

いまさら聞けない?!高齢者のリハビリテーションについて ～医療保険と介護保険どう利用する?～

2024/12/10

株式会社日本経営

※本資料は作成日現在の一般的な内容を解説したものです。意思決定は様々な判断材料に基づいて行う必要がありますので、専門家等に個別具体的にご相談ください。本資料をそのまま実行されたことに伴い、直接・間接的な損害を被られたとしても、一切の責任を負いかねます。

中堅、中小企業及び医療・福祉事業者の健全な成長発展のために、専門的かつ総合的な経営支援を提供しています。

設立

1967年(昭和42年)4月

社員数

日本経営グループ 618名
関連会社等 2034名
(2024年1月時点)

業務内容

コンサルティング業務
コンプライアンス業務

グループ会社

<コンサルティング業務>

- ・ 株式会社日本経営
- ・ 株式会社日本経営リスクマネジメント
- ・ 株式会社ミライバ
- ・ NKGRコンサルティング株式会社
- ・ 株式会社ブルーライン・パートナーズ
- ・ 株式会社 メディシステムソリューション

<コンプライアンス業務>

- ・ 日本経営ウィル税理士法人
- ・ 御堂筋監査法人
- ・ 社会保険労務士法人日本経営
- ・ 行政書士法人日本経営
- ・ NIHONKEIEI (PHILIPPINES) INC.
- ・ NIHON KEIEI (INDIA) PRIVATE LIMITED

病院支援

1,531 件

介護施設支援

646 件

※2007年～2023年3月

バンコク(タイ)

グルガラム(インド)

マニラ(フィリピン)

北海道

病院 76
介護 13

東北

病院 93
介護 37

東海北陸

病院 147
介護 60

中国四国

病院 244
介護 77

関東信越

病院 349
介護 166

近畿

病院 328
介護 200

九州沖縄

病院 294
介護 93



大日方 光明 (おびなたみつあき)

Obinata Mitsuaki

株式会社メディシステムソリューション ホームケア事業部 執行役員

株式会社日本経営 戦略コンサルティング部 副参与

お問合せ: mitsuaki.obinata@nkgr.co.jp

(1) 専門分野

-介護事業経営、在宅医療経営

(2) 経歴

2006年～ 日本経営入社後、ヘルスケア事業部所属し病院の経営改善等に従事し、その後在宅医療機関・社会福祉法人への出向等を経て

2013年～ 株式会社メディシステムソリューション(日本経営グループ)にて訪問看護ステーション開設・現場運営。

2018年～ 株式会社日本経営 戦略コンサルティング部 兼任 株式会社メディシステムソリューション ホームケア事業部

執筆、取材等 : 連載 株式会社ワイズマン ホームページ「VUCAの時代の介護経営」

講師等 : 地方銀行協会「金融機関担当者養成講座(医療・介護分野)」
東京都福祉保健財団「訪問看護管理者研修」経営分野講師
千葉市「訪問看護管理者研修」講師
千葉県看護協会 訪問看護管理者研修」経営分野 講師
全国訪問看護事業協会 管理者研修 講師
香取市医師会「在宅医療研修」講師
石川県立看護大学 非常勤講師、その他 各種地方金融機関等での勉強会

介護系資格 : 介護職員初任者研修、福祉住環境コーディネーター2級
SMART介護士Expert、介護福祉経営士

I N D E X

1. リハビリテーションの段階と役割

2. 医療保険の適用ルールと切替基準

3. 介護保険の各サービスにおけるリハビリ／機能訓練

4. その他近年の動向

- リハビリテーションとは、運動機能の回復を意味する言葉ではない。
- 障害を持った個人の「全人的復権」「あるべき状態に戻す事」を指す。

リハビリテーション:Rehabilitaion

Re + habilis + ation

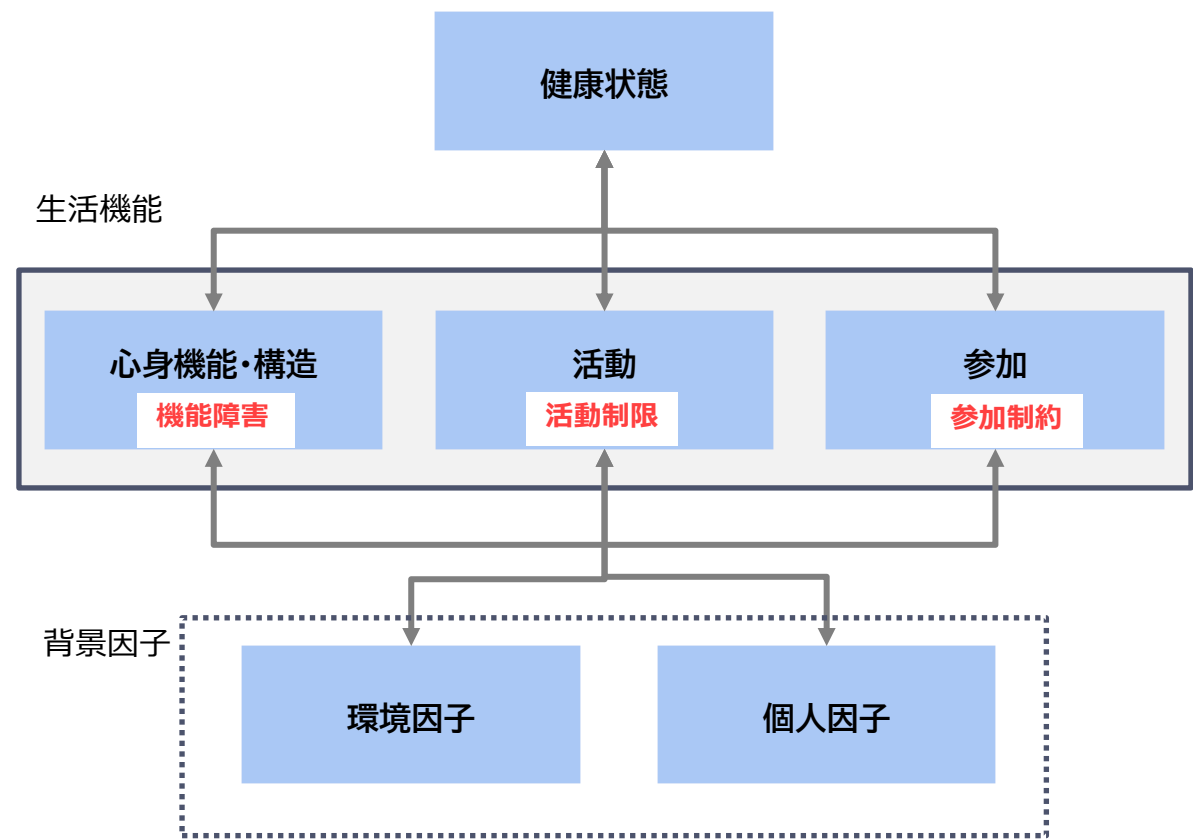
再び 適した にすること

「再び適した(相応しい)状態にすること」

リハビリテーションとは、
「障害をもった個人を援助し、可能な限りその機能を発揮させるように、
そして社会のなかにインテグレート(統合)させるように、
医学的・社会的・教育的・職業的な各手段を組み合わせる過程である。」
(WHO 1982年)

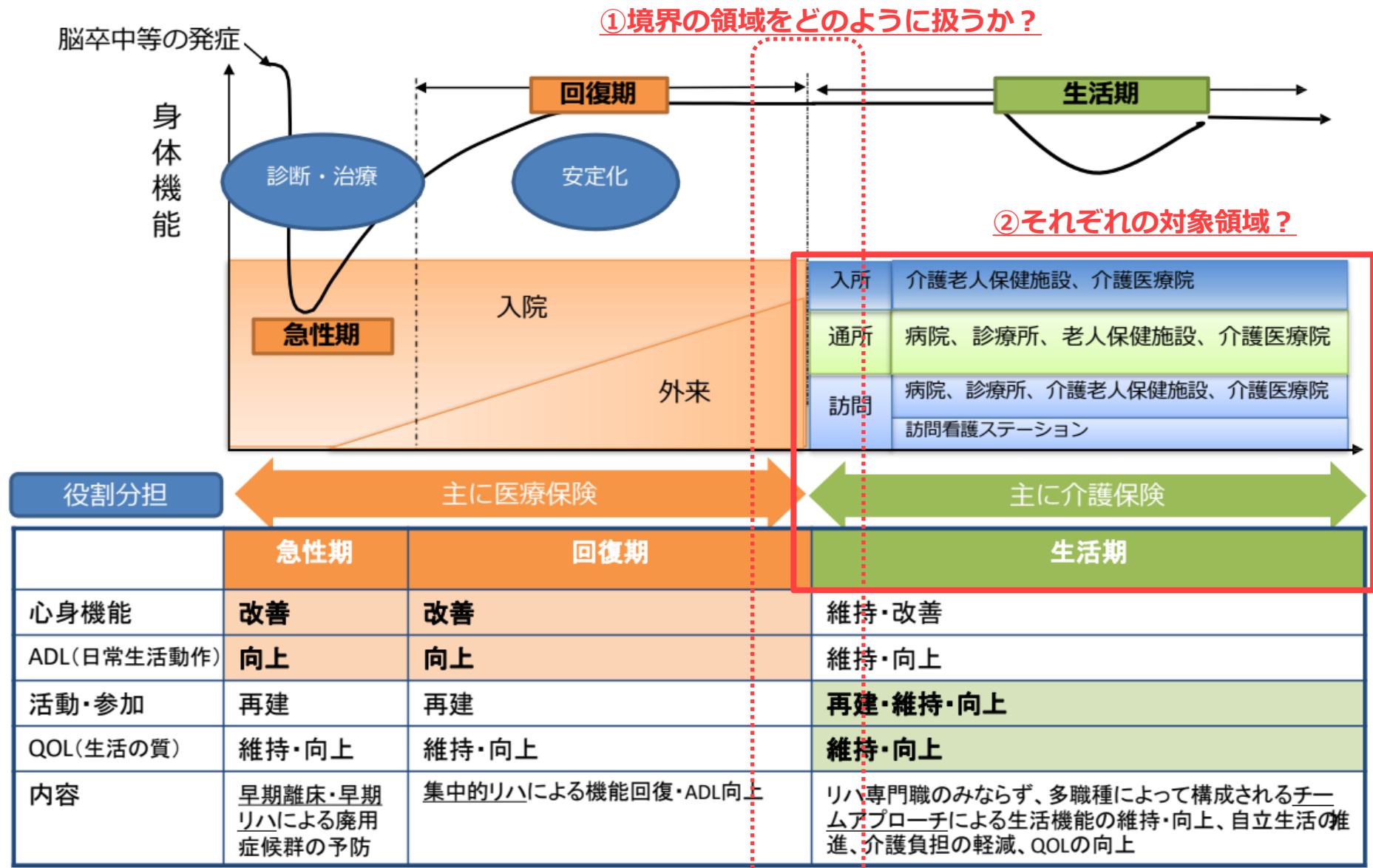
- 在宅におけるリハビリテーションは、「ICFモデル」による観点から設計されている。
- ICFモデルで捉えた対象者の課題をどのようなプランで解決していくのか？

■ ICFモデル



- ある高齢者の状態をICFで検討すると・・・
83歳男性、脳梗塞右片麻痺、前立腺がん、右肺がん術後・・・

健康状態	脳梗塞、前立腺がん、肺腫瘍転移、右肺がん術後、入院後廃用、超高齢
心身機能機能障害	右麻痺、対麻痺、筋力低下、呂律不全、排泄障害、膀胱直腸障害
活動制限	歩行障害、移動障害、退院後入浴未経験、栄養不良
参加制約	外出困難
環境因子	介護者、家族、家屋、経済的問題
個人因子	外出意欲、家族への遠慮
できること	端座位保持、両手の使用、意思表示、コミュニケーション、家族の協力



(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

I N D E X

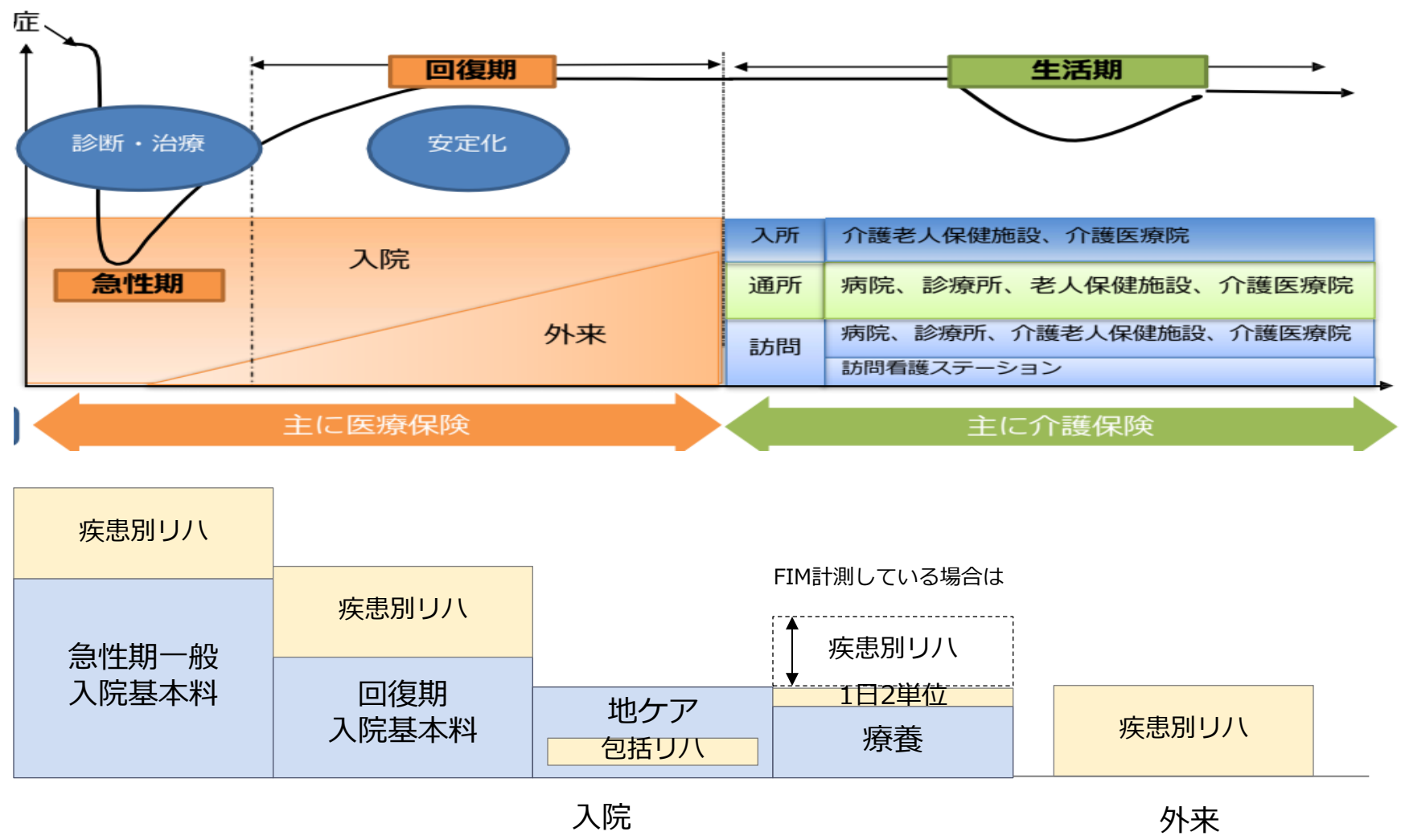
1. リハビリテーションの段階と役割

2. 医療保険の適用ルールと切替基準

3. 介護保険の各サービスにおけるリハビリ／機能訓練

4. その他近年の動向

- 医療保険は大きく分けると、「基本診療料」と「特掲診療料」に分かれており、リハビリは「特掲診療料」の一部である。
- 以下のように、基本料収入の上に、リハビリ行為が乗るイメージだが、算定回数（リハビリの頻度）については入院料によって異なる。



- 施設基準がそれぞれ設定されており、高い施設基準である方が求められる専有面積も大きく、リハビリスタッフ数も多い。
- 特に高齢者の場合は、脳血管疾患リハや運動器リハなどで関与するケースが多い。

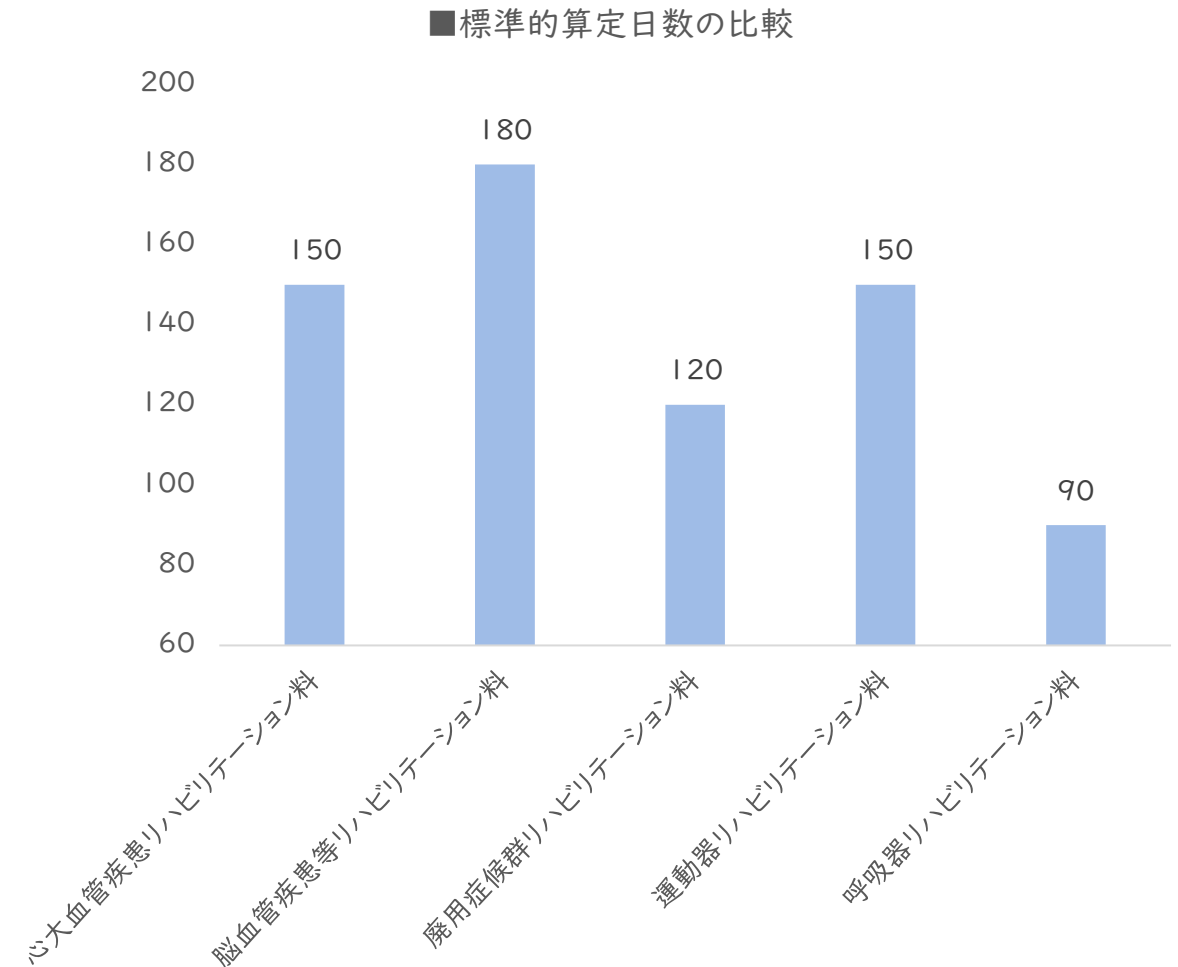
リハビリ種別	区分	医師	療法士全体				専有面積	器械・器具
			PT	OT	ST			
心大血管疾患	I	循環器科または心臓血管外科医が実施時間帯に常時勤務、専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び専従常勤看護師合わせて2名以上等	必要に応じて配置	-	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要
	II	実施時間帯に上記医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従常勤PTまたは看護師いずれか1名以上	必要に応じて配置	-	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要
脳血管疾患等	I	専任常勤2名以上※4	専従従事者合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST 1名以上※4	160m ² 以上※4	要
	II	専任常勤1名以上	専従従事者合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上		病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	III	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OTまたは常勤STのいずれか1名以上	-	-	-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
廃用症候群	I-III	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器	I	専任常勤1名以上	専従常勤PTまたは専従常勤OT 合わせて4名以上	-	-	-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	II		専従常勤PT2名または専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上	-	-	-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	III		専従常勤PTまたは専従常勤OT1名以上	-	-	-	45m ² 以上	要
呼吸器	I	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OTまたは常勤ST合わせて2名以上	-	-	-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要
	II		専従常勤PT、専従常勤OTまたは上記ST1名以上	-	-	-	45m ² 以上	要

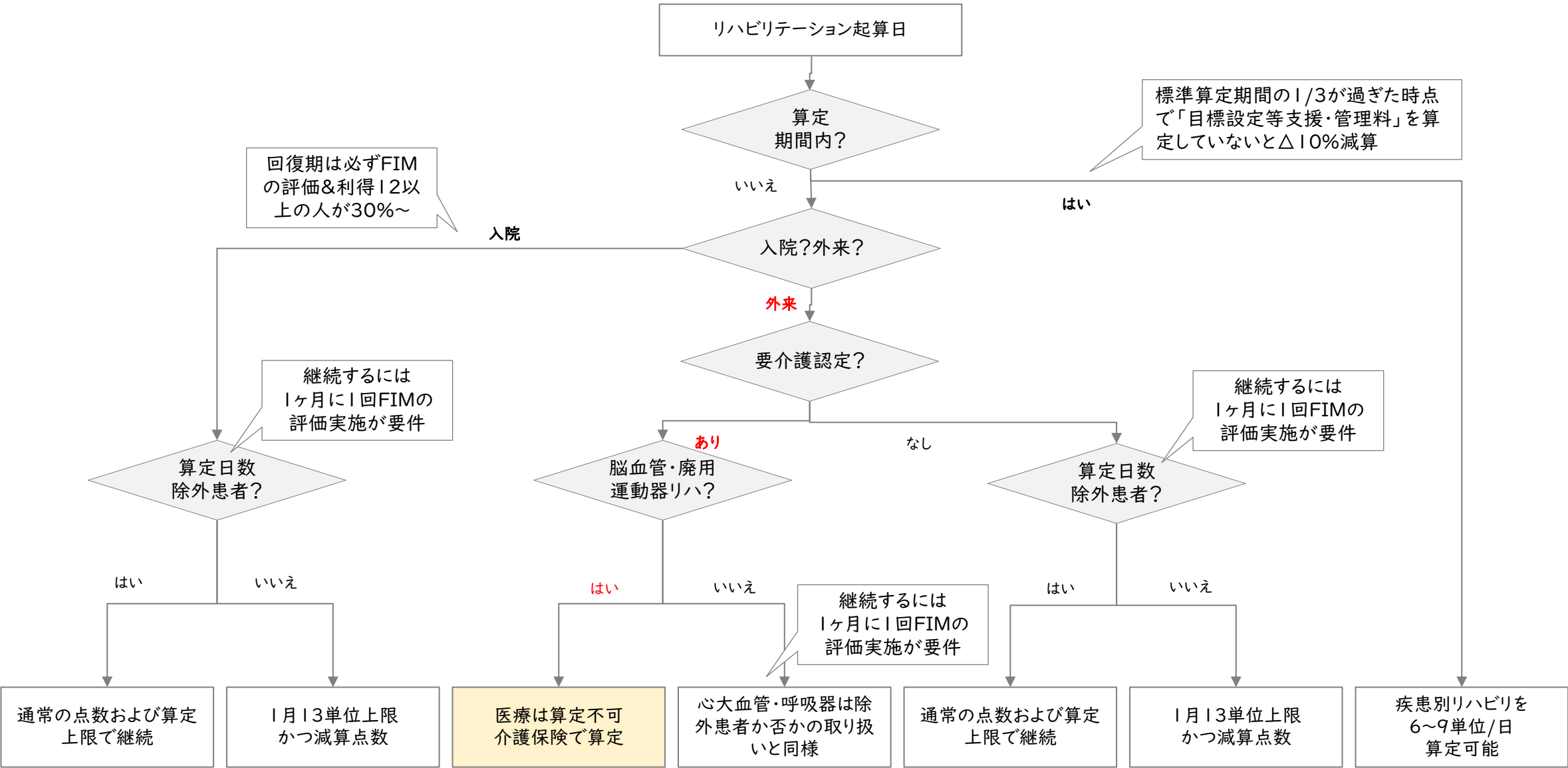
➤それぞれの疾患別リハビリテーション+αは施設基準に応じて、点数が異なる。介護サービスにおいて重要なのは「標準的算定日数」が設定されている点である。

		点数	標準的算定日数	対象疾患例
心大血管疾患リハビリテーション料	I	205点	150日	急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
	II	125点		
脳血管疾患等リハビリテーション料	I	245点	180日	脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
	II	200点		
	III	100点		
廃用症候群リハビリテーション料	I	180点	120日	急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
	II	146点		
	III	77点		
運動器リハビリテーション料	I	185点	150日	上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
	II	170点		
	III	85点		
呼吸器リハビリテーション料	I	175点	90日	肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類II以上の状態、食道癌、胃癌、肝臓癌の手術前後 等
	II	85点		
がん患者リハビリテーション料		205点	入院期間のみ	がん治療中の手術、化学療法、放射線治療、移植予定・実施者が対象
認知症患者リハビリテーション料		240点	入院より1年（週3回が限度）	重度認知症（自立度ランクM）の方が対象。ただし重度意識障害者は除外。
障がい児（者）リハビリテーション料	6歳未満	225点	特になし	脳性麻痺や先天性奇形、神経疾患、発達障害に伴う障害が対象。
	6歳以上 18歳未満	195点	特になし	
	18歳以上	195点	特になし	

知っておきたい基本_疾患別リハビリテーションと標準的算定日数のルール

- 標準的算定日数は疾患別リハにより異なる。
- 標準的算定日数の起算日も疾患別リハの基準により異なる。
 - 心リハ、呼吸器リハは治療開始日
 - 脳リハ、運動器リハは発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日、又は最初に診断された年月日
 - 廃用リハは、廃用症候群の診断日、又は急性増悪した年月日
- 入院～外来は通算される。(退院したからといってリセットされない)
- 回リハ入院中、退院後3ヶ月(※条件あり)は算定日にカウントされず
- 治療対象部位や疾患が変わった場合は、起算日がリセットされる。
- 標準的算定日数を過ぎると、算定に条件が付き、点数が減算されたり、算定単位数に制限が設けられたり、算定が出来なくなるケースもある。
- ただし「算定日数除外」の要件もあり、
- 標準的算定日数を超え、在宅で、介護保険認定を受けている場合、かつ運動器・脳血管・廃用症候群の場合は「介護保険のリハビリ」=通所リハ・訪問リハでの対応となる。





➤以下の条件に当てはまる場合には算定日数の上限を除外される。

別表第九の八

一

- 失語症、失認及び失行症の患者
- 高次脳機能障害の患者
- 重度の頸髄損傷の患者
- 頭部外傷及び多部位外傷の患者
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者
- 心筋梗塞の患者
- 狭心症の患者
- 軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後一年以内のものに限る。）の患者
- 外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後百八十日以内のものに限る。）の患者
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 回復期リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から起算して三月以内の患者（保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く。）
- 難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。）
- 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。）
- その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

二

- 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
- 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）

別表第九の九

一

- 別表第九の八第一号に規定する患者については、治療を継続すること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

二

- 別表第九の八第二号に規定する患者については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合

手続について・・・

1. リハビリテーション実施計画書の作成と説明

- 作成頻度：
 - 別表第九の八第一号に該当する患者の場合：1か月に1回以上
 - 別表第九の八第二号に該当する患者の場合：3か月に1回以上
- 内容：
 - これまでのリハビリテーションの実施状況（期間および内容）
 - 前月と比較した当月の患者の状態
 - 将来的な目標を示したリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
 - 機能的自立度評価法（FIM）やその他の指標を用いた具体的な改善状況と継続の理由
- 説明と交付：
 - 作成した計画書を患者またはその家族に説明し、同意を得た上で交付します。
 - 計画書の写しを診療録に添付します。

2. 診療録への記載

- リハビリテーションを継続することとなった日付を診療録に記載します。

3. 診療報酬明細書（レセプト）への記載

- 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを実施する場合、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する必要があります。

4. 機能的自立度評価法（FIM）の測定

- 別表第九の八第一号に該当する患者の場合、月に1回以上FIMを測定し、患者の状態を評価します。

5. 症状詳記の作成

- 標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する場合、症状詳記を作成し、診療報酬明細書に添付することが求められます。

知っておきたい基本_疾患別リハビリテーション リハビリテーションの起算日(診療報酬明細書記載項目)

- リハビリテーションの起算日については、カルテは勿論のこと、診療報酬明細書にも記載が求められている。(R6年度改定から)
- 以下のような基準となるが、「疾患」や「治療対象部位」が変われば起算日はリセットされる。

(1) 実施日数

(2) 疾患名

(3) 算定日数上限の起算日となる年月日

- ・心大血管疾患リハビリ、呼吸器リハビリ → 治療開始日
- ・脳血管疾患等リハビリ、運動器リハビリ → 発症年月日、手術年月日、急性増悪した年月日、又は最初に診断された年月日
- ・廃用症候群リハビリ → 廃用症候群の診断日、又は急性増悪した年月日

※月13単位を超えて実施する場合は、下記の内容を記載する

- ①これまでの実施状況(期間及び内容)
 - ②前月と比較した当月の患者の状態
 - ③将来的な状態の到達目標を示した今後の計画と改善に要する見込み期間
 - ④具体的な改善の状態等を示した継続の理由
- ※改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を示した上で、「総合実施計画書」「実施計画書」の写しを添付することでも差し支えない。

- FIMとは、日常生活動作（ADL）の介護量を評価する指標であり、「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成される。
- 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）
- 回復期リハビリテーション病棟等では、FIM測定が義務化され、入院時と退院時でFIMの改善が16点または12点以上改善していることが求められている。

運動項目											認知項目						
セルフケア						排泄		移乗		移動		コミュニケーション			社会認識		
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点						計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点			計21～3点		
運動項目 計91～13点											認知項目 計35～5点						
合計 126～18点																	

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

- それぞれのリハビリテーションは、部位・内容による算定上限日数が定められているが同時に、セラピストあたりの上限、患者1人あたりの上限も定められている。
- リハビリ1人1日あたりの上限、1週間あたりの上限のほか、患者1人1日あたりの上限も設けられている。

リハビリ1単位(1回)あたり時間	20分
セラピスト(PT,OT,ST)1人1日あたり	18単位(360分=6時間)を標準とし 最大24単位(480分=8時間)
セラピスト(PT,OT,ST)1人1週間あたり	108単位(2160分=36時間)
患者1人1日あたり上限	6単位(120分=2時間)
別に厚生労働大臣が定める場合 患者1人1日あたり上限	9単位(180分=3時間)

- 主には整形外科を中心として以下のような処置をしているケースもあり。
- リハビリテーションに類似しているが、「処置」であることからリハビリテーションとは異なった管理となる。

- ・ 炎鎮痛処置は、処置料に分類され、神経痛やリウマチ、関節痛などの疾患に対し、炎症や痛みを軽減するために行われる処置を指す。
- ・ その方法は以下の3つに分類される。
- ・ 手技による療法：あんま、マッサージ、指圧などの手技療法。
- ・ 器具等による療法：電気療法、赤外線治療、ホットパック、超音波療法などの物理療法。
- ・ 湿布処置：消炎鎮痛を目的とした外用薬の貼付。
- ・ 疾患別のリハビリテーションとは異なり、「処置」の項目に分類
- ・ このため、**通所リハビリなど介護サービスとも併用は可能。**
- ・ **これに類した処置で、**温電法、冷電法、牽引療法などもあり

項目	消炎鎮痛処置	疾患別リハビリテーション
目的	炎症の軽減と痛みの緩和を主な目的とする。	身体機能や日常生活動作の改善・回復を目指す。
実施内容	手技療法（マッサージなど）、物理療法（電気刺激、温熱療法など）を用いて炎症や痛みを軽減する。	理学療法、作業療法、言語療法など、個別のリハビリテーションプログラムを提供する。
担当者	医師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師などが主に担当する。	理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などのリハビリ専門職が担当する。
算定方法	医師の処置として算定され、リハビリテーション料とは別に計上される。	疾患別に定められたリハビリテーション料として算定される。
併算定の可否	同一日に消炎鎮痛処置と疾患別リハビリテーションを併算定することはできない。	同一日に消炎鎮痛処置と疾患別リハビリテーションを併算定することはできない。

I N D E X

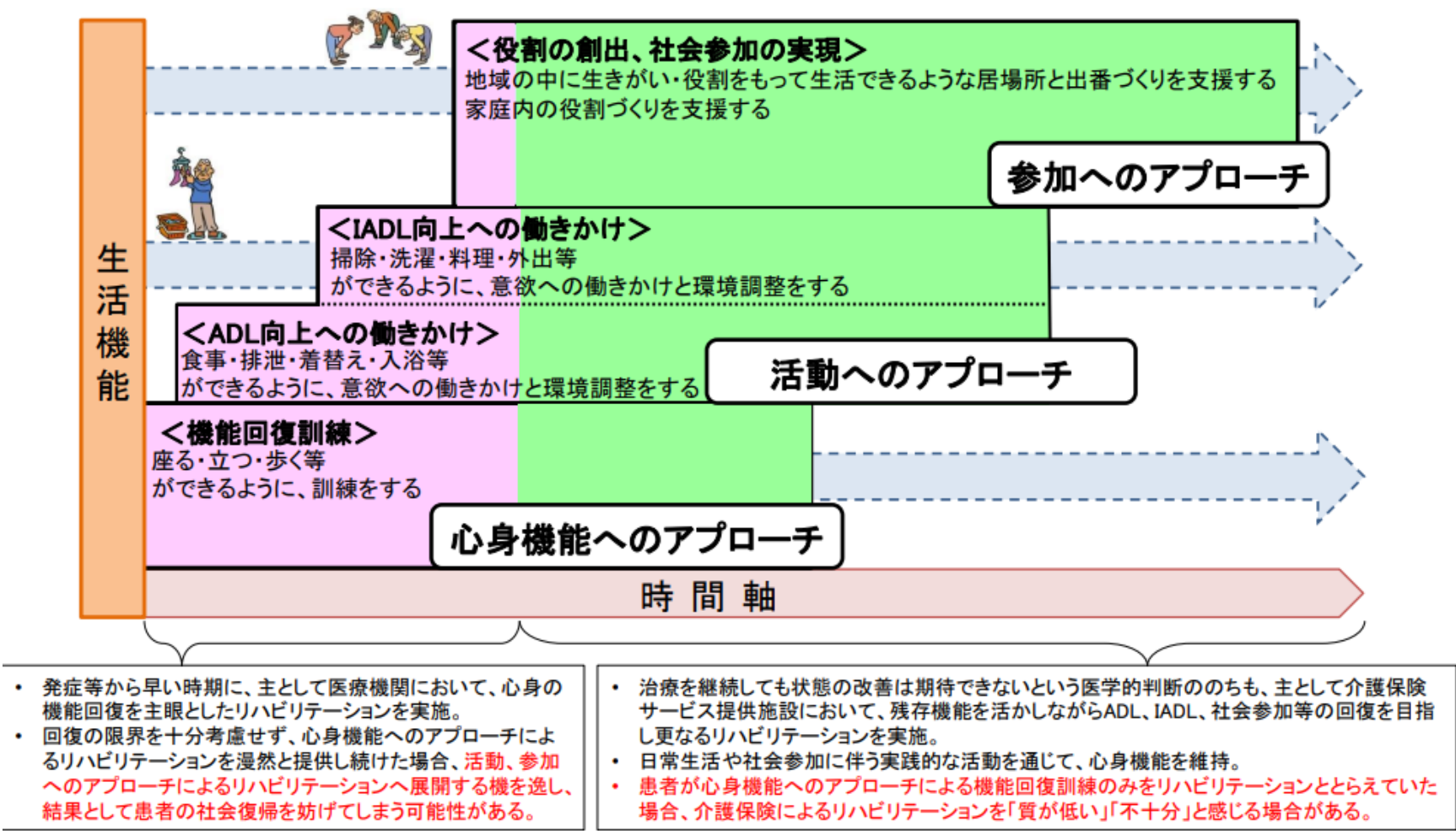
1. リハビリテーションの段階と役割

2. 医療保険の適用ルールと切替基準

3. 介護保険の各サービスにおけるリハビリ／機能訓練

4. その他近年の動向

項目	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上



- 以下の様に介護保険におけるリハビリテーションと機能訓練は分けて考えることができる。介護保険における「リハビリ」はあくまで4種だけである。
- 個別機能訓練はより広義の概念、包括的な関わりとも言える。

	介護保険における「リハビリテーション」	それ以外の機能訓練など
目的	身体機能や生活機能の維持・回復を図り、利用者が可能な限り自立した日常生活を送れるよう支援すること。	日常生活に必要な機能の低下を防止し、基本的な生活動作の維持・向上を図ること。
実施者	医師の指示のもと、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などのリハビリ専門職が担当	機能訓練指導員が担当します。機能訓練指導員には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師などが該当
医師の指示	必要	不要
	- 訪問リハビリテーション - 通所リハビリテーション - 介護老人保健施設のリハビリテーション - 介護医療院のリハビリテーション	- 通所介護（個別機能訓練加算） - 訪問看護（セラピストが行うもの） （※医師による訪問看護指示書は必要） - ショートステイ（個別機能訓練加算） - 特養（個別機能訓練加算） その他各種サービスにおける機能訓練

1. 原則的な取り扱い

同一の疾患等について、医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌月以降は、医療保険でのリハビリテーション料は算定できない。

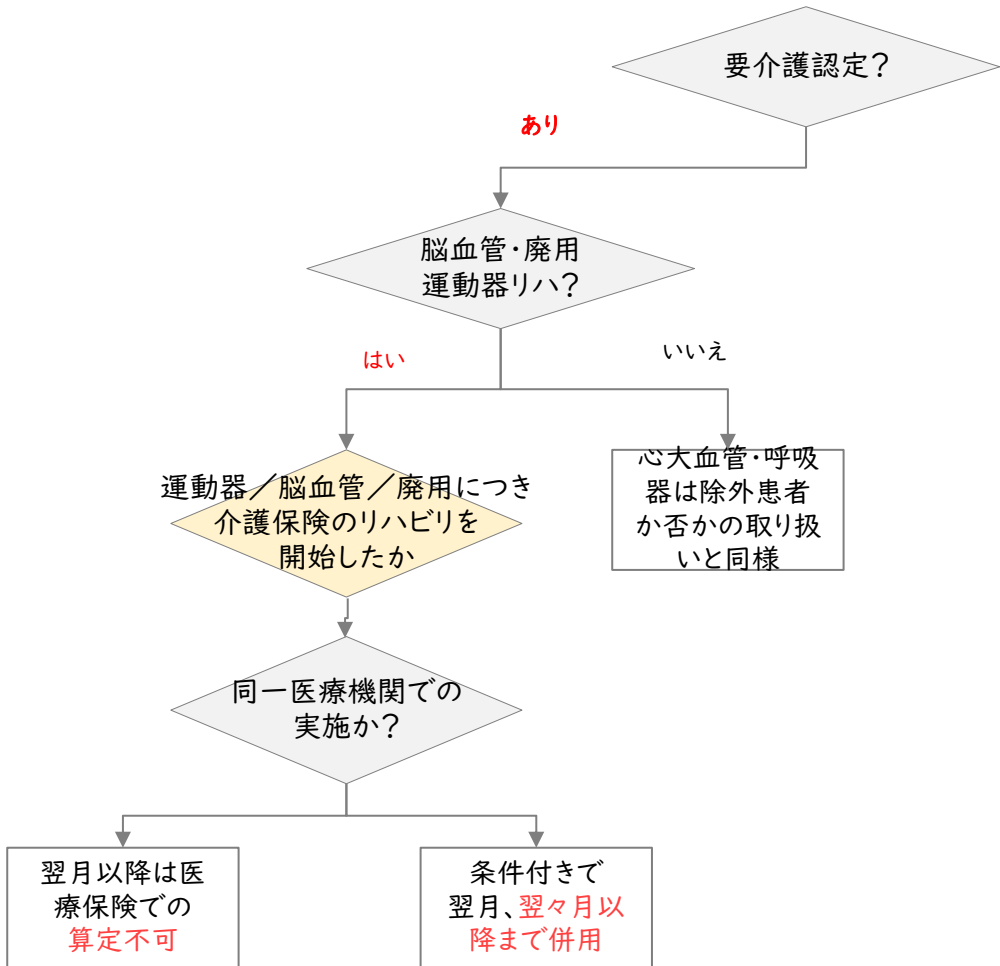
2. 例外的な場合

手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合は算定可能。**(新たな疾患治療の起算日が設定された場合)**

3. 施設が異なる場合の特例

医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合、一定期間（介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで）は併用が可能。

- この場合、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することが必要。
- 併用期間中の医療保険における疾患別リハビリテーション料は1月7単位まで。
- また介護保険のリハビリ（通所リハ、訪問リハ）を利用した日以外での算定。



- Q. 医療保険？介護保険？どちらを使う？

両者とも介護保険が優先である。認定を受けていない場合や、別に厚生労働大臣が定める疾患（別表7）にある場合は医療保険を適用。
- Q. 疾患別リハビリテーションとは別？

訪問リハビリテーションは疾患別リハビリテーションの範疇には含まれない維持期のリハビリである。医療保険適用の場合であっても、疾患別リハビリテーションとは異なった体系にあるため、標準的算定日数には含まれない。

訪問看護からのリハビリは、正確には「リハビリスタッフによる訪問看護」であり「看護の一環」であるため、概念が異なる。
- Q. 医師の指示書は必要？

どちらも必要であるが、指示目的が異なる。
- Q. 訪問看護からのリハビリと、訪問リハビリテーションは併用できる？

制度上は併用可能。
- Q. 訪問リハビリと通所リハビリは併用できるか？

必要性が判断されれば併用は可能。（家屋内での訓練等が有効とされる場合等）ただし、通所リハビリで需要が吸収できるとされるのであれば、算定は不可。

	訪問看護からのリハビリ	訪問リハビリテーション
提供主体	訪問看護ステーションに所属する、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など	医療機関や介護老人保健施設、介護医療院等に所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など
指示書	利用者の主治医が訪問看護指示書を発行し、リハビリテーションの指示が必要	提供機関の医師がリハビリテーション指示書を発行
サービス内容	医療的ケアを含む総合的な支援。リハビリは看護の一環として提供される。 看護師による定期的な医学的な管理が必要	専門的なリハビリテーションを中心に提供。
訪問回数の制限	介護保険適用時は週6回まで。医療保険適用時は週3回まで。	介護保険適用時は週6回まで。医療保険適用時は週3回まで。
費用	介護保険適用時は1回20分につき294単位。 3単位実施時は90/100	介護保険適用時は1回20分につき308単位。 +リハマネ加算、短期集中リハ加算

Q. どちらの方がリハビリの密度が高いのか？
時間での比較は特に出来ない。通所リハビリは2015年以前は20分以上の個別リハが求められたが現在は包括化。通所介護の機能訓練も同様。
一方、リハビリ専門職が確実に実施するのは通所リハビリ。

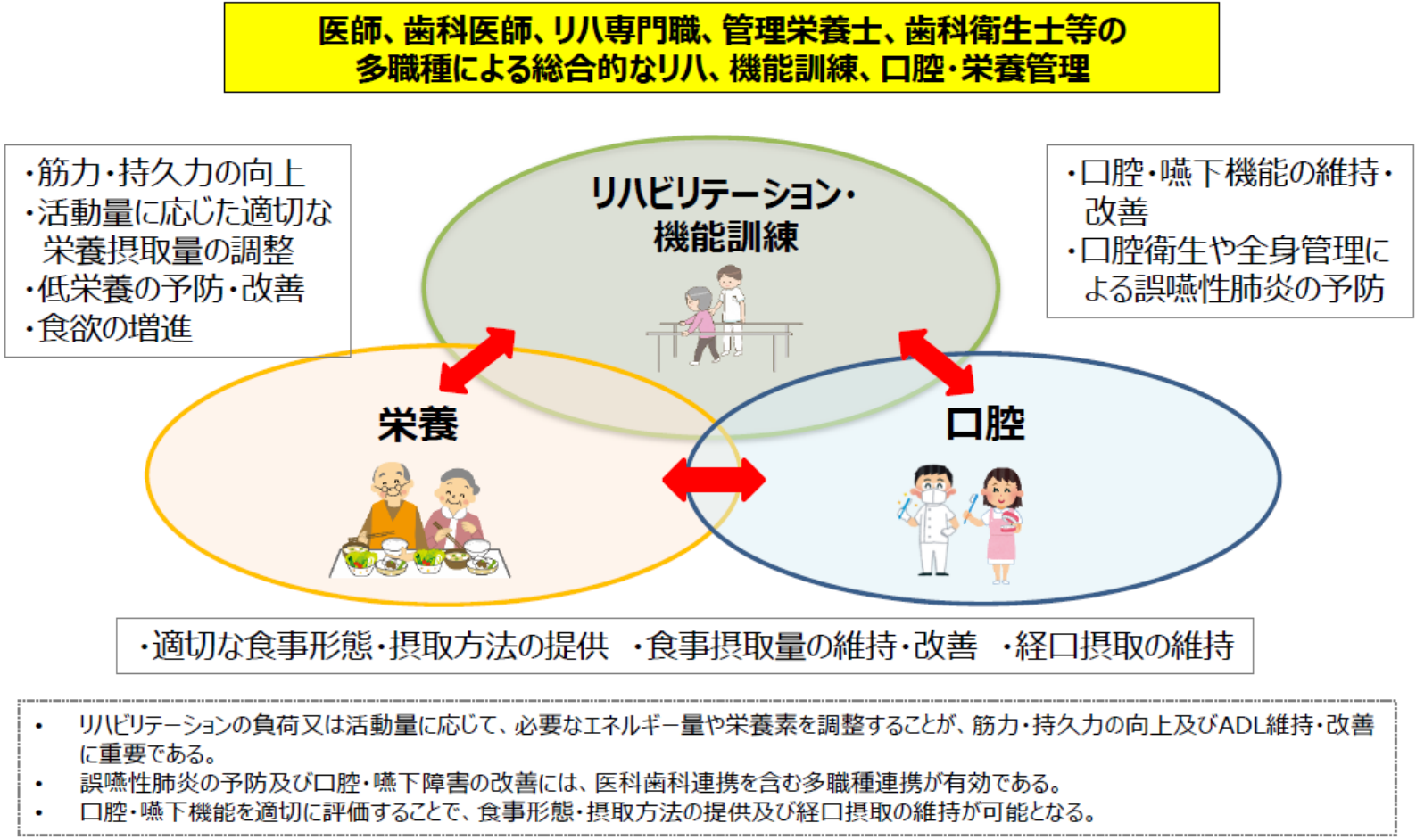
Q. 通所リハビリと通所介護の併用はできるか？
可能ではあるが、一般的に同一日の利用は避けられる事が多い。

項目	通所介護(デイサービス)の機能訓練	通所リハビリテーション(デイケア)
設置主体	法人であること	医療機関が原則(老健等を提供する社会福祉法人は可能)
目的	利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持・向上を目指す。	利用者の心身の機能の維持・回復を図り、自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
提供内容	日常生活上の世話や機能訓練を通じて、社会的孤立感の解消や心身の機能維持、家族の負担軽減を図る。	理学療法、作業療法などのリハビリテーションを行い心身の機能維持・回復を図る。
実施者の資格	機能訓練指導員として、看護職員、理学療法士、作業療法士、柔道整復師などが担当。	主に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハビリ専門職が担当。
提供単位	3時間～	1時間～
提供時間	目安はないが概ね15～20分程度	個別で20分が目安
医師の関与	医師の指示は必須ではない。	医師の指示のもとでリハビリテーションを実施。
対象者	要介護者全般。	主治医がリハビリテーションの必要性を認めた要介護者。
計画書の名称	個別機能訓練計画書	リハビリテーション計画書
作成者	機能訓練指導員(看護職員、理学療法士、作業療法士、柔道整復師など)	医師の指示のもと、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など
内容	利用者の生活機能の維持・向上を目的とした訓練内容や目標を設定	利用者の心身機能の維持・回復を目的とした具体的なリハビリ内容や目標を設定
評価方法	提供した訓練の効果を評価し、担当ケアマネジャーに報告・相談	リハビリ会議を開催し、利用者の状態や進捗状況を多職種で共有・検討

I N D E X

1. リハビリテーションの段階と役割
2. 医療保険の適用ルールと切替基準
3. 介護保険の各サービスにおけるリハビリ／機能訓練
4. その他近年の動向

- リハビリ(機能訓練)・栄養・口腔ケアの3種が一体的に連携することで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される、と示されており、2021年度改定から積極的にこれらが推進されてきた。
- 併せてこれらの情報をLIFEにデータで提出することが上位基準の要件とされてきた。2024年改定においても同様の方針である。



➤介護保険サービスにおいては、自立支援を目標として「質の評価」の観点での評価が進みつつある。

➤その一環が加算での評価であるが、近年の改定はその指標として、「LIFE」関連項目がクローズアップされてきている。

介護サービスの質の評価の視点

○ サービスの質を踏まえた介護報酬については、以下のような3つの視点に分類でき、それぞれの特性に応じた介護報酬が導入されている。【参考3・4】

①ストラクチャー（構造）

・人的配置等（人の加配等）

②プロセス（過程）

・事業者と利用者間の相互作用等（要介護度別の基本報酬、訓練等の実施）

③アウトカム（結果）

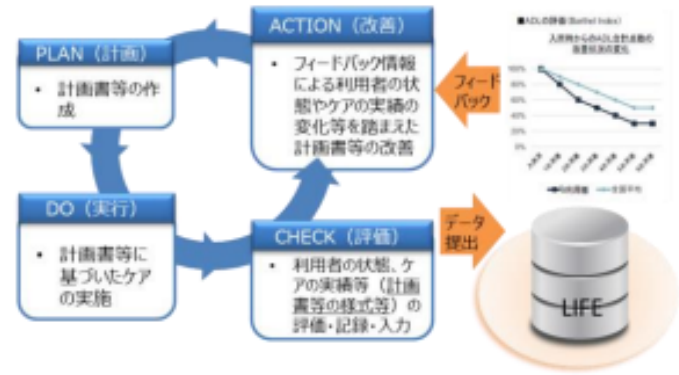
・サービスによりもたらされた利用者の状態変化等（在宅復帰等）

介護報酬でのサービスの質の評価の導入経緯

	評価の特徴・考え方	主な介護報酬の例
ストラクチャー評価及びプロセス評価	- 介護保険制度創設時から導入されている。 - 成果にとらわれず、かけた手間や体制等を客観的に評価できる。 - 事業者は手間をかけること自体が評価されるため、サービス提供方法を効率的にするインセンティブや、利用者の状態改善等の効果をあげようとするインセンティブが働きにくい。	＜サービス共通＞要介護度別の基本報酬 ＜訪問看護＞特別管理加算 ＜特養＞看護体制加算 等
アウトカム評価	- 平成18年度に介護予防サービスにおいて初めて導入され、<u>アウトカム評価が可能なものについては、加算の見直し・拡充等により、順次導入が進められている。</u> <u>より効果的・効率的な介護サービスの提供に向けた取組を促すには、利用者の状態改善等のアウトカム（結果）の観点からの評価を活用することが適していると考えられる。</u> - 事業者がアウトカムの改善が見込まれる高齢者を選別する等、いわゆるクリームスキミングが起こる可能性がある。	＜介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション＞ 事業所評価加算（要介護度の維持・改善を評価） ＜老健＞ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（在宅復帰を評価） ＜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（リハビリテーションによる社会参加を評価）

LIFEにより収集・蓄積したデータの活用

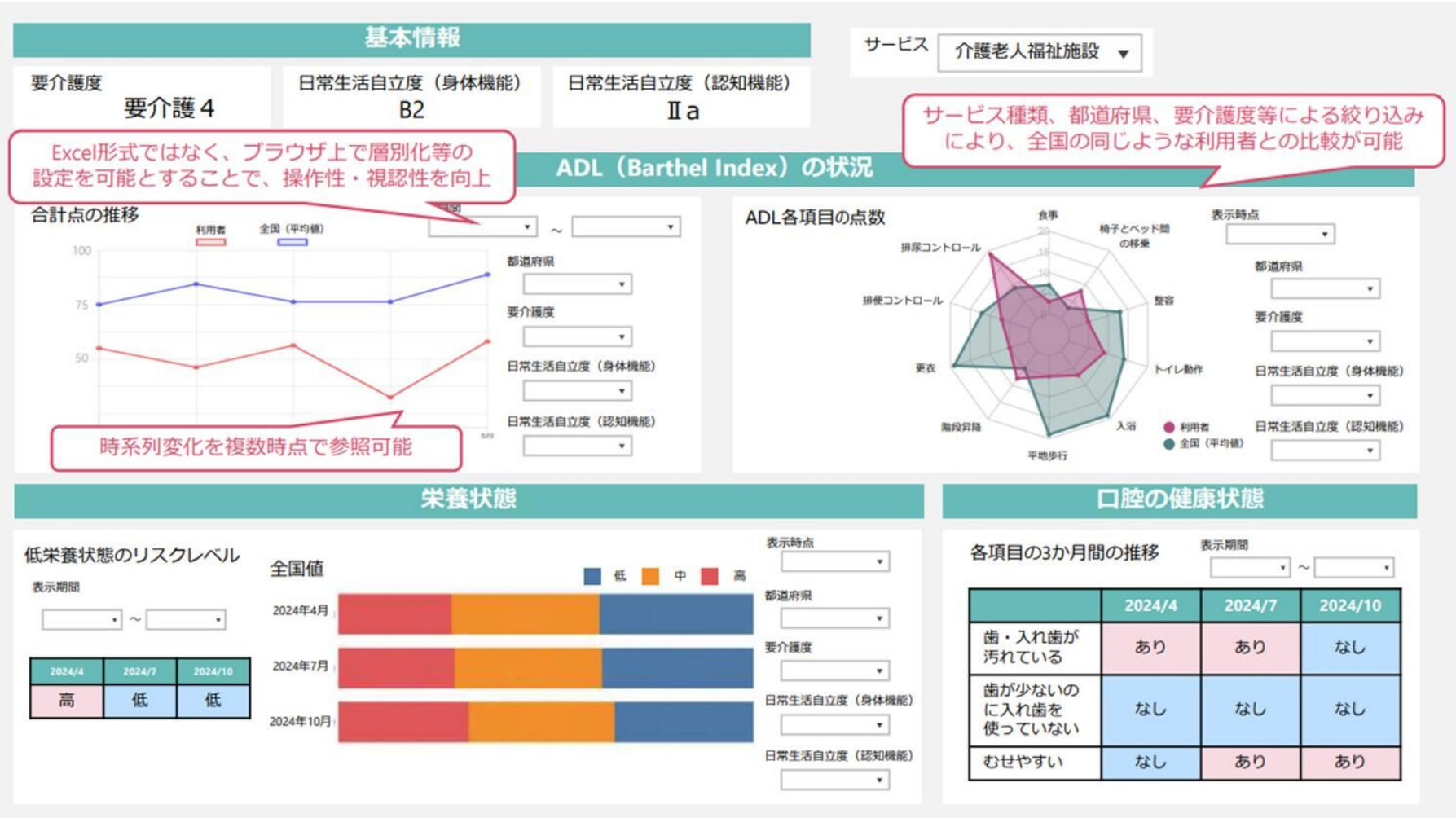
- LIFEにより収集・蓄積したデータは、フィードバック情報としての活用に加えて、施策の効果や課題等の把握、見直しのための分析にも活用される。
- LIFEにデータが蓄積し、分析が進むことにより、エビデンスに基づいた質の高い介護の実施につながる。



(参考) LIFEへのデータの提出を要件としている加算 (以下、「LIFE関連加算」という) と収集している情報、対象となるサービス

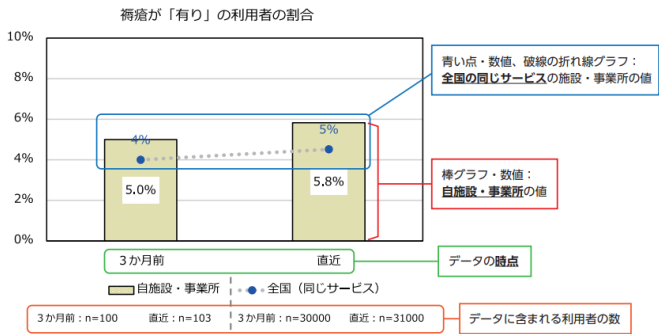
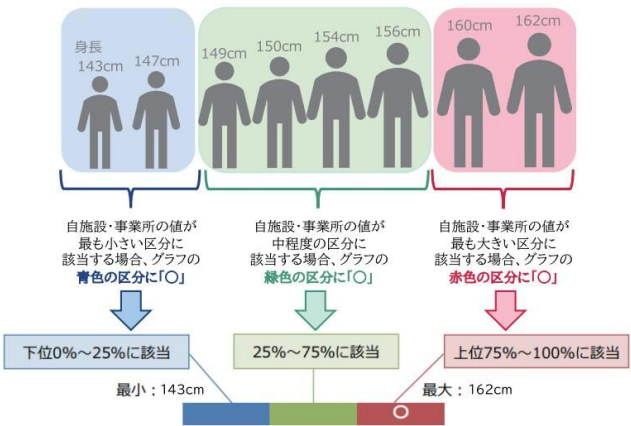
加算の種類	科学的介護推進加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	ADL維持等加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	リハビリテーションマネジメント加算 (A)口(B)口	理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算	褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	褥瘡対策指導管理 (Ⅱ)	排泄つ支援加算 (Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	自立支援促進加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅱ)(Ⅲ)	薬剤管理指導	栄養マネジメント強化加算	栄養アセスメント加算	口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	口腔機能向上加算 (Ⅱ)
収集している情報	ADL 栄養の状況 認知症の状況 既往歴 処方薬 等	機能訓練の目標 プログラムの内容 等	ADL	ADL、IADL、心身の機能、 リハビリテーションの目標 等			褥瘡の危険因子 褥瘡の状態 等		排泄・排便の状況 おむつ使用の状況 等	ADL 支援実績 等	薬剤変更情報 等		身長、体重、低栄養リスク、 食事摂取量、必要栄養量 等		口腔の状態 ケアの目標 ケアの記録 等	
介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○	
地域密着型介護老人福祉施設	○	○	○				○		○	○			○		○	
介護老人保健施設	○			○			○		○	○	○		○		○	
介護医療院	○					○		○	○	○		○	○		○	
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					○											○

➤利用者フィードバック表を活用し、どのようにADLを評価し、改善のためのPDCAにつなげるか？を検討していくシーンが増えてくるのでは？



各利用者に対して実施した取組と、LIFEデータの時系列変化や全国の同じような利用者との比較を組み合わせることで、取組の効果や利用者の特徴の把握へ活用

- 事業所毎の現在の立ち位置と「成果」が可視化されるようになる。
- 現時点では、「事業所」が自己確認する形ではあるが将来的には「成果」が上がっている事業所と、そうでない事業所も可視化されることとなり、事業者選択の1要素となって来る？
- LIFEのフィードバック表の見方や、利用者毎の状況については居宅介護支援事業所としても確認できるようになっていく必要がある？



日常生活自立度

評価日	6か月前：2021/10/5	直近：2022/4/5	変化
日常生活自立度（身体機能）	J1	J2	↓
日常生活自立度（認知機能）	II a	自立	↑

ADL

評価日	6か月前：2021/10/5	直近：2022/4/5	変化
食事	一部介助(5)	自立(10)	↑
椅子とベッド間の移乗	座れるが移れない(5)	座れるが移れない(5)	→
整容	一部介助(0)	自立(5)	↑
トイレ動作	一部介助(5)	一部介助(5)	→
入浴	自立(5)	自立(5)	→
平地歩行	歩行器等(10)	車椅子操作が可能(5)	↓
階段昇降	一部介助(5)	一部介助(5)	→
更衣	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排便コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
排尿コントロール	一部介助(5)	一部介助(5)	→
ADL合計点（Barthel Index）	50	55	↑

- 自立支援介護には、4つの基本的ケアが有効とされる。実際にこれらを効果的に運用している事業所では、以下のような改善効果が見られたとの報告あり。
- 介護老人福祉施設であっても「在宅復帰」を目指す施設もあり、徐々に概念が変わる？

老化に伴い...

- ・ 脱水
- ・ 低栄養
- ・ 排便困難
- ・ 寝たきり、運動不足

➡

【4つの基本ケア】

- ・ 1,500mlの水分摂取
- ・ 1,500Kcalの栄養摂取
- ・ 生理的、規則的な排便
- ・ 歩行を中心とした運動量の確保



健康な体を作ること

水分・食事・排便・運動（4つの基本ケア）

新規入所者の介護度の変化（H29.4～H31.3）

《改善者の内訳》		入所後初回の認定更新した介護度				
入所時		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
要介護1	0人	0人	0	0	0	0
要介護2	0	0	0	0	0	0
要介護3	6	0	1	5	0	0
要介護4	8	0	2	2	4	0
要介護5	5	1	2	0	2	0
平均	3.95	(変化後)		2.95		
合計	19人					

要介護5
100%改善

	利用者数	割合
悪化	0人	0%
維持	9人	47.4%
改善	10人	52.6%

H29.4～H31.3に新規入所し、入所後に介護保険認定更新された利用者19名が対象

メディカルフィットネス施設

健康増進施設

厚生労働大臣認定
運営母体を問わない

健康増進のための有酸素運動を安全かつ適切に行える、トレーニングジム・運動フロア・プールの全部または一部の設備を持つ施設

指定運動療法施設

厚生労働大臣認定
運営母体を問わない

医師が出した運動療法処方箋を基に運動プログラムを作成し、運動療法を実施した場合、一定の条件のもと施設利用料が医療費控除となる施設

医療法42条施設（疾病予防運動施設）

医療法人が運営母体
定款の変更が必須

医療機関の附帯業務として、診療所が附置され、職員・設備・運営方法が厚生労働大臣の定める基準に適合する、疾病予防のための有酸素運動を行わせる施設

その他のメディカルフィットネス認定等を受けていない
運営母体を問わない

医学的要素を含んだフィットネスクラブ

60日間改善リハビリα



＜脳梗塞リハビリセンターメインメニュー＞

施設と自宅でのリハビリを組み合わせ効果を最大化するリハビリプランです。脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳腫瘍、脳挫傷、脊髄や頸椎の損傷、神経難病など、あらゆる後遺症などでお悩みの方に。オーダーメイドリハビリで最短で最善の改善を。

リハビリ計画に合わせて選べるメニュー		
60日間改善リハビリα		
60日間の間に週2回のペースを目安に全14回（1回120分）＋アフターカウンセリング3回		
身体コース	1回120分	330,000円（税込）
失語コース	1回60分	180,000円（税込）
身体＋失語コース	1回180分	500,000円（税込）

[詳しくはこちら](#)



Medical fitness
Re-Birth
リ・バース

見学
随時受付中
体験

Re-Birth 8周年記念キャンペーン!

9・10月にご入会の方
入会金・月会費
1ヵ月分無料!!

さらに!
8周年記念ノベルティタオルもプレゼント!

Medical fitness Re-Birth メディカルフィットネス リ・バース

2022年4月、富岡町に誕生した複合施設「トータルサポートセンターとみおか」内にある「Medical fitness Re-Birth（メディカルフィットネス リ・バース）」は、医学的・科学的根拠を基に、経験豊富な理学療法士やスポーツ系トレーナー、栄養管理のプロフェッショナルである管理栄養士がスタッフとして常駐しております。

地域の皆様の健康増進を目的に、学び・相談ができる画期的なフィットネスジムです。

Re-Birth（リ・バース）はご高齢の方やお身体が不自由な方でも、一人ひとりに合わせたサービスを提供します。



人工芝を敷いたトレーニングスペース

メインエリアとなるトレーニングスペースに敷かれた人工芝は踏み心地もよく足腰への負担軽減や体幹にも高い効果を発揮します。また、明るく開放的なフロアは動きやすく、ゆっくりじっくりと運動が楽しめます。



身体のメンテナンス・ストレッチ

日々の生活で溜まったストレスなどで固まった身体をほぐし、深いリラクゼーションが味わえます。ストレッチをすることで筋肉を柔らかくし、体内の疲労物質を除去、血行促進にも繋がります。ストレッチのみの申込みも受け付けております。



管理栄養士による栄養相談

Re-Birthでは、管理栄養士の資格を持ったトレーナーが身体づくり・健康づくりに欠かせない食事や栄養バランスについての相談を行っています。気になる時に気軽に有資格者に相談できます。

PLAN -料金表-	入会金	月会費	施設利用・ グループセッション	Body check・ アプリ (※費用・健康増進効果あり)	パーソナルトレーニング(1時間) パーソナルストレッチ・メンテナンス (1時間)	Re-Birth cafe 利用
会員A (※週2回以上)	4,000円	4,500円	○	○	3,300円/回	会員特別割引
会員B (※週1回以上)	5,000円	5,500円	○	○		
ビジター (※要予約)	2,500円	880円/回	○	-	5,500円/回	-



Medical fitness Re-Birth
メディカルフィットネス リ・バース富岡店

〒979-1151 福島県双葉郡富岡町大字本岡字王塚36（トータルサポートセンターとみおか内） 営業時間 / 9:00～20:00 定休日:毎週木曜日
(土・日・祝日12:00～19:00)

TEL:0240-25-8915

- 高齢者のリハビリテーションについては、2019年以降、医療保険・介護保険のルールが大きく変更
- これに伴い、標準的算定日数超のケースについては、基本的には介護保険のリハビリに移行
- 一方、医療機関は介護保険のリハビリを実施しないケースもあり。
- 通所介護や訪問看護によるリハビリによる需要が吸収されている現状
- 今後はLIFE関連加算の導入により、自立支援につながる介護への期待が高まり、同時にリハビリを含む機能訓練の需要は更に高まるものと想定
- 居宅介護支援事業所としても「LIFE」による成果を意識しながら事業所選択やプラン策定を実施していく必要性が増す
- また保険サービスの活用では解消できない（あるいは対象外となってしまう）領域については、新たな自費サービスなども台頭しており、混合介護の可能性についても柔軟に検討できるよう、情報収取のアンテナを高く張っていく必要がある。

ご清聴ありがとうございました

ご質問・ご感想などありましたら
お気軽にお声がけください

オンライン無料相談会も実施しています(30分)

[問い合わせ先]
東京都品川区東品川2-2-20天王洲郵船オーシャンスクエア22階
株式会社日本経営 東京支社
大日方 光明(おびなたみつあき)
080-4361-7802 mitsuaki.obinata@nkgr.co.jp

Official LINE WOKS ID [m-obinata@works-737001](https://line.me/tv/m-obinata@works-737001)
※通常のLINEからのご登録頂けます。



業務の大分類	個別の支援内容				全体を包括するプログラム	
1. 事業運営 事業計画	新規開設・新規事業展開支援 サービス形態が多様化する中で、外部環境の調査や収益性、事業成長のシミュレーションを通じて、事業の新規開設をご支援いたします。	業務改善支援 現状の業務と人員体制を見直し、ICTの導入や業務のスリム化による業務改善を支援します。	M&A・事業承継 地域に欠かせないサービスを永続する上で重要な選択肢の一つがM&A・事業承継です。関連法規に配慮し、特殊なプロセスにも対応します。	事業計画策定 経営の5つの執行管理機能（事業・組織・財務・人材・地域）の視点を網羅し、具現性のある事業計画の策定に向けてサポートいたします。	次世代介護経営者・経営幹部養成塾 専門分野に加えて施設経営全体を見渡せるスキルを身につけ、立場も悩みも近い参加者同士とのネットワークを作ることができます。	経営診断 事業運営、地域マネジメント、組織・人材、財務面の各視点から法人の現状を確認すると共に、外的環境の変化への適応状況等を踏まえ、取り組むべき課題・検討すべき論点を明らかにします。
	在宅復帰支援体制構築支援 老健等の施設系サービスにおいて、リハビリマネジメントの促進やツール整備、模擬カンファレンス等を通じて、在宅復帰支援体制を整えます。	コスト適正化支援 収益向上に並行して、費用（通信費、水道光熱費、保守費、委託費等）の適正化・圧縮化による、経営安定化に向けた取り組みが重要です。	介護サービスレベル向上 施設系サービスにおいて、統一的で根拠のあるケアを目指し、本質的介護マニュアルやクオリティマネジメントの手法をもってご支援します。	実地指導対策 現状の調査と、現状調査に基づいた現在の各部門ごとの課題を抽出した上で、正しい運営に向け、関連法規との適法性・妥当性を検証します。		
2. 地域マネジメント	市場調査・地域資源分析 さまざまな目的に合わせた外部環境の把握（市場調査・地域資源の把握等）を行い、地域の特性やベンチマークとの比較を得意としています。	営業力強化支援 地域資源の把握やアプローチ方法の検討、営業ツールの作成、特徴の顕在化などを中心に、施設の「営業力」強化をご支援します。	法人内の連携強化支援 入退所のコントロールや営業力の強化、グループ内外事業所との連携、計画的な実績管理等を通じて稼働率の向上を支援します。	行政公的機関の調査研究受託 介護保険計画の策定や調査・分析業務など、自治体のさまざまな課題や展望に合わせて専門的な見地からサポートいたします。	はじめての施設長育成塾 施設長を含む管理者・リーダークラスの育成を目指し、不可欠な知識とノウハウを体系的に学べる教育機関としての機能を果たします。	
3. 組織・人材	人事制度運用支援 職員定着支援 職員への説明支援や評価者の育成、面談者の育成など、人事制度を効果的に活用するための取り組みを通じて、職員の定着に向けた支援を行います。	キャリアパス・処遇改善加算に係るご支援 処遇改善加算の取得ほか、配分の公平性や賃金バランスの調整が難しい特定処遇改善加算の取得、最適な配分方法などを含めたキャリアパス構築の支援を行います。	働き方改革対応・労務顧問等 働き方改革への対応をはじめ、労務環境は日々変化しています。介護・福祉サービスの特性を踏まえ、対策、助言、研修等をご支援します。	人事評価のクラウドパッケージシステム クラウド上で人事評価できる「人事評価Navigator」や中小法人様向けに人事評価制度をパッケージ化した“SS評価”等でご支援します。		
	人材採用支援 採用ホームページ制作サービス“Wevery!”ほか、外国人技能実習生及び高度人材採用支援、採用プロセスの見直しなど、多角的な視点から採用・定着をご支援します。	階層別・職種別研修 介護・福祉サービスの核は“人材”です。研修プログラム“N College”では、マネジメントから社会人基礎力まで、各階層の研修を網羅しています。	組織活性化プログラム “ES Navigator II”では組織活性度（意欲・満足）を、“NaviLight”ではチームパフォーマンス向上のポイントをそれぞれ診断することが可能です。			
4. 財務	会計顧問・決算業務 試算表の作成から予算実績管理、決算処理まで、財務に関わる総合的なお悩みの解決に向けて専門家がサポートいたします。	相続対策 将来の相続税に備え、財産債務の評価額の算定、試算等を行うことがポイントです。必要書類をもとにしたシミュレーションも行います。	財務・機能性分析 本質的な問題を特定し、効率的な人員配置や稼働率維持の視点を踏まえて、法人の事業戦略の策定をサポートいたします。	内部統制構築支援 監査対応や本部機能の強化を中心に、不正・ミスの発生を未然に防止し、有効に組織運用する仕組みづくりを行います。		
	実績管理体制構築 現状を把握の上、経営数値を早期に確認できる仕組みづくり、PDCAサイクルが機能する予算実績会議の運営をフォローします。					

「現場業務の効率化支援」のコンサルティング・プロセス

STEP
01



現状分析（3ヶ月）

- キックオフ（進め方の打ち合わせ、職員協力依頼、スケジュール確認など）
- 業務量分析、シフト表分析を実施
- まとめ作業（資料作成、補足のためのヒアリングの実施など）
- 分析結果報告

STEP
02



改善策の検討（2ヶ月）

- 改善策の検討・整理（実行体制、スケジュール、目標設定など提案）
- 施策の具体化（取り組み内容の確定）
- 実現に向けた準備（チーム組成、担当者決定、職員説明会、スケジュールと目標設定など）

STEP
03



実行支援（6ヶ月）

- 共通項目：職員の意識改革、5S運動の推進。
 - テーマ個別：改善策に基づき業務改善を実施。
- 毎月定例の成果報告会の実施

STEP
04



結果報告（1ヶ月）

- 1年間の取り組みの成果をまとめ報告。

「業務効率化コンサルティング」事例・お客様の声



人件費率75%から65%に減少 利益率がほぼ0から4%にまで回復

特別養護老人ホーム。ほぼ満床運営を続けていながら、利益を出すことができません。理由は明白で、人件費の高止まりが原因でした。現場からの反発を恐れて、テコ入れができなかったのです。

業務効率化を進める中で職員の動きが可視化され、負荷の高まる時間帯とその原因が明白になりました。

議論を繰り返して業務の分散・役割分担を進めた結果、現場の忙しさが緩和されました。

今では職員の自然減があっても補充せずに対応できるようになり、人件費の抑制・利益率の向上に繋がっています。



介護サービスの質が向上 クレームゼロ、高い満足度

介護付き有料老人ホーム。費用に見合った高品質な介護サービスを目指すも、利用者に活気がなく危機感を覚えていました。職員の配置が多い日でさえ、利用者の個別ケアに時間を使えない状況だったのです。

業務改善、特にシフト表を見直した結果、仕事の強弱がつけられるようになり、サービスの質改善に取り組む時間が生まれました。

ご家族にも好評で満足度は高く、クレームの出にくい現場になりました。



職員を大切に育て、 増員を最小限に抑える運営

通所介護事業所。コロナ禍を通じて大きなダメージを受けました。定員の空きを1日も早く埋めなければなりません。しかし現場からは「人手を増やさなければ、これ以上の受け入れはできない」と反発が。この状況下で、新しい採用は極めて困難です。

現状を打開するために、業務効率化支援を受けることに。5S運動の取り組みを続けた結果、現場のモチベーションが上がり、利用者の受け入れにも積極的に取り組めるようになりました。