

2021年介護報酬改定研修会

～リハビリテーションの視点から～

講師紹介

初台リハビリテーション病院

通所リハビリテーション 責任者 新井山欣也

訪問リハビリテーション 責任者 和仁久見子

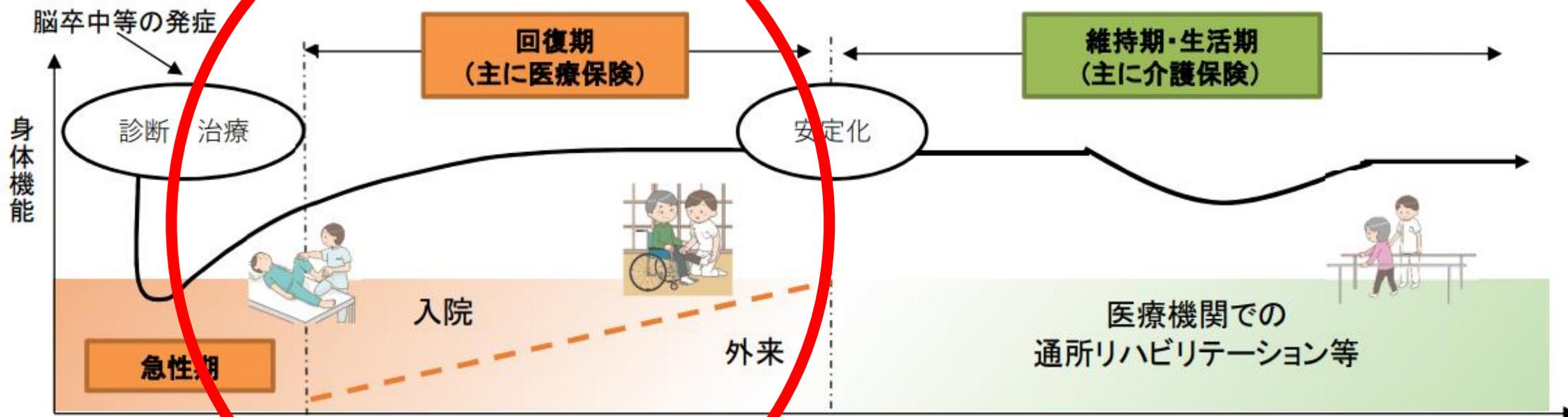
2021年度介護報酬改定についてリハビリテーションの視点で、皆様から頂いた質問の回答含めてお伝えします。

本日の流れ

1. 受傷・発症後のリハビリテーションのイメージ
 - ①医療保険のリハビリテーション
 - ②介護保険のリハビリテーション
2. 介護報酬改定の変遷
3. 2021年度介護報酬改定のポイント
事前にいただいた質問にも答えます
4. 質疑応答

1. 受傷・発症後の リハビリテーションイメージ

受傷・発症後のイメージ



※介護給付分科会資料抜粋

①医療保険のリハビリテーション

医療保険のリハビリテーション

主な対象疾患と期間

- 脳血管疾患：発症から180日まで
- 運動器疾患：発症から150日まで
- 廃用症候群：発症から120日まで
- 心大血管疾患：発症から150日まで
- 呼吸器疾患：発症から90日まで

その他、がん、障害児等あり

この期間以降は原則介護保険認定者については介護保険へ移行。
(除外対象疾患あり)

除外対象疾患

以下の患者のうち**治療継続により状態の改善が期待できる**と医学的に判断される場合

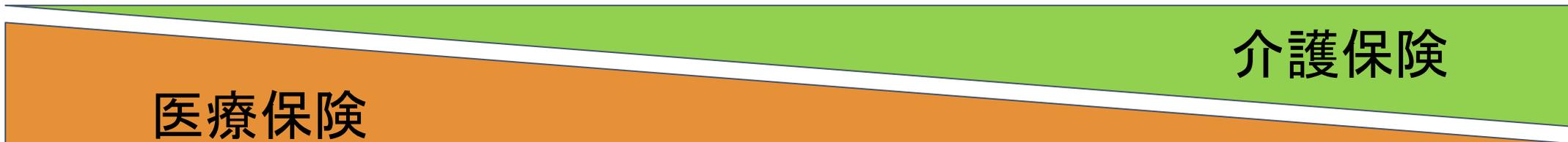
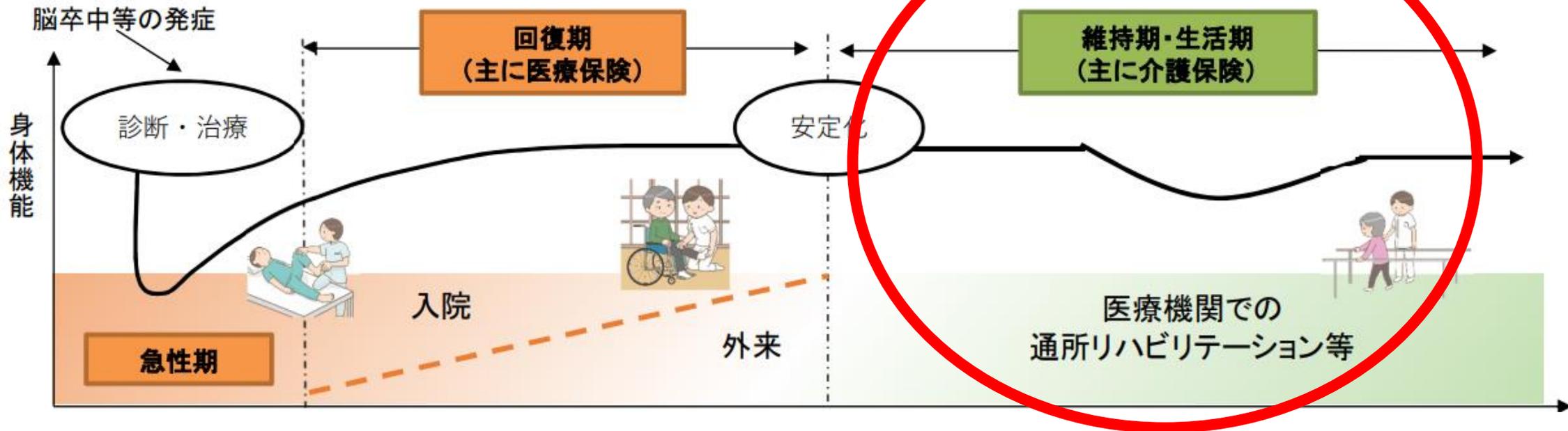
- 失語症、失認および失行症
- 高次脳機能障害
- 重度の頸髄損傷
- 頭部外傷および多部位外傷
- 軸索損傷の状態にある末梢神経損傷（発症1年以内）
- 外傷性肩関節腱板損傷（受傷後180日以内）
- 回復期リハ病棟入院料算定患者
- **回復期リハ病棟退棟後3月以内**

その他、**治療上有効であると医学的に判断される場合**

医療保険と介護保険の併用について

- 同時期に両方のリハビリを受けることはできない。
- また、再発等状態に大きな変化がなければ介護保険のリハビリを利用している方が医療保険のリハビリを利用することはできない。
- 医療保険から介護保険にスムーズに移行ができるよう、介護保険のリハビリを開始した月を含む翌々月まで併用が可能（3か月間だが一部単位制限あり）
- ※移行を原則としているため、介護保険のリハビリをやめて外来リハビリを残すということとはできない。

受傷後のイメージ



除外対象疾患の方のみ継続

②介護保険のリハビリテーション

a 通所リハビリテーション

b 訪問リハビリテーション

a 通所リハビリテーション

通所リハとは

定義：介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、**心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立**を助けるための理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション

対象：要介護、要支援の認定を受けた方

規模：通常、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）

時間：1～2時間、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、6～7時間、7～8時間

通所リハに求められる機能

| 区分 | 通所系サービスの機能 | 実施内容等 |
|-------------|--|--|
| 通所リハ | 医学的管理 <ul style="list-style-type: none"> ●医師の診察等による医学的管理 ●看護師による処置等の医療機能 | <ul style="list-style-type: none"> ●通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い、定期的な診察等により疾患管理を行う。 ●通所リハ担当医の指示に基づき、看護職が処置等を実施する。 |
| | 心身・生活活動の維持・向上 <ul style="list-style-type: none"> ●早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療 ●生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療 | <ul style="list-style-type: none"> ●医師の指示に基づき、PT・OT・STが専門的観点から評価し、チームとして目標設定を行い、その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る。 ●自宅訪問等、当事者の日々の暮らしを把握する。 |
| 通所介護・共通機能リハ | 社会活動の維持・向上 <ul style="list-style-type: none"> ●日常の健康管理，自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保 ●地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発 | <ul style="list-style-type: none"> ●利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等，活動の機会の確保 ●他の利用者・職員との交流を通じた参加機会の確保により，社会性の向上を図る。 ●暮らしに必要な知識・技術について，当事者・家族に専門職の立場から啓発する。 |
| | 介護者等家族支援 <ul style="list-style-type: none"> ●介護者等家族の支援 精神的介護負担軽減（お預かり機能等） 身体的介護負担軽減 (介護環境調整や介護技術向上による負担軽減) | <ul style="list-style-type: none"> ●サービス利用（いわゆるお預かり機能）による介護者等家族の直接的負担軽減を図る。 ●介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り，介護技術向上をはじめ，介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う。 |

b 訪問リハビリテーション

訪問リハとは

通院が困難な利用者に対して、指定訪問リハビリテーションの事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が計画的な医学的管理を行っている当該事業所の医師の指示に基づき、指定訪問リハビリテーションを行うもの。

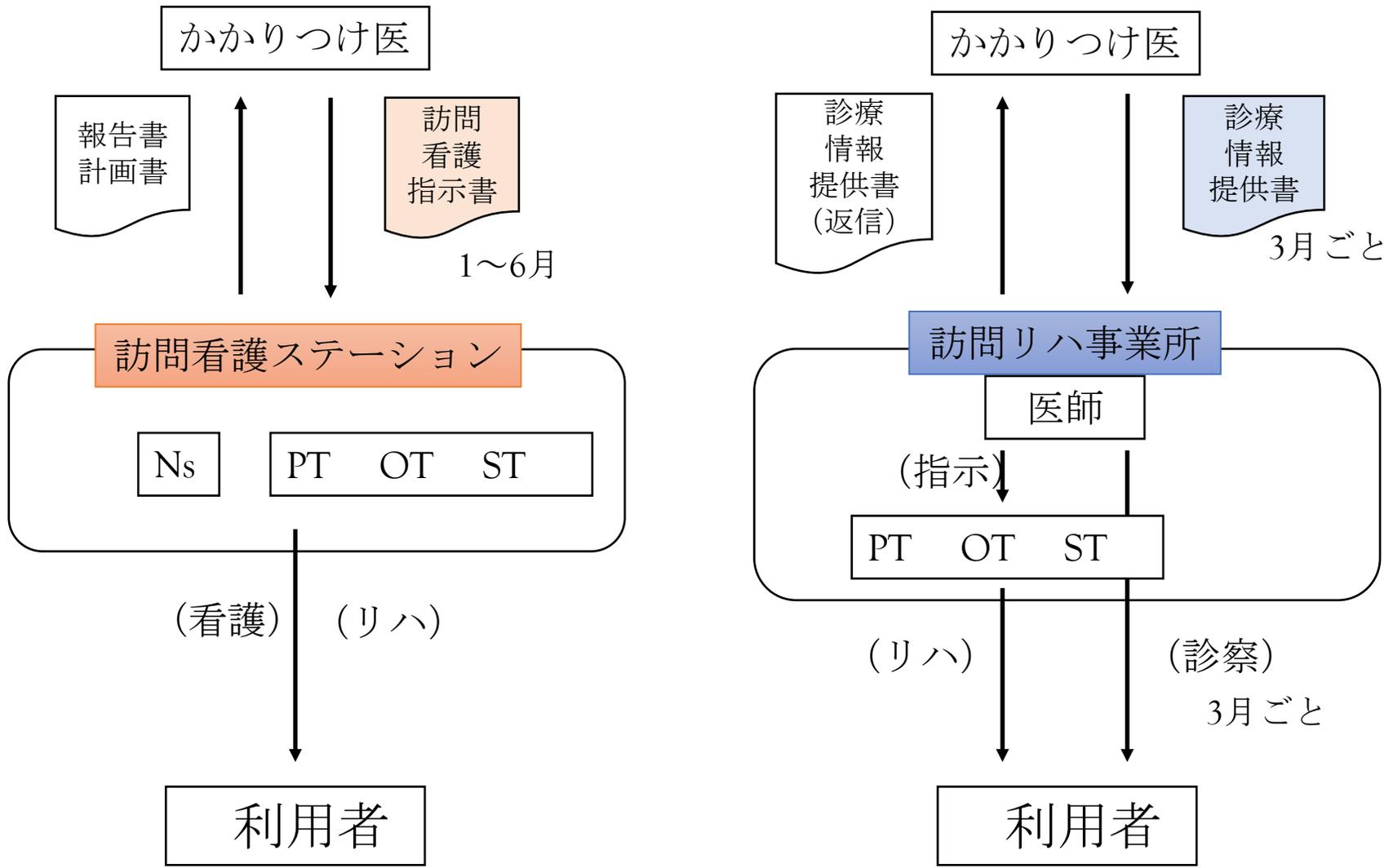
通院が困難な利用者とは：通所リハビリテーションのみでは、ADLの自立が困難である場合は訪問リハビリテーションの提供が可能

⇒「通院が困難な利用者」の趣旨は、通院により、同様のサービスが担保されるのであれば、通所系サービスを優先すべきということである

訪問リハビリテーションの種類と差

| 事業所 | 訪問看護ステーション | 病院・診療所・老健・介護医療院 |
|-------------|--------------------------|------------------|
| 医師の診察 | — | あり（3か月1回） |
| リハビリ実施形態 | 看護業務の一環として看護師の代替りでリハビリ実施 | 事業所の医師の指示でリハビリ実施 |
| 1週間当たりの訪問回数 | 週6回まで 1日2回を超えた場合10%減算 | 週6回まで |
| 退院直後のリハビリ | — | 退院後3か月は12単位まで |

訪問の流れ（介護保険）



2. 介護報酬改定の変遷

リハビリテーションの視点から

介護報酬の変遷からみるリハビリの流れ

| | 通所 | 訪問 |
|----------------|---|---|
| 平成12年 2000年 | 介護保険法施行 老人デイ・ケア料→通所リハビリテーション | 介護保険法施行 訪問リハビリテーション開設 |
| 平成15年 2003年 | 個別リハ加算の新設 | 日常生活活動訓練加算の新設 |
| 平成18年 2006年 | リハマネ加算の新設 短期集中リハ加算新設40分 介護予防通所リハの新設 | リハマネ加算の新設 短期集中リハ加算新設（1か月以内と 1か月超～3か月以内の2種類） |

介護報酬の変遷からみるリハビリの流れ

| | 通所 | 訪問 |
|----------------|---|---|
| 平成21年 2009年 | 短時間通所リハの新設 短期集中リハ加算（3ヶ月越えは個別リハ加算へ） | サービス提供体制強化加算新設 |
| 平成24年 2012年 | 個別リハの複数算定可 リハマネ加算の居宅訪問が必須 | 同一事業所減算 訪問介護連携加算新設 |
| 平成27年 2015年 | 生活行為向上の新設．リハマネ加算Ⅱ（リハ会議）新設 個別リハが基本リハ部分に包括化．社会参加支援加算新設 | リハマネ加算Ⅱ（リハ会議）新設 社会参加支援加算新設 短期集中加算1本化（3か月以内） |

介護報酬の変遷からみるリハビリの流れ

| | 通所 | 訪問 |
|----------------|---|---|
| 平成30年 2018年 | <p>基本単位の見直し ★医師の関与強化・明確化 介護予防リハマネ加算新設 リハマネ加算Ⅰ・Ⅱの見直し、加算Ⅲ・Ⅳの新設 リハビリ提供体制加算の新設 生活機能向上連携加算 など</p> | <p>基本単位の見直し ★医師の関与強化・明確化 専任の常勤医師の配置と未実施減算新設 介護予防リハマネ加算新設 リハマネ加算Ⅰ・Ⅱの見直し、加算Ⅲ・Ⅳの新設 医師のリハ会議TV電話参加許可 介護医療院による訪問リハ新設 訪問介護連携加算廃止 など</p> |
| 令和3年 2021年 | <p>基本単位の見直し 各種加算の見直し リハマネ加算 移行支援加算 生活行為向上加算 要支援長期利用者の減算 など</p> | <p>基本単位の見直し 各種加算の見直し リハマネ加算 移行支援加算 生活行為向上加算 要支援長期利用者の減算 など</p> |

3. 2021年度介護報酬改定ポイント

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：**+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・在宅での取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による過減額の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・人員配置基準における自立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・会議や多職種連携におけるICTの活用

・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の提示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給制度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・長期利用の介護予防リハの評価の見直し ・特定療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

- ①LIFEについて
- ②リハビリテーションマネジメント加算
- ③移行支援加算
- ④生活行為向上リハビリテーション (通所)
- ⑤介護予防リハビリテーション減算

①LIFEについて

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。
改定率：**+0.70%** ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0、0.5%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進
・感染症対策の強化
・業務継続に向けた取組の強化
・災害への地域と連携した対応の強化
・通所介護事業所等における感染予防の取組等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進
・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充
・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務化
・在宅での対応の取組推進
・施設等における評価の充実

○看取りへの対応の充実
・老健施設の医療ニーズへの対応強化
・長期入院患者の介護医療院での受け入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化
・訪問看護や訪問入浴の充実
・緊急時の常時対応の充実
・個室ユニットの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
・事務の効率化による過剰負担の緩和
・医療機関との情報連携強化
・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保
・過疎地域等への対応（地方分権提案）

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化
・リハビリテーションマネジメントの強化
・退院退所直後のリハの充実
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進
・CHASE、VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進
・ADL維持等加算の拡充

○転倒・転落防止等、重度化防止の取組の推進
・施設での転倒転落防止の評価
・褥瘡マネジメント、排せつ支援の取組

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実
・人員配置基準における両立支援への配慮
・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和
・会議や多職種連携におけるICTの活用
・特養の併設の場合の業務等の緩和
・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進
・署名・押印の見直し
・電磁的記録による保存等
・運営規程の提示の柔軟化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化
・区分支給制度基準額の計算方法の一部見直し
・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し
・長期利用の介護予防リハの評価の見直し
・居宅介護支援指導の居住場所に応じた評価の見直し
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し
・介護職員処遇改善加算（IV）（V）の廃止
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化
・月額報酬化（療養通所介護）
・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化
・高齢者虐待防止の推進
・基準費用額（食費）の見直し
・基本報酬の見直し

1

科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは

医療分野における「根拠（エビデンス）に基づく医療」（Evidence Based Medicine : EBM）

- 「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義できる実践的な手法。



(医療技術評価推進検討会報告書, 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進, 平成11年3月23日)
(Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991;114(suppl 2):A-16.)

1990年代以降、医療分野においては、「エビデンスに基づく医療」が実施されている。

介護分野における取組み

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというだけではなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度。
- 介護分野においても科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことが必要であるが、現状では、科学的に効果が裏付けられた介護が、十分に実践されているとは言えない。
- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、現場・アカデミア等が一体となって科学的裏付けに基づく介護を推進するための循環が創出できる仕組みを形成する必要がある。



介護関連データベースによる情報の収集・分析、現場へのフィードバックを通じて、科学的裏付けに基づく介護の普及・実践をはかる。



3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その1)

CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

- CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によりPDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取組を推進する。
 - ・ 施設系・通所系・居住系・多機能系サービスについて、事業所の全ての利用者に係るデータ（ADL、栄養、口腔・嚥下、認知症等）をCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所単位でのPDCAサイクル・ケアの質の向上の取組を推進することを新たに評価。【告示改正】
 - ・ 既存の加算等において、利用者ごとの計画に基づくケアのPDCAサイクルの取組に加えて、CHASE等を活用した更なる取組を新たに評価。【告示改正】
 - ・ 全ての事業者に、CHASE・VISITへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を推奨。【省令改正】

施設系サービス（介護療養型医療施設を除く）、通所系サービス、多機能系サービス、居住系サービス

<施設系サービス>

科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月 (新設)

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 60単位/月 (新設)

(※加算(Ⅱ)について、服薬情報の提供を求めない特養・地密特養については、50単位/月)

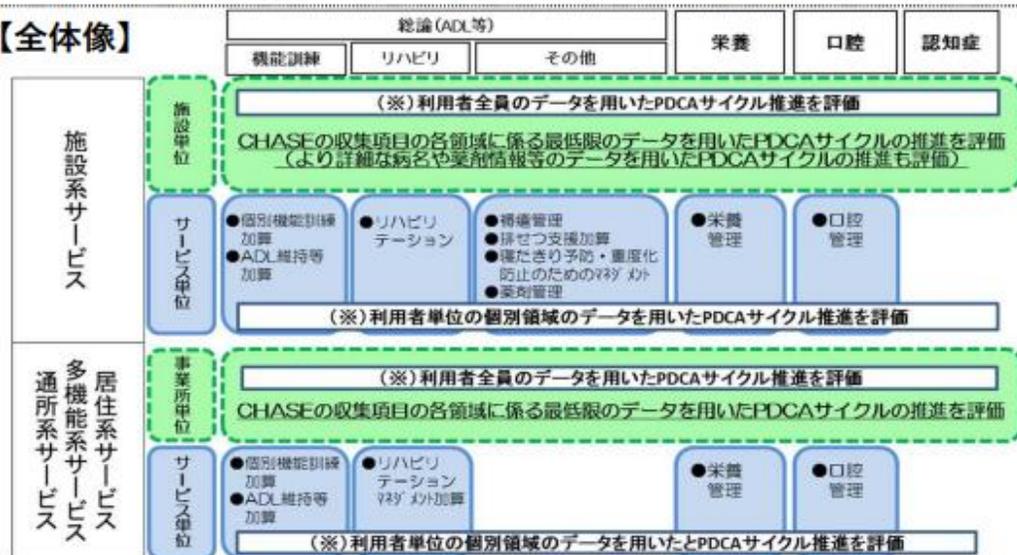
<通所系・多機能系・居住系サービス>

科学的介護推進体制加算 40単位/月 (新設)

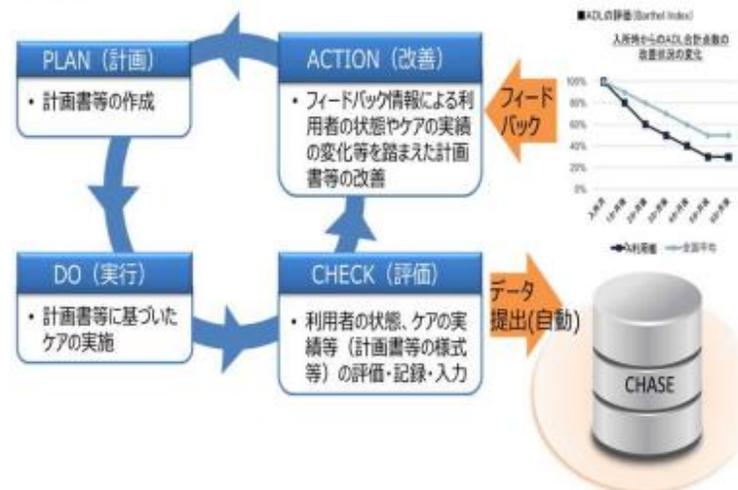
〔算定要件〕

- イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等（加算(Ⅱ)については心身、疾病の状況等）の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
- ロ サービスの提供に当たって、イに規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【全体像】



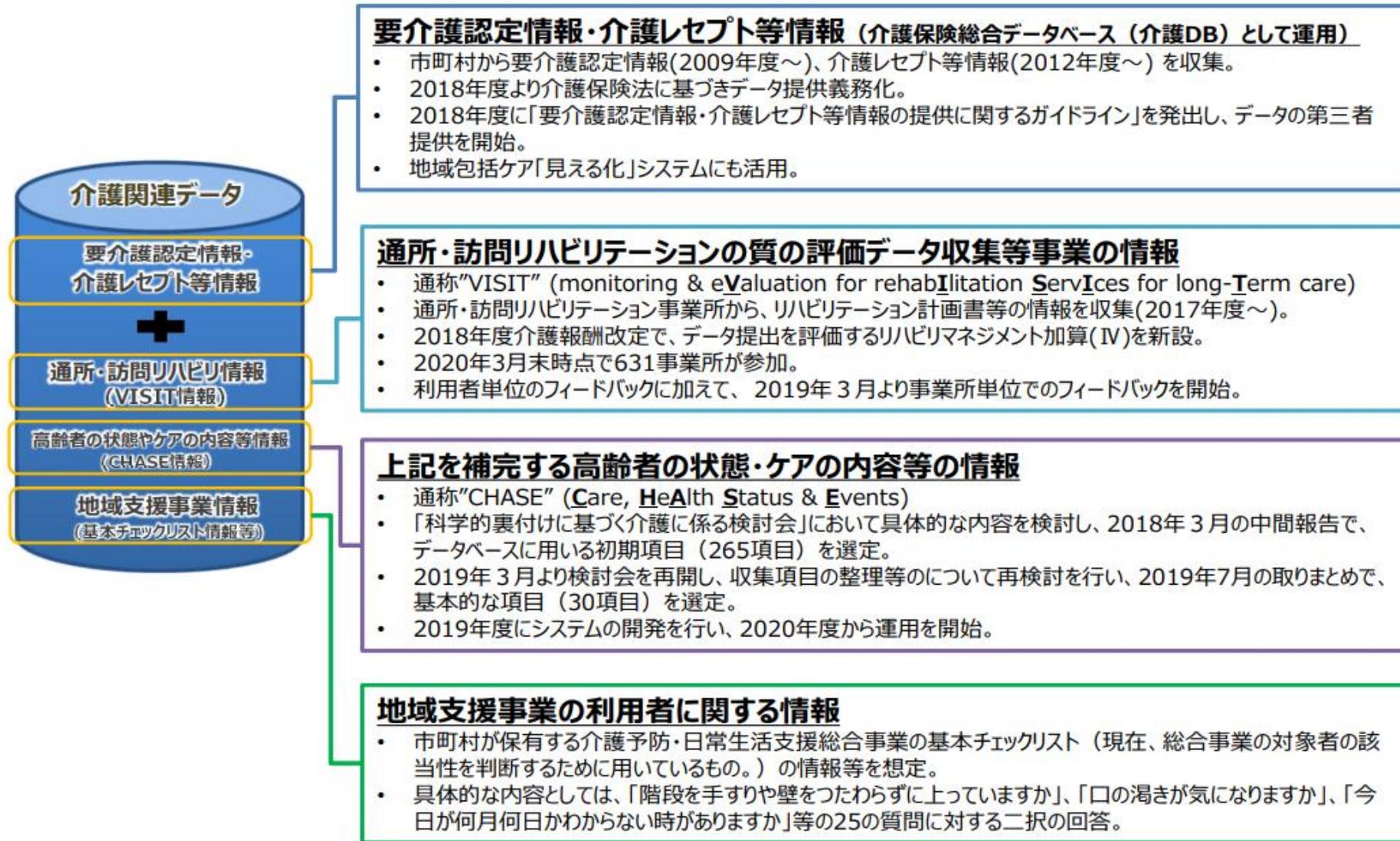
【PDCAサイクルの推進 (イメージ)】



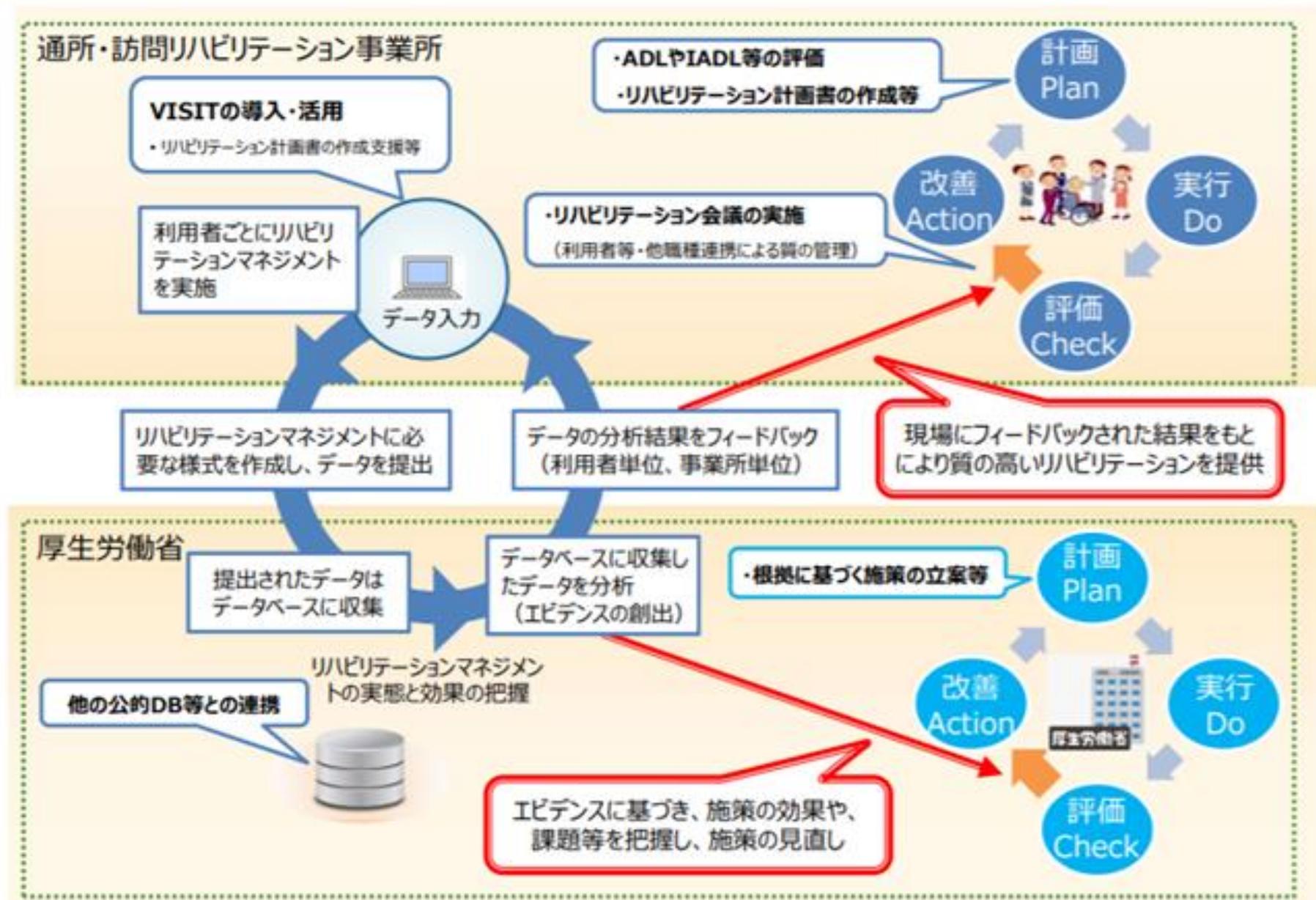
(※ 加算等による評価の有無に関わらず、すべてのサービスにおいてCHASEによるデータの利活用を進める。)

※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を用いる予定。
科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence : LIFE ライフ)

介護関連データベースの構成



VISITを用いたPDCAサイクルの好循環のイメージ



LIFEの活用等が要件として含まれる加算一覧（施設・サービス別）

別添1

| | 科学的介護推進加算（Ⅰ） 科学的介護推進加算（Ⅱ） | 個別機能訓練加算（Ⅱ） | ADL維持等加算（Ⅰ） ADL維持等加算（Ⅱ） | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 褥瘡対策指導管理（Ⅱ） | 排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ支援加算（Ⅱ） 排せつ支援加算（Ⅲ） | 自立支援促進加算 | かかりつけ医連携薬剤調整加算 | 薬剤管理指導 | 栄養マネジメント強化加算 | 口腔衛生管理加算（Ⅱ） |
|----------------------|------------------------------|-------------|----------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------|--|----------|----------------|--------|--------------|-------------|
| 介護老人福祉施設 | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ○ | ○ | ○ | | | ○ | | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 介護老人保健施設 | ○ | | | ○ | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| 介護医療院 | ○ | | | | ○ | | ○ | ○ | ○ | | ○ | ○ | ○ |

| | 科学的介護推進加算 | 個別機能訓練加算（Ⅱ） | ADL維持等加算（Ⅰ） ADL維持等加算（Ⅱ） | リハビリテーションマネジメント加算（A） リハビリテーションマネジメント加算（B） | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ支援加算（Ⅱ） 排せつ支援加算（Ⅲ） | 栄養アセスメント加算 | 口腔機能向上加算（Ⅱ） |
|---------------------|-----------|-------------|----------------------------|--|--------------------------------|--|------------|-------------|
| 通所介護 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ |
| 地域密着型通所介護 | ○ | ○ | ○ | | | | ○ | ○ |
| 認知症対応型通所介護（予防含む） | ○ | ○ | ○ （予防を除く） | | | | ○ | ○ |
| 特定施設入居者生活介護（予防含む） | ○ | ○ | ○ （予防を除く） | | | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | ○ | ○ | ○ | | | | | |
| 認知症対応型共同生活介護（予防を含む） | ○ | | | | | | | |
| 小規模多機能型居宅介護（予防含む） | ○ | | | | | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | ○ | | | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 通所リハビリテーション（予防含む） | ○ | | | ○ （予防を除く） | | | ○ | ○ |
| 訪問リハビリテーション | | | | ○ （予防を除く） | | | | |

フィードバック個人票

リハビリテーションサービス状況

利用者ID : 0283 作成日 : 2020年12月01日
事業所名称 : 医療法人社団輝生会在宅総合ケアセンター元浅草たいよう診療所
利用者氏名 : 年齢 : 90 歳 性別 : 女

■利用者の希望

家族がいる慣れしたしんだ自宅で生活したい

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

・5月に自宅内で転倒し入院しましたが、8月に自宅退院となりました。入院前より、認知機能・耐久性の低下みられ、実用の変更を認めます。日によって覚醒のムラあり。常時家族やヘルパーの付き添いが必要となっています。・訪問リハではベッドからの起立や移乗、移動などの動作確認、福祉用具の提案を行っています。

■目標

※優先順位は最も優先されるものを掲げる。

ベッドからの起立やポータブルトイレへの移乗が軽介助～見守りで可能となる

■上記目標に係る具体的支援内容

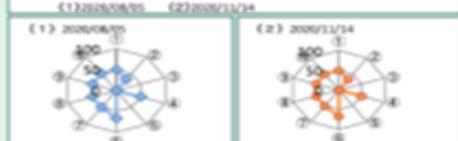
<No1>

生活動作や歩行の安定に向けて、①環境調整、②生活動作確認、③筋力トレーニング、④介助指導、⑤心身機能評価などを行っています。

<No2>

生活リズムにメリハリをつける事、認知機能維持・改善目的にて①安全にできる運動習慣をもつ ②なぞり書き、読字の探し、計算課題、唱歌などの脳トレを行なう習慣をつけるよう関わっていきます。

【日常生活動作 (ADL^①) の評価】



【手段的日常生活動作 (IADL^②) の評価】



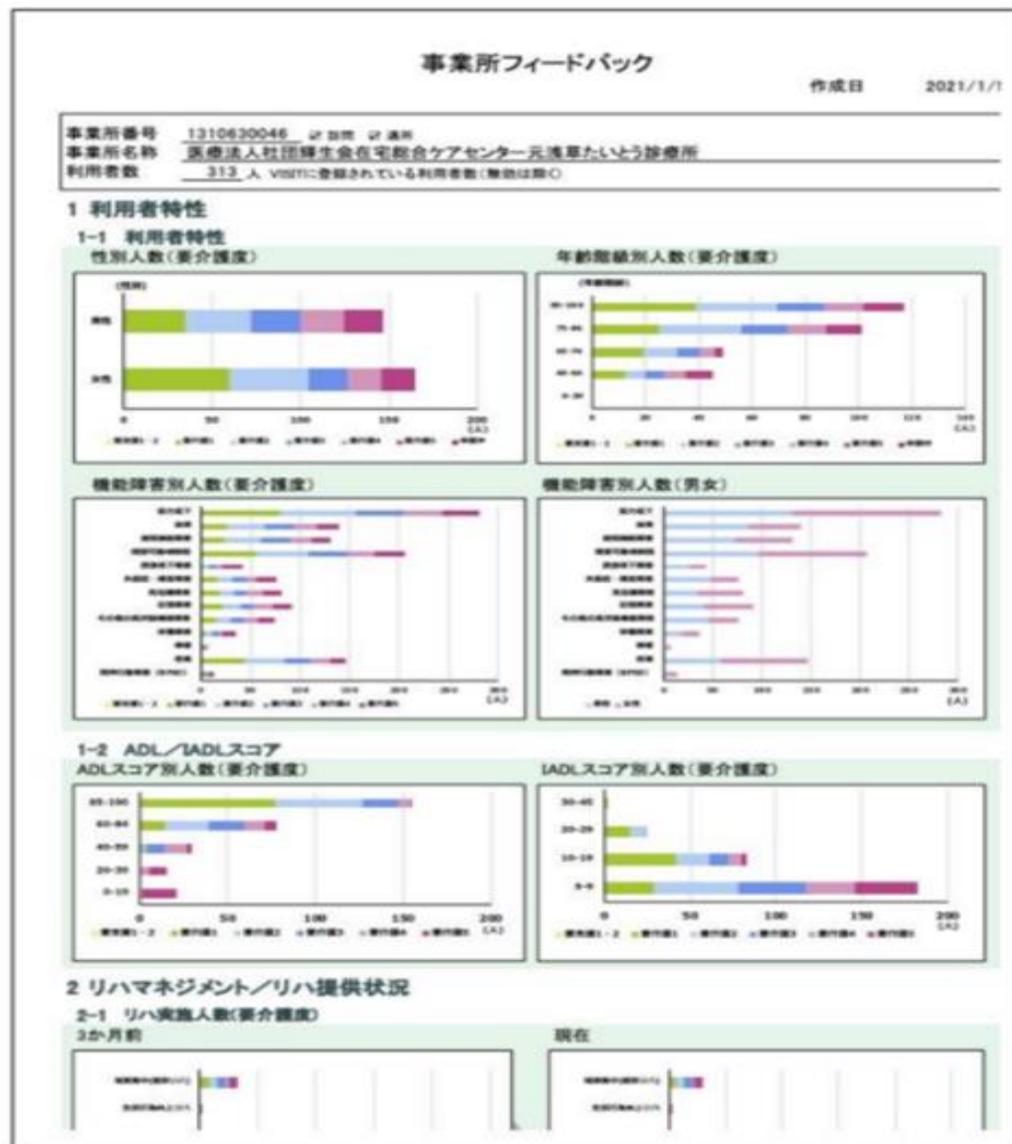
<自己記録欄>

6つの項目で構成

A4・2枚(1枚は補足説明資料)

1. 利用者の希望
2. 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因検討
3. 目標
4. 目標に係る具体的支援内容
5. 日常生活動 (ADL:BI) の評価
6. 手段的日常生活動作 (IADL:FAI) の評価

フィードバック事業所評価用



3つの大項目で構成

A4・5枚(1枚は補足説明資料)

1. 利用者特性

1-1 利用者特性

1-2 ADL/IADLスコア

2. リハマネジメント/リハ提供状況について

2-1 リハ実施人数(要介護)

2-2 リハ内容別人数(要介護)

2-3 頻度(リハの提供頻度)

3. リハの効果について

3-1 項目別ADLスコア

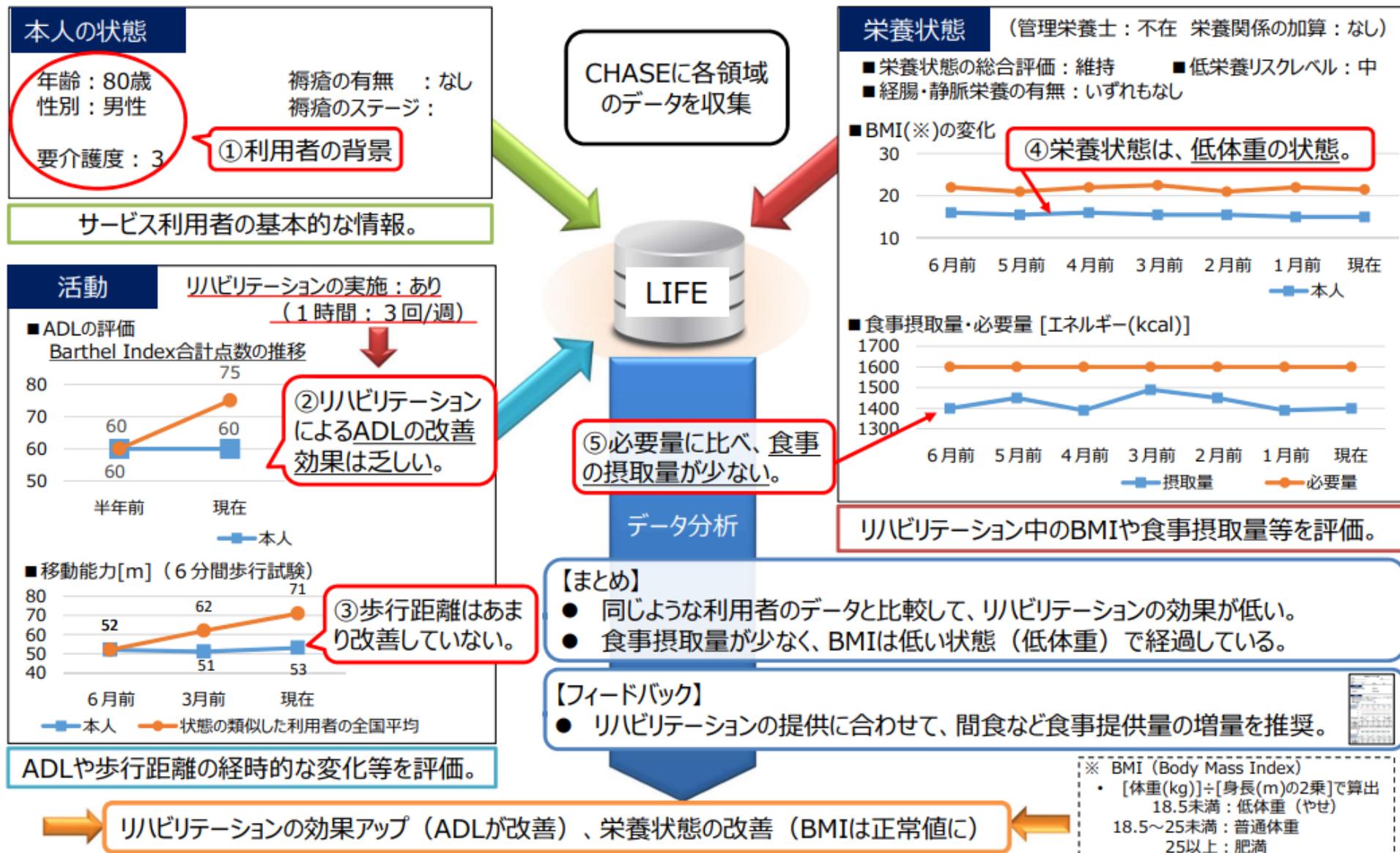
(開始時と3か月後と6か月後の比較)

3-2 項目別IADLスコア

(開始時と3か月後と6か月後の比較)

個別化された自立支援・科学的介護の推進例（イメージ）

例①：リハビリテーションの提供に応じた、最適な栄養の提供について評価（利用者単位）



※ 令和3年度から、CHASE・VISITを一体的に運用するにあたって、科学的介護の理解と浸透を図る観点から、以下の統一した名称を使用。

科学的介護情報システム (Long-term care Information system For Evidence ; LIFE ライフ)

LIFEの概要

- ・ 科学的介護情報システム

Long-term care Information system For Evidence

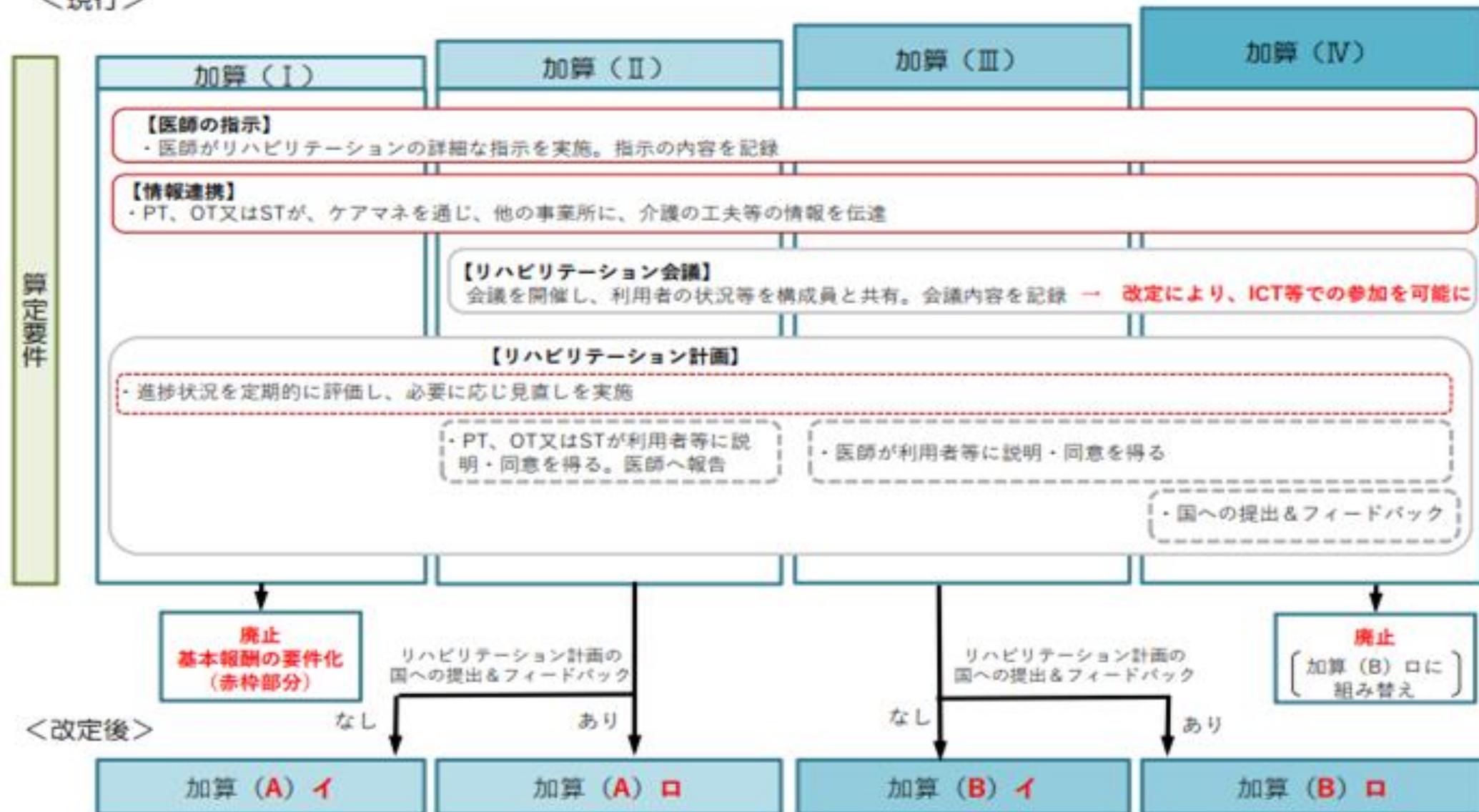
- ・ エビデンスに基づいた介護の実践
- ・ 科学的に妥当性のある指標等からの収集・蓄積および分析
- ・ 分析の成果を現場にフィードバックすることで、さらなる科学的介護を推進

※事業所から国へデータを提出し、ご褒美として得られる加算ではない。

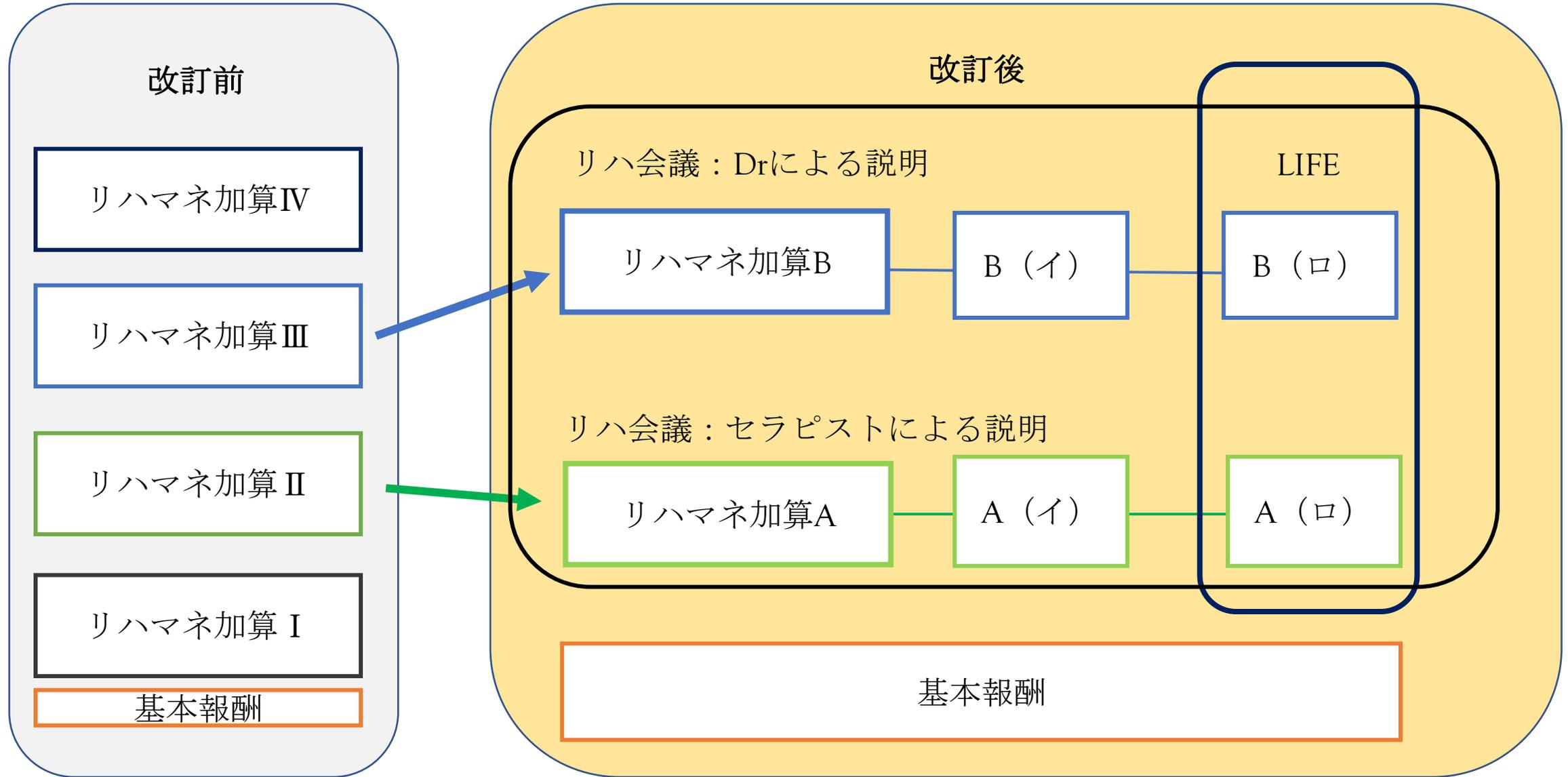
②リハビリテーションマネジメント加算

訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の見直しイメージ

<現行>



リハビリテーションマネジメント加算



リハマネ加算見直しの概要

- 加算（I）は基本報酬に内包
- 医師の関与が強化され、リハビリテーション会議が必須要件
- リハマネ加算Aはセラピストからの説明が主
- リハマネ加算Bは医師からの説明が主
- （イ）はLIFEなし。（ロ）はLIFEあり。

③移行支援加算

3.(1)⑤ 社会参加支援加算の見直し

概要

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

- 社会参加支援加算について、算定要件である「社会参加への移行状況」の達成状況等を踏まえ、利用者に対する適時・適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から見直しを行う。【告示改正】

単位数

| | <現行> | | <改定後> |
|---------------|-----------------|---|-------------------|
| 【訪問リハビリテーション】 | 社会参加支援加算 17単位/日 | ⇒ | 移行支援加算（※単位数は変更なし） |
| 【通所リハビリテーション】 | 社会参加支援加算 12単位/日 | ⇒ | 移行支援加算（※単位数は変更なし） |

算定要件等

- 加算の趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を「移行支援加算」とする。
- 以下を要件とする。（下線部が見直し箇所）
 - 【訪問リハビリテーション】（現行と同様）
 - ・ 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の5を超えていること。
 - ・ リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 25\%$ であること。
 - 【通所リハビリテーション】
 - ・ 評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護等を実施した者の割合が、100分の3を超えていること。
 - ・ リハビリテーションの利用の回転率 $\frac{12\text{月}}{\text{平均利用延月数}} \geq 27\%$ であること。
 - 【訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション共通】
 - ・ 評価対象期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、リハビリテーション終了者に対して、電話等により、指定通所介護等の実施状況を確認し、記録すること。
 - ・ リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するにあたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

参考資料：移行先一覧

| サービス等 | 訪問リハビリテーション | | 通所リハビリテーション | |
|-----------------|-------------|----|-------------|----|
| | 告示 | 通知 | 告示 | 通知 |
| 通所介護 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 通所リハビリテーション | ○ | ○ | — | — |
| 地域密着型通所介護 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 認知症対応型通所介護 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 小規模多機能型居宅介護 | 追加 | ○ | 追加 | ○ |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 追加 | ○ | 追加 | ○ |
| 介護予防通所リハビリテーション | 新規 | 新規 | — | — |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | 新規 | 新規 | 新規 | 新規 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | 新規 | 新規 | 新規 | 新規 |
| 第一号通所事業 | ○ | ○ | | ○ |
| その他社会参加に資する取組 | ○ | | | |
| 一般介護予防事業 | | ○ | | ○ |
| 居宅における家庭での役割 | | ○ | | ○ |
| 就労 | | 新規 | | 新規 |

※2018年改訂資料抜粋

移行支援加算の概要

- 社会参加支援加算から「**移行支援加算**」に名称変更
- ADL・IADLの改善および**社会参加に資する取り組み**をしている事業所、**回転率の高い**事業所を評価（継続）
- 加算対象者については、終了後の移行先（通所介護等）への**リハビリテーション計画書での情報提供**が必要

Q延月数はどのように算出していますか？

A 1月から12月までの期間内の毎月の利用者人数の合計が延べ月数になります。

延べ月数の算定方法

| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | | | | | |
|-----|--|--|--|----|--|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|---|---|---|
| Aさん |  | | | | | | | | | | | | | | 7 | | |
| Bさん | |  | | | | | | | | | | | | 11 | | | |
| Cさん | | |  | | | | | | | | | | | | | 7 | |
| Dさん |  | | | | | | | | | | | | | 12 | | | |
| Eさん | |  | | | | | | | | | | | | | 5 | | |
| Fさん | | | | |  | | | | | | | | | | | | 7 |
| | | | | | | | | | | | | | | 49 | | | |
| | 2 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 49 | | | | |

④生活行為向上リハビリテーション実施加算
(通所)

3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し①

概要

【通所リハビリテーション★】

- 生活行為向上リハビリテーション実施加算について、廃用症候群や急性増悪等によって生活機能が低下した利用者に対する、適時適切なリハビリテーションの提供を一層促進する観点から、事業所の加算を取得しない理由等も踏まえ、見直しを行う。【告示改正】

単位数

【通所リハビリテーション】

<現行>

3月以内 2,000単位/月

3月超、6月以内 1,000単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

<改定後>

6月以内 1,250単位/月

⇒ 廃止

【介護予防通所リハビリテーション】

<現行>

3月以内 900単位/月

3月超、6月以内 450単位/月

※ 当該加算によるリハビリテーションを終えた後に継続する場合、当該翌月から6月以内の間所定単位数を15/100減算

<改定後>

6月以内 562単位/月

⇒ 廃止

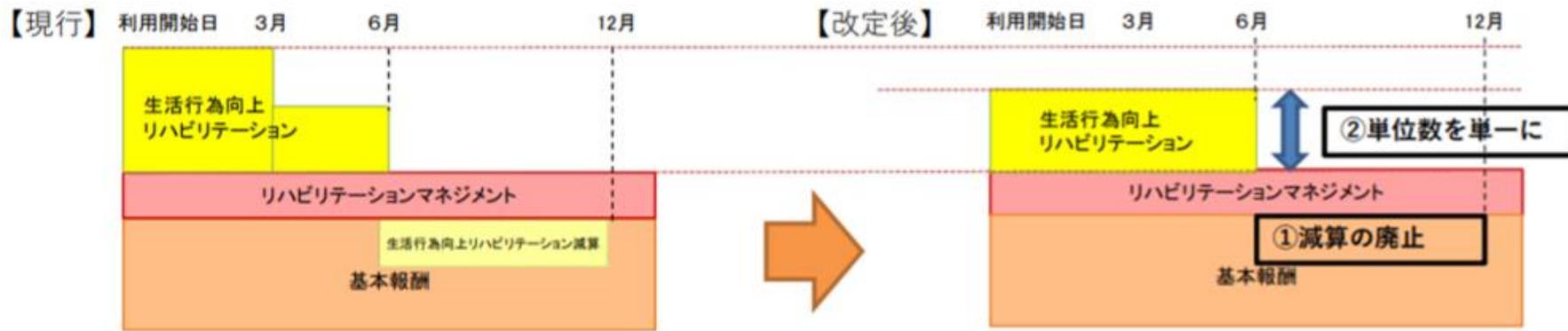
3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し②

算定要件等

※下線部が見直し箇所

- 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験を有する作業療法士、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、言語聴覚士が配置されていること
- 生活行為の内容の充実を図るための目標や、目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所等が記載されたリハビリテーション実施計画を定めて、リハビリテーションを提供すること。
- 当該計画で定めたリハビリテーションの実施期間中及びリハビリテーションの提供終了日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、目標の達成状況を報告すること。
- リハビリテーションマネジメント加算 (A)・(B)のいずれかを算定していること (通所リハビリテーションのみ)
- 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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する評価をおおむね1月に1回以上実施すること (新規)。

【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し (イメージ)】



生活行為向上リハビリテーション実施加算の概要

- ・3か月後の減算の廃止。6か月まで単一単位へ。
- ・セラピストの居宅訪問（1か月に1回）での生活行為の評価が必須要件に。

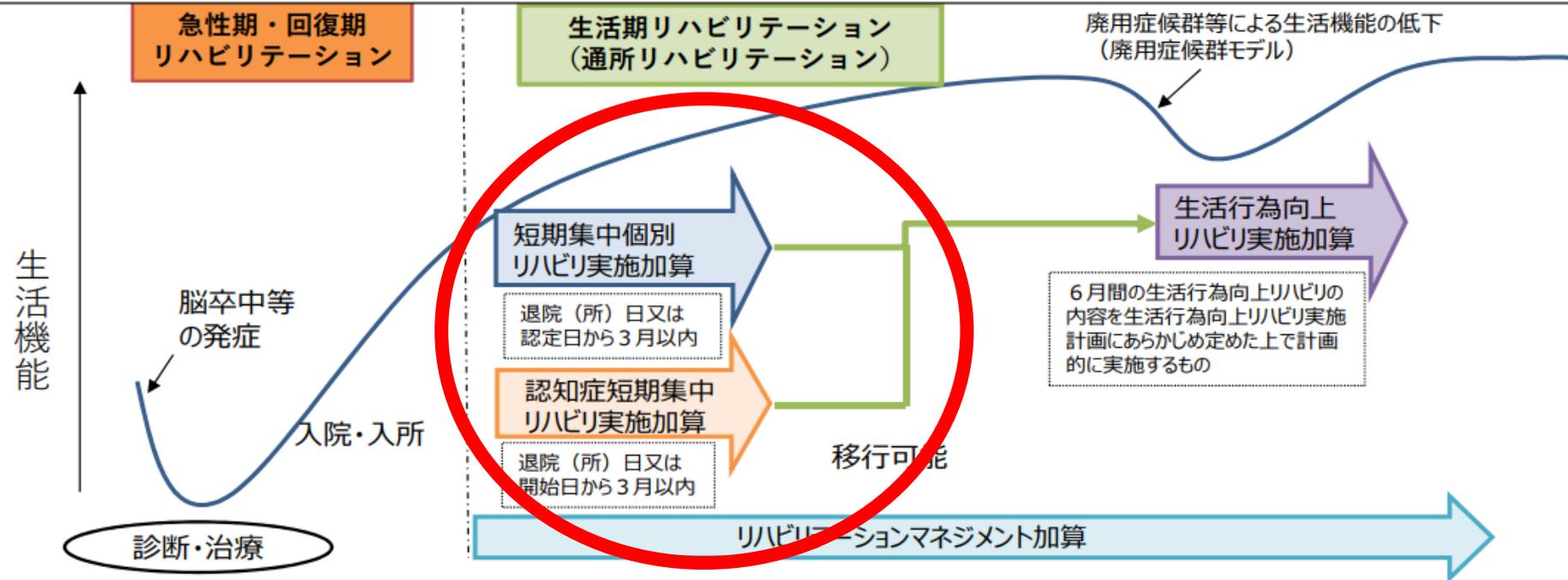
Q：短期集中個別リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算との違いは？

A：

| | 算定期間 | 対象 | 要件 |
|--------------------------|------|--|--------------------------------|
| 短期集中個別 リハビリテーション実施加算 | 3月 | 退院した方 認定を受けた方 退院（所）日～起算 認定日～起算 | 1週間に2日以上 個別リハ40分以上 |
| 認知症短期集中 リハビリテーション実施加算 | 3月 | 専門医が認定した方 MMSE、HDS-R5～25点 退院（所）日～起算 通所開始日～起算 | 1週間に2日が限度 個別リハ20分以上 |
| 生活行為向上 リハビリテーション実施加算 | 6月 | 加齢や廃用症候群により生活機能が低下 した方 リハマネ加算算定者 | 居宅訪問1か月に1回 ※短期集中加算との併用はできない |

通所リハビリテーションにおける各種加算のイメージ

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算は退院・退所直後に集中的なリハビリテーションを実施することを目的としている。
- 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者を対象に実施することを目的としている。



| | 留意事項通知における記載 |
|----------------------|---|
| 短期集中リハビリテーション実施加算* | 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。 (*平成27年度の介護報酬改定において、退院(所)後間もない者に対する身体機能の回復を目的と、短期集中リハビリテーション実施加算と個別リハビリテーション実施加算は統合され、短期集中個別リハビリテーション実施加算として見直されている。) |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力(生活環境または家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。)を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。 |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた6月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。 |

⑤介護予防リハビリテーションの減算

5.(1)④ 長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化

概要

【介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション】

- 近年の受給者数や利用期間及び利用者のADL等を踏まえ、適切なサービス提供とする観点から、介護予防サービスにおけるリハビリテーションについて、利用開始から一定期間が経過した後の評価の見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護予防訪問リハビリテーション】

<現行>

なし

<改定後>

⇒ 利用開始日の属する月から12月超
5単位/回減算 (新設)

【介護予防通所リハビリテーション】

<現行>

なし

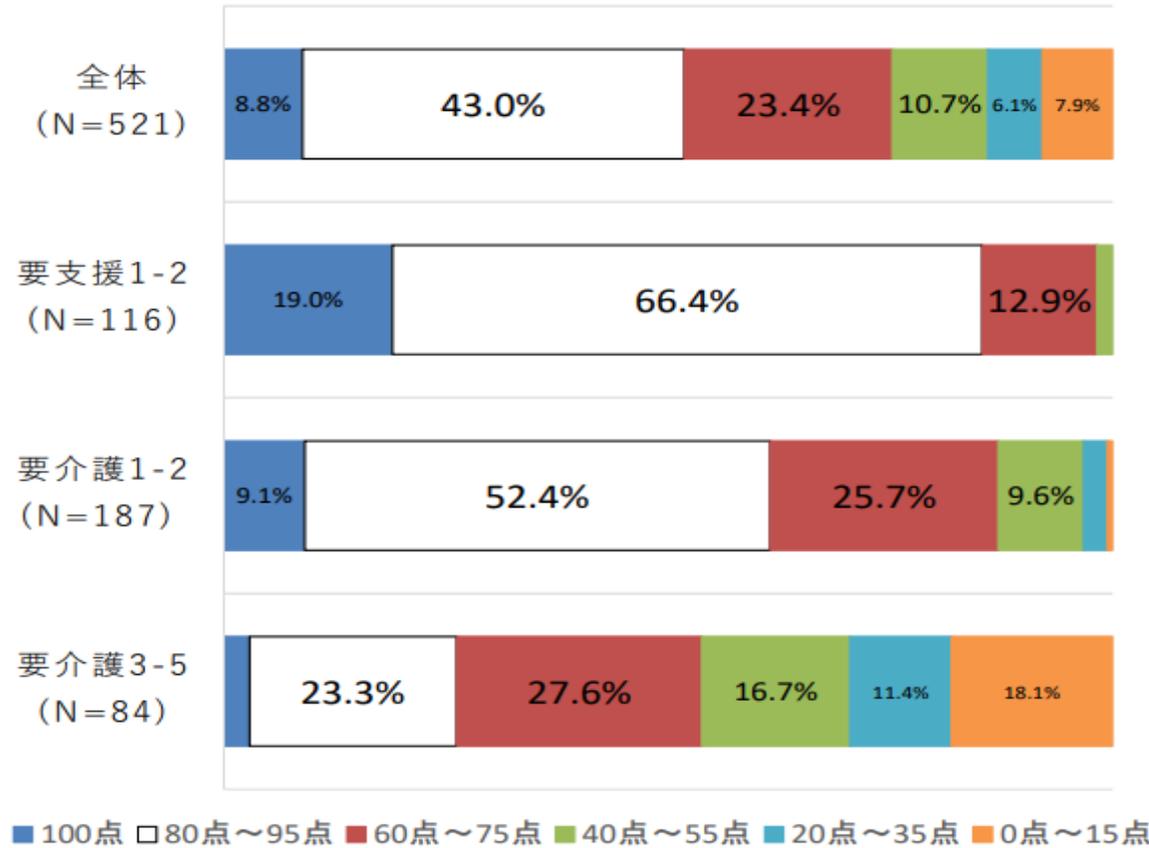
<改定後>

⇒ 利用開始日の属する月から12月超
要支援1の場合 20単位/月減算 (新設)
要支援2の場合 40単位/月減算 (新設)

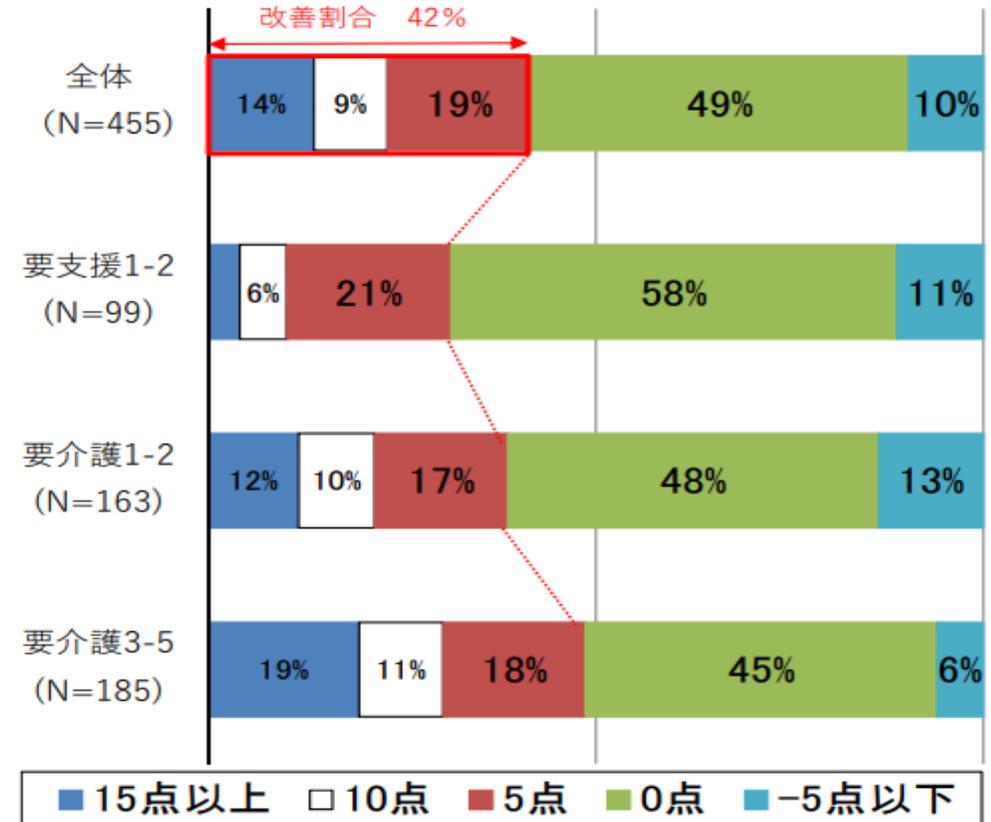
訪問リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の約2割においてADL評価であるBarthel Indexは満点(100点)であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、約4割で改善していた。

利用者の開始時のADL (Barthel Index)



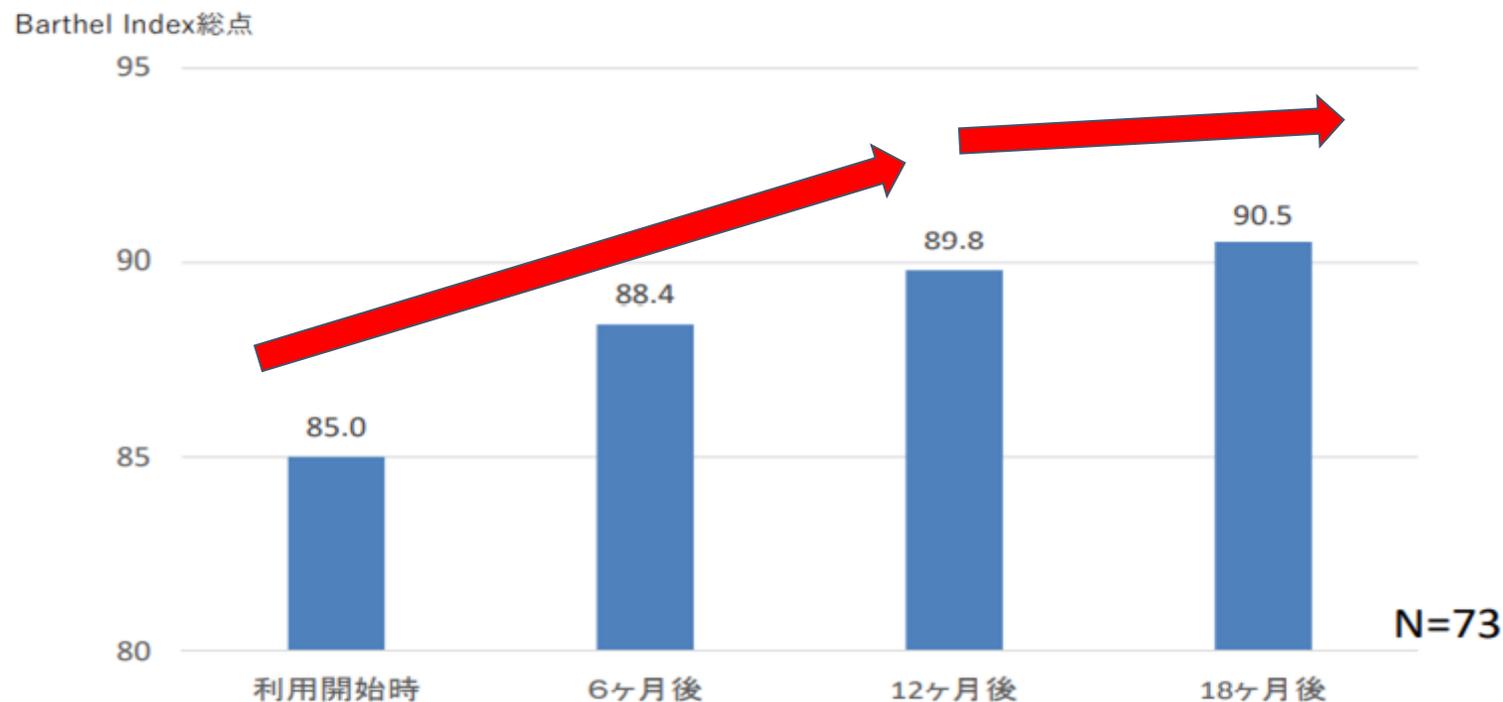
利用開始から6ヶ月後におけるADL (Barthel Index) の点数変化



介護予防訪問リハビリテーション利用者におけるADLの経時変化

- 介護予防訪問リハビリテーションの利用者において、利用開始から6ヶ月後及び6ヶ月後から12ヶ月後にかけてはBarthel Indexで評価されたADLに改善がみられた。一方、12ヶ月後から18ヶ月後にかけてはADLの改善は軽微であった。

利用開始から18ヶ月後にかけてのADLの経時変化



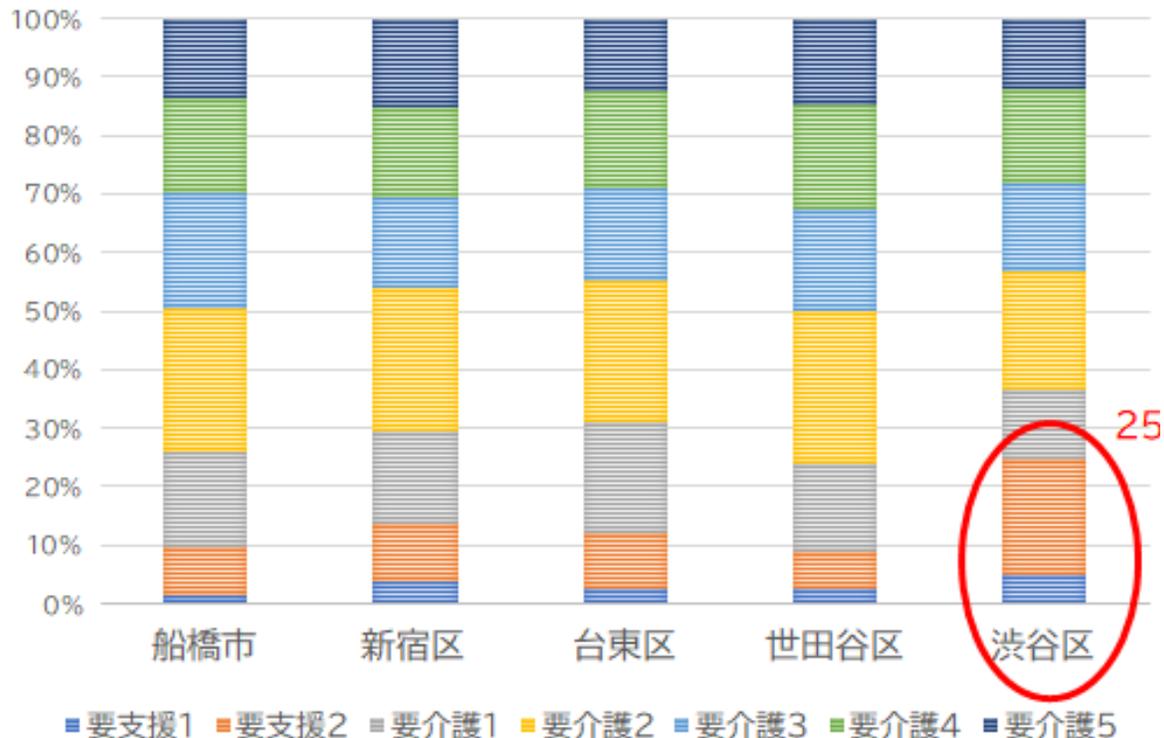
利用開始時、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後のADLが把握可能な利用者を対象としている。

介護予防リハビリテーションの減算の概要

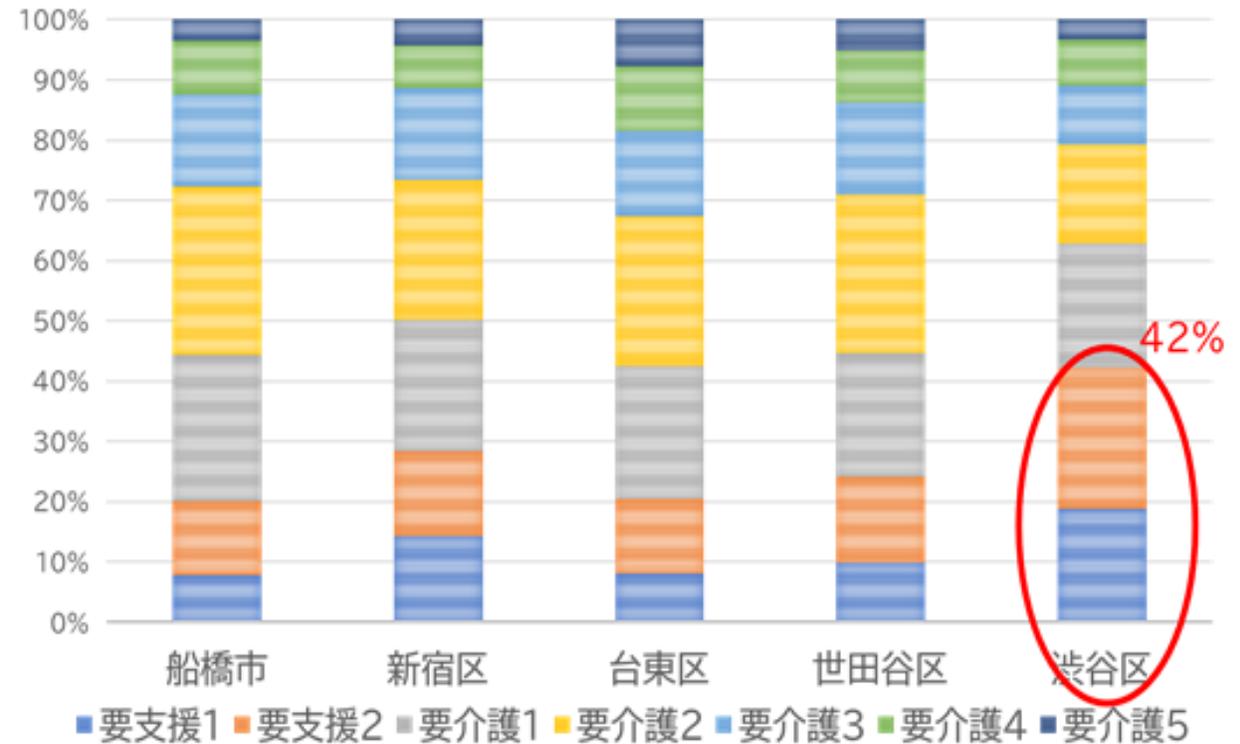
- ・ 利用から12月を超える利用者の減算
- ・ 長期利用者については一定期間で、適切な利用状況にあるかどうか見直すよう求められている。

【共有】 渋谷区のサービス利用状況

訪問リハ介護度割合



通所リハ介護度割合



ご清聴ありがとうございました