

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和5年4月13日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

寝たきり防止へ向けた慢性期医療の課題は、担い手の「質」「量」「意識（やる気）」の改善。

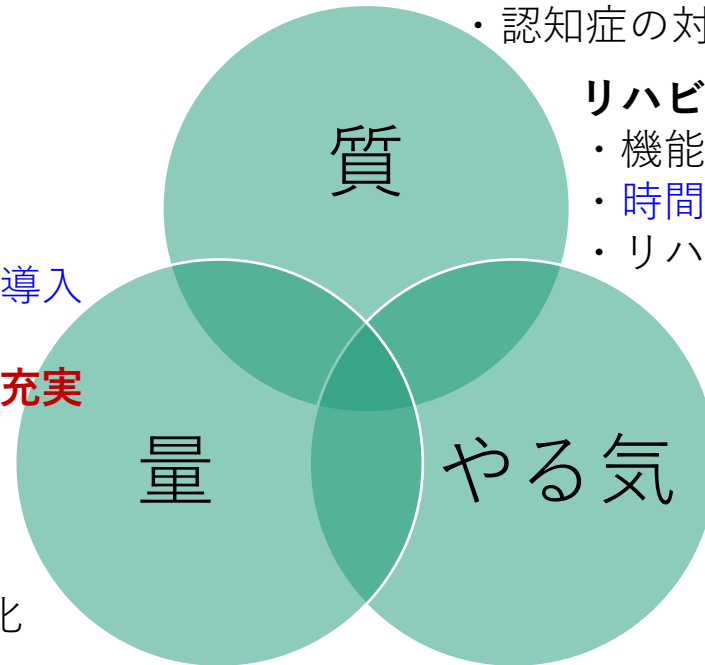
慢性期医療の課題

リハビリテーション量の増大

- ・ 基準リハビリテーションの導入
- ・ 基準介護の導入
- ・ 訪問リハビリテーションの充実

ケア人材の確保

- ・ 介護福祉士の仕事の統一
- ・ 同一スキル同一給与
- ・ 適切なタスクシェア、ICT化



医療と介護のシームレス化

- ・ 総合診療医の育成
- ・ 情報、評価指標の統一
- ・ 認知症の対応力強化

専門性を活かしたチーム医療

- ・ 専門能力を発揮するチーム作り
- ・ リハ看護、リハ介護の強化
- ・ 専門職の資格評価

リハビリテーション質の向上

- ・ 機能訓練からADL重視
- ・ 時間報酬からアウトカム報酬
- ・ リハビリテーション栄養の充実

人間らしい生活

- ・ 個室化
- ・ 個別浴化
- ・ 身体拘束ゼロ

品質を高める教育と仕組み

- ・ ニーズに応じた医療への経営者教育
- ・ 重症度、要介護度報酬からアウトカム評価
- ・ 投入資源量に応じた報酬制度

訪問リハビリテーションの実践的活用法 ～早期集中型訪問リハビリの可能性～

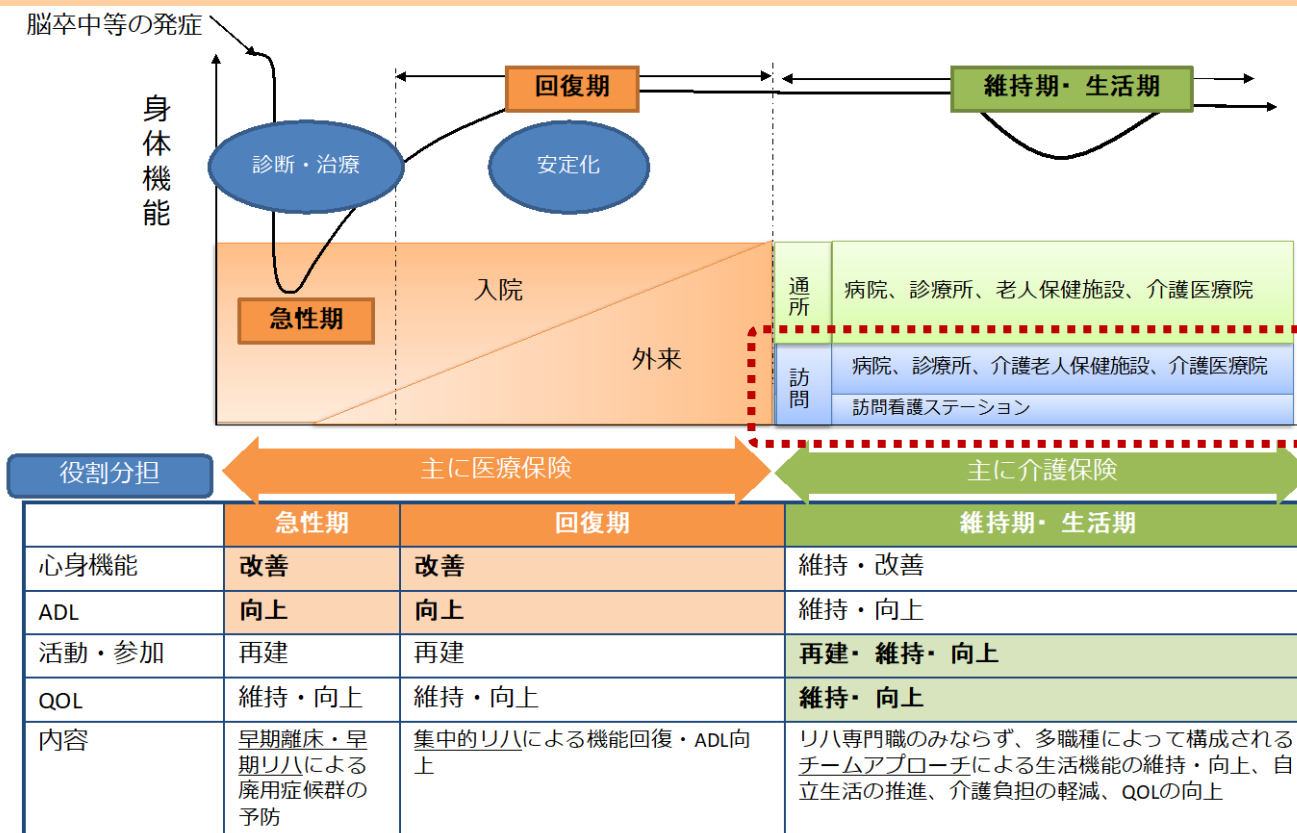
- ・リハビリの場所 : 生活と訓練とが直結する最適空間
- ・リハビリの量 : 十分なリハビリ量は、入院リハと同等の効果
- ・リハビリの質 : アウトカム評価など、密室リハからの脱出

訪問リハビリテーション

回復期以降の、在宅で生活する通院困難な患者や利用者に対し、主に機能維持を目的として提供される。

令和4年度診療報酬改定

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



訪問リハビリテーションの対象者

医療保険

疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者

介護保険

通院が困難な利用者

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成 28

リハビリテーションの課題

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

リハビリテーションは在宅生活への復帰や維持が目的であるが、その在宅で実施できないミスマッチが起こっている。

	病院リハビリ	訪問（在宅）リハビリ
リハビリの場所	訓練室でのリハビリ	外来/通所（訓練室）でのリハビリ
		目的である生活の場でリハビリできない 訪問リハビリは通院/通所困難な場合のみ
リハビリの量	3時間/日（回復期リハ）	2時間/週 4時間/週（退院/退所直後）
		終了促進 長期継続減算
		回復より維持 継続支援が手薄
リハビリの質	アウトカム評価 豊富なスタッフ数	勤続年数評価 数人の小規模事業所
		品質の確保

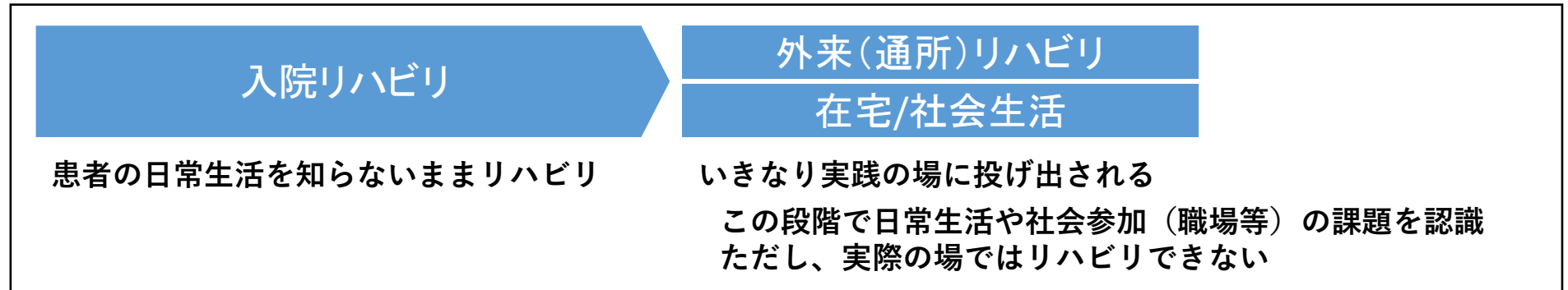
リハビリの場所 訪問リハの必要性

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

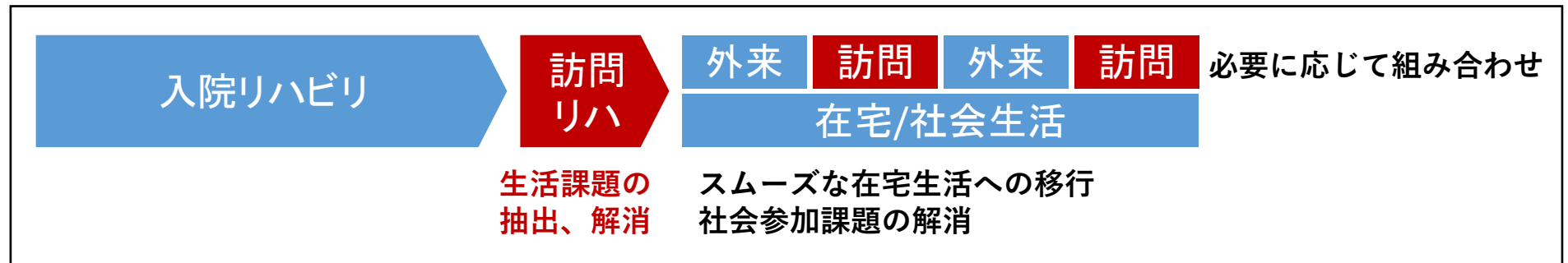
退院後の生活を軌道に乗せるには、自宅や職場など実際の生活場面での課題を見つけ、それらを解消するためのリハビリが必要。

訪問リハは在宅生活への移行に不可欠

現在



訪問リハ
活用案

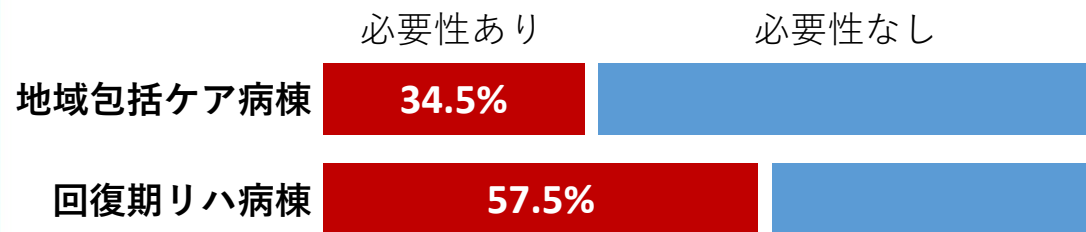


リハビリの場所 退院後の実践リハ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

退院後支援として、外来リハビリは手厚くなった。実践の場である訪問リハビリにも集中的に実施する施策が望まれる。

退棟後のリハビリの必要性※



平成30年度診療報酬改定

疾患別リハビリテーション算定日数上限の除外対象患者の追加

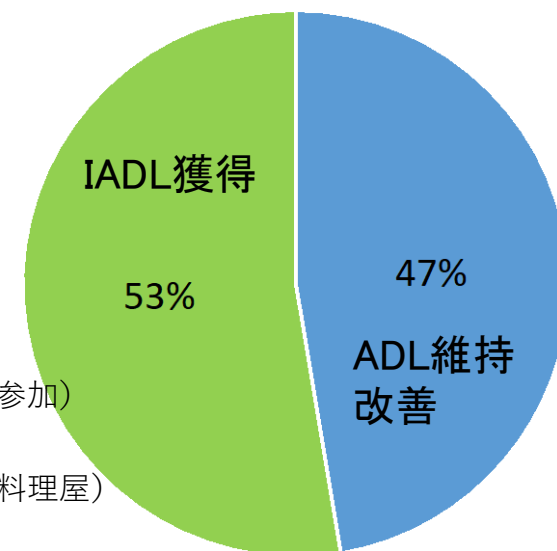
回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者

→外来での疾患別リハが算定可能に

訪問リハビリの実施目的※※

IADLの主な内容

- ・自転車運転（通学）、スクーター運転
- ・自動車運転
- ・電車利用（通勤・コーラス参加）
- ・買い物、子供の送迎
- ・復職（部品組立、パン屋、料理屋）
- ・自宅、職場の環境設定
- ・海外旅行の準備



ほとんどの患者が「退院後の生活が不安」

*厚生労働省「(令和元年度第5回)入院医療等の調査・評価分科会」

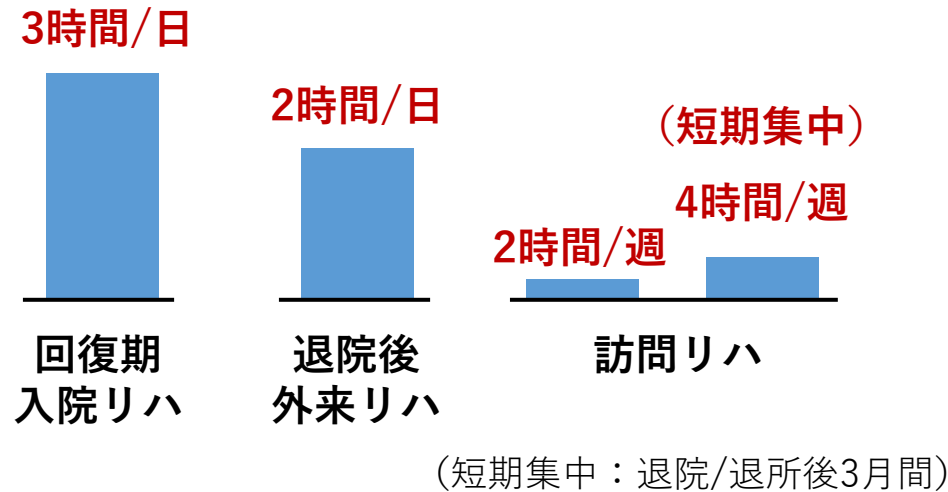
**千里リハビリテーション病院退院後支援訪問リハ患者調査 (n=229名)

リハビリの量 現状は維持レベル

退院、外来リハに比べ訪問リハビリの量は大きく劣る。
改善も見られるが、多くは機能維持レベルとなっている。

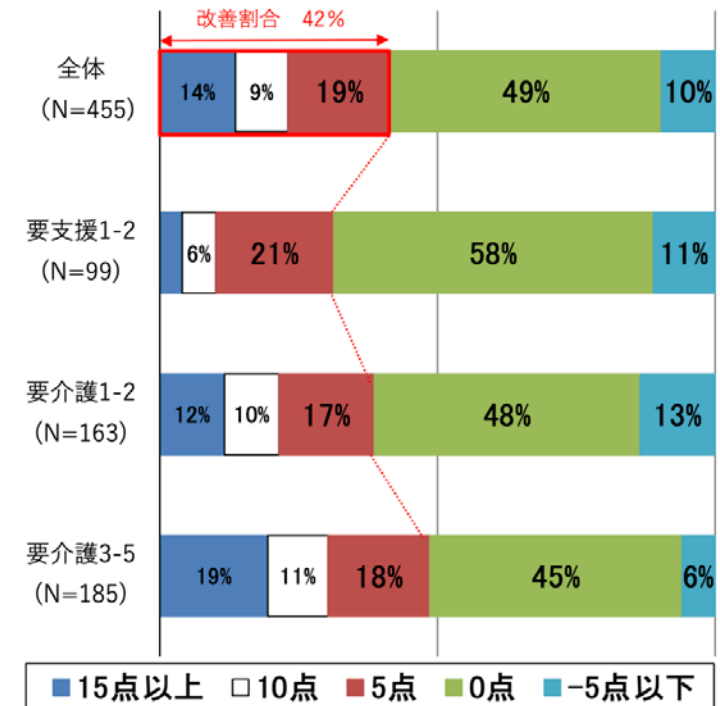
リハビリテーション量比較

(1日あたり時間数)



訪問リハの改善効果

利用開始から6ヶ月後における * ADL (Barthel Index) の点数変化



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

訪問リハの可能性① 症例1

訪問リハビリが改善の場となる試みとして、回復期リハを早期退院し、入院中と同じリハビリ量を提供する訪問リハ（在宅入院）を実施した。

症例

患者 : 62歳、男性
疾患 : 小脳梗塞 重度の体幹失調あり
入院日 : 発症～49日 急性期病院
50日～76日 回復期リハ入院(76日)
77日～166日 自宅へ(90日間)
回復期入院時
: FIM運動13点、認知7点、計20点
気管切開、胃瘻

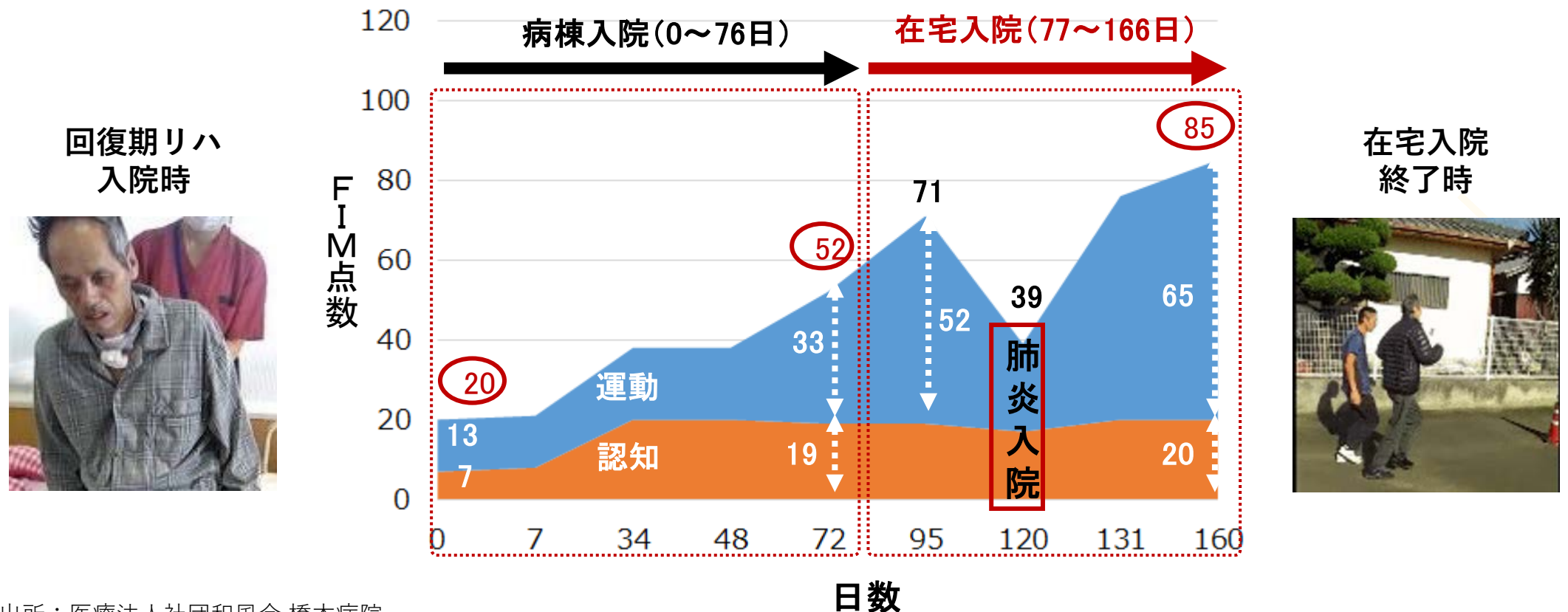
1日あたり訪問時間

Dr.(医師)	定期訪問
PT(理学療法士)	} 3時間
OT(作業療法士)	
ST(言語聴覚士)	
NS(看護師)	} 4.5時間
CW(介護福祉士)	
MSW(医療相談員)	必要時

訪問リハの可能性② 症例1

十分なりハビリ量があれば、入院リハと同等の効果が期待できる。
訪問リハビリを改善の場とすることは可能である。

入院からのFIM推移 (運動・認知)



訪問リハの可能性③ 症例2

急性期病院退院後から、回復期リハ病棟を経由せず、直接訪問リハビリに移行した症例。

急性期病院退院直後の重症患者例

- 患者 : 80代、女性
- 退院時 : 気管カニューレ留置、胃瘻、
尿カテーテル留置
- 処置 : 酸素投与1~2L、
喀痰吸引7~8回/日
陰部臀部の皮膚炎治療、
血糖測定
- ADL : 座位保持不可、寝たきり

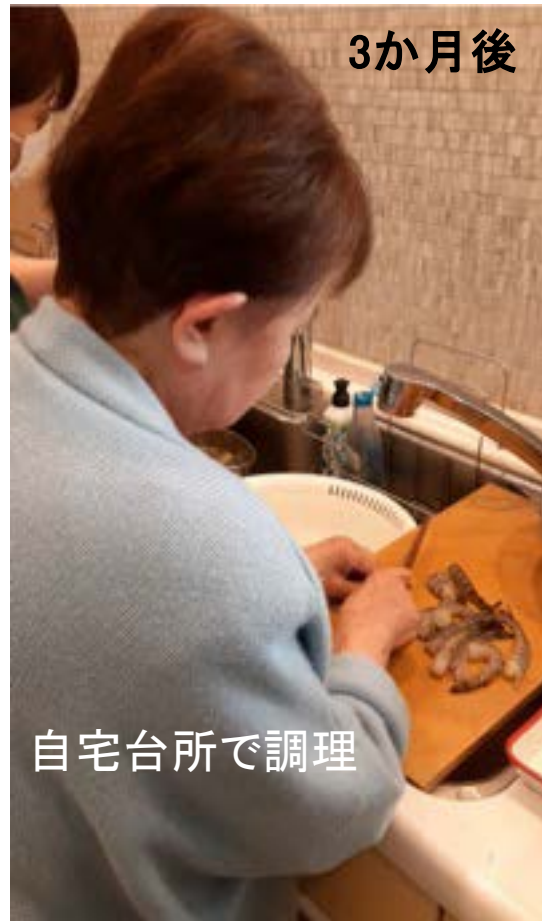


訪問体制

- | | |
|-----------|-------|
| Dr.(医師) | 随時 |
| PT(理学療法士) | } 3時間 |
| OT(作業療法士) | |
| ST(言語聴覚士) | |
| NS(看護師) | 24時間 |

訪問リハの可能性④ 症例2

在宅リハビリだけで、病前の生活に復帰。
社会参加活動も訪問リハビリスタッフの支援により可能に。



訪問リハの可能性⑤ 症例3

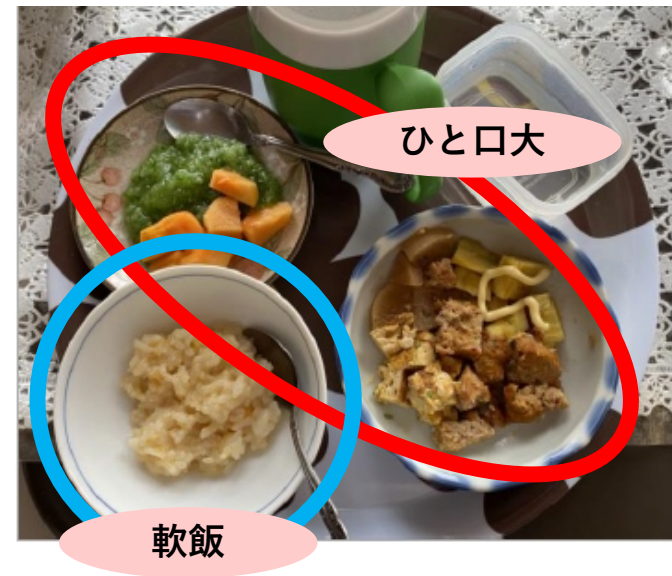
入院時の指示が自宅で実践できているかを確認する機能もある。

退院後、訪問嚥下リハ等介入の事例

入院時の食事指示内容



退院直後の食事内容



訪問嚥下リハ等、介入後食事内容



90歳代患者入院時に家族に対して、食事指導を実施（全粥/刻みトロミ等）。

退院後に、自宅での食事を確認すると、指示内容の多くは順守できていなかった。

食事時間：40-50分

患者QOL向上 | 介護負担軽減

訪問嚥下リハ・訪問栄養指導の介入により、指示通りの食事提供が可能に。

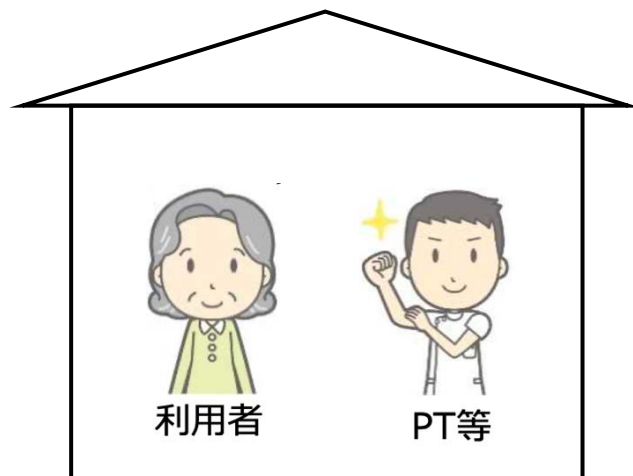
食事時間：20-30分

リハビリの質 密室リハの危険性

リハビリスキルには個人差がある。訪問リハは、担当者だけの密室リハになりやすい上、事業規模も小さく品質管理体制に懸念がある。

リハビリには技術差がある

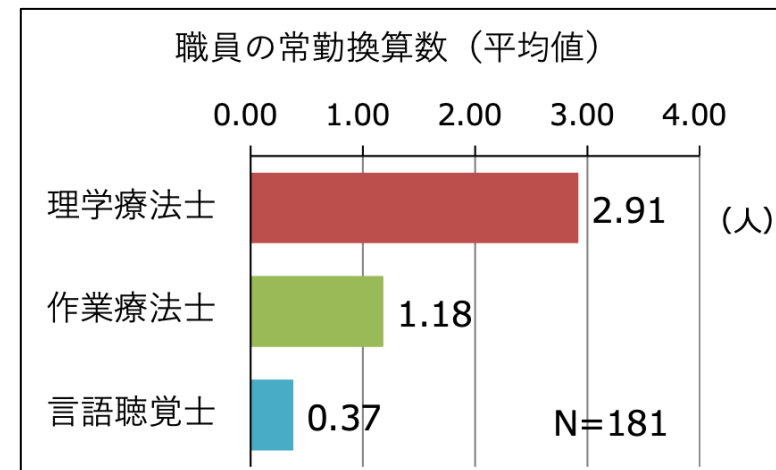
訪問はマンツーマンの密室リハ
担当者の技術が患者/利用者の生活を左右する



訪問リハ事業所は小規模

質を高める教育とチェック体制
学べる環境、指導体制があるか

訪問リハビリテーション事業所の職員数*



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

勤続年数だけでなく、上級資格保有者の配置やアウトカム評価など、品質を確保する仕組みが望まれる。

ストラクチャー評価

現在：（介護保険）サービス提供体制強化加算

勤続 3 年以上：3単位
勤続 7 年以上：6単位

臨床経験と学習での資格評価例

資格例	認定団体
認定理学療法士	日本理学療法士協会
認定作業療法士	日本作業療法士協会
認定言語聴覚士	日本言語聴覚士協会
認定訪問療法士	日本訪問リハビリテーション協会

いずれも5年以上の臨床経験と専門研修等の修了が必要

アウトカム評価

■ADL評価

現在：アウトカム指標なし

回復期リハは、FIM利得（退院時FIM-入院時FIM）による実績指数

■社会参加評価

現在：（介護保険）移行支援加算

デイケア、デイサービスへの移行5%

訪問リハビリの充実に向けて

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

生活と訓練とが直結する訪問リハビリは実践リハビリと言える。
その効果を発揮するため、質の確保を図った上で、**必要な時に必要な量を実施できる「早期集中型訪問リハビリ」**を推進すべきである。

ポイント	現状	方向性	具体案
訪問リハの 目的と可能性	退院後の日常生活を経験してはじめて課題を認識する 十分なりハビリ量があれば、訪問リハビリでも改善できる	退院直後に集中的に在宅リハビリを実施し、生活を軌道に乗せる	訪問リハビリの除外規定（通院困難者）撤廃 退院直後の十分なりハビリ量の確保
訪問リハの 質の確保	個人差がある上、品質管理が行いにくい（密室リハ）	リハビリの成果、品質を可視化する仕組みが必要	アウトカム評価の導入 一定の資格保有者の配置

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES