

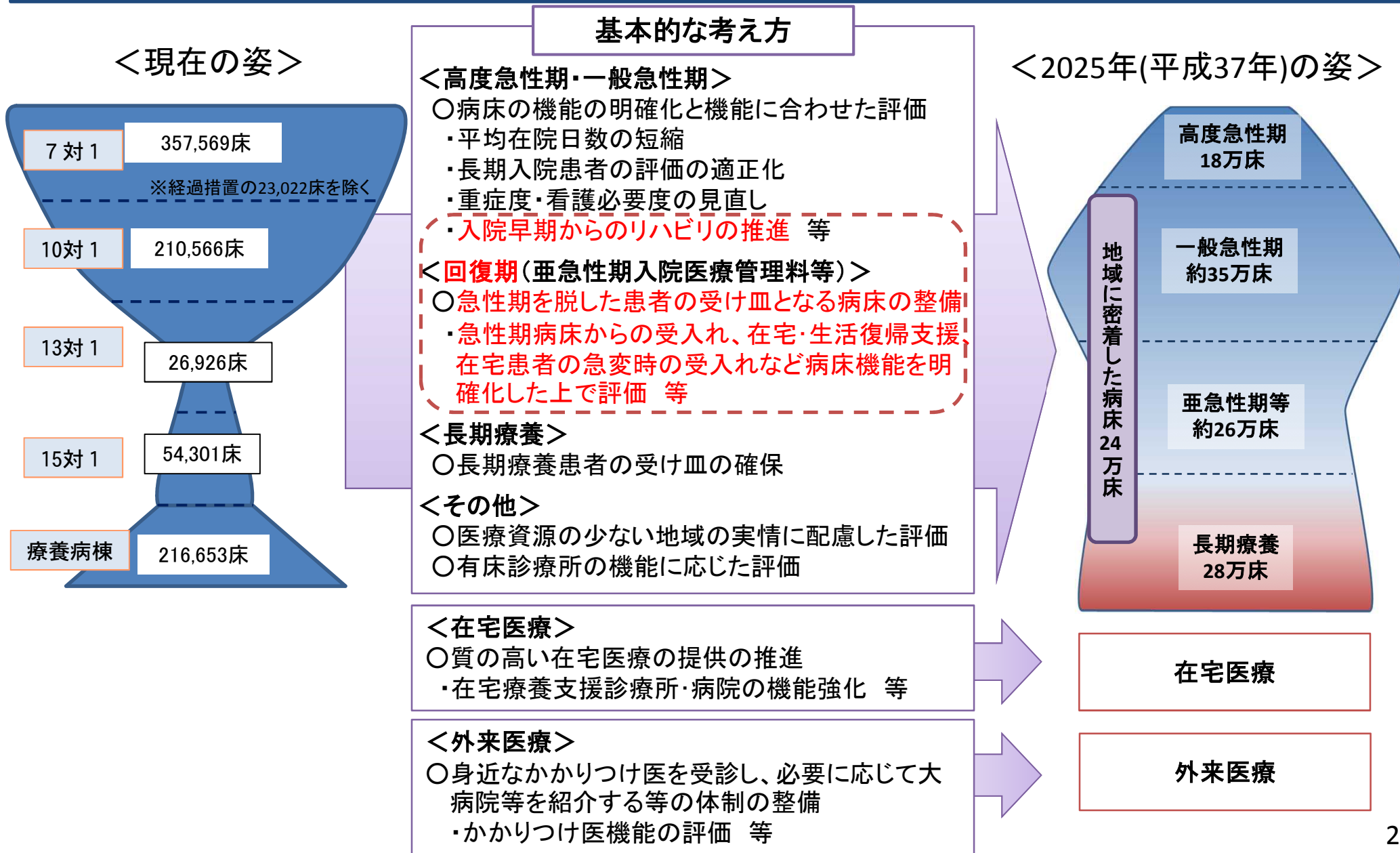
中	医	協	総	—	1	
2	5	.	1	2	.	4

# 個別事項 (その3:リハビリテーション)

平成25年12月4日

# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

## (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

## 2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

### (1) 入院医療について

#### ① 高度急性期・一般急性期について

- 高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
  - ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
  - ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
  - ・ 退院・転院に係る連携の強化
  - ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

#### ② 長期療養について

- 長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要。
  - ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
  - ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

#### ③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

- 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

#### ④ 地域特性について (略)

#### ⑤ 有床診療所における入院医療について (略)

# 医療保険によるリハビリテーションの概要

中医協 総 - 1 - 1  
2 3 . 1 2 . 7

## <入院>

### 【回復期リハビリテーション入院料】

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟において算定する入院料。

リハビリテーションの費用は別に算定できる。



一般病棟入院基本料等

回復期リハビリテーション  
入院料

療養病棟入院基本料等



疾患別リハビリテーション料

## <外来>

疾患別  
リハビリテーション料



初再診料

### 【疾患別リハビリテーション料】

患者に対して20分以上個別療法として理学療法や作業療法、言語聴覚療法等の療法を行った場合に1単位として算定する費用。

回復期リハビリテーション病棟をはじめ、リハビリテーションを包括していない入院、外来においても算定が可能。

# 本日の内容

## 1. 早期リハビリテーションの充実

- 1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止
- 2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算
- 3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

## 2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

## 3. 廃用症候群の評価の見直し

## 4. 維持期リハビリテーションについて

# 1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

4. 維持期リハビリテーションについて

# 早期リハビリテーションの充実における課題と論点

## －急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止－

### 【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

### 【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し  
(3)その他の指標について  
②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。



### 【論点】

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

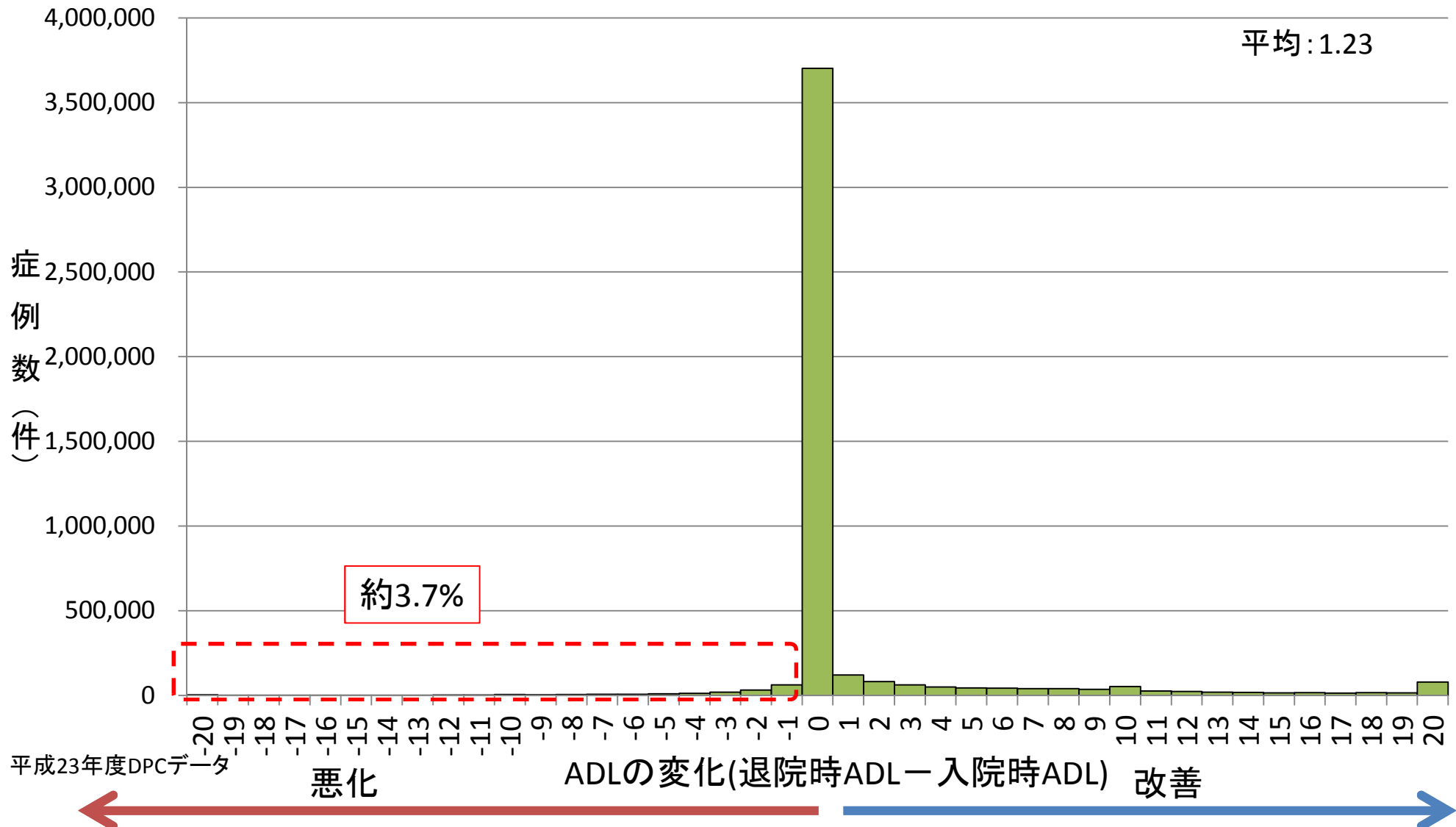
# 7対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

(改) 中医協 総-1-2  
2 5 . 1 1 . 1

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

## 入院時ADLと退院時ADLの変化(TOTAL)

N=4,676,063



平成23年度DPCデータ

・7対1病院において、入院中にADLが低下した患者が、約3.7%程度存在する。



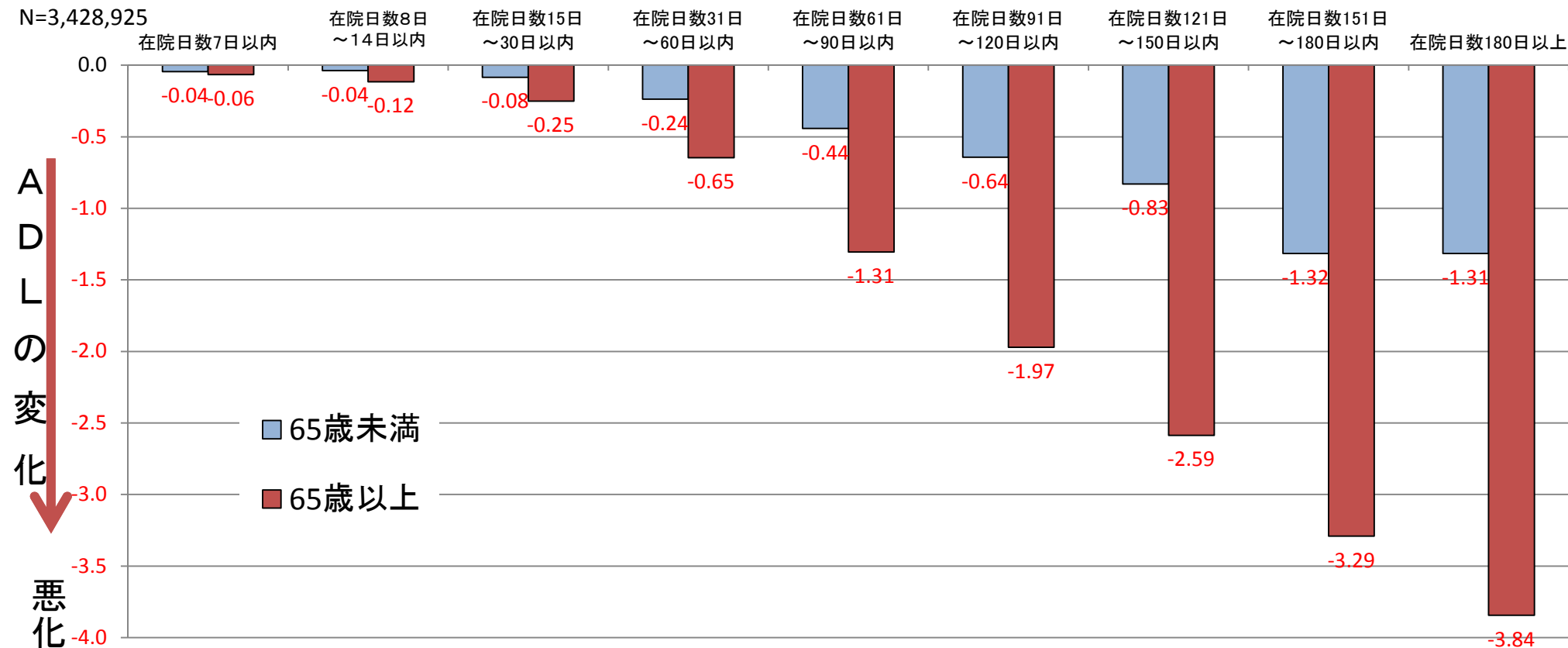
# 7対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

中医協 総 - 1 - 2  
2 5 . 1 1 . 1

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

## 入院時のADLが自立(20点満点)の患者の入院中のADL変化 (在院日数別、年齢階級別、平均ADL変化値)

N=3,428,925



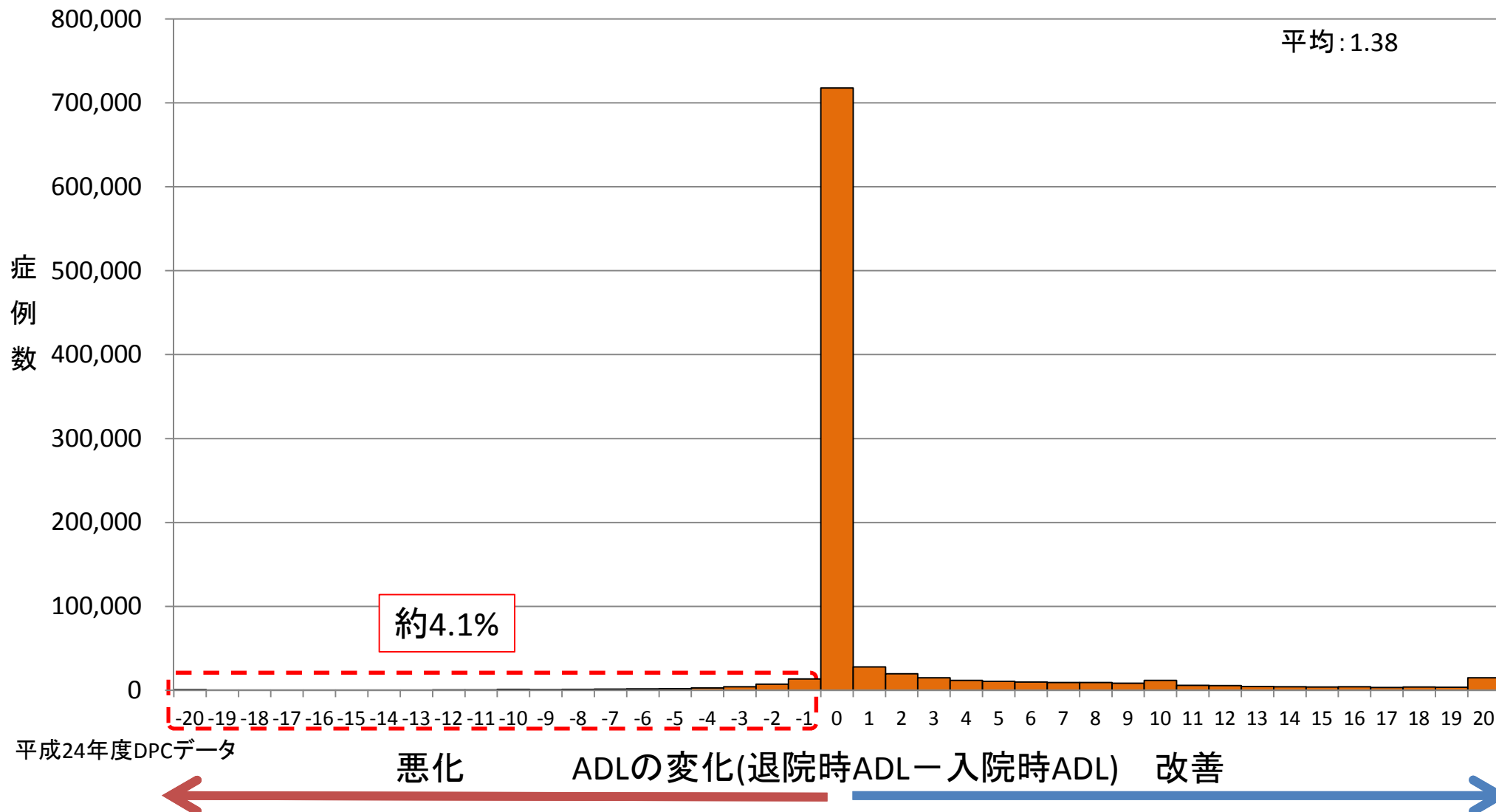
・入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方が低下するADLの値が大きい。

# 10対1病院における入院中のADLの変化 ①(DPCデータ)

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

N=942,418

## 入院時ADLと退院時ADLの変化(TOTAL)



平成24年度DPCデータ

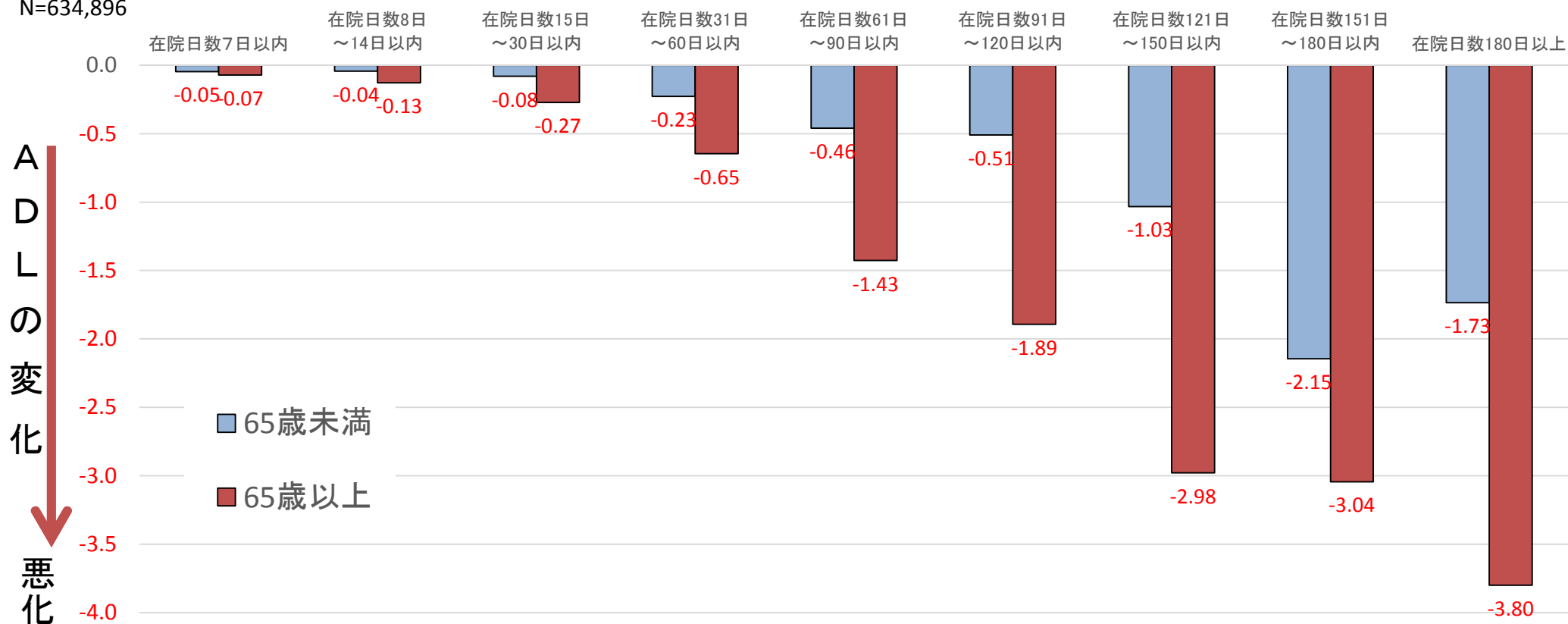
・10対1病院において、入院中にADLが低下した患者が、約4.1%程度存在する。

## 10対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

注: ADL評価に不明が含まれる症例を除く

### 入院時のADLが自立(20点満点)の患者の入院中のADL変化 (在院日数別、年齢階級別、平均ADL変化値)

N=634,896



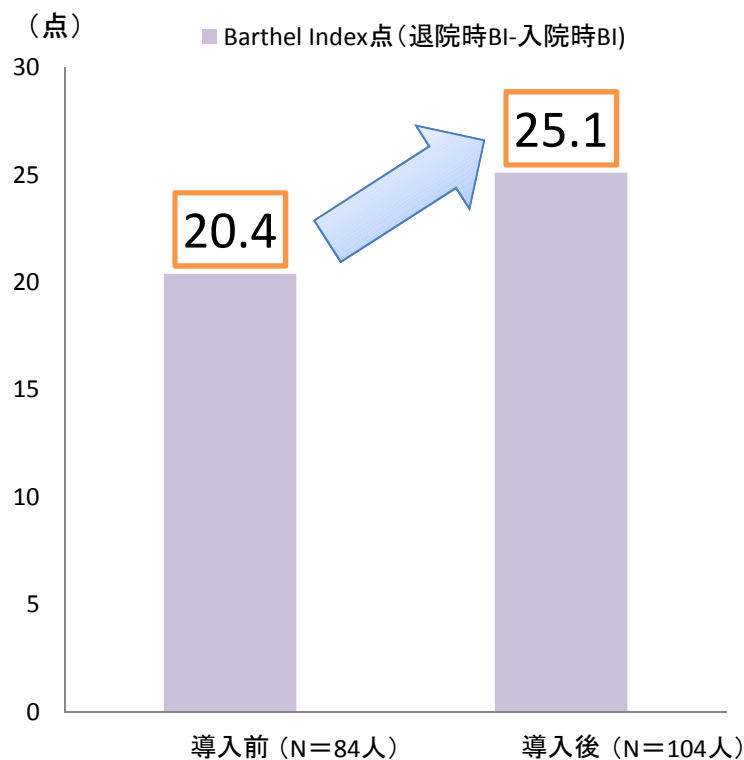
・入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方が低下するADLの値が大きい。

# 理学療法士の配置における効果

対象 : 広島大学病院実績  
期間 : (病棟配置導入前)07年10月~08年3月 (病棟配置導入後)08年10月~09年3月  
病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟  
人員配置: 理学療法士2名を専属  
専属理学療法士の業務: ・病棟内でのリハビリテーション ・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60~120分)  
・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加 ・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。  
・看護師を対象とした勉強会を開催

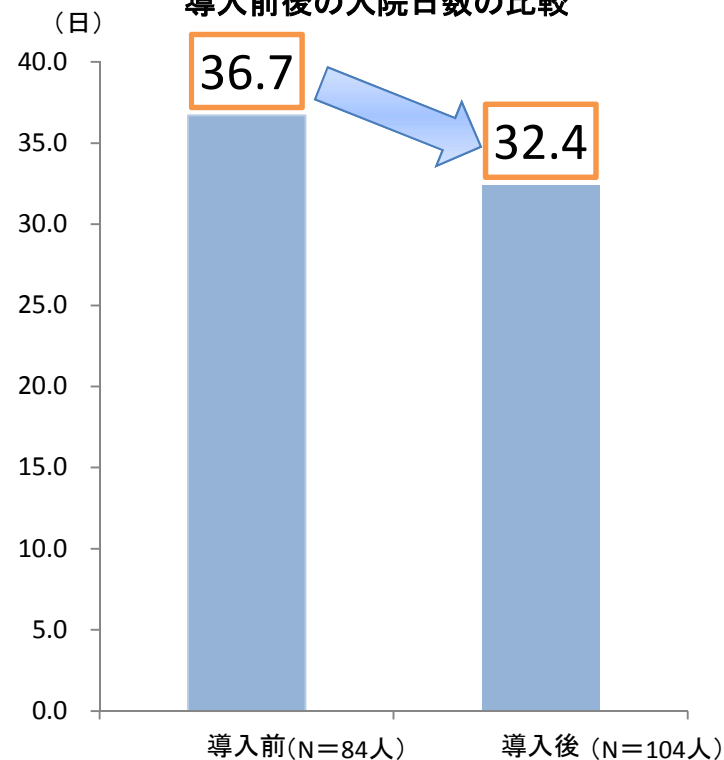
## ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度(Barthel Index:BI※)の比較  
(理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



## 入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的な生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 ー日本理学療法士協会提供資料ー

・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

## (参考) FIM及びBIについて

### FIM(機能的自立度評価表)

評価18項目 (各項目7段階評価:満点126点)	
セルフケア	1 食事
	2 整容
	3 清拭
	4 更衣(上半身)
	5 更衣(下半身)
	6 トイレ
排泄	7 排尿コントロール
	8 排便コントロール
移乗	9 ベッド、椅子、車椅子
	10 トイレ
	11 浴槽・シャワー
移動	12 歩行、車椅子
	13 階段
コミュニケーション	14 理解(聴覚的・視覚的)
	15 表出(言語的・非言語的)
社会認識	16 社会的交流
	17 問題解決
	18 記憶

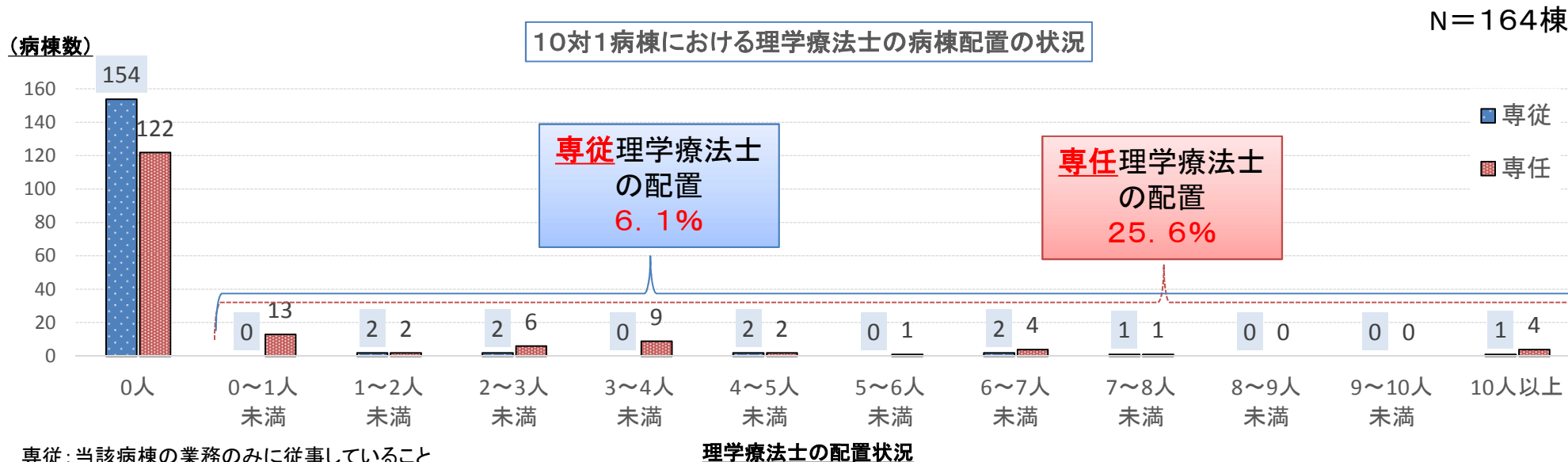
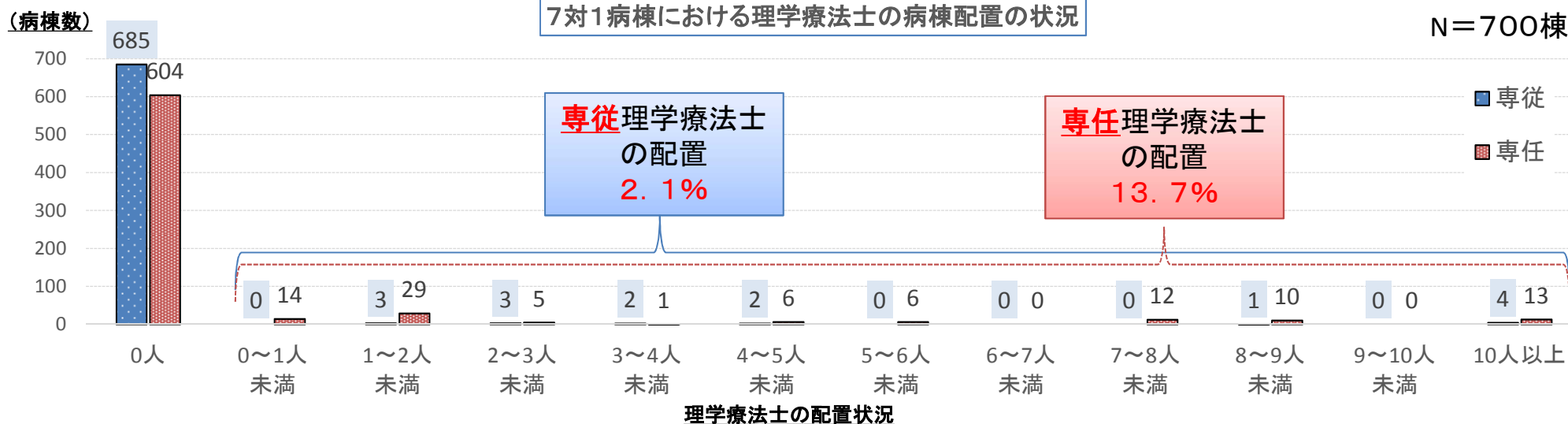
#### 評価点数

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

### BI(基本的生活動作)

評価項目	点数 (満点100点)	
食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5点	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0点	全介助
車椅子から ベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
整容	5点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0点	部分介助または不可能
トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
入浴	5点	自立
	0点	部分介助または不可能
歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
階段昇降	10点	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5点	介助または監視を要する
	0点	不能
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
排尿コントロール	0点	上記以外
	10点	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外

# 7対1病棟、10対1病棟における理学療法士の病棟配置の状況について



専従: 当該病棟の業務のみに従事していること

専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務の兼務していること

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

- ・専従理学療法士の配置状況について、7対1病棟では2.1%、10対1病棟では6.1%であった。
- ・専任理学療法士の配置状況について、7対1病棟では13.7%、10対1病棟では25.6%であった。

## 7対1病棟、10対1病棟におけるリハビリテーション専門職の病棟配置の状況について

	7対1病棟 N=700病棟		10対1病棟 N=164病棟	
	専従	専任	専従	専任
理学療法士	2.1%	13.7%	6.1%	25.6%
作業療法士	1.1%	9.3%	4.3%	12.2%
言語聴覚士	0.9%	8.7%	1.2%	13.4%

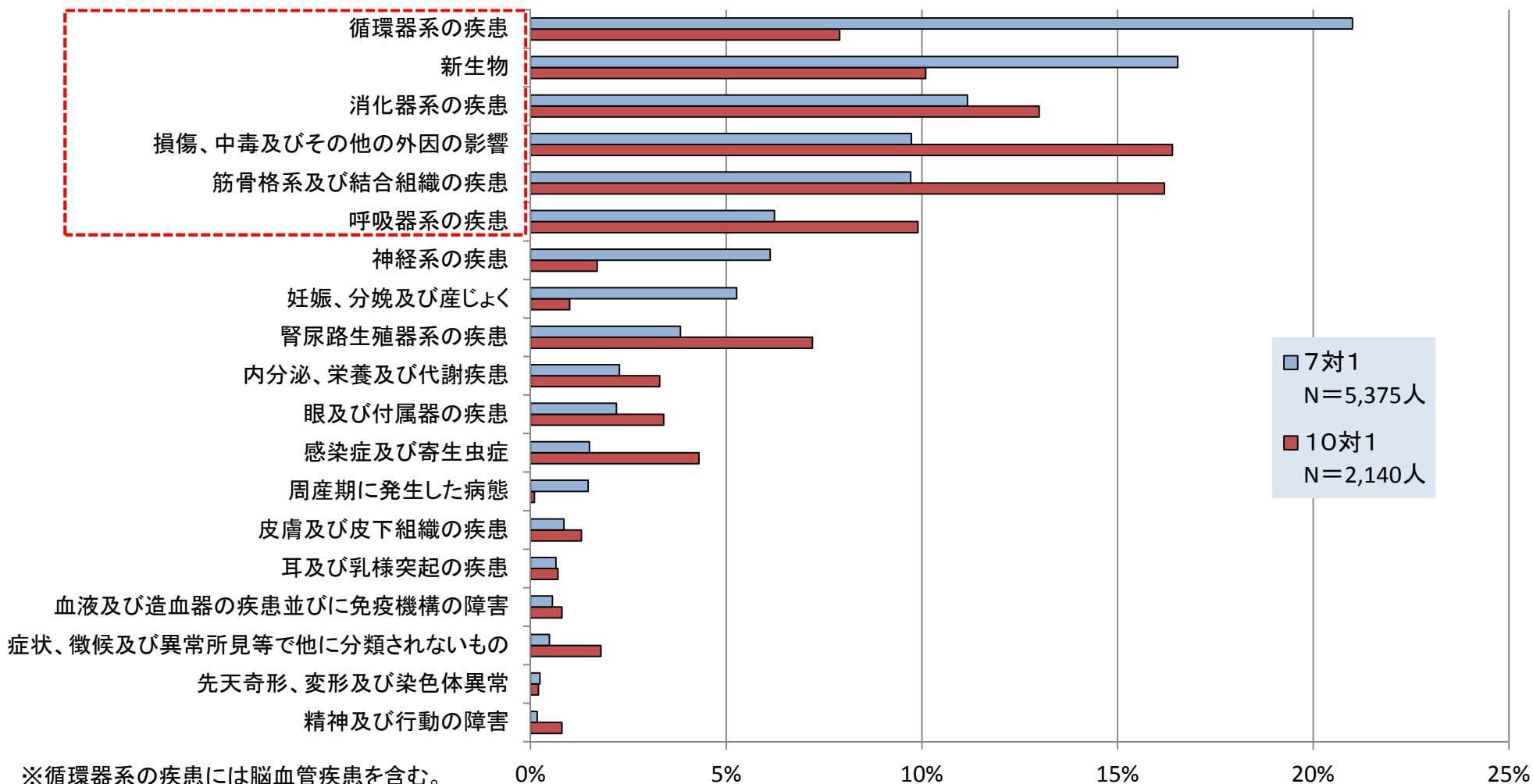
専従: 当該病棟の業務のみに従事していること

専任: 当該病棟での業務とその他の部署等での業務の兼務していること

・リハビリテーションの専門職が、専従または専任で配置されている病棟が一部みられる。

# 理学療法士を配置している病棟の特徴①

理学療法士を2名(専従と専任を合計した数)以上配置している7対1、10対1病棟の新入院患者における主たる疾患の割合

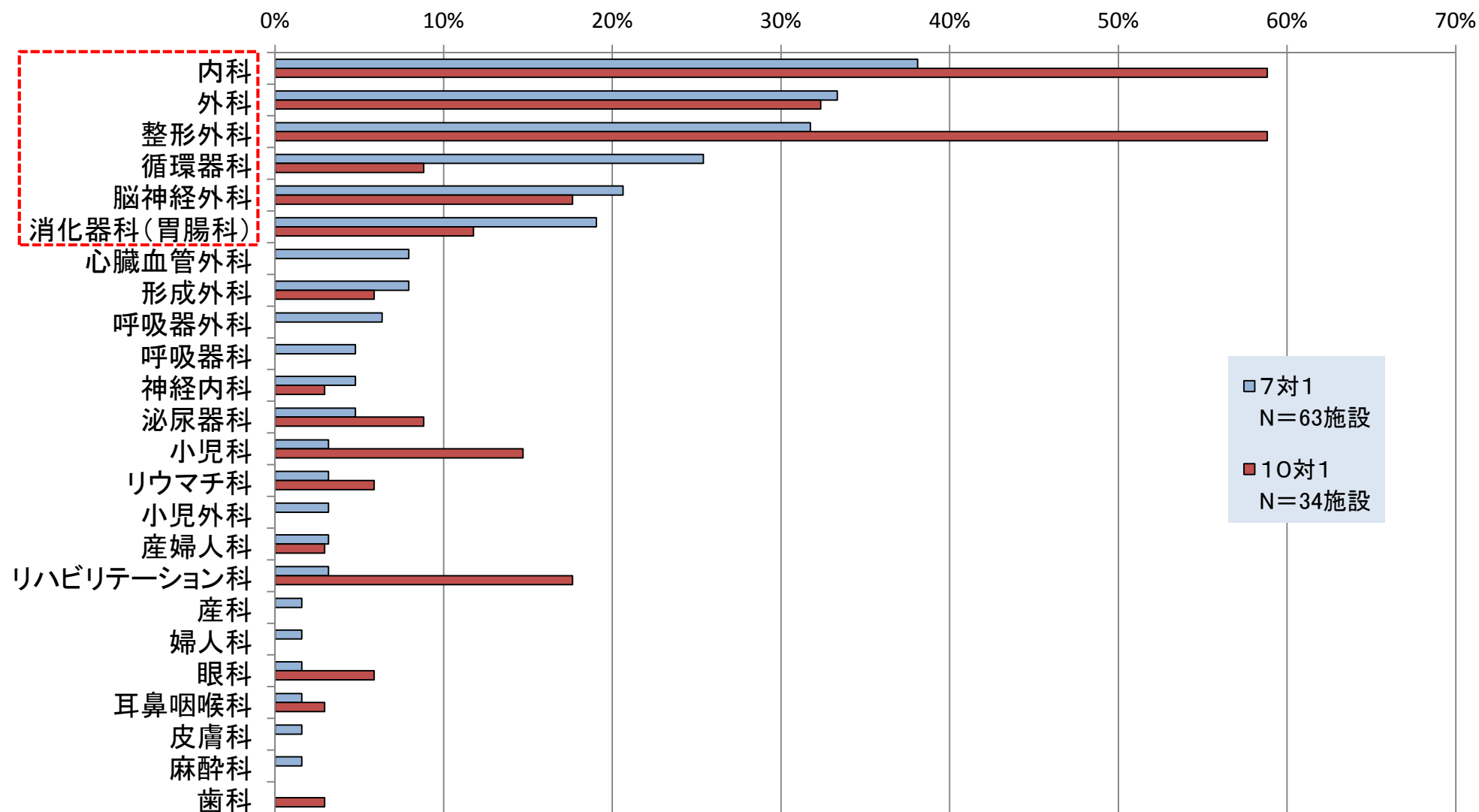


・理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。



## (参考)理学療法士を配置している病棟の特徴②

理学療法士を2名(専従と専任を合計した数)以上配置している7対1、10対1病棟の主な診療科(最も近似する診療科を3つまで)の割合



・理学療法士を2名以上配置している病棟の主な診療科目は、「内科」、「外科」、「整形外科」、「循環器科」、「脳神経外科」、「消化器科(胃腸科)」が多い。

# 早期リハビリテーションの充実における課題と論点

## －急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止－

### 【課題】

- 入院中にADLが低下した患者は、7対1病院で約3.7%、10対1病院で約4.1%存在する。
- 入院時にADLが自立している患者の場合、在院日数が長いほど退院時にADLが低下している値が大きい。また、65歳以上の患者の方がADLの変化が大きい。
- 早期からのリハビリテーションによりADLが改善する報告や、理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの向上、入院日数の短縮につながったという報告があるが、専従理学療法士の病棟配置状況は、7対1病棟で2.1%、10対1病棟で6.1%にとどまっている。
- 理学療法士を2名以上配置している病棟は、「循環器系の疾患」、「新生物」、「消化器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」の患者を多くみている病棟が多い。

### 【入院医療等分科会とりまとめ】

1. 一般病棟入院基本料の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
  - (3) その他の指標について
    - ②救急搬送される患者に高齢者が増えていることを踏まえ、急性期病棟におけるADLの低下や関節拘縮等の予防、そのための早期からのリハビリテーション等による介入ができる体制整備が必要である。ただし、リハビリテーションの実施により、かえって入院期間が長期化してしまうことのないような規定を設けた上で、評価する指標を検討する必要がある。



### 【論点】

- ADLの低下防止を目的として、リハビリテーションの設備と人材を有する医療機関において、循環器系の疾患、新生物、消化器系の疾患等の患者が多く、65歳以上の患者が●割以上の急性期病棟(7対1、10対1病棟)に理学療法士等のリハビリテーションの専門職を配置した場合の評価についてどのように考えるか。
- また、リハビリテーションの専門職を配置した病棟(7対1、10対1病棟)では、例えば「入院時に比べ退院時にADLが低下した者の割合が●%以下」等の具体的数値目標を評価の要件とすることについて、どのように考えるか。

# 1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

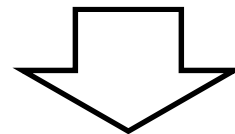
4. 維持期リハビリテーションについて

# 早期リハビリテーションの充実における課題と論点

－外来リハビリテーションにおける初期加算、早期加算－

## 【課題】

- 発症早期からのリハビリテーションについては「リハビリテーション初期加算(14日まで)」と「早期リハビリテーション加算(30日まで)」で評価されているが、算定は入院中の患者に限定される。
- 一方、リハビリテーションの計画は入院・外来の区別無く作成されている。
- 介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なリハビリテーションを評価している。
- また、これまで医療機関の連携を推進するため、救急患者については、紹介と受入の両方を評価している。



## 【論点】

- 初期加算・早期加算について、地域連携診療計画管理料の対象となっている大腿骨頸部骨折及び脳卒中に限り、退院後、外来でも当該加算を算定可能とし(ただし、算定日数は入院と外来での算定日数を通算したものとする)、入院と外来のリハビリテーションが別の医療機関で行われる場合は、外来リハビリテーションを提供する医療機関へ早期に紹介した場合を評価することについてどのように考えるか。

# リハビリテーションの充実

平成24年  
診療報酬改定

## 早期リハビリテーションの評価

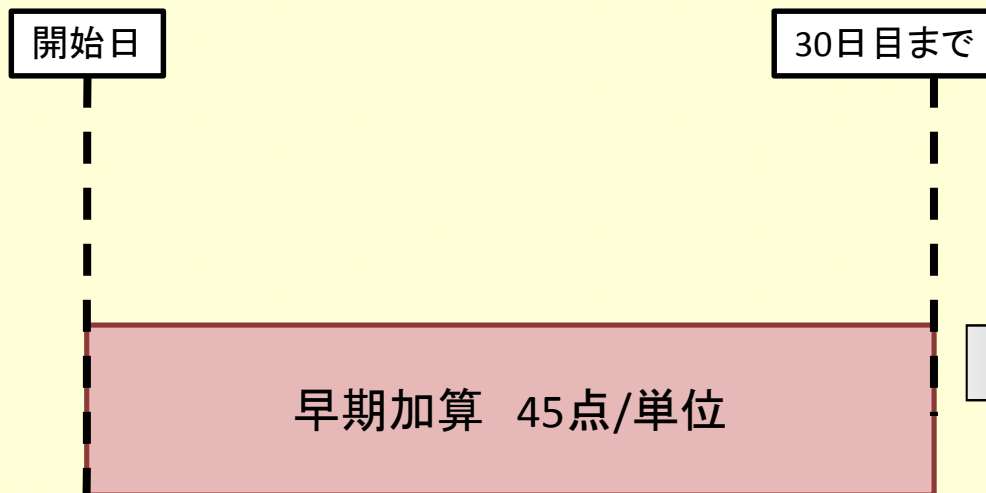
➤ 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

(新) リハビリテーション初期加算 45点 (14日目まで)

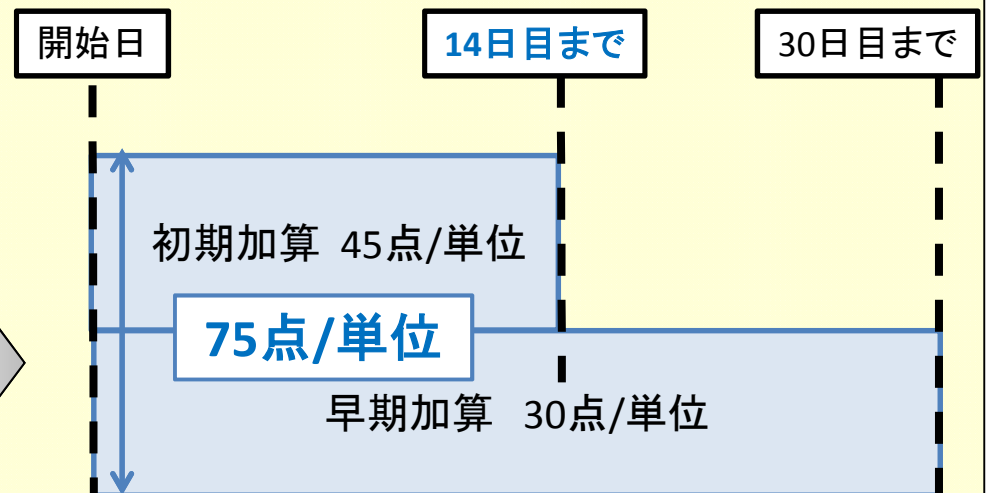
(改) 早期リハビリテーション加算 45点 → 30点 (30日目まで)

- ・ リハビリテーション初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。
- ・ リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は併算定可能。
- ・ 算定は入院中の患者に限定。

【現行】

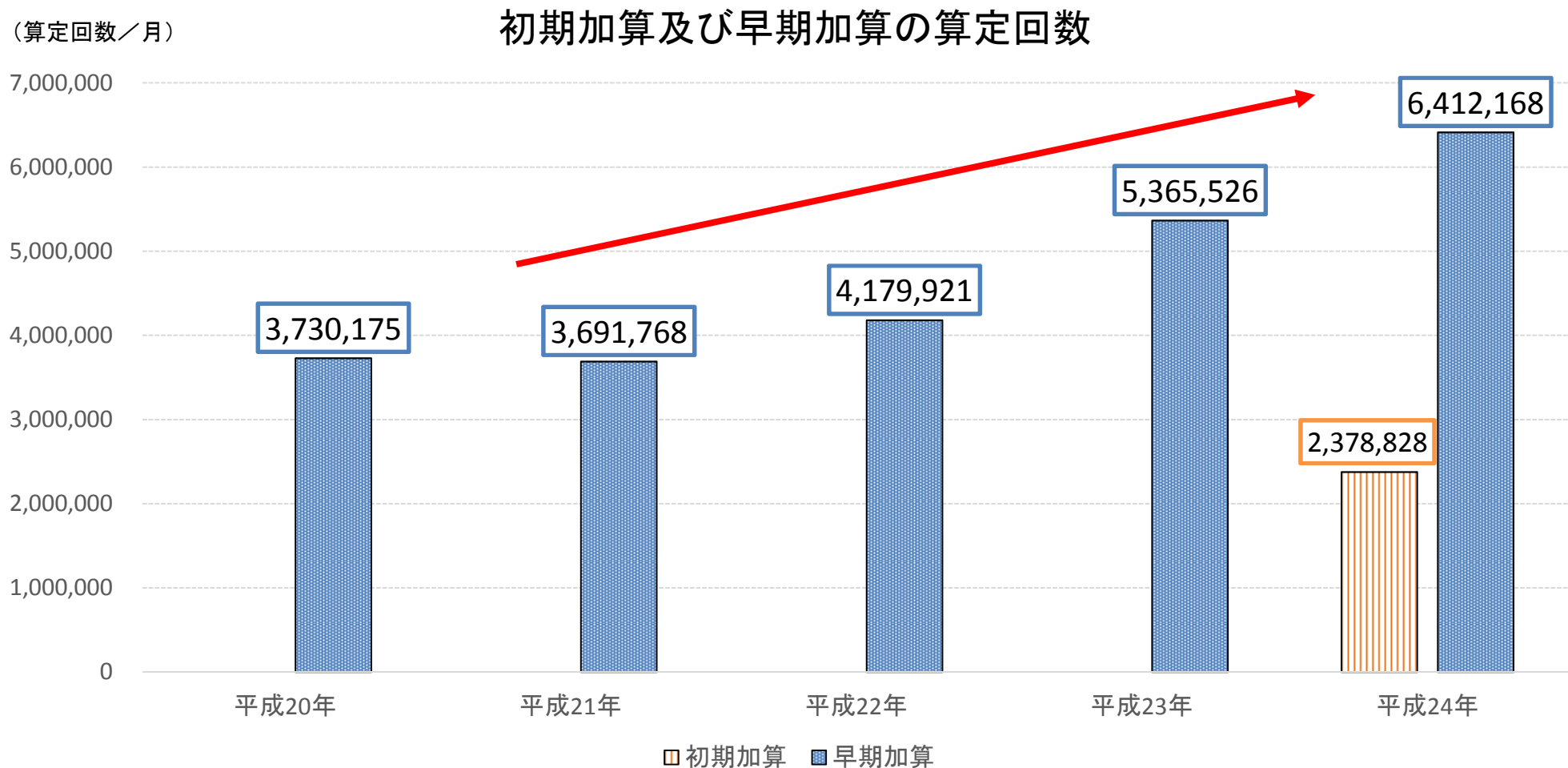


【改定後】



疾患別リハビリテーションの初期加算・早期加算は、入院中の患者に限られる。

# 疾患別リハビリテーションにおける初期加算・早期加算の算定状況



・初期加算・早期加算の算定回数は、年々増加している。

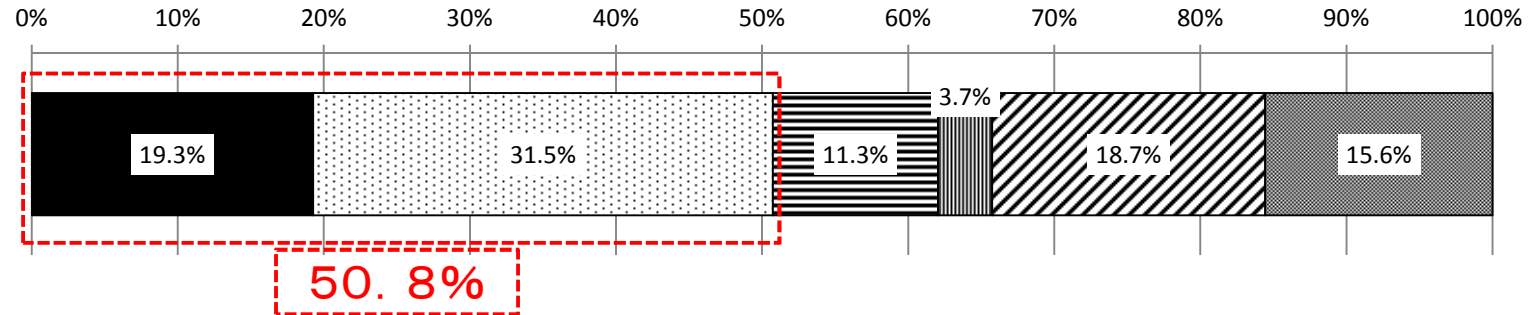
# 初期加算の効果

## 初期加算の効果

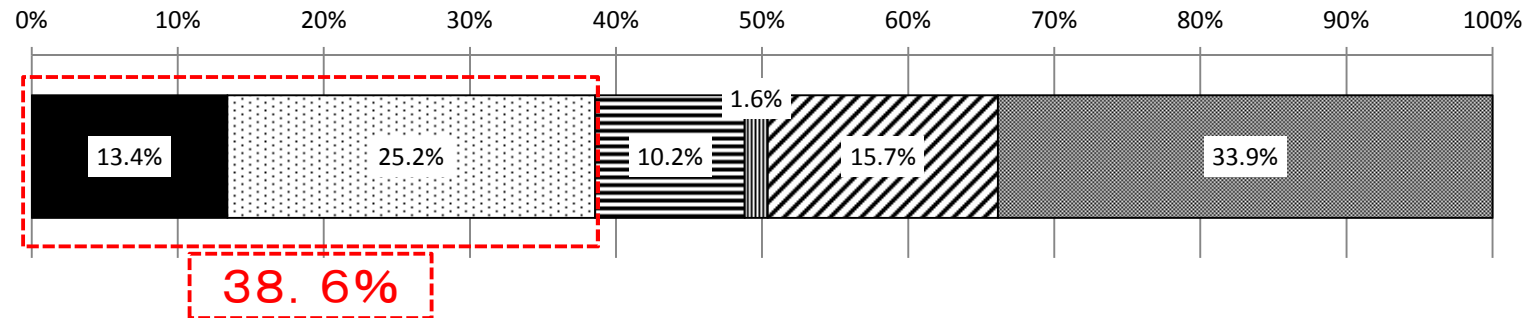
質問内容：

初期加算の導入により、より早い時期からリハビリテーションが開始されるようになった。  
または早期にリハビリテーションを開始される患者が増えたなど、主観的な評価として質問

【病院】  
(n=540)



【診療所】  
(n=127)



■非常に効果があった □まあまあ効果があった ▣あまり効果はなかった ▤まったく効果はなかった ▥どちらともいえない ■無回答

・初期加算の効果について、「非常に効果があった」、「まあまあ効果があった」の合計は、病院で50.8%、診療所で38.6%であった。

# 地域連携診療計画管理料の概要

地域連携診療計画管理料の概要	
評価内容	<p>・<u>転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、計画管理病院が、あらかじめ地域連携診療計画を作成し、治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、患者に対して、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、文書により提供するとともに、当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定</u></p> <p>※<u>介護サービス事業所…介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所</u></p>
対象疾患	<p>・<b>大腿骨頸部骨折</b>(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合) ・<b>脳卒中</b>(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合)</p>
点数	900点(転院時又は退院時に1回)

・地域連携診療計画管理料では、大腿骨頸部骨折と脳卒中のパスの評価を行っており、リハビリテーションの地域連携も含まれている。



# (参考)介護報酬における短期集中リハビリテーション実施加算について

短期集中リハビリテーション実施加算の概要			
介護 保険 サービス	介護老人保健施設	通所リハビリテーション	
	【イメージ】 医療機関、家庭 等から入所	老健 退所	自宅 通所リハ
	施設サービス	通所サービス	
評価 内容	・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的にリハビリテーション(20分以上の個別リハビリテーション)を行った場合	・医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的にリハビリテーション(20分以上の個別リハビリテーション)を行った場合	
算定 期間	入所日から3月以内	退院(所)日又は認定日から 1月以内	退院(所)日又は認定日から 1月を超え3月以内
主な 算定 要件	週3日以上: 20分以上の個別リハビリテーションを実施	週2回以上 1回40分以上の個別リハビリ テーションの実施	週2回以上 1回20分以上の個別リハビリ テーションの実施
		リハビリテーションマネジメント加算※を算定	
点数	240単位(1日につき)	120単位(1日につき)	60単位(1日につき)

※リハビリテーション実施計画を策定し、月4回以上の通所した場合に算定

・介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なりハビリテーションを評価している。

## 地域連携の推進に関する評価の例 救急搬送患者の地域連携

平成24年  
診療報酬改定

- 救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算の引き上げを行うとともに、
- ① 対象とする患者の要件を入院5日以内から7日以内に拡大、
  - ② 療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料で受入加算を算定可能とする、
  - ③ 紹介加算、受入加算いずれか1つのみ届出可能であったものを、同一医療機関で紹介加算、受入加算の双方を届出可能とすることとし、救急搬送患者の早期の転院支援を一層推進する。

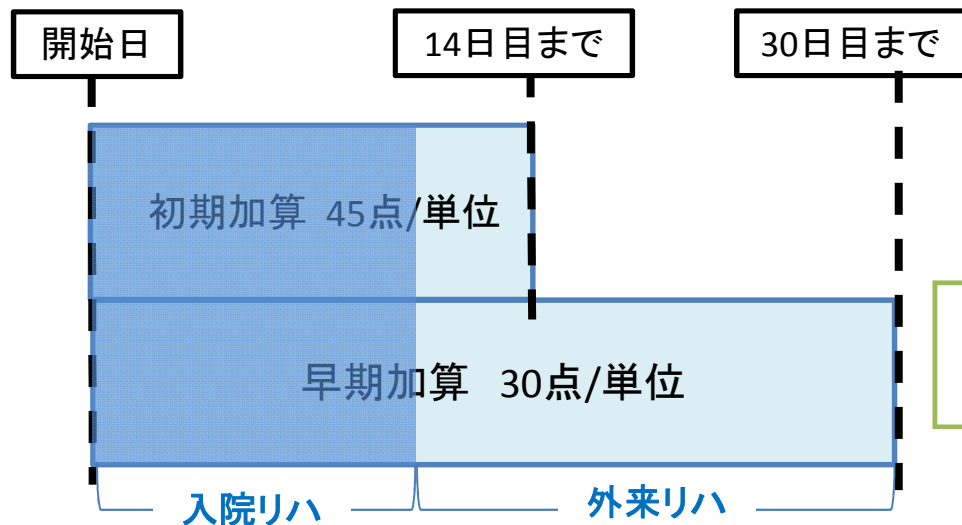
(改) 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点→1,000点

(改) 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点→2,000点

・紹介と受入の両方を評価することにより、医療機関の連携を進めることとしている。

# 外来のリハビリテーションへの早期移行に向けた評価について(案)

現行



入院中のみ算定可能

今後のイメージ

開始日      14日目まで      30日目まで

入院リハと外来リハが同一医療機関の場合

初期加算 45点/単位

早期加算 30点/単位

入院リハ

外来リハ

入院・外来にかかわらず算定

入院リハと外来リハが別の医療機関の場合

初期加算 45点/単位

早期加算 30点/単位

入院リハ

外来リハ

他院外来への紹介を評価

他院外来でも初期加算・早期加算の残り日数を算定可。

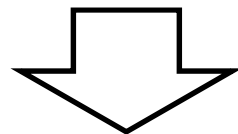
・外来でも初期加算・早期加算を算定可能とし、さらに、リハビリテーションの計画を共有した上で、他院外来へ紹介した場合も評価することにより、早期の外来リハビリテーションへの移行を目指す。

## 早期リハビリテーションの充実における課題と論点

－外来リハビリテーションにおける初期加算、早期加算－

### 【課題】

- 発症早期からのリハビリテーションについては「リハビリテーション初期加算(14日まで)」と「早期リハビリテーション加算(30日まで)」で評価されているが、算定は入院中の患者に限定される。
- 一方、リハビリテーションの計画は入院・外来の区別無く作成されている。
- 介護報酬では、施設・通所にかかわらず短期の集中的なリハビリテーションを評価している。
- また、これまで医療機関の連携を推進するため、救急患者については、紹介と受入の両方を評価している。



### 【論点】

- 初期加算・早期加算について、地域連携診療計画管理料の対象となっている大腿骨頸部骨折及び脳卒中に限り、退院後、外来でも当該加算を算定可能とし(ただし、算定日数は入院と外来での算定日数を通算したものとする)、入院と外来のリハビリテーションが別の医療機関で行われる場合は、外来リハビリテーションを提供する医療機関へ早期に紹介した場合を評価することについてどのように考えるか。

# 1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

**3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行**

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し

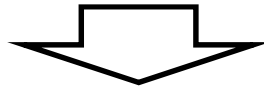
4. 維持期リハビリテーションについて

# 早期リハビリテーションの充実における課題と論点

## －運動器リハビリテーションの外来への早期移行－

### 【課題】

- 運動器リハビリテーション I の算定対象者は、入院患者に限定されている。
- 運動器疾患の加療のため入院した患者も、在院日数は障害の部位によりそれぞれ異なり、短期間(1週間以内)で退院する患者も一定程度みられる。
- リハビリテーションの計画は入院・外来の区別なく作成され、退院後も外来で一連のリハビリテーションとして行われている。



### 【論点】

○運動器リハビリテーション料 I について、リハビリテーションの実施状況を踏まえ、他の疾患別リハビリテーションと同様、外来患者についても算定可能とすることについて、どのように考えるか。

# 運動器リハビリテーションの施設基準等について

		運動器リハビリテーション		
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数		175点	165点	80点
	要介護被保険者等の場合	158点	149点	80点
人員配置	医師	専任の常勤 1名		
	PT/OT等	PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	① PT:2名以上 ② OT:2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ①②のいずれかを満たすこと
設備		病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上	病院・診療所: 45㎡以上	
対象患者		①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 ②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及び日常生活能力の低下を来している患者 <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         ※運動期リハビリテーションⅠは入院中のみ、算定可                          (心大血管疾患、脳血管疾患等、呼吸器リハビリテーションは入院・外来区別なく算定可)                     </div>		
算定日数上限		150日		

## 運動器リハビリテーションの評価

大腿骨頸部骨折の手術後等における運動器リハビリテーションについては、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

**① 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）****175点（1単位につき）**

[算定要件]

入院中の患者に対し、急性期のリハビリテーションを個別に20分以上提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。



# (運動器疾患の部位別)在院日数の分布について①

## ◆調査概要◆

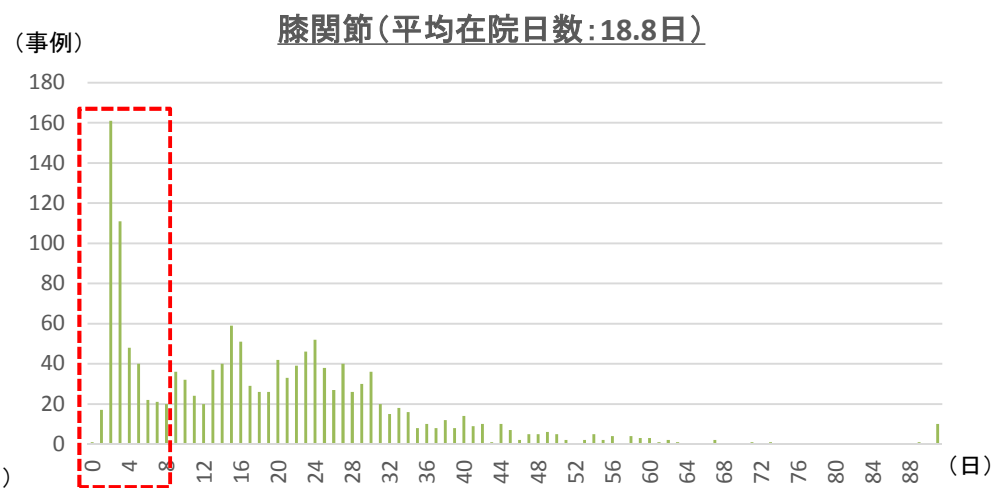
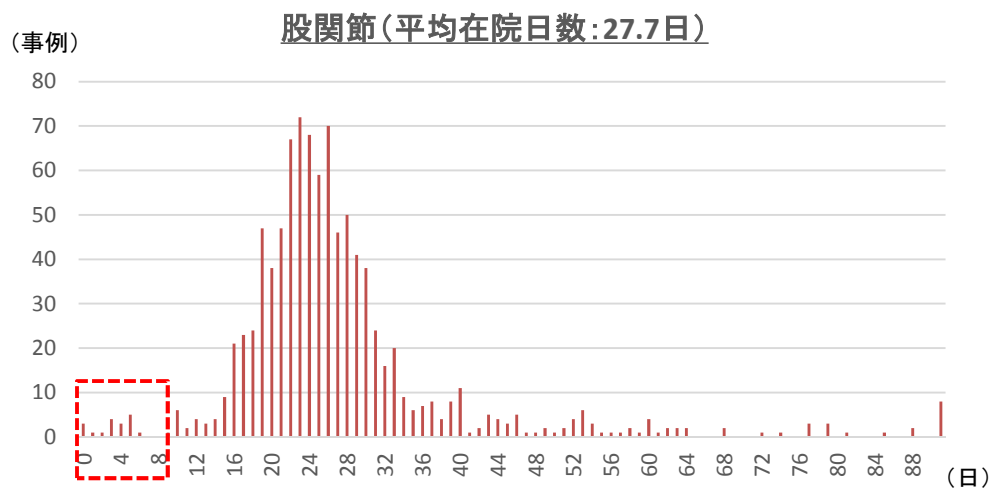
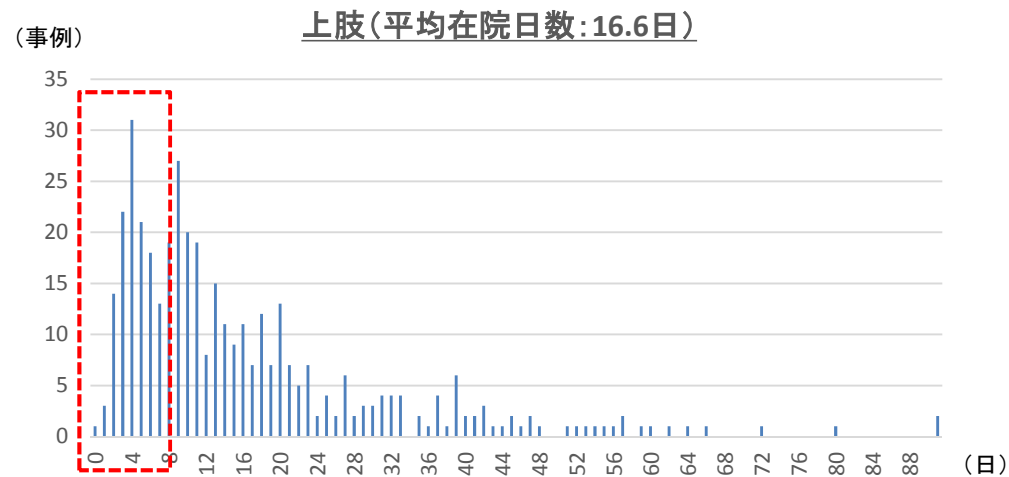
対象:

運動器リハ算定事例 n=5,747 (手術の有無の区別無し)

上肢 : 400事例  
 股関節 : 950事例  
 膝関節 : 1,463事例  
 下腿・足関節 : 476事例  
 脊椎 : 1,285事例  
 骨盤 : 212事例  
 大腿骨 : 961事例

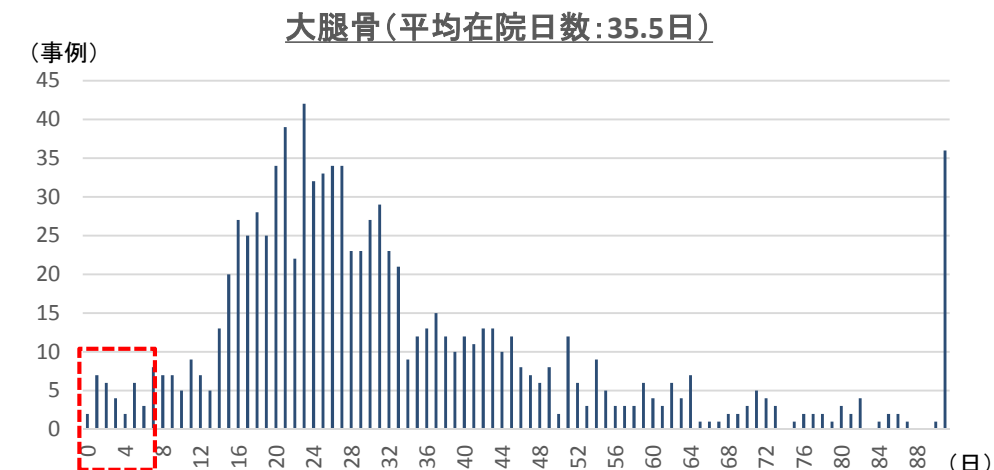
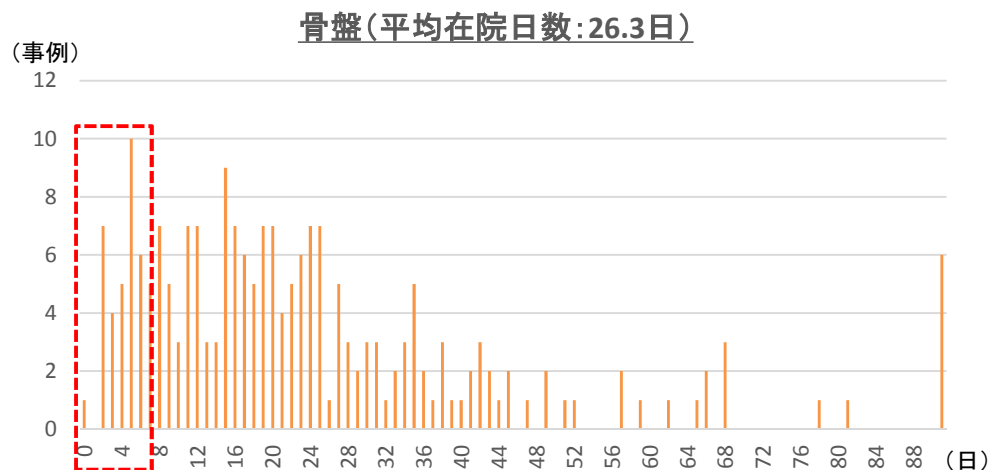
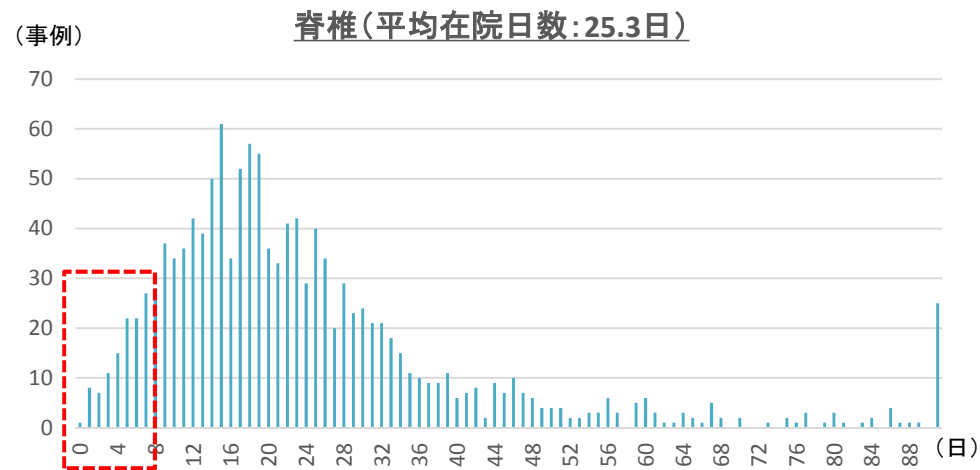
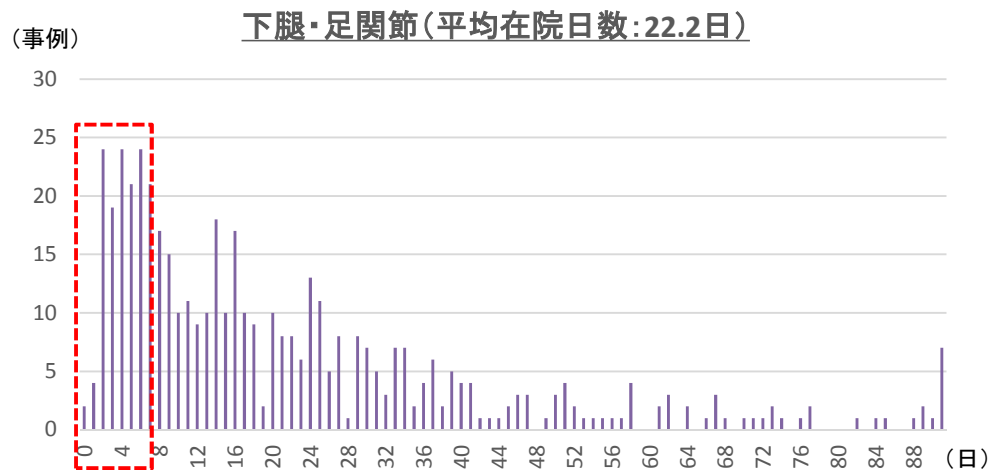
対象期間:

平成20年4月から平成25年10月



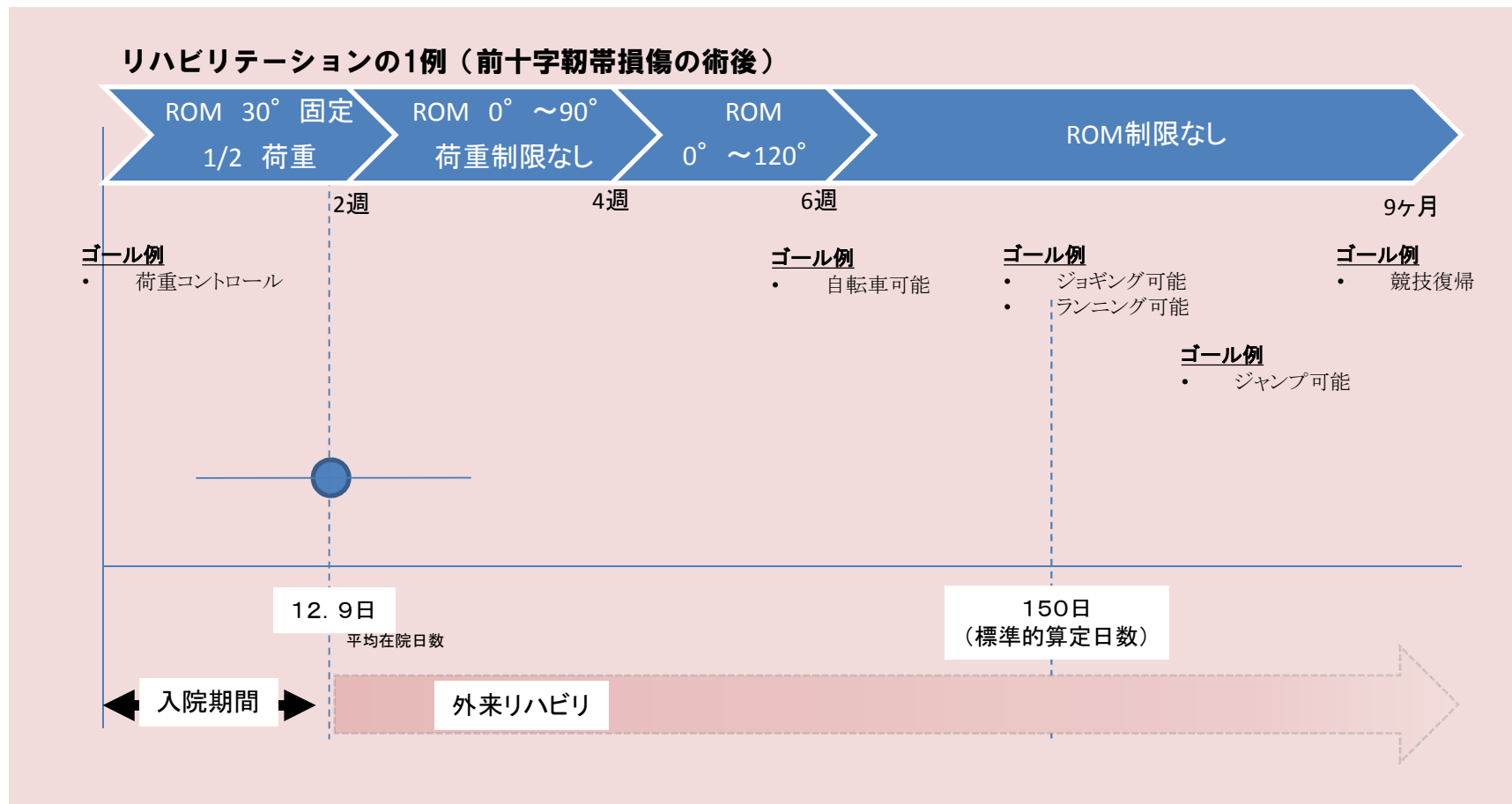
・運動器疾患の部位別にみると、一週間以内に退院している患者も一定程度いる。

## (運動器疾患の部位別)在院日数の分布について②



・運動器疾患の部位別にみると、一週間以内に退院している患者も一定程度いる。

リハビリテーションの事例：  
 スポーツ復帰を目指したリハビリテーション（前十字靭帯損傷の術後）



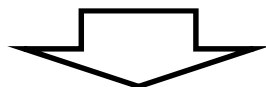
※1: 参考にしたリハビリテーション: 臨床スポーツ医学編集委員会「スポーツ外傷・障害の理学診断理学療法ガイド」文光堂 2003年  
 ※2: 平均在院日数は、**前十字靭帯損傷n=314例**に基づく(日本理学療法士協会 調べ)

・リハビリテーションは、入院・外来の区別なく作成されており、退院後も、入院のリハビリテーションと同様の機能改善を目的とした治療の継続が必要とされている。

## 早期リハビリテーションの充実における課題と論点 ー運動器リハビリテーションの外来への早期移行ー

### 【課題】

- 運動器リハビリテーション I の算定対象者は、入院患者に限定されている。
- 運動器疾患の加療のため入院した患者も、在院日数は障害の部位によりそれぞれ異なり、短期間(1週間以内)で退院する患者も一定程度みられる。
- リハビリテーションの計画は入院・外来の区別なく作成され、退院後も外来で一連のリハビリテーションとして行われている。



### 【論点】

○運動器リハビリテーション料 I について、リハビリテーションの実施状況を踏まえ、他の疾患別リハビリテーションと同様、外来患者についても算定可能とすることについて、どのように考えるか。

## 1. 早期リハビリテーションの充実

- 1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止
- 2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算
- 3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

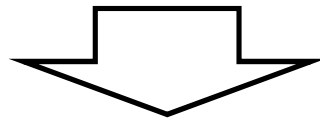
## 2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

3. 廃用症候群の評価の見直し
4. 維持期リハビリテーションについて

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

### 【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任医師1名の配置が要件となっているが、病棟専従の医師を配置している病棟では、ADLがより向上することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任社会福祉士等1名の配置が要件となっているが、病棟専従の社会福祉士を配置している病棟では、平均在院日数が短縮することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟において、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない医療機関が29.1%存在する。



### 【論点】

- 患者の早期機能回復、早期退院を促すため、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、病棟への専従の医師配置、病棟への専従の社会福祉士の配置を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、リハビリテーション充実のため、休日リハビリテーション提供体制加算を包括し要件とすることについて、どのように考えるか。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料について

	回復期リハビリテーション 病棟入院料1	回復期リハビリテーション 病棟入院料2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	—
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

## ＜参考＞ 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清掃	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

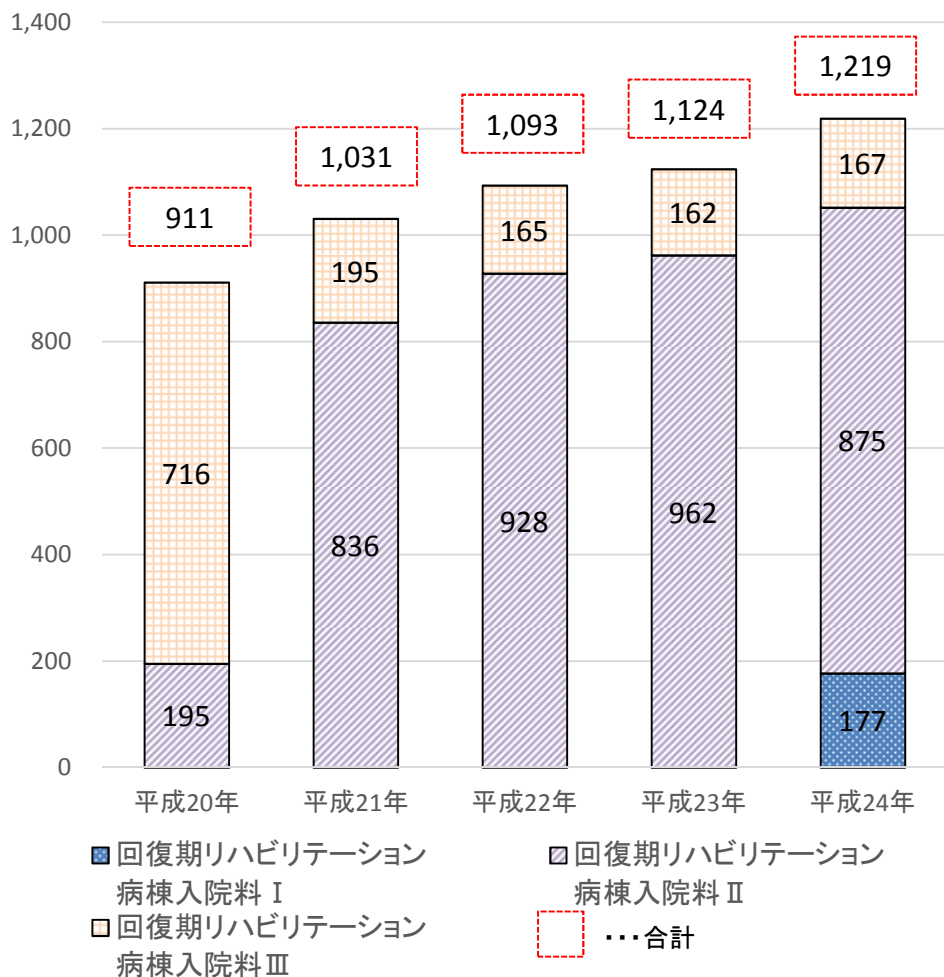
\* 得点:0～19点

\* 得点が低いほど、生活自立度が高い。

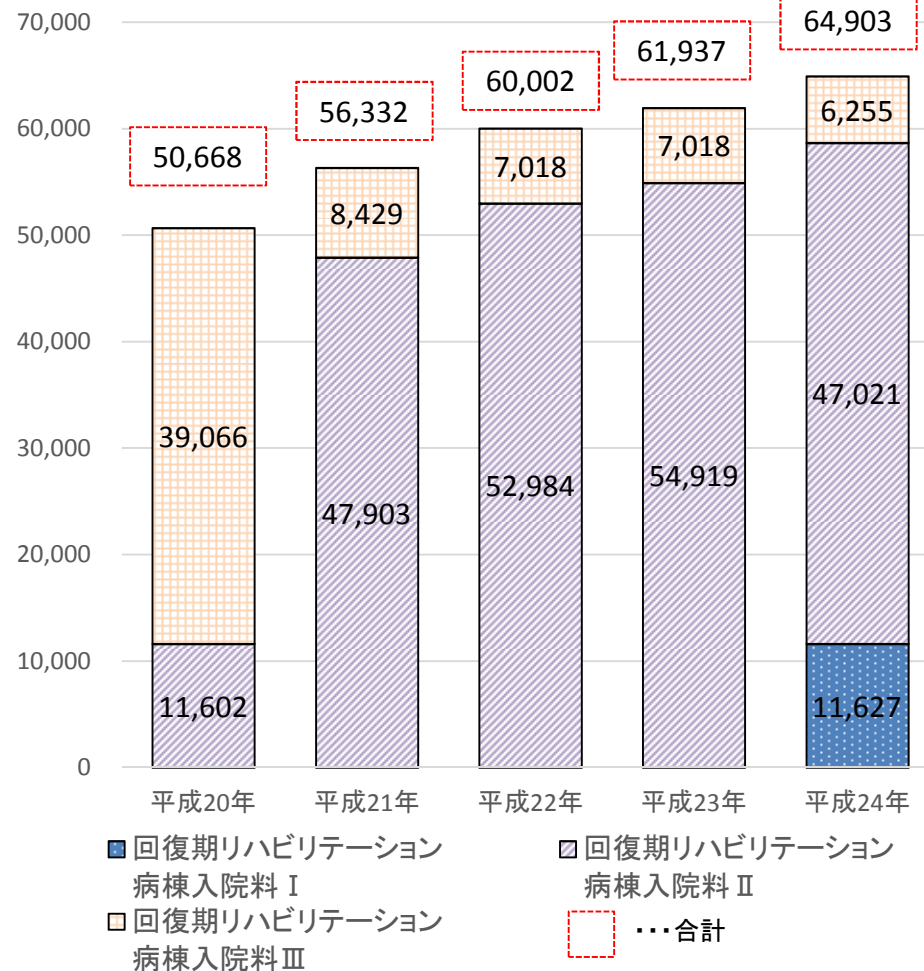


# 回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関数及び病床数の推移

## 届出医療機関数の推移



## 届出病床数の推移

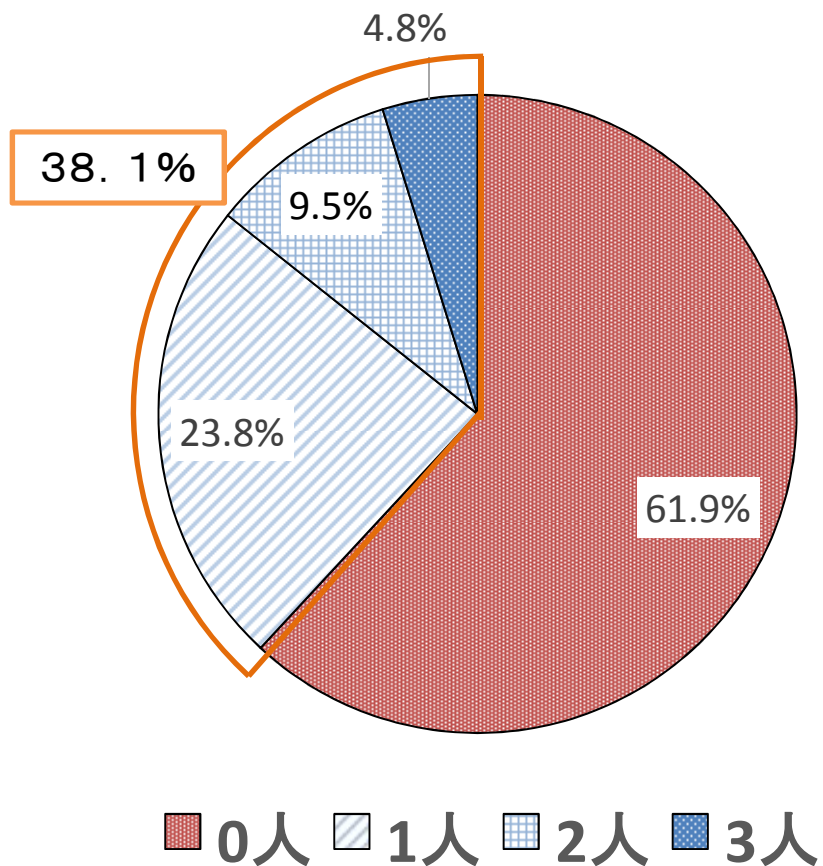


※平成20年から21年における届出医療機関数の推移について：  
平成20年4月より在宅復帰率・重症患者の受入割合等に着目し、病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を開始。要件を満たした医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅱの届出を行っている。

# 回復期リハビリテーション病棟1における専従医師の配置状況

N=42病棟

回復期リハビリテーション病棟入院料1における  
(専従)医師の配置状況



専従:原則として当該病棟の業務のみに従事する者

・回復期リハビリテーション病棟1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。

# 回復期リハビリテーション病棟における専従医師の配置の効果

専従医師の配置の有無による退棟時の患者※の日常生活機能評価の改善点数(入棟時との比較)の分布

**専従医師あり**  
(30病棟・185人)

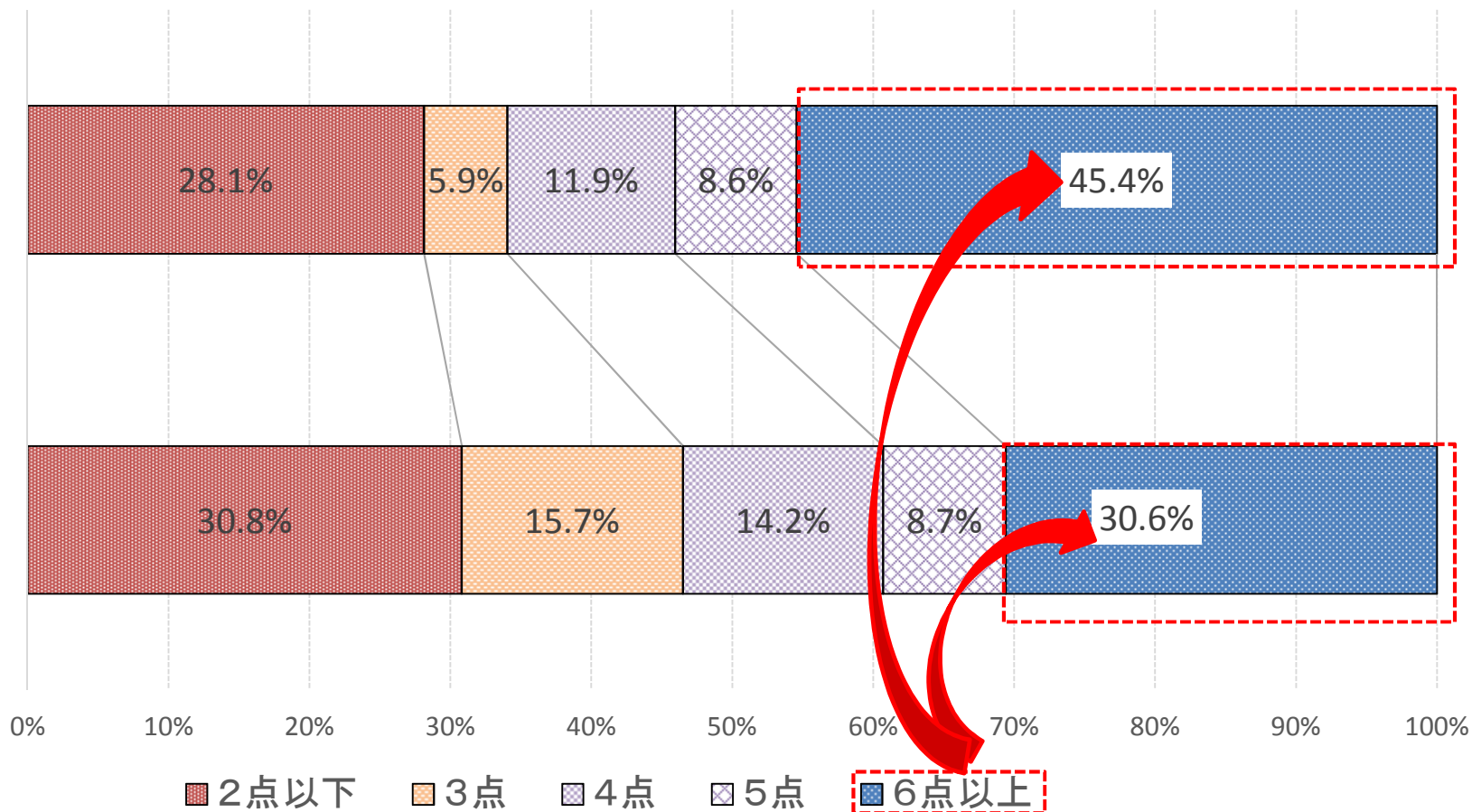
**30病棟の内訳**

入院料1: 15病棟、86人  
入院料2: 11病棟、87人  
入院料3: 4病棟、12人

**専任医師のみ**  
(95病棟・458人)

**95病棟の内訳**

入院料1: 32病棟、188人  
入院料2: 50病棟、223人  
入院料3: 13病棟、47人



※入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者を対象

・回復期リハビリテーション病棟は専任医師の配置が要件となっているが、専従医師を配置している病棟は、専任医師を配置している病棟より、退棟時の患者の日常生活機能が改善されている。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料について

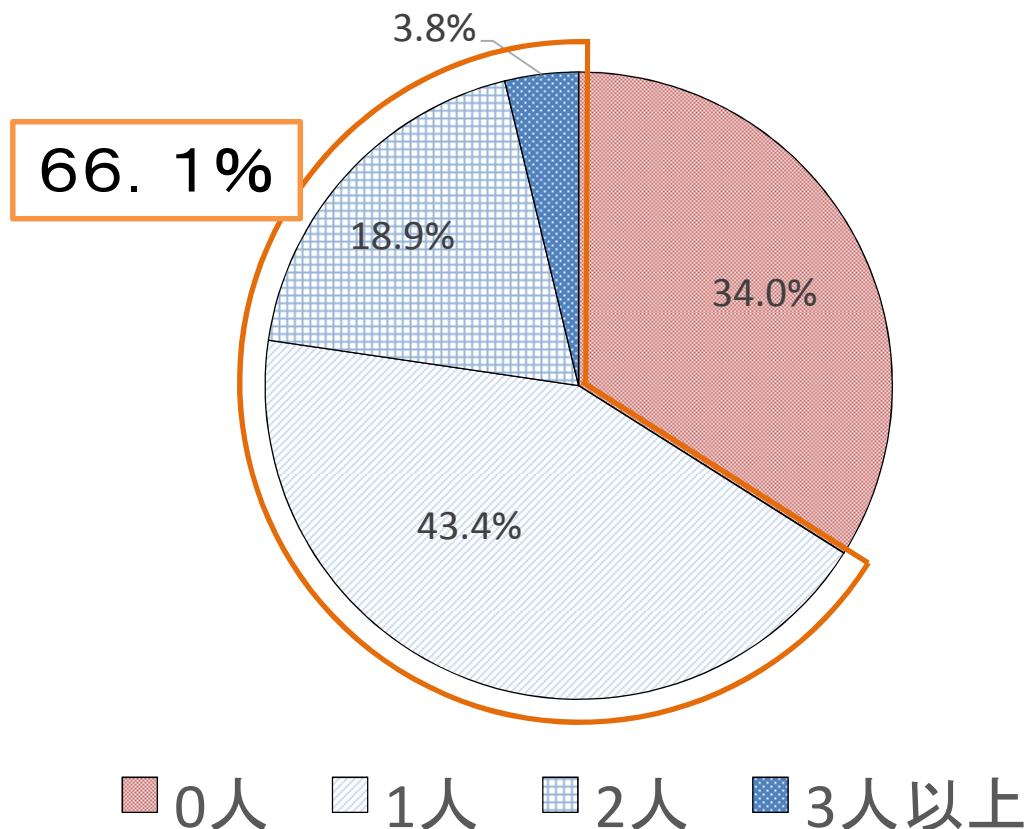
	回復期リハビリテーション 病棟入院料1	回復期リハビリテーション 病棟入院料2	回復期リハビリテーション 病棟入院料3
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上
看護補助者の 配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上
その他の職種の 配置	専任医師1名以上、 専従理学療法士3名以上、 専従作業療法士2名以上、 専従言語聴覚士1名以上、 専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上	専任医師1名以上、 専従理学療法士2名以上、 専従作業療法士1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が 1割5分以上	重症患者が2割以上	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	—
重症患者の退院時 日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—
その他	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (回りハ3と併存不可)	病棟単位で届出 (新規以外、回りハ1・2と併存不可)
点数	1,911点	1,761点	1,611点

※重症の患者：日常生活機能評価で10点以上の患者

# 回復期リハビリテーション病棟1における社会福祉士の配置状況

N=53病棟

回復期リハビリテーション病棟入院基本料1における  
(専従)社会福祉士の配置状況

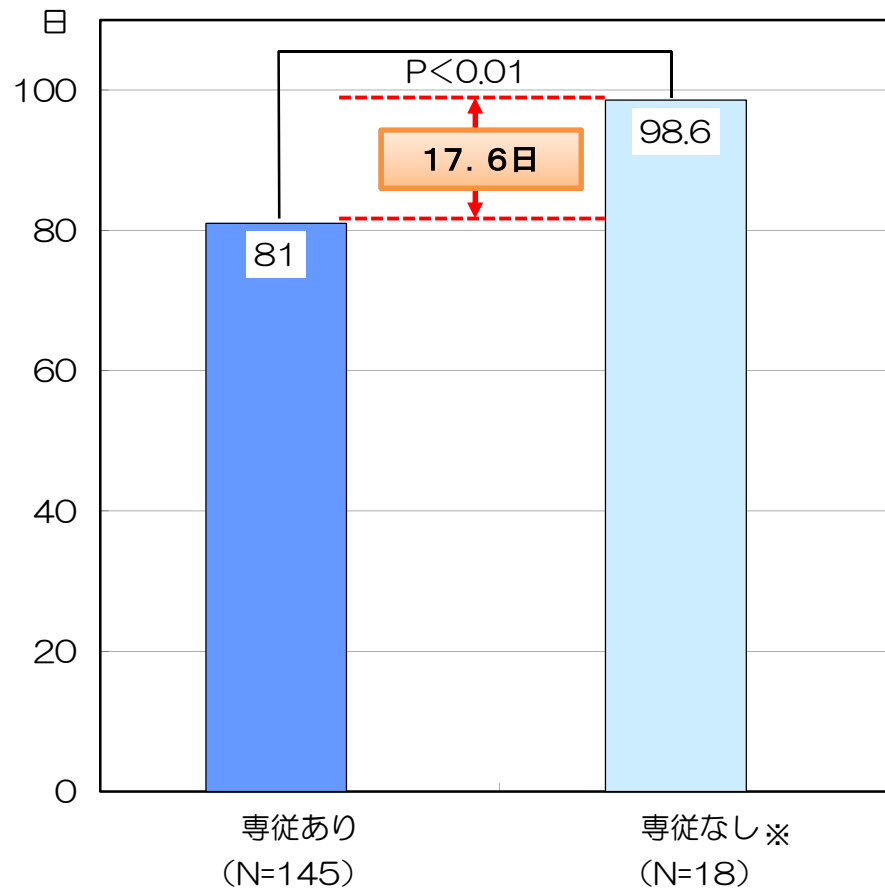


専従:原則として当該病棟の業務のみに従事する者

・回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%ある。

# 回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の病棟専従配置の効果 (2013年7月31日 回復期リハビリテーション病棟協会調査)

病棟専従の社会福祉士の有無と平均在院日数  
(回復期リハビリテーション病棟入院料1で休日リハビリテーション提供  
体制加算、リハビリテーション充実加算ありの病棟)



※専従なし:専任社会福祉士の配置

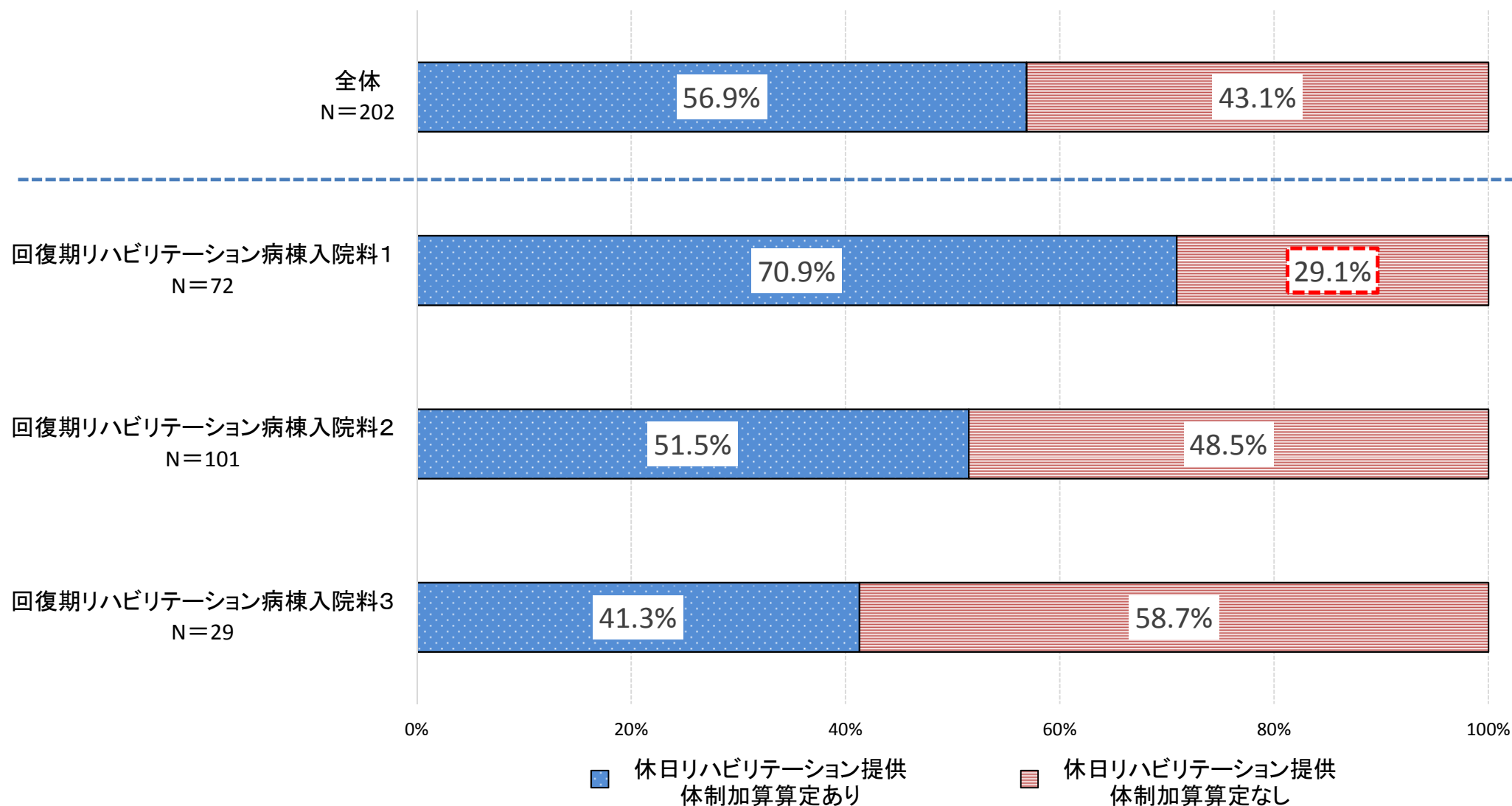
出典:回復期リハビリテーション病棟協会調査  
(2013年7月31日)より

・病棟専従の社会福祉士を配置する回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟では、平均在院日数が17.6日短縮している。

# 休日リハビリテーション提供体制加算の概要

休日リハビリテーション提供体制加算の概要	
評価内容	・入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価
施設基準	<p>①休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えている。 (休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とする)</p> <p>②専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置。</p> <p>③看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮する。</p>
点数	60点(患者一人一日につき)

# 回復期リハビリテーション病棟の加算の算定状況(入院料区分別)

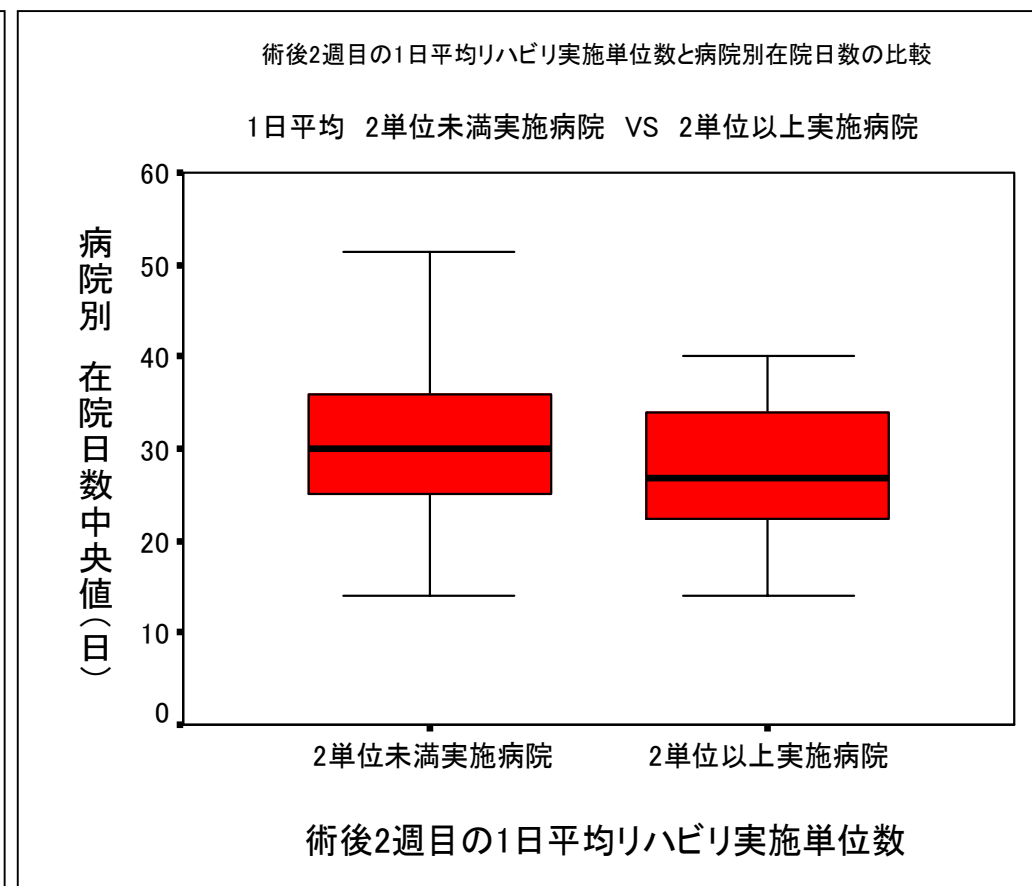
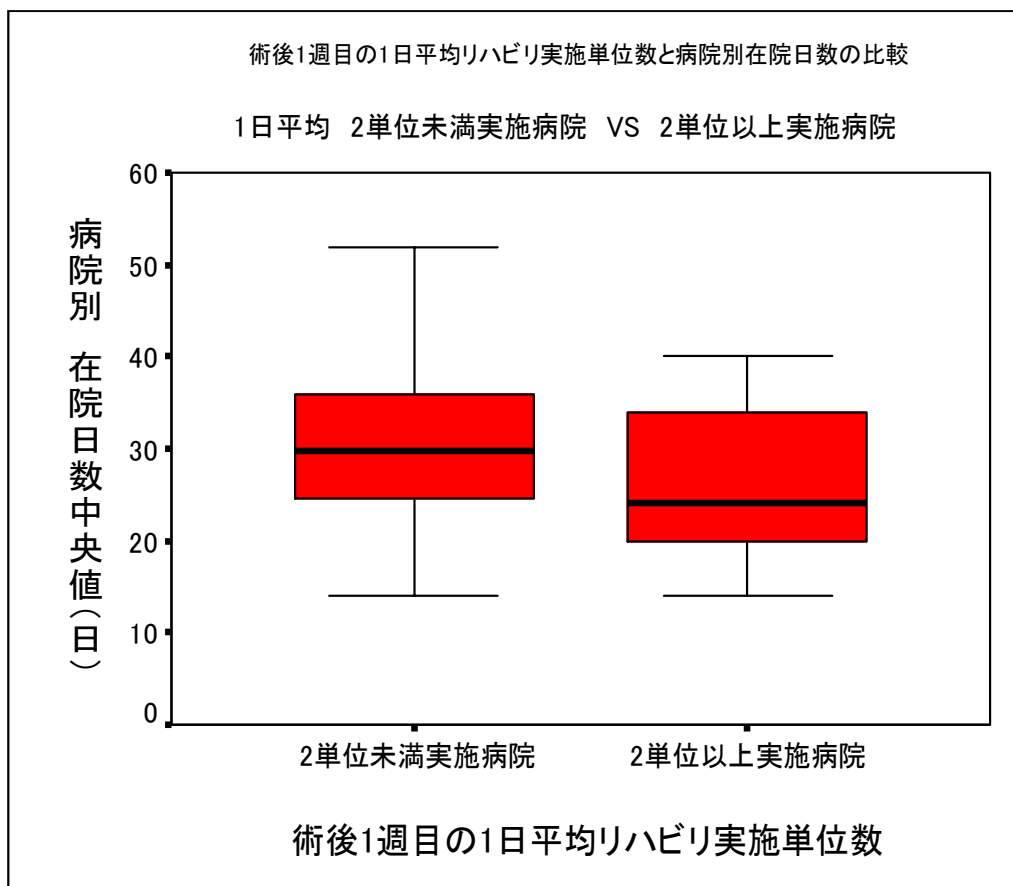


・回復期リハビリテーション病棟入院料1であっても、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない病棟が29.1%を占める。



# 術後早期に開始するリハビリテーションの有用性について

中医協 総 - 1 - 1  
2 3 . 1 2 . 7



術後1週間目の1日あたり平均リハビリ実施単位数と在院日数

	度数	在院日数	標準偏差	P値
2単位未満	198	<b>30.7</b>	9.1	0.033
2単位以上	17	<b>25.8</b>	7.9	

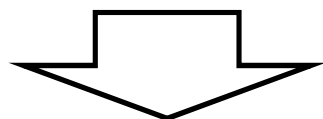
術後2週間目の1日あたり平均リハビリ実施単位数と在院日数

	度数	在院日数	標準偏差	P値
2単位未満	149	<b>31.4</b>	9.6	0.015
2単位以上	66	<b>28.1</b>	7.6	

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しにおける課題と論点

### 【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任医師1名の配置が要件となっているが、病棟専従の医師を配置している病棟では、ADLがより向上することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の医師を配置している病棟は38.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1は、病棟専任社会福祉士等1名の配置が要件となっているが、病棟専従の社会福祉士を配置している病棟では、平均在院日数が短縮することが明らかになっている。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料1において、専従の社会福祉士を配置している病棟は66.1%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟において、休日リハビリテーション提供体制加算を算定していない医療機関が29.1%存在する。



### 【論点】

- 患者の早期機能回復、早期退院を促すため、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、病棟への専従の医師配置、病棟への専従の社会福祉士の配置を行った場合の評価について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、リハビリテーション充実のため、休日リハビリテーション提供体制加算を包括し要件とすることについて、どのように考えるか。

## 1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

## 2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

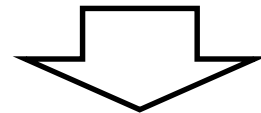
## 3. 廃用症候群の評価の見直し

## 4. 維持期リハビリテーションについて

# 廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

## 【課題】

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数は増加傾向であり、脳血管疾患等リハビリテーションを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者数の割合が5割を超える医療機関は41.7%となっている。
- 廃用症候群の理由は手術後が約3割、手術以外が約7割を占める。このうち、手術後については、心大血管、運動器、呼吸器術後が入院で29%、外来で38%を占める。また、手術以外については、呼吸器系、循環器系、筋骨格系割合が59%を占める。
- 廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることも想定される。
- 廃用症候群に係る評価表、廃用症候群に係る実績報告書には、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、廃用症候群に対するリハビリテーションとして適切に算定されているか検証することが困難である。



## 【論点】

○そもそも廃用症候群はその予防が重要であること、また、廃用症候群以外のリハビリテーション料を算定することが可能な場合は、当該リハビリテーション料を算定すべきであることから、廃用症候群に対するリハビリテーションを実施する場合には、それ以外のリハビリテーション料が適用にならない理由の記載欄を評価表や実績報告書に設け、その適用を厳格化することについてどのように考えるか。

# 脳血管疾患等リハビリテーションの主な施設基準等について

		脳血管疾患等リハビリテーション		
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数	廃用症候群以外の場合	245点	200点	100点
	廃用症候群の場合	235点	190点	100点
	要介護被保険者等で廃用症候群以外の場合	221点	180点	90点
	要介護被保険者等で廃用症候群の場合	212点	171点	90点
人員配置	医師	専任の常勤 2名	専任の常勤 1名	
	PT/OT等	① PT:5名以上 ② OT:3名以上 ③ ST:1名以上 (STを行う場合) ①~③の合計で10名以上	PT・OT・ST (STを行う場合) が各1名以上 合計4名以上	① PT:1名以上 ② OT:1名以上 ③ ST:1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと
設備	病院・診療所:160㎡以上 (STは個別療法室 8㎡以上)	病院: 100㎡以上、診療所:45㎡以上 (STは個別療法室 8㎡以上)		
対象患者	廃用症候群以外	①脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ②脳腫瘍, 脳膿瘍, 脊髄損傷, 脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 ③多発性神経炎, 多発性硬化症, 末梢神経障害その他の神経疾患の患者 ④パーキンソン病, 脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者 ⑤失語症, 失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者 ⑥難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 ⑦顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 ⑧外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって, 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		
	廃用症候群	○外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって, 治療開始時において, FIM 115以下, BI 85以下の状態等のもの		
算定日数上限		180日		

## FIM(機能的自立度評価表)

評価18項目 (各項目7段階評価:満点126点)	
セルフケア	1 食事
	2 整容
	3 清拭
	4 更衣(上半身)
	5 更衣(下半身)
	6 トイレ
排泄	7 排尿コントロール
	8 排便コントロール
移乗	9 ベッド、椅子、車椅子
	10 トイレ
	11 浴槽・シャワー
移動	12 歩行、車椅子
	13 階段
コミュニケーション	14 理解(聴覚的・視覚的)
	15 表出(言語的・非言語的)
社会認識	16 社会的交流
	17 問題解決
	18 記憶

## 評価点数

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

## BI(基本的生活動作)

評価項目	点数 (満点100点)	
食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える
	5点	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)
	0点	全介助
車椅子から ベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
整容	5点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	0点	部分介助または不可能
トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
入浴	5点	自立
	0点	部分介助または不可能
歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
階段昇降	10点	自立、手すりなどの使用の有無は問わない
	5点	介助または監視を要する
	0点	不能
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む
排尿コントロール	0点	上記以外
	10点	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
	5点	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0点	上記以外

# (参考) 廃用症候群とは

## 定義

- ・身体の不活動によって引き起こされる二次的な障害の総称
- ・廃用によって起こる様々な症候をまとめたもの
- ・明らかな診断基準はなく、タイプ分類や重症度分類もない

## 病態

- ・身体の不活動によって各生体器官、機能に変化が起こる
- ・「ギブス固定や不動化によって局所に起きる変化」と「身体活動の低下などによって全身に起こる変化」に分けられる

### 原因別にみた廃用症候群の諸症状 例:

#### I. 局所性廃用によるもの

- ①関節拘縮 ②廃用性筋萎縮( a. 筋力低下 b. 筋耐久性低下) ③骨粗鬆症—高カルシウム尿
- ④皮膚萎縮 ⑤褥瘡

#### II. 全身性廃用によるもの

- ①心肺機能低下(a. 心1回拍出量の低下 b. 頻脈 c. 1回呼吸量減少)
- ②消化器機能低下(a. 食欲不振 b. 便秘) ③易疲労性

#### III. 臥位・低重力によるもの

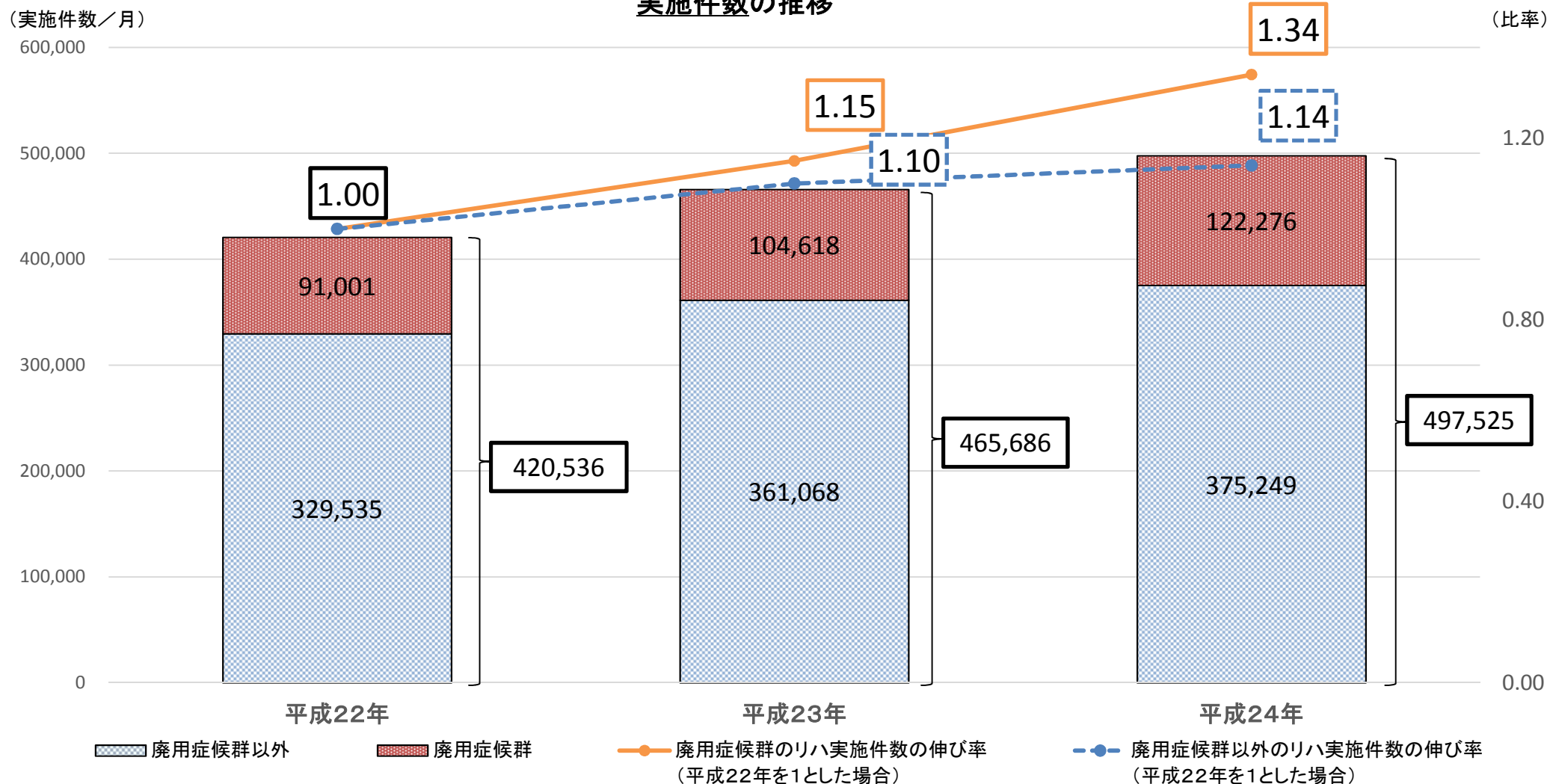
- ①起立性低血圧 ②利尿 ③ナトリウム利尿 ④血液量減少

#### IV. 感覚・運動刺激の欠乏によるもの

- ①知的活動低下 ②自律神経不安定 ③姿勢・運動調節機能低下

# 脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群)の算定状況について

## 脳血管疾患等リハビリテーションの 実施件数の推移

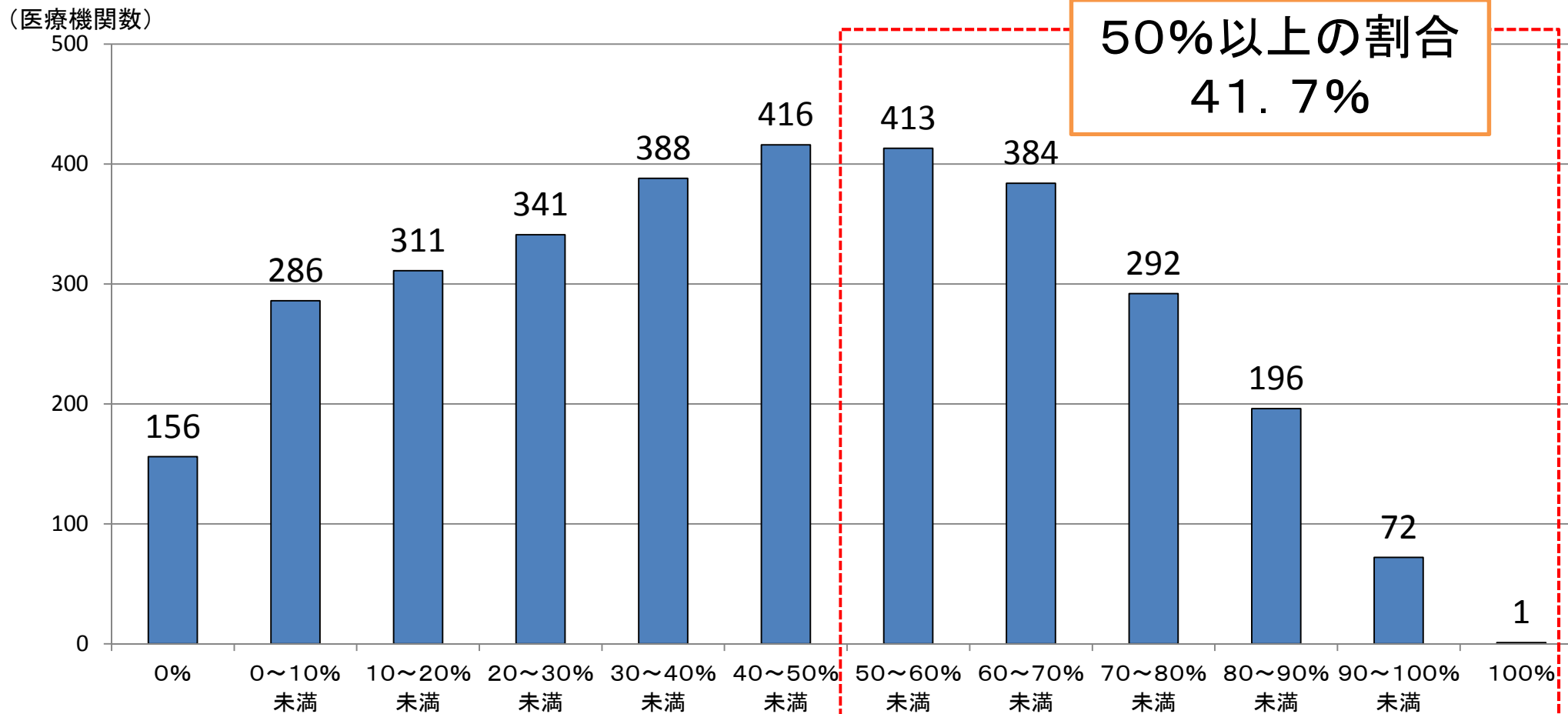


・脳血管疾患等リハビリテーションの実施件数は増加しており、特に廃用症候群のリハビリテーション実施件数の伸び率は、廃用症候群以外より高くなっている。



## (医療機関別)脳血管疾患等リハビリテーション新規患者数に占める廃用症候群の割合

集計対象医療機関:報告のあった医療機関(6,545機関)のうち、平成23年7月1日から平成24年6月30日までの脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数100人以上であった医療機関(3,256機関)を対象



(①のうち廃用症候群を算定した新規患者数/①1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数)

・1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数のうち、脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群)を算定した新規患者数の占める割合が、50%以上である医療機関が41.7%を占める。

# 患者が廃用症候群の対象となった理由

廃用症候群の理由別患者割合

出典：平成25年検証調査より

手術後      手術以外

## 入院

病院  
N=10, 286



診療所  
(N=108)



## 外来

病院  
(N=343)



診療所  
(N=92)



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

■ 手術後      □ 手術以外

### 手術後：

心大血管疾患の手術後、脳血管疾患の手術後、運動器の手術後、呼吸器疾患の手術後、  
その他の手術後：上記以外の手術後

### 手術以外：

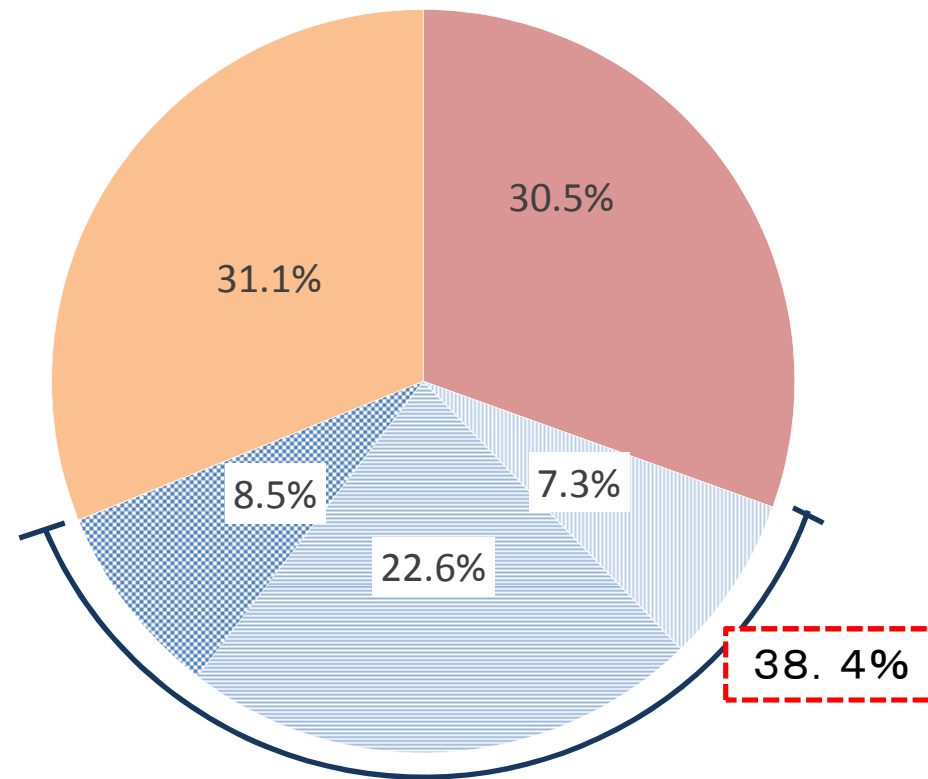
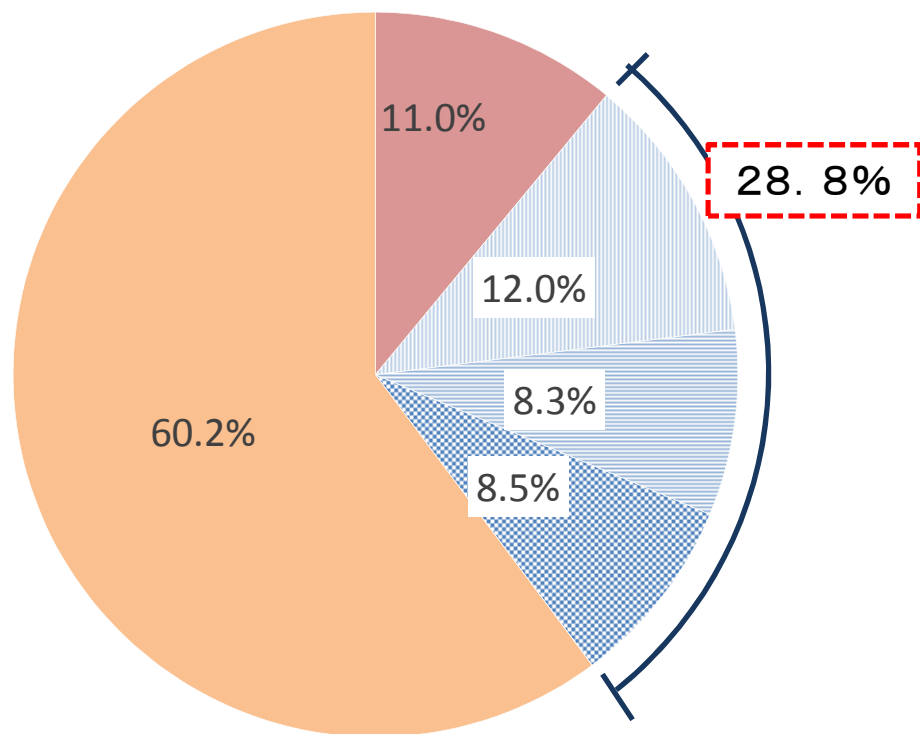
手術以外の治療（肺炎等の手術以外の治療）

・患者が廃用症候群の対象となった理由は、手術後が23.9%から40.2%、手術以外が59.8%から76.1%となっている。

# 廃用症候群の対象となった理由のうち手術後に関するものの内訳

入院患者 N=2,476

外来患者 N=164



- 脳血管疾患の手術後
- 運動器の手術後
- その他の手術後

- 心大血管疾患の手術後
- 呼吸器疾患の手術後

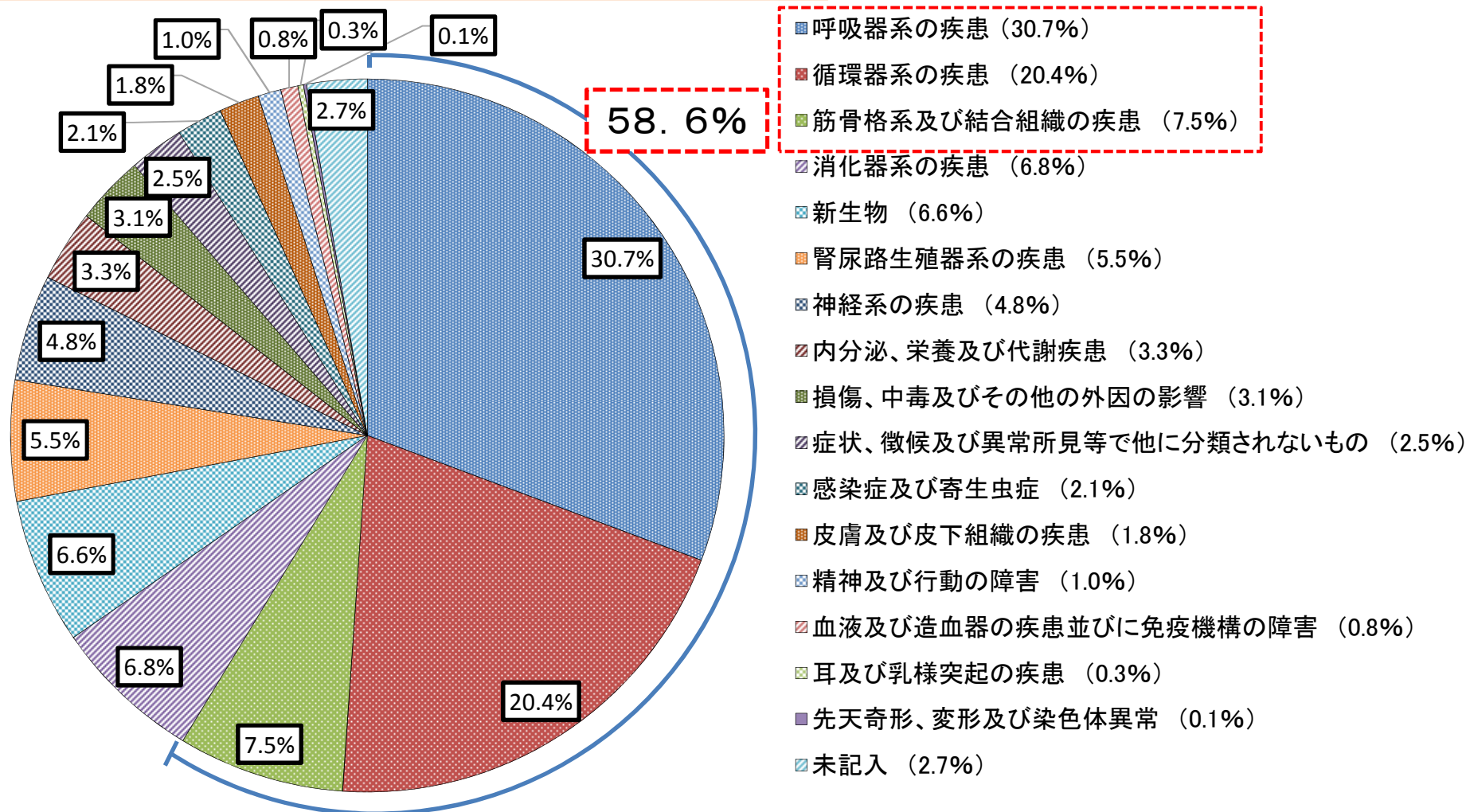
- 脳血管疾患の手術後
- 運動器の手術後
- その他の手術後

- 心大血管疾患の手術後
- 呼吸器疾患の手術後

・廃用症候群の対象となった理由のうち、手術後に関するものの内訳について、心大血管疾患・運動器・呼吸器疾患の手術後の患者の割合は、入院患者では28.8%、外来患者では38.4%であった。

# 廃用症候群の対象となった理由のうち手術以外に関するものの内訳

脳血管疾患リハビリテーション(廃用症候群)を算定している患者のうち、手術のなかった患者の疾患の分布(N=769人)



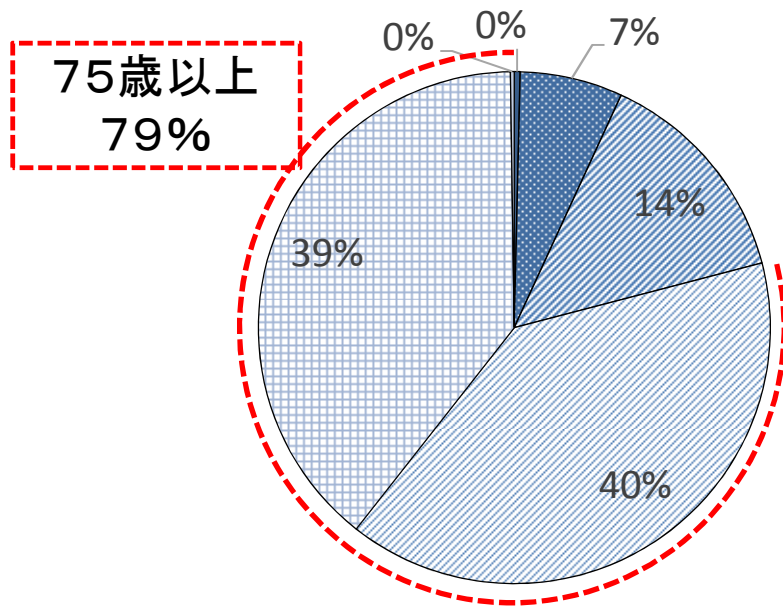
・廃用症候群の対象となった理由のうち、手術以外に関するものの内訳は、呼吸器系、循環器系、筋骨格系疾患の割合が58.6%であった。

# 廃用症候群のリハビリを受けている患者の年齢と要介護度

入院患者を対象

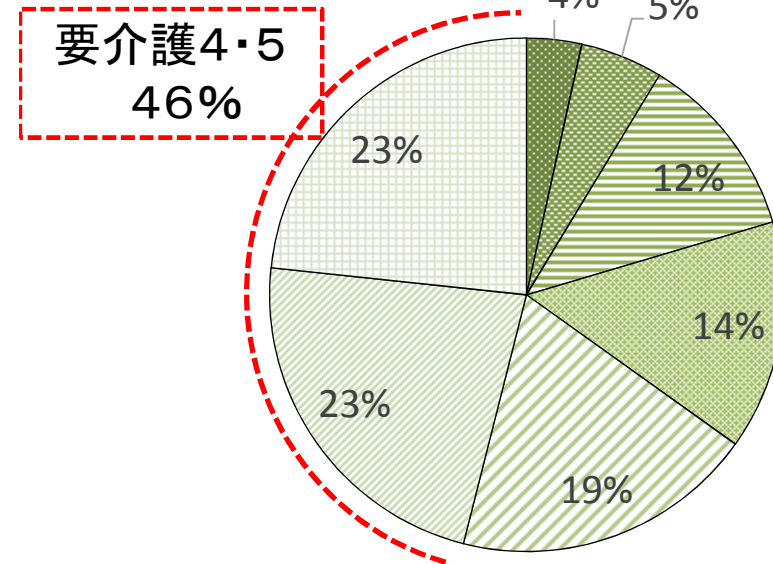
N=817

- 40歳未満
- 40歳以上～65歳未満
- 65歳以上～75歳未満
- 75歳以上～85歳未満
- 85歳以上
- 無回答



N=519

- 要支援1
- 要支援2
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5



・廃用症候群のリハビリテーションを受けている患者の79%が75歳以上、46%が要介護4・5となっている。

## 疾患別リハビリテーションの対象患者の概要

	心大血管疾患 リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション ( )は廃用症候群	運動器 リハビリテーション	呼吸器 リハビリテーション
点数	I : 200点 II : 100点	I : 245点 (235点) II : 200点 (190点) III : 100点 (100点)	I : 175点 II : 165点 III : 80点	I : 170点 II : 80点
対象患者	<p>①急性心筋梗塞, 狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者</p> <p>②慢性心不全, 末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により, 一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者</p>	<p><b>廃用症候群以外:</b></p> <p>①脳梗塞, 脳出血, くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者</p> <p>②脳腫瘍, 脳膿瘍, 脊髄損傷, 脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者</p> <p>③多発性神経炎, 多発性硬化症, 末梢神経障害その他の神経疾患の患者</p> <p>④パーキンソン病, 脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者</p> <p>⑤失語症, 失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者</p> <p>⑥難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者</p> <p>⑦顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</p> <p>⑧外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であって, 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</p> <p><b>廃用症候群:</b></p> <p>○外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって, 治療開始時において, FIM 115以下, BI 85以下の状態等のもの</p>	<p>①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</p> <p>②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及び日常生活能力の低下を来している患者</p> <p>※運動期リハビリテーションIは入院中のみ、算定可</p>	<p>①肺炎, 無気肺, その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</p> <p>②肺腫瘍, 胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者</p> <p>③慢性閉塞性肺疾患(COPD), 気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により, 一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者</p> <p>④食道癌, 胃癌, 肝臓癌, 咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者</p>

・廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることが想定される。

# 廃用症候群に係る評価表について

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院・外来
生年月日	年 月 日 ( 歳)	入院日 年 月 日
主傷病	リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III
1 廃用をもたらすに至った要因	
2 臥床・活動性低下の期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上
3 廃用に陥る前のADL	<input type="checkbox"/> FIM70点未満 <input type="checkbox"/> B. I 45点未満 <input type="checkbox"/> FIM70点から114点 <input type="checkbox"/> B. I 45点から84点 <input type="checkbox"/> FIM115点以上 <input type="checkbox"/> B. I 85点以上
4 廃用の内容	
5 介入による改善の可能性 (該当する数字に○をつける)	
6 改善に要する見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上
7 前回の評価からの改善や変化	

廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合に、別紙様式22を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付する

(別紙様式 13)

廃用症候群に係る実績報告書	
都道府県名	
保険医療機関名	
保険医療機関番号	
① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数	名
② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数	名
③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①)	%
④ 廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位
⑤ 廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位
⑥ 廃用をもたらすに至った要因	1
	2
	3

施設基準の届出状況等の報告の一項目。

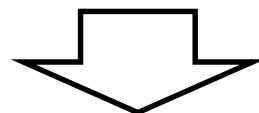
保険医療機関等の届出の実態を把握するための報告であり、各医療機関が厚生(支)局へ報告するもの

・現在の様式では、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、適切に廃用症候群に対するリハビリテーション料が算定されているのか検証することが困難。

## 廃用症候群の評価の見直しにおける課題と論点

### 【課題】

- 廃用症候群に対するリハビリテーションの算定回数は増加傾向であり、脳血管疾患等リハビリテーションを算定する新規患者数に対する新規廃用症候群患者数の割合が5割を超える医療機関は41.7%となっている。
- 廃用症候群の理由は手術後が約3割、手術以外が約7割を占める。このうち、手術後については、心大血管、運動器、呼吸器術後が入院で29%、外来で38%を占める。また、手術以外については、呼吸器系、循環器系、筋骨格系割合が59%を占める。
- 廃用症候群の原因疾患と各疾患別リハビリテーションの対象患者を比べると、本来疾患別リハビリテーションを算定すべき患者が、廃用症候群を算定していることも想定される。
- 廃用症候群に係る評価表、廃用症候群に係る実績報告書には、廃用症候群以外の疾患別リハビリテーション料が適用にならない理由を記載する欄が設けられていないため、廃用症候群に対するリハビリテーションとして適切に算定されているか検証することが困難である。



### 【論点】

○そもそも廃用症候群はその予防が重要であること、また、廃用症候群以外のリハビリテーション料を算定することが可能な場合は、当該リハビリテーション料を算定すべきであることから、廃用症候群に対するリハビリテーションを実施する場合には、それ以外のリハビリテーション料が適用にならない理由の記載欄を評価表や実績報告書に設け、その適用を厳格化することについてどのように考えるか。



# 1. 早期リハビリテーションの充実

1) 急性期病棟(7対1病棟、10対1病棟)における入院中のADL低下の防止

2) 外来のリハビリテーションにおける初期加算、早期加算

3) 運動器リハビリテーションの外来への早期移行

# 2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

# 3. 廃用症候群の評価の見直し

# 4. 維持期リハビリテーションについて

# 維持期リハビリテーションにおける課題と論点

## 【課題】

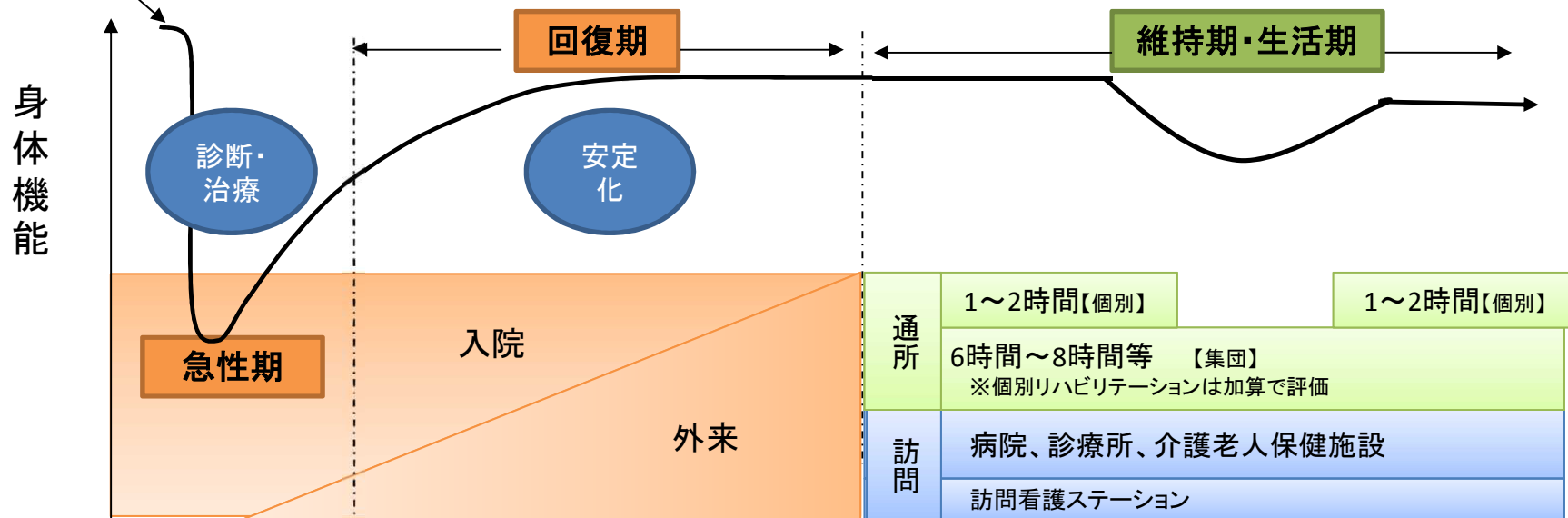
- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりにも占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

## 【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。

# リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症



役割分担

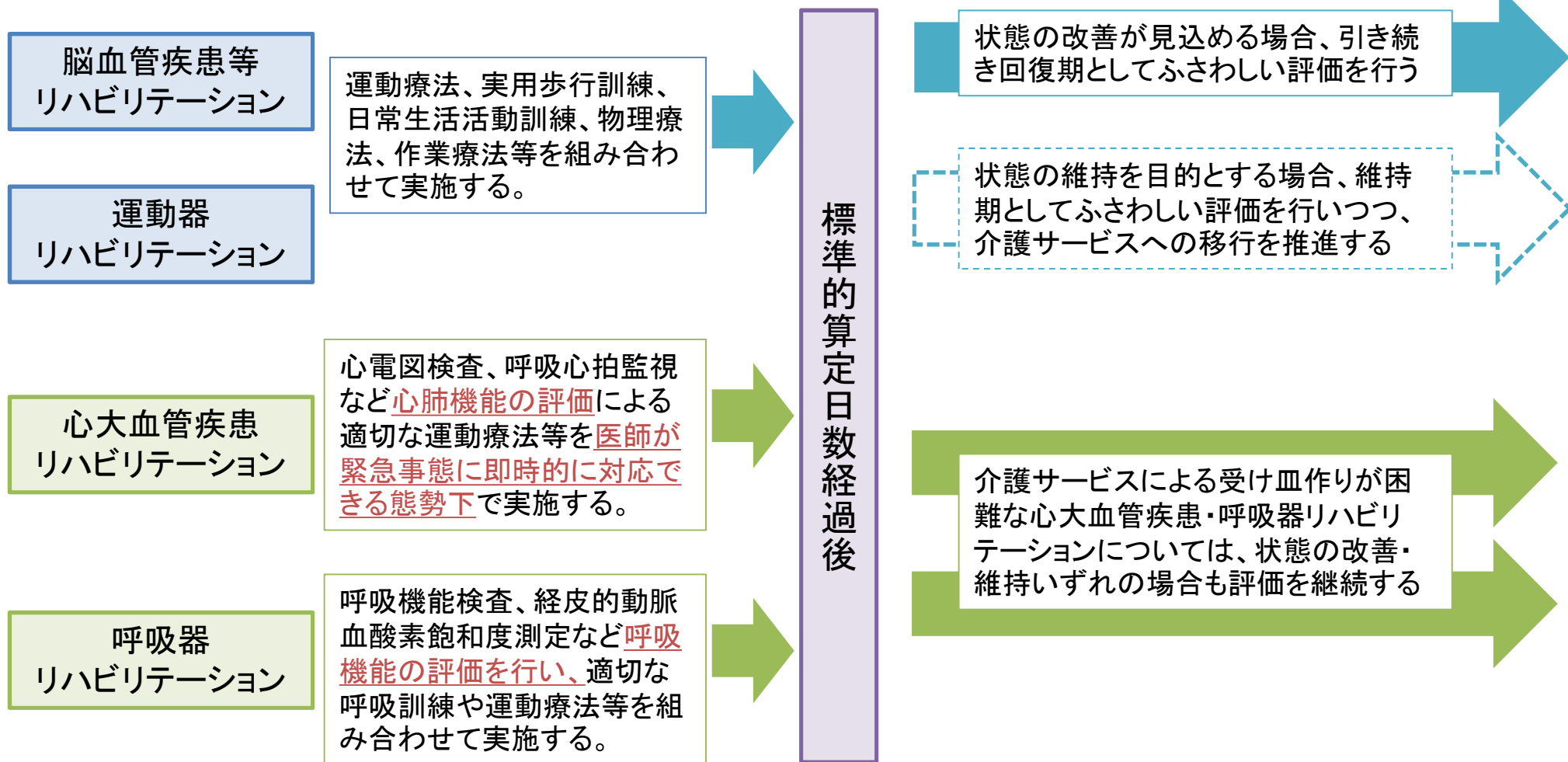
主に医療保険

主に介護保険

	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
生活機能	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

# これからのリハビリテーションの流れ (イメージ)

中医協 総 - 1 - 1  
2 3 . 1 2 . 7



維持期のリハビリテーションについては月13単位まで医療保険で算定可能としているが、介護サービスによる受け皿作りが困難な心大血管疾患・呼吸器リハビリテーションは引き続き評価を行いつつ、脳血管疾患等・運動器リハビリテーションについては、維持期としてふさわしい評価とし、診療報酬改定毎に介護保険におけるリハビリテーションの充実状況を踏まえながら縮小を検討していく。

# 維持期リハビリテーションの評価

平成24年  
診療報酬改定

## 維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期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評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

### 【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

### 【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定時に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

## 維持期のリハビリテーション患者数の比較(平成23年7月、平成25年7月)

	回答 施設数	平成23年7月			回答 施設数	平成25年7月		
		平均値 (人)	比率	中央値 (人)		平均値 (人)	比率	中央値 (人)
全体	592施設	167.3	100.0%	123.5	687施設	184.9	100.0%	137.0
標準的算定日数を 超えた患者	489施設	44.7	26.7%	23.0	591施設	53.5	28.9%	27.0
(うち) 維持期リハの患者	457施設	24.5	14.6%	7.0	549施設	29.1	15.7%	11.0
(うち) 要介護被保険者等	399施設	6.7	4.0%	0	521施設	11.8	6.4%	3.0

平均値: 1施設当たりの平均患者実人数

・維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等は、1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率についても増加している。

# 維持期リハビリテーションが介護へ移行できない理由（複数回答）

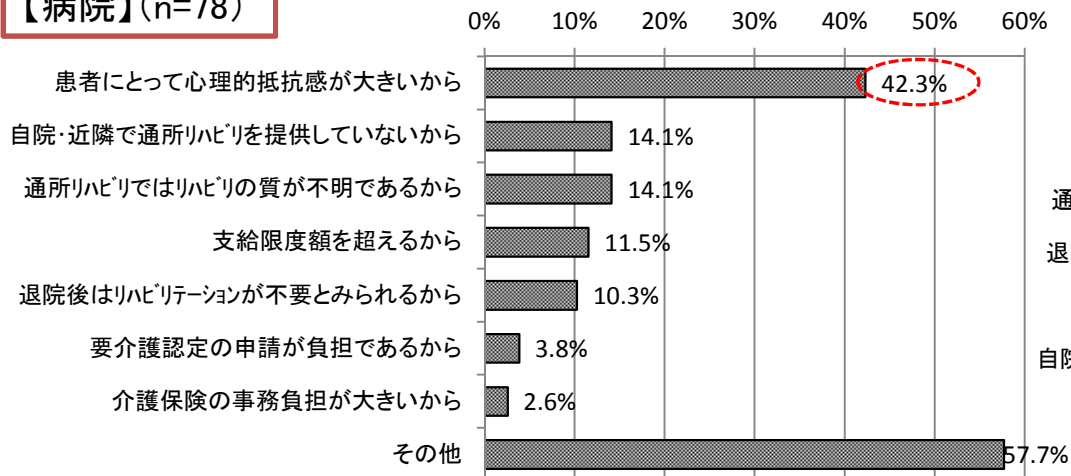
介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関の調査結果

出典：平成25年検証調査より

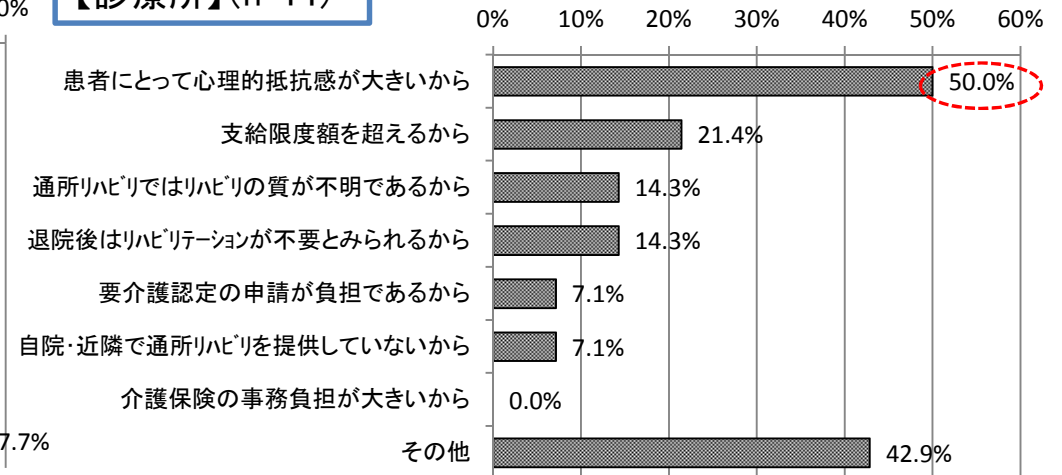
## 入院患者について

介護保険に移行することが困難と見込まれる患者がいる医療機関が回答

### 【病院】(n=78)

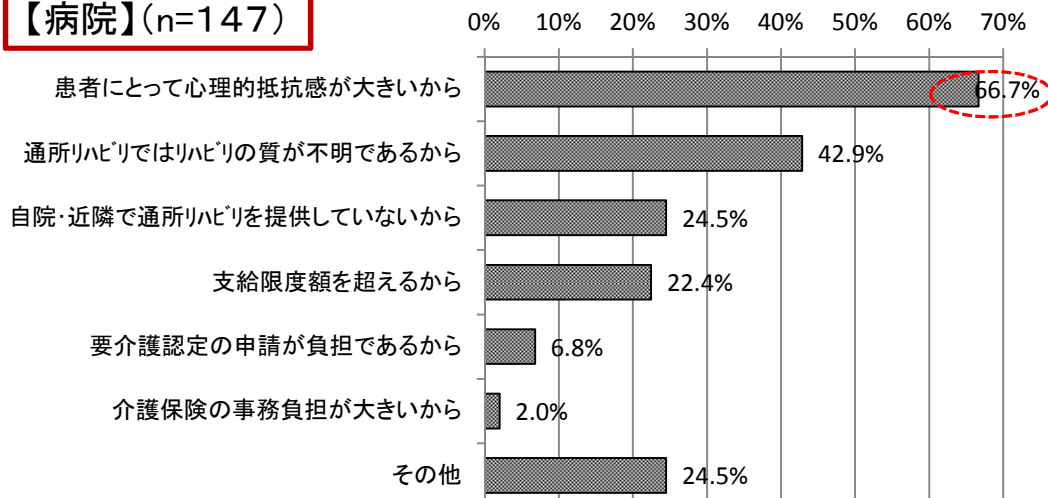


### 【診療所】(n=14)

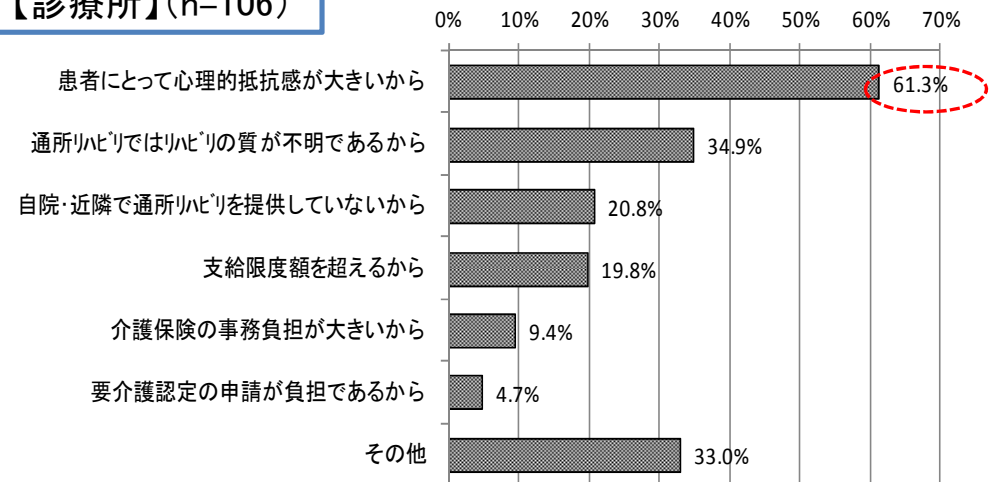


## 外来患者について

### 【病院】(n=147)



### 【診療所】(n=106)



・介護に移行できない一番の理由は、入院患者・外来患者ともに「患者にとって心理的抵抗感が大きいから」であった。

## (参考) 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

(改) 中医協 総-3

25.10.9

### 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。

(参考)

#### ○医療法人が行う介護保険サービス種類別の請求事業所数

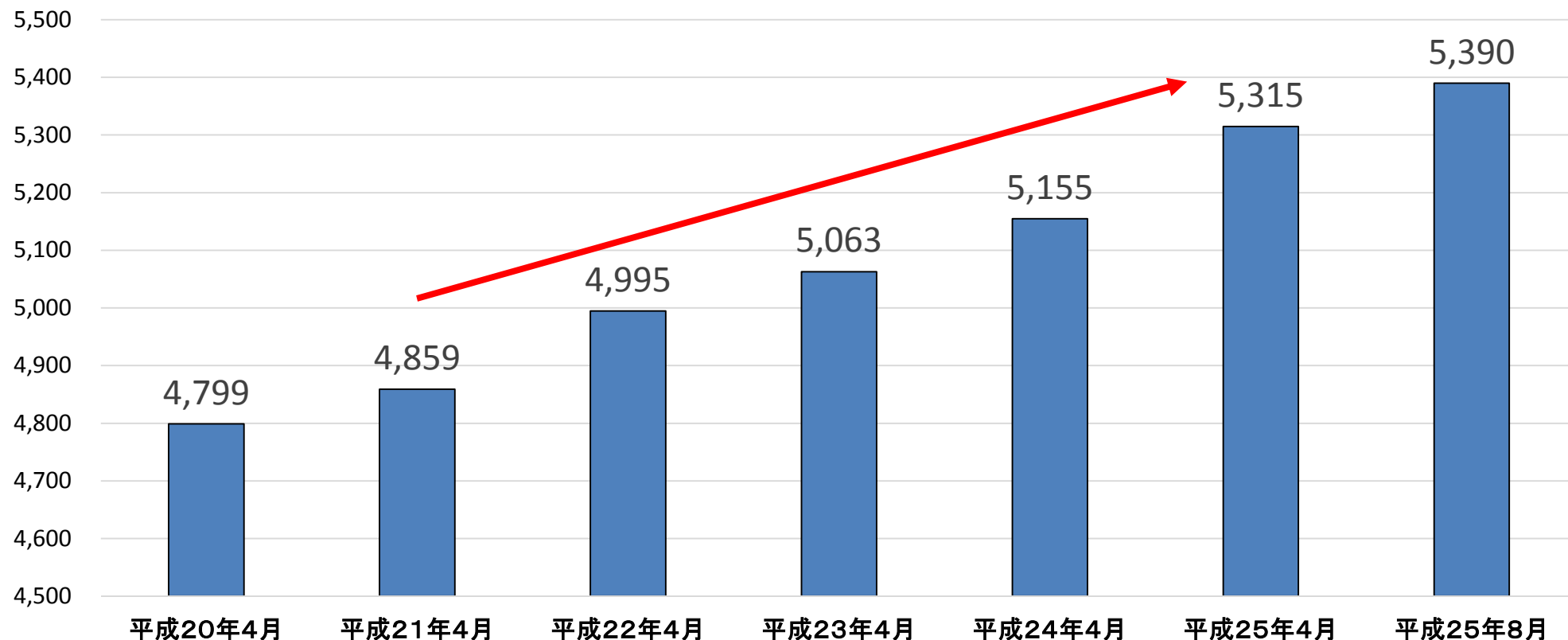
居宅療養管理指導を提供している事業所数	5,712事業所
訪問看護を提供している事業所数	3,346事業所
訪問リハビリテーションを提供している事業所数	2,466事業所
通所リハビリテーションを提供している事業所数	5,390事業所

出典:介護給付費実態調査(平成25年8月審査分)



## 医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数

(事業所数)

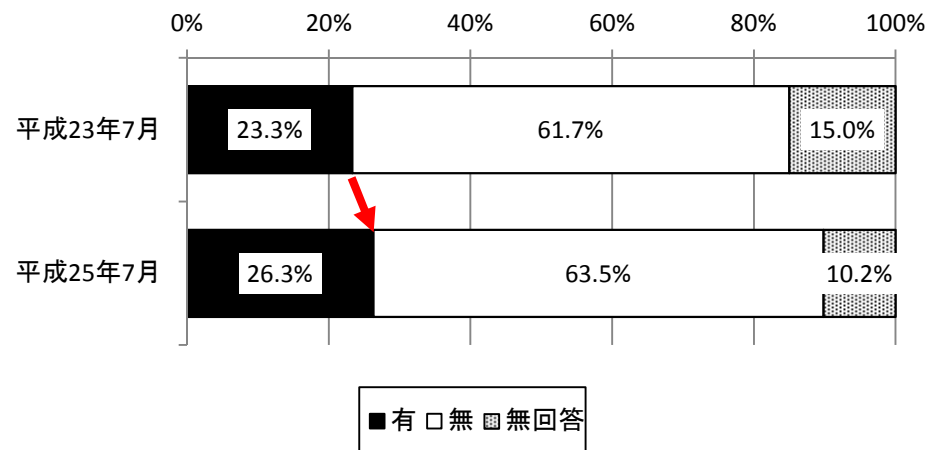


・医療法人が行う通所リハビリテーションの請求事業所数は増加している。

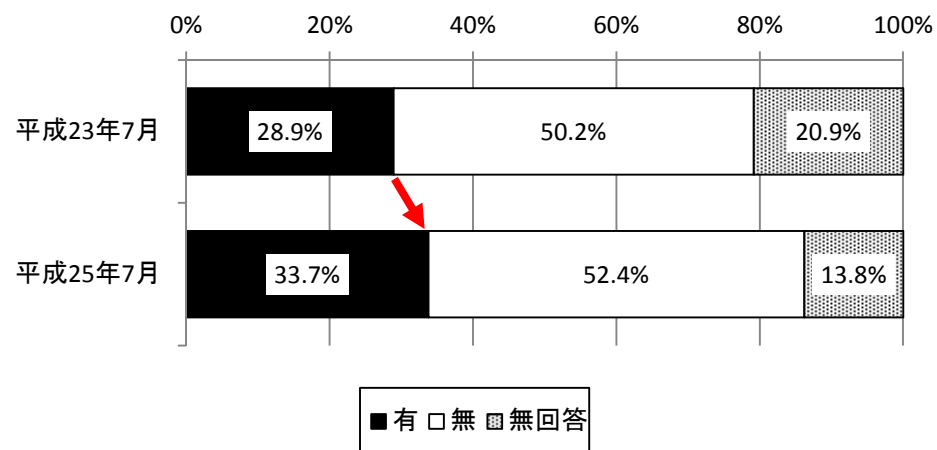
# 通所リハビリテーションの実施の有無

調査対象医療機関：  
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、  
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、  
「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」を算定している病院・診療所  
に対し、調査

【病院】 (n=540)



【診療所】 (n=412)



・平成24年度診療報酬改定前後で、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。

# 通所リハビリテーションの開設意向の有無

## 通所リハビリテーションを実施していないと回答した医療機関の調査結果

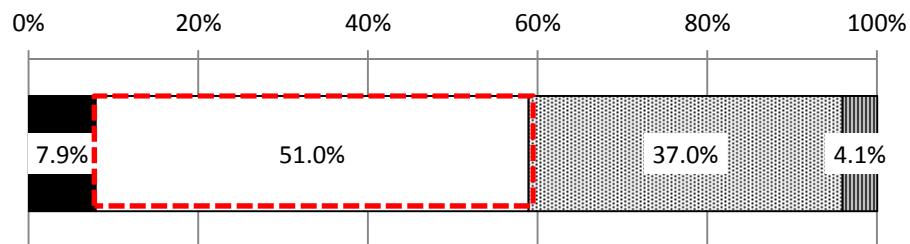
調査対象医療機関:

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院、

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病院以外で、

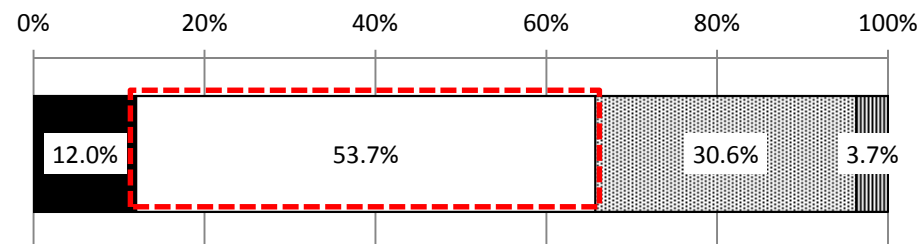
「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」を算定している病院・診療所  
に対し、調査

### 【病院】 (n=343)



■ある □ない ▨わからない ▩無回答

### 【診療所】 (n=216)



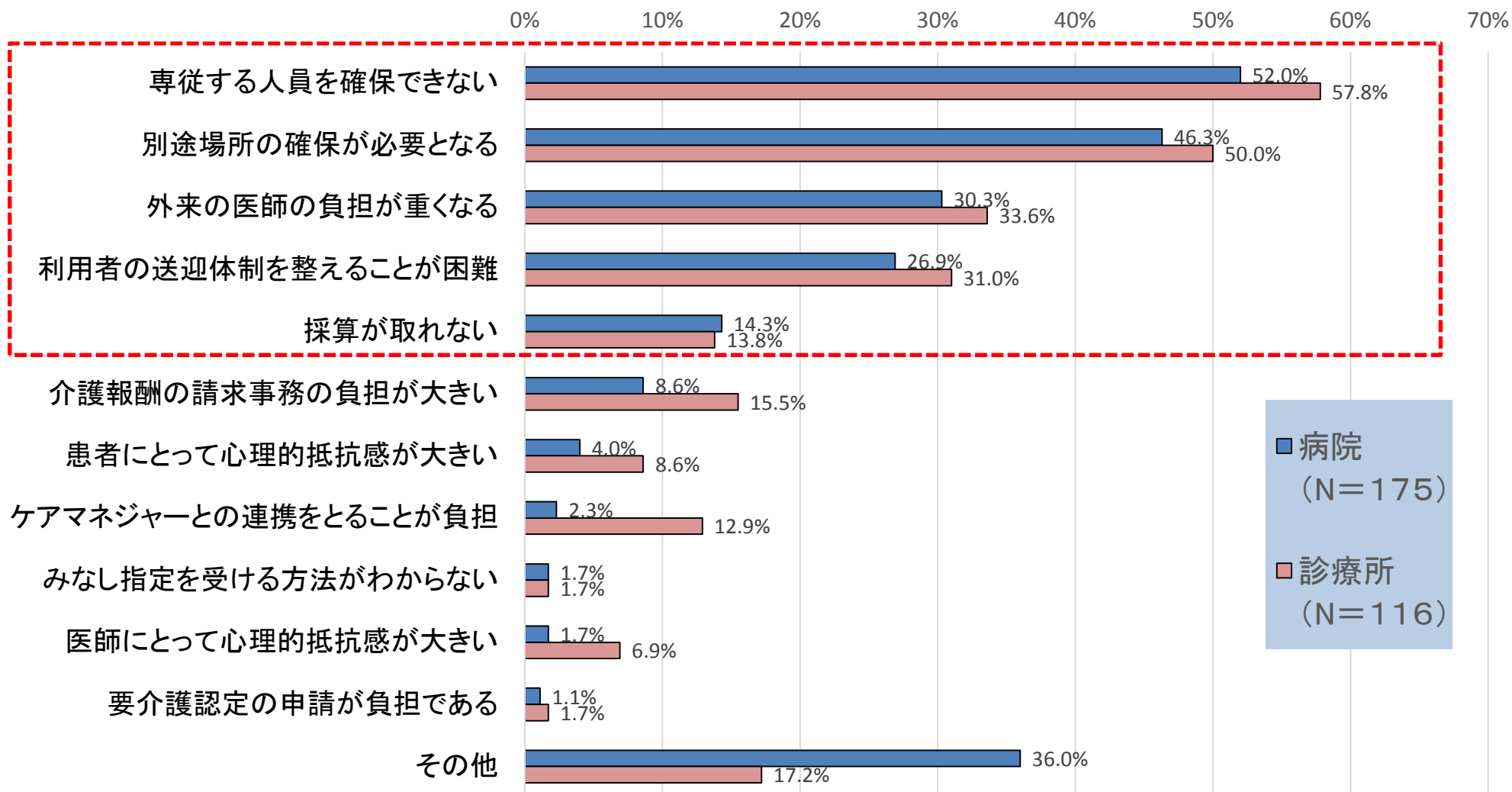
■ある □ない ▨わからない ▩無回答

・通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。

# 通所リハビリテーションの開設意向がない理由

通所リハビリテーションを実施していない医療機関の調査結果

病院・診療所別（複数回答）



・開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」があげられている。

# 通所リハビリテーション及び運動器リハビリテーション料の施設基準等の比較

		通所リハビリテーション		運動器リハビリテーション		
				(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
点数	要介護被保険者等の場合			175点	165点	80点
		(利用者人数が同時に10人以下の場合)		158点	149点	80点
設備		・専用の部屋等※1 ・3㎡×利用定員(老健の場合:食堂の面積を加えても可)		病院: 100㎡以上 診療所: 45㎡以上		病院・診療所: 45㎡以上
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)	専任の常勤 1名		
	PT OT ST 看護職員 介護職員	① 利用者10人に対し、専従で1人以上※2  ② ①に掲げる人員のうち、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※2	① 専従で1人以上※2  ② ①に掲げる人員のうち、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※2	PT・OTのいずれか又は合わせて4名以上	① PT: 2名以上 ② OT: 2名以上 ③ PT・OT 各1名以上  ①②③のいずれかを満たすこと	① PT: 1名以上 ② OT: 1名以上  ①②のいずれかを満たすこと
		●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				

※1疾患別リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関において、1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを実施する際には、当該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、疾患別リハビリテーションを行っているスペースと同一のスペースにおいて行うことは差し支えない

※2指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたもの

注)ただし、通所リハビリテーションの運営に当たっては、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議への出席等、新たな業務も発生する。

・医療保険と介護保険によるリハビリテーションを一体的に提供するためには、医療保険でリハビリテーションを提供している医療施設であっても、必要に応じて介護職員などの人員の新たな確保を要する場合がある。

# 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）－生活期（維持期）－

(改) 中医協 総-1-1  
2 3 . 1 2 . 7

## 【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)

～1ヶ月

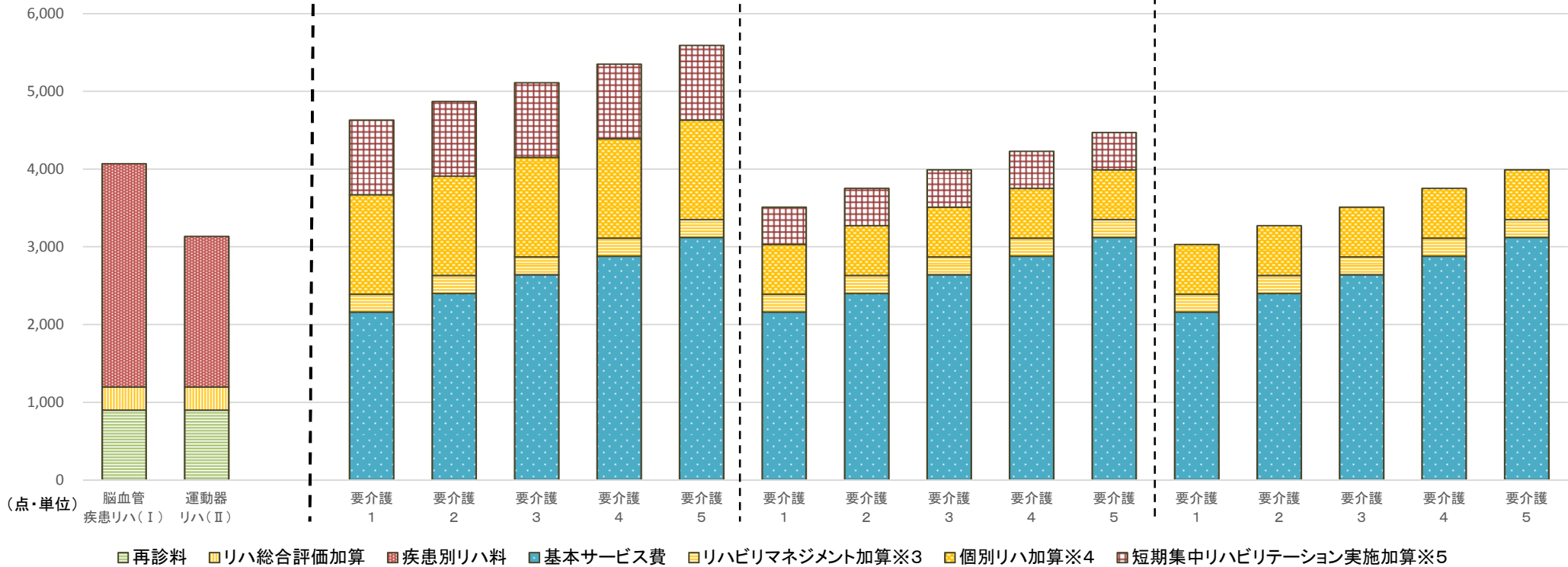
例) 40分×8回/月 = 320分  
(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

1～3ヶ月

例) 20分×8回/月 = 160分  
(短期集中リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月～

例) 20分×8回/月 = 160分



**一診療報酬一**  
 <再診料>  
 69点/日  
 <リハ総合評価加算>  
 300点/月  
 <疾患別リハ>一要介護保険者等一  
 脳血管等(I) 221点/単位  
 運動器(II) 149点/単位

**一介護報酬一**  
 <基本サービス費>  
 要介護1 270単位/日、要介護2 300単位/日  
 要介護3 330単位/日、要介護4 360単位/日  
 要介護5 390単位/日  
 <リハビリマネジメント加算※3>  
 230単位/月  
 <個別リハ加算※4>  
 80単位/1回20分以上  
 <短期集中リハビリテーション実施加算※5>  
 ～1ヶ月:120点/日、1～3ヶ月:60点/日

※1: 医療機関の外來リハビリテーションを受けていると仮定。  
 ※2: 1～2時間未満のリハビリテーションを提供した場合と仮定。  
 ※3: 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実施した場合に算定。  
 ※4: 個別リハビリテーション実施加算は、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。  
 ※5: 退院(所)日または認定日から1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。  
 退院(所)日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内:週2回以上、1回20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。

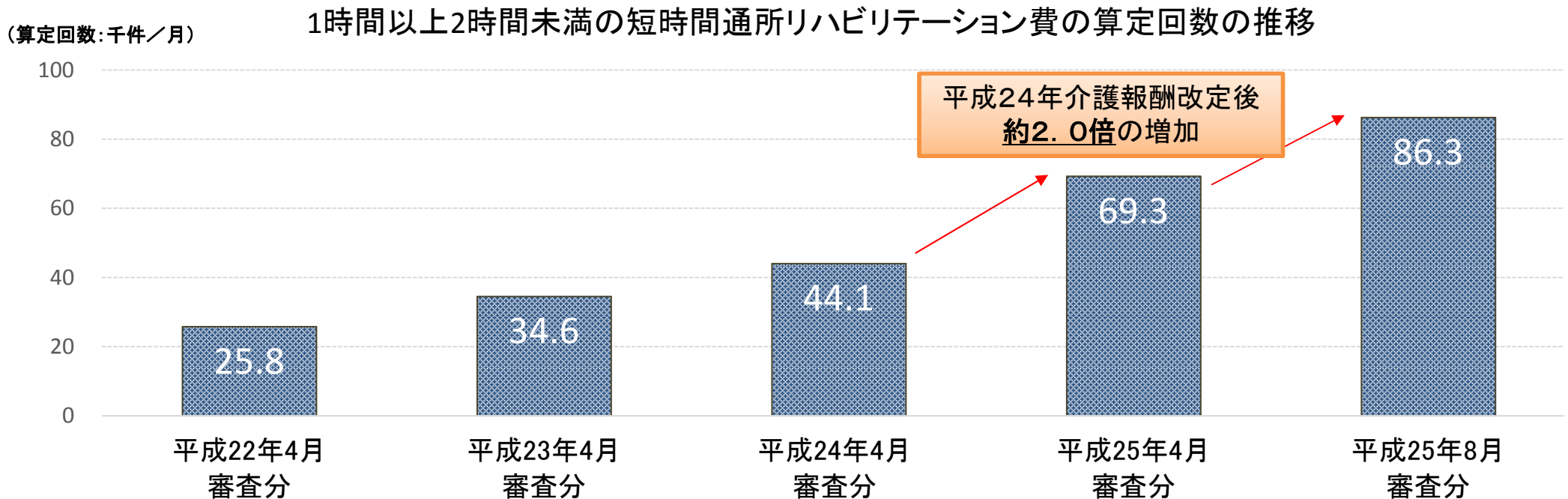
## 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組①－平成24年介護報酬改定のポイント－

### ○短時間型通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの充実

医療保険から介護保険の円滑な移行及び生活期におけるリハビリテーションを充実させる観点から、個別リハビリテーション実施加算の算定要件を見直す。

・所要時間1時間以上2時間未満において、個別リハビリテーション実施加算の1日複数回算定を可能とする。

個別リハビリテーション実施加算: 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者に対して、個別にリハビリテーションを20分以上実施した場合算定



※1～2時間未満のリハビリテーション: 平成21年介護報酬改定において新設

・平成24年介護報酬改定以後、平成25年8月の短時間リハビリテーションの算定回数は、平成24年4月と比較した場合、約2.0倍に増加している。

# 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組②－平成24年介護報酬改定のポイント－

## ○介護老人保健施設の在宅復帰支援機能の強化

在宅復帰支援型の介護老人保健施設を強化する観点から、在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬体系の見直し等を行う。

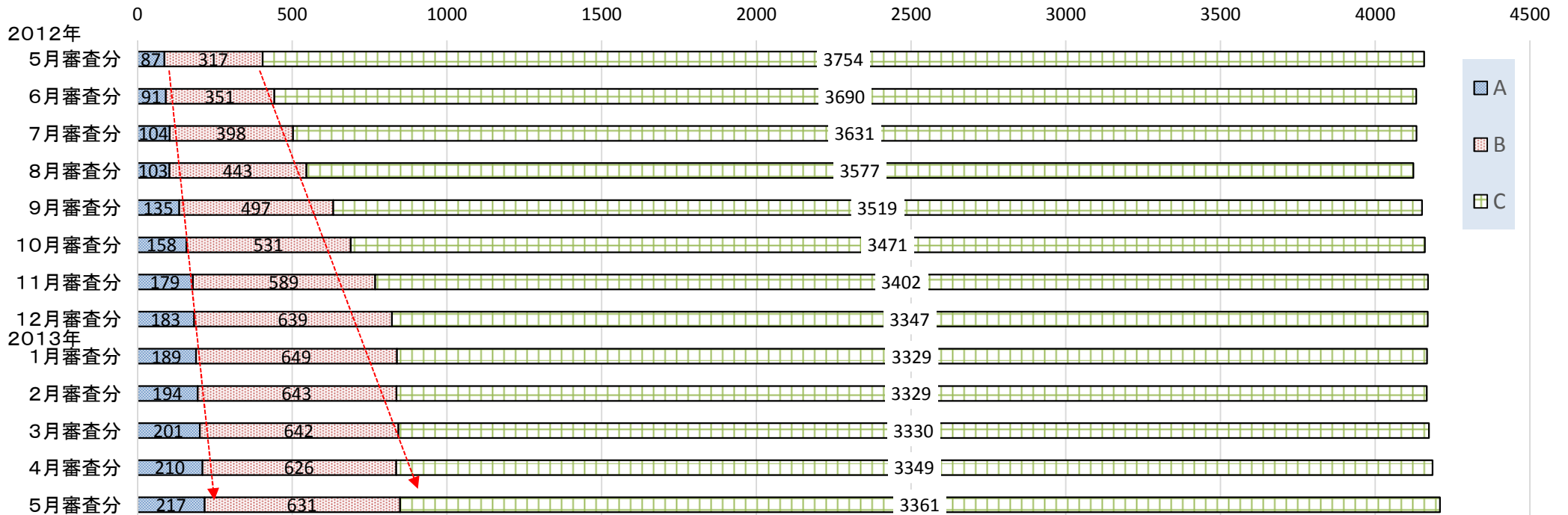
・在宅復帰率及びベッドの回転率が高い施設をより評価した基本施設サービス費の創設

・在宅復帰・在宅療養支援機能加算の創設 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(新規) ⇒ 21単位/日

・入所前に入所者の居室を訪問し、早期退所に向けた計画を策定する場合を評価

入所前後訪問指導加算(新規) ⇒ 460単位/回<入所者1人につき1回を限度>

## 介護老人保健施設(在宅強化型、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健、その他老健)数の推移



**A: 在宅強化型老健(介護保険施設サービス費(I)(ii)または(iv)・ユニット型含む)→在宅復帰率が50%を超え、毎月10%以上のベッドが回転している老健**  
**B: 在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健(ユニット型含む) →在宅復帰率が30%を超え、毎月5%以上のベッドが回転している老健**  
**C: A, B以外の老健 →在宅復帰率が30%以下、または毎月のベッド回転が5%未満の老健**

・平成24年度介護報酬改定以後、在宅復帰率・ベッド回転率の高い介護老人保健施設が増加している。



介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)と連携し退院後のケアプラン作成につなげることに対する評価を新設。

## 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

### [算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。

このような取り組みに当たっては、入院時における基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価が重要であることから、後期高齢者総合評価加算の名称を変更し、**総合評価加算として、対象年齢を65歳以上の患者等に拡大する。**

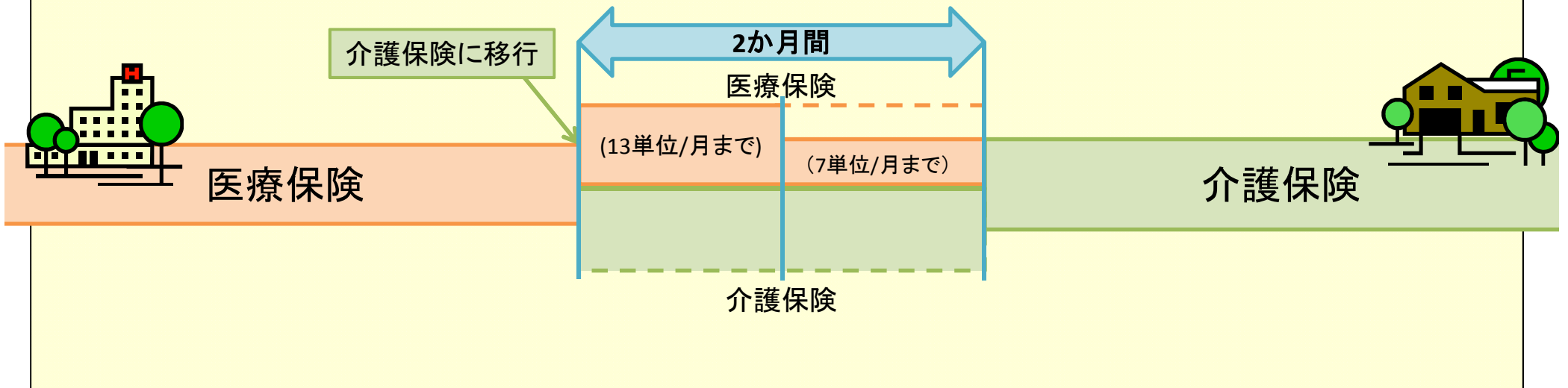
・介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

# リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

平成24年  
診療報酬改定

## リハビリテーションの医療から介護への移行期間について

- 介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。また、2月目については、疾患別リハビリテーションの算定可能な単位数を7単位までとし、医療保険から介護保険への円滑な移行を促進する。



- ・さらに、医療保険から介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、2か月間併用することを認めている。

# 維持期リハビリテーションにおける課題と論点

## 【課題】

- 要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料）は原則として平成26年3月31日までとしている。
- 維持期のリハビリテーションの患者のうち、要介護被保険者等の1施設当たりの実人数及び1施設当たりに占める比率は増加している。
- 平成24年診療報酬改定後、通所リハビリテーションを実施する医療機関は増加している。
- 通所リハビリテーションを提供していない医療機関のうち、通所リハビリテーションの開設意向が「ない」と回答した医療機関が5割超ある。開設意向がない主な理由として、「専従する人員を確保できない」、「別途場所の確保が必要となる」、「外来の医師の負担が重くなる」、「利用者の送迎体制を整えることが困難」が多かった。
- 介護保険におけるリハビリテーションの充実に向けた取組として、平成24年介護報酬改定において、通所リハビリテーションにおける個別リハビリテーションの評価を充実したことにより短時間の通所リハビリテーションが普及しつつある。また介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の強化を行っており、リハビリテーションの充実に向けた取組は、一定程度の効果があったものと考えられる。
- 介護支援連携指導料は、入院中の患者に限定されているものの、医療と介護の連携を評価している。

## 【論点】

- 維持期リハビリテーションについては、医療と介護の役割分担の観点から、要介護被保険者等の医療から介護への移行を進めているところであるが、維持期リハビリテーションを医療保険で受けている者の数は増加しており、医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、経過措置を延長する必要があるのではないか。
- 介護保険におけるリハビリテーションへの移行を促すため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等との連携や事業所への紹介等を評価することについてどのように考えるか。