5	2.9	2.1	2.2	2.0	1.3	2.5	2.3	4.4
呼吸器疾患	2.2	2.1	3.0	1.3	2.3	2.9	2.6	1.0	1.9	2.3
視覚・聴覚障害	1.3	1.8	1.7	2.0	1.0	1.1	1.2	1.3	0.9	-
その他	8.2	9.2	9.1	9.3	7.7	7.3	8.2	5.4	7.0	12.3
わからない	1.1	1.4	1.1	1.6	0.8	1.1	0.6	0.9	0.2	0.9
不詳	2.0	2.3	3.3	1.4	0.7	0.6	1.2	0.3	0.6	0.2

注：1）「総数」には、要介護度不詳を含む。
2）熊本県を除いたものである。

上位3位

（平成28年国民生活基礎調査）

介護が必要になる主な原因

1. 生活習慣病に関係するもの

脳卒中（脳梗塞、脳出血） 16.6%

心疾患（心不全） 4.6%

2. 加齢に伴うもの = 筋力・筋肉量・体力の衰え

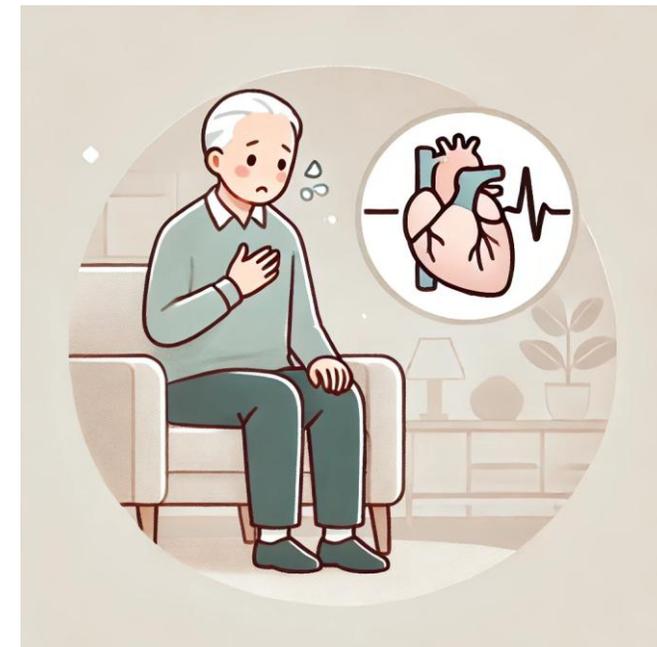
フレイル、ロコモティブシンドローム 13.3%

転倒・骨折（大腿骨頸部骨折、椎体骨折） 12.1%

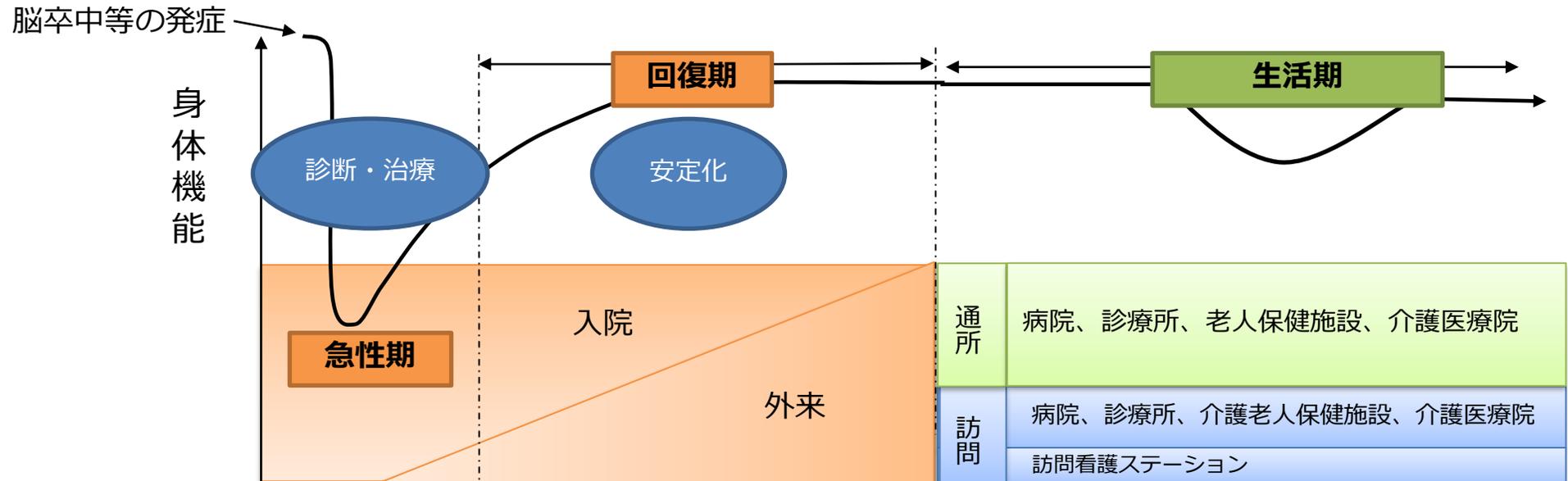
関節疾患 10.2%

3. 認知症 18.0%

4. がん 2.4%



リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老健局老人保健課において作成

ICU（集中治療室）からの早期離床・合併症予防



COVID-19感染症患者に対するリハビリテーション医療の必要性

- 2020年4月にPAHOが「COVID-19感染症患者には感染予防を徹底した上で、積極的なリハビリテーション治療が必要である。患者の活動性を低下させず、治療効果を最大限に引き出し、病床の有効利用と社会的資源の活用に繋がる」と提唱。
- 同年5月に、日本リハビリテーション医学会理事長声明：「急性期の集中治療室（ICU）での肺炎患者から回復期の身体・精神機能低下に対するリハビリテーション治療までリハビリテーション医療は不可欠です（中略）」と提言した。
- 2022年2月に、日本リハビリテーション医学会は感染対策指針（COVID-19含む）を発表し、更なる安全なリハビリテーション治療の導入を勧めた。
- 2022年4月に、「心身機能が低下しやすいご高齢の方やお体の不自由な方に、機能維持を目的としたリハビリテーション医療が必要に応じて十分に提供されることが重要。隔離期間中であっても、発症早期から機能維持を目標とした適切なリハビリテーション治療を可能な限り実施するよう、各医療機関での積極的な取り組みをお願いします。（中略）」と声明をだした。

中等症・軽症コロナ病棟のリハビリテーション治療実績

和歌山県立医科大学リハビリテーション科では、全ての患者をリハビリテーション科医が診察し、必要と判断した場合にリハビリテーション治療を処方している。コロナ患者には、感染対策の教育を十分に行った療法士を担当とし、リハビリテーション科医師の指示に基づく、可及的長時間高負荷の運動療法中心を実施している。

●入院者の年齢構成

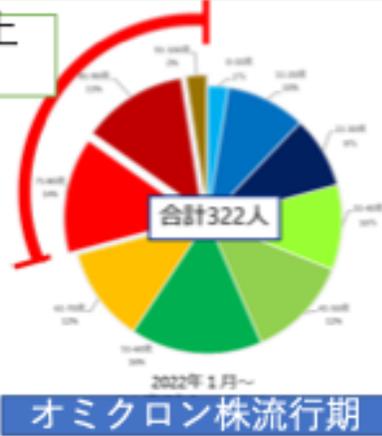
- ・オミクロン株流行期ではデルタ株流行期までと比較して高齢者の入院割合が多かった
- ・70歳以上の入院割合

8.5% ⇒ 29.2%

70歳以上
8.5%



70歳以上
29.2%



●オミクロン株流行期におけるリハビリテーション診療の現状

	入院患者 322人	リハビリ実施患者 226人
70歳未満	228人	138人 (60.5%)
70歳以上	94人	88人 (93.6%)

70歳以上での実施患者（88人）の転帰

- ・ 死亡なし。
- ・ 自宅・施設退院は79人 (89.8%)
- ・ 転院は9名 (10.2%)
 - ✓ 運動機能低下を理由とした転院は0人
 - ✓ 施設の体制により受入困難1人
 - ✓ 基礎疾患の治療や全身管理（点滴・呼吸管理等）8人

●院内感染は発生しなかった

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

(新) 急性期リハビリテーション加算

50点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点 (30日目まで)

[急性期リハビリテーション加算の対象患者] ※入院中の患者に限る。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

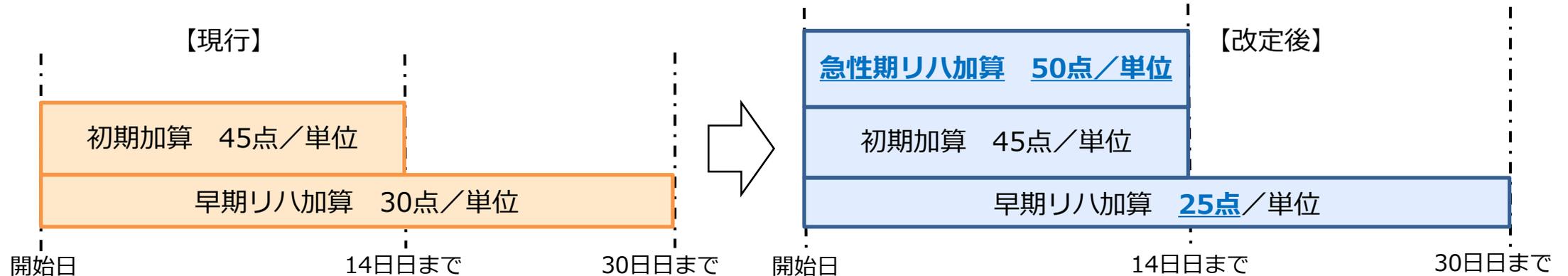
イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

- ① 動脈圧測定(動脈ライン) ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)

エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

[急性期リハビリテーション加算の施設基準] 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。



早期からの歩行訓練



起居動作と歩行自立

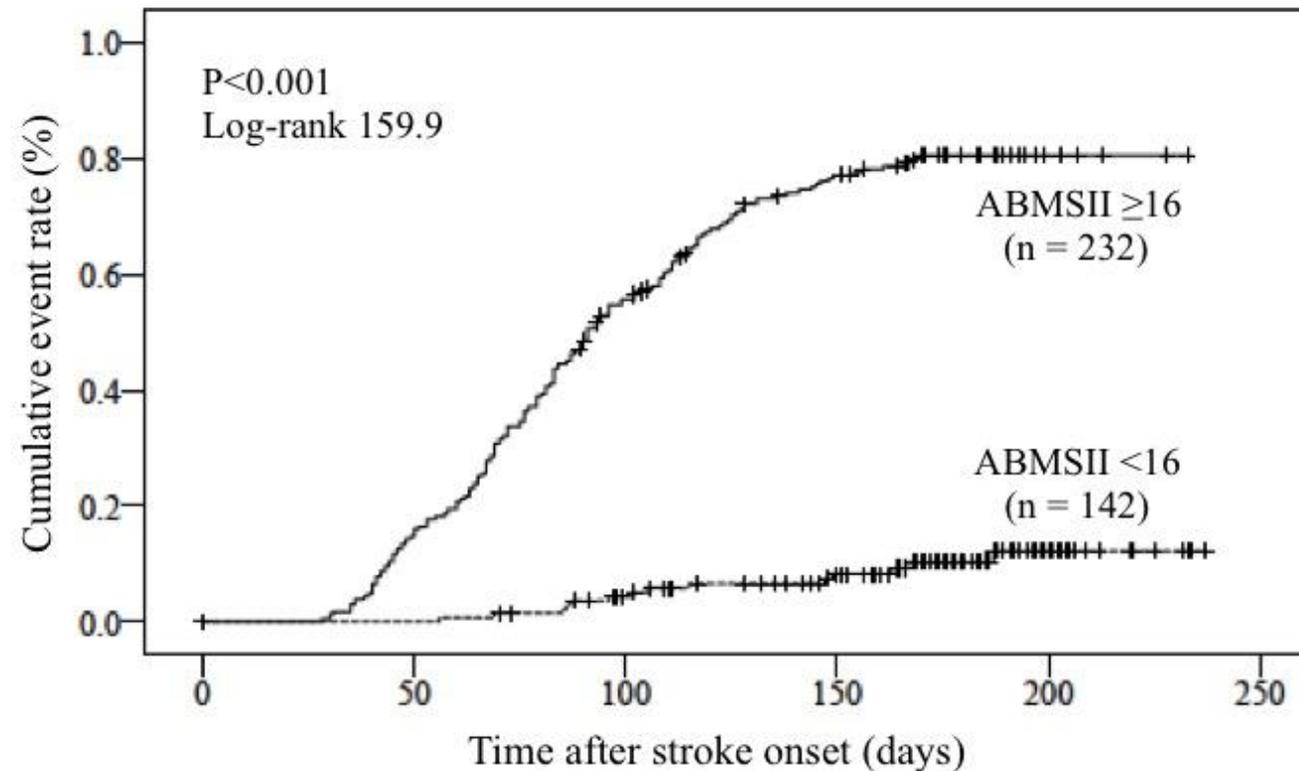


起居動作の早期確立を目指す
(起きる、座る、立つ)

起居動作と歩行自立

脳卒中患者**374**例の解析

ABMSII ≥ 16 点：一つの起居動作が見守りで可能

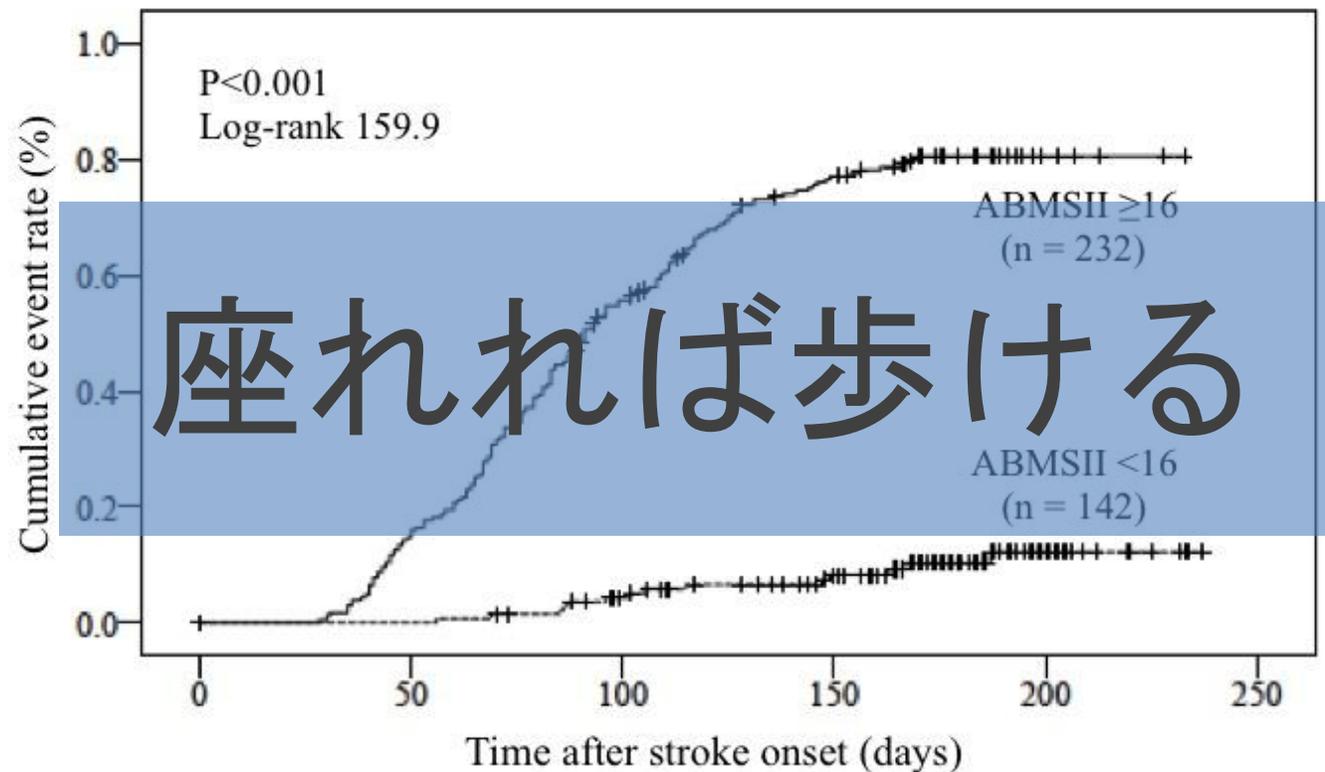


Kinoshita et al., J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26:1663-69.

起居動作と歩行自立

脳卒中患者**374**例の解析

ABMSII ≥ 16点：一つの起居動作が見守りで可能



Kinoshita et al., J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26:1663-69.

介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけ

介護保険法における関連の規定

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、**機能訓練**並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

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

リハビリテーションの理念

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、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ある。

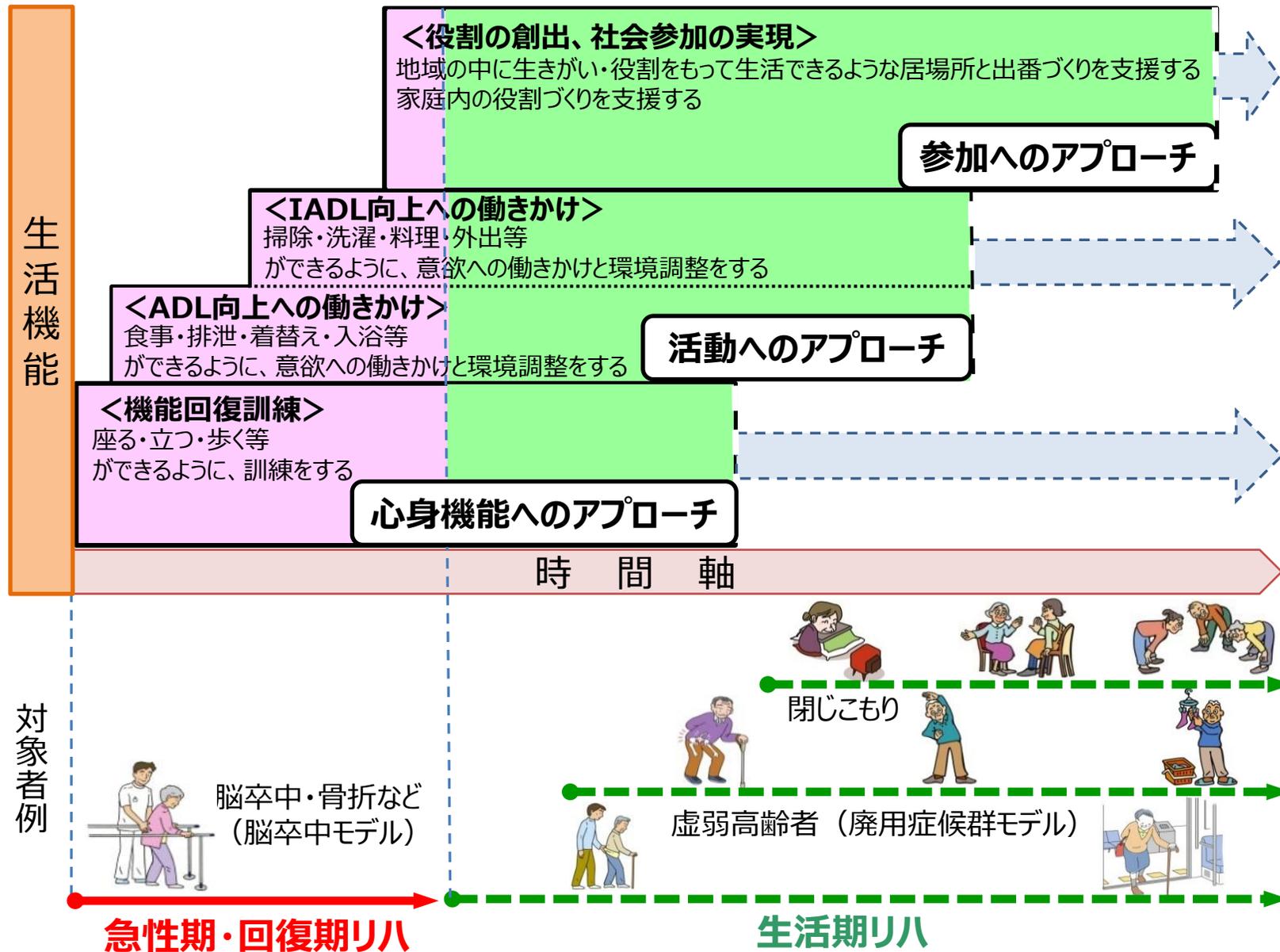
高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

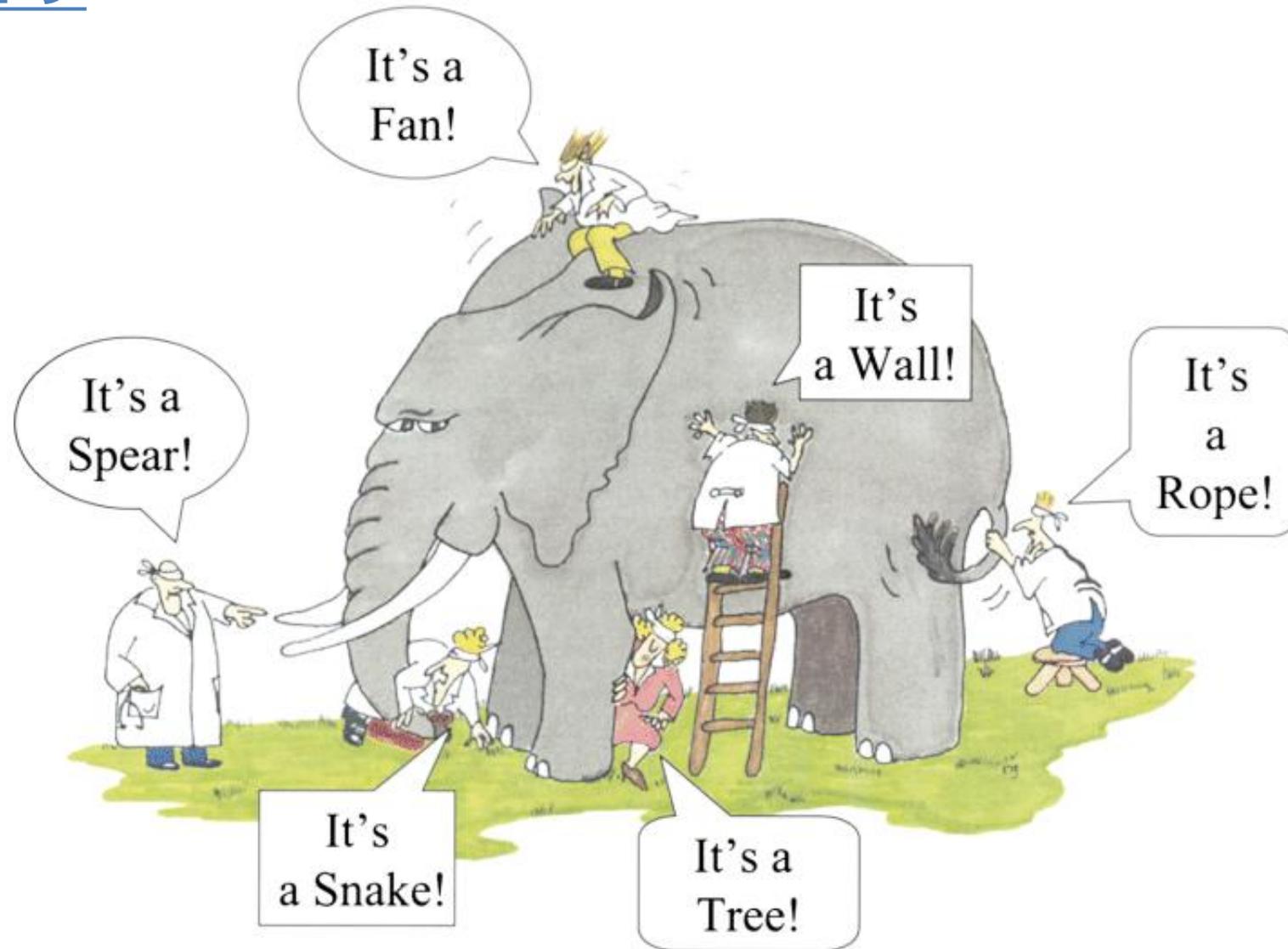
高齢者リハビリテーションのイメージ



訪問リハビリテーション



群盲象を評す



<https://balajiviswanathan.quora.com/Lessons-from-the-Blind-men-and-the-elephant>

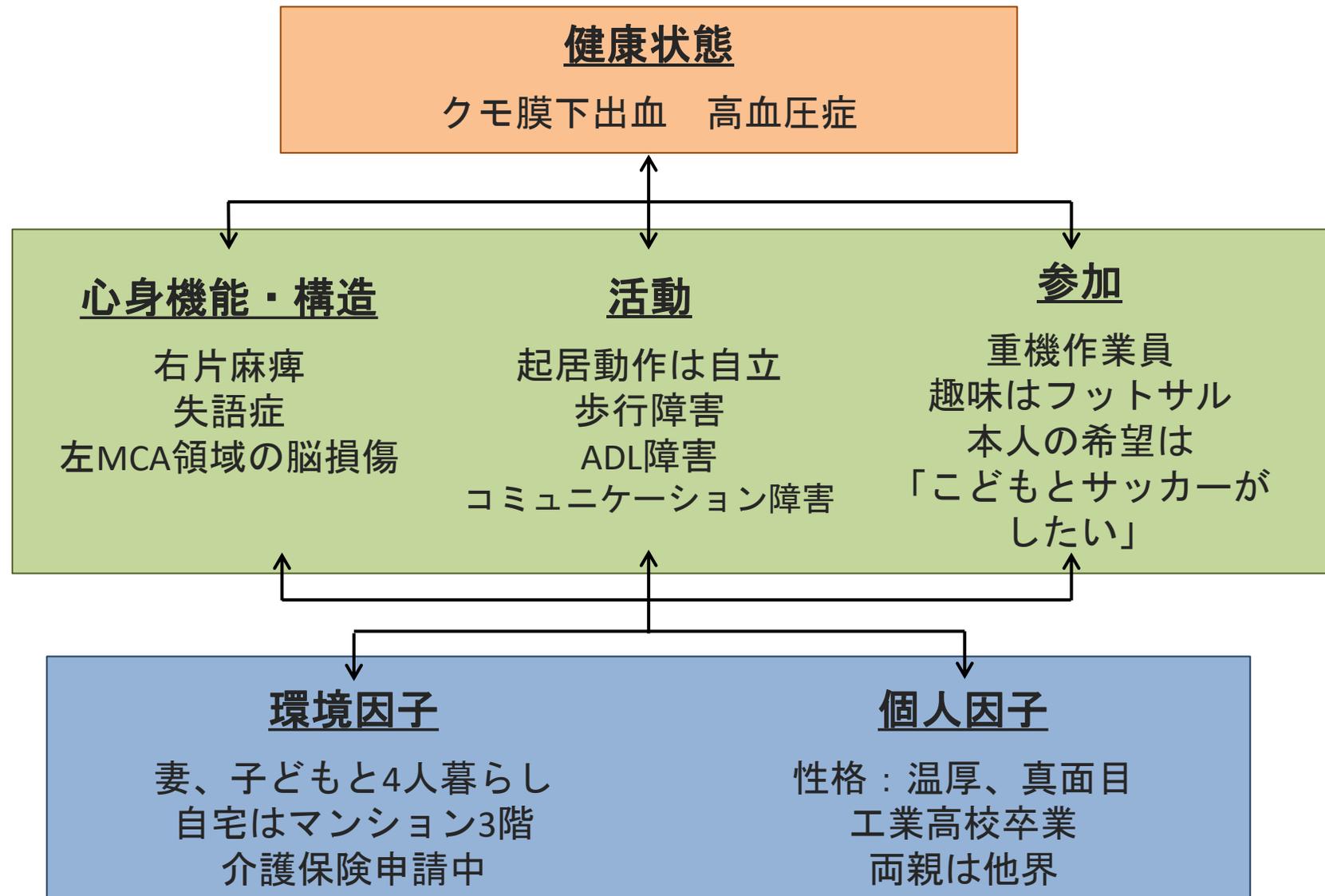
群盲象を評す

全体像を捉える
共通言語が必要



<https://balajiviswanathan.quora.com/Lessons-from-the-Blind-men-and-the-elephant>

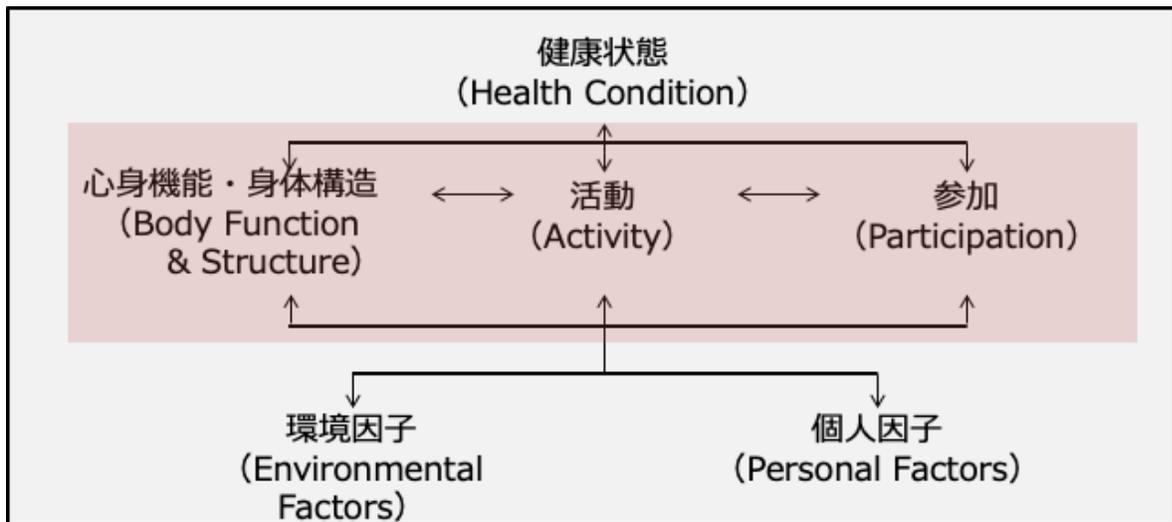
ICF（国際生活機能分類）を活用した全体像



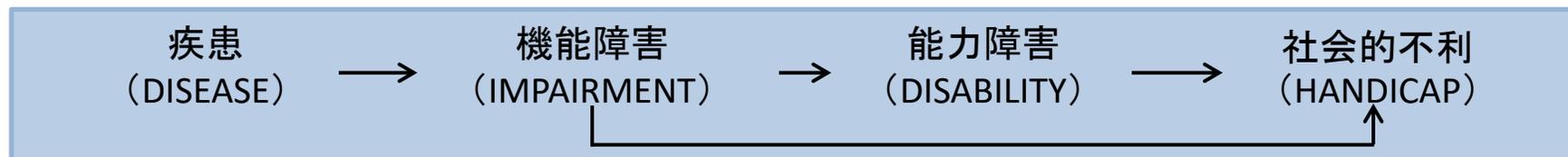
◆「活動」へのアプローチに特化した医療・医学

疾患（例：脳卒中）への治療のみならず、
機能障害（麻痺、失語、嚥下障害等）への理解と治療を通じ、
活動（ADL、IADL等）を改善させる。

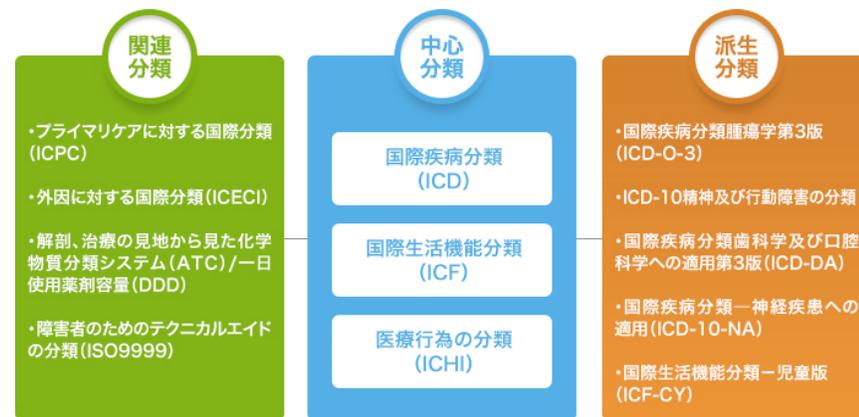
国際生活機能分類 (ICF)



参考：国際障害分類 (ICIDH) の障害構造



世界保健機関国際分類ファミリー
World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)



(出展：WHO ウェブサイトより。国際分類情報管理室で翻訳)

※ICFの特徴

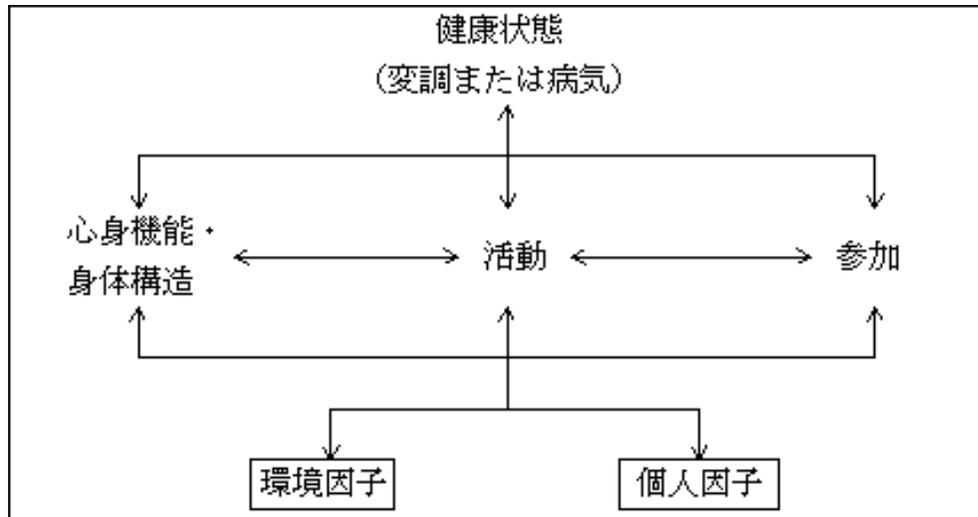
構成要素間の相互作用を示す

1. 関係は双方向的
2. **促進** / **制約** 双方の作用を示す
3. 対象範囲は普遍的

ICFに基づく定期的評価は患者機能予後を改善する



多職種カンファレンスにおける2週毎の議論



リハビリ処方内容の変更
ゴール設定の見直し

計画の実践

PDCA
サイクル

PT、OT、ST、
内服調整、心理的支援、
自主トレ、食事変更、
社会支援など

ICF rehabilitation setの再評価
(含む機能・活動レベル)

機能：MMSE, FMA, TUGなど身体認知機能
活動：FIMを中心に

Kinoshita S, et al. Int J Rehabil Res. 2020 Sep;43(3):255-260.

リハビリテーション医療の診断・治療・支援

1 リハビリテーション診断

活動の現状と問題点の把握、活動の予後予測が目的

- 問診
- 身体所見の診察
- 各種心身機能の評価・検査
- ADL・QOLの評価
FIM（機能的自立度評価法）、Barthel 指数など
- 栄養評価・画像検査
単純 X 線、エコー、CT、MRI など
- 血液・生化学検査
- 電気生理学検査
筋電図、神経伝導検査、脳波、体性感覚誘発電位（SEP）、心電図など
- 生理学検査
呼吸機能検査、心肺機能検査など
- 摂食嚥下機能の検査
反復唾液嚥下テスト、水飲みテスト、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など
- 排尿機能検査
- 病理学検査
神経・筋生検など



2 リハビリテーション治療

活動の最良化が目的

- 理学療法
運動療法、物理療法
- 作業療法
- 言語聴覚療法
- 摂食機能療法
- 義肢装具療法
- 認知療法・心理療法
- 電気刺激療法
- 磁気刺激療法
rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) など
- ブロック療法 ●薬物療法（漢方薬を含む）
疼痛、痙縮、排尿・排便、精神・神経、循環・代謝、異所性骨化など
- 生活指導
- 排尿・排便管理
- 栄養療法
- 手術療法
- 新しい治療
ロボット、BMI (Brain Machine Interface)、再生医療、ICT (Information and Communication Technology) や AI (Artificial Intelligence) の活用など



3 リハビリテーション支援

活動の社会的支援が目的

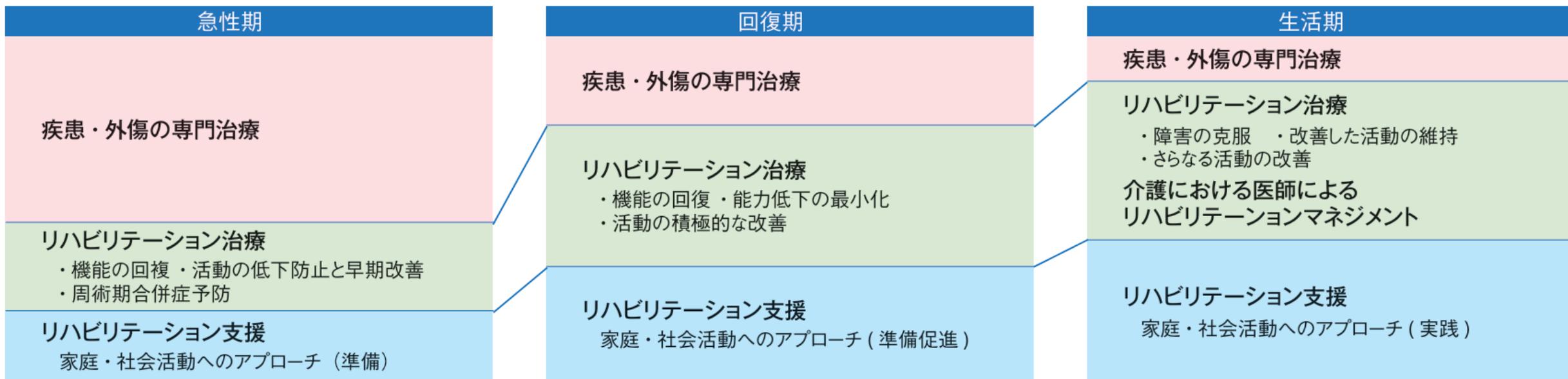
- 家屋評価・住宅改修
- 福祉用具
- 支援施設
(介護老人保健施設:老健、介護老人福祉施設:特養)
- 経済的支援
- 就学・復学支援
- 就労・復職支援（職業リハビリテーション）
- 自動車運転の再開支援
- 法的支援
介護保険法、障害者総合支援法、身体障害者福祉法、児童福祉法など
- パラスポーツの支援



日本リハビリテーション医学会パンフレット (https://www.jarm.or.jp/document/panflet_igaku.pdf) より

急性期・回復期・生活期のリハビリテーション医療

3つのフェーズにおける疾患・外傷の専門治療、リハビリテーション治療、リハビリテーション支援、および生活期の介護における医師によるリハビリテーションマネジメントの位置付けとその比重を示しました。



日本リハビリテーション医学会パンフレット (https://www.jarm.or.jp/document/panflet_igaku.pdf) より

② リハビリテーションと
かかりつけ医の連携
－事例提示－

事例紹介①【退院前後での連携】

- 事例：60歳代 女性 要介護3
- 家族：夫と2人暮らし
- 疾患名：アテローム血栓性脳梗塞
- 障害名：左片麻痺、高次脳機能障害
- ADL：入浴以外自立、4点杖歩行自立
- 経過：発症から170日後、
回復期リハビリテーション病棟からの退院後より
訪問リハビリテーション開始
- 主訴：「家で生活出来るか心配」

回復期リハビリテーション病棟の退院前からの連携



**早期から
医療と介護が
連携する**

家屋調査



訪問リハ
導入検討



外出訓練

訪問リハの
作業療法士が同行

退院前カンファレンス

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
看護師、医療ソーシャルワーカーと情報交換





体調管理

- ・内服管理指導・生活リズム

ADL動作

- ・室内4点杖移動・入浴動作・つたい移動・屋外長距離移動

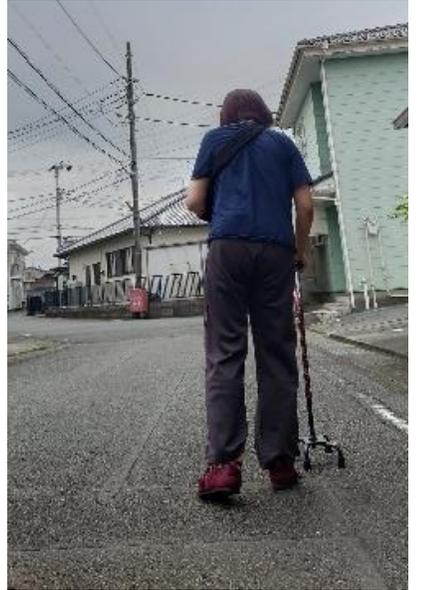
家事動作

- ・調理,片付け動作・洗濯動作

復職

- ・PC操作・電話対応
- ・運転評価

目標達成

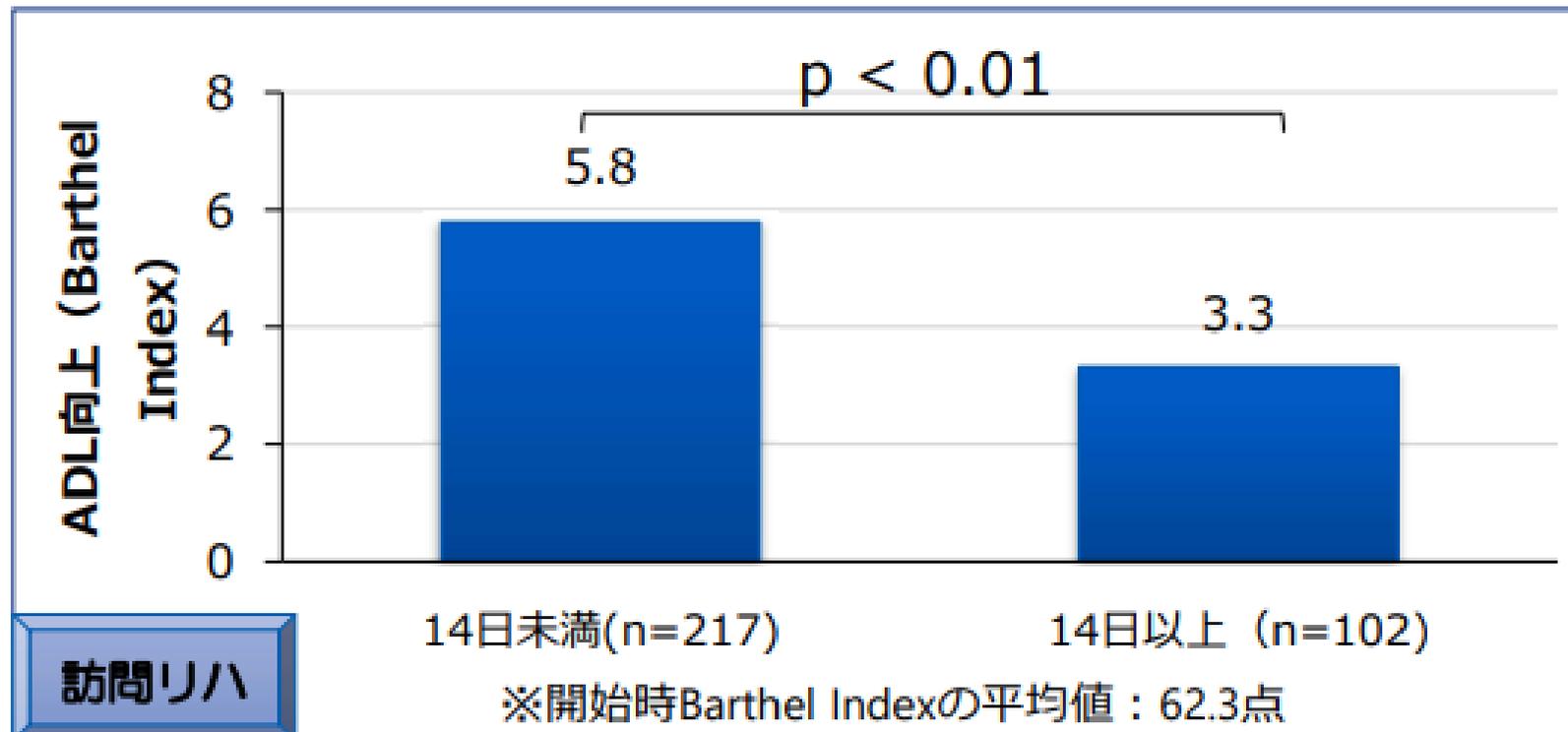


なぜ訪問リハビリテーションが求められるのか？

- ・ 超高齢社会
- ・ 入院期間の短縮化



■ 退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



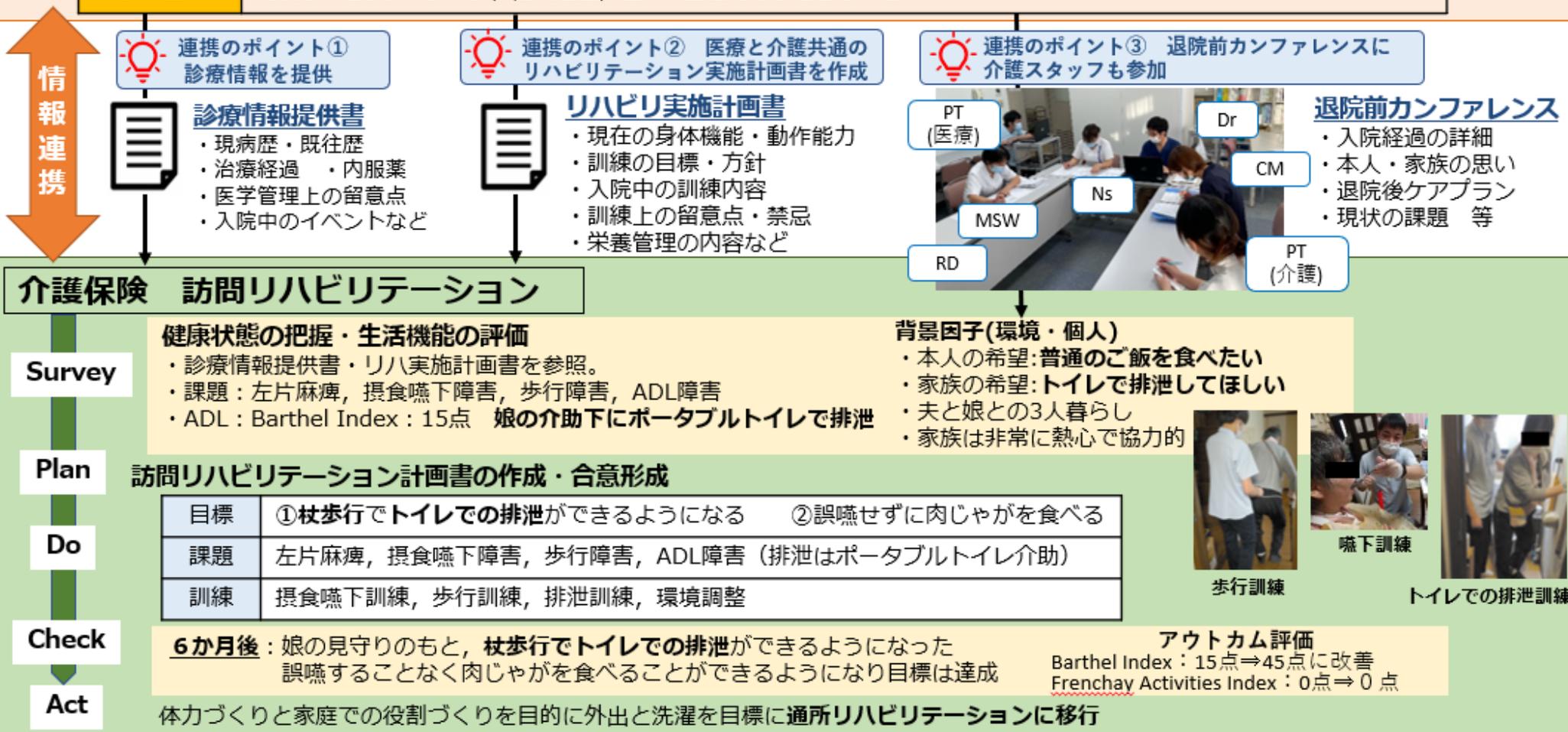
病院内の生活 ≠ 自宅の生活

退院直後の訪問リハビリテーションは生活能力を向上させる

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．



診療報酬・介護報酬におけるリハビリテーションの変遷

	平成12年	平成16年	平成18年	平成21年	平成22年	平成24年	平成26年	平成27年	平成28年	平成30年	令和2年	令和3年	令和6年
診療報酬	○回復期リハ病棟料の創設	○摂食機能療法の導入	○疾患別リハの導入 ○算定上限日数の導入		○がん患者リハ料の新設		○ADL維持向上等体制 加算の創設		○回復期リハ病棟入院料に アウトカム評価が導入 ○排尿自立指導料の創設	○早期離床リハ加算の創設	○摂食嚥下支援加算の創設 ○排尿自立支援加算の創設		○リハ栄養口腔体制加算新設 ○急性期リハ加算の新設
介護報酬	○介護保険法が施行		○短期集中リハ加算の創設 ○リハマネ加算の創設	○短時間の個別リハの評価		○通所リハで医療が必要な重度利用者の受入れを評価	○個別リハ実施加算の見直し ○生活行為向上リハ実施加算の創設	○リハマネ加算の改正	○リハマネ加算における医師 の関与の評価	○医療介護のリハ計画書の様式の共通化 ○通所リハの施設基準の要件緩和	○訪問リハの認知症 短期集中リハ加算新設	○リハ栄養口腔の取組の推進 ○退院退所直後のリハの充実 ○科学的介護の取組の推進	○医療介護の情報連携の要件化
その他	<p style="text-align: center;">(超) 急性期リハの発展 </p> <p>○平成19年 がん対策基本法の施行</p> <p style="text-align: right;">○令和元年 循環器病対策基本法の施行</p> <p style="text-align: right;">○令和6年 認知症対策基本法施行</p>												

※改定事項の
主なものを
記載

リハビリテーションに係る医療介護障害連携



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ **リハビリテーションに係る情報連携の推進**
- ・ **退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進**



診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、**介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。**
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。**

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、**入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。**
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、**医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。**

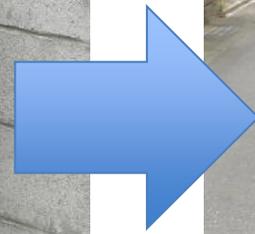
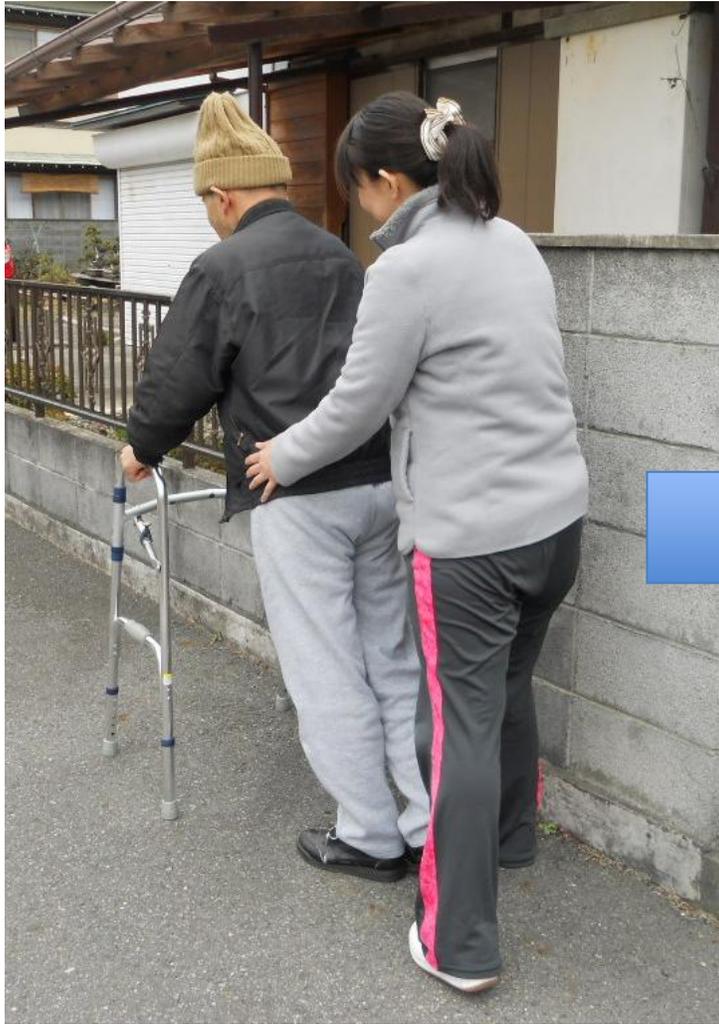
診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、**自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。**

事例紹介②【頸髄損傷】

- 事例：80歳代 男性 要介護1
- 疾患：頸髄損傷
- 障害名：四肢不全麻痺
- ADL：入浴と屋外歩行以外は自立
- 生活：妻と二人暮らし
- 経過：押し入れに布団を入れようとしてした際に頸部過伸展し、痺れと麻痺症状出現し救急搬送。保存加療が施された。回復期病院への転院は拒否されて自宅退院。

事例紹介② 【頸髄損傷】



歩行器を用いた屋外歩行訓練→屋外歩行自立

趣味の盆栽

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

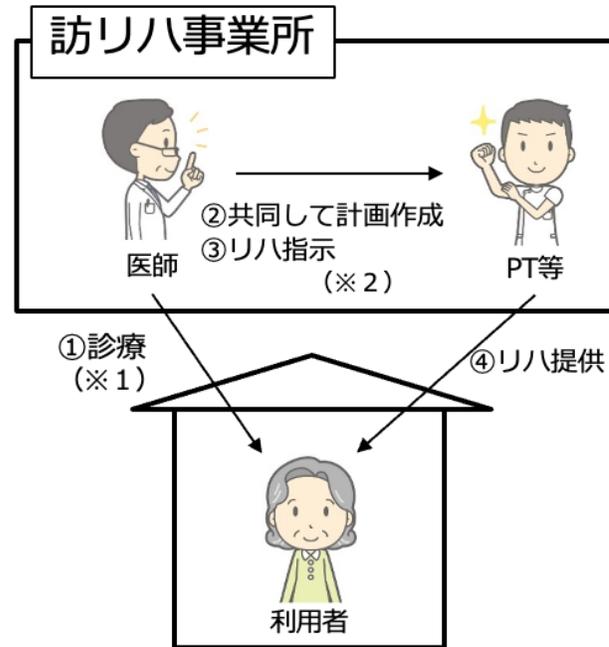
社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5. 7. 24)

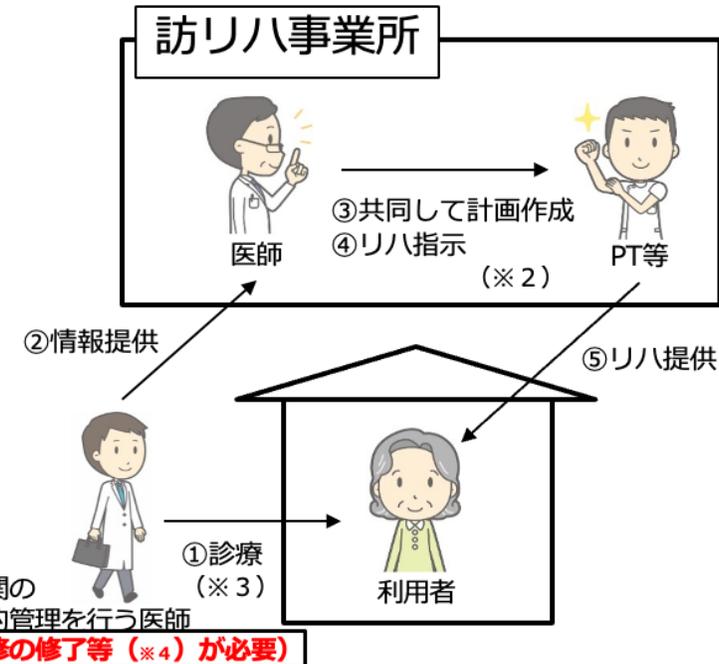
資料4

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合
307単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
257単位/回 (50単位減算)

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの(当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等)でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの(外来受診の機会を捉えて行うもの等)でも可

※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予。

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。

2. (1) ⑩ 診療未実施減算の経過措置の延長等

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成に当たって事業所医師が診療せず、「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療した場合の減算（診療未実施減算）について、以下の見直しを行う。
 - ア 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和6年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。
 - イ 適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。【告示改正、通知改正】

単位数

<現行> 診療未実施減算 50単位減算



<改定後> 変更なし

算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、以下を要件とし、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
 - (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。
 - (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。
- 上記の規定に関わらず、令和9年3月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
 - ・ 上記(1)及び(3)に適合すること。
 - ・ (2)に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

訪問看護と訪問リハビリテーション

訪問看護

【定義】

居宅要介護者について、その者の居宅において、看護師その他厚生労働省令で定める者により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助。

【人員基準】

（訪問看護ステーション）

- ・ 保健師、看護師又は准看護師（看護職員）
常勤換算で2.5以上となる員数うち1名は常勤
- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数
- ・ 管理者

専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者

（病院又は診療所）

- ・ 指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数

【設備基準】

（訪問看護ステーション）

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室
- ・ 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等

（病院又は診療所）

- ・ 事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画
- ・ 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品



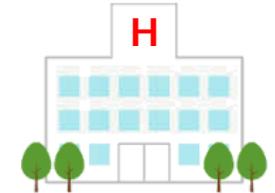
訪問リハビリテーション

【定義】

居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション。

【人員基準】

- ・ 医師
専任の常勤医師1以上
（病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。）
- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
適当数



【設備基準】

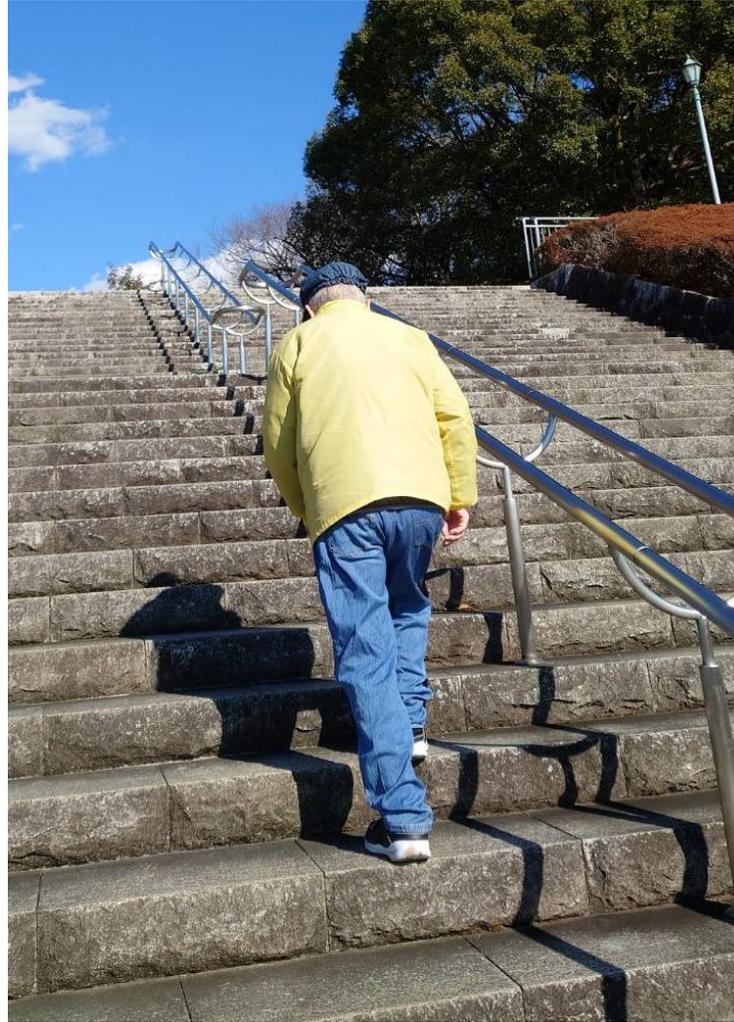
- ・ 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院
- ・ 指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等



事例紹介③【フレイル】

- 事例：80歳代 男性
- 障害名：四肢筋力低下、耐久性低下
- ADL：自立
- 生活：長女と二人暮らし
- 経過：ここ数ヶ月で体力低下。
200m先のゴミ捨て場まで3回の休憩が必要。
免許も返納し外出が億劫となっている。
地域包括支援センターからの提案で訪問リハビリテーション開始。

事例紹介③【フレイル】



5回立ち上がりテスト

初回：9.72s

最終：8.63s

片脚立位テスト

初回：右4.0秒、左3.0秒

最終：右40.5秒、左12.8秒

一人での外出・買い物が可能となった。

趣味の写真撮影も再開。

筋力増強訓練、屋外歩行訓練の指導

歩くことで寝たきりが予防できる

歩数	速歩き時間	予防できる病気・病態
2,000歩	0分	ねたきり
4,000歩	5分	うつ病
5,000歩	7.5分	要支援・要介護 認知症 心疾患 脳卒中
7,000歩	15分	がん 動脈硬化 骨粗鬆症 骨折
7,500歩	17.5分	筋減少症 体力の低下
8,000歩	20分	高血圧症 糖尿病 脂質異常症 メタボリックシンドローム（75歳以上の場合）
9,000歩	25分	高血圧（正常高値血圧） 高血糖
10,000歩	30分	メタボリックシンドローム（75歳未満の場合）
12,000歩	40分	肥満

引用：中之条研究「1年の1日平均の身体活動からわかる予防基準一覧」

メッツ (METs)

◆ 運動や身体活動強度の強さの単位

◆ 5METs以上の運動で死亡率が低下

Kokkinos P et al : Circulation 2010

◆ 「エクササイズ (Ex) 」 (=メッツ・時)
(量の単位)

高齢者は「週15METs・時」が推奨

例：ウォーキングを毎日40分

体力がある高齢者は「週23METs・時」を目指す

例：ウォーキングを毎日60分

- 身体活動のメッツ(METs)表 -

(出典：スポーツ庁)

運動活動	METs	生活活動
	1	安静に座っている状態(1) デスクワーク(1.5) 
 ヨガ・ストレッチ(2.5)	2	料理、洗濯(2.0)
 ウォーキング(3.5) 軽い筋トレ(3.5)	3	犬の散歩(3.0) 掃除機かけ(3.3)  風呂掃除(3.5)
水中ウォーキング(4.5)	4	自転車(4.0) ゆっくり階段上る(4.0)  通勤や通学(4.0)
 かなり速いウォーキング(5.0)	5	動物と活発に遊ぶ(5.3)  子どもと活発に遊ぶ(5.8)
 山登り(6.5)	6	
 ジョギング(7.0)	7	
 サイクリング(8.0)	8	階段を速く上る(8.8) 
 なわとび(12.3)	12	

身体活動・運動の推奨

全体の方向性

個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む
今よりも少しでも多く身体を動かす

対象者※1	身体活動		座位行動
高年齢者	<p>歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の)</p> <p>身体活動を 1日40分以上 (1日約6,000歩以上) (=週15メッツ・時以上)</p>	<p style="text-align: center;">運動</p> <p>有酸素運動・筋力トレーニング・バランス運動・柔軟運動など多要素な運動を週3日以上 【筋力トレーニング※2を週2～3日】</p>	<p style="text-align: center;">座りっぱなしの時間が長くなりすぎないように注意する</p> <p>(立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように、少しでも身体を動かす)</p>
成人	<p>歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の)</p> <p>身体活動を 1日60分以上 (1日約8,000歩以上) (=週23メッツ・時以上)</p>	<p style="text-align: center;">運動</p> <p>息が弾み汗をかく程度以上の (3メッツ以上の強度の)</p> <p>運動を週60分以上 (=週4メッツ・時以上) 【筋力トレーニングを週2～3日】</p>	
<p>こども (※身体を動かす時間が少ないこどもが対象)</p>	<p>(参考)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中強度以上(3メッツ以上)の身体活動(主に有酸素性身体活動)を1日60分以上行う ・高強度の有酸素性身体活動や筋肉・骨を強化する身体活動を週3日以上行う ・身体を動かす時間の長短にかかわらず、座りっぱなしの時間を減らす。特に余暇のスクリーンタイム※3を減らす。 		

※1 生活習慣、生活様式、環境要因等の影響により、身体の状態等の個人差が大きいことから、「高年齢者」「成人」「こども」について特定の年齢で区切ることは適当でなく、個人の状況に応じて取組を行うことが重要であると考えられる。

※2 負荷をかけて筋力を向上させるための運動。筋トレマシンやダンベルなどを使用するウエイトトレーニングだけでなく、自重で行う腕立て伏せやスクワットなどの運動も含まれる。

※3 テレビやDVDを観ることや、テレビゲーム、スマートフォンの利用など、スクリーンの前で過ごす時間のこと。 (健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023)

安静臥床の弊害

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系
 - 1) 筋量減少、筋力低下
 - 2) 骨密度減少
 - 3) 関節拘縮
2. 循環器系
 - 1) 循環血液量の低下
 - 2) 最大酸素摂取量低下
 - 3) 静脈血栓
3. 呼吸器系
 - 1) 肺活量低下
 - 2) 咳嗽力低下
4. 消化器系
 - 1) 便秘等
5. 泌尿器系
 - 1) 尿路結石等
6. 精神神経系
 - 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

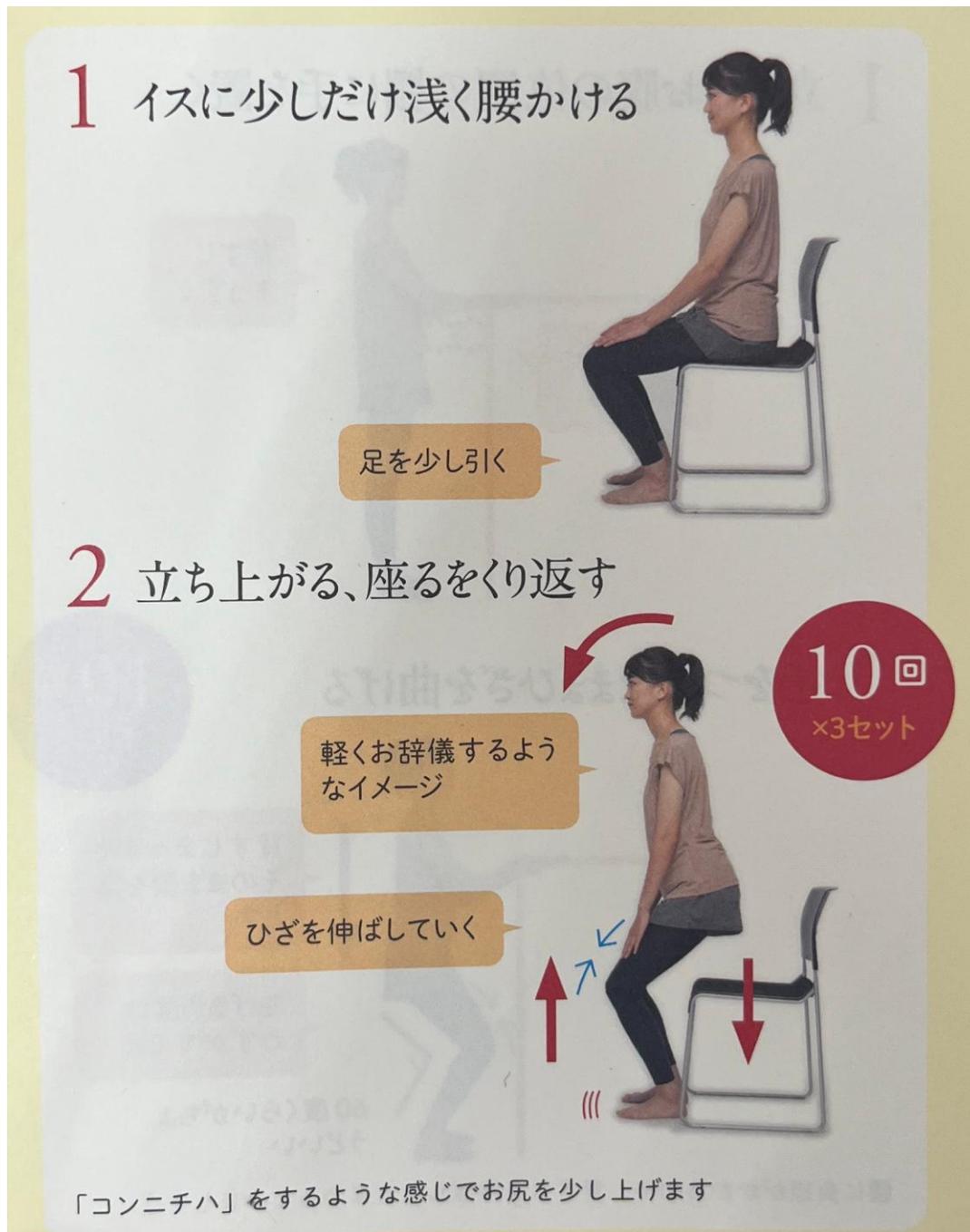
出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

→ **貯筋が重要**

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil Med.2019; 56:842-847.

椅子立ち上がり

- 立つため、歩くための筋肉の筋トレが可能
(大臀筋、大腿四頭筋などの下肢全体)
※ 座る際にはハムストリングスにも遠心性収縮
- スクワットより簡単
テーブルや手すりを掴んでもOK
- 膝の痛みがでたら中断
- まずは10回×3セットから



事例紹介④【コミュニケーションエイド】

- 事例：60歳代 女性 要介護 1 → 5
- 家族：夫と2人暮らし
- 疾患：ALS（筋萎縮性側索硬化症）
- 身体構造：両手関節より末梢のみ動かせる
呼吸機能低下により呼吸補助装置使用
- ADL：全介助
- 生活：終日自宅内で過ごす
- 趣味：SNS
- HOPE：いろいろな人と話がしたい

コミュニケーション機器の調整



- 五十音表の文字打ちで会話可能
- LINEで友人との連絡がとれる
- SNSで友人とやり取りができる

- iPadを使用
 - ※アクセシビリティで設定
- 外部スイッチをつないで操作



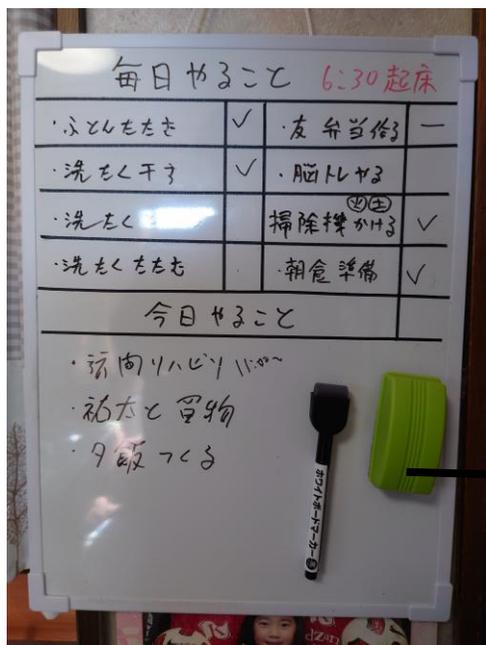
事例紹介⑤【記憶障害の代償】

- 事例：40歳代 女性
- 家族：夫と3人の子供と5人暮らし
- 疾患：脳出血
- 障害名：高次脳機能障害（記憶，注意分配機能低下）
※記憶保持時間30分程度
- ADL：自立
- 生活：日中独居
- 主訴：家族の迷惑にならないようにしたい

買い物手段の検討

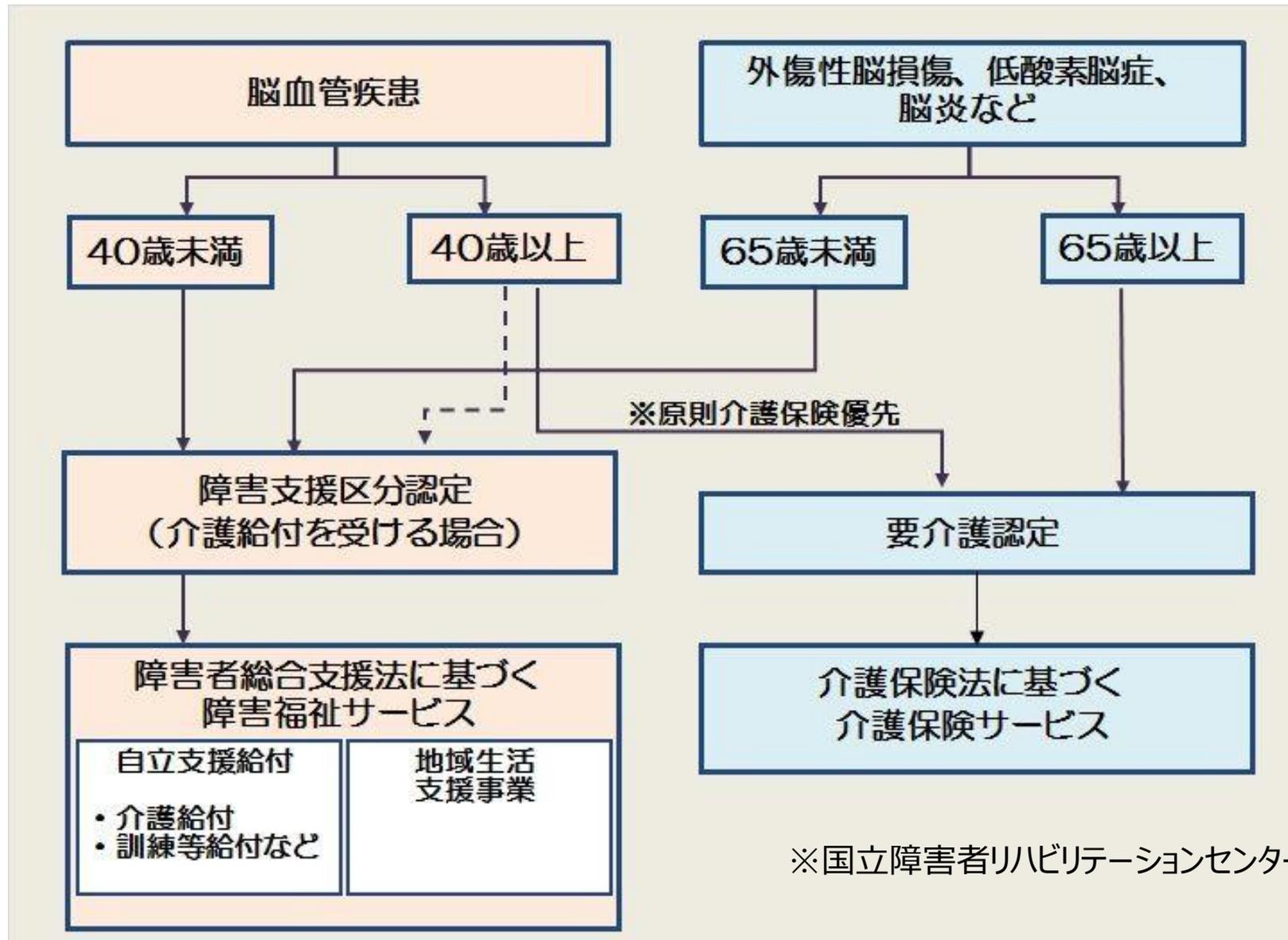
課題

- 1日何をしたらよいか分からない
- 記憶がなく他者と話が出来ない
- 料理が出来るか心配



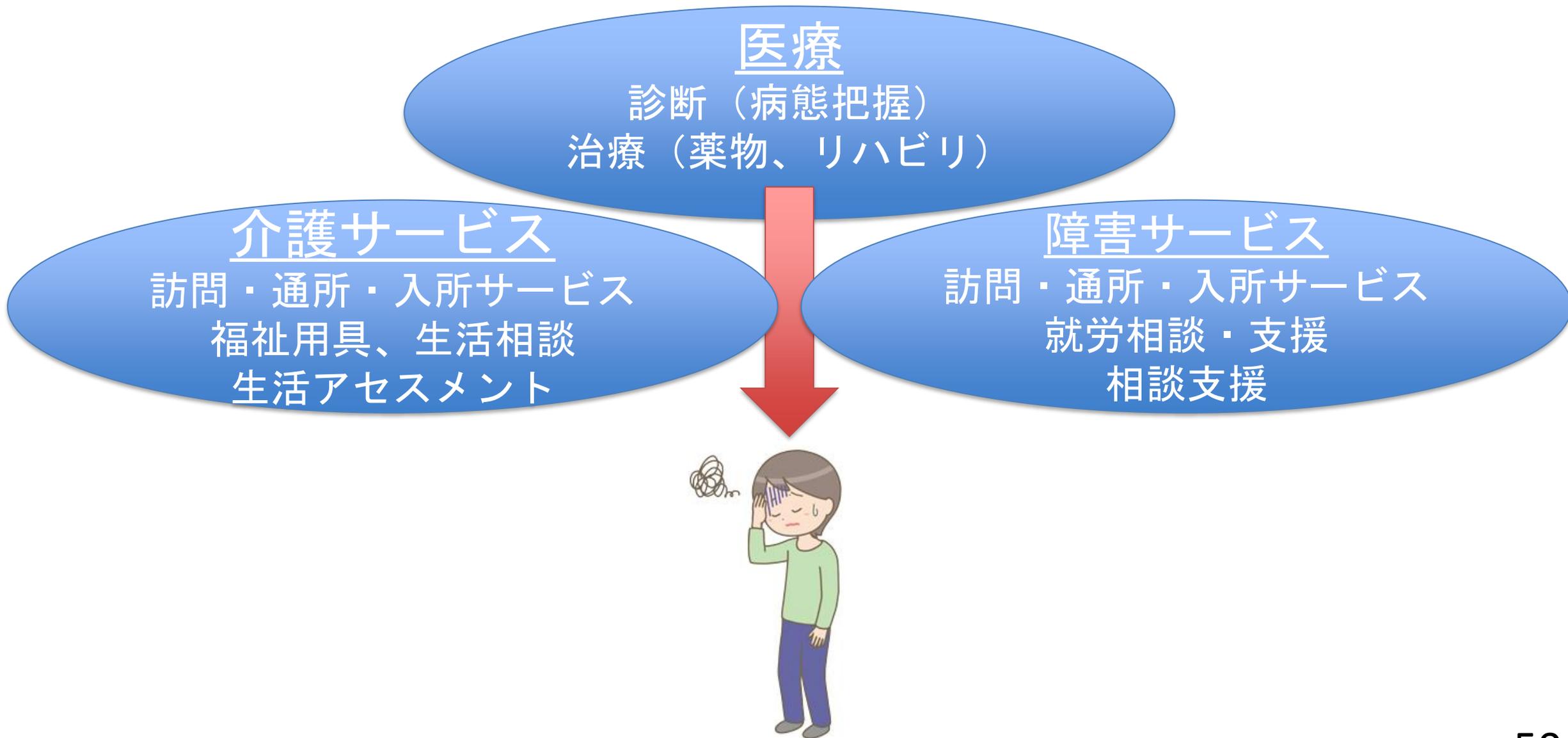
- 運動麻痺なし
- スマホが使える
- 文字理解良好
- 日中居間で過ごす
- 意欲的
- 家族が協力的

高次脳機能障害のある方が利用できる福祉サービス

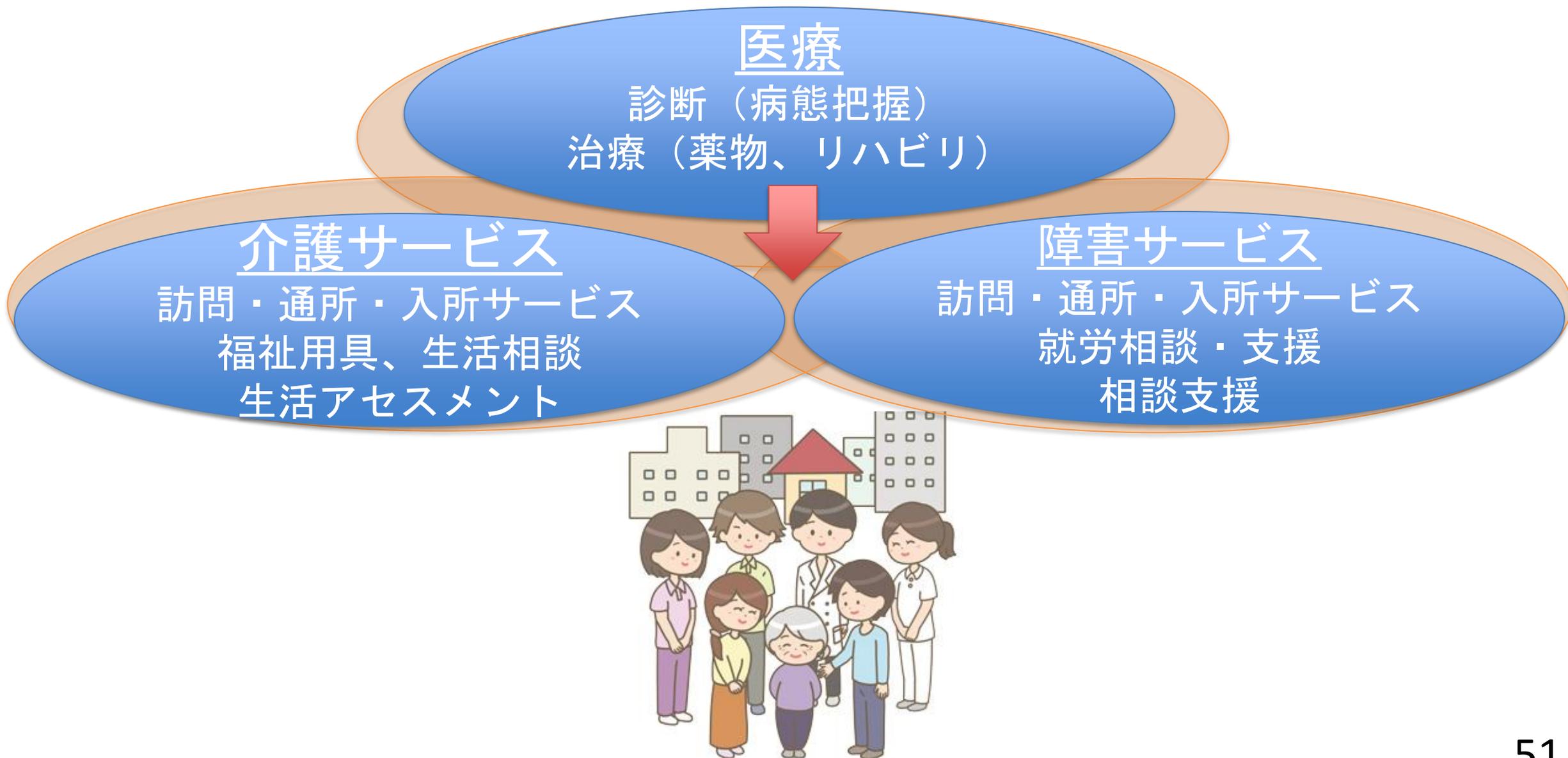


※国立障害者リハビリテーションセンターWebサイトより引用

医療介護障害福祉連携のイメージ



医療介護障害福祉連携のイメージ



Transitional Rehabilitation



③ リハビリテーション医療の
今後の展望
(私見)

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。



(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、**高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念**とした制度。



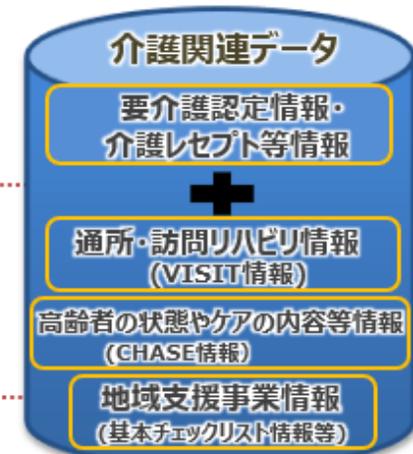
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、**現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。**



- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、**現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。**



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。

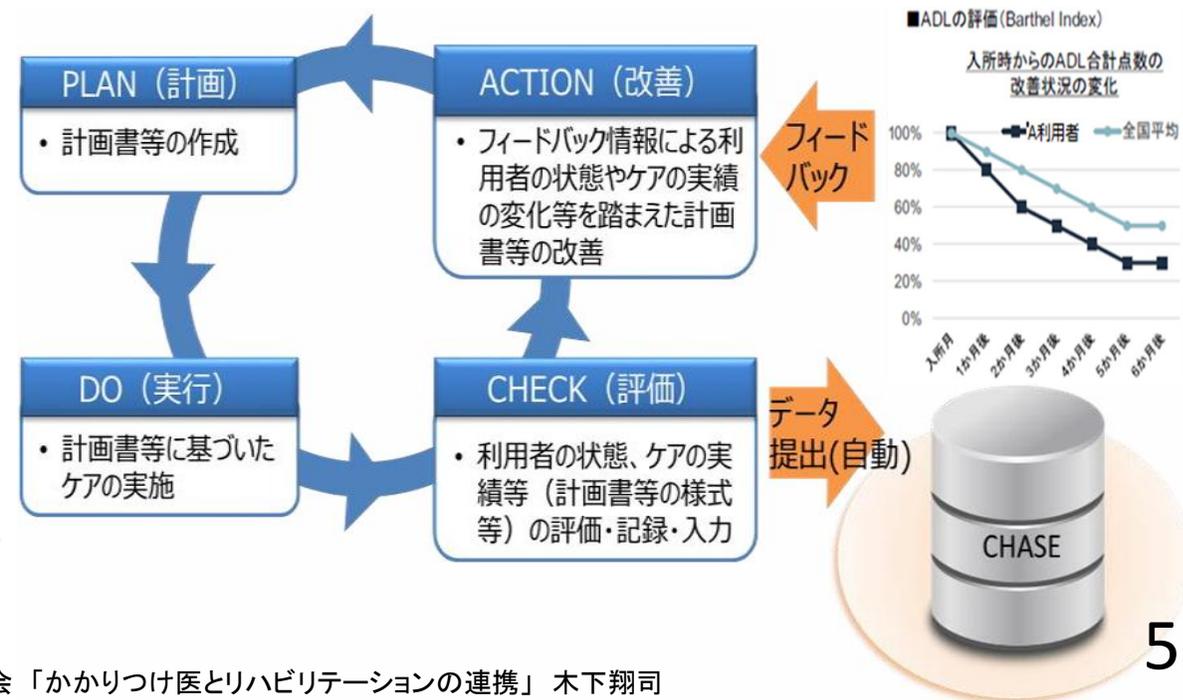


LIFE（科学的介護情報システム）の概要

- 介護サービス利用者の状態や、介護施設・事業所で行っているケアの計画・内容などを一定の様式で入力すると、インターネットを通じて厚生労働省へ送信され、入力内容が分析されて、当該施設等にフィードバックされる情報システムである。
- 平成28年度から運用を開始したVISITと令和2年度から運用を開始したCHASEを統合し、令和3年度より運用を開始した。令和3年度の介護報酬改定において、LIFEの活用を要件とする加算が創設された。全国の介護施設・事業所が対象であり、希望があれば利用申請の後に利用可能となる。
- 介護施設・事業所はこの仕組みを活用してPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上に取り組むことができる。

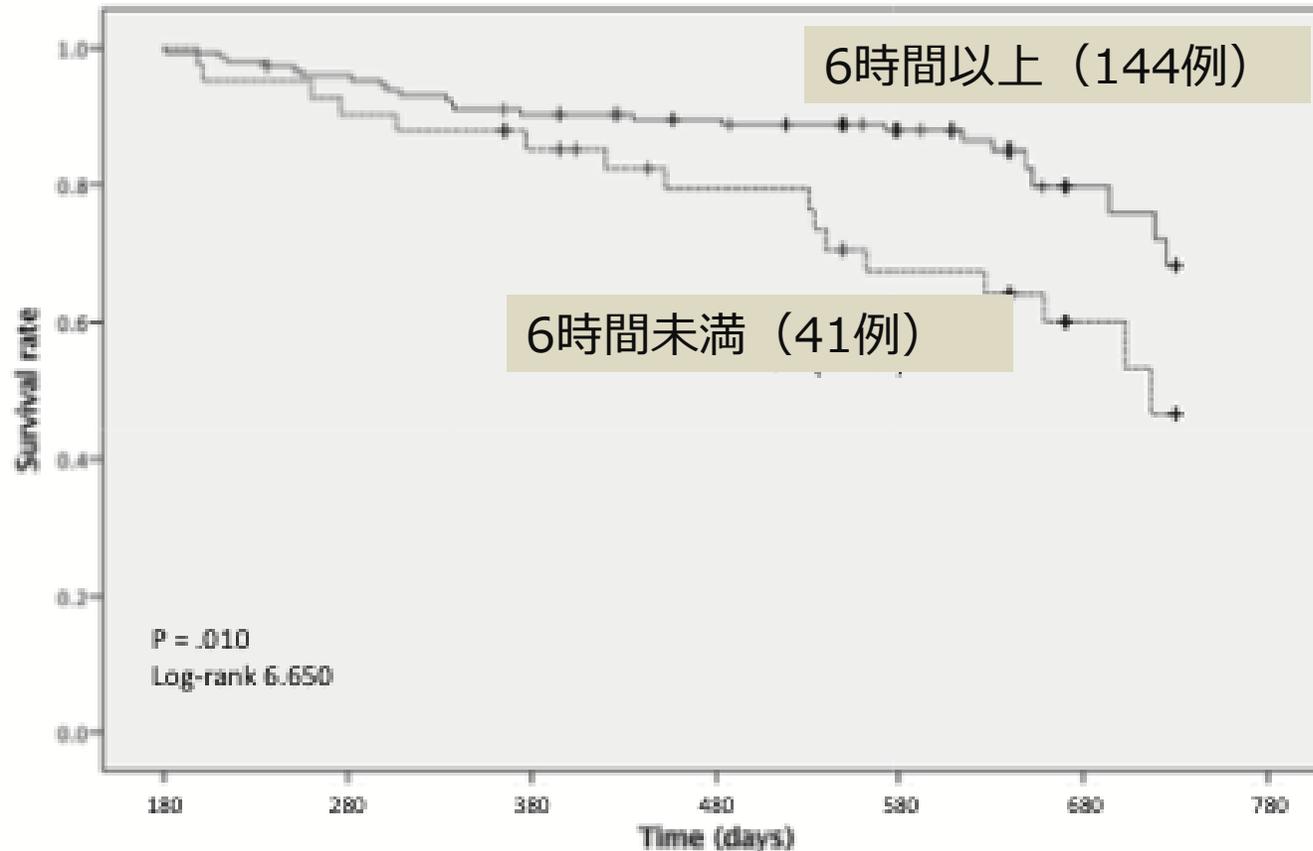
LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

- LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。
- 現在、全国集計値のみをフィードバックしているが、データの集積に伴い、今後事業所単位、利用者単位のフィードバックを順次行う予定である。



特別養護老人ホームにおける離床の重要性

対象：特別養護老人ホーム入所者185例（LIFEデータベース）
離床時間が6時間/日以上と未満で比較
離床時間が長いと死亡率が下がることが明らかとなった



Kinoshita S, et al. JAMDA. 2025 Jan 20;26(3):105458.

生活期リハビリテーション手法の標準コード

大項目	中項目
01.運動療法	011.関節可動域訓練
	012.筋力増強訓練
	013.持久力（心肺機能）訓練
	014.バランス訓練
	015.上肢機能訓練（協調性訓練・巧緻動作訓練を含む）
02.基本動作訓練	019.その他の運動療法
	021.寝返り訓練
	022.起き上がり訓練
	023.座位保持訓練
	024.立ち上がり訓練
03.歩行訓練	025.立位保持訓練
	029.その他の基本動作訓練
	031.歩行訓練（平地）
04.ADL訓練	032.応用歩行訓練（段差・坂道・屋外を含む）
	039.その他の歩行訓練
	041.食事動作訓練
	042.移乗訓練
	043.整容訓練
	044.トイレ動作訓練
	045.入浴訓練
05.IADL訓練	046.階段昇降訓練
	047.更衣訓練
	049.その他のADL訓練
	051.調理訓練（準備・片づけを含む）
	052.洗濯訓練
	053.掃除訓練
	054.買い物訓練
	055.外出訓練
06.高次脳機能訓練	056.余暇活動のための訓練
	057.交通手段利用のための訓練
	058.就労のための訓練
	059.その他のIADL訓練

大項目	中項目
06.高次脳機能訓練	061.見当識訓練
	062.注意訓練
	063.記憶訓練
	064.視空間認知訓練
	065.遂行機能訓練
07.言語聴覚訓練	069.その他の高次脳機能訓練
	071.失語症に対する訓練
	072.構音訓練
	073.音声訓練
08.摂食嚥下訓練	074.聴覚訓練
	079.その他の言語聴覚訓練
	081.摂食嚥下訓練（直接訓練）
09.物理療法	082.摂食嚥下訓練（間接訓練）
	091.温熱療法
	092.寒冷療法
	093.磁気刺激療法
	094.電気刺激療法
10.環境調整・支援	095.振動刺激療法
	099.その他の物理療法
	101.家屋評価・調整
	102.福祉用具・自助具の評価・選定
	103.家族・支援者への指導
104.支援制度の相談	
109.その他の環境支援・調整	

ADL（日常生活動作）の評価指標

Barthel Index (BI)

1. 食事
2. 移乗
3. 整容
4. トイレ動作
5. 入浴
6. 歩行
7. 階段昇降
8. 着替え
9. 排便コントロール
10. 排尿コントロール

Functional Independence Measure (FIM)

- ▶ 運動項目（13項目）
セルフケア 食事、整容、清拭、更衣（上、下）、トイレ動作
排泄コントロール 排尿管理、排便管理
移乗 ベッド・椅子・車椅子移乗、トイレ移乗、浴槽・シャワー移乗
移動 歩行・車椅子、階段
- ▶ 認知項目（5項目）
コミュニケーション 理解、表出
社会的認知 社会的交流、問題解決、記憶

- FIMは“**している**”能力を評価 → 著作権の問題、評価は煩雑で研修が必要
- BIは“**できる**”能力を評価する → 評価は粗く変化を捉えきれない

DX推進委員会

- リハビリテーション医学会に理事長直轄委員会として2025年発足。
- 現状の評価指標の科学的妥当性を検証し、新たな指標について検討を進める予定。

(業務)

第2条 本委員会は、リハビリテーション医療の標準化推進のために、治療や帰結の標準コードや尺度開発、データ収集・活用、DX推進など、必要な活動を行い、次の項目を行う。

- (1) 調査・分析
- (2) 標準的治療コード・帰結尺度の開発とその普及
- (3) データの調査・分析・公表
- (4) データ活用のための基盤整理
- (5) その他本委員会が必要と認める事項

(構成員)

担当理事：大高 洋平
委員長：緒方 直史
副委員長：三上 幸夫
委員：荒川 英樹
尾川 貴洋
木下 翔司
佐々木 信幸
新見 昌央
西村 行秀
向野 雅彦
百崎 良

リハビリテーション医療におけるDXの推進



【標準化】

訓練手法・評価項目等が、同一かつ明確な定義付けに基づいて、多施設や多職種間で共通の枠組みで記録するためのプロセス

【可視化】

情報を入力から出力まで整合性をもって管理・提示し、臨床や研究・政策判断で活用しやすくする仕組み

おわりに

- リハビリテーション医療は患者の活動を育むため、急性期から生活期にかけて、ICF（国際生活機能分類）のフレームワークを活用した、全人的な評価に基づいて医師の指示のもとで提供されます。
- 生活機能の改善を促すためには、発症早期からのリハビリテーション医療の提供が必要です。また、より早期の自宅退院と、円滑な在宅生活を成し遂げるためには、円滑な退院支援も重要となっています。
- リハビリテーションとかかりつけ医の連携においては、回復期から生活期へ移行する退院前後や生活期における事業所間での円滑な情報連携が診療に必要となります。
- 生活期においては医療のみならず、介護や福祉サービス事業所、また行政との連携が重要となり、日頃からの顔と顔の見える関係を構築することが大事です。
- リハビリテーション医療・医学におけるDXを推進するため、標準化と可視化のための研究・開発に取り組んでおり、さらなる医療・医学の発展に寄与してまいります。