

老人の専門医療を考える会 第32回全国シンポジウム どうする老人医療
これからの老人病院 (Part 32)

医療と介護の「絆」を考える

～これでよいのか介護保険！～

在宅医療 特にリハビリテーションの立場から

医療法人 真正会 霞ヶ関南病院 齊藤正身

介護保険制度導入前から議論されていた「リハビリテーションとは...？」

中略) リハビリテーションの意味も混乱しており、現在は一般的に広義と狭義に使い分けられている。

広義のリハビリテーションとは「再び人間らしく生きること」、すなわち「全人間的復権」

もしくは「生活の再建および維持を支援する活動」と解釈されている。

一方、狭義のリハビリテーションとは、「PT・OT・STが行う理学療法・作業療法・言語療法」の意味

で用いられ、時に機能訓練そのものとしても使われている。

本来は広義の意味が正しいのであるが、現在は言葉が一人歩きをしてしまっている。

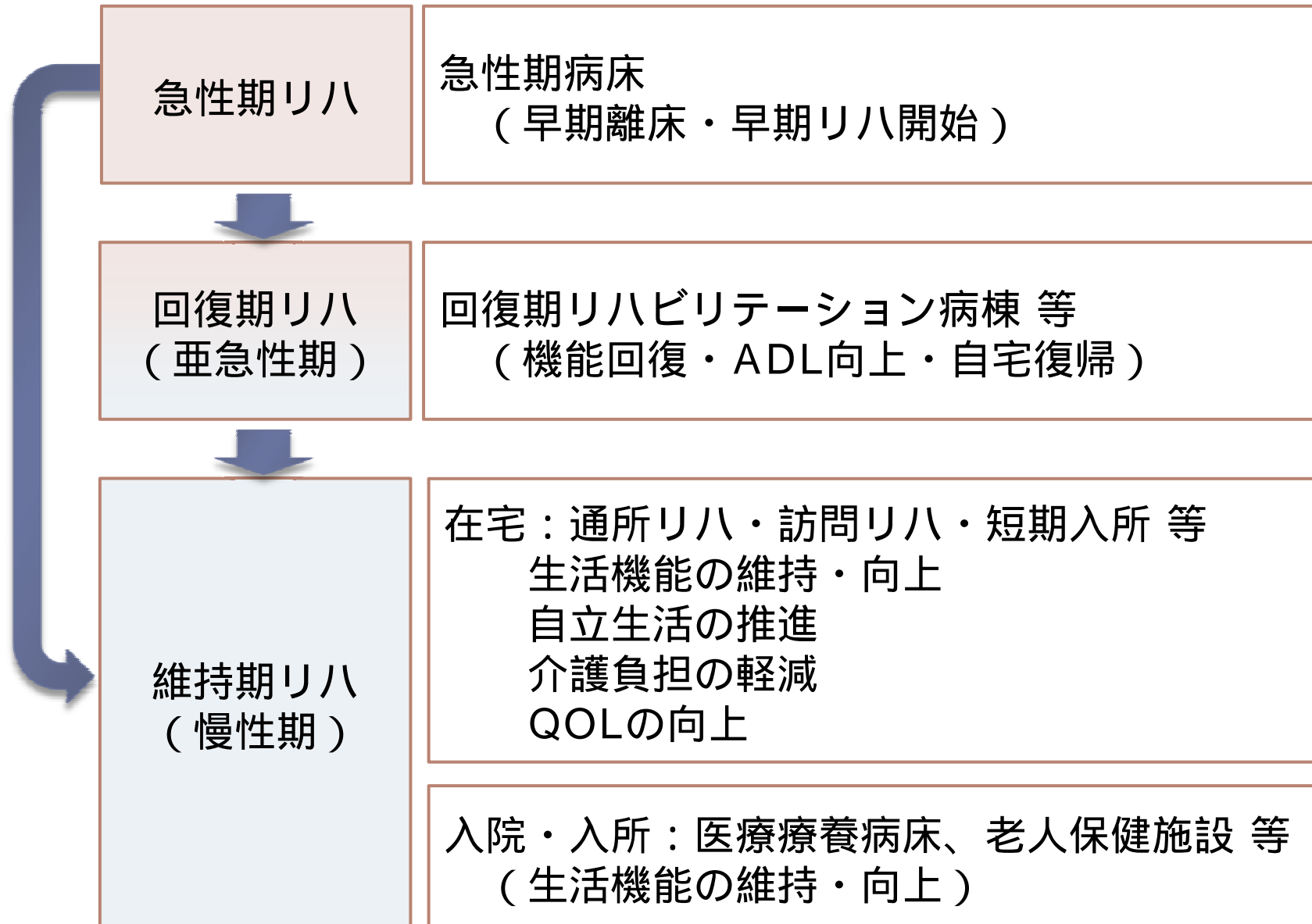
機能訓練が重要なことはいうまでもないが、機能訓練の代名詞となってしまうリハビリテーションを、

本来の生活再建の意味であると社会に認知してもらう努力が必要であろう。

(財)日本障害者リハビリテーション協会発行「リハビリテーション研究」1997年5月(第91号)32頁~38頁

近森病院 リハビリテーション科長 石川誠 より引用

医療制度改革に伴うリハビリテーション医療の流れ



保険制度にて整理されたりハ医療サービス

* 但し、介護保険対象者に限る

急性期リハ

回復期リハ

* 身体機能の早期改善を目指す。

短い入院期間で寝たきり予防、
ADLの向上、家庭復帰の推進。

医療保険

維持期リハ

* 生活機能の維持・向上を目指す。

自立生活の推進、介護負担の軽減、
QOLの向上。

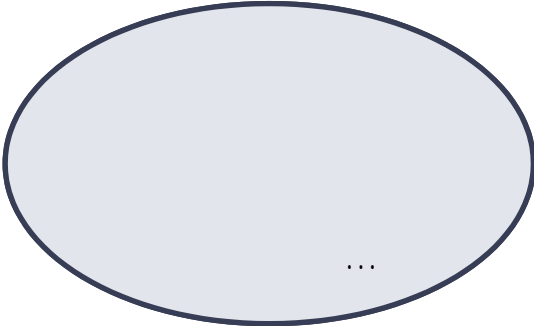
介護保険

回復期以後の充実したリハビリテーション体制構築を目指して...

< 介護報酬改定に向けて取り組んできたこと >

1. 「短時間型通所リハ」の導入・・・・・・・・・・・・・・・・
2. 「訪問リハステーション」の新設・・・・・・・・
3. 「短期入所リハ」の導入・・・・・・・・
4. 「短期集中リハ」は退院・退所直後とレベル低下時に・・・
5. リハビリテーション・マネジメントの見直し・・・・・・・・
6. リハ実施計画書・サービス実施計画書等の統一化・・・・・・・・
7. 診療報酬と介護報酬の整合性（個別リハの正当な評価）・・・

* 日本リハビリテーション病院・施設協会等、リハ関連団体の取り組み



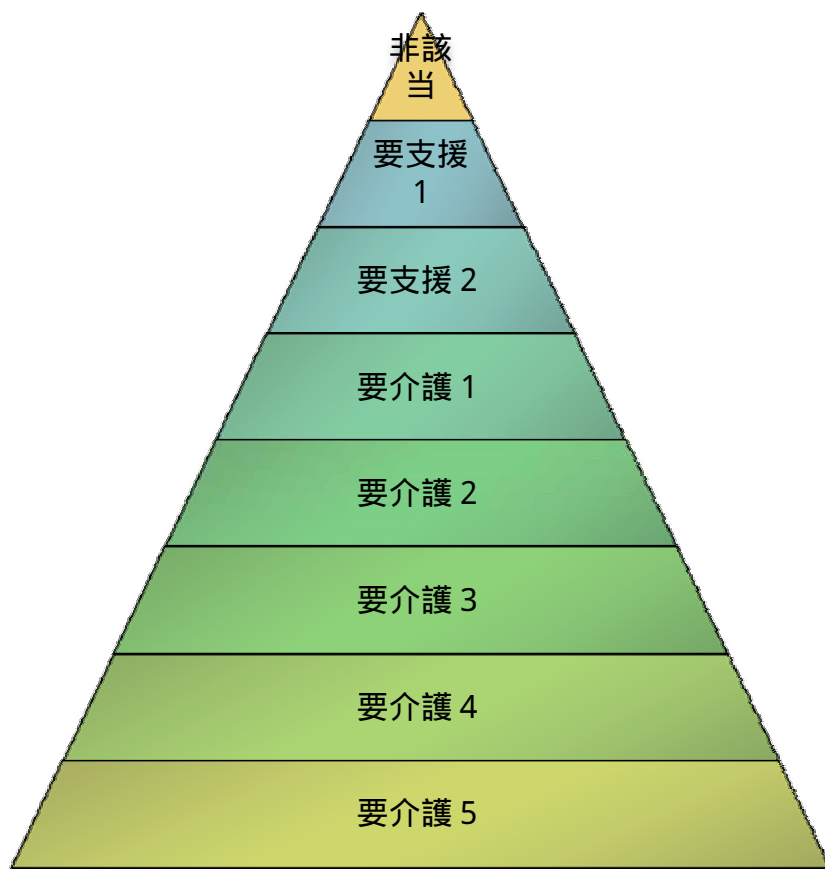
サービスの基本単位
ほぼ変わらず
制度改正で...

制度に対する素朴な疑問・個人的な提案

- ▶ 介護保険における介護必要度（要介護認定）とリハビリの必要度は果たして同じか？
医療の必要度は別なのに...
- ▶ 要介護度による支払限度額があるために、どうしても介護サービスが優先され、リハビリ・サービスが制限されてしまう...
- ▶ リハビリは介護負担軽減のためにも必要なサービスであるが、その有効性が評価されていないのではないか？
 - ▶ 自宅復帰困難な方々に提供されるリハビリテーションの意義が理解されていない...
 - ▶ 介護予防の概念は軽度から重度まで、全ての対象者に当てはまる。
- ▶ 平成20年度診療報酬改定は、前回改定に続き、全人的・包括的に提供されるべきリハビリの本質が否定される結果となった。日数制限や疾患別の考え方はリハビリに馴染まない！
- ▶ その他
 - ▶ 地域リハ広域支援センターと地域包括支援センターが同一のセンターあるいは強い連携がとれる体制にできないか？
 - ▶ 回復期リハビリ病棟を有する病院に在宅支援体制を持たせる施策がとれないか？
 - ▶ リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価できないか？

要介護認定でリハビリの必要性は決まらない...

介護必要度



介護の手間（時間）

リハビリ必要性



専門職のかかわる時間は
介護度に準じていない

「地域包括ケア研究会」の報告書より

2009年5月22日 平成20年度老人保健健康増進等事業

▶ リハビリテーションサービス

- リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。
 - 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。
 - リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。
 - 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職を配置することや、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。
 - 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。
-

QOL向上のための予防・リハビリテーションの推進

サービス体系の見直し

介護保険における「予防」の位置付けをどう考えるか。例えば、要支援者への予防給付（生活援助を含む。）のあり方、要介護者に対する重度化予防あるいは状態改善の取組のあり方について、どう考えるべきか。

個別サービスの見直し

在宅でのリハビリテーションを推進するための取組を進めるべきではないか。

▶サービス体系の見直し

1. 要支援者への予防給付（生活援助を含む。）のあり方
2. 要介護者に対する重度化予防あるいは状態改善の取組のあり方

▶個別サービスの見直し

包括的な在宅リハビリテーション・サービス提供体制の構築

要支援者への予防給付（生活援助を含む。）のあり方

要介護度の細分化？による現場の悩み...

- ▶ 要支援に該当した方々に対して提供される「予防給付」

例えば、通所リハビリテーションの場合...

- ▶ 要支援2と要介護1の状態像の違いがわかりにくく、利用者ばかりでなくサービス提供側もプログラムの作成に苦慮しているのが現状である。特にリハビリテーションに関しては個別のかかわり方に差違をつけにくいため、自主的な訓練やグループ訓練の提供と場所や時間帯を変えるなどで工夫している事業所が大半である。
- ▶ 要支援者に対する「リハビリテーション」がすべてグループや自主的なもので良いわけではなく、特に「個別評価」は欠くことのできないメニューであるために提供内容の明確な違いが出ないものと考えられる。
- ▶ 要支援1の対象者の多くは「非該当者、特定高齢者」とリハビリテーション評価の上で区別し難い。具体的なアプローチとして、評価および日常生活上のアドバイスが中心になる。

要支援者に対するリハビリテーションのあり方

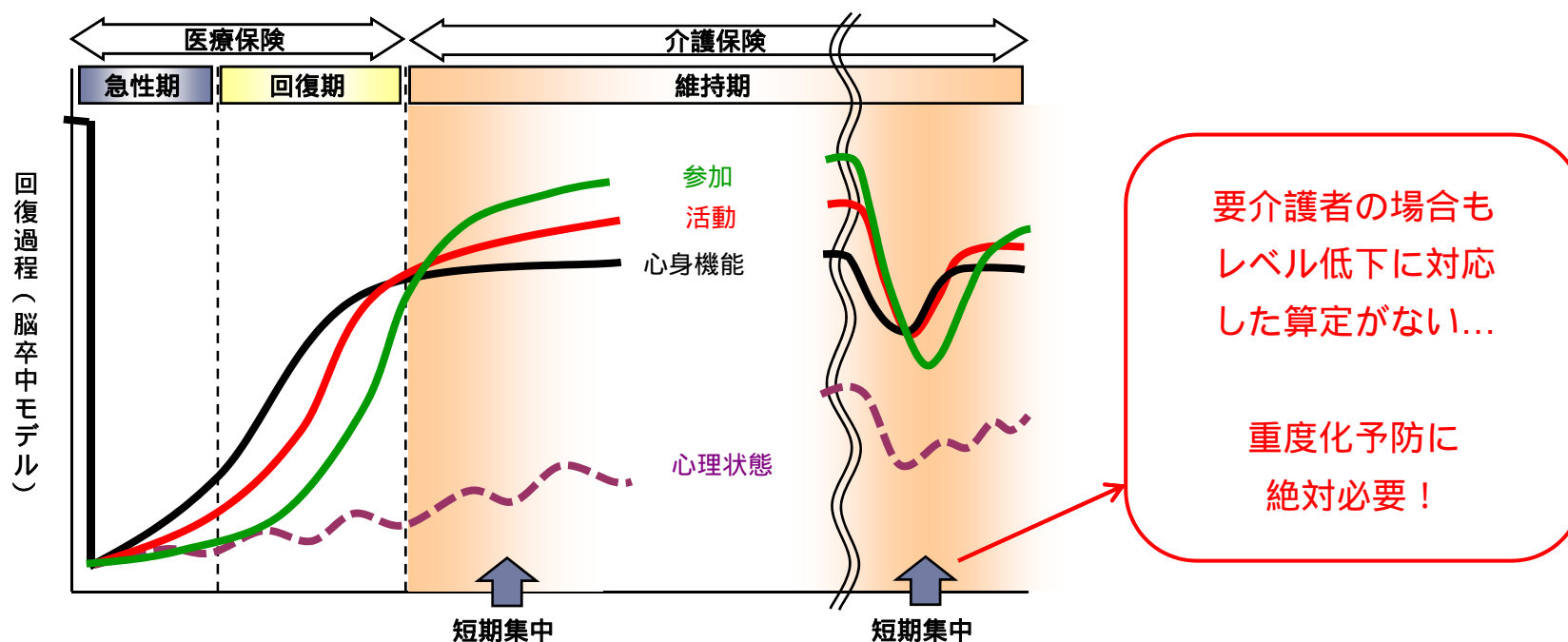
実際に要支援であっても、転倒や感染症などによる臥床状態が数日間あったときには、個別の短期集中的なリハビリテーションが必要になる場合がある。所謂「廃用症候群」である。訪問看護のように特別指示書のような形で集中的にリハビリテーションが提供できる体制が望まれる。

- ・仮に特別指示書的な措置がとられたとしても、指示する医師側の理解不足が課題である。

主治医だけでなく、通所リハに携わる医師の指示によって短期集中リハ特別指示書を！

- ・地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職が配置されていない。

PT・OT・ST等の専門職の配置を！



要介護者に対する重度化予防あるいは状態改善の取組のあり方

- レベル低下時に短期集中リハ

退院退所直後以上に必要なアプローチ

- リハ・サービスの包括的な提供

在宅リハセンター（通所・訪問・短期入所等）

- 回復期リハ病棟の有効活用

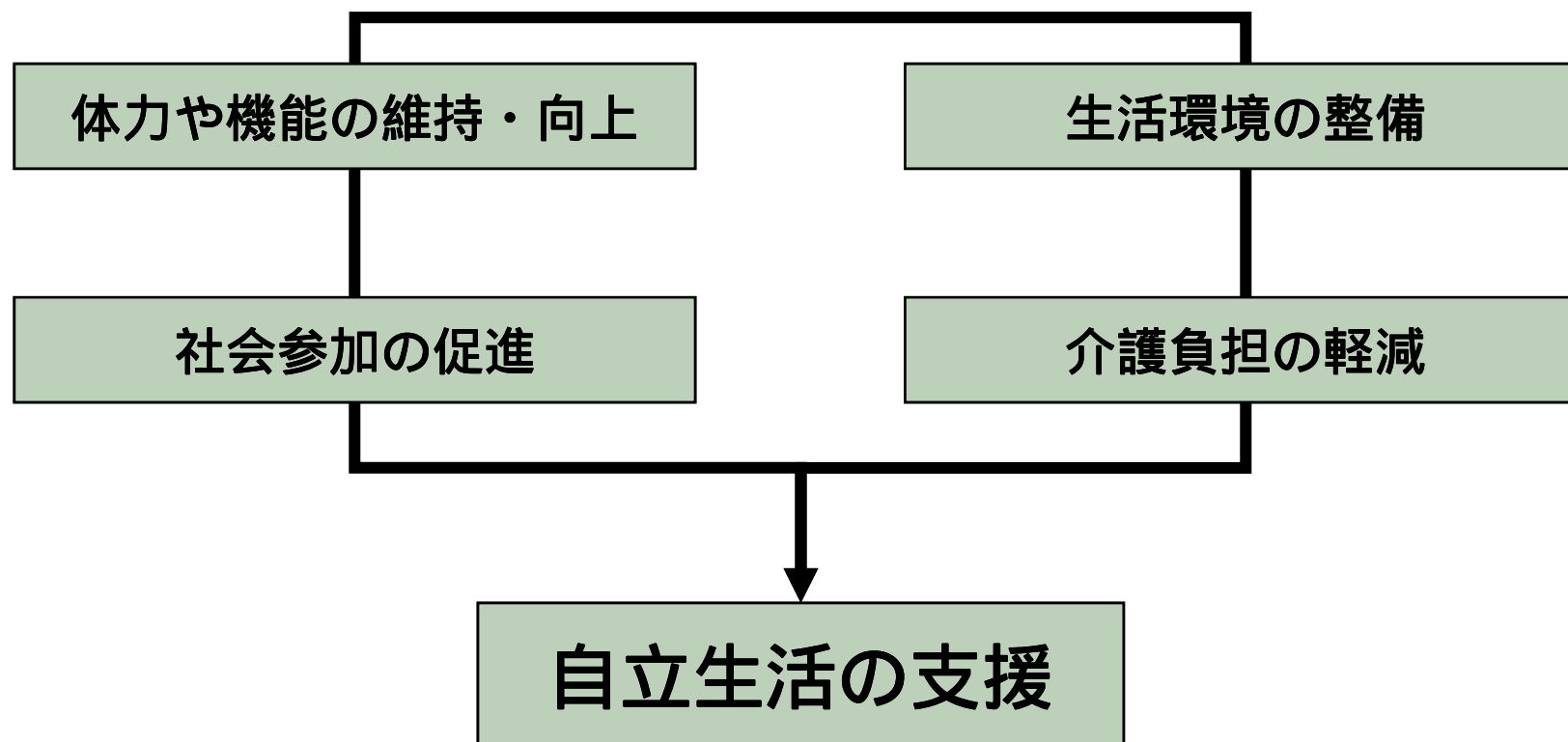
短期入院あるいは短期入所等の在宅支援機能

- リハの「眼」が入るシステム

「居宅療養管理指導」様のかかわりが必要

包括的な在宅リハビリテーション・サービス提供体制の構築

▶維持期リハビリテーションの目的



課題の解決に向けた提案（１）

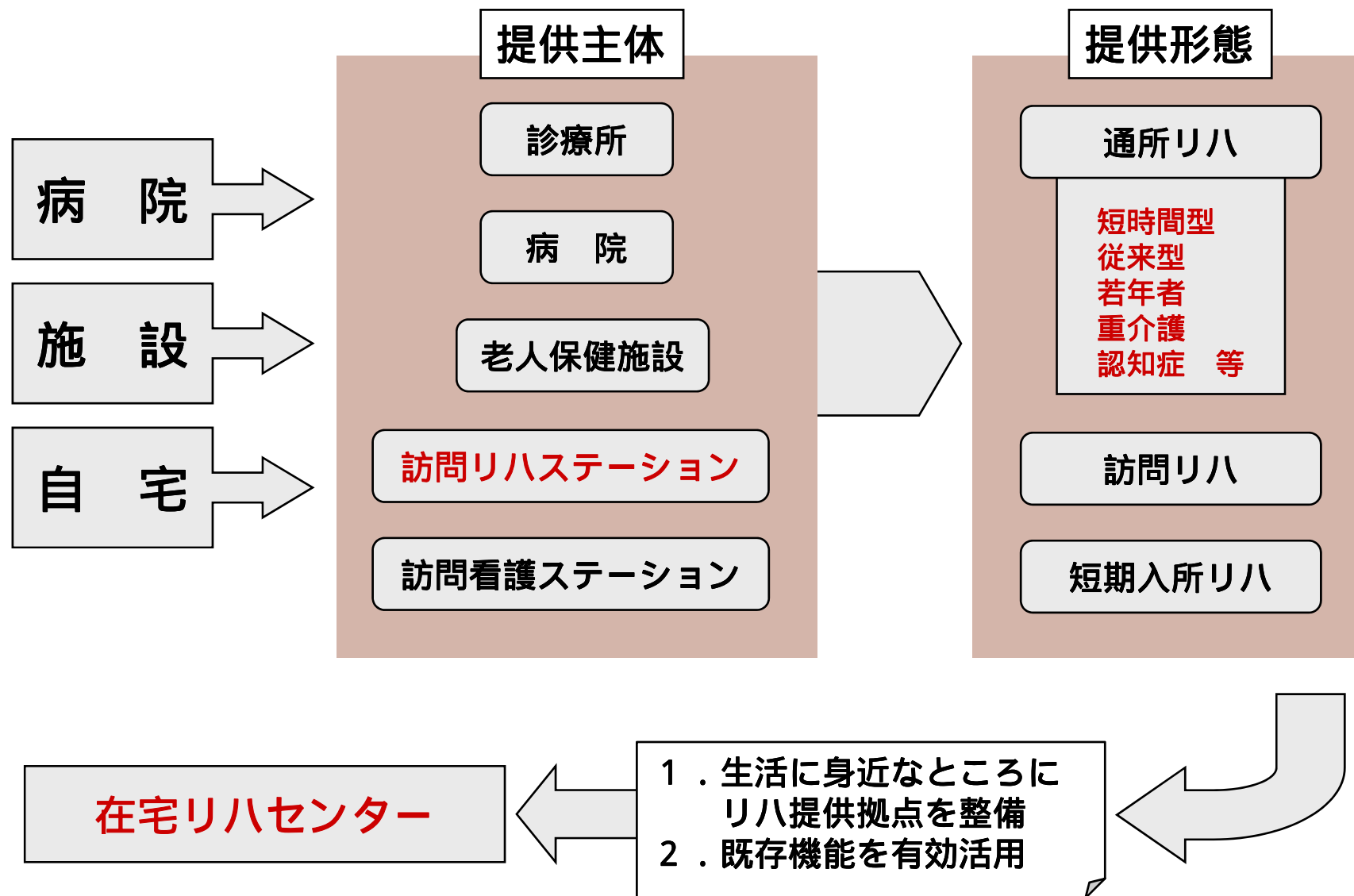
地域性を重視し、柔軟にサービス提供できる体制

- ・ 様々な形態の在宅リハチームの創設
 - 例えば、
 - ・ 訪問リハステーション
 - ・ 訪問と通所の機能を提供できるリハセンター
 - ・ 訪問看護ステーションと訪問リハステーションの併設
- ・ 短期集中リハを適時に提供
 - 退院・退所後のみならず、レベルダウンに迅速に対応できる

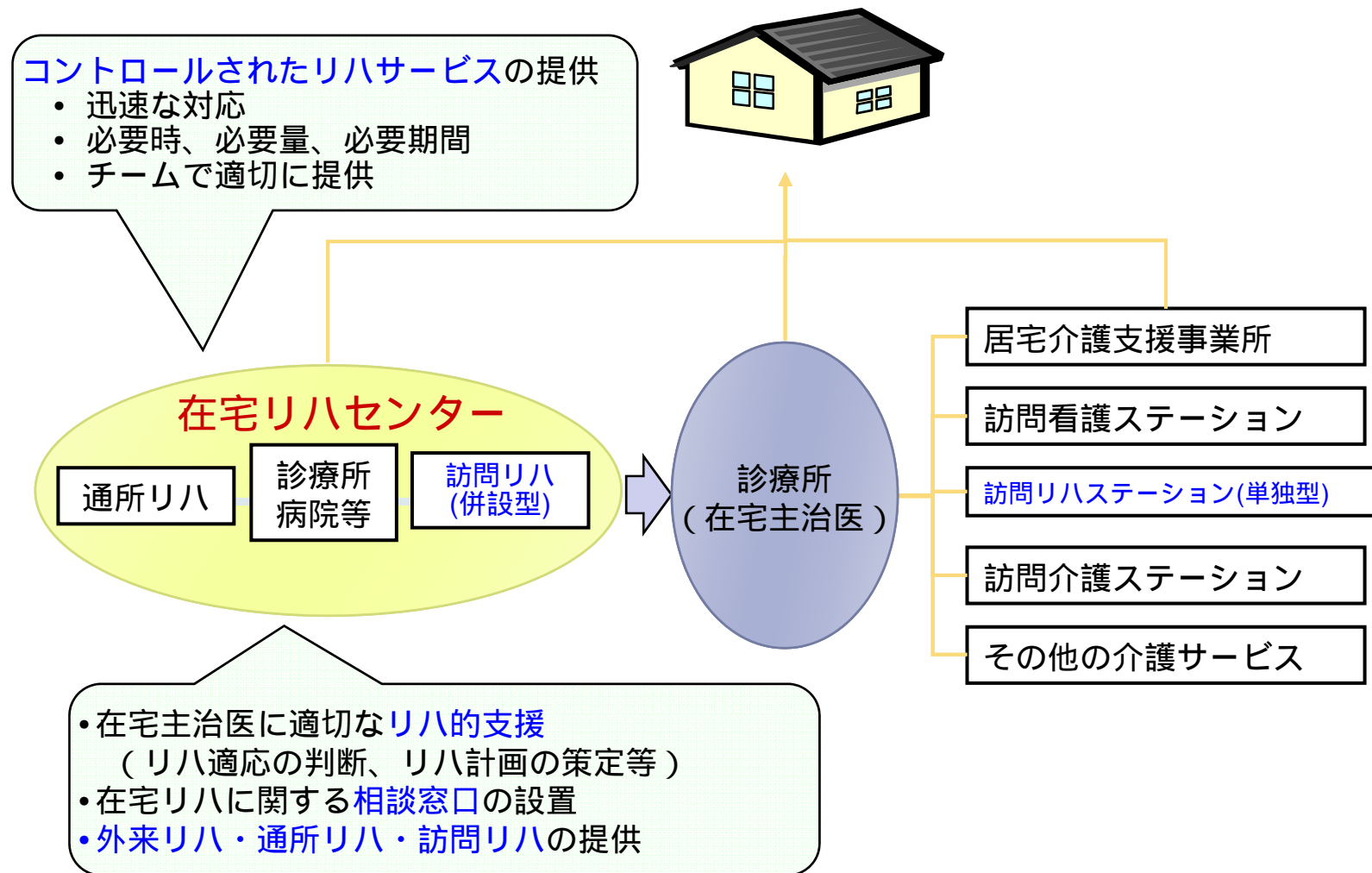
既存機能の有効活用

- ・ 療養病床削減後、在宅リハセンターに転換
 - 例えば、
 - ・ 病床を利用者ニーズ別の少人数複数単位の通所リハに
 - ・ 地域包括支援センターや居宅支援も包含したセンター
- ・ 在宅療養支援診療所を中心にした在宅リハサービスの包括的な提供体制の創設
- ・ 回復期リハ病棟を有する医療機関に在宅リハ機能を付設すべき

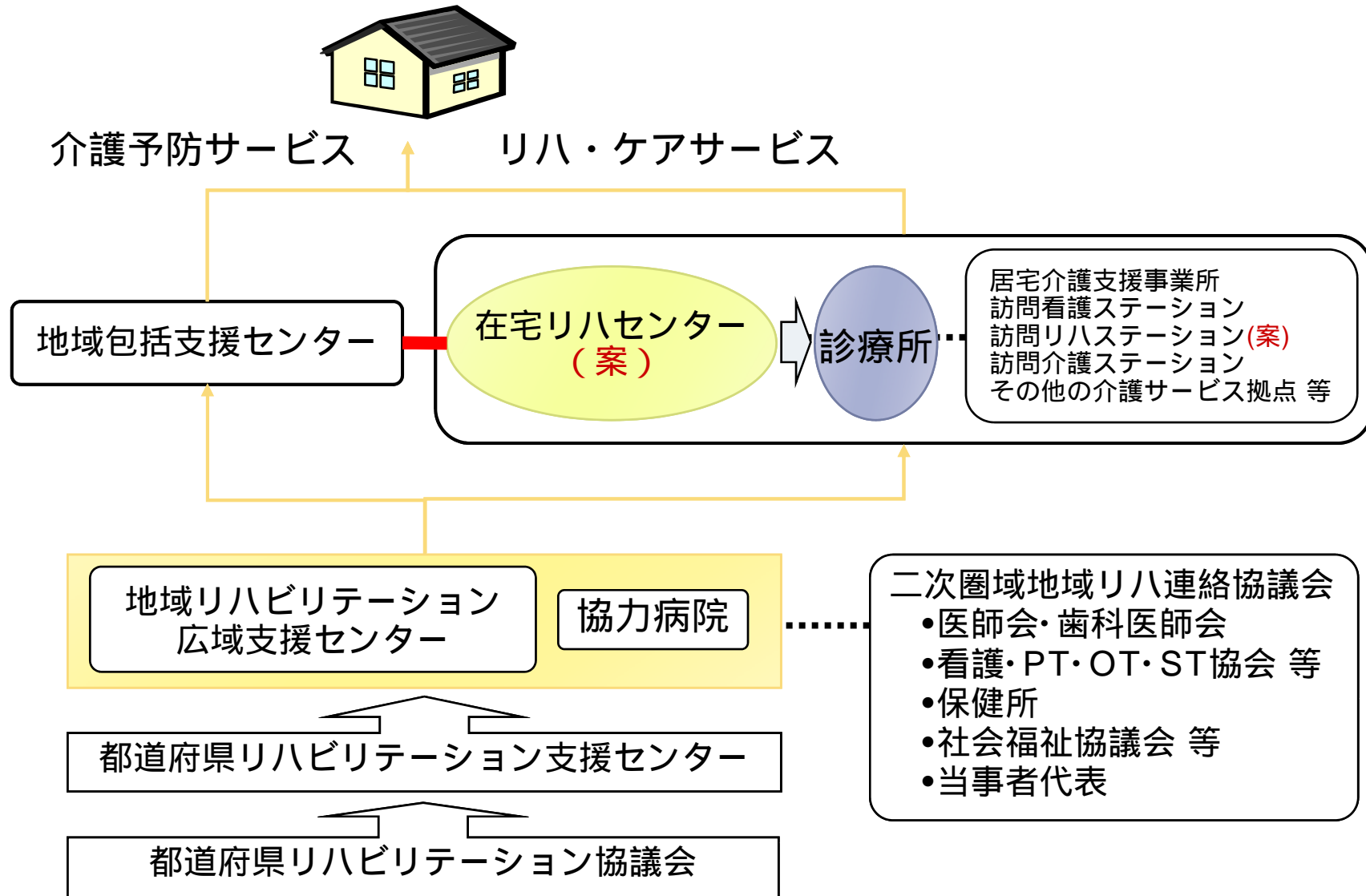
在宅リハビリテーションセンター構想



今後の在宅リハ推進：在宅リハセンターの役割



今後の地域リハビリテーション推進システム(案)



維持期リハ医療サービスの課題

- 1) リハ機能が充実した24時間体制の地域ケア拠点の整備
 - ・ 有床の在宅療養支援診療所・無床診療所と病院の連携
 - ・ 複数の在宅療養担当の常勤医師の配置
 - ・ 24時間体制の訪問看護
 - ・ 通院リハ・通所リハ・訪問リハ・短期入院リハの実施
- 2) 訪問リハステーションの創設
 - ・ 訪問リハ指示書・計画書・報告書の確立
- 3) 通所リハ = 通所介護 + 通院リハに整理
- 4) 短期入院リハの実施に回復期リハ病棟を利用
- 5) 介護保険のリハサービスを **医療保険対応に変更、もしくは出来高払いに変更**
 - ・ 支給限度額にて必要なリハサービス利用に支障あり
 - ・ ケアマネジャーによるケアプラン立案体制では、リハ前置主義の確保が困難？
 - ・ 外来リハと通所リハの整合性確保が困難
 - ・ **短期入院リハの迅速かつ有効な利用が困難**

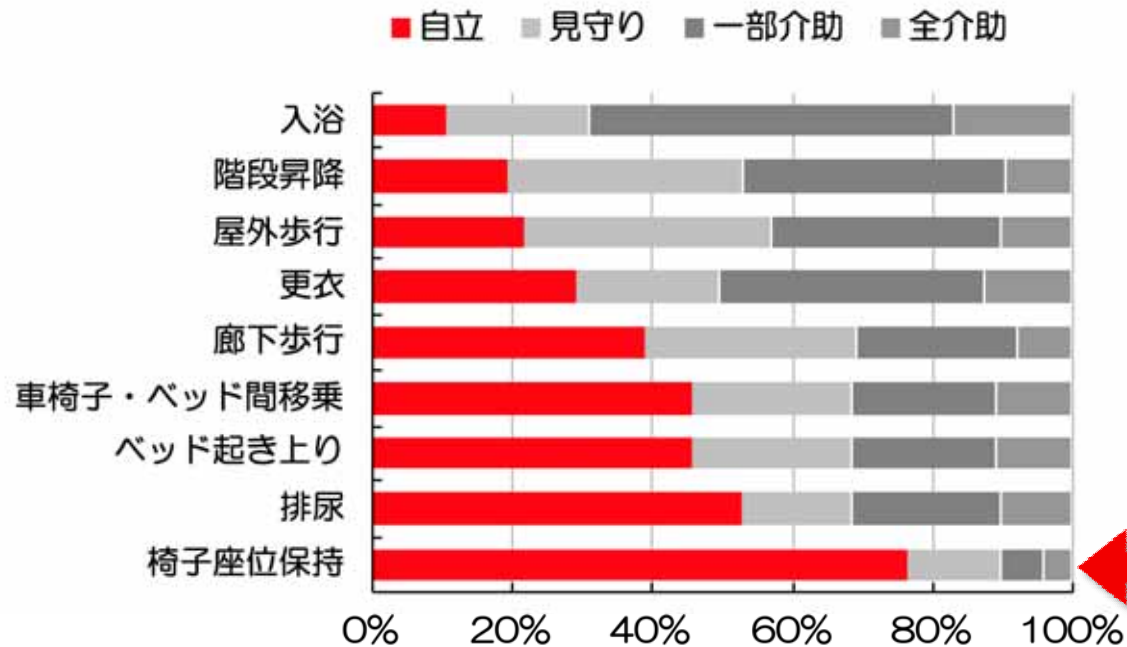
by Makoto Ishikawa

介護予防・リハビリテーションの推進（私見）

- リハビリテーションは全人的なチームアプローチが不可欠であり、リハビリ専門職による訓練のみで成立するものではない。
- 介護予防におけるリハビリ専門職のかかわりは、維持期リハと重なる部分がある。それは、心身状態の評価・メニュー作成援助・活動のアドバイス・啓発活動などである。その技術を活かす場として「地域包括支援センター」は最適ではないか。
- 在宅におけるリハビリテーションの整備が立ち後れている理由は、保険制度間の整合性がとれていないことが最も大きい。リハビリテーションの概念が時代の変化だけでなく、財源問題などの「都合」によって安易に使い分けられていることも問題ではないだろうか。
- 「維持期」という名称を変更することについては賛否両論あるところであるが、概ね「生活を支えるためのリハビリ」であることには異論はないものとする。
- リハビリテーションには様々な分類があるが、急性期から回復期、そして維持期へとつながる流れ（分類）に関しては、同一の保険制度内で提供されることがサービス受給者・提供者ともに理解しやすく整理しやすいのではないかと考える。

重介護者対象のデイケア 2006

全国老人デイケア連絡協議会 通所リハ実態調査 (N = 7813)

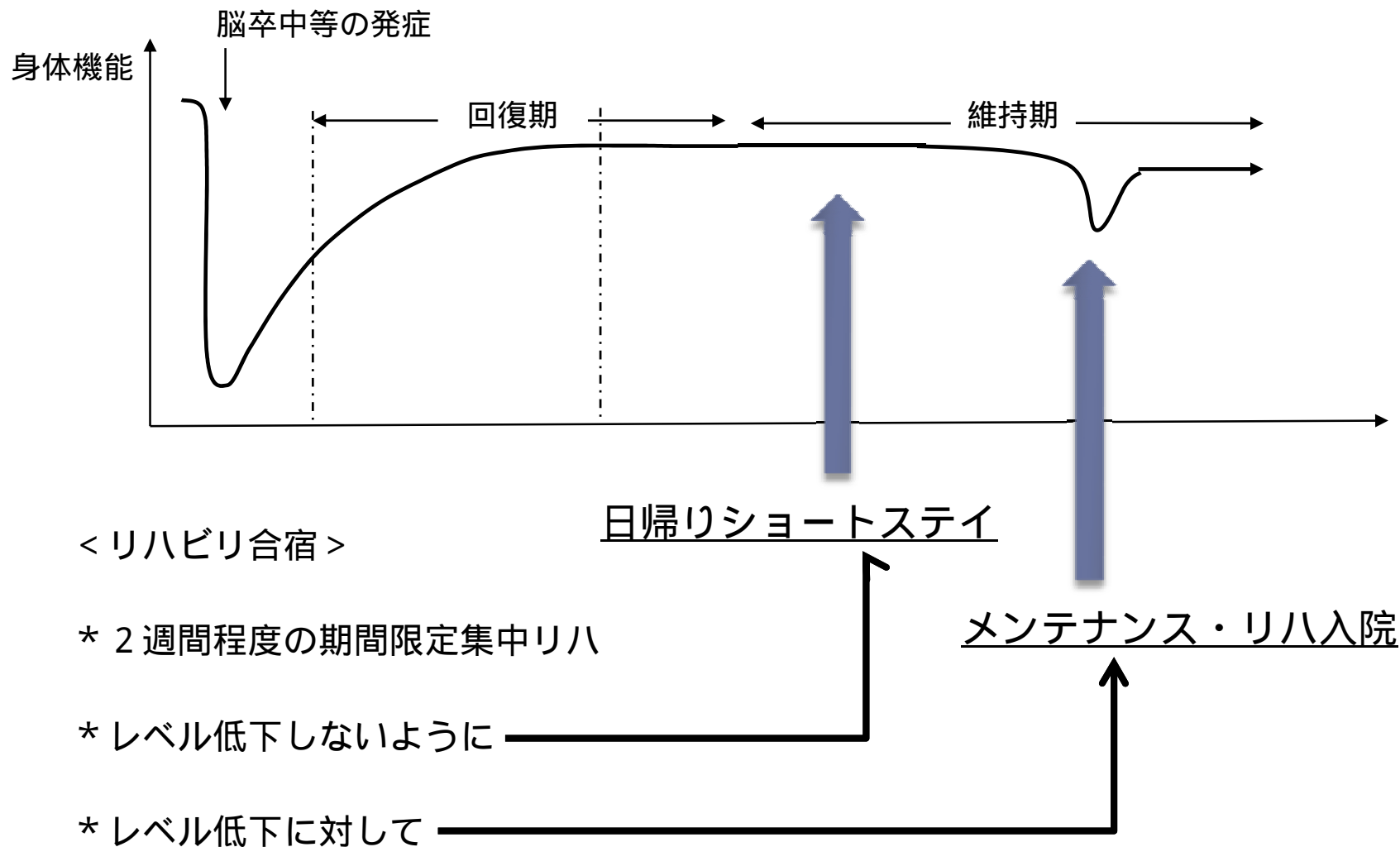


ここに注目！

座位保持できないと通所リハに通えない...

座位保持ができるように通所に通う！

当法人における「リハビリ合宿」のイメージ



介護保険制度について

- ▶ 要介護認定について
 - ▶ 認定の複雑化がもたらす「社会」への影響を無視できない！
 - ▶ 介護の必要度を国民が理解できる手法に！
- ▶ 要支援者へのサービス提供
 - ▶ 「場」の提供とインフォーマルサービスの活用を！
- ▶ 医療保険と介護保険の中身の問題
 - 以前の問題：医療保険で提供されていた「介護」の存在
公的介護保険制度の導入へ
 - 現在の問題：介護保険で提供されている「医療」の存在
診療・看護・リハビリは医療保険！
- ▶ 医療保険と介護保険を二本のレールに！
 - ▶ 叫ばれ続け達成できない「連携」から、互いの専門性を活かし合う「協働」への意識改革が必要！