

3.

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

中馬：それでは続いて吉野内科・神経内科
 医院リハビリテーション科、浅川孝司先生
 におかれては神経・筋疾患の訪問リハビリ
 テーションのテーマでお話をさせていただく
 予定です。浅川先生も本当にいろいろな所
 で講演をされていると思います。この間も
 滋賀県のほうに来ていただいて本当にあり
 がとうございました。

本日は ALS のお話やそれ以外の疾患など
 もあるのでしょうか。訪問ではかなり積極
 的に ALS の患者さん、多系統萎縮症の患者
 さんなどを診ておられるということで、普
 段お悩みの方が多くいれば、聞いていただ
 けると何でも答えてくださる先生ではない
 かと思っています。では浅川先生、よろしく
 お願いします。

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

浅川：神経・筋疾患の訪問リハビリテーシ
 ョンと題し発表を行います。吉野内科・神経
 内科医院の浅川孝司です。どうぞよろしく
 お願いします。

今回、小森先生から神経・筋疾患の訪問リ
 ハビリについて、診療報酬や介護報酬など
 の使い方、そして切り分け方を説明し、社会
 的側面から見た訪問リハの問題点や、改善
 を期待したい点を検討してほしいという大
 きな題を頂きました。私の話は少し法制度
 の話が含まれてしまいますが、どうぞよろ
 しくお願いします。

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

本日の発表内容ですが、初めに介護保険、
 医療保険の使い分けについて簡単に復習を
 し、次に外来・訪問の移行期から在宅まで
 の問題を検討していきたいと思います。そし
 て最後に地域連携について話していきたい
 と思います。

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

では初めに介護保険、医療保険の難病患
 者さんへの使い分けについてです。

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

介護認定を受ける患者さんとは第1号被保険者といって、65歳以上であれば疾患を問わず介護が必要であれば認定可能です。

一方それ以外の年齢では40歳から64歳までは第2号被保険者と呼ばれ、介護保険の定める16特定疾病であれば介護認定を受けることができます。よって39歳以下はいかなる疾患や状態であっても介護認定は受けることができません。

特定疾病（16疾患）

- ・ 脳変性疾患
- ・ 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
- ・ 脊柱管狭窄症
- ・ 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

これが介護保険で定める16特定疾患です。16個の中にはALS、PSP、CBD、PD、MSA、SCDが含まれています。これらの疾患に関しては40歳以上の患者さんは介護保険が適用となります。

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 }

では難病患者さんがリハビリを受けることができる場所とその保険の種類についてまとめていきたいと思います。

1つ目は病院で、これは入院、外来とも医療

保険下で行われます。皆さんこれは理解しやすいと思います。一方在宅になると訪問看護ステーションからのリハビリは、難病患者さんは医療保険のみとなり、病院やクリニックからは介護保険と医療保険の2パターンがあります。まずはこの2パターンの違いを見ていきたいと思います。

	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

病院・診療所から介護保険対象外の難病患者に対しては医療保険で介入します。一方介護保険対象者には介護保険優先があるので、介護保険で介入します。その際どちらの保険でも1単位20分計算で週6単位までの制限があります。1時間を3単位で介入すると週に2回のみ介入になってしまいます。

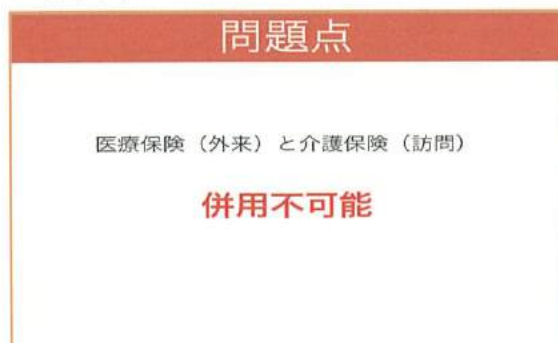
また医療保険下では制限単位数の概念はありませんが、介護保険では1単位290点掛ける1週間6単位使えますので、それを1時間のリハを週2回、それを1カ月を4週間で計算するとおおよそ6,960点となり、介護保険で使える点数の約7,000点程度を消費してしまうことになります。

その他の事項として医療保険では同一法人内の同一算定は不可能です。つまり同じ病院からの医師とリハや、同一法人内の訪問看護師さんと同じ日に介入ができません。介護保険はそのような心配はありません。

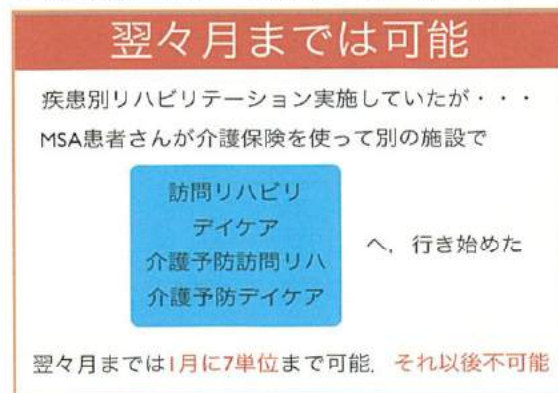
介護ステーションからは複数回訪問が可能で、理論上毎日のリハが可能。その他同一法人内など特別な関係同士の同一日の算定は不可能など、病院やクリニックと同様な縛りがあります。



では次に外来訪問の移行期と在宅期についてです。



外来から訪問への移行期、または訪問に完全に移行した患者さんが外来に来たときの問題は、医療保険下の外来と介護保険下の訪問の併用が不可能であることです。皆さんも経験があるのではないのでしょうか。



つまり外来で疾患別リハビリ、主に脳血管疾患等のリハビリですが、それを実施していた患者さんが介護認定を受け、訪問リハ、デイケア等に行き始めれば、外来リハはその翌々月までは1カ月に7単位まで取得が可能となってしまいます。しかしそれ以降は算定不可能、つまり外来リハは提供できない状況となっています。

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。
(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

19.6.1 事務連絡（保険局医療課）院務解釈資料の送付について（その8）

これは情報の整理ですが、介護認定を受けた患者さんが全員外来算定不可能ではなく、介護保険でのリハビリを利用してなければ、外来での疾患別リハは可能という根拠を示したスライドです。

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

では外来で疾患別リハ、脳血管疾患等のリハですが、それを実施していた患者さんが訪問看護ステーションから、つまり訪問看護Iの5というものですが、それとして在宅リハビリを始めればどうでしょうか。

それは実は併用可能です。つまりこの場合は外来リハと在宅での訪問看護ステーションからのリハが併用可能ということになっています。

「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）

これはなぜかという、訪問看護Iの5はあくまでも訪問看護という名の下で何うため併用が可能となっています。

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

ではこれから各種保険や現状のルールにおいて、難病患者さんが外来、訪問の移行期、もしくは完全に在宅移行されたときの問題点について考えていきたいと思います。1つ目の問題は介護保険で訪問リハを実施している患者は外来算定できず、訪問看護ステーションから医療保険での訪問リハを実施している患者さんは外来算定可能、つまり保険の種類で併用の可否が変わってしまうということです。

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

2つ目の問題は介護保険利用者だけに適用されている外来リハは翌々月まで1カ月7単位可能、それ以降は算定不可能という問題点です。

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5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	250単位×6回＝1740 1740×4割＝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 同一日可限	*特別の関係、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

3つ目はリハ職種の所属機関によって変わってしまう介入回数の制限で、制限の有無もそうですが、同じ保険下であっても介入回数の不平等があるということです。

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5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	250単位×6回＝1740 1740×4割＝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 同一日可限	*特別の関係、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

最後の4つ目として、医師、看護師、リハスタッフと異なる診療を行っているにもかかわらず、同一法人や特別な関係にある組織同士の同一日介入は算定不可能であることです。ここではひとまず問題提起で止めておきます。



では本日最後のテーマ、地域連携に進みます。

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

地域の話をするときは地域包括ケアシステムは切り離せません。このシステムでの医療提供体制というのは、1つ目に自分の施設がある地域の需要や施設の機能を考えた施設の在り方を考えられること、2つ目に医療と介護の連携、3つ目に医療機関同士の競争関係から協調・役割分担と連携が必要だと言っています。

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

初めに自地域の需要や自施設が持つ機能を考えた施設の在り方について考えていきたいと思います。

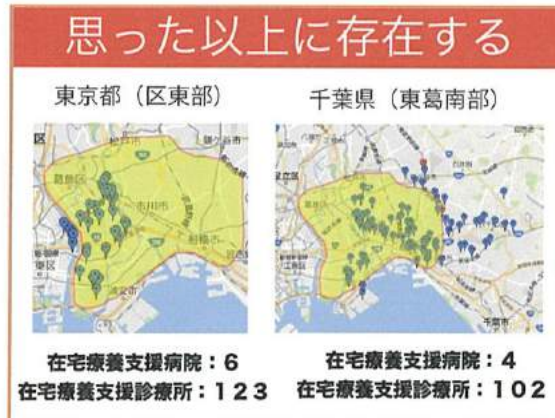
地域で神経難病患者をサポートできる体制はあるのか？

自分たちの地域と施設の在り方を考えた際に、1つ疑問に思ったことがあります。それはこの地域で神経難病患者さんをサポートできる体制があるのかと疑問に思い調べてみました。

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

このスライドの黄色で示したエリアが当院訪問リハ部隊が活躍する範囲です。東京都には難病拠点病院が30、協力病院が51、千葉県側にはかろうじてそれぞれ1施設、9施設があります。黄色のエリア内には拠点病院が2つ、協力病院が1つある程度です。



次に左の図ですが、東京の東部には在宅療養支援病院が6つ、支援診療所が123個あることが分かりました。右の図の千葉県側にはそれぞれ4施設、102施設があり、調べてみると意外と多いことが分かりました。

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)	千葉 (東葛南部)
1施設	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)	千葉 (東葛南部)
1施設	2施設

しかし当院が活動するエリアの中で、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、東京都内で129分の3施設、千葉県側で106分の5施設のみでした。

さらに神経難病を診療している施設は東京で1施設、千葉県で3施設のみ、さらに在宅診療を行っている施設は東京で1、千

葉で2施設のみでした。人口過密地域にもかかわらず施設数は極端に少ないということが分かりました。

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

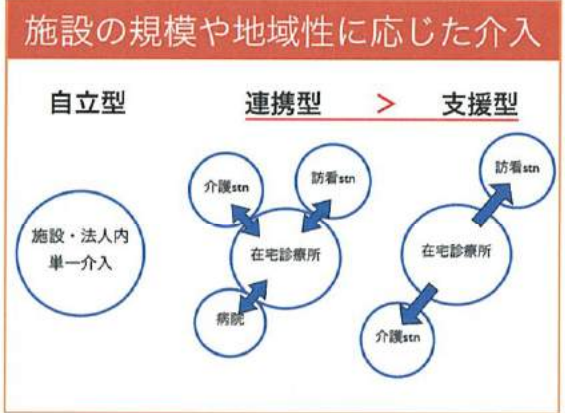
↓

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**

患者さんにとっては大学病院や拠点病院で診断・治療を行った後、在宅に戻り継続した医療・福祉サービスを展開したいと思っても、そのサービスを提供する施設が少ないこと、地域の中では在宅難病医療の拠点、つまり受け皿がないことが分かりました。



この事情を踏まえて当院の在宅サービス介入のスタンスをお伝えしていきたいと思えます。地域や在宅での活動には3パターンあると考えています。1つ目は自立型です。完全に1つの施設や法人内で単一介入するパターンです。医療施設が少ない地方ではよく見られるパターンではないでしょうか。

2つ目に連携型です。1つの施設に1つの機能があり、さまざまな施設とコラボレーションして患者に直接介入していくパターンです。3つ目は地域の中心的な施設に見られる支援者を支援し、患者への直接介入は行わない、または行っても頻度が少ないいわゆる後方支援型です。

当院は人口過密地域の中、在宅神経難病患者を支える施設が少ない事より、主に連携型を取りました。また割合は少ないのですが支援型のスタイルも取っており、割合にすると7対3で連携型を取っています。

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

次に医療と介護の連携について議論していきたいと思います。

医療・介護の連携

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年以降に、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推進しています。
- 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。
- 人口が減少し、75歳以上人口が急増する大都市圏、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する農村部等、高齢者の生活状況に応じた地域包括ケアシステムの構築が重要です。



このスライドは皆さんもよく見るものだと思います。説明はしませんが、これからの地域は住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムの構築を目指すと言われています。

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・・・



しかしながら ALS 患者さんをはじめとする難病患者さんの在宅医療はどうでしょうか。難病患者を在宅でサポートするにはさまざま過ぎる、ときとして医学的な管理が必要で、法制度の理解も必要な場合がそれも多々あります。

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

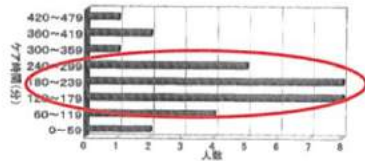
ケアマネージャー・リハビリ専門職 合同研修会



これは私たちの病院がある地域のリハビリ推進協議会や、ケアマネリハビリ合同研修会に参加したときに、実際に議論されていたフレーズの一部です。病院の医師は吸引は皆ができるものと考え、ケアマネさんも家族主体のケアプランを作成し、現場のスタッフ逆に難病特有のコミュニケーションや呼吸の管理が分からず、そしてその介入に限界を感じるという専門多職種の会話が聞こえてきました。

3時間以上の断続した介護

ALS患者の介護時間

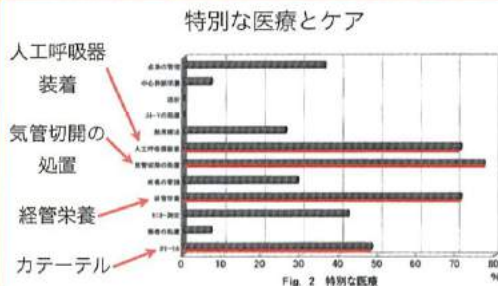


平均：197分の断続した介護時間

菅嶋彰子ら、医療56(141-145),2002

これは ALS 患者に対する 1 日平均介護時間を表したグラフです。数値にすると平均 197 分と時間にして 3 時間 17 分です。短いと感じるかもしれませんが、これが連続した時間ではなく細切れに 24 時間、いつ呼ばれいつ必要なのか分からない状況の中、積算される時間です。比較対象として日本人男性の平均家事・育児に費やす時間は、1日に 1 時間 23 分です。ALS 患者さんには倍以上の時間が 24 時間必要になるということが分かります。

専門的なケア内容



専門性が求められるケア内容

菅嶋彰子ら、医療56(141-145),2002

そしてその 3 時間 17 分の中で行われているケアの内容ですが、多いものから気管切開の処置、人工呼吸器関連、経管栄養関連、吸引等のカテーテル関連でした。どれも専門性が求められるケア内容ばかりでこれでは決して家族だけに任せることもできませんし、われわれスタッフにも心構えが必要となってきます。

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

またこれは理学療法士協会が調査した訪問サービスを断られるケースの傾向です。つまり患者さんが断るのではなくてわれわれ訪問サービスのスタッフ側が介入を断ってしまう疾患と状態です。呼吸器疾患は40%が、人工呼吸器ユーザーは46%、特定疾患というだけで23%が、そして吸引、吸入が必要な患者さんは25%の割合で断られてしまいます。まさに神経筋疾患患者は断られる可能性が大いにあることが分かります。これは在宅難病患者さんの希少性、重度化、多様性によるものではないでしょうか。

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

胃薬

吸引

以上のように医療と介護の連携といってもさまざまな問題が存在します。当院も一時期多職種連携、特に訪問看護師さん、ヘルパーさんとの連携に困った経験があります。地域の中にあるヘルパーステーションの体制がそろわないという問題です。

そこで当院では在宅神経難病患者さんを支える会と題し、主に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、親睦を深める会を開催しています。この回では講演のみならず、ハンズオンとしてトランスファー、呼吸リハ、コミュニケーション、胃ろう、吸引についてと、現場で使えるさまざまなスキルをレクチャーしています。

講演, 講義, 患者会



さらに企業、保健所、患者会などからの講演依頼や、技術提供依頼を積極的に受け入れて情報発信をしています。写真はその一部で、各種の講演、呼吸介助やコミュニケーション方法の指導や、その道具・商品の展示、緊急時対応などのハンズオンセミナーを行っている様子です。

患者を囲って支援



先ほどの活動の写真はスタッフへの指導でしたが、われわれは訪問先の患者さんを囲って、その患者さんに直接介入するスタッ

フに対し、患者さんのお体を借りてご自宅等で指導を行います。

研修会や講演では具体的に自分の担当する患者さんに、どのように得た知識や技術を適用するか分からないことがあります。それをダイレクトに患者に適用できるように、直接患者への支援と支援者への支援と指導を行っている写真です。

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

では最後に医療機関同士の競争から協調・役割分担と連携について議論していきたいと思います。

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？

神経・筋疾患における病院と診療所間の連携を当院ではどうしていくべきか、どうあるべきかと考えたのですが、ふと1つ疑問に思ったことがありました。在宅でALS患者さんを診療しながら、在宅ALS患者さんはそもそも病院受診をするのという疑問です。

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 ・不定期な連携	DMD:赤字 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	

流川ら、難病と在宅ケア、2018

これは胃瘻やNPPV、人工呼吸器と同じ治療介入をし、医療依存度も同じように高いデュシェンヌ型筋ジストロフィーとALS患者さんの病院と在宅クリニックとの連携頻度、連携時期、連携先について調べた結果です。赤字がDMD、青字がALSです。

病院と診療所の連携頻度は、数カ月ごとと定期的に行われるDMDに対して不規則なALS、連携時期は長期間連携を行うDMDに対し、何かイベントがないと受診しないALS、連携先はほぼ小児期から決まっている病院に行くDMDに対し、決して診断された病院など今までに受診歴がある病院にこだわることをしないALSであることがわかりました。

役割分担を利用する

病院・・・	詳細な検査が可能 診療頻度は低い	自験例
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

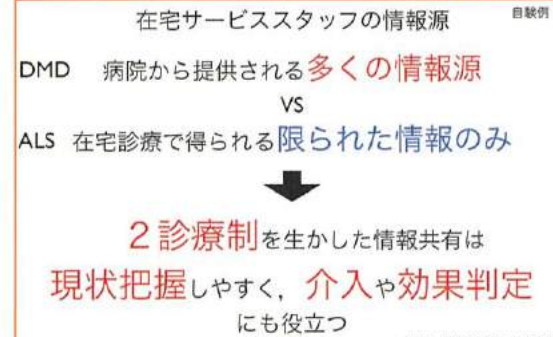
流川ら、難病と在宅ケア、2018

また病院と在宅診療で実施可能な検査や評価について同様に調べてみましたが、病院自身は詳細な検査が可能ですが、診療頻

度は低いです。一方在宅診療は限られた範囲での検査や評価しかできませんが、診療頻度は病院受診よりも高い結果でした。

当然のことなのですが、施設によって実施可能な検査や評価、診療頻度には差があることがわかりました。つまり病院や在宅の役割分担を踏まえたサポート体制を取る必要があります。まさにお互いのメリット、デメリットを補い合える2診療制を検討する必要があるのだと考えられました。

在宅サービスにも有利



また在宅で活躍するスタッフにとっても、DMDのように定期的な病院受診により多くの情報源を得られる2診療制を取った環境というのは、ALSのような不定期で限られた情報源のみの環境よりも状況把握しやすく、在宅介入の目的や目標・計画・そして効果判定等に役立てることが可能と考えられます。

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

このように地域包括ケアシステムの中で難病患者さんの在宅医療ケアを考えると、1つ目に自施設の在り方は連携型や支援型等々さまざまであり、医療と介護の連携には難病患者さんを比較的多く診療する国立病院や国立病院機構、そして各地域で難病患者さんを中心に診る施設から、地域で活躍するスタッフや施設への連携体制、在宅に患者さんが移行したとしても、医療機関同士や病院、クリニックの間ではお互いのメリット、デメリットを補い合う診療体制が必要だということが分かりました。

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

では最後に先ほど提示した問題点について検討したいと思います。介護保険でリハビリ実施者は外来算定不可能でしたが、これを算定可能にならないかぜひとも検討していただきたいです。それは異なる保険であってもまず対応を統一すること、そして病院と在宅の役割分担や各施設の在り方から、病院受診機会の担保のためにも算定可能となってほしいです。

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

外来算定可能となると疾患別の算定日数条件、脳血管疾患であれば180日を完全に無視してしまいます。そのために翌々月まで7単位取得可能と譲歩された内容になっていることは理解できるのですが、翌々月まで、その後算定は不可能という文面の緩和を希望したいです。文面を削除するというのは無謀ですので、数カ月に1度の7単位までの外来は可能といった程度の緩和措置があれば良いと個人的には考えています。

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	250単位×6回=1740 1740÷4週=435.0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、事実上不可 看護職の介介必須

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

3つ目に回数の不平等さですが、これに対しては統一した介入頻度の設定を望みます。リハスタッフの所属機関や患者の利用する保険の種類に限らず、統一した制度の設定が望まれます。

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	250単位×6回=1740 1740÷4週=435.0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、事実上不可 看護職の介介必須

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

最後に4つ目、同一法人や特別な関係にある施設同士の同一日算定不可能に対しては、異なる職種、つまり医師や看護師、リハ

ビリと同じ施設で働いていますが、診療内容はまったく異なります。異なる診療であれば同一日算定を可能にしていきたいと考えています。

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

以上、診療ルールと難病在宅ケアの現状を踏まえた問題点と改善希望案をスライドに示した内容で提示しました。これら全てを変更するのは困難なことだとは承知しています。この中のどれか1つでも現場のスタッフが働きやすく、患者にとっても地域包括ケアシステムの中で必要なときに病院やクリニックなどにアクセスでき、毎日のケアを在宅で受けられる環境にできればと思います。以上で私の発表を終わりにします。ご清聴ありがとうございました。

中馬：ありがとうございました。体制に関してということですが、どなたかご質問等はございませんか。お願いします。

質問者：貴重な情報の提言をありがとうございました。〇〇研究センターの〇〇です。浅川先生の言ったとおり私も2診療制ができれば非常にいいのかなと思いますが、現状の法律を考えると私が浅川先生の言った言葉をそのまま解釈すると、難病の場合は介護保険ではリハビリをなるべくしないで

いい、医療保険で受けたほうがいいのではないかというのが1つ、そうすると外来もできるし。

それにやはり長期的に医療依存度が高まると、介護保険ではリハビリよりは介護や他の要素が強まるので、そこでリハビリの枠を埋めてしまうというのは結構ナンセンスなのかなと思うので、なるべく医療保険でリハビリが提供できるような訪問看護ステーションから行くようなリハビリが理想的な形で、そうすると外来もある程度できながら行えるという解釈でよろしいでしょうか。

浅川：ありがとうございます。その解釈は一応今のルール上でという話はして、実はわれわれも外来と訪問リハビリを行っています。というのも所属が病院やクリニックというところで行っています。

難病の患者さんは医療保険ですればいいということころまでは、私はそこまで強くは言っていない。というのも訪問看護ステーションでいうところは、やはり訪問看護ステーションは訪問看護ステーションというその単体であるので、ナース軍団というところもあるし、そこでの医療依存度が高い難病患者さんにどのように連携を取るかというのは、やはり何か病院側からも出られる方法があればいいということで、今の介護保険が使われているのかと思います。

従って決して本日の私の発表が、これから難病患者さんのリハビリは医療保険でと言っているわけではなく、2つの種類があればいいかと思っていますが、そこにはお示したように少し回数制限があるなど。

さらに患者さんへの経済的な負担です。医療保険であれば特定疾患の受給者証が使えるので、ほぼ無料で交通費ぐらいで行けますが、介護保険となるとやはりそこに1割負担、また今では3割負担というところも増えてくるので、やはりその負担というところもそこに大きな差があるかなと思っています。

従って、もし私の発表を聞いて医療でいくべきだと思われた方は、またそういう意見ではありません。2つあればいいというところで、その均一化を図りたいというところがあります。

質問者：ありがとうございます。病院側で働いていると外来をするのが、やはり医療と介護の保険が絡まっていると非常に複雑で、患者さんから徴収するのでそこで非常に時間がかかってしまったり、さらに目標設定を立てるか立てないか、計画書の問題があったりなど課題が多くあるので、病院側としてもそこは常に非常に問題を抱えているところでしたので、ありがとうございました。