

平成21年度神奈川県老人保健施設協会事務部会研修会

「全老健の活動と役割」

「平成21年度介護報酬改定について  
～改定の経緯と今後の課題～」

平成21年 7月10日

社団法人全国老人保健施設協会  
業務部長 出口 康雄

# 全老健の活動と役割

1. 全老健の目的(現会長の公約)
2. 全老健の組織(会員、議決機関等)
3. 全老健の沿革(設立から現在まで)
4. 全老健の活動(広報、研修その他)
5. 全老健の周辺(連盟など)
6. 事務局体制(皆様に関連ある業務と担当)

# 1. 全老健の目的

## 【社団法人全国老人保健施設協会定款】

### (目的)

第3条 本協会は、全国の介護老人保健施設の一致協力によって、介護老人保健施設の向上発展とその使命遂行とを図り、社会の福祉増進に寄与することを目的とする。

### (事業)

第4条 本協会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- (1) 介護老人保健施設の管理運営の適正化及びサービスの質の確保向上に関する調査研究及び指導
- (2) 介護老人保健施設の経営に関する調査研究
- (3) 介護老人保健施設関係者に対する研修事業の実施
- (4) 介護老人保健施設大会の開催
- (5) 機関誌その他介護老人保健施設に関する刊行物の発行
- (6) 関係機関及び関係団体との連絡協議
- (7) その他本協会の目的を達成するために必要な事業

# 川合会長公約 (平成19年2月)

1. 老人保健施設の地位確立
2. 老人保健施設の健全経営
3. 老健関係者のモチベーションの維持向上
4. 認知症などへの現場感覚を基礎とした実学的対応策の確立

## 2. 全老健の組織

### 【 会 員 】

正会員 協会の目的に賛同して入会した介護老人保健施設の代表者  
(代表者はその施設の開設者又は管理者。但し、特段の事情のある場合は、当該開設者が指定する者)

準会員 協会の目的に賛同して入会した都道府県知事の許可を受けて  
介護老人保健施設を開設しようとする者又は当該施設開設準備責任者

賛助会員 協会の事業を賛助するため入会した団体又は個人

名誉会員 協会に功労のあった者又は学識経験者で代議員会において  
推薦された者

※ 正会員をもって民法上の社員とする

# 全国老人保健施設協会の概要

開設施設数	正会員施設数	協会加入率	正会員施設 入所定員数	正会員施設の 平均定床数
3,596	3,346	93.0%	306,976	91.7床

## 正会員施設の設置形態の状況

開設主体	施設数	構成比	設置形態	施設数	構成比
医療法人	2,453	73.3%	独立型	1,626	48.7%
社会福祉法人	524	15.6%	病院併設型	1,071	32.1%
都道府県・市町村	136	4.1%	診療所併設型	443	13.1%
その他(済生会・ 厚生連・共済組 合・財団法人など)	233	7.0%	老人福祉施設併 設型	121	3.6%
合計	3,346	100%	その他	85	2.5%
			合計	3,346	100%

平成21年5月31日現在

# 全老健が持っているデータの信頼性は

## 1. 高い組織率

→ 他団体よりずば抜けている

## 2. 高い回答率

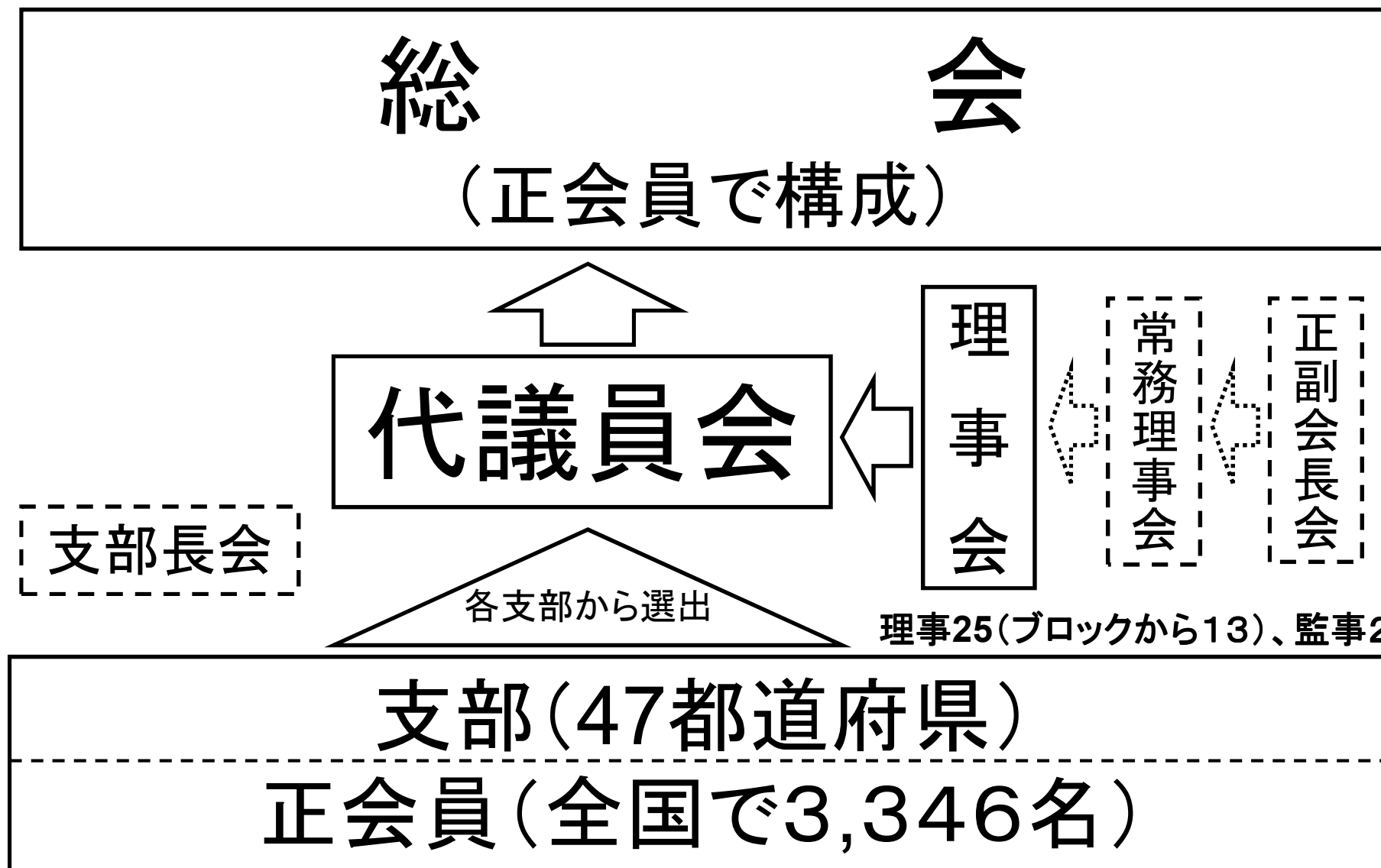
→ 国のデータよりNが多い

## 3. 研修による質の確保

→ ex) 会計セミナー

に裏打ちされている。

【意志決定のイメージ】





## 【委員会】

会長は、事業達成のため必要な部会、委員会を理事会の議決を経て設置することができる。

常 設 委 員 会	<p>総務・企画委員会 総務部会 企画部会 大会部会 広報・情報部会</p> <p>社会保障制度・報酬委員会 社会保障制度部会 報酬・分析部会</p> <p>表彰・倫理(訓告)委員会</p> <p>管理運営委員会 安全推進部会 地域ケア推進部会 施設マネジメント部会</p> <p>学術委員会 認知症部会 リハビリテーション部会 医療部会</p> <p>研修委員会 研修・学術推進部会</p>
-----------------------	--

特 別 委 員 会
-----------

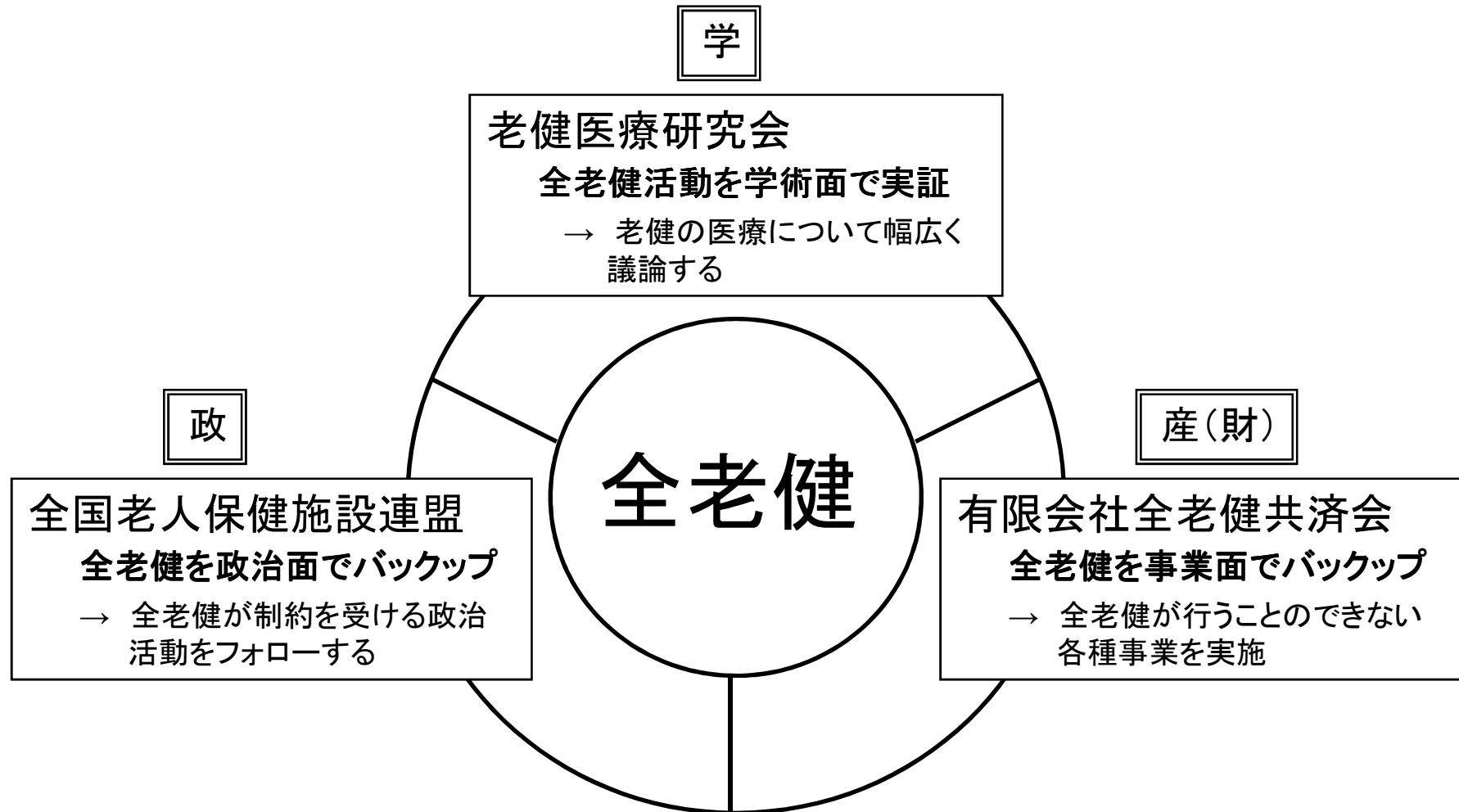
### 3. 全老健の沿革

昭和60年(1985年)8月	厚生省「中間施設に関する懇談会中間報告」
昭和61年(1986年)12月22日	老人保健法改正法公布(老人保健施設の創設)
昭和62年(1987年)2月16日	厚生省がモデル老人保健施設7カ所を指定
平成元年(1989年)11月23日	社団法人全国老人保健施設協会設立総会
12月22日	社団法人全国老人保健施設協会法人設立許可
平成2年(1990年)3月19日	社団法人全国老人保健施設協会第1回総会 (矢内伸夫会長選任)
6月30日~7月1日	第1回全国老人保健施設大会(山梨県)
平成6年(1994年)3月25日	社団法人全国老人保健施設協会創立5周年記念事業
平成7年(1995年)2月28日	第3回通常代議員会(山口昇会長選任)
平成11年(1999年)11月19日	社団法人全国老人保健施設協会創立10周年記念事業
平成12年(2000年)4月1日	介護保険制度施行
平成15年(2003年)2月7日	第19回通常代議員会(漆原 彰会長選任)
平成17年(2005年)1月	「介護老人保健施設の理念と役割」を改定
平成19年(2007年)2月16日	第27回通常代議員会(川合秀治会長選任)

## 4. 全老健の活動

- (1) 全国大会(年1回。約5,000人が参加)
- (2) 教育事業(全老健の研修は年間30本以上)
- (3) 制度対策事業(報酬のみならず社会保障制度への提言を)
- (4) 認定資格制度事業(リスクマネジャー資格 他)
- (5) 調査研究事業(回答率の高さとデータの精度が売り)
- (6) 広報出版事業(機関誌『老健』、メールマガジン 他)
- (7) 人材確保・育成対策事業(養成学校向けパンフ 他)
- (8) 安全推進対策事業(安全推進月間 他)
- (9) その他(シンポジウム 他)

## 5. 全老健の周辺



## 全老健事務局体制(部署の構成と皆様に直接関わる業務内容)

### 【 社団法人全国老人保健施設協会(全老健) 】

事務局長

総務部

総務課 : 事業計画・事業報告、総会他定款に定める会議、表彰・式典関係等

会計課 : 収支予算・決算等

情報管理課 : 会員データ管理、会費請求等

業務部

業務第一課 : 学術(調査研究)、研修等

【老健医療研究会】

業務第二課 : 全国大会、制度・報酬関係、広報関係(機関誌『老健』)等

### 【 有限会社全老健共済会(共済会) 】

統括

統括部長 総務部

総務課

経理課

事業部

保険事業課 : 介護老人保健施設総合補償制度他 損害保険関係

事業課 : 損害保険代理店業務以外の事業

### 【 全国老人保健施設連盟(老健連盟) 】

事務局

: 連盟会員データ管理、会費請求等

(専従職員はいません。事務業務は共済会に委託しています) 13

# 平成21年度介護報酬改定について

## ～改定の経緯と今後の課題～

## <本日の内容>

1. 前回介護報酬改定の総括
2. 平成21年度介護報酬改定の概要
3. 主な加算について(施設編)
4. 主な加算について(居宅編)
5. 次回改定に向けて

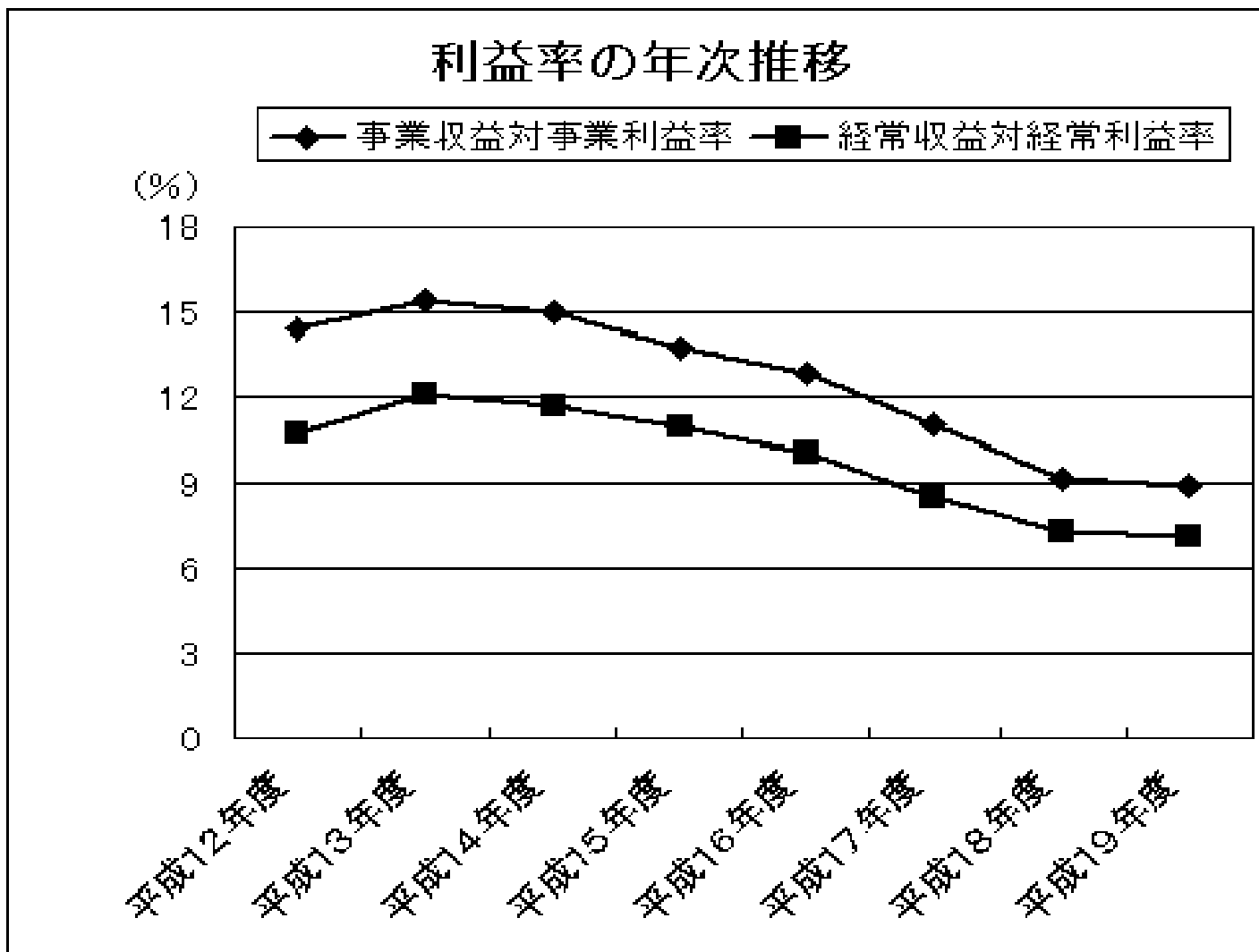
# 1. 前回介護報酬改定の総括

## 【利益率の年次推移】

区 分	平成12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
施設数	832施設	989	1,022	1,076	1,167	1,237	1,189	1,347
事業収益 対事業利 益率	14.4%	15.4	15.0	13.7	12.8	11.0	9.1	8.9
経常収益 対経常利 益率	10.7%	12.1	11.7	10.9	10.0	8.5	7.2	7.1

(独立行政法人福祉医療機構「介護老人保健施設の経営分析参考指標」より作成)





過去2回の報酬改定と食費居住費の利用者負担化の影響は、  
 かくも大きなものであった。

# 介護保険制度発足時の制度設計上の想定と借入金返済

- 土地取得は前提としていない
- 人件費率は50%を想定
- 減価償却前利益率(=減価償却費+経常損益)  
15%程度が目安

出典:平成11年「老人保健施設の医療経済実態調査」

## 介護報酬引き下げ

15年度4.0%引き下げ 17年・18年度4.0%引き下げ

- 国の施設基準や建築基準法に基づく1床当たりの建築コストは概ね1,000万円。100床とすると概ね10億円の建築コストが必要。
- 福祉医療機構からの借入を想定すると、元金返済は2年据え置き、18年均等返済で例えば、9億円の借入を起こすと、支払い利息のほかに年間5,000万円の元金返済が必要。
- 減価償却費を取り崩しても、年間の元金返済が困難になってきている。スタッフの給与改善のための原資や施設改修のための原資さえ確保困難。

## まとめ：介護報酬マイナス改定の歴史

### 平成15年度改定(全体でマイナス2.3%。在宅はプラス0.1%、施設はマイナス4.0%)

- ・ 介護給付費の増大は保険料上昇を招くのでマイナス改定で給付抑制を行う。
- ・ まだまだ利用の少ない居宅サービスにシフトさせる。
- ・ 以上の理由により、経営実態調査の結果、(他事業に比べて)経常利益の高い老健施設の報酬を下げて、他に回す(その結果、老健はマイナス4.2%の改定となった)。

### 平成17年度改定(結果的にマイナス4%)

- ・ 居宅と施設の間不公平感を解消するため、施設における食費と居住費は利用者負担とする。
- ・ 基準費用額を設定し、補足給付を行うことで低所得者を救済する。

— 実のところ、社会保障費抑制策(骨太方針'06)の一環である —

### 平成18年度改定(全体ではマイナス0.5%だが、施設は±0%とされている)

- ・ リハビリテーションマネジメント(プロセス評価)→非常に厳しい“しぼり”がかかる
- ・ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の創設(審議会では賛否両論)
- ・ 老健の通所リハは「大規模無機能」と揶揄された。
- (・ 経営実態調査の結果から、「まだまだ下げられる」と言った審議会委員がいたらしい)

平成18年6月「医療制度改革関連法案」が成立し、  
療養病床再編(平成23年度末で介護療養病床廃止)が決定

## 17年、18年度介護報酬改定で根拠とされたデータ

平成17年3月「介護事業経営実態調査」(厚労省)	N=586
入所事業損益	12.3%
減価償却前利益率	19.3%

平成17年度決算に基づく全老健の「経営実態調査」	N=900
入所事業損益	5.8%
減価償却前利益率	13.2%

## 今回21年度介護報酬改定で示されたデータ

平成20年3月「介護事業経営実態調査」(厚労省)	N=208
入所事業損益	7.3%
減価償却前利益率	14.3%

平成19年度決算に基づく全老健の「経営実態調査」	N=951
入所事業損益	4.7%
減価償却前利益率	11.2%

## 2. 平成21年度介護報酬改定の概要

- 「介護従事者の人材確保のための緊急特別対策」としてのプラス3%改定

(介護給付費ベースで2100億円)

ex)介護従事者常勤換算80万人×24万円/年＝1920億円)

- 地域加算(地域区分ごとの報酬単価)の改定
- 本体報酬は、ほぼ据え置き(加算の積み上げ方式)
- リハビリテーションマネジメント加算が、本体報酬に包括化された
- サービス提供体制強化加算の創設
- 認知症短期集中リハが高く評価された(エビデンス)
- 老健に夜勤職員配置加算、ターミナルケア加算新設

加算の積み上げ＝個々の事業所を評価＝手厚いサービス・多機能の事業所を評価  
では、加算が取れない事業所はサービスが薄いのか？

詳しくは。。。

「介護老人保健施設 平成21年度介護報酬改定資料集」

「介護老人保健施設 平成21年度介護報酬改定資料集 II」

「全老健ホームページ<http://www.roken.or.jp/>）会員専用サイト」

等を参照してください。

ポイントは。。。

- ◆新旧対照表：制度改定は既存のものに削除や追加がなされることである。  
新旧対照表により、何が削除され、何が新しく定められたかを  
検証する。
- ◆参照・準用：通所リハであれば通所介護、介護保健施設サービスであれば  
介護福祉施設サービスの項を参照・準用しているものがある。  
必ず1度は通知全文を通読すると、その後の理解が速くなる。  
ちなみに、居宅系は訪問・通所の順、施設系は福祉・保健・医療  
の順に記述されている。
- ◆別掲告示：諸基準にある「厚生労働大臣が定める者」等は、別掲告示に示  
されている。複雑で面倒だが、必ず追いかけて読んでみることに。

### 3. 主な加算について(施設編)

(1) リハビリテーションマネジメント加算と栄養管理体制加算は、  
本体報酬に包括化された。

・リハビリテーションマネジメント加算	25単位→20単位
・栄養管理体制加算	<del>—12単位—</del>
	計32単位

※ 「リハビリテーションマネジメント」は、無くなったのではなく、「既に多くの事業所で算定されている現状を踏まえ、一部のサービスについては、本体報酬に包括化することとした(老健課長通知)」。

## (2) サービス提供体制強化加算

### ◆有資格者(介護福祉士)割合の評価

- ・ 実際に配置されている介護職の50%以上(通所リハでは40%以上)
- ・ 「資格取得のインセンティブ」とはいうが、地域格差や600時間課程問題をどう考えるか
- ・ いずれにしても、介護従事者にとって介護福祉士資格取得は重要課題

### ◆一定以上の勤続年数者割合の評価

### ◆常勤者割合の評価

※ 分科会では、「介護福祉士の割合が高い施設、勤続年数の長い職員が多い施設、常勤職員の割合が高い施設ほど、介護サービスの質が高いのか？」といった意見もあったが、今回の改定では、この3点を評価の基準とすることとなった。  
いわゆる「質のものさし」は、今後の検証課題となるであろう。



### (3) 夜勤職員配置加算

- ◆夜勤を行う看護・介護職員の数が、利用者等の数が20又はその端数を増すごとに1以上
- ◆かつ、利用者等の数が41以上では2を超え、41以下では1を超えていること
- ◆夜勤を行う職員の数は、1日平均夜勤職員数
- ◆夜勤時間帯は午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間
- ◆ユニットや専門棟はそれぞれで要件を満たすこと(要件を満たしている部分に対して加算を算定する)(Q&A(Vol. 1)「問19」)
- ◆何人かが交代して勤務していても延夜勤時間数が必要な時間数を満たしていれば良い(Q&A (Vol. 1)「問89」)
- ◆早出・遅出・日勤帯勤務の職員も含めてよいが、「22時から翌日14時まで」といったような極端な設定は不可(Q&A (Vol. 1)「問90」)
- ◆通常の休憩時間は含まれる(Q&A (Vol. 1)「問91」)

※ 夜間ケアの充実は、今後もますます求められていくと思われるが、利用者の負担増を考慮すると、夜勤者の加配による付加価値を説明できなければならぬだろう。

## (4) ターミナルケア加算

- ◆ 死亡日以前15日以上30日以下については1日につき200単位  
死亡日以前14日までについては1日につき315単位を、「死亡月」に加算

※ 平成17年度の全老健の調査(終末期医療に関するアンケート調査)によれば、看取りを老健施設の役割だと認識している施設と看取りは老健施設で行うべきではないとする施設が半々であった。  
※ 今後、老健施設における看取り事例は増えていくことと推測されるが、ケアの中身を充実させていくとともに、制度面では医療提供(投薬等)の問題を整理する必要があるのではないか。

## (5) 在宅復帰支援機能加算

- ◆ 在宅復帰率50%以上 10単位/日 → (I)50%以上 15単位/日  
(II)30%以上 5単位/日

※ 平成18年度介護サービス施設・事業所調査(厚労省)によれば、約4割の施設が

(I)または(II)のいずれかを算定可能となったことになる。

## (6) 短期集中リハビリテーション実施加算

- ◆入所の日から起算して3月以内 60単位／日 → 240単位／日
- ◆1週に概ね3日以上。20分以上／回
- ◆リセット等の考え方については通所リハの項参照

## (7) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算

- ◆入所の日から起算して3月以内 60単位／日 → 240単位／日
- ◆軽度の認知症 → 認知症(中重度も含まれることとなった)
- ◆1週に3日を限度。20分以上／回
- ◆リセット等の考え方については通所リハの項参照

※ 新規入所者が少なかったり、リハ専門職が少ない施設では、必然的に算定困難な加算である。

「在宅復帰支援機能加算」とともに、在宅復帰促進にシフトすることが必要となってくる。

また、リハビリテーションの重要性・必要性を利用者及び家族に説明することが、今後ますます求められてくることになるだろう。



## <通所リハビリテーション>

### (1)リハビリテーションマネジメント加算

◆20単位／日 → 230単位／月(月8回以上実施すること)

### (2)短期集中リハビリテーション実施加算

◆退院(所)日又は認定日から起算して1月以内

180単位／日→280単位／日

退院(所)日又は認定日から起算して1月超3月以内

130単位／日→140単位／日

退院(所)日又は認定日から起算して3月超

80単位／日→廃止

※「個別リハビリテーション」として80単位／日(月13回限度)

### (3)認知症短期集中リハビリテーション実施加算(新設)

◆退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内 240単位／日

(1週に2日を限度)

☆リセット要件については、次のとおり。(複雑なので、図解するとわかりやすい)

# リハビリテーション関連加算の考え方

## ◆基本報酬(本体報酬)を算定していること

基本のことをやっけていて(基本報酬)、それにオプション(加算)がつき、さらにオプションのバージョンアップがつく場合がある。

例:基本(親)→リハマネ(子)→短期集中(孫)

(親がなければ子は存在せず、子がいなければ孫は生まれない  
と考えると理解しやすい)

## ◆回数制限を満たしている(又は制限回数以内である)こと

むやみやみくもに算定できるわけではない

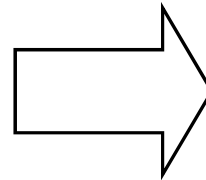
## ◆算定可能期間内である(又は一定期間をあけている)こと

リセット要件→ある程度の期間行っていれば、もう慣れているから、特別な理由(別目的とか)のない限り加算(割増料金)は必要ないでしょう、  
という考え方

# 通所リハビリテーション算定の構造

改定前

短期集中リハ加算 (リハマネ必須。概ね週2回)
リハマネ加算 (リハマネジメントの結果で設定) 20単位／日
基本報酬



改定後

短期集中リハ加算 (リハマネ必須。概ね週2回)
リハマネ加算 ( <u>月8回以上の通りハ実施</u> ) 230単位／月
基本報酬

8回がハードルになっている

## この改定が通所リハビリテーションの運用に及ぼす影響

	改定前	改定後
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マネジメントの結果に応じてリハビリの回数・時間を設定してリハビリを提供した場合に算定	月に8回以上通所リハビリを行った場合に算定
短期集中リハビリテーション実施加算	リハマネ加算を算定していて、概ね週2回以上の個別リハ	リハマネ加算を算定していて、概ね週2回以上の個別リハ
運用上の影響	マネジメントができていれば、 <u>月に8回未満の通所リハ実施でもリハマネ加算、短期集中リハ実施加算とも算定可</u>	<u>とにかく月に8回以上通所リハを行わないとリハマネ加算は算定不可となり、結果として短期集中・個別リハ実施加算も算定不可</u>



＜解釈通知とQ&Aを整理するところなる！（あとで必ず原文を参照してください）＞

## 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について

#1 原則 月に8回以上リハビリテーションを行った場合 **230単位/月**

#2 リハビリテーションの内容：  
・ 個別リハビリテーションの提供が原則であるが  
・ 集団リハビリテーションの提供の代替も可  
・ ただし集団リハビリテーションのみの提供では算定不可

#3 例外的に月8回未満でも算定可能となる場合

- ① 利用者の自己都合（体調悪化）等やむをえず算定条件が満たせなくなった場合
- ② 通所リハビリテーション利用開始月であって、短期集中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を行っている場合
- ③ 自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休業するため、予定していたサービスの提供ができなくなった場合
- ④ 通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション提供回数と、短期入所療養介護事業所における個別リハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、一体としてリハビリテーションマネジメントが行われている場合（事例A）

## リハビリテーションマネジメント加算の算定が要件とならない例外事項

- ① 通所リハビリテーションサービスの**終了月**であって、月8回未満の利用回数の場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないが、**短期集中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**の算定は可能となる。(事例B)
- ② 医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる多職種が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね**週1回程度の通所**であっても、**効果的なリハビリテーションの提供が可能**であると判断された場合については、月8回未満の利用であっても、**個別リハビリテーション実施加算の算定が可能**(リハビリテーションマネジメント加算の算定は不可)。(事例C)
- ③ **「高次脳機能障害(失語症を含む)」「先天性又は進行性の神経・筋疾患」**については、1月に8回未満の通所であっても、**効果的なリハビリテーションの提供が可能**と判断されれば、**個別リハビリテーションの算定は可能**(リハビリテーションマネジメント加算の算定は不可)。

## 平成21年4月17日発出のQ&A(Vol.2)より

### 1. 毎回個別リハを実施できない場合の取扱い

リハビリテーションマネジメント加算を算定した上で、個別リハビリテーションの提供回数に応じ、個別リハビリテーション実施加算を算定する。(事例D)

### 2. 複数事業所で通所リハビリテーションを実施している場合の

例1) A事業所で月8回以上(13回以下)、B事業所で月8回以上(13回以下)利用していた場合(事例E)

→ それぞれの事業所でリハビリテーションマネジメント加算・個別リハビリテーション実施加算が算定可能

例2) A事業所で月4回(概ね週1回)、B事業所で月4回(概ね週1回)利用していた場合(事例F)

→ それぞれの事業所で個別リハビリテーション実施加算が算定可能(リハビリテーションマネジメント加算は算定不可)

例3) A事業所で月8回以上(13回以下)B事業所では月4回利用していた場合(事例G)

→ A事業所ではリハビリテーションマネジメント加算・個別リハビリテーション実施加算が算定可能

B事業所では個別リハビリテーション実施加算が算定可能(リハビリテーションマネジメント加算は算定不可)

## しつこく確認！！

- 個別リハビリテーション実施加算は、あくまで個別リハを行った日に算定するもので、リハマネ加算算定要件を満たせばおまけでついてくるものではない(リハマネ加算は必要条件であって十分条件ではない)。
- 個別リハビリテーションとは、20分以上
- 複数事業所で通所リハビリテーションを利用している場合、リハビリテーションマネジメント加算を算定するには、それぞれの事業所で要件を満たす(8回以上実施)必要がある。
- しかし、要件さえ満たせばそれぞれの事業所でリハマネ加算が算定できる

何はともあれ、まずはカレンダーを作ってみることで！！

<原則！>

事例1：月に8回以上通所リハビリテーションを行った場合

 通所リハ利用

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

		改定前	改定後
通所 (週2回で月9回利用)	リハマネ	○	○
	短期集中 (個別リハ)	○	○

事例A:

通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション提供回数と、短期入所療養介護事業所における個別リハビリテーションの提供回数の合計が月8回以上であり、一体としてリハビリテーションマネジメントが行われている場合



短期入所



通所リハ

※通所リハ開始後3月超の場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2(個リハ)	3	4(個リハ)	5	6
7	8	9(個リハ)	10	11(個リハ)	12	13
14	15	16(個リハ)	17	18(個リハ)	19	20
21	22	23(個リハ)	24	25(個リハ)	26	27
28	29	30(個リハ)	31			

<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期入所を月に14日間利用して個別リハ4回実施</li> <li>・通所リハを月5回利用(毎回個別リハ実施)</li> </ul>		改定前	改定後	Q&A解釈
	リハマネ	○	×	○
	個別リハ計9回	○	×	○

**事例B:**

通所リハビリテーションサービスの終了月であって、月8回未満の利用回数の場合、リハビリテーションマネジメント加算は算定できないが、短期集中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の算定は可能。

 入院・入所       通所リハ(短期集中又は個別リハ実施)

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

		改定前	改定後
月の途中で通所リハ利用を終了	リハマネ	○	×
	短期集中 (個別リハ)	○	○

**事例C:**

医師の診察内容及び運動機能検査の結果を基に、リハビリテーションの提供に関わる多職種が協働して作成する通所リハビリテーション実施計画において、概ね週1回程度の通所であっても、効果的なリハビリテーションの提供が可能であると判断された場合については、月8回未満の利用であっても、個別リハビリテーション実施加算の算定が可能(リハビリテーションマネジメント加算の算定は不可)。



通所リハ利用(個別リハ実施)

※通所リハ開始後3月超の場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			



※あくまで多職種協働で「週1回程度のリハでも効果がある」という判断がなされることが要件です。特定の疾患があればよいとか、利用者の都合(経済状態など)の話ではありません。

		改定前	改定後	Q&A解釈
通所リハ (週1回利用)	リハマネ	○	×	×
	個別リハ	○	×	○



事例D:

週2回・月8回利用の利用者に対し、週1回しか20分以上の個別リハを提供できない場合、リハビリテーションマネジメント加算と個別リハビリテーション実施加算の算定は？


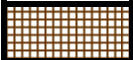
 通所リハ利用(個別リハ実施)
  集団リハのみ

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

リハマネ加算	○
個別リハ加算	5回

事例E:

複数の通所リハ事業所をけもち利用で、それぞれの利用が月8回を超えている場合


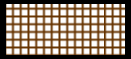
 A事業所の通所リハ
  B事業所の通所リハ
 ※ 3月を超えている場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

リハマネ加算・個別リハ加算はどちらでも算定可能

**事例F:**

複数事業所で通所リハビリテーションを利用している場合、リハビリテーションマネジメント加算を算定するには、それぞれの事業所で要件を満たす(8回以上実施)必要がある。


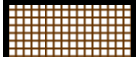
 A事業所の通所リハ
  B事業所の通所リハ
 ※ 3月を超えている場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

合計で8回以上になってもリハマネ加算算定は不可  
個別リハ加算は条件を満たしていれば算定可能

**事例G:**



**A事業所で月8回以上(13回以下)、B事業所では月4回利用していた場合**

 A事業所の通所リハ
  B事業所の通所リハ
 ※ 3月を超えている場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

**A事業所:リハマネ加算・個別リハ加算どちらも算定可能**  
**B事業所:リハマネ加算は算定不可・個別リハ加算は要件を満たしていれば算定可**

# 未調整の課題：通所リハと訪問リハを併用

 通所リハ利用
  訪問リハ利用
 ※退所後3月以内の場合

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

		改定前	改定後
通所 (週1回利用で月5回)	リハマネ	○	×
	短期集中	×	×
訪問 (週2回利用)	リハマネ	○	内包
	短期集中	○	○

## 短期集中リハビリテーション算定期間について

	通知名		旧	現
入 所	平成12年 厚生省告 示第21号	指定施設サービス等に 要する費用の額の算定 に関する基準	5 入所の日から起算して3月以内の期間	5 入所の日から起算して3月以内の期間
	平成12年3 月8日 老 企第40号	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(短期入所 サービス及び特定施設 入居者生活介護にかか る部分)及び指定施設 サービス等に要する費 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	(9)②当該加算は、当該入所者が <u>過去三月間 の間に、当該介護老人保健施設に入所したこと がない場合に限り算定できることとする。</u>	(9)②当該加算は、当該入所者が <u>過去三月 間の間に、当該介護老人保健施設に入所し たことがない場合に限り算定できることとする。</u>
通 所	平成12年 厚生省告 示第19号	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	8 イ <u>退院(所)日又は認定日から起算して1月 以内の期間</u> に行われた場合 … 180単位	11 イ <u>退院(所)日又は認定日から起算し て1月以内の期間</u> に行われた場合 … 280 単位
			8 ロ <u>退院(所)日又は認定日から起算して1月 を超え3月以内の期間</u> に行われた場合 … 130単位	11 ロ <u>退院(所)日又は認定日から起算し て1月を超え3月以内の期間</u> に行われた場 合 … 140単位
			8 ハ <u>退院(所)日又は認定日から起算して3月 を超える期間</u> に行われた場合 … 80単位	
				12 <u>退院(所)日又は認定日から起算して3 月を超える期間に個別リハビリテーションを 行った場合は、個別リハビリテーション実施 加算として、1月に13回を限度として1日に80 単位</u> 46

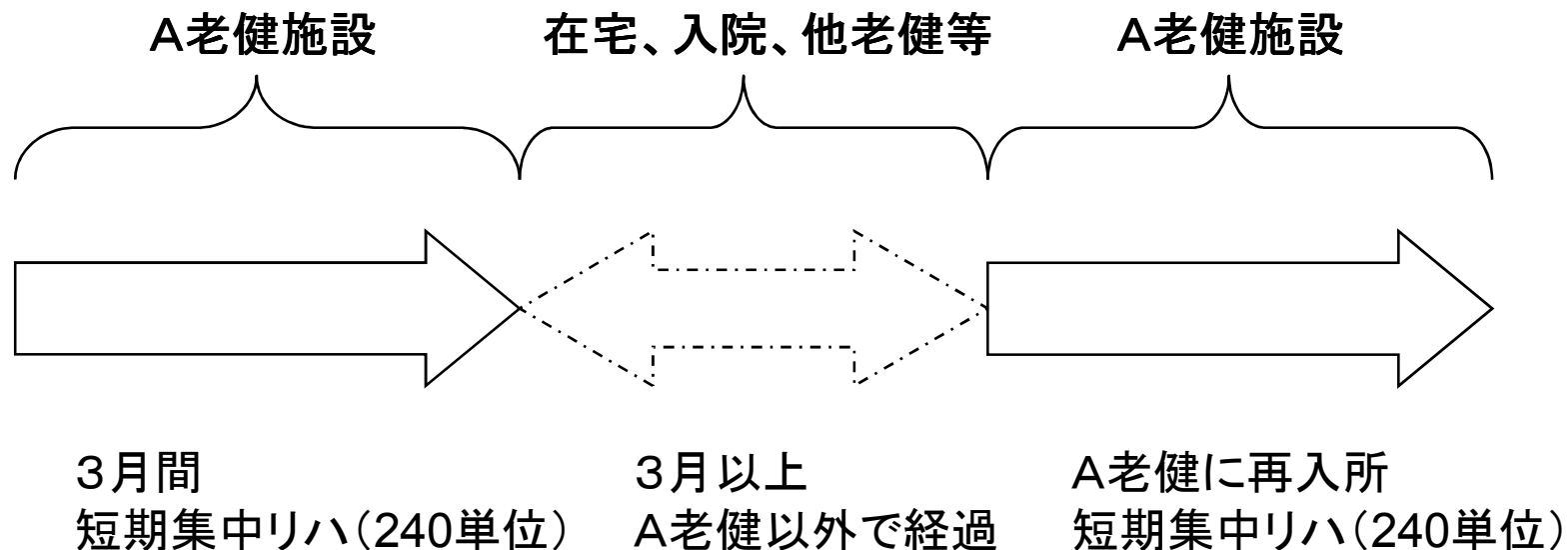
## 短期集中リハビリテーション実施加算(1)

### <基本>

当該入所者が過去三月間の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定

(事例:1)

A老健施設にて短期集中リハ算定後、退所して3月以上経過した後、A老健施設に再入所して短期集中リハを算定



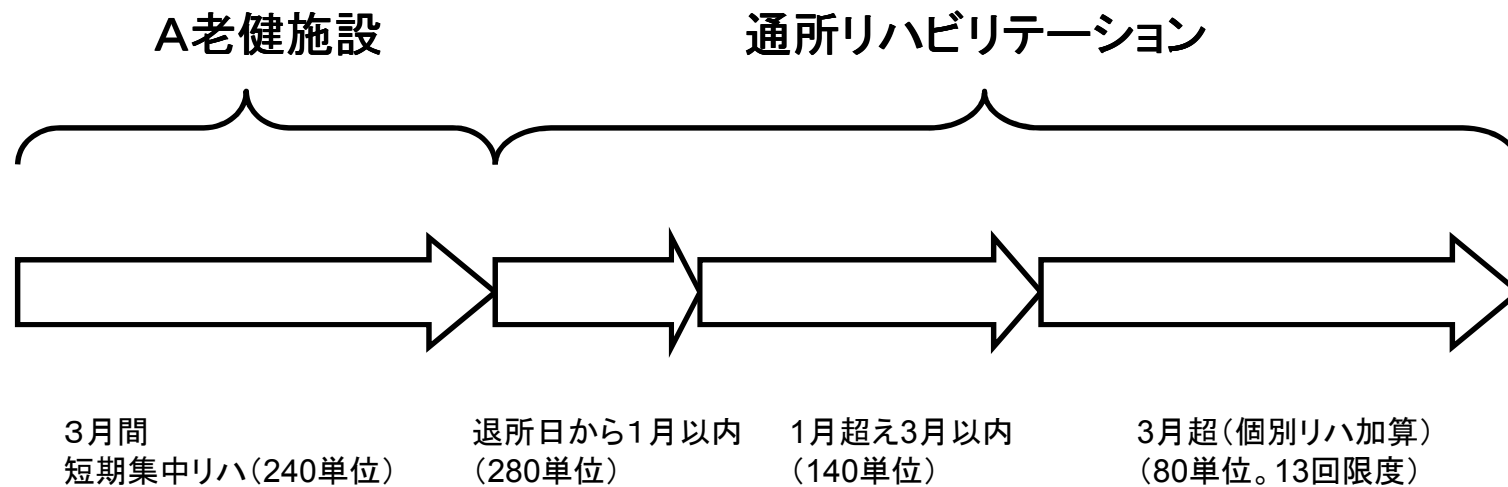
算定可能

## 短期集中リハビリテーション実施加算(2)

通所:退院(所)日又は認定日から起算して1月以内の期間

(事例:2)

老健施設にて短期集中リハを算定後、退所して通所リハ利用に移行。  
通所リハにおいて短期集中リハを算定



算定可能

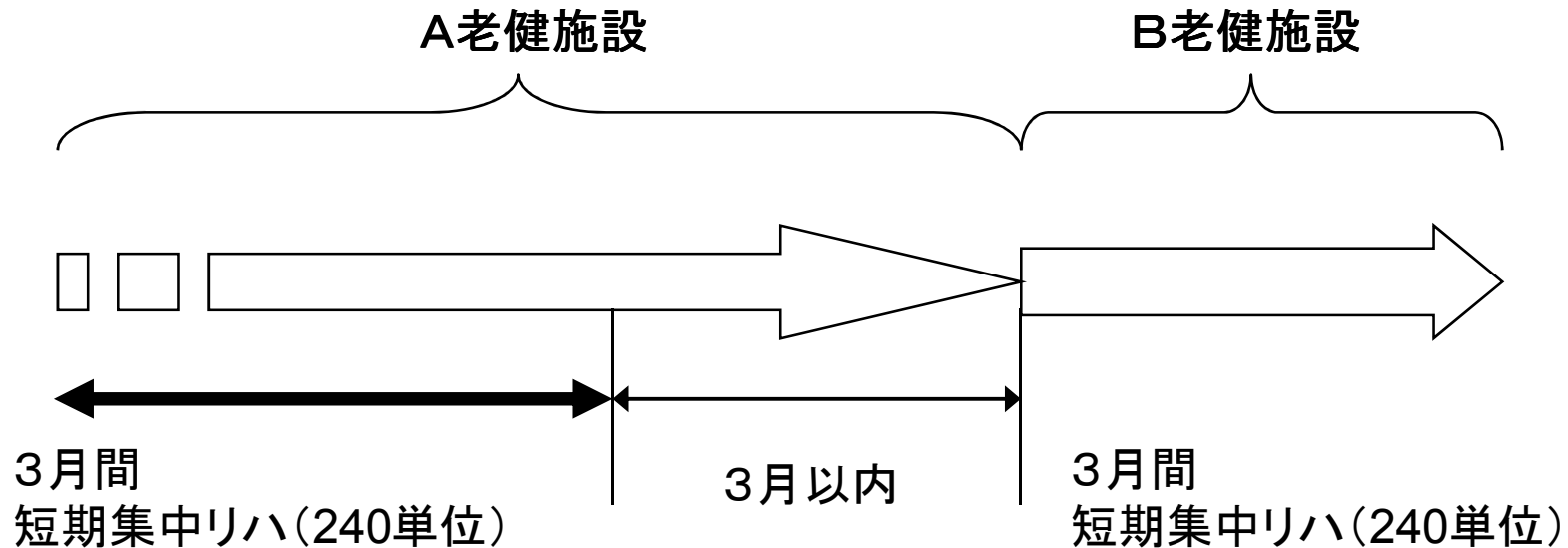


## 短期集中リハビリテーション実施加算(3)

(Q&A Vol.1 問96)老人保健施設の短期集中リハビリテーション実施加算を算定後に再度短期集中リハビリテーションを行うことについて、「当該介護保険施設」でなく、別の老人保健施設であれば3月以内でも算定可能なのか

(事例:3)

A老健で短期集中リハを算定後退所、3ヶ月を経過せずにB老健に入所して短期集中リハを算定



算定可能

※ ただし、A老健とB老健が同一法人の老人保健施設の場合は算定できない

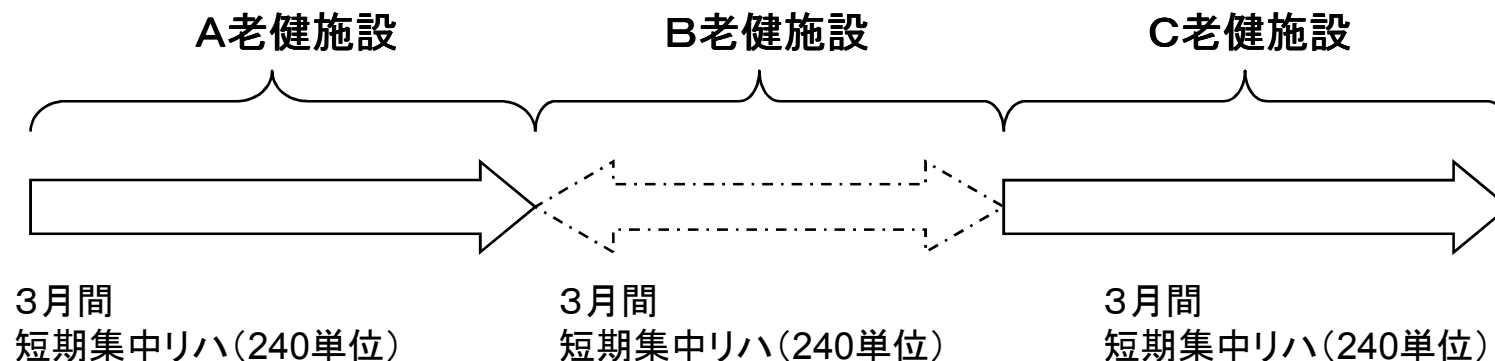
## 短期集中リハビリテーション実施加算(4-1)

(Q&A Vol.1 問100)入退院や転棟を繰り返している場合の短期集中リハビリテーション実施加算の算定はどうか。

(答)同一の老人保健施設や介護療養型医療施設に再入所(院)した場合、退所(院)日から3ヶ月経過していなければ再算定できない。ただし、別の施設・医療機関に入所(院)した場合は、この限りではない。

(事例:4)

A老健で短期集中リハを算定後退所、B老健に入所して短期集中リハを算定して退所、さらにC老健に移って、短期集中リハを算定



**一応算定可能**

注意！！いわゆる「たらい回し」として、実地指導等で指摘される可能性がある。

⇒以前、『一年中短期リハをやっていたら、短期の意味がないだろう』ということで、厚労省から指摘を受けた事例があります。ケアプランが「適正に」立案されているか、状態像の変化の有無ということを、指摘される可能性がある。

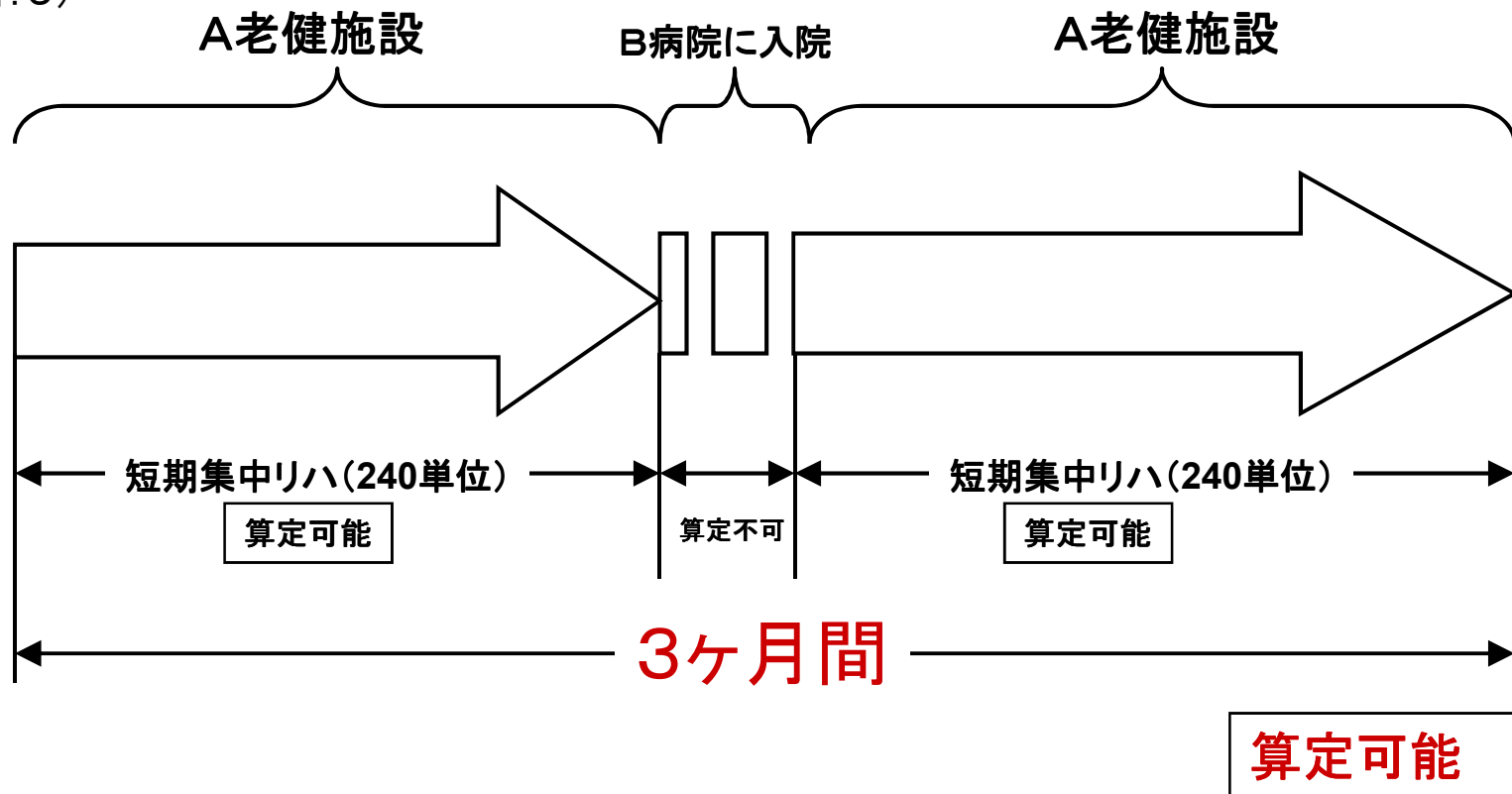
## 短期集中リハビリテーション実施加算(4-2)

(前頁続き①)

なお、

① 短期集中リハビリテーション実施加算の算定途中に別の医療機関に入院したため、退所(院)となった後に同一の施設に再入所した場合、再入所時には、短期集中リハビリテーション実施加算を算定すべきだった3ヶ月の残りの期間については、短期集中リハビリテーション実施加算を再算定することができる。

(事例:5)

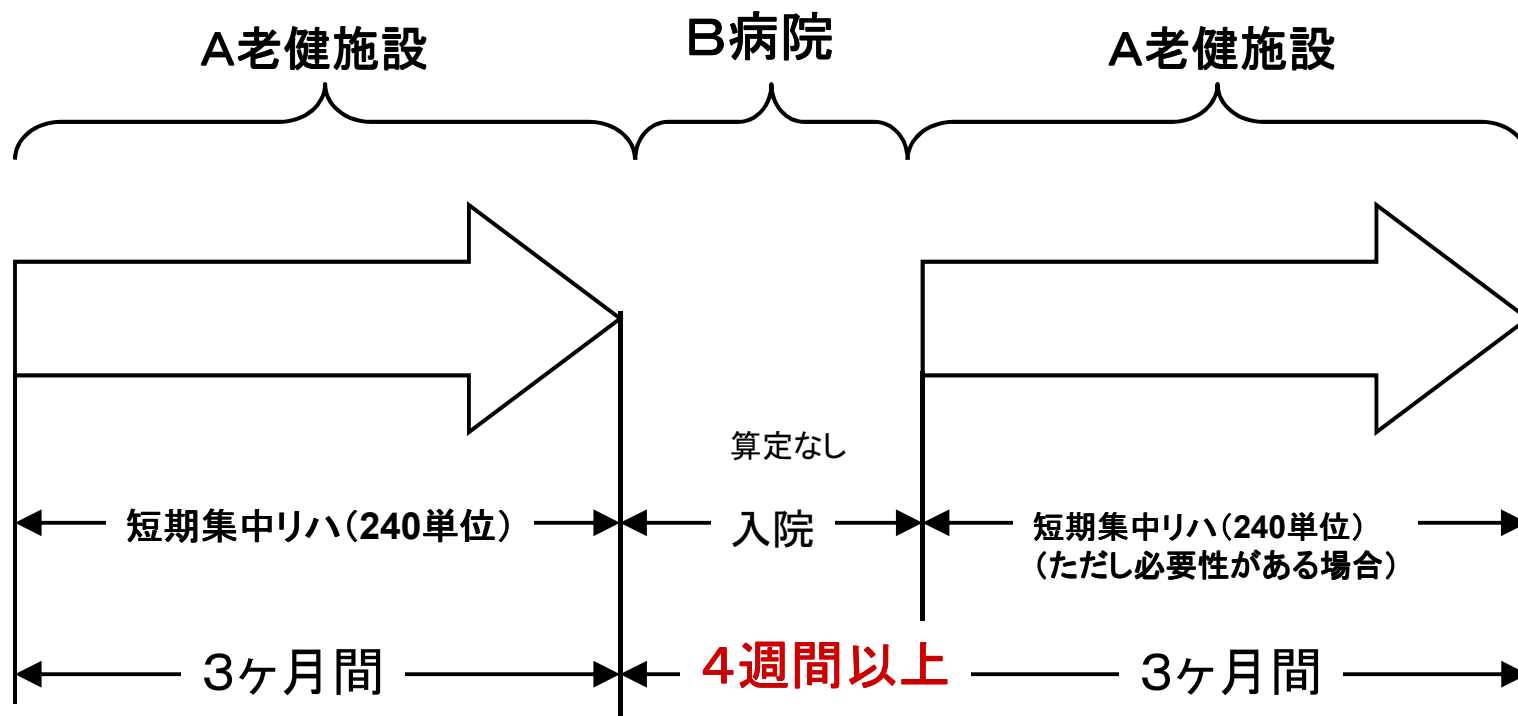


# 短期集中リハビリテーション実施加算(5)

(前頁続き②)

② 短期集中リハ算定途中又は終了後3ヶ月に満たない期間に4週間以上の入院後に同一の施設に再入所した場合であって、短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、短期集中リハビリテーション実施加算を再度算定することができる。

(事例:6)

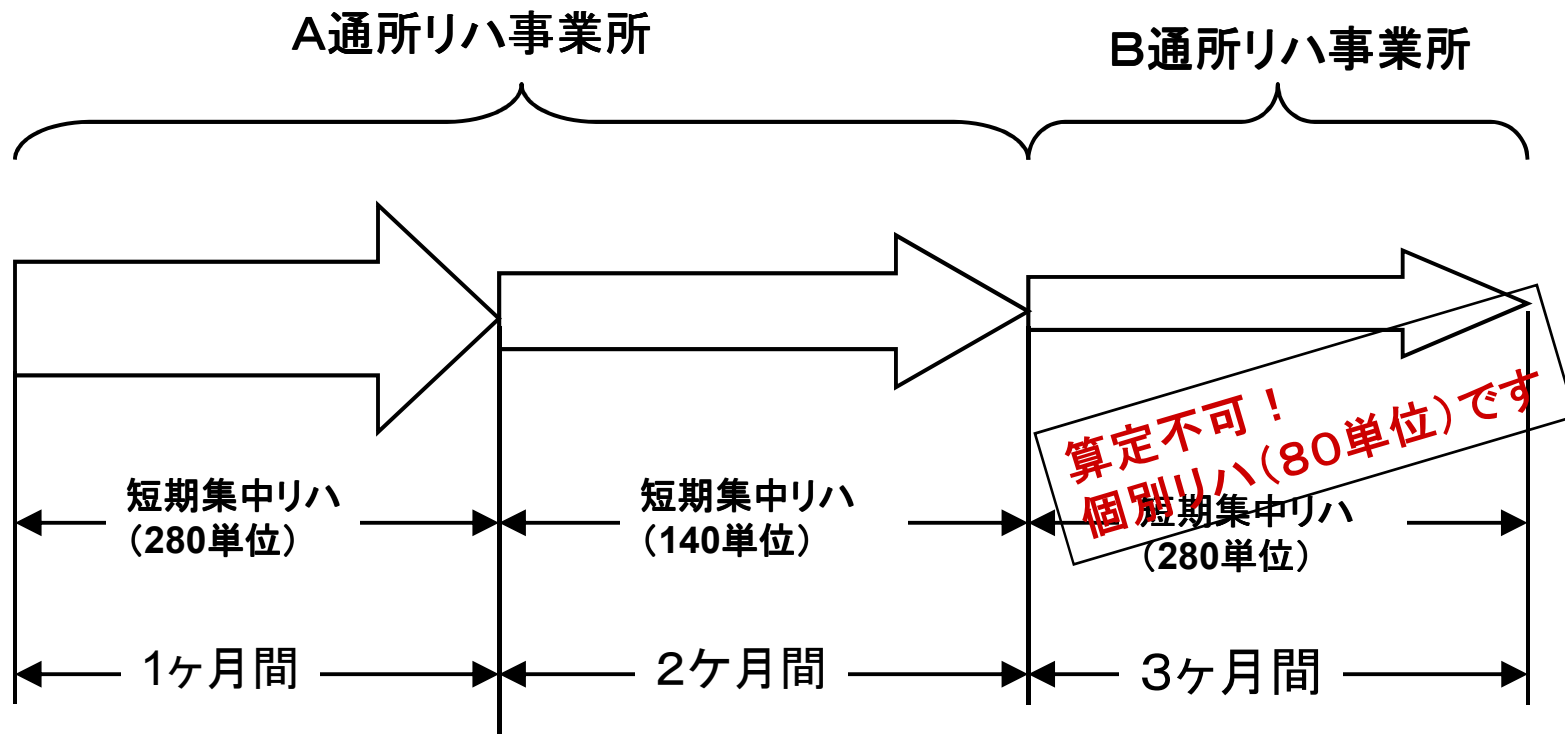


**算定可能**

# 短期集中リハビリテーション実施加算(6)

A通所リハビリにおいて短期集中リハビリテーション実施加算を3ヶ月算定後、B通所リハビリにて新たに短期集中リハビリテーション実施加算を算定できますか？

(事例:7)



**通所リハが新規であろうと、退所から3月以上経過していたら個別リハです！**

## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算算定期間について

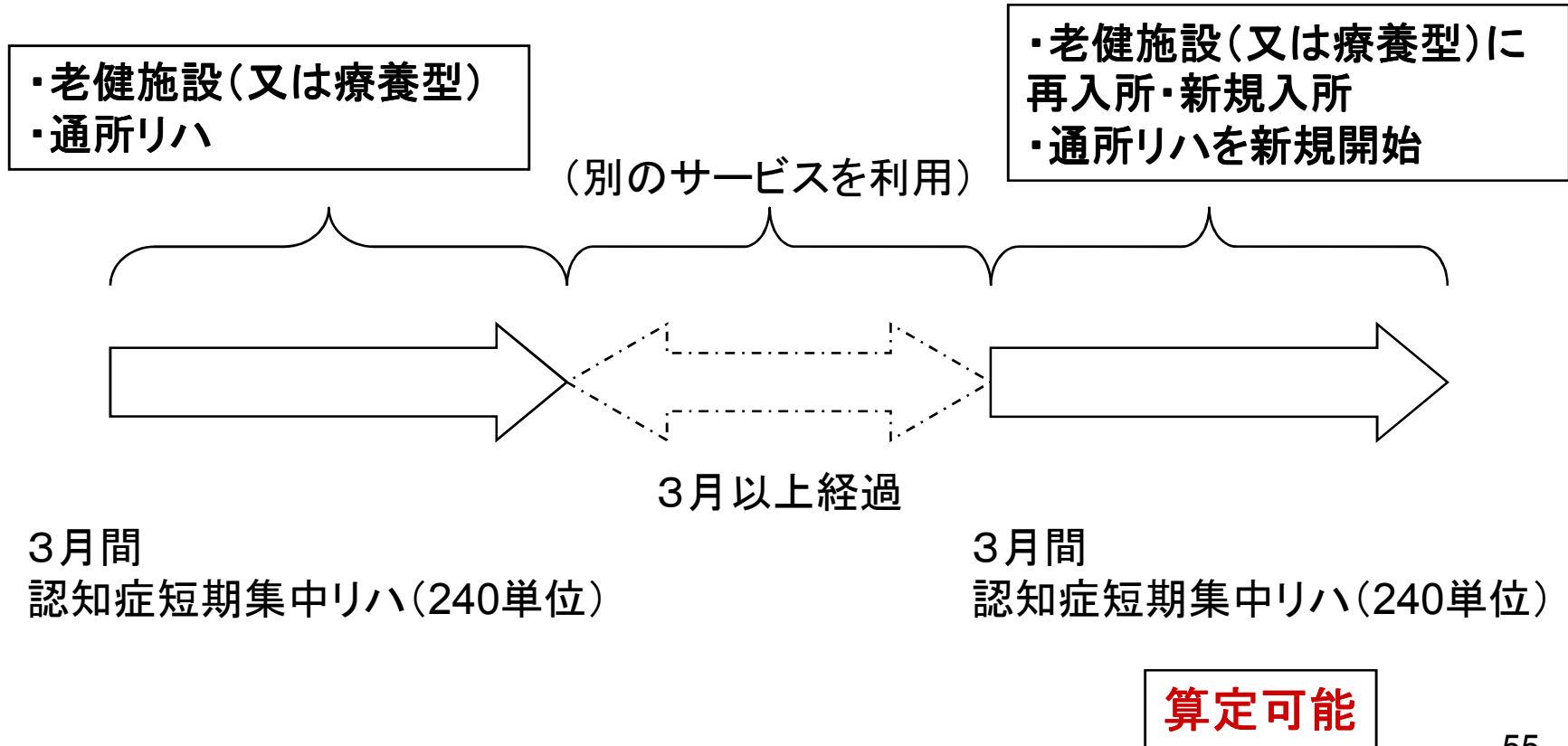
		通知名	旧	現
入 所	平成12年厚生省告示第21号	指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準	5 入所の日から起算して3月以内の期間	5 入所の日から起算して3月以内の期間
	平成12年3月8日 老企第40号	指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護にかかる部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について		(10)⑨当該リハビリテーション加算は、当該入所者が過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。
通 所	平成12年厚生省告示第19号	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		13 退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に行われた場合 …… 240単位
	平成12年3月1日老企第36号	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かかる部分)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		(13)⑨当該リハビリテーション加算は、当該利用者が過去三月間の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できることとする。

# 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1)

## <基本>

過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる

(事例:8)



## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(2)

(Q&A Vol.1 問103)

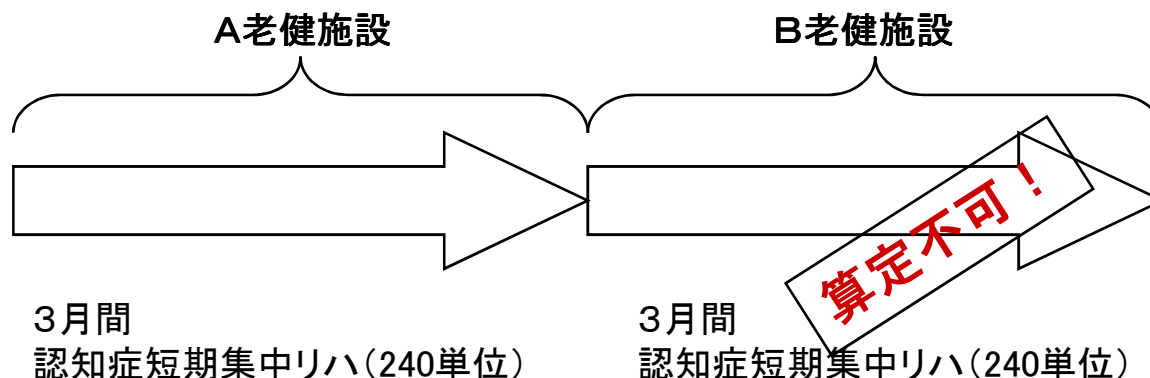
認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

例1:A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、B老健に入所した場合のB老健における算定の可否。

(答)算定できない。

(事例:9)

A老健施設にて認知症短期集中リハを3ヶ月算定後、退所してB老健に入所して認知症短期集中リハを算定





## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(3)

(前頁続き)

例2: A老健にて3ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、B通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のB通所リハビリテーション事業所における算定の可否

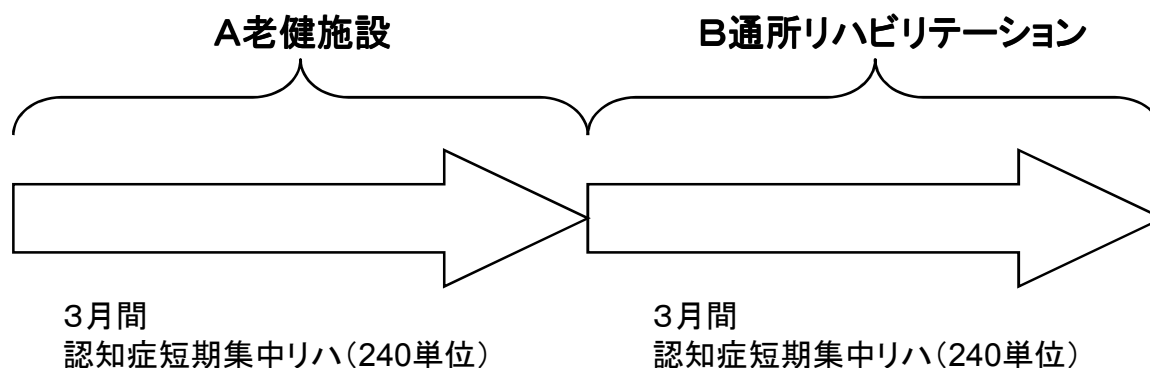
(答) 算定可能であるが、A老健とB通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問104を参照されたい。

(問104) 3月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

(答) 同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

(事例: 10)

老健施設にて認知症短期集中リハを算定後、退所して通所リハ利用に移行。通所リハにおいて認知症短期集中リハを算定



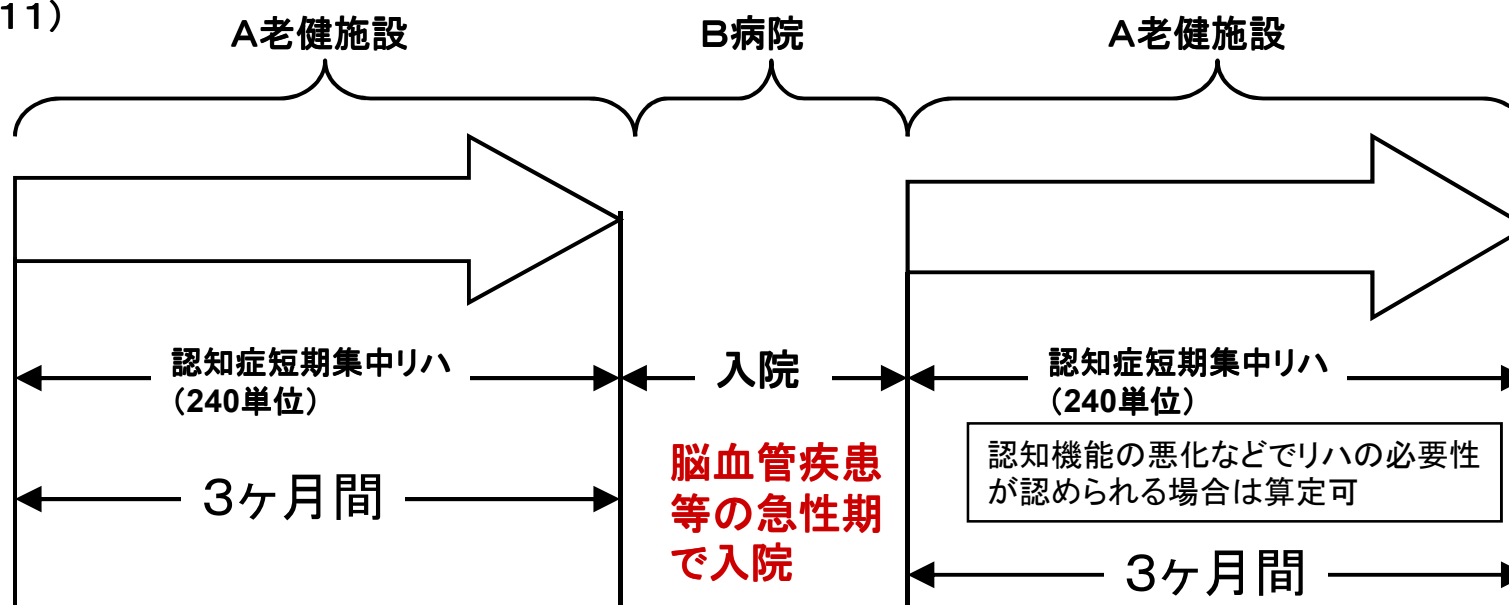
**算定可能。ただし、同一法人でない場合に限る。**

## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(4)

(Q&A Vol.2)

(問42) 認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、**脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患**を来し、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

(事例:11)



(答)

認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所(院)した日から起算して新たに3月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに3月以内限り算定できる。

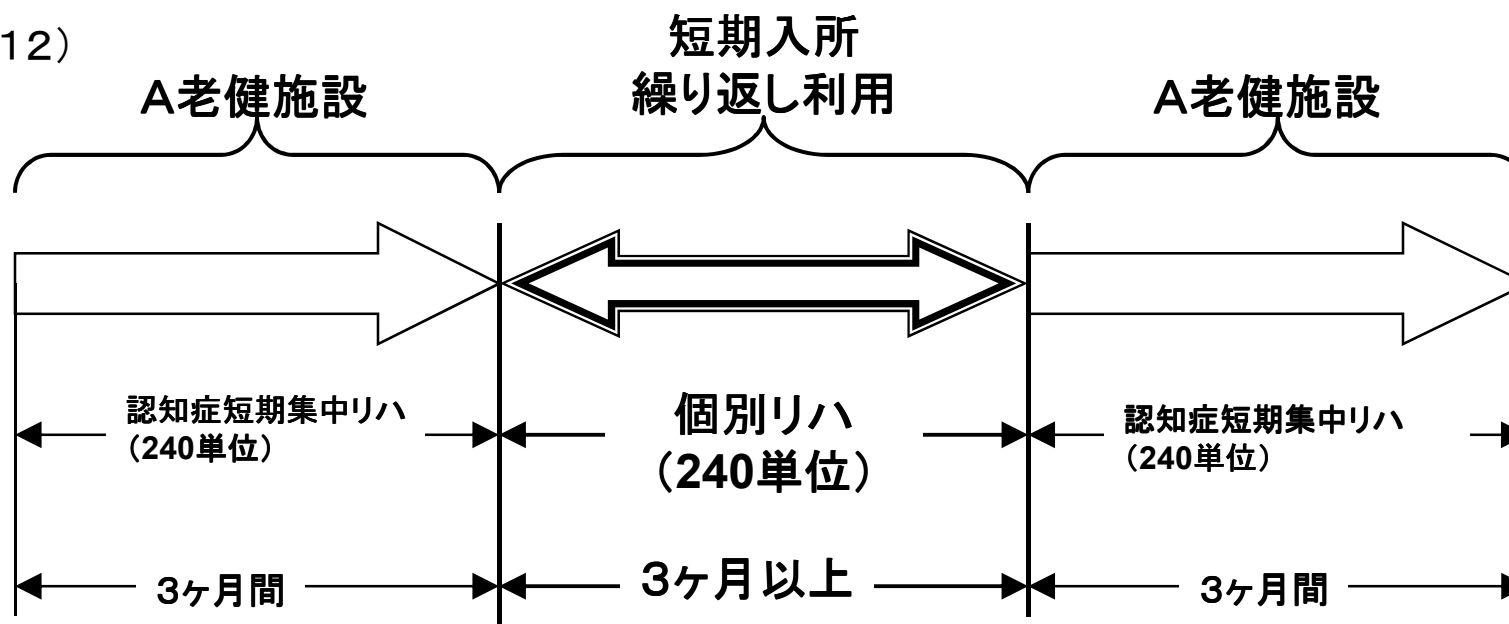
## 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(5)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算を3ヶ月算定後、在宅に帰したが認知症の症状が悪化したため認知症のリハビリテーションを実施したいのですが、加算は算定できますか？

(答)

認知症短期集中リハ加算は「当該加算を過去三月算定していないこと」が条件となるため、入所・通所とも、認知症短期集中リハ加算は算定できません。しかし、**短期入所の個別リハ加算**は、個別リハを実施することが要件で、内容(身体、認知症)までは規定していませんので、リセット期間中は、短期入所を繰り返し利用して、個別リハを実施(加算算定)することが可能です。

(事例:12)



認知症行動・心理症状緊急対応加算も7日間以内算定可能である

在宅支援に有力な手段と想定される

## 6. 次回改定に向けて

### ＜全老健事務局に寄せられる問合せ内容今昔＞

平成10年当時：基本施設療養費中心で、加算についての問合せは稀

「入所期間のカウント方法」

「外泊日数の数え方」

「逡減制とリセット要件」

「デイケア定員について(医師の配置数に対する受入可能数)」

平成12年当時：介護保険施行に伴う問合せや利用料関連が中心

「利用料は取れなくなったのか？(老企54号)」

「リハビリテーション体制加算算定のためのリハ職の数」

「利用料と消費税、医療費控除など」

平成15年当時：通所リハに関する問合せが増加

「個別リハビリの考え方」

「通所リハにおける医師の確保の考え方」

平成18年当時：リハビリテーション関連加算に関する(怒りの)問合せが増加

「リハビリテーションマネジメントの考え方(怨)」

「短期集中リハ加算が実施できないけれど、どういうわけか？(怒)」

☆10年間を通して最も多いのは、「他科受診」に関する問合せです！

## <率直な感想>

- 介護保険前は「この基準は何を求めているのか？」という主旨の問合せが多かったが、介護保険後は「この場合は算定可能か？どうすれば算定できるか？」というQ&Aあるいはハウツーを求める問合せが多くなってきた。
- 制度改定の度に報酬体系が複雑になり、現場では法令を丁寧に読み込む余裕が無いのではないか？
- 加算積上げ式の報酬体系が続く限り、この傾向は変わらないであろう。
- 利用料と他科受診の問題は、そろそろ整理が必要なのではないか？
- では、他科受診問題解決の方針は？

## <課題>

### 【短・中期的視点】

- 加算の算定を極端に追い求めることは、かえって現場の多様性をしぼる結果を生むことになる。  
ex)平成10年度改定のデイケア・ナイトケアの回数制限
- ローカルルールは、現場と行政で対話を重ねてきた成果の場合もあり、全てが反対するべきものでもない。
- 本体報酬の底上げによる最低ラインの確保が必要ではないか？

### 【中・長期的視点】

- 療養病床の再編は、20年以上も前から言われてきたことである。いちど俎上にあがったことは、必ず実行される。
- では、将来の社会保障制度、介護保険制度、老人保健施設は、どのように示唆されているであろうか？

## 平成24年度をめざして、もっとも示唆に富んだ発言

「平成24年はかなり高い確率で制度改正となる。そのためには、平成22年度から法改正の議論が始まるだろう。その意味では、時間はあと1年しかない。ぜひ、エビデンスに基づいたデータの蓄積に取り組んで欲しい。」

(厚生労働省老健局老人保健課長談)

## <数字が重要！>

- 社会保障審議会介護給付費分科会では、経営実態調査の結果分析から議論が始まる。
  - 他の調査は参考程度にしか取り扱われないので、この調査内容で議論するしかない。
- 同じ内容の調査の結果を元に反論するならば、母数と精度で比較するしか方法がない
  - N(標本数)の多さと経営実態調査に回答する者のスキル(区分会計等)も問われている。

※ エビデンスのあるデータでなければ、相手にされない！



(追記)

## 介護職員処遇改善交付金について

- 介護職員処遇改善交付金については、介護職員を対象として「月額1.5万円の賃金の引き上げ」と提示されている。
- 本来、賃金とは交付されるものではなく、介護報酬の適正な設定に基づき、事業者の経営努力によって介護職も含めた賃金等の改善が図られるべきものである。
- 少なくとも、今回の介護報酬改定がもたらした介護従事者の処遇改善についての介護報酬の適切な改善がなされたかの検証結果を待たずに、交付金の支給が行われることは、この間の介護給付費分科会の在り方、21年度介護報酬改定の根拠を覆しかねないものである。
- 介護老人保健施設は、他職種協働のサービス提供事業所であり、また、医療法人立が73.6%を占めている。他職種との給与のバランスの確保や法人内の移動に伴う整合性を図る必要がある。
- 経営的な存立基盤の脆弱性にも拘らず、介護職のみならずスタッフの給与の改善、教育研修体制の構築、職場環境の整備に真摯に努めてきた法人・事業所ほど交付金の取扱いに苦慮しているのが実態である。
- 基本給や時間給の引き上げ、賞与としての支給、介護職手当の設定等様々に工夫しても、法人内、事業所内の他の看護職(看護補助者を含め)、リハ職、事務職等との給与の整合性を図らざるを得ない。その結果として人件費負担の上昇、経営基盤の圧迫に苦慮する法人・事業所が少なからず存在せざるを得ないものである。