

平成22年8月30日

第30回 社会保障審議会 介護保険部会

プレゼンテーション資料

医療法人 真正会 理事長 斉藤正身

- (1) ドイツにおける要介護認定の現状
- (2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い
- (3) 要介護認定とリハビリテーション

(1) ドイツにおける要介護認定の現状

＜ドイツの要介護認定について＞ MDK Bayern, Hans Gerber 医師にヒアリング 15Jun.2010

1995年に導入された介護保険制度、2008年に始めて見直しが行われた。見直しの内容は、サービス・報酬・料金だが、法改正では特に認知症の申請から判定までの見直しがテーマになった。

サービスについてはもっとダイナミックにするべきだということで、特にサービスの質の向上を2015年に決めましょうということになっている。

ドイツ全体の判定件数：1995年175万人 → 2008年153万人 （施設24% 在宅76%）

ドイツの要介護認定は3段階に加えてハード（特に重度）が加わる

1. 現物支給
2. 現金支給（3分の2は希望する）
3. 現物+現金

*実際には現金支給では実際のサービスは賄いきれない。現物の方が金額で言えば高くなる。

*施設の場合には、その他の負担が増える。身体障害者は加えて250ユーロ支給される。

2008年から認知症の場合には、毎月軽度100ユーロ、重度200ユーロがプラスされる（在宅の場合に限る）

→ サービスとして使う（買い物付き添いなど→請求書を保険会社に出す→現金が送られてくる）1時間15ユーロぐらい

＜ディスカッション＞

●認知症に対する評価をどのような形で支給につなげるのかがポイント！

ドイツの場合は現金で支給になっているが、今、家族に対する負担軽減の様々なプロジェクトが進行中である。

一つのプロジェクトとして地区ごとに相談所の整備や有償ボランティアの導入なども考えている。

しかし、基本となる評価がやはり重要だと考えている。今の方法で良いのかも検討中である。

ゲルバー医師は、認知症だけを特別にするわけにもいかないと思っている。支給の公平性は保たなければならない。

現在、認知症の判定はMDK（医師）が行っている。

●認定を受けてサービスを使わない人はいない…

*日本は介護保険サービスを使う権利をまず得て、使うかどうかは利用者次第… → 考えられない…意味がない…

要介護度別の支給額

要介護度：３段階＋ハード

給付：現物給付・現金給付・現物＋現金給付の３種類

Pflegestufe	Geldleistung	Sachleistung	Stationäre Pflege (bis zu)
I	225	440	1.023
II	430	1.040	1.279
III	685	1.510	1.510
Härtefall		1918	1.825
Leistungen für Behinderte		bis zu 256	
Leistungen für PEA		100 bzw. 200	

New Way of Appraisal

Assessment-Module

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung



新しい要介護認定について

２００８年から一歩進んで新しい認定手法を開発し、検討中
認知症の判定も加味されている

正式に使われるかどうかはまだ決定していない！

２００６年に厚生省から支払い基金に打診があった。
ゲルバー医師はアドバイザーとして研究に参加した。

- ２０００件のテストを実施
- 好結果 → ２００８.１０厚生省へ打診・提言
- 今は厚生省の引き出しの中…

アセスメント手法を見直す（８項目）

時間（分）ではなく、ポイントで表現する。

要介護度を段階から、ポイントによる点数で表す。

認知症の評価が加わり、リハビリの必要性も評価される。

1. 動作
2. 認知症もかかわる コミュニケーション能力
3. 認知状況と精神的な課題
4. 自立性 ADL IADL？
5. 疾病治療の必要性
6. 外出時の支援、社会的なコンタクトの機会の必要性
＊６は、今までなかった項目
7. アクティビティの必要性 教会の付き添いなど
8. 買い物、自炊、家事など
＊７，８は一応作られているが、重要性は低い

Assessment Module

1. Mobilität

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
1.2 Stabile Sitzposition halten	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3
1.5 Treppensteigen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4. Selbstversorgung

0 = selbständig
1 = überwiegend selbständig
2 = überwiegend unselbständig
3 = unselbständig

4.1	Vorderen Oberkörper waschen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.2	Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.3	Intimbereich waschen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.4	Duschen oder Baden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.5	Oberkörper an- und auskleiden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.6	Unterkörper an- und auskleiden	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.7	Nahrung mundgerecht zubereiten, Getränk eingießen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	
4.8	Essen	☐ nur Sonde	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.9	Trinken	☐ nur Sonde	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4.10	Toilette/Toilettenstuhl benutzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	

5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Appraisal of Score

1. Mobilität	10
2./3. Kognitiver Status und Verhaltensprobleme	15
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)	40
5. Umgang mit krankheits-/therapiebed. Anforderungen	20
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15

ポイントは5段階に… (3段階→5段階?)

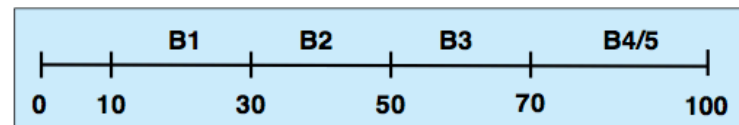
B1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit

B5: B4 + besondere Bedarfskonstellation



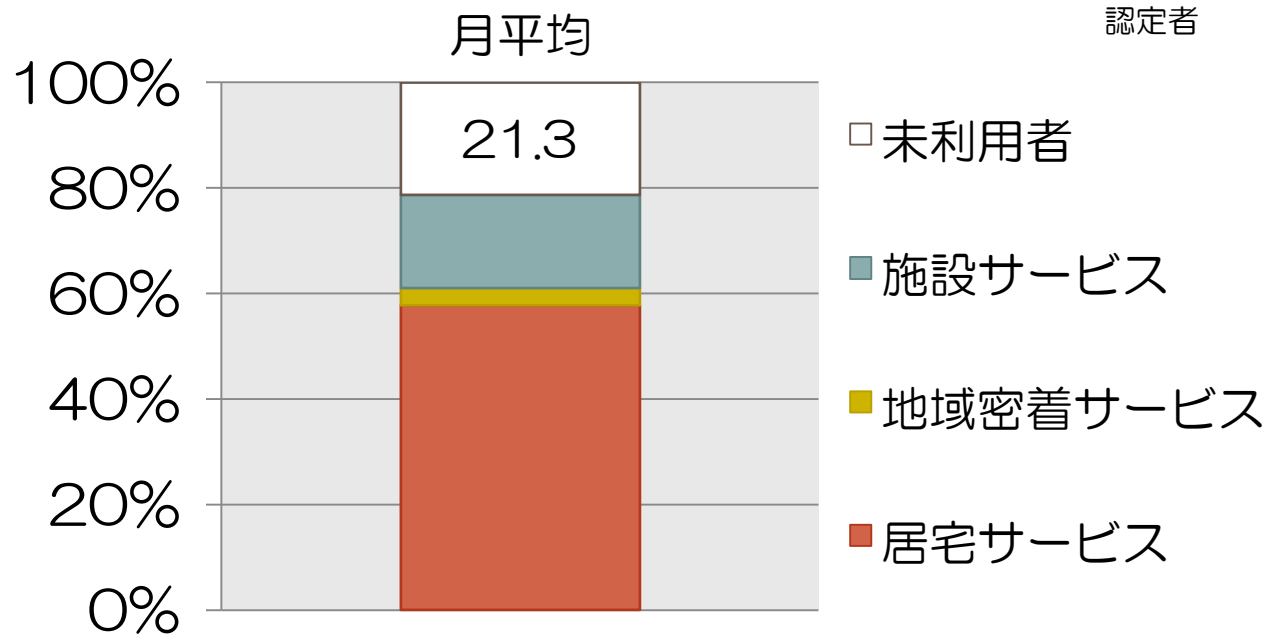
参考資料：介護認定後、サービス未利用者数比率は2割…

A県B市 平成21年度 介護保険サービス利用状況

高齢者数 約7万人 認定者数 月平均9万3千人

高齢化率 20.2% (月平均)

認定者 13.5% (高齢者対比)



- ※未利用者とは？
1. 多くは新規申請者（退院後サービス利用予定者、転入者等）だが…
 2. 今はサービス利用予定なし（医療機関に入院継続、とりあえず…等）

(2) 通所介護と通所リハの「リハビリ」の違い

通所介護（デイサービス）

個別機能訓練（Ⅱ）：平成21年度介護報酬改定で（Ⅱ）が新設

次のいずれにも該当する場合に算定できる

- ① 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置していること。
- ② 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っていること。
- ③ 個別機能訓練計画作成にあたっては、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資することを目的として複数の機能訓練の項目が設定され、その実施にあたっては、グループに分けて活動を行なっていること。

- Ⅱの算定は、POS以外にも看護師や柔整・マッサージ師が専従であれば算定可
- 実施はリハ専門職でなくとも算定可（しかも個別とは決められていない）
- 複数の訓練項目が設定されていれば可

医師の指示・関与なく、
リハ専門職でなくとも、
個別でなくともOK.....

通所リハビリテーション（デイケア）

居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）

について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

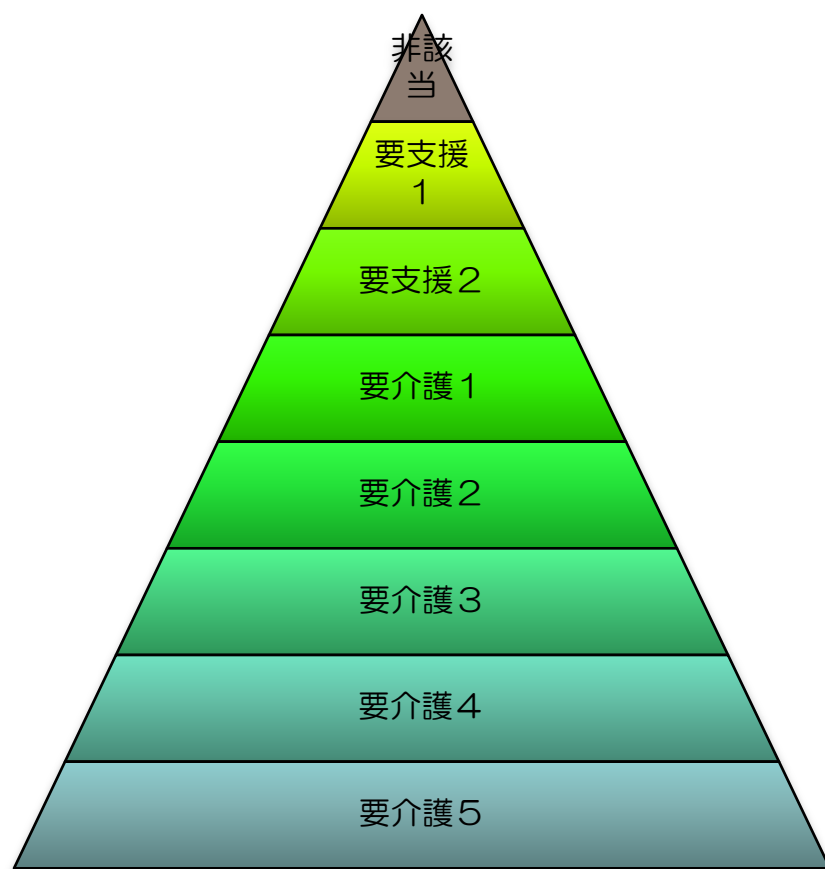
（介護保険法 第8条-8）

通所介護 + 個別？機能訓練 ≠ 通所リハビリテーション

(3) 要介護認定とリハビリテーション

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



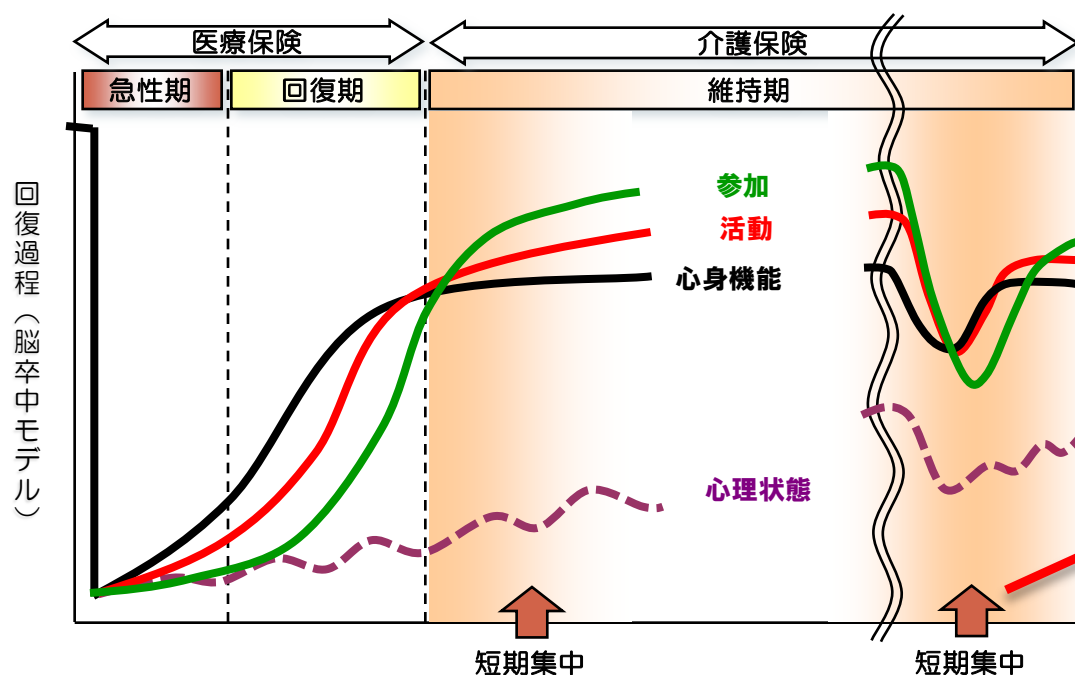
プログラムの内容

専門職のかかわる時間は
介護度に準じていない

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！



要介護者の場合も
レベル低下に対応
した算定がない…

↓
重度化予防に
絶対必要！

「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

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。

介護保険制度におけるリハビリテーションの提供

◆ 医師の指示による提供が必須

- 「リハビリテーション医療」は、生活期（維持期）であっても、「専門性」と「予測」が重要！
- リハビリテーション及び介護保険に精通する医師の育成（研修）が必要

◆ リハビリテーション専門職による提供が必須

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士には、それぞれの役割がある
- 各々の提供を明確に位置づけることが必要
- 専門職の指導（アドバイス）のもと、本人・家族・携わる他職種等が自主を含めて訓練実施

◆ 継続提供と短期集中提供の意味を明確にする

- 継続提供とは評価・指導が中心の関与であり、指導の対象は本人・家族・携わる他職種等
- 個別訓練に加えて、継続提供の場合、訪問は居宅療養管理指導料、通所は生活期リハ管理指導料を
- 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは「特別指示書」から

◆ 現存する医療保険、介護保険のサービスを有効活用する。

- 通所リハビリテーション事業所から訪問リハビリテーションを提供
- 特別養護老人ホームや通所介護へ訪問リハビリテーションを…
- 特別養護老人ホームから通所リハビリテーションへ…（シドニー中央地区で実践されている）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期入所を提供（介護保険）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期リハビリテーション入院（医療保険）