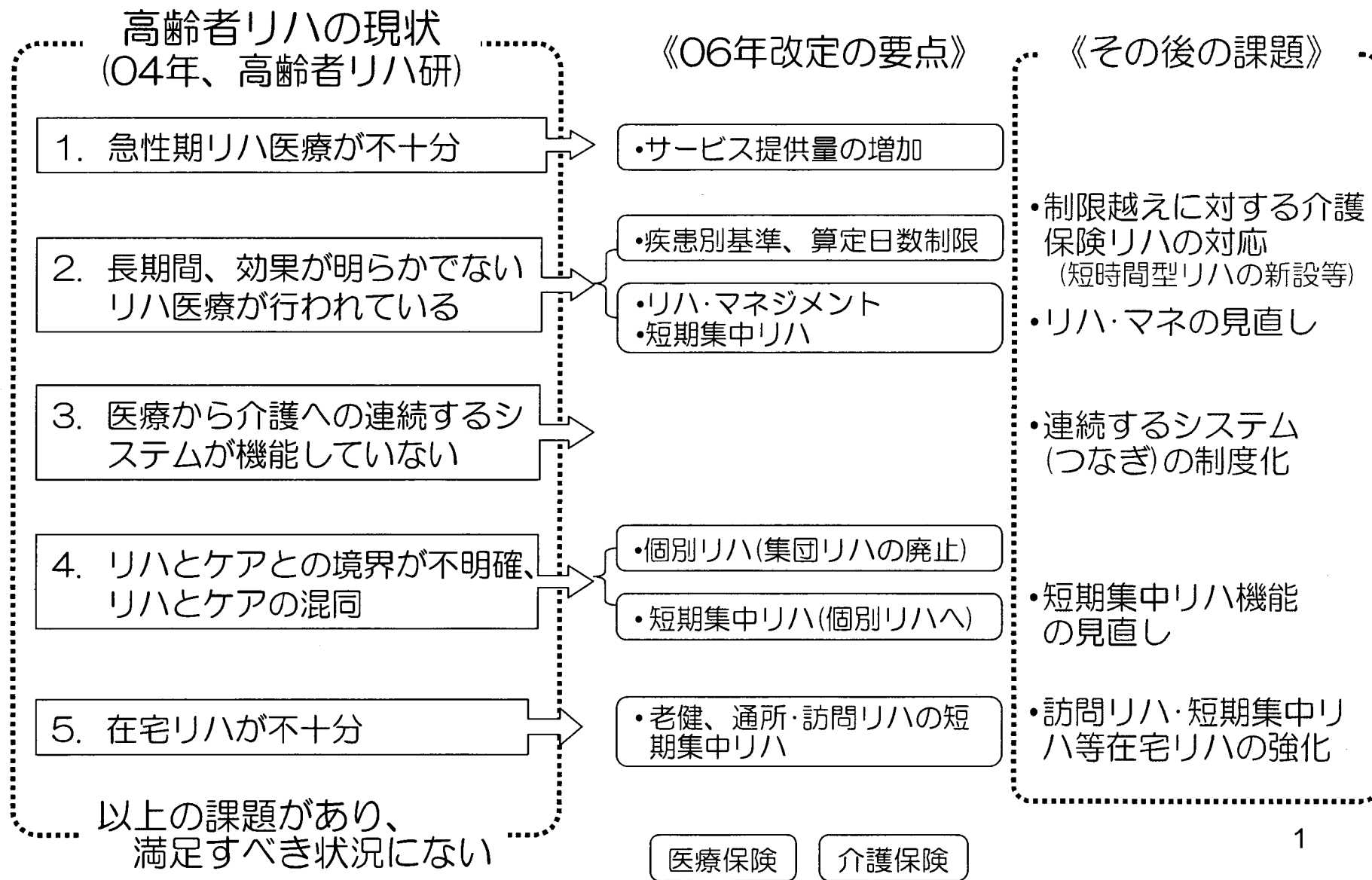


09年度改定に関する要望事項等について

日本リハビリテーション病院・施設協会

浜村明德

高齢者リハの現状、06年改定の要点、その後の課題



09年度改定に関する要望事項等の概要

1. 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションの見直し
 - ・ 介護保険における短時間型リハビリテーションの創設（新規）
 - ・ 短期集中リハビリテーションの報酬単価の再評価（見直し）
 - ・ 認知症リハビリテーションの拡充（新規）
 - ・ 老健の「認知症短期集中リハビリテーション」を通所リハビリテーションにも拡大
2. リハビリテーションマネジメント加算の見直し（見直し）
 - ・ 毎回から月1回の評価とし、報酬を見直す
3. 訪問リハビリテーションの拡充（見直し）
 - ・ 病院・診療所・老健・訪問看護ステーションなど訪問リハビリテーション提供拠点の拡充
 - ・ 提供システムの見直し
 - ・ 訪問リハビリテーションと訪問看護7の整合性を図る
4. 医療保険から介護保険へのスムーズな移行のための評価（見直し）
 - ・ 移行期に双方で、カンファレンスを実施することなど、初回加算(Ⅱ)について、条件や回数制限の緩和
5. 短期入所を利用した集中的なリハビリテーションの実施（新規）
 - ・ 老健の短期入所利用時における個別リハビリテーションの評価

1. 通所リハビリテーションにおけるリハの見直し

1. 介護保険における短時間型リハビリテーションの創設

1) 通院・通所リハビリテーションの現状と提案の理由

- 通所リハは、3時間以上の設定となっており、病院・診療所等における提供事業所数が少ない理由の一つ。

(外来リハの場合、平均滞在時間：約90分、提供リハ時間：約2単位40分)

- 利用者の中には、「専門職によるリハのみを短時間だけ受けてたい」「今までと同じ医療機関で引き続き受けてたい」というニーズがある。
- 退院・退所直後にリハ提供量が急激に少なくなることも課題。(資料4)



- 医療保険からのリハの流れを円滑にし、利用者のニーズに応えるために、短時間、個別リハ中心の新たな通所リハ提供体制を整備する必要がある。
- その際、報酬上も医療保険リハとの整合性を図る必要がある。
- また、援助の内容としては、生活の再構築を目的としてADL、IADL、社会参加の支援プログラムを主体に運営されるべきである。

2) 「短時間型リハビリテーション」の提案

- 滞在時間ではなく、回数に目を向けたリハの提供
- 専門職による個別リハが提供できる通所リハ
 - 滞在時間は、概ね2時間とし、個別リハ提供時間は1単位20分以上
- 従来型とは別枠で設置が可能であること
- 在宅療養中のレベル低下に対応できること

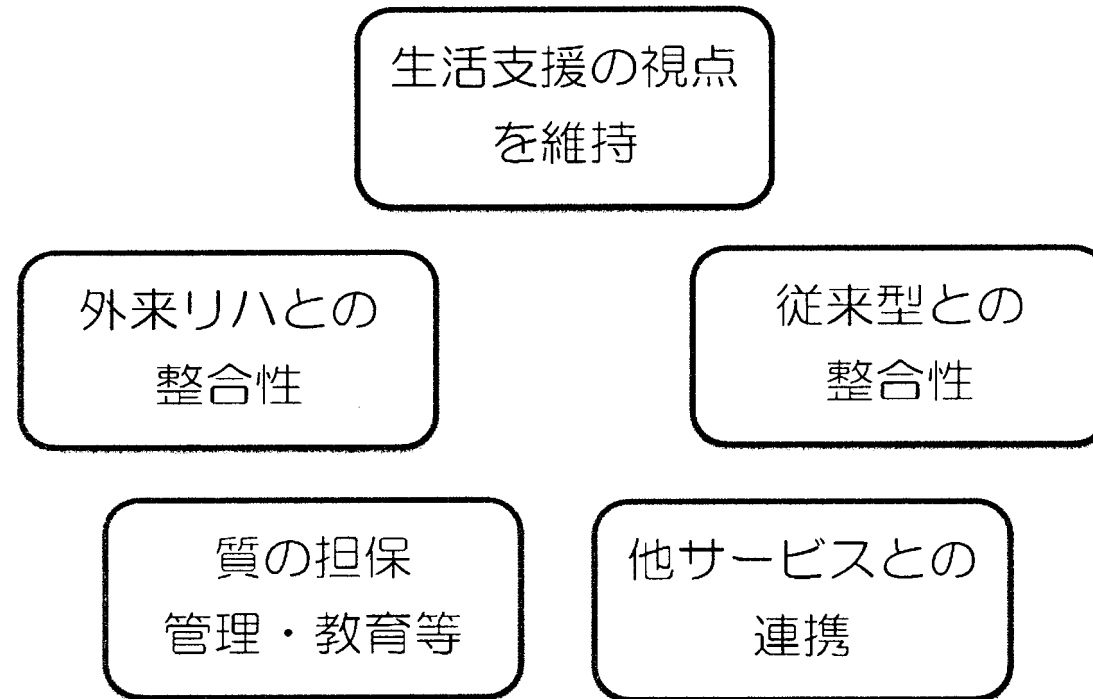


- マンパワーが確保できるような条件設定が必要
- 診療報酬と同等の評価が必要
- 漫然と行われなためための質の担保が必要

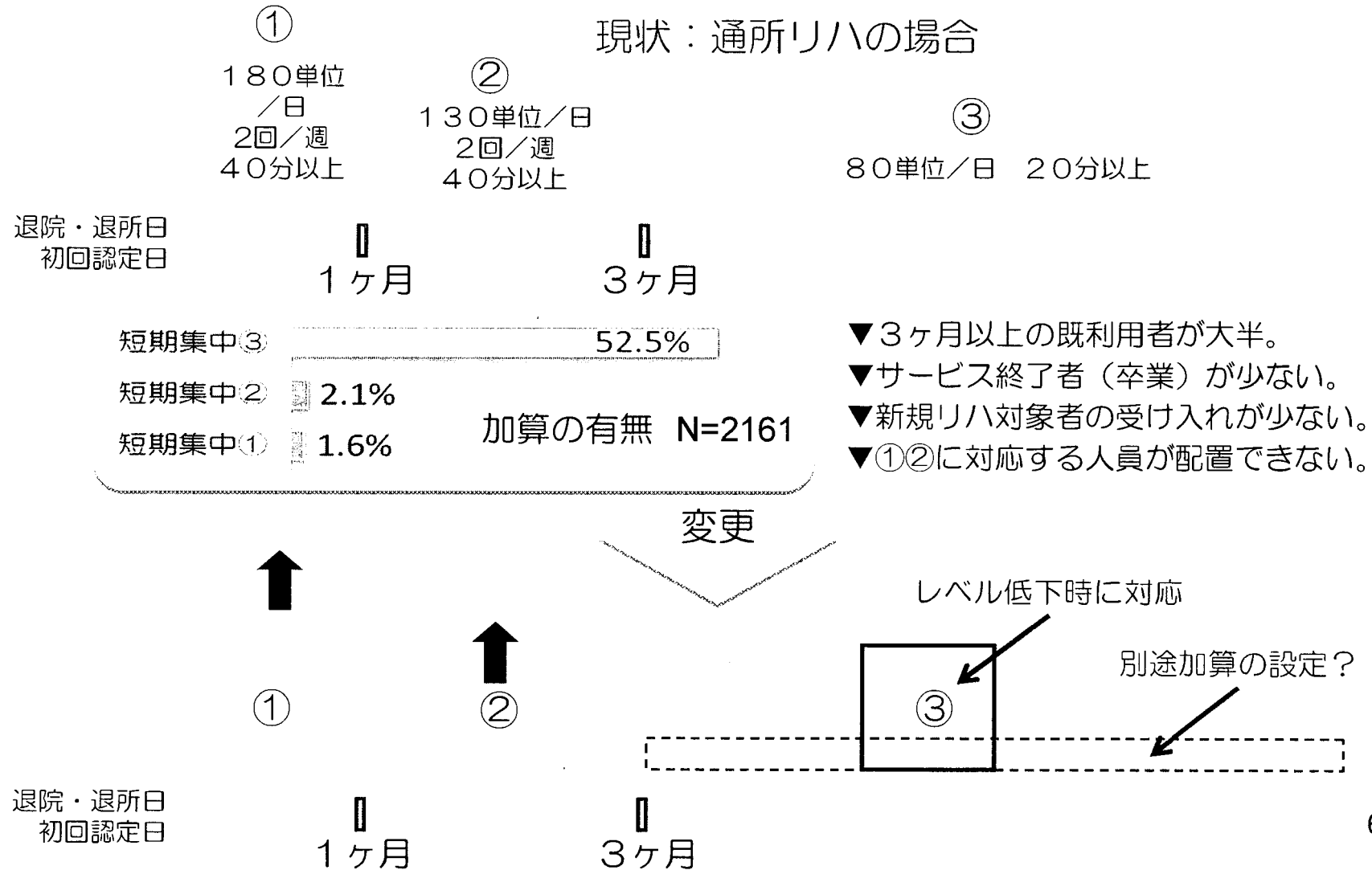
<提供プログラムのイメージ>

資料6

3) 「短時間型リハビリテーション」実現に向けた課題



2. 短期集中リハビリテーションの報酬単価の再評価



3. 認知症リハビリテーションの拡充

□ 集中的なりハは認知症の周辺症状を抑える可能性

- 全老健、16年度・17年度短期集中リハ（認知症）の試行的事業等
「身辺整理」「関心・意欲・交流」「見当識」等が改善
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト（厚生労働大臣が設置）」
の報告
認知症の周辺症状を抑えるとのデータが示された



□ 老健の「認知症短期集中リハ」を通所リハにも拡大

- 通所リハ利用者には認知症のあるケースが多い
- 通所リハは早期発見・早期介入の重要な場所になりうる



□ 検討課題

- 短期集中リハの適応
- 実施時間・期間
概ね3ヶ月
- 提供内容
- リハ専門職の配置

2. リハビリテーションマネジメント加算の見直し

退院・退所日
初回認定日

リハビリテーション・マネジメント加算 20単位/日 毎回算定



▼定期的な評価・計画を位置づけできず、漫然と行われる原因になっている。

変更

毎月1回算定

- * 評価・計画に基づいたリハを提供
- * レベル低下にも対応

退院・退所日
初回認定日



(レベル低下時再評価・計画変更)

3. 訪問リハビリテーションの拡充

1. 病院・診療所・老健・訪問看護ステーションなど訪問リハ提供拠点の拡充

- PT・OT・STによる訪問サービス（以下、訪問サービス）は、在宅生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図れる最良のサービス。
- 特に、退院（退所）直後もしくは生活機能低下時の集中的な訪問は効果が高い。



- 介護保険における居宅介護サービスの中で、訪問サービスは最も量的基盤整備が遅れているサービス。



- 訪問サービス供給量の予測調査では、通所系サービス（通所リハと通所介護の合計）と訪問サービスの受給者数の比率は10：1が妥当と考えられた。



- 訪問サービス提供拠点を拡大し、訪問サービス提供量の充実を図る必要がある。

2. 提供システムの見直し

- 訪問リハと訪問看護7は、それぞれの仕組み等の違いがあり、利用者やサービス提供側から、理解しにくいという指摘がある。（資料8）



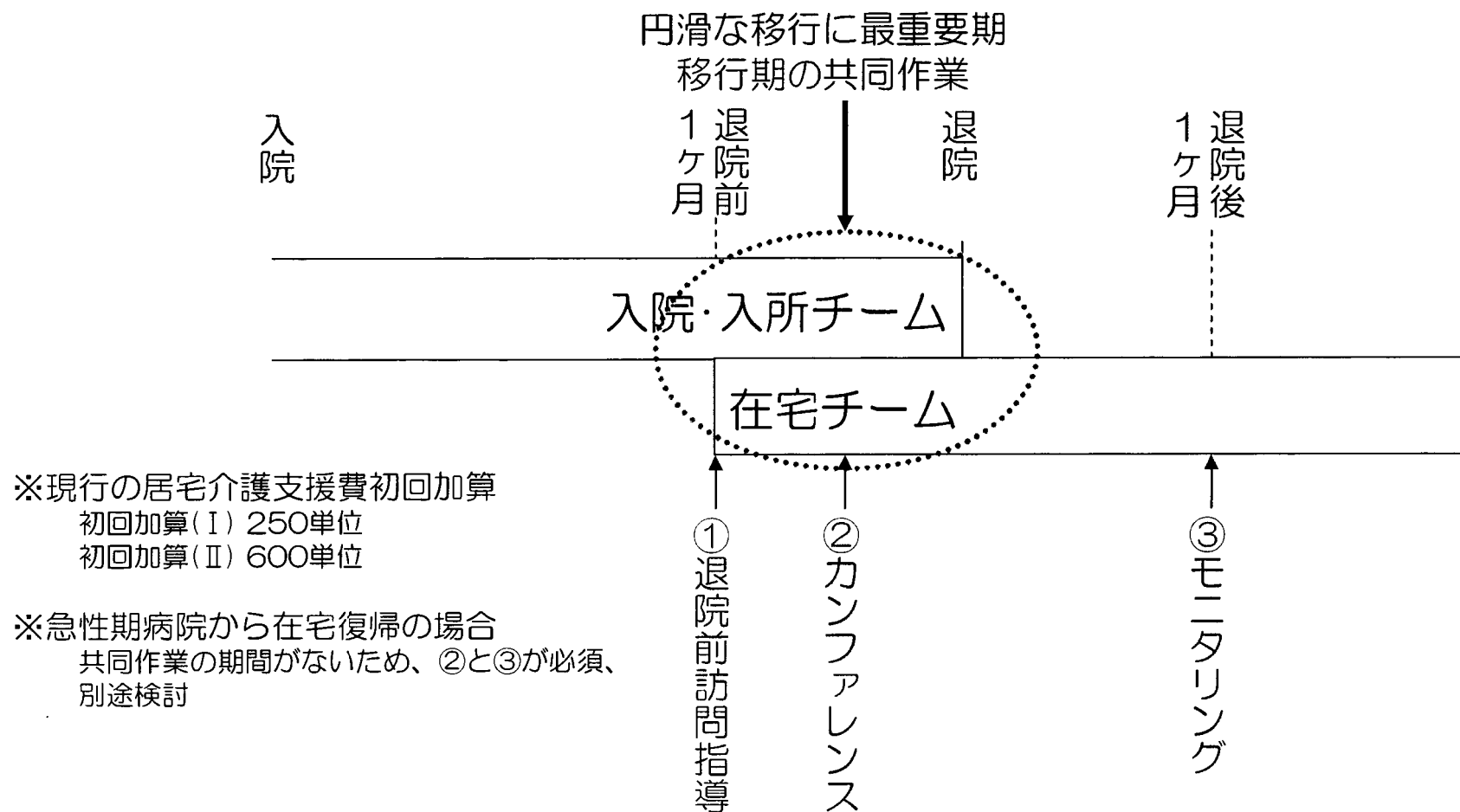
- 訪問サービスの提供拠点であることを地域に明示するとともに、訪問サービスを提供する仕組みを統一し、分かりやすくすることが必要。
 - ① 在宅主治医（かかりつけ医）と訪問サービスの連携が必ずしも良好ではないことから、連携方法の確立が課題。
 - ② 在宅主治医による「訪問リハ指示書」、在宅主治医に提出する「訪問リハ実施計画書」、「訪問リハ実施報告書」の義務づけ、連携のルール確立が必要。
 - ③ 訪問サービスを提供するPT・OT・STの養成強化のため、養成機関の整備、教育研修体制の充実が重要。

3. 訪問リハと訪問看護7の報酬上の整合性を図る

- 報酬単価は、医療保険と整合性をとる（20分1単位制に）

4. 医療保険から介護保険へのスムーズな移行のための評価

- 回復期病棟・療養病床等から自宅復帰の場合
ケアマネジャーが①と②を入院スタッフと合同で実施し、③を実施した場合の報酬見直し（資料9,10）



5. 短期入所を利用した集中的なリハビリテーションの実施

- 現状：短期入所の多くがレスパイト目的で、リハ目的の利用は極めて少ない。



- 通所リハ・訪問リハ等で対応困難な例に、短期入所（2週～3週間程度）による集中的リハは効果的



- 老人保健施設における課題の解決に向けて

1. 短期入所リハのシステム整備

- ① 適応の明確化

- ② 在宅主治医、ケアマネジャーと連携強化

- ③ 通所・訪問リハと連携強化

2. PT・OT・STの適切な配置と集中的リハ

3. 在宅主治医、ケアマネジャーに短期入所リハの啓発



- 生活機能低下時に適切に提供される短期入所リハの普及

資料

高齢者のリハビリテーション

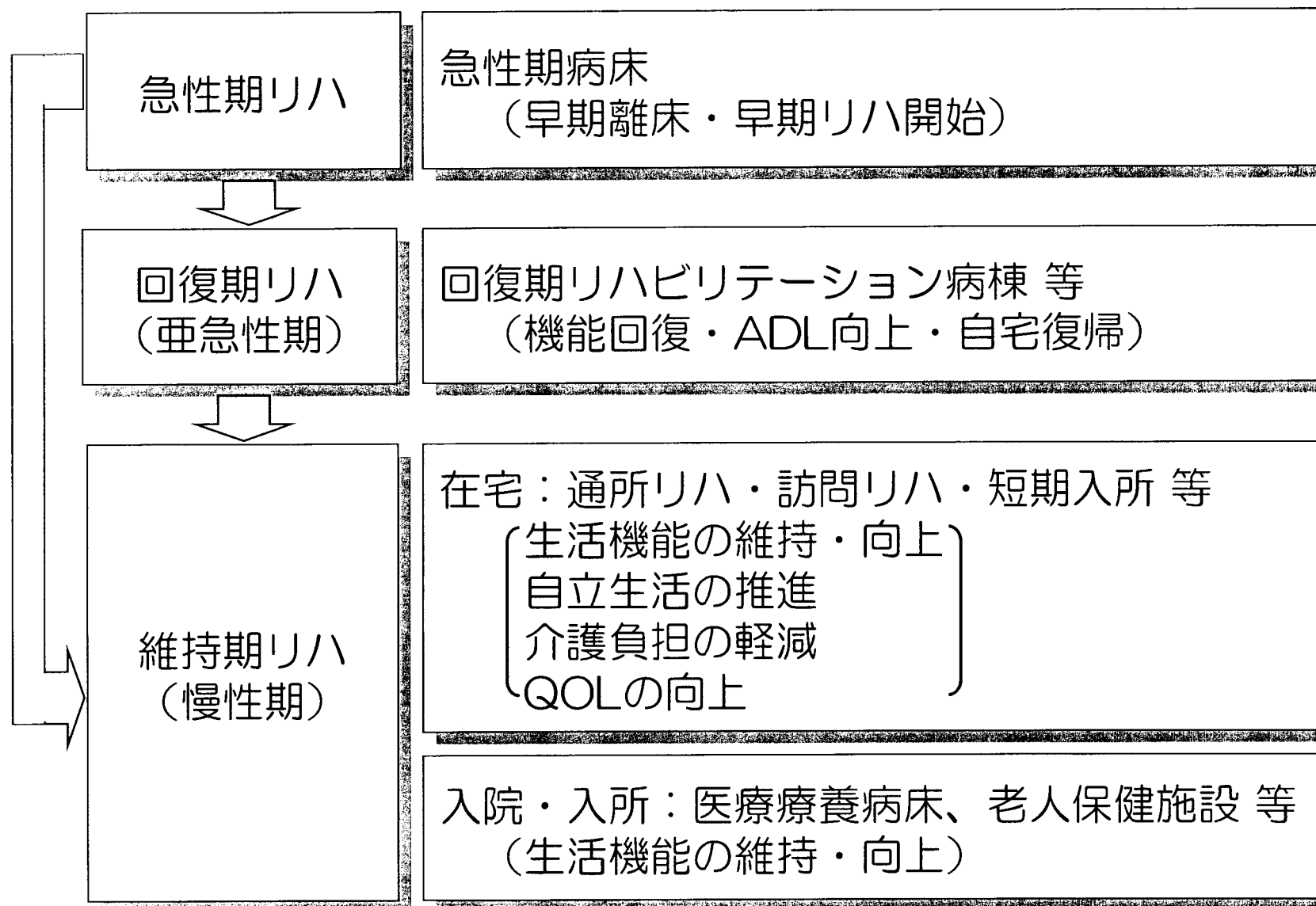
- 高齢者のリハビリテーションとは
 - 高齢者のリハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。
- 医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関係
 - 1人の人間の要介護状態となる原因疾患の発症、疾患の治療と並行したリハビリテーション、そして退院・在宅復帰するまでの過程をみると、制度上は医療保険と介護保険のリハビリテーションが提供されることになるが、これらのリハビリテーションは連続性が確保される必要がある。
 - 医療保険と介護保険の制度に分かれることによって、それぞれ提供されるリハビリテーションに制度上の差異があるかのごとく考えられやすいが、リハビリテーションの目的や目標に差異があってはならない。

市民に期待されるリハビリテーションとは

- 障害が発生したら早期にリハビリテーション医療が始められること
- どこでも、必要なら、分量で適切な回復期のリハビリテーションが受けられること
- なるべく早く家庭（元の生活）へ戻れること
- 身体機能から生活機能の回復までを、総合的に支援してもらえること
- 在宅生活上の諸問題を考慮して、安心して生活できる環境づくりを支援してもらえること
- 慢性期においても、必要なら、継続して、適切なリハビリテーションが受けられること
- 障害があっても限りなく普通の生活が過ごせること

＋ これらを、効率的で効果的に実践

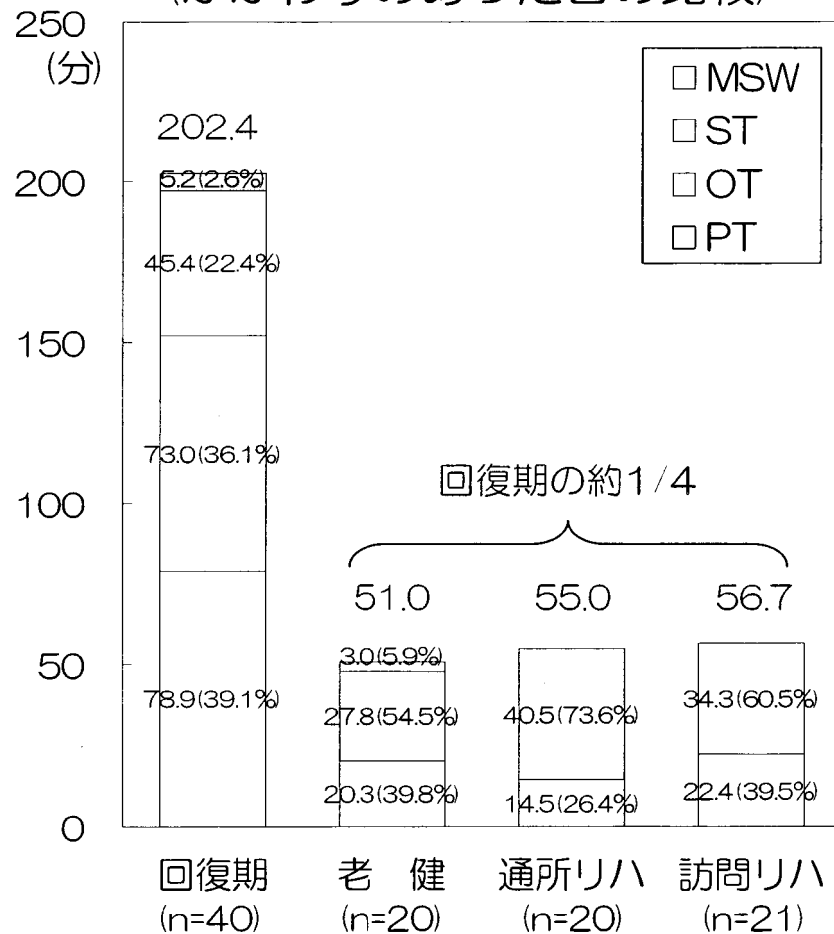
リハビリテーションの流れと時期的な役割・機能の整理



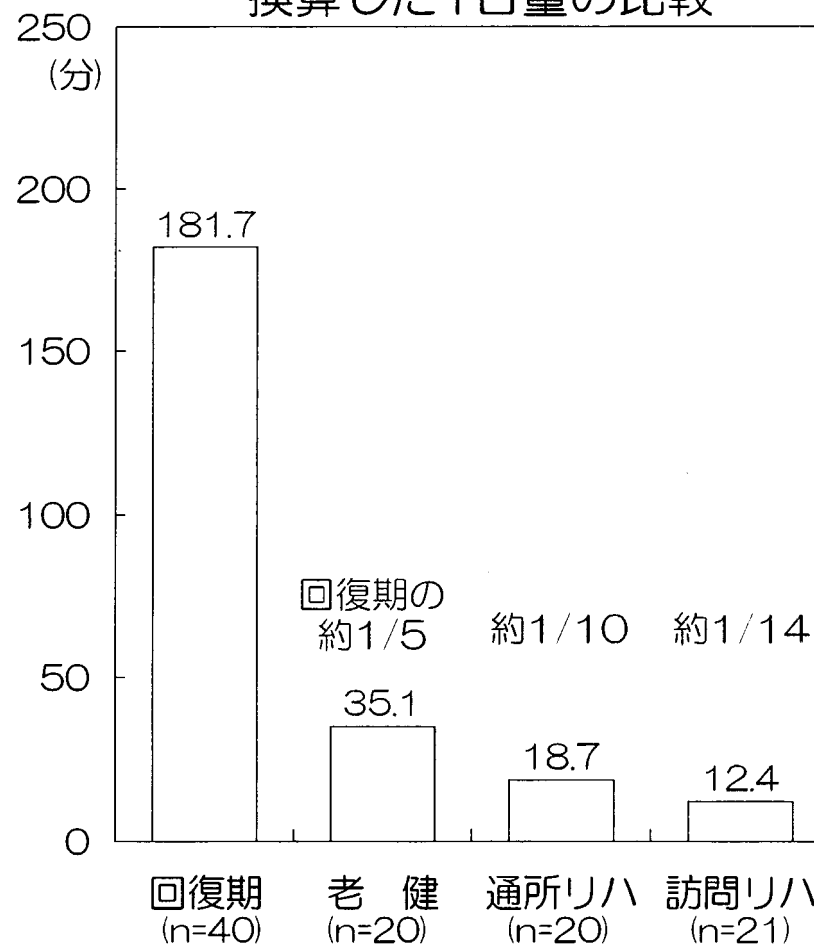
介護保険におけるリハビリテーションのかかわり時間

(06年度調査結果)

リハ専門職の1日かかわり時間の比較
(かかわりのあった日の比較)



1週間の総かかわり時間から
換算した1日量の比較



・介護保険のリハビリテーションは、かかわる時間が少ない。

リハ実施時間の短縮に関するモデル事業〈要約〉

（通所リハの現状）

- ・ 通所リハの利用者は、リハビリが主目的であるが、医学的管理、社会性の維持・回復、介護者の負担軽減などの多目的なサービス提供が利用につながっている。

（4時間未満の通所リハ利用者の状況）

- ・ 滞在時間が短い利用者ほどリハビリに特化したサービス提供を求め、1日の滞在時間よりも、利用回数を増やしたい傾向がある。
- ・ 要介護度、認知症も軽度であり、自身の考えや意向が明確な利用者が多い。

（維持期リハサービスの効果・および検討）

- ・ 機能回復のみを目指すものではなく、生活全般に対しての介入を必要とする。
- ・ 急性期治療から在宅生活を円滑に行えるようなシステムが必要である。
- ・ 外来リハの有効性を活かした制度設計が望まれる。

（通所スタッフの短時間サービスへの意識調査）

- ・ 短時間型通所リハは、採算はとれていないが、「利用者・家族のニーズ」、「外来リハの受け皿」として行われている。
- ・ 外来リハからの移行、退院直後のフォローアップとして実施されているものが多い。実施内容は個別リハで、評価・訓練の提供に特化している。
- ・ 利用者できる人数（単位）は、担当できるスタッフ数によって決まる。

（外来リハ実施時間の現状）

- ・ 現在行われている外来リハの場合、利用者の滞在時間は、概ね60分以上120分以内である。
- ・ 脳血管障害の場合には概ね120分程度、運動器疾患の場合でも、平均80分以上の滞在時間を要する。
- ・ 調査医療機関において、単に個別訓練のみを実施している外来リハはなく、対象者の状態に応じたプログラムを提供している。

短時間型リハビリテーションの具体的な提供内容

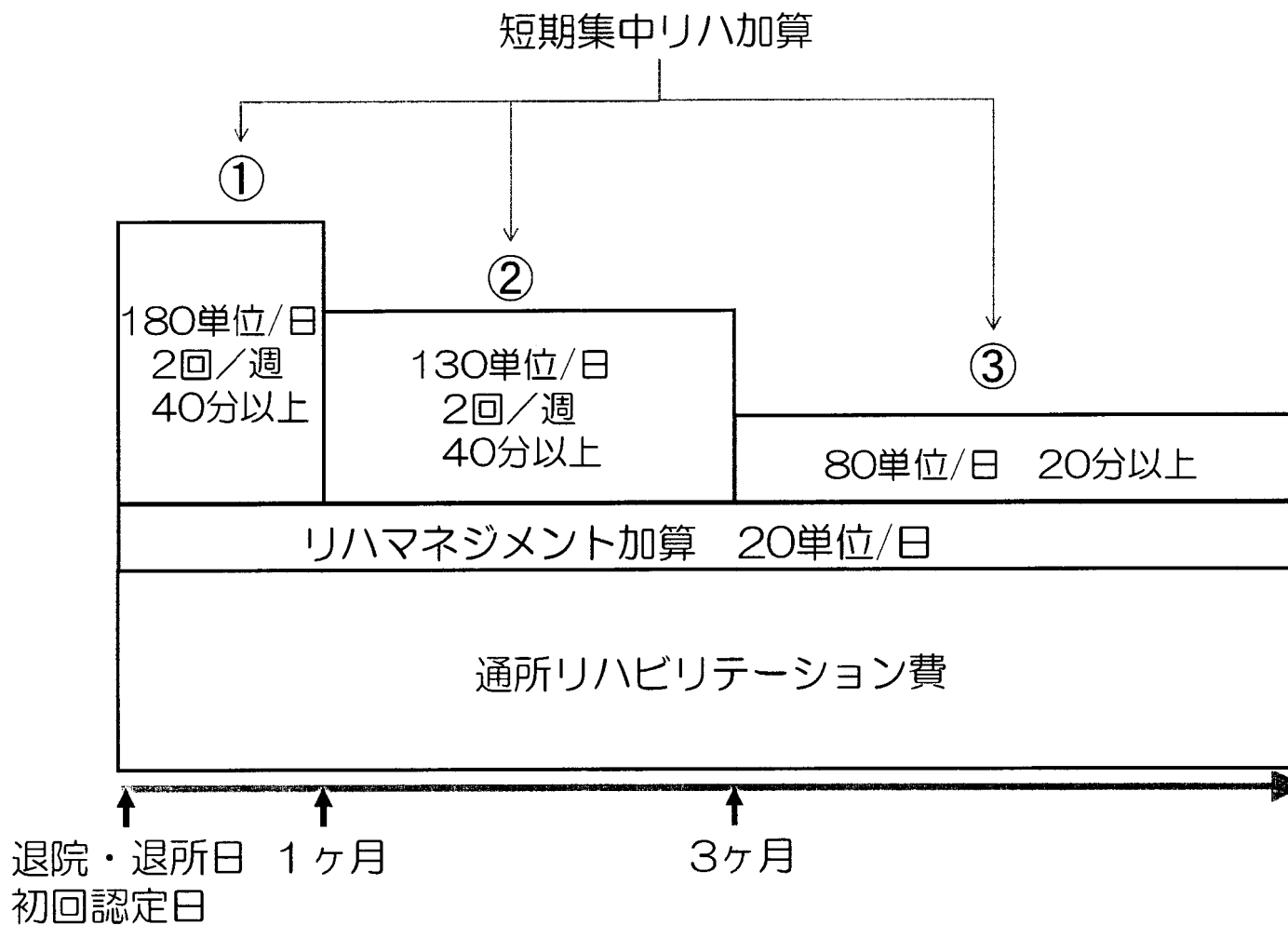
<提供プログラムのイメージ> *モデル事業報告書を一部改変した一例

単に個別リハを提供するのみでなく、生活支援に主眼を置いたプログラム

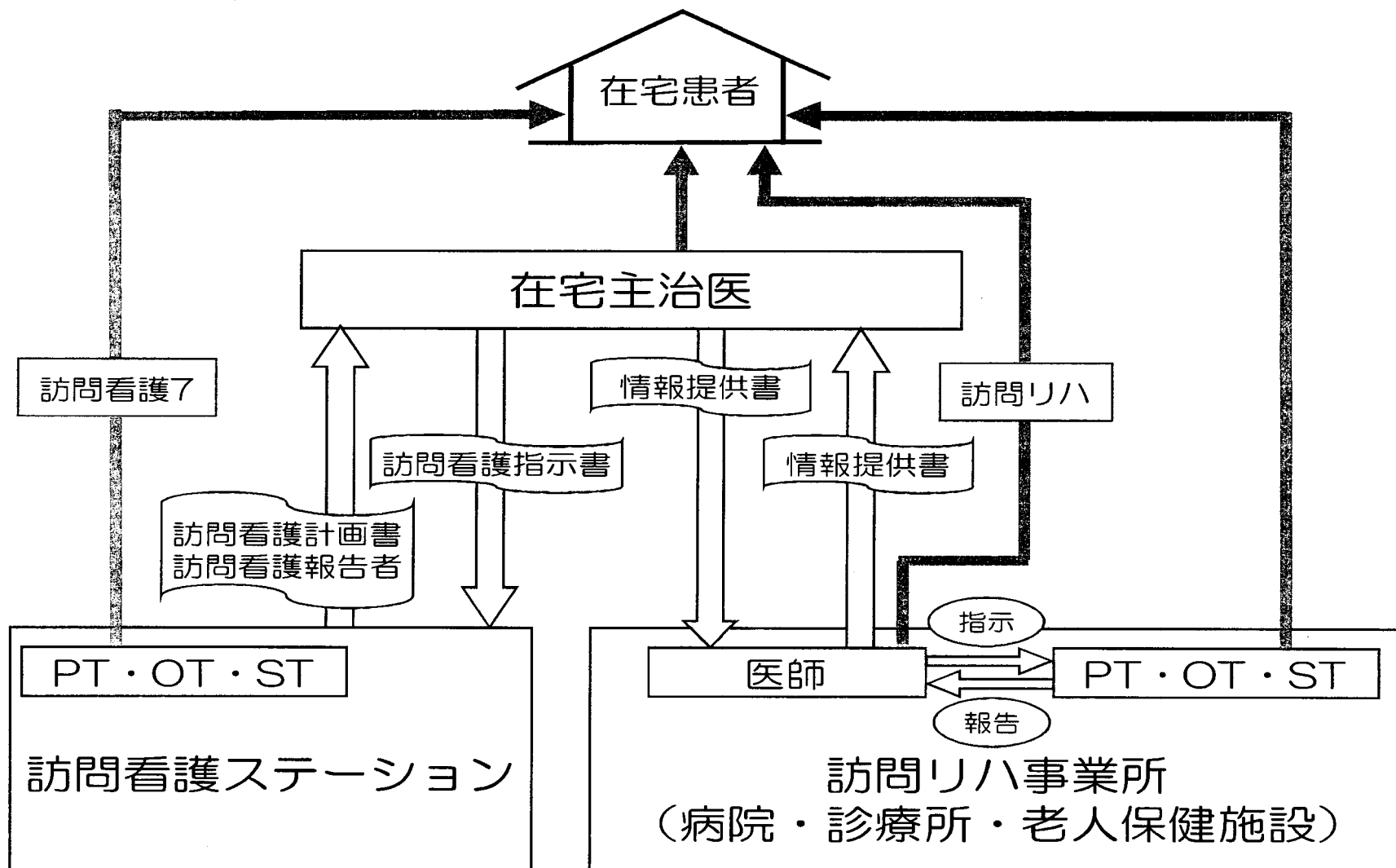
約15分程度	①事務手続き等 ②医学的管理 前日からの様子や体調確認	到着、受付 リハビリ室へ移動
20分以上	個別リハビリテーション	理学療法・作業療法・言語聴覚療法から、利用ニーズにより組み合わせて実施
約5～10分	フィードバック 次回までの課題確認や説明 スケジュール等確認	移動や休憩を含む
20分以上	個別リハビリテーション	理学療法・作業療法・言語聴覚療法から、利用ニーズにより組み合わせて実施
約5～10分	フィードバック	
20分以上	グループによる活動 ニーズや要望に応じて	生活支援や社会性の維持・回復を目的に実施
約10～20分	①医学的管理 ②事務手続き等	帰宅準備と送り出し 出発

*その他：開始からの時期に応じ、次サービスへ向けた調整や相談・自己活動の準備等も実施

現行の通所リハにおける 「短期集中リハ」「リハマネジメント」加算のイメージ

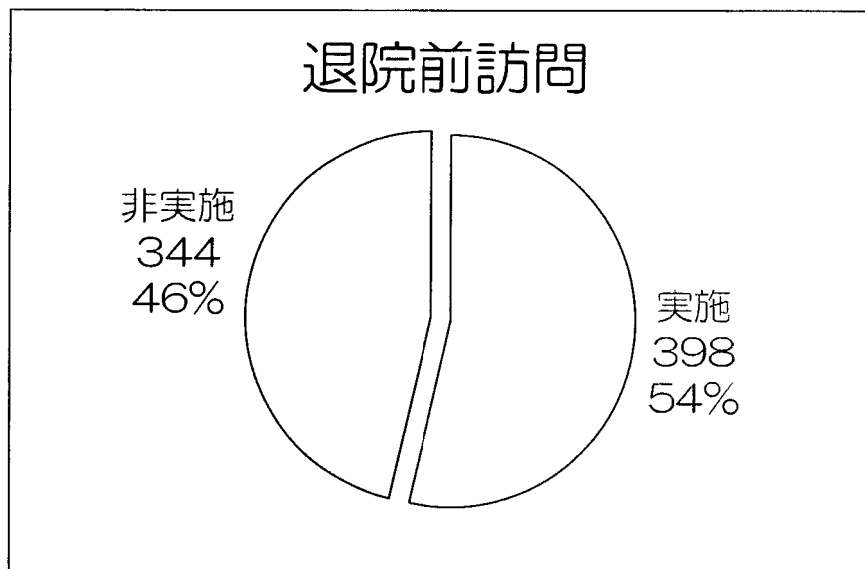


訪問看護7と訪問リハの指示～報告の現状

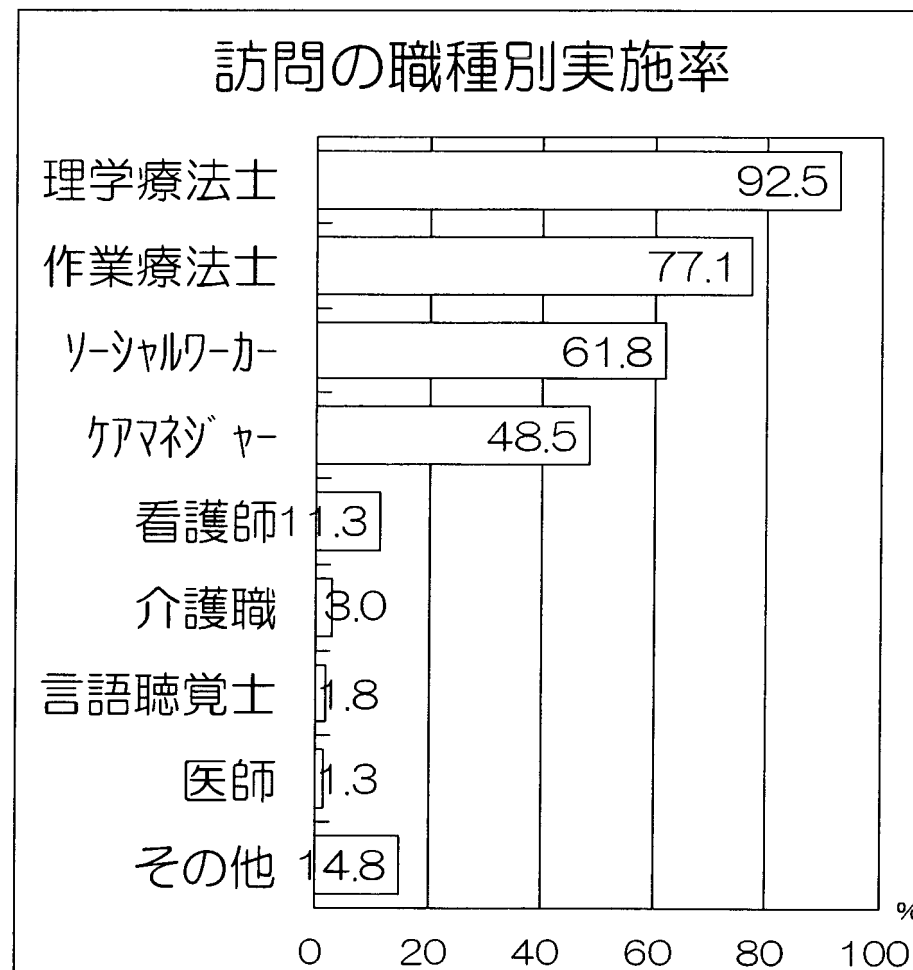


退院前訪問と職種別実施率

- 対象：当協会の全回復期リハ病棟(308施設)と自宅退院患者
- 152施設(回収率49%)、742症例回答
 - 平均年齢72.7歳
 - 主疾患は脳血管67%
 - 発症から約30日で入棟
 - 約90日で自宅退院

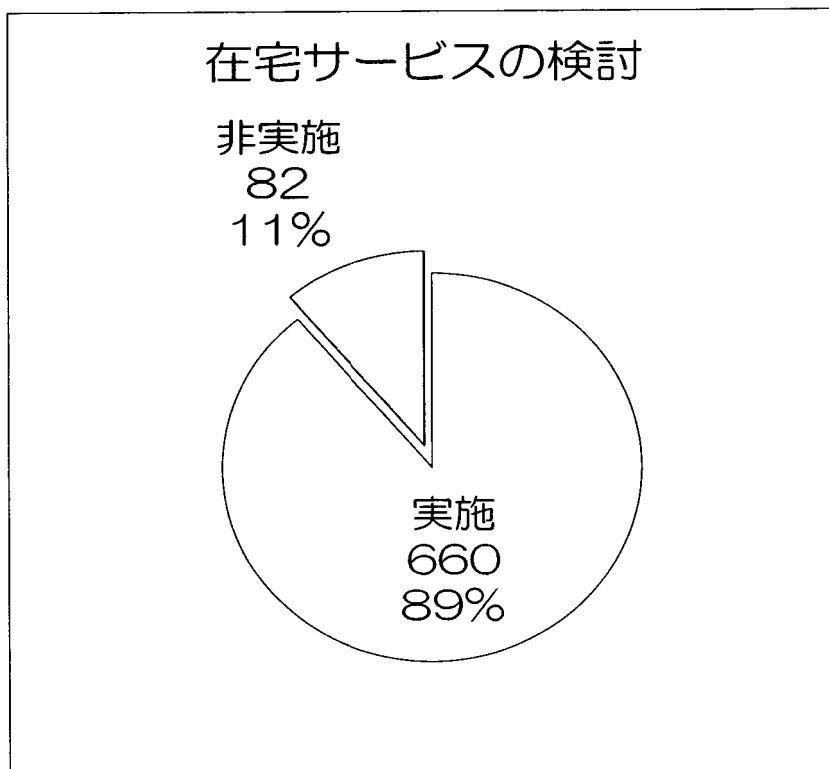


- 実施は5割強

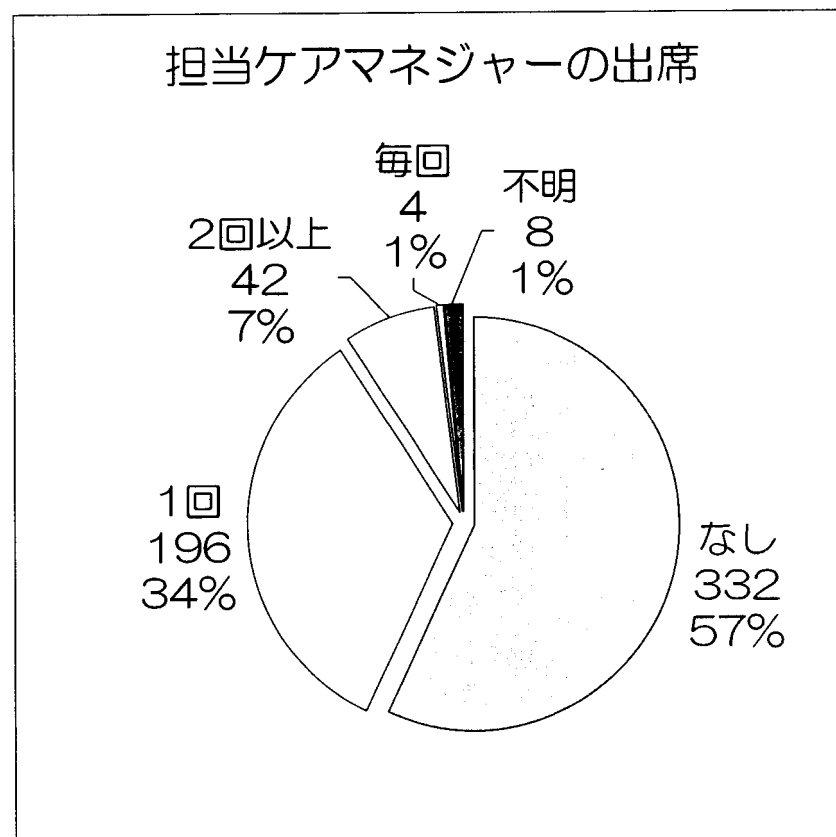


- リハ専門職中心
- MSW6割、ケアマネジャー5割²²

在宅サービスの検討とケアマネジャーの出席状況



- 退院後に必要なサービスの検討は殆どのケースで実施



- ケアマネジャーの入院中カンファレンスへの出席は4割程度