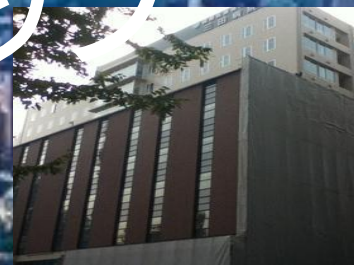


2025年へのロードマップ

～急性期リハから地域リハまで～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院



目次

- パート 1
 - 2016年診療報酬改定とリハ
 - 急性期リハ
 - 回復期リハ
 - 維持期・生活期リハ
- パート 2
 - 2015年介護報酬改定とリハ



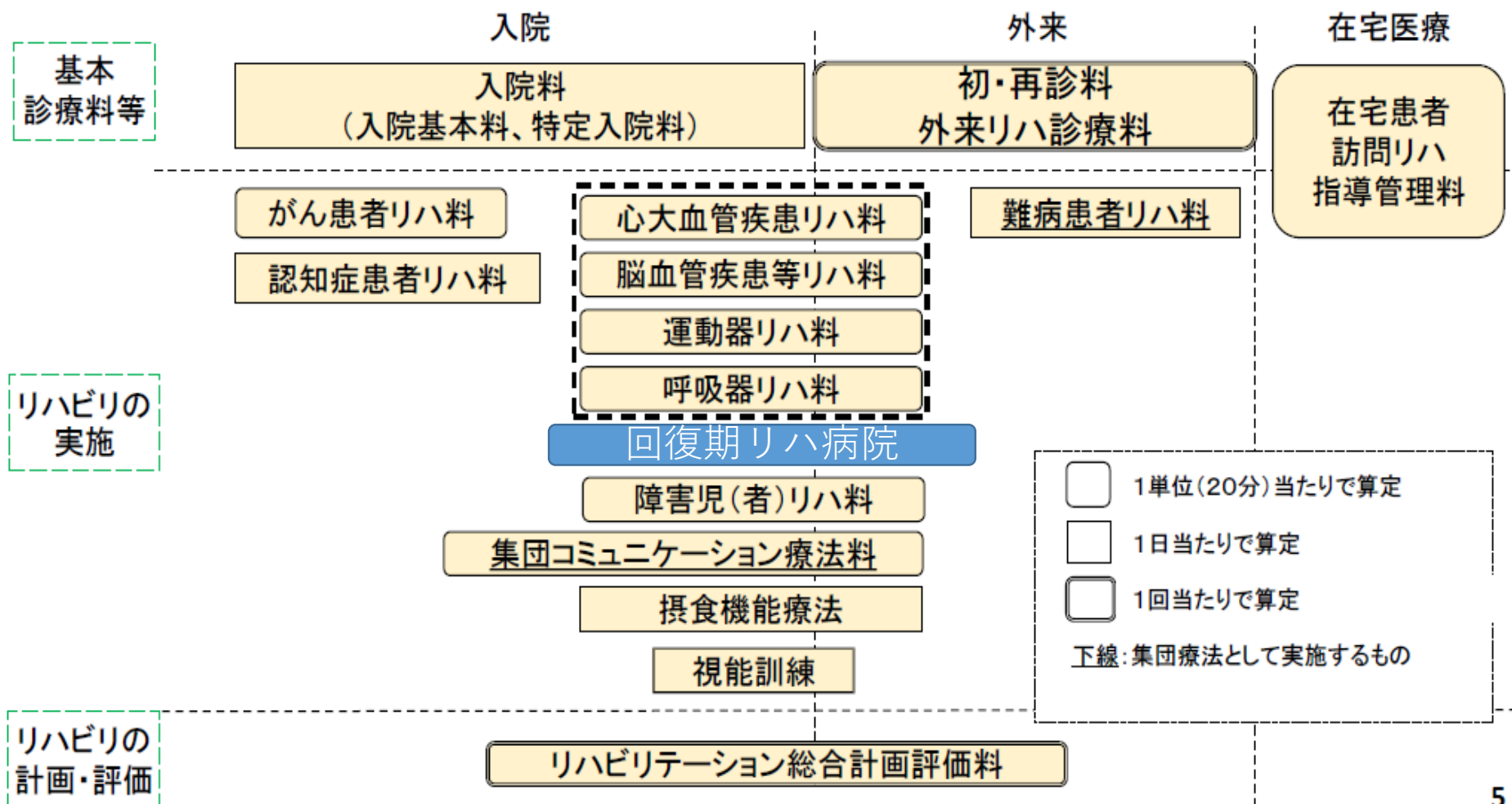
パート1

診療報酬改定とリハ



リハビリテーションにかかる診療報酬の構造

- リハビリテーションの診療報酬には、基本診療料等に加え、リハビリテーションの実施に対する評価や、リハビリテーションの計画等に対する評価がある。

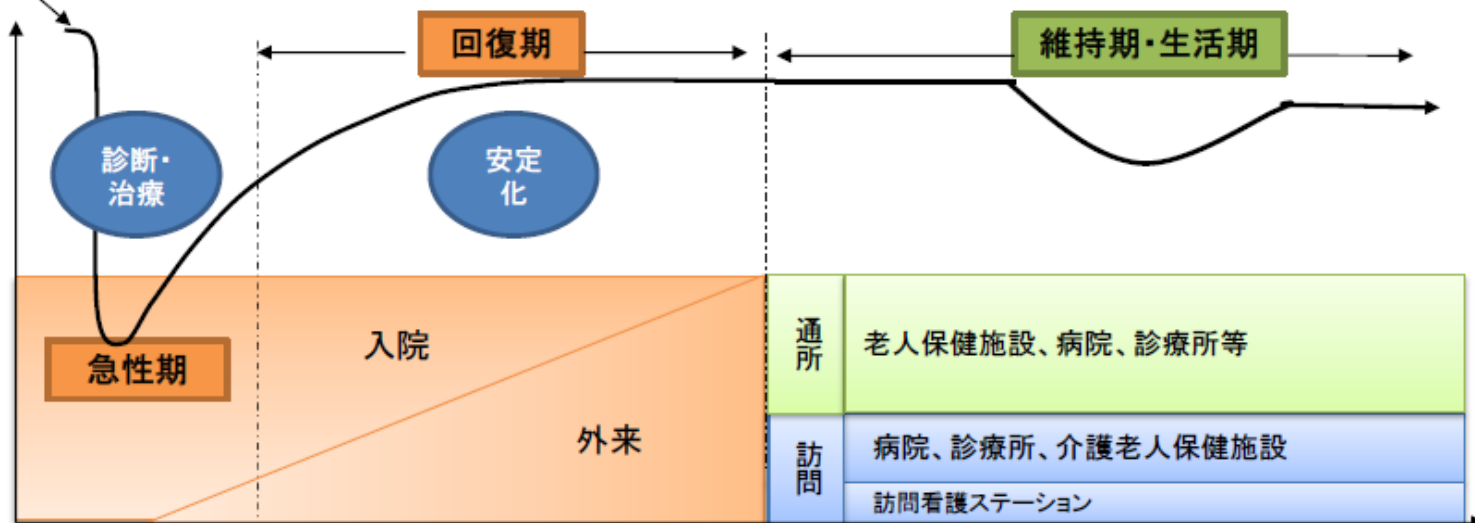


リハビリテーションの役割分担

中医協 総 - 1 - 1
23. 12. 7 改

脳卒中等の発症

身体機能



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
活動・参加	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

2016年診療報酬 改定とりハ



質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進

急性期

回復期

維持期

入院

通院

介護事業所、日常生活等

キーワード1 早期からのリハビリテーション

- ・初期加算、早期加算の算定要件等の見直し
- ・ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

キーワード2 質の高いリハビリテーション(アウトカム評価)

- ・回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

キーワード3 多様な状態に応じたリハビリテーション

- ・摂食機能療法の対象の明確化等
- ・廃用症候群リハビリテーション料の新設
- ・心大血管リハビリテーション料の施設基準の見直し
- ・運動器リハビリテーション料の評価の充実
- ・リンパ浮腫の複合的治療等

キーワード4 具体的な目標を意識した戦略的なリハビリテーション

- ・要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行(目標設定支援等・管理料の新設)



急性期病棟における リハビリ強化

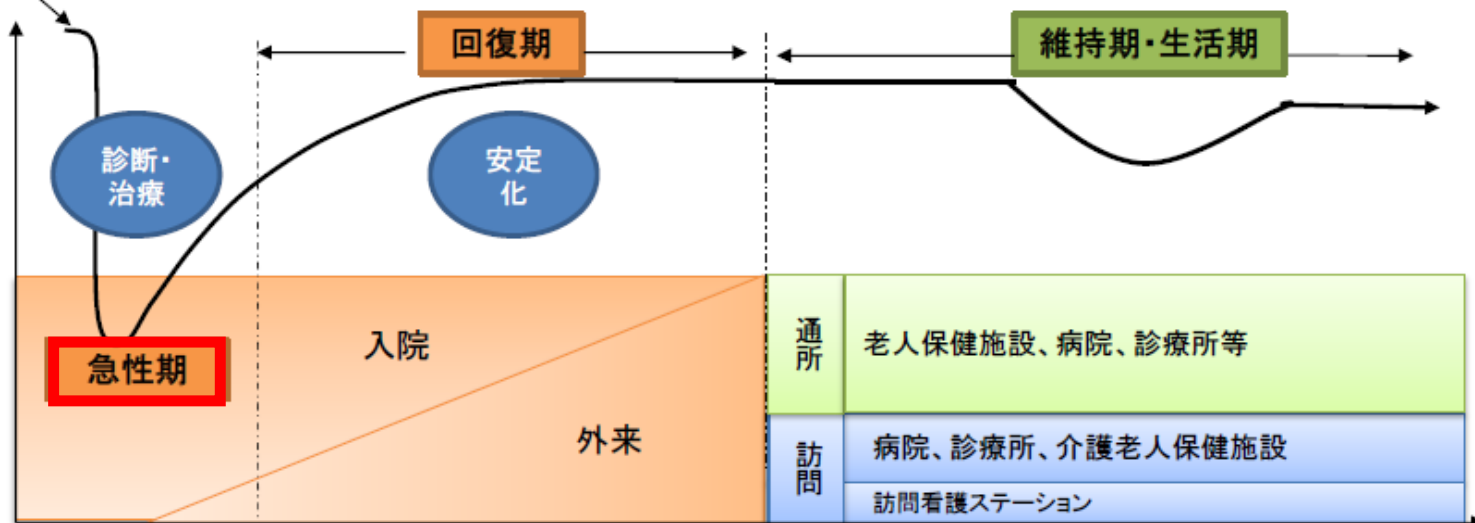
ADL維持向上体制等加算

リハビリテーションの役割分担

中医協 総 - 1 - 1
23. 12. 7 改

脳卒中等の発症

身体機能



役割分担

主に医療保険

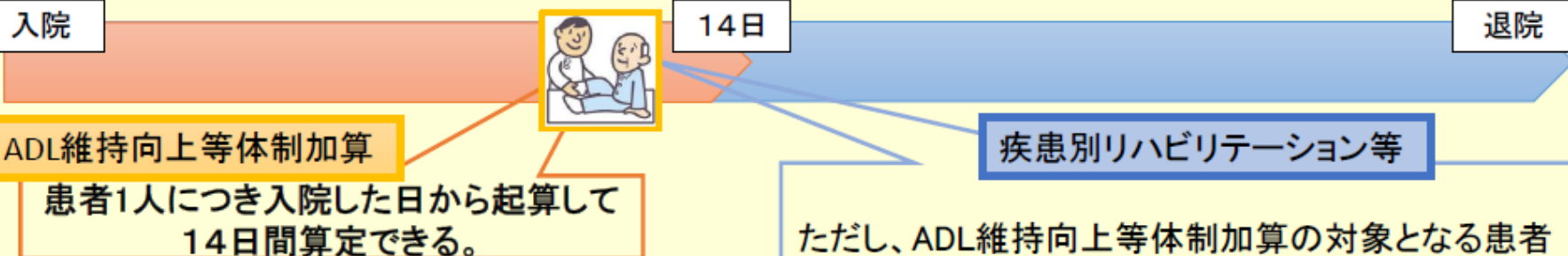
主に介護保険

	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
活動・参加	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

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

目的

入院患者のADLの維持、向上等

取組内容

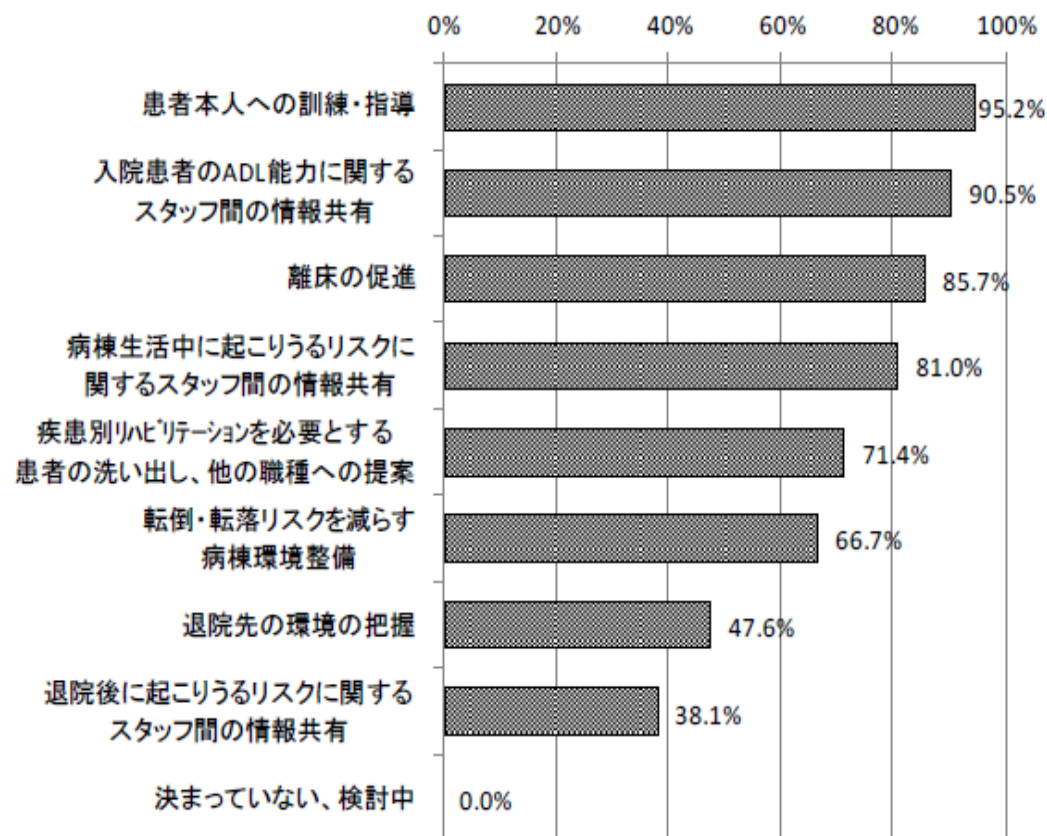
1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、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、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

ADL維持向上等体制加算で常勤配置された職員の業務

- ADL維持向上等体制加算の施設基準を満たす上で配置された職員は、患者本人への訓練、指導の他、スタッフ間の情報共有、離床の促進等、多岐にわたる業務を行っていた。

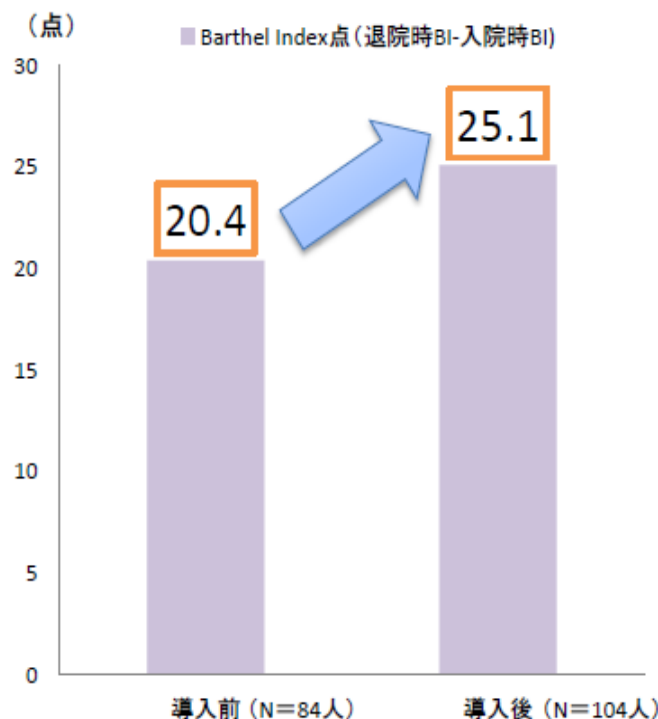
常勤専従で配置された職員が行っている業務(複数回答)(n=21)



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

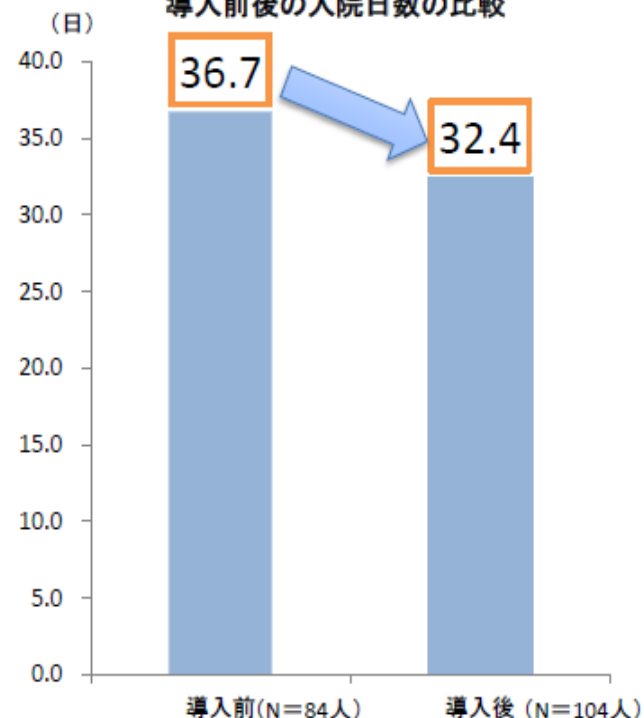
ADLの早期回復

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科・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。

ADL維持向上等体制加算の届出状況・算定状況

- ADL維持向上等体制加算の届出、算定は、平成26年現在で一部の病院に限られている。

項目	届出医療機関数	算定回数／月
一般病棟(7対1、10対1)、 特定機能病院入院料一般7対1、10対1 専門病院入院基本料一般7対1、10対1	3,837	4,822,590
うち ADL維持向上等体制加算	32(0.8%)	7,150(0.1%)

出典：
定例報告(平成26年7月現在)
社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)

2014年改定で導入されたADL維持向上等体制加算は普及しなかった！

2016年診療報酬改定 ADL維持向上等体制加算の見直し

- 急性期の早期からのリハビリを促すため、施設基準を厳格化して評価25点から80点に引き上げる
- 多職種のカンファレンスで、患者の退棟後の環境やリスク、機能予後についての患者の理解、患者の希望などを把握し、共有することが求められる
- 施設基準では、常勤理学療法士、常勤作業療法士または常勤言語聴覚士で、専従が2人以上または、専従1人、専任1人以上を配置
- 専従か専任者を含む5人以下の常勤理学療法士を定めた上で、実際にいずれかが6時間以上該当病棟で勤務した日に算定可能。

質の高いリハビリテーションの評価等③

初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

現行	改定後
初期加算、早期加算の対象 (特に疾患名による区別なし)	初期加算、早期加算の対象 慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ
初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日	初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの
慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算	慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から起算

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。

平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

▶ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

現行	改定後
ADL維持向上等体制加算 25点	ADL維持向上等体制加算 80点(改) (あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務した日に限り算定)
[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等	[要件] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上 等

▶ アウトカム評価として、入退院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

回復期リハ

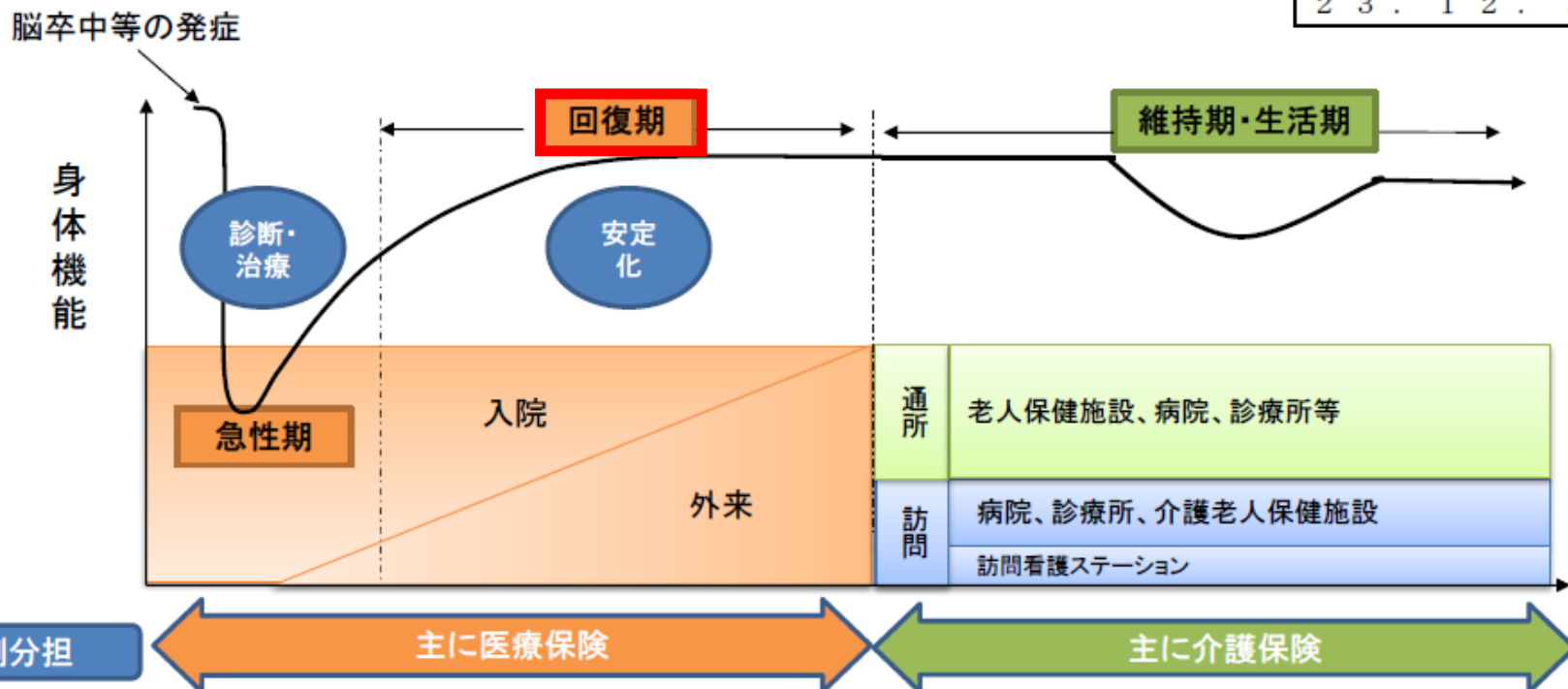
初台リハビリテーション病院



石川誠先生

リハビリテーションの役割分担

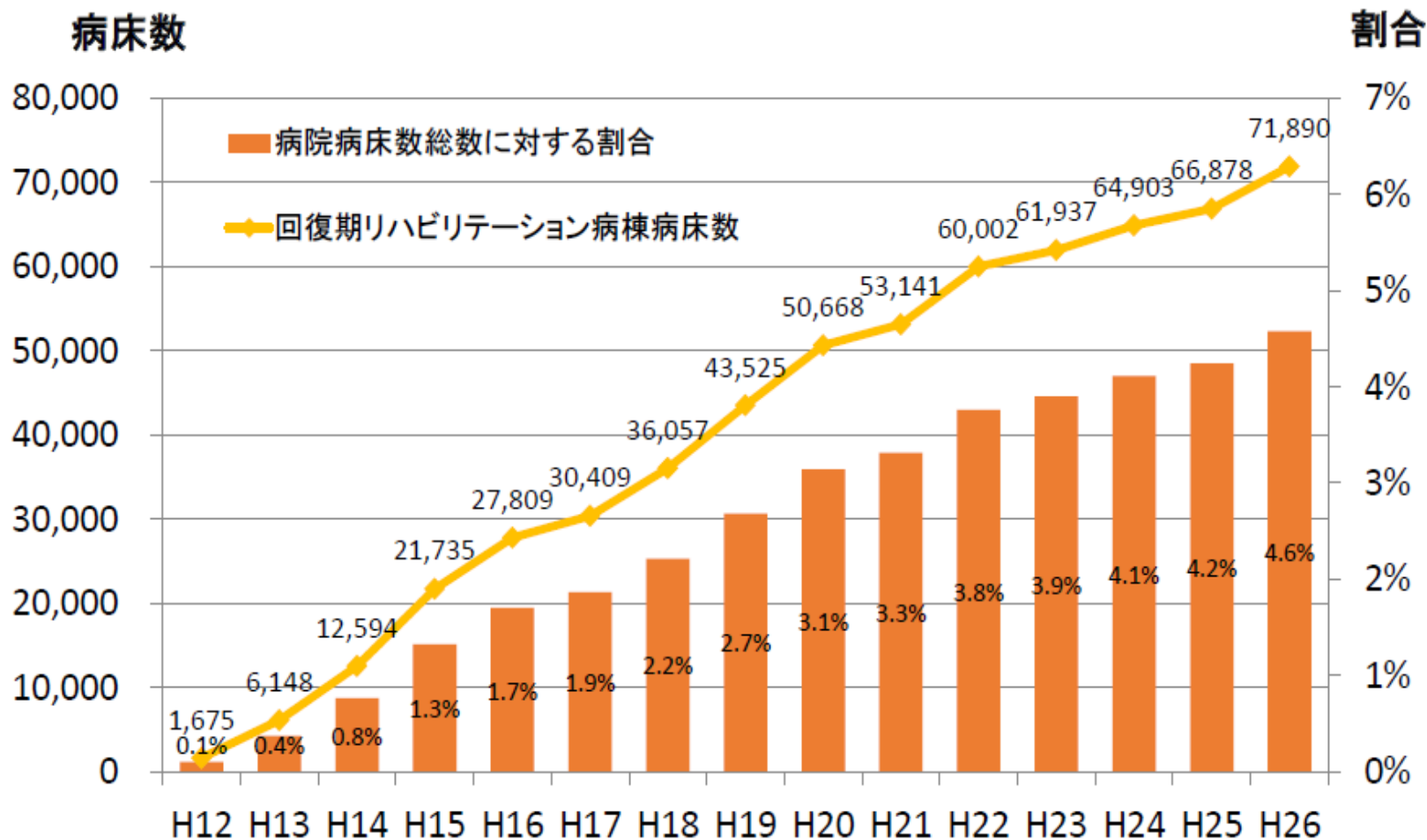
中医協 総 - 1 - 1
23. 12. 7 改



	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
活動・参加	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

回復期リハビリテーション病棟の病床数

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で2.5倍以上に増加している。

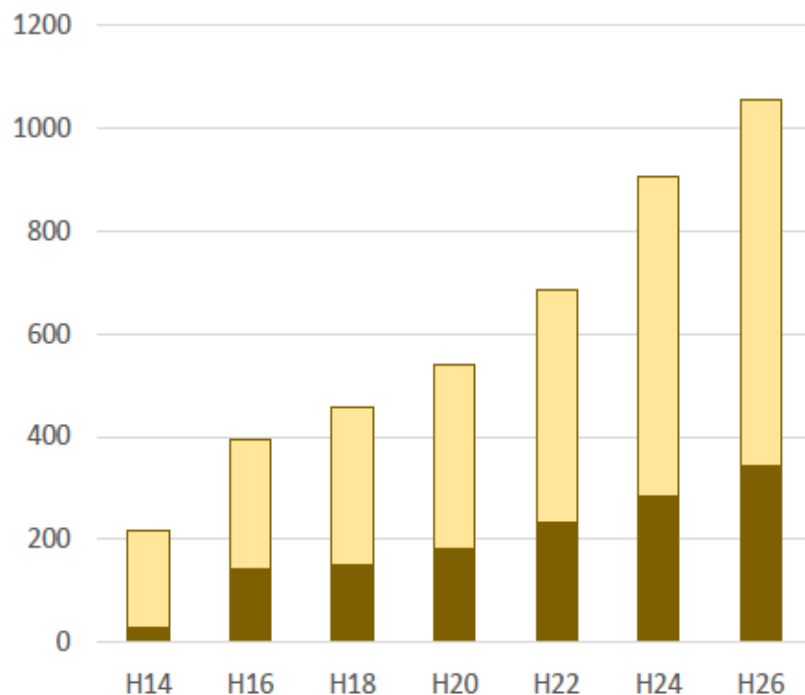


出典：平成12-26年7月1日現在 施設基準届出状況
平成12-26年医療施設(動態)調査・病院報告(毎年6月末 病院病床数)

リハビリテーション関連の診療報酬の動向

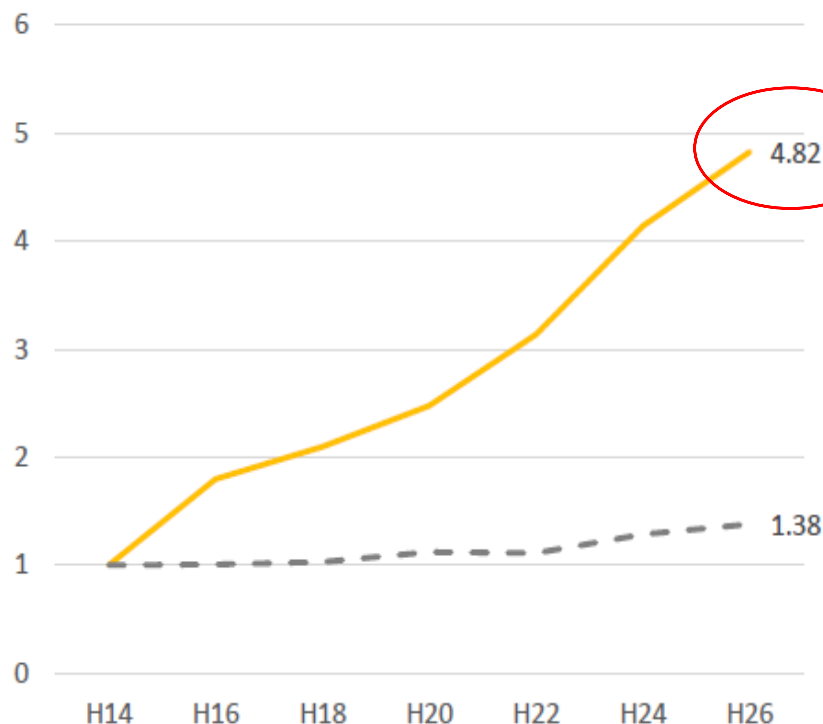
- リハビリテーションに関連する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加してきた。

月あたり診療報酬総額(千万点/月)



- 第7部リハビリテーションに含まれる項目
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

月あたり診療報酬総額(平成14年を1とした割合)



- 回復期リハビリテーション病棟入院料(加算を含む)及び第7部リハビリテーションに含まれる項目
- 医科の診療報酬全体 (基本診療料、特掲診療料、診断群分類による包括評価等)

1日あたりのリハ実施単位数にかかる規定について

- リハビリテーションの提供単位数は、原則として1日6単位以内とされているが、回復期リハビリテーション病棟では、1日9単位まで疾患別リハビリテーション料が算定できる。

第7部リハビリテーション通則第4号

心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位)に限り算定できるものとする。

別表第9の3 第7部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要(前ページから続く)

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(抄)

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上		
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要(医療機関内にいけばよい)	
新規入院患者のうち重症者 (日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上		
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が1割以上	規定なし	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から 3点以上改善	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

平成28年度診療報酬改定：疾患別リハビリテーション点数表

	脳血管疾患	運動器	廃用症候群(新)	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日(新)	150日	90日
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	維持期リハ(*1) 147点	維持期リハ(*1) 111点	維持期リハ(*1) 108点		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	維持期リハ(*1) 120点	維持期リハ(*1) 102点	維持期リハ(*1) 88点		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	—	—
	維持期リハ(*1) 60点	維持期リハ(*1) 51点	維持期リハ(*1) 46点		

(*1) 要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合は所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

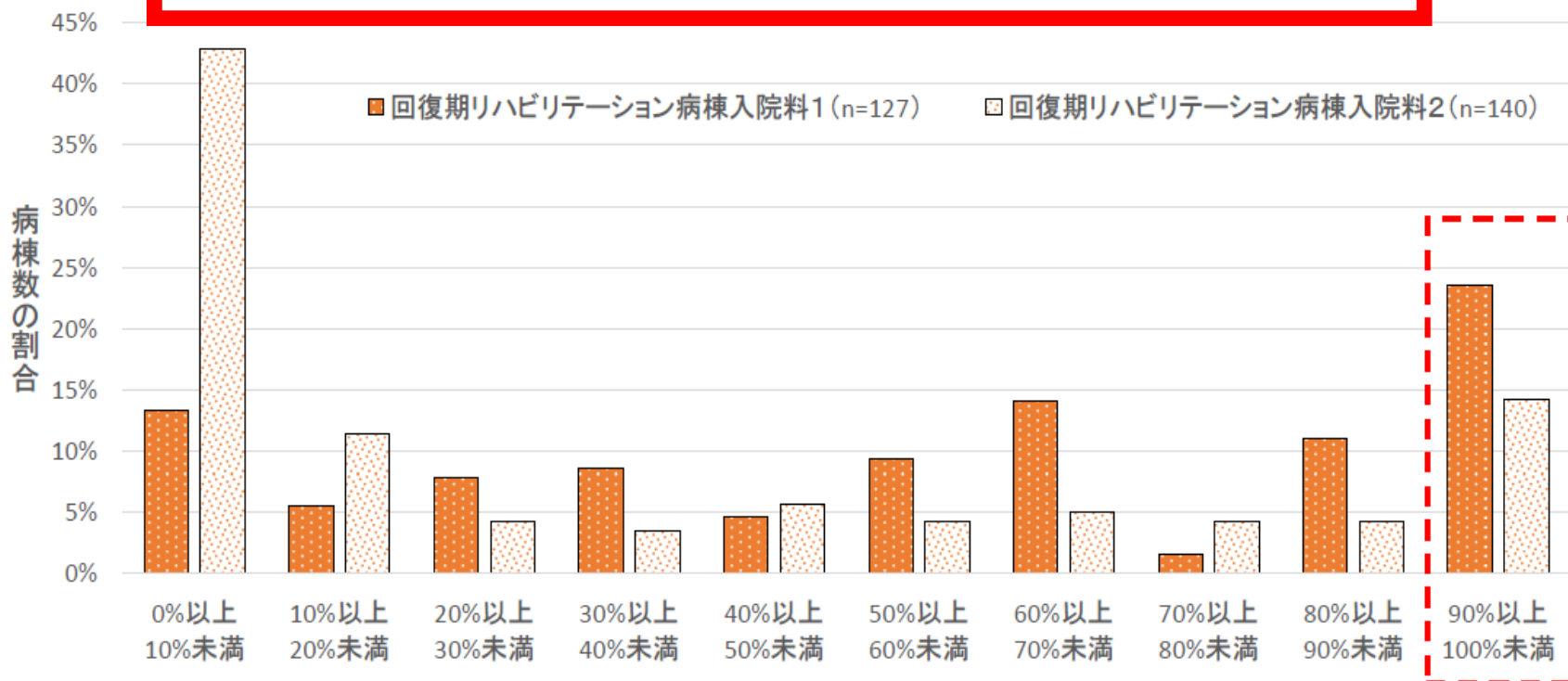
回復期リハビリ病棟の アウトカム評価による質の高いリハビリ

- リハビリの実績が一定の水準を満たさない場合は、1日6単位を超える疾患別リハビリ料を回復期リハビリ病棟入院料に包括する。
 - 対象は、過去6カ月に疾患別リハビリの1日平均実施数が6単位以上で、10人以上が算定した回復期リハビリ病棟
 - 退棟した全ての患者について、下記(1)の総和を(2)の総和で割った数字が27未満の場合に包括する
 - (1)機能的自立度評価（FIM）の運動項目で、退棟時の得点から入棟時の得点を控除した数
 - (2)各患者の入棟から退棟までの日数を患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で割った数
 - 一部の患者については、対象から除外して計算する。

回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち密度の高いリハビリを受ける割合

- 回復期リハビリテーション病棟1、2とも、入院患者の9割以上に1日平均6単位を超える疾患別リハビリテーションを実施している病棟が2割前後あった。

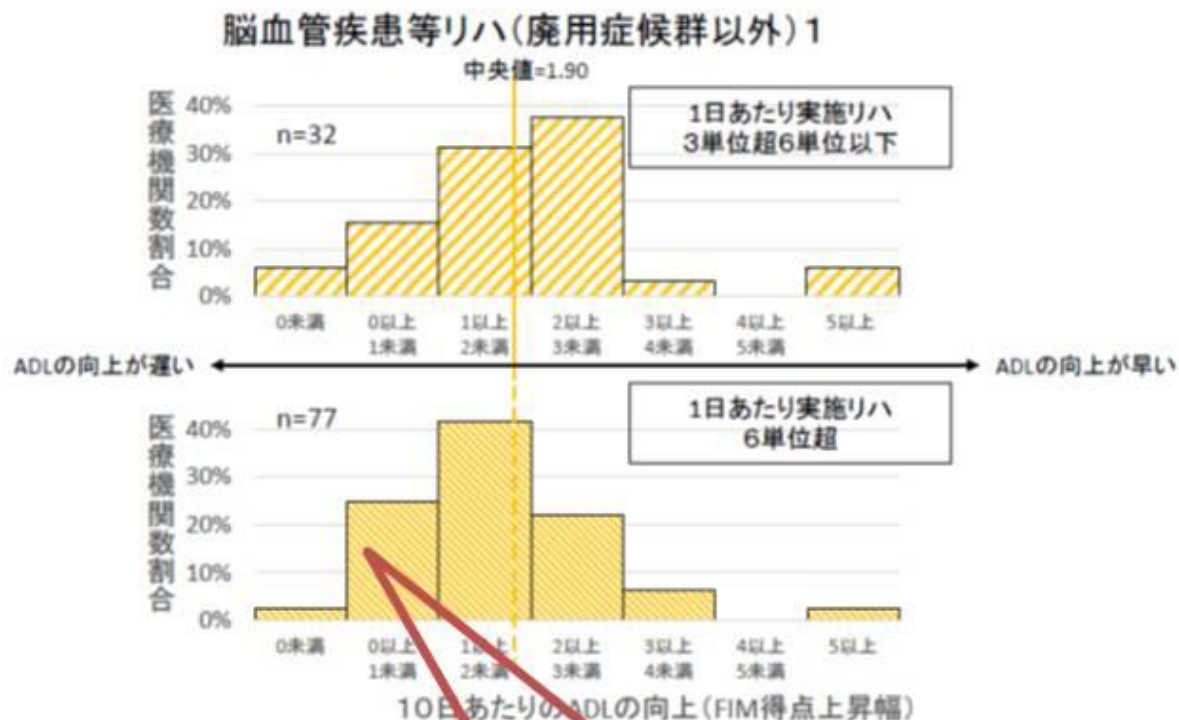
1日平均6単位より多く疾患別リハビリテーションを実施された患者の割合(※)別病棟分布



※平成27年1月に入棟した全症例について、退棟または平成27年7月までのリハ実施単位数をもとに、病棟ごとに集計したもの。症例が少ない(5例未満)病棟のデータは除外した。各病棟の症例数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟で平均14.9例、回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定する病棟で12.2例。

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果・効率

- 回復期リハ病棟で1日平均3単位を超えてリハを提供している医療機関において、10日あたりのADLの向上には大きなばらつきがあった。
- 回復期リハ病棟で1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、10日あたりのADLの向上が3単位超6単位未満の医療機関を下回っている場合があった。



・ひとつの医療機関に回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、1病棟を抽出して調査した。

・当該疾患別リハを行った患者が4名未満の回復期リハビリテーション病棟は集計から除外した。

出典:検証調査(27年度調査)

高密度に脳血管疾患等リハを提供していても、中密度よりもADL改善の効果が低いケースも少なくない

1. 回復期リハビリのアウトカム評価における質の高いリハビリ

◆ ペナルティーは早ければH29年4月から

回復期リハビリ病棟では、アウトカム評価を導入し、「一定の水準に達しない」医療機関は、1日6単位を超えるリハビリは入院料に包括するペナルティーが導入される。

具体的には、

- ◆ 過去6カ月間に回復期リハ入院料を算定する患者に提供した疾患別リハビリの1日平均単位数
 - ◆ 同期間に回りハ病棟から退棟した患者に提供したリハのアウトカム(算出式は下記参照)
- を3カ月ごとに評価。

結果が「6単位以上」かつ「27点未満」だと「実績が一定の水準」に達しないとみなされ、それが2回続くとペナルティーが科される。

なお、同期間に同入院料を算定した患者数が10人未満なら、「実績が一定の水準に達しない」とみなされることはない。

【回りハ病棟におけるアウトカムの計算式】

各患者の「FIM利得(運動)」の総和

各患者の「入院日数/回りハの上限日数」の総和

= **27未満**

○在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者と在棟中に死亡した患者は除外

○入棟日において下記の患者は毎月の入棟患者数の30/100を超えない範囲で除外

- ① FIM 運動項目得点が **20点以下**のもの
- ② FIM 運動項目得点が **76点以上**のもの
- ③ FIM 認知項目得点が **25点未満**のもの
- ④ 年齢が **80歳以上**のもの

○高次脳機能障害の患者が過去6カ月の入院患者の40%を超える場合、高次脳機能障害の患者をすべて除外

○在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で**10点以上低下**した患者は、低下する直前の時点で退棟したとみなす

27点未満が連続するとペナルティーの対象に!!

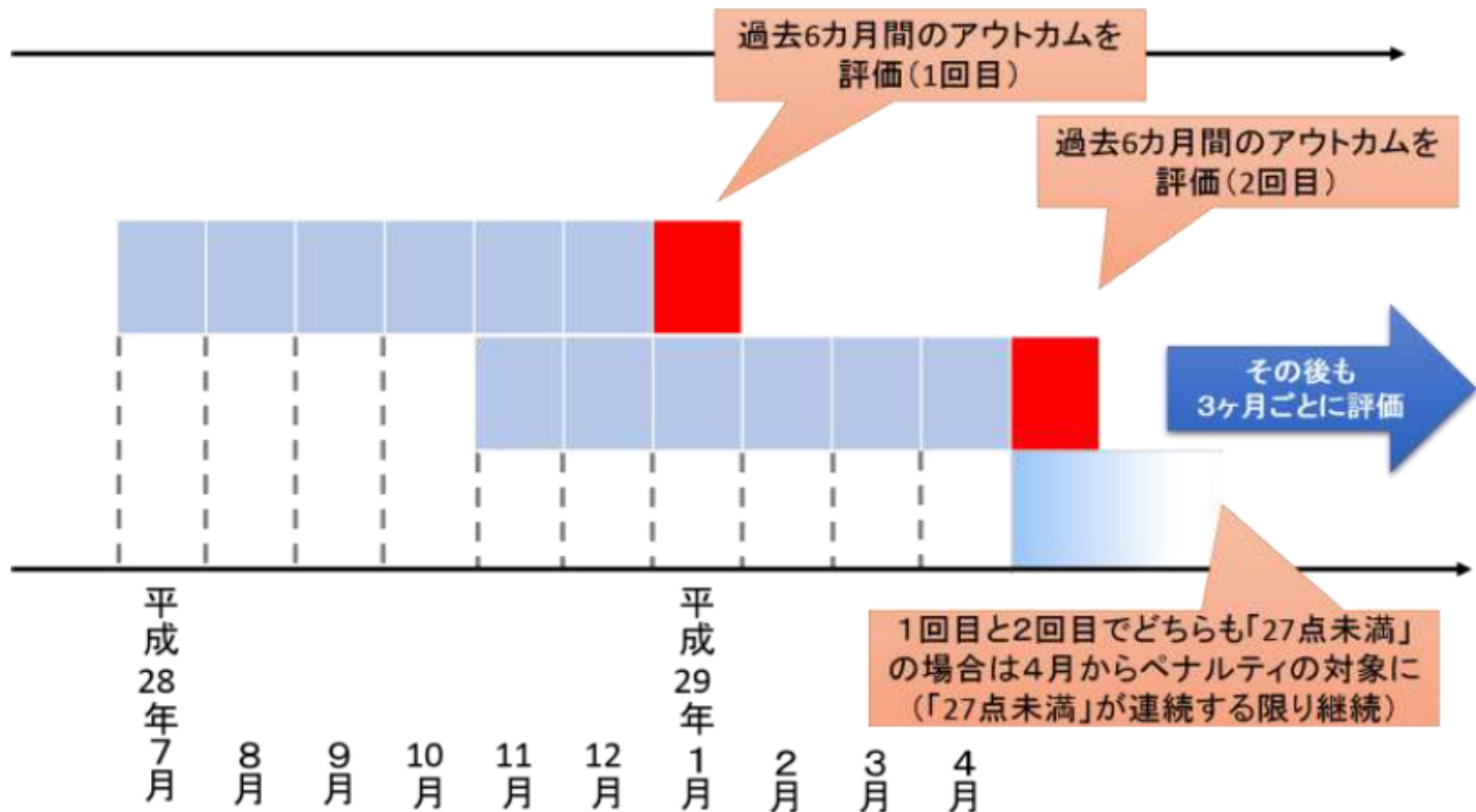
FIMとは？

セルフケア (42)	A) 食事(箸, スプーン)	1-7
	B) 整容	1-7
	C) 清拭	1-7
	D) 更衣(上半身)	1-7
	E) 更衣(下半身)	1-7
	F) トイレ	1-7
排泄 (14)	G) 排尿コントロール	1-7
	H) 排便コントロール	1-7
移乗 (21)	I) ベッド, 椅子, 車椅子	1-7
	J) トイレ	1-7
	K) 浴槽, シャワー	1-7
移動 (14)	L) 歩行, 車椅子	1-7
	M) 階段	1-7
コミュニケーション (14)	N) 理解(聴覚, 視覚)	1-7
	O) 表出(音声, 非音声)	1-7
社会認識 (21)	P) 社会的交流	1-7
	Q) 問題解決	1-7
	R) 記憶	1-7
合計		18-126

• F I M

- 機能的自立度評価表 (Functional Independence Measure)
- 1983年にGrangerらによって開発されたADL評価法
- 特に介護負担度の評価が可能であり、数あるADL評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われ、リハビリの分野などで幅広く活用されている。

リハビリのアウトカム評価
(2回目までの)のスケジュール



最初の評価は、H28年7月から12月まで、6カ月分のデータに基づき、H29年1月に実施する。その後、H29年4月に2回目の評価を行い、どちらも一定の水準に達しない場合、H29年4月からペナルティが適用される。ペナルティの対象になっても、「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」は、例外的に1日9単位まで算定できる。入院料に包括される疾患別リハの単位数は、「リハビリテーション充実加算」などの算定に必要な単位としてカウントすることができない。

アウトカム評価の導入により、長々と入院させているのに効果が上がっていない病院への影響が大きい!!

FIM利得を短期間で30得ようとするれば、 どの項目に注力すべきか。

運動項目13項目 (13～91点)	セルフケア (6～42)	A)食事(箸,スプーン)	1～7
		B)整容	1～7
		C)清拭	1～7
		D)更衣(上半身)	1～7
	排泄 (7～14)	E)更衣(下半身)	1～7
		F)トイレ	1～7
		G)排尿コントロール	1～7
	移乗 (3～21)	H)排便コントロール	1～7
		I)ベッド,椅子,車椅子	1～7
	移動 (2～14)	J)トイレ	1～7
		K)浴槽,シャワー,	1～7
		L)歩行,車椅子	1～7
	認知項目5項目 (5～35点)	コミュニケーション (2～14)	M)階段
N)理解(聴覚,視覚)			1～7
社会認識 (3～21)		O)表出(音声,非音声)	1～7
		P)社会的交流	1～7
		Q)問題解決	1～7
	R)記憶	1～7	
合計			18～126

排泄行為関連項目に
注力せよ!!

複数項目の点数が
得られやすい

点数	程度
7点	完全自立
6点	修正自立
5点	監視,準備,指示,促しが必要
4点	75%以上自分で行う
3点	50%以上75%未満自分で行う
2点	25%以上50%未満自分で行う
1点	25%未満しか自分で行わない 全介助

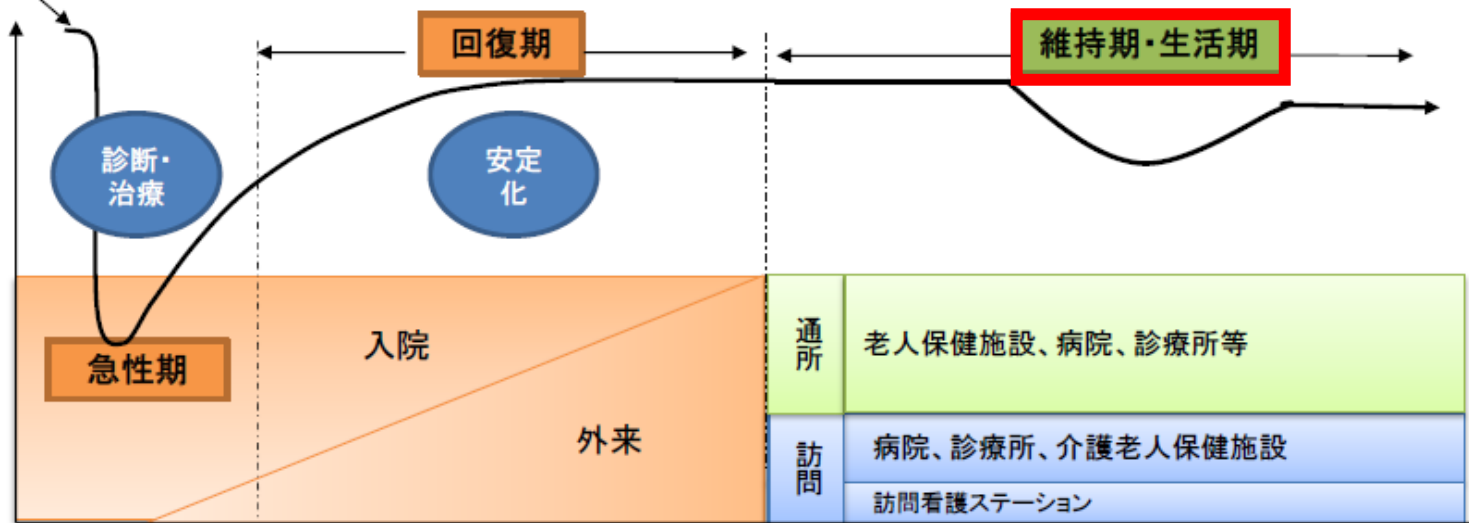
維持期・生活期リハ

リハビリテーションの役割分担

中医協 総 - 1 - 1
23. 12. 7 改

脳卒中等の発症

身体機能



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
活動・参加	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

疾患別リハと算定日数上限の導入（2006年診療報酬改定）

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料 (I)	250点	250点	180点	180点
リハビリテーション料 (II)	100点	100点	80点	80点
標準的リハビリテーション実施日数	150日	180日	150日	90日

* 「長期間における効果が明確でないリハビリテーション」の指摘から、疾患毎に算定日数上限を設定する。

リハ難民問題（2006年）

朝日新聞 2006年5月14日掲載

「リハビリ日数制限やめて」 障害者ら署名活動

きょうから全国で

廃を求める署名活動を14日から全国で始める。
厚生労働省は原則として発症後最大180日で医療保険でのリハビリを打ち切った。署名は14日午前10時から大阪駅前呼びかけのの手始めに、6月末までに10万人を目指す。

事務所のNPO法人リハビリテーション医療推進機構（大阪府豊中市）代表を務める道免和久・兵庫医大教授は「リハビリ制限すれば寝たきり状態になる人が増えるのは確実。医療費削減にもつながらない」と話す。問い合わせは同機構（06・6857・9640、ホームページ：<http://www.craseed.net/>）へ。

4月からの診療報酬改定で、医療保険で受けられるリハビリに上限日数が設けられたのを受けて、障害者団体や福祉・医療関係者らが「生活能力の低下や要介護度の重

度化を招く」と反発、撤



2006年9月24日付け「朝日新聞」の記事

維持期リハビリテーションの介護保険への移行に係る検討経緯

- 維持期リハビリテーションの介護保険への移行は、累次の診療報酬改定に係る議論において提案されたが、その都度、経過措置が延長されてきた。

平成21年11月18日 第148回基本問題小委員会「平成24年度改定まで延長」

- (事務局資料)平成21年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (1号委員発言趣旨)医療保険のリハビリと介護保険のリハビリが同じ条件でできるようにしないと移行は進まない。
- (2号委員発言趣旨)状態の維持を目的とする場合、本来は介護保険で見べきところを暫定的に診療報酬で見ているが、**平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定まで**は維持期のリハを診療報酬でも続けざるを得ない。

平成23年12月7日 第211回総会「平成26年度改定まで再延長」

- (事務局資料)医療と介護の役割分担を勘案し、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については、医療から介護へ円滑な移行を促進する措置を講じながら、維持期にふさわしい評価とするとともに、要介護認定者に対するこれらは**原則次回(注:平成26年度)改定まで**とするが、次回改定時に介護サービスの充実状況等を確認することとしてはどうか。
- (2号委員発言趣旨)回復が見込まれる方、介護保険対象とならない方は、引き続き医療保険でリハビリテーションが受けられるということを保険することが必要。

平成25年12月4日 第262回総会「平成28年度改定まで再々延長」

- (事務局資料)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**のではないかと。
- (2号委員発言趣旨)現実的に経過措置の延長は必要。介護へ移行できない理由として、心理的抵抗感が大きいからということが挙げられているが、それだけではないということを理解する必要がある。
- (1号委員発言趣旨)移行が現状から見て難しいということで、若干やむを得ないと思うが、現状追認でやむを得ないということを繰り返していくと、そのうち、收拾が付かなくなるのではないかと危惧している。

「医療保険での維持期リハビリには一定のニーズがあり、介護保険への移行が難しい。³⁴しかし、現状を追認していると、收拾がつかなくなる」

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く）は主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、・・・評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは、原則として平成30年3月までに介護保険へ移行するものとする。・・・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等にかかる評価を新設し、医療保険と介護保険にかかるリハビリテーションの併給を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等（入院中の患者を除く）に対する脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらの評価を適正化しつつ、原則として平成30年3月までの実施とする。

6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

【算定要件】

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等に以下の指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

① 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シートを作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付する。

② 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等に対して説明し、その事実及び被説明者が説明をどのように受け止め、どの程度理解したかについての評価を診療録に記載する。

ア) 説明時点までの経過

イ) 治療開始時及び説明時点のADL評価（BarthelIndex又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。）

ウ) 説明時点における患者の機能予後の見通し

エ) 医師及びその他の従事者が、当該患者の生きがい、価値観等についてどう認識しており、機能予後の見通しを踏まえて、患者がどのような活動ができるようになること、どのような形で社会に復帰できることを目標としてリハビリテーションを行っているか、又は行う予定か。

オ) 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエ) の目標にどのように関係するか。

目標設定等支援・管理シート

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日
 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

2. ADL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計 (0-100 点)			合計 (0-100 点)		

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		更衣 (上半身)		
		更衣 (下半身)		
	排泄	トイレ		
		排尿コントロール		
		排便コントロール		
		ベッド、椅子、車椅子		
	移乗	トイレ		
		浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
		階段		
		小計		
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
		社会交流		
	社会認識	問題解決		
		記憶		
		小計		
		合計		

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		

活動		
----	--	--

社会参加		
------	--	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・ 医師の説明の内容 ・ 患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

医学的リハビリテーションの進め方(参考)

- 医学的リハビリテーションは、心身機能の回復訓練に終始するのではなく、常に予後を意識し、残存機能を活かした活動、参加を念頭に置きながら進めることが推奨されている。
- 特に患者について予測される予後等から「参加」レベルの目標を設定し、そこから逆算して活動の目標、心身機能の目標を定め、当該目標を各分野の共通認識としてリハビリテーションを進めることが望ましいとされている。

医学的リハビリテーションの進め方の分類

0. 心身機能の回復訓練に終始する場合

- リハビリテーションとは呼べない。

1. 段階論的アプローチ

- まず心身機能の回復に努め、それが頭打ちになったらADL訓練などの「活動」に対する働きかけに移り、それが限界に達して初めて「参加」について考える。目標は具体的ではなく「ADL自立性向上」「自宅復帰」など一般的に止まる。

2. 同時並行的アプローチ

- 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ソーシャルワークなどを並行して開始し同時に進めていくが、その間の連携は不十分で、分立・分業的であり、目標すら「理学療法の目標」「作業療法の目標」などとバラバラで統一したものはない。

3. 目標指向的アプローチ(もっとも望ましい)

- 心身機能、活動、参加の「予後」(適切なリハビリテーション・プログラムでそれぞれがどこまで回復するかの予測)を総合し、患者の環境因子、個人因子をも十分考慮して「参加レベルの目標(それをどういう活動で実行するかを含む)」の候補(選択肢)を最低3つつくって患者に提示する。もちろんこの選択肢はチームの知恵を集めて作る。
- 患者が熟慮し、家族とも相談して、3つのうち1つを選べばそこで「参加の目標」が決まり、そこから逆に「活動の目標」「心身機能の目標」が決まる。この共通の目標を目指して、各分野が緊密に協業してプログラムを進める。

パート2

介護報酬改定とリハ



平成27年度介護報酬改定の改定率について

- 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。
- また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2. 27%の改定率とする。

改定率▲2. 27%

(処遇改善: +1. 65%、介護サービスの充実: +0. 56%、その他: ▲4. 48%)

(うち、在宅 ▲1. 42%、施設 ▲0. 85%)

(注1) ▲2. 27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。

(注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)。

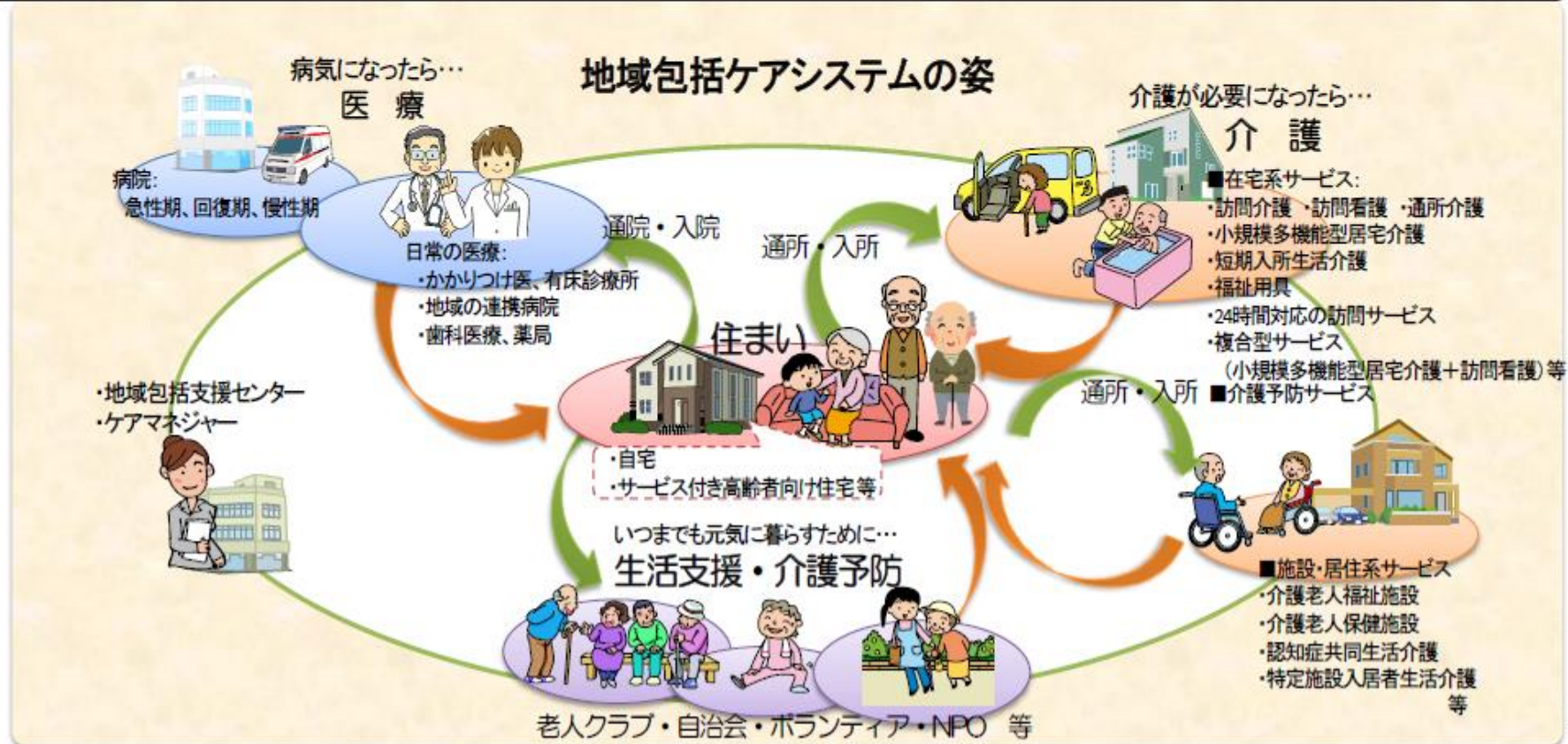
(改定の方向)

- ・ 中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- ・ 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。
- ・ 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、**在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。**
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する**定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした包括報酬サービスの更なる機能強化等**を図る。
- また、地域の拠点としての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす**施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。**



平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

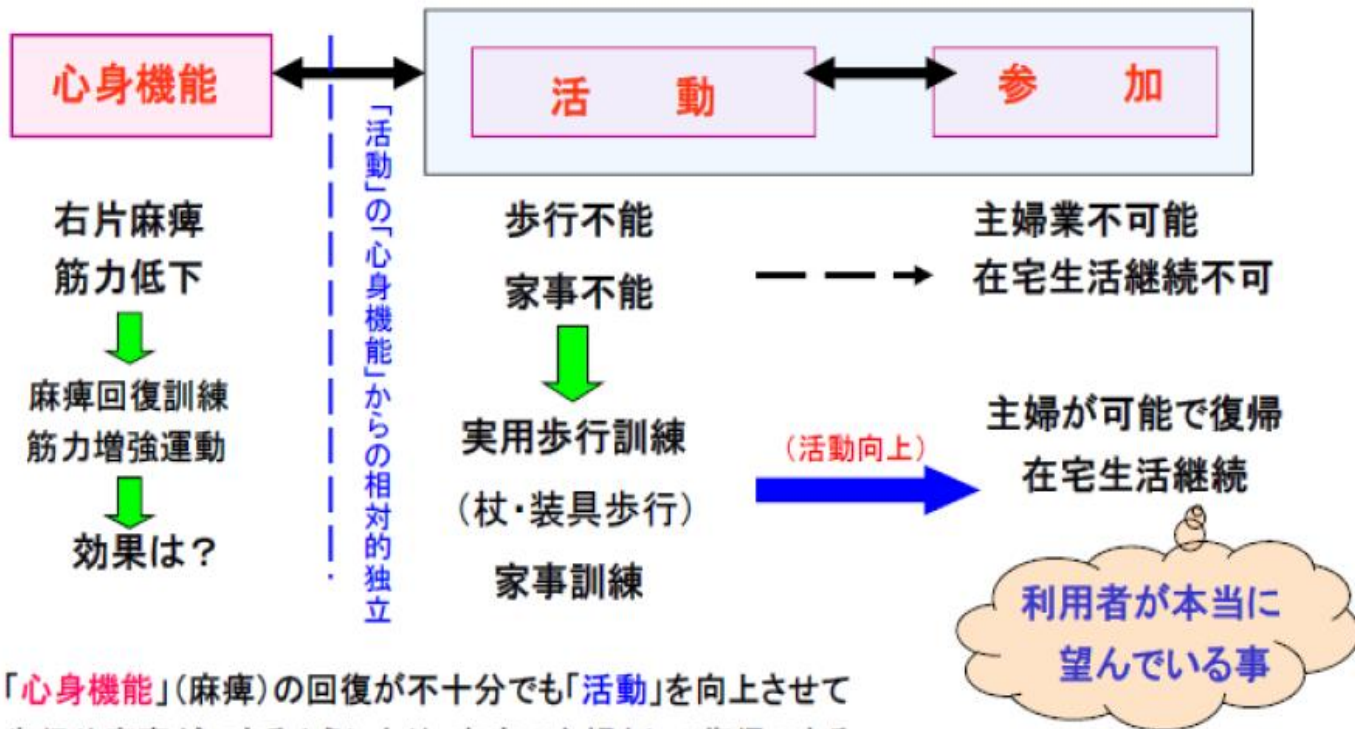
- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

活動と参加に焦点を当てたりハビリ

生活行為向上リハのイメージ

(神奈川県介護支援専門員協会 実務従事者基礎研修部会作成 神奈川県介護支援専門員実務従事者基礎研修使用スライドより抜粋)

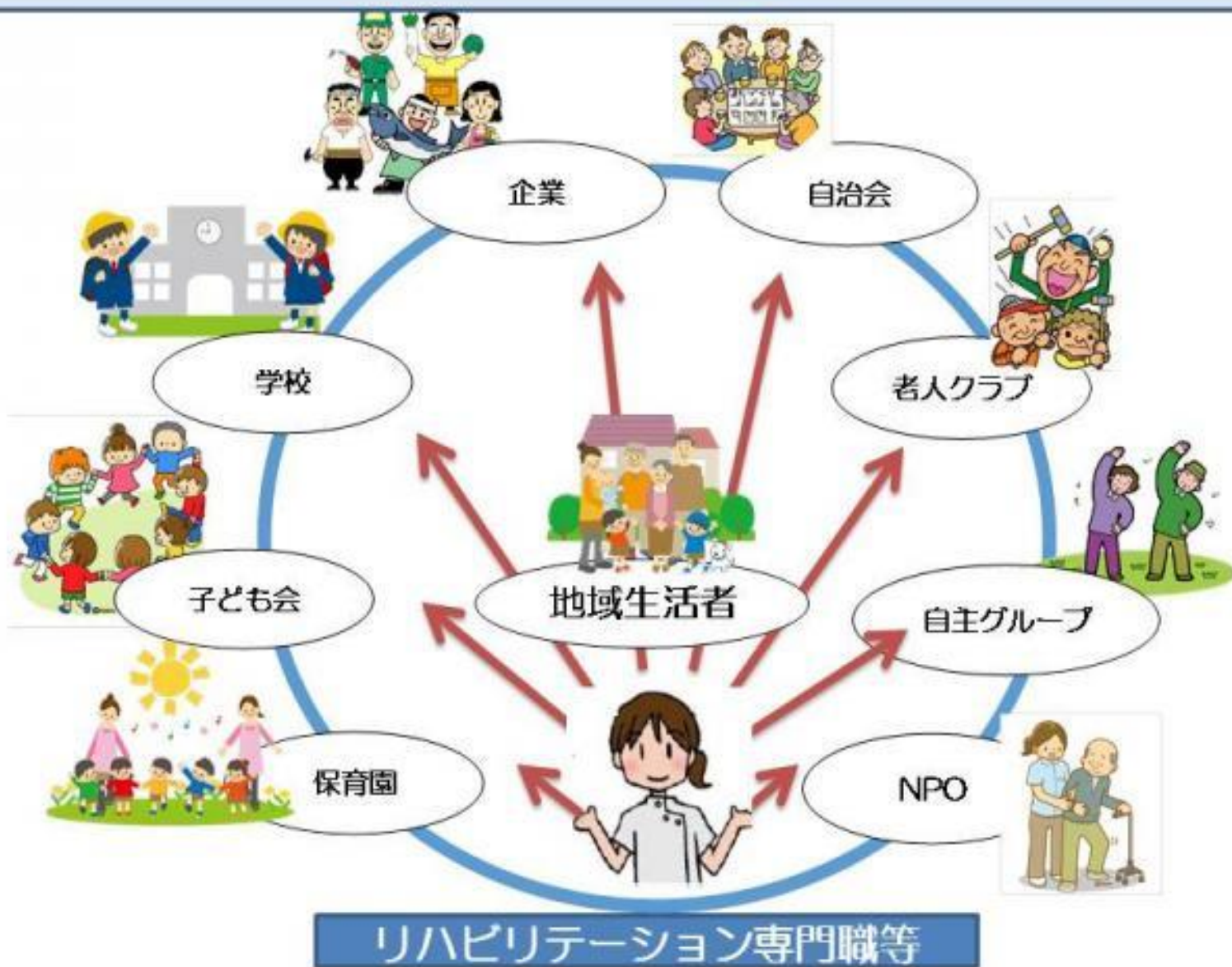
「ある主婦が脳梗塞で倒れた事例」



「心身機能」(麻痺)の回復が不十分でも「活動」を向上させて歩行や家事ができるようになり、在宅で主婦として復帰できる

(ひとつに困難があっても他を諦める必要なし)

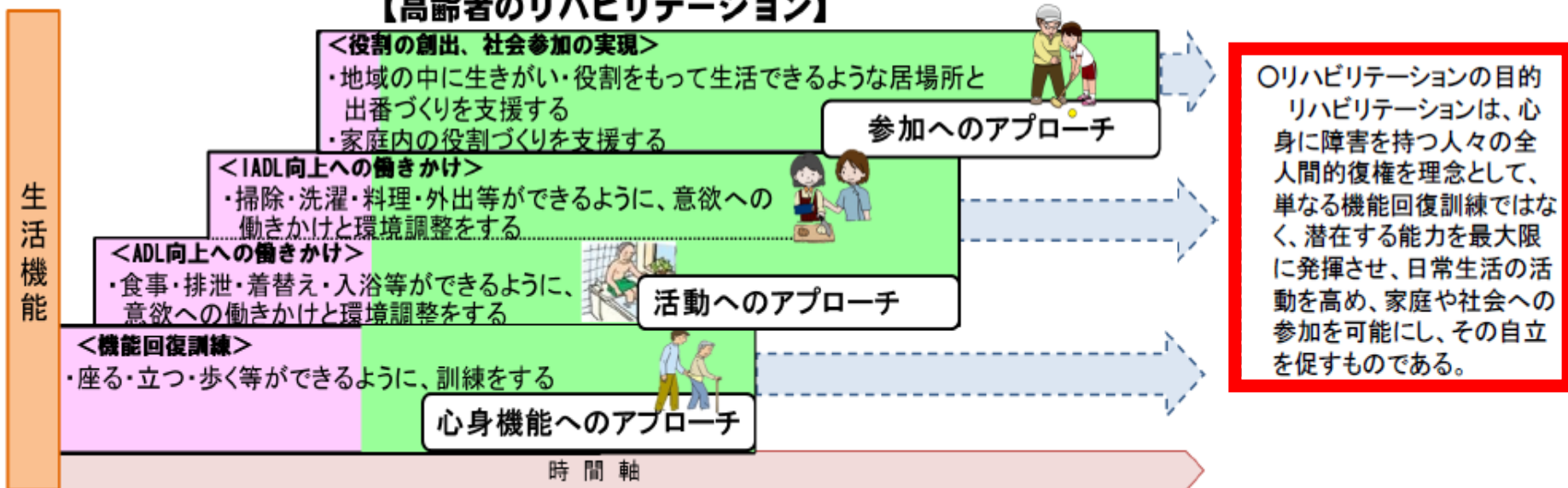
“活動”と“参加”に焦点をあてたリハビリテーションの推進



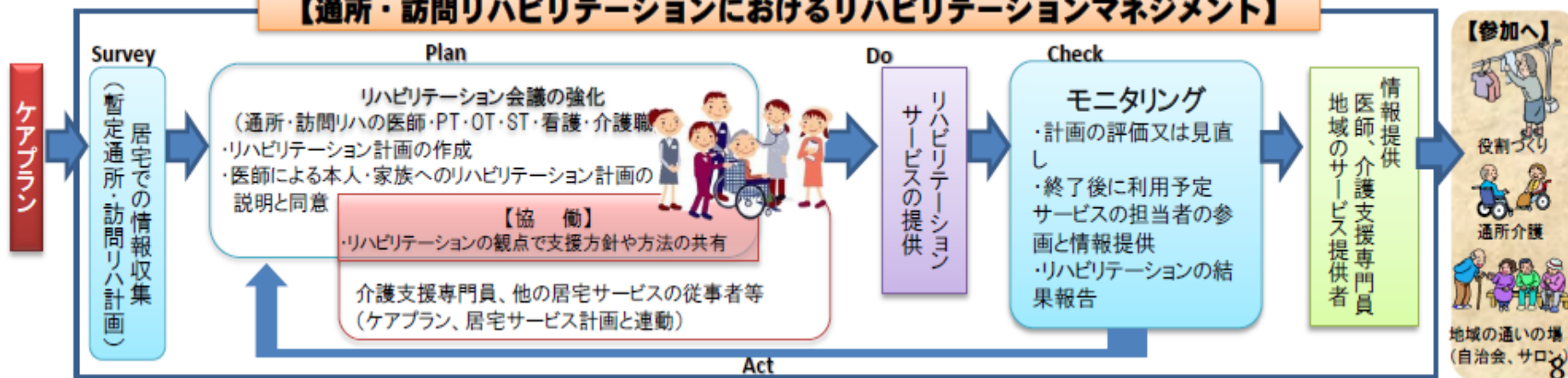
(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- 「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

【高齢者のリハビリテーション】



【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



ADLとIADL

ADL：日常生活動作



車椅子に乗り移る／移動・階段の昇降／食事を摂る／入浴
トイレに行く／排尿・排便のコントロール／着替える／整容

IADL：手段的日常生活動作



電話をかける／買い物に行く／金銭の管理
食事の支度／掃除／洗濯／薬の管理／乗物の利用

リハビリテーション基本理念の明確化（訪問系・通所系サービス共通）

- リハビリテーションは「心身機能」、「活動」、「参加」などの生活機能の維持・向上を図るものでなければならないことについて、訪問・通所リハビリテーションの基本方針に規定。（運営基準事項）

活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入（通所リハ）

- ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな「生活行為向上リハビリテーション」として、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所の組み合わせが可能な新たな報酬体系を導入。

生活行為向上リハビリテーション実施加算

開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合	2,000単位/月（新設）
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合	1,000単位/月（新設）

認知症短期集中リハビリテーションの充実（通所リハ）

- 認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算
240単位/日



認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)
240単位/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)(新設)
1,920単位/月

社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価（訪問リハ・通所リハ共通）

- リハビリテーションにおいて、社会参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高い通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価。

訪問リハビリテーション：社会参加支援加算：17単位/日（新設）

通所リハビリテーション：社会参加支援加算：12単位/日（新設）

リハビリテーションマネジメントの強化（訪問リハ・通所リハ共通）

- リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価。

訪
リ
ハ

基本報酬のリハビリテーションマネ
ジメント相当分

訪問介護との連携加算
300単位/回(3月に1回を限度)



リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)（新設）
60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)（新設）
150単位/月

通
リ
ハ

リハビリテーションマネジメント加算
230単位/月

訪問指導等加算
550単位/回(1月1回を限度)



リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)
230単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)（新設）
開始月から6月以内 1,020単位/月
開始月から6月超 700単位/月

(参考) サービス提供体制強化加算について (改定後)

サービス	要件	単位
訪問入浴介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。	①: 36単位/回 ②: 24単位/回
夜間対応型訪問介護	① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。	①: 18単位/回 ②: 12単位/回 (包括型 ①: 126単位/人・月 ②: 84単位/人・月)
訪問看護	○ 研修等を実施しており、かつ、3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
訪問リハビリテーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 18単位/回 ②: 12単位/回 ③: 6単位/回 ※介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ 【要支援1】 【要支援2】 ①: 72単位/人・月 ①: 144単位/人・月 ②: 48単位/人・月 ②: 96単位/人・月 ③: 24単位/人・月 ③: 48単位/人・月
療養通所介護	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	6単位/回
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が40%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 640単位/人・月 ②: 500単位/人・月 ③・④: 350単位/人・月
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	○ 研修等を実施しており、かつ、次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が40%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が30%以上配置されていること、又は、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者の合計が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が60%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 640単位/人・月 ②: 500単位/人・月 ③・④: 350単位/人・月
認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	次のいずれかに該当すること。 ① 介護福祉士が60%以上配置されていること。 ② 介護福祉士が50%以上配置されていること。 ③ 常勤職員が75%以上配置されていること。 ④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。	①: 18単位/人・日 ②: 12単位/人・日 ③・④: 6単位/人・日

※1 訪問介護及び居宅介護支援については、特定事業所加算において、人材に関する同旨の要件を定めている。

※2 表中、複数の単位設定がされているものについては、いずれか一つのみを算定することができる。

※3 介護福祉士に係る要件は「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者にサービスを直接提供する職員の総数に占める3年以上勤続職員の割合」である。

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適性化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

サービス評価の適正化

- 「骨太の方針」も踏まえた介護福祉施設サービスを始めとする各サービスの評価の適正化については、各サービスの運営実態も勘案しつつ、1.及び2.の視点を踏まえた対応を実施。

集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

- (1) 訪問系サービス(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護)
 - 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。建物の定義は(2),(3)も同じ)に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を10%減算。等
- (2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対して提供する場合は、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算。
- (3) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
 - 事業所と同一の建物の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに創設。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

- 通所介護、通所リハビリテーション等において、送迎を実施していない(利用者が自ら通う場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合)は、片道あたり47単位を減算。

(参考) 集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬【改定後】

	減算の内容	算定要件	備考
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	① <u>事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物</u> (養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者 ② <u>上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)</u> に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が <u>1月あたり20人以上</u> の場合)	—
定期巡回・随時対応サービス	600単位/月 減算	・ <u>事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物</u> (養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者	—
居宅療養管理指導	医師:503単位 → 452単位 等	・同一建物居住者。具体的には以下の利用者 ① 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居・入所している複数の利用者 ② 小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービス)などのサービスを受けている複数の利用者	・同一日に2人以上の利用者を訪問する場合
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	① 94単位/日 ② 47単位/片道 減算	① 事業所と同一建物に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。 ② <u>事業所が送迎を行っていない者</u>	・やむを得ず送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	(別報酬体系)	・ <u>事業所と同一建物</u> (養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る)に居住する者	・利用者の居所(事業所と同一建物に居住するか否か)に応じた基本報酬を設定

(参考) 集合住宅におけるサービス提供の場合の報酬【現状】

	減算の内容	対象となる利用者	その他の条件
訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 夜間対応型訪問介護	10%減算	・ <u>事業所と同一建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高専賃に限る）</u> に居住する利用者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。	・ 事業所と同一建物に居住する実利用者の数が30人/月以上
小規模多機能型居宅介護			・ 事業所と同一建物に居住する実利用者の数が登録定員の80/100以上
居宅療養管理指導	医師：503 → 452単位 等	・ <u>同一建物居住者</u> 。具体的には以下の利用者 ①養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの <u>集合住宅等</u> に入居・入所している複数の利用者 ②小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス（宿泊サービス）などのサービスを受けている複数の利用者	・ 同一日に2人以上の利用者を訪問する場合
通所介護 通所リハビリテーション 認知症対応型通所介護	94単位/日 減算	・ <u>事業所と同一建物</u> に居住する者又は事業所と同一建物から事業所に通う者 ※ 事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が介護事業者と異なる場合であっても該当する。	・ やむを得ず送迎が必要と認められる利用者の送迎は減算しない
定期巡回・随時対応サービス	<u>減算なし</u>	—	—
複合型サービス	<u>減算なし</u>	—	—

報酬の体系化・適正化と運営の効率化

- 訪問リハビリテーションにおける身体機能の回復を目的とした短期集中リハビリテーション実施加算について、早期かつ集中的な介入を行う部分の評価を平準化し、見直す。

退院(所)日又は認定日から起算して
1月以内 340単位/日

退院(所)日又は認定日から起算して
1月超3月以内 200単位/日



退院(所)日又は認定日から起算して
3月以内 200単位/日

訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションの見直し

- 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問と、訪問リハビリテーションのサービス提供実態について、利用者の年齢や性別、要介護度、プログラム内容等が類似であることを踏まえて、基本的な報酬の整合を図る。

理学療法士等による訪問の場合
318単位/回



理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合
302単位/回

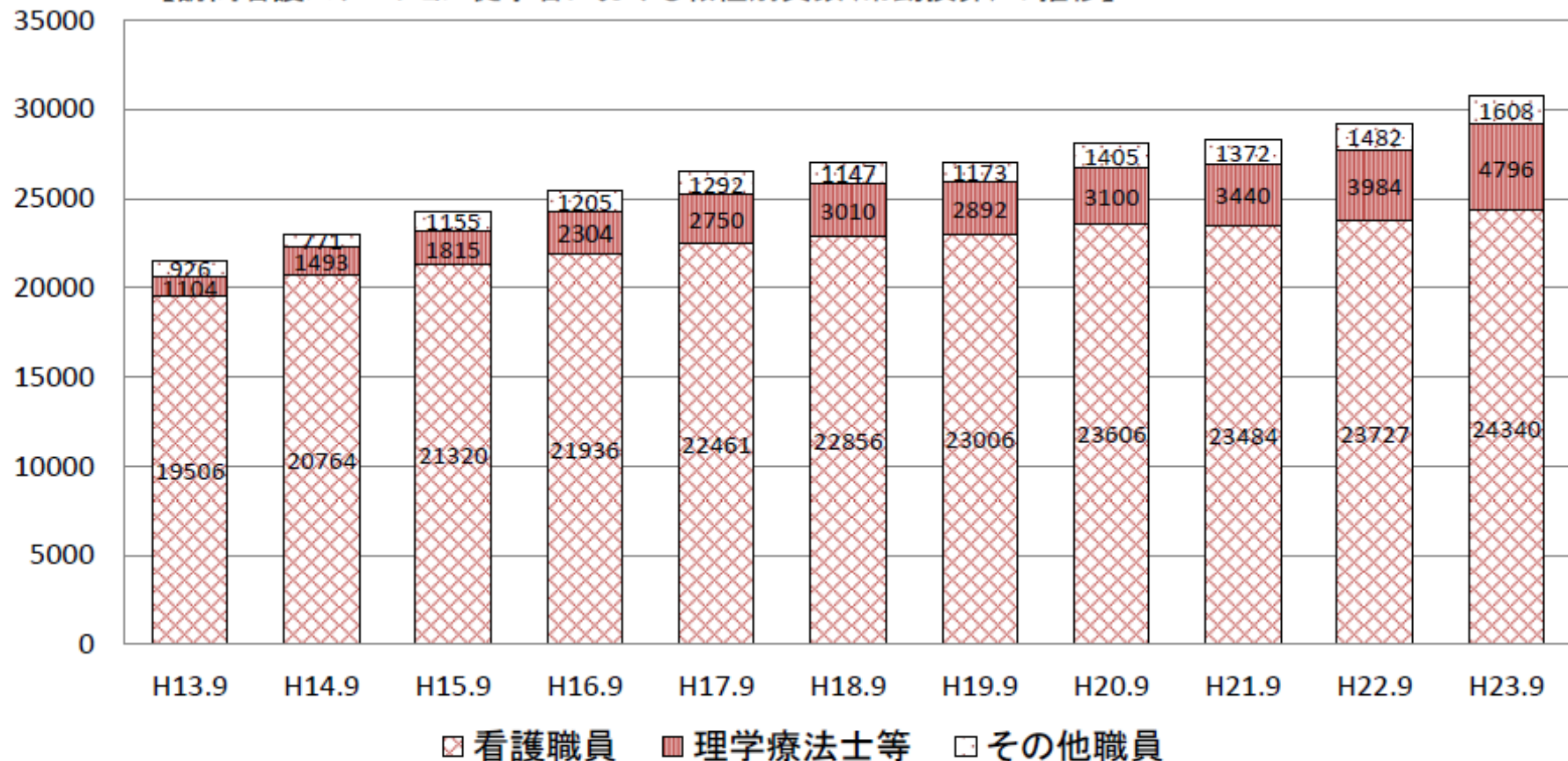
訪問リハ及び通所リハを同一事業者が提供する場合の運営の効率化

- 訪問・通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業者が提供する場合の運営の効率化を推進するため、リハビリテーション計画、リハビリテーションに関する利用者等の同意書、サービス実施状況の診療記録への記載等を効果的・効率的に実施できるよう見直す。(運営基準事項)

訪問看護ステーション従事者の職種別数

- 訪問看護ステーションの従事者(常勤換算)数は年々増加し、約3万人である(平成23年)。
- 訪問看護ステーション従事者における看護職員(常勤換算)数は、直近10年間で約1.25倍である。
- 訪問看護ステーション従事者における理学療法士等(常勤換算)数は、直近10年間で約4.35倍である。

(人) 【訪問看護ステーション従事者における職種別員数(常勤換算)の推移】



職種の内訳

- ・看護職員＝保健師、看護師、助産師、准看護師
- ・理学療法士等＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- ・その他職員＝上記以外

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

訪問看護ステーションの職種別訪問看護費の推移

○ 平成21年以降、訪問看護ステーションにおける訪問看護費に占める理学療法士等による「訪問看護の一環としてのリハビリテーション」の増加が著しい。

【訪問看護ステーションにおける職種別訪問看護単位数の推移】

(千単位)

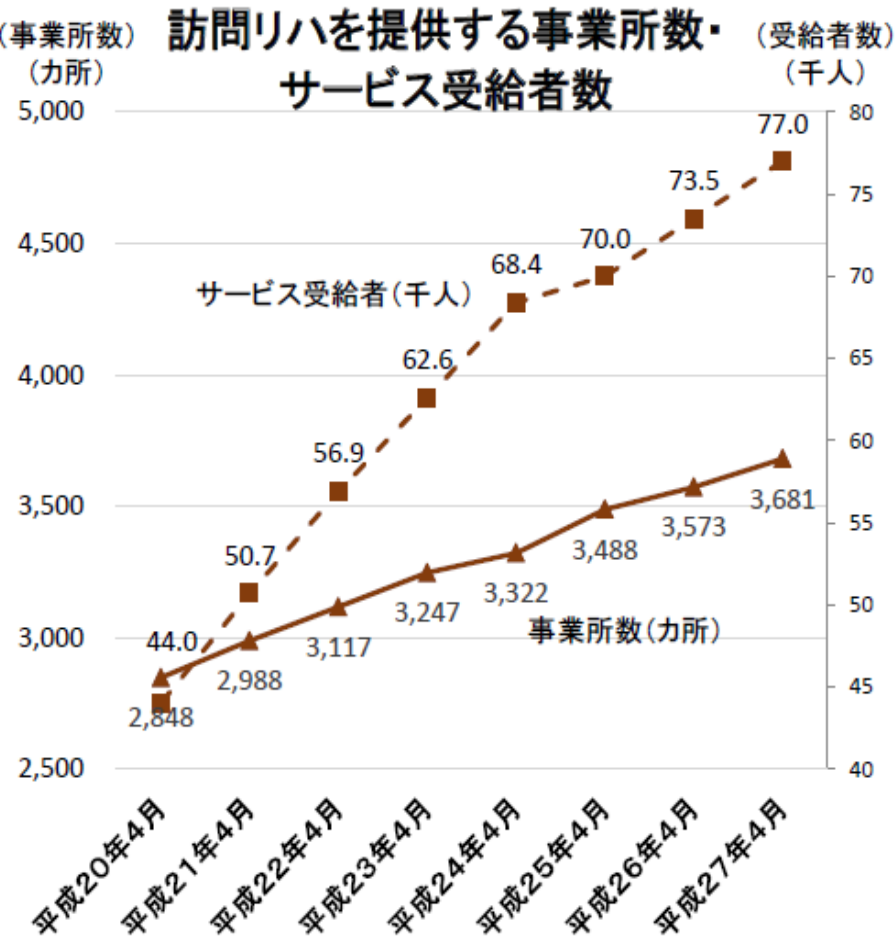
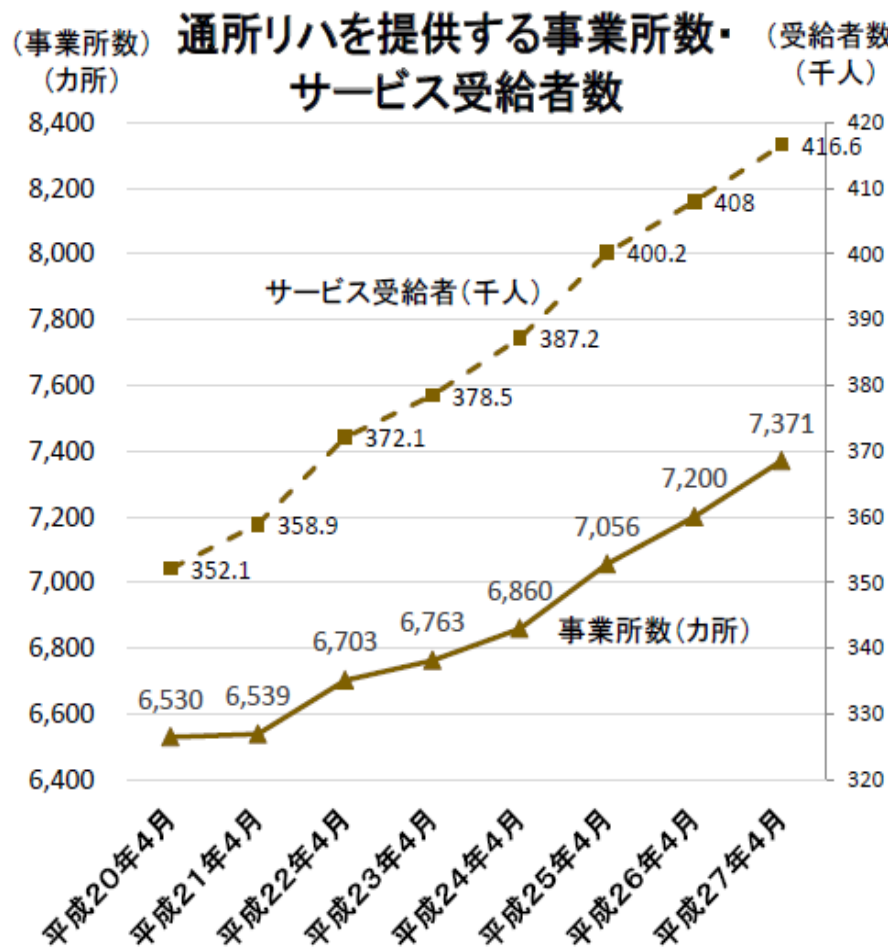


※ 看護職員とは、看護師、保健師、准看護師

※ 理学療法士等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所数・受給者数の増加

- 介護保険における通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の数、サービス受給者の数は、平成20年以降、一貫して増加傾向にある。



出典：介護給付費実態調査

参考事例

第108回介護給付費分科会 団体ヒアリング
一般社団法人日本作業療法士協会提供資料より抜粋

通所リハ		買い物に行きたいが不安で夫に依存していた方への訪問指導事例	
通所リハビリテーション(介護予防)事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)		要支援1
	<p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p>		
	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADLの状態	・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫)	・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化	・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買物が習慣化(夫から誘われるようになる)
生活行為の目標	・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる	・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる	【考察】 実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」と「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。 買物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。
介入内容	①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習	①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討	

同行者がいれば買い物が可能に



スーパーを想定しての模擬的アプローチ

実際場面で活動参加を繰り返し習慣化へ向けたアプローチ

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に



活動の習慣化 役割の拡大へ 地域とのつながり

結果 : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

活動と参加に焦点を
当てたりハビリを！



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

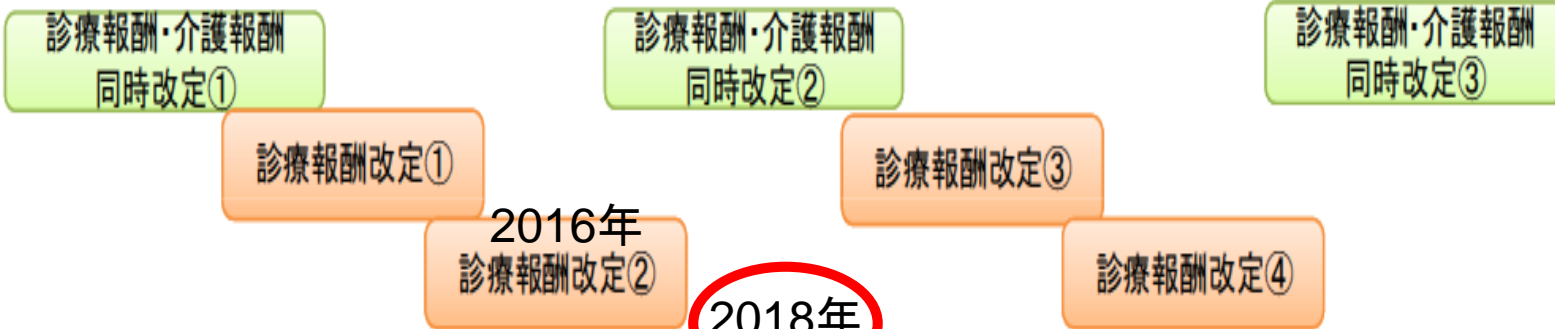
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

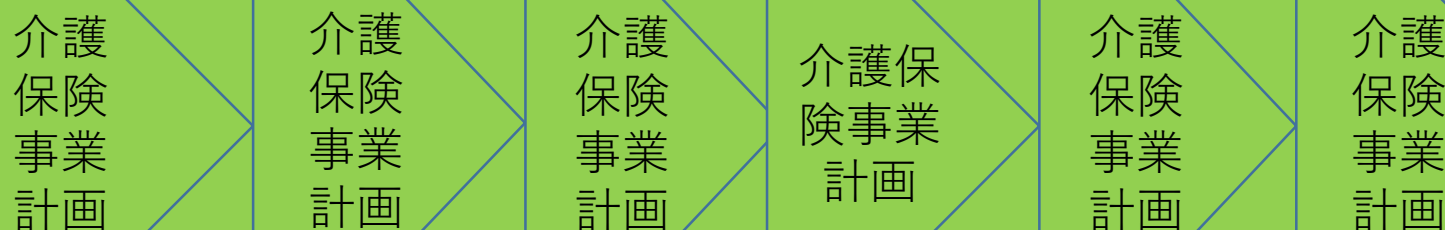
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

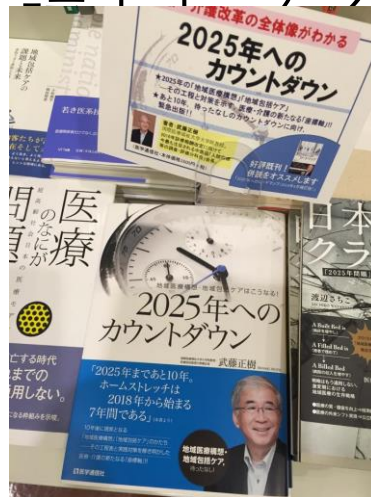
2018年同時改定へ向けて

- 急性期病棟リハのさらなる強化が必要
 - 発症直後のリハが患者予後を決める
- 回復期リハビリにおけるアウトカム評価のさらなる強化
 - 回復期リハは絞りこまれるだろう
- 回復期から維持期・生活期リハへの円滑な移行と介護リハの充実強化が課題
- 介護リハの目指すべきは「活動と参加のリハビリ」

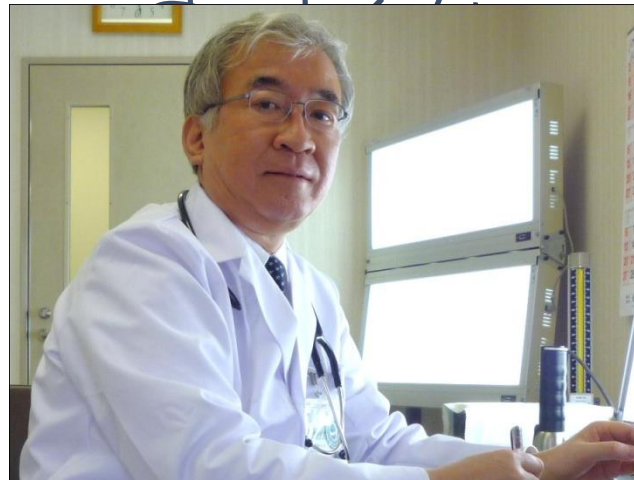
2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• **2015**  **発刊**
アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp