

Ⅲ 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リハビリテーションについては、医療保険と介護保険のリハビリテーションの役割分担に則り、医療保険のリハビリテーションの受け皿としての機能を強化し、円滑に移行できる体制を整備することが重要であることから、以下の基本的な考え方に沿って見直しを検討してはどうか。

- ① 通所リハビリテーション提供事業所の拡大（特に、医療保険において脳血管等疾患・運動器疾患リハビリテーションを実施している医療施設の位置づけ）
- ② 医療保険で行われている外来におけるリハビリテーションの受け皿の整備
- ③ 個別リハビリテーションの推進
- ④ リハビリテーション実施に係る評価の頻度の見直し
- ⑤ 大規模事業所に対する評価の見直し

Ⅲ 通所リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

【具体的な論点】

- (1) 医療保険でリハビリテーションを行っている医療機関・診療所の利用者が、引き続き同施設で介護保険における通所リハビリテーションが実施できるよう、基準・要件等の整理を行ってはどうか。
- (2) 医療機関の外来で行われるリハビリテーションのように、短時間、かつリハビリテーションに特化した通所リハビリテーションを設定してはどうか。
- (3) 医療保険における個別リハビリテーション提供時間との格差を埋めるため、特に、退院時など、医療保険から介護保険に移行してきた場合に、集中的かつ個別に実施されているリハビリテーションの仕組みを見直してはどうか。また、それ以降においても、個別リハビリテーションを推進してはどうか。
- (4) リハビリテーションの評価については、定期的な評価として位置づけるとともに、事務処理の簡素化の観点から、月に1回評価を行うこととしてはどうか。
- (5) 大規模事業所に対する評価について、介護事業経営実態調査の結果を元に見直しを行ってはどうか。

參考資料

介護保険のリハビリテーション施設基準等

		介護保険(通所リハビリテーション)		
		診療所(利用者10人以下)		
設備	機能訓練室	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	専任の常勤医:1名以上	専任の医師:1人以上	
	看護・介護	利用者20人に対し、専従で2人以上	利用者10人に対し専従で1名以上	
	PT	利用者20人に対し専従PT、OT、ST ⇒常勤換算:0.2人以上	利用者10人に対し専従PT、OT、ST、又はリハに1年以上 従事した経験のある看護師 ⇒常勤換算:0.1人以上	
	OT			
ST				
報酬	・通所リハビリテーション費(/日)			
		3時間以上4時間未満	4時間以上6時間未満	6時間以上8時間未満
	経過型要介護	338単位	447単位	591単位
	要介護1	386単位	515単位	688単位
	要介護2	463単位	625単位	842単位
	要介護3	540単位	735単位	955単位
	要介護4	617単位	845単位	1,149単位
	要介護5	694単位	955単位	1,303単位
	※2時間以上3時間未満の場合:3時間以上4時間未満の報酬額の70/100			
	※8時間以上9時間未満の場合:+50単位、9時間以上10時間未満の場合:+100単位			
・短期集中リハビリテーション実施加算				
	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して1ヶ月以上3ヶ月以内	退院(所)日又は認定日から起算して3ヶ月以上	
	180単位/日	130単位/日	80単位/日	
・リハビリテーションマネジメント加算 20単位/日				

医療保険のリハビリテーション施設基準等

		脳血管疾患等(Ⅰ)	脳血管疾患等(Ⅱ)	脳血管疾患等(Ⅲ)	運動器(Ⅰ)	運動器(Ⅱ)
設備	機能 訓練室	160㎡以上	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	100㎡以上 (診療所:45㎡以上)	45㎡以上
人員 配置	医師	専任の常勤医:2名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT:5名↑ ②専従常勤OT:3名↑ ③言語聴覚を行う場合 専従常勤ST:1名↑ ①~③の合計:10名↑	①専従常勤PT:1名↑ ②専従常勤OT:1名↑ ③言語聴覚を行う場合 専従常勤ST:1名↑ ①~③の合計:4名↑	専従常勤PT,OT,ST のいずれかが1名↑	①専従常勤PT:2名↑ ②専従常勤OT:2名↑ ①②の合計:2名↑	専従常勤PT,OT,ST のいずれかが1名↑
算定上限日数		180日			150日	
診療報酬点数		235点	190点	100点	170点	80点

		心大血管疾患(Ⅰ)	心大血管疾患(Ⅱ)	呼吸器(Ⅰ)	呼吸器(Ⅱ)
設備	機能 訓練室	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	30㎡以上 (診療所は20㎡以上)	100㎡以上 (診療所は45㎡以上)	45㎡以上
人員 配置	医師	循環器科又は心臓血 管外科の医師が常勤 しており、心大血管疾 患リハの経験を有する 専任の常勤医:1名↑	循環器科又は心臓血 管外科を担当する常勤 医師又は心大血管疾 患リハの経験を有する 常勤医師が1名↑	専任の常勤医:1名↑	専任の常勤医:1名↑
	PT OT ST	①専従常勤PT・Nsが2 名↑ ②専従常勤PT若しくは Nsのいずれか一方が 2名↑	心大血管疾患リハの経 験を有する専従常勤 PT・Nsが1名↑	専従の常勤PT1名を 含む常勤PT又はOT が合わせて2名↑	専従の常勤PT又はOT が1名↑
算定上限日数		150日		90日	
診療報酬点数		200点	100点	170点	80点

【H18年介護報酬改定及びH18年診療報酬改定】

- 平成18年度の「診療報酬改定」及び「介護報酬改定」において、
 - ・ 医療保険：急性期・回復期の状態に対応し、身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションの実施
 - ・ 介護保険：維持期の状態に対応し、生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションの実施との役割分担がされた。

- 医療保険のリハビリテーションについては、「疾患別リハビリテーション（「心大血管疾患」「脳血管疾患等」「運動器」「呼吸器）」の創設、「算定上限日数」が導入された。

- 介護保険のリハビリテーションについては、医療保険(急性期・回復期)における「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」「呼吸器リハビリテーション」を実施していた者のリハビリテーション終了後の受け皿としての機能が求められ、
 - ・ 医療の場合と同様に、医師の指示のもと、理学療法士等の専門職が実施するリハビリテーションを提供
 - ・ 医療(回復期)リハビリテーション終了後、引き続き速やかに介護(維持期)のリハビリテーションに移行できる体制の整備の充実・強化のため、
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算
 - ・ 短期集中リハビリテーション実施加算(個別リハビリテーション)を創設した。

【平成19年及び平成20年診療報酬改定】

- 中央社会保険医療協議会「H18年度診療報酬改定結果検証に係る調査「リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査」の調査から、維持期(介護保険)のリハビリテーションが必要だが、「専門のリハビリテーションを受けたい」「同じ施設でリハを受けたい」「介護リハの内容に不満」等の理由から、リハビリテーションを受けていない者が存在していることが判明。
- そのため、H19年診療報酬改定で、医療保険でも維持期のリハビリテーションができるように、新たに報酬(「リハビリテーション医学管理料(月包括算定)」)を設定。
- H20年診療報酬改定においては、脳卒中等における発症後早期のリハビリテーションの充実を図る(「早期加算」とともに、「リハビリテーション医学管理料」を廃止し、新たに、算定上限日数を超えてリハを提供する場合について、1月あたりに実施できる単位数を設定(月13単位まで)。また、「呼吸器」については、医療保険で対応することとした。

平成20年リハビリテーション料再改定後(イメージ) 脳血管疾患等リハビリテーション(I)の場合

