

社会保障審議会 介護給付費分科会（第219回）	資料 3
令和5年7月10日	

# 通所リハビリテーション

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 通所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. 通所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

# 通所リハビリテーションの概要・人員基準・設備基準

## 定義

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

## 必要となる人員・設備等

通所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。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 (所要1～2時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

### ・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うにふさわしい専用の部屋等であって、3平方メートルに利用定員を乗じた面積以上のもの。	
施設の規模	通常規模型	前年度1月当たりの平均利用延人員数が750人以内
	大規模型(Ⅰ)	前年度1月当たりの平均利用延人員数が751人以上900人以内
	大規模型(Ⅱ)	前年度1月当たりの平均利用延人員数が901人以上

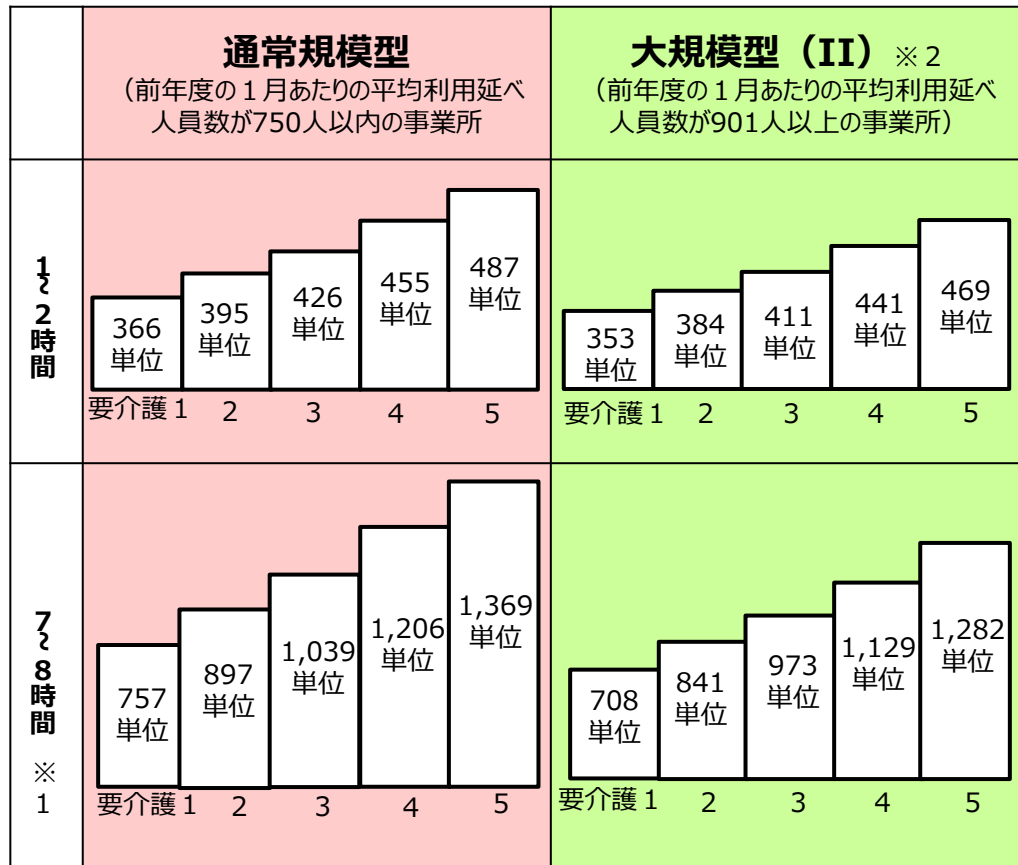
# 通所リハビリテーションの報酬

## 指定通所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

サービス提供時間、利用者の要介護度、事業所規模に応じた**基本サービス費**

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主な**加算・減算**



+

<b>リハビリテーションマネジメント加算</b> ・(A)イ: 560単位/月、6月から240単位/月 ・(A)ロ: 593単位/月、6月から273単位/月 ・(B)イ: 830単位/月、6月から510単位/月 ・(B)ロ: 863単位/月、6月から543単位/月	<b>移行支援加算</b> : 12単位/日
<b>短期集中個別リハビリテーション実施加算</b> : 110単位/日	<b>重度療養管理加算</b> : 100単位/日
<b>認知症短期集中リハビリテーション実施加算</b> ・I: 240単位/日 ・II: 1920単位/月	<b>中重度者ケア体制加算</b> : 20単位/日
<b>生活行為向上リハビリテーション実施加算</b> : 1,250単位/月 (6月以内)	<b>リハビリテーション提供体制加算</b> 3～4時間: 12単位/回 4～5時間: 16単位/回 5～6時間: 20単位/回 6～7時間: 24単位/回 7時間以上: 28単位/回
<b>栄養改善加算</b> : 150単位/日	<b>介護職員処遇改善加算</b> ・I: 4.7% ・II: 3.4% ・III: 1.9%
<b>栄養アセスメント加算</b> : 50単位/回	
<b>口腔・栄養スクリーニング加算</b> : (I)20単位/回 (II)5単位/日	
<b>口腔機能向上加算</b> : (I)150単位/日 (II)160単位/回	<b>特定処遇改善加算</b> ・I: 2.0% ・II: 1.7%
<b>科学的介護推進体制加算</b> :40単位/月	<b>サービス提供体制強化加算</b> ・(I): 22単位/回 ・(II): 18単位/回 ・(III): 6単位/回
<b>入浴介助加算</b> : (I)40単位/回 (II)60単位/回	
<b>感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合</b> : +3%	

<b>通所リハビリテーション事業所への送迎をしない場合に係る減算</b> ・同一建物に居住する場合: ▲94単位/日 ・送迎を実施しない場合: 片道につき▲47単位
--

※1: その他、2～3時間、3～4時間、4～5時間、5～6時間、6～7時間のサービス提供時間がある。

※2: これ以外に大規模型 (I)として1月以内の平均利用延べ人員数が751人以上かつ900人以下の事業所がある。

# 介護予防通所リハビリテーションの報酬

## 介護予防指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1月あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた  
基本サービス費

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主な加算・減算

要支援 1 : 2,053単位/月  
要支援 2 : 3,999単位/月



### サービス提供体制強化加算

(Ⅰ) : (要支援 1) 88単位/月  
(要支援 2) 176単位/月  
(Ⅱ) : (要支援 1) 72単位/月  
(要支援 2) 144単位/月  
(Ⅲ) : (要支援 1) 24単位/月  
(要支援 2) 48単位/月

運動器機能向上加算 : 225単位/月

栄養改善加算 : 200単位/日

### 口腔機能向上加算 :

(Ⅰ) 150単位/日  
(Ⅱ) 160単位/日

事業所評価加算 : 120単位/月

生活行為向上リハビリテーション加算  
: 562単位/月

### 選択的サービス複数実施加算

・Ⅰ : 480単位/月  
・Ⅱ : 700単位/月

科学的介護推進体制加算 : 40単位/月

若年性認知症受け入れ加算 : 240単位/月

利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間  
要支援 1 : ▲20単位/月 要支援 2 : ▲40単位/月

看護・介護職員数が基準を満たさない  
×70/100の減算

利用数が定員を超える  
×70/100の減算

通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用  
要支援 1 : ▲376単位/月  
要支援 2 : ▲752単位/月

# 通所リハビリテーションの算定状況

通所リハビリテーション	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(事業所ベース)
総数		2654777	100.00%	2852.5	100.00%	-	-
感染症災害3%加算	基本報酬の+3%	223	0.01%	15.3	0.04%	221	2.75%
理学療法士等体制強化加算*	+30単位/日	4240	0.16%	188.3	4.95%	1494	18.61%
延長加算(8時間以上9時間未満の場合)	+50単位/日	74	0.00%	1.6	0.05%	128	1.59%
延長加算(9時間以上10時間未満の場合)	+100単位/日	42	0.00%	0.6	0.01%	27	0.34%
延長加算(10時間以上11時間未満の場合)	+150単位/日	11	0.00%	0.1	0.00%	7	0.09%
延長加算(11時間以上12時間未満の場合)	+200単位/日	0	-	-	-	0	0.00%
延長加算(12時間以上13時間未満の場合)	+250単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	1	0.01%
延長加算(13時間以上14時間未満の場合)	+300単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	0	0.00%
リハビリテーション提供体制加算	+12~28単位/日	46142	1.74%	2 480.3	71.13%	-	-
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	+5単位/日	514	0.02%	2.0	0.07%	201	2.50%
入浴介助加算(Ⅰ)*	+40単位/日	65705	2.48%	1 947.7	57.57%	5639	70.12%
入浴介助加算(Ⅱ)*	+60単位/日	12961	0.49%	280.7	7.57%	1303	16.20%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ <sup>(1)6月以内(2)6月超</sup>	(1)+560 (2)+240単位/月	9456	0.36%	31.5	1.10%	(1)968 (2)1220	(1)12.04% (2)15.17%
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ <sup>(1)6月以内(2)6月超</sup>	(1)+593 (2)+273単位/月	10911	0.41%	32.3	1.13%	(1)913 (2)1157	(1)11.35% (2)14.39%
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ <sup>(1)6月以内(2)6月超</sup>	(1)+830 (2)+510単位/月	19168	0.72%	33.6	1.18%	(1)884 (2)1061	(1)10.99% (2)13.19%
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ <sup>(1)6月以内(2)6月超</sup>	(1)+863 (2)+543単位/月	39988	1.51%	66	2.31%	(1)1424 (2)1656	(1)17.71% (2)20.59%
短期集中個別リハビリテーション実施加算*	+110単位/日	11474	0.43%	124.7	3.66%	4117	51.19%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	+240単位/日	608	0.02%	3.3	0.09%	214	2.66%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	+1920単位/月	104	0.00%	0.0	0.00%	31	0.39%
生活行為向上リハビリテーション実施加算	+1250単位/月	618	0.02%	0.7	0.02%	140	1.74%
若年性認知症利用者受入加算*	+60単位/日	29	0.00%	0.5	0.02%	52	0.65%
栄養アセスメント加算	+50単位/日	1855	0.07%	48.0	1.30%	681	8.47%
栄養改善加算	+200単位/回	412	0.02%	2.1	0.07%	186	2.31%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	+20単位/回	96	0.00%	11.9	0.17%	720	8.95%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	+5単位/回	10	0.00%	6.7	0.07%	-	-
口腔機能向上加算(Ⅰ)	+150単位/回	2216	0.08%	14.5	0.52%	771	9.59%
口腔機能向上加算(Ⅱ)	+160単位/回	2850	0.11%	22.4	0.62%	675	8.39%
重度療養管理加算*	+100単位/日	1535	0.06%	17.4	0.54%	1179	14.66%
中重度者ケア体制加算*	+20単位/回	19701	0.74%	1 190.2	34.53%	1840	22.88%
科学的介護推進体制加算	+40単位/月	8730	0.33%	259.6	7.65%	3634	45.19%
同一建物減算*	△94単位/日	△4638	-0.17%	55.1	1.73%	-	-
送迎減算	△47単位/日	△13493	-0.51%	345.8	10.05%	-	-
移行支援加算*	+12単位/日	5086	0.19%	567.3	14.86%	811	10.08%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+22単位/回	36046	1.36%	2 073.0	57.44%	3811	47.39%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+18単位/回	11156	0.42%	703.3	21.73%	1199	14.91%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	+6単位/回	2062	0.08%	384.8	12.05%	1467	18.24%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	×4.7%	95824	3.61%	330.6	10.67%	5151	64.05%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	×3.4%	5705	0.21%	26.7	0.89%	549	6.83%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	×1.9%	2347	0.09%	22.1	0.70%	475	5.91%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	×2.0%	30504	1.15%	245.1	7.84%	3496	43.47%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	×1.7%	6209	0.23%	62.1	1.98%	1120	13.93%

(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。

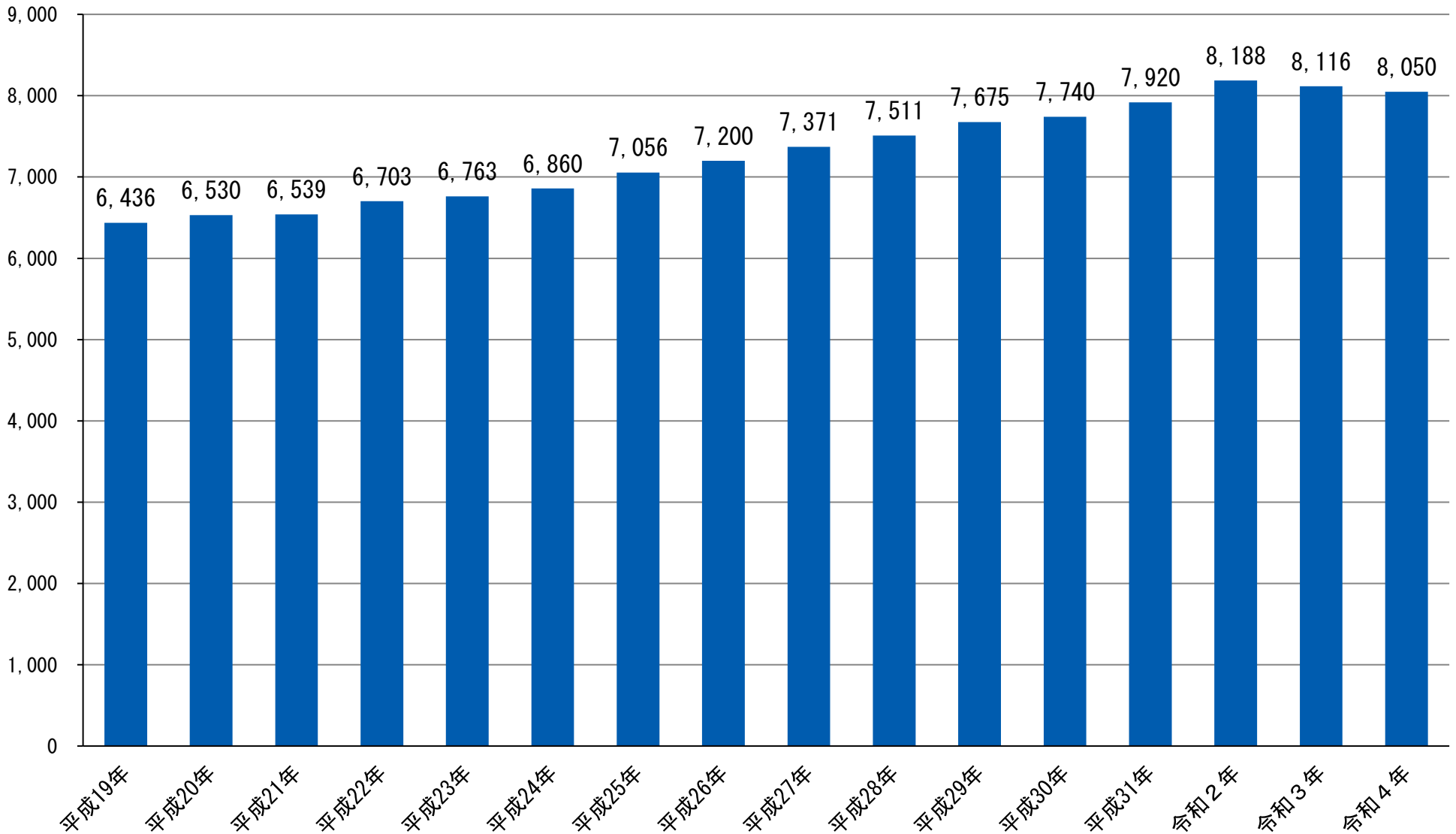
(注4)「請求事業所数」には、短期利用居宅介護における請求分を除く。

(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。

# 通所リハビリテーションの請求事業所数

○ 請求事業所数は、毎年増加していたが近年横ばいである。

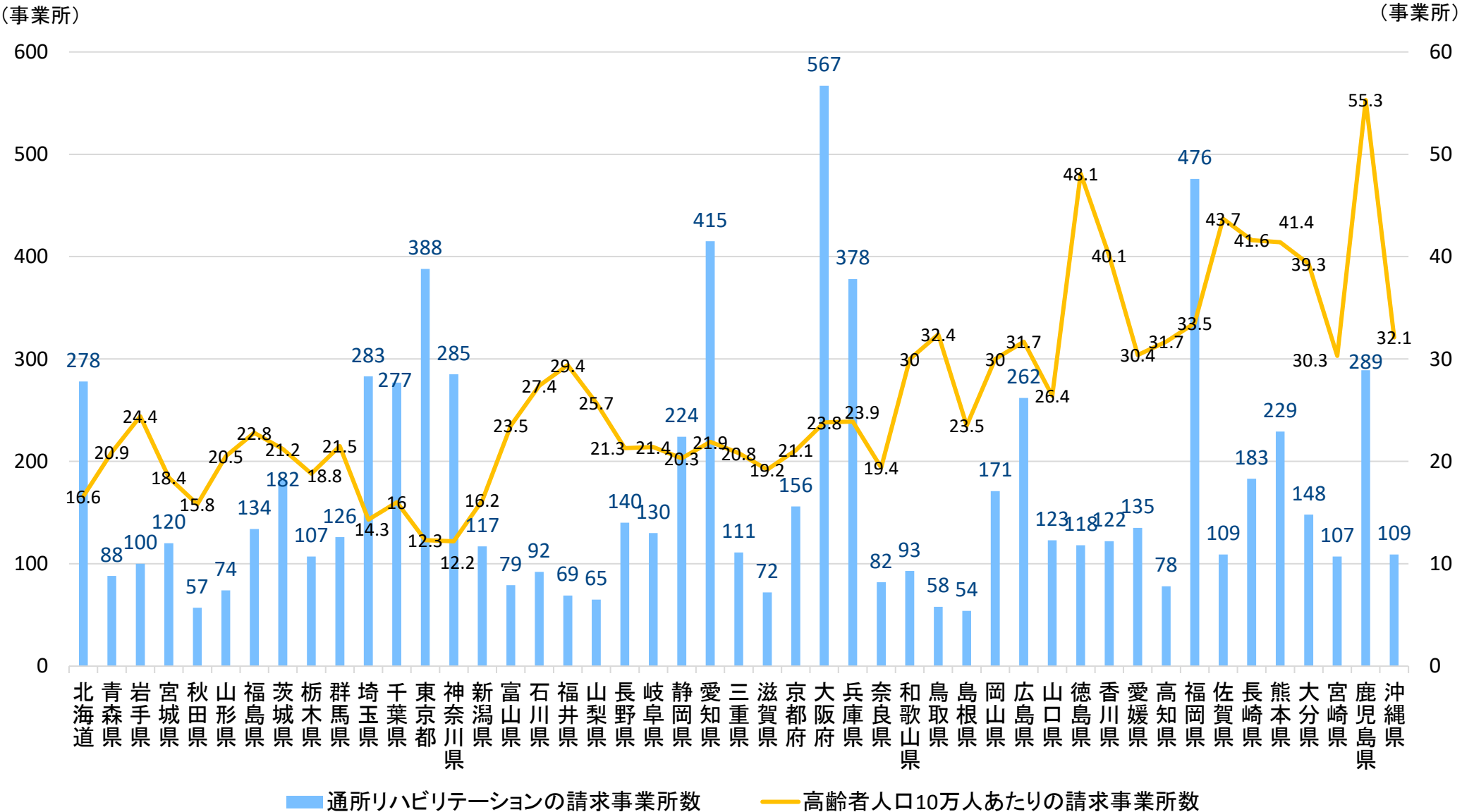


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。



# 通所リハビリテーションの請求事業所数(都道府県別)



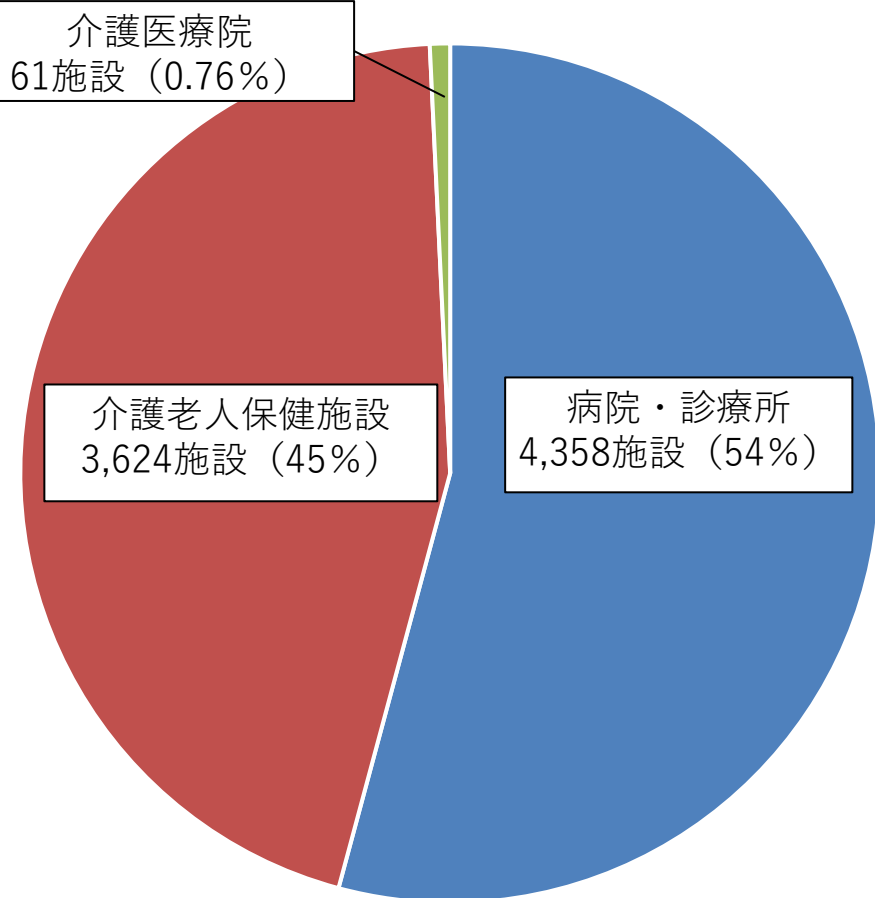
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

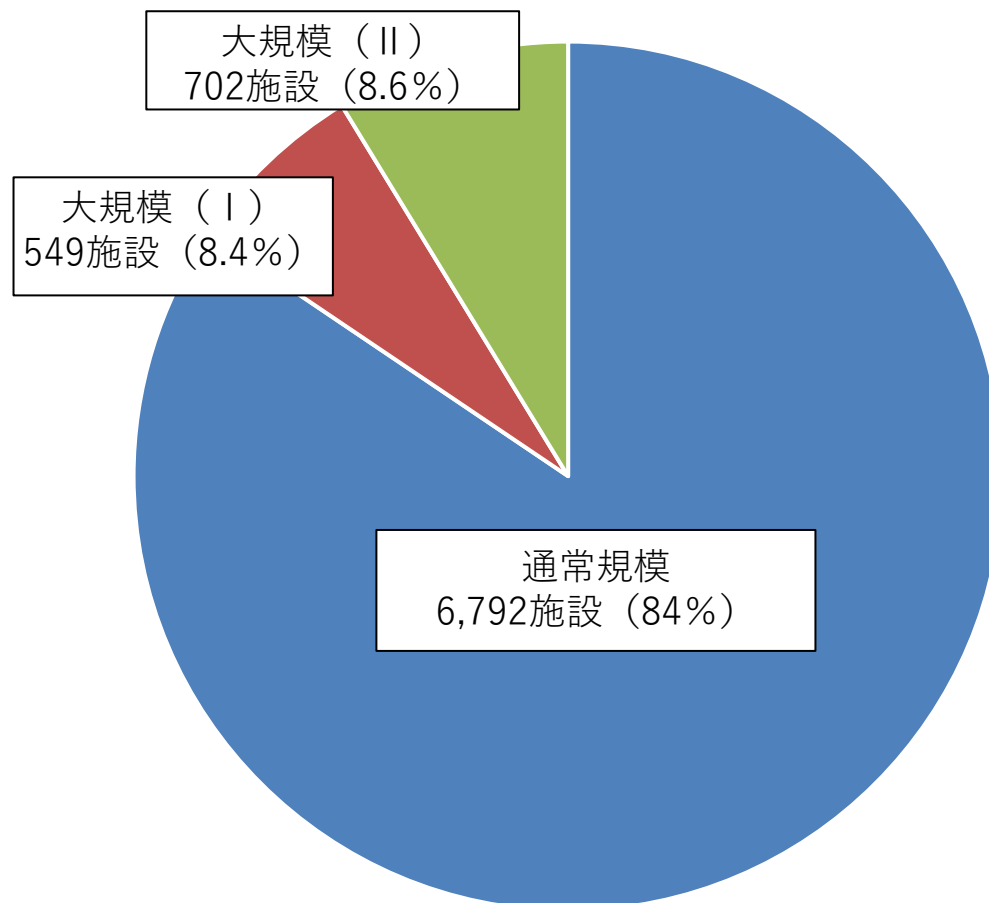
# 通所リハビリテーション事業所の開設者種別及び事業所規模別の内訳

- 開設者種別では、病院・診療所が約54%、介護老人保健施設が約45%となっている。
- 事業所規模をみると、通常規模が約84%、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）事業所は、それぞれ約8%となっている。

## 開設者種別割合

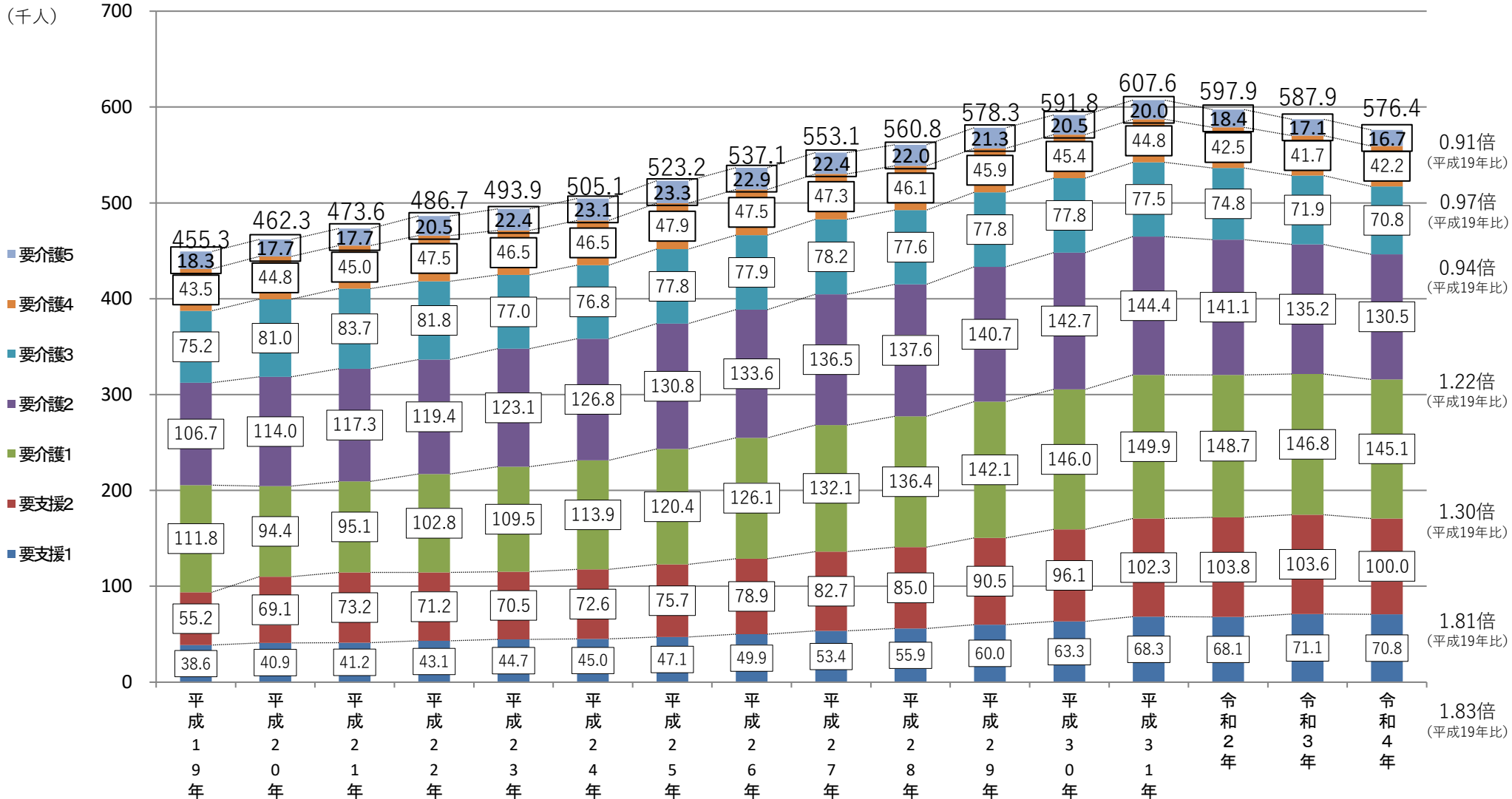


## 事業所規模の内訳



# 通所リハビリテーションの要介護度別受給者数

○ 令和4年の受給者数は約58万人で、毎年増加していたが近年は減少傾向である。  
要支援の受給者は近年横ばいである。



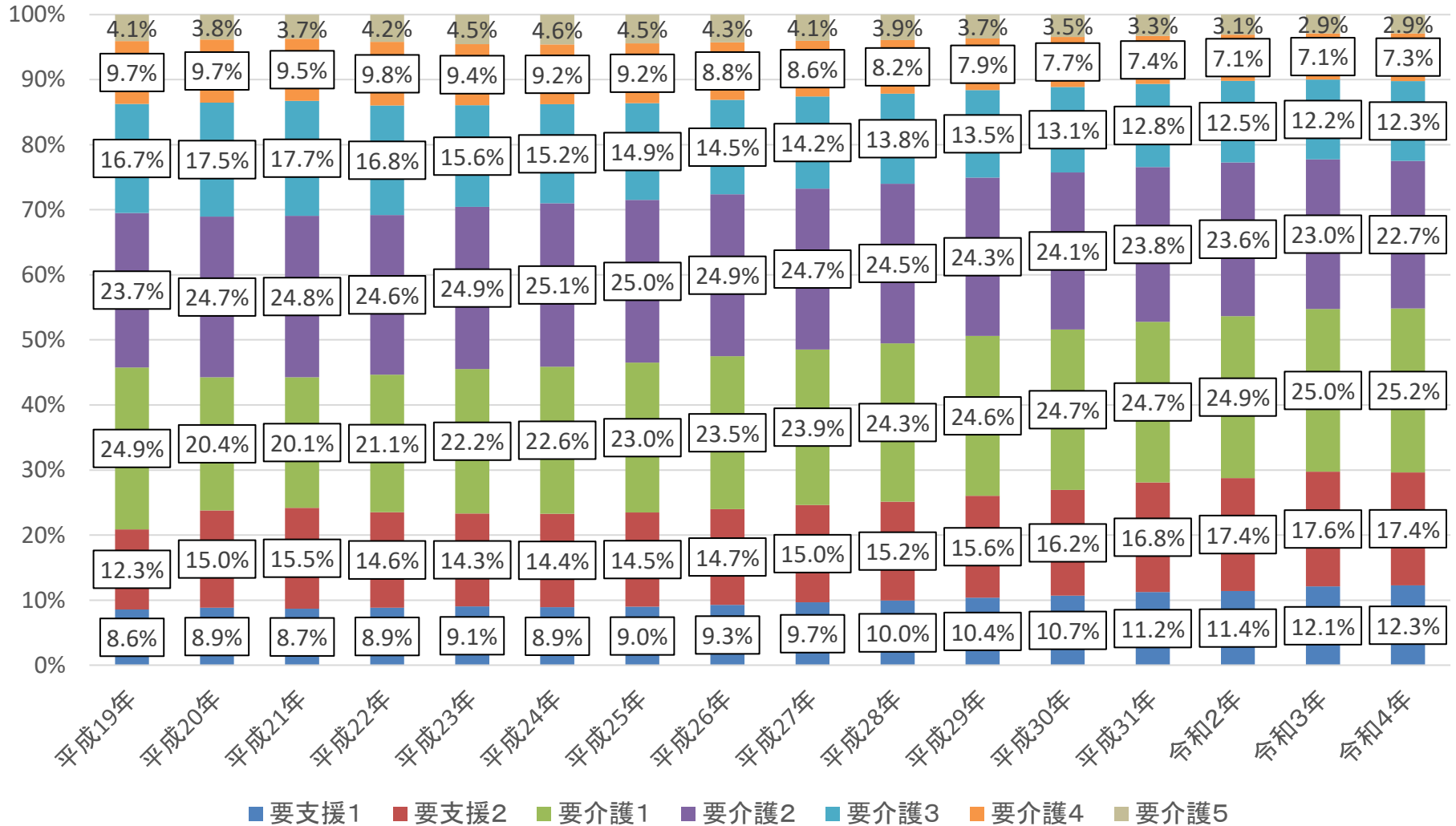
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

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)

# 通所リハビリテーションの要介護度別受給者割合

○ 受給者の要介護度別割合では、要介護1が25.2%、要介護2が22.7%と多い。



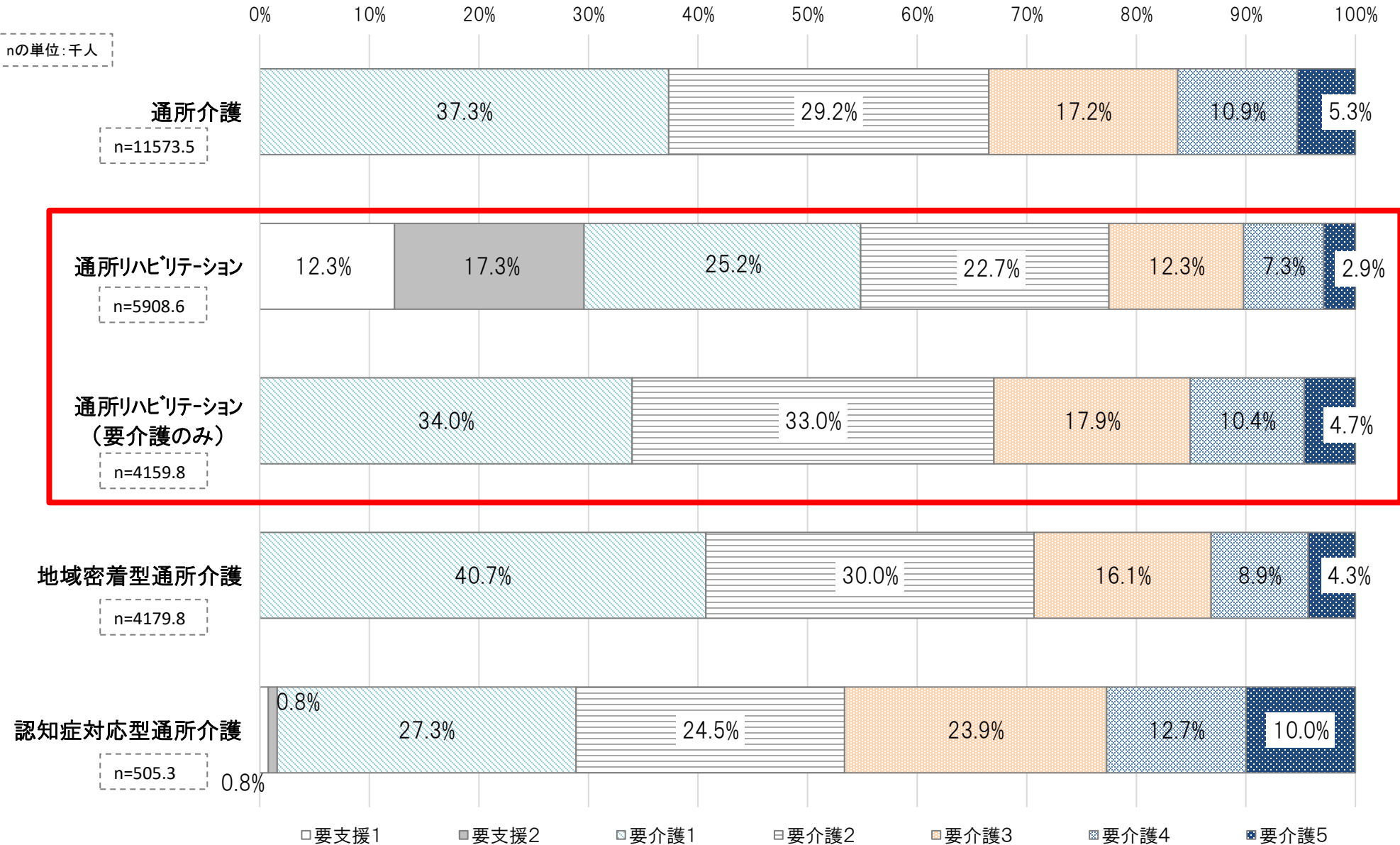
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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。

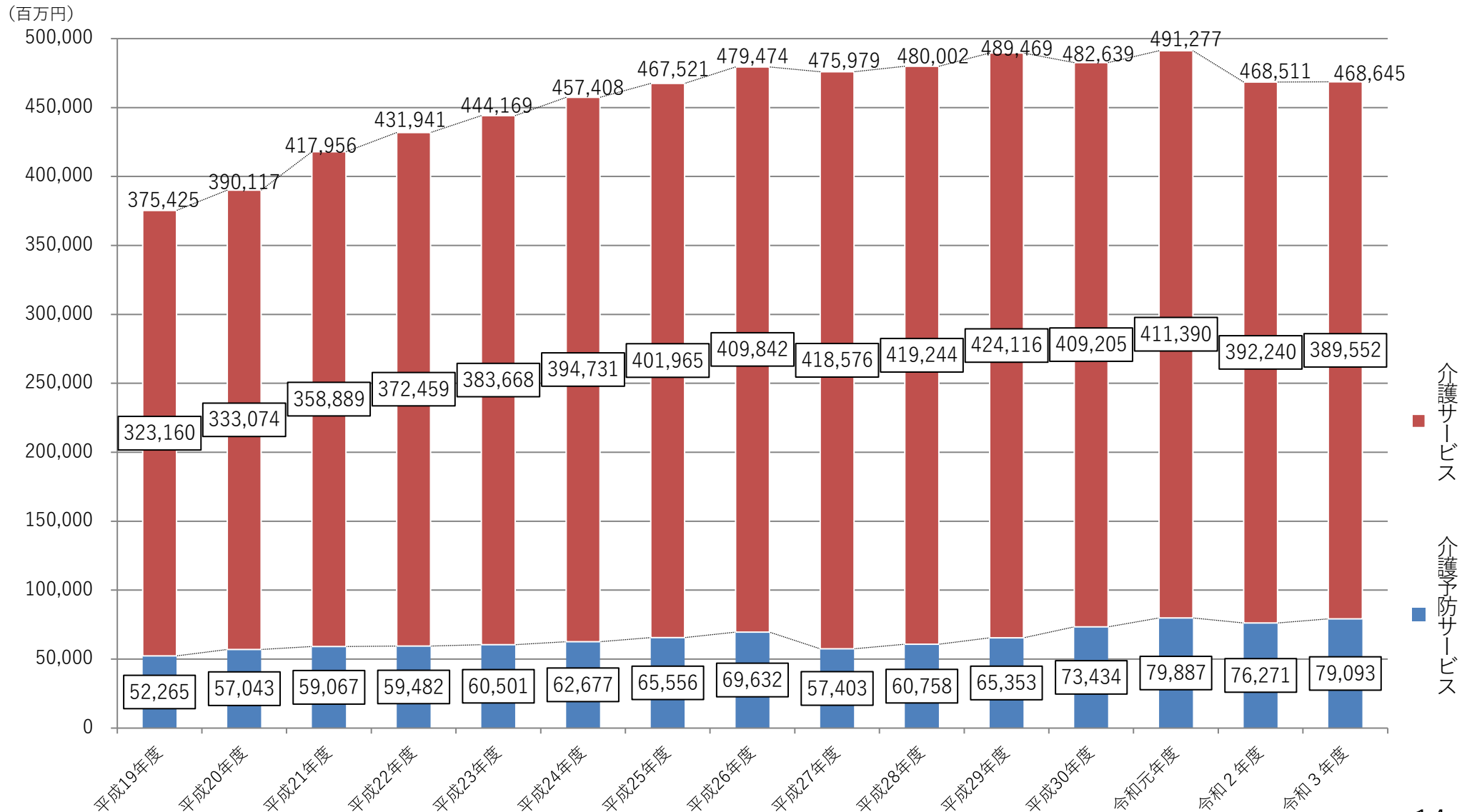
出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

# 通所系サービスの要介護度割合



# 通所リハビリテーションの費用額

○ 令和3年度の費用額は4,686億円となっており、近年横ばいである。



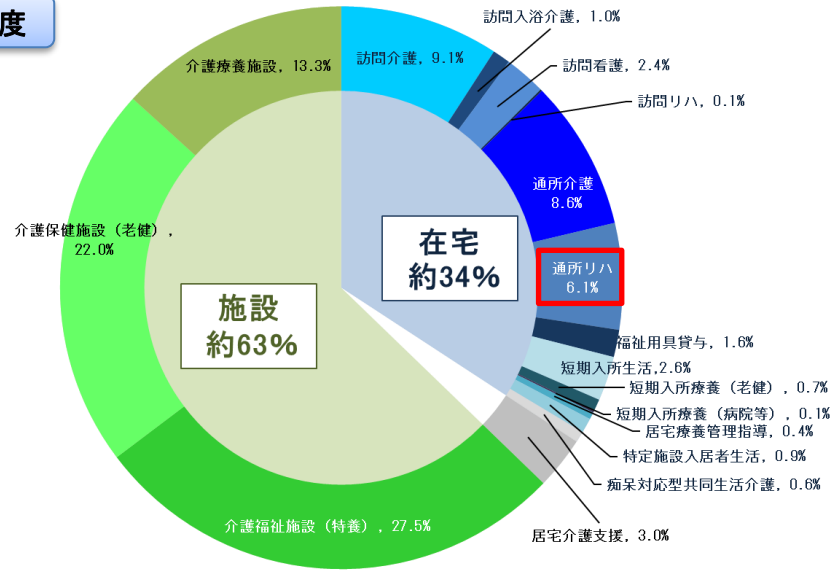
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。

※補足給付は含まない。

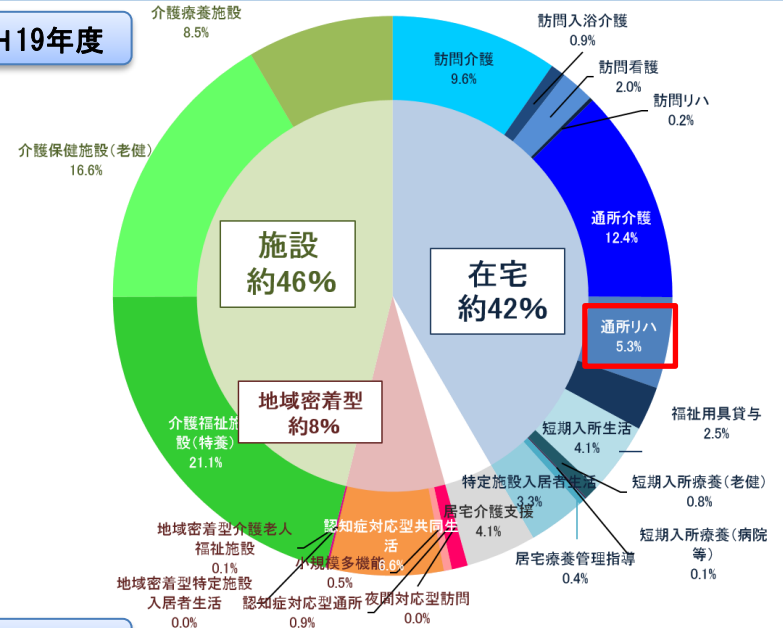
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：調査）」（各年5月審査分～翌年4月審査分）

# サービス種類別介護費用額割合の推移

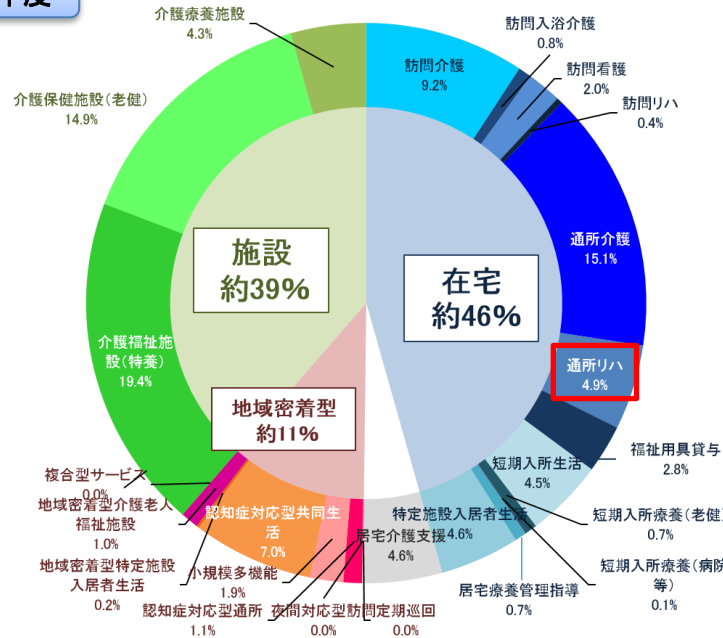
H13年度



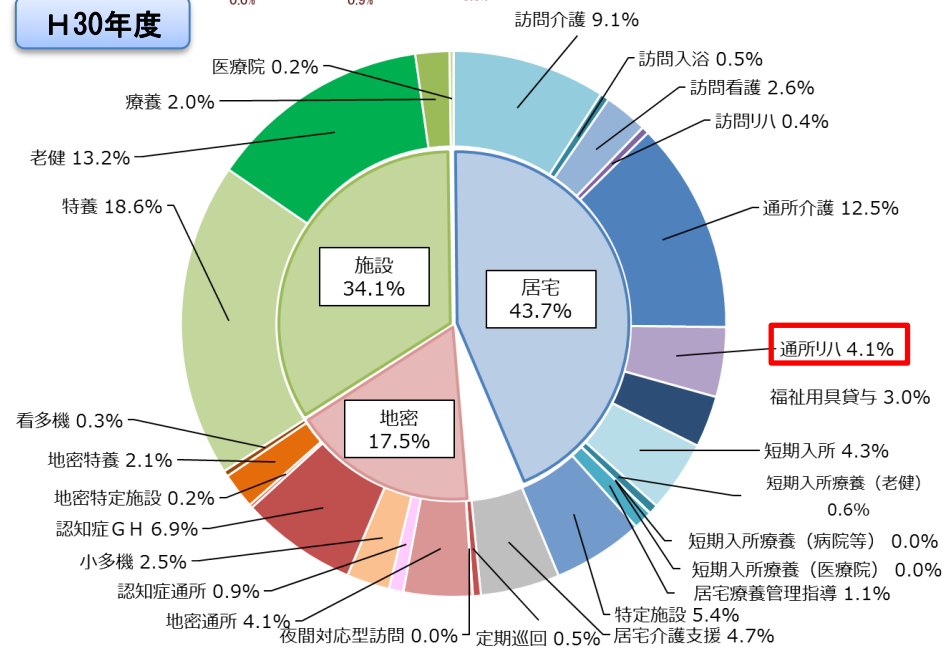
H19年度



H24年度

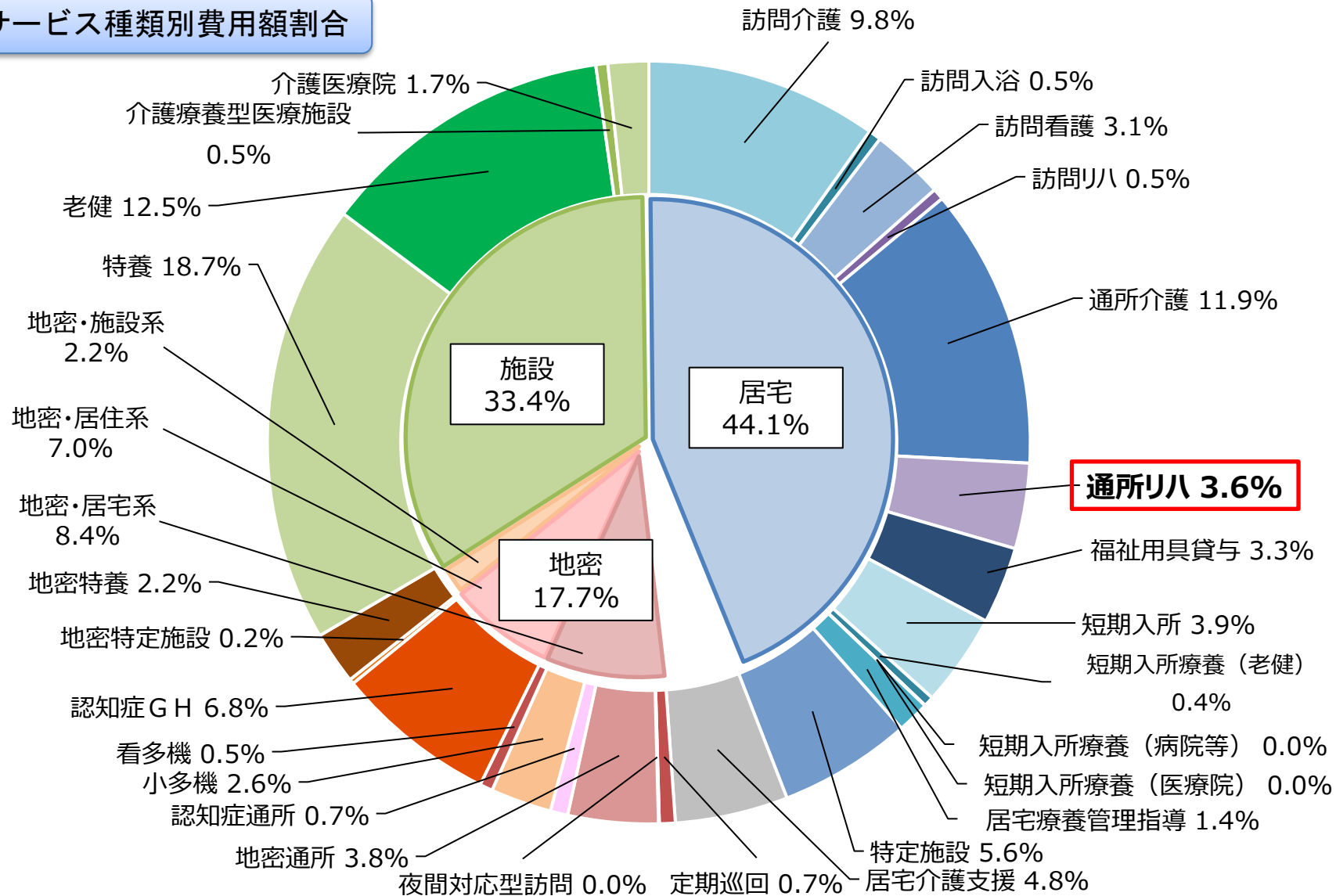


H30年度



# 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
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
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。

# 通所リハビリテーションの経営状況

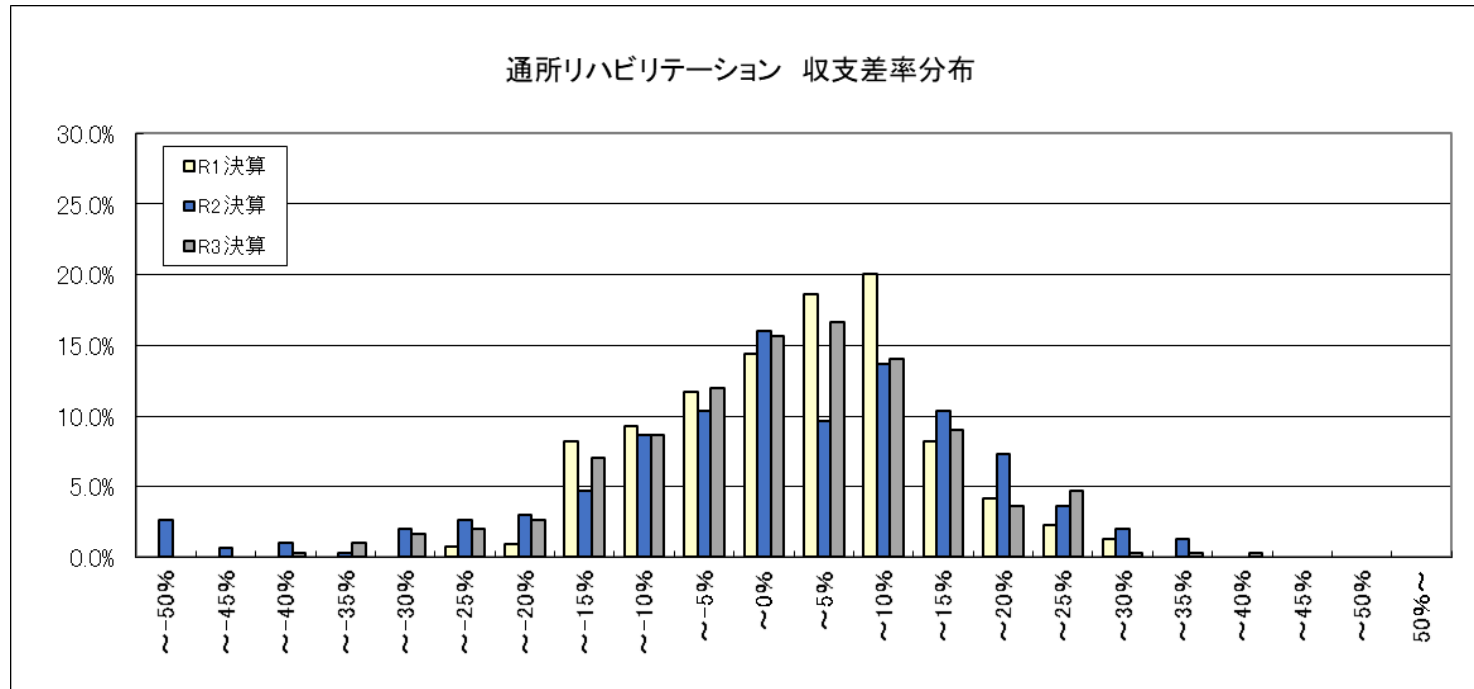
○ 通所リハビリテーションの収支差率は0.5%となっている。

## ■ リハビリテーションサービスにおける収支差率

有効回答数: 300(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% (1.4%)	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)
訪問リハビリテーション	2.4% (1.9%)	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)



※令和4年度決算は調査中

1. 通所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

# 通所リハビリテーション(令和3年度介護報酬改定)

## 改定事項

- 通所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 1(1)③災害への地域と連携した対応の強化★
- ② 1(1)④通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応
- ③ 2(1)②認知症に係る取組の情報公表の推進★
- ④ 2(1)④認知症介護基礎研修の受講の義務づけ★
- ⑤ 2(4)①訪問介護における通院等乗降介助の見直し★
- ⑥ 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★
- ⑦ 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★
- ⑧ 3(1)②リハビリテーションマネジメント加算の見直し★
- ⑨ 3(1)⑤社会参加支援加算の見直し
- ⑩ 3(1)⑥生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し★
- ⑪ 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★
- ⑫ 3(1)⑪通所リハビリテーションの入浴介助加算の見直し
- ⑬ 3(1)⑰通所系サービス等における口腔機能向上の取組の充実★
- ⑭ 3(1)⑱通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実★
- ⑮ 4(1)①処遇改善加算の職場環境等要件の見直し★
- ⑯ 4(1)②介護職員等特定処遇改善加算の見直し★
- ⑰ 4(1)③サービス提供体制強化加算の見直し★
- ⑱ 5(1)①同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の適正化★
- ⑲ 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)
- ⑳ 5(1)⑩介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)の廃止★
- ㉑ 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★

★は介護予防サービスでも同様の措置を講じたもの

# 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③

単位数

#### 【通所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) 330単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (II)

同意日の属する月から6月以内 850単位/月

同意日の属する月から6月超 530単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (III)

同意日の属する月から6月以内 1,120単位/月

同意日の属する月から6月超 800単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (IV)

同意日の属する月から6月以内 1,220単位/月

同意日の属する月から6月超 900単位/月

(3月に1回を限度)

(介護予防)

リハビリテーションマネジメント加算 330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

同意日の属する月から6月以内 560単位/月

同意日の属する月から6月超 240単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ (新設)

同意日の属する月から6月以内 593単位/月

同意日の属する月から6月超 273単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ

同意日の属する月から6月以内 830単位/月

同意日の属する月から6月超 510単位/月

リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ

同意日の属する月から6月以内 863単位/月

同意日の属する月から6月超 543単位/月

廃止 (加算 (B) ロに組み替え)

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。



# 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)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し①

## 概要

【通所リハビリテーション★】

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

## 単位数

### 【通所リハビリテーション】

< 現行 >

3月以内 2,000単位/月

3月超、6月以内 1,000単位/月

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

< 改定後 >

6月以内 1,250単位/月

⇒ 廃止

### 【介護予防通所リハビリテーション】

< 現行 >

3月以内 900単位/月

3月超、6月以内 450単位/月

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

< 改定後 >

6月以内 562単位/月

⇒ 廃止

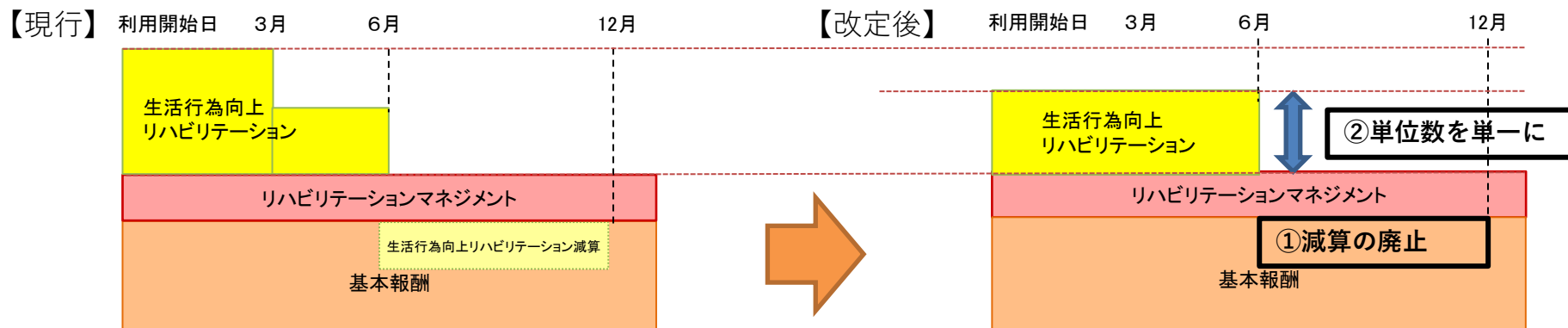
# 3.(1)⑥ 生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し②

## 算定要件等

※下線部が見直し箇所

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

## 【生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し (イメージ)】



# 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

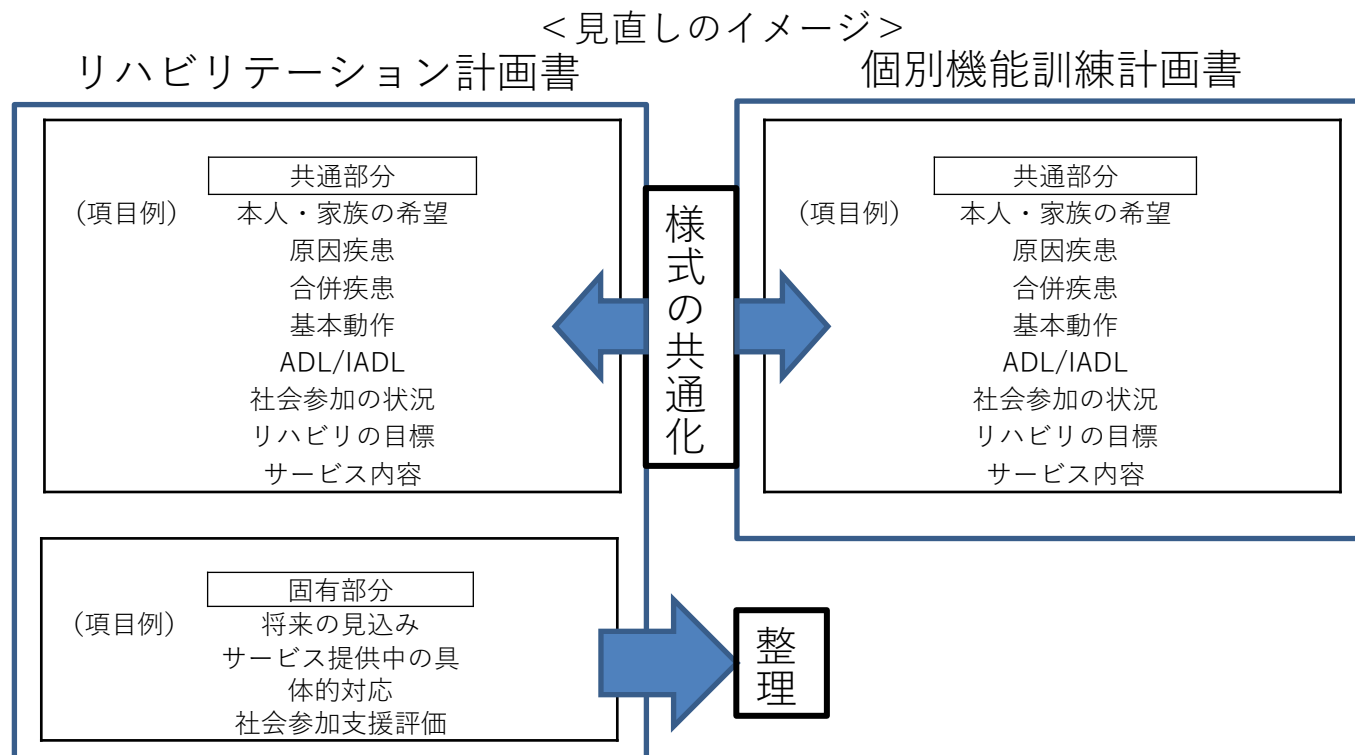
## 概要

【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。



# 3.(1)⑪ 通所リハビリテーションの入浴介助加算の見直し

## 概要

### 【通所リハビリテーション】

- 通所リハビリテーションにおける入浴介助加算について、利用者の自宅での入浴の自立を図る観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】
  - ア 利用者が自宅において、自身又は家族等の介助によって入浴を行うことができるよう、利用者の身体状況や医師・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員等（以下、「医師等」という。）が訪問により把握した利用者宅の浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、同計画に基づき事業所において個別の入浴介助を行うことを評価する新たな区分を設ける。
  - イ 現行相当の加算区分については、現行の入浴介助加算は多くの事業所で算定されていることを踏まえ、また、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

## 単位数

<現行>	<改定後>
入浴介助加算 50単位/日	⇒ 入浴介助加算（Ⅰ） 40単位/日
	入浴介助加算（Ⅱ） 60単位/日（新設） ※（Ⅰ）と（Ⅱ）は併算定不可

## 算定要件等

- <入浴介助加算（Ⅰ）>（現行の入浴介助加算と同要件）
  - 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。
- <入浴介助加算（Ⅱ）>（上記の要件に加えて）
  - 医師等が当該利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該利用者の居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。
  - 当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
  - 上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。

# 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)

1. 通所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

## 通所リハビリテーションに関連する各種意見

### 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。また、その検討を踏まえて、通所リハビリテーションにおける、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について、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。

（経営の大規模化・協働化等）

- 介護人材不足への対応や、安定的なサービス提供を可能とする観点からは、介護の経営の大規模化・協働化により、サービスの品質を担保しつつ、管理部門の共有化・効率化やアウトソーシングの活用などにより、人材や資源を有効に活用することが重要である。



## 【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

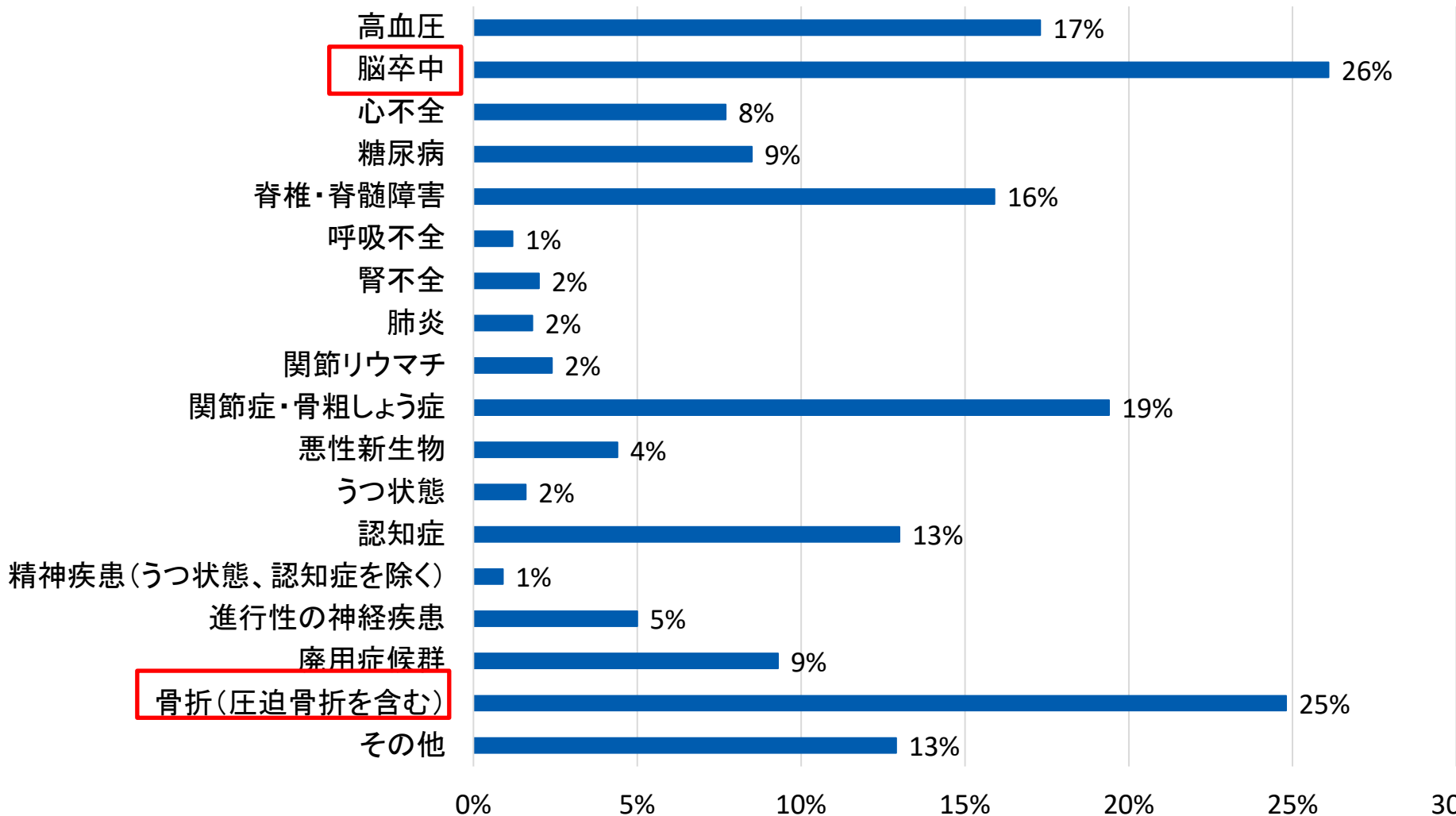
- リハビリテーションは、医療保険と介護保険の役割分担に基づいて、適時・適切に提供できるよう、累次の改定で見直しを行ってきたところである。一方で、医療保険による急性期・回復期リハビリテーションと、介護保険による生活期リハビリテーションにおける、リハビリテーション実施計画書等の情報連携が不十分な実態や医療と介護で提供している訓練内容の差が明らかとなっており、両者間の円滑な移行を更に推進する必要がある。
- リハビリテーションは適時・適切に提供されることが必要であるが、長期間同じ内容のリハビリテーションが提供されている実態もあり、リハビリテーションが漫然と継続されている可能性がある。リハビリテーシ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

# 通所リハビリテーションが必要となった原因の傷病

○ 通所リハビリテーションが必要となった原因の傷病としては脳卒中と骨折が多い。

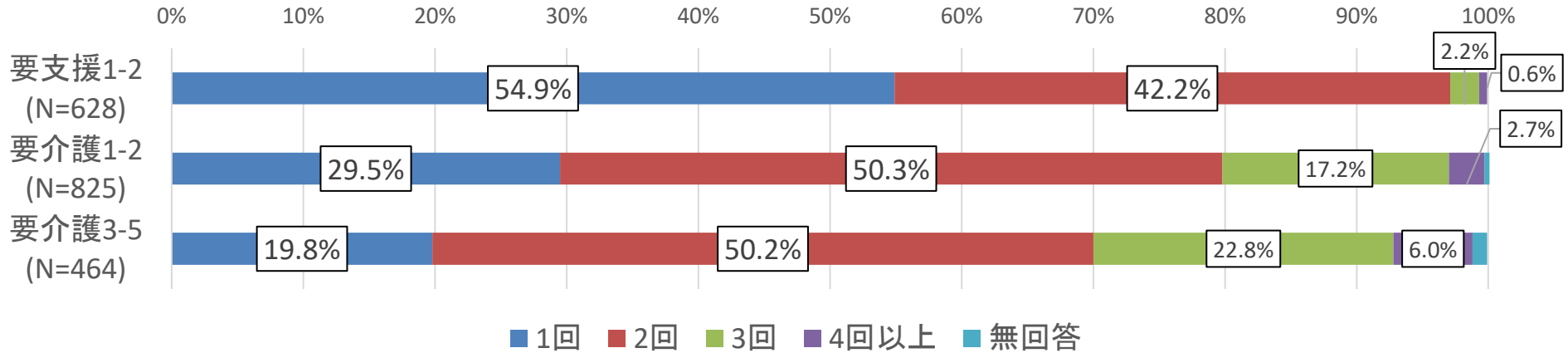


N = 1,930  
(複数回答可)

# 通所リハビリテーションの利用頻度と利用時間

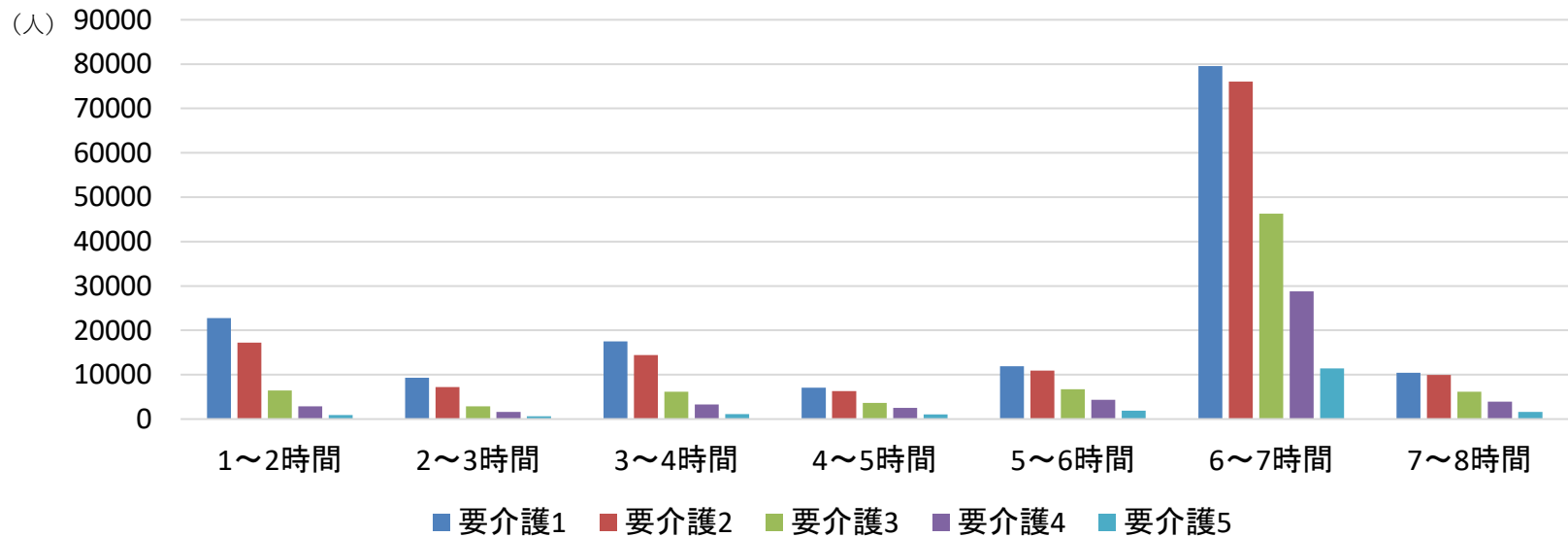
- 要支援者は、週1～2回の利用が95%以上を占め、要介護者は週1～3回の利用が90%以上を占める。
- 要介護者について、全ての要介護度で、6～7時間の利用が最も多い。

【1週あたりの利用頻度】



(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 (令和4年度 老人保健健康増進等事業)

【一月あたりの利用時間別の利用人数】

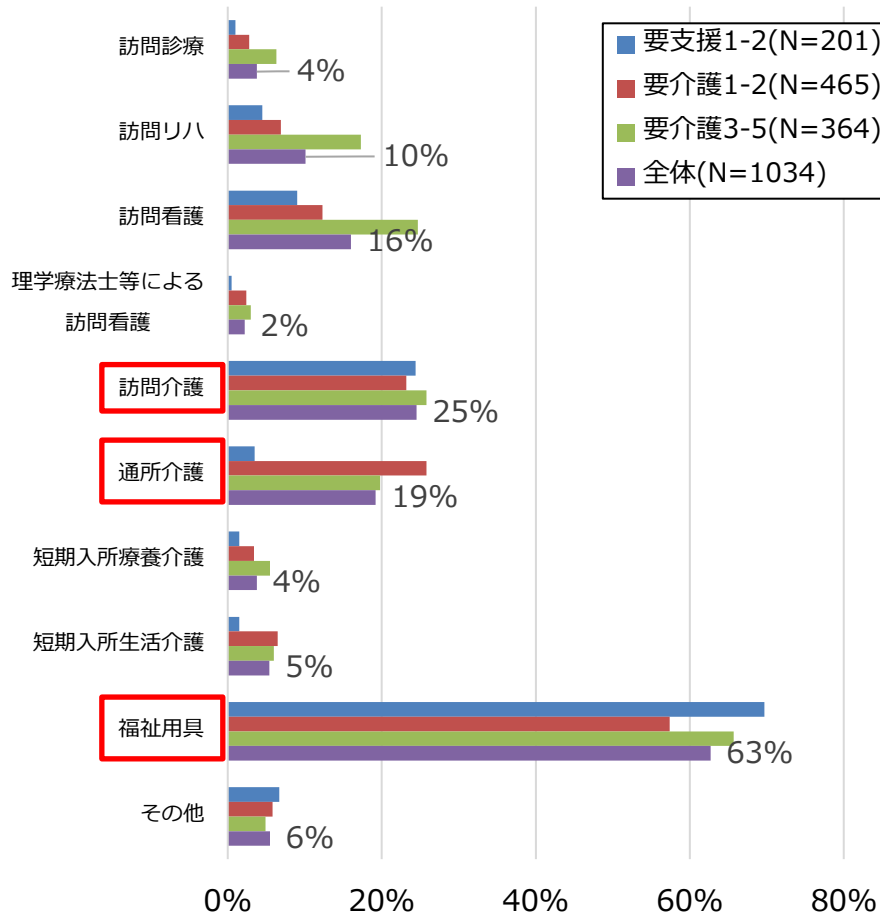


(出典) 介護保険総合データベースを元に老健局老人保健課で集計(令和5年3月分) 35

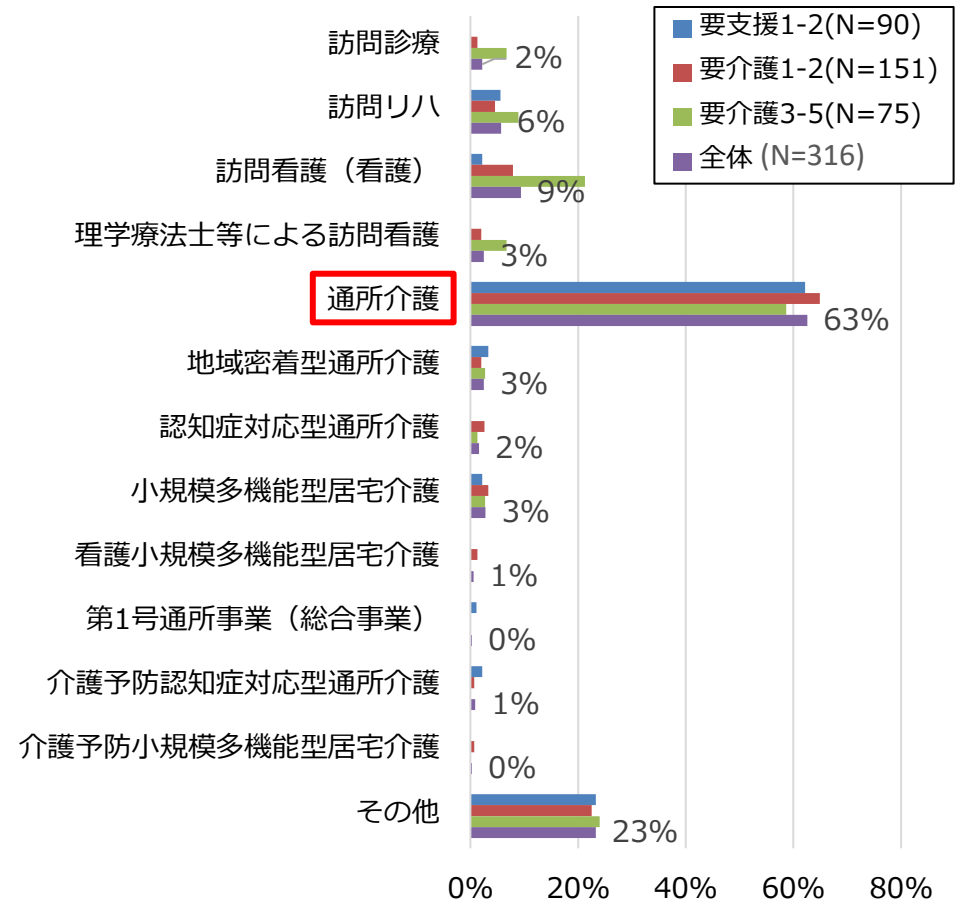
# 通所リハビリテーションの併用サービスと修了後サービス

- 通所リハビリテーションと併用しているサービスで割合が高いものは、福祉用具、通所介護、訪問介護であった。
- 修了後に利用したサービスは、通所介護が最も多かった。

【併用している介護保険サービス】 複数回答可



【修了後に利用した介護保険サービス・事業等】 複数回答可

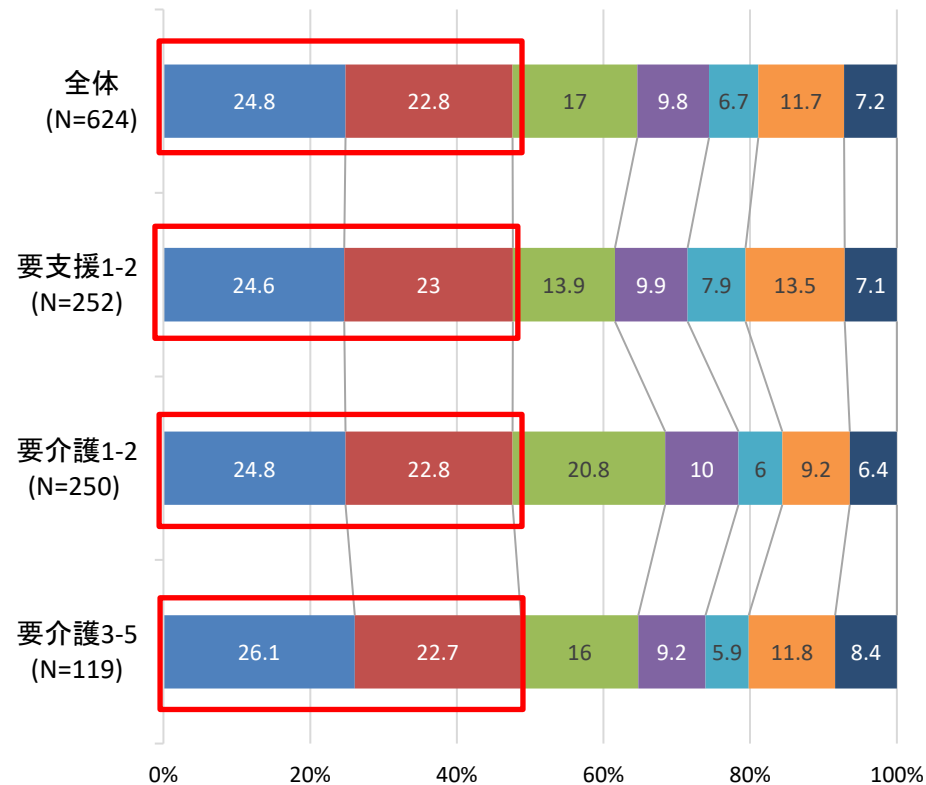


# 通所リハビリテーションを修了した者の利用期間

○ 通所リハビリテーションを修了した者の利用期間をみると、1年未満が約半数となっていた。

## ■ 目標達成により修了した者の利用期間

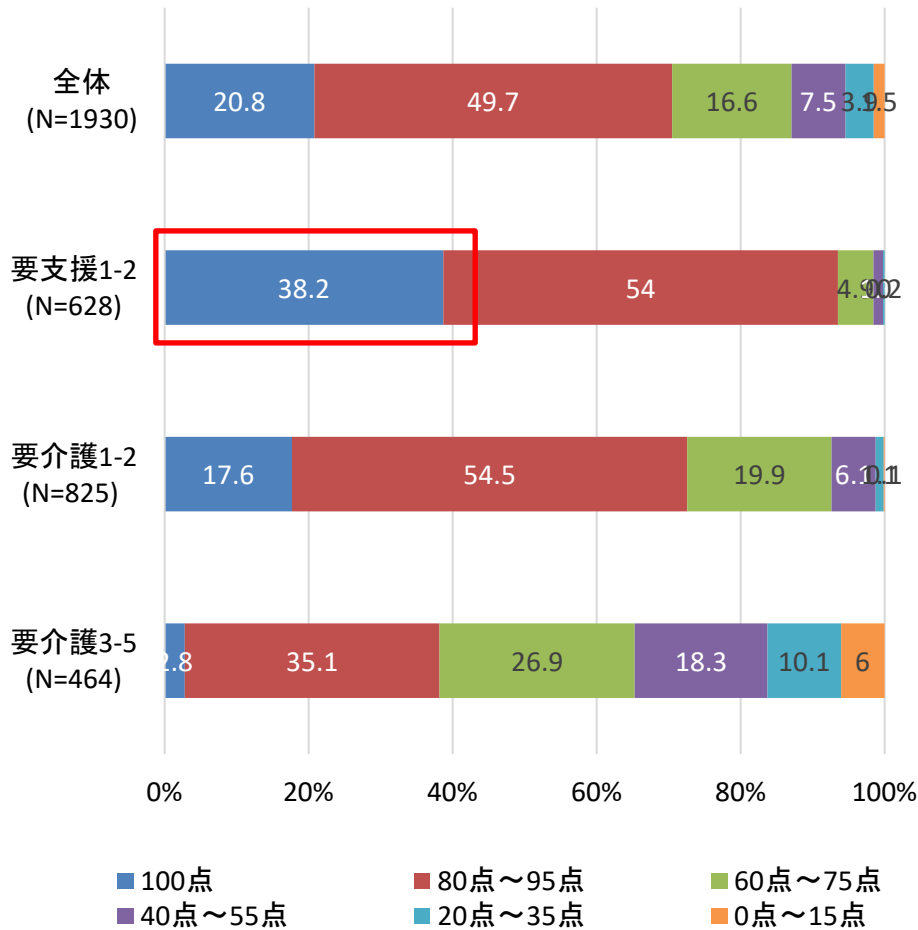
■ 6ヶ月未満 ■ 1年未満 ■ 2年未満 ■ 3年未満 ■ 4年未満 ■ 4年以上 ■ 無回答



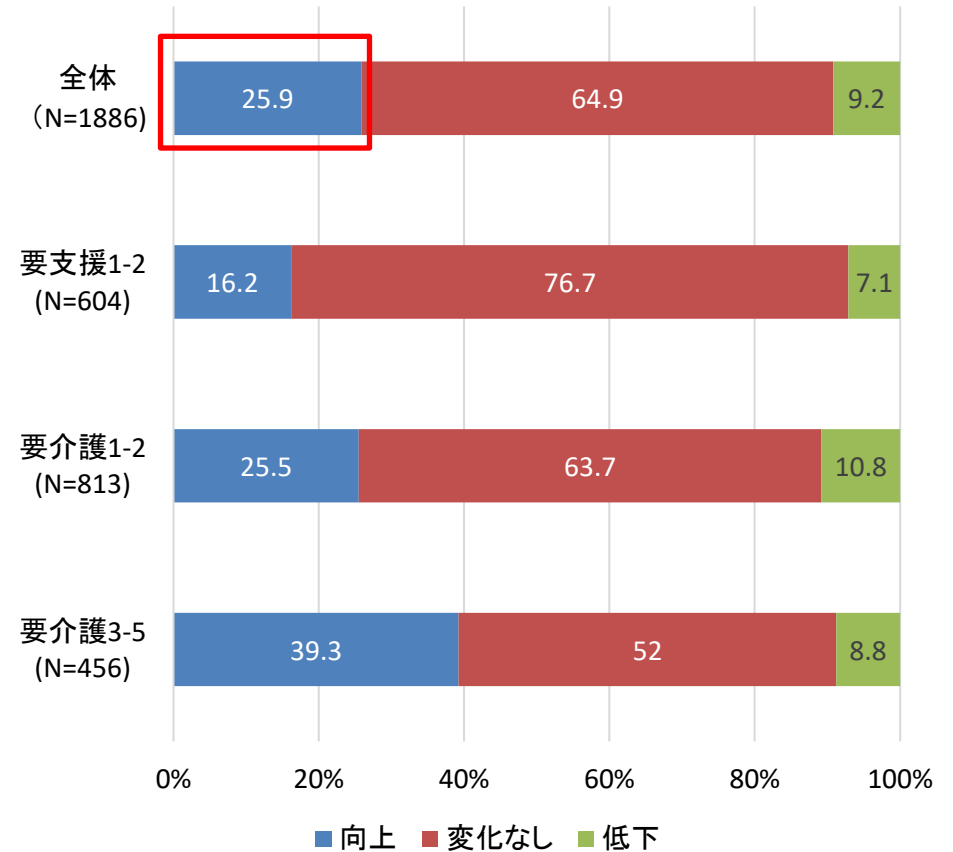
# 通所リハビリテーションにおけるADL

- 開始時に要支援者の38.2%においてADL評価であるBarthel Indexは満点（100点）であった。
- 利用開始から6ヶ月後のADLをみると、全体で25.9%が改善していた。

■利用者の開始時のADL（Barthel Index）



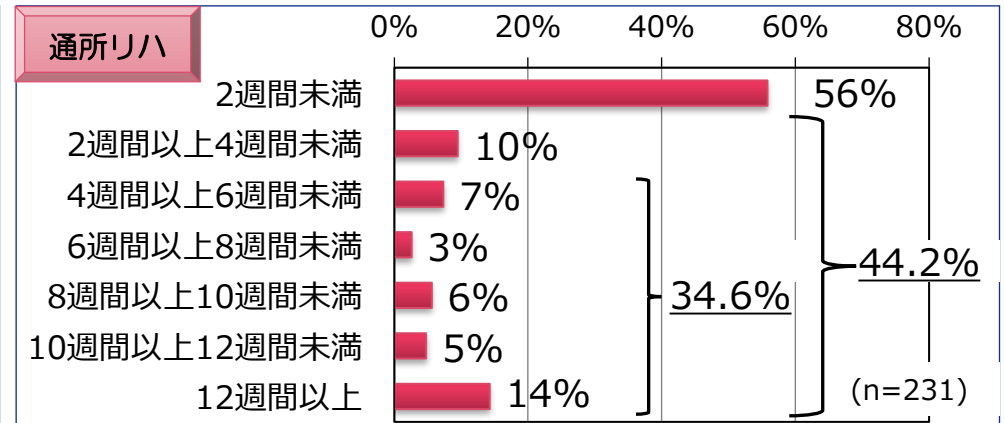
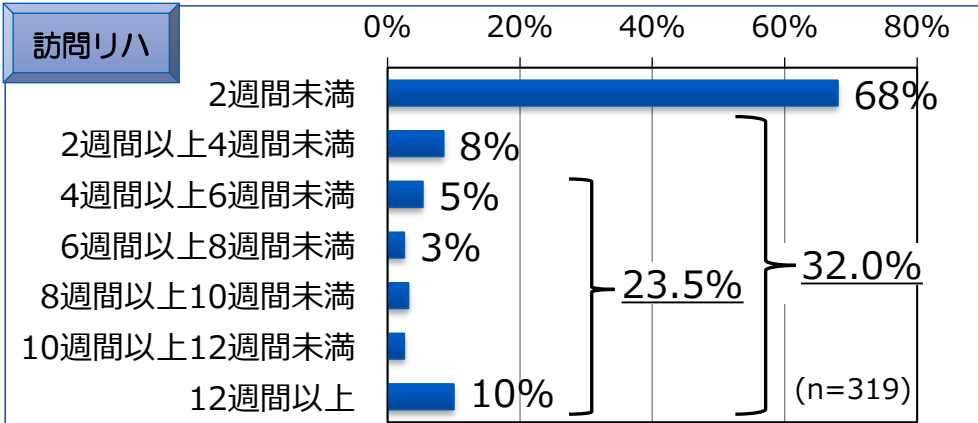
■利用開始から6ヶ月後におけるADL（Barthel Index）の点数変化



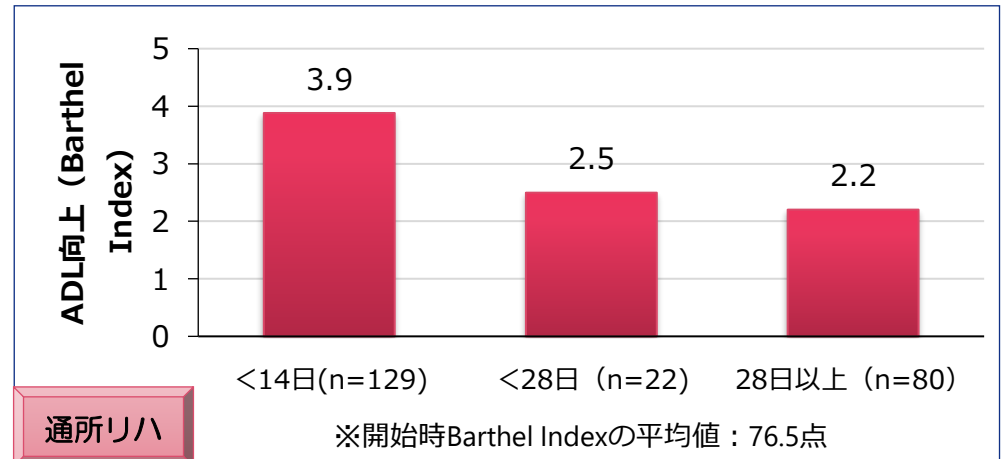
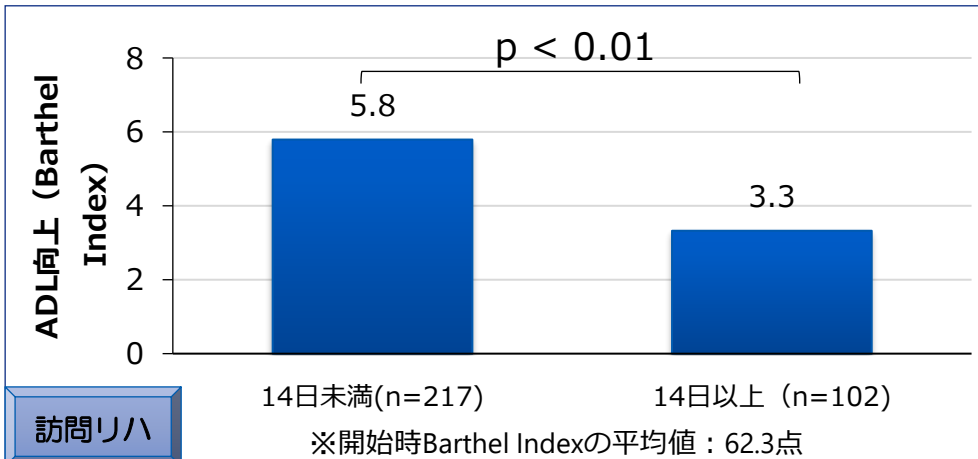
# 退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

- 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

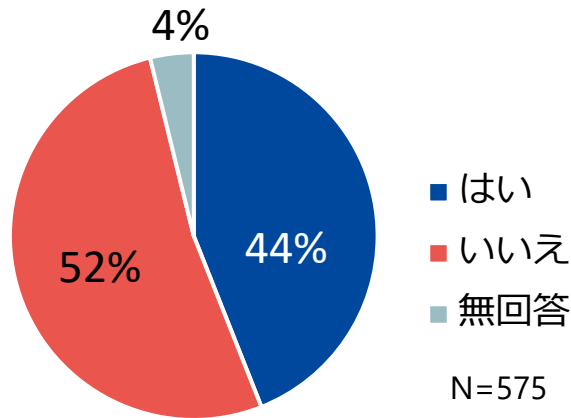


(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査 (平成28年度調査) の結果を事務局で集計

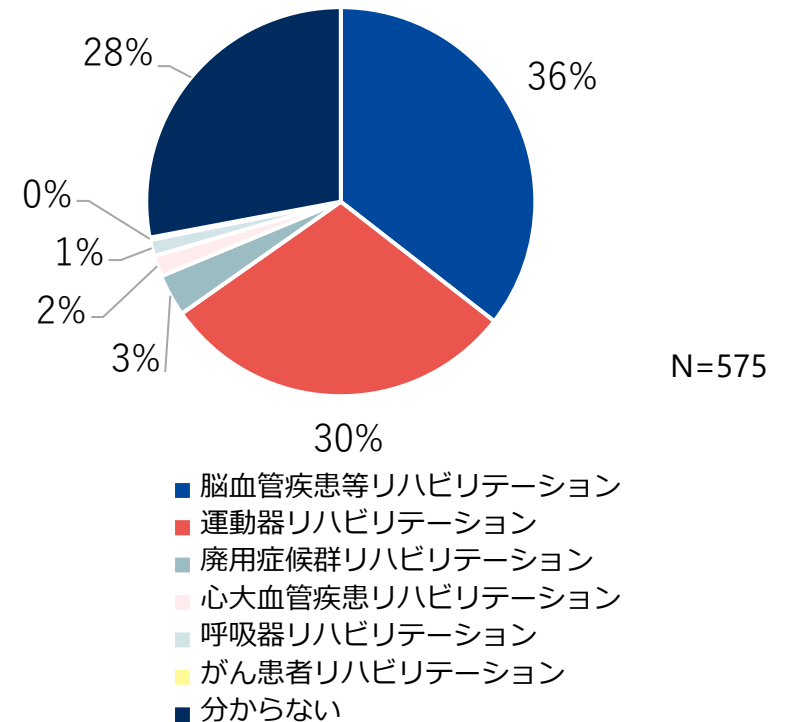
# 疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

- 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入手していたのは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入手していたか



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 実施計画書を入手したか		p-value*
		はい	いいえ	*Fisherの正確検定
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%)	<b>&lt;0.001</b>
	いいえ	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

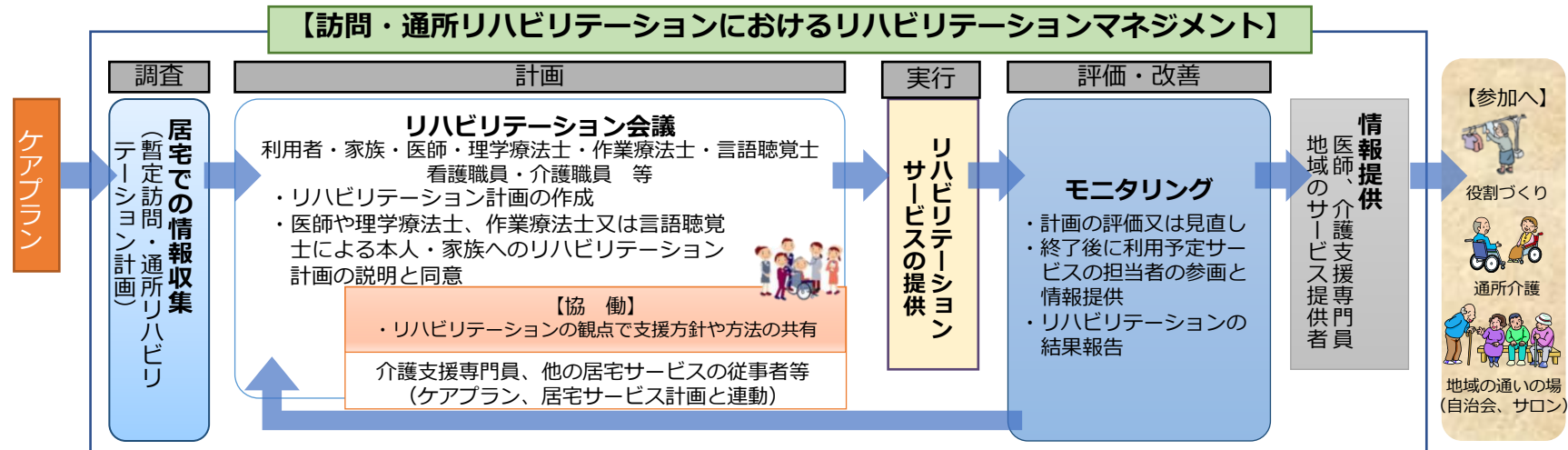
※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果



# リハビリテーションマネジメント加算の考え方（令和3年度介護報酬改定後）

## 概要

リハビリテーションマネジメント加算では調査、計画、実行、評価、改善のサイクルの構築を通じて、「心身機能」、個人として行う食事等の日常生活動作や買い物等の手段的日常生活動作といった「活動」をするための機能、家庭で役割を担うことや地域の行事に参与するといった「参加」をするための機能について、バランスよく働きかけるリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することを評価する。



## リハビリテーションマネジメントに係る要件 ※主なもの

### 基本報酬

#### 【医師の指示】

医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録

#### 【リハビリテーション計画】

進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施

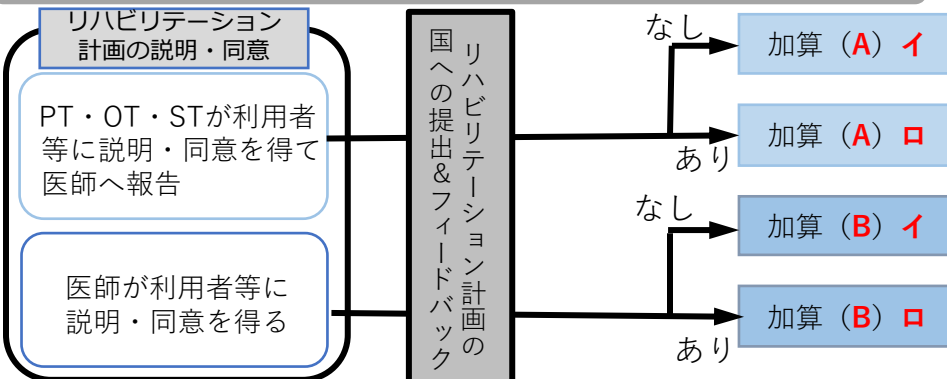
#### 【情報連携】

PT・OT・STがケアマネを通じ、他の事業所に介護の工夫等の情報を伝達

## リハビリテーションマネジメント加算の算定要件

### 【リハビリテーション会議】

会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有。会議内容を記録する。



# 通所リハビリテーションにおける総合評価に向けた考え方

令和3年度の審議報告を受け、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ついて、有識者等による検討が行われ、通所リハビリテーションにおける総合評価に向けた考え方として以下の項目が検討された。

総合評価に向けた考え方として  
検討がされた項目

- ① リハ専門職の充実した配置（特にSTの配置）
  - ② 歯科衛生士、管理栄養士の積極的な参画
  - ③ リハビリテーションマネジメントの充実
  - ④ 中重度者等の受け入れ体制  
（重度療養管理加算、中重度者ケア体制加算）
  - ⑤ 大規模事業所の役割としての地域づくりの拠点機能
  - ⑥ 目標達成による修了後の定期評価の継続
  - ⑦ 医療機関等との連携強化
- 等

## 検討委員会 委員名簿

委員長	近藤 国嗣	(一社) 全国デイ・ケア協会 会長
委員	江澤 和彦	(公社) 日本医師会 常任理事
	川越 雅弘	公立大学法人埼玉大学大学院 保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
	斉藤 秀之	(公社) 日本理学療法士協会会長
	斉藤 正身	(一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会 会長
	中村 春基	(一社) 日本作業療法士協会 会長
	東 憲太郎	(公社) 全国老人保健施設協会 会長
	深浦 順一	(一社) 日本言語聴覚士協会 会長
	松田 晋哉	学校法人産業医科大学公衆衛生学 教授
	宮田 昌司	(一社) 日本訪問リハビリテーション協会 会長
	山田 剛	(一社) 日本介護支援専門員協会
	森山 雅志	(一社) 全国デイ・ケア協会 理事（作業部会長）

(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）

# 大規模事業所の特徴

- 大規模事業所では、各リハ専門職の配置が多く、リハマネジメント加算の算定率が高い。
- 一方で地域との交流活動の実施においては大きな差は認められない。

図 2-3-3 リハマネジメント加算の届出ありの割合（事業所規模別）

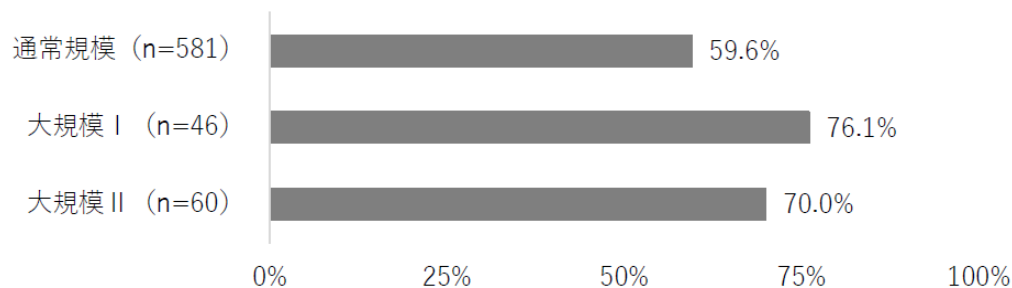


図 2-6-11 地域との交流活動の実施状況（事業所規模別）

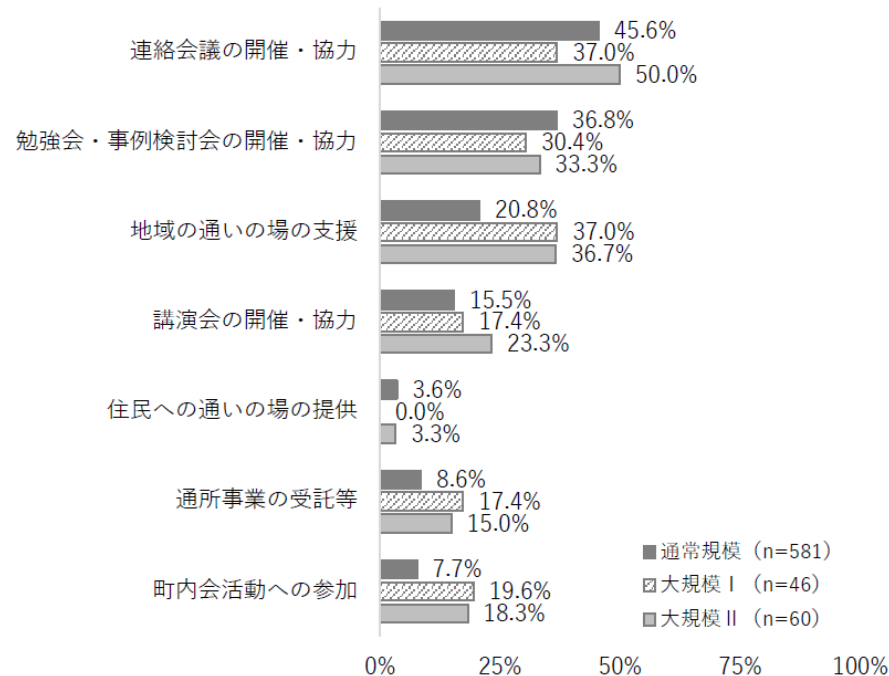
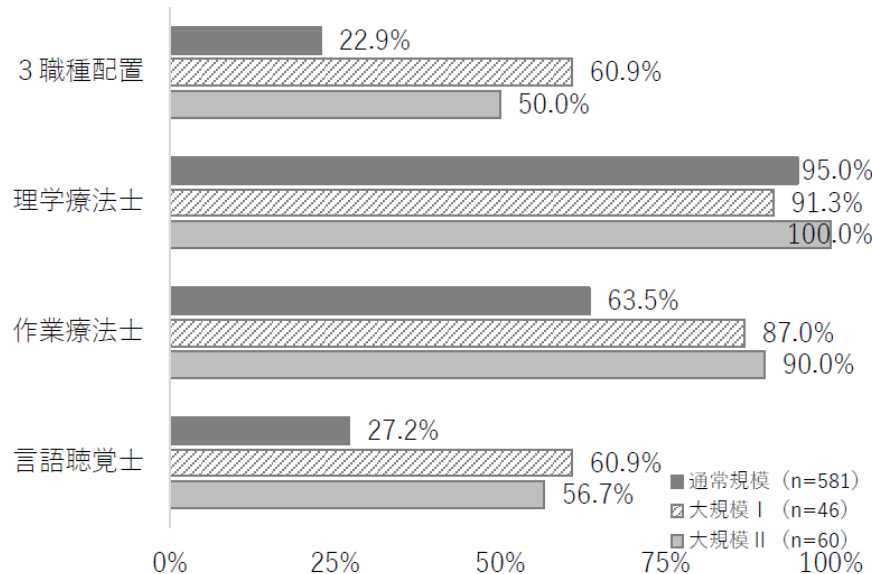


図 2-1-21 各リハ専門職を配置している割合（事業所規模別）



# (予防通所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通所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。ただし、生活行為向上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。

## 大臣基準告知

- イ 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。
- ロ 評価対象期間における指定介護予防通所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。

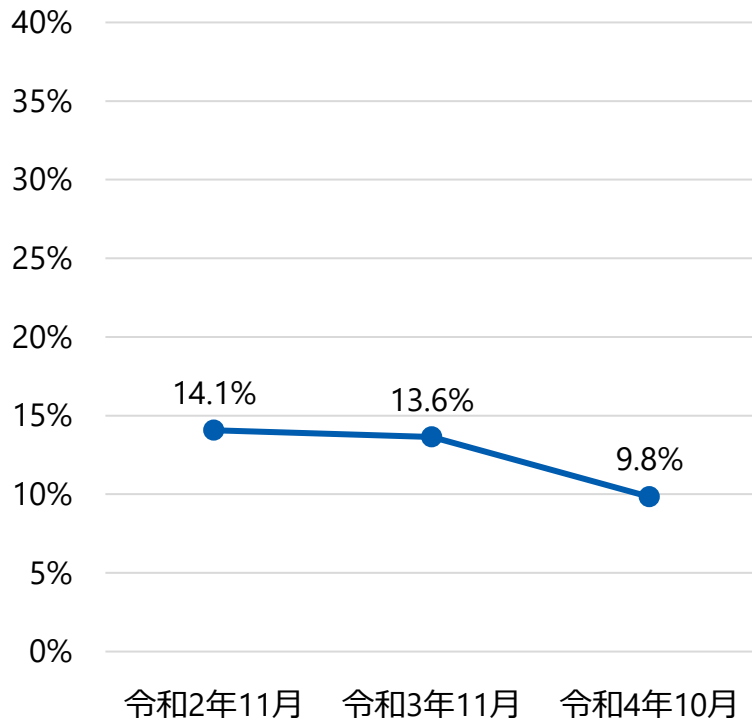
ハ 
$$\frac{\text{評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数}}{\text{評価対象期間内に指定介護予防通所リハビリテーションを利用した者の数}} \geq 0.6$$

ニ 
$$\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内に運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7$$

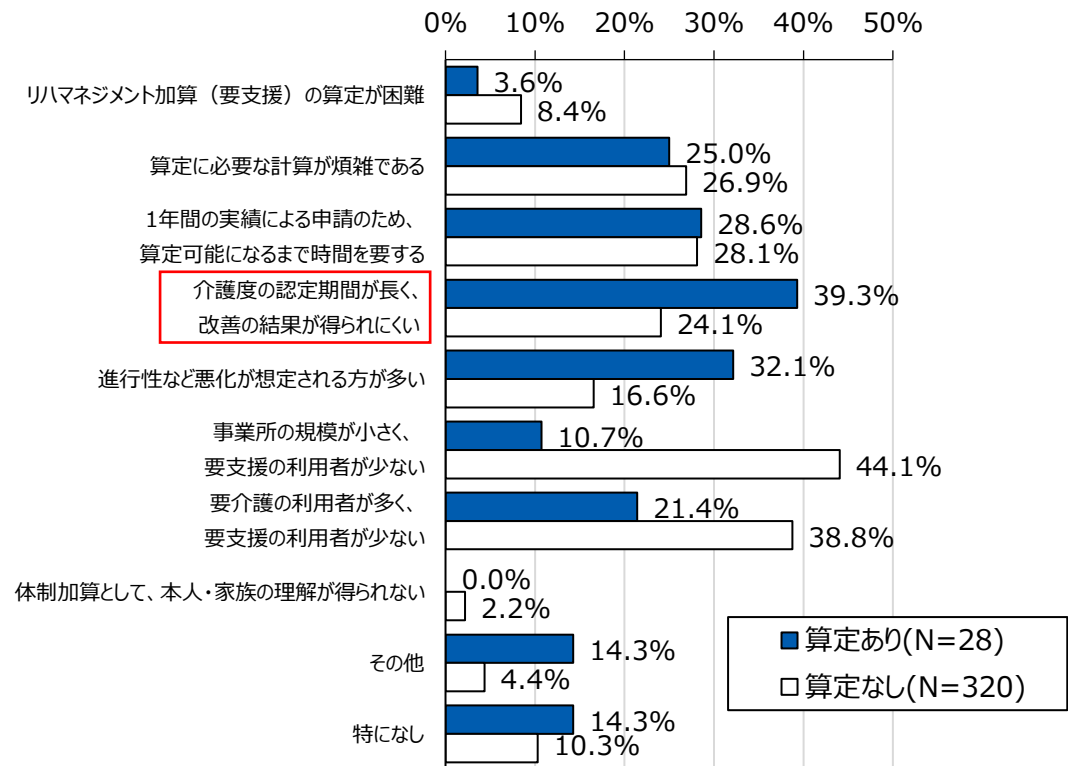
# (介護予防通所リハビリテーション)事業所評価加算の算定率

- 事業所評価加算の算定率は9.8%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。

■ 予防通所リハビリテーションにおける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

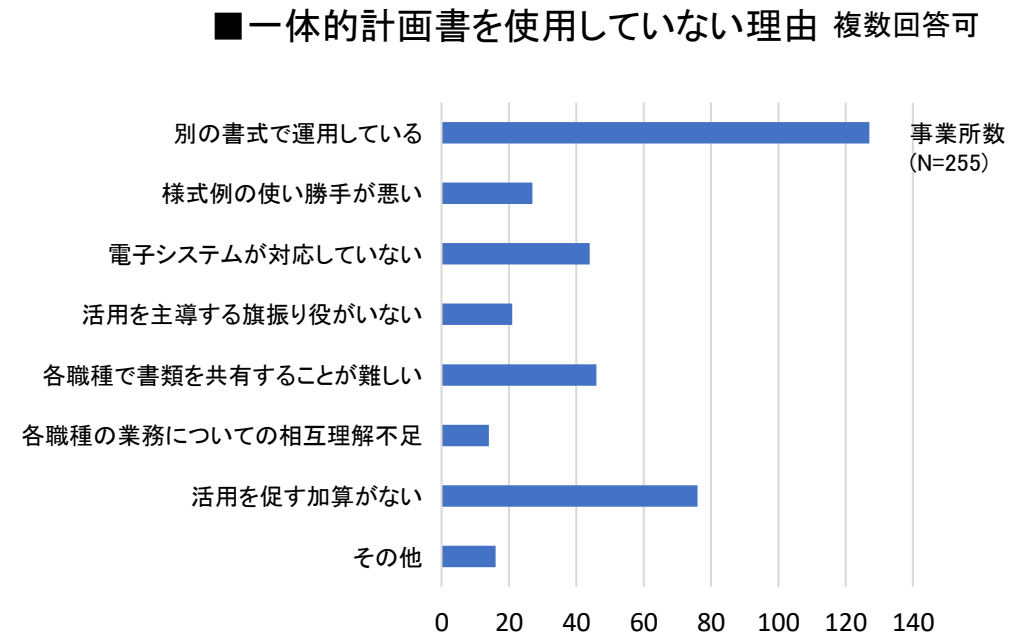
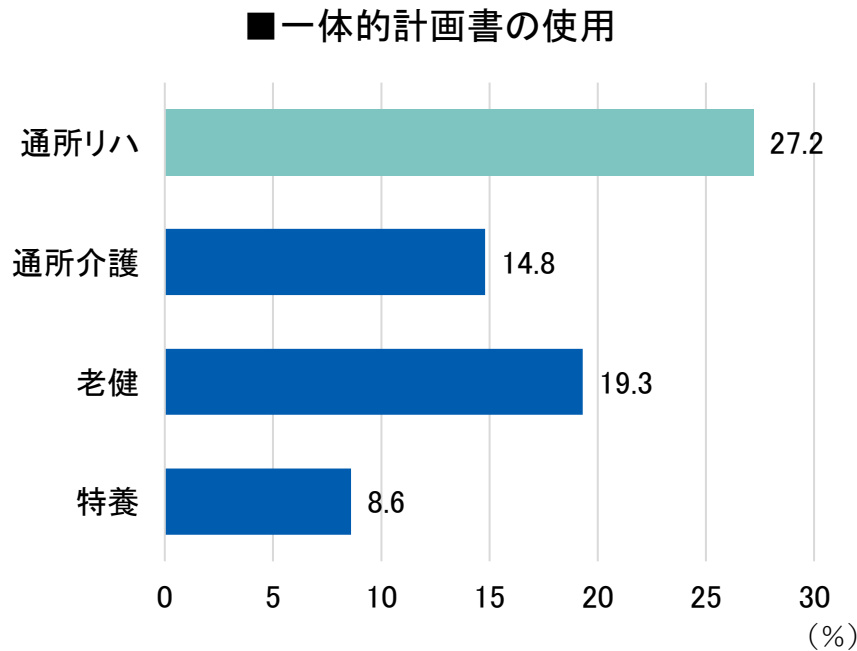


介護給付費等実態統計を元に老健局老人保健課で集計

(出典) 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業(令和元年度調査)

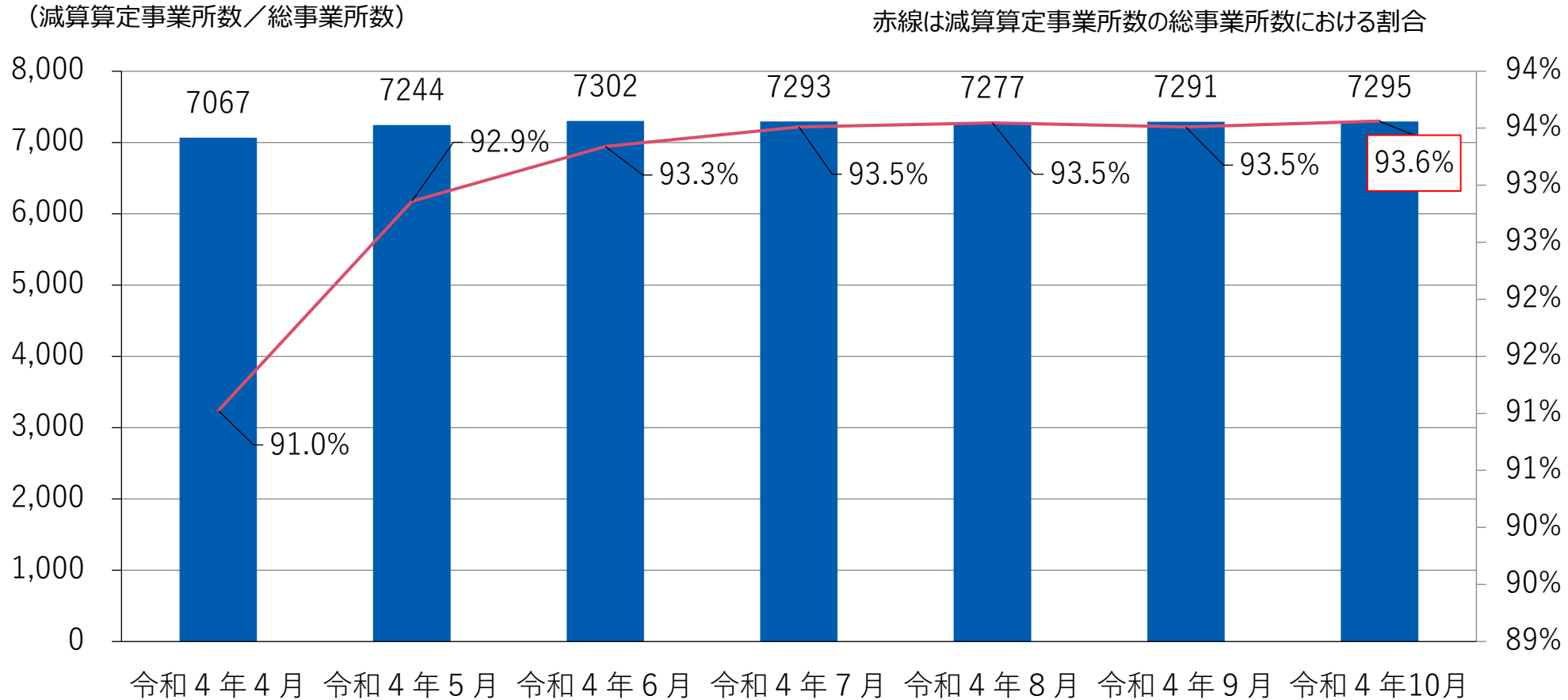
# 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（一体的計画書）」 （厚生労働省公開の様式例）について

- 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書(一体的計画書)」について、「使用している」と回答した施設・事業所は特養8.6%、老健19.3%、通所介護14.8%、通所リハビリテーション27.2%と低調であった。
- 使用していない理由としては、「別の書式で運用している」、「活用を促す加算がない」が多くみられる。



# 介護予防通所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)

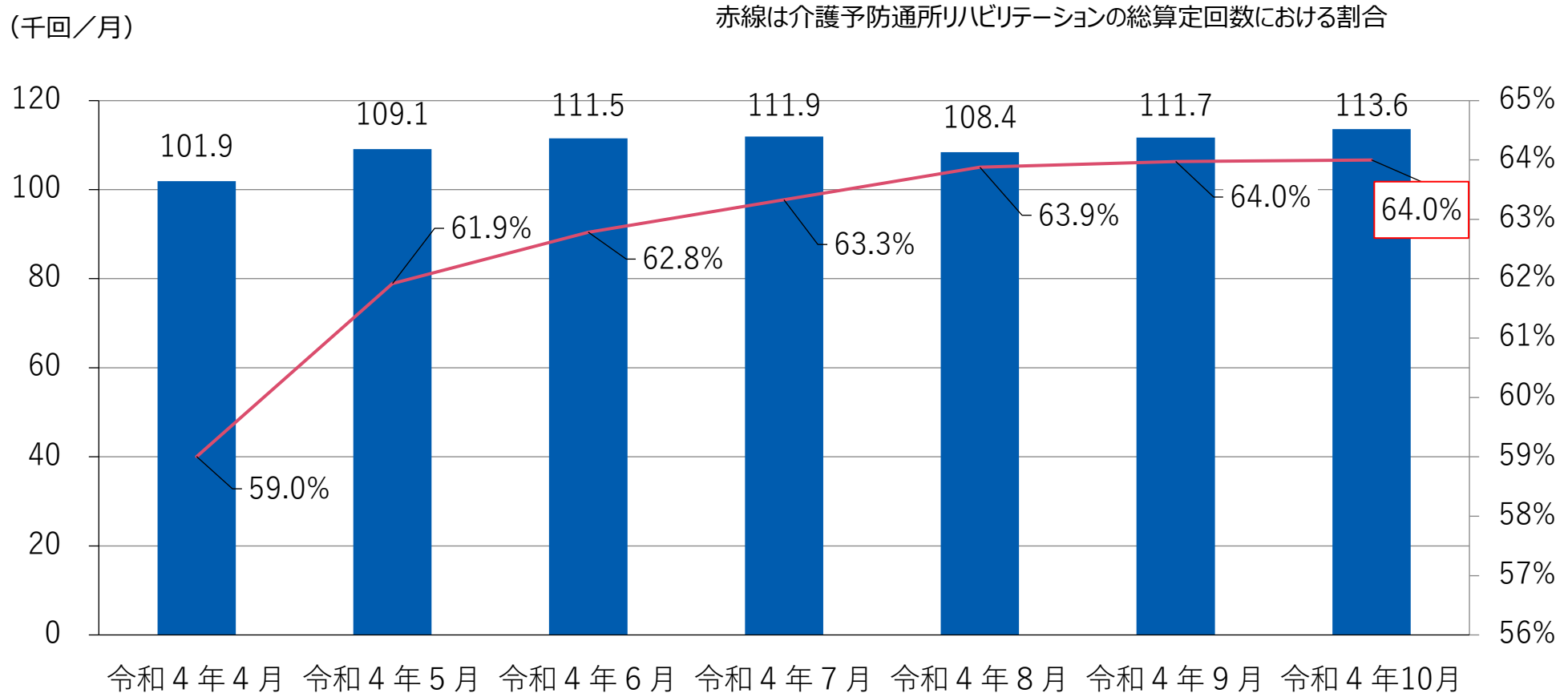
○ 12月減算を算定している事業所の割合は令和4年10月で93.6%であった。



(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で集計

# 介護予防通所リハビリテーション長期間利用減算の算定割合(算定回数)

○ 12月減算の総算定回数における割合は令和4年10月で64.0%であった。



(出典) 厚生労働省「介護給付費実態統計」

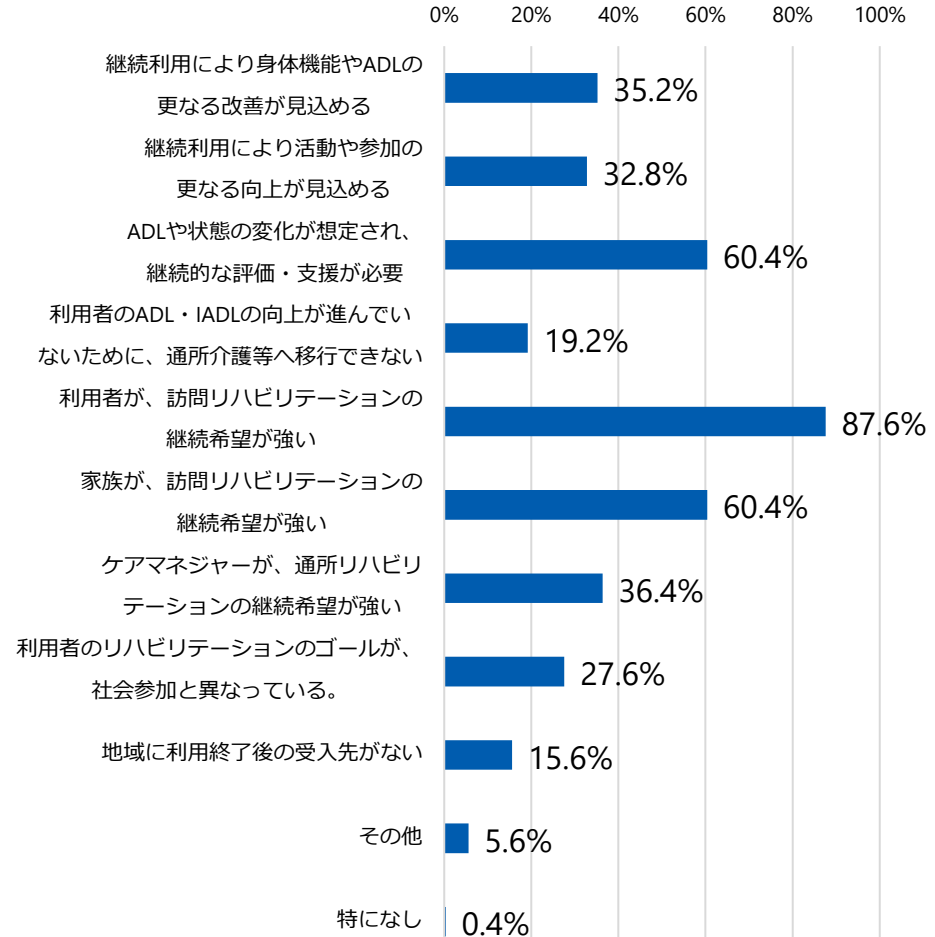
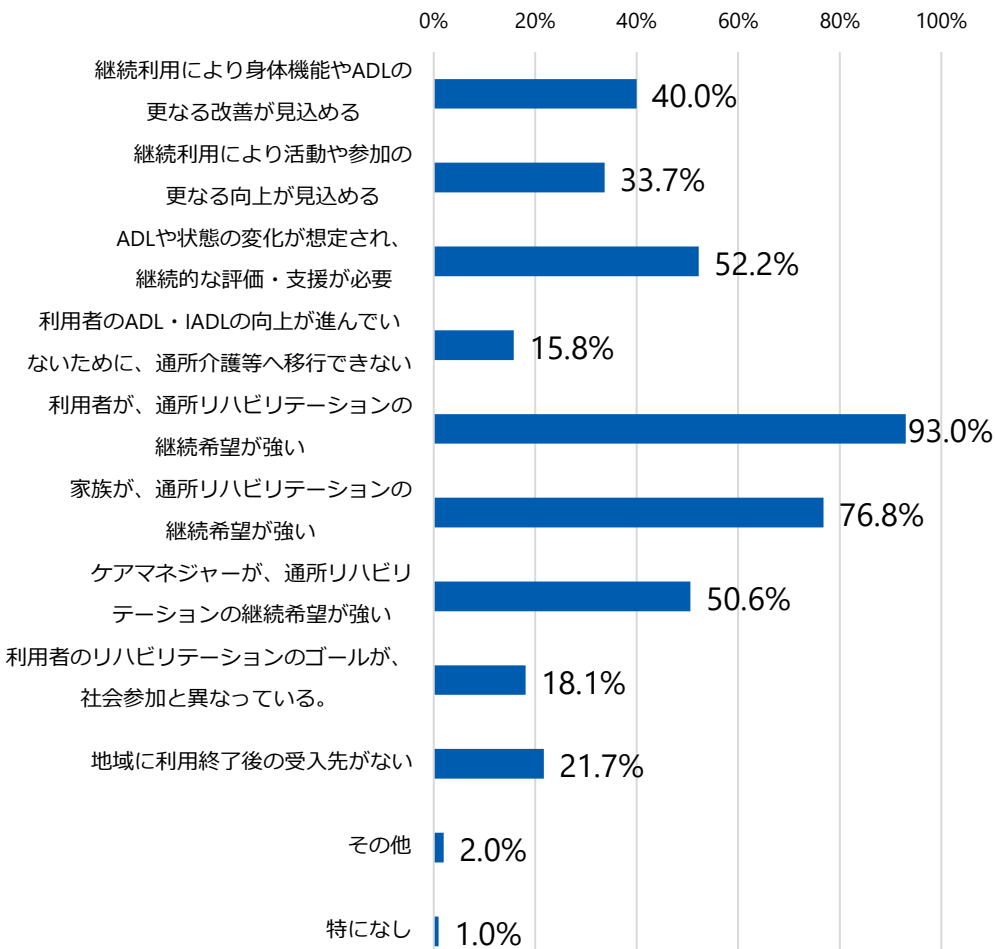


# 12ヶ月以降も介護予防通所リハビリテーションを継続する理由

○ 通所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」93.0%、「家族が、通所リハの継続希望が強い」76.8%の割合が高く、続いて「ADLや状態の変化が想定され、継続的な評価・支援が必要」52.2%であった。

■ 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



# 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. 通所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

## <現状と課題>

- 通所リハビリテーションは、居宅要介護者に対し、介護老人保健施設、病院、診療所、介護医療院において、自立した日常生活を営むことができるよう、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。
- 請求事業所数は近年横ばいであり、事業所規模別にみると、通常規模事業所が約84%、大規模（Ⅰ）、大規模（Ⅱ）事業所は、それぞれ約8%となっている。
- 令和4年の受給者数は約58万人で、近年減少傾向であり、利用者の要介護度は、要支援者が29.6%、要介護者が70.4%となっている。
- 収支差率は令和2年が1.6%、令和3年が0.5%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
    - ・社会参加支援加算の見直し（移行支援加算の創設）
    - ・生活行為向上リハビリテーション実施加算の見直し
    - ・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
    - ・入浴介助加算の見直し
  - 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

# 通所リハビリテーションの現状と課題

## <現状と課題>

- 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、機能回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所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。
- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、個別の加算においてリハビリテーションの機能が評価されている。令和3年度審議報告の今後の課題では、通所リハビリテーションにおけるストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価方法について検討していくべきとされている。
- なお、事業所の規模別の比較では、大規模事業所は各リハビリテーション専門職の配置が多く、リハビリテーションマネジメント加算の算定率が高い一方、地域との交流活動の実施に関しては通常規模の事業所と大きく変わりがないとの報告がある。
- 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9.8%と低く、算定が主な困難な理由として「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。
- リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に関わる実施計画書（一体的計画書）の活用率は27.2%と低く、リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく必要がある。
- 令和3年度改定において、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64%となっている。
- 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。

## < 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。
- 生活期におけるリハビリテーションのアウトカムについてどのように考えるか。また、ストラクチャー、プロセス、アウトカム評価を組み合わせた総合的な評価について、どのように考えられるか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組をさらに推進するため、どのような方策が考えられるか。