

要介護者等に対するリハビリテーションサービス 提供体制に関する検討会（第4回）	資料1
令和2年6月29日（月）	

**介護保険事業（支援）計画における
要介護者等に対するリハビリテーションサービス
提供体制の構築に関する手引き（案）**

厚生労働省老健局老人保健課
令和2年〇月

目次

第1章：本手引きの位置付けと基本的な考え方	1
1. 本手引きの位置付け	1
2. 本手引きにおける介護保険の生活期リハビリテーション.....	3
3. 本手引きにおけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲.....	6
4. 本手引きで用いる用語の定義	8
第2章：要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に係る介護保険事業（支援）計画の作成プロセス	11
1. PDCAサイクルを活用した計画策定と進捗管理の意義.....	11
2. リハビリテーションサービス提供体制に係る事業計画の作成プロセス.....	14
3. 都道府県の医療政策担当者とのコミュニケーション、データ共有の重要性.....	17
第3章：介護保険事業（支援）計画の作成プロセスの例	21
1. 地域として目指す姿の明確化と課題・施策検討に向けた確認事項の例.....	21
2. リハビリテーション指標について	23
（1）ストラクチャー指標・プロセス指標について	23
（2）アウトカム指標について	28
第4章：介護保険事業（支援）計画作成後の実践と進捗管理	36
1. 計画作成後の実践に向けた取組	36
参考資料：介護保険サービスにおける介護報酬上のリハビリテーションに関わる評価について	38

第1章：本手引きの位置付けと基本的な考え方

1. 本手引きの位置付け

- 介護保険は、加齢による病気等で要介護状態となり、入浴・排泄・食事等の機能訓練・看護・療養上の管理等のサービスが必要な人に対して医療系サービスを含めた介護サービスを提供する制度として、国民の共同連帯の理念に基づき、平成12年（2000）年4月に創設されました。特に、介護（支援）等が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを基本理念としています。
- 制度創設から20年が経過し、わが国における高齢化が加速するなかで、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制として、地域包括ケアシステムの構築が進められてきました。また、医療では、限られた医療資源の中で、急性期から慢性期、在宅医療や介護まで切れ目のない医療提供体制を構築するため、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の取組が進められており、医療と介護の連携がますます重要になってきています。
- リハビリテーションにおいても、要介護（支援）者がリハビリテーションの必要性に応じてリハビリテーションサービスを利用できるよう、医療保険で実施する急性期・回復期のリハビリテーションから、介護保険で実施する生活期リハビリテーションへ、切れ目のないサービス提供体制を構築することが求められています。

基本指針について		社会保障審議会 介護保険部会（第90回）	資料1-1
第8期計画において記載を充実する事項(案)		令和2年2月21日	

■ 第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実してはどうか。

1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備 P7～12参照

- 2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。
※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

2 地域共生社会の実現 P13～15参照

- 地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）P16～24参照

- 一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクルに沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
- 自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労活動等について記載
- 総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
- 保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）
- 在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点から記載
- 要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載
- PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
- 整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

5 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進 P25参照

- 認知症施策推進大綱等を踏まえ、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）
- 教育等他の分野との連携に関する事項について記載

6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 P10、26～29参照

- 介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
- 介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
- 総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載
- 要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
- 文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

- 介護保険事業（支援）計画には、介護保険の理念である高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた各市町村の取組を推進するため、地域の実情に応じた具体的な取組と目標を設定することとされていますが、このような背景のなかで、保険者・都道府県においては、第8期介護保険事業（支援）計画の策定の際、要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標について、国が示す指標を参考に具体的な取組と目標を計画に記載し、介護保険で実施するリハビリテーションサービスの見込み量の推計を行い、地域の実情に応じた適切な施策を実施することが期待されます。
- その際には、地域が目指すべきリハビリテーションサービス提供体制のあり方（ビジョン）と、データに基づいた各地域の実態や課題の分析を通して、これを達成するための構築方針を明確化することが重要となります。
- この実現に向けて、厚生労働省では、保険者が介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施するための介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施するためのリハビリテーションサービス提供体制の指標を示し、そのデータを地域包括ケア「見える化」システムに掲載して、分析が出来るように環境を整えているところです。
- 本手引きは、地域が目指すべきリハビリテーションサービス提供体制の構築に向けて、こうしたデータを活用して地域の実態や課題を分析し、構築方針を明確化するための一連のプロセスを示すものです。
- 具体的には、まず第1章において、関係者間の議論や共通認識の形成に向けて、介護保険のリハビリテーションサービスに関する基本的な考え方や、用語の定義を示します。次に、第2章で介護保険事業計画（支援）作成に向けた一連のプロセスを示すとともに、第3章においていくつかの地域の実例を参考として、データに基づいた地域の実態の分析や課題の把握、またそれらに基づくリハビリテーションサービス提供体制の構築方針の検討について、具体的なイメージを持つことができるように例示します。最後に、第4章では、計画策定後のリハビリテーションサービス提供体制構築の達成に向けて、実践に向けた取組や、進捗管理の方法について示します。
- 本手引きは、介護保険事業（支援）計画作成に向けた分析や関係者間での議論の一助となるよう、一般的に想定されるプロセスを具体例とともに整理したものです。本手引きで示す考え方を各地域の計画作成に活用ください。

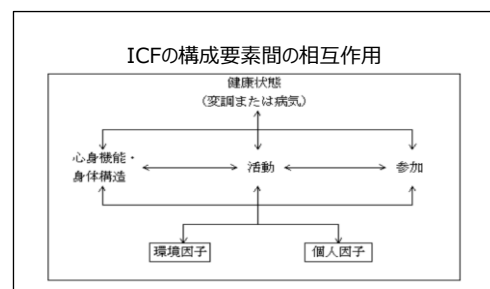
2. 本手引きにおける介護保険の生活期リハビリテーション

- いわゆる「団塊の世代」が75歳以上に到達している2025年に向けて、大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なってくるのが想定されるため、各市町村においては、それぞれの地域が目指すべき方向性を明確化し、地域の特性を活かした地域包括ケアシステムを進化・推進していくことが求められています。
- 介護保険法の目的においては「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」と、同法の第4条においては、国民は「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」ことが、規定されていることも踏まえ、具体的に取り組を進めていくことが重要となります。
- このため、特に介護保険サービスの対象となる「生活機能」の低下した高齢者に対しては、生活期のリハビリテーションとして、単に運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけを目指すのではなく、高齢者が有する能力を最大限に発揮できるよう、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけていくこと、また、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とすることが重要となります。

※「生活機能」について

国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, disability and health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、

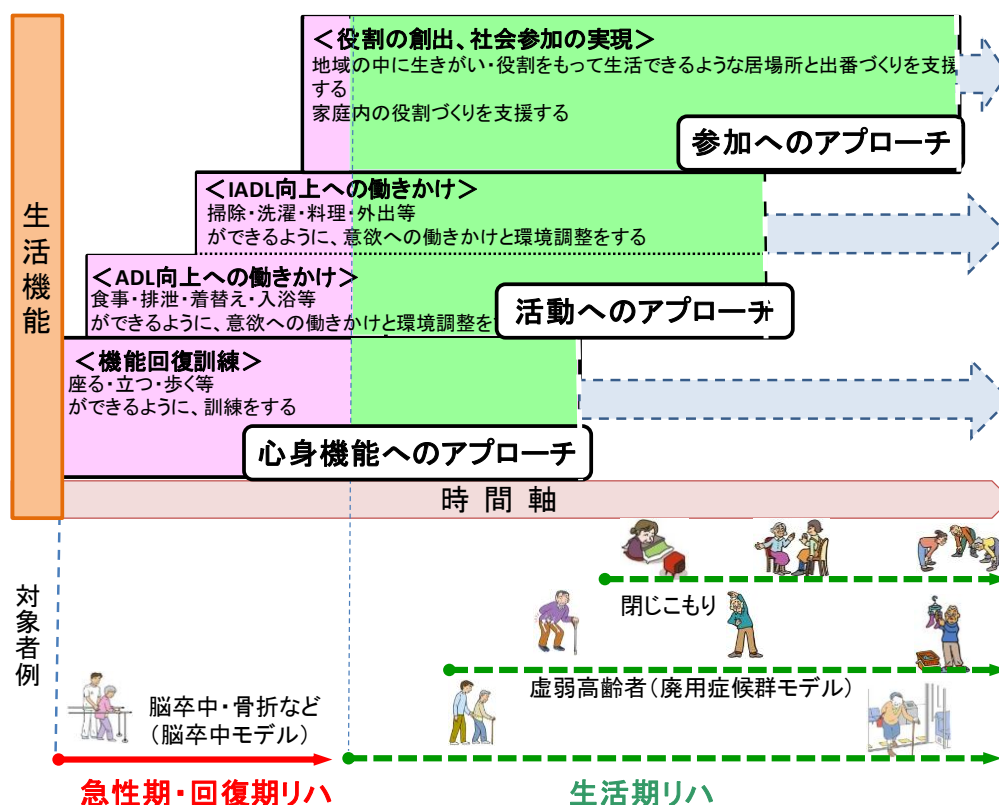
- ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」
 - ② ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 - ③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの要素から成るものとしている。



（「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」報告書（平成27年3月）より引用）

生活機能は健康状態と背景因子（すなわち、環境因子と個人因子）との間の、相互作用あるいは複合的な関係とみなされる。そのため「環境因子」なども生活機能の重要な因子であることは前提となる。

（「「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について（平成14年8月5日）」より引用）



出典：「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（平成27年3月）」

- このような、リハビリテーションは「心身機能」「活動」「参加」の要素から成る生活機能の維持・向上を図るものとする考え方は、近年の介護報酬改定にも反映されています。具体的には、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけるリハビリテーションの継続的な管理を評価するための「リハビリテーションマネジメント加算」の見直し等がされています。
- また、介護保険制度においては、高齢者の自立支援のための取組として主に以下のようなものがあります。
 - ・ 訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院で実施されるリハビリテーション

医師の指示のもとに、医師またはリハビリテーション専門職が多職種と連携しながら行うことで、利用者の心身機能の維持回復を図るもの。
 - ・ 訪問看護ステーションで看護職員、理学療法士、作業療法士又言語聴覚士により実施される訪問看護

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問看護の一環として、看護職員の代わりにリハビリテーションを中心とした訪問看護を提供するもの。
 - ・ 通所介護等で実施される機能訓練指導

機能訓練指導員が、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行うもの。

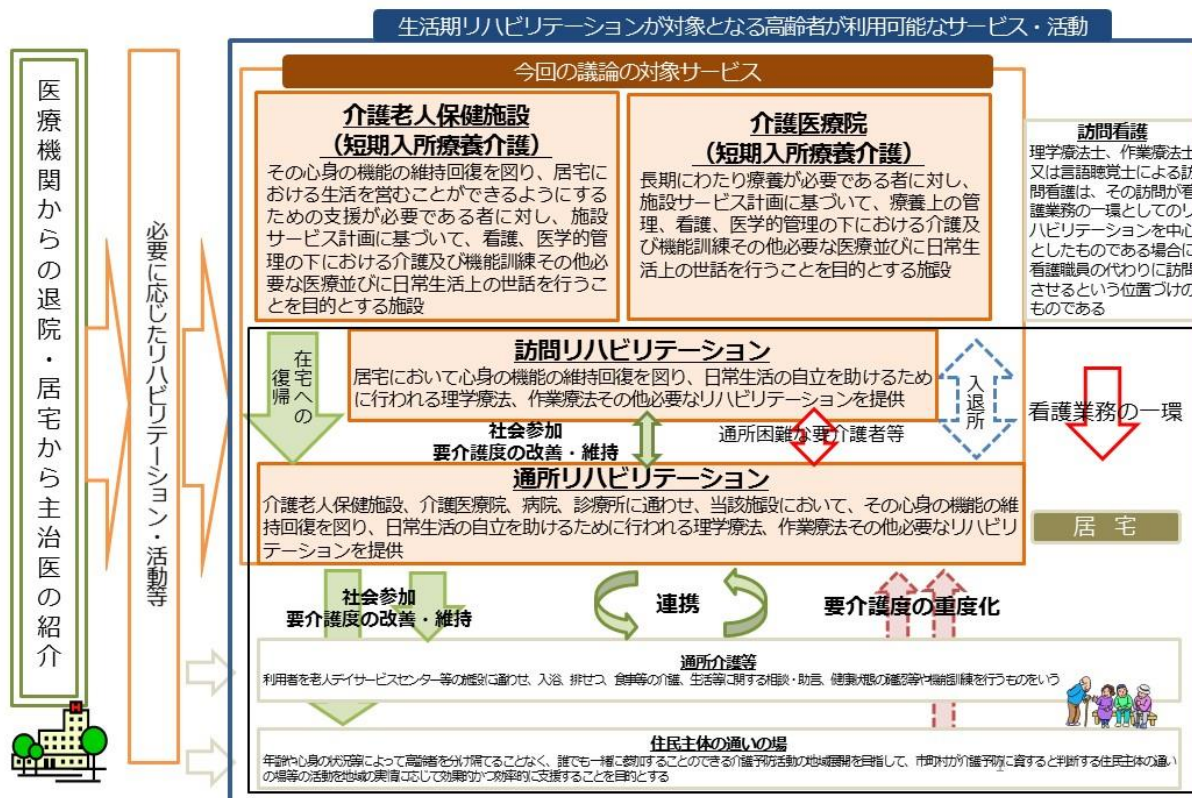
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、地域包括支援センター等と連携し、通所系や訪問系のサービス事業所の介護職員への助言や、地域ケア会議やサービス担当者会議への参画、住民主体の通いの場等への支援など、介護予防の取組を総合的に支援するもの。

- 地域のリハビリテーションサービス提供体制の検討においても、こうした実情も踏まえつつ、リハビリテーションサービス等を通した高齢者本人への取組に加えて、高齢者を取り巻く環境への取組も検討し、要介護状態になっても地域・家庭の中で生きがいや役割を持って生活することができる地域を目指していくことが重要となります。

3. 本手引きにおけるリハビリテーションサービスにおける提供体制の議論の範囲

- 本手引きは、介護保険事業（支援）計画策定に向けたリハビリテーションサービス提供体制の検討にかかる基本的な考え方を示すものとして、介護保険の生活期リハビリテーションに焦点を当てています。
- これらの介護保険の生活期リハビリテーションの対象となる高齢者は、訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院が提供するリハビリテーションサービスだけでなく、必要性に応じ、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護や、通所介護事業所における機能訓練等の他のサービスを利用しているほか、住民主体の通いの場の活動等に参加している場合があることから、リハビリテーションサービスだけでなく、他のサービスや活動との連携といった視点も重要となります。
- このような中で、介護保険制度における生活期のリハビリテーションとしては、幅広く捉える考え方もありますが、主にリハビリテーションを提供するサービスが訪問リハビリテーション事業所や通所リハビリテーション事業所、介護老人保健施設、介護医療院であることから本手引きにおける議論の範囲としています。
- さらに、前章に記載の通り、リハビリテーションにおいては、「心身機能」「活動」「参加」の3つの要素に対して、高齢者個人と高齢者を取り巻く環境の両観点から働きかけることが重要と考えられます。この実現のためには、本手引きで対象とする4つのサービスの他、居宅サービスや、介護予防への取組、また医療サービスとの連携が必要となります。また地域医療構想の影響に伴う在宅サービスのリハビリテーションのニーズの把握も必要となります。介護保険事業（支援）計画の策定にあたっては、こうした他サービス等の地域の資源を考慮した上で担当者・関係者とも議論・調整を行い、地域のリハビリテーションにおける現状や課題について共通認識を持ちながら、目指すべきリハビリテーションサービス提供体制や、その実現方法を検討していくことも重要となります。



4. 本手引きで用いる用語の定義

- リハビリテーションサービス提供体制の検討に際しては、介護保険事業（支援）計画の策定担当者をはじめ、地域の医療職や介護職、関係団体等が目的を正しく理解し、共通の言語でコミュニケーションを進める必要があります。そのためには基本的な用語の定義が必要であることから、本手引きでは用語の整理を行いました。
- 本手引きにおいては、各用語は下表に示す定義で用いていることに留意いただくとともに、関係者間で議論をする際の共通認識の形成にご活用ください。

用語	定義
リハビリテーション 出典：公益社団法人日本 WHO 協会	リハビリテーションとは、老化や健康状態(慢性疾患、障害、外傷など)により、日常生活の機能に限界が生じているか、その可能性が高い場合に必要となる一連の介入のこと。機能の限界の例は、考える、見る、聞く、コミュニケーションをとる、移動する、人間関係を持つ、仕事を続けるなどが困難になる。 リハビリテーション重要事項の考え方をふまえるとリハビリテーションは医学的リハビリテーション、社会的リハビリテーション、職業的リハビリテーションの3つに分類される。
理学療法士 出典：理学療法士及び作業療法士法 第一章総則（定義）第二条 第十五条	厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいう。理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。
作業療法士 出典：理学療法士及び作業療法士法 第一章総則（定義）第二条 第十五条	厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。
言語聴覚士 出典：言語聴覚士法(定義)第二条 第四十二条	厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。言語聴覚士は、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、医師又は歯科医師の指示の下に、嚥下訓練、人工内耳の調整その他厚生労働省令で定める行為を行うことを業とすることができる。
訪問リハビリテーション 出典：介護保険法第八条	居宅要介護者について、そのものの居宅において、その心身の機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるために

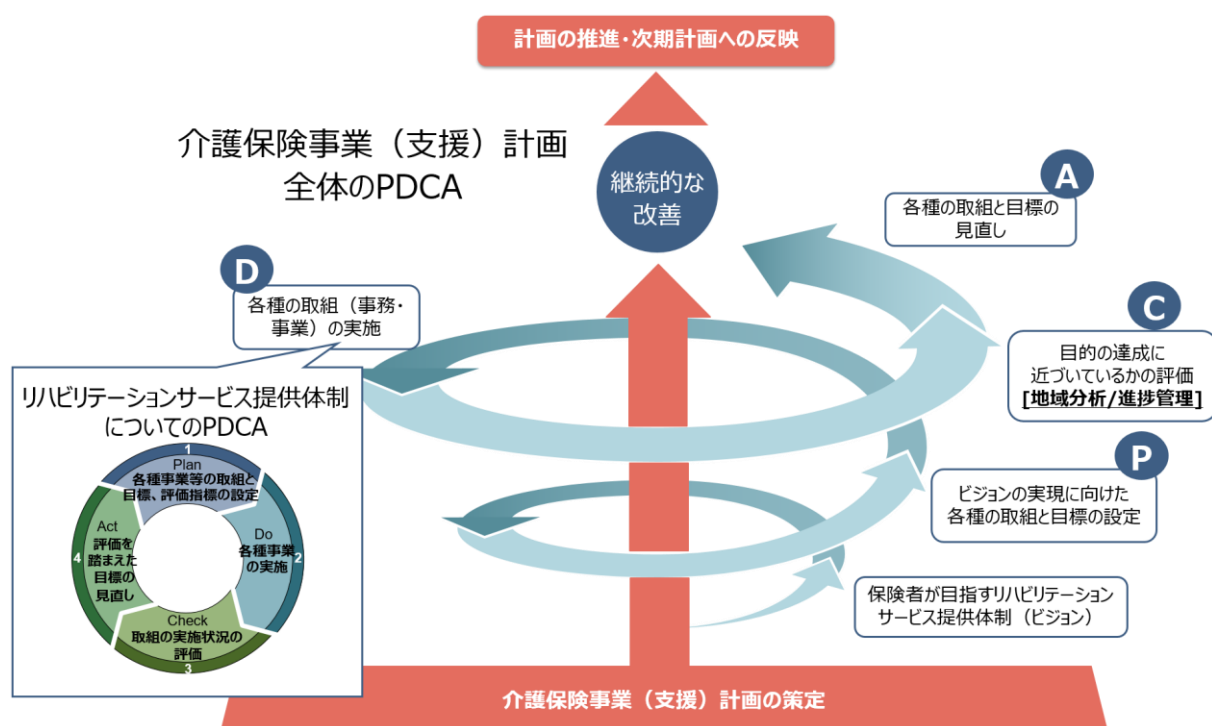
用語	定義
	行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。
通所リハビリテーション 出典：介護保険法第八条	居宅要介護者について、介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所その他の厚生労働省省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持改善を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。
介護老人保健施設 出典：介護保険法第八条	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。
介護医療院 出典：介護保険法第八条	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。
心身機能 出典：ICF 国際生活機能分類	身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。
活動 出典：ICF 国際生活機能分類	課題や行為の個人による遂行のことである。活動制限とは、個人が活動を行うときに生じる難しさのことである。
参加 出典：ICF 国際生活機能分類	生活・人生場面への関わりのことである。参加制約とは、個人が何らかの生活・人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。
地域リハビリテーション活動支援事業 出典：地域支援事業実施要綱〔令和2年5月29日付老発0529第1号〕	リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、地域包括支援センターと連携しながら、通所系サービス、訪問系サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する。 事業の実施主体は市町村。 事業内容 (a) 住民への介護予防に関する技術的助言 (b) 介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む。）への介護予防に関する技術的助言 (c) 地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援
地域リハビリテーション支援体制 出典：地域リハビリ推進のための指針〔平成18年3月31日老老0331006号〕	地域リハビリテーションは、活力ある超高齢社会の実現や寝たきり予防対策によって重要であることから、都道府県が行う地域リハビリテーション推進のための事業（中略）により、地域における保険事業の効果的、効率的な実施に資することを目的とする。 事業の実施主体は都道府県。 事業内容 (1) 都道府県リハビリテーション協議会 (2) 都道府県リハビリテーション支援センター (3) 地域リハビリテーション広域支援センター (4) 地域リハビリ調整者養成研修 〔「地域リハビリテーション推進のための指針」を次のように令和3年4月に施行予定。〕

用語	定義
	・地域リハビリテーションが、地域包括ケアシステムの構築かつ市町村の一般介護予防事業の充実・強化のための取組であることを明記 ・都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターの業務を改めて整理 ・研修実施内容を近年の動向を踏まえた形に修正)
リハビリテーション指標	本手引きにおける保険者及び都道府県が介護保険事業（支援）計画の策定や進捗管理、評価を実施するためのリハビリテーションサービス提供体制の指標。
ストラクチャー指標	介護保険における介護サービスを提供する施設や事業所の物的資源、人的資源、地域の状態像等を表す指標。
プロセス指標	介護サービスを提供する施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制を測る指標。
アウトカム指標	高齢者や要介護（支援）認定者の状態像の特徴や変化を測る指標。
ビジョン	保険者が目指すべきリハビリテーションサービス提供体制、その理想像がビジョン（大目標）である。すなわち目指すべき姿。（14 ページの図参照）
具体的なビジョン	目指すべき姿（ビジョン）実現のための中目標が、具体的なビジョンである。（14 ページの図参照）
取組と目標 出典：厚生労働省「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用」	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号）による改正後の介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）において、市町村の介護保険事業計画で定める事項として、被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項（本手引きでは以下、「取組」という）及びその目標（本手引きでは以下、「目標」という）に関する事項を定めることとされた。都道府県の介護保険事業支援計画においても、上記取組への支援に関し、都道府県が取り組むべき施策に関する事項及びその目標に関する事項を定めることとされた。

第2章：要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に係る介護保険事業（支援）計画の作成プロセス

1. PDCAサイクルを活用した計画策定と進捗管理の意義

- リハビリテーションサービス提供体制の構築のためには、介護保険事業（支援）計画において、地域の実情に応じたリハビリテーションサービス提供体制のあり方やその実現のための具体的な取組や目標を明確にするとともに、計画の策定後には、取組や目標達成に向けた活動を継続的に改善する手法であるPDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルを活用しながら、進捗管理を実施することが重要です。
- 具体的には、リハビリテーションサービス提供体制に関する現状や、第8期の取組の実施状況とその効果を評価（確認）します。その上で、第8期で目指すリハビリテーションサービス提供体制のあり方を検討し、その実現のために必要な取組と、取組の達成状況を評価するための目標を設定します。さらに、計画の策定後には、取組の実施状況の評価を通して、より効果的に取組を推進するための改善方法を検討することが望まれます。



- リハビリテーションサービス提供体制の構築のためには、都道府県の地域リハビリテーション支援体制との連携も重要となります。都道府県は、例えば管内保険者のリハビリテーションサービス提供体制の実情を把握し、提供体制が整っていない保険者には、他保険者との調整や地域医療介護総合確保基金を利用した支援をすることが考えられます。また、各保険者の計画策定に向けた検討状況を把握して、現状の分析や、分析に基づく対応方針の決定に向けた議論の進捗状況を確認し、必要に応じて支援を行うことも期待されます。

補助金・地域医療介護総合確保基金等の利活用についての具体例

(1) 兵庫県の事例

訪問リハビリテーション事業所は医療機関か介護老人保健施設に併設されているため、主に既存の介護老人保健施設を軸として、補助金の利活用を考えていました。

在宅復帰支援強化事業は平成27年から継続し、令和元年まで実施されています。延べ44施設が補助を受けています（補助率は1/2または上限の範囲内）。

兵庫県より各介護老人保健施設へ毎年度メールで周知しています。介護老人保健施設併設の訪問リハビリテーション開設を支援することとしています。

補助内容	累計実績	費用の1/2または上限
全老健の在宅復帰支援のためのR4システム	13	880,000
重度入所者に対する介護を行うための機器整備費（生体情報モニター、吸引器、酸素濃縮器）	24	570,000
介護老人保健施設併設訪問リハ事業所開設の経費	7	500,000

出典：兵庫県資料より引用

(2) 京都府の事例

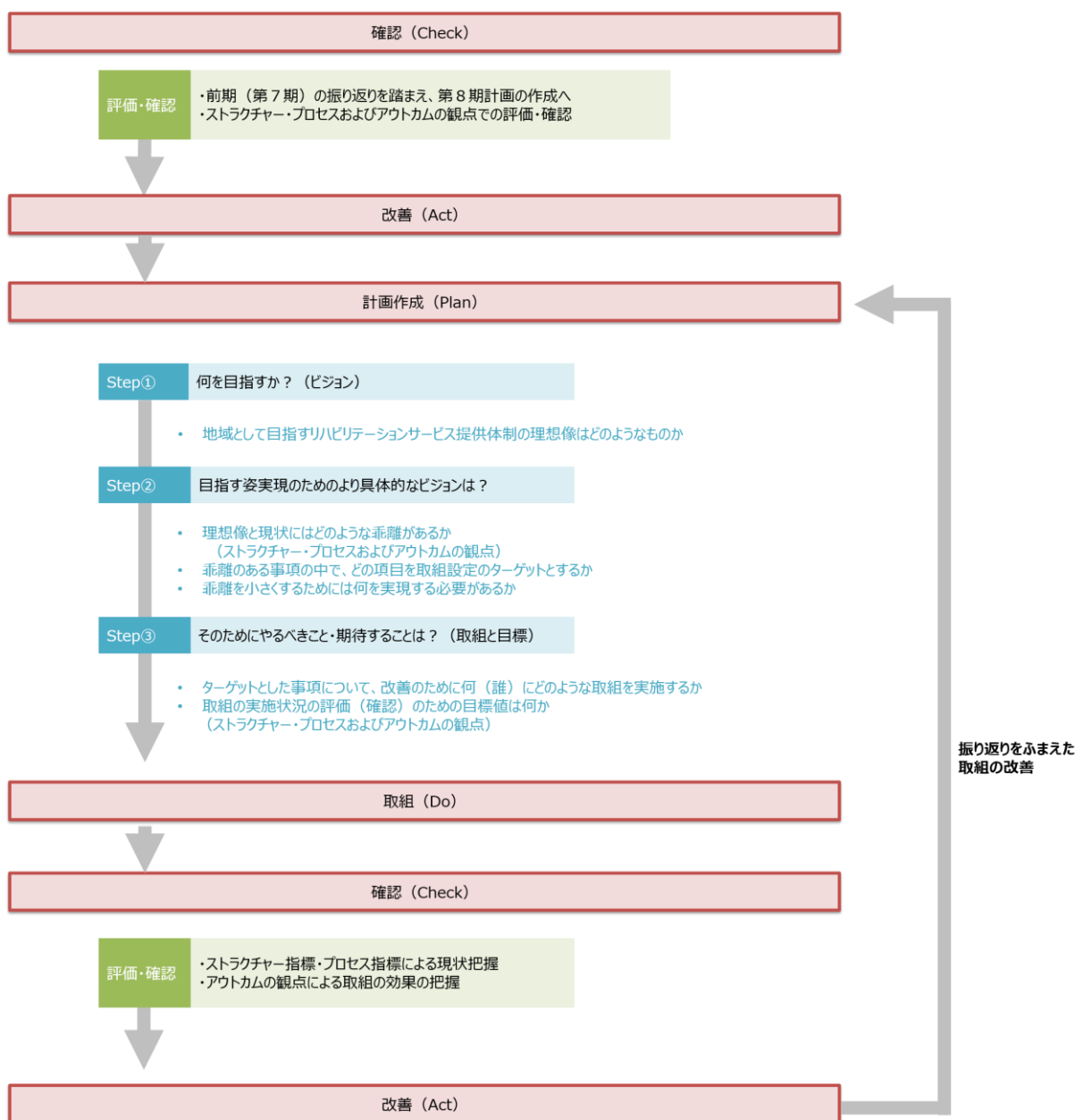
京都府も兵庫県と同様に、政令市を有し、日本海側の北部ほどリハビリテーション資源の確保が厳しい状況にあります。京都府の補助制度は、「理学療法士等に対する修学資金貸与」制度といった学生への奨学金貸与があります。府内に就職すると免除になり、無利子貸し付けで府内に5年間務めると返還無しになるものです。京都も兵庫県と同様に政令市とサービス提供の申し込みが多数だと京都府北部に行く学生を優先し、府外でも府内で就職する事を前提に貸し付けをしています。（定数が70名、府内枠40名、府外枠30名で去年は50名位利用。北部の方の養成を進め、各高校に案内を実施）

貸与金額	36,000円／月（四半期ごとに貸与）
申請方法	理学療法士等を養成する学校等を通じて 当センターあて貸与申請書等を提出する
返還免除要件	以下のいずれにも該当するとき ・ 理学療法士等の学校等を卒業1年以内に理学療法士等の免許を取得すること ・ 免許取得後直ちに府内に所在する医療機関等において引き続き5年間理学療法士等の業務に従事すること
推薦基準	推薦基準 理学療法士等養成施設の長は、次の条件に適合する者で、以下の優先順位により修学資金貸与候補者として推薦 《条件》 1. 平成31年度在学者で貸与を希望する者 2. 学業成績が良好であり、所定の修学期間を全うし、かつ理学療法士等免許の取得が確実であると見込まれる者 3. 将来、次の京都府免除対象施設において、5年間、理学療法士等として業務に従事することが確実と見込まれる者 【優先順位】 第1位 京都府理学療法士等修学資金貸与の継続申請者 第2位 就業希望地域が北部地域、府域（北部、京都市域以外）、京都市域の順に優先的に貸与 ※1北部地域とは丹後圏域（伊根町・京丹後市・与謝野町・宮津市）及び中丹圏域（舞鶴市・綾部市・福知山市）。 ※2第2位内においては作業療法学科在学者、言語聴覚学科在学者、理学療法学科在学者の順に貸与 4. 府外出身者は、別枠での採用。ただし、希望者が30名を越える場合は、上記の優先順位に準ずる。

出典：令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発事業報告書」

2. リハビリテーションサービス提供体制に係る事業計画の作成プロセス

- 本手引きでは、リハビリテーションサービス提供体制に係る事業計画の作成および作成後の進捗管理のプロセスを、以下の図に示すステップで整理します。これらのステップは、リハビリテーションサービス提供体制のみに適用されるものではなく、介護保険事業（支援）計画の作成とその後の進捗管理を実施するにあたり、一般的に適用可能なステップとなっています。



- 前期（第7期）介護保険事業（支援）計画における基本理念や取組の評価（振り返り）を通して、地域のリハビリテーションサービス提供体制として目指す理想像（ビジョン）を明確化します。その際には、まずは基本理念に相当するような地域としてあるべき大きな絵姿を描いた後に、その実現のために必要な、より具体的なビジョンへと落とし込みます。
- 次に、具体的なビジョンと現状の乖離の分析を通して、地域として解決・改善する必要がある課題を把握します。分析の際には、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの3つの観点を意識することで、PDCAサイクルに基づいた検討がしやすくなると考えられます。
- 課題を把握した後、課題の優先度を検討し、第8期介護保険事業（支援）計画でターゲットとする課題と、それに対する具体的な取組や、取組の評価のための目標値を検討していきます（取組と目標）。課題の優先度の付け方や施策の方向性は、地域の実情によって様々であり、利用者を含む関係者と議論をしながら詳細の検討を進めていくことが重要となります。ここで、関係者と議論をすることには、次のような意義があると考えられます。

取組と目標の設定については下記を参考としてください。

① 保険者としての考えを整理する

地域の関係者と議論できる会議を、考えを整理する機会と捉えてください。目的、取り組むべき内容や量、それによって到達する姿など説明しましょう。

② 現場や有識者の知恵を借りる

保険者としての考えが整理し現場や有識者に意見を聞いてみるべきです。整理できていないのであれば、なおさら聞いてみるべきです。

例えば、保険者としての現状認識と現場や有識者の認識との乖離していた場合、有識者が客観的な知識や情報をもたらしてくれることで考えが整理される、現場の想いをくみ取ることが現場のやる気につながる効果が考えられます。保険者としての考えを示すことは大切ですが、その際、現場や有識者の知恵を借りるという態度で臨みましょう。

③ 考え方を共有する

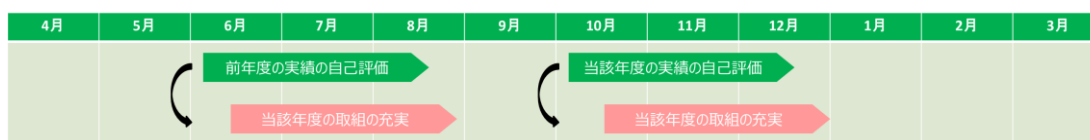
計画の進捗管理や作成のプロセスを現場や有識者と共有することにより、保険者としての考えが、地域全体の考えとなります。多様な考えや認識を排除する必要はありません。同じデータや課題を共有し、それぞれの立場から見た世界を、議論を通じて共有することにより、地域が同じ問題を認識し、取り組むことが可能となります。

医療・介護や多職種の「連携」や地域「包括」ケアには、このように認識を共有する作業がとても重要になります。このことを「考え方の共有」とか「規範的統合」と呼んでいます。

出典：厚生労働省「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用」

- 継続的な進捗管理を念頭において、計画策定を行うことが重要です。介護保険事業（支援）計画は3年ごとの策定であり、従来は策定スケジュールに連動した3年ごとの進捗管理が主でしたが、第7期よりPDCAサイクルを活用した進捗管理を通して保険者機能を強化していくことがより一層求められており、3年ごとのPDCAサイクルのみならず、年度ごとのPDCAサイクルも活用していく必要があります。

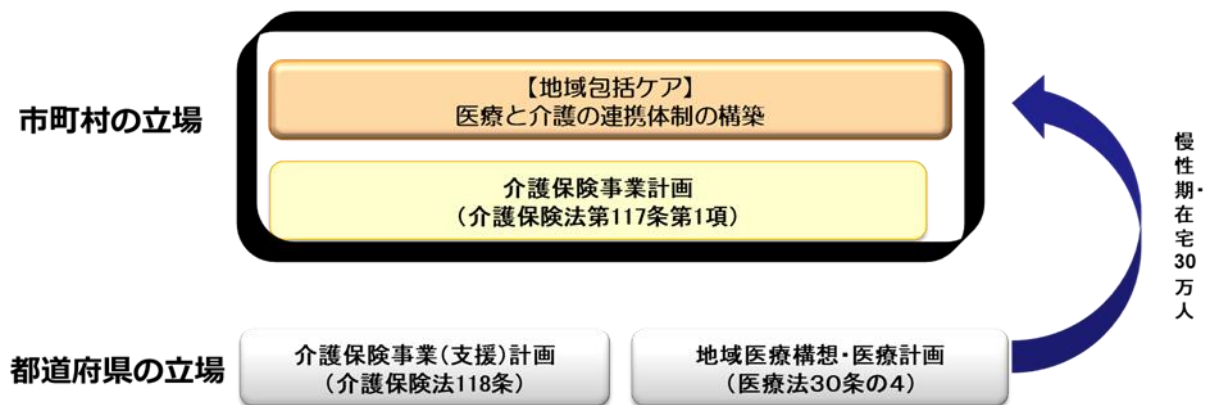
年度内のPDCAサイクルスケジュール



出典：厚生労働省 介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（一部改変）

3. 都道府県の医療政策担当者とのコミュニケーション、データ共有の重要性

- 都道府県は現在、地域医療構想に基づき病床の機能分化・連携を推進しています。合わせて5疾病5事業および在宅の推進を図る医療計画においては令和2年度は中間見直しの時期であり、在宅医療の在り方などを検討する時期になります。
- 今後2025年に向けては、慢性期や在宅等の地域での受け皿を整備することとなります。このため、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業（支援）計画の計画期間に応じた、整合的な整備目標・見込み量を立てる必要があります、両計画間の整合性が求められます。（下図）



- このため、介護保険事業支援計画担当者は事業計画を策定する上で、（特に在宅医療・介護連携において）都道府県医療政策担当者との情報共有することが期待されます。
- リハビリテーション分野についても医療と介護の両面に跨る分野であり、施設や事業所を整備する上では医師や看護師、リハビリテーション専門職の配置とも密接にかかわってきます。これらの検討は1つの市町村では困難を伴うものであり、都道府県との連携や支援が不可欠です。
- 各都道府県には、毎年厚生労働省より医療計画策定支援データブック（以下、データブック）が配布されています。在宅医療に関する指標や数値データも格納されるとともに、これらのデータは市町村にも共有されます。これらのデータを市町村が把握することで、退院後の受け皿をどうするか、在宅看取りの問題など医療介護連携を考えるきっかけになると考えられます。

第七次医療計画における「在宅医療」の医療体制構築にかかる現状把握のための指標例
(データブックで都道府県別や二次医療圏、市町村別に集計)

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	● 退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
		歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
		在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		
プロセス	退院支援(退院調整)を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		● 看取り数(死亡診断のみの場合を含む)
	退院時共同指導を受けた患者数	訪問歯科診療を受けた患者数		在宅死亡者数
	退院後訪問指導を受けた患者数	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
		● 訪問看護利用者数		
		訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
アウトカム		小児の訪問看護利用者数		

(●は重点指標)

出典：平成31／令和元年度厚生労働科学研究「病床機能の分化：連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書。

サンプルレイアウト

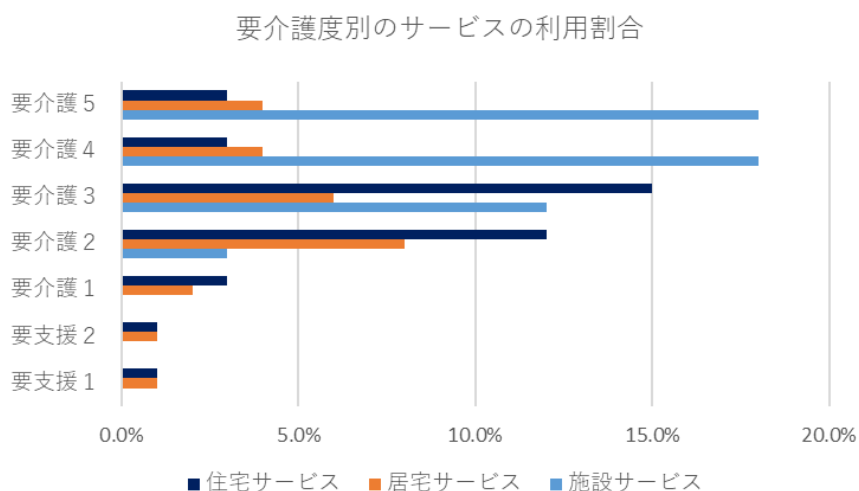
No (都道府県コード)	市区町村コード	市区町村名	訪問診療を実施している診療所数
17	No17201	金沢市	
17	No17202	七尾市	
17	No17203	小松市	
17	No17204	輪島市	
17	No17205	珠洲市	
17	No17206	加賀市	
17	No17207	羽咋市	
17	No17209	かほく市	
17	No17210	白山市	
17	No17211	能美市	
17	No17212	野々市市	

- さらに、令和元年度事業として、「在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業」があり、国が国保中央会に委託してデータをつくり都道府県に配布されています。
- これはKDBデータ（医療・介護のレセプトデータ）を集計することで都道府県が地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、医療計画に基づく施策の進捗把握を簡便に行えるよう、介護に関する情報を含め、市町村単位で集計されています。
- 在宅医療・介護に関するデータについては、都道府県のみならず市町村にも共有されることで、現状把握、課題抽出、施策の検討に活用されることが期待されます。

- 以下は一例ですが、市町村単位で退院患者を起点とした在宅医療・介護連携を考える際の一助となることが見込まれます。

例 1 : KDBを活用し、療養病床から退院した65歳以上の高齢者の要介護度別の介護サービスの利用状況の割合（イメージ）

- 市町村にとって、医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態を把握できるようになることで、追加的に整備が必要なリハビリテーションサービス等の見込み量を適切に推計できるようになります。



注：ここでの居宅サービスとは訪問介護、通所介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、住宅サービスは、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護を示しています。

○ 退院患者が利用している介護サービスをサービス別で細分化して見ることもできます。
医療機関からの退院患者が利用している介護サービスの実態等（A市：イメージ）

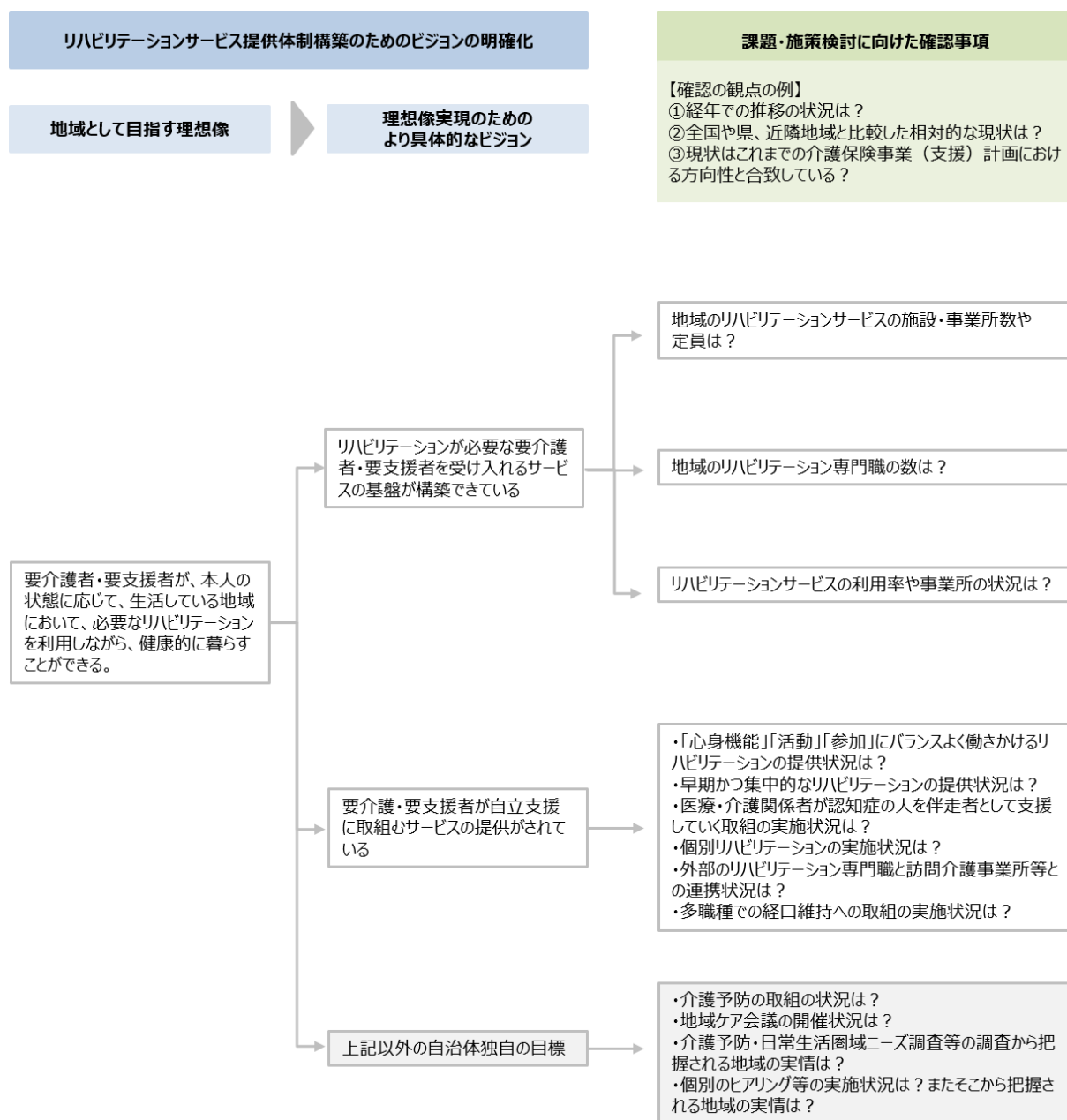
[illegible]

第3章：介護保険事業（支援）計画の作成プロセスの例

- 本章では、第2章に示した介護保険事業（支援）計画の作成プロセスの例を示します。必ずしも各地域の計画作成にそのまま活用できるとは限りませんが、ひとつの参考例としてご活用ください。

1. 地域として目指す姿の明確化と課題・施策検討に向けた確認事項の例

- 地域として目指す姿（ビジョン）と具体的なビジョンの明確化と課題・施策検討に向けた確認事項のひとつの例として、ここでは下図を事例として説明します。



- 上図では、地域として目指す理想像を実現するための3つの具体的なビジョンに細分化した後、課題や施策の検討に向けた確認事項を整理しています。「確認の観点の例」としては、図中にも記載の通り、以下の観点が考えられます。

① 経年での推移の状況はどうか？

自地域の状況として、近年どのような推移となっているか確認しましょう。その際には、施設・事業所数や利用者数、従事者数等の「値」そのものに加えて、リハビリテーションサービスの需要を反映する要介護（支援）認定者数等を分母にした「割合」を確認することも重要です。例えば、地域のリハビリテーション施設・事業所数が減少傾向にあった場合に、地域の要介護（支援）認定者数も同様に減少傾向にあるのであれば、需要に応じた供給が来ている可能性も考えられます。

② 全国や県、近隣地域と比較した相対的な現状はどうか？

他地域との比較を通して、自地域の現状を把握するとともに、施策の実施による取組と目標の設定の参考とします。

リハビリテーションサービス提供体制について、各保険者の介護保険の運用において完結することが理想ではありますが、新規に施設・事業所を開設することや、リハビリテーション専門職を確保することが難しい場合も考えられます。そのような場合には、近隣地域と連携しながらリハビリテーションサービス提供体制の構築方針を検討していくことも考えられます。

③ 現状はこれまでの介護保険事業（支援）計画における方向性と合致しているか？

経年の推移として大きな変化がない、あるいは他地域と比較して低い状況にあったとしても、それ自体に問題があると考えのではなく、これまでの介護保険事業（支援）計画を参照して、施策の効果が表れているか、今後施策を検討すべき事項はどこにあるのか、といった振り返りを通して、第8期介護保険事業（支援）計画における対応方針を検討することが有意義であると考えられます。

2. リハビリテーション指標について

(1) ストラクチャー指標・プロセス指標について

- 地域として目指す理想像（ビジョン）を設定した後、地域の現状について分析を行い、ビジョンと現状にどのような乖離があるかを確認します。把握された乖離は、地域として目指す理想像を実現するために解決する必要がある課題であり、次のステップとして、その課題を解決するための方針や具体的な施策、また施策の達成状況を把握するための取組と目標を設定していきます。
- このように、地域として目指す理想像と現状の乖離の状況を把握するため、また、把握された乖離に基づいて設定した取組と目標の進捗管理や評価を実施するためには、数値による指標を用いて具体的な検討を行うことが有用です。指標を用いる際には、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの3つの観点を意識することで、現状の把握と評価（確認）（いわゆるPDCAサイクル）に基づいた検討がしやすくなると考えられます。
- PDCAサイクルを推進する指標として、以下にリハビリテーション指標を挙げていますので、検討時の参考としてください。なお、リハビリテーション指標は、地域の現状の把握や、目標設定に活用できるように示すものです。PDCAサイクルの推進には、具体的な数値を用いた目標設定や進捗管理が有用ですが、数値を改善することそれ自体を目的とするのではなく、地域として目指すリハビリテーションサービス提供体制を実現するために、数値を活用することに留意してください。
- なお、本指標は訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院の受給による4サービスのみを対象としていますが、リハビリテーションサービス提供体制を考える上では地域リハビリテーション活動支援事業の活動も考慮すべきです。

<リハビリテーション指標>

ストラクチャー指標		
指標名	考え方	データ出典
サービス提供事業所数（※１） ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院 ・短期入所療養介護（介護老人保健施設） ・短期入所療養介護（介護医療院）	介護保険のリハビリテーションを供給する介護サービス施設・事業所を把握することが可能。 現状を把握する上で必須となる。	介護保険総合データベース
定員 ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院	介護保険のリハビリテーションを供給する介護サービス施設・事業所の規模を把握することが可能。	介護サービス情報公表システム
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の従事者数 ・介護老人保健施設 ・通所リハビリテーション（介護老人保健施設） ・通所リハビリテーション（医療施設）	介護保険のリハビリテーションを供給するリハビリテーション専門職数を把握することが可能。 現状を把握する上で必須となる。	介護サービス施設・事業所調査
プロセス指標		
指標名	考え方	データ出典
利用率（※２） ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・介護老人保健施設 ・介護医療院	地域における要介護（支援）者への幅広いリハビリテーションサービスの供給量を把握することで、介護サービスの提供実態を把握することが可能。	介護保険事業状況報告
定員あたりの利用延人員数（※３） ・通所リハビリテーション	地域における通所リハビリテーションサービスの定員あたりの利用延人員数を把握することが可能。	介護サービス施設・事業所調査
通所リハビリテーション（短時間（１時間以上２時間未満））の算定者数（※４）	地域における短時間サービスの提供量を把握することが可能。	介護保険総合データベース
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上の算定者数	リハビリテーションマネジメントを実施している提供実態を把握することが可能。	同上
短期集中（個別）リハビリテーション実施加算算定者数	短期集中のリハビリテーションを実施している提供実態を把握することが可能。	同上
認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定者数	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等を評価に活用。	同上

個別リハビリテーション実施加算算定者数	短期入所療養介護（介護老人保健施設）の個別のリハビリテーションを実施している提供実態を把握することが可能。	同上
生活機能向上連携加算算定者数	外部のリハビリテーション専門職と訪問介護事業所等との連携の量を把握することが可能。	同上
経口維持加算算定者数	多職種での経口維持に対する取組を実施している実態を把握することが可能。	同上

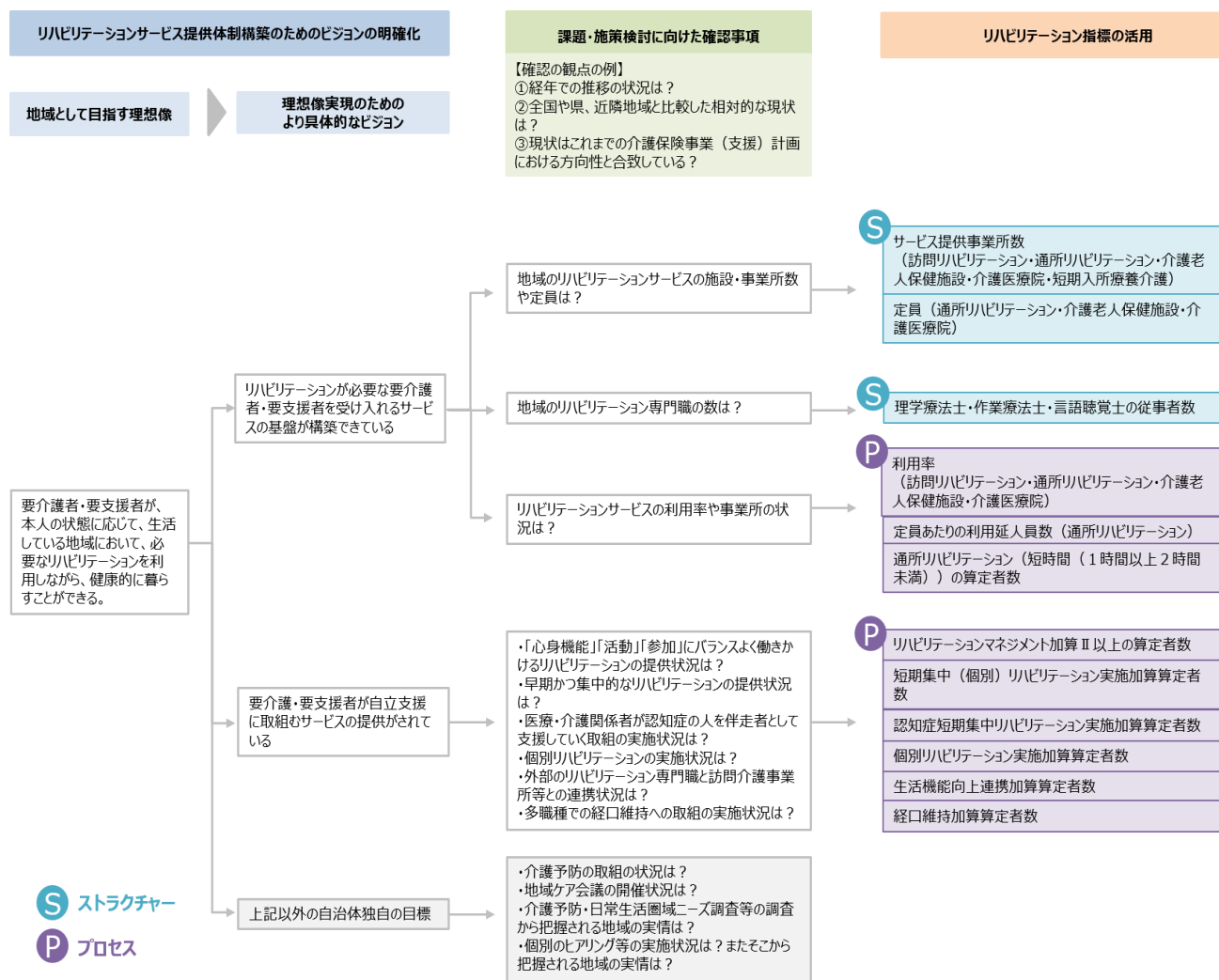
※１：年度中に１回以上サービス提供の実績のある施設・事業所数

※２：（年度中の各月の当該サービスの受給者数の累計÷１２）÷年度末時点の認定者数

※３：（各事業所における（利用延人員数）の合計）÷（各事業所における（定員数×開催日数）の合計）（各年度９月中）

※４：（年度中の各月の当該加算の算定者数の累計÷１２）÷年度末時点の認定者数
（他の「算定者数」の指標も同様）

- これらのリハビリテーション指標を、前章で例示した地域として目指す姿と具体的なビジョンの明確化と課題・施策検討に向けた確認事項の例に当てはめると、次のようになります。



- 各指標について、地域間の比較や時系列の比較の際には、指標値の多寡は地域の規模に依存することに注意が必要です。例えば、指標値を地域の認定者数で除することで、地域の要介護（支援）認定者数の違いを考慮した比較を行うことが可能となります。

- 指標値の分母としては、リハビリテーションサービスの需要を反映する要介護（支援）認定者数の他、目的に応じて第1号被保険者数や人口を用いることも考えられます。例えば、医療計画では「人口（10万人）あたり」とした指標が用いられることが多いですが、これは医療計画で対象とする集団が（要介護（支援）認定者や第1号被保険者数だけでなく）地域のすべての住民であるためです。介護保険事業（支援）計画の検討時には、まずはサービスを受給する認定者数を分母とすることが考えられますが、より詳細な議論のためには、各指標について対象とする集団を要介護（支

援) 認定者・第1号被保険者数・人口のいずれとするかを検討することが望ましいです。

- 現状の分析の際には、指標値のみに着目するのではなく、指標値を参照しつつリハビリテーションサービス提供体制の状況を関係者で議論していただくことが重要です。例えば、施設数や各種加算等の算定件数が少ない場合でも、地域の需要に対して効果的にリハビリテーションサービスを提供する体制が整備されていることが考えられます。特に通所リハビリテーションにおいて定員あたりの利用延人員数が少ない場合は、新規に事業所を増やすのではなく、既存の事業所の活用も考えられます。また、各種加算の指標値が高い場合でも、指標値のみにより介護サービスの質を把握できるものではないため、留意が必要です。
- リハビリテーションサービスの需要を把握するにあたっては、各地域における需要調査、他地域との本指標の比較、在宅医療に関わる指標などとの比較検討を、必要に応じ実施していただくことも求められます。
- 本指標は、リハビリテーションサービス提供体制に係る初めての指標であることと、指標の数自体が少ないことから、重点指標は設定していません。ただし、サービス提供事業所数、利用率については、地域資源を把握するための基本的な情報であり、特に重要であると考えられることから、介護保険事業（支援）計画に指標として記載することが望ましいです。
- ストラクチャー指標における施設・事業所数や、プロセス指標における算定件数が著しく少ない場合には、保険者における利用には問題はありませんが、これらの数値の公表にあたっては施設・事業所が特定されない配慮が必要となります。
- 各プロセス指標について、各加算の詳細な算定要件については、参考資料（介護保険サービスにおける介護報酬上のリハビリテーションに関わる評価について）に記載していますので、確認してください。
- 関係者と議論を深めていただくにあたり、上記のリハビリテーション指標の他、以下に示す参考指標も有用と考えられますので、参考としてください。

<参考指標>

ストラクチャー指標		
指標名	考え方	データ出典
サービス提供事業所数（短期集中（個別）リハビリテーション実施加算）	短期集中のリハビリテーションを提供する介護サービス事業所を把握することが可能。	介護保険総合データベース

サービス提供事業所数（認知症短期集中リハビリテーション実施加算）	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく取組をしている事業所の把握が可能。	同上
サービス提供事業所数（リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ以上）	リハビリテーションマネジメントを実施している事業所の把握が可能。	同上
規模別の通所リハビリテーション事業所数	規模別の通所リハビリテーション事業所の把握が可能。	同上
基本サービス費別の介護老人保健施設数	基本サービス費別の介護老人保健施設の把握が可能。	同上
プロセス指標		
指標名	考え方	データ出典
生活行為向上リハビリテーション実施加算算定者数	活動と参加に焦点をあてたリハビリテーションを実施している提供実態を把握することが可能。	介護保険総合データベース
経口移行加算算定者数	多職種での経口移行に対する取組を実施している実態を把握することが可能。	同上
介護医療院における理学療法、作業療法、言語聴覚療法の算定者数	介護医療院におけるリハビリテーションを実施している提供実態を把握することが可能。	同上
入所前後訪問指導加算算定者数	施設の入所前後に居宅への訪問を実施している実態の把握が可能。	同上
福祉用具貸与算定者数 ・車椅子 ・特殊寝台 ・体位変換器 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・移動用リフト	サービス利用者の環境因子として福祉用具を貸与している利用者の実態を把握することが可能。	同上

（２）アウトカム指標について

- 取組と目標を設定する際には、ストラクチャー指標・プロセス指標について具体的な数値を活用した検討を行うとともに、取組の効果、すなわち、リハビリテーションサービスを通して、それぞれの高齢者が望む生活や活動、社会参加ができるようになることを念頭において、アウトカムを考慮することが重要です。

- リハビリテーションサービス提供体制のアウトカム指標の考え方としては、以下を反映した指標とすることが考えられます。

アウトカム指標の考え方
生活期リハビリテーションは活動・参加の拡大を目指すこと
地域共生
本人の尊厳
生活の維持向上
保険者機能強化推進交付金及び介護予防の成果のイメージ等の既存の項目を参考にする

- アウトカム指標の例示として以下が考えられますが、引き続き検討がなされているところです。

アウトカム指標の例示
主観的幸福感、健康観
社会参加への移行
ADL (BI ¹ 、FIM ²) の変化度
IADL (FAI ³)
障害高齢者の日常生活自立度

- これらの例示の中で、ADLやIADLは、厚生労働省がリハビリテーションサービス等の介護分野におけるエビデンスの蓄積とその活用に向けて運用している「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業のデータ (VISIT⁴)」や「高齢者の状態・ケアの内容等を収集するデータベース (CHASE⁵)」で収集対象となっており、今後、全国の施設・事業所からのデータが蓄積される予定となっています。また、CHASEでは認知症に関するデータが蓄積されることから、将来的にはこれらのデータの活用が期待されます。
- また、上記以外にも活動と参加の考えた方に該当するものとして、「心身機能」「基本動作（寝返り・座位保持など）」「日中の過ごし方（離床時間など）」「トイレでの排泄が可能となった件数」「経口摂取が可能となった件数」が考えられます。

¹ Barthel Index

² Functional Independence measure

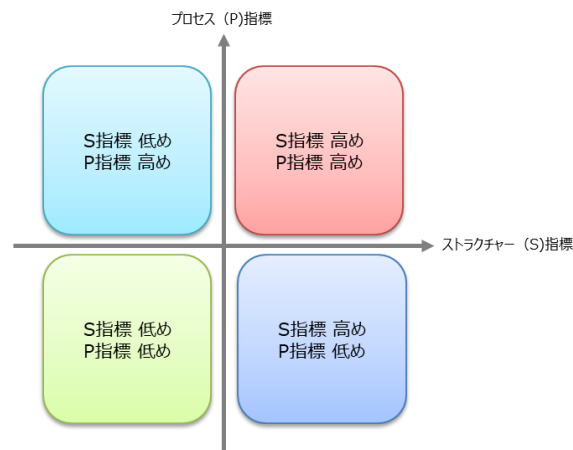
³ Frenchay Activities Index

⁴ monitoring & eValuation for rehabilitation Services for Long-Term care の略称。リハビリテーションサービスのデータの蓄積と活用に向けて、2016年度より運用されている。

⁵ Care, Health Status & Events の略称。介護分野におけるエビデンスの蓄積とその活用に向けて、2020年度より運用されている。

(3) ストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点からの分析

- 地域のリハビリテーションサービス提供体制は、リハビリテーション指標等を活用して、ストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点から多角的に把握・評価することが期待されます。評価結果は、例えば下図のように、2つの観点を軸として自地域の位置づけを整理することで、次取るべき対策を検討しやすくなると考えられます。



分析の整理例：ストラクチャー・プロセスの2つの観点からの整理

リハビリテーション指標を活用した分析例として、
保険者・都道府県について各1例ずつ挿入予定

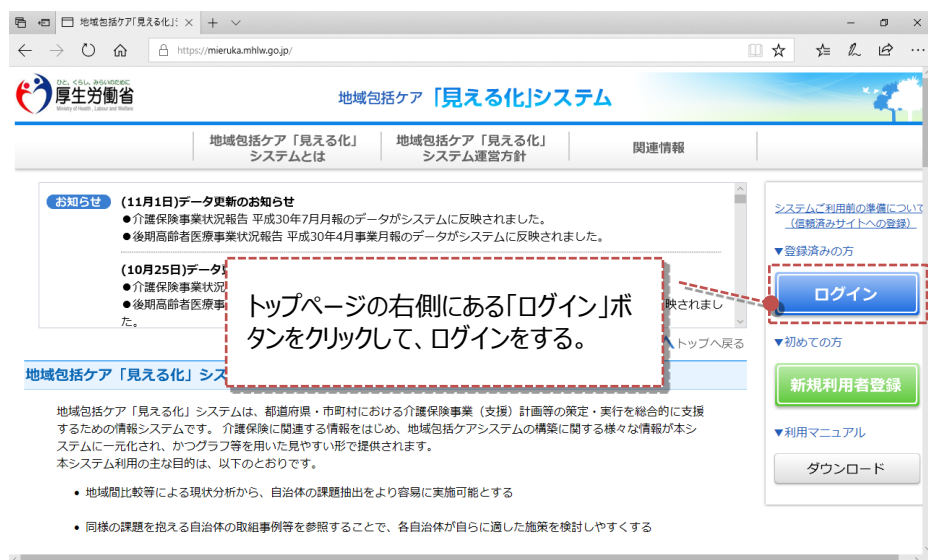
参考：地域包括ケア見える化システムの活用

- リハビリテーション指標は、令和2年8月に地域包括ケア「見える化」システムの現状分析機能の指標として掲載される予定です。また、参考指標についても、Excel形式でダウンロードすることができるようになる予定です。
- 地域包括ケア「見える化」システムでは、リハビリテーション指標以外にも、介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供されていますので、ご活用ください。
- ここでは、地域包括ケア「見える化」システムの使い方について、簡単に紹介します。詳細な操作方法是、地域包括ケア「見える化」システムの利用マニュアルをご参照ください。

① 地域包括ケア「見える化」システムへログインする 地域包括ケア「見える化」システムのトップページ

(<http://mieruka.mhlw.go.jp/>) にアクセスし、「ログイン」ボタンをクリックして、「ユーザID」「パスワード」を入力してください。この際に、ユーザIDの先頭が「S」から始まる自治体職員向けのアカウントでログインをしてください。

※トップページの「新規利用者登録」から作成できるアカウントでは、一部の機能や指標が閲覧できないため、自治体職員向けのアカウントを利用してください。アカウントが不明な場合には、「ユーザアカウントを作成できるシステム権限」を持った職員（アカウント管理者）に、ユーザアカウントの作成を依頼してください。



② 「現状分析機能」からリハビリテーション指標を選択する

画面上部から「現状分析」ボタンをクリックし、現状分析機能を選択してください。初めに表示される「基本の使い方」により、基本的な操作方法を確認することができます。

画面上部の「現状分析」ボタンをクリックします。



↓



最初に「基本の使い方」が表示されます。まずは本画面を見て現状分析の使い方を学びましょう。

「現状分析を始める」をクリックすると、現状分析機能を利用できます。

③ リハビリテーション指標を閲覧する

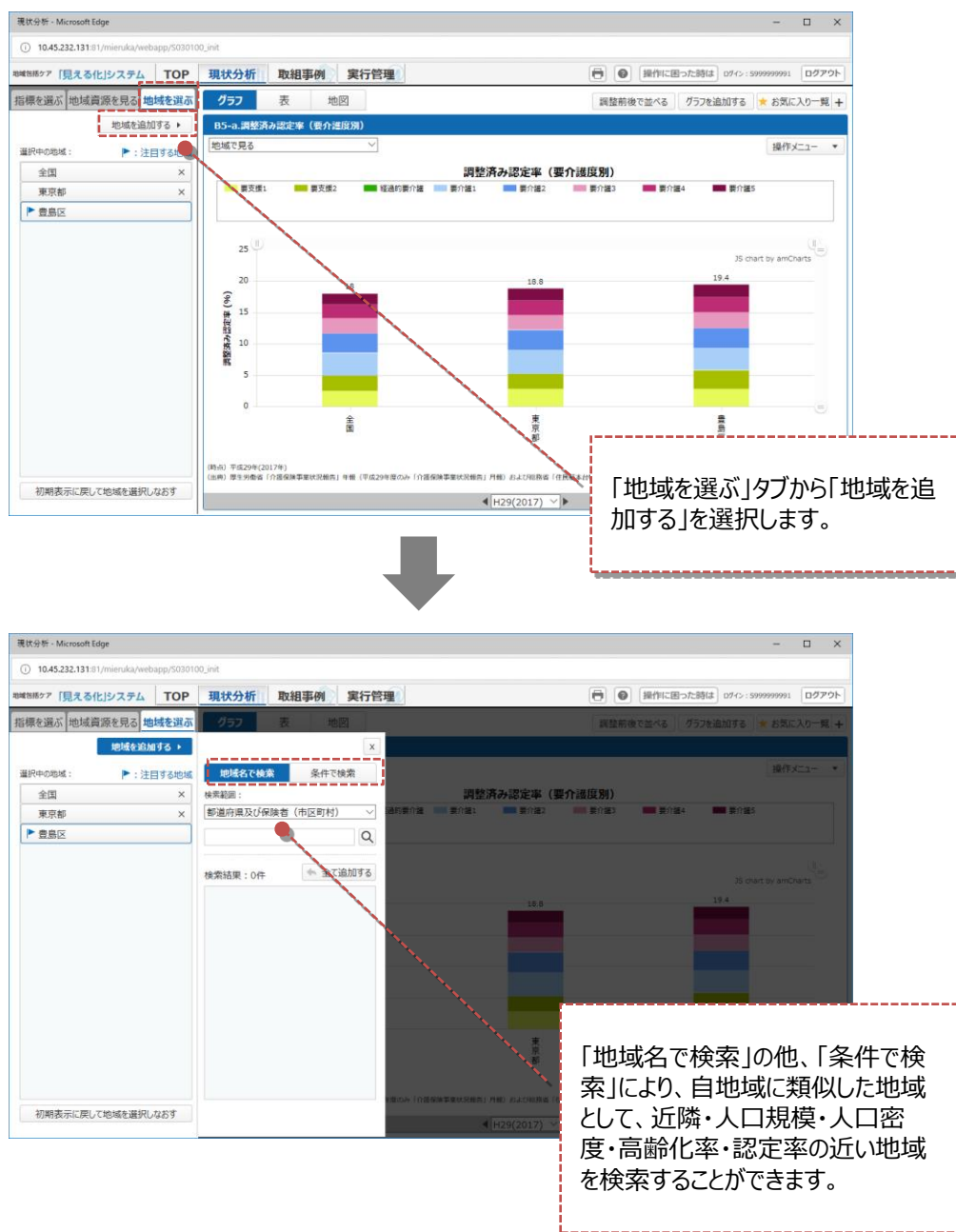
画面左側のタブから「指標を選ぶ」を選択し、リハビリテーション指標に絞り込むことができます。

画像は現時点のイメージであり、差し替え予定
(以降の図も同様)



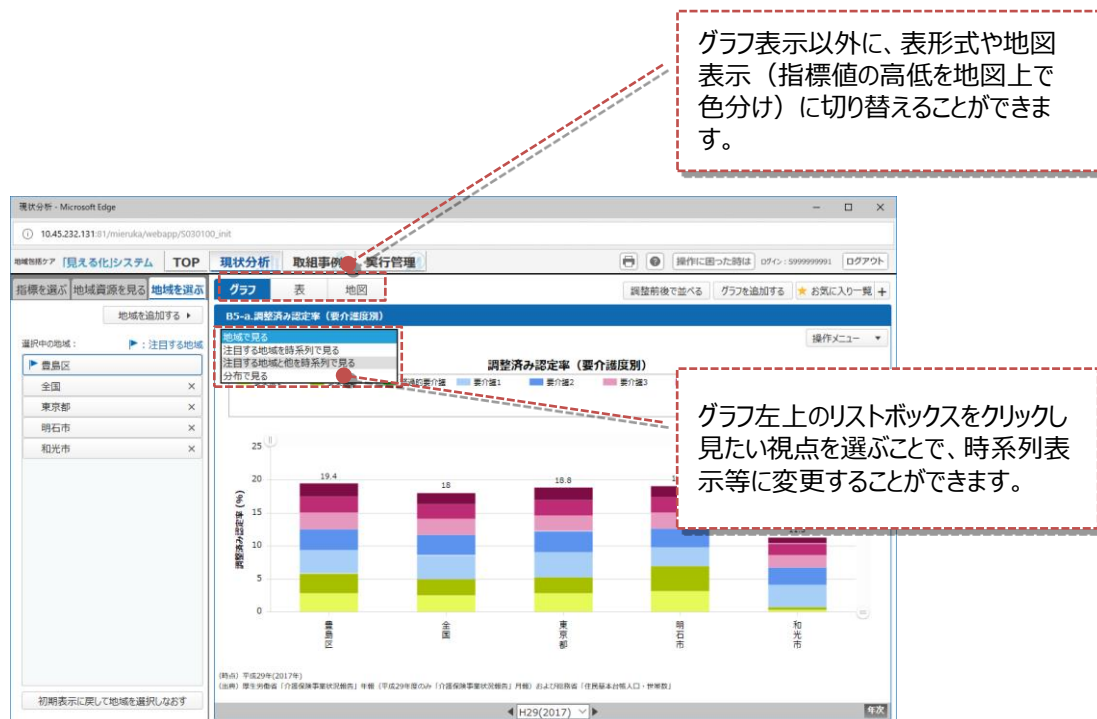
④ 他地域との比較を行う

画面左側のタブから「地域を選ぶ」を選択し、追加したい地域を選択することで、比較対象としてデータを追加することができます。



⑤ データの閲覧方法を変える

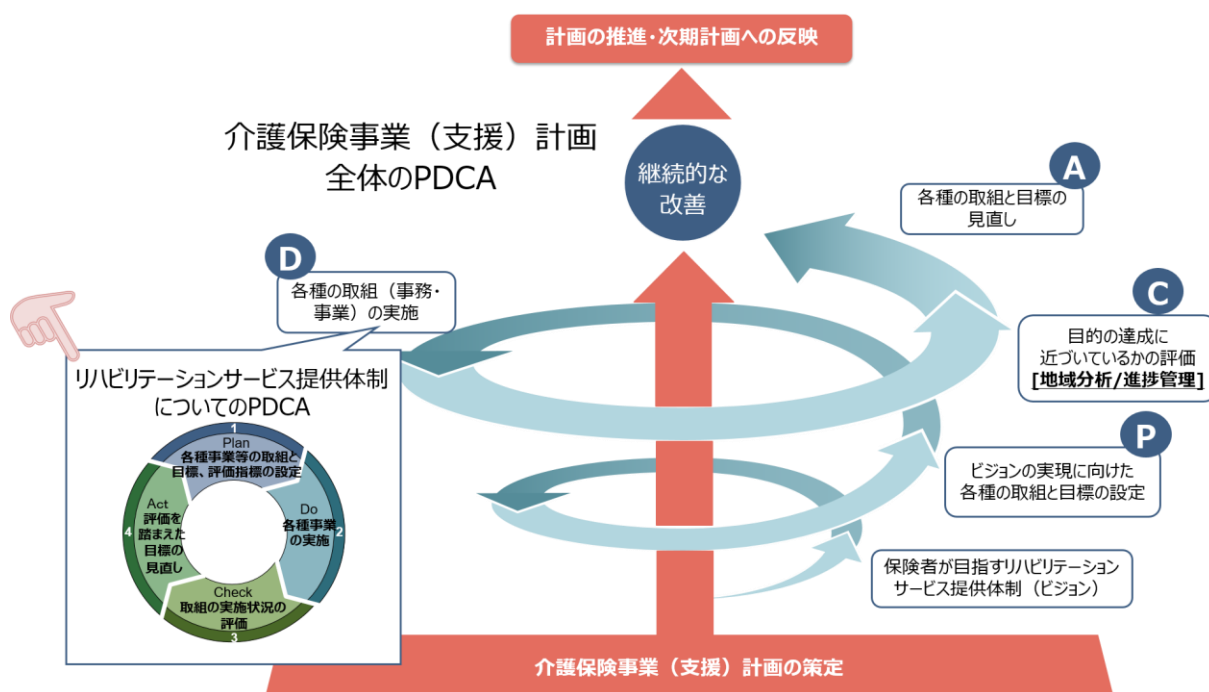
グラフ左上のボタンから、表示形式を表形式や地図表示に切り替えたり、地域間比較から時系列比較用の表示に変更したりすることができます。



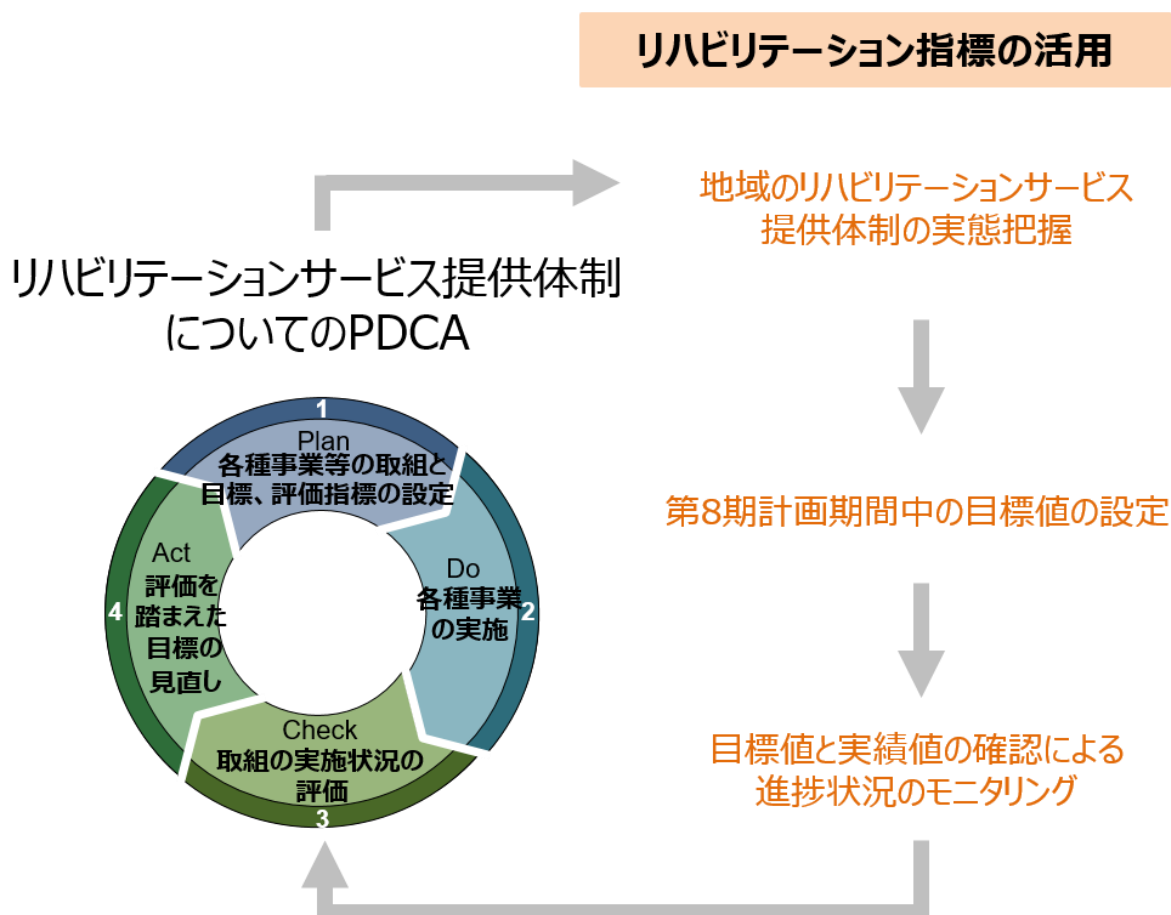
第4章：介護保険事業（支援）計画作成後の実践と進捗管理

1. 計画作成後の実践に向けた取組

- 計画策定後には、設定した取組と目標が確実に推進できるよう、定期的な評価（振り返り）に基づいて進捗状況を確認するとともに、必要に応じてより効果的な取組となるように見直しを実施します。このような、各種の取組に対するPDCAサイクルを繰り返すことで、介護保険事業（支援）計画全体のPDCAサイクルを回していくこと、ひいては計画をより効果的に推進し、さらには次期計画へとつながっていくと考えられます。



- 本手引きで示したリハビリテーション指標を活用して、計画策定の段階で取組と目標（および具体的な目標値）を設定し、実施状況の評価の際に、進捗状況をモニタリングできるようにしておくことが重要です。



- 進捗管理の具体的な方法については、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」や「第8期介護保険事業計画における介護予防等の「取組と目標」設定の手引き～介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の活用～」に示していますので、参照してください。

リハビリテーション指標を活用した進捗管理の事例を挿入予定

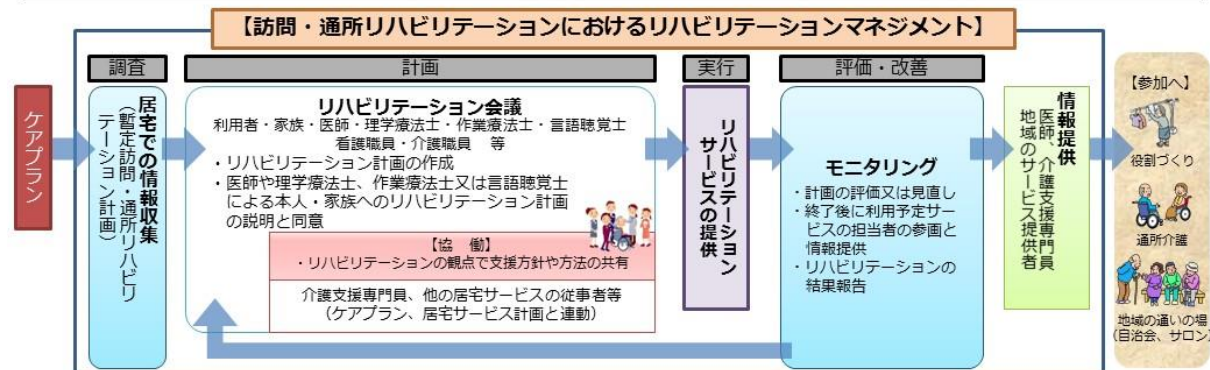
参考資料：介護保険サービスにおける介護報酬上のリハビリテーションに関わる評価について

■リハビリテーションマネジメント加算について

リハビリテーションマネジメント加算の考え方

概要

リハビリテーションマネジメントは調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に関与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。

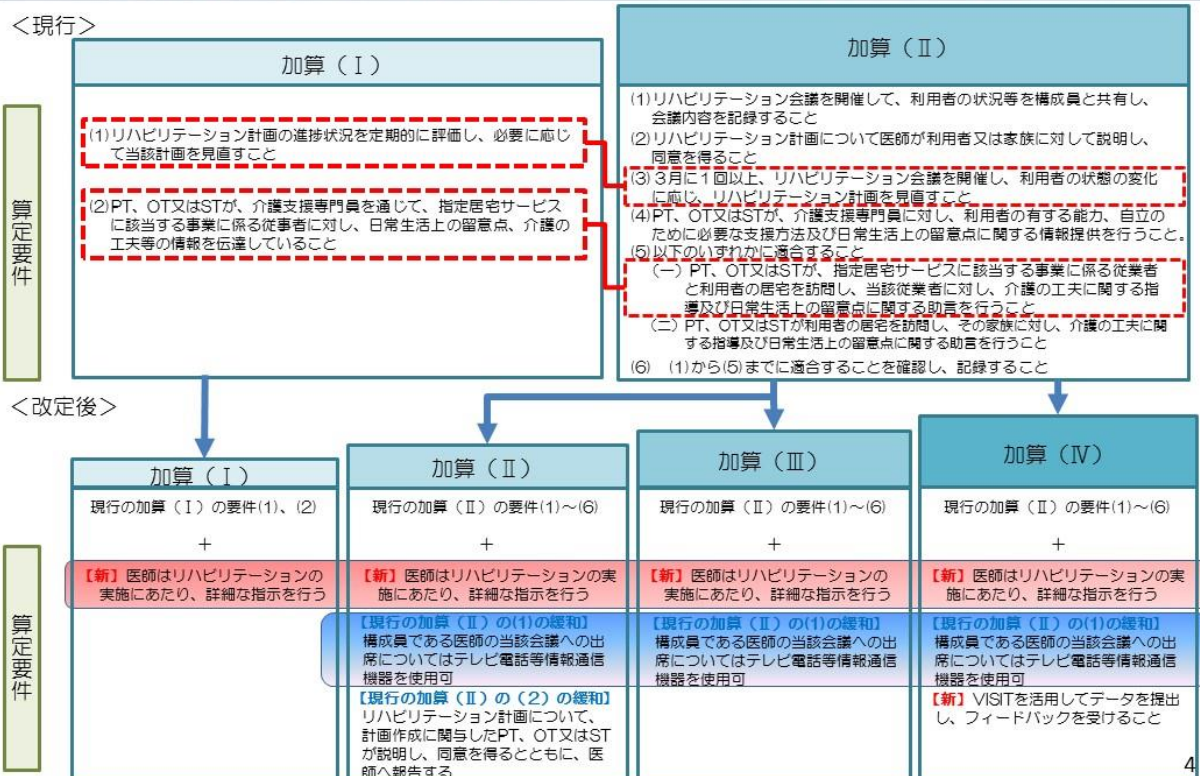


主な改正点（従来との差）

- 【医師の詳細な指示の明確化】
 - ・利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか以上の指示を行うこと。
- 【ICTを活用したリハビリテーション会議への参加】
 - ・テレビ電話等情報通信機器を使用してもよいこととする。
- 【利用者、家族へのリハビリテーション計画等の説明】
 - ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)→リハビリテーション計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明
 - ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)→医師が説明

3

リハビリテーションマネジメント加算のイメージ（訪問リハ・通所リハ共通）



4

リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

○ リハビリテーションマネジメントの見直し【訪問リハ・通所リハ】

医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直すこととする。

また、現行のリハビリテーションマネジメント加算については、次の通り見直す。

A) リハビリテーションマネジメント加算(I)の見直し

- ・医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定する。

○ 単位数	＜現行＞		＜改定後＞
(訪問) リハビリテーションマネジメント加算(I)	60単位/月	⇒	230単位/月
(通所) リハビリテーションマネジメント加算(I)	230単位/月	⇒	330単位/月

○ 算定要件

- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に以下の内容を加える。
 - ・指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行うこと。
- 以下の内容を通知に記載する。
 - ・医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通しを記載すること。

0

リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

○ リハビリテーションマネジメントの見直し【訪問リハ・通所リハ】

B) リハビリテーションマネジメント加算(II)の見直し

- ・現行のリハビリテーションマネジメント加算(II)を算定するためには、医師が利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要であるが、医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、この加算を算定できないことが多いという意見を踏まえ、以下の見直しを行うとともに、名称を「リハビリテーション・マネジメント加算(III)」とする。

ア リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等(※)を活用してもよいこと

【通知改正】 ※ テレビ会議システム他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

- イ リハビリテーション会議の開催頻度について、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこと【通知改正】

○ 単位数	＜現行＞		＜改定後＞
(訪問) リハビリテーションマネジメント加算(II)	150単位/月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算(III) 320単位/月
(通所) リハビリテーションマネジメント加算(II)	6月以内 1020単位/月 6月以降 700単位/月	⇒	リハビリテーションマネジメント加算(III) 6月以内 1120単位/月 6月以降 800単位/月

○ 算定要件

- リハビリテーションマネジメント加算(I)の算定要件に以下の内容を加える。
 - ・構成員である医師のリハビリテーション会議への出席については、テレビ電話等(テレビ会議システム他、携帯電話等でのテレビ電話を含む)を使用してもよいこととする。

1

リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

○ リハビリテーションマネジメントの見直し【訪問リハ・通所リハ】

C) 新しいリハビリテーションマネジメント加算の創設（リハビリテーション・マネジメント加算(Ⅱ)）

- 新しいリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件を満たしている施設において、医師の指示を受けたリハ職がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明した場合の新たな加算を創設する。ただし、この場合の評価は適正化することとする。

○ 単位数（新設）

（訪問）リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	280単位／月			
（通所）リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	6月以内	850単位／月	6月以降	530単位／月

○ 算定要件

- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
- 通所リハビリテーション計画について、当該計画の作成に関与した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得るとともに、説明した内容等について医師へ報告すること。

D) 新しいリハビリテーションマネジメント加算の創設（リハビリテーション・マネジメント加算(Ⅳ)）

- 新しいリハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件を満たしている施設において、リハビリテーションの質の更なる向上のために、リハ計画書等の内容に関するデータを、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出している場合の新たな加算を創設する。

○ 単位数（新設）

（訪問）リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	420単位／月			
（通所）リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	6月以内	1220単位／月	6月以降	900単位／月

○ 算定要件

- リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)の要件に適合すること。
- 指定通所リハビリテーション事業所における通所リハビリテーション計画書等の内容に関するデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて厚生労働省に提出していること。

2

出典：平成30年度報酬改定に係わる講演資料

■生活機能向上連携加算について

(参考)自立支援・重度化防止に資する体制の強化

○ 自立支援・重度化防止の推進のため、外部のリハビリ専門職等との連携の推進

【訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護】

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、訪問介護等の生活機能向上連携加算について、現行の訪問リハ・通所リハの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハを実施している医療提供施設のリハ職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（生活機能向上連携加算(Ⅱ)）。
- リハ職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、外部の通所リハ事業所等のリハ職等が、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言し、それを踏まえて、訪問介護計画を作成する等を行うことを評価する（生活機能向上連携加算(Ⅰ)）。

※ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設

＜現行＞		＜改定後＞
生活機能向上連携加算 100単位／月	⇒	生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位／月（新設） 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位／月

（要件）

○生活機能向上連携加算(Ⅱ)

現行の訪問リハ・通所リハの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合

○生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ 訪問リハ若しくは通所リハを実施している事業所又はリハを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること
- ・ 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと

5

(参考)自立支援・重度化防止に資する体制の強化

○ 自立支援・重度化防止の推進のため、外部のリハビリ専門職等との連携の推進

【通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護】

外部の通所リハ事業所等のリハ専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

（新設）生活機能向上連携加算 200単位／月

（要件）

- 訪問リハ若しくは通所リハを実施している事業所又はリハを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- リハ専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

6

出典：平成30年度報酬改定に係わる講演資料