

訪問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

- 医師の指示の内容が充実するほどADLの向上に資するという事なので、もし本当にそういう評価があるのであれば、ぜひ詳細に指示をするということを義務づけるなり、徹底するなりしていただきたい。
- 軽度者への不適切な長期実施があれば、抑制すべきだろう。
- 社会参加支援加算はとてもいい視点の加算だが、訪問リハビリテーションからの出口という観点に今のところ留まっている。就労など、さらに進んだ社会参加も考えていくことができる。
- 訪問リハビリテーション事業所の医師の位置付けが不明確なので、医師の配置が必要であるということを明確にする必要がある。

※ 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、リハビリテーションマネジメントへの医師の関与については少ないのが現状であるが、ADLの有意な改善が見られるなど、その重要性は認められているところであり、医師の積極的な関与を望みたい、との意見があった。

訪問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

- 訪問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通所サービスへの移行の見通しを記載すること。

※ 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。
- ②PT、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。

<単位数>

60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

- ・ 85% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 79.4% （病院・診療所：78.2% 介護老人保健施設：87.0%）（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※を使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。

【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 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。
等

<単位数>

150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

- ・ 6% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 5.8%（病院・診療所：2.4% 介護老人保健施設：18.3%）（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。
- ②3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>

150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

- ・ 6% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 5.8% （病院・診療所：2.4% 介護老人保健施設：18.3%）（出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

介護予防訪問リハビリテーションにおける リハビリテーションマネジメント加算の新設について

論点 4

- 質の高いリハビリテーションを実現するため、介護予防訪問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所の備考欄に通所サービスへの移行の見通しを記載すること。

※ 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。
- ②PT、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。

<単位数>

60単位／月

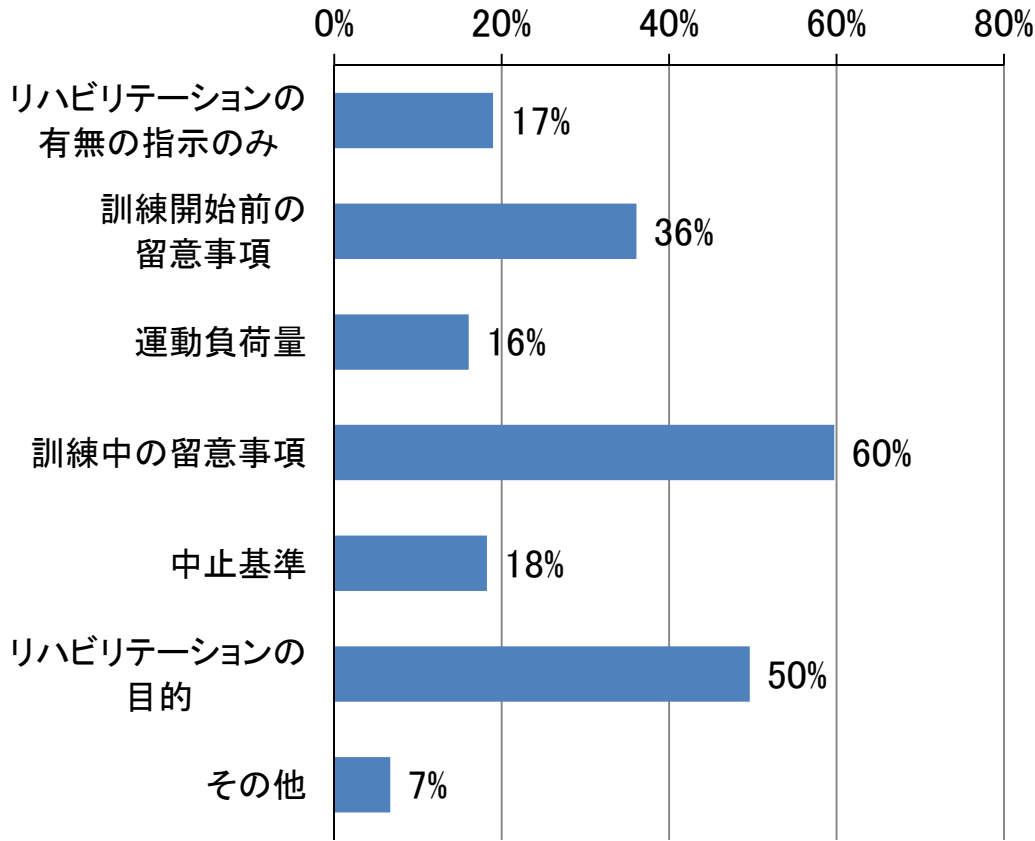
【参考2】リハビリテーションマネジメント加算（I）の算定率

- ・ 85% （出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分
- ・ 79.4% （病院・診療所：78.2% 介護老人保健施設：87.0%）（出典）平成27年度改定検証調査（平成28年度調査）

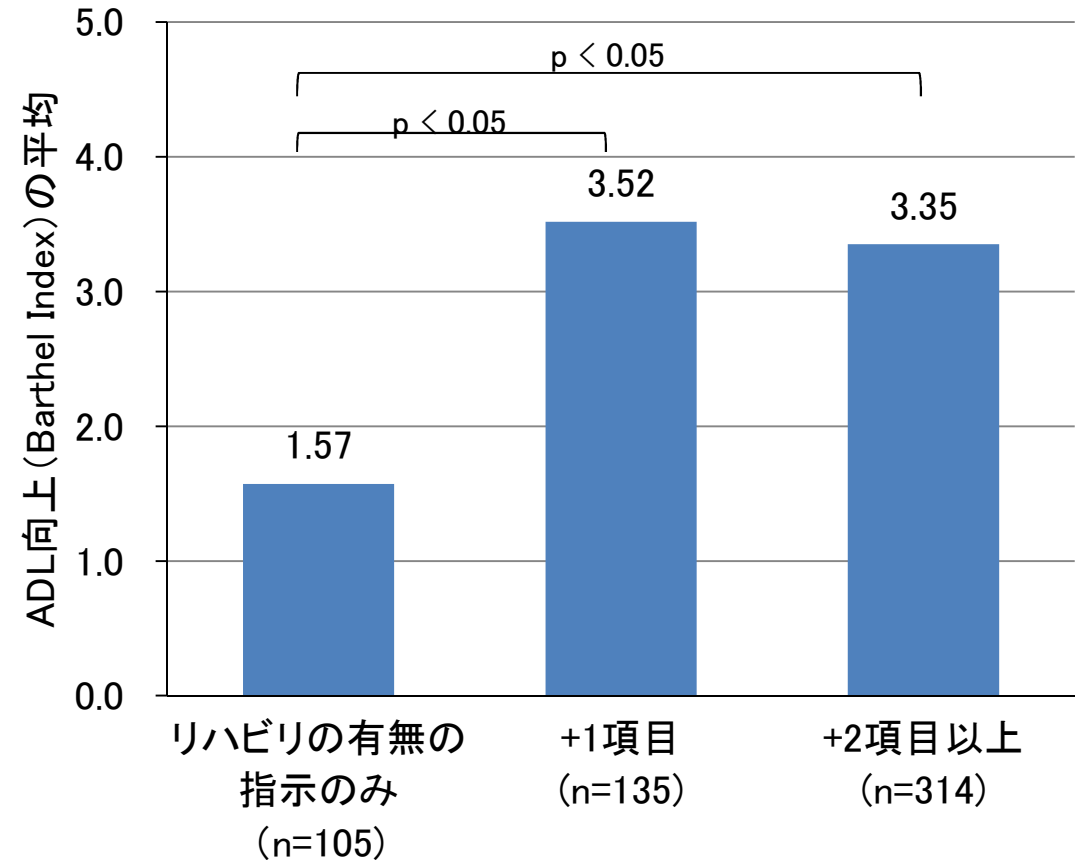
訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 指定訪問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=554)



医師からの指示の種類数別訪問リハビリテーション開始時からのADL向上の平均 (Barthel Index)

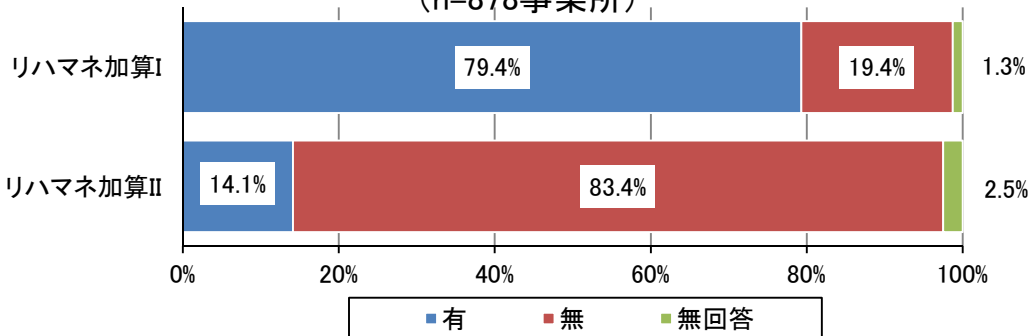


注)
 ・平成28年6月～8月に訪問リハビリテーションを開始した554例を対象として集計した。
 ・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

訪問リハビリテーションにおける リハビリテーションマネジメント加算の届出等の状況

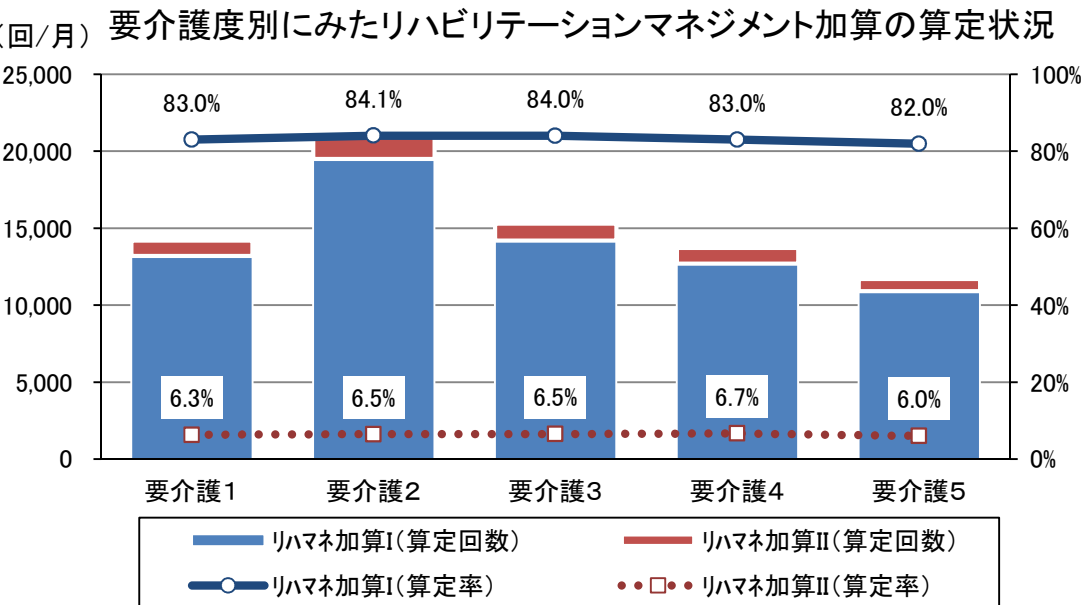
○ リハビリテーションマネジメント加算Iを届け出ている事業所は79.4%、同加算IIを届け出ている事業所は14.1%であった。

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=878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83%、同加算IIの算定率は要介護度によらず約6.4%であった。



(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79.2%、「医師からの説明時間が確保できない」が59.1%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	789 (100%)	625 (79.2%)	466 (59.1%)	460 (58.3%)	90 (11.4%)	216 (27.4%)	128 (16.2%)	71 (9.0%)	53 (6.7%)	13 (1.6%)
有	87 (100%)	54 (62.1%)	40 (46.0%)	33 (37.9%)	25 (28.7%)	23 (26.4%)	15 (17.2%)	13 (14.9%)	12 (13.8%)	0 (0%)
無	684 (100%)	562 (82.2%)	418 (61.1%)	416 (60.8%)	60 (8.8%)	186 (27.2%)	110 (16.1%)	57 (8.3%)	40 (5.8%)	11 (1.6%)

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）

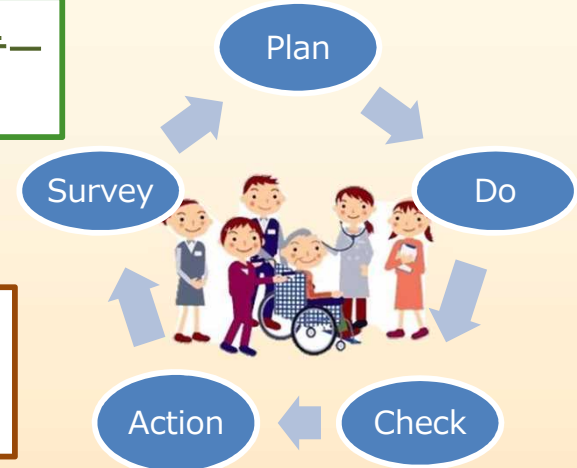
事業所の拡大
・ 平成29年度に全国で500事業所前後を選定

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

データの分析結果をフィードバック

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

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、告示と通知にも記載されていない下記の場合を加えてはどうか。
 - ・ 訪問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、介護予防通所リハビリテーション、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>

17単位/日

【参考2】社会参加支援加算の算定率

16% (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

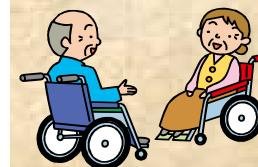
訪問して確認

【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

訪問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、介護予防通所リハビリテーション、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	○	○
通所リハビリテーション	○	○
地域密着型通所介護	○	○
認知症対応型通所介護	○	○
小規模多機能型居宅介護	追加	○
看護小規模多機能型居宅介護	追加	○
介護予防通所リハビリテーション	新規	新規
介護予防認知症対応型通所介護	新規	新規
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訪問リハビリテーションの提供を終了した者(以下「訪問リハビリテーション終了者」という。)のうち、指定通所介護(指定居宅サービス等基準第九十二条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。)、指定通所リハビリテーション(指定居宅サービス等基準第一百十条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)、指定地域密着型通所介護(指定地域密着型サービス基準第十九条に規定する指定地域密着型通所介護をいう。以下同じ。)、指定認知症対応型通所介護(指定地域密着型サービス基準第四十一条に規定する指定認知症対応型通所介護をいう。以下同じ。)、法第百十五の四十五第一項第一号ロに規定する第一号通所事業その他社会参加に資する取組(以下「指定通所介護等」という。)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

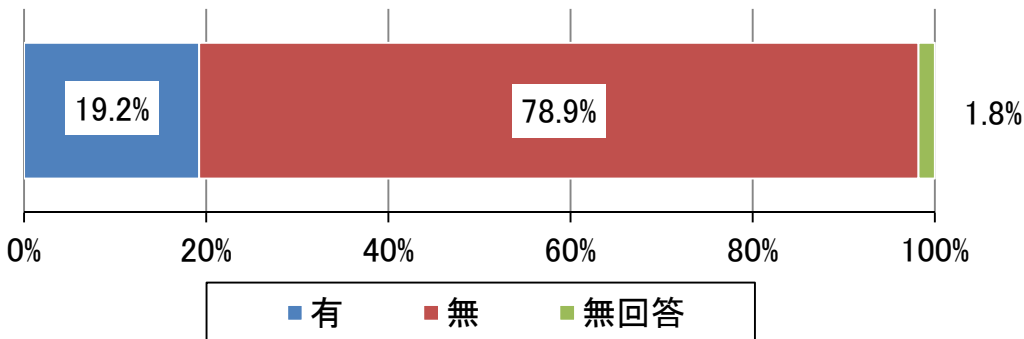
② 社会参加に資する取組とは、通所リハビリテーション(通所リハビリテーションの場合にあつては、通所リハビリテーション間の移行は除く)や通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防・日常生活支援総合事業における通所事業や一般介護予防事業、居宅における家庭での役割を担うことである。

③ 略

訪問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、19.2%であった。

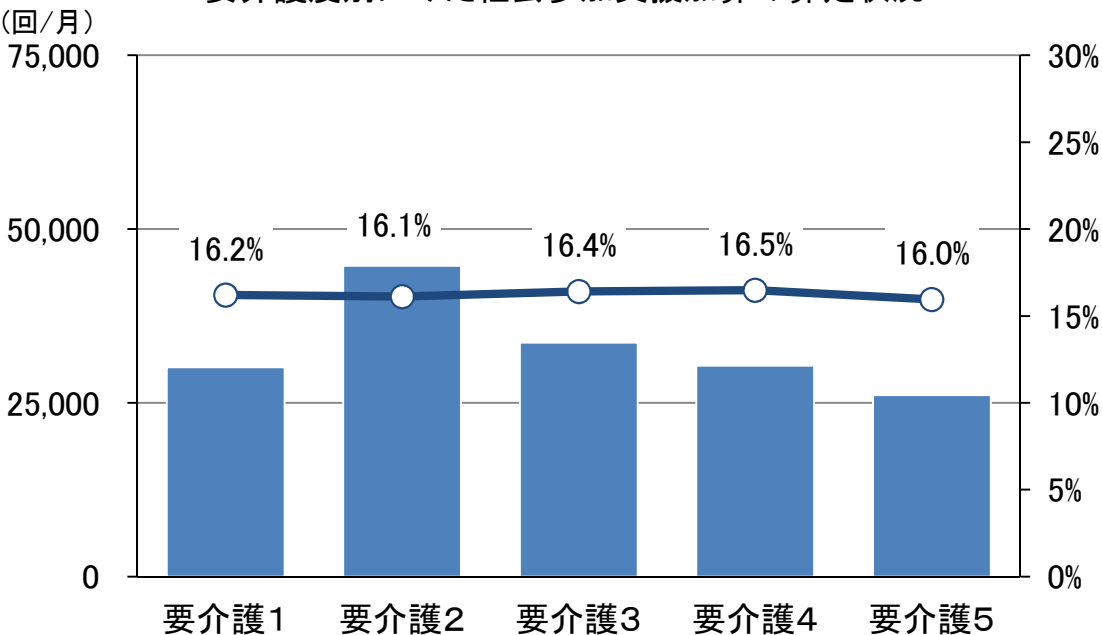
社会参加支援加算の届出状況(2016年10月分)
(n=878事業所)



(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16%であった。

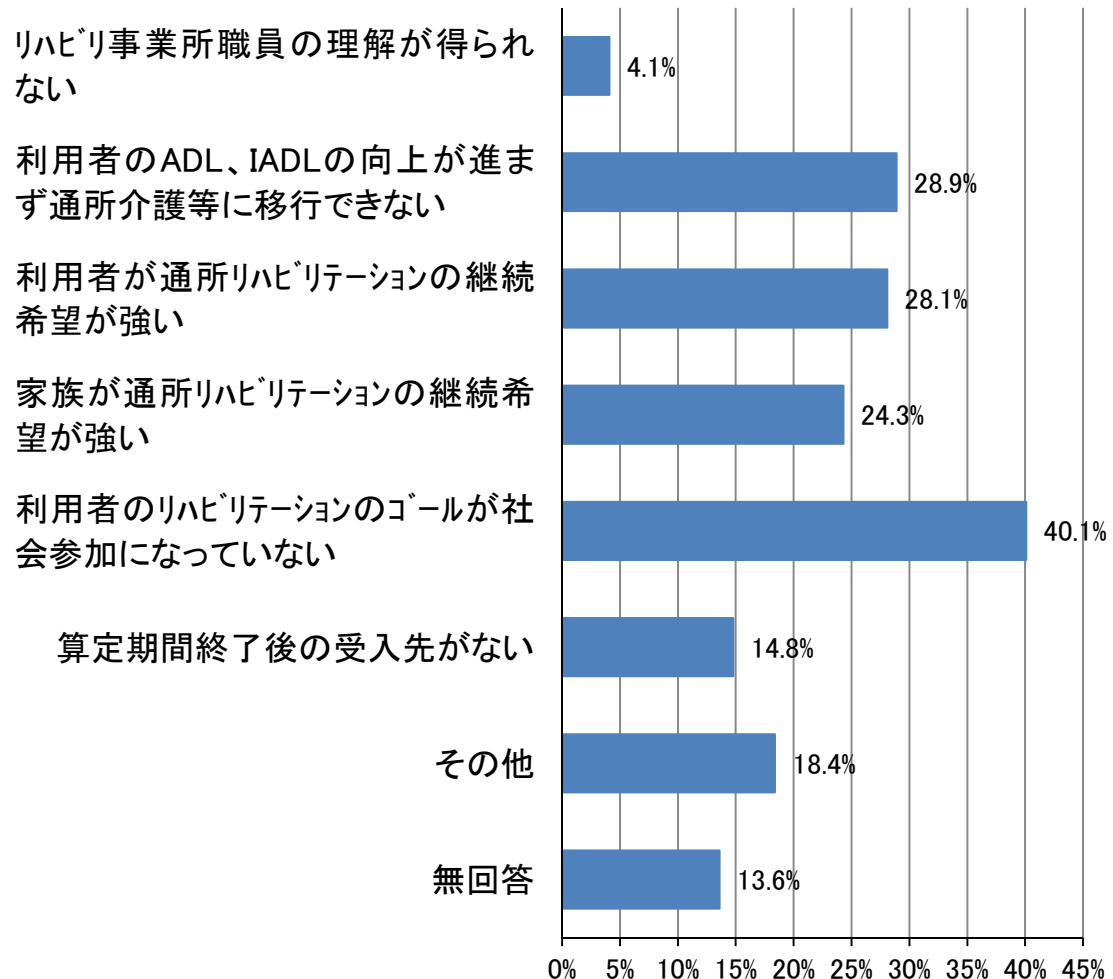
要介護度別にみた社会参加支援加算の算定状況



(出典)厚生労働省「介護給付費等実態調査」(平成29年4月分)

○ 訪問リハビリテーション事業所で届出をしていない主な理由は、「利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加となっていない」が40.1%、「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」が28.9%であった。

社会参加支援加算届け出をしていない理由(2016年10月分)
(n=641事業所)



注)当設問は調査票上で選択肢について「訪問リハビリテーション」とする予定であったところ、「通所リハビリテーション」となる誤植があった。

(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)

介護予防訪問リハビリテーションにおける 事業所評価加算の新設について

論点 6

- 現在、介護予防通所リハビリテーションには、アウトカム評価として事業所評価加算がある。
- 自立支援、重度化防止の観点から、介護予防訪問リハビリテーションにおけるアウトカムに着目した評価について、どのように考えるか。

対応案

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、アウトカム評価として事業所評価加算を新設してはどうか。
- 算定要件については、介護予防通所リハビリテーションの事業所評価加算を踏まえて設定してはどうか。

【参考1】介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算の概要

<算定要件>

1. 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを行っていること。
2. 利用実人員数が10名以上であること。
3. 利用実人員数の60%以上に選択的サービスを実施していること。
4. 以下の数式を満たすこと（選択的サービスを3月以上利用した者の要支援状態の維持・改善率）

$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内(前年の1月～12月)に、選択的サービス(運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上)を3か月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

≥0.7

<単位数>

・ 120単位／月

【参考2】介護予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算の算定率

・ 34.9%

(出典) 介護給付費等実態調査平成29年4月審査分

訪問リハビリテーションにおける 専任の常勤医師の配置の必須化について

論点 7

- 指定訪問リハビリテーションを実施するにあたり、リハビリテーション計画を作成することが求められており、この際に事業所の医師が診療する必要がある。
- 一方、訪問リハビリテーションの人員に関する基準において、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに医師の配置は求められていないため、明確化してはどうか。

対応案

- 指定訪問リハビリテーション事業所において、専任の常勤医師の配置を求めてはどうか（事業所である病院、診療所、介護老人保健施設の常勤医師との兼務を可能とする）。
- なお、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所と併設されているものについては、通所リハビリテーションの人員基準と同様に当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものとしてはどうか。

【参考】指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について

四 訪問リハビリテーション 1 人員に関する基準（居宅基準第76条）

指定訪問リハビリテーション事業者は、指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数置かなければならない。

七 通所リハビリテーション 1 人員に関する基準

（1）指定通所リハビリテーション事業所（居宅基準第111条第1項）

① 専任の常勤医師が1人以上勤務していること。

なお、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

訪問リハビリテーションにおける基本報酬の見直しについて

論点 8

- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療は、利用者の居宅で行われることが想定されている。
- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されるが、これらの場合における介護報酬上の評価をどう考えるか。

対応案

- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されることから、二重評価にならないように見直しを図ってはどうか。

【要件（案）】

- ・ 利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に、事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に必要な診療を行った場合
- ・ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、訪問診療等と同時に、リハビリテーション計画の作成に必要な診療を行った場合

【参考1】訪問リハビリテーションの基本報酬

<単位数>

- ・ 訪問リハビリテーションの場合 302単位/回
- ・ 介護予防訪問リハビリテーションの場合 302単位/回

【参考2】

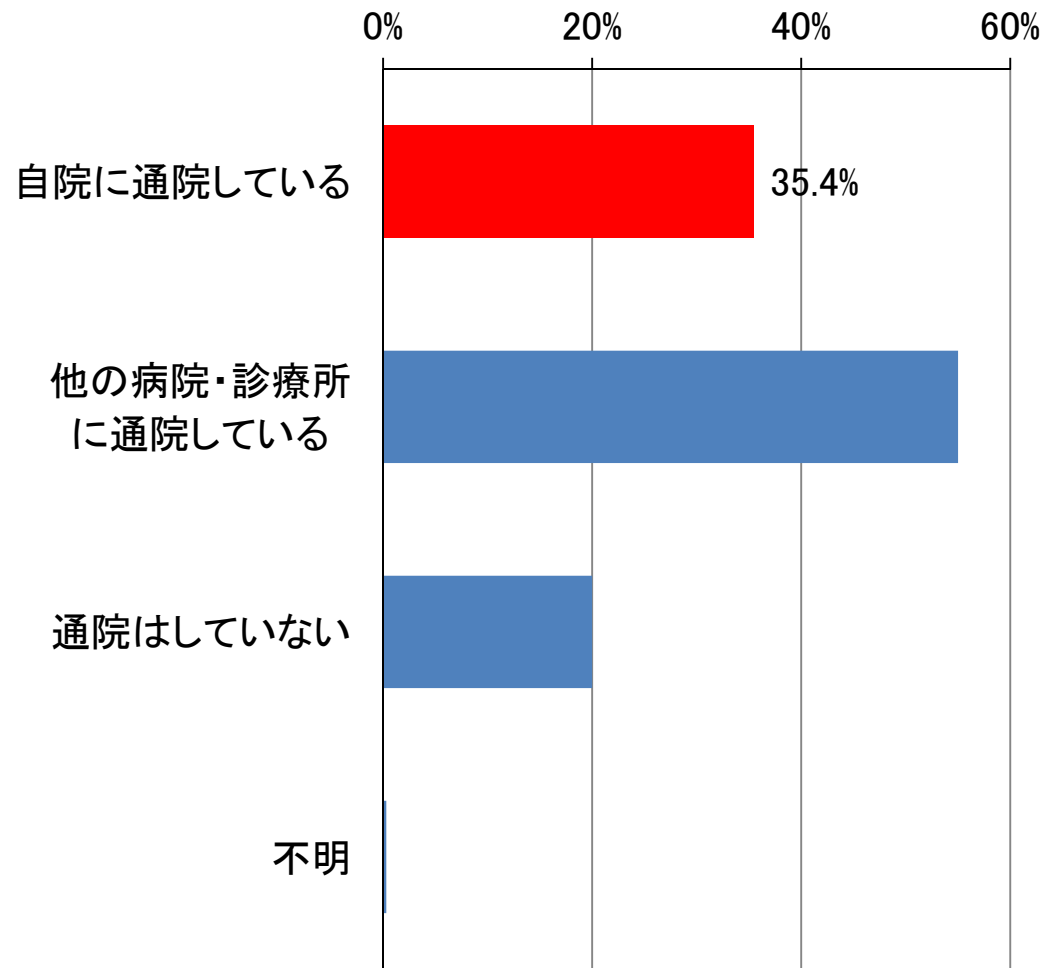
事業所である医療機関に通院している利用者の割合 35.4%

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査（平成28年度調査）の結果を事務局で集計

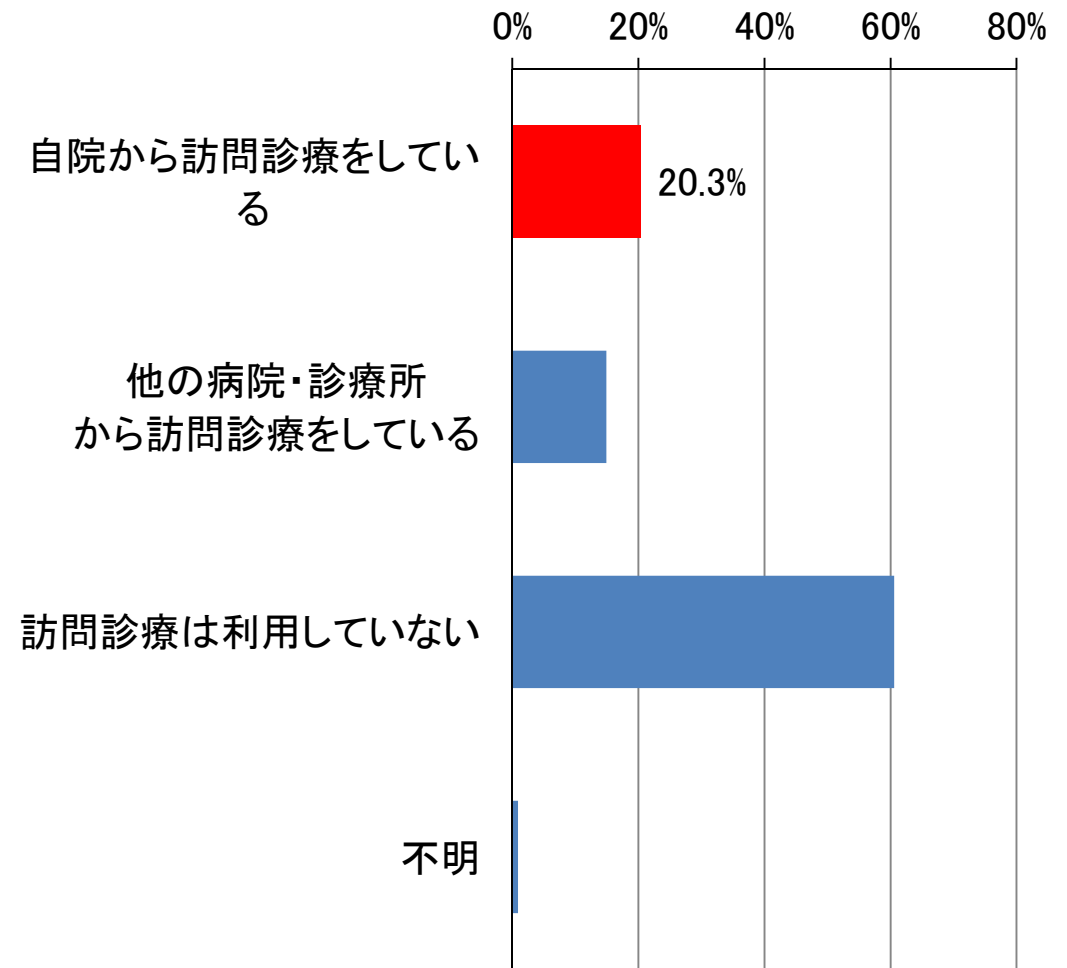
訪問リハビリテーション利用者の通院・訪問診療の状況

- 訪問リハビリテーションを受けている利用者のうち、訪問リハビリテーション事業所へ通院している割合は35.4%であった。
- 訪問リハビリテーション事業所からの訪問診療を利用している者は20.3%であった。

通院の有無(複数回答)(n=1,966)



訪問診療の有無(n=1,966)



※ 訪問リハビリテーションの利用者の通院状況について、事業所のリハビリテーション専門職が回答した。

(出典)平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果を事務局で集計

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）訪問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 訪問リハビリ

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	訪問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)
		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

離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する リハビリテーションの提供について

論点10

- 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、離島振興法等の指定地域に所在する事業所が行うサービスについて評価が行われていることを踏まえ、同様の地域における指定（介護予防）訪問リハビリテーションに対して評価することとしてはどうか。

対応案

- 指定（介護予防）訪問リハビリテーションにおいても、他の訪問系サービスと同様に、①「特別地域加算」、②「中山間地域等における小規模事業所加算」を新たに導入してはどうか。
- 他の訪問系サービスの「中山間地域等における小規模事業所加算」においては、小規模事業所について、一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定めているが、指定（介護予防）訪問リハビリテーションの場合についても同様に定めることとしてはどうか。

訪問系サービスにおける特別地域加算等について

サービス (介護予防も含む)	①特別地域加算	②中山間地域等の 小規模事業所加算	③中山間地域等 提供加算
訪問介護	○	○	○
訪問入浴介護	○	○	○
訪問看護	○	○	○
訪問リハビリテーション	追加(案)	追加(案)	○

① 特別地域加算: 離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域※1に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの(15%加算)

※1: 離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域

② 中山間地域等における小規模事業所加算: 特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等※2における小規模事業所※3が居宅サービスを行うことを評価するもの(10%加算)

※2: 特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域

※3: 訪問介護、訪問看護等の閾値を参考に実績に基づき一月当たりの訪問回数で設定

(参考)訪問介護: 訪問回数が200回以下/月、訪問入浴介護: 訪問回数が20回以下/月、訪問看護: 訪問回数が100回以下/月

③ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算: 特別地域、中山間地域等※4に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの(5%加算)

※4: 特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

介護予防訪問リハビリテーションにおける 訪問介護連携加算の廃止について

論点11

- 平成29年度をもって介護予防訪問介護の地域支援事業への移行が完了することに伴い、介護報酬上、介護予防訪問介護の項目が廃止される。
- 介護予防訪問介護に関連する項目として、介護予防訪問リハビリテーションにおいて訪問介護連携加算があるが、この取扱いについてどのように考えるか。

対応案

- 介護予防訪問介護の項目がなくなることに伴い、訪問介護連携加算を廃止してはどうか。

【参考1】訪問介護連携加算の概要

<算定要件>

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び指定介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者が、指定介護予防訪問介護及び指定介護予防訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がサービス提供責任者に対して、介護予防訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に算定する。

<単位数>

- ・ 3月に1回を限度として300単位

【参考2】訪問介護連携加算の取得率

- ・ 0.004%（月2000単位）

（出典）介護給付費等実態調査 平成29年4月審査分