

コロナ禍：今こそ地域リハビリテーションの真価が問われる ～多職種協働とリハマインドの追求～

講師 略歴

栗原 正紀（くりはら まさき）
長崎リハビリテーション病院理事長

昭和 53 年長崎大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院脳神経外科学教室に入局。平成 2 年長崎大学脳神経外科講師、その後、長崎市内の老舗の救急病院である十善会病院の脳神経外科部長として赴任。平成 11 年同病院副院長を歴任。この間、長崎実地救急医療連絡会をたちあげ救急医療システムの構築を、また長崎斜面研究会の初代代表として地域リハビリテーション、まちづくりなどに参画し、平成 13 年から近森リハビリテーション病院院長として 5 年間勤務、平成 18 年 6 月末院長職を辞し、社団法人是真会理事長就任。平成 20 年 2 月長崎リハビリテーション病院（143 床、3 つの回復期リハビリテーション病棟を有す）を開設（同院長）。

一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）代表理事

座長 略歴

浜村 明德（はまむら あきのり）
小倉リハビリテーション病院名誉院長

昭和 50 年	長崎大学医学部卒業後、長崎大学医学部整形外科教室入局 長崎労災病院整形外科、国立長崎中央病院整形外科
昭和 54 年	国立療養所長崎病院整形外科、理学診療科医長（昭和 57 年）
平成 4 年	国立療養所長崎病院副院長
平成 10 年	南小倉病院（平成 13 年、“小倉リハビリテーション病院”に改称）院長
平成 12 年	介護老人保健施設“伸寿苑”施設長
平成 15 年	日本リハビリテーション病院・施設協会会長（平成 24 年まで）
平成 19 年	特別養護老人ホーム“こくらの郷”理事長
平成 23 年	全国老人保健施設協会副会長（2012 年まで）
平成 24 年	日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長
平成 25 年	小倉リハビリテーション病院名誉院長

コロナ禍：今こそ地域リハビリテーションの真価が問われる ～多職種協働とリハマインドの追求～

長崎リハビリテーション病院理事長
栗原 正紀

2016年日本リハビリテーション病院・施設協会では地域リハビリテーションを“障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う”と改定した。これには障害の種類、世代、人種・肌の色、性別等を問わない SocialInclusion を目指すという思いが込められている。そして急性期（救急）から回復期・慢性期に至る地域医療、更には在宅医療・介護支援そして地域生活支援に至るまで幅広い視野に立った活動指針が提示されている。一方、国は団塊の世代が75歳以上となる2025年までに2次医療圏域毎に地域完結型医療提供体制の構築を目指した地域医療構想、そして日常生活圏域においては自助・共助・公助に基づく地域共生社会の実現を目標とした地域包括ケアシステムの構築を重要課題としている。国が掲げるこれらの命題はまさに地域リハビリテーションの理念に一致したものであり、我々が積極的に寄与していくことが求められる。

超高齢社会においては高齢者の特徴を踏まえた地域医療のあり方が問われる。高齢者は“何らかの原因で入院すると容易に廃用となり、入院が長期化して寝たきりになる”。このように従来のあるり方では「高度に進歩した急性期の臓器別専門治療が生活に繋がらない」ことを示している。故に、これからの地域医療では多職種協働を基盤として医療機能の分化・連携によって着実に地域生活に繋げていくことが重要となる。そのためには適時・適切な急性期・回復期そして生活期リハビリテーションの提供によって、生活が着実に再建され、安全・安心な地域生活が支えられることが肝要である。地域包括ケア時代、たとえどのような障害があっても、住み慣れたところで、その人らしい存在感・役割・出番があり、互いに支えあう地域のあり方が求められる。

一方、コロナ禍によって、今や3密回避を目的に、人々の出会い・交流・顔の見えるコミュニケーションが自粛され、地域生活の重要な基本的要素となる「人々の繋がり・絆」が弱くなり、地域には分断・孤立化が蔓延するという非常に特異的な災害模様を呈している。今こそ、多くの知恵を結集し、地域リハビリテーションの真価を発揮するときである。

今回、“救急車とリハビリテーション”、そして“災害リハビリテーション”の観点から、コロナ禍を乗り越え、新たな生活を支える地域リハビリテーション活動について共に考えたい。

コロナ禍の地域医療構想と地域包括ケア

講師 略歴

松田 晋哉（まつだ しんや）

産業医科大学医学部公衆衛生学教授

昭和 60 年 産業医科大学医学部卒業
平成 4 年 フランス国立公衆衛生学校卒業
平成 5 年 京都大学博士号（医学）取得
平成 11 年 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

【専門療育】

保健医療システム論

【主要著書】

『医療の何が問題なのか－超高齢社会日本の医療モデル』勁草書房（平成 25 年）
『欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆』勁草書房（平成 29 年）
『地域医療構想のデータをどう活用するか』医学書院（令和 2 年）

【受賞歴】

平成 30 年 第 70 回保健文化賞受賞

座長 略歴

仲井 培雄（なかい ますお）

芳珠記念病院理事長

昭和 60 年 自治医科大学医学部卒
昭和 62 年 舳倉島診療所長
昭和 63 年 白峰村診療所長
平成 元年 金沢大学附属病院第 2 外科入局、以降石川・富山両県の主要病院に勤務
平成 11 年 医療法人社団和楽仁芳珠記念病院外科部長
平成 13 年 医療法人社団和楽仁副理事長
平成 16 年 医療法人社団和楽仁理事長
平成 24 年 社会福祉法人陽翠水理事長、ほうじゅグループ代表
平成 26 年 地域包括ケア病棟協会初代会長

日本慢性期医療協会常任理事、地域包括ケア病棟協会会長、
日本リハビリテーション病院・施設協会理事、
公益社団法人日本医療機能評価機構評価事業運営委員会委員、
石川県医療計画推進委員会地域医療構想策定部会委員

コロナ禍の地域医療構想と地域包括ケア

産業医科大学医学部公衆衛生学教授

松田 晋哉

Covid-19 感染が全世界の医療提供体制に大きな影響を及ぼしている。この抄録を書いている 10 月 15 日にはフランスで 1 日の感染者数が 3 万人を超える状況になっており、感染の再拡大が懸念されている。

本年 9 月 11 日に第 15 回アジア太平洋ヘルスサポート学会が開催された。筆者はその企画に関わり、今年度は Covid-19 感染症対策に焦点をあて、国内外の関係者から対策の状況についてシンポジウム形式で情報を提供していただくという試みを行った。シンポジウム「世界各国は新型コロナウイルス感染にどのように対応したか」においてドイツの対応を報告してくれた吉田恵子氏（在独ジャーナリスト）から今後の With コロナ時代における地域包括ケアを考える上で非常に重要な視点が示された。それはドイツの場合、4 月の段階で死亡者の 3 分の 1 が施設入居高齢者であり、累計死亡者の 6 分の 1 が介護サービスを受けている高齢者であったという事実であった。また、施設職員の陽性率が一般市民の 6 倍であることが報告され、ケアワーカーの離職が問題となった。加えてフランスとイギリスでは、高齢者施設における死亡が把握しきれていない可能性が指摘されており、追加の調査が行われているとのことであった。

我が国では幸いにしてヨーロッパと同じ規模及び頻度での高齢者施設における感染クラスターは発生しなかった。欧米に比べると施設規模が小さいこと、ノロウイルスやインフルエンザ感染予防に常日頃から留意していることなどがその要因として考えられる。しかしながら、少数ながら Covid-19 の小規模クラスターが発生した施設で受け入れ病院が見つからず対応に苦慮した例も報告されている。報告されている陽性者に対する死亡者の割合を致死率と考えると、イタリアや中国などの特に高い国はあるが、多くの国はおおむね 1.5 ~ 4.0% の間にある。世界でもっとも多くの陽性者数を出しているアメリカも致死率は 2.7% となっている。このことは感染が蔓延すれば、死亡者もそれなりに増えていくであろうことを示唆している。仮にこの知見が妥当なものであるならば、感染の蔓延を防ぐこと、特にリスクの高い要介護高齢者における感染の蔓延を防ぐことが今後の最重要課題となる。そのためには例えば介護施設における感染予防及び感染者が発生した場合の早期の対応を可能にするための医療と介護の連携体制を各地域で構築していくことが必要となる。また、今回の感染拡大で介護サービスの利用控えが生じ、ADL や IADL の悪化が生じていることも報告されている。このような状況にどう対応していくのかも検討されなければならない。一つの解決策は ICT の活用であり、いくつかの先進的な事業者ではそれが行われ、一定程度の効果を上げている。このような ICT の活用、その前提としての情報の標準化も今後の地域包括ケア体制の構築において重要な課題となる。

コロナ禍のリハビリテーションのニューノーマル（新常態）

講師 略歴

中尾 一久（なかお かずひさ）

高良台リハビリテーション病院理事長

- 昭和 60 年 久留米大学医学部卒業
- 平成 元年 九州大学医学部大学院卒業
英国ロンドン大学セントジョージメデイカルスクール病院
- 平成 3 年 久留米大学医学部第三内科（現心臓血管内科）
- 平成 4 年 国家公務員共済千早病院、国立久留米病院、公立八女総合病院循環器内科を経て
- 平成 11 年 療養型高良台病院開設（理事長・院長）
- 平成 18 年 高良台リハビリテーション病院に名称変更（理事長・院長）
- 平成 31 年 高良台リハビリテーション病院（理事長）（院長退任）

医療法人社団久英会理事長、社会福祉法人久英会理事長、日本慢性期医療協会理事、福岡県慢性期医療協会副会長、全日本病院協会理事、福岡県私設病院協会専務理事、久留米医師会理事

座長 略歴

木戸 保秀（きど やすひで）

慢性期リハビリテーション協会副会長

- 昭和 63 年 東海大学医学部卒業
- 平成 元年 東海大学医学部附属病院研修
- 平成 3 年 鶴巻温泉病院勤務
- 平成 4 年 東海大学大磯病院リハビリテーション科勤務
- 平成 7 年 東海大学医学部助手
茅ヶ崎新北陵病院リハビリテーション科勤務
- 平成 9 年 医療法人財団慈強会松山リハビリテーション病院勤務
- 平成 18 年 医療法人財団慈強会理事長
- 平成 20 年 医療法人財団慈強会松山リハビリテーション病院院長

日本リハビリテーション医学会専門医、日本慢性期医療協会常任理事、愛媛県老人保健施設協議会副会長・理事

コロナ禍のリハビリテーションのニューノーマル（新常態）

第8回慢性期リハビリテーション学会学会長

中尾 一久

リハビリテーション（リハビリ）とは、障害のある人が最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の程度に応じ、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされることである。このことは「全人権的回復」という言葉で表現され、「全人権的回復」がリハビリ医療の目指すところである。そしてリハビリ医療には、障害のある人が最高のQOLを獲得するために多職種連携によるチーム医療が必要不可欠である。

現在の高齢者モデルとして多疾患罹患（Multimorbidity）がある。高齢者1人に対して2つ以上の慢性疾患が存在する状況において、主疾病に対してのみ治療やリハビリを行うのは片手落ちであり、併存疾患に対しても同等の治療やリハビリを提供すべきである。そのためには、各職種は自分の専門領域を拡大し、更なるスキルアップを目指す必要がある。

コロナ禍での高齢者の問題点を地域包括ケアシステムの視点で考えてみる。コロナ禍では、ADL低下や認知症が悪化する高齢者が増加する。更にはコロナに罹患した患者が、治療は終了したものの、寝たきりになり、廃用症候群を呈した状態でリハビリ提供場所が見つからない場合がある。コロナ禍の高齢者の廃用症候群のリハビリはどこで、どのような形で行うべきであろうか？

多職種連携におけるチーム医療のマネジメントの最終目標は、治療とリハビリにより「QOLの再獲得と在宅復帰（社会復帰）」という付加価値を提供することである。チーム医療のマネジメントの良し悪しは、「分業と協業」をいかにバランス良く規定するかによる。このマネジメントには、各職種の情報共有の重なりがある「もたれあい型」（協業）と重なりがない「レゴ型」（分業）がある。（*）「もたれあい型」は、医師中心・治療中心のリスクの高い患者に対する質の高いチーム医療に適しており、カンファランス等での情報共有が必要不可欠である。一方「レゴ型」は、多職種がフラットな関係で、リスクが低い患者に対する効果的なチーム医療に適しており、電子カルテ等での情報交換と業務の効率化で質を保つことができる。そのために理想的なチーム医療を作るためには、「もたれあい型」と「レゴ型」をうまく組み合わせることが必要である。

診療報酬におけるリハビリテーション料において、患者1人1日当たりの算定単位数は合計6単位であるが、厚生労働大臣が定める患者においては合計9単位まで認められている。しかしながら、都道府県のローカルルールにより合計6～7単位で査定されているために、診療報酬を請求しない形でのセラピストによる補充リハビリや他職種による訓練を検討する必要がある。

最後にコロナ禍において、患者さんとの十分なソーシャルディスタンスを維持しながら最先端のリハビリ機器を積極的に利用することも重要な対応策である。

*近森正幸 チーム医療のいろは 臨床リウマチ、26：317～321、2014

アフターコロナの外国人労働者の必要性

講師 略歴

富家 隆樹（ふけ たかぎ）

富家病院理事長・院長

平成 3 年 帝京大学医学部卒業
平成 10 年 医療法人社団ふけ会理事長
平成 11 年 医療法人社団富家会富家病院院長
平成 16 年 医療法人社団富家会理事長
平成 18 年 社会福祉法人樹会理事長

日本慢性期医療協会常任理事・事務局次長、埼玉県慢性期医療協会会長、全国デイ・ケア協会理事

座長 略歴

田中 圭一（たなか けいいち）

有吉病院理事長

平成 6 年 聖マリアンナ医科大学医学部卒業
九州大学第二内科入局。以後、嘉麻赤十字病院、九大病院、門司掖済会病院、
新日鉄八幡記念病院、北九州市立若松病院、小竹町立病院にて内科医として勤務。
平成 23 年 有吉病院理事長

日本介護医療院協会副会長、日本慢性期医療協会理事、福岡県慢性期医療協会副会長

アフターコロナの外国人労働者の必要性

富家病院理事長

富家 隆樹

地域包括ケアシステムの構築において慢性期疾患を抱える患者様の ADL や QOL の維持向上に必要なのはリハビリテーションセラピストだけではなく、特に要介護状態となって退院する患者にとって介護士も必須の人材である。

新型コロナウイルス感染拡大の影響で、多くの業界の雇用は悪化し有効求人倍率は 1.04 倍（2020 年 8 月）まで下落した。しかし介護業界は 3.88 倍と依然高止まりをしている。だが、それでもコロナ前の 4.8 倍（2019 年 12 月）より 1 ポイント下がってきた。アフターコロナでこの数字はどう動くのか？ 介護人材の有効求人倍率は下がり続けるのかそれとも一時的かを予想する。まず有効求人倍率が低下した理由は、

1. 一定の数の求職者が他業界から介護業界に流れてきた
2. 業界内の転職意欲が下がり、離職率が低下した
3. 業績悪化・事業縮小のため、新規求人が減少した

が考えられる。1. はリーマンショックの時にも起こった現象であるが、流入した異業種からの介護人材の定着率は低く 6.4%であった。2. と 3. はアフターコロナで、高齢化人口の伸びと生産者人口の減少を考えるとこれが続くとは考えられない。

以上から、介護人材の有効求人倍率の低下は一時的で、アフターコロナも介護人材の不足が続くことが懸念される。

そこで、アフターコロナも持続する人材不足を補うために期待されるのが外国人労働者である。介護士として働く外国人人材は非常に期待値が高い。祖国を離れて日本で働こうとする覚悟を汲んでもいる。慢性期疾患を抱える患者様を地域で支える為には、私たちはこの外国人労働者を積極的に受け入れていくことが必要である。

世界に目を向けると、多くの先進国が古くから外国人労働者を移民として受け入れている。経済的にも移民の比率が高ければ高いほど一人あたり GDP が高く、総雇用者に占める移民の比率が 1 ポイント高まると 5 年目までに GDP を 1 ポイント押し上げる。と分析されている。

このことは人口減少しつつある先進国の経済成長に外国人労働者は不可欠であると意味する。

管総理大臣が総理就任後はじめての訪問国であるベトナムは、コロナ前日本に一番多く外国人技能実習生を送り出した国であった。管総理大臣は、ベトナムの首相と会談し人材の交流を約束した。入国制限は緩和され、すでに技能実習生の訪日は始まっている。

第 8 回 慢性期リハビリテーション学会では、介護士のみならず看護師やリハビリテーションセラピストの雇用の問題から、慢性期医療での外国人労働者のアフターコロナの世界を予想する。

with コロナ after コロナ時代で我々はどのようにしてリハビリテーションを提供していくのか？ ～多職種連携の再考～

シンポジスト 略歴

松瀬 博夫 (まつせ ひろお)

久留米大学病院リハビリテーション部部长・准教授

- 平成 13 年 長崎大学医学部卒業
- 平成 18 年 久留米大学大学院医学研究科修了
- 平成 19 年 久留米大学助教 久留米大学リハビリテーションセンター
- 平成 24 年 久留米大学助教 久留米大学病院リハビリテーション部
- 平成 25 年 久留米大学講師 久留米大学病院リハビリテーション部
- 平成 27 年 University of Kansas Medical Center 研究員
- 平成 29 年 久留米大学講師、久留米大学病院リハビリテーション部主任
- 平成 30 年 久留米大学准教授、久留米大学病院リハビリテーション部長

【受賞歴】

2019 Foundation for PM&R/PM&R Best Original Research Award

伊東 由美子 (いとう ゆみこ)

長崎リハビリテーション病院 法人本部 人材開発部部长・医療安全管理部部长

- 昭和 53 年 長崎大学医学部附属看護学校卒業
社会福祉法人十善会十善会病院入職、内科、外科、整形外科、脳神経外科病棟勤務
- 平成 14 年 社会医療法人近森会近森リハビリテーション病院入職
回復期リハ病棟勤務 (病棟師長)
- 平成 20 年 一般社団法人是真會長崎リハビリテーション病院
回復期リハ病棟勤務 (病棟マネージャー)
- 平成 21 年 同病院臨床部副部长
- 平成 24 年 同病院副院长
- 平成 30 年 一般社団法人是真会 法人本部 人材開発部部长、医療安全管理部部长

草野 謙二 (くさの けんじ)

原病院 リハビリテーション部 理学療法士主任

- 平成 20 年 医療法人恵光会原病院リハビリテーション部入職

大澤 利通（おおさわ としみち）

高良台シニアビレッジ施設長

- 平成 12 年 学校法人九州アカデミー学園九州医療福祉専門学校介護福祉科卒業
医療法人社団久英会高良台リハビリテーション病院入職
- 平成 24 年 久留米大学大学院医学研究科修了
- 平成 28 年 医療法人社団久英会高良台リハビリテーション病院教育研修部副部長
- 平成 29 年 福岡県介護福祉士会理事
- 平成 31 年 医療法人社団久英会高良台リハビリテーション病院リハケア部長
- 令和 2 年 社会福祉法人久英会高良台シニアビレッジ施設長

牛島 寛文（うしじま ひろふみ）

介護老人保健施設伸寿苑支援相談員

- 平成 9 年 日本福祉大学社会福祉学部卒業
- 平成 13 年 医療法人共和会入職、回復期リハビリテーション病棟配属
- 平成 16 年 連携・広報室配属
- 平成 21 年 リハビリテーション部ソーシャルワーカー課長代理
- 平成 23 年 臨床サービス部ソーシャルワーカー課長代理
- 平成 27 年 小倉北区役所統括支援センター出向
- 平成 30 年 介護老人保健施設伸寿苑配属

北九州市地域リハビリテーションケース会議実行委員、
全国回復期リハビリテーション病棟協会ソーシャルワーカー委員会委員、
福岡県社会福祉士会医療委員会委員、
福岡県介護老人保健施設協会北九州ブロック支援相談員部会事務局

座長 略歴

橋本 康子（はしもと やすこ）

慢性期リハビリテーション協会会長

- 昭和 56 年 名古屋保健衛生大学（現 藤田医科大学）医学部卒業
香川医科大学（現 香川大学医学部）第 1 内科教室入局
- 昭和 60 年 米国インディアナ大学腫瘍学研究所勤務
- 昭和 63 年 医療法人社団和風会橋本病院勤務
- 平成 12 年 医療法人社団和風会理事長就任
- 平成 19 年 医療法人社団和風会千里リハビリテーション病院開設
- 令和 2 年 医療法人社団和風会千里リハビリテーションクリニック赤坂開設

日本慢性期医療協会副会長、全国抑制廃止研究会理事、香川県抑制廃止研究会会長、
香川県女医会会長、社会保障審議会介護保険部会委員、
社会保障審議会介護保険部会介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員

コロナ禍において適時適切なリハビリテーションを提供するために

久留米大学病院リハビリテーション部部长・准教授

松瀬 博夫

コロナ禍により子供世代では部活動やイベントなどが減少、働く世代ではテレワークが増え、高齢者や障がい者では感染を恐れて運動や介護サービスへの参加を控えるなどによって運動や外出の機会が減少している。医療側では、感染症対策として、訓練室使用患者数制限、担当患者調整、急性期待機期間や COVID-19 感染症検査結果待ち、訓練室や装置の利用制限など、リハビリテーション（リハビリ）診療体制の変更を余儀なくされている。その結果、リハビリの機会が以前よりも少なくなっており、国民の健康に様々な影響が生じていると思われる。そのため、我々は早急に何らかの対策を講じ効果的なリハビリを安全かつ適時適切に提供する必要がある。その対策として次のようなものが考えられる。（1）運動療法の代替手段として物理療法、特に電気刺激療法の活用が考えられる。療法士と患者の直接的な接触が減ることや装置は消毒できることのできるなどの利点がある。さらに、廃用による筋萎縮予防や筋力強化、疼痛緩和などのエビデンスが十分ある。（2）機能評価の充実化と連続性を高めることが考えられる。医療・保健・福祉での ADL 等評価の統一化が望まれているが、基本的な身体機能評価も統一することで適切なリハビリのタイミングを知ることができ、またリハビリ実施計画も効率化も図られる。症例毎や療法士毎で評価が異なっているのは、計画時の評価に時間を要するだけでなく患者との接触時間もいたずらに増えてしまう。（3）スマートフォン等を利用した健康セルフチェックの活用が考えられる。（2）にも関係するが専門職での評価は医療サービスを受ける人に限られるため、健康な人の情報は乏しい。特に、急変時にそれまでの身体機能を知ることが困難なことが多い。健康リスクをセルフチェックすることで、急性期でも情報を知ることができる。さらに、医療機関を受診することなく健康リスクを知ること、自主的なリハビリを促したり、リハビリ時の自己評価として活用し通院時間や療法士との接触機会を減らしたりすることなどが期待できる。（4）医療機器、特にロボット技術の活用が考えられる。歩行支援ロボットは、患者への安全性と効果だけでなく、療法士との直接的な接触を減らすこともできると思われる。また、歩行器と介助ベルトの利用だけでも有用であると思われる。（5）テレビ電話などの通信システムと動画を利用が考えられる。自主的な運動プログラムを提供でき、またリハビリでは不足する運動量を確保することもできる。さらに、通信装置と併用することで感染対策を取りながらの運動介入や療法士ではなく看護師等を介した運動介入も可能で特に隔離された患者には有用である。コロナ時代においてリハビリを適時適切に提供する方法に正解は無いと思われるが、以上のようなことを提案し、これまでの実際の取り組みの紹介とこれから期待される対策などを報告する。

With コロナ after コロナ時代で我々はどのようにして
リハビリテーションを提供していくのか？～多職種連携の再考～
看護師の立場から

長崎リハビリテーション病院 法人本部 人材開発部部长・医療安全管理部部长
伊東 由美子

回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟で毎日行われているのは、患者の日々の営みを支えることであり、その第一歩が寝・食・排泄・清潔の徹底的な分離だと思う。ベットは寝るだけの場所であり、食事や排泄の場所ではない。人はベットの上で排泄をしたいとは思わないし、ベットの上で身体を拭かれるよりは、ゆっくりと浴槽につかりたいと思うのは当然のことである。回復期リハ病棟協会には、“看護・介護10か条”という看護・介護職のケアの基本方針がある。まさしく人としての尊厳を守るために、看護実践の基本であり、当たり前のことを当たり前に、かつ確実に行うことが回復期リハ病棟の基盤であるといっても過言ではない。看護・介護10か条をもとにして、当院においても開院時に基本的ケア方針10項目を作成し、看護・介護職のみならず院内全体の方針としている。(1)～(5)は基本的なケアで決して派手ではない地道なケアの連続である。どんなに見守りに時間がかかったとしてもできるだけ本人にやっていただくことを考える。つまり、その人が毎日するADLが、“その人の最大能力を発揮して生活できるように”という合議によってチームアプローチを実践することである。(6)～(10)は基本的ケアを安全に効率的に進めていくための行動指針でもある。

入院生活は、いわば非日常生活である。しかし、回復期リハ病棟は、人としての尊厳を守り、住み慣れた地域でその人らしく、生き生きと生活していけるように支援することを使命としている。回復期の役割は、急性期で治療を終えた患者を1日でも早く受け入れ、1日の中で多くのリハ量（3時間）と残りの21時間でADL回復のためのケアを提供し、在宅復帰を達成することである。リハでできるようになった能力を、生活の中で実践するためには、看護・介護職と療法士を区別することではなく、それぞれが専門的なスキルを伝え、学びあう事ではないかと考える。

患者が入院した時から退院支援は始まっている。患者・家族が望む生活に近づけることを目標にして、チームアプローチを展開させていくことが重要である。そのためには、患者の状態と時間の流れを的確にとらえ、適切なリハケアを行っていくことが回復期では必要である。集中的リハによって機能回復を行いながら、退院後の在宅生活で想定される課題解決に向けてより具体的なアプローチが行われ、生活スタイルやケアの方法、予防管理の習得支援などを多職種協働で実施することである。特に家族は、介護技術の習得や住宅改修などの外的環境だけでなく、患者との関係性といった内的環境について経験したことのない問題に直面する。患者・家族がどのように生活したいと考えているのかを十分に聴くことが大切である。障害と向き合う患者・家族を支えることは、コロナ禍であっても変わることはない。

コロナ禍とコロナ後におけるリハビリテーション ～療法士として～

恵光会原病院リハビリテーション部理学療法士主任
草野 謙二

コロナ禍においても病院は、安心・安全で質の変わらない医療の提供を求められる。徒手療法を多用する療法士は広範囲にわたって身体に接触する機会が多く、リハビリテーションの1回あたりの時間は20分以上となるため曝露リスクは高い。曝露リスクが高い状況下においても徒手療法を用いるために、感染症発生・拡大予防を徹底している。

当院の患者の多くは高齢者や透析患者等、新型コロナウイルス感染時に重症化しやすい患者が多い。そのため、世間で感染症拡大の兆しがみられた頃から早急に院内感染症発生・拡大予防に努めてきた。職員の感染症教育、標準予防策に加えマスク・アイシールドの着用義務化、マスク非着用時のソーシャルディスタンスの保持と会話の禁止、清掃と換気の徹底等、院内感染症対策を強化している。当院のリハビリテーションセンターは外来患者と入院患者が混在していたため、リハビリテーション部では早期に外部からの感染症持ち込みを防ぐために外来リハビリテーションを中止した。中止期間中は外来患者の身体機能低下を予防するため、電話で状況確認と自主訓練を指導していた。しかし、外来患者の身体機能低下の危惧と再開希望の声を受け、外来患者のマスク着用と標準予防の義務化、外来患者と入院患者の時間的・空間的ゾーニングに加え、介入セラピストの限定化を行い、国勢に準じた時期から再開した。入院患者に対して面会制限を設けているため家族の不安にも配慮し、電話での現状説明を行っている。要介護度の高い患者が多い訪問リハビリテーションはコロナ禍においても継続し、廃用症候群の予防に努めている。

コロナ禍で苦勞したことも多いが、この経験をコロナ後で活かせることもある。病棟でのリハビリテーションの時間を増やしたことで、より細かな日常生活動作訓練を行うことができ、回復の質が向上したという職員の意見が増えた。このことは病棟リハビリテーションに対する職員の意識改革に繋がると考える。患者や患者家族の感染症に対する危機意識も以前より高くなり感染症対策の積極的協力を得られたことや、時間的・空間的ゾーニングで他の感染症拡大も減少している。これからも以前とは異なる形で、質の変わらない医療を提供していけるように努力していく。

With コロナ after コロナ時代で我々はどのようにして
リハビリテーションを提供していくのか？～多職種連携の再考～
介護の立場から

高良台シニアビレッジ施設長

大澤 利通

リハビリテーションは、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリスタッフだけではなく様々な職種と情報共有と連携を行っており、特に1) 関係職種間の情報共有、2) チームとしての共通目標、3) 家族の参加、4) 専門職種が互いに尊重し合うことが重要であると言われている。

慢性期においては、「その人らしい暮らし」を支えることが重要であり、対象者の一番身近な実践レベルで暮らしを支える介護職が担う役割は大きいと考える。これまでの身の回りの世話をするだけの介護から、高齢者や障害者等の生き方や生活全体にかかわることで対象者の暮らしを支え、自立に向けた介護利用者や家族と共に実践することが求められている。さらに、これからの介護職は、福祉サービスの充実・向上の役割を担っている者として、1) 豊かな感性、2) 洞察力・情報分析能力、3) 介護目標・計画の立案能力等が厳しく求められ、多職種による専門職チームの一員として成長することが必要である。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大を受けて、医療と同様に介護を取り巻く環境も大きく変化した。医療・介護施設の入所者について外出制限、家族・友人との面会制限等が行われた。また、在宅系サービスにおいては、家族や地域から感染し、介護事業所に持ち込むリスクから、サービス利用者の感染可能性の確認や利用前の体温や体調の確認が必要である。介護業務においても、対象者に対するいわゆる「三つの密」を避けられない中で、出勤前検温・マスク着用・手洗い徹底をはじめとする最大限の感染防止の取り組みを実施している。このような、基本業務が追加となり、施設・事業所内外での活動が制限され、実践場面でも、外出の制限のみではなく、集団での活動や、共用スペースでの活動にも制限が必要となっている。また、常時マスクを着用することで、表情などによる非言語的なコミュニケーションにも制限があり、対象者の身体的・心理的・社会的な活動量の低下が明らかである。調査によると外出制限、家族・友人との面会制限等が行われていた中で、利用者のADLの低下、認知機能の低下、行動心理症状の出現・悪化が幅広く見られ、特に、重度認知症者に多く見られていることなども明らかとなっている。

これからのいわゆる「新しい生活様式」の中、多職種による専門職チームの一員であり一番身近な実践者である介護職が、身体的・心理的・社会的な活動を促進させる必要がある。そのためには、これまでの介護業務にとらわれず、ICTを活用した家族や多職種との連携、客観的な指標を用いた評価・分析、根拠に基づいた介護目標・計画の立案により、対象者の「その人らしい暮らし」を支えなければならない。

With コロナ after コロナ時代で我々はどのようにして
リハビリテーションを提供していくのか？～多職種連携の再考～
MSW の立場から

介護老人保健施設伸寿苑支援相談員

牛島 寛文

私が当法人に就職したのは平成 13 年であり、介護保険法が施行され、回復期リハビリテーション病棟(以下回りハ病棟)が診療報酬上加えられた翌年のことである。当時、回りハ病棟のソーシャルワーカーとして勤務していた私は在宅復帰に向け、チームアプローチを展開すべく、多職種の中で仕事をすることが当たり前環境の中で、患者に寄り添いながら病棟をフィールドにタイムリーな支援を心掛けてきた。また、在宅及び地域との連携においてはケアマネジャーとの連携を中心に各事業所のスタッフ等と退院前カンファレンスや担当者会議を通じて情報交換を行い、患者・家族が安心して地域で暮らせるよう努めてきた。その動き、流れは現場の中で多職種協働のもと、当然のごとく行われてきた。多職種連携の一員としてソーシャルワーカーの存在は認知され、診療報酬上に社会福祉士(ソーシャルワーカー)の専従配置や入退院支援加算等が整備されたことは言うまでもない。

現在、私は老健の支援相談員として勤務している。平成 30 年度の介護報酬改定を受け、超強化型老健として、これまで以上に在宅復帰・在宅療養支援に力を入れているが、多職種連携におけるその手法はフィールドが変わっても何ら変化はないと考えている。

そして、時代はコロナ禍である。予想だにできなかった状況に、これまでの連携の在り方が覆されているといっても過言ではない。高齢者施設における面会制限や外出制限により、地域とのつながり或いは家族とのつながりの喪失は計り知れない。

この状況下で改めてソーシャルワークの展開をミクロ・メゾ・マクロの領域で見ると、ミクロは個の支援、メゾは活動組織への支援、マクロは地域住民、国民への政策提言と大まかに置き換えられるだろう。そして、それぞれの領域には連動性や循環性があると言われている。まさに「つながりの支援」である。

そこで、私はやはりこの状況下ではミクロレベルの支援を再考する必要があるのではないかと痛感する。それはソーシャルワークの援助プロセスの肝は「ニーズ把握とアセスメント」であり、この過程を抜きに援助は展開できないからである。目の前の病気や事故、加齢により、障害を抱えて治療を必要とする人たちの「訴え、思い、考え、気持ち、声」を伝えられるソーシャルワーカーの役割が必要になっていると考える。決して、ソーシャルディスタンスを生んではならない。

多職種連携においてソーシャルワーカーとして大事にしていきたいことについて現状を踏まえ、お話ししたい。

令和 3 年度介護報酬改定について

講師 略歴

眞鍋 馨 (まなべ かおる)

厚生労働省老健局老人保健課課長

- 平成 7 年 東北大学医学部卒業、厚生省（当時）入省
- 平成 11 年 厚生省介護保険制度施行準備室介護報酬係長
- 平成 14 年 ロンドン大学留学
- 平成 17 年 厚生労働省保険局医療課課長補佐
- 平成 21 年 厚生労働省大臣官房厚生科学課主任科学技術調整官
- 平成 24 年 長野県健康福祉部長
- 平成 27 年 厚生労働省保険局医療課企画官
- 平成 29 年 文部科学省高等教育局医学教育課企画官
- 平成 30 年 厚生労働省老健局老人保健課長

この間他に臓器移植対策室、環境省石綿健康被害対策室等に勤務

座長 略歴

池端 幸彦 (いけばた ゆきひこ)

日本慢性期医療協会副会長、池端病院理事長・院長

- 昭和 55 年 慶應義塾大学医学部卒業、同大学医学部外科学教室入局
- 昭和 56 年 浜松赤十字病院 外科
- 昭和 57 年 国立霞ヶ浦病院 外科
- 昭和 58 年 慶應義塾大学病院 一般消化器外科助手
- 昭和 61 年 池端病院 副院長
- 平成 1 年 池端病院 院長（～現在）
- 平成 9 年 医療法人池慶会 理事長（～現在）
- 平成 20 年 社会福祉法人雛岳園（すうがくえん）[愛星保育園・たんぽぽ保育園] 理事長（～現在）

中央社会保険医療協議会（中医協）委員、
社会保障審議会医療保険部会構成員、
厚労省在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ構成員、
厚労省高齢者医薬品適正使用検討会構成員、福井県医師会会長、全国デイ・ケア協会理事

令和 3 年度介護報酬改定について

厚生労働省老健局老人保健課課長

眞鍋 馨

いわゆる団塊の世代のすべてが 75 歳以上となる 2025 年に向けて、介護ニーズも増大することが想定される中で、国民一人一人が、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことが重要である。

介護保険は、介護が必要になった者の尊厳を保持し、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、必要なサービスを提供することを目的とするものであり、提供されるサービスは、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するものであることが求められている。

令和 3 年度介護報酬改定に向けて、1. 感染症や災害への対応力強化、2. 地域包括ケアシステムの推進、3. 自立支援・重度化防止の取組の推進、4. 介護人材の確保・介護現場の革新、5. 制度の安定性・持続可能性の確保という五つのテーマに沿って議論が行われた。

今後も改革が進められていくことが予想されるが、重要なことは、要介護者であり疾患を抱える利用者にとって質の高い医療サービス、介護サービスが切れ目なく提供され続ける医療・介護の連携体制を継続することであり、そのためにはそれぞれの保険制度において技術革新を取り込みつつ、効率化を図り続けていくことが求められる。こうした背景をもとに、介護保険制度を担当する立場から、特に医療制度と関連の強いリハビリテーションサービスを中心に、介護報酬改定について概説する。

コロナ禍の摂食嚥下の在り方

共催：株式会社大塚製薬工場

講師 略歴

岩佐 康行（いわさ やすゆき）

原土井病院副院長、歯科部長、摂食・栄養支援部部长

1995年東京医科歯科大学歯学部を卒業。2000年大学院口腔老化制御学分野修了、歯学博士。歯学部附属病院高齢者歯科医員、聖隷三方原病院リハビリテーション科研修を経て、2001年聖隷三方原病院リハビリテーション科歯科を開設。同年より原土井病院歯科に勤務、現在に至る。その他、九州大学歯学部臨床教授、および東京医科歯科大学、九州歯科大学、博多メディカル専門学校、九州大学医学部保健学科で非常勤講師を務める。

座長 略歴

梅本 丈二（うめもと じょうじ）

福岡大学病院摂食嚥下センター

平成 9 年 3 月	九州大学歯学部歯学科	卒業
平成 9 年 4 月	九州大学歯学部歯科補綴学第二講座	入局
平成 11 年 4 月	福岡大学医学部歯科口腔外科学講座	助手
平成 19 年 4 月	福岡大学医学部歯科口腔外科学講座	講師
平成 31 年 1 月	福岡大学病院摂食嚥下センター	センター長
平成 31 年 4 月	福岡大学病院歯科口腔外科	准教授

【所属学会】

日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本神経摂食嚥下・栄養学会、日本老年歯科医学会、日本睡眠学会、日本有病者歯科医療学会

【専門分野 / 研究領域】

神経筋疾患の摂食嚥下リハビリテーション、睡眠障害

【免許・資格】

博士（歯学）、日本老年歯科医学会専門医・指導医、日本有病者歯科医療学会専門医・指導医、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、日本睡眠学会認定歯科医師

コロナ禍の摂食嚥下の在り方

社会医療法人原土井病院 歯科／摂食・栄養支援部

岩佐 康行

高齢者では、様々な原因により摂食嚥下能力（予備力）が低下している。何らかのきっかけで経口摂取困難となれば、低栄養の進行、さらなる身体機能・認知機能の低下という悪循環に陥り、回復に時間を要することが多い。また、一度回復した後に再び経口摂取困難となる場合もある。したがって、慢性期リハビリテーションにおける摂食嚥下の重要性は高い。しかし、この度のコロナ禍においては、気道吸引などの大量のエアロゾルを発生する医療処置が問題となっている。摂食嚥下リハビリテーションでは、咳やむせ、発声、および口腔ケアなどでエアロゾルが日常的に発生するため、現場への影響は大きい。

当院は病床数 476 床のケアミックス型病院で、他に 80 床の介護医療院を有している。2020 年 4 月に発熱外来と発熱病棟を新設し、8 月からは介護が必要な COVID-19 患者の入院を積極的に受け入れている。さらに、地域の感染症指定病院を退院した患者の受け入れも行っているが、COVID-19 患者では 10 日以上安静状態となることから、身体機能や摂食嚥下機能が低下している高齢者は多い。同様のことが、コロナ禍で引きこもっている地域在住の高齢者にもあてはまる。このため、コロナ禍以前よりも感染対策を徹底しながら、以前と同様に、むしろ以前よりも積極的に摂食嚥下リハビリテーションを提供する必要がある。当院における取り組みが、皆様のご参考になれば幸いである。

コロナ禍の介護報酬改定を目前にしての話題

講師 略歴

武久 洋三（たけひさ ようぞう）

日本慢性期医療協会会長、博愛記念病院理事長

昭和 41 年 岐阜県立医科大学卒業、徳島大学大学院医学専攻科修了
徳島大学医学部第 3 内科

昭和 59 年 博愛記念病院を開設

医療法人平成博愛会理事長、社会福祉法人平成記念会理事長、
平成リハビリテーション専門学校校長、厚生労働省医療介護総合確保促進会議委員、
経済産業省次世代ヘルスケア産業協議会新事業創出ワーキンググループ委員、
日本リハビリテーション医学会特任理事

江澤 和彦（えざわ かずひこ）

日本医師会常任理事、医療法人博愛会・医療法人和香会・社会福祉法人優和会理事長

岡山大学大学院医学研究科卒業（医学博士取得）

医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むと共に、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わっている。1996 年現職就任以降、地域づくりを目指して、多数の医療介護施設を開設し、複数の病院、介護施設、サービス付き高齢者向け住宅、訪問・通所事業所等を運営し、特に、設計・建築、外装・内装デザイン、補助具開発も手掛ける。「社会貢献」を信条とし、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆を行い、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

【資格】

労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

【受賞歴】

厚生労働大臣表彰（2012 年）

【役職】

日本慢性期医療協会常任理事、日本介護医療院協会副会長、慢性期リハビリテーション協会副会長、
日本医療法人協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、
全国老人保健施設協会常務理事、全国デイ・ケア協会理事、
厚生労働省「社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）」臨時委員、
厚生労働省「社会保障審議会（障害者部会）」臨時委員 他

【著書】

シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック 5『苦情対応と危機管理体制』（株式会社ぎょうせい）
2011年発行
高齢者のための薬の使い方—ストップとスタート—（共著 ぱーそん書房）2013年発行
感染制御標準ガイド（共著 じほう）2014年発行 他

田中 志子（たなか ゆきこ）

内田病院理事長

平成 3年 帝京大学医学部卒業
平成 16年 介護老人保健施設大誠苑施設長
平成 19年 社会福祉法人久仁会理事長
平成 21年 群馬大学大学院修了
平成 22年 医療法人大誠会副理事長
平成 23年 同理事長

医療法人大誠会理事長、社会福祉法人久仁会理事長、日本慢性期医療協会常任理事、
地域包括ケア病棟協会理事、群馬県認知症疾患医療センター内田病院センター長、
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授、群馬大学医学部臨床教授、
認知症介護研究・研修東京センター客員研究員

斉藤 正身（さいとう まさみ）

日本リハビリテーション病院・施設協会会長、霞ヶ関南病院理事長

昭和 58年 帝京大学医学部卒業
昭和 60年 埼玉医科大学附属病院入局（放射線科および第3内科研修）
昭和 63年 医療法人真正会霞ヶ関中央病院入職
平成 2年 医療法人真正会霞ヶ関南病院 病院長就任（2010年まで）
平成 12年 社会福祉法人真寿会（2019年 社会福祉法人真正会に名称変更）理事長就任（現職）
平成 14年 医療法人真正会 理事長就任（現職）

【主な社会活動】

全国デイ・ケア協会名誉会長、日本慢性期医療協会理事、
厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員（歴任）、日本病院団体協議会代表者会議副議長、
帝京大学医学部リハ科特別講義講師、兵庫県立大学大学院経営研究科客員教授、
埼玉県立大学非常勤講師、埼玉医科大学医学部非常勤講師

座長 略歴

小山 秀夫（こやま ひでお）

兵庫県立大学大学院経営研究科特任教授・名誉教授

昭和 55 年、厚生省病院管理研究所医療管理部研究員に厚生技官として採用され、病院幹部職員の教育研修を担当するとともに老人保健法の老人診療報酬新設のためデイケア、訪問看護、地域リハビリテーション施策についての調査研究事業に従事した。平成元年、老人保健法改正により老人保健施設が創設された際には、老人保健施設の施設・人員・運営基準のために海外を含めた調査研究を担当した。平成 4 年、国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長に就任後は、厚生省介護対策推進本部から依頼のあった介護保険制度の実務に関する要介護度判定調査研究等事業に従事した。以後、医療及び介護サービスの研究・教育・研修事業に継続して従事し、平成 14 年に同研究所が国立保健医療科学院に組織再編された際に経営科学部長に、平成 18 年に静岡県立大学経営情報学部教授に就任した。平成 22 年には兵庫県立大学経営研究科医療マネジメントコース主任教授を経て、現在、同大学経営研究科特任教授・名誉教授である。

人間回復のリハビリテーションを

日本慢性期医療協会会長、博愛記念病院理事長

武久 洋三

昨年の世界的なコロナ禍に見舞われた日本は、当初予算以上の莫大な出費が発生しており、次回介護報酬改定や診療報酬改定において増額される可能性は限りなく「ゼロ」だと覚悟しておいた方がよい。

さて、2020年度診療報酬改定では回復期リハビリテーション病棟における入院条件から発症からの2ヶ月以内の制限が廃止された。発症からの期限は、早期リハビリテーションを行うことによる効果を期待したものであるが、脳血管疾患の重症患者など状態が不安定な期間が長い場合、発症後2ヶ月以上経って状態安定後に回復期リハビリテーション病棟へ転棟できなくなる弊害を無くするためのものである。しかもこの発症からの期限の廃止によって在宅療養、施設療養中の患者が短期・集中的なりハビリテーションが必要な状態に陥った場合でも、回復期リハビリテーション病棟で受け入れ、効果的なりハビリテーションを実施することができるようになった。これで回復期に限らず集中的なりハビリテーションが提供できるようになり、日本慢性期医療協会では、2020年10月8日の記者会見において「回復期リハビリテーション病棟」という名称を「リハビリテーション集中病棟」としてはどうか、と提言している。

増え続ける寝たきり要介護者が介護力に乏しい急性期病院で作られていることをどれほどの国民が知っているだろうか。急性期病院にも介護ケアの必要な高齢患者が増えているのに介護ケアを二の次にした身体拘束や無駄なバルーン留置が行われ、十分なりハビリテーションが行われておらず、寝たきり要介護状態となっている場合が多い。だから寝たきり要介護者の発生をできるだけ抑えることができるような医療提供体制として「基準介護」「基準リハビリテーション」制度の導入を提言している。

医療と介護の複合ニーズを抱えた患者が増え、従来の医療と介護という概念分離の世界から完全に境界が不明瞭となっている。これはリハビリテーションも同様である。「急性期」から「回復期」「慢性期」「生活期」に至るまで生涯リハビリテーションは欠かせない。

現在、介護の質の評価と科学的介護の推進が急速に進められており、様々な介護データの収集・分析を行い、質の高い介護サービスの提供による介護費用の削減が期待されている。これまで介護分野では介護サービスを受けて良くなるという考え方はあまり一般的ではなかったが、近い将来、介護サービスにもストラクチャー・プロセス評価からアウトカム評価へ移行する日もそう遠くないだろう。

最後に、現在の小規模で細かく分画された介護サービスを本来の「入所」「通所」「訪問」に集約し、過疎地であってもどこに住んでいても、同じような状態の患者が同じようなサービスを受けられる公平性を担保すべきである。

令和 3 年度介護報酬改定の方向性～介護医療院の将来展望～

日本医師会常任理事、医療法人博愛会・医療法人和香会・社会福祉法人優和会理事長
江澤 和彦

令和 3 年度介護報酬改定は、団塊の世代の全てが 75 歳以上となる 2025 年に向けて、2040 年も見据えており、1. 感染症や災害への対応力強化、2. 地域包括ケアシステムの推進、3. 自立支援・重度化防止の取組の推進、4. 介護人材の確保・介護現場の革新、5. 制度の安定性・持続可能性の確保、の 5 つについて対応を図る方向性となっている。

介護医療院は、令和 2 年 9 月末時点での開設数 539、療養床数 33,820 であり、介護療養病床数は令和 2 年 4 月 19,955 床となっており、療養病棟入院基本料のうち経過措置となっている看護配置 25:1 の病床が大幅に減少していることを踏まえると、令和 5 年度末の着地点の介護医療院の療養床数は 5 万床台と想定される。

令和 5 年度末に廃止が決まっている介護療養型医療施設を円滑に移行することは、令和 3 年度介護報酬改定のミッションの一つとなっている。介護療養型医療施設においては、円滑な移行等に向けて、より早期の意思決定を促すため、半年ごとに検討状況を許可権者に報告することが義務付けられる。円滑に移行する方策の一つとして、診療所の介護療養型医療施設では、介護医療院に移行する場合の課題のうち、「介護医療院に移行するにあたり工事が必要である」が最多の 42.3%との調査結果もあったことから、有床診療所から移行して介護医療院を開設する際に、「身体の不自由な者が適切に入浴できる場合は一般浴槽以外の浴槽は求めないこととする」ことを増築、新築、全面的な改築の工事を行うまでの間の経過措置として導入する。

また、移行定着支援加算が令和 3 年度末に廃止されることに配慮し、長期療養生活移行加算が新設される。長期間療養病床に入院している患者を介護医療院が受け入れることを評価するものであり、「入所にあたり、入所者及び家族に生活施設としての取組を説明すること」、「入所者及び家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること」等を要件としている。

併せて、ターミナルケア充実の観点から、介護医療院・介護療養型医療施設の基本報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組が求められる。

介護医療院は、転換モデルではなく、老人保健施設の制度発足以来 30 年ぶりに誕生した新類型であり、介護医療院の担う役割は、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設と定められている。長期療養については、移行する前から担っていた機能である一方、生活施設は新たな挑戦となることが多い。生活機能については、試行錯誤しながら取り組んでいる状況であり、今後の好事例の蓄積に期待がかかる。将来的な視点も踏まえ、令和 3 年 4 月以降 3 年間の第 8 期介護保険事業計画の期間に、介護医療院の在り方に関する礎をしっかりと築き、介護医療院の将来展望を示していく必要があると考えている。

コロナ禍における介護報酬改定を読む～老健施設の場合～

医療法人大誠会理事長

田中 志子

COVID 19 については、罹患した高齢者の死亡率の高さから介護施設における感染防御に各施設が全力をあげているところである。このコロナ禍における報酬改定で何をすべきなのか。なんといいてもこれからは「質の評価」が重点である。従って通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）と高齢者の状態・ケアの内容等のデータを収集するシステム（CHASE）については、しっかり理解しておく必要がある。通所リハビリテーションにおいては、利用者の自立支援・重度化防止に向けて、リハビリテーションマネジメントに VISIT を活用し、利用者ごとにリハビリテーションマネジメントに必要な様式を作成し、データを厚生労働省に提出する。厚生労働省ではデータベースに収集したデータを分析し、エビデンスを創出し、データの分析結果を利用者単位、事業所単位などにフィードバックしていく。そのデータをリハビリ計画作成等に活用していく PDCA の仕組みづくりが進められている。事務手続きの課題があるものの、データ提出とフィードバックによる取り組みが推進されることが期待される。おそらく今後は VISIT、CHASE とも導入される事業所数を増えていき、慢性期医療にも拡大される可能性もある。

また、短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入を促進する観点、介護老人保健施設の在宅療養支援機能を推進する観点から、「緊急時の受入れ」及び「医療ニーズ対応の向上」が課題であるが、今般の介護給付費分科会の議論では、緊急短期受入加算の算定日数を特養における短期入所生活介護との均衡を考慮し、「7日を原則として、家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日を限度」に見直すことが議論されている。これによって緊急やむを得ない事情にも対応ができるようになり、受入の促進につながると考える。医療ニーズの対応をしていくことは、短期入所療養介護の看護、医学的管理下における介護等の提供を行っていく上で、必用な役割と考える。しかし、短期入所療養介護において、診療、検査を行う上での費用を見込むことは検討の必要性があると考えられる。在宅で生活をする医療ニーズの高い利用者が住み慣れた地域で生活していく上で、費用面が受入のボトルネックになることは好ましくないからである。さらにこれらを行うことで「地域包括ケア病棟」や1次から2次救急を診る慢性期病院との競合も想定される。

おわりに、施設が多様化する中で、加算の種類も増え、報酬体系も煩雑となり集約や統合の必要性も議論されている。ますます複雑化する報酬の行方を管理するには、溢れ返る情報をしっかりと整理し自施設に落とし込み、報酬だけをみるのではなく、質の良い介護を行うために何をすればいいのかを考えて実践することが大切である。質の良い介護には実はきちんと報酬がついているので、良いケアと安定経営は車の両輪だ。

コロナ禍で見えてきた在宅リハビリテーションの真価（進化・深化）

日本リハビリテーション病院・施設協会会長

斉藤 正身

感染症の予防や蔓延防止は、医療・介護サービスを提供する上で忘れてはならないリスクマネジメントであるが、新型コロナウイルス感染症は、従来のマネジメントでは対処しきれない未曾有の「災害」である。在宅における通所・訪問リハビリテーションの提供も例外ではない。特に通所リハビリテーションは、外出の自粛や集団環境の回避により、多くの事業所が大きな打撃を受けたことは周知の事実である。しかしながら、以前より漫然と提供していると見られがちであったリハビリテーションの提供意義や手法を検討する必要性を感じていたため、今回の「災害」は、在宅におけるリハビリテーションの提供を改めて見直す絶好の機会と捉えることができた。

社会保障審議会介護給付費分科会に提出された資料「新型コロナウイルス感染症の介護サービス事業所等の収入への影響について」によると、通所リハビリテーションの保険給付額は令和2年4月11.3%減、5月15.4%減と大きな減収になった。1事業所あたりの利用者数も4月9.8%減、5月13.9%減であった。外出自粛・利用見合わせの結果である。ある程度想定されたが、利用者が半減、あるいは閉めてしまった事業所もあったと聞いている。ここで仕方がないことと諦めてしまうのではなく、在宅におけるリハビリテーションの提供意義や手法を考えてみたいと思う。通所リハビリテーションには、以下の4つの普遍的な機能がある。①医学的管理 ②心身・生活活動の維持・向上 ③社会活動の維持・向上 ④介護者等家族支援 である。これらを対象者の状態や背景に重点を置き機能を変えつつ対応している。上記4つの機能の組み合わせにより個別性を重視した対応をするが、その基本となるのがアセスメント（評価分析）である。複雑で多岐にわたる利用者のニーズを把握することが不可欠である。となれば、コロナ禍で外出自粛している利用者の現状をどのように把握するかが直近の課題になる。その課題を解決するためにできることは、事業所で待っているだけでは答えが出ない。現状を知る手段を考えなければならない。自宅での状況を把握するにはどうすべきか、それは、コロナ禍になる前もなっても同様ではないだろうか。知る手段は変わっても、知るべき内容に変わりはない。手取り足取り訓練をすることを中心に考えているだけでは答えは出ない。リハビリテーションの目、即ち評価分析し助言アドバイスすることに主眼を置くことが大切であり、通所でできなければ他の手段を使って「知る」ことである。その一つの手段が制度の中でも認められている居宅訪問である。

「通所」「訪問」という名称に拘らず、「在宅リハビリテーション」として何ができるか、本シンポジウムでその具体について報告したい。