

# 訪問リハビリテーションの報酬・基準について

## I. 訪問リハビリテーションの現状と課題

- 平成17年5月中の訪問リハビリテーションの費用額は約5億円、利用者数は約2万人で、要介護3～5の中重度者が6割を占める。
- 介護保険全体の費用額、利用者数に占める割合はそれぞれ0.1%、0.6%と低い割合となっている。

## II. 訪問リハビリテーションに関するこれまでの指摘等の概要

### 社会保障審議会介護保険部会報告書（平成16年7月30日）

- 現行の訪問リハビリテーションについては、退院・退所直後や生活機能が低下した際に、福祉用具使用の指導との組み合わせなどを含め、計画的、集中的に実施するなど、その機能の明確化を図り、基準・報酬についても見直しを行う必要がある。

### 高齢者リハビリテーション研究会報告書（平成16年1月）

- 訪問リハビリテーションは、退院・退所直後や生活機能が低下したときに、計画的に集中して実施するサービスとして位置づけ、拡充していく必要がある。
- 脳卒中による失語症の患者が在宅に多いにもかかわらず、言語聴覚士がサービス提供者として位置づけられていないといった問題も指摘されている。

### 訪問リハビリテーションの実態と連携等に関する調査（平成16年度）

- 実態としては、31%が2年を超えて継続利用し、利用頻度においても利用継続期間による差はみられず、1週当たり1.2～1.3回である。

### Ⅲ. 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### (基本的な考え方)

- 訪問リハビリテーションについては、退院・退所後、早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性を向上させるため、短期間に集中して実施するサービスとしての位置づけを明確化してはどうか。

#### (具体的な論点)

#### 短期・集中的なリハビリテーションの評価

- 退院・退所直後に日常生活活動訓練を短期・集中的に実施することを高く評価する一方で、利用期間による逡減制を導入してはどうか。

#### 【参考：訪問リハビリテーションの利用状況

(平成16年度「訪問リハビリテーションのサービス提供に関する調査研究：UFJ総合研究所)】

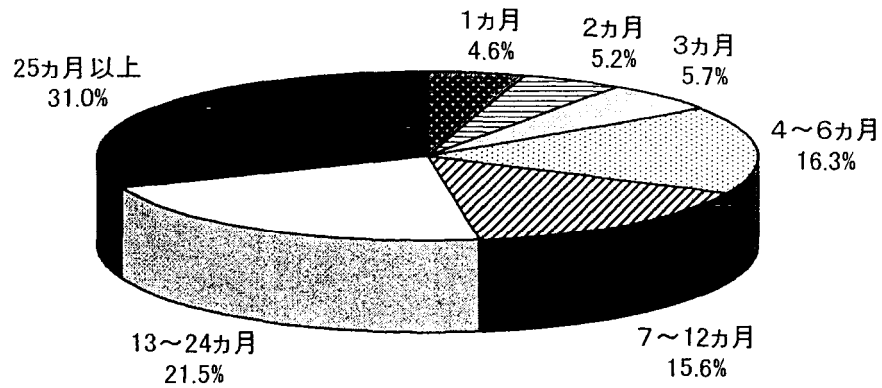
訪問リハビリテーションの利用期間（月数） (n=1,659)

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
病院または診療所	1,659	20.0	20.0	14.0	160.0	1.0

訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,659)

	合計	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4～6ヵ月	7～12ヵ月	13～24ヵ月	25ヵ月以上
病院または診療所	1,659	77	86	95	270	259	357	515
	100.0%	4.6%	5.2%	5.7%	16.3%	15.6%	21.5%	31.0%

訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,659)



(平成16年度「訪問リハビリテーションのサービス提供に関する調査研究事業」)

要介護度別 訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,682)

	合計	1か月	2か月	3か月	4～6か月	7～12か月	13～24か月	25か月以上	無回答
全体	1,682 100.0%	79 4.7%	88 5.2%	97 5.8%	274 16.3%	262 15.6%	360 21.4%	522 31.0%	0 0.0%
要支援	45 100.0%	2 4.4%	3 6.7%	5 11.1%	11 24.4%	7 15.6%	9 20.0%	8 17.8%	0 0.0%
要介護1	271 100.0%	17 6.3%	19 7.0%	20 7.4%	50 18.5%	50 18.5%	57 21.0%	58 21.4%	0 0.0%
要介護2	282 100.0%	15 5.3%	20 7.1%	19 6.7%	38 13.5%	38 13.5%	58 20.6%	94 33.3%	0 0.0%
要介護3	292 100.0%	16 5.5%	15 5.1%	24 8.2%	49 16.8%	51 17.5%	71 24.3%	66 22.6%	0 0.0%
要介護4	340 100.0%	16 4.7%	13 3.8%	11 3.2%	57 16.8%	52 15.3%	69 20.3%	122 35.9%	0 0.0%
要介護5	392 100.0%	11 2.8%	15 3.8%	16 4.1%	59 15.1%	55 14.0%	85 21.7%	151 38.5%	0 0.0%
なし	24 100.0%	0 0.0%	1 4.2%	2 8.3%	4 16.7%	4 16.7%	2 8.3%	11 45.8%	0 0.0%

訪問リハビリテーションの利用時期・期間別 1週間あたりの訪問回数

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値
開始月	1,600	1.3	0.7	1.0	4.0
開始からの経過時間別	1,602	1.2	0.6	1.0	6.0
1ヵ月	76	1.2	0.5	1.0	3.0
2ヵ月	84	1.3	0.6	1.0	3.0
3ヵ月	92	1.2	0.5	1.0	3.0
4～6ヵ月	258	1.3	0.6	1.0	5.0
7～12ヵ月	252	1.2	0.6	1.0	5.0
13～24ヵ月	342	1.3	0.6	1.0	3.0
25ヵ月以上	498	1.2	0.6	1.0	6.0
利用終了月(利用終了者のみ)	252	1.3	0.8	1.0	4.0
在宅のまま	113	1.3	0.7	1.0	4.0
入院・入所による終了者	123	1.3	1.0	1.0	4.0

### 言語聴覚士による言語聴覚療法等の評価

- 脳卒中による失語症で言語聴覚療法を必要としたり、嚥下訓練を必要とする在宅要介護者に対し、言語聴覚士が言語聴覚療法又は摂食機能療法（嚥下訓練）を行った場合について訪問リハビリテーションとして評価することとしてはどうか。また、これと併せて、人員基準においても言語聴覚士を評価することとしてはどうか。

※医療保険の訪問リハビリテーションにおいては、平成16年診療報酬改定により、言語聴覚士による言語聴覚療法等を評価している。

## 居宅療養管理指導の報酬・基準について

### I. 居宅療養管理指導の現状と課題

- 平成17年5月中の居宅療養管理指導の費用額は約19億円、利用者数は約20万人で、要介護3～5の中重度者が6割を占める。
- 介護保険全体の費用額、居宅サービス利用者数に占める割合は、それぞれ約0.3%、7.6%（平成17年5月）と低い割合となっている。

#### ○居宅療養管理指導の報酬体系

医師又は歯科医師が行う場合（月2回を限度）	居宅療養管理指導（Ⅰ）		500単位
	居宅療養管理指導（Ⅱ） （寝たきり老人在宅総合診療料算定の場合）		290単位
薬剤師が行う場合	医療機関の薬剤師の場合 （月2回を限度）		550単位
	薬局の薬剤師の場合	月の1回目の場合	500単位
		月の2回目以降の場合	300単位
管理栄養士が行う場合（月2回を限度）			530単位
歯科衛生士等が行う場合 （月4回を限度）	月の1回目の場合		550単位
	月の2回目以降の場合		300単位

## Ⅱ. 居宅療養管理指導に関するこれまでの指摘等の概要

### 介護保険部会

- 主治医と介護サービス事業者の連携において、日常的な健康管理や慢性疾患の管理を行う主治医と居宅介護支援事業者、福祉系の在宅サービス事業者との連携を促進すべきとの指摘がある。
- 医師等から居宅介護支援事業者等に関する情報提供については、必ずしも文書で行う必要がない、ケアマネジャー等に対する情報提供が十分に行われていない等により、医療サービスと介護サービスの連携が十分に確保できる体制となっていない。

### 介護給付費分科会

- 栄養改善及び口腔機能の向上については、中重度者に対する介護給付のサービスにおいても重要な要素である。

### 高齢者リハビリテーション研究会

- 専門的口腔ケアは、低栄養、転倒・骨折、気道感染、閉じこもりに対する介護予防効果があり、高齢者リハビリテーションの効果を高めることが確認されているにもかかわらず、このような専門的な口腔ケアを受けている高齢者は少数であった。

### 施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会報告書

- 居宅の介護度が高い利用者に対して栄養ケア・マネジメント体制のもと、栄養ケアが包括的、連続的に提供されることが重要である。

### Ⅲ. 居宅療養管理指導の報酬・基準に関する論点

#### (基本的な考え方)

- 居宅療養管理指導の報酬・基準については、次のような基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
  - ① 医師・歯科医師による情報提供の徹底
  - ② 管理栄養士による在宅の低栄養者への栄養ケア・マネジメントの評価
  - ③ 歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導に対する評価の見直し

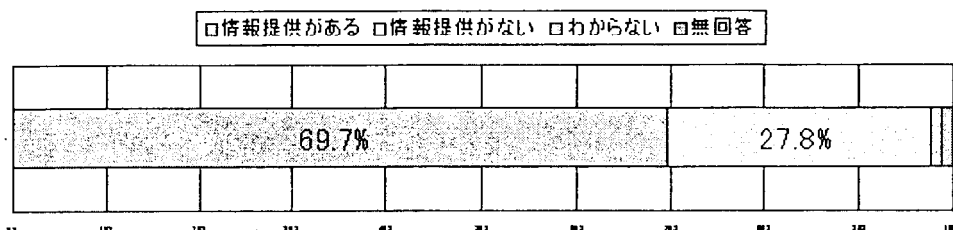
#### (具体的な論点)

#### 医師・歯科医師による居宅療養管理指導

- 医師・歯科医師から居宅介護支援事業者や介護サービス事業者への情報提供の徹底を図る観点から、現行の居宅療養管理指導の報酬上の評価を「情報提供」と「指導・助言」に区分し、「情報提供」の算定に当たっては、サービス担当者会議への参加を義務づけてはどうか。
- また、「指導・助言」の算定に当たっても、利用者又は家族等に対して、介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導等の要点を記載した文書の提供を要件としてはどうか。

#### 【1】 医師又は歯科医師によるケアプラン策定時に必要な情報提供の有無

医師又は歯科医師による居宅療養管理指導を「利用している」利用者について、担当の介護支援専門員に医師又は歯科医師によるケアプラン策定時に必要な情報提供があるかないかたずねたところ、「情報提供がある」が69.7%、「情報提供がない」が27.8%となっている (n=1134)。

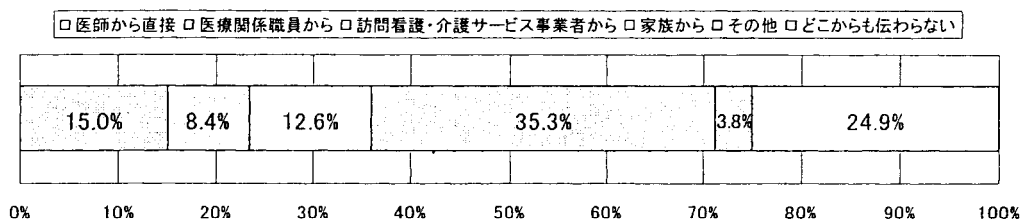


(H16.3 介護サービス体系と機能の在り方に関する調査研究

介護報酬改定の影響及び介護報酬等の現状と課題並びに区分支給限度基準額に関する調査：財団法人 医療経済・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)

【2】利用者の状態変化についてかかりつけ医からの連絡の有無

介護支援専門員のところにかかりつけ医が連絡をしてくれる際には、医師が直接伝えてくれるケースは少なく15.0%であった。(n=1186)



(H16.3 都市部における医療と在宅介護との連携に関する研究：財団法人 医療経済・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)

【3】サービス担当者会議開催時のかかりつけ医の対応

介護支援専門員へのかかりつけ医の対応として「会議に出席してくれる」は8.3%である。(n=1208)

(H16.3 都市部における医療と在宅介護との連携に関する研究：財団法人 医療経済・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)

**管理栄養士による居宅療養管理指導**

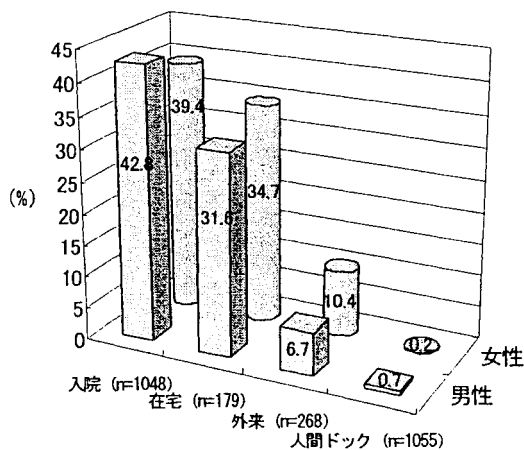
- 現行の管理栄養士による居宅療養管理指導は、特別食の必要な者のみを対象としているが、通院、通所が困難な低栄養状態の在宅要介護者に対する栄養ケア・マネジメントについても評価することとしてはどうか。
- 栄養ケア・マネジメントにおいては、低栄養状態にあると医師が診断した者に対して、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士等が協力して栄養ケア計画を策定し、計画に基づく栄養管理や定期的な評価・見直しの実施、家族、ヘルパーなどへの情報提供、助言等の実施などを行うこととしてはどうか。



## 介護が必要な高齢者の低栄養状態に関する実態調査

居宅の介護を要する高齢者（訪問栄養食事指導等の対象者）のうち、血清アルブミン値3.5g/dl以下の低栄養状態の中リスク者は約30%

わが国の高齢者医療施設の入院患者等の低栄養状態の中リスク者  
(血清アルブミン値3.5g/d以下)の出現頻度



(厚生省老人保健事業推進等補助金「高齢者の栄養管理サービス」(主任研究者 松田朗、1996-99))

## 歯科衛生士等による居宅療養管理指導

- 現行の歯科衛生士等による居宅療養管理指導は、歯科医師による訪問診療と併せて行うこととなっているが、歯科衛生士による機動的な訪問が行えるよう、歯科医師による訪問診療の要件（現行は月1回）を例えば3か月に1回程度に緩和してはどうか。
- また、上記と併せて、初回加算の廃止など報酬水準の適正化を図りつつ、歯科訪問診療を行った歯科医師の指示書に基づく指導内容の充実を図ることとしてはどうか。

# 通所介護、通所リハビリテーションの報酬・基準について

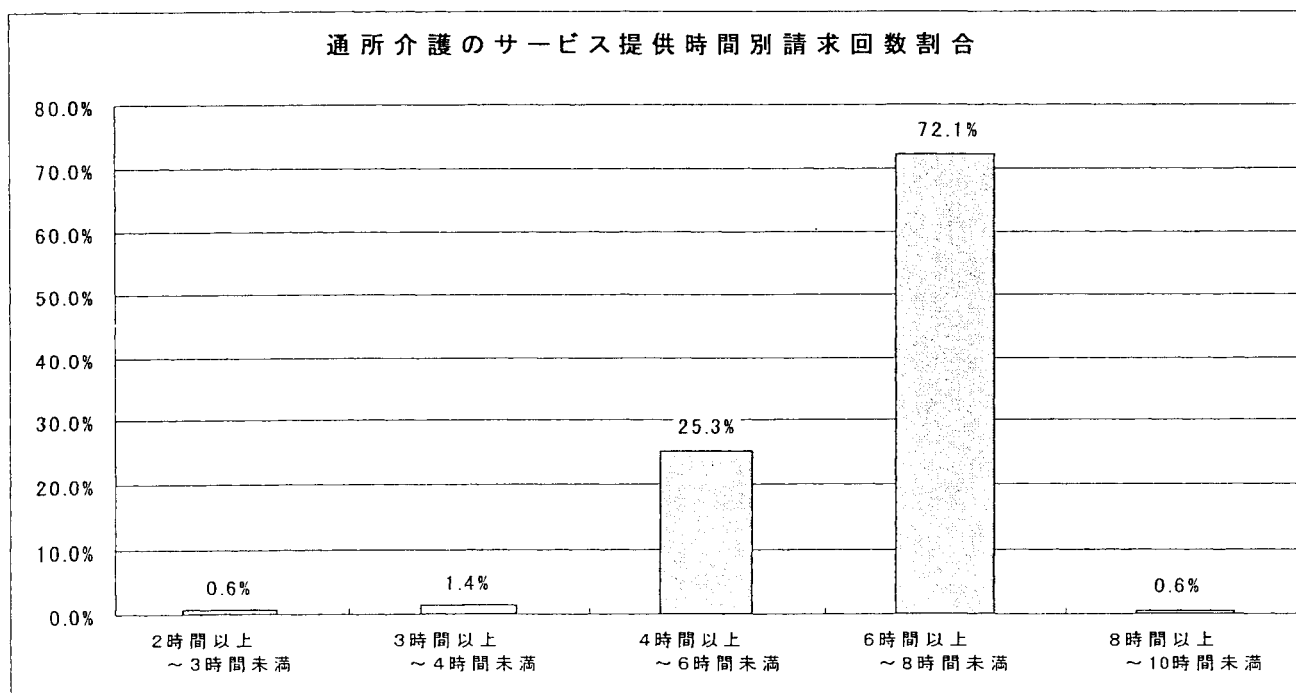
## I. 通所介護、通所リハビリテーションの現状と課題

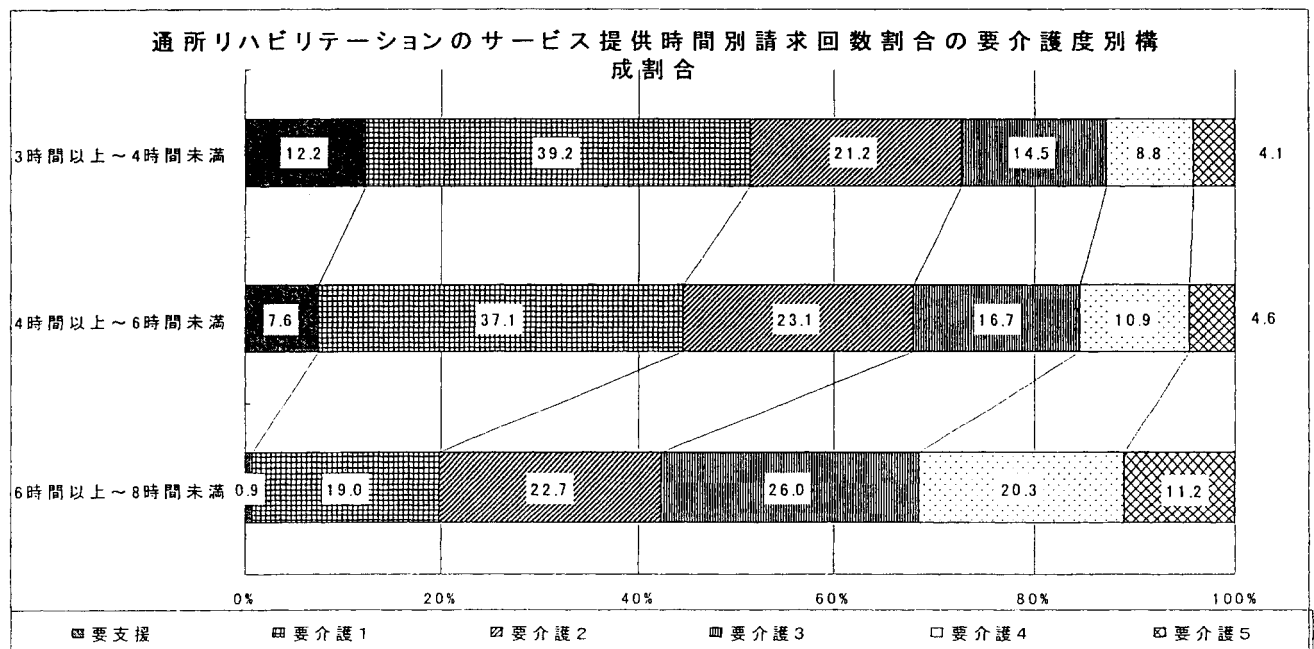
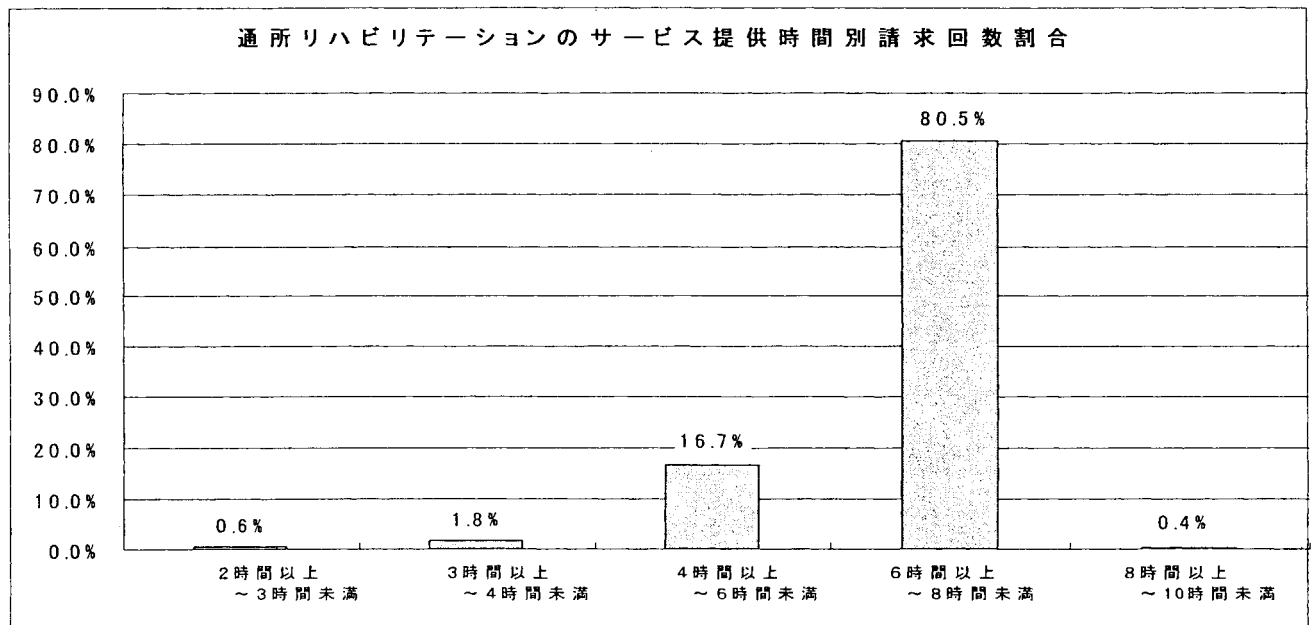
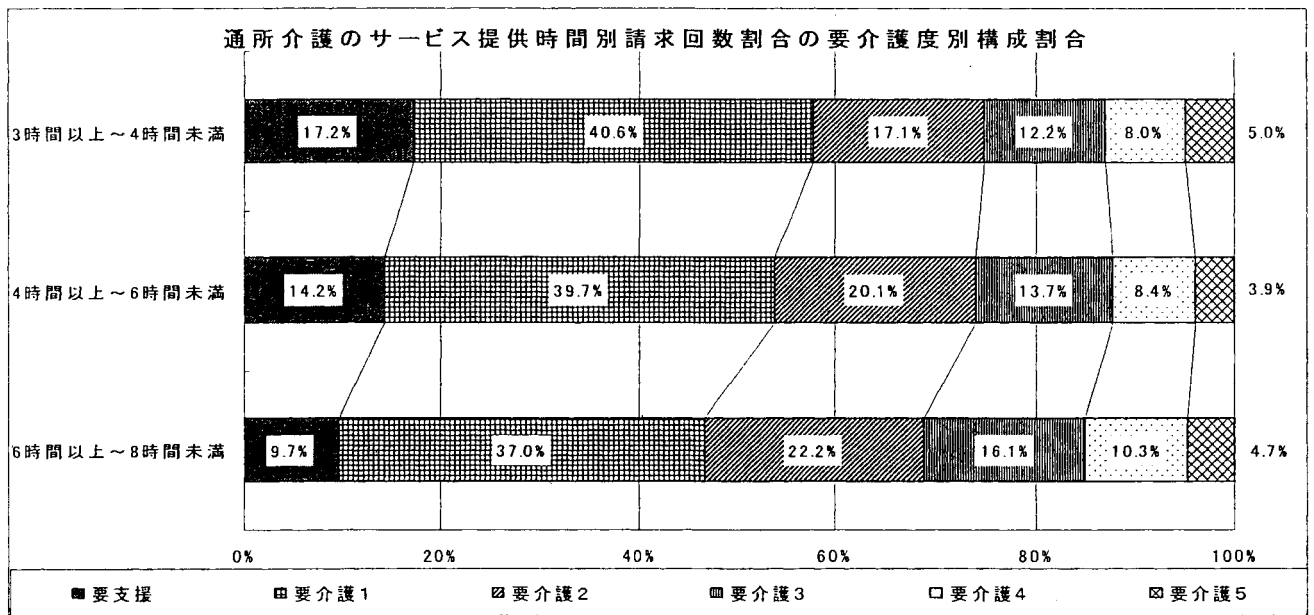
### (費用額及び利用者の状況)

- 平成17年5月中の通所介護の費用額は約670億円、利用者数は約100万人、通所リハビリテーションの費用額は約320億円、利用者数は約45万人で、両者を併せた費用額は居宅サービス費用全体の約4割を占める。
- 通所介護、通所リハビリテーションともに、要支援・要介護1の利用者が過半数を占め、費用額についても要支援・要介護1の費用額が約4割を占めている。

### (提供されているサービス)

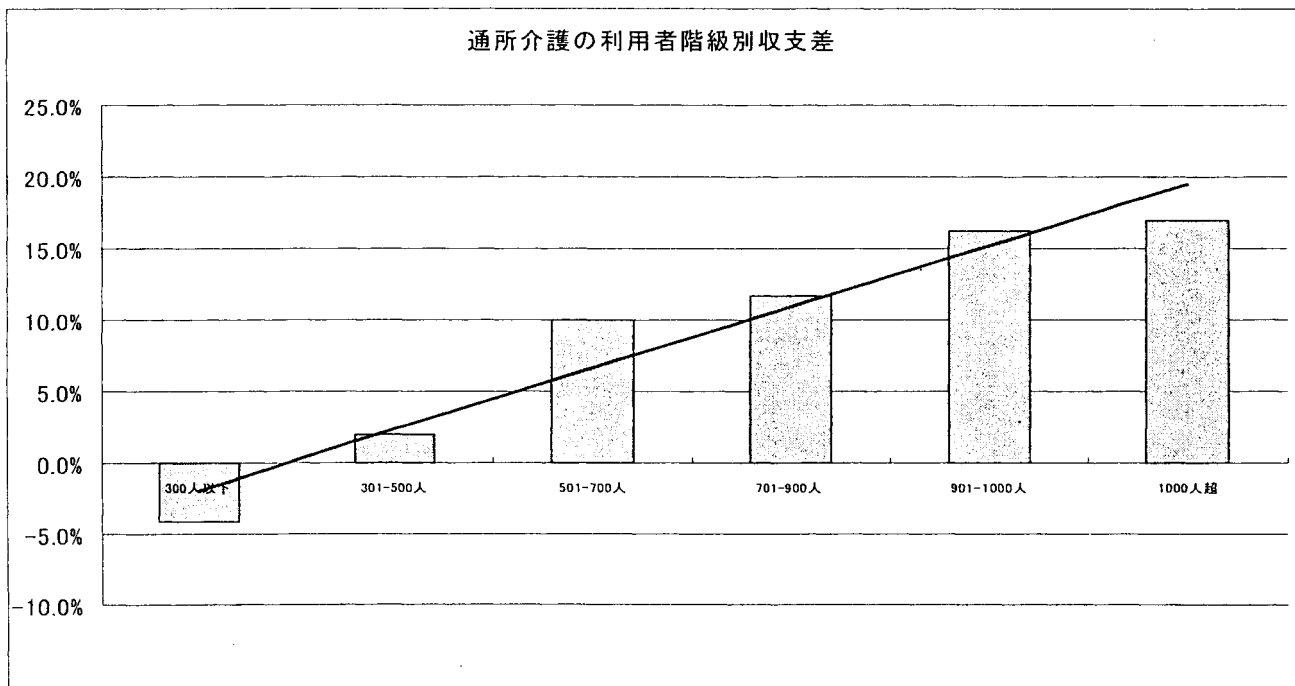
- 通所介護、通所リハビリテーションにおけるサービス内容の実態を見ると、健康維持・体操、ゲームなどの集団活動の実施率においては両者の違いはほとんど見られない。一方、通所リハビリテーションにおいては、医師による医学的管理の下にリハビリテーションとして、屋内歩行や関節可動域訓練、筋力トレーニングなどが行われている。
- サービス提供時間については、通所介護、通所リハビリテーションともに、6～8時間である事業所が最も多く、次いで4～6時間となっている。



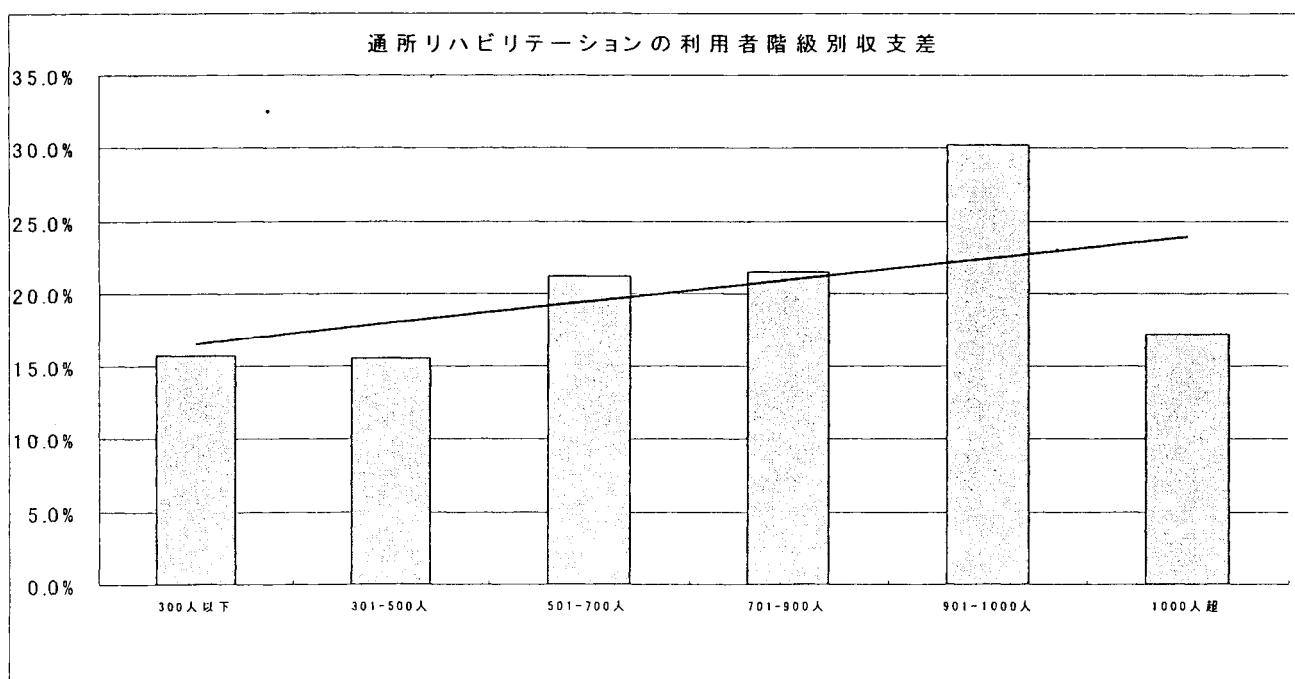


(事業所の状況)

- 通所介護については、利用人員数が増加するほど収支状況が改善していく傾向が明確に見られる。通所リハビリテーションについては、併設施設における費用按分等の関係等から、通所介護ほど明確ではないが、利用人員と収支差との間に一定の傾向が見られる。



注：利用者は平成16年9月中の延人数である。

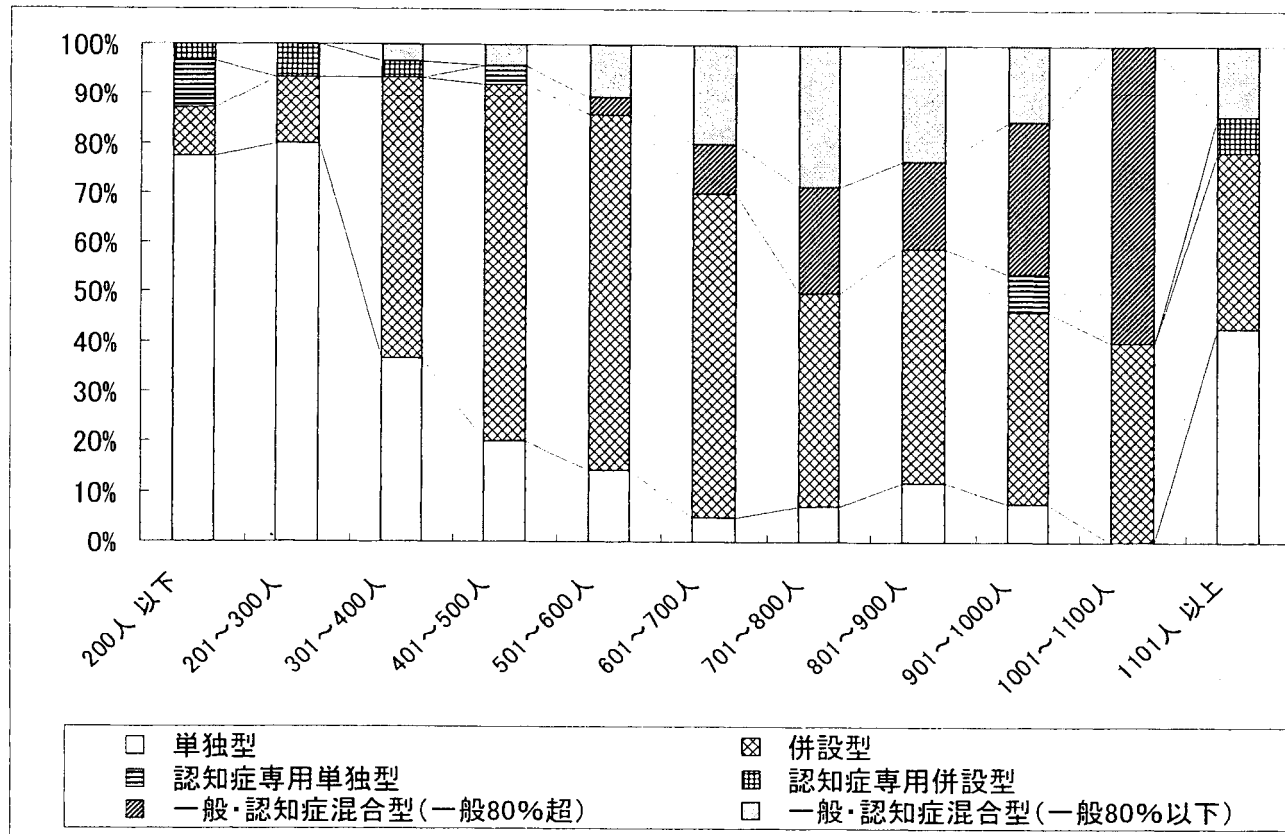


注：利用者は平成16年9月中の延人数である。

出典：平成16年10月介護事業経営概況調査

- 通所介護については、単独型、併設型等の施設類型があるが、単独型は小規模事業所（延べ利用人員の少ない事業所）である場合が比較的多い。

通所介護事業所の延べ利用者数階級別併設・単独比率



注：利用者は平成16年9月中の延人数である。

出典：平成16年10月介護事業経営概況調査

## Ⅱ. 通所介護、通所リハビリテーションに関するこれまでの指摘等の概要

### 社会保障審議会介護保険部会報告書（平成16年7月30日）

- 通所介護、通所リハビリテーションについては、通所系サービスとして一元化を図るとともに、例えば「リハビリテーション中心型」「痴呆対応型」「日常生活活動中心型」など機能別に類型化し、基準・報酬の設定について機能に応じた見直しを行う必要がある。
- 難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度者への対応や、在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点からは、訪問看護や居宅療養管理指導といった訪問系の医療サービスに家族等の介護負担の軽減（レスパイト）を兼ねた通所機能などを付加し、在宅療養をより一層支援していくことも一つの方向性として考えられる。

### 高齢者リハビリテーション研究会報告書（平成16年1月）

- 通所リハビリテーションについては、これまで必ずしもその効果について十分に評価がなされないまま実施されてきたという側面がある。今後は、真に有効なリハビリテーションを提供していく観点から、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能そのものについては強化するとともに、必要な時期に期間を定めて提供するなど、その機能の在り方を検討する必要がある。

### Ⅲ. 通所介護、通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### (基本的な考え方)

- 要介護者に対する通所介護、通所リハビリテーションは、要支援者に対する予防給付としての通所系サービスと比較した場合、一定時間、要介護高齢者を預かり心身機能の維持等を図るだけでなく、家族の身体的・精神的負担の軽減を図る機能も有していることから、報酬・基準についても現行の時間単位の体系を維持しつつ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- その際、これまでのサービス利用実態や事業者の実態を踏まえ、一定の適正化を図りつつ、在宅の要介護者のニーズに応じた多様なサービス機能を適切に評価する観点から、見直しを行うこととしてはどうか。

#### (具体的な論点)

#### 共通的なサービスの在り方

- 現行の通所介護、通所リハビリテーションの報酬体系は、要介護度別、時間単位別評価を基本としているが、こうした基本構造を踏まえつつ、軽度者と中重度者の報酬水準のバランスを見直すこととしてはどうか。
- また、通所介護、通所リハビリテーションは、一定の場所に利用者を集めて提供するサービス形態であることから、管理コスト等におけるスケールメリットに着目し、一定規模以上の事業所について基本部分の逡減制を導入する一方、小規模事業所については評価の見直しを行うこととしてはどうか。  
その際、現行の通所介護における「単独型」と「併設型」の区分についても、「単独型」は相対的に小規模事業所が多いことに着目し、整理を行うこととしてはどうか。
- 送迎サービスについては、通所介護、通所リハビリテーションともに、9割以上の利用者が利用されていることから、送迎加算について、基本部分において包括的に評価することとしてはどうか。
- 軽度者と中重度者の評価のバランスを見直すことに伴い、中重度者に利用の多い特別入浴介助加算（特別浴槽を使用して入浴介助を行う場合）と軽度者に多い入浴介助加算とを一本化して評価することとしてはどうか。

## 機能に応じた評価の在り方

### 〈機能訓練、リハビリテーション〉

- 現行の通所介護における「機能訓練体制加算」は、理学療法士、作業療法士等の配置という「体制確保」を評価しているが、個々の利用者の状態像等に適切に対応する観点から、個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行った場合に評価するよう見直しを行ってはどうか。
- 現行の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加算」については、個別のリハビリテーション実施計画を策定し、これに基づく短期・集中的なリハビリテーションを評価する観点から、病院や老人保健施設等からの退院・退所直後の評価を高めることとしてはどうか。

### 〈栄養改善、口腔機能の向上、若年認知症への対応〉

- 低栄養状態にある在宅要介護者への対応や、嚥下訓練などを必要とする在宅要介護者への対応等の観点から、通所介護、通所リハビリテーションにおける個別の栄養ケア・マネジメントや口腔機能向上の実施を加算として評価することとしてはどうか。
- また、在宅における若年の認知症の要介護者の支援の観点から、一般の高齢者を対象としたサービスとは別に若年の認知症の利用者を対象とした特別のサービス提供を行う場合に、加算として評価を行うこととしてはどうか。

### 〈医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅中重度者等への対応〉

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等は、現在、訪問看護など訪問系のサービスの利用が中心となっている実態があるが、利用者本人の生活の質の向上、家族等の介護負担の軽減等の観点から、少数の利用者に対し、こうしたニーズに対応できる機能を強化した通所介護を提供することを新たに評価することとしてはどうか。

想定される利用者像の例

- ・ 難病等を原因とする在宅の中重度者
  - ・ がん末期の在宅の要介護者 など
- こうしたサービスについては、一般の通所介護とはサービス提供単位を分けるとともに、主治医との連携体制や訪問看護などの訪問系サービスとの連携体制を強化すべきではないか。