

訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーション

現状・課題

1. 訪問リハビリテーションの現状

- 訪問リハビリテーションは、居宅において、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、作業療法等を行うものであり、訪問リハビリテーション費は、通院が困難な者に対して、理学療法士等が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定される。【参考資料P 1～3】
- 訪問リハビリテーション費は、「通院が困難な者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、通院により同様のサービスが担保されるのであれば通所系サービスを優先すべきという取扱いとしている（介護予防訪問リハビリテーション費についても同様）。
- 訪問リハビリテーションの請求事業所数及び利用者数は年々増加しており、平成28年4月審査分では、請求事業所数は3,871か所、利用者数は約92.9千人となっている。【参考資料P 4～8】
- 利用者一人一月あたりの平均訪問回数は7.1回であり、1回の訪問時間は職種、要介護度によらず40分程度である。訪問リハビリテーションが必要となった原因については、脳卒中が39.1%と最も多く、次いで骨折が22.6%、廃用症候群が20.4%である。また、利用期間について、利用開始からの平均日数は758.2日であり、訪問リハビリテーション利用者のうち通所リハビリテーションも利用している者は9～17%である。【参考資料P 14～19】
- 訪問リハビリテーション計画における日常生活上の課題としては「歩行・移動」が最も多い、次いで「姿勢保持」「移乗」が多くなっており、これらの課題に対し最も多く実施されている訓練は基本的動作訓練及び機能回復訓練であった。【参考資料P 20～22】

訪問リハビリテーション

現状・課題

1. 訪問リハビリテーションの現状（続き）

- 訪問リハビリテーション終了時点の利用期間は、3ヶ月未満が25.7%であった一方、2年以上であった者も20.5%いた。介護予防訪問リハビリテーション終了時点の利用期間は、3ヶ月未満が28.3%であった一方、2年以上であった者も17.6%いた。長期目標達成後のサービス移行の予定としては、「訪問リハの継続」が最も多く「通所リハに移行」が続いた。【参考資料P23～25】

2. 早期の訪問リハビリテーションサービスの導入について

- 退院後に訪問リハビリテーションの利用を開始した者の32.0%は退院から訪問リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっており、23.5%は4週間以上かかっている。退院から訪問リハビリテーションの利用を開始するまでの期間が14日未満のグループでは、14日以上のグループに比べ、より大きな機能回復がみられる。【参考資料P26、27】
- また、医療保険の回復期リハビリテーション病棟を退院した後、医療保険のリハビリテーションを経ずに介護保険の訪問リハビリテーションに移行する患者は、FIM運動項目30点以上70点未満では17%、30点未満では20%存在する。【参考資料P28】

※FIM (Functional Independence Measure) : 機能的自立度評価のこと、全18項目のADLについて介助量に応じて7段階で評価する方法。運動項目のみの最高点は91点、最低点は13点である。

- さらに、入院でリハビリテーションを受けている患者に対し、退院後に通所又は訪問リハビリテーションを行う予定の理学療法士等が訪問することについて、早期にリハビリテーションを導入するために効果的な取組であるとの意見がある。また、介護支援専門員がリハビリテーションを適時に導入しやすくなるよう、リハビリテーション導入の要否をかかりつけ医に相談するべきかの判断の参考となる目安があるとよいのではないか等の意見がある。【参考資料P29、30】

訪問リハビリテーション

現状・課題

3. 訪問リハビリテーションにおける医師の関与について

- 訪問リハビリテーションの実施に当たっては、医師及び理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、当該医師の診療に基づき、訪問リハビリテーション計画を作成する必要がある。別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている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でも、訪問リハビリテーション事業所の医師及び理学療法士等が訪問リハビリテーション計画を作成するためには、当該事業所の医師が患者を診療する必要がある。当該事業所の医師は、訪問リハビリテーション計画を作成する過程で行う利用者の診療について、別途、訪問診療料等の請求をすることが可能な場合がある。 【参考資料 P 31】
- 訪問リハビリテーションを受けている利用者のうち、訪問リハビリテーション事業所を行う病院又は診療所へ通院している割合は35%、訪問リハビリテーション事業所を行う病院又は診療所からの訪問診療を利用している者は20%であった。 【参考資料 P 32】
- また、平成27年度介護報酬改定において、質の高いリハビリテーションの実施等を評価する観点から、リハビリテーション会議の開催や医師による訪問リハビリテーション計画の説明等を要件としたリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を新設した。 【参考資料 P 33】
同加算の届出を行っている事業所は全体の14.1%、実際に算定している利用者は全体の6.2～6.8%程度である。また、同加算を算定しない理由としては、「医師の会議への参加が困難」「医師からの説明時間が確保できない」「毎月のリハ会議が負担である」の割合が高い。 【参考資料 P 34】

訪問リハビリテーション

現状・課題

3. 訪問リハビリテーションにおける医師の関与について（続き）

- 訪問リハビリテーション事業所において、医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示は、リハビリテーション実施の有無のみのことであれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもある。これに関して、リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、詳細な指示を受けていたものでより大きい機能回復がみられる。【参考資料P35】

4. 訪問リハビリテーションにおける社会参加支援加算

- 平成27年度介護報酬改定において、質の高いリハビリテーションの実施等を評価する観点から、社会参加への移行状況や訪問リハビリテーションの利用の回転率等を要件とした社会参加支援加算を新設した。【参考資料P36】
- 社会参加支援加算の届出を行っている事業所は全体の19.2%、実際に算定している患者は全体の16.2-16.6%であり、算定割合は要介護度によらずほぼ一定である。社会参加支援加算を届出しない理由としては、「利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加になっていない」「利用者のADL、IADLの向上が進まず通所介護等に移行できない」等の割合が高い。【参考資料P37】

現状・課題

5. 医療・介護におけるリハビリテーションに係る計画書等

- リハビリテーションの実施やそれに関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ある。【参考資料 P38、39】
- これについて、計画書等の互換性を高め、情報の引き継ぎが円滑に行くよう検討していくべきとの意見がある。【参考資料 P40】

訪問リハビリテーション

論点

- 訪問リハビリテーションの効果的・効率的な実施を促す観点から、訪問リハビリテーションの実施状況についてどのように考えるか。
- 退院後の利用者や、状態の悪化している利用者等について、必要に応じて早期に訪問リハビリテーションが導入できるようにしていくことが重要と考えられるが、どのような方策が考えられるか。
- 訪問リハビリテーション計画に沿ってリハビリテーションを提供していくにあたり、その質を担保・向上する観点から、訪問リハビリテーションの作成及び実施にかかる医師の関与の更なる促進についてどのように考えるか。
- 訪問リハビリテーションの質を担保・向上する観点から、訪問リハビリテーションの実施にかかる社会参加の更なる促進についてどのように考えるか。
- 医療と介護の連携を円滑にする観点から、医療保険・介護保険においてリハビリテーションに係る計画書等のあり方についてどう考えるか。