

通所リハビリテーションの 報酬・基準について

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。軽度者の中には状態が改善し卒業できる利用者が一定程度いる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。
- 現在の介護報酬は、基本的に要介護度別に設定されており、利用者の自立支援と重度化防止に取り組む事業所や、職員の努力、利用者自身の努力を評価する体系に進めていただきたい。

<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。
- 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

<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。
- 社会参加支援加算は、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。
- 社会参加支援加算について、ここでいう社会参加の位置づけが不明確であるために、定義づけをしっかりとっていくところが必要ではないか。
- 社会参加支援加算という名称は分かりにくいいため、名称の見直しを検討してもいいのではないか。
- 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。
- 入浴介助加算について、通所サービスは自宅の浴槽での入浴を継続できることが目的となるため、自宅に即した個浴による入浴を評価していくべきではないか。
- 通所での入浴支援のニーズには、自宅の風呂が使えないなど多様な理由があり、一様に在宅での入浴を目標にすることは難しく、通所で入浴できているから在宅生活を維持できている点に留意が必要。

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

<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。
- 事業所規模に応じた基本報酬は、収支差率のみで見直すことについて慎重な検討が必要ではないかと思います。見直しに際しては事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力が損なわれないようにすべき。
- 事業所規模の拡大は、経営効率を上げるだけではなく、スケールメリットによってより質の高いサービスを提供することが可能になる点や、従業員の職場環境や処遇改善にメリットがある点を通じ、全体的に効率が上がる循環が実現される。今後、様々なデータとICT化には設備投資が必要であり、大規模化を進めるべきではないか。
- 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。

通所リハビリテーション 目次

論点①. 心身機能・活動・参加に対する取組の促進	5
論点②. リハビリテーションマネジメント加算	20
論点③. 社会参加支援加算	28
論点④. 生活行為向上リハビリテーション実施加算	35
論点⑤. 入浴介助加算	40
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	43
論点⑦. 介護予防通所リハビリテーションの長期期間利用	45

論点①心身機能・活動・参加に対する取組の促進

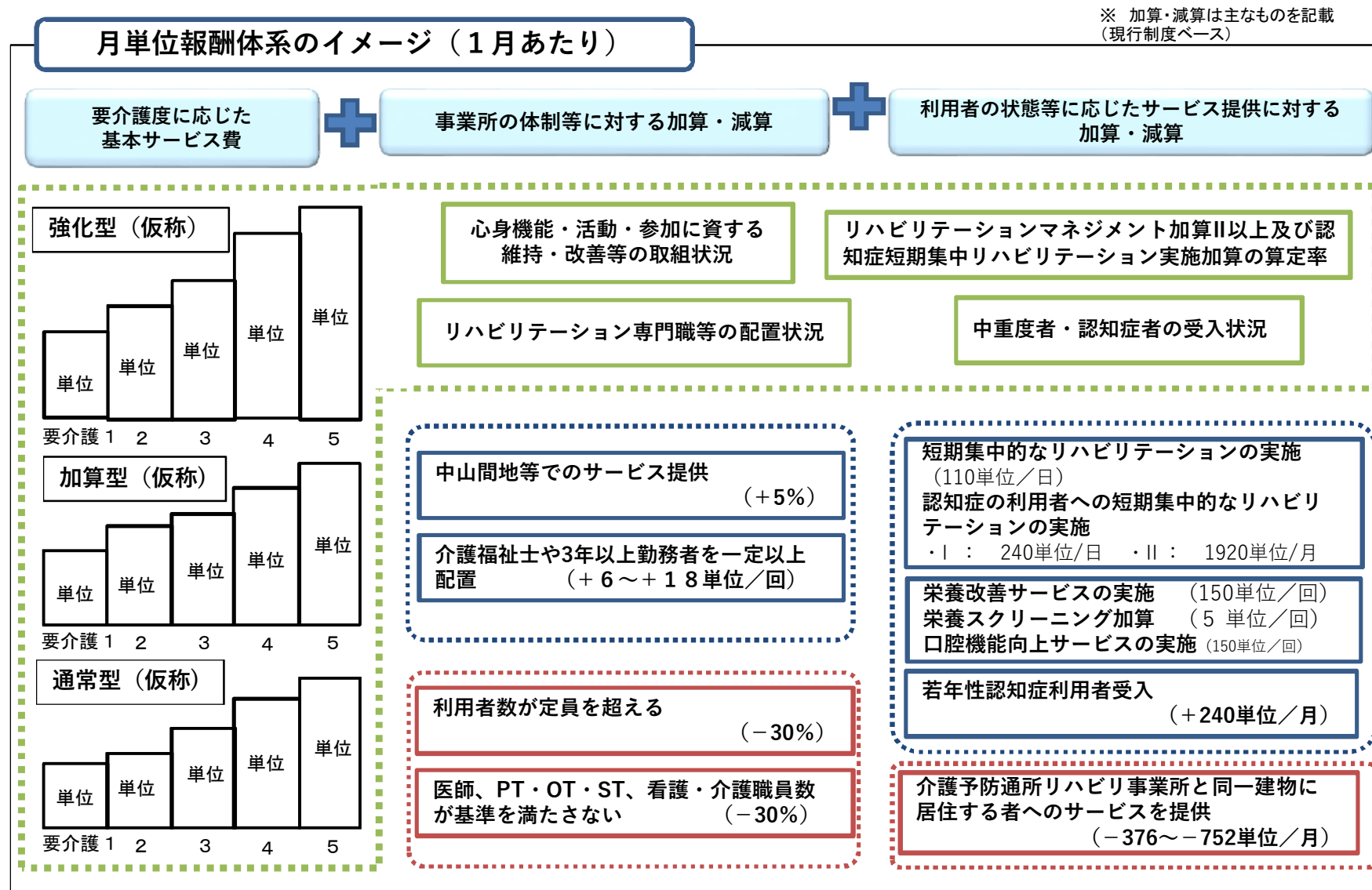
論点①

- 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、また、生活期リハビリテーションは心身機能・活動・参加にバランス良く働きかけることが重要とされている。心身機能・活動・参加に対する取組を重点的に評価する観点から、どのような方策が考えられるか。

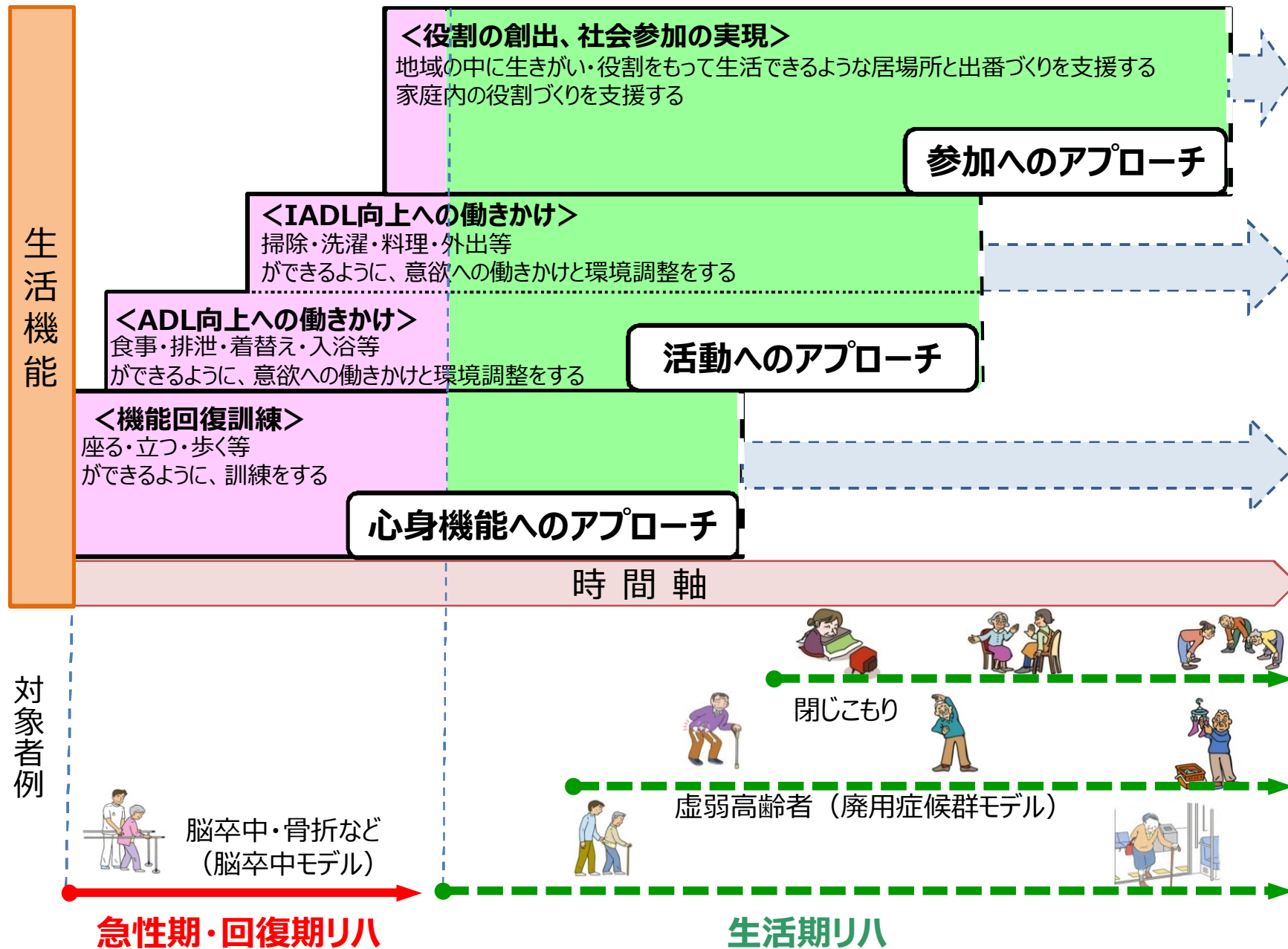
対応案

- 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、心身機能・活動・参加に対する取組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
 - ・ 利用者の心身機能等の包括的な評価による月単位報酬体系を創設してはどうか。（次頁参照）
- 通所リハビリテーション事業所の心身機能・活動・参加に対する取組を複合的に評価するにあたり、測定の妥当性が認められていることや、他サービスにおいてADL評価が一定程度なされていることを踏まえ、ADLは生活期リハビリテーションが対象とする生活機能の一部であること等に留意しつつ、利用者のADLに基づく事業所の評価を実施してはどうか。
- 現行の日単位報酬体系を残しつつ、希望する事業所が新たな報酬体系に移行できる選択制としてはどうか。

新たな通所リハビリテーションの介護報酬体系(月単位報酬体系)のイメージ(案)



高齢者リハビリテーションのイメージ



「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の運営基準

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

＜通所リハビリテーションの基本取扱方針＞

第113条 指定通所リハビリテーションは、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

- 2 指定通所リハビリテーション事業所は、自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

＜指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針＞

第114条 指定通所リハビリテーションの方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 1 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第一項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。
- 2 通所リハビリテーション従業者は、指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。
- 3 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービス提供ができる体制を整える。
- 4 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する。

通所リハビリテーションにおけるADLの状況

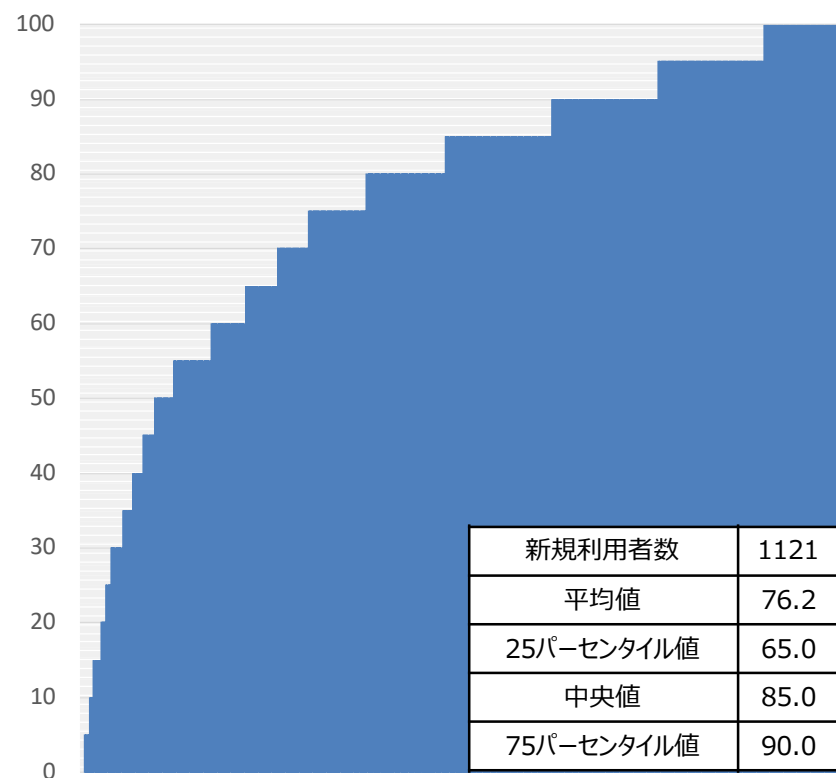
社保審一介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

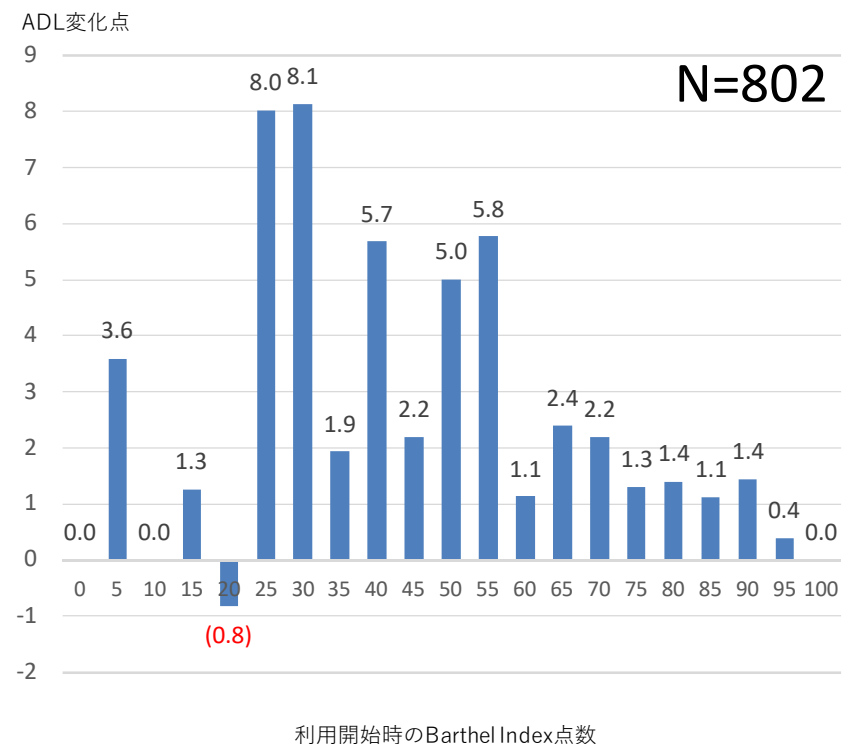
資料

- 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。

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

社保審一介護給付費分科会

第180回 (R2.7.20)

資料 3

- 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。

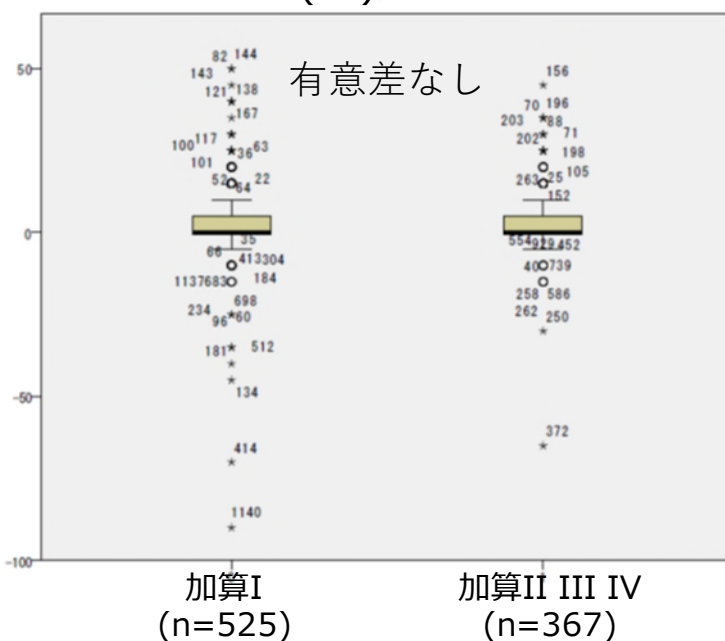
※LSA: Life-Space Assessment（個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標）

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

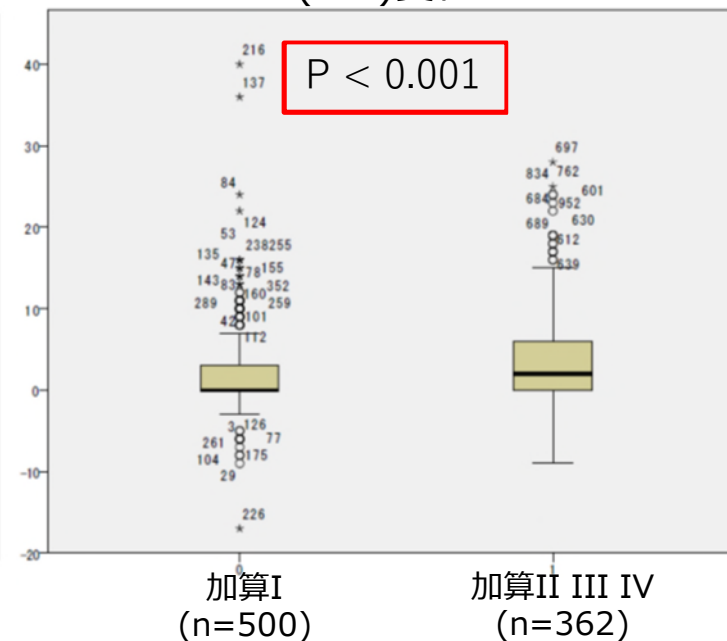
	ADL(BI)変化	IADL(FAI)変化	LSA変化
リハマネ加算Ⅰ	2.80 ± 10.6	2.18 ± 4.89	7.1 ± 14.6
リハマネ加算Ⅱ Ⅲ Ⅳ	3.41 ± 8.60	3.79 ± 5.48	11.5 ± 16.9

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。

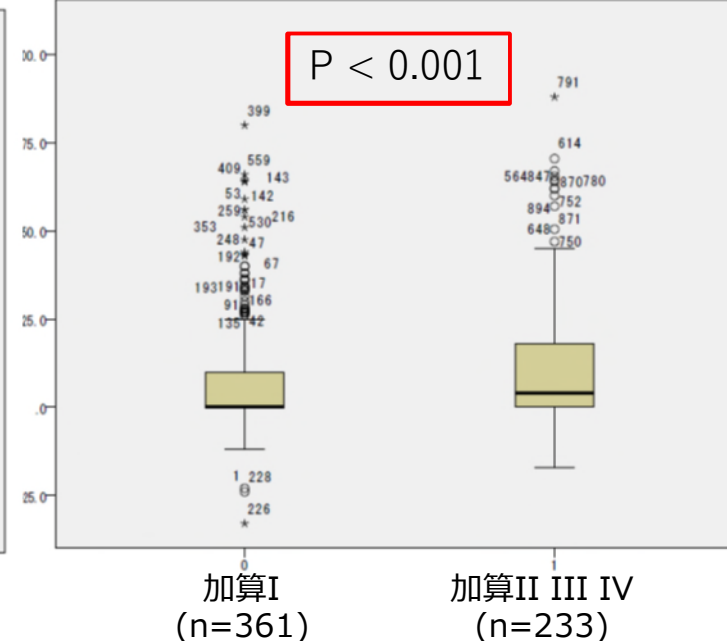
ADL(BI)変化



IADL(FAI)変化



LSA変化



Frenchay Activities Index (FAI)

手段的ADL (IADL) に関する15項目を 0～3 点の 4 段階で評価する指標。日本語人における標準値が報告されている。

アセスメント項目	評価内容の記載方法
食事の用意	0 : していない 1 : まれにしている
食事の片付け	2 : 週に 1～2 回 3 : 週に 3 回以上
洗濯	0 : していない 1 : まれにしている 2 : 週に 1 回未満 3 : 週に 1 回以上
掃除や整頓	
力仕事	
買物	
外出	
屋外歩行	
趣味	
交通手段の利用	
旅行	
庭仕事	0 : していない 1 : 時々 2 : 定期的に行っている 3 : 植替等もしている
家や車の 手入れ	0 : していない 1 : 電球の取替、ねじ止めなど 2 : ペンキ塗り、模様替え、洗車 3 : 家の修理、車の整備
読書	0 : 読んでいない、 1 : まれに 2 : 月 1 回程、 3 : 月 2 回程
仕事	0 : していない 1 : 週 1～9 時間 2 : 週 10～29 時間 3 : 週 30 時間以上

Life Space Assessment (LSA)

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。地域在住高齢者において信頼性と妥当性が検証されている。

評価点	内容
0	寝室
1	住居内 (自宅で寝ている以外の部屋)
2	居住空間のごく近くの空間 (玄関外・中庭・ベランダ・車庫などの屋外)
3	自宅近隣 (自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣)
4	町内 (近隣よりも離れた場所)
5	町外

Baker et al. "Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults" J Am Geriatr Soc. 2003 Nov;51(11):1610-4.

通所リハビリテーションの利用期間比較のADL改善割合

社保審一介護給付費分科会

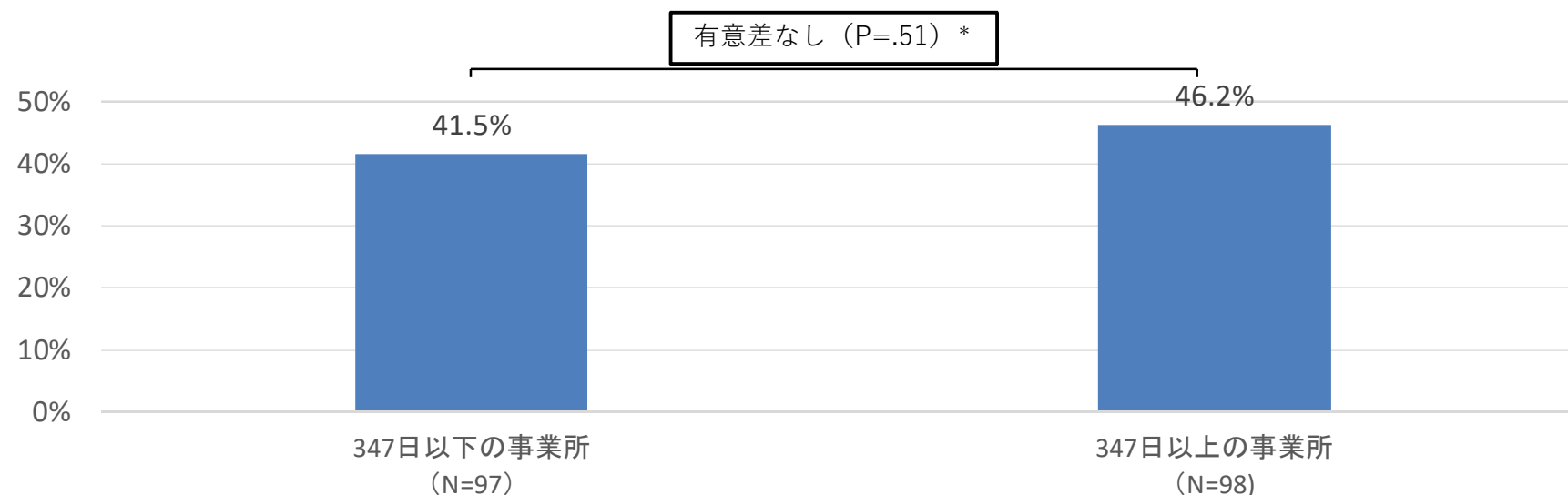
第185回 (R2.9.14)

資料

- 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日以上のある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。

(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

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

利用者のADL改善と事業所の特性

社保審－介護給付費分科会

第191回（R2.11.5）

資料○

- ADLの改善が大きい事業所は、ADLの改善が小さい事業所と比較して、大規模事業所が多く、短時間サービスの提供は少なく、総利用者及び要介護4～5の利用者が多く、中重度者ケア体制加算と短期集中個別リハ実施加算の算定者割合が高い。

事業所の特性	利用者のADLの改善が大きい事業所 (N=193)	利用者のADLの改善が少ない事業所 (N=222)
大規模IまたはII*	61 (31.6%)	50 (22.5%)
リハビリテーション専門職の常勤換算数	4.1名	4.1名
短時間サービスのみ提供（3時間未満）*	15 (7.8%)	35 (15.8%)
総利用者数（実数の平均値）*	85.1名	73.7名
要介護4～5の利用者の平均割合*	15.4%	13.4%
社会参加支援加算の算定事業所数	37 (19.1%)	30 (13.5%)
リハビリテーション提供体制加算の算定事業所数	153 (79.3%)	153 (68.9%)
中重度者ケア体制加算の算定事業所数*	73 (37.8%)	62 (27.9%)
短期集中個別リハ実施加算の算定者割合*	33.1%	24.1%
リハマネ加算Ⅱ以上の算定者割合	24.4%	23.3%

※各事業所における通所リハビリテーションの利用開始から6ヶ月後のBarthel Index変化の平均値は2.27点であり、この値を元に事業所をADLの改善が大きい事業所と小さい事業所に二分した。
※有意差あり（ピアソンのカイ二乗検定若しくはMann-WhitneyのU検定）

第1章 基本的な視点（抜粋）

- 介護予防サービスの提供に当たっては、明確な目標設定を行い、一定期間後には所期の目標が達成されたかどうかを評価する「目標志向型」のサービス提供が必要であると考えられる。

1. 通所系サービス （報酬設定の考え方）

これまでの主な議論等

（1）通所系サービスの報酬体系について

- ・ 通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器の機能向上や栄養改善などの「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とすることが適当と考えられる。

（2）目標の達成度に応じた介護報酬の設定について

- ・ 目標の達成度に応じた介護報酬の設定についても導入の方向で検討していくことが適当と考えられる。その際、事業者全体の質を評価するという観点から、事業所単位の評価としていくことが考えられる。

(介護予防)通所リハビリテーションの基本報酬の構造

指定介護予防通所介護の介護報酬のイメージ（1月あたり）

要支援度に応じた
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

要支援1 1,721単位／月

要支援2 3,634単位／月

※月額定額報酬

要支援度の維持改善の割合が一定以上【事業所評価加算】（+120単位／月）

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
（+24～+96単位／月）

介護職員の処遇改善を実施
（+1.52%～+1.9%）

利用者数が定員を超える（-30%）

看護・介護職員数が基準を満たさない
（-30%）

選択的サービス複数実施（2種類：+480単位／月、3種類：+700単位／月）

1)運動機能の向上のみ（+225単位／月）

2)栄養状態の改善のみ（+150単位／月）

3)口腔機能の向上のみ（+150単位／月）

生活機能の向上を目的としたグループ活動【生活機能向上グループ活動加算】（+100単位／月）

若年性認知症利用者受入（+240単位／月）

介護予防通所介護事業所と同一建物に居住する者へのサービス提供
（-376～-752単位／月）

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

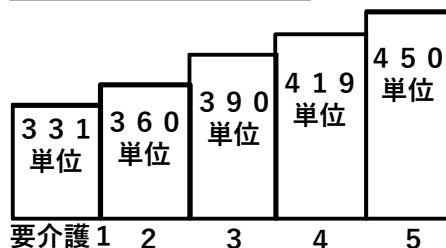
通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

要介護度・利用回数
・時間区分に応じた基本
サービス費

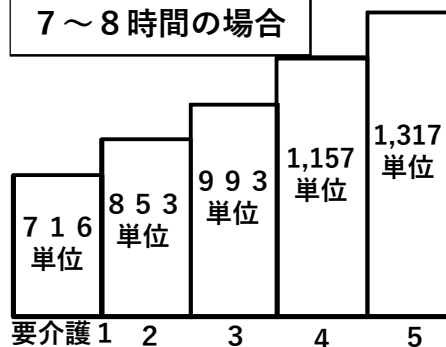
事業所の体制等に対する加算・減算

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
- ・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。

対応案

- 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、算定率の高いリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）は廃止するとともに、同要件は基本サービス費の要件としてはどうか。
- 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評価との整合性も踏まえ、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）の評価を見直してはどうか。
- 令和3年度からのVISIT・CHASEの一体的な運用に伴い、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）は廃止するとともに、定期的なリハビリテーション会議による計画の見直しが要件であるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）それぞれについて、VISIT・CHASEへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価してはどうか。
- VISIT・CHASEへの利用者情報の入力負担の軽減および、よりフィードバックに適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、VISIT・CHASEへのデータ提供の必須項目を定めてはどうか（次頁参照）。
- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件のひとつである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能としてはどうか。

<参考>

・利用者の情報をVISITに入力する負担について「大きい」「どちらかといえば大きい」と回答事業所は合わせて88.3%であった。負担を感じる理由として、VISITへのデータ入力作業がもっと多く99.0%であった（出典：通所・訪問リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業（令和元年度調査））。

VISIT・CHASEへのデータ提出内容の見直し(案)

- リハビリテーション計画書の項目について、VISIT・CHASEへのデータ提供の必須項目を定めてはどうか。また様式1および様式3～5についてはVISIT・CHASEへのデータ提出を任意としてはどうか。

<現行>

- ・様式1 : 興味・関心チェックシート
- ・様式3 : リハビリテーション会議録
- ・様式4 : プロセス管理票
- ・様式5 : 生活行為向上リハビリテーション実施計画

<見直し案>

提出は任意とする。

- ・様式2-1 (リハビリテーション計画書)
- ・様式2-2 (リハビリテーション計画書)

- (入力項目)
- ・原因疾患、合併疾患
 - ・本人家族の希望
 - ・治療経過
 - ・これまでのリハビリテーションの実施状況
 - ・心身機能
 - ・ADL
 - ・IADL
 - ・基本動作
 - ・目標
 - ・具体的支援内容
 - ・社会参加の状況
 - ・サービス提供中の具体的対応
 - ・担当職種 等

※下線の項目は自由記述。

目標、具体的支援内容についてはコードあり。

※原則、該当項目を全て入力することとされている。

整理

- ・様式2-1 (リハビリテーション計画書)
- ・様式2-2 (リハビリテーション計画書)

- (必須項目)
- ・原因疾患、合併疾患
 - ・心身機能
 - ・ADL
 - ・IADL
 - ・基本動作
 - ・目標
 - ・具体的支援内容
 - ・担当職種 等

- (任意項目)
- ・本人家族の希望
 - ・治療経過
 - ・これまでのリハビリテーションの実施状況
 - ・社会参加の状況
 - ・サービス提供中の具体的対応
 - 等

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)

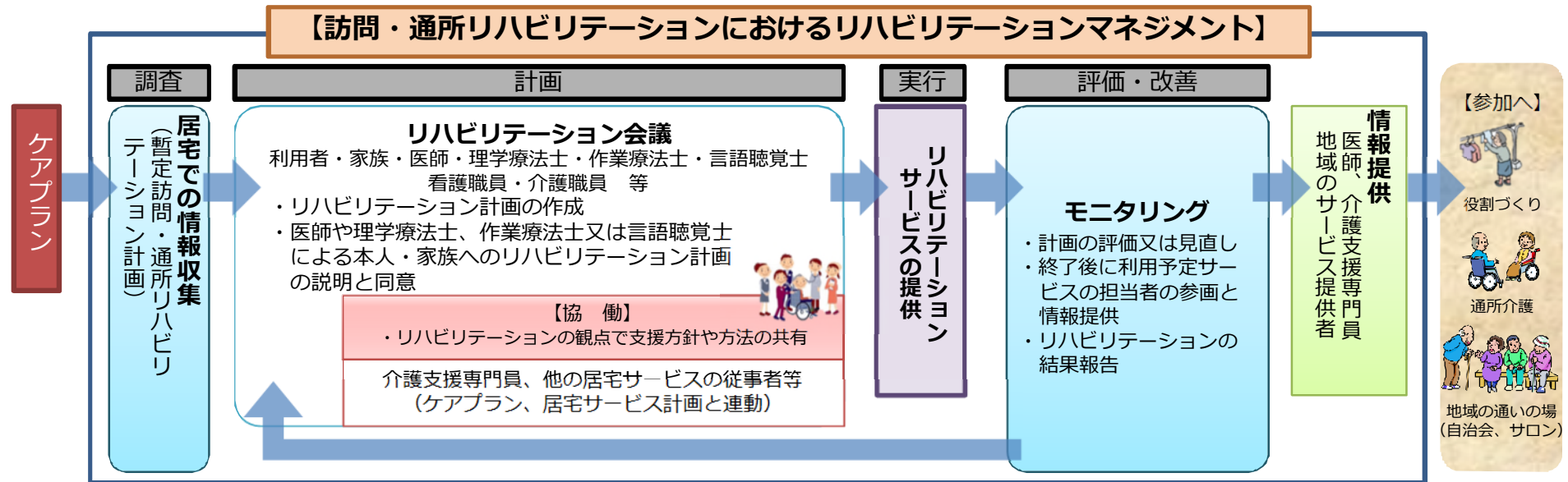
社保審－介護給付費分科会

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

訪問・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要件

社保審一介護給付費分科会

第191回 (R2.11.5)

資料 2

加算 (Ⅰ)

(訪問リハ：230単位／月)
(通所リハ：330単位／月)

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること。
- リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
- 新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対し、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること（※通所リハのみ）。

加算 (Ⅱ)

(訪問リハ：280単位／月)
(通所リハ：6月以内の期間 850単位／月
6月を超えた期間 530単位／月)

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算 (Ⅲ)

(訪問リハ：320単位／月)
(通所リハ：6月以内の期間 1120単位／月
6月を超えた期間 800単位／月)

- 医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと。さらに医師の指示内容を記録すること
- リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- 以下のいずれかに適合すること
(一) PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
(二) PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- リハビリテーション計画について **医師** が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- 上記に適合することを確認し、記録すること

加算 (Ⅳ)

(訪問リハ：420単位／月)
(通所リハ：6月以内の期間 1220単位／月
6月を超えた期間 900単位／月)

- 加算(Ⅲ)の全ての要件のいずれにも適合すること
- 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

<算定率>

【訪問リハ】

【通所リハ】

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅰ)

83.4%

89.2%

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅱ)

5.8%

9.8%(1) 13.8%(2)

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅲ)

12.0%

22.2%(1) 27.2%(2)

リハビリテーションマネジメント加算 (Ⅳ)

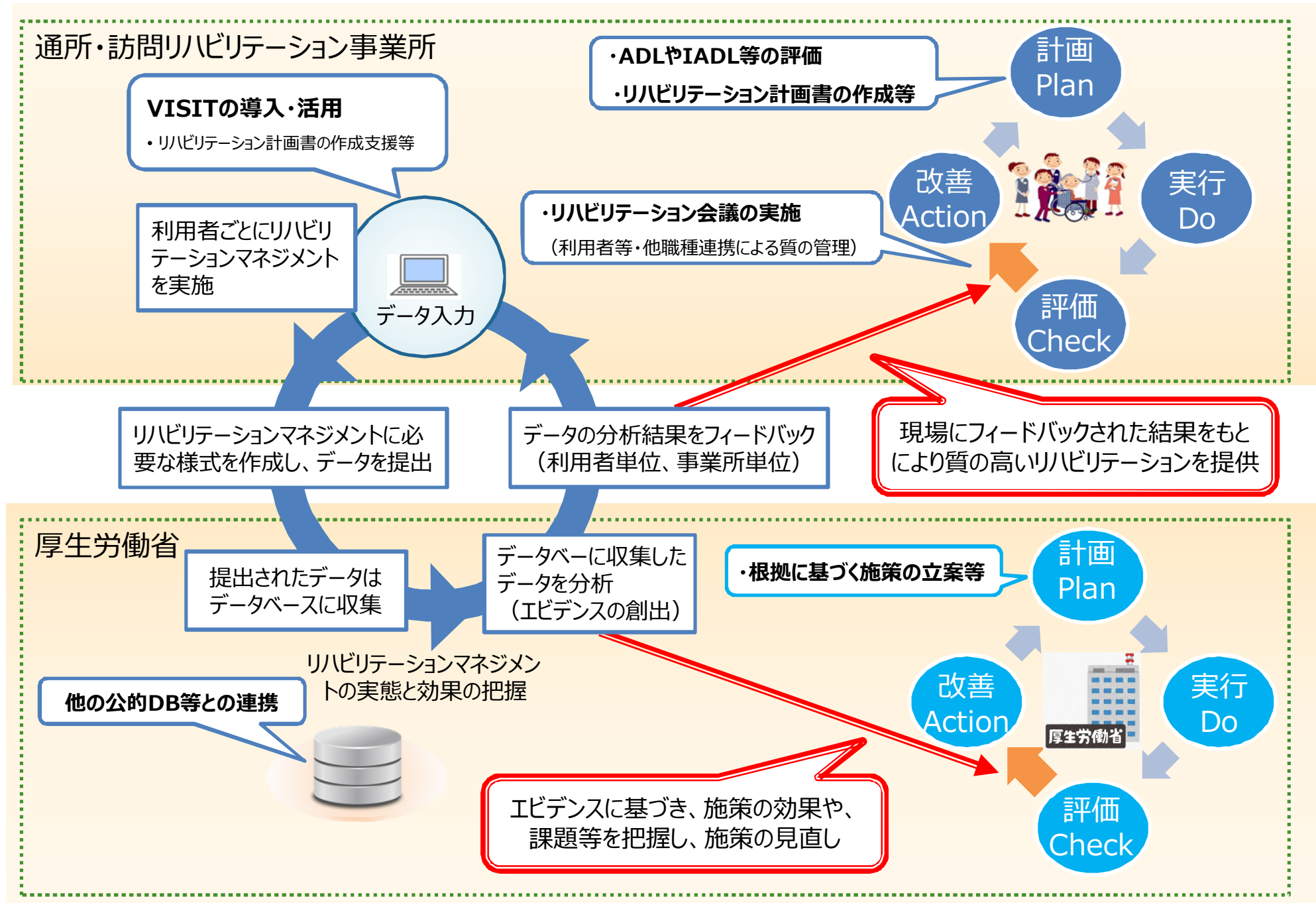
1.0%

1.4%(1) 1.7%(2)

※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DBから集計。算定率は、当該月の加算算定事業所／請求事業所数より算出

VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ

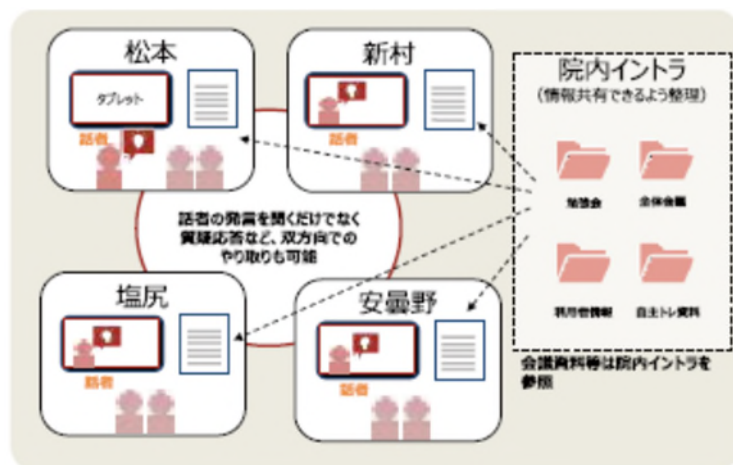
社保審一介護給付費分科会
第178回(R2.6.25)資料1より



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】

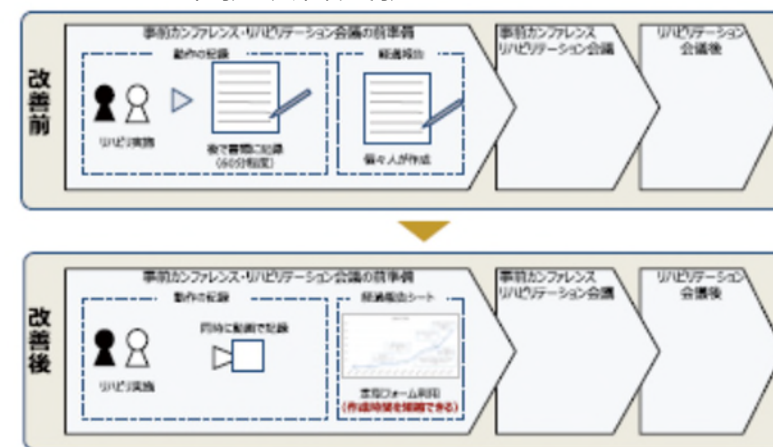
- ・全事業所のスタッフの移動時間が約400分削減された。
- ・移動時間を考慮する必要がなくなり、残業時間の削減につながった。
- ・テレビ会議を活用することで、他事業所の複数のスタッフと同時に情報共有・意見交換が出来るようになったなど、会議という体裁に係わらず効果的な活用が可能となった。

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。

リハビリテーションマネジメント加算の単位数

社保審－介護給付費分科会

第189回（R2.10.22）

資料 3

	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。

対応案

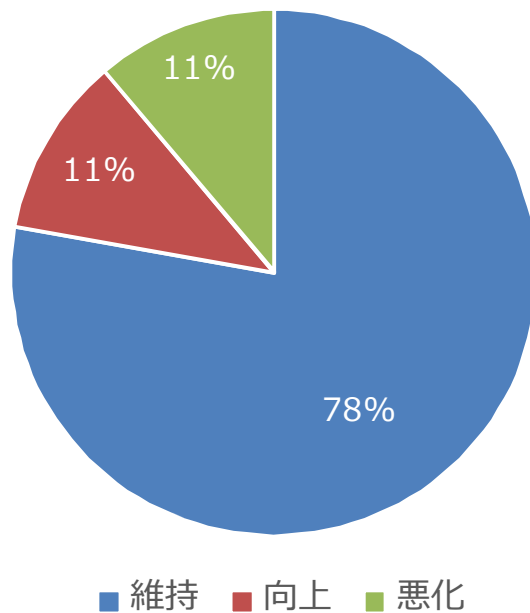
- 社会参加支援加算の算定要件である
 - ①社会参加への移行状況の計算式
 - ②リハビリテーションの利用の回転率について、実情に応じて見直しを行ってはどうか。
- 「評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、居宅訪問等により、指定通所介護等の実施が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること」としている要件を、「提供を終了した日から起算して1月後の移行の状況を電話等で確認すること」としてはどうか。また移行を円滑に進める観点からリハビリテーション計画書を移行先の事業所に提供することを要件化してはどうか。
- 加算趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を「移行支援加算」へ変更してはどうか。

「通所リハビリテーションにおける社会参加支援の実態調査」

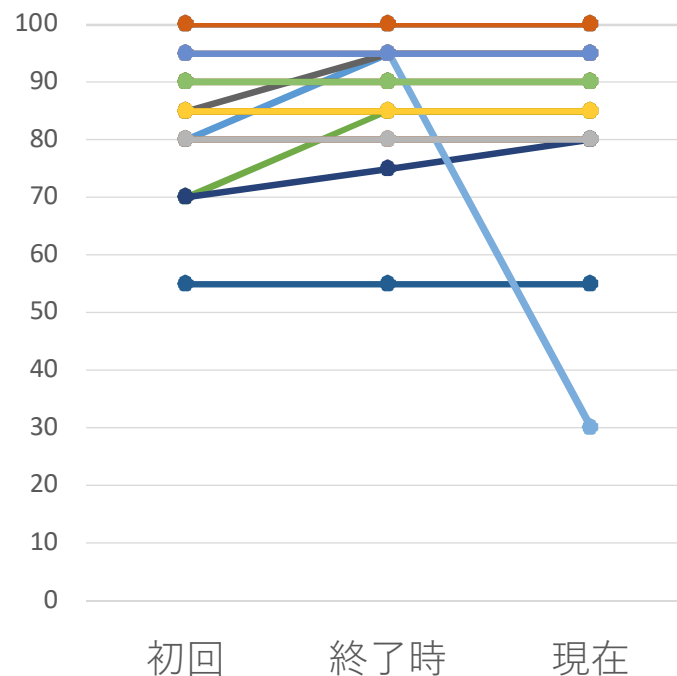
- 通所リハビリテーション事業所において、社会参加支援加算における「社会参加に資する取組等」へ移行した者18名の「社会参加に資する取組等」の現在の継続状況を確認すると約8割で維持されていた。さらに、ADLおよびIADLを確認したところ、初回及び終了時と比較して、大方でADLおよびIADLが維持されていた。

2019年1月～12月に修了移行した
「社会参加に資する取組等」の

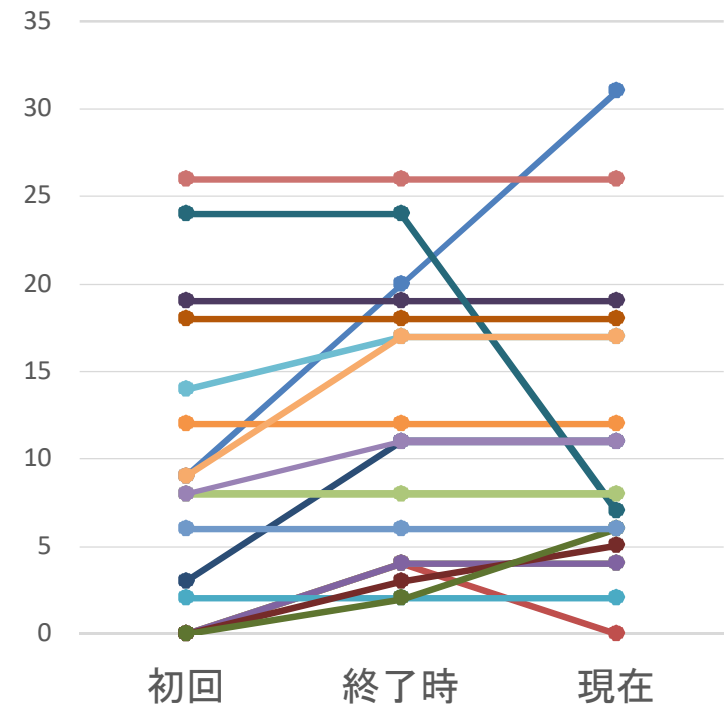
現在の継続状況



ADL推移
(Barthel Index)



IADL推移
(Frenchay Activities Index)



【調査概要】

(1) 調査方法 令和元年(2019年)12月の実績で、会員が所属する、通所リハビリテーション事業所(1499事業所)・訪問リハビリテーション事業所(1058事業所)に対し、会員WEBサイトを活用し、実態調査を行った。

(2) 調査結果

①調査全体の結果 通所リハビリテーション343件(22%)、訪問リハビリテーション215件(20%)の回答を得た。その内、平成31年度の実績で社会参加支援加算を算定したと答えた事業所は、通所リハ49施設(14%)、訪問リハ71施設(33%)であった。

②先駆的事业所への調査 社会参加支援加算を算定した3事業所から2019年1月～12月の終了者を対象に、2020年10月末時点での状況を追跡調査した。

- 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

社会参加支援加算の要件の達成状況

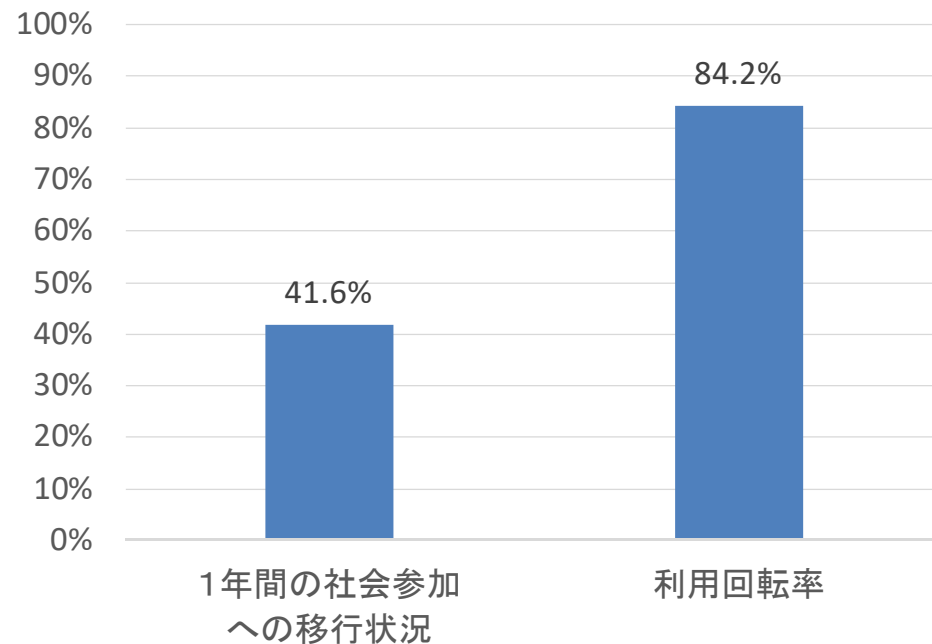
社保審－介護給付費分科会

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。

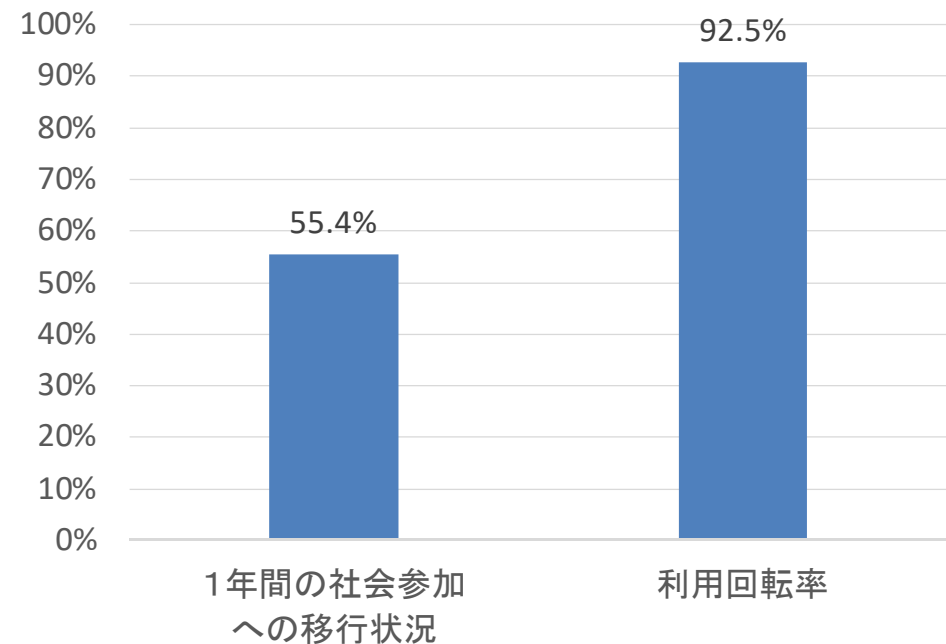
通所リハビリテーション事業所における
社会参加支援加算の要件の達成割合



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

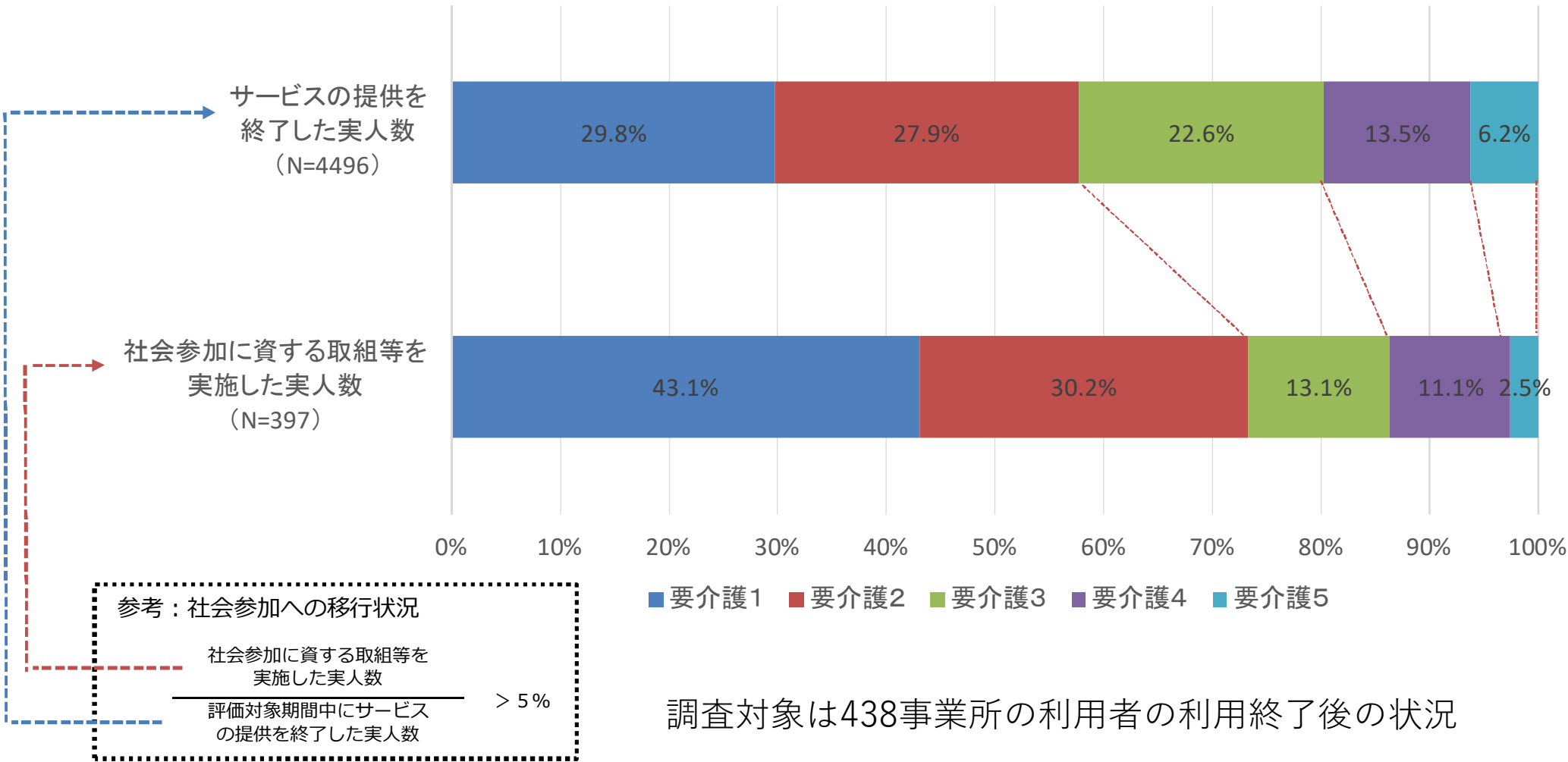


事業所数	276
平均値	30.0%
25パーセンタイル値	3.8%
中央値	28.0%
75パーセンタイル値	49.9%
参考：現行の基準	5%

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%

○ 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



(出典) 要介護者等に対するリハビリテーション提供体制の指標開発に関する調査研究事業（令和2年度）の速報値

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)

論点④生活行為向上リハビリテーション実施加算

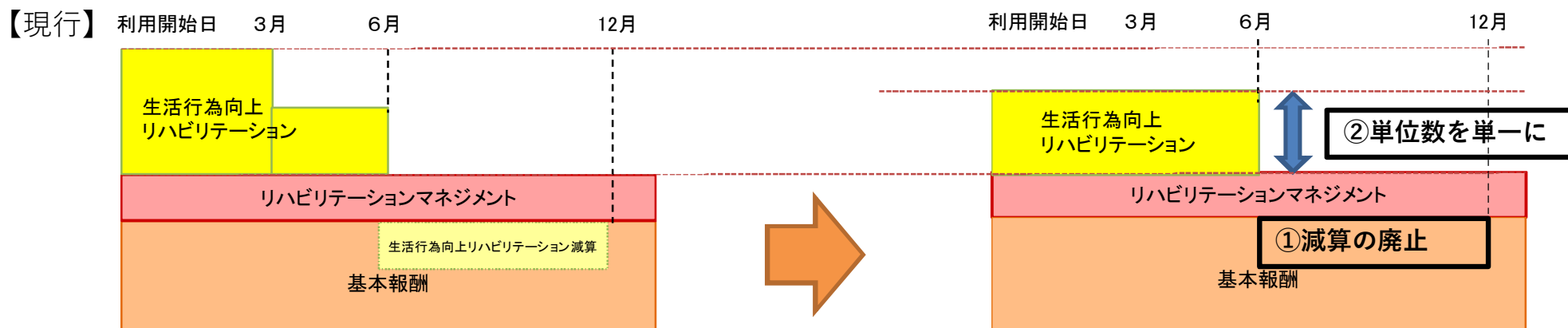
論点④

- 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。

対応案

- 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、生活行為向上リハビリテーション実施加算について、①加算算定後に継続利用する場合の6ヶ月間の減算を廃止するとともに、②3月以内と3月以上6月以内で階段状になっている単位数を単一（現行の3月以内より低く設定）にしているかどうか。
- 上記の見直しを踏まえ、活動と参加を促進する観点から、同加算の利用者の要件や取組の内容を検討・明確化してはどうか。

【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し（イメージ）】



通所リハビリテーション

- ※ 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。



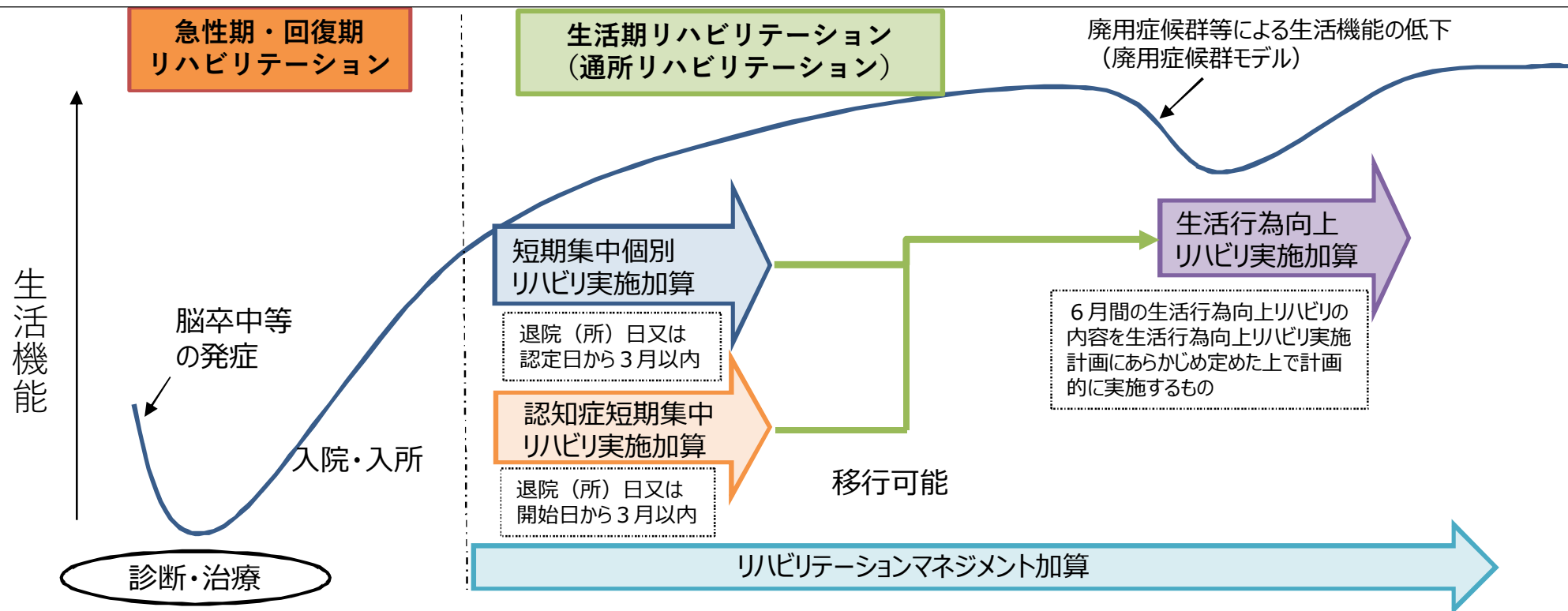
通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

社保審一介護給付費分科会

第188回（R2.10.15）

資料 3

- 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リ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リ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、 <u>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</u> 、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。

生活行為向上リハビリテーション実施加算について

【留意事項通知】〔老企第36号第2の8(13)〕

(13) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

- ① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。
- ② 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(以下「生活行為向上リハビリテーション」という。)は、加齢や廃用症候群等により生活機能の一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。

【リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について】〔老老発1028第1号〕

(2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について

活動の観点から、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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、加齢等により低下した利用者の活動の向上を図るためのリハビリテーションの提供を評価するため、生活行為向上リハビリテーション実施加算を設けた。

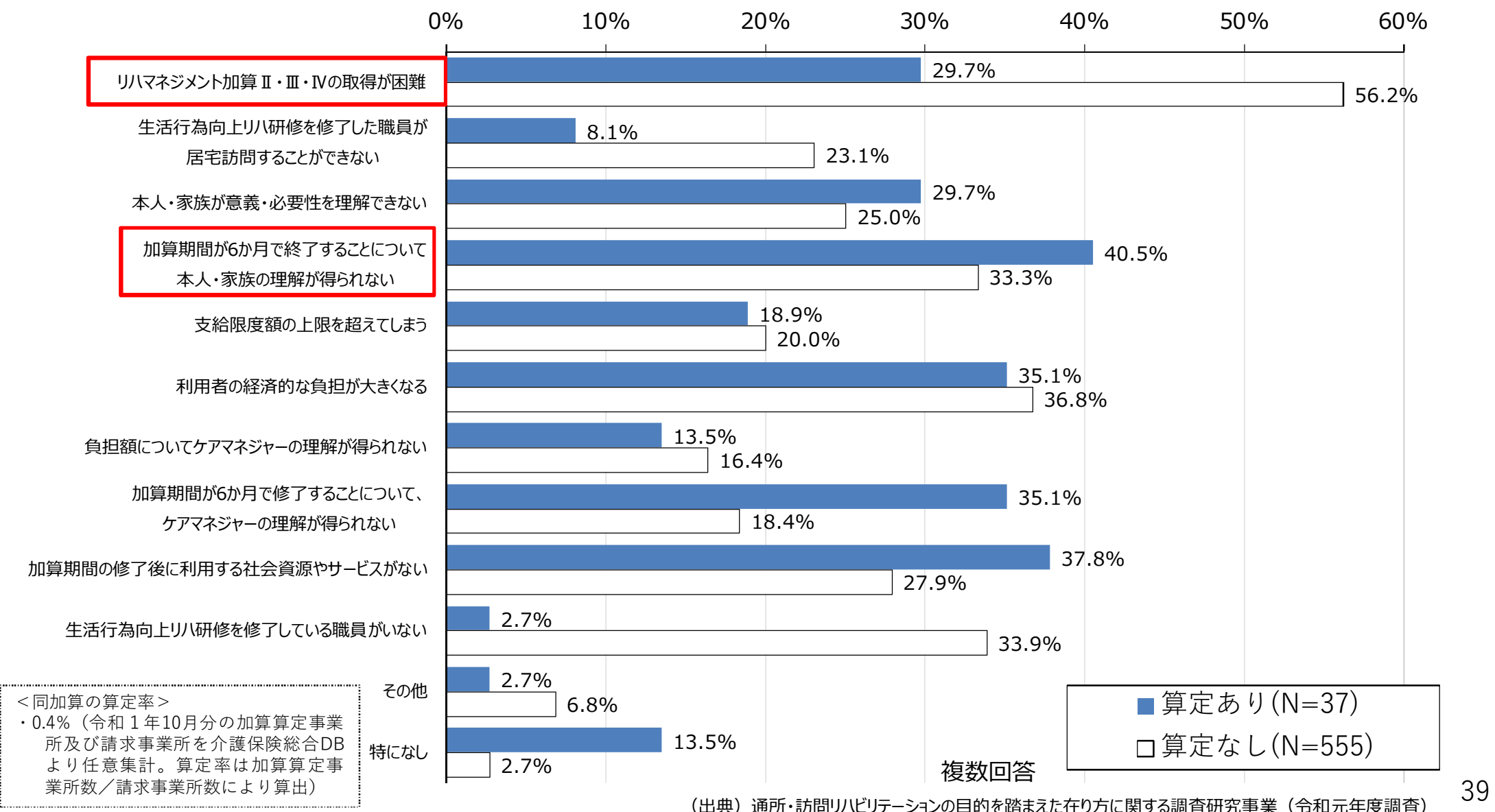
なお、活動と参加の観点からは、居宅からの一連のサービス行為として、買い物やバス等の公共交通機関への乗降などの行為に関する指定訪問リハビリテーションを提供することも重要である。

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の考え方

生活行為とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。生活行為向上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一つである活動するための機能が低下した高齢者や急性増悪により生活機能が低下し、医師がリハビリテーションの提供が必要であると判断した者に対し、起居や歩行、排泄、入浴などのADL、調理、買い物、趣味活動などのIADLなどの生活行為の内容の充実を図るため、その能力の向上について別紙様式5を作成し、その介入方法及び介入頻度、時間等生活行為の能力の向上に資するプログラムを作成、計画的に実施するものである。

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。



論点⑤入浴介助加算

論点⑤

- 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。

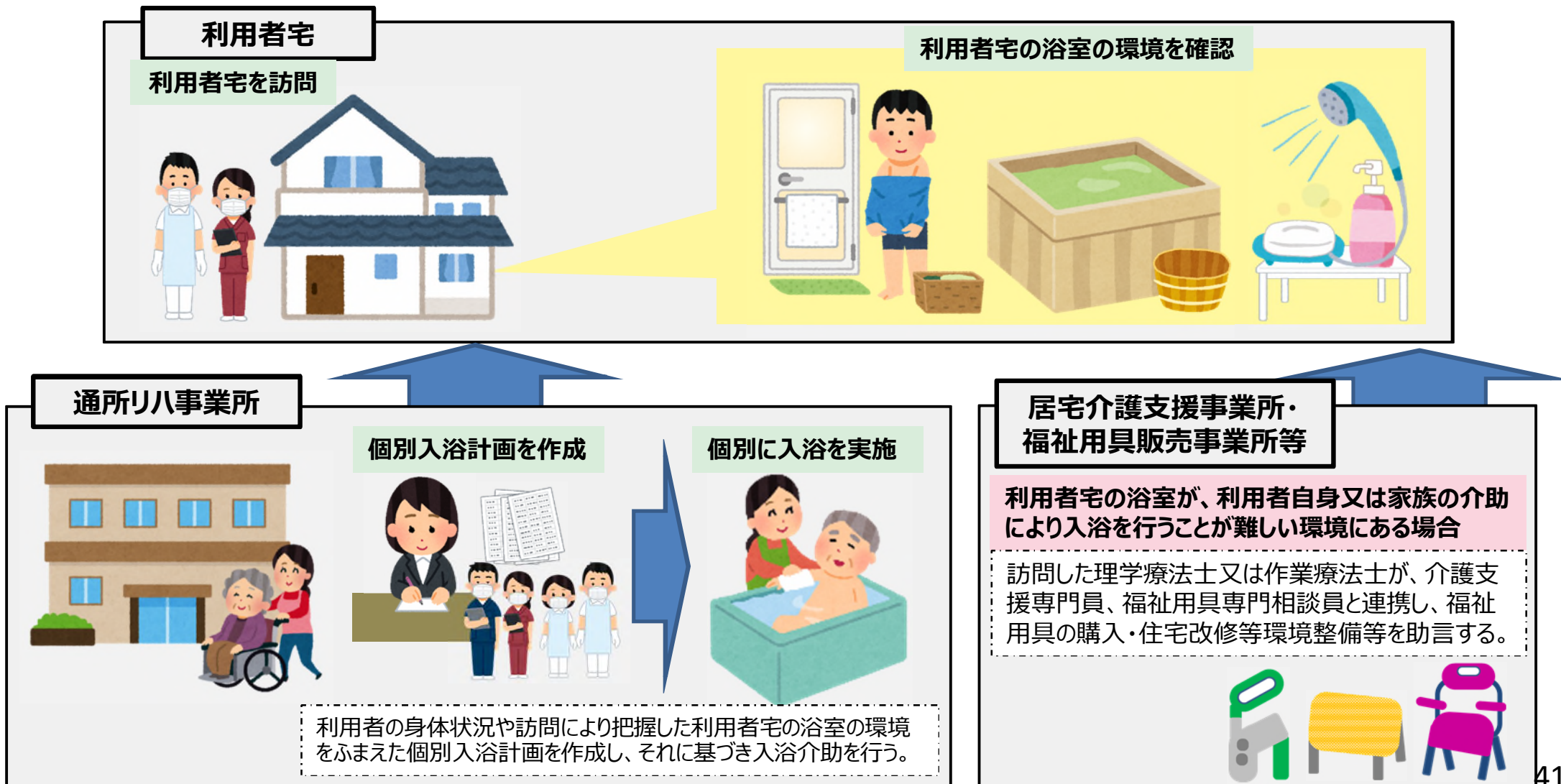
対応案

※ 通所介護においても同様の対応を検討

- 入浴介助加算について、現行の加算に加え、利用者が利用者宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴計画を作成し、それに基づき個別の入浴介助を行うことを評価する加算を新たに設けることとしてはどうか。（次頁参照）
- 通所リハビリテーションにおける新たな加算については、個別入浴計画の作成に際し、血圧測定や肢位観察等の入浴開始前及び実施中における留意事項について、医師の具体的な指示に基づく緊密な対応が可能であるため、通所介護との評価に差を設けてはどうか。
- 一方、上記の取組を促す観点から、現行の入浴介助加算については、単位数を見直してはどうか。

通所リハビリテーション 入浴介助加算(新たな加算)のイメージ

- 現行の入浴介助加算に加え、利用者が利用者宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、
 - ・ 医師・理学療法士・作業療法士が利用者宅を訪問し、浴室の環境を確認する
 - ※ 利用者宅の浴室が、利用者自身又は家族の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、環境整備を行う。
 - ・ 通所リハビリテーション事業所において、多職種連携のもと、利用者の心身の状況や居宅訪問により把握した利用者宅の浴室の環境をふまえた個別入浴計画を作成する
 - ・ 計画に基づき、個別に入浴介助を行う ことを要件とする加算を新設してはどうか。



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。

<通所リハビリテーションの入浴介助加算の算定率>

事業所ベース：75.2% 回数ベース：60.0%

※ 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））

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

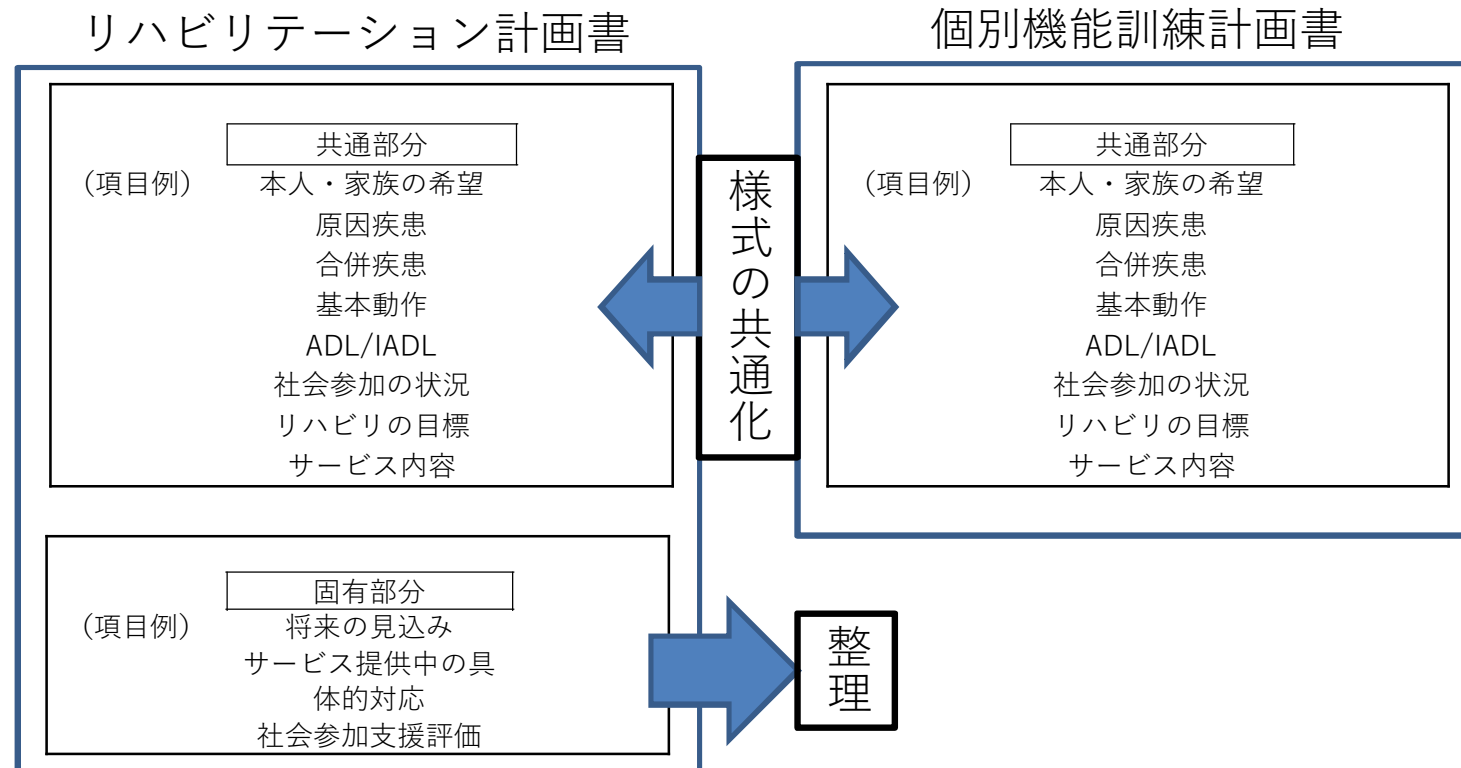
論点⑥

- 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。

対応案

- 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行ってはどうか。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ってはどうか。

※訪問リハビリテーションについても同様



リハビリテーション計画書はエクセルファイルおよびFIM版の配布を予定。

リハビリテーション計画書等の記載内容一覧

社保審－介護給付費分科会

第185回 (R2.9.14)

資料

- 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⑦介護予防通所リハビリテーションの長期期間利用

論点⑦

- 介護予防通所リハビリテーションについて、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、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。

対応案

- 介護予防通所リハビリテーションについて、
 - ・ 通所リハビリテーションより介護予防通所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、利用開始から〇ヶ月が経過したあとの単位数を適正化してはどうか。

通所リハビリテーションの受給者数

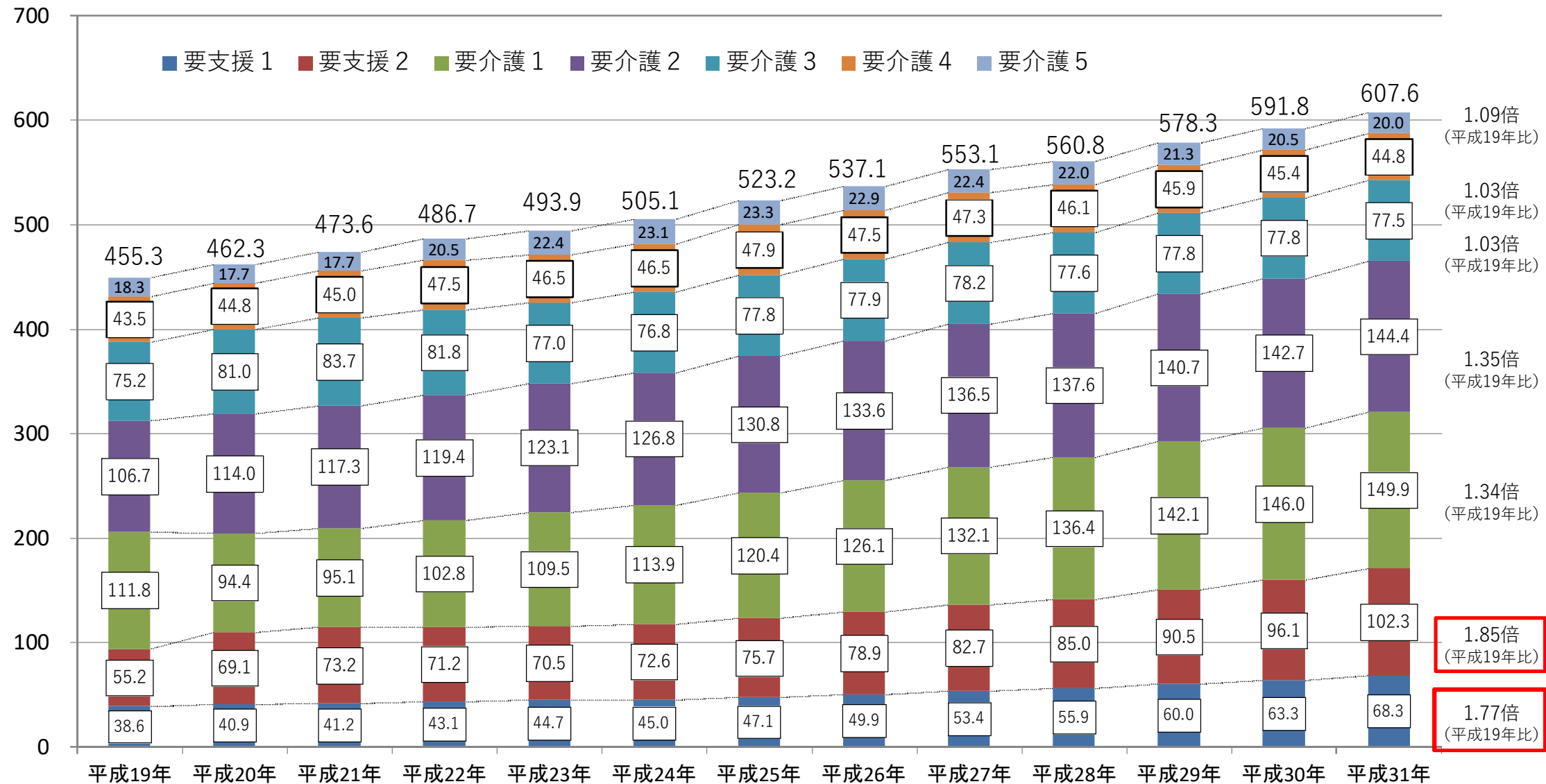
社保審－介護給付費分科会

第180回（R2.7.20）

資料 3

○ 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。

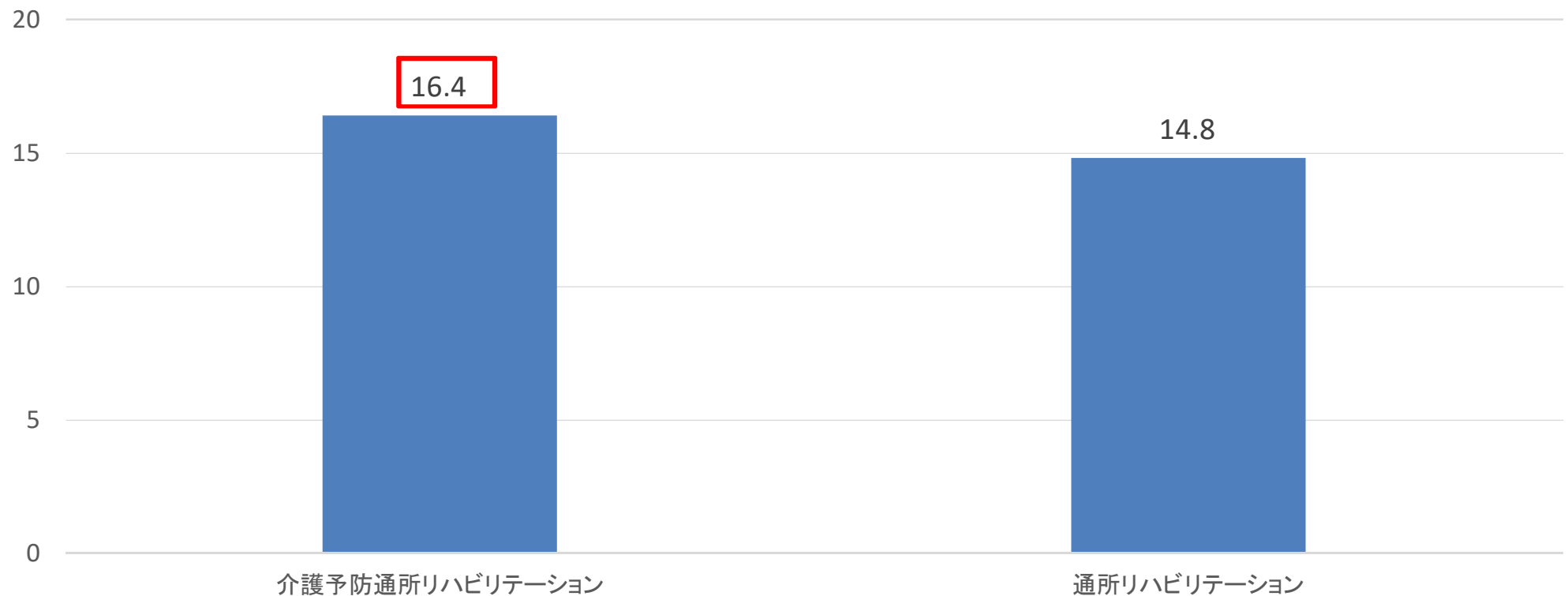
※経過的要介護は含まない。

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）

(介護予防)通所リハビリテーションの平均利用期間

- 介護予防通所リハビリテーションの平均利用期間は16.4ヶ月であった。一方、通所リハビリテーションの平均利用期間は14.8ヶ月であった。

利用者単位の利用期間（月）の平均値

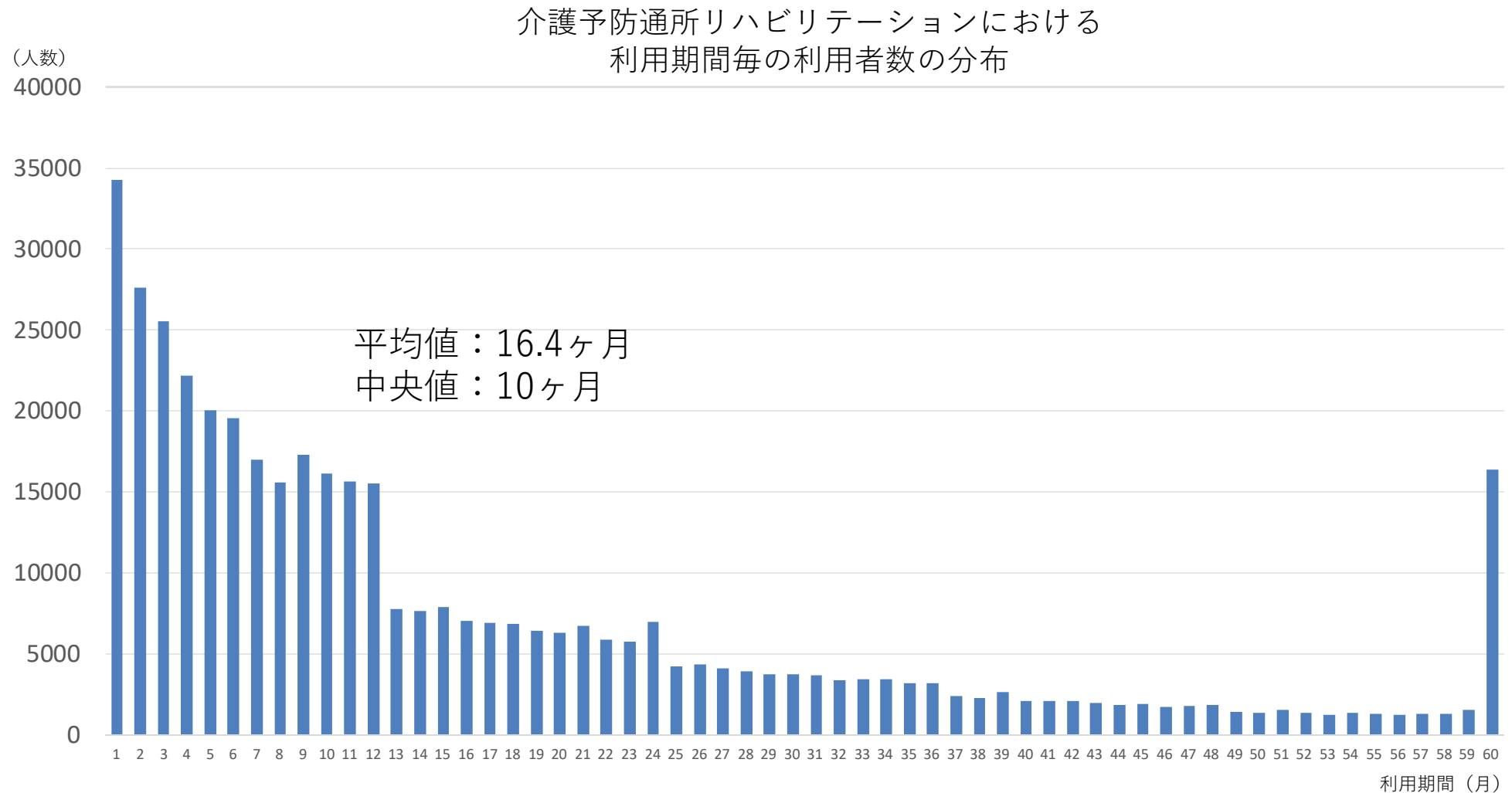


※2015年1月に該当サービスを利用開始した者の2019年12月までの5年間における、該当サービスの初回利用日から最終利用日までの継続利用期間を介護DBより任意集計。

※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）。

介護予防通所リハビリテーションの利用期間

- 介護予防通所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16.4ヶ月、中央値は10ヶ月であった。



※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）。

通所リハビリテーションにおけるADL

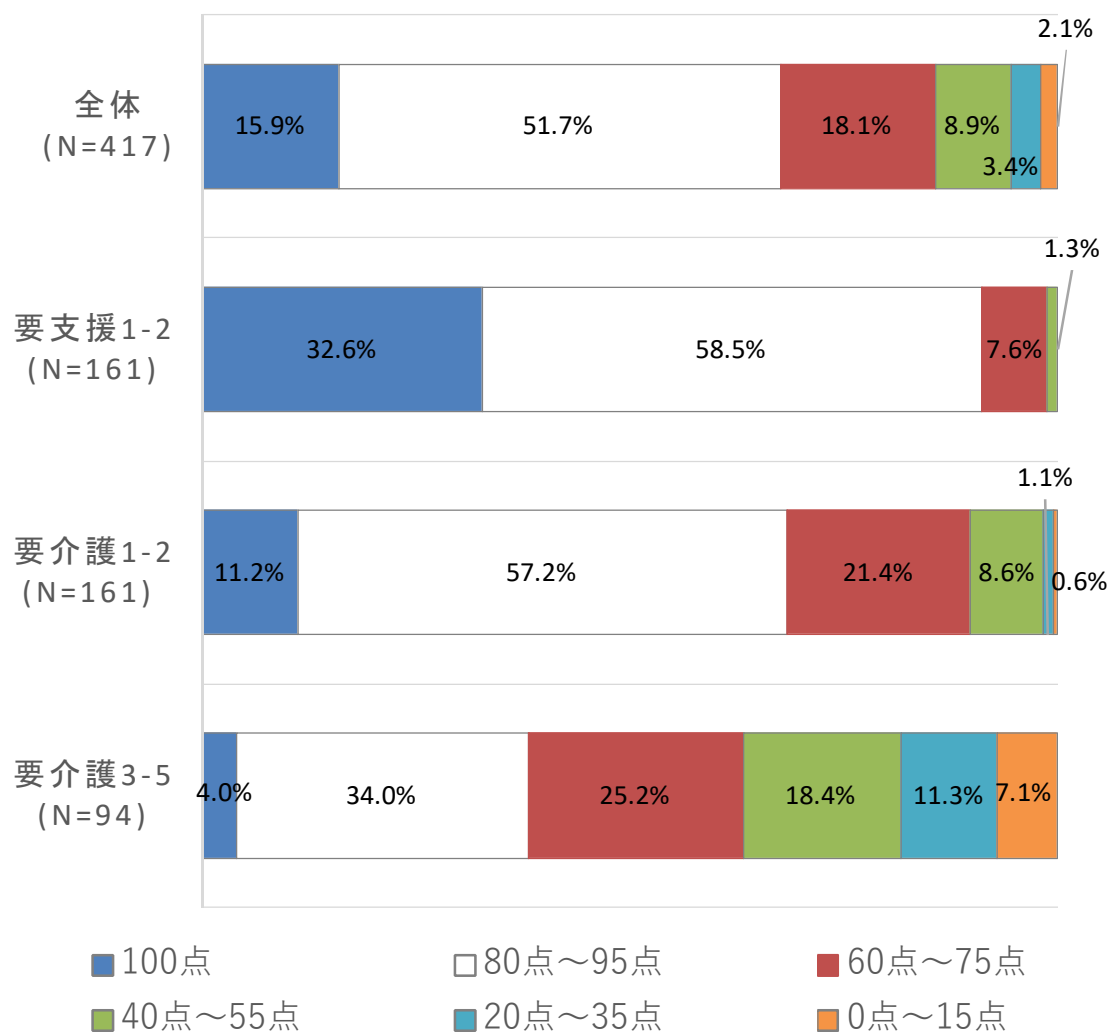
社保審－介護給付費分科会

第180回（R2.7.20）

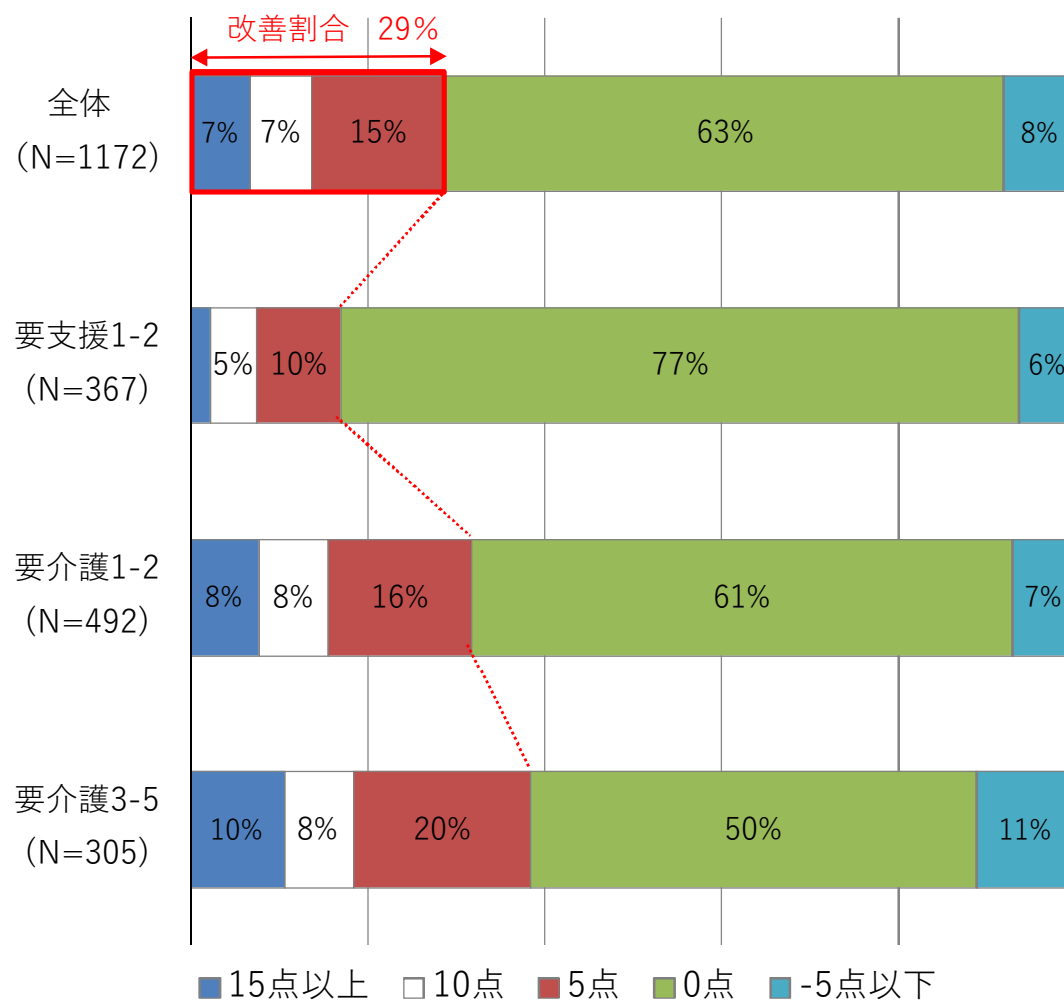
資料3

- 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）



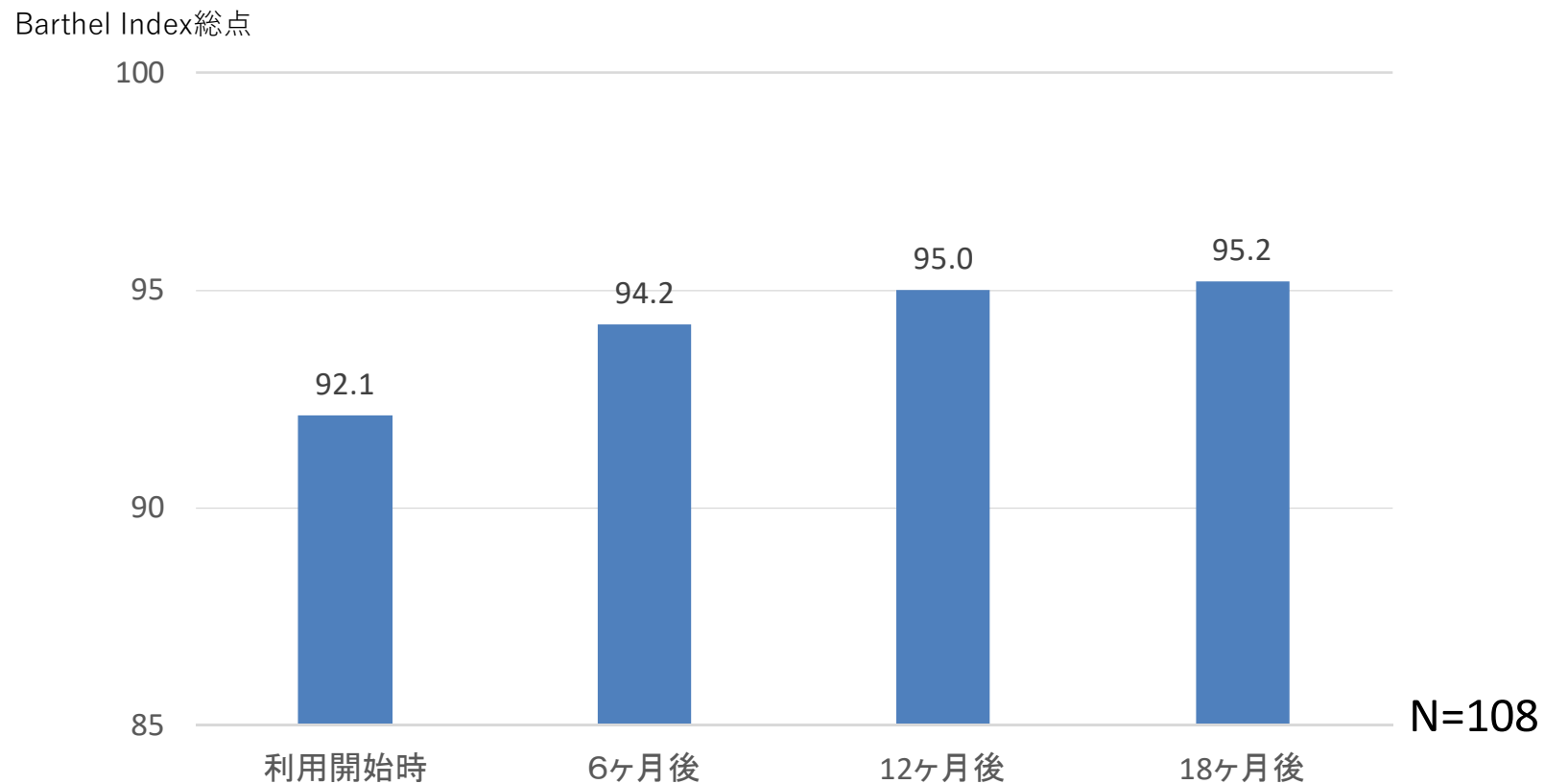
利用開始から6ヶ月後におけるADL（Barthel Index）の点数変化



介護予防通所リハビリテーション利用者におけるADLの経時変化

- 介護予防通所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は維持されていた。

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。

参考資料

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

※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)

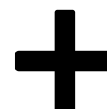
介護予防通所リハビリテーションの報酬

※ 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%

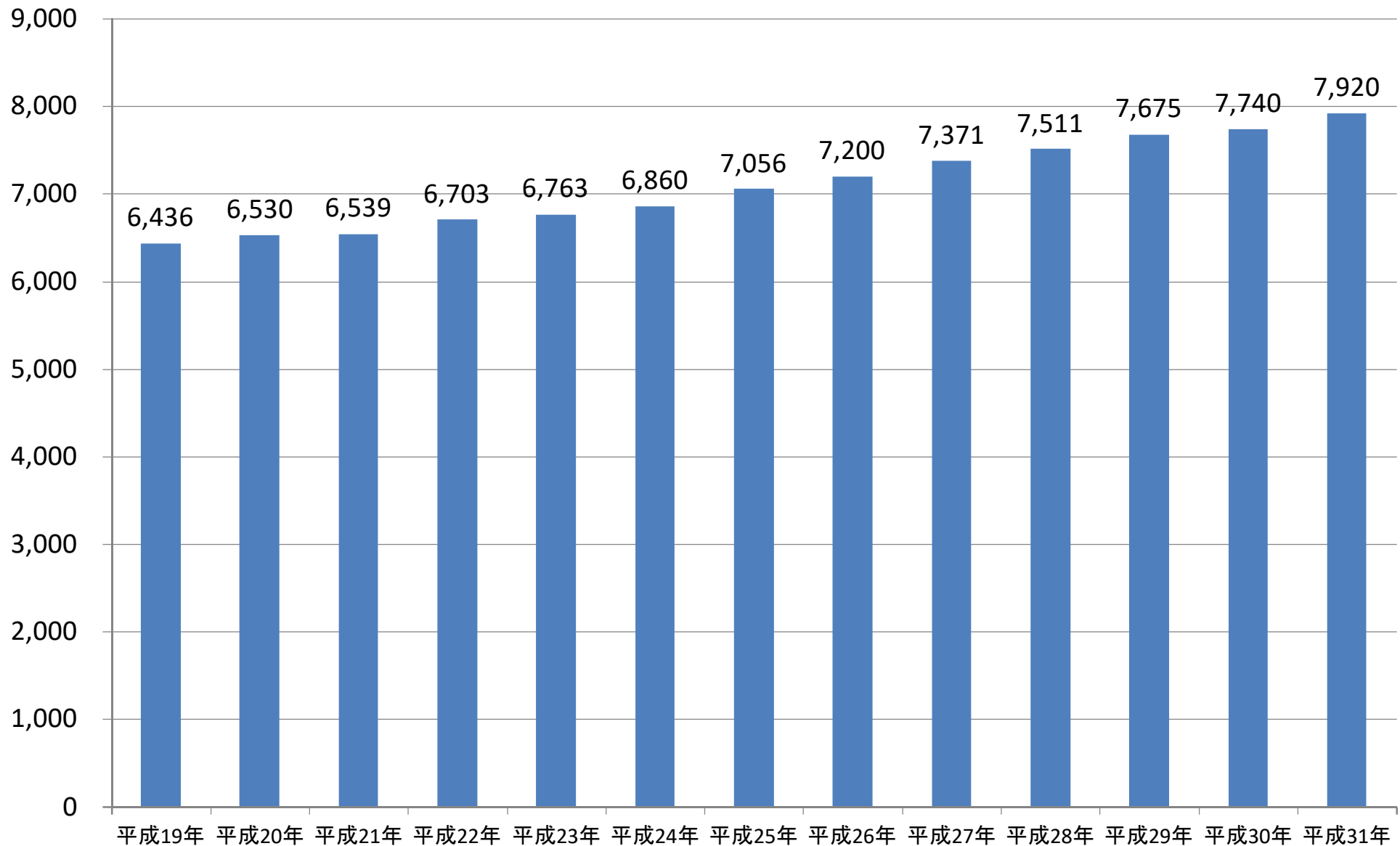
事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者
に介護予防通所リハビリテーションを行う場合

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。



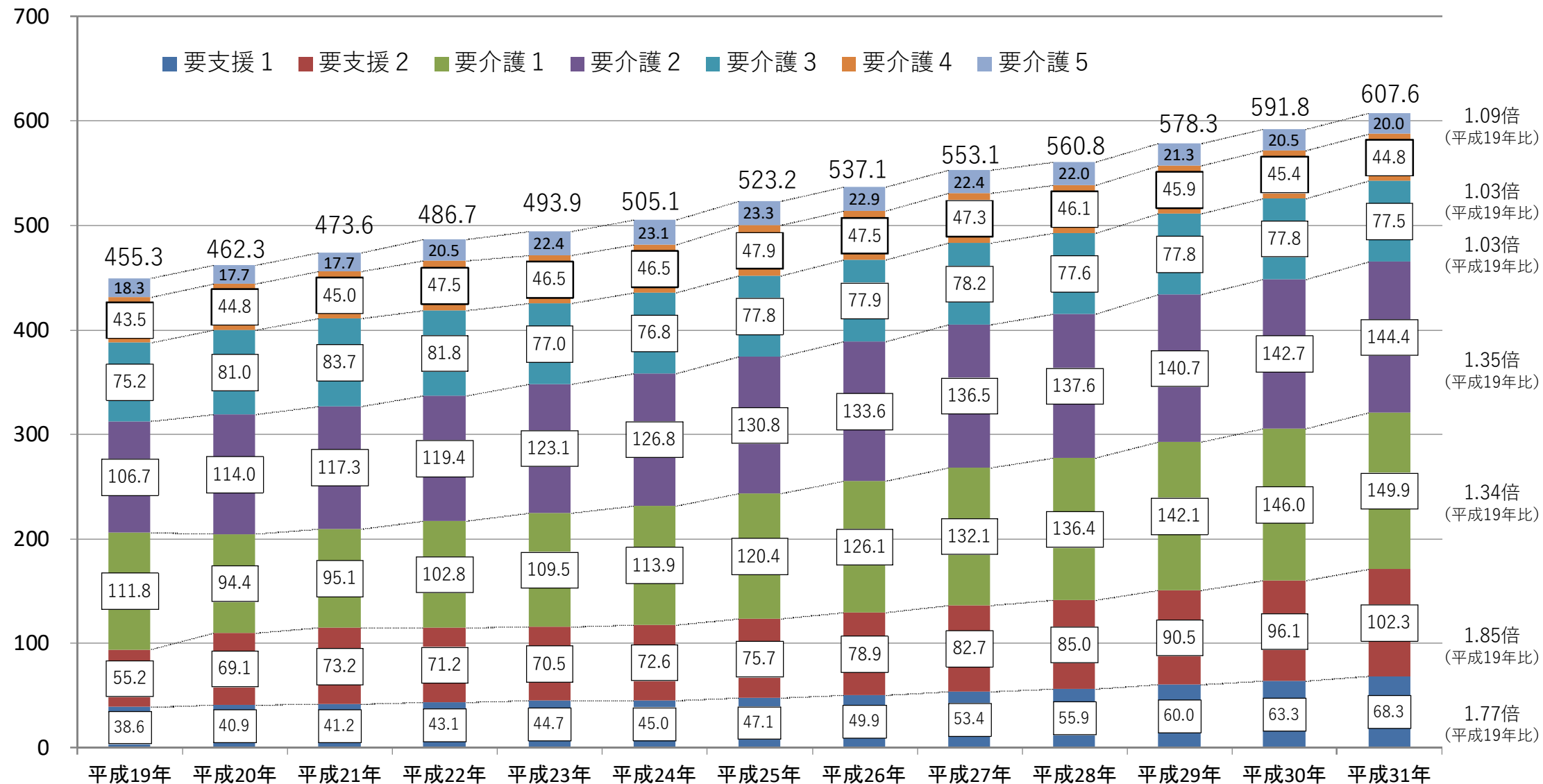
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※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)

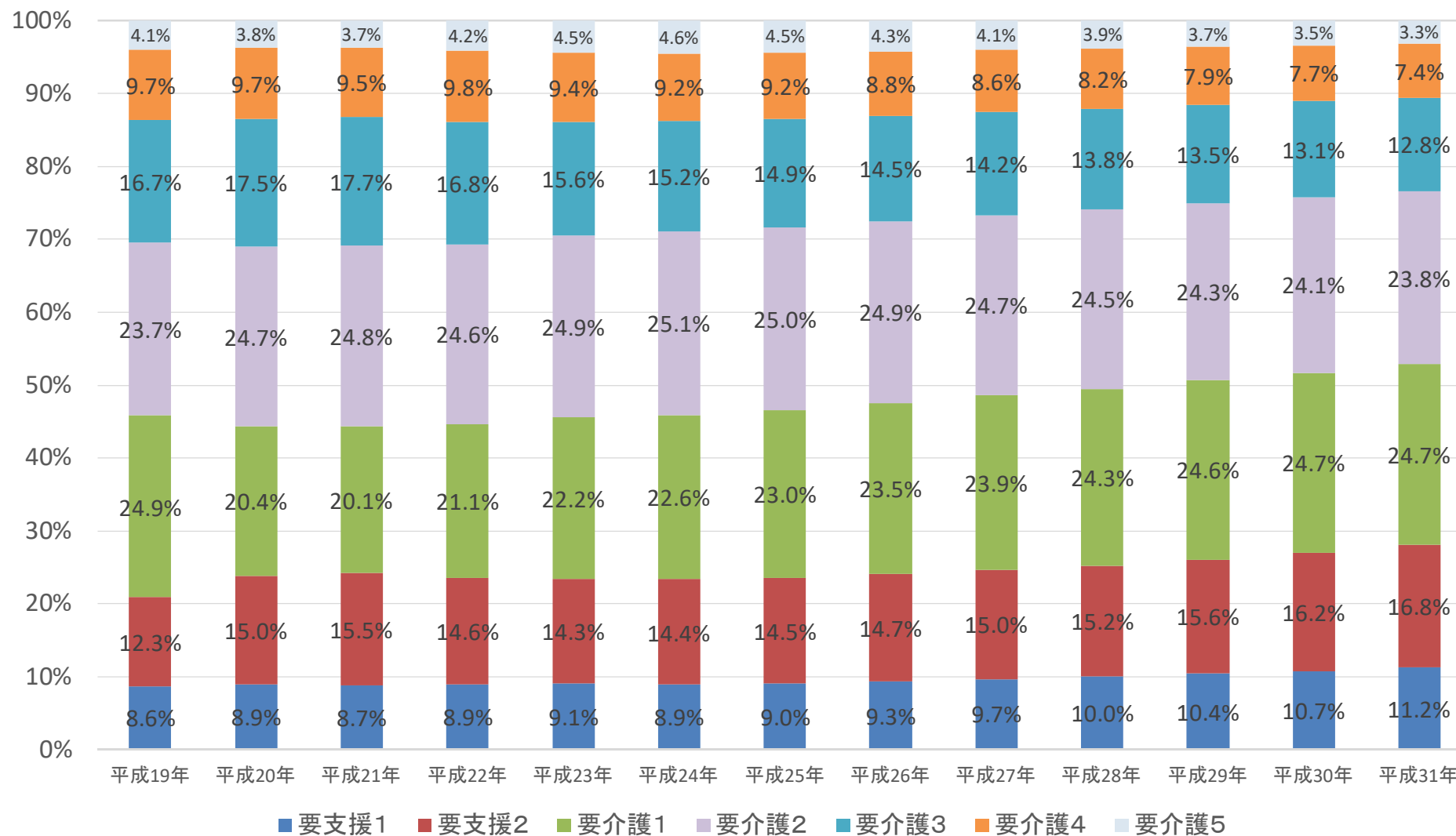


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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）