

# 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション の報酬・基準について(案)

# 前回（第106回分科会）の議論における主な意見について

## 【第106回介護給付費分科会より資料1抜粋】

### ＜居宅サービスにおけるリハビリテーション＞

- 高齢者に対する「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションが徹底できていないことについて、どのように考えるか。また、居宅サービスにおけるリハビリテーション機能の役割や位置づけについて、通所介護や訪問介護との役割分担や連携等も含め、居宅サービス全体の機能や連携の在り方の中で再整理する必要があるのではないか。
- このような現状を踏まえながら、バランスのとれた効果的なリハビリテーションを今後更に推進するためには、地域における高齢者リハビリテーションのあり方を改めて検討する必要があるのではないか。

### ＜主な意見＞

- 多職種が連携してアセスメントに基づく個別サービス計画を立て、定期的な評価を行ってPDCAサイクルを回すなど、エビデンスに基づいたリハビリテーションに再編していく必要がある。
- 生活期のリハビリテーションの目的は、日常生活の活動性を高め、生きがいづくりや社会参加を通じたまちづくりまで視野に入れたものにする必要があると考える。
- 理学療法士と作業療法士の違いがわからない。認知症についてリハビリテーション専門職の養成課程の状況、家族へのアプローチが組み込まれているのか。より介護家族にとって身近なものにするために教えてほしい。
- リハビリテーションについては、どういうことが改善されたのか、プロセス、事業所体制、そしてどんな成果を出したのかを把握していくしくみが重要ではないか。
- リハビリテーションについては、「活動」と「参加」というものに対する指標を決め、リハビリテーションを行うべきである。全老健ではこの活動と参加をICFステージできちんとした評価スケールを持って活動している。共通のスケールを持ってリハビリテーションだけでなく、ヘルパー、看護師も同じような活動を進めるべきではないか。

# リハビリテーションマネジメントの再構築について

## 論点1

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、リハビリテーションマネジメントのリハビリテーション実施計画書の(様式の)充実や計画策定と活用のプロセスの充実、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カンファレンス」の実施と情報共有のしくみの新たな評価など、リハビリテーションマネジメントに関する報酬評価を再構築してはどうか。

## 対応案

- 通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算について、新たな評価内容の追加や算定要件の見直しにより報酬を引き上げる。
  - ・ 利用者主体の日常生活に着目した目標設定
  - ・ 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入
  - ・ プロセスマネジメントの導入
  - ・ 通所リハビリテーションの訪問指導等加算で評価されている理学療法士等による利用者の居宅への訪問評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化(訪問指導等加算のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)
- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価されている訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取組の充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価する。

また、理学療法士等が訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化する(訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価のリハビリテーションマネジメント加算への包括化)。

# 生活期リハビリテーションマネジメントの再構築（全体像）

## 見直しのポイント

### (1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

### (2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

### (3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

## Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

## Plan(計画)

- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

## Do(サービス提供)

## Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

## 見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

- リハビリテーション開始前の情報収集
  - ・サービス担当者会議への参画
  - ・医師からの診療情報提供書
  - ・介護支援専門員からのケアマネジメント連絡用紙
  - ・居宅訪問による本人・家族のニーズの把握(様式A)

### 通所・訪問リハビリテーション事業所

- 暫定リハビリテーションサービスの提供
- 医師の診察
- アセスメント(様式B)

- リハビリテーションカンファレンスの強化
  - ・協働:本人・家族、医師、PT、OT、ST、看護職、介護職
  - ・通所・訪問リハビリテーション計画の作成(様式C)

### 医師による本人と家族への説明・同意

- リハビリテーションサービス提供
- 利用者のニーズや状態に基づき作成された計画に従って提供される

## Act(改善)

- 利用者のモニタリング(評価) (様式A、様式B)
- PDCAサイクルの管理 (様式Eの活用)

- サービス提供終了時の情報提供
  - ・医師への診療情報提供書
  - ・介護支援専門員等へのケアマネジメント連絡用紙
  - ・サービス提供終了後に利用を予定するサービス(通所介護等)の提供者への情報提供 (様式A、様式B、様式C)

# (参考) 生活期リハビリテーションマネジメントの現状と課題

## 通所・訪問リハビリテーション事業所へのインタビュー調査\*結果より

### 【事前調査期の課題】

- 他サービス事業所の計画等の情報を入手しづらい。
- 主治医からリハビリテーション実施時の留意事項等の情報を入手しづらい。
- 地域からの廃用症候群や認知症等の事例はニーズを把握しづらく、導入判断が遅れやすい。
- 急性期、回復期、生活期を通じて利用者の情報を把握できる存在がおらず、各フェーズで情報共有が途切れている。
- 事前調査時から利用者のことを十分に把握できていないと、本人も事業所側も通所継続が目的となってしまうやすい。

### 【計画策定期の課題】

- ケアプランとリハビリテーション実施計画が乖離している事例がある。
- リハビリテーション実施計画書に基づく通所頻度や訪問等の必要性を介護支援専門員に提供しても、ケアプランにほとんど反映されない場合が多い。
- カンファレンスにデイケア担当医が参加することが望ましいと考えるが、診療等で忙しく参加できていない場合も多い。

### 【評価期の課題】

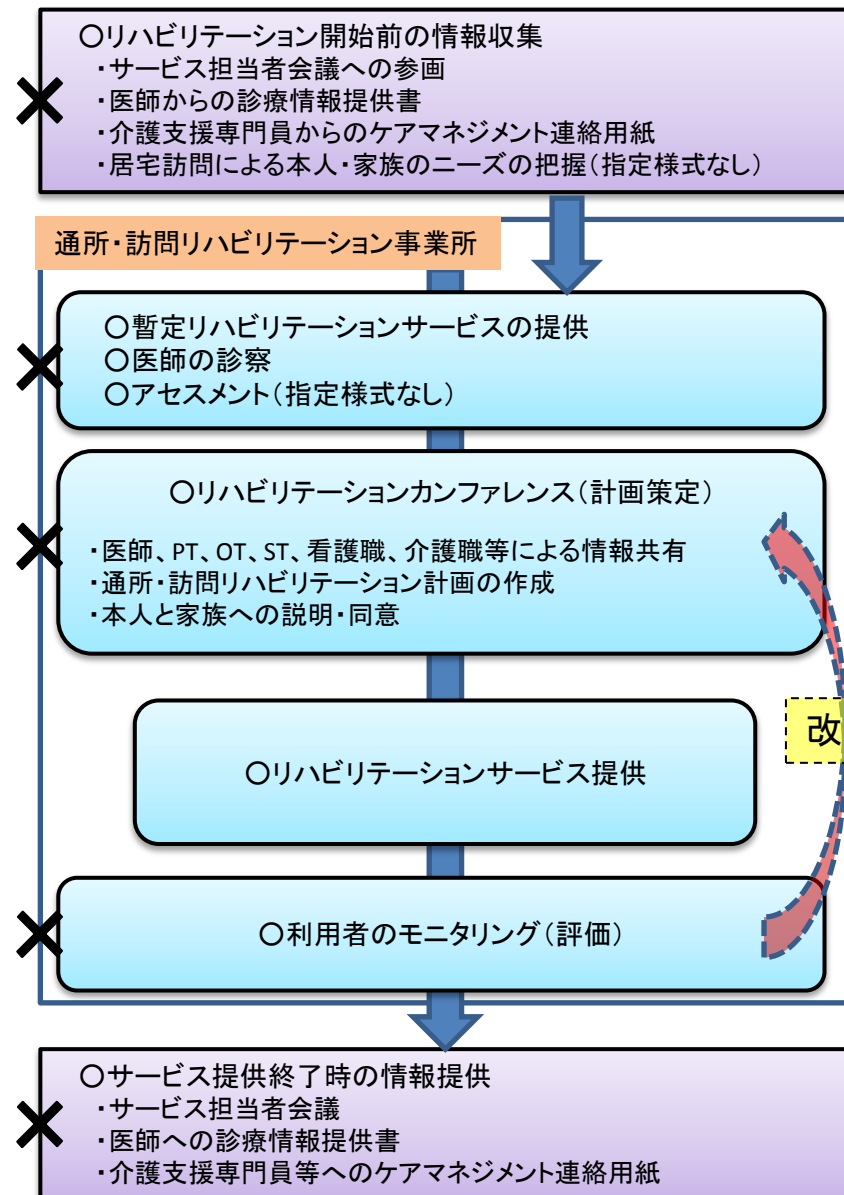
- サービス担当者会議が形骸化してしまい、ケアプランの読み合わせになっているため、リハビリテーション実施計画を共有してもプランに反映されない。
- リハビリテーション実施計画書を見直すタイミングとケアプラン作成のタイミングが合わないため、情報共有してもケアプランの内容に反映されにくい。
- 再評価(モニタリング)と目標の再設定の場面に、介護支援専門員やかかりつけ医が参加することが望ましいと考えるが、実際には難しい。

### 【サービス終了期の課題】

- サービス終了後のフォローができればよいが、介護報酬体系で評価されないため、容易に実施できない。
- 終了時の情報共有は介護支援専門員への書面での報告が中心となっている。

\* 全国デイ・ケア協会、日本訪問リハビリテーション協会から優良事業所を3か所ずつ推薦、生活期リハビリテーションマネジメントの現状と課題についてインタビュー調査を行った。

## 現状のリハビリテーションマネジメントの流れ

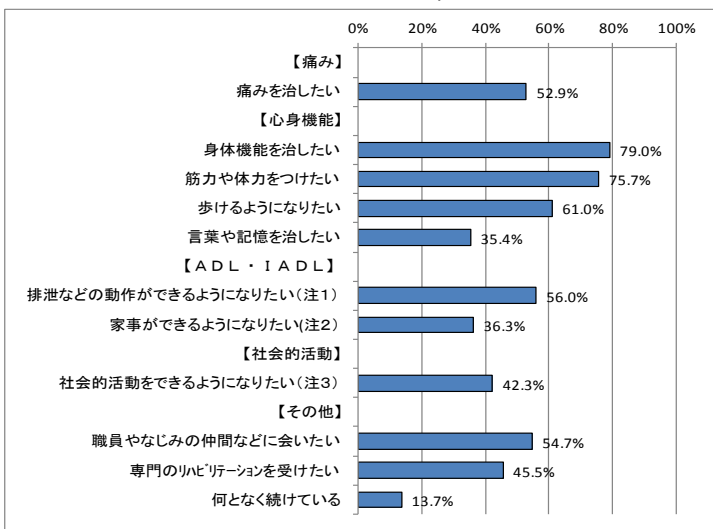


# 利用者のリハビリテーション継続の理由（本人回答）

## （通所リハビリテーション）

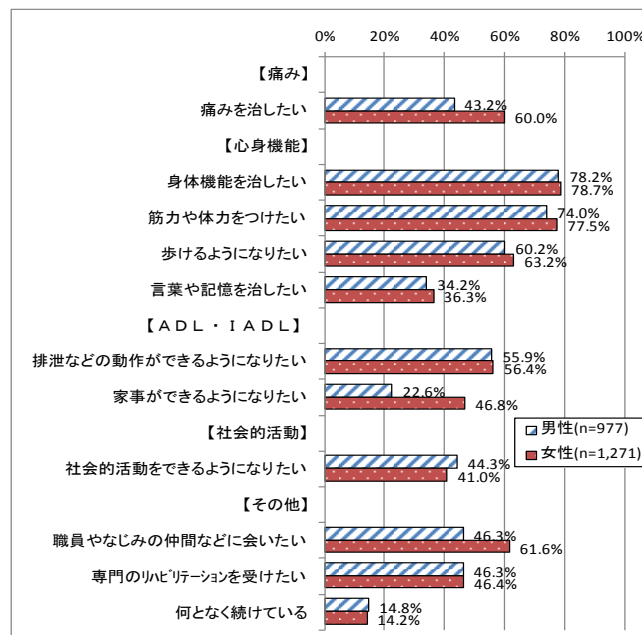
- 本人のリハビリ継続理由は、「身体機能を治したい」が79.0%、次いで「筋力や体力をつけたい」が75.7%であった。「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」<sup>(注1)</sup>が56.0%、「社会的活動をできるようになりたい」<sup>(注3)</sup>が42.3%であった。
- 利用者は、心身機能の改善の他に活動や参加の多様なリハビリテーション継続の意向を持っていた。

本人回答：リハビリ継続理由  
（複数回答）(n=2,725)



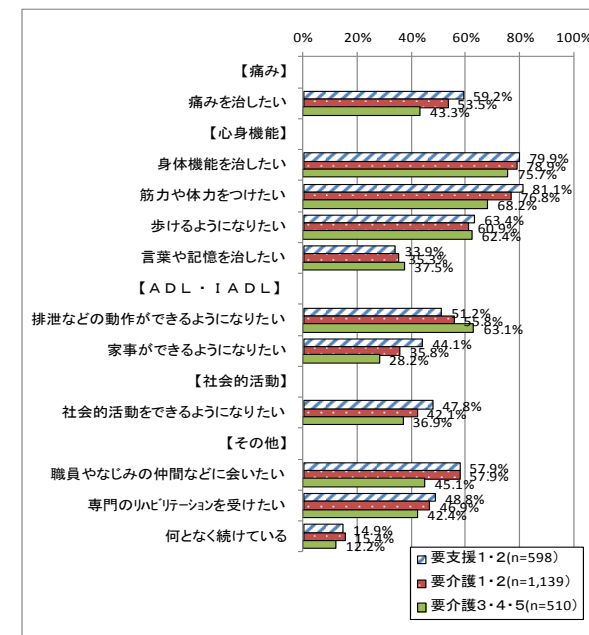
- 注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作（移動や食事、排泄、入浴、着替えなど）ができるようになりたい」  
 注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」  
 注3) 「病気やけがになる前に行っていった趣味活動や仕事をするなどの社会的活動をできるようになりたい」

本人回答：男女別  
リハビリ継続理由（複数回答）



※ 性別の不明が477件あった。

本人回答：要介護度別  
リハビリ継続理由（複数回答）



※ 要介護度の不明が478件あった。

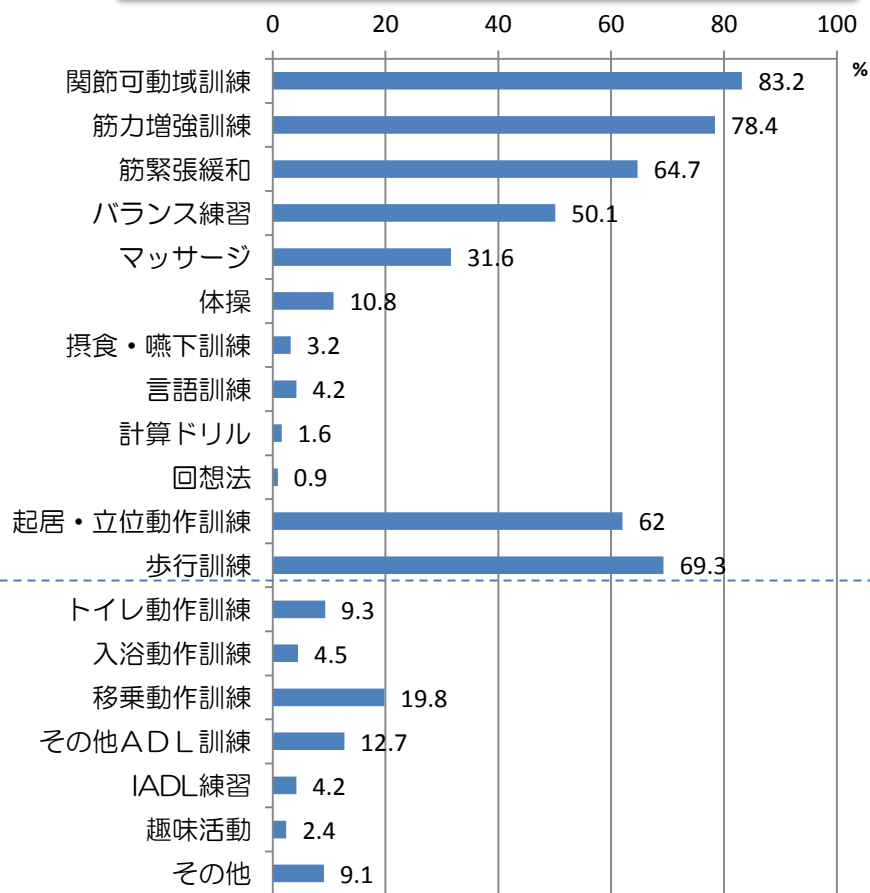


# 訪問リハと通所リハでのプログラムの実施内容

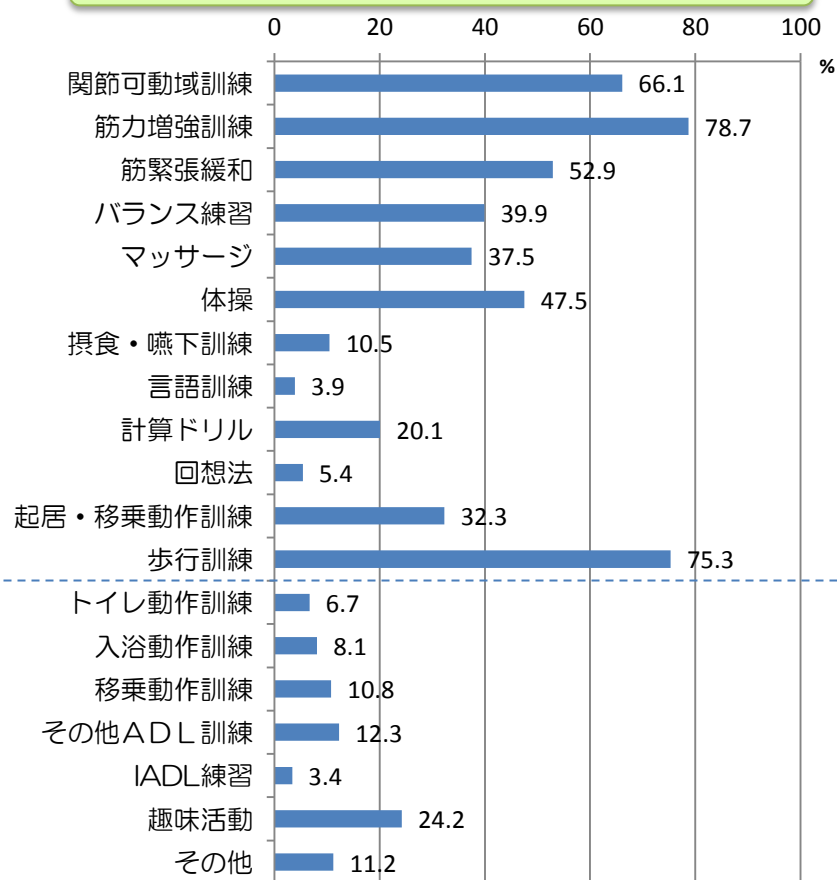
- 訪問も通所リハビリテーションともに心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。
- 訪問に比較し、通所は体操や計算ドリルなどの認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的にみられる。

対象：要支援1・2～要介護5（訪問リハ 500事業所、通所リハ 500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。  
（回答）訪問リハ250事業所(回収率50.0%)(1438事例)、通所リハ234事業所(回収率46.8%)(2260事例)

## 訪問リハビリテーション n=1438例



## 通所リハビリテーション n=2260例



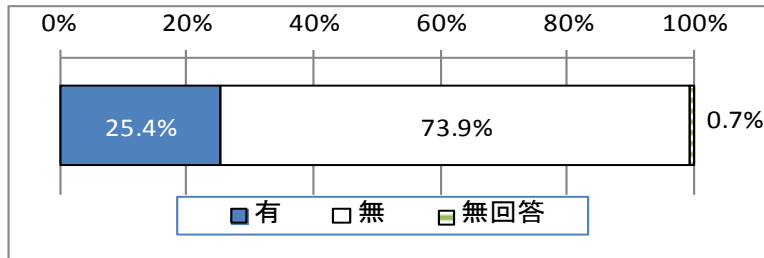
心身機能

活動

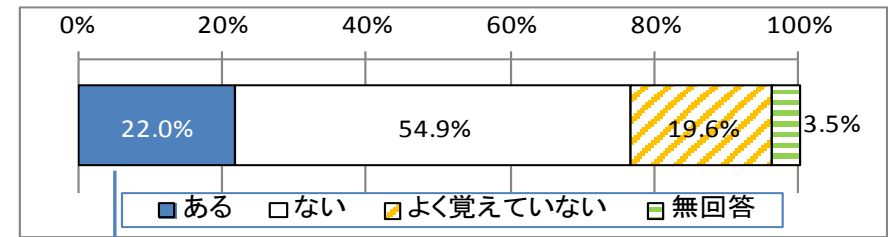
# 通所リハビリテーション終了後の生活イメージの有無

- リハビリ職員は、利用者の通所リハ終了後の生活イメージ(例:スポーツジムに通う)を「無」(もっていない)が73.9%で、終了後の生活のイメージをあまり持っていなかった。
- 利用者が、地域の体操教室や趣味活動の集まりについて、通所リハの職員やケアマネジャーからの説明を受けたことが「ある」は22.0%で、説明を受けた場合には、利用したいと「思った」が57.0%であった。利用者は、地域の集まりなどの情報提供があれば、利用してみたいと思っていた。

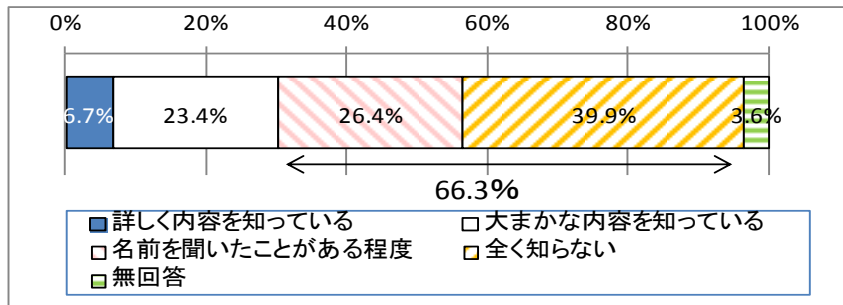
リハビリ職員回答:通所リハ終了後の利用者の生活イメージ(例:スポーツジムに通う)の有無(n=3,302)



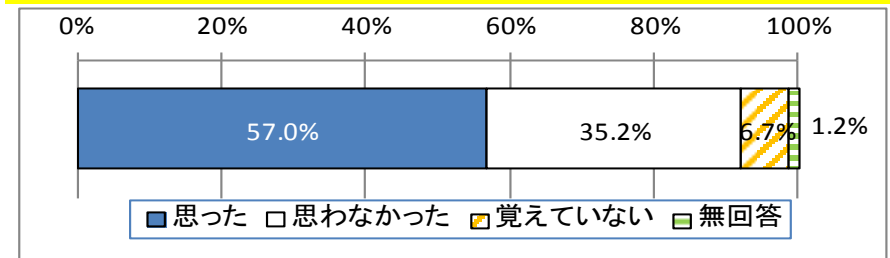
本人回答:通所リハの職員等からの地域の体操教室等の説明(n=2,725)



本人回答:地域の体操教室や趣味活動の集まりの認知度(n=2,725)



本人回答:説明が「ある」場合:利用したいと思ったか(n=600)



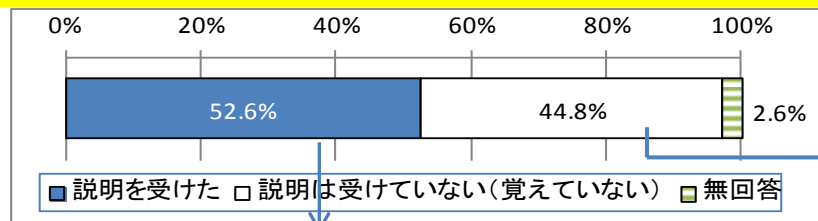


# 身体機能やADLの今後の見通しについての説明の状況（本人の回答）

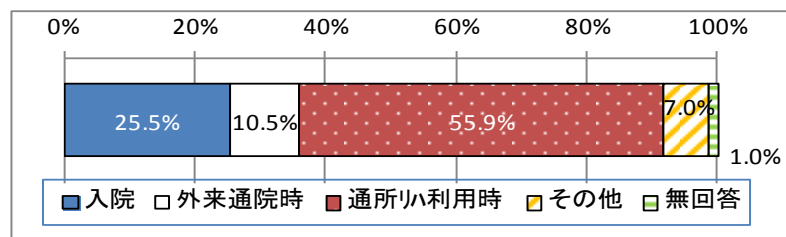
（通所リハビリテーション）

- 身体機能やADLの今後の見通しについて「説明を受けた」が52.6%で、説明時期は「通所リハ利用時」が55.9%、説明者は「リハ職から」が47.2%であった。
- 「説明は受けていない(覚えていない)」場合、説明を「受けたかった」が51.5%と約半数であった。
- 身体機能やADLの今後の見通しについて希望がある場合、「医師から」の説明を希望する者が45.3%であった。

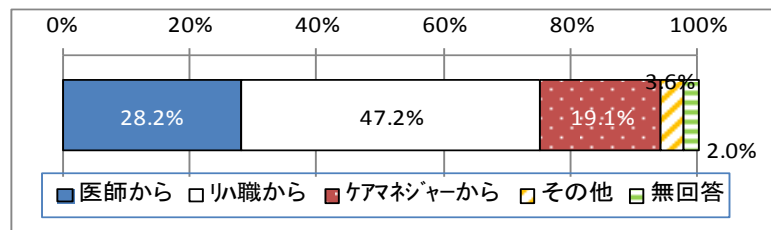
身体機能やADLの今後の見通しの説明の有無(n=2,725)



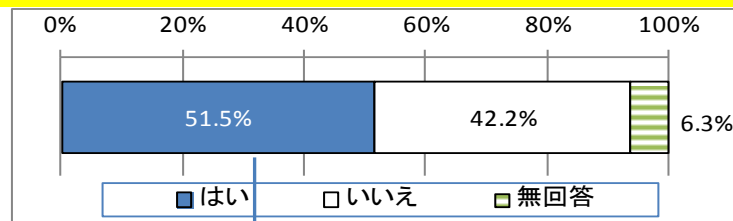
（説明有の場合）説明時期(n=1,433)



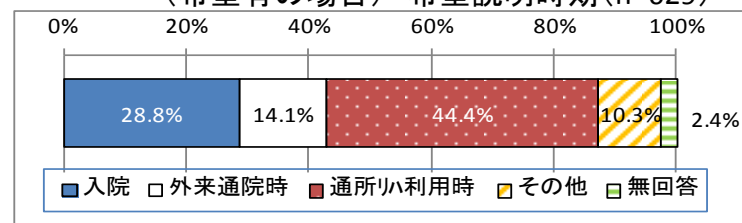
（説明有の場合）説明者(n=1,433)



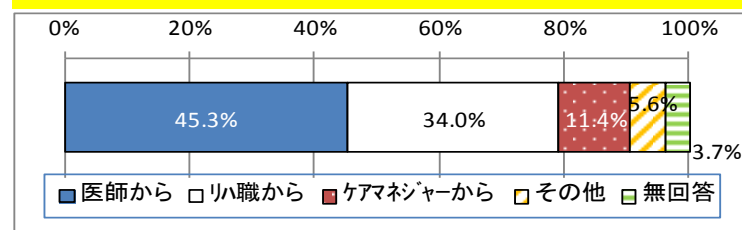
（説明無の場合）説明を受けたかったか(n=1,222)



（希望有の場合）希望説明時期(n=629)



（希望有の場合）希望説明者(n=629)



# 居宅サービスにおける多職種協働の推進（リハビリテーションカンファレンスの活用）

- 通所・訪問リハビリテーションで開催するリハビリテーションカンファレンスの場を活用し、介護支援専門員や各居宅サービス事業所のスタッフ等がその場に参画、当該利用者に関する方針や目標、計画を検討、共有してはどうか。
- また、効率的・効果的な情報共有できるように介護支援専門員の居宅サービス関連書式の書式とできるだけ共通とし、情報の共有が容易になるよう工夫してはどうか。

## 介護支援専門員

### 協働の場

サービス担当者会議

- 通所リハビリテーションの医師、PT、OT、ST、看護職員、介護職員、本人・家族、介護支援専門員や利用者の支援に関わる居宅サービス提供者が参加
- リハビリテーションカンファレンス記録  
サービス担当者会議録と共通性を持たせる

リハビリテーションカンファレンス

医師

### 情報の共有

利用者に関する情報や支援方針、  
目標、計画の共有

- ニーズ調査票
- アセスメント票
- リハビリテーション計画書

## 通所・訪問リハビリテーション

訪問系サービス

訪問介護

\* 生活機能向上連携加算

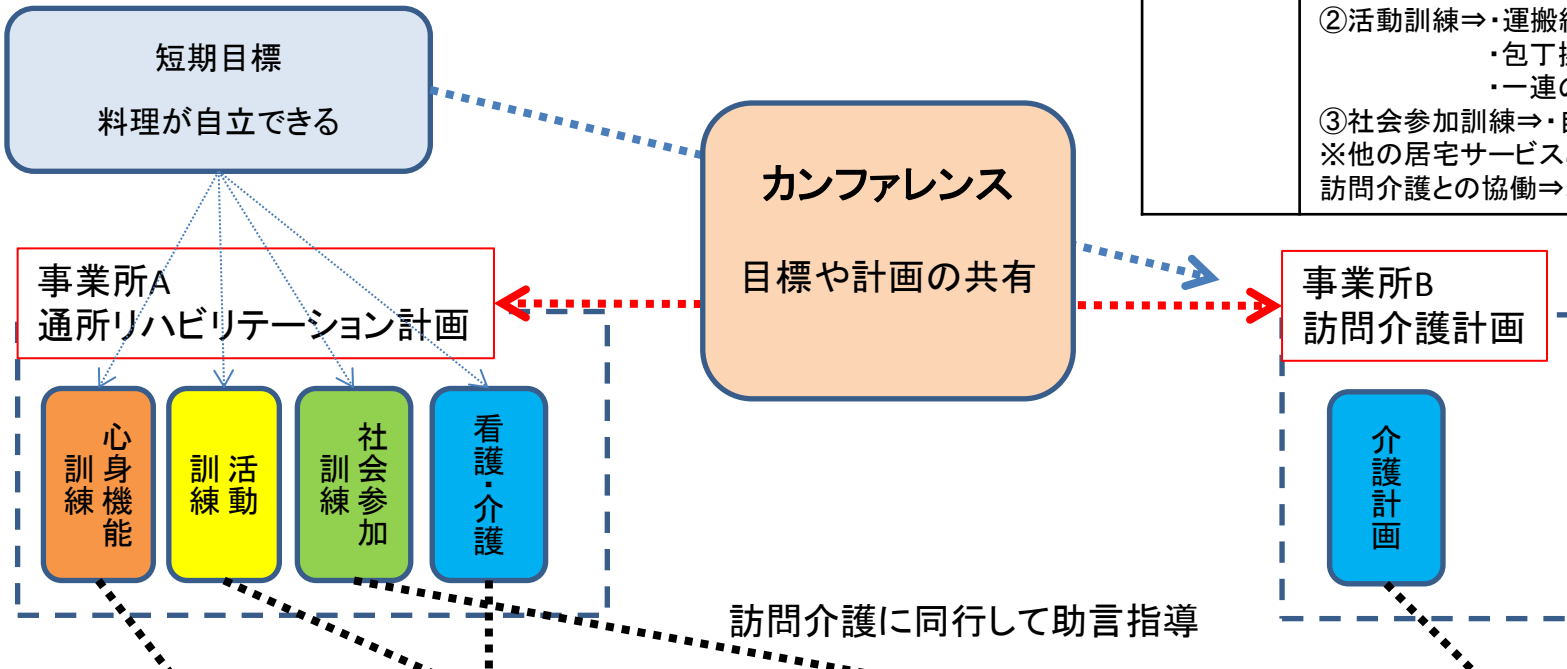
通所介護

# (参考) 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

○ 通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取を考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を 実施。 同時に訪 問介護と 同行訪問

## 例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



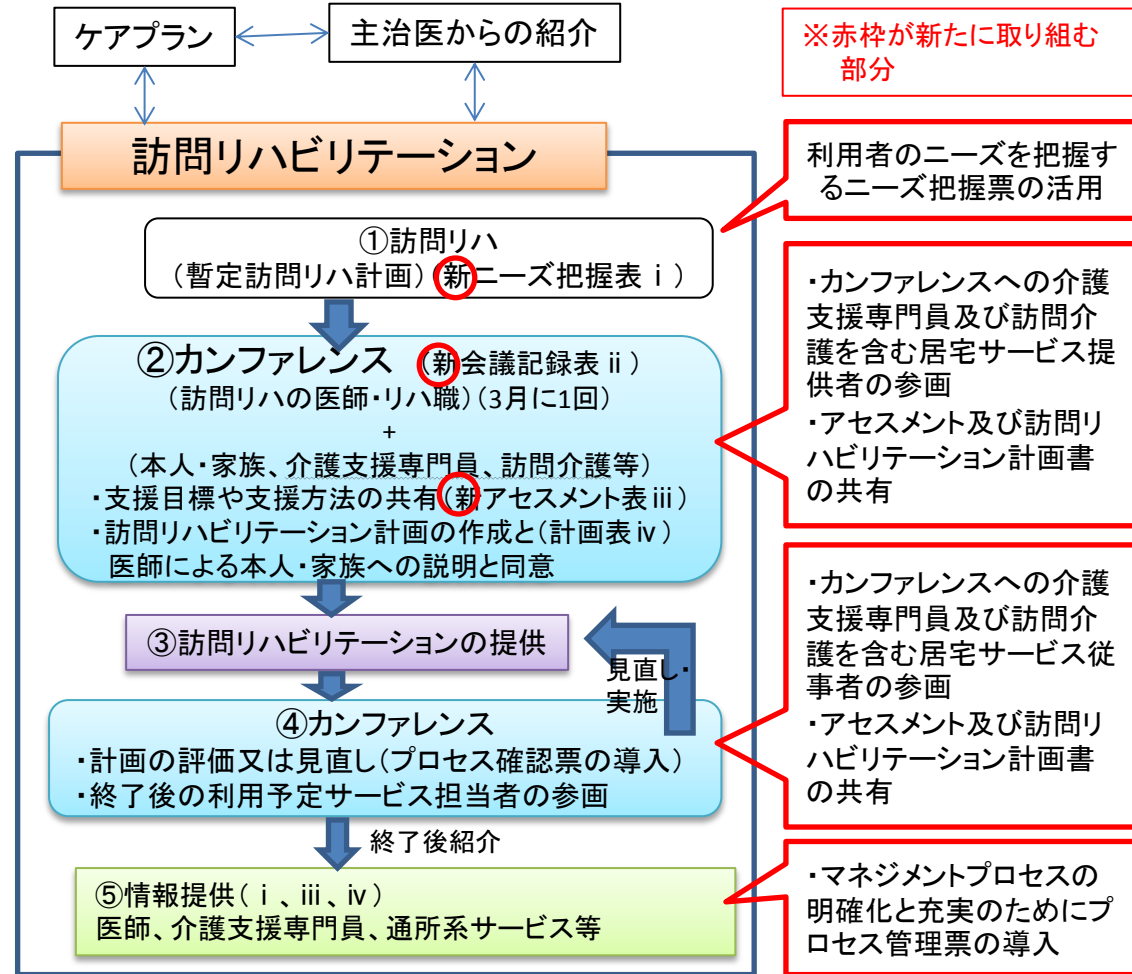
利用者の一日のタイムスケジュール(例)

9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時
	心身機能訓練	活動訓練	社会参加訓練					
		看護・介護					訪問介護	

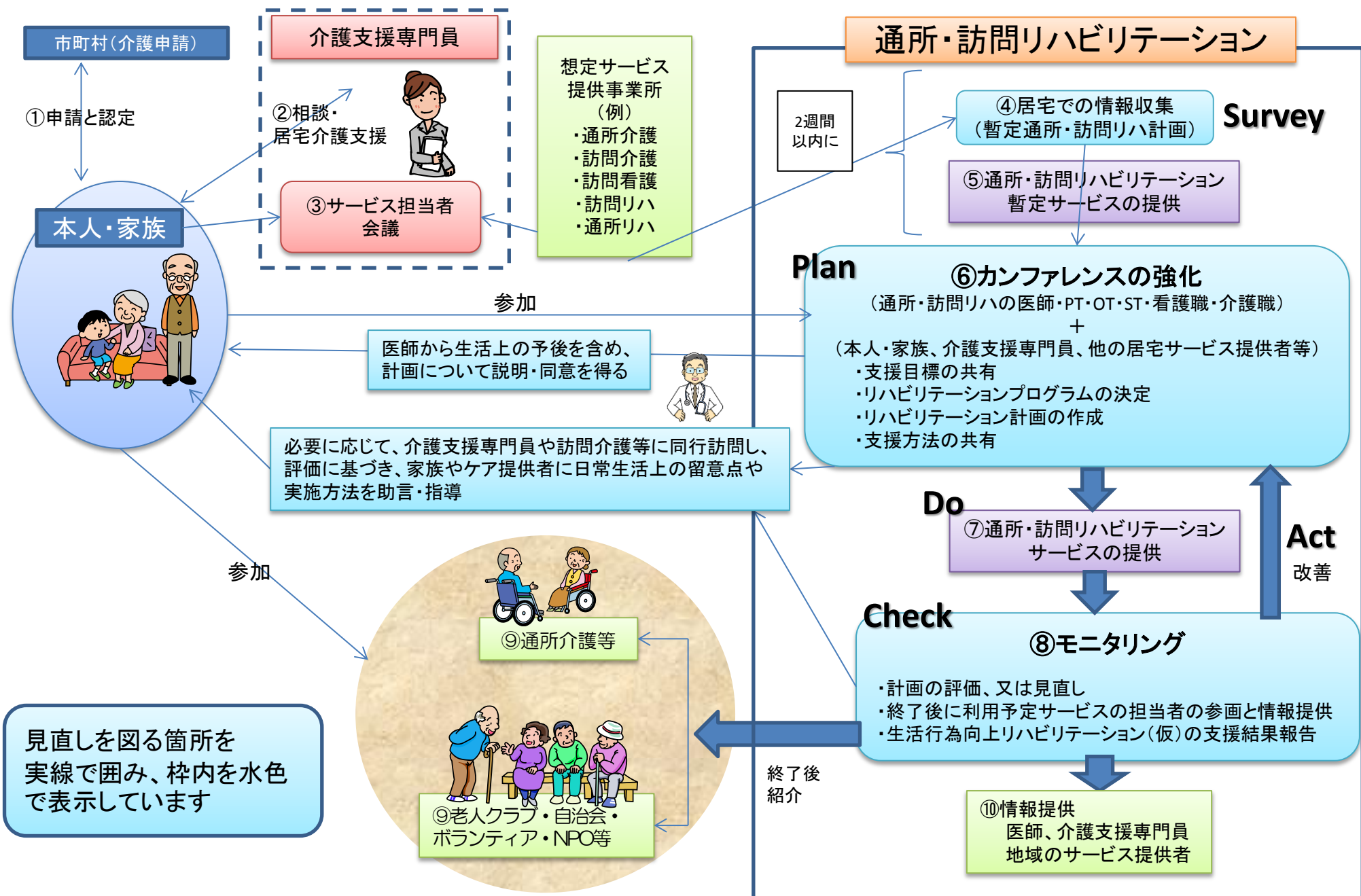
# 訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントの再評価

- 訪問リハビリテーションの基本報酬に包括評価された訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメントについても、通所リハビリテーション同様、介護支援専門員や訪問介護などの居宅サービスとの連携強化、カンファレンスの開催や計画の共有などの取り組みの充実を図るとともに、これらの報酬評価についても、改めてリハビリテーションマネジメント加算として評価することとしてはどうか。
- 理学療法士等が訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価を、リハビリテーションマネジメントのプロセスとして一体化（訪問介護のサービス提供責任者に対して行う指導及び助言に対する評価をリハビリテーションマネジメント加算への包括化）

## 【訪問リハビリテーションの流れ】



# 通所・訪問リハビリテーションのマネジメント再構築の全体像



# リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実 (生活機能に焦点を当てたアプローチの強化)

## 論点2-1(通所リハビリテーション)

- ① 個別リハビリテーションは退院(所)後間もない者に対する短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合してはどうか。
- ② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直してはどうか。
- ③ ADLやIADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの仕組みを導入してはどうか。

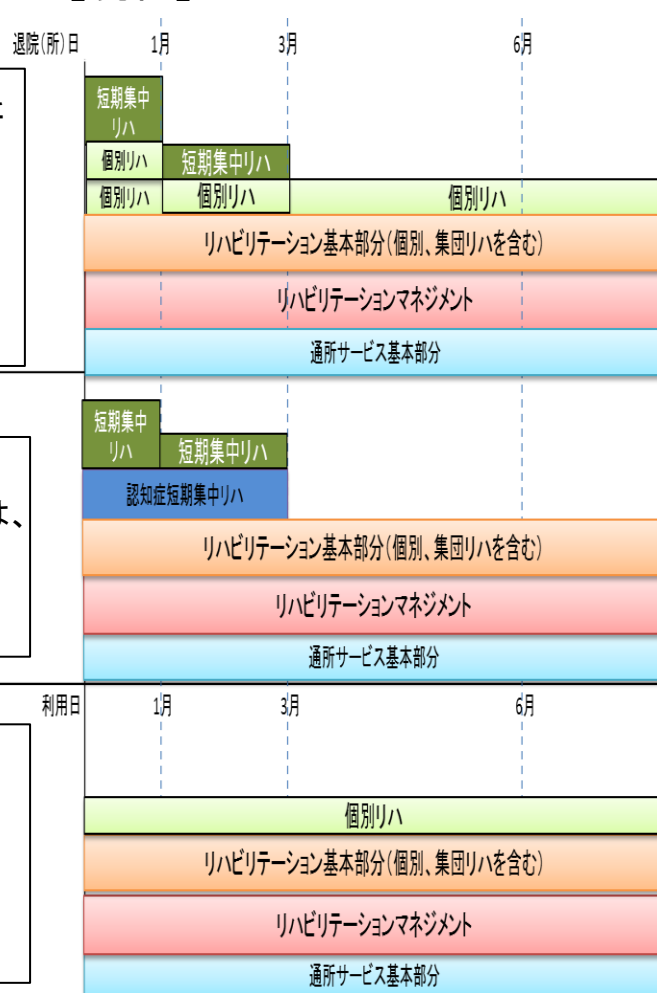
### 対応の全体像案

① 身体機能を向上するための個別リハビリテーションは退院(所)後間もない者に対する短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合する。

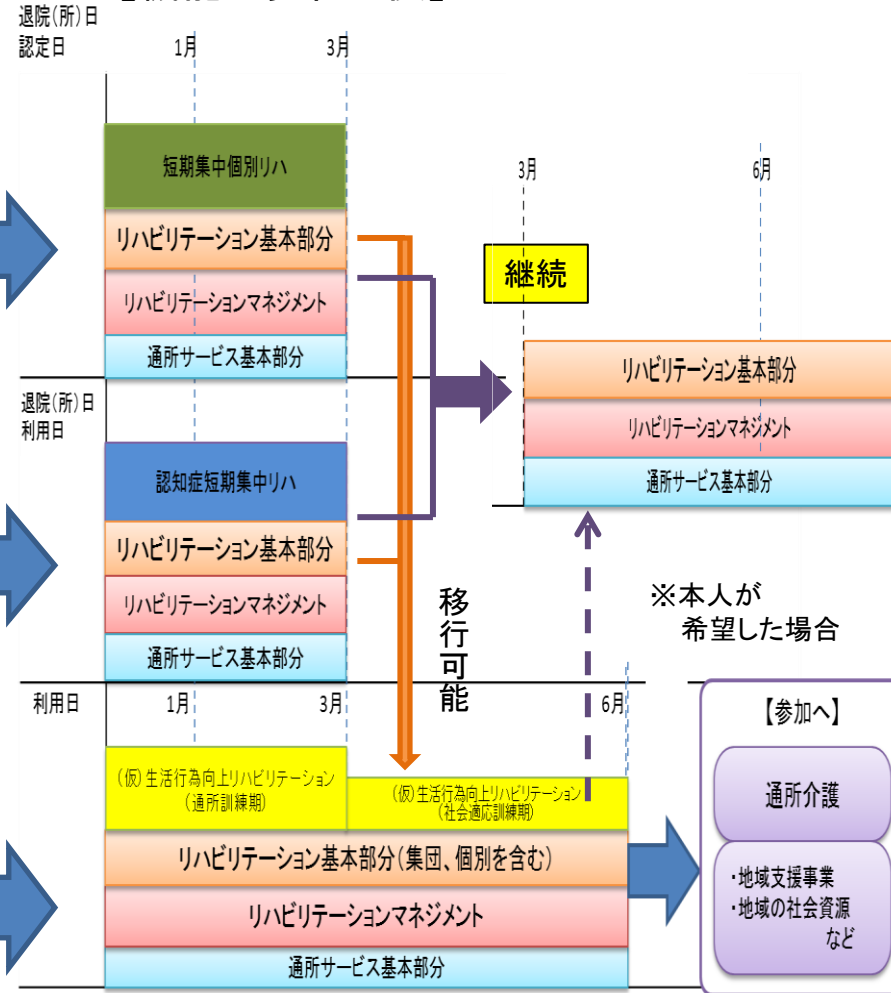
② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。

③ 歩行・排泄動作などのADLや調理などのIADL、社会参加などの生活行為の向上に対する新たなリハビリテーションの創設を行う。

### 【現行】



### 【機能の見直し後】





# 身体機能に焦点を当てた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の一体的な見直し（統合）について

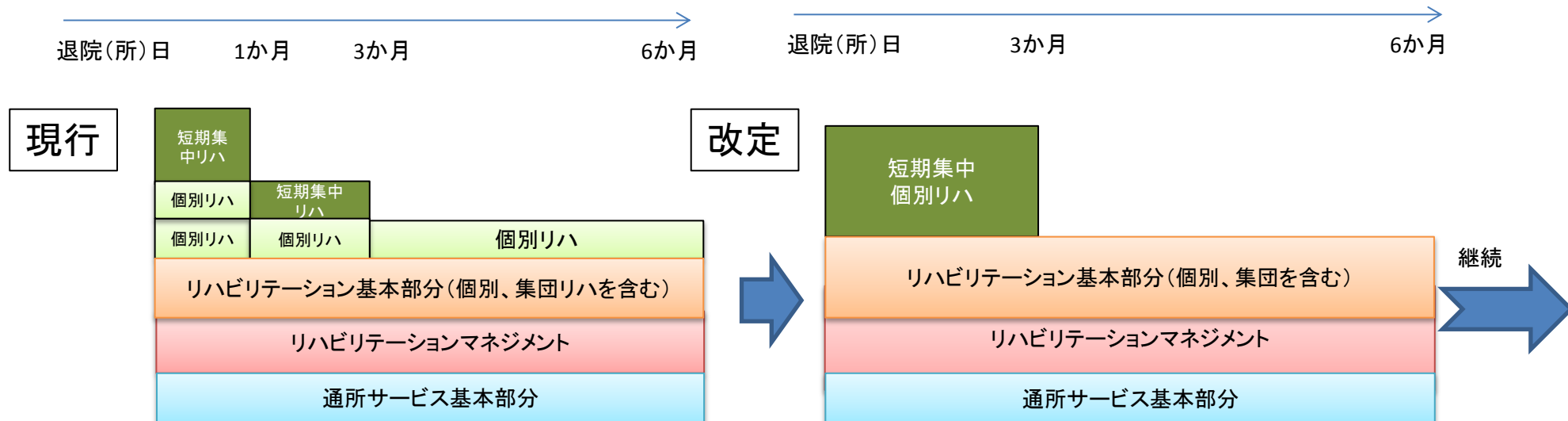
## 論点2-1（通所リハビリテーション）

① 個別リハビリテーションは退院（所）後間もない者に対する短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合してはどうか。

### 対応案

- ・ 個別リハビリテーションは退院（所）後間もない者に対する身体機能の回復に焦点を当てたリハビリテーションとして短期集中的個別リハビリテーションとして機能を統合する。
- ・ リハビリテーションは、適切な目標の設定とその達成に向けた個別性を重視して計画的に行うべきものであるため、長期漫然として実施される個別リハビリテーション実施加算については基本報酬に包括する。

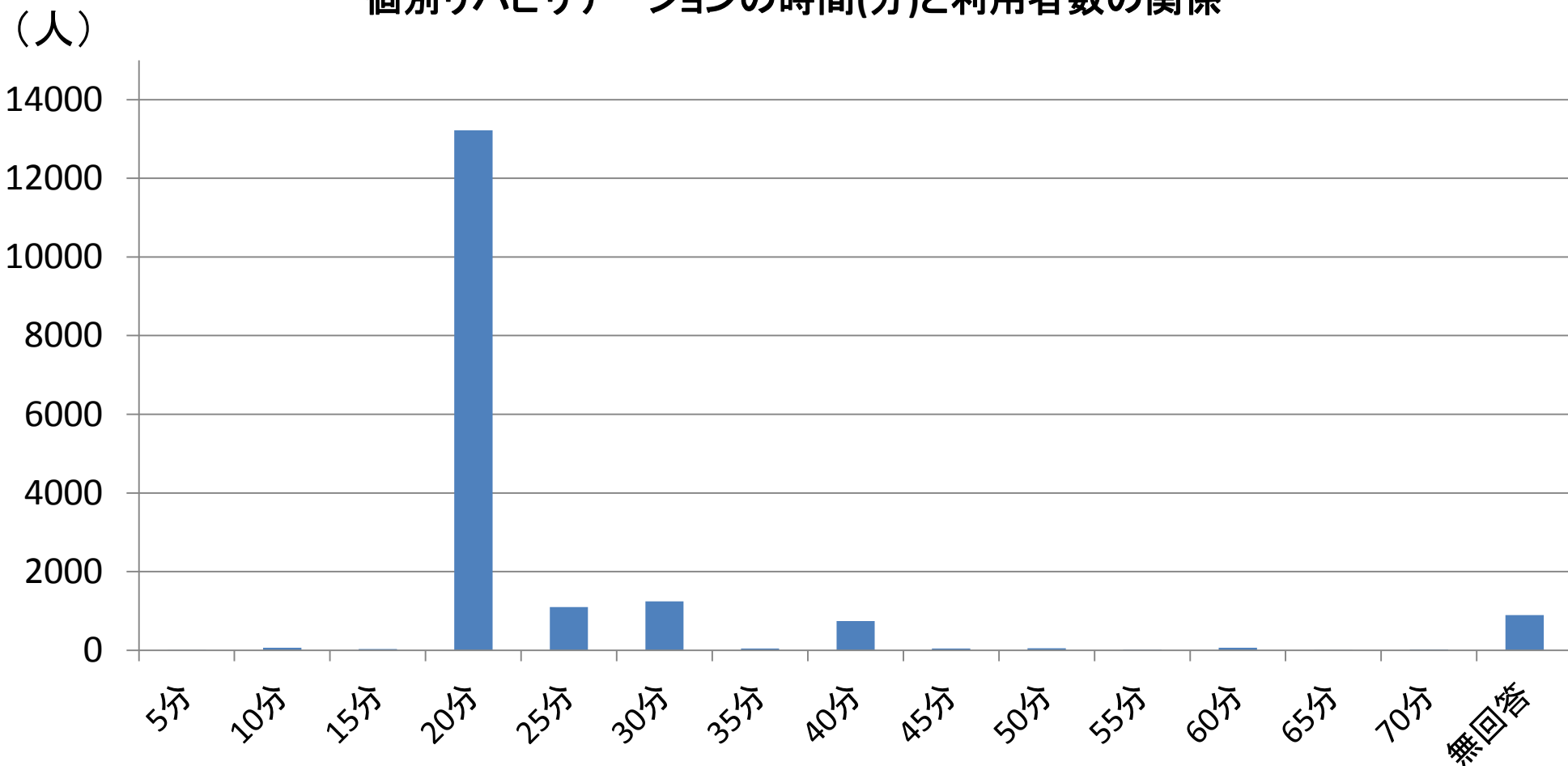
### 【イメージ】



# 個別リハビリテーションの実施状況

○ 利用者が受けた個別リハビリテーションの時間は、20分間が75%であった。

## 個別リハビリテーションの時間(分)と利用者数の関係



出典：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」を老人保健課で再集計

# 短期集中リハビリテーション実施加算・個別リハビリテーション実施加算の算定状況

- 短期集中リハビリテーション実施加算の算定率は、5%※<sup>1</sup>程度である。
- 個別リハビリテーション実施加算の算定率は、長期に及ぶ利用者を含めて76%※<sup>2</sup>となっている。

※<sup>1</sup> 短期集中リハビリテーション実施加算(167千件) ÷ 総利用件数(3398千件) × 100=4.9%

※<sup>2</sup> 個別リハビリテーション実施加算(2576千件) ÷ 総利用件数(3398千件) × 100=75.8%

(いずれもH25.10月実績)



# 通所リハビリテーションと通所介護の比較：平均利用期間

○ 通所リハビリテーション、通所介護ともに、平均利用期間が4年程度であった。

		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	<b>49.6ヶ月</b>	<b>48.0ヶ月</b>
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した 個別リハビリ(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ(個別機能訓練)時間	16.6分	22.4分

参考：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業  
「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

# 認知症短期集中リハビリテーションの見直しについて

## 論点2-1(通所リハビリテーション)

② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直してはどうか。

### 対応案

- ・ 現在の認知症短期集中リハビリテーションは、身体機能へのアプローチである個別リハビリテーションの同様20分以上実施することとなっているが、認知症高齢者には、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がイメージされやすい活動や参加へのアプローチが導入しやすいため、短期集中リハビリテーション加算を一体的に見直し新たな体系を追加する。
- ・ 新たな体系では、認知症高齢者の見当識や記憶などの認知機能の状態に合わせて、実施頻度についても週二回ではなく、効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、3か月間の利用を限度とする。
- ・ 認知症短期集中リハビリテーションの提供後の評価(カンファレンス)により、新設する生活行為向上リハビリテーション(仮称)に移行できるものとする。
- ・ 認知症短期集中リハビリテーションの提供後もリハビリテーションを継続することができる。なお、この場合でも参加に向けた取組を促す。

### 【イメージ】



## 通所リハ(認知症) 家事や畑作業を再開し、介護負担が軽減した認知症事例

通所リハビリテーション事例	年齢:77歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症・変形性膝関節症	要介護2 ⇒ 要介護1
	<p><b>【介入までの経緯】</b>脳梗塞発症から6週間の入院を経て自宅退院となった。入浴とリハビリ目的で通所リハ週3回、機能回復訓練、ADL・IADL訓練などの活動を促した。病前は家事と農業を行い、楽しみとして収穫物を農産物市で売っていた。病気後は軽度認知症の影響もあり主体的な生活が送れず、常に助言や誘導を要し、夜間覚醒など、夫の介護負担となっていた。</p> <p><b>【本人・家族の生活の目標】</b>(本人) 以前のように自分で野菜を作り、収穫物を「農産物市」に出したい。(家族) 夜間寝てほしい。屋外を安定して歩けるようになってほしい。</p>	

	利用開始時	中間(1ヶ月後)	修了(2ヶ月後)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>○更衣や整容は助言、入浴は部分介助を要する。</li> <li>○家事は促しや助言が必要であり、自分からは行わない。</li> <li>○昼夜逆転傾向にあった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入浴は見守りで可能となり、洗濯物をたたむ、食器洗い、台拭きなどが見守りでできるようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入浴は口頭での促しでできるようになり、自宅でも入浴している。</li> <li>○洗濯と食事の片付けは夫と共に行うようになった。</li> <li>○通所日の夜は覚醒なく朝まで眠れる。</li> </ul>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>○低い台からの立ち上りなど屋外農作業に必要な機能訓練と動作練習。</li> <li>○歩行器の操作練習と歩行耐久性訓練を行う。活動量増加。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○歩行器のレンタル開始、屋外歩行練習や除草作業の模擬動作の反復により通所時の活動量が増加した。</li> <li>○個別リハに積極的になる。</li> </ul>	<p><b>【考察】</b> 認知症者は、生活行為に対する主体性などの低下も認められるため、なじみ深い作業などの介入が有効である。本事例では長年の楽しみであった農作業や家庭内役割であった家事を再開することで精神面での活性化が図られ、生活リズムを取り戻すことができた。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○畑まで歩いて行き、除草作業などの簡単な畑仕事ができる。</li> <li>○夫の送迎と付添により農産物市に参加する。</li> <li>○夜間覚醒なく眠れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○夫に対して活動能力の改善を説明し、家庭での家事や屋外歩行の付き添いに理解を求める。</li> <li>○CMIに歩行器の貸与手続きを要請。</li> </ul>	



**結果 :** 日中の活動量が増加し、夜間の覚醒がなくなった。また、夫の付き添いで農産物市に参加することができた。

**課題 :** 生活行為の課題を解決するためには、20分1単位では十分な関わりがもてない。



# 活動と参加に焦点を当てた新たなリハビリテーションの推進について

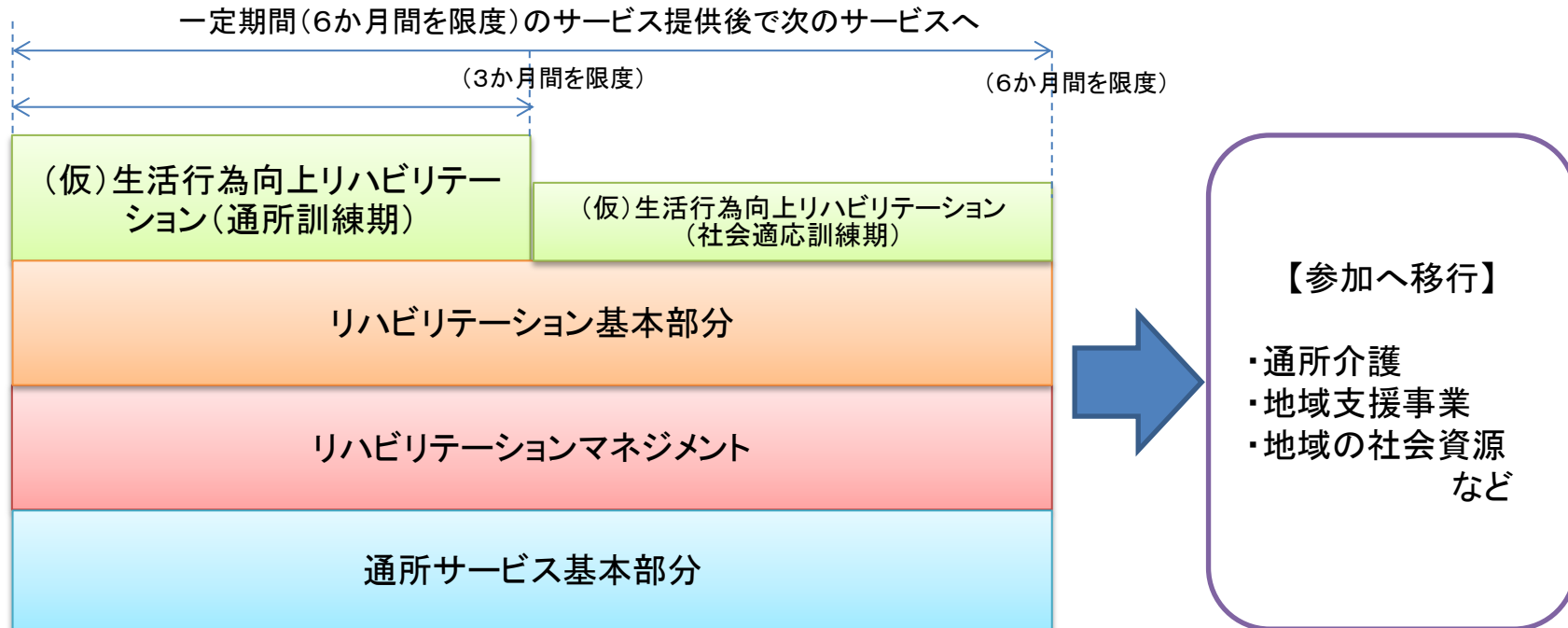
## 論点2-1(通所リハビリテーション)

③ 加齢等により生活機能が低下した高齢者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の向上について焦点を当てたリハビリテーションを提供してはどうか。

### 対応案

- ・ 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6か月間の利用を限度とする。重点的に計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。

### 【イメージ】

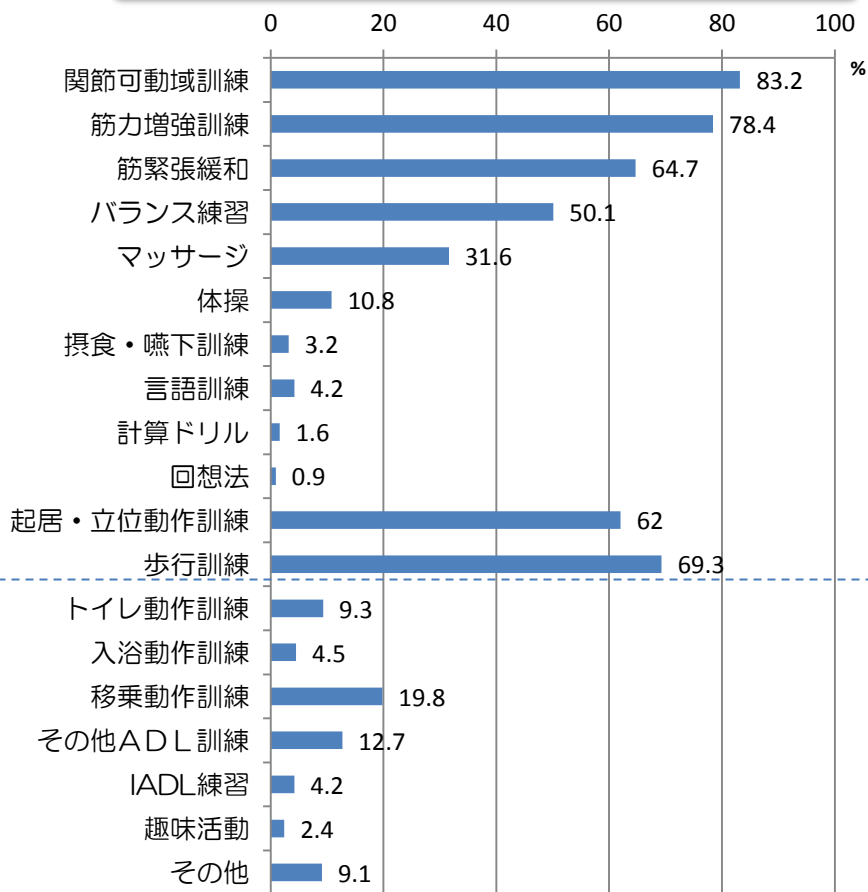


# 訪問リハと通所リハでのプログラムの実施内容

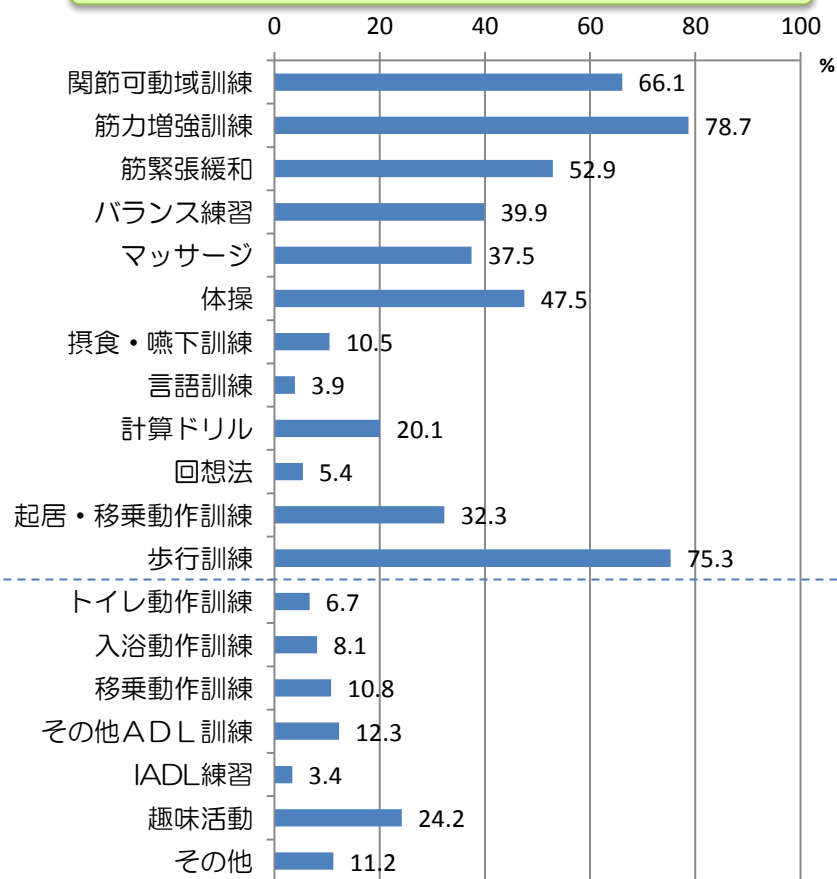
- 訪問も通所リハビリテーションともに心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。
- 訪問に比較し、通所は体操や計算ドリルなどの認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的にみられる。

対象: 要支援1・2 ~ 要介護5 (訪問リハ 500事業所、通所リハ 500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。  
 (回答) 訪問リハ250事業所(回収率50.0%)(1438事例)、通所リハ234事業所(回収率46.8%)(2260事例)

## 訪問リハビリテーション n=1438例



## 通所リハビリテーション n=2260例



# (仮) 生活行為向上リハビリテーションの概要

心身機能訓練の評価に馴染みやすい時間・単位制の報酬体系とは別に、特に在宅生活者で徐々に生活機能が低下する廃用症候群など、早期の段階で「活動」や「社会参画」への重点的な取組が推進されるような、包括的な新たな報酬体系を導入し、それらも選択可能とする。

- ①介護サービス利用者でADL/IADLなどの生活機能が低下し、居宅サービス等で通所リハビリテーションが必要とされた者、②肺炎などを契機に急激に生活機能が低下した場合等において医師がリハビリテーションが必要であると判断した者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の向上について焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
- 利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」と思う生活行為を目標とする。
- 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6か月間の利用を限度とする。主に通所訓練を重点的に行う時期(前半のおおむね3か月間)と、主に参加への移行を念頭においた訓練の時期(残りのおおむね3か月間)に分けて、計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。
- 目標とした生活行為の自立若しくは達成により、次のサービス(自主的な取り組みを含む)につなぐなど、終了を意識した、短期的、集中的な取り組みとする。また、終了時カンファレンスにて、本人が通所リハビリテーションの利用を希望した場合、リハビリテーションを継続することができるが、報酬については適正な水準に調整するものとする。
- 取組の具体的な内容を「(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画書」(様式F)として策定し、カンファレンス等で継続的に評価・見直しを行う。
- (仮)生活行為向上リハビリテーションは、一定の研修を受講した者が実施する。

肺炎などを契機に急激に生活機能が低下し、医師が通所リハビリテーションが必要であると判断した者

ADL/IADLなどの生活機能低下に対し、居宅サービス等が通所リハビリテーションが必要と考えた者

認定とケアプラン

## 【通所リハビリテーション】

リハビリテーションマネジメント  
(カンファレンスにて対象者の決定)

(仮)生活行為向上リハビリテーション  
 (仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成(通所と訪問を組合せ)

【6か月後】 目標とする生活行為が達成  
 ○「(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画」の支援結果のまとめを作成

リハビリテーションマネジメント  
(カンファレンスにて情報公開・提供)

通所リハビリテーション以外の通所系サービス若しくは地域の社会資源の利用など

※・1月1回包括単位  
 ・利用日から6か月間の実施  
 ・目標達成で終了  
 ・実施頻度・回数・時間は実施計画で決定

通所リハ		買い物に行きたいが不安で夫に依存していた方への訪問指導事例	
通所リハビリテーション(介護予防)事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)	要支援1	
	<p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p>		
	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL自立</li> <li>・調理が自宅での役割(その他の家事は夫)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる)</li> <li>・配膳・下膳で台車利用習慣化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・掃除は出来る範囲で実施</li> <li>・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる)</li> </ul>
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カートによるスーパーでの買物を経験する</li> <li>・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ</li> <li>・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる</li> </ul>	<p>【考察】</p> <p>実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」と「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。</p> <p>買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。</p>
介入内容	<ol style="list-style-type: none"> <li>①自主トレ指導</li> <li>②スーパーで買物評価</li> <li>③スーパーよりカートを借り出し移動練習</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①カート押しでのすくみ足対策</li> <li>②移動時の夫の立ち位置検討</li> <li>③商品棚へのリーチ位置確認</li> <li>④疲労度合いと役割分担検討</li> </ol>	

同行者がいれば買い物が可能に



スーパーを想定しての模倣的アプローチ

実際場面で活動参加を繰り返し習慣化へ向けたアプローチ

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に



活動の習慣化 役割の拡大へ 地域とのつながり

**結果** : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

# 訪問リハビリテーションにおける 身体機能に焦点を当てた短期集中リハビリテーション実施加算の見直しについて

## 論点2-2

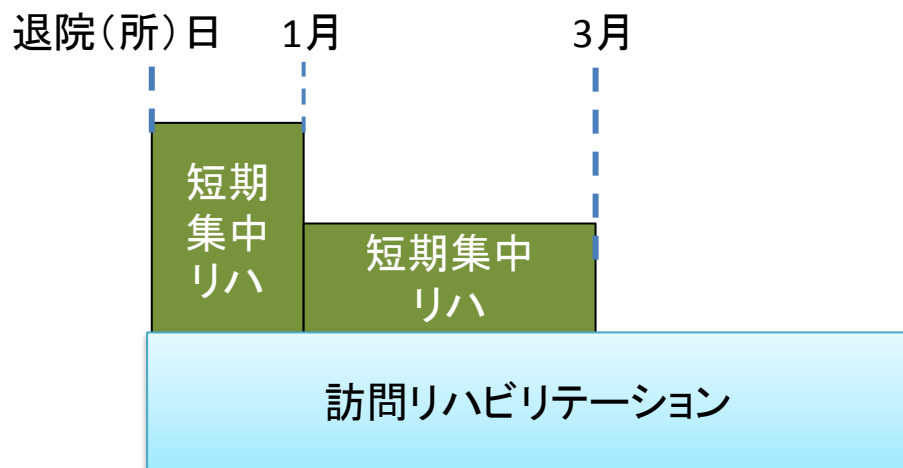
短期集中リハビリテーションは、退院(所)後間もない者に対するリハビリテーションとして、実施時間等の機能を見直してはどうか。

### 対応案

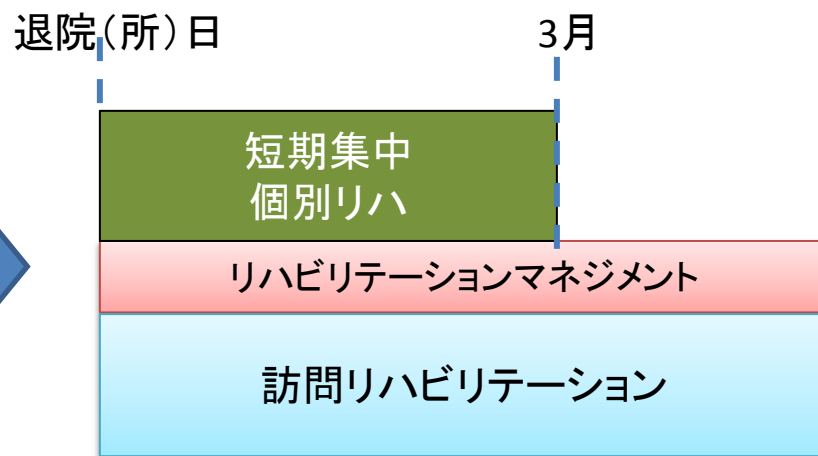
- 短期集中リハビリテーションは、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的として、実施期間を3月とするなど、頻度や時間などの機能を見直す。

### 【イメージ】

#### 現行



#### 機能見直し



# 通所・訪問リハビリテーション終了後の各種地域サービス等への移行の評価について

## 論点3

通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおいて、社会参加が維持できるサービス等に移行するなど、質の高い通所・訪問リハビリテーションを提供する事業所の体制を評価してはどうか

### 対応案

- 利用者が計画に基づき、一定期間以内に通所系サービスや地域支援事業などに移行した場合の実績(利用者に占める割合)を評価する。
- 通所リハビリテーションの(仮)生活行為向上リハビリテーションには適応しない。

### <具体例イメージ>

#### 通所リハビリテーション

⇒通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

#### 訪問リハビリテーション

⇒通所リハビリテーション、通所介護、地域支援事業等(入院、入所、死亡を除く)

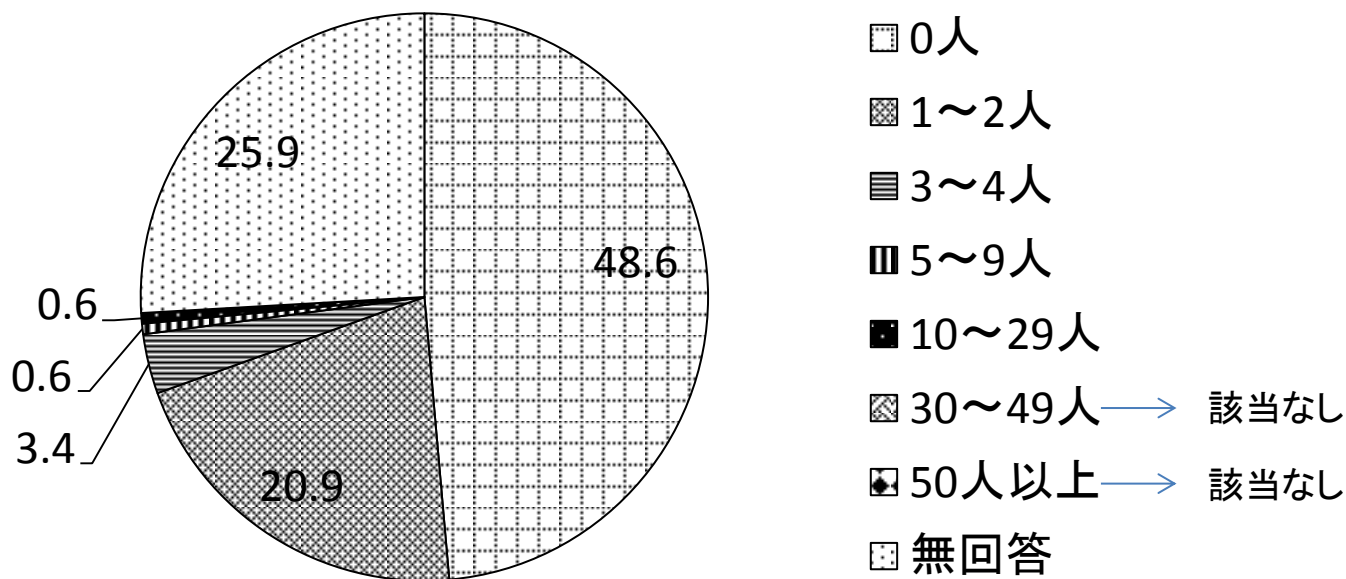


# 通所リハビリテーションの終了者のうち、 身体機能・動作能力・社会参加の改善に応じたサービス終了者の現状

○ 改善による終了人数別の事業所割合では、終了人数が0人の事業所が最も多く48.6%、次いで、1～2人の20.9%、3～4人の3.4%であった。10～29人が終了したと答えた事業所が0.6%で2事業所あった。

- ・ 通所リハビリテーション事業所623カ所に対し、郵送にて調査を実施。321事業所より回答(回収率 41.5%)。
- ・ 過去3か月間(平成26年4月～6月末)に利用を終了した方の内訳(a死亡、b入院、c本人の拒否、d入所、e身体機能・動作能力・社会参加の改善、fその他、g不明)とその人数を回答依頼。
- ・ 身体機能・動作能力・社会参加の改善のみを集計した。

改善による終了人数別の事業所割合



回答事業所数=321事業所  
単位:%

## 論点4

重度要介護者を一定数以上受け入れ、かつ体制を確保している事業所を加算で評価してはどうか。

### 対応案

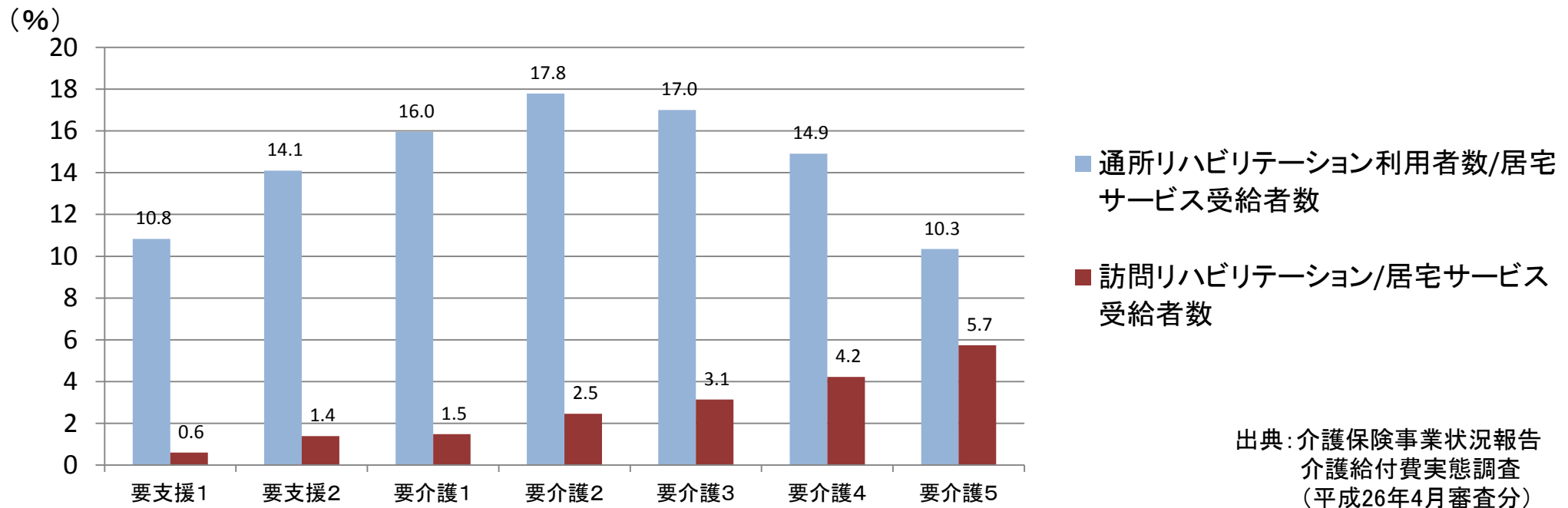
- 以下の要件を満たし、介護職員又は看護職員を指定基準より常勤換算方法で複数以上加配している事業所を報酬の加算で評価する。

(要件)

実利用者のうち要介護3以上の利用者を一定割合以上受け入れ、かつ、看護職員を提供時間を通じて専従で1以上配置している。

# 要介護度別の居宅サービス受給者数に占める 通所・訪問リハビリテーション受給者数の割合

- 居宅サービス受給者数に占める通所リハビリテーション受給者数の割合は、要介護2をピークとして減少し、要介護4では7.2%、要介護5では4.3%である。
- 居宅サービス受給者数に占める訪問リハビリテーション受給者数の割合は、要介護度が高くなるにつれて、漸増している。



(千人)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
居宅サービス受給者数	476.5	581.6	920.6	941.1	724.5	655.8	532.8	4,832.9
通所リハビリテーション利用者数	49.9	78.9	126.1	133.6	77.9	47.5	22.9	536.8
訪問リハビリテーション利用者数	3	8.1	12.3	19.4	14.9	13.8	13.1	84.6

## 論点5

要介護4・5以上の利用者に対し一定の医療処置を実施した場合の評価について、対象を要介護3まで拡大してはどうか。

### 対応案

- 加算の対象者に要介護3の医療処置を要する者を含め、要介護3以上に拡大する。

# 重度療養管理加算（平成24年度～）

## 平成24年度介護報酬改定の概要

### I 基本的な考え方

#### 2. 基本的な視点

##### (2) 医療と介護の役割分担・連携強化

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供するという観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化することが必要である。

このため、

①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化

### II 各サービスの報酬・基準見直しの内容

手厚い医療が必要な利用者に対するリハビリテーションの提供を促進する観点から、要介護4又は5であって、手厚い医療が必要な状態である利用者の受け入れを評価する見直しを行う。

### ○算定要件

要介護4又は要介護5に該当する者であって、下記の状態にある利用者に対して、計画的医学的管理のもと、通所リハビリテーションを行った場合。

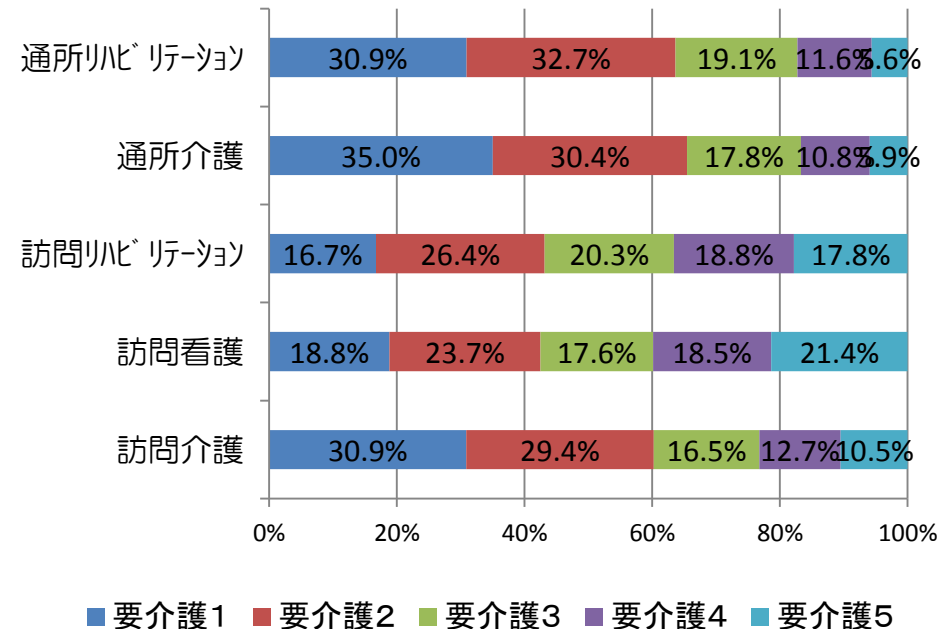
（老企第36号 第2の8(16)）

・利用者は下記のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者

#### 【状態】

- ・常時頻回の喀痰吸引を実施している状態
- ・呼吸障害により人工呼吸器を使用している状態
- ・中心静脈注射を実施している状態
- ・人工腎臓を実施しており、かつ重篤な合併症を有する状態
- ・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
- ・膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者4級以上に該当し、かつストーマの処置を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている状態
- ・(皮下組織に及ぶ)褥瘡に対する治療を実施している状態
- ・気管切開が行われている状態

## 要介護度別居宅系サービス利用状況



出典：平成26年度介護給付費実態調査（4月審査分）

# 通所リハビリテーションでの介護度別医療処置の実施状況

○ 要介護3の者においても、重度療養管理加算の算定要件となる医療処置（経管栄養、喀痰吸引、ストーマケア、褥瘡処置等）の実施を要する利用者が存在する。

要介護	経管栄養	透析	人工呼吸器	気管切開	喀痰吸引	ストーマケア	モニター測定	褥瘡ケア	膀胱カテーテル
1	0%	0.5%	0%	0%	0%	0.4%	5.6%	0.2%	0.2%
2	0%	0.9%	0%	0.4%	0.2%	0.9%	4.9%	0.9%	1.1%
3	0%	0.7%	0%	0%	0.3%	1.3%	6.6%	3.6%	0.3%
4	0.6%	4.5%	0%	0%	0.6%	0.6%	8.4%	4.5%	5.8%
5	10.7%	0%	0%	3.6%	7.1%	0%	5.4%	8.8%	7.1%

# 訪問リハビリテーションとの訪問看護ステーションによるリハビリテーションの 一体的見直しについて

## 論点6

訪問看護ステーションからの訪問看護の一環としてのリハビリテーションと、訪問リハビリテーション事業所からの訪問リハビリテーションについて、サービスの提供実態を踏まえた評価の一体的な見直しとともに、リハビリテーションマネジメントの充実を推進してはどうか。

### 対応案

- 訪問看護の理学療法士等の訪問と訪問リハビリテーションの基本的な報酬評価を合わせる。
- 訪問看護の理学療法士等の訪問に対しても、訪問リハビリテーションと同様なりハビリテーションマネジメントの充実を推進するための加算を新設する。

※ 参考

訪問看護費 (指定訪問看護ステーションの場合)	看護職員による訪問の場合 (所要時間20分未満の場合)	318単位
	理学療法士等による訪問の場合 (1回につき)	318単位
訪問リハビリテーション費	訪問リハビリテーション費 (1回につき)	307単位



# 訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較

○ 訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションと訪問リハビリテーションの比較では、年齢、性別、利用者の疾患、訪問頻度、要介護度、プログラム内容など似かよった内容であった。

利用者像	訪問リハビリテーション事業所 (n=1694)	訪問看護ステーションのリハビリ テーション(n=1614)
年齢	77.4歳	76.6歳
性別	男45.6% 女54.4%	男45.8% 女54.2%
主治医の同一法人内割合	42.1%	15.4%
ケアマネジャー同一法人内割合	27.6%	25.1%
利用者の疾患	脳血管疾患(軽中度) 31.8% 運動器疾患(軽中度) 26.6% 脳血管疾患(重度) 14.7%	脳血管疾患(軽中度) 33.7% 運動器疾患(軽中度) 21.3% 脳血管疾患(重度) 15.9%
訪問サービス頻度	1.6回	1.5回
一回あたりの提供時間	41.1分	52.3分
要介護度	要支援 8.3% 要介護1~3 55.6% 要介護4~5 34.7%	要支援 6.9% 要介護1~3 55.8% 要介護4~5 35.3%
プログラム内容	ROM訓練 79.2% 筋力増強訓練 76.6% 歩行訓練 67.8%	ROM訓練 81.8% 筋力増強訓練 78.6% 歩行訓練 68.9%

# 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両サービスを同一事業所が提供する場合の運営の効率化について

## 論点7

訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合の運営の効率化を推進するための対応を行ってはどうか。

### 対応案

- 以下の内容について、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両サービスを、同一事業所が提供する場合に一体的作成を可能とする。
  - ①通所リハビリテーション計画と訪問リハビリテーション計画の作成
  - ②計画書の内容についての利用者の同意書
  - ③計画に従ったサービスの実施状況を診療記録に記載すること

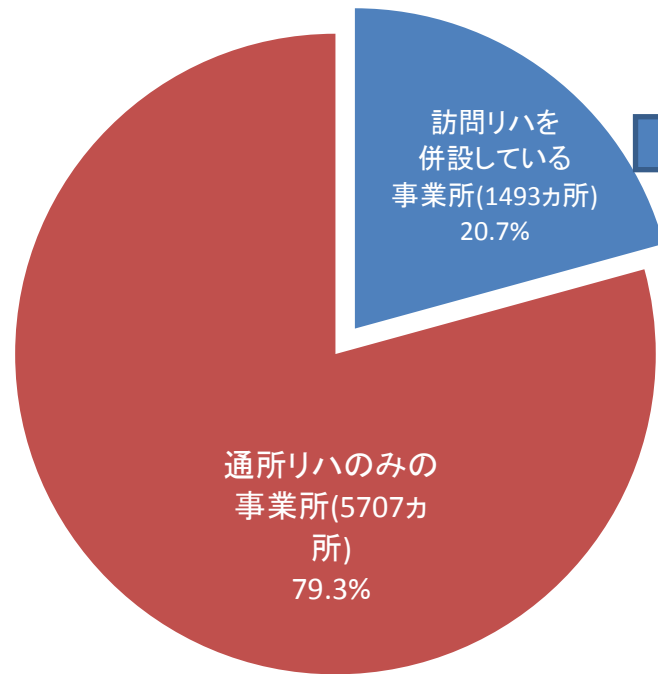
(参考) 現行規定の整理

同一事業所が通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを提供する場合に効率化できる項目	
医師の兼務	可能
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の兼務	可能(通所リハビリテーションの人員配置基準を満たすように留意が必要)
管理者の兼務	可能

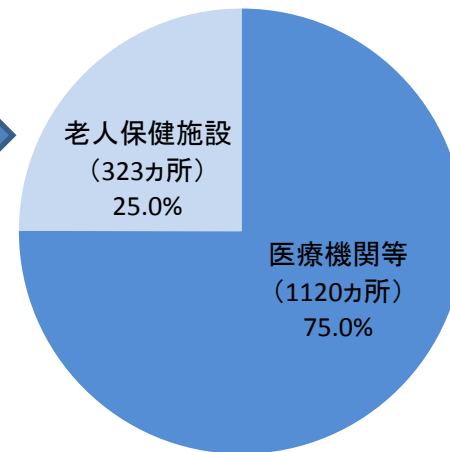
# 通所リハと訪問リハの一体的サービスの提供状況

- 通所リハビリテーション事業所(約7200事業所)のうち訪問リハビリテーション事業所を併設している事業所は21%(約1500事業所)であった。
- 訪問リハビリテーションの併設をしている開設機関の75%が医療機関等であった。
- 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションを併設している事業所の98.4%は両方の請求をしていた。

## 通所リハのうち訪問リハ併設状況



## 訪問リハ併設機関別内訳



## 通所リハと訪問リハの両方の請求状況

	事業所数	%
両方	1469	98.4%
一方	23	1.5%
請求なし	1	0.1%
計	1493	100%

# 通所系サービス共通の対応について

(通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護)

# 送迎時における居宅内介助等の評価について

## 論点8

送迎時に行った居宅内介助等を通所リハビリテーションの所要時間に含めることにより評価してはどうか。

### 対応案

- 送迎時に行った居宅内介助等（電気の消灯・点灯、着替え、ベッドへの移乗、窓の施錠等）を通所リハビリテーションの所要時間に含める。
- 所要時間に含めることができる時間は、居宅内介助等の所要時間が過剰とならないように30分以内とするとともに、ケアプランと通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する。
- 一定の有資格者が行うこととする。

# 延長加算の算定要件の見直しについて

## 論点9

所要時間6時間以上8時間未満の通所リハビリテーションの提供後から、更に日常生活上の世話を行った場合について評価をどう考えるか。

### 対応案

- 介護者の更なる負担軽減や、仕事と介護の両立のため、更に延長加算を適応する範囲を延長する。



# 通所リハビリテーションにおいて送迎がない場合の評価の見直し

## 論点10

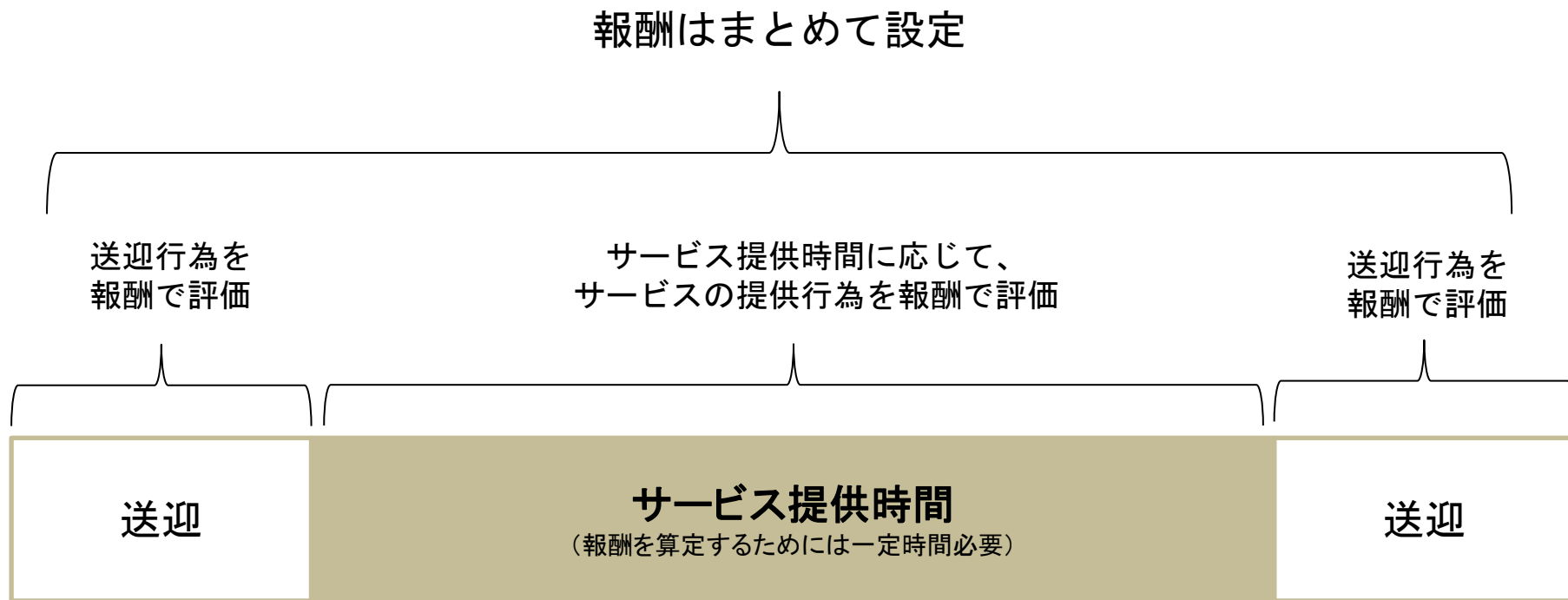
利用者が自ら通所リハビリテーションに通う場合（家族等が送迎を実施する場合も含む）や通所リハビリテーション事業所において送迎を実施していない場合にも、その利用者に対する報酬を減算してはどうか。

### 対応案

- 送迎を行っていない場合（利用者が自ら通う場合、家族等が送迎を行う場合等の通所リハビリテーション事業所が送迎を実施していない場合）は減算の対象とする。

# 通所系サービスの報酬における送迎の取り扱い

○ 通所系サービスの報酬には、サービスの提供に対する報酬と送迎に対する報酬が含まれている。



(参考)

平成17年度までは、事業所が送迎を行った場合、片道47単位を加算。平成18年度の報酬改定において、9割の事業所が送迎を実施していたことから、基本報酬に包括化されている。