

平成 22 年 12 月 14 日

民主党医療技術者政策推進議員連盟 御中

社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基



平成 24 年度医療保険・介護保険同時改定における 地域生活移行及び定着支援の推進に係る要望

作業療法士は、高齢者や障害者の医学的な状態像、社会的な役割、人間としての意欲を評価（アセスメント）し、それらを踏まえて、対象者がその主体的な作業（基本的動作、セルフケア、余暇活動、仕事等）を獲得もしくは再獲得することを様々な角度から指導・援助し、ひいては対象者が住み慣れた地域で、豊かで、生き生きとした生活を再構築し継続できるような支援を行っています。その活動領域は、保健・医療・福祉・介護・教育等の領域に及んでいます。

そのような立場から、平成 24 年度医療保険・介護保険同時改定における「地域包括ケアシステム」の導入は当協会としても大いに歓迎するものでありますが、高齢者や障害者の地域生活移行及び定着支援を推進し、もって国民の医療と福祉をよりいっそう増進するには、なお解決すべき様々な課題が山積していると考えております。

つきましては、地域生活移行及び定着支援を推進するために、作業療法士の視点から以下のことを要望させていただきます。

記

1. 介護老人保健施設におけるリハビリテーション専門職種の人員配置基準の引き上げ

現行制度では「100 床に対してリハビリテーション専門職種 1 名」となっているが、このような人員配置基準では、早期の在宅復帰を促進する中間施設として十全に機能することは望むべくもない。十分なサービス提供を行うためには、100 床に対するリハビリテーション専門職種の人員配置基準を引き上げていただきたい。

2. 利用者等にわかりやすい訪問リハビリテーション提供事業所の創設

1) 在宅医療・在宅介護の適切な提供体制の整備と効率的な運営を図るため、「多施設共同利用型訪問リハビリテーション・ステーション」の創設に向けて取り組みをお願いしたい。

2) また、利用者のニーズに応じて、訪問介護、訪問看護に加え、訪問リハビリテーションを一体的に提供できるよう「複合型ステーション」の創設も積極的にご検討いただきたい。

3. 自立支援に向けた包括マネジメントによる総合サービスモデルの活用

地域包括ケアシステムの生活期のリハビリテーションツールとして本モデルの活用を提案する。本モデルにより、医療・介護連携、IADL、QOL 等における対象者の改善が証明されており、健康増進事業の中核的モデルと捉えている。

以上

1. 介護老人保健施設におけるリハビリテーション専門職種の人員配置基準の引き上げ

① リハビリテーション専門職種の配置体制の現況との乖離

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリテーション専門職種（以下、リハ職）の100床に対する人員配置基準は最低1名（常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上）となっているが、リハビリテーションサービス提供体制としては不十分な体制である。平成20年度介護サービス施設・事業所調査によれば、常勤・非常勤を併せた常勤換算法でのリハ職の配置現況は、全国の介護老人保健施設3,500施設・入所定員319,652人に対して、理学療法士4,229人、作業療法士3,991人、言語聴覚士670人の計8,890人である。これは入所定員100名に対して、約2.6人のリハ職が配置されている計算になる（最大―東京都3.5人、最小―山梨県2.1人）。これら100床当たり2.6人のリハ職が配置されている現状を踏まえ、施設毎・地域別でリハビリテーションサービスの提供体制に差が生じることのないよう、配置基準を引き上げ、どこにいても適切なリハビリテーションサービスが受けられる体制作りが望まれる。

② リハビリテーションマネジメント提供体制の矛盾

適切なリハビリテーションサービスとは、制度で義務づけられているリハビリテーションマネジメント（以下、リハマネ）に基づく個別リハビリテーションの提供（利用者1名に対し20分×2回/週）が一つの前提となる。しかし、最低基準の1名配置では100名に対する個別リハビリテーションの実施は所定内労働時間から換算しても物理的に不可能であり、矛盾する配置体制となっている。

◎ リハマネの基準 利用者100名×20分（個別リハ）×週2回＝4000分

◎ 現行の最低基準 リハ職1名×8時間×週5日勤務＝2400分

※その他、リハマネ・ケアプランに伴う書類作成・記録時間等の事務作業が必要

③ 短期集中・認知症短期集中リハビリテーションの実施体制の強化

平成18年度より、集中的に個別リハビリテーションを実施することで在宅復帰を積極的に推進することを目的とした、新規入所者に対する短期集中リハビリテーション・認知症短期集中リハビリテーション（各々利用者1名に対して20分×3回/週を3ヶ月間）が加算として位置づけられている。これは上記②のリハマネ提供体制が整っていることが前提で行われることから、短期集中的なアプローチの必要な利用者がいても、リハ職の配置体制が強化されていなければサービス提供ができない施設が存在することとなり、在宅復帰を目的としたリハビリテーションの実施が十分行えているとは言えない現状にある。

④ 介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションの現状

介護給付費実態調査（平成 22 年 9 月）によれば、病院・診療所・老健施設からの訪問リハビリテーションの受給率は居宅サービス全実績の 2.6%となっている。特に、老健施設からの訪問リハビリテーションは、入所中から退所後も含めた、切れ目のない継続的な地域生活支援体制として重要な位置づけとなるが、算定実績が著しく少ない現状が伺える。宮城県を例にすると、老健施設 80 施設（平成 22 年 6 月末）のうち、訪問リハビリテーションの指定事業所として登録されているのは 10 施設に留まっている。平成 15 年以降、老健からの訪問リハビリテーションが制度として位置づけられているにもかかわらず普及していないのが実情である。また、宮城県で実施した訪問リハビリテーションに関する事業所調査では、訪問リハビリテーションが実施できない要因として、リハ職の人材不足という回答が最も上位となっている。

②、③の現状とも関連するが、決して十分とは言えないながらも施設内のリハマネ、短期集中等のリハビリテーション業務を優先することが前提となるため、訪問リハビリテーションに人材を供給する体制が不十分である現状が伺える。

⑤ 通所リハビリテーション

通所リハビリテーションにおいては、1 単位 20 名に対し、リハ職 0.2 名が配置基準となっている。1 単位 20 名で営業日数週 5 日とした場合、1 週間で述べ 100 名の利用者が利用していることになるが、0.2 とは所定内労働時間を週 40 時間とした場合 8 時間の勤務を指すものである。仮に全ての利用者を個別リハビリテーションの対象とした場合、週 8 時間の業務で 100 名の利用者に関わらなければならないことを意味している。個別リハビリテーションを行う場合、最低 1 回 20 分が義務づけられているが、配置状況によっては、個別リハビリテーションが必要と思われる利用者がいても、サービス提供ができていない利用者が多数存在することが伺える。

さらに、入所・訪問リハビリテーション同様に短期集中リハビリテーションのアプローチが求められていることからさらなる体制の強化が望まれる

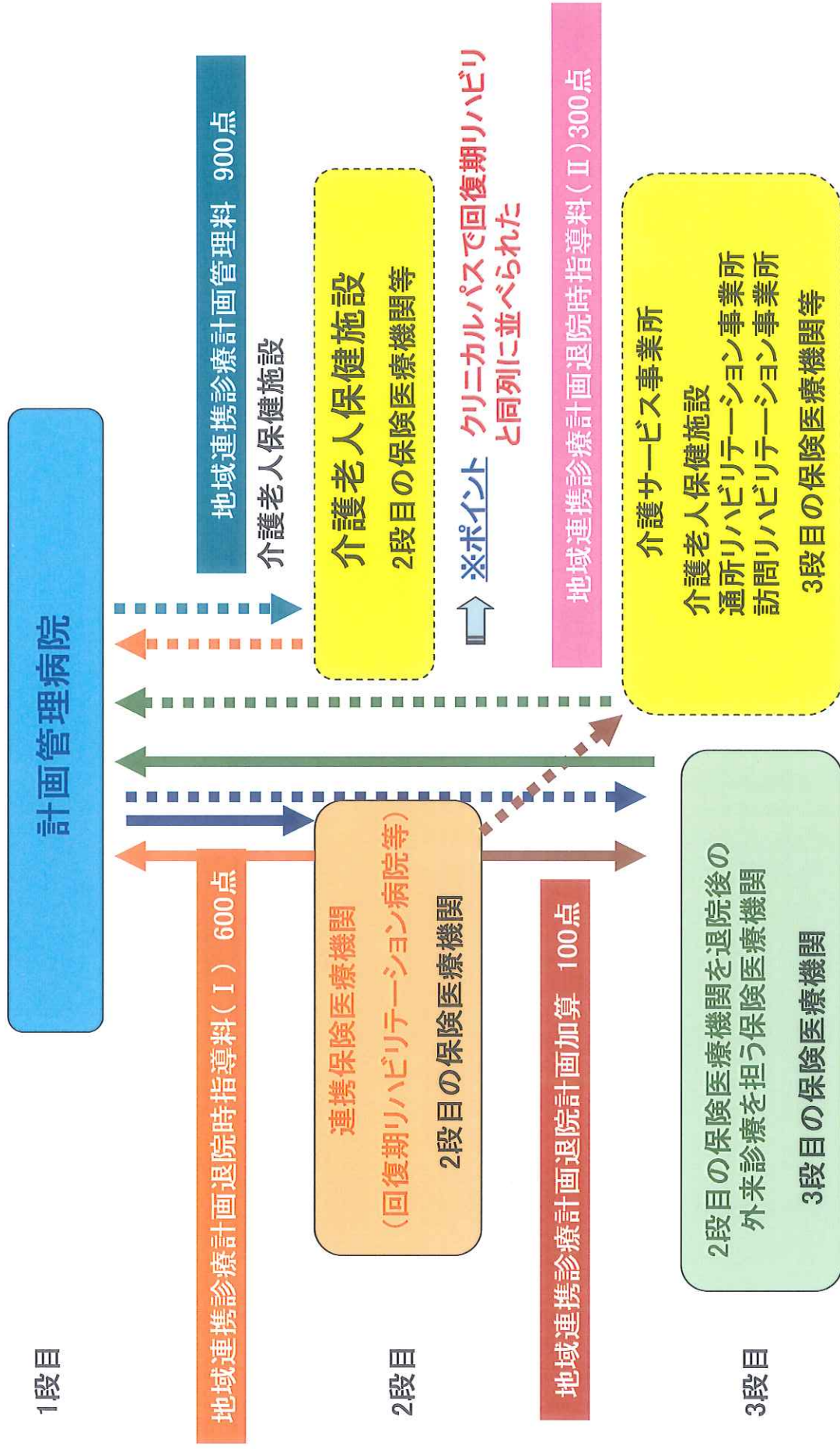
結論

医療から介護への連携を速やかに実施する上で、さらには、介護保険において、必要な時に必要なリハビリテーションサービスがどこでも同じように受けられるよう、上記①～⑤の現状を踏まえ、下記のように人員配置体制の引き上げを要望するものである。

- ◎ 在宅復帰を促進する観点からも、リハマネ・短期集中リハビリテーションの適切な提供体制、さらには退所後の訪問リハビリテーションの提供も踏まえ、入所 100 名に対して 3 名のリハ職の配置が望まれる。
- ◎ 通所リハビリテーションは、1 単位 20 名に対して 1 名（1.0）のリハ職の配置が望まれる。

新たな脳卒中地域連携クリニックパス(H22診療報酬改定)

平成22年度診療報酬改定において、クリニックパスに介護老人保健施設が明記。回復期リハビリテーション病院と介護老人保健施設は同等の扱いとなり、今後回復期の対象者が“介護老人保健施設”に入所するケースが増えることが予想される。



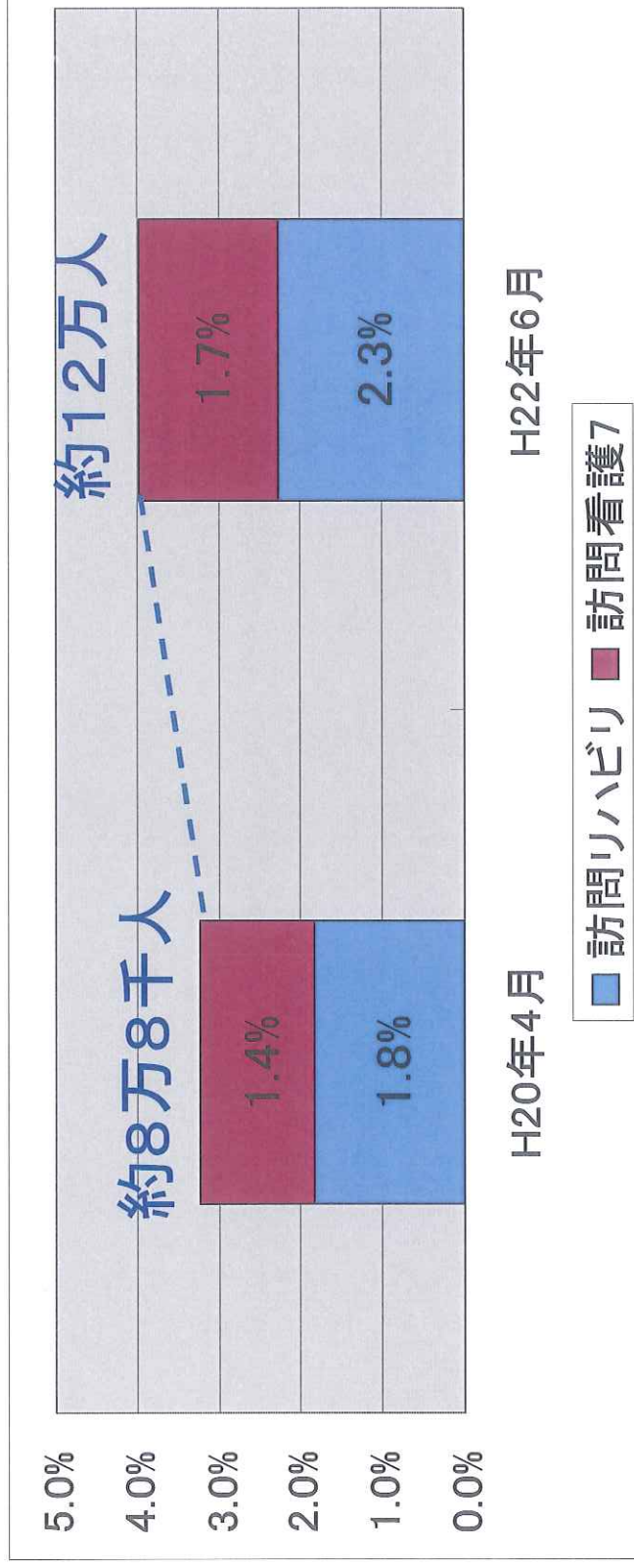
2. 利用者等にわかりやすい訪問リハビリテーション提供事業所の創設

高齢者の「自立支援」と「尊厳の保持」を図るうえで、個々人のもつ潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高めるリハビリテーションの果たす役割は大きいといえます。とくに療養型病床の見直し、在宅療養・在宅ケアの重視、在宅療養支援診療所の普及が図られるなどの新たな流れの中で、利用者個々のおかれている環境とその心身機能に対応した訪問リハビリテーションは、日常生活上の自立度を向上させ、要介護状態の悪化の防止、軽減などに大きな効果が期待できます。

しかしながら、地域によっては医療機関等からの訪問リハビリテーションが提供できていない実態にあります。これは診療所や病院が、それぞれ理学療法士等を雇用することが難しく、また非効率でもあることによります。診療所（かかりつけ医）等から地域の他の医療機関に理学療法士による訪問リハビリテーションの実施を依頼することが適当なケースについても、患者の取り込み等を恐れるところもあって、必ずしも円滑に機能していない実態にあります。また、老人保健施設への依頼については、当該施設医の診療が必要とされていることから、その施設をデイケアなどで利用している一部の者しか提供されていない実態にあります。

こうした現状の下、チームケアの視点に立った地域リハビリの体制の充実が課題となっています。よって、在宅療養支援診療所等との連携体制の下で、高い中立性と高度な専門性をもつ多施設共同利用型の訪問リハビリテーション・ステーションを創設されることを切に要望いたします。また、利用者の視点、効率的な居宅サービス機能という観点から、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリとを一体として提供できる拠点として「複合型訪問ステーション」の制度化も重ねて要望いたします。

居宅サービス受給者に対する 訪問リハビリ(訪問リハ+訪看7)の割合

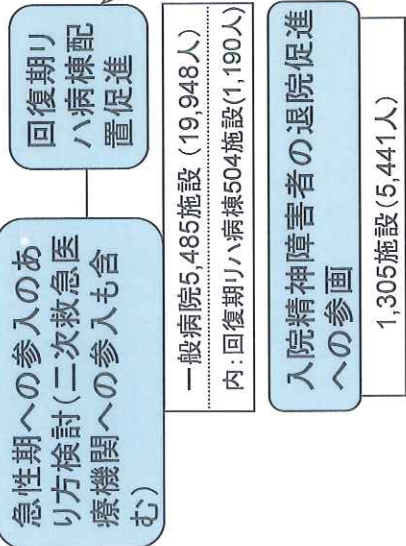


	H20年4月	H22年6月
居宅サービス受給者人数 (介護予防を含む)	271.5万人	299万人
訪問リハビリ利用者数 (訪問リハ+訪問看護7)	約8.8万人	約12万人
割合	3.2%	4.0%

I. (社)日本作業療法士協会が中期的に対応すべき重点事項 (基本的な考え方)

2010.8.1現在数値入り資料 (初出:2006年)

【回復支援】

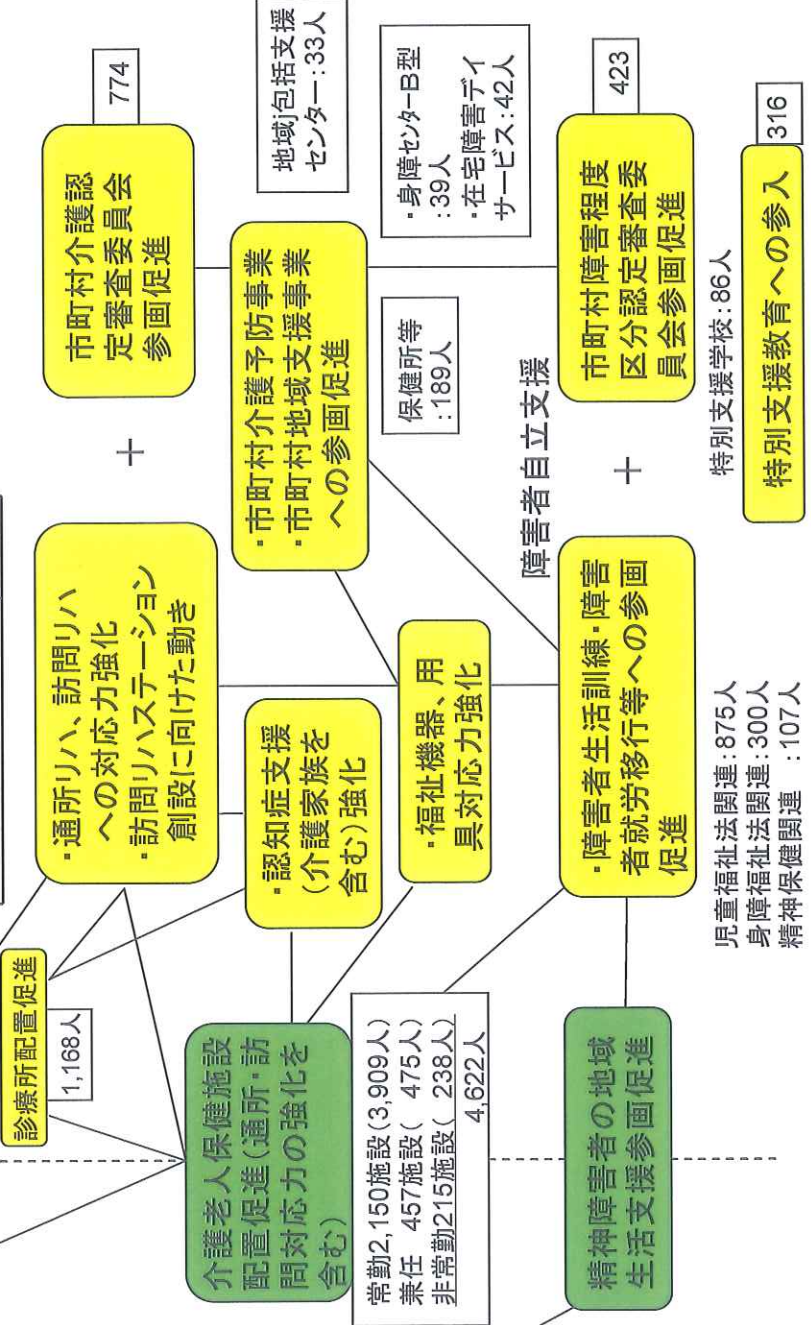


【地域生活支援】

訪問看護ステーション常勤514施設(574人)
特別養護老人ホーム常勤363施設(353人)

介護関連サービス(人数:重複)

指定介護老人福祉施設	782	指定短期入所生活介護	21
指定介護療養型医療施設	2,939	指定短期入所療養介護	41
指定訪問看護	874	指定特定施設入所生活介護	73
指定訪問リハビリテーション	1,838	指定在宅介護支援	272
指定通所介護	392	指定認知症対応型共同生活介護	19
指定通所リハビリテーション	2,619		



※図内数値は現状(主なもの)についてのみ記載

2010.8.1現在 組織率:77.86%
有資格者数:53,080名
協会員数:41,331名
(内5,000名=休業中)

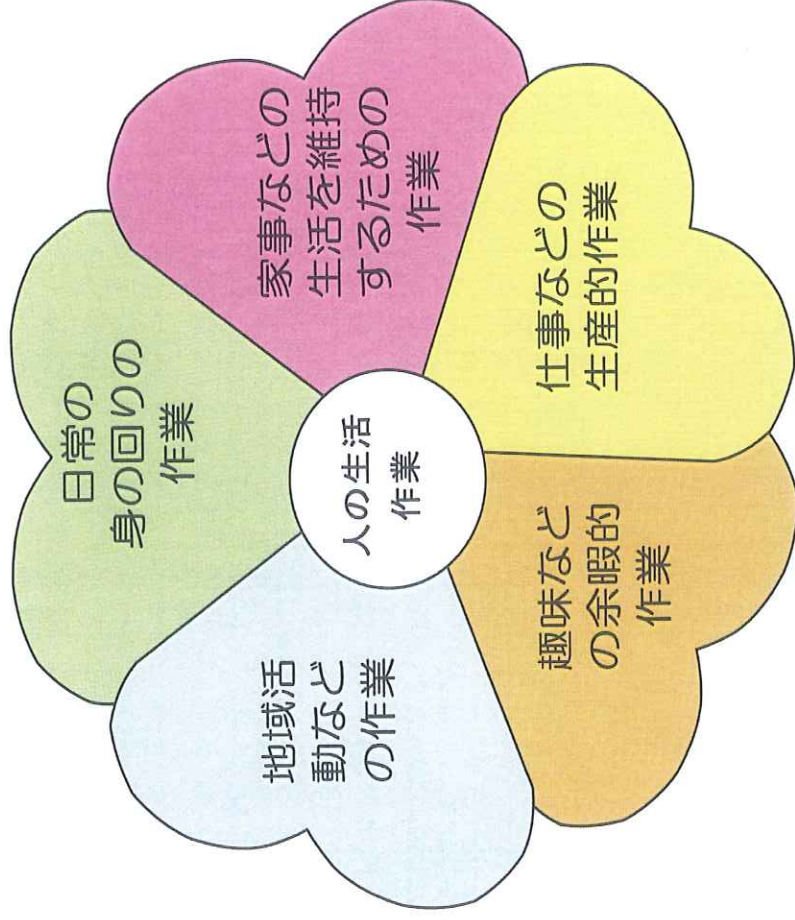
医療

保健・福祉・教育

Ⅱ. 地域生活移行・地域定着支援に向けて （“作業”を用いたIADL支援を軸に）

人は作業をすることで元気になれる

（地域生活移行 → 地域生活定着に向けて）



IADLの充実支援 → 本人なりの生活の充実

健康関連QOLが向上する

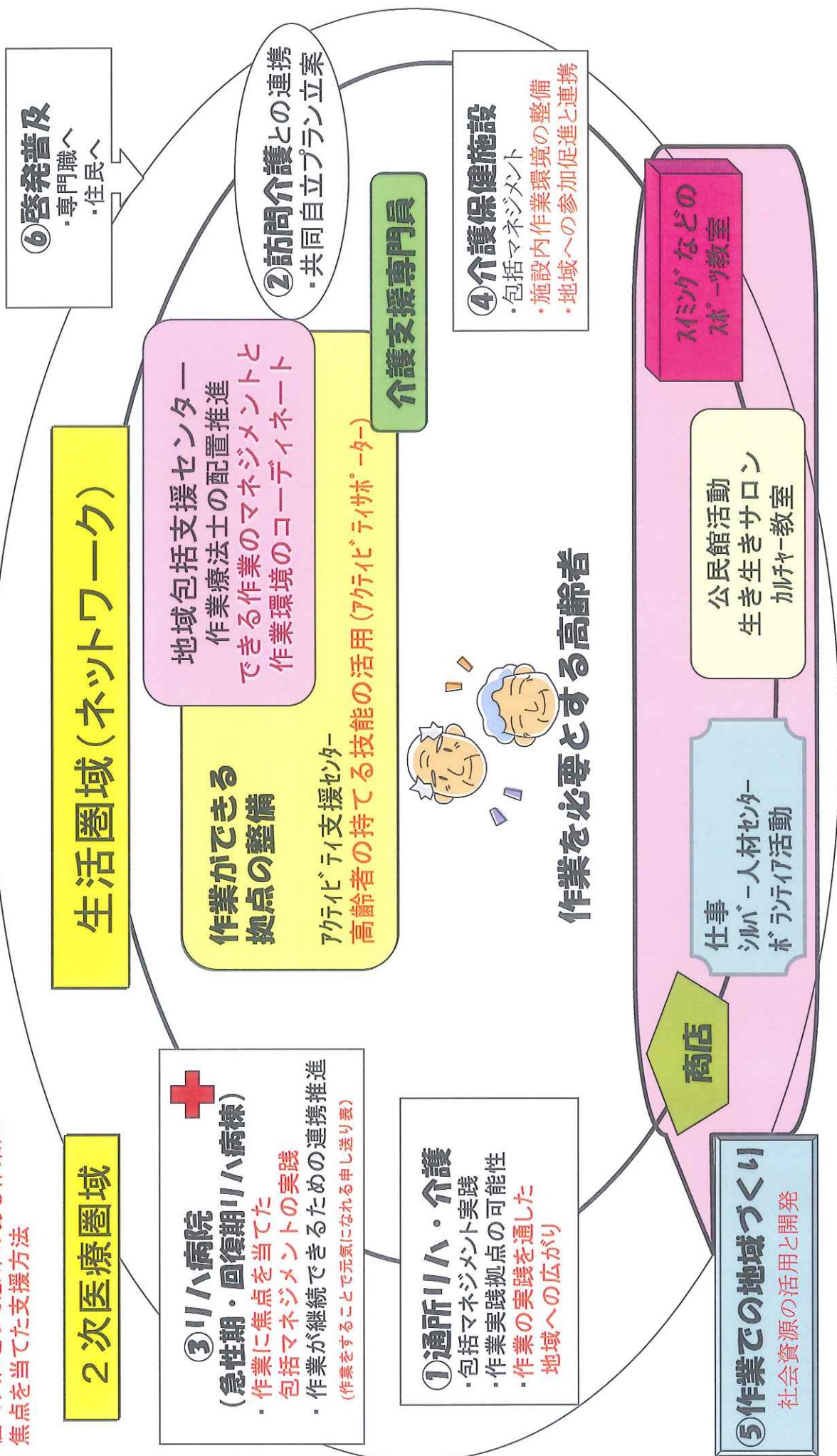
「作業ができることで
私は健康になったと
思える」

平成21年度老人保健健康増進事業
自立支援に向けた包括マネジメントによる
総合的なサービスモデル調査研究事業

Ⅲ. 本人がしたい作業を実現させるための提案

作業が継続できる環境整備を目指して

包括マネジメントとは：
 個々人にとって意味のある作業に
 焦点を当てた支援方法



2次医療圏域

+
③リハ病院
 (急性期・回復期リハ病棟)
 ・作業に焦点を当てた包括マネジメントの実践
 ・作業が継続できるための連携推進
 (作業をすることで元気になれる申し送り表)

生活圏域(ネットワーク)

地域包括支援センター
 作業療法士の配置推進
 できる作業のマネジメントと
 作業環境のコ-ディネ-ター

作業が
 できる
 拠点の整備
 アクテビティ支援センター
 高齢者の持てる技能の活用(アクテビティサポ-ター)

①通所リハ・介護
 ・包括マネジメント実践
 ・作業実践拠点の可能性
 ・作業の実践を通じた地域への広がり



作業を必要とする高齢者

④介護保健施設
 ・包括マネジメント
 ・施設内作業環境の整備
 ・地域への参加促進と連携

スミダグなどの
 スポーツ教室
 公民館活動
 生き生きサロン
 加チャ-教室
 仕事
 シルバ-人材センター
 ボランティア活動
 商店

⑤作業での地域づくり
 社会資源の活用と開発

⑥啓発普及
 ・専門職へ
 ・住民へ

②訪問介護との連携
 ・共同自立プラン立案