

訪問リハビリテーション

1. 訪問リハビリテーションの概況
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
4. 現状と課題及び論点



1. 訪問リハビリテーションの概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その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に行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション

必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師 1 以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

訪問リハビリテーションの報酬

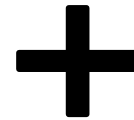
指定訪問リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1回あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：307単位

1週に6回を限度（退院（所）の日から起算して3月以内の利用者に対し医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は週12回まで算定可能）



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

特別地域訪問リハビリテーション加算：15/100

中山間地域における小規模事業所加算：10/100

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：5/100

短期集中リハビリテーション実施加算：200単位/日

リハビリテーションマネジメント加算

- ・(A)イ：180単位/月
- ・(A)ロ：213単位/月
- ・(B)イ：450単位/月
- ・(B)ロ：483単位/月

サービス提供体制強化加算

- ・(I)（6単位/回）
- ・(II)（3単位/回）

移行支援加算：17単位/日

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合（▲50単位/回）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合

- ・同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合（▲10%/回）
- ・利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービスを行う場合（▲15%/回）

介護予防訪問リハビリテーションの報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問リハビリテーションの
介護報酬のイメージ（1回あたり）

サービスの提供回数に応じた基本サービス費

1回（20分以上）：307単位
1週に6回を限度



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制
に対する加算・減算

事業所評価加算（120単位/月）

短期集中リハビリテーション実施加算（200単位/日）

3年以上勤務の理学療法士等を配置
（サービス提供体制強化加算）

- ・（Ⅰ）（6単位/回）
- ・（Ⅱ）（3単位/回）

中山間地域等でのサービス提供
（+5%・+10%・+15%）

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者に
サービスを行う場合

- ・ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者に
サービスを行う場合（▲10%/回）
- ・ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物等の利用者にサービス
を行う場合（▲15%/回）

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を
行わなかった場合（▲50単位/回）

利用開始月から12月を超えた期間に訪問リハビリテーションを
実施した場合（▲5単位/回）

訪問リハビリテーションの算定状況

	単位数 (令和3年4月以降)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)	件数 (単位:千件)	算定率 (件数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所数 ベース)
総数		369 211	100.00%	1 131.6	100.00%	-	-
病院又は診療所		299 200	81.04%	974.6	86.13%	-	-
介護老人保健施設	307単位/回	47 714	12.92%	155.4	13.73%	-	-
介護医療院		440	0.12%	1.4	0.12%	-	-
同一建物減算	△ 10/100単位/回	△ 880	-0.24%	2.9	0.26%	-	-
特別地域訪問リハビリテーション加算	+15/100単位/回	855	0.23%	2.2	0.19%	173	3.33%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100単位/回	16	0.00%	0.1	0.01%	30	0.58%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100単位/回	224	0.06%	1.5	0.13%	190	3.66%
短期集中リハビリテーション実施加算 *	+200単位/日	6 295	1.70%	31.5	2.78%	1767	34.03%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ	+180単位/月	1 395	0.38%	7.8	0.69%	684	13.17%
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ	+213単位/月	1 412	0.38%	6.6	0.58%	475	9.15%
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ	+450単位/月	4 198	1.14%	9.3	0.82%	642	12.37%
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ	+483単位/月	5 553	1.50%	11.5	1.02%	735	14.16%
リハビリテーション計画診療未実施減算	△ 50単位/回	△ 7 038	-1.91%	140.8	12.44%	-	-
移行支援加算 *	+17単位/日	3 923	1.06%	230.7	20.39%	1044	20.11%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+6単位/回	5 518	1.49%	919.6	81.27%	3643	70.17%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+3単位/回	380	0.10%	126.3	11.16%	642	12.37%

(注1) 「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千件)」には、短期利用居宅介護における請求分を含む。

(注2) 「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注3) 「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注4) 「請求事業所数」には、短期利用居宅介護における請求分を除く。

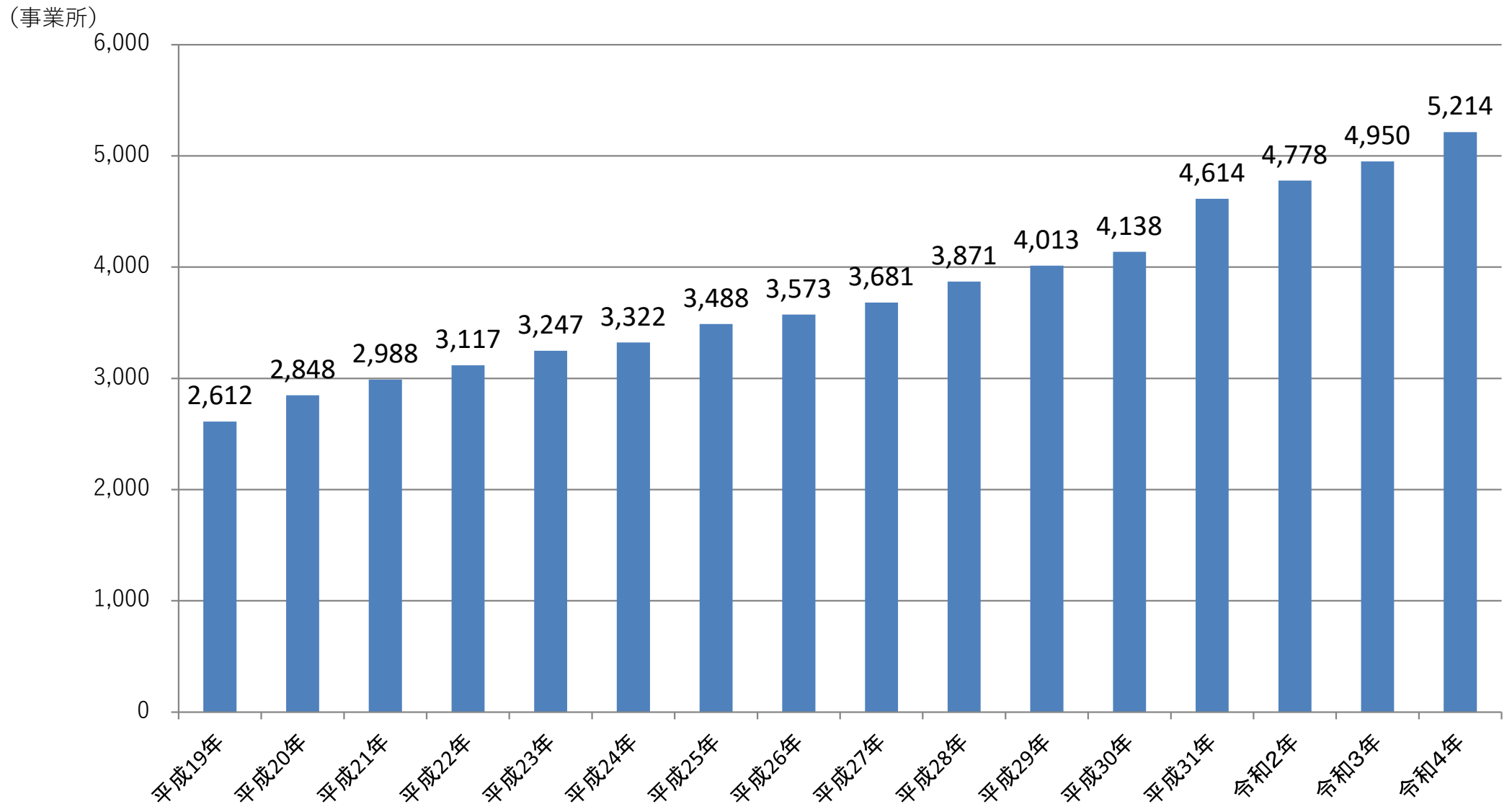
(注5) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注6) 介護予防サービスは含まない。

【出典】厚生労働省「介護給付費等実態統計」令和4年4月審査(令和4年3月提供分)及び介護保険総合データベース(令和4年3月サービス提供分)を元に老健局老人保健課で集計

訪問リハビリテーションの請求事業所数

- 請求事業所数は、毎年増加している。
- 令和3年から令和4年にかけて約250事業所の増加があった。



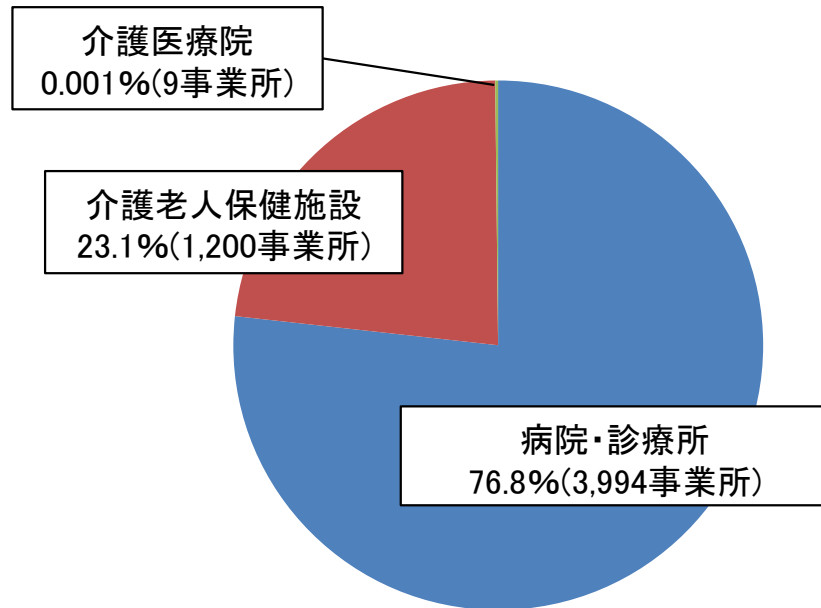
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
※介護予防サービスは含まない。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧：調査)」(各年4月審査分)

訪問リハビリテーション事業所について

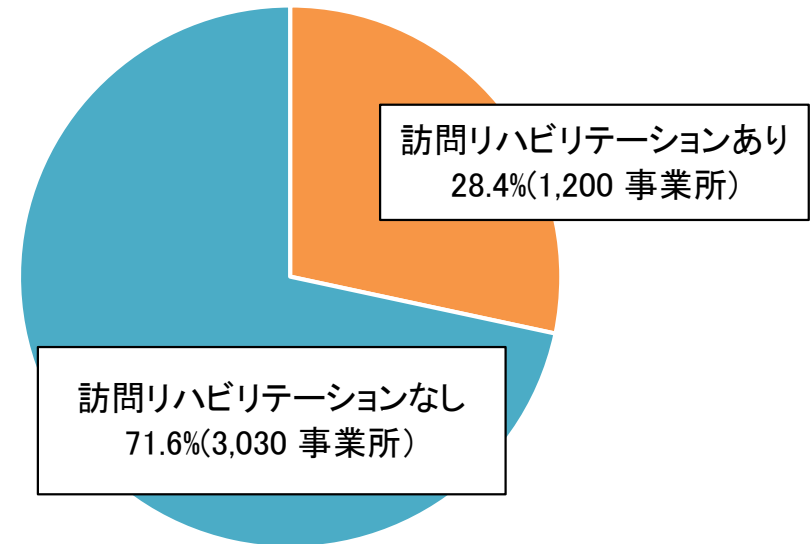
- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっている。
- 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。

【訪問リハビリテーション事業所の開設種別割合】

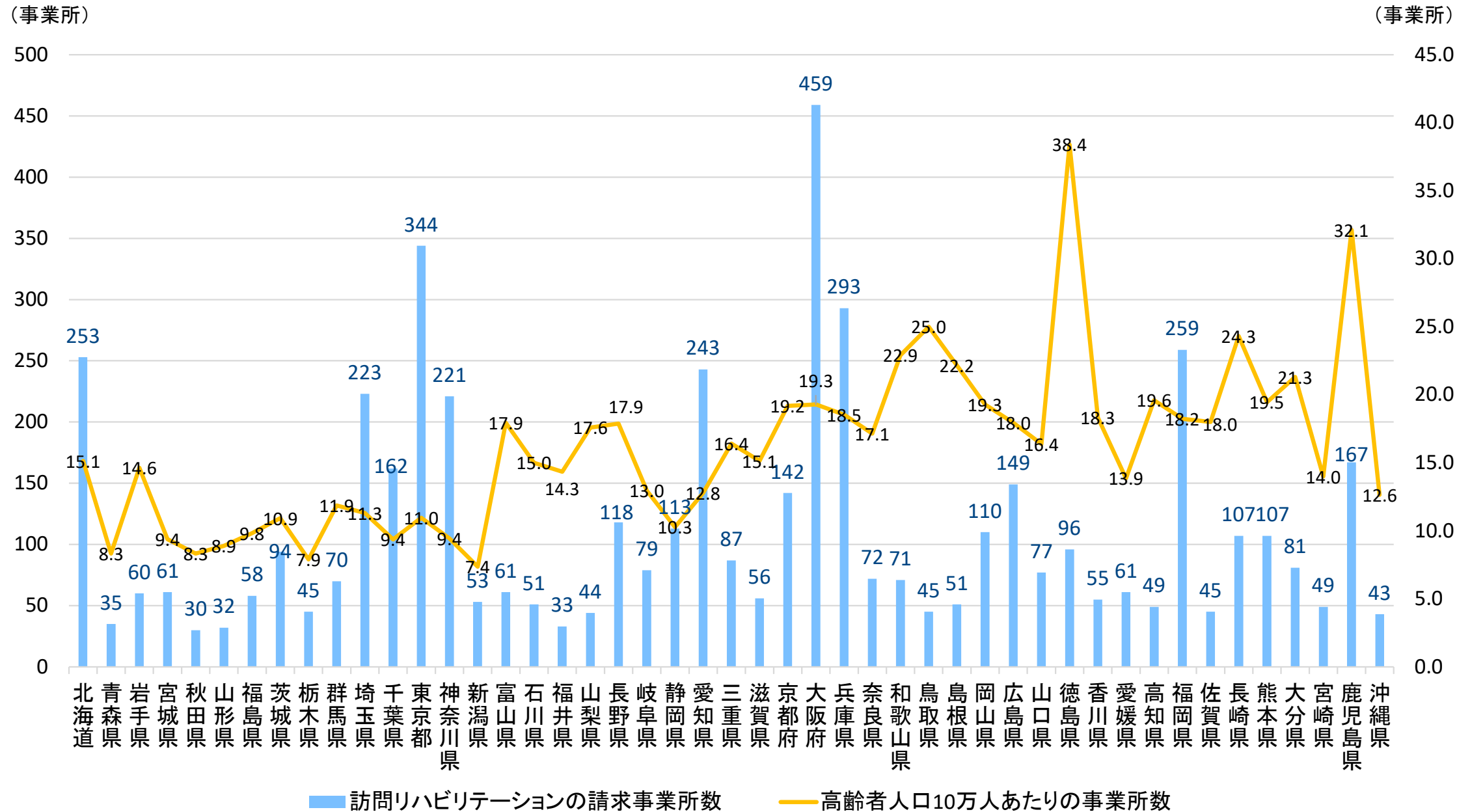


【介護老人保健施設での訪問リハビリテーションの実施】

※介護老人保健施設(全4,230事業所)のうち、
訪問リハビリテーション提供している/していない事業所の割合



訪問リハビリテーションの請求事業所数(都道府県別)

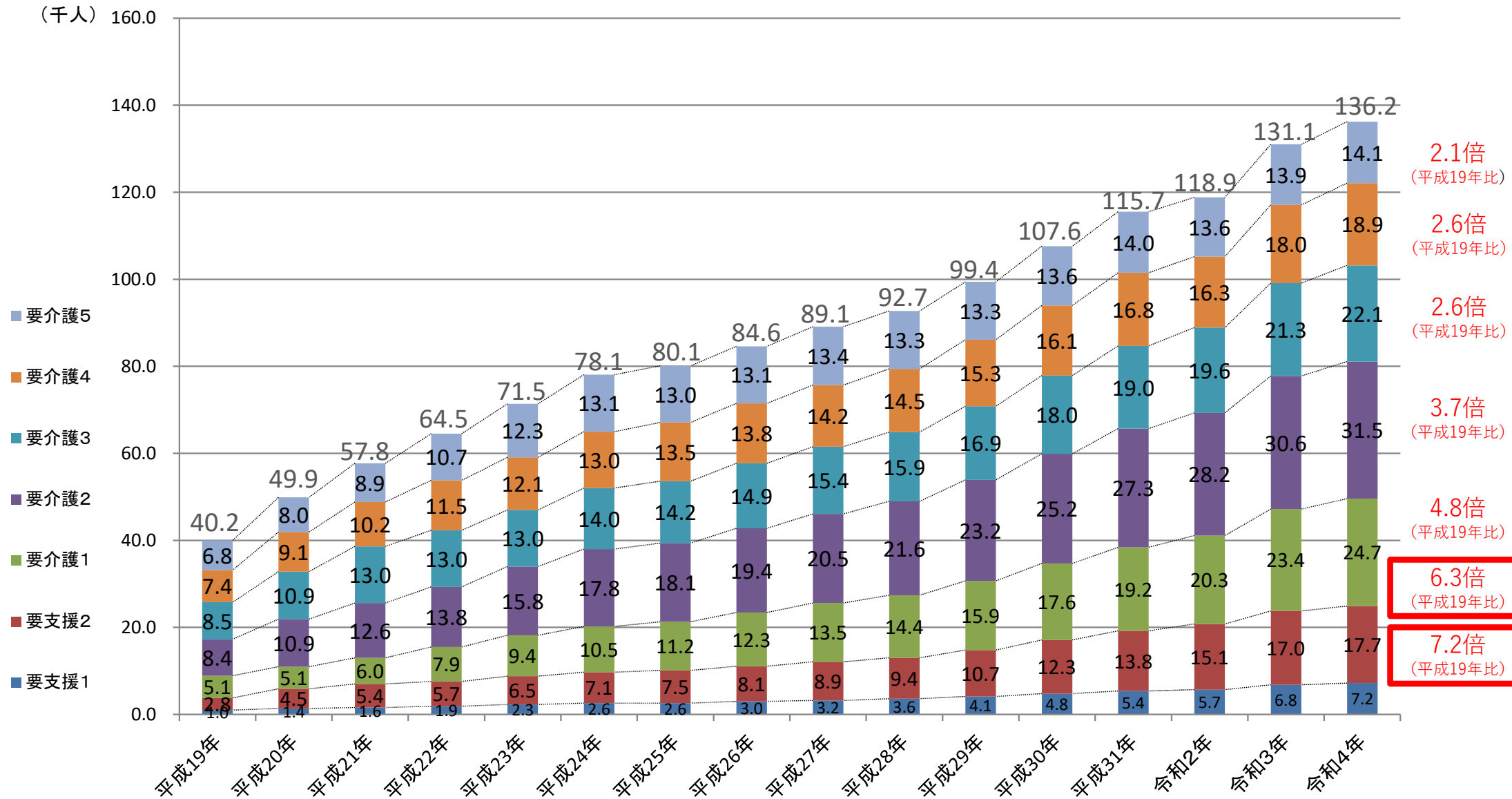


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

訪問リハビリテーションの受給者数

○ 令和4年の受給者数は約13.6万人であり、毎年増加している。

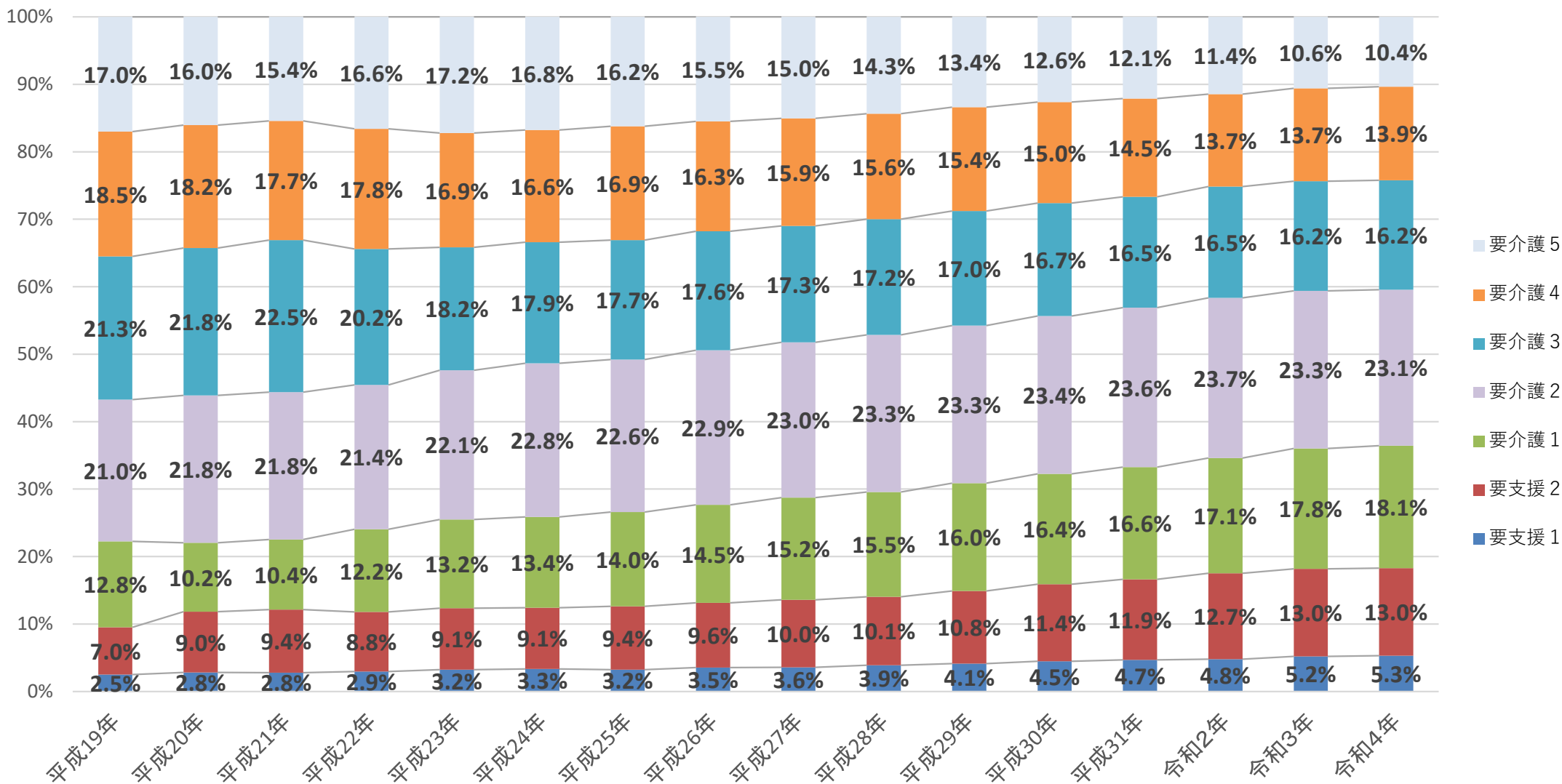


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

訪問リハビリテーションの要介護度別受給者割合

○ 要介護度別受給者割合では、特に要支援1・2、要介護1の受給者は増加傾向であり、要介護3～5の受給者は減少傾向である。



※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

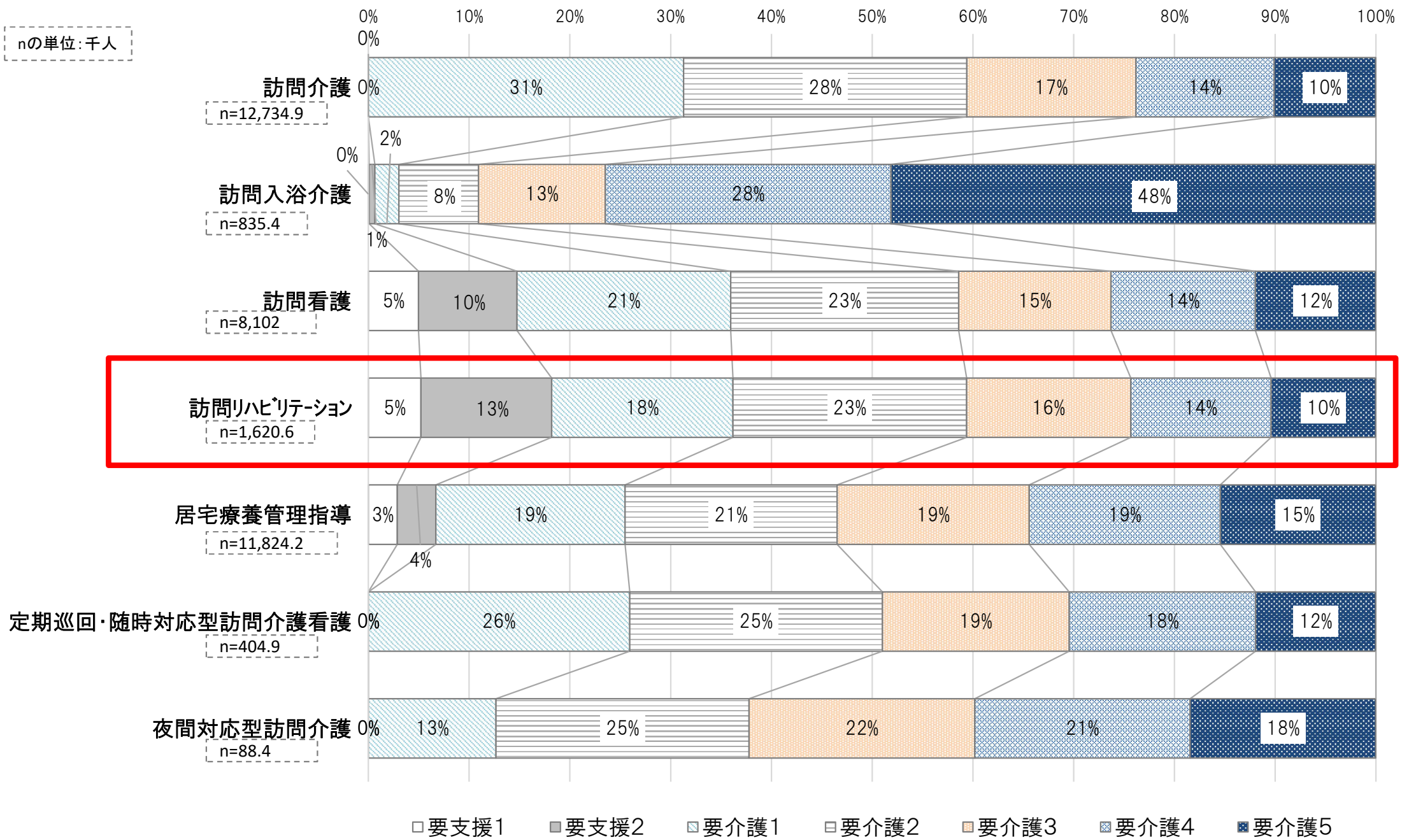
※経過的要介護は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

訪問系サービスの要介護度割合

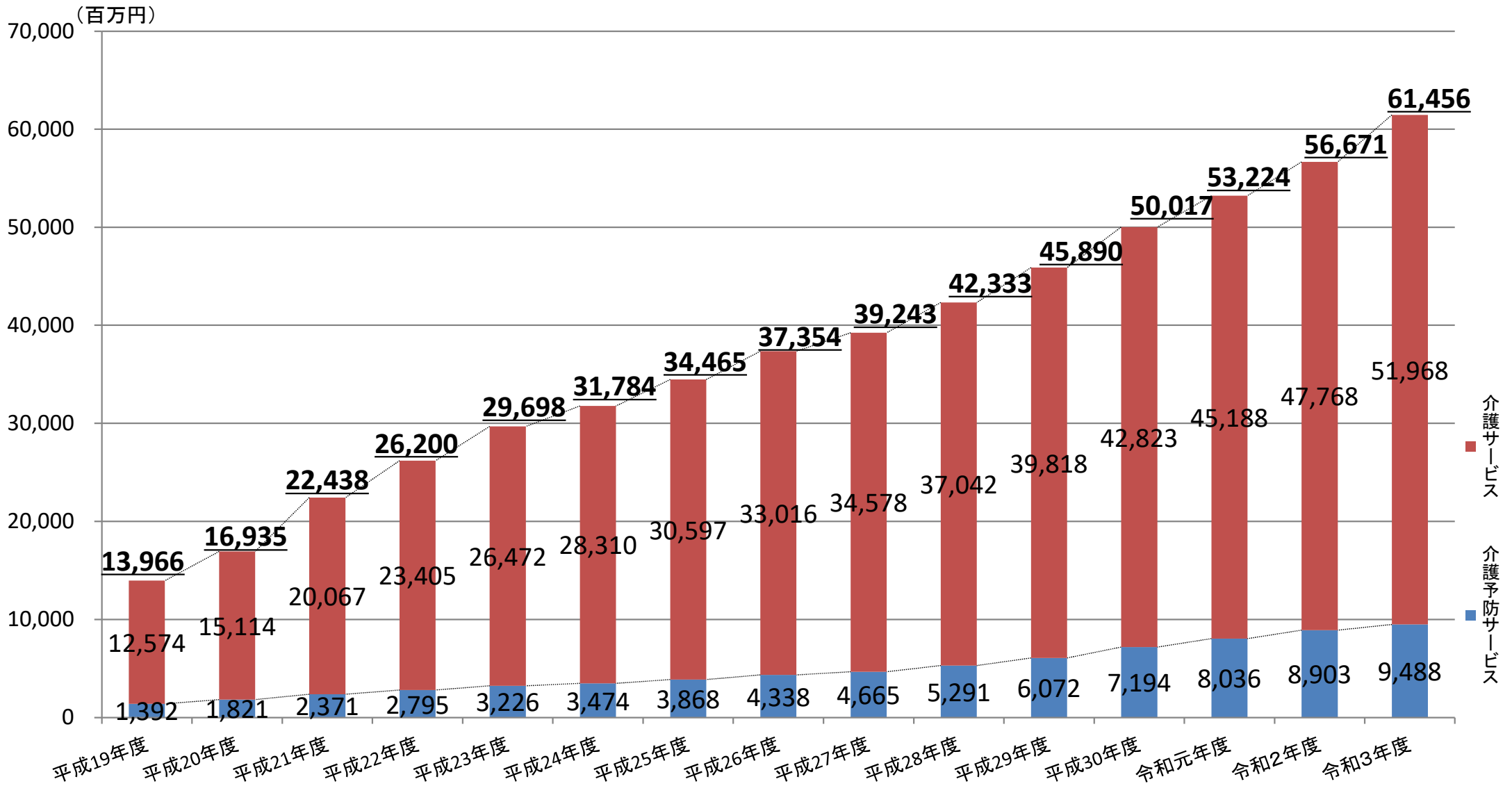
nの単位:千人



【出典】令和3年度介護給付費等実態統計報告(令和3年5月審査分～令和4年4月審査分)

訪問リハビリテーションの費用額

○ 訪問リハビリテーションの費用額は年々増加しており、令和3年度は約614億円となっている。



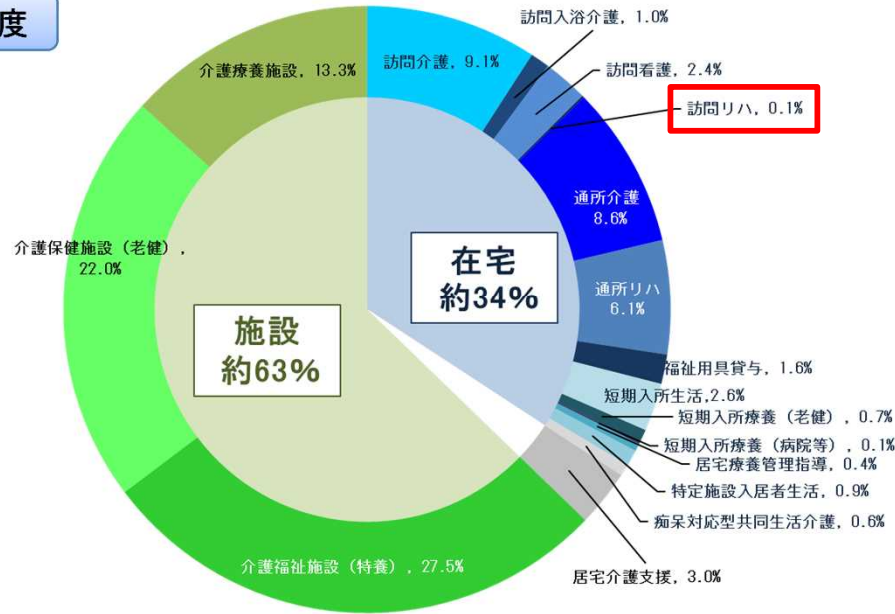
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

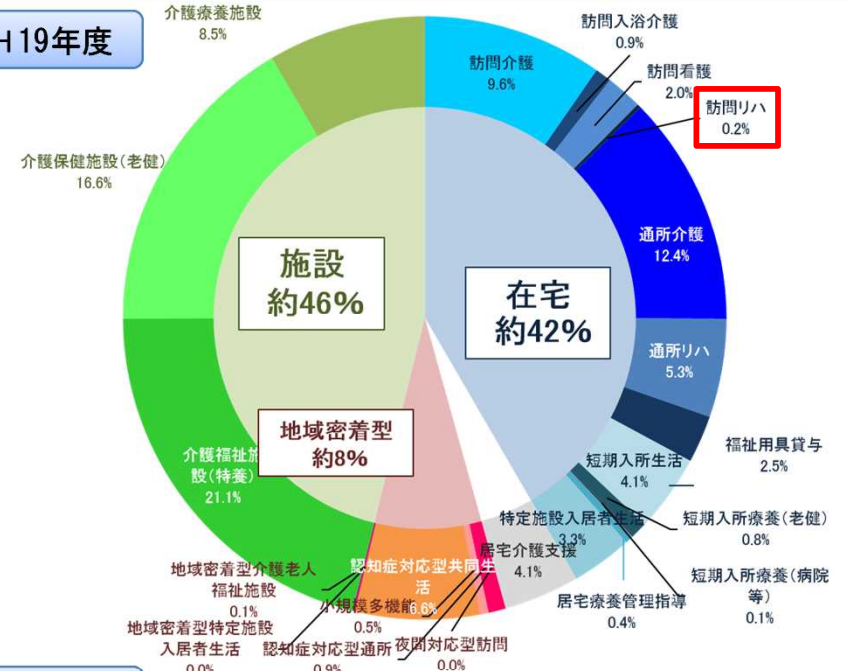
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年5月審査分～翌年4月審査分) 14

サービス種類別介護費用額割合の推移

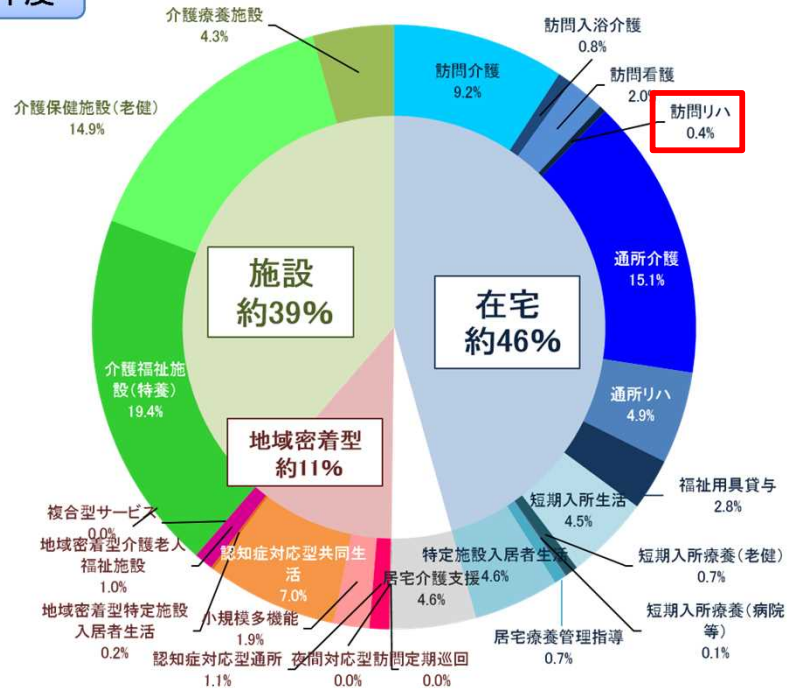
H13年度



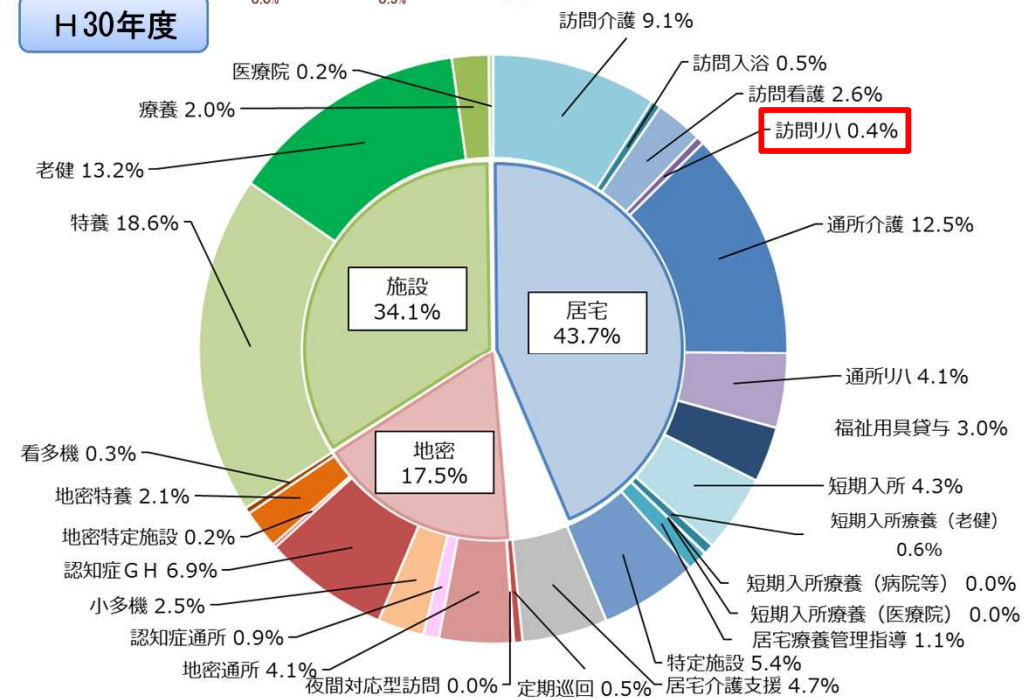
H19年度



H24年度



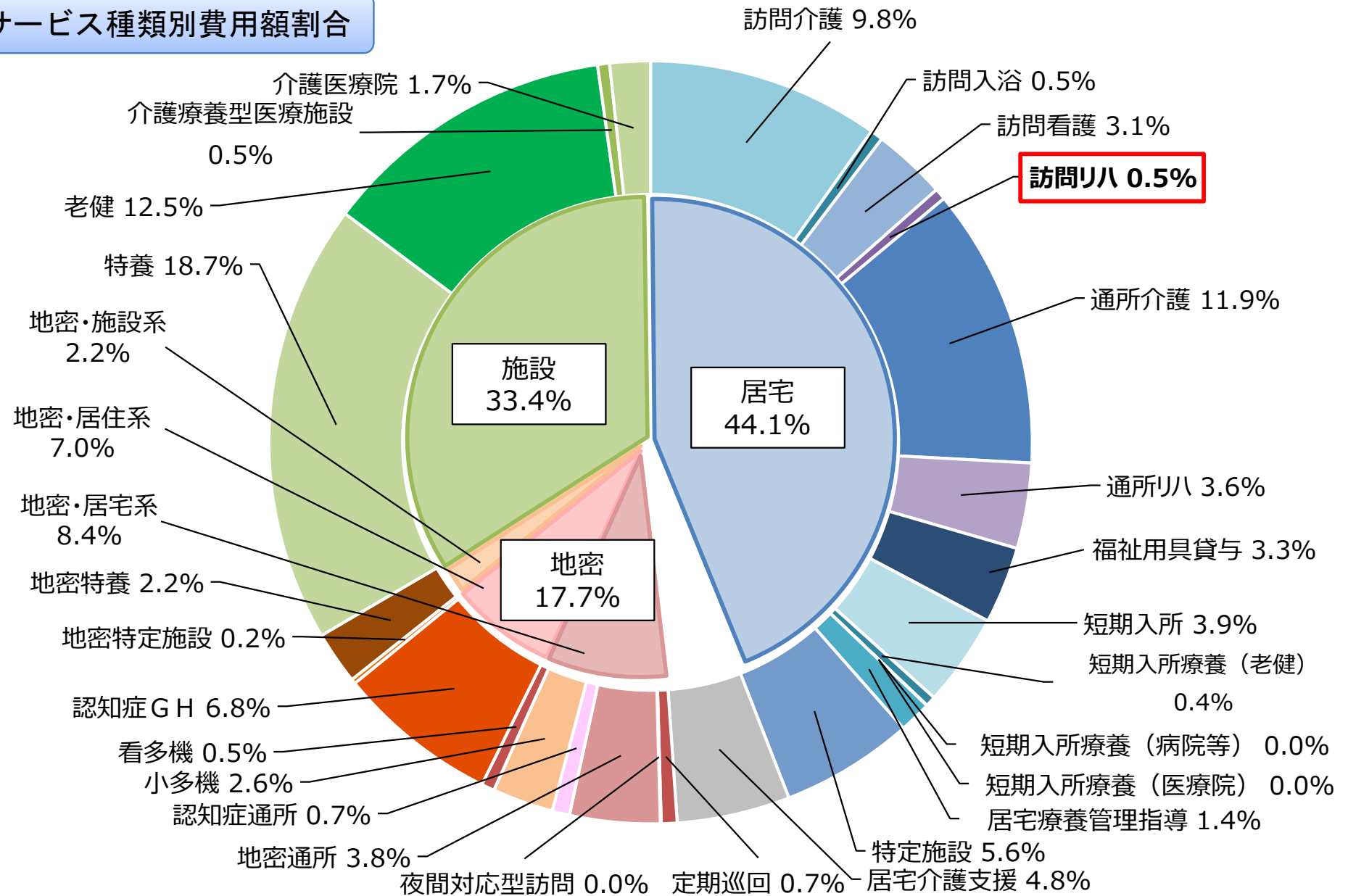
H30年度



[出典]介護給付費等実態調査(平成13年度から平成30年度)より作成

介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳(令和3年度) 割合

サービス種類別費用額割合



【出典】厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計」

(注1) 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額(公費の本人負担額を含む)の合計額。

介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費用額は、令和3年度(令和3年5月~令和4年4月審査分(令和3年4月~令和4年3月サービス提供分))

(注3) 令和3年度(令和3年5月~令和4年4月審査分(令和3年4月~令和4年3月サービス提供分))の特定入所者介護サービス(補足給付)は約2,700億円。

介護保険給付に係る総費用等における提供サービスの内訳(令和3年度) 金額

		費用額 (百万円)	請求事業所数
居宅	訪問介護	1,056,219	34,372
	訪問入浴介護	57,398	1,658
	訪問看護	334,982	13,843
	訪問リハビリテーション	51,968	5,214
	通所介護	1,279,943	24,445
	通所リハビリテーション	389,552	8,060
	福祉用具貸与	350,628	7,180
	短期入所生活介護	421,633	10,643
	短期入所療養介護	47,909	3,385
	居宅療養管理指導	146,203	45,607
	特定施設入居者生活介護	604,219	5,910
	計	4,740,654	160,317
居宅介護支援		514,629	37,831
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	72,234	1,151
	夜間対応型訪問介護	3,681	180
	地域密着型通所介護	410,524	18,947
	認知症対応型通所介護	79,601	3,098
	小規模多機能型居宅介護	277,991	5,824
	看護小規模多機能型居宅介護	59,030	1,000
	認知症対応型共同生活介護	734,030	14,328
	地域密着型特定施設入居者生活介護	21,860	363
	地域密着型介護老人福祉施設サービス	239,843	2,483
	計	1,898,795	47,374
施設	介護老人福祉施設	2,007,919	8,340
	介護老人保健施設	1,348,998	4,230
	介護療養型医療施設	54,237	340
	介護医療院	184,721	671
計	3,595,326	13,581	
合計		10,749,404	259,103

※請求事業所数は延べ数である。

【出典】厚生労働省「令和3年度介護給付費等実態統計」

(注1) 総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額(公費の本人負担額を含む)の合計額。

介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス(補足給付)、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用(福祉用具購入費、住宅改修費など)は含まない。

(注2) 介護費用額は、令和3年度(令和3年5月～令和4年4月審査分(令和3年4月～令和4年3月サービス提供分))、請求事業所数は、令和4年4月審査分である。

(注3) 令和3年度(令和3年5月～令和4年4月審査分(令和3年4月～令和4年3月サービス提供分))の特定入所者介護サービス(補足給付)は約2,700億円。

訪問リハビリテーションの経営状況

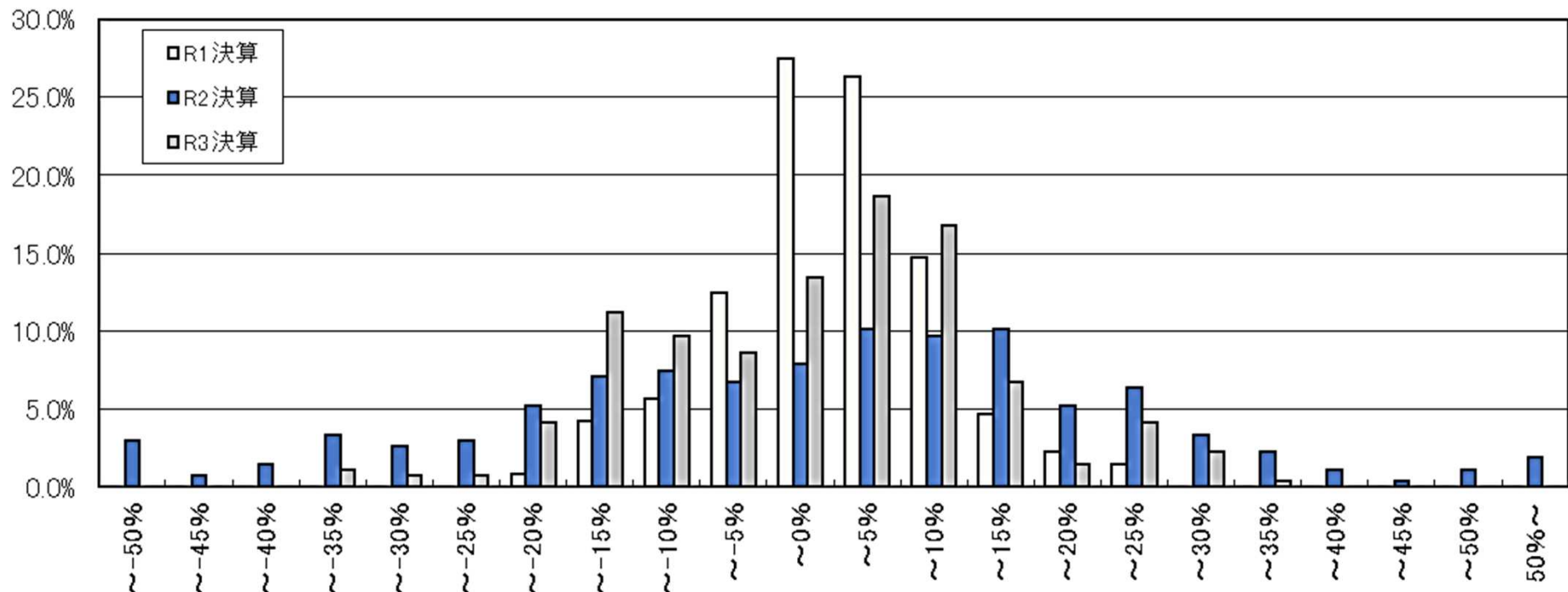
○ 訪問リハビリテーションの収支差率は令和4年度は0.6%となっている。

- リハビリテーションサービスにおける収支差率 ()内は税引後収支差率 有効回答数：268 (令和4年度概況調査)
- 括弧なしは、税引前収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)、<>内は、税引き前収支差率(コロナ補助金を含まない)
- ()内は税引後収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)

サービスの種類	令和2年度 実態調査		令和4年度 概況調査	
	令和元年度 決算		令和2年度 決算	令和3年度 決算
通所リハビリテーション	1.8%		1.6%	0.5%
	(1.4%)		<0.9%>	<△0.3%>
			(1.3%)	(0.2%)
訪問リハビリテーション	2.4%		0.0%	0.6%
	(1.9%)		<△1.1%>	<△0.4%>
			(△0.4%)	(0.2%)

訪問リハビリテーション 収支差率分布

※令和4年度決算は調査中



1. 訪問リハビリテーションの概況



2. 令和3年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

1.(6) 訪問リハビリテーション

改定事項

- 訪問リハビリテーション 基本報酬
- 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
- ① 2(1)②認知症に係る取組の情報公表の推進★
- ② 2(7)⑤特例居宅介護サービス費による地域の実情に応じたサービス提供の確保★
- ③ 3(1)①リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進★
- ④ 3(1)②リハビリテーションマネジメント加算の見直し★
- ⑤ 3(1)④退院・退所直後のリハビリテーションの充実★
- ⑥ 3(1)⑤社会参加支援加算の見直し
- ⑦ 3(1)⑦リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し★
- ⑧ 4(1)③サービス提供体制強化加算の見直し★
- ⑨ 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(予防のみ)
- ⑩ 5(1)⑤事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化★
- ⑪ 5(1)⑫サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保★

3.(1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

概要

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、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★、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、介護療養型医療施設、介護医療院】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し①

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、リハビリテーションマネジメント加算について以下の見直しを行う。
 - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）及び介護予防のリハビリテーションマネジメント加算は廃止し、同加算の算定要件は基本報酬の算定要件とし、基本報酬で評価を行う。【告示改正】
 - ・ 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの評価の整合性を図る観点から、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）及び（Ⅲ）の評価の見直しを行う。【告示改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ）を廃止。定期的なリハビリテーション会議によるリハビリテーション計画の見直しが要件とされるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）・（Ⅲ）において、事業所がCHASE・VISITへデータを提出しフィードバックを受けPDCAサイクルを推進することを評価する。【告示改正】
 - ・ CHASE・VISITへの入力負担の軽減やフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提供する場合の必須項目と任意項目を設定する。【通知改正】
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。【通知改正】

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し②

単位数

【訪問リハビリテーション】

< 現行 >

リハビリテーションマネジメント加算 (I) 230単位/月

⇒

< 改定後 >

廃止

リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ
180単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (II) 280単位/月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ
213単位/月 (新設)

リハビリテーションマネジメント加算 (III) 320単位/月

⇒

リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ
450単位/月
リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ
483単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (IV) 420単位/月

⇒

廃止 (加算 (B) ロに組み替え)

(介護予防)

リハビリテーションマネジメント加算 230単位/月

⇒

廃止

3.(1)② リハビリテーションマネジメント加算の見直し④

算定要件等

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○リハビリテーションマネジメント加算の要件について

<リハビリテーション加算 (A) イ>

- ・ 現行のリハビリテーション加算 (II) と同要件を設定

<リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ>

- ・ リハビリテーション加算 (A) イの要件に加え、利用者毎のリハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

<リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算 (III) と同要件を設定

<リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ>

- ・ 現行のリハビリテーションマネジメント加算 (IV) と同要件を設定

○CHASE・VISITへのデータ提供の内容について

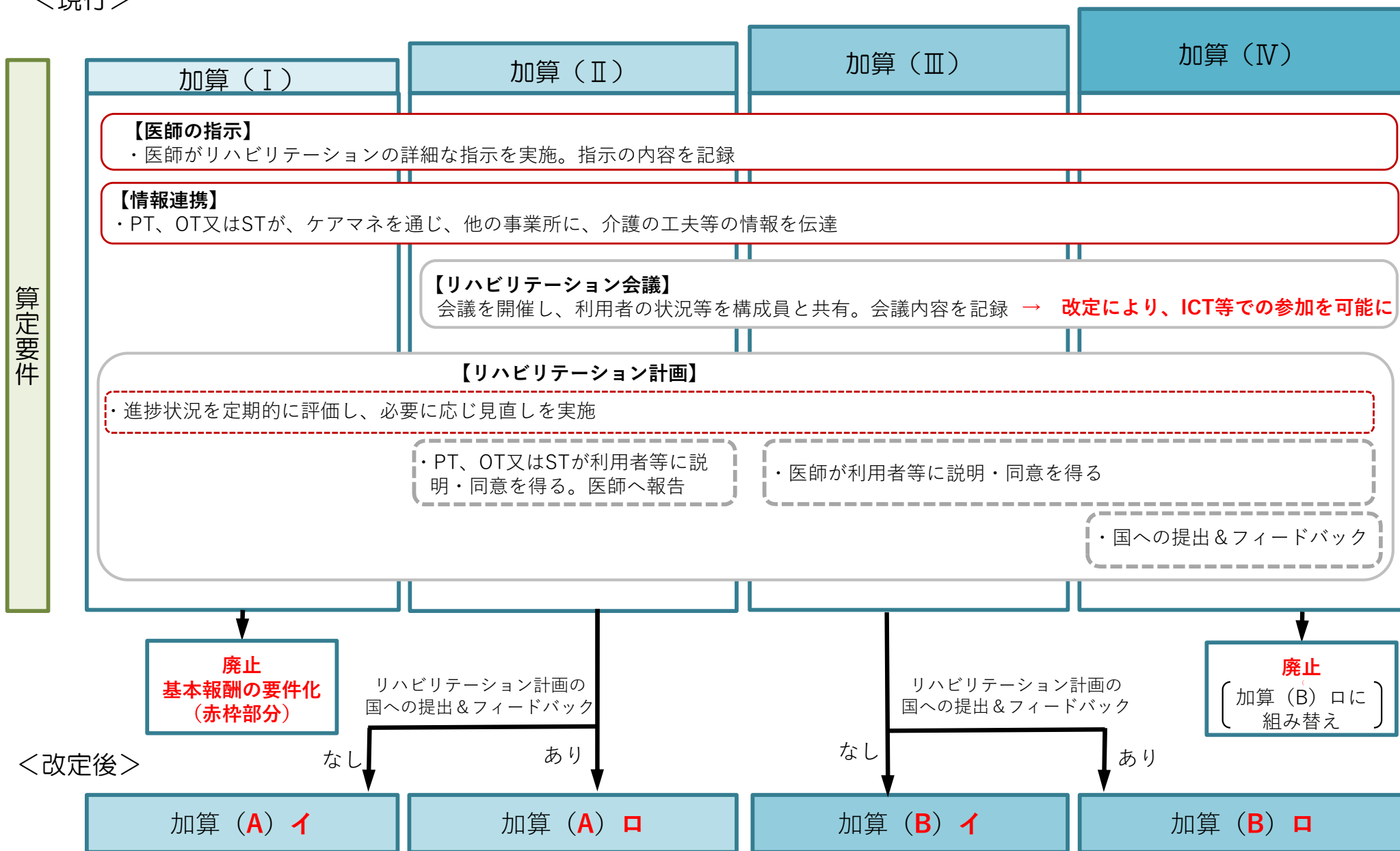
CHASE・VISITへの入力負担の軽減及びフィードバックにより適するデータを優先的に収集する観点から、リハビリテーション計画書の項目について、データ提出する場合の必須項目と任意項目を設定。

○リハビリテーション会議の開催について

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の一つである「定期的な会議の開催」について、利用者の了解を得た上で、テレビ会議等の対面を伴わない方法により開催することを可能とする。

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>



3.(1)④ 退院・退所直後のリハビリテーションの充実

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 1週に6回を限度として算定が認められる訪問リハビリテーションについて、退院・退所直後のリハビリテーションの充実を図る観点から、退院・退所の日から起算して3月以内の利用者に対して週12回まで算定を可能とする。【通知改正】

算定要件等

- 退院（所）の日から起算して3月以内の利用者に対し医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12回まで算定できる。

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 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq 25\%$ 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 $\frac{12月}{平均利用延月数} \geq \underline{27\%}$ 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。

3. (1)⑦ リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し

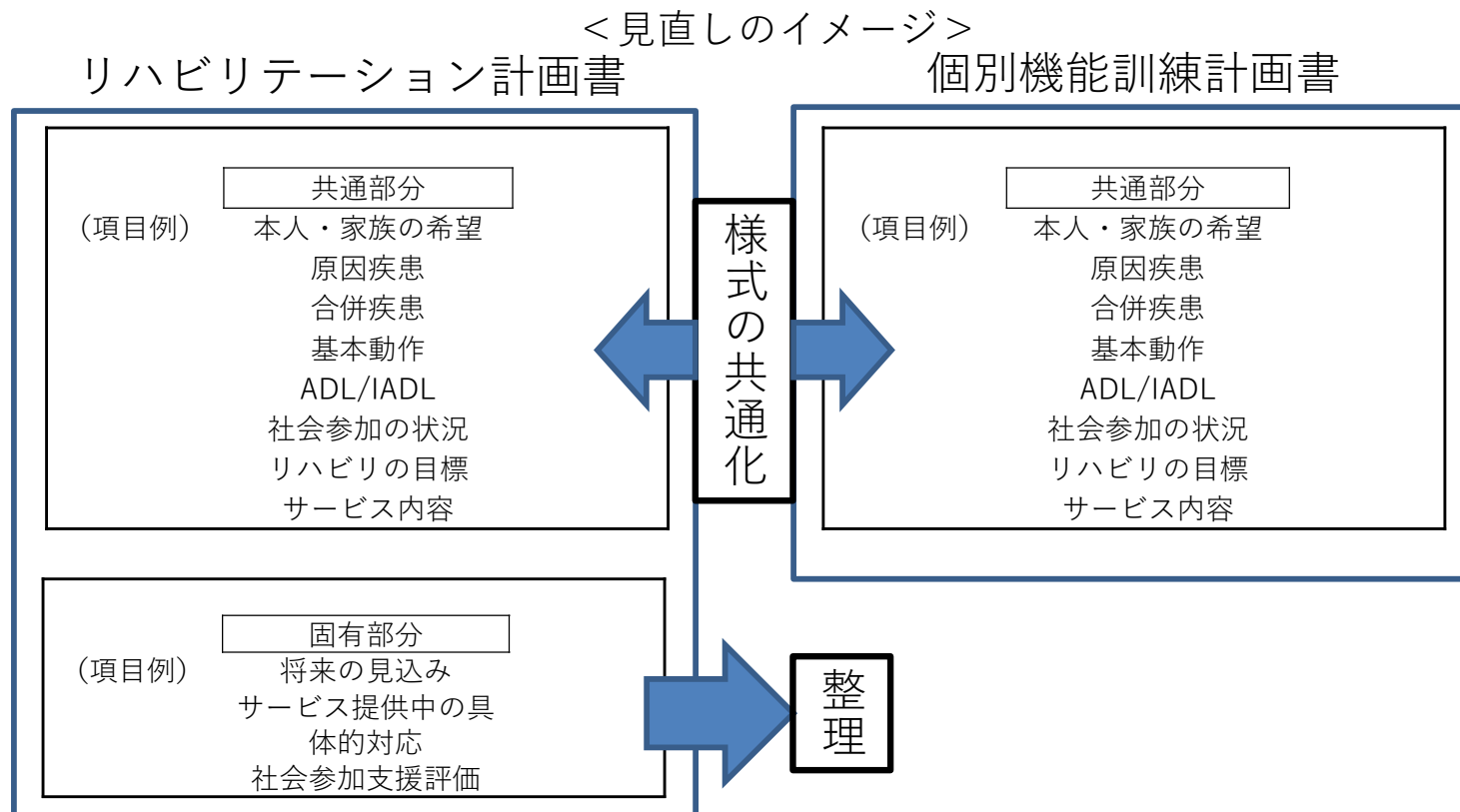
概要

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★】

- 業務効率化の観点から、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化を行うとともに、リハビリテーション計画書の固有の項目について、整理簡素化を図る。

算定要件等

- リハビリテーション計画書及び個別機能訓練計画書の様式を見直す。



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>	<改定後>
なし	⇒ 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>	<改定後>
なし	⇒ 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)

5.(1)⑤ 事業所医師が診療しない場合の減算(未実施減算)の強化

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から、以下の見直しを行う。【告示、通知改正】
 - ・ 事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、令和3年3月31日までとされている適用猶予措置期間を3年間延長する。
 - ・ 未実施減算の単位数の見直しを行う。

単位数

事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合

< 現行 >	< 改定後 >
20単位/回減算	50単位/回減算

算定要件等

- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。
 - ・ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
 - ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - ・ 当該情報の提供を受けた指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビリテーション計画を作成すること。

1. 訪問リハビリテーションの概況

2. 令和3年度介護報酬改定の内容



3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

訪問リハビリテーションに関連する意見

令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（社会保障審議会介護給付費分科会 令和2年12月23日）

- リハビリテーションサービスについて、生活期のリハビリテーションは、心身機能、活動、参加のそれぞれにバランス良く働きかけることが重要とされている一方、現時点でそのアウトカムに関する適切な評価方法が定まっていないことから、その具体的な評価方法について、科学的な妥当性を前提としつつ、現場で活用されている評価方法も参考に、引き続き検討していくべきである。

介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会 令和4年12月20日）

（地域における高齢者リハビリテーションの推進）

- 高齢者リハビリテーションについては、どの地域でも適時適切に提供されるよう、地域支援事業と保険給付の双方の観点からのリハビリテーション提供体制の構築を更に促進していくことが必要である。そのために、介護保険事業（支援）計画での対応も含めて、地域リハビリテーション支援体制の構築の推進が必要である。

【テーマ2】リハビリテーション・口腔・栄養（リハビリテーション関係）

主な課題

- リハビリテーションは、医療保険と介護保険の役割分担に基づいて、適時・適切に提供できるよう、累次の改定で見直しを行ってきたところである。一方で、医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと、介護保険による生活期リハビリテーションにおける、リハビリテーション実施計画書等の情報連携が不十分な実態や医療と介護で提供している訓練内容の差が明らかとなっており、両者間の円滑な移行を更に推進する必要がある。
- リハビリテーションは適時・適切に提供されることが必要であるが、長期間同じ内容のリハビリテーションが提供されている実態もあり、リハビリテーションが漫然と継続されている可能性がある。リハビリテーションの観点から定期的に生活機能を評価・指導する仕組みが求められる。

検討の視点

- 医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと介護保険による生活期リハビリテーションについて、より円滑な移行を促進するためにどのような方策が考えられるか。
- 適時・適切なリハビリテーションの提供を更に推進する上でどのような方策が考えられるか。

第9期介護保険事業(支援)計画の基本指針(案)における対応

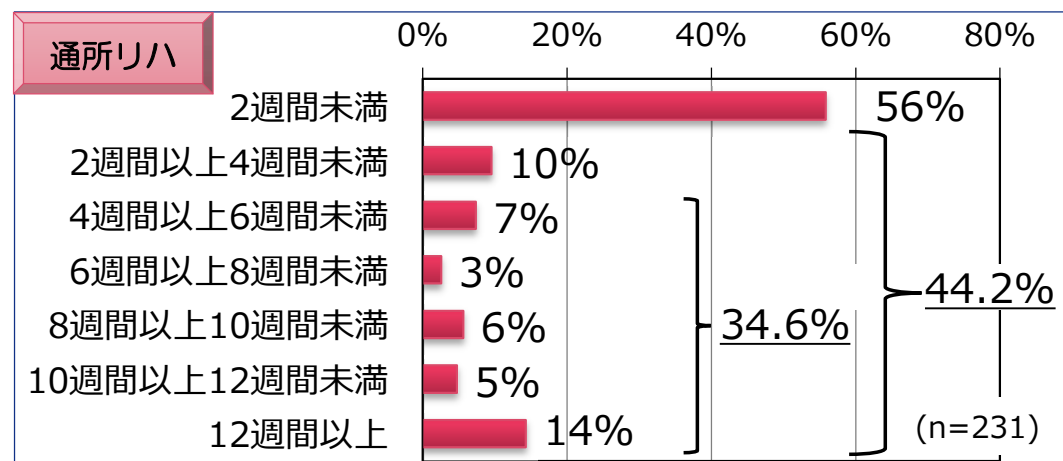
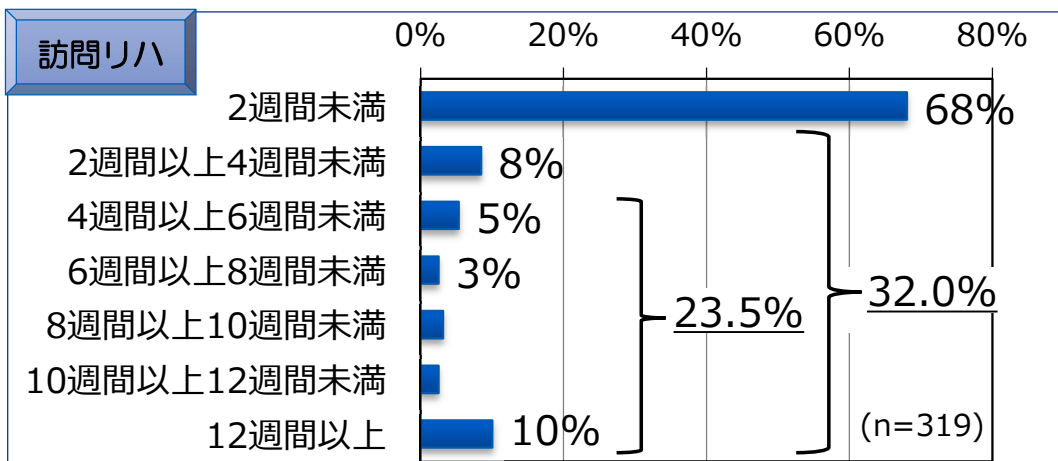
※ 第107回社会保障審議会介護保険部会(令和5年7月10日)資料1-1における訪問リハビリテーションに関する事項を抜粋し、一部加工。

<p>第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項</p>	<p>第三 都道府県介護保険事業(支援)計画の作成に関する事項</p>	
<p>三 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項</p>	<p>三 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項</p>	
<p>市町村</p>	<p>都道府県</p>	<p>見直しの方向性</p>
<p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み</p>	<p>2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み</p>	<p>○訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要であることを追記。 【市(P39)・県(P79)】</p>

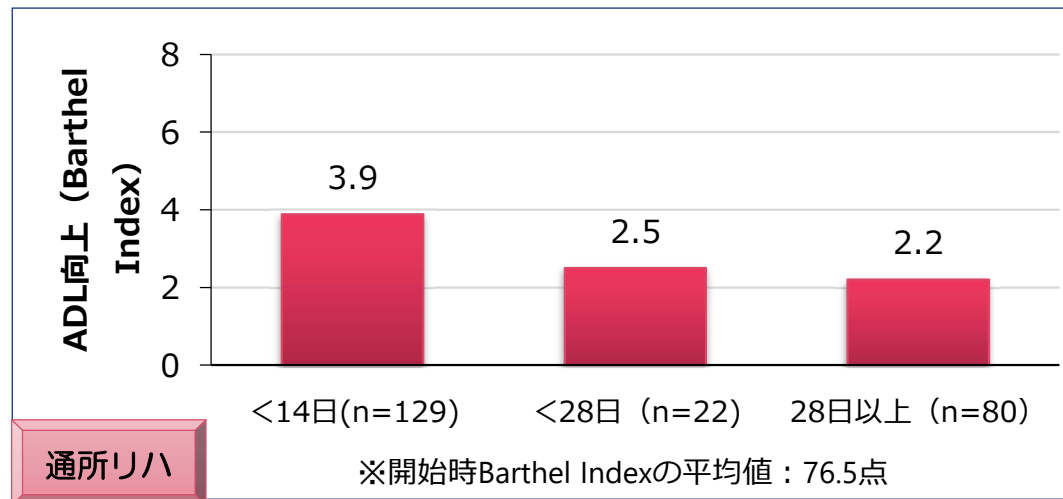
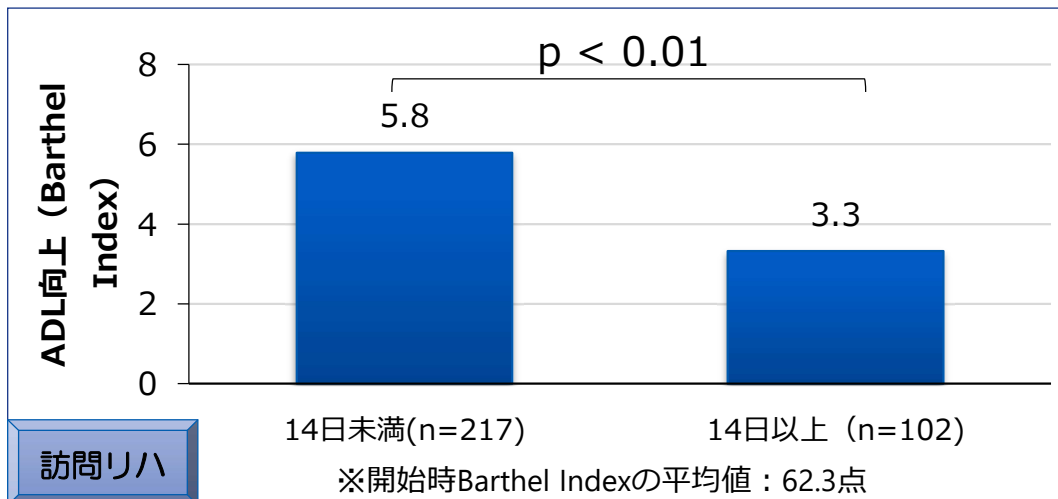
退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■ 退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



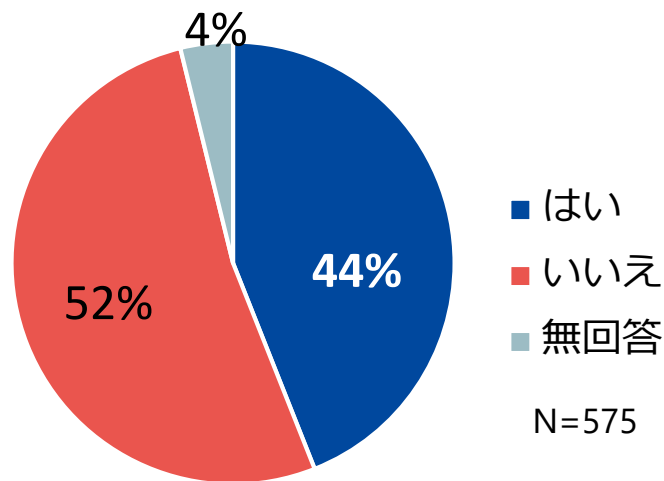
■ 退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



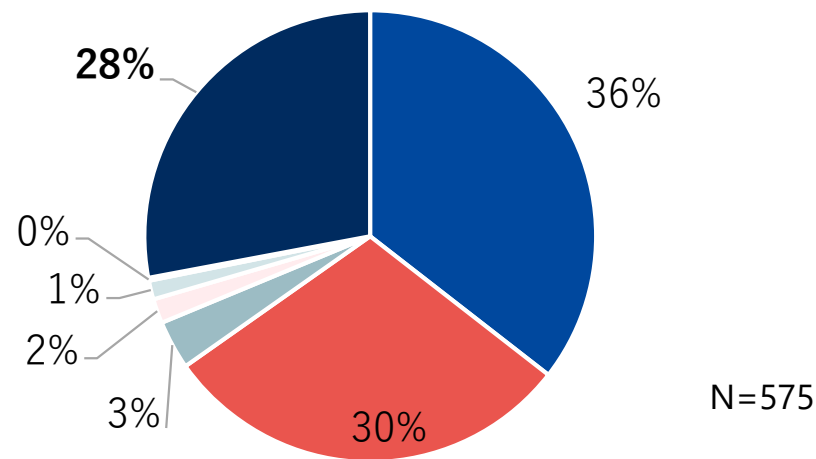
疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を手に入っていたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が
疾患別リハビリテーションの
リハビリテーション実施計画書を手に入っていたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している
移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション
実施計画書を手に入れたか

p-value*
*Fisherの正確検定

		医療機関からリハビリテーション 実施計画書を手に入れたか		p-value*
		はい	いいえ	
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<0.001
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

- 脳血管疾患等リハビリテーション
- 運動器リハビリテーション
- 廃用症候群リハビリテーション
- 心大血管疾患リハビリテーション
- 呼吸器リハビリテーション
- がん患者リハビリテーション
- 分からない

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果

(訪問リハビリテーション) 移行支援加算の基準等

単位等

- 移行支援加算 17単位 /日
注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間の末日が属する年度の次の年度内に限り、一日につき所定単位数を加算する。

大臣基準告知

- イ ① $\frac{\text{通所介護等※へ移行した実人数}}{\text{評価対象期間中にサービスの提供を終了した実人数}} > 5\%$
- ② 訪問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、訪問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、訪問リハビリテーション終了者に対して、通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。
- $\frac{12}{\text{平均利用月数}} \geq 25\%$
- ハ 訪問リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所等へ移行するに当たり、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。

※通所介護等：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、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業

(介護予防訪問リハビリテーション) 事業所評価加算の基準等

単位等

- 事業所評価加算 120単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問リハビリテーション事業において、評価対象期間の満了日の属する年度の次年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。

大臣基準告知

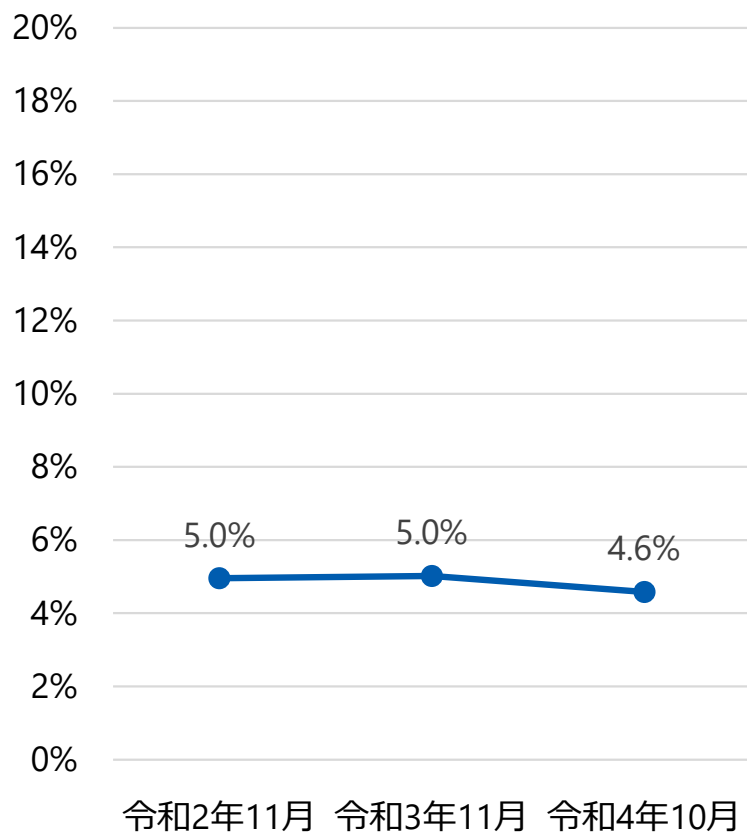
イ 評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること。

□
$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーション費を3月以上利用し、その後更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$
 ※

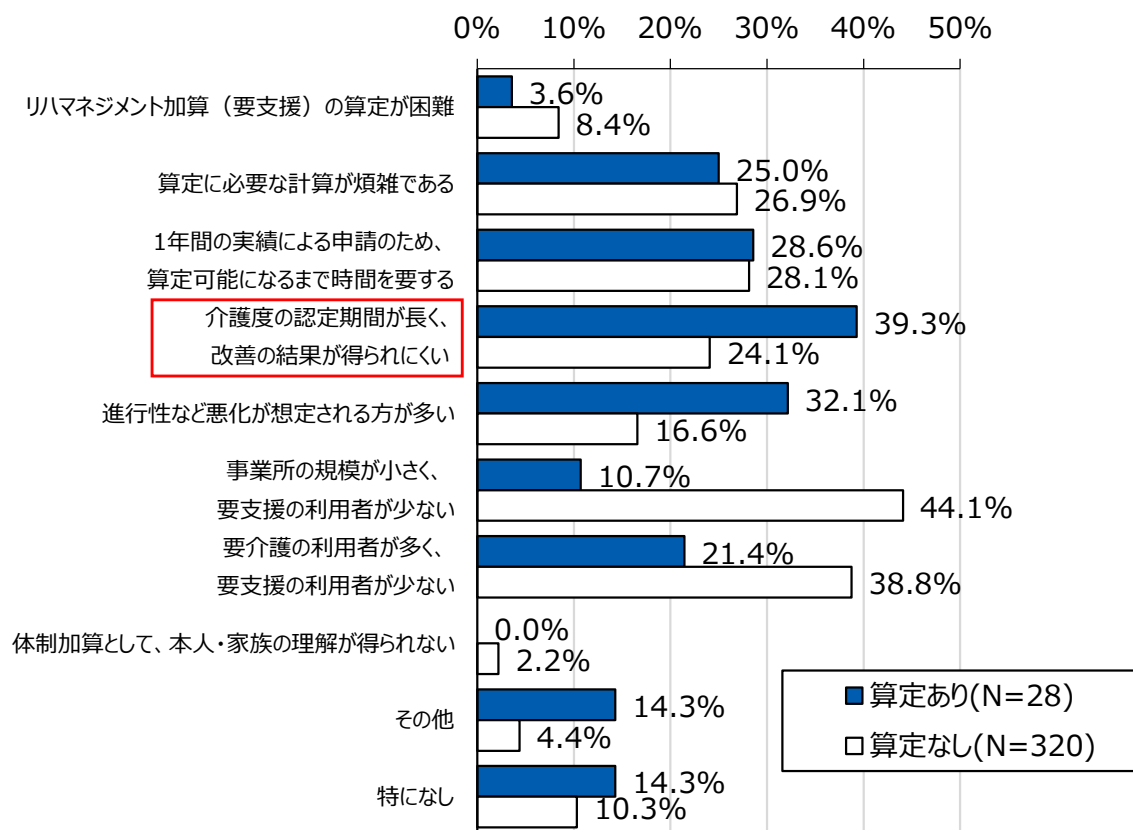
(介護予防訪問リハビリテーション) 事業所評価加算の算定率

- 事業所評価加算の算定率は4.6%と低い。
- 事業所評価加算の算定が困難な理由として、算定している事業所では、要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくいとする割合が高い。

■ 事業所評価加算の算定率



■ 事業所評価加算が算定困難な理由

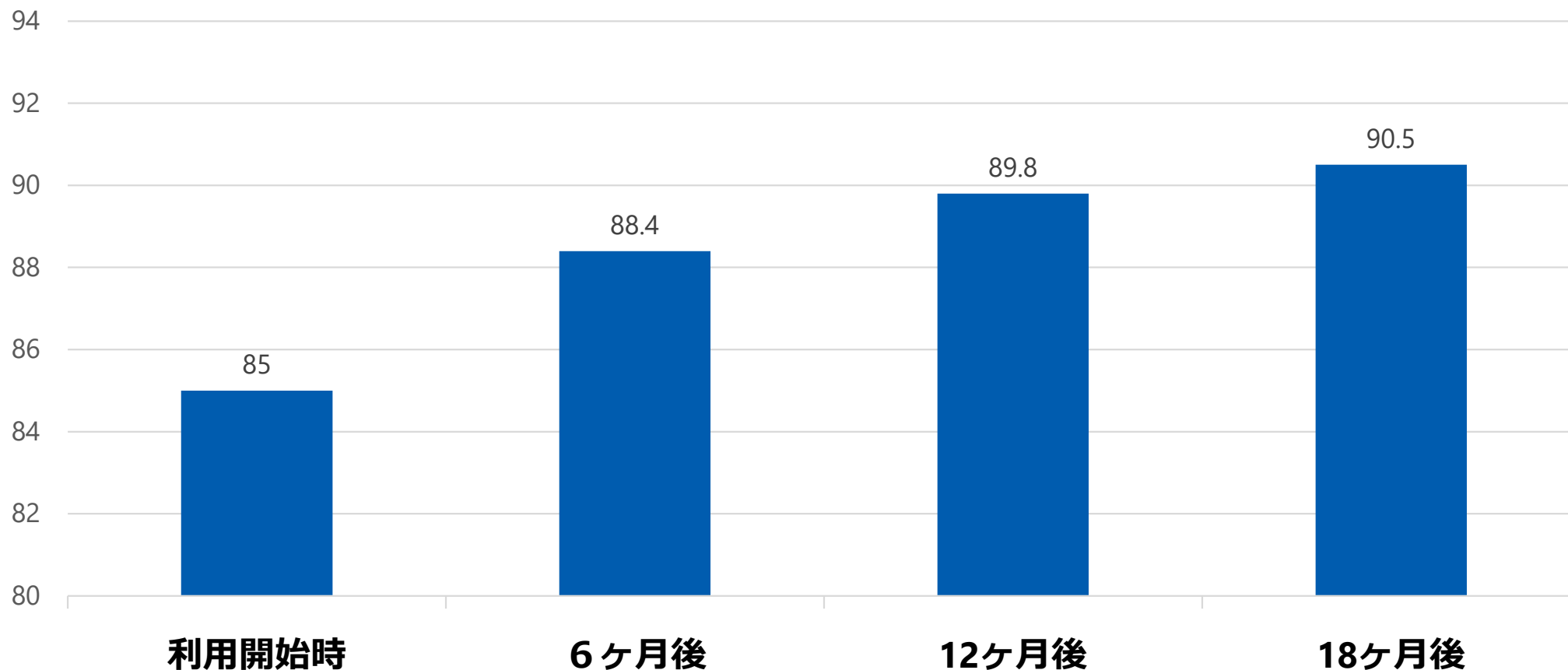


介護予防訪問リハビリテーション利用者におけるADLの経時変化

- 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は維持されていた。

〔利用開始から18ヶ月後にかけてのADLの経時変化〕

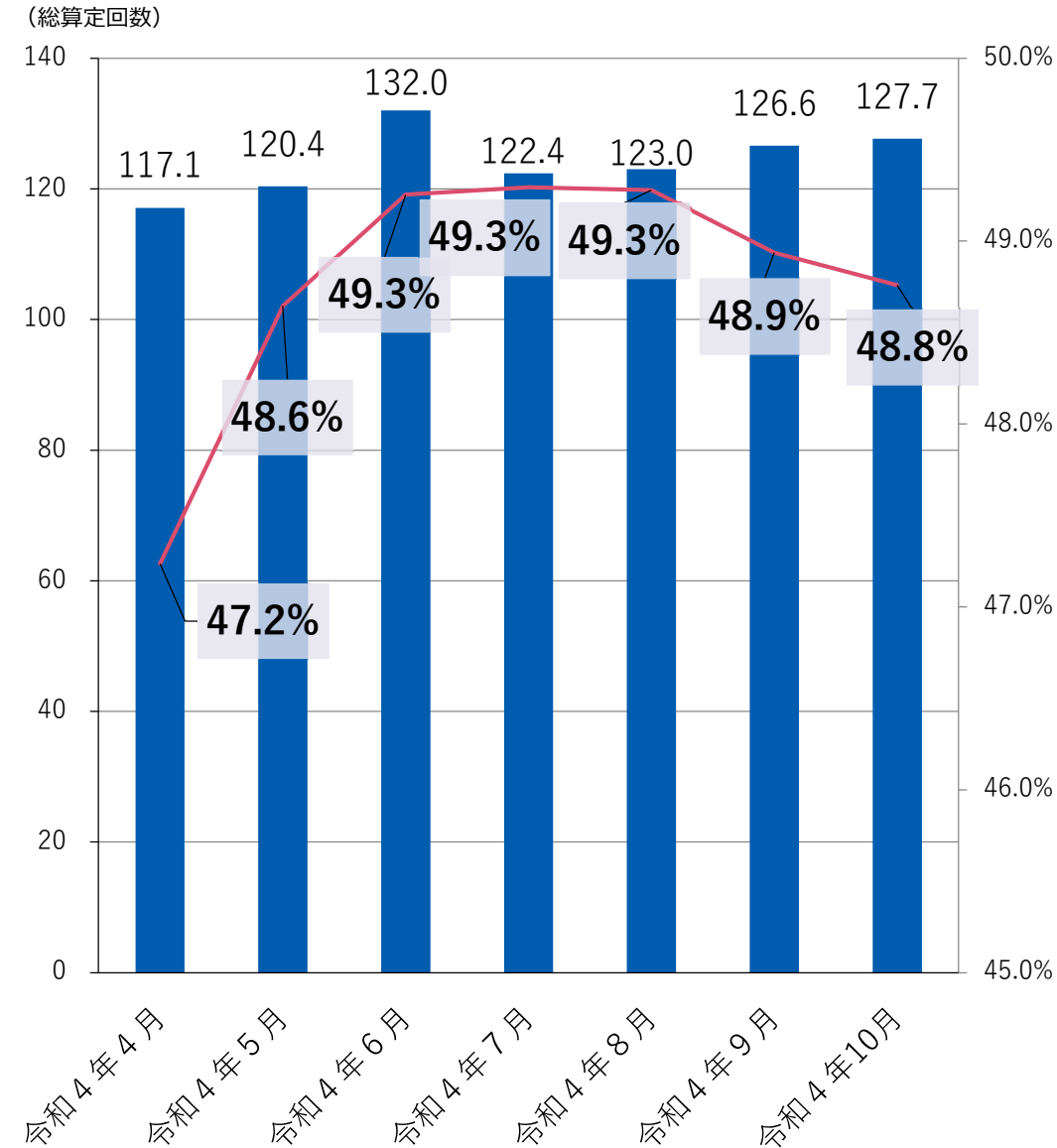
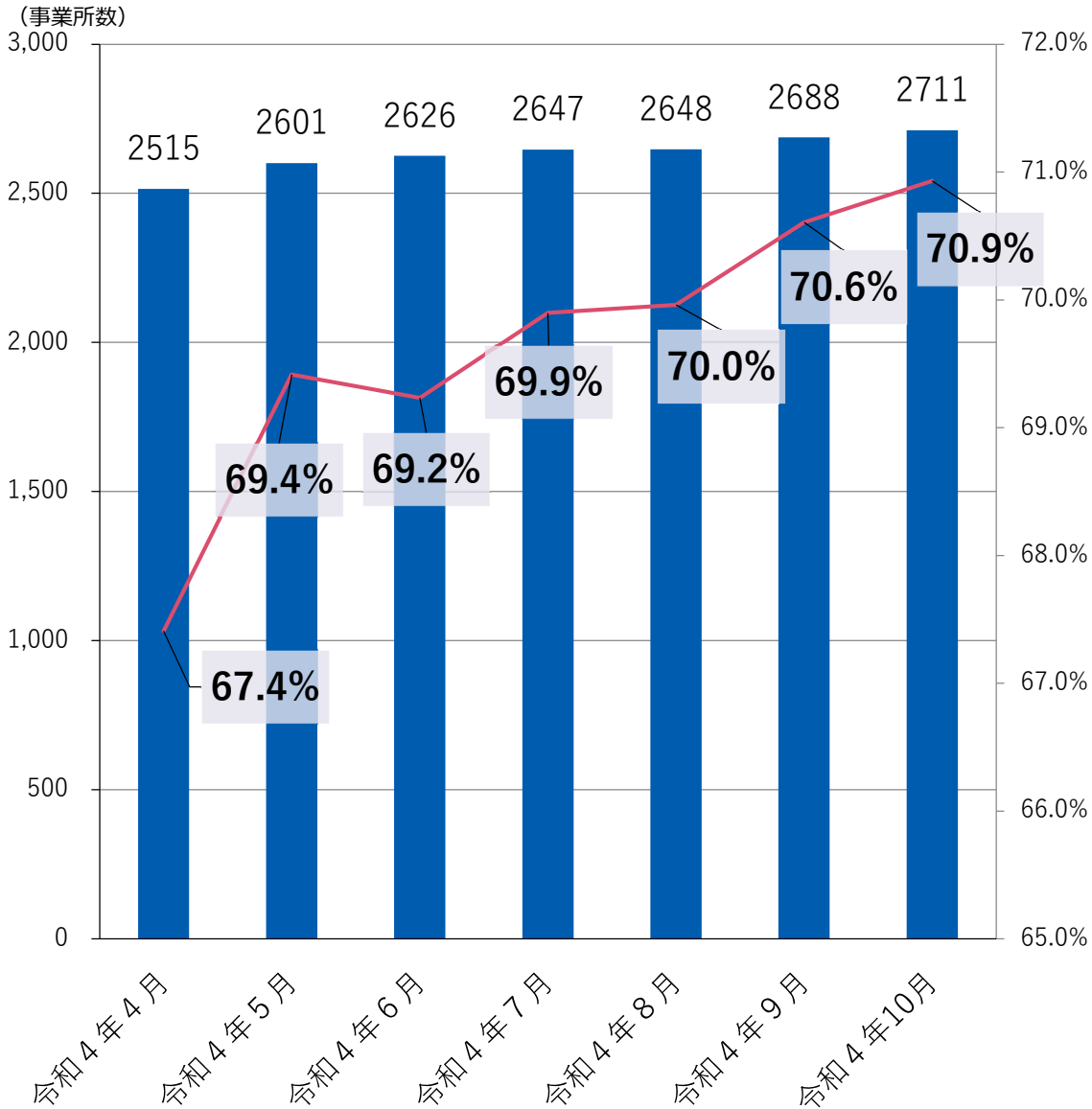
Barthel Index総点



* 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。 N=73

予防介護訪問リハビリテーション長期間利用減算の算定割合(事業所別・算定回数別)

○ 12月減算の算定率は、事業所別では70.9%、算定回数別では48.8%であった。



赤線は減算算定事業所数／総事業所数

赤線は予防介護訪問リハビリテーションの総算定回数における割合

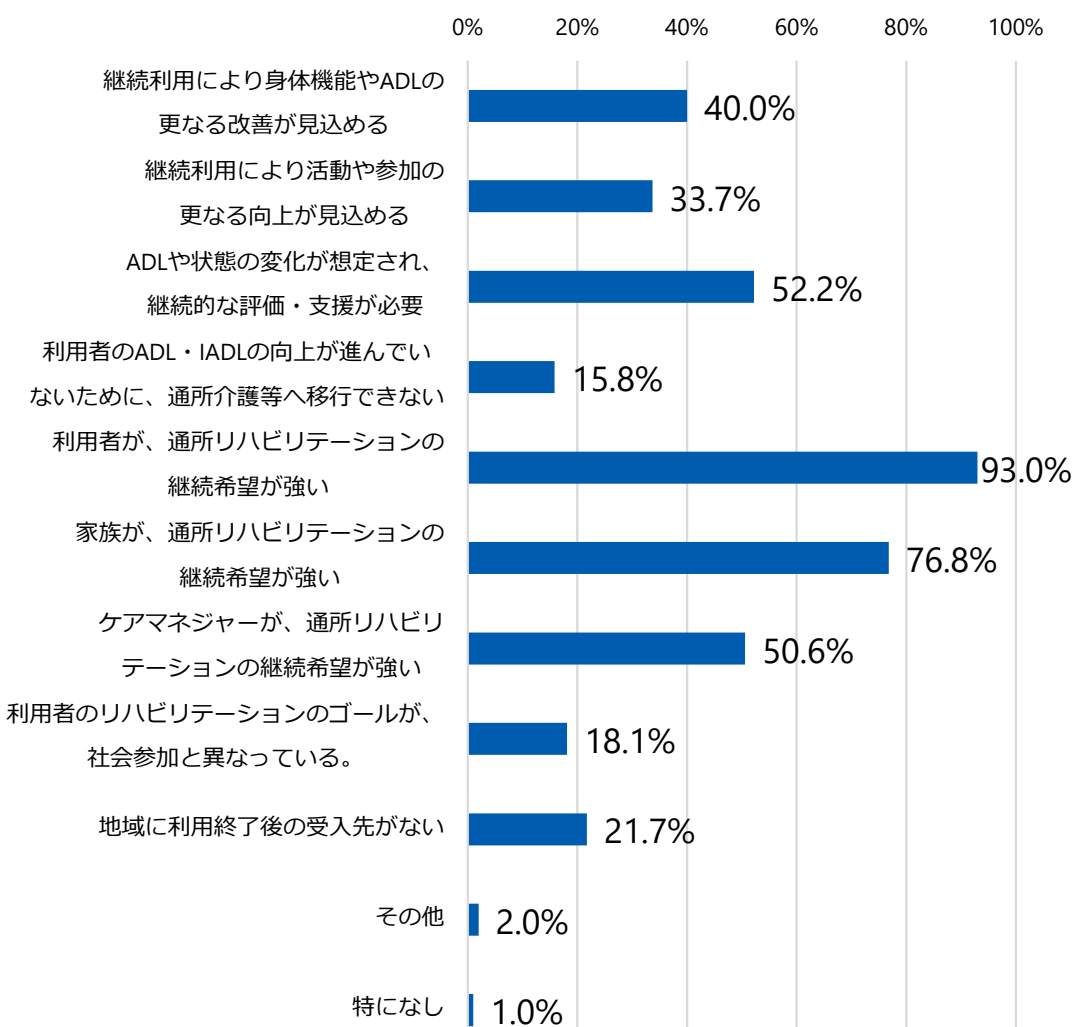
(出典)介護保険総合データベースを元に、老健局老人保健課が集計

※介護予防訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としているため、訪問回数と算定回数は一致しない。

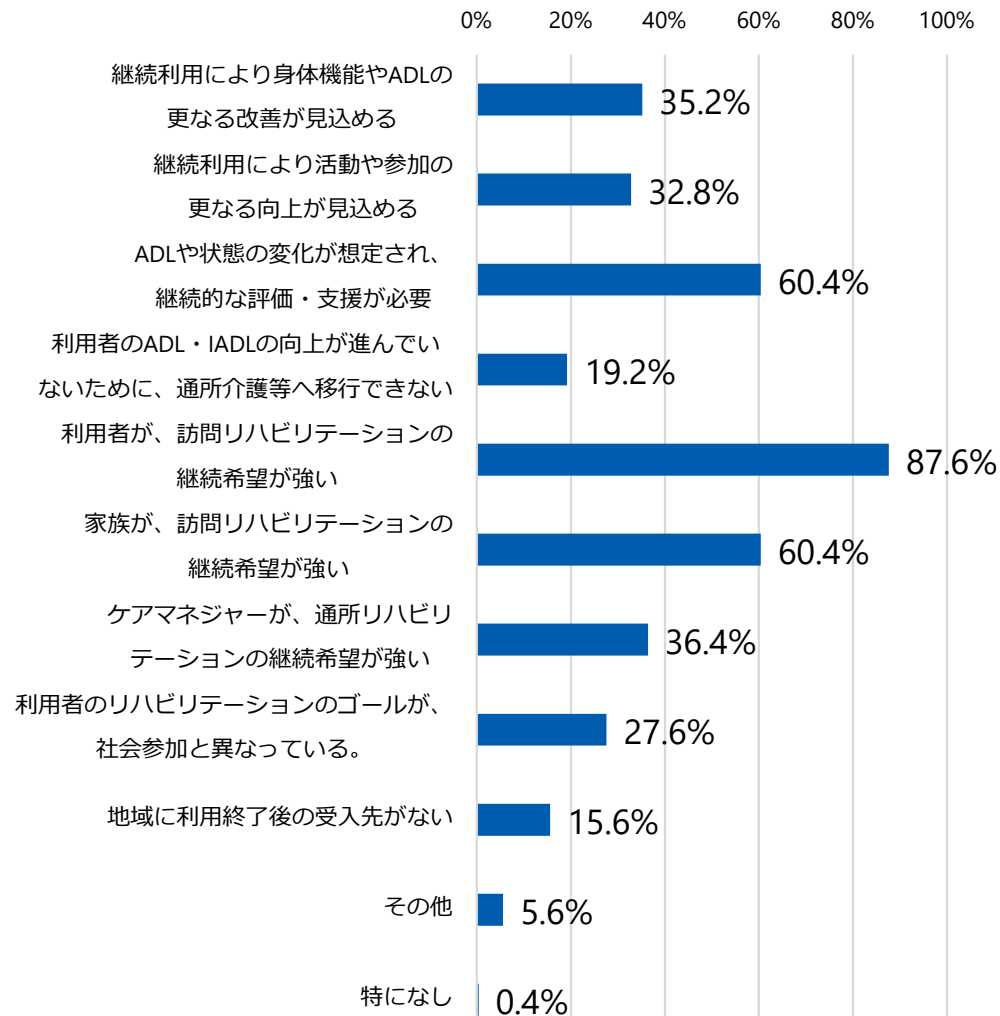
12ヶ月以降も予防訪問リハビリテーションを継続する理由

○ 訪問リハにおける要支援者の12ヶ月を超えた継続利用の理由は、「利用者が、通所リハの継続希望が強い」87.6%、「家族が、通所リハの継続希望が強い」60.4%、「ADLや状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」60.4%で上位だった。

■ 介護予防通所リハビリテーション 複数回答可・無回答を除く



■ 介護予防訪問リハビリテーション 複数回答可・無回答を除く

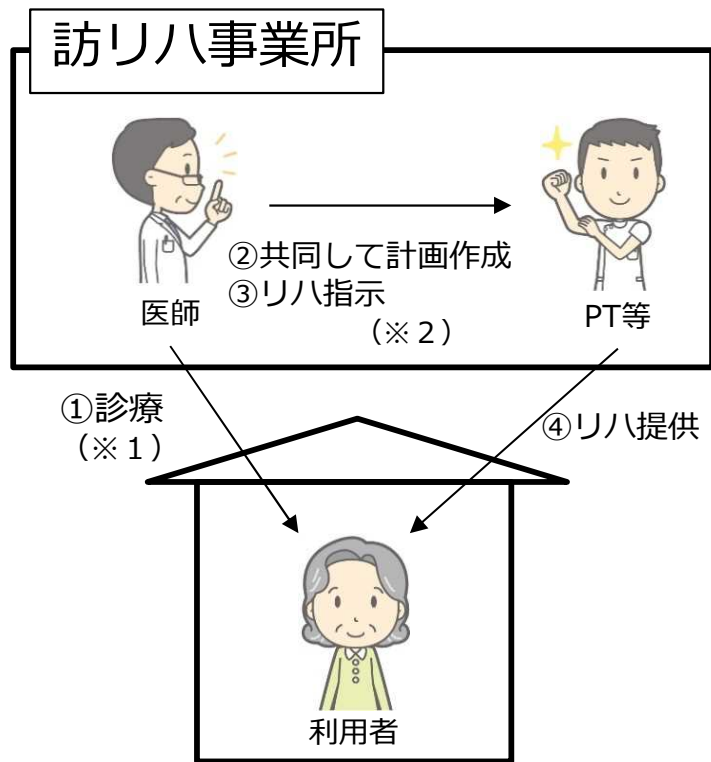


(出典)生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業調査報告書(令和4年度 老人保健健康増進等事業)

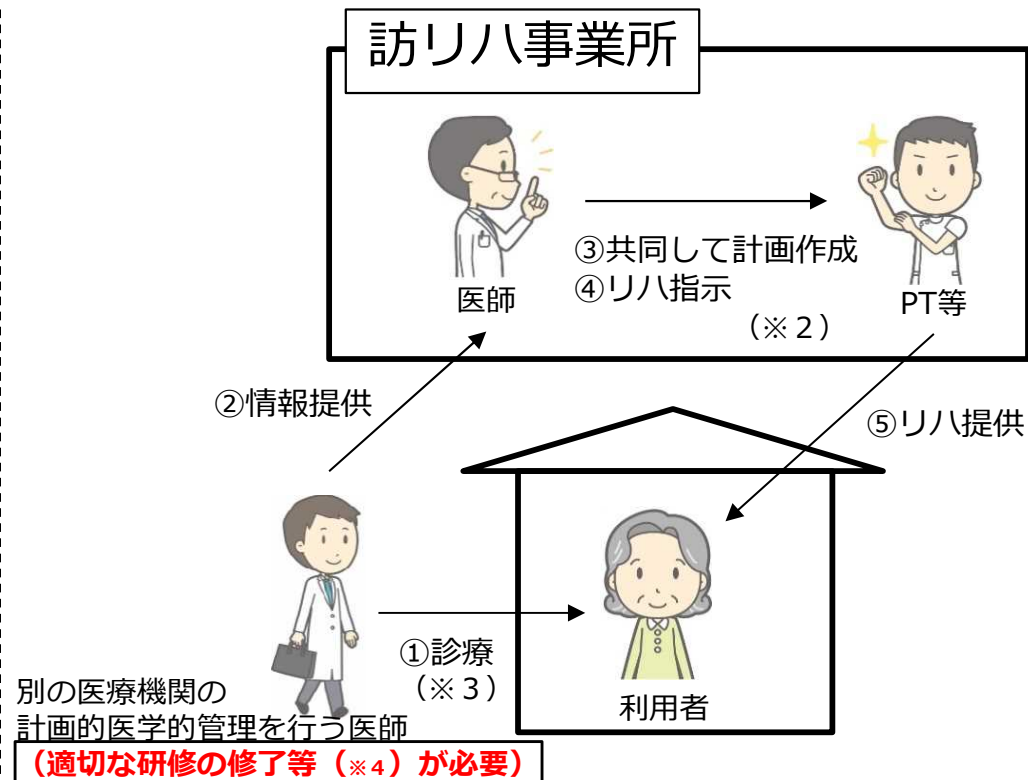
リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



通常の場合
307単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
257単位/回 (50単位減算)

※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。

※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。

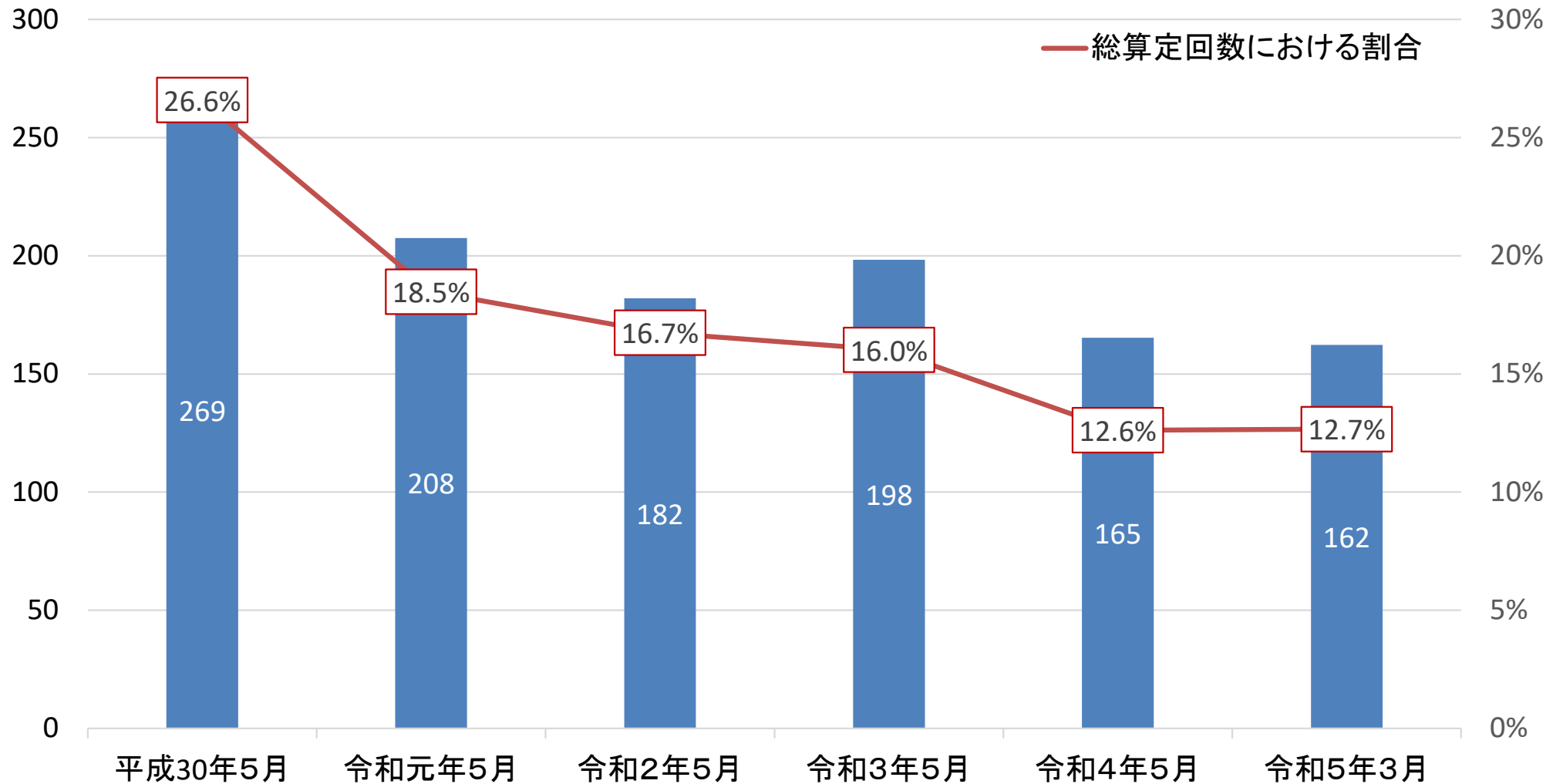
※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可

※4 「適切な研修の修了等」については、令和6年3月31日まで適用猶予

※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定回数

(千回/月)



※訪問リハビリテーションの算定回数は、20分で1回としている。そのため、訪問回数と算定回数は一致しない。

認知症リハビリテーションに係る介護報酬上の取組について

- 認知症施策推進大綱(令和元年6月18日閣議決定)において、認知症の方の生活機能の改善を目的とした認知症リハビリテーションを推進することが求められている。
- 現在、以下の通り老健施設及び通所リハビリテーションにおいて、「認知症短期集中リハビリテーション加算」にて評価を行っている。

認知症リハビリテーションに係る改定

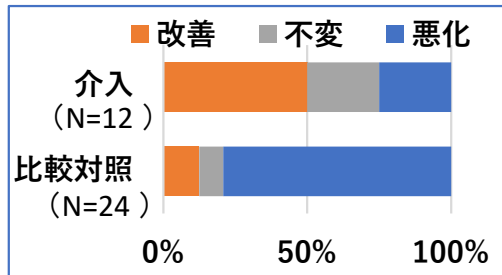
- ・平成18年度介護報酬改定
老健施設での認知症短期集中リハビリテーション実施加算が新設
(認知症短期リハビリテーション実施加算 240単位/日)
- ・平成21年度介護報酬改定
通所リハビリテーションでの認知症短期集中リハビリテーション実施加算が新設
(認知症短期リハビリテーション実施加算 I 240単位/日)
- ・平成27年度介護報酬改定
通所リハビリテーションでの認知症の状態に合わせた効果的な方法、介入頻度・時間を選択できる新たな報酬体系を追加
(認知症短期リハビリテーション実施加算 II 1920単位/月)

訪問による認知症リハビリテーションの効果検証

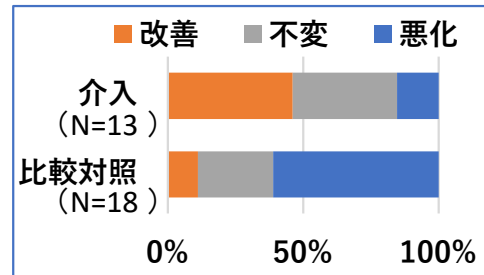
- 令和4年度老健事業において、訪問による認知症リハビリテーションの介入の効果検証を行った（後ろ向き研究）。
- リハビリテーション介入を行った群（介入群）では、IADLを含む指標（HADLS、FAI）で改善傾向を認め、比較対照群では悪化傾向を認めた。
- 比較対照群では介護負担感(J-ZBI_8)や精神行動障害（DBD-13）の悪化傾向を認めた。
- 令和5年度老健事業で前向き研究を予定している。

<介入群と対象群の3ヶ月後の改善・不変・悪化の人数比>

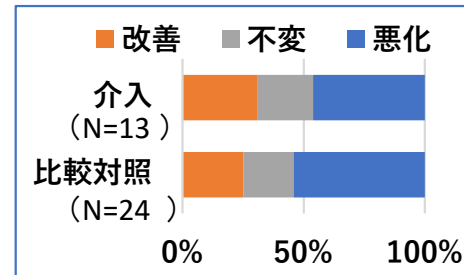
■ HADLS (BADL、IADL評価)



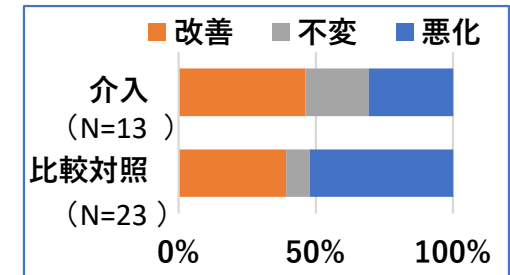
■ FAI (IADL評価)



■ DBD-13 (精神行動障害)



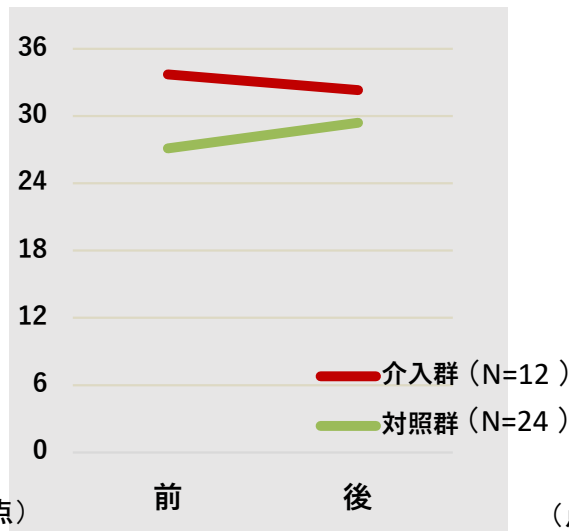
■ J-ZBI_8 (介護負担感)



<介入群と対象群の3ヶ月後の各指標の変化>

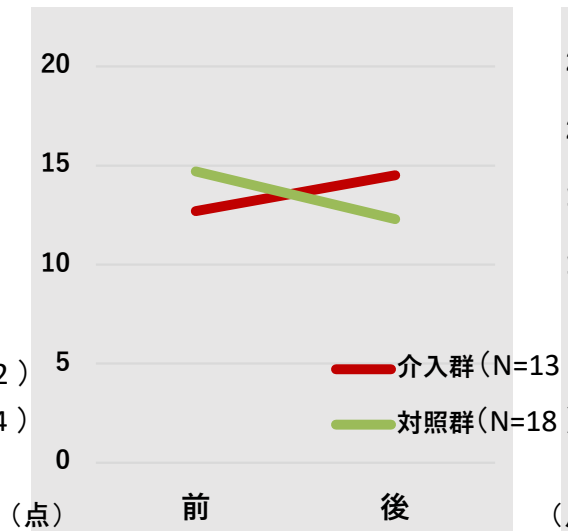
■ HADLS (BADL、IADL評価)

※自立度が高いほど低値



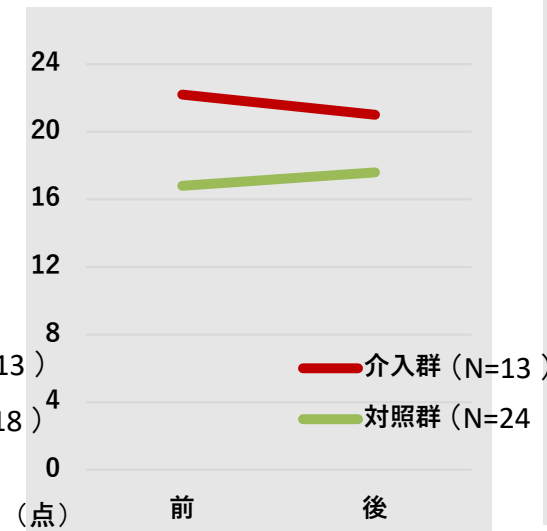
■ FAI (IADL評価)

※自立度が高いほど高値



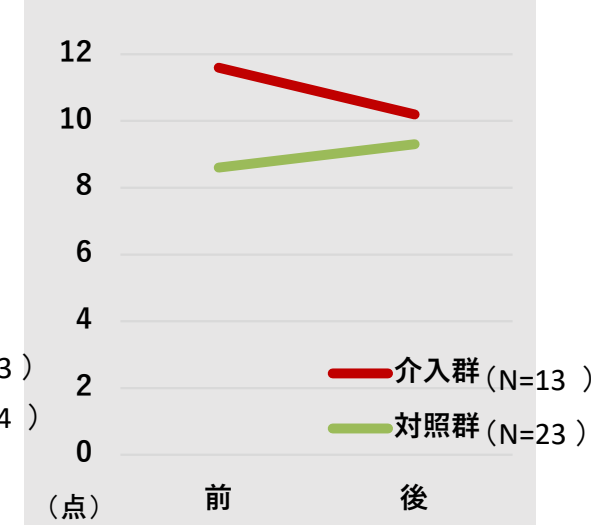
■ DBD-13 (精神行動障害)

※行動障害が少ないほど低値



■ J-ZBI_8 (介護負担感)

※介護負担が少ないほど低値



地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会（令和4年度）

○ 令和4年度に実施した「地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会」では、今後の課題として、医療機関や介護老人保健施設、介護医療院による訪問リハビリテーションの拡充*が挙げられた。

※ 地域におけるリハビリテーションの在り方について
効果的かつ効率的なリハビリテーションが提供されるためには、医師のリハビリテーションに関する詳細な指示とSPDCAサイクルに基づくサービス提供が推進される必要があり、医療機関や介護老人保健施設、介護医療院による訪問リハビリテーションサービスのさらなる拡充が必要である。

地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会（令和4年度）

■ 検討会の目的

平成26年度検討会及び令和3年度介護報酬改定審議報告を踏まえつつ、令和6年度介護報酬改定に向け、高齢者リハビリテーションを更に推進するための提言を取りまとめることを目的とする。

検討委員会 委員名簿			
井上 由起子	学校法人日本社会事業大学教授	柄内 圭子	岩手県保健福祉部長寿社会課医務主幹
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事	中畑 万里子	行橋市役所 福祉部介護保険課課長補佐
久保 俊一	公益社団法人日本リハビリテーション医学会理事長	中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会会長
小玉 剛	公益社団法人日本歯科医師会常務理事	野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
近藤 国嗣	一般社団法人全国デイ・ケア協会会長	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
斉藤 秀之	公益社団法人日本理学療法士協会会長	深浦 順一	一般社団法人日本言語聴覚士協会会長
斉藤 正身	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会会長	牧野 和子	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
高砂 裕子	一般社団法人全国訪問看護事業協会副会長	松原 三郎	一般社団法人日本臨床整形外科学会副理事長
田母神 裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事	宮田 昌司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会会長

出典：厚生労働省ホームページ (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33367.html)



通所・訪問リハビリテーションの要件緩和に関する地方分権提案

- 令和4年の地方分権改革に関する提案募集において、人員やスペース等の理由から、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを行えない医療機関が多く、高齢化の進展に伴うリハビリテーションの需要に応えることができていないことから、指定基準における医師の必置や開設場所等の指定基準の制限を撤廃する基準緩和が提案された。
- 地方からの提案等に対する対応方針では、基準緩和については社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、令和5年度中に結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとされている。

【令和4年地方からの提案等に関する対応方針（令和4年12月20日 閣議決定）】

指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業者及び指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が事業所ごとに置くべき従業者の員数及び施設に係る基準の見直しについては、社会保障審議会の意見を聴いた上で検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

【主な支障事例】 提案団体：豊田市

- ・平成29年度の社会保障審議会において、病院等が、人員やスペース等の都合から通所リハ開設を困難とする意向が述べられており、豊田市においても医師から同様の声があがっている。
- ・通所介護よりもリハビリテーションが充実した通所リハの受け皿の増加を望む声がある。
- ・訪問リハの需要が高まっているが、医師の必置などの指定基準の制限があるため事業所が増えていない。

1. 訪問リハビリテーションの概況
2. 令和3年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
- ▶ 4. 現状と課題及び論点

訪問リハビリテーションの現状と課題

<現状と課題>

- 訪問リハビリテーションは、居宅要介護者について、その者の居宅において、その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に行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復および生活機能の維持又は向上を目指すものである。
- 受給者数は毎年増加しており、令和4年では約13.6万人である。
- 収支差率は令和元年が2.4%、令和2年が0.0%、令和3年が0.6%と推移している。
- 令和3年度の介護報酬改定では、主に以下を実施したところである。
 - ①自立支援・重度化防止の取組の推進として
 - ・リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進
 - ・リハビリテーションマネジメント加算の見直し
 - ・退院・退所直後のリハビリテーションの充実
 - ・社会参加支援加算の見直し
 - ・リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し
 - ②制度の安定性・持続可能性の確保として
 - ・長期期間利用の介護予防リハビリテーションの適正化（予防のみ）
 - ・事業所医師が診療しない場合の減算（未実施減算）の強化

訪問リハビリテーションの現状と課題

<現状と課題>

- 訪問リハビリテーションにおいては、退院後から利用開始までの期間が2週間未満の利用者は、2週間以上の利用者と比較して、機能回復の程度が有意に大きいことが示されている。一方で、退院後の訪問リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
また、約半数の利用者について、医療機関で作成したリハビリテーション実施計画書を、退院後に利用するリハビリテーション事業所が入手していないとの報告もある。
- 介護予防リハビリテーションにおける事業所評価加算の算定率は4.6%と低く、算定が困難な主な理由として「要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくい」という点が挙げられている。
- 令和3年度の介護報酬改定において、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、介護予防リハビリテーションにおける12月減算が新設されたが、減算が適用される利用者の割合は48.8%となっている。
- リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算は一定割合について算定されている。
- 認知症リハビリテーションについて、現在老健施設及び通所リハビリテーションにおいて一定の評価が行われているところ、令和4年度老健事業において、訪問による認知症リハビリテーションの効果を示唆する結果が得られている。
- 令和4年度の地域における高齢者リハビリテーションの推進に関する検討会において、医療機関や介護老人保健施設・介護医療院による訪問リハビリテーションの更なる拡充が必要であるとされている。
- 令和4年の地方分権改革に関する提案募集において、指定基準における医師の必置や開設場所等の指定基準の制限を撤廃する基準緩和が提案されている。

訪問リハビリテーションの論点

< 論点 >

- 医療機関からの退院時に医療保険から介護保険に移行する際も含め、必要な方に対して早期に、適切な期間リハビリテーションを提供するために、どのような方策が考えられるか。
- アウトカムの評価や認知症への対応など訪問リハビリテーションの内容を更に充実させるためにどのような方策が考えられるか。