

2025年に向けて

リハビリテーション専門職が

知っておくべきこと (1)

厚労省の資料と2018年同時改定から見えてくる

リハビリテーション専門職に求められていることとは？

今回の講義の要点

- これまでに厚労省が提示していること
- 2018年同時改定で議論されていること
- 活動と参加へのアプローチのこと
- 回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの乖離のこと

今回の講義の要点

- これまでに厚労省が提示していること
- 2018年同時改定で議論されていること
- 活動と参加へのアプローチのこと
- 回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの乖離のこと

高齢者の地域における
新たなリハビリテーションの在り方検討会
報告書

平成 27 年 3 月

(1) 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底（生活期リハビリテーションマネジメントの再構築）

本章第1節で指摘したように、今後の高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題を考えるに当たり、「個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施」「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施（「身体機能」に偏ったリハビリテーションの見直し）」「居宅サービスの効果的・効率的な連携」「高齢者の気概や意欲を引き出す取組」が重要と考えられる。

利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせる計画的にリハビリテーションを進めてゆくためには、改めてリハビリテーションのマネジメントを再構築し、徹底する必要があると考えられる。

高齢者の地域における
新たなリハビリテーションの在り方検討会
報告書

平成 27 年 3 月

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

平成16年1月

高齢者リハビリテーション研究会

○ このように、これまでわが国においては、予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、

- ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと
- ② 長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること
- ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
- ④ リハビリテーションとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること
- ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないこと

- 高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なものである。しかし従来は、画一的なプログラムが提供されがちであった。これによって、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。
- 今後は、個別性を重視したリハビリテーションを提供するために、本人の積極的参加を促し自己決定権を尊重することが必要である。
- また、高齢者に対し、リハビリテーションを提供する場合には、生活機能低下を克服し、新たな生活を踏み出そうとする高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする思いを引き出し、これを適切に支えることが重要である。

平成29年4月医療と介護の連携に関する意見交換

2 主な課題

(1) 高齢者の生活を支えるリハビリテーションの実施

- 急性期や回復期においては、早期の集中的なリハビリテーションにより、心身機能の改善・回復やADLの向上を図ることが重要であるが、加えて、維持期・生活期のリハビリテーションを見据えて、活動や参加に関する目標を設定した上で、この目標に応じた心身機能の回復を図ることが重要である。

今回の講義の要点

- これまでに厚労省が提示していること
- 2018年同時改定で議論されていること
- 活動と参加へのアプローチのこと
- 回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの乖離のこと

リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



- 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
- 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

- 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
- 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
- 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。**

医学的リハビリテーションの進め方(参考)

- 医学的リハビリテーションは、心身機能の回復訓練に終始するのではなく、常に予後を意識し、残存機能を活かした活動、参加を念頭に置きながら進めることが推奨されている。
- 特に患者について予測される予後等から「参加」レベルの目標を設定し、そこから逆算して活動の目標、心身機能の目標を定め、当該目標を各分野の共通認識としてリハビリテーションを進めることが望ましいとされている。

医学的リハビリテーションの進め方の分類

0. 心身機能の回復訓練に終始する場合

- リハビリテーションとは呼べない。

1. 段階論的アプローチ

- まず心身機能の回復に努め、それが頭打ちになったらADL訓練などの「活動」に対する働きかけに移り、それが限界に達して初めて「参加」について考える。目標は具体的ではなく「ADL自立性向上」「自宅復帰」など一般的に止まる。

2. 同時並行的アプローチ

- 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ソーシャルワークなどを並行して開始し同時に進めていくが、その間の連携は不十分で、分立・分業的であり、目標すら「理学療法の目標」「作業療法の目標」などとバラバラで統一したものはない。

3. 目標指向的アプローチ(もっとも望ましい)

- 心身機能、活動、参加の「予後」(適切なリハビリテーション・プログラムでそれぞれがどこまで回復するかの予測)を総合し、患者の環境因子、個人因子をも十分考慮して「参加レベルの目標(それをどういう活動で実行するかを含む)」の候補(選択肢)を最低3つつくって患者に提示する。もちろんこの選択肢はチームの知恵を集めて作る。
- 患者が熟慮し、家族とも相談して、3つのうち1つを選べばそこで「参加の目標」が決まり、そこから逆に「活動の目標」「心身機能の目標」が決まる。この共通の目標を目指して、各分野が緊密に協業してプログラムを進める。

出典:上田敏「標準リハビリテーション医学 第3版」

今回の講義の要点

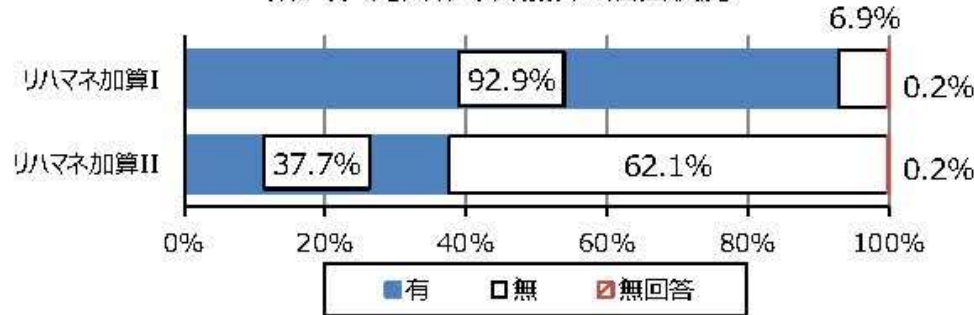
- これまでに厚労省が提示していること
- 2018年同時改定で議論されていること
- **活動と参加へのアプローチのこと**
- 回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの乖離のこと

リハビリテーションマネジメント加算の届出等の状況

通所リハにおいて、リハビリテーションマネジメント加算Ⅰを届け出ている割合は92.9%、同Ⅱは37.7%であった。

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの加算を算定しない理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が56.2%、「医師からの説明時間が確保できない」が49.6%、「毎月のリハ会議が負担である」が52.4%であった。

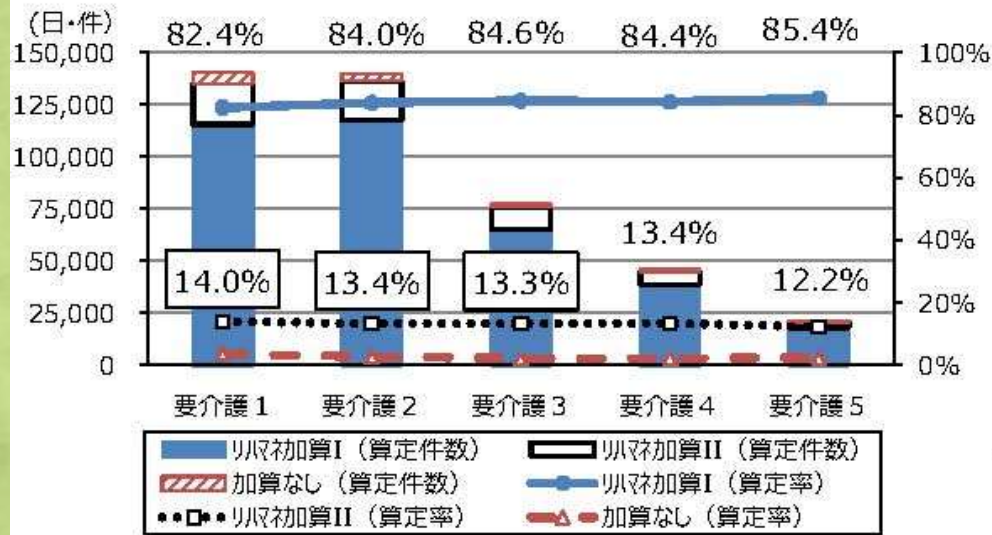
リハビリテーションマネジメント加算の届出状況



(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)

リハビリテーションマネジメント加算Ⅰの算定率は要介護度によらず約84%、同加算Ⅱの算定率は要介護度によらず約13%であった。

要介護度別にみたリハビリテーションマネジメント加算の算定状況(2017年2月分)



(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの届出の有無別リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定していない利用者がいる理由(2016年10月分)(複数回答)

	合計	医師のリハ会議への参加が困難	医師からの説明時間が確保できない	毎月のリハ会議が負担である	本人・家族が意義・必要性を理解できない	利用者の経済的な負担が大きくなる	支給限度額の上限を超えてしまう	介護支援専門員の理解が得られない	その他	無回答
全体	452 100%	254 56.2%	224 49.6%	237 52.4%	144 31.9%	196 43.4%	137 30.3%	78 17.3%	51 11.3%	8 1.8%
有	154 100%	57 37.0%	41 26.6%	71 46.1%	71 46.1%	87 56.5%	68 44.2%	45 29.2%	23 14.9%	3 1.9%
無	291 100%	191 65.6%	177 60.8%	162 55.7%	71 24.4%	107 36.8%	66 22.7%	33 11.3%	28 9.6%	5 1.7%

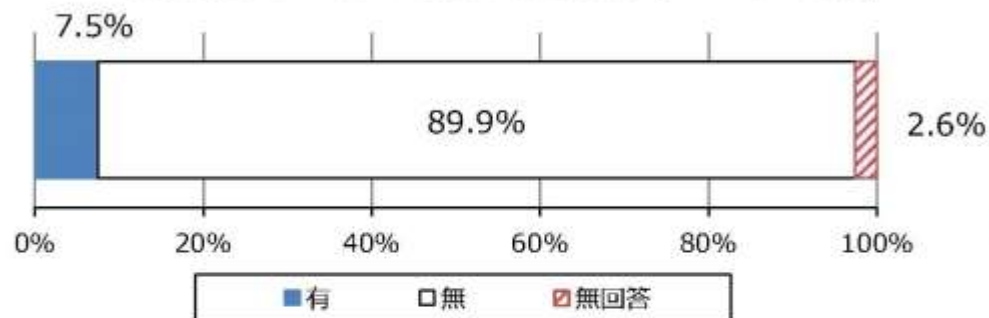
注) 表中にはリハビリテーション加算Ⅱの届出の有無について無回答の場合の記載を省略した。

(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)

生活行為向上リハビリテーション実施加算の届出等の状況

生活行為向上リハビリテーション実施加算を届け出ている通所リハ事業所は7.5%であった。

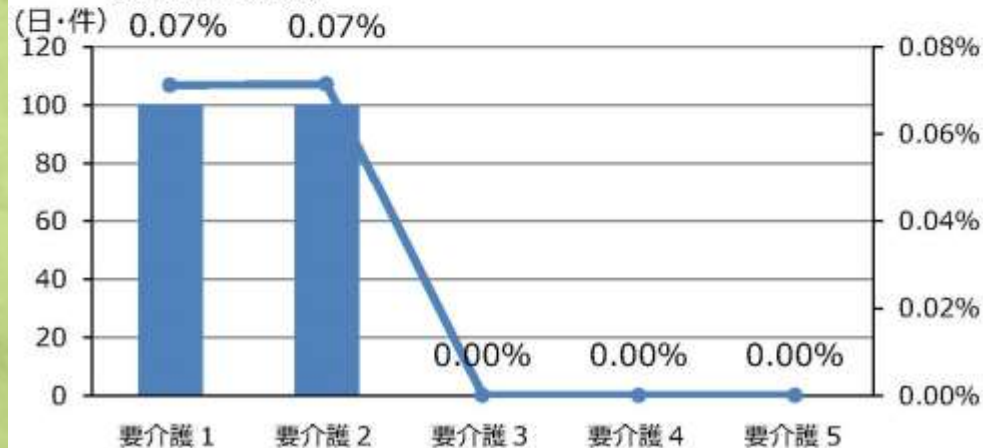
生活行為向上リハビリテーション加算の届出状況（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定は要介護1と2のみで、それぞれ0.07%であった。

要介護度別にみた生活行為向上リハビリテーション加算の算定状況（2017年2月分）



（出典）厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成29年2月分）

届出をしていない主な理由は「リハマネ加算II未取得」が62.3%、「研修を終了している職員がいない」が33.3%であった。

（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない利用者がある場合）生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない利用者がある理由（複数回答）（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

今回の講義の要点

- これまでに厚労省が提示していること
- 2018年同時改定で議論されていること
- 活動と参加へのアプローチのこと
- 回復期リハビリテーションと生活期リハビリテーションの乖離のこと

平成29年4月医療と介護の連携に関する意見交換

2 主な課題

(1) 高齢者の生活を支えるリハビリテーションの実施

- 急性期や回復期においては、早期の集中的なリハビリテーションにより、心身機能の改善・回復やADLの向上を図ることが重要であるが、加えて、維持期・生活期のリハビリテーションを見据えて、活動や参加に関する目標を設定した上で、この目標に応じた心身機能の回復を図ることが重要である。