

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

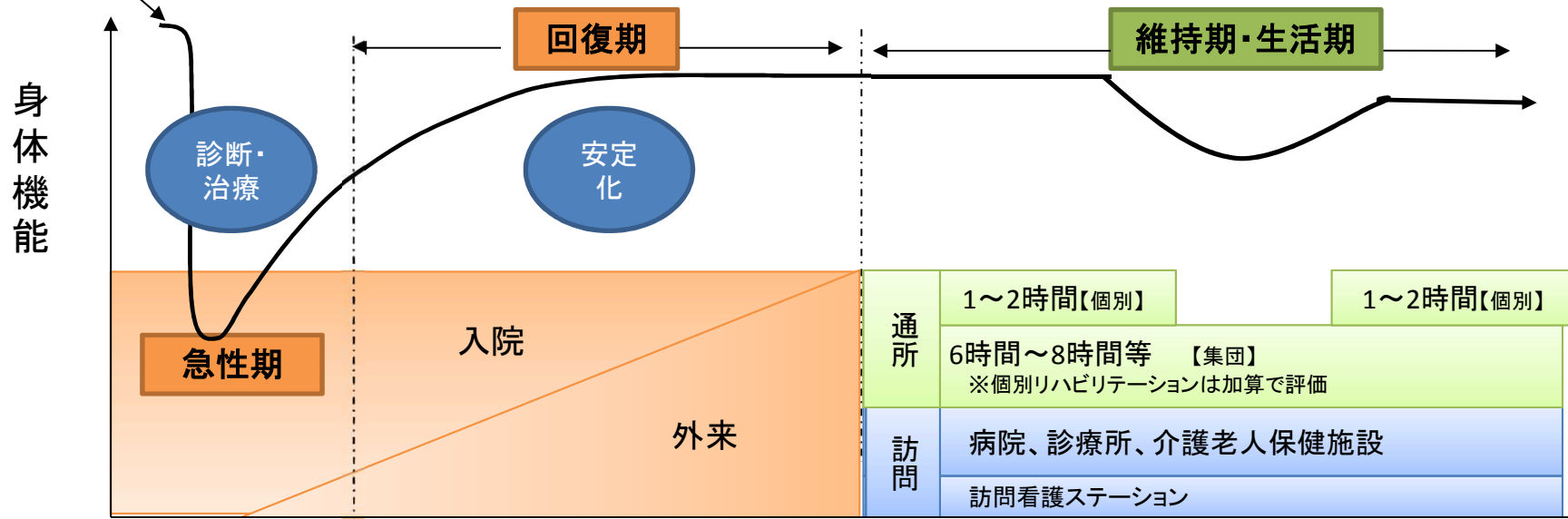
- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症



役割分担

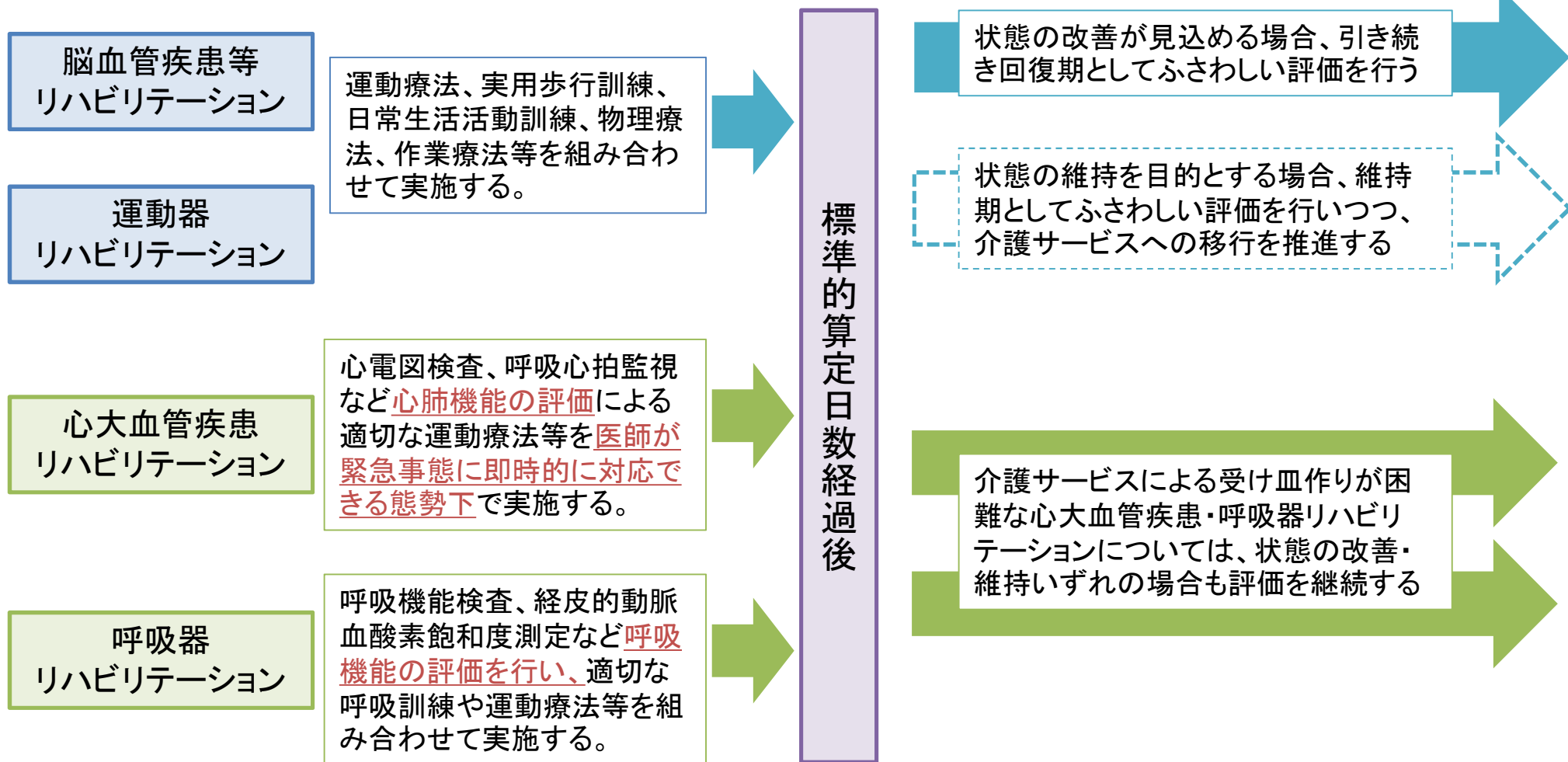
主に医療保険

主に介護保険

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

これからのリハビリテーションの流れ (イメージ)

中医協 総 - 1 - 1
2 3 . 1 2 . 7



維持期のリハビリテーションについては月13単位まで医療保険で算定可能としているが、介護サービスによる受け皿作りが困難な心大血管疾患・呼吸器リハビリテーションは引き続き評価を行いつつ、脳血管疾患等・運動器リハビリテーションについては、維持期としてふさわしい評価とし、診療報酬改定毎に介護保険におけるリハビリテーションの充実状況を踏まえながら縮小を検討していく。

維持期リハビリテーションの評価

平成24年
診療報酬改定

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、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ないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定時に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

維持期のリハビリテーション患者数の比較(平成23年7月、平成25年7月)

	回答 施設数	平成23年7月			回答 施設数	平成25年7月		
		平均値 (人)	比率	中央値 (人)		平均値 (人)	比率	中央値 (人)
全体	592施設	167.3	100.0%	123.5	687施設	184.9	100.0%	137.0
標準的算定日数を 超えた患者	489施設	44.7	26.7%	23.0	591施設	53.5	28.9%	27.0
(うち) 維持期リハの患者	457施設	24.5	14.6%	7.0	549施設	29.1	15.7%	11.0
(うち) 要介護被保険者等	399施設	6.7	4.0%	0	521施設	11.8	6.4%	3.0

平均値: 1施設当たりの平均患者実人数

・維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等は、1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率についても増加している。

維持期リハビリテーションが介護へ移行できない理由（複数回答）

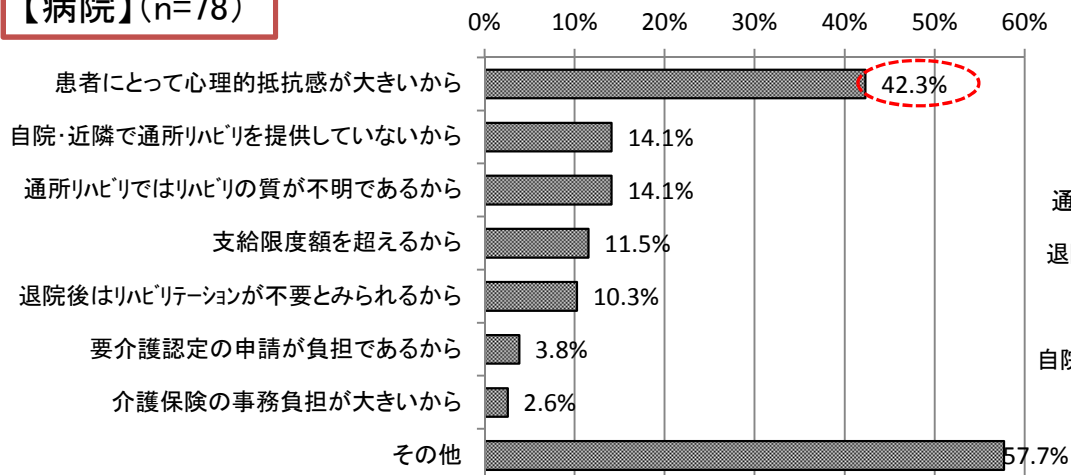
介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関の調査結果

出典：平成25年検証調査より

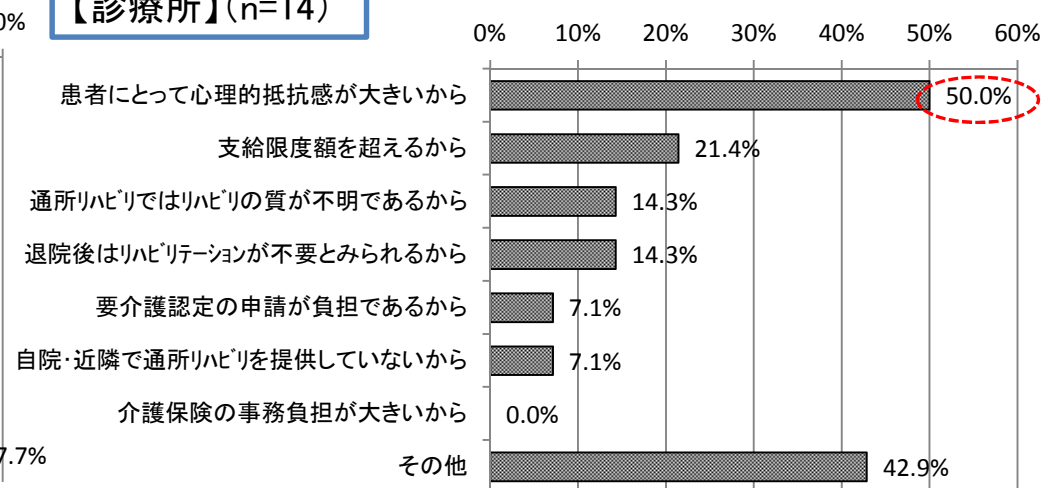
入院患者について

介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関が回答

【病院】(n=78)

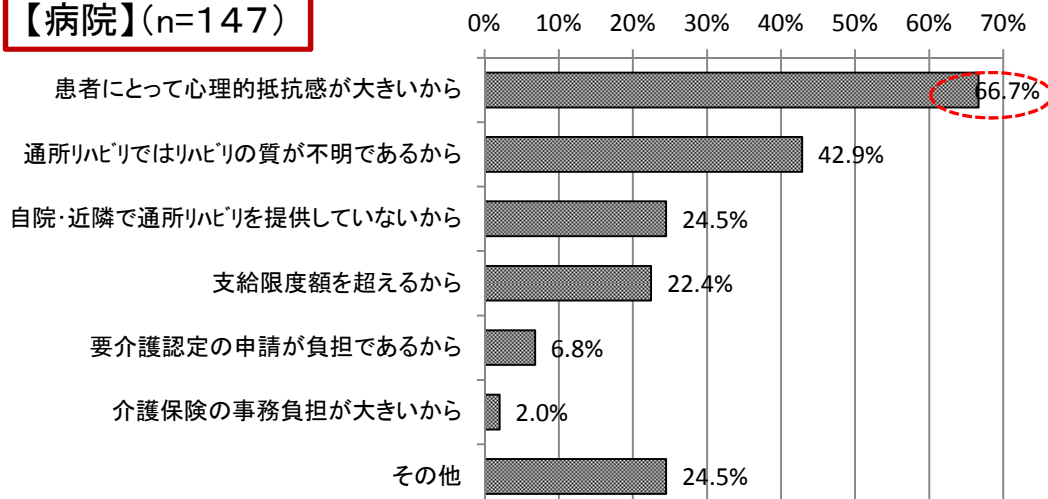


【診療所】(n=14)

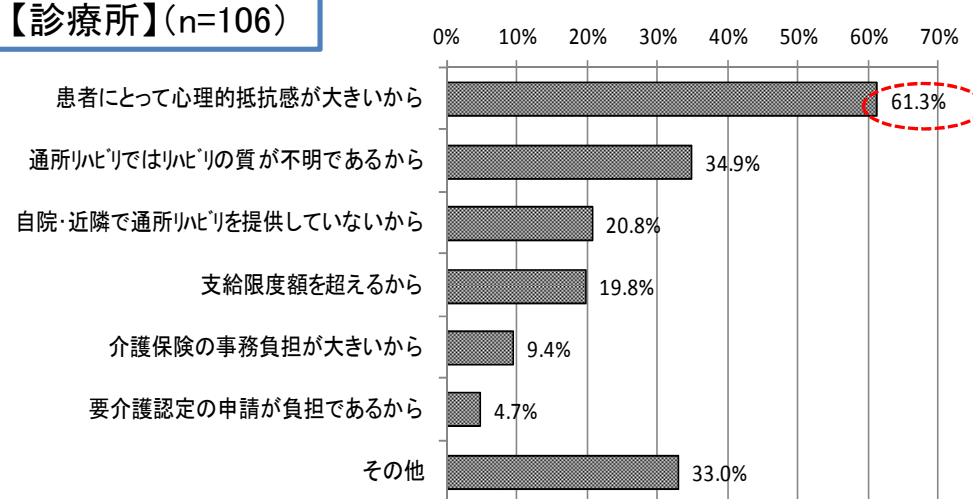


外来患者について

【病院】(n=147)



【診療所】(n=106)



・介護に移行できない一番の理由は、入院患者・外来患者ともに「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」であった。

(参考) 介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

(改) 中医協 総-3

25.10.9

指定居宅サービス事業所の特例(みなし指定)・・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき(同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む)は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス(病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る)の指定があったものとみなす。

(参考)

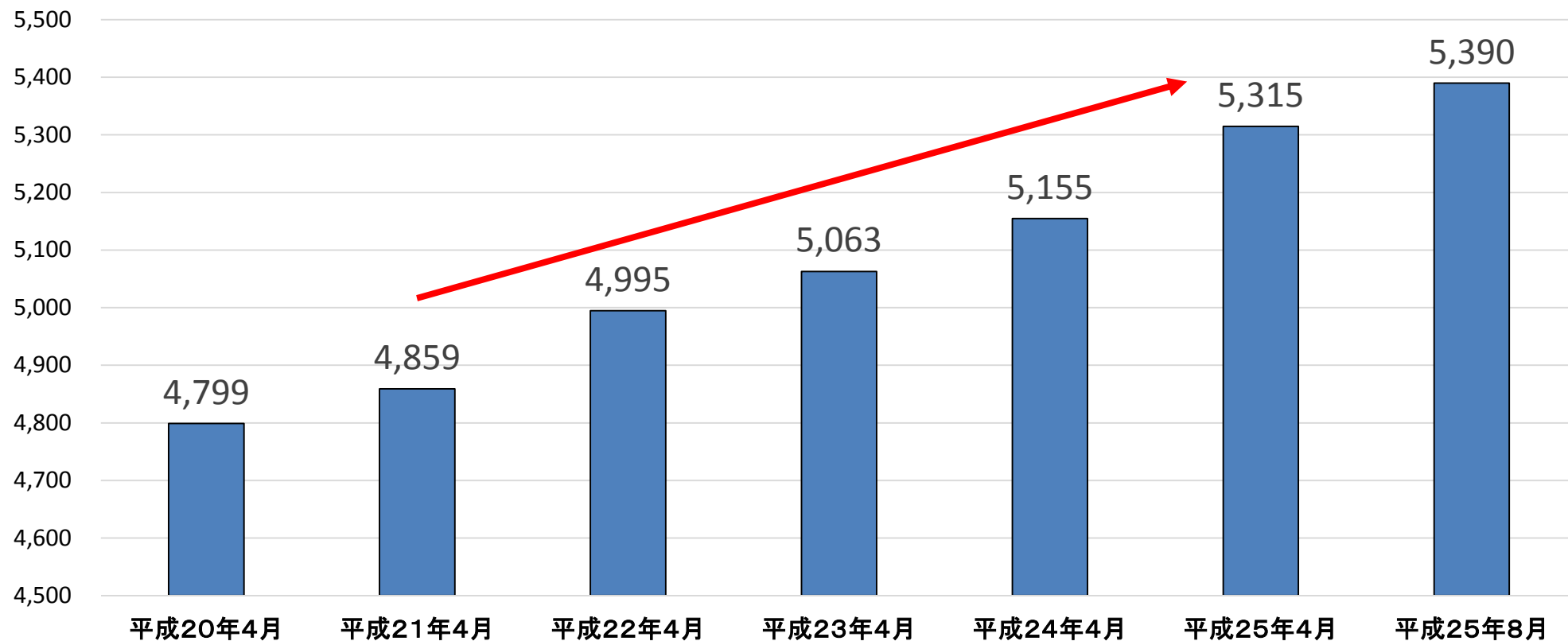
○医療法人が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

居宅療養管理指導を提供している事業所数	5,712事業所
訪問看護を提供している事業所数	3,346事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	2,466事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	5,390事業所

出典:介護給付費実態調査(平成25年8月審査分)

医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数

(事業所数)

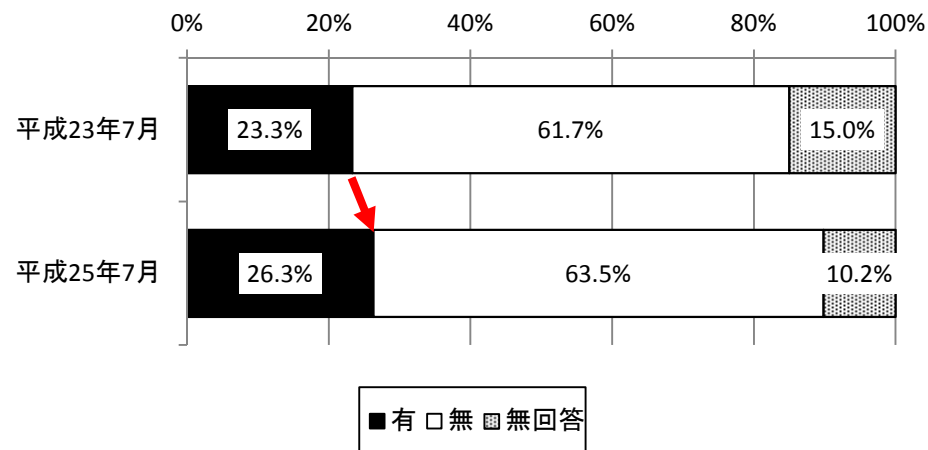


・医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数は増加している。

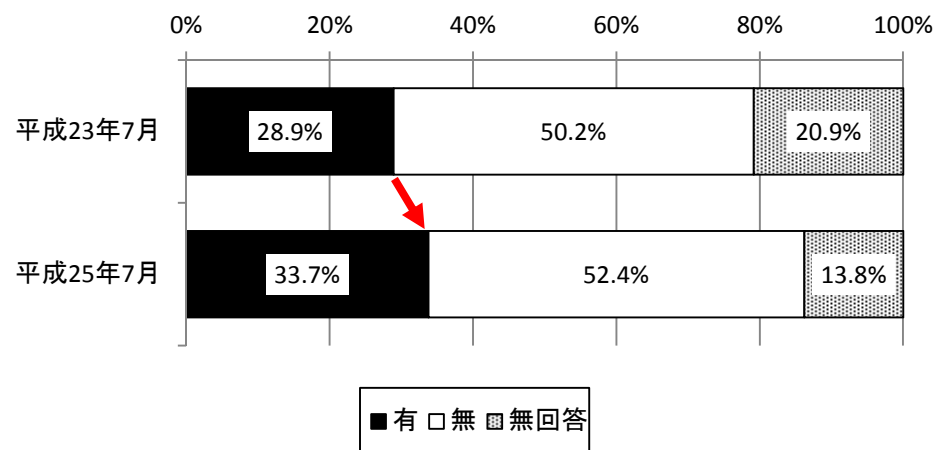
通所リハビリテーションの実施の有無

調査対象医療機関：
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、
「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」を算定している病院・診療所
に対し、調査

【病院】 (n=540)



【診療所】 (n=412)



・平成24年度診療報酬改定前後で、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。

通所リハビリテーションの開設意向の有無

通所リハビリテーションを実施していないと回答した医療機関の調査結果

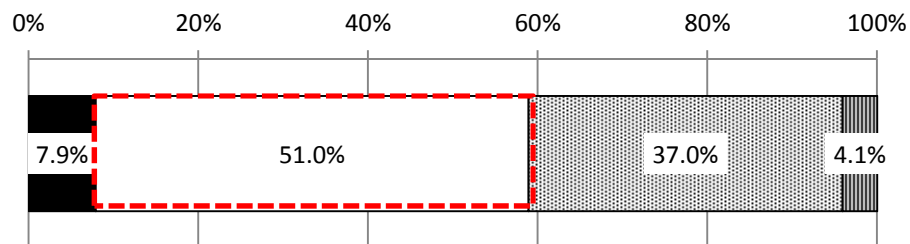
調査対象医療機関:

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、

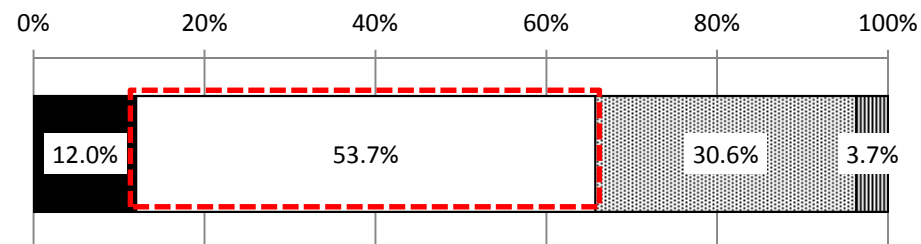
「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」を算定している病院・診療所
に対し、調査

【病院】 (n=343)



■ある □ない ▨わからない ▩無回答

【診療所】 (n=216)



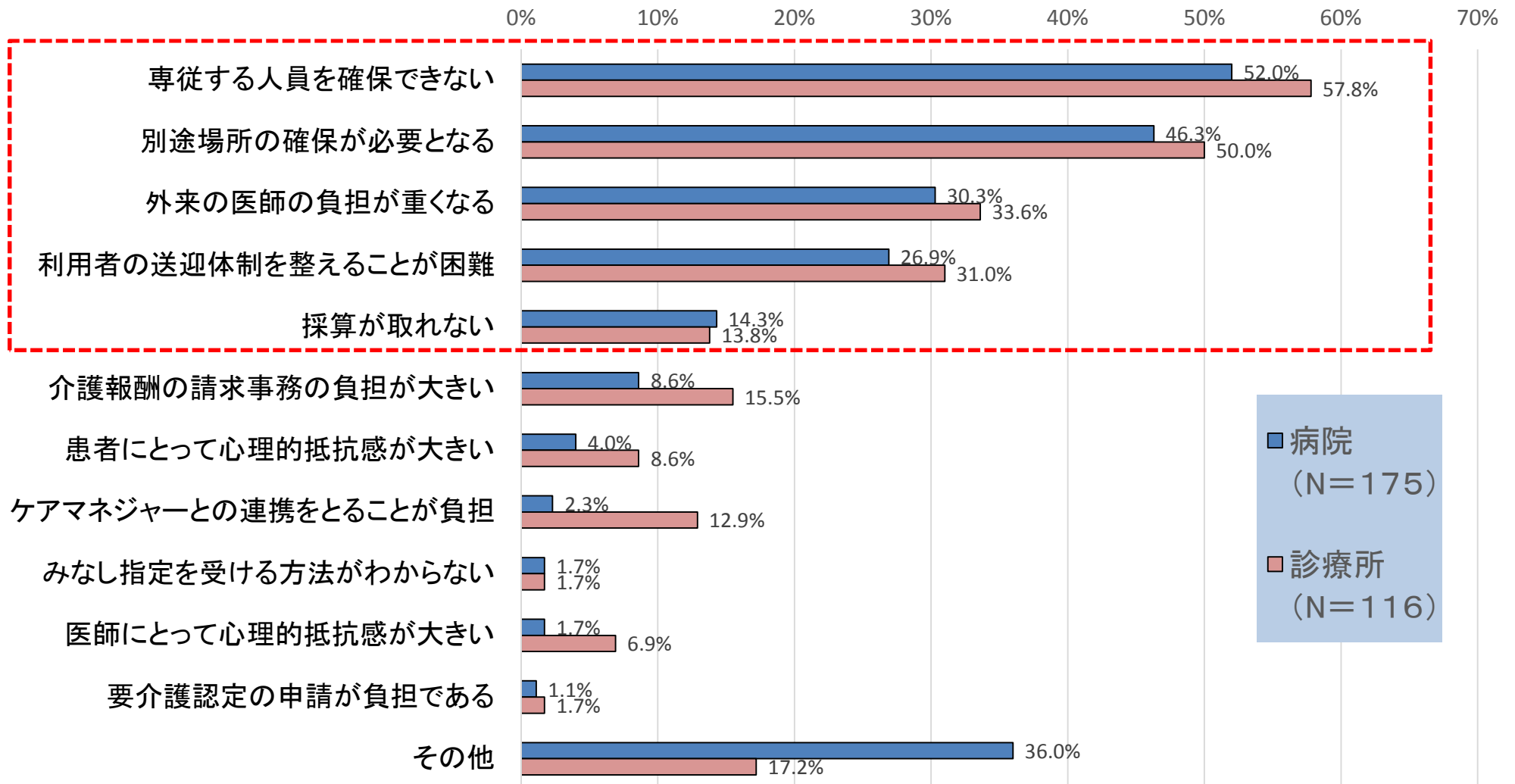
■ある □ない ▨わからない ▩無回答

・通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。

通所リハビリテーションの開設意向がない理由

病院・診療所別（複数回答）

通所リハビリテーションを実施していない医療機関の調査結果



・開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」があげられている。

通所リハビリテーション及び運動器リハビリテーション料の施設基準等の比較

		通所リハビリテーション		運動器リハビリテーション		
				(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数	要介護被保険者等の場合			175点	165点	80点
				158点	149点	80点
診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)				病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上		病院・診療所: 45㎡以上
設備	・専用の部屋等※1 ・3㎡×利用定員(老健の場合: 食堂の面積を加えても可)					
人員配置	医師	専任・常勤: 1人以上	専任: 1人以上 (医師1人に1日48名以内)	専任の常勤 1名		
	PT OT ST 看護職員 介護職員	① 利用者10人に対し、 専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専ら リハビリテーションの提供に当 たる専従PT、OT、STが、利用者10 0人に対し、1人以上※2	① 専従で1人以上※2 ② ①に掲げる人員のうち、専らリハ ビリテーションの提供に当たる専従 PT、OT、ST又はリハに1年以上従事 した経験のある看護師が、常勤換算 で0.1人以上※2	PT・OTの いずれか又は 合わせて 4名以上	① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1 名以上 ①②③のい ずれかを満 たすこと	① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上 ①②のい ずれかを満 たすこと
		●1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションについては、 定期的に適切な研修を修了している看護職員、柔道整復師、 あん摩マッサージ師をPT等に含めることができる				

※1疾患別リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを実施する際には、当該利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、疾患別リハビリテーションを行っているスペースと同一のスペースにおいて行うことは差し支えない

※2指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたもの

注)ただし、通所リハビリテーションの運営に当たっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議への出席等、新たな業務も発生する。

・医療保険と介護保険によるリハビリテーションを一体的に提供するためには、医療保険でリハビリテーションを提供している医療施設であっても、必要に応じて介護職員などの人員の新たな確保を要する場合がある。

疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）－生活期（維持期）－

(改) 中医協 総-1-1
2 3 . 1 2 . 7

【医療保険※1】

疾患別リハビリテーション

脳血管:180日超

運動器:150日超

例) 20分 × 13回/月 = 260分

(上限: 13単位/月 × 20分 = 260分/月)

【介護保険】

(通常規模型:通所リハビリテーション:短時間リハビリテーションの場合※2)

～1ヶ月

例) 40分 × 8回/月 = 320分

(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

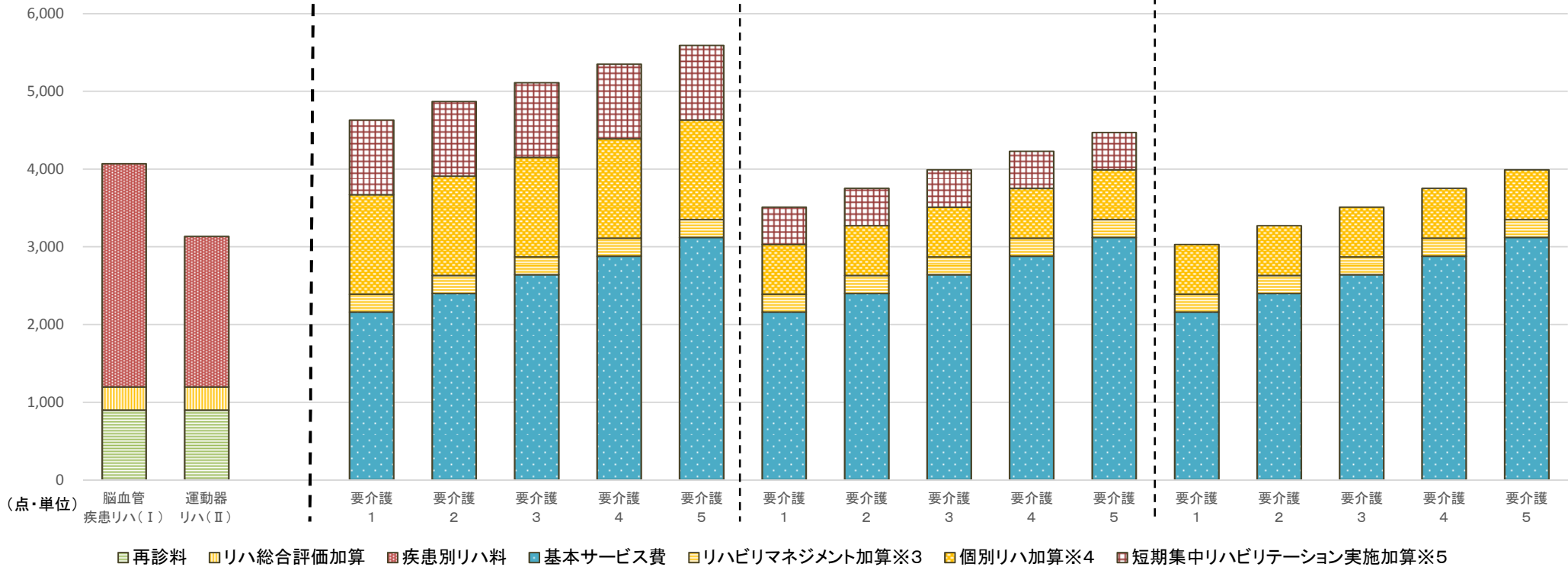
1～3ヶ月

例) 20分 × 8回/月 = 160分

(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月～

例) 20分 × 8回/月 = 160分



一診療報酬一

<再診料>
69点/日

<リハ総合評価加算>
300点/月

<疾患別リハ>一要介護保険者等一

脳血管等(I) 221点/単位

運動器(II) 149点/単位

一介護報酬一

<基本サービス費>

要介護1 270単位/日、要介護2 300単位/日

要介護3 330単位/日、要介護4 360単位/日

要介護5 390単位/日

<リハビリマネジメント加算※3>

230単位/月

<個別リハ加算※4>

80単位/1回20分以上

<短期集中リハビリテーション実施加算※5>

～1ヶ月: 120点/日、1～3ヶ月: 60点/日

※1: 医療機関の外来リハビリテーションを受けていると仮定。

※2: 1～2時間未満のリハビリテーションを提供した場合と仮定。

※3: リハビリテーション実施計画を策定し、月4回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

※4: 個別リハビリテーション実施加算は、個別リハビリテーションを20分以上実施した場合に算定。

※5: 退院(所)日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回当たり40分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。

退院(所)日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。

介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組①－平成24年介護報酬改定のポイント－

○短時間型通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの充実

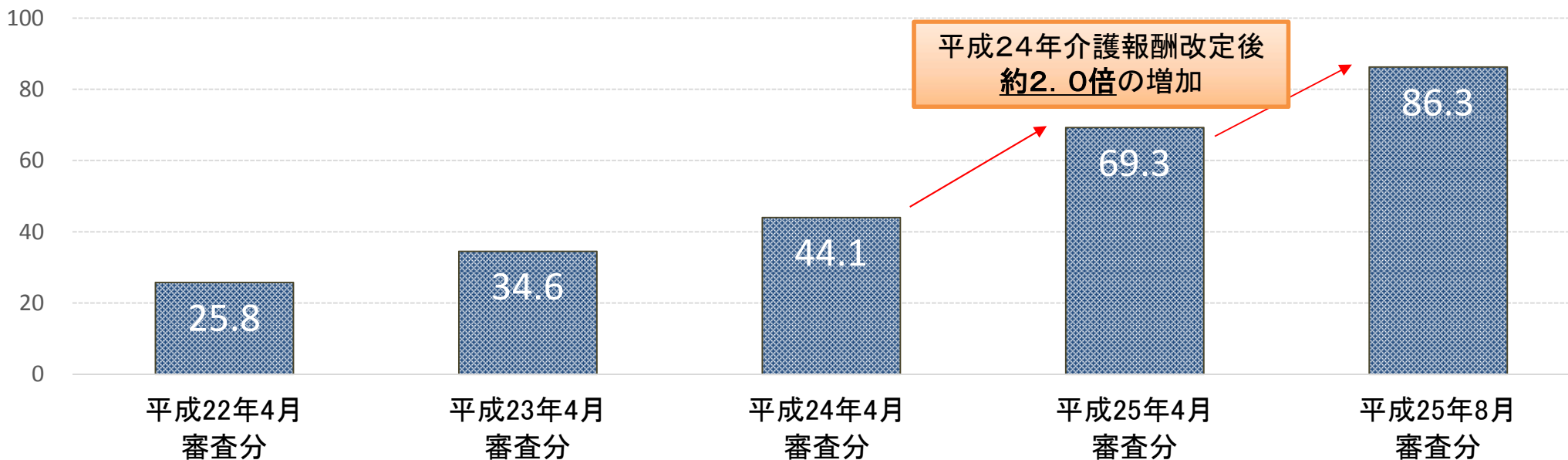
医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直す。

・所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする。

個別リハビリテーション実施加算: 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者に対して、個別にリハビリテーションを20分以上実施した場合算定

(算定回数: 千件/月)

1時間以上2時間未満の短時間通所リハビリテーション費の算定回数の推移



※1～2時間未満のリハビリテーション: 平成21年介護報酬改定において新設

・平成24年介護報酬改定以後、平成25年8月の短時間リハビリテーションの算定回数は、平成24年4月と比較した場合、約2.0倍に増加している。

介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組②－平成24年介護報酬改定のポイント－

○介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

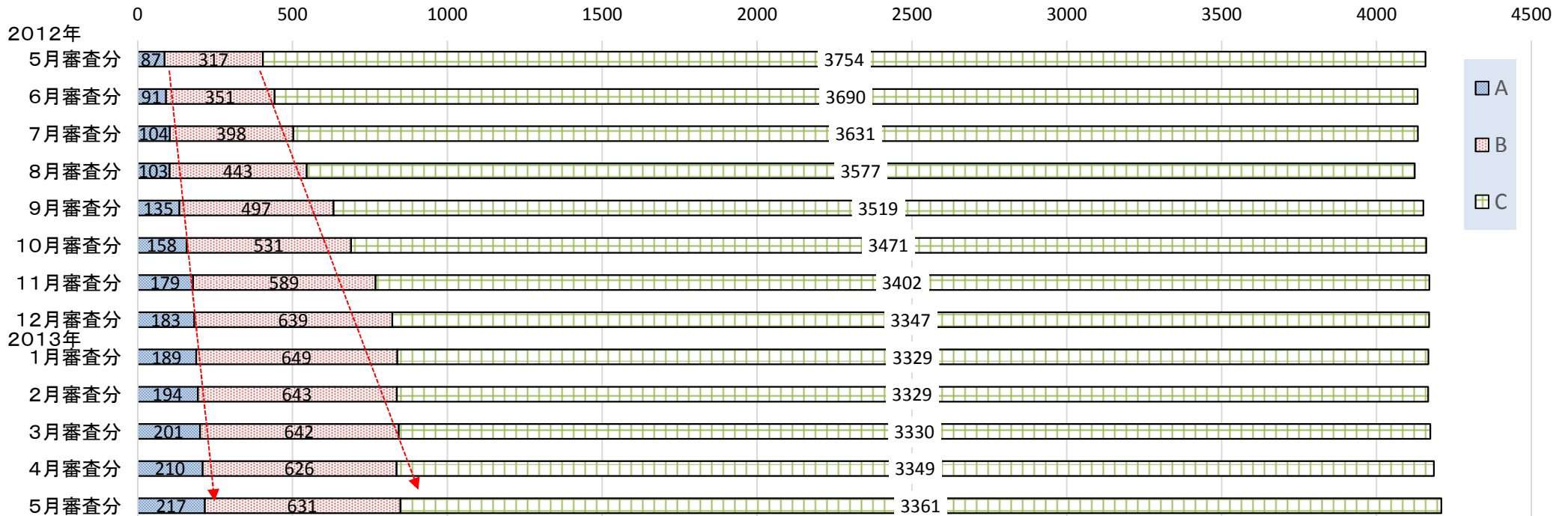
・在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

・在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

・入所前に入所者の居室を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

介護老人保健施設(在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健、その他老健)数の推移



A: 在宅強化型老健(介護保険施設サービス費(I)(ii)または(iv)・ユニット型含む)→在宅復帰率が50%を超え、毎月10%以上のベッドが回転している老健
B: 在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健(ユニット型含む) →在宅復帰率が30%を超え、毎月5%以上のベッドが回転している老健
C: A, B以外の老健 →在宅復帰率が30%以下、または毎月のベッド回転が5%未満の老健

・平成24年度介護報酬改定以後、在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設が増加している。

介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに対する評価を新設。

介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、**総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。**

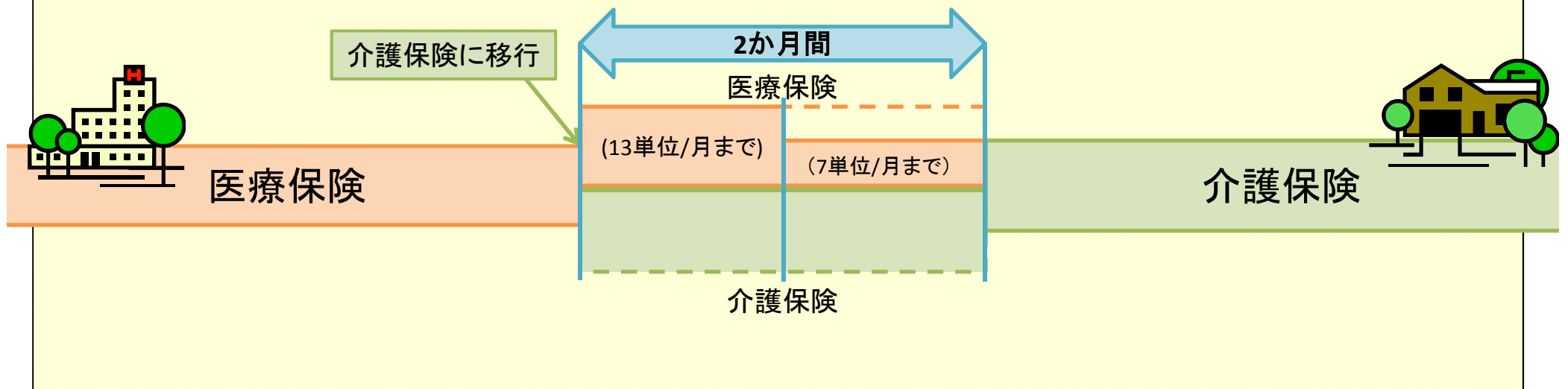
・介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

平成24年
診療報酬改定

リハビリテーションの医療から介護への移行期間について

- 介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。また、2月目については、疾患別リハビリテーションの算定可能な単位数を7単位までとし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する。



- ・さらに、医療保険から介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、2か月間併用することを認めている。

維持期リハビリテーションにおける課題と論点

【課題】

- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。