



日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和7年2月13日（木） 16:30

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

リハビリテーション介護士の養成 ～日常のケアをリハビリテーションに～

- ・目的 : 機能改善、寝たきり防止へのリハビリ量の確保
- ・プロセス : 介護職によるリハビリ視点のADLケア
- ・アウトカム : ADLの自立化、要介護度の改善

介護福祉士への評価

令和6年度改定において、介護福祉士配置による加算が新設された。

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-⑩

看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行		改定後	
【療養病棟入院料】		【療養病棟入院基本料】	
注12 イ 夜間看護加算	50点	注12 夜間看護加算	50点
		注13 イ 看護補助体制充実加算1	80点
		ウ 看護補助体制充実加算2	65点
□ 看護補助体制充実加算	55点	ハ 看護補助体制充実加算3	55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において**3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上**配置されていること。
- イ **主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時100対1以上**であること。当該看護補助者は**介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者**であること。
- ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- オ 当該保険医療機関における**看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)のイからオを満たすものであること。

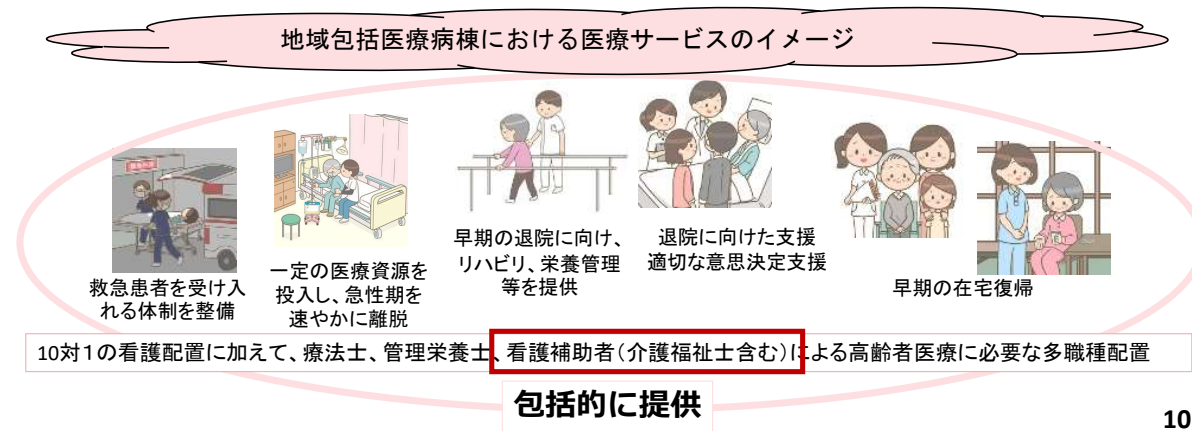
(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

- (1)のウ及びエを満たすものであること。

201

介護福祉士の役割

寝たきり防止には、各専門職種によるチーム力が求められる。
介護福祉士もその重要な役割を担っている。



医師	看護師	リハビリ療法士	介護福祉士	管理栄養士	薬剤師
急性期治療、 多病（慢性疾患）、 栄養不良、 脱水、廃用防止	全身状態の観察や 適切なケア提供	疾患別リハビリ など	ADLケア/介入 （直接介護）	栄養管理	ポリファーマシー （適切な服薬管理）

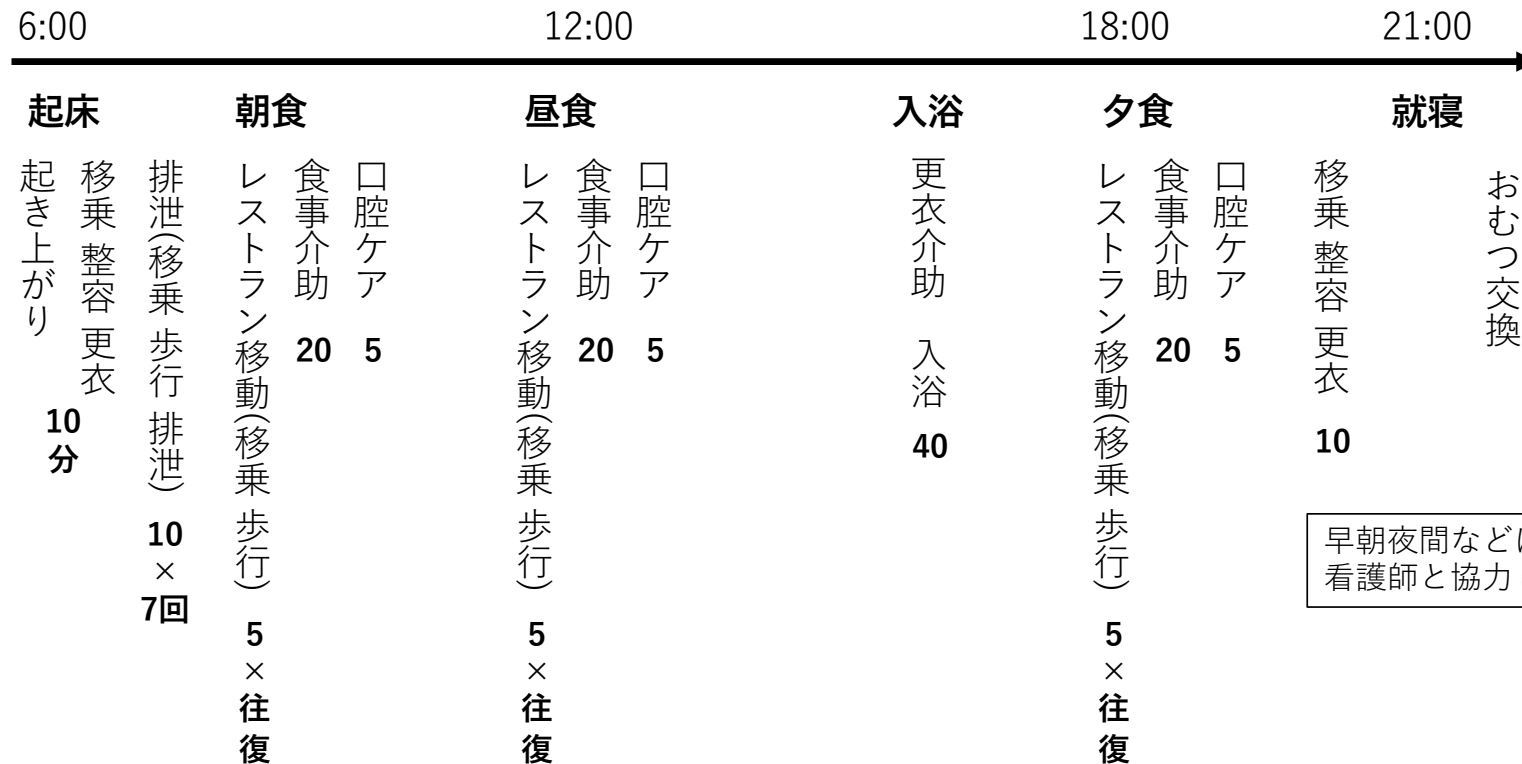
出所：地域包括医療病棟の図は、厚生労働省保険局医療課「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」

介護職によるケア機会と時間

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

介護職によるADLケアは、リハビリ療法士（最大3時間）含めどの職種よりも回数が多く時間も長い。

介護職によるADLへの関わり例



早朝夜間などは
看護師と協力し介入

介護職の専門性

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の日常生活に最も関わるのが介護福祉士（介護職）。その関わりをリハビリ視点でケアすることにより、患者の能力向上を図る。

介護福祉士の定義

専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう。

「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項

介護職の専門性

2. 「できるADL」を日常生活に積極的に取り入れ「しているADL」に定着させよう

根拠：どの職種よりも多くの日常生活に関わることができ、リハビリで実践する「できるADL」を取り入れ、残存機能を活かし能力の維持、向上を目指す専門性を持つ職種であるため。

回復期リハビリテーション協会「介護5箇条」

できるADL



リハビリ室では歩けているが

しているADL



病棟での日常生活は車椅子

ケアに必要な量と質

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

ADL機会を活かすには、人員確保とケアの質向上が欠かせない。

リハビリ介護に必要な「量と質」

人員配置

量

ケア時間の確保

- 目的** **寝かせきりを防止**
身体拘束や不必要なおむつなどが
廃用を進行させる。
- 内容** **活動量（日常生活動作）を
積極的に増やす**

スキル

質

リハ介護技術の提供

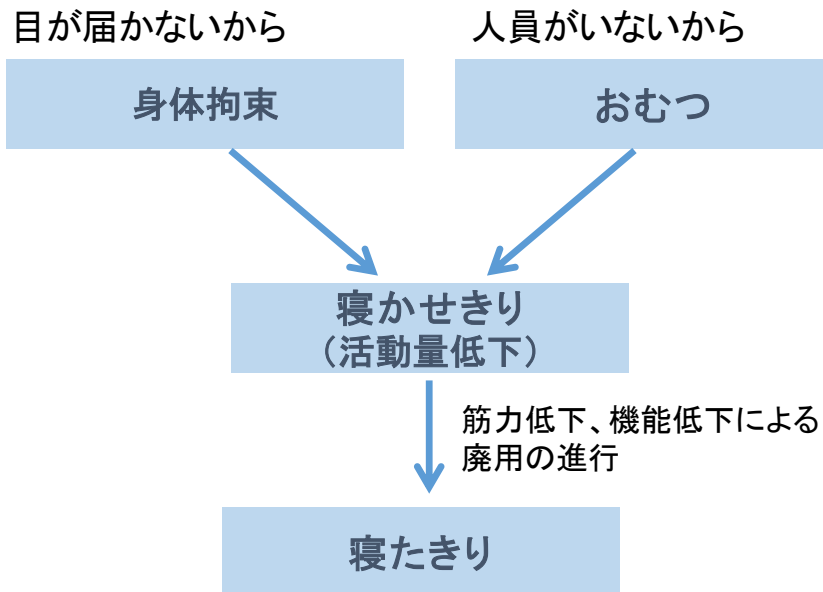
- 目的** **身体機能の改善**
疾患別リハビリだけでなく、毎日
のADLが自立度の改善につながる。
- 内容** **リハビリ視点の日常生活動作
支援で機能改善を図る**

ケアの量 量も質のうち

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

ケアは少数精鋭では成立しない。
拘束やおむつを外し、活動量を上げるには一定以上の人員が必要。

介入しないと活動量は減る



トイレ排泄のトレーニング

車イスに乗れば、トイレ排泄は可能

① 2時間おきにトイレへ誘導

② 排泄パターン確認

③ パターンに沿ってトイレ誘導

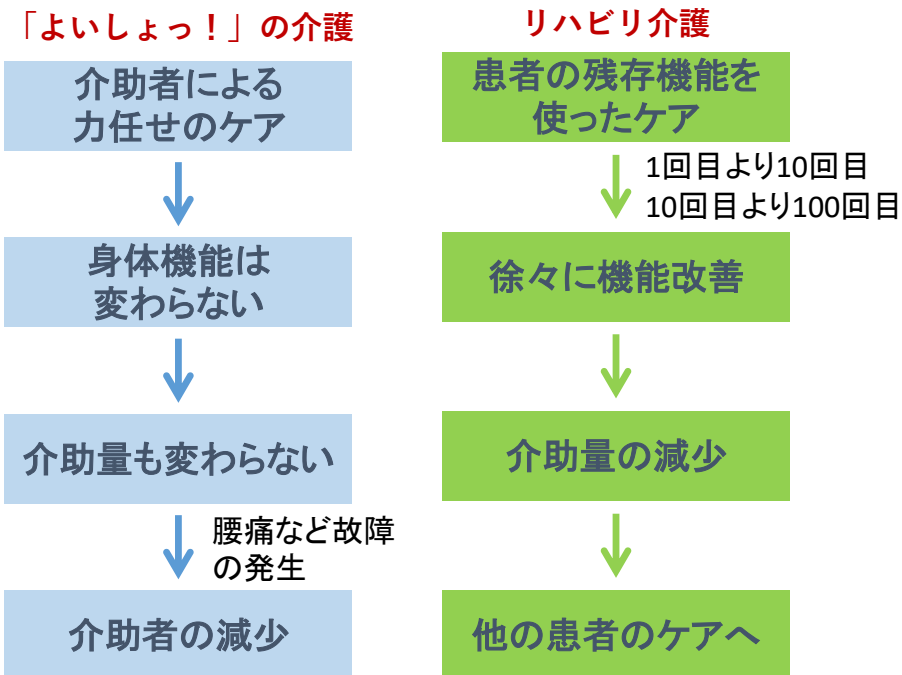
④ 尿意を覚え、意思表示を

ケアの質 リハビリ介護

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

日常の大半を占めるADLを残存機能を活かしたリハビリ視点で介入（リハビリ介護）。少量頻回のトレーニングとして実施する。

「お世話」ではなく「ADLリハ」として介入



回数を重ねて自立化へ



更衣介助



歩行介助



整容介助



移乗介助

リハビリ介護の潜在力

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

療法士によるリハとリハ介護により、より多くのリハビリ時間を提供できる。量と質を確保し、機能改善・要介護度改善を促進する。

入院料別リハ提供単位数*

入院料	平均単位数/日
急性期一般1	1.24
急性期一般2~3	1.43
地域一般1~2	1.70
地ケア1	2.00
回リハ1	5.36

(1単位=20分)

+

ADLケアによるリハ介護時間（例）

内容	頻度	所要時間
■朝晩の整容、更衣	10分×2回	20分
■排泄（移乗、歩行、排泄）	10分×7回	70分
■レストラン移動、車椅子から椅子への座り替え	10分×3回	30分
■食事介助	20分×3回	60分
■毎食後の口腔ケア	5分×3回	15分
■入浴（更衣、入浴介助）	40分	40分

リハビリ療法士
30分～2時間

リハビリ介護
4時間

出所*(令和5年度第6回) 入院・外来医療等の調査・評価分科会 令和5年9月6日(水)

リハビリ介護の技術習得

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

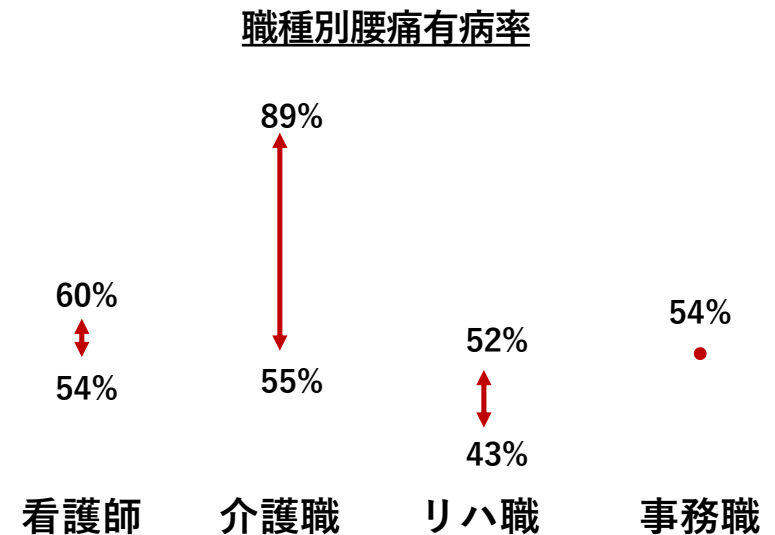
日常ケアを機能改善の機会とするにはリハビリ介護技術が必要。
高いケア技術は、腰痛予防など介護職自身も守ることができる。

適切な介護技術があれば、



出所：千里リハビリテーション病院PTによる介護職への研修風景

腰痛も予防できる



出所：日本予防理学療法学会雑誌第2巻1号（2023）「看護・介護・リハビリテーション職における腰痛の有無とワーカホリズムおよびリカバリー経験の関連」、事務職は日本腰痛会誌，7（1）：100-104,2001「職業性腰痛の疫学」

リハビリ介護のプログラム例

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

リハビリ療法士から、理論と技術を学ぶことが最短ルート。

リハビリ療法士から介護職への技術伝達

理学療法士 (PT)

起居・座位
起立・移乗
重症患者の寝返り、起き上がり、移乗
軽症患者の寝返り、起き上がり、移乗
歩行・階段昇降
歩行介助の基本
歩行介助のバリエーションとその方法
装具・車椅子
装具、歩行補助具の活用方法

作業療法士 (OT)

更衣 (上衣・下衣) ・整容
更衣実技
食事動作
入浴動作 (浴槽跨ぎなど)
上肢管理・ポジショニング
入浴介助のポイント
認知症と高次脳機能障害の違い

言語聴覚士 (ST)

コミュニケーション
高次脳機能障害
摂食嚥下障害
食事介助
口腔ケア (歯科衛生士)

寝たきりゼロへ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

リハビリ介護士は、寝たきり防止に必要な不可欠なチームメンバー。

寝たきりゼロへの10か条

- 第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩
- 第2条 寝たきりは寝かせきりから作られる 過度の安静 逆効果
- 第3条 リハビリは早期開始が効果的 始めようベッドの上から訓練を
- 第4条 暮らしの中でのリハビリは 食事と排泄、着替えから
- 第5条 朝おきて先ずは着替えて身だしなみ 寝・食分けて生活にメリとハリ
- 第6条 「手は出しすぎず目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に
- 第7条 ベッドから移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用
- 第8条 手すりつけ 段差をなくし住みやすく アイデア生かした住まいの改善
- 第9条 家庭（うち）でも社会（そと）でもよろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり
- 第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす人の和 地域の和

リハビリ介護士をデザインする

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

医療介護のすべての現場にリハビリ介護士が必要。
日慢協のノウハウを用いてリハビリ介護士を養成する。

ADL/要介護度を改善するリハビリ介護士

ポイント	慢性期治療病棟	リハビリ介護士
目的 明確化	病態を改善し、在宅復帰を促す	機能改善、寝たきり防止への リハビリ量の確保
プロセス 実践方法の確立	7病態（誤嚥性肺炎、低栄養、 脱水、褥瘡、尿路感染症、心不 全、その他の感染症）の治療 + 病態の急性憎悪対応 （慢性期救急）	リハビリ視点のADLケア ・誰よりも長いケア機会をリハ ビリの場として活用する ・仕事のやりがいとともに、 腰痛などの障害を防止する
アウトカム 指標設定/測定	6病態の改善度、改善期間	ADLの自立化、要介護度の改善 1回目より10回目、10回目より100回目



良質な慢性期医療がなければ

日本の医療は成り立たない

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES