

通所リハビリテーション

通所リハビリテーションの概要・基準

定義

介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり
・人員基準

医師	専任の常勤医師 1 以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者 1 0 人に 1 以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者 1 0 0 人に 1 以上 (所要 1 ～ 2 時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋（3 平方メートルに利用定員を乗じた面積以上）設備
-------------------	--

通所リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定通所リハビリテーションの介護報酬 のイメージ（1回あたり）

サービス提供時間、利用者の要介護度及び
事業所規模に応じた基本サービス費

	通常規模型 (前年度の1月あたりの平均利用 延べ人員数が750人以内の事業所)	大規模型 (II) ※2 (前年度の1月あたりの平均利用延 べ人員数が901人以上の事業所)
1 2 時間	<p>331 単位 360 単位 390 単位 419 単位 450 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>318 単位 348 単位 375 単位 404 単位 432 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>
7 8 時間 ※1	<p>716 単位 853 単位 993 単位 1,157 単位 1,317 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>667 単位 797 単位 927 単位 1,080 単位 1,231 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>

※1：その他、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、6～7時間のサービス提供時間がある。

※2：これ以外に大規模型 (I) として1月以内の平均利用延べ人員数が751人以上かつ900人以下の事業所がある。

利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

栄養改善サービスの実施 (150単位/回) ※月に2回を限度
栄養スクリーニング加算 (5 単位/回) ※6月に1回を限度

短期集中的なリハビリテーションの実施 (110単位/日)
認知症の利用者への短期集中的なリハビリテーションの実施
・I : 240単位/日 ※週に2日を限度
・II : 1920単位/月

口腔機能向上
サービスの実施
(150単位/回)
※月に2回を限度

継続的にリハビリテーションの質を管理
(リハビリテーションマネジメント加算)
・I : 330単位/月
・II : 850単位/月, 6月から530単位/月
・III : 1,120単位/月, 6月から800単位/月
・IV : 1,220単位/月, 6月から900単位/月

若年性認知症利用者
の受け入れ
(60単位/日)

中山間地域等に居住する者への
サービス提供加算
+ 5/100

介護福祉士や3年以上勤務
者を一定以上配置
(サービス提供体制強化加算)
(18単位、12 単位、6単位)

介護職員処遇改善加算
・I : 4.7% ・II : 3.4% ・III : 1.9%
・IV : III × 0.9 ・V : III × 0.8
介護職員等特定処遇改善加算
(I) 2.0% (II) 1.7 %

事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する
者に通所リハビリテーションを行う場合
(▲94単位/日)

居宅と通所リハビリ事業所との間の送迎を行わない場合
に係る減算
(片道につき▲47単位/日)

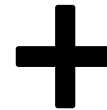
介護予防通所リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定介護予防通所リハビリテーションの
介護報酬のイメージ（1月あたり）

サービスの提供に応じた基本サービス費

要支援 1 : 1,721単位/月
要支援 2 : 3,634単位/月



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

事業所評価加算（120単位/月）

栄養改善サービスの実施（150単位/月）
栄養スクリーニング加算（5単位/回）※6月に1回を限度

口腔機能向上
サービスの実施
（150単位/月）

継続的にリハビリテーションの質を管理
（リハビリテーションマネジメント加算）
（330単位/月）

若年性認知症利用者
の受け入れ
（60単位/日）

中山間地域等に居住する者への
サービス提供 +5/100

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上配置
（サービス提供体制強化加算）

(Ⅰ)イ:(要支援1)72単位 (要支援2)144単位
(Ⅰ)ロ:(要支援1)48単位 (要支援2)96単位
(Ⅱ) :(要支援1)24単位 (要支援2)48単位

介護職員処遇改善加算

Ⅰ:4.7%・Ⅱ:3.4%・Ⅲ:1.9%・Ⅳ:Ⅲ×0.9・Ⅴ:Ⅲ×0.8

介護職員等特定処遇改善加算

(Ⅰ)2.0% (Ⅱ)1.7%

事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者
に介護予防通所リハビリテーションを行う場合

要支援 1 (▲376単位/月)
要支援 2 (▲752単位/月)

通所リハビリテーションにおける主な加算・減算①

項目	要件	単位数
リハビリテーションマネジメント加算	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ計画を作成 Ⅱは、PT/OT/STによる説明が必要 Ⅱ～Ⅳは、リハビリ会議の開催等が必要 Ⅲ～Ⅳは、医師による説明が必要 Ⅳは、VISITへのデータ提出が必要(3月に1回を限度) 	Ⅰ： 330単位/月 Ⅱ： 850単位/月 ※6月経過後 530単位/月 Ⅲ： 1120単位/月 ※6月経過後 800単位/月 Ⅳ： 1220単位/月 ※6月経過後 900単位/月)
短期集中個別リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> 1週間に概ね2日以上、1日40分以上の個別リハビリを実施 退院(所)日又は認定日から、3月以内 	110単位/日
認知症短期集中リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> MMSE又はHDS-Rにおいて、概ね5～25点に相当する利用者が対象(※) (Ⅰ)の場合 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 1週間に2日を限度とし、20分以上の個別リハビリテーションを実施 ➢ リハマネ加算(Ⅰ)～(Ⅳ)のいずれかの算定が必要 (Ⅱ)の場合 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 1月に4回以上実施(8回以上が望ましい) ➢ 利用者の居宅を訪問、生活環境の把握、応用動作能力等の評価等を行う ➢ リハマネ加算(Ⅱ)～(Ⅳ)のいずれかの算定が必要 	Ⅰ： 240単位/日 Ⅱ： 1920単位/月
生活行為向上リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> 生活行為に関する目標を設定し、計画的なリハビリを実施 リハマネ加算(Ⅱ)～(Ⅳ)のいずれかの算定が必要 リハビリ開始日から、6月以内 	3月まで 2000単位/月 3月経過後 1000単位/月 6月経過後 所定単位数の▲15%減算
栄養改善加算	<ul style="list-style-type: none"> 栄養食事相談等の個別の栄養管理を実施 1月に2回まで、算定開始から3月以内 	150単位/回
栄養スクリーニング加算	<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態に関する情報の介護支援専門員に対する提供の実施 利用開始時、利用中は6月毎に算定可能 	5単位/回
口腔機能向上加算	<ul style="list-style-type: none"> 口腔清掃や摂食・嚥下訓練の指導の実施 1月に2回まで、算定開始から3月以内 	150単位/回
社会参加支援加算	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供を終了した利用者のその後の社会参加等に関する条件を満たすこと 	12単位/日
若年性認知症利用者受入加算	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症患者に対するリハビリを実施 	60単位/日

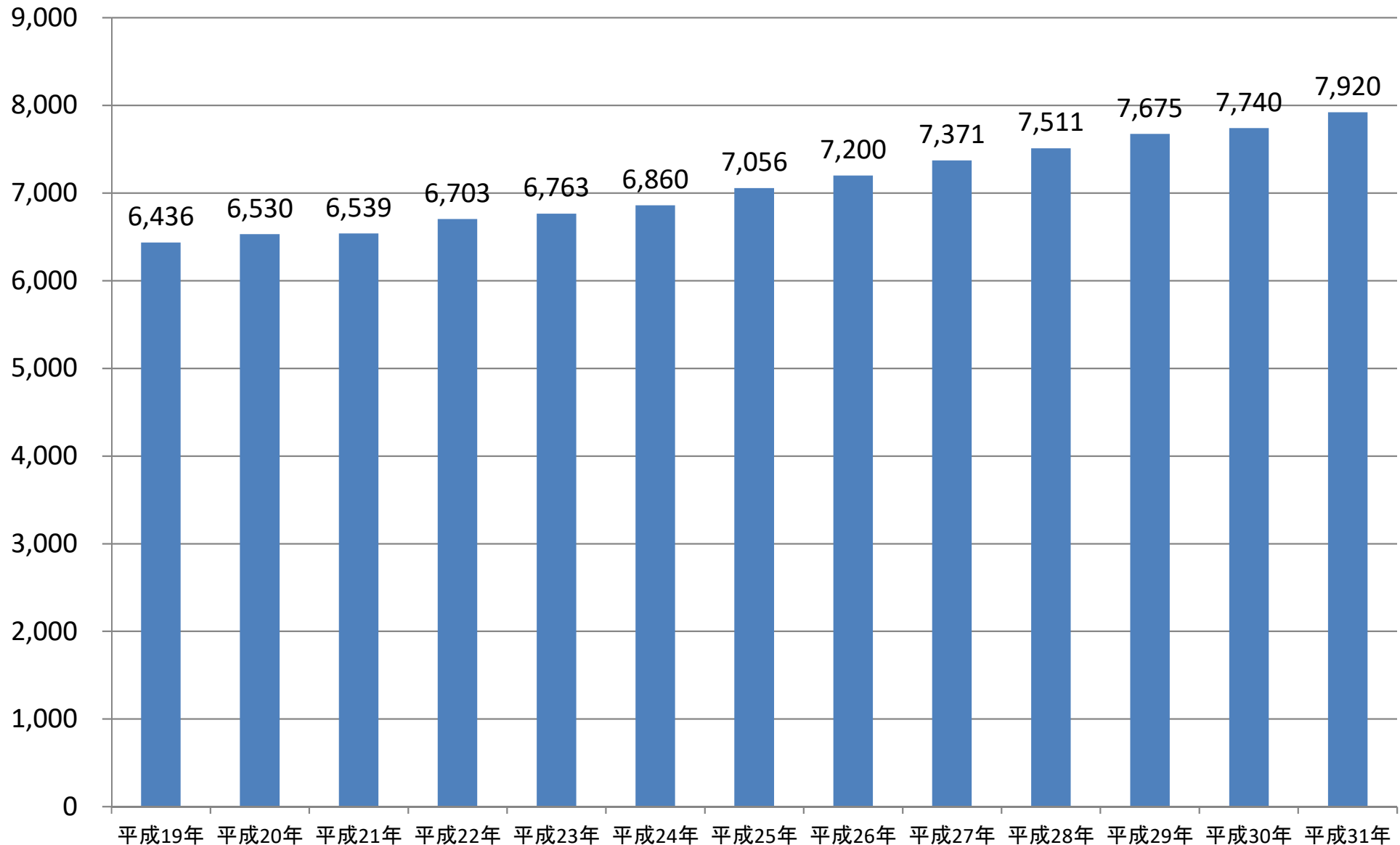
※ MMSE (Mini Metal State Examination) とHDS-R (改定長谷川式簡易知能評価スケール) は、認知症の診断に使われるもの

通所リハビリテーションにおける主な加算・減算②

項目	要件	単位数
リハビリテーション提供体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 常時配置される理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること リハマネ加算（Ⅰ）～（Ⅳ）のいずれかの算定が必要 	3～4時間：12単位／回 4～5時間：16単位／回 5～6時間：20単位／回 6～7時間：24単位／回 7時間以上：28単位／回
重度療養管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 要介護3～5の利用者に対する、計画的な医学的管理下におけるリハビリを実施 	100単位／回
中重度者ケア体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員又は介護職員を常勤加算で1以上加配していること 過去3ヶ月で、要介護3～5の利用者が、全利用者の30%以上であること リハビリを提供する時間帯に、専らリハビリの提供に当たる看護職員を1名以上配置 	20単位／日
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）イの場合 ➤ 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が、50%以上であること （Ⅰ）ロの場合 ➤ 介護職員のうち介護福祉士の占める割合が、40%以上であること （Ⅱ）の場合 ➤ 職員のうち、勤続年数3年以上の者が占める割合が、30%以上であること	（Ⅰ）イ：18単位／回 （Ⅰ）ロ：12単位／回 （Ⅱ）：6単位／回
介護職員処遇改善加算	<ul style="list-style-type: none"> キャリアパス要件や職場環境等要件等に適合し、介護職員の処遇改善を行うこと 	Ⅰ：4.7% Ⅱ：3.4% Ⅲ：1.9% Ⅳ：加算Ⅲ×0.9 Ⅴ：加算Ⅲ×0.8
介護職員等特定処遇改善加算	<ul style="list-style-type: none"> 介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定等し、介護職員等の処遇改善を行うこと 	Ⅰ：2.0% Ⅱ：1.7%
入浴介助に対する加算	<ul style="list-style-type: none"> 適切な入浴介助を行うこと 	50単位／日
同一建物に居住する場合	<ul style="list-style-type: none"> 事業者と同一の建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に、リハビリ実施すること 	▲94単位／日
送迎減算	<ul style="list-style-type: none"> 送迎を実施しないこと 	片道につき▲47単位／日

通所リハビリテーションの請求事業所数

○ 請求事業所数は、毎年増加している。



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

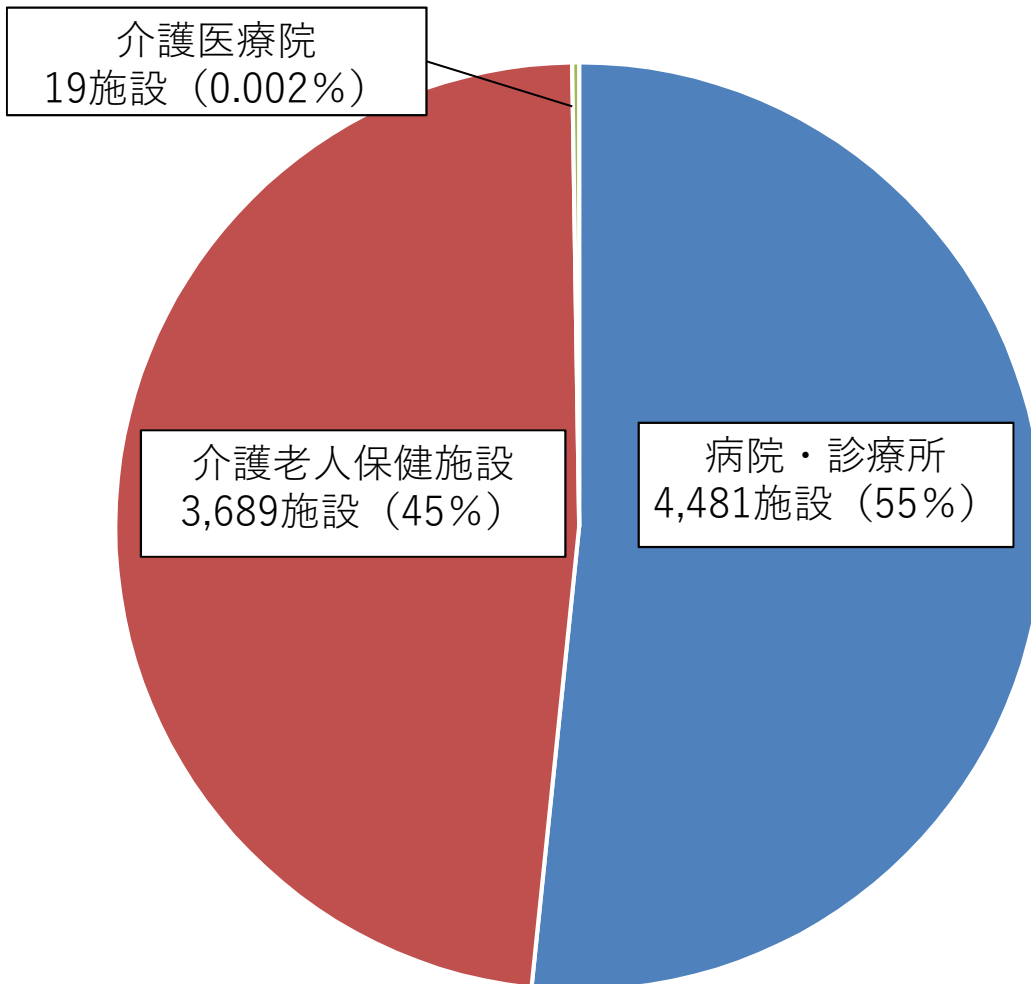
※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

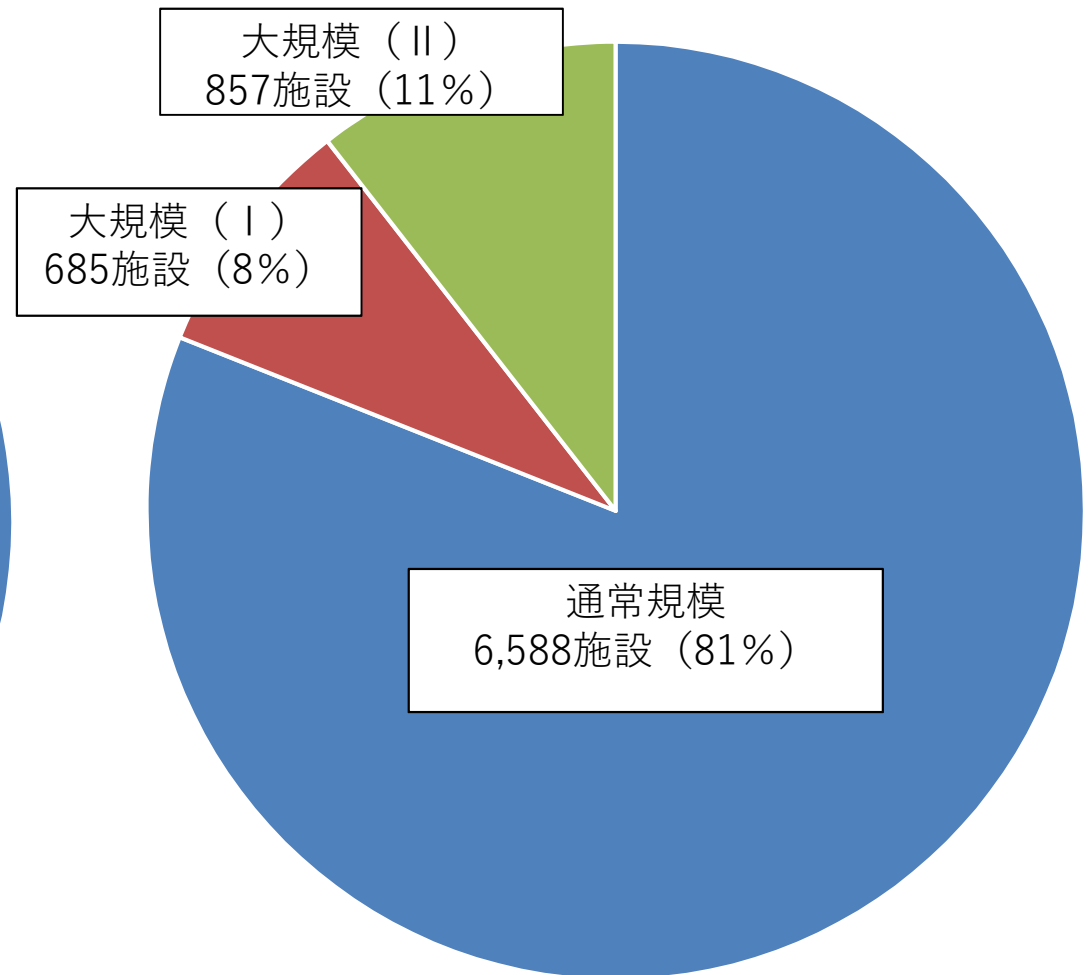
通所リハビリテーション事業所の開設者種別及び事業所規模別の内訳

- 開設者種別では、病院・診療所が55%、介護老人保健施設が45%となっている。
- 事業所規模をみると、通常規模が約80%、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）事業所は、それぞれ約10%となっている。

開設者種別割合



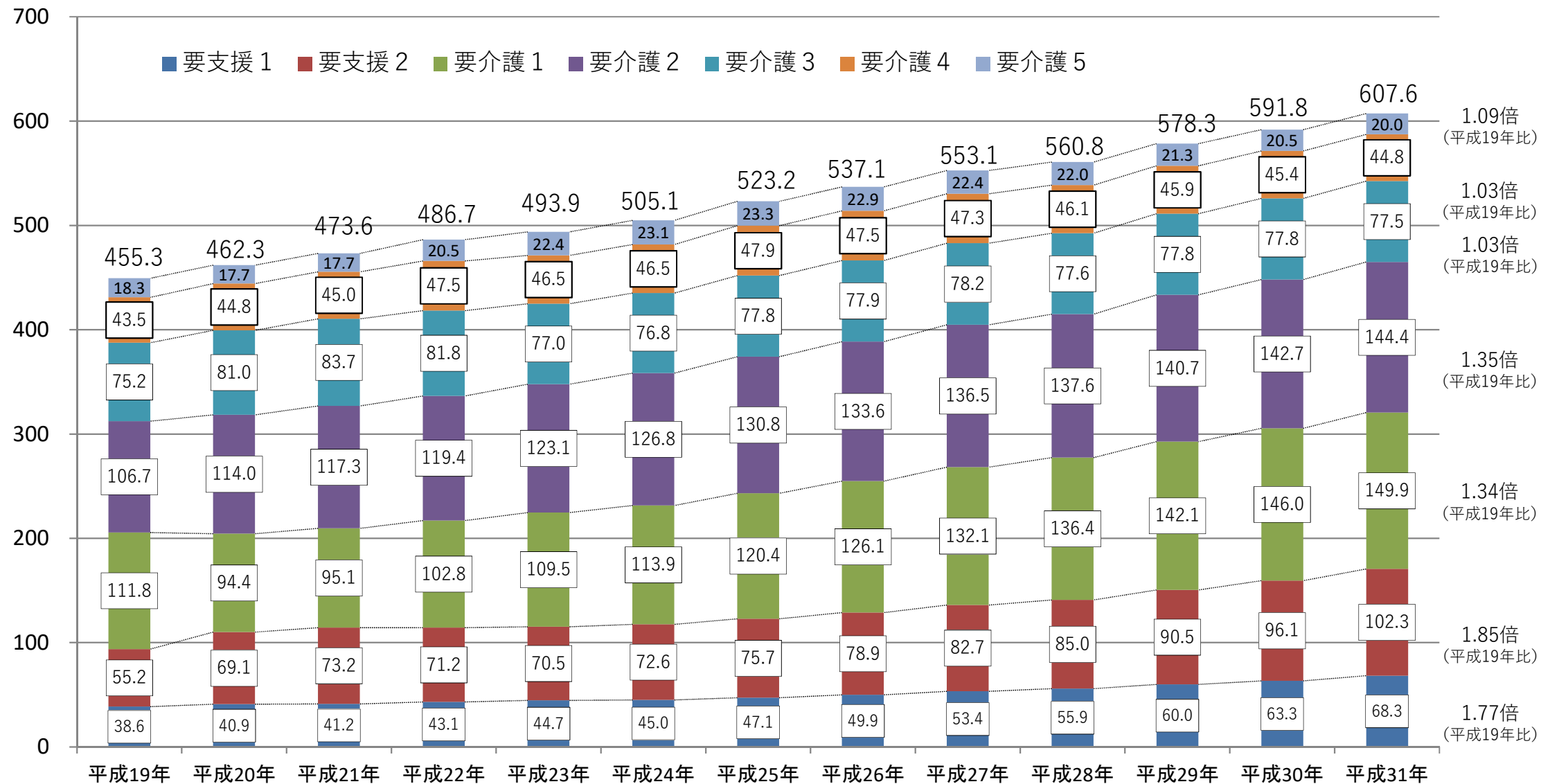
事業所規模の内訳



通所リハビリテーションの受給者数

○ 平成31年の受給者数は約60万人で、毎年増加しており、特に要支援の受給者が増加している。

(千人)

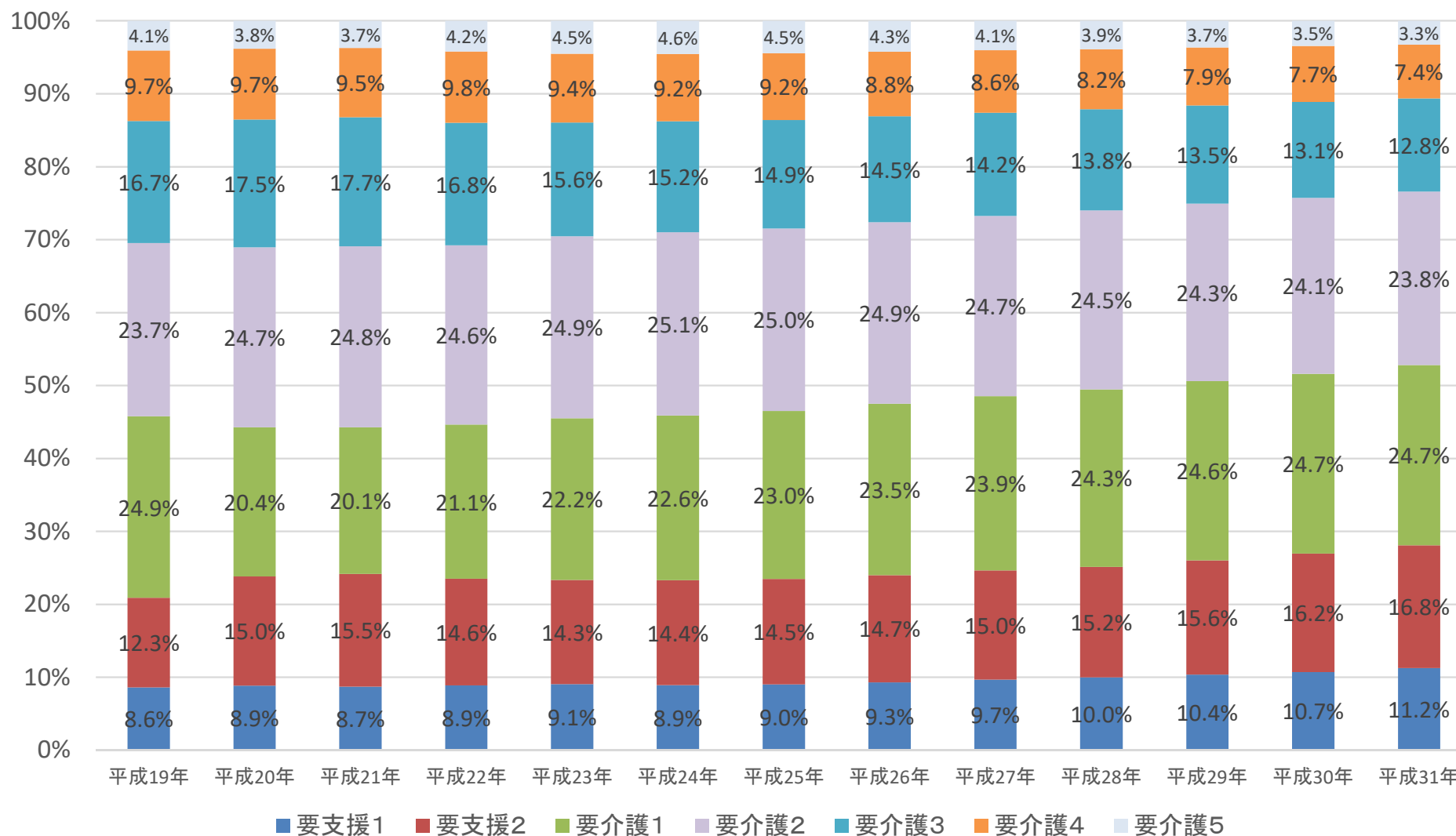


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

通所リハビリテーションの要介護度別受給者割合



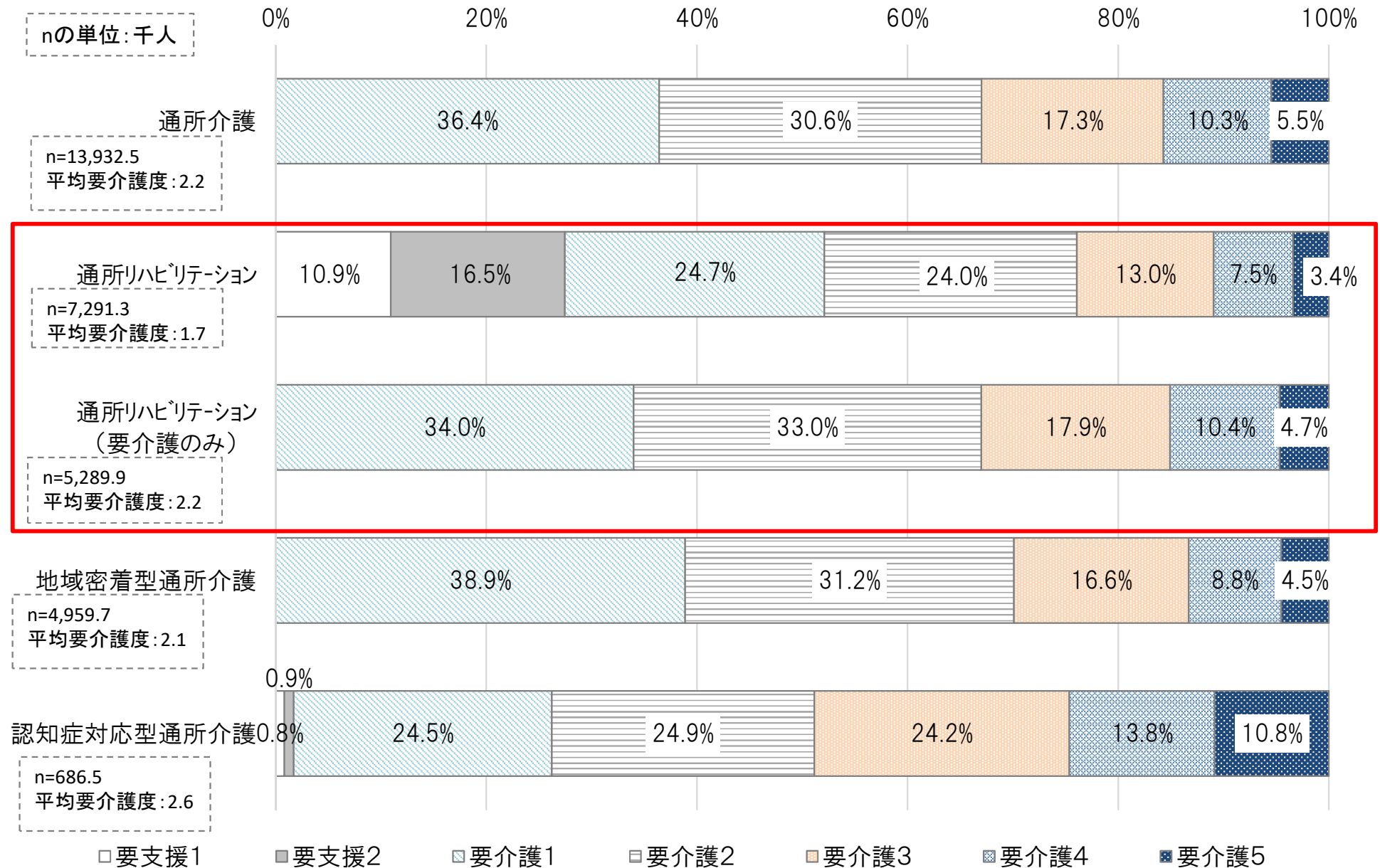
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典: 厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧: 調査)」(各年4月審査分)

通所系サービスの要介護度割合

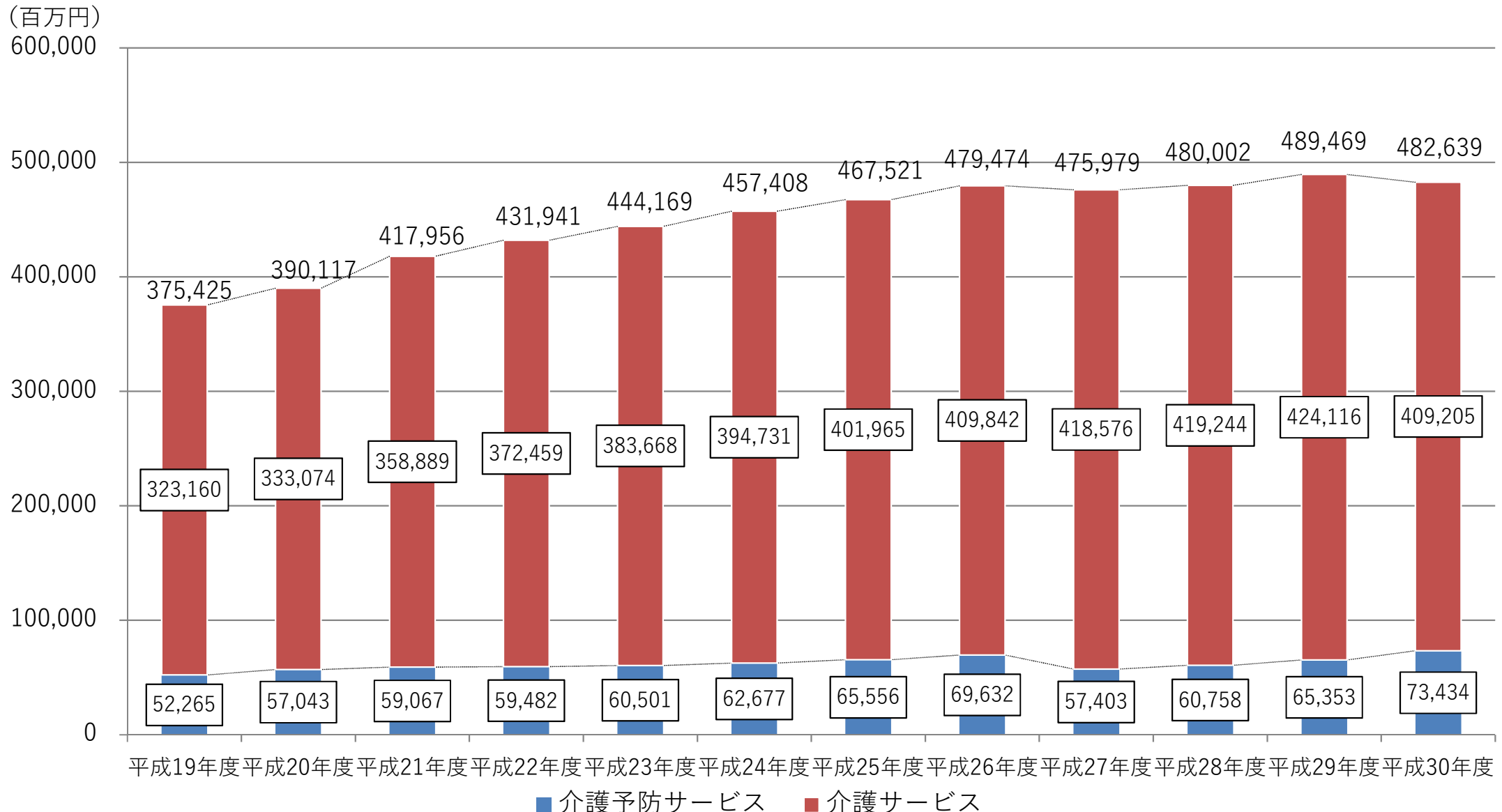


(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【出典】平成30年度介護給付費等実態統計報告(平成30年5月審査分～平成31年4月審査分)

通所リハビリテーションの費用額

○ 平成30年度の費用額は4,826億円となっており、近年横ばいである。



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

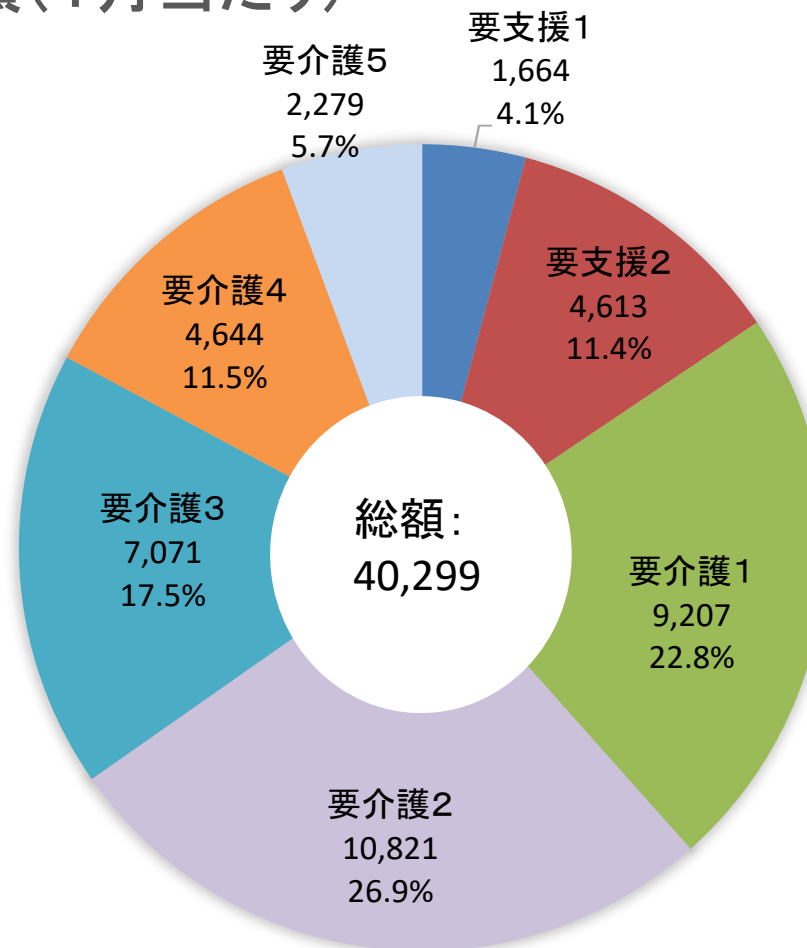
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

通所リハビリテーションの要介護度別費用額

- 平成31年3月末現在、要介護1・2を合計した割合は49.7%、要介護3・4を合計した割合は29.0%、要介護5が占める割合は5.7%となっている。

要介護度別費用額(1月当たり)

(単位:百万円)

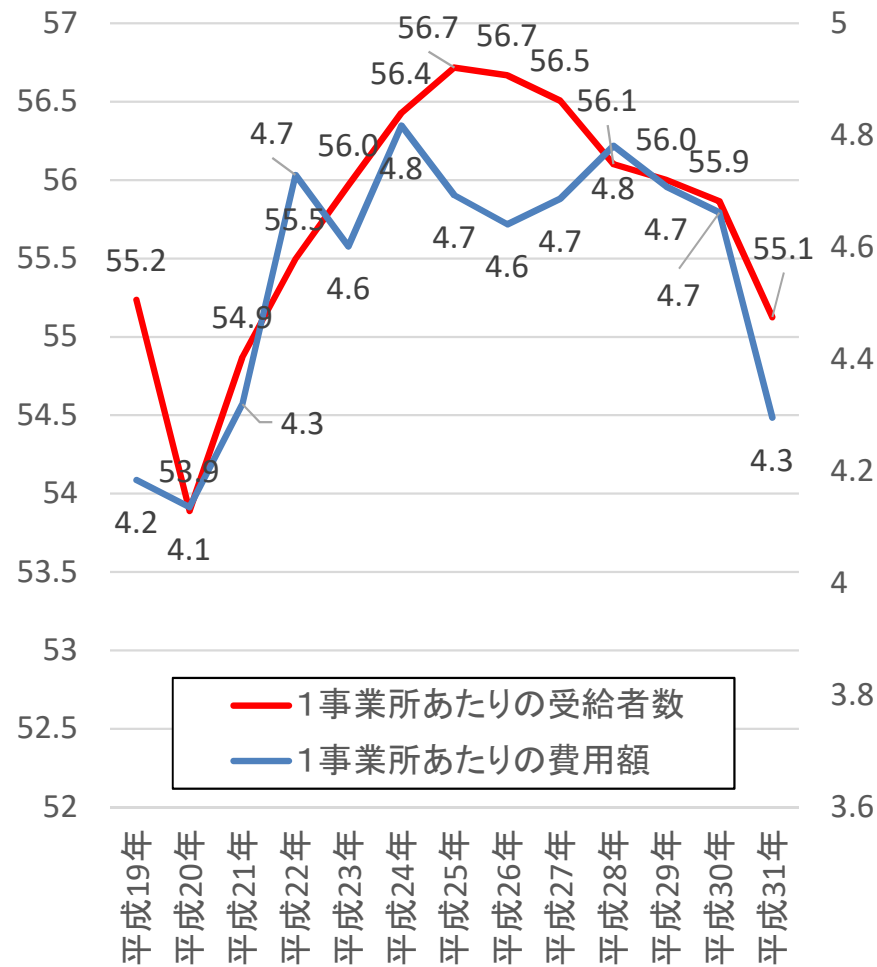


注1) 介護給付費等実態統計月報の平成31年4月審査(3月サービス提供)分の状況。

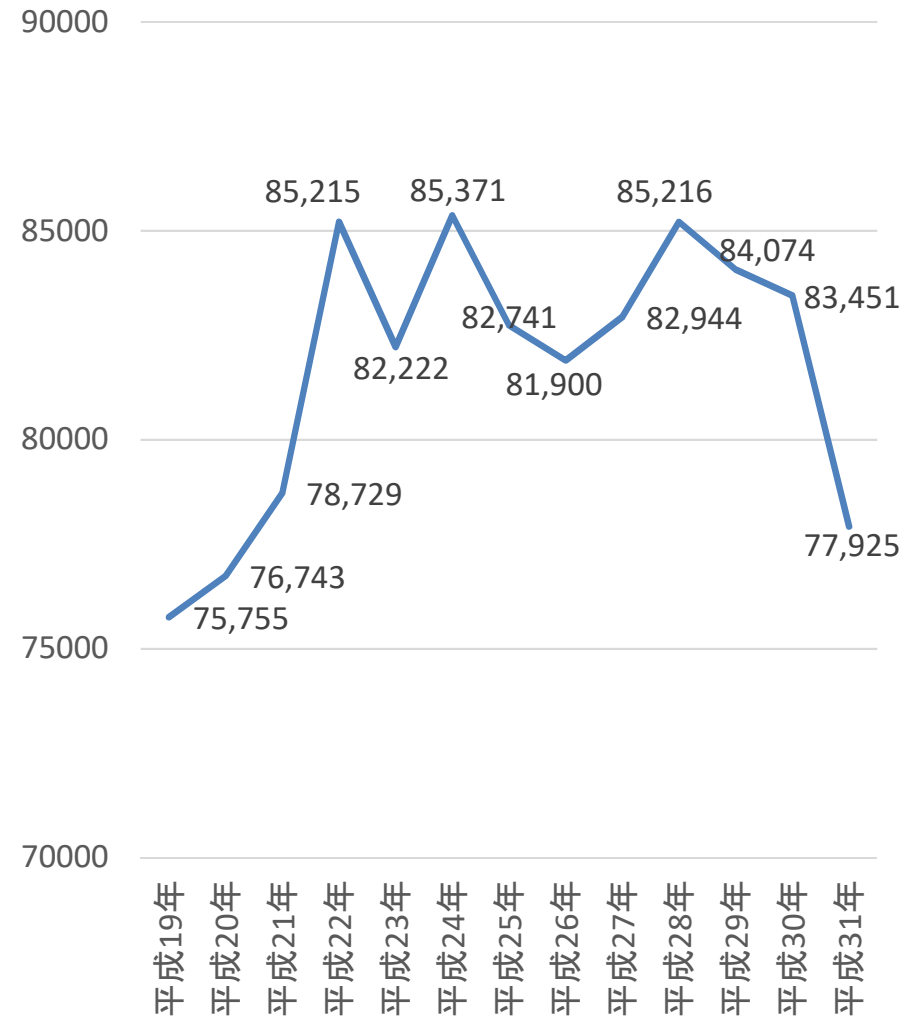
注2) 四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

通所リハビリテーション 1事業所1月あたりの受給者数・費用額、1人1月あたりの費用額

(人) [1事業所1月あたりの受給者数・費用額] (百万円)



(円) [1人1月あたりの費用額]

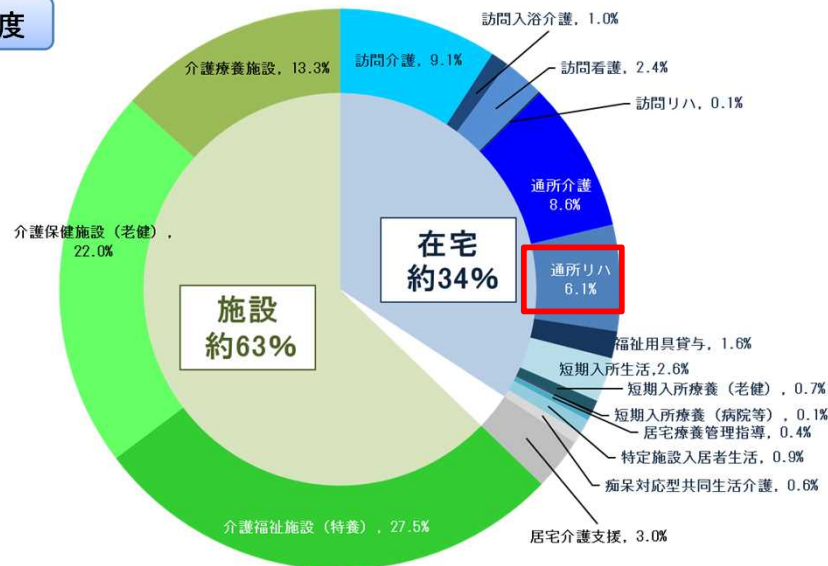


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

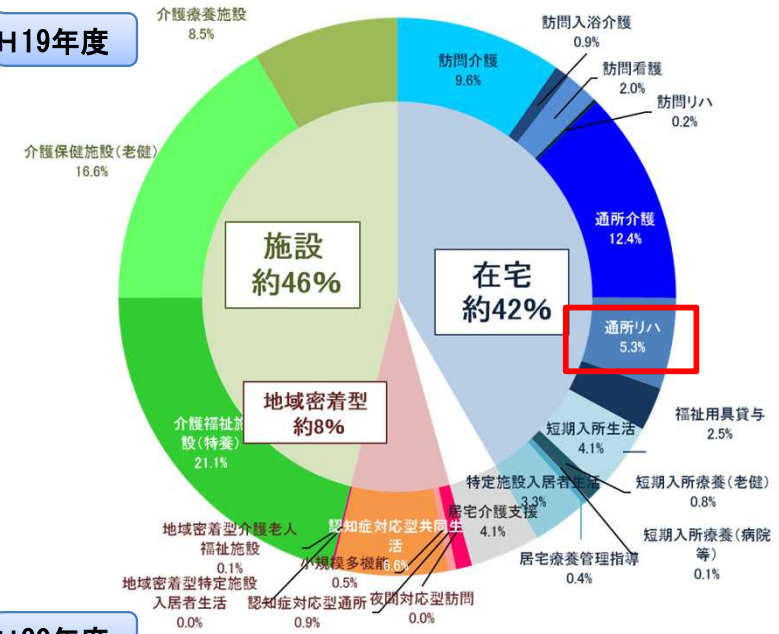
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

サービス種別別介護費用額割合の推移

H13年度



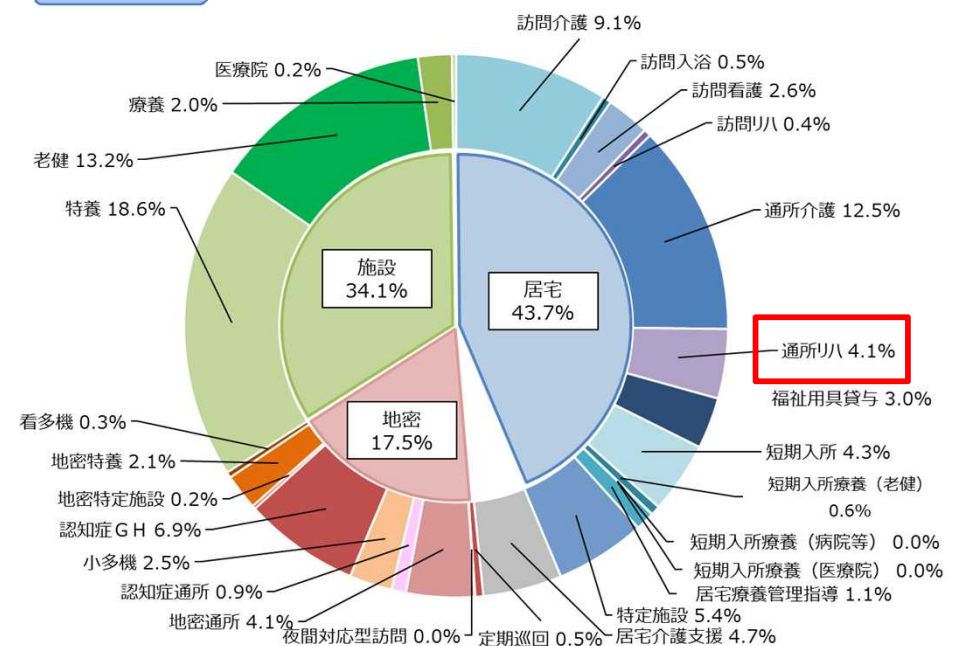
H19年度



H24年度



H30年度



〔出典〕介護給付費等実態統計(旧:調査)(平成13年度から平成30年度)より作成

総費用等における提供サービスの内訳(平成30年度) 金額

		費用額 (百万円)	利用者数 (千人)	事業所数
居宅	訪問介護	900,694	1,456.7	33,176
	訪問入浴介護	52,495	123.0	1,770
	訪問看護	257,052	701.0	11,795
	訪問リハビリテーション	42,823	153.6	4,614
	通所介護	1,243,519	1,604.5	23,881
	通所リハビリテーション	409,205	621.8	7,920
	福祉用具貸与	302,033	2,413.1	7,113
	短期入所生活介護	422,572	739.1	10,615
	短期入所療養介護	57,484	152.9	3,781
	居宅療養管理指導	111,247	1,053.5	39,123
	特定施設入居者生活介護	532,291	280.6	5,550
計		4,331,418	3,930.2	149,338
居宅介護支援		465,401	3,581.1	39,685
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	46,295	36.8	946
	夜間対応型訪問介護	3,416	12.6	172
	地域密着型通所介護	402,188	596.8	19,452
	認知症対応型通所介護	85,213	82.7	3,439
	小規模多機能型居宅介護	252,000	143.2	5,648
	看護小規模多機能型居宅介護	33,730	18.1	627
	認知症対応型共同生活介護	682,789	257.4	13,904
	地域密着型特定施設入居者生活介護	19,718	10.4	350
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	211,289	75.7	2,344
計		1,736,638	1,182.6	46,882
施設	介護老人福祉施設	1,847,256	690.7	8,057
	介護老人保健施設	1,306,490	566.2	4,285
	介護療養型医療施設	199,799	73.0	912
	介護医療院	23,724	12.4	145
計		3,377,270	1,284.6	13,399
合計		9,910,728	5,179.2	244,054

【出典】厚生労働省「平成30年度介護給付費等実態統計」

※事業者数は延べ数である。

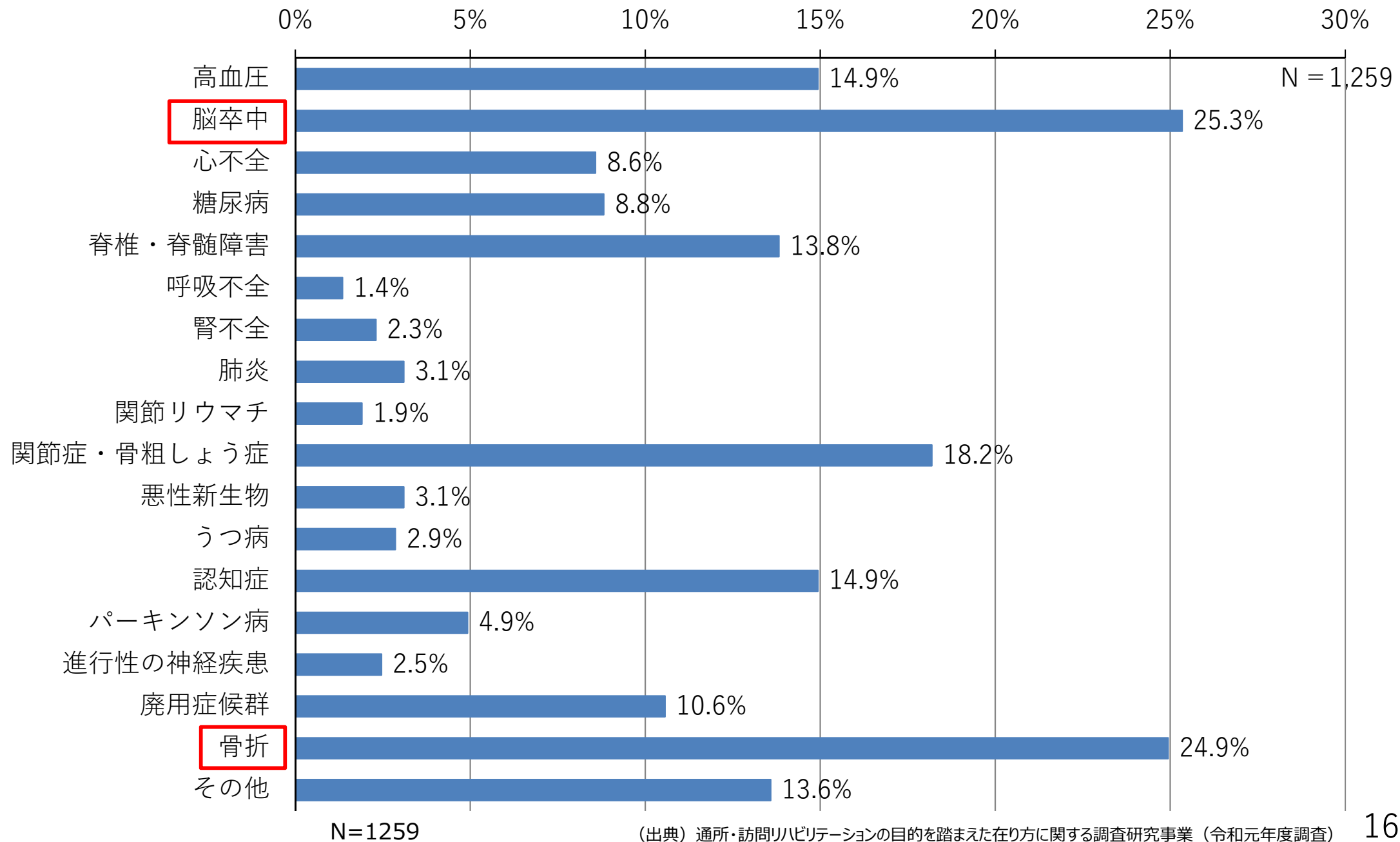
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費は、平成30年度(平成30年5月～平成31年4月審査分(平成30年4月～平成31年3月サービス提供分)、請求事業所数は、平成31年4月審査分である。

(注3) 利用者数は、平成30年4月から平成31年3月の1年間に於いて一度でも介護サービスを受給したことのある者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

通所リハビリテーションが必要となった原因の傷病

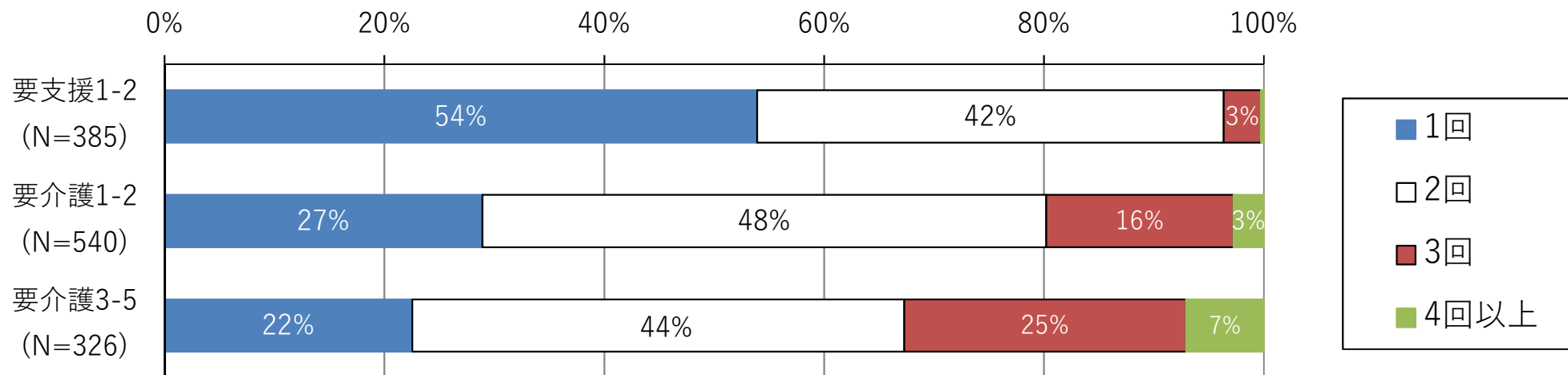
○ 通所リハビリテーションが必要となった原因の傷病としては脳卒中と骨折が多い。



通所リハビリテーションの利用頻度

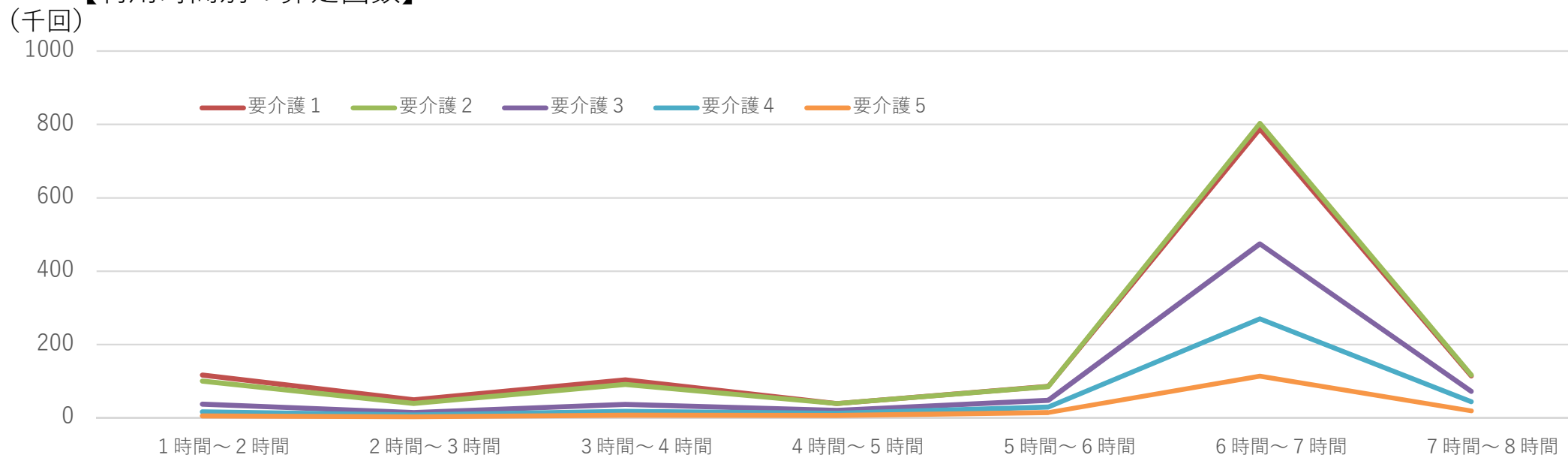
- 要支援者は、週1～2回の利用が95%以上を占め、要介護者は週1～3回の利用が約90%を占める。
- 要介護者について、全ての要介護度で、6～7時間の利用が最も多い。

【1週あたりの利用頻度】



(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業 (令和元年度調査)

【利用時間別の算定回数】

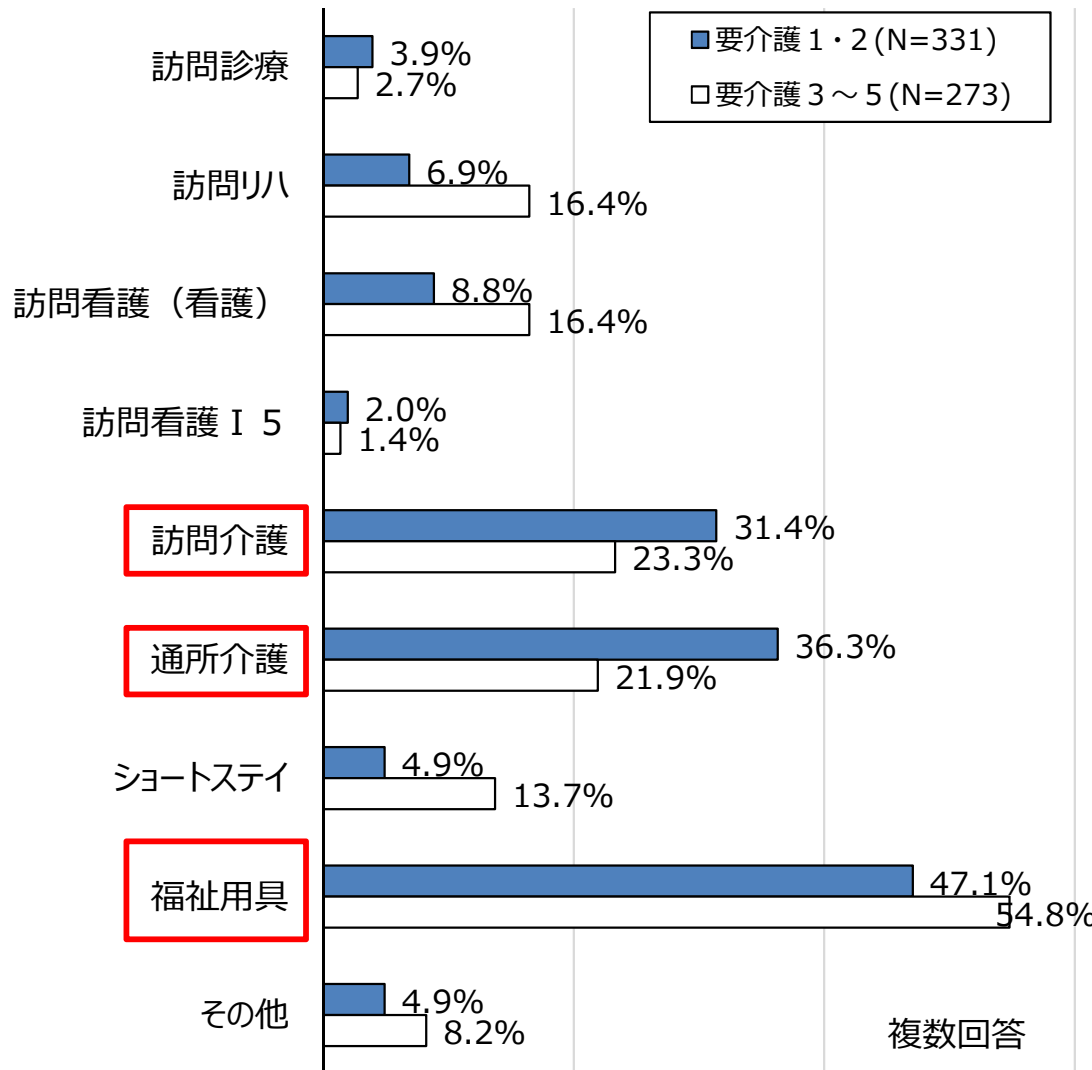


(出典) 介護保険総合データベースより任意集計 (令和2年2月分)

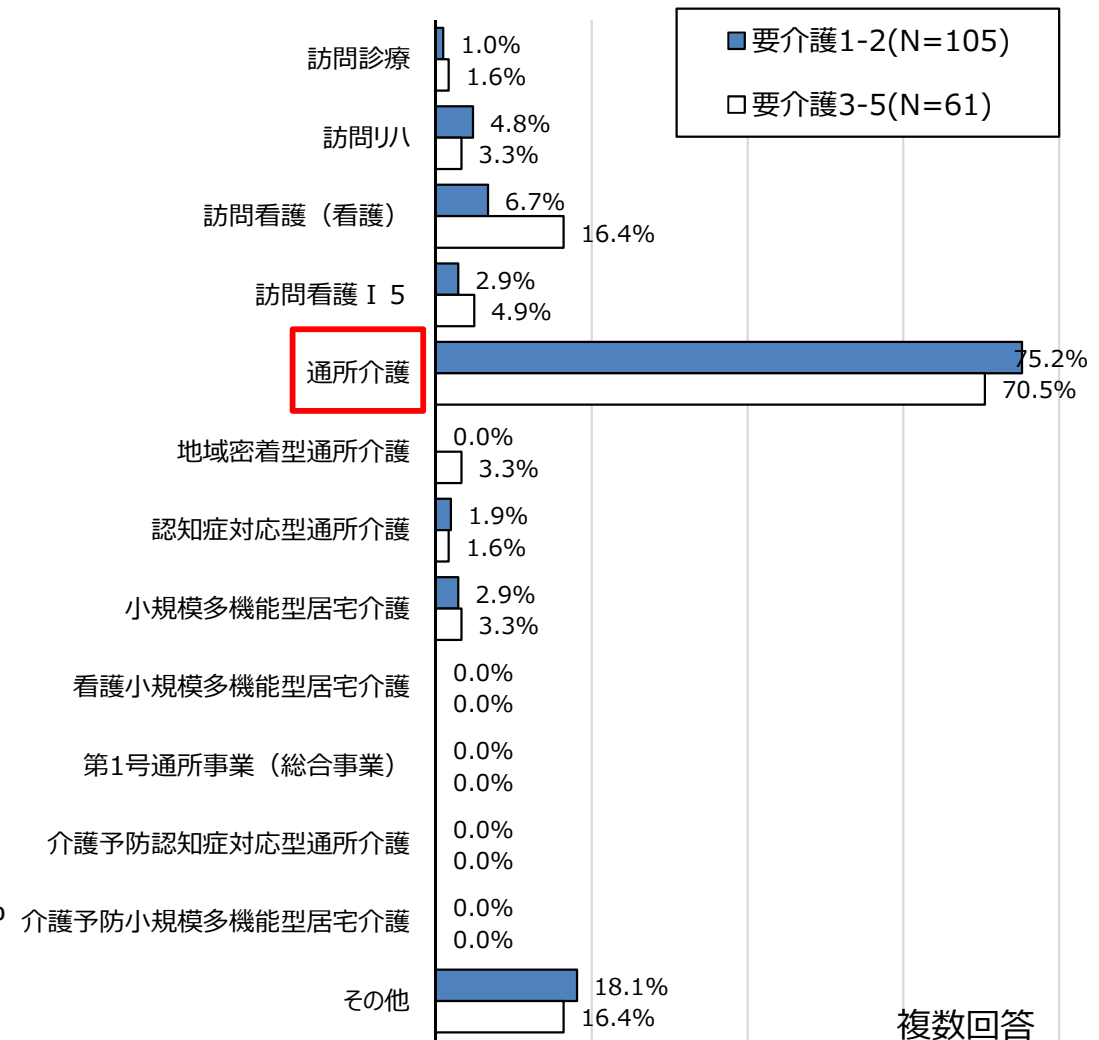
通所リハビリテーションの併用サービスと修了後サービス

- 通所リハビリテーションと併用しているサービス割合は、福祉用具（約 5 割）、通所介護（約 3 割）、訪問介護（約 3 割）であった。
- 修了後に利用したサービスは、通所介護が約 7 割であった。

併用している介護保険サービス



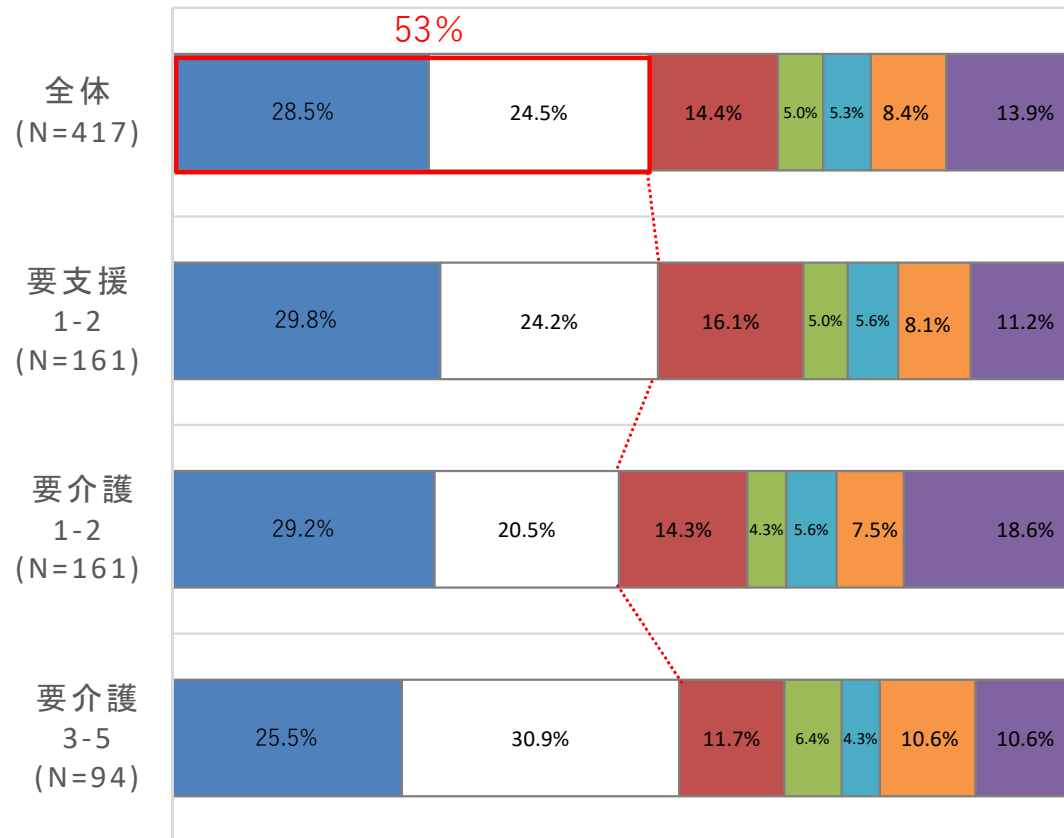
修了後に利用した介護保険サービス・事業等



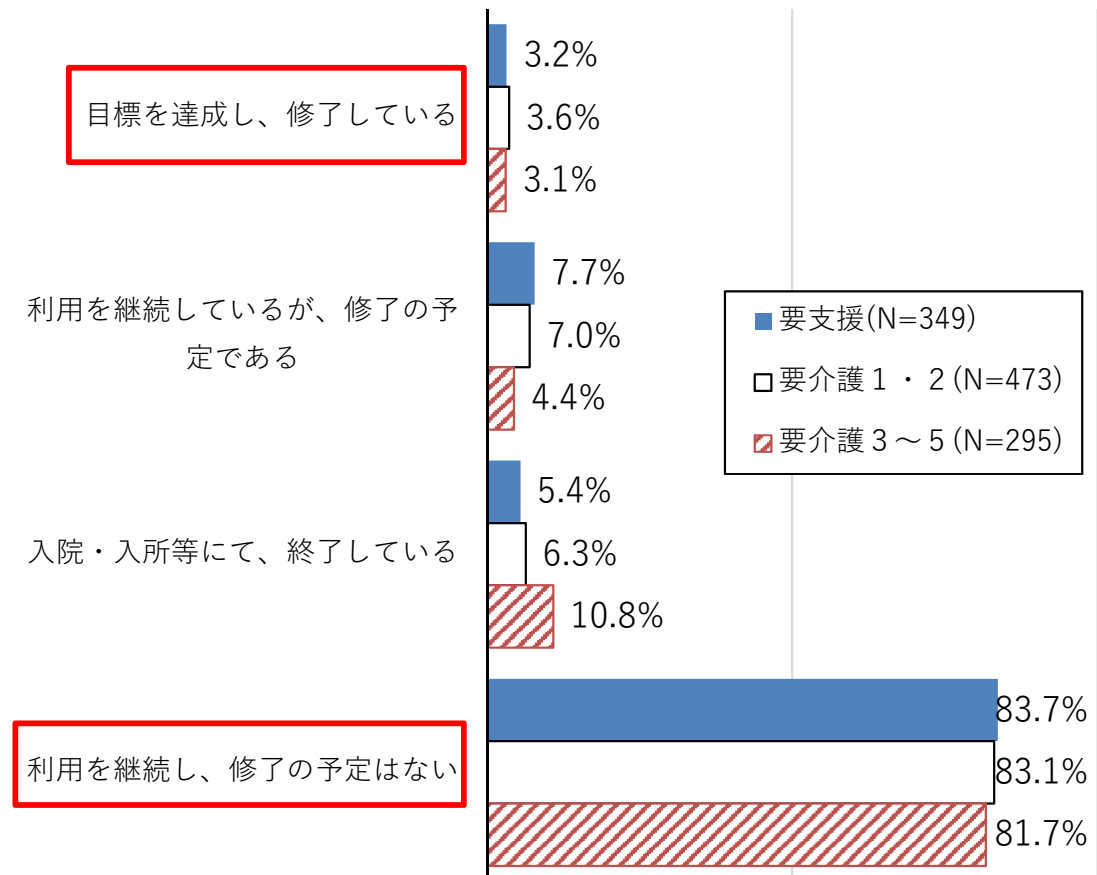
通所リハビリテーションの利用期間、利用状況と今後の予定

- 通所リハビリテーション開始6ヶ月後の状況をみると、修了している利用者は約3%であり、修了予定のない利用者は、約80%となっていた。
- 通所リハビリテーションを修了した者の利用期間をみると、1年以内が約半数となっていた。

平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者の利用期間



平成31年1～2月に通所リハビリテーション開始した者の6ヶ月後における利用状況と今後の予定

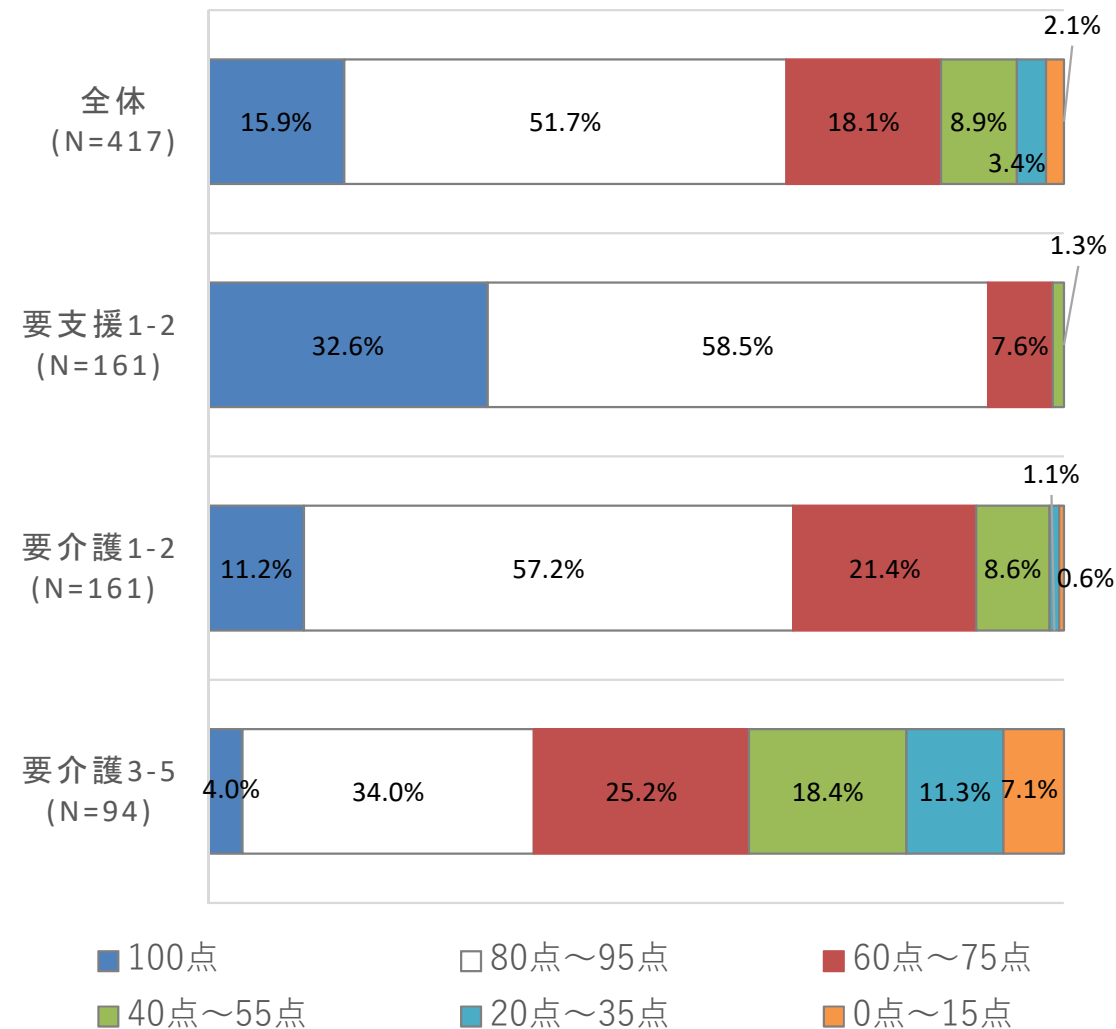


■ 6ヶ月未満 □ 1年未満 ■ 2年未満 ■ 3年未満 ■ 4年未満 ■ 4年以上 ■ 無回答

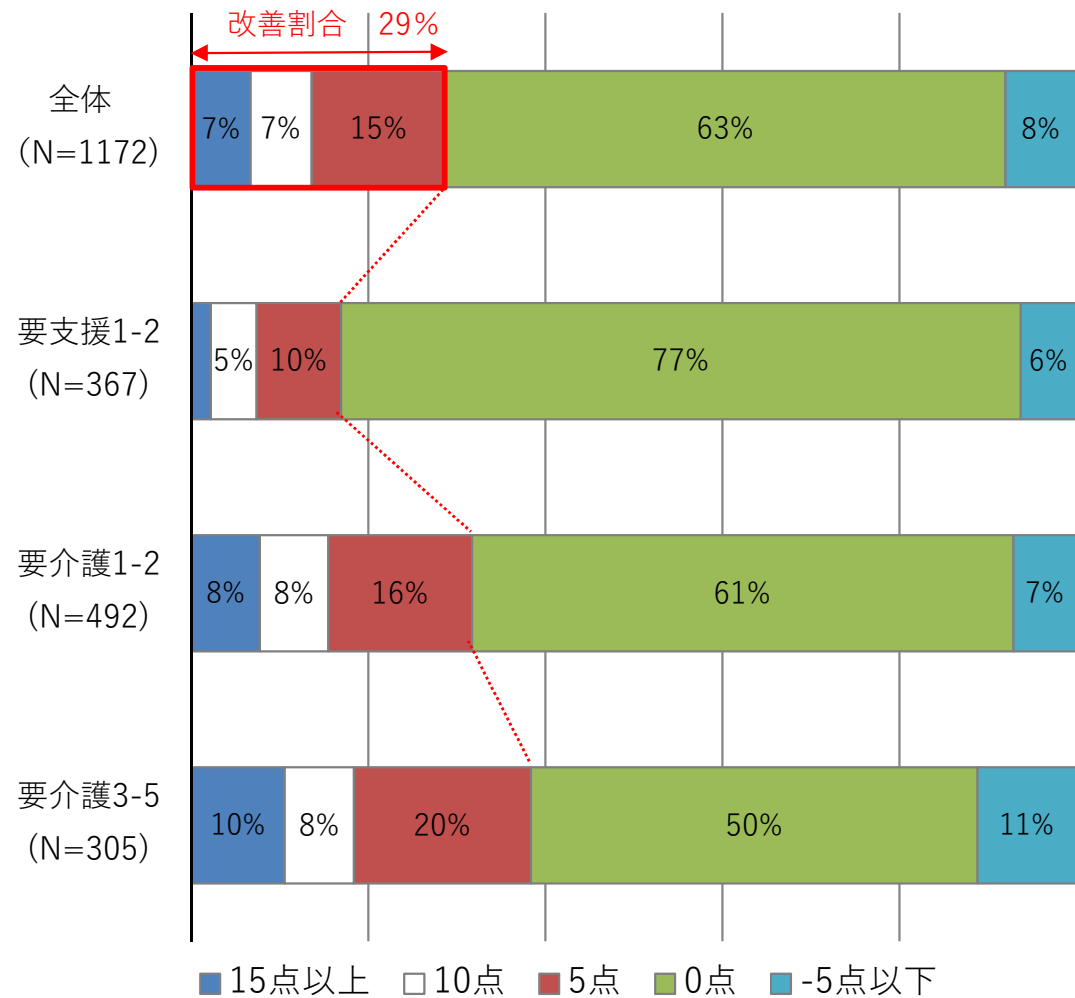
通所リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の約3割においてADL評価であるBarthel Indexは満点（100点）であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、約3割で改善していた。

利用者の開始時のADL（Barthel Index）



利用開始から6ヶ月後におけるADL（Barthel Index）の点数変化



通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

- 通所リハビリテーションと通所介護では、医師の配置や、求められるリハビリテーション専門職、サービスの実施内容・目的等が異なっている。

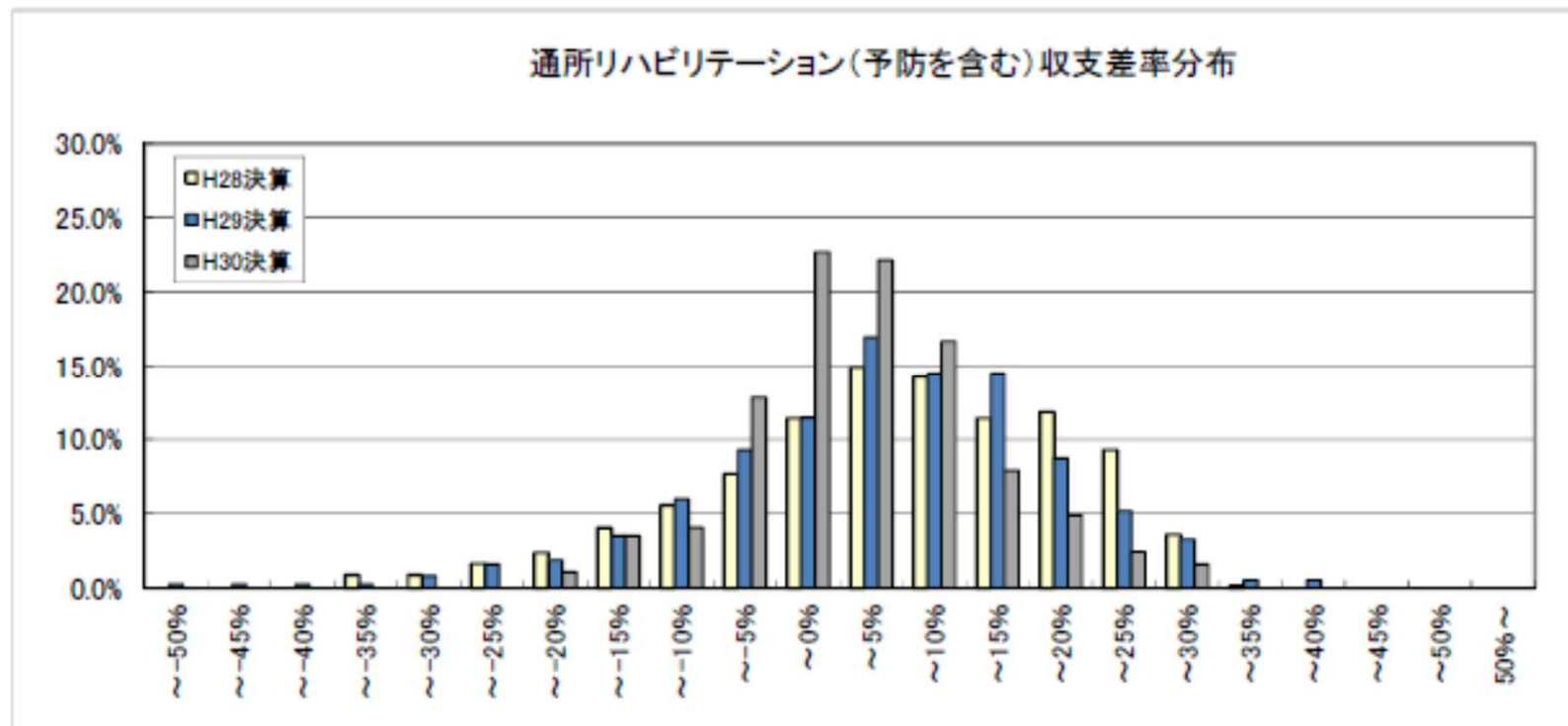
	通所リハビリテーション	通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院	(－)
医師の配置	専任の常勤医師 1 以上	(－)
リハビリテーションや機能訓練を行う者の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者 100人に 1 名以上 ※ 所要 1 ～ 2 時間の場合は、適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供可能	機能訓練指導員 1 以上 ※ 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者。この「訓練を行う能力を有する者」とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、一定のあん摩マッサージ指圧はり師又はきゅう師の資格を有する者
実施内容・目的	【内容】 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション 【目的】 利用者の 心身機能の維持回復 を図ること	【内容】 必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うこと 【目的】 利用者の 社会的孤立感の解消、心身の機能の維持、利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減 を図るもの
リハビリテーション計画書／通所介護計画書	通所リハビリテーション計画書 医師の診察内容 や運動機能検査等の結果に基づき、サービス提供に関わる従業者が共同して、利用者毎に作成	通所介護計画 利用者の心身の状況や希望、その置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載し、利用者毎に作成

通所リハビリテーションの経営状況

○ 通所リハビリテーションの収支差率は3.1%となっている。

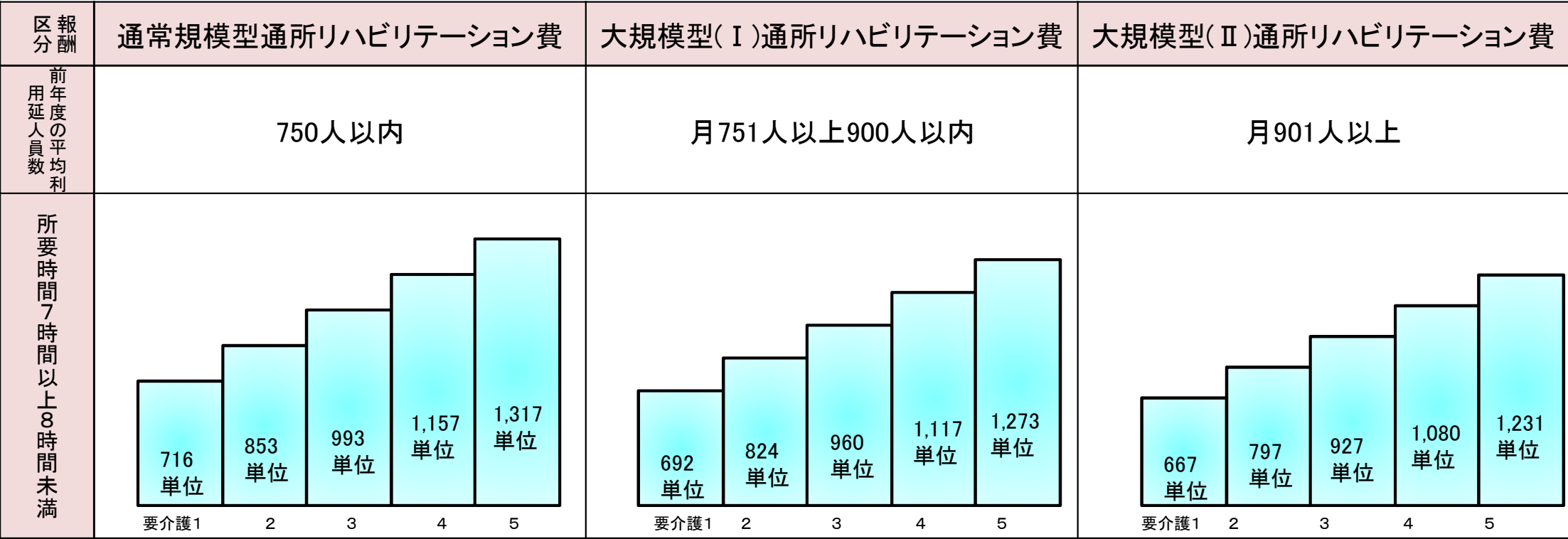
■ リハビリテーションサービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率 有効回答数：366

サービスの種類	令和元年度 概況調査		
	H29年度 決算	H30年度 決算	対29年度 増減
通所リハビリテーション(予防を含む)	5.7% (5.1%)	3.1% (2.6%)	- 2.6%
訪問リハビリテーション(予防を含む)	4.6% (4.0%)	3.2% (2.6%)	- 1.4%



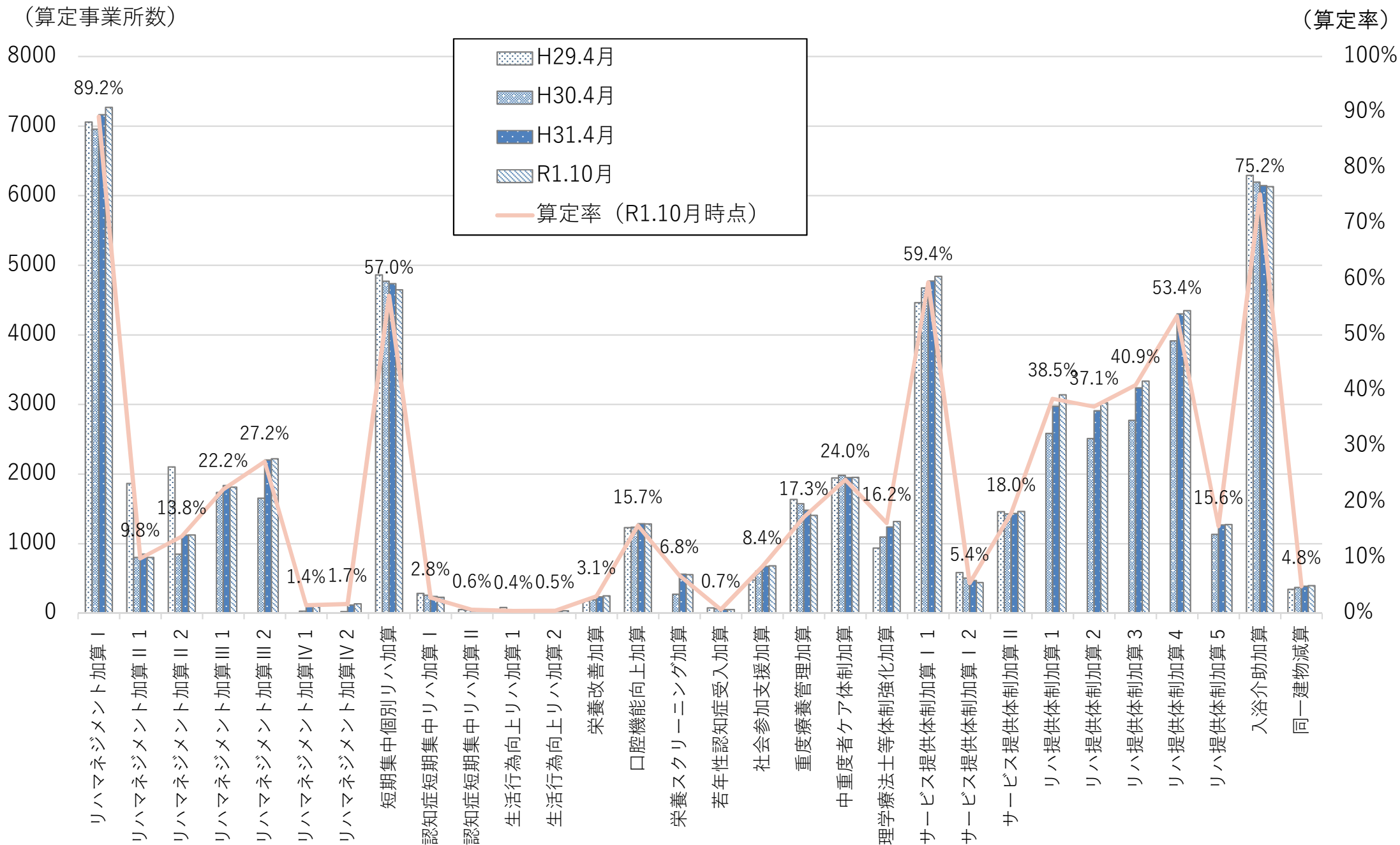
通所リハビリテーションの経営状況

- 通所リハビリテーションの基本報酬については、収支差率の状況等を踏まえ、スケールメリットを考慮しつつ全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないよう設定されている。
- 規模別に比較すると、延べ利用者数の増加に伴い、収支差率もプラスとなっている。
- なお、「751～900人」と「901人～」とで収支差率が逆転している原因として、平成30年度介護報酬改定における「3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し」と「規模ごとの基本報酬の見直し」が考えられる。



延べ利用者数	150人以下	151～300人	301～450人	451～600人	601～750人	751～900人	901人以上
平成30年度収支差	-3.7%	-3.8%	1.3%	2.9%	4.0%	5.5%	3.6%
平成29年度収支差	-1.4%	-3.0%	5.4%	6.0%	5.0%	6.6%	6.9%
有効回答数	24	52	62	72	48	41	67

通所リハビリテーションにおける各加算の算定状況



※各月の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合データベースから任意集計
 ※算定率は、当該月の加算算定事業所／請求事業所数により算出した

通所リハビリテーション (平成30年度介護報酬改定)

改定事項

①医師の指示の明確化等

②リハビリテーション会議への参加方法の見直し等

③リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価

④介護予防通所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の創設

⑤社会参加支援加算の要件の明確化等

⑥介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

⑦栄養改善の取組の推進

⑧3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等

⑨短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和

⑩医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等

⑪介護医療院が提供する通所リハビリテーション

⑫介護職員処遇改善加算の見直し

リハビリテーションに関する医師の関与の強化 (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- 要支援者のリハビリテーションについて、要介護者のリハビリテーションに設けられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。

通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価する。

通所リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) **230単位/月**

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**

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ) **330単位/月**

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**

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**

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**

- 要支援者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実現するためのリハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、多職種連携の取組の評価を創設する。

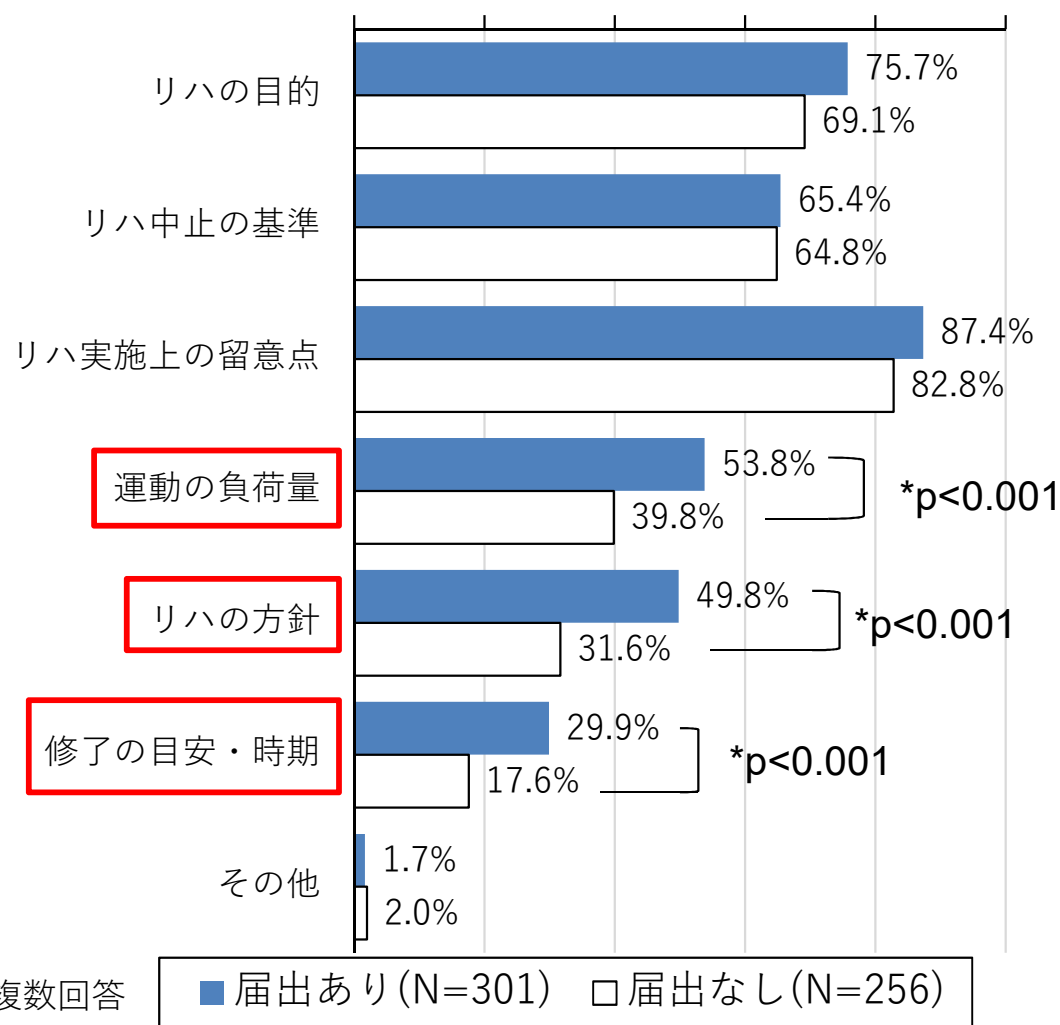
介護予防通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：**330単位/月（新設）**

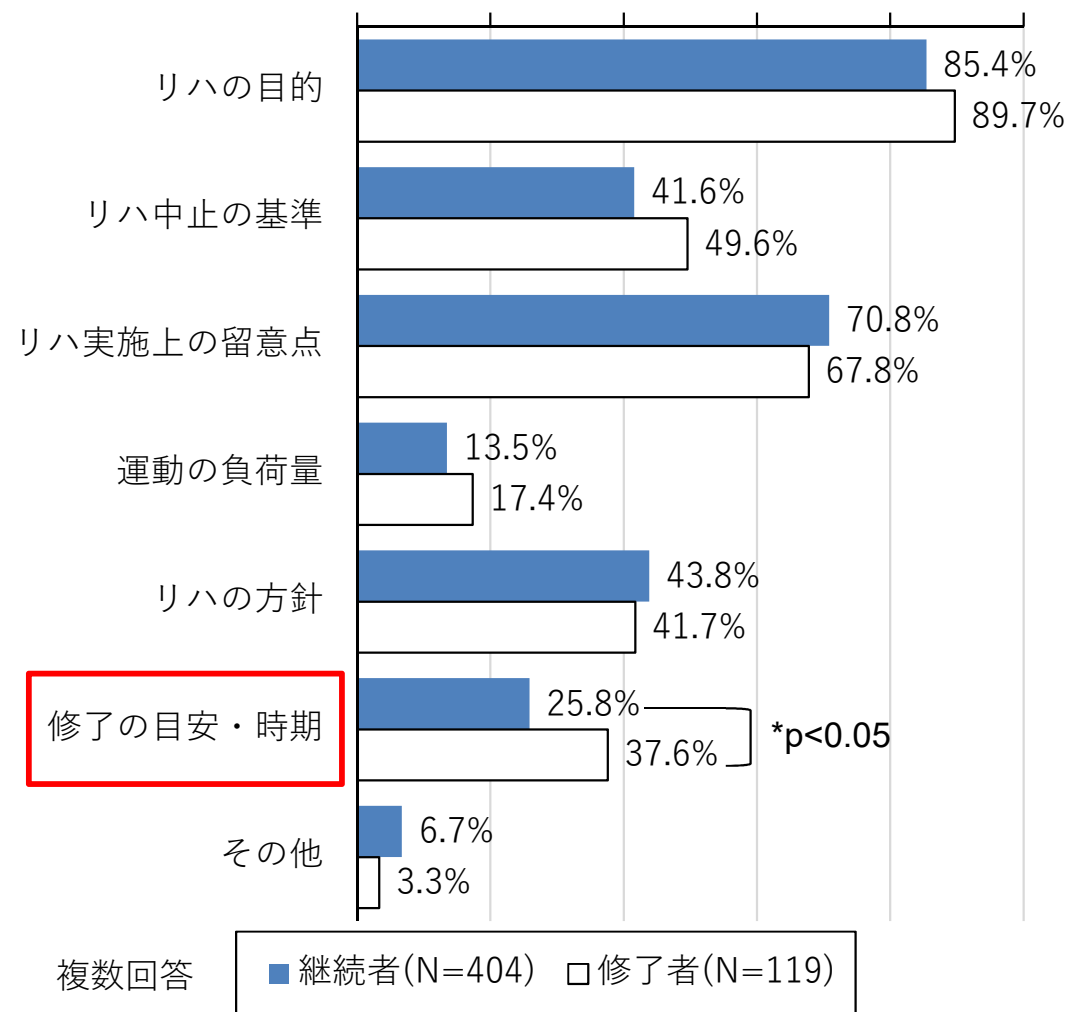
医師の指示内容

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳの届出がある場合は、ない場合と比較し、医師が、運動の負荷量、リハビリテーションの方針、修了の目安・時期について、指示する割合が有意に高い。
- 医師による修了の目安・時期について具体的指示がある場合、ない場合と比較し、有意に通所リハビリテーションの修了に結びついていた。

0% 20% 40% 60% 80% 100%



0% 20% 40% 60% 80% 100%



継続者：新規利用者のうちコミュニティを継続したく6ヶ月後も利用を継続する方
修了者：利用修了者のうち利用期間が6ヶ月以内であった方

リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

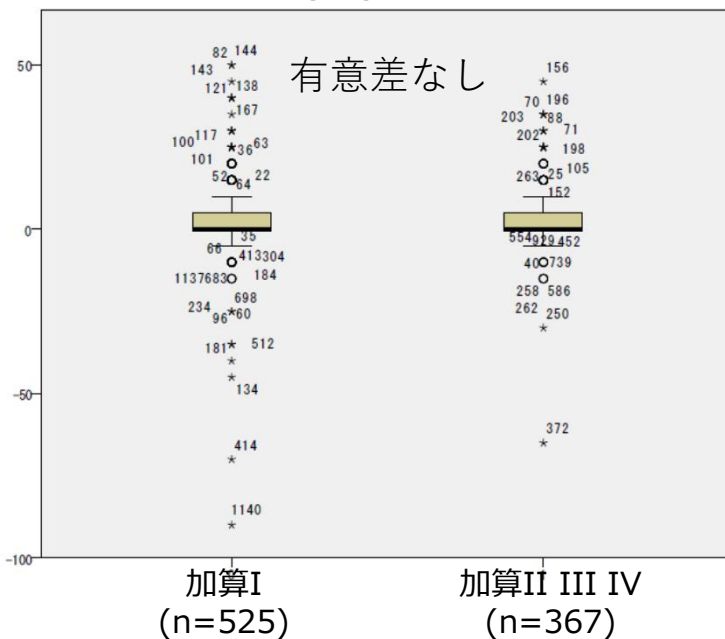
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

利用開始時から6ヶ月後のADL, IADL, LSA変化とリハマネ加算算定との関係

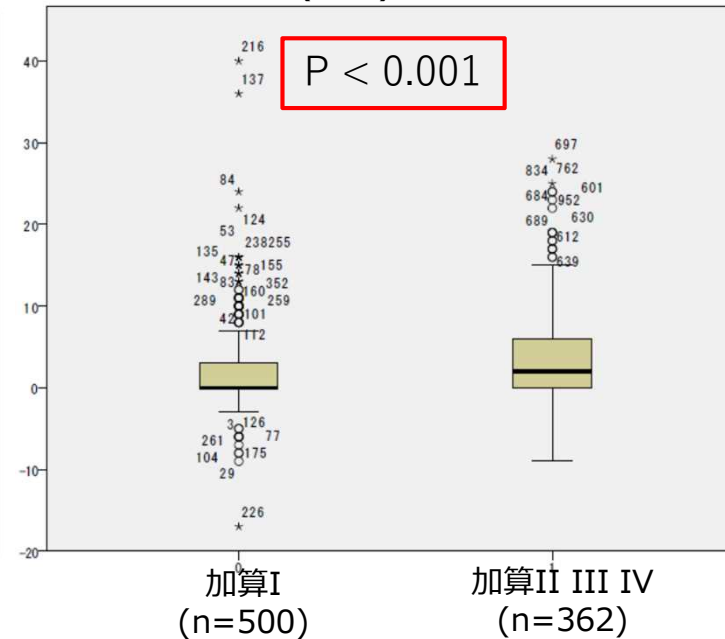
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

平均値 ± 標準偏差 ADLはBarthel Index, IADLはFAI(Frenchay Activities Index)を指標として使用。

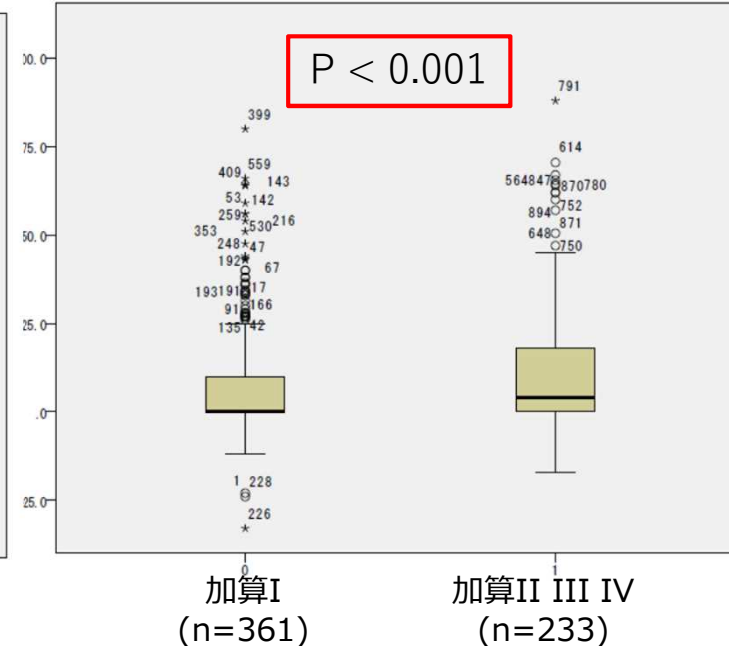
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



社会参加支援加算の要件の明確化等 (平成30年度介護報酬改定)

○ 社会参加支援加算の要件の明確化等【訪問リハ・通所リハ】

社会参加支援加算の算定要件について、サービスの種類を考慮しつつ、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にする。

【社会参加支援加算の概要】

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※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を評価

※ 社会参加に資する取組とは、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へ移行すること。

○単位数

訪問リハビリテーション： 17単位/日
通所リハビリテーション： 12単位/日

○算定要件

・ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること

① 社会参加への移行状況

社会参加に資する取組等を
実施した実人数

$\frac{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}}{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数}} > 5\%$

② リハビリテーションの利用の回転率

12月

平均利用延月数※

$> 25\%$

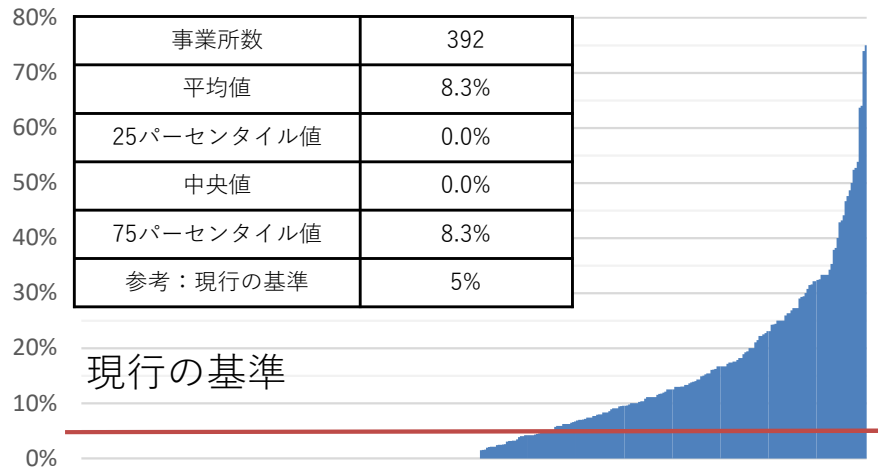
サービス等	訪問リハビリテーション		通所リハビリテーション	
	告示	通知	告示	通知
通所介護	○	○	○	○
通所リハビリテーション	○	○	—	—
地域密着型通所介護	○	○	○	○
認知症対応型通所介護	○	○	○	○
小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
介護予防通所リハビリテーション	新規	新規	—	—
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規	新規	新規
介護予防小規模多機能型居宅介護	新規	新規	新規	新規
第一号通所事業	○	○		○
その他社会参加に資する取組	○			
一般介護予防事業		○		○
居宅における家庭での役割		○		○
就労		新規		新規

※平均利用月数の考え方 = $\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の（新規開始者数＋新規終了者数）} \div 2}$

通所リハビリテーションにおける修了に向けての社会参加評価

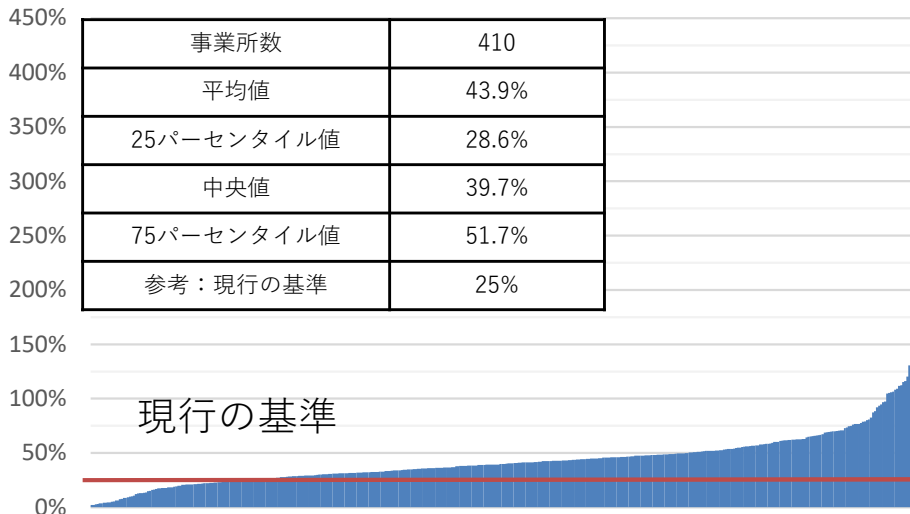
- 社会参加支援加算の算定が困難な理由として、利用者や家族のリハビリ継続の希望が強いことなどが挙げられている。

1年間の社会参加への移行状況



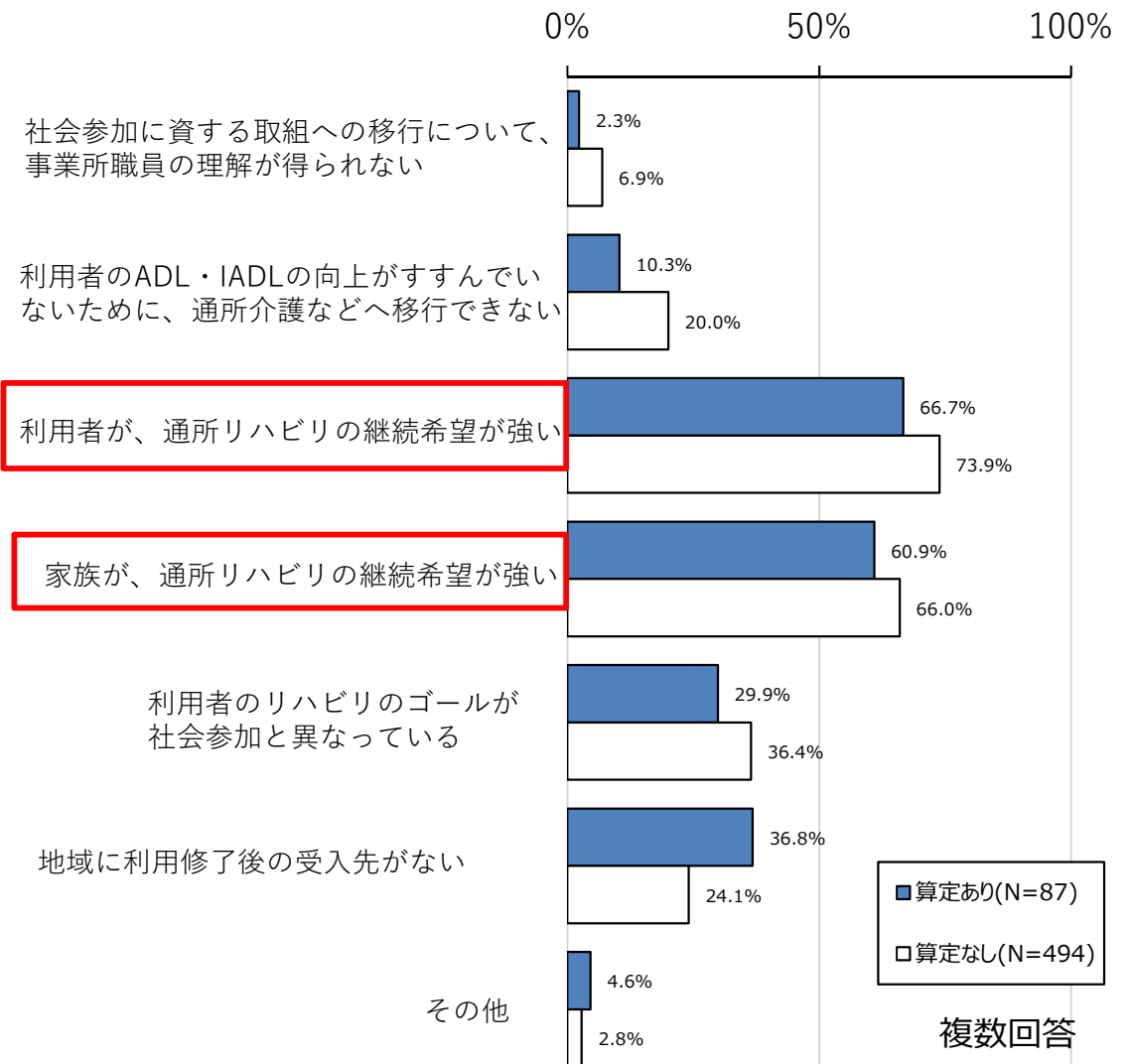
現行の基準

利用回転率



現行の基準

社会参加支援加算の算定が困難な理由



自立支援・重度化防止に資する体制の強化 (平成30年度介護報酬改定)

- 通所リハビリテーションに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハビリテーションにも設ける。

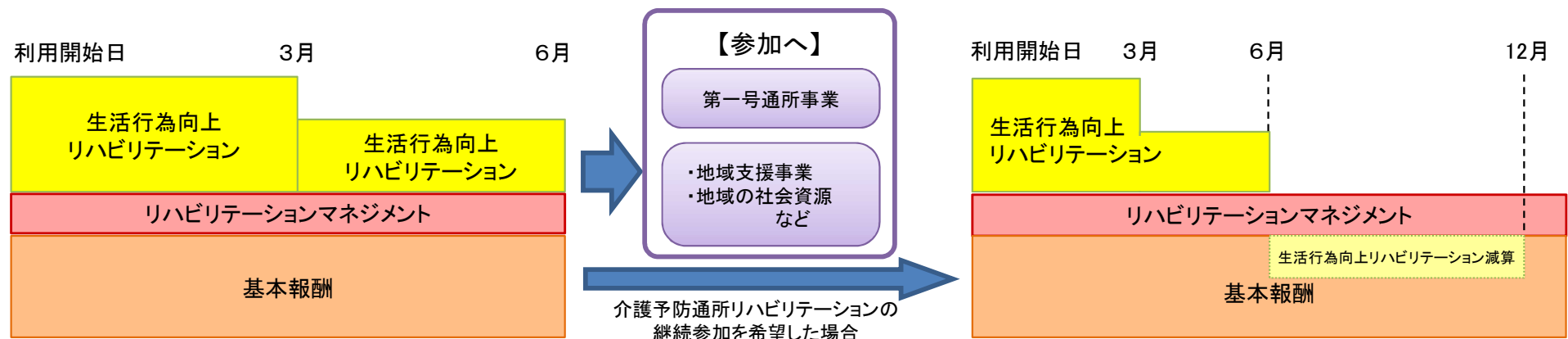
通所リハビリテーション

- 介護予防通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたりハビリテーションの提供を新たに評価する。
- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
 - ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたりハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ③ 当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
 - ④ 介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。

生活行為向上リハビリテーション実施加算	3月以内	900単位／月	(新設)
	3月超、6月以内	450単位／月	(新設)

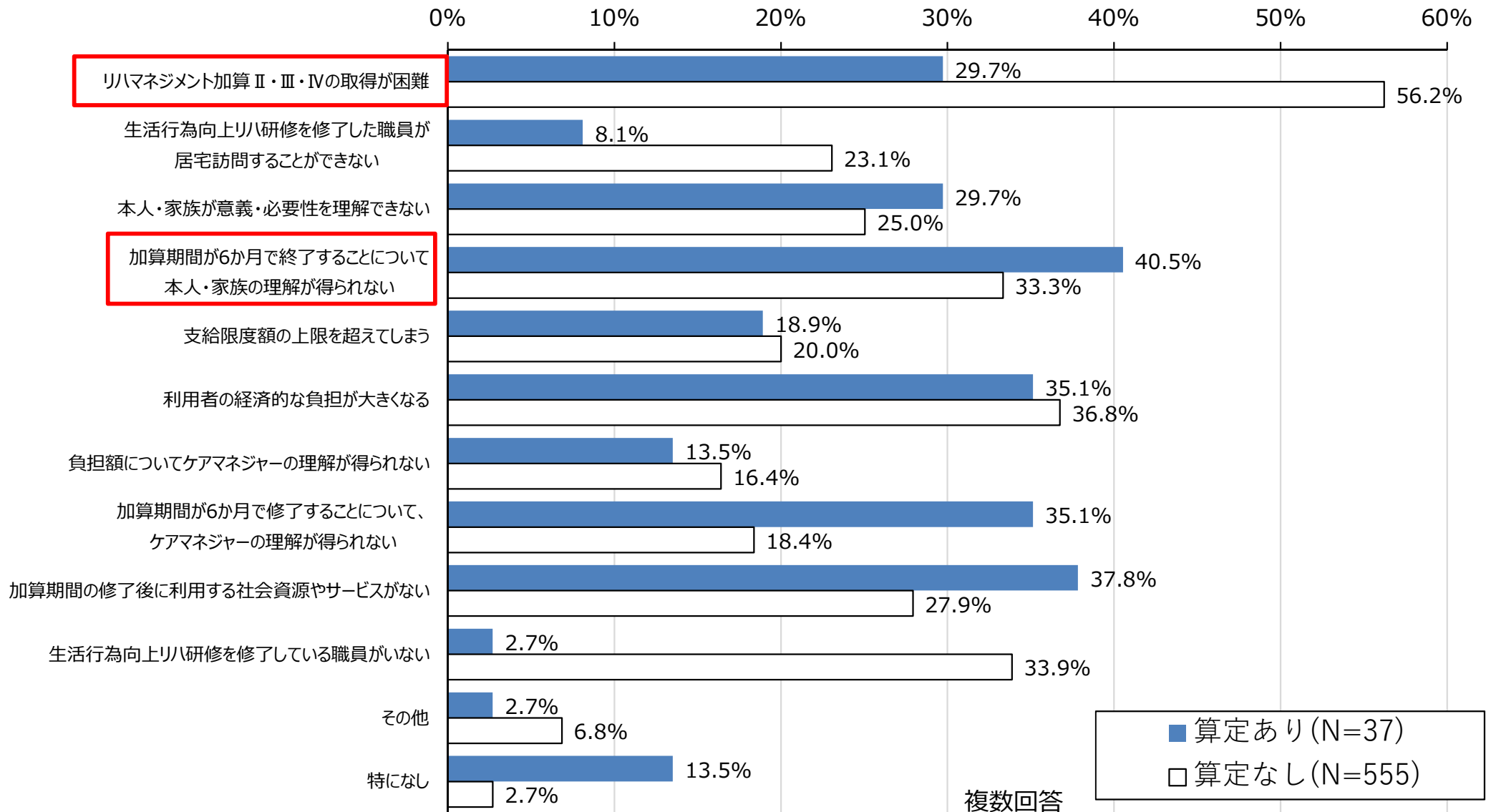
※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算のイメージ】



生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由

- 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由として、算定していない事業所では、リハマネ加算Ⅱ～Ⅳの取得が困難であるとする割合が高く、また、算定している事業所では、加算期間が6ヶ月で終了することの理解が得られないとする割合が高い。



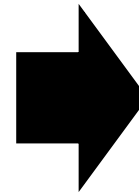
短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算の見直し (平成27年度介護報酬改定)

概要

- ・ 退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復を目的とした、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合し、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直す。

点数の新旧

退院（所）日又は認定日から起算して
1月以内 120単位/日
退院（所）日又は認定日から起算して
1月超3月以内 60単位/日

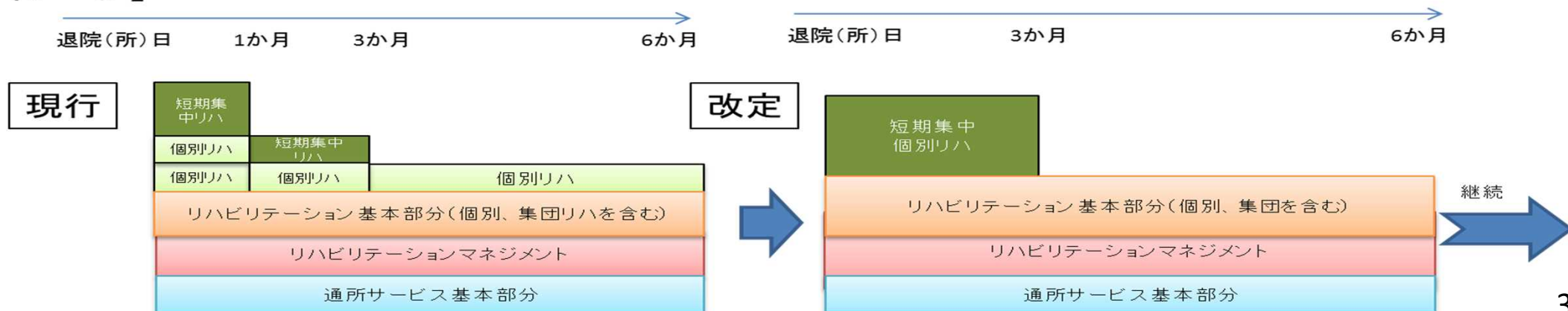


退院（所）日又は認定日から起算して
3月以内 110単位/日

算定要件

- ・ 1週につきおおむね2日以上、1日あたり40分以上の個別にリハビリテーションを実施すること。

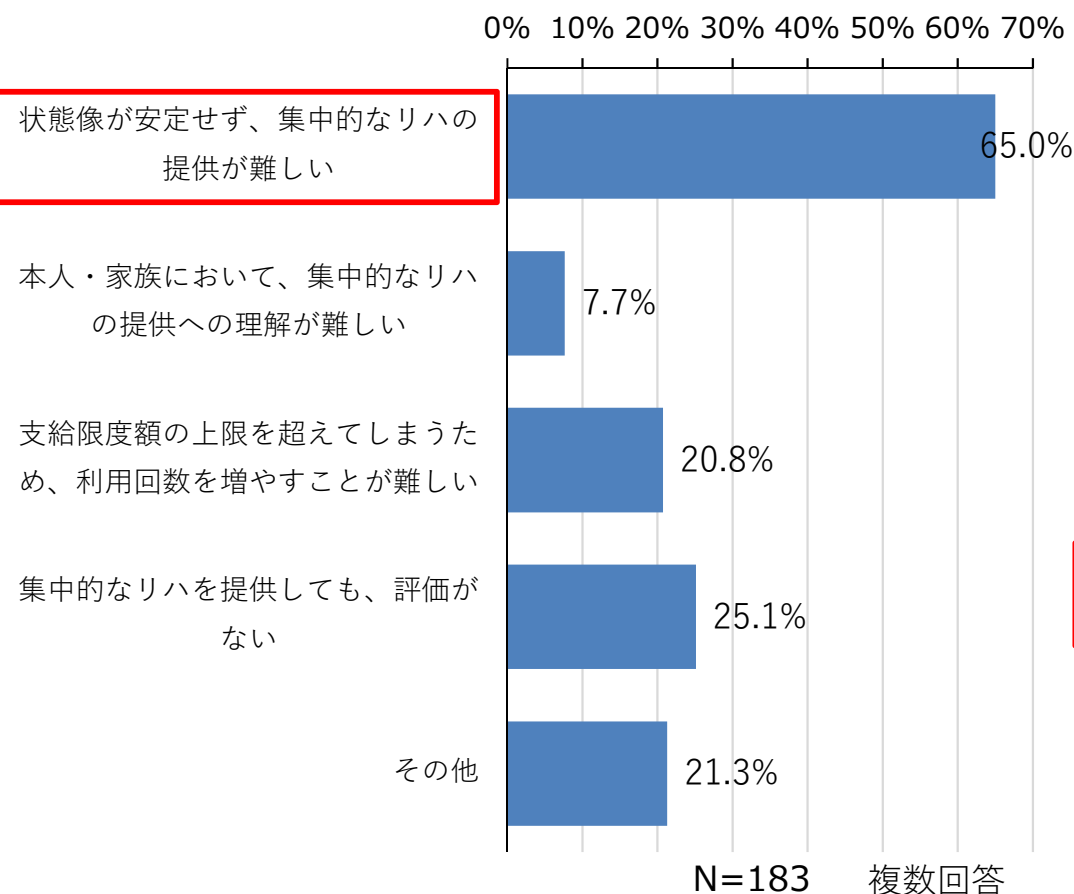
【イメージ】



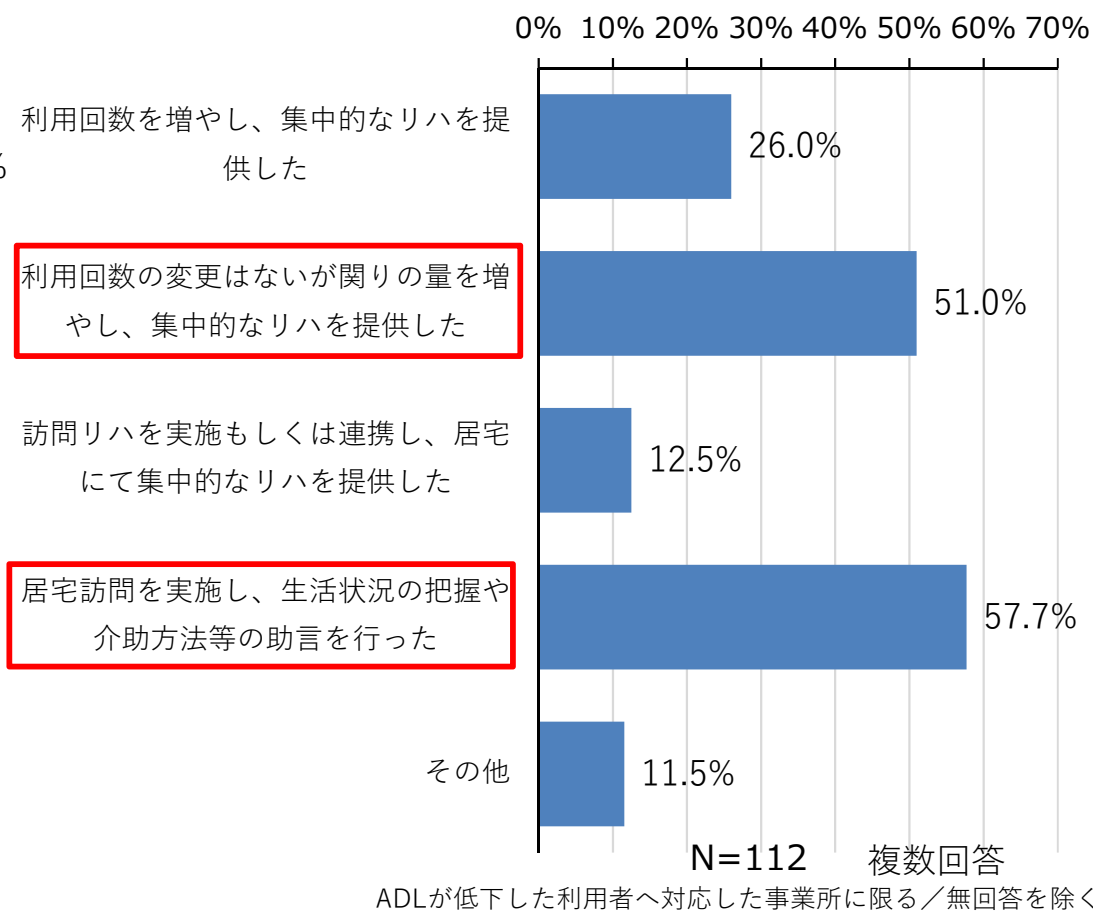
急性増悪等によりADLが低下した利用者への対応について

- 急性増悪等によりADLが低下した利用者への対応に関する課題として、状態像が安定せず、集中的なりハビリテーションの提供が難しい割合が多かった。
- ADLが低下した利用者への対応内容として、居宅訪問を実施し、生活状況の把握や介助方法などの助言を行ったや、利用回数の変更はないが関りの量を増やし、集中的なりハビリテーションを提供した割合が多かった。

急性増悪等によりADLが低下した利用者への対応に関する課題



ADLが低下した利用者への対応内容



認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し (平成27年度介護報酬改定)

概要

認知症高齢者は、個別のリハビリテーションよりも状況が理解されやすい集団活動や何をするのかイメージできる活動の方が参加しやすい
ため、認知症の状態に合わせた効果的な方法や介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加する。

単位数

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) 240 単位/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) 1920 単位/月

算定要件

MMSE又はHDS-Rにおいて、概ね5～25点に相当する利用者が対象 (※)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) の算定要件

- ① 1週間に2日を限度とし、20分以上の個別リハビリテーションを実施
- ② リハマネ加算 (Ⅰ) ～ (Ⅳ) のいずれかの算定が必要

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) の算定要件

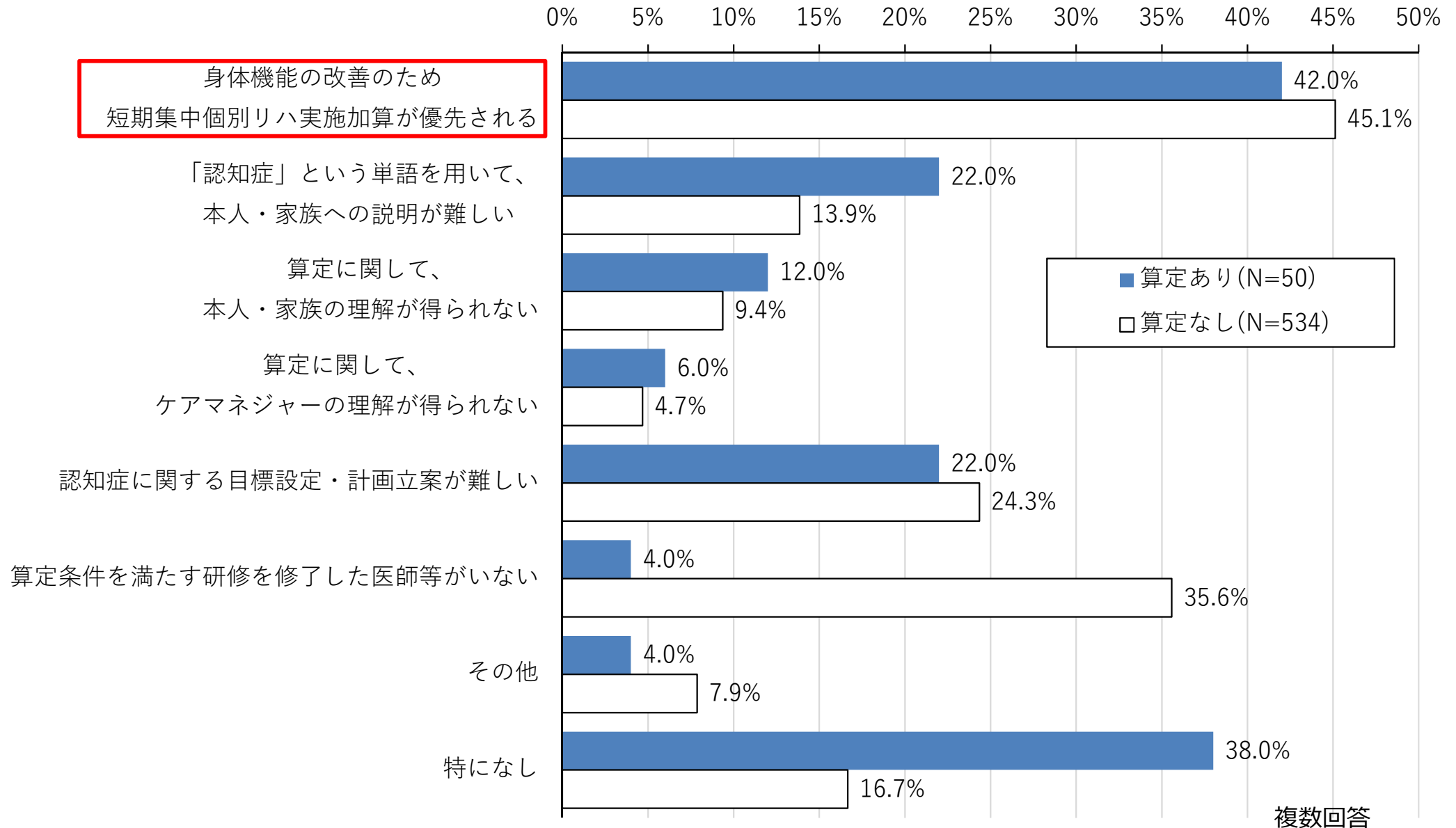
- ① 1月に4回以上実施 (8回以上が望ましい)
- ② 利用者の居宅を訪問、生活環境の把握、応用動作能力等の評価等を行う
- ③ リハマネ加算 (Ⅱ) ～ (Ⅳ) のいずれかの算定が必要

※MMSE (Mini Mental State Examination) とHDS-R (改定長谷川式簡易知能評価スケール) は、認知症の診断に使われるもの



認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由として、身体機能改善のため短期集中個別リハビリテーション実施加算が優先される割合が高い割合が高い。



自立支援・重度化防止に資する体制の強化 (平成30年度介護報酬改定)

○ リハビリテーション専門職の手厚い配置に対する評価【通所リハ】

自立支援、重度化防止の観点から、基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合について評価を行う。

○ 単位数（新設）

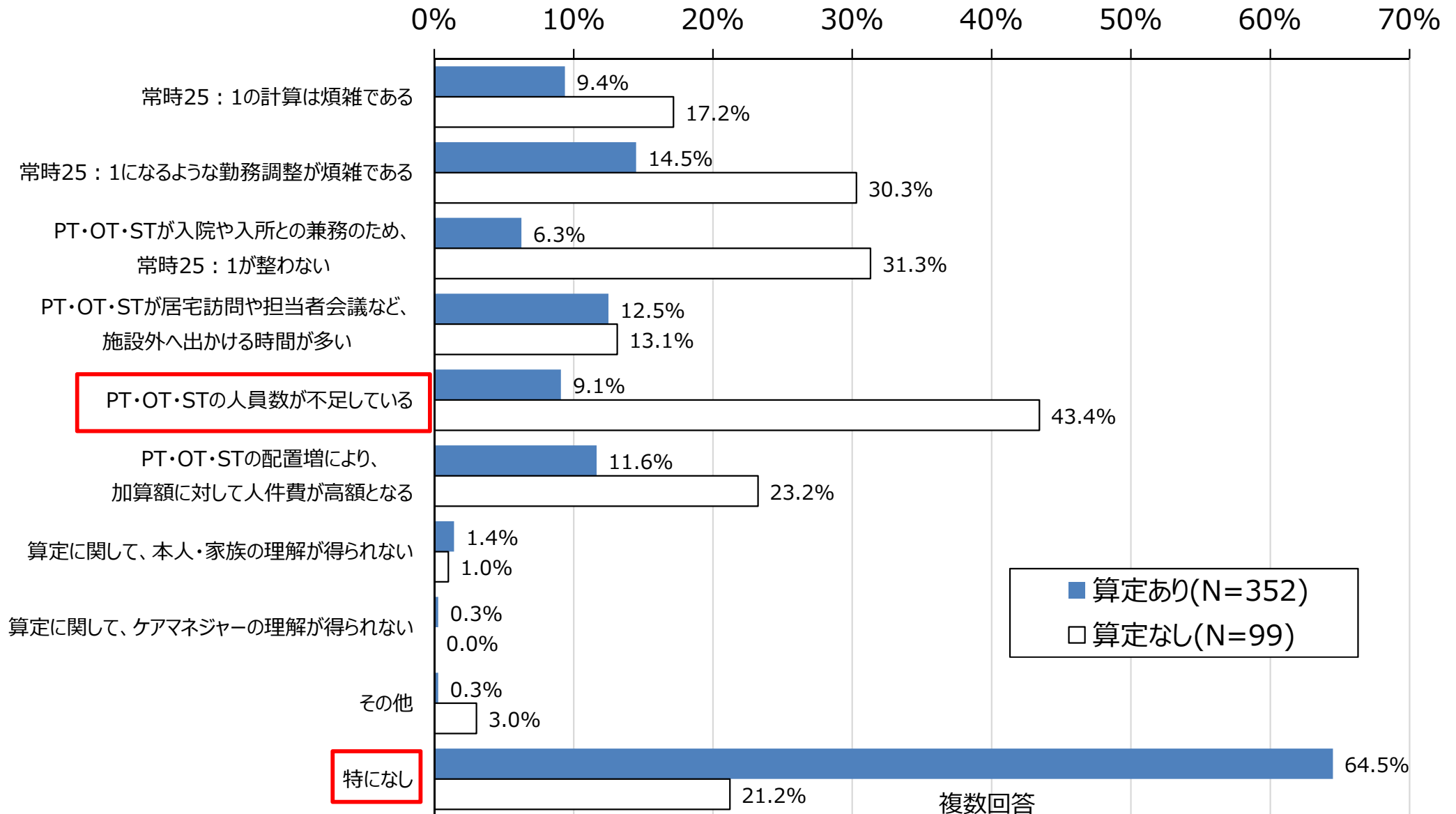
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	12単位／回（新設）
	4時間以上5時間未満	16単位／回（新設）
	5時間以上6時間未満	20単位／回（新設）
	6時間以上7時間未満	24単位／回（新設）
	7時間以上	28単位／回（新設）

○ 算定要件

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までの、いずれかを算定していること。
- ・ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

リハビリテーションサービス提供体制加算の算定が困難な理由

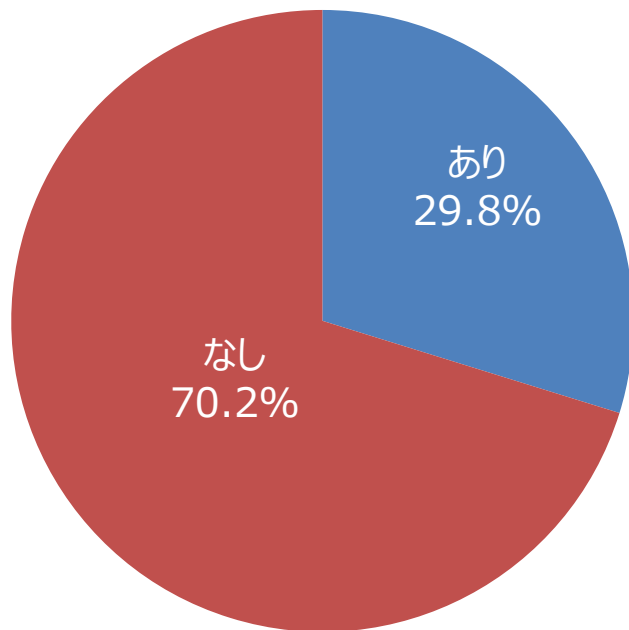
- リハビリテーションサービス提供体制加算の算定が困難な理由として、算定していない事業所ではPT・OT・STの人員数が不足している、算定している事業所では、特になしとする割合が高い。



通所リハビリテーション事業所における人員配置状況

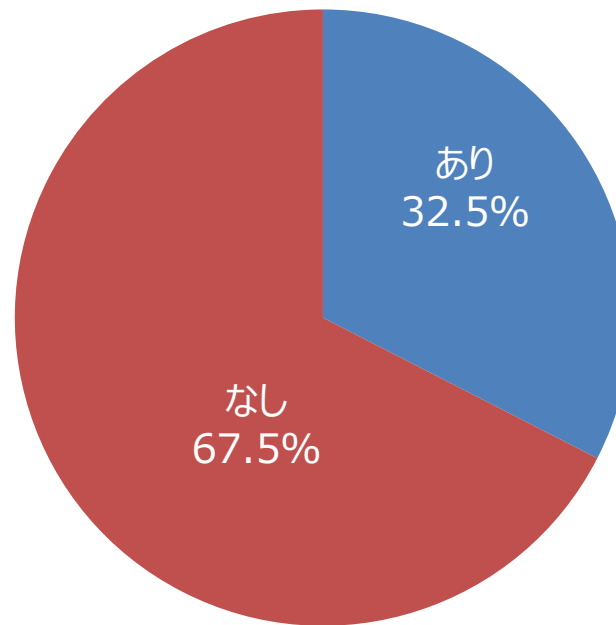
- 通所リハビリテーション事業所の約3割において非常勤医師を配置している。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の全てが配置されている事業者は約3割であった。
- リハビリテーション専門職に関しては職種間に配置人数の差がある。

非常勤医師の配置のある
通所リハ事業所割合



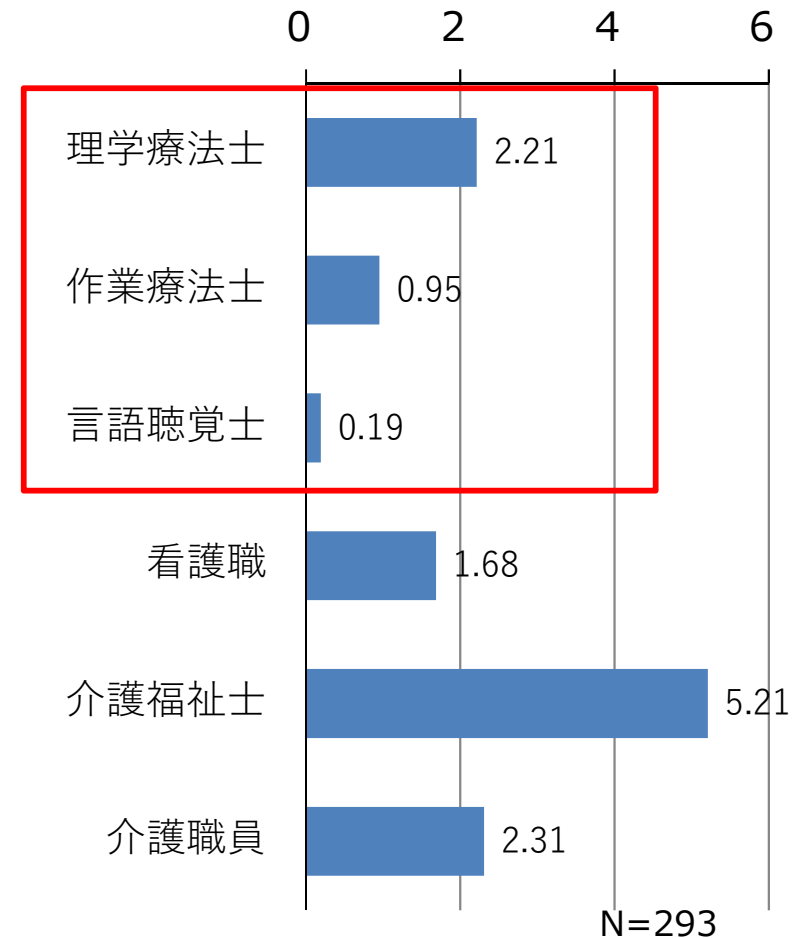
N=386

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の
すべてが配置されている事業者の割合



N=464

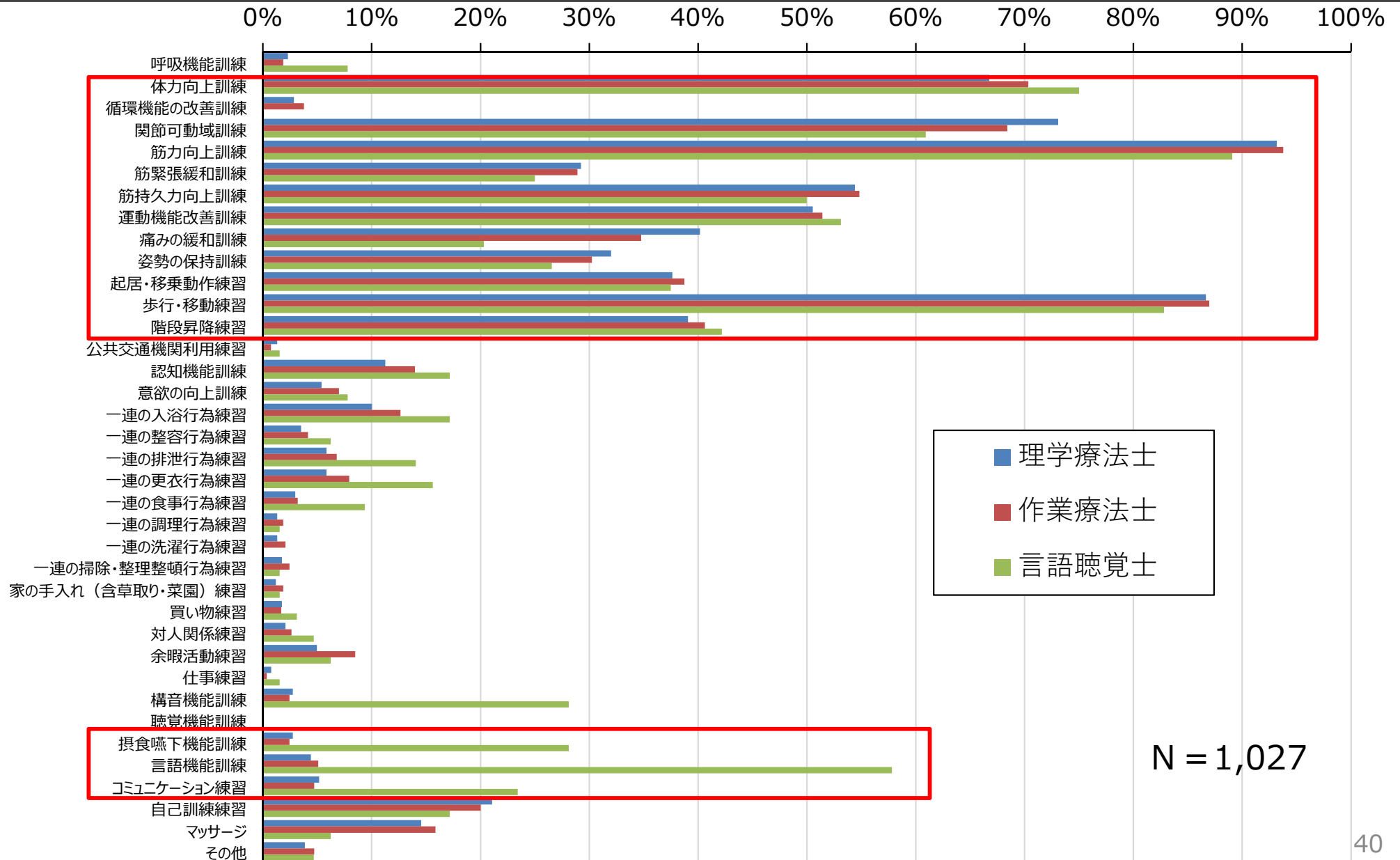
常勤換算職員数
(事業者あたりの平均値)



N=293

通所リハビリテーション計画書に位置付けられた各職種の訓練内容

- 訓練内容は身体機能に関する割合が高かった。
- 特に言語聴覚士の行う訓練内容は、他の職種と異なっている。



医療・介護の役割分担と連携の一層の推進② (平成30年度介護報酬改定)

- リハビリテーションに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハビリテーション計画書の様式を互換性を持ったものにする。

通所リハビリテーション

- 医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- 指定（介護予防）訪問・通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。

医療保険 疾患別リハビリテーション

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件：要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

介護保険 通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件：多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

リハビリテーション計画書等の記載内容一覧

記載項目	平成30年版 リハビリテーション計画書	平成18年版 リハビリテーション計画書	個別機能訓練計画書
本人・家族の希望	○	○	○
原因疾患	○	○	○
治療経過	○	○	—
合併疾患・コントロール状態	○	○	○
これまでのリハビリテーションの実施状況	○	—	—
心身機能・構造	○	○	—
起居動作	○	○	○
6分間歩行距離、TUGテスト	○	—	—
MMSE,HDS-R	○	—	—
服薬管理	○	—	—
ADL	○（Barthel Index）	○	○
前回との変化（全般）	—	○	○
IADL	○	○	○
社会参加の状況	○	○	○
活動と参加の影響を及ぼす課題の要因分析	○	—	—
心身機能・構造の将来の見込み	○	—	—
活動の将来の見込み	○	—	—
活動（IADL）の将来の見込み	○	—	—
リハビリテーションの目標	○	（生活目標）	○
リハビリテーションの方針	○	—	—
リハビリテーション実施上の留意点	○	—	○
リハビリテーション終了の目安・時期	○	—	—
環境因子	○	—	○
リハビリテーションサービス	○	○	○
サービス提供中の具体的内容（PT・OT・ST）	○	○	—
サービス提供中の具体的内容（看護・介護）	○	○	○
社会参加支援評価	○	—	—
生活指導内容	—	○	—

介護保険制度の見直しに関する意見(抜粋)

(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

(6) ニーズに応じたサービス内容の見直し

【自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化】

(前略)

- 調査研究によれば、通所リハビリテーションと通所介護を比較した場合、通所リハビリテーションの方が、リハビリテーション専門職が多く配置され、日常生活自立度や要介護度に改善がみられ、その差はリハビリテーション専門職の配置の差とも考えられる。一方で、サービスの利用時間等については類似していた。
- また、リハビリテーション専門職と介護職が連携して訪問系のサービスの提供を行うことについて、事業所やヘルパー、ケアマネジャー、利用者等から良好な評価が得られていたとの調査研究もある。
- これらの状況を踏まえ、リハビリテーションについては、以下の観点からの見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。
 - ・ 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化、特に通所リハビリテーションについて、リハビリテーション専門職の配置促進や短時間のサービス提供の充実
 - ・ 通所・訪問リハビリテーションを含めた、退院後の早期のリハビリテーションの介入の促進
 - ・ 職種間や介護事業所間の連携の強化
- これに関して、短時間のリハビリテーションが本来あるべき姿であることから、例えば時間区分を通所介護と通所リハビリテーションで分けるなど、特徴づけてはどうか、との意見があった。

通所リハビリテーションに関するこれまでのご意見

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 経済・財政一体改革の推進等（2）主要分野ごとの改革の取組 ①社会保障（医療・介護制度改革）

診療報酬や介護報酬においては、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、下記の各項目が推進されるよう適切に改善を図るとともに、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

「成長戦略フォローアップ」（関係部分）（令和元年6月21日閣議決定）

Ⅱ. 全世代型社会保障への改革

4. 疾病・介護の予防（2）新たに講ずべき具体的施策

i) 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

⑥介護予防のインセンティブ措置の抜本的な強化等

・利用者の平均的な日常生活動作の維持又は改善に対する介護報酬加算について、自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う。

介護保険制度の見直しに関する意見（関係部分）（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）

Ⅱ 保険者機能の強化（地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化）

4. データ利活用の推進

○ データの収集項目に関し、VISITについては、更なる利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である。

通所リハビリテーション

<現状と課題>

(概況)

- 通所リハビリテーションは、居宅要介護者に対し、介護老人保健施設、病院、診療所、介護医療院において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復および生活機能の維持又は向上を目指すものである。
- 通所リハビリテーションと通所介護の要件等を比較すると、
 - ・ 報酬体系は、要介護度に応じ、提供時間、事業所規模に応じ設定されるなど同様の構造になっている一方で、
 - ・ 医師の配置や診療の有無、求められるリハビリテーション専門職の配置、提供するサービスの内容や目的等に違いがある。
- サービスの利用状況をみると、要支援者では、週1～2回の利用が95%以上を占め、要介護者では、週1～3回の利用が約90%を占めている。また、要介護者の利用時間は、6～7時間の利用が多い。
- 通所リハビリテーション開始6ヶ月後の状況をみると、修了している利用者は約3%、終了予定のない利用者は、約80%となっている。通所リハビリテーションを修了した者の平均利用期間をみると、1年以内が約半数となっている。
- また、通所リハビリテーションの利用者のADLの状況をBarthel Indexで評価したところ、
 - ・ 開始時点においては、要介護度が高いほどADLは低くなっており、
 - ・ 要介護者のサービス利用開始から6ヶ月後におけるADLを確認したところ、約3割で改善していた。

通所リハビリテーション

<現状と課題>

(介護報酬改定)

- 昨今の介護報酬改定の状況として、平成27年度の改定では、質の高いリハビリテーションの実施等を評価する観点から、生活行為向上リハビリテーション実施加算や、社会参加支援加算を設けた。
- また、診療報酬と同時改定となった平成30年度の改定では、
 - ① 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化について
 - ・医療と介護におけるリハビリテーション計画書の様式の見直し
 - ② 医師の関与の強化・明確について
 - ・リハビリテーションマネジメントの見直し
 - ③ 自立支援・重度化防止に資する体制強化等について
 - ・社会参加支援加算の要件の明確化等
 - ・生活行為向上リハビリテーション実施加算の拡大
 - ・自立支援・重度化防止に向けたデータの収集を行った。
- リハビリテーションの実施や関連する加算算定に当たっては、リハビリテーション計画書の作成が求められているが、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）においては、「データの収集項目に関し、VISITについては、更なる利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である。」とされているところ。

通所リハビリテーション

< 論点 >

- 今後高齢化が進展し医療ニーズを有する高齢者が増加していくことが想定される中、医療ニーズを有する要介護者の生活を支えるサービスとして、通所介護との役割分担や、医師の関与、自立支援の効果的な取組を更に促進していくための方策について、どのように考えるか。
- リハビリテーションの質の評価について、ストラクチャーに加えプロセスやアウトカムによる評価を組みあわせ実施してきているが、今後、自立支援等を更に進めるため、プロセスや、ADLに基づくものも含めたアウトカムによる評価の取組として、どのような方策が考えられるか。
- リハビリテーションの質の担保・向上を図る観点から、生活行為の向上、社会参加の促進、認知症等への対応強化を更に進めるための方策としてどのような対応が考えられるか。
- リハビリテーションと機能訓練の連携や移行をより効率的・効果的に行うため、その基礎となる計画書等の整合や在り方についてどのように考えるか。