

# 診療報酬改定と在宅とのつながり

2016.8.19

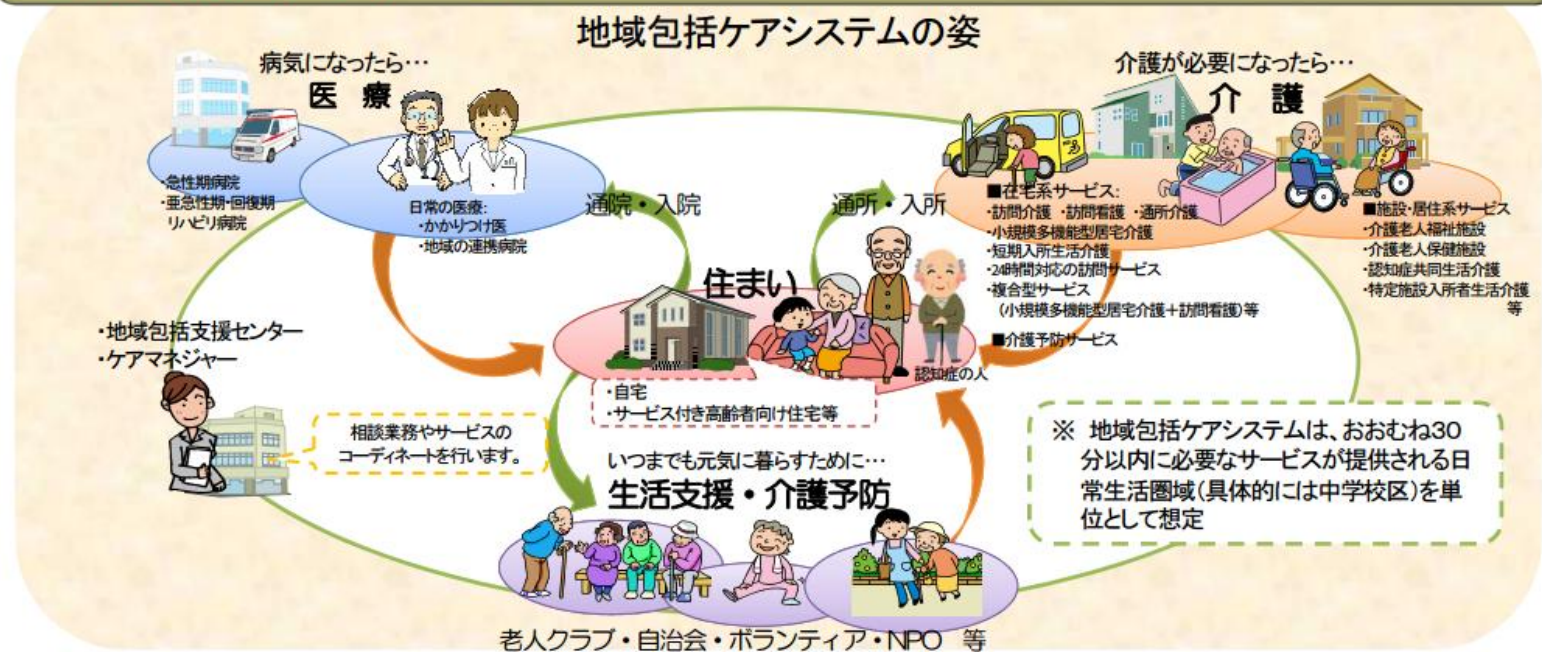
# 目次

- 地域包括ケアシステム
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた診療報酬、介護報酬改定
- 今後の視点

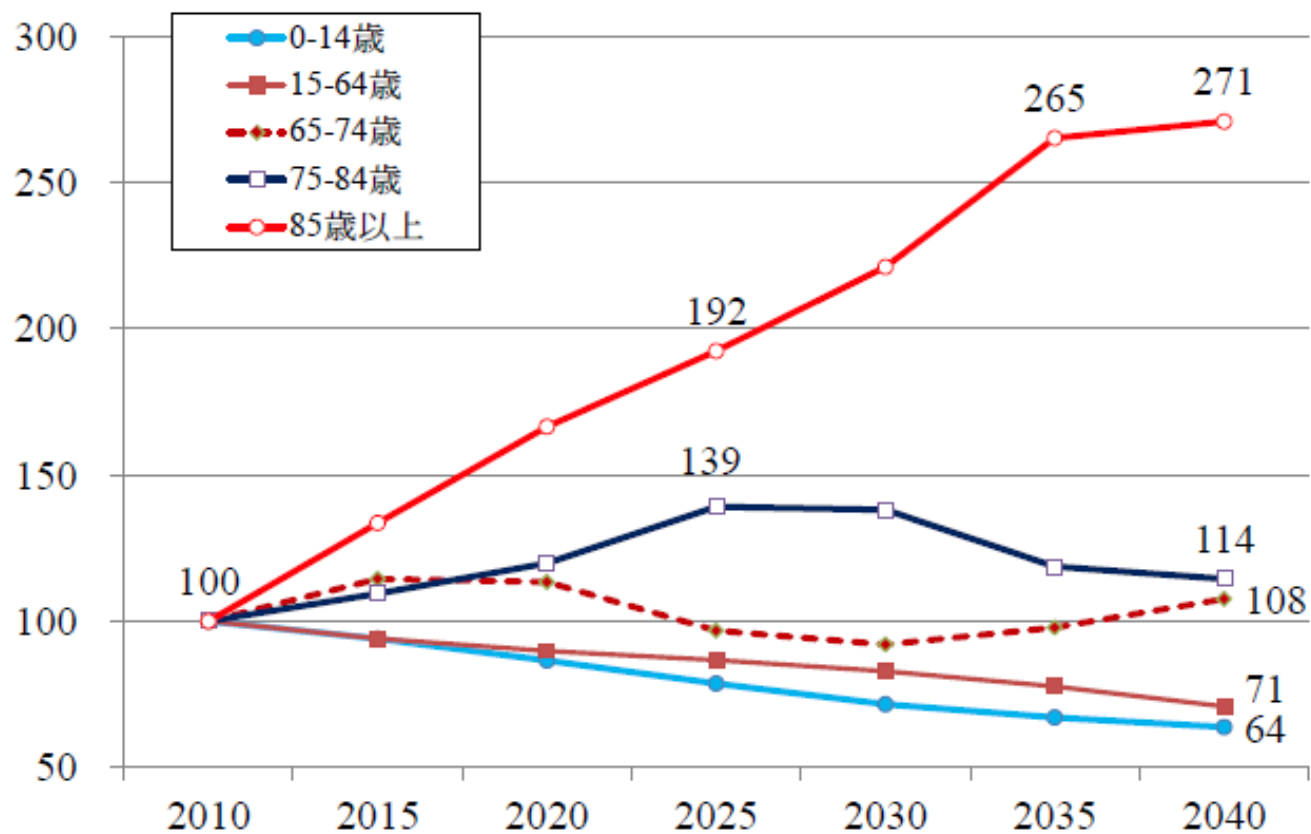
# 地域包括ケアシステム

# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

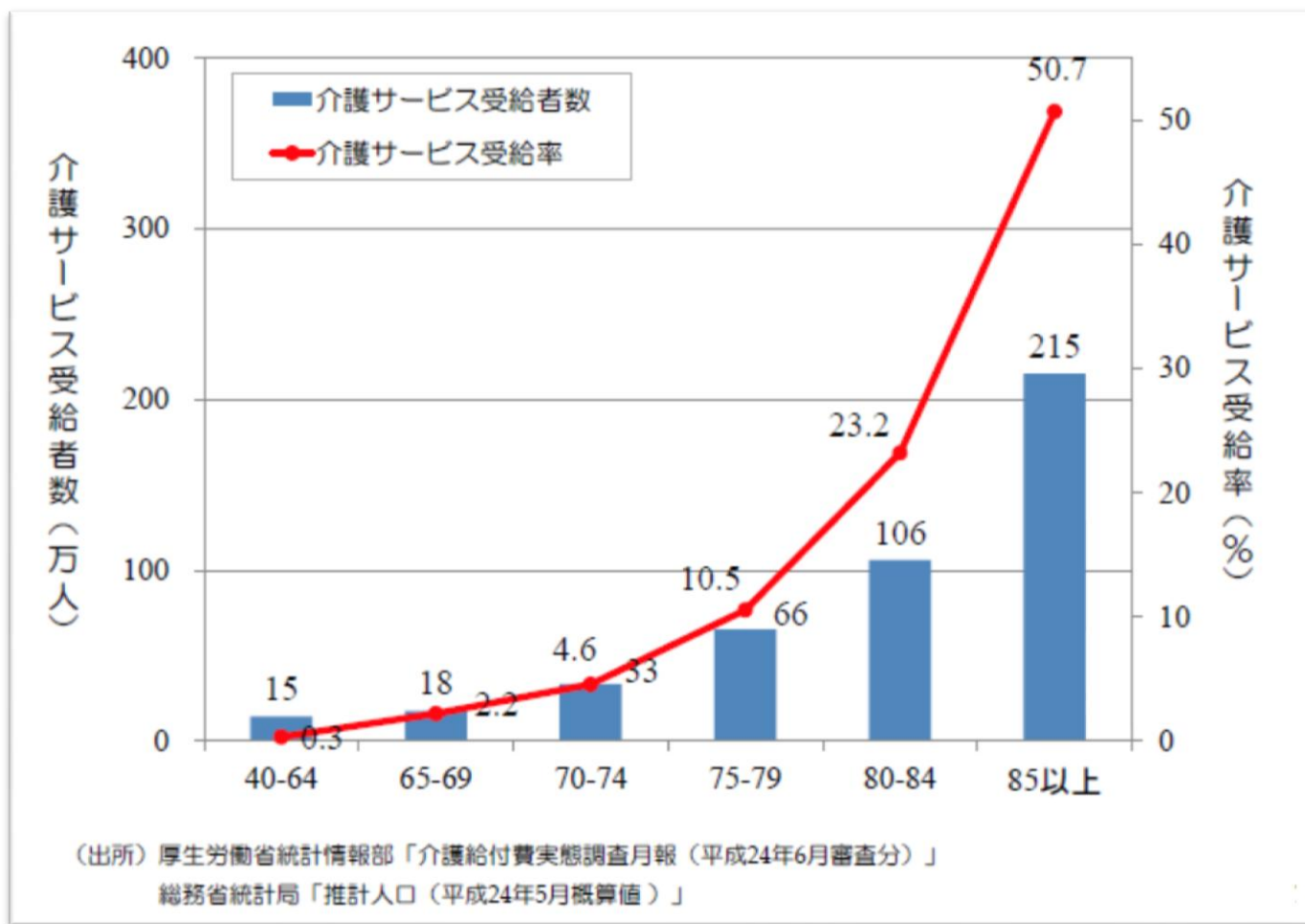


# 年齢階級別人口の伸び率の推移



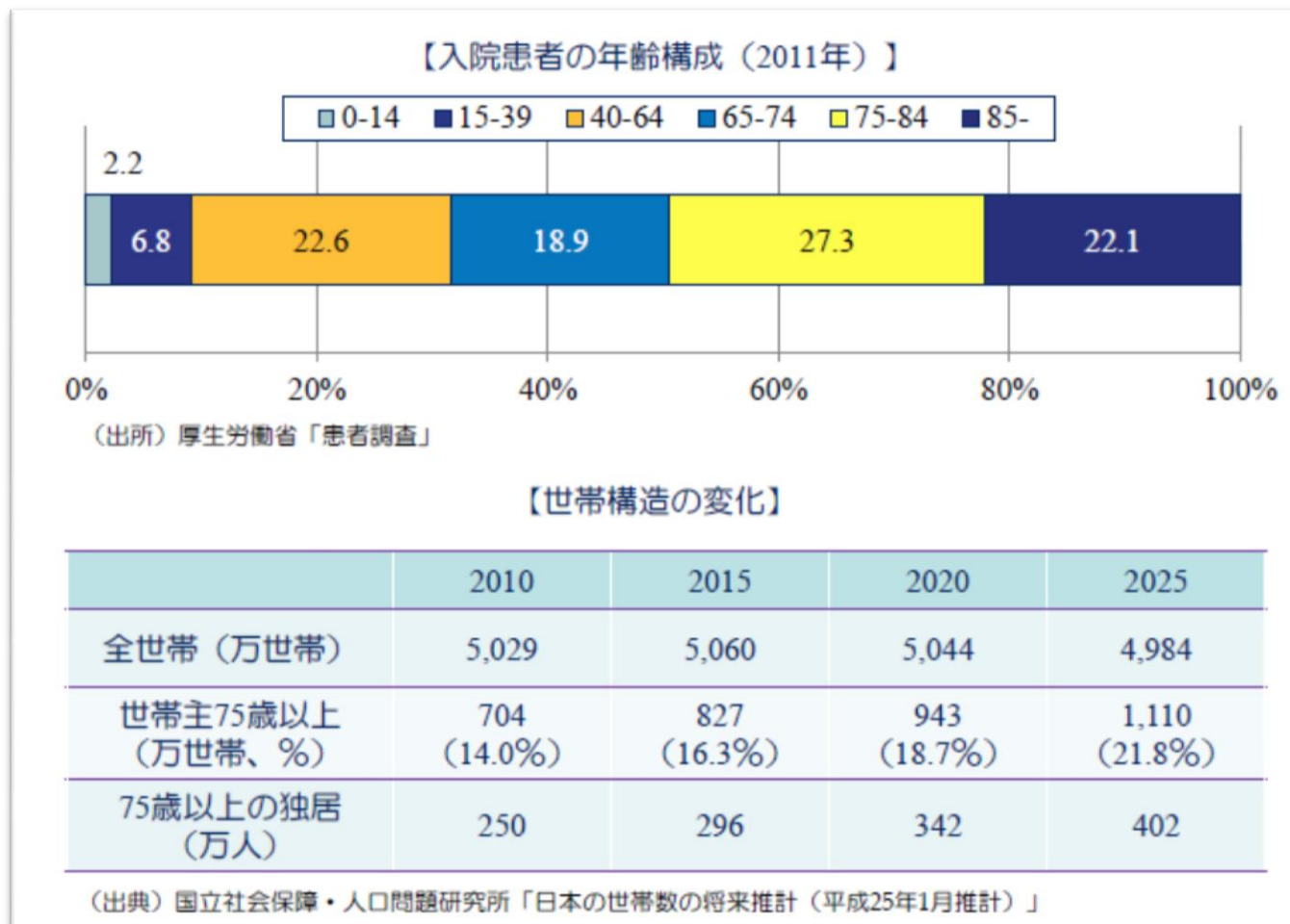
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成

# 高齢化の影響 ー介護ニーズの増大ー



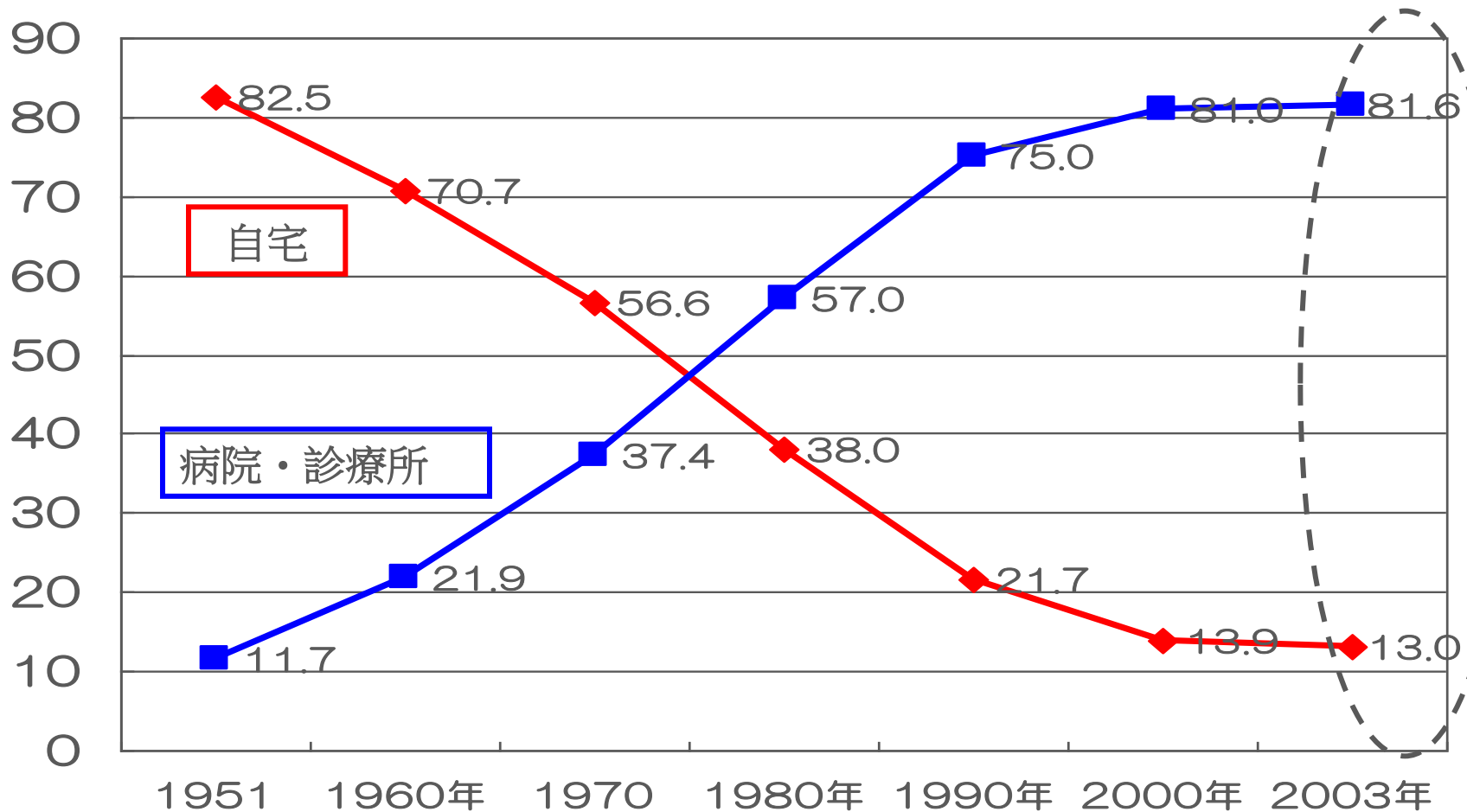
# 高齢化の影響

## — 入院患者の高齢化／家族機能の低下 —



# 死亡の場所の推移

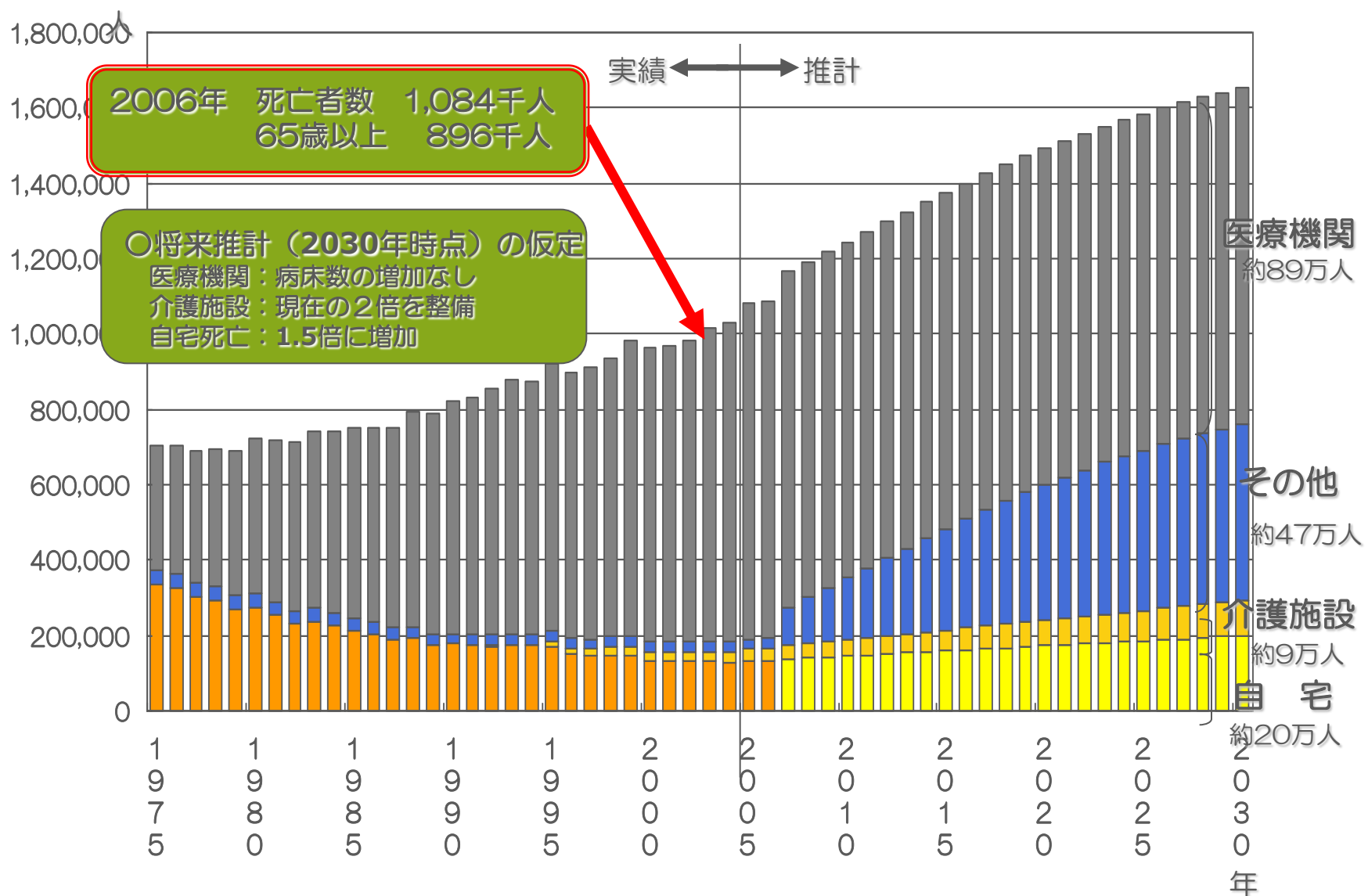
- 居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。



厚生労働省「人口動態統計調査」より



# 今後の看取りの場所



【資料】

2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

# 地域包括ケアが求められる背景

- ・ 後期高齢者が急増（2010-2025年間で約1.5倍に）。
- ・ 独居高齢者や認知症高齢者が増加。
- ・ 後期高齢者の場合、介護だけでなく、医療や生活支援サービスに対するニーズも、医療リスクも高い。
- ・ 介護費用も8兆円に達し、65歳以上の介護保険料も月額約5,000円に上昇。
- ・ 介護保険だけで、高齢者の生活全てを支えきることは困難。



地域内の様々な資源（医療・介護サービス（共助）、近隣の助け合いやボランティアなど（互助））を総動員して、必要な方に必要な支援が提供される仕組み作りが必要（リスクを回避しながら）。

# 地域包括ケアとは

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義。

その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

平成20年度老人保健健康増進等事業  
地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～より

 在宅生活の限界点を出来る限り高めること

# 地域包括ケアシステムの構成要素

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組合せによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

# 地域包括ケアシステムの構築に向けた診療報酬、介護報酬改定

# 平成26年診療報酬改定

## 「医療機関の機能分化・強化と 連携、在宅医療の充実」

- ・平均在院日数の短縮
- ・在宅復帰率の重視

# 平成26年診療報酬改定

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

ADL低下予防、褥瘡対策、チーム医療推進の観点から、一般病棟入院基本料等の7対1病棟、10対1病棟に理学療法士等を配置した場合の加算として、新規入院患者の年齢や疾患による施設基準を設けて、「ADL維持向上体制加算」を新設

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実の観点から、現在の亜急性期入院医療管理料を廃止したうえで、「地域包括ケア病棟入院料」を新設する案が提示されました。施設基準として、疾患別リハビリテーションなどの届け出や、専従の理学療法士等の配置が含まれています

2025年を見据えた  
「地域包括ケアシステム」の概念が  
医療に取り入れられ

医療が介護システムを後方から  
バックアップする体制

「時々入院、ほぼ在宅」

(朝日新聞社記事より)



# 平成27年度介護報酬改定

## 活動と参加に焦点を当てた リハビリテーションの推進

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応
2. 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進
3. 看取り期における対応の充実
4. 口腔・栄養管理に係る取組の充実

# 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

## 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

### (1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

### (2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

### (3) 看取り期における対応の充実

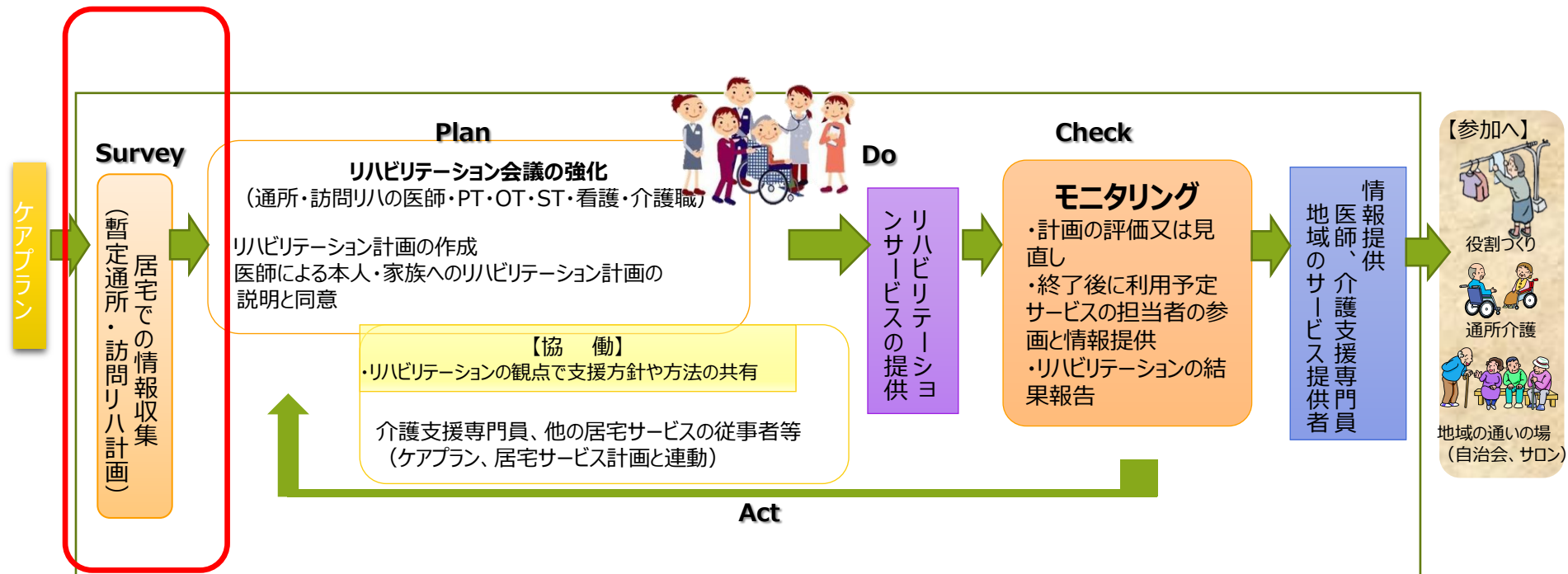
- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

### (4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

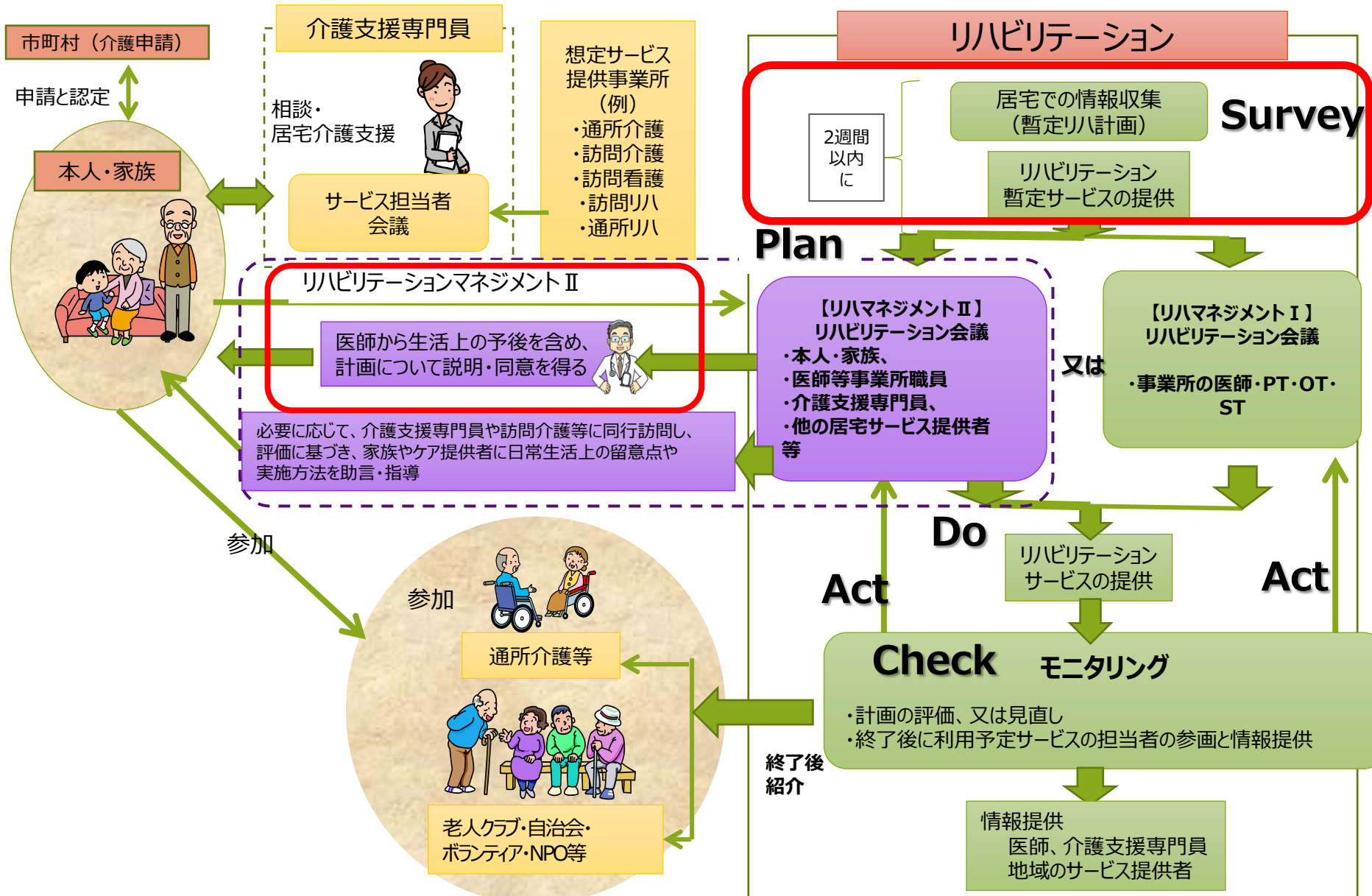
# リハビリテーションマネジメントの強化 (リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ)

## 【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



# 通所・訪問リハビリテーション リハビリテーションマネジメントの強化

- リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。



# 居宅サービスにおける多職種協働の推進（リハビリテーション会議の活用）

- 通所・訪問リハビリテーションで開催するリハビリテーション会議の場を活用し、介護支援専門員や各居宅サービス事業所のスタッフ等がその場に参画、当該利用者に関する方針や目標、計画を検討、共有してはどうか。
- また、効率的・効果的な情報共有できるように介護支援専門員の居宅サービス関連書式の書式とできるだけ共通とし、情報の共有が容易になるよう工夫してはどうか。

## 介護支援専門員

### 協働の場

サービス担当者会議

- リハビリテーションの医師、PT、OT、ST、看護職員、介護職員、本人・家族、介護支援専門員や利用者の支援に関わる居宅サービス提供者が参加
- リハビリテーション会議記録  
サービス担当者会議録と共通性を持たせる

リハビリテーション会議

医師

### 情報の共有

利用者に関する情報や支援方針、  
目標、計画の共有

- ニーズ調査票
- アセスメント票
- リハビリテーション計画書

## 通所・訪問リハビリテーション

訪問系サービス

訪問介護

\* 生活機能向上連携加算

通所介護

# 社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

## 概要

- ・ 訪問・通所リハビリテーションの利用により**ADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組※に移行**するなど、質の高い訪問・通所リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する。  
※社会参加に資する取組とは、**指定通所介護、指定通所リハビリテーションなどへ移行すること。**

## 点数の新旧

(なし)



(新規)

社会参加支援加算 訪問 17単位/日  
通所 12単位/日

## 算定要件

・ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

### ① 社会参加への移行状況

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数注1}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数注2}} > 5\% \text{ であること。}$$

### ② 訪問・通所リハビリテーションの利用の回転

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

$$\text{※平均利用月数の考え方} = \frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$$

## 【イメージ】

確認  
評価対象期間



訪問して

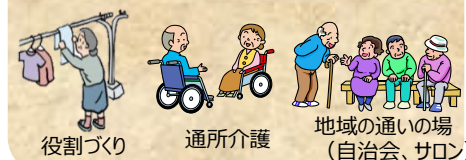
訪問・通所リハビリテーション

【評価対象期間】  
1月1日～12月31日  
【届出】  
翌年3月15日まで  
【算定期間】  
翌年4月1日～翌々年3月31日



社会参加に資する  
取組へ移行

【参加へ】



※終了後14日～44日以内に訪問にて  
3月以上参加が継続することを確認

# 訪問・通所リハビリテーションの基本方針の見直し

## 訪問・通所リハビリテーション基本方針

・指定居宅サービスに該当する訪問・通所リハビリテーションは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**生活機能の維持又は向上を目指し**、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

### ○訪問リハビリテーション（具体的な対応）

・指定訪問リハビリテーションは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関するリハビリテーションを提供するに当たっては、当該計画にその目的、頻度等を記録するものとする。

### ○通所リハビリテーション（具体的な対応）

・指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。

- ① あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。
- ② 効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。

# 平成27年度介護報酬改定

ケアプラン、介護保険サービスにリハビリテーションの概念を反映させる。

参加と活動へのアプローチを共有して  
いける連携の推進



# 平成28年診療報酬改定

1. 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する
2. 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する
3. 重点的な対応が求められる医療分野を充実する
4. 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める

## 28年度診療報酬改定の基本的考え方

- 26年度診療報酬改定の結果、「病床の機能分化・連携」は進展。今後、さらに推進を図る必要。「外来医療・在宅医療」については、「かかりつけ医機能」の一層の強化を図ることが必要。
- また、後発医薬品については、格段の使用促進や価格適正化に取り組むことが必要。
- こうした26年度改定の結果検証を踏まえ、28年度診療報酬改定について、以下の基本的視点をもって臨む。

### 改定の基本的視点

**「病床の機能分化・連携」や「かかりつけ医機能」等の充実を図りつつ、「イノベーション」、「アウトカム」等を重視。  
⇒ 地域で暮らす国民を中心とした、質が高く効率的な医療を実現。**

#### 視点1

**「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること**

- 「病床の機能分化・連携」の促進
- 多職種の活用による「チーム医療の評価」、「勤務環境の改善」
- 質の高い「在宅医療・訪問看護」の確保 等

#### 視点2

**「かかりつけ医等」のさらなる推進など、患者にとって安心・安全な医療を実現すること**

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の評価 等

#### 視点3

**重点的な対応が求められる医療分野を充実すること**

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- 認知症患者への適切な医療の評価
- イノベーションや医療技術の評価 等

#### 視点4

**効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高めること**

- 後発医薬品の価格算定ルールの見直し
- 大型駅前薬局の評価の適正化
- 費用対効果評価(アウトカム評価)の試行導入 等

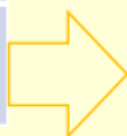
## 質の高いリハビリテーションの評価等

### 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

▶ 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

#### 現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



#### 改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定（**6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括（※）**）

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

### 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

**①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない場合が、3か月ごとの集計で2回連続した場合。**

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM（Functional Independence Measure）の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

## 8. 生活機能に関するリハビリテーションの実施場所の拡充

### 第1 基本的な考え方

社会復帰等を指向したリハビリテーションの実施を促すため、IADL（手段的日常生活活動）や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含めることとする。

### 第2 具体的な内容

医療機関外におけるリハビリテーションを疾患別リハビリテーションの対象に含める

必要なら自宅でのリハビリテーション実施が可能となった

## 医療と介護の移行を図る新たな評価 目標設定等支援・管理料【新設】

### 改定の具体的対応

リハビリテーションから活動・参加へのアプローチへの発展を支援する観点等から目標設定等支援・管理料を新設する。

### 目標設定等支援・管理料【新設】

- 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、機能予後の見通しの説明、目標設定の支援等を行う。
- 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料を減算する。

# 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日

説明・交付日 年 月 日

患者氏名 : 生年月日 : 年 月 日

1・発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)



## 2・ADL評価

大項目	中項目		得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭		
		更衣(上半身)		
		更衣(下半身)		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
		浴槽、シャワー		
	移動	歩行、車椅子		
階段				
小計				
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
小計				
合計				

3・現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在リハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4・今後の心身機能、活動、及び社会参加に関する見通し

<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の説明の内容</li> <li>患者の受け止め</li> </ul>
---

5・介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (あり・なし)

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性 (あり・なし)

紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考(事業所の特徴等)

説明医師署名 :

患者又は家族等署名 :

# 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日

説明・交付日 年 月 日

患者氏名 : 生年月日 : 年 月 日

1・発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)

--

## 2・ADL 評価

医師の説明義務化

大項目	セ				
運動	排泄	排尿コントロール			
		排便コントロール			
	移乗	ベッド、椅子、車椅子			
		トイレ			
		浴槽、シャワー			
	移動	歩行、車椅子			
		階段			
小計					
認知	コミュニケーション	理解			
		表出			
	社会認識	社会交流			
		問題解決			
		記憶			
小計					
合計					

3・現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在リハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4・今後の心身機能、活動、及び社会参加に関する見通し

- ・医師の説明の内容
  
  
- ・患者の受け止め

5・介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (あり・なし)  
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性 (あり・なし)

紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考(事業所の特徴等)

説明医師署名 : \_\_\_\_\_ 患者又は家族等署名 : \_\_\_\_\_

# 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日

説明・交付日 年 月 日

患者氏名 : 生年月日 : 年 月 日

1・発症からの経過 (リハビリテーション開始日: 年 月 日)

--

## 2・ADL 評価

### FIMによる評価

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点
			得点	得点
セルフケア		食事		
		整容		
		清拭		
		更衣(上半身)		
		更衣(下半身)		
		トイレ		
		排		
運動		歩行		
		階段		
認知	コミ	社会認識		
		問題解決		
		記憶		
		小計		
		合計		

介護保険サービスとの  
 連携の実施  
 転院後も送られる情報

3・現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在リハビリテーションの内容との関連

目標としているもの

関連する現在リハビリテーションの内容

心身機能		
活動		
社会参加		

4・今後の心身機能、活動、及び社会参加に関する見通し

- ・医師の説明の内容
  
  
  
- ・患者の受け止め

5・介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (あり・なし)

介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性 (あり・なし)

紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考(事業所の特徴等)

説明医師署名 :

患者又は家族等署名 :



# 平成28年診療報酬改定

## 医療機能分化・強化・連携

多職種の活用によるチーム医療  
質の高い在宅医療、訪問看護

# 平成30年の同時改訂に向けて

## 「医療・介護サービス提供体制の一体的な確保」

- 医療計画と介護保険事業支援計画は、従来の様に別々に作成されるのではなく、それぞれの必要量や提供目標量を相関させながら検討される
- 「地域完結」。地域ケアシステムとして、各地域で人材や財源の確保や、サービスの調整、計画作成等までを進める。
- 地域の現状（高齢化等の人口動態、医療・介護ニーズの程度、医療・介護資源等）をふまえた地域の基準や目標を持って、地域で人的資源を確保していく、いわば、「まちづくり」と一体になった施策となる。

# 今後の視点

# リハビリテーションの視点から 見た地域包括ケアシステム課題

- 病院スタッフ、在宅系スタッフ共に、今後のあり方・役割についての理解を深めることが必要。地域の動きに関心をもつ。
- 行政との関わり方と協力体制、協業体制
- 地域の中での受け皿として、サロン活動等が想定されているが、質・量とも十分準備されているとはいえない。
- 介護予防事業への関わり方の変化への対応が不十分
- 介護予防・健康維持については、地域の住民の方々が主体的にと  
いう考え方であるが、まだまだ住民の理解と協力が得られるほど周知  
が進んでいないではないか？
- 連携が機能しているか？

## 介護保険法

(国民の努力及び義務)

**第四条** 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

# 地域包括ケアシステムにおける リハビリテーションの役割

①病院・施設中心の医療・介護から在宅中心の医療 と  
介護が24時間365日提供されるシステム

⇒ 医療機関のセラピストは「A D L 予後予測」「生活機能  
向上プログラム」「多職種連携・協働」の強化

②高齢者の自立支援に重点を置いたシステム

⇒ 地域におけるリハ専門職は「生活機能の向上」「自立支  
援の考え方の共有」「自助意識・セルフエフィカシーの醸成」

③社会保障に依存しない、住民主体のセーフティネットによっ  
て生活が支えられるシステム

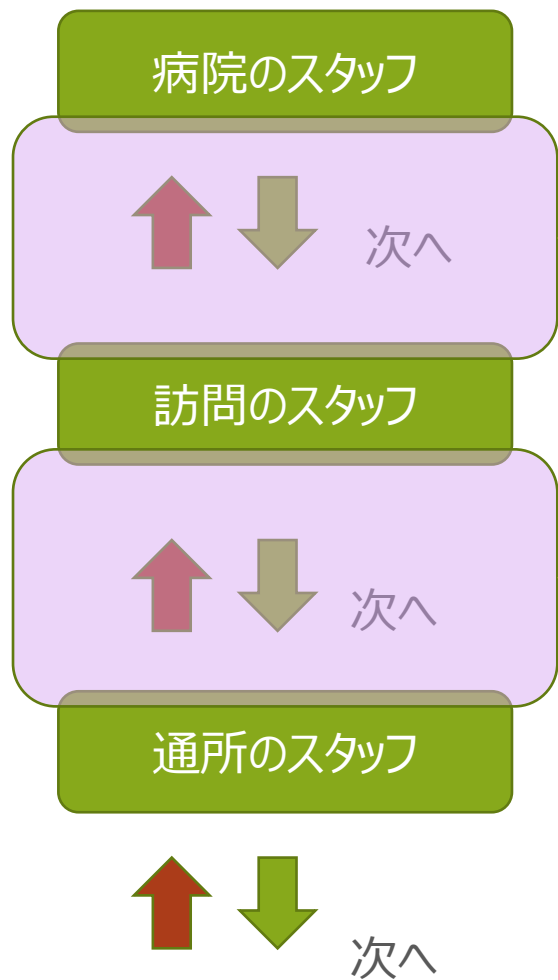
⇒「地域資源の開発・協力」「介護予防事業への関わり」

# 多職連携の場

- 病院内でのカンファレンス
- 退院前訪問指導時
- 退院時カンファレンス（介護保険サービスの調整会議）
- サービス担当者会議
- リハビリテーション会議
- 地域ケア会議
- その他

# 従来の機能に加えて、求められる機能

双方向の情報交換・意見交換



早く在宅へ戻れる状態へ改善をはかって在宅での生活で予測される課題を提示し、ケアマネ、在宅でのリハスタッフへ繋げる。

在宅環境での生活在宅環境から外れる状態へ。

身体機能の向上（医学の視点）と自立支援への関わり（生活の視点）参加・活動の拡大の推進、維持。

リハ専門職連携



# 訪問リハビリテーションに求められるもの

## 生活機能の維持と向上

- 自立支援型のケアプラン、リハビリテーションマネジメントの実践
- 活動と参加への意識と働きかけ
- 職種間連携とリハ専門職間連携
- 地域活動への参加
- 社会、制度への意識と働きかけ

病期を超えての他職種連携が求められています



が

リハビリ職種間連携は進んでいるのでしょうか？

病院と病院

病院と生活期

訪問と通所

# リハビリテーション専門職間の連携

以前から訪問リハのセラピストから、病院のセラピストは在宅のこと、退院後の生活のことが分かっていない、入院中と在宅生活では違うんだということが分かっていないという声をよくきいていました。際に、病期ごとの編成が進んでいる現在の病院の状況では、急性期病棟と回復期病棟間であっても情報は一方通行で、急性期からの送りが行われて終わってしまうことも多いでしょうし、在宅系のセラピストとの関係もやはり、退院時の情報を送ることで完結してしまっていることがほとんどではないかと思います。もちろん例外はあるでしょうが。

ここで問題なのは、情報が一方向へしか流れないということにあります。退院前にいろいろ準備したことが十分に機能したのか？課題として予想したことが妥当であったか？などの結果がフィードバックされないので行ったことの評価が十分になされないという点です。

地域内連携の重要性というのはずいぶんと言われており、リハビリテーション専門職の我々はもちろん理解していると思います。でも我々自身が、職種間連携を行えていると言えない状況では困ります。

地域包括ケアの構築が行われていく中で、地域においてわれわれは病院も在宅も共に話す機会を作り、職種間連携をすすめていきましょう。

私のところでは、厚別区・清田区のリハ機能のある3病院で情報交換会というものを実施しております。訪問リハも実施している病院です。通所機能のある病院もあります。今後、老健や他の通所施設の方とも交流できる場を作っていきたいと考えております。

まずは隣の施設、病院からどうでしょう

# 当院での実践 1

## 3病院情報交換会

厚別清田地区でリハビリテーション機能があり、患者の移動がある関係

### 新さっぽろ脳神経外科病院

脳神経外科・神経内科・回復期リハ病棟・訪問リハ

### 新札幌パウロ病院

回復期リハ病棟、医療・介護療養病棟、訪問リハ、通所

### 真栄病院

回復期リハ病棟・訪問看護ステーション、老健

行っていること

リハビリテーションスタッフ間の情報交換  
転院先での変化、退院時の情報等の直接的なやり取り  
病院での取り組みについて  
テーマにそっての意見交換  
共同での事業

# 当院での実践 2

## 生活期における装具対応についての連携

退院後の装具外来での対応まとめから、生活期における装具対応の課題

修理、補修されずに長期間過ごす例あり

機能的な変化があっても対応されない

どこに相談するといいかわからない

制度についてわからない

セラピスト側も作成目的と作成時の状態がわからない

# 当院での実践 2

## 課題を受けての対応

患者、家族  
通所リハスタッフ  
訪問リハスタッフ  
ケアマネ

対象として連携の構築

**装具ノート**：装具の作成目的、写真、作成時の機能等の情報  
患者に保管してもらう  
ケアマネ、生活期リハスタッフに情報確認してもらえる

**装具のしおり**：簡単な装具の種類、使用目的の説明  
簡単な制度の説明  
地域で対応できる病院の情報提示

**上記の情報と地域課題としての周知活動**  
訪問・通所リハスタッフへの周知  
包括、ケアマネへの周知

# 下肢装具のしおり

～退院後安全に装具を使用して頂くために



医療法人

新さっぽろ脳神経外科病院

## 1. 下肢装具とは

脳卒中となり動きにくくなった・筋力がおちた  
足の機能を補うために作成します

具体的には・・・

足の機能を補う

転倒の予防

変形の予防

疼痛の予防

などが期待できます

適切な装具を使用することが  
安全・快適な生活を送ることにつながります

## 2. 下肢装具の種類



## 3. 装具の付け方



- ① 踵をしっかりと装具にはめる
- ② 足首→足尖→下腿ベルトの順番でしっかりととめる

## 4. 下肢装具チェックポイント

- ① ベルトのくっつきが悪くすぐに剥がれてしまう
- ② 底材が剥がれている
- ③ ひびが入っている, 白く濁っている

- ④ 装具が当たって痛い・赤くなっている又は水ぶくれができています
- ⑤ 立った時に装具の中で踵が浮いている
- ⑥ サイズが合わない  
(付けた時に隙間がある・ベルトを付けられないなど)
- ⑦ 以前より歩きにくくなった など



当院で状況を確認し, 修理・再作成・動作指導を検討します



ヒビ, 白い濁り

底材のはがれ

ベルトのほつれ・破損



## 5. 下肢装具の耐用年数・保険

短下肢装具	両側支柱付き	3年
	プラスチック	1.5年

**医療保険利用** …… **1～3割負担**  
(医療保険の自己負担割合に応じて)

**身障手帳利用** …… **原則1割負担**  
(世帯の所得により自己負担が変化します)

- \* 入院中は医療保険で作成.
- \* その後の再作成は身障手帳を用います.
- \* 修理に関してはそれぞれの制度を用います.

## 6. 修理費用について

上記の制度を用いず、自費での修理も可能です。  
自費では以下の値段が目安になります。

- ① ベルト修理…約1,600～2,200円(1本)
- ② 底材の張り替え…約2,000円
- ③ 装具の微調整…お金はかかりません

## 7. 身障手帳での装具作成の流れ

各市町村の担当窓口で「申請書・意見書」を受け取ります  
(札幌市の場合、区役所の「保健福祉課」が窓口となります)

書類をもって当院へ

3Fリハビリ室にて状況確認、見積書と意見書を作成します  
(日時の調整については電話にてご相談ください。)

意見書・申請書・見積書の完成後、再度各市町村の担当窓口にて  
手続きを行います

1～1か月半で判定結果が返送

補装具支給申請が通り次第、当院にて装具の作成を開始します

型取り・仮り合せ・微調整に3～4週間程度

**完 成** (約2～2.5ヶ月後)

## 8. 靴について

痛みがなく快適に過ごすためには  
装具にあった靴選びが必要です

履き込み口が大きく  
開き履きやすい

装具に合わせて片方ずつ  
サイズや種類を変えられる

靴の先が高く広がっていて  
足先が当たらない

横幅が広くゆとりがある

## 8. 靴について②

下記のような靴がお勧めできます



<オルトα(布・レザー)>  
サイズ: 21.0cm~28.0cm  
値段: 3,900円~(片足)



<こみち(布・レザー)>  
サイズ: 21.0cm~28.0cm  
値段: 4,500円~(片足)



<冬靴(スパイク有・無)>  
サイズ: 22.0cm~27.5cm  
値段: 8,500円~(両足)



<屋内靴>  
サイズ: 21.0cm~27.5cm  
値段: 7,200円~(両足)

- \* 購入希望の方は業者をご紹介します
- \* 装具に合わせ左右で大きさや種類の違う靴の購入も可能です
- \* 冬用に靴底の張り替えも可能です(約2~3000円)

ご不明な点等ございましたらお気軽に下記までご連絡下さい。



医療法人

新さっぽろ脳神経外科病院

リハビリテーション科

TEL: (011)-891-2500

## ＜装具ノート＞

	
患者氏名：〇〇〇〇様 年齢：68歳 診断名：脳腫瘍 OPE 後 障害名：右片麻痺	
発症日：2014年9月2日 担当PT：〇〇	
運動機能：右下肢 BrstageⅣ、足背屈(±)、変形性足関節症による足部外反変形、外反母趾あり	
作成日	2015年7月23日
利用制度	身障
装具の種類	名称：SHB 厚さ：3mm 角度：背屈0° 補高：装具踵に1cm ベルト：3本 その他：Clow toe に対しインヒビターバー設定。 外反母趾に対して第一中足骨下に骨を押し上げる用 クッションを設定
作成目的	足関節背屈の補助と、変形性足関節症による足部外反変形と歩行時の Clow toe による足趾部の疼痛の保護。外反母趾の保護と脚長差を無くするため装具踵に1cm 補高。
利用目的	屋内外歩行時
靴	屋内・屋外共に、右：オルトα、左：こみち
今後予測されるリスク	装具内でのズレによる発赤・疼痛の出現。 〃 〃

# 当院での実践 2

## 目標

地域の中で、急性期・回復期の病院リハから生活期までの期間で安定した装具への対応を行える。

対応できる病院等のリスト、体制構築  
生活期との連携ツール・連携実践の方法確立  
患者家族への情報提示  
CMへの情報提示、連携関係の構築

# 地域包括ケアシステムの中での連携

他職種連携が求められています

それもそうですが

リハ専門職の病期間連携、施設・事業所間連携

をなんとかしていきましょう