

高齢者の地域におけるリハビリテーションの 新たな在り方検討会（第1回）	資料5
平成26年9月29日	

## 介護保険制度（介護報酬）におけるリハビリテーションの変遷

# リハビリテーションに係る診療報酬・介護報酬改定の経緯について

	H18年度改定前	H18年度診療報酬・介護報酬改定	H19H20年度診療報酬改定	H21年度介護報酬改定 H22年度診療報酬改定	H24年度介護報酬改定 H26年度診療報酬改定
		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生活期リハビリテーション対象者への対応	急性期、回復期、生活期それぞれのリハビリの拡充	リハの機能分化と介護との連携強化
医療保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>心疾患リハビリテーション料</li> <li>理学療法</li> <li>作業療法</li> <li>言語聴覚療法</li> </ul>	<p>○急性期・回復期のリハビリテーションを担当</p> <p>【改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>算定上限日数の導入</li> </ul>	<p>○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、医療保険で生活期のリハビリテーションが行えるように報酬改定</p> <p>【H20の改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師が改善が期待できると判断した場合は標準的算定日数を超えた後も従来通り算定可能</li> <li>算定上限日数を過ぎても月13単位までは算定可能</li> </ul>	<p>○急性期・回復期の充実、生活期については措置は継続</p> <p>【H22改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾患別・発症早期のリハビリテーションの評価の充実</li> <li>回復期リハビリテーション病棟における充実したリハビリテーション提供体制の評価</li> <li>医療保険による生活期のリハビリテーションの継続</li> <li>介護との連携強化（介護支援連携指導料）</li> </ul>	<p>○早期リハ・回復期の充実、維持期から介護への移行</p> <p>【H24改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要介護被保険者への維持期リハビリテーションの医療保険と介護保険の併用期間が1か月から2か月に延長</li> </ul> <p>【H26改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>維持期から介護保険リハビリテーションへの移行を評価</li> <li>回復期リハビリテーション病棟においてより充実した体制の評価</li> <li>急性期病棟における入院患者のADLの維持・向上等に対する評価</li> </ul>
	併給可	併給不可	併給不可#	併給不可	併給不可
介護保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所リハビリテーション（疾患分類なし）</li> </ul>	<p>○生活期（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。</p> <p>【改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中リハビリテーションの導入</li> <li>リハビリテーションマネジメント加算の導入</li> </ul>	介護報酬改定なし	<p>○医療と介護の連携強化</p> <p>【改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>早期のリハビリテーションの充実（短期集中リハビリテーションの見直し）</li> <li>医療保険と同様に短時間の個別リハビリテーションを評価</li> <li>保険医療機関のみなし指定</li> </ul>	<p>○医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期のリハビリテーションを充実</p> <p>【H24改定内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ指示を出す医師の診察頻度を緩和</li> <li>サテライト型訪問リハ事業所の設置</li> <li>訪問介護と訪問リハの連携を評価</li> <li>通所リハで手厚い医療が必要な重度利用者の受入れを評価</li> <li>リハマネ加算や個別リハ実施加算の算定要件等について見直し</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期のリハビリテーション医療が不十分</li> <li>長期間、効果の明らかでないリハが実施</li> <li>医療から介護への連続するシステムがない等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険（生活期）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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在、医療保険において一部が代替されている生活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</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険から介護保険への円滑な移行</li> <li>適切な急性期・回復期・生活期リハビリテーションの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療と介護の連携、介護から住民主体への活動への移行</li> <li>維持期・生活期リハビリテーションの機能分化</li> <li>「活動」と「参加」に焦点を当てた短期集中的な生活期リハビリテーションの強化</li> <li>リハビリ専門職と介護職との連携強化</li> </ul>

# 通所リハビリテーションの変遷



# 個別リハビリテーションの導入(平成15年度～)

○円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを評価。

平成15年度介護報酬単位の見直し案(抄)

## 個別リハビリテーション加算

### ○改定の経緯

H15改定	
個別リハ	130
	100

H18改定	
短期集中リハ	80
	130
	180

H21改定	
個別リハ	80
短期集中リハ	280
	140

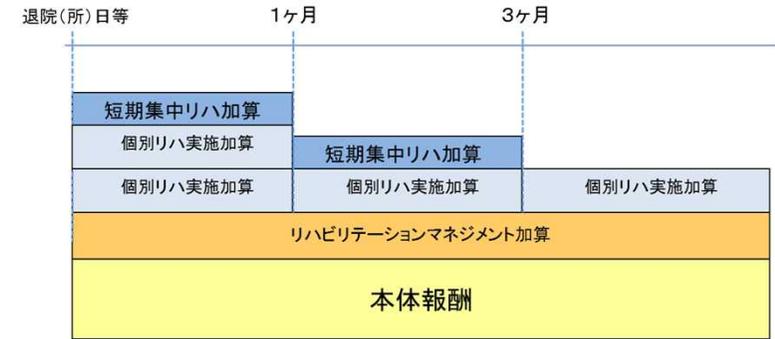
H24改定	
個別リハ	80
短期集中リハ	120
	60
認知症短期集中リハ	240

(数:単位)

### ○算定要件

- ・利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が個別リハビリテーションを実施した場合
- ・短期集中リハビリテーション実施加算を算定していない場合は、1月に13回を限度とする。
- ・短期集中リハビリテーション実施加算を算定し、かつ、退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の場合は、1日に2回を限度として算定。
- ・当該加算はリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。(老企第36号 第2の8(11))
- ・当該加算は、利用者に対して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。

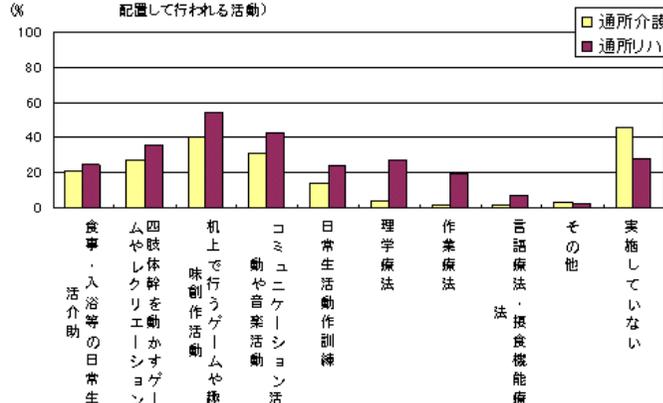
### 〈算定のしくみ〉



## 個別リハビリテーション導入前プログラムの内容

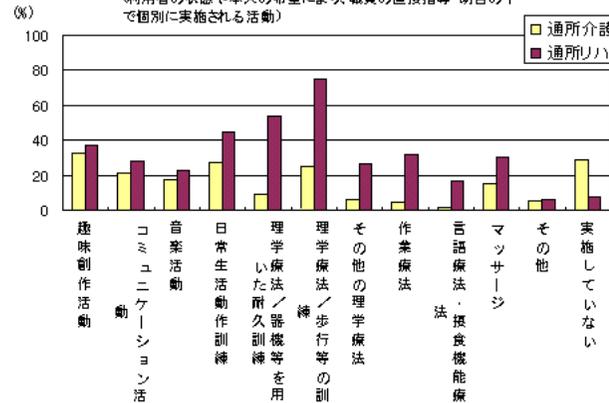
### ⑦ 小グループでの活動の実施内容

(利用者の状態や本人の希望により構成された小グループごとに職員を配置して行われる活動)

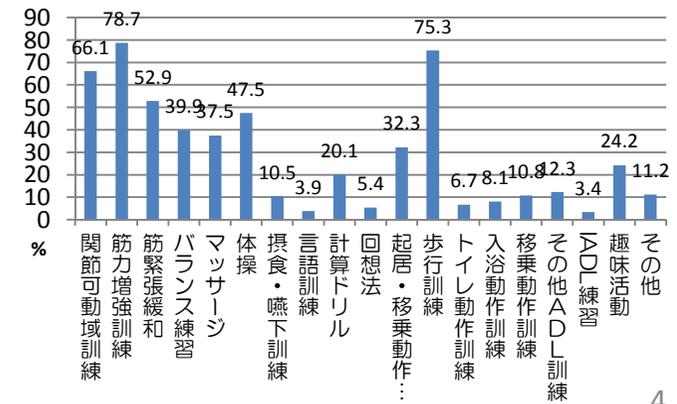


### ⑧ 個別での活動の実施内容

(利用者の状態や本人の希望により、職員の直接指導・助言の下で個別に実施される活動)



## 平成25年度実施プログラム



# リハビリテーションマネジメントの導入(平成18年度～)

平成18年度介護報酬等の改定について—概要—

I 基本的な考え方 2. 基本的な視点(2)介護予防、リハビリテーションの推進

○リハビリテーションについては、サービス提供過程(プロセス)重視の視点に立った評価を行う。

II 各サービスの報酬・基準の見直しの内容

5 通所系サービス

○現行の個別リハビリテーション加算を見直し、個別のリハビリテーション実施計画の策定等の一連のリハビリテーションプロセスを実施するとともに、介護支援専門員を通して、居宅サービスを担う他の事業所に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報の伝達を行うなど多職種協働の推進を行った場合に加算する。

## 【短期集中リハビリテーション加算】

○改定の経緯

H18改定		H21改定		H24改定	
短期集中リハ	80	個別リハ	80	個別リハ	80
	130	短期集中リハ	280	短期集中リハ	120
	180		140		60
リハマネジメント	20	リハマネジメント	230	リハマネジメント	230

※「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に関する留意事項」(平成12年老企第36号)等に示されている、既に多くの事業所で算定されている現状を踏まえ、一部のサービスについては、本体報酬に包括化することとした。今般(平成21年)あらためて、リハビリテーションマネジメントの考え方を示した。

○通所リハでは、H18 20単位/日⇒H21 230単位/月

○訪問リハでは、H18 20単位/日⇒H21 本体報酬へ

○算定要件

- イ 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成していること
- ロ 利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリテーションを行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録していること
- ハ 利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗上記用を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること
- ニ 通所リハの従事者が、居宅介護支援事業者を通じて、訪問介護の事業その他の居宅サービス事業に係る従事者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
- ホ 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が新規にリハビリテーションを実施計画を作成した利用者に対して、通所開始日から起算して1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

(老企第36号 第2の8(9))

・1月に1回算定

・利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること

・原則利用者全員に実施するべきものであること

・**別添**に揚げるとおりに実施する。

・リハビリテーションマネジメント実施計画原案を利用者又はその家族に説明し、その同意を得られた日の属する月から算定を開始する

○リハビリテーションのマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示

(平成21年3月13日老計発第0313002号)

# リハビリテーションマネジメントの基本的考え方等

○ リハビリテーションマネジメントは、高齢者の尊厳ある自己実現を目指すという観点に立ち、利用者の生活機能向上を実現するため、介護保険サービスを担う専門職やその家族等が協働して、継続的な「サービスの質の管理」を通じて、適切なリハビリテーションを提供し、もって利用者の要介護状態又は要支援状態の改善や悪化の防止に資するものである。

## 1 基本的考え方

### (1)リハビリテーションの目的

リハビリテーションは、心身に障害のある人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものであり、自立した生活の支援を通じて、利用者の生活機能の改善、悪化防止や尊厳のある自己実現に寄与することを目的とする。

### (2)リハビリテーションマネジメントの運用に当たって

・利用者やその家族の理解を深め、協働作業が十分にされるために、リハビリテーション、生活不活発病(廃用症候群)や生活習慣病についての啓発を行うことも重要である。

### (3)継続的なサービスの質の向上に向けて

・全体のケアマネジメントとリハビリテーションマネジメントとの両者におけるアセスメントや計画書については、基本的な考え方、表現等が統一されていることが望まれる。

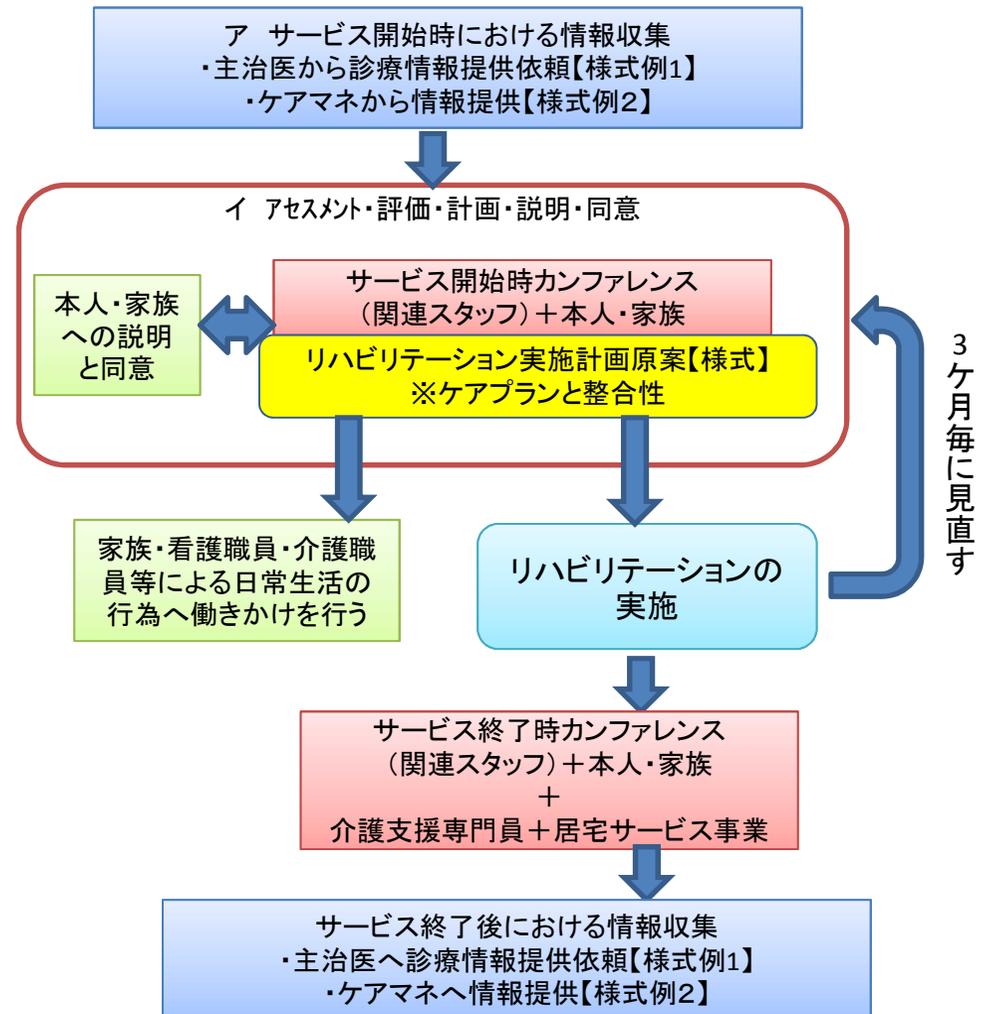
## 2 リハビリテーションマネジメントの実務等について

### (1)体制

・事業所の管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定める。

### (2)実務

・先に流れを図示。



# 短期集中リハビリテーションの導入（平成18年度～）

平成18年度介護報酬等の改定について—概要—

I 基本的な考え方 2. 基本的な視点(2)介護予防、リハビリテーションの推進

○リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点重視した短期・集中的なサービスの提供

II 各サービスの報酬・基準の見直しの内容

5 通所系サービス

○退院・退所直後又は初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるため、短期集中的に、リハビリテーションを実施した場合に加算する。

## 【短期集中リハビリテーション加算】

○改定の経緯

H18改定		H21改定		H24改定	
短期集中リハ	80	個別リハ	80	個別リハ	80
	130	短期集中リハ	280	短期集中リハ	120
	180		140		60
リハマネジメント	20	リハマネジメント	230	リハマネジメント	230

○算定要件

・利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的な個別リハビリテーションを実施した場合

イ 退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期間に行われた場合

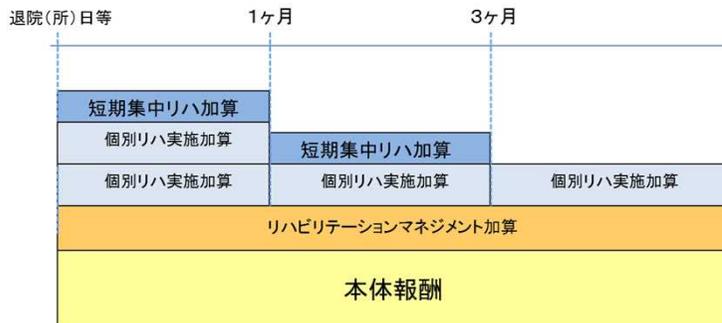
ロ 退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合

(老企第36号 第2の8(11))

・退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期間に行われた場合は1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上

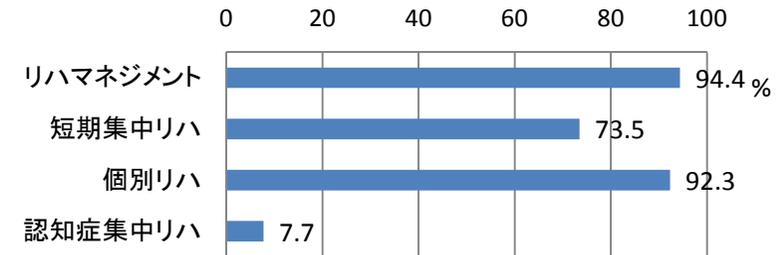
・退院(所)日又は認定日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合は1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを行う。

〈算定のしくみ〉



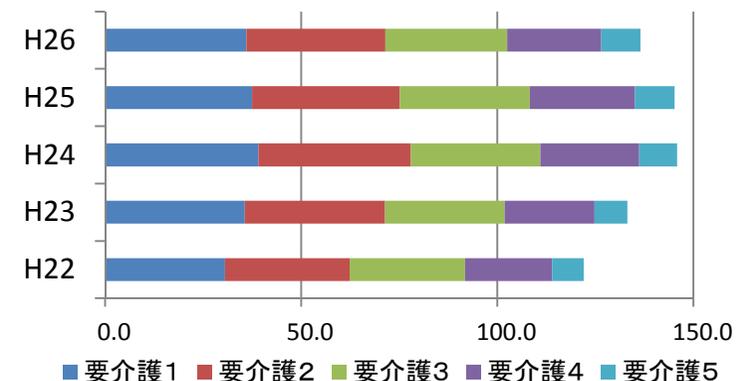
## 通所リハビリテーションにおける算定状況

通所リハビリテーションの加算算定状況 n=234



平成24年度改定効果検証調査研究事業「生活期リハビリテーションに関する実態調査」

## 介護度別年次推移



介護給付費実態調査より

# 認知症短期集中リハビリテーションの導入（平成21年度～）

## 平成21年度介護報酬改定の概要

### 1 基本的な考え方

### 2. 基本的な視点

#### (2)医療と介護や認知症ケアの充実

##### ②認知症高齢者等の増加を踏まえた認知症ケアの推進

○「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図るため、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れの評価、認知症高齢者等へのリハビリテーションの対象拡大、専門的ケア提供体制に対する評価を行う。

### 10. 認知症関係サービス

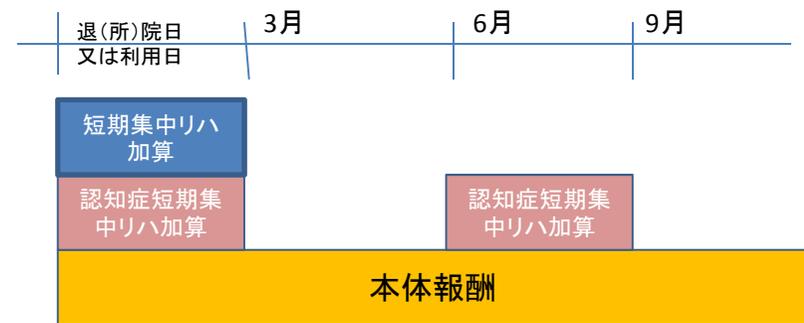
#### (2)認知症短期集中リハビリテーション

○軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーションにおける実施について評価を行う。

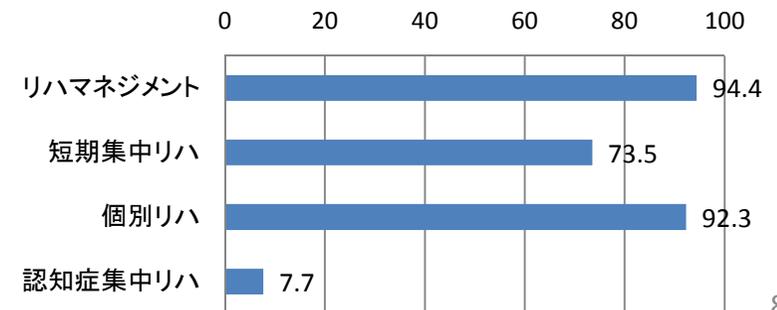
#### ○算定要件

- ・認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたもの
- ・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が退院（所）日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に、集中的なりハビリテーション個別にを行った場合
- ・1週に2日を限度として算定。
- ・当該加算はリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。（老企第36号 第2の8(12)）
- ・認知症利用者の生活機能の改善を目的として行うものであり、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせたプログラムを週2日実施することを標準とする。
- ・精神科医師もしくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、リハビリテーションマネジメントに基づくリハビリテーション実施計画書に基づき実施。
- ・一人の医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が一人の利用者に対して個別に行った場合にのみ算定
- ・利用者に対して、20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定
- ・対象となる利用者はMMSEまたはHDSRにおいて概ね5～25点に相当するものとする。
- ・短期集中リハビリテーション加算を算定している場合であっても、別途当該リハビリテーションを実施した場合は、当該加算を算定することができる
- ・当該加算は、過去3月の間に、当該リハビリテーションを算定していない場合に限り算定できることとする。

#### ○算定のしくみ



#### 【再掲】 通所リハビリテーションの加算算定状況 n=234



# 重度療養管理加算の導入(平成24年度～)

## 平成24年度介護報酬改定の概要

### I 基本的な考え方

#### 2. 基本的な視点

##### (2)医療と介護の役割分担・連携強化

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化することが必要である。

このため、

①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化

### II 各サービスの報酬・基準見直しの内容

手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受け入れを評価する見直しを行う。

### ○算定要件

要介護4又は要介護5に該当する者であって、下記の状態にある利用者に対して、計画的医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

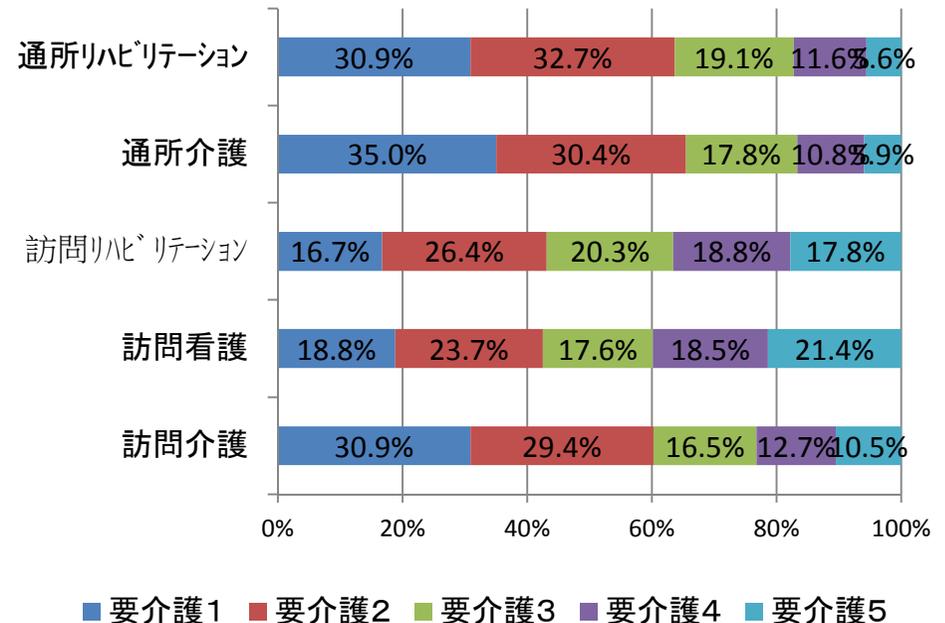
(老企第36号 第2の8(16))

・利用者は下記のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者

#### 【状態】

- ・中心静脈注射を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている状態
- ・人工腎臓を実施しており、かつ重篤な合併症を有する状態
- ・呼吸障害により人工呼吸器を使用している状態
- ・気管切開が行われている状態
- ・常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ・膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者4級以上に該当し、かつストーマの処置を実施している状態
- ・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態

## 要介護度別居宅系サービス利用状況



平成26年度介護給付費実態調査4月分

# 訪問リハビリテーションの変遷

# 訪問リハビリテーションの介護報酬の変遷(平成12年度～)

## 定義

「訪問リハビリテーション」とは、利用者(要介護者等)について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うもの。

## 【訪問リハビリテーションの変遷】

※数字は単位

H12	
訪問リハビリテーション	550

H15改定	
訪問リハビリテーション	550
日常生活活動訓練加算	50

H18改定	
訪問リハビリテーション	500
短期集中リハ	330 200
リハビリテーションマネジメント加算	20

H21改定	
訪問リハビリテーション	305
短期集中リハ	340 200
サービス提供体制強化加算	6

H24改定	
訪問リハビリテーション	305
短期集中リハ	340 200
訪問介護連携加算	300
サービス提供体制強化加算	6
同一事業所減算	90/100
中山間地域サービス加算	5/100

H26改定	
訪問リハビリテーション	307
短期集中リハ	340 200
訪問介護連携加算	300
サービス提供体制強化加算	6
同一事業所減算	90/100
中山間地域サービス加算	5/100

# 訪問介護と訪問リハビリテーションの推進(平成24年度～)

- 自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することを評価する。

訪問リハ:訪問介護との連携加算 ⇒ 300単位/月

## ○ 算定要件

- ・ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問介護事業所のサービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の身体状況、家屋の状況、家屋内におけるADL等の評価を共同で行う。
- ・ 理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に算定する。

## ○ 具体的なイメージ

- ・ リハ専門職が「利用者の能力」(各種運動能力や残存機能及びその改善可能性)を見極め、生活行為の障害要因等を把握し、サービス提供責任者はそのアセスメントに基づき利用者の目標に応じた訪問介護計画を立案する。

利用者のニーズ	リハ専門職のアセスメント	訪問介護計画
掃除	バランス能力・歩行能力・脚筋力の低下(生活用具・自助具活用も有効)	週1回程度の簡単な体操や利用者が掃除を行う際の介助や転倒予防のための声かけ等を実施
排泄	座位保持能力・歩行能力の低下(段階的に能力を拡大していくことが必要)	起床介助時の車椅子での座位の保持→ポータブルトイレでの排泄→トイレ誘導(段階的实施)

## (参考) 「地域包括ケア研究会報告書」(平成22年3月)(抄)

- PT・OT等の専門職が直接サービス提供するだけでなく、利用者の生活機能に係る状態をアセスメントし、生活機能向上に資するリハビリテーション計画及び評価するマネジメントを提供する新しいサービス類型を創設したり、ヘルパーに在宅における機能訓練方法を指導したりすることによって自立支援型の訪問介護の徹底・普及を図る。

# 【参考資料】わが国における高齢者のリハビリテーションの主な取り組み

年代	主な対策	医療	介護	介護予防
1965(S40)	理学療法士及び作業療法士法			
1979(S54)	老人福祉法			老人福祉センター ・機能回復訓練
1982(S57)	老人保健法			老人保健事業 機能訓練・訪問指導
1986(S61)	老人保健施設創設	老人理学・作業療法(Ⅰ～Ⅲ)		
1987(S62)		老健デイケア		
1989(H1)	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)			寝たきりゼロ作戦
1991(H3)	老人訪問看護制度創設			
1992(H4)		老人早期理学・作業療法 全老人保健施設でデイケア義務化		
1994(H6)	高齢者保健福祉推進10か年戦略見直し(新ゴールドプラン)			
1996(H8)		老人理学療法(Ⅰ～Ⅳ)		
1997(H9)	言語聴覚士法	老人リハビリテーション総合計画評価料		
1998(H10)	地域リハビリテーション支援体制整備推進事業			
2000(H12)	介護保健法 健康日本21 国際生活機能分類	回復期リハビリテーション病棟	訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション 老健リハビリ体制加算	介護予防・生活支援事業
2002(H14)	健康増進法	個別リハビリテーション		
2003(H15)			個別リハビリテーション加算	
2004(H16)	高齢者リハビリテーション研究会報告			
2005(H18)	介護予防重視型介護保険制度へ 予防給付 地域支援事業	疾患別リハビリテーション	予防給付 短期集中リハビリテーション加算 リハビリテーションマネジメント加算	地域支援事業
2008(H21)			短時間通所リハビリテーション	
2009(H22)		発症早期のリハビリテーション		
2011(H24)			訪問介護と訪問リハ連携(加算) 重度管理療養加算	
2014(H26)	医療・介護総合確保促進法	維持期から介護保険リハビリテーションへの 移行評価(介護保険リハビリテーション移行 支援料)		