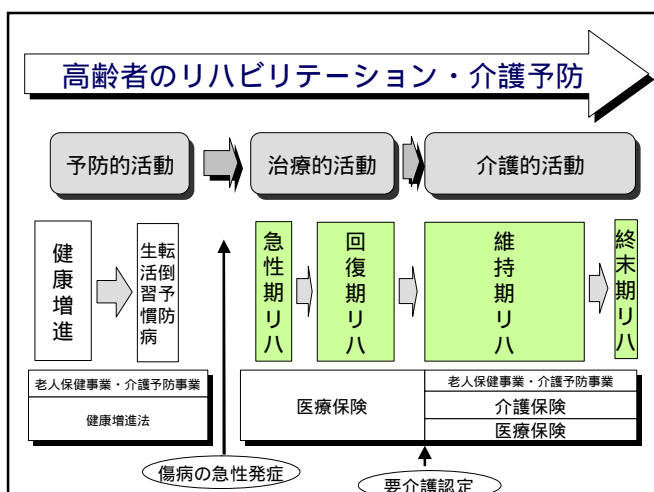


どうなる訪問リハビリテーション？ 報酬改定を含めた訪問リハのあり方について

全国訪問リハビリテーション研究会
会長 伊藤隆夫
(船橋市立リハビリテーション病院)

地域リハビリテーションの流れ

高齢者のリハビリテーション・介護予防



訪問リハビリテーションの現状

訪問リハビリテーション実態調査

- 調査対象施設：1,954施設
(病院・診療所・介護老人保健施設・訪問看護ステーション)
- 調査実施期間：
平成19年2月22日～平成19年3月26日
- 有効回収施設：837施設
(回収率 42.8%)

実態調査の結果

- 従事セラピストは平均3.2人、6割が兼務
- 訪問活動範囲は平均13.6kmと広域
- 訪問件数は平均114.3件、利用者は32人
- 1日あたりの訪問件数は2.9件、最多12件
- 主治医との連携は半数が文書による
- ケアマネとは適宜同行訪問を実施
- サービス担当者会議への参加は低調
- 事業者としての成熟度は低い
- 短期集中リハ加算は極めて少ない

訪問リハビリテーションモデル事業

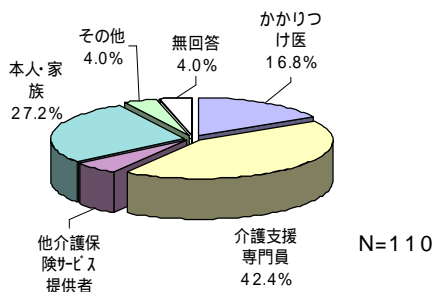
- 調査対象施設：13施設
(提供実績の高い事業所を全国から抽出)
- 利用者モデル N = 368
 - モデル1：病院等から退院・退所直後に開始
(N = 147)
 - モデル2：在宅で急激に機能低下したため開始
(N = 110)
 - モデル3：週に1回の定期訪問で機能維持
(N = 111)
- 調査実施期間：
平成18年10月1日～平成19年3月31日

モデル事業の結果

- 利用者の7割が開始時に廃用症候群
- 情報提供書は約7割が在宅医
- 訪問リハ開始の契機は5割以上、機能低下時の発見者も4割がケアマネジャー
- 住宅改修は2割で実施され、トイレ・浴室・玄関の順
- 福祉用具はベッド・手すり・車椅子・杖
- 利用者のBIはモデル間の差はなく、移乗・歩行・階段昇降で改善
- 利用者のFIMではモデル間の差はなく、セルフケア・移乗・移動で改善
- 日常生活活動では起居動作・応用歩行動作が改善
- IADLでは未実施の比率が減少

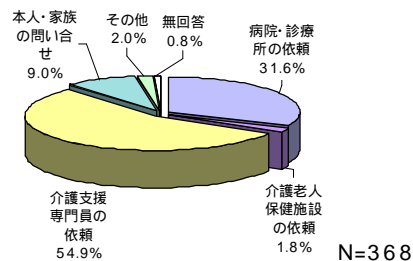
機能低下の発見者

地域におけるリハ提供事業所モデル事業(2006)



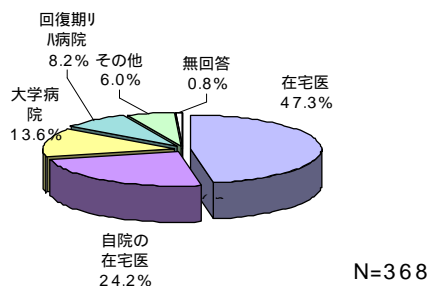
訪問リハ開始の契機

地域におけるリハ提供事業所モデル事業(2006)



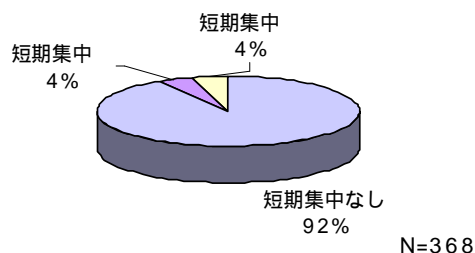
情報提供書

地域におけるリハ提供事業所モデル事業(2006)

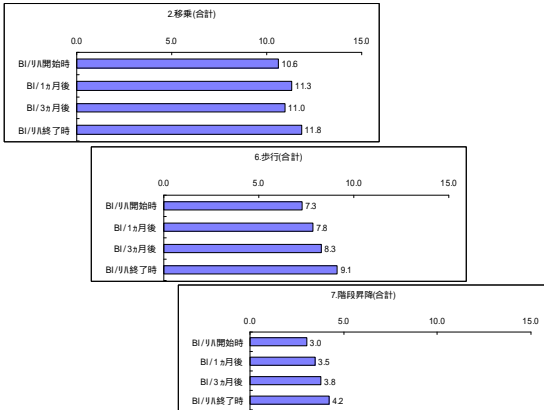


短期集中リハの実施

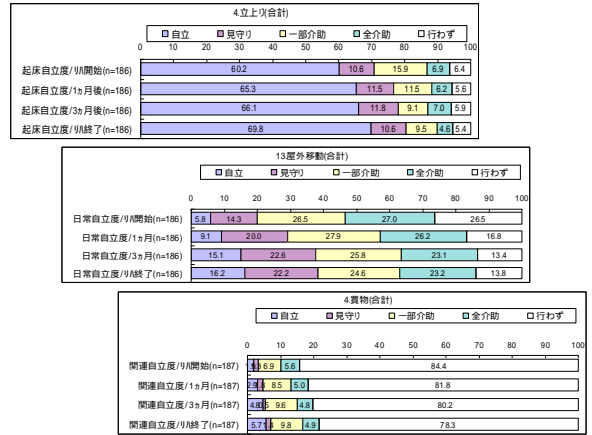
地域におけるリハ提供事業所モデル事業(2006)



利用者（全体）のBIの経時的変化



利用者（全体）のADLの経時的変化



連携に関する調査結果のまとめ

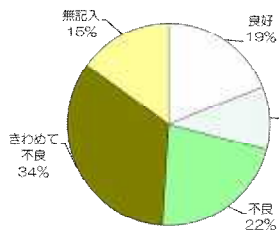
平成19年度老人保健健康増進等事業

ヒヤリング調査 全国61ヶ所の訪問リハ提供事業所
 病院・診療所：42ヶ所、訪問看護ステーション：15ヶ所、老人保健施設4ヶ所

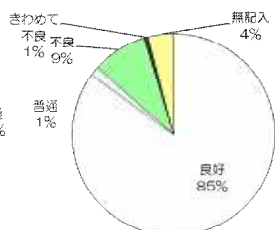
- 事業所側及び在宅主治医側の双方に月1回の診療情報提供書は負担となっている。
- リハスタッフは在宅主治医とface to faceの関係は構築されていない。
- 訪問看護7と訪問リハの区分は極めて不明確であり、地域間で解釈の違いが生じている。
- 状態悪化時の集中的訪問に関してはぜひ必要だが、支給限度額の問題もあり、困難な場合が多い。
- 急変時の対応システム不十分な状況下で訪問を実施している事業所が多い。
- ケアマネジャーとの連携は概ね良好としながらも、リハの捕らえ方に関しては不満を感じている

地域における連携の実際（1）

診療情報提供書を通じた在宅主治医との連携

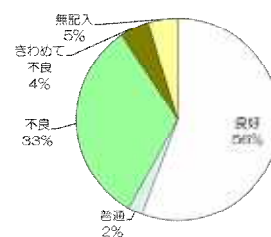


ケアマネジャーとの連携

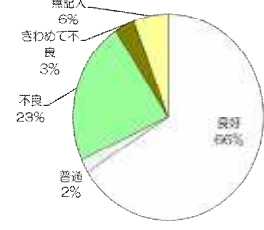


地域における連携の実際（2）

退院・退所時の連携

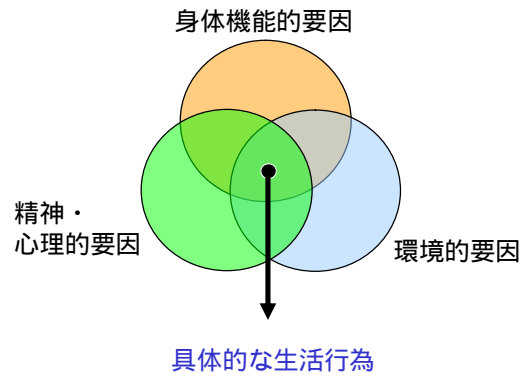


悪化・急変時の連携



訪問リハビリテーション

生活行為を規定する要因



訪問リハビリテーションの目的

廃用性の機能低下の防止
身体面・精神面の活動性の向上



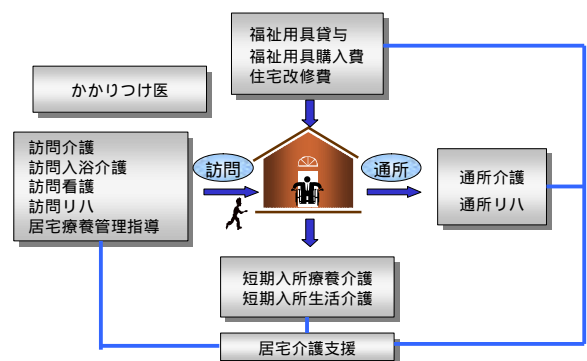
生活の活性化と社会性の獲得
||
活動と社会参加

訪問リハビリテーションの業務

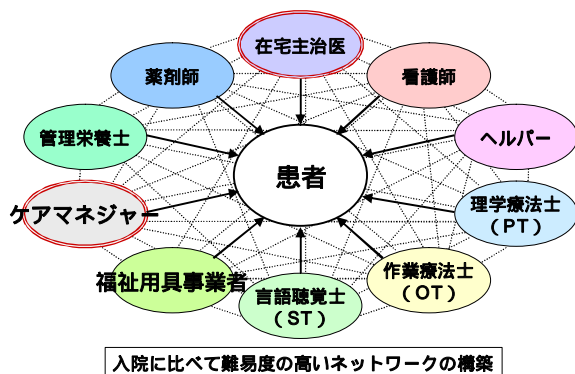
1. 心身機能の評価と機能訓練
2. 日常生活活動への助言・指導・支援
3. 家族・介護者への介助方法の指導
4. 家屋改造の助言
5. 補助器具等の利用の助言
6. 通所サービス等の利用への助言
7. 利用者・家族介護者への精神的支援
8. 在宅支援スタッフとの協業と連携

訪問リハとチームワーク

介護保険における居宅介護サービス



在宅リハサービスも 多職種によるチームアプローチ



かかりつけ医とのチームワーク

1. リハ実施計画書・報告書を必ず書く。
2. ケアカンファレンスでの情報発信。
3. 自立とQOLの向上の視点を強調。
4. 日頃から頼りにしていることを態度に示す。
5. 顔と顔を合わせた情報交換。
6. 定期的な飲み会の開催！

ケアマネジャーとのチームワーク

1. リハ実施計画書・報告書を必ず書く。
2. ケアカンファレンスでの情報発信。
3. 自立とQOLの向上の視点を強調。
4. リハ計画とケアプランの整合性をとる。
5. できるだけ同行訪問の機会をつくる。
何をやってどう変わったかを見せる。
6. リハの目的をきちんと理解してもらう。
7. ケアマネ事務所に気軽に寄って雑談。

訪問看護とのチームワーク

1. 同一事業所での情報交換・事例検討。
2. 「やれるADL」の提案と技術移転。
3. 自立とQOLの向上の視点を強調。
4. リハ計画と看護計画との整合性の検討。
5. 単発の同行訪問をしてリハ的視点の提案。
6. 医療的リスクに関して対応の確認。
7. 地域の訪看ステーション協議会への協力。

訪問介護とのチームワーク

1. 「やれるADL」の提案と技術移転。
2. 自立とQOLの向上の視点を強調。
3. 介護計画にリハ的視点を導入する。
4. できれば単発同行訪問でケアを共有する。
5. 地域のヘルパー研修など積極的に協力。
6. 開かれた訪問リハ事業所として工夫する。

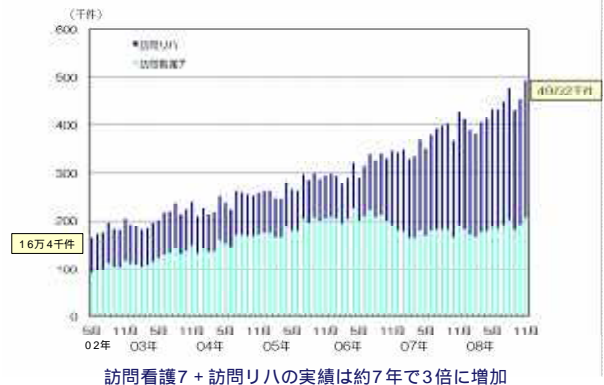
通所サービスとのチームワーク

1. 在宅での「生活ぶり」を正確に伝える。
2. 訪問リハのアプローチを伝える。
3. 役割分担をともに検討する。
4. リハ計画と通所ケアプランとの整合性。
5. できれば通所の場面を実際に見る。
6. 一時、終了も視野に入れる。

市区町村（保険者）とのチームワーク

1. 要介護認定のプロセスへの積極的な協力。
2. 市区町村の実施する介護予防事業への協力。
3. 福祉用具や住宅改修の流れに関与。
4. 上記のシステムの地域での確立に協力。
5. 環境調整の重要性を強調する。
6. 環境調整と生活機能向上の関連を提示。

訪問リハと訪問看護7の月次推移



訪問リハビリテーションの種類と報酬単価

	病院・診療所・老健	訪問看護ステーション
医療保険	在宅訪問リハビリテーション指導管理 単価：1単位につき300点 週6単位まで算定可能 退院(所)後3月まで週12単位可	P・T・O・Tの訪問看護 単価：8,600円 ～8,700円
介護保険	訪問リハビリテーション 単価：500単位 リハマネジメント加算 20単位 短期集中リハ実施加算 退院(所)から1月 330単位 退院(所)から3月 200単位	訪問看護71(30分未満) 単価：425単位 訪問看護72(30分～1時間) 単価：830単位 夜朝加算25% 深夜加算50%

平成21年度介護報酬改定と在宅リハ

訪問リハビリテーション費

- ・訪問リハビリテーション費（1回につき）
 - ・・・305単位
 - 20分間リハビリを行った場合1回として算定
- 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。
 - 1日に2回つまり40分実施すれば
 - 305単位×2回=610単位

短期集中リハビリテーション実施加算

- 利用者に対して、集中的に指定訪問リハビリテーションを行った場合は、短期集中リハビリテーション加算として、所定単位数に加算する。
- 病院もしくは診療所もしくは介護保険施設から退院もしくは退所した日から起算して1月以内
- ...340単位/日
(週2日以上・1日40分以上)
- 退院(所)日又は認定日から起算して1～3月
- ...200単位/日
- 週に2日以上、1日に2回以上と解釈
- 1月以内：950単位、1～3月：810単位

サービス提供体制強化加算

指定訪問リハビリテーション事業所の指定訪問リハビリテーションを利用者に直接提供する理学療法士等のうち、勤続年数3年以上の者がいる場合、1回につき所定単位数を加算する。

サービス提供体制強化加算

...6単位/回

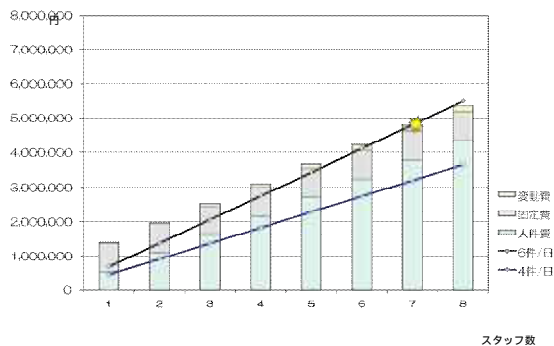
1回あたりの単位：311単位

2回であれば(40分間)622単位

短時間通所リハビリテーションの新設

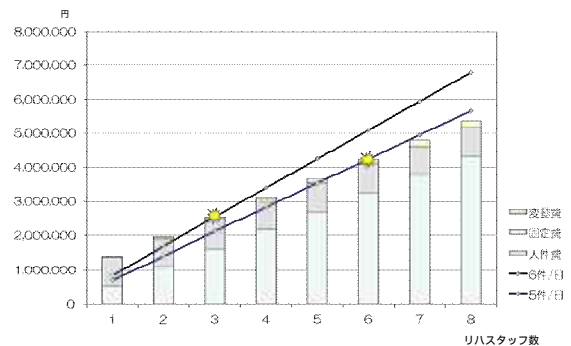
- ・ 1～2時間の短時間の通所サービス
- ・ 個別リハ(20分以上)を確実に提供する
- ・ 270単位～390単位/回
- ・ 診療報酬の外来リハ13単位以内の受け皿(平成22年度の診療報酬改定との絡み)
- ・ 送迎サービスの取り扱いが微妙?
- ・ 現実にはサービス実施を控えている?
- ・ 実施しても収支的には難しい

訪問リハにおけるスタッフ数と損益分岐



1日：500 + 20 = 520単位、1単位：10.48円にて試算

訪問リハにおけるスタッフ数と損益分岐



1回：305 + 6 = 311単位、1単位：10.83円にて試算

安心と希望の介護ビジョン

2025年を見据えて取り組むべき施策

- 高年齢者が安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり
- 高年齢者が、住みなれた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上
- 介護従事者にとっての安心と希望の実現

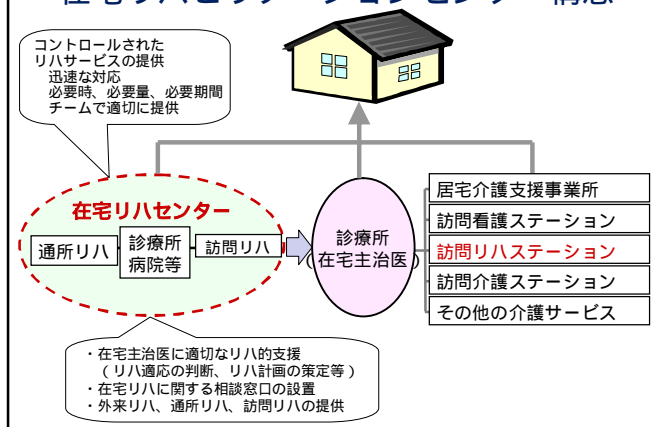
自宅や地域で住み続けるための 介護の質の向上について

訪問リハビリテーションの創設、既存施設における在宅生活を念頭に置いたリハビリテーションの推進など、在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上に向けた取組みの推進

「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し

在宅リハビリテーションの展開

在宅リハビリテーションセンター構想



在宅総合ケアセンター元浅草

2003年4月

8F	厨房
7F	訪問看護・訪問リハ
6F	診療所（短期入院）
5F	通所リハ（6-8H）
4F	外来リハ：PT・OT
3F	外来リハ：ST 通所リハ（3-4H）
2F	診療所（外来・往診・訪問診療）
1F	居宅介護支援事業所
BF	駐車場

訪問リハビリテーションの課題

- 1) 人材育成（訪問リハ専従者の養成）
教育研修体制の強化
実習・研修施設の充実
- 2) 訪問リハのシステム整備
在宅主治医による指示～報告体制の確立
ケアマネジャーと連携強化
通所リハ・短期入所リハと連携強化
- 3) 訪問リハ提供拠点の整備
訪問リハステーションの創設

・退院もしくは退所直後および生活機能低下時に
適切かつ迅速に提供される訪問リハの普及。

訪問リハステーション創設に向けて

- ・訪問リハに関わるスタッフの組織的一元化
訪問リハビリテーション振興会の設立
- ・訪問リハ実施者認定制度の発足
- ・訪問リハ研修テキストの作成
- ・研修実施施設の認定・実地研修制度の創設
- ・全国各地での訪問リハ研修会の開催
- ・訪問リハ実態調査（施設調査・利用者調査）
- ・日本医師会・日本看護協会に対する情宣