

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成31年4月11日 16:30～

場所：日本慢性期医療協会

「リハビリテーション」はとうなる  
ー 早急な対応が必要か ー

**急性期** — (急性期リハビリ) (発症後2週間以内)

**慢性期** — (回復期リハビリ) (発症後2カ月以内)

(慢性期 (維持期) リハビリ)

(発症後6カ月以内)

(生活期リハビリ) (継続)

## 特定集中治療室管理料等の見直し①

### ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

**(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)**

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
  - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
  - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
  - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
  - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
  - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
  - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

平成30年度診療報酬改定の概要より

# ICUにおける多職種による 早期離床・リハビリの取り組みが評価された

リハビリテーションは医療保険から  
介護保険へとシフトさせている。  
このために大変複雑なシステムが組み立て  
ているが、この先どのようになるのだろう。

# 疾患別リハビリテーション比較

リハ種別	診療報酬	標準 算定日数
脳血管疾患（Ⅰ）	245点	180日
廃用症候群（Ⅰ）	180点	120日
心大血管（Ⅰ）	205点	150日
呼吸器（Ⅰ）	175点	90日
運動器（Ⅰ）	185点	150日

疾患別リハビリテーションの算定日数上限を  
超えた維持期リハビリテーションについて、  
要介護認定者の外来リハビリテーションは  
平成31年4月から介護保険へ移行される  
こととなった。

## 【参考】要介護・要支援者に対するリハ点数等一覧

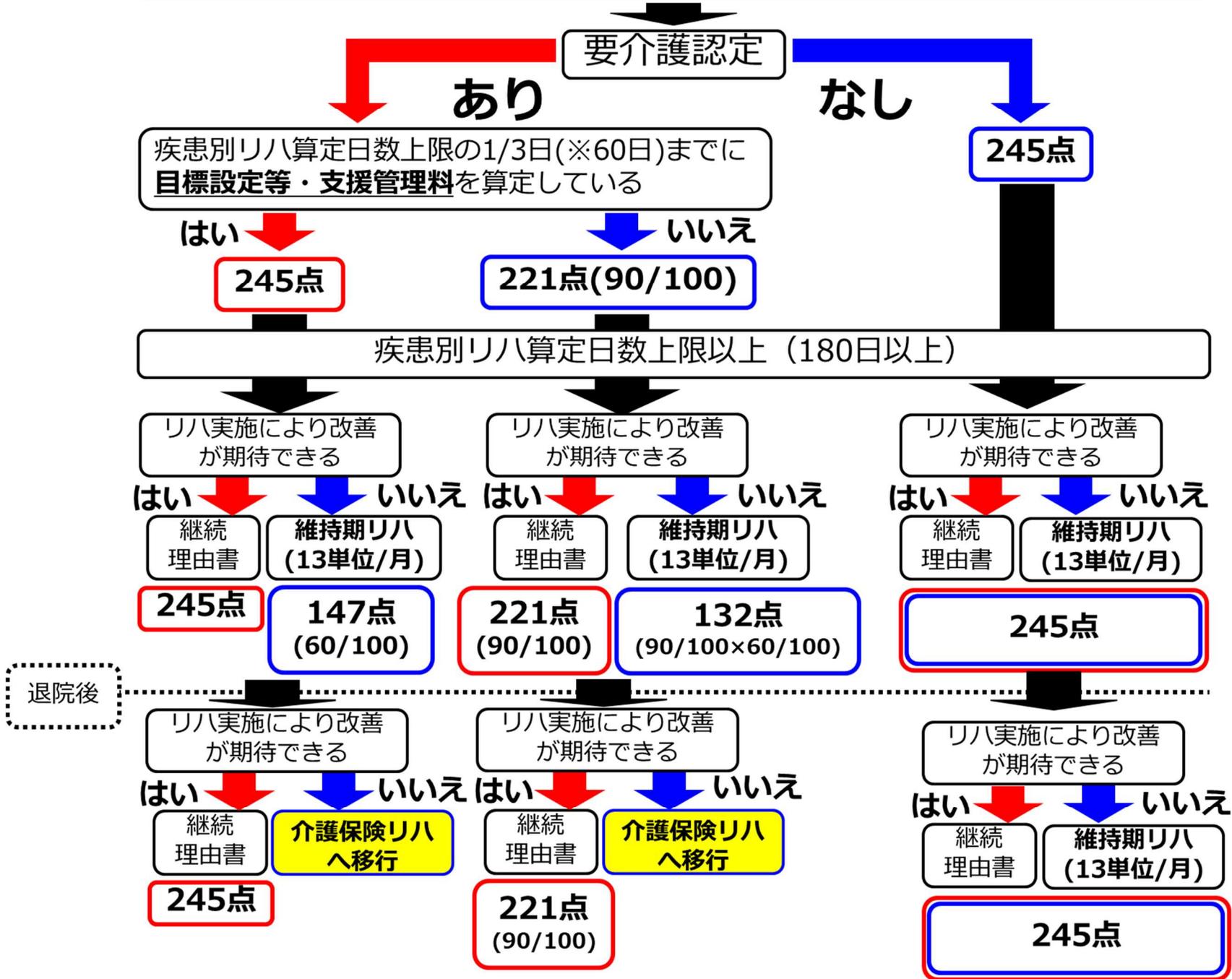
点数名		右以外①	維持期リハビリテーション		
			入院② (①×60/100)	入院外※	
				通所リハ実績 届	②×80/100の点数
脳血管等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	245点 (221点)	147点 (132点)	147点 (132点)	118点 (106点)
	(Ⅱ)	200点 (180点)	120点 (108点)	120点 (108点)	96点 (86点)
	(Ⅲ)	100点 (90点)	60点 (54点)	60点 (54点)	48点 (43点)
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ)	180点 (162点)	108点 (97点)	108点 (97点)	86点 (78点)
	(Ⅱ)	146点 (131点)	88点 (79点)	88点 (79点)	70点 (63点)
	(Ⅲ)	77点 (69点)	46点 (41点)	46点 (41点)	37点 (33点)
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	185点 (167点)	111点 (100点)	111点 (100点)	89点 (80点)
	(Ⅱ)	170点 (153点)	102点 (92点)	102点 (92点)	82点 (73点)
	(Ⅲ)	85点 (77点)	51点 (46点)	51点 (46点)	41点 (37点)

- ( )内の点数は、算定日数上限の1/3を経過した時点で、過去3月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合の点数。(90/100)
- 「維持期リハビリテーション」は、ひと月に13単位を上限に算定する。
- 「80/100の点数」は、過去1年間の介護保険の通所リハビリテーション(介護予防含む)の実績を届け出していない医療機関が、要介護・要支援の入院外患者に対して算定する点数
- (本来の所定点数を算定するためには届出が必要)

**※2019年4月1日以降は算定できない。**

(介護保険移行後、介護保険におけるリハビリ利用開始日を含む月の翌々月まで併用可。(翌月以降は、7単位/月))

【入院中】 疾患別リハビリ料のフローチャート(例:脳血管リハI 245点)



リハビリテーションスタッフの年収450万円と仮定すると、  
時給は、450万円÷12ヶ月÷22日÷7時間 = **2,435円/時間**となり、  
1単位（20分） = 811円となるが、リハビリテーションスタッフは、  
患者にリハビリテーションサービスを実施するだけでなく、

- ・ リハビリテーション実施内容のカルテ入力
- ・ 入院時リハビリテーション計画書
- ・ 疾患別パス関連書類
- ・ リハビリカンファレンス用書類
- ・ 目標設定等支援・管理シート
- ・ 実績指数関連書類

など、様々な書類を作成しなければならない。

よって実質、1単位あたり30分かかるとすると1,217円となり、  
維持期リハビリの減算された報酬では不十分である。

# 要介護者が算定日数上限を過ぎても継続して疾患別リハビリを受けるためには、「継続理由書」が必要となる。

## 継続理由書の書き方

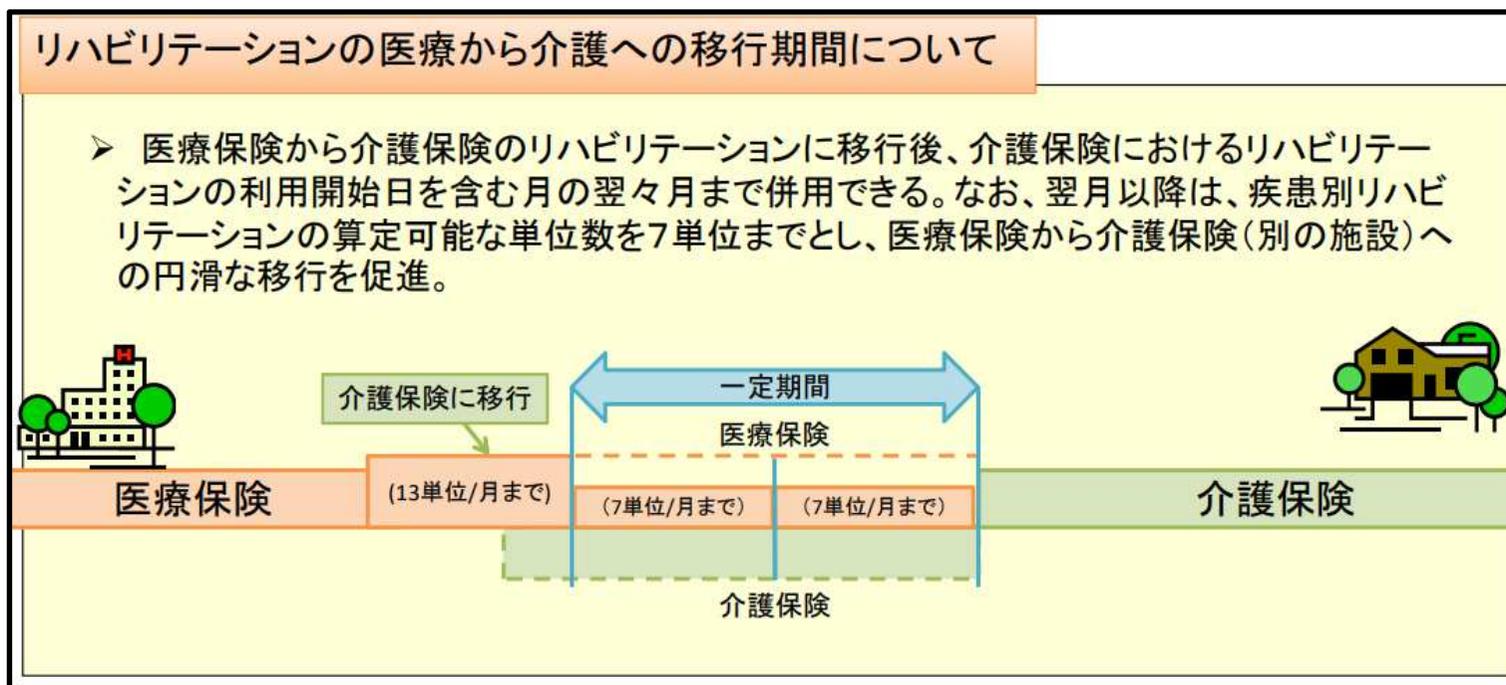
原則として、以下の手順で記載する。

- これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
- 前月の状態との比較をした当月の患者の状態
- 将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
  - 「1か月」や「3か月」等の指標を示す
- FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由

氏名、疾患名、発症日を記載！	症状詳記（継続理由書）	
	2000年00月00日	
	00 00様 算定疾患名：脳出血 発症日：2000年0月0日	
①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）	<p>本患者は、2000年0月0日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。リハビリテーションでは、刺激入力、関節可動域訓練、筋力強化訓練、基本動作能力訓練、G-up 訓練、車椅子乗車、排痰訓練、呼吸介助、間接嚥下訓練を実施。</p> <p>当月の状態としては、覚醒レベル不良、胸郭可動性の低下、筋力低下運動耐久性の低下、摂食・嚥下機能低下等があり、日常生活動作に介助を要していた。2000年0月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。</p>	
③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間	<p>○月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善及び離床時間延長・運動耐用能の向上を引き続き認めており、</p> <p>リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、今後もBIで10点程度の改善が見込めると判断される。</p> <p style="text-align: right;">理学療法士 00 00 作業療法士 00 00 言語聴覚士 00 00</p>	
	②前月の状態との比較をした当月の患者の状態	FIM、BI、歩行速度等の指標を用いた具体的改善の状態等を示した継続の理由

# 介護保険サービス（通所リハビリ）への移行

- 移行にあたって（31年3月8日 厚労省発）
  - － 介護保険におけるリハ利用へスムーズに移行するために、維持期リハ（医療）と、介護保険におけるリハを同一月に併用できる。ただし、介護保険におけるリハ利用開始日を含む月の翌々月まで、月に7単位までに限る。



2019.3.6第410回中央社会保険医療協議会 総会 資料より

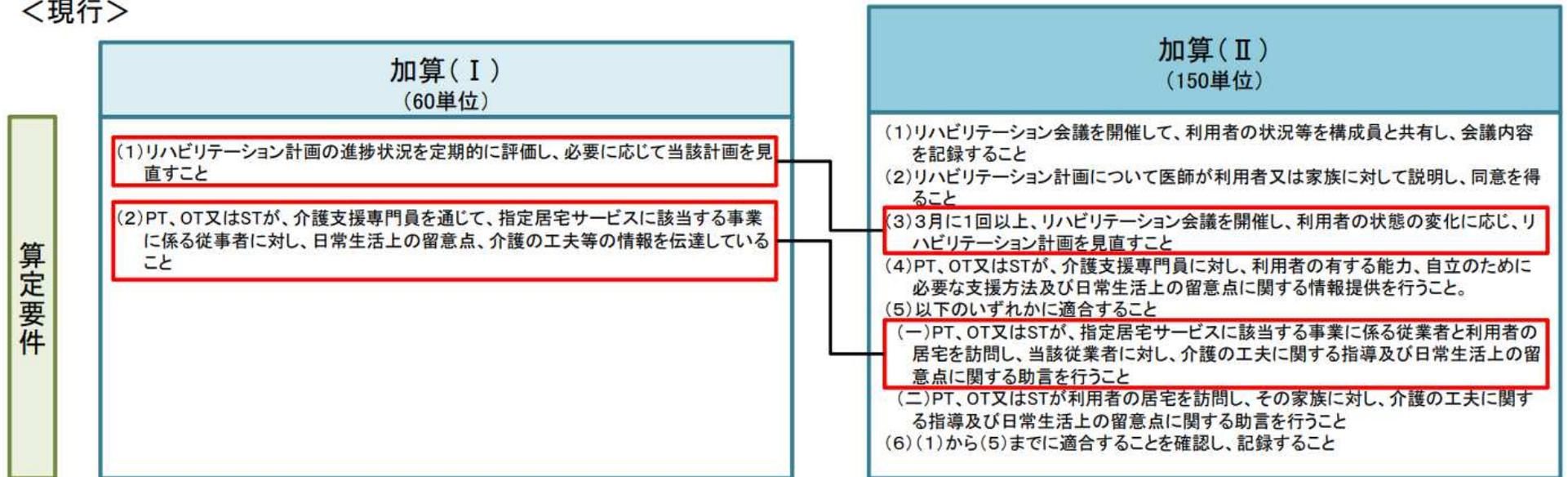
- － 介護保険におけるリハ利用を開始し、維持期リハを終了した場合は、介護保険リハビリテーション移行支援料（500点）（※1回限り）を算定できる。

訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション費	290単位/回(1回20分以上)		週6日まで		
	短期集中リハビリテーション加算	200単位/日		認定日又は退院(退所)日から3月以内の期間に、週2日以上、1日20分以上実施		
	リハビリテーションマネジメント加算	I	230単位/月		継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算※(IV): 3月に1回を限度として算定	
		II	280単位/月			
III		320単位/月				
IV		420単位/月※				
社会参加支援加算	17単位/日		訪問リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組(指定通所介護、指定通所リハビリテーションなど)に移行するなど、質の高いリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価する			
通所リハビリテーション	短期集中個別リハビリテーション実施加算	110単位/日		認定日又は退院(退所)日から3月以内の期間に、週2日以上、1日40分以上実施		
	リハビリテーションマネジメント加算	I	330単位/月		継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算 ※(IV): 3月に1回を限度として算定	
		II	6月以内	850単位/月		
			6月以降	530単位/月		
		III	6月以内	1,120単位/月		
			6月以降	800単位/月		
		IV	6月以内	1,220単位/月※		
6月以降	900単位/月※					
生活行為向上リハビリテーション実施加算	より利用開始月	3月以内	2,000単位/月			
		3月以上6月以内	1,000単位/月			
社会参加支援加算	12単位/日		通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加に資する取組(指定通所介護、小規模多機能型居宅介護、一般介護予防事業など)に移行するなど、質の高いリハビリを提供する事業所の体制を評価する。			

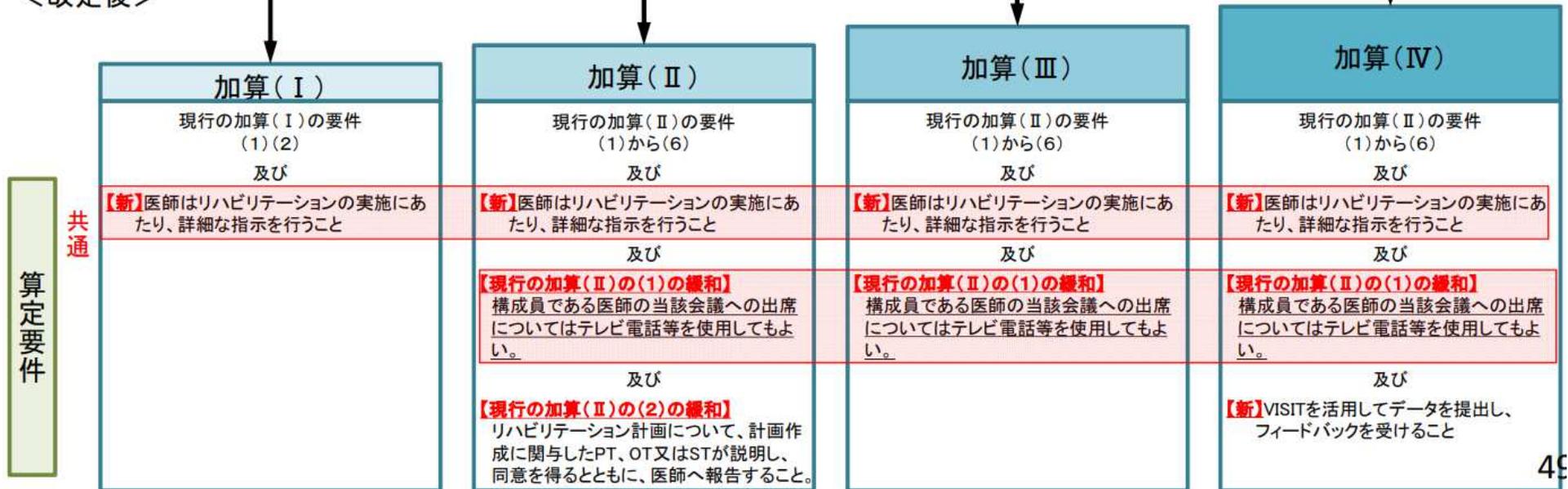
<b>通所介護</b>	生活機能向上連携加算	200単位/月 (※100単位/月) (※個別機能訓練加算を算定している場合)		生活行為(排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動など)の内容の充実を図るためにリハビリを行い、利用者の有する能力の向上を支援した場合に算定。
	個別機能訓練加算	I	46単位/日	機能訓練指導員 (PT、OT、ST、看護職員、柔道整復師又はあん摩 マッサージ指圧師、はり師、きゆう師) を ( I )サービス提供時間帯を通じて常勤・専従1名以上配置 ( II )(配置時間を定めず)専従1名以上配置
		II	56単位/日	

# 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加算

<現行>



<改定後>



介護保険リハ  
へ移行

介護保険でできるリハビリテーション（施設サービス）

老健

【人員基準】 PT/OT/STいずれか100:1

【短期集中リハビリテーション実施加算】 240単位/日  
(入所後3か月間の中に20分以上の個別リハを週3日以上実施)

特養

【人員基準】 (リハスタッフ) 特になし

【個別機能訓練加算】 12単位/日  
機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他職種の者が共同して、個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行う。(※リハビリスタッフでなくてよい)

介護医療院

【人員基準】 (リハスタッフ) 適当数

特別診療費

特別診療費	理学療法 (I)	123単位/回	1日3回 (10, 11と合わせて1日4回) 限度	
	理学療法 (II)	73単位/回	4月超以降は月11回目以上70/100相当を算定	
	9	リハビリテーション計画加算 (短期入所サービスのみのみ)	480単位/回	(I) のみ。初めて利用した月に限り1回限度
		日常動作訓練指導加算 (短期入所サービスのみのみ)	300単位/回	月2回以上実施した場合、1月1回限度
		リハビリテーション体制強化加算	35単位/回	専従常勤 PT 2名以上配置
	10	作業療法	123単位/回	1日3回 (9, 11と合わせて1日4回) 限度 4月超以降は月11回目以上70/100相当を算定
		リハビリテーション計画加算 (短期入所サービスのみのみ)	480単位/回	初めて利用した月のみ1回限度
		日常動作訓練指導加算 (短期入所サービスのみのみ)	300単位/回	月2回以上実施した場合、1月1回限度
		リハビリテーション体制強化加算	35単位/回	専従常勤 OT 2名以上配置
	11	言語聴覚療法	203単位/回	1日3回 (9, 10と合わせて1日4回) 限度 4月超以降は月11回目以上70/100相当を算定
		リハビリテーション体制強化加算	35単位/回	専従常勤 ST 2名以上配置
	12	集団コミュニケーション療法	50単位/回	1日3回限度
	13	摂食機能療法	208単位/日	1月4回限度
	14	短期集中リハビリテーション	240単位/日	3月以内、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、摂食機能療法を算定する場合は算定不可
	15	認知症短期集中リハビリテーション	240単位/日	3月以内、週3日限度
	16	精神科作業療法	220単位/日	
	17	認知症老人入院精神療法 (特別診療費では認知症入所精神療法)	330単位/週	

要介護認定を辞退することはできるのか。  
要介護度の低い人は、要介護認定を辞退した  
ほうが良いかもしれない。この点数では。

リ	ハ	ビ	リ	テ	ー	シ	ヨ	ン	は
動			物			復			帰
人			間			復			帰
家			庭			復			帰
社			会			復			帰
仕			事			復			帰

## 実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

### 必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

### まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

### 医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

# FIM利得を短期間で37得ようとすれば、 どの項目に注力すべきか。

**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

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
		E)更衣 (下半身)	1~7
		F)トイレ	1~7
	排泄 (7~14)	G)排尿コントロール	1~7
		H) 排便コントロール	1~7
	移乗 (3~21)	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 (2~14)	L)歩行,車椅子	1~7
		M)階段	1~7
認知項目5項目 (5 〜 35 点)	コミュニ ケーション (2~14)	N)理解 (聴覚,視覚)	1~7
		O)表出 (音声,非音声)	1~7
	社会認識 (3~21)	P)社会的交流	1~7
		Q)問題解決	1~7
		R)記憶	1~7
合計		18~ 126	

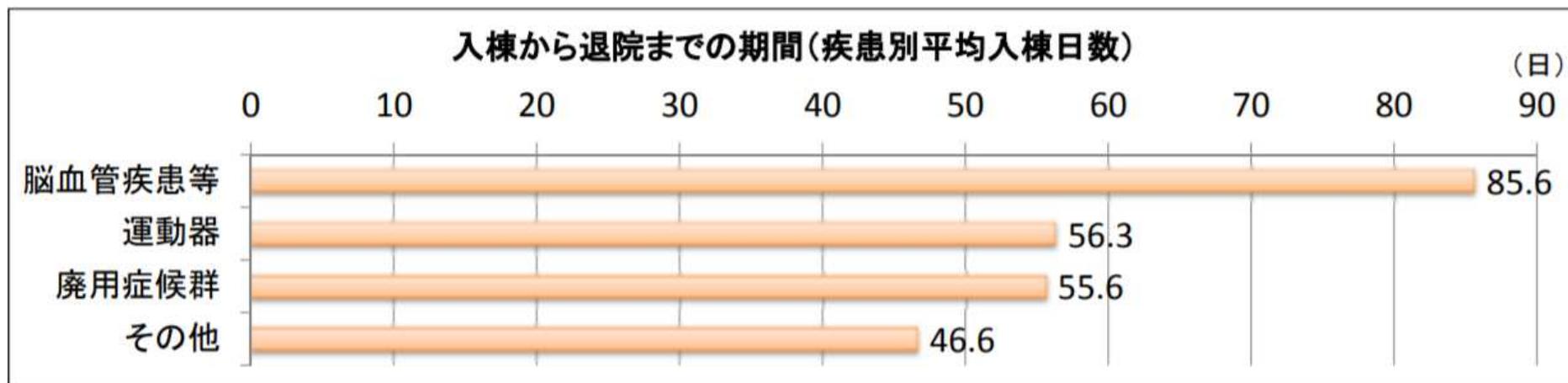
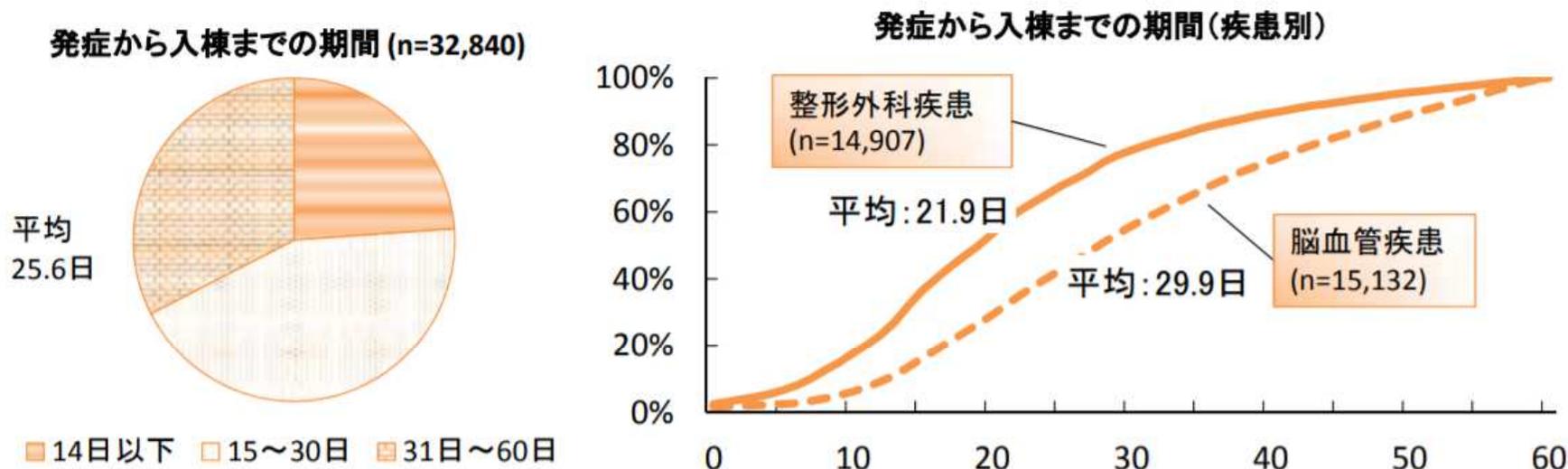
点数	程度
7点	完全自立
6点	修正自立
5点	監視,準備,指示,促しが必要
4点	75%以上自分で行う
3点	50%以上75%未満 自分で行う
2点	25%以上50%未満 自分で行う
1点	25%未満しか 自分で行わない 全介助 19

リハビリテーションの包括化は  
進んでいくのではないか。

リハビリテーションを発症直後の急性期から行うことにより、寝たきり患者数は半分になるだろう。

## 回復期リハビリテーション病棟の入棟前後の日数①

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者については、
  - ・リハビリテーションを必要とする傷病の発症から平均25.6日で回復期リハビリテーション病棟に入棟し、
  - ・平均85.6日間(脳血管疾患の場合)入棟していた。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会 72

リハビリ療法士が十分にいる病院からの  
急性期病院への「派遣リハビリ」  
を認めてはどうか。

ある機能を多く持っているところから  
その機能をほとんど持っていないところに  
提供することは、無いところに増やすよりも  
時間的にも経済的にも効率が良いことは当然である。

リハビリテーションの混合診療を  
認めていくのか

各都道府県医務主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局医事課長

理学療法士の名称の使用等について（通知）

## 記

理学療法士が、介護予防事業等において、身体に障害のない者に対して、転倒防止の指導等の診療の補助に該当しない範囲の業務を行うことがあるが、このように理学療法以外の業務を行うときであっても、「理学療法士」という名称を使用することは何ら問題ないこと。

また、このような診療の補助に該当しない範囲の業務を行うときは、医師の指示は不要であること。

身体に障害が「ない」人には  
自由診療が認められているようだが、  
障害が「ある」か「ない」かの  
診断は医師がしなくてもよいのか。

平成25年11月27日発出の医政局医事課長  
通知は、理学療法士に対して認められた  
ものであり、作業療法士、言語聴覚士は  
認められていないのではないかと。

自費リハビリテーションは  
問題はないのか。

認可機関や認可条件はどのようなか

医療機関外の民間企業で全国に約20箇所以上、  
全国の医療機関で全国に約10箇所以上  
運営されている。

	理学療法士	作業療法士
2019年	163,024名	94,467名
1997年		約10,000名弱
1995年	15,607名	
	24年で約10倍	22年で約10倍

**理学療法士・作業療法士数は、  
22～24年間で約10倍に増加している**

日本の病床が減り続け、  
平均在院日数の短縮が止まらない。

医療費や介護費を効率化するには、  
リハビリテーションは必須。

患者は短期間の入院で病気を改善してくれて、リハビリテーションで日常に戻る確率の高い病院に集中します。