

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 議論の範囲、考え方、重点指標に対する主な意見について

重点指標は定めなくても良いが、手引きでこれだけは入れてくれという依頼をする。自治体はいい指標のみにしか記載しなくなることが懸念される。

ICFはリハビリテーションのために作成したものではないため、「ICFの理念に基づく」ではなく、「ICFによると」へ修正すべきである。

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの利用者の行き来は双方向であるため、矢印も一方向ではなく、双方向と修正すべきである。

用語の整理について賛成である。社会的リハビリテーションという考え方があり、行政担当者はこちらを意識する傾向がある。用語の整理については、手引きの中で、わかりやすく提示する必要がある。

用語・定義については立場、職種間で様々なとらえ方があります。特に事業者でまだまだ身体機能訓練の実施されている実情があるなかで、要介護者等へのリハビリテーションサービス提供体制をICFの理念、リハビリテーション、活動などの用語や定義づけは必要かと思われる。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点1に対する 主な意見について

算定件数にかかわらず、リハビリテーションサービス提供体制として重要と考えられる項目は残すべきではないか。目標とするのではなく、現状把握としては乏しいことも重要である。施設数・算定件数が少なくても、効率的なリハビリテーションサービス提供体制が整備されていれば問題ないとする。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点2に対する 主な意見について

短期入所療養介護のある老健施設数は重要な指標と考える。実際、短期入所療養介護における個別リハビリテーション実施件数は算定回数も良い結果となっている。ストラクチャー指標として確認できるようにしていきたい。

施設数や算定件数が少ない指標を公表をする場合、市町村は秘匿性の観点から留意する必要があるのではないか。

仮に人口・1号保険者の解析をする場合は、それぞれ観点の記載が必要である。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点3に対する 主な意見について（1 / 2）

加算は質の良しあしを伴うものであるため、項目の選択に当たって、算定の多い少ないで判断すべきでない。リハビリテーションマネジメント加算は重要な指標であり、政策誘導的にも検討すべきである。リハビリテーションマネジメント加算は特にII以上では活動と参加に寄与する重要な加算である。算定件数また算定事業所数が乏しいことはわかるが、リハビリテーションマネジメント加算II以上は指標とし、ゼロの地域も1つでも増やすということを目指してはどうか。II以上の実施が増えれば、利用者やケアマネジャーを含む関係職種・事業所のリハビリテーションに対する意識を向上させることにつながるのではないかと考える。また、リハビリテーションマネジメント加算 I I 以上を実施しようとするればマンパワーを充実することになりますので、その点でも実施事業所を増やすことは有効だと考える。

福祉用具貸与件数はこの度指標として採用するのは難しいのではないかと考える。適切な件数がどの程度であるのか、増えるのが良いのか、減少するのが良いのか、過剰給付の実態もあり判断が難しい。リハビリテーションサービス提供体制と福祉用具貸与件数の関係について整理が必要であるが、現状では解釈にコンセンサスが得られていない。また福祉用具貸与の項目内容はリハビリテーションサービス提供体制との関係という観点から整理すべきである。

短時間通所リハビリテーションは採用されていないが、多くの医療機関で右肩上がりに増えているので、指標に入れるべきである。

通所リハビリテーションについて、定員だけでなく稼働率も把握しておくべきである。定員と稼働率に乖離があれば、今ある社会資源を有効活用できる。（無理に新規事業所を増やさなくても）

参考指標として、訪問看護ステーションからのリハビリテーション専門職のサービス提供の把握が必要と考える。

ストラクチャー指標・プロセス指標案に異論はない。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点3に対する 主な意見について（2 / 2）

加算を指標として設定するのであれば、各加算が質の向上を示しているかについて留意が必要ではないか。

住宅改修はプロセス指標には採用されないのか。

プロセス指標により需要に応じた効率的なリハビリテーションサービスが提供される体制を評価できているか疑問がある。特に加算の算定件数は延べ数であるため、需要に対する過不足を判断することはできないのではないか。保険者がプロセス指標の拡充を目標とした場合、過剰なサービス供給が促進される可能性がある。少ない資源で効果的なリハビリテーションサービス提供体制を整備している保険者の例は参考となるだろう。

プロセス指標の項目の示し方は留意すべきである。各指標の分子、分母をそれぞれ何を示しているか、わかりやすく明示する必要がある。

ケアマネジャーのリハビリテーション必要度評価の観点は、大きく提供体制にも関与してくるものかと思われます。要介護度の高い方の医療必要度も考慮に入れる必要もあるかと思いますが、ケアマネジャーの意識も必要かと思われます。

プロセス指標に「行政等の支援体制（提供体制充実のための）」（これは、内容や質を問うことは難しいので有か無程度しかとえないと思いますが）と「地域独自の取り組み（支援体制と同様に有か無）」を追加してはいかがでしょう。こういった項目がないと結局、指標の数字が満たされているか否かだけを追い求めることになりがちだと思います。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点4に対する 主な意見について（1 / 2）

「おむつの卒業」「経口摂取が可能となった事例」についても検討すべきである。

社会参加支援加算をアウトカム指標とするのは、算定要件の縛りもあるし、デイサービス等からの逆紹介もないので、不適切である。

アウトカム指標は心身機能も考慮するのが良いだろう。

活動、社会参加については、リハビリテーションの目指すところを考慮し、アウトカムを考える必要がある（その方が望む生活、活動、社会参加がリハビリテーションの目指すところかと思われます）

ここでは、幸福感や健康観はADL等の指標とともに必要であると思われます。また、リハビリテーションの目標が活動や社会参加であっても、実際には機能訓練や施設内での歩行訓練にとどまっている可能性があります。さらに、リハビリテーションで培った能力が、実生活に活かされていない可能性があります。利用者が活動・社会参加できるように、どのように取り組んだか、実際に活かされているか、そのあたりも評価できるとよいかと思われます。VISITのデータの蓄積は今後のリハビリテーション提供の指針となる可能性もあり、将来的有効なデータであると思われます。すでに有効なデータがあるようであれば、今回の手引きにも掲載いただければと思います。

アウトカム指標の例示について今後のデータの収集方法と併せて示すべきではないか。主観的幸福感、健康観はニーズ調査、ADLはVISIT/CHASEの今後の運用に期待していく、など。この観点でいうと要介護者の満足度はデータの出典がなく、例示として示すのも難しいのではないか。

アウトカム指標は示す順番も重要である。活動参加を主眼とおくのであれば、主観的幸福感・健康観、社会参加、ADL等の順で示すのが良いだろう。

日常生活自立度は「障害高齢者の日常生活自立度」か「認知症高齢者の日常生活自立度」なのか明示すべきである。

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点4に対する 主な意見について（2 / 2）

アウトカム指標の例示に基本動作、日中の過ごし方（離床時間・頻度など）を追加してはどうか。重度者にたいする指標としてはこれらの観点が重要である。

アウトカム指標として心身機能も今後検討すべきであろう。活動と参加も重要であるが、心身機能は最も変化しうるため、指標として有効と考える。具体的にはロコモ度テストは良い指標と考える。

認知症に関するアウトカム指標の例示も必要だろう。具体的には「認知症高齢者の日常生活自立度」が良いと考える。

幸福感、健康観は主観的かつ変動する評価であり、リハビリテーションとの直接的な関係は捕捉しづらいのではないか。幸福感・健康観といった主観的かつ変動するアウトカムが、利用者毎の目標となるのは良いが、行政制度上の目標となることを如何か。

主観的幸福感・健康観は重要なアウトカムである。

アウトカム指標について、主観的健康観は大切だと思います。また、要介護度については認定期間の長さ、鋭敏さにおいて否定的な意見も多いことは承知していますが、介護度が維持できているかについて見るのであれば有効な点もあるのではないかと思います。認定期間中であっても悪化すれば変更申請をかけます。ということは、逆に言えば、長く同じ介護度にとどまっているのは、変更をかけようと思うほど悪くはなっていないということもできます。昨年度の事業でも申し上げたのですが、対象が要介護高齢者ですから、「維持できているか」を評価することが大切だと思っています。もちろん、良くなればそれに越したことは無いのですが、現実にはそのような人は多くはありませんし、一旦良くなってもいずれは悪くなっていきます。本当は標準経年悪化のカーブと比較するようなことができるようなものがあれば一番良いのですが、この事業の指標と考えれば、介護度が維持できている＝状態が（大雑把にかもしれないが）悪化していないということはアウトカム評価として悪くはないと思います。

以上の理由で介護度の維持率を指標に加えることはいかがでしょうか？

「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会（第2回）」 論点5に対する主な意見について

行政担当者は各プロセス指標に詳しくないことが想定される。プロセス指標の内容とこれを拡充させる意味、アウトカムとの関係について説明すべきである。

「リハビリテーションサービス提供体制の構築に関する手引き案」について、以下の4点を入れるべきである。

- ①「地域医療構想との整合性」 それによって、新たに生まれるリハビリニーズの把握。
- ②「主治医意見書の反映」 意見書の中の「必要なサービスチェック欄」において、リハビリテーションに関してチェックされている場合にケアプランに反映されているかどうか。これは、プロセス指標にも活用可能と考える。
- ③「低栄養等の栄養状態の改善」 栄養、口腔の状態がリハビリの成果に大きく影響する（フレイル等）。
- ④ケアマネジャーにリハビリテーションの意義について、研修等で普及啓発を行う

人的資源の乏しい地域では本ストラクチャー指標を目標として拡充させることは難しいのが現状である。指標をもとに現状把握をした上での個別の計画を立てることが重要である。実際に市町村担当者は一般介護予防事業と給付のリハビリテーションサービスはひとくくりとして捉えているため、手引きの中でも配慮が必要である。また都道府県のリハビリテーション支援事業との連携も重要な観点であり、連携を評価することも重要である。必要に応じて都道府県単位での解析をおこなう点、都道府県がはたす役割について、追加で記載すべきだろう。都市部と地方部それぞれで実態は異なるため例示など踏まえて提示できるとの良いのではないだろうか。本指標が目標となり、指標の数値そのものが評価されることは懸念である。

医療計画は作成に当たり研修会を実施している。リハビリテーション指標を参考とする介護保険事業（支援）計画作成にあたって、周知のための方策を検討すべきではないか。

手引きにはしっかり留意点と作成のプロセスを記載する必要がある。

今回算定件数が乏しく指標とならなかったプロセス指標（生活行為向上リハビリテーション実施加算など）については、手引きの中でプロセス指標として今後活用するものであることを記載するのが良いだろう。

実際に介護保険事業計画を策定する際には、リハビリテーションの需要も重要な観点である。在宅医療の体制構築に係わる現状把握のための指標なども参考となるのではないか。

リハビリテーションサービス提供体制は地域ごとの実情により、可能性や限界が違いため、地域の実情を鑑みた、いくつかの具体的なデータや手法の掲載は都道府県・市町村でリハビリテーションサービス提供体制を考える中で大変参考になるため、必要と思われます。