

# 通所リハビリテーション （参考資料）

# 通所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、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に通わせ、当該施設において、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リハビリテーション

## 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、診療所併設の介護老人保健施設では、当該病院、診療所の常勤医との兼務可)
従事者 (理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員)	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※

※所要時間 1 ～ 2 時間では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
-------------------	--

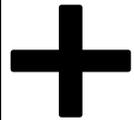
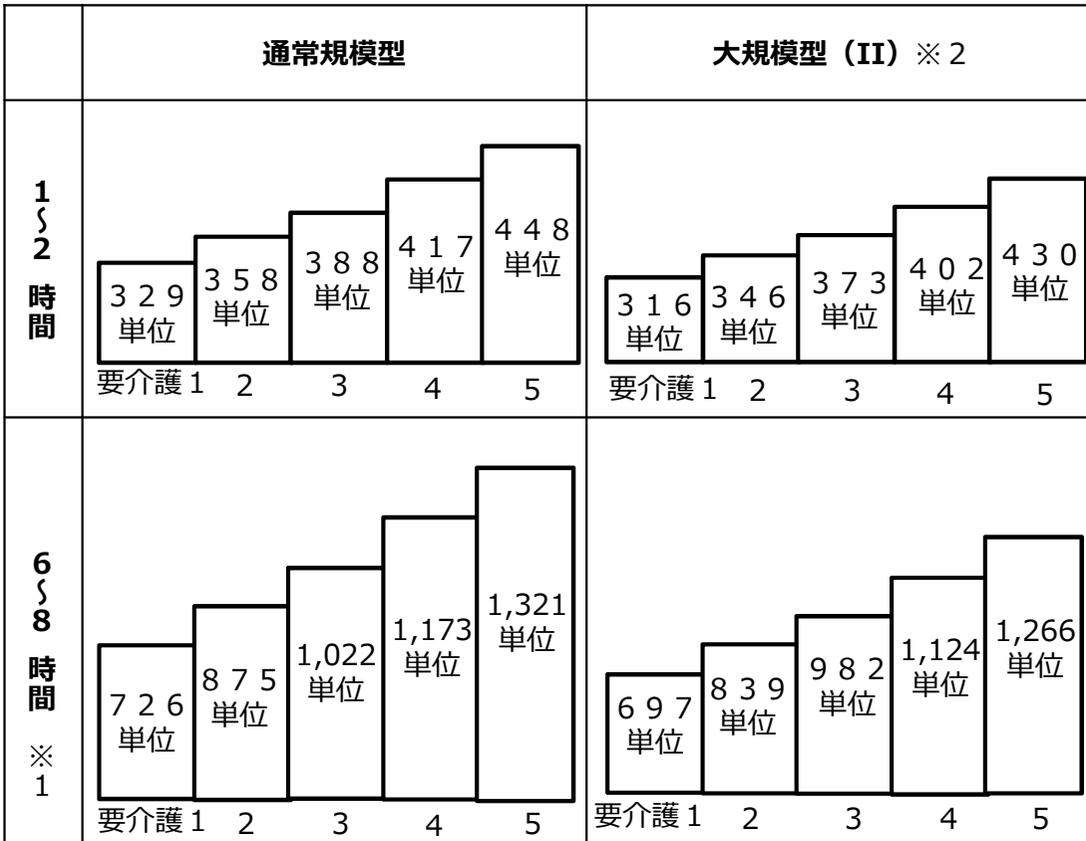
# 通所リハビリテーションの報酬

## 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）

※ 加算・減算は主なものを記載

### 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

### 利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な加算・減算



- リハビリテーションマネジメント加算**
  - ・I : 230単位/月
  - ・II : 1020単位/月, 6月から700単位/月
- 社会参加支援加算** : 12単位/日
- 短期集中個別リハビリテーション実施加算** : 110単位/日
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算**
  - ・I : 240単位/日
  - ・II : 1920単位/月
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算**
  - ・3月まで2000単位/月
  - ・3月から6月まで1000単位/月
- 中重度者ケア体制加算** : 20単位/日
- 介護職員処遇改善加算**
  - ・加算I : 4.7%
  - ・加算II : 3.4%
  - ・加算III : 1.9%
  - ・加算IV : 加算III × 0.9
  - ・加算V : 加算III × 0.8
- サービス提供体制強化加算**
  - ・(I)イ : 介護福祉士が5割以上18単位/回
  - ・(I)ロ : 介護福祉士が4割以上12単位/回
  - ・(II) : 3年以上の勤続者が3割以上6単位/回

※1 : その他、2～3時間、3～4時間、4～6時間のサービス提供時間がある。  
 ※2 : その他、前年度の平均利用延人員数が900人/月以内の大規模型 (I) がある。

**生活行為向上リハビリテーション終了後の実施に係る減算**  
 : 終了翌月から6月まで▲15%

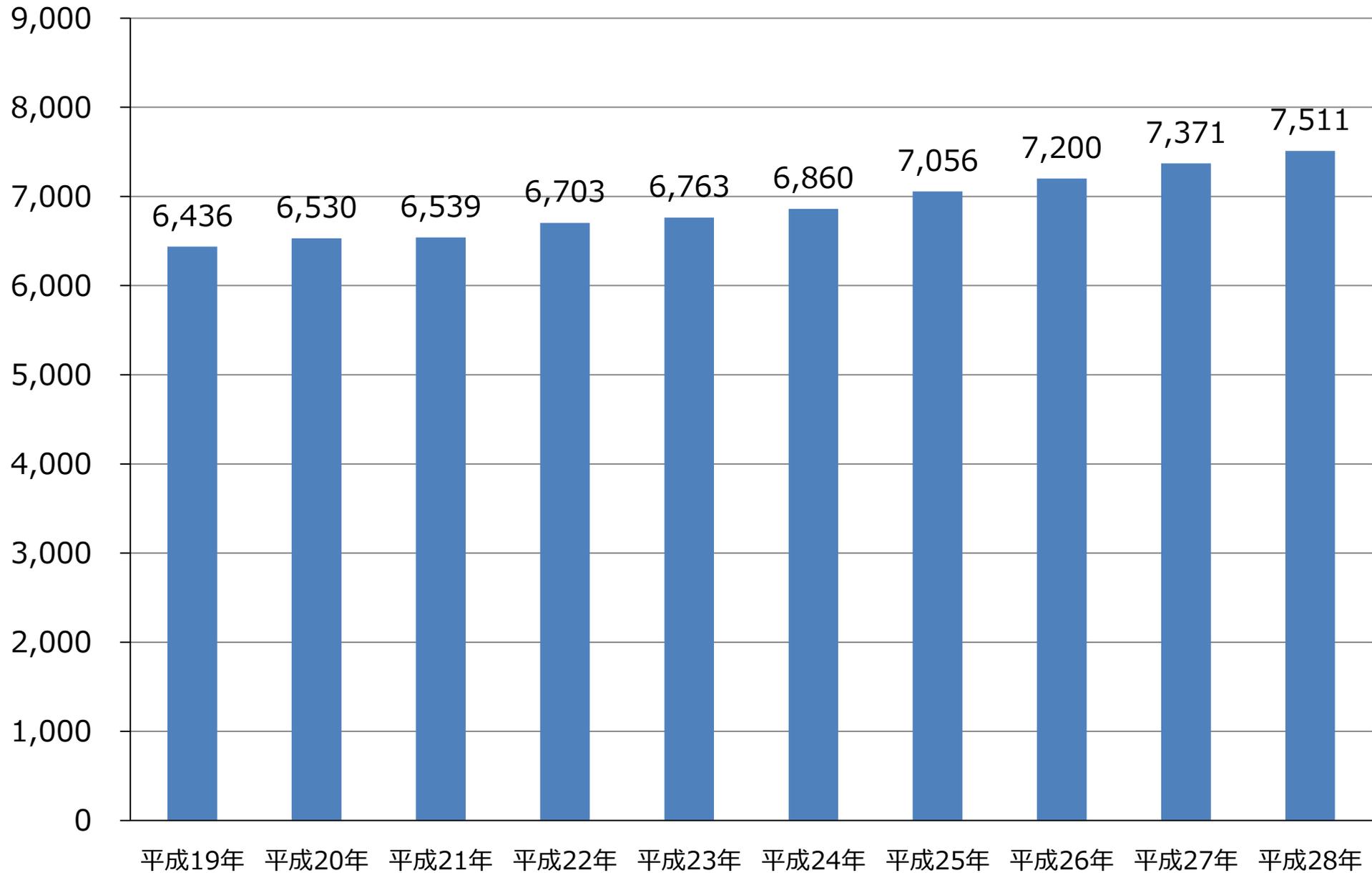
**通所リハビリ事業所への送迎をしない場合に係る減算**

- ・同一建物に居住する場合 : ▲94単位/日
- ・家族が送迎する場合等 : 片道につき▲47単位

# 通所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
リハビリマネジメント加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ計画を作成</li> <li>定期的に関りハビリ会議を開催</li> <li>Ⅱについては医師による説明が必要</li> </ul>	I : 230単位/月 II : 1020単位/月 (6月以降)700単位/月
短期集中個別リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>1週間につきおおむね2日以上、1日40分以上のリハビリ実施で算定</li> <li>退院日または認定日から起算して3月まで</li> </ul>	110単位/日
認知症短期集中リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者がMMSEまたはHDS-Rで概ね5-25点であること。</li> <li>(Ⅰ)の場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1週間に月2日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施</li> <li>リハマネ加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定</li> </ul> </li> <li>(Ⅱ)の場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1月に4回以上実施(8回以上が望ましい)</li> <li>利用者の居宅を訪問、生活環境の把握、応用動作能力等の評価等を行う</li> <li>リハマネ加算(Ⅱ)を算定</li> </ul> </li> </ul>	I : 240単位/日 II : 1920単位/月
生活行為向上リハビリ実施加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活行為に関する目標を設定し、実現にむけて計画的に関りハビリを実施した際に算定</li> <li>リハビリマネジメント加算の算定が前提</li> <li>起算日から6月まで算定</li> </ul>	3月まで2000単位/月 3月以降1000単位/月 6月以降-15%減算
入浴介助に対する加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な入浴介助を行った場合</li> </ul>	50単位/日
若年性認知症利用者受入加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>若年性認知症患者に対してリハビリテーションを提供</li> </ul>	60単位/日
栄養改善加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別に栄養食事相談等の栄養管理を実施</li> <li>1月に2回まで、算定開始から3月以内</li> </ul>	150単位/回
口腔機能向上加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別に口腔清掃の指導、実施、摂食・嚥下訓練の指導、実施</li> <li>1月に2回まで、算定開始から3月以内</li> </ul>	150単位/回
重度療養管理加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護3～5の利用者に計画的な医学的管理のもとリハビリを実施</li> </ul>	
中重度者ケア体制加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員又は介護職員を常勤換算で1以上加配</li> <li>過去3月の間、要介護3～5の者の割合が全利用者の30%以上</li> <li>通所リハビリを提供する時間帯を通じて、専ら通所リハビリの提供に当たる看護職員を1名以上配置</li> </ul>	20単位/日
社会参加支援加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>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ついての条件を満たす</li> </ul>	12単位/日
送迎減算	<ul style="list-style-type: none"> <li>送迎を実施しない場合に算定</li> </ul>	-94単位/日 片道の送迎なら-47単位/日

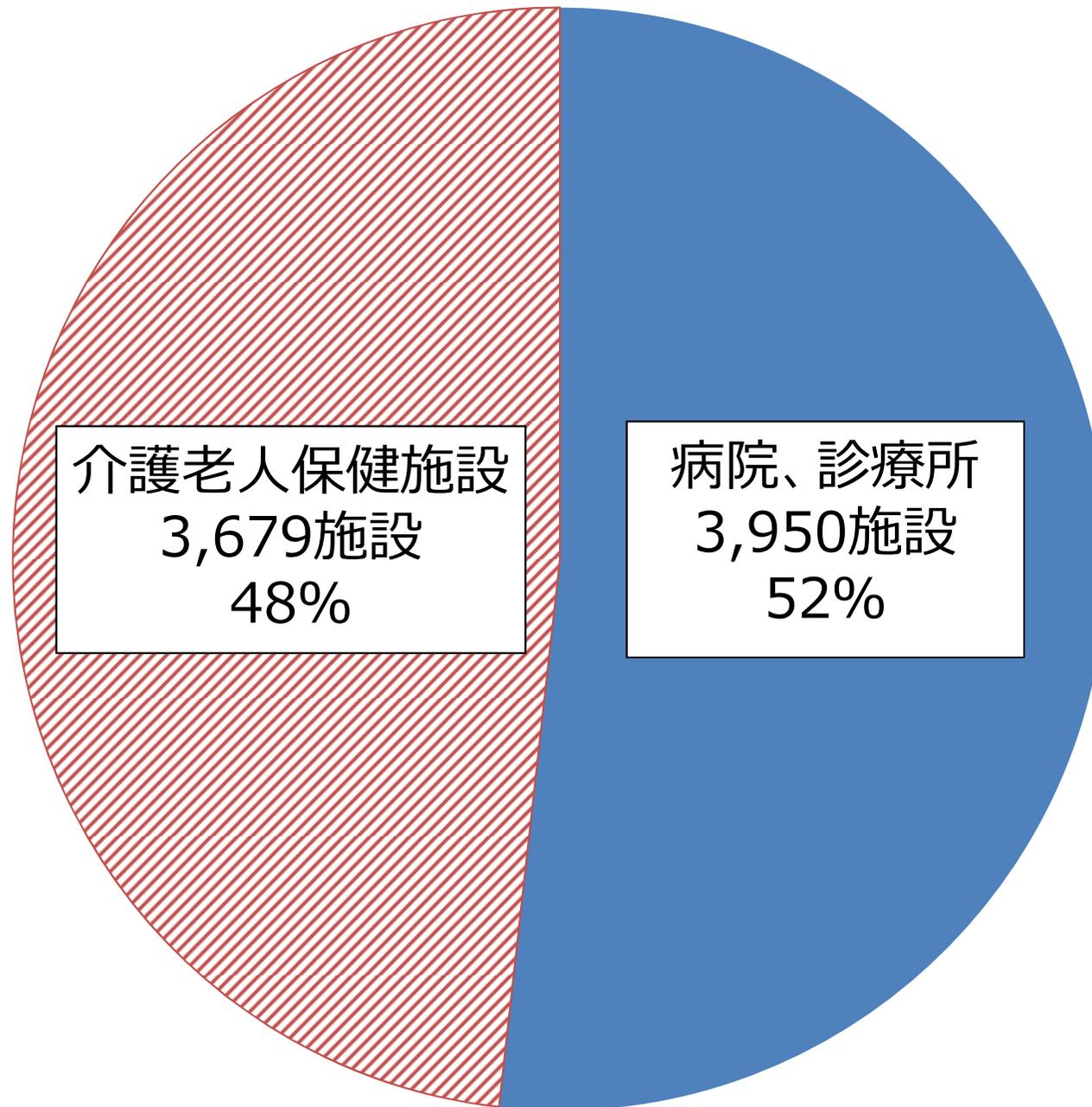
# 通所リハビリテーションの請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

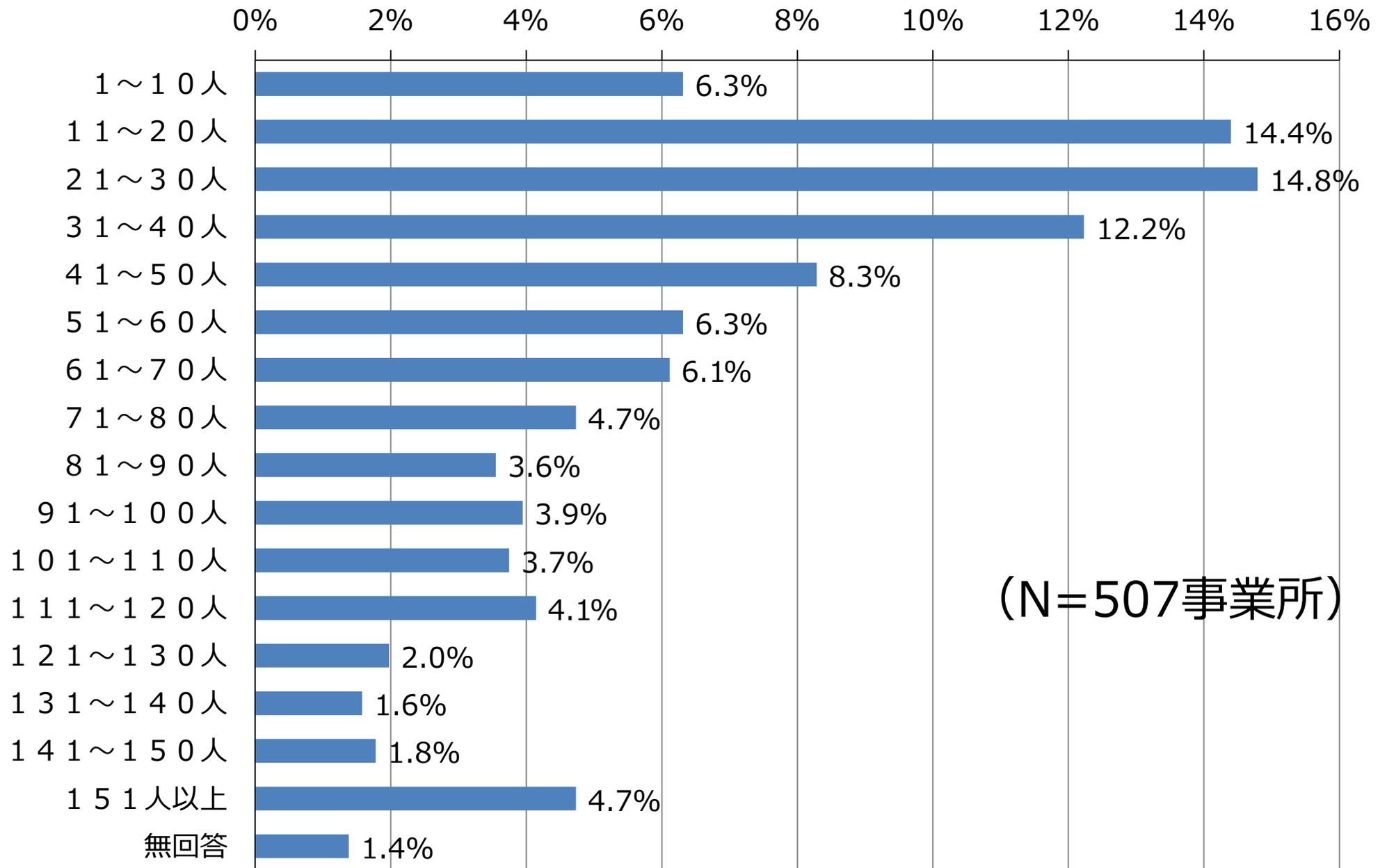
※介護予防サービスは含まない。

# 通所リハビリテーション請求事業所の内訳



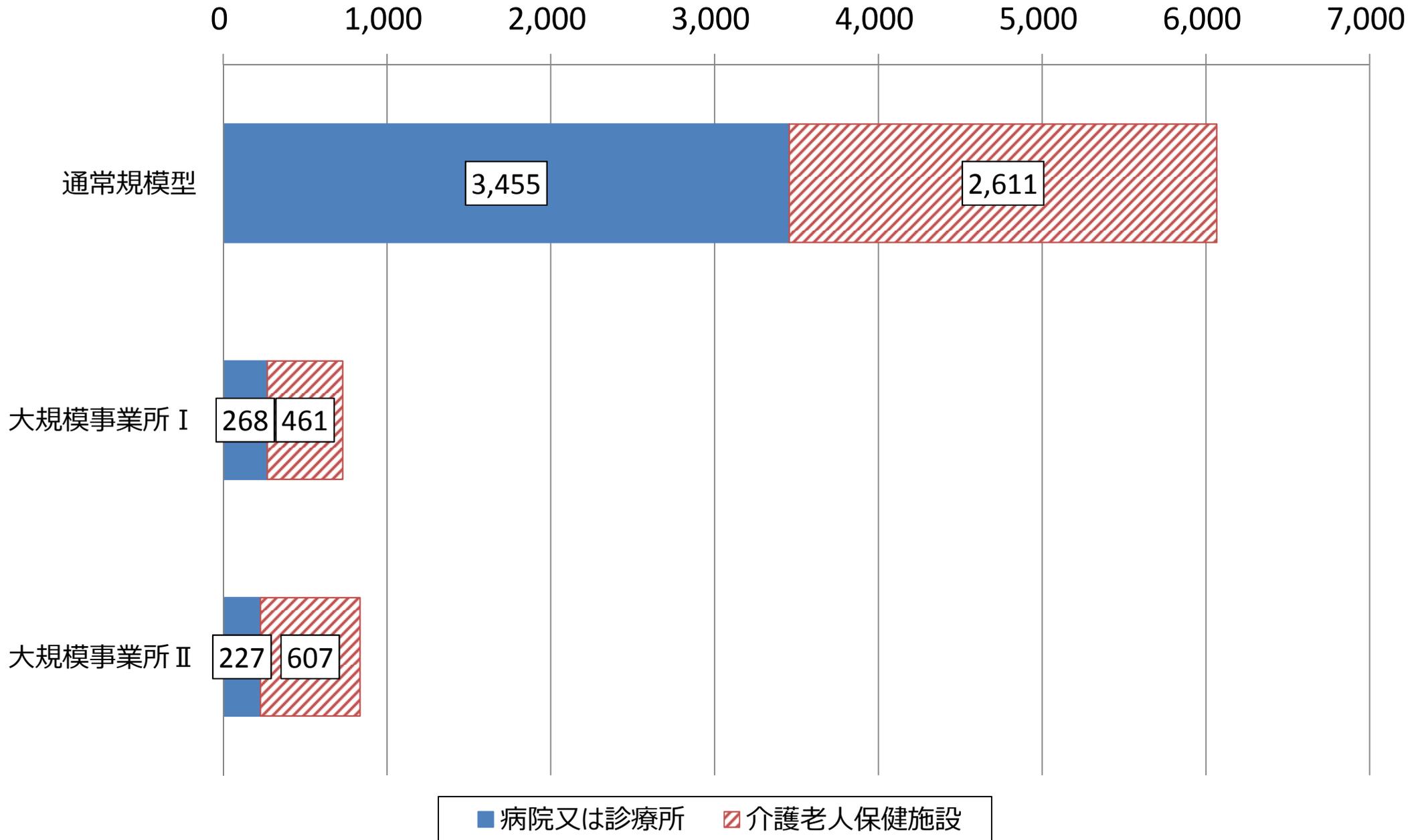
# 通所リハビリテーションの利用者数

## 利用者数別事業所数分布

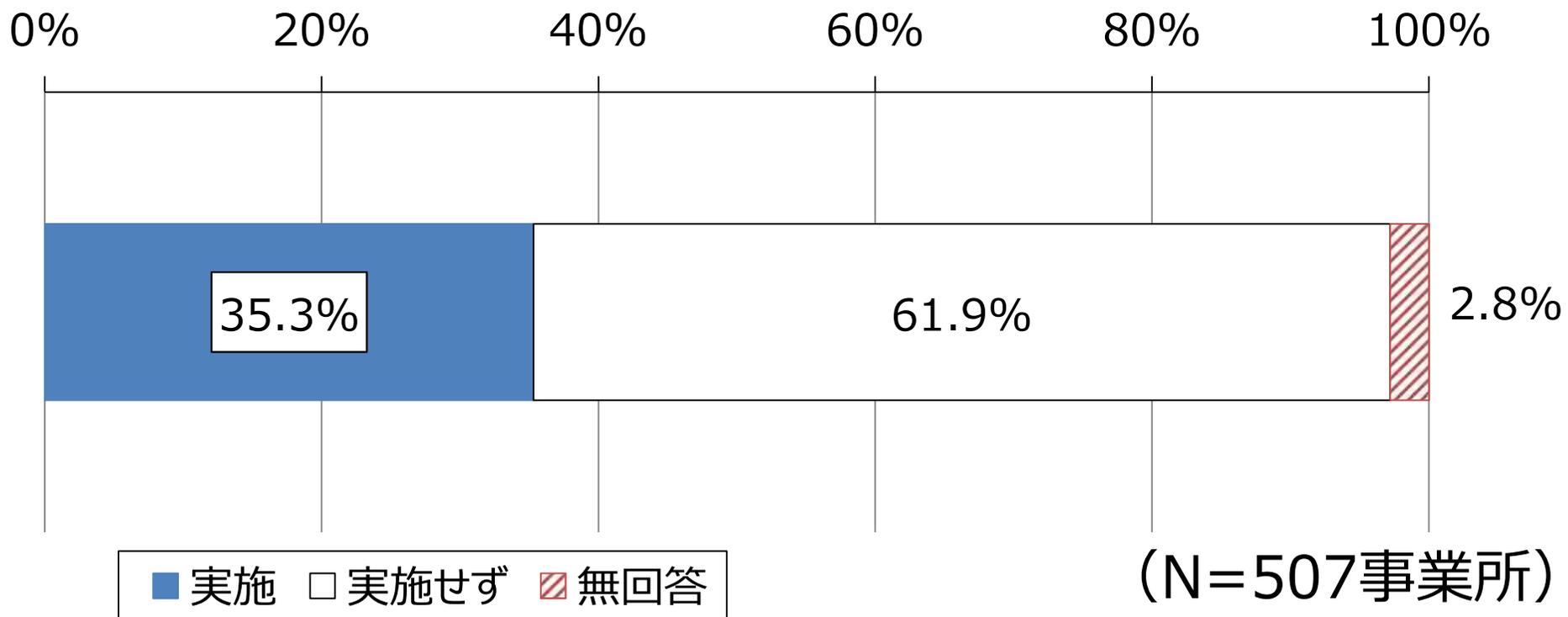


(N=507事業所)

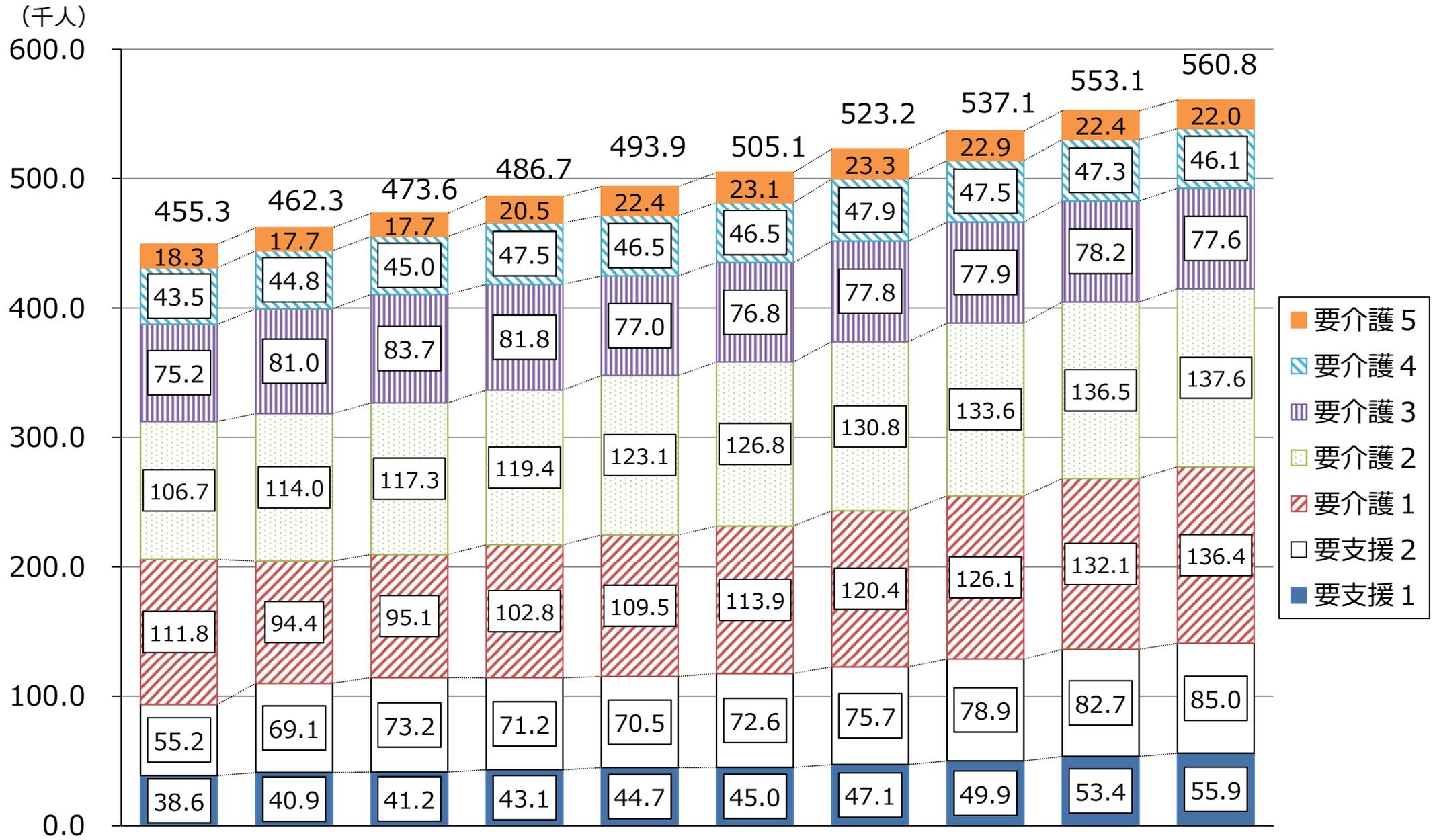
# 通所リハビリテーションの事業所数（規模別、病院・診療所、介護老人保健施設別）



# 通所リハビリテーション事業所のうち訪問リハビリテーションも実施している割合



# 通所リハビリテーションの受給者数

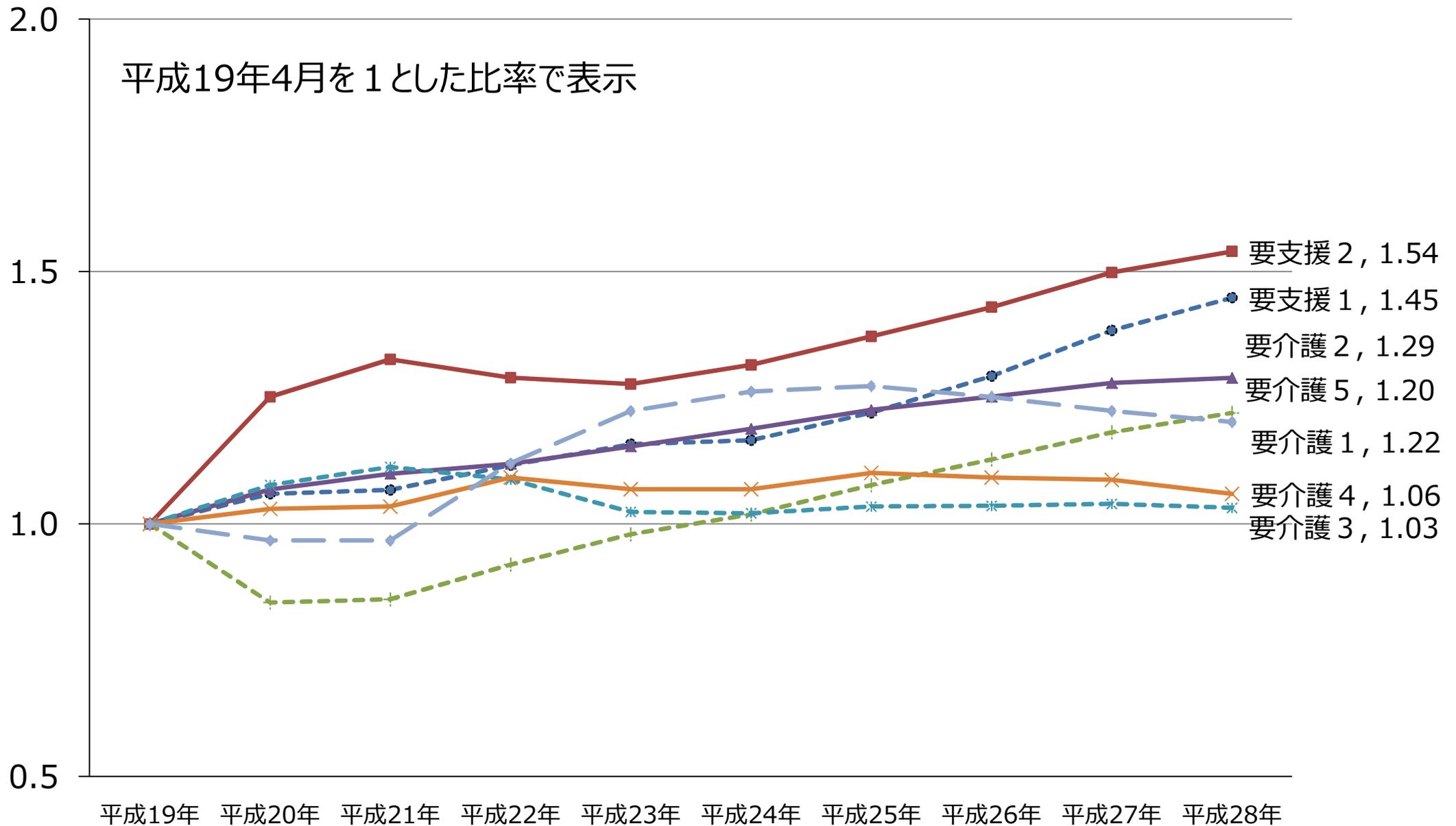


平成19年 平成20年 平成21年 平成22年 平成23年 平成24年 平成25年 平成26年 平成27年 平成28年

※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。

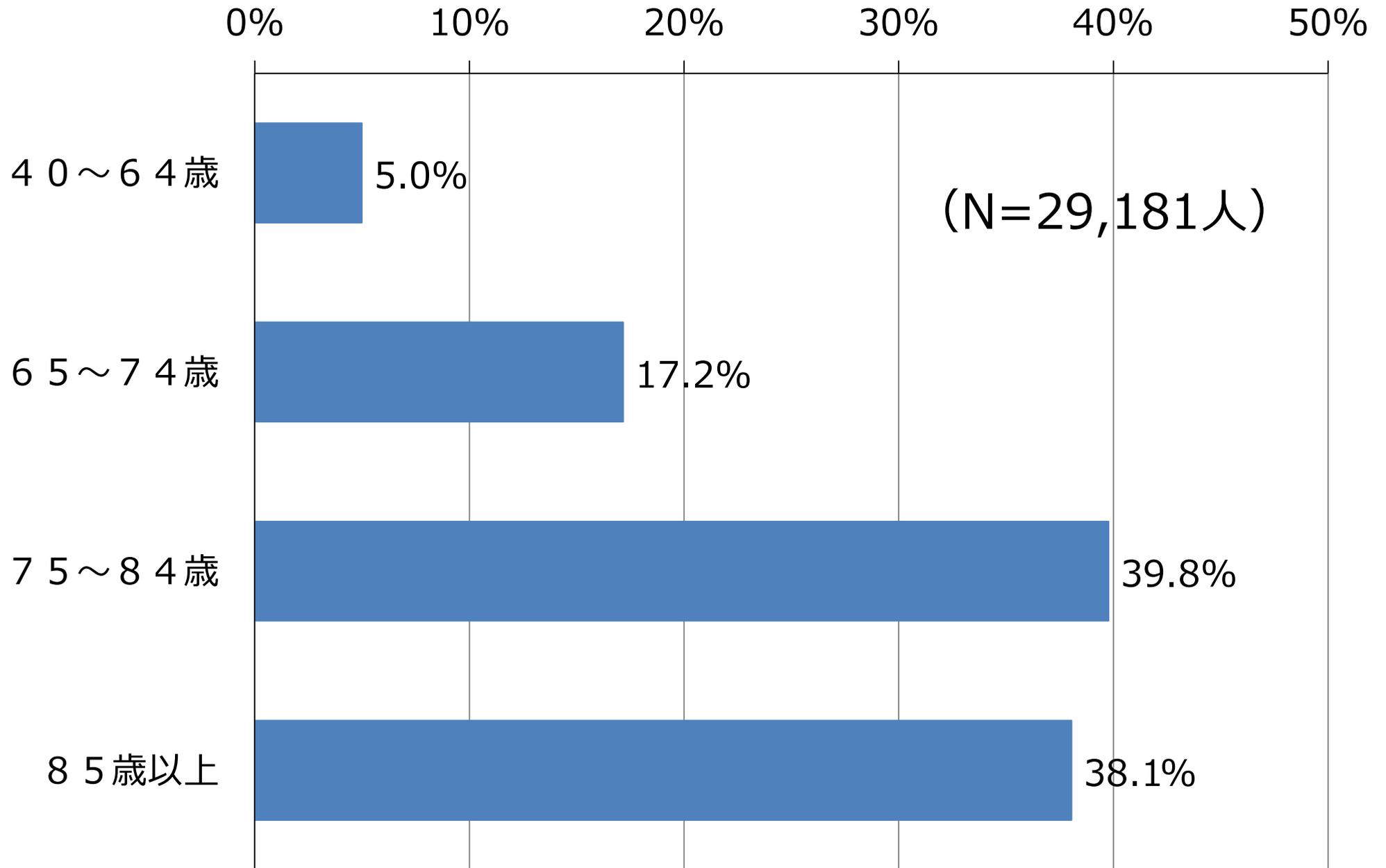
# 通所リハビリテーションの受給者数



※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。

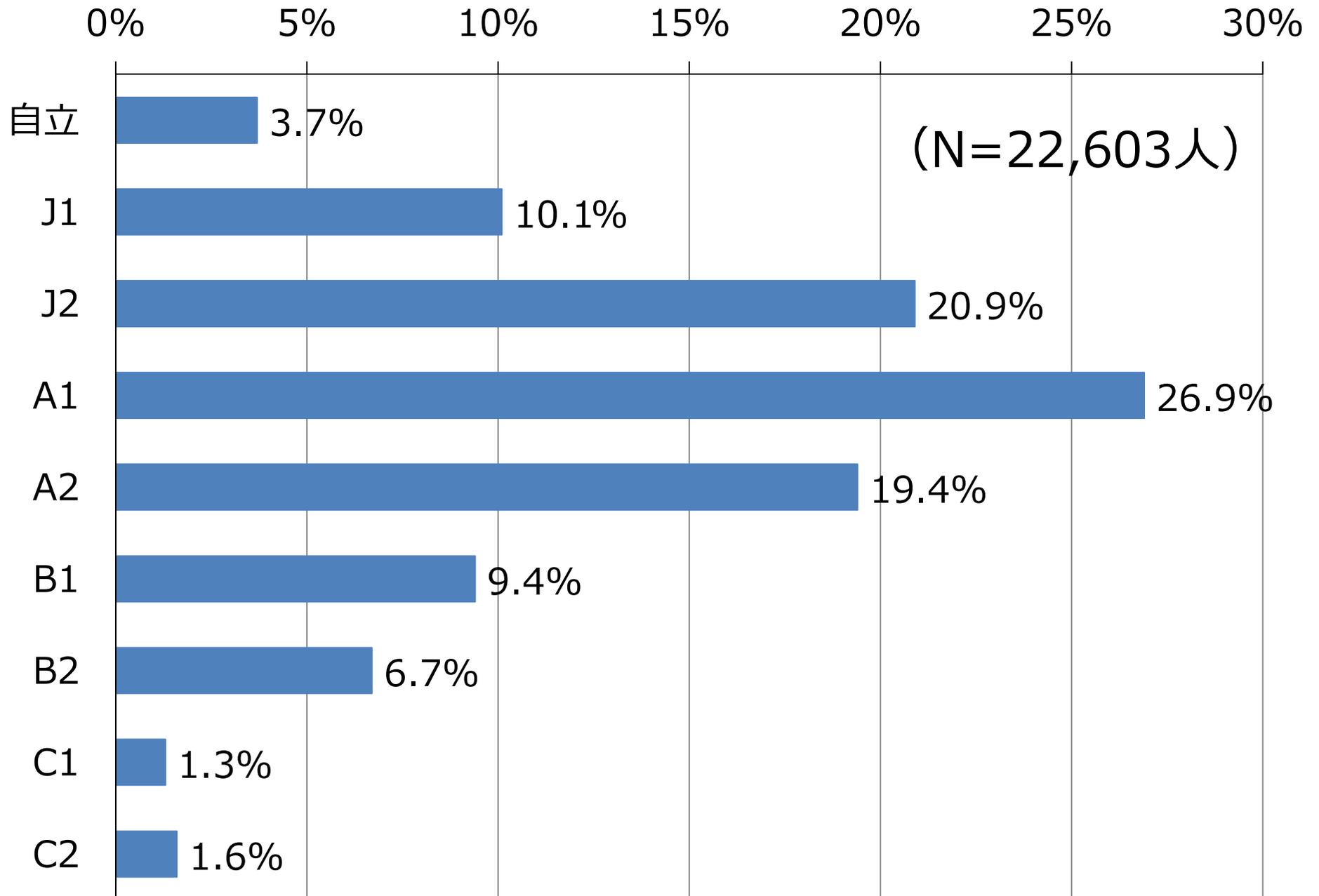
# 通所リハビリテーション利用者の年齢構成

## 利用者の年齢構成



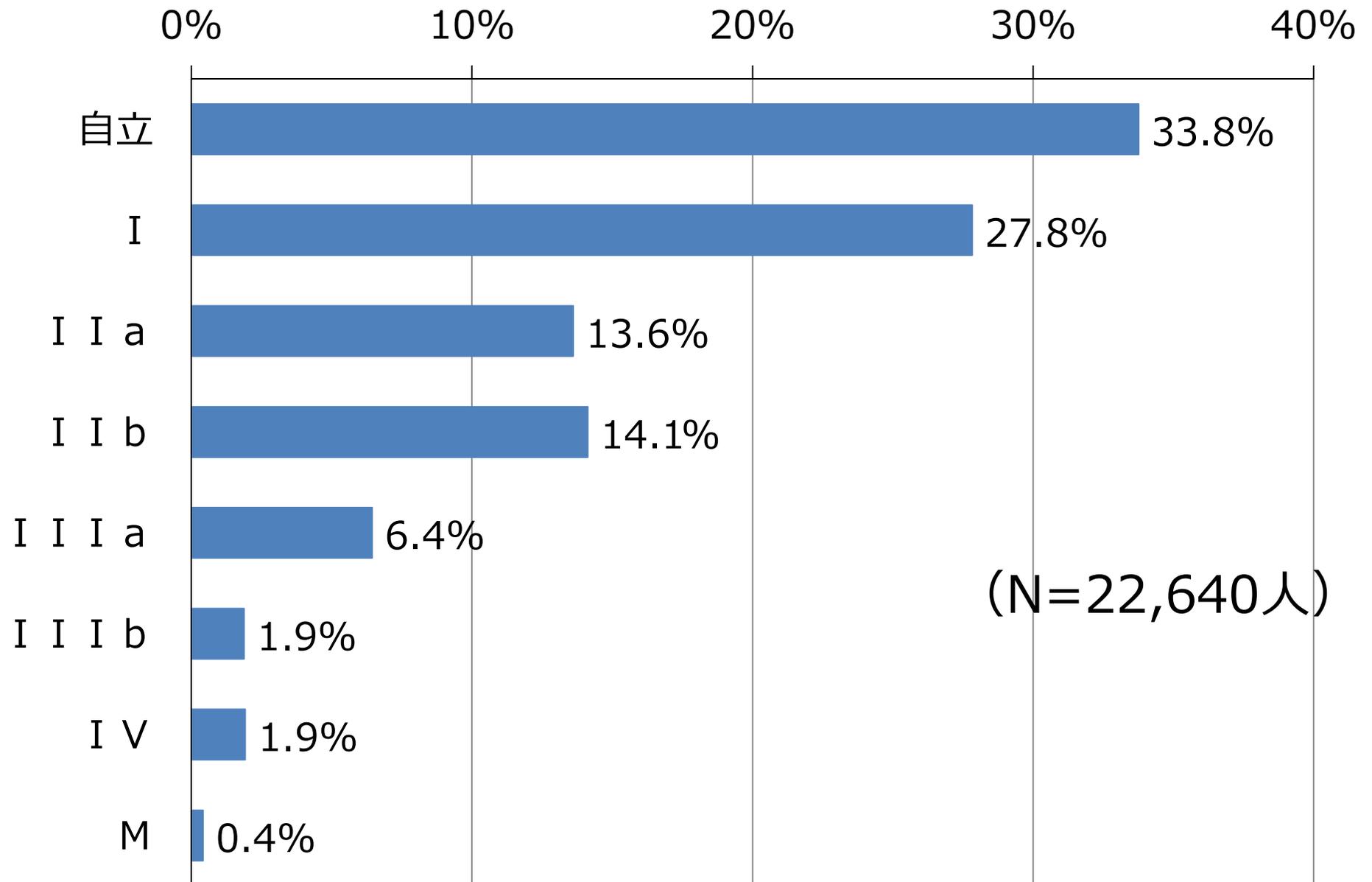
# 通所リハビリテーション利用者の日常生活自立度

## 障害高齢者の日常生活自立度別 利用者数分布



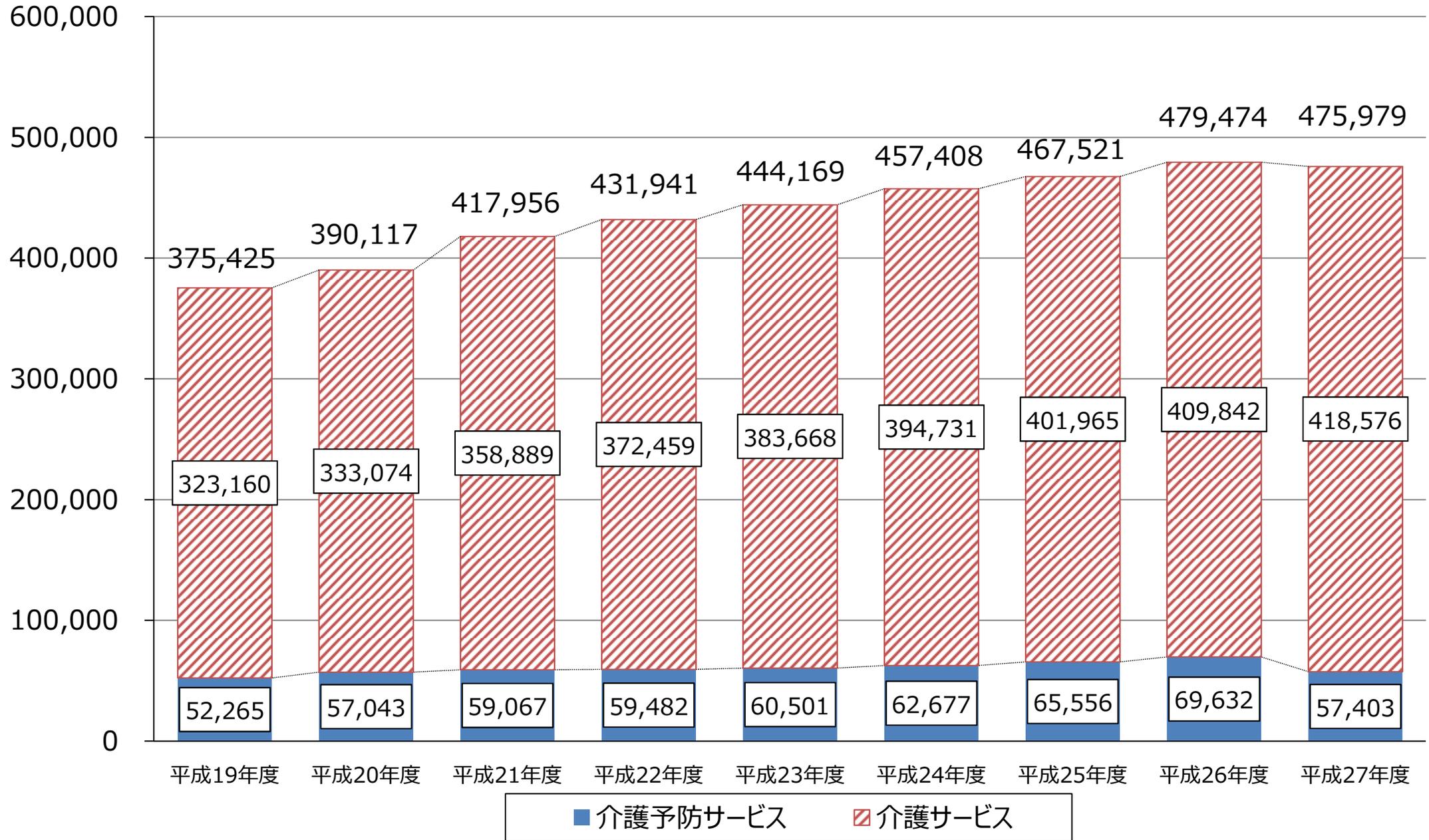
# 通所リハビリテーション利用者の日常生活自立度

## 認知症高齢者の日常生活自立度別 利用者数分布



# 通所リハビリテーションの費用額

(百万円/年)



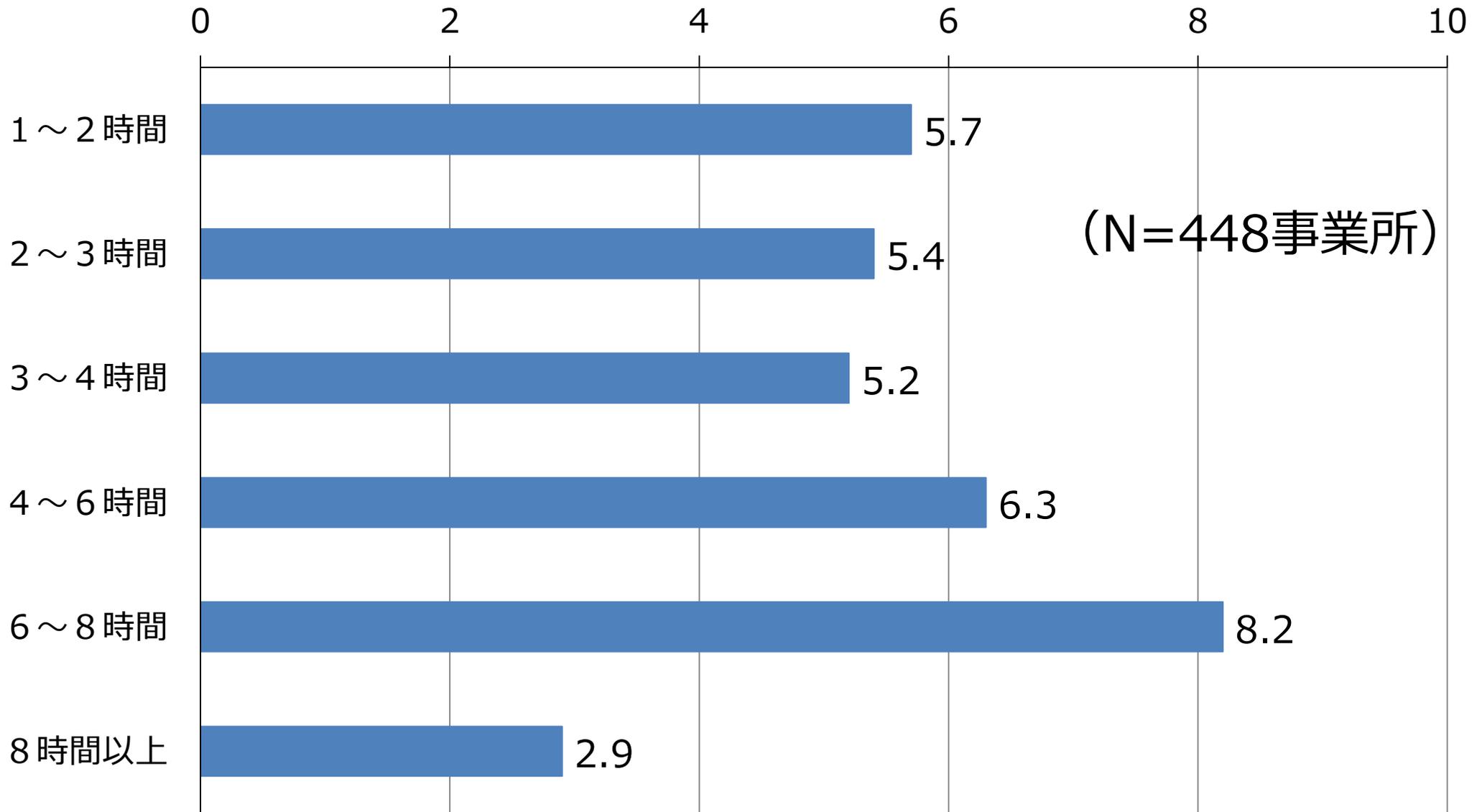
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

※補足給付は含まない。

(出典) 厚生労働省「介護給付費実態調査」(各年5月審査分～翌年4月審査分) 14

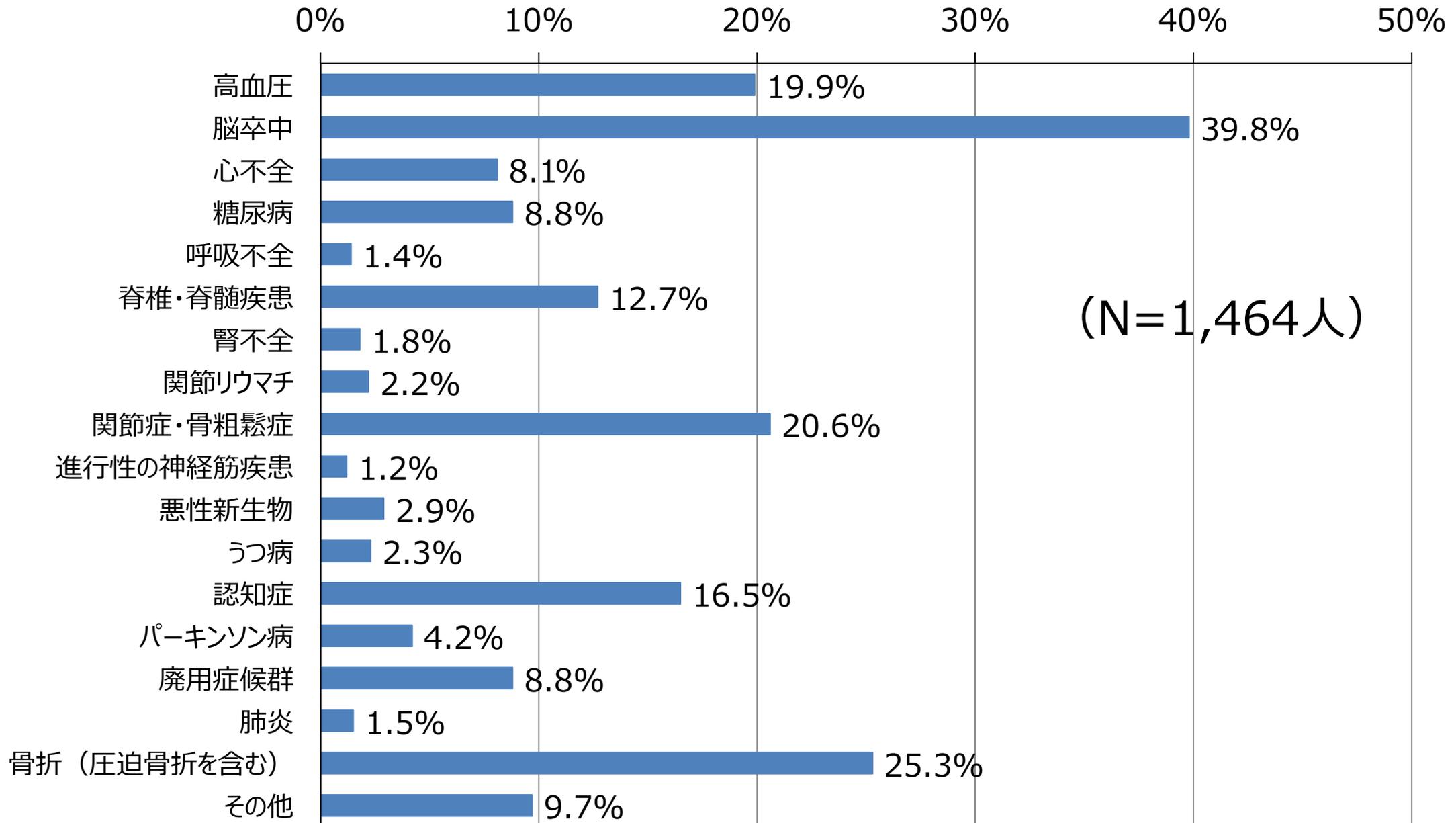
# 通所リハビリテーション利用者の利用時間別平均利用回数

一人一月あたり平均利用回数（回）



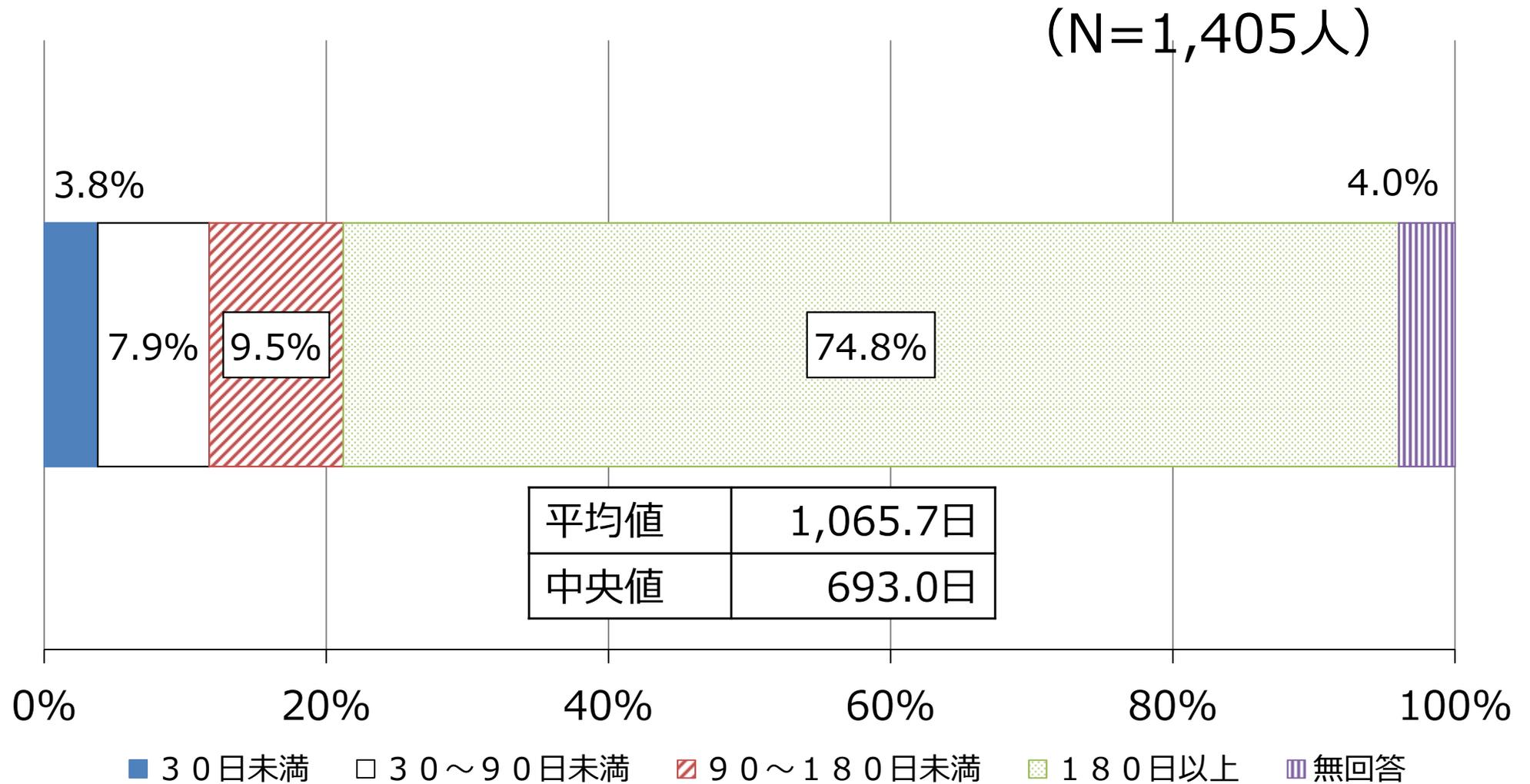
# 通所リハビリテーションが必要となった原因の傷病

## リハビリが必要となった原因の傷病（複数回答）



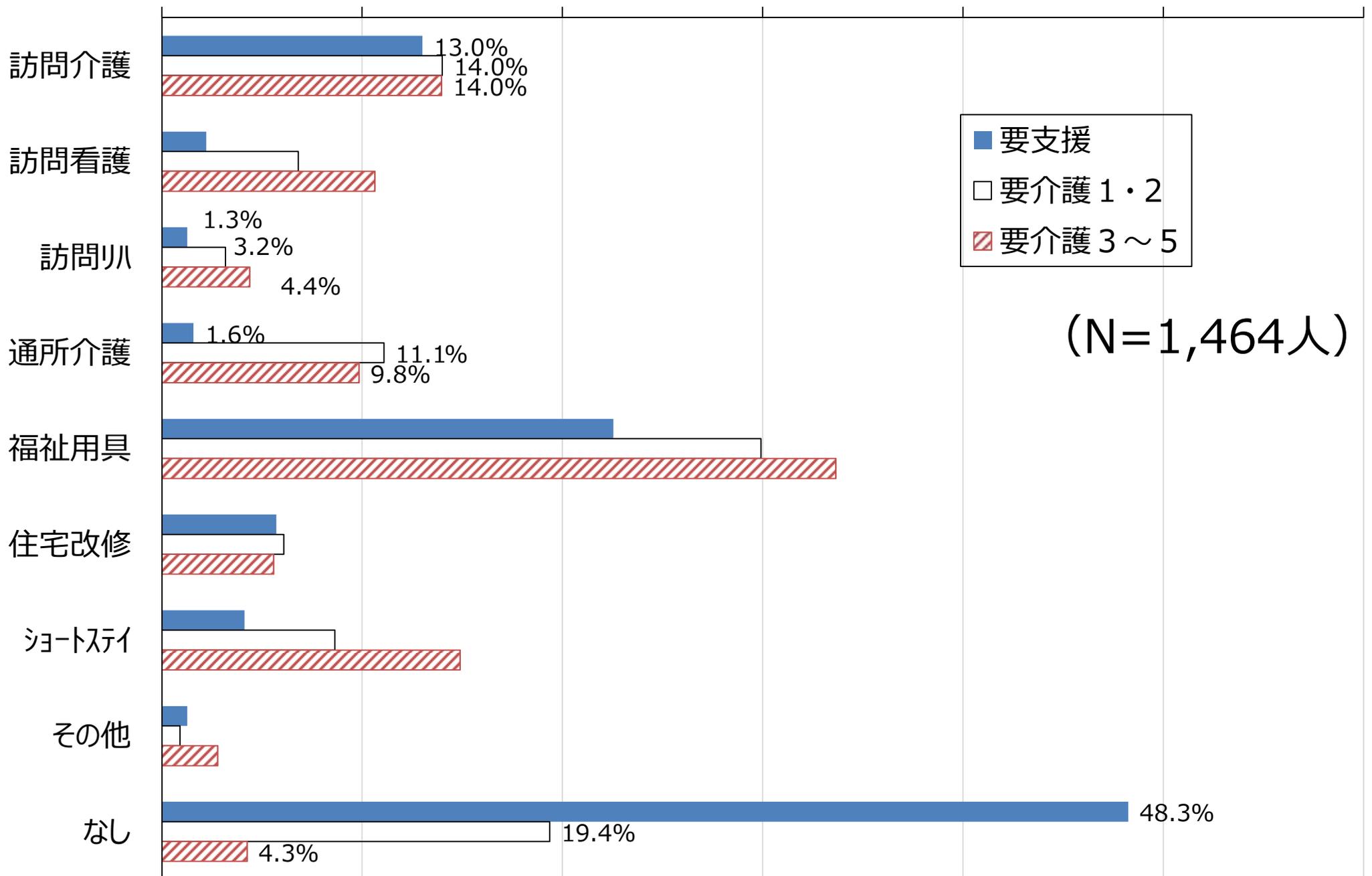
# 通所リハビリテーションの利用期間

通所リハビリテーションサービス利用者の利用開始からの期間（調査日時点）

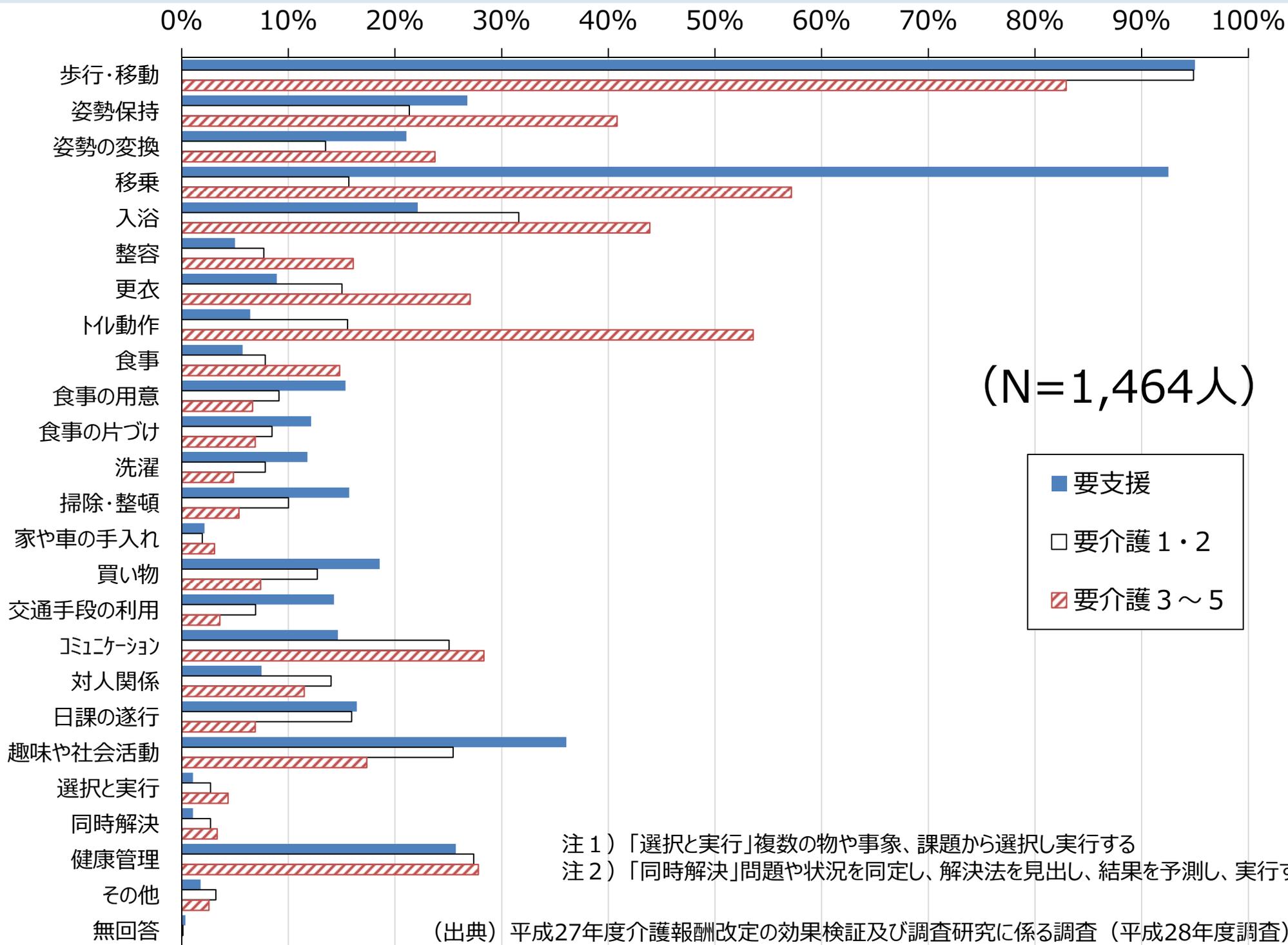


# 通所リハビリテーションと併用しているサービス（複数回答）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



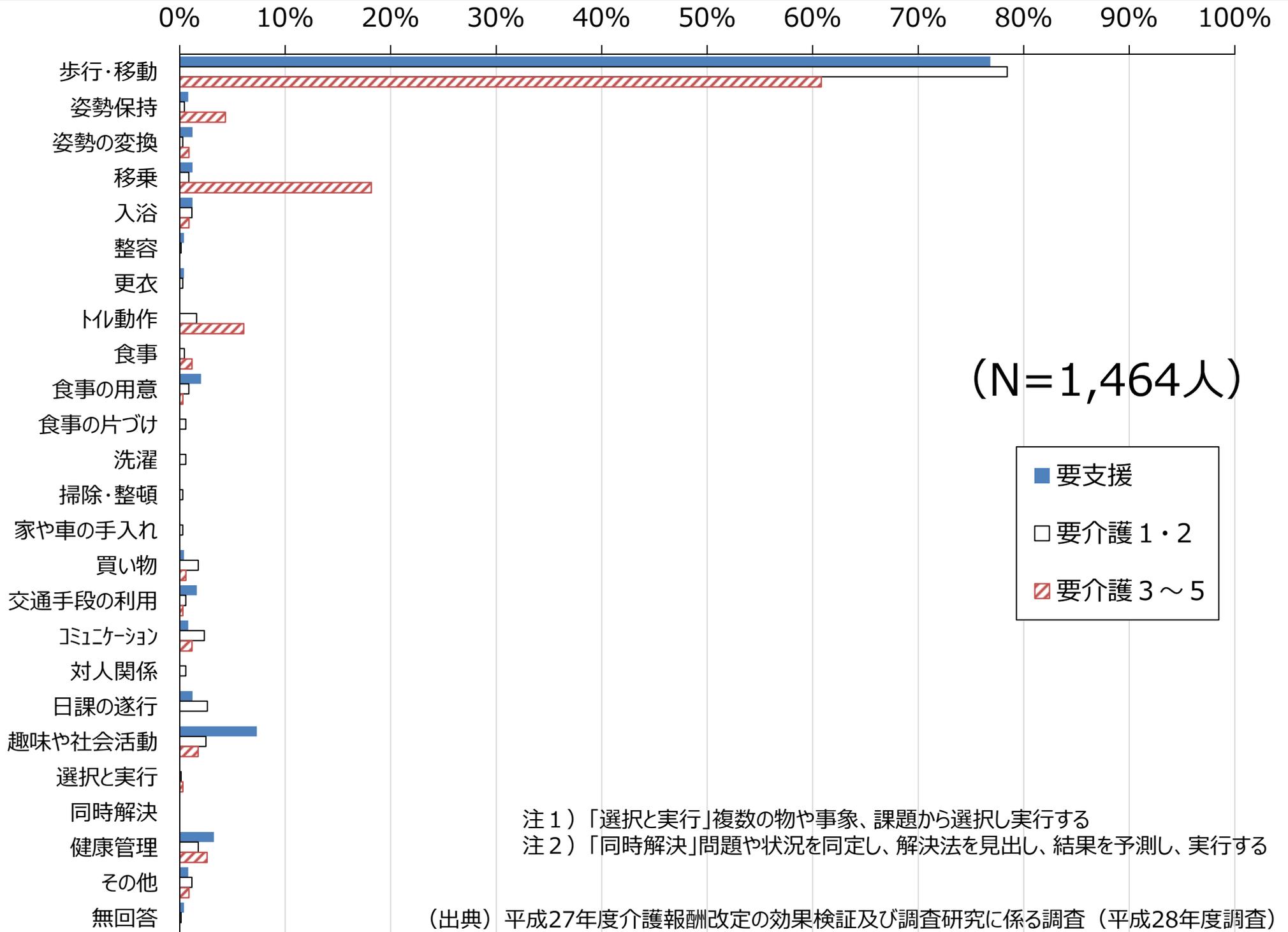
# 通所リハビリテーション計画における日常生活上の課題領域（複数回答）



注1) 「選択と実行」複数の物や事象、課題から選択し実行する

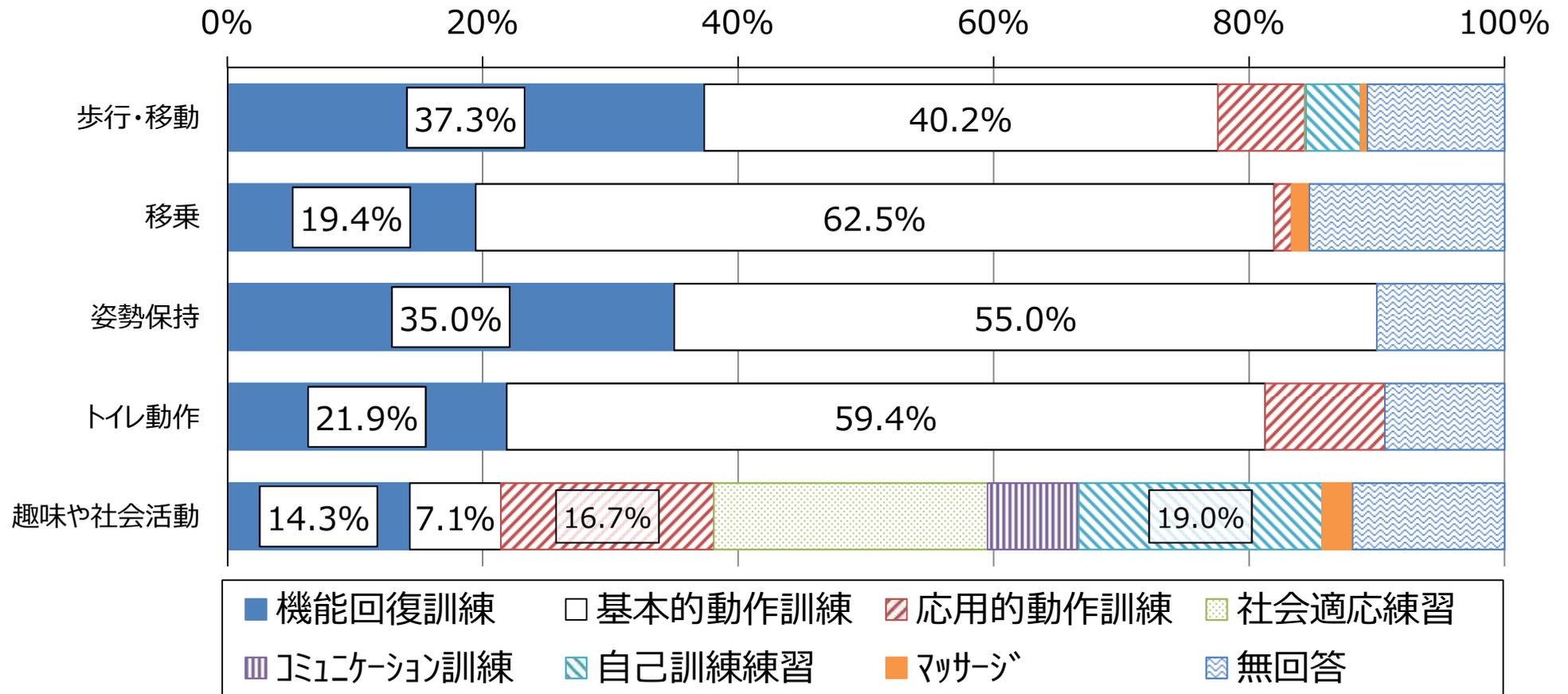
注2) 「同時解決」問題や状況を同定し、解決法を見出し、結果を予測し、実行する

# 通所リハビリテーション計画における最も優先順位が高い日常生活上の課題領域



# 通所リハビリテーションの訓練内容

最も優先順位が高い課題領域（上位5項目）に対して最も多く行っている訓練

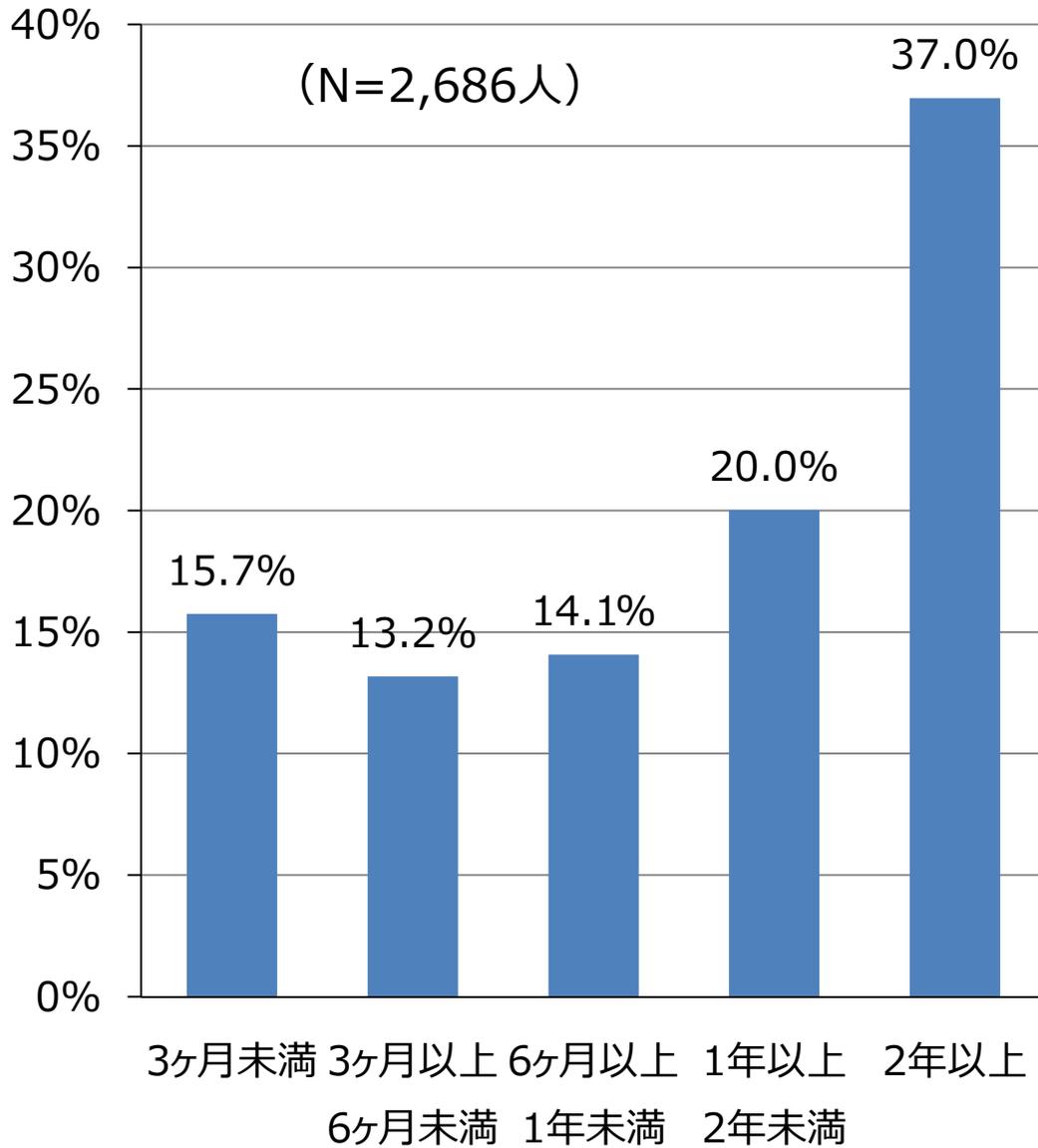


注) 機能回復訓練	呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練
基本的動作訓練	姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用訓練
応用的動作訓練	一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習
社会適応練習	対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

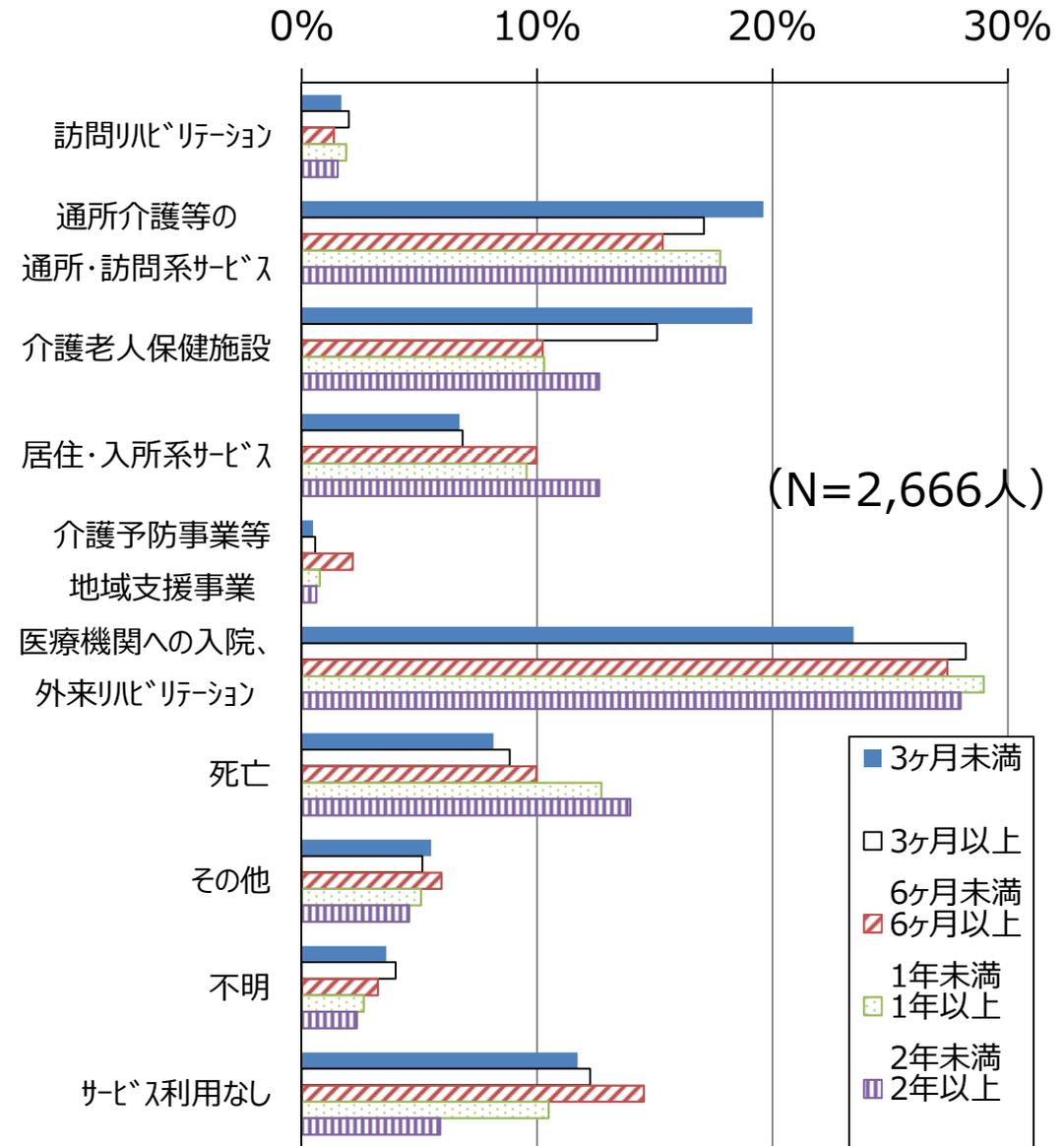
(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

# 通所リハビリテーション終了者の終了時点の利用期間及び転帰

平成28年4月～9月間に  
通所リハビリテーションを終了した利用者の  
利用開始から終了までの期間

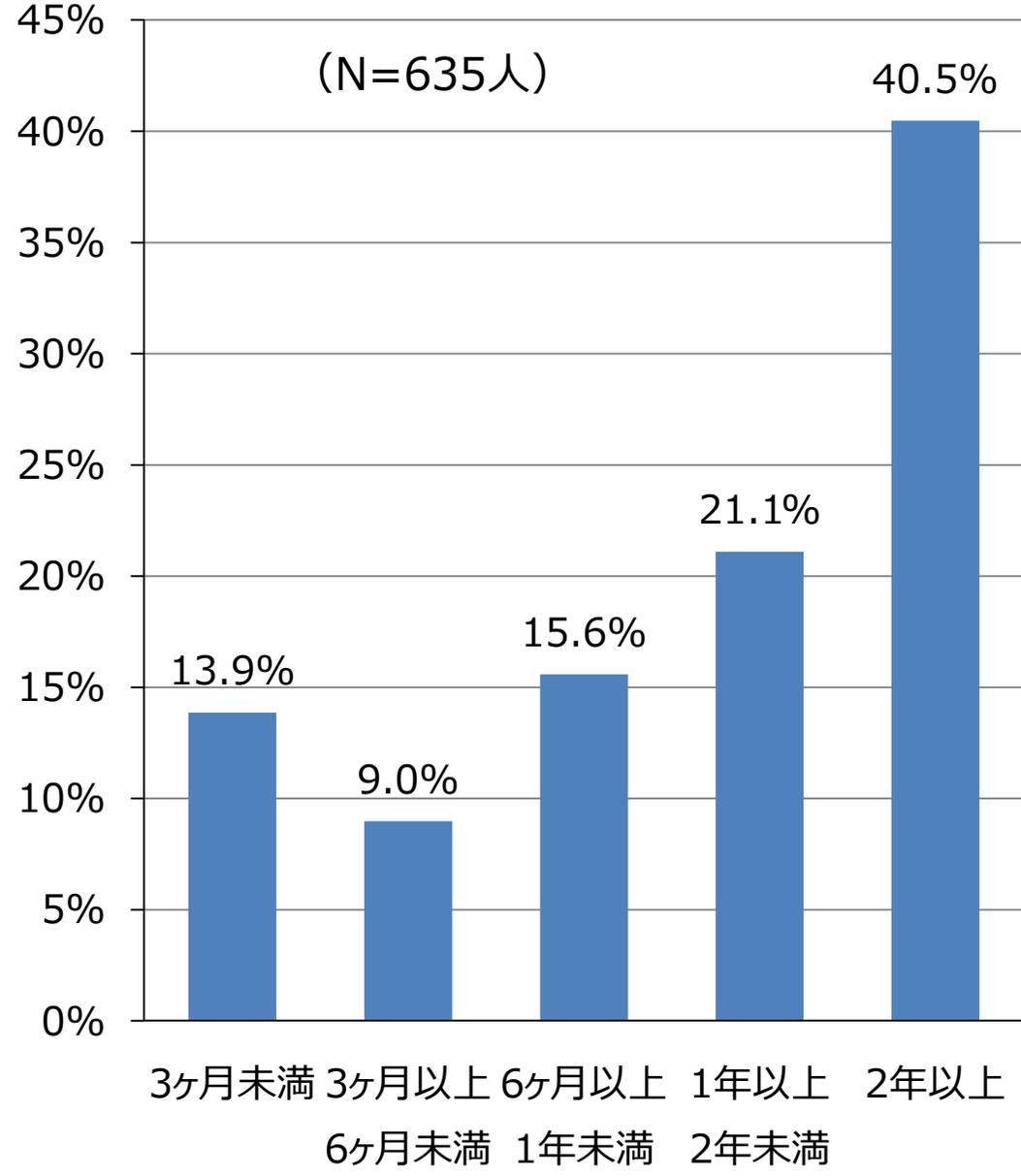


通所リハビリテーション終了者の転帰  
(終了時点の利用期間別)

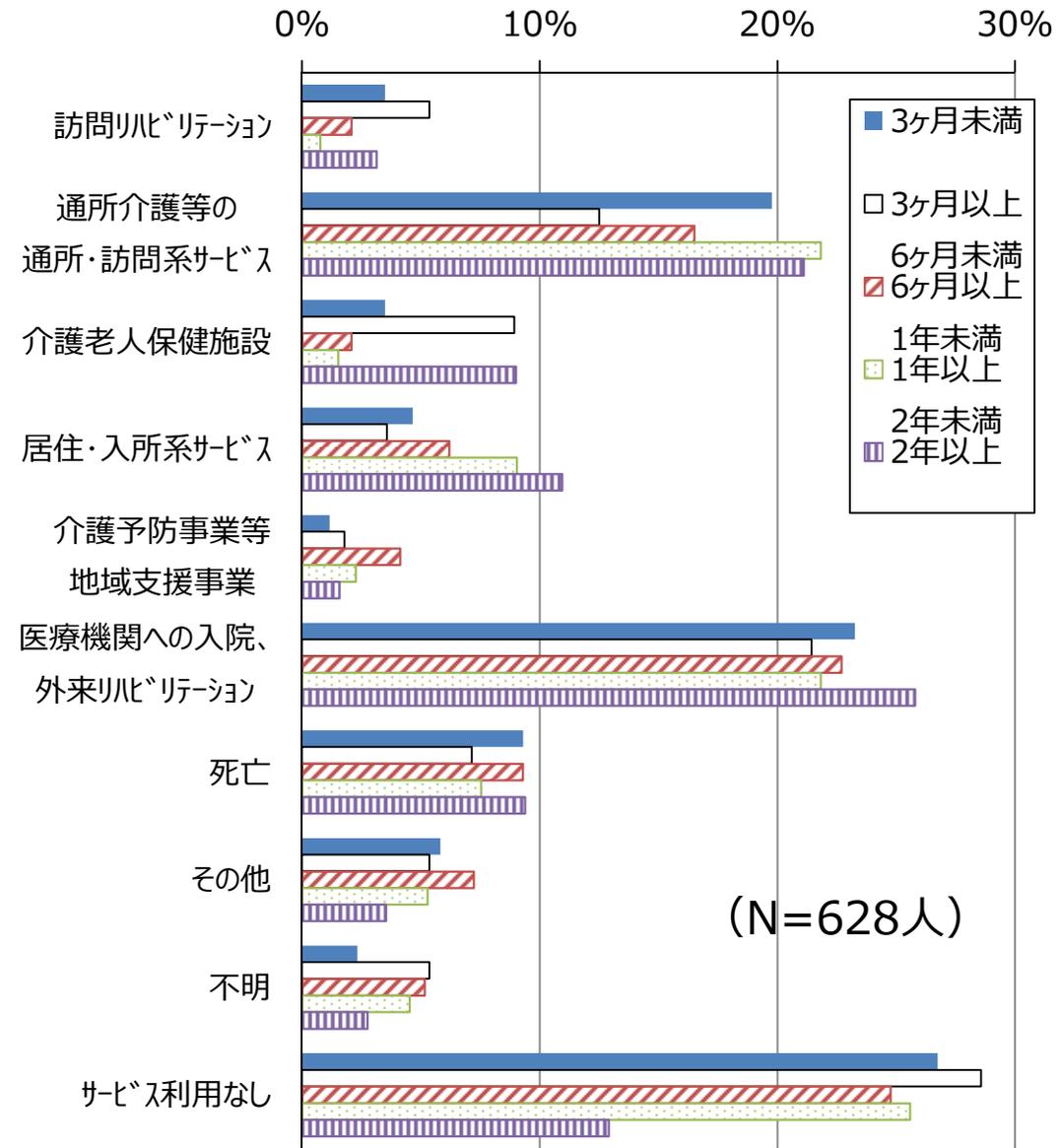


# 介護予防通所リハビリテーション終了者の利用期間及び転帰（開始時及び終了時に要支援の者）

平成28年4月～9月間に  
介護予防通所リハビリテーションを終了した利用者の  
利用開始からの期間

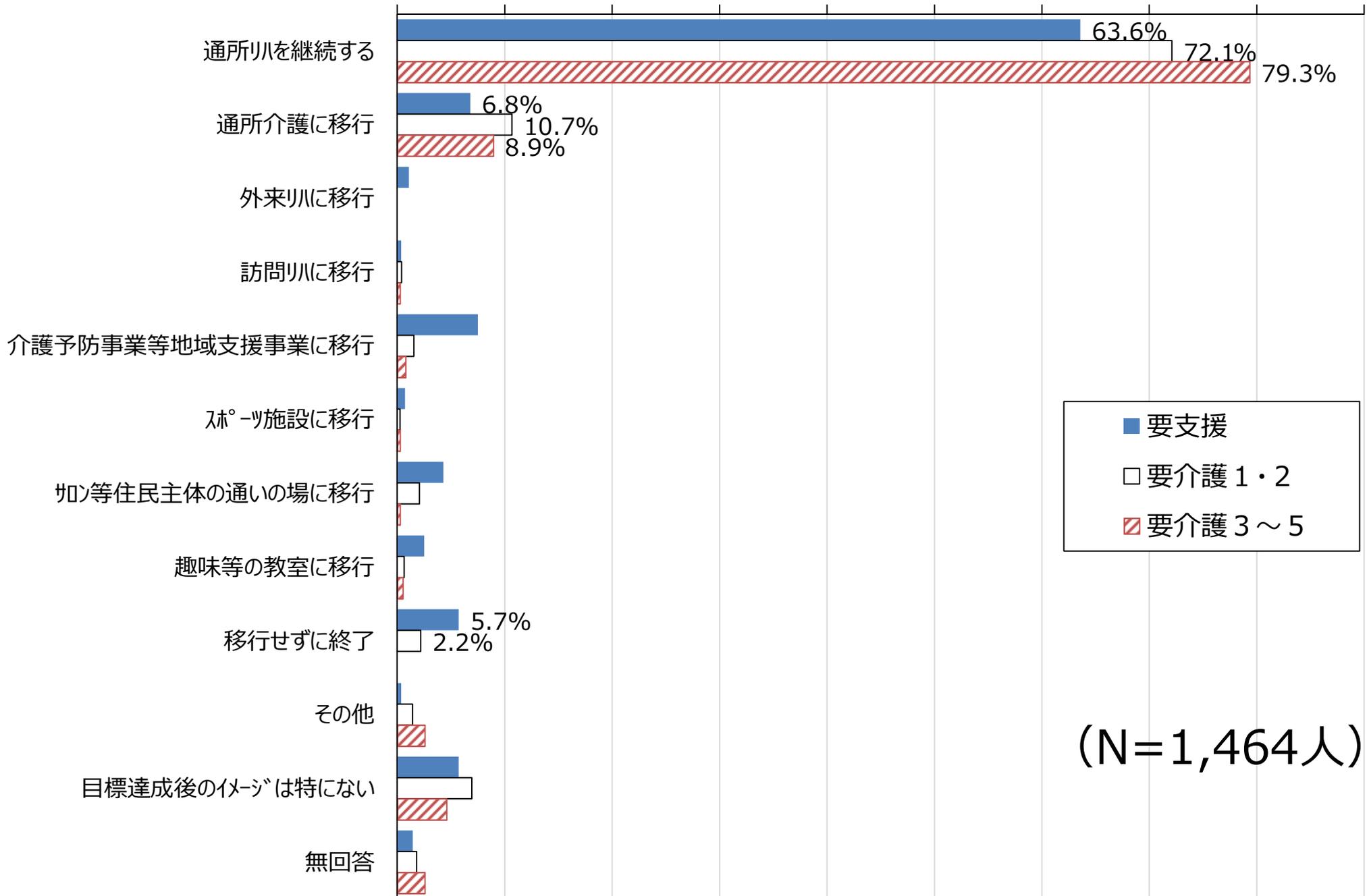


介護予防通所リハビリテーション終了者の転帰  
（終了時点の利用期間別）



# 長期目標達成後のサービス移行の予定

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%

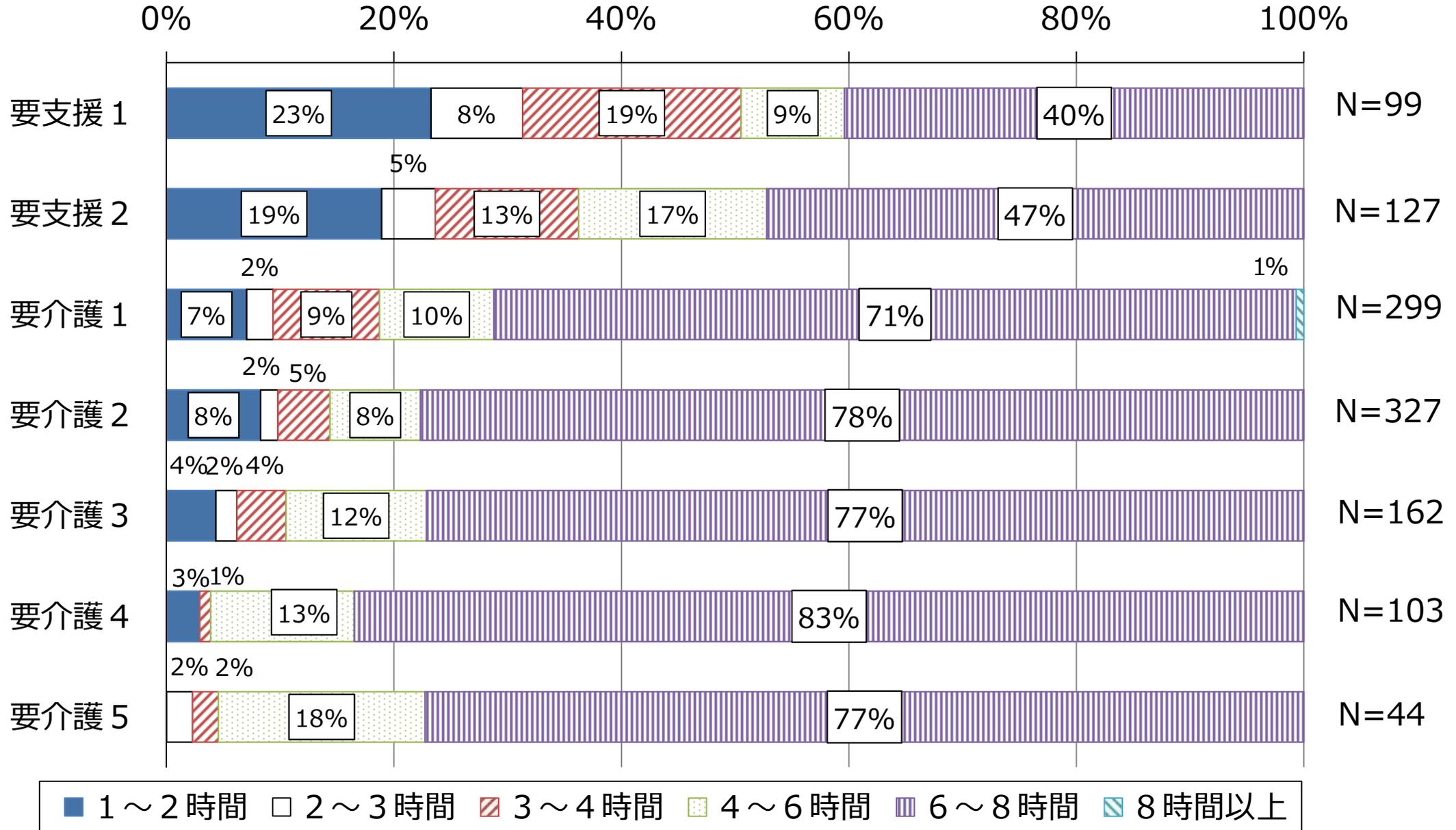


■ 要支援  
□ 要介護1・2  
▨ 要介護3～5

(N=1,464人)

# 通所リハビリテーションの利用者

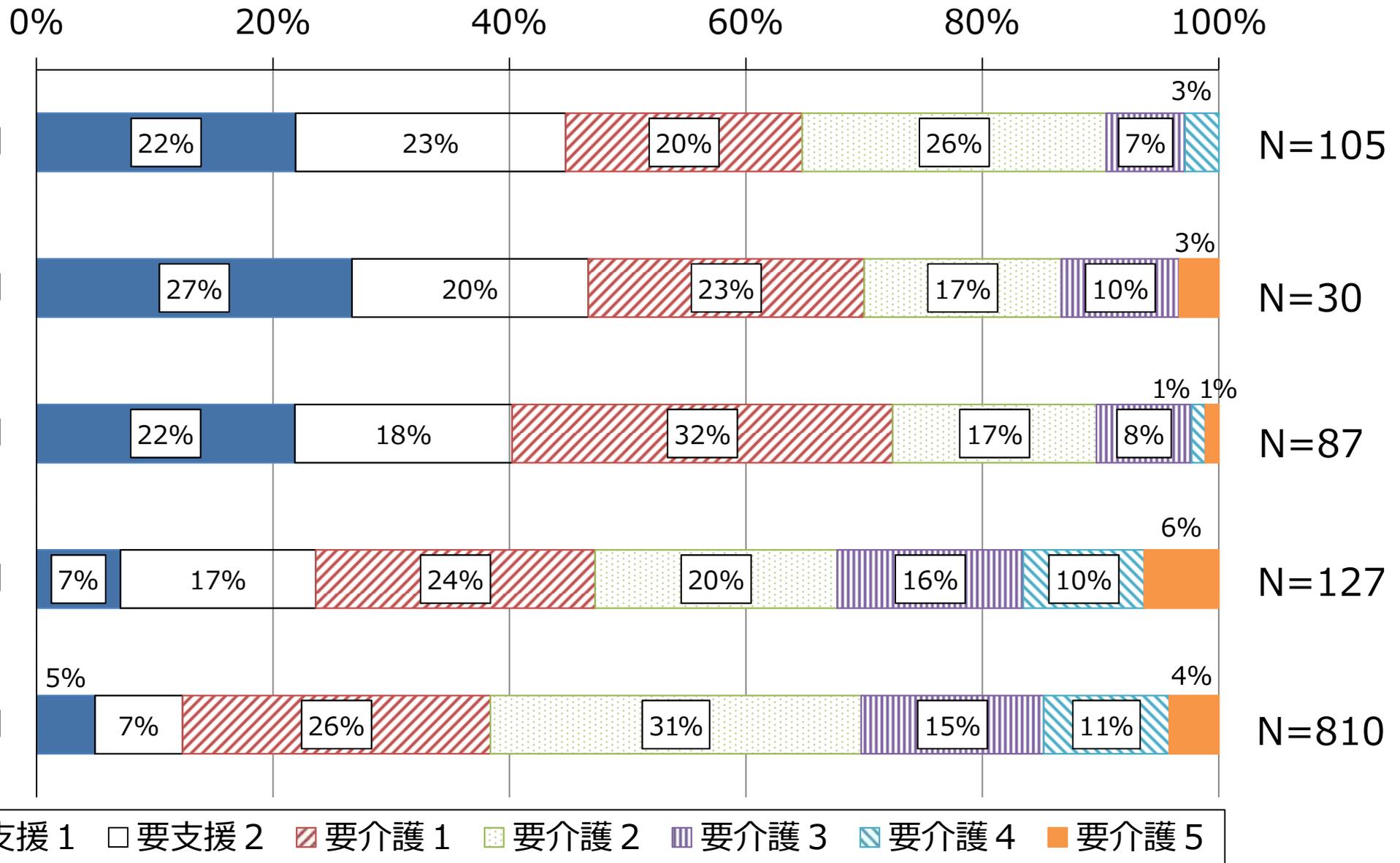
## 要介護度別 1回利用時間別 利用者数の割合



※調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約4%）は集計から除いた。

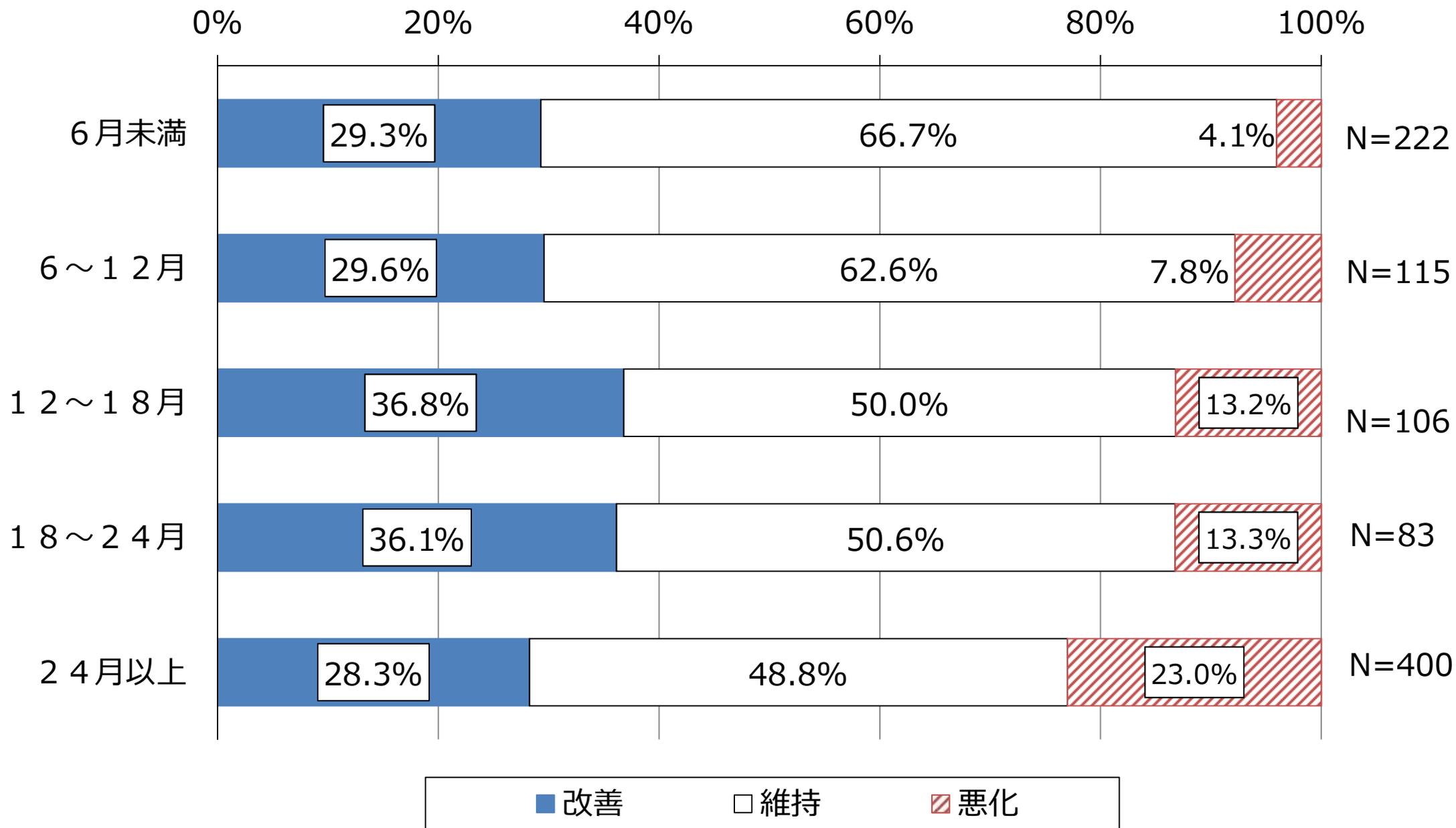
# 通所リハビリテーション利用者

## 利用時間別 要介護度別 利用者数の割合



※調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約4%）は集計から除いた。

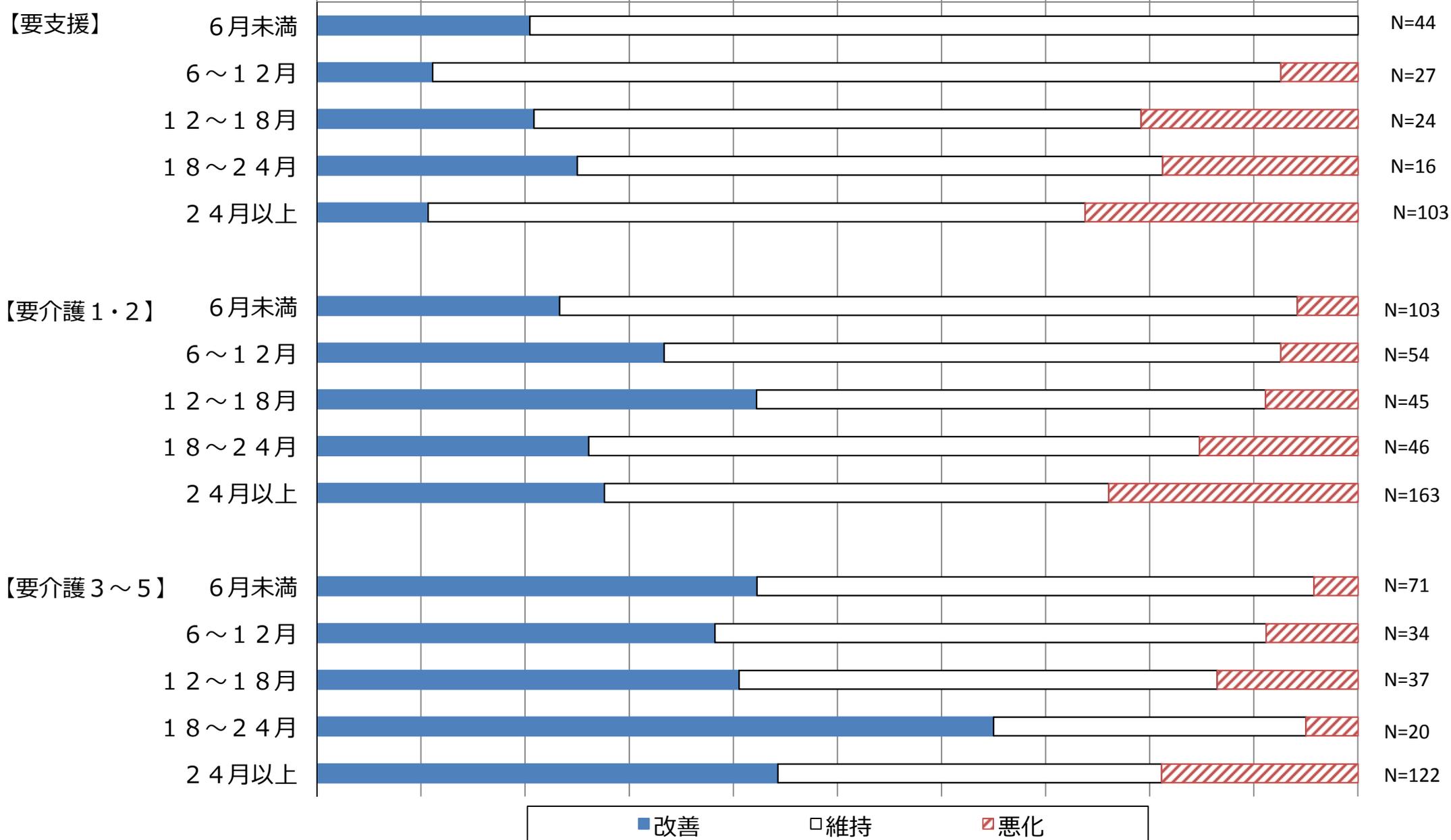
# 通所リハビリテーションの利用によるADLの変化（利用期間別）



※調査日時点の利用継続年数に基づいて分類。調査日までに利用を終了した者は集計に含んでいない。  
サービス利用開始時と調査時点をBarthel Indexを用いて比較。

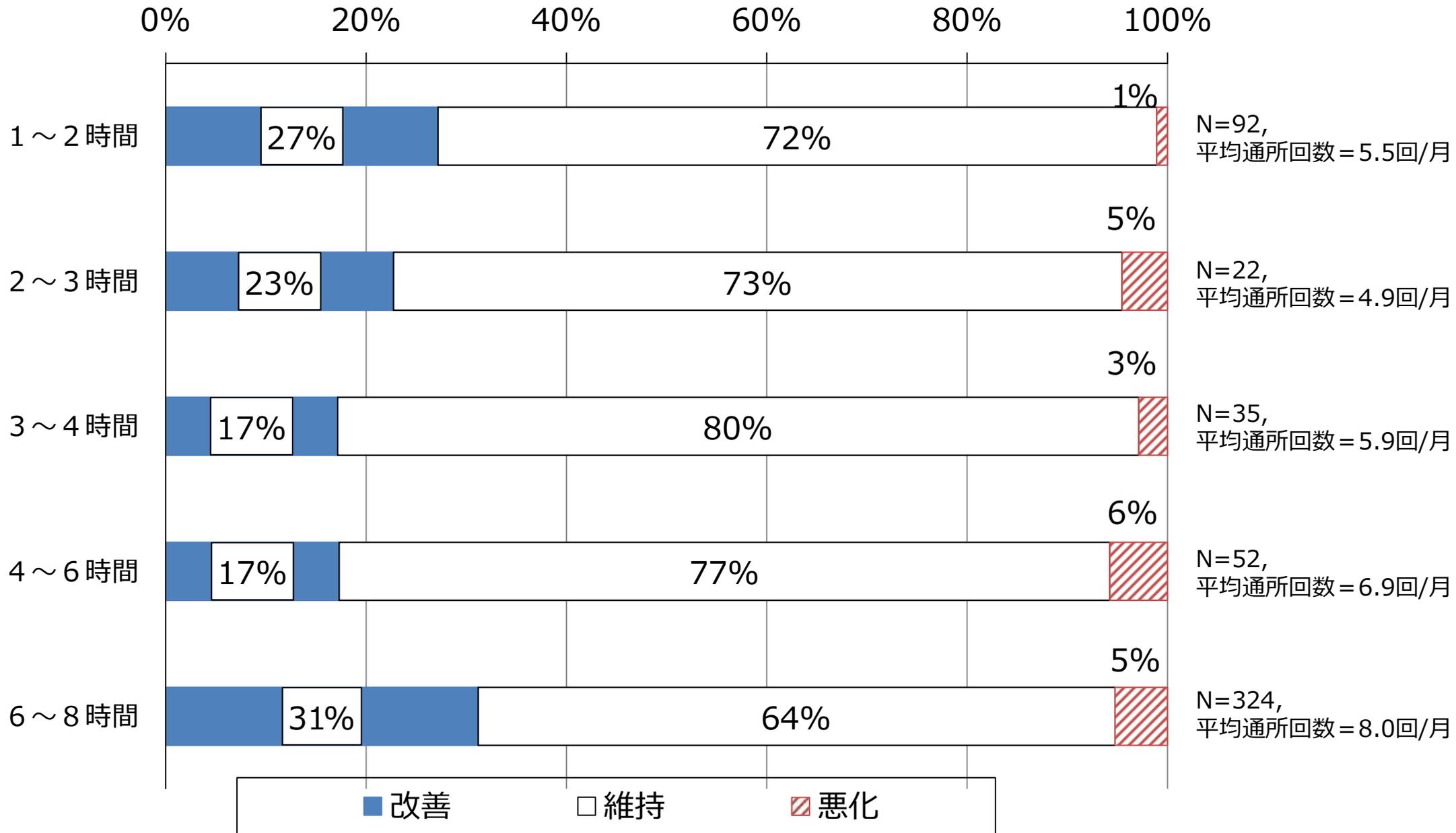
# 通所リハビリテーションの利用によるADLの変化（利用期間別）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



※調査日時点の利用継続年数及び利用開始時点の要介護度に基づいて分類。調査日まで利用を終了した者は集計に含んでいない。  
サービス利用開始時と調査時点とをBarthel Indexを用いて比較。

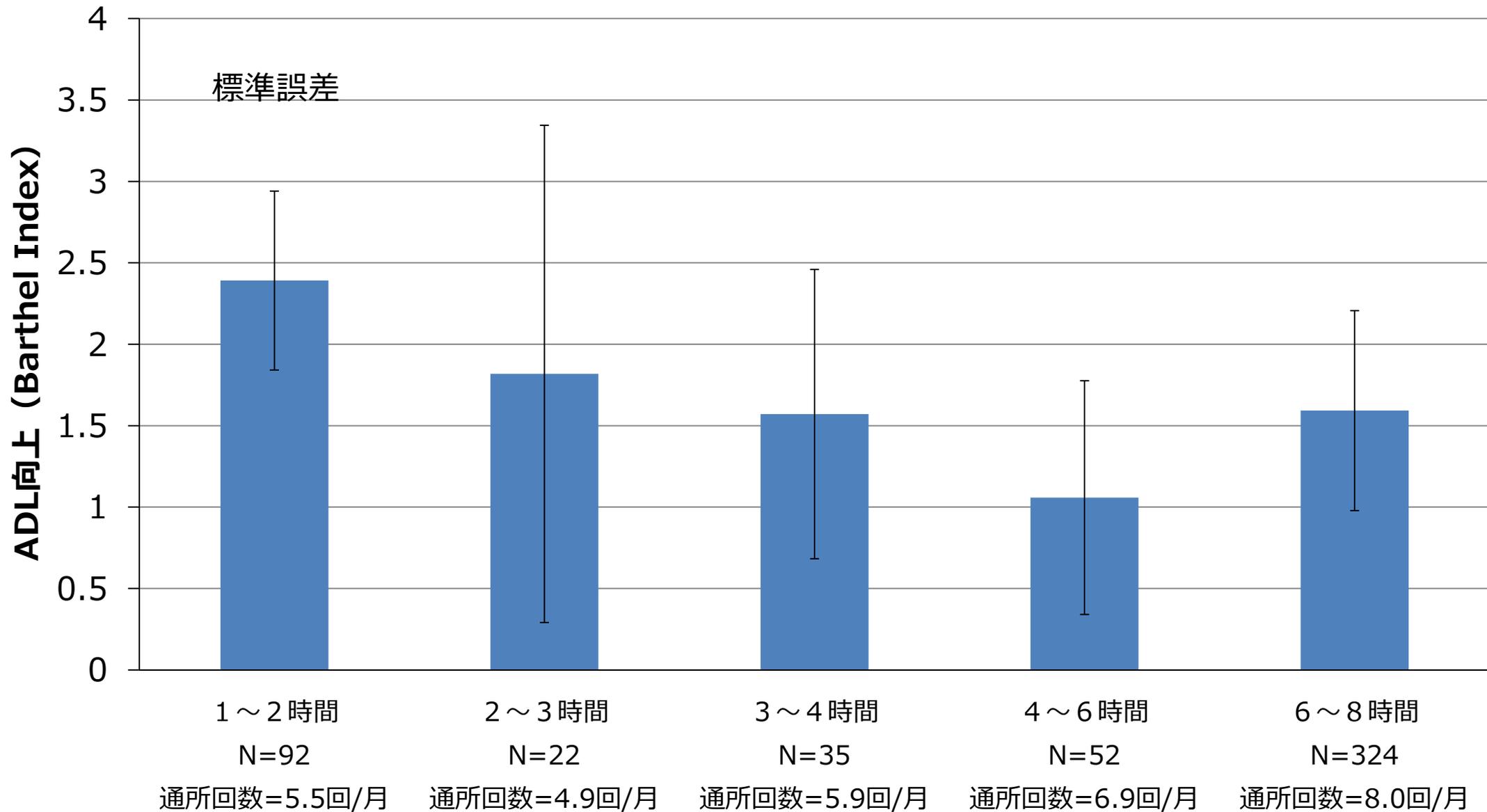
# 通所リハビリテーションの利用によるADLの変化（1回の時間別）



※2016年に通所リハビリテーションを開始したのものについて、サービス利用開始時と調査時点とをBarthel Indexを用いて比較。  
調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約3%）は集計から除いた。

# 通所リハビリテーションの利用によるADLの変化（1回の時間別）

## 通所リハビリテーション実施時間



※平成26年に通所リハビリテーションを開始した者を対象として集計。  
※調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約3%）は集計から除いた。

# 介護保険制度の見直しに関する意見(抜粋)

(平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会)

## I 地域包括ケアシステムの深化・推進

### 1. 自立支援・介護予防に向けた取り組みの推進

#### (6) ニーズに応じたサービス内容の見直し

#### 【自立支援・重度化予防を推進する観点からのリハビリテーション機能の強化】

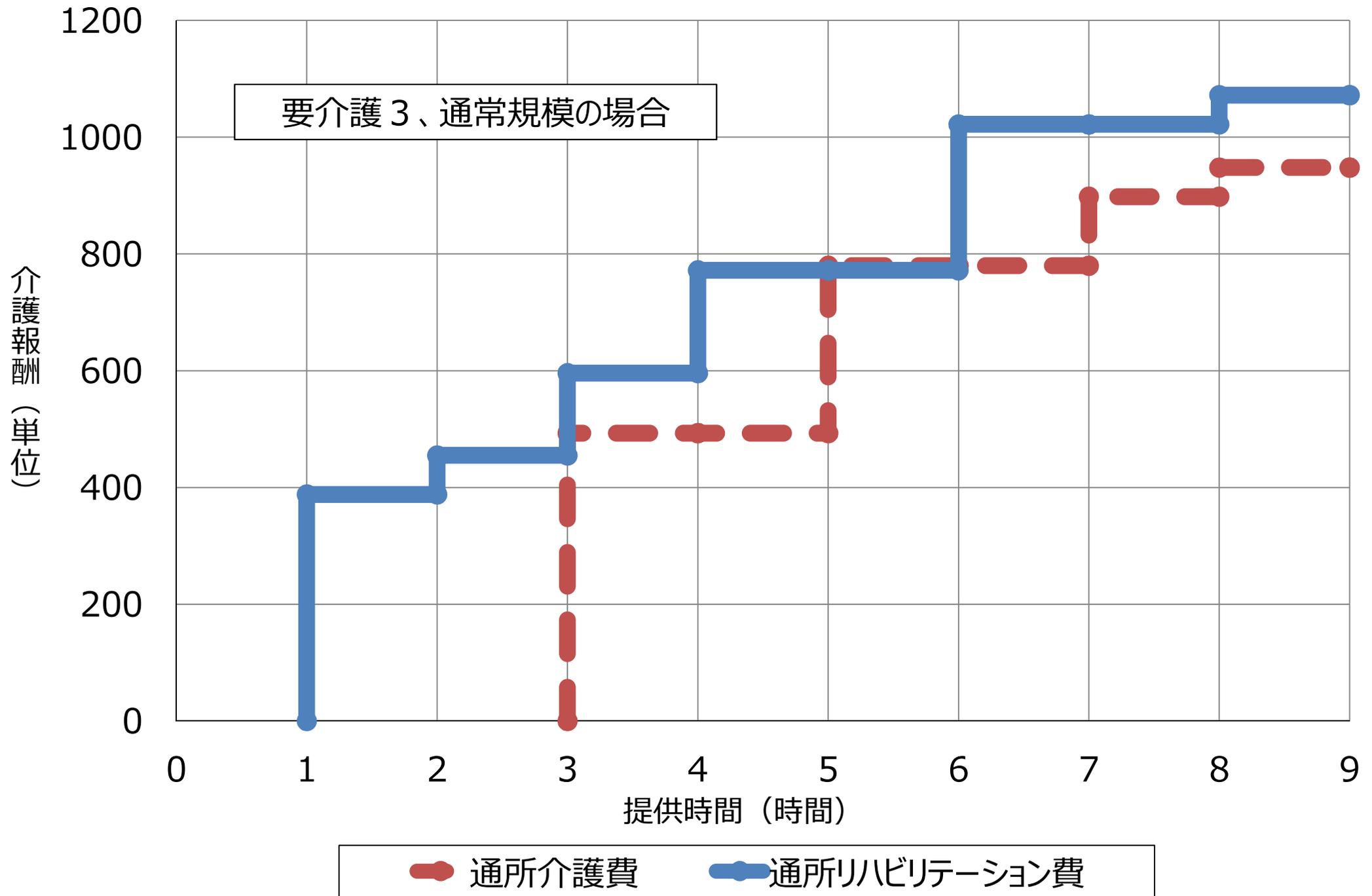
(前略)

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

# 通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

	通所リハ	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	(-)
医師の配置	専任の常勤医師 1 以上	(-)
リハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び機能訓練指導員の配置	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人に一名以上 ※所要時間 1 ～ 2 時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に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する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。	機能訓練指導員 1 以上 【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第93条第6項】 機能訓練指導員と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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者とする。
基本方針	【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第110条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、 <b>理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うこと</b> により、利用者の心身機能の維持回復を図るものでなければならない。	【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第92条】 要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、 <b>必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。</b>
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 <b>医師の診察内容</b> 及び運動機能検査等の結果を基に、指定通所リハビリテーションの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成する	通所介護計画 利用者の心身の状況希望及び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する

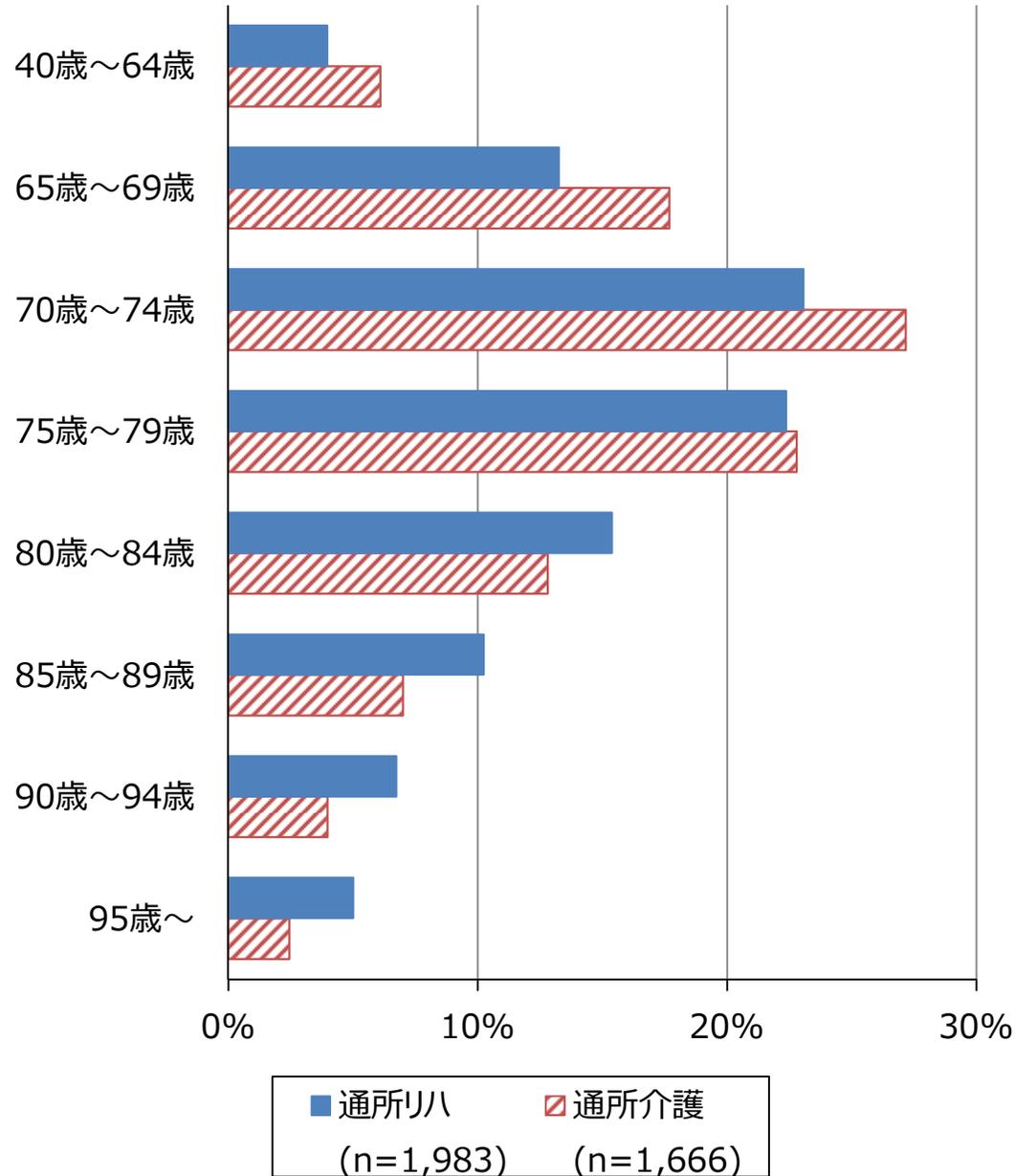
# 通所リハビリテーションと通所介護の報酬水準の比較



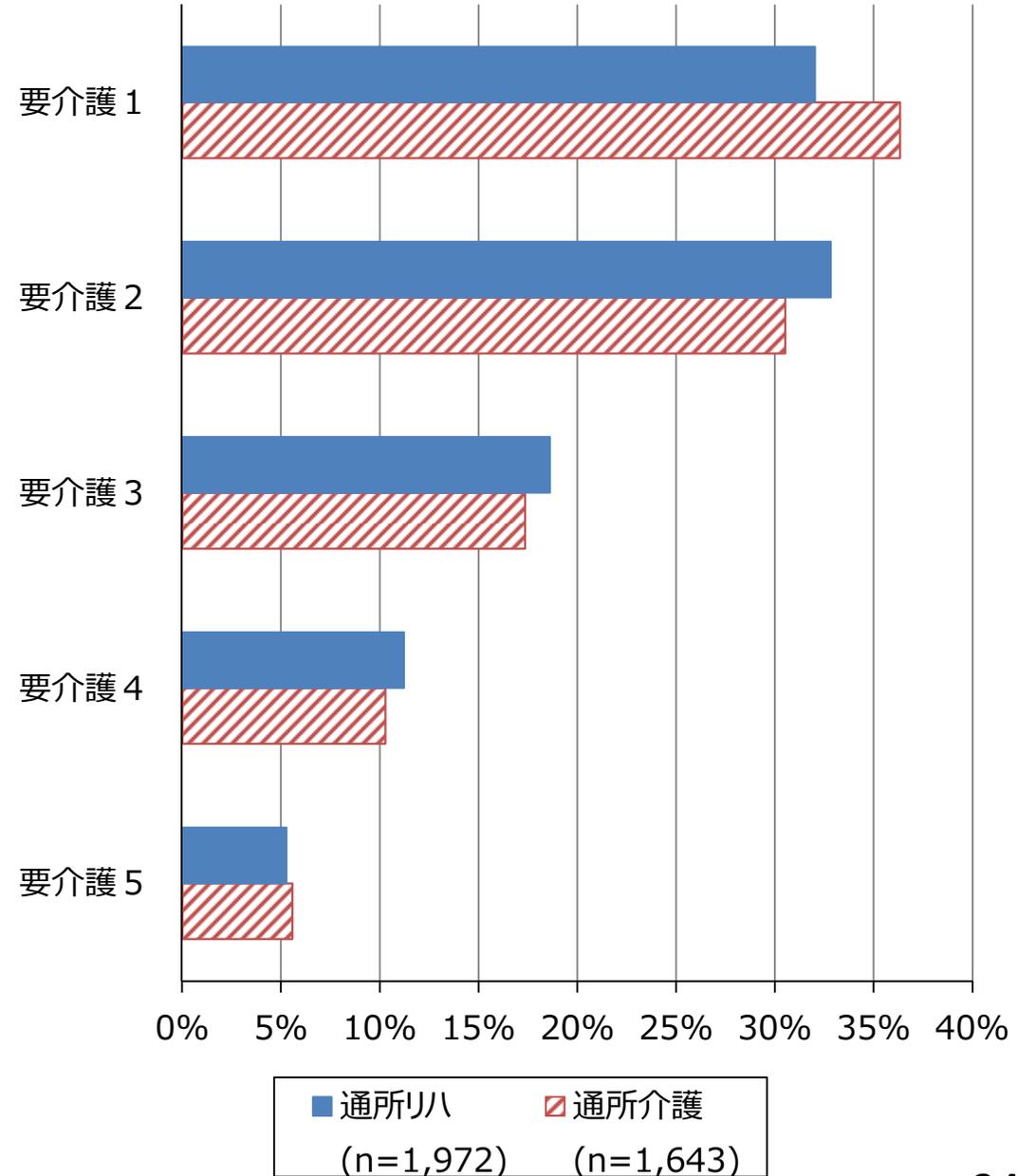
# 通所リハビリテーションと通所介護の利用者の比較（年齢・要介護度）

## 通所リハと通所介護の比較（利用者特性）

### 【利用者の年齢構成】



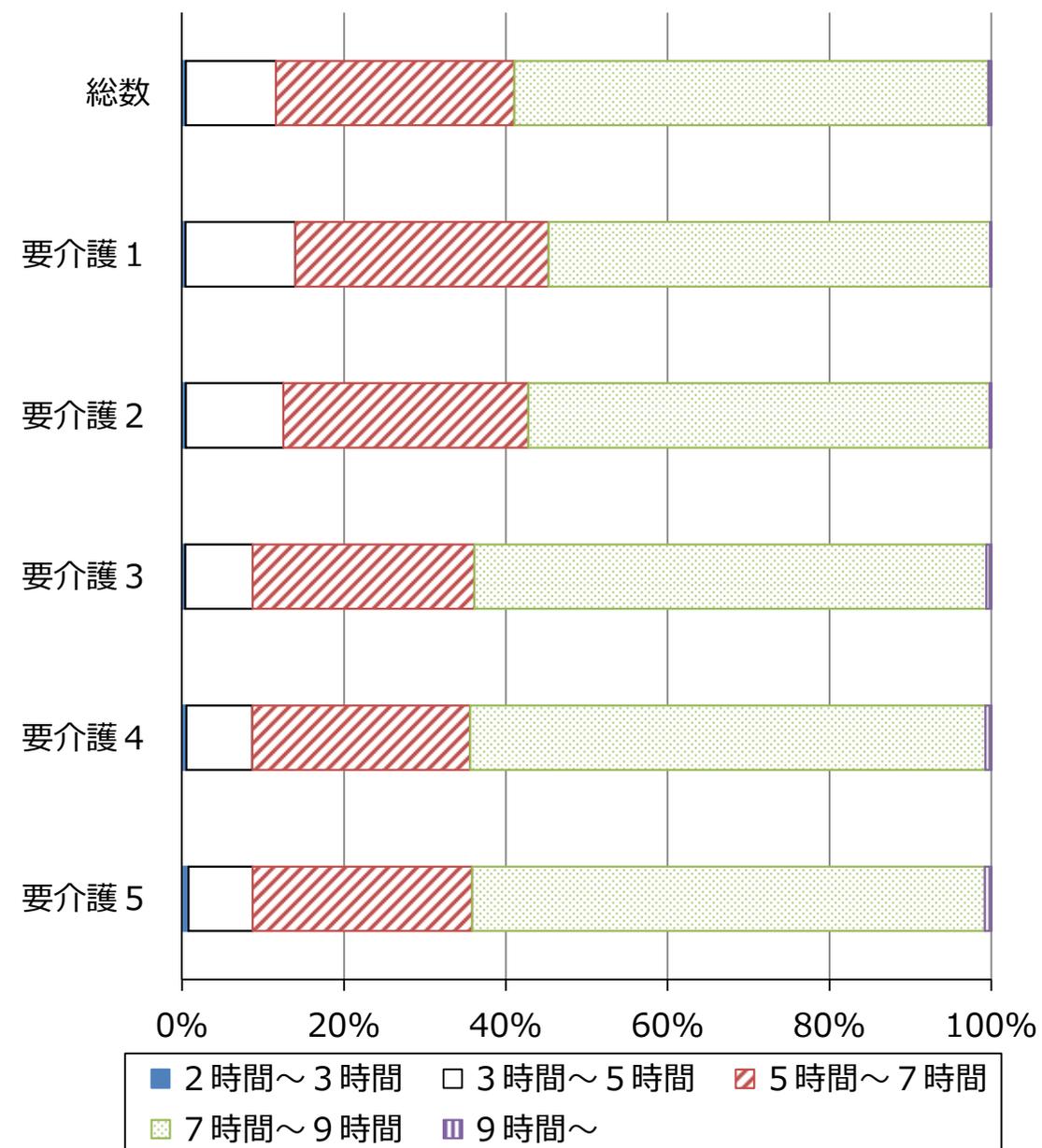
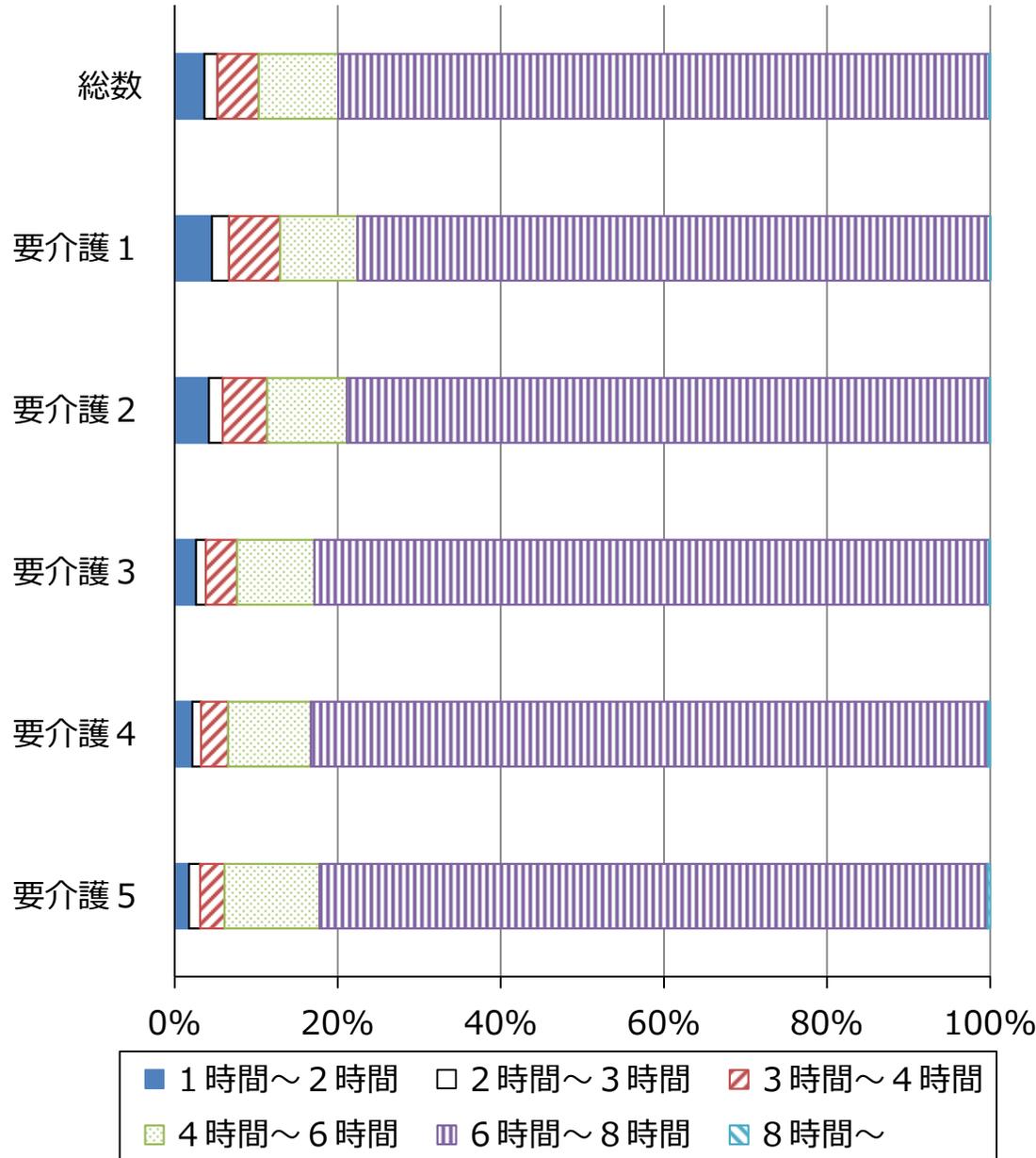
### 【利用者の要介護度】



# 通所リハビリテーションと通所介護のサービス利用時間の比較

【通所リハ】

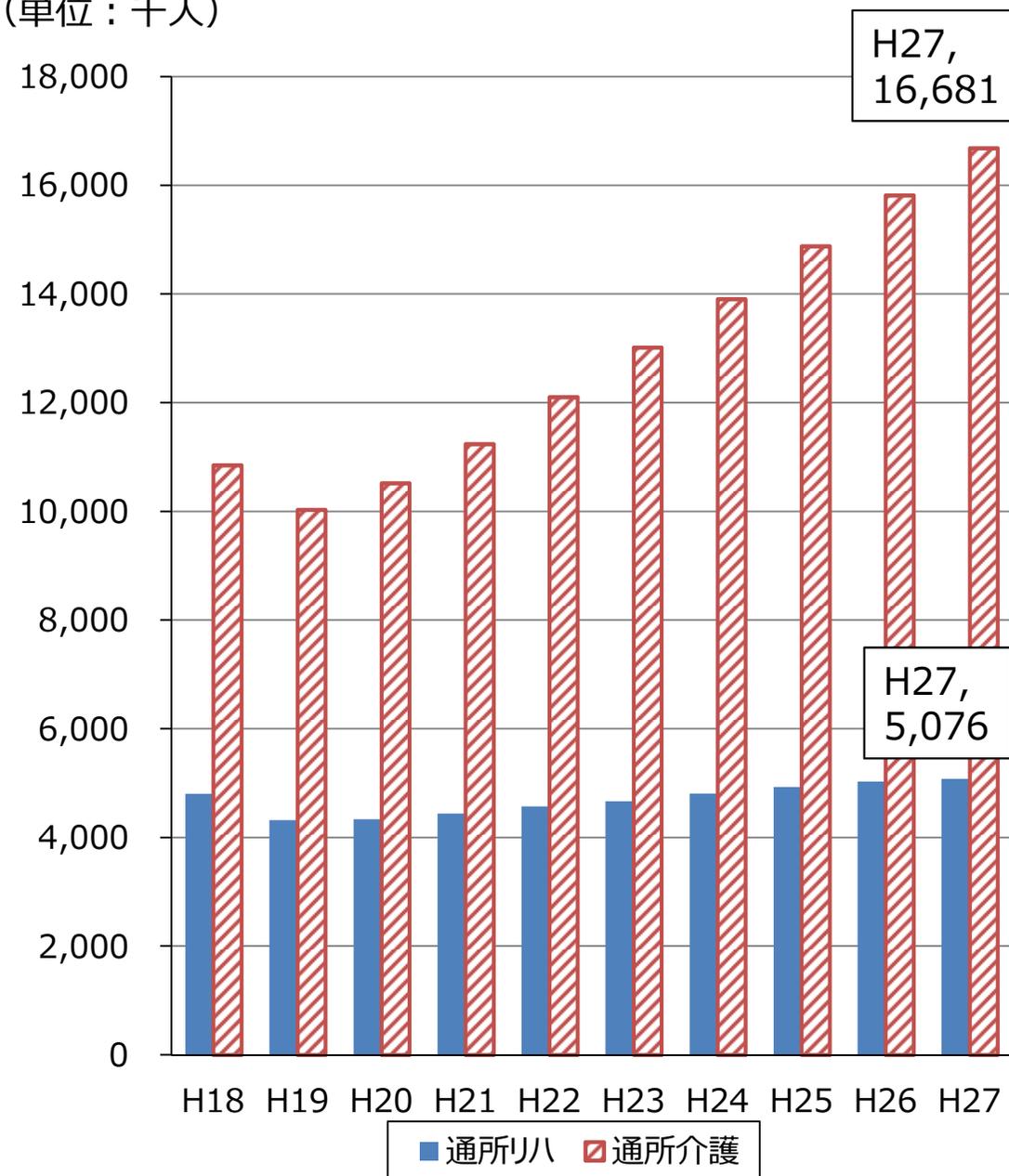
【通所介護】



# 通所リハビリテーションと通所介護の受給者数推移、費用額推移の比較

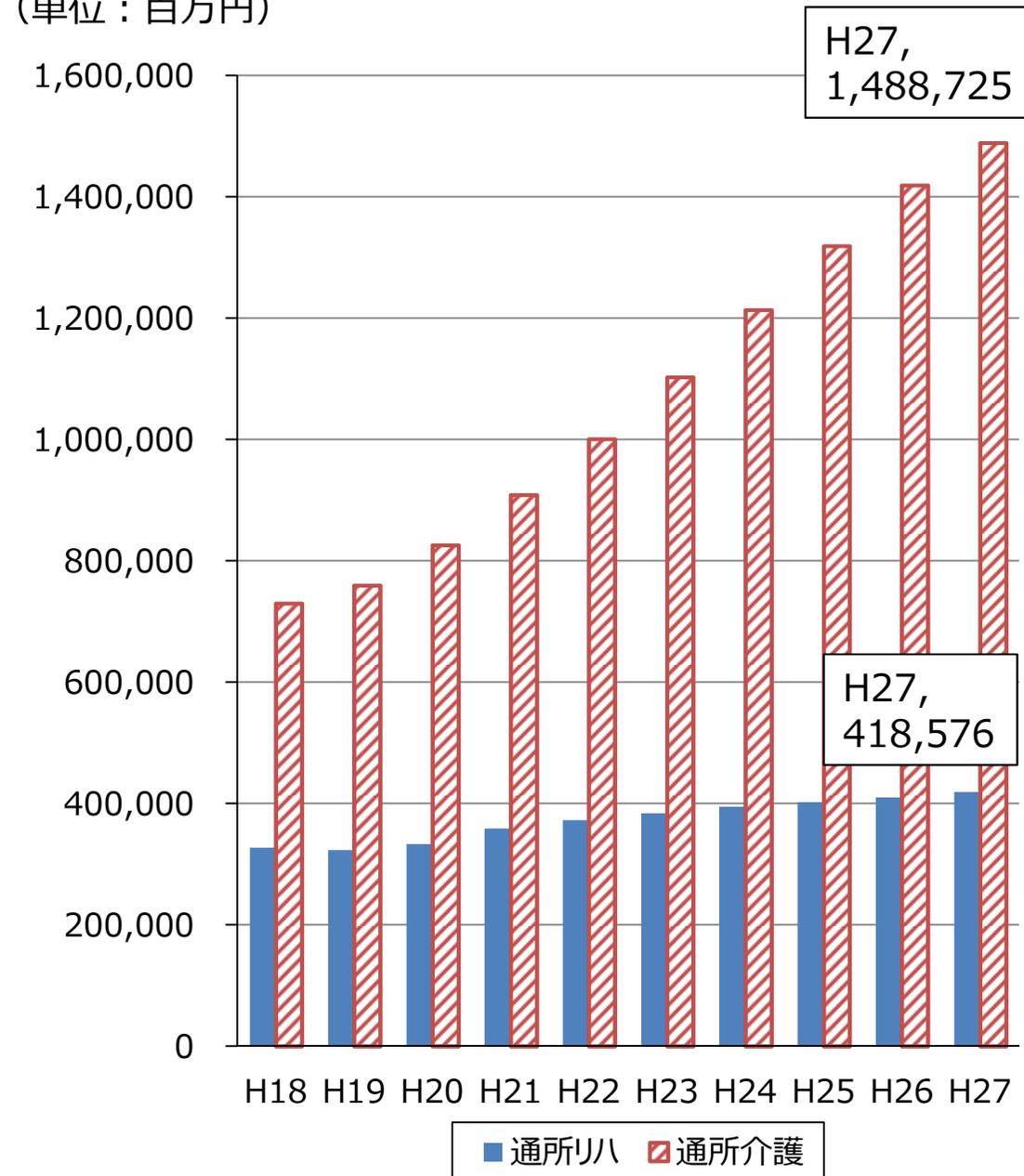
【通所リハビリテーションと通所介護との受給者】

(単位：千人)



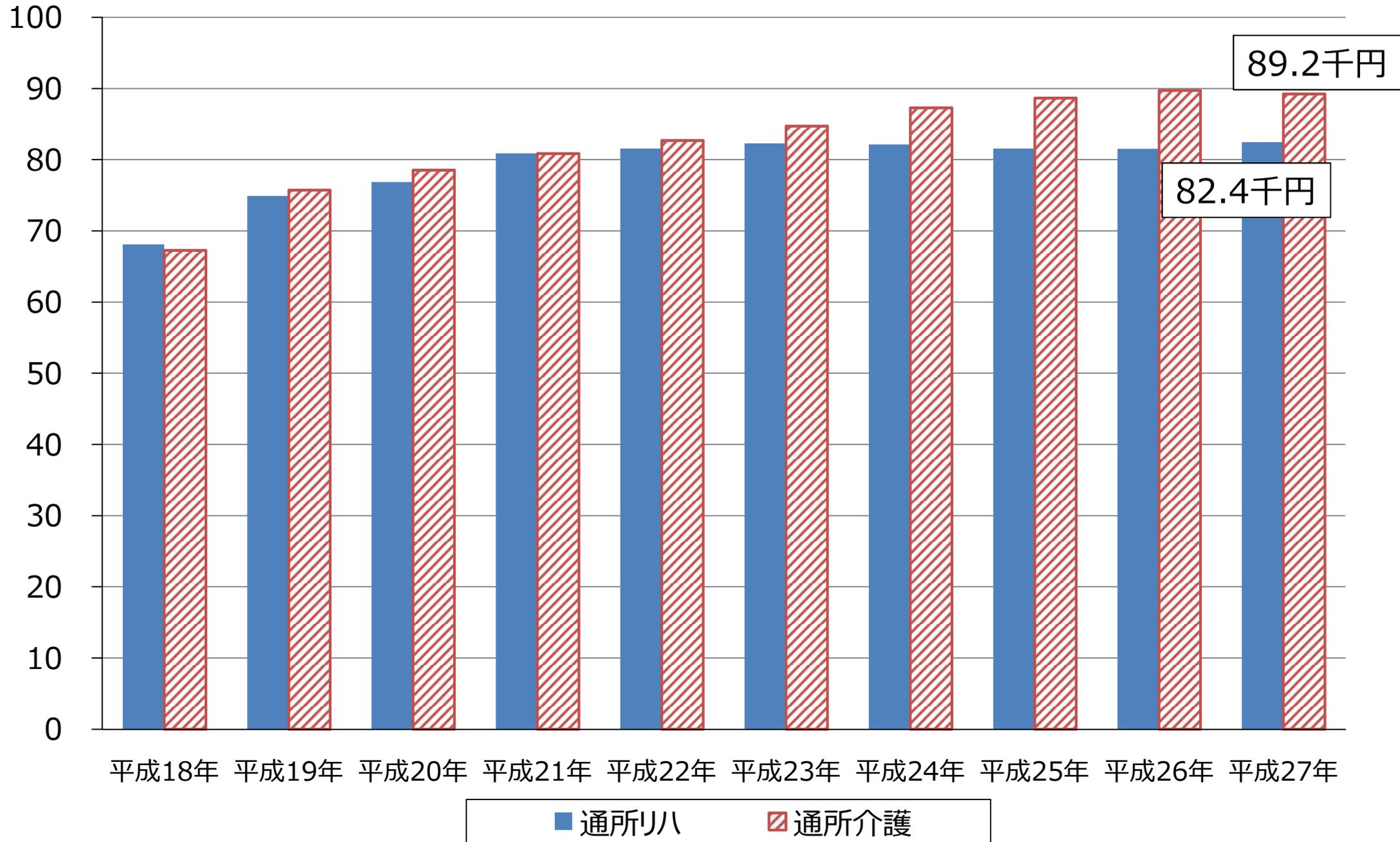
【通所リハビリテーションと通所介護との費用額】

(単位：百万円)



# 通所リハビリテーションと通所介護の受給者ひとりあたりの費用額推移

(単位：千円)

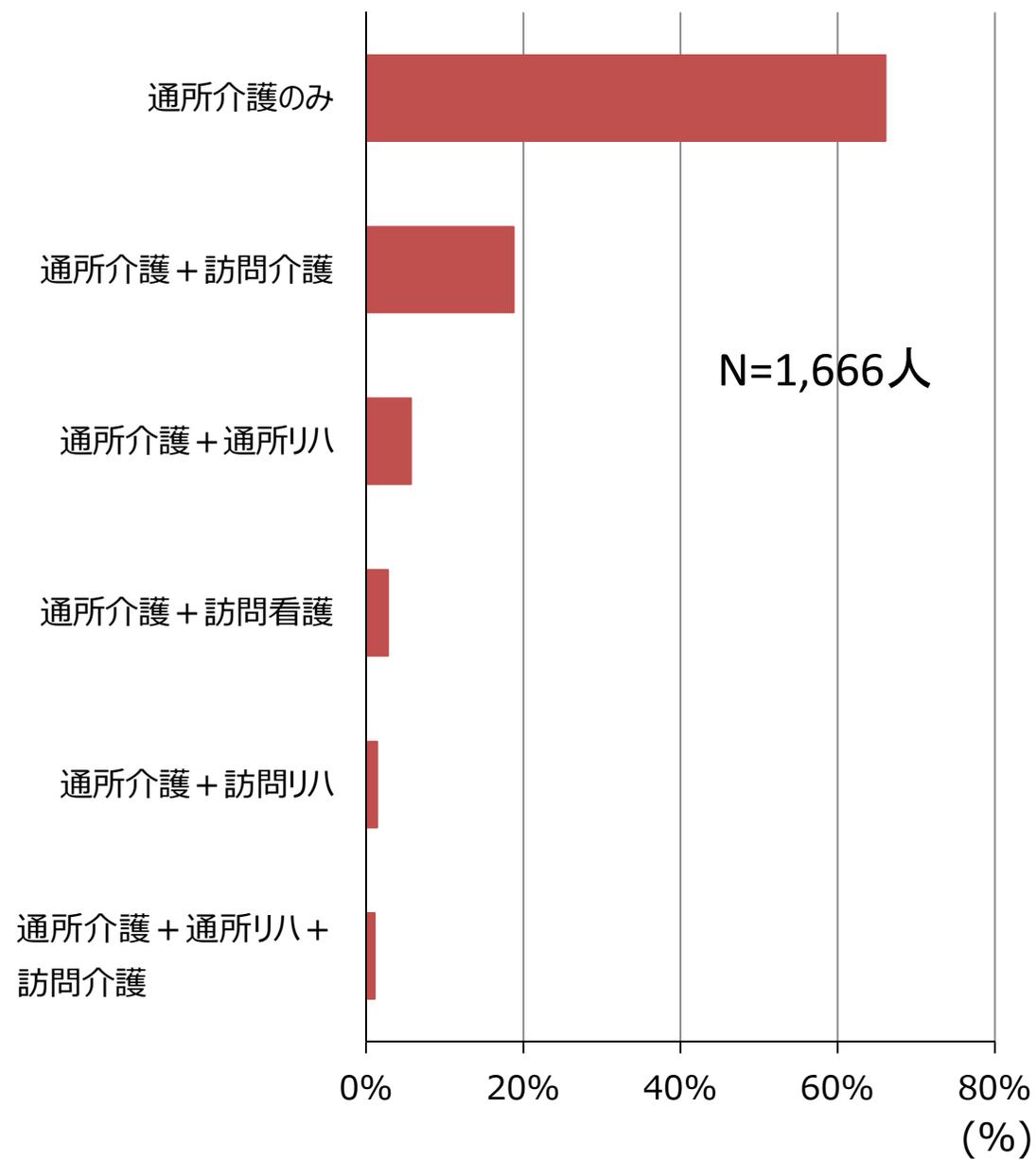
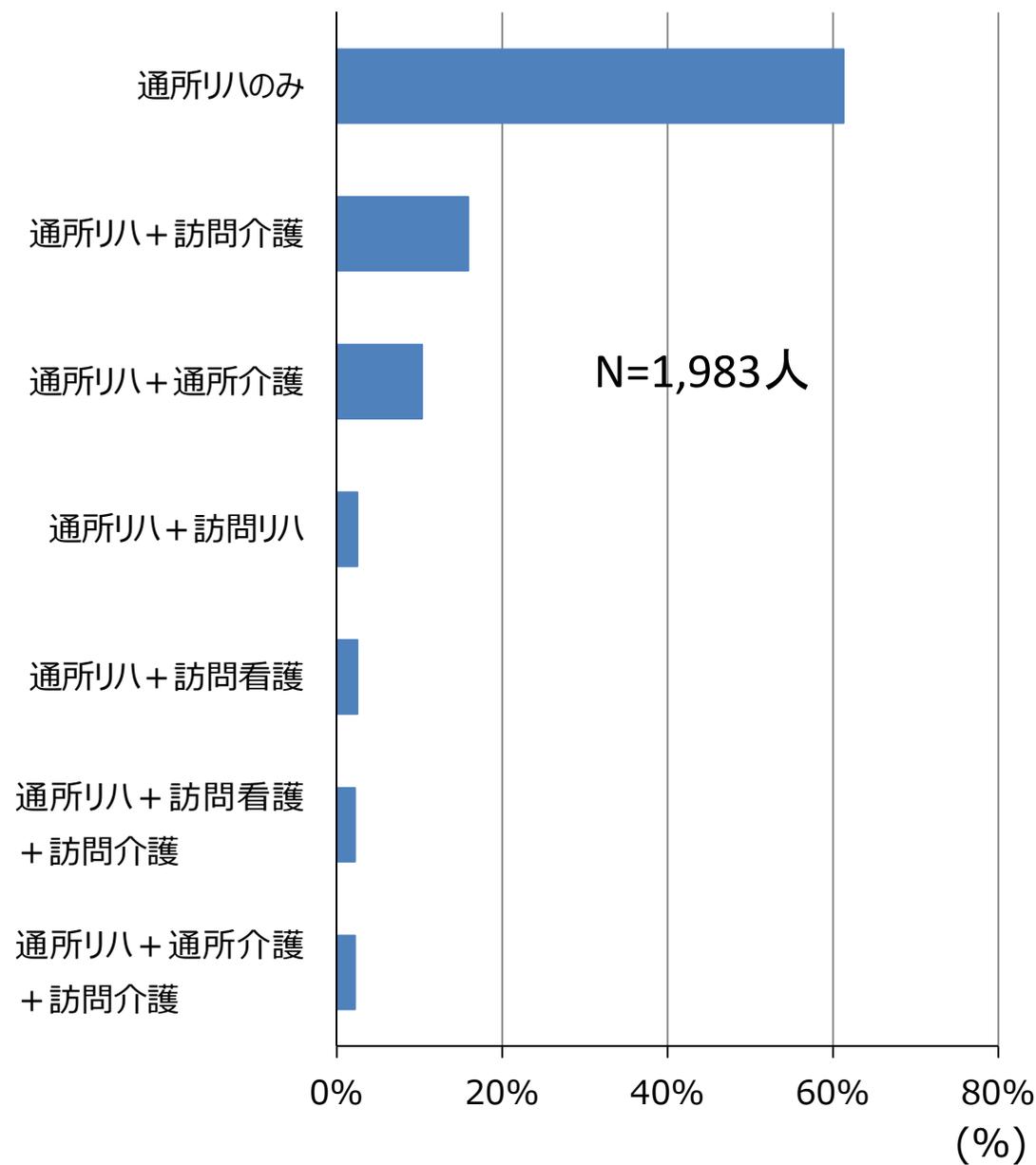


(出典) 厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査報告」をもとに事務局で計算

# 通所リハビリテーションと通所介護の他のサービス利用状況の比較

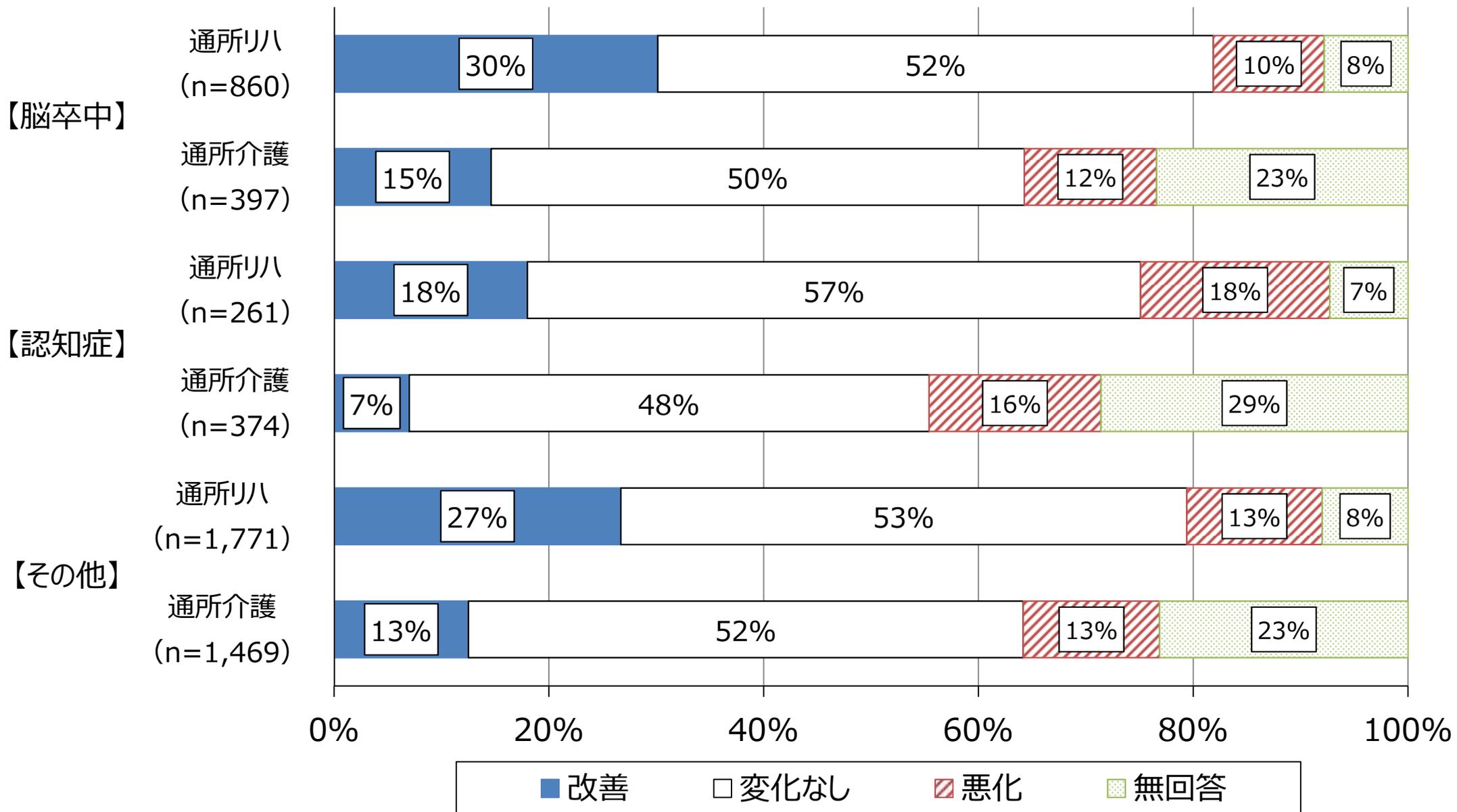
【通所リハ】通所・訪問サービスの利用パターン

【通所介護】通所・訪問サービスの利用パターン



# 通所リハビリテーションと通所介護における日常生活自立度変化の比較

【傷病別 日常生活自立度の変化 (%)】 (※サービス利用開始時と調査時点との比較)

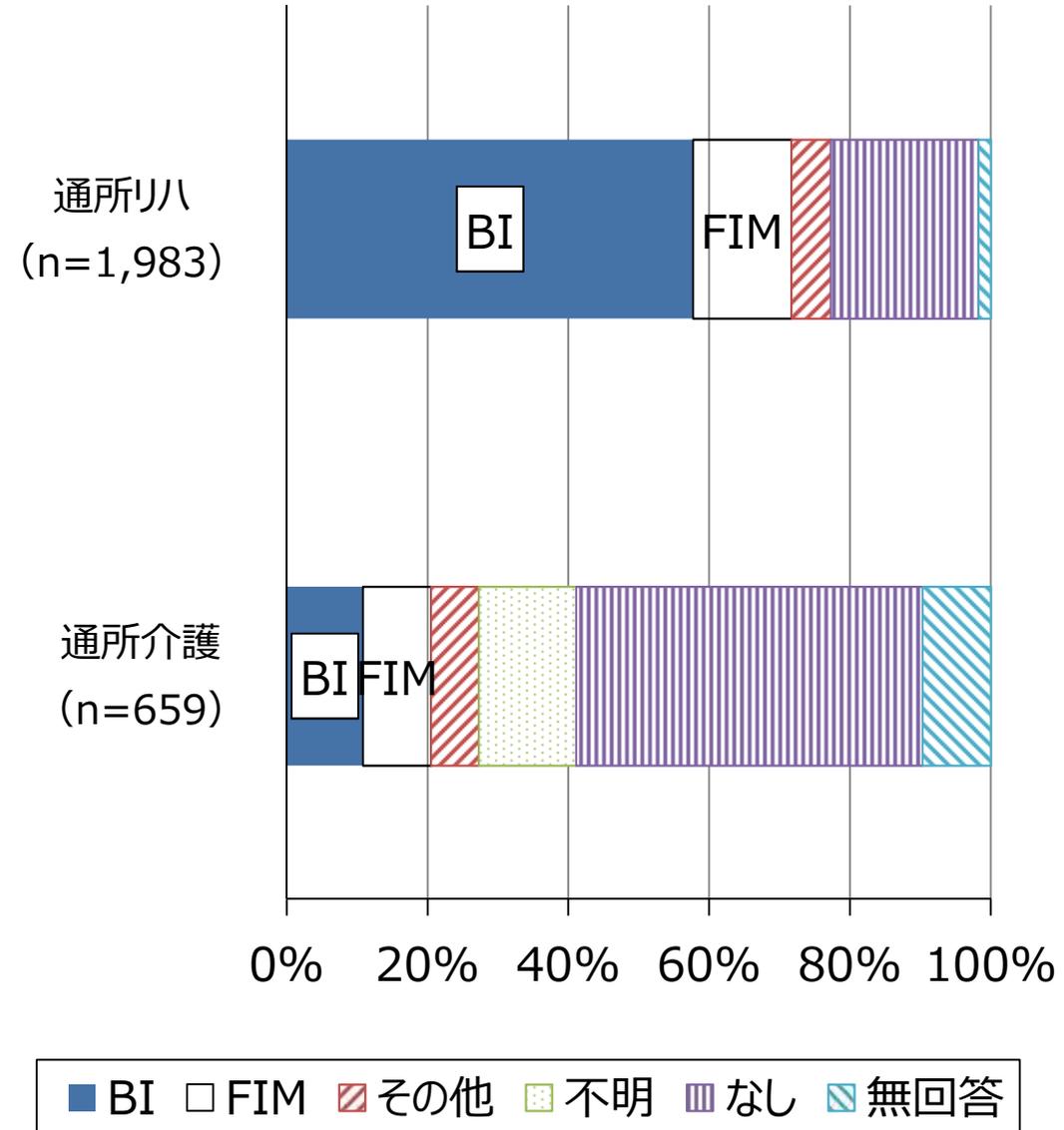
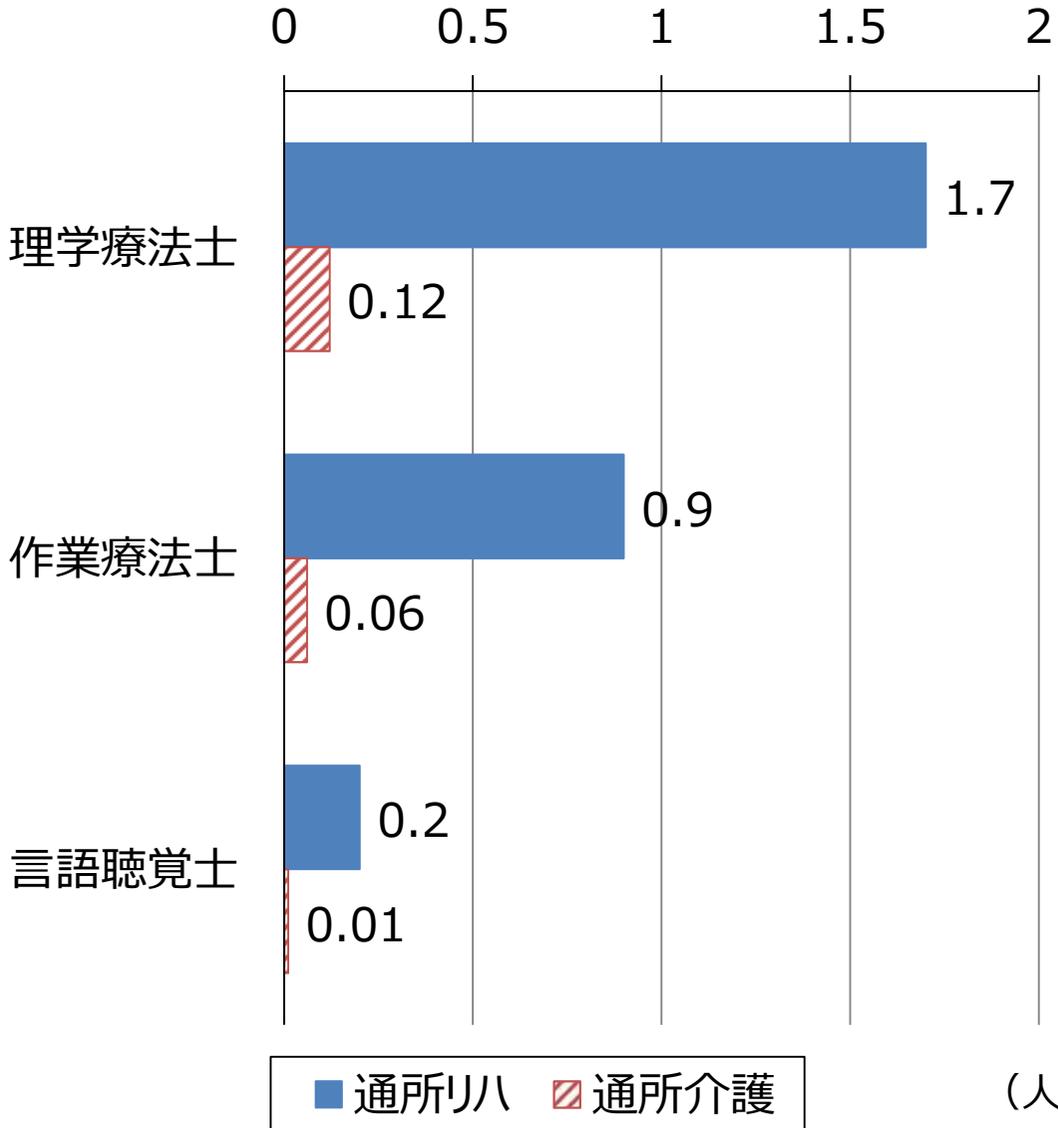


# 通所リハビリテーションと通所介護の比較（専門職の配置、ADL評価指標の活用）

## 通所リハと通所介護の比較（リハ専門職等の配置）

【1事業所あたりの職員配置（常勤換算）】

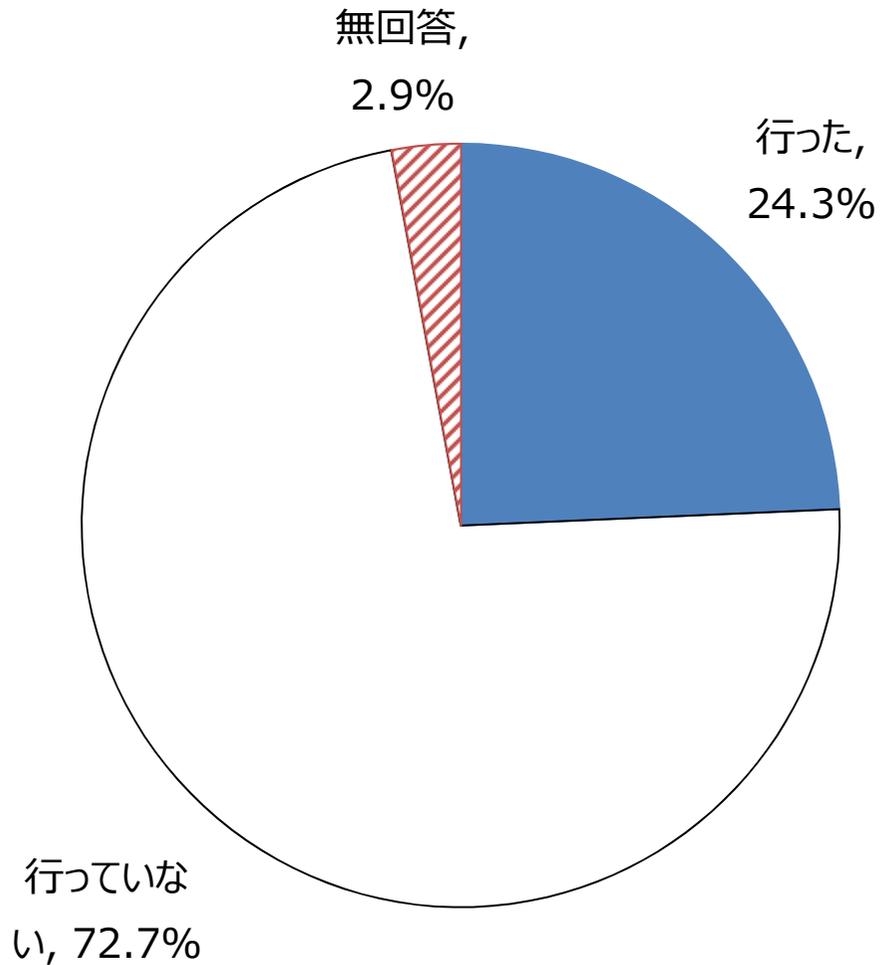
【アセスメントにおけるADL評価指標の活用】



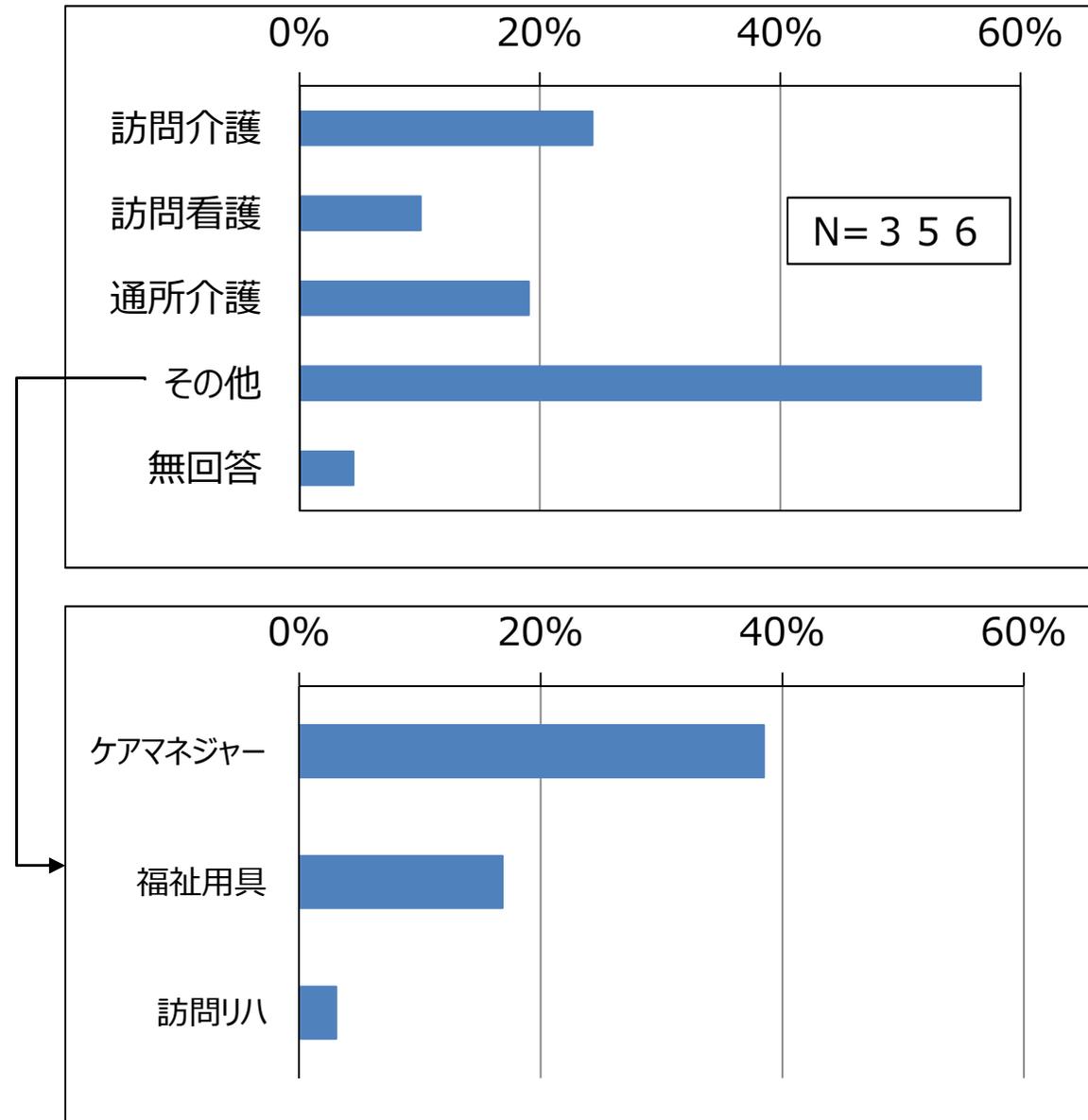
(人)

# 通所リハビリテーション事業所における他の事業所への指導・助言

## 【他の事業所への指導・助言】

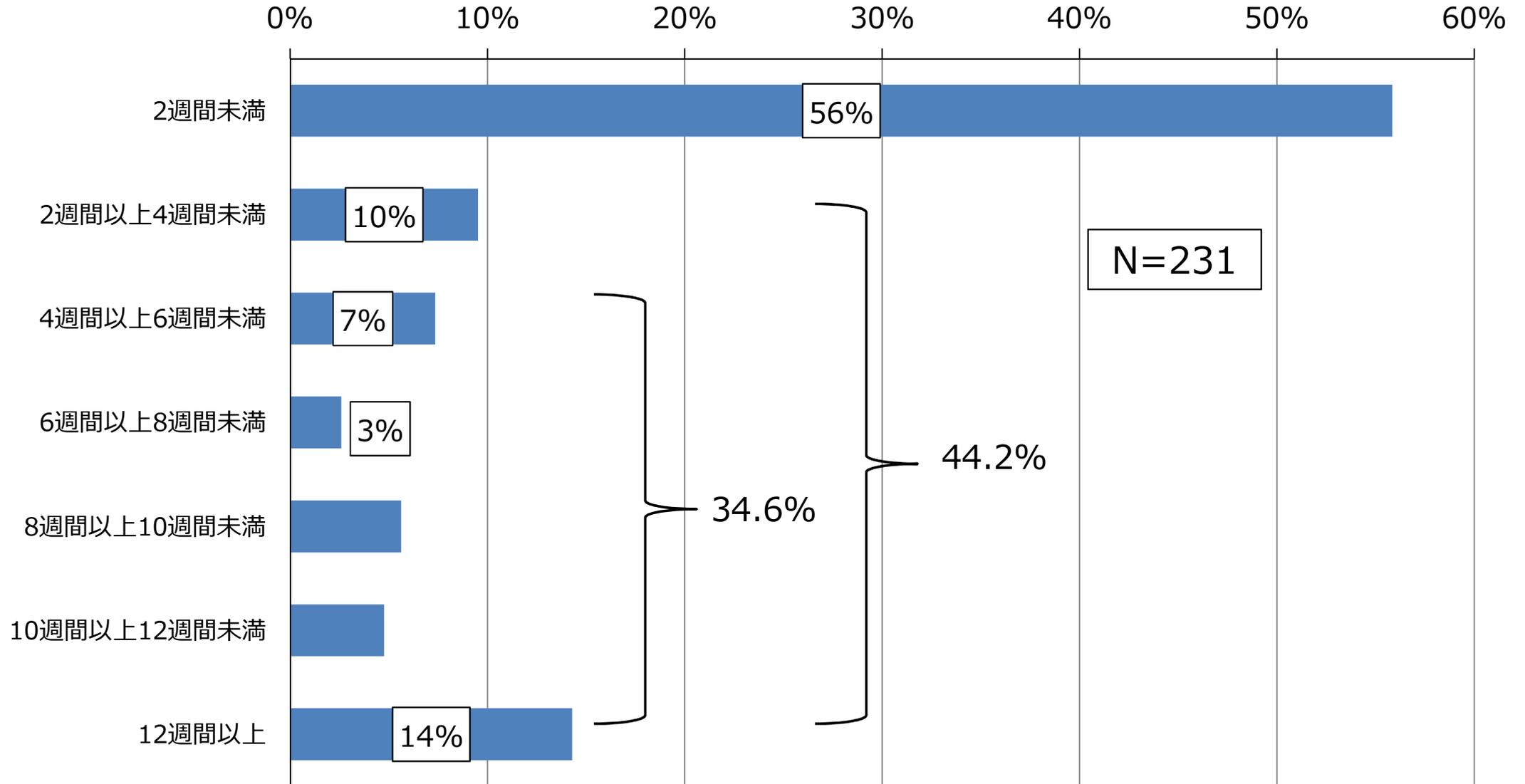


## 【指導・助言を行った他事業所のサービス】



# 退院後の通所リハビリテーション利用開始までの期間

退院後に通所リハビリテーションの利用を開始した者の44.2%は、退院から通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっており、34.6%は4週間以上かかっていた。

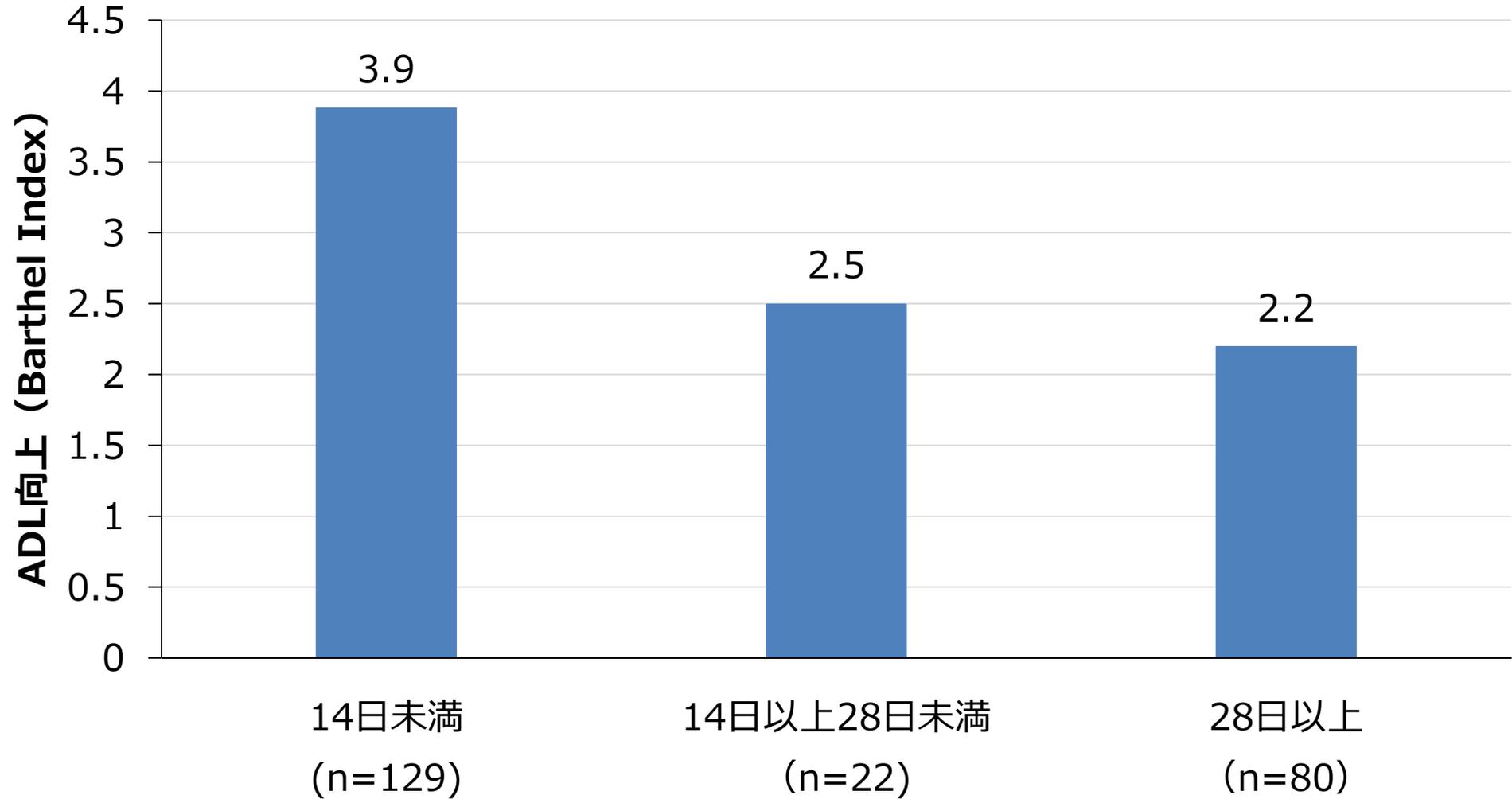


※平成27年10月以降に退院した者231名について集計

# 退院後の通所リハビリテーション利用開始までの期間と開始後のADL向上

退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

## 退院から通所リハビリテーション開始までの日数

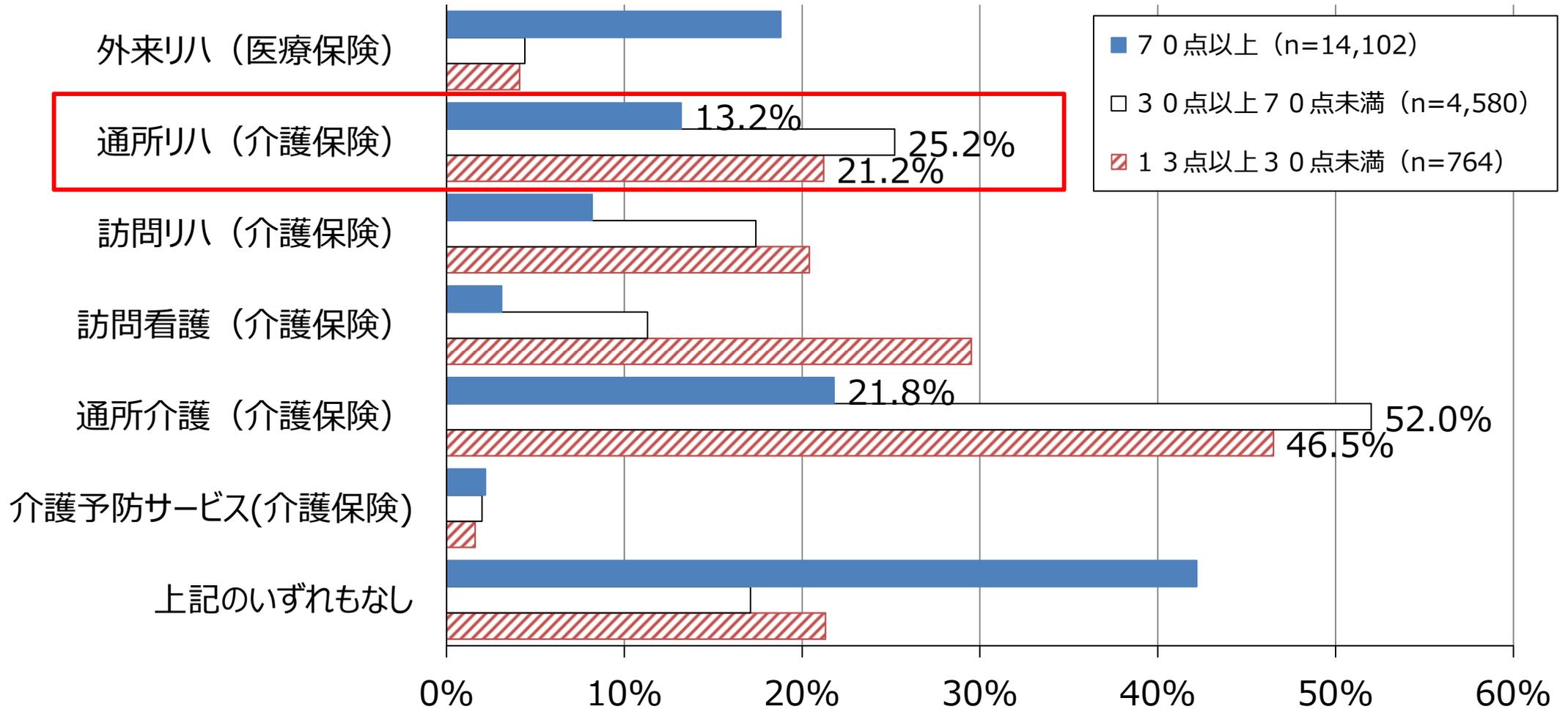


※平成27年10月以降に退院した者231名について集計

# 退院後の介護保険サービスの利用

医療保険の対象となる回復期リハビリテーション病棟を退院した後、医療保険のリハビリテーションを経ずに介護保険の通所リハに移行する患者は、FIM運動項目30点以上70点未満では25%、30点未満では21%存在する。

回復期リハビリテーション病棟から自宅へ退棟した患者が利用するリハビリテーション等の内容  
(退院時 F I M 運動項目総得点別)



※FIM (Functional Independence Measure) : 機能的自立度評価のことで、全18項目のA D Lについて介助量に応じて7段階で評価する方法。運動項目のみの最高点は91点、最低点は13点である。

# 退院後早期の通所リハビリテーション

入院でリハビリテーションを受けている患者に対し、退院後に通所又は訪問リハビリテーションを行う予定の理学療法士等が訪問することについて、早期にリハビリテーションを導入するために効果的な取組であるとの意見がある。

「退院・退所直後の機能低下を防止するためには、退院後できるだけ早期に訪問・通所リハビリテーションを導入することが効果的である。

介護保険でリハビリテーションを実施するためには、ケアプランを立案する必要があるが、そのための諸手続きなどでサービスの実施までタイムラグが出てしまう点は、課題となっている。

介護支援専門員や訪問看護ステーション職員の退院前訪問は介護報酬上の評価対象である一方、訪問・通所リハビリテーション職員の場合は評価対象となっていない。しかし、入院中に訪問・通所リハビリテーション職員が病院に出向き、直接情報交換を行うことは、早期にリハビリテーションを導入するためには効果的な取組であると考えられる。」

(平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」)

(参考)

## 居宅介護支援費 退院・退所加算 300単位

病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（中略）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行なった場合（中略）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

## 訪問看護 退院時共同指導加算 600単位

病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう）を行った場合に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、この初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。

# 状態が悪化した利用者に対する早期のリハビリテーション

介護支援専門員がリハビリテーションを適時に導入しやすくなるよう、リハビリテーション導入の要否をかかりつけ医に相談するべきかの判断の参考となる目安があるとよいのではないかという意見がある。

「介護支援専門員は、要介護高齢者等の状況を把握し、適切なサービス利用につなげる役割を担っている。

要介護高齢者等が病院・診療所から退院する際や老人保健施設から退所する際には退院前カンファレンスや同行訪問が行われ、入院・入所先の医師やリハビリテーション専門職等から介護支援専門員への情報提供等もふまえ、必要に応じてリハビリテーションサービスが導入されることが多くなっている。一方、在宅で生活中に状態が悪化した場合には気づきの遅れや、原因・改善の可能性についての理解の困難性などから、リハビリテーションを適時に導入できていない状況があるとの意見がある。そのため、リハビリテーション導入の要否を介護支援専門員がかかりつけ医に相談すべきか検討するために参考となる基準や目安があれば、介護支援専門員もリハビリテーションを意識した介入がしやすいと思われる。」

(平成28年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」)

(参考)

## 基準省令「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」

### 第13条 十九

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

## 解釈通知「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」

### 3 (3) ㊸主治の医師等の意見等

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師又は歯科医師等がその必要性を認めただけに留められるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置づける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

# 医療保険から介護保険へのリハビリテーション移行

現在、医療保険の脳血管等リハビリテーションを受けている患者の7%（1.2万人）、運動器リハビリテーションを受けている患者の2%（2.6万人）について、平成30年4月より介護保険のリハビリテーションへ移行することが想定されている。

上段：算定件数  
下段：全体に対する割合

	入院外レセプト総数	
	標準的算定日数を超過した要介護被保険者等 （※）に対する点数を算定しているレセプト	その他
脳血管疾患等 リハビリテーション料	12,090件 6.8%	164,419件 93.2%
運動器疾患 リハビリテーション料	26,437件 2.2%	1,189,127件 97.8%

※ 標準的算定日数の上限の除外対象となる要介護被保険者を除く。

（出典）厚生労働省「平成27年度社会医療診療行為別統計」

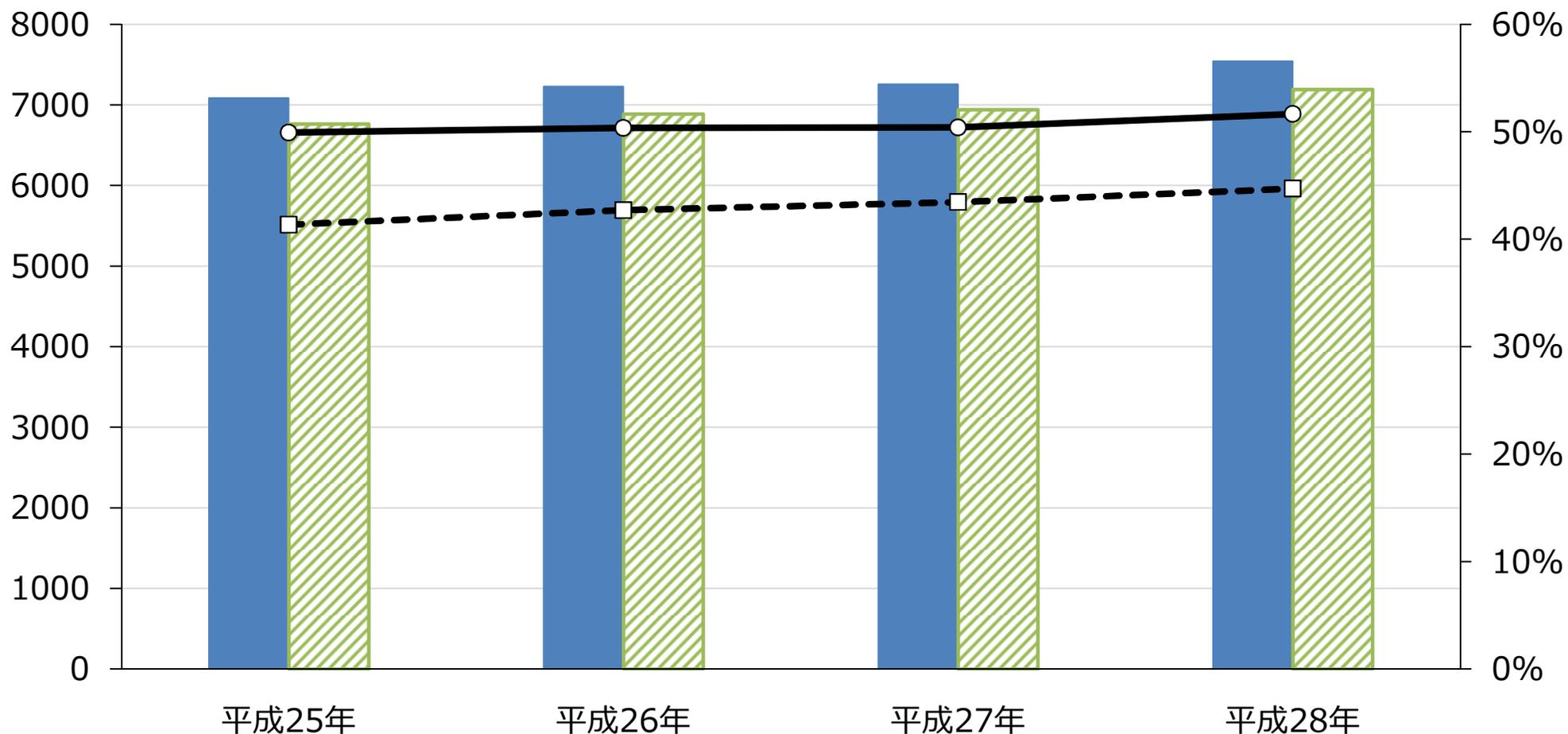
参考：通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの受給者数（平成27年5月審査分）

通所リハビリテーション	: 40.9万人
介護予防通所リハビリテーション	: 13.5万人
訪問リハビリテーション	: 7.1万人
介護予防訪問リハビリテーション	: 1.1万人
合計	: 62.6万人

# 通所リハビリテーション事業所における病院・診療所の割合

介護保険による通所リハビリテーションのうち、半数程度を病院・診療所が担っている。

## 病院・診療所による通所リハビリテーション等の実施



■ 請求事業所数 (通所リハ)      ■ 請求事業所数 (介護予防通所リハ)  
—○— 全体に対する割合 (通所リハ)      -□- 全体に対する割合 (介護予防通所リハ)

## (参考) 介護保険法における指定居宅サービス事業者の特例について

### 指定居宅サービス事業者の特例（みなし指定）・・介護保険法 第71条の要約

病院等について、健康保険法第63条第3項第一号の規定による保険医療機関又は保険薬局の指定があったとき（同法第69条の規定により同号の指定があったものと見なされたときも含む）は、その指定の時に、当該病院等の開設者について、当該病院等により行われる居宅サービス（病院又は診療所にあつては、居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションに限り、薬局にあつては居宅療養管理指導に限る）の指定があったものとみなす。

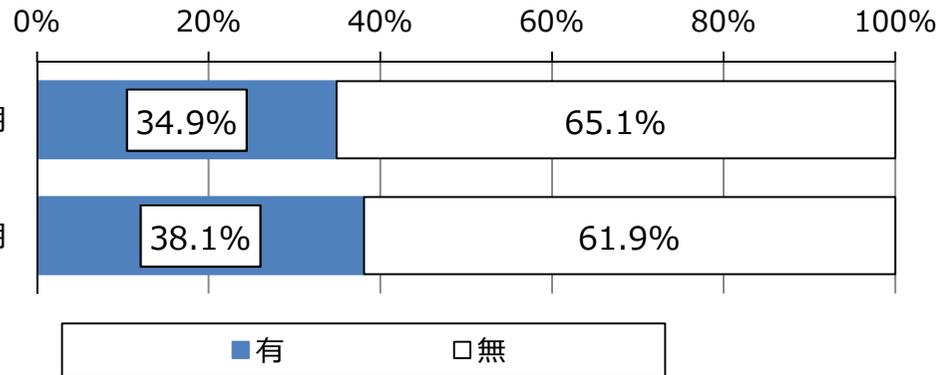
※上記規定により通所リハビリテーションの指定があったものとみなされる病院等については、通所リハビリテーションが実施される病院等の環境にかんがみ、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料にかかる施設基準に適合しているものとして届出をしていることを想定。

（平成21年3月13日老振発第0313002号・老老発第0313002号厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長通知）

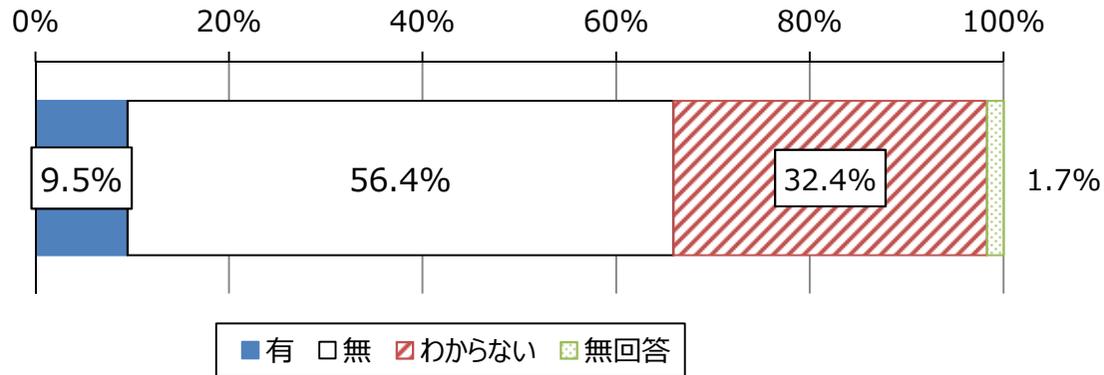
# 病院・診療所における通所リハビリテーションの実施

- みなし指定の対象となる病院・診療所のうち、実際に介護保険のリハビリテーションを提供しているものは2 - 4割程度である。
- 通所リハビリテーションを開設していない病院・診療所のうち、開設の意向があるものは病院・診療所とも1割程度である。

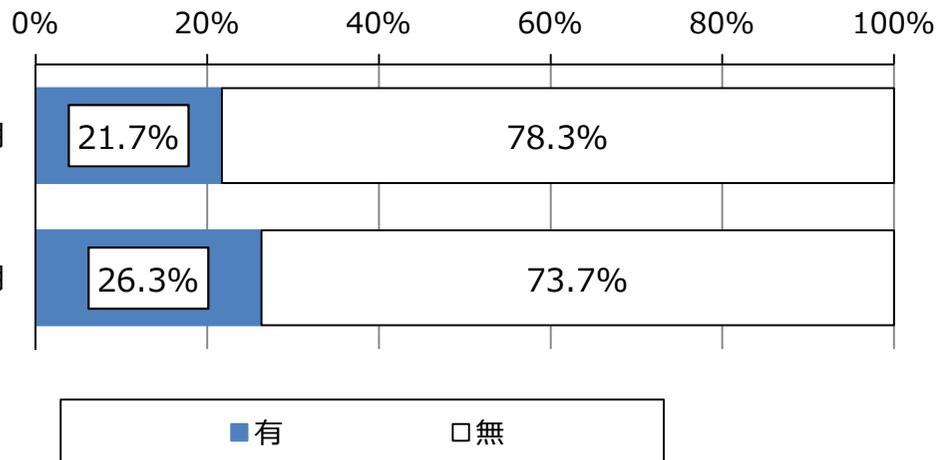
通所リハビリテーションの実施の有無【病院】



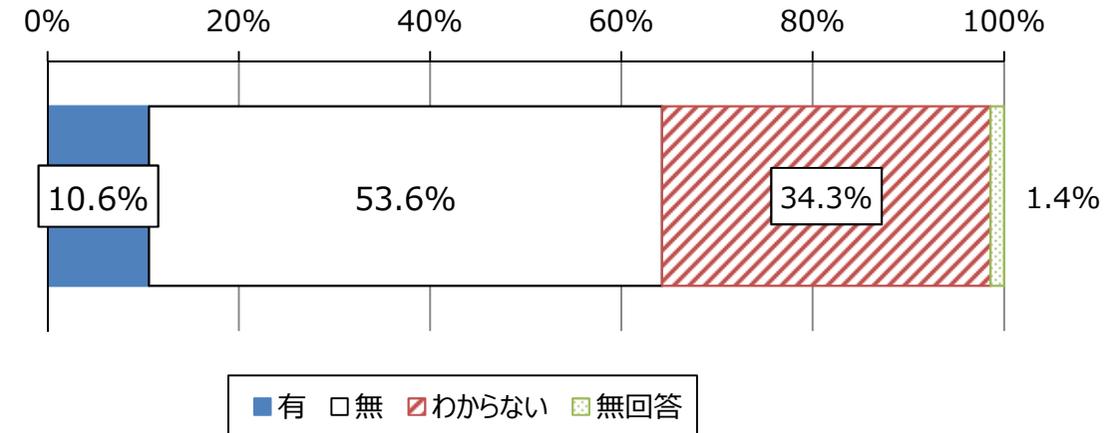
通所リハビリテーションの開設意向【病院】



通所リハビリテーションの実施の有無【診療所】



通所リハビリテーションの開設意向【診療所】

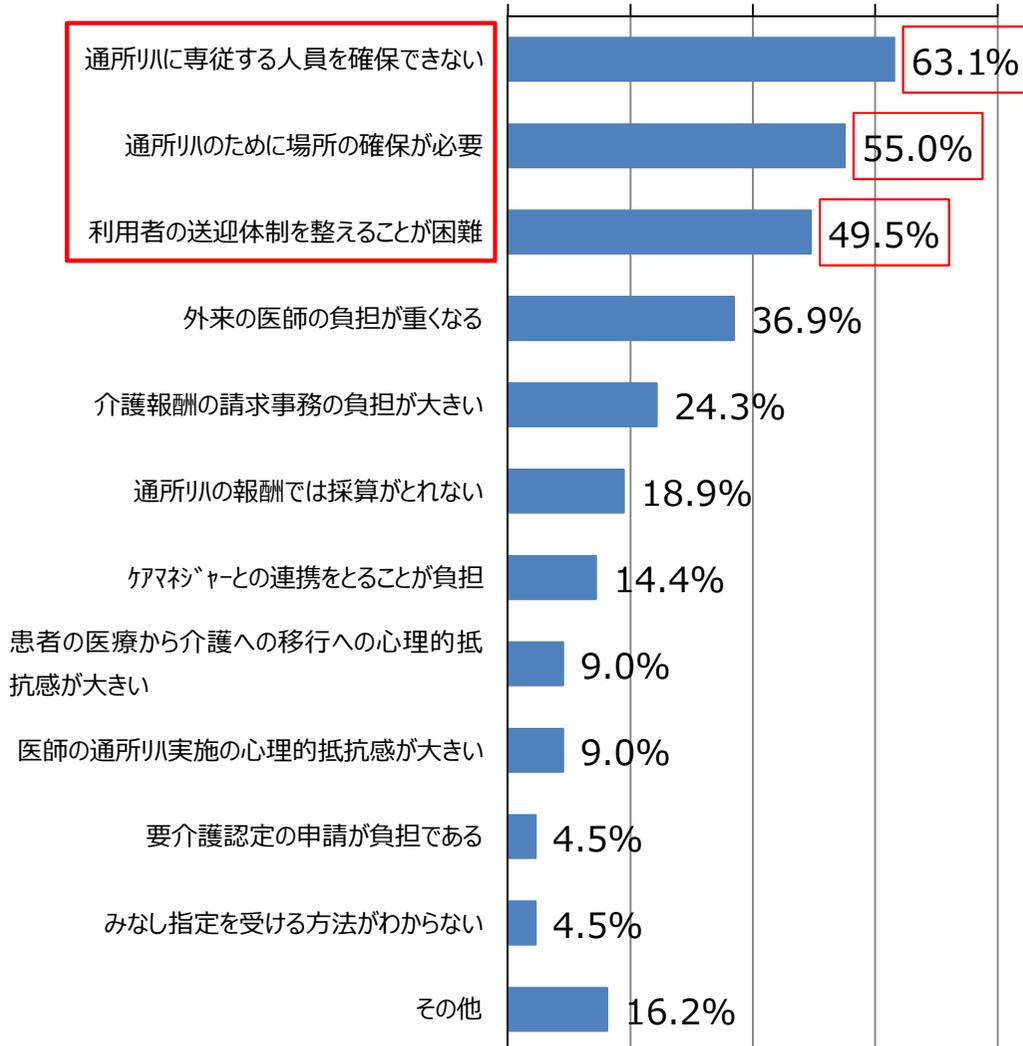


# 病院・診療所において通所リハビリテーションを行わない理由

診療所・病院に通所リハビリテーションの開設の意向がない理由としては、人員、場所、送迎体制の確保等がある。

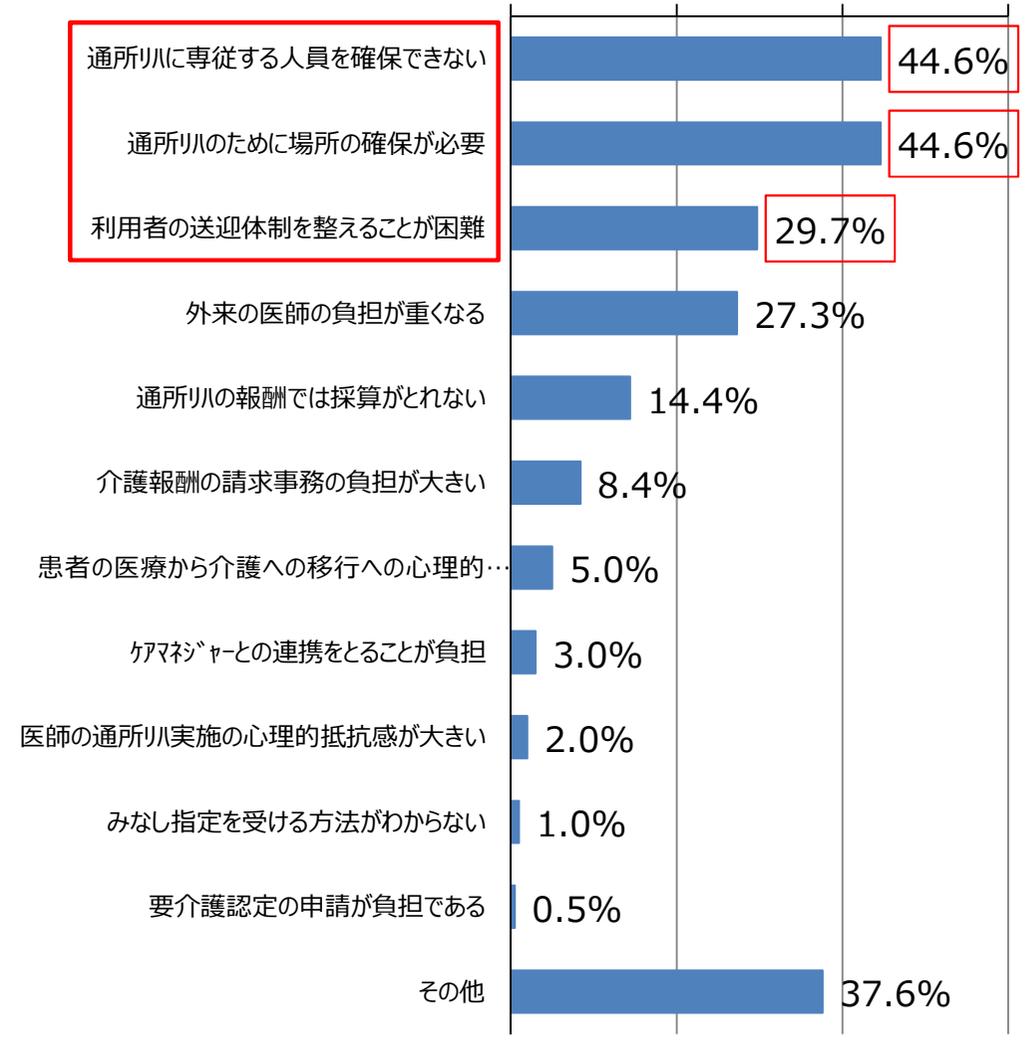
通所リハビリテーションを開設する意向がない理由  
【診療所】(複数回答)

0% 20% 40% 60% 80%



通所リハビリテーションを開設する意向がない理由  
【病院】(複数回答)

0% 20% 40% 60%



# 医療保険と介護保険におけるリハビリテーションにかかる報酬の比較

## 【医療保険※1】

### 疾患別リハビリテーション

脳血管：180日超  
運動器：150日超

例) 20分×13回/月 = 260分  
(上限：13単位/月×20分=260分/月)

## 【介護保険】

### (通常規模型：通所リハビリテーション：短時間リハビリテーションの場合※2)

～3ヶ月

例) 40分×8回/月 = 320分  
(短期集中個別リハビリを実施した場合の下限)

3ヶ月～

リハビリテーション計画に基づいて  
理学療法、作業療法等を実施

(点・単位)

5,000  
4,000  
3,000  
2,000  
1,000  
0

脳Ⅰ 運Ⅰ 脳Ⅱ 運Ⅱ 脳Ⅲ 運Ⅲ

支Ⅰ 支Ⅱ 介Ⅰ 介Ⅱ 介Ⅲ 介Ⅳ 介Ⅴ

支Ⅰ 支Ⅱ 介Ⅰ 介Ⅱ 介Ⅲ 介Ⅳ 介Ⅴ

■ 疾患別リハ料  
■ 基本サービス費  
■ 短期集中個別リハビリテーション実施加算※5

■ リハ総合計画評価料  
■ リハビリマネジメント加算※4

■ 再診料等※3  
■ 運動器機能向上加算

### - 診療報酬 -

<疾患別リハ※1>  
- 要介護保険者等 -  
脳血管等(Ⅰ) 147点/単位  
運動器(Ⅰ) 111点/単位  
脳血管等(Ⅱ) 120点/単位  
運動器(Ⅱ) 102点/単位  
脳血管等(Ⅲ) 60点/単位  
運動器(Ⅲ) 51点/単位  
<リハ総合計画評価料> 300点/月  
<再診料※3> 72点/日  
<外来リハビリテーション診療料※3>  
72点/7日、109点/14日

### - 介護報酬 -

<基本サービス費>  
要支援1 1,812単位/月、要支援2 3,715単位/月  
要介護1 329単位/日、要介護2 358単位/日、要介護3 388単位/日  
要介護4 417単位/日、要介護5 448単位/日  
※送迎を実施しないことによる減算  
要支援1 -376単位/月、要支援2 -752単位/月、要介護 -94単位/日  
※要支援1のものは月4回、要支援2のものは月8回を目途にサービスを利用  
<運動器機能向上加算> 225単位/月  
<リハビリマネジメント加算Ⅰ※4> 230単位/月  
<短期集中リハビリテーション実施加算※5> ～3ヶ月：110単位/日

※1：医療機関の外来リハビリテーションを受けた場合。  
※2：1～2時間のリハビリテーションを提供した場合。送迎を実施しないことを想定。  
※3：各疾患別リハ料(Ⅰ)では再診料の算定を、(Ⅱ)及び(Ⅲ)では外来リハビリテーション診療料の算定を想定  
※4：リハビリテーション計画を策定し、通所リハビリテーションを実施した場合に算定。リハビリテーションマネジメント加算はⅠが230単位/月、Ⅱが6月まで1020単位/月、6月～700単位/月。ここではⅠをもとに計算。  
※5：退院(所)日または認定日から3ヶ月以内：週2回以上、1回当たり40分以上の個別リハビリテーションを行った場合に算定できる。  
※6：介護予防通所リハビリテーションは月あたりの包括払い。事務連絡において、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されるとしている。

# (参考) 医療保険の各リハビリテーション料の届出医療機関数

疾患別 リハビリテーション料	届出医療機関数	
	病院	診療所
脳血管疾患等 (Ⅰ)	2,619	77
脳血管疾患等 (Ⅱ)	1,646	300
脳血管疾患等 (Ⅲ)	1,432	1,472
運動器 (Ⅰ)	4,353	908
運動器 (Ⅱ)	1,111	3,380
運動器 (Ⅲ)	638	794

平成27年現在

(出典) 平成28年10月19日中央社会保険医療協議会総会資料 53

# 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの要件の比較

		脳血管疾患等 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	運動器疾患等 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	通所リハビリテーション
設備	機能 訓練室	(Ⅰ) 160㎡以上 (Ⅱ) 100㎡以上 (Ⅲ) 100㎡以上 (診療所：45㎡以上)	(Ⅰ) 100㎡以上 (Ⅱ) 100㎡以上 (Ⅲ) 45㎡以上 (診療所：45㎡以上)	リハビリを行う専用の訓練室として 利用定員×3㎡
	医師	(Ⅰ) 専任の常勤医：2名以上 (Ⅱ) 専任の常勤医：1名以上 (Ⅲ) 専任の常勤医：1名以上	(Ⅰ) 専任の常勤医：1名以上 (Ⅱ) 専任の常勤医：1名以上 (Ⅲ) 専任の常勤医：1名以上	専任の常勤医師1以上  (病院、診療所併設の介護老人保健施設では、当該病院、診療所の常勤医との兼務可)
人員配置	PT OT ST	(Ⅰ) 専従常勤PT：5名以上、 専従常勤OT：3名以上、言語聴 覚療法を行う場合専従常勤ST：1 名以上 (①～③の合計：10名以 上) (Ⅱ) 専従常勤PT：1名以上、 専従常勤OT：1名以上、言語聴 覚療法を行う場合専従常勤ST： 1名以上 (①～③の合計：4名以 上) (Ⅲ) 専従常勤PT,OT,STのいづれ かが1名以上	(Ⅰ) 専従常勤PT、専従常勤O T (①②の合計：4名以上) (Ⅱ) 以下のいずれかを満たしている こと ア. 専従常勤PT：2名以上、イ. 専従常勤OT：2名以上、ウ. 合 計2名以上 (Ⅲ) 専従常勤PT,OT,STのいづれ かが1名以上	単位ごとに利用者10人に1以上 上の内数として、単位ごとに利用者 100人に1以上  ※所要時間1～2時間では適切な 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

# 医療保険と介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合の施設基準緩和

## 医療保険と介護保険のリハビリテーションを同時に行う場合の施設基準緩和について

- 「疾患別リハビリテーションと1時間以上2時間未満の通所リハビリテーションを同時に行う場合に必要な機能訓練室の面積は、疾患別リハビリテーションに規定される面積基準を満たし、また、疾患別リハビリテーションを受ける患者を通所リハビリテーションの利用者とみなした場合に満たすべき面積基準を満たしていればよい。なお、介護保険の機能訓練室と疾患別リハビリテーションの機能訓練室は分ける必要はなく、疾患別リハビリテーションの機能訓練室の一部で通所リハビリテーションを行うことは差し支えない。」（医療H22.3.29 事務連絡（抄））
- 「保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、1時間以上2時間未満の指定通所リハビリテーションを実施する際には、指定通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。この場合の居宅基準第112条第1項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、三平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリテーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。」（介護保険基準通知（抄））

# 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションを同一施設で実施している例

事例 1 :

45m<sup>2</sup>のスペース、PT/OT/ST各 1 名、看護師 1 名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを交互に実施

9:00-10:00

(医療保険)  
3 名を対象  
に個別リハ

10:00-12:00

(介護保険)  
1 5 名を対象に  
個別・集団リハ

13:00-14:00

(医療保険)  
3 名を対象  
に個別リハ

14:00-16:00

(介護保険)  
1 5 名を対象に  
個別・集団リハ

事例 2 :

75m<sup>2</sup>のスペース、PT/OT/ST各 2 名で、医療保険のリハと介護保険の通所リハを並行して実施

9:00-12:00

(医療保険)  
9 名を対象に個別リハ

(介護保険)  
1 0 名を対象に  
個別・集団リハ

9:00-11:00

13:30-16:30

(医療保険)  
9 名を対象に個別リハ

(介護保険)  
1 0 名を対象に  
個別・集団リハ

13:00-15:00

## 送迎減算の算定要件

- ① 指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。

ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りではない。

- ② 利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。



送迎減算を行えば、送迎を実施しなくとも通所リハビリテーションの提供は可能

# リハビリテーションマネジメント加算

## 概要

適宜適切でより効果の高いリハビリテーションを実現するために、リハビリテーション計画書（様式）の充実や計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。

## 単位数

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)	開始月から6月以内	1,020単位/月	それ以降 700単位/月

## 算定要件

### リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)の算定要件

- ① 通所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していること。
- ② 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、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。
- ③ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して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。

### リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件

- ① リハビリテーション会議\*を開催し、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し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。
- ② 通所リハビリテーション計画について、医師が利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ること。
- ③ 開始月から6月以内の場合は1月に1回以上、6月を超えた場合は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、通所リハビリテーション計画を見直していること。
- ④ 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、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。
- ⑤ 以下のいずれかに適合すること。
  - (一) 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT又はSTが、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、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) 指定通所リハビリテーション事業所のPT、OT及びSTが、指定訪問リハビリテーション事業所の利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、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。
- ⑥ ①から⑤までに適合することを確認し、記録すること。

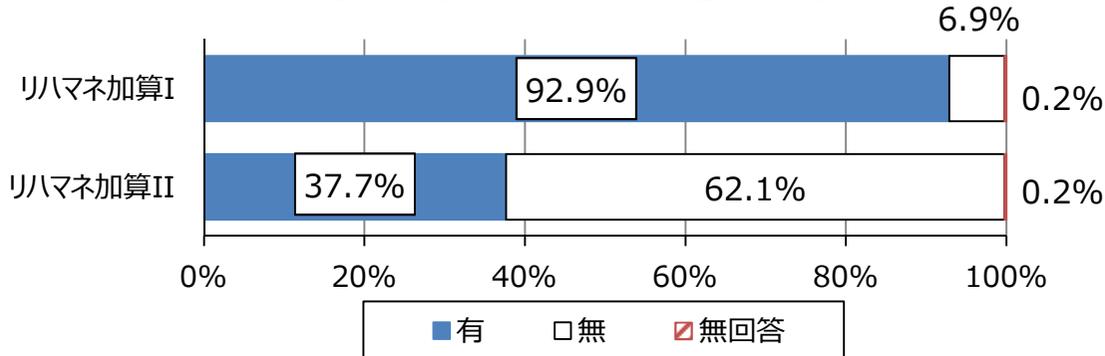
\*リハビリテーション会議は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者その他の関係者が構成員となって実施される必要がある。

# リハビリテーションマネジメント加算の届出等の状況

通所リハにおいて、リハビリテーションマネジメント加算 I を届け出ている割合は 92.9%、同 II は 37.7% であった。

リハビリテーションマネジメント加算 II の加算を算定しない理由は、「医師のリハ会議への参加が困難」が 56.2%、「医師からの説明時間が確保できない」が 49.6%、「毎月のリハ会議が負担である」が 52.4% であった。

リハビリテーションマネジメント加算の届出状況



リハビリテーションマネジメント加算 II の届出の有無別リハビリテーションマネジメント加算 II を算定していない利用者がある理由(2016年10月分)(複数回答)

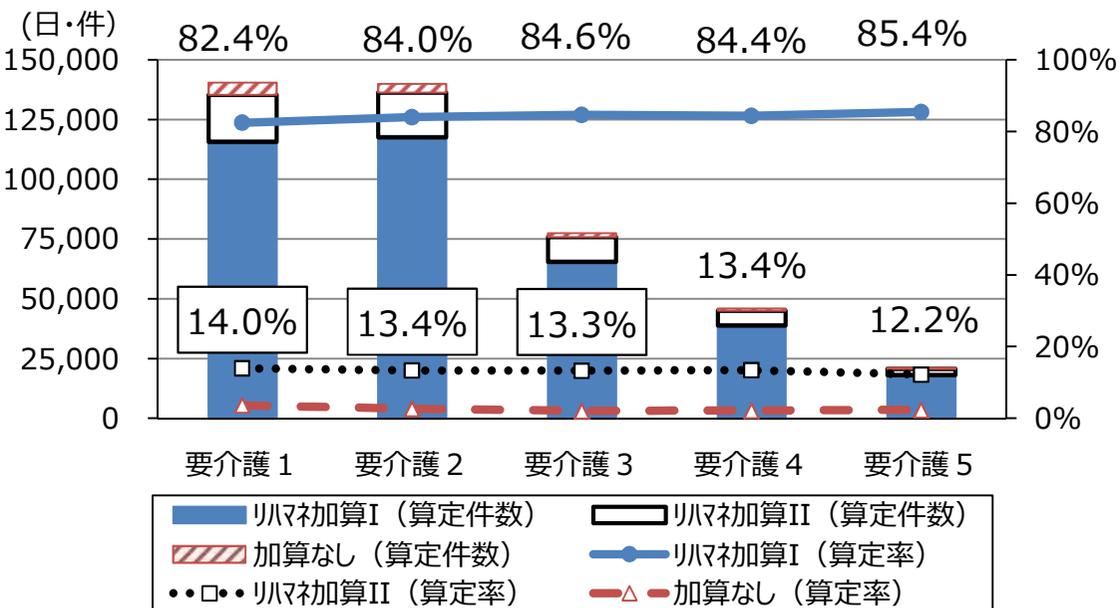
	合計	医師のリハ会議への参加が困難	医師からの説明時間が確保できない	毎月のリハ会議が負担である	本人・家族が意義・必要性を理解できない	利用者の経済的な負担が大きくなる	支給限度額の上限を超えてしまう	介護支援専門員の理解が得られない	その他	無回答
全体	452 100 %	254 56.2 %	224 49.6 %	237 52.4 %	144 31.9 %	196 43.4 %	137 30.3 %	78 17.3 %	51 11.3 %	8 1.8 %
有	154 100 %	57 37.0 %	41 26.6 %	71 46.1 %	71 46.1 %	87 56.5 %	68 44.2 %	45 29.2 %	23 14.9 %	3 1.9 %
無	291 100 %	191 65.6 %	177 60.8 %	162 55.7 %	71 24.4 %	107 36.8 %	66 22.7 %	33 11.3 %	28 9.6 %	5 1.7 %

注) 表中にはリハビリテーション加算 II の届出の有無について無回答の場合の記載を省略した。

(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成27年度調査)

リハビリテーションマネジメント加算 I の算定率は要介護度によらず約 84%、同加算 II の算定率は要介護度によらず約 13% であった。

要介護度別にみたリハビリテーションマネジメント加算の算定状況 (2017年2月分)



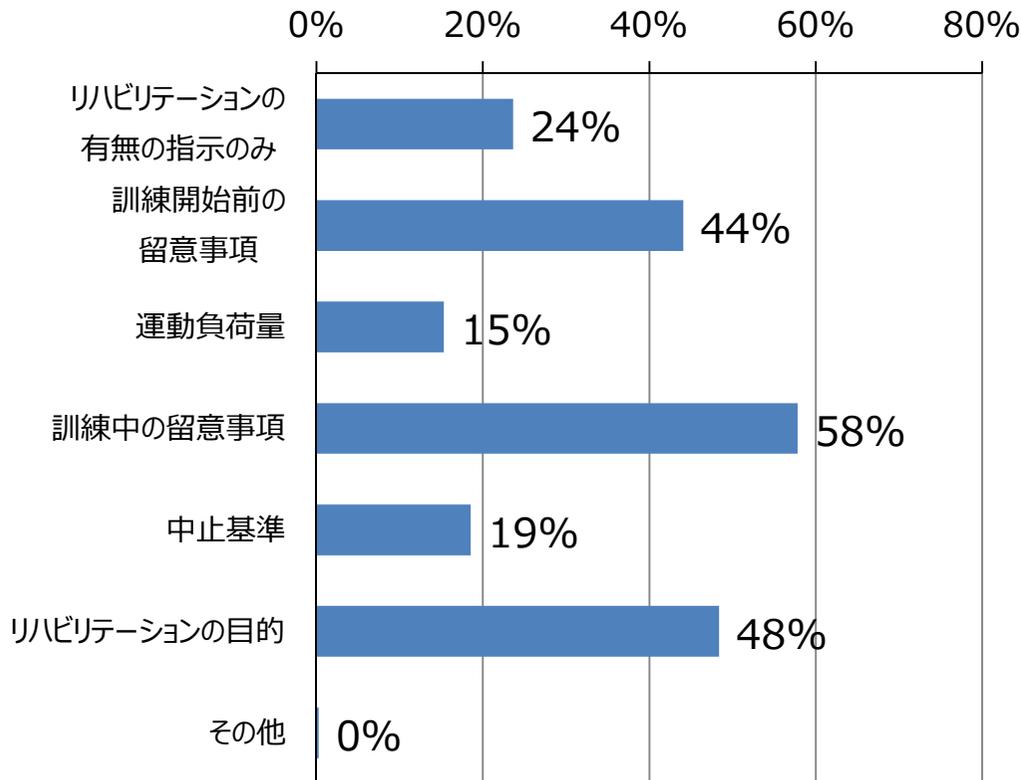
(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

(出典)平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

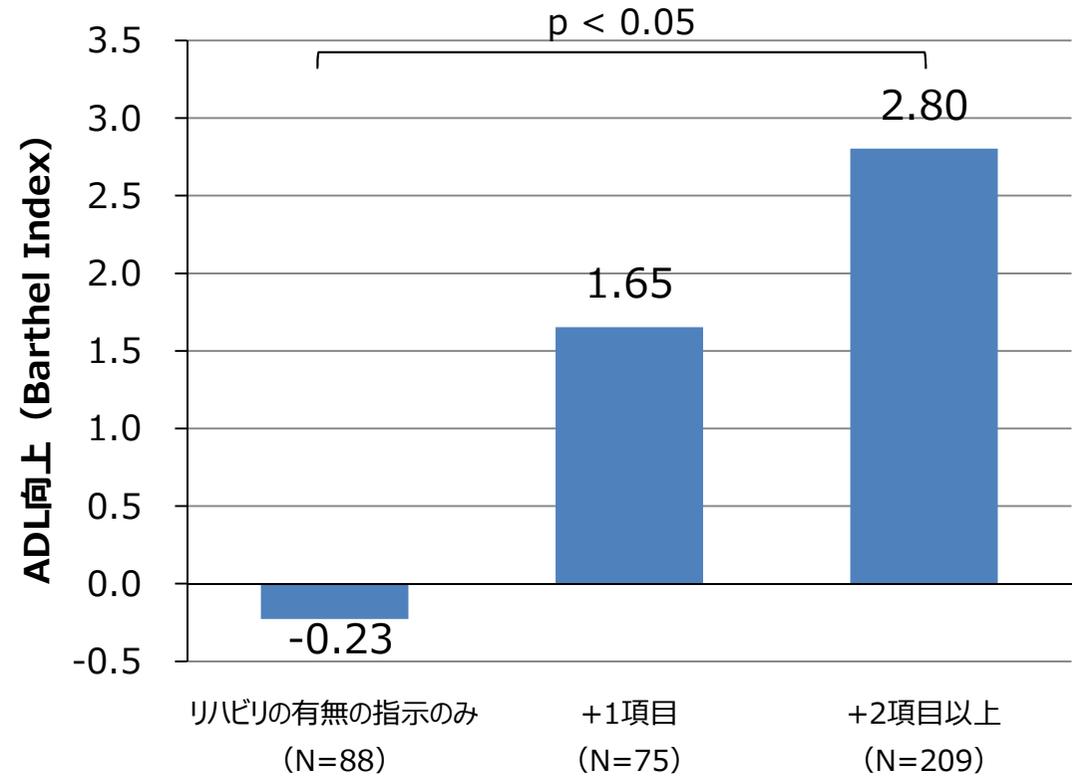
# 通所リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 改定検証調査において、指定通所リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等に出すリハビリテーションの指示は、リハビリテーション実施の有無のみのものであれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみのもとの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きい機能回復がみられていた。

医師からの指示の内容



医師からの指示の種類数別  
通所リハビリテーション開始時からのADL向上  
(Barthel Index)



注)  
・平成28年6月～8月に通所リハビリテーションを開始した372例を対象として集計した。

・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

# 認知症短期集中リハビリテーションの充実

## 概要

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

## 単位数

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

## 算定要件

### 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の算定要件

- ① 1週間に2日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。
- ② 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定していること。

### 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）の算定要件

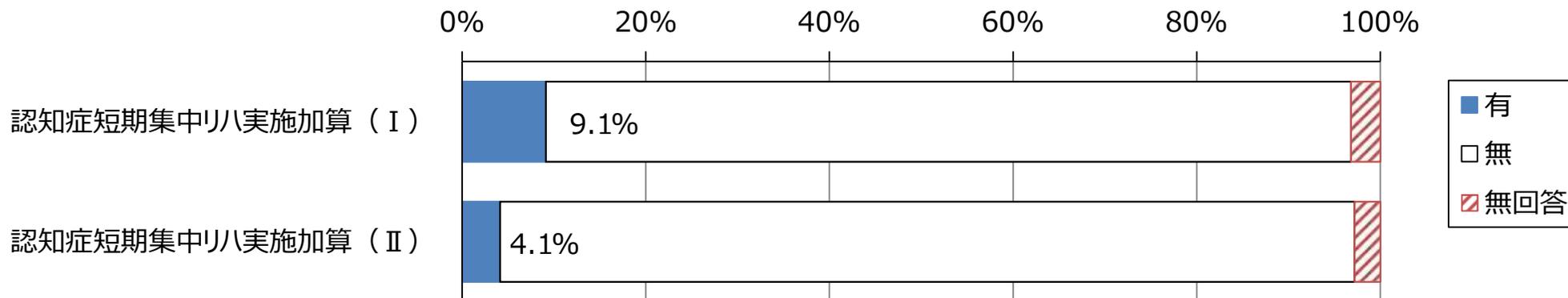
- ① 1月に4回以上リハビリテーションを実施すること。
- ② リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。
- ③ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定していること。



# 認知症短期集中リハビリテーションの充実

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の届出をしている事業所は9.1%、同(Ⅱ)の届出をしている事業所は4.1%であった。

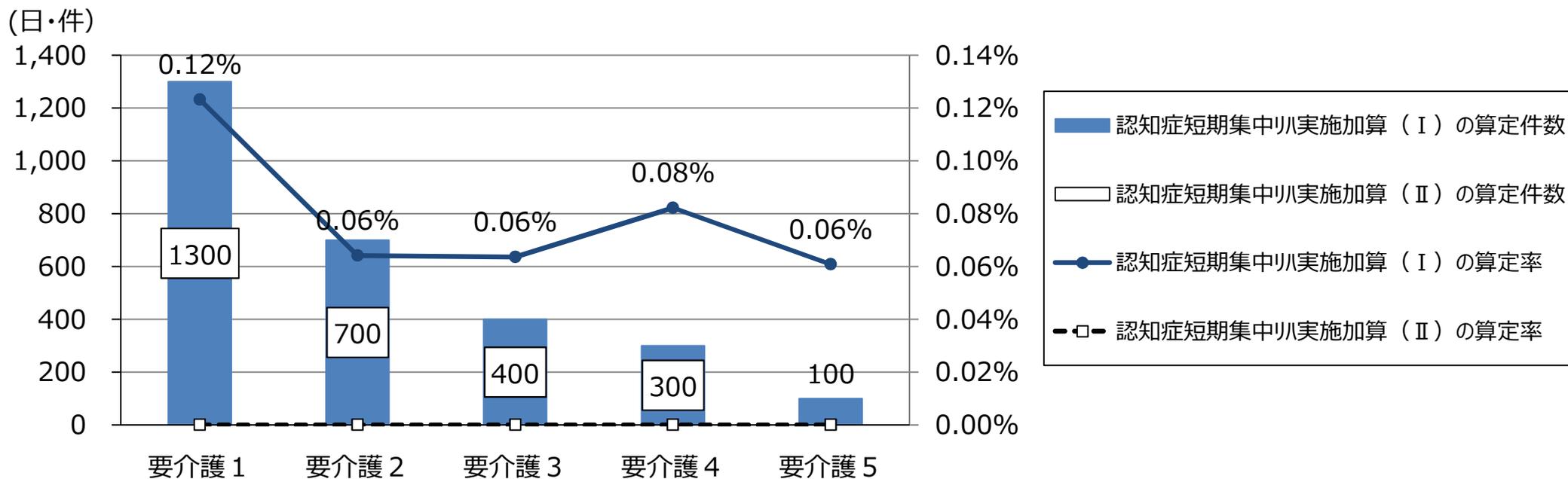
認知症短期集中リハビリテーション実施加算の届出状況(2016年10月分)



(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の算定率は最も多い要介護度1で0.12%であった。同(Ⅱ)の算定は0件であった。

認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定状況(2017年2月分)



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

# 社会参加支援加算

## 概要

通所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の体制を評価する。

※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。

## 点数

訪問：社会参加支援加算 1.7 単位/日

通所：社会参加支援加算 1.2 単位/日

## 算定要件

・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

### ① 社会参加への移行状況

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

### ② 通所リハビリテーションの利用の回転率

$$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$$

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

評価対象期間

【評価対象期間】

1月1日～12月31日

【届出】

翌年3月15日まで

【算定期間】

翌年4月1日～

翌々年3月31日



社会参加に資する  
取組へ移行

訪問して確認

【参加へ】

通所介護



地域の  
通いの場



家庭内の  
役割づくり

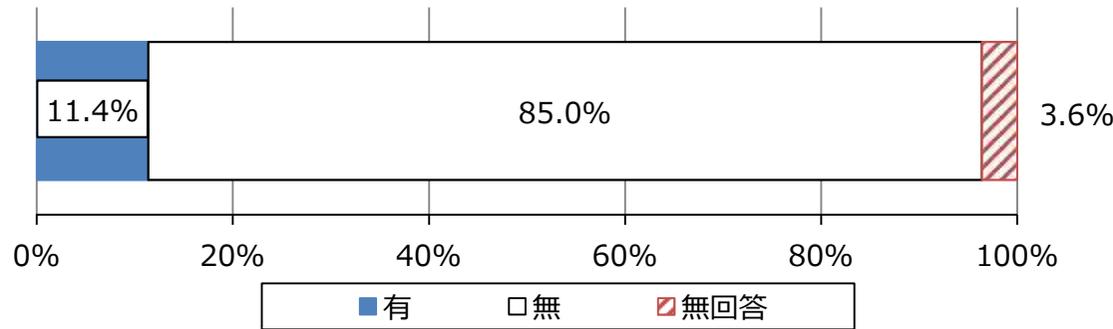


※終了後14日～44日以内に訪問にて  
3月以上参加が継続することを確認

# 社会参加支援加算の届出等の状況

社会参加支援加算の届出は、通所リハは11.4%であった。

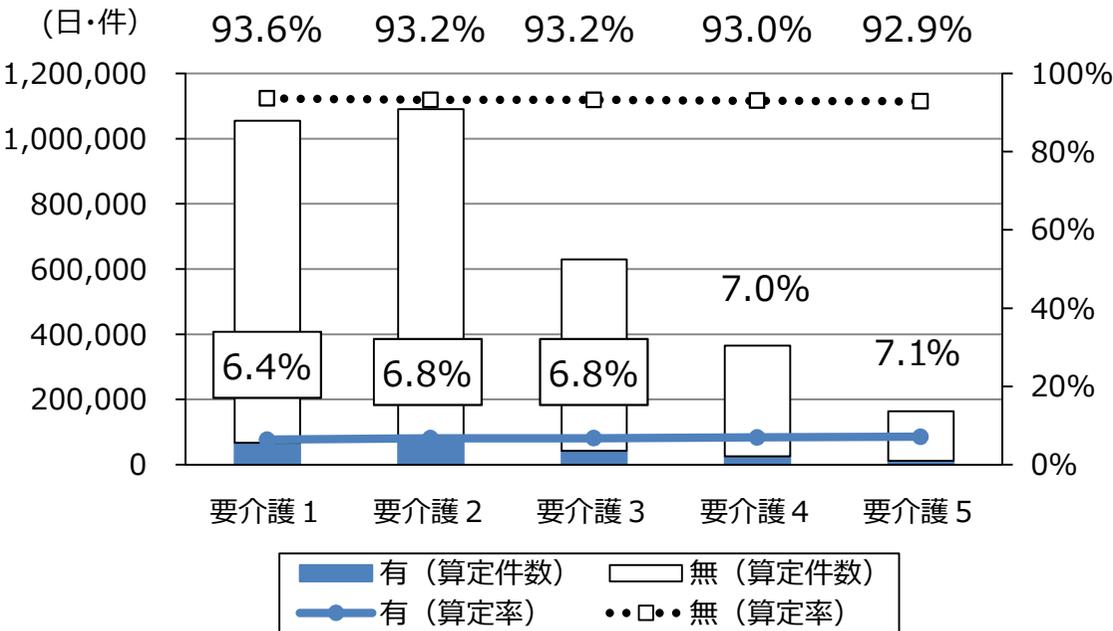
社会参加支援加算の届出状況（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

社会参加支援加算の算定件数は要介護度によらず約7%であった。

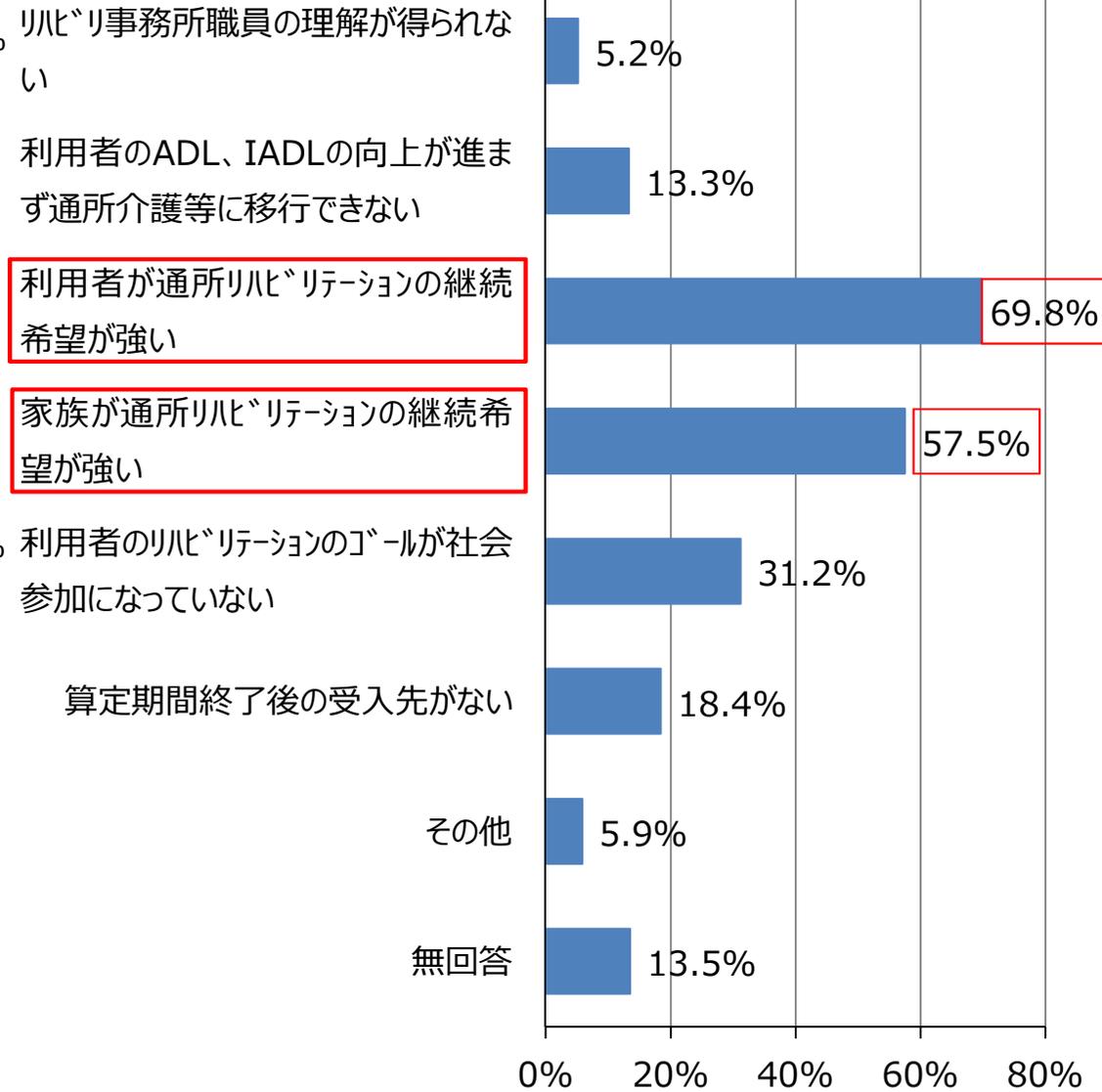
要介護度別にみた社会参加支援加算の算定状況（2017年2月分）



（出典）厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成29年2月分）

通所リハで届出をしていない主な理由は「利用者が通所リハの継続希望が強い」が69.8%、「家族が通所リハの継続希望が強い」が57.5%であった。

社会参加支援加算届出をしていない理由（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

# 生活行為向上リハビリテーション実施加算

## 概要

ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

## 点数

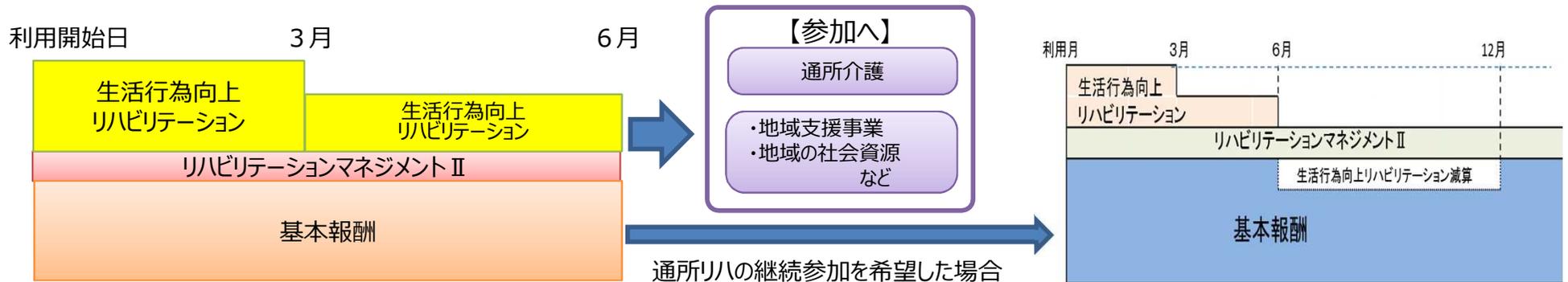
開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合 2000単位/月  
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 1000単位/月

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1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する

## 算定要件

- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された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 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施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 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定していること。

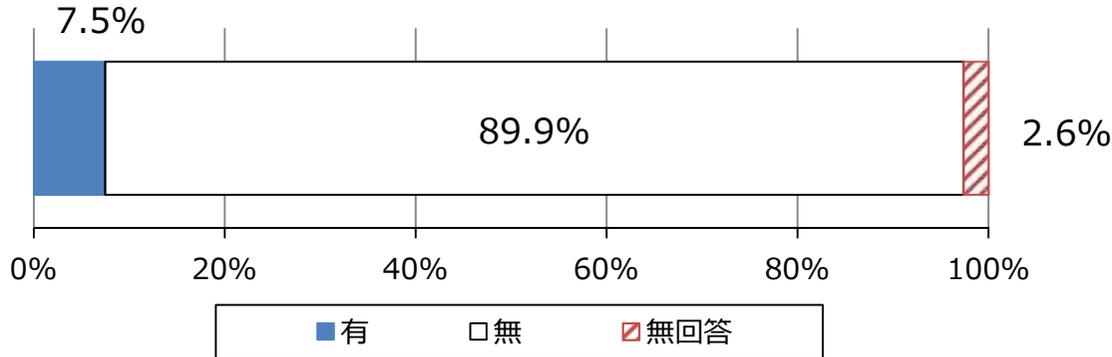
## 【イメージ】



# 生活行為向上リハビリテーション実施加算の届出等の状況

生活行為向上リハビリテーション実施加算を届け出ている通所リハ事業所は7.5%であった。

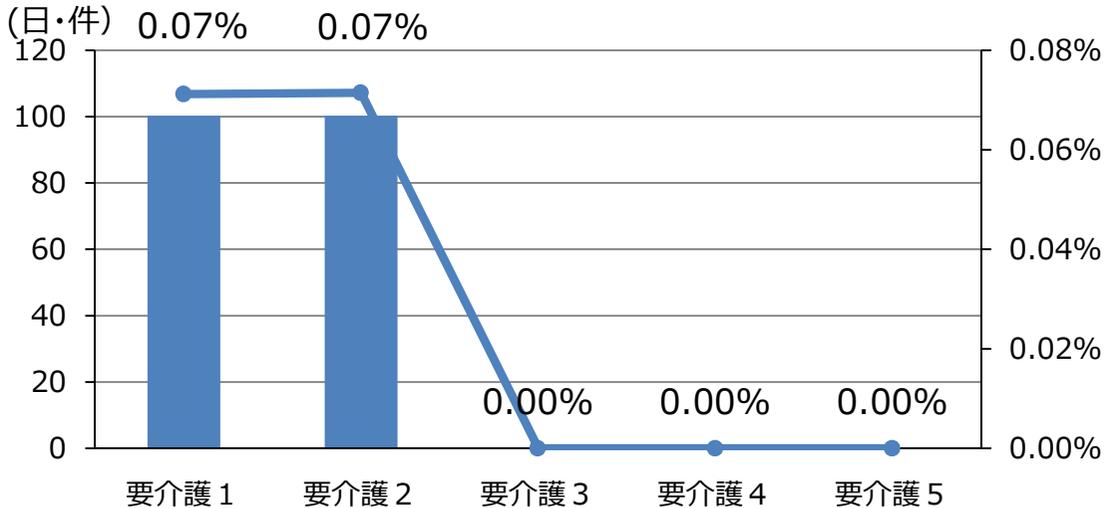
生活行為向上リハビリテーション加算の届出状況（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定は要介護1と2のみで、それぞれ0.07%であった。

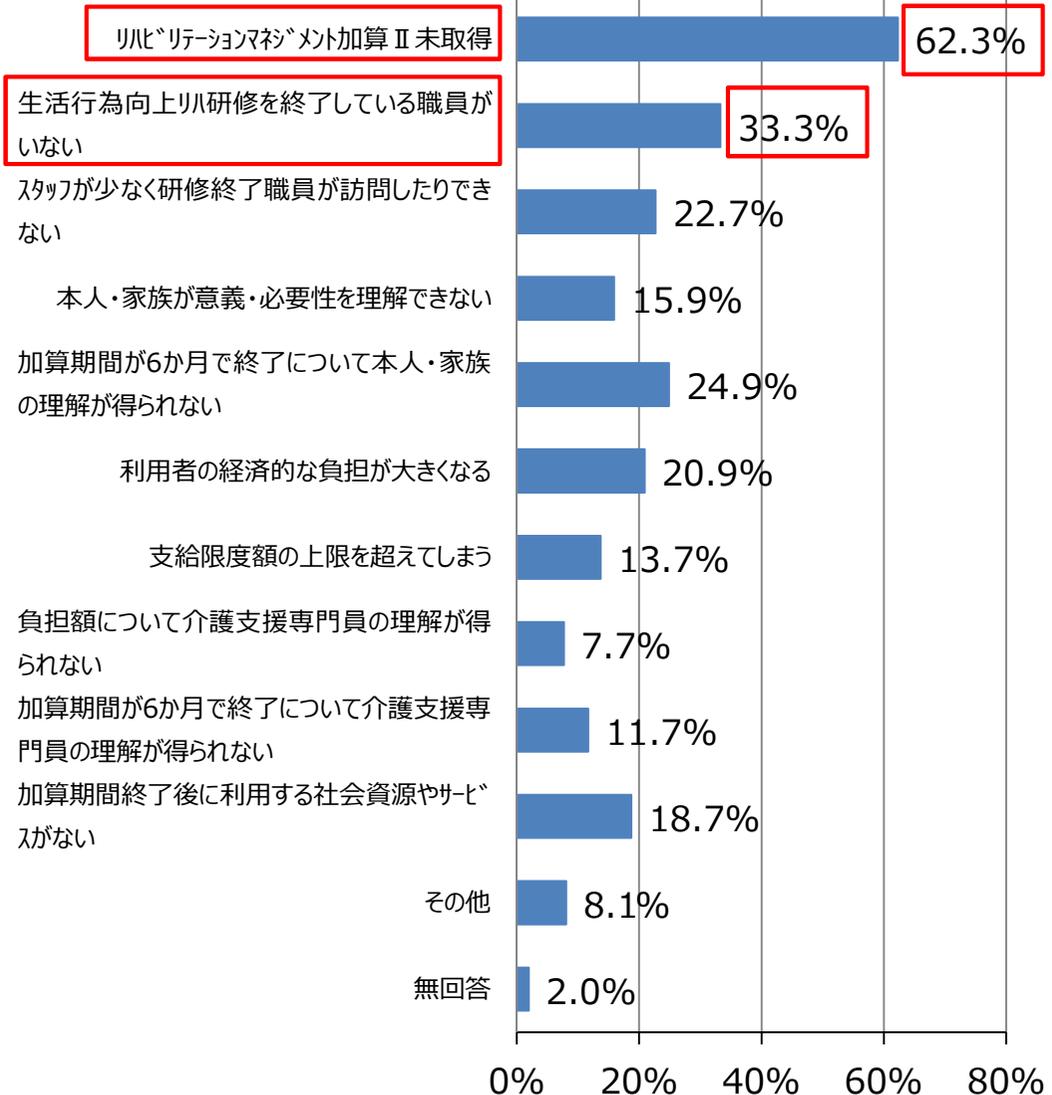
要介護度別にみた生活行為向上リハビリテーション加算の算定状況（2017年2月分）



（出典）厚生労働省「介護給付費等実態調査」（平成29年2月分）

届出をしていない主な理由は「リハマネ加算II未取得」が62.3%、「研修を終了している職員がいない」が33.3%であった。

（生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない利用者がある場合）生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定していない利用者がある理由（複数回答）（2016年10月分）



（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

# 通所リハビリテーションにかかる医療・介護連携

## リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい。

(例)

### 医療保険 疾患別リハビリ

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：これまでの経過、現在の機能、心身機能・活動・社会参加に係る患者の目標、目標に関する今後の見通しと患者の受け止め等

### 介護保険 通所リハビリ

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：これまでの経過、現在の心身機能・活動・社会参加の状況、リハビリテーションの目標とそれに向けた具体的支援内容、利用者と家族の希望等

# 通所リハビリテーションにかかる医療・介護連携

## リハマネジメント等において必要とされる作成書類

### 医療

点数	作成書類	文書	内容
+リハビリ総合実施計画書	リハビリ実施計画書に替えて リハビリ総合実施計画書 (廃用症候群では評価表が必要)	リハビリ実施計画書 リハビリ総合実施計画書	原因疾患、合併症、状態評価、目標、 希望、方針
+目標設定等支援・管理料	+目標設定等支援・管理シート	廃用症候群の評価表  目標設定等支援・管理シート	廃用に至った経過、ADL評価、内容、 見込み期間  発症からの経過、ADL評価、目標、予 後見通し、 介護保険のリハの利用見通し

### 介護

点数	作成書類	文書	内容・表題
加算等なし	通所リハビリ計画	通所リハビリ計画	様式なし(別紙様式2・3を参照して差し支えない)
+リハマネ加算		別紙様式1	興味・関心チェックシート
リハマネ加算1	+別紙様式1-3	別紙様式2	リハビリテーション計画書(経過、ADL・IADL評価、目標、リハビリ 実施内容)
リハマネ加算2	+別紙様式1-5		
+生活行為向上加算	+別紙様式1-6	別紙様式3	リハビリテーション計画書(経過、ADL・IADL評価、目標、リハビリ 実施内容)
		別紙様式4	リハビリテーション会議録
		別紙様式5	リハマネにおけるプロセス管理票
		別紙様式6	生活行為向上リハビリ実施計画書(通所訓練期・社旗適応訓練 期の実施内容)

## 医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

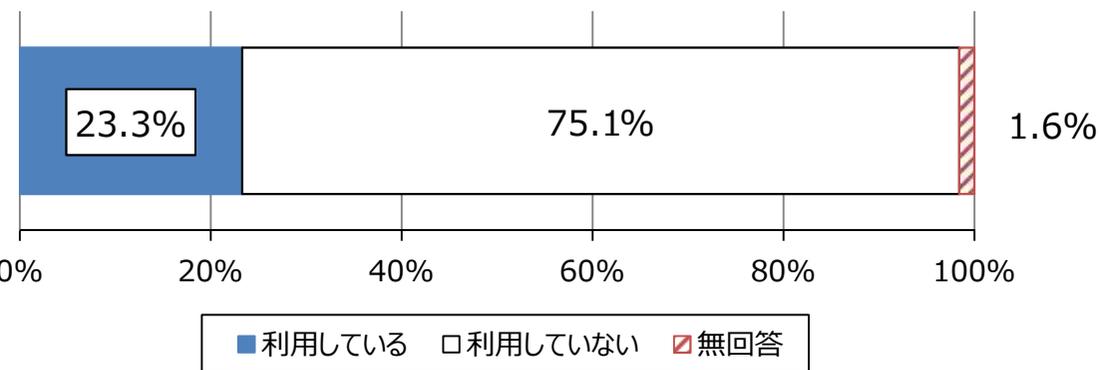
医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について、どのように考えるか。

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書などの共通化による情報共有など、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。
- 同時改定という良い機会なので、実施計画書も平仄を合わせて、うまくひも付けできるように検討することで、医療保険から介護保険へ円滑に移行できる。

# リハビリテーション計画書作成におけるソフトウェアの使用

リハビリテーション計画の作成に支援ソフトを利用している通所リハビリテーション事業所は23.3%であった。

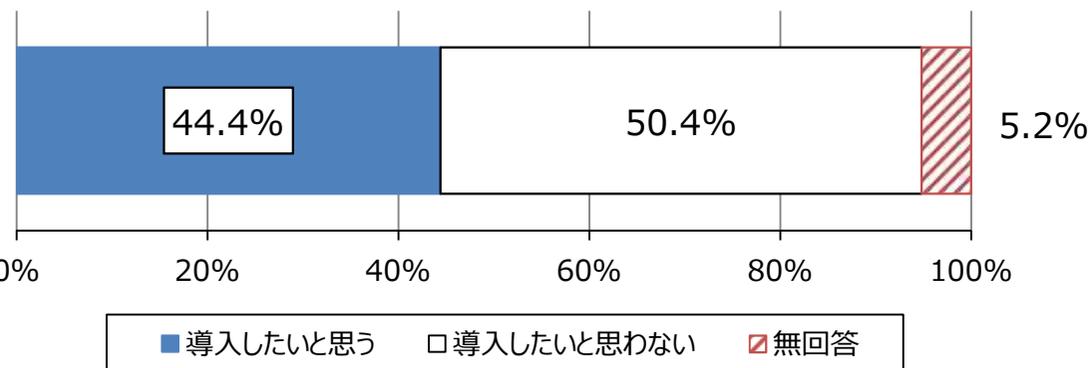
リハビリテーション計画書作成支援ソフトの利用



(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

リハビリテーション計画の作成に支援ソフトを利用していない通所リハビリテーション事業所のうち44.4%が今後導入の意向があった。

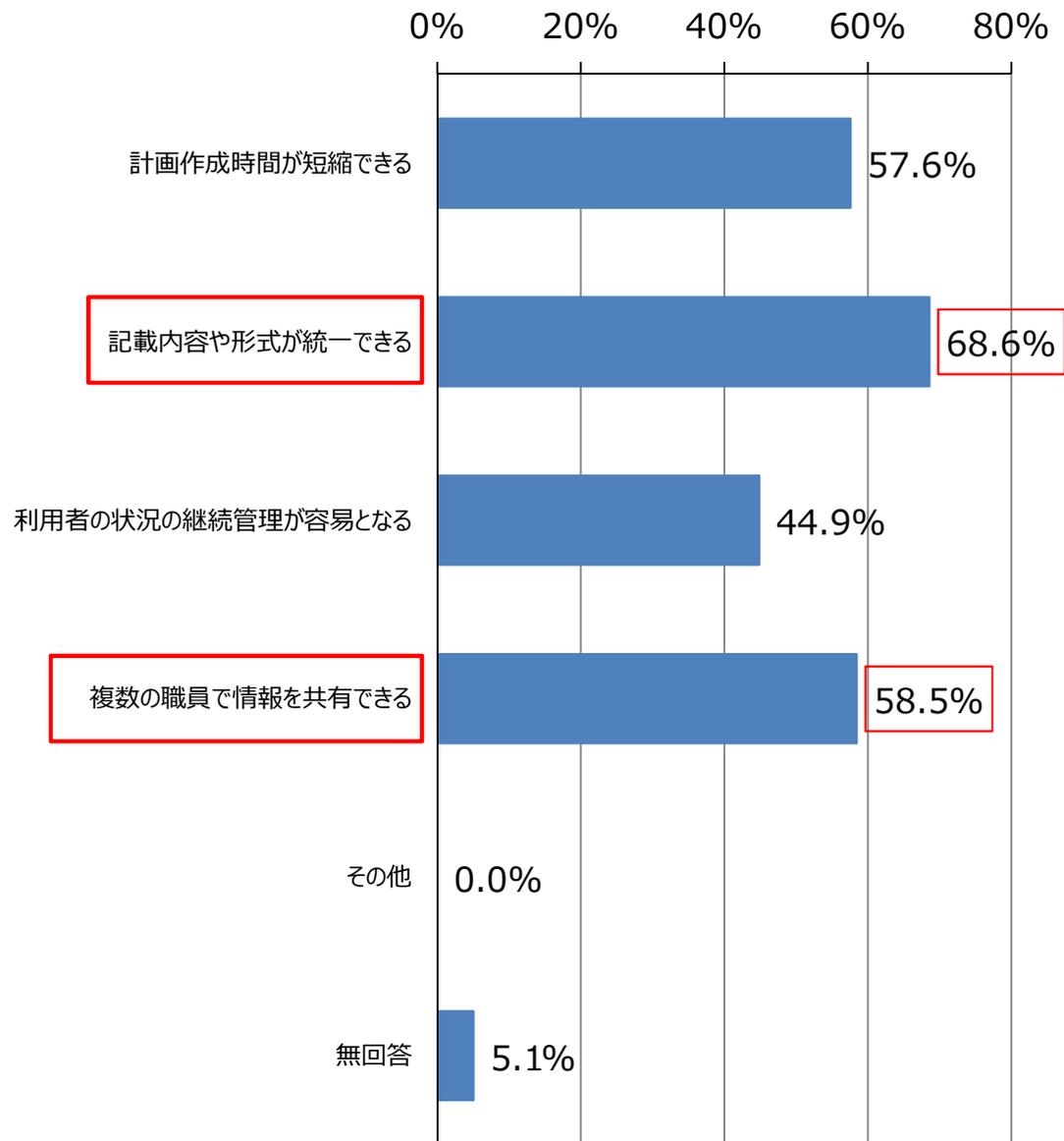
リハビリテーション計画書作成支援ソフトを利用していない場合の今後の導入意向



(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

リハビリテーション計画作成支援ソフトの利用効果としては、「記載内容や形式が統一できる」が68.6%、「複数の職員で情報共有ができる」が58.5%と多かった。

リハビリテーション計画作成支援ソフトの利用効果 (複数回答)



(出典) 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成28年度調査)

# 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（VISIT）

データ収集等協力事業所の選定（平成28年度）

- ・ 都道府県から通所・訪問リハビリ事業所の選定（全国で100事業所前後）

事業所の拡大

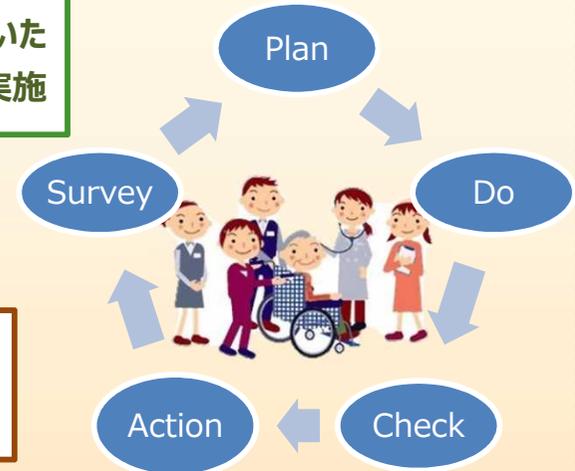
- ・ 平成29年度に全国で500事業所前後を選定

## 通所・訪問リハビリ事業所

VISITの導入により、

- ・ リハビリ計画書の作成支援
- ・ リハビリ会議の議事録作成支援
- ・ 生活行為向上リハビリ実施計画書の作成支援

SPDCAを用いた  
リハビリマネジメントの実施



フィードバックされた結果  
をもとにより質の高いリハ  
ビリを提供

データの分析結果をフィード  
バック

リハビリマネジメントに必要  
な様式を作成し、  
個人情報以外のデータを  
電送

導入  
支援

ヘルプデスクの設置  
(事業所のシステム導入・運用支援)



事業所支援

電送されたデータは  
データベースに収集

データベースを  
用いて分析

リハビリマネジメントの  
実態と効果の把握



リハ統合DB

# データヘルス改革におけるVISITの位置づけ

## 科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

