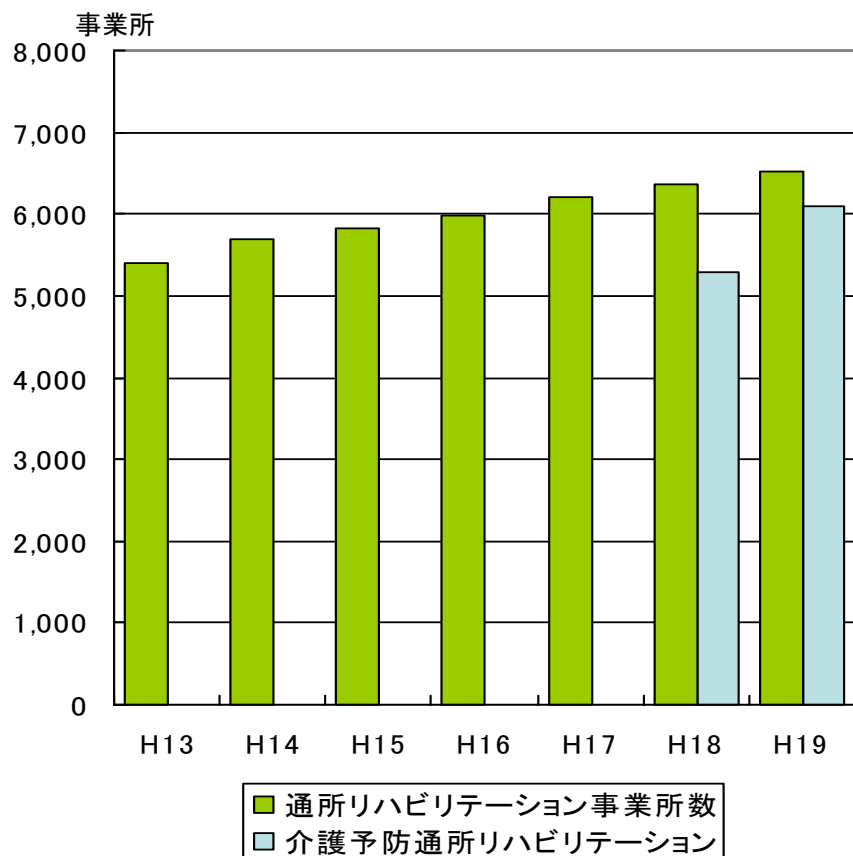


○ 通所リハビリテーション請求事業所及び介護予防通所リハビリテーション請求事業所は、年々、増加傾向にあり、H19年10月1日現在、それぞれ、6,518事業所、6,090事業所となっている。

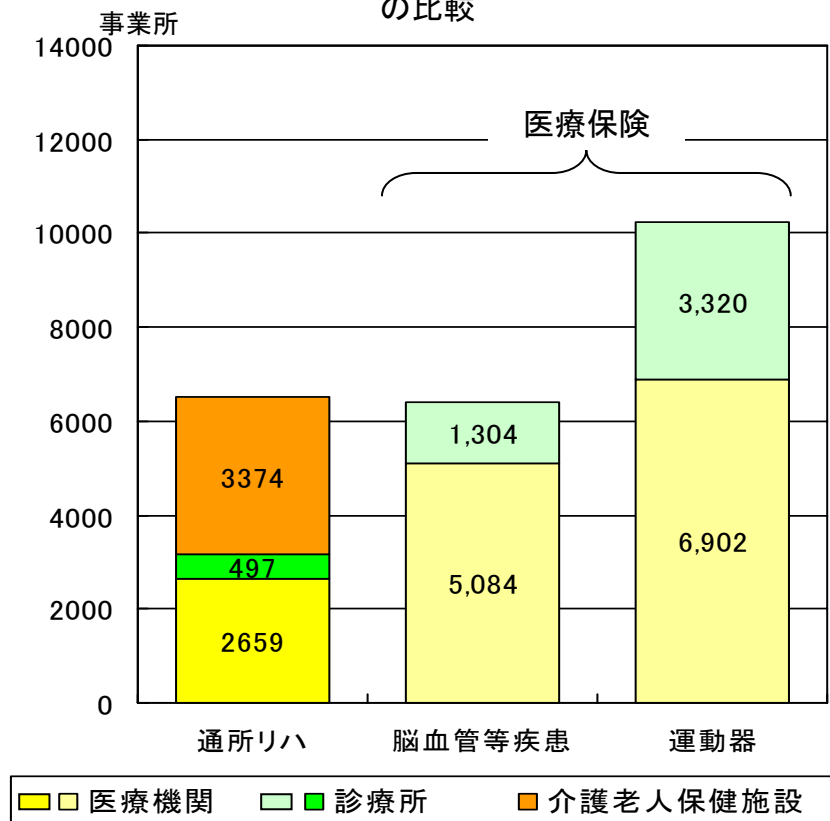
○ 介護保険の通所リハビリテーション請求事業所の約半数は介護老人保健施設であり、請求事業所の中の医療機関・診療所数は、医療保険の「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」の届出施設数よりも少ない。

通所リハビリテーション請求事業所の推移



(介護給付費実態調査から)

介護保険の通所リハビリテーション請求事業所と医療保険のリハビリテーション(脳血管等疾患・運動器)届出施設数の比較



介護給付費実態調査(平成20年4月審査分)等から

- 平成18年に医療保険と介護保険のリハビリテーションの役割分担を行った。
- ただし、介護保険のリハビリテーションについては、下記のような課題が残っている。

H18年以前

H18年診療報酬・介護報酬改定

H19年、H20年診療報酬改定

医療保険と介護保険との役割分担

現行の介護保険制度では対応できない
維持期リハビリテーション対象者への対応

医療保険

- ・心疾患リハビリテーション料
- ・理学療法
- ・作業療法
- ・言語聴覚療法

○急性期・回復期のリハビリテーションを担当

【改定内容】

- ・疾患別リハビリテーションの導入
(心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器)
※心大血管疾患は、維持期も医療保険で対応
- ・算定上限日数の導入

○H19年及びH20年に、介護保険のリハビリテーションが整備されるまでの間、医療保険で維持期のリハビリテーションが行えるように報酬改定※

【H20の改定内容】

- ・算定上限日数を過ぎても月13単位までは算定可能

※心大血管と同様に、呼吸器についても、維持期は医療保険で対応することに

同一日以外は
併給可

併給不可

併給不可#

介護保険

- ・通所リハビリテーション
(疾患分類なし)

○維持期のリハビリテーションを担当

※介護保険では、疾患別の概念を導入していない。

【改定内容】

- ・短期集中リハビリテーションの導入
- ・リハビリテーションマネジメント加算の導入

介護報酬改定なし

課題

- ・急性期のリハビリテーション医療が不十分
- ・長期間、効果の明らかでないリハビリテーションが実施
- ・医療から介護への連続するシステムがない 等

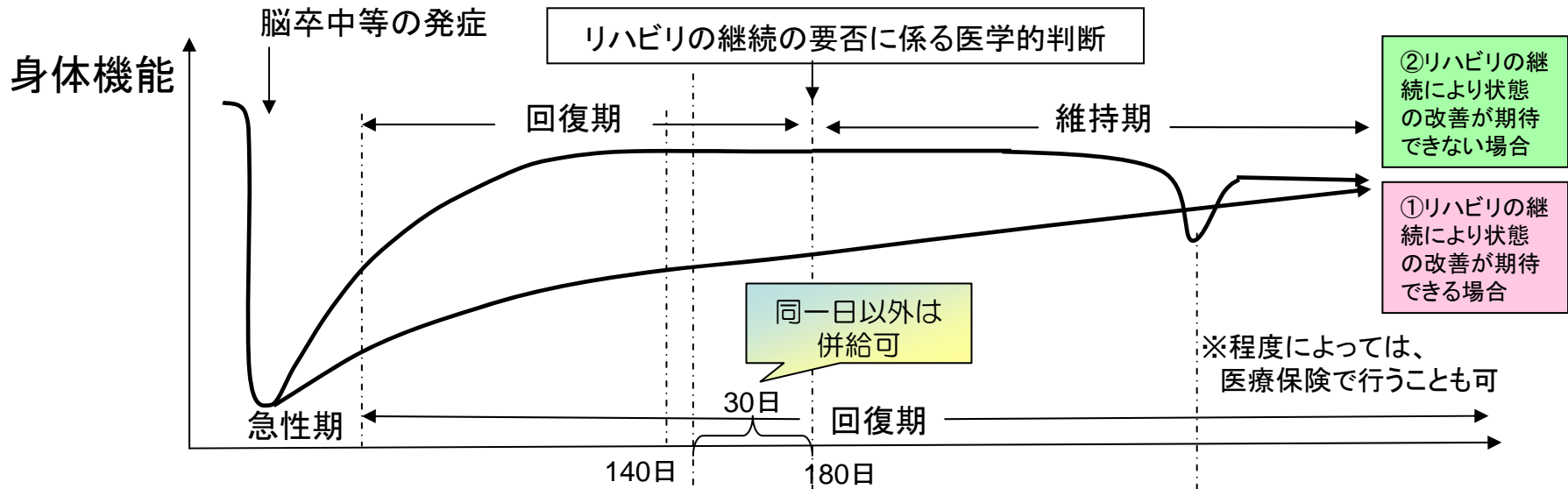
- ・介護保険(維持期)のリハビリテーション対象者であるが、「専門のリハビリテーションだけを受けたい」「同じ施設でリハを受けたい」「介護リハの内容に不満」等の理由からリハビリを行っていない者が存在

残された課題

- ・現在、医療保険において一部が代替されている維持期のリハビリテーションについて、介護保険における受け皿を整備する必要がある
- ・特に、介護保険において、「個別リハビリテーション提供に特化した短時間の制度」創設が重要課題。

#医療保険疾患別リハビリテーション終了予定日前の1ヶ月間は、同一日以外は併給可
注)H19年診療報酬改定の内容は、参考資料(P17)参照

現在の医療保険と介護保険のリハビリテーション(脳血管疾患の場合)



①リハビリの継続により状態の改善が期待できる場合

2時間
個別

医療保険のリハビリ

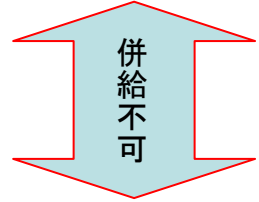
※算定日数上限の適用除外となる場合、引き続き医療保険より給付

医療保険による維持期リハ

H20改定

※月13単位(1単位20分)までを上限

②リハビリの継続により状態の改善が期待できない場合



介護保険による維持期リハ

短期集中リハビリテーション実施加算

個別

集団

通所リハビリテーション費

OR

介護予防通所リハビリテーション費(一月当り包括点数)

医療保険(急性期・回復期、維持期)及び介護保険(維持期)リハビリテーション(イメージ)

	【医療保険※1】 (急性期・回復期)	【医療保険※1】 (維持期)	【介護保険(通所リハビリテーション)】 (維持期)														
			個別リハ		個別リハ												
			集団リハ等		集団リハ等												
個別リハ実施時間	60分×2日/週×4週=480分	個別リハ実施時間 13単位/月×20分=260分	個別リハ実施時間 40分×2日/週×4週=320分	40分×2日/週×4週 =320分	20分×2日/週×4週 =160分												
再診料 60点	再診料 60点	再診料 60点	~1ヶ月	1~3ヶ月	3ヶ月~												
脳血管リハ(Ⅱ) 20分×3単位 190点×3 =570点/日	脳血管リハ(Ⅱ) 20分×1.5単位 190点×1.5 =285点/日	脳血管リハ(Ⅱ) 20分×1.5単位 190点×1.5 =285点/日	短期集中リハ※2 180単位/日	短期集中リハ※2 130単位/日	短期集中リハ 80単位/日												
運動器リハ(Ⅰ) 20分×3単位 170点×3 =510点/日	運動器リハ(Ⅰ) 20分×1.5単位 170点×1.5 =255点/日	運動器リハ(Ⅰ) 20分×1.5単位 170点×1.5 =255点/日	<table border="1"> <tr> <td>3時間~4時間未満</td> <td>要介護1: 386単位/日</td> <td>~</td> <td>要介護5: 694単位/日</td> </tr> <tr> <td>4時間~6時間未満</td> <td>要介護1: 515単位/日</td> <td>~</td> <td>要介護5: 955単位/日</td> </tr> <tr> <td>6時間~8時間未満</td> <td>要介護1: 688単位/日</td> <td>~</td> <td>要介護5: 1303単位/日</td> </tr> </table>			3時間~4時間未満	要介護1: 386単位/日	~	要介護5: 694単位/日	4時間~6時間未満	要介護1: 515単位/日	~	要介護5: 955単位/日	6時間~8時間未満	要介護1: 688単位/日	~	要介護5: 1303単位/日
3時間~4時間未満	要介護1: 386単位/日	~	要介護5: 694単位/日														
4時間~6時間未満	要介護1: 515単位/日	~	要介護5: 955単位/日														
6時間~8時間未満	要介護1: 688単位/日	~	要介護5: 1303単位/日														
リハ総合計画 評価料 300点/月	リハ総合計画 評価料 300点/月	リハ総合計画 評価料 300点/月	リハビリテーションマネジメント加算※3 20単位/日														
報酬額	個別リハ:5,820点/月 ~4,860点/月	個別リハ:3,750点/月 ~3,230点/月	個別リハ:1,600単位/月 集団リハ:3,088 ~10,424単位/月	個別リハ:1,200単位/月 集団リハ:3,088 ~10,424単位/月	個別リハ:800単位/月 集団リハ:3,088 ~10,424単位/月												

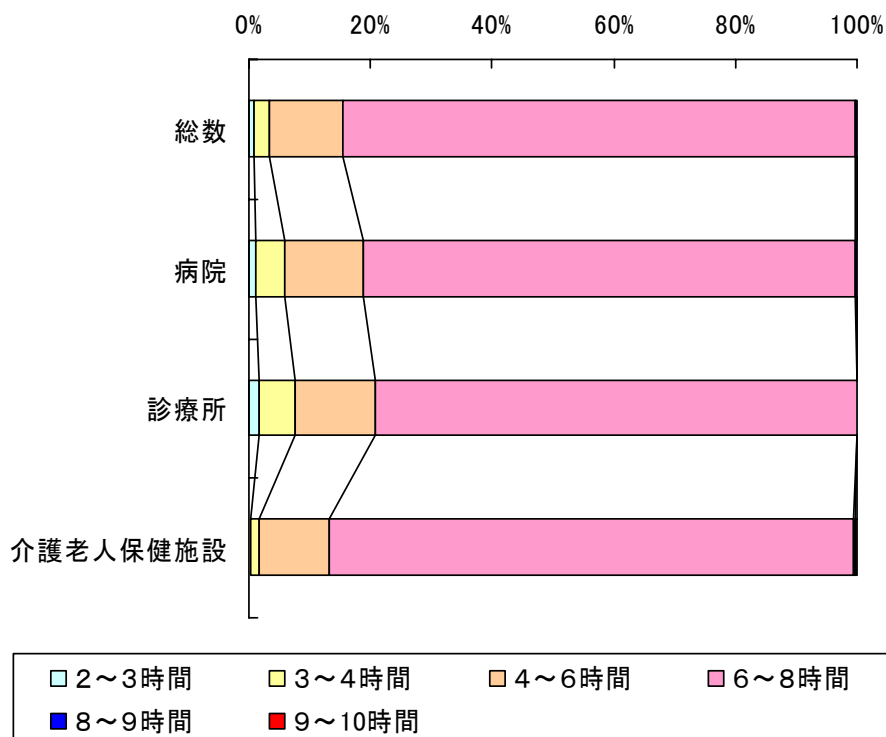
※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定

※2: 週2日以上、1日40分以上の個別リハを行った場合に算定可。(3月以降は1日20分以上の個別リハを実施するが、実施頻度の規定はない)

※3: 利用者毎にリハビリテーション実施計画を策定し、適宜、見直しを行いながらリハを行っている場合に提供日毎に算定

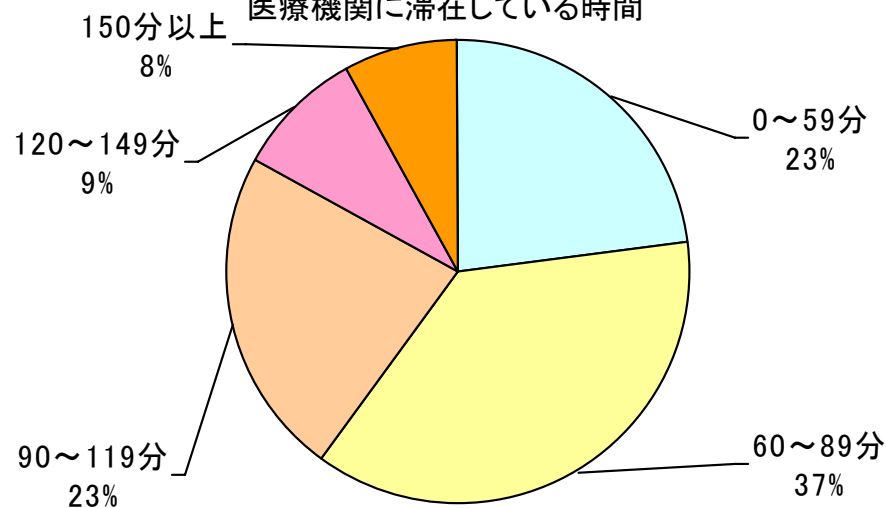
- 通所リハビリテーションでは、「お預かり」機能が不可分であるため、「6時間以上～8時間未満」を算定している割合が高い。
- 「医療機関・診療所」では、通常、医療保険でリハビリテーションに特化した短時間の外来が行われており、通所リハビリテーションにおいても、「2時間以上～3時間未満」「3時間以上～4時間未満」という比較的短い時間の算定割合が高い。
- 医療保険の外来でのリハビリテーションについては、医療機関に滞在している時間は60～89分が一番多く、その半分以上はリハビリテーション提供時間に当てられている。

通所リハビリテーションの1日当たりの提供時間の比較



(介護給付費実態調査から(平成19年12月審査分))

医療機関の外来リハビリテーションを受けている者が医療機関に滞在している時間

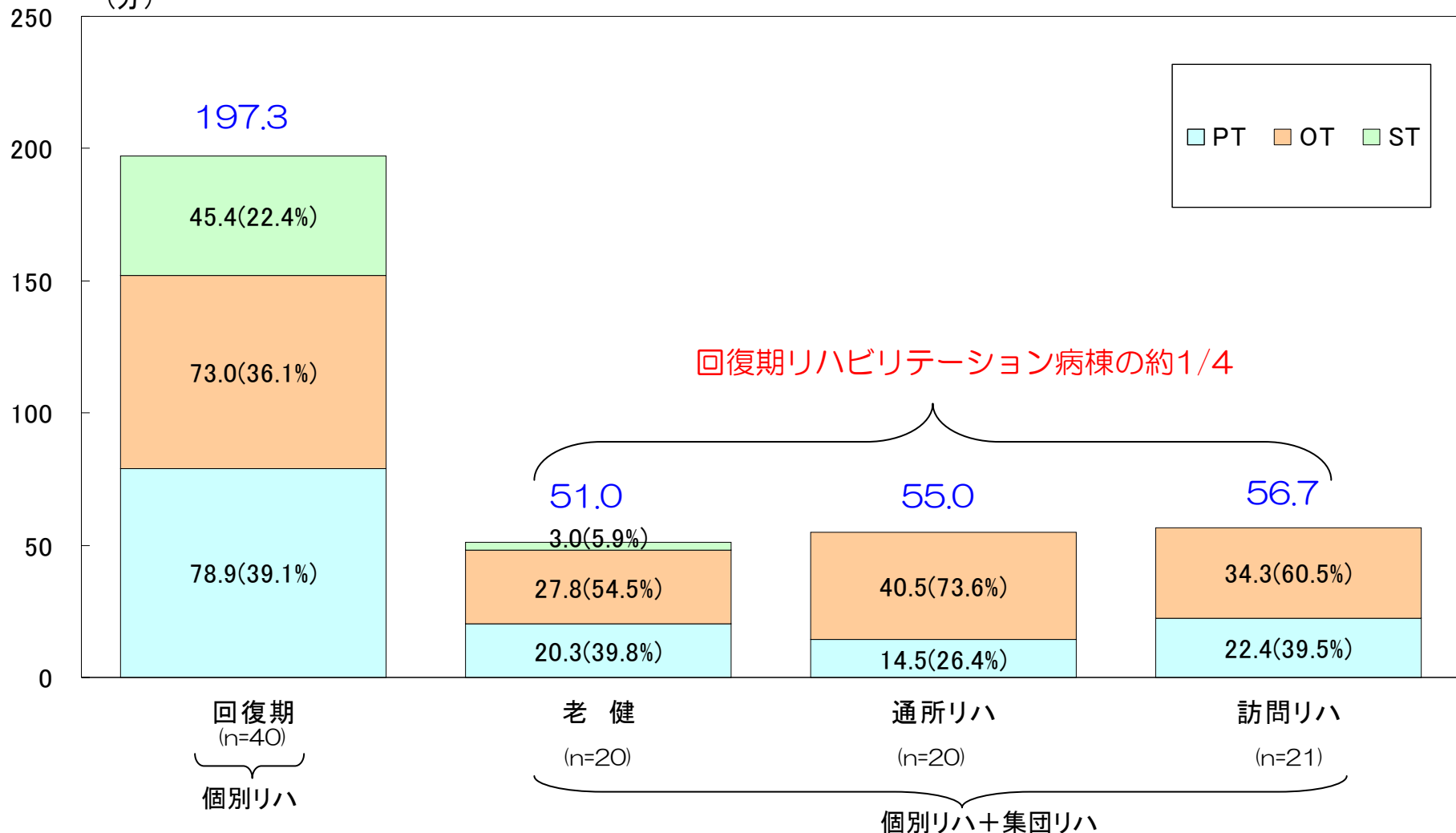


滞在時間	0~59分	60~89分	90~119分	120~149分	150分以上
平均リハビリテーション実施時間	36分	42分	58分	76分	88分

H19厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」報告から

○ 医療保険(回復期リハビリテーション病棟)における個別リハビリテーション提供時間に比べ、介護保険のリハビリテーション提供時間は、「集団リハビリテーション」「個別リハビリテーション」の時間を合わせても提供時間が短い。

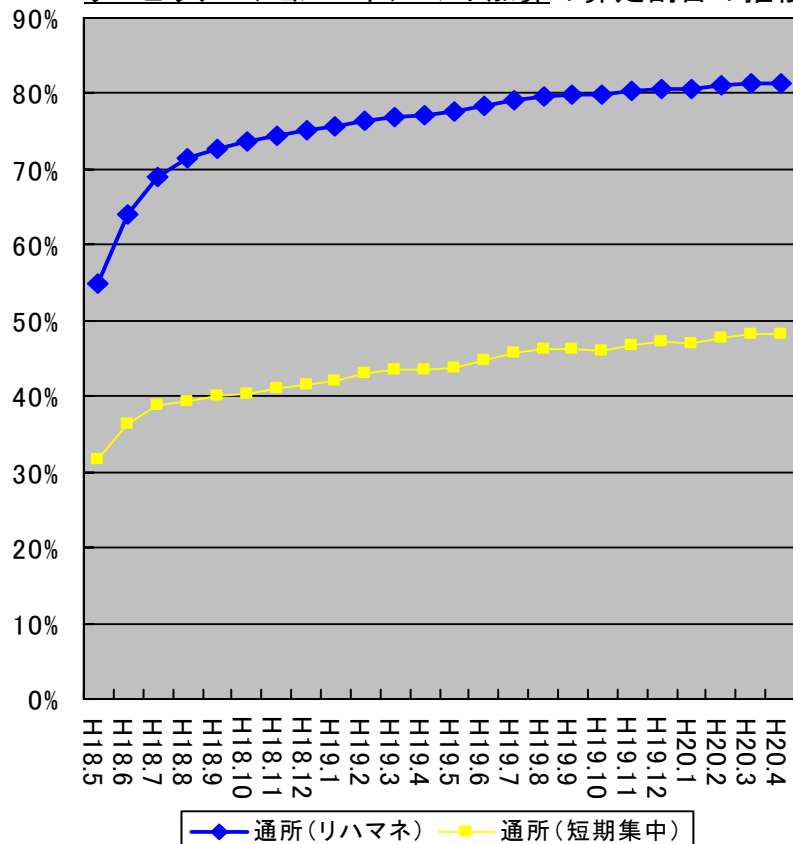
利用者1人に対してリハ専門職が提供した日の1日の平均リハビリテーション時間(分)



○ 個別リハビリテーションを行うことが前提となっている「短期集中リハビリテーション実施加算」や「リハビリテーションマネジメント加算」については、それぞれ、利用者の約5割、約8割が算定されている。

○ また、通所リハビリテーション事業所の経営実態調査においても、H17年に比べ、H20年には、PT/OT/STの常勤換算人数は増え、PT/OT/STの一人当たり利用者数が減っており、個別リハビリテーションが拡充されつつあることがうかがえる。

通所リハビリテーション利用者に対する
短期集中リハビリテーション実施加算及び
リハビリテーションマネジメント加算の算定割合の推移



(介護給付費実態調査から)

通所リハビリテーション事業所における職種別職員数(常勤換算)と
職種別1人あたり述べ利用者数

	H17調査		H20調査	
延べ利用者数	594.2人		618.6人	
常勤換算職員数(常勤率)	10.4人	79.0%	12.8人	79.1%
看護・介護職員 常勤換算数(常勤率)	7.6人	79.5%	8.9人	79.5%
OT・PT・ST 常勤換算数(常勤率)	0.9人	81.7%	1.8人	89.6%

常勤換算職員 1人当たり延利用者数	56.9人		48.2人	0.85
看護・介護職員(常勤換算) 1人当たり延利用者数	78.2人		69.5人	0.89
OT・PT・ST(常勤換算) 1人当たり延利用者数	641.3人		347.1人	0.54

(介護事業経営実態調査結果(H17及びH20)から)

- 通所リハビリテーションの経営状況について、規模別に比較すると、延べ利用者数の増加に伴い、収支差率もプラスになっている。
- なお、「751回～900回」と「900回～」とで収支差率が逆転している原因として、平成18年度に新たに新設された「大規模事業所に対する評価の見直し※」が考えられる。

※前年度の1月当たりの平均利用延べ人数が900人超の場合、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。(ただし、3～4時間利用者は1/2、4～6時間利用者は3/4を乗じて計算する。)

延べ 利用者数	1～ 150回	151～ 300回	301～ 450回	451～ 600回	601～ 750回	751～ 900回	901回～
収支差	▲ 10.7%	▲ 20.8%	▲ 6.0%	5.3%	6.9%	11.1%	9.4%

(介護事業経営実態調査結果(H20)から)

Ⅱ これまでの指摘等の概要

- 第53回介護給付費分科会(平成20年9月18日)・ヒアリングにおける「日本リハビリテーション病院・施設協会」からの意見
 - 医療保険からのリハビリテーションの流れを円滑にし、利用者のニーズに応えるための、短時間、個別リハビリテーション中心の新たな通所リハ提供体制を整備。
 - 現在、介護老人保健施設で入所者に対して実施されている「認知症短期集中リハビリテーション」を通所リハビリテーションにも拡大。
 - リハビリテーションマネジメント加算について、利用毎の算定方式では定期的な評価・計画を位置づけることができず、漫然と行われる原因になっていることから、一定期間における定期的な評価としてはどうか。
 - 医療保険から介護保険へのスムーズな移行を支援すべき。

- 平成20年2月13日 中央社会保険医療協議会答申書「平成20年度診療報酬改定及び当該診療報酬改定における個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細書の交付の一部義務化、処方せん様式の変更等について」における本協議会からの意見
 - 医療保険と介護保険のサービスが切れ目なく提供されるよう、引き続き検討を行うこと

Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【基本的な考え方】

○ 要介護者に対する通所リハビリテーションについては、医療保険と介護保険のリハビリテーションの役割分担に則り、医療保険のリハビリテーションの受け皿としての機能を強化し、円滑に移行できる体制を整備することが重要であることから、以下の基本的な考え方に沿って見直しを検討してはどうか。

- ① 通所リハビリテーション提供事業所の拡大(特に、医療保険において脳血管等疾患・運動器疾患リハビリテーションを実施している医療施設の位置づけ)
- ② 医療保険で行われている外来におけるリハビリテーションの受け皿の整備
- ③ 個別リハビリテーションの推進
- ④ リハビリテーション実施に係る評価の頻度の見直し
- ⑤ 大規模事業所に対する評価の見直し

【具体的な論点】

- (1) 医療保険でリハビリテーションを行っている医療機関・診療所の利用者が、引き続き同施設で介護保険における通所リハビリテーションが実施できるよう、基準・要件等の整理を行ってはどうか。
- (2) 医療機関の外来で行われるリハビリテーションのように、短時間、かつリハビリテーションに特化した通所リハビリテーションを設定してはどうか。
- (3) 医療保険における個別リハビリテーション提供時間との格差を埋めるため、特に、退院時など、医療保険から介護保険に移行してきた場合に、集中的かつ個別に実施されているリハビリテーションの仕組みを見直してはどうか。また、それ以降においても、個別リハビリテーションを推進してはどうか。
- (4) リハビリテーションの評価については、定期的な評価として位置づけるとともに、事務処理の簡素化の観点から、月に1回評価を行うこととしてはどうか。
- (5) 大規模事業所に対する評価について、介護事業経営実態調査の結果を元に見直しを行ってはどうか。

參考資料

介護保険のリハビリテーション施設基準等

		介護保険(通所リハビリテーション)		
		診療所(利用者10人以下)		
設備	機能訓練室	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	専任の常勤医:1名以上	専任の医師:1人以上	
	看護・介護	利用者20人に対し、専従で2人以上	利用者10人に対し専従で1名以上	
	PT	利用者20人に対し専従PT、OT、ST ⇒常勤換算:0.2人以上	利用者10人に対し専従PT、OT、ST、又はリハに1年以上 従事した経験のある看護師 ⇒常勤換算:0.1人以上	
	OT			
ST				
報酬	・通所リハビリテーション費(/日)			
		3時間以上4時間未満	4時間以上6時間未満	6時間以上8時間未満
	経過型要介護	338単位	447単位	591単位
	要介護1	386単位	515単位	688単位
	要介護2	463単位	625単位	842単位
	要介護3	540単位	735単位	955単位
	要介護4	617単位	845単位	1,149単位
	要介護5	694単位	955単位	1,303単位
	※2時間以上3時間未満の場合:3時間以上4時間未満の報酬額の70/100			
	※8時間以上9時間未満の場合:+50単位、9時間以上10時間未満の場合:+100単位			
・短期集中リハビリテーション実施加算				
	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以上3ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以上	
	180単位/日	130単位/日	80単位/日	
・リハビリテーションマネジメント加算				
20単位/日				

医療保険のリハビリテーション施設基準等

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)	運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)
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)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	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↑	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↑	①専従常勤PT:2名↑ ②専従常勤OT:2名↑ ①②の合計:2名↑	・専従常勤PT,OT,ST のいずれかが1名↑
算定上限日数		180日			150日	
診療報酬点数		235点	190点	100点	170点	80点

		心大血管疾患(Ⅰ)	心大血管疾患(Ⅱ)	呼吸器(Ⅰ)	呼吸器(Ⅱ)
設備	機能訓練室	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	100㎡以上 (診療所は45㎡以上)	45㎡以上
人員配置	医師	<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤しており、心大血管疾患リハの経験を有する専任の常勤医:1名↑</u>	循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハの経験を有する常勤医師が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・Nsが2名↑ ②専従常勤PT若しくはNsのいずれか一方が2名↑	心大血管疾患リハの経験を有する専従常勤PT・Nsが1名↑	専従の常勤PT1名を含む常勤PT又はOTが合わせて2名↑	専従の常勤PT又はOTが1名↑
算定上限日数		150日		90日	
診療報酬点数		200点	100点	170点	80点

【H18年介護報酬改定及びH18年診療報酬改定】

- 平成18年度の「診療報酬改定」及び「介護報酬改定」において、
 - 医療保険：急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションの実施
 - 介護保険：維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションの実施との役割分担がされた。

- 医療保険のリハビリテーションについては、「疾患別リハビリテーション（「心大血管疾患」「脳血管疾患等」「運動器」「呼吸器）」の創設、「算定上限日数」が導入された。

- 介護保険のリハビリテーションについては、医療保険(急性期・回復期)における「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」「呼吸器リハビリテーション」を実施していた者のリハビリテーション終了後の受け皿としての機能が求められ、
 - 医療の場合と同様に、医師の指示のもと、理学療法士等の専門職が実施するリハビリテーションを提供
 - 医療(回復期)リハビリテーション終了後、引き続き速やかに介護(維持期)のリハビリテーションに移行できる体制の整備の充実・強化のため、
 - リハビリテーションマネジメント加算
 - 短期集中リハビリテーション実施加算(個別リハビリテーション)を創設した。

【平成19年及び平成20年診療報酬改定】

- 中央社会保険医療協議会「H18年度診療報酬改定結果検証に係る調査「リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査」」の調査から、維持期(介護保険)のリハビリテーションが必要だが、「専門のリハビリテーションを受けたい」「同じ施設でリハを受けたい」「介護リハの内容に不満」等の理由から、リハビリテーションを受けていない者が存在していることが判明。
- そのため、H19年診療報酬改定で、医療保険でも維持期のリハビリテーションができるように、新たに報酬(「リハビリテーション医学管理料(月包括算定)」)を設定。
- H20年診療報酬改定においては、脳卒中等における発症後早期のリハビリテーションの充実を図る(「早期加算」とともに、「リハビリテーション医学管理料」を廃止し、新たに、算定上限日数を超えてリハを提供する場合について、1月あたりに実施できる単位数を設定(月13単位まで)。また、「呼吸器」については、医療保険で対応することとした。

