

平成9年3月27日

リハビリテーション医学・医療
関係者各位

新潟大学医学部附属病院理学療法部
部長 高橋 榮明

新潟リハビリテーション研究会（仮称）の設立について

前略

このたび当附属病院理学療法部の人事異動に際し、何人かのリハビリテーション医の皆様とお話しする機会がありました。新潟大学医学部において、平成5年度から施行された新カリキュラムによって5年次の学生に対してリハビリテーション医学の講義が行われるようになってきています。今後、リハビリテーション医療というのは21世紀の高齢化社会において非常に重要になって参ります。現在、医療および介護の分野で将来のリハビリテーションの担い手としてリハビリテーション医師、PT・OT・ST、ソーシャルワーカーなど様々な分野の人々の力の統合が必要です。

さらに新潟大学においては中央診療部としての理学療法部（今後「リハビリテーション部」と改称する予定）が有りますが、診療科ではありません。今後、概算要求として診療科としての「リハビリテーション科」を予定しておりますが、時間はかかると思われま。しかし、新潟大学の学内及び新潟県下において、我々の力を統合して発揮してリハビリテーション医療・研究の更なる向上が必要です。従ってこの情報の交換の場としての「新潟リハビリテーション研究会」（仮称）の創設を提案いたします。関係者の皆様の提案を頂きますれば、新潟大学医学部附属病院理学療法部長として協力を惜しみません。

この会の目標としてリハビリテーション医学の研究発表、更に21世紀に特に高齢者の増加が予想される新潟県において、リハビリテーション医療及び介護の実践の経験および研究発表にあると思われま。この目的のため、先輩の経験を後輩に伝え、優れた人材の養成をはかりたいと思いま。既にドクターのみの会、PT・OTの会は夫々お持ちと思いますが、例えば年2～3回の会合を持ち、次のような選択の幅があつてよいと思いま。①医師のみならず、PT・OT・ST・ソーシャルワーカー・県の保健担当者等の参加できる幅広い会を開催する、あるいは②整形外科の医師の研究分野と重なる点において、新潟整形外科研究会と合同開催する、③日本リハビリテーション医学会地方会とする、などが考えられま。是非ご検討下さいまよう、お願い致しま。

平成9年7月吉日

リハビリテーション認定医各位

新潟大学医学部附属病院
理学療法部部长 高橋栄明

”新潟地域リハビリテーション懇話会”（仮称）設立のお知らせ
付：”新潟リハビリテーション研究会”（仮称）について

拝啓

時下、先生におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、”新潟地域リハビリテーション懇話会”（仮称）の設立について別紙のように設立主旨に添い各発起人の方々の御賛同を得られ発足の運びとなりました。

しかし現在、県内にリハビリテーションに関する医師の会・集まり等は組織されておられません。よって県内のリハビリテーション認定医（平成9年1月時点で専門医、臨床医あわせて80名）の先生方に御案内させて頂く次第です。

まず、”新潟地域リハビリテーション懇話会”（仮称）においては地域ならびに医院・病院にて当懇話会活動の Key Person として御理解、御協力をお願い致したいと存じます。つぎに日本リハビリテーション医学会の地方会招致のため医師のみの集まりである”新潟リハビリテーション研究会”（仮称）の設立に御参加頂き、医療・福祉における県内リハビリテーションの発展、さらにリハ認定医の生涯教育および資格更新に資するべく御意見を承りたいと存じます。追って御案内があると思いますので、その節は御協力の程よろしくお願い致します。

まずは以下に記します当懇話会の第1回例会の開催につきまして御案内申し上げます。是非ご参加の程よろしくお願い致します。

敬具

記

- 第1回例会 日時：平成9年9月6日（土）午後3時～5時
会場：新潟大学医学部有任記念館（2F）
（会場費および通信費として500円をご用意下さい）
- ①講演 テーマ：中途視覚障害者のリハビリテーション
講師：山田幸男先生（信楽園病院糖尿病内分泌内科）
- ②発足会 名称、会則について

平成10年3月26日
新潟大学医学部附属病院
新潟リハ研究会準備室

日本リハ医学会認定臨床医・専門医 先生各位

新潟リハビリテーション研究会（仮称）設立のお知らせ



拝啓、

早春の候、先生におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度、新潟大学医学部附属病院理学療法部部长 高橋栄明を代表発起人とし新潟リハビリテーション研究会（仮称）を設立することとなりました。

設立の主旨は

- ①新潟県のリハビリテーションの発展に寄与する
- ②日本リハ医学会の地方会招致に向けて活動する
- ③リハ認定医の生涯教育および資格更新に資する

であります。

まず以下に記します第1回例会の開催について御案内申し上げます。

敬具。

記

第1回例会 日時：平成10年4月25日（土）午後2時～4時30分

会場：新潟大学医学部第1講義室

1、講演 午後2時～4時

”新潟県のリハビリテーションに関連する福祉行政の現況と問題点”

佐藤 豊先生（新潟県中央福祉相談センター）

”リハビリテーションを考慮した神経因性膀胱の尿路管理について”

高木隆治先生（新潟労災病院泌尿器科）

2、設立総会 午後4時～4時30分

名称、会則、役員について

「新潟リハビリテーション研究会」発足にあたって

超高齢社会が予想される21世紀を目前に、リハビリテーション医学は益々重要になっています。特に高齢者人口が多い新潟県において、医療・福祉・保健の各分野の緊密な連携が要求されます。

リハビリテーションを専攻する、そして興味を持つ医師が情報を交換し、研究成果を発表し、且つ生涯教育を行う場の設立が強く要請されてきました。そして関係する皆様のご賛同を得て、この研究会が発足することになりました。

この研究会設立にあたって、リハビリテーション指導医、認定臨床医の皆さん、及びリハビリテーションに興味を持っている医師の皆さんが力を合わせて、新潟におけるこの分野の大いなる進歩・発展に寄与されることが期待されます。

代表発起人	新潟大学医学部整形外科学教室教授	高橋栄明
発起人	新潟県中央福祉相談センター参事	佐藤 豊
	県立吉田病院整形外科	佐藤舜也
	燕労災病院リハビリテーション科	真柄 彰
	厚生連中央総合病院リハビリテーション科	児玉伸子
	新潟市民病院リハビリテーション科	崎村陽子
	下越病院リハビリテーション科	張替 徹
	新潟大学医学部附属病院理学療法部	遠藤高子
顧問(案)	県立瀬波病院院長	山岸 豪
	見附市立成人病センター病院	倉田和夫

平成8年11月25日

新潟県知事
平山征夫様

要 望 書

—— 総合リハビリテーションセンターの設置について ——

新潟大学医学部
整形外科教室 教授 高橋 栄明
(理学療法部長)

新潟大学医学部
理学療法部 (リハビリテーション部) 佐藤 豊

訪問リハビリテーションの25年間の変遷



医療法人社団らぽーる新潟 理事長
ゆきよしクリニック(整形外科・リハビリ科) 院長
荻荘 則幸

法人紹介



法人紹介

医療法人社団 らぼーる新潟

ゆきよしクリニック

- ・ 整形外科・リハビリテーション科
- ・ **訪問リハビリ**
- ・ 短時間通所リハビリ

ゆきよし 訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所
ケアプランゆきよし

ショートステイ
ゆきよしとやの

社会福祉法人 豊潤舎

新潟県障害者
リハビリテーションセンター

特別養護老人ホーム
昴

法人紹介

医療法人社団 らぽーる新潟



ゆきよしクリニック

- ・ 整形外科・リハビリテーション科
- ・ **訪問リハビリ**
- ・ 短時間通所リハビリ



ゆきよし 訪問看護ステーション

在宅医療・福祉・介護の実践

— 地方の開業医の取り組み —

(医) らぽーる新潟

(福) 豊潤舎

理事長 荻荘 則幸

H9年6月16日 ゆきよしクリニック(整形外科・リハビリテーション科)開業

H11年3月5日 医療法人社団 らぼーる新潟設立

H11年10月1日 居宅介護支援事業所設立

H12年4月1日 介護保険実施 指定居宅サービス事業所(訪問看護・訪問リハビリ)

H12年度 823件

H13年度 2,992件

H14年度 4,042件

H15年度 4,683件

H16年度 4,904件

H17年度 7,644件

H18年4月1日

介護保険改正

H18年度 11,309件

H19年度 13,805件

H20年度 14,294件

H21年4月1日

短時間通所リハビリ定員20名

H14年7月1日

亀田東クリニック

楽いちデイケア(通所リハビリ施設)・・・定員15名

H15年4月1日

楽いちデイサービス(通所介護施設)・・・定員30名

H15年9月1日 定員20名で土曜を開始

H16年5月1日 平日定員35名

H17年6月20日 平日定員40名

H19年1月8日

平日定員45名, 土曜定員25名

H22年8月

ショートステイゆきよし 定員32名

H16年12月16日

有限会社 ぷらむ

(補助具・日常生活用具販売会社)設立

H17年10月21日

社会福祉法人 豊潤舎 設立

H18年4月1日(3年間)

指定管理者制度の受託

新潟県障害者リハビリテーションセンター

(肢体不自由者更生施設) 入所・通所・短期入所

H21年4月(5年間)

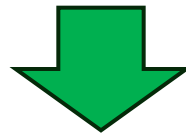
指定管理者として再受託

H23年4月

介護老人福祉施設 定員29名

リハビリテーション、在宅医療との出会い

- 昭和59年、新潟大学整形外科に入局後、いくつかの病院で外来、手術、リハビリテーションなどの研修を経験。
- その後、手の外科、マイクロサージャリーを専門に選び、直径1mm以下の血管・神経を縫合する手術や組織移植の手術、手の外科、実験などに朝から晩まで没頭している生活を送っていた。



平成3年、県の身体障害者福祉の“要”である『新潟県身体障害者更生相談所』への出向を大学の医局から命じられたことが転機となった

新潟県福祉職員協議会「会誌」

手毬

創刊号

平成5年3月

新潟県福祉職員協議会

身体障害者とは (前編)

新潟県身体障害者更生指導所
新潟県身体障害者更生相談所

主任・医師 萩 莊 則 幸

平成5年4月から措置権の町村への移譲がいよいよ始まると同時に相談所、福祉事務所の組織の再編、改革が行われようとしている。この大切な時期に、和田会長の御好意により今回の創刊号に私の稚拙な文章を載せて頂く事になり感謝の念にたえません。

今後、身体障害者福祉に携わるであろう方々に医師の立場で接してきた現場の声、障害者の声が少しでも伝われば幸いと思いペンをとりました。

(平成5年2月末日)

山の斜面に、張りつくように作られたたくさんのお水田の稲は、秋の実りを約束するかのようには“こうべ”を垂れていた。新潟県の県境に位置するK村は、周囲を山々で囲まれた、静かでどこか牧歌的な香りのする人口4千人の農村であった。この村に住む周一は、隣町の高校に通う17才の少年だった。高校2年の彼は、入学以来、ラグビーに熱中していた。

1学期の期末試験を終えた彼は、7月の照りつけるような太陽の下で、久しぶりの解放感に浸りながら楕円形のボールを追いかけていた。小柄だが、がっちりした体型の周一のポジションは、フォワードのフッカーであった。軽く体をほぐした後、いつものようにフォワードのスクラムの練習が始まった。しかし試験期間

のブランクがあり、どこか皆、いつもの調子ではなく、スクラムも互いの焦る気持ちとプレッシャーで、何度となく崩れていた。フォワードの最前列の3人の中心に位置して、スクラムハーフが投げ入れるボールを足を使って味方のバックスの方へかき出す役目の彼は、上半身を宙吊りにするような格好で、ボールを操作していた。

その日は、いつもより味方の力が強く、周一は頭から地面に向かって強く倒れてしまった。さらにその上に味方のフォワード陣が覆い被さってきた。その瞬間、周一の頸は弓のようになり“ポキッ”という鈍い音がした。

地面に崩れ落ちた周一は、顔から下の自分の体が、何か自分とは違う妙な感じにとりつかれた。起き上がろうとしたが、両手、両足が全く自分の意思では動かさなかった。さらに、息をしようにも、大きく空気を吸い込めず息苦しい思いの中で、だんだん意識が薄れていった。

到着した救命隊の中に救命救急士¹⁾の資格を持つ隊員がいた。頸を伸長しないように静かに気道内にチューブが挿管され、人工呼吸が直ちに始められた。頸を動かさないよう、注意深く救急車内に搬入された。近くの総合病院の救命救急室に慌ただしく到着した救急車から、ストレッチャーに横たわったまま運び出され

リハビリテーション、在宅医療との出会い

- 平成4年に日本リハビリテーション医学会の認定臨床医に合格。それまではリハビリテーション＝単に「機能回復、機能訓練」としか理解していなかったが、本来は「権利の復権」「更生」「自立と参加」などに訳されるリハビリテーションという言葉が「福祉」という概念をも包括していることを知ってから医師としての生き方の方向性が大きく変わった。
- また、“在宅の重度障害者の訪問診査事業”で雪深い山間部や、道路も整備されていない島の集落に住む人々を毎年訪問したことが、開業を決意させる大きなインセンティブとなった。

平成9年6月、**ゆきよしクリニックを開業**





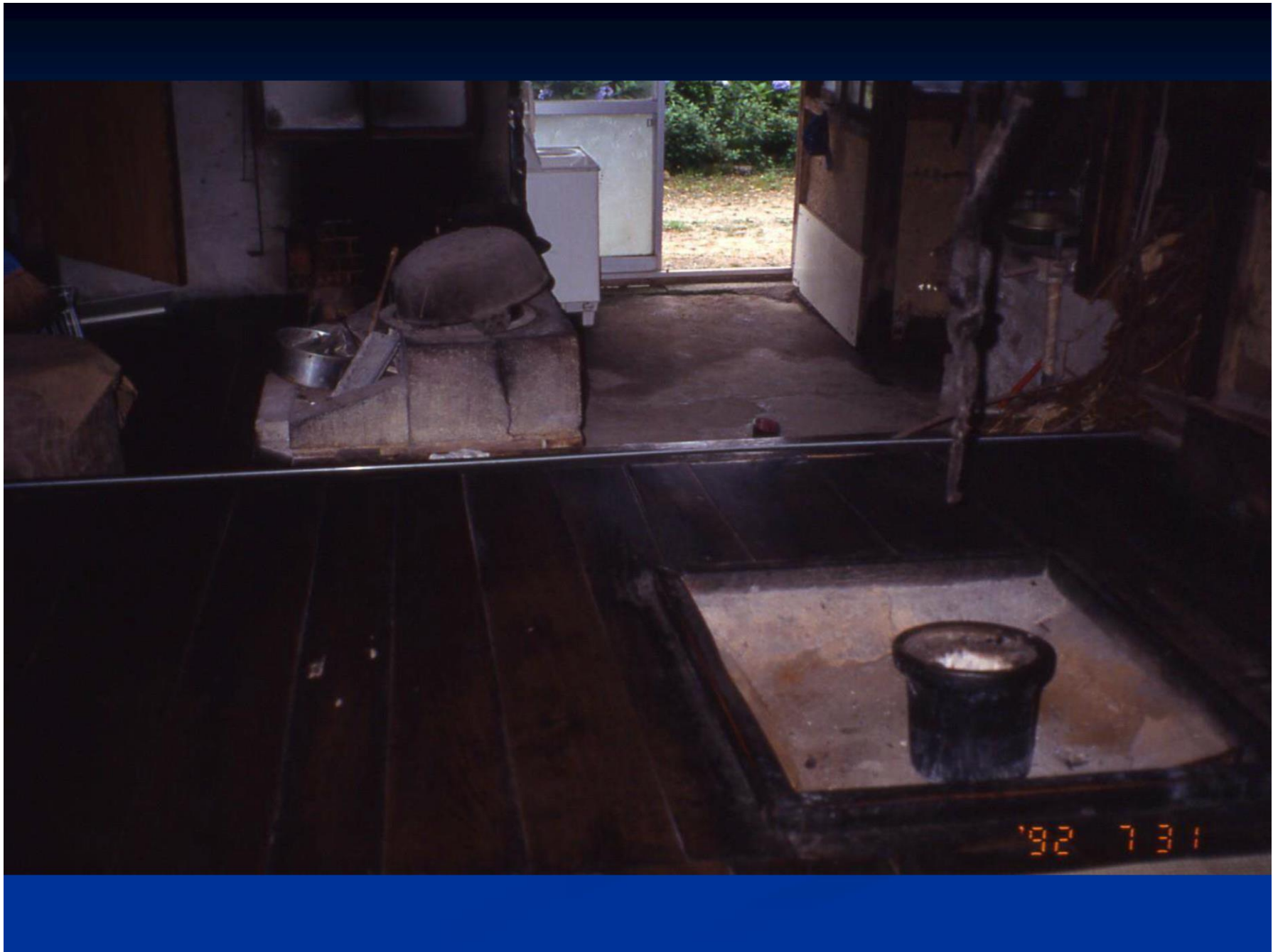














2025/1/24

Only one bird in "SADO" island, Niigata, Japan.







訪問リハビリテーションの立ち上げ

～まずは“**量**”の充実を目指して～

訪問リハビリテーションの立ち上げ

- 開業後2年間で4名の患者さんの臨終の場に立ち合い、在宅で死を迎えることについて考える。
- 祖母は90歳で自宅で亡くなる。病院で危篤状態になった際に、急遽自宅に連れて帰り、祖父の位牌のある仏間の布団で家族や親戚縁者の前で最後に一つ大きな息をして大往生した。
- 「よりよく生きていくことは、よりよく死を迎えることに繋がる」と思う。そのためにも肉体の寿命と寝たきりにならない健康であることの期間をいかに近づけるかが、私にとって大きな課題となった。

開業4年目で介護保険の“**訪問リハビリテーション**”を
当院に立ち上げた。

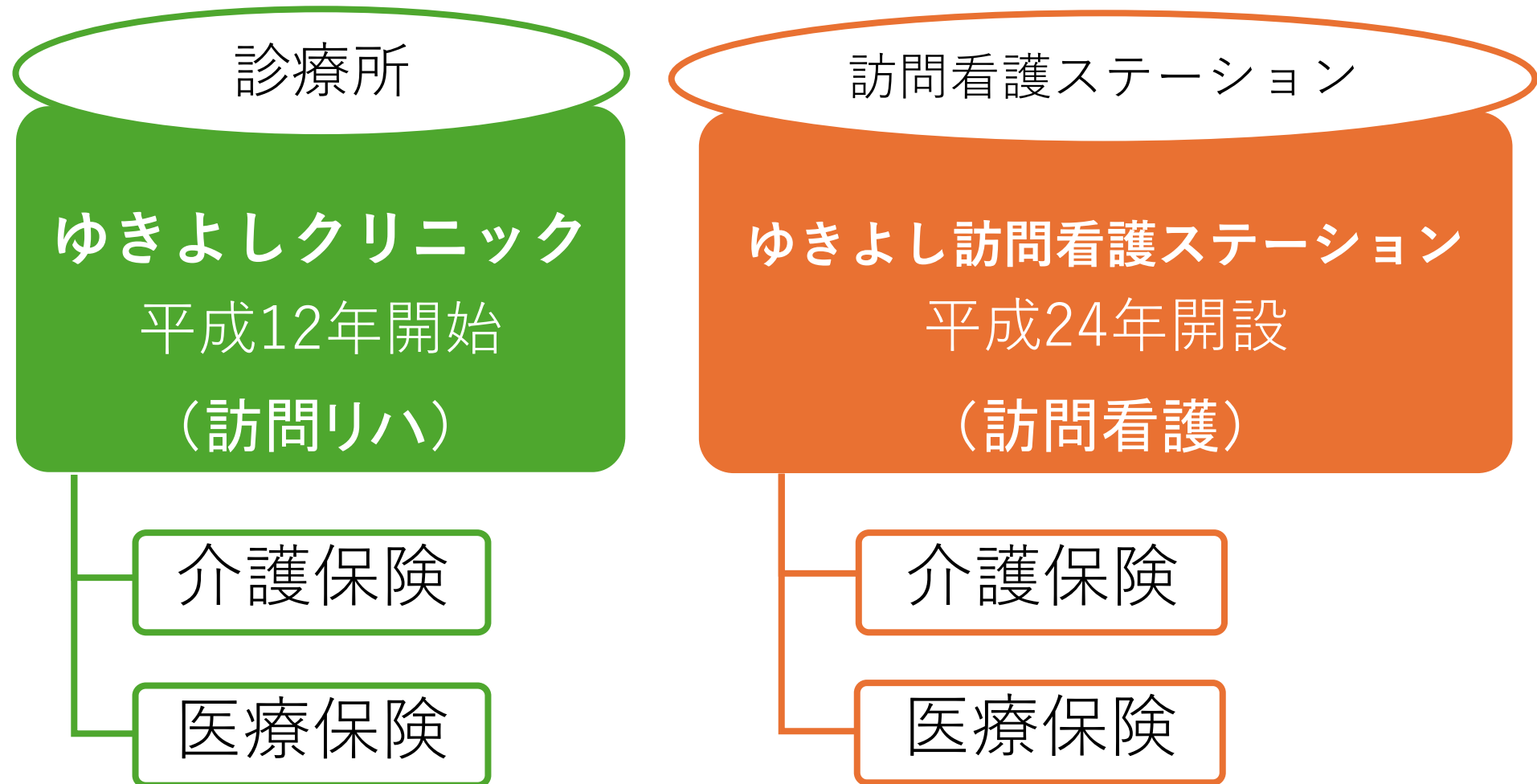
訪問リハビリテーション始動

- 平成12年4月に介護保険の施行と同時に、非常勤の理学療法士1名による週1回の訪問リハビリテーションを開始。
- 私自身もケアマネジャーの資格を第1回目の試験で取得し、居宅介護支援事業所も同時に立ち上げた。
- 開設当時は訪問リハビリテーションスタッフ(理学療法士・作業療法士)の確保も小さな診療所レベルでは困難を極めた。

訪問リハビリテーション始動

- その後、年々理学療法士・作業療法士の養成機関も増え、リハビリテーションスタッフも徐々に増加していく。
- 言語聴覚士の訪問も必要と感じ、国の制度ではまだ認められていない時期から、当院ではボランティアとして行ってきた。
- 次第に各々のスタッフが良質なサービス提供を行うことにより、ほかのケアマネジャー、病院間での評判が“口コミ”で伝わり、毎週5～6件の新規の依頼が来るようになった。

訪問によるリハビリテーションの概要



訪問看護ステーション・訪問リハビリテーションの制度

制 度	介護保険制度		医療保険制度	
名 称	介護:訪問リハ(A)	介護:訪問リハ(B) 介護: 看護(B)	医療:訪問リハ(C)	医療:訪問リハ(D) 医療: 看護(D)
実施機関	病院・診療所 老人保健施設 介護医療院	訪問看護ステーション	病院・診療所	訪問看護ステーション
	ゆきよしクリニック	ゆきよし訪問看護 ステーション	ゆきよしクリニック	ゆきよし訪問看護 ステーション
訪問頻度	週6回まで ※退院退所後3月は 週12回まで可	制限なし	週6単位まで ※退院の日から起算して3 か月以内は12単位まで	基本は週3回 ※疾患等により回数増可能
訪問時間	20分(1回)	理学療法士等による訪問の 場合、20分(訪看1-5)	20分(1単位)	30分以上 リハビリは概ね40分
指示書	ゆきよしクリニック	主治医(かかりつけ医)	ゆきよしクリニック	主治医(かかりつけ医)
指示書 有効期間	3か月 (3か月に1回診療)	主治医の指示した期間 (1~6か月まで)	1か月 (1か月に1回訪問診療)	主治医の指示した期間 (1~6か月まで)

医療と福祉と保健を連携させた 地域に根づいたリハビリと教育の実践

生活、健康の場を大切にした
リハビリ医療の必要性
新潟県は、人口約100万人、面積約1万5千平方キロメートルの県域に、約100万人の人口を抱えている。そのうち、65歳以上の高齢者は約15万人、65歳以上の高齢者の割合は約15.5%に達している。高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。この高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。この高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。



高橋 啓明
新潟大学医学部神経科長
新潟大学医学部神経科教授
新潟大学医学部神経科准教授
新潟大学医学部神経科准教授
新潟大学医学部神経科准教授



新潟医療福祉大学
新潟県新潟市東区
TEL: 025-274-4001 FAX: 025-274-4002
TEL: 025-274-4003 FAX: 025-274-4004
TEL: 025-274-4005 FAX: 025-274-4006
TEL: 025-274-4007 FAX: 025-274-4008
TEL: 025-274-4009 FAX: 025-274-4010
TEL: 025-274-4011 FAX: 025-274-4012
TEL: 025-274-4013 FAX: 025-274-4014
TEL: 025-274-4015 FAX: 025-274-4016
TEL: 025-274-4017 FAX: 025-274-4018
TEL: 025-274-4019 FAX: 025-274-4020



石川 謙
新潟大学医学部神経科長
新潟大学医学部神経科教授
新潟大学医学部神経科准教授
新潟大学医学部神経科准教授
新潟大学医学部神経科准教授

医療・福祉・保健を連携させる
QO（Quality of Life）の向上
医療・福祉・保健を連携させる
QO（Quality of Life）の向上
医療・福祉・保健を連携させる
QO（Quality of Life）の向上

リハビリテーション産学会
会長 石川 謙
副会長 高橋 啓明
理事 石川 謙
理事 高橋 啓明
理事 石川 謙
理事 高橋 啓明

新潟県は、人口約100万人、面積約1万5千平方キロメートルの県域に、約100万人の人口を抱えている。そのうち、65歳以上の高齢者は約15万人、65歳以上の高齢者の割合は約15.5%に達している。高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。この高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。この高齢化の進展に伴って、介護が必要となる高齢者の数は、今後ますます増加する見込みである。

新潟リハビリテーション病院
新潟県新潟市東区
TEL: 025-274-4001 FAX: 025-274-4002
TEL: 025-274-4003 FAX: 025-274-4004
TEL: 025-274-4005 FAX: 025-274-4006
TEL: 025-274-4007 FAX: 025-274-4008
TEL: 025-274-4009 FAX: 025-274-4010
TEL: 025-274-4011 FAX: 025-274-4012
TEL: 025-274-4013 FAX: 025-274-4014
TEL: 025-274-4015 FAX: 025-274-4016
TEL: 025-274-4017 FAX: 025-274-4018
TEL: 025-274-4019 FAX: 025-274-4020

新潟リハビリテーション病院 明日4月9日開院

新潟県新潟市東区
TEL: 025-274-4001 FAX: 025-274-4002
TEL: 025-274-4003 FAX: 025-274-4004
TEL: 025-274-4005 FAX: 025-274-4006
TEL: 025-274-4007 FAX: 025-274-4008
TEL: 025-274-4009 FAX: 025-274-4010
TEL: 025-274-4011 FAX: 025-274-4012
TEL: 025-274-4013 FAX: 025-274-4014
TEL: 025-274-4015 FAX: 025-274-4016
TEL: 025-274-4017 FAX: 025-274-4018
TEL: 025-274-4019 FAX: 025-274-4020

一級建築士事務所・建築コンサルタント 株式会社 クレイズプラン 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4001	建設コンサルタント 株式会社 本間組 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4002	建設コンサルタント 株式会社 フジタ 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4003	建設コンサルタント 愛宕商事株式会社 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4004
小規模建築(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4005	(株)青木組 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4006	カネパ工業(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4007	近鉄防工(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4008
中嶋タイル(株)新潟営業所 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4009	岩本建設工業(有) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4010	藤本不換工(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4011	(株)K&KAP新潟 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4012
(株)アスファルト新潟 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4013	東北建設工業(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4014	(株)新潟コンクリート 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4015	新潟コンクリート 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4016
積水電機(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4017	(株)日ビルシステム 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4018	北越電工(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4019	日新工業(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4020
ヤマダ電機(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4001	ヤマダ電機(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4002	ヤマダ電機(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4003	ヤマダ電機(株) 〒950-0919 新潟市東区北山1-1-1 TEL: 025-274-4004

平成9年3月25日
12年 同85

(仮 称)
新潟医療福祉大学設置構想書



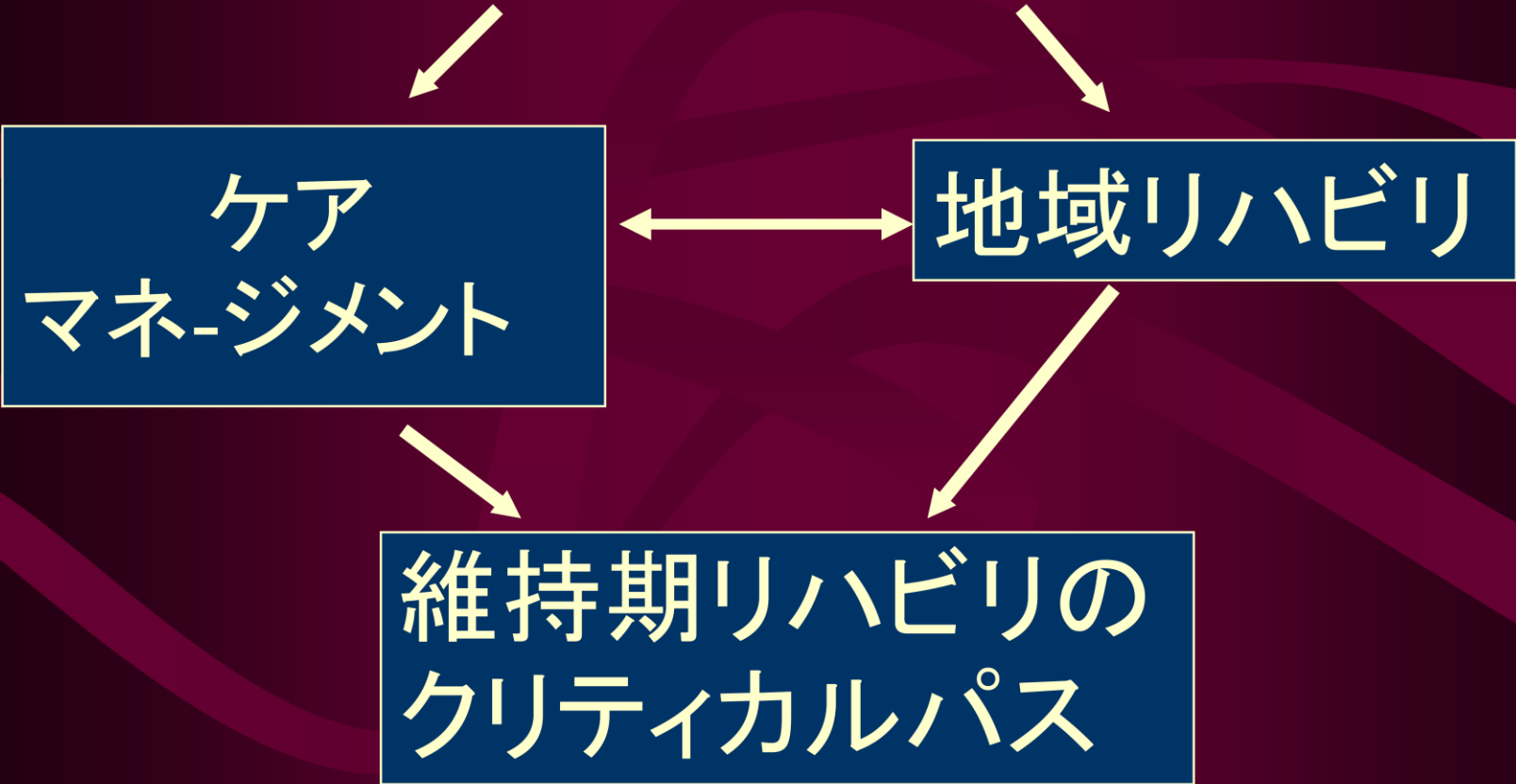
維持期リハビリに終わりはない

- 評価は何を目標におくのか？
- 訪問リハビリから通所リハビリへ
- 訪問リハビリから入院へ

訪問リハビリにおける問題点

- ① アナウンスメント
- ② リハビリ専門職の意識改革と教育
- ③ STによる訪問
- ④ 単価の引き上げと一元化
- ⑤ 医療機関からの指示(書)の一元化
- ⑥ 特定疾患であるが特定疾病ではない疾患(MS, MG, 筋ジス)に対する問題

More For Less



医療の原点は在宅診療である



診療所単独から

在宅チーム医療

医師とケアマネの二重支配

Successful Aging

- 単に寿命を延ばすのではない
- いかに上手に年齢を重ね
- 健康寿命を延ばしQOLを高く保つか

訪問看護ステーションの立ち上げ

訪問リハビリテーションでは当時、毎月事業所の医師の診療が必要であり、利用者の負担が大きかった（現在では介護保険では3か月以内、医療保険では1か月以内に診療が必要）。



平成24年に“ゆきよし訪問看護ステーション”を立ち上げ、訪問リハビリテーションの利用者の大半を訪問看護ステーションからのリハへ移行し、利用者負担の軽減を図った。

訪問看護ステーション・訪問リハビリテーションの制度

制 度	介護保険制度		医療保険制度	
名 称	介護:訪問リハ(A)	介護:訪問リハ(B) 介護: 看護(B)	医療:訪問リハ(C)	医療:訪問リハ(D) 医療: 看護(D)
実施機関	病院・診療所 老人保健施設 介護医療院	訪問看護ステーション	病院・診療所	訪問看護ステーション
	ゆきよしクリニック	ゆきよし訪問看護 ステーション	ゆきよしクリニック	ゆきよし訪問看護 ステーション
訪問頻度	週6回まで ※退院退所後3月は 週12回まで可	制限なし	週6単位まで ※退院の日から起算して3 か月以内は12単位まで	基本は週3回 ※疾患等により回数増可能
訪問時間	20分(1回)	理学療法士等による訪問の 場合、20分(訪看1-5)	20分(1単位)	30分以上 リハビリは概ね40分
指示書	ゆきよしクリニック	主治医(かかりつけ医)	ゆきよしクリニック	主治医(かかりつけ医)
指示書 有効期間	3か月 (3か月に1回診療)	主治医の指示した期間 (1~6か月まで)	1か月 (1か月に1回訪問診療)	主治医の指示した期間 (1~6か月まで)

- 開始月(平成12年4月)は利用者10名、訪問件数は19件であった。
- 訪問リハの年間件数は平成12年(開始年度)は823件であった。

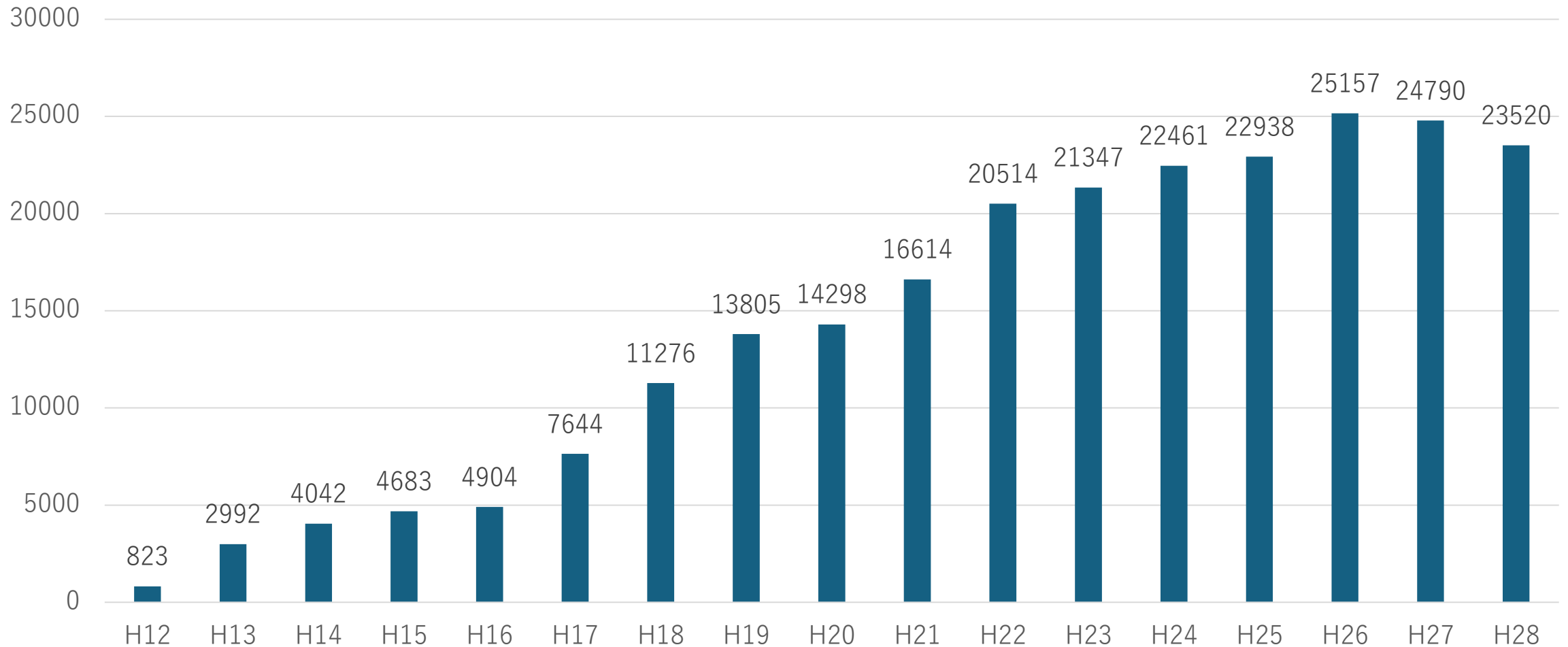


その後3,000件、4,000件と増加…



平成28年には23,520件と**約30倍に増加**

当法人における訪問によるリハビリテーション件数の推移 (H12~H28)



訪問業務に携わるスタッフ (平成29年時点)

職種	人数
医師 (※非常勤医師を含む)	2
看護師	3
理学療法士 (※兼務・非常勤含む)	21
作業療法士 (※兼務・非常勤含む)	14
言語聴覚士 (※兼務・非常勤含む)	4
相談員	1
事務職員	6

計39名

平成 18 年度全国訪問リハビリテーション研究会 研修会 in 新潟

新潟県内の訪問リハを盛り上げよう！

～まずは量的な充足を目指して～



日 時 : 平成 18 年 6 月 17 日 (土)、18 日 (日)

会 場 : 新潟ユニソンプラザ

[主 催] 全国訪問リハビリテーション研究会

[後 援] (社)新潟県理学療法士会、(社)新潟県作業療法士会、

新潟県言語聴覚士会、新潟県医師会、(社)新潟県看護協会

新潟県訪問看護ステーション協議会

新潟県内の訪問リハを盛り上げよう！

～まずは量的な充足を目指して～

第1日目：平成18年6月17日（土）

- 12：00～ 受付開始 ※実行委員は敬称略
- 13：00～13：05 開会挨拶
実行委員長 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 大越 満
全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏
- 13：10～14：10 特別講演 「今、訪問リハビリに求められていること」
講師 医療法人輝生会 理事長 石川 誠氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会会長 宮田 昌司氏
- 14：10～15：10 教育講演1 「神経難病の在宅医療」
講師 堀川内科神経内科クリニック 院長 堀川 楊氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 横島 啓幸氏
- ～休憩～
- 15：20～16：20 教育講演2 「医療機関における訪問リハの管理、運営」
講師 らぼーる新潟理事長、ゆきよしクリニック院長 荻苳 則幸氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 伊藤 隆夫氏
- ～休憩～
- 16：30～17：30 疾患別実践報告（指定演題発表）～量的データの分析と一例報告～ 一人20分
「脳卒中の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 島田 悟
「整形疾患の訪問リハ」 らぼーる新潟 ゆきよしクリニック 森原 至
「神経難病の訪問リハ」 在宅リハビリテーションセンター成城 廣住千佳子氏
座長 全国訪問リハビリテーション研究会理事 齊藤 正美氏
全国訪問リハビリテーション研究会理事 宇田 薫氏
- 19：00～20：30 懇親会（会場：須坂屋そば）

第2日目：平成18年6月18日（日）

- 9：00～9：20 「新潟県内の訪問リハ実態調査報告」
はあとふるあたご 在宅ケア事業部訪問看護ステーション 大野 智也
- 9：20～12：00 ワークショップ
「専門職種の領域と専門性」
～共通した知識・技術は何か～
- 12：00～13：00 ～昼食休憩～
- 13：00～14：30 各グループの発表
- 14：30～14：45 総評
全国訪問リハビリテーション研究会 会長 宮田 昌司氏
- 14：45～14：50 閉会挨拶：実行副委員長 五十嵐整形外科 佐藤 裕之

教育講演2

医療機関における訪問リハの管理, 運営

らぼーる新潟理事長, ゆきよしクリニック院長
社会福祉法人 豊潤舎 新潟県リハビリテーションセンター 理事長 荻庄 則幸氏

御略歴

職歴:

昭和 59 年 (1984) 4 月 弘前大学医学部卒業後、新潟大学医学部整形外科入局
新潟大学付属病院, 新潟市民病院
新潟労災病院, 長岡赤十字総合病院
はまぐみ小児療育センター, 厚生連病院にて研修
平成 03 年 (1991) 2 月 新潟県身体障害者更生指導所 勤務
新潟県身体障害者更生相談所 勤務
平成 05 年 (1993) 4 月 新潟県中央福祉相談センター 勤務
平成 08 年 (1996) 4 月 新潟市市民局福祉部障害福祉課 兼務
平成 09 年 (1997) 3 月 上記退職
平成 09 年 (1997) 6 月 ゆきよしクリニック (整形外科・リハビリ科) 開院
平成 11 年 (1999) 3 月 医療法人社団 らぼーる新潟 設立 理事長就任
平成 14 年 (2002) 7 月 通所リハビリ施設「楽いち」開設
平成 15 年 (2003) 4 月 通所介護施設「楽いち」開設
平成 17 年 (2005) 10 月 社会福祉法人「豊潤舎」設立, 理事長就任

日本整形外科学会 専門医	日本体育協会 公認スポーツドクター
日本リハビリテーション医学会 認定臨床医	公認 障害者スポーツ医
日本医師会 健康スポーツ医	義肢装具等適合判定医
日本整形外科学会 認定スポーツ医	日本医師会 認定産業医
介護支援専門員	JADA 公認ドレッシング・コントロール・アドバイザー

当院では、平成 12 年、介護保険の施行と同時に、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を開始した。当初は非常勤の理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）各 1 名で実施した。利用者登録数は、介護保険 9 名、医療保険 1 名で、平成 12 年 4 月の訪問リハ延べ回数は 19 回であった。その後、登録者は増加の一途で、平成 12 年度 1 年間では 823 回を実施した。以後、毎年増加し、平成 17 年度では 7,644 回であった。

平成 18 年 5 月現在では、PT 7 名、OT 4 名、うち常勤 8 名、非常勤 3 名で、202 名（介護保険 182 名、医療保険 20 名）の登録者に対して 1 か月間に 750 回の訪問リハを実施するに至っている。

今回、過去 6 年間にわたり、概ね 25,000 件に対して実施してきた当院の訪問リハの現状と、平成 18 年 4 月、介護保険、医療保険の初めての同時改定による今後の展望と課題について述べる。

- (1) 同じ訪問リハを実施するにも関わらず、介護保険と医療保険でどうして単価が異なるのか？また、実施機関が医療機関と訪問看護ステーション（以下、訪看）でどうして単価が異なるのか？
- (2) 介護保険で訪問リハを実施する場合、医療機関では医師の指示（書）は、1 か月以内であるが、訪看では医師の指示書の有効期間は医師の裁量で概ね 1～6 か月以内である。
医療保険で訪問リハを実施する場合、当該医療機関が 1 か月以内に毎月、診療を行うか、もしくは在宅訪問診療を実施している医療機関から 2 週間以内に情報提供書を提出してもらう必要がある。
このように、実施する機関、実施する制度の組み合わせにより、指示、もしくは指示書の違いと、有効期間の相違が生じているのは何故なのか？
- (3) 退院、退所後の期間によって、どうして単価が異なるのか？介護保険では 1 か月以内が 850 点、1～3 か月以内が 720 点、それ以後は 520 点である。医療保険では、退院後 3 か月以内は週 12 単位（1 単位は 300 点）、それ以降は週 6 単位まで算定可能とされている。これは、短期集中で実施するリハビリのみが有効であり、3 か月以降のリハビリは意味がないということにもつながりかねない。しかし、訪問リハにとって、大切なことは維持期（支持期）をどう支えていくかである。
- (4) 今回の介護保険の改定で、訪看からの訪問リハ回数が訪問看護の回数の 1/2 以下に制限されたことにより、訪問リハの実施機関を医療機関にシフトさせようとしているのか？
- (5) その他
訪問リハの評価とゴールについて、
PT、OT、ST の専門性（スーパースペシャリストからジェネラリストへ）とは？



**医療機関における
訪問リハビリテーションの管理, 運営**

(医)らぼーる新潟 ゆきよしクリニック
(福)豊潤舎 新潟県障害者リハビリテーションセンター
理事長 萩荘 則幸

**訪問は「通院が困難な利用者」に
対して給付される**

↓ ← 解説

- ・通院により同様のサービスが担保されるなら、通院サービスを優先すべきという主旨
- ・通院によるリハビリのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋の状態の確認を含める

リハビリテーション科の算定日数制限

- 脳血管疾患等 180日
- 運動器 150日
- 呼吸器 90日
- 心大血管 150日

↓

4月28日厚労省の疑義解釈
「脳卒中でも治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は例外とする」

平成18年6月7日 中央社会保険医療協議会
 「自宅以外の多様な居住の場」
 における在宅医療の推進

↓

7月1日から厚労省は見直しを実施
 「介護付き老ホームへの往診」

厚労省: 麦谷医療課長

「これまで算定できている実態を知らずに
 杓子定規に整理した結果、
 4月から3か月間在宅医療が停滞した」

訪問リハビリテーション

在宅医療 ≠ 終末期医療

↓

「元気になる場」= その人なりの社会復帰

※訪問看護でもリハ業務が約30%を占める。

今後の訪問看護のあり方？

訪問リハビリ実施機関

- ① 病院
- ② 診療所
- ③ 訪問看護ステーション
- ④ 介護老人保健施設

* 訪問リハビリステーション(?)

分野	介護		医療	
	介護保険法		医療保険法	
実施機関	病院 診療所、老健	訪問看護 ステーション	病院 診療所	訪問看護 ステーション
名称	訪問リハビリ テーション	訪問看護?	在宅訪問リハビリ テーション指導管理	PT・OT・STによる 訪問看護
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)		介護保険非対象者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	
訪問頻度	上限規程なし		週6単位まで	
訪問時間	20分以上	30分以上 60分未満	20分(1単位)	
単価	500単位 <small>リハリハ単価 400単位 短時間リハ単価加算 100単位、200単位</small>	830単位	300点	月の初日 12,350円 2回目以降 8,200円 <small>(訪問看護指導管理費を含まず)</small>
利用者負担	1割負担		保険に同じ1~3割負担	

訪問リハの制度上の問題

①医療保険(在宅訪問リハ指導管理料)
 PT・OT・ST 20分300点(1単位)
 週6単位まで、退院から3か月以内は
 週12単位まで実施可能。

②介護保険
 PT・OT・ST 1日20分以上、500単位(リハ・マホ加算
 20単位)
 短期集中リハ実施加算
 330単位(1月以内)
 200単位(1月超3月以内)

**訪問リハビリテーション介護報酬
(算定基準) (500単位)**

- 通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所(指定居宅サービス基準第76条に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう)のPT、OT又はSTが、計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーション(指定居宅サービス基準第75条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう)を行った場合に算定する。

**訪問リハビリテーション介護報酬
(算定基準)**

- 訪問リハビリテーションは、指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定する。別の医療機関の医師から情報提供を受けて、訪問リハビリテーションを実施した場合には、情報提供を行った医療機関の医師による当該情報提供の基礎となる1月以内に行われた場合に算定する。

**在宅訪問リハビリテーション指導管理料
(算定基準) (1単位300点)**

- 居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関のPT、OT又はSTを訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行なった場合に、患者一人につき週6単位に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位まで算定する。

**在宅訪問リハビリテーション指導管理料
(算定基準)**

- 当該患者に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供(診療情報提供料の場合に限る)を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

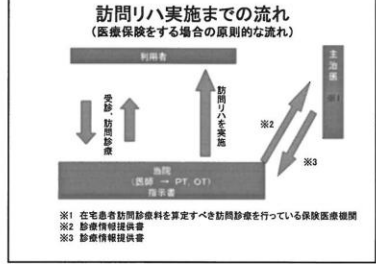
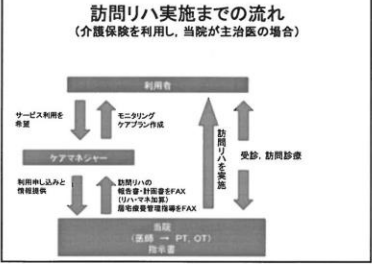
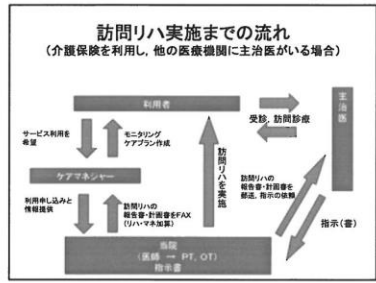
訪問リハビリテーション

- 医療機関
 - ・ 指示を行う医師の診療の日から1か月以内
 - ・ 情報提供を行う医療機関の医師の診療の日から1か月以内
- 訪問看護ステーション
 - ・ 訪問看護を行うということで、リハビリスタッフが行う
 - ・ 医師の裁量(1~6か月が適当か?)

訪問系の単価

- (1) 訪問診療 830点/1時間
(往診 650点/1時間)
- (2) 訪問看護 ※30分以上1時間未満の場合(介護保険)
医療機関 550単位
訪問看護ステーション 830単位
- (3) 訪問介護(身体介護) 584単位/1時間以上
※1時間以上の場合(介護保険)
※因みに、レントゲンのメンテナンス 80,000円/3時間

■ 訪問看護ステーションから「理学療法士等」による訪問看護はあくまで看護業務の一環であるので保健師又は看護師による訪問の回数を上回することは適切ではない。
なお言語聴覚士による訪問はあくまで看護業務の一部であることから・・・(略)・・・診療の補助行為に限る。

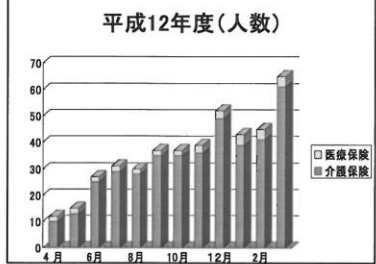


当院の訪問リハスタッフ
(2006年5月現在)

理学療法士 8名
作業療法士 4名

（訪問リハが主たる業務 6名
・デイサービスと半々 2名
・連携調整業務と半々 1名
・約週1回の勤務 3名）

※PT・OT・STの常勤配置数全国平均2.65人
(全国訪問リハ研究会調査, 2004年9月)





検証

訪問リハと訪問看護

リハビリテーションの現場をたずねて歩いた！

河本のぞみ 著

三輪書店

京都の熱い人々―訪問看護ステーションすざく 〔資料・介護度別割合と疾患別割合〕 142
 165
第四章 訪問リハ 165

思いを形にしていこう―せんだんの丘 165
 生粋の訪問リハ―ゆきよしクリニック 197
 自転車で走る言語聴覚士―在宅リハビリテーションセンター成城 214
 〔資料・介護度別割合と疾患別割合〕 241

第五章 スウェーデンへ 243

スウェーデンの事情 244
 訪問の実際 254
 変わり続けるスウェーデン 284
 附 インタビュー スウェーデンの事情を、河本佳子氏に聞く 288

終章 取材を終えて 299

資源はすぐには整わない 300
 医師アタマとコメアタマ 304
 信念対立 306
 リハは期間限定か 308
 市場原理 316

あとがき 321

目次

この軽い飛翔力が、若いセラピストを安心して在宅訪問に向かわせるのだと思う。

(取材二〇〇六年九月)

☆ 生粋の訪問リハ―ゆきよしクリニック

二〇〇六年六月、新潟市で全国訪問リハ研究会主催の研修会が開かれた。このときの実行委員長は、「ゆきよしクリニック」の作業療法士、大越満氏、研修会の教育講演のひとつを受け持ったのが、「ゆきよしクリニック」院長、荻荘則幸氏だった。

明快な荻荘氏の話のきわめつけは、「訪問リハステーションを作りなさいよ」というセラピストへのハッパがけであった。この一発で、私は一気に新潟へ引き寄せられたと言っている。

介護保険でも医療保険でも、訪問リハと名のつくものは病院、診療所、老人保健施設から出かけるサービスのことであり、そのサービス資源がいつまでも整わないのは、今まで見てきた通りだ。「ゆきよしクリニック」は、介護保険施行と同時に、つまり二〇〇〇年四月から訪問リハを始めた。リハビリテーションに関しては入院も外来もない、訪問リハオンリーなのだ。

さて、新潟まで足をのびさなくても、大越氏の書いたコラム「訪問リハの実情」の次の記述は、目を引く⁶⁾。「……当院のように入院設備のない診療所が、訪問リハを月々七〇〇件実施し、かつ訪問リハ利用者一六〇名のうちの八割は当院以外の主治医から毎月指示書をもらう……」、「当院での収支に占める支出の割合は、担当した療法士の給与が七五%、担当の事務職員と私の給与不



図1 ゆきよしクリニックのマーク

足分が一五%（私は給与分を稼いでいない！）差し引いた残り一〇%程度は、通信費をはじめとする諸経費に消えてしまう」、「当院の院長は開設当初『訪問リハで儲けが出なくていい。必要な人がいる以上、訪問リハを行う』と語って」いた。

経営面から見ると旨味のない訪問リハを、せっせとやっている「ゆきよしクリニック」とは、どんな所なのだろうか。荻荘氏、大越氏、そしてスタッフは、どんな人たちだろうか？

1. 太陽のマーク

以前は、田んぼだったというが、今は統合されて新潟市となった新興住宅地の中に、「ゆきよしクリニック」はある。最寄りの駅は「亀田」、あのあられやおせんべいで有名な地域を含む、その一帯は福祉ゾーンともいわれている。「ゆきよしクリニック」は、小ぢんまりとした診療所にすぎないが、太陽と燃える心をイメージしたというマーク、緑色の火の玉のようなそしてその中をグルグルまわるエネルギーがまつたようなそんなマークが、こちらの心を促えて離さない（図1）。

日経

2009年12月8日(毎月8日発行)第242号1989年12月20日第三種郵便物認可

医療・介護の経営情報
ヘルストピア

12

2009
NUMBER 242

2010 特集1 徹底予測

診療報酬改定は こうなる!



特集2

介護報酬改定で追い風
民間参入「完全解禁」を目前に
急拡大する訪問リハビリ

で、1人は担当者会議に出席したり、医師との調整に当たるため、訪問に出るのは主に2人。これらのスタッフは、基本的に訪問リハビリのみに携わる。ただし、退院を間近に控えた入院患者に対しては、訪問リハビリのスタッフが院内でのリハビリも行う。

訪問件数はスタッフ1人当たり1日に平均で3~4件。1件当たりの訪問時間は平均40分で、大半の利用者に2回分の報酬(610単位)を算定している。

利用者数や訪問件数は決して多くはないが、既に9月時点で単月黒字化を達成した。月によって変動はあるものの、収入は90万円前後で、支出は人件費が中心で80万円程度。約10万円の黒字を生み出している。現在のペースが続けば、年度末の時点で累積を解消できそうな勢いだ。

訪問件数が少ない割に収入が多いのは、短期集中リハビリ実施加算(退院1カ月以内は1日340単位、3カ月以内は1日200単位)を算定できているため。「病棟と連携し、退院直後から訪問に入るケースが多いので、利用者の半数弱に加算を算定している」(リハビリテーション科係長の田中重成氏)。

このほかにも、勤続年数が3年以上のリハビリ職がいれば算定できる「サービス提供体制強化加算」(1回6単位)を利用者全員に算定している。同院の訪問リハビリは、病棟との相乗効果をうまく生み出しているといえるだろう。

ただし、院長の佐々木氏は、「訪問リハビリで利益を出そうとは思っていない」と言い切る。「利益を追求するなら、訪問リハビリに人員を割かず、回復期リハビリ病棟だけで回した方が圧倒的に

効率がいい。訪問リハビリをやるのは、あくまで退院患者へのサービスという位置づけ。年度末時点で赤字にならないければ御の字」との考えだ。

スタッフの確保が悩みの種

同院は今後、訪問リハビリの利用者数がさらに増えるとみている。退院しても引き続きリハビリを受けたいという患者のニーズが強いからだ。「訪問リハビリを希望する利用者は、50~60歳代が中心で、中には40歳代もいる。比較的若い世代が多いため、80歳代が中心で、預かりの要素が強い通所リハビリにはなじまず、訪問リハビリに落ち着くようだ」(田中氏)。

同院の悩みは、訪問リハビリに十分

な人員を割り当てられないこと。67人もそのスタッフを抱えているが、「それでも足りない。あと10人は欲しい。そうすれば、訪問リハビリに1人が2人回せる」(佐々木氏)という。

池友会は傘下に4カ所のリハビリスタッフ養成校を抱え、うち三つは香椎丘リハビリテーション病院に近いエリアにある。だが、毎年3~5人のスタッフが退職するため、必要な数のリハビリ職を確保するのに苦勞する状態が続いているという。

とはいえ、訪問リハビリのニーズが日に日に高まっていることから、「できる限りニーズに対応する形で、訪問リハビリのスタッフを拡充していきたい」と佐々木氏は話している。

ゆきよしクリニック (新潟市江南区)

地域住民のリハビリニーズに応え 年間2万件弱を手がける異色の診療所

「地域には、じわじわとADL(日常生活動作)が低下し、気づいた時には動けなくなっていたという高齢者が少なくない。こうした患者をすくい上げるのが、我々診療所が手がける訪問リハビリの役割だ」

こう語るのは、新潟市を中心に新発田市、阿賀野市、五泉市などで訪問リハビリを提供する、医療法人らぼーる新潟・ゆきよしクリニック院長の萩 莊 則幸氏だ。

同院は1997年6月、整形外科とリハビリテーション科を標榜する無床診療所として開業。その後の2000年4月、介護保険の施行と時を同じくして訪問

リハビリを始めた。

きっかけとなったのは、開業前に担当した県の身体障害者更正相談所での経験だ。「在宅の重度障害者を訪問診療事業で回ったが、雪深い山間部などの医療・福祉の基盤は脆弱(ぜいじゃく)で、足がこたつに入ったままの形で固まったような高齢者を数多く見てきた。それで訪問診療や訪問リハビリの必要性を強く感じるようになった」(萩 莊 則幸氏)。

直行直帰で1日6、7件を訪問

整形外科系の診療所が訪問リハビリを手がけるケースは、決して珍しくはな



「在宅でADLが低下していく高齢者は多い。それを訪問リハビリですくい上げるのが診療所の仕事」と話す院長の萩荘則幸氏（写真右）。左は作業療法士の大越満氏

医療法人らぼーる新潟 ゆきよクリニック

- 所在地…新潟市江南区
- 診療科目…整形外科、リハビリテーション科
- 開業時期…1997年6月（訪問リハビリは2000年4月開始）

い。ただ、同院は規模の面で一線を画す。抱えるリハビリスタッフは22人で、2008年度の訪問リハビリ件数は1万4294件に達する。これだけの件数をこなす医療機関は、病院を含めてもそう多くはない（図2）。

「退院直後の患者に対しては、病院から訪問リハビリを提供しやすいが、徐々にひざや腰が固まっていくような高齢者の存在は見落とされがち。こうした人の相談をケアマネジャーから受けていて、気がついたら今の規模になっていた」と萩荘氏は話す。

実際、同院の整形外科の外来患者が訪問リハビリを利用するケースは少なく、利用者の9割は地域のケアマネジャーからの依頼を受けて実施している。

同院は山間部を含め、広範囲に訪問リハビリを提供している。その面積は約600km²を超え、東京23区に匹敵する広さだ。その一方で、スタッフ1人が1日に訪問する件数は6、7件と、地方としては多い部類に入る。

多くの訪問件数を支えるのが、独自の勤務体系だ。スタッフは利用者宅への直行直帰が原則。診療所に顔を出すのは週1回、院長や院内スタッフとの打ち合わせの時だけで、これにより訪問の

効率を上げている。訪問記録や報告書は、自宅のパソコンで作成してもらい、実績管理を行っている。

改定の増収分はスタッフに還元

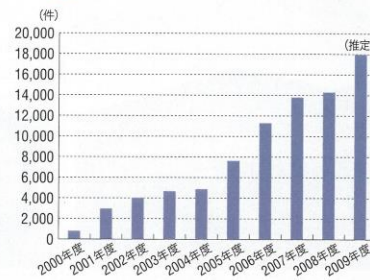
萩荘氏は「特に宣伝はしていない」と言うが、地域の口コミなどで利用依頼は引きも切らない。「ケアマネジャーから月に10人弱の新規利用者の紹介がある」と、同院のOTで訪問リハビリ事業所を取り仕切る大越満氏は話す。2009年度の利用者数は前年を大きく上回る勢いで、前年度25%増の1万8000件近

くに達しそうだという。

訪問リハビリに精力的な同院ではあるが、「改定前の事業収支はトントンか、やや赤字の状態だった」（萩荘氏）という。だが、改定後は基本報酬のアップとサービス提供体制強化加算の算定などで収入が2割増え、「ようやく一息ついた」格好だ。

萩荘氏は「地域のニーズに応えるために始めた事業なので、訪問リハビリでもうけるつもりはさらさらない。利益はぎりぎりまでスタッフの給与に還元している」と話している。

図2 ●ゆきよクリニックの訪問リハビリ実施件数の推移



(株)セラビット (神戸市西区)

リハビリ中心の訪問看護ステーション 18人のスタッフで月1600人を回る

(株)セラビットは、神戸市内で訪問看護ステーションと通所介護事業所を展開する民間の介護事業者だ。「訪問看護ステーション リハ・リハ」を中核に、リハビリを軸とした介護サービスを提供している。

設立は2003年。OTでケアマネジャーの資格も有する代表取締役の大浦由紀氏が立ち上げた。以前、老健施設にケ

アマネジャーとして勤務していた時、「地域に訪問リハビリを提供する事業者が皆無で、在宅での継続的なリハビリ体制が不十分だと痛感した」ことが起業のきっかけだ。

訪問看護7に携わるリハビリスタッフは18人（常勤換算で12～13人）。このほかに看護師を6人（常勤換算で4～5人）抱え、月延べ1600～1700件の訪問

大腿骨近位部骨折ゼロを目指す 治療・予防戦略

～多職種連携による取り組み～

新潟大学大学院医歯学総合研究科整形外科学分野教授
遠藤 直人 編

⑧ 医薬ジャーナル社

第3章

リハビリテーション，地域における治療と予防：
二次骨折予防を目指して

3. 訪問リハビリテーションによる取り組み

【荻庄 則幸・三村 健・池浦 一樹】

1 筆者らの施設について

当法人(らばー新潟 ゆきよしクリニック)は，平成12年4月の介護保険施行と同時に，訪問リハビリテーションを開始した。当初は，整形外科・リハビリテーション科のゆきよしクリニックから訪問リハビリテーションを実施するだけであったが，平成24年に当法人に訪問看護ステーションを開設し，現在では，診療所である“ゆきよしクリニック”と“訪問看護ステーション”の2つの事業所から訪問リハビリテーションを実施している。

訪問リハビリテーションは主に，介護保険と医療保険で行われている(表1)。さらに，実施できる事業所は，病院，診療所，介護老人保健施設，訪問看護ステーションである。同じ訪問リハビリテーションを行っても，その単位は，各保険と事業所の組み合わせで微妙に異なっている。

当法人は平成12年に非常勤の理学療法士1名で開始したが，平成26年には常勤・非常勤含め，理学療法士20名，作業療法士14名，言語聴覚士3名の計37名が在籍している。

1年間の実施延べ件数の推移では，平成12年度823件から，平成25年度は22,938件と約30倍に増加し，その実際の利用者は442名であった(図1)。また疾患別では，脳血管障害が181名，骨折を含む骨・関節疾患が84名であった(表2)。大腿骨近位部骨折の既往は33名で，そのうちの21名に対し，骨折自体に対する訪問リハビリテーションを実施していた。これら骨折患者の主治医内訳は，内科・消化器科が11名，神経内科が6名，リハビリテーション科が2名，外科が1名，当院(ゆきよしクリニック)が7名，他の整形外科医が6名であった。骨折に対する訪問リハビリテーションでも，その主治医の3分の2は整形外科以外の科であった。他の合併する骨折としては，上腕骨頸部骨折が2名，胸腰椎圧迫骨折が10名であった。

以下に，当院の訪問リハビリテーションでの，理学療法士による大腿骨近位部骨折への取り組み事例，および言語聴覚士による骨折防止のための摂食嚥下に対する取り組み事例について述べる。

表1 訪問リハビリテーションの制度(平成26年4月以降)

分野 法律 実施機関 対象者	介護保険法		医療保険法	
	病院，診療所，老健 介護保険対象者(40歳以上で加齢に伴う疾患の者)	訪問看護ステーション 介護保険対象者(65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	病院，診療所 介護保険非対象者(65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	訪問看護ステーション
訪問頻度	週6回まで		週6回まで (退院の日から計算して3カ月以内の場合は12単位まで)	
訪問時間	20分(1回)	① 20分(1回)，② 30分未満 ③ 30分以上60分未満	20分(1単位)	30～60分(概ね40分)
単 価	307単位 ・短期集中リハ実施加算 340単位/日，200単位/日 ・サービス提供体制強化加算 6単位/回 ・訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算(3カ月に1回) 300単位/回	① 318単位 (理学療法士等による訪問の場合) ② 474単位 ③ 834単位 ・退院時共同指導加算 600単位/回 ・初回加算 300単位/月 ※退院時共同指導加算と初回加算どちらかを算定 ・ターミナルケア加算 2,000単位	※訪問看護基本療養費と訪問看護管理療養費を合費 訪問看護基本療養費(Ⅰ) 月1回目 12,960円 月2回目～ 8,530円 週4日目以降 9,530円 訪問看護基本療養費(Ⅱ) (1) 同一日に2人 月1回目 12,950円 月2回目～ 8,530円 週4日目以降 9,530円 (2) 同一日に3人以上 月1回目 10,180円 月2回目～ 5,730円 週4日目以降 6,260円 訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8,500円	3,000円
利用者負担	1割負担		保険に依り1～3割負担	

訪問リハビリテーションは，介護保険と医療保険で行われている。実施できる事業所は，病院，診療所，老健(介護老人保健施設)，訪問看護ステーションである。
(厚生労働省：医科診療報酬点数表，介護報酬単位数表より)

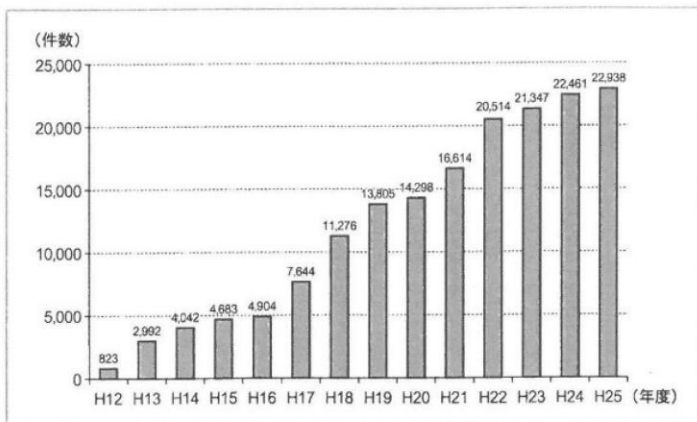


図1 当院における訪問リハビリテーション件数の推移

平成12年度823件から、平成25年度は22,938件と約30倍に増加。その実際の利用者は442名であった。

(筆者作成)

表2 当院の訪問リハビリテーション利用者の疾患と保険区分(平成25年度)

疾患	保険区分	
	介護保険(人)	医療保険(人)
脳血管障害	176	5
神経・筋変性疾患	34	51
骨・関節疾患	81	3
呼吸・循環・代謝疾患	15	1
脊髄損傷	10	6
脳性まひ	2	9
その他	36	13
合計	354	88

当院の年間利用者442名中、骨折を含む骨・関節疾患は84名であった。

(筆者作成)

2 大腿骨近位部骨折に対する訪問リハビリテーション

1) 移動能力の適切な評価

『大腿骨頸部・転子部骨折診療ガイドライン改訂第2版』によれば、術後最低6カ月はリハビリテーションを行うべきであり(Grade B)¹⁾、しかも、退院後においてもリハビリテーションの継続が有効である(Grade B)¹⁾。大腿骨近位部骨折患者が、退院後も適切な場所、適切な方法でリハビリテーションを受けられるべく、主治医、介護支援専門員(ケアマネジャー)は便宜を図る必要がある。

在宅における大腿骨近位部骨折のリハビリテーションの大きな目的の一つは、患者の移動能力をその自宅において適切に評価し、最も安全な生活様式、すなわち再転倒・再骨折(二次骨折)する可能性が低いと考えられる生活様式を、本人、家族とともに検討し、合意することである。具体的には、「お一人では転ぶ可能性がありますから、歩くときは必ず、ご家族と一緒に歩くようにしましょう」、あるいは「玄関の出入りのときは特に注意が必要です。手すりを設置して、靴を履くときには椅子に腰かけるようにしましょう」など、転倒のリスクのある場面で直接指導し、訪問日以外の日にも同じような行動をとる、すなわち、行動変容を起こすことによって再転倒のリスクを限りなく“ゼロ”に近づけることである。

当院にて訪問リハビリテーションを行った大腿骨近位部骨折患者20例(20肢、平均年齢82.7歳±8.3歳)における、受傷前、退院時、退院後一定期間経過時の歩行状態について後方視的調査を行った結果、退院の時点で受傷前の歩行に達していたのは7例(35%)、退院後のリハビリテーションの継続により受傷前の歩行に達したのは同じく7例(35%)、残りの6例(30%)は、退院後のリハビリテーションを継続しても受傷前の歩行には至らなかった(図2)。

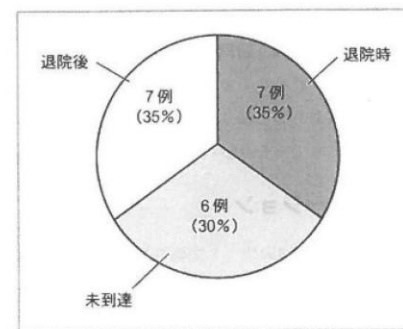


図2 受傷前の歩行状態に至った時期

20例中7例は、退院後に受傷前の歩行状態に至った。退院後のリハビリテーション継続の重要性を示すデータである。

(筆者作成)

平成30年医療・介護同時改定

～“量”から“質”の時代へ～

5. 訪問看護

改定事項

- ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化
- ②ターミナルケアの充実
- ③複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し
- ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し
- ⑤報酬体系の見直し
- ⑥同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
- ⑦その他

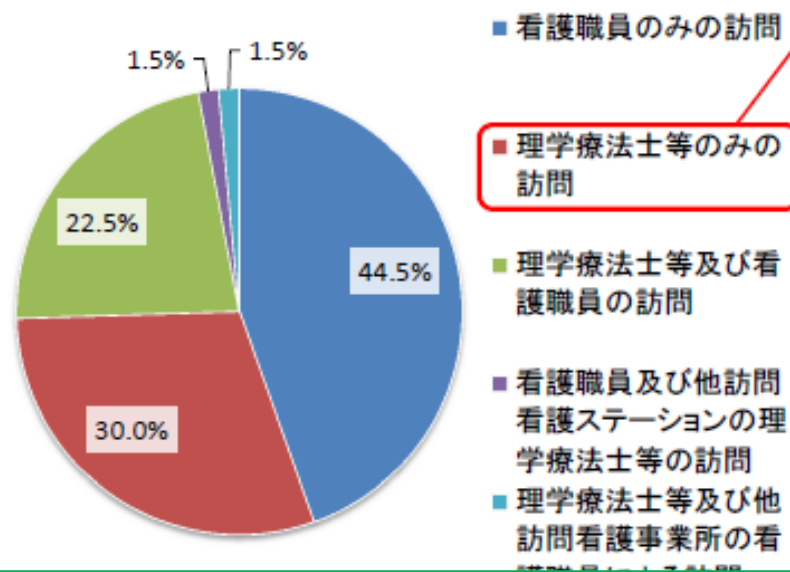
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

- 理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの介護保険の利用者のうち、30%が理学療法士等のみの訪問であり、要支援2以下が約20%である。
- 理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、「看護師がアセスメント等のために訪問することは基本的にない」とした割合は約22%であった。

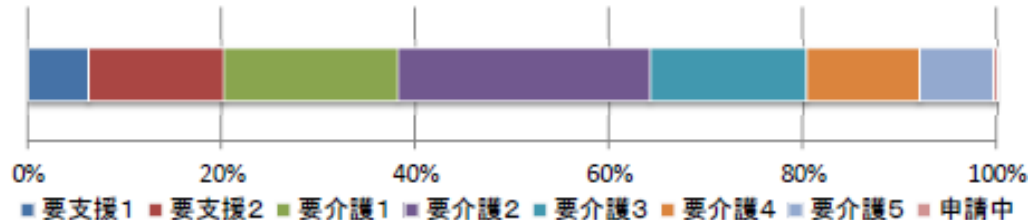
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数
(2016年10月)(n=600)(※理学療法士等による訪問を行っているSTIに限る)

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

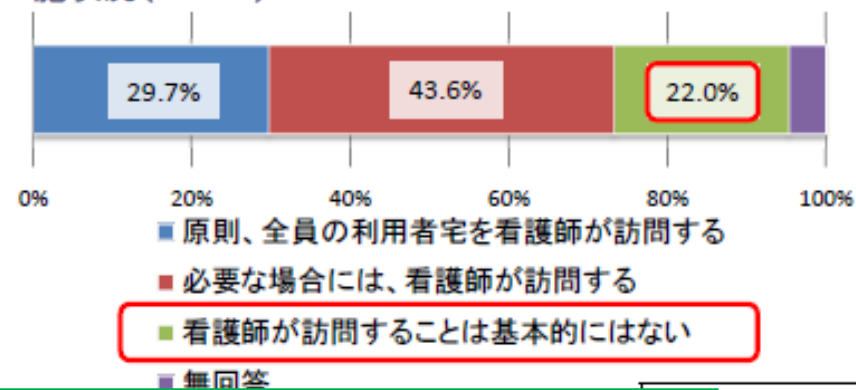
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数
(74.1人)の訪問者職種別の割合



■ 理学療法士等のみの訪問における要介護度別利用者数割合



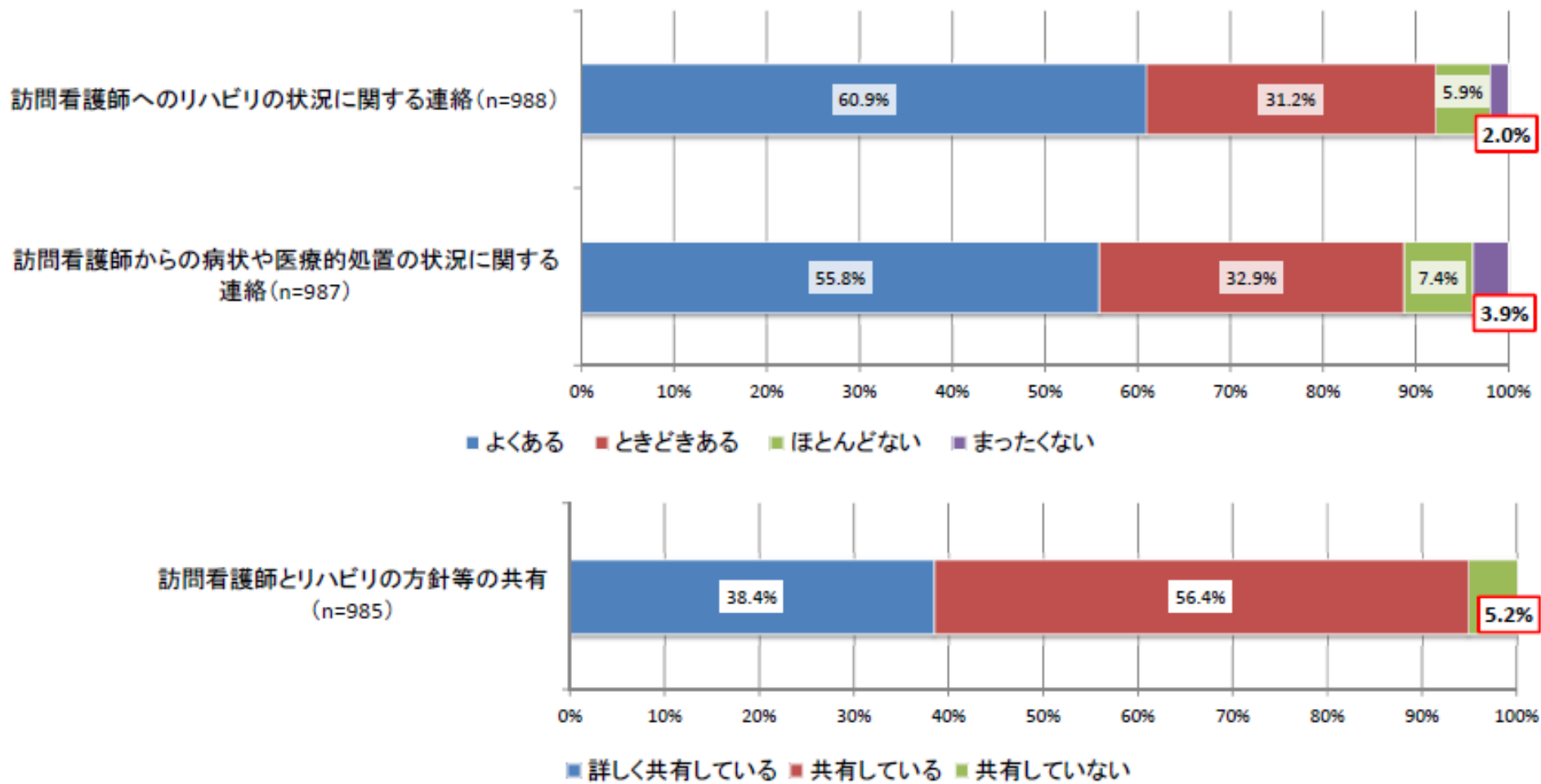
■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況(n=619)



理学療法士等のみの訪問が増加していることを問題視

訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員との連携について

- 訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員による訪問が行われている利用者における連携について、「理学療法士等からの看護職員への連絡」や「看護職員から理学療法士等への連絡」について「まったくない」とする割合は前者が約2.0%、後者が約4.0%である。また、リハビリ方針等を訪問看護師と「共有していない」とする割合は約5.2%となっている。



看護師と理学療法士等のみの連携不足を問題視

2023/1/24

リハビリ

社保審一介護給付費分科会

第150回 (H29.11.8)

68資料5

5. 訪問看護 ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものであるが、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があることを踏まえ、評価の見直しを行うこととする。

単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

<現行>

302単位/回

※1日3回以上の場合は90/100

⇒

<改定後>

296単位/回

※1日3回以上の場合は90/100（変更なし）

算定要件等

理学療法士等のみの訪問に看護師の定期訪問が必須となった

- 以下の内容等を通知に記載する。

ア 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。

イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

算定要件等

○以下の内容等を通知に記載する。

ア 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者については、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。

イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

当ステーションの場合、看護師は常勤3名のみであり、看護師3名が全利用者を定期的に訪問すること（=訪問看護ステーションのままリハビリを継続すること）は到底困難であった。

そこで…

平成30年改訂における当法人の対応①

・訪問看護の利用者を訪問リハへ移行

平成29年4月時点での利用者数(看護師のみの訪問も含む)

訪問リハ56名 訪問看護366名 計422名



平成30年4月時点での利用者数(看護師のみの訪問も含む)

訪問リハ174名 訪問看護140名 計314名

※訪問リハへの移行ができない利用者(他事業所から看護師が訪問している、外来リハとの併用を希望されている、など)は終了せざるを得なかった。

6. 訪問リハビリテーション

改定事項

- ①医師の指示の明確化等
- ②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④介護予防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加算の創設
- ⑤社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設
- ⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化
- ⑧基本報酬の見直し
- ⑨医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑩離島や中山間地等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供
- ⑪同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬
- ⑫介護医療院が提供する訪問リハビリテーション
- ⑬その他

6. 訪問リハビリテーション

⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- このため、指定訪問リハビリテーション事業所に専任の常勤医師の配置を求めることとする。
- この際、事業所である病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の常勤医師との兼務を可能とするほか、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設、介護医療院であって、病院又は診療所と併設されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものとする。医師の診療に係る取扱いについて例外を設けることとするが、この場合の評価は適正化することとする。

単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

<現行>
なし

⇒

<改定後>
20単位/回減算（新設）

算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として下記を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとする。
 - ・指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
 - ・当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - ・当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

訪問リハ計画診療未実施減算:かかりつけ医からの診療情報提供により訪問リハ実施が可能

2025/1/24

出典:厚生労働省 平成30年度介護報酬改定における各サービスごとの改定事項について

平成30年改訂における当法人の対応②

- 当院への受診、または往診が困難な利用者(他院からすでに訪問診療が入っている方)は、かかりつけ医に診療情報提供書を依頼し、介護保険の訪問リハ利用者156名のうち112名が“**訪問リハ計画診療未実施減算**”で訪問リハを実施することとなった。

その後の介護報酬改定により経過措置はあったものの、算定要件である“適切な研修の修了等”の確認が困難を極めた。

定期的な研修の修了等とは…

厚生労働省HP 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) より抜粋

【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】

○ 事業所の医師が診療せずにリハビリテーションを提供した場合の減算

問 60 別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から 20 単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答)

含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか 1 単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前 36 月の間に合計 6 単位以上 (前述の単位を含む。) を取得していればよい。

当院では“日本医師会”や“全国保険医団体連合会”に、他の研修は該当しないのか問い合わせたが「日医かかりつけ医機能研修制度のみ」との回答であった。

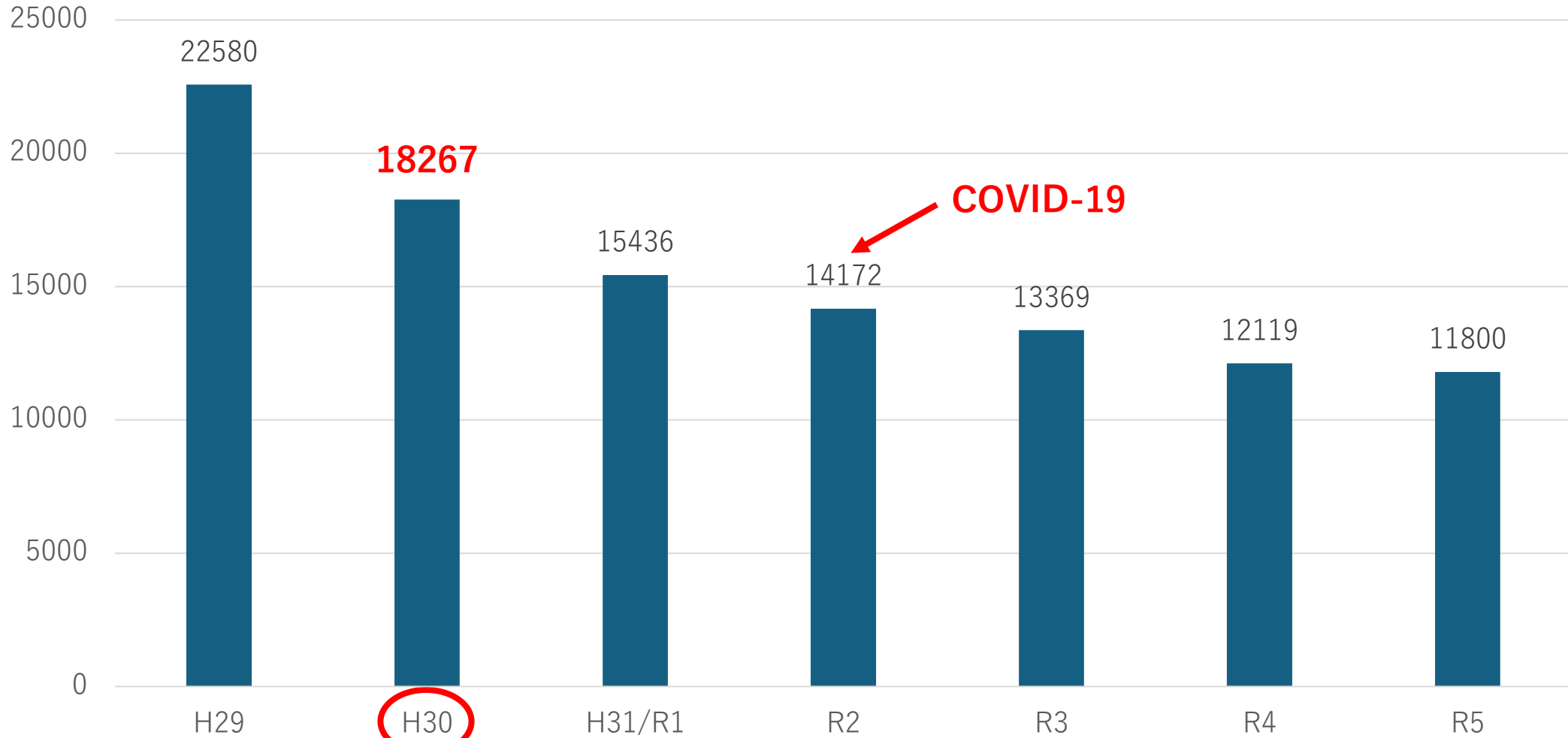


112名の主治医に合計3回、研修を受講しているかアンケートを実施するとともに、受講していただけないか依頼をしたが、受講済と回答があったのは片手で数える程度だった…

日医かかりつけ医機能研修制度は2016年より開始されたもので、この研修自体が医師に浸透していないのではないか？

➡ 令和6年の介護報酬改定で、**当院では“訪問リハ計画診療未実施減算”には対応しない方針とした。**

当法人における訪問によるリハビリテーション件数の推移 (H29~R5)



訪問業務に携わるスタッフ (令和6年12月現在)

職種	人数
医師 (※非常勤医師を含む)	3名
看護師	3名
理学療法士 (※兼務・非常勤含む)	5名
作業療法士 (※兼務・非常勤含む)	5名
言語聴覚士 (※兼務・非常勤含む)	3名
相談員	1名
事務職員	4名

計13名

現在

- 年間訪問件数は**減少傾向**。新規問い合わせ数は月5～10件程度となっている。

→訪問リハ立ち上げ当初(平成12年)は実施施設が少なかったが、現在では各地域に訪問リハを実施している病院、事業所が増えてきているため、依頼が分散されているのではないか？

5地域リハビリテーション

巻頭カラー 認知症のためのアートワーク ホットギャラリー

特集

生活を支える診療所



講座

- このときこう考えるー福祉用具マネジメントの実践ポイント
- 実践! 認知症患者さんとの豊かなコミュニケーション
- 在宅事例にみるセラピストの専門性
ー私はそこで何を果たしたか
- 高めたい知識、その技術!
がん患者さんを支えるリハビリテーション
- 老いを知る
- リハビリテーションとメンタルヘルス

連載

- Yuukiの世界
- 介護予防における
ポピュレーションアプローチの試み
- 小児から難病まで! さかいリハ訪問看護
ステーションの実践
- 茨城県からの発信
ー障害のある小児を支える地域リハビリテーション

巻頭カラー

Yuukiの世界	磯貝憂貴	365	認知症のためのアートワーク	平井美穂	368
ホットギャラリー		366	第5回 アクリル絵の具で描く「あじさい」		
			巻頭言	中村義雄	373

特集 **生活を支える診療所**

大都会の中での生活支援	長谷川幹	376
雪国の中での生活支援	黒岩卓夫	381
診療所と介護老人保健施設の連携による生活支援		385
—地域での実践を踏まえて	山田和彦	
健康と生活を支える診療所	青木佳之	389
訪問リハビリテーションと生活支援	荻荘則幸	395
地域リハビリテーションの拠点		400
—それは小規模多機能な有床診療所	安武真由美, 他	

講座 **実践したくなるなるプロのテクニック**



このときこう考える—福祉用具マネジメントの実践ポイント	池田真紀	405
第5回 福祉用具の有効な活用を通じた支援マネジメント—実践的取り組み事例を通じて (5) 支援者に求められるコミュニケーション力		
—伝達手法の整備を徹底したうえで相互理解を図る		
実践! 認知症患者さんとの豊かなコミュニケーション	五島シズ	411
第5回 認知症の人との豊かなコミュニケーション (3)		

訪問リハビリテーションと生活支援

「健診センター」を「訪問リハビリ」

荻莊則幸*

はじめに

新潟県は南北に約 300 km, 日本海に面した広大な県です。新潟市より日本海を西へ渡る 40 km 先には朱鷺で有名な佐渡島があります。筆者は平成 9 年 6 月に新潟市（旧亀田町）に整形外科とリハビリテーション科の医院を開業しました（医療法人社団らぼーる新潟「ゆきよしクリニック〔以下、当院〕」）。その後、平成 14 年 7 月に通所リハビリテーション施設「楽いち」（その後、通所介護施設に変更）の開業、平成 17 年に社会福祉法人「豊潤舎」を立ち上げ、平成 18 年 4 月より「新潟県障害者リハビリテーションセンター」の経営を行っています。それまでの経歴は、昭和 59 年、新潟大学整形外科に入局後、いくつかの病院で外来、手術、リハビリテーションなどの研修を行い、その後、手の外科、マイクロサージャリーを専門に選び、直径 1 mm 以下の血管・神経を縫合する手術や組織移植の手術、手の外科、実験などに朝から晩まで没頭している生活を送っていました。在宅医療、リハビリテーションとはまったく縁のない生活を送っていた筆者の転機は、平成 3 年に新潟県の身体障害者福祉の“要”である新潟県身体障害者更生相談所（以下、身更相）という行政機関への出向を大学の医局から命じられたことでした。

リハビリテーション、在宅医療との出会い

身更相に移ってからは身体障害者関係の法令、通知集をかたわらに身体障害者の手帳や義肢、装具、手当の診断書、施設入所などの判定や施設・業者の監査、行政指導、各種団体への講義、県内 112 市町村（当時、市町村合併前の数）への出張業務など県全体を対象にしたグローバルな分野での仕事で、まったくいままでの仕事と異なる世界へ右も左もわからぬまま飛び込まざるを得ませんでした。ここが筆者が在宅医療、リハビリテーションへ向かう出発点でした。当初は、あまりにもいままでの仕事と内容が乖離しているため戸惑うことばかりでした。

しかし、平成 4 年に日本リハビリテーション医学会の認定臨床医に合格し、徐々にリハビリテーション医学の勉強をしていくうちに「第三の医学」とも呼ばれている「リハビリテーション医学」に興味を持ち始め傾倒していきました。それまで筆者は医学のスペシャリティはナノテクノロジーに代表される、より微細な分野を追求することにあると思っていました。また、リハビリテーションは単に機能回復、機能訓練としか理解していませんでした。しかし、本来は「権利の復権」「更生」「自立と参加」などに訳されるリハビリテーションという言葉が「福祉」という概念をも包括していることを知ってから筆者の医師としての生き方の方向性が大きく変わり

特集

生活を支える診療所

* おぎしょうのりゆき／医療法人社団らぼーる新潟ゆきよしクリニック・楽いちデザイナー 理事長／社会福祉法人豊潤舎新潟県障害者リハビリテーションセンター 理事長、医師（☎950-0122 新潟県新潟市江南区稲葉 1-4-3）

ました。

それまで、疾患、外傷の急性期のみに着目している狭い視野でしか医療を考えていませんでした。リハビリテーション医学に触れてからは、患者さんやその患者さんを取り巻く地域や家族などの大きな環境に目を向ける大切さを勉強させられました。身更相の業務の一つである“在宅の重度障害者の訪問診察事業”で雪深い山間部や、道路も整備されていない島の集落に住む人々を毎年毎年訪問したことが筆者に開業を決意させる大きなインセンティブになりました。人里離れた山奥でも確実に地域に根づいた人たちの生活があり、また、そういう地域での高い高齢化率いわゆる“限界集落”での高齢者に対する医療・福祉の基盤は介護保険が開始される以前はかなり脆弱なものでした。

開業してから医療の原点は在宅にあり、限られた社会資源をいかに多くの皆さんに還元できるか(more for less)をモットーに整形外科、リハビリテーション科を標榜しながら平日のみならず日曜の午後も診療を行うかたわら、往診、訪問診療、訪問看護を積極的に行いました。開業後2年間で往診で受け持っていた患者さん4名の臨終の場に立ち会いました。在宅で死を迎えることについて考えると、筆者が開業する前に筆者の母、叔父は病院で亡くなりました。その臨終に立ち会ってきて、最後を自分の家で、もしくは「住まい」で家族に見守られて迎えることがご本人も望むところであり、残された人々の心よりどころにもなると思いました。祖母は90歳で自宅で亡くなりました。それまで入院していた病院で危篤状態になった際に、急速自宅に連れて帰り、祖父の位牌のある仏間の布団の上で家族や親戚縁者の前で最後に一つ大きな息をして大往生しました。このときに集まった皆の表情に不思議な安堵感と心底、死者を悼む悲しさ淋しさが満ち、亡くなった祖母や看取った親戚も満足してくれたのではないかと感じました。

よりよく生きていくことは、よりよく死を迎えることにつながると思います。そのためにも肉体の寿命と寝たきりにならない健康であることの期間をいかに近づけるかが筆者にとって大きな課題になってきました。そこに開業4年目で介護保険の“訪問リ

ハビリテーション”制度を知ることになりました。

訪問リハビリテーション始動

平成12年4月に介護保険の施行と同時に非常勤の理学療法士1名による週1回の訪問リハビリテーションを開始しました。筆者自身もケアマネジャーの資格を第1回の試験で取り、居宅介護支援事業所も同時に立ち上げました。開設当時は訪問リハビリテーションスタッフ(理学療法士・作業療法士)の確保も小さな診療所レベルでは困難を極めました。

その後、年々理学療法士・作業療法士の養成機関も増え、当院の訪問リハビリテーションスタッフも徐々に増加してきました。以前、新潟県内の医療・福祉関係の4年制大学の設置に関わってきた縁で、その大学で理学療法士・作業療法士学科の講義も受け持つことになりました。また10年間以上、年に4~5回は市が主催するホームヘルパー(訪問介護員)養成の講義も行っていました。そのほかに介護保険の施行後も市町村・県レベルでのケアマネジャーの講義も担当するなど各種の講義を通して訪問リハビリテーションの必要性、実施方法、ケアプランへの導入などを広めてきました。現在は言語聴覚士による訪問リハビリテーションも認められていますが、訪問リハビリテーション開始当初から在宅での言語、嚥下リハビリテーションの重要性を感じ保険行為とは別にボランティアとして訪問で言語訓練も行っていました。

次第に、おのおのスタッフが良質なサービス提供を行うことにより、ほかのケアマネジャー、病院間での評判が“口コミ”で伝わり、毎週5~6件の新規の依頼が来るようになりました。開始当初の平成12年度の件数の実績は年間延べ823件でしたが、その後3,000件、4,000件と増加し、平成20年度は14,298件の見込みです(図1)。また、現在でも毎日のように新規の利用者の依頼がケアマネジャー、医師から来ています。平成20年11月現在の当院の訪問リハビリテーション利用者(表1)では、介護保険利用者224名のうち約半数が脳血管疾患です。平成19年に施行された改正医療法により、

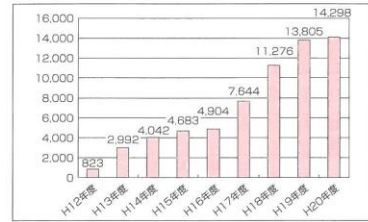


図1 訪問リハビリテーション実績

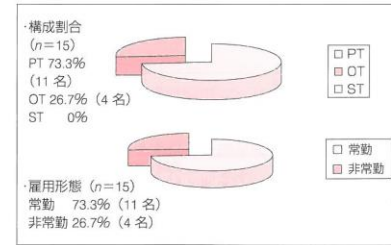


図2 ゆきよしクリニック訪問リハビリテーションスタッフ

表1 ゆきよしクリニック疾患別訪問リハビリテーション利用者

1. 脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血 etc.)	108名 (106名+2名)
2. 骨関節疾患 (脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症 etc.)	54名 (52名+2名)
3. 神経・筋変性疾患	38名 (28名+10名)
4. 脊髄損傷	14名 (10名+4名)
5. 脳性麻痺	3名 (0名+3名)
6. 呼吸・循環器疾患	9名 (9名+0名)
7. その他 (変形性関節症、変形性頸椎症、腰椎症、大腿骨頸部骨折、関節リウマチ etc.)	22名 (19名+3名)

n=248 (介護保険利用者 224名+医療保険利用者 24名)：平成 20年 11月

医療計画制度のもとでいわゆる4疾病5事業ごとに医療連携体制を構築することになり、その一つである脳卒中は平成20年4月から「地域連携クリティカルパス」の策定が条件で医療機関は地域連携医療計画管理料、退院時指導料が算定できるようになりました。このパスの中で維持期に医療保険でできるサービスは訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの二つしかありません。また、FIMによる評価可能な体制をつくることも求められています。今後、この分野での主治医との連携がますます重要になってくると考えられます。

スタッフの連携と地域連携について

当院では、診療所内で医療保険のリハビリテーションは実施せずと同じ医療法人で経営している通所介護施設(定員45名)にて、毎日午後2時間、複数の訪問リハビリテーションスタッフが機能訓練

を実施しています。また、別に設立した社会福祉法人が運営している障害者施設(新潟県障害者リハビリテーションセンター)にもスタッフを派遣しています。そのほかに月に2回は午後7時から全体ミーティングを行い、また各自が週に最低1回は当院に來所して、筆者や訪問リハビリテーション担当の当院のケアマネジャー、事務職員と打ち合わせを行います。スタッフは自宅より直接利用者宅に向き、帰宅後にその日の報告をメールで送ってきます。そのためパソコンソフトをソフト会社と共同開発してきました。

医療法人社団らぼーる新潟(以下、当法人)には現在、常勤、非常勤合わせて15名の理学療法士、作業療法士が在籍しています(図2)。さらに平成21年度にも新しいセラピストが7名(理学療法士4名、作業療法士3名)加わる予定です。スタッフが増加してくると、スタッフの質の向上を図るためにも訪問リハビリテーションの専門書の発刊、学問としてのアイデンティティの確立が望まれます。また、スタッフには“技術者である以上、常に自分の技術を高めるために積極的に自分に投資すること”を求めています。

訪問リハビリテーションの場合、在宅で、セラピストが利用者と一対一で行うために、セラピストの技量、人間性、マナー、性格がすべて問われてきます。常に技量を高める努力を怠らないことが利用者の方々からの信頼を得る大きな要素になっています。これは、同じ病院、施設で複数のほかのセラピストの“目”が届いている環境より、漫然と独善的

特集

生活を支える診療所

表2 訪問リハビリテーションの制度

分野	介護		医療	
法律	介護保険法		医療保険法	
実施機関	病院 診療所、老健	訪問看護ステーション	病院 診療所	訪問看護ステーション
名称	訪問リハビリテーション	訪問看護 7	在宅訪問リハビリテーション	PT・OT・STによる訪問看護 指導管理料
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)		介護保険非対象者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	
訪問頻度	週6単位まで		週6単位まで (退院の日から起算して3カ月以内の場合は12単位まで)	
訪問時間	20分(1単位)	① 30分未満 ② 30分以上60分未満	20分(1単位)	
単価	305単位 ・短期集中リハ実施加算 : 340単位、200単位 ・サービス提供体制強化加算 : 6単位(1回に付)	① 425単位 ② 830単位	300点 (管理料1)	255点 (管理料2) 月の初日 12,350円 2回目以降 8,200円 (訪問看護基本療養費1と訪問看護管理療養費を合算)
利用者負担	1割負担		保険に応じ1~3割負担	

(平成21年4月以降)

なやり方を防ぐ抑止力がないぶん、セラピスト自身が常により高いものを求めそれを利用者に還元していく不断の努力を必要とされています。

その自己研修の一環として、リハビリテーション医学、一般臨床医学に関するハンズ・オン・セミナーや講習会を独自で開催しています。学会・研究会への発表は積極的に奨励しており、現在までに29件の訪問リハビリテーション関係の発表・講演を行ってきました。また、平成18年6月には当院が幹事となり、全国訪問リハビリテーション研究会、研修会を新潟市で開催しました。そのほか、厚生労働省の補助金事業としての「地域におけるリハビリテーション提供事業所モデル事業」にも参画し、データ集積にもスタッフたちが協力してきました。また、同年12月には、河本のぞみ氏(作業療法士)による取材を受け、訪問リハビリテーションの課題、今後の展望についてスタッフと共に議論する機会がありました(河本のぞみ著『検証、訪問リハと訪問看護』三輪書店、2007)。

平成19年からは医療福祉系の大学院修士課程で訪問リハビリテーションを通じた医療保険、介護保険、障害者自立支援法のインテグレーションの講義を訪問リハビリテーションスタッフとともに受け持ち、訪問リハビリテーションの可能性につき現場か

らの声を社会人としてすでに病院・施設などで働いている理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師に伝えてきています。

種々の訪問リハビリテーション制度

地方では、まだまだいわゆる“リハビリテーション技術”は特殊技術であるとケアマネジャーやほかの職種には考えられています。ほかの“訪問”職種との違いはリハビリテーションの効果に対して常に検証、評価を行い、一時中止も含めた次のステップを考えることを常に要求されていることだと考えています。

現在、訪問リハビリテーションを行える機関は病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーションの4種類です。また制度としては、自由診療を別にすると医療保険と介護保険で実施されています。ここで不思議な点は、同じサービスを提供しても単価がさまざまに異なることです(表2)。またそれに加え筆者のように地方で開業していると開業権が認められている柔道整復師、鍼灸・マッサージ師までも積極的に“訪問サービス”を実施しており、筆者の居宅介護支援事業所にも勧誘のパンフレットがよく届き、利用される方も当法人が実施している訪問

リハビリテーションと誤解することがあります。訪問リハビリテーションを実施するには訪問看護ステーションを設立し、そこから実施することが法人としては収益的に有利なこと、また指示書の有効期間が長くなることで利用者さんにとっても負担は少ないことは承知していましたが、あえて診療所としての訪問リハビリテーションを行ってきました。その理由は、第一に医療機関が実施していることでほかの医療機関や事業所からの信頼を得やすいこと。第二に訪問リハビリテーションスタッフも医師のいる医療機関に属することで臨床的な助言を受けやすいこと。また、在宅での緊急時に対応しやすいこと。第三に同じサービスを提供しても訪問看護ステーションより単価が低いため利用者の負担が少ないこと。第四に訪問リハビリテーションスタッフの教育、研修が実施しやすいことでした。

平成 21 年 4 月以降の介護保険での訪問リハビリテーションは、いままでの報酬単価をあらわす“単位”（医療保険では点数）とは別に、時間をあらわす“単位”も導入されました。これは、医療保険と介護保険でのリハビリテーションを今後同じ尺度で測ろうという試みです。しかし、現在の実情は同じ訪問リハビリテーションを実施したとしても事業所の形態、保険の形態で同じ一つのサービス（一物）に対して四つの価格が存在する“一物四価”の状態です。また、それぞれの制度で微妙に差異があります。第

一に指示書の有効期間ですが訪問看護ステーションの場合は、医師の裁量で 1～6 カ月間、診療所の場合は 1 カ月間と大きな開きがあります。第二にほかの医療機関との連携で訪問リハビリテーションを実施する場合、医療保険では“情報提供の文書”をもちょう必要がありますが、介護保険の場合は、ただ単に“情報提供”とされています。つまり文書以外の方法でも可能と解釈できます。

おわりに

まだまだ完成には至っていない訪問リハビリテーションの制度ですが、現場で感じることは着実にニーズは増大してきています。このサービスの“量と質”を両方とも充足するために、訪問リハビリテーションの制度化も望まれます。またそれとは別に、各地域医療の担い手として昔から地域に根ざしている開業医“かかりつけ医”に訪問リハビリテーションスタッフの配置を積極的に勧めることも考えられます。現にこの 4 月より導入される“短時間型通所リハビリテーション”を視野に、整形外科・リハビリテーション科以外の診療所による理学療法士・作業療法士の雇用が増加しています。大切なことは、医療の原点は在宅にあるとともに医療からと介護へのシームレスに継続する重要性をわれわれ医師がもっと理解することだと考えられます。

ご清聴ありがとうございました

