

通所リハビリテーションの 報酬・基準について（検討の方向性）

これまでの分科会における主なご意見（通所リハビリテーション）①

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

< 総論 >

- リハビリテーションは医師の指示に基づきリハビリ専門職が行うものであり、中重度の者の割合が一定程度高くても良いのではないかと考えられることから、一般介護予防や他のサービスとの相互連携を積極的に行うべきではないか。他のサービスとの連携を含めその評価を行うことで効果的なリハビリが提供されるようになっていくべき。
- 一定期間リハビリテーションをやって、その後通所介護につなげていくことが理想であり、通所リハビリテーションと通所介護の役割分担を考えるべき。
- 通所リハビリテーションの修了者の通所介護での受け入れを促進する観点から、通所リハビリテーションの事業所に対する評価や、通所リハビリテーション事業所と通所介護への情報連携等が円滑に進むようにするべきではないか。

< アウトカム評価等の推進 >

- 中重度者の4割でBarthel Indexが改善しているというデータがあるが、身体機能の改善や維持は非常に重要。また、アウトカム評価を検討する中で、重度者については、誇りを持って、尊厳ある生活を維持できているかという観点も重要ではないか。
- 科学的な観点からの標準化や評価が必要であり、VISITの普及を図っていく必要があるのではないかと。
- リハビリテーションの質についての評価指標として未病指標の活用を検討してはどうか。

< リハビリテーション専門職等の専門職の活躍 >

- 口腔と栄養に関するサービスを一体的に提供することでより効果を上げることができることから、歯科医療専門職種と管理栄養士との具体的な連携と協働のための口腔状態のスクリーニングと情報共有の仕組みづくりをしてはどうか。
- 施設基準の定員と実稼働の人員に乖離があるため、リハ職等の専門職を地域の社会資源として更に活用することは非常に有効ではないかと。
- 老健や通所リハビリテーションは特にリハビリテーション専門職が多く在籍していることから、地域の介護予防事業への参画など地域貢献を行うインセンティブとして、地域貢献加算のようなものをつくってはどうか。

これまでの分科会における主なご意見（通所リハビリテーション）②

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

<各種加算>

- リハビリテーションマネジメント加算を算定している者とそれ以外で、ADLが優位に改善しているとのデータも示されており、機能改善した利用者の割合の実績を評価するなど、アウトカム評価を算定要件に含めることを検討すべき。
- 医師の関与という観点で導入されたリハビリテーションマネジメント加算を算定している利用者の方が、経過が良いという結果もあることから、今後も医師の関与するリハビリテーションを推進していくべき。
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算の単位数が低いことから、認知症短期集中リハビリテーション加算と同じ単位数にするなどの対応を検討すべきではないか。
- 生活行為向上リハビリテーション加算については、理念はよくても現場で使われておらず、仕組みに問題があると考えられることから、今後検討を進めるべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、機能の改善に加えて、生活機能の維持も重要なアウトカムであり、卒業を目的とした社会参加支援加算の在り方は見直すべきではないか。
- 生活期リハビリテーションは、卒業や修了という概念ではなく、リハビリを日常的に行いながら生活するというのが基本ではないか。社会参加支援加算は、卒業するとデイケア等のリハビリテーションが受けられないという弊害ではないか。卒業した利用者の結果の状況把握はできていないものの、例えば状態がよくなればデイケアの回数を減らして、一般介護予防や通所介護事業所等を併用して行うことも可能ではないか。
- 社会参加支援加算は通所リハビリにおいては算定率が低く、特に要件における社会参加への移行状況の計算式を測定すること自体に意味がないのではないか。この計算式については大きく見直すべきではないか。
- 社会生活支援加算は、算定率も低く、自立支援に資するものになっていないのではないか。両者において経営的、運営的にもメリットがない状況の中で、デイケアから通所介護事業所への卒業や、通所介護事業所からデイケアへの逆紹介のような流れをどう実現するかが今後の課題。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は創設から6年が経過しているが算定率が1%にも満たず、根本的に仕組み上の問題があるのではないか。廃止あるいは抜本的な見直しをすべき。
- リハビリテーション提供体制加算について、PT・OT・STの配置に常時25対1の要件が設けられ、実際には5割増しの配置が必要となっているが、外部のカンファレンスへの出席や休憩時間等はカウントされない状況となるため、人員不足や今後の働き方改革のための対応の検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見（通所リハビリテーション）③

※ 第176回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局の責任で整理したもの

<経営状況等>

- 人材の確保や経営の効率化の観点から、国は事業所の大規模化を進めている一方で、大規模減算を行っていることは大変問題であり、廃止すべきではないか。
- 規模が大きい、経営効率がいいというだけで、質の評価等を行わず減算される大規模減算については、他のサービス類型にないものであり、企業努力を尊重する観点からも廃止すべきではないか。
- 大規模事業所の方が効率性が高いと思うが、効率性や生産性を高めていくという観点から、今後も大規模事業所を減算するという対応を続けていくことが正しいことかは、論点として検討すべきではないか。
- 収支差率が前年比マイナス2.6%と全サービス中で最もマイナス幅が大きい。コロナの影響もある中、経営的に大変厳しいという数字が出ているところであり、考慮すべきではないか。
- デイケアは、新型コロナウイルス感染症の影響を強く受けたサービスであり、今後の第2波、第3波等を考えても、足腰を強くしていく必要があるのではないか。

※第181回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。

- 介護保険の枠組みの中で、医学的かつ医学的管理に基づく適切なリハビリテーションの実施が求められている。基本報酬のリハビリテーションとしての評価が乏しいために、自立支援を促すインセンティブが少ない。現在の通所リハビリテーションに専門職配置、加算算定率、社会参加等を含めた総合的なリハビリテーションの評価を導入して、介護老人保健施設の基本報酬と同様な構造に近づけてはどうかという要望になります。
- 過不足ない情報量の簡素化されたリハビリテーション計画書が望まれる。
- 入院を必要とするような疾病ではなくても、身体機能が低下する要介護者は少なくありません。一時的にADLが低下した場合に、廃用例を対象として考えられてつくられた生活行為向上加算を弾力的に運用できる仕組みづくりを御検討いただきたい。

※第181回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいては、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会から、以下について要望があった。

- 平成27年度介護報酬改定において、家庭や社会への参加を可能とするための目標を設定した上で、利用者のADL及びIADLを向上させ、社会参加へ移行させることを目標とする社会参加支援加算と、活動と参加などの具体的な生活活動の目標について焦点を当てた生活行為向上リハビリテーション実施加算が創設された。今後もこのような理念をより一層進めていく方策を検討していくべきである。

※下線については、事務局において加工したものである。

論点① 自立支援及び活動・参加の促進

論点①

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、加算においてリハビリテーションの機能を評価している。通所リハビリテーションはその目的を「利用者の心身機能の維持回復を図ること」とされているところであり、自立支援及び活動・参加を促す機能を重点的に評価する観点から、どのような対応が考えられるか。

通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

社保審一介護給付費分科会
第180回(R2.7.20)資料3より

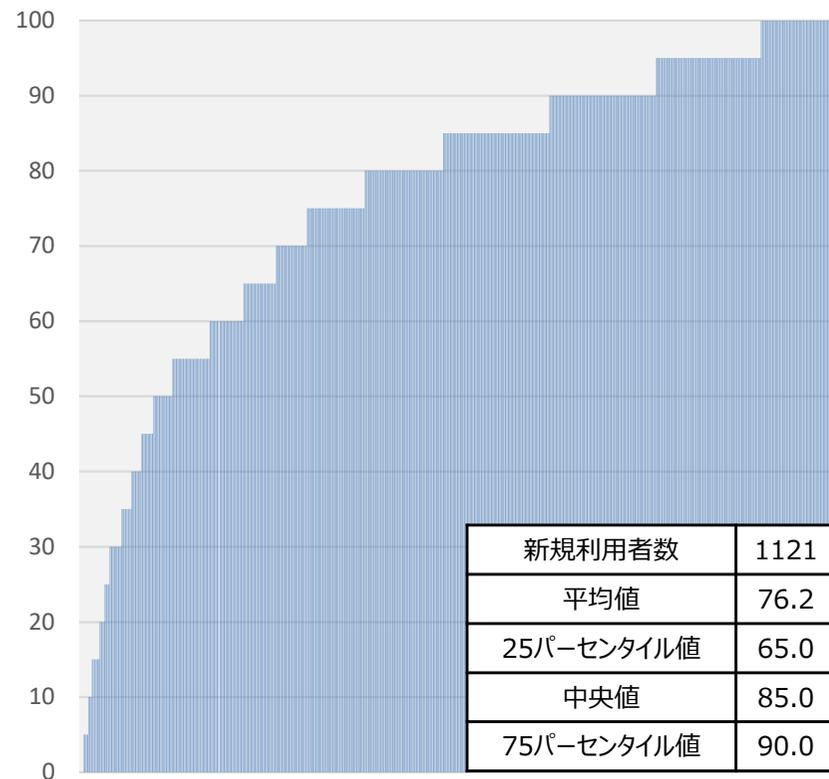
- 通所リハビリテーションと通所介護では、医師の配置や、求められるリハビリテーション専門職、サービスの実施内容・目的等が異なっている。

	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師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

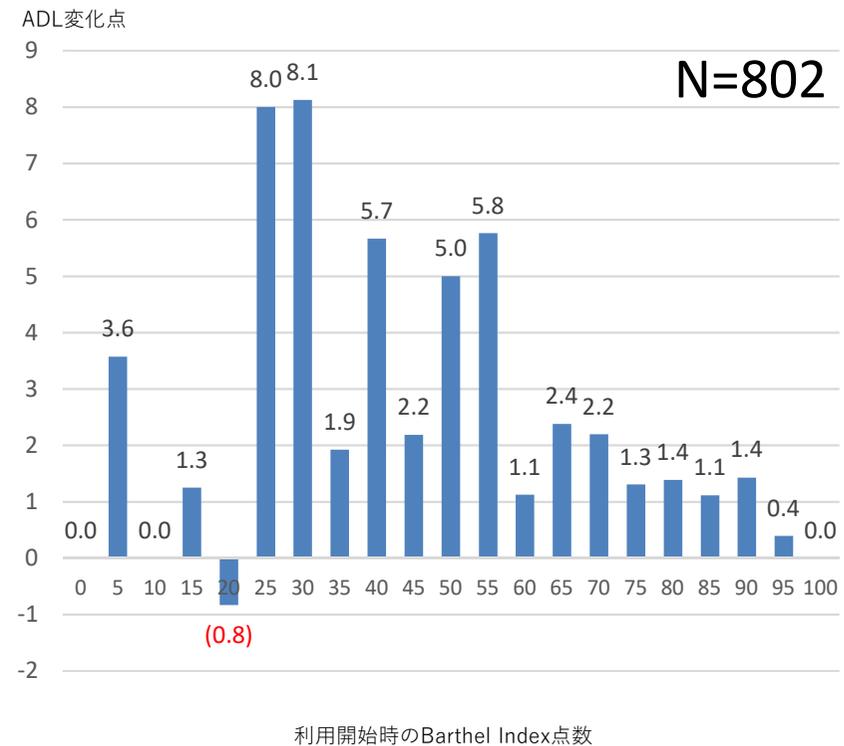
通所リハビリテーションにおけるADLの状況

- 利用開始時のADL評価であるBarthel Indexは平均が76.2点であった。
- 利用開始時から修了時のADL変化をみると、利用開始時のADLに関わらず大方で改善している。

利用開始時のADL(Barthel Index)



利用開始から修了時におけるADL(Barthel Index)の平均点数変化



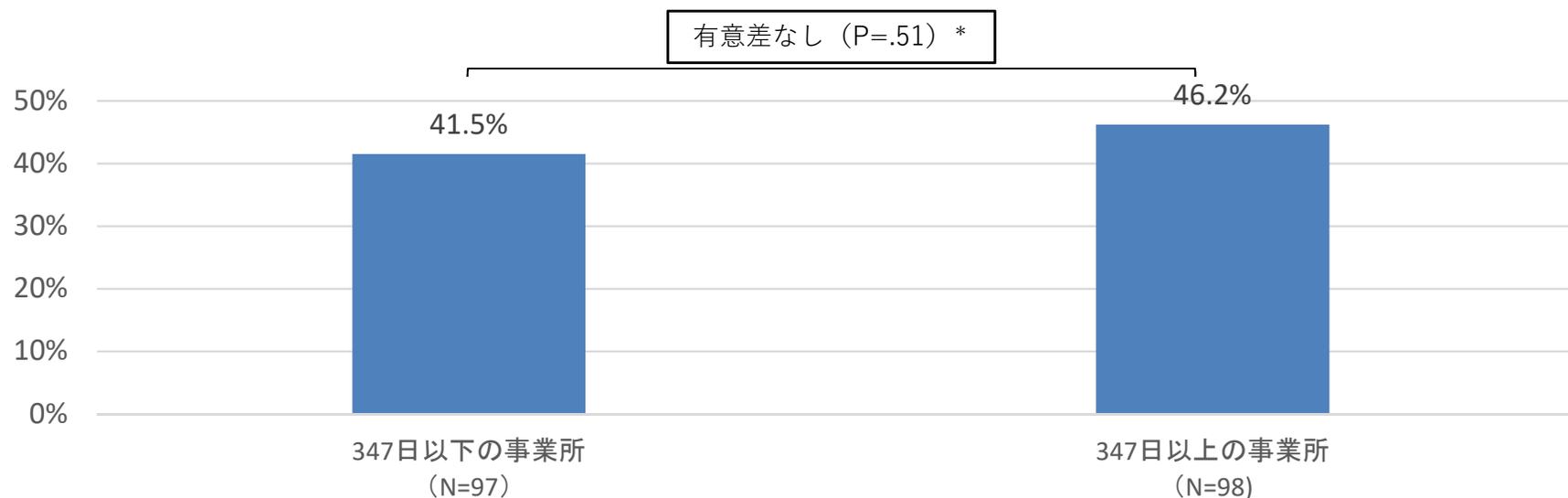
※Barthel Indexの総点が30点の利用者において、BIが10点改善する場合、例えば、食事が部分介助から自立へ、起き上がって座れる状態から椅子とベッド間の移乗が部分介助に改善することが想定される。

※利用修了者：平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者。利用修了者には、入院・入所、死亡など状態悪化による終了は含まない。

- 利用開始から修了時までの利用期間（各事業所における利用者の中央値）が347日以下の事業所と、347日以上の事業所とを比較したところ、Barthel Indexで評価されたADLが改善した者の割合に有意な差はなかった。
- 利用期間が347日以下の事業所と、347日以上のある事業所とを比較したところ、利用開始時のADLと年齢には、有意な差はなかった。

利用期間比較の事業所のADL改善者の割合の比較

※利用開始から修了時のADL(Barthel Index)が改善した者の割合



	347日以下の事業所 (N=98)	347日以上のある事業所 (N=97)	P値
利用開始時のADL (Barthel Indexの点数)	88.1	85.4	.17
年齢	78.6歳	76.9歳	.17

※各事業所における通所リハビリテーションの修了者の利用期間の中央値は347日であり、この値を元に事業所を利用期間が短い事業所と利用期間が長い事業所に二分した。

* Mann-WhitneyのU検定

※利用修了者：平成31年1～4月の間に目標達成により修了した者。利用修了者には、入院・入所、死亡など状態悪化による終了は含まない。

通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ

※ 加算・減算は主なものを記載

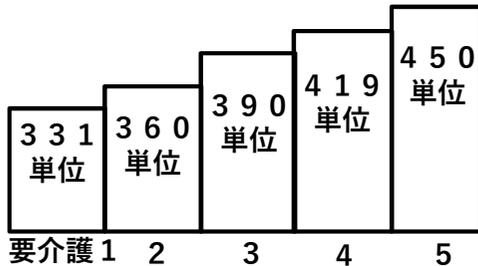
通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

要介護度・利用回数
・時間区分に応じた基本
サービス費

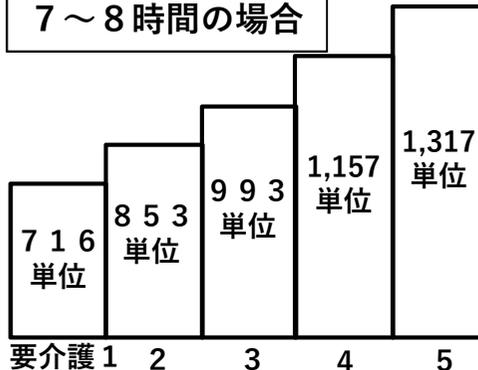
事業所の体制等に対する加算・減算

利用者の状態等に応じたサービス提供に対する
加算・減算

1～2時間の場合



7～8時間の場合



※通常規模型の場合

社会参加に資する取組を評価
(社会参加支援加算) (+12単位/日)

リハビリテーション提供体制加算
(+12～28単位/回)

中山間地等でのサービス提供
(+5%)

介護福祉士や3年以上勤務者を一定以上
配置 (+6～+18単位/回)

利用者数が定員を超える
(-30%)

医師、PT・OT・ST、看護・介護職員数
が基準を満たさない (-30%)

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

短期集中的なり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りハビリ
テーションの実施

- ・I : 240単位/日
- ・II : 1920単位/月

栄養改善サービスの実施 (150単位/回)
栄養スクリーニング加算 (5単位/回)
口腔機能向上サービスの実施(150単位/回)

中重度ケア体制強化加算
(20単位/日)

介護通所リハビリ事業所と同一建物に居住す
る者へのサービスを提供

(-94単位/日)

論点① 自立支援及び活動・参加の促進

検討の方向（案）

- 通所リハビリテーションは、医師の診療に基づき計画的なリハビリテーションを実施するサービスである。通所リハビリテーションの趣旨を踏まえ、自立支援及び活動・参加の機能を促進する観点から、
 - ・リハビリテーションの機能
 - ・事業所の体制
 - ・活動・参加に対する取組
 - ・利用者のADLの維持改善等の状態等の評価を進めることを検討してはどうか。

論点②リハビリテーションマネジメント加算

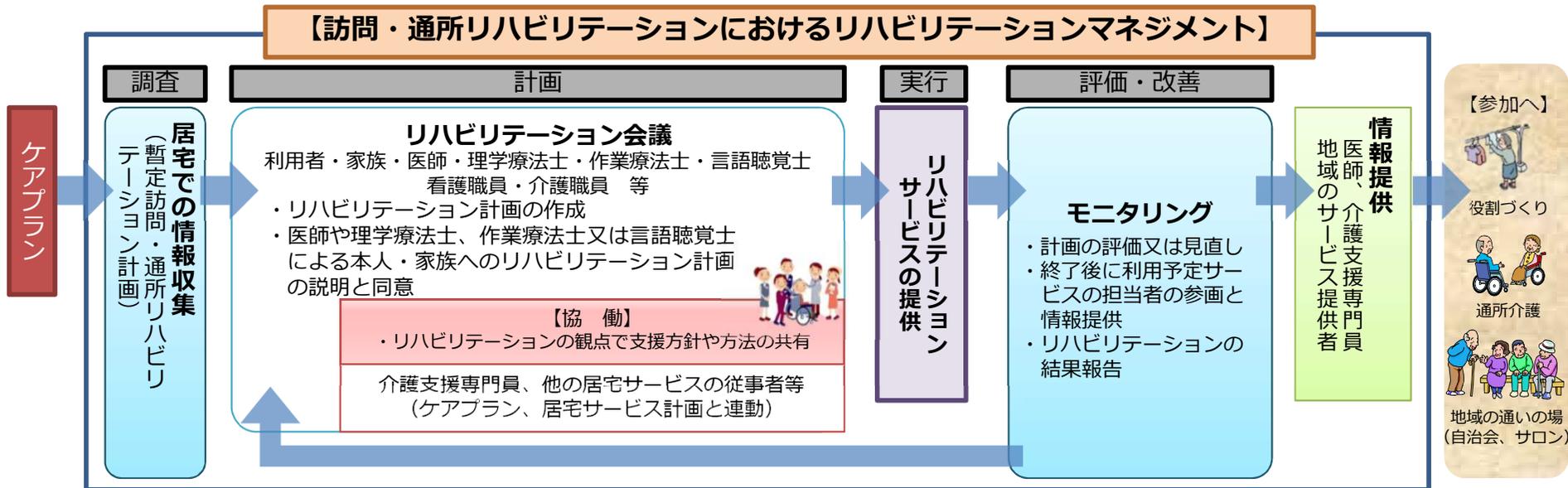
論点②

- 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について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、どのような対応が考えられるか。

リハビリテーションマネジメント加算の考え方 (平成30年度介護報酬改定)

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

【データ提出・フィードバック】

- ・リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ) → VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

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

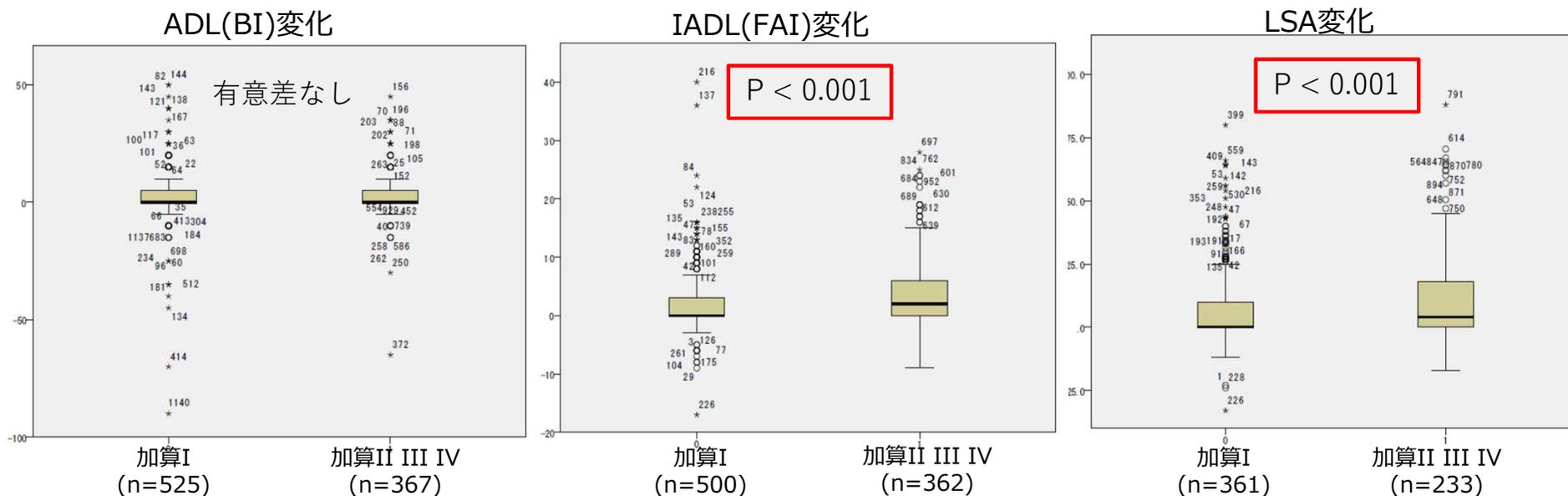
- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する利用者は、それ以外の者と比較し、リハ開始時から6ヶ月後、手段的日常生活動作（IADL）と活動範囲（LSA*）が有意に改善している。

※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

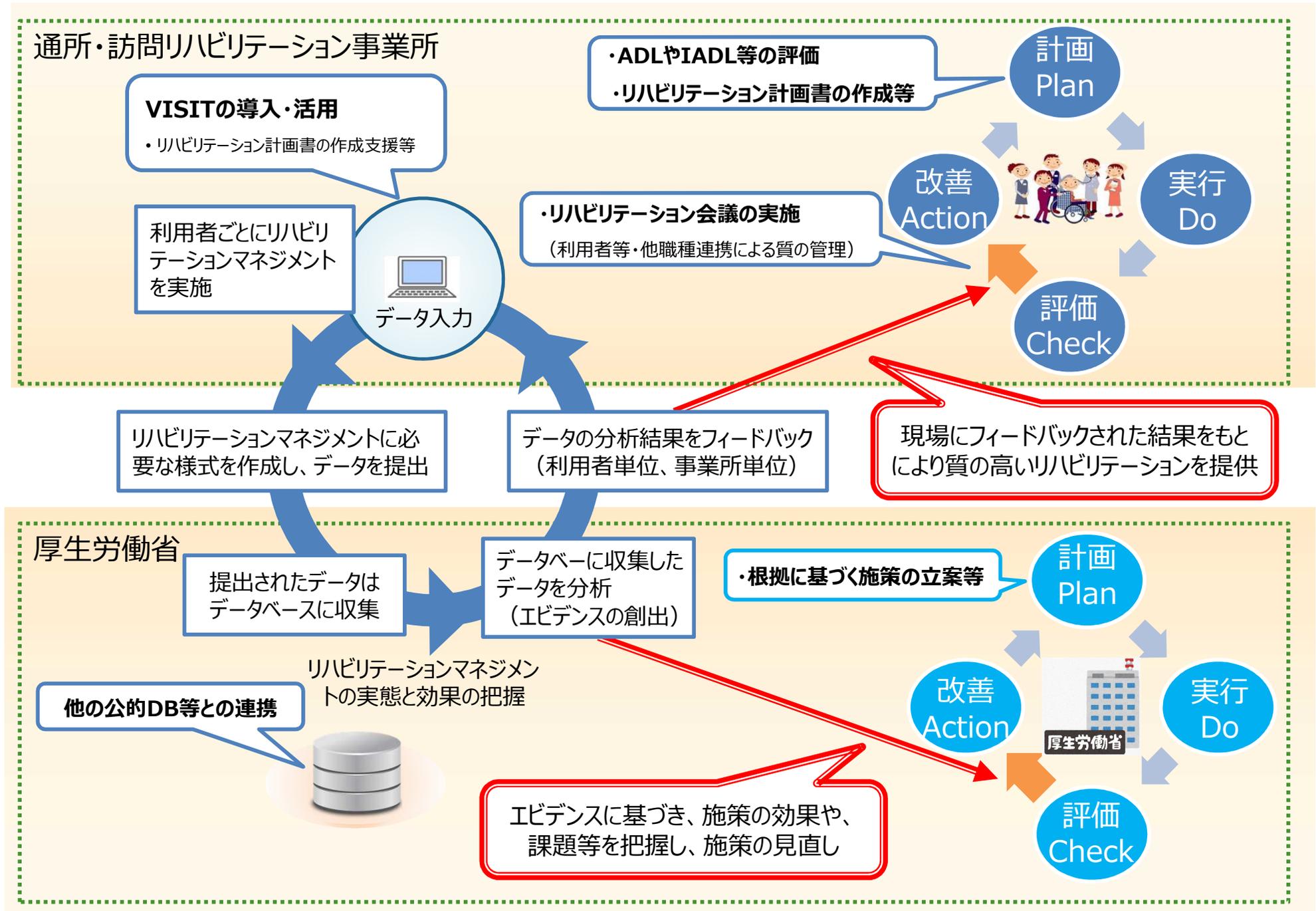
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

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。



(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）のデータをもとに老人保健課で集計

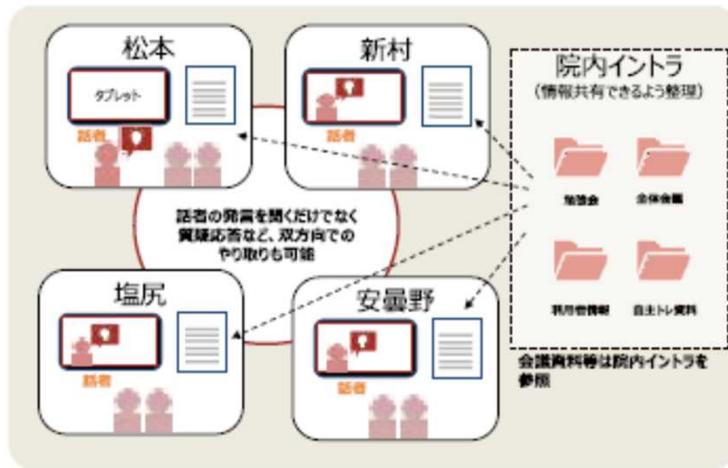
VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



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】

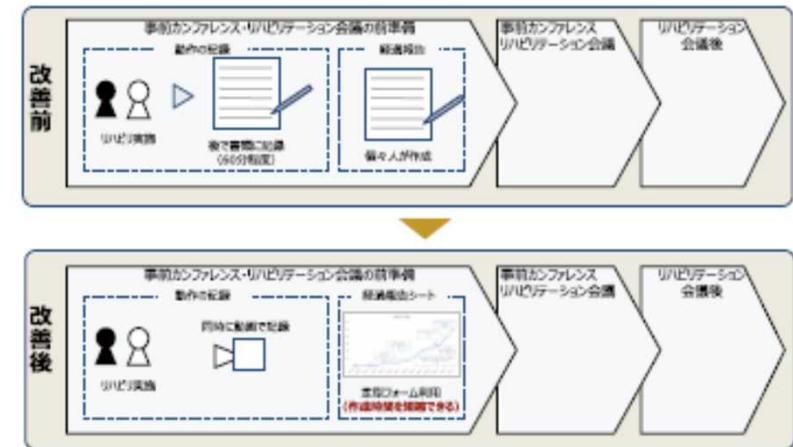
- ・全事業所のスタッフの移動時間が約400分削減された。
- ・移動時間を考慮する必要がなくなり、残業時間の削減につながった。
- ・テレビ会議を活用することで、他事業所の複数のスタッフと同時に情報共有・意見交換が出来るようになったなど、会議という体裁に係わらず効果的な活用が可能となった。

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。

各種加算の算定状況①(2か年平均算定率80%以上)

○ 2か年の平均算定率が80%を超える加算は16種類(延べ49種類)となっている。

(2か年平均算定率80%以上)

○初期(初回)、送迎、入浴関係

加算	サービス種類	算定率
初回加算	介護予防支援	86.4%
初期加算	介護老人保健施設	97.8%
	介護老人福祉施設	88.4%
	介護医療院	80.7%
送迎加算	短期入所生活介護	96.3%
	短期入所療養介護(老健)	93.6%
	予防短期入所生活介護	87.3%
入浴介助加算	通所介護	94.6%
	認知症対応型通所介護	98.2%

○体制加算関係

加算	サービス種類	算定率
夜勤職員配置加算	短期入所療養介護(老健)	87.5%
	介護老人保健施設	86.1%
	予防短期入所療養介護(老健)	87.7%
サービス提供体制強化加算	訪問リハビリテーション	80.3%
	予防訪問リハビリテーション	84.3%
	予防短期療養(医療院)(I)	85.6%

○リハビリ、機能訓練、栄養、口腔関係

加算	サービス種類	算定率
リハビリテーションマネジメント加算	通所リハビリテーション(I)	90.0%
	予防通所リハビリテーション(I)	89.0%
	訪問リハビリテーション(I)	82.9%
	予防訪問リハビリテーション(I)	88.6%
短期集中リハビリテーション実施加算	介護老人保健施設	88.5%
個別リハビリテーション実施加算	短期入所療養介護(老健)	90.2%
運動器機能向上加算	予防通所リハビリテーション	89.4%
栄養マネジメント加算	介護老人保健施設	93.6%
	介護老人福祉施設	86.7%
	介護医療院	86.2%
療養食加算	介護老人保健施設	92.9%
	介護医療院	91.6%

○その他

加算	サービス種類	算定率
認知症加算	小規模多機能型居宅介護(I)	91.0%
	看護小規模多機能型居宅介護(I)	89.3%

(注1)「算定率」は、各加算の請求事業所数÷総事業所数により算出

(注2)表中のサービス種類名末尾の括弧書きは、加算区分を指す(例 サービス提供体制強化加算(I))

(注3)「算定率80%以上の加算」には、上記の他、介護職員処遇改善加算、総合マネジメント体制強化加算、移行定着支援加算がある。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」平成30年1月審査分(12月提供分)から令和2年1月審査分(12月提供分)の各月の算定率を平均したもの

論点②リハビリテーションマネジメント加算

検討の方向（案）

- リハビリテーションマネジメント加算について、自立支援・重度化防止の取組の更なる質の向上のために、
 - ・ VISITへのデータ提出とフィードバックによるPDCAサイクルに沿った取組の推進
 - ・ ICT機器の活用による介護サービスの質の向上と業務効率化
 - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減等の観点から、見直しを検討してはどうか。

論点③社会参加支援加算

論点③

- 社会参加支援加算は、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）における、「訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない」という提言を踏まえ、適時・適切なリハビリテーションの提供を促す観点から、平成27年度の介護報酬改定において創設されている。
- 社会参加支援加算について、算定要件である「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を更に促進する観点から、どのような対応が考えられるか。

社会参加支援加算

- 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）において、「目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない」との指摘がなされたところ、平成27年度介護報酬改定において、社会参加を維持できるサービス等への移行やリハビリテーションの利用の回転率を評価する「社会参加支援加算」が創設された。

【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
平均利用延月数※ > 25%

【平成30年度介護報酬改定】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。

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 = $\frac{\text{評価対象期間の利用延月数}}{\text{評価対象期間の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$

<参考：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）>（抜粋）

IV 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方

1. 高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題

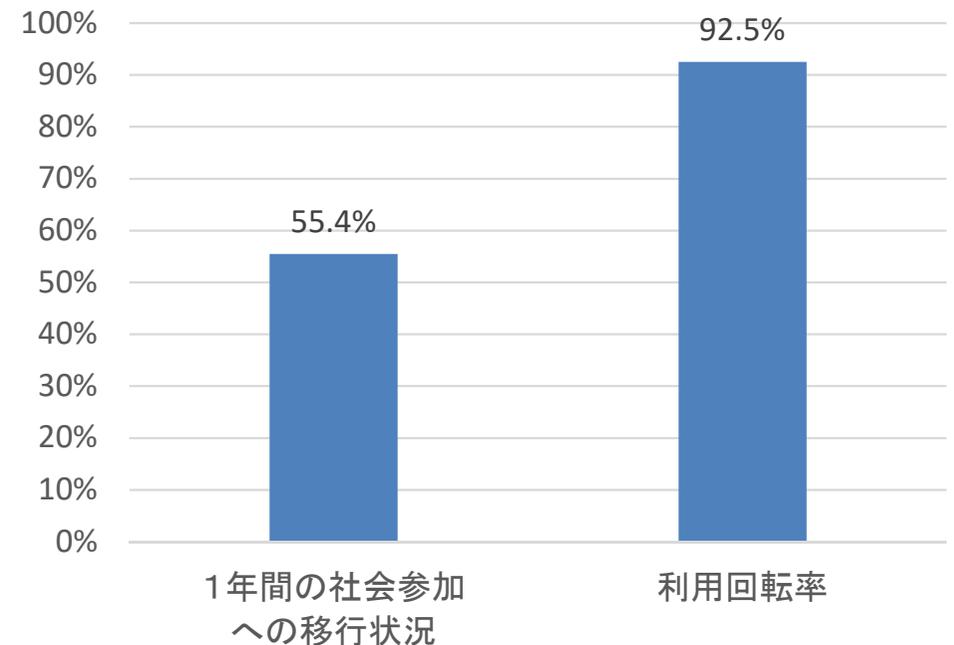
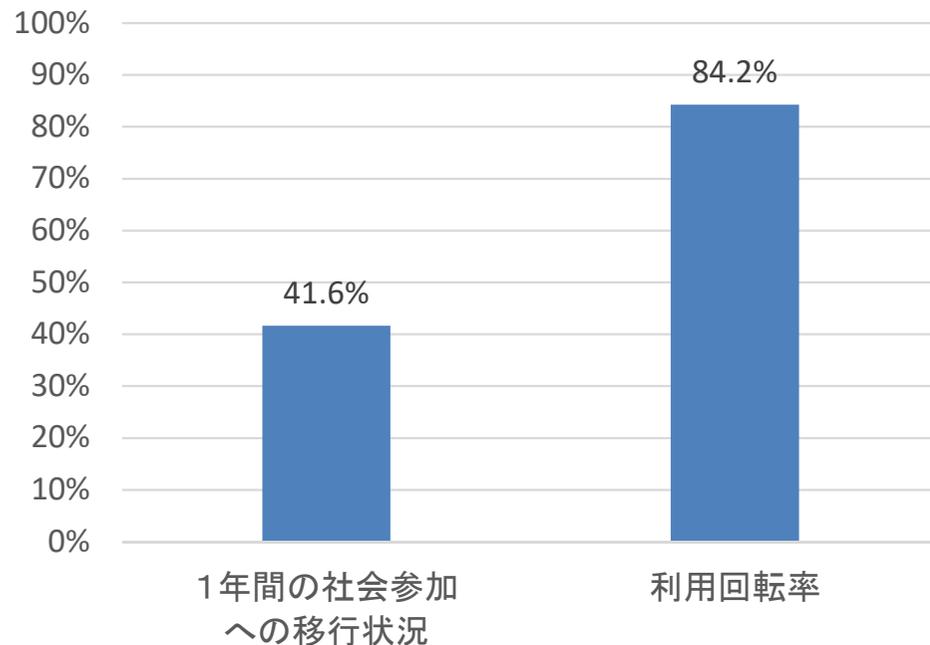
- 訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない。

社会参加支援加算の要件の達成状況

- 通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である1年間の社会参加への移行状況の達成割合は41.6%、利用回転率の達成割合は84.2%であった。
- 訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件である1年間の社会参加への移行状況の達成割合は55.4%、利用回転率の達成割合は92.5%であった。

通所リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合

訪問リハビリテーション事業所における社会参加支援加算の要件の達成割合



事業所数	392
平均値	8.3%
25パーセンタイル値	0.0%
中央値	0.0%
75パーセンタイル値	8.3%
参考：現行の基準	5%

事業所数	410
平均値	43.9%
25パーセンタイル値	28.6%
中央値	39.7%
75パーセンタイル値	51.7%
参考：現行の基準	25%

事業所数	276
平均値	30.0%
25パーセンタイル値	3.8%
中央値	28.0%
75パーセンタイル値	49.9%
参考：現行の基準	5%

事業所数	279
平均値	76.0%
25パーセンタイル値	44.8%
中央値	59.7%
75パーセンタイル値	89.7%
参考：現行の基準	25%

社会参加支援加算の算定と通所リハビリテーション事業所・利用者の特性

社保審一介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

資料

- 社会参加支援加算を算定している事業所では、そうでない事業所と比べ、リハビリテーション専門職の常勤換算数、総利用者数が有意に高かった。
- また同加算を算定している利用者は、そうでない利用者とは比べ、リハビリテーションマネジメント加算II以上の算定者割合が高く、また利用開始から6ヶ月後のIADLが有意に改善していた。

通所リハビリテーション事業所の特性	社会支援加算算定あり (N=87)	社会参加支援加算算定なし (N=451)	P値※
大規模IまたはII	34.4%	18.5%	.001
リハビリテーション専門職の常勤換算数	5.31人	3.40人	<.001
短時間サービスのみ提供 (3時間未満)	16.6%	14.8%	0.634
総利用者数 (実数)	138人	79人	<.001
要介護4-5の利用者割合 (実数)	10.4%	10.0%	.975
短時間サービスの利用者割合 (実数) (1-2時間または2-3時間)	33.9%	22.7%	.020

新規利用者の特性 (平成31年1~2月に通所リハビリテーションを開始した者)	社会支援加算算定あり (N=62)	社会参加支援加算算定なし (N=266)	P値※
リハマネII以上の算定者割合	54.8%	34.2%	.011
利用開始から6ヶ月後のADL(Barthel Index)の改善	4.33	2.20	.069
利用開始から6ヶ月後のIADL(Frenchay Activities Index)の改善	3.77	1.78	<.001

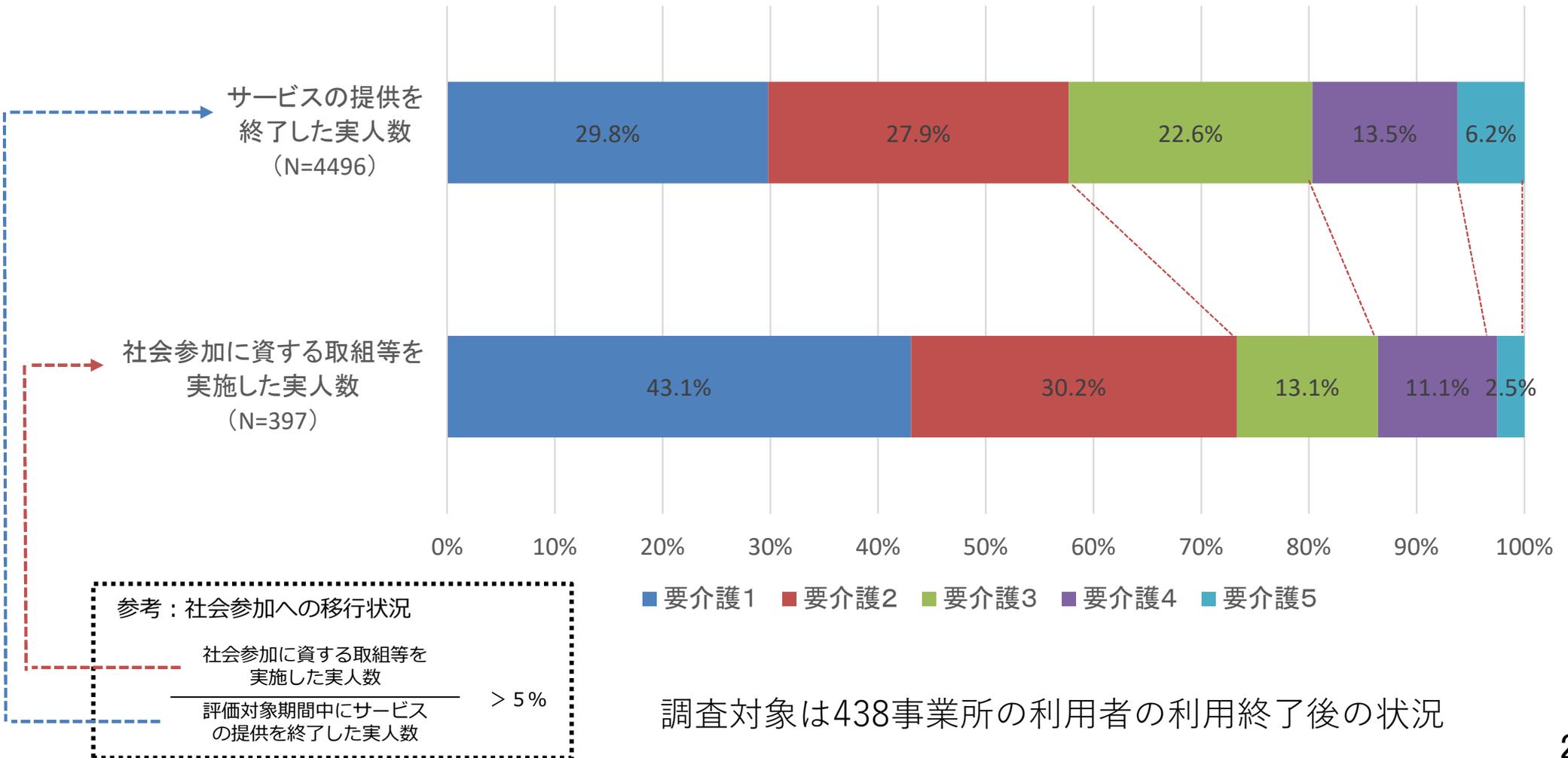
※検定はMann-WhitneyのU検定もしくはカイニ乗検定

(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) をもとに老人保健課で集計

通所リハビリテーション事業所における要介護度別の社会参加への移行状況

○ 要介護度別に通所リハビリテーションにおける、社会参加支援加算の社会参加への移行状況の計算式にある「サービスの提供を終了した実人数」および「社会参加に資する取組を実施した実人数」の要介護度別の割合を比較すると、要介護3以上では「サービスの提供を終了した実人数」に占める割合より「社会参加に資する取組を実施した実人数」の割合が小さい。

通所リハビリテーションにおける「サービスの提供を終了した実人数」及び「社会参加に資する取組等を実施した実人数」の要介護度別の割合



社会参加支援加算の算定要件

<社会参加支援加算の算定要件>

イ 以下のいずれにも適合すること

(1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護等を実施した者の占める割合が100分の5を超えていること。

(2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等〔その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けること〕により、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

ロ 12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上であること

<参考>

・社会参加支援加算の算定率：8.4%

(令和元年10月分の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合DBより任意集計。算定率は加算算定事業所数／請求事業所数により算出)

論点③社会参加支援加算

検討の方向（案）

- 社会参加支援加算の要件である「社会参加への移行状況」と「リハビリテーションの利用の回転率」については、達成割合が異なる結果となっている。
- 「社会参加への移行状況」については、要介護度によってその状況が異なり、要介護度が高い場合には社会参加への移行につながりにくい結果となっている。算定要件には、指定通所介護等の実施が居宅訪問等をした日から起算して3月以上継続する見込みであることを確認することが含まれている。
- 社会参加支援加算は、要件を踏まえると、社会参加支援というよりは、リハビリテーションサービスから他のサービスへの移行を評価している側面が強い。
- こうした点を踏まえながら、社会参加支援加算について、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を更に促進する観点から、要件等の見直しを検討してはどうか。

論点④生活行為向上リハビリテーション実施加算

論点④

- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、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）における、「身体機能に偏ったリハビリテーションが実施され、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションが実施されていない」という提言を踏まえ、ADLやIADLなどの生活機能が低下する廃用症候群への早期対応を促す観点から、平成27年度の介護報酬改定において創設されている。
- 廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対して、適時・適切なリハビリテーションの提供を更に促進する観点から、どのような対応が考えられるか。

生活行為向上リハビリテーション実施加算

通所リハビリテーション

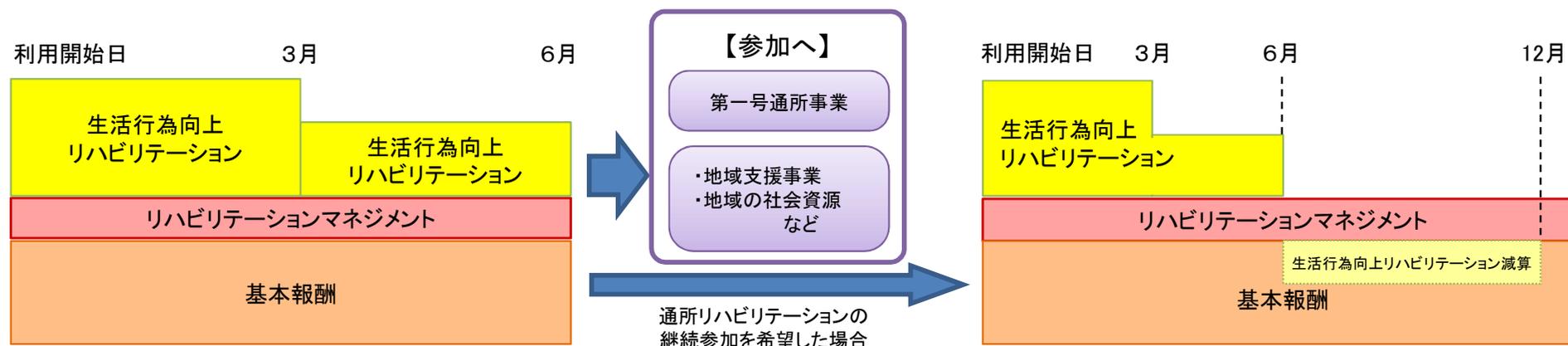
- 通所リハビリテーションにおいて、活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、次に掲げる基準に適合した場合に、生活行為の向上に焦点を当てたリハビリテーションの提供を新たに評価する。
- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
 - ② リハビリテーションの目標と実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ③ 当該計画で定めた通所リハビリテーションの実施期間中に、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 リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）～（Ⅳ）のいずれか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	2000単位／月
	3月超、6月以内	1000単位／月

※ ただし、当該加算を算定後に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。

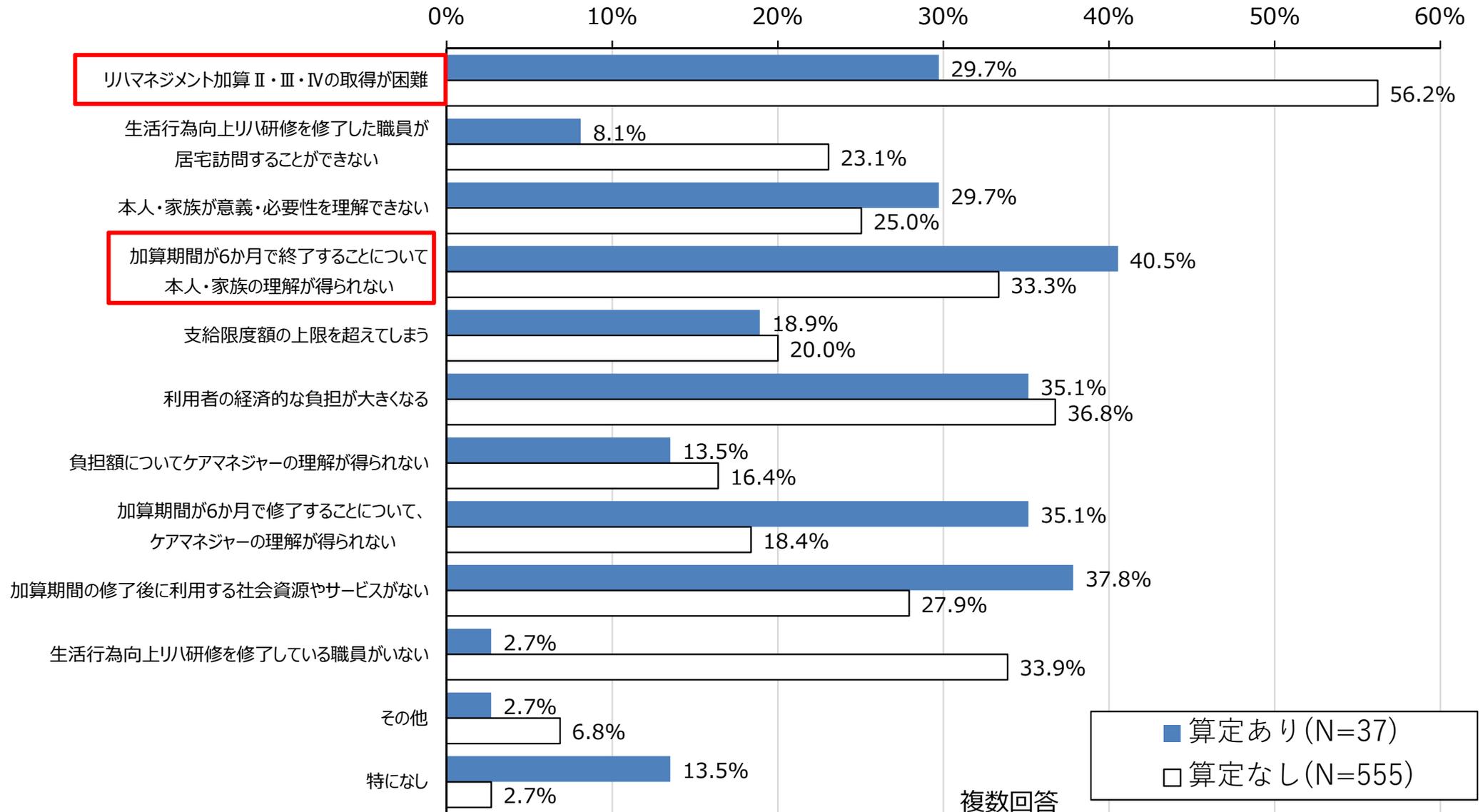
【※介護予防通所リハビリテーションにおいても同様の加算あり】

【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】



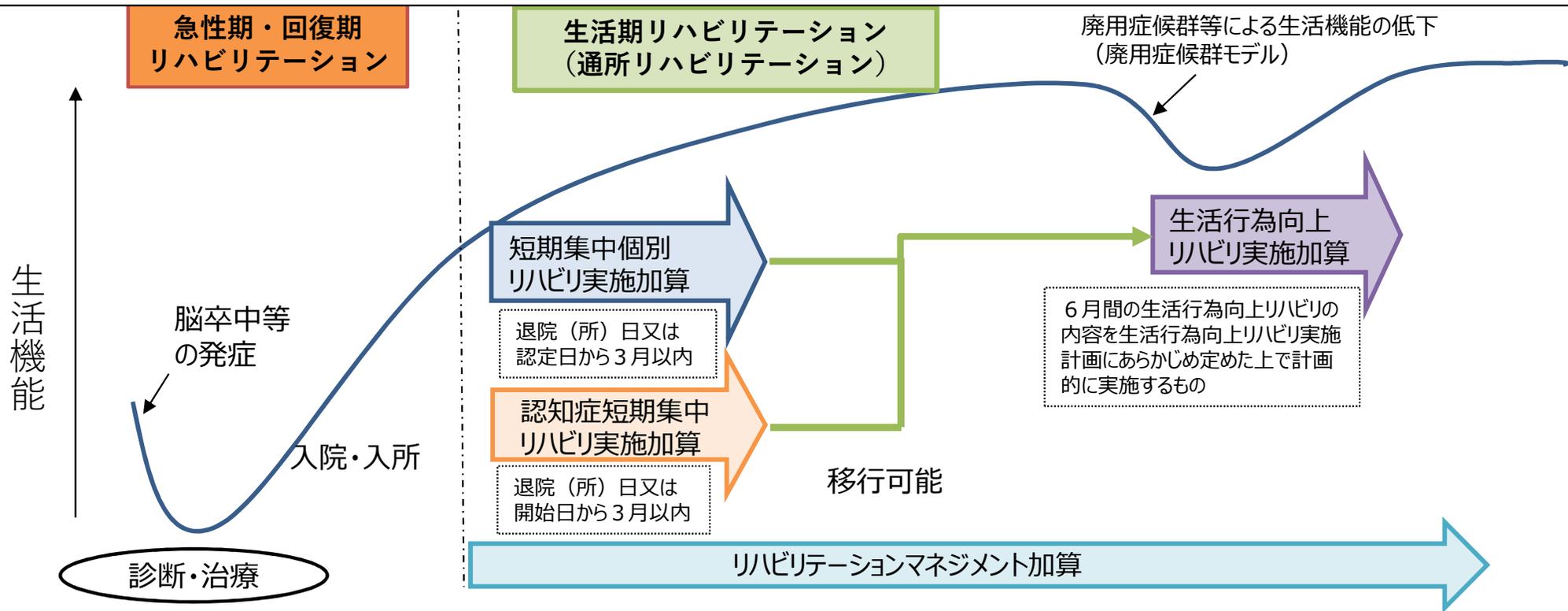
生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由

○ 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。



通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なりハビリテーションを実施することを目的としている。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。



	留意事項通知における記載
短期集中リハビリテーション実施加算*	短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なりハビリテーションを個別に実施するものであること。 (*平成27年度の介護報酬改定において、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、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され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。
生活行為向上リハビリテーション実施加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

論点④生活行為向上リハビリテーション実施加算

検討の方向（案）

- 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定率は1%以下であるが、その理由として利用者の経済的な負担が大きいことや、加算期間が6ヶ月間で修了することの理解が得られないことが挙げられている。
- こうした点を踏まえながら、生活行為向上リハビリテーション実施加算について、廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対して、適時・適切なリハビリテーションの提供を更に促進する観点から、要件等の見直しを検討してはどうか。

<参考1：生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定率>

- ・0.4%（令和1年10月分の加算算定事業所及び請求事業所を介護保険総合DBより任意集計。算定率は加算算定事業所数／請求事業所数により算出）

<参考2：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>

- ・算定していない事業所では、リハマネ加算II～IVの算定が困難（56.2%）、利用者の経済的な負担が大きい（36.8%）、研修を修了している職員がいない（33.9%）、加算期間が6ヶ月間で修了することの理解が得られない（33.3%）割合が多かった。（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））。

論点⑤入浴介助加算

論点⑤

- 通所リハビリテーションの入浴介助加算の算定率（※）は、
 - ・ 事業所ベース：75.2% 回数ベース：60.0%と高くなっている。
- 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算は入浴に要する利用者の能力によらず、一律に50単位となっている。入浴に関する利用者のADL評価及びリハビリテーションを促進する観点から、どのような対応が考えられるか。

※ 算定率（事業所ベース）：各加算算定事業所数／通所リハ算定事業所数（介護保険総合データベースについて任意集計を実施、令和元年10月分）

※ 算定率（回数・日数ベース）：各加算算定回数・日数／通所リハ算定総回数（介護給付費実態統計（月報・第10表／令和元年年11月サービス提供分））

入浴介助加算

概要

(※) 通所介護についても同要件。

単位数	50単位／日
要件	入浴中の利用者の観察（※）を含む介助を行う場合に算定。 （※） 自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となる。

論点⑤入浴介助加算

検討の方向（案）

- 現在の入浴介助加算について、現在の算定状況や、入浴介助を通じた利用者の居宅における自立支援・ADLの向上に資する取組を行っている事業所の状況をふまえ、見直しを検討してはどうか。

（※）通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護についても対応を検討

論点⑥リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

論点⑥

- 業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式について、どのような対応が考えられるか。

リハビリテーション計画書等の記載内容一覧

- リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書を比較すると、共通項目と固有の項目がある。
- リハビリテーション計画書に固有の項目が多い。

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	—	○	—

論点⑥リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

検討の方向（案）

- 業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を検討してはどうか。また、リハビリテーション計画書固有の項目については簡素化を図ることを検討してはどうか。

※訪問リハビリテーションについても同様

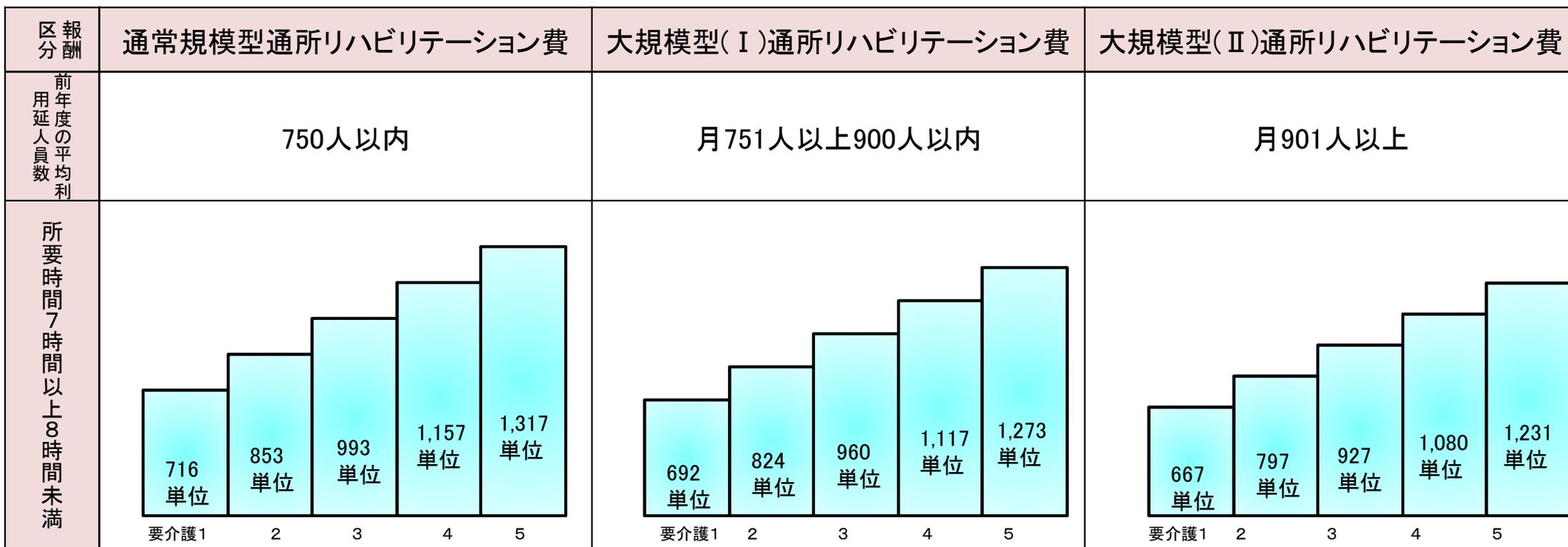
論点⑦事業所規模に応じた基本報酬

論点⑦

- 事業所規模に応じて設定された通所リハビリテーションの基本報酬について、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わないようにする観点から、どのような対応が考えられるか。

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に設定されている。
- 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

論点⑦事業所規模に応じた基本報酬

検討の方向（案）

- 通所リハビリテーションの基本報酬について、事業所の経営努力を損なわないようにする観点から、経営実態も踏まえながらきめ細やかな見直しを行うことを検討してはどうか。

參考資料

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 10 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 100 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>331 360 390 419 450 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>318 348 375 404 432 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>
7 8 時間 ※1	<p>716 853 993 1,157 1,317 単位 単位 単位 単位 単位</p> <p>要介護 1 2 3 4 5</p>	<p>667 797 927 1,080 1,231 単位 単位 単位 単位 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)

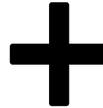
介護予防通所リハビリテーションの報酬

※ 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

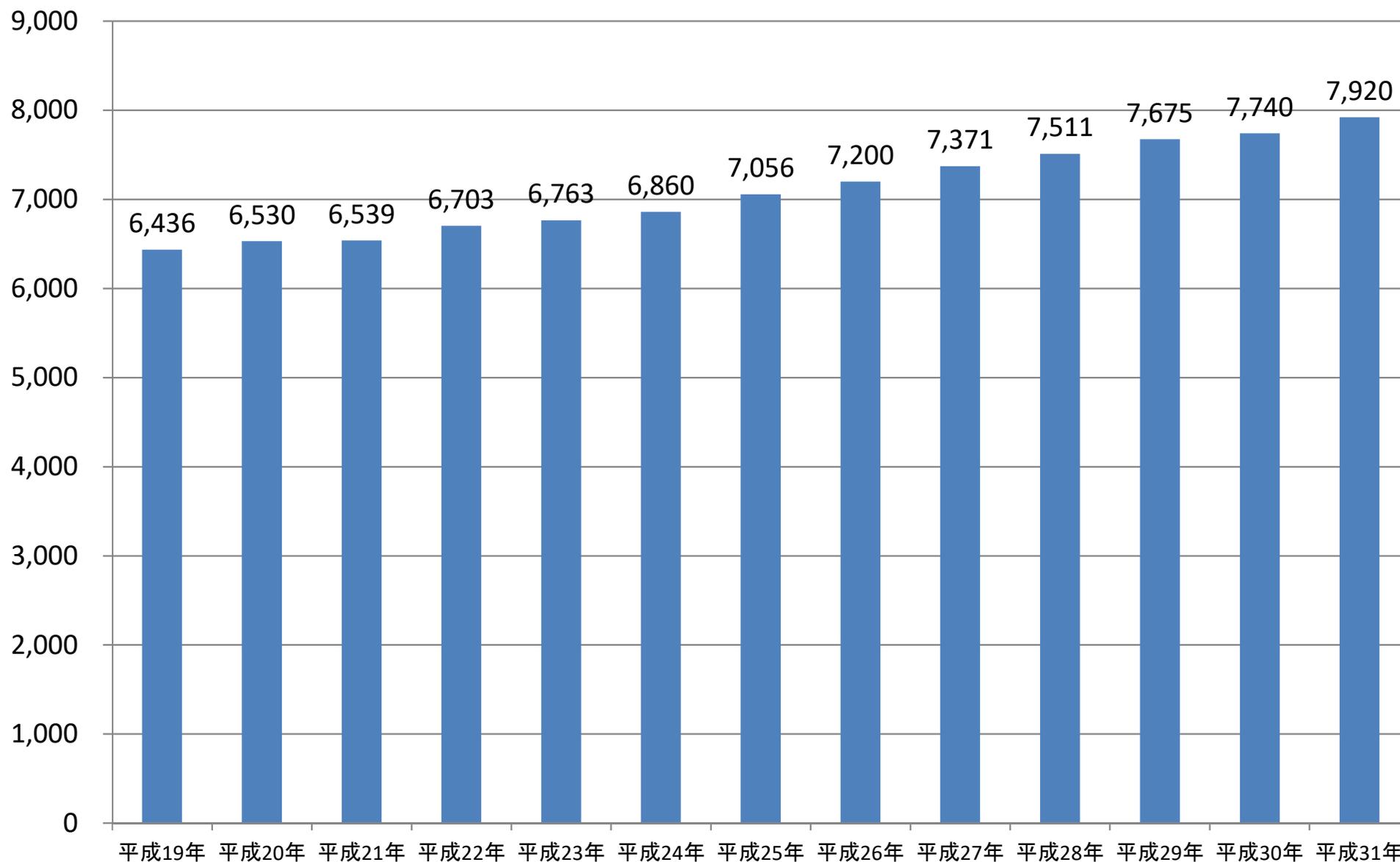
(I) 2.0% (II) 1.7%

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。



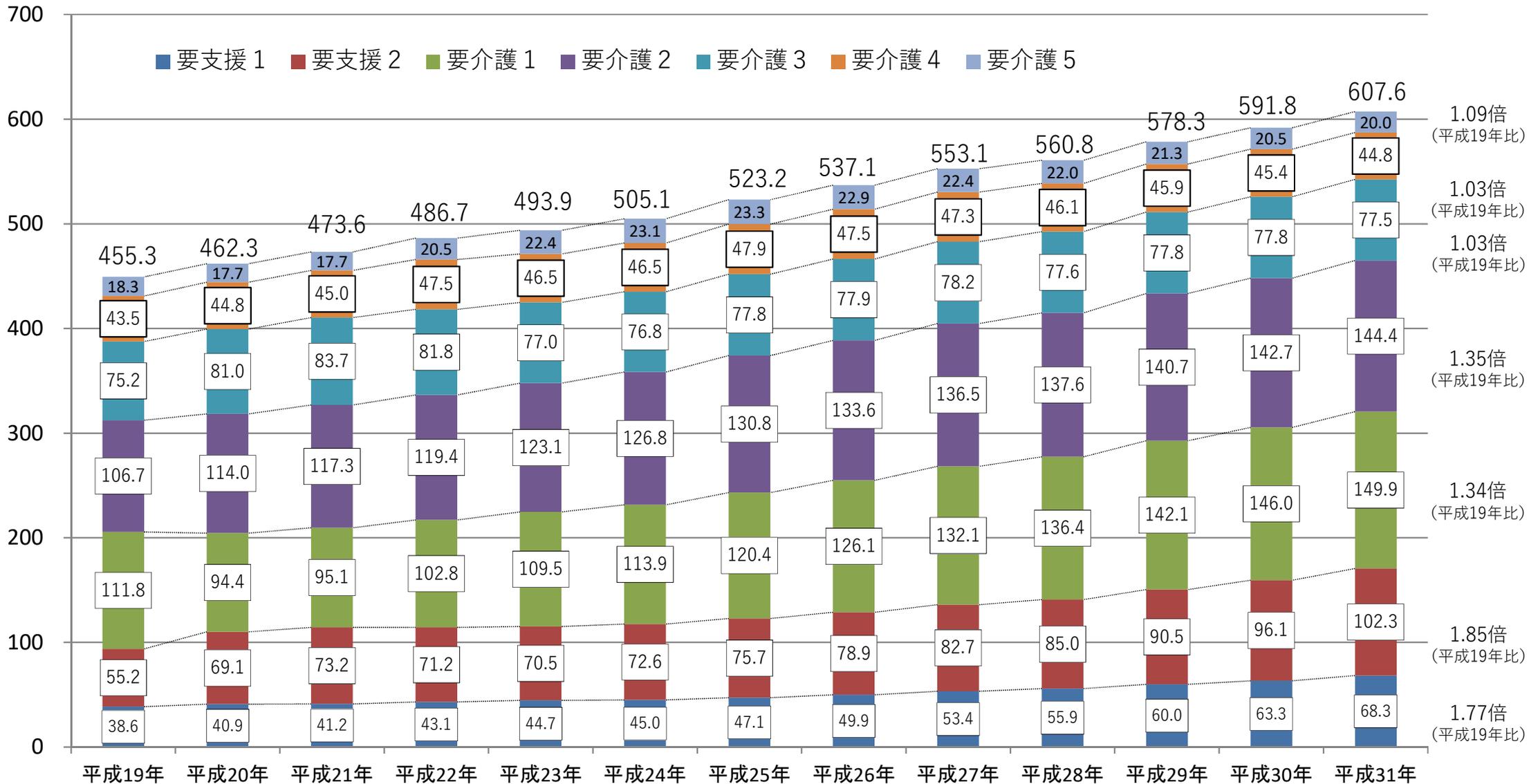
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

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)

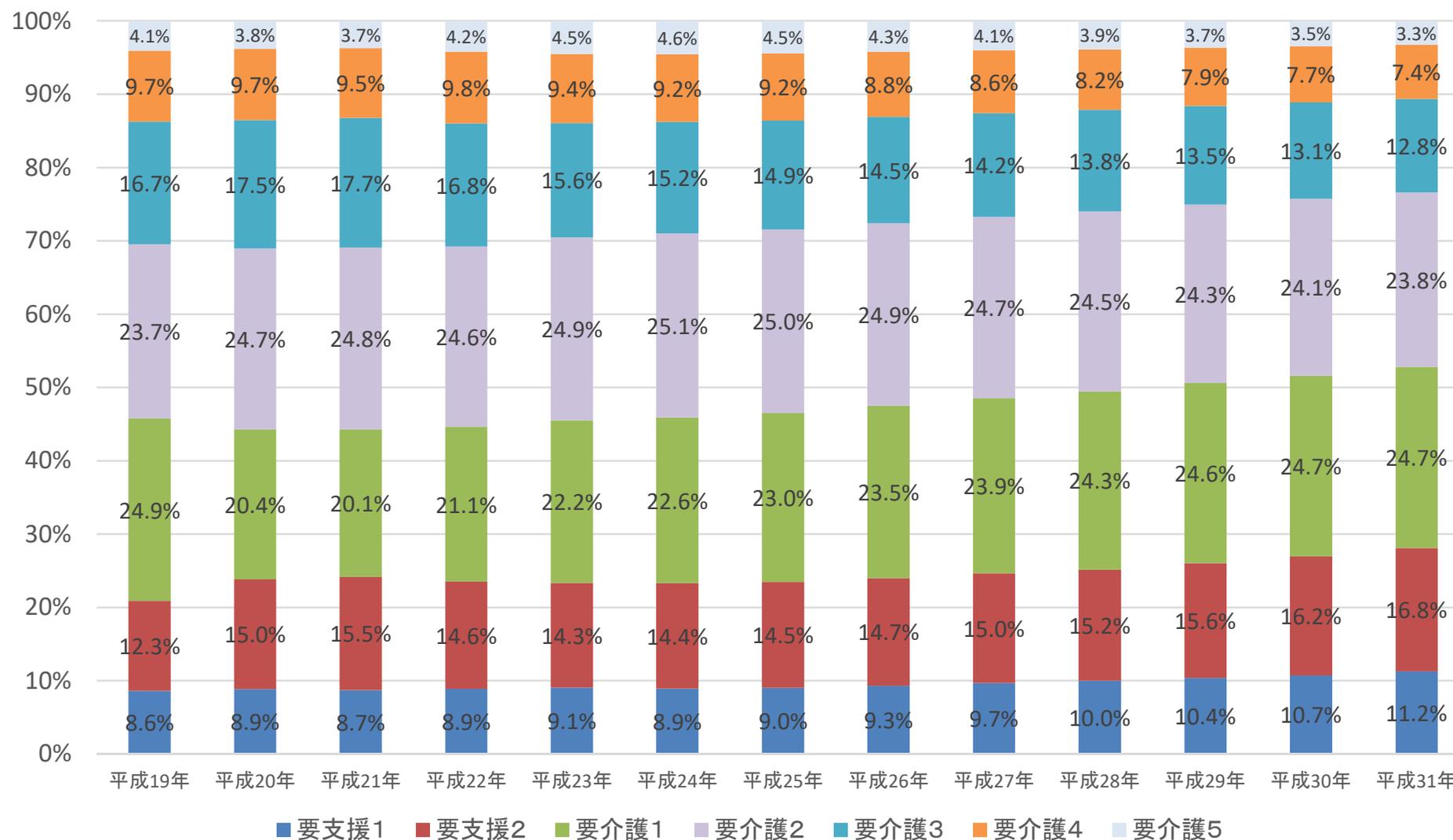


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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)