

訪問リハビリテーション

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その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に行われる理学療法、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

訪問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。)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

訪問リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定訪問リハビリテーションの介護報酬の
イメージ（1回あたり）

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

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：292単位
1週に6回を限度



社会参加等の支援（17単位/日）

短期集中的なリハビリ
テーションの実施
（200単位/日）

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 （230単位/月） ・ II （280単位/月）
・ III （320単位/月） ・ IV （420単位/月）

3年以上勤務の理学療法士等を配置
（サービス提供体制強化加算）
（6単位/回）

中山間地域等でのサービス提供
（＋5％・＋10％・＋15％）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサー
ビスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の
利用者にサービスを行う場合 （▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者に
サービスを行う場合 （▲15%/回）

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わな
かった場合（▲20単位/回）

介護予防訪問リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問リハビリテーションの
介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：292単位
1週に6回を限度

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）

短期集中的なリハビリ
テーションの実施
（200単位/日）

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）
（230単位/月）

3年以上勤務の理学療法士等を配置
（サービス提供体制強化加算）
（6単位/回）

中山間地域等でのサービス提供
（＋5％・＋10％・＋15％）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合（▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合（▲15%/回）

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（▲20単位/回）

訪問リハビリテーションにおける主な加算・減算

項目	要件	単位数
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 : 230単位/月 II : 280単位/月 III : 320単位/月 IV : 420単位/月 介護予防の場合 : 230単位/月
短期集中リハビリテーション実施加算	1週間につきおおむね2日以上、1日あたり20分以上のリハビリ実施で算定 - 退院(所)日または認定日から、3月以内 - リハビリマネジメント加算の算定が前提	200単位/日
社会参加支援加算 (訪問リハビリのみ)	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	17単位/日
サービス提供体制強化加算	訪問リハビリを直接提供するPT/OT/STに、勤続3年以上の者がいること	6単位/回
事業所評価加算 (介護予防のみ)	- リハビリマネジメント加算を算定していること - 評価対象期間に利用実人員数が10名以上であること - リハマネ加算算定者数割合、要支援状態区分の維持者・改善者数割合等を満たすこと	120単位/月
特別地域訪問リハビリテーション加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定	+15%
中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所がサービス提供を行った場合に算定	+10%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合に算定	+5%
事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	▲20単位/回
同一建物に居住する場合または20人以上にサービスを行う場合	事業者と同一建物の利用者またはこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	事業者と同一建物の利用者又は同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 : ▲10% 事業者と同一建物の利用者50人以上 : ▲15%

訪問リハビリテーションの対象者

告示「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」

訪問リハビリテーション費

注1 通院が困難な者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この号において「理学療法士等」という。）が、計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

通知「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」

訪問リハビリテーション費

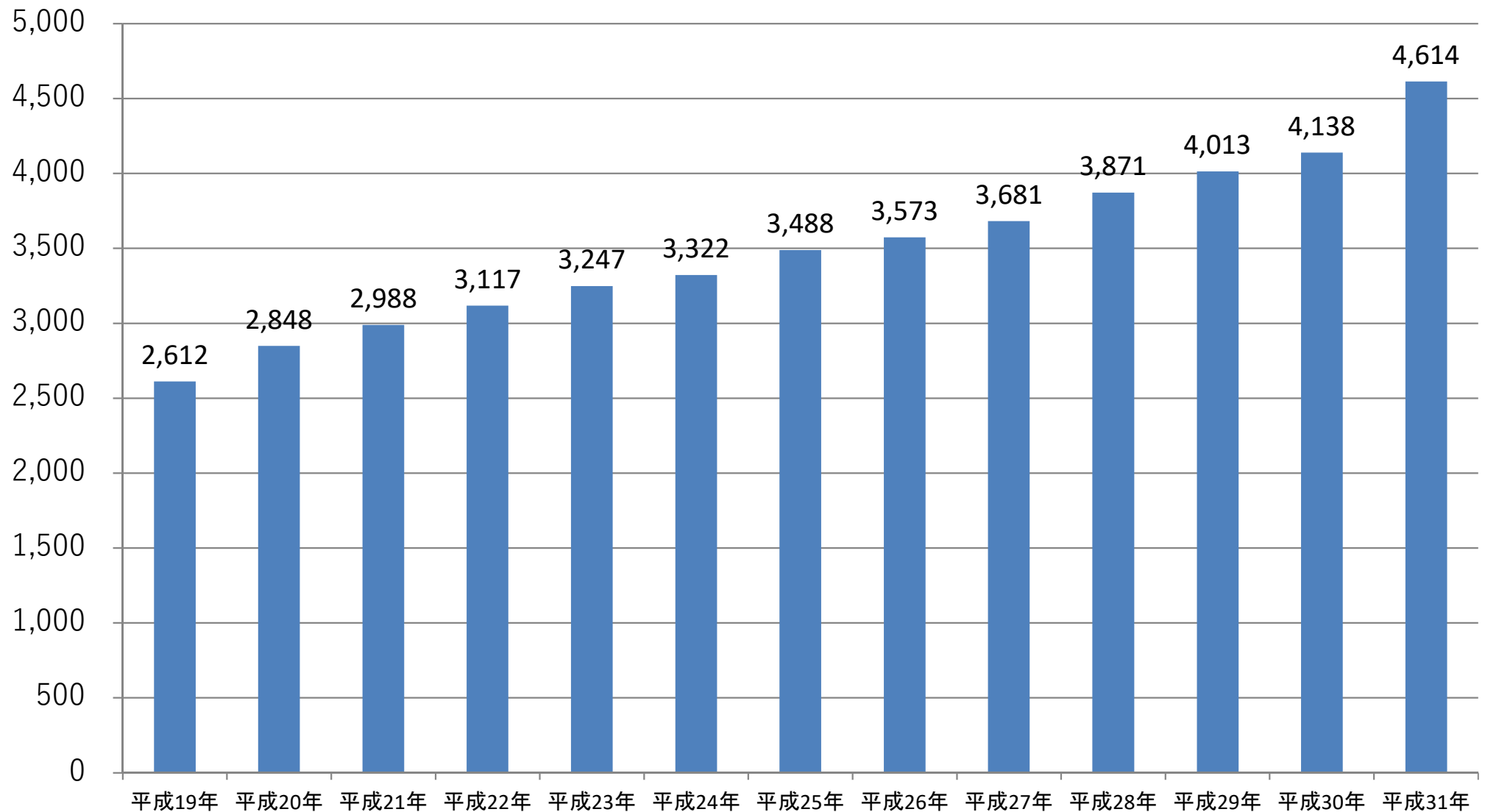
（3）「通院が困難な利用者」について

訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

訪問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。
- 平成30年から平成31年にかけて約500事業所の増加があった。

(事業所)



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

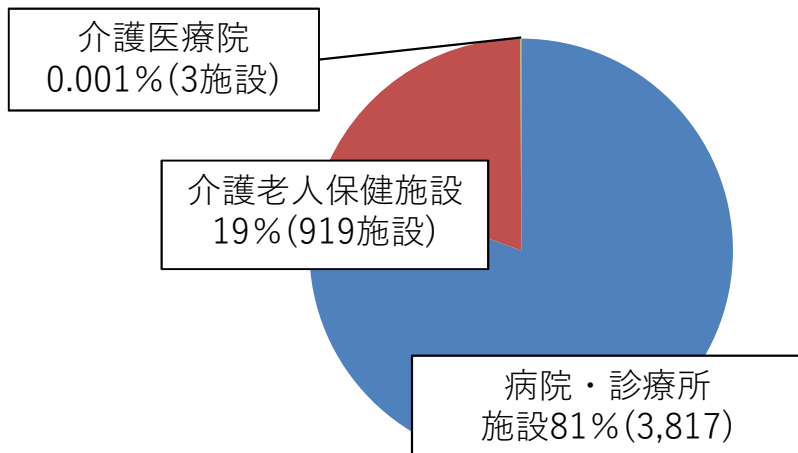
※介護予防サービスは含まない。

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)

訪問リハビリテーション事業所の特性

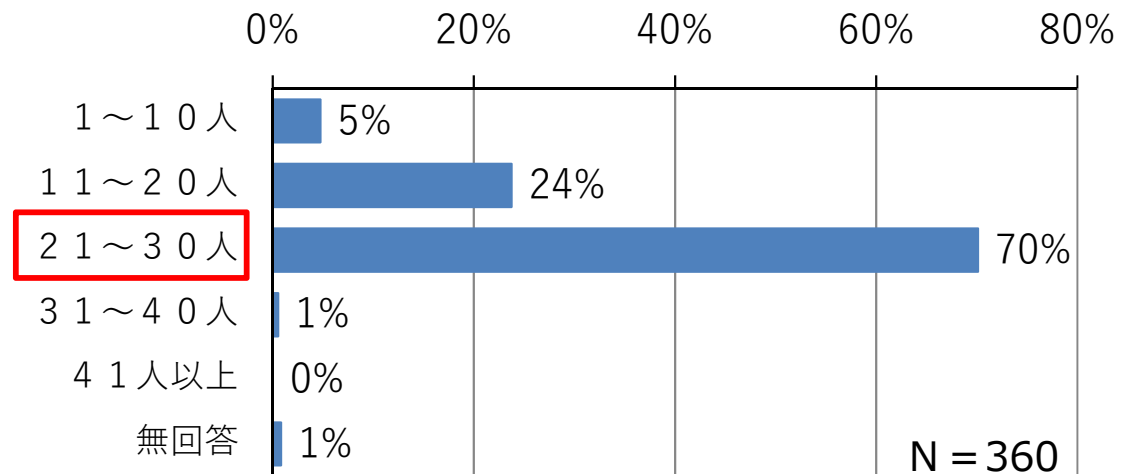
- 開設者種別では、病院・診療所が81%、介護老人保健施設が19%となっている。
- リハビリテーション専門職の常勤換算数は理学療法士が2.91人、作業療法士が1.18人であった。
- 1事業所あたりの利用者数は21~30人が70%と最も多い。
- 1事業所あたりの1日の訪問件数は、1~5件が45%と最も多い。

開設者種別割合

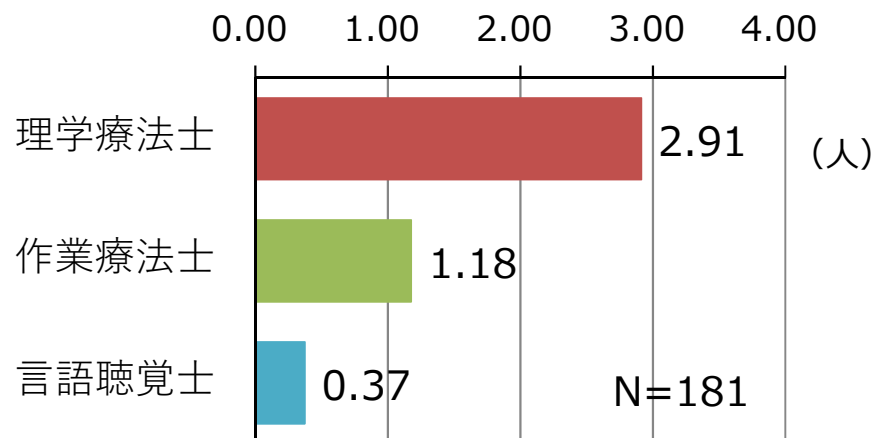


(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査（令和1年11月分）」

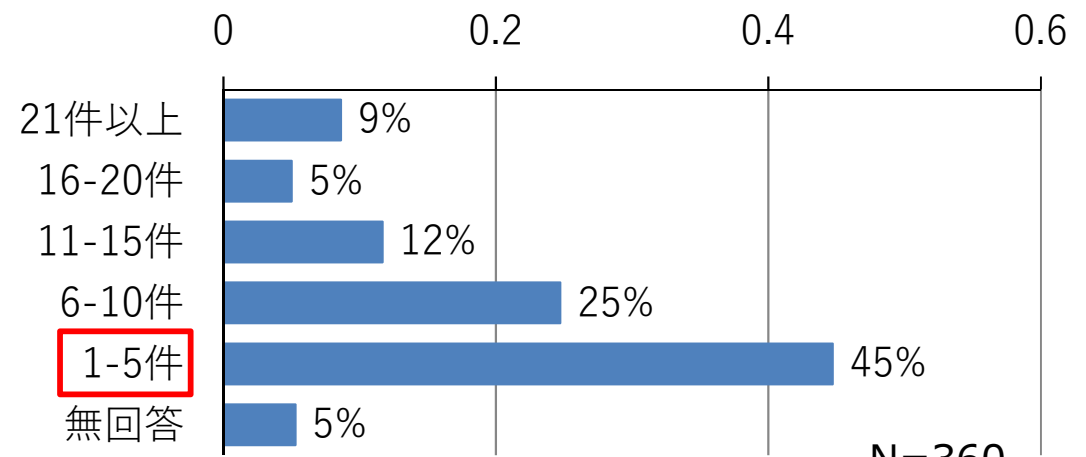
利用者数（月あたり実数）別事業所数分布



職員の常勤換算数（平均値）



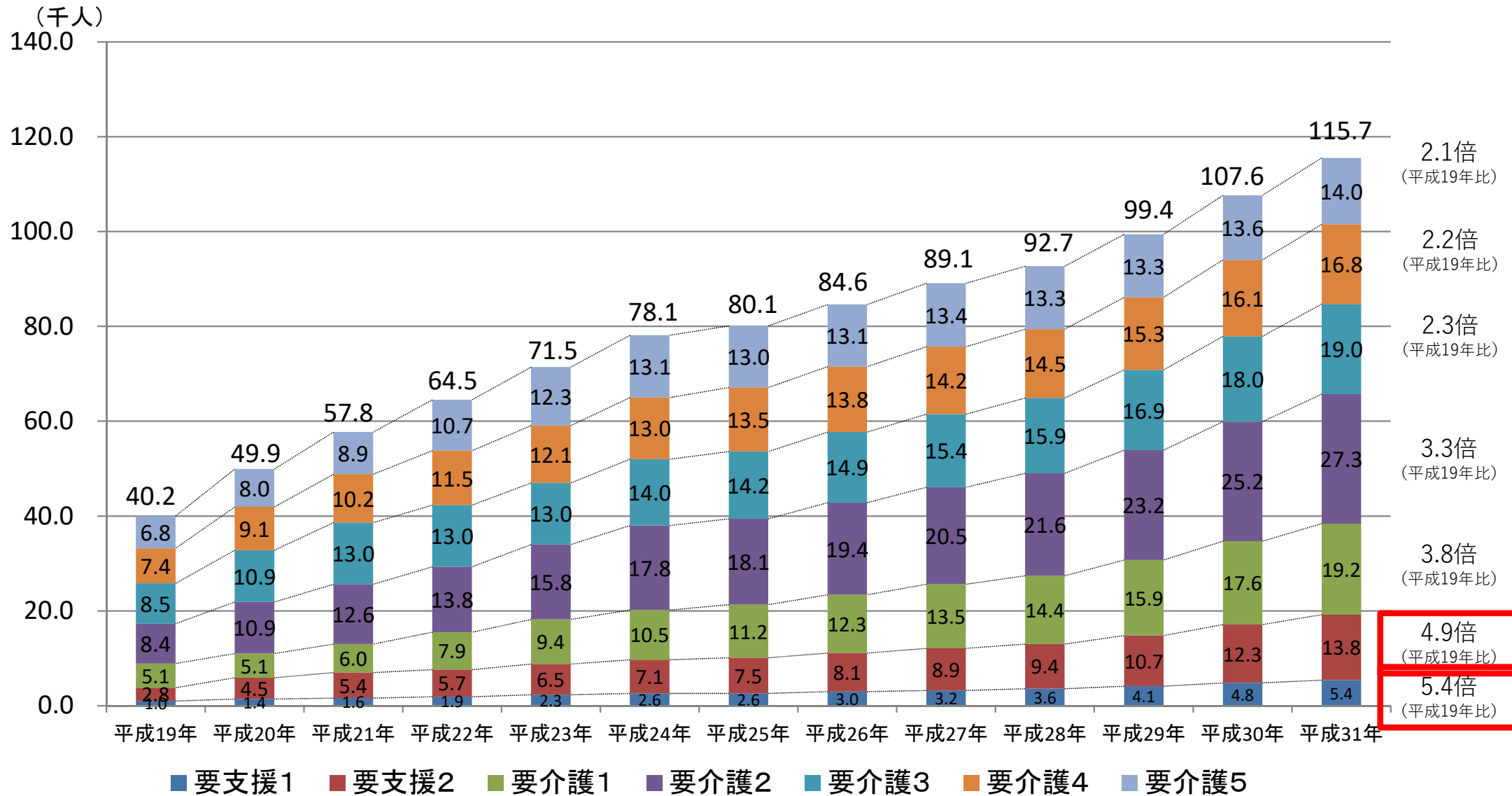
事業所あたりの1日の訪問件数



(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）

訪問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11.5万人であり、毎年増加しており、特に要支援の受給者が増加している。

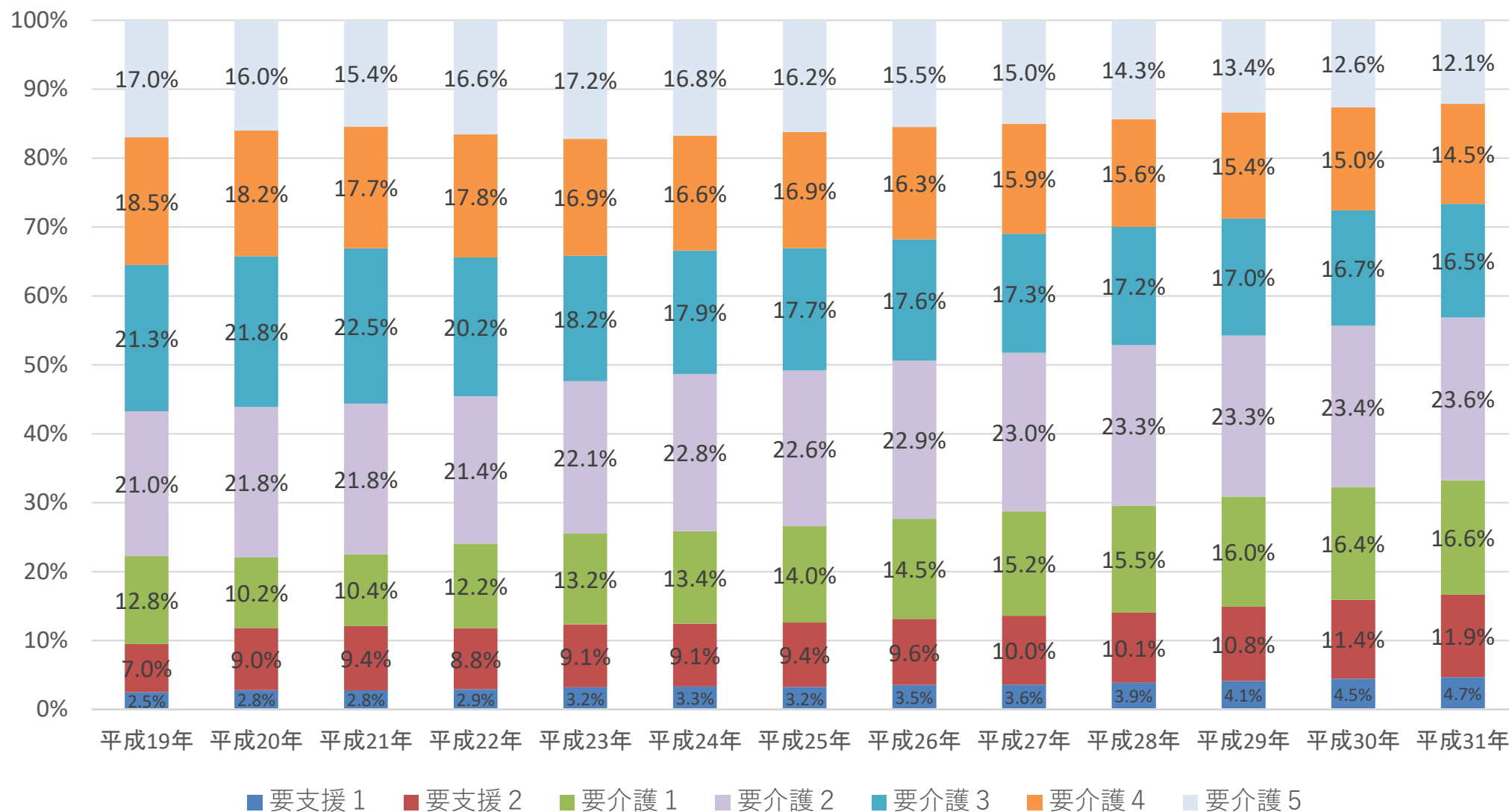


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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)

訪問リハビリテーションの要介護度別受給者割合



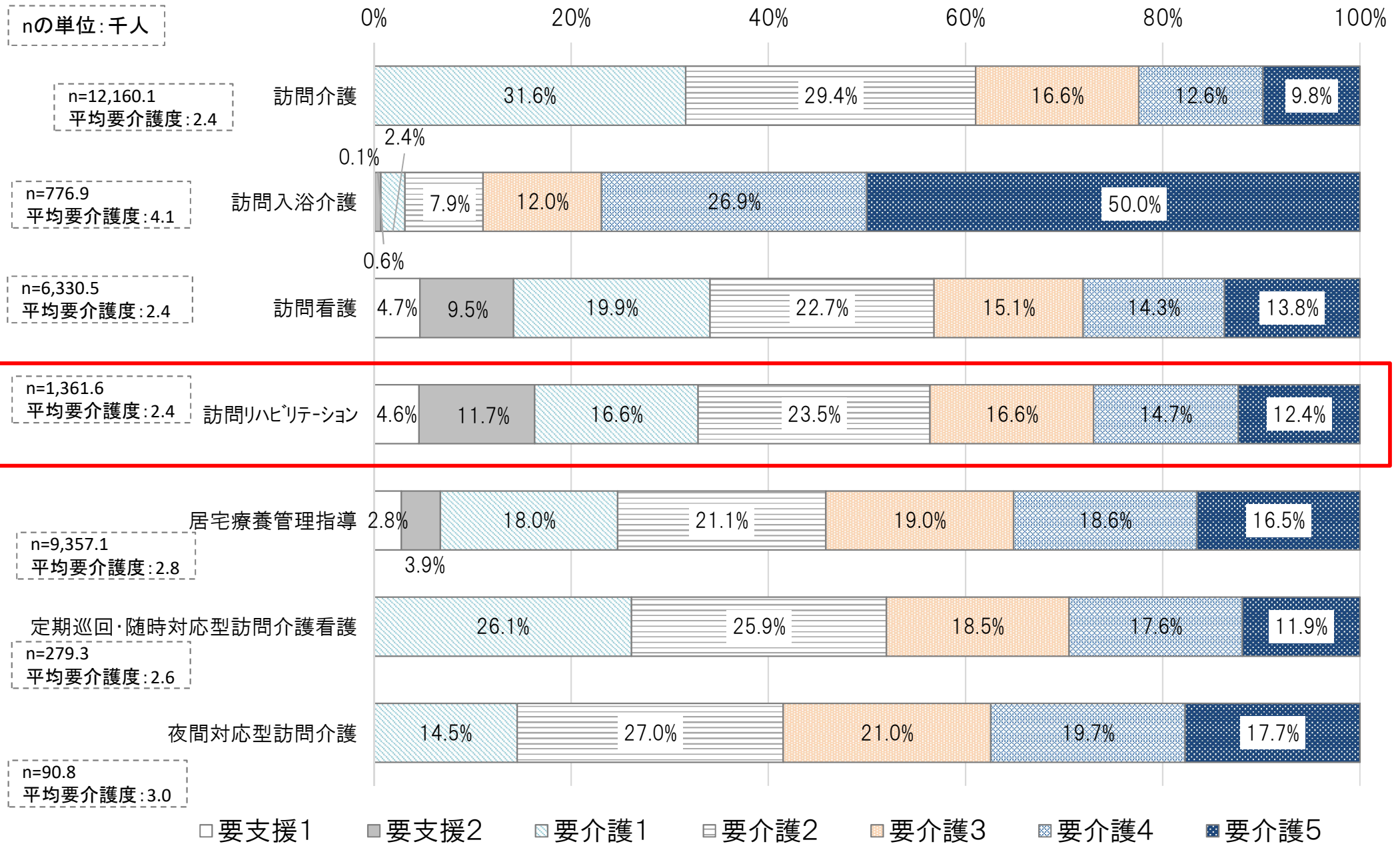
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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)

訪問系サービスの要介護度割合

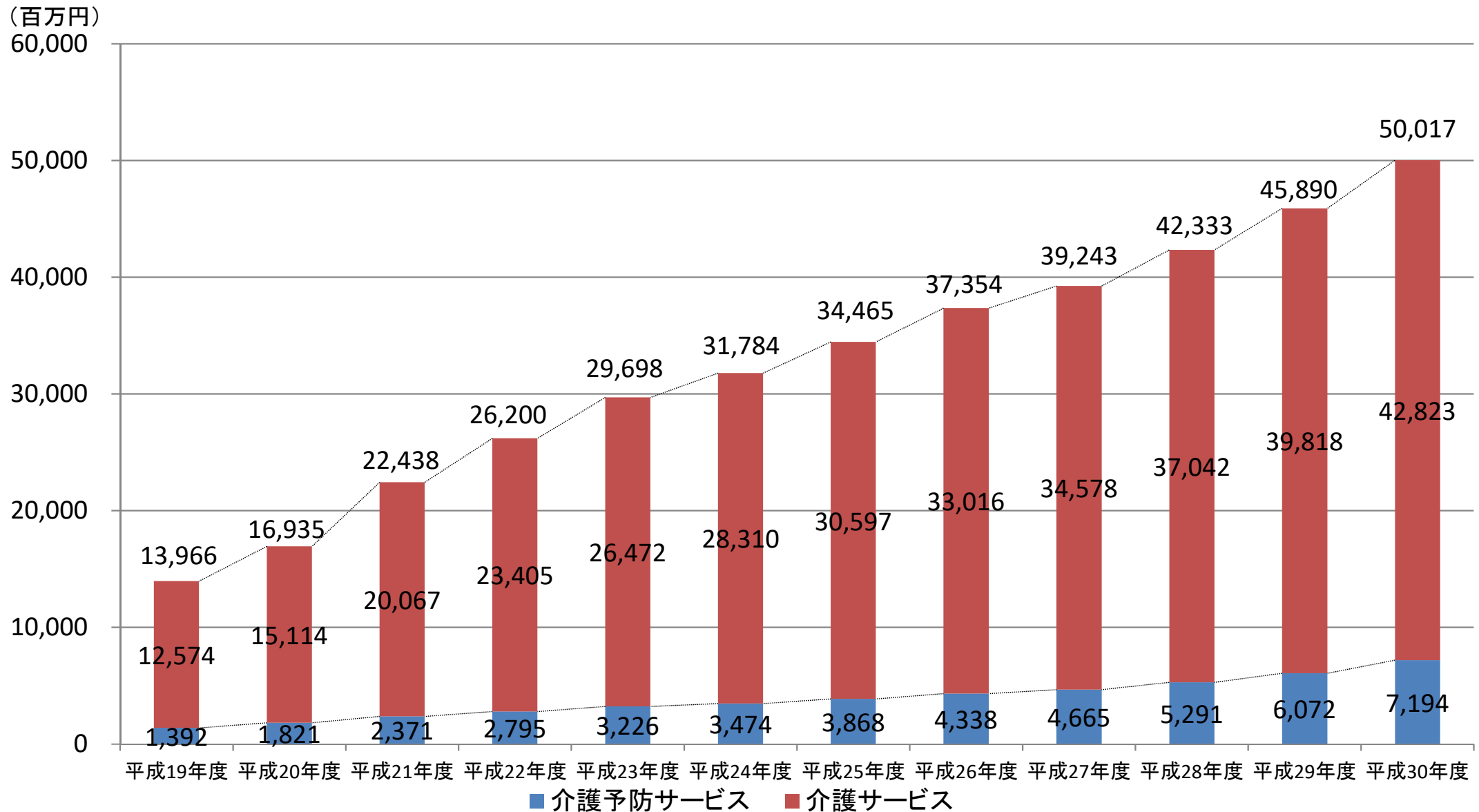


(注) 平均要介護度の算出にあたり、要支援1・2は0.375として計算している。

【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)

訪問リハビリテーションの費用額

○ 訪問リハビリテーションの費用額は年々増加しており、平成30年度は約500億円となっている。



※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。

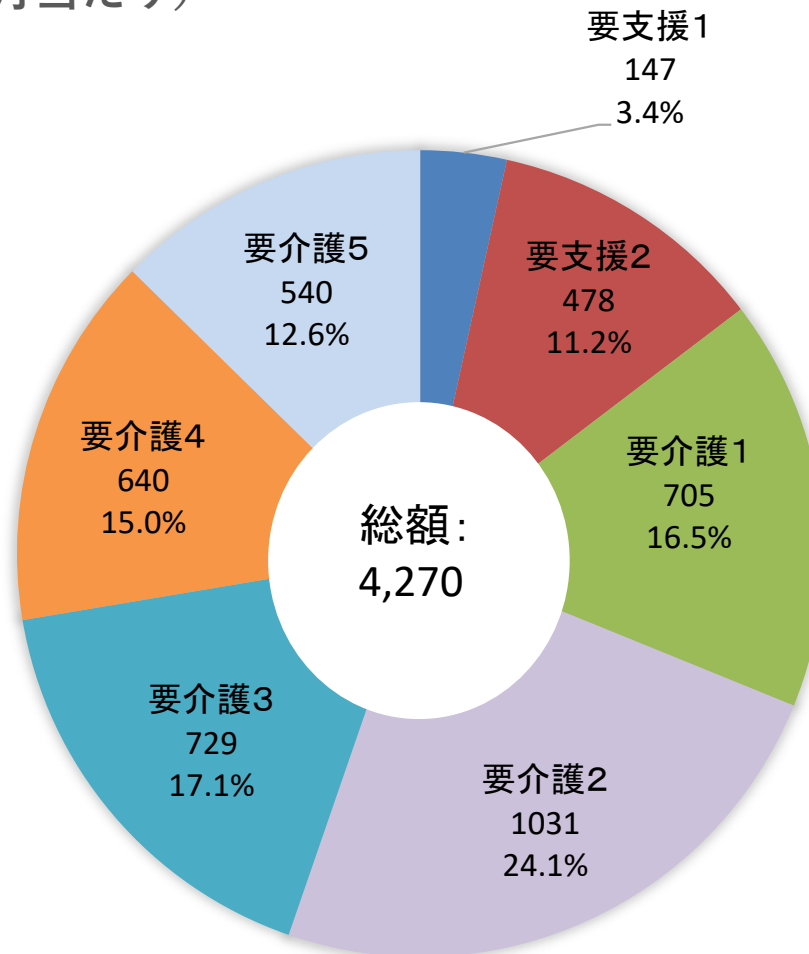
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分)

訪問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40.6%、要介護3・4を合計した割合は32.1%、要介護5が占める割合は12.6%となっている。

要介護度別費用額（1月当たり）

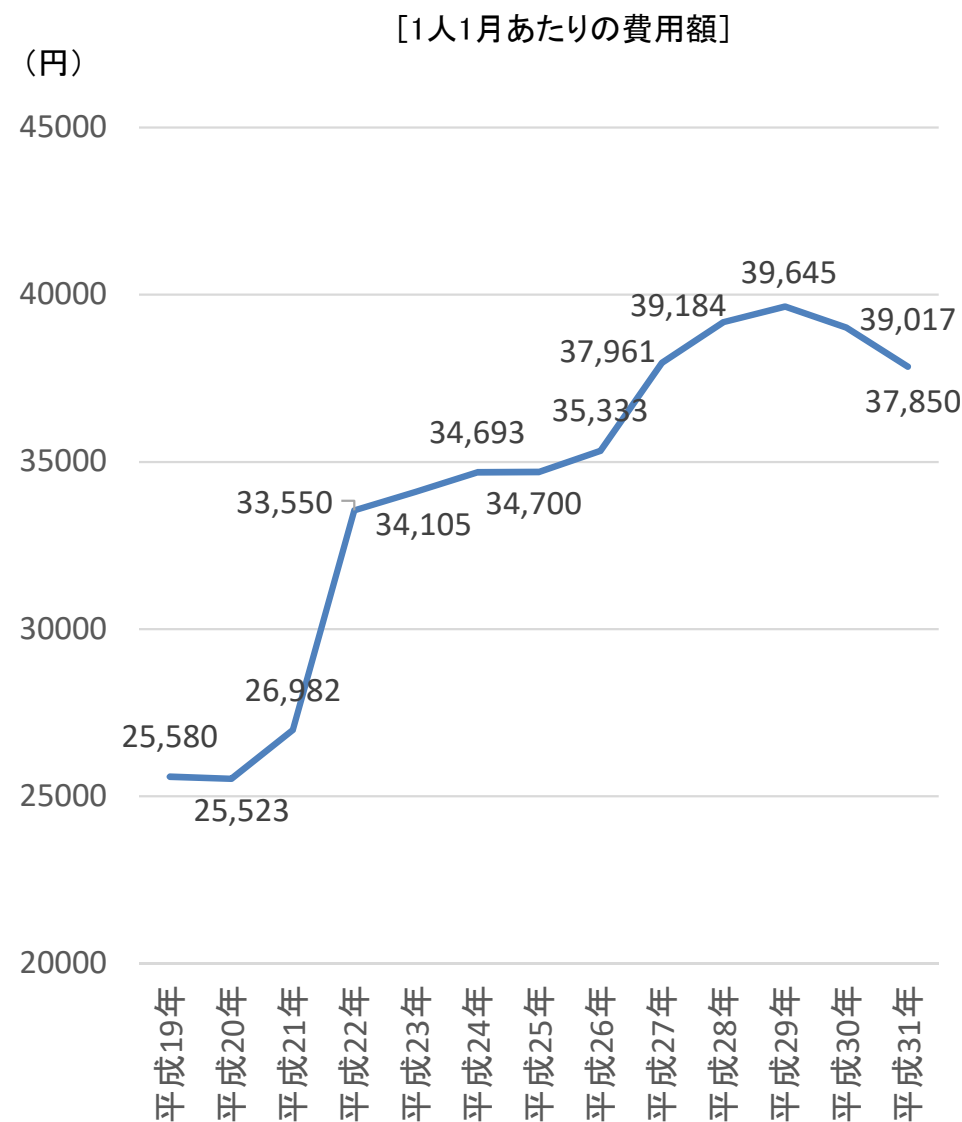
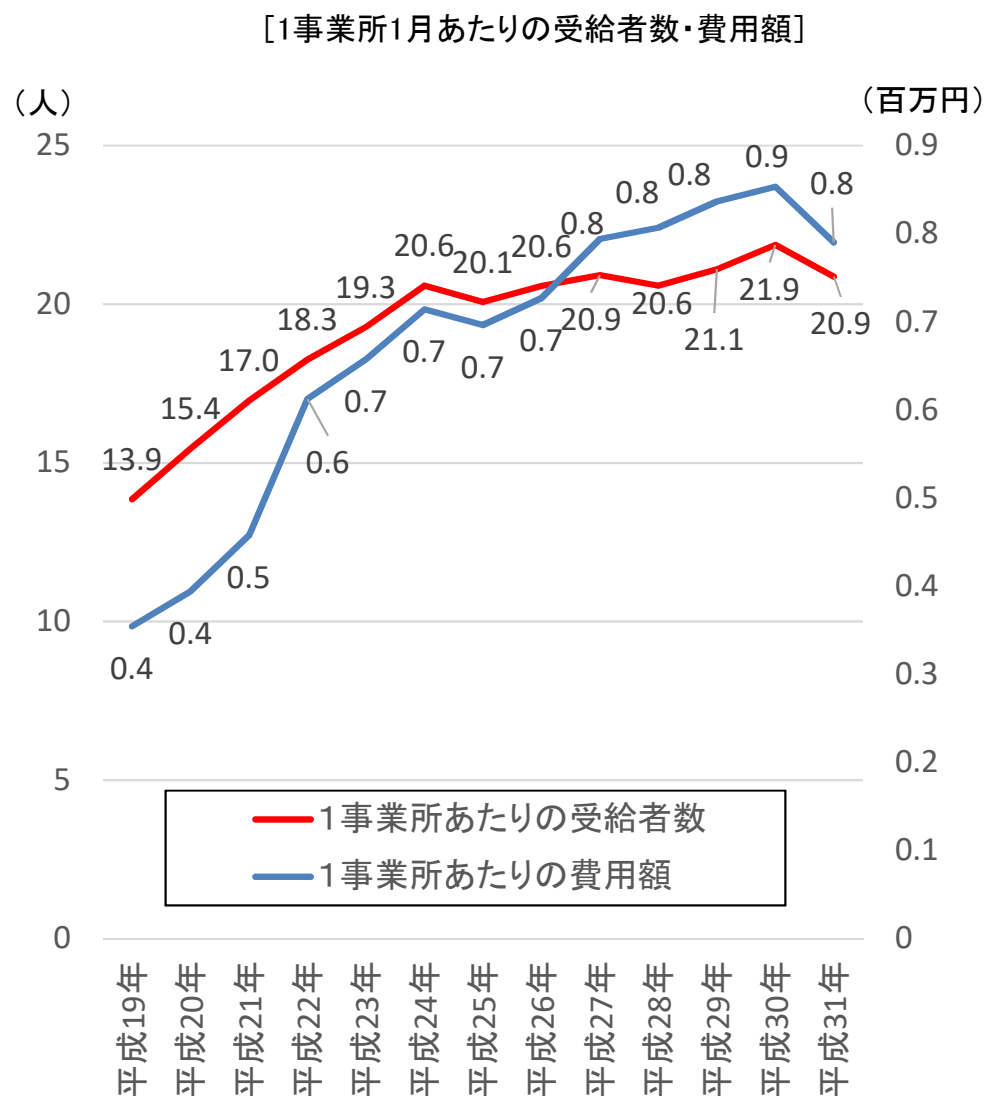
（単位：百万円）



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。

訪問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

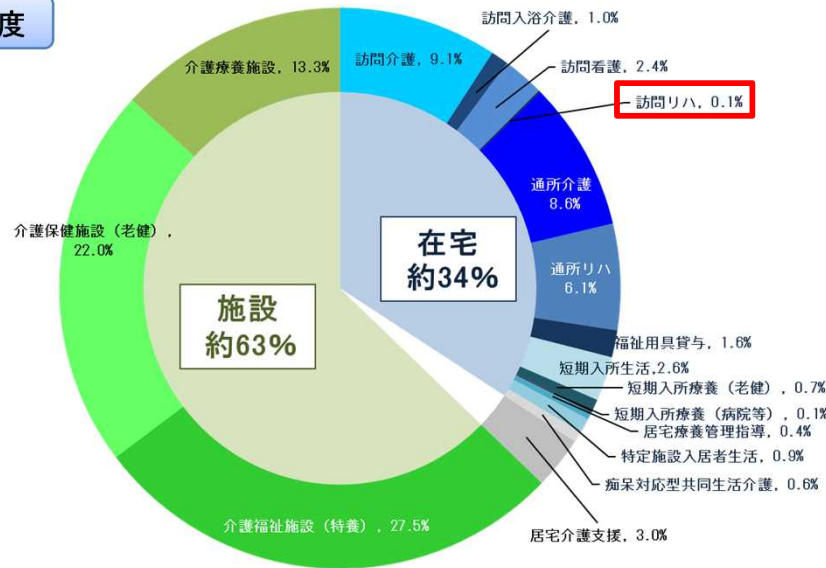


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

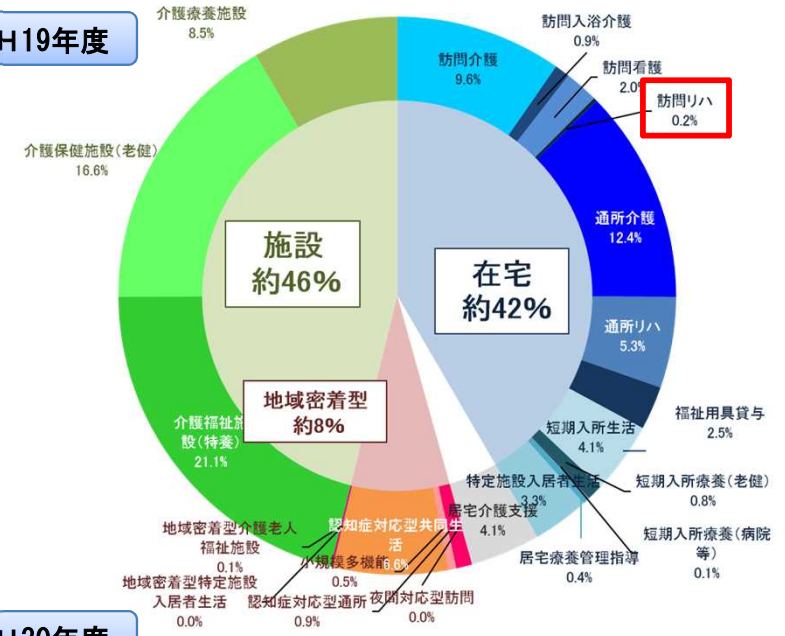
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

サービス種類別介護費用額割合の推移

H13年度



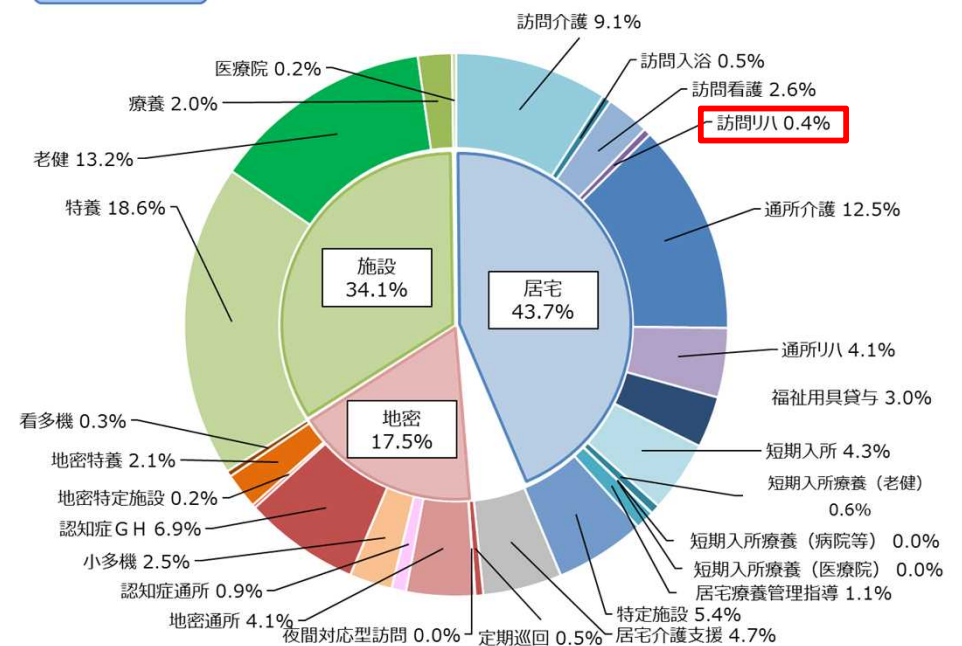
H19年度



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。

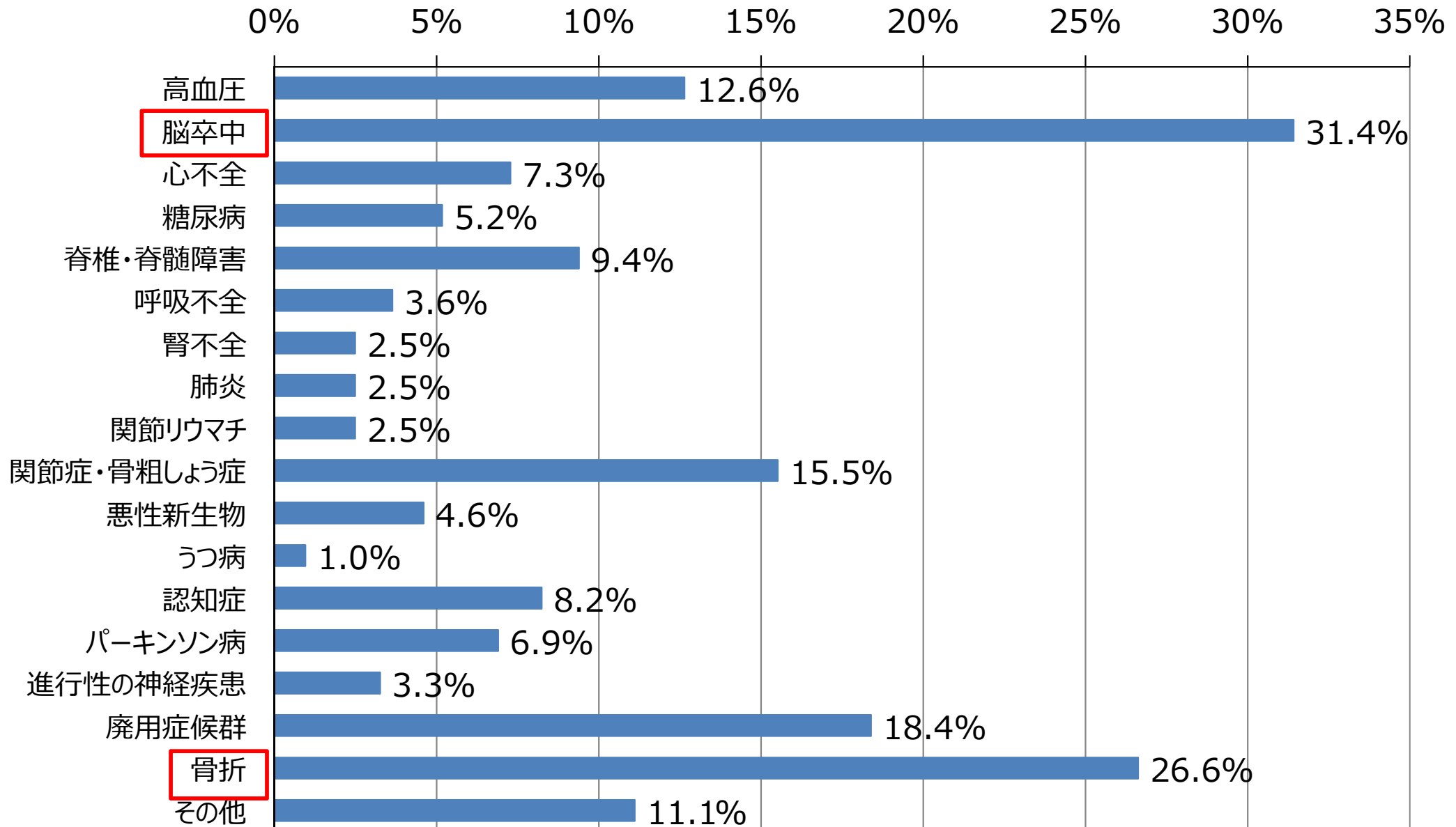
(注1) 介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(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。

訪問リハビリテーションが必要となった原因の傷病

○ 訪問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。



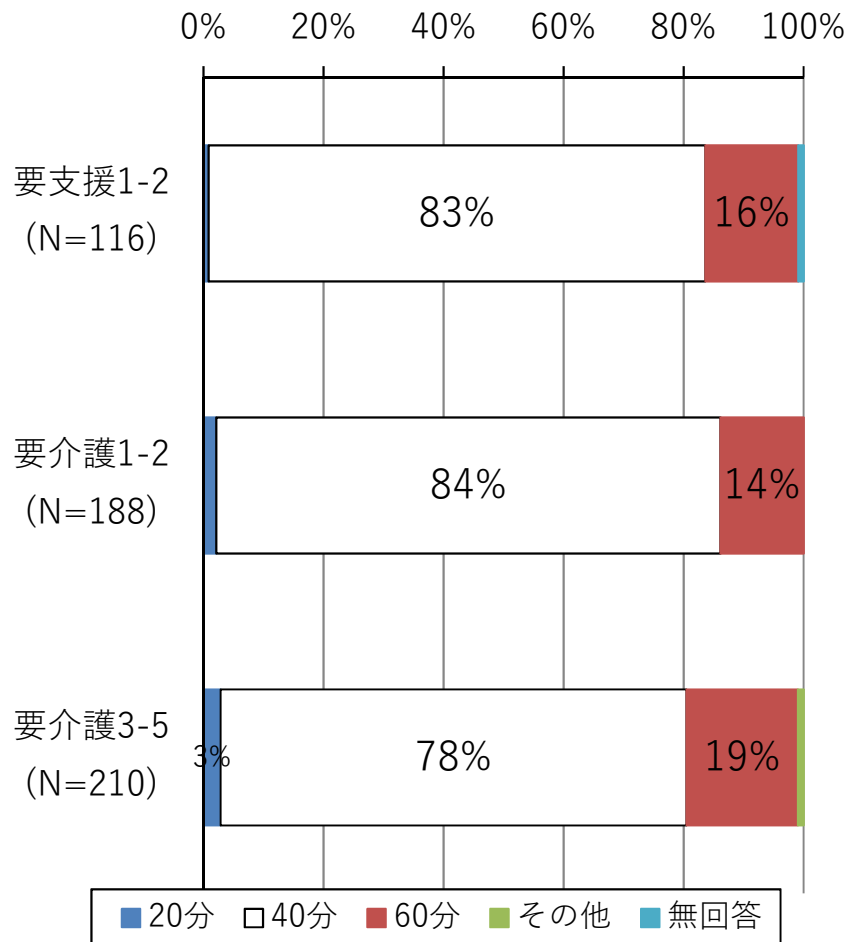
N = 522・複数回答

(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)

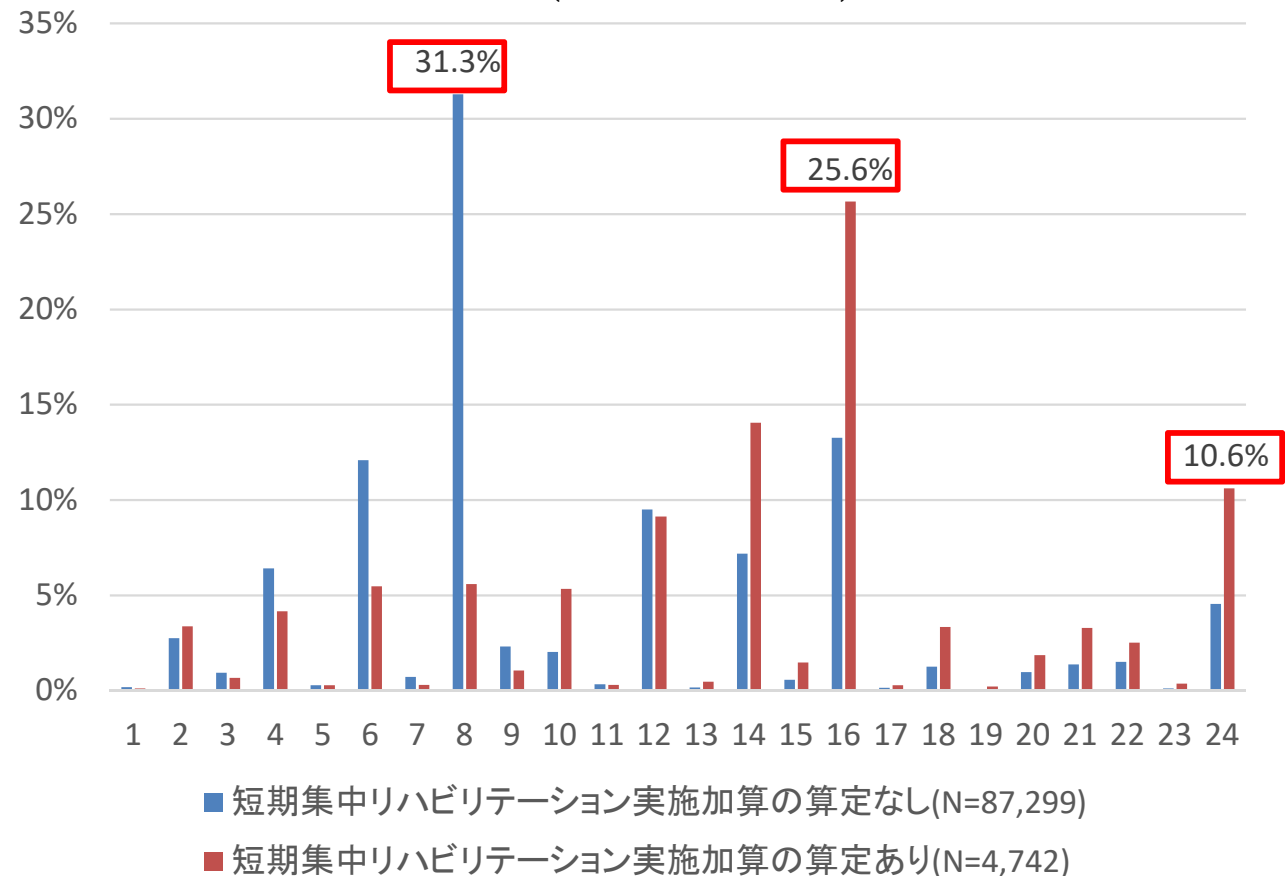
訪問リハビリテーションのサービス提供状況

- 主なサービス提供時間は40分が約80%である。
- 短期集中リハビリテーション実施加算の算定なしの場合、利用回数は月8回利用しているものが31.3%を占める。短期集中リハビリテーション実施加算の算定ありの場合、利用回数は月16回利用しているものが25.6%を占める。短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者においては上限回数まで利用しているものが10.6%であった。

要介護度別 主なサービス提供時間



月あたりの算定回数毎の利用者数割合 (要介護者のみ)

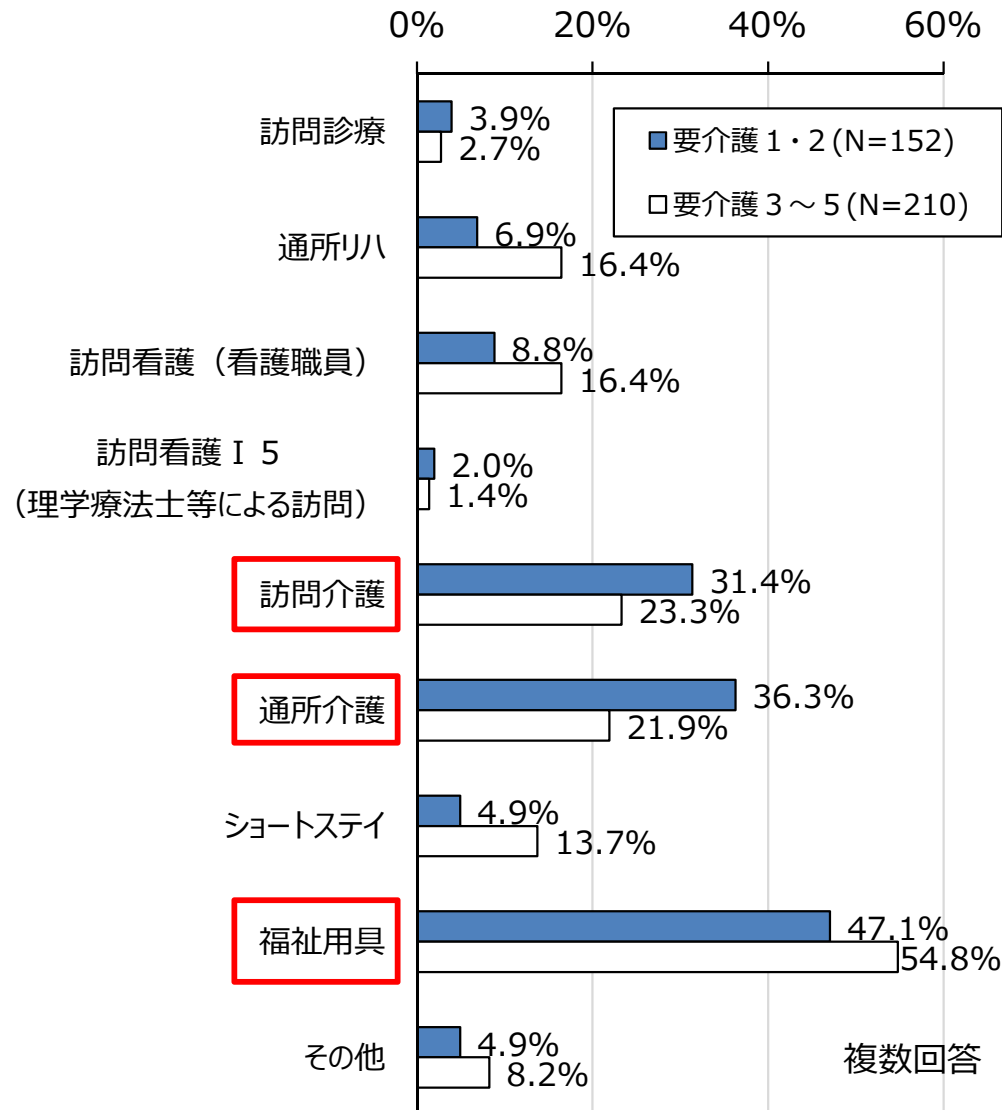


※2019年2月の算定者数を介護保険総合データベースから集計
 ※複数レセプトを有する利用者は除外

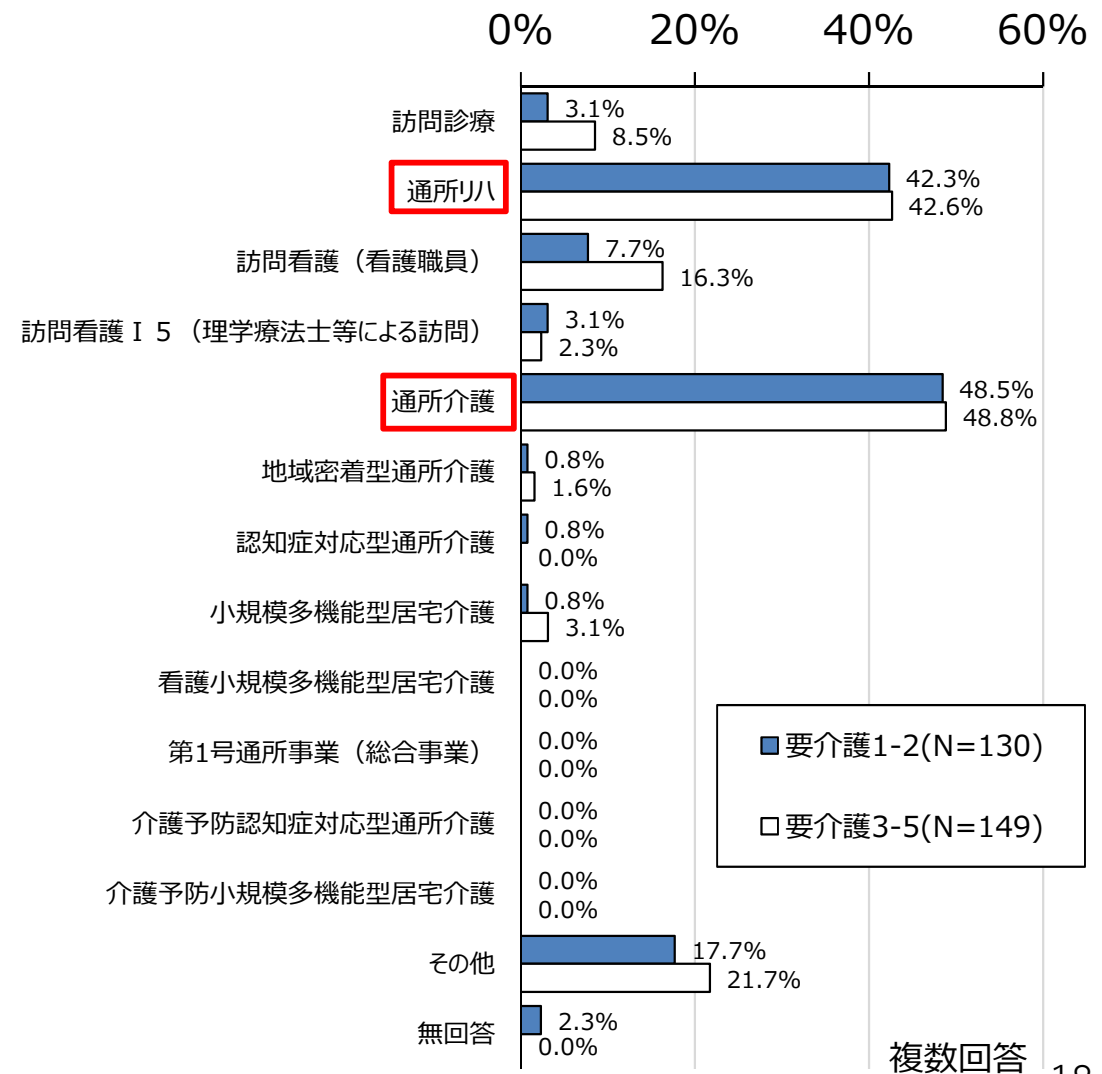
訪問リハビリテーションの併用サービスと修了後サービス

- 訪問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 2 - 3 割）、訪問介護（約 2 - 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48%、通所リハビリテーションが約42%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



（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）

訪問リハビリテーション修了者の状況

- 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2～3割であり、修了予定のない利用者は約4～6割となっていた。
- 訪問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70.3%となっていた。

平成31年1～2月の間に開始した方の
6ヶ月後での利用状況と今後の予定

0% 20% 40% 60% 80%

目標を達成し、修了している

27.9%
24.0%

17.5%

利用を継続しているが、修了の予定である

14.4%
12.3%
12.7%

入院・入所等にて、終了している

12.5%
8.2%
11.1%

利用を継続し、修了の予定はない

45.2%
55.6%
58.7%

■ 要支援(N=104) □ 要介護1・2(N=171) ▨ 要介護3～5(N=189)

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

70.3%

全体
(N=448)

54.0%

16.3%

11.2% 4.7% 9.8%

要支援1-2
(N=129)

52.7%

17.8%

14.0% 5.4% 7.0%

要介護1-2
(N=165)

57.0%

17.0%

10.3% 4.2% 7.9%

要介護3-5
(N=148)

51.4%

14.9%

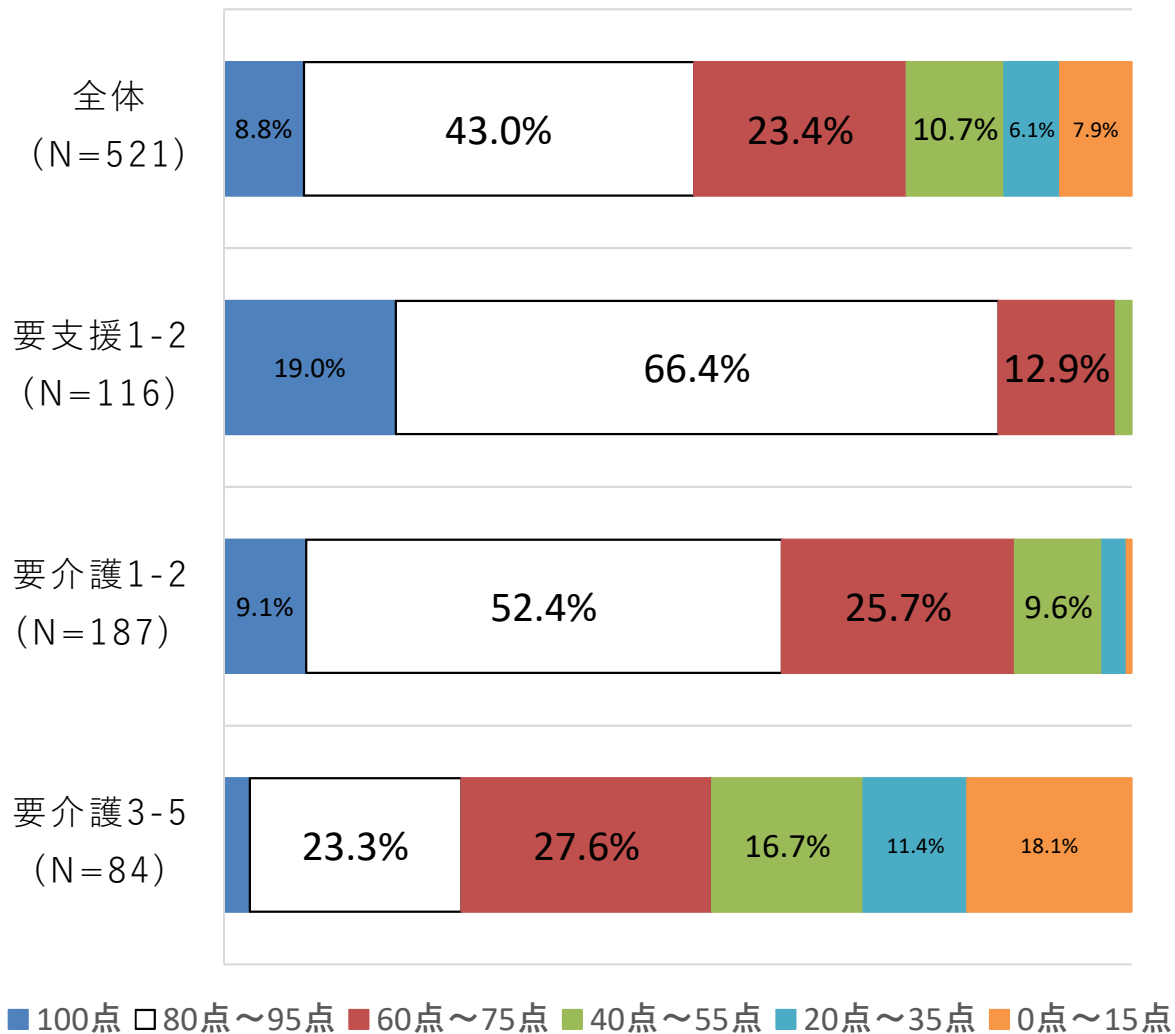
10.1% 4.1% 4% 14.2%

■ 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

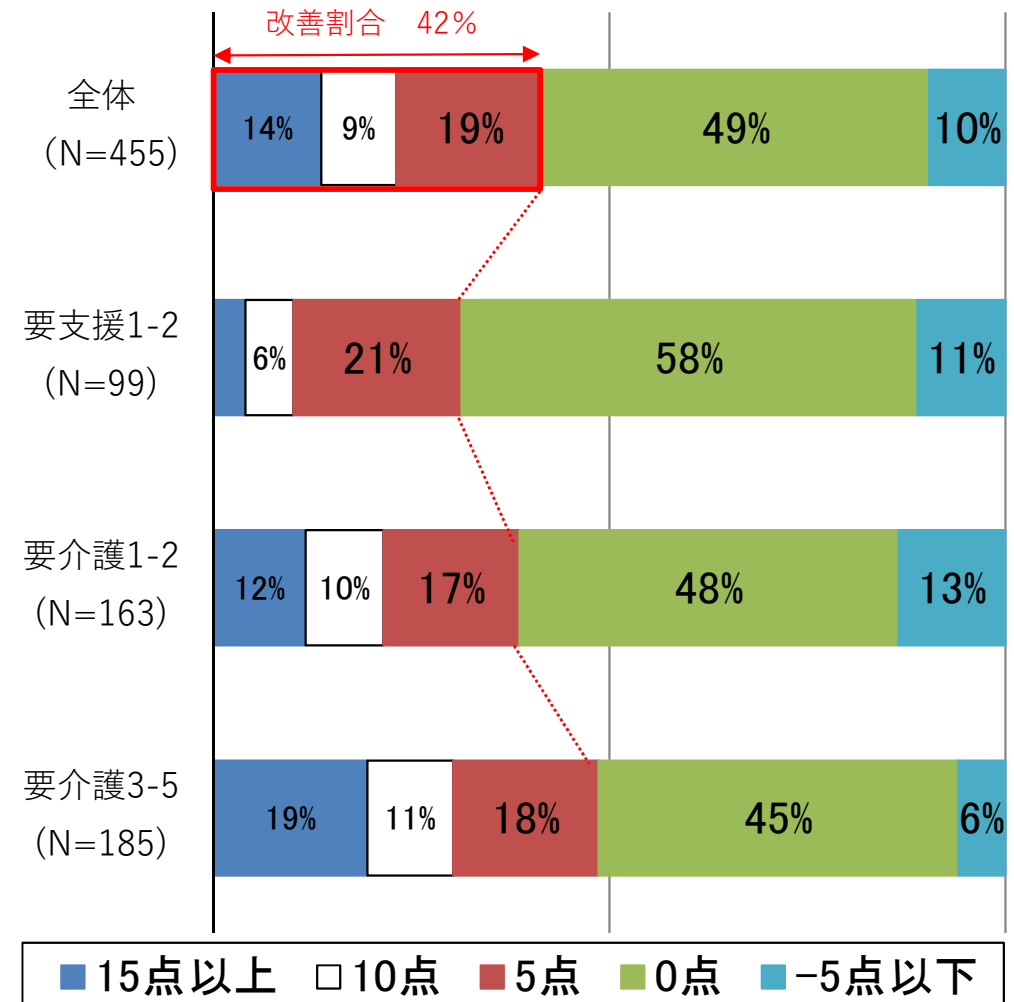
訪問リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の約2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4割で改善していた。

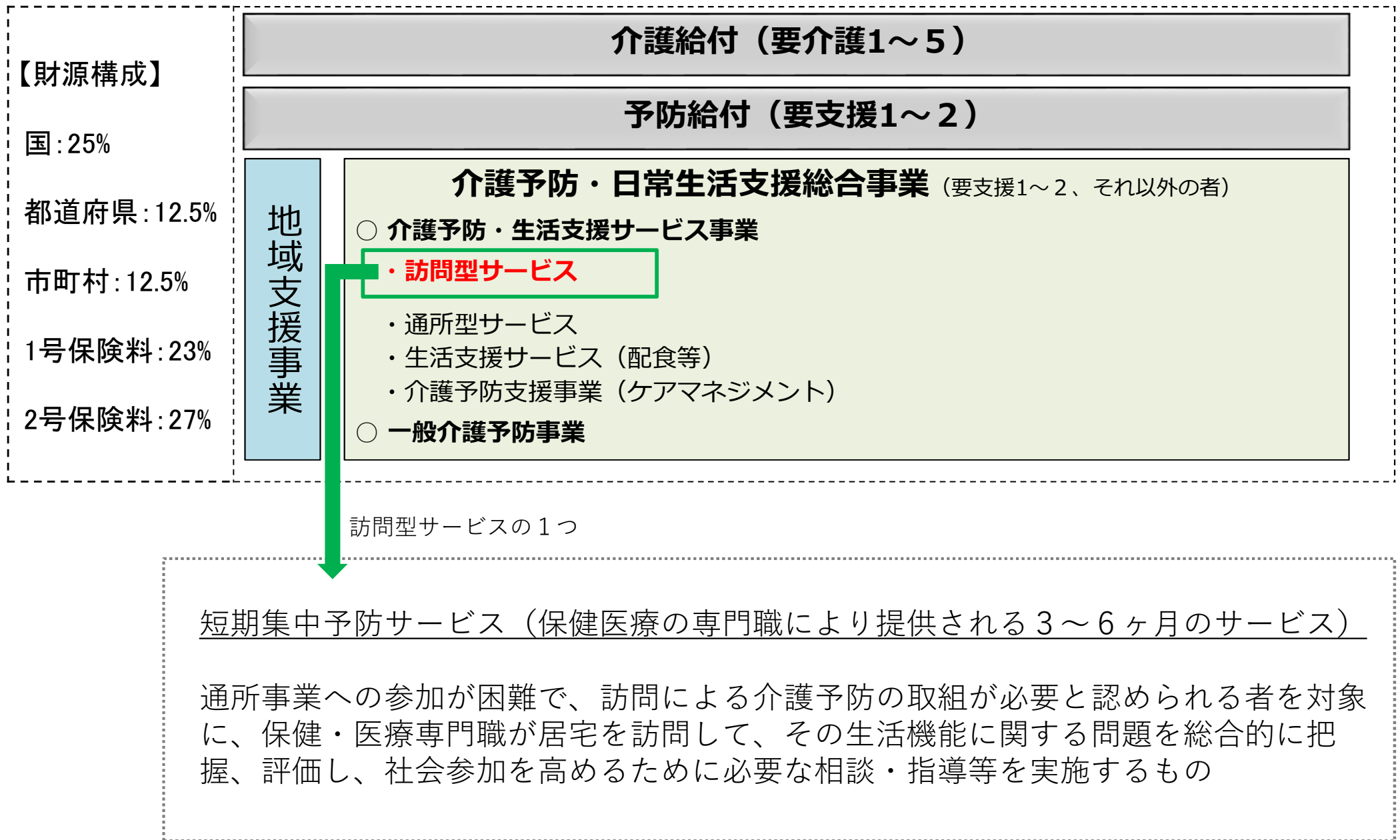
利用者の開始時のADL（Barthel Index）



利用開始から6ヶ月後におけるADL（Barthel Index）の点数変化



地域支援事業の全体像

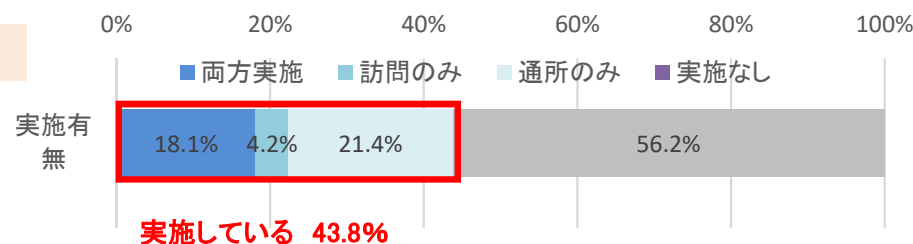


短期集中予防サービスの取組状況

- 訪問型サービス・通所型サービスのどちらか、もしくは両方、短期集中予防サービス(サービスC)を実施している自治体は43.8%であった。
- 実施内容は、訪問・通所ともに「運動器の機能向上」が最も多く、サービスを提供する専門職の類型については、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士といったリハビリ専門職が多い。

実施状況

N = 1,721



実施内容

1. 訪問型サービスC 2. 通所型サービスC

N 訪問型サービスC=385, 通所型サービスC=680

1. 訪問型サービスC 2. 通所型サービスC

サービスを提供する専門職

※ 平成30年8月1日現在

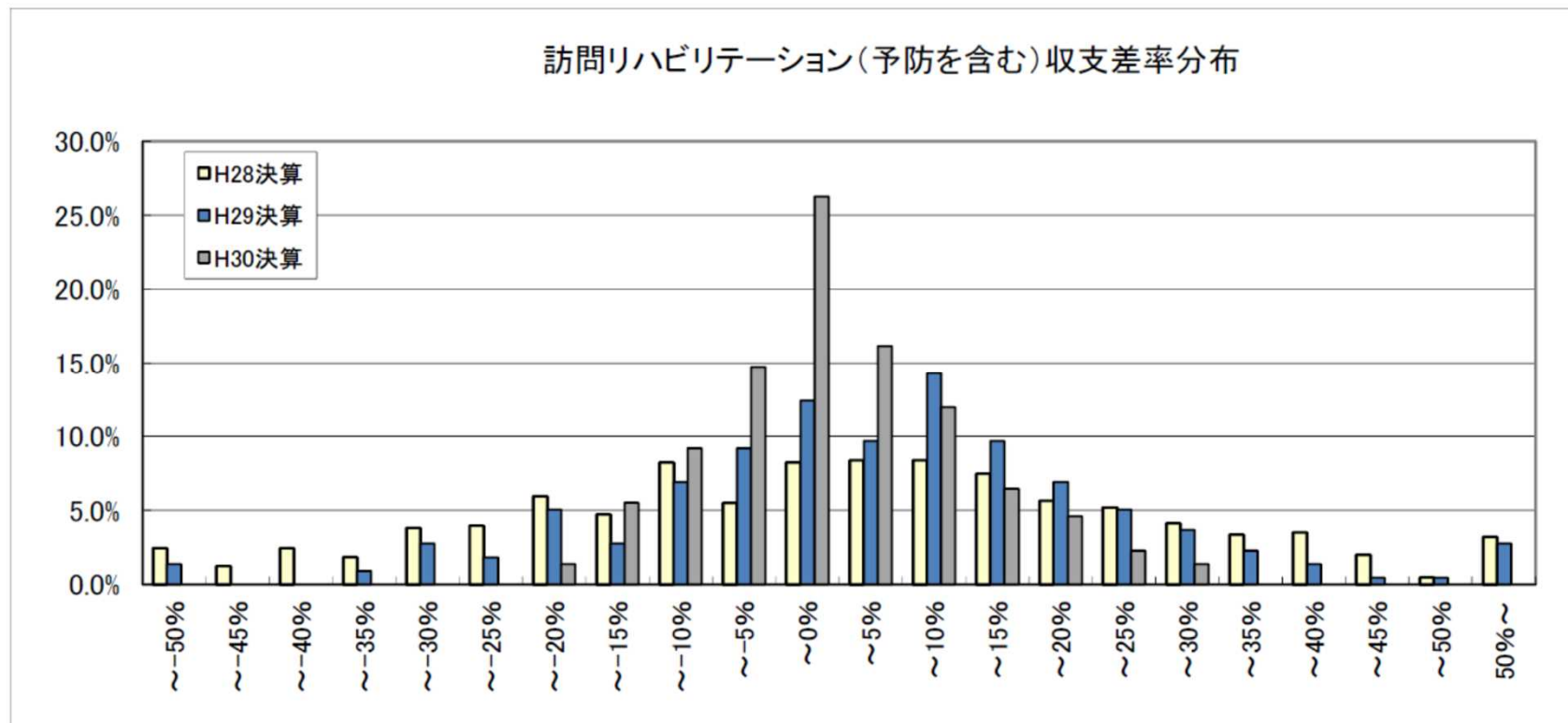
(注) 平成30年度老人保健事業推進費等補助金「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業」(株式会社野村総合研究所)を基に作成

訪問リハビリテーションの経営状況

○ 訪問リハビリテーションの収支差率は平成30年度は3.2%となっている。

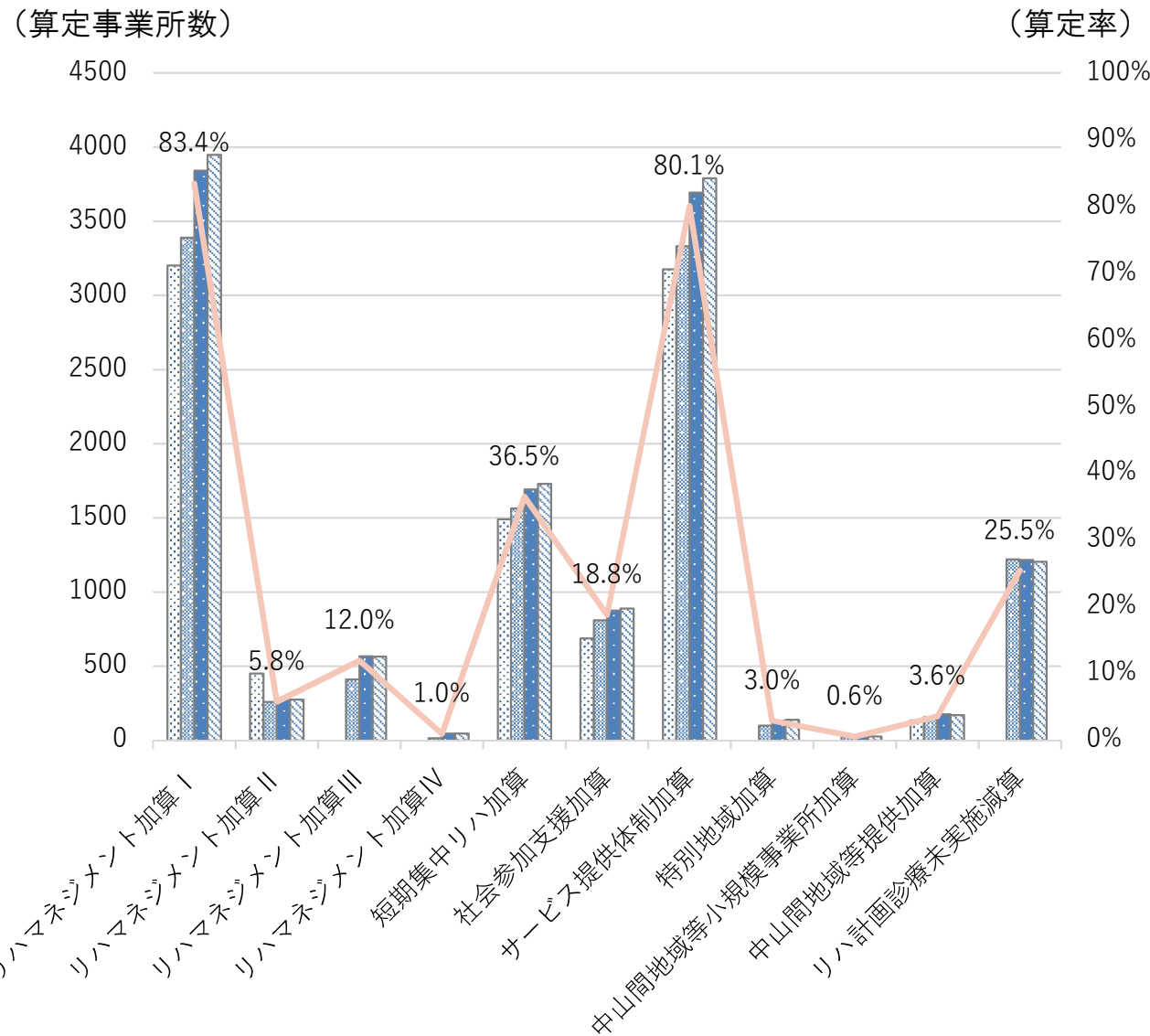
■ リハビリテーションサービスにおける収支差率（ ）内は税引後収支差率 有効回答数：217

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%

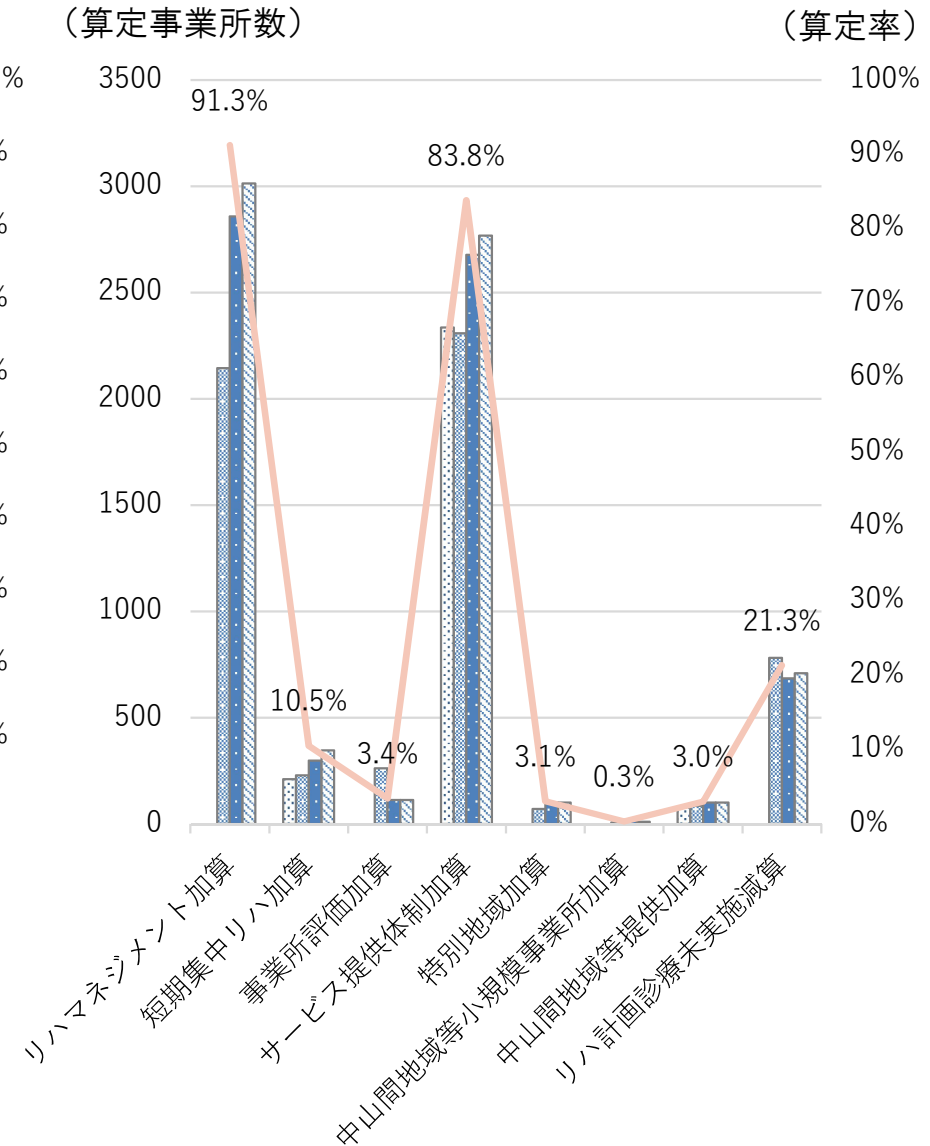


訪問リハビリテーションにおける各加算の算定状況

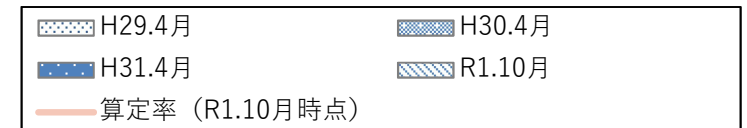
指定訪問リハビリテーション



指定介護予防訪問リハビリテーション



※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



訪問リハビリテーション (平成30年度介護報酬改定)

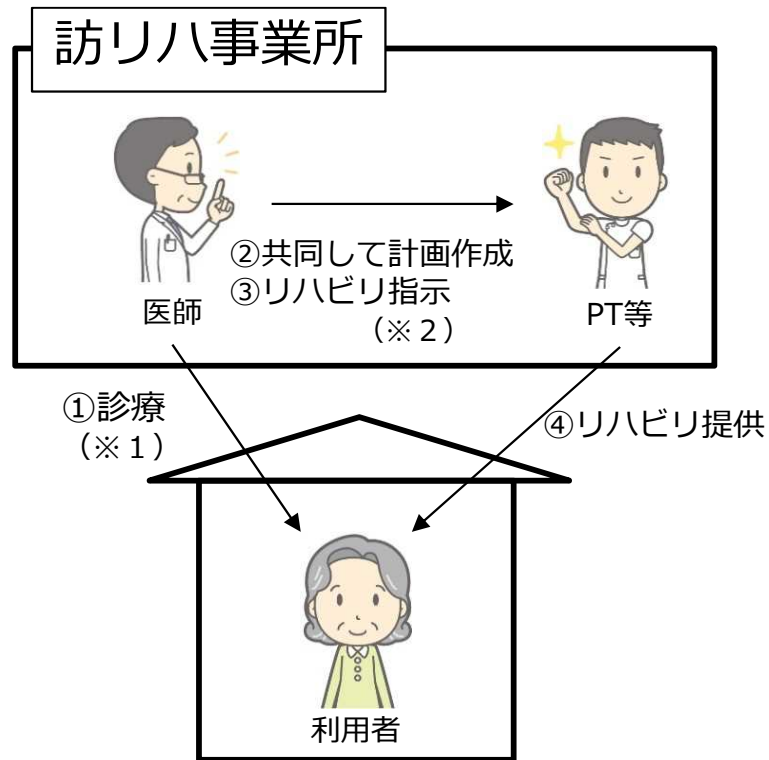
改定事項

- 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介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設
- ⑦訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化
- ⑧基本報酬の見直し
- ⑨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
- ⑩離島や中山間地等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供
- ⑪同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬
- ⑫介護医療院が提供する訪問リハビリテーション
- ⑬その他

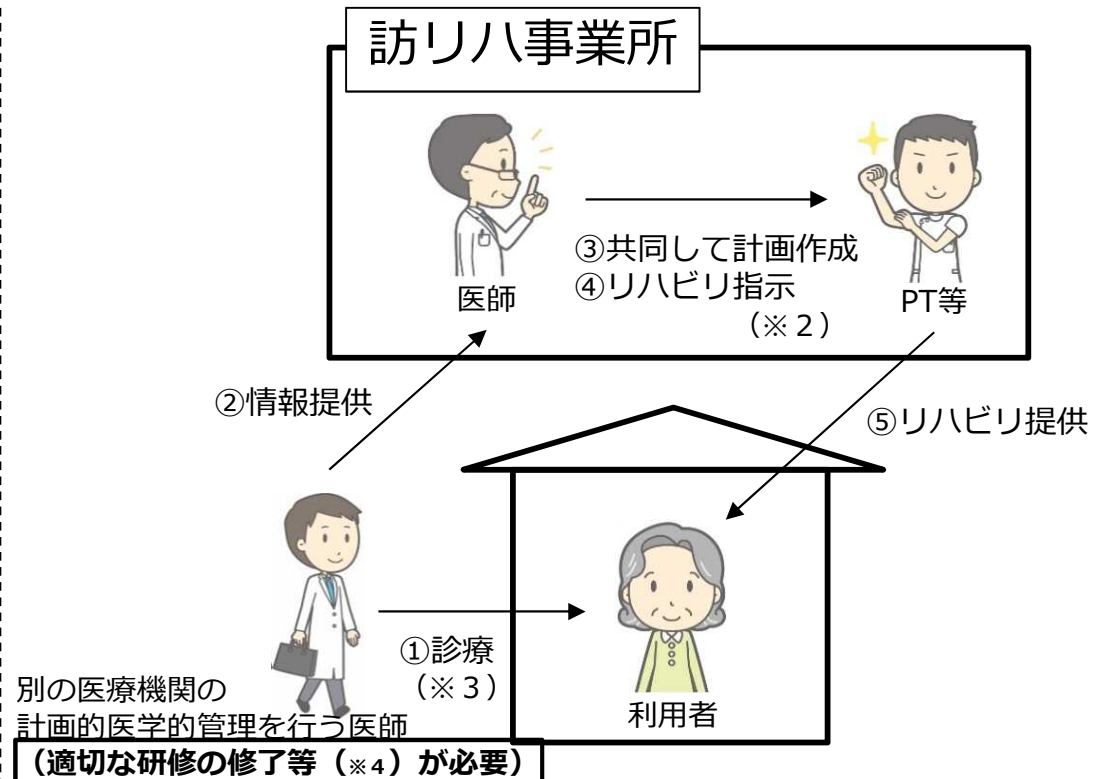
訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合
290単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
270単位/回 (20単位減算)

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可

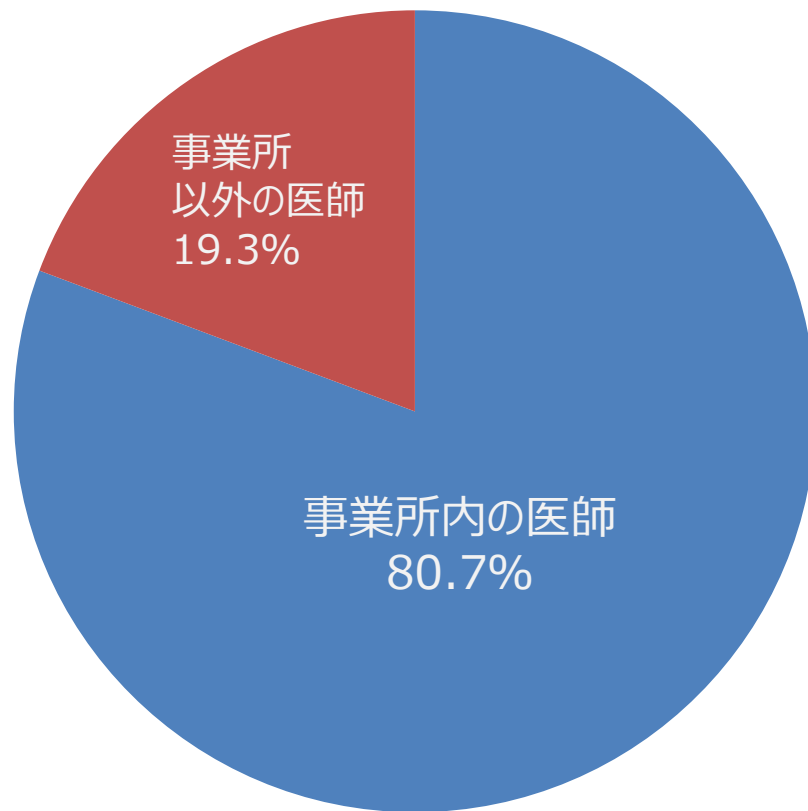
※4 「適切な研修の修了等」については、令和3年3月31日まで適用猶予。

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修。

訪問リハビリテーションにおける医師の診察・配置状況

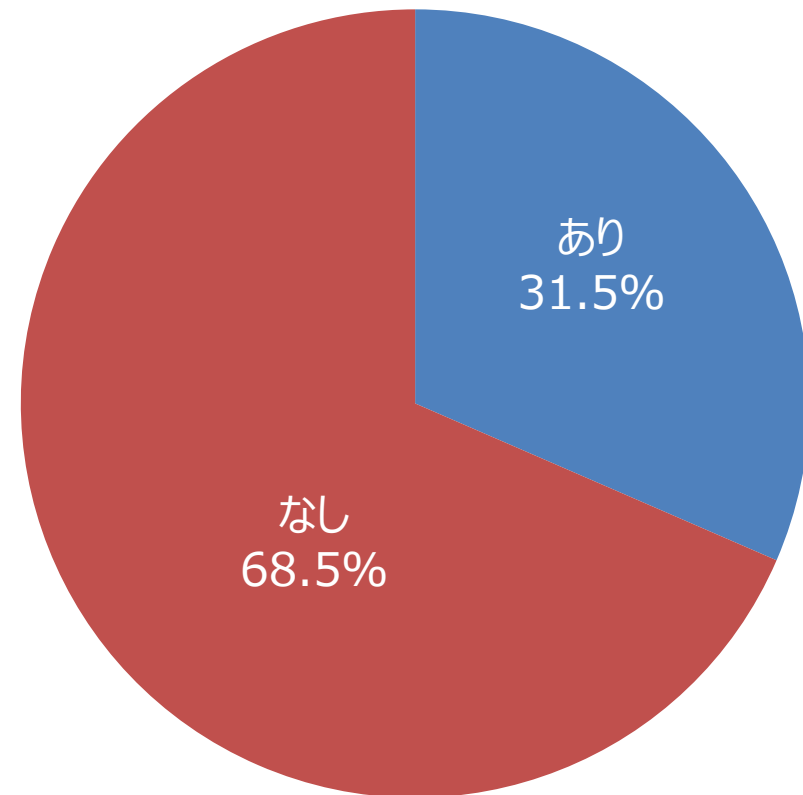
- 約19%の事業所において事業所以外の医師が訪問リハビリテーションにおける診察を実施していた。
- 約30%の事業所において非常勤医師が配置されていた。

診察をした医師の所属



N = 522

非常勤医師の配置のある
訪問リハ事業者割合



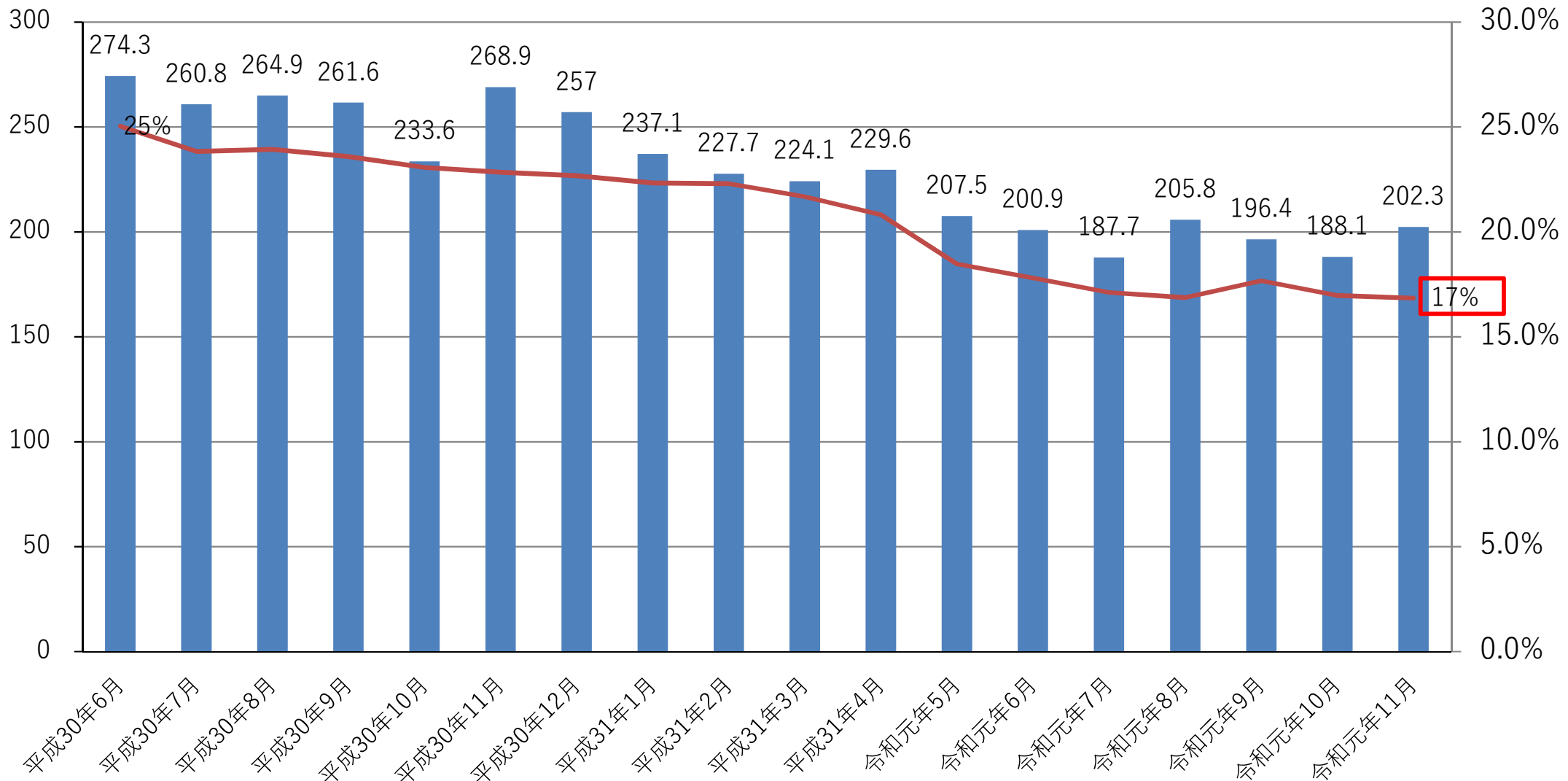
N=238

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定回数

○ リハビリテーション計画診療未実施減算の算定件数は減少傾向にあり、令和元年11月時点では総算定回数に占める割合は17%であった。

(千回/月)

赤線は訪問リハビリテーションの総算定回数における割合



※訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としている。そのため、訪問回数と算定回数は一致しない。

(出典) 厚生労働省「介護給付費実態調査」

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。

訪問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。

訪問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)

60単位/月

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)

150単位/月

<改定案>

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)

280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

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)

420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。

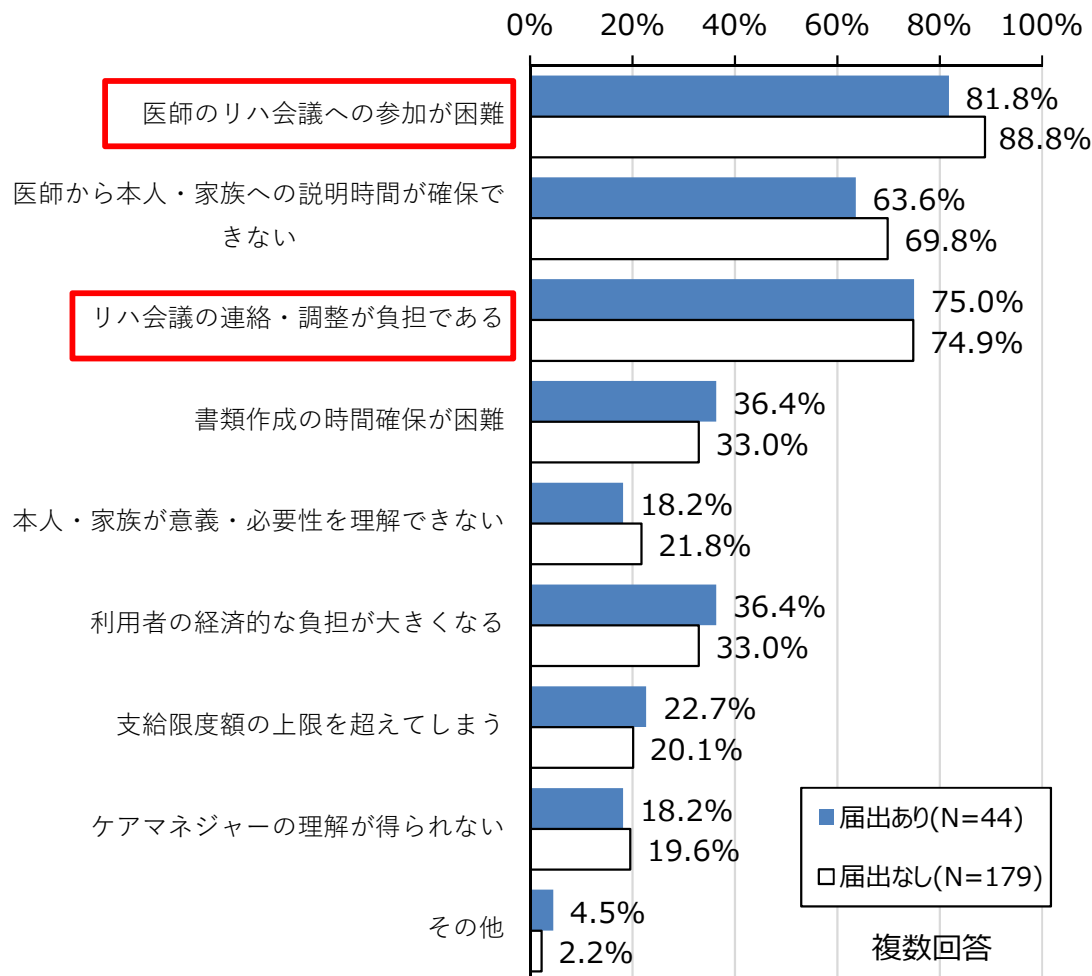
介護予防訪問リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：230単位/月（新設）

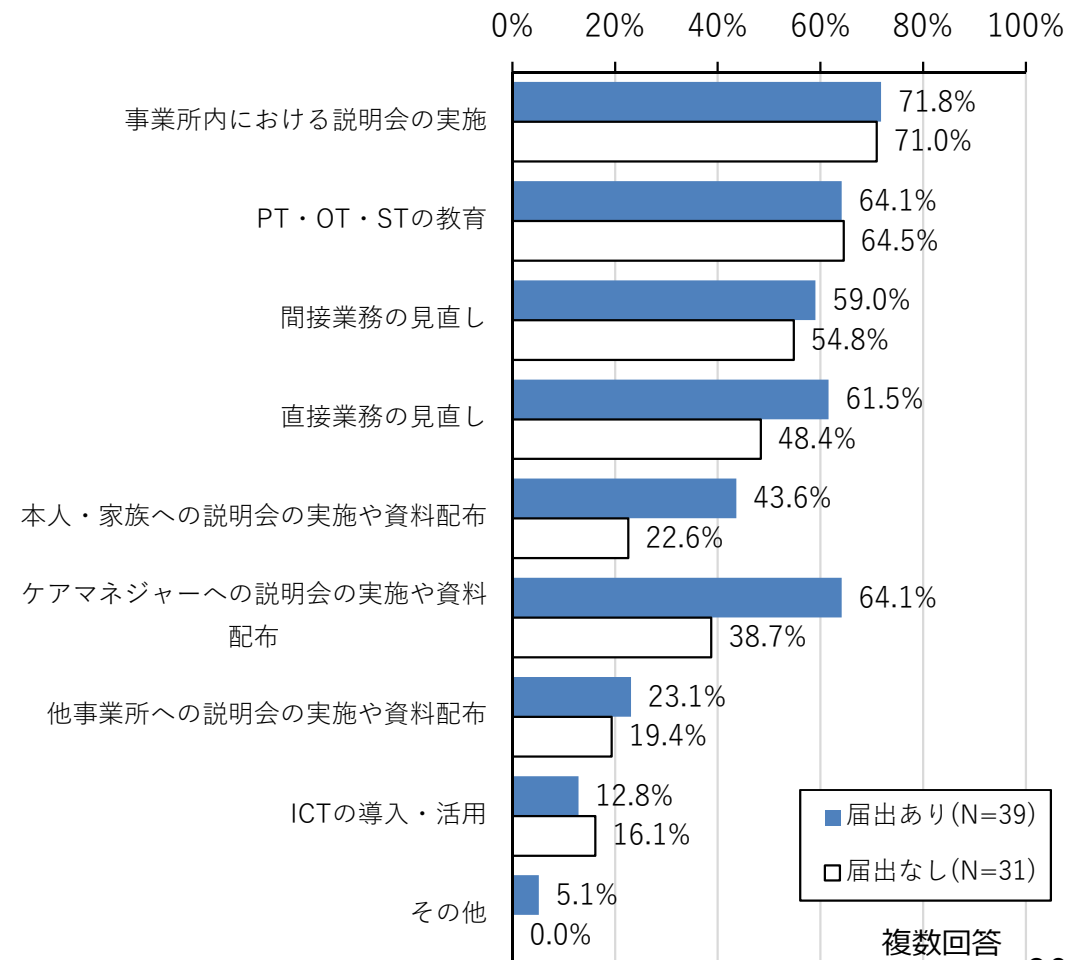
リハビリテーションマネジメント加算IIの算定について

- リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定が困難な理由として、医師のリハビリテーション会議への参加が困難、リハビリテーション会議の連絡・調整が負担である等が挙げられた。

リハビリテーションマネジメント加算
II以上の算定が困難な理由
(リハマネ加算II以上の届出有無別)



リハビリテーションマネジメント加算
II以上の算定に向けた工夫
(リハマネ加算II以上の届出有無別)

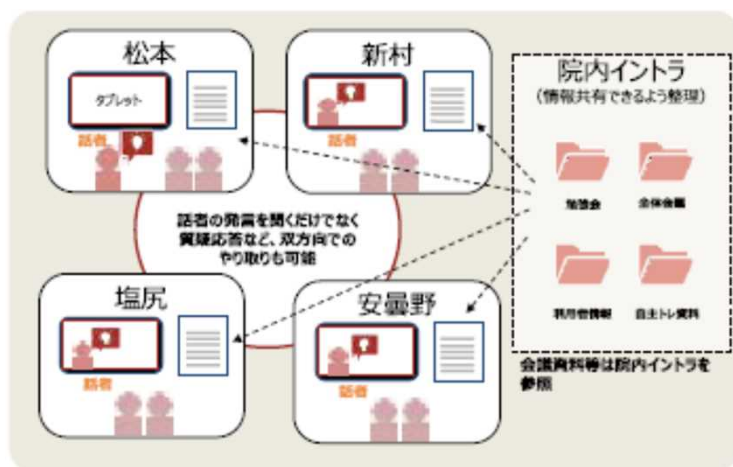


訪問リハビリテーションにおける生産性向上のためのICT活用

事例1：テレビ会議を導入しサテライト事業所間の移動時間の短縮と情報共有の活性化により、業務負荷軽減・リハビリテーションの質向上を図る

【現状と取組】

- ・県内に3つのサテライト事業所を設置している。
- ・各サテライト事業所から本部に参集して開催していた院内のカンファレンスをテレビ会議とした。



【業務改善の効果】

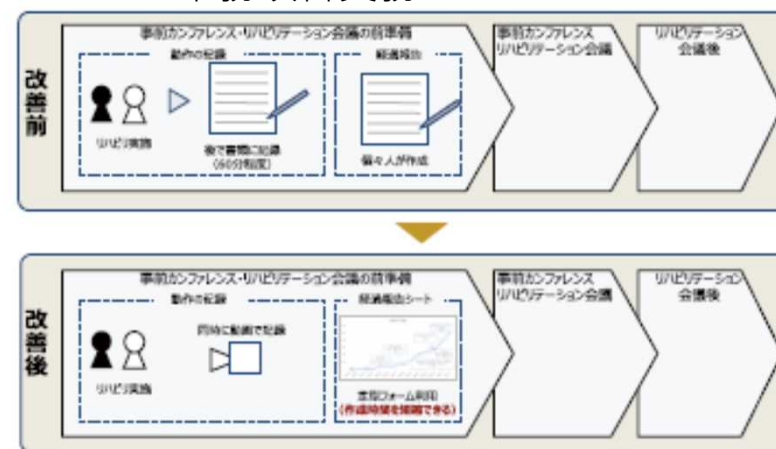
- ・全事業所のスタッフの移動時間が約400分削減された。
- ・移動時間を考慮する必要がなくなり、残業時間の削減につながった。
- ・テレビ会議を活用することで、他事業所の複数のスタッフと同時に情報共有・意見交換が出来るようになったなど、会議という体裁に係わらず効果的な活用が可能となった。

事例2：動画等を活用したリハビリテーション会議の業務負荷の軽減と参加者の理解度向上

【現状と取組】

- ・リハビリテーション会議では、利用者の身体状況や介助方法等を事前に準備した書面で説明を行っていたが、医療職と利用者・家族、介護職等では用語の定義や理解度は異なる。
- ・実際の利用者の動きを動画で確認しつつ、説明を行うことで円滑な情報共有、方針検討等につながることを期待して取り組んだ。

業務改善実務イメージ



【業務改善の効果・課題】

- ・動画の活用により会議参加者の満足度・理解度は高かった。
- ・転倒リスクが高い利用者の場合、職員ひとりでは動画撮影が困難である等課題も挙げられた。

訪問リハビリテーションにおける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 (平成30年度介護報酬改定)

概要

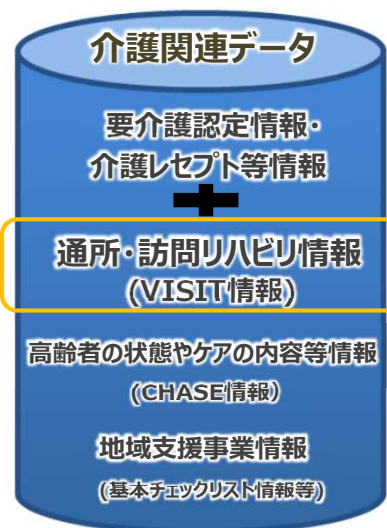
- リハビリテーションの質の更なる向上のために、現行のリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の要件に加えて、以下の要件を満たした事業所を新たに評価することとする。

単位数

<現行>		<改定後>
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マネジメント加算(Ⅳ)
150単位/月		420単位/月(新設)
		※3月に1回を限度とする

算定要件等

- 以下の内容を算定要件とする。
 - ・ 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、フィードバックを受けること。



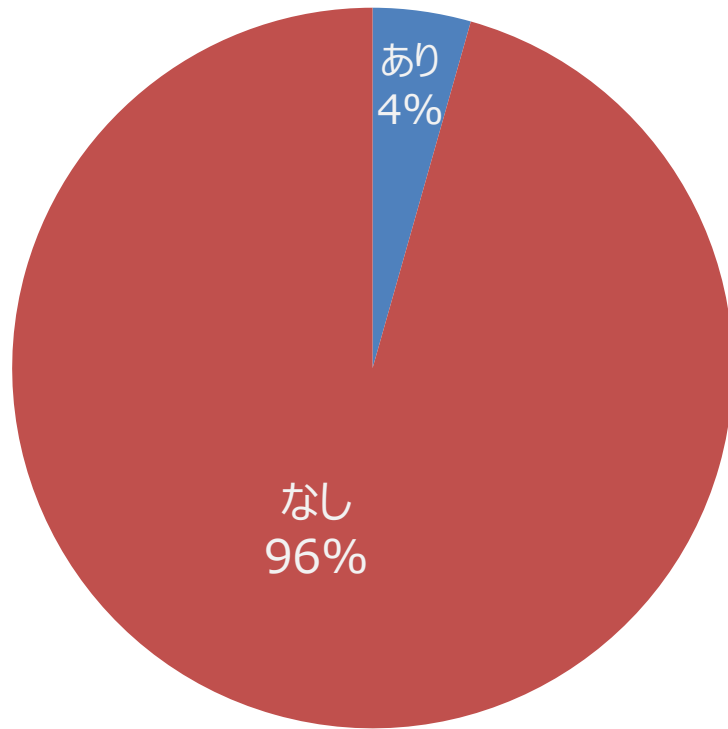
通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

- ・ 通称"VISIT" (monitoring & eValuation for rehabilitation ServIces for long-Term care)
- ・ 事業所がリハビリテーションマネジメント加算等を算定する場合、以下の文書を定められた様式で作成することが必要。
 - 様式1：興味・関心チェックシート
 - 様式2：リハビリテーション計画書(アセスメント)
 - 様式3：リハビリテーション計画書
 - 様式4：リハビリテーション会議録
 - 様式5：プロセス管理票
 - 様式6：生活行為向上リハビリテーション実施計画
 - リハマネ加算(Ⅰ)を算定する場合
 - リハマネ加算(Ⅱ)を算定する場合
 - 生活行為向上リハ実施加算を算定する場合
- ・ 令和2年5月末時点で、642事業所が参加。

訪問リハビリテーション事業所におけるVISITシステムの導入状況

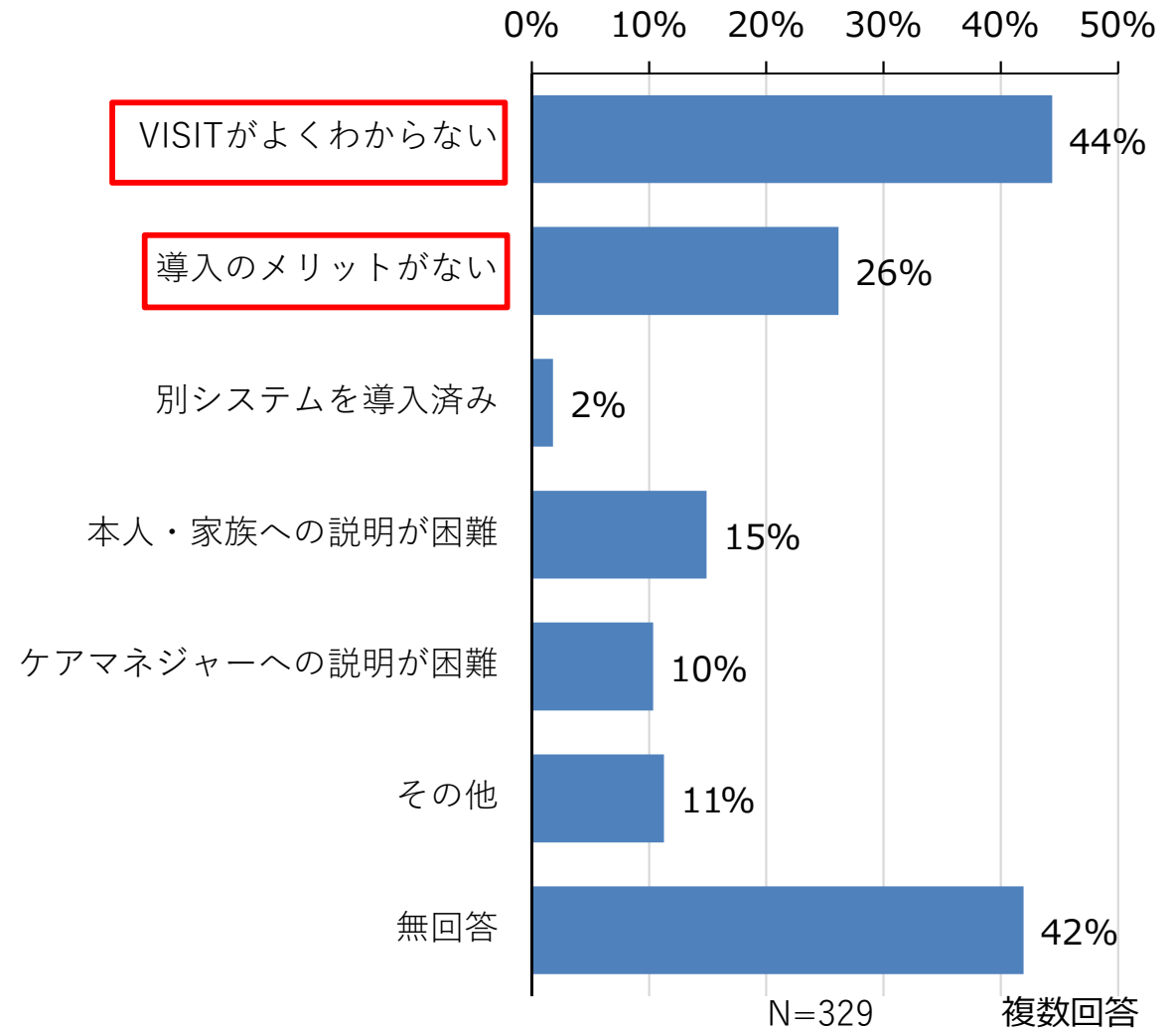
- 訪問リハビリテーション事業所におけるVISIT導入の割合は4%にとどまっている。導入していない理由とし、VISITがよくわからない、導入のメリットがない、などが挙げられた。

VISIT導入の有無



N=344

VISITを導入していない理由



リハビリテーションにおけるアウトカム評価の明確化 (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する。

※ 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。

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

評価対象期間中にサービスの
提供を終了した実人数

> 5%

② リハビリテーションの利用の回転率

12月

> 25%

平均利用延月数※

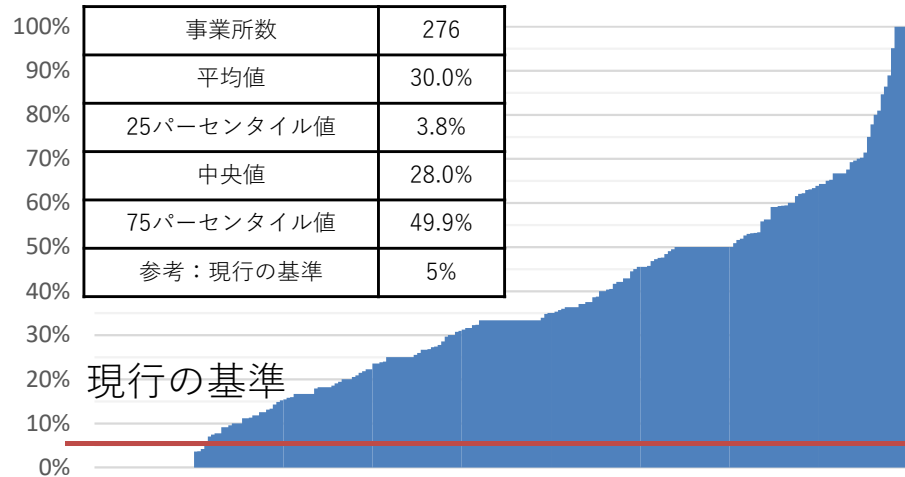
サービス等	訪問リハビリテーション		通所リハビリテーション	
	告示	通知	告示	通知
通所介護	○	○	○	○
通所リハビリテーション	○	○	—	—
地域密着型通所介護	○	○	○	○
認知症対応型通所介護	○	○	○	○
小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○	追加	○
介護予防通所リハビリテーション	新規	新規	—	—
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規	新規	新規
介護予防小規模多機能型居宅介護	新規	新規	新規	新規
第一号通所事業	○	○		○
その他社会参加に資する取組	○			
一般介護予防事業		○		○
居宅における家庭で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

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

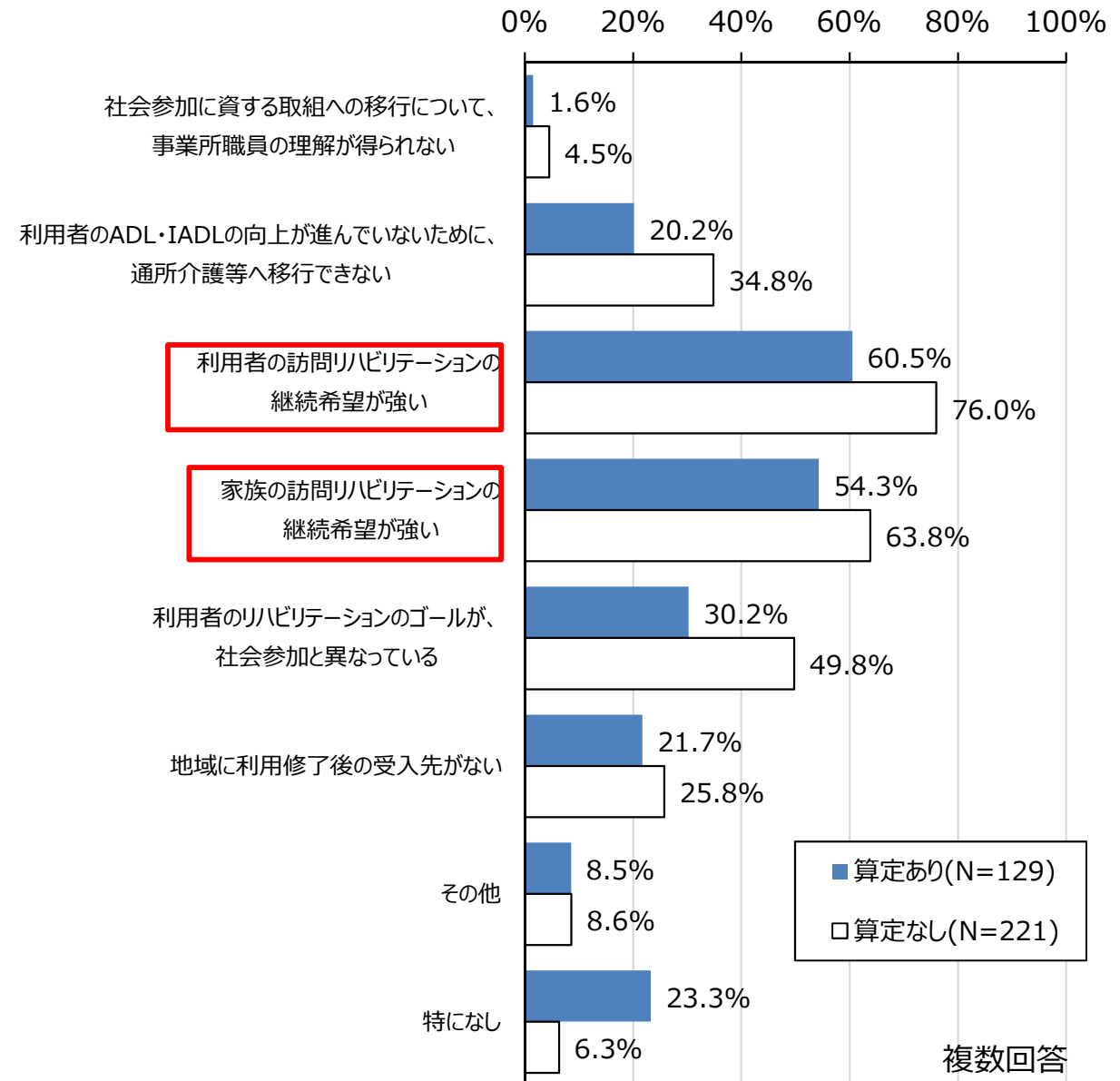
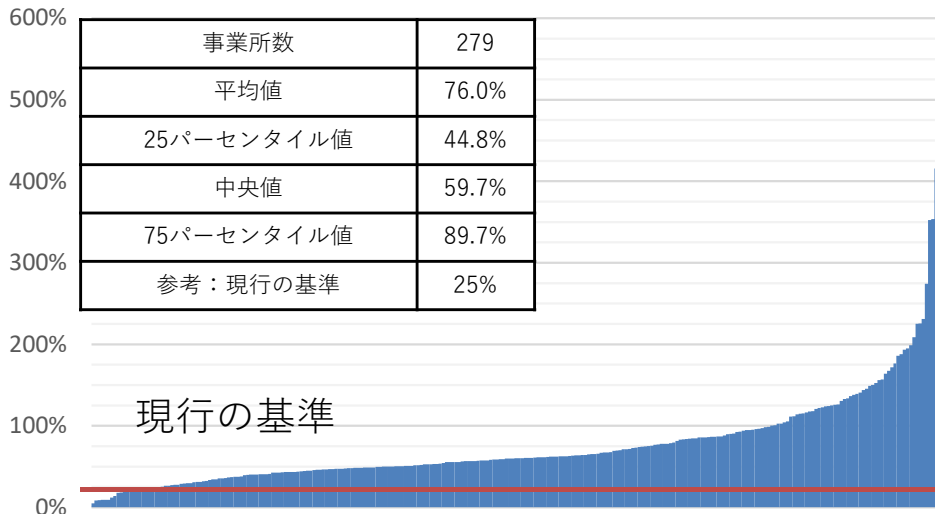
社会参加支援加算の算定が困難な理由

- 社会参加支援加算の算定が困難な理由として、利用者・家族が訪問リハビリテーションの継続希望が強いこと等が挙げられている。

1年間の社会参加への移行状況



利用回転率



リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 (平成30年度介護報酬改定)

- 現在、介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハビリテーションにも設ける。

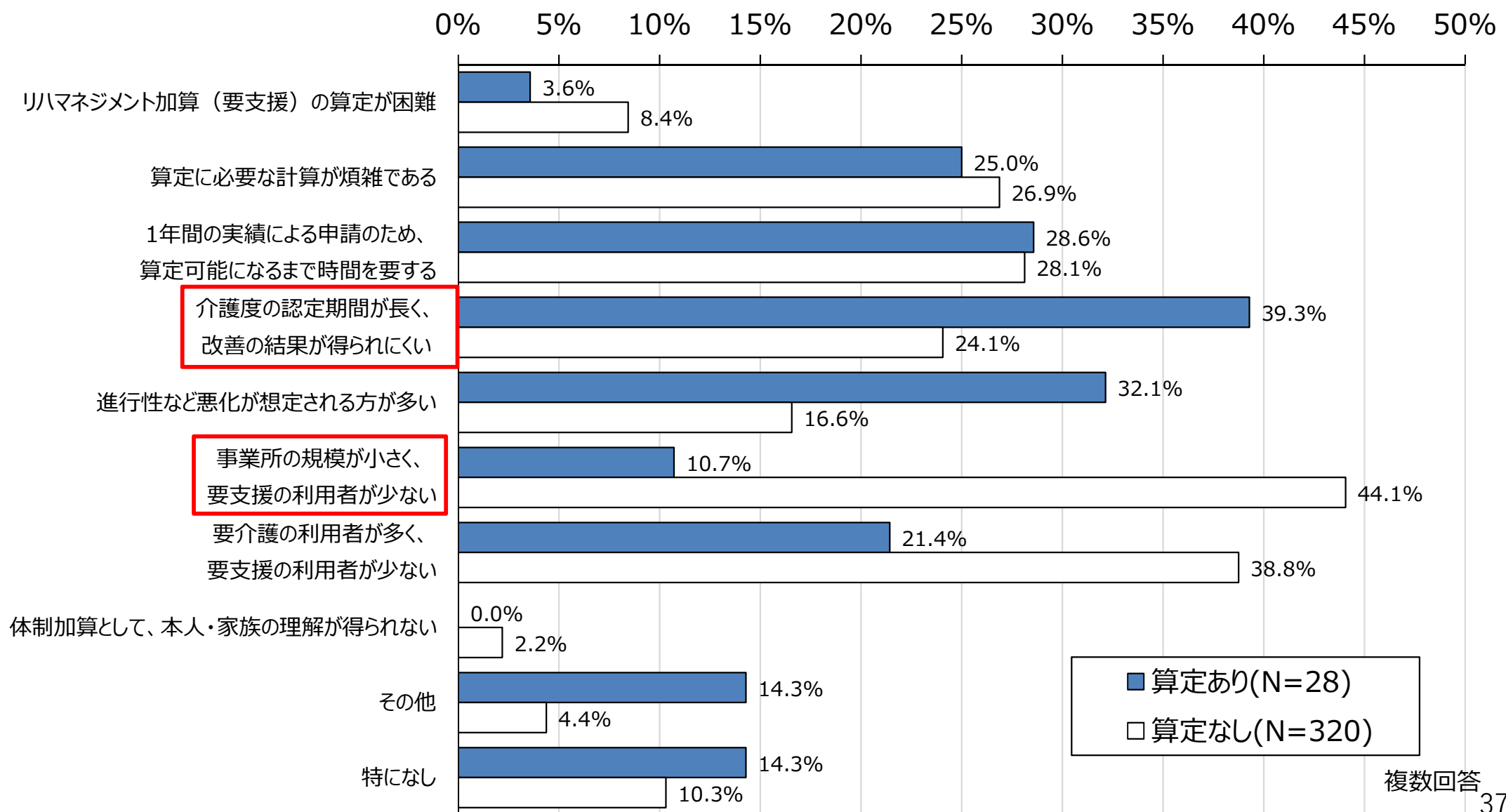
訪問リハビリテーション

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価(要支援状態の維持・改善率を評価)を設け、評価対象期間(前々年度の1月から12月までの1年間)終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること
 - ① 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て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。
 - ② 利用実人員数が10名以上であること。
 - ③ 利用実人員数の60%以上に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。
 - ④ $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)}) \geq 0.7$ を満たすこと(リハビリテーションマネジメント加算を3か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数)

事業所評価加算 120単位/月 (新設)

事業所評価加算の算定が困難な理由

- 事業所評価加算の算定が困難な理由として、算定している事業所では、要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくいとする割合が高く、また、算定していない事業所では、事業所の規模が小さく、要支援の利用者が少ないとする割合が高い。



医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 (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。

訪問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 訪問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	—	○	—

訪問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、A D L 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。

訪問リハビリテーション

<現状と課題>

(概況)

- 訪問リハビリテーションは、居宅要介護者について、その者の居宅において、その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に行われる理学療法、作業療法その他必要なり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。
また、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきとの考え方にに基づき、通院が困難な利用者に対し行うものとしている。
- 訪問リハビリテーションの受給者数は毎年増加しており、特に要支援者の利用者については、平成19年度と比較し、平成31年度で要支援1の者は5.4倍、要支援2の者は4.9倍となっている。
- サービスの利用状況をみると、利用時間は、約8割の者が40分となっており、利用回数は、約9割の者が、週1～2回となっている。
- 訪問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2～3割であり、修了予定のない利用者は、約4～6割となっている。訪問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7割となっている。
- 訪問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、
 - ・ 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4割で改善していた。また、開始時のADLが、要支援者のうち約2割、要介護1～2の約1割は、100点となっている。
- なお、介護予防・日常生活支援総合事業の中で、リハビリテーション専門職を中心とした保健医療の専門職により提供される3～6ヶ月のサービスである短期集中予防サービスは、運動器の機能向上やADL等の改善を目的とし実施されており、約5割の自治体で実施されている。

訪問リハビリテーション

<現状と課題>

(介護報酬改定)

- 近年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、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、
 - ・ 医師の関与の強化・明確を図るため、リハビリテーションマネジメントや事業所の医師による診療の見直し
 - ・ 自立支援・重度化防止に資する体制強化等を図るための社会参加支援加算の要件の明確化や、自立支援・重度化防止のためのアウトカム評価の拡大、データ収集等
 - ・ 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化を図るための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。

訪問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、訪問リハビリテーションサービスが必要な者に必要なサービスを効果的に提供できるようにしていくことが求められるが、医師の関与や自立支援の取組の更なる促進、通所リハビリテーションや総合事業との役割分担等についてどのように考えるか。
- リハビリテーションと機能訓練との連携や移行をより効果的・効率的に行うため、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。