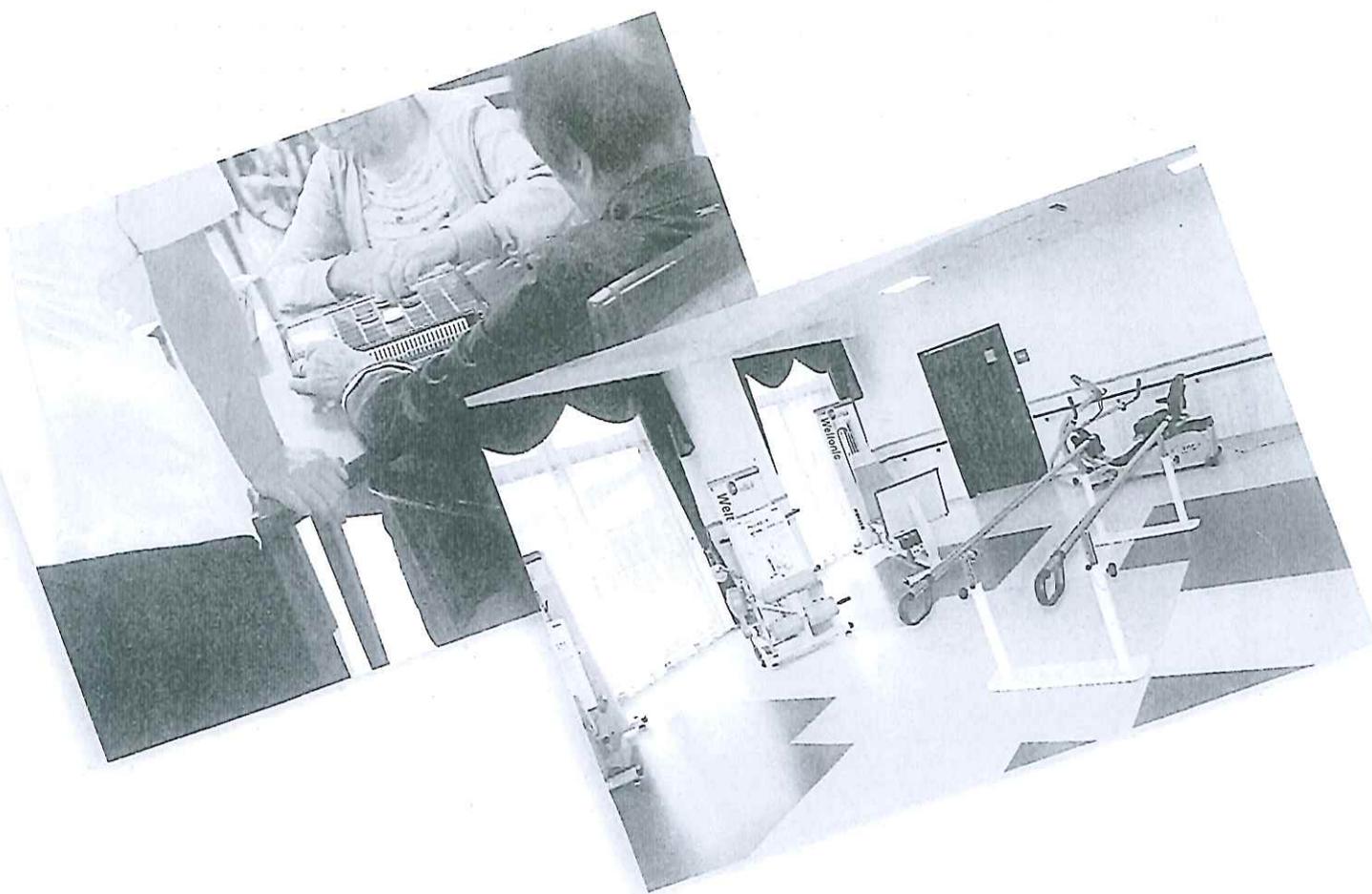


現場発 在宅リハビリテーション

見えてきた介護報酬改定への対応

介護報酬改定で地域包括ケアシステムを推進する柱として訪問や通所の在宅リハビリテーションが評価されている。特に加算の大きいリハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定するためにはケア会議を実施してリハ計画の評価と多職種連携をするなど、要求されている要件のハードルは高い。また患者や家族からリハビリへの期待も大きいところだ。そこでリハビリマネジメントに取り組む医療法人やリハ特化型の有料老人ホームの最新事例を取材した。

取材 ● 安藤啓一 (福祉ジャーナリスト)



在宅リハビリテーションの多職種連携 活動・参加へのアプローチも重視していく

医療法人篠原湘南クリニックグループ
クローバーホスピタル
(神奈川県藤沢市)

● 患者の生活環境や 意欲などを重視した改定

有床診療所として1988年に誕生した医療法人篠原湘南クリニックは現在、在宅療養支援病院クローバーホスピタル（120床）を軸に、デイケアや訪問リハビリテーション、回復期リハ病棟などでリハビリテーションに取り組んでいる。

リハビリテーションセンター長で理学療法士の土居忍氏は、患者本人と家族の双方からの、「リハビリテーションへの期待は大きいと感じている」。医療保険と比較したとき、介護保険の適用となる利用者が受けられるリハビリは量的に限定されてくる。その枯渇感がニーズとして現れ、特に急性期や回復期において自分たちが期待しているレベルまで機能回復していないケースではそれが強い。

「心のどこかで発症前の身体に戻りたいと思っている」（土居氏）から、リハビリに可能性を見いだそうとする。このリハビリテーションへの理解における医療者と患者のギャップが、今回の改定でリハビリテーションが評価された理由だと見ている。

「医師が説明することで、元の状態には戻れないこともあると理解してもらい、活動・参加へ目を向けてもらうことを重視する改定内容だ」（土居氏）。それは通所・訪問のリハビリテーション会議では医師の参加が求められているからだ。そして機能回復にこだわらず、残存機能を生かす生活期のリハビリテーションこそが改定の趣

旨だという。

「改定の方針にマッチしない人も多いただろう」と土居氏も心配する。それでも今回の改定を広義にとらえ評価している。

「これまでリハの評価は機能改善が中心だった。それが今回は改善した機能を生かすためのアプローチが評価された。元々、機能だけを見てきたわけではなく、患者の生活環境や意欲、能力、参加なども重視していたが、それを再認識する機会になった」

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの要件については、「これまでの加算の要件は利用回数などだった。それが内容まで問われることになり、算定するためのハードルは高い」と見ている。

● 新しい取り組みとなる 医師によるリハ計画の作成

生活期リハに取り組んできた土居氏は、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定の準備をする。

「新しく取り組むこともある。医師によるリハビリテーション計画の説明などだ」

またリハビリテーション会議を開催することも新しい業務となる。これまで介護保険のサービス担当者会議には積極的に参加してきた。ここで利用者の機能評価やリハビリの目的といったことをケアマネジャーや介護職たちと情報共有してきた。サービス担当者会議はケアマネジャーが参加者に声がけして主催している。それがリハ会議だとセラピストが主催する



篠原裕希理事長

ことになる。担当者会議と兼ねることはできるが、ケアプランの変更時に開催されるので、その他の月はリハ会議を単独で開くことが必要となる。

このリハ会議について、「これまで実施していたリハ内容を変更するものではない」と土居氏。リハ会議やリハビリテーションマネジメントで求められていることと同様の取り組みはすでに行っているからだ。サービス担当者会議にはセラピストのほか理事長の篠原裕希氏も積極的に参加してきた。その経験から、関係する訪問看護師や介護職などと情報共有することで、全体としての質を引き上げることにつながると評価する。

さらにリハ会議を効果的なものとするには「具体的に伝えることを意識している。現状を示すことがまず大切だ」と土居氏。

これまででもサービス担当者会議でリハビリの話をするとう参加者に驚かれることがしばしばあったという。「利用者は歩行していないが、機能的にはトイレまで歩けま

す」と伝えると、他職種が考えていた以上の残存機能があると分かった。また他のケースでは、「杖を使っても歩けないが、手すりなら伝え歩きができる」と説明した。そうすると「トイレまでは歩いて移動するように介助してみよう」とケアの方針が見直される。

さらにセラピストにとっては、リハ会議がリハビリテーションの結果を毎月確認する機会となるが、セラピストの主導で質の高いリハビリを導入しようとしても、現実には実施が難しいケースも出てくる。「トイレまで歩いてみたところ、それだけで疲れてしまい、その他のことができなくなってしまう」という報告を受けることもある。専門職が関わることで本人の意欲は高まる。だからセラピストは「もっとできるはずだ」と評価する。ところが普段の生活でのパフォーマンスはもっと低いという場合は多いそうだ。

「他職種や家族がかかわる中で見えてくる実態もある。リハ会議はそれを知る機会にしたい」（土居氏）

● 生活の中の努力で リハの成果が決まる

これから始まるリハビリテーションマネジメントでは、セラピストの問題意識もその成否を左右する。利用者の課題やニーズについてどこまで深く気づくことができるかでリハ計画の質も影響を受けるからだ。特に生活期リハでは、それぞれの生活事情まで理解することが求められる。

「まずは厚労省の興味関心シートを手がかりとして使っていく。その中で独自に改良していきたい。スタッフの力量差が出やすいところなので、システムでバックアップしていくことが大切だろう」

リハビリテーションマネジメントの視点は重要であるが、算定という経営的な判断ではさらに多くの事情について配慮することが必要になりそうだ。そのため経営戦略室長の高崎祐樹氏は「リハビリテーションマネジメントⅡをあえて算定しないこともできそうだ。全ケースを対象とするものではないだろう」と見ている。

加算が高いので、算定したことで他の介護保険サービスが使えなくなってしまうようでは利用者のためにならない。また「リハ意欲が高い人は会議を毎月してもいいが、そうではない人もいるので、個人によって加算の取り方を検討する必要がある」（高崎氏）

篠原氏は「リハビリは万能ではない」といい、高いニーズについて冷静に考えたほうがいいと話す。「家族はリハビリをすると、どうにかなるだろうと期待しているが、医学的な限界もある。本人のやる気がないリハに意味はない」と指摘。リハマネⅡのような質の高いリハを提供するかどうかは、病状や機能評価だけでなく、個々の事情も含めて検討したほうがいいということだ。

「週1回、リハを受けるだけで満足してはいけない。残りの6日間、生活の中でどこまで努力できるかでその成果は左右される」（篠原氏）ため、本人や家族、そしてかわる専門職たちが目標を共有して取り組めるかどうかが大切になってくる。



生活期を担うリハビリが必要となる

● 在宅の視点がない病院は 医療経営に影響が出る

在宅で質の高いリハビリを提供するには、セラピストと多職種の連携が重要であるが、「特に地域包括ケアシステムでは多職種連携の質を高めることが重要で、そのためには専門職たちが自己満足から脱却できるかにかかっている」と篠原氏。専門性を高めつつ、多職種の視点を取り入れアセスメントする能力が求められるわけだ。

そうした連携では「医師の主導が期待されている。特に急性期医療では在宅への視点が少なかった。それが自宅に戻ったときをイメージしながら治療ができるといい。狭義の地域包括ケアは在宅医療が中心だが、大きなくくりの中にDPC病院や基幹病院も入ってくる」と急性期病院群も在宅のイメージを持つことが大事だという。

今回国策として大きく舵を切られた地域包括ケアシステムは、医療介護分野における意識改革を求めている。これに取り残されることは医療経営にも少なからず影響が出ると思われる。

それに高齢社会になったことで



理学療法士の土居忍氏

単科では治療が完結しなくなっている。骨折で入院した患者でも認知症であればその対応もしなければならぬからだ。

今回のリハビリテーションマネジメントも多職種連携がポイントで、地域包括ケアシステムの柱の1つになると期待されている。医師にも生活期の視点を持ちながら連携にかかわることが求められている。

ただ実際のところ、介護保険の担当者会議に出席している医師はほとんどいない。これでは在宅医療において顔の見える多職種連携で医療が取り残されてしまう。

「院内でも医師同士の連携は難しい。それでも地域の多職種連携で人と人をつないでいく役割は在宅医が担えるといい。そして地域の医師たちが急性期病院にも出向いてカンファレンスに参加したら、連携の質は高められる」（篠原氏）

そのために研修医や若い医師たちを自院で受け入れ、地域で連携できる次世代を育成していきたいとも考えている。

そして医師が連携に参加していくときケアマネジャーとの協力体制がポイントになるという。ケアマネは具体的なことの調整役なので、そこがしっかりと動けるような連携にしなければシステムは機

能しないからだ。しかし福祉職のケアマネジャーにとって医療のハードルは高いことがネックだ。

「医療職に対して話すことを苦手と思っているケアマネジャーは多い。そこで医師が後ろ盾になるといい」（篠原氏）

何か起きたときは医師がバックアップするから大丈夫だという安心感を作れたら医療と介護の連携もスムーズになるという。

同院では、今年11月に介護老人保健施設の開設を予定している。

「リハビリと在宅復帰を強化し認知症にも積極的に取り組むことをイメージしている」と篠原氏。通所リハ、訪問リハのほか、ショートステイを引き受ける。また「軽症肺炎などの治療も受け入れられるだろう。認知症のケアもしていく」といい、リハビリテーションマネジメントの拠点施設として機能させたい考えだ。

現場の声 2

リハビリで生活支援の質が高まる
家族からの期待も大きい

メディカル・ケア・サービス株式会社
有料老人ホームアンサンブル浦和
(さいたま市緑区)

競合他社が多いこの地域でリハビリに特化した施設に

有料老人ホームでありながら、リハビリテーションを重視しているアンサンブル浦和には理学療法士が常勤で配置されているほか、近隣病院に所属の作業療法士と言語聴覚士が週1回派遣されてくる。居室総数77室。入居者の平均年齢は84.3歳（取材時）で約半数が認知症の診断を受けている。まひなどの障害を持つ人が多い。看護師は3人を配置。夜勤帯に1人いることで医療依存度の高い入居者を受け入れる体制となっている

ことが特徴で、看取り対応も行っている。

入居者のほとんどが入院していた病院から移ってきたケースだ。自宅で暮らしていたがけがや病気で入院。独居や夫婦暮らしで介護不安から入居を希望するという。

介護報酬では特定施設入居者生活介護の包括請求となるが、個別機能訓練加算を算定できる。しかし12単位/日（約3600円/月）と多くないため、同ホームがリハビリテーションにかけている人件費などのコストを吸収できるほどではない。それでもホームの特色と



施設長の角静香氏

してリハビリを打ち出している。

「ここは弊社の3棟目だ。2棟目では24時間看護を実施した。そ