

【テーマ3】 リハビリテーション 参考資料

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

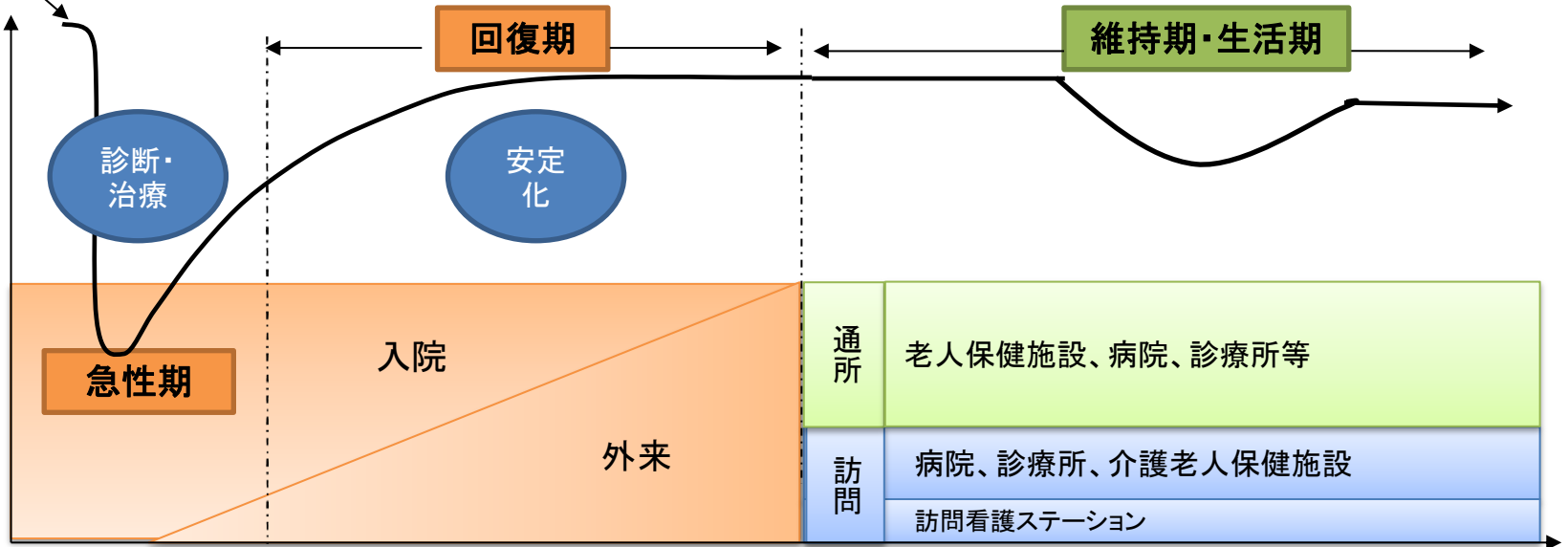
【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症

身体機能

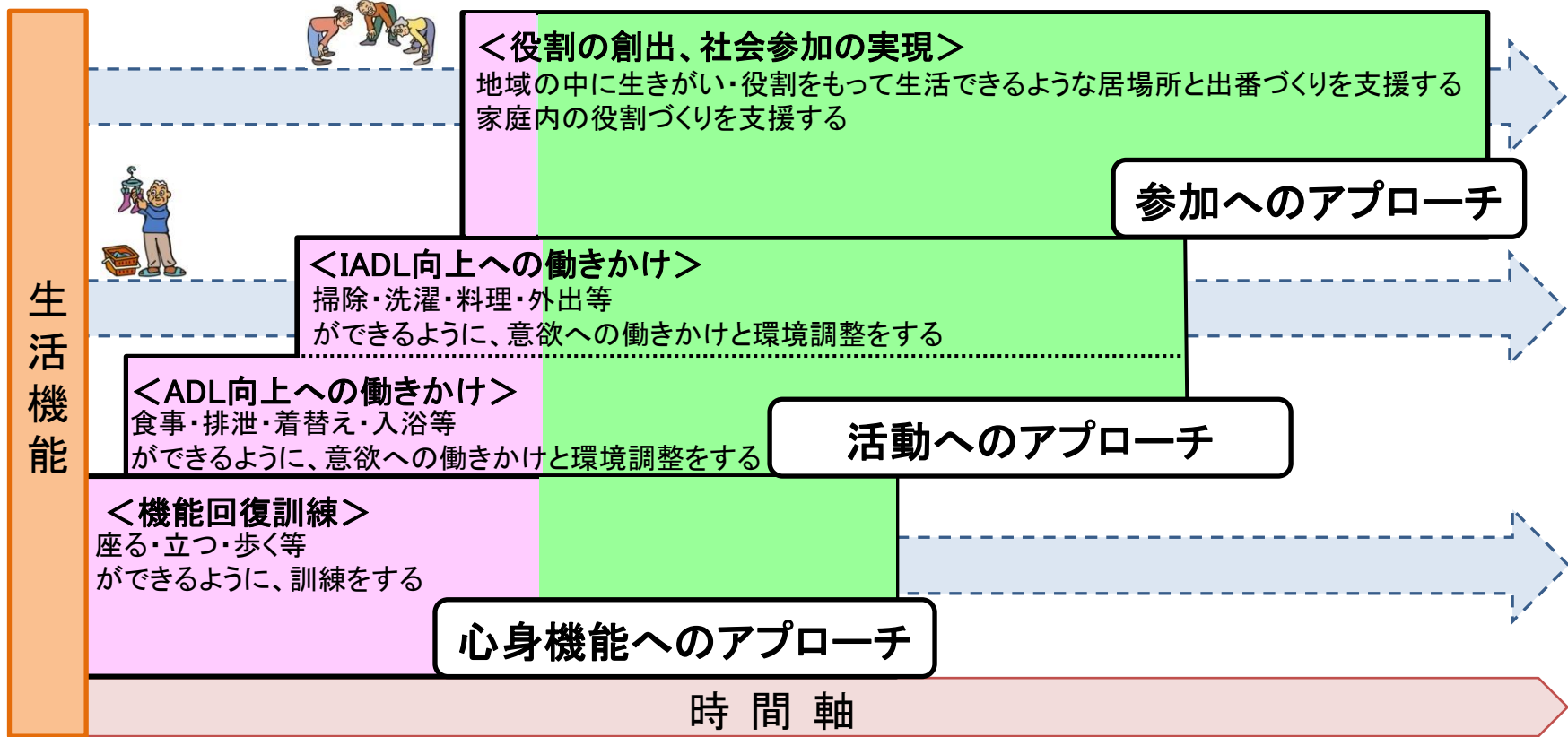


	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成

リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

・ 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



・ 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
・ 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

・ 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
・ 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
・ **患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。**

医学的リハビリテーションの進め方(参考)

- 医学的リハビリテーションは、心身機能の回復訓練に終始するのではなく、常に予後を意識し、残存機能を活かした活動、参加を念頭に置きながら進めることが推奨されている。
- 特に患者について予測される予後等から「参加」レベルの目標を設定し、そこから逆算して活動の目標、心身機能の目標を定め、当該目標を各分野の共通認識としてリハビリテーションを進めることが望ましいとされている。

医学的リハビリテーションの進め方の分類

0. 心身機能の回復訓練に終始する場合

- リハビリテーションとは呼べない。

1. 段階論的アプローチ

- まず心身機能の回復に努め、それが頭打ちになったらADL訓練などの「活動」に対する働きかけに移り、それが限界に達して初めて「参加」について考える。目標は具体的ではなく「ADL自立性向上」「自宅復帰」など一般的に止まる。

2. 同時並行的アプローチ

- 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ソーシャルワークなどを並行して開始し同時に進めていくが、その間の連携は不十分で、分立・分業的であり、目標すら「理学療法の目標」「作業療法の目標」などとバラバラで統一したものはない。

3. 目標指向的アプローチ(もっとも望ましい)

- 心身機能、活動、参加の「予後」(適切なリハビリテーション・プログラムでそれぞれがどこまで回復するかの予測)を総合し、患者の環境因子、個人因子をも十分考慮して「参加レベルの目標(それをどういう活動で実行するかを含む)」の候補(選択肢)を最低3つつくって患者に提示する。もちろんこの選択肢はチームの知恵を集めて作る。
- 患者が熟慮し、家族とも相談して、3つのうち1つを選べばそこで「参加の目標」が決まり、そこから逆に「活動の目標」「心身機能の目標」が決まる。この共通の目標を目指して、各分野が緊密に協業してプログラムを進める。

出典: 上田敏「標準リハビリテーション医学 第3版」

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

医療保険の疾患別リハビリテーションの概要

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)
人員配置	医師	専任の常勤医:2名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名↑ ②専従常勤OT:3名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:10名↑	①専従常勤PT:1名↑ ②専従常勤OT:1名↑ ③言語聴覚療法を行う場合専従常勤ST:1名↑ ①～③の合計:4名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	245点	200点	100点
—	標準的算定日数	180日		
—	対象患者	脳血管疾患、脳腫瘍等の中樞神経疾患、パーキンソン病等の慢性の神経筋疾患、高次脳機能障害 等の患者		

		運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)	運動器(Ⅲ)
設備	機能 訓練室	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT ②専従常勤OT ①②の合計:4名↑	以下のいずれかを満たしていること。 ア 専従常勤PT:2名↑ イ 専従常勤OT:2名↑ ウ 合計:2名↑	・専従常勤PT,OT,STのいずれかが1名↑
—	点数	185点	170点	85点
—	標準的算定日数	150日		
—	対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者 ・関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により一定程度以上の運動機能等の低下を来している患者 		

発症等からの経過に応じた疾患別リハビリテーション料の点数について ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

		発症等 ～180日	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点 (月13単位まで)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以下で、治療継続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 <ul style="list-style-type: none"> ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合 等 ■ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 ・障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外) 		
	要介護被保険者 以外		147点 (月13単位まで)
	対象		

標準的算定日数を超えた場合の点数

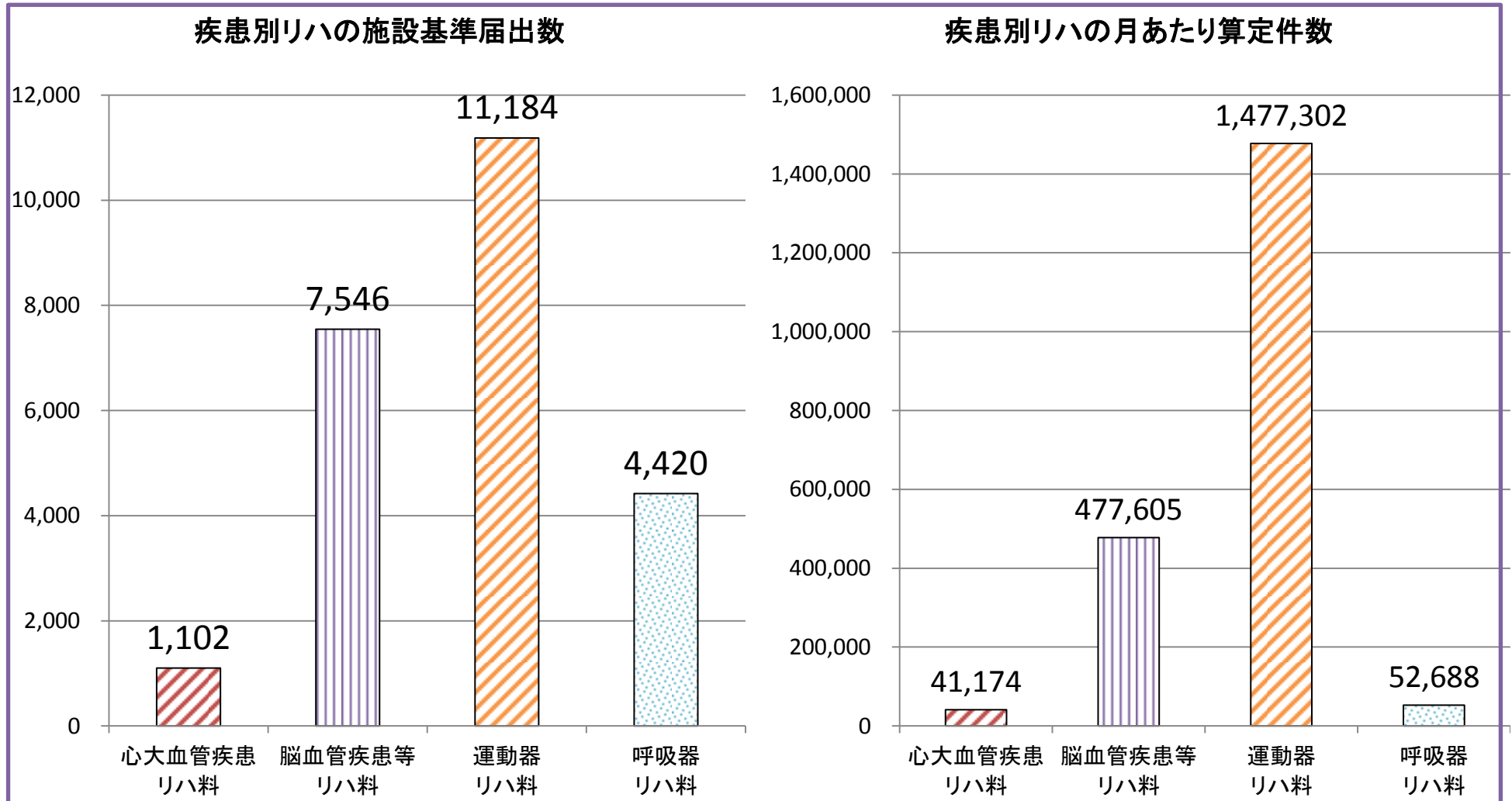
標準的算定日数を超えた場合の疾患別リハビリテーション料の点数について
 ～脳血管リハビリテーション料（I）の場合～

		要介護被保険者	
		非該当	該当
標準的算定日数の上限	除外		
	対象	245点 (月13単位まで)	147点 (月13単位まで)



平成29年度末までに、原則として、介護保険に移行する方針

疾患別リハビリテーション料の施設基準届出数・月あたり算定件数



(平成27年7月1日時点) 出典: 保険局医療課調べ

出典: 平成27年社会医療診療行為別調査

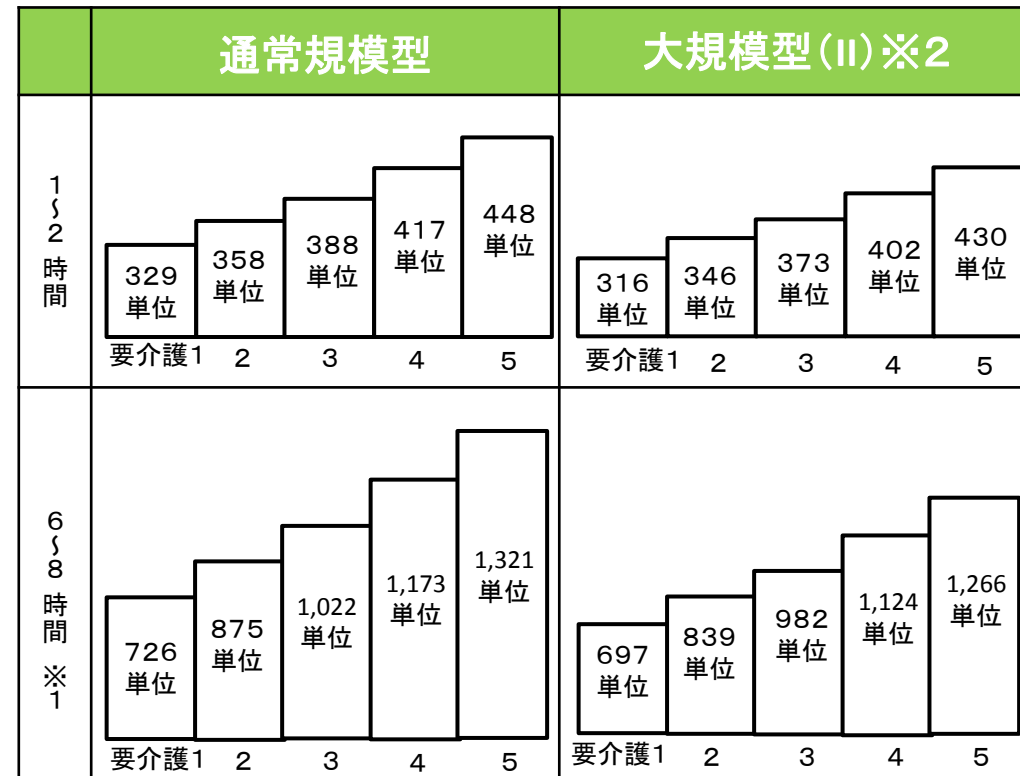
介護保険の通所リハビリテーションの概要

設備、人員配置

サービス提供時間、利用者の要介護度及び事業所規模に応じた基本サービス費

設備	機能訓練室	リハビリを行う専用の訓練室として 利用定員×3m ²
	医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所併設の介護老人保健施設では、 当該病院、診療所の常勤医との兼務可)
人員配置		単位ごとに利用者10人に1以上
	PT	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上
	OT	※所要時間1～2時間では適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩
	ST	マッサージ師で可

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）



※1: その他、2～3時間、3～4時間、4～6時間のサービス提供時間がある。

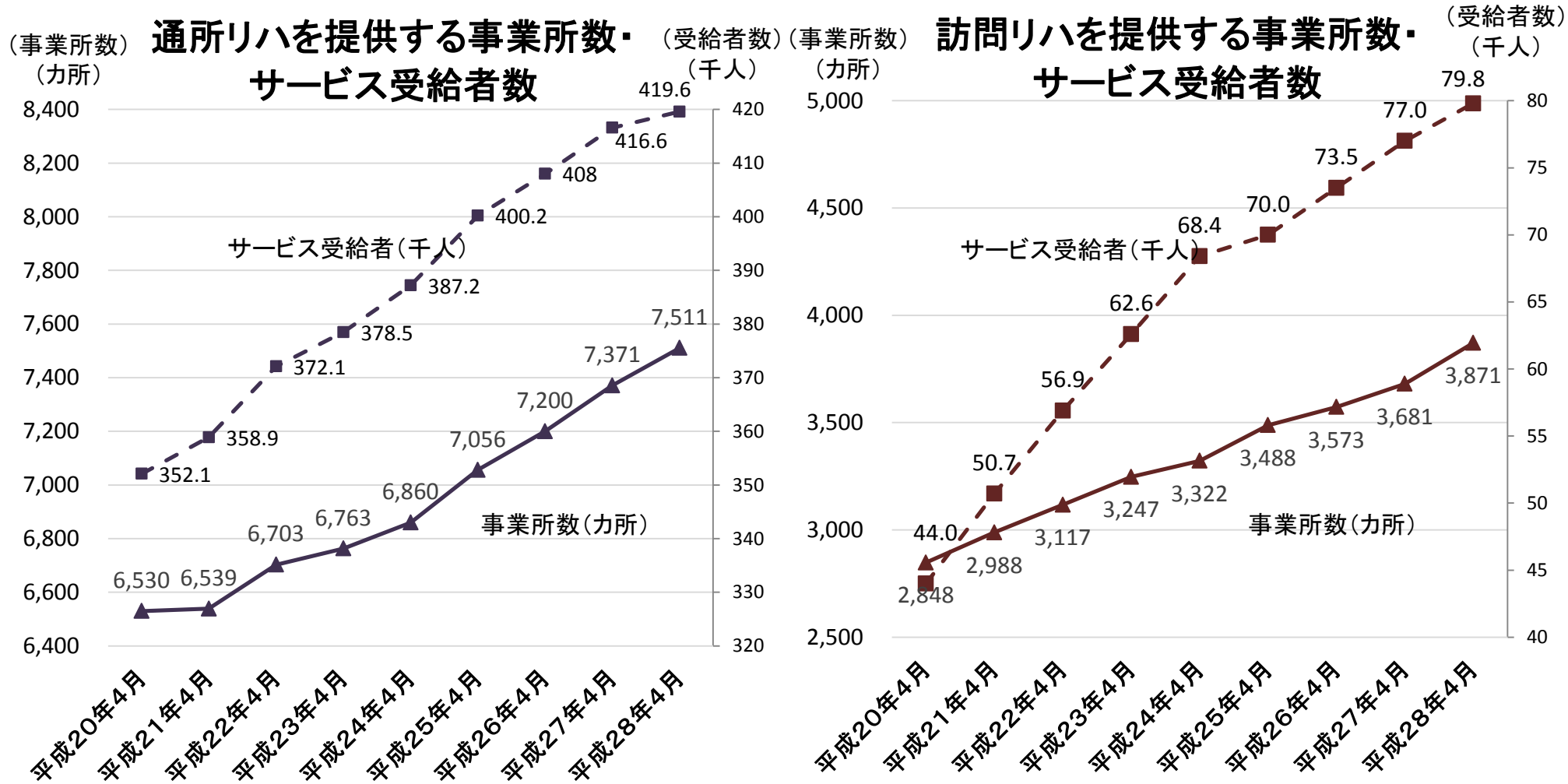
※2: その他、前年度の平均利用延人員数が900人/月以内の大規模型(I)がある。

通所リハビリテーションにおける主な加算・減算

項目	要項	単位数
リハビリマネジメント加算	<ul style="list-style-type: none"> • リハビリ計画を作成 • 定期的に関リハビリ会議を開催 • IIIについては医師による説明が必要 	I: 230単位／月 II: 1020単位／月 6月以降700単位／月
短期集中個別リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> • 1週間につきおおむね2日以上、1日40分以上のリハビリ実施で算定 • 起算日から3月まで算定 	110単位／日
生活行為向上リハビリ加算	<ul style="list-style-type: none"> • 生活行為に関する目標を設定し、実現にむけて計画的に関リハビリを実施した際に算定 • リハビリマネジメント加算の算定が前提 • 起算日から6月まで算定 	3月まで2000単位／月 3月以降1000単位／月 6月以降－15%の減算
社会参加支援加算	<ul style="list-style-type: none"> • 前年度の利用状況が条件を満たせば算定 	12単位／日
送迎減算	<ul style="list-style-type: none"> • 送迎を実施しない場合に算定 	－94単位／日 片道の送迎なら－47単位／日

通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所数・受給者数の増加

- 介護保険における通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の数、サービス受給者の数は、平成20年以降、一貫して増加傾向にある。

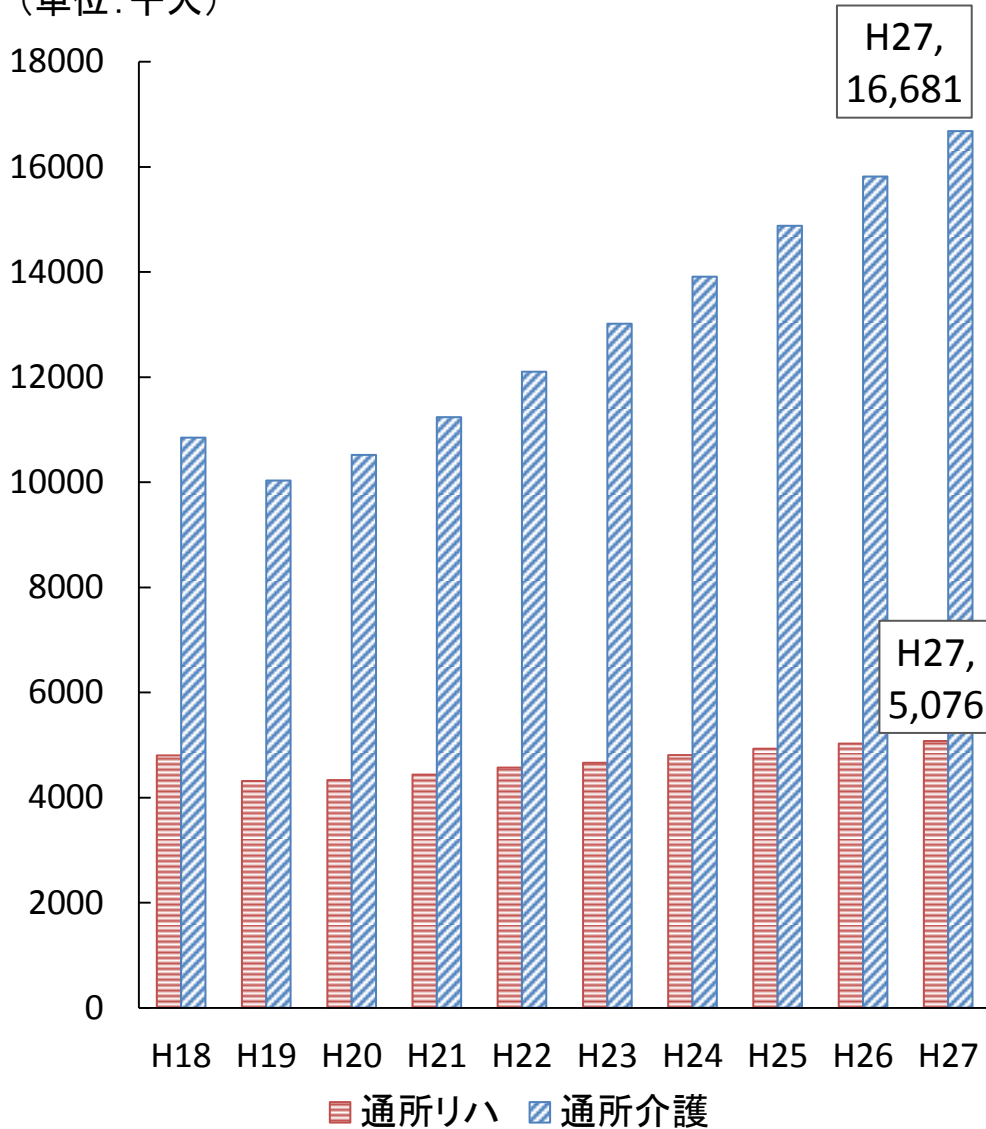


出典：介護給付費実態調査

通所リハと通所介護の比較（受給者、費用額推移）

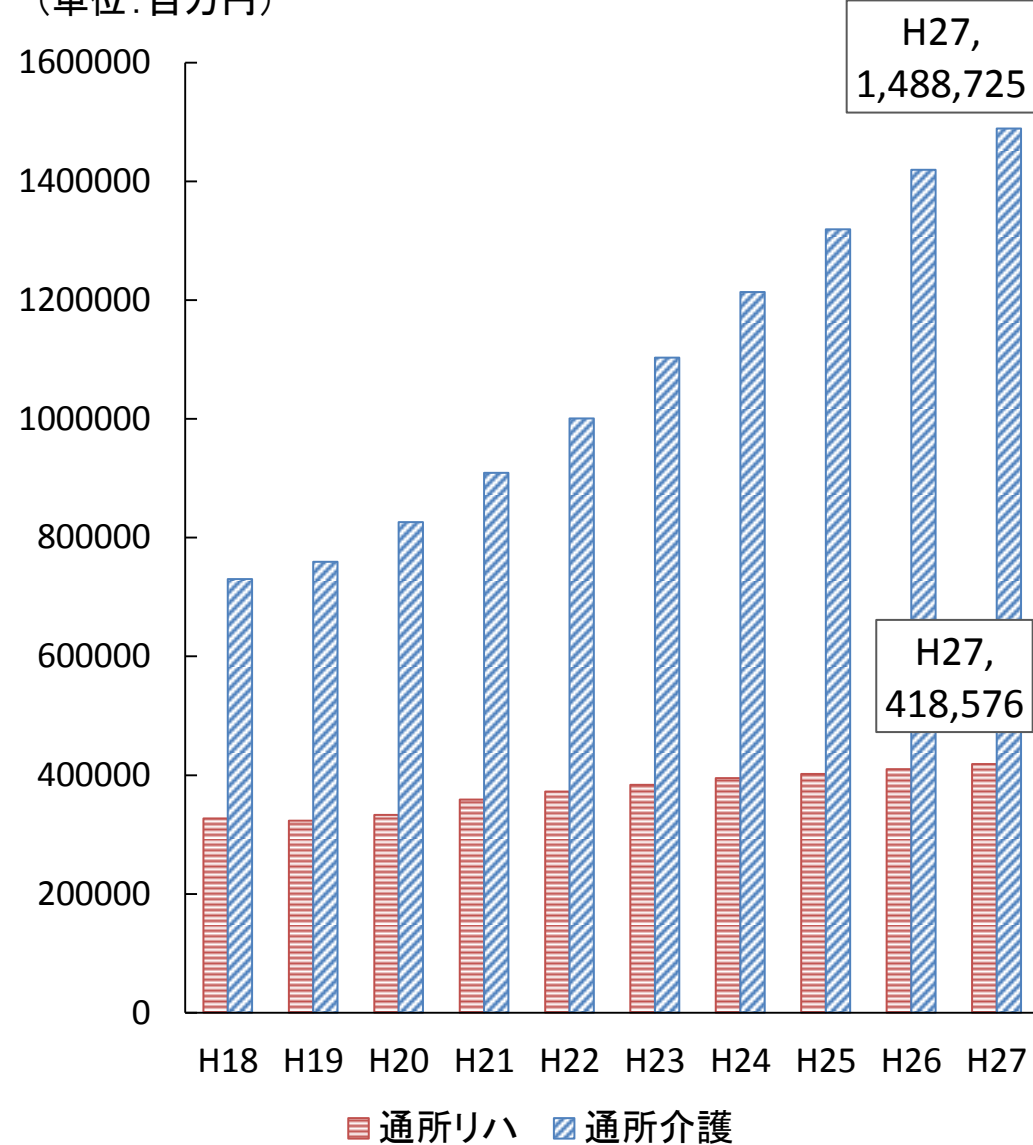
通所リハビリテーションと通所介護との受給者

（単位：千人）



通所リハビリテーションと通所介護との費用額

（単位：百万円）



【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

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

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。

※上記規定により通所リハビリテーションの指定があったものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料にかかる施設基準に適合しているものとして届出をしていることを想定。

(平成21年3月13日老振発第0313002号・老老発第0313002号厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長通知)

医療保険と介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合の 施設基準緩和について

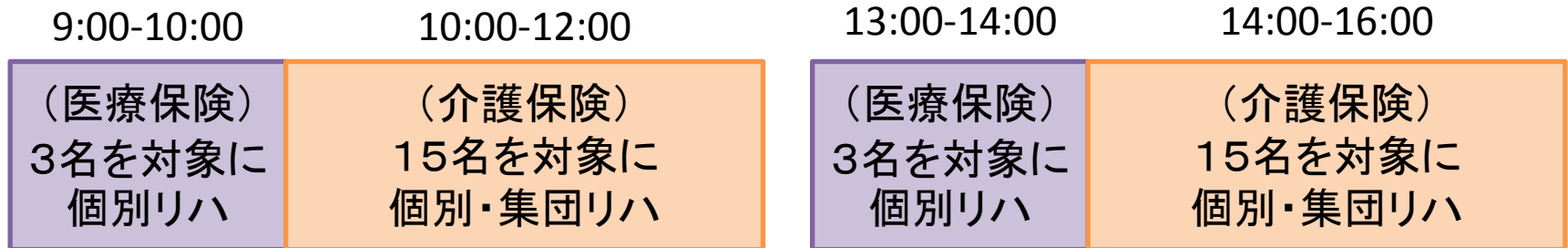
- 「疾患別リハビリテーションと1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合に必要な機能訓練室の面積は、疾患別リハビリテーションに規定される面積基準を満たし、また、疾患別リハビリテーションを受ける患者を通所リハビリテーションの利用者とみなした場合に満たすべき面積基準を満たしていればよい。なお、介護保険の機能訓練室と疾患別リハビリテーションの機能訓練室は分ける必要はなく、疾患別リハビリテーションの機能訓練室の一部で通所リハビリテーションを行うことは差し支えない。」(医療H22.3.29 事務連絡(抄))
- 「保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを実施する際には、指定通所リハビリテーションの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、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない(必要な機器及び器具の利用についても同様)。この場合の居宅基準第112条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、三平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。」(介護保険基準通知(抄))

同一の施設で医療保険の外来リハと介護保険のリハ（通所リハ）の両方を行っている施設の例

- 同一の施設において、同一の日に、医療保険の外来リハと介護保険のリハを両方とも実施可能としている。

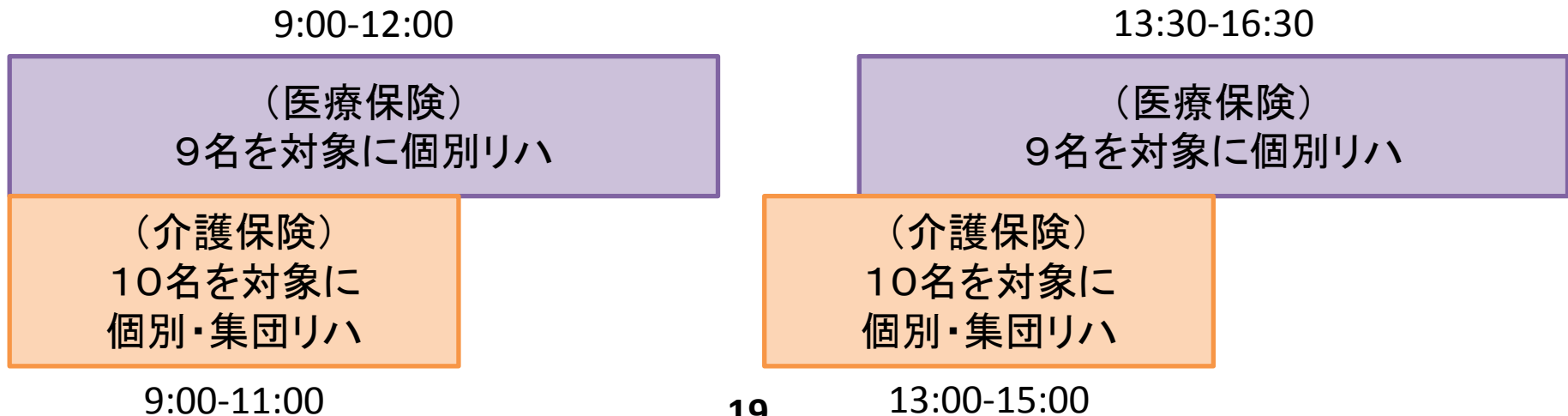
事例1:

45m²のスペース、PT/OT/ST各1名、看護師1名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを交互に実施



事例2:

75m²のスペース、PT/OT/ST各2名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを並行して実施

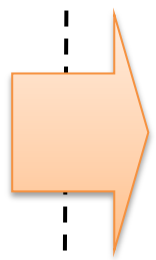


医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの比較 (平成28年度～)

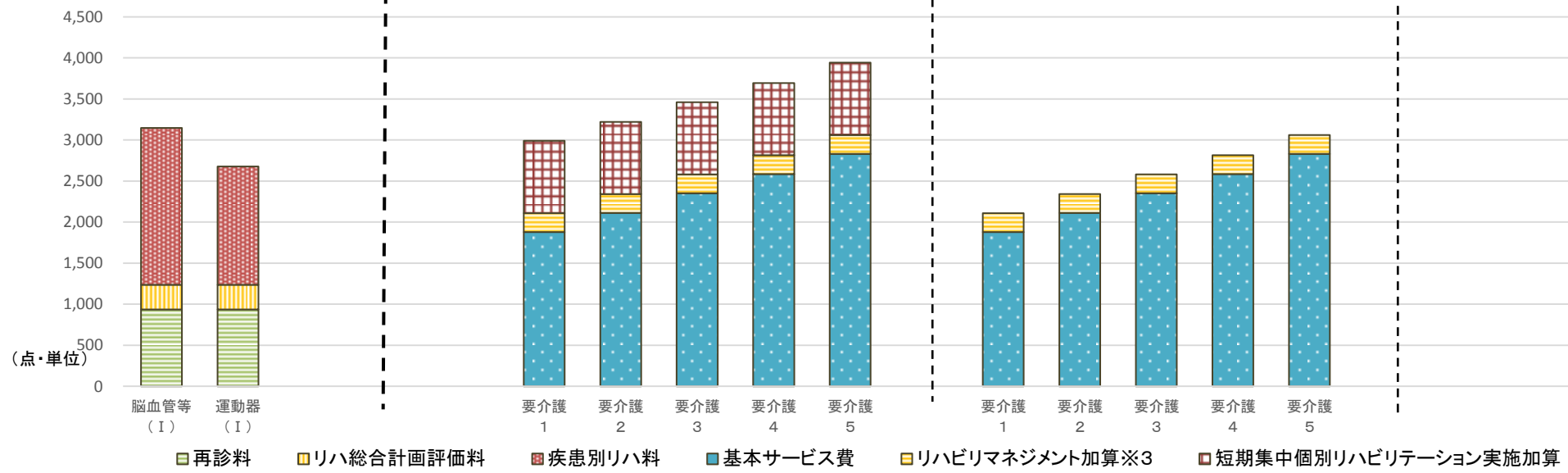
中医協 総-1
28.12.2改

・ 維持期の患者が医療保険から介護保険に移行した場合、月あたりの報酬額等に大きな差はない。

【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)
~3ヶ月
例) 40分×8回/月 = 320分
(短期集中個別リハビリを実施した場合の下限)
3ヶ月~
リハビリテーション計画に基づいて
理学療法、作業療法等を実施



一診療報酬一
 <再診料>
72点/日
 <リハ総合計画評価料>
300点/月
 <疾患別リハ※1>一要介護保険者等一
 脳血管等(I) 147点/単位
 運動器(I) 111点/単位

一介護報酬一
 <基本サービス費>
 要介護1 329単位/日、要介護2 358単位/日
 要介護3 388単位/日、要介護4 417単位/日
 要介護5 448単位/日
 ※送迎を実施しないことによる減算 -94単位/日
 <リハビリマネジメント加算 I ※3>
230単位/月
 <短期集中リハビリテーション実施加算※4>
~3ヶ月:110点/日

※1: 医療機関の外来リハビリテーションを受けた場合。
 ※2: 1~2時間未満のリハビリテーションを提供した場合。送迎を実施しないことを想定。
 ※3: リハビリテーション計画を策定し、通所リハビリテーションを実施した場合に算定。リハビリテーションマネジメント加算はIが230単位/月、IIが6月まで1020単位/月、6月~700単位/月。ここではIを基に計算。
 ※4: 退院(所)日または認定日から3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。

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め 等

介護保険 通所リハビリ

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者と家族の希望等

標準的算定日数を超過した要介護被保険者等による疾患別リハビリ料の状況

脳血管疾患等リハビリテーション料や運動器リハビリテーション料を算定した患者の3%程度(約3.9万人)が、標準的算定日数を超過した要介護被保険者等が算定する点数を算定していた。

上段:算定件数の割合
下段:算定回数の割合

	入院外レセプト(総数)		入院外レセプト(後期高齢者医療)	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等(※)に対する点数	その他	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等(※)に対する点数	その他
脳血管疾患等リハ料	12,090 (6.8%) 86,966 (7.9%)	164,419 (93.2%) 1,017,602 (92.1%)	6,878 (22.6%) 47,829 (20.6%)	23,556 (77.4%) 184,554 (79.4%)
運動器リハ料	26,437 (2.2%) 153,058 (2.6%)	1,189,127 (97.8%) 5,708,958 (97.4%)	22,083 (5.0%) 127,914 (5.2%)	418,437 (95.0%) 2,308,651 (94.8%)
計	38,527 (2.8%) 240,024 (3.5%)	1,353,546 (97.2%) 6,727,560 (96.5%)	28,961 (6.2%) 175,743 (6.6%)	441,993 (93.8%) 2,493,205 (93.4%)

(※)標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を除く。

【テーマ3】 リハビリテーション

1. 状態に応じたリハビリテーション
2. リハビリテーションの現状
3. 維持期リハビリテーションの介護保険への移行
4. リハビリテーションに係る直近の改定の動向

質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進 (平成28年度診療報酬改定)



キーワード1 早期からのリハビリテーション

- 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- 摂食機能療法の対象の明確化等
- 廃用症候群リハビリテーション料の新設
- 心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- 運動器リハビリテーション料の評価の充実
- リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なリハビリテーション

- 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)



質の高いリハビリテーションの評価等①（平成28年度診療報酬改定）

廃用症候群リハビリテーション料の新設

- 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションを実施するため、廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

1	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)	(1単位) 180点
2	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)	(1単位) 146点
3	廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)	(1単位) 77点

[算定要件]

原則として、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)と同様。

ただし、

- ・対象を「急性疾患等(治療の有無を問わない。)」に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとする。
- ・標準的算定日数は120日とする。

[施設基準]

脳血管疾患等リハビリテーション料を届け出ていること。

質の高いリハビリテーションの評価等②（平成28年度診療報酬改定）

要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

- ▶ 医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。
- ▶ 要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設する。

現行

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料

本則の100分の90に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合

所定点数の100分の90に減算

改定後

要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料(※)

本則の100分の60に減算

維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合(※)

所定点数の100分の80に減算

※平成30年4月1日以降は原則として対象外。

(新) 目標設定等支援・管理料

1 初回の場合 250点

2 2回目以降の場合 100点

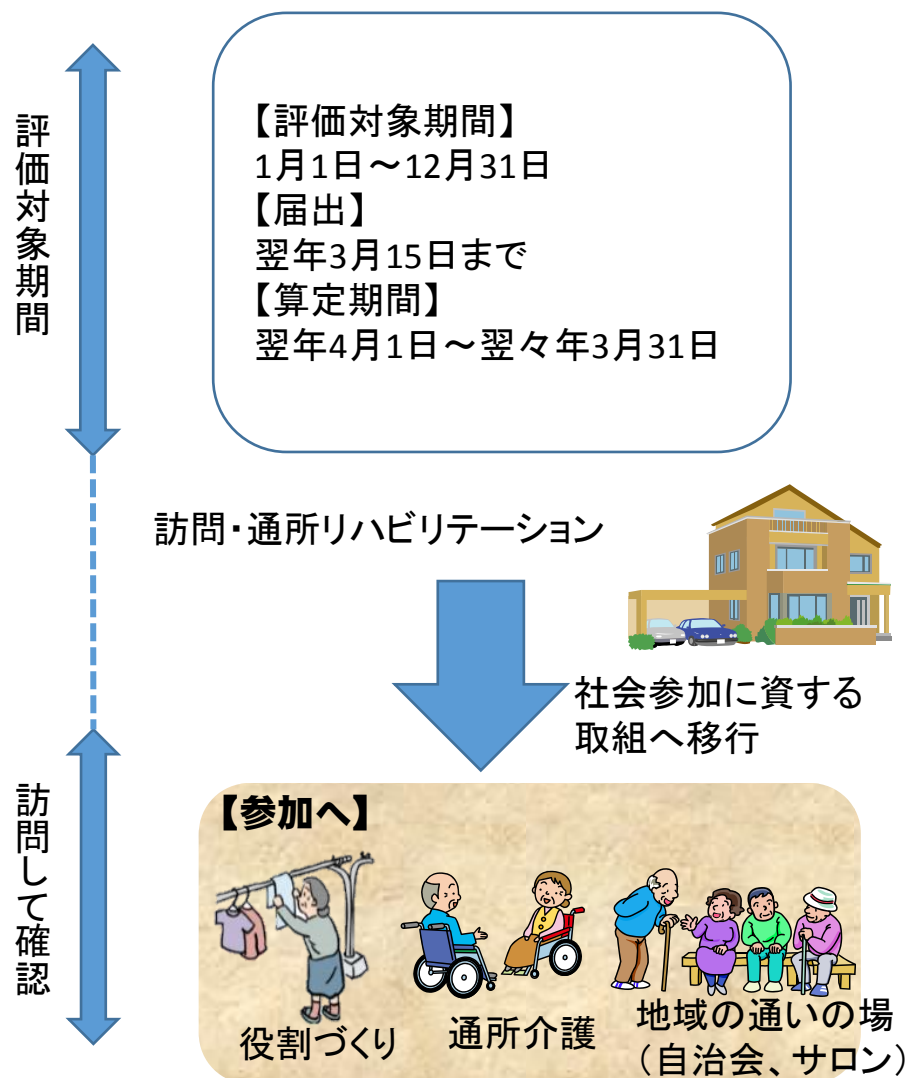
[算定要件等]

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。

標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

通所リハビリテーションの中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業

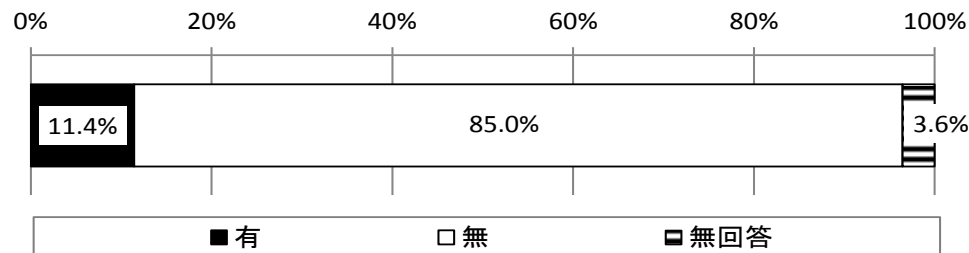
【社会参加支援加算】



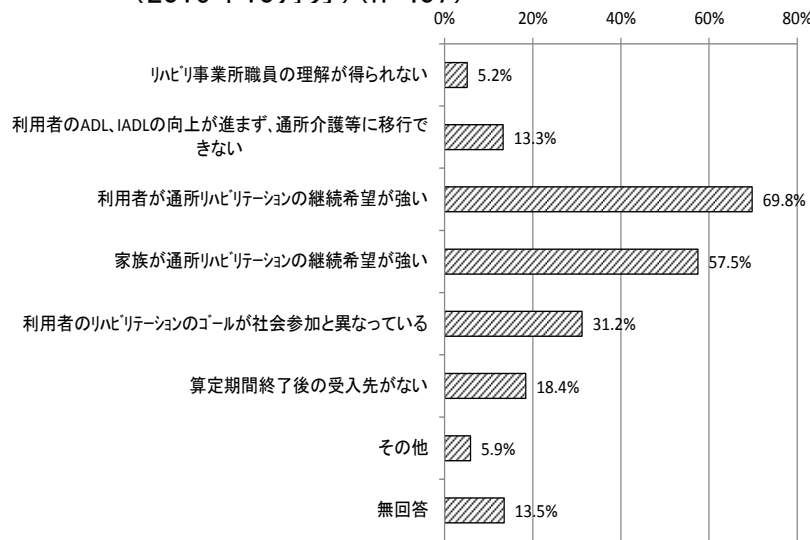
※終了後14日～44日以内に訪問にて
3月以上参加が継続することを確認

- 社会参加支援加算の届出は、通所リハは11.4%であった。
- 通所リハで届出をしていない主な理由は「利用者が通所リハの継続希望が強い」が69.8%、「家族が継続希望が強い」が57.5%であった。

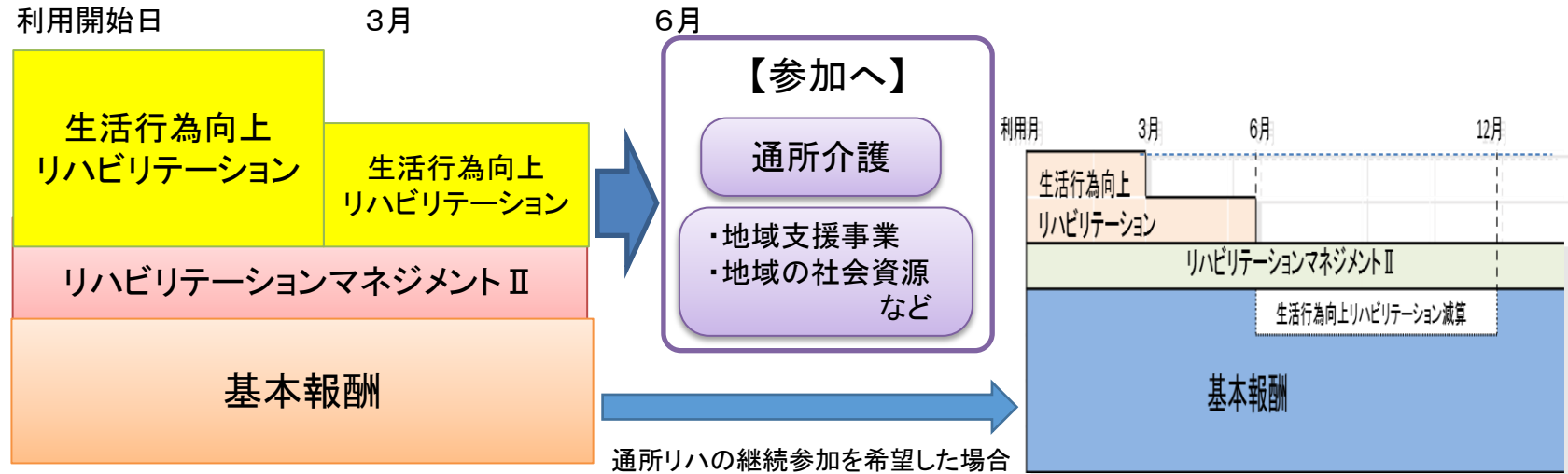
図表2-2-80 【通所リハ】社会参加支援加算の届出状況 (2016年10月分) (n=507事業所)



図表2-2-84 【通所リハ】社会参加支援加算届出をしていない理由 (2016年10月分) (n=407)



【生活行為向上リハビリテーションに対する加算】



○ 生活行為向上リハビリテーション加算の届出は、7.5%であった。

図表2-2-86 【通所リハ】生活行為向上リハビリテーション加算の届出状況
(2016年10月分)(n=507事業所)

