

# 神経・筋疾患の 訪問リハビリテーション

浅川 孝司 RPT, MSc  
吉野内科・神経内科医院  
リハビリテーション科

第8回神経難病リハビリテーション研究会@お台場

## 概要

介護・医療の  
使い分け

外来・訪問の  
移行期→在宅へ

地域連携

## 概要

介護・医療の  
使い分け

外来・訪問の  
移行期→在宅へ

地域連携

## 介護保険

介護認定を受ける患者とは・・・

- ・第1号被保険者（65歳以上の方）  
65歳以上であれば、疾患問わず
- ・第2号被保険者（40歳～64歳までの方）  
16種類の特定疾病患者

\*39歳以下は介護保険利用出来ない

## 特定疾病（16疾患）

- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脳血管疾患
- ・後縦靭帯骨化症
- ・進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- ・骨折を伴う骨粗しょう症
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・多系統萎縮症
- ・慢性関節リウマチ
- ・初老期における認知症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊管狭窄症
- ・糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- ・両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ・早老症
- ・末期がん

## リハ提供場所・保険

### ①病院

入院・外来でのリハビリ

医療保険

### ②在宅

訪問看護ステーションからリハビリ

医療保険

病院・診療所からリハビリ

{ 介護保険  
医療保険

病院・診療所  
医療保険

病院・診療所  
介護保険

対象者

39歳以下の患者

第1・2号  
被保険者

回数

1単位（20分） 計6単位/週まで

単位数

制限単位数の  
概念なし

290単位×6回=1740  
1740×4週=6960点

その他

同一法人内  
同一日不可

同一法人内  
同一日可能

## リハ提供場所・保険

### ①病院

入院・外来でのリハビリ

医療保険

### ②在宅

訪問看護ステーションからリハビリ

医療保険

病院・診療所からリハビリ

{ 介護保険  
医療保険

## 4回以上介入可能

訪問看護stnから週4回以上介入可能な疾患

### ■表1 (医療保険)

指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者 (告示第2の1)

※特掲診療施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者 (平22.3.厚生労働省告示第74号改訂)

○末期の悪性腫瘍 ○多発性硬化症 ○重症筋無力症 ○スモン ○抗悪性肉腫硬化症 ○脊髄小脳変性症 ○ハンチントン病 ○進行性筋ジストロフィー症 ○パーキンソン病関連疾患 (進行性上肢麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がII度又はIII度のものに限る。)) ○多系統萎縮症 (純体黒質変性症、オリブ球小脳萎縮症及びシヤイ・ドレーガー症候群) ○プリオン病 ○重症急性呼吸器不全症 ○ライソゾーム病 ○前腎白質ジストロフィー ○脊髄性筋萎縮症 ○球脊髄性筋萎縮症 ○慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ○後天性免疫不全症候群 ○脳神経損傷 ○人工呼吸器を使用している状態

※アンダーラインの5疾患が追加された疾患です。

なお、指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者は、週4日以上訪問看護が利用できる方です。

## 週4～5回も可能

リハビリ介入の回数

### Q 6-76 訪問看護とリハビリテーションの同一日算定

筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の利用者に医療保険で毎日訪問看護を実施しています。同一日にリハビリテーションを希望しているのですが、算定は可能ですか。

A 他の事業所からのリハビリテーションは同一日の算定はできません。基準告示第2の1 (10頁参照) の利用者であるため、同一事業所であれば、難病等複数回訪問加算を算定することが可能です。

平成20.3.5 厚労省67号 別表 区分01 注7→43頁

同じ事業所であれば複数回介入可能

## リハ+看護が必須

連携を取る為に・・・

問21 留意事項通知において、「計画書及び報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による訪問についてどのように考えればよいか。

(答) 訪問看護サービスの「利用開始時」については、利用者の心身の状態等を評価する観点から、初回の訪問は理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行うことを原則とする。また、「定期的な看護職員による訪問」については、訪問看護指示書の有効期間が6月以内であることを踏まえ、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うものとする。なお、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではないが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

リハ提供には看護師の定期的な訪問が必要になった

	病院・診療所 医療保険	病院・診療所 介護保険	訪問看護stn 医療保険
対象者	39歳以下の患者	第1・2号 被保険者	難病患者は 医療保険
回数	1単位(20分) 計6単位/週まで		複数回訪問可能
単位数	制限単位数の 概念なし	290単位×6回=1740 1740×4週=6960点	制限単位数の 概念なし
その他	同一法人内 同一日不可	同一法人内 同一日可能	「特別な関係」算定不可 看護師の介入必須

## 概要



## 問題点

医療保険（外来）と介護保険（訪問）

**併用不可能**

## 翌々月までは可能

疾患別リハビリテーション実施していたが・・・  
MSA患者さんが介護保険を使って別の施設で

訪問リハビリ  
デイケア  
介護予防訪問リハ  
介護予防デイケア

へ、行き始めた

翌々月までは1月に7単位まで可能。それ以後不可能

## 介護保険でリハなし

介護保険によるリハビリを利用していなければ

(問2) 介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション以外の介護サービスを受けている者であれば、疾患別リハビリテーション料又は疾患別リハビリテーション医学管理料を算定できると考えてよいか。  
(例) 通所介護の「個別機能訓練加算」、訪問看護ステーションにおいて看護職員に代わり理学療法士又は作業療法士が行う訪問看護等

(答)  
そのとおり。

**疾患別リハは可能**

## 訪問stnからのサービス

疾患別リハビリテーション実施していたが・・・  
MSA患者さんが訪問看護stnから

訪問看護I 5  
リハスタッフ  
介入

を、開始した

併用可能である

## 「看護」として介入

訪問看護事業所からのリハビリの算定は、  
「訪問看護I 5」として訪問看護として診療報酬を算定します。したがって、報酬上は、訪問看護としての位置づけの為、病院での外来リハビリとの併用は問題なく算定可能です。

19.6.1 事務連絡（保険局医療課）疑義解釈資料の送付について（その8）

## 問題点①

介護保険下で訪問リハビリ実施 ➡ 外来算定不可

医療保険下で訪問リハビリ実施 ➡ 外来算定可

保険の種類で併用の可否が変わる

## 問題点②

介護保険利用者の外来リハビリは

翌々月までは1月7単位まで可能。それ以後不可能

介護保険利用者だけの制限

### 問題点③

	病院・診療所 医療保険	病院・診療所 介護保険	訪問看護stn 医療保険
対象者	39歳以下の患者	第1・2号被保険者	難病患者は医療保険
回数	1単位(20分) 計6単位/週まで		複数回訪問可能
単位数	制限単位数の概念なし	290単位×6回=1740 1740×4週=6960 <small>回</small>	制限単位数の概念なし
その他	同一法人内 同一日不可	同一法人内 同一日可能	「特別な関係」算定不可 看護師の介入必須

回数の不平等

リハ職の所属機関によって変わる介入回数制限

### 問題点④

	病院・診療所 医療保険	病院・診療所 介護保険	訪問看護stn 医療保険
対象者	39歳以下の患者	第1・2号被保険者	難病患者は医療保険
回数	1単位(20分) 計6単位/週まで		複数回訪問可能
単位数	制限単位数の概念なし	290単位×6回=1740 1740×4週=6960 <small>回</small>	制限単位数の概念なし
その他	同一法人内 同一日不可	同一法人内 同一日可能	「特別な関係」算定不可 看護師の介入必須

「特別な関係」

- ・開設者が一緒
- ・代表者が一緒
- ・各代表者が親族etc

同一法人内等は同一日の算定不可能

### 概要



### 3つの検討項目

・地域包括ケアシステムでの医療提供体制は・・・  
地域の特性に応じて

- 1) 自地域の需要や自施設が持つ機能を考えた施設のあり方
- 2) 医療と介護の連携
- 3) 医療機関同士の「競争」
  - ⇒ 「協調・役割分担と連携」
  - 例) 病院⇔病院連携, 病院⇔診療所連携

## 3つの検討項目

・地域包括ケアシステムでの医療提供体制は・・・  
地域の特性に応じて

- 1) 自地域の需要や自施設が持つ機能を考えた施設のあり方
- 2) 医療と介護の連携
- 3) 医療機関同士の「競争」  
⇒「協調・役割分担と連携」  
例) 病院⇄病院連携、病院⇄診療所連携

地域で神経難病患者を  
サポートできる  
体制はあるのか？

## 近隣の難病拠点・協力病院



東京 難病医療拠点病院：30，協力病院：51  
千葉 難病医療拠点病院：1，協力病院：9

## 思った以上に存在する

東京都（区東部）



在宅療養支援病院：6  
在宅療養支援診療所：123

千葉県（東葛南部）



在宅療養支援病院：4  
在宅療養支援診療所：102

## 神経内科>難病>在宅

Q：在宅療養支援病院・診療所で

「神経内科」を標榜している施設は・・・？

東京（区東部） 千葉（東葛南部）

3/129施設 5/106施設

Q：神経難病を診療している施設数は？

東京（区東部） 1施設 千葉（東葛南部） 3施設

Q：在宅医療（往診）を行っている施設数は？

東京（区東部） 1施設 千葉（東葛南部） 2施設

## 在宅支援が乏しい

大学病院や難病拠点病院等での診断・治療



在宅移行後、継続した医療・福祉サービス展開

しかし！！

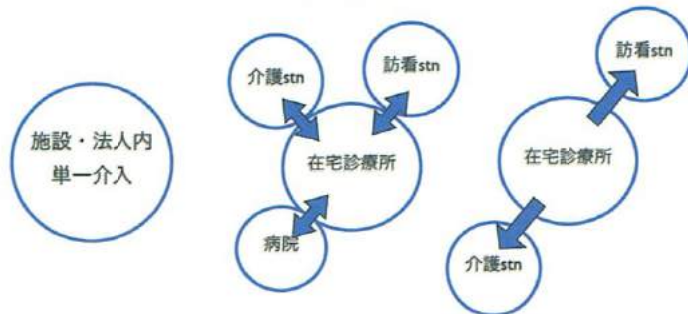
難病医療サービスを提供する施設が**少ない**

在宅難病医療の**拠点（受皿）がない**

## 施設の規模や地域性に応じた介入

自立型

連携型 > 支援型



## 3つの検討項目

・地域包括ケアシステムでの医療提供体制は・・・  
地域の特性に応じて

- 1) 自地域の需要や自施設が持つ機能を考えた施設のあり方
- 2) 医療と介護の連携
- 3) 医療機関同士の「競争」  
⇒ 「協調・役割分担と連携」  
例) 病院⇄病院連携、病院⇄診療所連携



## 医療・介護の連携

- 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。
  - 人口が概ね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、**高齢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**必要があります。



## 在宅難病患者さんへの介入で求められる事

呼吸（器）ケア、排痰ケア、コミュニケーション、  
スイッチ、嚥下、移乗・移動、吸引、経管栄養、  
点滴、全身管理、病気の理解、意思決定支援、  
**QOL**、居宅介護、重度訪問、特定疾患、身障手帳、  
介護保険、医療保険など・・・



## 多職種連携からみえてくるもの

在宅リハビリテーション推進協議会  
ケアマネージャー・リハビリ専門職 合同研修会

家族にも介護やって  
もらいましょう

コミュニケーション  
がとれない、呼吸がわか  
らない・・・

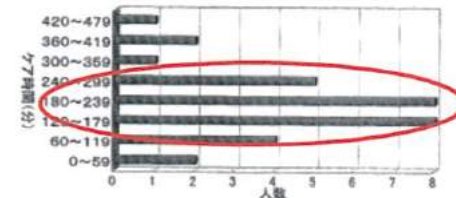
吸引はみ  
んな出来るの  
か？

訪問介入  
に限界を感じ  
る・・・



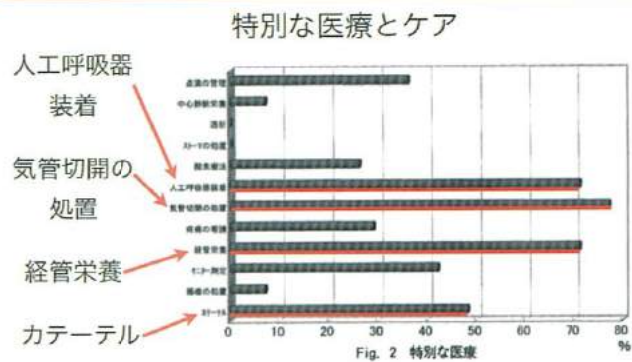
## 3時間以上の断続した介護

ALS患者の介護時間



平均：197分の断続した介護時間

## 専門的なケア内容



専門性が求められるケア内容

養場郁子ら、医療56,141-145,2002

## 対応を断られる疾患・状態（全国）

- ・呼吸器疾患: **40%**
- ・TPPV, 気管切開: **46%**
- ・特定疾患: **23%**
- ・吸入, 吸引管理: **25%**

**神経筋疾患患者は断られる可能性あり**

在宅難病患者さんの**希少性・重度化・多様化**によるものか?

平成25年度 訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の提供実態に関する調査研究事業 調査報告書  
発行：公益社団法人 日本理学療法士協会

## 当院の取り組み

市川在宅神経難病患者さんを  
支える会

地域で活躍する医療・介護スタッフへの  
知識・技術・経験の普及と親睦を深める会



移乗動作

呼吸介助

コミュニ  
ケーション

胃瘻

吸引

## 講演, 講義, 患者会



## 患者を囲って支援



## 3つの検討項目

・地域包括ケアシステムでの医療提供体制は・・・  
地域の特性に応じて

- 1) 自地域の需要や自施設が持つ機能を考えた施設のあり方
- 2) 医療と介護の連携
- 3) 医療機関同士の「競争」  
⇒ 「**協調・役割分担と連携**」  
例) 病院⇄病院連携, 病院⇄診療所連携

## 連携の前に・・・

神経・筋疾患における  
病院⇄診療所連携のあり方を検討

在宅ALS 患者さんって  
そもそも病院受診するの？

## 異なる連携状況

同じ治療介入（胃瘻・気管切開など）する疾患でも

頻度	・ 定期的な連携	DMD:赤字
	・ 不定期な連携	ALS:青字
時期	・ 長期間連携型	
	・ イベント時連携型	
連携先	・ 小児期からの決まった病院	
	・ 在宅医側からのアプローチ	

## 役割分担を利用する

自験例

病院・・・詳細な検査が可能  
診療頻度は低い

在宅・・・限られた範囲の検査は可能  
診療頻度は高い

実施可能な検査・評価・診療頻度に差  
病院・在宅の役割分担

↓

2診療制の検討

浅川ら、難病と在宅ケア、2018

## 在宅サービスにも有利

在宅サービススタッフの情報源

自験例

DMD 病院から提供される多くの情報源

VS

ALS 在宅診療で得られる限られた情報のみ



2診療制を生かした情報共有は  
現状把握しやすく、介入や効果判定  
にも役立つ

浅川ら、難病と在宅ケア、2018

## 3つの検討項目

- 1) 自施設のあり方  
➡ 連携型・支援型等、様々な在り方
- 2) 医療と介護の連携  
➡ 中心的施設から地域への連携
- 3) 「協調・役割分担と連携」  
➡ 2診療制による役割分担

## 問題点①

介護保険下で訪問リハビリ実施 ➡ 外~~来~~算定不可  
外来算定可

医療保険下で訪問リハビリ実施 ➡ 外来算定可



- ・異なる保険であっても、対応を統一する
- ・病院と在宅の役割分担、在り方より病院受診の担保

## 問題点②

介護保険利用者の外来リハビリは

翌々月までは1月7単位まで可能、それ以後不可能

介護保険利用者だけの制限



翌々月までは1月7単位まで可能、それ以後不可能

○か月毎に

・病院と在宅の役割分担、在り方より病院受診の担保

## 問題点③

	病院・診療所 医療保険	病院・診療所 介護保険	訪問看護stn 医療保険
対象者	39歳以下の患者	第1・2号被保険者	難病患者は医療保険
回数	1単位(20分) 計6単位/週まで		複数回訪問可能
単位数	制限単位数の概念なし	290単位×6回=1740 1740×4週=6960点	制限単位数の概念なし
その他	同一法人内 同一日不可	同一法人内 同一日可能	「特別な関係」算定不可 看護師の介入必須

回数の不平等

リハスタッフの所属・保険の種類に関わらず

統一した介入頻度設定

## 問題点④

	病院・診療所 医療保険	病院・診療所 介護保険	訪問看護stn 医療保険
対象者	39歳以下の患者	第1・2号被保険者	難病患者は医療保険
回数	1単位(20分) 計6単位/週まで		複数回訪問可能
単位数	制限単位数の概念なし	290単位×6回=1740 1740×4週=6960点	制限単位数の概念なし
その他	同一法人内 同一日不可	同一法人内 同一日可能	「特別な関係」算定不可 看護師の介入必須

同一法人内等は  
同一日の算定不可能

異なる診療の為、同一日算定を可能とする

## まとめ

- ①介護保険利用者が外来リハ受けられない  
➡ 異なる保険でも対応の統一・併用可能に
- ②翌々月までは1月に7単位まで可能、以後不可能  
➡ ○か月毎に1月に7単位まで可能
- ③週6単位までのリハVS 毎日介入可能  
➡ 介入頻度の均一化
- ④「特別な関係」の算定不可  
➡ 算定可能