

## 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 論点1に対する主な意見について

本検討会において、用語の定義について賛成である。

今後、介護保険のリハビリテーションを整理する際には、日本リハビリテーション医学会の提唱している「リハビリテーション医学とは活動を育む医学」という定義をもとに、「活動」というkeywordで整理していくのが、介護を受ける側も介護を行っていく側にも理解しやすくよいと考える。ただし、現在検討会で整理されている内容に関しては大きな異論はない。

整理・指摘の通りで問題ない。「リハビリテーション」という用語については、一般市民のみならず、関係する医療・保健福祉関係者、サービス提供者間で認識の隔たりがあり、これに関して誤解を生むので継続して用語の整理は続ける必要がある。または報告書の中で、あるいは欄外でも注釈をいれていく必要がある。

議論の範囲、用語の定義、リハビリテーション指標の考え方については異論ない。

# 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 論点2に対する主な意見について

リハビリテーション提供体制を考える上では、介護予防、フレイル予防などの地リハの活動がよい指標となるのではないか。

本検討会において、議論の範囲（4サービス）について賛成であるが、特養、GH、特定施設、小多機・看多機等における適時適切なリハビリテーションの提供も今後検討されるべきと考えます。

リハビリテーションの指標を考えるにあたり、都道府県及び市町村が下記の点を理解しておくことが求められるのではないか。

- ・生活期リハビリテーションのあるべき姿の認識
- ・ICFの理念に基づく「活動」「参加」に働きかけるリハビリテーションの理解
- ・要介護（支援）者のリハビリテーションの必要性（必要な時期・必要な内容・必要な量）
- ・リハビリテーションの効果は基礎疾患のコントロールや栄養状態により大きく影響を受けること
- ・リハビリテーションの効果を引き出す本人を取り巻く生活環境の調整や地域づくりの重要性
- ・訪問看護ステーションからリハビリ専門職が提供しているサービスと生活期リハビリテーションサービスの違い

- ・具体的なデータの活用した手引きを作成。都道府県や市町村にわかりやすく示すことが重要。
- ・指標のデータを見える化システムで把握可能にする必要があるのではないか。
- ・手引きで事例を提示してはどうか。

指標のデータの情報収集の仕方が分かる場合、データの出典などを丁寧に説明してはどうか。

- ・資料「リハビリテーションサービスの地域差を均霑化するために、必要に応じてリハビリテーションサービスを利用可能な提供体制を市町村毎に整備を進めていく必要がある」とされているが、実際問題として過疎地域等の市町村では事業所の参入、専門職人材の確保が難しいため、特定の業種を指標にして市町村毎に整備を進めることに限界がある。
- ・まずは、市町村毎の実態を調査で把握した上で、リハビリテーションに関連する地域資源の違いを踏まえサービス提供体制をどう構築するかについては、例えば複数の市町村で連合するような圏域の広がり、リハを提供しうるサービス提供主体の考え方など、地域の実状に応じた構築方法の検討が必要ではないか。
- ・本検討会における議論の範囲は、令和元年度老健事業の検討結果を前提としているが、この事業そのものが出発点から4業種に限定していたため、リハに関わるサービス全体の議論がもっと必要ではないか。

# 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 論点3に対する主な意見について

人口が少ない地域もあるため、指標はその点も考慮すべきではないか。

- ・ストラクチャー指標として、通所リハビリテーションにおいては、規模別の把握が必要ではないか。
- ・短期入所療養介護をストラクチャー指標に含めるのはどうか。
- ・医療機関における介護保険の短時間通所リハビリテーションの実施状況の把握も必要ではないか。
- ・地域医療構想における今後の入院外の在宅や介護施設等で支えるべき人数を把握すべきではないか。

従事者数、事業者数、受給率を人口あたりがよいのではないか。

老人保健施設の類型別の施設数、定員数を指標に入れてはどうか。

生活行為向上リハビリテーションを実施している事業所数かどうか。

従事者数（職種別）、サービス事業所、施設調査の項目で、職種別は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、それぞれの配置状況（常勤換算数）を指標に入れてはどうか。（全サービス）

リハビリテーションマネジメントⅡ以上に取り組む事業数を指標に入れてはどうか。（居宅サービス）

- ・指標として示されている「事業者数」「定員数」「従業者数」等は需要量とセットで見る必要があるのではないか。
- ・指標の項目について、入所、通所、訪問におけるリハビリテーションを分けてはどうか。

ストラクチャー指標の項目はこれでよい。

需要側の指標としてケアマネジャーにて実施可能なリハ必要度評価などが必要ではないか。供給側においても医療機関におけるリハサービスの充足度が介護サービスへ与える影響が大きいのではないか。

# 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 重点指標に対する主な意見について

- ・初めての指標設定であるので、重点指標はなしでもいいではないか。
- ・算定件数が少ない指標は重点指標として不適切ではないか。

重点指標は定めた方がよい。

ストラクチャー指標のうち、重点指標とするならば定員数と従業者数ではないか。

重点指標は定めるべきである。論点が違うかもしれないが、訪問リハの立場で言えば、他のサービス（通所リハなど）との対人口や対要介護者数と比較した構成比（例 訪問リハ・通所リハのバランス）などを考慮すべきでないか。

重点指標を定めることについては、地域資源の格差や地域課題の違い等により、全国一律に定めることには現実的でない。

# 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 論点5に対する主な意見について（1 / 2）

指標として下記を考慮すべきである。

- ・リハビリテーションについて、「活動」や「参加」のプログラム実施割合
- ・経管栄養から経口摂取可能となった事例数
- ・オムツを卒業出来た事例数
- ・排泄がトイレで可能となった事例数
- ・機械浴と個浴それぞれの入浴ケア実施数を位置付けるべきと考えます。
- ・退院・退所後最初の居宅ケアプランに訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションの計画を位置付けている割合
- ・退院・退所後から居宅でのリハビリテーション提供までの期間

「活動」を中心とする指標がよい。日常での「活動」、家庭での「活動」、社会での「活動」、というように区分すれば、それぞれのフェーズで「活動」という表現だけで説明が可能である。ICFはよい理念であるが、用語が複雑になる傾向があるため、介護の実際の場面では用語に対する正しい理解が得られていないことも少なからずあると考える。

- ・アウトカムの考え方は生活期リハビリテーションなので、活動と参加を念頭においた指標がよい。

- ・介入の要素となる基本動作や狭義の生活（ADL/IADL）の自立度改善も必要。だから、主アウトカム（一般介護予防事業の検討状況に合わせると主観的幸福感、健康観など）ではないが、副次的なアウトカムとして、BIやIADL指標の改善もアウトカム指標に加える。
- ・将来的にはVISITのデータが活用してはどうか。

アウトカム指標は今の次点で定めることは難しい。今後の課題として、残しておくのでどうか。

「活動と参加」を把握することが、アウトカム評価において重要であろう。これにあたり、通所介護に移行した場合は社会参加と考えてよいのかどうかなど、社会参加の考え方を整理する必要がある。

- ・指標の難しさ、要介護度は指標として適切ではないといった指摘がされているが、悪化させないこともリハの重要な効果と考えれば「要介護度の維持または改善率」という形で把握してはどうか。

状態が維持できていることが示せるような指標が、アウトカム指標としてよいだろう。具体的な項目としてはBIやFIMのようなADL指標が該当するか。老健では一般的なICFステージングも指標案となるだろう。

アウトカム指標にも認知症に関連する項目を含めるべきであろう。その上で、ストラクチャー・プロセス指標とアウトカム指標の関連も明らかにする必要がありそう。

## 「第1回要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」 論点5に対する主な意見について（2 / 2）

日常生活活動の指標としてバーセルインデックス（BI）をいれてはどうか。活動、参加の指標としてFAIやE-SASを入れてはどうか。

「活動と参加」を評価する者が妥当である。しかしながら現状の指標は通いの場などへの社会参加への移行を評価できておらず、ADLや機能訓練のみを評価するものとなっている。また、利用者は社会参加に対する希望が多いが、実際にリハビリの目標は移動に関する者が多くなっている。社会参加への移行やADLにとどまらない活動と参加を評価する指標がよいのではないか。

・「生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと」、「地域共生」、「本人の尊厳」、「生活の維持向上」をキーワードとするならば、利用者を軽度（要支援～要介護1）・中度（要介護2～3）・重度（要介護4～5）と分けた時に、キーワードはいずれの度合いでも関連するがえて特色分けをする。

・軽度者 →効果：活動・参加がある程度のレベルまで取り戻すことができ、その生活そのものを継続できれば、リハサービス以外の援助で生活機能の維持が可能。一定期間の通所・訪問リハサービスにより具体的な課題解決が可能。特に集中的なリハサービスの導入が必要。自律的な生活への動機づけとそのルールに乗せることが必要。  
・中度者 効果：生活機能の向上・活動量の増加、社会参加（家庭内での役割、地域への社会参加）があらためてできる。一定期間の通所・訪問リハサービスを行えば課題を解決し、一定のモニタリングは必要かもしれないが、地域のほかの資源と結び付きがあれば、サービス終了できる。

・重度者 効果：生活機能の維持・本人の尊厳の保持がなされること→リハビリテーションになぞらえるならば、身体機能が重度であっても本人の意思に沿った生活が家族とともに、安定してできる。頻度は別として、サービス終了は難しいかもしれない。あるいは、生活機能低下時に適宜リハサービスを再開できる状況しておく必要がある。  
・アウトカムとしての個別性が重度の度合いによって異なる。社会的活動度、つながった資源など。重度者はADLの維持度と主観的満足度、介護負担度などの指標が新たに必要だろう。

リハビリテーションはその人の希望を実現するところにその本質があるのではないか。リハビリテーションの本来の目的を踏まえたアウトカム指標を考える必要があるだろう。

・アウトカム指標に関し、要介護度は指標に適さない（P39）とある。利用者の介護保険制度の理解、ケアマネの協力、リハ職が卒業を前提としたゴール設定の正確さが必要である。

・P39にある指標（要介護認定率の改善率、BIの変化度、日常生活自立度、要介護度・要介護者の満足度、社会参加支援加算などの報酬）は必要。

・通所介護の加算にあるADL維持等加算の増設をしてみてもどうか。ただし、要介護2まではADL利得1の方が80%、要介護3～5までは1が30%などの基準を新たに設けてはどうか。

・リハビリテーションの終了人数だけであれば、デイサービスに送るだけの行動ができてしまう可能性が考えられ、危惧するところである。