

介護保険におけるリハビリ提供量の 拡大について

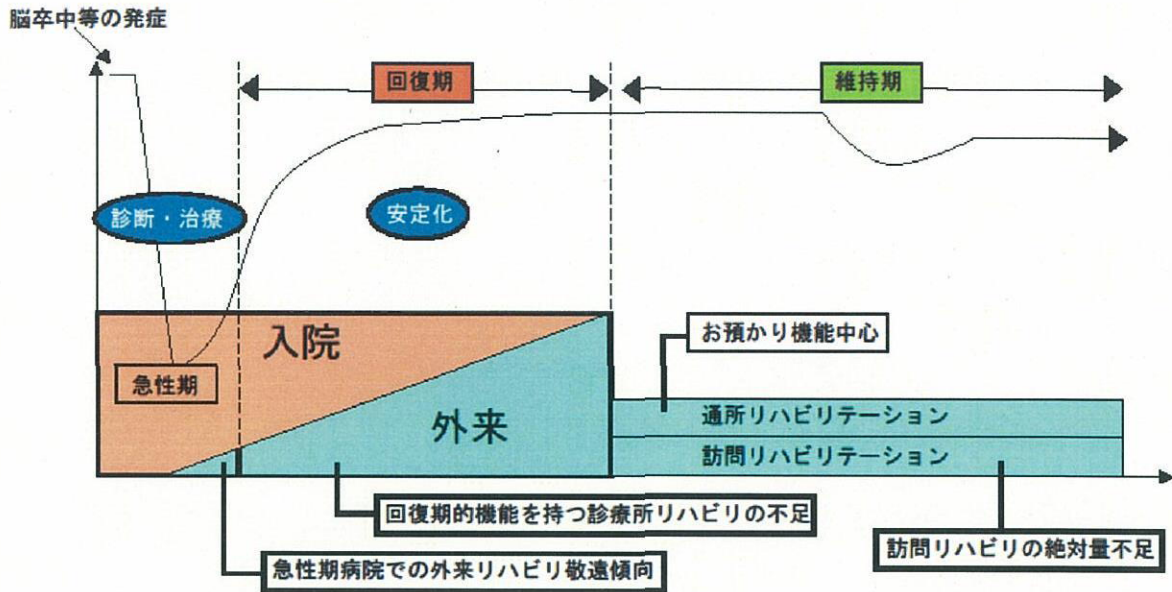
— リハビリ専門職(PT・OT・ST)の視点から —

(社)日本理学療法士協会
(社)日本作業療法士協会
(一)日本言語聴覚士協会

高齢者リハビリ研究会報告(平成16年)

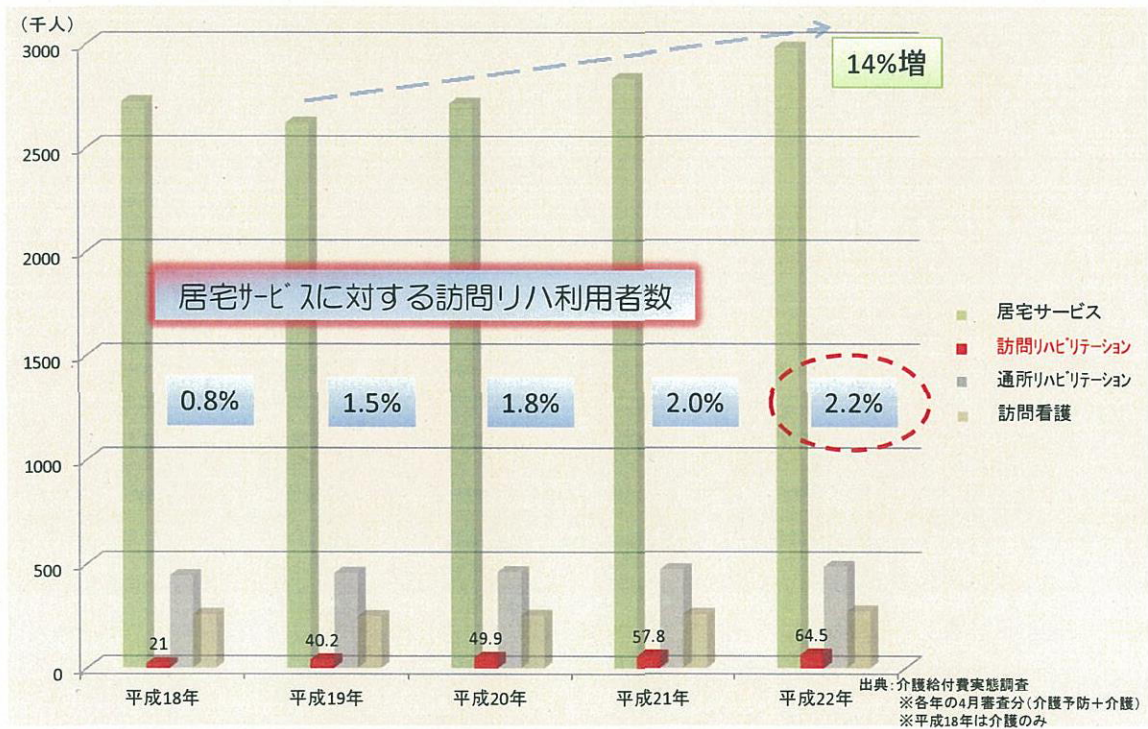
- 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリ医療が十分行われていない。
- 長期にわたって効果の明らかでないリハビリ医療が行われている。
- 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- リハビリとケアの境界が明確に区分されておらず、リハビリとケアが混在して提供されているものがある。
- 在宅におけるリハビリが十分でない。

＜在宅者へのリハビリテーションの役割分担と現状＞



医療保険・介護保険ともに、在宅者へのリハビリ提供量が欠如

リハビリ前置主義による介護保険の効率化は？

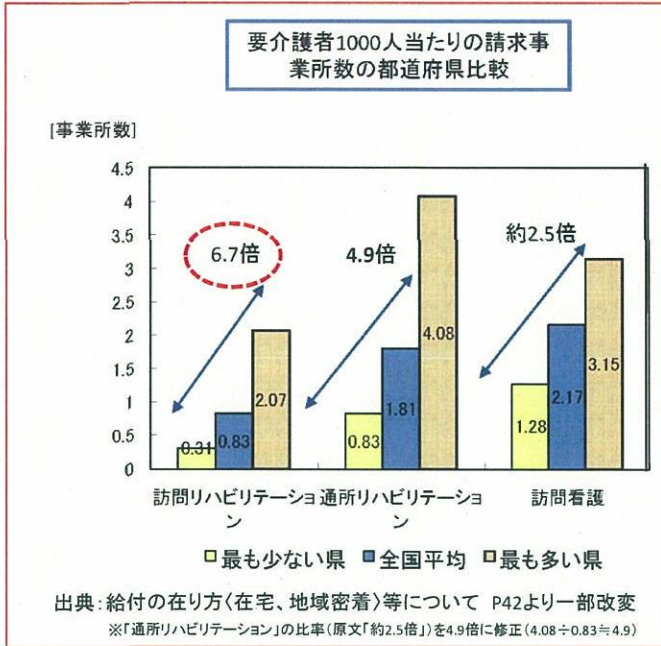


絶対量が少ない在宅でのリハビリサービス

都道府県別在宅サービスの比較

(第29回社会保障審議会介護保険部会資料より)

【訪問リハの利用状況と課題】



【利用状況と課題】

1. 訪問リハビリの受給者数、事業所数は増加傾向
2. 都道府県ごとに設置状況に差があり、十分にサービスが提供できていない



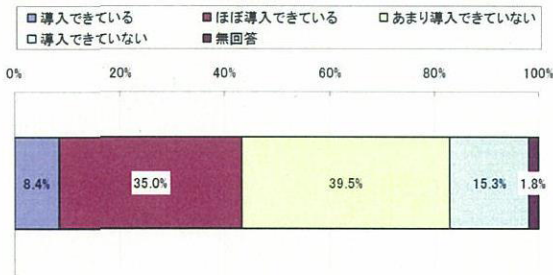
〈論点〉

訪問リハビリの大きな地域格差

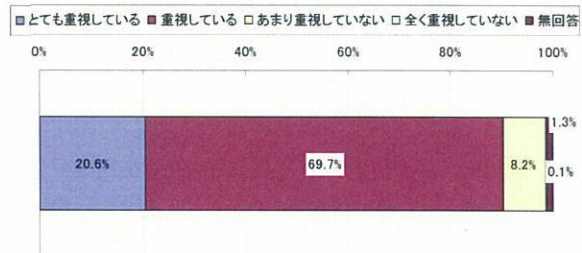
介護支援専門員への訪問リハに関するアンケート

発送数5000 回収数1388(27.8%)

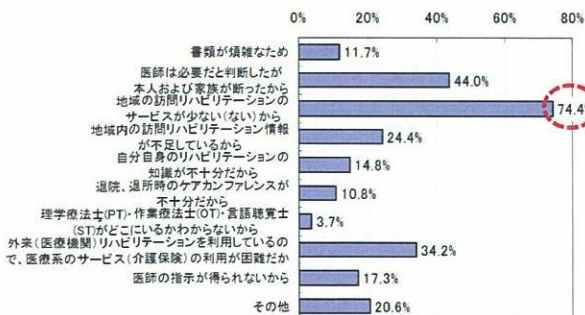
リハビリテーション必要者への適切な導入



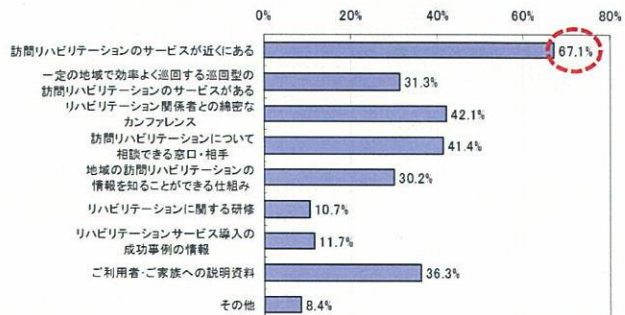
リハビリテーションサービスの重要性



導入が適切にできていない理由

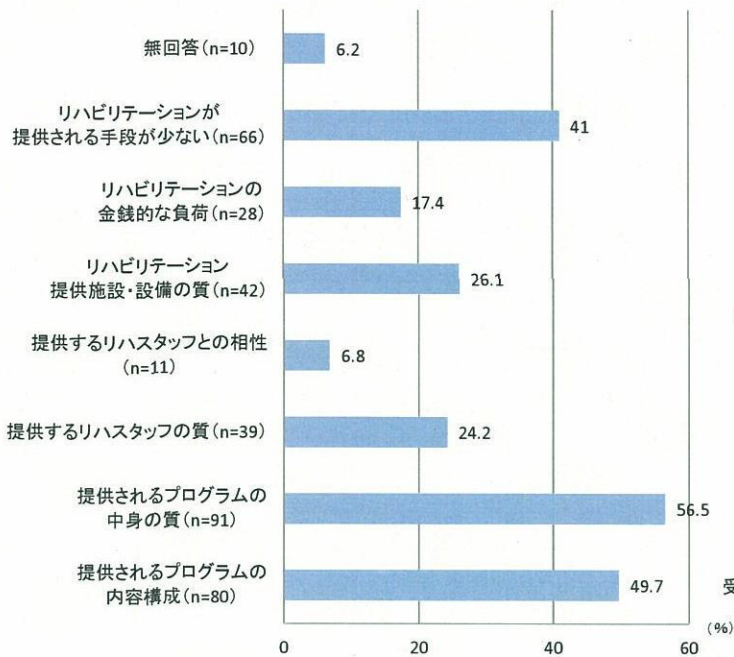


リハビリテーションサービス円滑導入のため必要な施策

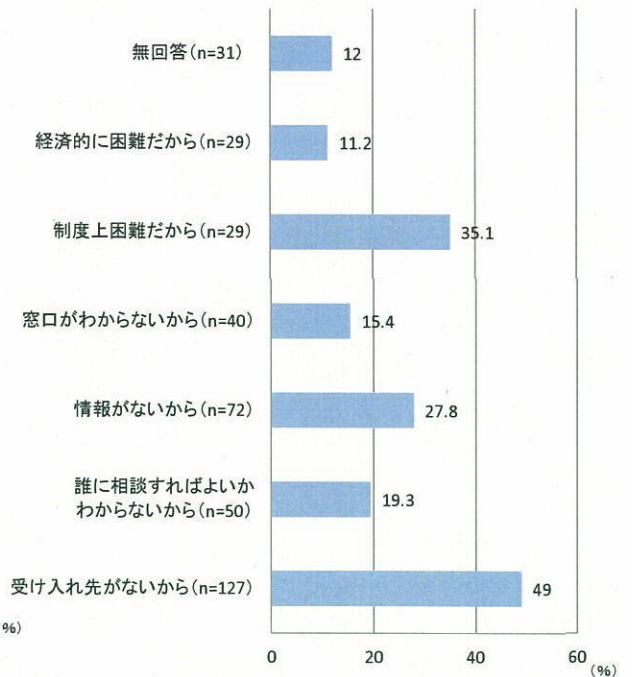


介護保険のリハビリテーションに関する利用者調査

リハビリテーションに対する患者の不満
(介護保険)



必要にもかかわらず、リハビリテーションを受けていない理由
(介護保険)



平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業
医療保険と介護保険における効率的・効果的リハビリテーション連携のための調査
社団法人日本理学療法士協会

リハビリ提供体制に対する現状認識

[介護保険部会での意見(22年度)]

- ・リハビリテーションについては、(中略)活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。
- ・しかしながら、(中略)十分にリハビリテーションが提供されていない状況がある。

[地域包括ケア研究会報告書(22年)]

- ・(前略)、他の介護サービスが優先され、必要なリハビリが提供されていない。
- ・在宅生活を支える他の訪問系サービスとの連携が不十分であり、一体的な提供ができていない。

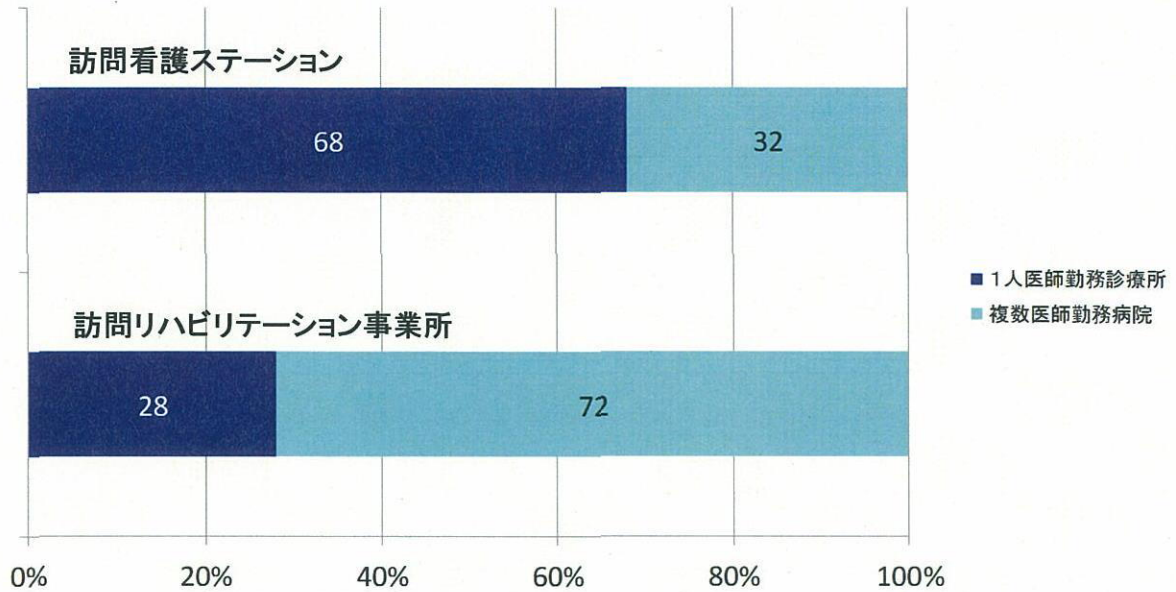
リハビリ提供量拡大のための具体的な提案

1. 老人保健施設
 - ・ 短期集中リハビリテーションの機能強化
 - ・ 個別リハビリテーションの重点化による老健機能強化
 - ・ 訪問リハビリテーション期間の6か月までの延長
2. 訪問リハビリテーション事業所
 - ・ 指示書体系の簡素化による効率化
 - ・ 訪問リハビリ事業所のステーション化による重点化
3. 訪問看護ステーション
 - ・ 事業名「訪問リハビリテーション」の明記 = 「見える化」
4. 共同利用型の訪問リハビリステーション
 - ・ 数の確保による絶対量と地域格差の是正

共同利用型の訪問リハビリステーションの理念

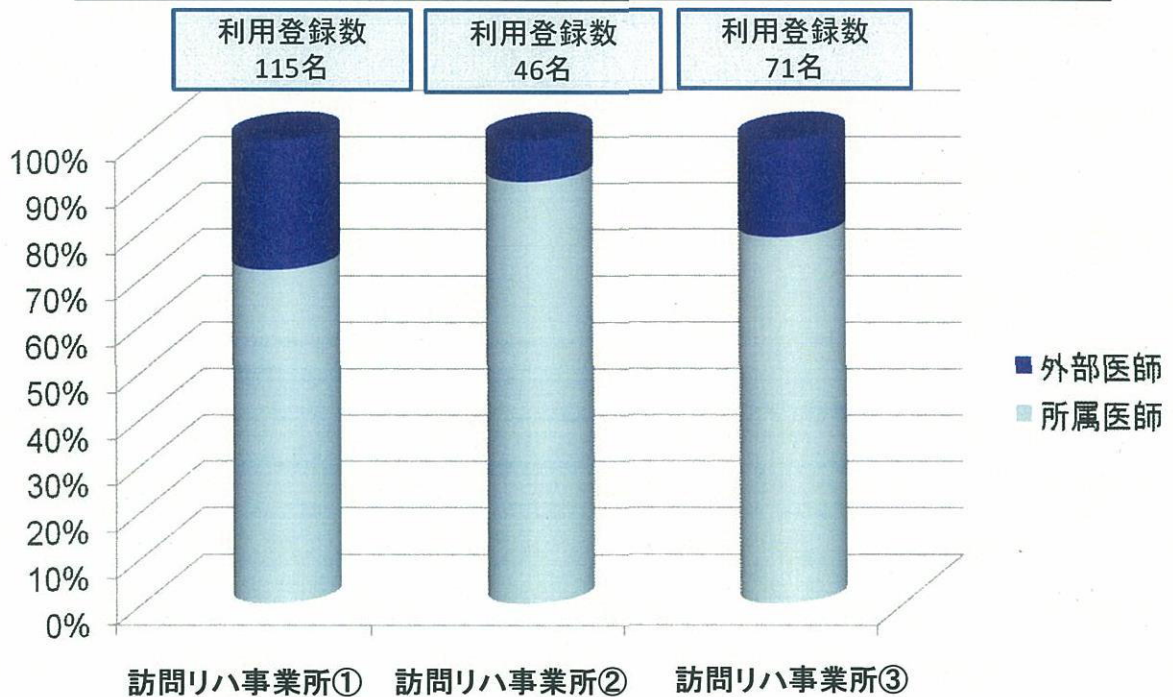
障害者や高齢者が、住み慣れた地域において、**尊厳のある自立した生活**ができるよう、**医師の指示**に基づき、訪問看護や訪問介護との**一体的連携**の下に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者の生活の場において、**心身機能の維持・向上**や**生活活動の維持・拡大**等に関する包括的機能を持つ専門機関です。

訪問リハビリテーションの指示書について
 (医師の勤務先属性別にみた指示書数：医師数47名：H22年)



訪問Sのリハビリは、訪問リハビリ事業所に比べて地域の医師から広く共同利用されている。

訪問リハビリテーション事業所
 外部医師からの指示書割合 (H22年)



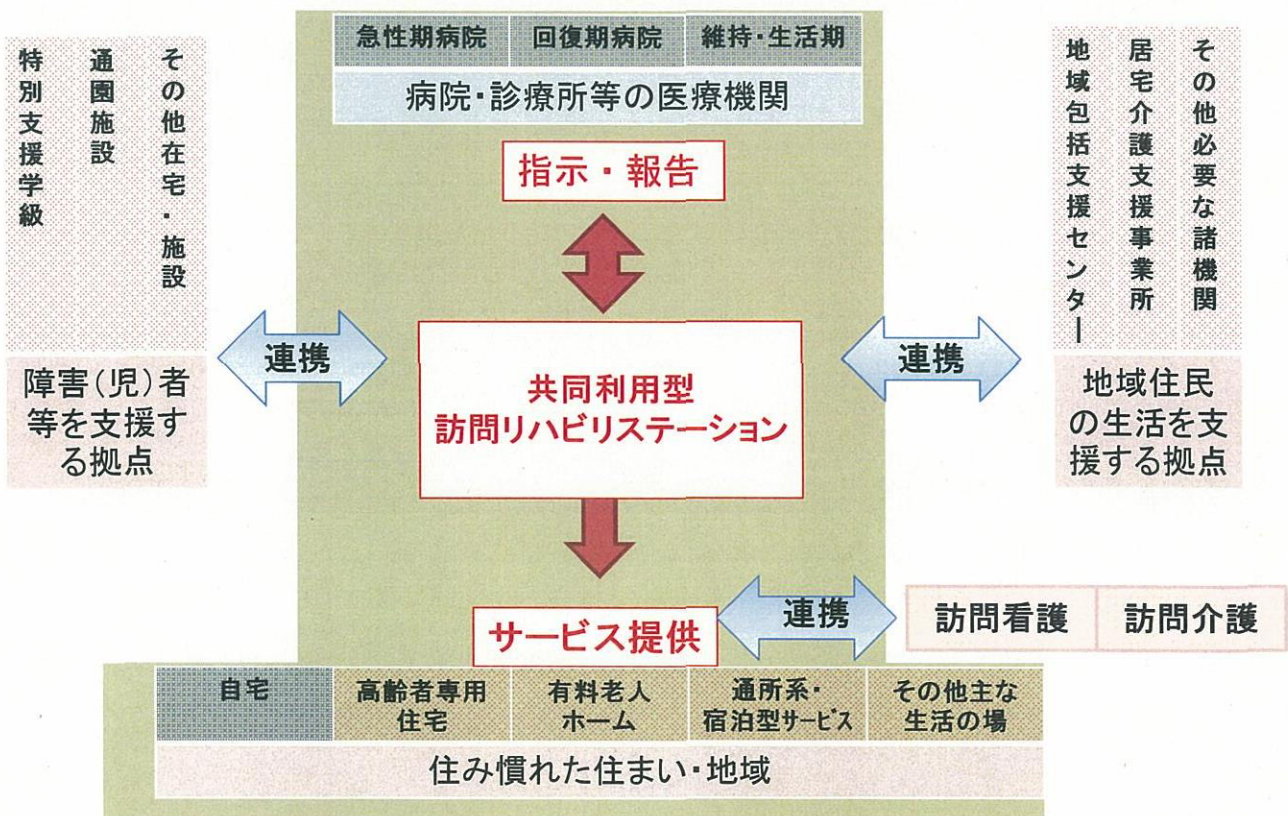
利用者の多くが自院患者で占められている

共同利用型訪問リハビリテーションの機能

1. 訪問看護・訪問介護との一体的連携によるサービスの提供
2. 生活機能・障害のアセスメント
 - ・地域包括ケアを自立支援の視点よりマネジメント
 - ・予後予測によるリハビリテーションニーズの把握
3. 心身機能へのアプローチ
 - ・心身機能の改善
 - ・廃用症候群の予防と改善
 - ・認知症の予防と改善
4. ADL・IADLへの実践的アプローチ
 - ・生活場面における尊厳ある自立を目標
5. 社会参加拡大へのアプローチ
 - ・社会資源活用の援助に関する助言
 - ・家族及びヘルパー等に対する介助方法等の指導・助言
 - ・補装具・福祉用具利用・住宅改修に関する指導・助言

13

共同利用型訪問リハビリテーションの機能



共同利用型訪問リハビリステーション設置基準

設置主体: 法人格を有すること

管理者: 原則として常勤のリハビリ専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

人員基準: リハビリ専門職を3.5人以上配置

: 1名を常勤配置(管理者含めて2名)

: リハビリ専門職すべて配置(言語聴覚士については時限的に対応)

資料1

訪問リハビリテーションに関わる各研修会

中央での研修

訪問リハビリテーション管理者研修会

Step1 : 3日間

Step2 : 3日間

Step3 : 3日間



9日1クール

Step1 : 1119名

Step2 : 669名

Step3 : 162名

訪問リハ地域リーダー育成研修

・ 全都道府県士会より推薦された指導者
となり得るものを対象とした研修

324名

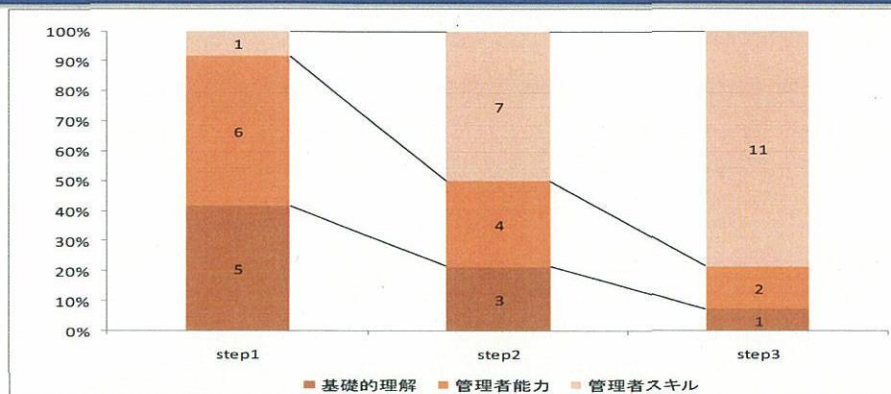
各都道府県単位での研修

訪問リハビリテーション実務者研修

・ 訪問リハビリテーションに従事する、
実務者を対象とした研修

5939名

管理者研修会項目別分布と内容



管理者研修会
3日間×3回
(STEP1・2・3)
39単位(90分/単位)



管理者研修講義種別及び講師

講義種別	講師	講義種別	講師
制度論	主務官庁	専門知識技術論1	リハビリテーション専門医
方針論	全国リハビリテーション病院施設協会	専門知識技術論2	在宅医
連携論	関連職種	支援論	介護支援専門員
効果論	全国訪問リハビリテーション振興会	経営実践論	公認会計士
技術論1	3協会	組織運営管理論1	3協会
期待論	3協会	組織運営管理論2	3協会
技術論2	在宅医	プレゼンテーション論	社会福祉系教職員
管理運営論	社会保険労務士	判断方針論	ワークショップ
人材育成論	キャリアカウンセラー	訪問リハ哲学論	3協会
事業展開論	3協会	リスクマネジメント論	保険会社
経営労務管理論	NPO全国在宅リハ考える会	救急救命論	在宅医

- ・コンプライアンスの遵守
- ・医学的リスク管理
- ・経営的リスク管理
- ・管理能力の向上

STEP3最終日
筆記試験