

通所リハビリテーションの 報酬・基準について

これまでの議論における主な意見について

- 医師の関与の更なる促進は必要であるが、医師の負担が重いというデータもでているので、その負担を軽減するためにはICTを活用してはどうか。
- VISITと呼ばれるデータ収集事業を推進するためには、データを提供すればきちんとフィードバックされて、現場の自らのサービスの質の向上につながる仕組みをつくる必要がある。
- 通所リハビリテーションの質の向上のためには、普及していないが、生活行為向上リハビリテーション実施加算や社会参加支援加算の継続が必要である。
- リハビリテーション専門職の配置の充実はよいと思うし、実際の通所リハビリテーションの利用者の中には長時間のサービスが必要な中重度の方も多いので、その受け皿としての役割も考える必要がある。
- 重度の方はリハビリテーションと同時にレスパイトも必要という方がいるので、長い通所リハビリテーションはだめだという機能分化をはき違えたような考え方はやめていただきたい。
- 介護保険への移行に当たってみなしの指定となっても、実際には、リハビリテーションに関する施設基準の違いや医療保険とは別の膨大な事務手続きの存在が障壁となっていることから、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。

※ 第146回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいて、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より、生活行為向上リハビリテーション実施加算は算定が非常に少ない状況であるが、対象者の活動と参加を促進すべく、さらなる提供に努めたいとの意見があった。

※ 第146回介護給付費分科会における事業者団体ヒアリングにおいて、日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会より、下記の意見があった。

- ・ 現行100対1の人員基準を50対1、もしくは25対1とした上で、さらにリハ専門職を10対1に加配している事業所を評価することも必要ではないか。
- ・ 1日を通して食事・排泄・入浴などの実践場面へリハ専門職が直接かわり、動作や介助の方法について助言を行うことで、居宅における介護や介助が楽になる効果がある。通所リハのニーズは、短時間のみではなく、従来型と言われる6～8時間にもあることを理解していただきたい。

通所リハビリテーションにおける医師の指示の明確化等

論点 1

- 通所リハビリテーションについて、医師の指示の内容を明確化して、評価するとともに、明確化する内容を考慮しながら、直近の介護事業経営実態調査の結果も踏まえて基本報酬を見直してはどうか。

対応案

- 医師の詳細な指示について、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化し、別途評価するとともに、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、基本報酬を設定してはどうか。

【リハビリテーションマネジメント加算に追加する要件（案）】

- ・ 医師は毎回の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。
- ・ 医師が当該利用者に対して3月以上の継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由を記載すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

【参考1】リハビリテーションマネジメント加算（I）の概要

＜算定要件＞

- ① 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。
- ② PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- ③ 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月以内に居宅を訪問して評価すること。

＜単位数＞

230単位／月

【参考2】リハビリテーションマネジメント加算（I）の算定率

- ・ 84% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 62.1%（病院・診療所：59.4% 介護老人保健施設：66.5%） （出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の見直しについて①

論点 2

- 医師は、利用者又はその家族に対し、リハビリテーション計画の内容等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ることが必要である。
- 医師のリハビリテーション会議への出席が困難なことや、医師からの説明時間が確保できないことから、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定できないことが多いという声を踏まえて、必要な見直しを行ってはどうか。

対応案

- リハビリテーション会議への医師の参加について、テレビ電話等※を活用してもよいこととしてはどうか。
※ テレビ会議システムその他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。
- 医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がリハビリテーション計画等について医師の代わりに説明できることとしてはどうか。ただし、医師が利用者に直接説明することが重要であることから、医師以外が説明する場合の評価については適正化の方向で検討することとしてはどうか。
- リハビリテーション会議の開催頻度について、リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所において、過去に一定以上の期間・頻度で介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求がある利用者におけるリハビリテーション会議の開催については、算定当初から3月に1回でよいこととしてはどうか。

【参考1】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の概要

<算定要件>

- ① 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、利用者の同意を得ること。
- ② 6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上の頻度でリハビリテーション会議を開催し、利用者の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

<単位数>

6月以内：1,020単位／月（6月以降：700単位／月）

【参考2】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定率

- ・13% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・22.5% （病院・診療所：21.6% 介護老人保健施設：23.4%） （出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の見直しについて②

論点 3

- リハビリテーションの質の更なる向上のために、リハビリテーションマネジメントの一環として、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、リハビリテーション計画書等のデータを提出して、質の向上に努められるよう他事業所のデータとの比較等のフィードバックを受けている事業所を評価してはどうか。

対応案

- 現行のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の要件に加えて、以下の要件を追加したものを新たに評価してはどうか。

【評価する要件（案）】

- ・ リハビリテーションマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム（VISIT）を用いて提出し、フィードバックを受けること。

【参考1】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の概要

<算定要件>

- ① 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、利用者の同意を得ること。
- ② 6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上の頻度でリハビリテーション会議を開催し、利用者の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。

<単位数>

6月以内：1,020単位／月（6月以降：700単位／月）

【参考2】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定率

- ・ 13% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 22.5% （病院・診療所：21.6% 介護老人保健施設：23.4%） （出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

介護予防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新設について

論点 4

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防通所リハビリテーションについてもリハビリテーションマネジメントを導入してはどうか。

対応案

- リハビリテーションマネジメント加算を新設してはどうか。
- ただし、要支援者が対象となることから、要介護者で算定されているリハビリテーションマネジメント加算の要件の一部のみを導入してはどうか。

【算定の要件（案）】

- ・ 医師は毎回の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。
- ・ おおむね3月ごとにリハビリテーション計画を更新すること。
- ・ 3月以上サービスを利用する場合には、リハビリテーション計画書の備考欄に継続利用が必要な理由を記載すること。
- ・ 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月以内に居宅を訪問して評価すること。

※ リハビリテーションの目的及び、リハビリテーション開始前の留意事項、リハビリテーション中の留意事項、中止基準、リハビリテーションにおける負荷量等のうち1つの計2つ以上の事項。

【参考1】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の概要

<算定要件>

- ① 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。
- ② PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、従業者に対して日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達すること。
- ③ 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月以内に居宅を訪問して評価すること。

<単位数>

230単位／月

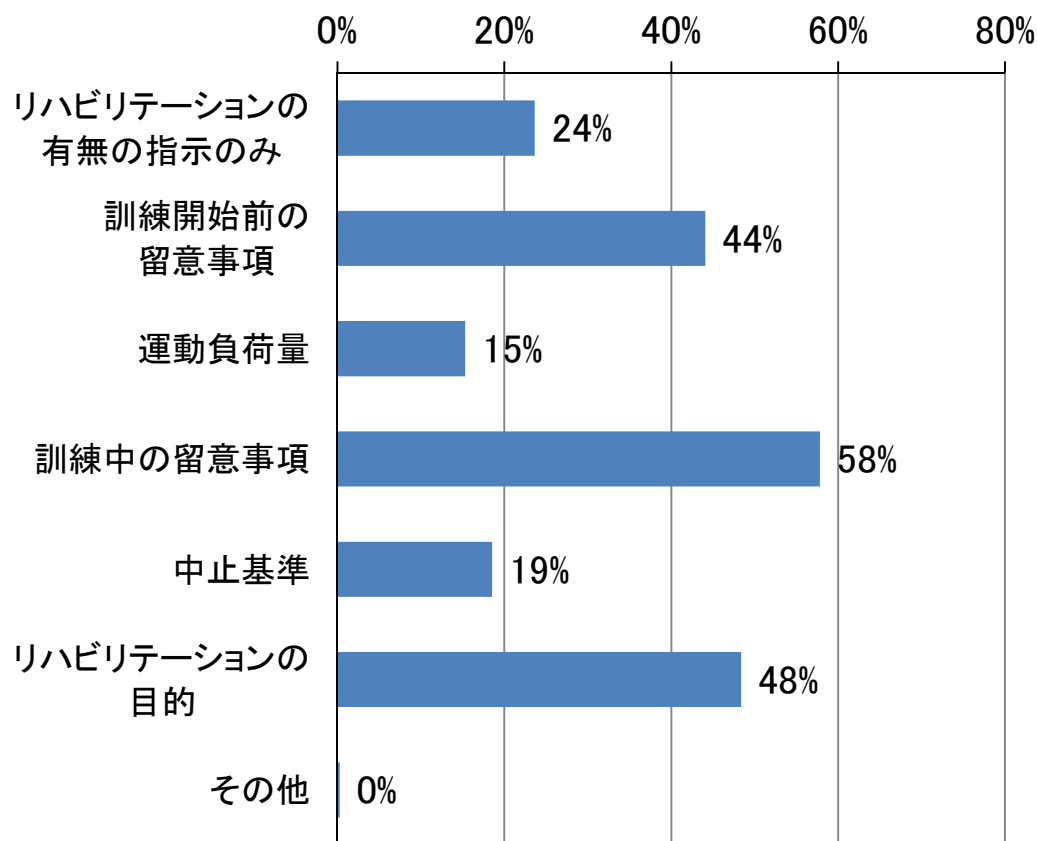
【参考2】リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の算定率

- ・ 84% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 62.1%（病院・診療所：59.4% 介護老人保健施設：66.5%） （出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

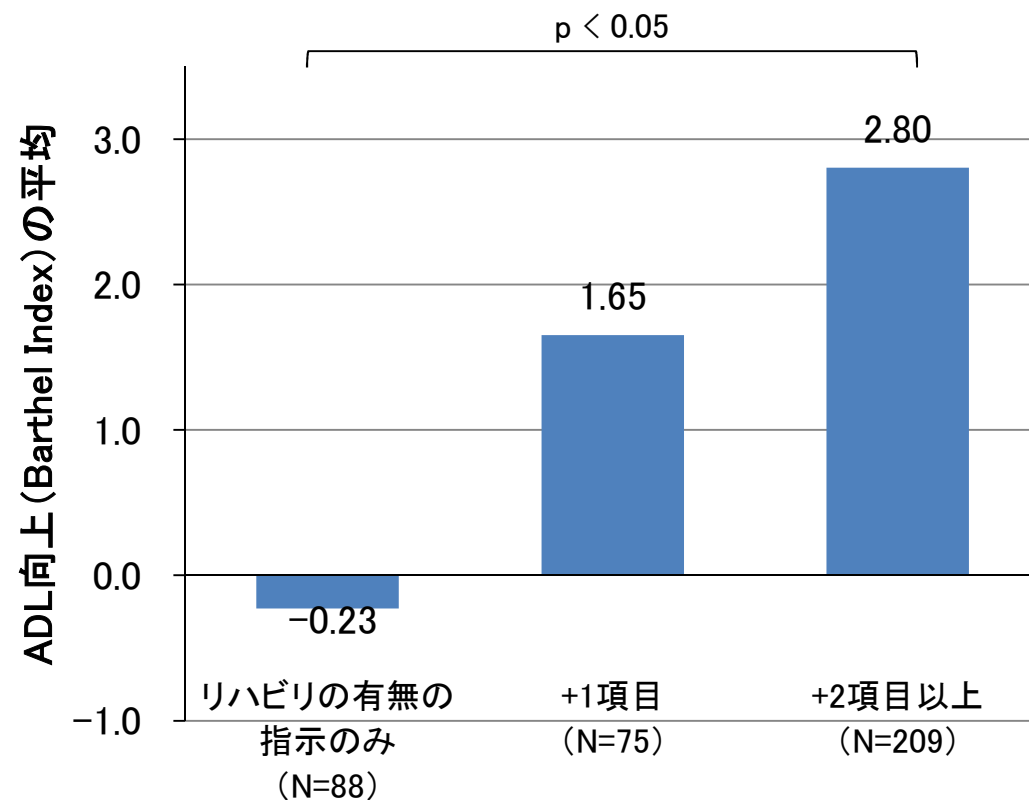
通所リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 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内容は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、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、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示の内容(n=372)



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向上の平均(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。

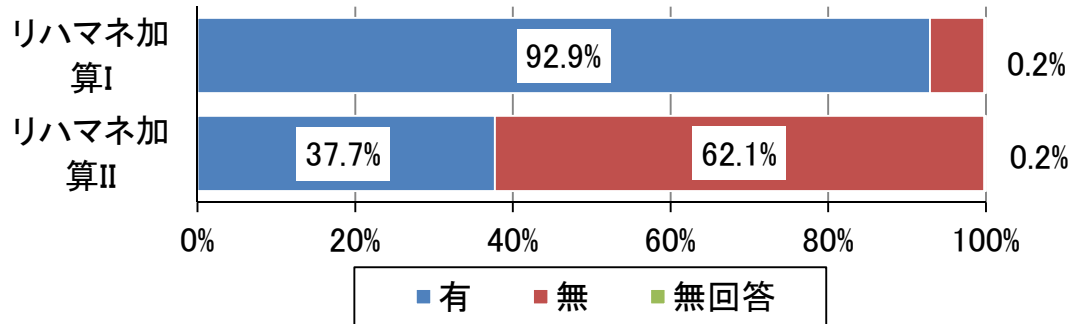
・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

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届出等の状況

○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅰを届け出ていた事業所は92.9%、同加算Ⅱを届け出ていた事業所は37.7%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(2016年10月分)

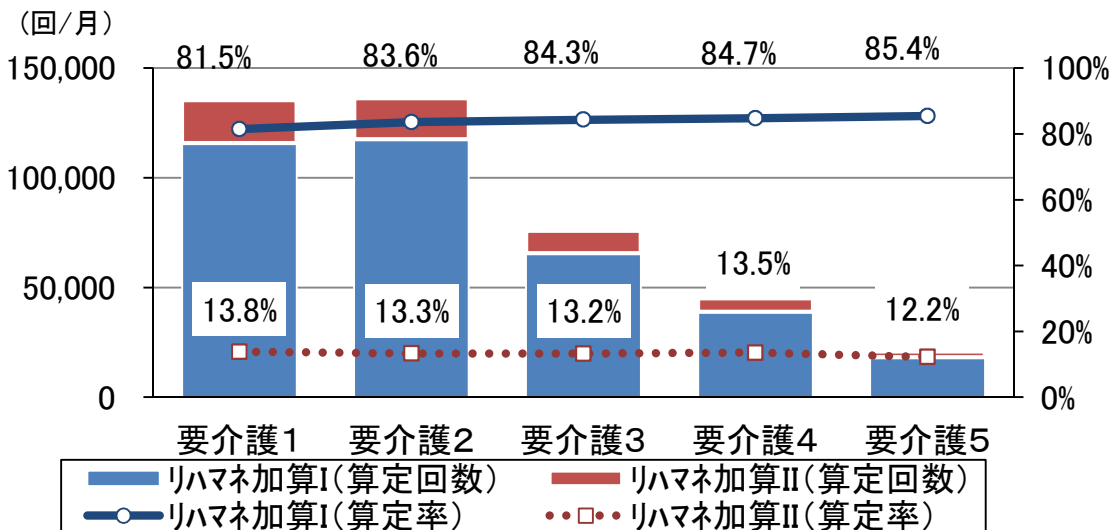
(n=467事業所)



(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



(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年4月分)

○ リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ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%であった。

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・訪問リハビリテーション事業所

VISITの導入により、

- ・ リハビリテーション計画書の作成支援
- ・ リハビリテーション会議の議事録作成支援
- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成支援

SPDCAを用いたリハビリテーション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テーションを提供

導入支援

リハビリテーション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

データの分析結果をフィードバック

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

リハビリテーション
マネジメントの
実態と効果の把握



社会参加支援加算の見直しについて

論点 5

- 社会参加支援加算の算定要件における「社会参加に資する取組」に係る内容について、告示と通知の記載内容を整理し、算定要件を明確にしてはどうか。

対応案

- 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、告示と通知の整理をしてはどうか。
- また、告示および通知に記載されていない、下記の場合を加えてはどうか。
 - ・ 通所リハビリテーションの利用者が、要介護から要支援へ区分変更と同時に、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護に移行した場合
 - ・ 就労に至った場合

【参考 1】社会参加支援加算の概要

<算定要件>

サービス提供を終了した利用者のその後の社会参加についての条件を満たすこと。

<単位数>

12単位／日

【参考 2】社会参加支援加算の算定率

7% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分

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 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



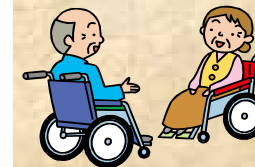
社会参加に資する
取組へ移行

訪問して確認

【参加へ】

通所介護

家庭内の
役割づくり



地域の
通いの場



※ 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

通所リハビリテーションにおける 社会参加支援加算における「社会参加に資する取組」

整理（案）

- 下記の観点から告示と通知の整理をする。
 - ①告示には、給付されているサービスを列挙する
 - ②通知には、告示で記載されているサービスを列挙するとともに、その他社会参加に資する取組の内容を記載する。
- 新たに、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護へ移行した場合と就労を追加する。

サービス等	告示	通知
通所介護	○	○
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	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規
介護予防小規模多機能型居宅介護	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

(参考) 社会参加支援加算における「社会参加に資する取組」について

【厚生労働大臣が定める基準】(平成27年3月23日 厚労告95)

イ 次に掲げる基準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(指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注9の加算を算定した者を除く。以下「通所リハビリテーション終了者」という。)のうち、指定通所介護等(指定通所リハビリテーションを除く。)を実施した者の占める割合が、百分の五を超えていること。

(2) 略

ロ 略

【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】(平成27年3月27日 老老発0327第3号)

6 社会参加支援加算について

(1) 社会参加支援加算の考え方について

① 略

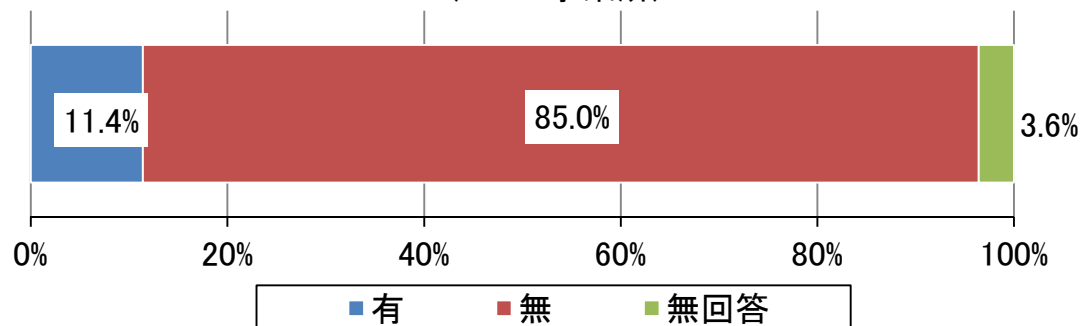
② 社会参加に資する取組とは、通所リハビリテーション(通所リハビリテーションの場合にあっては、通所リハビリテーション間の移行は除く)や通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うことである。

③ 略

通所リハビリテーションにおける社会参加支援加算の届出等の状況

○ 社会参加支援加算を届け出ている事業所は、11.4%であった。

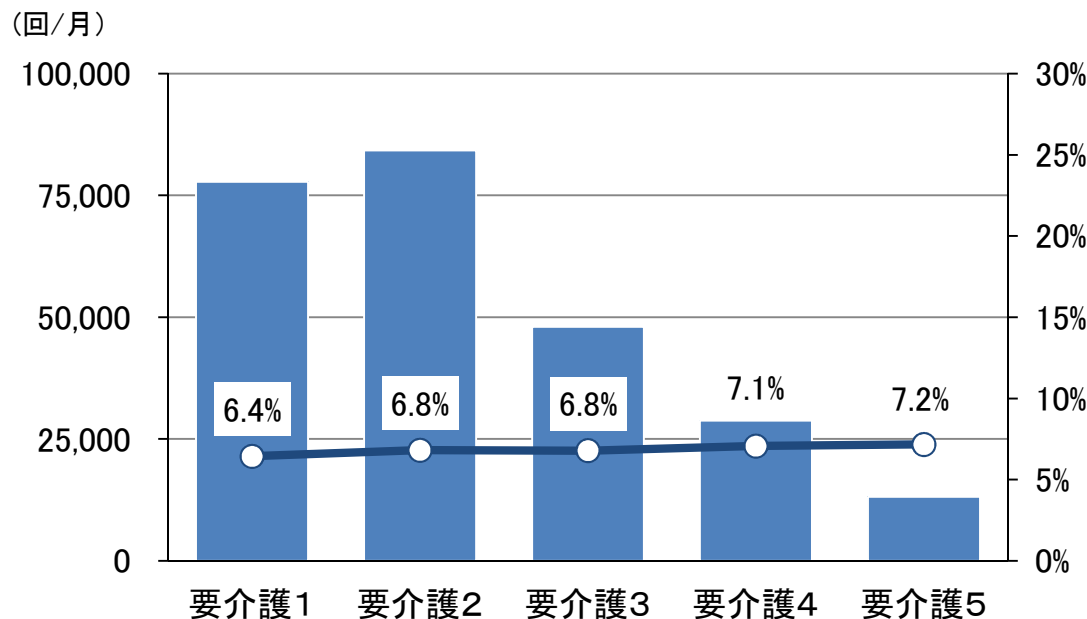
社会参加支援加算の届出状況(2016年10月分)
(n=507事業所)



(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率は、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



(出典) 厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年2月分)

○ 通所リハビリテーションで届出をしていない主な理由は「利用者が通所リハビリテーションの継続希望が強い」が69.8%、「家族が通所リハビリテーションの継続希望が強い」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)(n=407事業所)

リハビリ事務所職員の理解が得られない

利用者のADL、IADLの向上が進まず通所介護等に移行できない

利用者が通所リハビリテーションの継続希望が強い

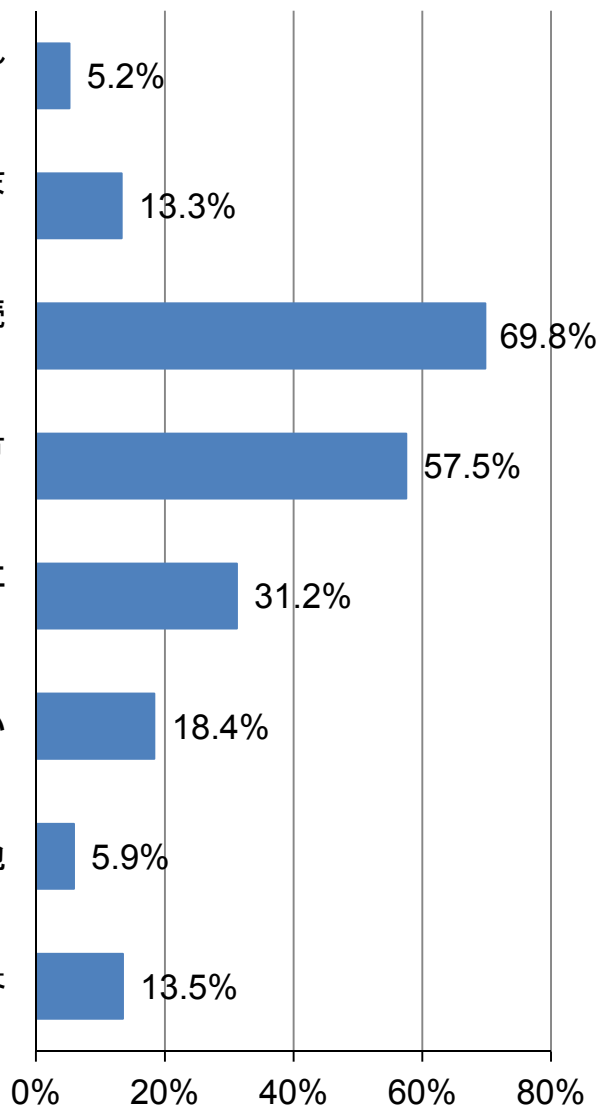
家族が通所リハビリテーションの継続希望が強い

利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加になっていない

算定期間終了後の受入先がない

その他

無回答



(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)

介護予防通所リハビリテーションにおける 生活行為向上リハビリテーション実施加算の新設について

論点 6

- 活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションにある生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションについても設けてはどうか。

対応案

- 現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいて新設してはどうか。

【要件（案）】

- ・ 下記、参考 1 の算定要件①から③と同様の要件をみたしていること。
- ・ 今回新設するリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
- ・ 事業所評価加算との併算定は不可とする。

【参考 1】通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の概要

<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研修を修了した理学療法士・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、実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ③ 指定通所リハビリテーションの終了前 1 月以内にリハビリテーション会議を開催すること。
- ④ 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。

<単位数>

- ・ 3 月以内の場合 2,000 単位／月
- ・ 3 月以降の場合 1,000 単位／月
- ・ 6 月以降の場合 基本報酬の 100 分の 15 を減算

【参考 2】通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得率

- ・ 0.05%

（出典）介護給付費等実態調査 平成 29 年 4 月審査分

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

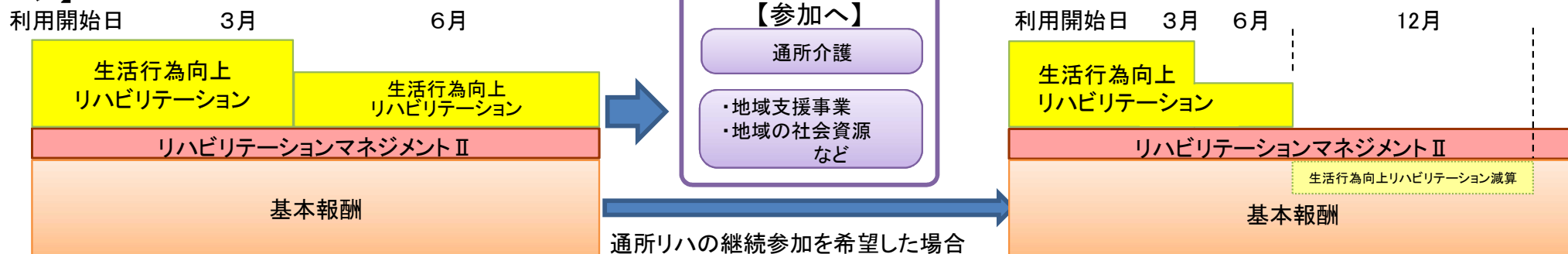
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 1000単位/月

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。

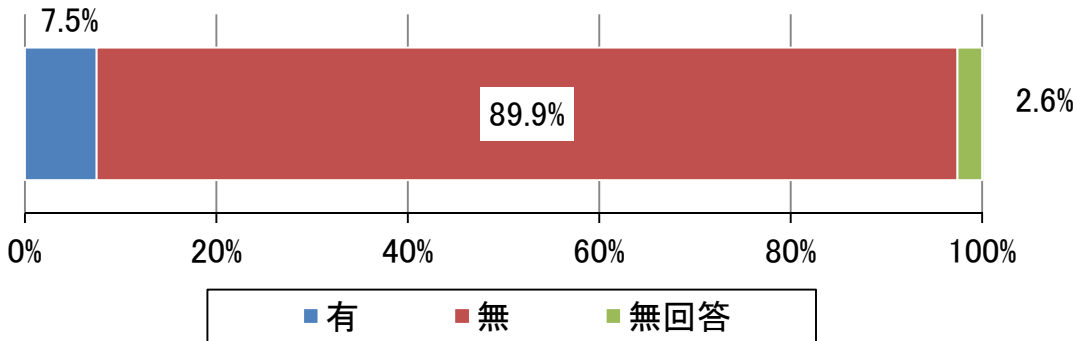
【イメージ】



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。

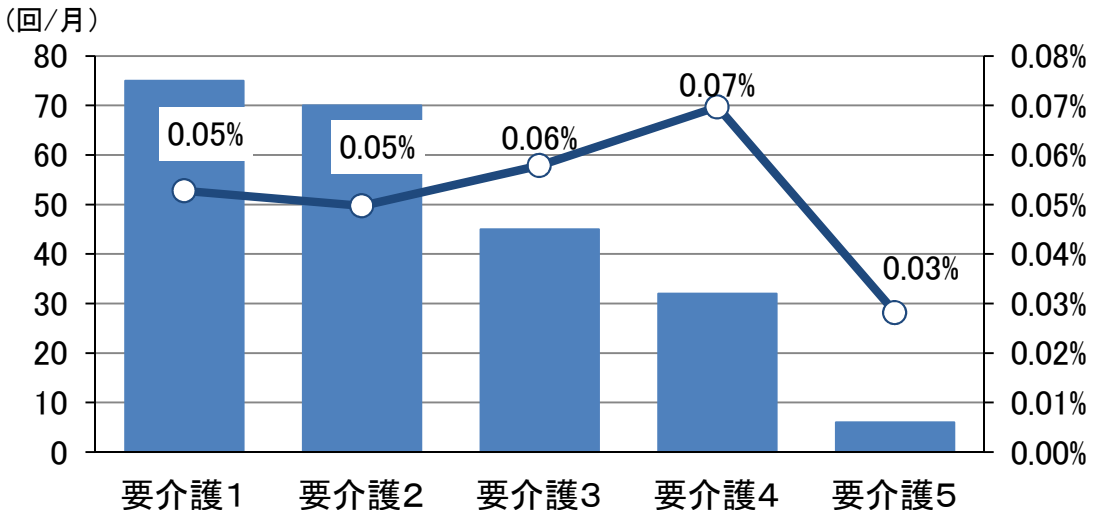
生活行為向上リハビリテーション実施加算の届出状況(2016年10月分)
(n=507事業所)



(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率は、約0.05%であった。

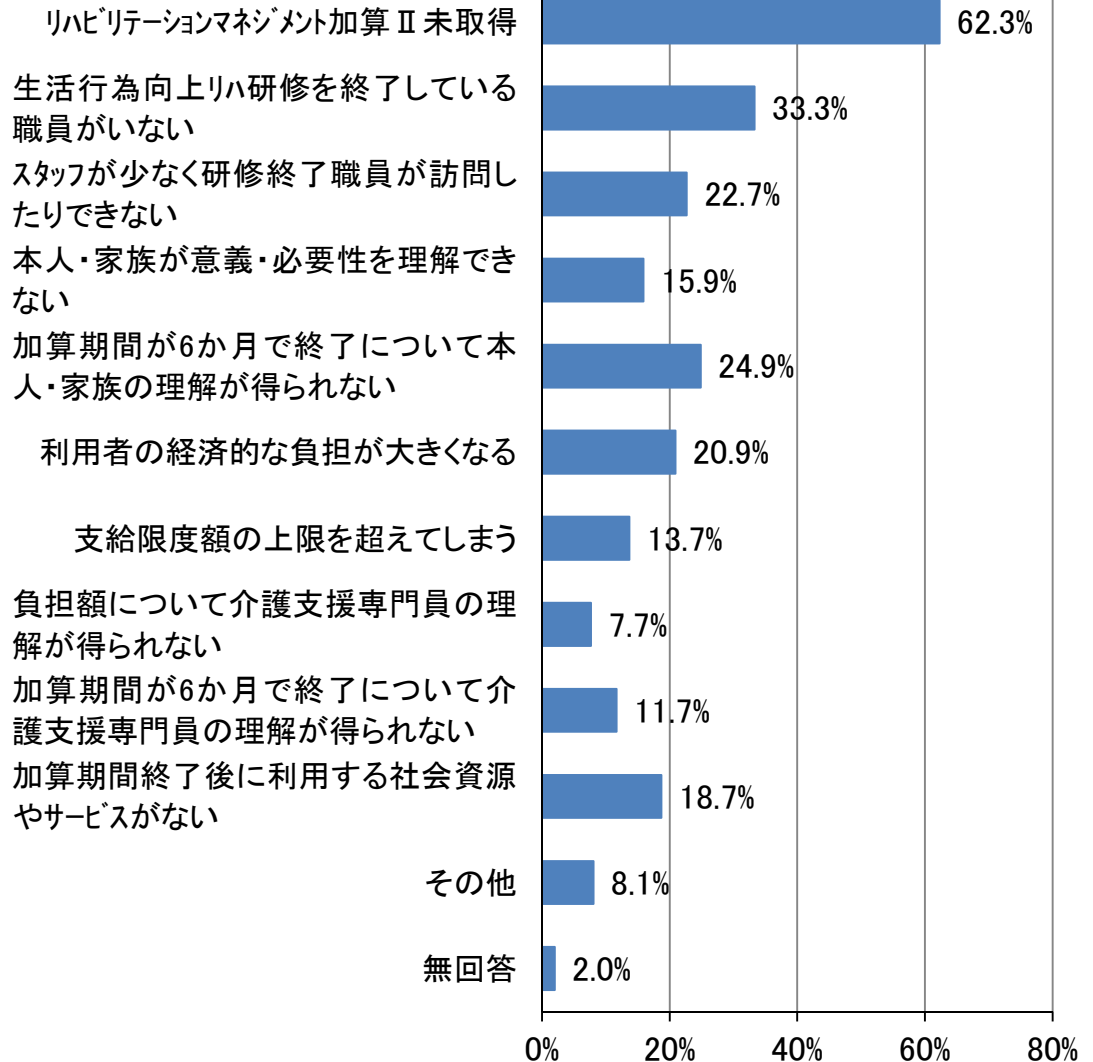
要介護度別にみた生活行為向上リハビリテーション加算の算定状況



(出典) 介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分

○ 届出をしていない主な理由は「リハビリテーションマネジメント加算II未取得」が62.3%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いる場合)
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いる理由
(複数回答)(2016年10月分)(n=454事業所)



(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)

予防給付における生活行為向上リハビリテーションの効果

- 予防給付における生活行為向上リハビリテーションは、通所リハ、訪問リハともに、QOLスコア、IADLにおいて、介入前後で優位なスコア向上が見られた。
- 通所リハビリテーションに通うことによる効果に加えて、生活行為向上リハビリテーションの考え方を導入することで相乗効果が見込まれることが示唆された。
- 生活行為向上リハビリテーションの仕組みを介護予防給付に導入すると、QOL、IADLの向上に伴って、80%近くの対象者が終了でき、社会参加に資する取組に移行できることが示唆された。

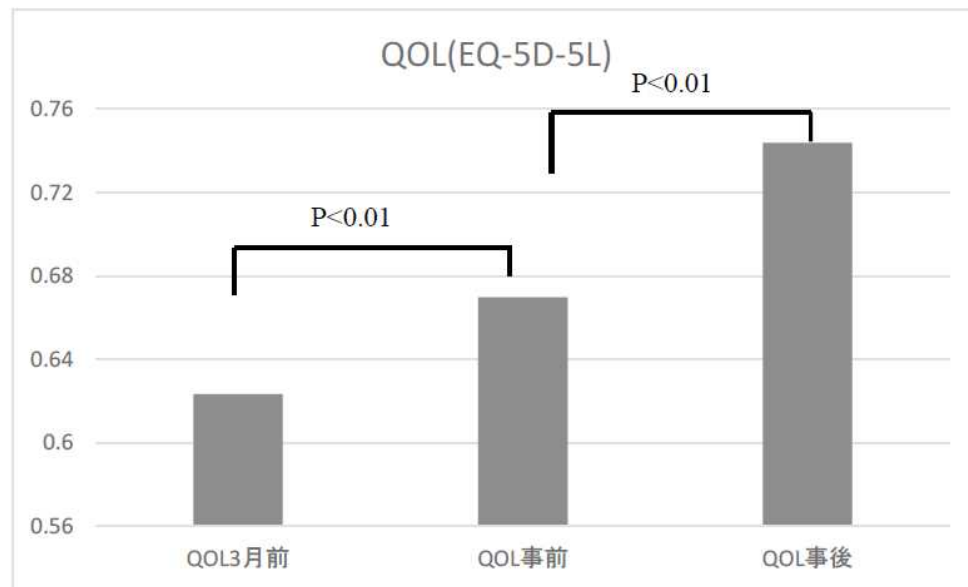
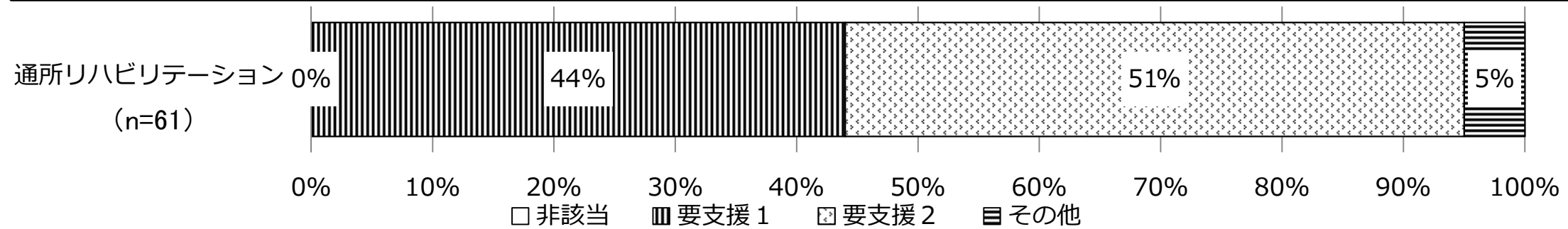


図 2-13 QOL (EQ-5D-5L) 通所リハ

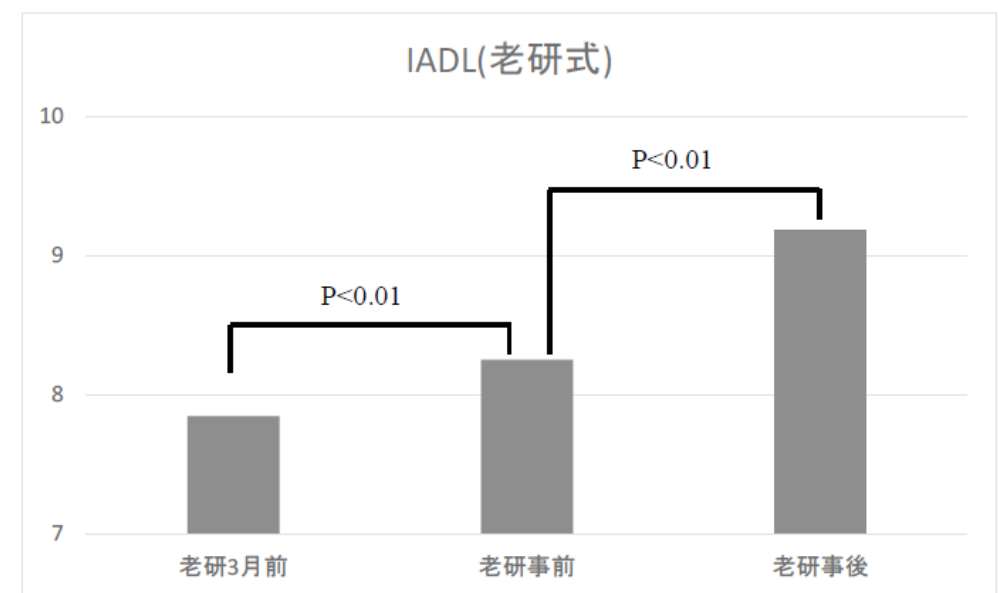


図 2-15 IADL (老研式活動能力指標) 通所リハ

生活行為向上リハビリテーションの効果

老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」において、広く一般に対し、介護保険におけるエビデンス活用に係る提案募集を行ったところ、105通の応募のうち、生活行為向上リハビリテーションの効果について、下記のエビデンスについて紹介するものがあった。

5	全国の通リハ26施設の利用者(要支援・要介護ともあり)230名を無作為割り付けし、研究群には標準化された方法で生活行為向上マネジメントを実施し、対照群には通常の機能訓練やレクリエーション等を実施した。ADL(BIで評価)、IADL(FAIで評価)、QOL(HUIで評価)をアウトカム指標として、介入の前後で2群間の比較を行った。研究群においてはADL、IADL、QOLともに介入前後で有意な改善がみられた一方、対照群ではIADLにのみ有意な改善がみられた。	無作為比較試験	関連する研究として、別途、老健事業において、要支援者に対する生活行為向上マネジメントの効果に関する研究あり。
---	--	---------	--

「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」(座長:鳥羽研二国立長寿医療研究センター理事長)第1回開催(平成29年10月12日)において有識者に提示したところ、研究手法の妥当性について異論はなかった。

通所リハビリテーションにおける 3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等

論点 7

- 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に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ同様の見直しを行ってはどうか。
- また、リハビリテーション専門職について、基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価してはどうか。

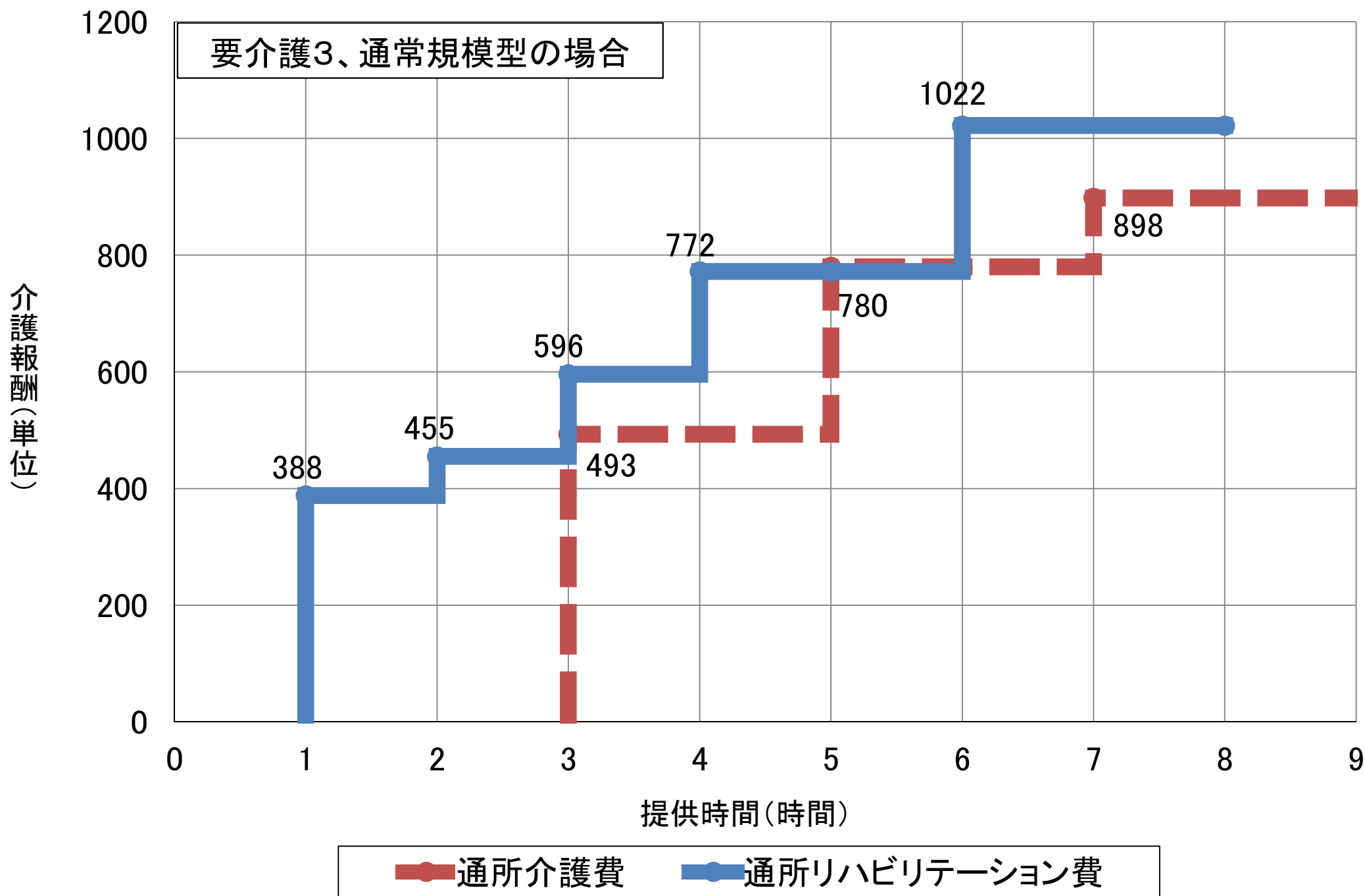
対応案

- 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ、見直してはどうか。
- リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価してはどうか。

通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

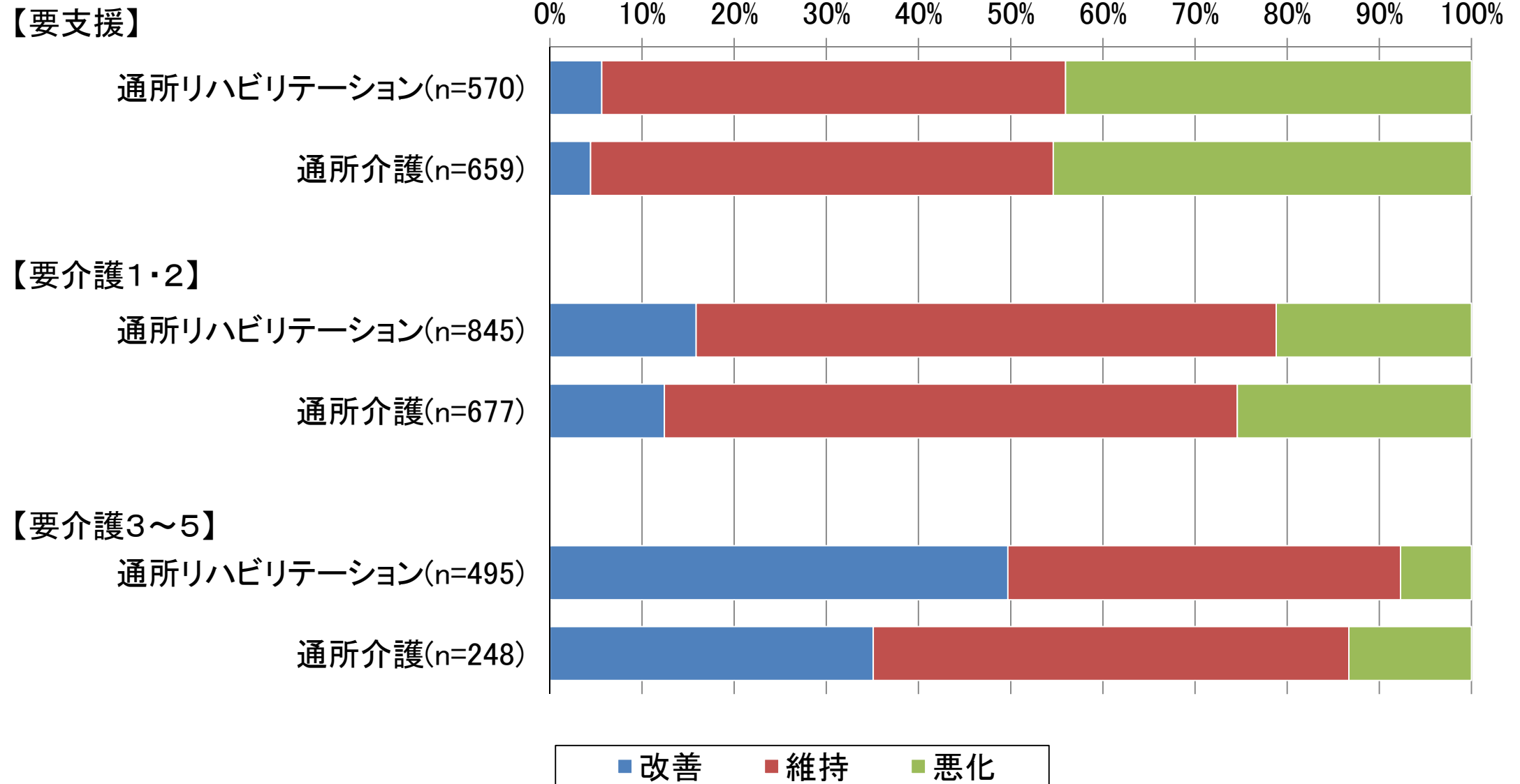
	通所リハビリテーション	通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設	(一)
医師の配置	専任の常勤医師1以上	(一)
リハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士及び機能訓練指導員の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を単位ごとに利用者100人に一名以上 ※所要時間1～2時間の通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができる。	機能訓練指導員 1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、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、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。
事業所数	7,511事業所	43,440事業所

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による要介護度の変化（要介護度別）

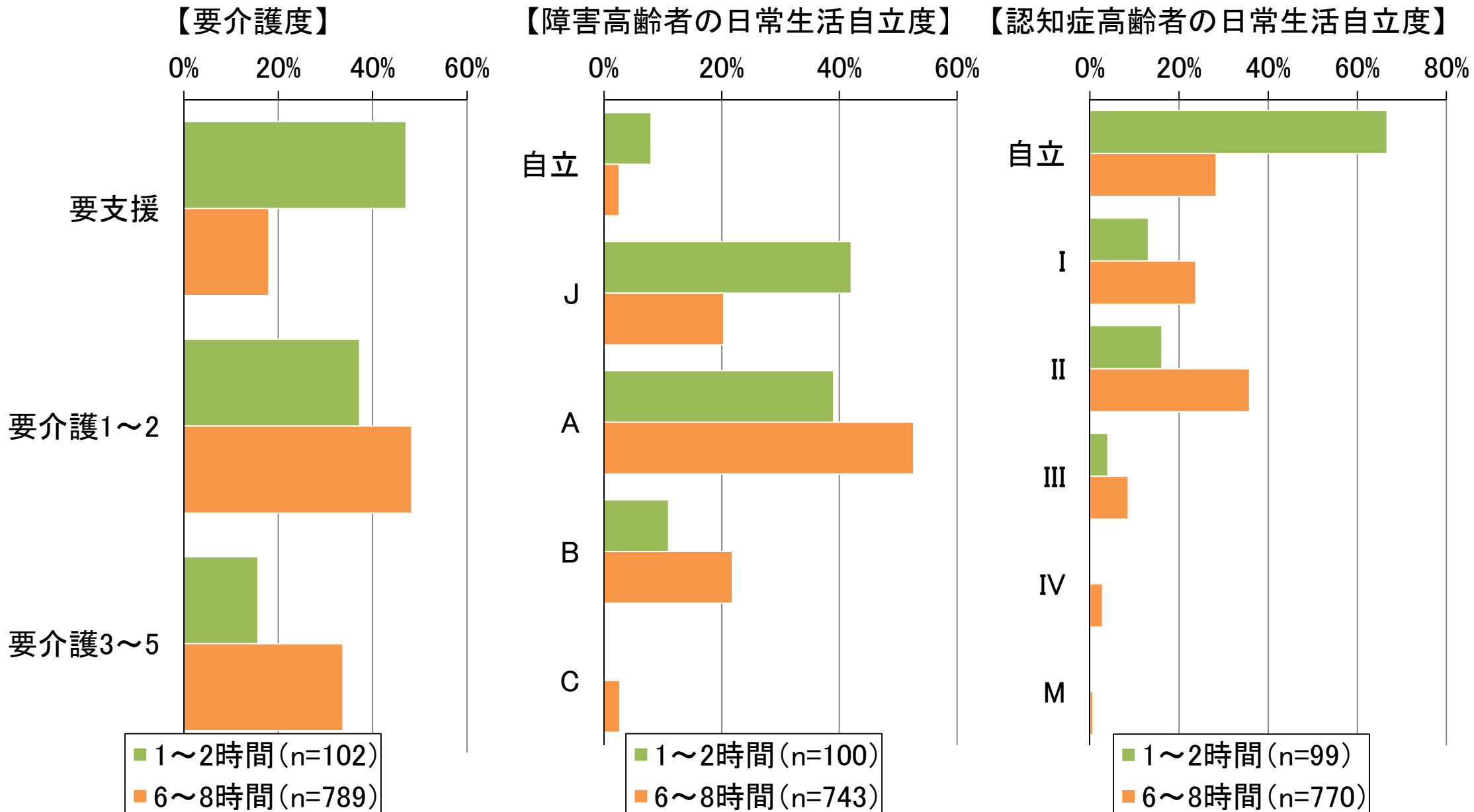
○ 通所リハビリテーションにおいて要介護度が改善した利用者の割合は、通所介護よりも大きかった。

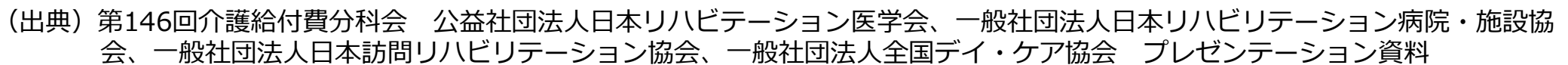


※ 通所リハビリテーションでは6～8時間の利用が49.6%、通所介護では5～9時間の利用が57.1%であり、利用時間をわけずに検証した。

1～2時間と6～8時間の通所リハビリテーションの比較

○ 通所リハビリテーションの6～8時間の利用者は、1～2時間の利用者と比較して、要介護度、日常生活自立度が重度の者の割合が大きい。

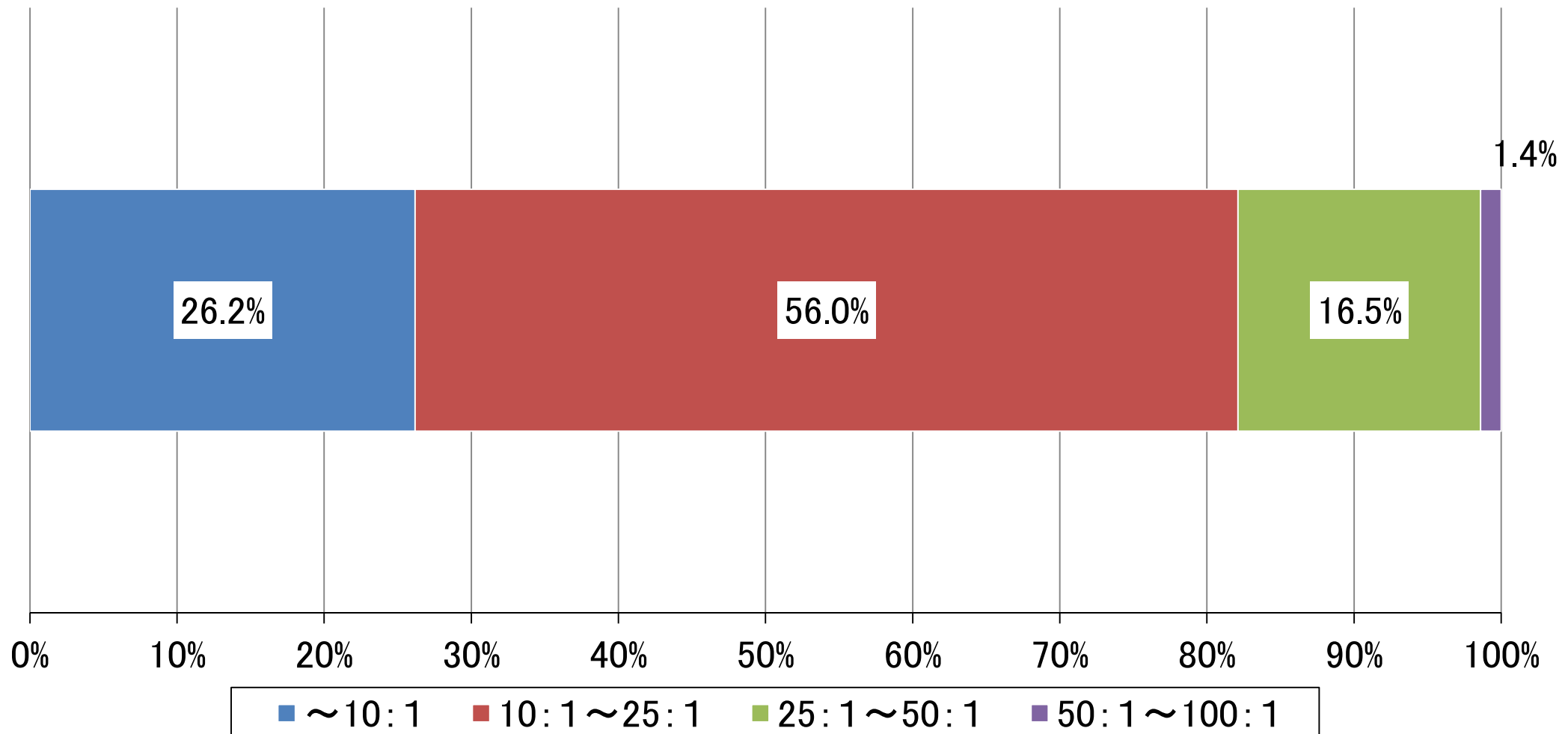




利用者数とリハビリテーション専門職の配置比率（常勤換算）

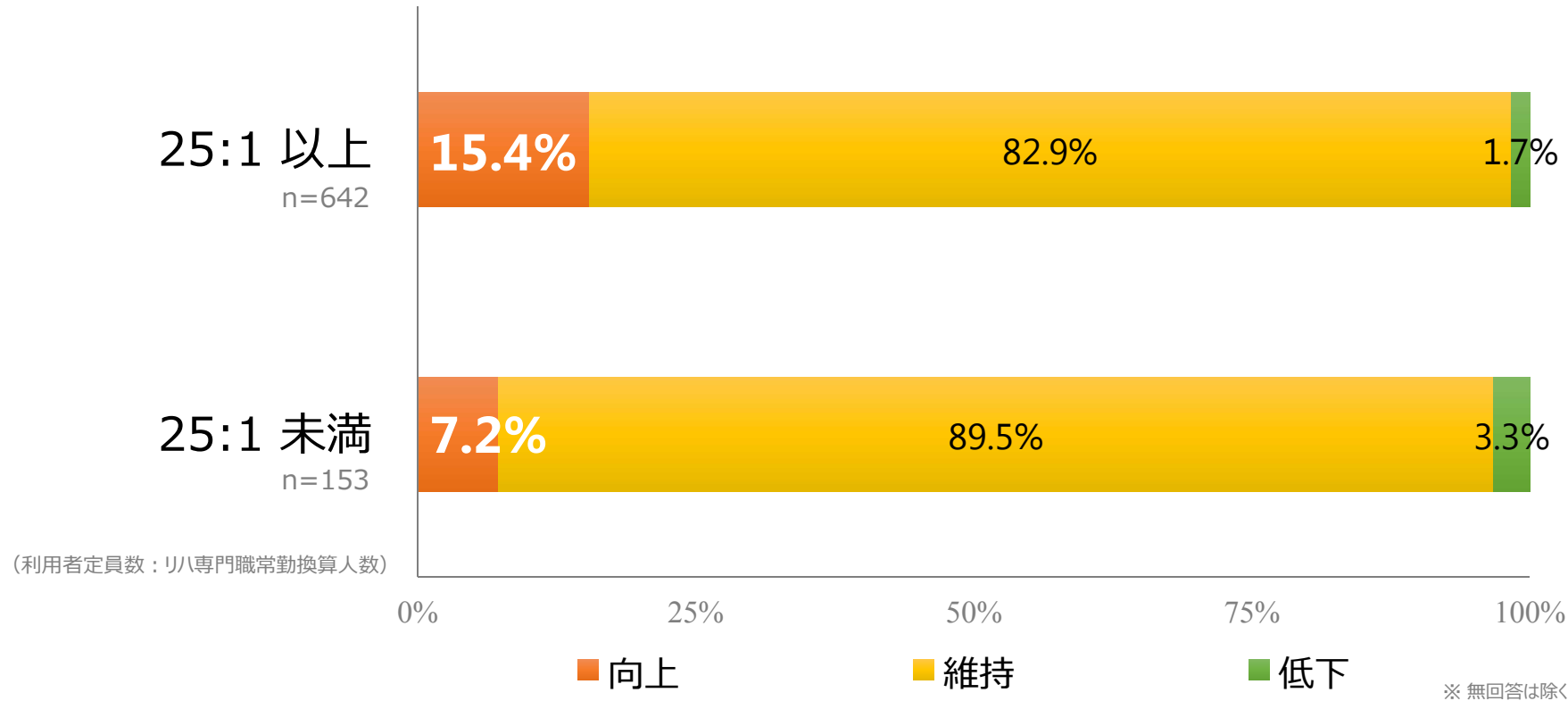
○ 配置比率が25：1以上の通所リハビリテーション事業所の割合は、82.2%を占める。

（n=431事業所）



リハ専門職の配置状況別 利用者の変化

事業所におけるリハ専門職の配置割合別
新規利用開始から3ヶ月間における日常生活自立度の変化



25:1以上のリハ職を配置している事業所は、
日常生活自立度が向上している割合が有意に高かった。(P<0.01)

(一社) 全国デイ・ケア協会

短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和について

論点 8

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、介護保険のリハビリテーションへの移行が困難な主な理由を踏まえ、施設基準のうち、面積、人員、器具を共用できるよう取扱いを見直してはどうか。

対応案

- 医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を円滑に行う際の負担の軽減を図ってはどうか。
- 具体的には、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の面積・人員・器具の共用についての要件を、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて緩和してはどうか。

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、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーションを受けている患者の5.8%（1.0万人）、運動器リハビリテーションを受けている患者の1.9%（2.4万人）について、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。

	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
脳血管疾患等 リハビリテーション料	10,202件
運動器 リハビリテーション料	24,571件

※ 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28年度社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

参考：介護保険におけるリハビリテーションの受給者数（平成29年4月審査分）

通所リハビリテーション	： 42.8万人
介護予防通所リハビリテーション	： 15.1万人
訪問リハビリテーション	： 8.5万人
介護予防訪問リハビリテーション	： 1.5万人
合計	： 67.9万人

(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所の特例（みなし指定） ・ ・ 介護保険法 第 7 1 条の要約

病院等について、健康保険法第 6 3 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 6 9 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）

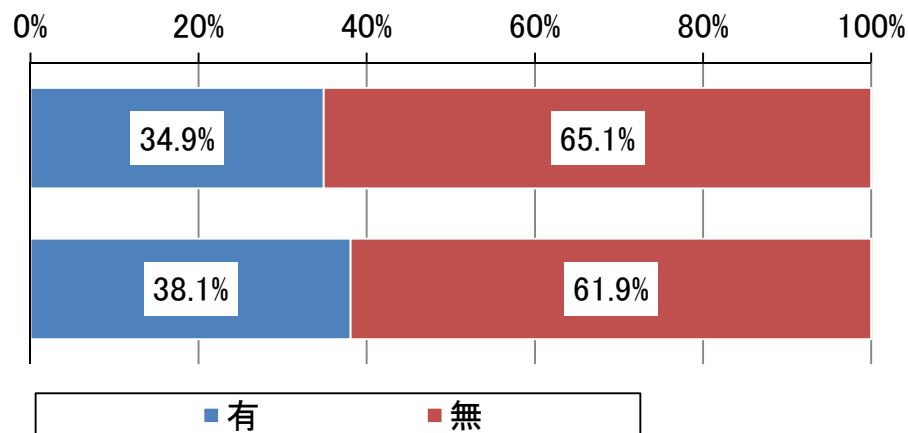
疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの要件の比較

		脳血管疾患等(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	運動器(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)	リハビリテーションを行う専用の訓練室として利用定員×3㎡以上
人員配置	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)
	PT OT ST	(Ⅰ)①専従常勤PT:5名以上 ②専従常勤OT:3名以上 ③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)①専従常勤PT:1名以上 ②専従常勤OT:1名以上 ③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のいずれかが1名以上	(Ⅰ)①専従常勤PT ②専従常勤OT (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のいずれかが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 ※1～2時間の指定通所リハビリテーション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
器具		当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。 歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具 等	治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。 歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具 等	必要な器具を設置(1～2時間の指定通所リハビリテーションに限り疾患別リハビリテーションと共用可能)。

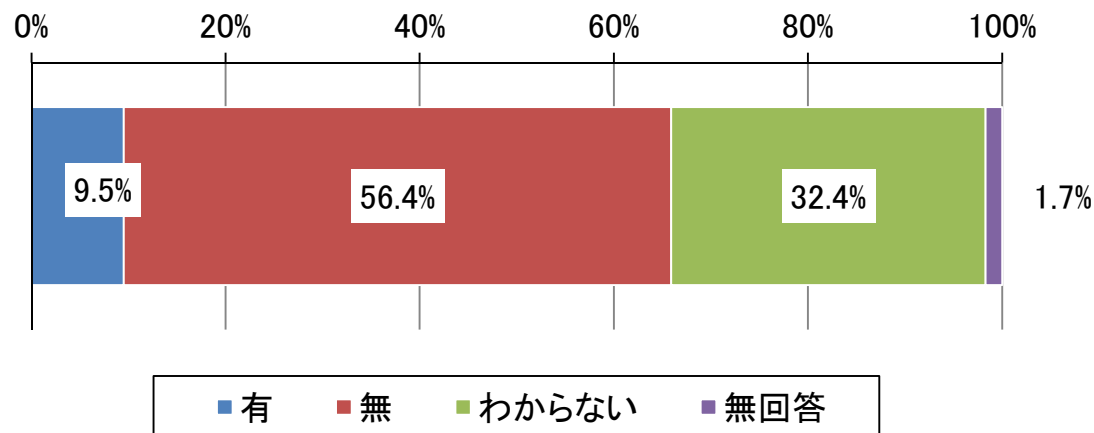
病院・診療所における通所リハビリテーションの実施

- 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。

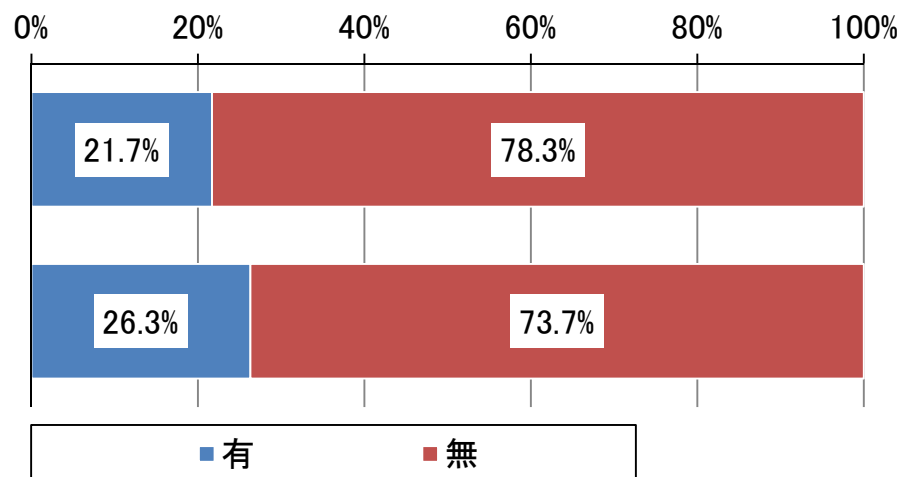
通所リハビリテーションの実施の有無【病院】



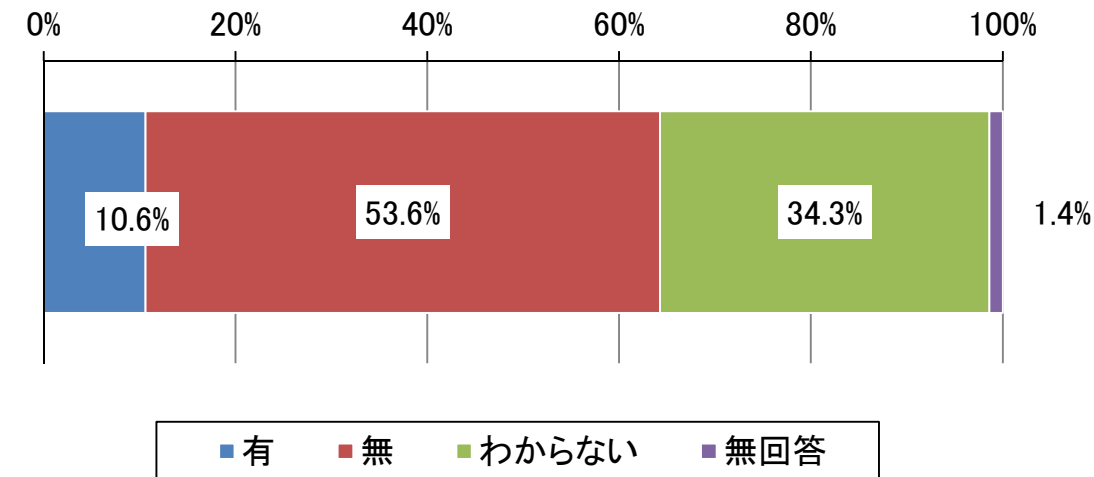
通所リハビリテーションの開設意向【病院】



通所リハビリテーションの実施の有無【診療所】



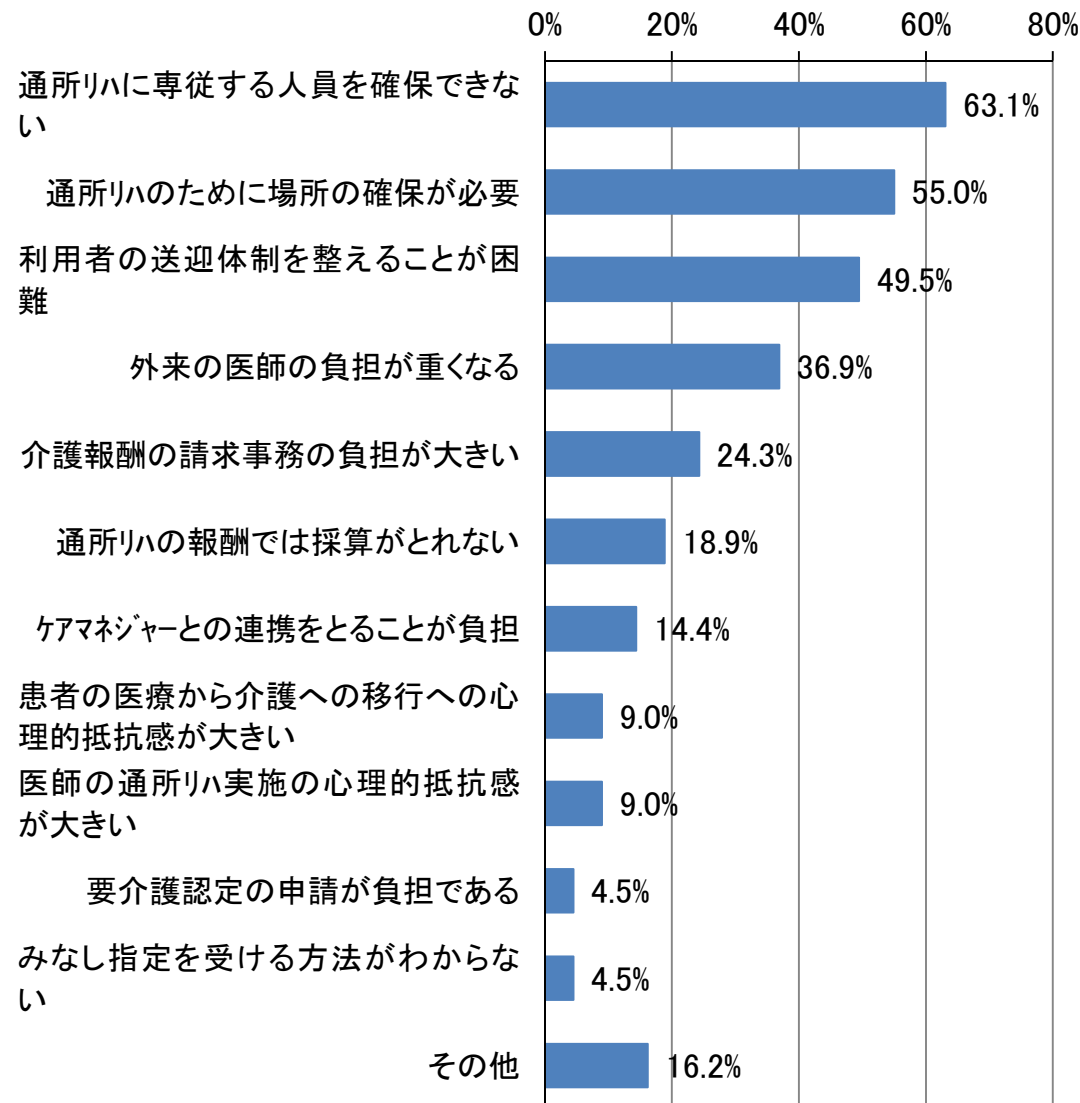
通所リハビリテーションの開設意向【診療所】



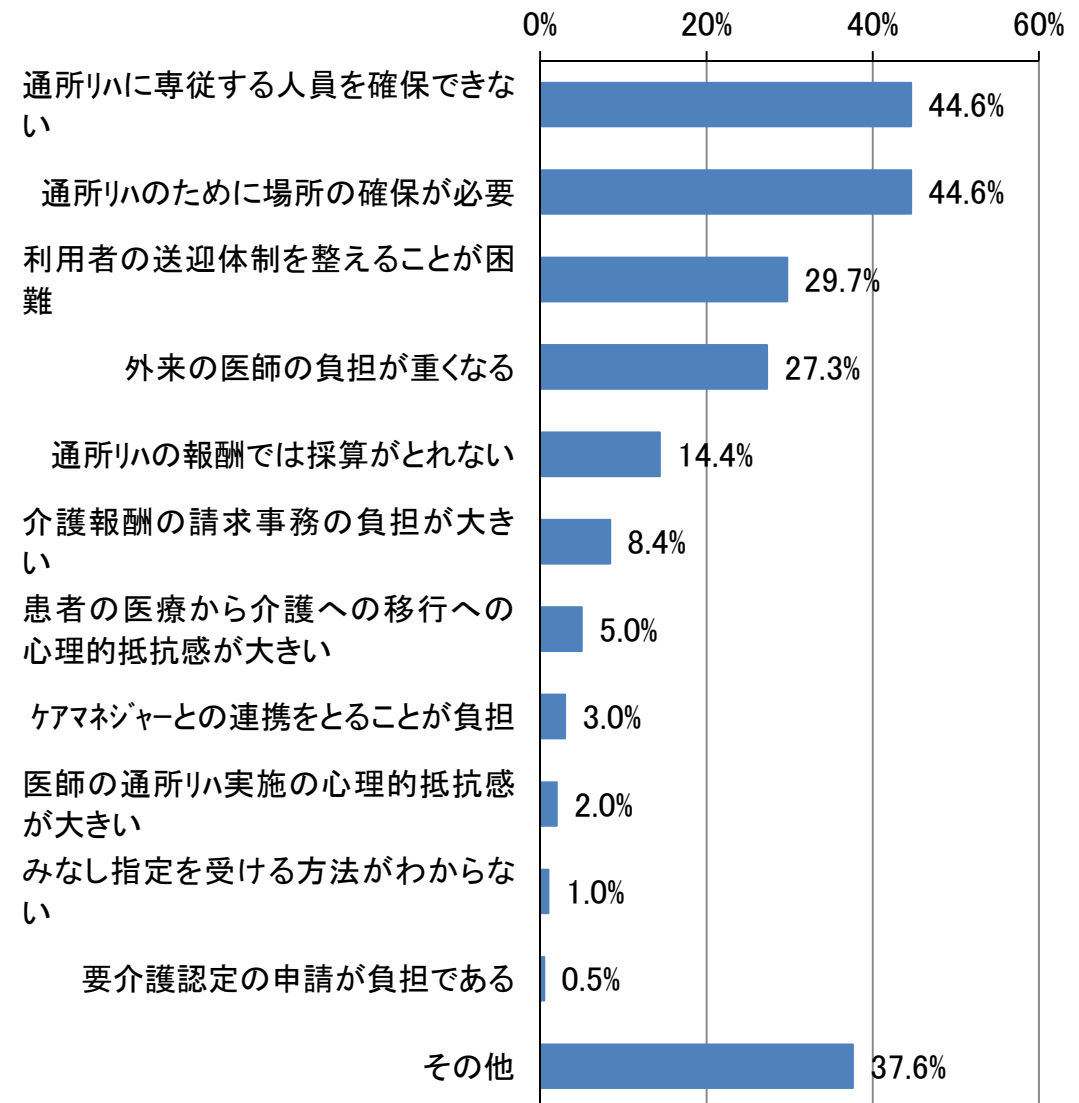
病院・診療所において通所リハビリテーションを行わない理由

○ 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)



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)



医療と介護におけるリハビリテーション計画に係る様式の活用について

論点 9

- 医療保険の疾患別リハビリテーションの計画書を、介護保険のリハビリテーション事業所でも活用できるよう、介護保険のリハビリテーションの計画書等の様式や取り扱いを見直してはどうか。

対応案

- 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けてはどうか。
- 指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が医療機関から、当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能としてはどうか。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとしてはどうか。

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：発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し（医師の説明、患者の受け止め）、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

介護保険 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：利用者と家族の希望、健康状態（原疾患名、経過）、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価（改善の可能性）、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

現行のリハビリテーション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
+リハビリテーション総合実施計画書	リハビリテーション実施計画書に替えてリハビリテーション総合実施計画書 (廃用症候群では評価表が必要)	リハビリテーション実施計画書 リハビリテーション総合実施計画書	原因疾患、合併症、状態評価、目標、希望、方針
		廃用症候群の評価表	廃用に至った経過、ADL評価、内容、見込み期間
+目標設定等支援・管理料	+目標設定等支援・管理シート	目標設定等支援・管理シート	発症からの経過、ADL評価、目標、予後見通し、介護保険のリハビリテーションの利用見通し

介護

点数	作成書類	文書	内容・表題
加算等なし	通所リハビリテーション計画	リハビリテーション計画	様式なし(別紙様式2・3を参照して差し支えない)
+リハビリテーションマネジメント加算		別紙様式1	興味・関心チェックシート
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	+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、リハビリテーション実施内容)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	+別紙様式1-5	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、リハビリテーション実施内容)
+生活行為向上リハビリテーション実施加算	+別紙様式1-6	別紙様式4	リハビリテーション会議録
		別紙様式5	リハビリテーションマネジメント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テーション実施計画書(通所訓練期・社旗適応訓練期の実施内容)