

訪問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（訪問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

<生活期のリハビリテーションの考え方>

- 生活期のリハビリテーションは、必要に応じ継続的に提供すべきものであり、卒業すると専門職によるリハビリが受けられないという弊害があるのではないか。
- 重度の要介護者においては、全ての者が改善するわけではなく、生活機能の維持も重要なアウトカムであるため、全ての者に修了や卒業を求めるべきではないのではないか。

<アウトカム評価の推進>

- サービスの質の評価において、ADLの改善などのアウトカム評価を重視すべき。VISITの活用が重要であり、フィードバックを充実させていくことで、VISITの有効性を共有できるようにすることも重要ではないか。
- VISITについては、現場の負担が大きいと、現場に負担がなく、かつ、有効な情報の収集の仕組みとなることを目指すべきではないか。
- アウトカムの評価指標として未病指標の活用も検討してはどうか。

<総合事業との役割分担>

- 総合事業の短期集中予防サービスがリハビリテーションと重なる部分があるのかどうかを検証した上で、要支援者への訪問リハビリテーションの総合事業への移行等といった整理も必要ではないか。
- 訪問型の短期集中予防サービスを実施している自治体が約22%にとどまる中であっては、訪問リハビリテーションと総合事業との役割分担よりも、まずは総合事業の短期集中予防サービスの実施を支援していくことが重要ではないか。

<他職種との連携>

- 口腔と栄養に関するサービスが一体的に提供できるような仕組みづくりをするべきではないか。

<診療未実施減算>

- 適用されている者が一定程度いることから、何らかの対応を検討をしてはどうか。
- 適切な研修の修了等が要件として求められているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、研修の実施が困難な状況もあるため、来年3月末までの経過措置を延長すべきではないか。

<加算での評価の在り方>

- リハビリテーションマネジメント加算については、機能が改善した利用者の割合など、算定要件にアウトカム評価を含めることも検討すべきではないか。
- 短期集中リハビリテーション実施加算について、退院、退所後3か月という期間に加え、感染症などへの罹患後、フレイルの増悪時等においても算定できるよう検討すべきではないか。
- 認知症の短期集中リハビリテーションに関する加算が設けられていないため、ニーズを踏まえ検討するべきでないか。

これまでの分科会における主なご意見（訪問リハビリテーション）②

※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。

- リハビリテーションマネジメントは通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションともに加算がありますが、双方の点数差に大きな違いがあります。加算の要件はほぼ同様であり、訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算を通所リハビリテーションに近づける形の改定を要望する。
- 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期限は令和3年3月末日です。当該減算を活用している事業所があり、継続を要望します。また研修の要件として、認められているのが日本医師会の研修のみです。大規模病院に勤務する医師も研修を受けやすくするために、他団体の研修等も要件に入れていただきたい。
- 医療保険での訪問リハビリテーション指導管理料は、退院後3か月間は週12単位、240分が上限です。介護保険での訪問リハも退院・退所直後は週12単位を上限とすることを要望します。

※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。

- 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が創設されている。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だと思います。

論点①リハビリテーションマネジメント加算

論点①

- 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)

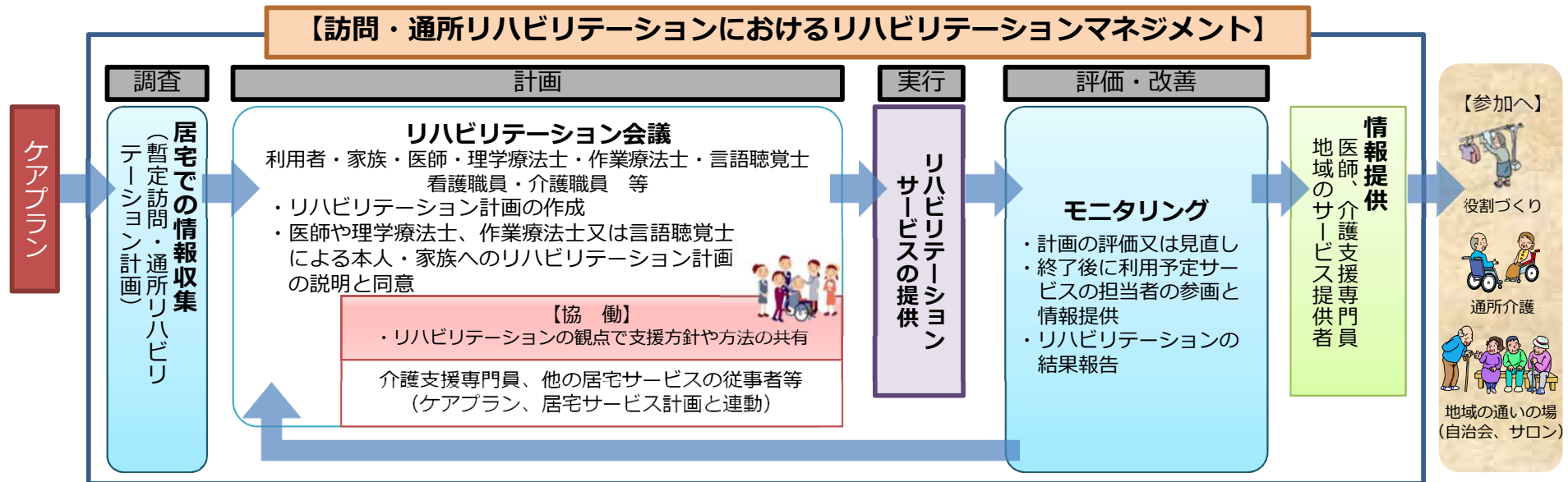
社保審－介護給付費分科会

第178 (R2.6.25)

資料 1

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

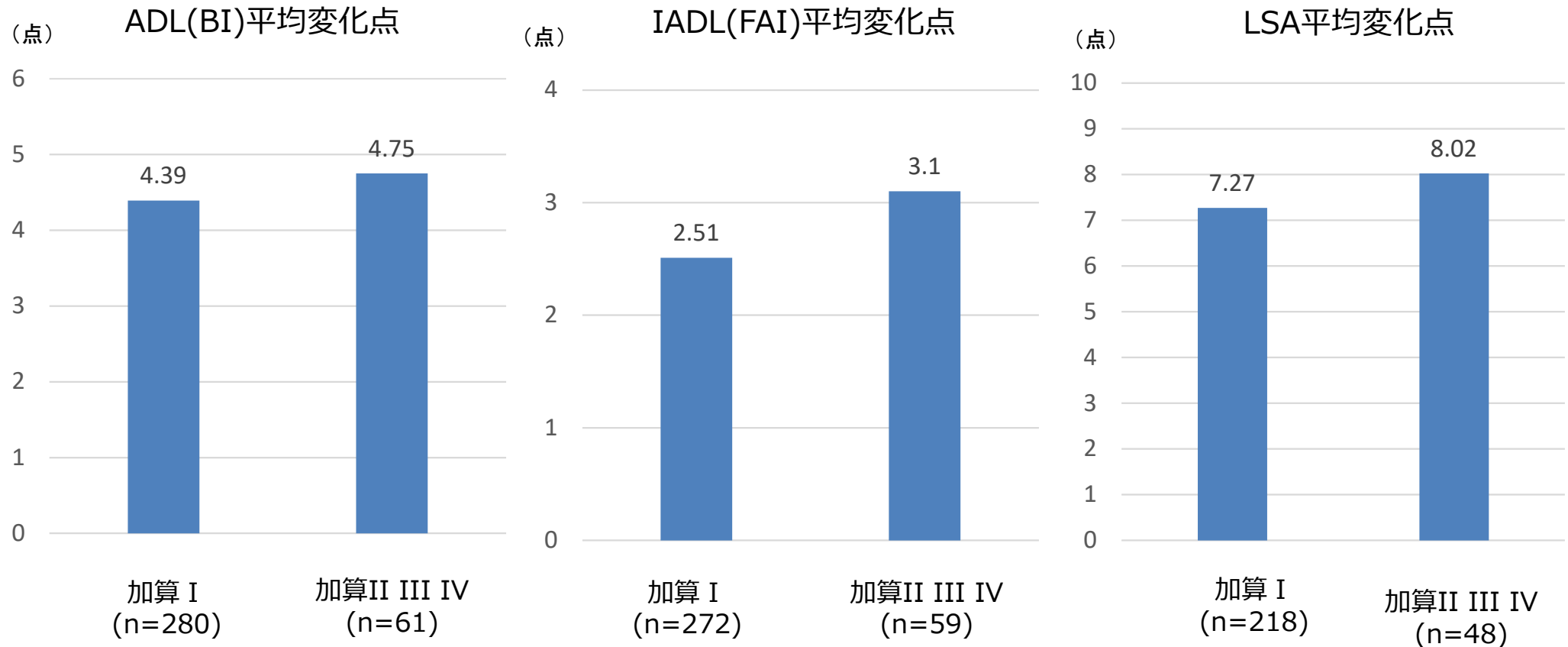
リハビリテーションマネジメント加算と機能改善の関係

- リハマネ加算Ⅱ～Ⅳを算定する訪問リハビリテーションの利用者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLの評価であるBarthel Indexは4.75点、手段的日常生活動作（IADL）の評価であるFAIは3.1点、活動範囲の評価であるLSA*は8.02点の改善を認めた。リハマネ加算Ⅰを算定する者は、リハ開始時から6ヶ月後に、平均して、ADLは4.39点、IADLは2.51点、LSAは7.27点の改善がみられた。

※FAI : Frenchay Activities Index

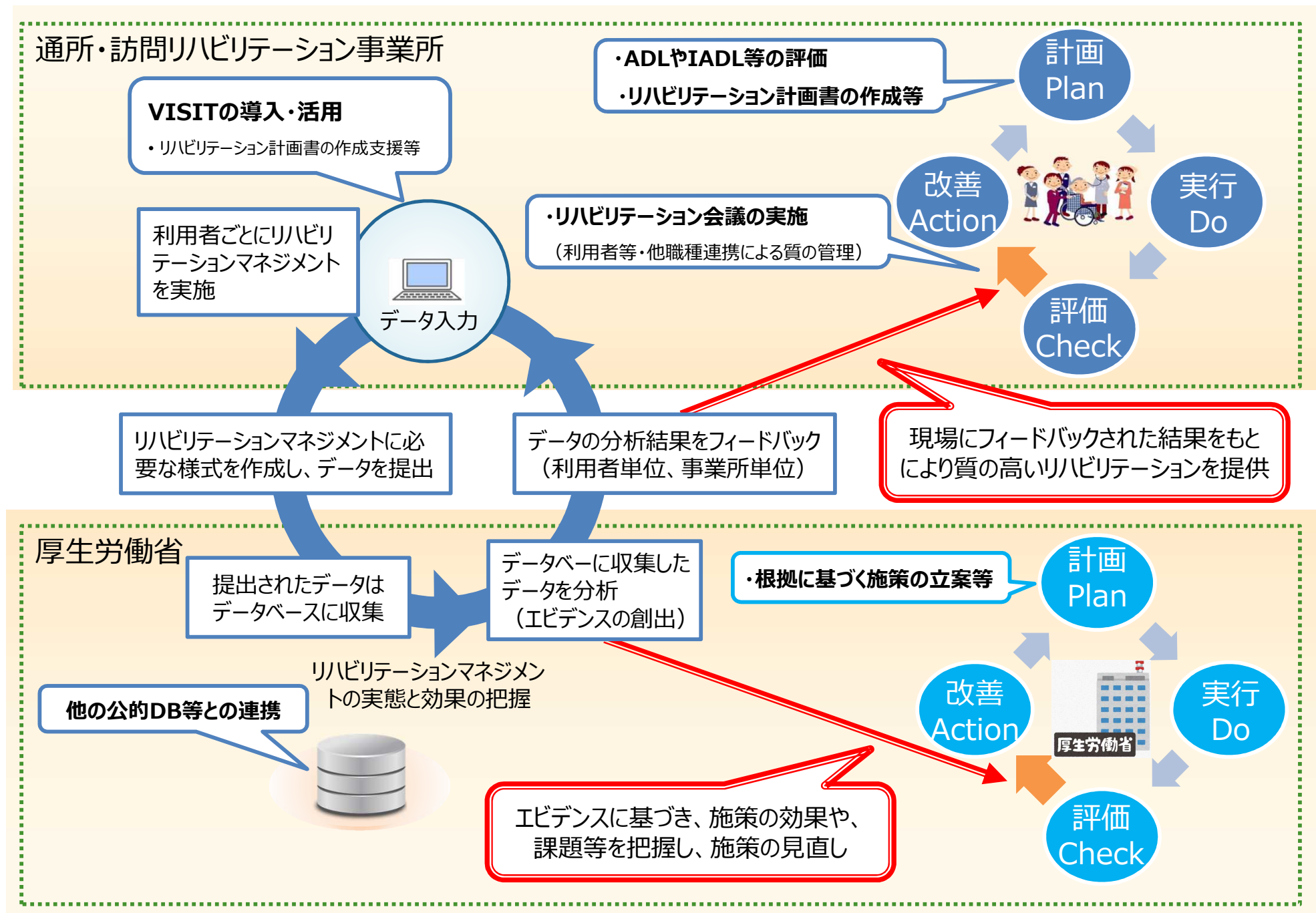
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

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



VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

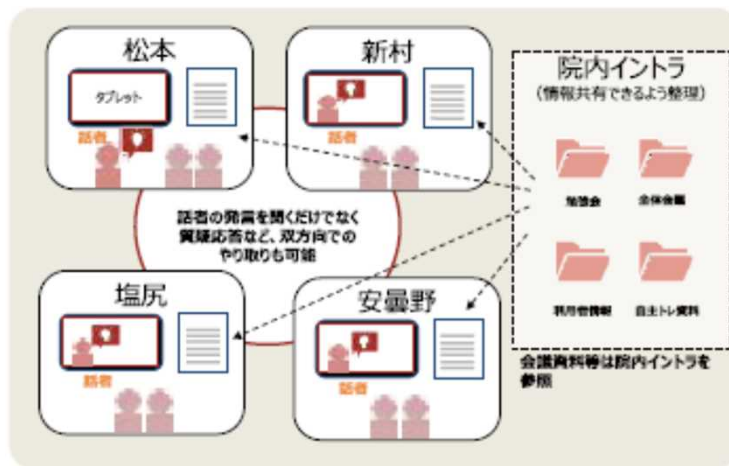
社保審一介護給付費分科会
第178回(R2.6.25)資料1より



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】

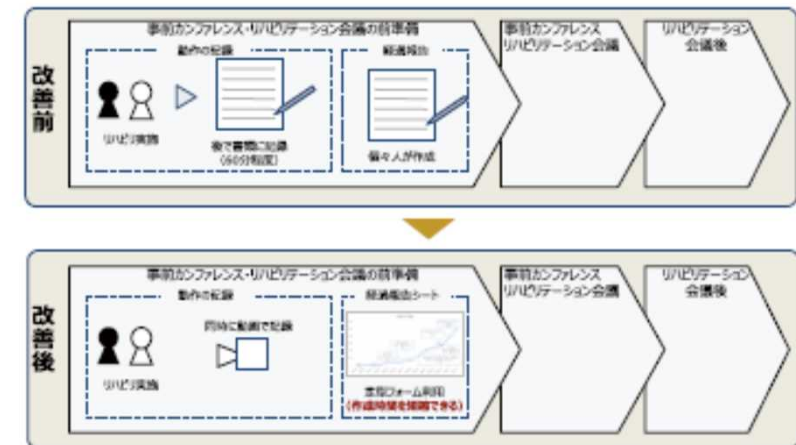
- ・全事業所のスタッフの移動時間が約400分削減された。
- ・移動時間を考慮する必要がなくなり、残業時間の削減につながった。
- ・テレビ会議を活用することで、他事業所の複数のスタッフと同時に情報共有・意見交換が出来るようになったなど、会議という体裁に係わらず効果的な活用が可能となった。

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護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。

リハビリテーションマネジメント加算の単位数

	訪問リハビリ				通所リハビリ			
	リハマネⅠ	リハマネⅡ	リハマネⅢ	リハマネⅣ	リハマネⅠ	リハマネⅡ	リハマネⅢ	リハマネⅣ
単位 (月当たり)	230	280	320	420	330	530	800	900
リハマネⅠと の比較	－	1.22倍	1.39倍	1.83倍	－	1.61倍	2.42倍	2.73倍

※通所リハビリテーションについては6月以降のリハマネⅡ(2)、Ⅲ(2)、Ⅳ(2)の単位数を記載

各種加算の算定状況①(2か年平均算定率80%以上)

社保審一介護給付費分科会

第186回 (R2.9.30)

資料 2

○ 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①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、
 - ・ 医師の関与やリハビリテーションマネジメント会議への評価
 - ・ VISITへのデータ提出とフィードバックによる質の高いPDCAサイクルの促進
 - ・ 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。

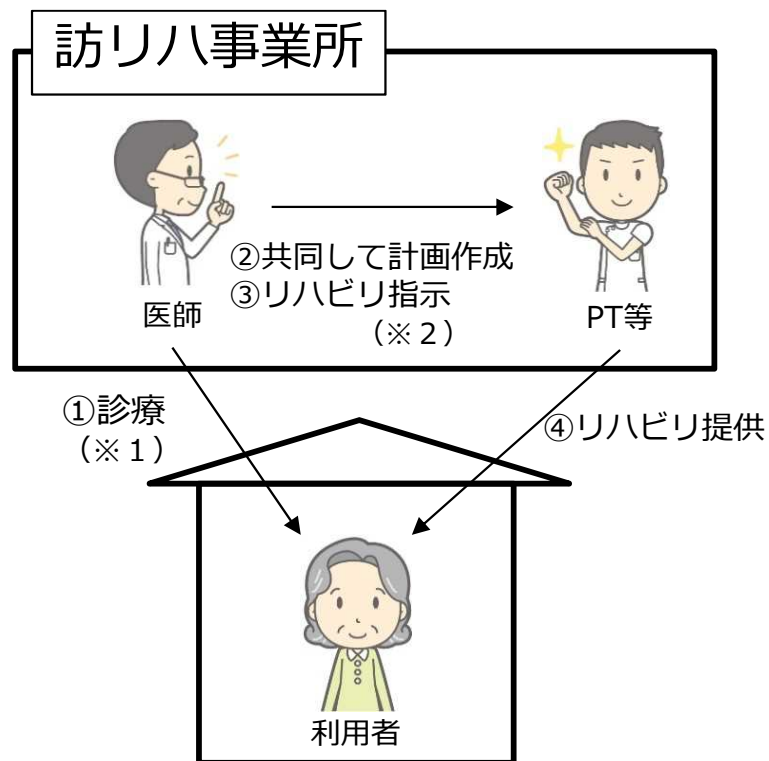
論点②リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

論点②

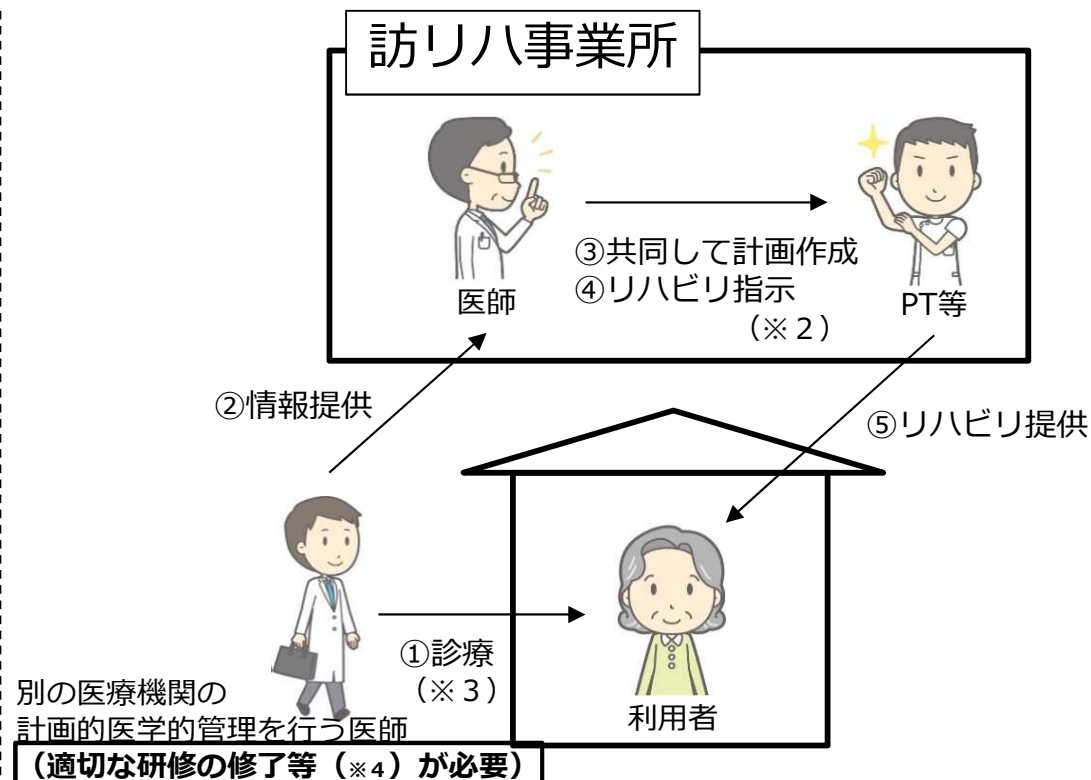
- 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、「適切な研修の修了等」をした別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師が診察等を行うなど、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。この「適切な研修の修了等」については令和3年3月31日まで適用を猶予している。
- 診療未実施減算について、訪問リハビリテーションの提供にあたって事業所の医師の関与を進める観点から、どのような対応が考えられるか。

○ 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

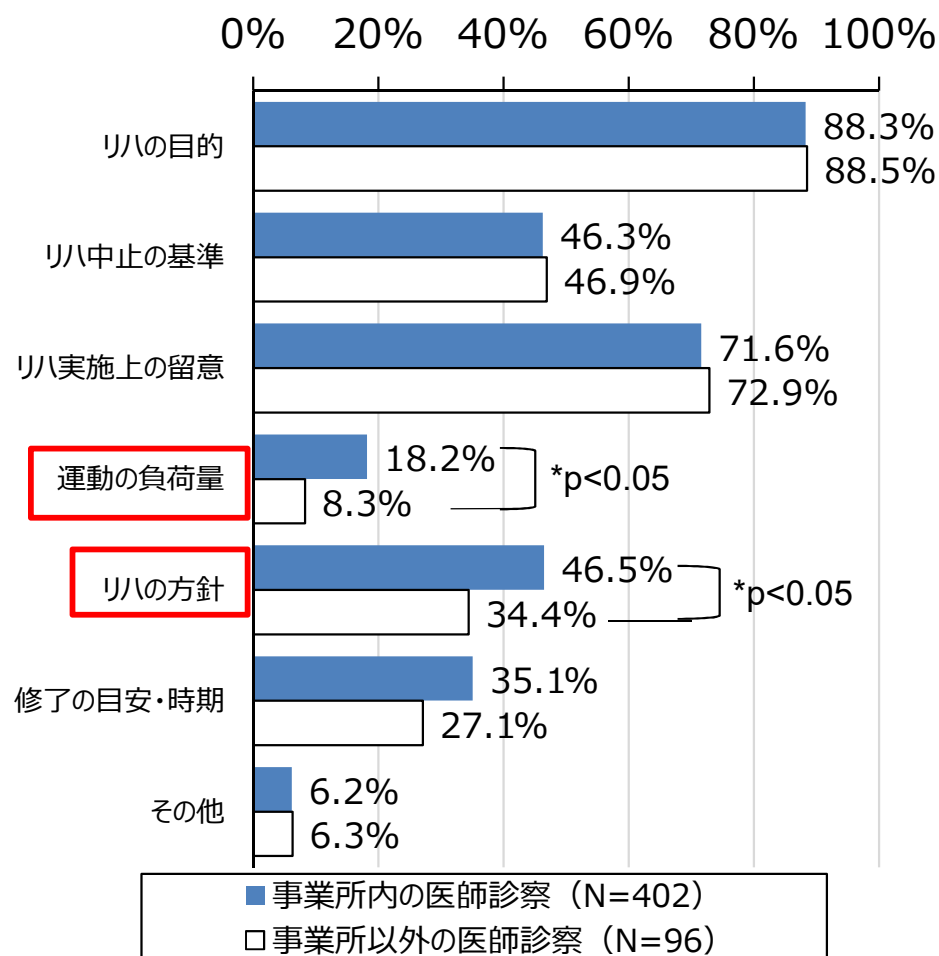
※4 「適切な研修の修了等」については、令和3年3月31日まで適用猶予。

※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。

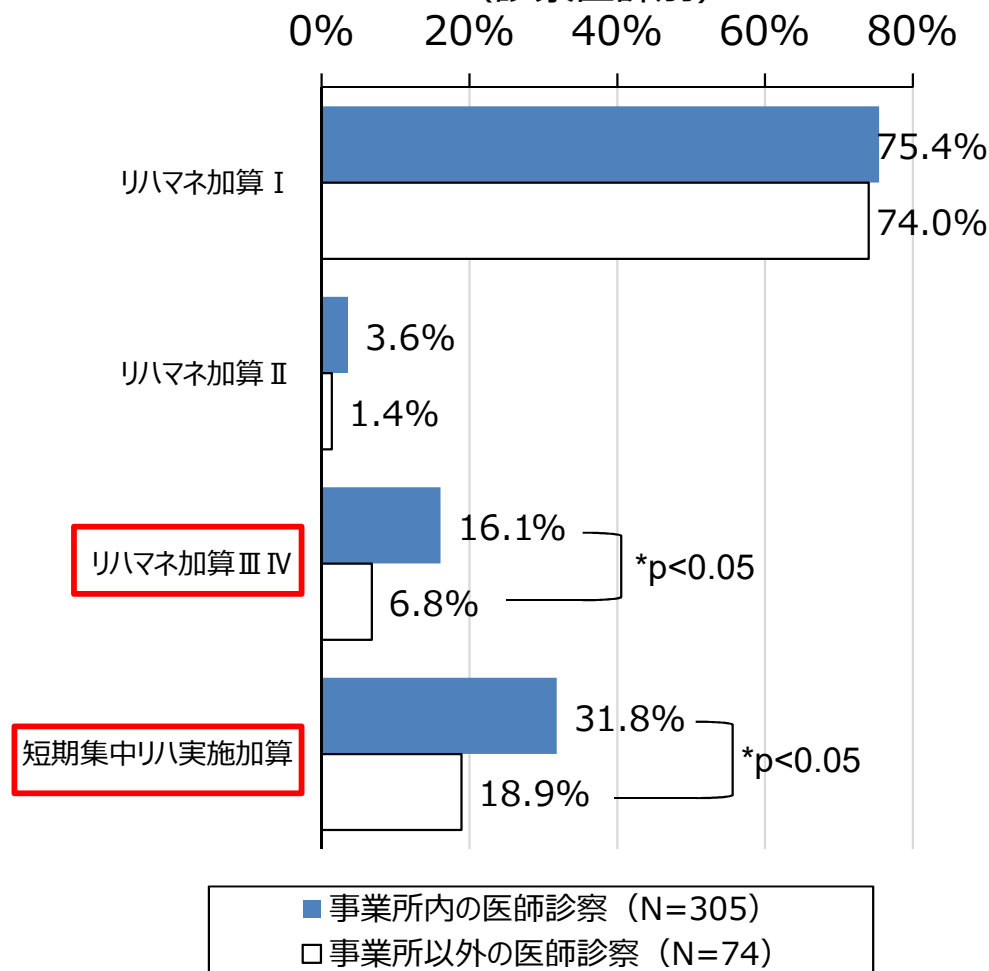
事業所内の医師の診察と指示内容及び加算算定状況の関係

- 訪問リハビリテーションの利用者において、事業所内の医師が診察した場合は、それ以外の医師が診察した場合と比べ、運動量の負荷量とリハの方針に関する医師の具体的な指示が多かった。
- 訪問リハビリテーションの利用者において、事業所内の医師が診察した場合は、それ以外の医師が診察した場合と比べ、リハマネ加算Ⅲ・Ⅳおよび短期集中リハ実施加算の算定が多かった。

医師の具体的な指示の内容
(診察医師別)



要介護における各種加算の実施状況
(診察医師別)

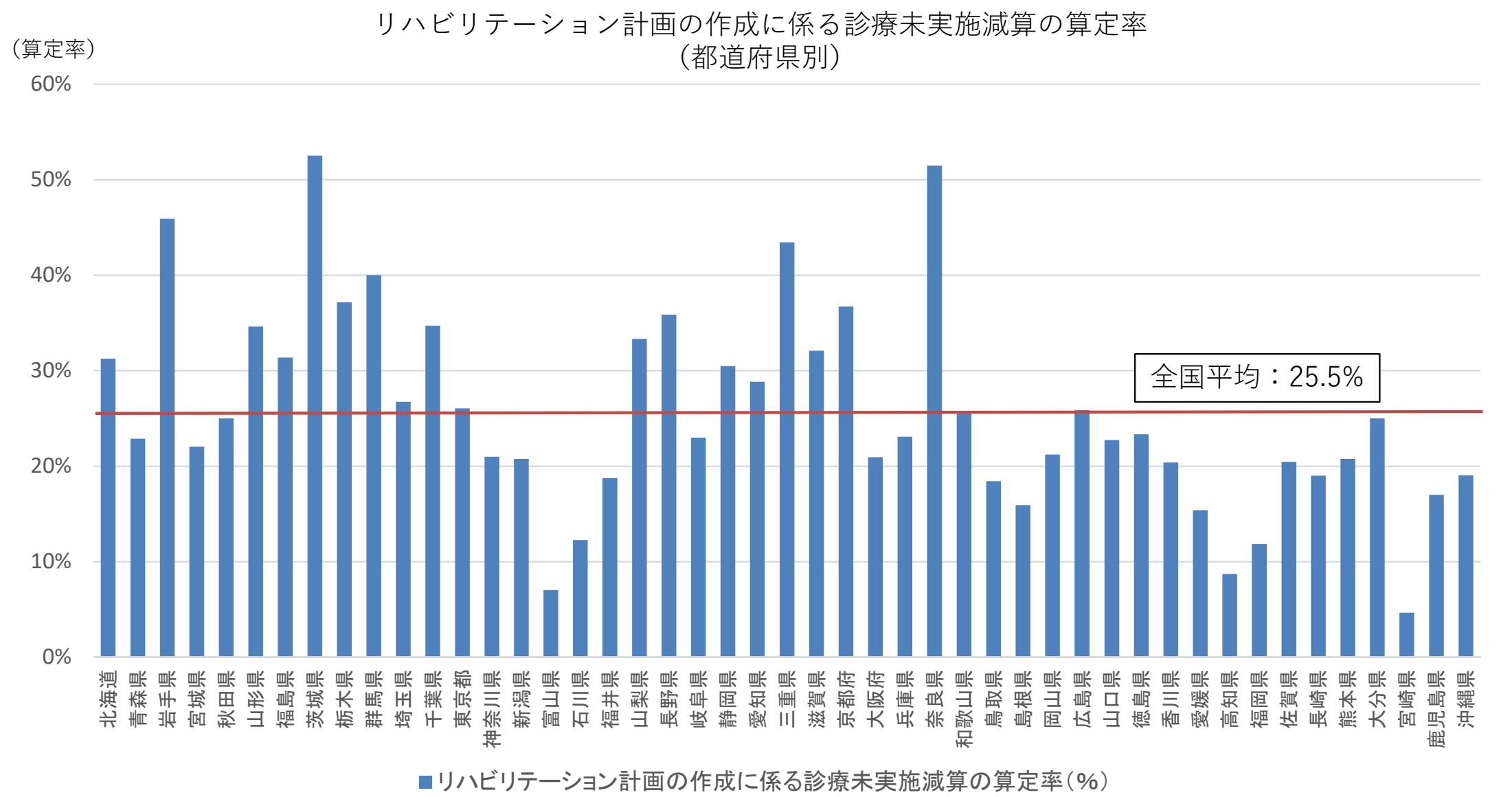


* カイ二乗検定

(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)

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都道府県別の算定率

- 令和元年度10月の診療未実施減算の全国の算定率は25.5%であった。
- 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率は都道府県毎に差が見られる。



※令和元年10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

14

論点②リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

検討の方向（案）

- 訪問リハビリテーション事業所内の医師が診察を行った場合の方が、事業所外の医師が診察を行った場合に比べ、医師の具体的な指示が多く、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ・Ⅳ）の算定率が高い。
- リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算は全国で一定の割合で算定されている。
- リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予期間を延長することとした上で、研修や評価の在り方について見直しを検討してはどうか。

論点③退院・退所直後のリハビリテーションの充実

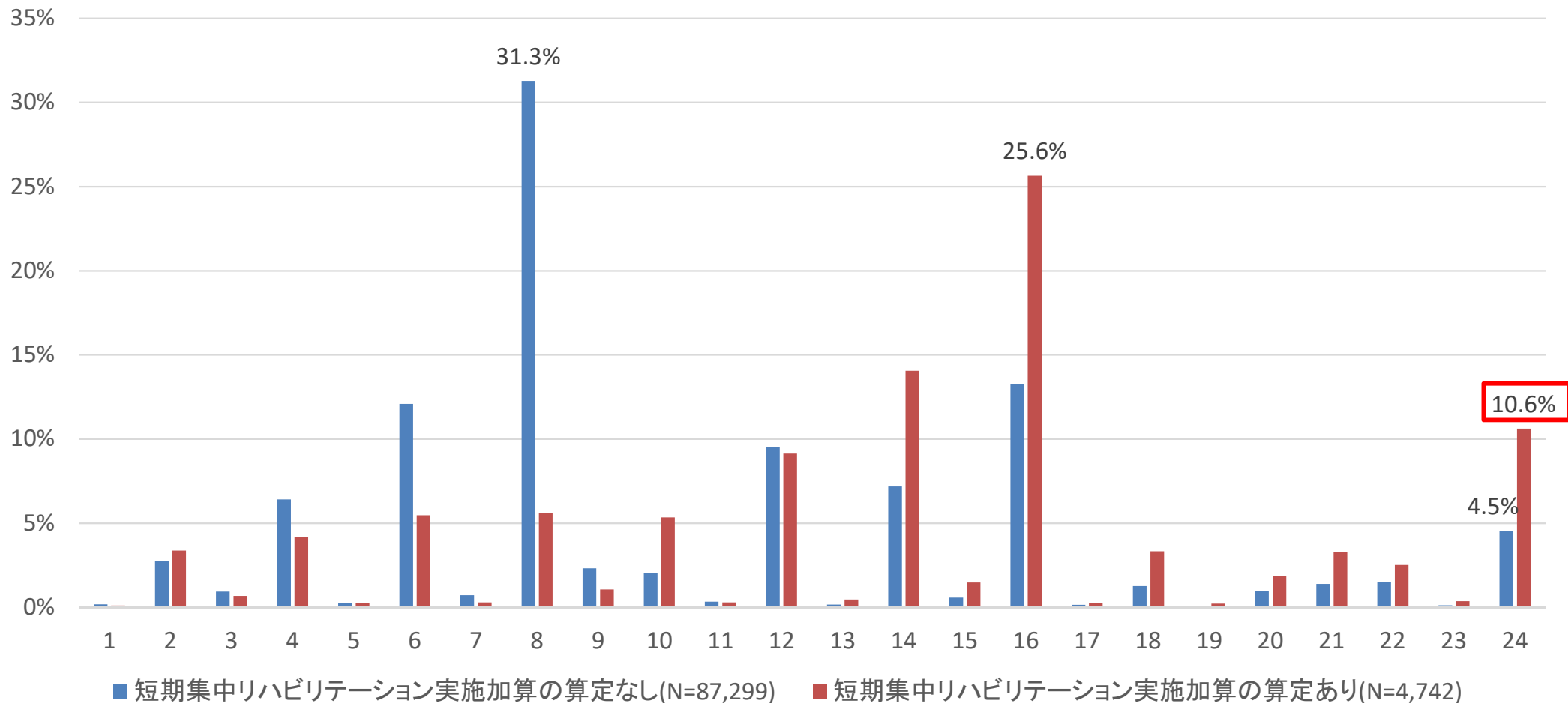
論点③

- 訪問リハビリテーションは週6回を限度として算定可能とされているが、退院・退所直後のリハビリテーションを充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

訪問リハビリテーションのサービス提供状況

- 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。

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

短期集中リハビリテーション実施加算

<短期集中リハビリテーション実施加算>

報酬告示

注6 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問リハビリテーション事業所が、利用者に対して、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患の治療のために入院若しくは入所した病院、診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日又は法第19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日から起算して3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行った場合は、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき200単位を所定単位数に加算する。

留意事項通知 [第2の5(7)抜粋]

◇ 短期集中リハビリテーション実施加算について [平成12年3月1日 老企第36号 第2の5(1)]

② 「リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して3月以内の期間に、1週につきおおむね2日以上、1日当たり20分以上実施するものでなければならない。

訪問リハビリテーションの算定の基準等

<訪問リハビリテーション>

◇算定の基準について〔平成12年3月1日 老企第36号 第2の5(1)〕

- ③ 指定訪問リハビリテーションは、利用者又はその家族等利用者の看護に当たる者に対して1回当たり20分以上指導を行った場合に、1週に6回を限度として算定する。

<在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（診療報酬）の要件>

（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料について）

- （1）在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境などを踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下この区分において「1単位」という。）に算定する。
- （3）在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。

論点③退院・退所直後のリハビリテーションの充実

検討の方向（案）

- 退院（所）後の3月以内の期間に算定可能な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、訪問リハビリテーションを上限回数（月24回）まで利用しているものが約10%ある。また、診療報酬における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、退院の日から起算して3月以内の患者に対しては、週12単位（12回）まで算定可能となっている。
- 訪問リハビリテーションは週6回を限度として算定可能としているが、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、診療報酬の例も参考にしながら、上限の見直しを検討してはどうか。

論点④社会参加支援加算

論点④

- 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。

社会参加支援加算について

社保審一介護給付費分科会

第185回（R2.9.14）

資料

- 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

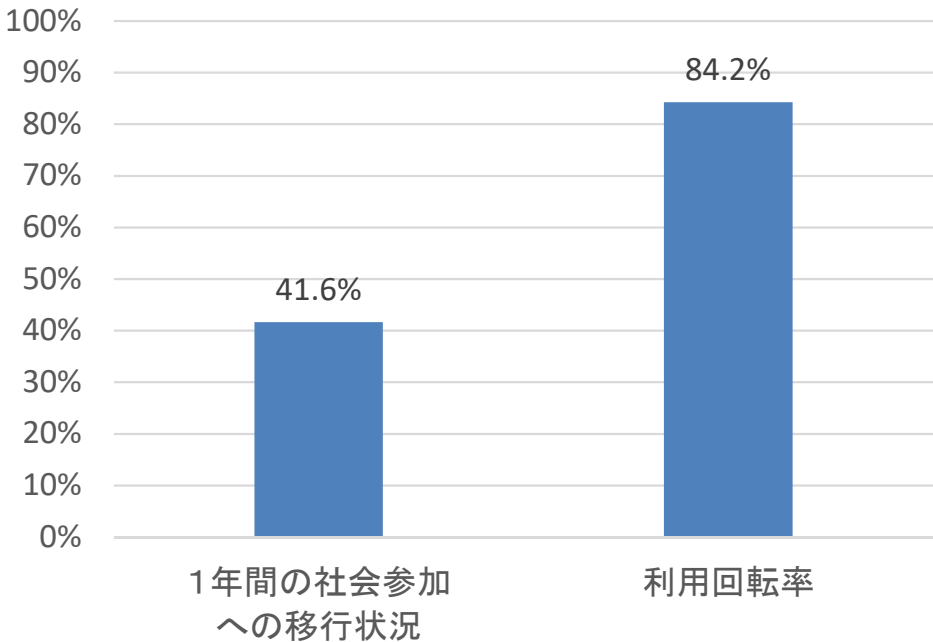
社保審一介護給付費分科会

第185回（R2.9.14）

資料

- 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。

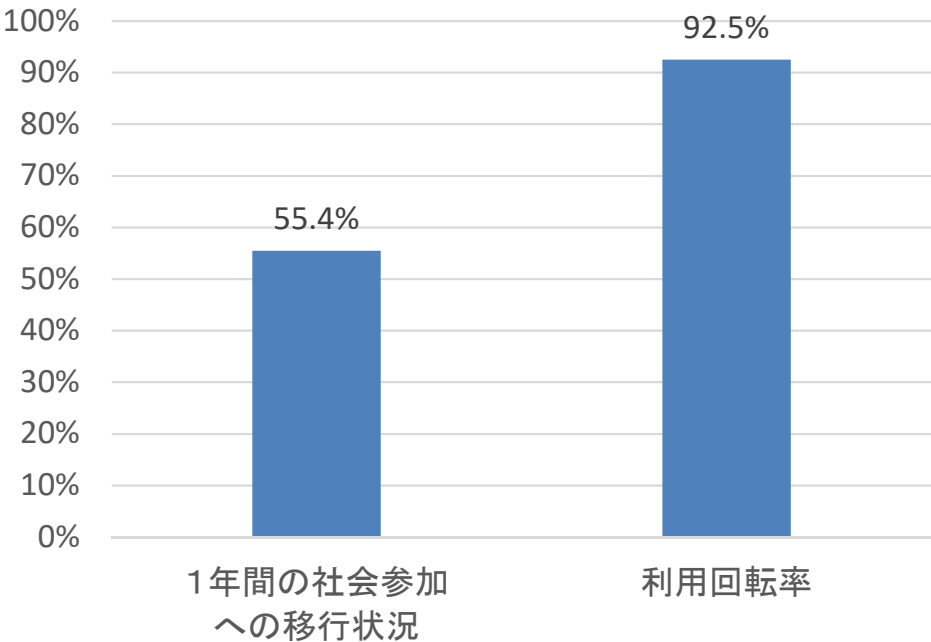
通所リハビリテーション事業所における 社会参加支援加算の要件の達成割合



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%

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



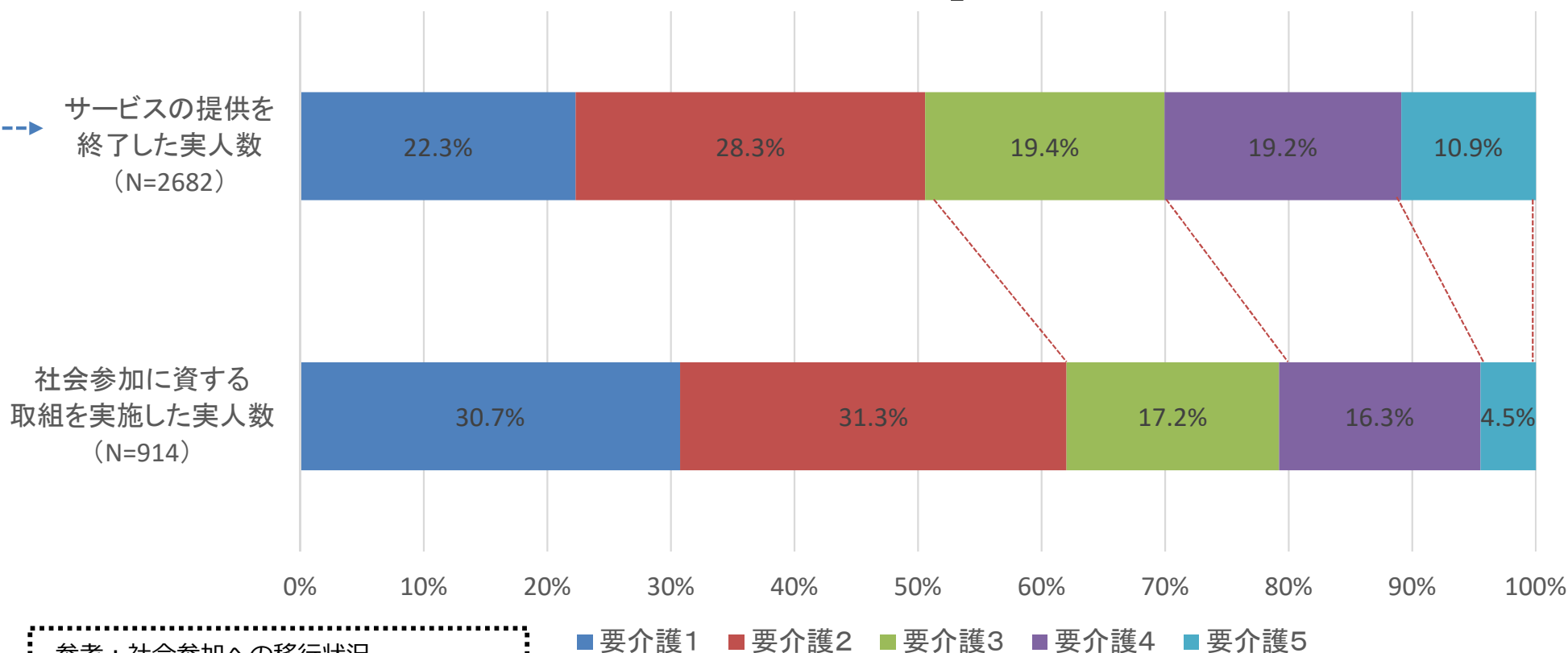
事業所数	276
平均値	30.0%
25パーセンタイル値	3.8%
中央値	28.0%
75パーセンタイル値	49.9%
参考：現行の基準	5%

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%

訪問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

- 要介護度別に訪問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。

訪問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を実施した実人数」の要介護度別の割合



参考：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%

調査対象は281事業所の利用者の利用終了後の状況

社会参加支援加算の算定要件

< 現行の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訪問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訪問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、訪問リハビリテーション従業者が、訪問リハビリテーション終了者に対して、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、当該訪問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を当該指定訪問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：18.8%

(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④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⑤介護予防訪問リハビリテーションの長期期間利用

論点⑤

- 介護予防訪問リハビリテーションは、通院が困難な者に対して、指定介護予防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が、計画的な医学管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定するものである。
- 近年の受給者数や利用者の利用期間及びADL等を踏まえて、趣旨・目的を踏まえた適切なサービス提供とする観点から、どのような対応が考えられるか。

介護予防訪問リハビリテーションの対象者

告示「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」

介護予防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、指定介護予防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が、計画的な医学管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定介護予防訪問リハビリテーションを行った場合に算定する。

通知「指定介護予防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」

介護予防訪問リハビリテーション費

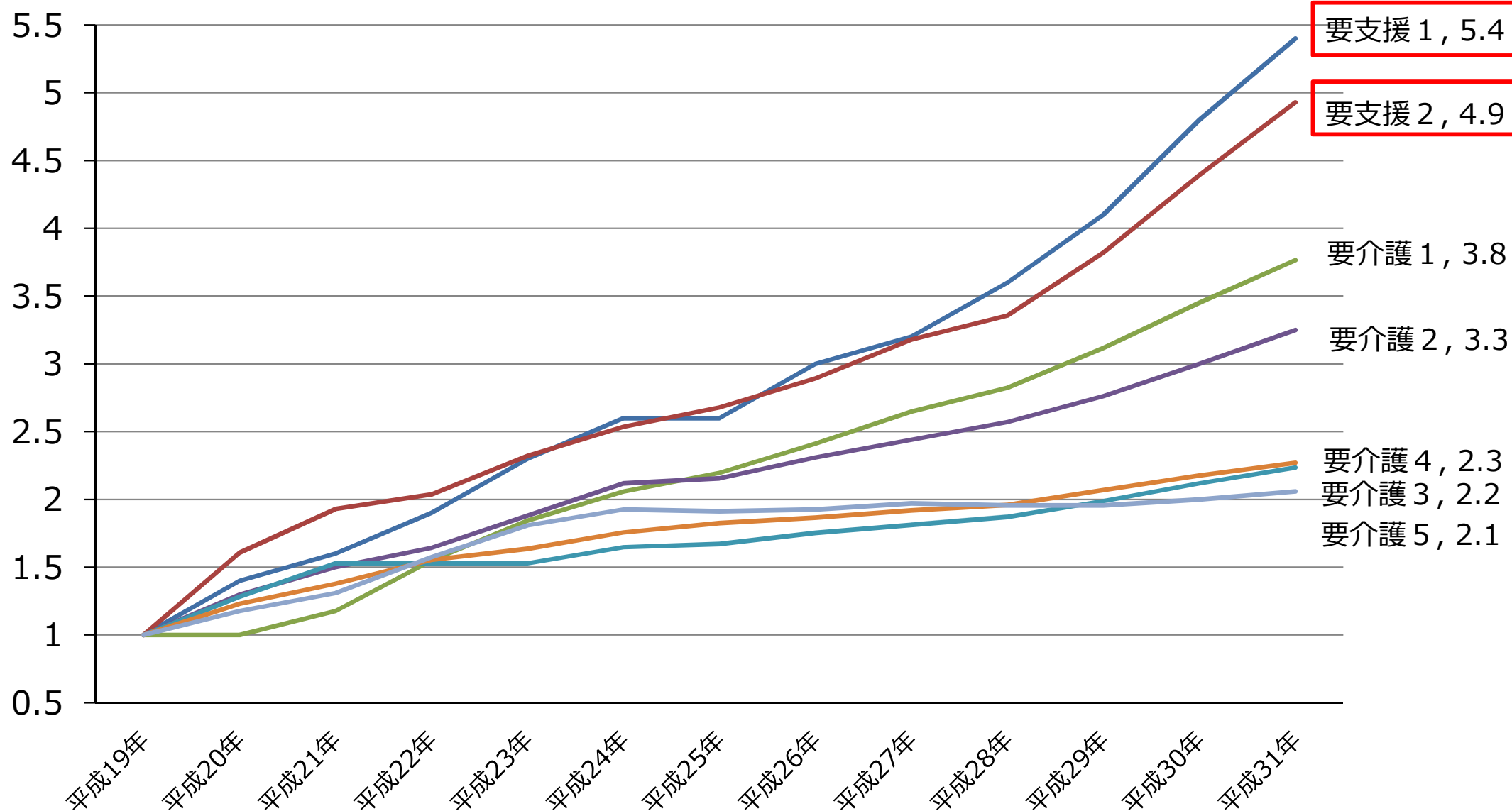
(3) 「通院が困難な利用者」について

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、指定介護予防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指定介護予防訪問リハビリテーションの提供など、介護予防ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は介護予防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受給者数

○ 訪問リハビリテーションの受給者数は平成27年度以降、特に要支援者において増加を認めている。



※平成19年4月を1とした比率で表示。

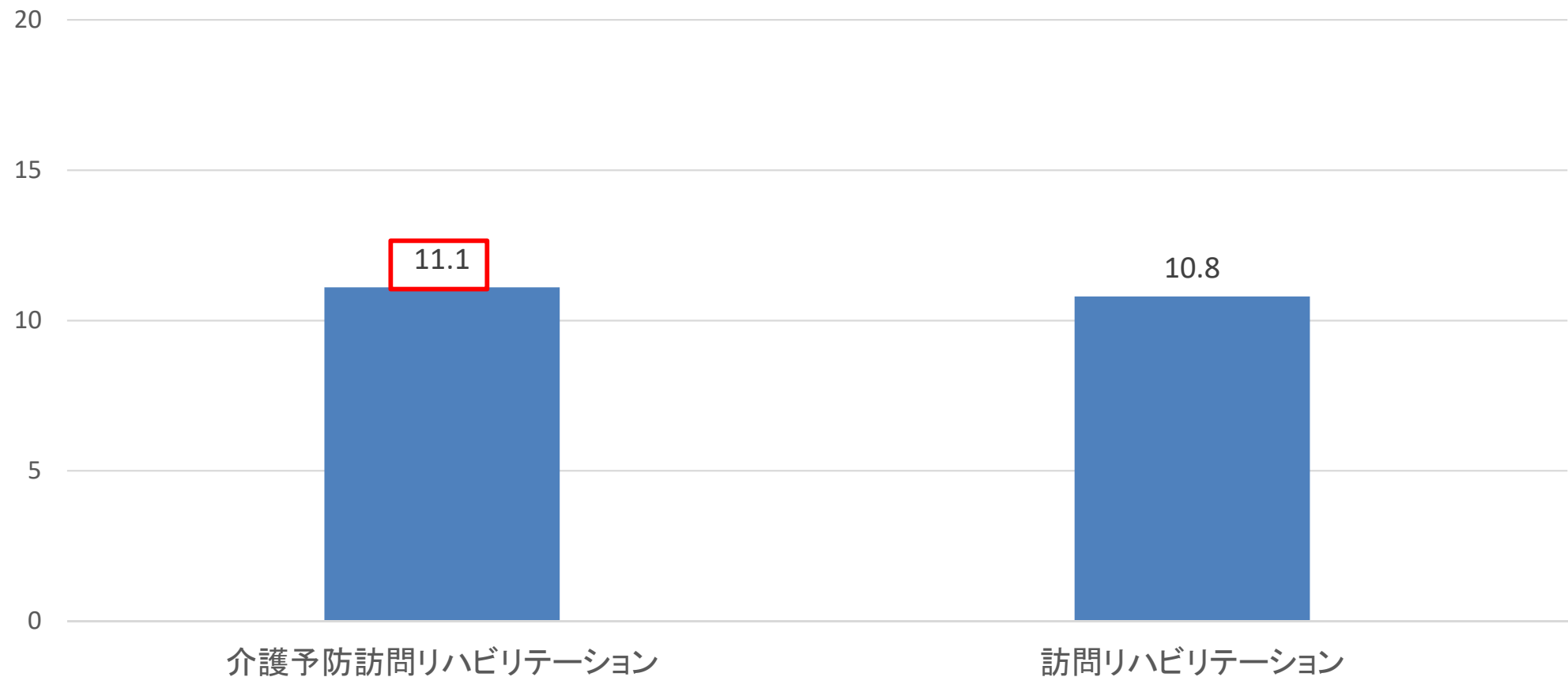
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

(介護予防)訪問リハビリテーションの平均利用期間

- 介護予防訪問リハビリテーションの平均利用期間は11.1ヶ月であった。一方、訪問リハビリテーションの平均利用期間は10.8ヶ月であった。

利用者単位の利用期間（月）の平均値



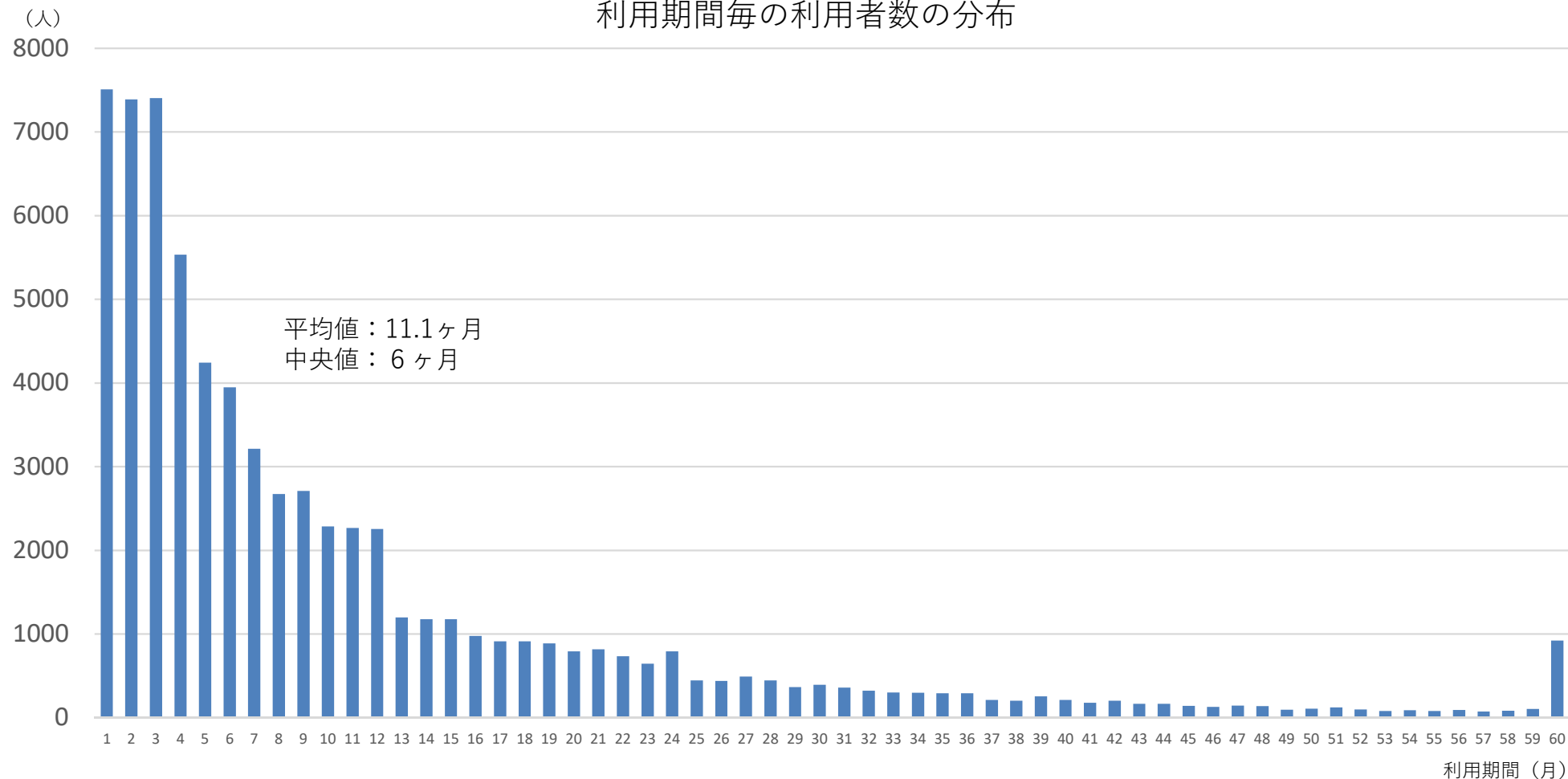
※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

介護予防訪問リハビリテーションの利用期間

○ 介護予防訪問リハビリテーションの利用開始から終了までの期間の平均値は11.1ヶ月、中央値は6ヶ月であった。

介護予防訪問リハビリテーションにおける
利用期間毎の利用者数の分布

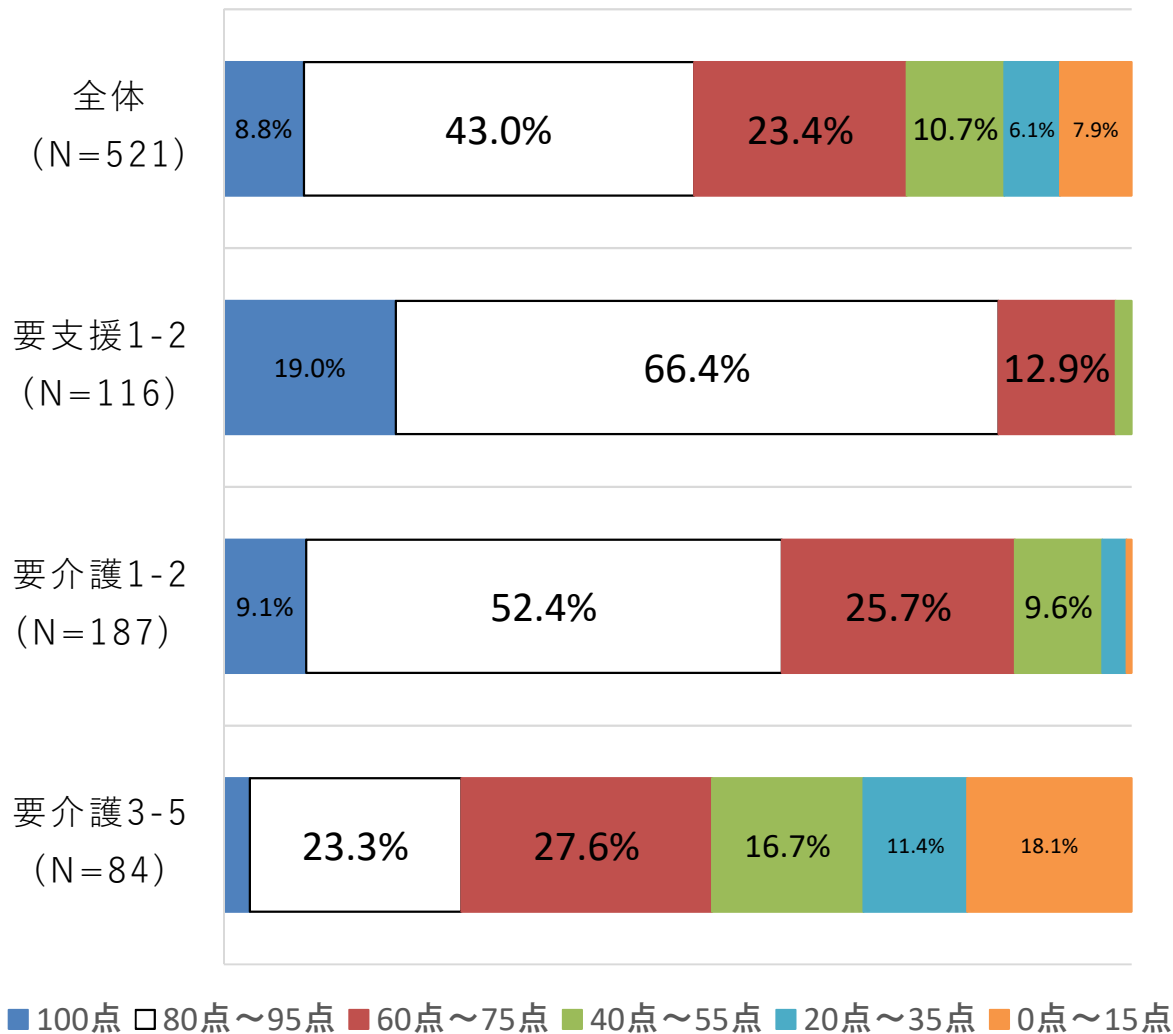


※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

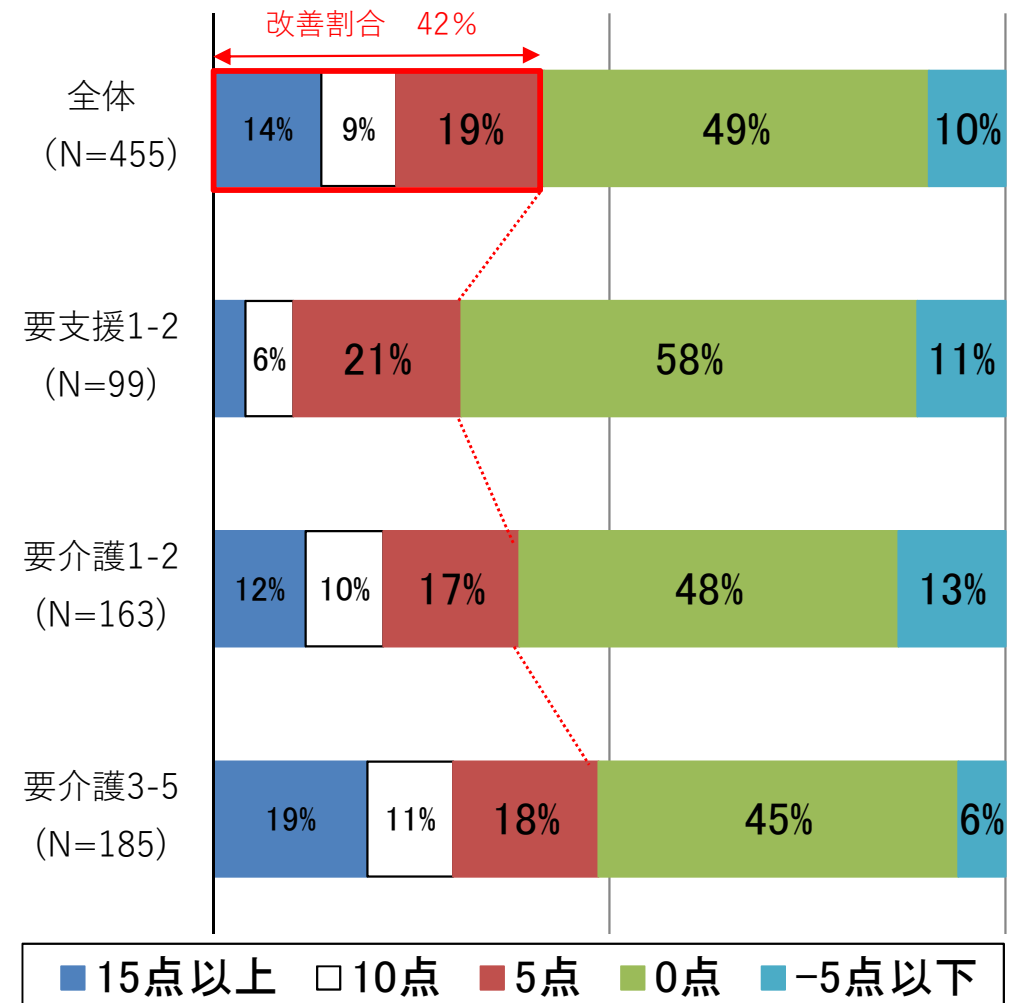
※最終評価時点で利用継続している者は、最終評価時点までの利用している者と集計している（60ヶ月以上利用している者は、60ヶ月利用している者として集計している）。

- 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 A D L （Barthel Index）



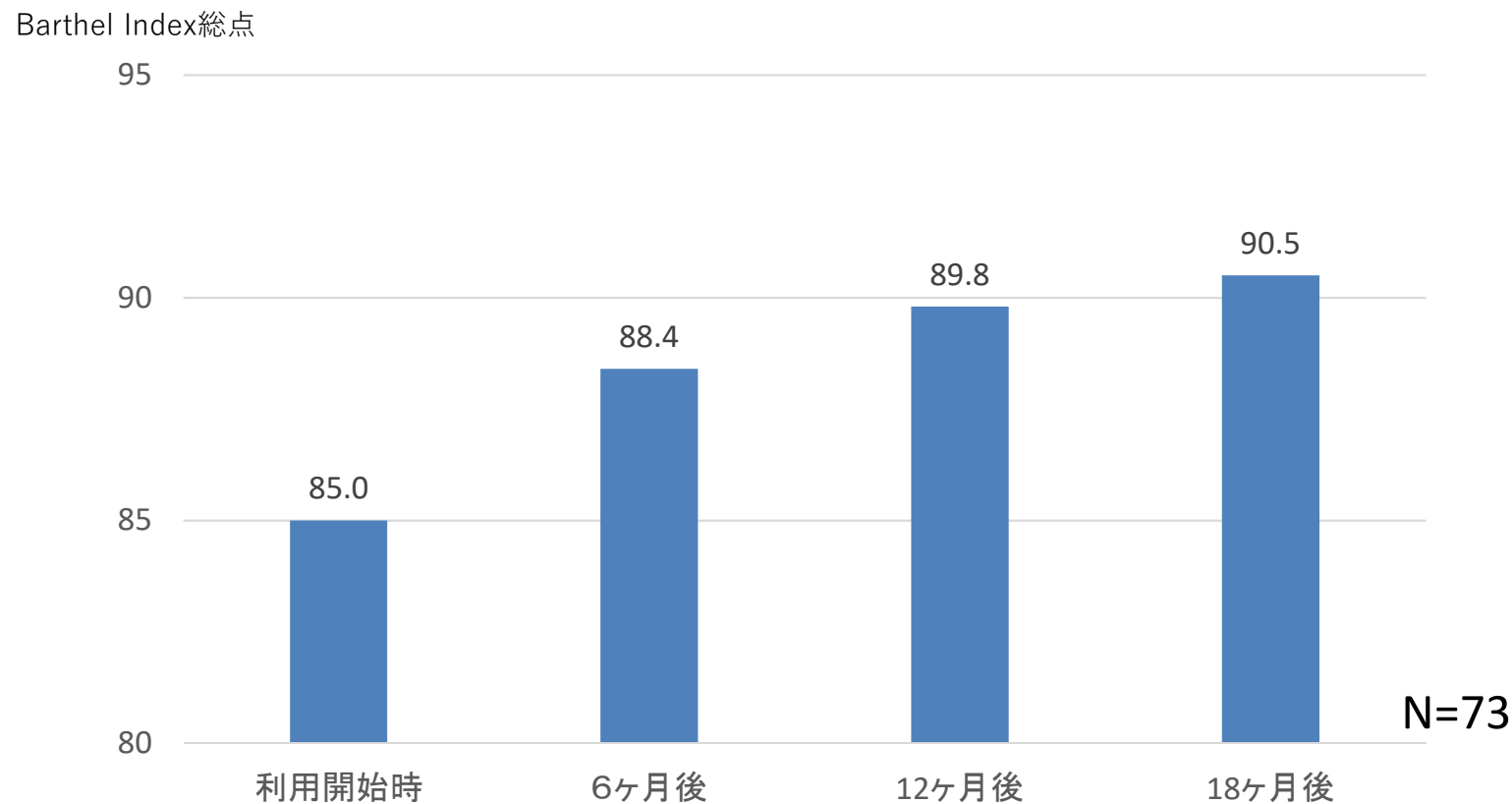
利用開始から 6 ヶ月後における ADL（Barthel Index）の点数変化



介護予防訪問リハビリテーション利用者におけるADLの経時変化

- 介護予防訪問リハビリテーションの利用者において、利用開始から6ヶ月後及び6ヶ月後から12ヶ月後にかけてはBarthel Indexで評価されたADLに改善がみられた。一方、12ヶ月後から18ヶ月後にかけてはADLの改善は軽微であった。

利用開始から18ヶ月後にかけてのADLの経時変化



利用開始時、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後のADLが把握可能な利用者を対象としている。

論点⑤介護予防訪問リハビリテーションの長期間利用

検討の方向（案）

- 介護予防訪問リハビリテーションについて、
 - ・ 訪問リハビリテーションより介護予防訪問リハビリテーションの方が利用期間が長い
 - ・ 利用開始時のADLが満点であるものが一定割合みられる
 - ・ 利用開始から一定期間経過後にADLの改善が乏しくなる
 - ・ 介護予防訪問リハビリテーションは原則として「通院が困難な利用者」に対して、あるいは「家屋内におけるADLの自立が困難である場合」に算定可能なサービスである
- こと等を踏まえ、長期間利用の場合のサービス提供への評価について、見直しを検討してはどうか。

參考資料

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

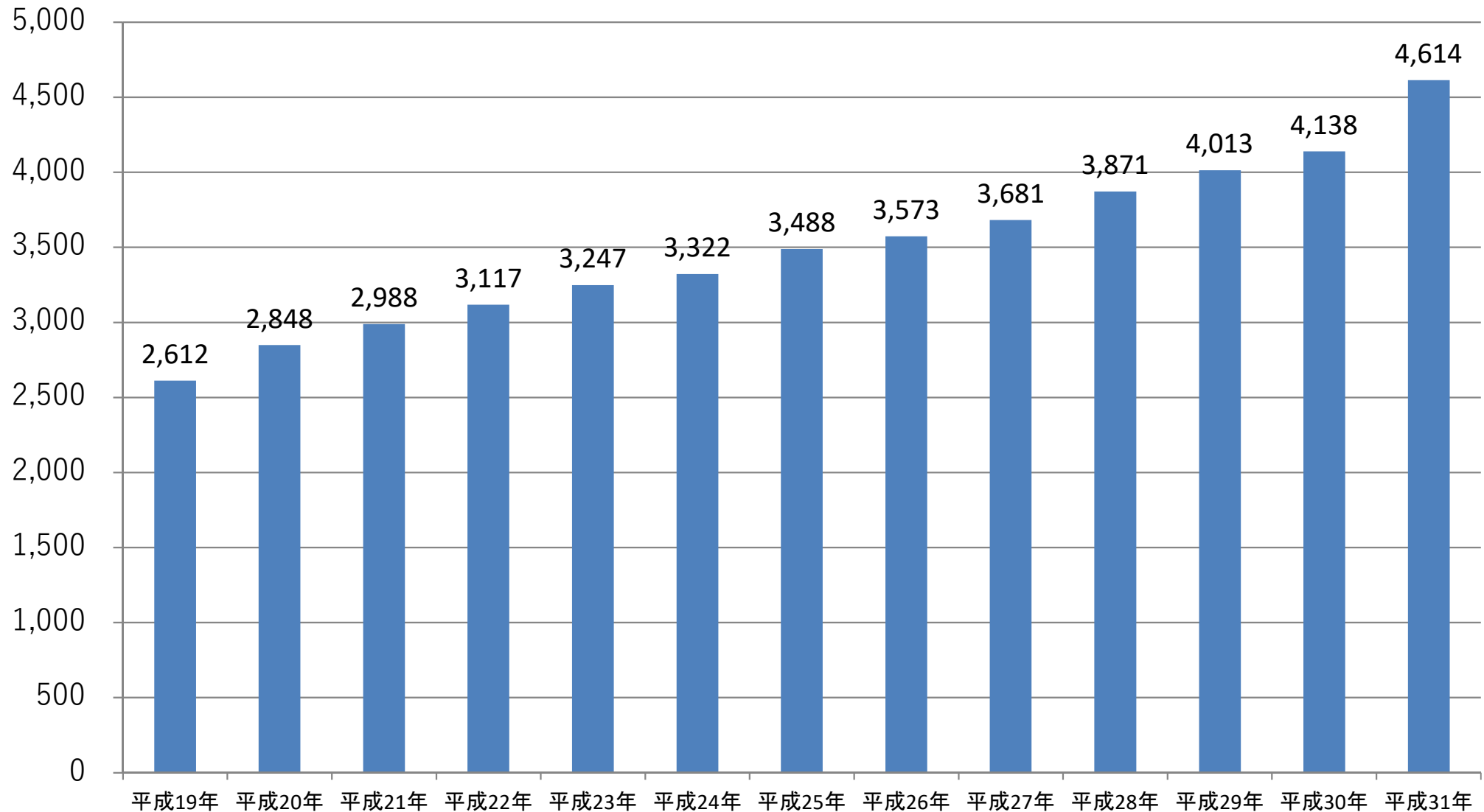
訪問リハビリテーション費は「通院が困難な利用者」に対して給付することとされているが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は訪問リハビリテーション費を算定できるものである。「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである。

※介護予防訪問リハビリテーションにも同様の記載あり

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)



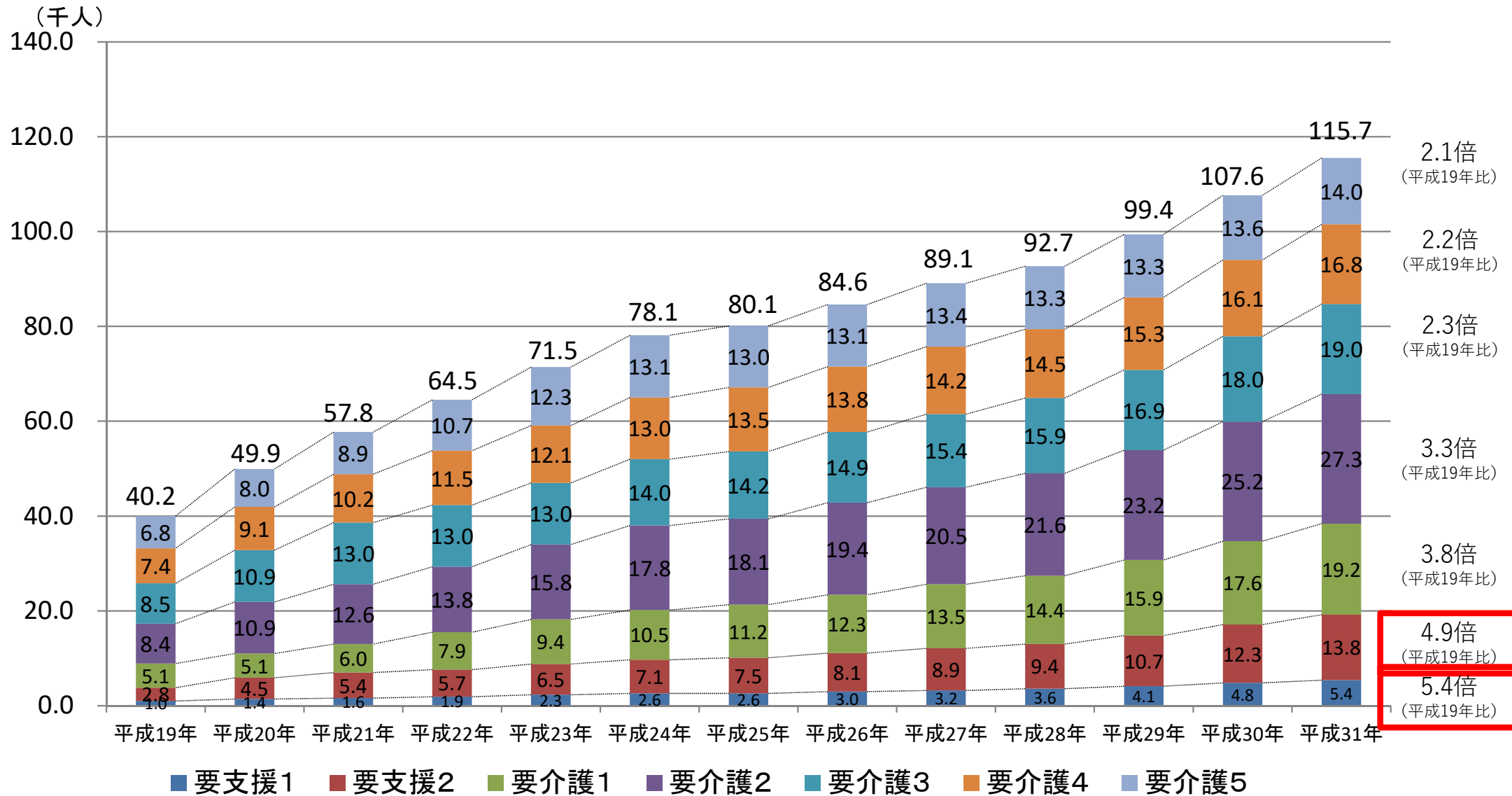
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※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。