

平成27年6月5日
神奈川県老健協会事務部会総会 & 研修会

在宅強化型施設・強化型デイケアへの移行 ～老健として生き残るために～

公益社団法人 全国老人保健施設協会
会 長 東 憲 太 郎

平成27年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

平成27年度介護報酬改定について

平成27年度介護報酬改定

改定率 ▲2.27%

介護職員の処遇改善： +1.65% (改定率換算)

・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善(公費784億円)

介護サービスの充実： +0.56% (改定率換算)

・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実(公費266億円)

その他： ▲4.48%

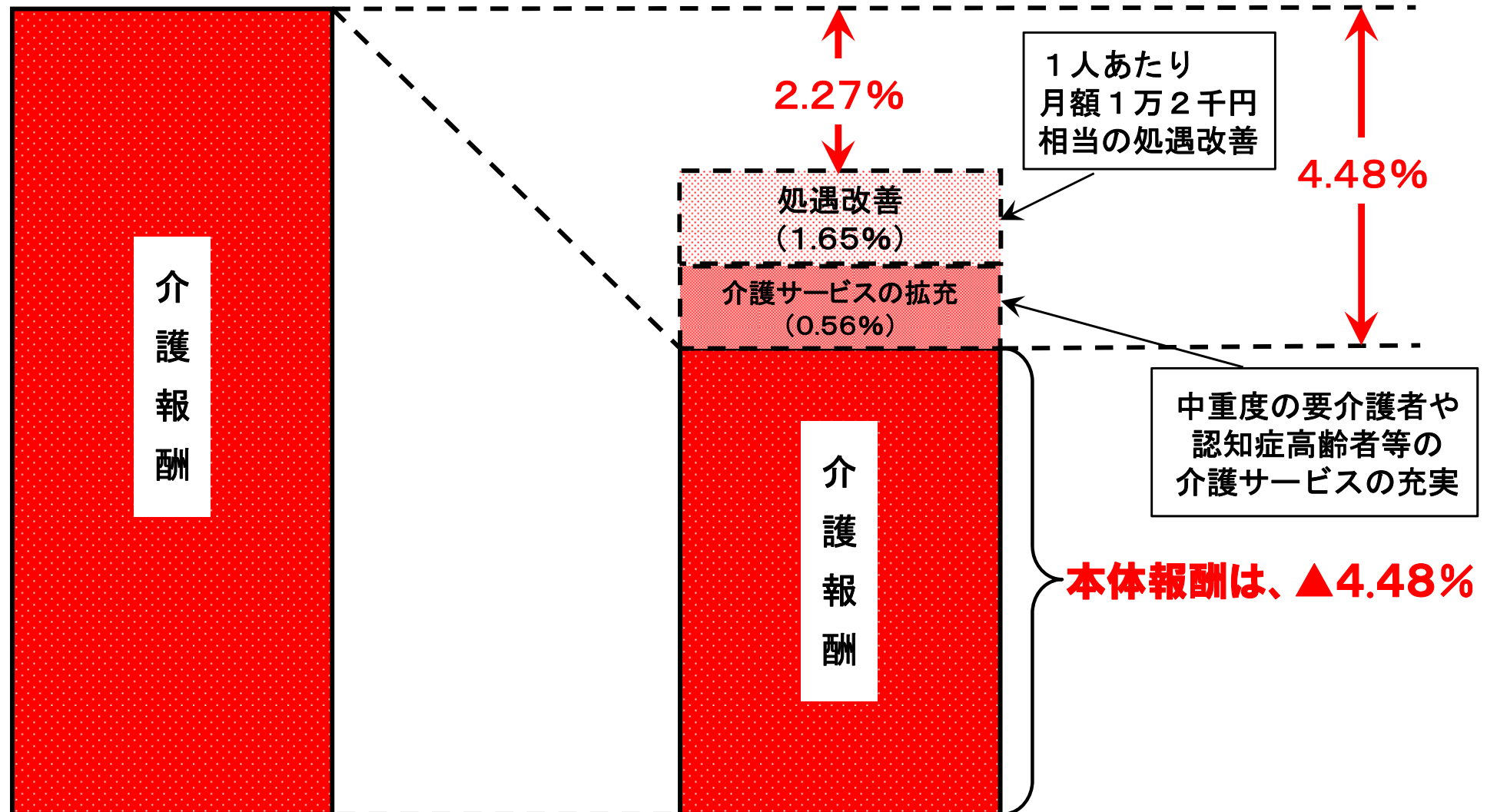
平成27年度介護報酬 改定率について

■介護報酬改定率 **▲2.27%**

(処遇改善: +1.65%、介護サービスの充実: +0.56%、その他: **▲4.48%**)

【現 行】

【改定後】



平成27年度介護報酬 改定率について

介護報酬改定率

	2003年度 (平成15年)	2006年度 (平成18年)	2009年度 (平成21年)	2012年度 (平成24年)	2015年度 (平成27年)
改定率	▲2.3%	▲2.4%	+3.0%	+1.2%	▲2.27%
在宅	+0.1%	▲1.0%	+1.7%	+1.0%	▲1.42%
施設	▲4.0%	▲4.0%	+1.3%	+0.2%	▲0.85%



※2006年度(平成18年)は、
前年(平成17年)10月改定分(食費・居住費の利用者負担化)を含む

改定率▲2.27%に至る経緯について

- 平成26年10月8日 財政制度等審議会
介護報酬▲6%の適正化が提言
- 平成26年10月10日 全老健『介護報酬改定に関する緊急記者会見』
マイナス改定断固反対を表明
- 平成26年10～12月 全老健『介護従事者の生活と人生を守り、利用者へのサービスの質を担保するための署名』
活動を実施
142万9,915筆（国民約90人に1名が賛同）
- 平成26年11月18日 **消費税率引上げ延期**
- 平成26年12月24.25日 署名を内閣（首相・財務大臣・厚労大臣）や
与党（自民党）に提出
- 平成27年1月8日 全老健『『介護』を育む緊急全国集会』
日比谷公会堂にて開催
2000名超が参加、国会議員約100名
- 平成27年1月11日 改定率決定
改定率の譲歩を引き出す原動力！
署名活動・緊急全国集会への動員に感謝！

3施設 基本サービス費の比較表

		介護老人保健施設 【介護保健施設サービス費(Ⅰ)】					
		(i)・(iii)			(ii)・(iv)		
		-2.99%			-1.56%		
		現	新	現との差	現	新	現との差
従来型個室	要介護1	716	695	-2.93%	745	733	-1.61%
	要介護2	763	740	-3.01%	817	804	-1.59%
	要介護3	826	801	-3.03%	880	866	-1.59%
	要介護4	879	853	-2.96%	937	922	-1.60%
	要介護5	932	904	-3.00%	993	977	-1.61%
多床室	要介護1	792	768	-3.03%	825	812	-1.58%
	要介護2	841	816	-2.97%	900	886	-1.56%
	要介護3	904	877	-2.99%	963	948	-1.56%
	要介護4	957	928	-3.03%	1,020	1,004	-1.57%
	要介護5	1,011	981	-2.97%	1,076	1,059	-1.58%
ユニット型個室・ユニット型準個室	要介護1	795	774	-2.64%	828	816	-1.45%
	要介護2	842	819	-2.73%	903	890	-1.44%
	要介護3	907	881	-2.87%	966	952	-1.45%
	要介護4	960	934	-2.71%	1,023	1,008	-1.47%
	要介護5	1,014	985	-2.86%	1,079	1,063	-1.48%

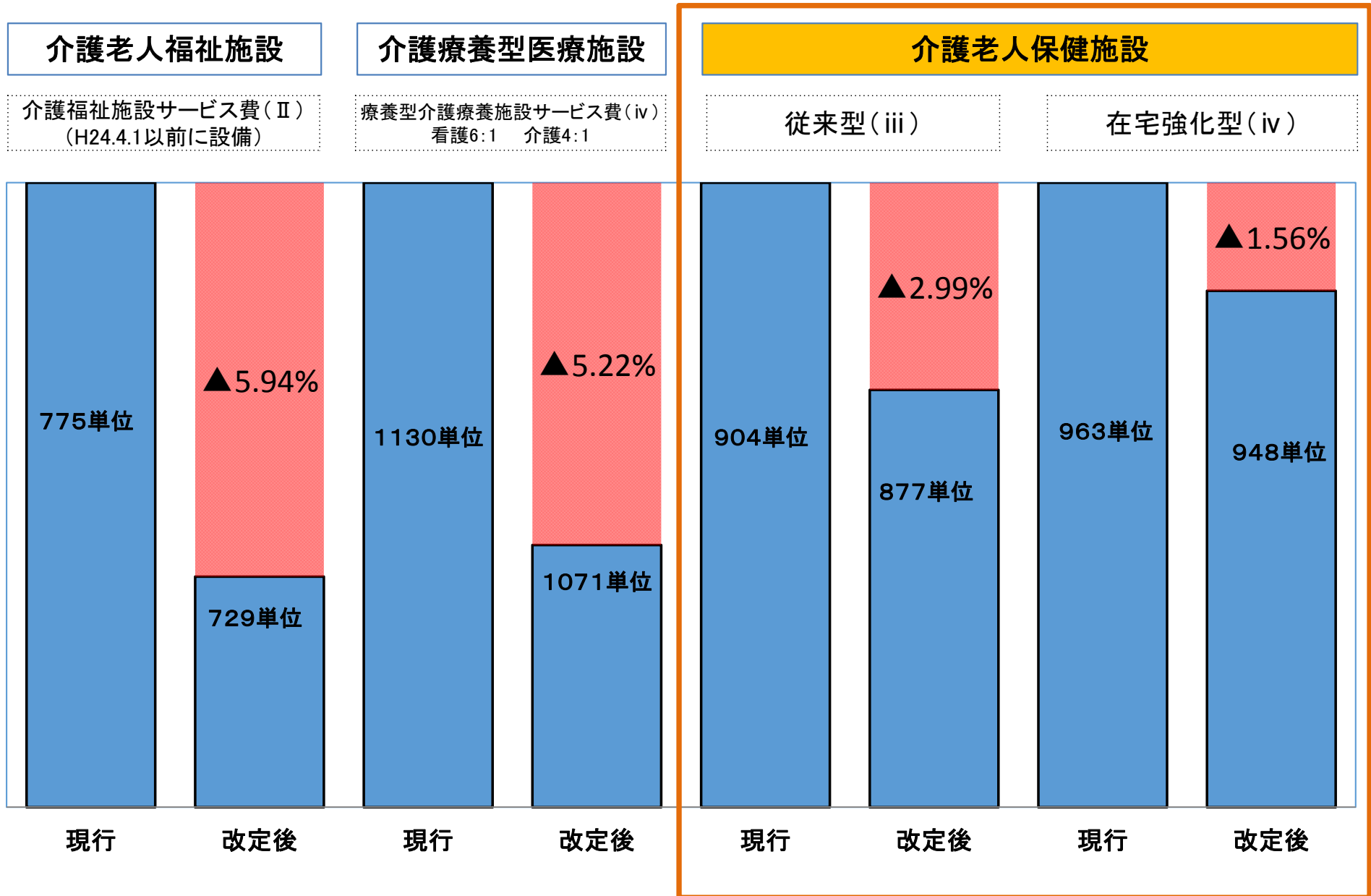
		介護老人福祉施設 【介護福祉施設サービス費】		
		-5.79%		
		現	新(※)	現との差
		従来型個室		580
	651		614	-5.68%
	723		682	-5.67%
	794		749	-5.67%
	863		814	-5.68%
多床室 H24.4.1以前に設備		634	594	-6.31%
		703	661	-5.97%
		775	729	-5.94%
		844	796	-5.69%
		912	861	-5.59%
ユニット型個室・ユニット型準個室		663	625	-5.73%
		733	691	-5.73%
		807	762	-5.58%
		877	828	-5.59%
		947	894	-5.60%

		介護療養型医療施設 【療養型介護療養施設サービス費】 (看護6:1介護4:1)		
		-5.21%		
		現	新	現との差
		従来型個室		676
	785		744	-5.22%
	1,020		967	-5.20%
	1,120		1,062	-5.18%
	1,210		1,147	-5.21%
多床室		786	745	-5.22%
		895	848	-5.25%
		1,130	1,071	-5.22%
		1,230	1,166	-5.20%
		1,320	1,251	-5.23%
ユニット型個室・ユニット型準個室		789	767	-2.79%
		898	870	-3.12%
		1,133	1,093	-3.53%
		1,233	1,188	-3.65%
		1,323	1,273	-3.78%

※新の単位:平成27年4月1日~平成27年7月31日

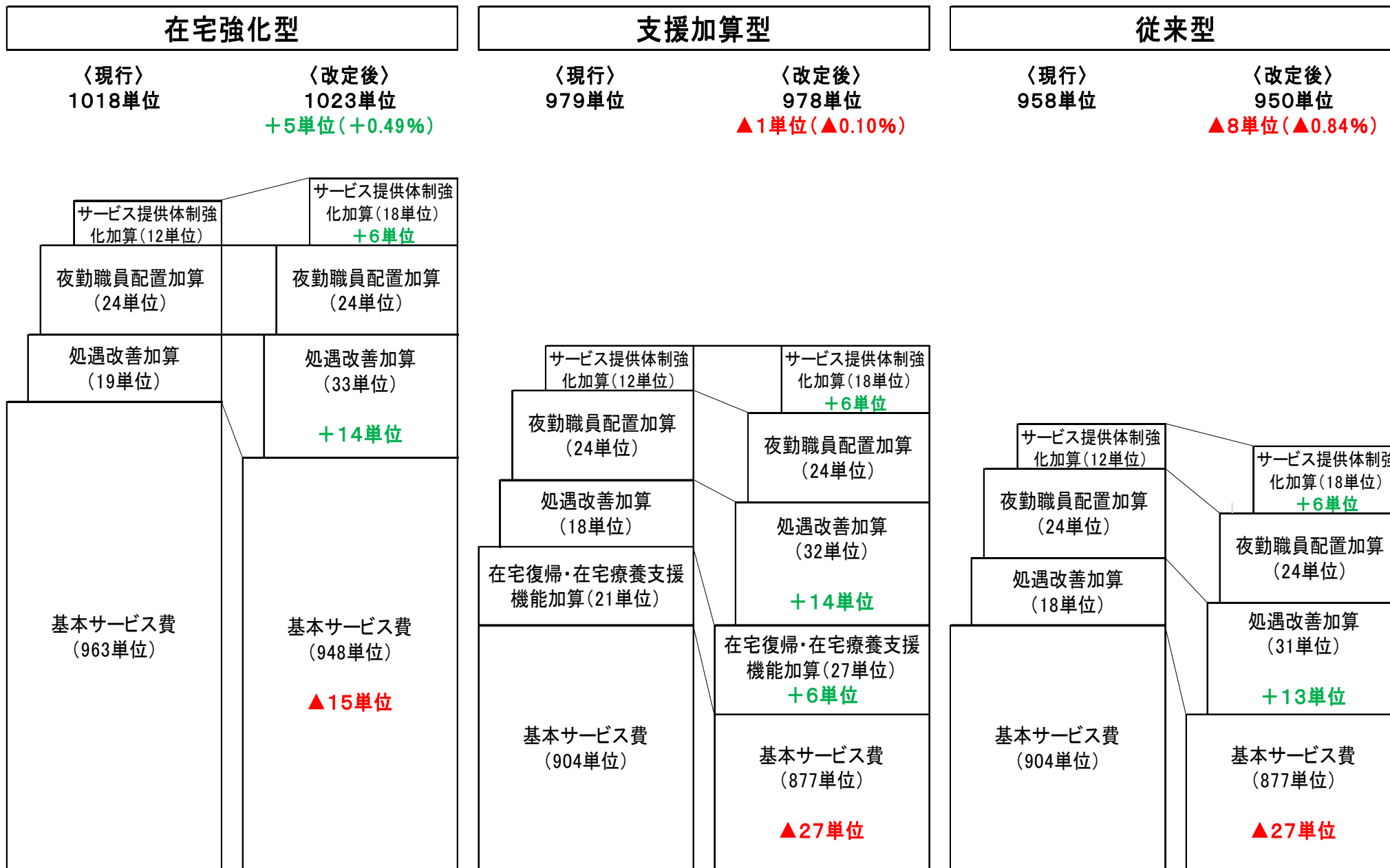
平成27年度介護報酬改定イメージ(介護保険施設比較)

基本サービス費のうち **多床室:要介護3**でイメージ比較



平成27年度介護報酬改定イメージ(老健施設)

介護保健施設サービス費(I)のうち 多床室:要介護3のイメージ



介護老人保健施設

- 在宅復帰支援機能を更に高めるため、リハビリテーション専門職の配置等を踏まえ、在宅強化型基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算について重点的に評価。

在宅強化型と通常型の基本サービス費の差(要介護3 多床室)

59単位/日 ⇒ 71単位/日 (さらに12単位広がる)

在宅復帰・在宅療養支援機能加算

21単位/日 ⇒ 27単位/日 (6単位アップ)

平成27年度介護報酬改定の概要(案)骨子版より

入所前後訪問指導加算の評価の充実

看取りの場合は
改善でなくても可

施設及び在宅の双方にわたる切れ目ない支援

- ・ 退所後の生活を支援するため以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
 - 本人及び家族の意向を踏まえ、**生活機能の具体的な改善目標を含めた**施設及び在宅の双方にわたる**切れ目ない支援計画を策定**していること
 - 支援計画策定に当たって、**多職種が参加するカンファレンス**を行っていること
(医師、看護職員、リハビリ専門職、栄養士、介護支援専門員、介護職員等)

(現行)

(改正案)

入所前後訪問指導加算460単位／回 → 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)450単位／回
(10単位ダウン)
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)480単位／回
(20単位アップ)

【算定要件等】

- ・ 次に掲げる区分に応じ、入所中1回を限度として算定する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。《(Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可》

【入所前後訪問指導加算(Ⅰ)】

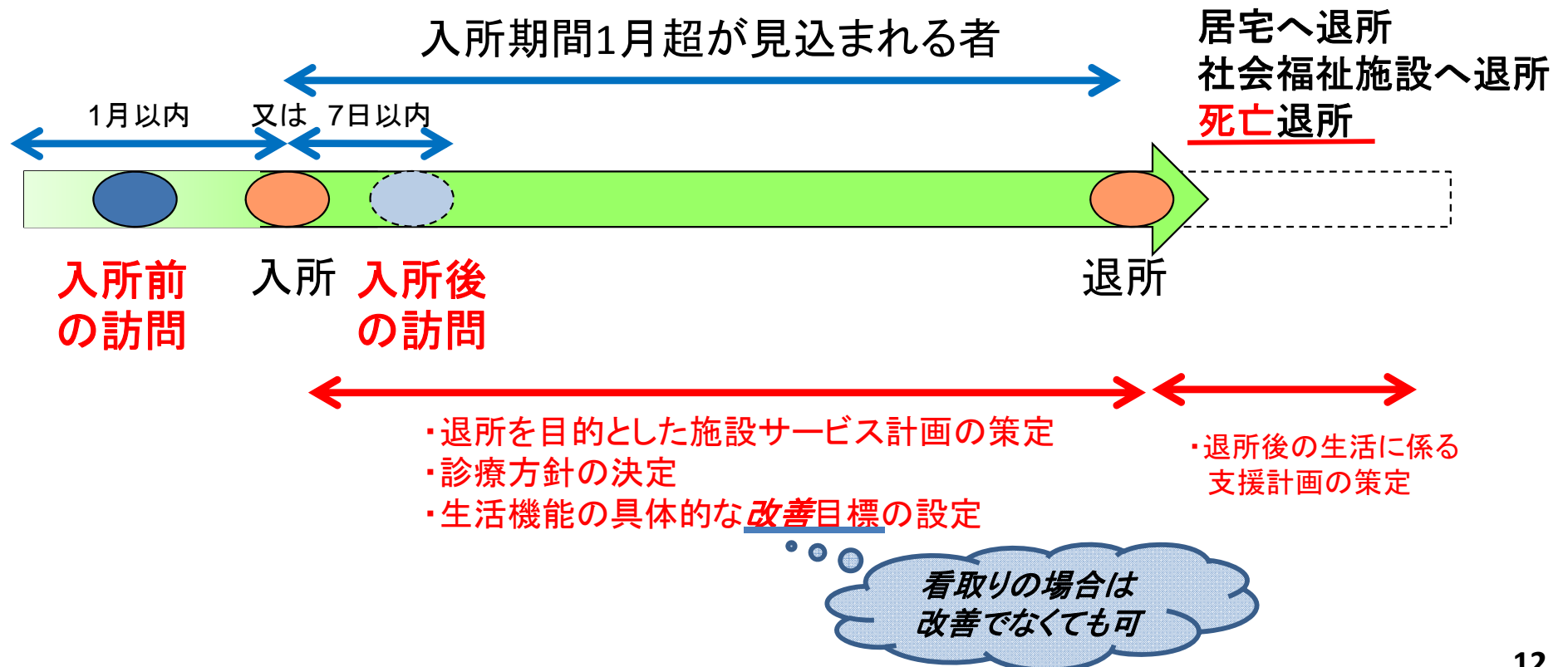
退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合

【入所前後訪問指導加算(Ⅱ)】

退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、**生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合**

入所前後訪問指導加算（Ⅱ）480単位／回

- 入所期間が1月を超えると見込まれる者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に当該者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に入所中1回を限度として算定する。
- 退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合
- 当該者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合も、同様に算定する。



介護人材確保対策の推進

2. 介護人材確保対策の推進

- 地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

介護職員処遇改善加算

- 介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を実施。

《新設の加算(更なる上乘せ評価)の算定要件》

(1) キャリアパス要件

- ① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。
- ② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。

(2) 定量的要件

平成27年4月以降、賃金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

サービス提供体制強化加算

- 介護福祉士の配置が一層促進されるよう、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価。なお、当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含めない。

<介護老人福祉施設、介護老人保健施設等>
介護福祉士5割以上:12単位/日



介護福祉士6割以上:18単位/日(新設)
介護福祉士5割以上:12単位/日

介護職員処遇改善加算の拡大

(参考) 介護職員処遇改善加算について - ①

加算のイメージ

加算Ⅰ 新設

加算Ⅱ
(現行の加算Ⅰ)

加算Ⅲ
(現行の加算Ⅱ)
※新加算Ⅱ × 0.9

加算Ⅳ
(現行の加算Ⅲ)
※新加算Ⅱ × 0.8

算定要件

キャリアパス要件①
及び
キャリアパス要件②
+
**新たな定量的要件を
満たす(平成27年4月
以降実施する取組)**

キャリアパス要件①
又は
キャリアパス要件②
+
既存の定量的要件を
満たす

キャリアパス要件①
キャリアパス要件②
既存の定量的要件
のいずれかを満たす

キャリアパス要件①
キャリアパス要件②
既存の定量的要件
のいずれも満たさず

**【新設の加算】
職員1人当たり
月額1万2千円相当**

**【現行の加算】
職員1人当たり
月額1万5千円相当**

加算Ⅱ～Ⅳ(現行の加算Ⅰ～Ⅲ)に
係る算定要件は、これまでと同様。

サービス提供体制強化加算の拡大

サービス	要件	単位
訪問リハビリ テーション	○ 3年以上の勤続年数のある者が配置されていること。	6単位/回
通所リハビリ テーション	<p>次のいずれかに該当すること。</p> <p>① <u>介護福祉士が50%以上配置されていること。</u></p> <p>② 介護福祉士が40%以上配置されていること。</p> <p>③ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。</p>	<p>① : 18単位/回</p> <p>② : 12単位/回</p> <p>③ : 6単位/回</p> <p>※介護予防通所リハビリ 【要支援1】 【要支援2】</p> <p>① : 72単位/人・月 ① : 144単位/人・月</p> <p>② : 48単位/人・月 ② : 96単位/人・月</p> <p>③ : 24単位/人・月 ③ : 48単位/人・月</p>
介護老人保健施設	<p>次のいずれかに該当すること。</p> <p>① <u>介護福祉士が60%以上配置されていること。</u></p> <p>② 介護福祉士が50%以上配置されていること。</p>	<p>① : 18単位/人・日</p> <p>② : 12単位/人・日</p>
短期入所療養介護	<p>③ 常勤職員が75%以上配置されていること。</p> <p>④ 3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されていること。</p>	<p>③・④ 6単位/人・日</p>

地域区分の見直し

平成26年11月の給与法の改正に基づき、客観的に地域区分を設定する観点から、民間事業者の賃金水準を適切に介護報酬に反映させられるよう、国家公務員又は地方公務員の地域手当に準拠した見直しを行う。

【現行】

		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他	人件費割合のサービス
上乗せ割合		18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
人件費割合	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10	
	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10	訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション
	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10	介護老人保健施設 短期入所療養介護



【見直し後】

		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	人件費割合のサービス
上乗せ割合		20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
人件費割合	70%	11.40	11.12	11.05	10.84	10.70	10.42	10.21	10	
	55%	11.10	10.88	10.83	10.66	10.55	10.33	10.17	10	訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション
	45%	10.90	10.72	10.68	10.54	10.45	10.27	10.14	10	介護老人保健施設 短期入所療養介護

介護保険施設等における基準費用額の見直し

多床室における基準費用額及び負担限度額については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額を上回っていることを踏まえ、必要な見直しを行う。

●ユニット型個室の居住費は、光熱水費＋室料(減価償却費)

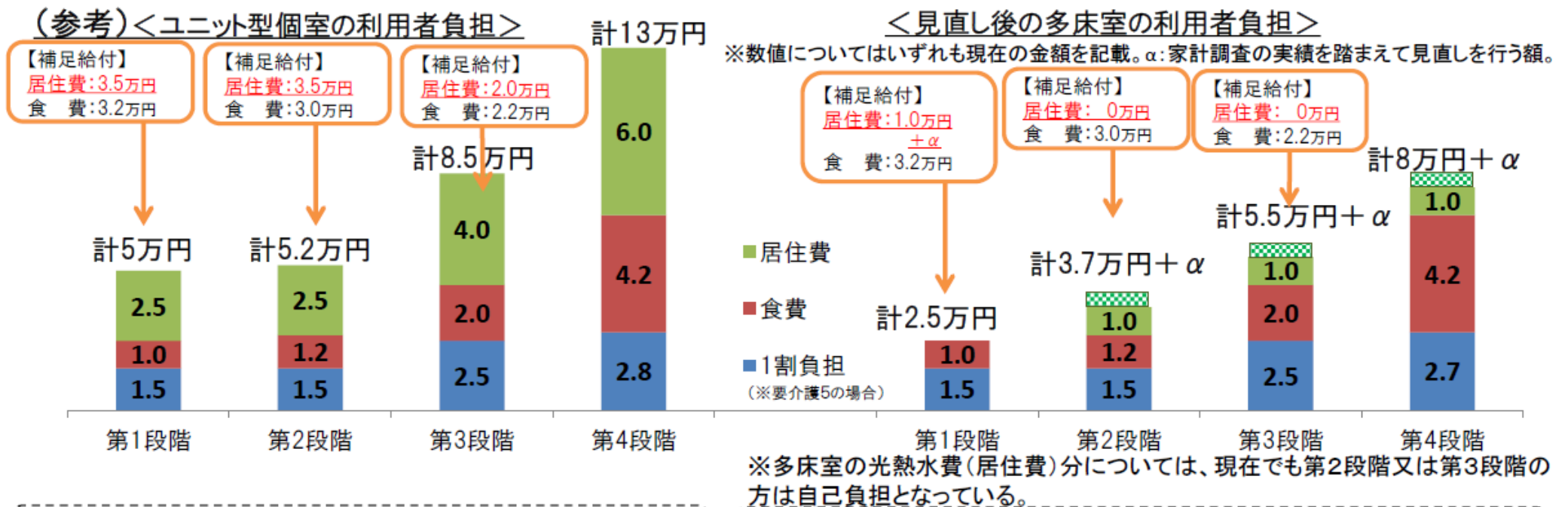
※室料が減価償却費で設定されているため、結果的に室料は年々下がる。従って、光熱水費が上がったとしても、室料の下げ幅が大きいいため、居住費は上がらない。

例) 平成16年介護事業経営概況調査 67,794円【光熱水費＋室料(減価償却費)】

⇒ 平成26年介護事業経営実態調査 64,642円 → 下がっていたため、見直しは行われなかった。

●多床室の居住費は、光熱水費のみ

※光熱水費家計調査:平成15年(設定時)9,490円 ⇒ 平成25年(直近)11,215円 上がっているため、見直された。



今後、消費税率引上げの問題もあるので、現行の基準費用額を設定する際の考え方が適切かという点も踏まえて検討する場を開催するよう主張。

⇒ 厚労省より、介護給付費分科会のなかで、議論の場を設ける主旨の回答

介護保険施設等における基準費用額の見直し

多床室における基準費用額及び負担限度額については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額を上回っていることを踏まえ、必要な見直しを行う。

※変更後の基準費用額と負担限度額の一覧を参考記載

	食費	居住費			
		ユニット型 個室	従来型個室	多床室 (現行)	多床室 (改定)
基準費用額	1380	1970	1640	320	320+50
負担限度額 (利用者負担第3段階)	650	1640	1310	320	320+50
負担限度額 (利用者負担第2段階)	390	820	490	320	320+50
負担限度額 (利用者負担第1段階)	300	820	490	0	0

多床室の
光熱水費(居住費)
分については、
第2・3段階の方も
自己負担している。

注1: プラス50円については、直近の家計調査における光熱水費の額が現行の基準費用額・負担限度額の差額

(例) 多床室100床の老健施設で

50円 × 100名 × 365日 = 1,825,000円/年 の差額が発生

※4段階の利用者も、光熱水費増加分の50円分を増額して契約した場合の計算

※制度の開始は4月1日から。負担限度額証については、再発行になる。

介護保険施設等入所者の口腔・栄養管理

○経口維持加算の見直し

・現行のスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察(ミールラウンド)やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価

経口維持加算(Ⅰ) **840単位/月**
(28単位/日)
(造影撮影又は内視鏡検査が必要)

又は

経口維持加算(Ⅱ) **150単位/月**
(5単位/日)
(水飲みテストなど検査が必要)

経口維持加算(Ⅰ) 400単位/月
(多職種による食事の観察(ミールラウンド)やカンファレンス等)

VF(造影撮影)、VE(内視鏡検査)等の
手法区分の廃止

+

経口維持加算(Ⅱ) 100単位/月

(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に
医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚
士が加わった場合は、(Ⅰ)に加えて算定

○経口移行加算の見直し

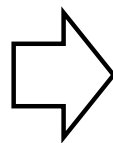
・経管栄養により栄養を摂取している入所者が経口移行するために取組として、現行の栄養管理に加え、経口移行計画に基づき、摂食・嚥下機能面に関する支援を併せて実施(単位数は改定後も同様)。

840単位/月
(28単位/日) (単位数の変更なし)

○療養食加算の見直し

・入所者の摂食・嚥下機能面の取組を充実させるため、経口移行加算又は経口維持加算の算定対象の範囲を拡大するとともに、評価を見直す。

600単位/月
(23単位/日)



540単位/月
(18単位/日)

※経口移行加算又は経口維持加算との併算定が可能

短期入所療養介護・リハビリテーションの評価の見直し

- ・ 介護保健施設サービス費等の見直しに伴い、基本報酬を見直す。
- ・ 介護老人保健施設の短期入所療養介護において、算定率の高いリハビリテーション機能強化加算を基本サービス費に包括化する。

短期入所療養介護費（Ⅰ）のうち 従来型（多床室）+リハビリ機能強化加算

改定率
▲4.17%

■従来型（多床室）

要介護1	831単位 + 30単位/日	リハビリ機能 強化加算 包括化	要介護1	823単位/日 (▲4.41%)
要介護2	879単位 + 30単位/日		要介護2	871単位/日 (▲4.18%)
要介護3	942単位 + 30単位/日		要介護3	932単位/日 (▲4.11%)
要介護4	996単位 + 30単位/日		要介護4	983単位/日 (▲4.19%)
要介護5	1,049単位 + 30単位/日		要介護5	1,036単位/日 (▲3.98%)

短期入所療養介護費（Ⅰ）のうち 在宅強化型（多床室）+リハビリ機能強化加算

改定率
▲2.78%

■在宅強化型（多床室）

要介護1	864単位 + 30単位/日	リハビリ機能 強化加算 包括化	要介護1	867単位/日 (▲3.02%)
要介護2	938単位 + 30単位/日		要介護2	941単位/日 (▲2.78%)
要介護3	1,002単位 + 30単位/日		要介護3	1,003単位/日 (▲2.81%)
要介護4	1,058単位 + 30単位/日		要介護4	1,059単位/日 (▲2.66%)
要介護5	1,114単位 + 30単位/日		要介護5	1,114単位/日 (▲2.62%)

【算定基準】

- ・ 現行の加算の要件のうち、下記を個別リハビリテーション実施加算の要件として位置付ける。
「医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して利用者ごとに個別リハビリテーション計画を作成する。」

高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会

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。

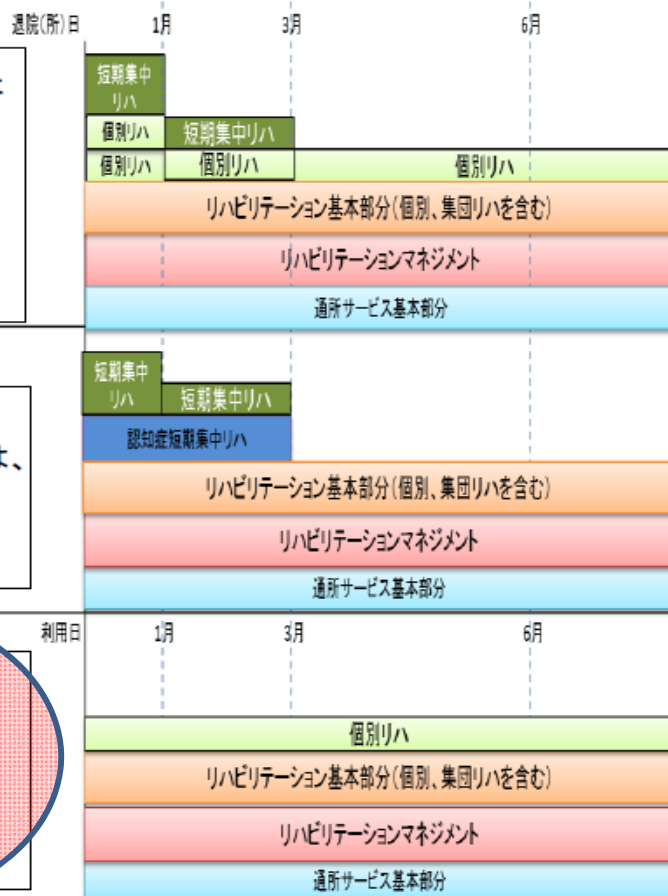
対応の全体像案

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。

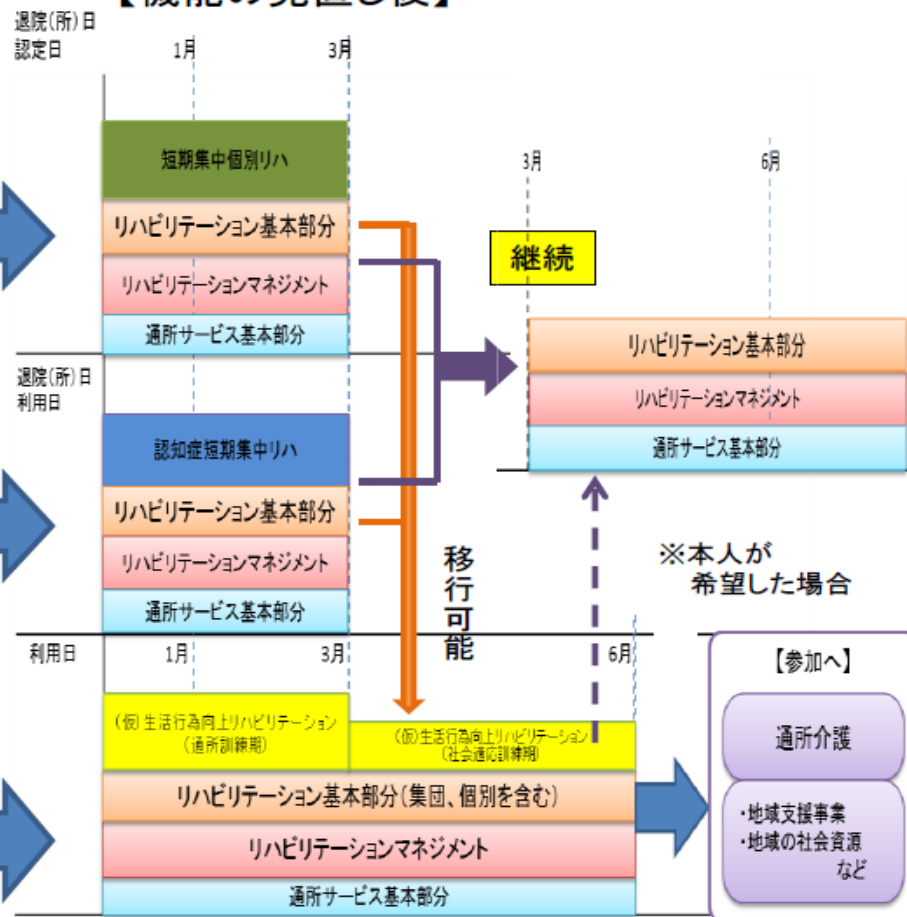
② 認知症高齢者に対するリハビリテーションでは、認知症の特徴に合わせたリハビリテーションとして機能を見直す。

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】



ICFの考え方が導入された。

在宅支援強化型デイケア

(在宅支援の強化)

●リハビリテーションマネジメントの強化

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(新設)

⇒ 濃厚なリハビリテーションの実施

●社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価

社会参加支援加算 ⇒ 通所リハの卒業を目指す

(新規利用者獲得＋終了者の増大)

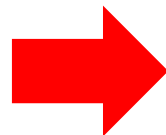
●重度者対応機能の評価

中重度者ケア体制加算(新設)、重度療養管理加算の拡大

●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

- ・短期集中リハビリテーション実施加算の見直し
- ・認知症短期集中リハビリテーションの充実
- ・生活行為向上リハビリテーション実施加算(新設)

平成24年度介護報酬改定



平成27年度介護報酬改定

在宅(支援)強化型入所

- ①在宅への復帰支援
リハビリの実施 → 在宅復帰
・在宅復帰率
- ②新規入所者の利用拡大
及び入所期間の短縮
居宅ケアマネ・病院から
→ 老健入所
・回転率
- ③医療的ケアの必要な
中重度者のサポート強化
・重度者率

介護老人保健施設



入所

デイケア

在宅支援強化型デイケア

- ①デイケアからの卒業(※1)
老健デイケア → デイサービス等
・入所の在宅復帰率と同様の考え方
- ②新規開始者の利用拡大
居宅ケアマネ・病院から
→ 老健デイケア
・入所の回転率と同様の考え方
- ③中重度者のサポート強化(※2)
・入所の重度者要件と同様の考え方

※1: 社会参加支援加算 12単位/日
※2: 中重度者ケア体制加算 20単位/日

リハビリテーションマネジメント

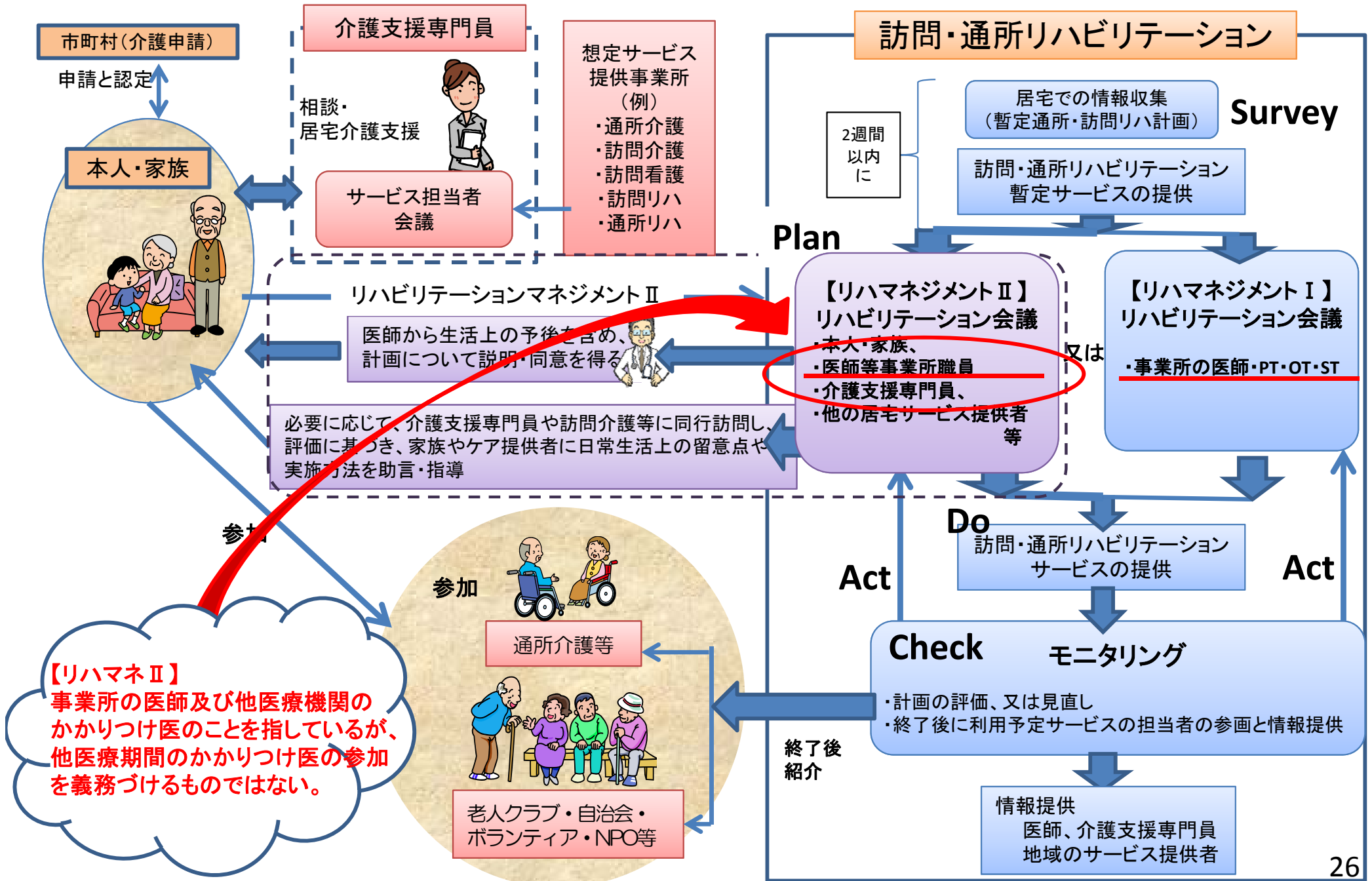
- ① リハビリテーションマネジメントは、利用者全員に対して実施し、利用者ごとにケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

問87 一事業所が、利用者によってリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を取得するという事は可能か。

(答) 利用者の状態に応じて、一事業所の利用者ごとにリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を取得することは可能である。

- ② 各施設・事業所における管理者は、リハビリテーションマネジメントに関する手順をあらかじめ定めること。
- ③ リハビリテーションマネジメントは、SPDCAサイクルの構築を通じて、リハビリテーションの質の管理を行うものである。したがって、事業所における多職種協働の体制等が異なることに鑑み、リハビリテーションマネジメントの加算の種類を選択すること。

- リハビリテーション計画の策定や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。



【通常規模型・6時間以上8時間未満・要介護2・利用開始後6月超の場合】

単位数: 1日換算

(現行)

リハビリテーション
マネジメント加算
(I)

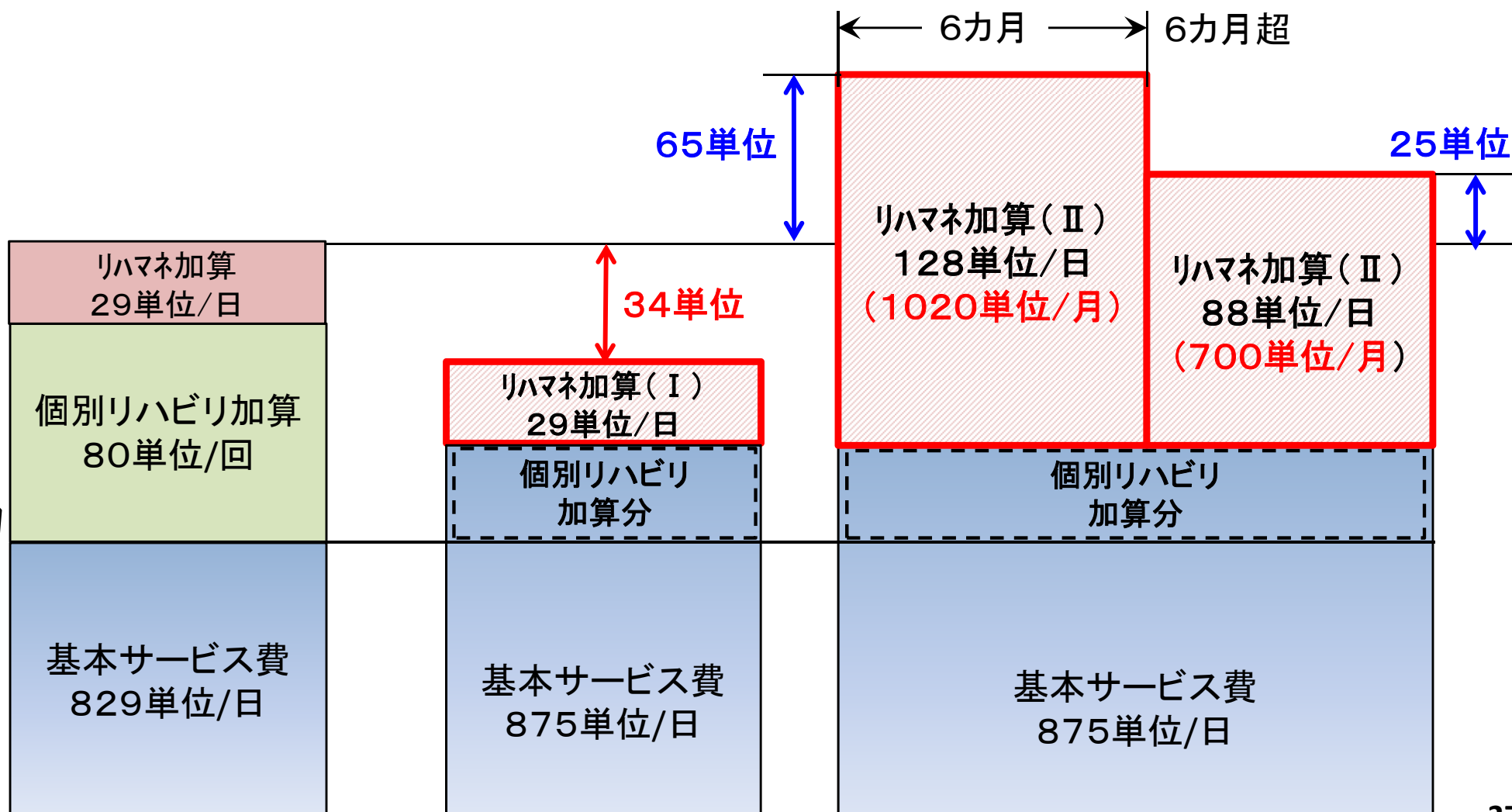
(改定後)

リハビリテーション
マネジメント加算(I)

リハビリテーション
マネジメント加算(II)



リハマネ加算は通所リハ月8回利用として日割計算



在宅支援強化型デイケアの算定イメージ

通所リハビリテーション(6時間以上8時間未満) 通常規模:要介護2のイメージ



現 行

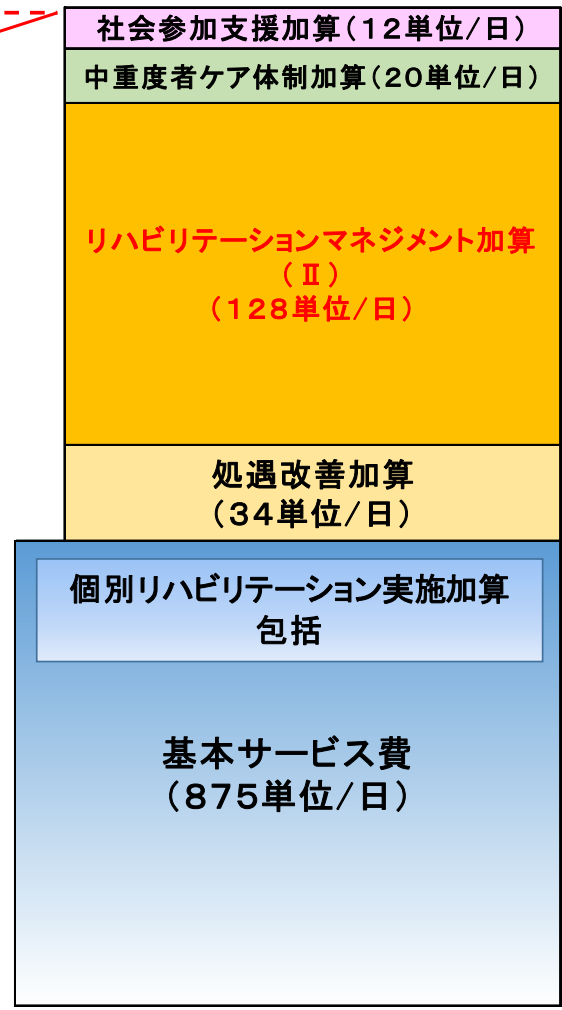
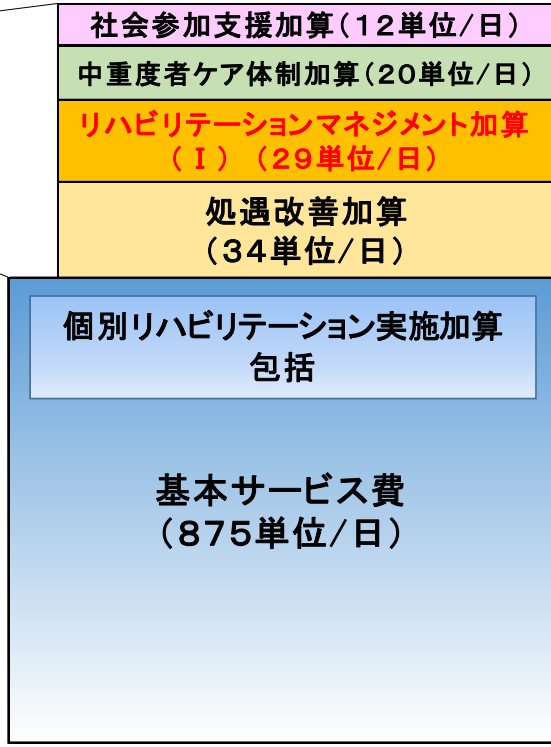
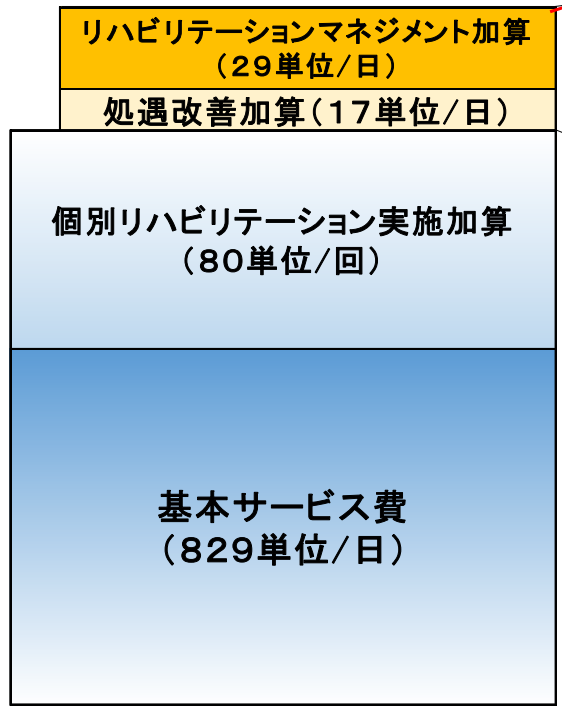
在宅支援強化型デイケア

合計 955単位/日

合計 970単位/日

合計 1069単位/日

↑
差:114単位/日
↓



【算定要件等】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

初回の評価はおおむね2週間以内、
その後は各加算の要件によること
(解釈通知 8通所リハ(9)⑤参照)

- (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。

リハマネ(Ⅰ)の場合は、おおむね3月ごとに
アセスメントとそれに基づき計画書を見直す
(リハマネ事務処理手順通知 2(2)⑦参照)

リハビリテーション会議

- (2) 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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一月以内に、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。

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

- (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、利用者の同意を得ること。
- (3) 通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の場合にあっては1月に1回以上、6月を超えた場合にあっては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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、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理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーション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。⇒2年間

訪問頻度は計画に基づき適時適切に
(Q&A 問85)

リハビリテーション会議(リハビリテーションマネジメント(Ⅱ))

- ①利用者及び家族の参加を基本とし、構成員による多職種協働により、リハビリテーション会議を開催すること。

問81 リハビリテーション会議への参加は、誰でも良いのか。

(答) 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付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。

問82 介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したのと考えてよいのか。

(答) サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、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共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

問83 リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。

(答) 照会は不要だが、会議を欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

リハビリテーション会議(リハビリテーションマネジメント(Ⅱ))

- ②リハビリテーション会議では、アセスメント結果などの情報の共有、多職種協働に向けた支援方針、リハビリテーションの内容、構成員間の連携等を協議するよう努めること。
- ③リハビリテーション会議の記録は、別紙様式4を参照し、会議出席者の所属(職種)や氏名を記載すること。次いで、リハビリテーションの方針(サービス提供終了後の生活に関する事項を含む。)、リハビリテーションの内容、各サービス間の協働の内容について検討した結果を記載すること。その上で、次回開催予定を記載すること。作成した会議録は介護支援専門員をはじめ、居宅サービス計画に位置付けられた居宅サービスの担当者と共有を図ること。当該記録は利用者毎に2年間保存するものであること。
- ④リハビリテーション会議に、家庭内暴力等により利用者やその家族の参加が望ましくない場合又は家族が遠方に住んでいる等によりやむを得ず参加ができない場合は、その理由を会議録に記載すること。また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員の事由等により、構成員が参加できなかった場合にはその理由を会議録に記録するとともに、欠席者には計画書及び会議録の写しを提供する等、情報の共有を図ること。
- ⑤リハビリテーション会議では、利用者の必要に応じて、短期集中個別リハビリテーション、認知症短期集中リハビリテーション、生活行為向上リハビリテーションを実施することについても検討すること。

リハビリテーション会議(リハビリテーションマネジメント(Ⅱ))

●利用者又はその家族への説明

医師は、利用者又はその家族に対し、利用者の健康状態、日常生活能力の評価及び改善の可能性、当該計画の目標、提供内容、目的、リハビリテーションに必要な環境の整備、療養上守るべき点並び将来的な生活の状態等について、リハビリテーション会議で説明し、同意を得ること。また、医師がやむを得ない理由等によりリハビリテーション会議を欠席した場合は、リハビリテーション会議以外の機会※を通して、利用者又はその家族に対して、当該計画を説明し、同意を得ること。

問84 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件について、「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」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

(答) 利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

※『リハビリテーション会議以外の機会』とは、以下のような場合が想定される。

- ①通所リハビリ利用時に医師が説明し同意を得る。
- ②事前に当該計画を本人又はその家族に送り、医師が電話で説明し同意を得る。
- ③通所リハビリ利用時以外の日事業所に呼んで、医師が説明し同意を得る。
- ④短期入所等、関連事業所のサービスの利用時に、医師が利用者のもとへ出向き、説明し同意を得る。
- ⑤利用者の居宅を訪問し、医師が説明し同意を得る。 等々

リハビリテーション会議(リハビリテーションマネジメント(Ⅱ))

●人員の配置

問94 医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設の医師の人員基準の算定外となるのか。

(答) 人員基準の算定に含めることとする。

●リハビリテーション会議

問97 通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。
また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

(答) 通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。
リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、提供時間帯を通じて専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる従業者が確保されている、又は、専ら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、言語聴覚士が1以上確保され、従業者以外的人员がリハビリテーション会議に参加する場合は含めなくてよい。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の継続について

（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

- ・ リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)(6月以内1020単位/月)を取得後は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)(6月超700単位/月)を算定する。
- ・ ただし、リハビリテーション会議を開催し、利用者の急性増悪等により引き続き月に1回以上、当該会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、当該計画を見直していく必要性が高いことを利用者若しくは家族並びに構成員が合意した場合、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を再算定できる。

(平成27年3月27日 老老発0327 第3号)

- ・ 6月間を超えた場合であって、通所リハビリテーションのサービスを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(1)を再算定することはできず、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(2)を算定する。
- ・ ただし、病気が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

リハビリテーションマネジメント加算

(平成27年4月30日付 平成27年度介護報酬改定に関するQ & A Vol.2)

問11 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件にある「医師が利用者またはその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」について、当該医師はリハビリテーション計画を作成した医師か、計画的な医学的管理を行っている医師のどちらなのか。

(答) リハビリテーション計画を作成した医師である。

問12 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)については、同時に取得することはできないが、月によって加算の算定要件の可否で加算を選択することは可能か。

(答) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)とリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)については、同時に取得することはできないものの、いずれかの加算を選択し算定することは可能である。ただし、リハビリテーションマネジメント加算については、リハビリテーションの質の向上を図るため、SPDCAサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行うものであることから、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)を、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)が算定できる通所リハビリテーション計画を作成した場合は、継続的にリハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)を、それぞれ取得することが望ましい。

社会参加を維持できるサービス等へ移行する体制の評価(社会参加支援加算)

通所リハビリテーションの利用によりADL・IADLが向上し、社会参加を維持できる他のサービス等に移行できるなど、**質の高い通所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。

社会参加支援加算(新設) ⇒ **12単位/日**

【算定要件等】

- 指定通所リハビリテーション事業所において、評価対象期間の次の年度内に限り1日につき12単位を所定の単位数に加算する。
- 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(生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く。)のうち、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護、通所事業その他**社会参加に資する取組を実施した者の占める割合が100分の5を超えている**こと。
 - (2) 評価対象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から起算して14日以降44日以内に、指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、リハビリテーションの提供を終了した者に対して、その居宅を訪問すること又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けることにより、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護、通所事業その他社会参加に資する取組の実施状況が、居宅訪問等をした日から起算して、3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- **12月を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の25以上である**こと。

社会参加支援加算の要件

【社会参加に資する取組】

- ・ 通所リハビリテーション(通所リハビリテーション間の移行は除く。)
 - ・ 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
- ※ 入院、介護保険施設への入所、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設、訪問リハビリテーションは社会参加に資する取組としては想定していない

【社会参加の継続の有無の評価】

- ・ 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、同事業所の従業者(PT、OT、ST等を含む。)が、その居宅を訪問し、リハビリテーション計画書(アセスメント)の項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ADLとIADLが維持又は改善していることを確認する。
- ・ ADLとIADLが維持又は改善していることをもって、3月以上継続する見込みであること。
- ・ 利用者が転居するなど、居宅に訪問して確認することができなかった場合は、担当介護支援専門員から居宅サービス計画の提供を依頼し、社会参加に資する取組の実施を確認するとともに、電話等の手段を用いて、ADLとIADLの情報を確認すること。

「社会参加支援加算」の算定要件(計算式)

評価項目	算定要件
社会参加への移行状況	<p>以下の両方を満たすこと。</p> <p>a</p> $\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数注1}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数注2}} > 5\% \text{ であること。}$ <p>注1: サービス提供を終了した事由が入院、入所、死亡、中断のものを除く。 また、訪問系サービスを利用する者も除く。 注2: 評価期間中のすべてのサービス提供終了者の数。</p> <p>b サービス提供の終了後14日以上44日以内に、その居宅を訪問し、又は介護支援専門員から居宅サービス計画に関する情報提供を受けることにより、社会参加に資する取組等の実施が3月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p> <p style="text-align: center;">※生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定した者を除く</p>
利用の回転	$\frac{12\text{月}}{\text{平均利用月数}} \geq 25\% \text{ であること。}$ <p>※平均利用月数の考え方 = $\frac{\text{評価対象期間中の利用延月数}}{\text{評価対象期間中の(新規開始者数+新規終了者数)} \div 2}$</p>

※平成28年度から算定(平成27年4月～12月の実績をもとに算定)

まさに老健施設の入所における在宅復帰の計算式と同様の考え方

「社会参加支援加算」の算定要件(計算式)

■社会参加への移行状況

事例) 1年間に通所リハを終了した方が24名。

(内訳、入所が8名、入院が7名、死亡が5名、通所介護移行が3名、サービス利用なし1名)

$$\frac{\text{社会参加に資する取組等を実施した実人数} = 4 \text{名}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数} = 24 \text{名}} = 16.7\% > 5\%$$

■通所リハ利用の回転

事例) 1年間の通所リハ利用者の利用延月数が100名が12月利用=1200月
1年間のうち、新規通所リハ利用者が毎月3名。終了者が毎月2名。

$$\bullet \text{平均利用月数} = \frac{\text{評価対象期間中の利用延月数} = 1200 \text{月}}{\text{評価対象期間中の(新規開始者数} 36 \text{名} + \text{新規終了者数} 24 \text{名}) \div 2}$$

$$= \frac{1200}{30} = 40 \text{月}$$

$$\bullet \text{利用の回転} = \frac{12 \text{月}}{40} = 30\% \geq 25\%$$

重度者対応機能の評価

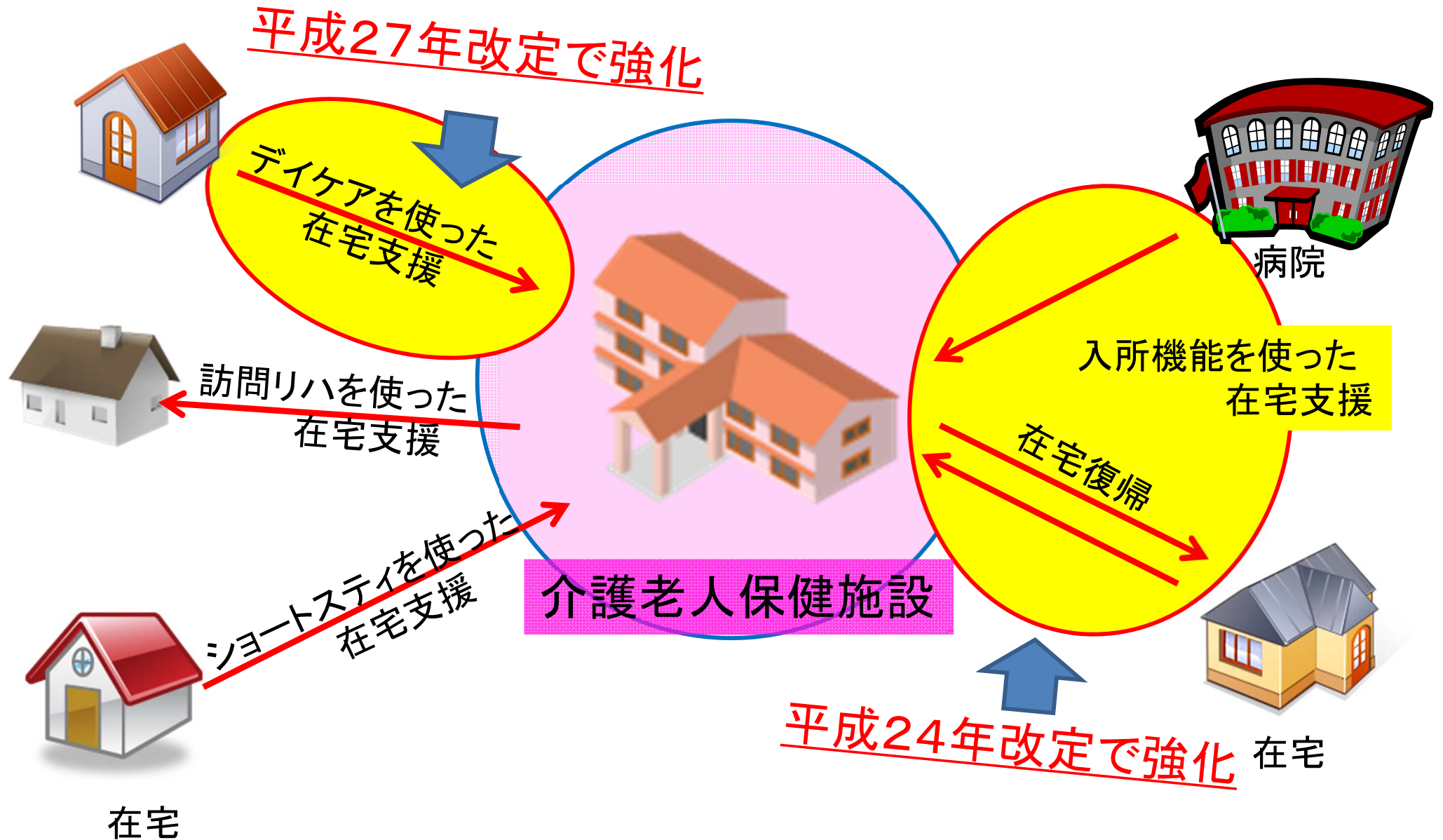
中重度要介護者を積極的に受け入れ、在宅生活の継続に資するサービスを提供するため、看護職員又は介護職員を指定基準よりも常勤換算方法で1以上加配している事業所について、加算として評価する。

中重度者ケア体制加算(新設) ⇒ 20単位/日

【算定要件等】

- 指定基準に定められた員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保していること。
- 前年度又は算定日が属する月の前3月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であること。
- 指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を1以上配置していること。

老健で行う在宅支援のイメージ



活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系の導入(生活行為向上リハ)

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などにおいて、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。

生活行為向上リハビリテーション実施加算(新設)

利用開始日から起算して3月以内の期間に行われた場合

2,000単位/月

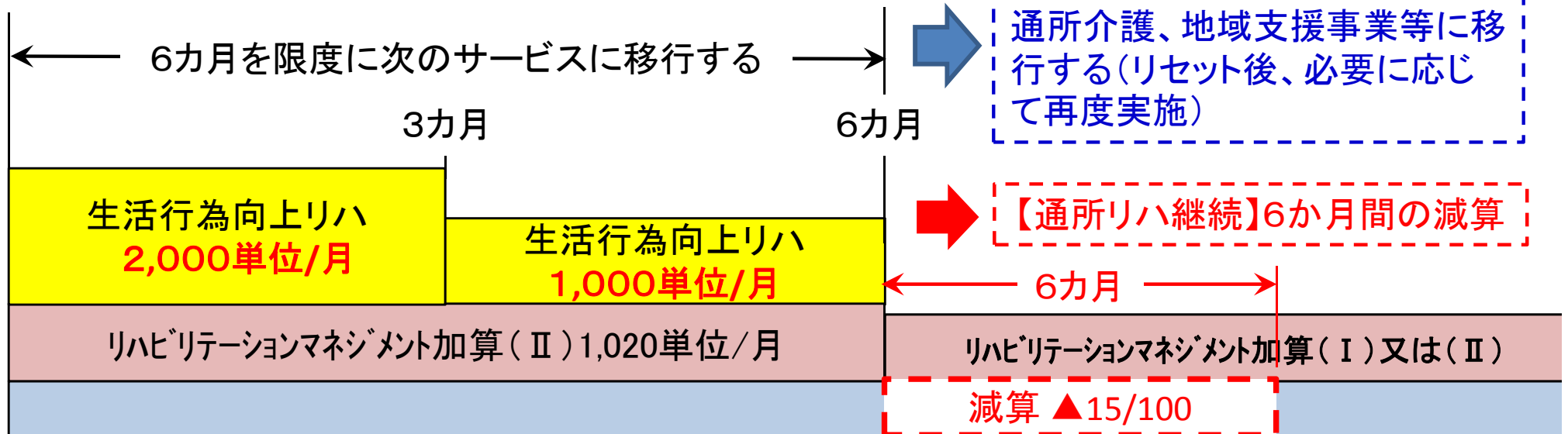
利用開始日から起算して3月を超6月以内の期間に行われた場合

1,000単位/月

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の減算(新設)

当該翌月から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。

利用開始日



基本サービス費

※ 短期集中個別リハ、認知症短期集中リハの併用不可

生活行為向上リハビリテーション実施加算

利用開始日から起算して3月以内の期間に行われた場合	2,000単位/月
利用開始日から起算して3月を超6月以内の期間に行われた場合	1,000単位/月

【算定要件等】

- 指定通所リハビリテーション事業所が、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内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、指定通所リハビリテーションの利用者の有する能力の向上を支援した場合に加算する。

- 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - (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及び実施結果を報告すること。
 - (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。

- ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合は、算定しない。

(認知症)短期集中リハ、生活行為向上リハの算定期間を整理するところなる

【現行】

← 3か月 →	3か月以降 →
短期集中リハビリテーション	個別リハビリテーション
認知症短期集中リハビリテーション	個別リハビリテーション

【改定後】

← 3か月 →	← 3か月 →	← 6か月以降 →
← 6か月限度 →		
短期集中個別リハビリテーション (個別リハ加算は基本報酬に包括)	生活行為向上リハビリテーションに移行	(通所リハ終了) 通所介護や地域のサービス等に移行 ①
		通所リハ継続 → 減算(6か月) ②
		通所リハ継続(個別リハ加算なし) ③
認知症短期集中リハビリテーション	生活行為向上リハビリテーションに移行	(通所リハ終了) 通所介護や地域のサービス等に移行 ④
		通所リハ継続 → 減算(6か月) ⑤
		通所リハ継続(個別リハ加算なし) ⑥
(新設) 生活行為向上リハビリテーション(通所訓練期)	(新設) 生活行為向上リハビリテーション(社会適応訓練期)	(通所リハ終了) 通所介護や地域のサービス等に移行 ⑦
		通所リハ継続 → 減算(6か月) ⑧

(新設)

生活行為向上リハビリテーション

問105 生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「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」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。

(答) 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とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。

生活行為の内容の充実を図るための研修とは、

- ① 生活行為の考え方と見るべきポイント、
- ② 生活行為に関するニーズの把握方法
- ③ リハビリテーション実施計画の立案方法
- ④ 計画立案の演習等のプログラム

から構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイケア協会、**全国老人保健施設協会**、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。

生活行為向上リハビリテーション研修会

【全老健主催分】

開催日	開催地	定員
平成 27 年 4 月 20 日(月)～21 日(火)	東京都江東区	280 名
平成 27 年 5 月 11 日(月)～12 日(火)	大阪府大阪市	450 名
平成 27 年 5 月 28 日(木)～29 日(金)	東京都江東区	400 名
平成 27 年 6 月 8 日(月)～ 9 日(火)	大阪府大阪市	210 名
平成 27 年 7 月 27 日(月)～28 日(火)	福岡県福岡市	260 名

【共催団体主催分】 ※こちらにも参加可能です。

開催日	開催地	定員
平成 27 年 4 月 11 日(土)～12 日(日)	東京都中央区	300 名
平成 27 年 4 月 18 日(土)～19 日(日)	福岡県福岡市	320 名
平成 27 年 4 月 30 日(木)～5 月 1 日(金)	埼玉県さいたま市	250 名
平成 27 年 5 月 14 日(木)～15 日(金)	愛知県名古屋市	360 名
平成 27 年 6 月 5 日(金)～ 6 日(土)	北海道札幌市	150 名
平成 27 年 6 月 27 日(土)～28 日(日)	福岡県福岡市	150 名
平成 27 年 7 月 7 日(火)～ 8 日(水)	東京都新宿区	100 名
平成 27 年 7 月 11 日(土)～12 日(日)	宮崎県宮崎市	150 名
平成 27 年 8 月 26 日(水)～27 日(木)	東京都新宿区	100 名
平成 27 年 9 月 12 日(土)～13 日(日)	東京都渋谷区	150 名
平成 27 年 10 月 10 (土) ～11 日 (日)	北海道札幌市	調整中

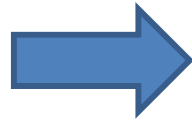
どの会場も定員を増やす等、対応しているが、ほぼ満員状況
開催希望ブロックにおいて、ニーズ調査を実施

訪問リハビリテーション改定後のイメージ

※平均的な利用像である月6日の利用を想定して換算

＜現行＞

614単位/日

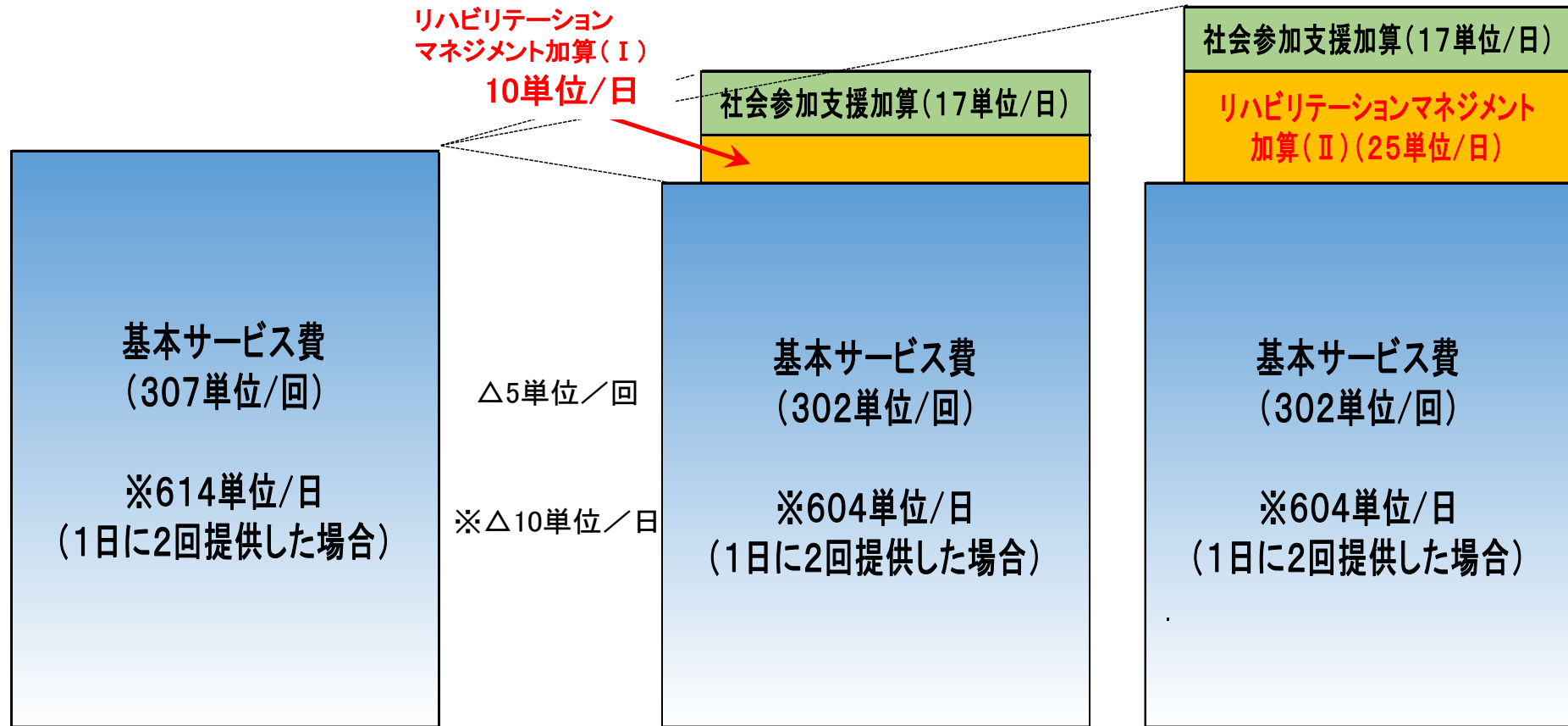


＜見直し後＞

631単位/日

＜見直し後＞

646単位/日



※短期集中リハ実施加算を算定した場合

+247単位/日

※短期集中リハ実施加算を算定した場合

+200単位/日

+200単位/日

各種ご案内

研修のご案内

研修最新情報

イベントカレンダー

意見・要望書

書式集

介護保険関係

運営規程等

介護保険関係

◆ (全老健版) 訪問・通所リハビリテーション関連様式

- ② 平成27年度介護報酬改定対応『(全老健版) 訪問・通所リハビリテーション関連様式』について [【PDF】](#)
- ② ICF ステージングマニュアル [【PDF】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式A [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式B-1 [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式B-2 [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式C-1 [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式C-2 [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式D [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式E [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式F [【Excel】](#)
- ② (全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式G [【Excel】](#)
- ② (参考) R4システムにおける上記様式の対応概念図 [【PDF】](#)

← **全老健版様式**

厚労省様式



◆ [「リハビリテーション・マネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務手順例及び様式例の提示について」](#)

全老健ホームページは⇒ <http://www.roken.or.jp/wp/info/insurance>

(全老健版)訪問・通所リハビリテーション関連様式

厚労省(参考例)との比較

厚労省版 (参考例)		⇒	全老健版	
				変更箇所
別紙様式 1	興味・関心チェックシート	⇒	様式 A	厚労省の別紙様式 1 に準じる。
別紙様式 2 (上)	アセスメント (上)	⇒	様式 B-1	リスクマネジメント追加・心身機能整理
別紙様式 2 (下)	アセスメント (下)	⇒	様式 B-2	ADL 関連の項目を ICF ステージング項目に整理
別紙様式 3 (上)	リハビリ計画書 (上)	⇒	様式 C-1	厚労省の別紙様式 3(上)に準じる。
別紙様式 3 (下)	リハビリ計画書 (下)	⇒	様式 C-2	厚労省の別紙様式 3(下)に準じる。
別紙様式 4	リハビリ会議録	⇒	様式 D	厚労省の別紙様式 4 に準じる。
別紙様式 5	プロセス管理票	⇒	様式 E	厚労省の別紙様式 5 に準じる。
別紙様式 6	生活行為向上リハ計画	⇒	様式 F	厚労省の別紙様式 6 に準じる。
	(新規)	⇒	様式 G	モニタリング(変化の把握)

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) 要介護

<p>■原案サービス計画の総合的援助の方針</p>	<p>■原案サービス計画の解決すべき具体的な課題</p>
---------------------------	------------------------------

<p>■利用者の希望</p>	<p>■医師の指示</p>
<p>■ご家族の希望</p>	

<p>■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患) 原疾患名・発症日</p> <table border="1"> <tr> <th>病名</th> <th>発症日 年 月 日</th> <th>直近の入院日 年 月 日</th> <th>直近の退院日 年 月 日</th> </tr> <tr> <td>経過</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	病名	発症日 年 月 日	直近の入院日 年 月 日	直近の退院日 年 月 日	経過				<p>■合併症・コントロール状況(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)</p>
病名	発症日 年 月 日	直近の入院日 年 月 日	直近の退院日 年 月 日						
経過									

過去の既往は繰り返されるリスク(危険度)が高いことが全老健の調査研究事業結果で判明したことから、過去の既往の有無を記載する項目を追加した。その既往に着目したケア・リハビリを提供することができる。

■リハビリテーションを実施

■参加(過去実施していた)家庭内の役割の内容

余暇活動()

社会・地域活動()

リハビリテ

厚労省の平成24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26年度調査)「介護保険制度におけるサービスの質の向上に関する調査研究事業」において、サービスの質の評価を行う上で必要なデータ項目としてもあげられている項目である。

リスクマネジメント

項目	転倒 過去3か月の既往	対策
脱臼	過去3か月の既往	
視覚	過去3か月の既往	
褥瘡	過去3か月の既往	
発熱	過去3か月の既往	
脱水	過去3か月の既往	
その他	過去3か月の既往	

■心身機能	状況	活動へ支障	状況	活動へ支障
運動機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
感覚機能障害 (視覚および感覚)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	運動性コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	感覚性コミュニケーション障害(聴覚障害)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
睡眠障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	HDSR/MMSE点数	HDSR
排尿コントロール障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	耐久性	TUG
排便コントロール障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		6分間歩行

■活動(※該当に☑する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	行っているADL	出来るADL	改善の可能性	課題重要性
A D L	基本動作			
	歩行・移動			
	排泄			
	入浴			
セルフケア	食事動作			
	嚥下			
	口腔ケア			
	整容			
	衣服着脱			
社会参加	余暇			
	交流			
認知	オリエンテーション			
	コミュニケーション			
	精神機能			

【評価の内容の記載方法】
上記評価は、R4システムのICFステージングを用いて、1~5段階の評価する。
(評価段階は、『5』が一番難易度が高く(状態がよいことを示す)、『1』が一番難易度が低い)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	課題重要性	【評価の内容の記載方法】	
I A D L	食事の用意			※IADL評価点 0 していない 1 月に 2 時々 3 週3回	
	食事の片付け				
	洗濯				
	掃除や整頓				
	服薬管理				
	買物				
	報酬を伴う仕事				
	地域活動 (町内会・老人クラブ)				
	力仕事				
	庶仕事	0 していない 2 定期的			
	家や車の手入れ	0 していない 2 ベンチ座等	1 電球取替等 3 修理・整備		
	読書	0 していない 2 月一回程	1 月に 3 月二回程		
	合計	0	0		

ICFステージングの項目や他の項目で評価できるものを削除する等、項目を整理

■環境因子(※課題ありの場合☑。)		
	課題	備考
家族・介護者	<input type="checkbox"/>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	
地域への社会参加等	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	
サービス	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

B P S D	項目	項目数	内容	活動へ支援
A	陽性症状			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	陰性症状			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

ICFステージングの項目で整理

■特記事項

■活動と参加に影響を及ぼす課題の要約

■他の利用

通所介護

回) その他()

■社会参加支援評価

訪問日(年 月 日) 居宅サービス計画(訪問しない理由:)

サービス等利用あり 通所介護(週 回) 通所リハ(週 回) 市町村事業(週 回) 地域活動へ参加() 家庭で役割あり

■現在の生活状況

平成27年度介護報酬改定において
介護老人保健施設に求められるもの



地域包括ケアシステム構築を一層推進する観点



在宅復帰支援機能・在宅療養支援機能の強化

◆ 平成27年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題【案】

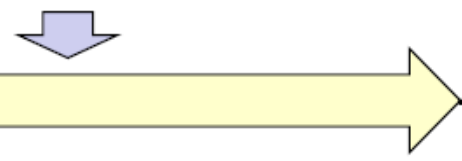
○ 平成27年度介護報酬改定の効果検証や、介護給付費分科会でとりまとめられた「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を踏まえ、今後の課題を整理する。

地域包括ケアシステムの構築の推進

「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題(抄)

- 次回の介護報酬改定においては、介護保険制度の持続可能性という視点とともに、質の高い介護サービスの安定的な供給とそれを支える介護人材の確保、医療と介護の連携・機能分担、更なる効果的・効率的なサービス提供を推進するための報酬体系の見直し、報酬体系の簡素化など、介護サービスのあるべき方向性も踏まえた検討を行うとともに、診療報酬との同時改定も見据えた対応が必要であり、例えば以下のような課題が考えられる。
- 通所リハビリテーションや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについては、それらの共通の機能とともに、それぞれのサービスに特徴的な機能(例えばリハビリテーション、機能訓練、認知症ケアなど)の明確化等により、一体的・総合的な機能分類や評価体系となるよう引き続き検討する。
また、その際には、現行の事業所単位でのサービス提供に加えて、例えば地域単位でのサービス提供の視点も含め、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供の在り方についても検討する。
- 介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。
- 今後の診療報酬との同時改定を念頭に、特に医療保険との連携が必要な事項については、サービスの適切な実態把握を行い、効果的・効率的なサービス提供の在り方を検討する。
- 介護事業経営実態調査については、これまでの審議における意見(例えば調査対象期間など)も踏まえ、次期介護報酬改定に向けてより有効に活用される、引き続き調査設計や集計方法を検討する。

検討必要分野	具体的な課題
<p>【横断的事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 介護サービスの質の評価 ■ ケアマネジメントの質的改善 ■ 中重度高齢者・認知症高齢者への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護サービスの質の向上に向けて、具体的な評価手法の確立を図る。また、利用者の状態等を維持・改善する取組みを促すための評価のあり方について検討する。 ○ ケアプランやケアマネジメントに係る評価・検証の手法について、実態を適切に把握するとともに、必要な見直しを検討する。 ○ 中重度や認知症の高齢者にふさわしいサービスを適時・適切に提供するため、引き続き、各種調査において研究等を進める。
<p>【居宅系】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 機能訓練・リハビリテーション等の機能分類・評価体系のあり方 ■ 地域の実情を踏まえた訪問系・通所系サービスにおける一体的・総合的な提供や評価のあり方 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険施設等における機能訓練及びリハビリテーションに係る実態を適切に把握するとともに、要介護者の生活機能の維持改善に資するよう、必要な見直しを検討する。 ○ 地域密着型サービスについて、利用者の医療ニーズへの対応の強化等により、在宅生活を支援するためのサービスの充実が図られているか等の観点から、必要な見直しを検討する。 ○ 中山間地域等における各種加算等の評価のあり方について検討するため、中山間地域等以外の実態の把握とともに、自治体独自の取組み等を通じた介護報酬以外の支援のあり方についても検討する。 ○ 地域包括ケアシステムの構築に向けたより効果的・効率的なサービス提供のあり方について検討する。
<p>【施設系】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 介護保険施設等における医療提供のあり方 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護事業所、介護保険施設等の利用者への医療提供のあり方について、診療報酬との同時改定を念頭に、医療保険との関係にも留意しながら、適切に実態把握を行うとともに、必要な見直しを検討する。
<p>【その他の事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 経営実態 ■ 介護職員の処遇改善 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護事業経営実態調査については、調査設計や集計方法などを検討する。 ○ 介護職員の処遇改善の状況について適切に把握する。 (※これらの検討の場合は、介護事業経営調査委員会を想定)



老人保健施設管理医師研修制度の概要

1. 実施主体

主 催 : 一般社団法人 日本老年医学会
協 力 : 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
運営協力 : 公益社団法人 全国老人保健施設協会

2. 開催日・会場

第Ⅰ期 : 平成27年6月27日(土)～28日(日) AP東京八重洲通り(東京都)
第Ⅱ期 : 平成27年9月12日(土)～13日(日) AP東京八重洲通り(東京都)

3. 内 容

診療報酬における「総合評価加算」の要件である「高齢者医療研修会」(全16時間)を老健施設向けに特化・発展させた濃いカリキュラム(全30時間)

平成30年度診療報酬・介護報酬の同時改定にむけて、
医療の質の担保に関する取り組みとして、
本研修会が厚労省の医療と介護の連携に関する議論の俎上に

本研修会の受講・修了が

介護報酬上で何らかの形で評価されることが期待される。

平成26年度診療報酬改定のポイント

平成26年度診療報酬改定においても
在宅復帰・在宅支援機能の強化を推進



**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定
に向けての布石**

平成26年度診療報酬改定におけるトピックス

平成26年度診療報酬改定

1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期



平成26年改定

自宅等退院患者割合

の導入

7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

平成26年改定

在宅復帰率の導入

地域包括ケア病棟1:
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等

外来・訪問サービス等

長期療養



平成26年改定

在宅復帰支援料未の老健等に限る

在宅復帰支援型の老健等に限る
(回復期リハを除く)

【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割
上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰率に係る加算の評価

療養: 在宅復帰率**50%**以上の評価

医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)

① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	221点	介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	163点		147点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	85点		77点

(注)廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

③ 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点 (患者1人につき1回限り)

介護保険における
通所リハビリテーション等
訪問リハビリテーション等
の利用

介護保険の
リハビリテーションへ
の移行支援

外来患者



入院患者



退院後、より適切な介護
サービスへ

(参考)
介護支援連携指導料

300点 (入院中2回)

介護保険における
居宅サービス等
(リハビリテーションを含む)
の利用

介護保険施設等へ入所

自院



通所リハビリテーション等
の提供促進

自宅



② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できる。

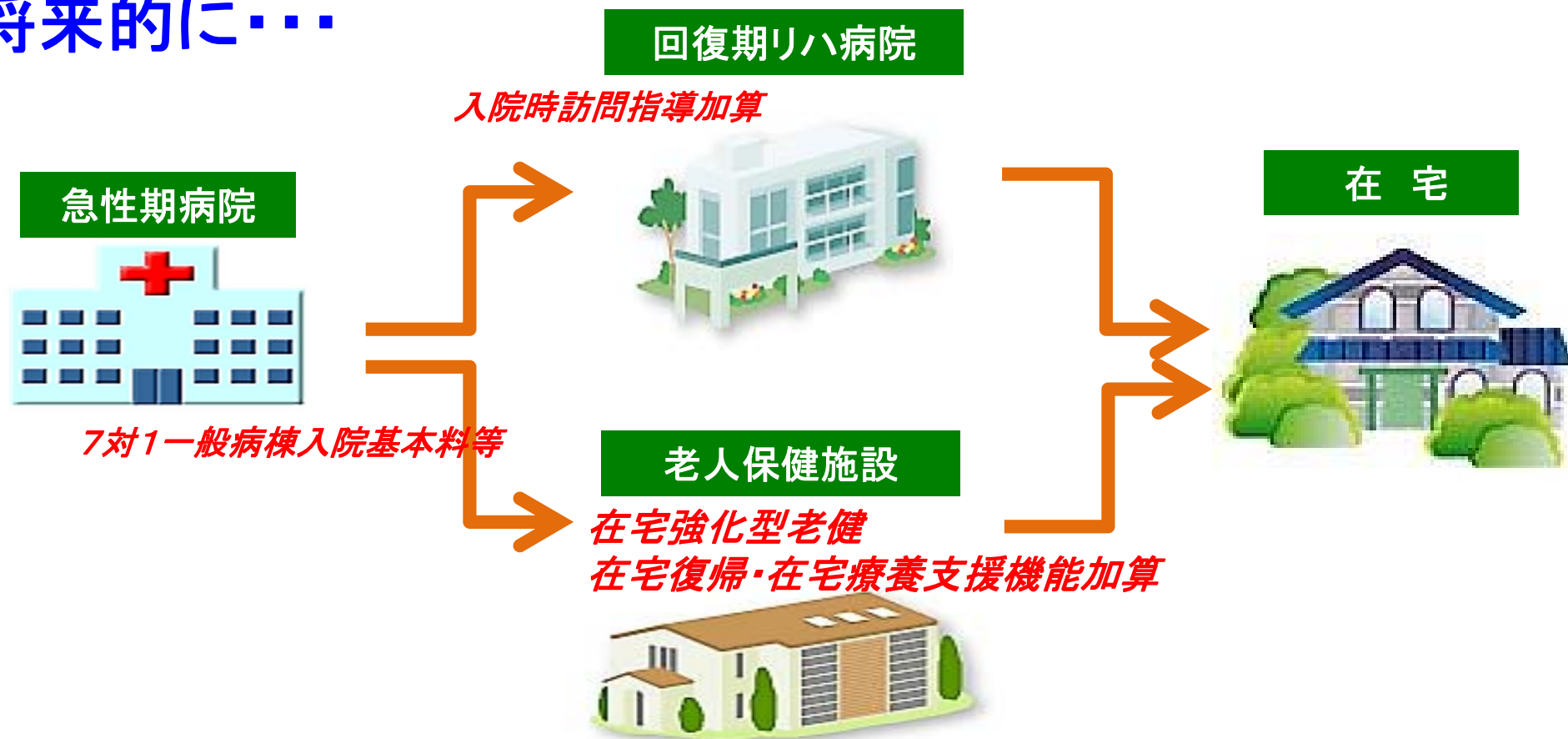


平成26年度診療報酬改定におけるトピックス

(参考) なぜ、7対1一般病棟入院基本料等の在宅復帰要件にのみ在宅強化型老健が入ったのか？

(回復期リハビリ病棟の在宅復帰率要件に老健施設が入っていないのは？)

将来的に…



上記のような2つの流れの道筋が示された！

地域包括ケアシステムにおける「2025年型老健」

