

訪問リハビリ事業所における医療保険・介護保険改定の影響について

医療法人社団らぼーる新潟 ゆきよしクリニック

ゆきよし訪問看護ステーション

三村 健

Key word 1. 二重診療 2. 情報収集 3. 訪問看護ステーション

【はじめに】

平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定は、医療機関からの訪問リハを受けている利用者・家族、その介護支援専門員、ならびに訪問リハビリ事業所に大きな混乱をもたらした。本稿を執筆している 4 月中旬現在でも、インターネット上では、改定内容の解釈についての議論がなされている。

一般に診療報酬・介護報酬の改定が、どのような影響を及ぼしたのかは、改定後、少なくとも半年程度は観察しないと明らかにはできないが、今後、訪問リハ事業所、もしくは訪問看護ステーションの開設を控えている施設の参考とするため、本稿の締め切りである平成 24 年 4 月末までの間に、全国の訪問リハ事業所にどのような事態が生じたかを、特に介護保険の改定に重点を置きながら、当院を一例として報告する。

なお、本稿では、訪問リハビリ事業所からの訪問を“訪問リハ”もしくは“訪問リハビリ”、訪問看護ステーションからの訪問を“訪問看護”とし、両者を合わせたサービス全体を“訪問リハビリテーション”と記載することとする。

【医師の二重診療問題】

今回の同時改定において、訪問リハビリ事業所に最も大きな影響を及ぼしたのは、介護保険改定における、いわゆる“医師の二重診療”の問題であろう。この件に関する、厚生労働省の正式な見解は、“医師の診察頻度の緩和”であるが、これま

で、他の医療機関 (A) から診療情報提供を受けて (医療機関 B が) 訪問リハビリを行う場合の、医療機関 B の医師の診察の必要性については、必ずしも全国一律の統一した解釈はなされておらず、都道府県によって、その所轄部局の指導もまちまちであったが、今回の改定によって、医療機関 B の医師の診療は“3 ヶ月に一度以上”行う必要があり、また、その医師の指示に基づき訪問リハビリが行われることが必要であると統一された (図 1)。その結果、一部の医療機関にとっては“緩和”であっても、他の医療機関にとっては、逆に、それまでその地域では是としてきたシステムに基づく訪問リハの実施が大きく制約されることとなった。

筆者の所属する『ゆきよしクリニック』も後者に属し、昨秋以来、この医師の二重診療に関する情報をフォローしてゆくうちに「このままでは、現在提供している訪問リハの提供を継続することができなくなる。」という強い危機感を抱くようになった。そして、結果的には『ゆきよし訪問看護ステーション』を新たに設立し、『ゆきよしクリニックからの訪問リハ』と『ゆきよし訪問看護ステーションからの訪問看護』の併設という形を取ることとなった。

なお、本稿にて紹介する経過は、次に紹介するような、全国的にも珍しい当院の訪問リハ業務スタイルと、前述したような、今回の改正以前の、二重診療の必要性の解釈の不一致に依るところ

問 48 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する場合にどのように取扱うのか。

(答) 訪問リハビリテーションは、別の医療機関の医師から情報提供を受けた場合であれば実施することができる。この場合、訪問リハビリテーションの利用者（病状に特に変化がない者に限る。）に関し、訪問診療を行っている医療機関が、訪問リハビリテーションを行う医療機関に対し、利用者の必要な情報を提供した場合は、情報の基礎となる診療の日から3月以内に情報を受けた場合に算定できる。この場合の訪問リハビリテーション計画は、情報提供を受けた医療機関の医師の診療に基づき作成されるものであることから、情報を受けた医療機関の医師が診療を行い理学療法士等に訪問リハビリテーションの指示を出す必要がある。

※ 平成 15 年 Q&A(vol. 1) (平成 15 年 5 月 30 日) 訪問リハビリテーションの Q 1 は削除する。

『介護保険最新情報 Vol. 267』より抜粋
(平成 24 年 3 月 16 日, 厚生労働省老健局老人保健課)

図1 訪問リハビリテーションを行う医療機関の医師の診察に関する改定

もあり、一概に全国の訪問リハ事業所に当てはまるものではないことを、予めお断りしておく。また、当院では、その利用者の一部を訪問リハから訪問看護へ移行するにあたり、訪問看護に関わる諸制度を改めて勉強したが、すでに長年に渡って訪問看護ステーションにて活躍されている方々にはすでに十分承知されている内容であろうと思われる。この点もご承願したい。

【当院訪問リハ業務の特殊性】

当院は、新潟市江南区に位置する、整形外科、リハビリテーション科を標榜する医院である。医師は常勤 1 名、非常勤 2 名、訪問リハに従事するリハスタッフは理学療法士 12 名、作業療法士 8 名、言語聴覚士 2 名の計 22 名（法人内のデイサービス等の他事業所との兼務を含む）であり、その他に相談員、看護師を含め、訪問リハに関する事務的管理を行うスタッフが 4 名、在籍する。

平成 24 年 3 月現在の訪問リハ利用者数は 385 名と多く、その居住地域が広域に渡っているのが、当院の第一の特徴である。最も遠いケースでは当院からの直線距離で 40km の地域に在住しているが、そのような遠方の利用者宅への訪問リハを可能としているのは、当院リハスタッフの“直行直帰”という勤務形態である。リハスタッフは、朝、当院に出勤することなく、自宅から直接、利用者宅に向かい、1 日平均 6~7 件の訪問リハを実施し、

やはり当院に戻ることなく、帰宅する。リハスタッフは、(当院からは遠方であっても)各自の自宅から比較的近距离の利用者宅を担当するため、このような広範囲、多人数の訪問が可能となるのである。この広範囲をカバーする当院の業務スタイルが、今回の介護保険改定における、(厚生労働省が“緩和”と称している)“訪問リハの指示を行う医師の診療”から、大きな影響を受けたのである。

【経過】

1. 検討の開始(平成 23 年 11 月 2 日~平成 24 年 1 月 23 日)

今回の改定に際し、当院が改定後の訪問リハビリテーションの運営についての検討を開始したのは、平成 23 年 10 月 31 日に開催された「第 83 回社会保障審議会介護給付費分科会」の資料を基に行った、3 日後(11 月 2 日)の当院のリハスタッフミーティングからである。同資料の中で、他医療機関から診療情報を得て訪問リハの指示を出す場合の医師の診察の頻度についての方向性が提示されたが、その内容は、上記のような業務スタイルを取っている当院にとって、これまで提供してきた訪問リハの継続を困難にする可能性を含む重大なものであった。その後も、多方面から情報収集を行うことに努めながら、利用者・家族、そして当院に、どのような選択肢があるか検討を行った。選択肢の一つとして、訪問看護ステーション設立と

いう案が浮上し、改定以降も、これまでと同様に何らかの方法で訪問リハを継続するためには、①すべての利用者を訪問看護ステーションに全面移行する、②一部を訪問看護ステーションに移行し、残りは現行のまま、訪問リハ事業所からの訪問リハを継続する、のいずれかを選択せざるを得ない状況に当院が置かれていることが明らかとなった。

2. 訪問看護ステーション開設決定と、移行準備
(1月24日～3月31日)

当院が最終的に訪問看護ステーションの開設と、上記選択枝の②、すなわち、一法人内での「訪問リハと訪問看護の併設」方式を採用することを決

定したのは、改定の約2か月前の1月24日である。その翌日の1月25日、第88回社会保障審議会介護給付部会が行われ、訪問リハ事業所における医師の診療に関する方向性が確定された。

しかし、前述したように、地理的、マンパワー的な問題から、受診等には限界があり、訪問リハ利用者の相当数を訪看に移行せざるを得ないことが予想された。また、当院から介護保険、医療保険で行っている訪問リハ利用者を、様々な条件に基づき、①訪問リハ事業所から介護保険で、②訪問リハ事業所から医療保険で、③訪問看護ステーションから介護保険で、④訪問看護ステーションから医療保険で、の四つのカテゴリーのいずれか

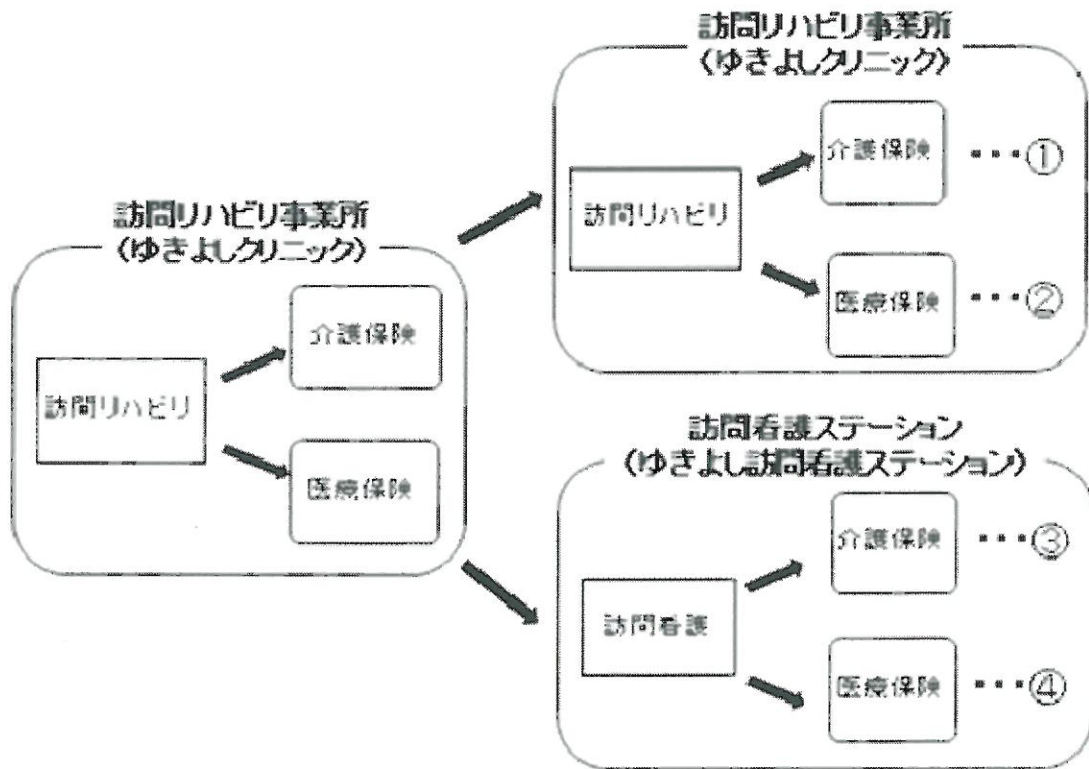


図2 訪問リハ事業所から、訪問リハ事業所+訪問看護への移行

(① 訪問リハ事業所から介護保険で ②訪問リハ事業所から医療保険で ③訪問看護ステーションから介護保険で ④訪問看護ステーションから医療保険で)

?

に移行させなければならず(図2)、訪問リハスタッフは、自分の担当する利用者の誰が、どのカテゴリーに移行ことが妥当であるのかの検討を開始した。(しかし、まだ、この時点では、当院が見落としていたルール(通達)がいくつもあった。)

2月に入り、介護支援専門員に当院の訪問看護ステーション設立し、一部の利用者を訪問看護ステーションに移行する方向である旨、文書で説明を開始した。その後、利用者・家族への説明も開始し、当院への受診等の可否を検討し始めた。

ところで、新潟県内では、理学療法士等のリハスタッフによる訪問件数が看護師の訪問件数を上回る、(実質的に、訪問リハビリテーションを主たるサービスとする)訪問看護ステーションは、未だ設立されておらず、当院が訪問看護ステーションを設立することを介護支援専門員に説明すると、「では、訪問リハは3月で終了で、4月からは看護師さんがいらっしゃるんですね?」「いえ、訪問看護という名前の訪問リハなんです。」「じゃ、今までどおり作業療法士さんがいらっしゃるとしても、看護師さんの訪問も併用しないといけないんですよね?」といった会話や、「複数の訪問看護ステーションは入っちゃいけないんですよね?」等、関係する諸制度の複雑さに基づく質問がしばしば聞かれた。利用者・家族への説明は、不安を生じさせないように、できるだけシンプルに行うよう努めた。なぜこのような変更が必要となったのかは必要最小限に止め、料金の変更、および、(ゆきよしクリニックからゆきよし訪問看護ステーションに)看板が変わるだけで、私が今まで通りにお邪魔するのは何も変わりありません。」といった説明を行った。

3月、利用者・家族、介護支援専門員の同意を得て、訪看への移行が決定したケースについては、順次、ゆきよし訪問看護ステーションとの(再)契約を行った。また、訪問看護指示料は“患者1人につき月に1回のみ算定するもの”であるので、すでに、他の訪問看護ステーションが入っており、改正の行われた4月に、そのステーションに指示書が出される予定となっていることが確認された

場合には、当訪問看護ステーションへの指示書の発行について主治医との調整が必要であった。

最終的に3月31日の時点での当院の訪問リハ利用者383名の内、197名(51.4%)を訪問看護ステーションに移行し、残りの177名(保留、その他を除く)を訪問リハで継続することとなった。

3. 改定後(4月1日~28日)

万全の準備を行って改定当日を迎えたつもりであったが、下記の事例に示すように、実際には、その後も、今回の改定内容のみならず、過去に施行されていたルールについても当院が見落としていた点があったことが判明したり、改定の解釈について、他の訪問リハ事業所や訪問看護ステーション、介護支援専門員と情報交換を行ったりを、この原稿を書いている4月18日現在も続けている。また、改定前に、4月より当院へ新たに受診等を開始することにより、前述した①および②、すなわち訪問リハ事業所からの訪問リハを継続する予定でいたケースが、実際には通院困難だったことが判明する等して、やはり訪問看護ステーションへ移行をせざるを得なくなった事例もあって、4月中もまだ多少の混乱は続いている。

【事例】

ALS, 60歳, 要介護5. 当院からの直線距離20km, 担当セラピスト自宅からの直線距離10km. 3年前より、介護保険にて週2回(火曜・土曜)、当院からの訪問リハを継続。すでに人工呼吸器も装着しており、当院からも遠方であるため、受診等は困難、訪問看護への移行が妥当と判断し、その旨、本人、ご家族、担当の介護支援専門員にお話しした。訪問看護への移行に伴い、制度上、自動的に、介護保険から医療保険によるサービス提供に変更することとなった。このケースにはすでに2か所の訪問看護ステーションから、看護師による訪問看護を受けていたが、法的にも、複数(3か所まで)の訪問看護ステーションが訪問看護を提供することが問題がないことも確認した。しかし、その後、他の訪問看護ステーション事業所よ

り、複数の訪問看護ステーションは同一日に入ることができないこと、そして、本ケースには毎日、看護師による訪問看護が入っていることを指摘された。当院は、このルールを見落としとしており、摘便を目的とした他事業所看護師による訪問看護を減らすことはできないため、当院からの訪問リハを訪問看護に移行することを断念、関係者に混乱を招いたことを謝罪し、遠方ではあるが、当院の医師による診療を行うこととし、現状のまま、訪問リハを継続することとした。

【介護保険のその他の改正】

1. 訪問介護事業所との連携

在宅にて訪問介護が提供されている場合、その介護内容、方法について、リハスタッフと介護職が協業して当たることは有益であり、これまでも多くの事業所で行われてきたと思われるが、この度の改定でそれが単位として認められた。

2. サテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置

新たにサテライト型訪問リハビリテーション事業所の設置が可能となったが、本稿のメインテーマである”医師の二重診療“に対しては、直接の影響はなく、改定前後においても、筆者の知る限り、サテライト型事業所を新たに開設する(した)という声は聞こえてきていない。

【医療保険の改正】

急性増悪等のため、一時的にADLが低下した場合は医療保険からの給付(在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料)の対象となり、その結果、その場合は、介護保険の算定の対象外となった。また、医療保険と介護保険の併給期間が2か月に延長された。

【考察】

1. 情報収集の重要性

今回の改定の結果、この春までは、利用者、家族、介護支援専門員と良好な関係を築きながら、精力的に提供してきた訪問リハを、やむなく他の訪問リハ事業所、訪問看護ステーションに引き継

ぐことになった、あるいは、それもままならず、断腸の思いで、訪問を終了せざるを得ない状況に追い込まれた事業所も一部には存在すると聞いている。当院の場合も、訪問看護ステーションを新たに設立し、事務スタッフの昼夜に渡る献身的な協力を得て、多くの利用者を訪問看護に移行することができたので、それまでのサービスを継続することができたが、早期から情報を得ていたとしても、諸事情により、この方法を取ることができなかった事業所もあろう。

残念ながら、現状では、医療保険、介護保険の改定の決定した内容が厚生労働省から通知されるのは、年度末の3月中旬～後半になってからという状態が常となっており、しかも、正式な通知を確認してから準備を始めたのでは間に合わない改定内容は過去にも少なくなく、今回も例外ではなかった。決定した内容のみを見ると、なぜこのような内容が出てきたのか、非常に奇異に感じる内容も多いが、そこに至る議論を知っていれば、そのような結論に至った理由もある程度理解することができる。逆に言うと、そのようなフォローを行っていなければ、結論として提示された不可思議な改定内容に年度末の短い期間の中で振り回されることになる。

図3に、診療報酬・介護報酬改定に際し、訪問リハ・訪問看護事業所管理者がフォローすべきウェブサイトを示す。これらウェブサイトからさらに、”社会保障審議会“、”中央社会保障協議会(中医協)“、“介護報酬“、“診療報酬“等のキーワードで検索する。また、NAT“等、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によって運営されているメーリングリストに参加すれば、全国の仲間と情報交換を行うこともできる。改定内容が4月1日に施行されるとすれば、これらのサイトやメーリングリストを、その半年前の前年10月頃から意識的にチェックする必要がある。

2. 訪問リハビリ・訪問看護の複雑さ

前述したように、新潟市内では、法的には訪問看護という位置づけでありながら、サービスとしては訪問リハビリテーションを提供する訪問看護

■行政関連	
厚生労働省	http://www.mhlw.go.jp/
各都道府県・市町村のウェブサイト	
■リハ関連職種が運営するウェブサイト	
PT-OT-ST.NET	http://www.pt-ot-st.net/
WAM NET	http://www.wam.go.jp/
■リハ関連職種が運営するメーリングリスト	
NAT	http://plaza.umin.ac.jp/nat/
■facebook	
訪問リハビリ交流会	

図3 情報収集のためのウェブサイト等

ステーションは未だ多くはなく、今回の訪問リハから訪問看護への移行に際しては、利用者、家族、介護支援専門員、そして主治医に一定の説明が必要であった。我が国では、現状としては、多くの訪問看護ステーションから理学療法士等による訪問リハビリテーションが提供され、それが利用者・家族へ多大な恩恵をもたらしていることは疑いようのない事実であるが、医療福祉の世界に限らず、国民にわかりにくい、誤解を与えやすい制度は、できるだけ早期に是正されるべきと、筆者は考えている。

【終わりに】

情報伝達はインターネットを通じて行われるのが主流となった現在、訪問リハビリ・訪問看護事業所管理責任者に求められるのは、診療報酬・介護報酬に関するウェブサイトを定期的にチェックし、必要な情報を、自ら積極的に収集する姿勢である。ここでいう管理責任者とは、施設の上層部、あるいは診療報酬・介護報酬の請求に直接関わる医事課等の他部署のことではなく、訪問に携わる、現場の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の長のことであり、少人数の事業所であれば、リハスタッフ全員が、その責任を共有する必要がある。このような姿勢を持ち続けなければ、我々が、必要であると社会に訴えて続けている訪問リハビリテーションを発展させるどころか、継続すること

さえ、危うくなる場合もあることを今回の改定は改めて知らしめたと言える。また、このような改定に伴う混乱を最小限に止めるためには、訪問リハビリ、訪問看護に関する制度をできるだけ簡素化してゆく必要がある。

【文献】

- 3) 張本浩平, 他: 介護保険・医療保険に関わる人のための訪問リハビリ・訪問看護7 導入の手引き ver1.3, 合同会社 gene, 2011