

訪問リハビリテーションの普及を阻害している

要因と経営課題

—医療福祉複合体法人の事例からの考察—

溝口 景子

キーワード：訪問リハビリテーション、経営課題、地域連携

1. はじめに

近年、在宅医療・介護を必要とする利用者の増加とともに、地域生活を継続するためのサービスは重要な位置を占めている。退院退所前の訪問指導、介護予防・日常生活支援、児童福祉法の保育所等訪問支援、難病にも専門職が関わるなど、多様化するニーズに対応する必要がある(川越 2020)。

2018 年度介護報酬改定においても、「介護サービスの適正化」として科学的介護の実現を目的に VISIT を取り入れられるようになった。サービスの質を管理する仕組みとして効果的・効率的運用も重要な視点となる。介護保険制度におけるサービスの質について定期的に利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。また、科学的介護の実現にはデータベースの構築が必要で、それらを分析し、科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示し、介護報酬改定で自立支援に向けたインセンティブを検討された(社保審—介護給付費分科会資料 2018)。

2021 年度介護報酬改定では、新たに『感染症や災害への対応力強化』が加わり、『地域包括ケアシステムの推進』、『自立支援・重度化防止の取組の推進』、『介護人材の確保・介護現場の革新』、『制度の安定性・持続可能性の確保』を5つの軸とし、リハビリテーションでは制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進することを目的とする改定

であった（社保審一介護給付費分科会資料 2020）。

全国の訪問リハビリテーションでは利用者の65%以上を要介護1～3が占めるが、平成19年度と比較し平成31年度で要支援者の利用割合が約5倍に急激に増えている。今後高齢化が進展し医療ニーズを有する高齢者が増加していくことが想定される中、効果的かつ効率的に訪問リハビリテーションサービスを提供できるかが、全国の訪問リハビリテーションを提供している事業所の課題とされている（社保審一介護給付費分科会資料 2020）。

M法人は高齢者の入院医療、医療福祉連携及び在宅支援を重要な目的としており、亜急性期から回復期、生活期・療養、終末期と幅広く地域展開し、地域リハビリテーションを推進している。また、行政からの委託事業や、姉妹法人に社会福祉法人があり、高齢者医療介護の複合体経営を地域で展開している。M病院は、医療法人立の病院で2病院と老人保健施設および在宅ケアを地域に提供し、医療連携、医療介護連携に力を入れてきた。M病院リハビリテーション科訪問部門では、訪問リハビリテーションを主とし、一部M法人訪問看護ステーションにおける理学療法士等の訪問も行っている。M法人もまた全国の事業所と同様に、多様な医療・介護ニーズに対応しながら、効果的かつ効率的に事業を運営していかなければならない。今後在宅ケアの必要性と質の向上が謳われる中、社会の変化に応じて、常に地域住民と他事業所からのニーズに対応することが重要であり、事業体に変革が求められる（飯田 2019）。

2. 本研究の目的・方法

M病院は神戸市東灘区・芦屋市で地域に根差した医療介護サービス提供をしているが、M病院の周辺地域では訪問型リハビリテーションサービスを提供している病院やクリニック、訪問看護ステーションが増えている。M病院訪問リハビリテーションへの紹介件数も増加し、収益増となったが、事業拡大には至っていない。厚生労働省が公表している情報やM病院周辺地域（神戸市東灘区・芦屋市）の現状等から、医療福祉複合体法人の一事例によるM病院訪問リハビリテーションの普及を阻害している要因と医療福祉複合体の経営課題について検討する。

各種情報はインターネットを活用し、市区ホームページ、厚生労働省資料、WAMNET、先行文献から収集した。

3. 結果

3-1. 訪問リハビリテーションの概要・基準

3-1-1. 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を提供すること。

3-1-2. 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：適当数置かなければならない。

3-1-3. 設備及び備品

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

3-1-4. 訪問リハビリテーションの一回あたりの事業所収入

令和 3 年介護保険報酬改定に伴い、訪問リハビリテーションは一回 20 分以上 307 単位となった(表 1)。サービス提供体制強化加算として、勤続 7 年以上が 1 名以上従事していると 6 単位、勤続 3 年以上で 3 単位の算定が可能である。

月に一回リハビリテーションマネジメント加算(以下、リハマネ加算)として PT・OT または ST が利用者等に説明・同意を得て医師に報告すると 180 点、医師が利用者等に説明・同意を得ると 450 点が加算され、さらにリハビリテーション計画を国にフィードバックするとプラス 33 点の加算がある((A)イ・ロ(B)イ・ロ)。

他にも退院・退所直後のリハビリテーションの充実として、週 6 回を限度とする訪問リハビリテーションについて、退院・退所後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所から 3 か月以内は週 12 回まで算定可能となった。事業所の医師が計画の作成に係る診療を行わなかった場合、一回マイナス 50 単位の減算となる。

表 1：訪問リハビリテーション費 概要

基本料		加算・減算項目	
訪問リハビリテーション費	307単位/1回	短期集中リハビリテーション実施加算※	200単位/1日
介護予防訪問リハビリテーション費	307単位/1回	リハマネ加算(A)	リハマネ加算(A)イ：180単位/1月 リハマネ加算(A)ロ：213単位/1月
移行支援加算	17単位	リハマネ加算(B)	リハマネ加算(B)イ：450単位/1月 リハマネ加算(B)ロ：483単位/1月
サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 勤続7年以上1名以上従事	6単位/1回	事業所の医師の診療を行わなかった場合	マイナス50単位/1回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 勤続3年以上1名以上従事	3単位/1回	※ 退院退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所日から3か月以内は週12回まで算定可能	

3-2. M病院周辺の外部環境と全国状況

3-2-1. 神戸市東灘区の人口推移と要介護者数推移

令和2年の国勢調査で、神戸市全体では2015年から2020年にかけて10,250人の人口減少(-0.7%)である。神戸市東灘区の人口は2021年1月時点で213,462人である。2015年から2020年まで+0.37%と僅かに人口上昇しているが、2020年を境に2021年には1,000人程度(前年度比-0.41%)の減少を認める(図1)。高齢化率は、2015年は23.3%、2021年は24.75%と5年間で1.45ポイント上昇している。



図 1：神戸市東灘区の人口推移（1月1日時点）

神戸市東灘区の総人口の5.3%が要支援・要介護認定を受けており、65歳以上にお

いては 21.53%が要支援・要介護者である。

神戸市東灘区と芦屋市の要介護者数は合計 17,038 名である(表 2)。人口は微減の一方要介護者数は 2020 年 2 月から 2021 年 2 月までに 86 人増加しており、2015 年 2 月と比較すると 2021 年 2 月では 1,702 人 117.63%の増加を認める(図 2)。M病院周辺の神戸市東灘区・芦屋市では、介護保険認定者数 17,038 人中、訪問リハビリテーションを受けている方は 422 人 2.48%、訪問看護を受けている方は 2,333 人 13.69%である。

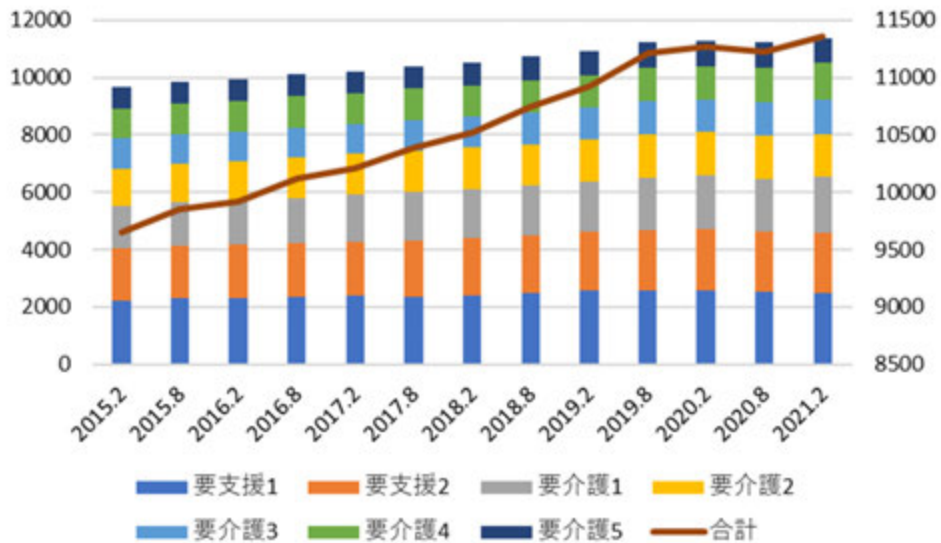


図 2：神戸市東灘区の要介護者数推移

表 2：2021 年 2 月時点の神戸市東灘区・芦屋市の要介護者数内訳

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
神戸市	36375		15082	12810	10422	10143	6784	91616
東灘区	2503	2060	2003	1454	1202	1282	853	11357
芦屋市	2127		1234	673	627	539	481	5681

3-2-2. 神戸市東灘区・芦屋市の訪問リハビリテーション・訪問看護の利用者動向

WAMNET より情報収集した。訪問リハビリテーションの事業所は、東灘区に 8 件、芦屋市に 5 件の計 13 件である。訪問看護ステーションは、東灘区には 26 件、芦屋市に 13 件あり、そのうち訪問看護ステーションにおける理学療法士等の訪問提供事業所は、東灘区に 17 件、芦屋市に 10 件ある。

神戸市東灘区、芦屋市の介護保険認定者のうち、訪問リハビリテーションを受けている割合は 2.48%、訪問看護を受けている割合は 13.69%である。そのうち、東灘区・芦屋市のM法人のシェア率は、訪問リハビリテーションでは 15.17%でこの地区では 3番目で、訪問看護ステーションは 4.41%である。東灘区・芦屋市の圏域内で訪問リハビリテーションシェア率 1位の法人は、リハマネ加算Ⅳ(現リハマネ加算(B)ロ相当)と社会参加支援加算(現移行支援加算)を取得算定しており、LIFE を活用し、院内・院外連携やサービスの質に力を入れていることが推測できる(表3)。シェア率 3位であるM病院訪問リハビリテーションは、概ね加算はとれているもののLIFEは活用できていない。訪問看護ステーションでは、看護とリハビリテーションを提供している事業所は全体の 2/3 程度で、リハビリテーションを提供できている訪問看護ステーションは対象患者数が多くシェア率も高い。

表3：神戸市東灘区・芦屋市の訪問リハビリテーション提供状況

	患者数	シェア%	常勤	非常勤	常勤換算	短期集中 リハビリ加算	リハマネ加算I	リハマネ加算II	リハマネ加算III	リハマネ加算IV	リハマネ加算予防	社会参加支援加算	事業評価加算	サービス提供 体制強化加算
A	96	22.75	6	12	2.63	0	0	0	0	0		0		0
B	68	16.11	4		4	0	0				0		0	0
M	64	15.17	6	2	2.1	0	0	0	0		0			0
C	51	12.09	3		3	0					0		0	0
D	35	8.29	8	3	6	0	0				0		0	0
E	25	5.92	7		1.75	0	0				0			0
F	24	5.69	2		0.2		0							0
G	17	4.03	3		3	0								0
H	14	3.32	1	1	1.23	0	0				0			0
I	11	2.61	1	1	1.35		0				0			
J	7	1.66	2		0.5		0							
K	6	1.42	2		2									
L	4	0.95	1		1									

3-2-3. 全国の訪問リハビリテーションと訪問看護の現状

3-2-3-1. 介護保険事業経営実態調査からみた訪問リハビリテーションの実態

平成28年度～令和1年度決算において、全国の訪問リハビリテーションの1施設・事業所当たりの収入は増えている一方、支出も増えている。給与費率が65.2%から令和1年度には72.3%に増加している。よって差引利益は低くなってきている。全国平均の訪問回数は238.6～278.4回で、収支差率も0～5%が最も多い。

延べ訪問回数階級別では、401回以上の訪問で4%の利益率となる。400回以下では1.1%～-0.8%と利益率は低い。300回～401回訪問では常勤2.6だが401回以上では5.3と約2倍の人員が従事している(表4)。

表4：2019年度 介護保険事業経営実態調査からみた全国の訪問リハビリテーションの実態

訪問リハビリテーション (予防を含む) 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目	延べ訪問回数階級別					
	平成29年度決算		令和元年年度決算		令和2年度決算	
	平成29年度決算	令和元年年度決算	平成30年度決算	令和元年年度決算	令和2年度決算	令和2年度決算
(一)介護事業収益	円	1008757	1056708	1078637	1089560	3133939
(1)介護料収入						
(2)保険外の利用料	円	6011	7114	6210	13799	48946
(4)介護報酬査定減	円	-1441	-766	-550	-487	-1596
(1)給与費	円	660846	740183	771193	804004	2278061
(1)給与費(比率)		0.652	0.696	0.711	0.723	0.717
(2)減価償却費	円	32899	23229	23627	25226	68904
(2)減価償却費(比率)		0.032	0.022	0.022	0.023	0.021
(4)その他	円	281104	247851	252926	253030	695635
(4)その他(比率)		0.277	0.233	0.233	0.228	0.219
(四)介護事業外費用	円	3261	2463	2377	3305	9348
収入(7)=(一)+(三)	円	1013327	1063067	1084296	1111871	3179289
支出(8)=(二)+(四)+(五)	円	978110	1013726	1050123	1085565	3050948
差引(9)=(7)-(8)	円	35217	49340	34174	26306	128341
差引(9)=(7)-(8)(比率)		0.035	0.046	0.032	0.024	0.04
延べ訪問回数	回	2386	-	2784	263	7974
PT・OT・ST常勤数	人	1.6	-	1.7	1.9	5.3
PT・OT・ST常勤率		0.931	-	0.947	0.927	0.935
PT・OT・ST(常勤換算)1人当り給与費	円	395125	-	419624	384428	384602
PT・OT・ST(常勤換算)1人当り訪問回数	回	153.1	-	166.5	139.6	149.3

※各項目の数値は決算額を12で除した値を掲載している。

3-2-3-2. 全国訪問看護事業所協会の調査からみた訪問看護ステーションの実態

黒字経営の訪問看護ステーションは指示書を受けている医療機関や医師数、連携している居宅介護支援事業所の数が赤字経営のステーションに比べ1.5倍多いと報告している。また、平均利用者数も黒字のステーションは85.1人、赤字のステーションは49.3人と約1.7倍の差がある。リハビリテーション従事者（常勤換算）でみると、リハビリテーション従事者が多くなるほど黒字のステーションの割合が大きく、リハビリテーション従業員が多くなるほど人口密度が高くなる傾向がみられた。収支

の状況は、リハビリテーション職が多く従事するステーションでは58%が黒字、3%が赤字と、他のステーションに比べ赤字の割合が極端に少なかった。

3-3. M法人内部環境

3-3-1. M病院・Mリハビリテーション病院リハビリテーション科人員体制

M病院リハビリテーション科の2020年度の人員体制は、理学療法士(以下、PT)28名、作業療法士(以下、OT)20名、言語聴覚士(以下、ST)10名である。そのうち、2021年4月現在で訪問リハビリテーション従事者はPT4名、OT2名、ST1名である。

M病院は1～5年目のセラピストが68.52%、6～10年目は18.52%で若年層の割合が高く、Mリハビリテーション病院は1～5年目は41.56%、6～10年目は45.45%と、中間層の割合が高い(図3)。

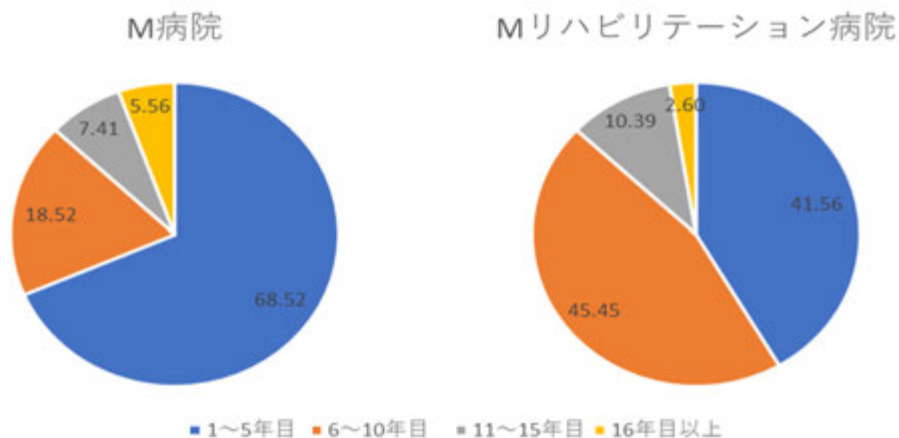


図3：M法人病院勤務セラピストの経験年数内訳

3-3-2. 訪問リハビリテーションの対象者と対象範囲

訪問範囲は神戸市東灘区と芦屋市を主とし、灘区の一部も対象である。M病院対象者は、2020年10月は対象患者総数からみた要介護4、5の重度者への関わりが対象圏域内で一番多かったが、2021年4月は要介護1、2の比較的軽度の方が増えている(表5)。ST介入している訪問リハビリテーション事業所はM病院と同法人内の介護老人保健施設のみで、ST介入が必要な患者ほど介護度が高い傾向にある。PT、OT介入は他事業所の訪問看護ステーションで、ST介入のみM病院訪問リハビリテーションが担当することもある。STの対象疾患は、嚥下に対する介入が多く、失語などの言語に対

するアプローチは少ない。WAMNET 情報より、他事業所は重度の要介護者が少なく、要介護1、2、3の比較的軽度～中等度を対象としていることが多いこともわかった。

表5：M病院訪問リハビリテーション利用者の要介護度内訳

	2020年10月	2021年4月
要支援1	3	2
要支援2	7	10
要介護1	10	20
要介護2	14	18
要介護3	9	10
要介護4	11	14
要介護5	10	10
医療	3	3
自費	9	8
利用者合計	76	95

※入院中、諸事情により中止中などの利用者を含む

3-3-3. 法人内・法人外の医師との連携

2021年6月現在の訪問リハビリテーション利用者の主治医は、法人内は55件、他病院・他クリニックは38病院55件である(表6)。M病院圏域内の神戸市東灘区・芦屋市にある病院・クリニック(リハビリテーション紹介に関係性が低い病院・クリニックを省く)約250病院のうち紹介率は15.2%である。訪問リハビリテーション開始にあたりケアマネジャーから連絡を受けるときに、もともとの利用者かかりつけ医である病院・クリニックから指示書をいただくことがほとんどで、M病院が他病院・クリニックから直接紹介を受けることはほぼない。

表6：法人内・法人外の医師とケアマネジャーとの連携

	M病院医師	院外医師	M法人ケアマネ	他事業所ケアマネ
要支援	5	6	7	5
要介護	46	41	34	54
医療	1	2	2	0
自費	3	6	2	6
合計	55	55	45	65

※サ高住入居者で訪問リハビリテーション利用者21名は他事業所のケアマネが担当。

3-3-4. 法人内・他事業所のケアマネジャーとの連携

2021年6月現在の訪問リハビリテーション利用者のケアマネジャー(以下、ケアマネ)は、法人内45件で全体の40.9%を占める。他事業所ケアマネは65件・37事業所で、そのうち21件(32.3%)は提携しているサービス付き高齢者住宅(以下、サ高住)のケアマネである(表6)。法人と提携しているサ高住が開設したのが2019年2月で、他事業所が介護サービスを提供しており、医療連携としてM病院訪問リハビリテーション、訪問看護が関わっている。

神戸市東灘区・芦屋市にある居宅介護支援事業所は66件あり、M病院はその居宅介護支援事業所の56.06%と提携している。提携しているサ高住の他事業所からの紹介率が高くサ高住との太いパイプがある一方、元々つながりがなかった事業所やケアマネからの新規訪問リハビリテーション依頼が増えている。法人内ケアマネの新規利用者が訪問リハビリテーションを利用する場合、入院中や相談があった時点で関わることが多いが、他事業所のケアマネとは退院後以降の関わりとなることが多く、初回介入までに時間を要す。また、入院中患者で既に介護サービスを受けている場合には、退院後に介護サービスを元の事業所で受けられるため、M法人サービスに繋げることは困難である。

3-3-5. 訪問リハビリテーション総件数と新規件数

2020年度の総件数は899件で、月平均74.92件で、新規件数は年間50件で、月平均4.17件である(表7)。施設入居や入院による終了が多いが、介護保険区分申請で要介護度が低くなり在宅サービスで生活援助中心のサービスになり終了となるケースもある。終了者は月平均で4件程度で新規開始も同等件数あり、常に訪問リハビリテーションの枠は埋まっている状態である。終了者が出た次の月に新規開始する件数が増加している。

表7：訪問リハビリテーション総件数と新規件数

	総件数	新規	再開	終了	中止
2020.4	71	7	2	8	1
5	68	5	2	4	1
6	76	9	3	2	4
7	76	7	3	8	1
8	76	4	3	5	4
9	78	4	2	5	5
10	78	3	3	1	5
11	76	3	2	3	2
12	76	1	4	3	4
2021.1	75	0	3	4	3
2	75	4	3	3	3
3	74	3	3	2	4
合計	899	50	33	48	37
月平均	74.92	4.17	2.75	4.00	3.08

3-3-6. 訪問リハビリテーション部門の収入の推移

サ高住への入居者増加とともに、訪問リハビリテーションが必要とされる方も増え、それ以降M病院訪問件数は増加、収益も増加している（表8、図4）。月平均で2019年度は介入回数508回（件数54件）、2020年度は介入回数544回（件数56件）と増加しており、収益も2018年度より増加している。

表8：M病院リハビリテーション科訪問部門の収支

	2018	2019	2020
病院収益	23,723,726	25,450,933	24,236,606
訪看収益	2,016,182	3,541,282	3,801,801
医業収益	25,739,908	28,992,215	28,038,407
人件費	16,920,900	16,809,758	16,975,182
減価償却費	42,043	20,302	17,280
医業外費用	5,295	8,100	8,855
費用合計	16,968,238	16,838,160	17,001,317
経常利益	8,771,670	12,154,055	11,037,090
人件費率	65.74	57.98	60.54
延べ訪問回数	7,206	8,134	8,029
常勤換算	3.10	3.27	3.03

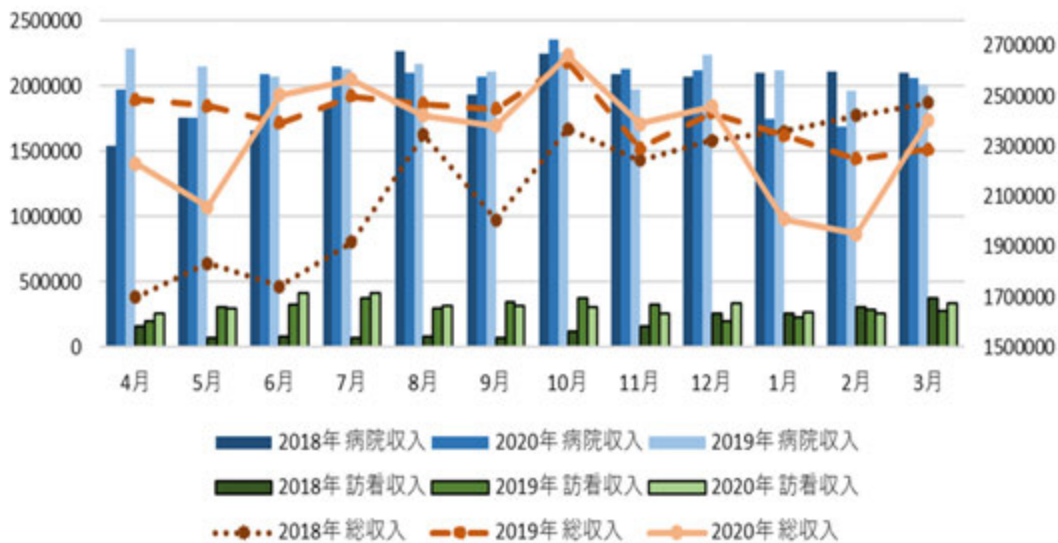


図 4： 2018～2020 年の月別のリハビリテーション科訪問部門 収入推移

新型コロナウイルス感染拡大後も訪問部門は、介入件数を維持しており、昨年の紹介は年間 50 件と前年度と同等であった。

訪問リハビリテーション費のリハマネ加算は、前年度までを令和 3 年度の介護報酬改定の加算体制に換算しなおすと月平均でリハマネ加算(A)イ：180 単位は 19.08 件、リハマネ加算(B)イ：450 単位は 28.25 件だが、科学的介護情報システム(以下、LIFE)に登録できていないため、リハマネ加算(A)ロ：213 単位・リハマネ加算(B)ロ：483 単位は一件も算定できていない(表 9)。

表 9： 月別 各種リハビリテーションマネジメント加算の内訳

2020年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	月平均加算件数
リハマネ加算Ⅰ	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2	2	1	リハマネ加算(A)イ相当 19.08
リハマネ加算Ⅱ	15	18	20	18	18	19	21	21	16	17	18	18	
リハマネ加算Ⅲ	27	23	28	28	31	31	33	30	24	29	27	28	リハマネ加算(B)イ相当 28.25
リハマネ加算Ⅳ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	43	41	48	46	50	50	54	52	42	48	47	47	
2021年	4月	5月	6月										
リハマネ加算(A)イ	16	19	20										
リハマネ加算(A)ロ	0	0	0										
リハマネ加算(B)イ	29	24	27										
リハマネ加算(B)ロ	0	0	0										
合計	45	43	47										

M病院リハビリテーション科訪問部門の損益分岐点分析を以下に示す(図5)。訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品は、当該病院、診療所、介護老人保健施設における診療用に備え付けられたものを使用することができ、訓練に必要な物品は病院から持っていか訪問利用者に準備していただくことが多いため、材料費や医薬品費はほぼなく、固定費は人件費のみで、変動費も極めて少ない。損益分岐点は人件費とほぼ同じ16,991千円で、売上高の約4割が利益となる。

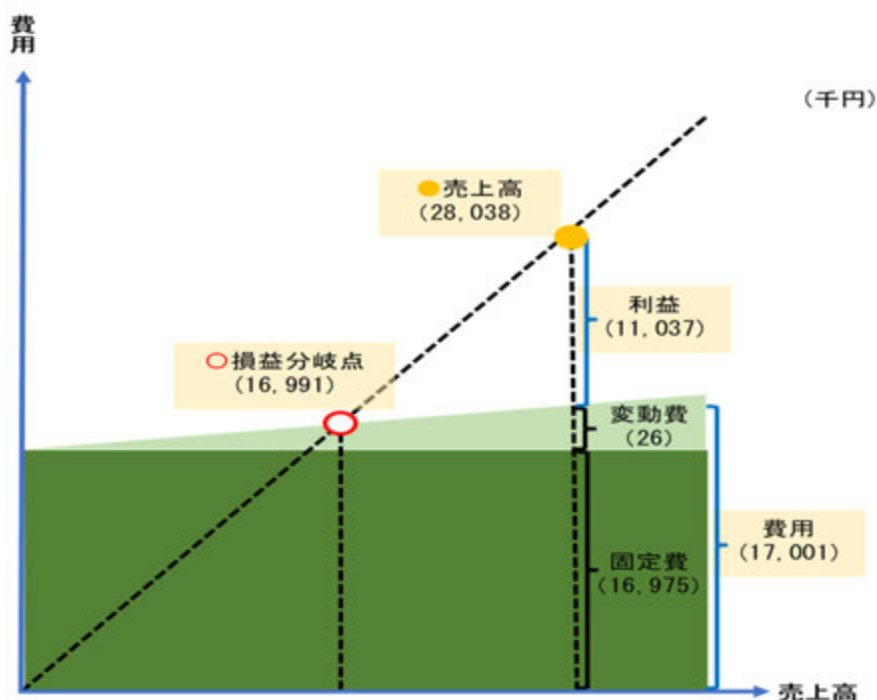


図5：M病院訪問リハビリの損益分岐点分析

3-3-7. M病院リハビリテーション科の業務について

M病院リハビリテーション科は、訪問部門、外来部門、デイケア部門に分かれており、外来部門は亜急性期病棟、訪問部門とデイケア部門は療養病棟を半日ずつ担当している。院内の入院対応業務と各部門を兼務するため担当患者数は多くなり、各種書類も増える(表10)。通常業務における各患者・利用者のアセスメント・マネジメントや、病棟等の他部署との連携が不十分になることも少なくない。

また、行政からの委託事業や、地域のNPOや民間企業、婦人会など他機関や他団体からの要請により、介護予防事業や認知症予防などの地域包括ケア事業・活動にも協力している。基本方針の一つである、「地域に根ざした信頼される施設を創る」事業

体として、リハビリテーションスタッフも地域住民のニーズに応じて支え続ける活動を実施している。

人材育成に対し、M法人内のリハビリテーション科では2017年よりジョブローテーションを実施し、亜急性期～回復期～生活期を経験できるシステムになっている。2021年度までは1年半で異動していたが、2022年度より2年半での異動となり、今まで1～3年目が行っていた各種系の業務がその上の年代に係ってくる。

表 10：M病院リハビリスタッフが行う書類業務一覧（訪問部門と外来部門の比較）

病棟業務	訪問リハビリ		外来リハビリ
	医療保険（毎月）	介護保険（3か月毎）	
1 リハビリ総合実施計画書	診療情報提供書取り寄せ	診療記録	リハビリ実施計画書
2 目標設定等支援・管理シート	訪問リハビリ指示書依頼	診療情報提供書取り寄せ	目標設定等支援・管理シート（必要者のみ）
3 FIM記録	リハビリ実施計画書	訪問リハビリ指示書依頼	各チームの患者申し送り
4 各患者情報共有メール（必要時のみ）	リハビリ実施報告書	サービス担当者会議	毎回の記録
5 毎日の記録	毎回の記録	リハビリ会議	
6 退院時サマリー作成		リハビリ実施計画書	
7		リハビリ実施報告書	
8		リハビリ会議録	
9		毎回の記録	
一人当たり平均担当数	訪問部門：2名 外来部門：5名	0.5名	毎月2～4名換算 （全担当数 5～12名） 2.78名

表 11：経験年数別 人材育成に係わる業務

	2021年度	2022年度以降 予測
	教育に係わる業務内容	
1～3年目	各種系の業務 新人教育指導(エルダー制度)	1～3年目が担っていた業務が上の年代にシフトする
4～7年目	新人発表の準備	(各種系の業務) 新人教育指導(エルダー制度)
8～10年目	後輩指導(メディエーター制度) 患者・利用者のマネジメント業務	新人発表の準備 後輩指導(メディエーター制度)
11～15年目	実習生対応	患者・利用者のマネジメント業務 実習生対応
16年目以上	管理業務	管理業務

3-3-8. M病院訪問リハビリテーションの SWOT 分析

M病院訪問リハビリテーションの SWOT 分析は以下である（図6）。M病院が展開する医療・介護の各事業や、M法人が取り組んでいる地域事業は、亜急性期から回復期、在宅や療養の生活期、終末期まで関わることができ、地域への理解・経験値に貢献し、人材育成に意味を成している。M法人病院勤務セラピストはジョブローテーションを実施しているため、経験年数での従業員割合についてはM病院だけの課題ではない。今後少子高齢化に伴い、リハビリテーション従事者や事務職員の確保はさらに難しくなる。働きやすい職場づくりとして、「女性活躍/次世代育成支援対策推進法に関する取り組み」や、「保育事業の運営」に取り組んでおり、産休・育休取得や時間短縮勤務のスタッフが多い。

M病院周辺環境から、神戸市東灘区では2020年を境に人口減少を認める一方、要介護者数は微増である。神戸市東灘区の高齢化率は2015年を比べ1.45ポイント上昇の24.75%で、要介護者数も2015年比で2021年は117.63%の増加を認める。M病院訪問リハビリテーションはCOVID-19感染拡大後一時ST介入の利用控えはあったが、現在休止中の利用者は入院中などの状態変化に伴う理由であり、訪問件数は伸びている。

介護保険事業経営実態調査や全国訪問看護事業所協会の調査より、M病院訪問リハビリテーションは全国平均と比較し、延べ訪問回数は常勤換算した従業員数に対し高めの水準で、収益性は高く、常勤換算での一人当たりの訪問回数も200回を超えている。人件費率は60%台と低い値を保っており、損益分岐は人件費とほぼ同値なことから、訪問リハビリテーションの収益性は高い。

現在、M病院医師から利用者に対し訪問リハビリテーションの説明と同意を得ている割合は5割で、後の5割は利用者のかかりつけ医である。よって2020年度に介入した利用者に対しリハマネ加算(B)相当は6割の算定にとどまった。また主治医が他医療法人や他クリニックではリハビリテーション会議などは不在となることが多く、それに伴う減算も介護報酬改定毎に大きくなっている。

M法人ケアマネからの訪問リハビリテーション紹介は4割程度で、他事業所からの紹介の方が多い。他居宅支援事業所のうち、提携しているサ高住の居宅支援事業所からの訪問リハビリテーション紹介は32.3%と多いため、今後も良好なお付き合いが必要である。

またリハマネ加算に関し、LIFEに登録できていないためリハマネ加算(A)口(B)口を算定できていない。業務タスクが増えることが要因として大きい。

現在、M病院訪問リハビリテーションは訪問での教育のしづらさと現場でのリスク管理の観点から5年以上の経験者で構成されている。Mリハビリテーション病院では経験年数中間層が4割以上を占め、1～5年目の若手に手厚い教育指導が可能である一方、M病院リハビリテーション科職員は7割近くが若手であり、5年目以上が少ない。

<p>S：強み リハ科従業員数が多い。 患者様に十分な単位数のリハビリを提供できる。 亜急性期～生活期、終末期まで包括的支援。 ジョブローテーションで経験できる機会が多い。 ライフスタイルに合った勤務形態を選択できる。</p>	<p>W：弱み 若手に対し5年以上の経験者は3割程度と少ない。 兼務で業務タスクが多い。 各利用者のマネジメントにかかる時間が不足。 リハマネ加算(A)口(B)口の算定ができていない。 他部署との情報共有・連携が不十分。 専門職以外でも可能な業務をリハスタッフが担当。 入院から在宅生活へのシームレスな介入が不十分。</p>
<p>O：機会 高齢化による高齢者人口増大が見込まれる。 国策として地域リハビリが推進されている。 サ高住からの訪問リハビリ紹介が多い。 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所等、 地域関連事業所を法人内に保有。</p>	<p>T：脅威 近隣に訪問看護事業所が多い。 競合する事業所は増加傾向にある。 訪問リハに対応できる人材育成・人員確保の困難。 当院MSWは当院在宅サービスを紹介するが、実際 サービス利用に結び付いているか明確ではない。 診療報酬・介護報酬マイナス改訂。 地域の居宅介護支援事業所からの紹介が限定的。 他病院・クリニック等の連携が不十分。 単身高齢世帯が増え、在宅介護サービスより生活 支援サービスを優先される。</p>

図6：M病院訪問リハビリテーションのSWOT分析

4. 考察

4-1. M病院訪問リハビリテーションの普及を阻害している要因

要因①：業務タスクの多さ

現在、訪問リハビリテーション部門は病院業務と訪問業務の兼務で、経験年数5年以上の訪問リハビリスタッフで構成されており、院内患者・訪問リハビリテーション利用者の対応と、人材育成として指導者の役割も大きく業務タスクが多い。若手や実習生への教育指導等に係る機会が多い。一見訪問リハビリ部門での収益は高くても残業や業務調整などで業務圧迫していることが考えられる。タスクが増えるとミスも増えるため、サービスの質の低下は否めない。

訪問リハビリテーションは医師の診療情報と訪問リハビリテーション指示書をもとにケアマネが作成したケアプランに沿ったりハビリテーション会議や訪問リハビリテ

ーション計画を立てるなど紹介から介入、継続する上でプロセスが多い。厚生労働省が主管しているLIFEの活用は、介入することに価値が置かれたサービスからリハビリテーションのサービスの質・効果を問われることとなり、国を以って今後科学的介護の実践が加速するであろう。しかし、M病院は導入のためのパソコン等の未整備なことと、入力作業に負担を感じていることから未だ導入できていない。「通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業 報告書」(2020)でも全国のアンケート結果でシステムへのデータ入力作業と入力する利用者の情報の収集の負担が大きいとされ、リハビリテーション計画の作成およびそのマネジメントの実施にあたり、利用者の情報を収集してデータ化を行うプロセスには、一定程度の負担があることが示唆されている。LIFEに登録に際し、利用者マネジメントしながら書類業務も行う負担は増える可能性があり、更なる業務タスクの増加が懸念される。

要因②：法人内リハビリテーション科の職員配置

法人内リハビリテーション科において、各病院で人員の経験年数にばらつきがある。役職者は管理業務を行うため、新人指導者や学生指導者の中心となる中間層の人材が不足しており、6年目以降の人材育成に影響している可能性があり、若年層の一人に係る教育が手薄になりやすい。2017年以降ジョブローテーションの採用で、M病院での若年層の離職は減ったが、経験2、3年目の異動に伴い中間層の教育指導や実習指導など人材育成業務とその他雑務が重なってしまい負担が増えている。

若手の訪問リハビリの従事希望者も多いため、今後人材育成・教育指導を強化し、若手も訪問リハビリに従事できる体制が必要となる一方、上岡らの報告(2013)で訪問リハビリテーションの教育内容に対して75%が不十分と認識しているとあるように、訪問で教育者が見えない環境での人材育成のしづらさがある。法人内のリハビリテーション科の職員配置検討も必要だが、現状中間層からの異動希望はほとんどない。地域医療・介護に携わっているが、それらの必要性を十分理解されておらず、地域理解についての職員教育の機会も少ないため、職員の興味・意欲に反映していない可能性が考えられる。地域に根差した医療・介護を提供する医療福祉複合体として職員教育のあり方やジョブローテーションでの職員配置である程度のコントロールは必要と考える。

要因③：地域での他事業所との連携

地域の医療法人や事業所からM法人の医療介護事業活動についての認知度は高いと思われるが、他病院・クリニック医師のリハビリテーション会議の参加は皆無で横のつながりは十分といえない現状である。法人外事業所では、M病院の空き状況や訪問リハビリテーション提供体制が分かりにくいいため、元々紹介して頂いている事業所からの紹介が多い。法人外事業所の複数ケアマネジャーからの紹介もあり、ある事業所ではM病院訪問リハビリテーションを積極的に紹介して下さるケースも増えているが、限定的である。M病院と提携しているサ高住のケアマネジャーからの訪問リハビリテーション紹介は多いため今後も積極的連携を行うとともに、M病院周辺地域で拠点となる他の居宅介護支援事業所とも連携し、同地区の地域住民への効率的サービス提供ができる体制づくりが必要である。

藤井ら（2011）は、利用者のみではなく、その家族や利用者に関わりのある専門職を顧客と位置付けて営業を続け、そこから顧客の求めるニーズを把握し、新しいサービスを創っていく視点が必要と述べている。また、COVID-19 感染拡大において、通所リハビリテーションから訪問リハビリテーションへのシフトが見られ、COVID-19 感染拡大後 2020 年度の訪問リハビリテーションは増収である。これらのことから、在宅生活・在宅医療において訪問リハビリテーションの必要性は今後も増すと考える。よって地域連携をさらに強化し、利用者ひとりひとりに沿ったサービス提供ができる体制づくりをさらに強化していく必要があると考える。

4-2. M病院訪問リハビリテーションの経営課題

経営課題①：業務負担軽減のためのマネジメントが不十分

人員配置の偏りから中間層に教育指導も業務として加わるため、訪問リハビリテーション従事者業務タスク増加から組織内ストレスが高まって職員の不満感、疲弊が進み、離職につながらないよう、業務負担の軽減が必要である。今後効率的に加算算定をして収益低下を防ぐためには、一人ひとりの業務量調整は必須となる。業務タスクが多いことによる職員疲弊からの離職を防ぐためには、教育指導者とプレーヤーを両立するための体制づくりが必要である。専門職業務とそれ以外で実施できる業務に業務仕分けし、訪問リハビリテーション部門業務が圧迫しすぎない業務配分を図り、やりがいをもって業務に携われるよう、創意工夫の必要があると考える。

経営課題②：安定した利用者獲得とシームレスな介入が困難

現状、M病院訪問リハビリテーション部門は黒字経営で人件費率も全国平均より低く高い利益率を維持できていることや、周辺地域で3番目に利用者数が多いことから、この地域では利用者やケアマネジャーに選ばれる事業所であるといえる。しかし、従業員の急な休み等の事業所側の理由で訪問リハビリテーション提供できないことに対し、利用者にマイナスとなることと利益低下につながるため、取りこぼしなく安定した介入回数の維持と安定した収益を得る必要がある。訪問看護では、従業員数を増やし訪問回数が増ければフォロー体制をとりやすいとあり、経営安定化を図るために訪問看護ステーションの大規模化が推進されている（飯田 2019）。訪問リハビリテーションでもこれは有効と考え、安定した訪問回数と新規利用者の獲得し、利用者を主としたフォロー体制がとれるように工夫していきたい。

安定した利用者獲得について、厚生労働省の令和2年度介護事業経営実態調査結果は、従業員が少ない小規模事業所は、利用者数の変動による影響を受けやすく1人1日平均訪問回数を一定に保つことが困難であると報告している。また、全国訪問看護事業所協会の報告によると、リハビリテーションは効率的に回れる人口密度が高いエリアで中・大規模のリハビリテーション従事者が多いステーションが黒字になる傾向があり、逆に人口規模が小さい地域や訪問看護ステーションが集中する地域では事業継続と利用者確保が課題となり、利益を上げるためには、利用者数の変動が少なく、かつ高い訪問回数を維持できるよう、管理者は利用者マネジメントが重要であるとしている。M病院は人口規模が大きいエリアで展開しているが、人口減少傾向にあるため、長期的にみると現状のような利用者確保が困難になる可能性がある。

法人内連携で情報共有はされているものの、退院前に訪問リハビリテーションの利用を勧めても、退院後からの調整となることも大いにある。新規利用の場合は他のサービスとの時間的兼ね合いもあり、介入開始まで2週間前後の調整時間を要し遅くなる傾向にある。また在宅ケアに繋げるために医師の指示が必要だが、診療情報提供書が遅くなると必然的に利用者介入も遅れ、制度的制限も大きい。前もって退院時期を把握し、素早く対応できるよう体制を整える必要がある。退院直前から介入が決定しているケースは、退院前カンファレンスを通してケアプランを組むため退院直後から開始するが、自宅内生活で日常生活動作の再構築による環境調整の必要性が退院時と異なることや、COVID-19感染拡大により外出・外泊が困難なために十分な自宅での日常生活動作の評価がされていないまま退院するケースも増えている。令和3年介護報酬改定では、退院退所後に3か月間の短期集中リハビリテーション介入が週12回可能

となったため、介護報酬の枠組みをうまく利用しながら、退院後から利用者の地域生活を臨機応変に支援していくプランを、ケアマネはじめ利用者に係わるチームで考えていく必要がある。

5. 結論

M病院訪問リハビリテーションの普及のために地域密着型をより強化し、院内教育・人材育成とそれらのマネジメント、法人内連携と他事業所との連携を強化し、質の高いリハビリテーションを提供する体制強化が必要である。

兼務による業務負担については、専門職でなくても対応できる内容は業務仕分けをする必要がある。現在の顧客にリピーターになってもらうためには、顧客満足を高めて顧客ロイヤリティ向上と患者マネジメントに時間がさけるよう、ある程度の時間的余裕は必要である。顧客シェアを獲得し利益を生み出すためにも、櫻井（2019）は、従来から提唱されていた従業員満足から顧客満足への影響経路でなく、顧客満足が従業員満足、特に職務満足や組織ロイヤリティに正の影響をもたらすと述べており、顧客満足向上と従業員満足の向上のサービスプロフィットチェーンから、それらの相乗効果を期待したい。

地域連携については、シームレスな連携から早期に訪問リハビリテーションに繋がられることが、M病院訪問リハビリテーションの改善必要度の高い課題といえる。全日本病院協会（2020）の報告によると、退院後に訪問リハビリテーションに移行したもののについて、退院から訪問リハビリテーションの利用開始日までの日数が7日以内の利用者は8日以上の利用者に比べ利用開始からその1か月後までのBI（バーサルインデックス）の上昇幅が、有意に大きいことが示されている。生活期リハビリテーションに移行のタイムラグを短くするためには、「利用に関する最初の相談」や「退院の連絡」、「診療情報提供書の提供」等の連絡や情報提供を早期に行うよう、これを促すアプローチが有効とされている。よって早期から訪問リハビリテーションに移行することが利用者にとって最重要となり、利用者の日常生活にも影響することがわかっているが、他事業所の協力なしではその実現は困難である。法人外連携においては、制度上、診療情報提供等で地域の病院・クリニックの協力が必須で、病院ぐるみのお付き合いが重要で、普段から地域連携で関係性を持つておくことが大事と考える。また、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修を1単位でも取得していることが望ましいとされており、M病院だけでなく他法人の指示をいただく医師にも協力が求められる。サービスの質を担保するためには、今まで以上に法人内・他

法人との連携を強化し他事業所と切磋琢磨しながら一緒に成長できる関係性の維持と継続が大切である。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、木下隆志教授に丁寧なご指導を賜りましたことを感謝申し上げます。

また兵庫県立大学大学院経営研究科 医療・介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただき心丈夫でした。重ねて御礼申し上げます。

参考文献・引用文献

- [1] 飯田苗恵、鈴木美雪、塩ノ谷朱美、坪井りえ、佐々木馨子、大澤真奈美、齋藤基、柿沼直美、山路聡子、神山智子、北爪明子、牛込久美子、依田裕子(2019) 「地域包括ケアシステムにおける訪問看護ステーションの経営状況と事業所特性及び地域特性，経営管理との関連 — 全国と群馬県の比較 —」『群馬県立県民健康科学大学紀要』第 14 巻：19-34。
- [2] 一般社団法人 全国デイケア協会(2020) 「活動・参加」に向けたリハビリテーションマネジメントあり方マニュアル」令和元年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業 <https://day-care.jp/wp/wp-content/uploads/d68b997a78e84956b811c7fa4c97c193.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [3] 一般社団法人 全国訪問看護事業協会 (2014) 「訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業 ～訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して～ 報告書」平成 25 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 <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h25-1.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [4] 上岡裕美子、松田智行、飯島弥生、斉藤秀之、千田直人、浅川育世、小林聖美、伊佐地隆(2013) 「訪問リハビリテーションの教育プログラム構築に向けた調査報告—実践家から見た養成施設における教育の課題—」『理学療法』第 40 巻第 5 号：378-385。
- [5] 大田仁史、浜村明德、下斗米貴子、澤俊二(2018) 「地域リハビリテーション論 Ver7」 Ver7：17-28、三輪書店

- [6] 大沼剛、阿部勉、福山支伸、安倍浩之、小山樹(2016)「訪問リハビリテーション利用者の要介護度変化とその要因」『理学療法』第43巻第6号：501-507。
- [7] 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(2020)「通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業 報告書」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)https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000002tweq-att/R1_037_2_report.pdf
- [8] 鎌倉矩子(2009)「作業療法の世界 作業療法を知りたい・考えたい人のために」第2版、三輪書店
- [9] 川越雅弘他(2020)「特集：作業療法と地域包括ケア 総論：作業療法と地域包括ケアの現在・未来」『作業療法ジャーナル』Vol.54 No.12：1263-1269、三輪書店
- [10] 公益社団法人 全日本病院協会(2020)「退院からの通所・訪問リハビリテーション・医療提供施設への円滑な移行に関する調査研究事業報告書」https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/200410_3.pdf (2021年7月1日アクセス)
- [11] 厚生労働省(2014)「アフターサービス推進室活動報告書 Vol.15：2014年3～6月」<https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol15/dl/after-service-vol15.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [12] 厚生労働省(2015)「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」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [13] 厚生労働省(2018)「訪問リハビリテーション(参考資料)」社保審一介護給付費分科会第140回 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000167233.pdf (2021年7月1日アクセス)
- [14] 厚生労働省(2019)「理学療法士・作業療法士の 需給推計について」医療従事者の需給に関する検討会 第3回 理学療法士・作業療法士需給分科会 <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000499144.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [15] 厚生労働省(2019)「専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について」一般介護予防事業等の 推進方策に関する検討会 第7回

- <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000558773.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [16] 厚生労働省 (2020) 「令和2年度介護事業経営実態調査結果」厚生労働省老健局老人保健課 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450372&tstat=000001032972&cycle=0&tclass1=00001146506&tclass2val=0> (2021年7月1日アクセス)
- [17] 厚生労働省(2020)「訪問リハビリテーション」 社保審一介護給付費分科会第182回 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000679685.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [18] 厚生労働省(2020)「訪問看護」 社保審一介護給付費分科会第182回 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000661085.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [19] 櫻井秀彦(2019)「サービス・マネジメントにおける従業員満足と顧客満足の因果検証：プロフェッショナルサービスを対象とした実証研究」『オペレーションズ・マネジメント&ストラテジー学会論文誌』第9巻第1号：48-63。
- [20] 関本充史(2021)「特集：訪問における作業療法の役割とこれから」『作業療法ジャーナル』Vol. 55、No. 5：426-430。
- [21] 全国訪問看護事業所協会(2014)「訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業一訪問看護ステーションのサービス提供体制に着目して一」平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金 老人保健健康増進等事業。
- [22] 高橋友子、米山直樹(2012)「新人看護職の離職移行と就業継続に関連する要因の検討」『関西学院大学リポジトリ 人文論究』第62巻第2号：43-65。
- [23] 日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会(2018)「訪問リハビリテーション従事者のための人材育成ガイドライン 第2版」
- [24] 関本浩矢(2019)『組織行動論』(ベーシック+) 中央経済社。
- [25] 平野康之(2016)「訪問リハビリテーション従事者における利用者の病状変化の気づきに関する研究」『つくばリポジトリ』
http://purl.org/coar/resource_type/c_46ec (2021年7月1日アクセス)
- [26] 藤田愛(2017)「A 訪問看護ステーションの大規模化に向けた経営戦略」『商大ビジネスレビュー』第7巻第2号：169-190。
- [27] 藤井千里、赤間明子、大竹まり子、鈴木育子、細谷たき子、小林淳子、佐藤千史、叶谷由佳(2011)「訪問看護ステーション管理者の営業を含めた経営能力と

- 収益との関連」『日本看護研究学会雑誌』 Vol. 34. No1 : 117-130。
- [28] 前田穰(2018)「外部のリハビリテーション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～」『共済総研レポート』
<https://www.jkri.or.jp/PDF/2017/Rep155Maeda.pdf> (2021年7月1日アクセス)
- [29] 増田剛(2016)「リハビリテーション病院におけるセラピストの人事考課制度導入に向けたクリニカルラダー開発」『商大ビジネスレビュー』第6巻第2号：225-250。
- [30] 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2019)「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書」平成30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
https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_1_2.pdf
(2021年7月1日アクセス)
- [31] 宮地千尋(2012)「地域包括ケアシステムにおける在宅療養支援病院の経営戦略」『商大ビジネスレビュー』第2巻第2号：280-294。
- [32] 山口絹代、吉本照子、緒方泰子(2011)「訪問看護ステーションにおける管理者の行動の現状と課題」『目白大学健康科学研究』第4号：37-43。
- [33] 山口絹代、吉本照子、杉田由加里(2016)「訪問看護ステーション管理者の経営管理行動指標試案の作成：安定的経営に基づく地域の在宅ケアニーズの量的・質的充足に向けて」『千葉大学大学院看護学研究科紀要』第38号：47-55。