

## 外部のリハビリ専門職等との連携について

### ～「生活機能向上連携加算」とJA共済介護ノウハウ提供活動～

主席研究員 前田 穰

#### 目次

- |                           |                                          |
|---------------------------|------------------------------------------|
| はじめに                      | 4. JA共済が実施しているリハビリ専門職との連携活動について          |
| 1. 外部のリハビリ専門職等との連携の主な改定内容 | 5. 介護ノウハウ提供活動から見える「生活機能向上連携加算」の審議の論点について |
| 2. 「生活機能向上連携加算」を拡充する背景    | おわりに                                     |
| 3. 「生活機能向上連携加算」の審議における論点  |                                          |

#### はじめに

社会保障審議会介護給付費分科会での審議を踏まえ、「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」の最終とりまとめが昨年12月18日に示された。

今回の介護報酬改定の審議報告は、図1の審議報告の概要のように①地域包括ケアシステムの推進、②自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現、③多様な人材の確保と生産性の向上、④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保の4点からまとめられている。

今回の報告に関しては診療報酬との同時改定となることから、ケアマネジメントやリハビリテーションなどに関して、医療と介護の機能分担・連携に関する視点からの改定が多く盛り込まれている点が特徴といえるであろう。

また、通所介護における時間区分の変更、

アウトカム評価<sup>1</sup>の導入、訪問介護における生活援助の担い手拡大など、JAの介護事業に影響がある改定も含まれている。

筆者としてはこれらの改定内容にも関心のあるところであるが、当研究所ではリハビリ専門職と連携した介護サービスの質の向上活動に関わっていることから、今回は「生活機能向上連携加算」の拡充による外部のリハビリ専門職等との連携に注目することとする。

本稿では、これまで行ってきた活動の経験を踏まえて改定について考察してみたい。

#### 1. 外部のリハビリ専門職等との連携の主な改定内容

今回の改定では、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」を図る対応の一つとして、訪問介護における「生活機能向上連携加算」の見直しを行うとともに、デイサービスやショートステイ、小規模多機

1 一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合を評価することとしている。

図 1

| 平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。</p>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>I 地域包括ケアシステムの推進</b></p> <p>■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応</li> <li>○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進</li> <li>○ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設</li> <li>○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保</li> <li>○ 認知症の人への対応の強化</li> <li>○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進</li> </ul> | <p><b>II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現</b></p> <p>■ 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</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化</li> <li>○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充</li> <li>○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進</li> <li>○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入</li> <li>○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設</li> <li>○ 身体的拘束等の適正化の推進</li> </ul> |
| <p><b>III 多様な人材の確保と生産性の向上</b></p> <p>■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活援助の担い手の拡大</li> <li>○ 介護ロボットの活用の促進</li> <li>○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和</li> <li>○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加</li> <li>○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し</li> </ul>                                                       | <p><b>IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保</b></p> <p>■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保</p> <p>【主な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等</li> <li>○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等</li> <li>○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し</li> <li>○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等</li> <li>○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し</li> </ul>                                                        |

能型居宅介護などにも「生活機能向上連携加算」を創設することになった。

なお、現在の訪問介護の「生活機能向上連携加算」の算定要件は以下の3点である。

- ① 訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下リハビリ専門職）が利用者宅を訪問する際に、サービス提供責任者<sup>2</sup>が同行するか、それぞれが個別訪問したうえでカンファレンス<sup>3</sup>を行い、生活機能アセスメント<sup>4</sup>を共同して行うこと。
- ② サービス提供責任者が、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成すること
- ③ 3か月の間、月ごとに達成度合いについてリハビリ専門職から助言を得たうえで適切な対応を行うこと

#### (1) 訪問介護における算定要件の見直しについて

- ① 連携対象に、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）のリハビリ専門職・医師（以下リハビリ専門職等）を加える。
- ② リハビリ専門職等との同行訪問が難しい場合でも、定期的に以下のことが行われる場合は加算を取得できることとする。
  - ・リハビリ専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること
  - ・通所リハビリテーション等のリハビリ専

2 訪問介護計画の作成など訪問介護サービス提供における責任者。

3 ケアに関する情報共有や課題等を話し合う会議。

4 利用者の生活状況全般の確認、身体機能の評価、援助活動の決定などの一連の手続き。

門職等のサービス提供の場において、またはICTを活用した動画等により利用者の状態を把握した上で、リハビリ専門職等が助言を行うこと

## (2) 通所介護（デイサービス）、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護（ショートステイ）への「生活機能向上連携加算」の創設について

通所介護事業所等の職員とリハビリ専門職等が連携して以下のことが行われる場合は、加算を取得できることとする。

- ① リハビリ専門職等が、通所介護事業所等を訪問し、通所介護事業所等の職員と共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- ② リハビリ専門職等と連携して個別機能訓練計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行う

こと

## (3) その他

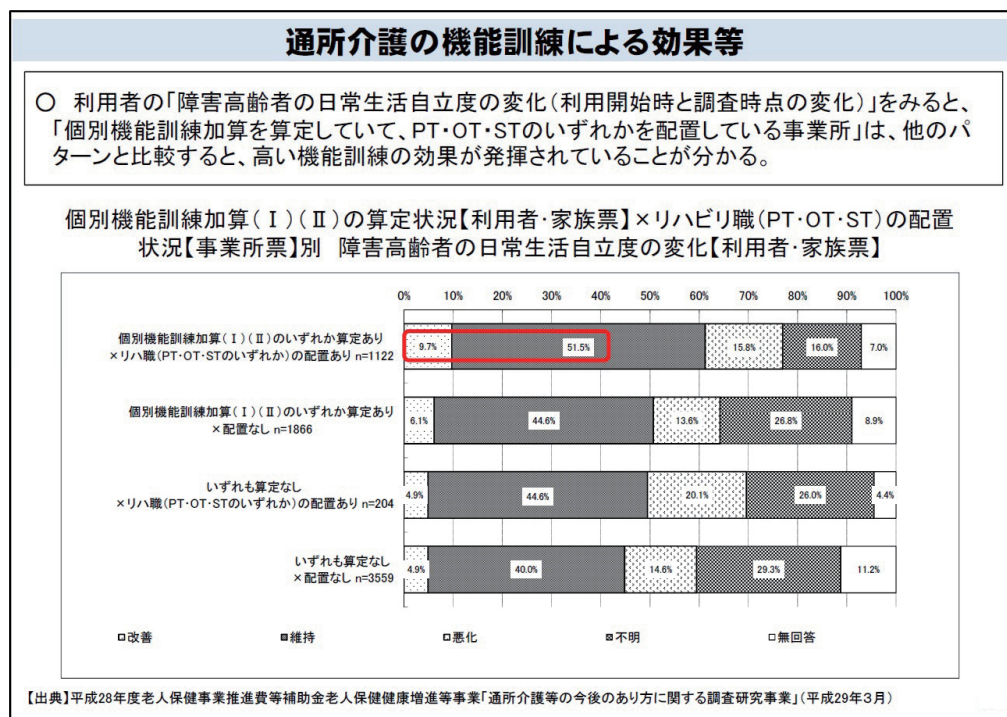
小規模多機能型居宅介護等の訪問を含む多機能型サービス、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の施設系サービス、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）でも創設されるが、算定要件は省略する。

## 2. 「生活機能向上連携加算」を拡充する背景

リハビリ専門職等が、アセスメント、個別機能訓練等に関与し、個別機能訓練加算を取得している場合は、生活機能の維持・改善効果が高いとの調査結果（図2参照）となっており、自立支援・重度化防止を図るためには、リハビリ専門職等の関与を欠かさないというのが第一の理由である。

また、現行の訪問介護の「生活機能向上連

図 2



出典：第141回介護給付費分科会（H29. 6. 21）参考資料3より

携加算」では、リハビリ専門職が訪問するタイミングが難しいことなどの理由<sup>5</sup>から、加算取得につながっていない状況があること。併せて、通所系のサービスでは、小規模な事業所を中心に、機能訓練指導員を専従で雇用することが難しく、個別機能訓練加算の取得ができていないことが背景にある。

そのため今回の改定では、リハビリ専門職等の関与をしやすくし加算取得を進めるために、連携の対象を病院、介護老人保健施設、訪問介護ステーション等の医療提供施設に拡大させるとともに、加算取得のネックになっている訪問の実施を解消するために、訪問できない場合でも動画等で加算を算定できるようにした。また、通所系のサービスなどでも「生活機能向上連携加算」を創設して、リハビリ専門職等の個別機能訓練への関与機会の拡大を図ることとした。

なお、今回の改定では同様の目的で、はり師、きゅう師を機能訓練指導員に加えている。

### 3. 「生活機能向上連携加算」の審議における論点

介護保険分科会での審議では、加算を拡充すること自体については、以下のような観点から概ね賛成との意見となっているが、一方で、実効性が伴わない安易な加算ではないかなどの懸念も示されている。

- ・医療と介護の連携、医療の専門職との連携を促進するもので、非常に有効と考える。
- ・地域の中でリハビリ専門職の専門性が発揮されることは重要だ。
- ・地域の人材を共有するという方向性は当然の考え方だ。

主な論点を以下の通りまとめてみた<sup>6</sup>。

#### (1) 訪問せず動画等でも加算が取れることについて

- ・訪問介護職員が撮影する動画が、アセスメントの判断材料として適切なものとなるか疑問がある。撮影の方法や角度といった基準を事前に示す必要がある。
- ・リハビリ専門職等が実際に会って、そこで評価をして、アドバイスをして計画することが必須だと考える。
- ・リハビリ専門職等の初回訪問を必須とするなど、対応策を考えるべき
- ・実際に利用者宅を訪問しないことでも十分な効果が得られるのかどうかは、効果をよく見た上で、見直しが必要だ。

#### (2) 助言のあり方など

- ・個別機能訓練計画に少し助言をもらうだけで簡単に加算をとれるとしたらおかしい。
- ・医師の詳細な指示を受けていた者のほうがより大きい機能回復が見られたという結果があるので、詳細な助言を要件に含めるべき。
- ・利用者に負担を求める以上、質の高いサービス提供を促進すべきで、外部のリハビリ専門職との連携のみならず、医師の詳細な指示を算定要件に含めるなど、医師の関与の明確化を図るべきだ。

#### (3) 加算の創設について

- ・機能訓練加算 1、2 を取得してリハビリ専門職を配置しているところの評価があ

5 「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書（2016年3月 株式会社三菱総合研究所）」の訪問介護事業所へのアンケート調査結果より

通所リハビリテーションの専門職が利用者宅を訪問する機会がない28.1%

リハビリテーション専門職が訪問する日程に合わせて、サービス提供責任者が同行することが難しい21.5%

6 公開されている介護保険分科会の議事録から、主旨を変えない範囲で整理・加工したものである。



って、リハビリ専門職をできるだけ通所介護に雇用してもらうことを優先させるべきであり、今回の加算は次善の策だ。

- ・これは上位の加算がとれていないので、それをとれるようにするために安易な方法を挙げているのではないか。
- ・加算算定が困難にならないような汎用性の高い基準設定を求める。
- ・地域で使いやすくなるので、総合事業の「地域リハビリテーション活動支援事業」で派遣されるリハビリ専門職についてもこの算定要件として含めてほしい。

#### (4) 派遣する側の課題

- ・派遣する側も人員に余裕があるわけではないので、派遣される側のリハビリ専門職の負担をどう評価するか、減らすかを考えないと進まないのではないか。
- ・連携をはかる組織間の関係性や地理的な範囲が漠然としている。
- ・人材を出すためにはマネジメント能力が必要なので、連携のノウハウをオープンにして、多くの事業所が取り組みやすくなるべきだ。

#### (5) ケアマネジャーの意識改革

自立支援介護化に対するケアマネジャーの

意識改革が必要だ。

#### 4. JA共済が実施しているリハビリ専門職との連携活動について

ここで、今回の改訂の審議の論点を考えるために、JA共済が実施しているリハビリ専門職との連携活動を紹介しておきたい。

当研究所はJA共済連から委託を受けて、静岡県の農協共済中伊豆リハビリテーションセンターおよび大分県の農協共済別府リハビリテーションセンターの理学療法士、作業療法士などのリハビリ専門職を、JA等<sup>7</sup>が開いている介護事業所に派遣する事業（以下、介護ノウハウ提供活動）に2007年から携わっている（表1参照）。

この活動では、サービスの質の向上のために、リハビリ専門職の視点からサービス提供全般や、個別機能訓練の実施や計画の立て方などに対するアドバイスを行っている。

個別の利用者のアセスメントや評価を目的としていないものの、求めに応じて個別の利用者に対する訪問介護計画、機能訓練計画などへの助言、アセスメントの実施方法、評価方法、機能訓練計画の立て方等の助言を行っている。

介護ノウハウ提供活動の基本的な活動内容と効果については以下の通りである。

表1 ノウハウ提供活動の実施履歴

年度は西暦表記

|        | 07年度 | 08年度 | 09年度 | 10年度 | 11年度 | 12年度 | 13年度 | 14年度 | 15年度 | 16年度 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 事業所ベース | 17   | 18   | 19   | 24   | 24   | 24   | 28   | 25   | 27   | 36   |
| 延べ事業所数 | 17   | 35   | 54   | 78   | 102  | 126  | 154  | 179  | 206  | 242  |
| JA*ベース | 15   | 18   | 19   | 19   | 20   | 16   | 19   | 18   | 19   | 20   |
| 新規JA*  | 15   | 12   | 11   | 12   | 11   | 9    | 7    | 7    | 6    | 6    |
| 累積JA*数 | 15   | 27   | 38   | 50   | 61   | 70   | 77   | 84   | 90   | 96   |

\*JAには中央会、JA関連の社会福祉法人、株式会社を含む

7 JA中央会、JAが設立した社会福祉法人、株式会社を含む。

## (1) 活動概要

### ① デイサービス、小規模多機能型居宅介護、ショートステイなどの場合

利用者を迎える時点から観察・助言を開始し、業務終了後に振り返り等の研修を実施している。

- ・サービス提供全体の観察（気づきの記録）
- ・利用者の介助方法、機能訓練に関する個別アドバイス
- ・計画書、記録の書き方等のアドバイス
- ・業務終了後（集合研修＝管理者、介護スタッフ）  
一日の振り返り、個別アドバイスの共有、介護技術実習

### ② 訪問介護の場合

事前に了解をとっている利用者宅に同行して助言を行い、研修で対応の共有を図っている。

- ・利用者情報の確認（関係書類によるサービス提供責任者等へのヒアリング）
- ・利用者宅へ同行訪問（観察、介護方法アドバイス（家族、ケアマネジャー含む場合も））
- ・写真、動画などの映像や、サービス提供責任者等による状況再現に基づくアドバイス
- ・業務終了後（集合研修＝サービス提供責任者、登録ヘルパー、ケアマネジャー等が対象）

個別アドバイスの共有、介護実技術実習

### ③ 集合研修

- ・JA県中央会等がJAの介護事業の関係者を集めた研修会で、介護保険制度改正の動向、求められるサービス、介護技術などについて、2時間から5時間、講義、グループワーク、実技講習などを行っている。

## (2) 派遣しているリハビリ専門職

派遣スタッフは、現場の状況や求めに応じて適切に助言できるノウハウを有している者とし、両リハビリテーションセンターの主に通所リハビリ、訪問リハビリに従事している管理職、中堅職員となっている。

## (3) 外部のリハビリ専門職が関わる効果について

派遣先の管理者と職員から取得した活動への感想から、介護事業に外部のリハビリ専門職が関わることによる効果が見て取れる。以下は、2016年度に実施した先からの感想の一部について、主旨を変えない範囲で整理、加工したものである。

### （訪問介護、居宅介護支援）

- 利用者が要介護5だから何も出来ないと  
思い込んでいたことを自覚できた。身体  
の機能（力の入り具合、可動域確認）か  
ら、理解力まで様々なアセスメントが必  
要でその中に、利用者自身の出来る事を  
探して今後のサービス提供に繋げていき  
たいと思った。
- 資料や写真を使つての研修だったが、カ  
ンファレンス形式で実施した指導がわか  
りやすかった。
- 一人で業務を行っている訪問介護スタッ  
フは、常に不安や疑問を抱えている。今  
回の研修のように、利用者宅へ直接伺い、  
実際の現場で介護技術を振り返る機会を  
持てた事がスタッフにとってとても効果  
的な研修となった。
- リハビリ専門職と同行することで新しい  
「気づき」があった。再度、利用者や家  
族、サービス事業所と相談や調整を行っ  
ていきたい。

(デイサービス等)

- 外部のリハビリ専門職が1日現場を観察し、施設の特徴や課題について当日のうちに写真や動画を用いて説明し、事業所や自らのサービスが客観的に分析・評価されたので、サービスの質の向上、改善のきっかけとなる研修となった。
- 今まで行ってきたサービスが自立支援に繋がっていないことに気づかされた。助言された立ち上がりの運動を取り入れたところ、一ヶ月もすると利用者が自主的に立ち上がりの運動を始め驚いた。
- 介護保険法の改正内容や今後の見通しを踏まえたサービスができているのか、またはこれから何を強化していくべきなのか等が分からない状態でいた。機能訓練を核とした自立支援を目指したいと思うものの、スタッフへの座学だけでは限界があり、今回、「あるべき姿」に対する指導を受けたことで、具体的にひとつひとつに改善する兆しが現れて本当に良かったと感じている。

(集合研修)

- 福祉用具の選定や住宅改修のポイント等、事例を通して学ぶことで実際の業務にすぐに活かせると思った。
- 中・重度の介護者や認知症高齢者への対応強化や、生活機能維持・向上のための訓練を図るための、個別機能訓練の講義・実技・グループワークでの研修を受けた。移乗などの介護技術、機能訓練の目標、計画の立て方を学ぶことにより、不安が少々軽減できたのではと感じた。

## 5. 介護ノウハウ提供活動から見える「生活機能向上連携加算」の審議の論点について

介護ノウハウ提供活動によるリハビリ専門

職との連携活動から得た情報や感度を踏まえて、改めて今回の改定の審議の論点について見てみたい。

### (1) 訪問せず動画等でも加算が取れることについて

介護ノウハウ提供活動においても、リハビリ専門職が現場に入って助言する意義は小さくないと感じるので、基本的には現場に入って助言を行うことを優先すべきだと考える。

例えば、初回訪問を必須とし、そのあとの計画進捗の評価などでは写真や動画を使うようにするのが、実効性を確保しつつ負担軽減に寄与するのではないかと思う。

### (2) 助言のあり方などについて

介護ノウハウ提供活動を通じて、ある程度経験を積んだ通所リハビリ、訪問リハビリに従事しているリハビリ専門職は、適切に利用者进行评估し助言するスキルが備わっていると感じる。利用者の自立支援などの目的さえ共有できれば、医師などの関与がなくとも、プロとして適切で十分な計画策定の助言が行われるものと思われる。

### (3) 加算の創設について

介護ノウハウ提供活動に従事しているリハビリ専門職は、総合事業の「地域リハビリテーション活動支援事業」にも関与している。加算等により、このような関与を評価することが必要ではないかと感じる。

### (4) 派遣する側の課題

介護ノウハウ提供活動は、JA共済の経費面での下支えがあることから実施できている面がある。また、人員面では、派遣元の通所リハ事業所などの運営に影響しないように、リハビリテーションセンター内でカバーする

体制が取られている。このことから、連携を進めるにはそれなりの収益の確保と、派遣元の事業所内で協力し合える体制が取れる柔軟な組織づくりを評価することが必要だと思う。

#### (5) ケアマネジャーの意識改革

介護ノウハウ提供活動の感想で「介護ノウハウ提供では、リハビリ専門職と同行することで新しい「気づき」があった。再度、利用者や家族、サービス事業所と相談や調整を行っていきたい。」とあるように、担当ケアマネジャーなどを同行させることを評価しても良いのではないかな。

この点に関しては、第99回社会保障審議会介護給付費分科会（2014年3月27日開催）の資料「リハビリテーション専門職と介護職との連携に関する調査研究事業（結果概要）」で、ケアマネジャーは同行して良かったとしている一方で、同行への加算がないことが、生活機能向上連携加算算定の阻害要因の一つとしてまとめられている。

#### おわりに

今回の介護報酬改定のデイサービスの時間区分変更は、通常規模型のデイサービス事業所では、実質的な介護報酬引き下げ<sup>8</sup>となる。一方で、今回の「生活機能向上連携加算」の見直しは、個別機能訓練加算が取れなかった事業所においても加算が取りやすくなることが期待される。

J Aグループは、地域によるが厚生連病院などリハビリ専門職等を有する病院があり、「生活機能向上連携加算」が求める連携が比

較的図りやすい環境にある。また、そのような環境がないとしても、地域のリハビリ病院、老健、訪問リハ、通所リハ、訪問看護ステーションなどと連携先が増えたことを有効に活用し、「生活機能向上連携加算」を取得するための準備をすすめる必要があるだろう。

また、J A共済が行っている介護ノウハウ提供活動は、「生活機能向上連携加算」による地域連携とは違うアプローチではあるが、介護サービスの質の向上につなげることができ一つの取り組み方だと考えている。

今後このような形でのリハビリ専門職の関わりの拡大をはかる方法もあるのではなかろうか。

8 現状は7時間以上9時間未満の時間区分でサービス提供しているデイサービス事業所が多く、その多くは実質8時間未満のサービス提供となっている。現状と同じ報酬単位となる8時間以上9時間未満の時間区分にするには、就業規則の変更などの難しい対応が必要となる。

なお、今回の改定では4時間未満の短時間と大規模型は全面的な引き下げとなる一方で、定員18人未満の小規模な地域密着型のデイサービスでは、短時間を除き引き下げられていない。