

個別事項 (その5:リハビリテーション)

平成27年12月2日

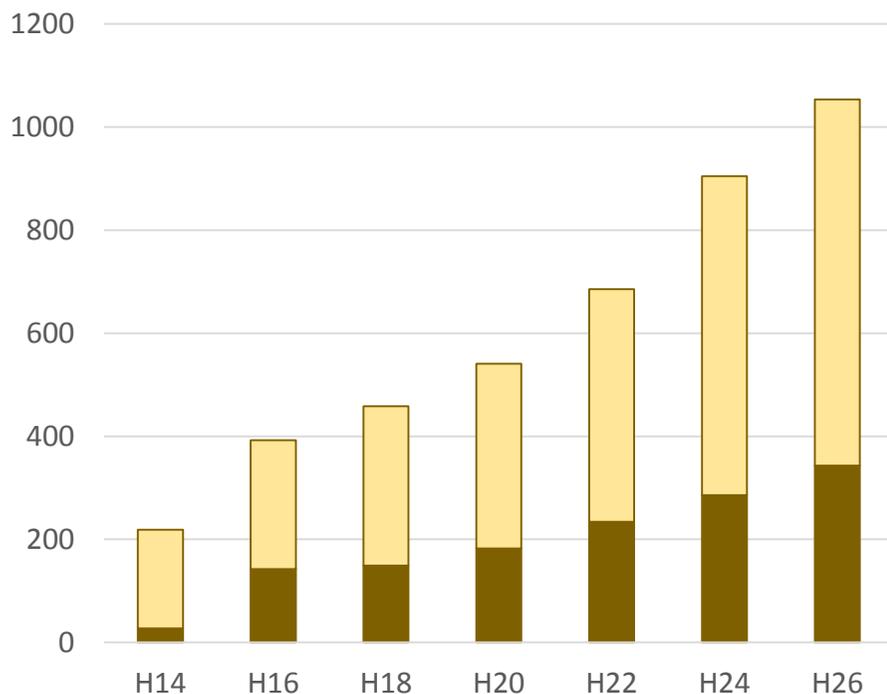
本日の内容

1. 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質に応じた評価について
2. 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションについて
3. 維持期リハビリテーションについて
4. 施設基準等における人員配置の弾力化について
5. 早期からのリハビリテーション実施の促進について
6. その他

リハビリテーション関連の診療報酬の動向

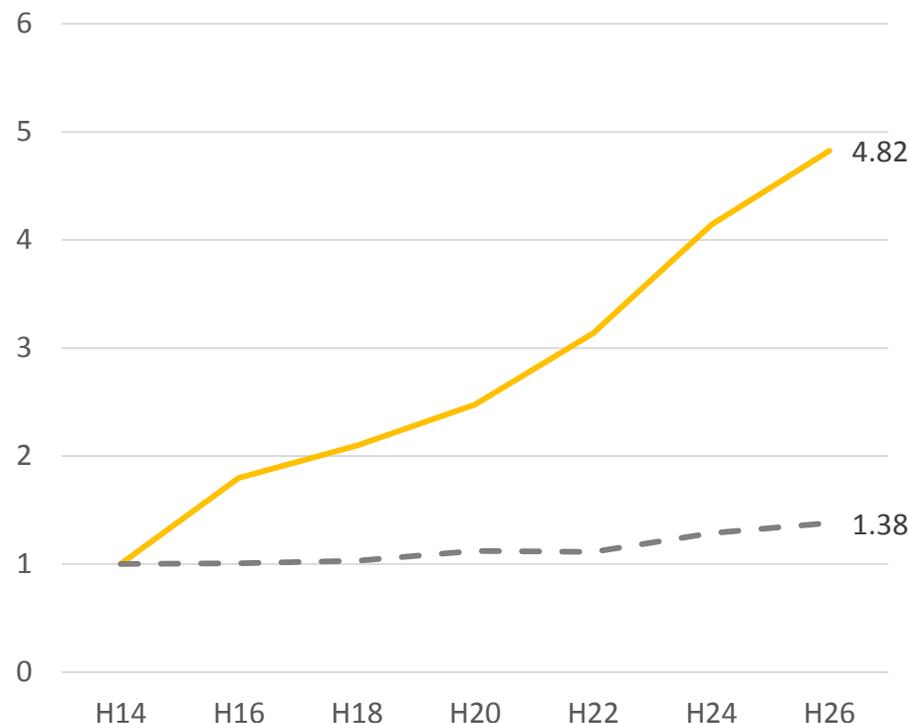
- リハビリテーションに関連する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加してきた。

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

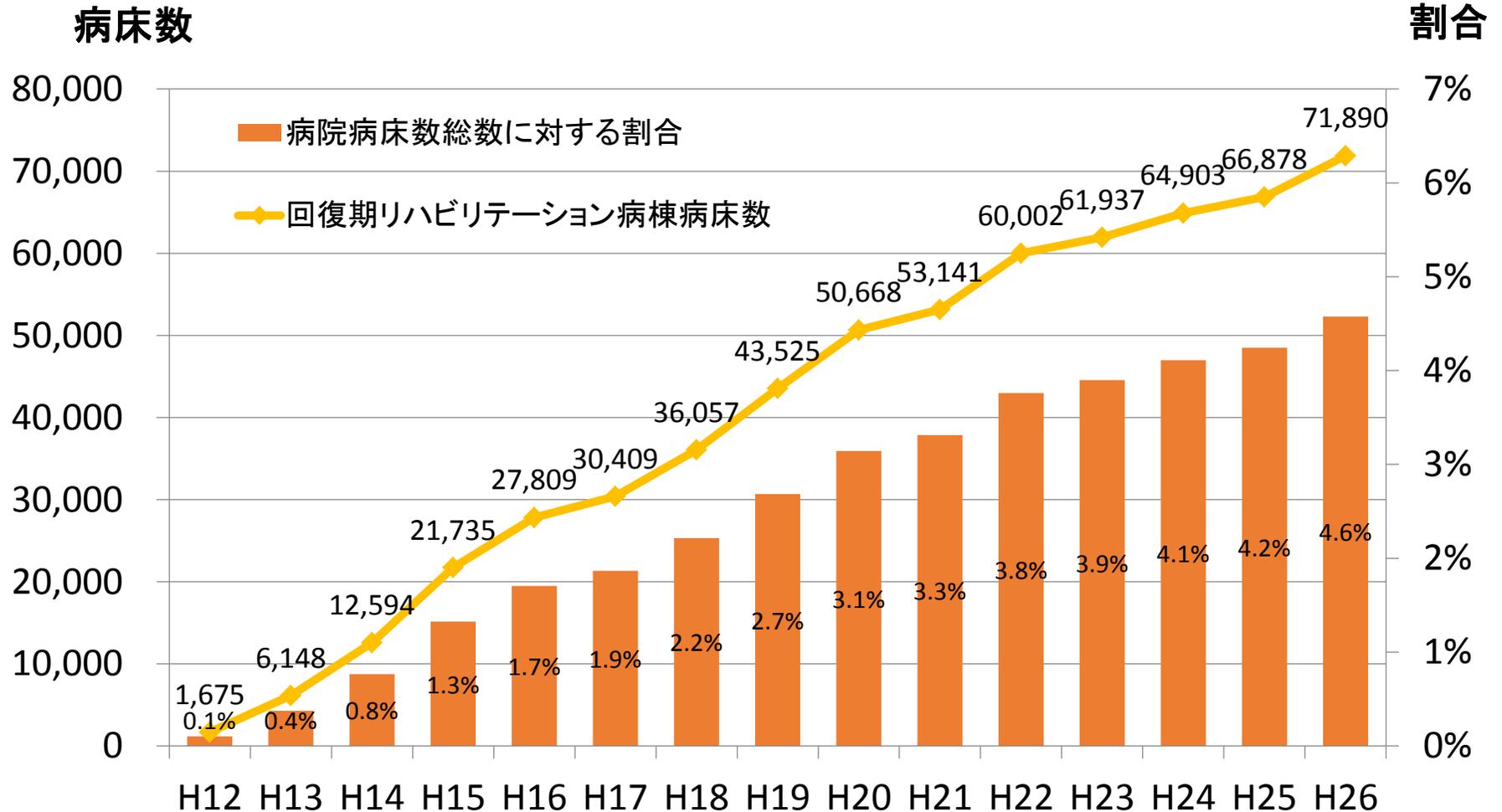
月あたり診療報酬総額(平成14年を1とした割合)



- 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)

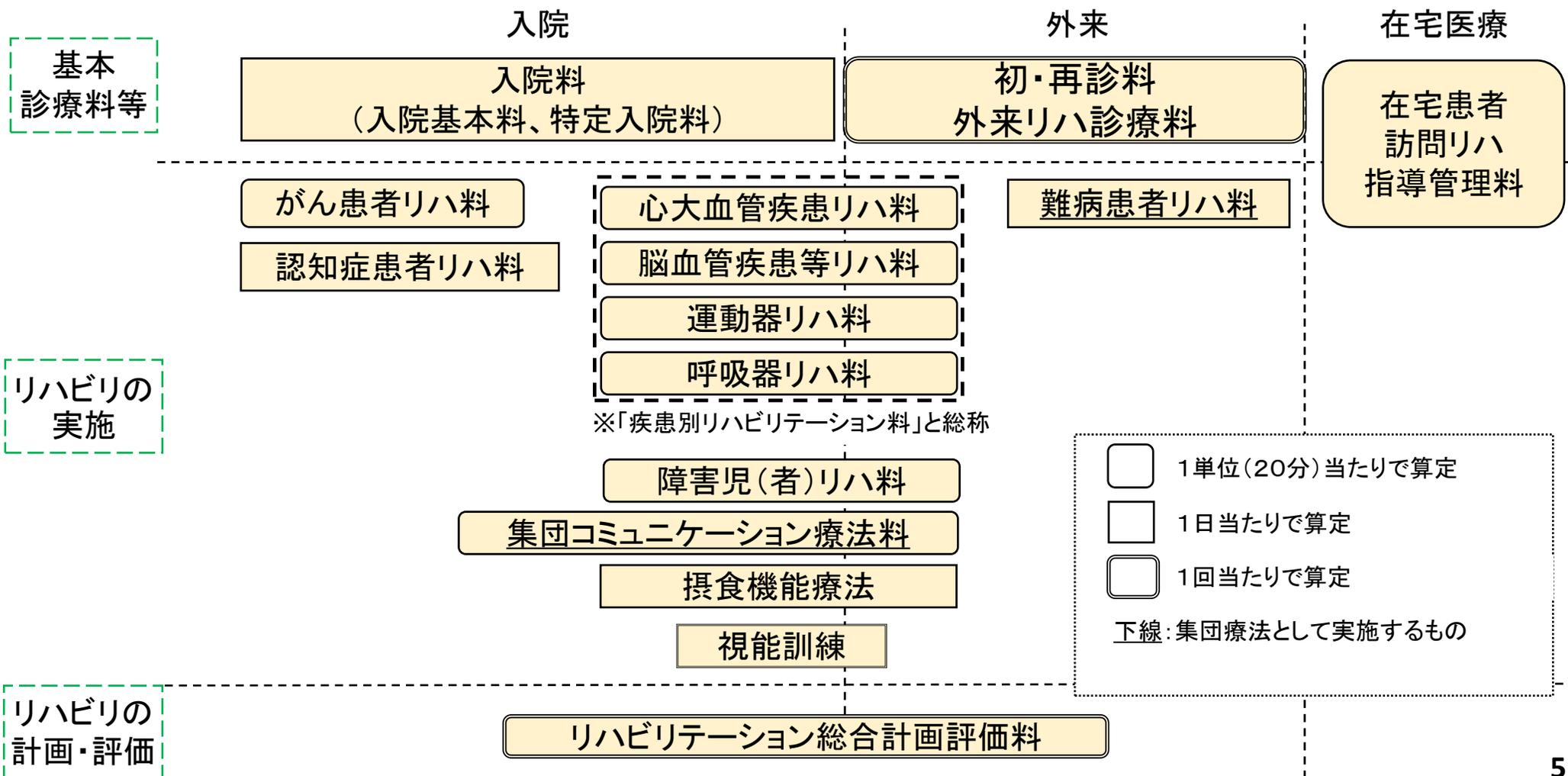
回復期リハビリテーション病棟の病床数

- 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。



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。



1. 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質に応じた評価について

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

回復期リハビリテーション病棟

- 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL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。
- 構造設備、医師及びリハビリテーション専門職の配置、リハビリテーションの実績等による施設基準をみたす病棟に、回復期リハビリテーションを要する状態(※)の患者を入院させた場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する。

(※)脳血管疾患、骨折、廃用症候群、神経・筋・靭帯損傷、股関節又は膝関節の置換術後等。
それぞれの状態により、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が規定されている。

区分	1日あたり点数 上段:生活療養なし 下段:生活療養あり	届出医療 機関数	病床数 上段:一般 下段:療養	月あたり算定回数
入院料1	2,025点 2,011点	438病院	10,800床 18,083床	724,099回
入院料2	1,811点 1,796点	745病院	14,272床 22,165床	887,411回
入院料3	1,657点 1,642点	153病院	3,165床 3,405床	134,657回

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)

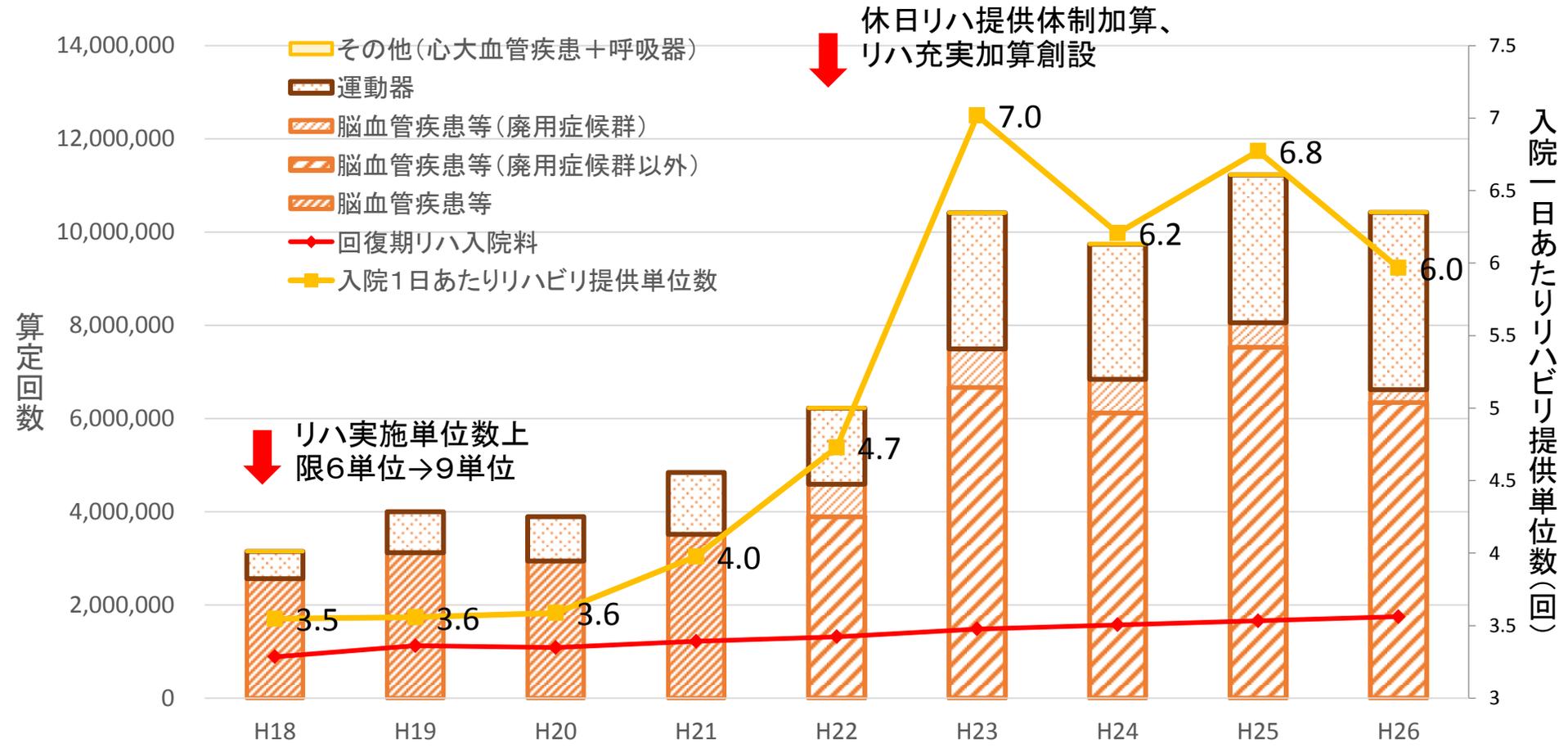
1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

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(医療機関内にいればよい)	
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)	

回復期リハ病棟における疾患別リハの提供単位数

- 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。



※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。平成21年以前の脳血管疾患等リハビリテーション料に廃用症候群とそれ以外の区別はない。

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

リハビリテーション充実加算

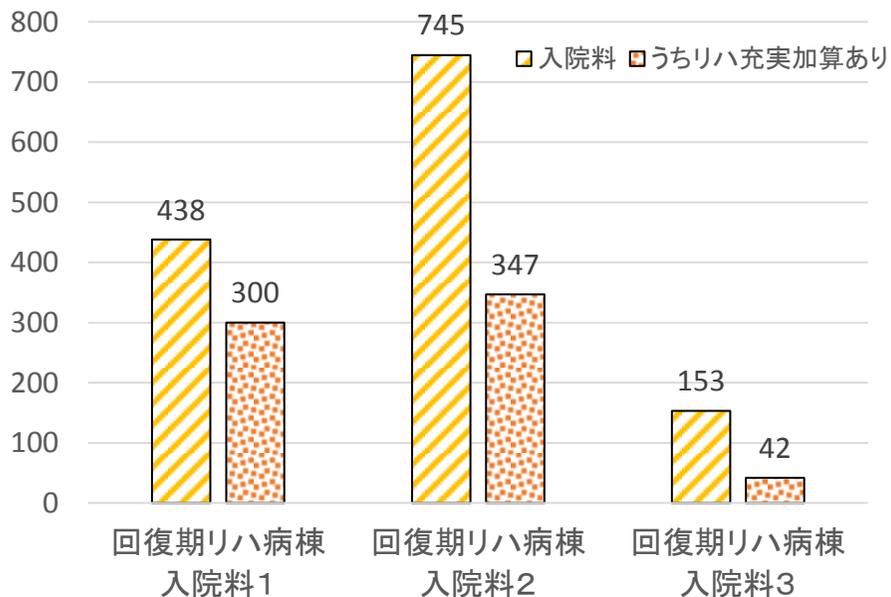
- 回復期リハビリテーションを要する患者に1日に6単位以上のリハビリテーションを提供している医療機関では、回復期リハビリテーション病棟入院料が加点される。

リハビリテーション充実加算

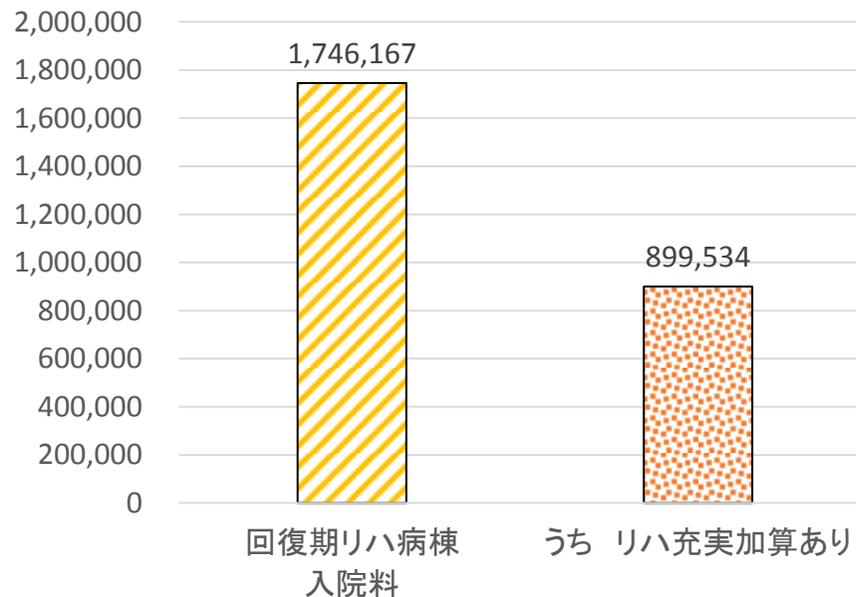
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、施設基準(※)を満たす場合は、患者ひとり1日につき40点を回復期リハビリテーション病棟入院料の所定点数に加算。

(※)回復期リハビリテーションを要する状態の患者について、1日あたり疾患別リハビリテーション料を1日あたり6単位以上算定していること。

届出医療機関数



月あたり算定回数



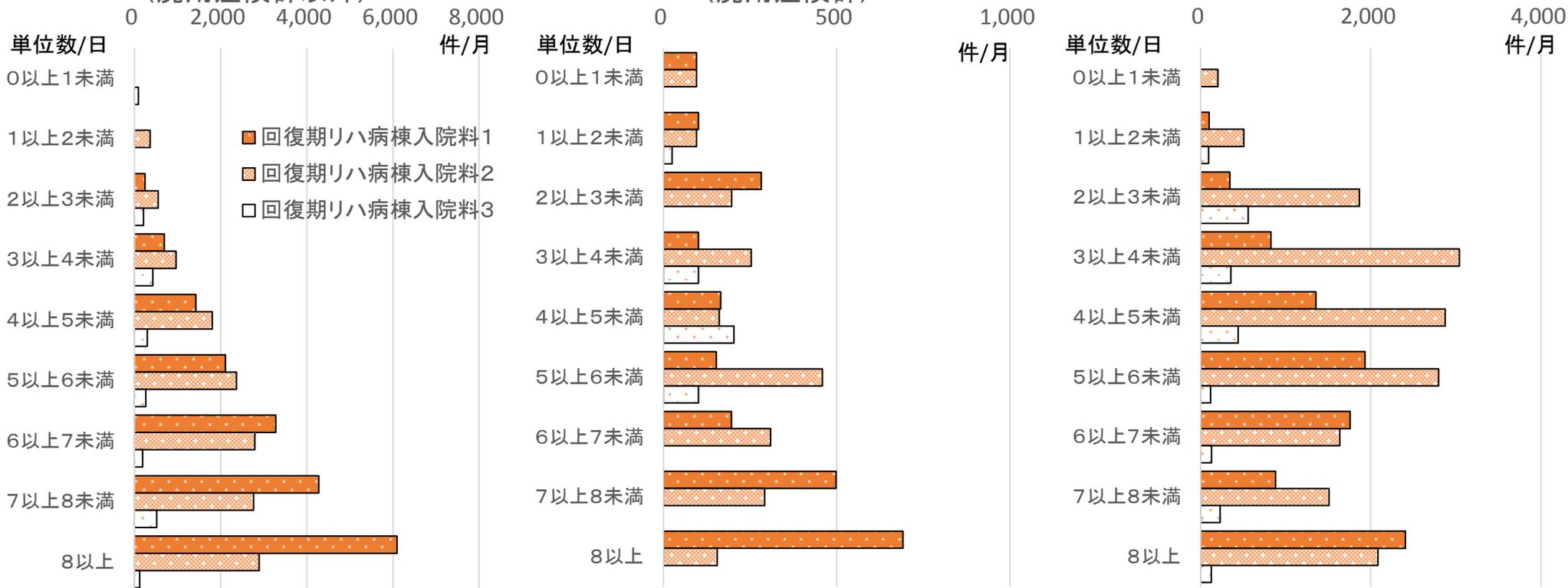
回復期リハビリテーション病棟の1日あたりの平均リハ実施単位数について

- 回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟の1日あたり平均リハ実施単位数は、脳血管疾患リハ料のうち廃用症候群以外では8回以上が多く、廃用症候群では2-3回と8回以上が多く、運動器リハ料では5-6回と8回以上で多かった。
- 回復期リハ病棟入院料2を算定する病棟の1日あたり平均リハ実施単位数は、脳血管リハ料のうち廃用症候群以外では8回以上、廃用症候群では5-6回、運動器では3-4回と8回以上で多かった。

脳血管疾患リハビリテーション料
(廃用症候群以外)

脳血管疾患リハビリテーション料
(廃用症候群)

運動器リハビリテーション料



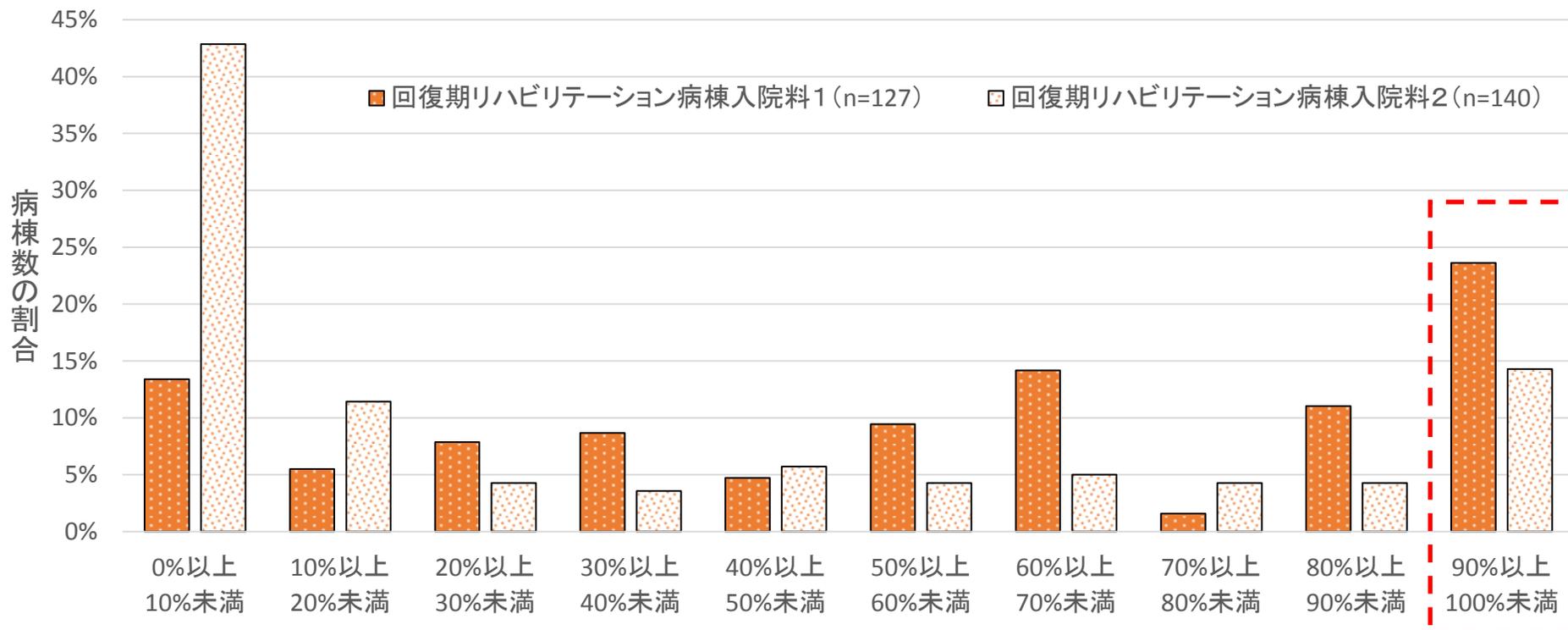
社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)特別集計による。

回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3のいずれかが7回以上算定されているレセプトについて、各疾患別リハビリテーション料の算定回数を回復期リハビリテーション病棟入院料の算定回数で割ったものを縦軸とし、それぞれの階級に属するレセプト件数を横軸とした。

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。

回復期リハビリ病棟入院中のリハビリ実施単位数とADLの向上

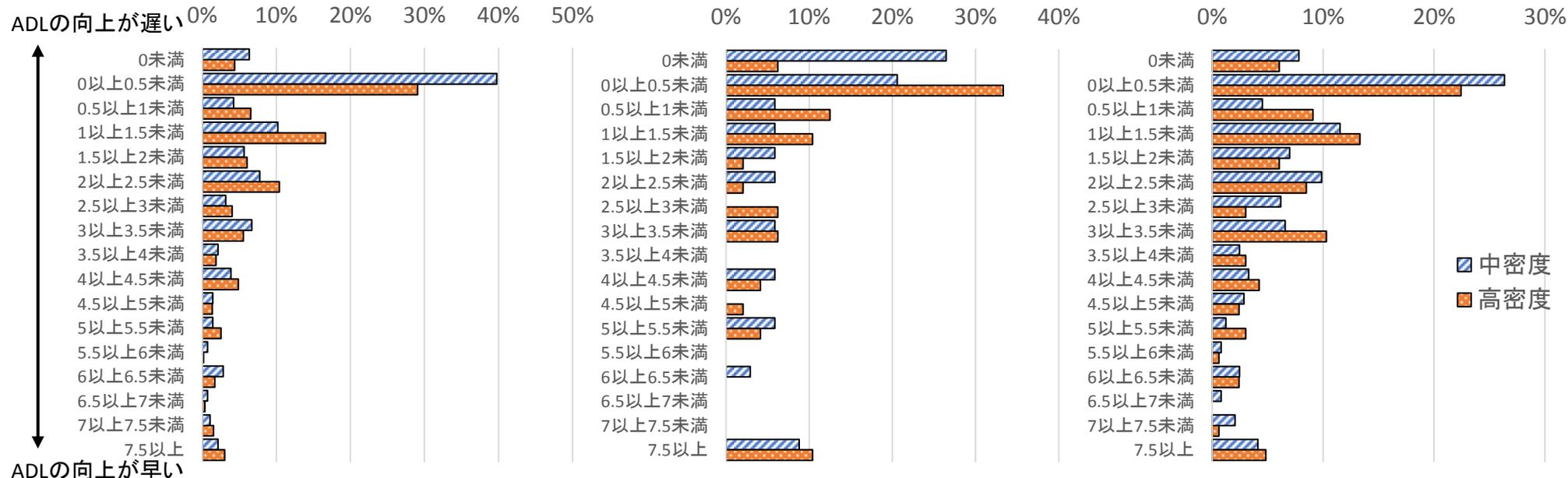
- 回復期リハビリテーション病棟において、1日平均6単位を超えてリハビリテーションを実施する場合、3単位超6単位以下の場合と比べて、1日あたりの効果（ADLの評価の上昇幅）は大きくなる傾向がある一方、1単位当たりの効果はかえって小さくなる傾向がある。

リハビリテーション10日あたりのADLの向上（FIM得点の上昇幅）*

脳血管疾患等リハ（廃用症候群以外）1

脳血管疾患等リハ（廃用症候群）1

運動器リハ1



	患者数	平均値	単位あたり**
中密度+	284	1.56	0.0341
高密度+	595	1.83	0.0244

p=0.118 p<0.01

	患者数	平均値	単位あたり**
中密度+	34	1.33	0.0348
高密度+	48	2.31	0.0319

p=0.271 p=0.467

	患者数	平均値	単位あたり**
中密度+	243	1.97	0.0468
高密度+	165	2.14	0.0298

p=0.597 p<0.01

*平成27年1月に回復期リハ病棟に入棟し、平成27年4月以降に退棟した症例について、2月から3月のADLの向上（FIM得点の上昇幅）それぞれリハビリテーション総合実施計画書等の記載内容を用いた）を10日あたりにおしたのもの。

**上記症例の月あたりのADLの向上を、月あたりの平均リハ実施単位数で割ったもの。

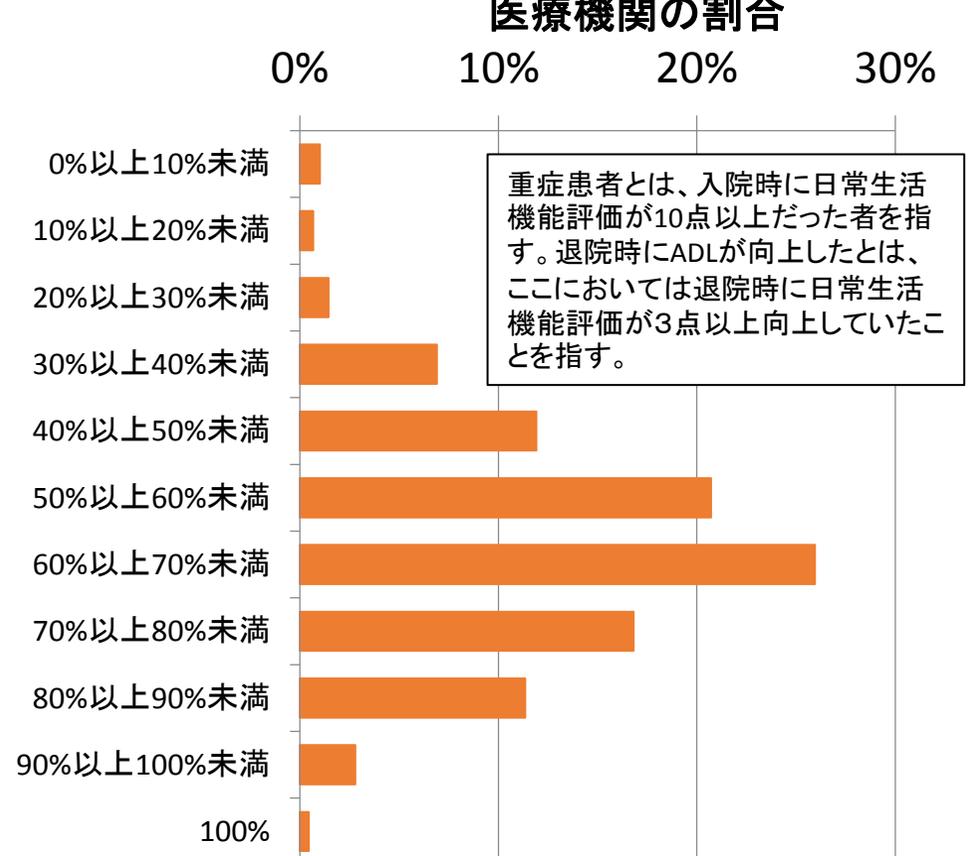
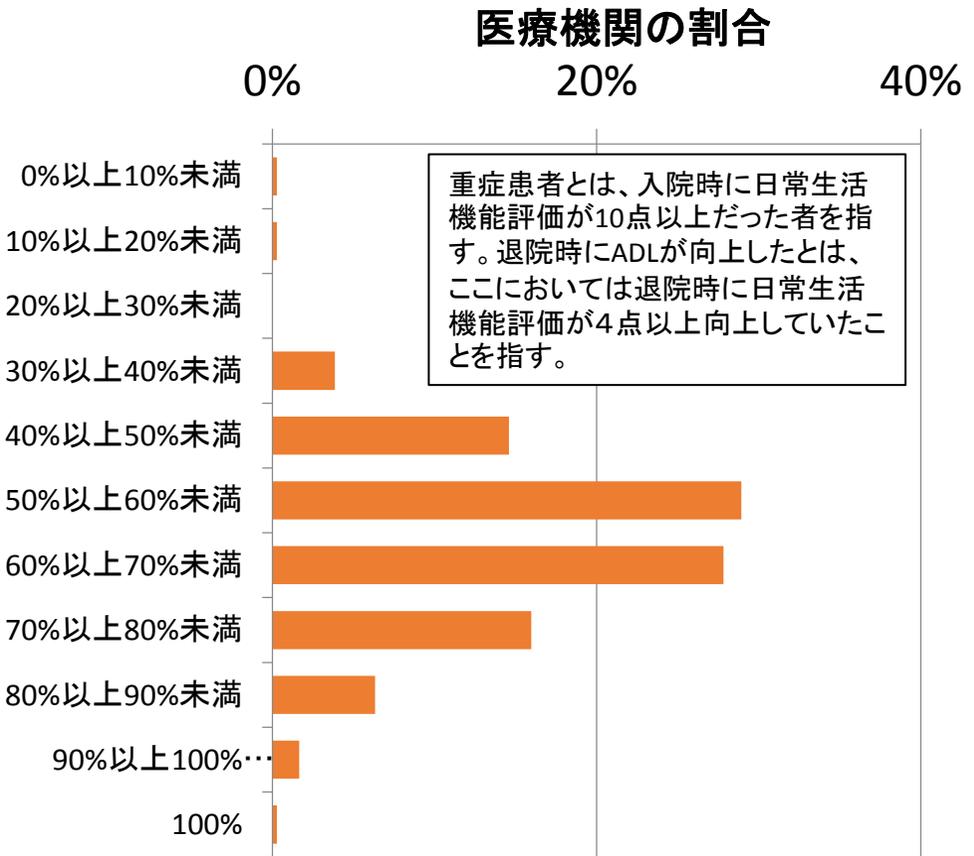
+1日あたり平均リハ実施単位数が3より大きく6以下のものを中密度、6より大きいものを高密度とした。

回復期リハビリテーション病棟におけるADLの向上

回復期リハビリテーション病棟における入院中のADLの向上の度合いには、医療機関間で多様性がある。

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ1)

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別医療機関分布(回リハ2、3)

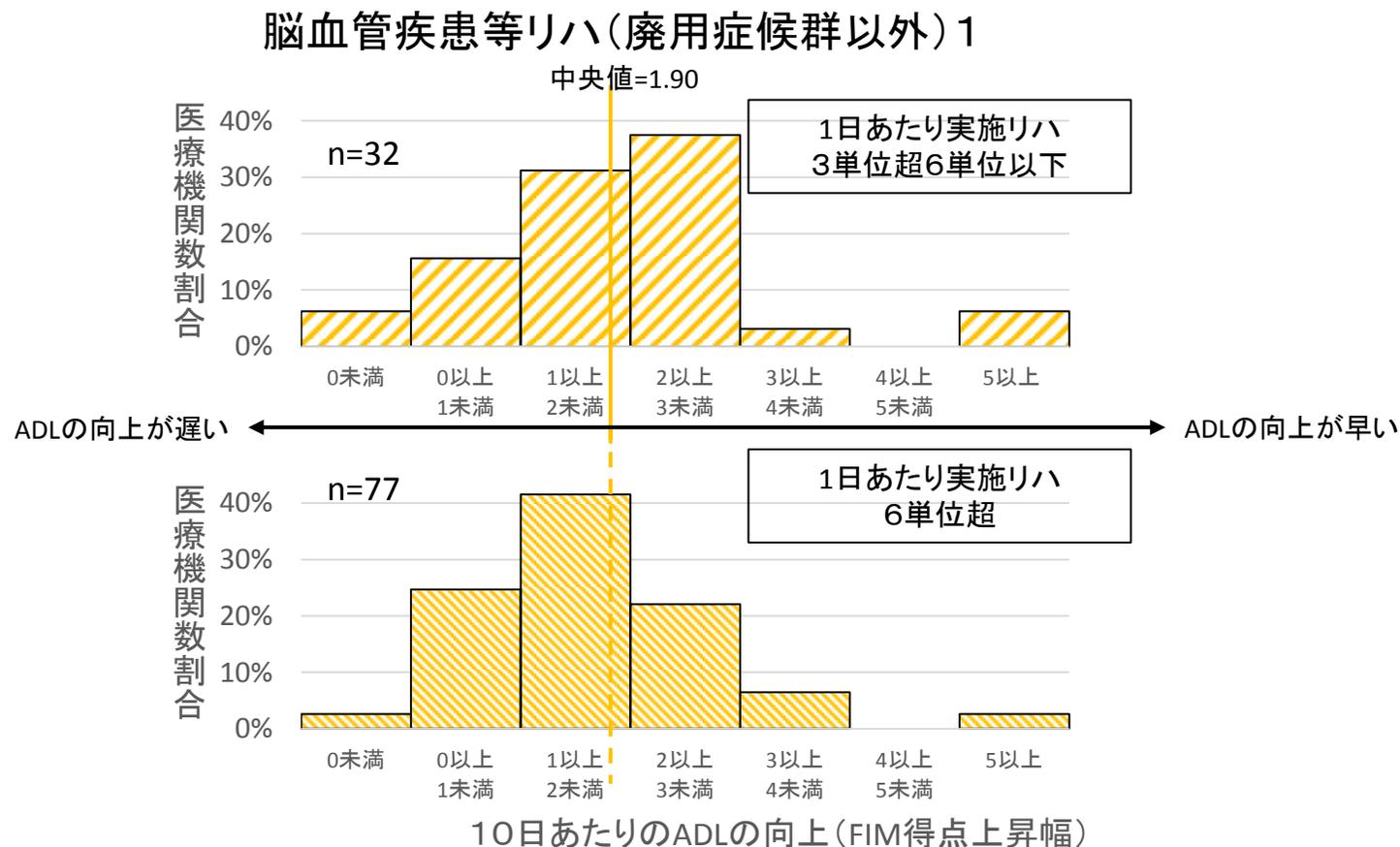


■ 回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=363)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料2または3 (n=898)

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

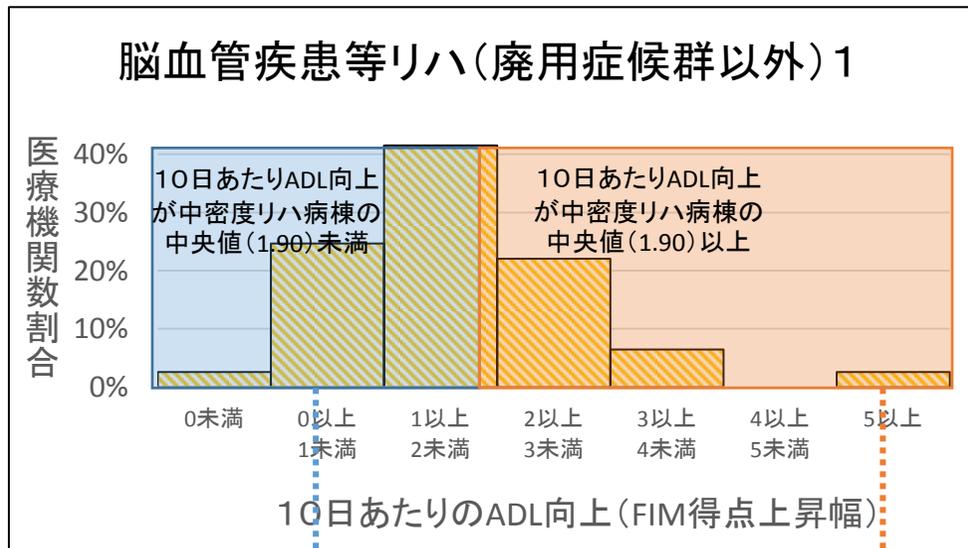
- 回復期リハ病棟で1日平均3単位を超えてリハを提供している医療機関において、10日あたりのADLの向上には大きなばらつきがあった。
- 回復期リハ病棟で1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、10日あたりのADLの向上が3単位超6単位未満の医療機関を下回っている場合があった。



- 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。

高密度にリハビリテーションを実施する医療機関のリハビリテーションの効果・効率

- 中密度(1日平均3単位超6単位未満)にリハビリテーションを実施する医療機関におけるリハビリテーションの効率(10日あたりのADLの向上)の中央値を境として、高密度(1日平均6単位超)にリハビリテーションを実施する医療機関を効率上位と下位に分けて比較したとき、回復期リハビリテーション病棟入院患者の特性(年齢、認知症を有する患者の割合、入棟時のADL)に有意な差はみられなかった。

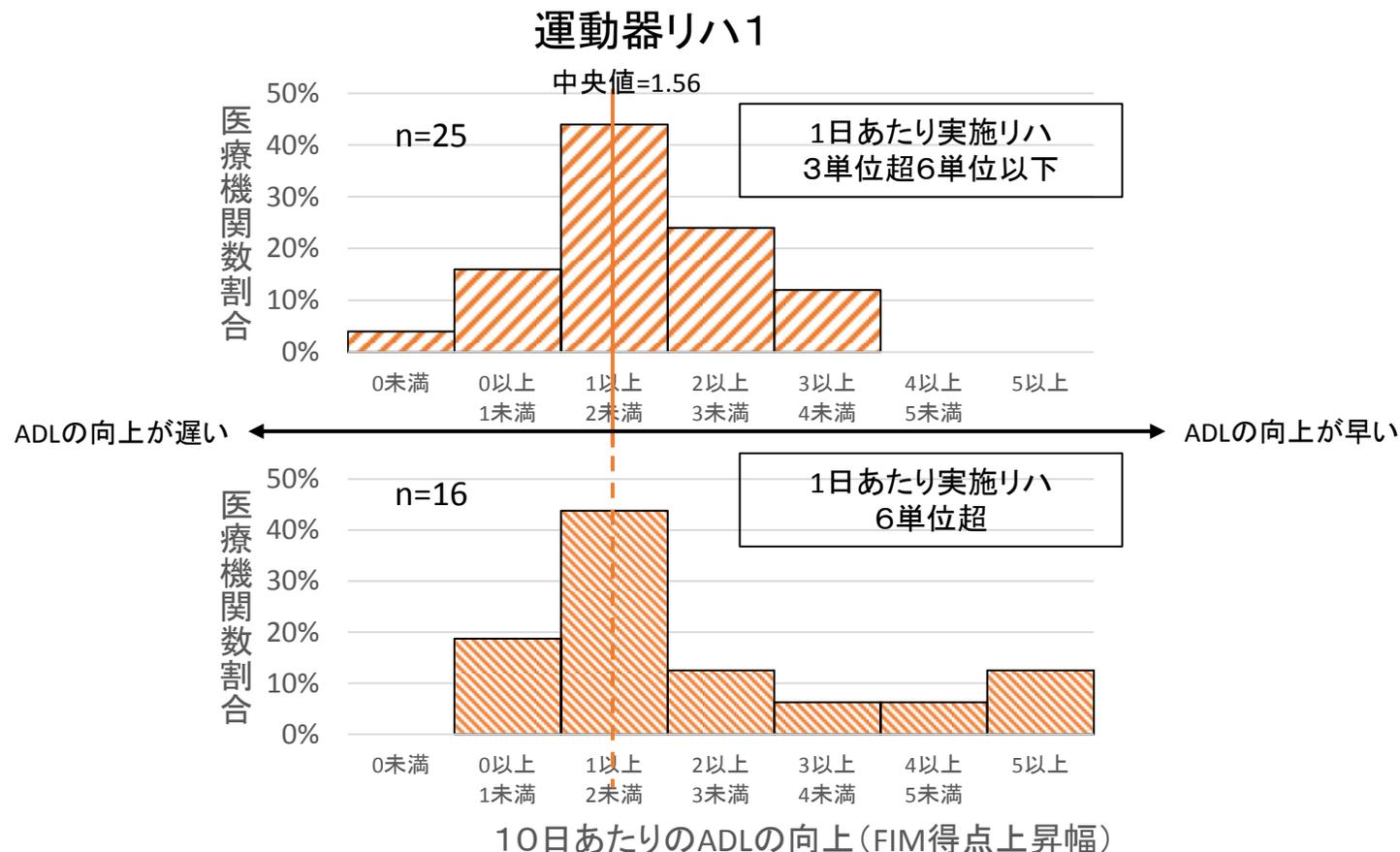


	効率下位	効率上位	
患者数	307名	161名	
平均年齢	73.1歳	70.9歳	p=0.09
認知症患者割合	35.1%	27.3%	p=0.08
入棟時の平均ADL(FIM)	40.6	38.8	p=0.40

- ・1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。
- ・認知症患者割合の計算においては、認知症高齢者の日常生活自立度が3以上の者を認知症とした。

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

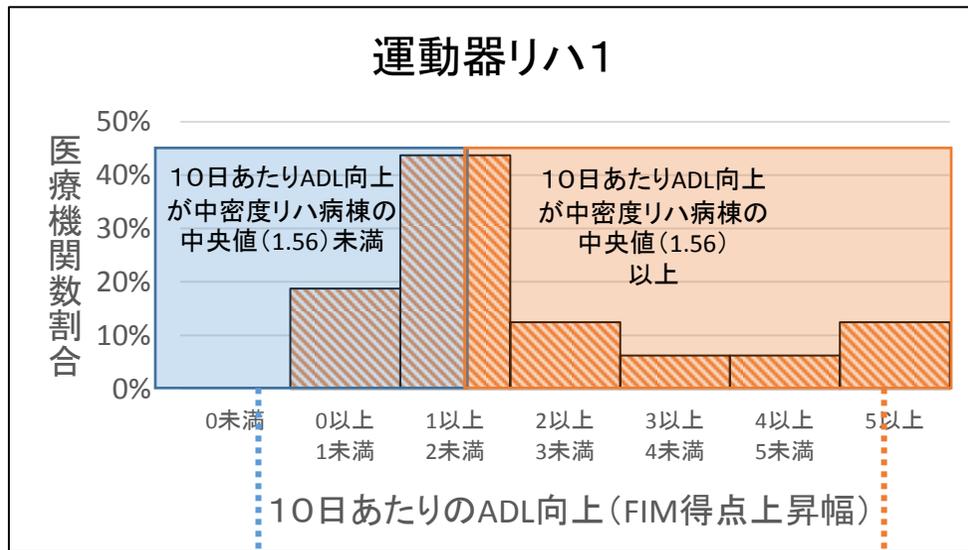
- 回復期リハ病棟で1日平均3単位を超えてリハを提供している医療機関において、10日あたりのADLの向上には大きなばらつきがあった。
- 回復期リハ病棟で1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、10日あたりのADLの向上が3単位超6単位未満の医療機関を下回っている場合があった。



- 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。

高密度にリハビリテーションを実施する医療機関のリハビリテーションの効果・効率

- 中密度(1日平均3単位超6単位未満)にリハビリテーションを実施する医療機関におけるリハビリテーションの効率(10日あたりのADLの向上)の中央値を境として、高密度(1日平均6単位超)にリハビリテーションを実施する医療機関を効率上位と下位に分けて比較したとき、回復期リハビリテーション病棟入院患者の特性(年齢、認知症を有する患者の割合、入棟時のADL)に有意な差はみられなかった。



	効率下位	効率上位	
患者数	40名	43名	
平均年齢	82.4歳	82.7歳	p=0.86
認知症患者割合	32.5%	25.6%	p=0.49
入棟時の平均ADL(FIM)	48.9	46.7	p=0.56

- ・1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。
- ・認知症患者割合の計算においては、認知症高齢者の日常生活自立度が3以上の者を認知症とした。

リハビリテーションの質に応じた評価に係る課題と論点

【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、入院環境において集中的にリハビリテーションを実施することの有効性を考慮して、1日の疾患別リハビリテーション料の算定上限が6単位から9単位に引き上げられている。
- 各回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのリハビリテーションの実施単位数には多様性があり、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2を算定する病棟の一部に、入院患者のほとんどに1日平均6単位を超えるリハビリテーションを実施しているものがみられる。
- 回復期リハビリテーション病棟における入院中のADL向上の度合いには、医療機関間で大きな差があり、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、3単位超6単位未満の医療機関と比べて、効果が下回っている場合もある。
- 1日平均6単位を超えてリハビリテーションを実施している病棟において、10日あたりのADLの向上が大きい病棟と小さい病棟を比較すると、年齢、認知症の割合、入棟時ADLに有意な差はみられない。

【論点】

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対するリハビリテーションについて、医療機関ごとのリハビリテーションの効果に基づく評価を行うこととし、提供量に対する効果が一定の実績基準を下回る医療機関においては、1日6単位を超える疾患別リハビリテーションの提供について、入院料に包括することとしてはどうか。

2. 廃用症候群の特性に応じたリハビリテーションについて

廃用症候群とは

中 医 協 総 - 1
2 5 . 1 2 . 4 改

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

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

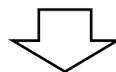
IV. 感覚・運動刺激の欠乏によるもの

- 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

廃用症候群のリハビリテーションにかかる経緯

平成22年度改定において脳血管疾患等リハビリテーション料を、廃用症候群とそれ以外に区分した。

PT/OT等 スタッフ数	心大血管疾患	脳血管疾患等		運動器	呼吸器
		廃用症候群以外	廃用症候群		
10人		(Ⅰ)245点	(Ⅰ)235点		
4人		(Ⅱ)200点	(Ⅱ)190点	(Ⅰ)175点	
2人	(Ⅰ)200点			(Ⅱ)165点	(Ⅰ)170点
1人	(Ⅱ)100点	(Ⅲ)100点	(Ⅲ)100点	(Ⅲ)80点	(Ⅱ)80点



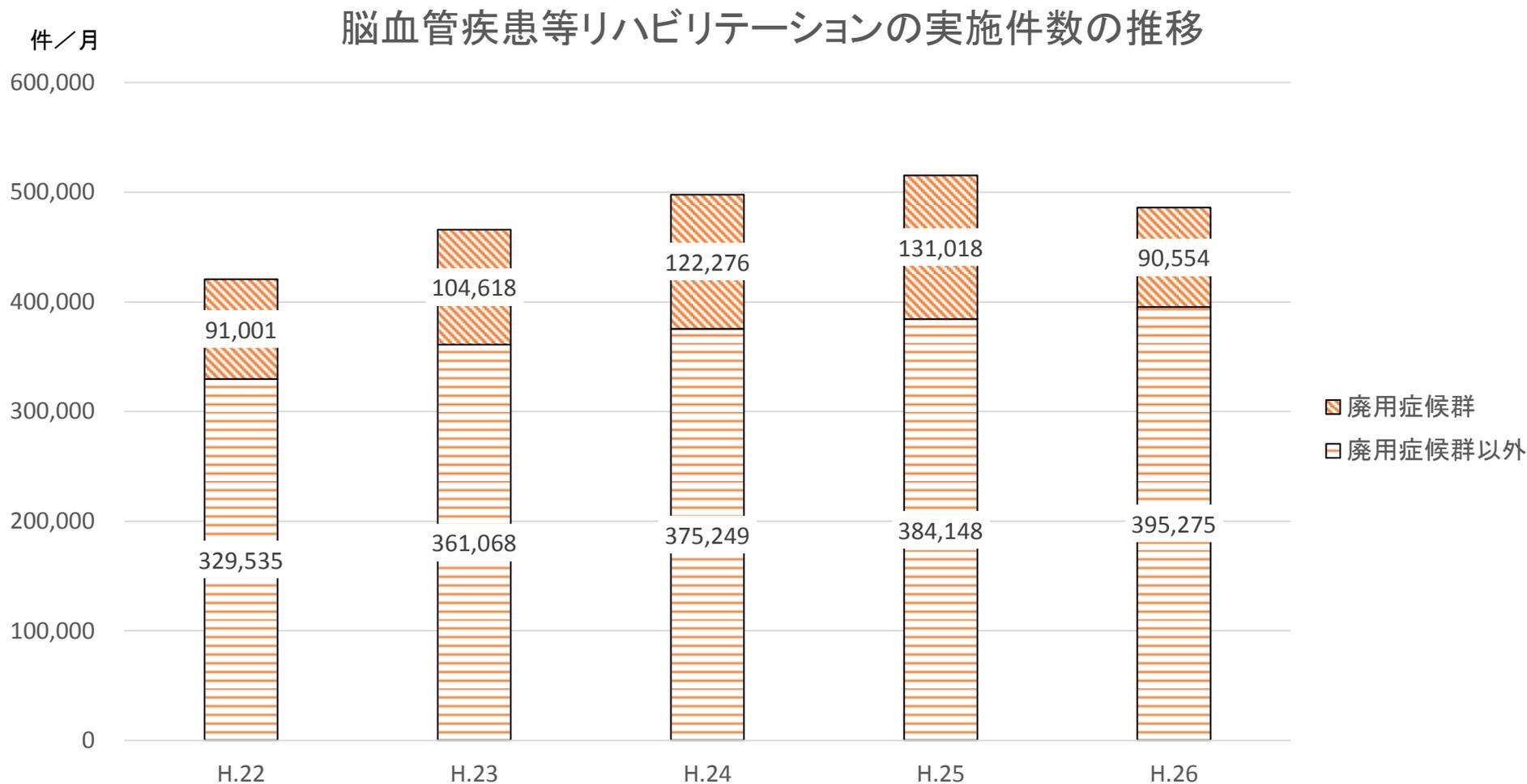
廃用症候群のリハビリテーション料の算定回数が急増し、また検証調査の結果等から、本来、他の疾患別リハビリテーション料を算定すべき患者が、廃用症候群のリハビリテーション料を算定していることも想定された。

平成26年度改定において、廃用症候群のリハビリテーション料は、他の疾患別リハビリテーション料等の対象でない場合にのみ算定可能となった。

PT/OT等 スタッフ数	心大血管疾患	脳血管疾患等		運動器	呼吸器
		廃用症候群以外	廃用症候群		
10人		(Ⅰ)245点	(Ⅰ)180点		
4人		(Ⅱ)200点	(Ⅱ)146点	(Ⅰ)180点	
2人	(Ⅰ)205点			(Ⅱ)170点	(Ⅰ)175点
1人	(Ⅱ)105点	(Ⅲ)100点	(Ⅲ)77点	(Ⅲ)85点	(Ⅱ)85点

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

- 廃用症候群のリハビリテーション実施件数は平成22年から25年まで廃用症候群以外のリハビリテーションの実施件数の伸びを上回るペースで増加していたが、平成25年から平成26年では減少した。



廃用症候群のリハビリテーションの対象範囲に係る論点

- 廃用症候群のリハビリテーションは、「脳血管疾患等リハビリテーション料」に分類されている。

① 廃用症候群は、脳血管疾患と関係ない場合もあることから、名称が分かりにくい。

- 対象患者は、次の全てを満たす必要がある。

・ 外科手術等の治療時の安静による廃用症候群の患者

② 外科手術等の治療を行っていない廃用症候群については対象とされない。

・ 治療開始時にFIM 115以下、BI 85以下

③ これらの対象患者が廃用症候群となった場合には廃用症候群へのリハビリテーションを実施しにくい場合がある。

・ 心大血管疾患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、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者ではない

④ 「運動器不安定症」は、「運動器リハビリテーション料」の対象疾患の一つであるが、廃用症候群の一部が含まれることから、適用すべきリハビリテーション料が分かりにくい。

廃用症候群に対するリハビリテーションを、脳血管疾患等リハビリテーションから独立させ、対象患者について整理してはどうか。

疾患別リハの概要と届出医療機関数（論点③）

- それぞれのリハビリテーションは内容や必要な器具等が異なっており、届出医療機関も異なっている。
- このため、廃用症候群の患者のリハが、どのリハビリテーション料の対象となるかによって、実施できる医療機関やリハの内容に影響が生じる。

	内容	必要な器具等	届出医療機関数	
			病院	診療所
心大血管疾患リハ	心機能の回復、疾患の再発予防を図るための運動療法等	酸素供給装置、除細動器、心電図モニター装置、トレッドミル又はエルゴメータ、血圧計、救急カート、運動負荷試験装置	920	66
脳血管疾患等リハ	実用的な日常生活における諸活動の自立を図るための、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、作業療法等、又は言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練	歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊の重錘、各種測定用器具等 (言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等)	5,633	1,801
運動器リハ	実用的な日常生活における諸活動の自立を図るための、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、作業療法等	歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊等の重錘、各種測定用器具等	6,024	4,937
呼吸器リハ	呼吸訓練や種々の運動療法等	呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等	4,011	323
がん患者リハ	がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下を予防・改善することを目的とした、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法等	歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊等の重錘、各種測定用器具等	814	1

運動器不安定症の診断基準（論点④）

運動器不安定症の診断基準

下記の運動機能低下をきたす11の疾患の既往があるか、罹患している者で、日常生活自立度あるいは運動機能が以下の機能評価基準1または2に該当する者。

運動機能低下をきたす疾患：

1. 脊椎圧迫骨折および各種脊柱変形（亀背、高度脊柱後弯・側弯など）
2. 下肢の骨折（大腿骨頸部骨折など）
3. 骨粗鬆症
4. 下肢の変形性関節症（股関節、膝関節など）
5. 腰部脊柱管狭窄症
6. 脊髄障害
7. 神経・筋疾患
8. 関節リウマチおよび各種関節炎
9. 下肢切断
10. 長期臥床後の運動器廃用
11. 高頻度転倒者

機能評価基準

1. 日常生活自立度：ランクJまたはA（要支援＋要介護1,2）
2. 運動機能：1) または2)
 - 1) 開眼片脚起立時間：15秒未満
 - 2) 3m Timed up and go test：11秒以上

廃用症候群のリハビリテーションに係る課題と論点

【課題】

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の口に掲げる「廃用症候群の場合」の対象となる患者は、「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をいう。ただし、心大血管疾患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、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。」とされている。
- 廃用症候群のリハビリテーション料は脳血管疾患等リハビリテーション料の一部とされているが、上記の「治療」の対象疾患は、脳神経外科、神経内科領域の疾患に限らない。
- 急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群であっても、原疾患に対する治療がなされていない場合には廃用症候群のリハビリテーション料の対象とならない。
- 廃用症候群を有する患者が、届出医療機関が比較的少ない項目の対象となる場合、廃用症候群の患者がリハビリテーションを容易に受けられない可能性がある。
- 運動器不安定症と診断されるうるものの一部に、廃用症候群とほぼ同一と思われるものがある。

【論点】

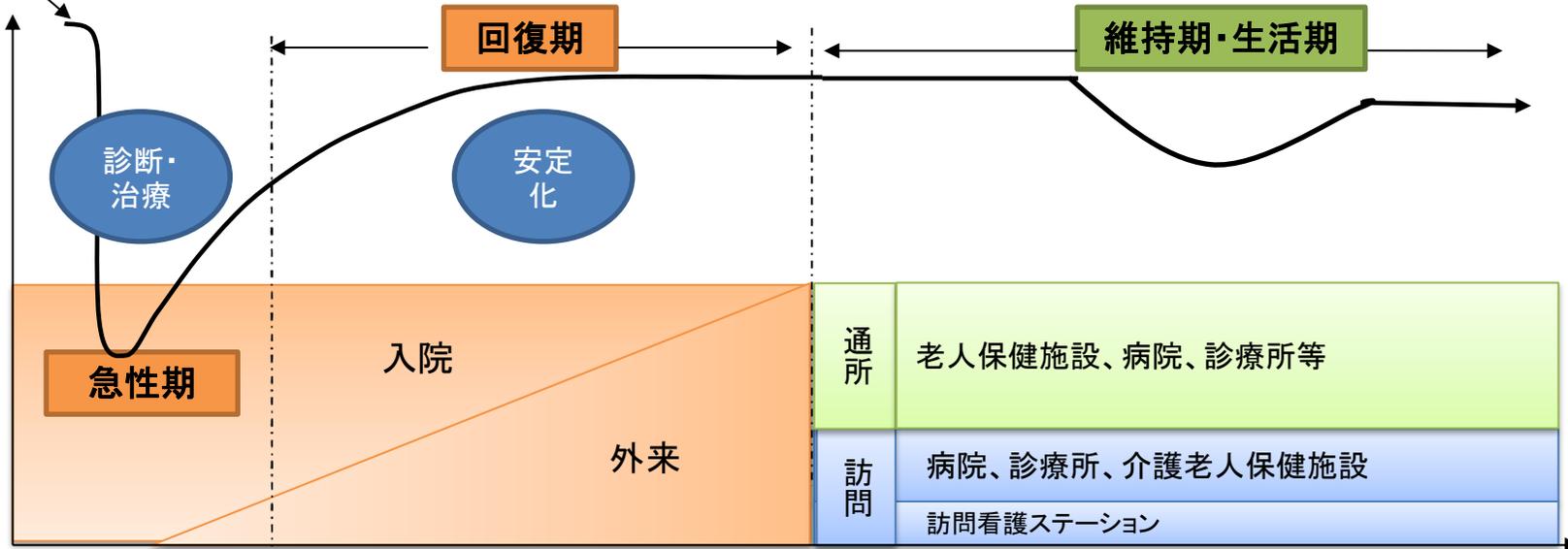
- 廃用症候群に対するリハビリテーションを、脳血管疾患等リハビリテーションの一部ではなく、独立した項目としてはどうか。
- 急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群について、原疾患に対する治療の有無にかかわらず、廃用症候群に対するリハビリテーションの対象としてはどうか。
- 廃用症候群の患者であって、主として廃用症候群による障害に対してリハビリテーションを実施するものと認められる場合、他の疾患別リハビリテーション料等の対象者かどうにかかわらず廃用症候群のリハビリテーションの対象としてはどうか。
- 運動器不安定症と診断される患者のうち、運動機能低下を来す疾患が「長期臥床による運動器廃用」のみである者は、運動器リハビリテーション料ではなく廃用症候群リハビリテーション料の対象としてはどうか。

3. 維持期リハビリテーションについて

リハビリテーションの役割分担

脳卒中等の発症

身体機能



	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

維持期リハビリテーションを行っている患者の介護保険への移行

- 維持期リハビリテーションを実施している要介護被保険者については、平成28年4月1日以降、介護保険によるリハビリテーションへ移行することとなっている。

- 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定しており、
- 維持期(詳細は次ページ以降に記載)である場合には、

- 現在は月13単位を上限として算定可能

平成28年4月1日以降

- 入院中の患者以外の
 - 要介護被保険者等の場合、
 - 当該リハビリテーション料の算定対象とならない。
- (リハビリテーションを引きつづき実施する場合は介護保険によるサービスを利用)

介護保険への移行の対象となる場合／ならない場合

- リハビリテーションの介護保険への移行は、維持期の脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している入院中以外の要介護被保険者に限られている。

平成28年4月以降、リハビリが介護保険へ移行となるケースは

- ①「維持期」の
- ②脳血管疾患等リハ又は運動器リハを実施している
- ③入院中以外の
- ④要介護被保険者

上記の4つ全てを満たすもののみ

移行の対象とならないケース

①に当てはまらない

- 標準的算定日数(脳血管疾患等リハ:発症等から180日、運動器リハ:発症等から150日)を経過していない場合
- 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合
 - ・ 失語症、失認及び失行症
 - ・ 慢性閉塞性肺疾患
 - ・ 高次脳機能障害
 - ・ 心筋梗塞
 - ・ 重度の頸髄損傷
 - ・ 狭心症
 - ・ 頭部外傷及び多部位外傷
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定
 - ・ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者の場合(先天性又は進行性の神経・筋疾患以外)
 - ・ 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病の者)
 - ・ その他疾患別リハビリテーションの対象患者で、リハビリの継続が必要と医学的に認められる場合
- 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合
 - ・ 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合
 - ・ 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者の場合(加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病以外)

介護保険への移行の対象となる場合／ならない場合（前ページから続く）

- リハビリテーションの介護保険への移行は、維持期の脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している入院中以外の要介護被保険者に限られている。

平成28年4月以降、リハビリが介護保険へ移行となるケースは

- ①「維持期」の
- ②脳血管疾患等リハ又は運動器リハを実施している
- ③入院中以外の
- ④要介護被保険者

上記の4つ全てを満たすもののみ

移行の対象とならないケース

②に当てはまらない	<ul style="list-style-type: none"> □ 脳血管疾患等リハ、運動器リハ以外の疾患別リハを実施している場合 例：心大血管疾患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る患者等 □ 疾患別リハ以外のみを実施している場合 例：摂食機能療法を実施している患者（※）、がん患者リハビリテーションを実施している患者等 （※）維持期の脳血管疾患等リハ又は運動器リハを実施している入院中以外の要介護被保険者が摂食機能療法も行っていた場合、脳血管疾患等リハ又は運動器リハのみが介護保険へ移行し、摂食機能療法は引き続き医療保険で算定可能。
③に当てはまらない	<ul style="list-style-type: none"> □ 入院中である場合
④に当てはまらない	<ul style="list-style-type: none"> □ 介護保険被保険者でない場合 □ 介護保険被保険者であっても要介護認定を受けていない場合

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証することが必要。

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。
- (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。

平成26年度改定における維持期リハビリテーションの介護保険への移行促進等の取組

① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	221点	➔	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	163点	介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	147点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	85点		77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

③ 介護保険リハビリテーション 移行支援料

500点 (患者1人につき1回限り)



介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

自院



通所リハビリテーション等
の提供促進

外来患者



介護保険の
リハビリテーションへ
の移行支援

入院患者



退院後、より適切な介護
サービスへ

自宅



介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)



介護保険施設等へ入所

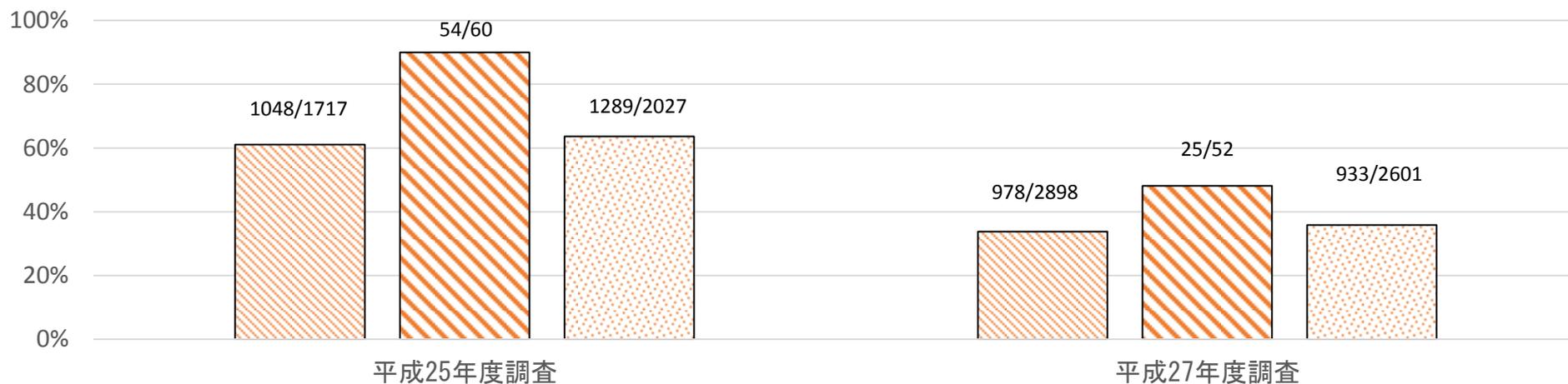
② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を**平成28年3月31日までに限り延長**する。ただし、**入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる。**



介護保険のリハビリへの移行が困難とされる者の割合の変化

- 平成25年度の検証調査においては、標準的算定期間を過ぎてリハビリテーションを実施している外来患者のうち60-90%程度が介護保険のリハビリテーションへの移行が困難とされていた。一方、平成27年度調査においては、30-50%程度であった。

維持期の要介護被保険者のうち、介護保険のリハビリへの移行が困難とされた外来患者の割合



□ 脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群以外) ■ 脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群) □ 運動器リハビリテーション

注:各年度に病院票、診療所票で調査した結果を合算したもの。調査客体はそれぞれ以下の通り。

調査年度	平成25年度	平成27年度
調査対象病院	全国の病院のうち、回復期リハ病棟を有する500病院+それ以外で脳血管疾患等リハを届け出ている500施設、運動器リハを届け出ている500施設。	全国の病院のうち、回復期リハ病棟を有する800病院、及び一般病棟(7対1、10対1)届出病棟を有する400病院
調査対象診療所	全国の診療所のうち、脳血管疾患等リハ料を届け出ている500施設+運動器リハ料を届け出ている500施設	全国の診療所のうち、脳血管疾患等リハ料または運動器リハ料を届け出ている600施設

介護保険のリハビリへの移行が困難とされる者のADL

- 維持期リハビリテーションを実施しているが、心理的抵抗感のために介護保険への移行が困難とされた要介護被保険者のADLは概して高く、また外来でリハビリテーションを開始したときから大きく変化していないことが多かった。

維持期リハを実施しており、心理的抵抗感のために介護保険への移行は困難とされた要介護被保険者者のADL*推移

(単位:人 n=106)

ADL高 ↑ 調査日時点のADL (単位:点)* ↓ ADL低	100	28						5	23	
	90-99	34				1	1	8	22	2
	80-89	21				2	4	9	5	1
	70-79	5			1	1	2	1		
	60-69	11	1	2	1	2	1	1	3	
	50-59	4			1		2	1		
	40-49	1		1						
	30-39	2	1						1	
	合計		2	3	3	6	10	20	36	26
			30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100
		ADL低← 外来リハビリ開始時のADL* →ADL高								

(参考) Barthel IndexによるADL評価(100点満点)

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

太枠囲みは5人以上のもの。

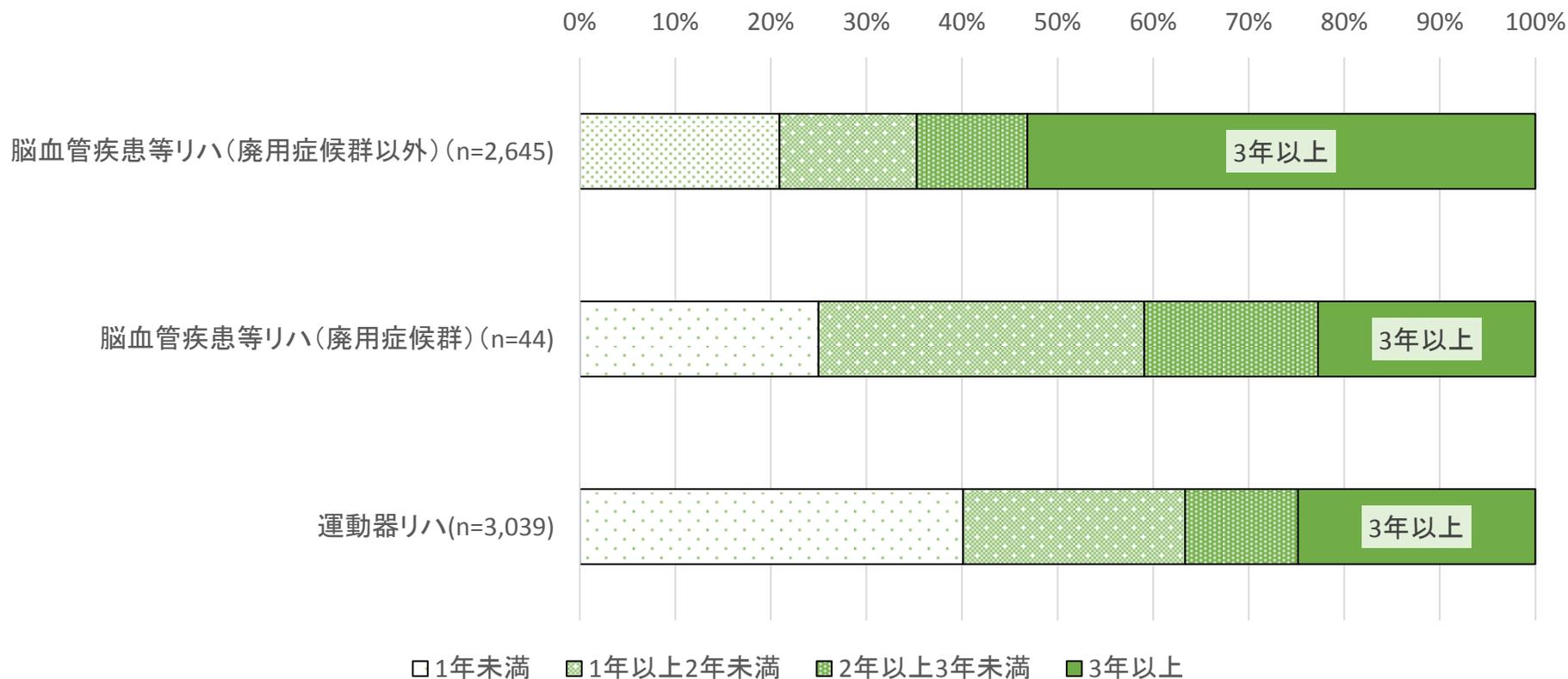
*Barthel Indexによる評価(100点満点) 詳細は右表を参照。

出典: 検証調査

維持期リハの患者のリハビリ期間の長期化

- 維持期リハの外来患者のうち、脳血管疾患等リハ(廃用症候群以外)では過半数が、脳血管疾患等リハ(廃用症候群)、運動器リハにおいても、それぞれ20-30%前後が、標準的算定日数以後3年以上経過しており、一部の患者で医療保険による維持期リハが長期化していることが認められた。

維持期リハの外来患者における標準的算定日数経過後の期間



医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの比較

- 維持期の患者が医療保険から介護保険に移行した場合、月あたりの報酬額等に大きな差はない。

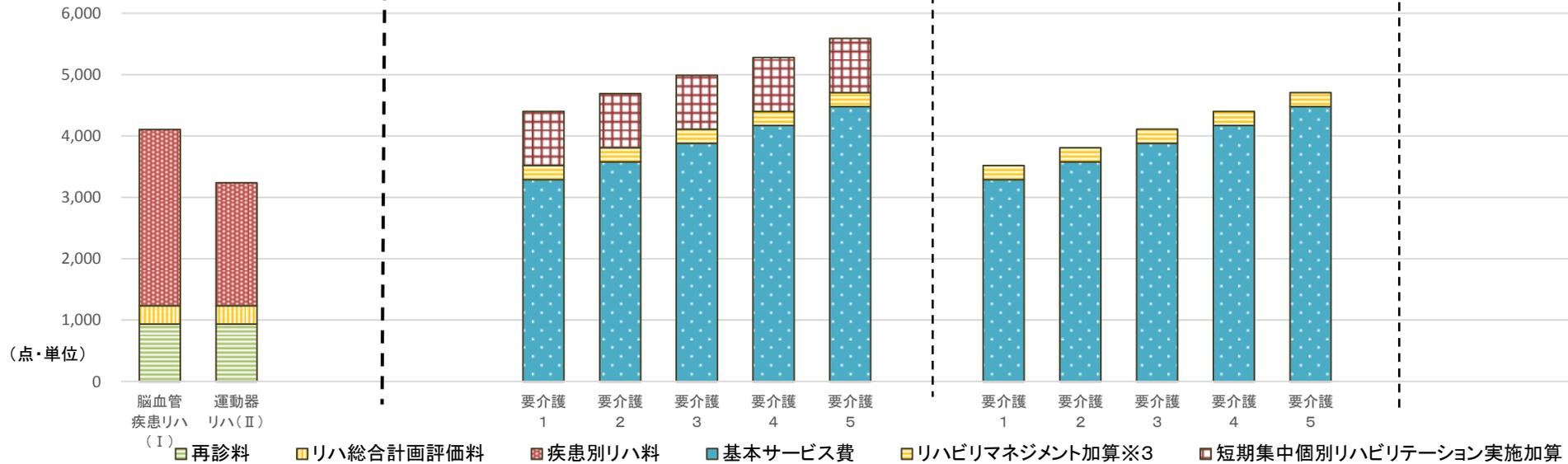
【医療保険※1】
疾患別リハビリテーション
 脳血管:180日超
 運動器:150日超
例) 20分 × 13回/月 = 260分
 (上限: 13単位/月 × 20分 = 260分/月)



【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)

~3ヶ月
 例) 40分 × 8回/月 = 320分
 (短期集中個別リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月~
 リハビリテーション計画に基づいて
 理学療法、作業療法等を実施



一 診療報酬一

<再診料>
72点/日

<リハ総合計画評価料>
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) 154点/単位

一 介護報酬一

<基本サービス費>
 要介護1 329単位/日、要介護2 358単位/日
 要介護3 388単位/日、要介護4 417単位/日
 要介護5 448単位/日

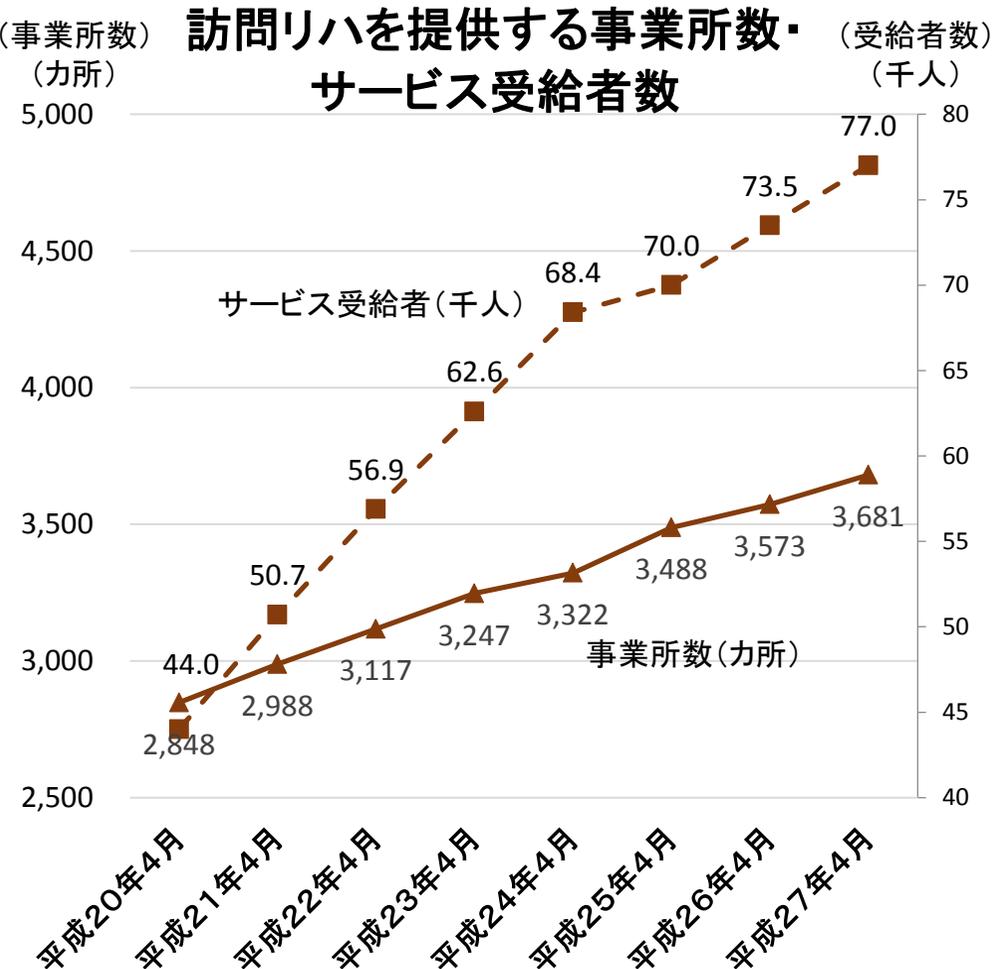
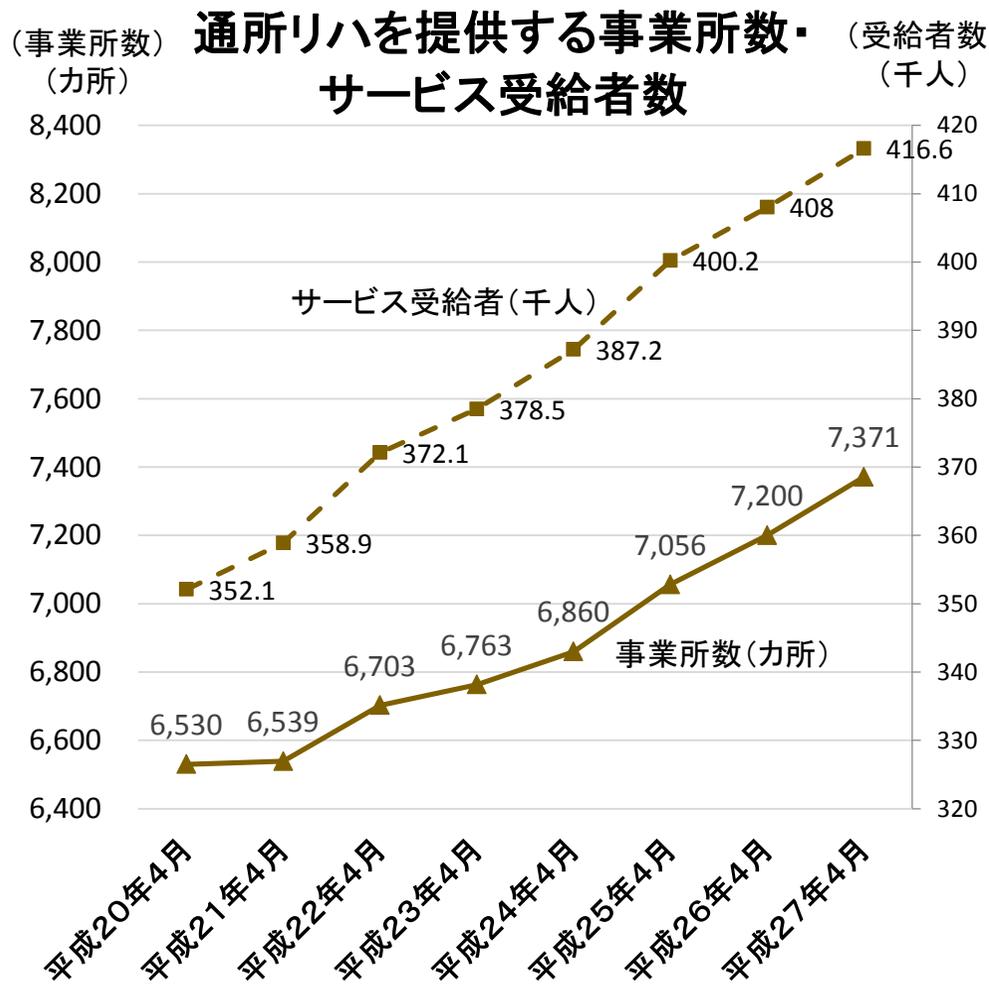
<リハビリマネジメント加算 I ※3>
230単位/月

<短期集中リハビリテーション実施加算※4>
~3ヶ月: 110点/日

※1: 医療機関の外来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計画を策定し、通所リハビリテーションを実施した場合に算定。リハビリテーションマネジメント加算はIが230単位/月、IIが6月まで1020単位/月、6月~700単位/月。ここではIを基に計算。
 ※4: 退院(所)日または認定日から3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。

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) 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

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	6, 278事業所
訪問看護を提供している事業所数	3, 374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, 606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, 601事業所

出典: 介護給付費実態調査(平成27年4月審査分)

同一の施設で医療保険の外来リハと介護保険のリハ(通所リハ)の両方を行っている施設の例

- 同一の施設において、同一の日に、医療保険の外来リハと介護保険のリハを両方とも実施している例がある。

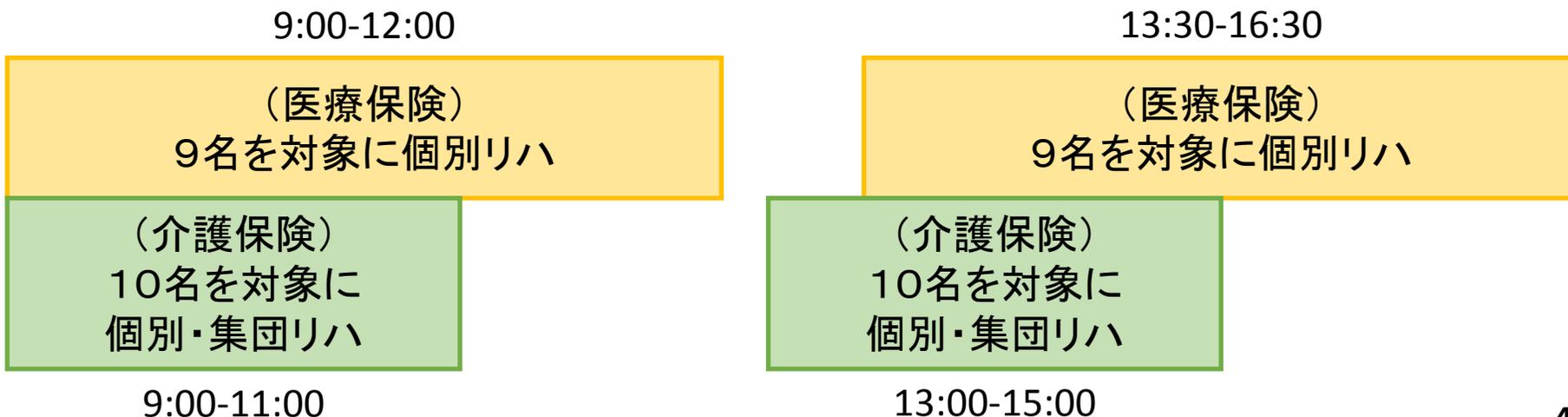
事例1:

45m²のスペース、PT/OT/ST各1名、看護師1名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを交互に実施



事例2:

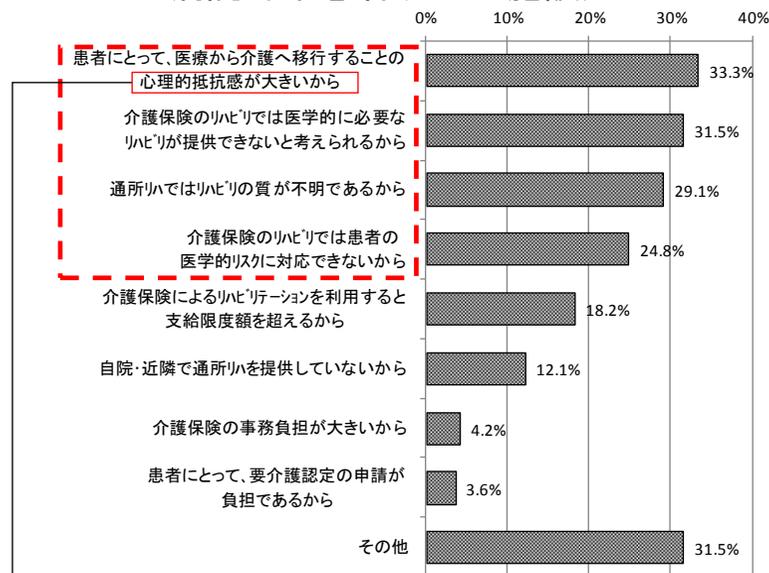
75m²のスペース、PT/OT/ST各2名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを並行して実施



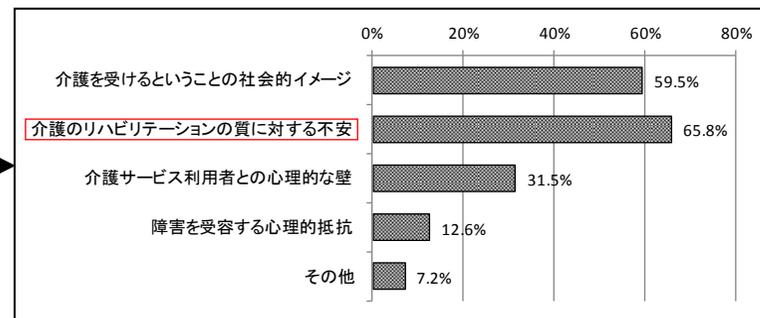
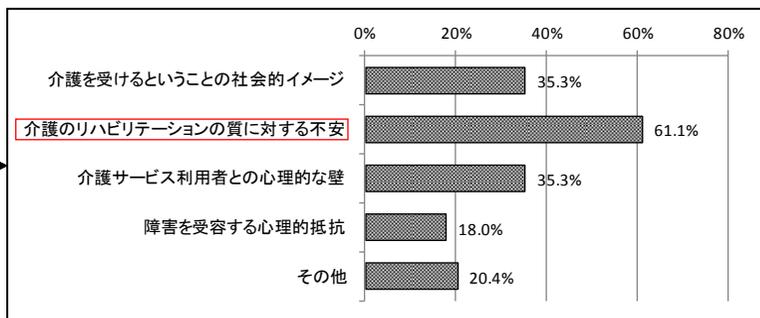
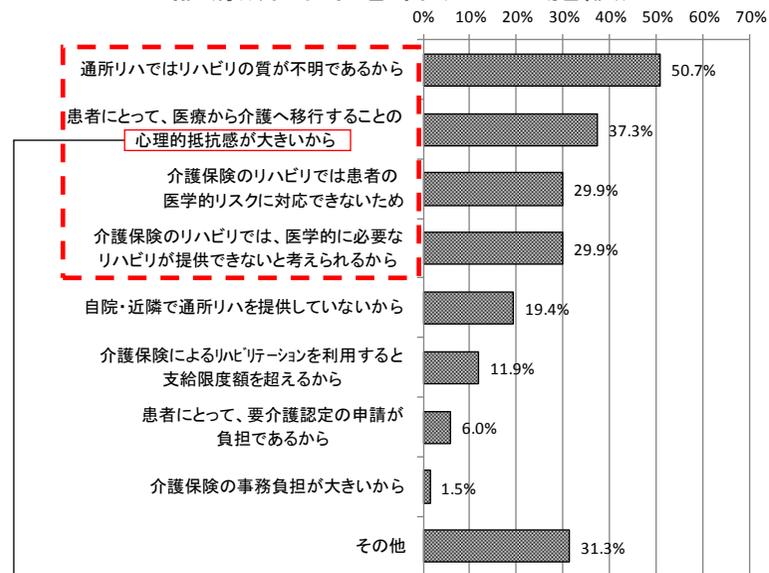
介護保険のリハビリへの移行が困難と見込まれる理由

- 維持期リハの外来患者が介護保険のリハビリテーションへ移行するのが困難になる理由としては、「患者の心理的抵抗感」「介護保険のリハでは医学的に必要なリハビリが提供できない」「通所リハの質が不明」「介護保険のリハビリでは患者の医学的リスクに対応できない」等が挙げられた。
- 介護のリハビリテーションの質に対する不安は「介護へ移行することの心理的抵抗感」の内容としても挙げられていた。

病院外来患者 (n=165施設)

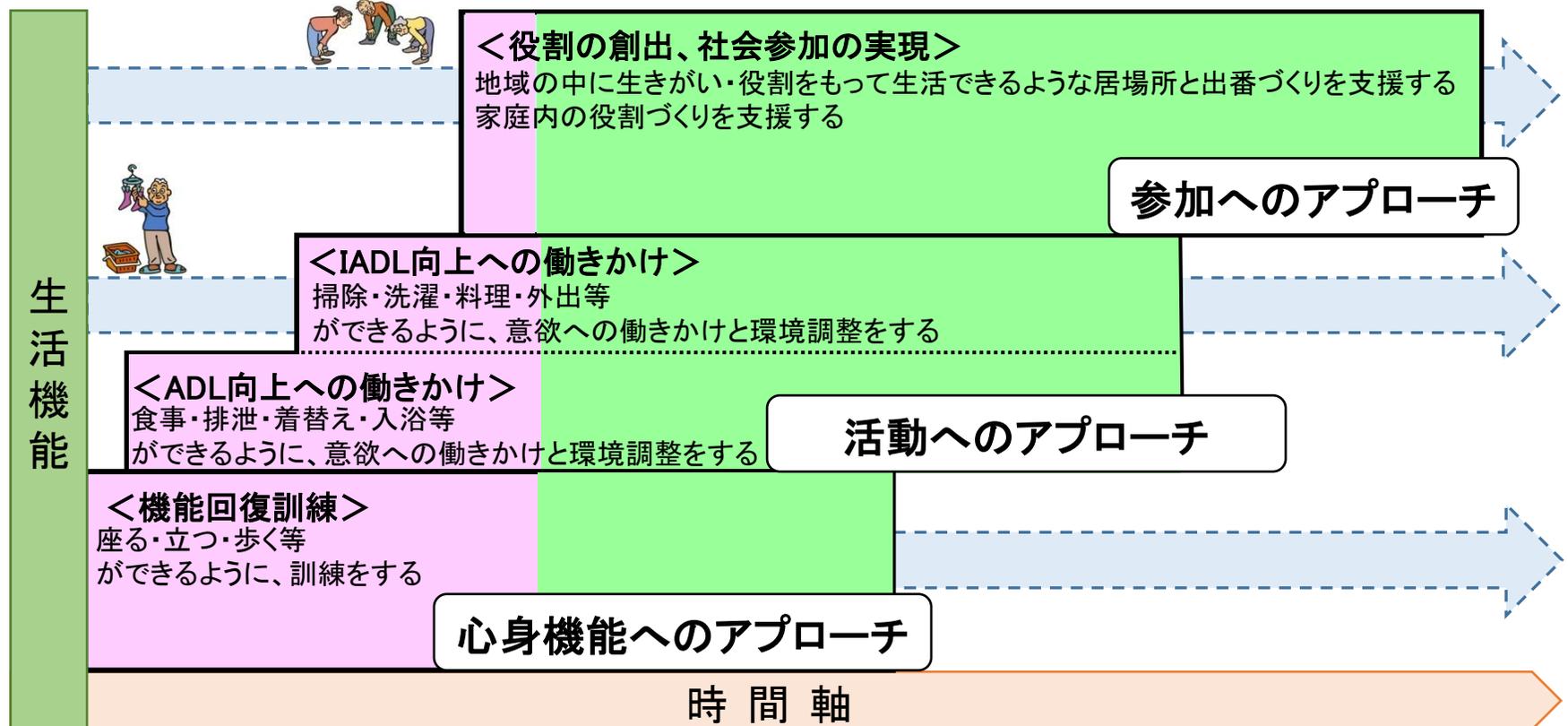


診療所外来患者 (n=301施設)



リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



- 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
- 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、**活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。**

- 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
- 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
- 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。**

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

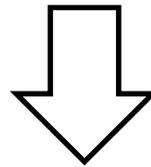
- 理学療法・作業療法・言語聴覚療法・ソーシャルワークなどを並行して開始し同時に進めていくが、その間の連携は不十分で、分立・分業的であり、目標すら「理学療法の目標」「作業療法の目標」などとバラバラで統一したものはない。

3. 目標指向的アプローチ(もっとも望ましい)

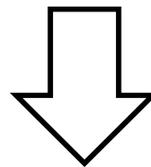
- 心身機能、活動、参加の「予後」(適切なリハビリテーション・プログラムでそれぞれがどこまで回復するかの予測)を総合し、患者の環境因子、個人因子をも十分考慮して「参加レベルの目標(それをどういう活動で実行するかを含む)」の候補(選択肢)を最低3つつくって患者に提示する。もちろんこの選択肢はチームの知恵を集めて作る。
- 患者が熟慮し、家族とも相談して、3つのうち1つを選べばそこで「参加の目標」が決まり、そこから逆に「活動の目標」「心身機能の目標」が決まる。この共通の目標を目指して、各分野が緊密に協業してプログラムを進める。

リハビリテーションに関する医療保険と介護保険の併用について

要介護被保険者等である患者について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合、その日以降、原則として医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。(ただし、医療保険におけるリハビリテーションと介護保険におけるリハビリテーションを別の施設で提供する場合には、終了する日前の2月間に限り、双方を併用できる。)



- 患者が介護保険のリハビリテーションの内容に不安を抱いていても、医療保険による疾患別リハビリテーションを終了するか、その見込みをつけるまでは、介護保険のリハビリテーションを経験することができない。
- 医療保険のリハビリテーションを提供するスタッフにとっても、のちに介護保険によってどのようなリハビリテーションを提供されるか十分にわからないまま、リハビリテーションの計画や実施を行わなければならない。

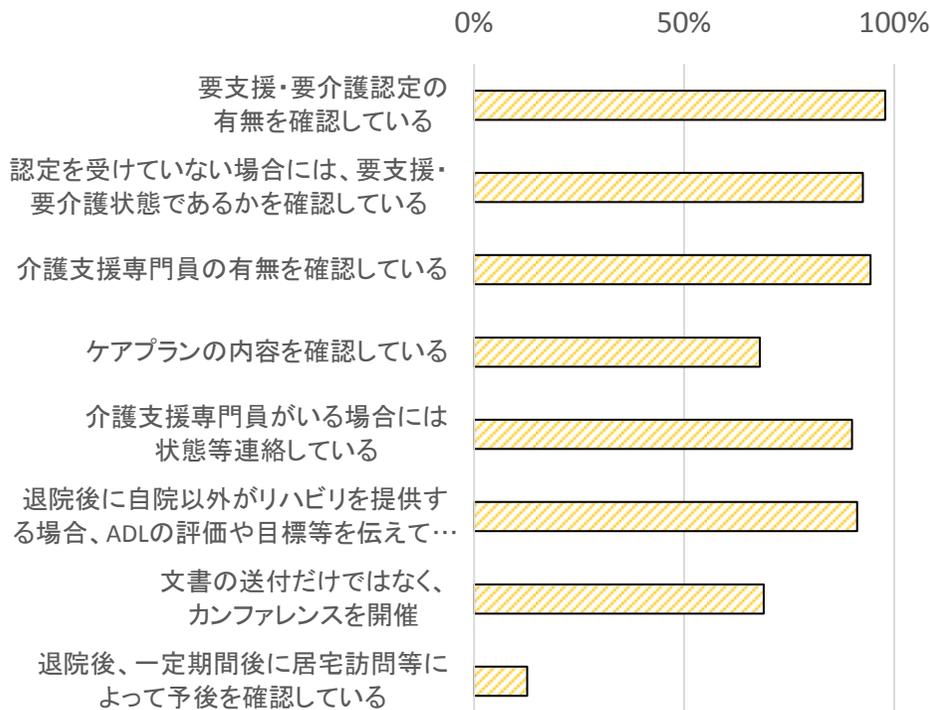


- 維持期における要介護被保険者のリハビリテーションを介護保険へ移行するにあたり、移行をより円滑にするため、一定の条件のもと、併給にかかる規定を緩和してはどうか。

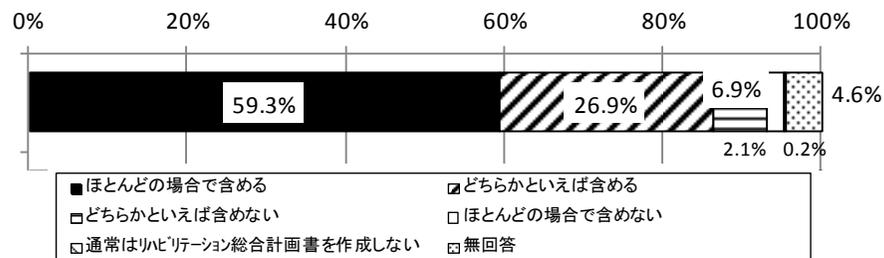
リハビリテーションを実施している患者に対する説明・支援等の内容

- 回復期リハビリテーション病棟においては、介護との連携に関する様々な取り組みが行われている。
- リハビリテーション総合計画書を作成する場合、身体機能やADLの予後の見通しまで含めた説明が行われることが多いが、当該見通しを医師が説明することは多くない。

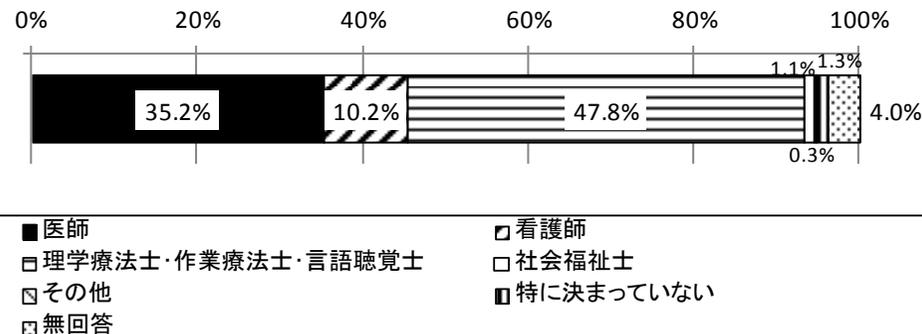
回復期リハビリテーション病棟において
退院予定患者について行っている取り組み(複数回答)(n=432)



リハビリテーション総合計画書を作成し、その内容を患者に説明する際、
身体機能やADLの予後の見通しを含めるか(n=432)



身体機能やADLの予後の見通しを説明する職種(n=372)



維持期リハビリテーションに係る課題と論点

【課題】

- 維持期リハビリテーションの介護保険への移行については、医療、介護の役割分担等の観点から必要と考えられ、平成24年度、平成26年度の診療報酬改定時にも議論されたが、介護保険におけるリハビリテーション体制整備等の理由で延期されてきた。
- 平成26年度改定においては、平成28年4月1日以降、入院中以外で維持期のリハビリテーションを実施している要介護被保険者について、原則として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が医療保険での算定対象外とし、必要に応じて介護保険によるリハビリテーションへ移行することとされた。治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合や、摂食機能療法など他のリハビリを実施している場合等には移行の対象外とされている。
- 介護保険における受け入れ体制の整備等については、通所リハビリテーションを実施する事業所数が増加しているなど進捗がみられる一方、介護保険への移行が困難とされる患者も未だいることが報告されている。
- 介護保険への移行が困難とされる理由としては、介護保険によるリハビリテーションの質等に対する不安、介護の対象となることに対する心理的な抵抗感、患者の医学的リスクへの対応に関する不安等が挙げられている。

【論点】

- 要介護者被保険者については、平成28年4月から維持期リハビリテーションを介護保険へ移行することとされているが、移行の例外とすべき患者の状態等として、現行で例外とすることとされているもののほか、どのようなものがあるか。
- 介護保険のリハビリテーションに対する不安や抵抗感を解消する観点、医療、介護の連携をより緊密にして患者にとって必要なリハビリテーションが継続的に提供されるようにする観点、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションから活動・参加へのアプローチによるリハビリテーションへの発展を支援する観点等から、以下を実施してはどうか。
 - 脳血管疾患等リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護者について、標準的算定日数の3分の1が経過する日までを目安に、医師が機能予後の見通しを説明し、患者の生きがいや人生観等を把握し、それを踏まえて必要に応じて多職種が連携してリハビリテーションの内容を調整するとともに、将来介護保険によるリハビリテーションが必要と考えられる場合には、介護支援専門員と協働して介護保険によるリハビリテーションを紹介し、見学、体験等を提案することを評価してはどうか。また、そのような対応を伴わずに行われる疾患別リハビリテーションの評価を見直してはどうか。
 - 上記紹介・提案等が行われた後は、介護保険によるリハビリテーションを、体験として必要な程度、医療保険によるリハビリテーションと併用できるようにしてはどうか。

4. 施設基準等における人員配置の弾力化について

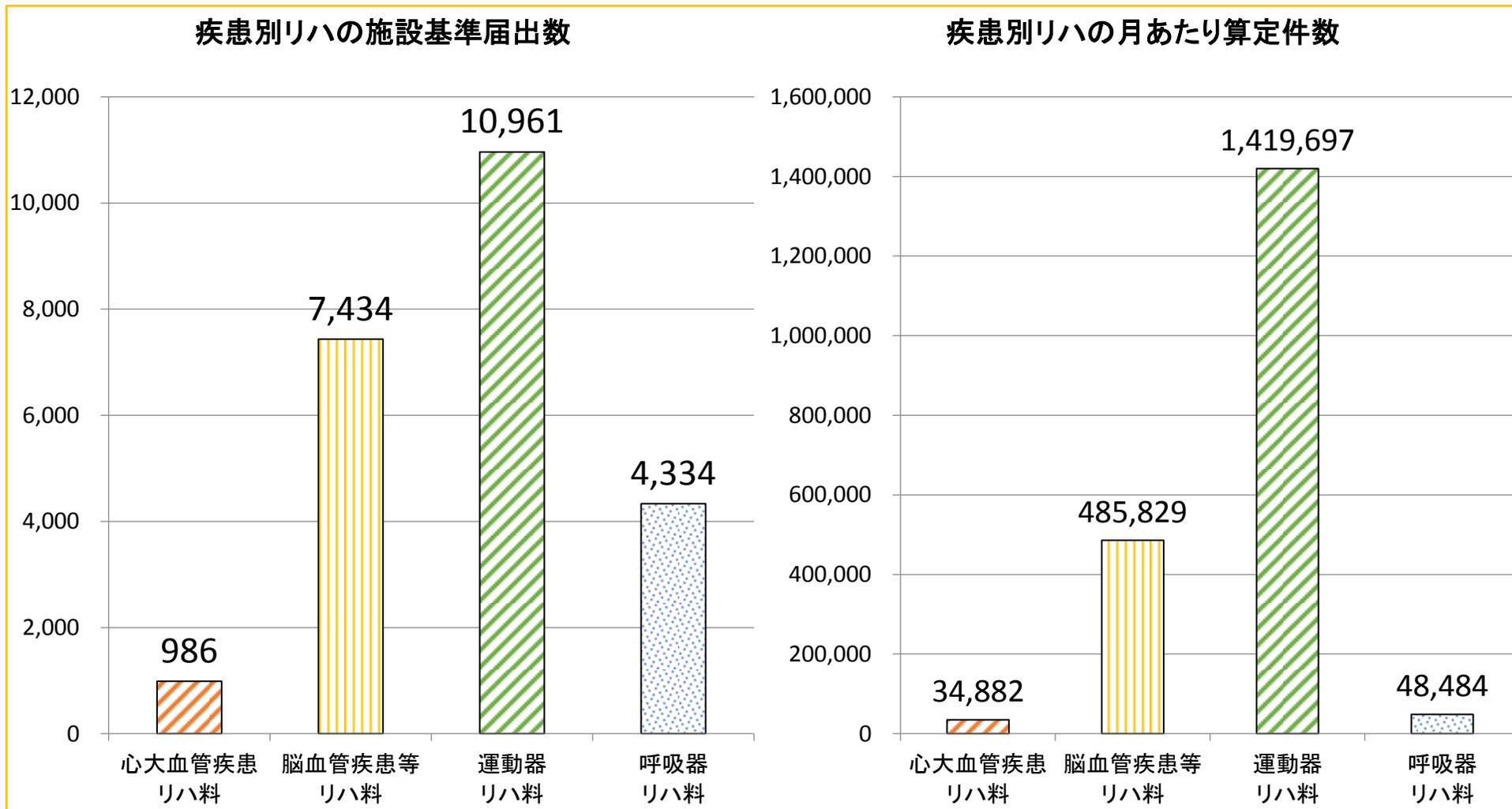
1) 心大血管疾患リハビリテーション料

2) リハビリテーション職の専従規定

3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算

心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準届出数・月あたり算定件数

- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設数、月あたり算定件数は、疾患別リハビリテーションの中では最も少ない。



心大血管疾患リハビリテーション料の人員要件

- 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)は、循環器科又は心臓血管外科の標榜が必要など対象が限られている一方、(Ⅱ)の要件を満たした医療機関がさらに(Ⅰ)を満たすことは比較的容易になっている。

	心大血管疾患 リハ(Ⅰ)	心大血管疾患 リハ(Ⅱ)
点数	205点	105点
標榜診療科	循環器科又は心臓血管外科	
循環器科又は心臓血管外科の医師	心大血管疾患リハを実施している時間帯に常時勤務	いずれか常勤 1名以上
心大血管疾患リハの経験を有する医師	同一人でも可 専任常勤1名以上	
心大血管疾患リハの経験を有する専従の常勤理学療法士	合わせて2名以上 (1名は専任で可) (一方が2名も可)	いずれか1名以上
心大血管疾患リハの経験を有する専従の常勤看護師		

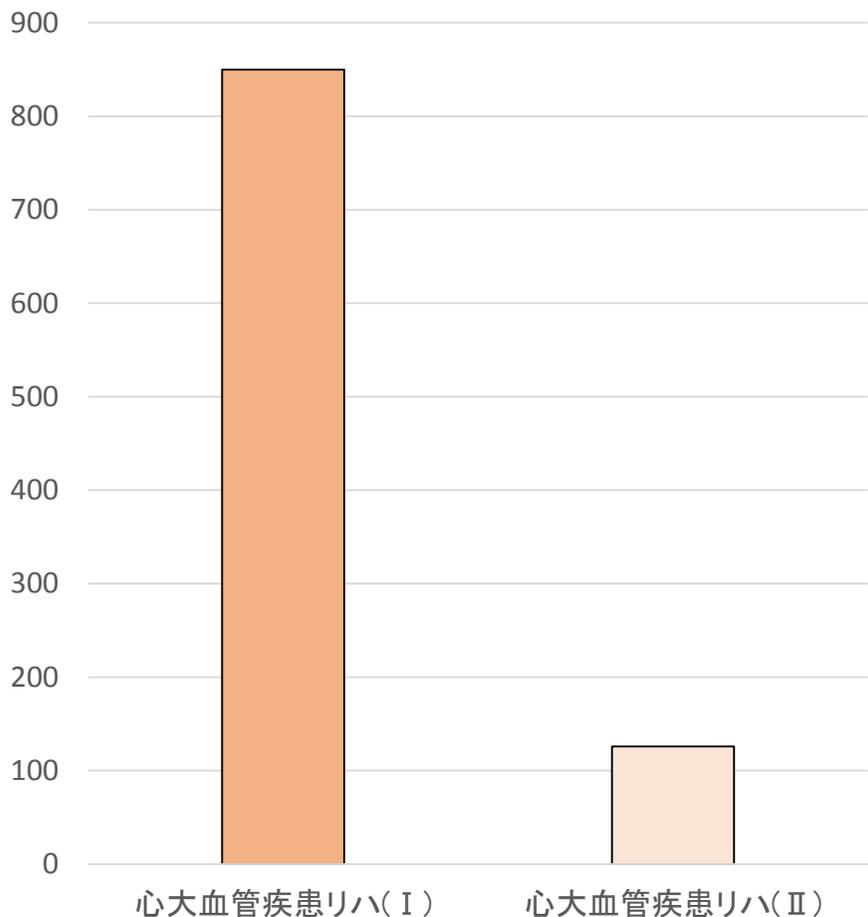
- 循環器科又は心臓血管外科の標榜が必須であるため、(Ⅱ)の医療機関でも当該科の医師が常勤していることが多いと考えられる。
- 当該医師が心大血管疾患リハの経験を積めば、(Ⅰ)の要件が満たせる。

- (Ⅱ)の要件に加えて、常勤理学療法士又は常勤看護師を1人専任とすれば、(Ⅰ)の要件が満たせる。

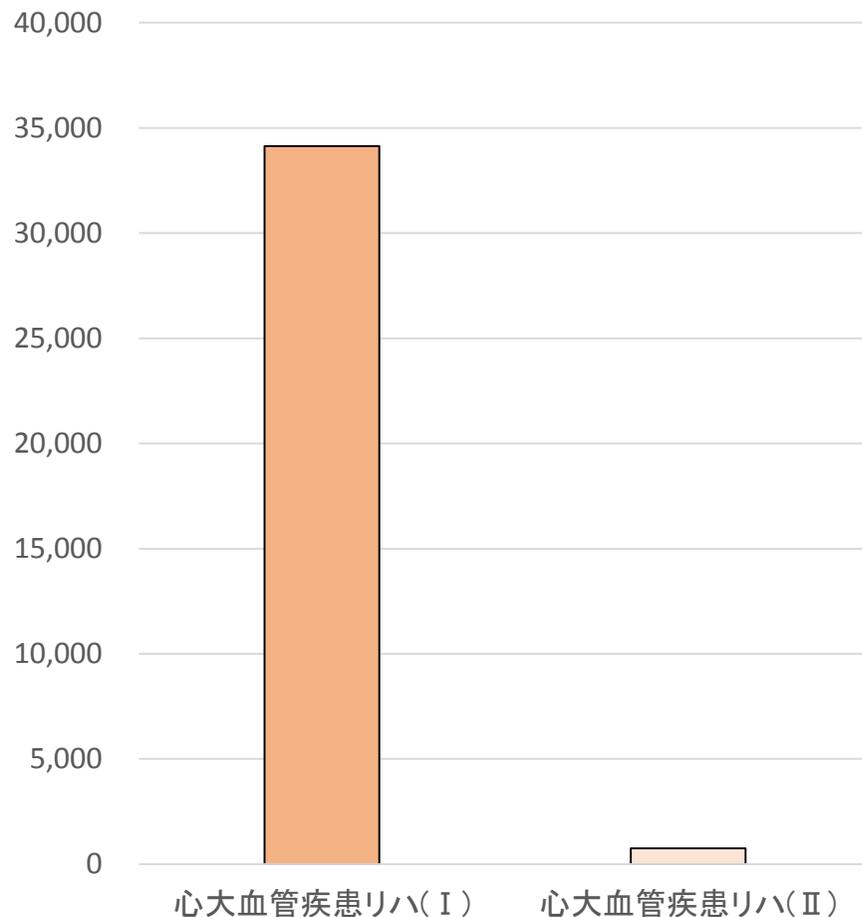
心大血管疾患リハ料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の届出数等の比率

- 届出医療機関数、月あたり算定件数とも、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)が(Ⅱ)を大幅に上回っている。

届出医療機関数



月あたり算定件数



心大血管疾患リハビリテーションの安全性

- 心大血管疾患リハビリテーションの安全性は高く、いくつかの場合を除いて、循環器科又は心臓血管外科のない医療機関でも安全に実施可能であるとされている。

循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2012年改訂版)

「現在では嫌気性代謝閾値レベルの運動強度の有酸素運動が一般に推奨されるが、このような個人の運動能力及び病態に応じた運動処方による運動療法は、運動中の心事故や他の有害事象の発生を増さず、安全性が確立されている。」

循環器科又は心臓血管外科の常勤医師がいない医療機関で 心大血管疾患リハビリテーションを行う場合に考えられる対象

急性心筋梗塞	循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤していない場合は、発症日より1か月以上経過したものに限る
狭心症	特に制限なし
開心術後	特に制限なし
大血管疾患	循環器科又は心臓血管外科の医師が常勤していない場合は、発症日より1か月以上経過したものに限る
慢性心不全	特に制限なし
末梢動脈閉塞性疾患	特に制限なし

心大血管疾患リハビリテーション料に係る課題と論点

【課題】

- 心大血管疾患リハビリテーション料の届出医療機関数、算定件数は疾患別リハビリテーション料の中でも最も少ない。
- 心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準においては、(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれにおいても、循環器科又は心臓血管外科の標榜が必須となっており、特に(Ⅱ)においては実質的に届出が難しい要因となっている。
- 心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている施設、算定している患者の多くにおいて、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)が届出、算定されており、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)はあまり利用されていない。
- 心大血管疾患リハビリテーションの安全性は高く、いくつかの場合を除いて、循環器科又は心臓血管外科の医師が勤務していない医療機関でも安全に実施可能であるとされている。

【論点】

- 心大血管疾患リハビリテーションを提供する医療機関を確保する観点から、例えば、循環器科や心臓血管外科の標榜がなくても、一部の疾患について、心大血管疾患リハの経験を有する医師が実施する場合など、安全性と有効性が維持できる場合には実施できることとしてはどうか。

4. 施設基準等における人員配置の弾力化について

1) 心大血管疾患リハビリテーション料

2) リハビリテーション職の専従規定

3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算

リハビリテーション職の専従規定

- リハビリテーションはその実施時間が明確に区切れるものがあること、リハビリテーションの種類によっては対象者が限定されるものもあること等から、リハビリテーションにおいては、専従であっても兼任が例外的に認められる場合、専従であっても他の業務への従事が例外的に認められる場合がある。

「専従」規定の原則

ある診療報酬項目の施設基準の「専従」として届け出ている者は、他に定めがない限り、他の施設基準の専従者として届け出ることや、他の項目の業務に従事して診療報酬点数を算定することはできない。

専従者であっても兼任が認められる組み合わせ(例)

- 心大血管疾患リハとその他のリハ(実施日・時間が異なる場合)
- 脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、障害児(者)リハ、がん患者リハ(理学療法士または作業療法士の場合)
- 脳血管疾患等リハ、集団コミュニケーション料、がん患者リハ(言語聴覚士の場合)

専従者であっても他の業務への従事が認められる場合(例)

- 心大血管疾患リハの専従者が、心大血管疾患リハを実施しない時間帯において、他の疾患別リハ、障害児(者)リハ、がん患者リハに従事する場合
- 脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、障害児(者)リハ又はがん患者リハの専従者について、当該リハの行われる日・時間が所定労働時間に満たない場合で、当該リハの実施時間以外に他の業務に従事する場合
- 摂食機能療法の経口摂取回復促進加算の専従者が、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハ、集団コミュニケーション療法、がん患者リハ及び認知症患者リハに従事する場合

難病患者リハビリテーション

- 難病患者リハビリテーションの施設基準においては、2名の専従者が求められている。
- 難病疾患リハビリテーション料は対象者が少なく、算定回数も低いですが、専従者には他の施設基準の専従者との兼任や、当該リハを実施しない日における他の業務への従事が認められていないため、医療機関の負担が大きい。

難病患者リハビリテーション料（1日につき640点）

対象疾患（※）を有する入院中の患者以外の患者に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定。

（※）ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、筋萎縮性側索硬化症、強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎、結節性動脈周囲炎、ビュルガー病、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）、アミロイドーシス、後縦靭帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病（ウイリス動脈輪閉塞症）、ウェゲナー肉芽腫症、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、広範脊柱管狭窄症、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、プリオン病、ギラン・バレー症候群、黄色靭帯骨化症、シェーグレン症候群、成人発症ステル病、関節リウマチ、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎

（施設基準）

- 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上、かつ、看護師が1名以上）が勤務している。

（他の専従との兼任や、難病患者リハビリテーションを実施しない日における他の業務への従事については規定がなく、認められていない。）

届出医療機関数	66（病院18、診療所48）
算定件数／月	336件
算定回数／月	2646回

1施設あたり平均5名、
1人あたり月8回弱（週2回程度）の実施

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

言語聴覚士の「専従」に関する規定

- 平成26年度診療報酬改定で新設された摂食機能療法の経口摂取回復促進加算を算定するにあたっては、摂食機能療法の実施件数の多寡によらず、専従の常勤言語聴覚士を確保する必要がある。また、障害児(者)リハビリテーション料の常勤専従の言語聴覚士は他の診療報酬項目のリハビリテーションの実施ができないこととされている。

言語聴覚士の「専従」に関する規定

言語聴覚士の「配置」に係る要件 (注1)		専従の言語聴覚士が、他に従事できるもの
専従常勤言語聴覚士が必要なもの	専従の言語聴覚士が他に兼任できるもの	
脳血管疾患等リハビリテーション料 (言語聴覚療法を行う場合)	集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等 リハビリテーションの専従者は相互に兼任 できる	一定の条件下(注2)で他の業務に従事可能
集団コミュニケーション療法料		脳血管疾患等リハビリテーションに従事可能 (専従者として届け出ている場合)
摂食機能療法 (経口摂取回復促進加算を算定する場合)	兼任できない	脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュ ニケーション療法に従事可能 (摂食機能療法を実施しない時間帯に限る)
障害児(者)リハビリテーション料 (言語聴覚療法を行う場合)	兼任できない	他の業務には従事できない

注1)このほかにも、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか」の配置を要する項目等がある。

注2)疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が所定労働時間に満たない場合。

(参考)

	医療機関数	うち 算定が月20回未満の医療機関数
摂食機能療法を算定した医療機関	3,970	827 (20.8%)

NDBデータ(平成27年5月診療分)より

リハビリテーション職の専従規定に係る課題と論点

【課題】

- リハビリテーションはその実施時間が明確に区切れるものがあること、リハビリテーションの種類によっては対象者が限定されるものもあること等から、リハビリテーションにおいては、専従であっても兼任が例外的に認められる場合、専従であっても他の業務への従事が例外的に認められる場合がある。
- 難病患者リハビリテーションは、対象者が少なく、算定回数も低い、2名の従事者の専従が求められており、他の専従との兼任や、難病患者リハビリテーションを実施しない日における他の業務への従事ができない。
- 摂食機能療法において、経口摂取回復促進加算を届け出る場合、摂食機能療法の算定回数の多寡にかかわらず、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が必要となるなど、診療報酬の算定上、言語聴覚士の業務が細分化されている。

【論点】

- 難病患者リハビリテーションの実施日が他のリハビリテーションと異なる場合、難病患者リハビリテーションの専従者に、他のリハビリテーションの専従者との兼任を認めてはどうか。
- 難病患者リハビリテーションを行う日以外において、難病患者リハビリテーションの専従者が他の疾患別リハ、障害児(者)リハ、がん患者リハに従事することを認めてはどうか。
- 摂食機能療法の経口摂取回復促進加算や障害児(者)リハビリテーション料(言語聴覚療法を行う場合)について、特に実施件数が少ない場合等は、届出の要件となる専従の常勤言語聴覚士が、他の施設基準の専従者としても届け出ることや、他の業務へ従事すること等を認めてはどうか。

4. 施設基準等における人員配置の弾力化について

1) 心大血管疾患リハビリテーション料

2) リハビリテーション職の専従規定

3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算

回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料1の見直し

- 専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

(新) 体制強化加算 200点(1日につき)

[施設基準]

- ① 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ② 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(14時間程度で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件については、平成27年4月1日より適用する。

ア 回復期リハビリテーションの総論
 ウ 運動器リハビリテーション
 オ 高次脳機能障害
 キ 地域包括ケア

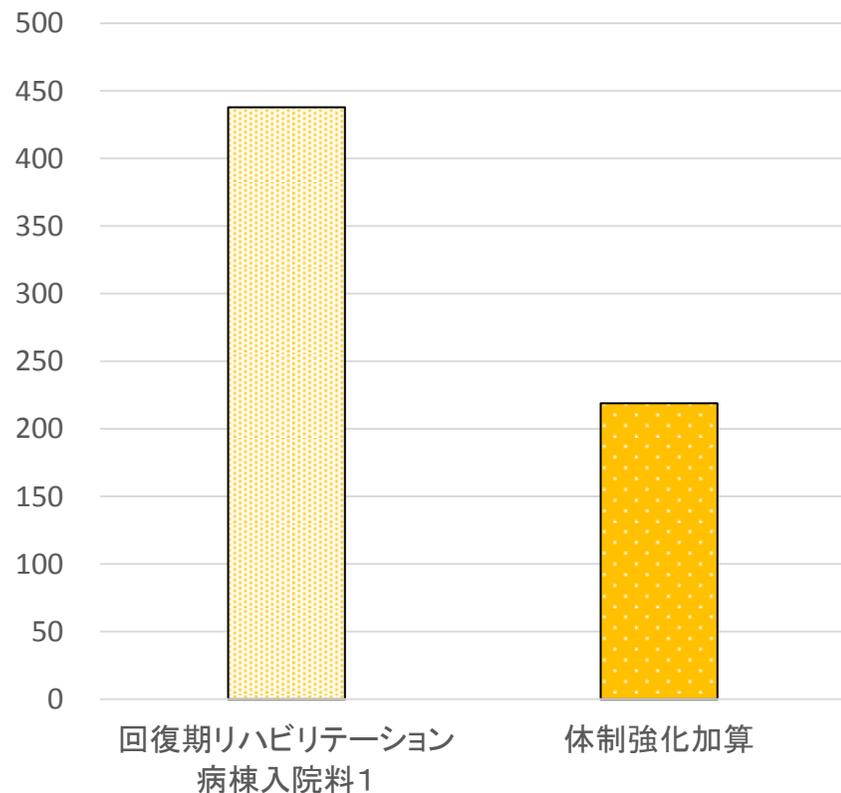
イ 脳血管リハビリテーション
 エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
 カ 摂食嚥下、口腔ケア

- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

リハビリテーション体制強化加算の届出状況・算定状況

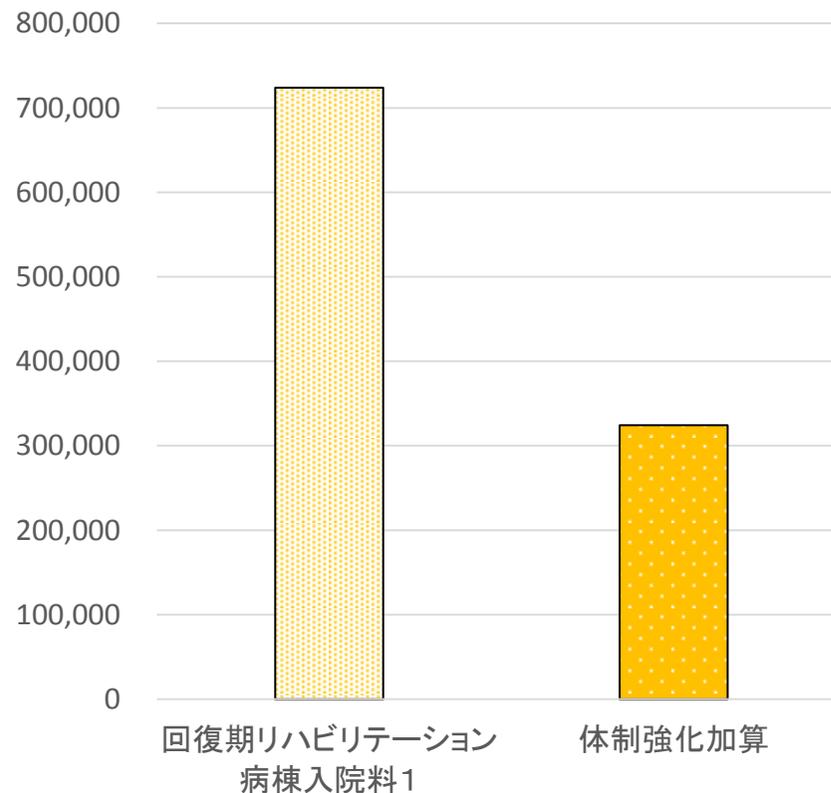
- 体制強化加算の届出、算定は、それぞれ回復期リハビリテーション病棟入院料1の半数に達している。

届出医療機関数



出典：
医療課調べ(平成26年7月現在)

算定回数／月

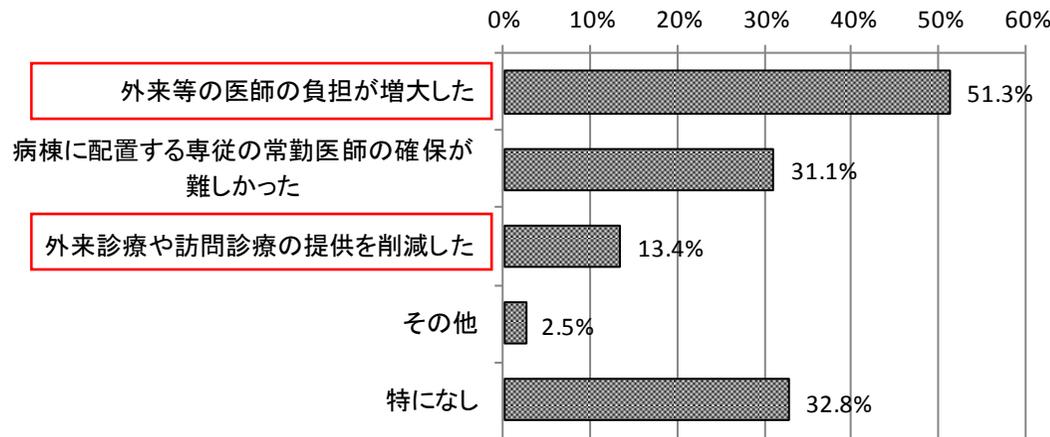


出典：
社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)

体制強化加算の届出の影響

- 病棟に専従配属する常勤医師を確保が必要となるため、体制強化加算を届け出た医療機関の半数が外来等の医師の負担が増大したと答えた。外来診療や訪問診療の提供を削減したと答えた医療機関も1割程度見られた。

体制強化加算の届出医療機関における外来や訪問診療部門への影響(n=119、複数回答)



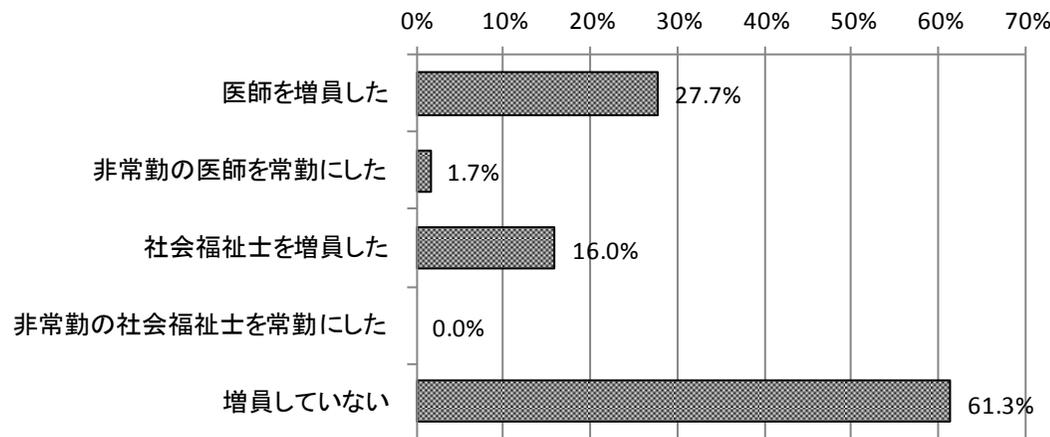
(参考)

リハビリテーション体制強化加算の施設基準として、回復期リハビリテーション病棟に専従配属した常勤医師は、原則として、当該病棟の患者についての業務のみが認められるため、

- 外来診療
- 訪問診療
- 他の病棟の患者の診療(当該回復期リハビリテーション病棟から一時的に転棟した患者の診療を含む)

等を行うことができない。

体制強化加算届出に当たっての職員の増員(n=119、複数回答)



体制強化加算に係る課題と論点

【課題】

- 回復期リハビリテーション病棟に専従の医師、社会福祉士を配置することによって、入院中の日常生活機能の改善、平均在院日数の短縮等が期待できることから、平成26年度診療報酬改定において体制強化加算が創設された。
- 体制強化加算の届出は、平成26年7月時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出医療機関の半数に達した。
- 体制強化加算の届出にあたり、病棟専従の常勤医師の確保が必要となるため、一部に、入院外医療を縮小した医療機関が見られた。

【論点】

- 地域包括ケアシステムの中でリハビリテーションを推進していく観点から、体制強化加算を届け出る医療機関において、入院と退院後の医療をつながりを保って提供できるよう、病棟での医療体制を損なわないための一定の条件の下、回復期リハビリテーション病棟の専従の常勤医師が入院外の診療にも一定程度従事できるようにしてはどうか。

- 5. 早期からのリハビリテーション実施の促進等について
 - 1) ADL維持向上等体制加算について
 - 2) 初期加算、早期加算、慢性疾患等の取り扱いについて

理学療法士の配置における効果

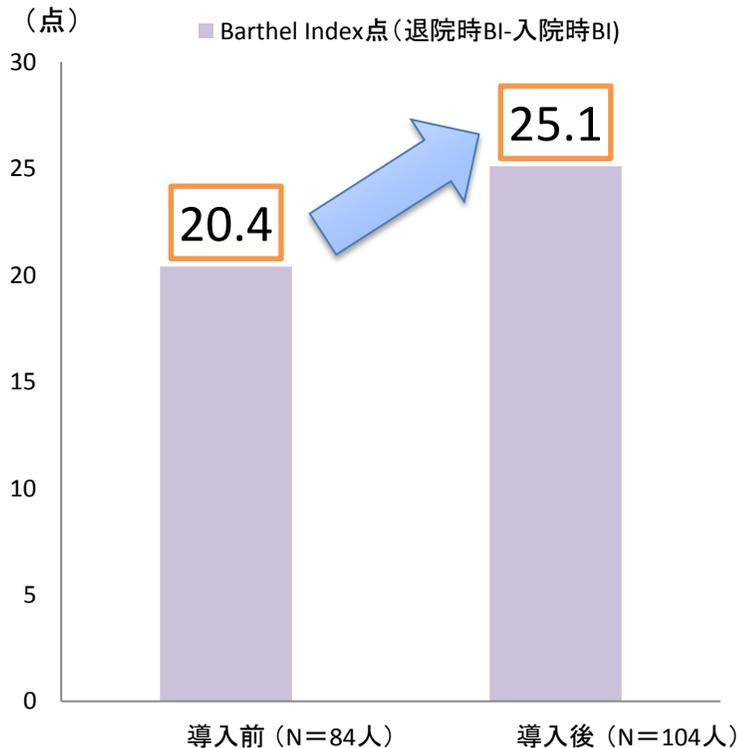
中医協 総-1

25.12.4

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

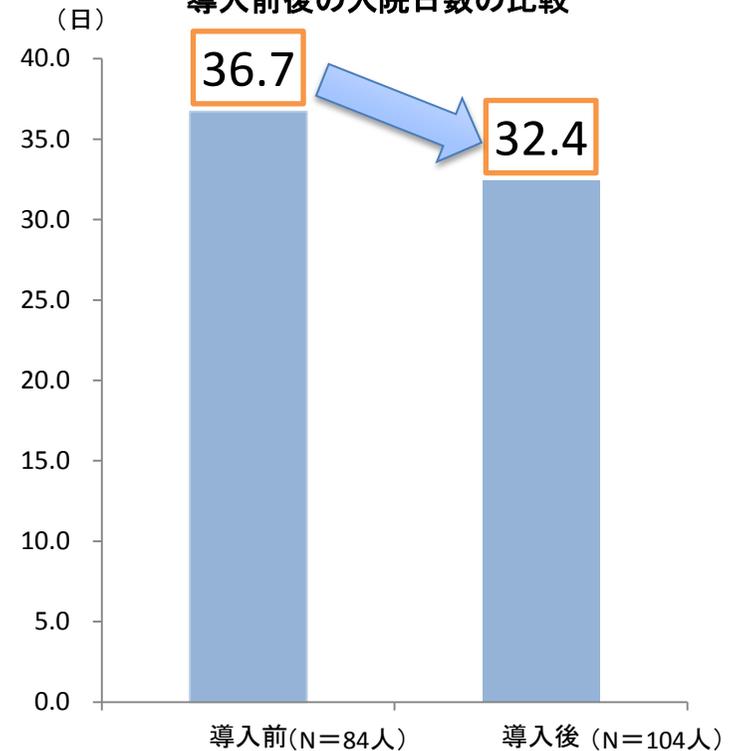
ADLの早期回復

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 - 日本理学療法士協会提供資料 -

・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。

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)

入院 14日 退院



ADL維持向上等体制加算

患者1人につき入院した日から起算して
14日間算定できる。

疾患別リハビリテーション等

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。

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

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価②

〔施設基準〕

- ① 当該病棟に専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ② 当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。
- ③ 研修は、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修(2日以上かつ10時間以上で、修了証が交付されるもの)であり、次の内容を含むものである。なお研修要件は平成27年4月1日より適用する。

ア リハビリテーション概論について

(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)

イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。)

ウ リハビリテーション治療法について

(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)

エ リハビリテーション処方について

(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)

オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)

カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む。)に対するリハビリテーションについて

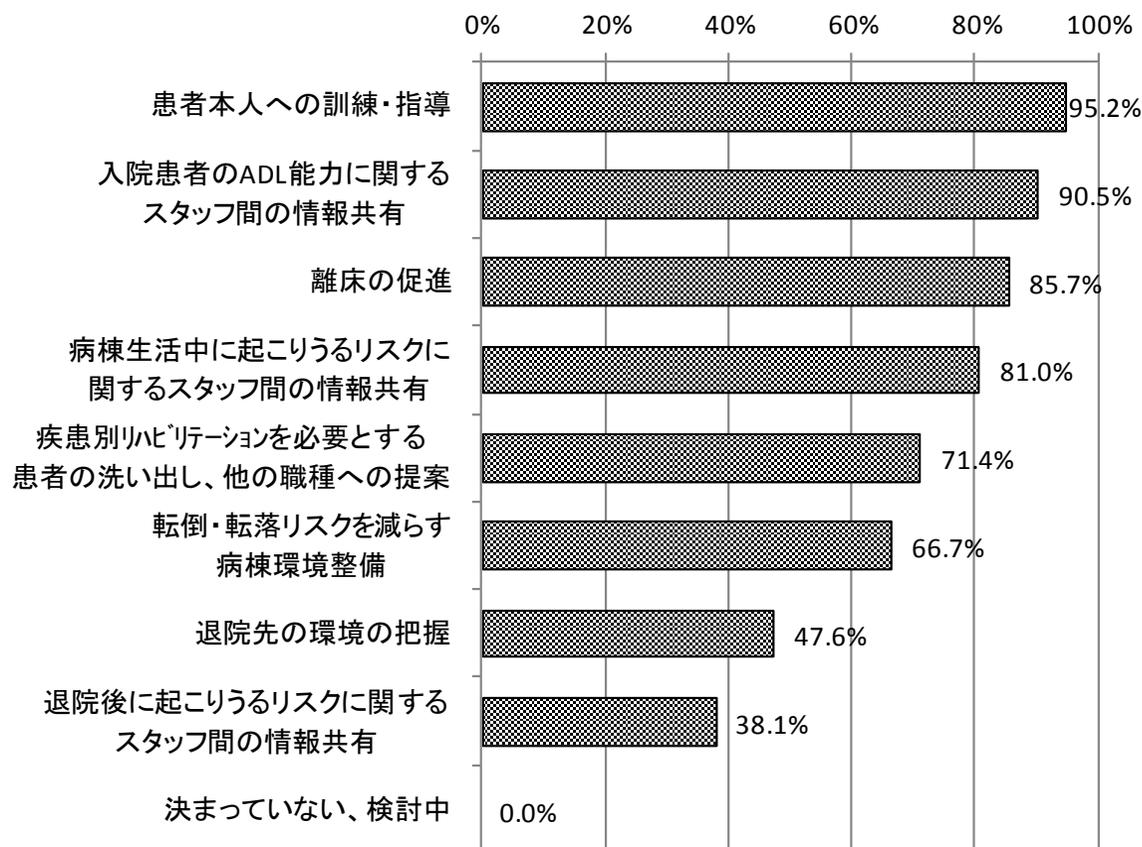
ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

- ④ 当該病棟の1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- ⑤ 以下のいずれも満たすこと。
 - ア) 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。
 - イ) 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

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)



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。

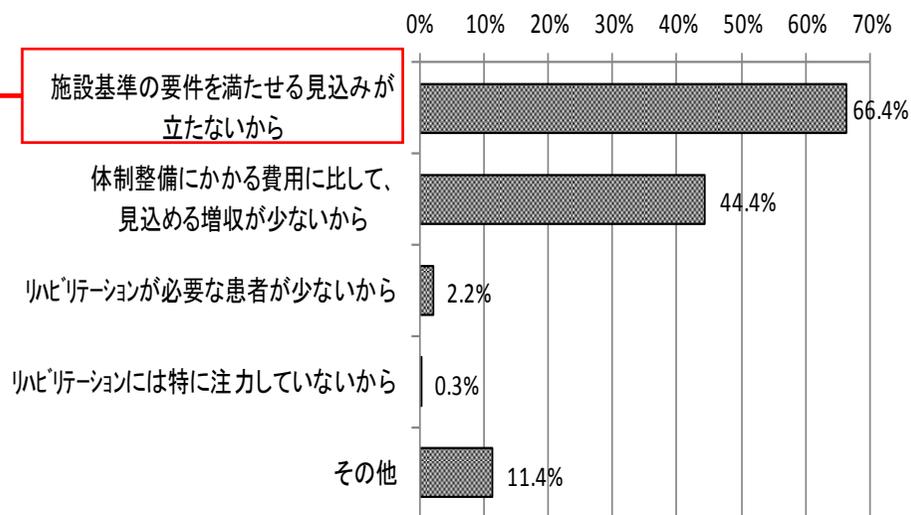
項目	届出医療機関数	算定回数／月
一般病棟(7対1、10対1)、 特定機能病院入院料一般7対1、10対1 専門病院入院基本料一般7対1、10対1	3,837	4,822,590
うち ADL維持向上等体制加算	32(0.8%)	7,150(0.1%)

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)

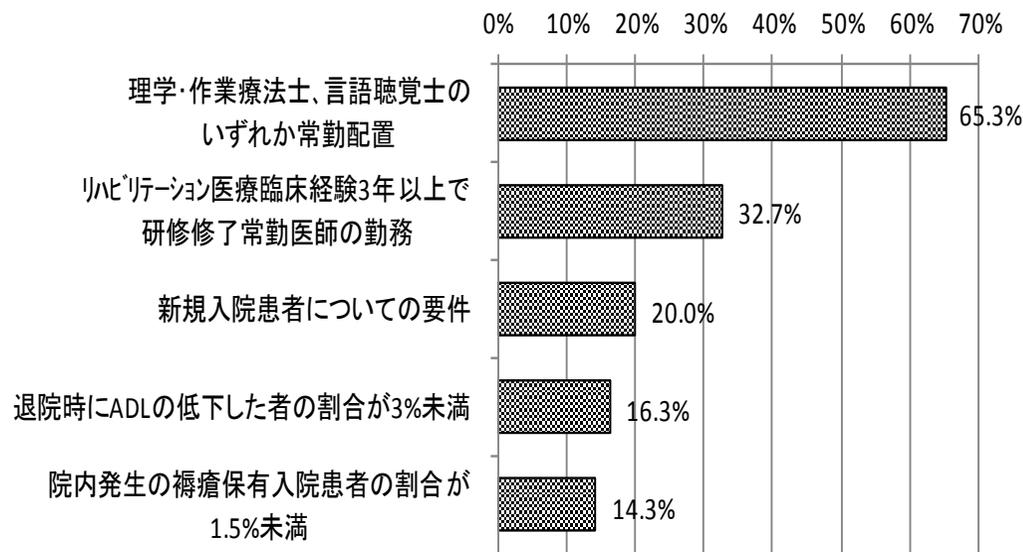
ADL維持向上等体制加算の届出における困難点

- ADL維持向上等体制加算の届出をしない理由について、過半数の医療機関が施設基準の要件を満たせる見込みがないと答えた。
- 具体的に満たすことが難しい要件としては、理学、作業療法士、言語聴覚士のいずれか常勤(専従)配置であった。

届出をしていない理由(複数回答、n=369)



満たせる見込みが立たない要件(複数回答、n=245)

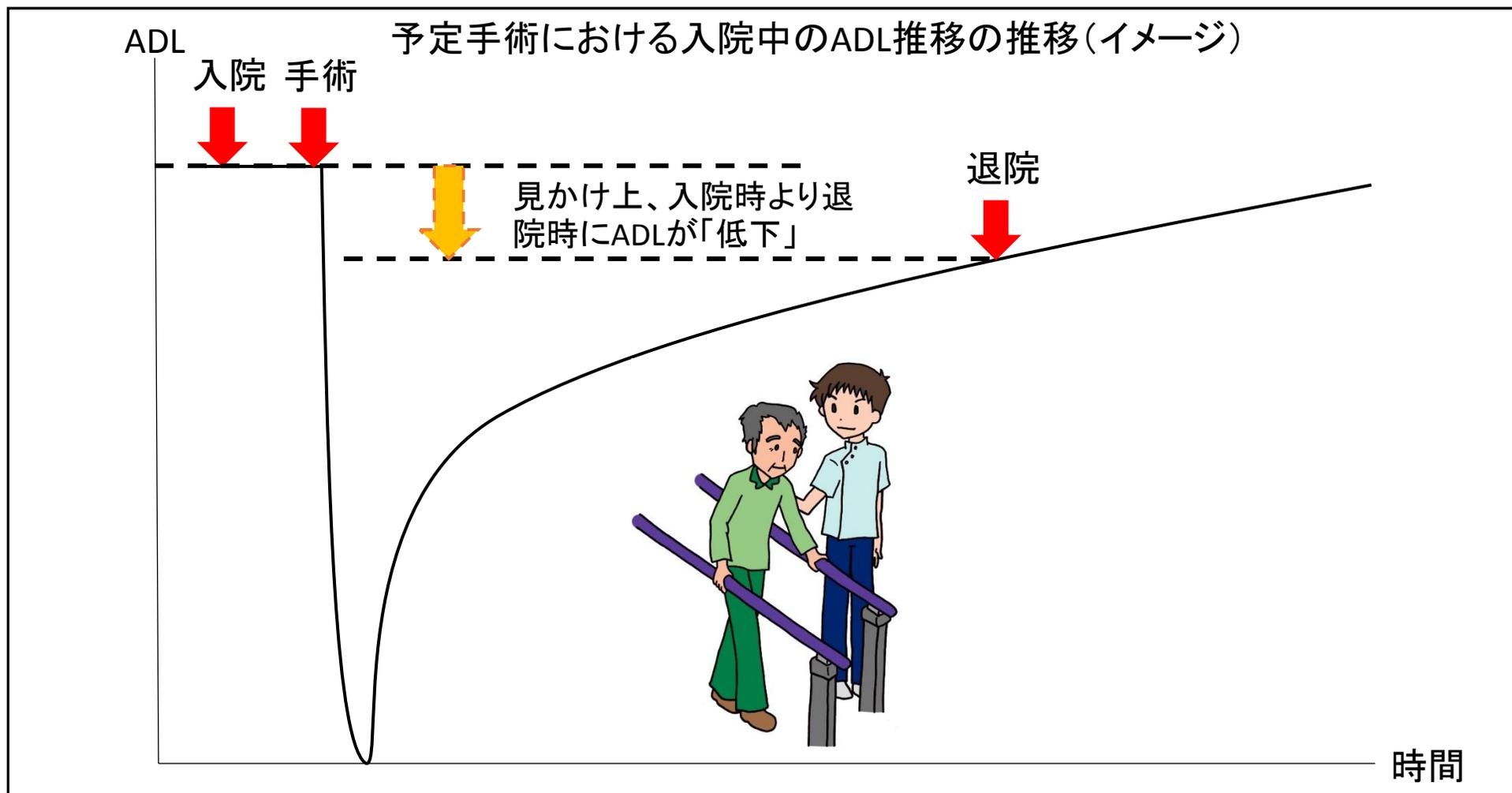


ADL維持向上等体制加算の実績評価に係る課題

- ADL維持向上等体制加算の施設基準の一部は、予定手術症例では満たしにくい。

ADL維持向上等体制加算の施設基準(抄)

年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。



ADL維持向上等体制加算に係る課題と論点

【課題】

- 急性期を担う病棟において、早期のリハビリテーション介入によって入院に伴うADLの低下を回避し、その維持、向上を促す観点から、平成26年度診療報酬改定においてADL向上等体制加算が設けられた。
- ADL維持向上等体制加算の届出は平成27年7月時点で32医療機関であり、対象となる入院料を届け出ている医療機関の0.8%であった。
- 届出が困難な理由としては、施設基準が満たせない、十分な増収が見込めない等であった。特に満たせない施設基準としては、常勤専従で配置するリハビリテーション職の確保であった。
- また、同加算の施設基準における入退院時のADLにかかる要件は、予定手術等、入院直後に大きくADLが低下する患者を多く入院させている病棟にはなじまない。

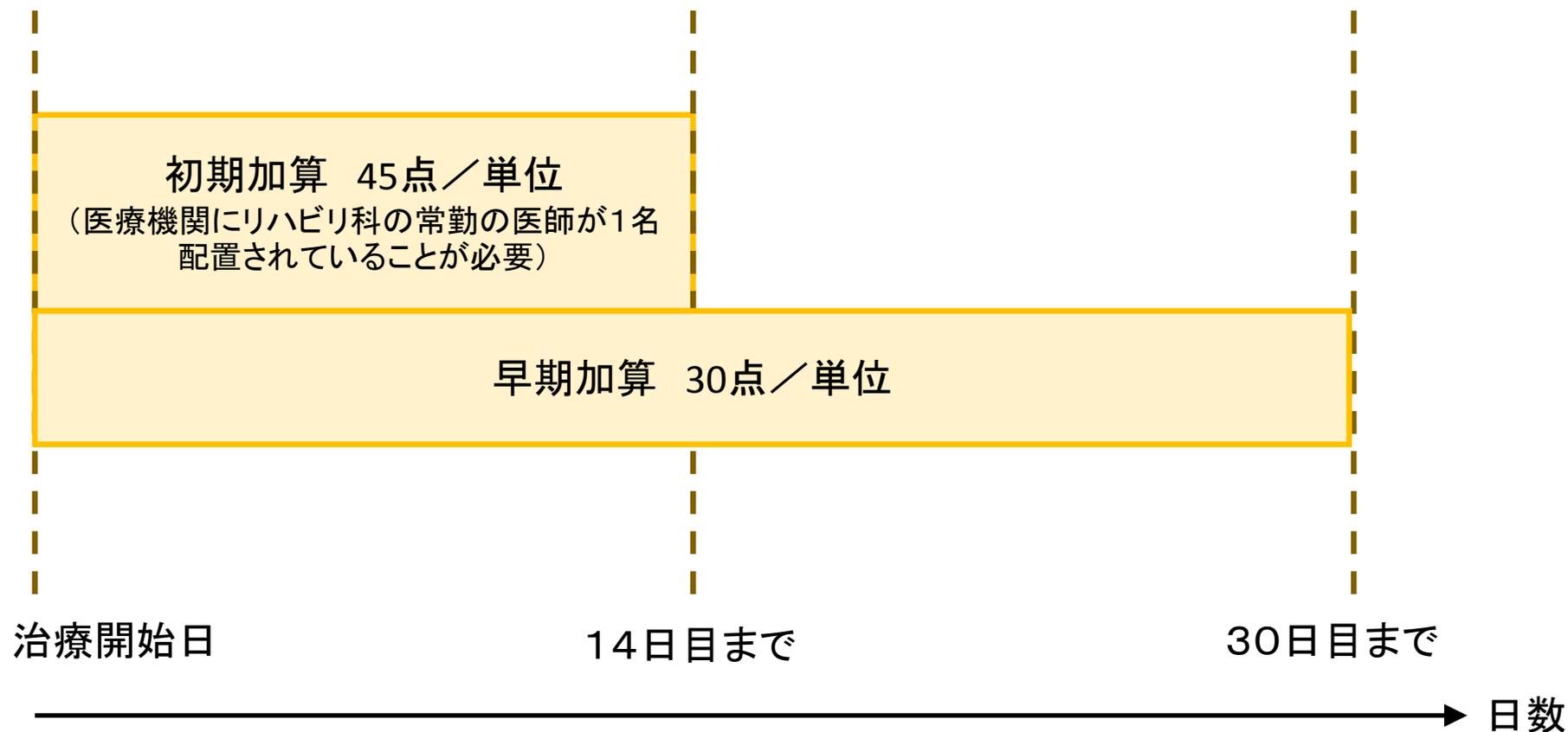
【論点】

- 急性期からのリハビリテーション介入を促進する観点から、ADL維持向上等体制加算がより普及するよう、休日におけるリハビリテーションの実施体制、介入の内容、ADLの維持・回復の実績等を勘案し、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟のADL維持向上等体制加算について、評価を充実させてはどうか。
- ADL低下者の割合についての実績要件については、予定手術に伴うADLの低下を勘案し、例えば入院直後に全身麻酔を伴う手術を行った患者については、手術日前後のADLの低下を除いて評価できることとしてはどうか。

- 5. 早期からのリハビリテーション実施の促進等について
 - 1) ADL維持向上等体制加算について
 - 2) 初期加算、早期加算、慢性疾患等の取り扱いについて

疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算

- 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、早期のリハビリテーションの充実をはかるため、疾患別リハビリテーションには早期加算、初期加算が設けられている。



疾患別リハ料の初期加算、早期加算の課題②

- 初期加算・早期加算は、発症後早期にリハビリテーションを行う効果が高いことに着目した評価であるが、発症から遅れてリハビリテーションを行う場合であっても、治療開始日を基準として初期加算、早期加算が算定可能となっている。



疾患別リハビリテーション

発症後早期のリハを評価

初期加算
45点／単位

早期加算 30点／単位

治療開始日

14日目まで

30日目まで

発症等から遅れて
リハビリを行う場合



慢性疾患等のため
発症時期が不明の場合

疾患別リハビリテーション

こうした場合にも
治療開始日から
初期加算・早期加算を算定可能

疾患別リハビリテーション

慢性疾患の発症日にかかる課題

- リハビリテーションにかかる診療報酬においては、算定の可否等の判断において、発症、手術又は急性増悪を明確にする必要があるものがあり、慢性疾患についてはその判断が困難になる場合がある。

判断において、発症、手術又は急性増悪を明確にする必要があるもの

- 標準的算定日数の超過
「発症、手術又は急性増悪から〇日を超えてリハビリテーションを行った場合は・・・」
- 回復期リハビリテーションを要する状態
「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（手術又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。・・・）」
- 疾患別リハビリテーション料を1日9単位まで算定できる者（参考）
「脳血管疾患等（※）の患者のうちで発症後60日以内のもの」
（※）各疾患別リハビリテーション料の対象疾患のうち、急性発症したもの

疾患別リハ料の初期加算、早期加算等に係る課題と論点

【課題】

- 発症、手術等があった後、早期にリハビリテーションを開始することの有効性に鑑み、疾患別リハビリテーション料には、初期加算、早期加算が設けられている。
- 初期加算、早期加算とも、「治療開始日」を基準に一定期間算定可能とされているため、発症、手術等から早期にリハビリテーションを開始した場合のほか、発症、手術等から時間が経過してからリハビリテーションを開始した場合でも、同様に初期加算、早期加算が算定可能になっており、早期にリハビリテーションを開始するインセンティブとはなっていない。
- また、発症時期が明確でなく、したがって「発症等の後、早期にリハビリテーションを開始すること」の優位性が明らかでない慢性疾患においても、同様に初期加算、早期加算が算定可能になっている。
- リハビリテーションにかかる診療報酬においては、算定の可否等の判断において、発症、手術又は急性増悪を明確にする必要があるものがあり、慢性疾患についてはその判断が困難になる場合がある。

【論点】

- 初期加算、早期加算の算定については、発症や手術の日に基づいて起算することを原則としてはどうか。また、慢性疾患（廃用症候群を含む）については、初期加算、早期加算の対象外としてはどうか。
- 慢性疾患（廃用症候群を含む）に対する疾患別リハビリテーションの標準的算定日数を超過したかの判断、及び回復期リハビリテーションを要する状態の判断にあたっては、当該疾患と最初に診断された日（慢性疾患を複数回診断される場合でも、医学的に一連と考えられるときは最初の診断のみ）を起算日として整理してはどうか。

6. その他

- 1) 医療機関外におけるリハビリテーションについて
- 2) リンパ浮腫について
- 3) 摂食機能療法について

現行制度上の位置付け

- ・ 現行の評価においては、疾患別リハビリテーション料は保険医療機関内において実施した場合にのみ算定できる。

【第7部リハビリテーション 通則 留意事項通知（疾患別リハビリテーション料について）】

＜一部抜粋＞

(4)届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

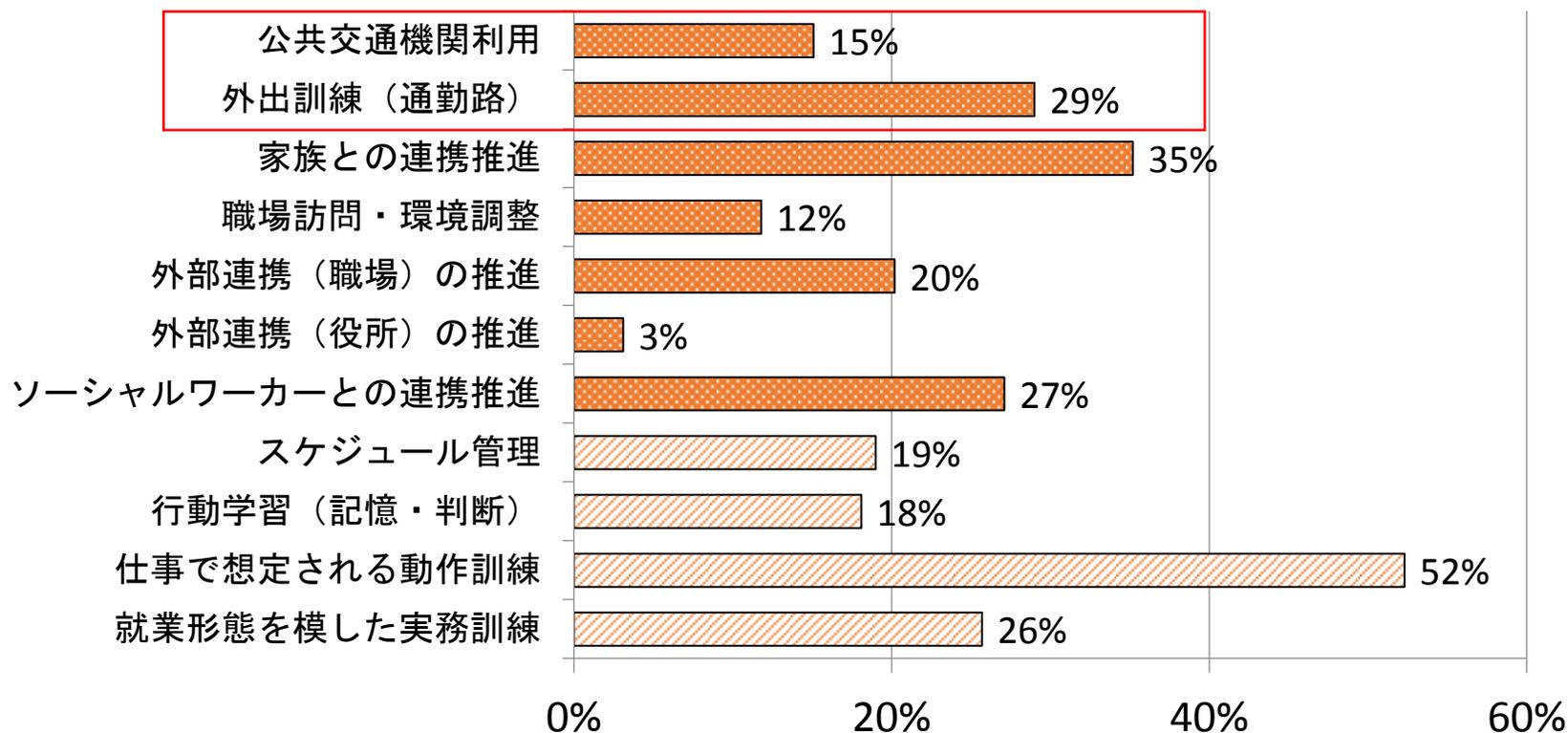
(6)疾患別リハビリテーション料は、患者1人につき1日合計6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位)に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「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」とは、訓練室以外の病棟等(屋外を含む。)において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者である。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

回復期リハビリテーション病棟における復学・復職に関する取組状況

- ・ 復職等に向けたリハビリテーションにおいて、公共交通機関利用の訓練、外出訓練の実施は比較的少ない。

復職等に向けて行った取組実施状況(複数回答)



患者数:n=642

※直近6ヶ月に退院した、復学・復職・家庭内での役割復帰など社会復帰をした患者

(公益社団法人 日本理学療法士協会調べ「回復期病棟に関する調査」2014.5.21~2014.6.8)

医療機関内で行うことが容易ではない訓練

- 社会復帰を目指す観点から重要性が高い訓練の中に、医療機関内で行うことが必ずしも容易ではないものがある。

リハビリテーションにむけた患者の動機付け、リハビリテーションの内容の最適化等において有用と考えられるが、医療機関内で行うことが容易ではない訓練の例

- 移動に関するもの
 - 道路の横断
 - エレベーター、エスカレーターの利用
 - 券売機、改札機の利用
 - バス、電車、タクシー等への乗降
 - 自動車の運転
- 復学、復職に関するもの
 - 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)
 - 農作業等の広い敷地や特殊な機械を用いる作業
 - 大教室、階段教室における受講、実験室における実習
- 家事に関するもの
 - 買い物
 - 掃除、調理、洗濯等(居宅の設備が訓練室の設備に比して面積、高さが著しく異なる場合等)

医療機関外におけるリハビリテーションに係る課題と論点

【課題】

- リハビリテーションの動機付けやリハビリテーションの内容の最適化を行う上で、医療におけるリハビリテーションの段階から、移動、復職・復学、生きがい等にかかる実践的な活動を取り入れることが有用と考えられる。
- 現行の診療報酬においては、医療機関の外で行われるリハビリテーションは疾患別リハビリテーションとして評価されない。
- しかしながら、上記のリハビリテーションの中には、医療機関内で実施することが困難なものがある。

【論点】

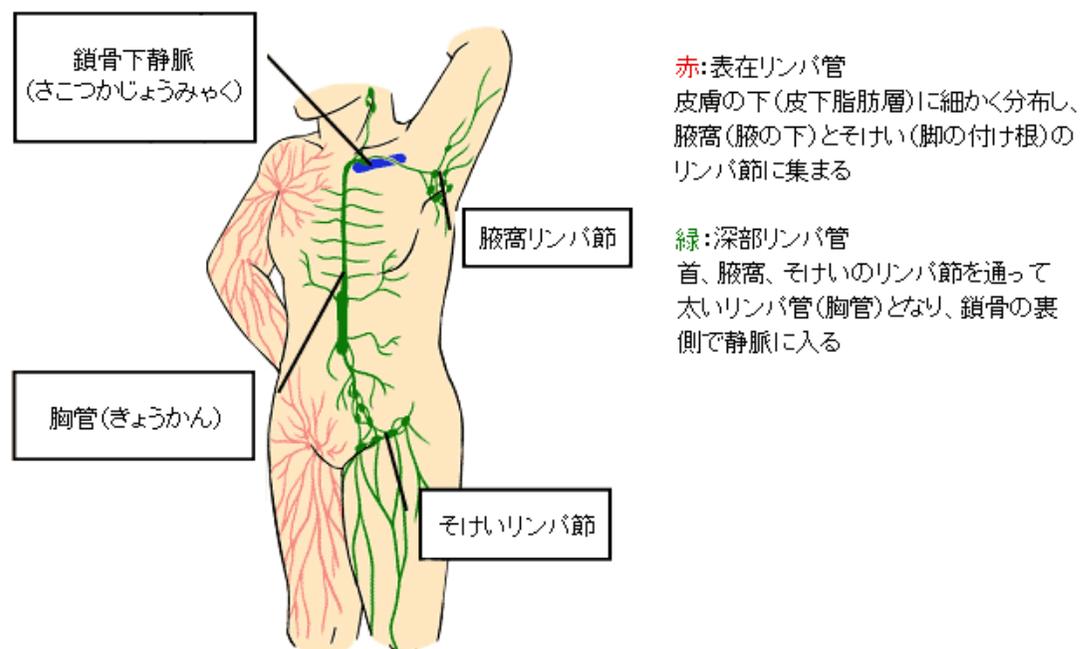
- IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外で行われるリハビリテーションについても、疾患別リハビリテーションとして評価できるよう、現行の規定を見直してはどうか。

6. その他

- 1) 医療機関外におけるリハビリテーションについて
- 2) リンパ浮腫について
- 3) 摂食機能療法について

リンパ浮腫とは

体の中には、動脈と静脈のほかに「リンパ管」と呼ばれる管がある(図1)。リンパ管は、全身の皮膚のすぐ下に網目状に張り巡らされていて、このリンパ管の中には「リンパ液」という液体が流れている。リンパ液は、タンパクや白血球などを運ぶ。また、腋窩(えきか:わきの下)や、首の付け根、そけい(脚の付け根)などには、「リンパ節」という豆のような形をした組織があり、感染やがんが全身へ広がることを抑える役割を持つ。



手術でリンパ節を取り除いたり放射線治療によってリンパの流れが停滞することで、生涯にわたり腕や脚がむくむことがある。このむくみをリンパ浮腫という。これは乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がん、皮膚がんなどの治療による後遺症の一つである。

出典:国立がん研究センター がん情報サービス

リンパ浮腫による下肢の変形等

- リンパ浮腫の病期が進むと、下腿等に著しい形態の変化が生じる。

国際リンパ学会 (ISL) によるリンパ浮腫の病期分類

ISL Stage 0期	リンパ液の輸送に障害があるが、腫脹が明らかではなく、無症状の状態。
ISL Stage 1期	疾患の発症初期にあたる。組織液の貯留は挙上により軽減する。圧迫痕(指で皮膚を押すと痕ができること)を生じる。
ISL Stage 2期前期	挙上のみにより腫脹が軽減することはほとんどない。圧迫痕が明らかである。
ISL Stage 2期後期	組織線維化が明らかになっているため、圧迫痕ができることもあれば、できないこともある。
ISL Stage 3期	組織が硬くなり(線維性)、圧迫痕は生じない。肥厚、色素過剰、脂肪沈着、皮膚の皺襞の増生、疣贅過成長などの皮膚変化を認める。

ISL
Stage II 前期



ISL
Stage II 後期



ISL
Stage III 期



がん術後のリンパ浮腫の発生頻度

- リンパ浮腫はがん術後の患者等で高率に発症する。

多施設実態調査

(日本乳癌学会 北村班)

- 対象：全国51施設における乳癌術後1196例
- 腋窩リンパ節郭清を行ったものの54.0%(28.0%は重症※)がリンパ浮腫を発症。
- リンパ浮腫を発症した者のうち20.6%が蜂窩織炎を合併。

※軽症：上肢の周径が、術前と比較して1cm以上増加。
重症：上肢の周径が、術前と比較して2cm以上増加。

リンパ浮腫に対する診療の診療報酬における評価

- リンパ浮腫については、平成20年の改定においてリンパ浮腫指導管理料が創設され、また圧迫療法等に用いる弾性着衣が療養費の支給対象となっている。

リンパ浮腫指導管理料 100点

子宮がん等の患者で手術を行ったものに対し、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合、入院中1回、退院月又はその翌月に外来で1回に限り算定。

(指導事項)

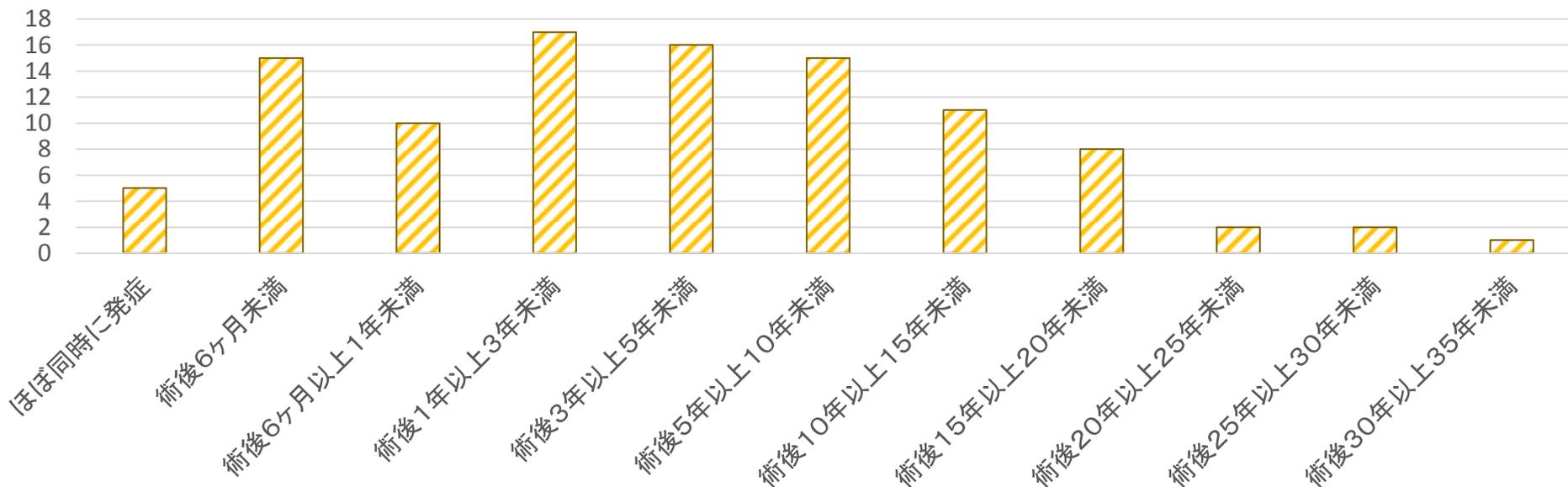
- リンパ浮腫の病因と病態
- リンパ浮腫の治療方法の概要
- セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法
- 生活上の具体的注意事項
- 感染症の発症等増悪事の対処方法

※治療に弾性着衣等の使用が必要と判断される場合は、療養費払いで保険給付される。

リンパ浮腫に関する課題①

- リンパ浮腫指導管理料は入院中及び退院月又はその翌月に算定できるが、がん術後からリンパ浮腫の発症まで10年以上かかる場合もあり、リンパ浮腫の重症化予防という目的を十分に果たせない可能性がある。

術後リンパ浮腫患者102名の発症時期



リンパ浮腫に関する患者の認識・記憶



リンパ浮腫に関する指導

参考: 光嶋勲「よくわかるリンパ浮腫の全て」

リンパ浮腫に関する課題②

- リンパ浮腫の治療において推奨されている「複合的治療」を継続して実施するための診療報酬上の評価はない。

国際リンパ学会では、リンパ浮腫の治療として、以下を組み合わせた「複合的治療」を推奨している*。

- 日常生活指導
- スキンケア
- 圧迫療法
- 圧迫下での運動療法
- 用手的リンパドレナージ

*The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema. Consensus Document of the International Society of Lymphology Executive Committee. Lymphology 28:113-117, 1995

こうした治療に対する保険給付は

- ・入院中と退院直後の指導に関する「リンパ浮腫指導管理料」
- ・弾性着衣等の使用に関する療養費

など一部に限られており、「複合的治療」を継続して実施することについての診療報酬上の評価はない。

リンパ浮腫に係る課題と論点

【課題】

- リンパ浮腫はリンパ液のうっ滞による浮腫であり、がんの術後等に好発する。浮腫による肢の変形によって、運動障害やQOLの低下を来すほか、うっ滞部に蜂窩織炎等の急性感染症を合併することも珍しくない。
- リンパ浮腫については、重症か予防等に係る患者教育について「リンパ浮腫指導管理料」が設けられているが、これが術後初期に最大2回までの算定となっている一方、リンパ浮腫は術後10年以上経過してから発症することもあるため、十分な重症化予防の効果を上げられないことがある。
- リンパ浮腫の治療として推奨されている「複合的治療」については、それを評価した診療報酬項目がない。

【論点】

- 現在、術後初期に2回までとされている「リンパ浮腫指導管理料」について、がんのフォローアップが行われる標準的な期間を目安とし、一定程度の頻度に限って更なる算定を認めてはどうか。
- 医療機関において、リンパ浮腫の複合的治療に対する一定の資質を有する従事者が、医師の指導・監督の下で行う場合、一定の期間及び回数に限り、リンパ浮腫に対する複合的治療を評価してはどうか。

6. その他

- 1) 医療機関外におけるリハビリテーションについて
- 2) リンパ浮腫について
- 3) 摂食機能療法について

摂食機能療法の対象患者についての課題

- 摂食機能療法の対象となる患者について、「脳血管疾患等」の範囲が明確でない。
- 摂食機能障害の原因としては、脳血管疾患以外にも、神経・筋疾患、頸椎の変形、頸部・胸部・縦隔の手術による合併症、加齢性筋力低下等がある。

摂食機能療法(1日につき 185点)

摂食機能障害を有する患者(※)に対して、30分以上行った場合に、ひと月に4回まで算定。(治療開始日から起算して3月以内の患者については1日につき算定できる。)

(※)摂食機能障害者とは、**発達障害、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症**により摂食機能に障害があるものをいう。

「脳血管疾患等」の解釈

- 脳血管疾患に加え、脳腫瘍、脳炎等、中枢神経疾患を指すとの解釈
 - 上記に加え末梢神経疾患、筋疾患を含むとの解釈
 - 疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち急性疾患を全て含むとの解釈(下記「参考」参照)
- 等、解釈の幅が生じる。

(参考)平成18年4月28日事務連絡

問 1日あたり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等のうちで発症後60日以内のもの」とはいかなる患者を指すのか。
答 特掲診療料の施設基準等告示別表9の5から9の7までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。

経口摂取回復促進加算(平成26年度改定)

- 平成26年度改定において、鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して、摂食機能療法について、高い割合で経口摂取に回復させている場合に、経口摂取回復促進加算を創設した。

経口摂取回復促進加算

- 高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	185点
(新) 経口摂取回復促進加算	185点

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- 経口摂取回復率35%以上(鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次頁) 等

[算定要件]

- 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算
- 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
- 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない。(胃瘻造設の判断のためのものを除く。) 等



経口摂取回復促進加算の課題

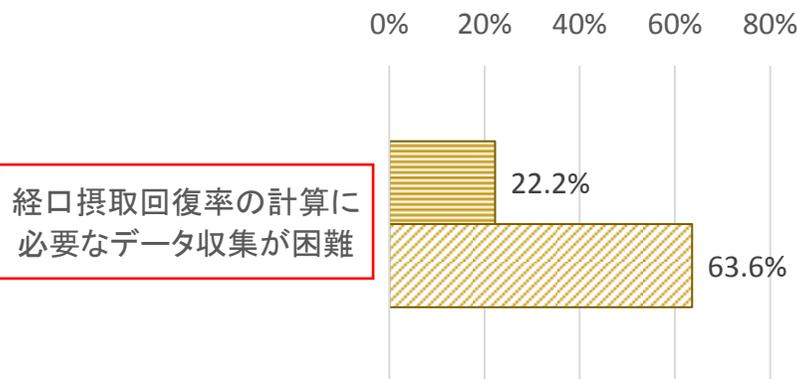
- 経口摂取回復加算の届出においては、経口摂取回復率の計算が求められるが、急性期病院では、患者を追跡して1年後の状態を把握すること自体が困難なことがある。

経口摂取回復率の定義

- 分母のうち、鼻腔栄養導入日又は胃瘻造設日から1年以内に経口摂取のみの状態へ回復したもの
- 他院から紹介された鼻腔栄養又は胃瘻の患者のうち、自院で摂食機能療法を実施したもの+
- 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者

急性期病院では、患者を追跡して1年後の状態を把握すること自体が困難なことがある

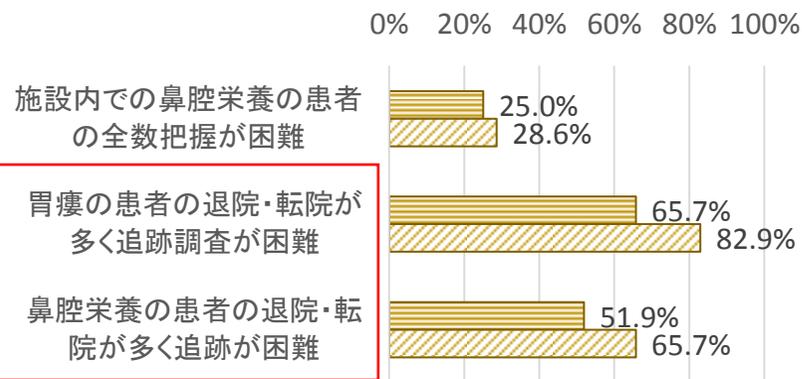
経口摂取回復促進加算を届け出ない理由



■ 全体 (n=487)

▨ 平成26年度の胃瘻造設数が50以上の施設 (n=55)

経口摂取回復促進加算を届け出ない理由



■ 全体 (n=108)

▨ 平成26年度の胃瘻造設数が50以上の施設 (n=35)

摂食機能療法に係る課題と論点

【課題】

- 摂食機能療法の対象患者について、現行の規定は多義的に解釈しうる。
- 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対する摂食機能療法において、平成26年度診療報酬改定において経口摂取回復促進加算が設けられたが、経口摂取回復率の計算に必要なデータ取得が必ずしも容易ではない。

【論点】

- 摂食機能療法の対象患者について、原因にかかわらず、検査等によって他覚的に存在が確認できる嚥下機能の低下であって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できる患者については、対象としてはどうか。
- 経口摂取回復促進加算の要件として、経口摂取回復率35%の他、データ取得が比較的容易な短期のアウトカムについての基準等を設け、そのいずれかを満たした場合であれば評価することとしてはどうか。