

介護保険制度とリハビリテーション

医療法人 真正会 理事長 斉藤正身

介護保険制度における「リハビリテーション」の位置づけ

介護保険法 第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法 第4条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

高齢者リハビリテーション研究会

高齢者リハビリテーション研究会について 平成15年6月に公表された高齢者介護研究会の報告書に基づき、今後の高齢者の介護予防、リハビリテーションのあり方について精査・研究するために、老健局内に、医療、リハビリテーションの専門家等からなる高齢者リハビリテーション研究会を同年7月に設置した。本研究会においては、要介護状態にならないようにする予防的リハビリテーションの在り方、医療・介護を通じた高齢者の各ステージごとのリハビリテーションの提供体制、また、福祉用具や住宅改修の在り方、地域でのリハビリテーションの提供体制などについて、検討を行い、平成16年1月29日に中間報告をとりまとめたところである。この中間報告においては、介護保険後見えてきた課題として、

- (1) 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患が異なること
- (2) 軽度の要介護者が急増していること
- (3) 介護予防の効果があがっていないこと
- (4) 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要であることと指摘し、
この課題を解決するため、
今後の高齢者リハビリテーションの基本的な考え方として、
 - (1) 高齢者の状態像に応じた対応（脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆高齢者モデル）
 - (2) 疾患の発症直後の急性期の治療と並行した実施
 - (3) 必要な時期に、短期間に集中しての実施、また、期間を限定して計画的な実施の必要性を指摘し、
現行サービスの見直しについては、予防、医療、介護が断片的でなく、総合的に提供されるよう
行うべきであるとしている。

本報告書はこれから的高齢者リハビリテーションの方向性を示したものであり、今後の介護保険制度の見直しやゴールドプラン21の後継プラン、保健事業第5次計画の策定、平成18年度に予定される介護報酬改定などにおいて、その具体化を検討することとしている。

2

現行サービスの見直し（高齢者リハビリテーション研究会）

予防、医療、介護は断片的でなく、総合的に提供されるべき。

1. 介護予防の強化
 - 要支援、軽度の要介護者のサービス内容とマネジメントシステムの見直し。
2. 急性期のリハビリテーションの強化
 - 急性期治療と並行したリハビリテーションの強化。
 - 医療におけるリハビリテーションの位置づけの見直し。
(保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直しの検討)
3. 入院(所)リハビリテーションの改善
 - 訓練室中心から居室中心のリハビリテーションへ
 - 病棟・居室等の設備は、実生活に近い環境へ
4. 訪問リハビリテーションの拡充
 - 自宅での自立支援を促進するために量的に拡充。
 - 言語聴覚士の位置づけ。
5. 通所リハビリテーションの適正化
 - リハビリテーションの効果について評価を行う。(通所介護と同様の機能のものの見直し)
 - 目標を設定し、期間を定めて計画的に実施。
6. ショートステイの改善
 - ショートステイ利用中の要介護度悪化の防止。
7. 福祉用具・住宅改修の適正化
 - 導入プロセスへのリハビリテーション専門職の関与など、総合的な適正化方策の推進。

3

高齢者リハビリテーションの実施方法（高齢者リハビリテーション研究会）

- 疾患の発症直後の急性期に治療と並行して実施。急性期の医療機関において、脳卒中発症直後から原疾患の治療と並行して、早期離床などのリハビリテーションを実施。
- 必要な時期に短期間に集中して実施。急性期の医療機関において、原疾患の治療が終了した者について、回復期リハビリテーションや介護老人保健施設において、在宅復帰を目指した短期間の集中的なリハビリテーションを実施。
- 必要な時期に期間を限定して、計画的に実施。在宅の骨関節疾患を持つ者の生活機能の低下が軽度である早い時期から、期間を定めて、リハビリテーションを計画的に実施。

国民と専門家に求められること（高齢者リハビリテーション研究会）

<国民>

- 地域社会の構成員である国民ひとりひとりがリハビリテーションについて、理解を深めることが重要
- 生活機能低下をいち早く把握して、自ら積極的にリハビリテーションを行う。

<専門職>

- 予防、医療、介護にかかわる専門職は、リハビリテーションについて、十分に理解することが求められる。
- 特に、かかりつけ医、介護支援専門員、保健師等の役割は重要。
- 今後の専門職の教育にリハビリテーションの考え方を十分に反映させていくことが必要。

高齢者リハビリテーション研究会 → リハビリテーション前置主義の再確認

4

平成18年 診療報酬・介護報酬同時改定

急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとの考え方で改定が行われた。

医療保険のリハビリテーションについては、発症後早期のリハビリテーションを重点評価するとともに、疾患別に算定日数の上限を設けた。

→外来リハ等の医療保険で提供されているリハビリテーションに大きな課題・問題

→平成18年12月25日 老老発第1225003号 保医発第1225001号 両課長連名の通知

「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」



医療保険

急性期及び回復期の状態に対応し、
主として身体機能の早期改善を目指す

主にレベル低下に対応する…

介護保険

維持期の状態に対応し、
主として身体機能の維持及び生活機能の
維持・向上を目指す

主にレベル低下しないように…

5

介護保険におけるリハビリテーション実施に当たっての留意事項

<居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者における留意事項>

平素より、地域の医療サービスも含めたリハビリテーションの提供体制を把握すること。居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者は、要介護者等が急性期及び回復期のリハビリテーションを受けている間からも、要介護者等から依頼があった場合には、あらかじめ、維持期におけるリハビリテーション等を含めた居宅サービス計画の作成等を行い、居宅における生活に円滑に移行できるようにすること。居宅サービス計画等については、利用者の主治の医師等の意見を求めて作成することとなるが、利用者の希望等を踏まえ、急性期及び回復期のリハビリテーションを行った医療機関において維持期のリハビリテーションを実施することとするなど、急性期及び回復期のリハビリテーションとの継続性にも配慮が必要であること。

<地域包括支援センターにおける留意事項>

平素より、地域の医療サービスも含めたリハビリテーションの提供体制を把握することに努め、高齢者からのリハビリテーションに関する相談に応じ、必要に応じて、関係機関において必要なリハビリテーションが受けられるよう入所や利用に係る連絡調整を行うこと。

ケアマネジメントにおけるリハビリテーションの在り方を明確化

6

訪問リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

1. 通所リハビリテーションの利用者が通所できなくなった際にも円滑な訪問リハビリテーションの提供を可能とする観点から、介護老人保健施設で通所リハビリテーションを受けている利用者については、通所リハビリテーション終了後一月に限り、当該施設の配置医師がリハビリテーション計画を作成し、訪問リハビリテーションを提供することを可能とする。
2. また、リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、本体報酬に包括化するとともに、早期かつ集中的なリハビリテーションを推進する観点から、短期集中リハビリテーション実施加算の評価を見直す。
3. 併せて、基本報酬については、医療保険との整合性を図る観点から、1日単位ではなく、サービス提供時間に応じた評価に見直す。
4. 今後、さらに訪問リハビリテーションを拡充する方策について検討を行う。
5. 一方、訪問リハビリテーションの整備状況に地域差がある現状を踏まえ、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る運用の見直しを行い、それに伴って、主として理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの管理者の要件について一定の整理を行う。

改定の要約

1. 通所と訪問の連携？強化（老健のみ）
2. リハビリテーション・マネジメント加算の包括化と短期集中リハ加算の見直し
3. 医療保険と基本報酬の統一（提供時間で評価）
4. 拡充の方針を約束
5. 訪問看護ステーションからのリハ提供の緩和（暫定？）

改定に対する私見

- 訪問リハ拡充に向け、積極的な改定がなされた。
- 「短期集中」の必要性はレベル低下時にもある。
- リハビリテーション適応は医療保険と同じ取り扱いに
- 訪問介護・訪問看護等との連携や役割分担、協働の具体的な内容をどのように構築するかが、訪問リハビリテーション・ステーション創設のキーポイント
- 通所リハとの相互活用をマネジメントするべき

※「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により同様のサービスが担保されるのであれば、通院サービスを優先すべきということである。
→ これは間違った認識であり、通所と訪問は役割が違う。

通所リハビリテーション

平成21年度 介護報酬改定

1. リハビリテーションの利用者が、医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受けることができるよう、短時間・個別のリハビリテーションについての評価を行うとともに、リハビリテーションの実施者について医療保険との整合性を図る。
2. さらに、利用者のアクセスを向上し、医療から介護への移行をよりスムーズにするという観点から、診療報酬において脳血管等疾患リハビリテーション又は運動器疾患リハビリテーションを算定している医療機関については、通所リハビリテーション事業所としての指定があったものとみなす。
3. リハビリテーションマネジメント加算については、「PDCAサイクル」の流れを評価したものであること等を踏まえ、月に1回の評価とし、短期集中リハビリテーション実施加算については、早期かつ集中的なリハビリテーションをさらに充実する観点から評価を見直すとともに、3か月以内に限定にする。併せて、3か月以降の個別リハビリテーションについて、新たな評価を行う。
4. また、理学療法士等を手厚く配置している事業所を評価するとともに、効率的な事業所経営を可能にする観点から、理学療法士等の人員配置基準については、1以上確保することを条件に利用者数に比例した常勤換算従業者数とし、併せて1人の従業者が対応できる利用の上限について見直す。
5. 一定規模以上の事業所に対する評価のあり方については、事業規模別の収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点から、規模の設定及び評価を見直す。

改定の要約

1. 短時間通所リハの導入：外来リハの受け皿として期待
2. 医療機関の介護保険事業所みなし指定
3. リハビリテーション・マネジメントの要件見直し
4. リハ・スタッフの手厚い配置を評価
5. 大規模事業所の減算緩和

改定に対する現時点での私見

1. 短時間のニーズは通所リハ既利用者が中心
 2. 報酬格差のため指定数増につながらない
 3. 基本的に通所リハ実施計画書との違いがわからない
 4. 人員最低基準を引き上げ、質の向上を図るべき
 5. 経過措置策なく、中規模事業所は一定期間減収…
- 地域包括ケアシステムの導入には、地域性・効率性を考えれば、通所系サービスの再編成が不可欠である。
 - 通所リハの利用目的のうち、レスパイト・ケアと社会性の維持・回復は通所介護と共通である。
 - 通所リハで提供されるリハビリテーションの質を確保し、医療保険と同等の評価をするべき。
 - 今後、重介護者に対する通所サービスのニーズは、より一層高まることが予想されるため、看護とリハビリテーションのさらなる連携が期待される。

8

通所介護・短期入所療養介護・認知症短期集中リハ 等

平成21年度 介護報酬改定

1. 通所介護において個別ニーズに対応する機能訓練の体制及びサービス提供方法に着目した評価を行う。
2. 短期入所療養介護における個別リハビリテーションを評価するとともに、日帰りの短期入所療養介護(特定短期入所療養介護をサービス提供時間に応じた評価に見直す。診療所の一般病床のうち、面積や人員配置等の要件を満たすものについて短期入所療養介護の実施を可能とする。
3. 認知症の軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価を行う。

改定の要約

1. 通所介護：個別機能訓練を評価（体制と内容）
2. ショートステイ利用中にリハビリテーションを提供
3. 認知症短期集中リハの対象者拡大

「レスパイト・ケア」

- 家族の介護負担軽減
- 通所・短期入所・入所サービス等の充実
- 介護者の負担軽減
- 訪問・通所リハによる負担軽減アプローチ

改定に対する現時点での私見

1. 通所介護と通所リハの役割分担、連携等を再考する必要がある。リハビリテーションの適応は、医師が判断するはずだが…
 2. 日帰りショートステイが活用され、療養中のレベルダウンに対応したリハビリの提供が期待されたが、定期的な利用が中心になっている…（良いこと？）
 3. 認知症の中等度・重度の者に対するリハビリは有効だが、軽度者とは違い継続的な提供が必要ではないか？
- 認知症短期集中リハ加算算定による自己負担の増加を配慮して、提供していながら算定していない方針の事業所が目立つ。

平成21年度介護報酬改定では、リハビリテーションの評価が見直されたが…

9

「介護」におけるリハビリテーションの必要性和将来あるべき姿

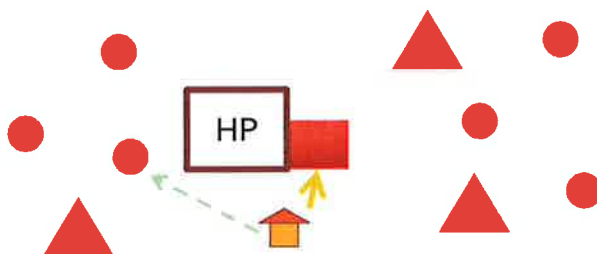
1. 要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。
2. 施設・在宅の区別なく、介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。
3. 在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を拓けていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。
4. 地域特性によって、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。
5. 訪問、通所、短期入所、入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備することによって、リハビリテーションのニーズに臨機応変に対応できる。医療面でのバックアップが可能な老人保健施設や有床診療所・病院等の医療機関がその役割を担うことが期待される。
→ 高齢者リハビリ研究会、新成長戦略、地域包括ケアシステム等の目指す方向性に適応
6. リハビリテーションの提供は、単に能力の維持回復を達成することだけが目的ではなく、要介護者の心身両面の可能性を引き出し、明日への新たな希望をもたらすために「最期」まで必要なサービスと位置づけるべきである。

10

参考資料：通所系サービスの連携・協働

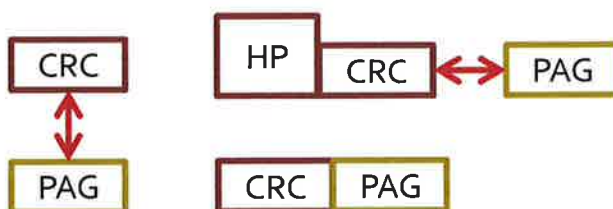
England

- Day Hospital
- ▲ Day Centre
- Day Club



AUS (Victoria)

Community Rehabilitation Centre (CRC)
Planned Activity Group (PAG)



Japan

Day Care (通所リハ)
Day Service (通所介護)



11