

リハビリテーションについて

通所リハビリテーションの基準・報酬について

【論点1】

通所リハビリの機能を明確にし、医療保険から移行をより円滑にするため、個別リハビリに着目した評価に見直してはどうか。

具体的にはリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を見直し、週1回利用での個別リハビリを実施する時の評価を行うとともに、所要時間1時間以上2時間未満の短時間型通所リハビリにおいて個別リハビリの更なる評価を行ってはどうか。

また、あわせて所要時間が長時間である通所リハビリの基本報酬については適正化を行ってはどうか。

【論点1-①】リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

利用頻度が月8回未満であっても、適切なリハビリテーションマネジメントのもとで個別リハビリテーションが提供されている場合は、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件を見直してはどうか。

(現行)

- リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを利用した場合に算定。



(見直し案)

- 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利用した場合に算定。

※既存の要件(リハビリテーション実施計画の策定等)に、以下の要件を加える。

要件:新規利用者全員に対し、利用開始後1月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅での利用者の日常生活動作の状況、家屋環境等を確認した上、居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を策定すること。

(参考)リハビリテーションマネジメント加算について

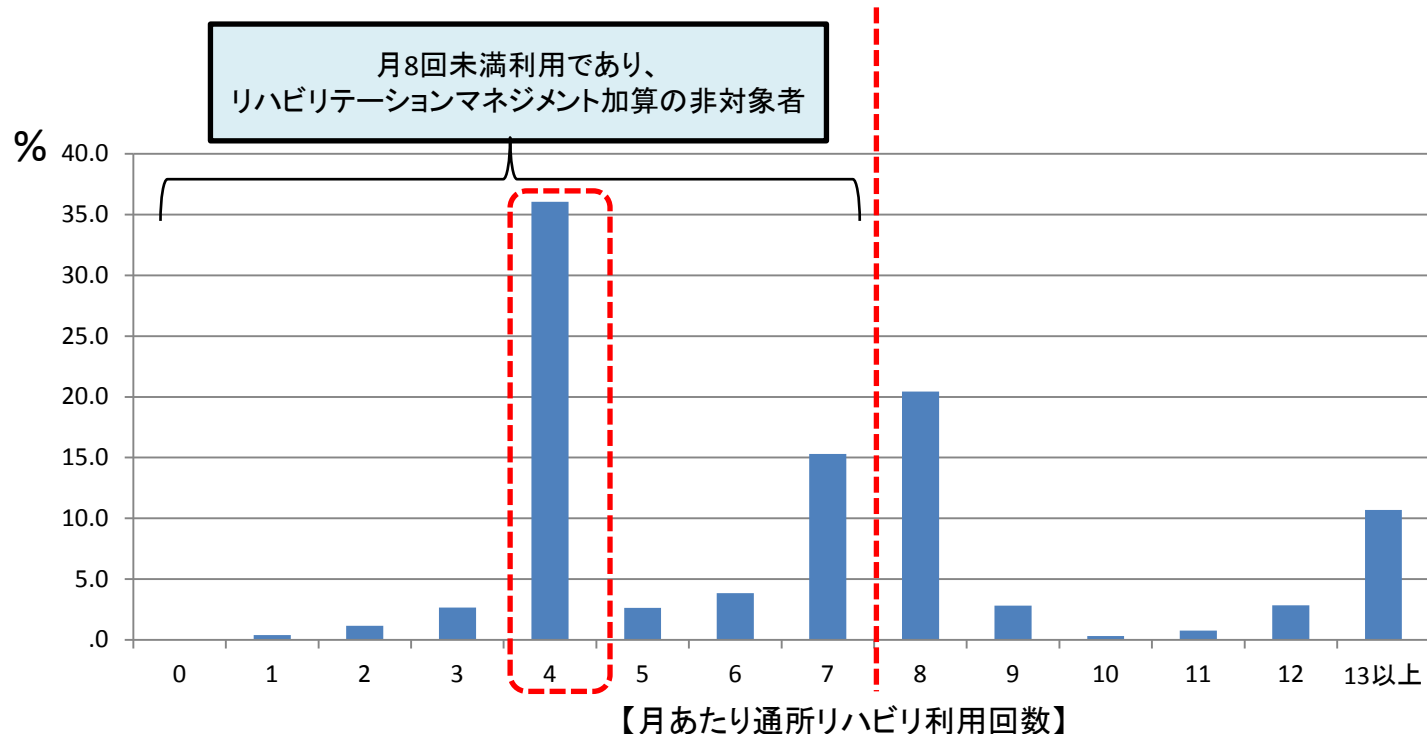
○リハビリテーションマネジメント加算(1月につき230単位)

- ・1月に8回以上通所している場合に、1月に1回算定するものとすること。
- ・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。
- ・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、作業療法士又は言語聴覚士が指定通所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。
- ・利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。
- ・指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、指定居宅介護支援事業者を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービス事業に係る従業者に対し、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。

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利用者の 月あたり通所リハビリ利用回数

- リハビリテーションマネジメントを行っていても、月8回未満の利用者はリハビリテーションマネジメント加算の対象となっていない。
- 現在、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利用者の通所リハの利用頻度は月4回（週1回）が最頻値であった。

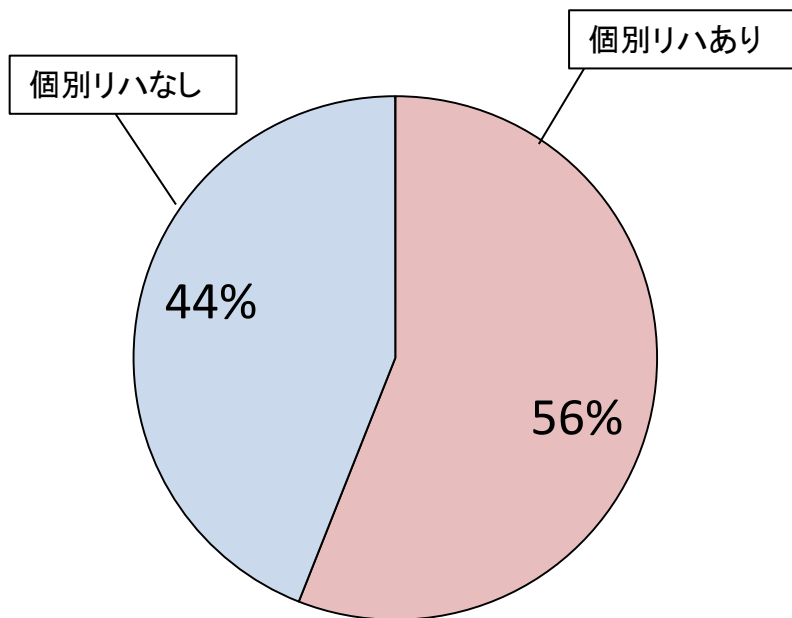
リハビリテーションマネジメント加算を算定していない利用者の月あたり通所リハビリ利用回数



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利用者の個別リハビリ実施状況

- 個別リハビリテーション実施加算は、月8回以上通所し、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者のみ算定可能となっている。
- 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利用者のうち、56%の利用者は、20分以上の個別リハビリを実施しているが、個別リハビリテーション実施加算は算定できない。

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利用者のうち、20分以上の個別リハビリを実施した利用者



N=4,907

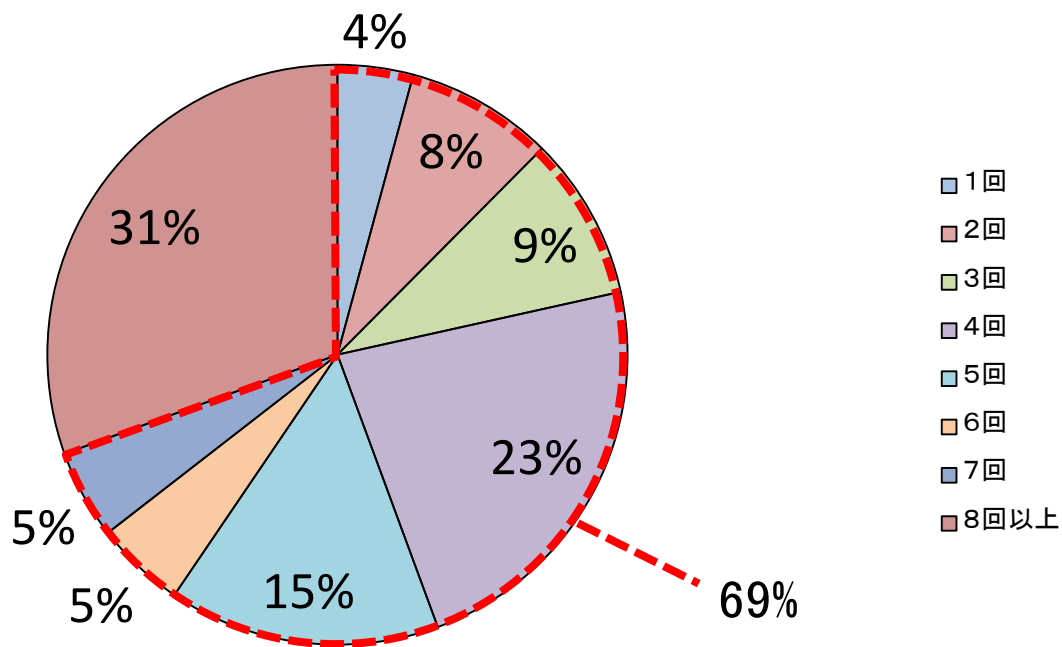
○個別リハビリテーション実施加算

リハビリテーションマネジメント加算を算定した上、1回20分以上の個別リハビリを行った場合に算定できる。
月13回まで。

医療保険でのリハビリ提供の実態

○ 医療保険で生活期のリハビリテーションを受けている患者※の1月当たりの通院回数は、8回未満が69%であり、そのうち月4回(週1回)が23%と最頻値であった。

1月当たりの診療回数



N=2,017

※平成23年7月途中で標準算定日数を超えた者及び平成23年7月当初から標準算定日数を超え、治療の継続により状態の維持が期待できると判断された者

出典: 診療報酬改定結果検証に係る調査(平成22年度調査)「回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査(速報値)」保険局医療課調べ

【論点1-②】1時間以上2時間未満の短時間型通所リハビリの強化
 所要時間1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいては、個別リハビリテーション実施加算を1日に複数回算定可能としてはどうか。

【イメージ図】

現行

【医療保険】
 疾患別リハビリ
 テーション(外来)

【介護保険】
 通所リハビリ
 テーション
 (1時間以上2時間未満)

- 疾患別リハビリテーション(20分以上)
- 疾患別リハビリテーション(20分以上)
- リハビリ総合評価加算

- リハビリマネジメント加算
- 基本サービス費
(個別リハ20分以上)

個別リハビリは、月13回
 まで算定可能

個別リハビリは本体報
 酬に包括



案

【医療保険】
 疾患別リハビリ
 テーション(外来)

【介護保険】
 通所リハビリ
 テーション
 (1時間以上2時間未満)

- 疾患別リハビリテーション(20分以上)
- 疾患別リハビリテーション(20分以上)
- リハビリ総合評価加算

- 個別リハビリテーション(20分以上)
- 個別リハビリテーション(20分以上)
- リハビリマネジメント加算
- 基本サービス費

個別リハビリは、月13回
 まで算定可能

個別リハビリは、月13回
 まで出来高で算定可能
 (リハビリマネジメント加
 算の算定が必要)

サービス提供時間別の個別リハ実施状況

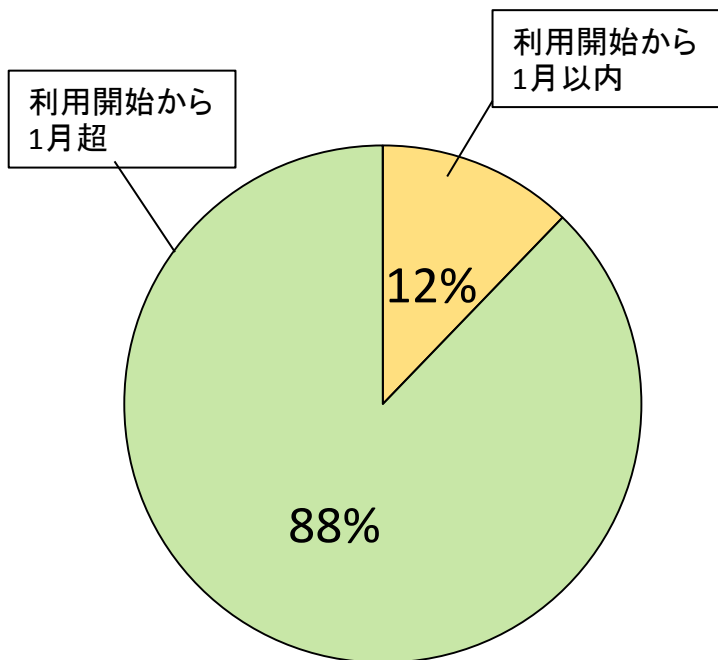
- 1時間以上2時間未満通所リハビリは他のサービス提供時間に比べ、1人当たりの個別リハビリ実施時間が長く、平均要介護度の悪化度も小さい。

サービス提供時間	利用者数	個別リハ実施者 1人当たり平均 個別リハ時間 (分)	個別リハビリ 実施率	1年間の要介護 度変化の平均
1時間以上2時間未満	271	26.3	100%	+0.025
3時間以上4時間未満	726	22.3	86.1%	+0.048
4時間以上6時間未満	1,884	21.6	72.3%	+0.066
6時間以上8時間未満	18,087	21.8	75.7%	+0.095

1時間以上2時間未満の通所リハビリにおける個別リハビリ実施状況

- 短期集中リハビリテーション実施加算は退院(所)後、1月以内は40分の個別リハビリを、2月から3月以内は20分の個別リハビリを評価している。
- 1時間以上2時間未満の通所リハビリにおいて、個別リハビリを40分以上実施した利用者のうち、88%は40分個別リハビリを行うことが算定要件となっていないにも関わらず行われていた。

1時間以上2時間未満の通所リハビリにおける
個別リハビリを40分以上実施した利用者



○短期集中リハビリテーション実施加算

退院(所)日等～1月:

個別リハ 40分 × 2日/週以上実施が算定要件(280単位/日)

退院(所)日等から1月～3月:

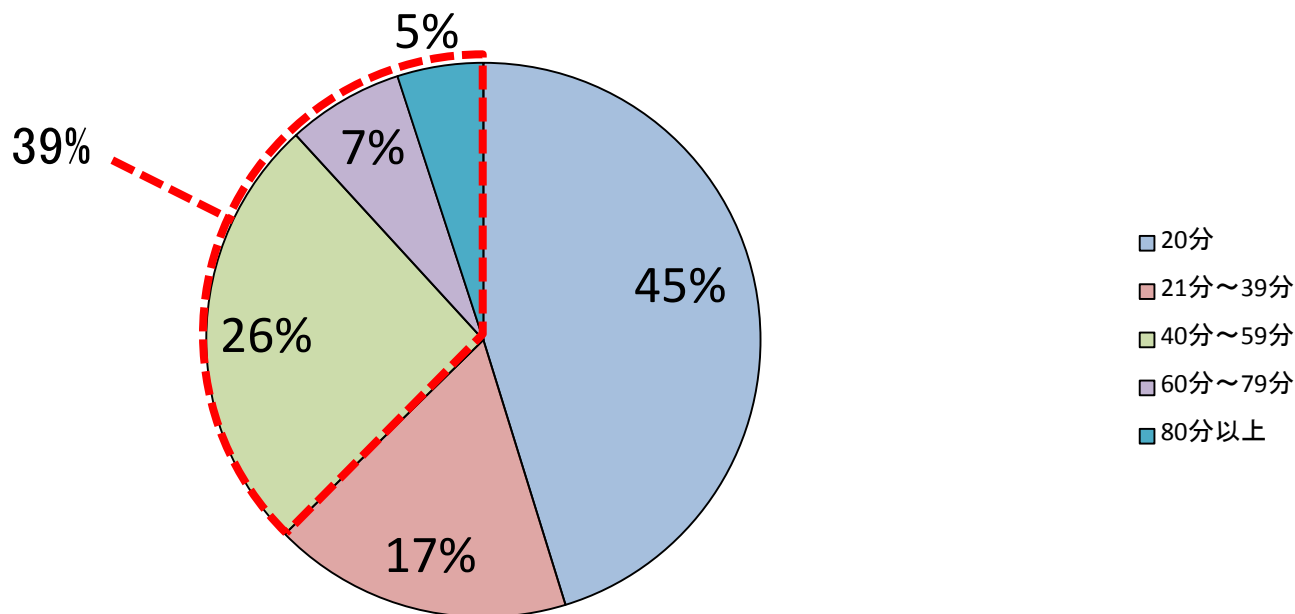
個別リハ 20分 × 2日/週以上実施が算定要件(140単位/日)

※退院(所)日等から3月以降は個別リハに係る加算はない。

医療保険でのリハビリ提供の実態

○ 医療保険で生活期のリハビリテーションを受けている患者※の1回の通院における平均40分以上のリハビリテーション実施者は39%であった。

1日当たり平均リハビリ実施時間



N=2,017

※平成23年7月途中で標準算定日数を超えた者及び平成23年7月当初から標準算定日数を超え、治療の継続により状態の維持が期待できると判断された者

出典：診療報酬改定結果検証に係る調査（平成22年度調査）「回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査（速報値）」保険局医療課調べ

【論点2】通所リハビリにおける医療の必要性の高い利用者を受け入れることを評価してはどうか。

【対応】要介護4、5の利用者のうち、下記の状態にある利用者に対して、医学的管理、療養上必要な処置を行った場合を加算で評価する。

算定対象となる 一定の状態(案)	<ul style="list-style-type: none">○常時頻回の喀痰吸引を実施している状態○呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態○中心静脈注射を実施している状態○人工腎臓を実施している状態○膀胱または直腸障害で、身体障害者障害程度等級表4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態○経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態。○褥瘡に対する治療を実施している状態○気管切開が行われている状態
---------------------	--

通所リハビリにおける医療の必要な利用者の状況

○通所リハビリにおいては、医療の必要性の高い利用者の割合は必ずしも高くない。

	通所リハビリの利用者※1	短期入所療養介護の利用者※2			在宅※3 (注)
		介護老人 保健施設	病院	診療所	
総数	22,295人	1,401人	344人	110人	3,741人
人工呼吸器	0.0%	0.1%	1.2%	0.9%	1.6%
気管切開 ・気管内挿管	0.1%	0.4%	4.9%	5.5%	3.6%
酸素療法	0.5%	1.0%	4.7%	7.3%	7.1%
喀痰吸引	0.6%	2.8%	14.5%	20.9%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	1.1%	4.8%	18.0%	31.8%	12.4%

注：在宅療養支援病院・診療所において訪問診療または往診を受けている在宅療養者

出典：※1平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査(速報値)」

※2平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療依存度の高い要介護高齢者の在宅生活継続のための短期入所療養介護のあり方に関する調査」14

※3「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査(速報値)」平成22年度老人保健健康増進等事業

【論点3】報酬体系の整合性

【対応】現状ではサービス提供時間により、個別リハビリが本体報酬に包括されているかどうかの取り扱いが異なる等、複雑な報酬体系となっているため、サービス提供時間に関わらず同一の取り扱いとしてはどうか。

現行の通所リハビリの報酬イメージ

退院(所)日等

1ヶ月

3ヶ月

1時間以上2時間未
満の通所リハビリ
テーション※1
(短時間個別)

短期集中リハ※2 280単位/日 【40分×2日/週以上】	短期集中リハ※3 140単位/日 【20分×2日/週以上】	
リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月		
1回 20分以上の個別リハに係る評価を包括		
1時間～2時間未満※1	要介護1 270単位	～ 要介護5 390単位

通常 of 通所リハ
ビリテーション
(長時間滞在)

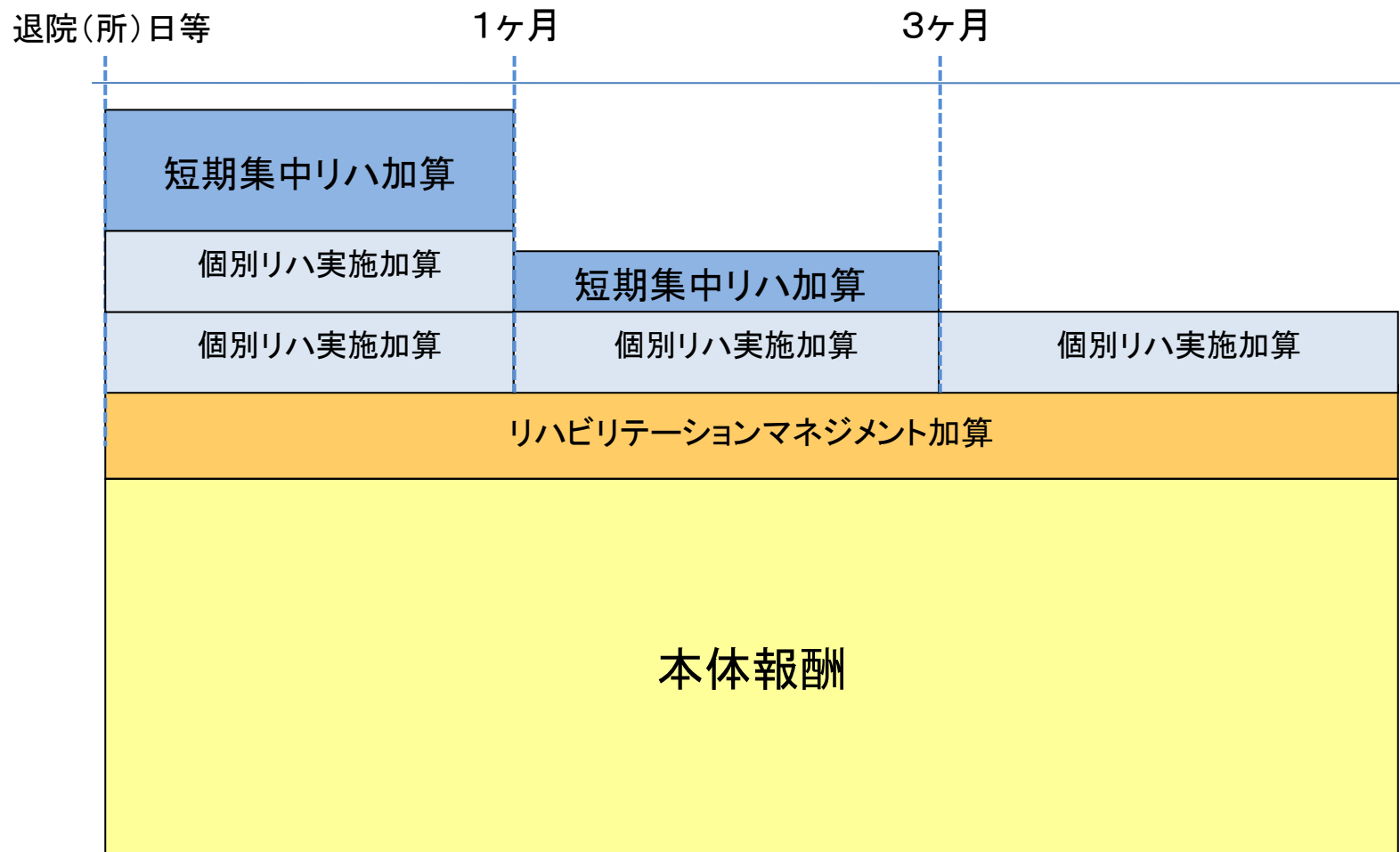
短期集中リハ※2 280単位/日 【40分×2日/週以上】	短期集中リハ※3 140単位/日 【20分×2日/週以上】	個別リハ※4 80単位/日
リハビリテーションマネジメント加算※5 230単位/月		
	要介護1	～ 要介護5
3時間～4時間未満	386単位/日	～ 694単位/日
4時間～6時間未満	515単位/日	～ 955単位/日
6時間～8時間未満	688単位/日	～ 1303単位/日

個別リハに係る加算

本体報酬

- ※1: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る。(平成21年度改定で新設。個別リハ加算は算定できない)
- ※2: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
- ※3: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、週2回以上1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
- ※4: リハビリテーションマネジメント加算を算定し、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。月13回まで。
- ※5: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

見直し後の通所リハビリの報酬イメージ



通所介護と同様の論点

【論点4】サービス提供事業所と同一建物に居住する利用者については、真に送迎が必要な場合を除き、送迎分の適正化を図ってはどうか。

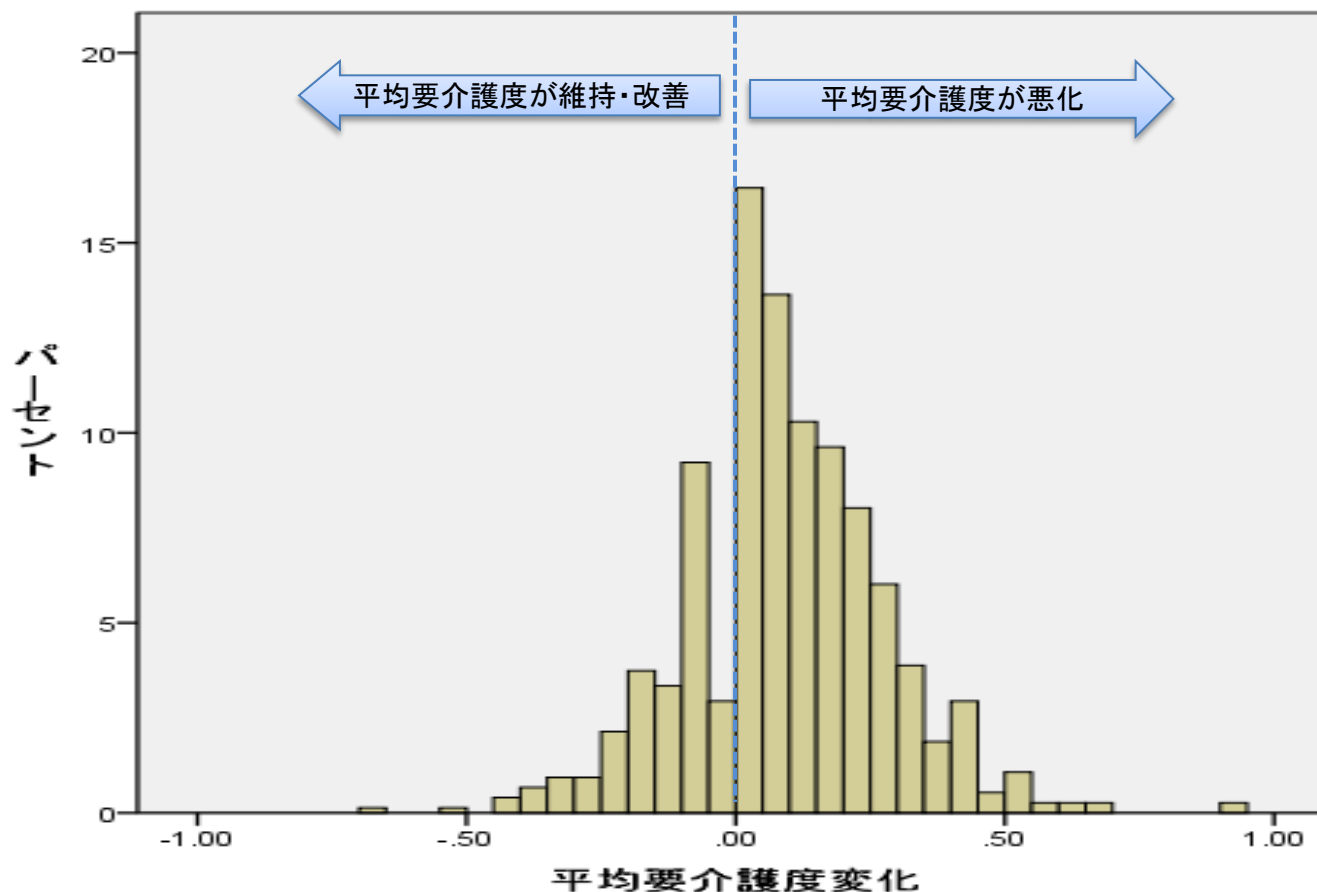
【対応】通所介護と同様の対応をとってはどうか。

【その他の論点】

通所リハビリの質の評価として、事業所毎の利用者の要介護度変化等をアウトカムとして事業所を評価することについてどう考えるか。

通所リハビリ事業所毎の1年間の平均要介護度の変化

○ 1年間の平均要介護度の差については、改善している事業所と悪化している事業所のばらつきがある。



注) 対象事業所: 1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

出典: 平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「通所リハビリテーション及び通所介護サービスに関する調査(速報値)」

事業所毎の調査時平均要介護度別の一年間の平均要介護度の変化

- 要介護度が低い利用者が多い事業所は、1年間の平均要介護度は重度化しにくい反面、より重度者が多い事業所ほど1年間の平均要介護度は重度化する傾向がある。
- 重度者をより多く受け入れている事業所ほど、1年間の平均要介護度変化は悪化しやすい。

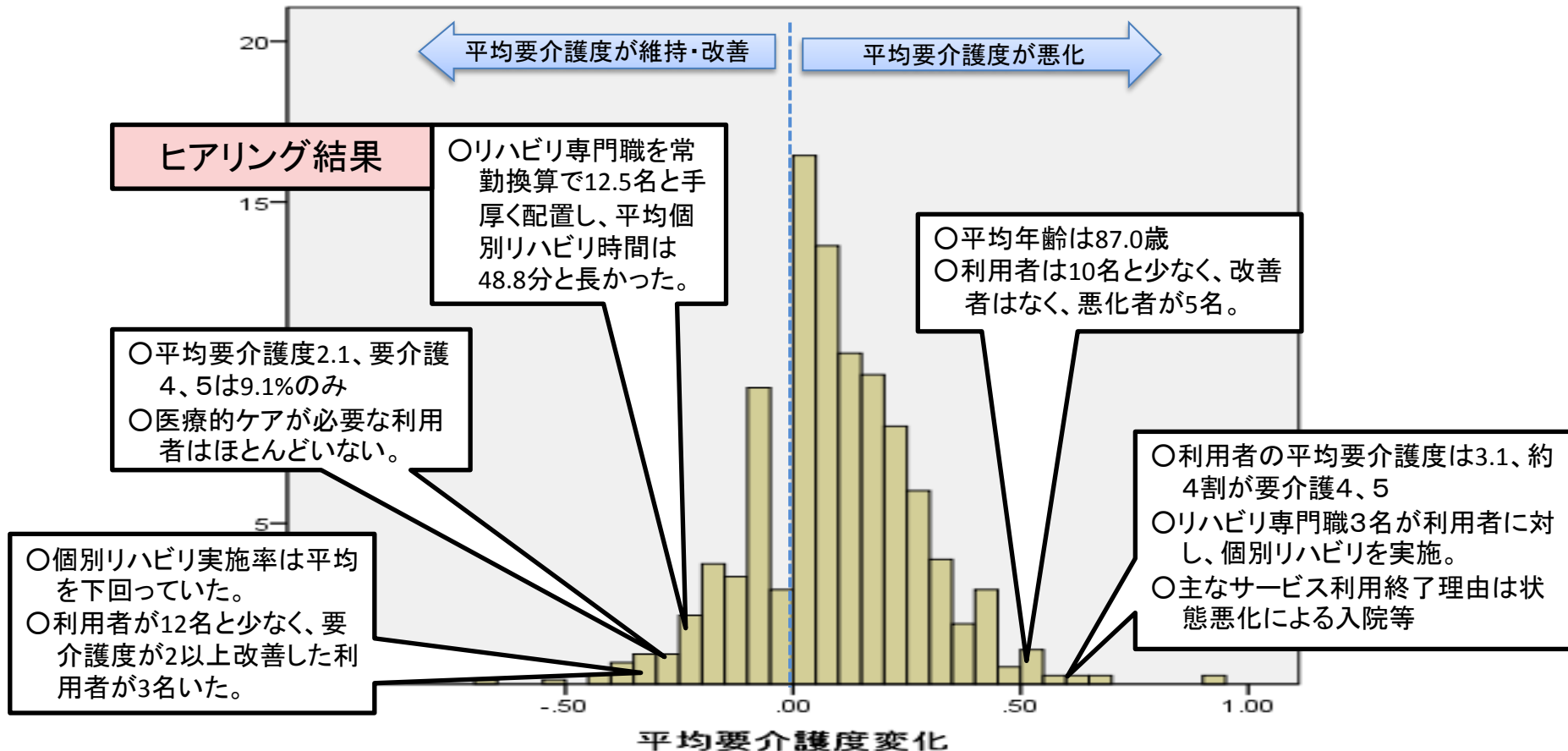
調査時の平均要介護度	1年間の平均要介護度の変化
1.0～1.5	-0.03
1.5～2.0	+0.03
2.0～2.5	+0.06
2.5～3.0	+0.14
3.0～3.5	+0.22
3.5～4.0	+0.23
4.0～4.5	+0.50
全体	+0.09

より重度者が多い事業所

1年間の平均要介護度はより重度化

通所リハビリ事業所毎の1年間の平均要介護度の変化の要因分析

- 平均要介護度が改善している事業所と悪化している事業所で、リハビリの提供状況やリハビリ専門職の配置に大きな差は認められなかった。
- 改善している事業所は人員配置を厚くし、充実したリハビリを行っている事業所がある一方で、重度者の割合が少なく、医療的ケアの必要性が低い利用者を中心に受け入れている事業所もあった。
- 悪化している事業所は重度者が多く、平均年齢が高い傾向が認められた。
- 事業所毎のサービスの質の差より、利用者の特性の方が事業所の平均要介護度の変化に影響を及ぼすと考えられ、要介護度変化をアウトカムとして事業所を評価することについては専門家からも慎重な意見があった。



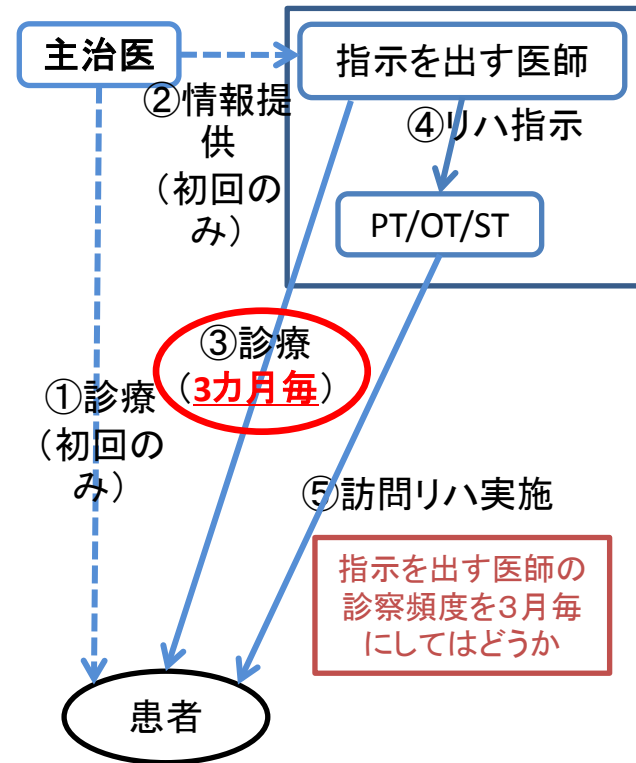
注) 対象事業所: 1年前と1年後で、同じ利用者が10事例以上ある事業所。

訪問リハビリテーションの基準・報酬について

【論点1】訪問リハビリ指示について、リハビリ指示を出す医師の診察頻度を利用者の状態像に合わせて柔軟な対応を可能としてはどうか。

【対応】

医師の指示頻度について、利用者の状態像にあわせ、現行の1月毎から3月に1度以上に見直す。



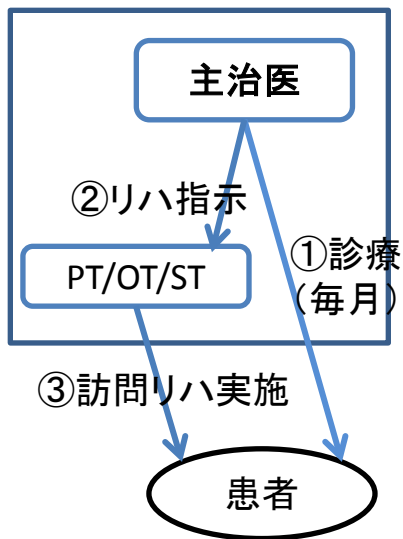
注：主治医は、患者の状態像の変化に応じて適宜情報提供を行う

訪問リハビリテーションの提供の流れについて

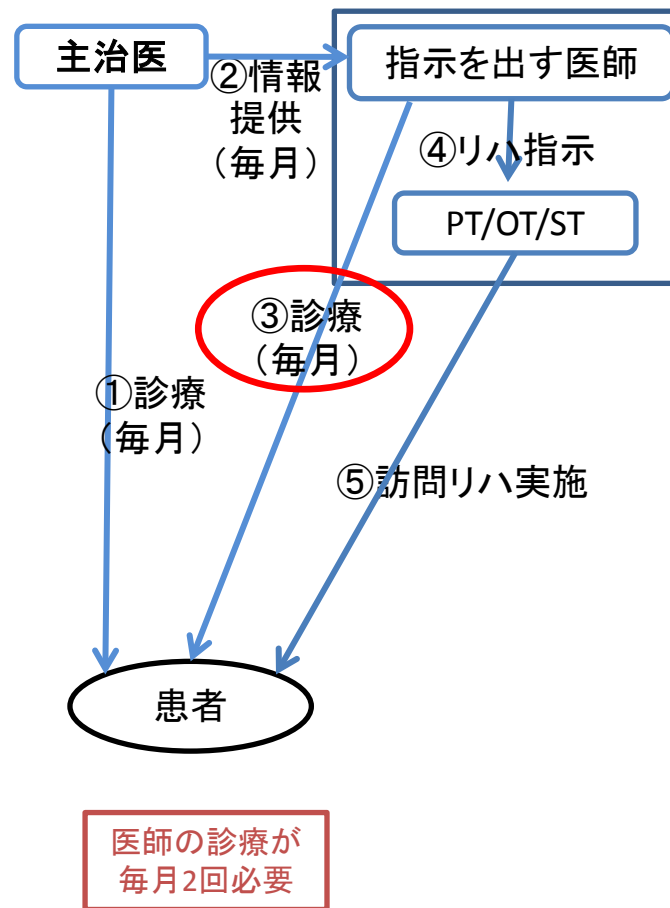
- 他医療機関の医師に情報提供を行って訪問リハビリテーションを提供する場合、1月に一度の情報提供に係る主治医の診察と、情報提供を受けた訪問リハビリテーション事業所の医師の診察が必要である。

【現行】

主治医が訪問リハビリテーションを提供する場合

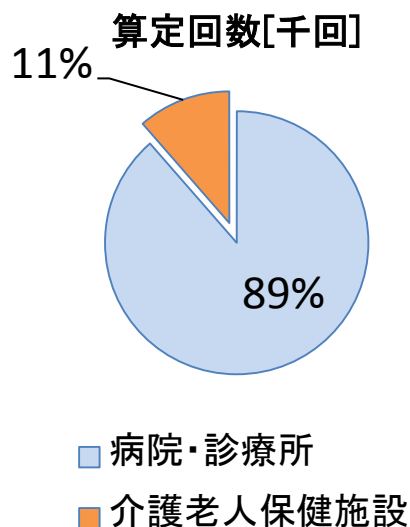


主治医が訪問リハビリテーションを提供できない場合



【論点2】介護老人保健施設を地域において在宅療養を支援する拠点として位置づけるため、介護老人保健施設から提供される訪問リハビリテーションを見直してはどうか。

【対応】: 介護老人保健施設から提供する訪問リハビリテーションについては、病院・診療所と同様にする



	現行
病院・診療所の医師の診療	指示を行う医師の診療の日から1月以内に行われた場合に算定
介護老人保健施設の医師の診療	①入所者の退所時 ②当該施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日 ③ ①又は②の直近に行った診療の日 ①、②又は③から1月以内に行われた場合に算定

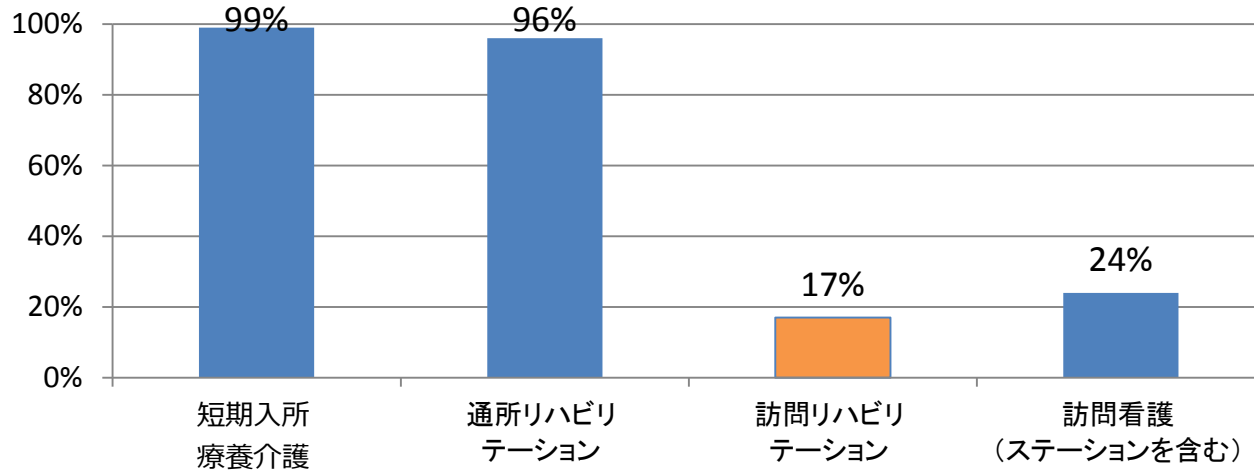


(案)
指示を行う医師の診療の日から3月以内※に行われた場合に算定
※論点1にあわせる

訪問リハビリテーション事業所の併設の状況

○ 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを併設している事業所は少ない。

居宅サービス事業所を併設している介護老人保健施設の割合



通所リハビリテーション事業所を併設する介護老人保健施設の訪問リハビリテーション事業所の併設の状況

		訪問リハビリテーション事業所を併設する施設							
		あり		なし				計	
				訪問看護を併設					
通所リハビリテーション事業所を併設する施設	あり	269	17.1%	1241	78.8%	262	16.6%	1510	95.9%
	なし	3	0.2%	61	3.9%	-	-	64	4.1%
	計	272	17.3%	1302	82.7%	-	-	1574	100.0%

【論点3】リハビリ専門職と訪問介護のサービス提供責任者が同一時間帯に利用者宅を訪問し、リハビリ専門職からサービス提供責任者へ指導等を行うことを評価してはどうか。

【対応】訪問リハビリ・訪問介護の連携による指導・相談等に対する評価〔新設〕(案)

注1: 訪問リハビリ実施時に、医師の指示に基づき、リハビリ専門職による身体機能等のアセスメントおよびサービス提供責任者への指導を行い、それを踏まえて訪問介護計画を作成する。

注2: 3月に一度を限度に算定可として、定期的を実施する。

○具体的なイメージ

- ベッドから車いすの移乗方法について、リハビリ専門職が身体機能、家屋の状況、福祉用具等のアセスメントを行い、利用者の身体的な残存能力を生かし、ADL維持に資する方法について、技術的指導を行う。
- 訪問介護事業者においても、介助を行う上での問題点等をリハビリ専門職へ適宜相談する。

リハビリ専門職の果たすべき役割について

地域包括ケア研究会報告書(平成22年3月)(抜粋)

- リハビリテーションについては、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導入したり、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。

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」(抜粋)

- (略)現存するサービスを効率的に活用するとともに、質の向上について検討すべきである。併せてリハビリテーション専門職の果たすべき役割や他職種とのかかわり方などについても検討していく必要がある。

【論点4】: 訪問リハビリの地域差軽減のため、サテライト型訪問リハビリ事業所の整備を検討してはどうか。

【対応】サテライト型訪問リハビリ事業所の整備

訪問リハビリは原則としてサービス提供の拠点毎に事業者指定を行うこととするが、職員体制、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われる場合に、サテライト型訪問リハビリ事業所として、一体的なサービス提供の単位として本体の事業所に含めて指定する。

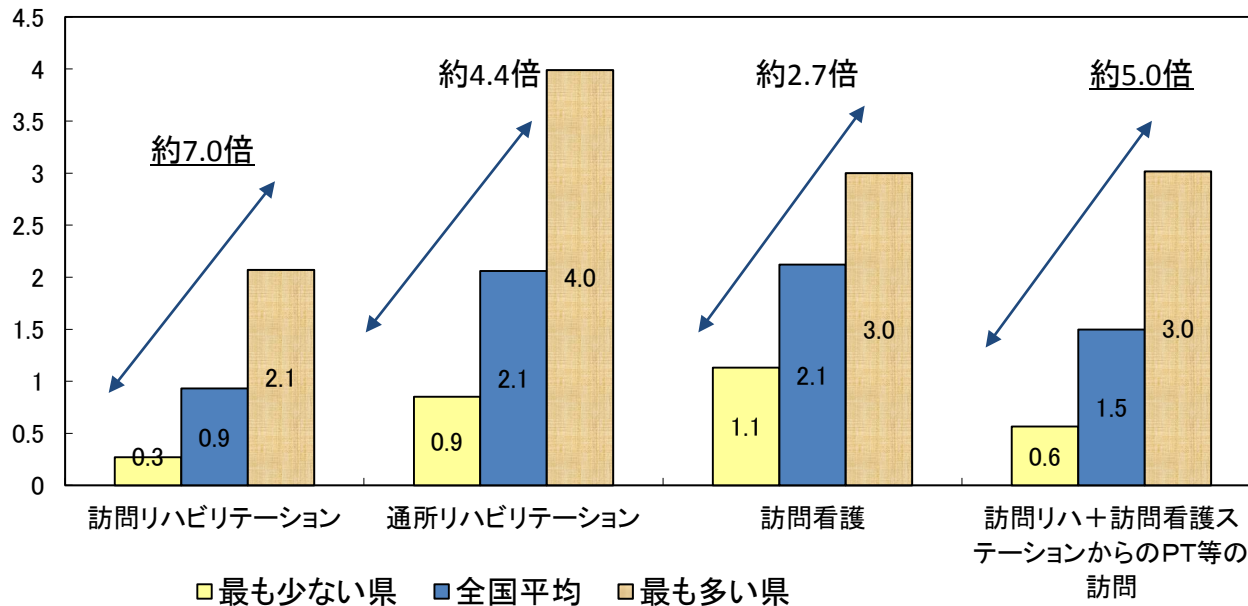
ただし、サテライト型訪問リハビリ事業所を設置する場合は届出を義務とする。

訪問リハビリの利用状況と課題

○ 1000人当たりの事業所は、都道府県ごとに設置状況に差がある。

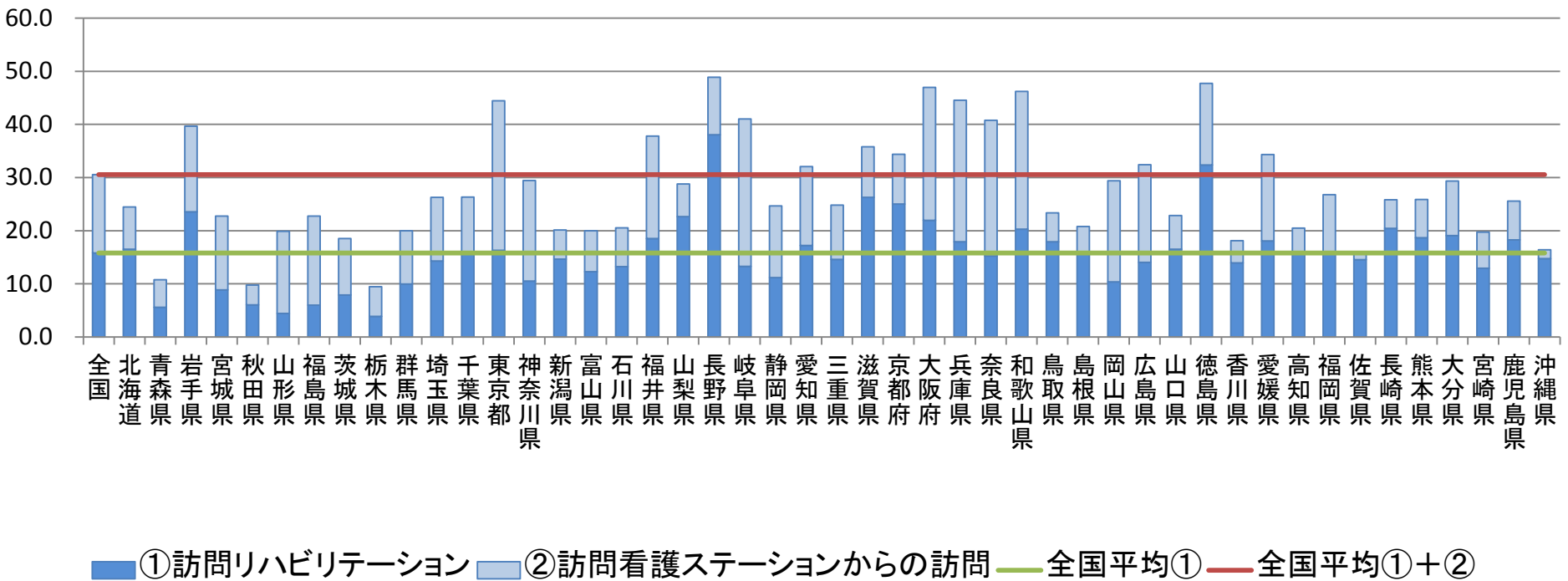
要介護者1000人当たりの請求事業所数の都道府県比較

[事業所数]



訪問リハビリ等の利用者数の地域差について

○ 要介護認定者1000人当たりの利用者数についても、都道府県ごとに差がある。



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年7月審査分)

參考資料

通所リハビリと通所介護の個別リハビリ・機能訓練の実施状況と リハビリ専門職・看護職配置

○通所リハビリの方が個別リハビリ(個別機能訓練)実施率が高く、また、リハビリ専門職によって実施された率も高かった。

		通所リハビリ	通所介護
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ時間	16.6分	—
職員配置	1事業所あたりPT・OT・ST常勤換算数	1.9人	0.1人
	1事業所あたり看護職常勤換算数	1.1人	1.3人

通所リハビリテーションの施設基準等

開設者		老健・病院・診療所(病院・診療所は法人格不要)	
		診療所 (利用者人数が同時に10人以下の場合)	
設備		<ul style="list-style-type: none"> ・専用の部屋等 ・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)
	看護職員 介護職員 PT・OT・ST	利用者10人に対し、専従で1人以上	専従で1人以上
		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100人に対し、1人以上	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
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> ※ 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等を含めることができる </div>			

通所リハビリテーションの利用状況

○ 通所リハビリテーションの受給者数、請求事業所数は、近年では横ばいである。

図1. 通所リハビリテーションの請求事業所数の推移

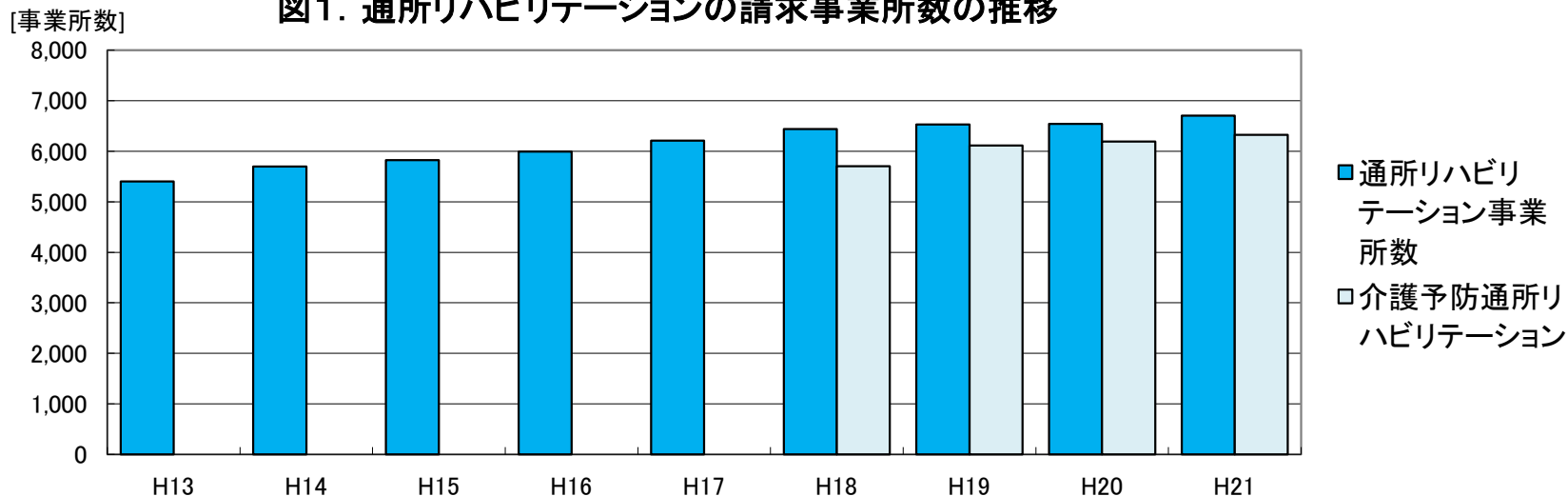
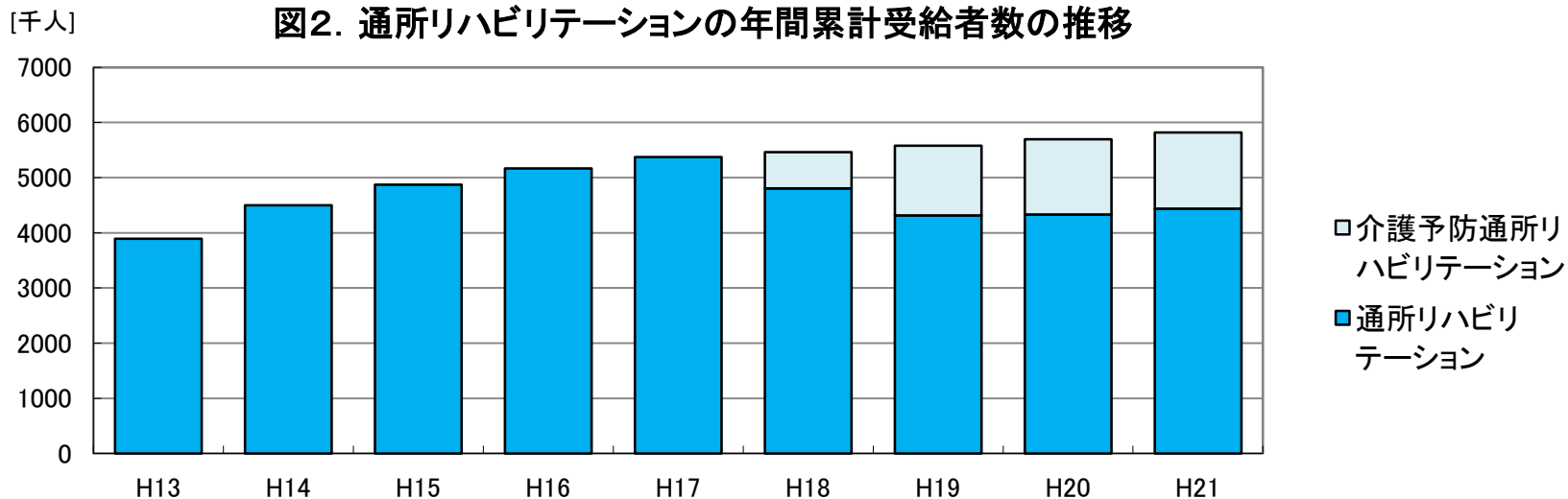


図2. 通所リハビリテーションの年間累計受給者数の推移

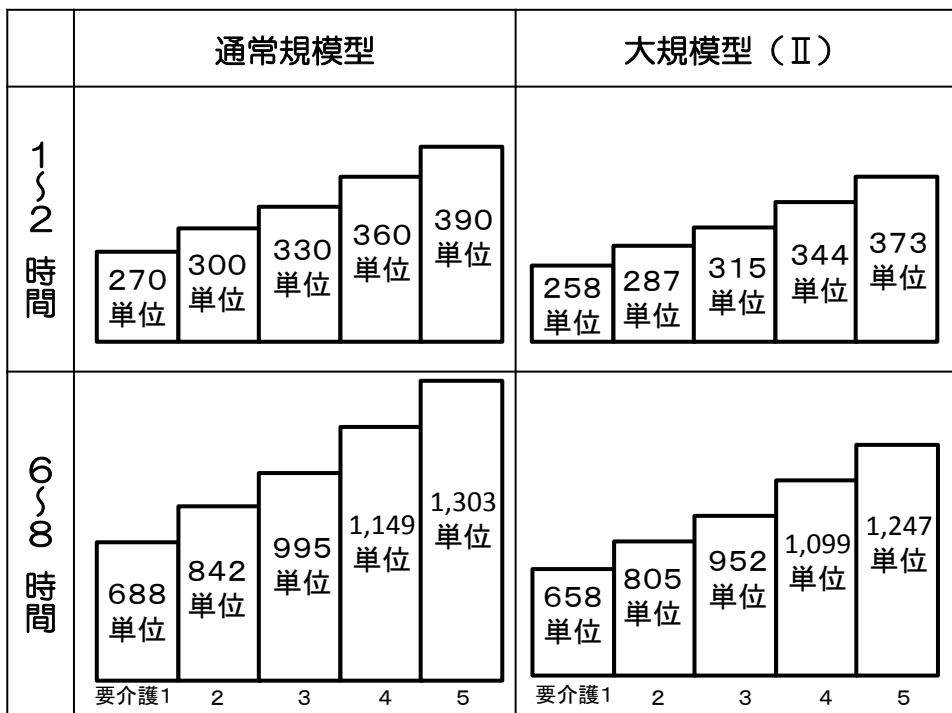


通所リハビリテーションの介護報酬について

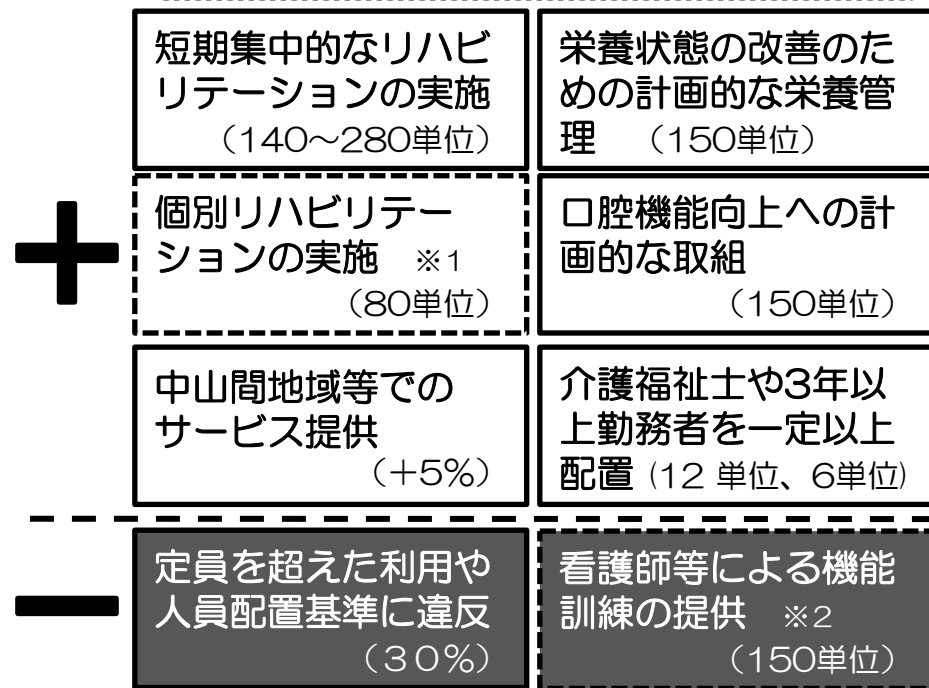
指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

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



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算



※1: 1～2時間のサービスについては算定不可 ※2: 1～2時間のサービスのみ

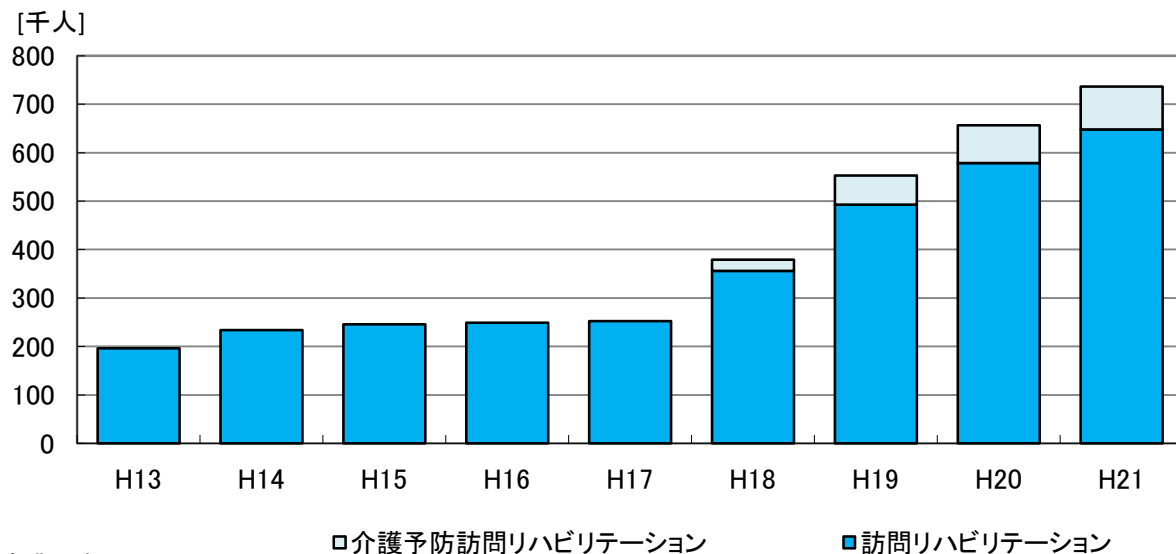
訪問リハビリテーションの施設基準等

	訪問リハビリテーション	訪問看護による理学療法士等の訪問 (訪問看護ステーションの場合)
開設者	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所(みなし指定) ・介護老人保健施設 	法人
人員	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者……常勤・専従の保健師又は看護師 ・保健師、看護師又は准看護師 ……2.5人以上(常勤換算) ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 ……適当数
設備	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営に必要な広さの区画 ・訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要な広さを有する専用の事務室 ・訪問看護の提供に必要な設備及び備品等

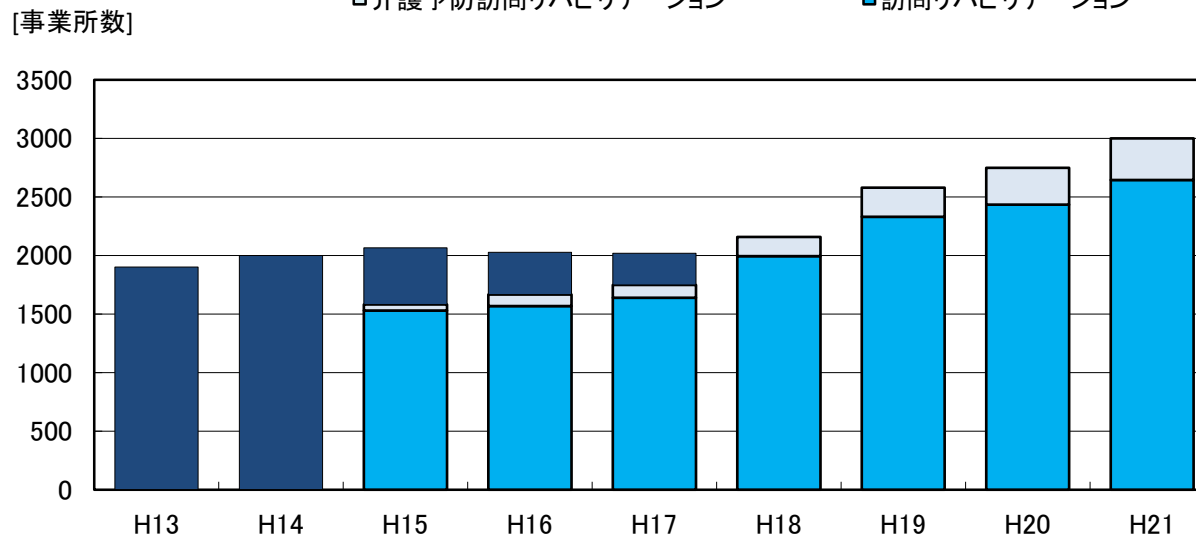
訪問リハビリテーションの利用状況

○ 訪問リハビリテーション(予防も含む)の受給者数、事業所数は増加傾向で推移。

年間累計受給者数



請求事業所数



訪問リハビリテーションの介護報酬について

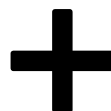
指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービス提供回数に応じた基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制等に対する主な加算

1回（20分以上）：305単位

〔40分連続してサービスを提供した場合は、2回として算定可能
1週に6回を限度〕



短期集中的なリハビリテーションの実施

〔認定日又は退院（所）日から
・1月以内：340単位
・1月超～3月以内：200単位〕

3年以上勤務する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を配置（6単位）