

社会保障審議会 介護給付費分科会（第230回）	資料 3
令和 5 年 11 月 6 日	

訪問リハビリテーション（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 論点及び対応案
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案

3. 参考資料

これまでの分科会における主なご意見(訪問リハビリテーション)①

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

<訪問リハビリテーション>

(医療との連携)

- 利用者が退院後からリハビリテーションを開始するまでの期間が短いほど機能回復が大きい傾向にあることから、医療機関との連携を早期に開始し、自立支援・重度化防止の取組を一体的に一定期間で集中して実施できるようにするべきではないか。
- 医療・介護の連携強化や早期のリハビリテーション開始を推進する観点から、前回の改定で作成した一体的な計画書について、より広く活用を促す施策が必要ではないか。また、円滑な情報連携のため、文書の標準化やDXを速やかに進め、事務負担を軽減するべきではないか。
- 退院・退所直後の早期の訪問リハビリテーションの提供につなげるために、退院・退所時のカンファレンスに介護のリハビリテーション専門職が参加したり、サービス開始前に入院中のリハビリテーション実施計画書を入手できるなどの方策が必要ではないか。
- 早期に適切なリハビリテーションを行う事に関しては、既に短期集中リハビリテーション実施加算が34%で算定されていることから、既存の加算の要件を見直すことも検討してはどうか。

(介護予防訪問リハビリテーションについて)

- 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が、改善の見込みや必要性というよりも、利用者や家族の希望なのであれば、人材・財源の重点化という観点からは、減算措置の拡大が必要ではないか
- 介護予防訪問リハビリテーションの長期間利用については、減算の算定率が事業所別で約71%であり、その理由が利用者・家族の継続希望が強いという実態を踏まえ、適正化の観点から、長期間利用の場合のサービス提供への評価、在り方について検討すべきではないか。
- 介護予防訪問リハビリテーションの長期間利用減算について、生活期においては、生活機能の維持もアウトカムとして評価すべきであり、減算すべきではないのではないか。
- 介護予防リハビリテーションの適正化については、継続が機能の維持に寄与しているか、修了後に機能が悪化していないかという検証が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(訪問リハビリテーション)②

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

(リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組)

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な計画の推進は課題が多く、共通のアセスメントのさらなる充実が必要ではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組について、引き続き推進が必要ではないか。

(訪問での認知症リハビリテーションの実施)

- 認知症短期集中リハビリテーションについては、訪問での需要もあると考えられるので、訪問リハビリテーションにおいても、認知症リハビリテーションができるようにすべきではないか。
- 訪問診療の患者の7割は認知症日常生活自立度が1以上というデータがあり、訪問での認知症リハビリテーションは検討が必要である。短期集中がいいのか、長期的に行ったほうがいいのかは、現場のニーズに沿って検討すべきではないか。

(各種加算)

- 通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション加算と同様に、感染症やADLが低下した際の介入を促す加算が必要かどうか、ニーズに応じて検討が必要ではないか。
- 診療未実施減算については、要件の猶予期間の延長が必要と考えるが、計画作成医師が自宅訪問・診療するのが本来の姿なので、計画作成医師の診療を利用者に促す仕組みを検討すべきではないか。
- 移行支援加算については、リハビリテーションを修了した後の状況がわからない、リハビリテーション事業所への逆紹介がないなど課題があるので、本当に加算としてインセンティブが効いているのかどうか、見直しが必要ではないか。事業所評価加算についても複雑で分かりにくいいため、見直し・検討が必要ではないか。

(地方分権提案)

- リハビリテーションの提供の場の拡大は必要だが、その前提として、リハビリテーションは医師の指示の下に実施されるものであり、リハビリテーションの質を担保する上でも、医師の配置は必須ではないか。安易に医師の配置等の配置基準を緩和するのではなく、サービスの質を担保しつつ、事業所開設のみなしを認める等により、提供の拡大ができる方策を考えるべきではないか。
- リハビリテーションは、医師の指示の下に医師またはリハビリテーション専門職が、リハビリテーション実施計画書に基づいて行うものであり、医師の必置がなければサービス提供が実現しないことを踏まえて検討すべきではないか。

これまでの分科会における主なご意見(訪問リハビリテーション)③

※ 第217回以降の介護給付費分科会で頂いたご意見について事務局において整理したもの

(その他)

- 新型コロナウイルス感染症による利用控え等で、収支差率が低下しており、併設施設全体の収支差にも悪影響を及ぼしている可能性もあるため、これらを考慮した改定が必要ではないか。
- 介護老人保健施設や介護医療院では、訪問リハビリテーション事業所のみなし指定ができず、事業開始の大きなハードルとなっている。介護老人保健施設等での訪問リハビリテーションの拡充をするためには、まずこの事業所のみなし指定をできるようにすることが必要ではないか。
- 訪問リハビリテーションの拡充のため、介護老人保健施設での事業所数の拡充は非常に重要ではないか。
- 特定施設や認知症グループホームにおいて、介護保険の訪問看護や訪問リハビリテーションを利用することに関して、ニーズの検討が必要ではないか。

※第226回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいて、全国リハビリテーション医療関連団体協議会から、以下について要望があった。

- (1) リハビリテーション専門職の処遇改善
- (2) 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し
- (3) 退院・退所前カンファレンスへの通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション専門職の参加
- (4) 訪問リハビリテーションの研修終了期間の延長と退院退所直後の未実施減算除外
- (5) 生活機能向上連携加算算定拡大への取組
- (6) 共生型サービスの推進に向けた自立訓練開設基準の緩和

※第226回介護給付費分科会における事業所団体ヒアリングにおいて、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本理学療法士協会から、以下について要望があった。

- (1) リハビリテーション専門職の人材確保と3職種配置による自立支援・重度化防止の推進
- (2) 認知症リハビリテーションの推進
- (3) 摂食嚥下障害を有する高齢者のリハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養の一体的取組の推進
- (4) 高齢期難聴の早期発見・早期対応による自立支援・重度化防止
- (5) 在宅医療の推進(介護老人保健施設における事業所番号取得の簡素化等)
- (6) 介護施設等におけるADL低下予防の更なる推進
- (7) 介護職との連携の強化による労働生産性と生活機能の向上

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 論点及び対応案

3. 参考資料

訪問リハビリテーション 目次

論点 1. リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進	9
論点 2. 介護予防訪問リハビリテーションの質の向上に向けた評価	16
論点 3. 認知症リハビリテーションの推進	22
論点 4. 訪問リハビリテーション事業所のみなし指定	25
論点 5. リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算	31
論点 6. 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの評価の適正化	37
論点 7. 地方分権	43

論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

論点1

- 退院後から訪問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、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、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。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、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おり、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。（通所リハビリテーションと同様）
- 入院中に疾患別リハビリテーションを行った利用者に対し、入院中の医療機関の医師が退院後の訪問リハビリテーションの必要性を判断した上で情報提供を行い、その情報提供を元に訪問リハビリテーションを実施した場合、退院後一定期間の評価について柔軟な対応を行うこととしてはどうか。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。（通所リハビリテーションと同様）
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

退院後の介護保険によるリハビリテーション移行の流れと課題（イメージ）

一般的な流れのイメージ

入院中にリハビリテーションを実施した医療機関

OK



医師の診察 →

リハビリテーション実施計画書の作成



介護認定なし

→ 介護保険申請

介護認定あり 退院後のリハビリテーションの相談

課題①

訪問・通所リハの利用の相談

訪問・通所リハ利用に係る意見

ケアマネジャー
(介護支援専門員)

かかりつけ医
(主治医意見書を作成した医師)

OO医院

OK

訪問・通所リハビリテーションの利用の依頼

リハビリテーション
事業所

事業所の医師の診察

OK

→

リハビリテーション実施計画書の作成

課題②

課題③

介護保険のリハビリテーションの開始

課題

- ① ケアプランにリハビリテーションを入れる際、介護支援専門員が、かかりつけ医に相談する際に時間を要する
- ② リハビリテーション事業所の医師の診察までに時間を要する
- ③ 入院中のリハビリテーション実施計画書を入手しておらず、連続的かつ早期のリハビリテーションの妨げとなる

ケアプラン作成に係る主治の医師等の意見

- 介護支援専門員がケアプランに通所・訪問リハビリテーションを位置づける場合は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされている。

【指定居宅介護支援等の運営基準（抜粋）】

第13条の十九

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

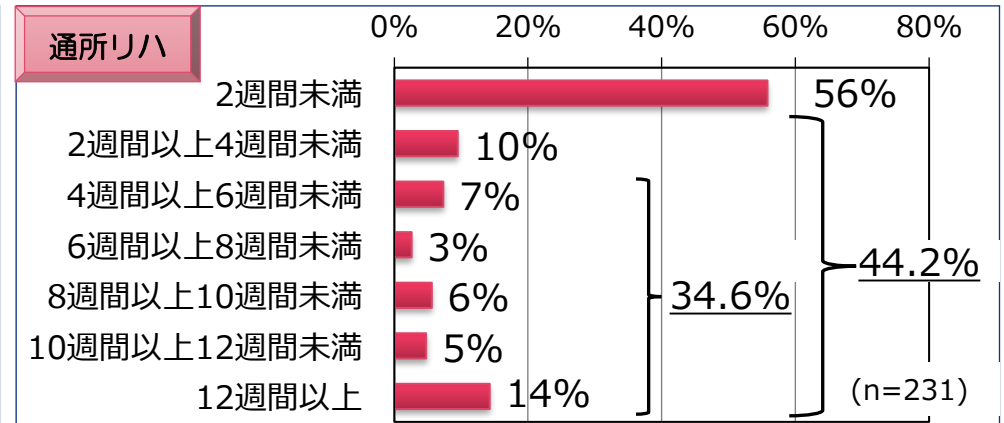
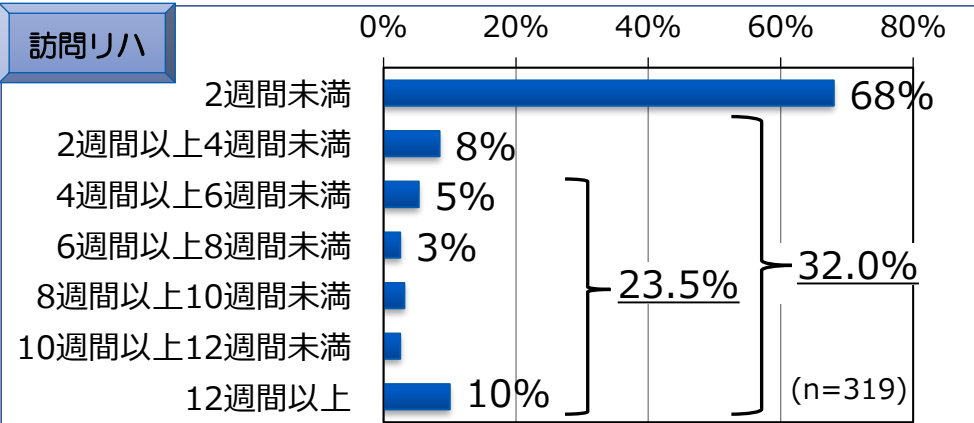
【留意事項通知（抜粋）】

3(8)⑳

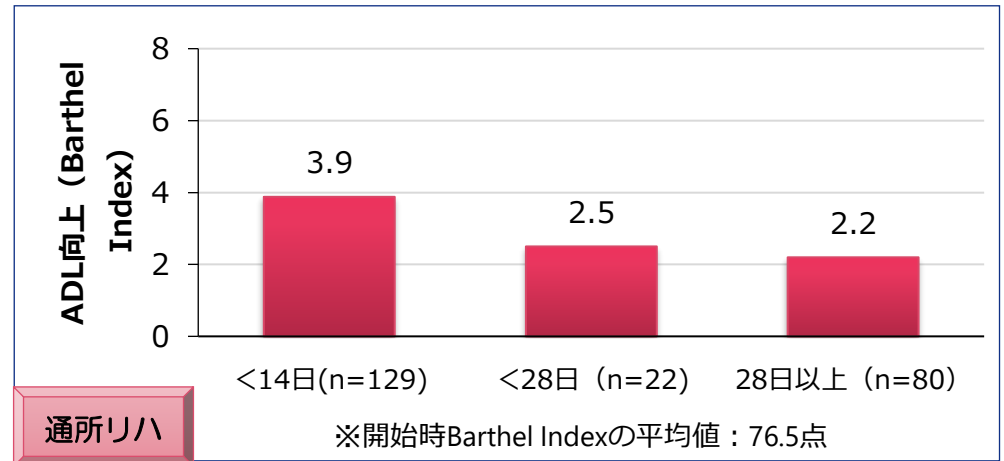
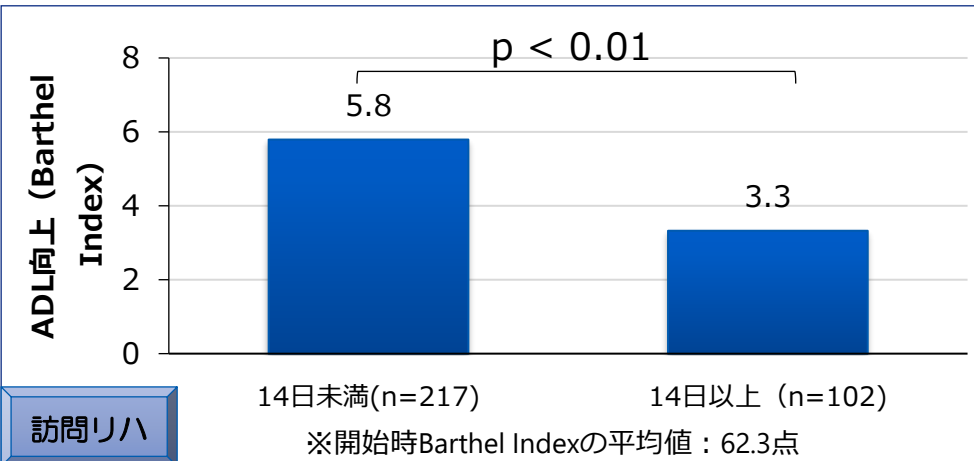
（前略）このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。（後略）

- 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

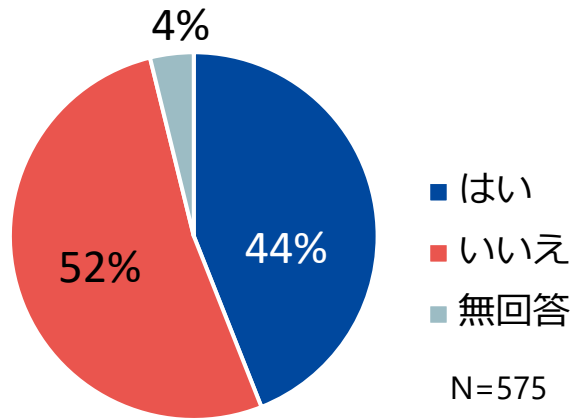


■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度

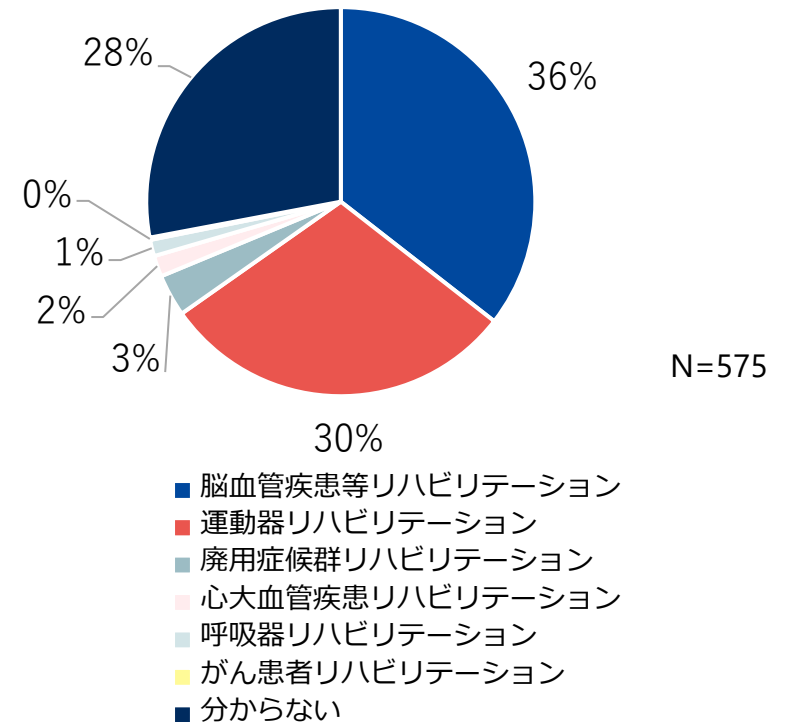


- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

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* *Fisherの正確検定
		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%)	

※ 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計画の作成に係る診療未実施減算

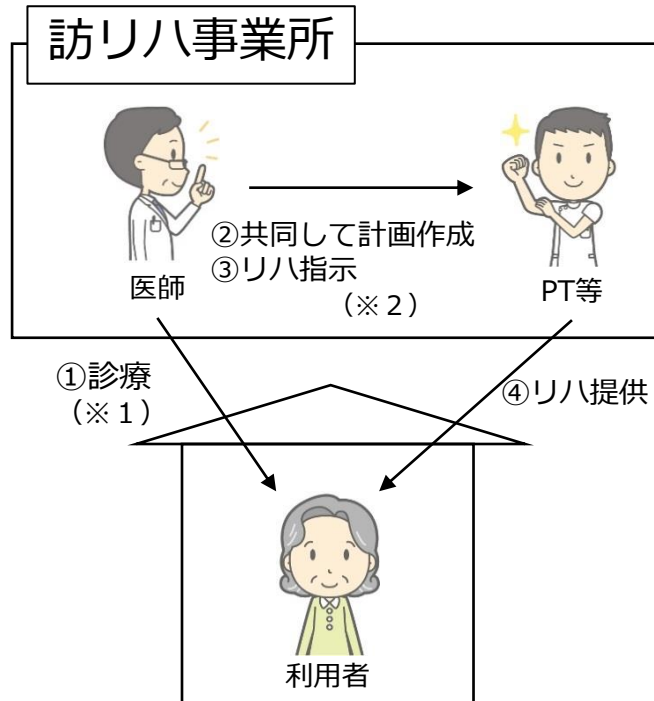
社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

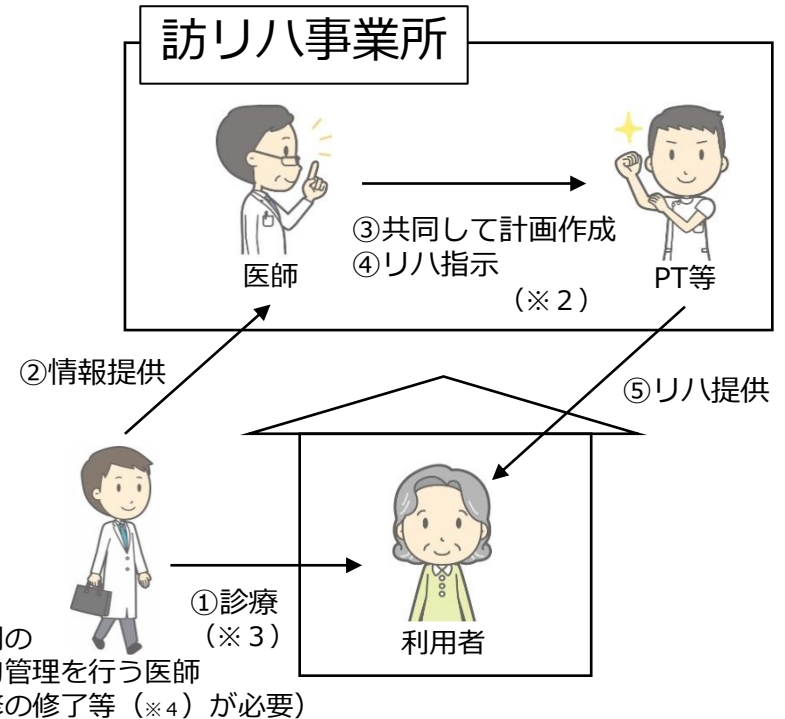
資料4(改)

○ 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



別の医療機関の
計画的医学的管理を行う医師
(適切な研修の修了等 (※4) が必要)

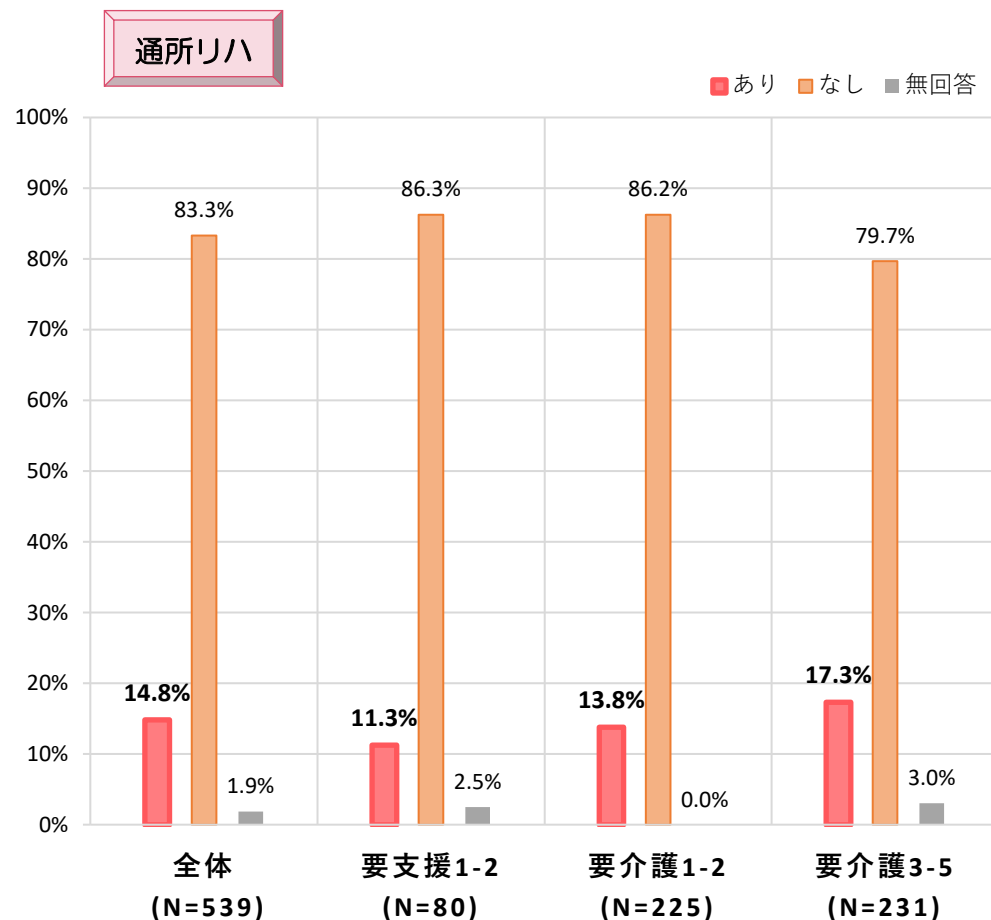
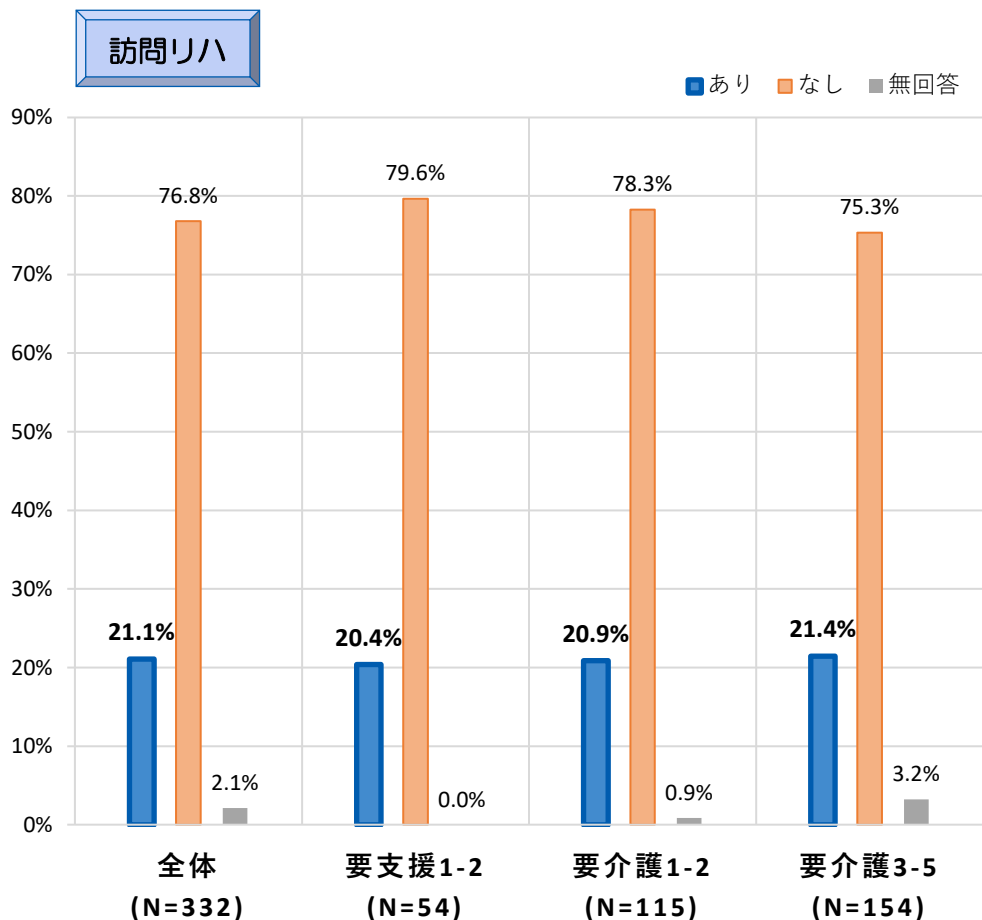
事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
257単位/回 (50単位減算)

- ※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。

退院前カンファレンスへの参加状況

○ 医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%。

■ 医療機関が開催する退院前カンファレンスへの参加



論点2 介護予防訪問リハビリテーションの質の向上に向けた評価

論点2

- 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、減算が適用される長期間の利用者の割合は48.8%となっている。
- 一方で、介護予防サービスは要介護状態等となることの予防の役割を持っており、単に長期間利用を適正化するのではなく、機能維持ができていることを評価するべきとの意見もある。
- また、生活期リハビリテーションのアウトカム評価である事業所評価加算の算定率は4.6%と低く、算定が困難な理由として「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。平成18年度の加算新設当初は、要支援の介護認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっており、現状に合致した評価となっていない可能性がある。
- 適切なリハビリテーションマネジメントのもと、機能維持・改善のための取組を行っている事業所を評価し、介護予防のリハビリテーションの質を確保する観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護予防訪問リハビリテーションの長期間利用者に関して、リハビリテーション会議でリハビリテーション計画の見直しを行うなど、適切なマネジメントを行った上で定期的にLIFEへのデータ提出を実施する利用者と、それ以外の利用者については、評価の差別化を行ってはどうか。（介護予防通所リハビリテーションと同様）
- 要介護認定制度の見直しに伴い、事業所評価加算を見直し、LIFEへのデータ提出を推進することとしてはどうか。その上で、より適切なアウトカム評価に向けて検討を行うこととしてはどうか。（介護予防通所リハビリテーションと同様）

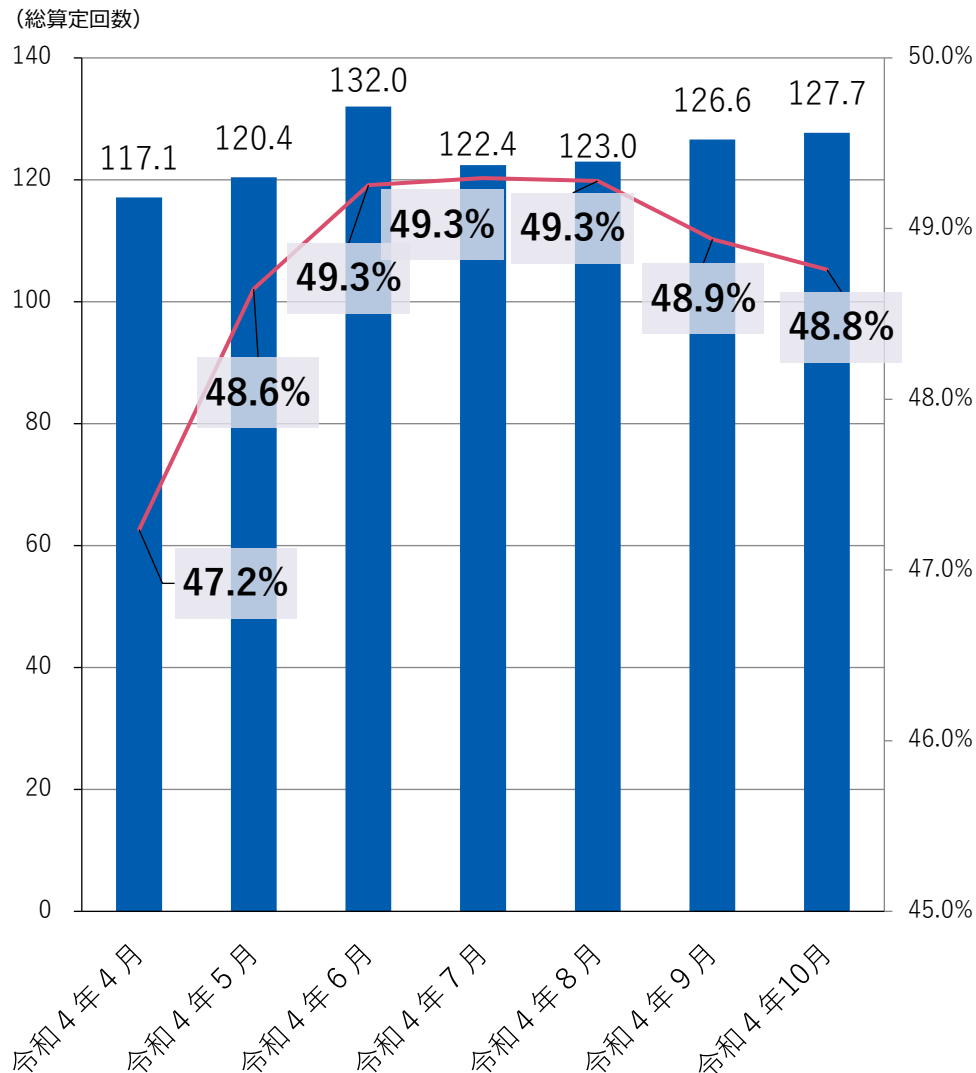
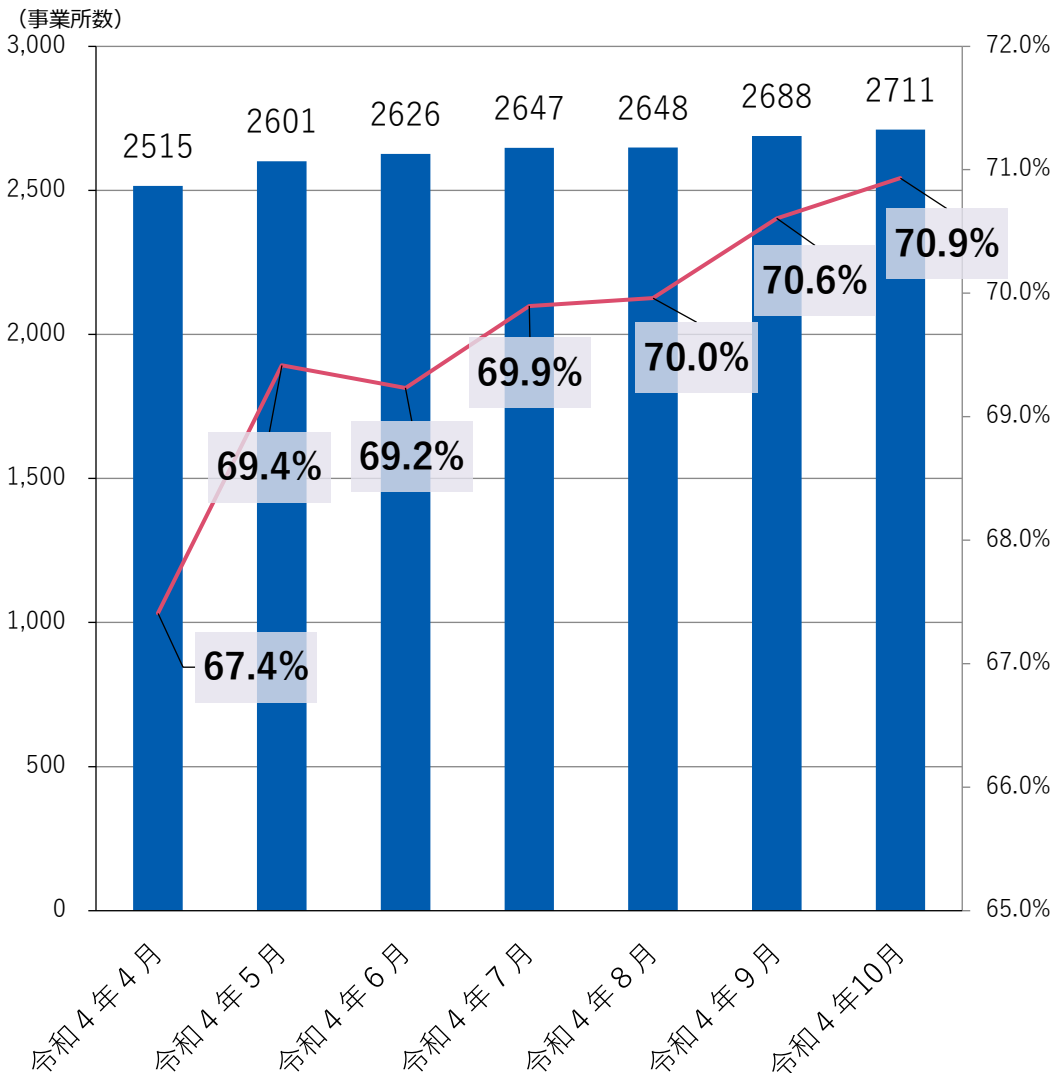
予防介護訪問リハビリテーション長期間利用減算の算定割合(事業所別・算定回数別)

社保審—介護給付費分科会

第220回 (R5. 7. 24)

資料 4

○ 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。

介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催

○ 介護予防訪問リハビリテーションを提供している事業所のうち、リハビリテーション会議を実施している割合は32.5%である。

■介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーション会議の開催状況

	全体 n=366	15件以上 n=61	5件以上 n=141	5件未満 n=160
実施あり	32.5%	29.5%	36.2%	31.3%
実施なし	62.0%	70.5%	61.0%	59.4%
無回答	5.5%	0.0%	2.8%	9.4%

※スタッフ1人当たりの
訪問件数（/日）

■実施ありの事業所において、利用者のうちリハビリテーション会議を行った割合

	全体 n=119	15件以上 n=18	5件以上 n=51	5件未満 n=50
10割	62.2%	50.0%	62.7%	66.0%
8割以上	5.0%	11.1%	3.9%	4.0%
5割以上	10.1%	0.0%	13.7%	10.0%
3割以上	8.4%	16.7%	7.8%	6.0%
3割未満	10.9%	22.2%	9.8%	8.0%
無回答	3.4%	0.0%	2.0%	6.0%

※スタッフ1人当たりの
訪問件数（/日）

(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

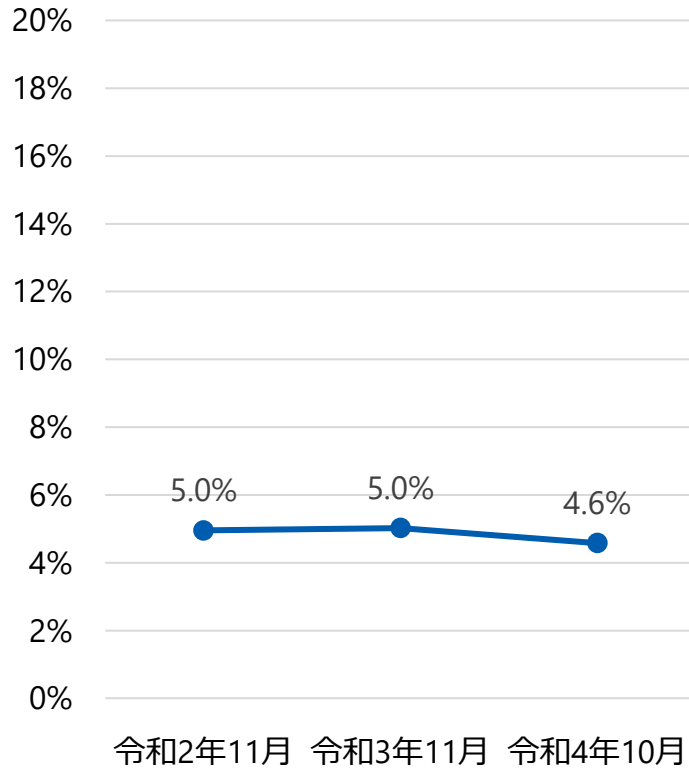
社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

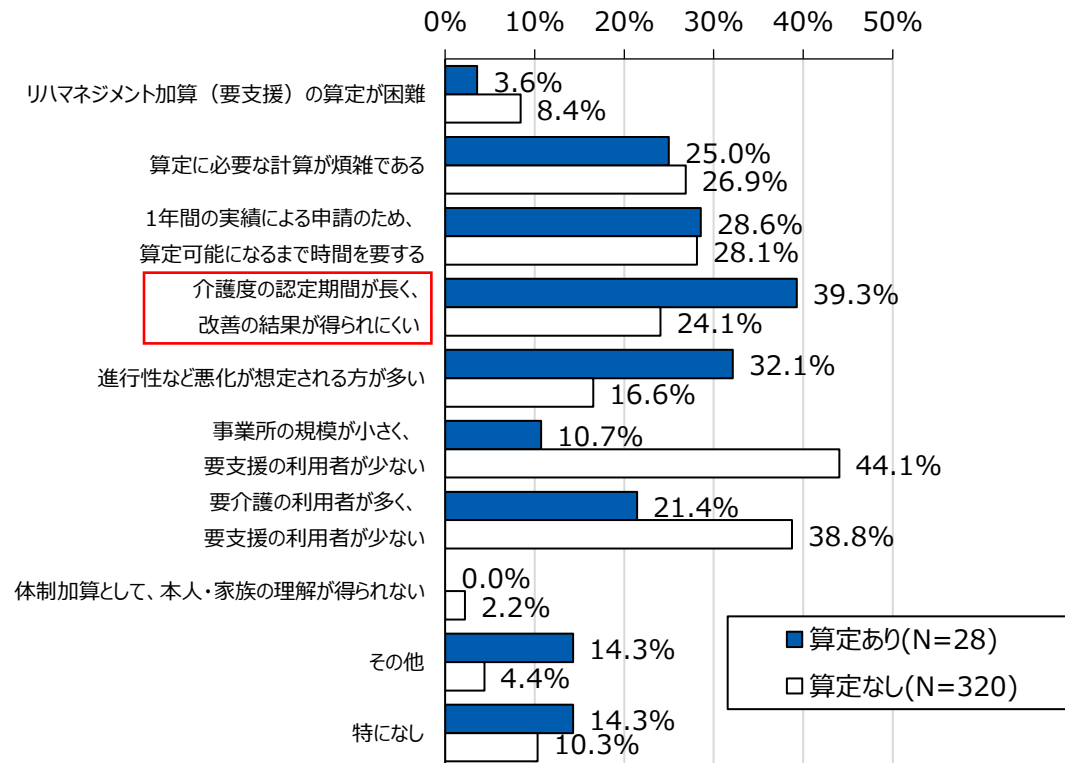
資料4

- 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



(出典)介護給付費等実態統計より老人保健課にて作成

(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 老人保健健康増進等事業)

(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

社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5. 7. 24)

資料 4

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。

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

要介護・要支援認定の有効認定期間の増加

○ 平成12年度の要介護・要支援認定の有効期間は最長12ヶ月であったのに対し、現在は最長48ヶ月となっている。

	平成12年度		平成16年度改定		令和3年度改定	
	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	市町村が設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～12ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～12ヶ月
前回要支援→今回要支援	6ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月※
前回要支援→今回要介護	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月
前回要介護→今回要支援	6ヶ月	3～6ヶ月	6ヶ月	3～6ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月
前回要介護→今回要介護	6ヶ月	3～12ヶ月	12ヶ月	3～24ヶ月	12ヶ月	3～36ヶ月※

※前回の介護度と同じ場合のみ～48ヶ月

※事業所評価加算は平成18年度開始

論点3 認知症リハビリテーションの推進

論点3

- 認知症リハビリテーションについて、現在介護老人保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、訪問による認知症リハビリテーションの効果に関する報告もある。
- 認知症の方が住み慣れた自宅で生活を続けていくことを目標としたリハビリテーションを推進していくために、どのような方策が考えられるか。

対応案

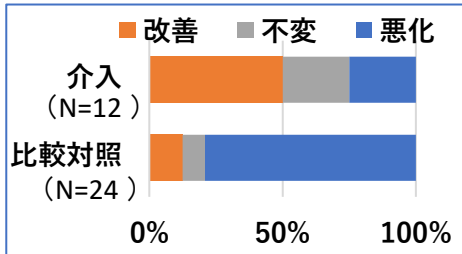
- 認知症の方に対して、認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施した際の加算を新たに設けてはどうか。

訪問による認知症リハビリテーションの効果検証

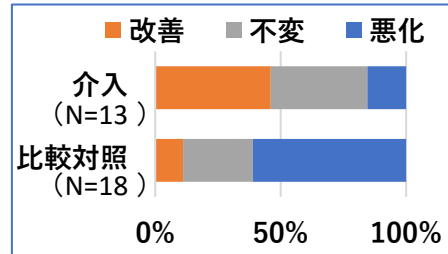
- 令和4年度老健事業において、訪問による認知症リハビリテーションの介入の効果検証を行った。
- リハビリテーション介入を行った群（介入群）では、IADLを含む指標（HADLS、FAI）で改善傾向を認め、比較対照群では悪化傾向を認めた。
- 比較対照群では介護負担感(J-ZBI_8)や精神行動障害（DBD-13）の悪化傾向を認めた。

<介入群と対象群の3ヶ月後の改善・不変・悪化の人数比>

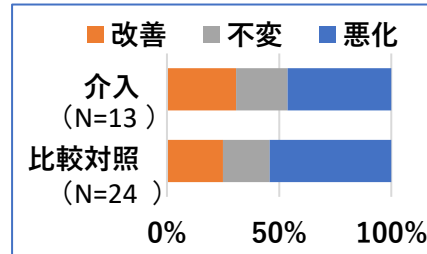
■ HADLS (BADL、IADL評価)



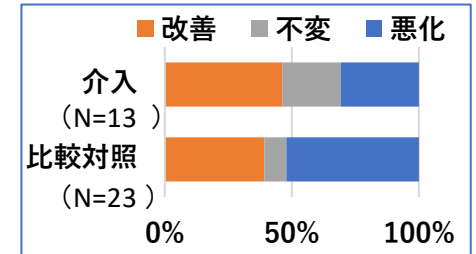
■ FAI (IADL評価)



■ DBD-13 (精神行動障害)



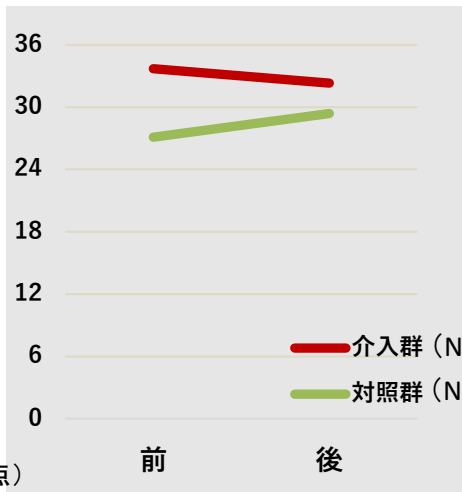
■ J-ZBI_8 (介護負担感)



<介入群と対象群の3ヶ月後の各指標の変化>

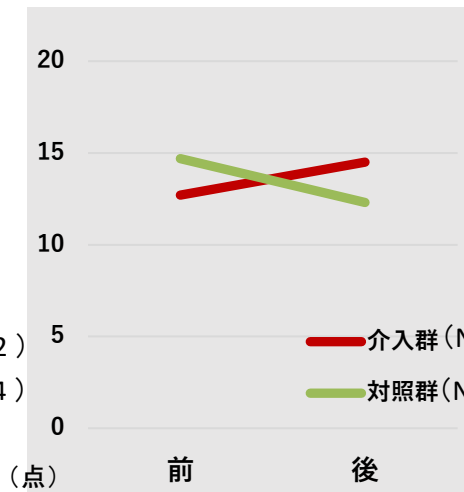
■ HADLS (BADL、IADL評価)

※自立度が高いほど低値



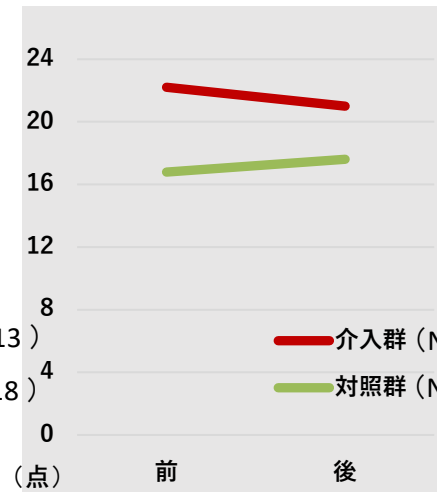
■ FAI (IADL評価)

※自立度が高いほど高値



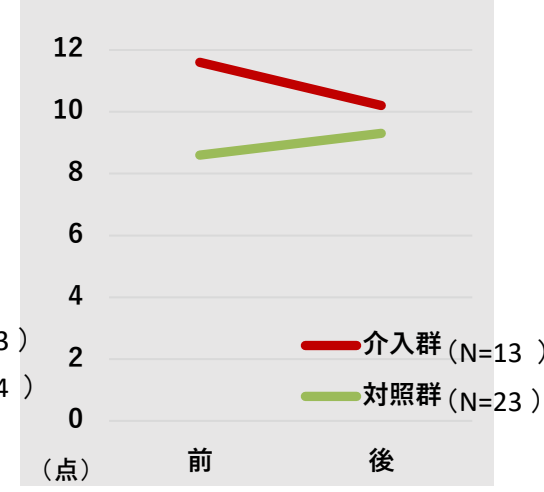
■ DBD-13 (精神行動障害)

※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



- 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
(認知症短期集中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
(認知症短期集中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
(認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II 1920単位/月)

論点4 訪問リハビリテーション事業所のみなし指定

論点4

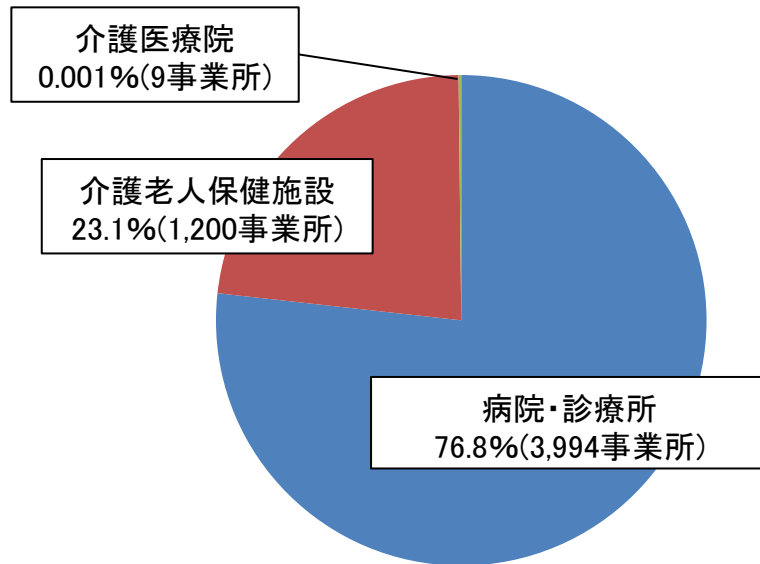
- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっており、介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。
- 介護老人保健施設及び介護医療院における訪問リハビリテーションの促進にあたっては、病院・診療所についてはみなし指定が可能である一方、介護老人保健施設等については介護保険事業所番号の取得が別途必要となり、手続きに要する手間・時間のため、訪問リハビリテーション事業所開設の阻害要因となっているとの指摘がある。
- 介護老人保健施設は常勤の医師を1名以上配置する必要があるが、一定の要件のもと、常勤換算方法で計算して1名以上でも差し支えないこととされている。一方、訪問リハビリテーション事業所においては、常勤の医師1名以上の配置が必要とされており、要件に差異がある。
- 訪問リハビリテーション事業所の更なる拡充のために、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護老人保健施設について、当該施設の医師の配置基準を満たした上で、当該施設の許可※があったときは、その許可の時に、訪問リハビリテーションに係る事業所の指定があったものとみなすこととしてはどうか。
※ 介護保険法第九十四条第一項又は第七十七条第一項の許可

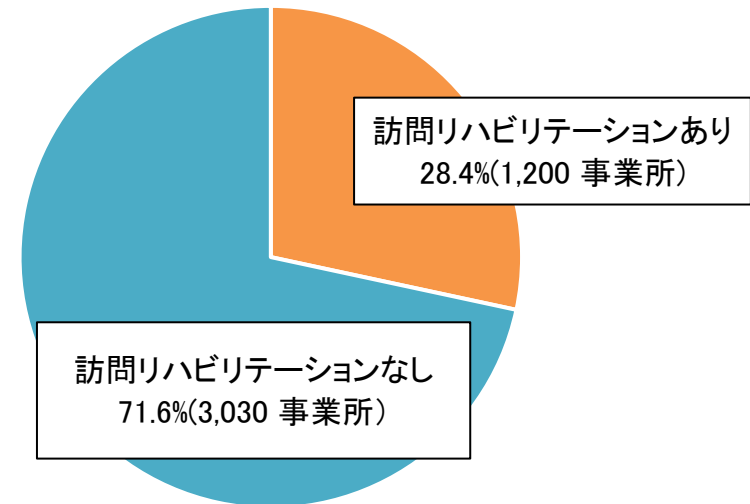
- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっている。
- 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。

【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



※施設と医療機関が併設されている場合、いずれか一つに集計されている(事業所の届け出によるもの)。

要望

- 介護老人保健施設においても病院・診療所と同様にみなしで訪問リハビリテーションを開設できるよう**事業所番号の取得を簡素化**していただきたい。

要望理由・課題

- 訪問リハビリテーション事業所の開設について、病院、診療所においてはみなしで開設が可能である一方、**介護老人保健施設については介護保険事業所番号の取得が別途必要**となり、訪問リハビリテーション事業所開設の阻害要因となっている。また、**公設民営の場合**は、行政の市長ならびに副市長、議会承認も必要であり**一年半ほど遅れる事例もある**。

介護老人保健施設・介護医療院における通所リハビリテーション事業所のみなし指定について

- 介護老人保健施設又は介護医療院について、のみなし指定が受けられるサービスは通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・短期入所療養介護である。

<のみなし指定に係る法令>

●介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

（指定居宅サービス事業者の特例）

第七十二条 介護老人保健施設又は介護医療院について、第九十四条第一項又は第七十条第一項の許可があったときは、その許可の時に、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者について、当該介護老人保健施設又は介護医療院により行われる居宅サービス（短期入所療養介護その他厚生労働省令で定める居宅サービスの種類に限る。）に係る第四十一条第一項本文の指定があったものとみなす。ただし、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者が、厚生労働省令で定めるところにより、別段の申出をしたときは、この限りでない。

●介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

第二百二十八条 法第七十二条第一項の厚生労働省令で定める種類の居宅サービスは、通所リハビリテーションとする。

介護老人保健施設・介護医療院での介護予防通所リハビリテーションのみなし指定について

●介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

第百十五条の十一 第七十一条及び第七十二条の規定は、第五十三条第一項本文の指定について準用する。この場合において、第七十条の二第四項中「前条」とあるのは、「第百十五条の二」と読み替えるものとするほか、必要な技術的読替えは、政令で定める。

●介護保険法施行令（平成10年政令第412号）

法第百十五条の十一の規定による技術的読替えは、次の表のとおりとする。

第七十二条第一項	居宅サービス	介護予防サービス
	短期入所療養介護	介護予防短期入所療養介護
	第四十一条第一項本文	第五十三条第一項本文



●介護保険法（平成9年法律第123号）（抄）

法第百十五条の十一において準用する法第七十二条第一項

介護老人保健施設又は介護医療院について、第九十四条第一項又は第一百七条第一項の許可があったときは、その許可の時に、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者について、当該介護老人保健施設又は介護医療院により行われる介護予防サービス（介護予防短期入所療養介護その他厚生労働省令で定める介護予防サービスの種類に限る。）に係る第五十三条第一項本文の指定があったものとみなす。ただし、当該介護老人保健施設又は介護医療院の開設者が、厚生労働省令で定めるところにより、別段の申出をしたときは、この限りでない。

●介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）

第百四十条の十九 法第百十五条の十一において準用する法第七十二条第一項の厚生労働省令で定める種類の介護予防サービスは、介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設又は介護医療院により行われるものに限る。）とする。

人員基準・施設基準の比較

		訪問リハビリテーション	介護老人保健施設	介護医療院
人員基準	医師	<p>専任の常勤医師 1 以上</p> <p>※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。</p>	<p>常勤医師 1 以上</p> <p>常勤換算方法で、入所者の数を100で除して得た数以上</p> <p>※複数の医師が勤務をする形態であり、このうち1人の医師が入所者全員の病状等を把握し施設療養全体の管理に責任を持つ場合であって、入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、常勤の医師1人とあるのは、常勤換算で医師1人として差し支えない。</p>	<p>常勤換算方法で、Ⅰ型入所者の数を48で除した数に、Ⅱ型入所者の数を100で除した数を加えた数。</p> <p>上記計算により算出された数が3に満たないときは3とする。</p>
	理学療法士等	<p>適当数</p>	<p>常勤換算で、入所者の数を100で除して得た数以上</p>	<p>設置形態等実情に応じた適当数</p>
設備基準		<p>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。</p>		

論点5 リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

論点5

- 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合について、「適切な研修の修了等」をした別の医療機関の医師が診察等を行うなど、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で算定が可能となっている。「適切な研修の修了等」については令和6年3月31日まで適用を猶予しているが、事業所が医師の研修の受講の有無が確認できていない、医師の研修の受講が進んでいないという課題がある。
- 令和3年度改定において、診療未実施減算の減算幅が拡大されたが、現在も一定程度の割合算定されている。
- 診療未実施減算について、訪問リハビリテーションが必要な者に対するサービス提供を維持する観点と、訪問リハビリテーションの提供にあたって事業所の医師の関与を進める観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 事業所に「適切な研修の修了等」の確認を義務づけ、研修の受講状況を把握できるようにした上で、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6年3月31日までとされている適用猶予期間を3年間延長してはどうか。
- また、次回改定までに事業所医師の診察が困難な理由等の解析を行い、診療未実施減算に対し適切な対応を検討してはどうか。

リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

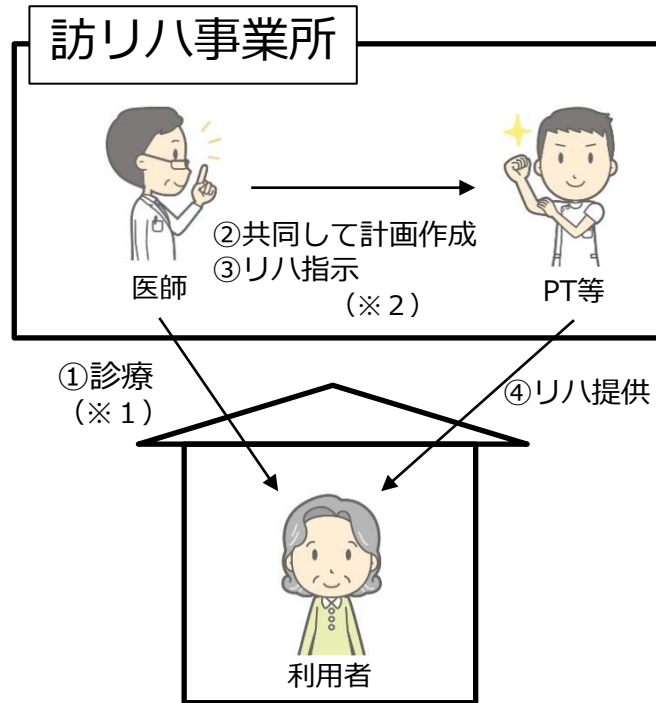
社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

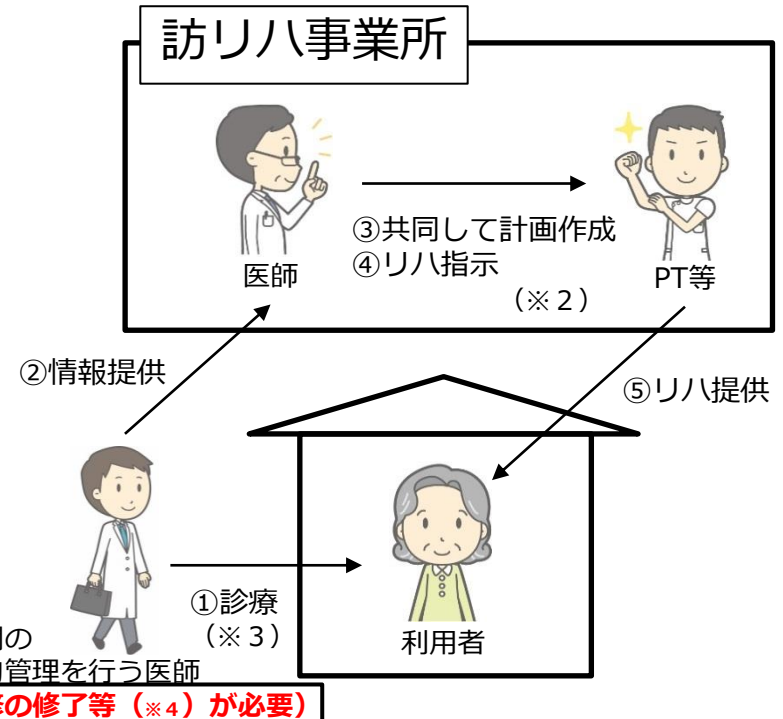
資料4

○ 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



別の医療機関の
計画的医学的管理を行う医師

(適切な研修の修了等 (※4) が必要)

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。

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

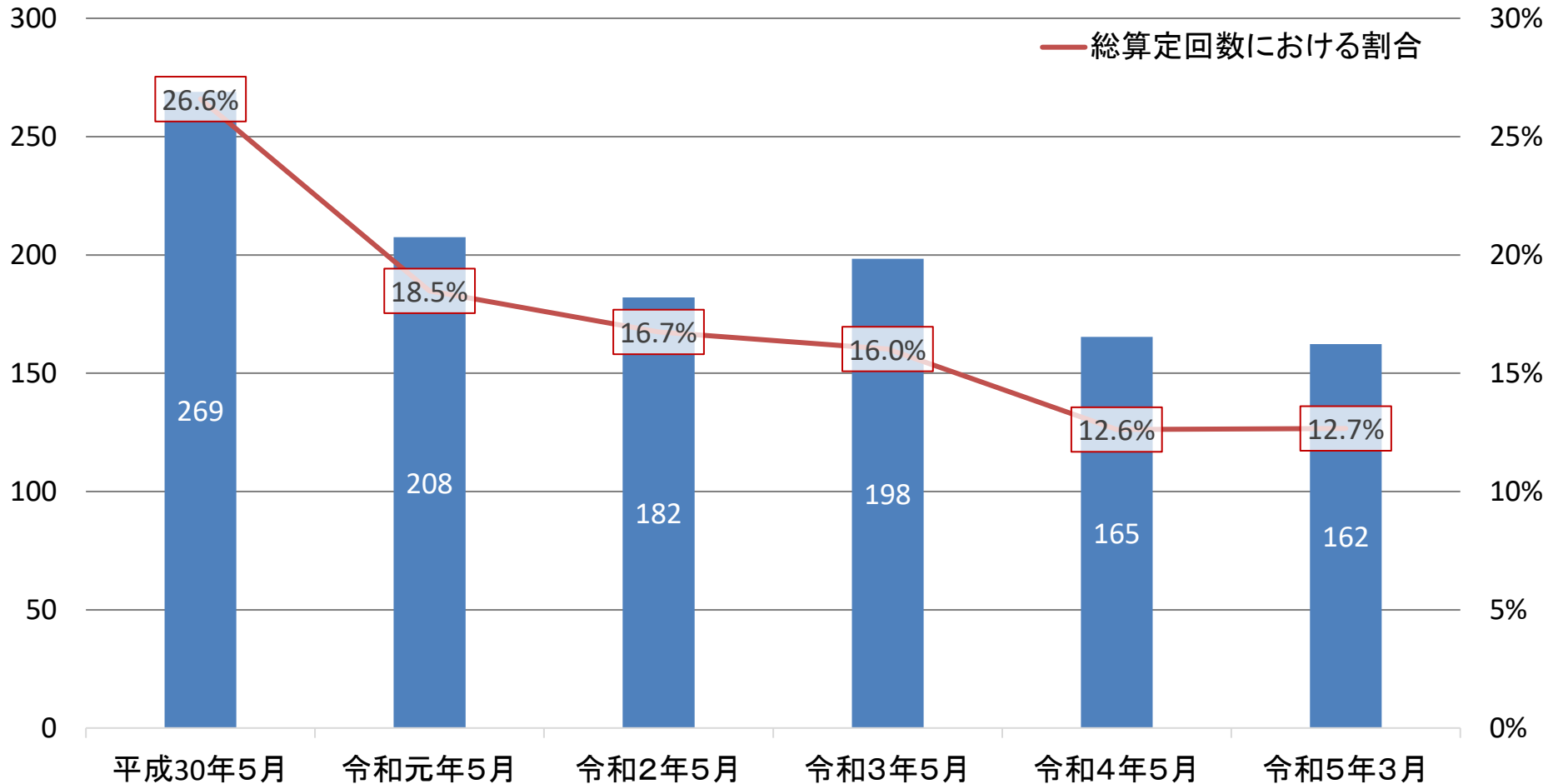
- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、例外として以下を要件とし、訪問リハビリテーションを提供できることとされているが、要件にある「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を令和6年3月31日まで延長。
 - ・ 指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること
 - ・ 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - ・ 当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

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

社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24) 資料4

(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。

診療未実施減算の算定に係る研修について

○ 診療未実施減算に係る「必要な研修等の受講」について、全く確認できていない事業所が62.1%であった。また、確認できたかかりつけ医のうち、必要な研修等を受講していた割合は3割未満が35%であった。

■ 診療未実施減算に係る必要な研修等の受講の確認状況

	全体 n=124	15件以上 n=27	5件以上 n=56	5件未満 n=41
全く確認できていない	62.1%	55.6%	57.1%	73.2%
一部確認できた	21.8%	33.3%	21.4%	14.6%
全員に確認できた	10.5%	3.7%	16.1%	7.3%
無回答	5.6%	7.4%	5.4%	4.9%

※スタッフ1人当たりの
訪問件数（日）

■ 確認できた事業所において、事業所外の医師が必要な研修等を受講していた割合

	全体 n=40	15件以上 n=10	5件以上 n=21	5件未満 n=9
10割	27.5%	10.0%	28.6%	44.4%
8割以上	10.0%	10.0%	9.5%	11.1%
5割以上	15.0%	20.0%	14.3%	11.1%
3割以上	10.0%	0.0%	14.3%	11.1%
3割未満	35.0%	60.0%	28.6%	22.2%
無回答	2.5%	0.0%	4.8%	0.0%

※スタッフ1人当たりの
訪問件数（日）

4. 訪問リハの研修修了等期間の延長と退院退所直後の未実施減算除外

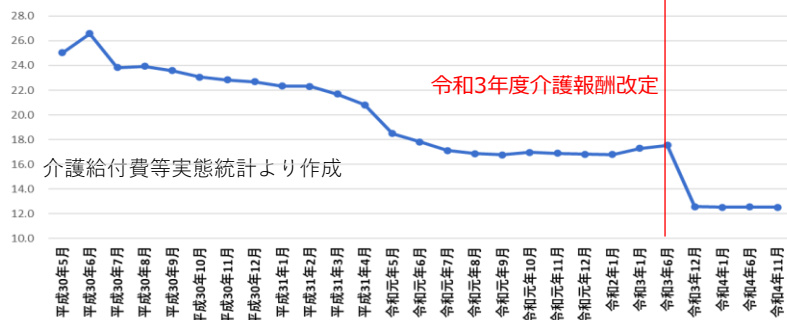
要望

①訪問リハ計画診療未実施減算を利用した訪問リハの提供は減少傾向ではあるが一定数存在し、訪問リハ事業所医師の診療が様々な理由により一部行えていない現状があるため訪問リハ計画診療未実施減算研修修了等期間を延長して頂きたい。
 ②別の医療機関の医師が、訪問リハ計画診療未実施減算のための適切な研修の受講をできない状況があり、日本医師会の研修のみでなく他団体の研修（例えば日本リハビリテーション医学会と日本生活期リハビリテーション医学会が開催しているかかりつけ医のための訪問リハビリテーションに関わる研修）も要件として頂きたい。
 ③退院退所直後においては、退院退所先の医師の指示（診療情報提供書）に基づき、1月は訪問リハ計画診療未実施減算なく提供を可能として頂きたい。

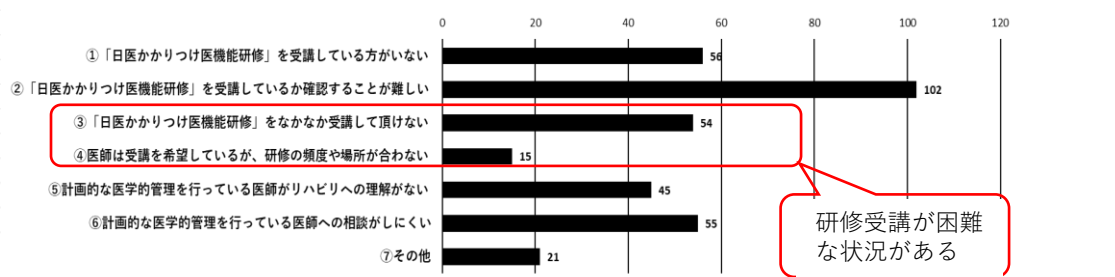
要望理由・課題

①訪問リハ計画診療未実施減算の算定割合は減少傾向になっているが、診療を行わない理由として利用者都合が最も多く訪問リハ計画診療未実施減算を0にすることは難しい。期間延長は必要である。＜改定前＞20単位/回減算 ⇒＜令和3年度 改定後＞50単位/回減算
 ②「かかりつけ医機能研修」の日程に合わせることや事業所医師の不足などありなかなか受講できないケースがある。研修受講を促すために他団体の研修も要件に入れることで受講しやすい環境を設定する必要がある。
 ③退院から訪問リハ事業所医師が診療するまでの期間は、退院先の医師からの診療情報提供書である場合、訪問リハ事業所医師の診療が有意に遅くなる。訪問リハ事業所医師が訪問するまでのタイムラグが生じてしまい早期に介入するため退院先の病院医師より訪問リハの指示（診療情報提供書）での訪問リハが必要である。

訪問リハ回数に占める未実施減算回数の割合推移

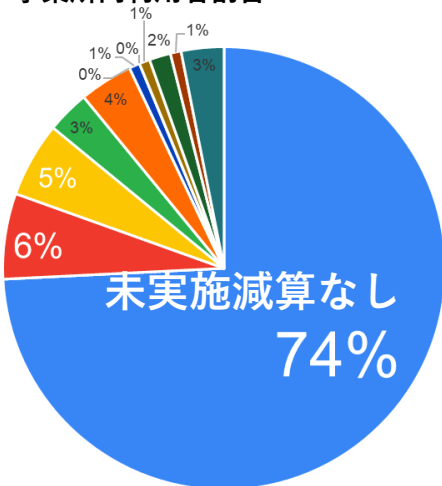


他医療機関の診療の課題 令和2年 訪問リハビリテーション協会実態調査 (n=127)

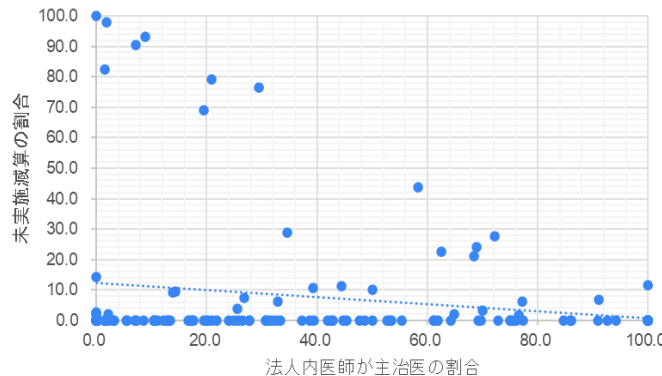


研修受講が困難な状況がある

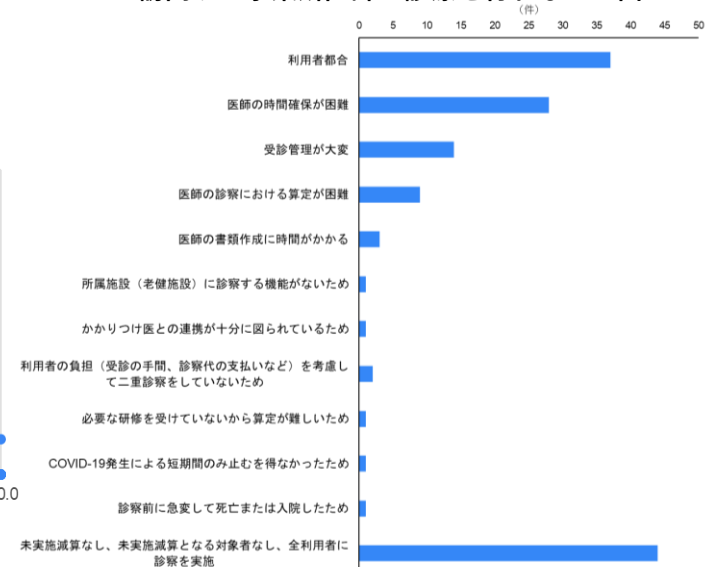
訪問リハ未実施減算で訪問している事業所内利用者割合



訪問リハ未実施減算と法人内医師が主治医の割合の関係



訪問リハ事業所医師が診療を行わない理由



論点6

- 現行の制度では訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬は同額に設定されている。
- 要介護者では、要支援者と比較して、より心身機能・活動・参加の機会が低下しているが、いずれの者に対しても基本動作訓練・立位歩行訓練等の身体介助を伴う訓練が高い割合で提供されている。そのため要介護者に対する訪問リハビリテーションは、要支援者に対するものよりも、従事者の負担がより大きいと考えられる。
- 要介護者及び要支援者に対する訪問リハビリテーションについて、より適切な評価を行う観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションの基本報酬に一定の差をつけてはどうか。

訪問リハビリテーションの報酬

社保審—介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

資料4

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

社保審一介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

資料4

※ 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）

要支援・要介護の利用者の特性

○ 要支援の利用者と比較して、要介護の利用者は心身機能、ADL、IADL、LSAが低下している。

心身機能：現在の状況（課題あり）の割合

	全体 n=852	要支援1-2 n=184	要介護1-2 n=342	要介護3-5 n=315
筋力低下	96.9%	94.6%	96.2%	99.4%
麻痺	37.1%	25.5%	31.9%	49.5%
感覚機能障害	39.1%	30.4%	36.0%	48.9%
関節可動域制限	81.6%	81.0%	79.2%	84.1%
摂食嚥下障害	13.0%	5.4%	6.4%	24.8%
失語症・構音障害	14.4%	5.4%	12.0%	22.5%
見当識障害	24.2%	9.8%	20.2%	37.5%
記憶障害	31.5%	12.0%	32.7%	41.6%
高次脳機能障害	16.9%	7.1%	11.4%	28.3%
栄養障害	11.3%	7.6%	8.5%	16.5%
褥瘡	3.8%	0.5%	1.8%	7.9%
疼痛	71.5%	76.1%	68.4%	72.4%
精神行動障害	6.0%	1.6%	6.4%	8.3%

ADL (Barthel Index)

ADL	全体 n=852	要支援1-2 n=184	要介護1-2 n=342	要介護3-5 n=315
100点	9.0%	22.8%	8.5%	1.3%
80~95点	45.9%	63.0%	55.3%	26.3%
60~75点	21.4%	11.4%	24.0%	23.8%
40~55点	8.9%	1.6%	7.9%	14.3%
20~35点	5.3%	0.0%	1.8%	12.4%
0~15点	8.2%	0.0%	0.9%	21.0%
無回答	1.3%	1.1%	1.8%	1.0%

IADL (FAI)

IADL	全体 n=852	要支援1-2 n=184	要介護1-2 n=342	要介護3-5 n=315
37~45点	0.2%	0.5%	0.3%	0.0%
28~36点	2.9%	9.2%	2.3%	0.0%
19~27点	8.7%	18.5%	10.2%	1.6%
10~18点	18.0%	33.7%	18.7%	7.9%
0~9点	67.3%	37.0%	64.6%	87.6%
無回答	2.9%	1.1%	3.8%	2.9%

生活空間の広がり (LSA)

LSA	全体 n=852	要支援1-2 n=184	要介護1-2 n=342	要介護3-5 n=315
96点超	0.6%	1.6%	0.0%	0.6%
72~96点以下	1.5%	4.9%	1.2%	0.0%
48~72点以下	4.2%	9.2%	4.1%	1.6%
24~48点以下	19.7%	23.9%	22.2%	14.0%
24点以下	51.8%	32.1%	48.5%	67.0%
無回答	22.2%	28.3%	24.0%	16.8%

(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 速報値
(令和5年度 老人保健健康増進等事業)

要支援・要介護の利用者の特性

○ 要介護の利用者は、要支援の利用者と比較して訪問診療や訪問看護を利用している割合が高い。

併用サービスの有無

	全体 n=1930	要支援1-2 n=628	要介護1-2 n=825	要介護3-5 n=464
あり	53.6%	32.0%	56.4%	78.4%
なし	43.9%	64.5%	41.5%	20.0%
無回答	2.5%	3.5%	2.2%	1.5%

併用サービスの内容

	全体 n=318	要支援1-2 n=70	要介護1-2 n=134	要介護3-5 n=112
訪問診療	8.2%	0.0%	6.7%	14.3%
通所リハ	20.8%	14.3%	23.9%	20.5%
訪問看護	11.0%	4.3%	11.2%	14.3%
訪問看護(理学療法士等 による訪問看護)	0.6%	0.0%	0.7%	0.9%
訪問介護	30.2%	28.6%	32.8%	28.6%
通所介護	27.7%	22.9%	30.6%	27.7%
短期入所療養介護	0.9%	0.0%	0.0%	2.7%
短期入所生活介護	0.6%	0.0%	0.7%	0.9%
福祉用具	57.5%	60.0%	56.0%	57.1%
その他	2.8%	2.9%	2.2%	3.6%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

要支援・要介護の利用者のリハビリテーション内容

○ 要介護の利用者においても、基本動作訓練、移乗訓練、歩行訓練等の介助を要する訓練が行われている割合が高い。

	基本動作訓練	移乗訓練	歩行訓練	ADL動作訓練	IADL動作訓練
全体(n=575)	67.4%	22.6%	72.7%	37.5%	20.7%
要支援 1 (n=28)	53.6%	3.6%	75.0%	28.6%	17.9%
要支援 2 (n=86)	53.5%	5.8%	79.1%	26.7%	23.3%
要介護 1 (n=105)	61.0%	5.7%	82.9%	32.4%	20.0%
要介護 2 (n=109)	71.6%	18.3%	86.2%	49.5%	31.2%
要介護 3 (n=97)	73.2%	35.1%	77.3%	51.5%	19.6%
要介護 4 (n=94)	78.7%	39.4%	60.6%	36.2%	17.0%
要介護 5 (n=56)	71.4%	46.4%	30.4%	23.2%	7.1%

論点7 地方分権

論点7

- 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、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こととされている。これまでの社会保障審議会の意見を踏まえ、どのような対応が考えられるか。

対応案

- リハビリテーションの質を確保するために、医師の配置等は必要との意見があることを踏まえ、介護老人保健施設等において実施される訪問リハビリテーションについて、医師の人員基準を本体施設と同様の基準に見直した上で、みなし指定を可能とすることにより、訪問リハビリテーション事業所の拡充を行ってはどうか。

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

社保審－介護給付費分科会

第220回（R5.7.24）

資料4

- 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等が多く、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. これまでの分科会における主なご意見

2. 論点及び対応案



3. 参考資料

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リハビリテーション

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算定状況

社保審—介護給付費分科会

第220回 (R5.7.24)

資料4

	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	307単位/回	299 200	81.04%	974.6	86.13%	-	-
介護老人保健施設		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。

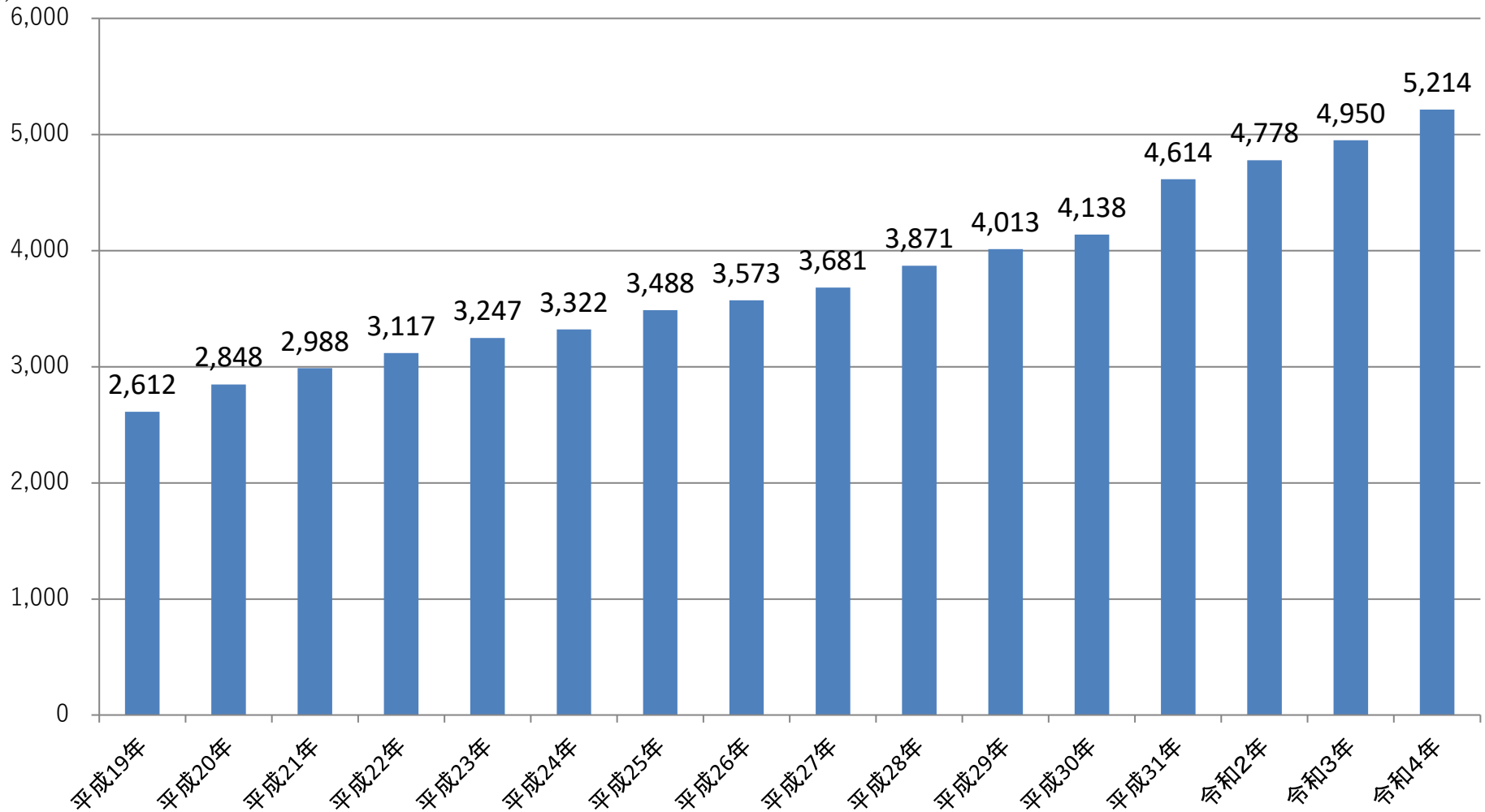
(注6) 介護予防サービスは含まない。

【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。

(事業所)



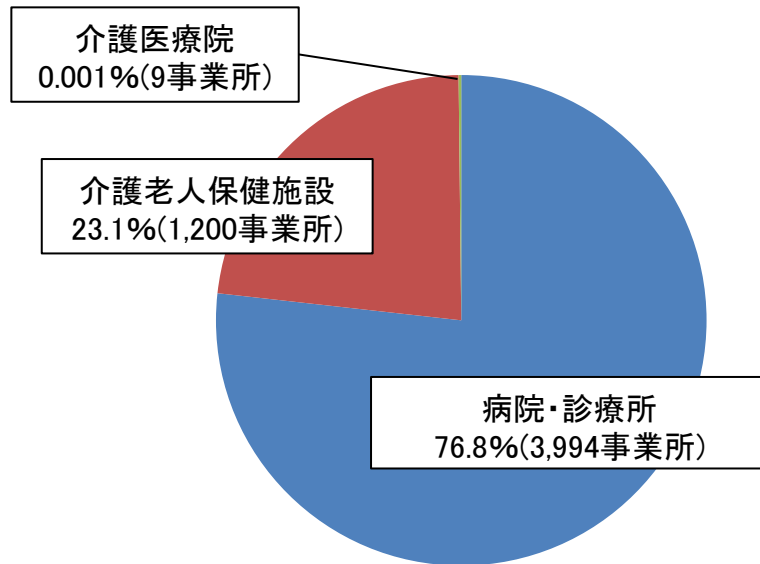
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※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)

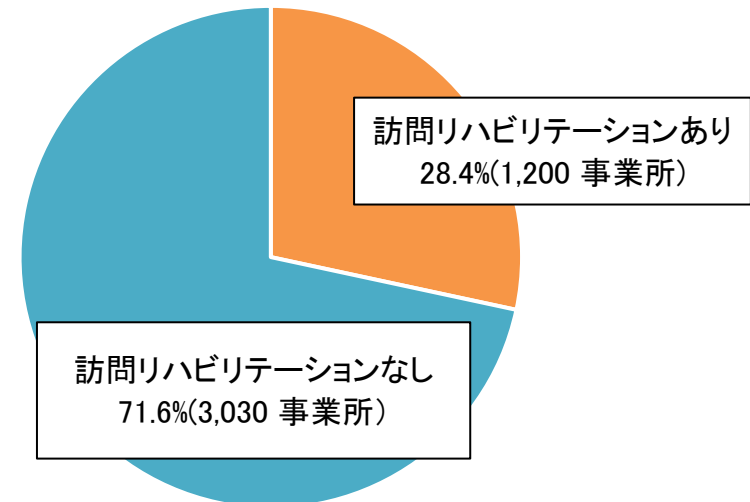
- 訪問リハビリテーション事業所の開設者種別割合は、病院・診療所が76.8%、介護老人保健施設が23.1%となっている。
- 介護老人保健施設のうち、訪問リハビリテーションを実施しているのは28.4%である。

【訪問リハビリテーション事業所の開設種別割合】



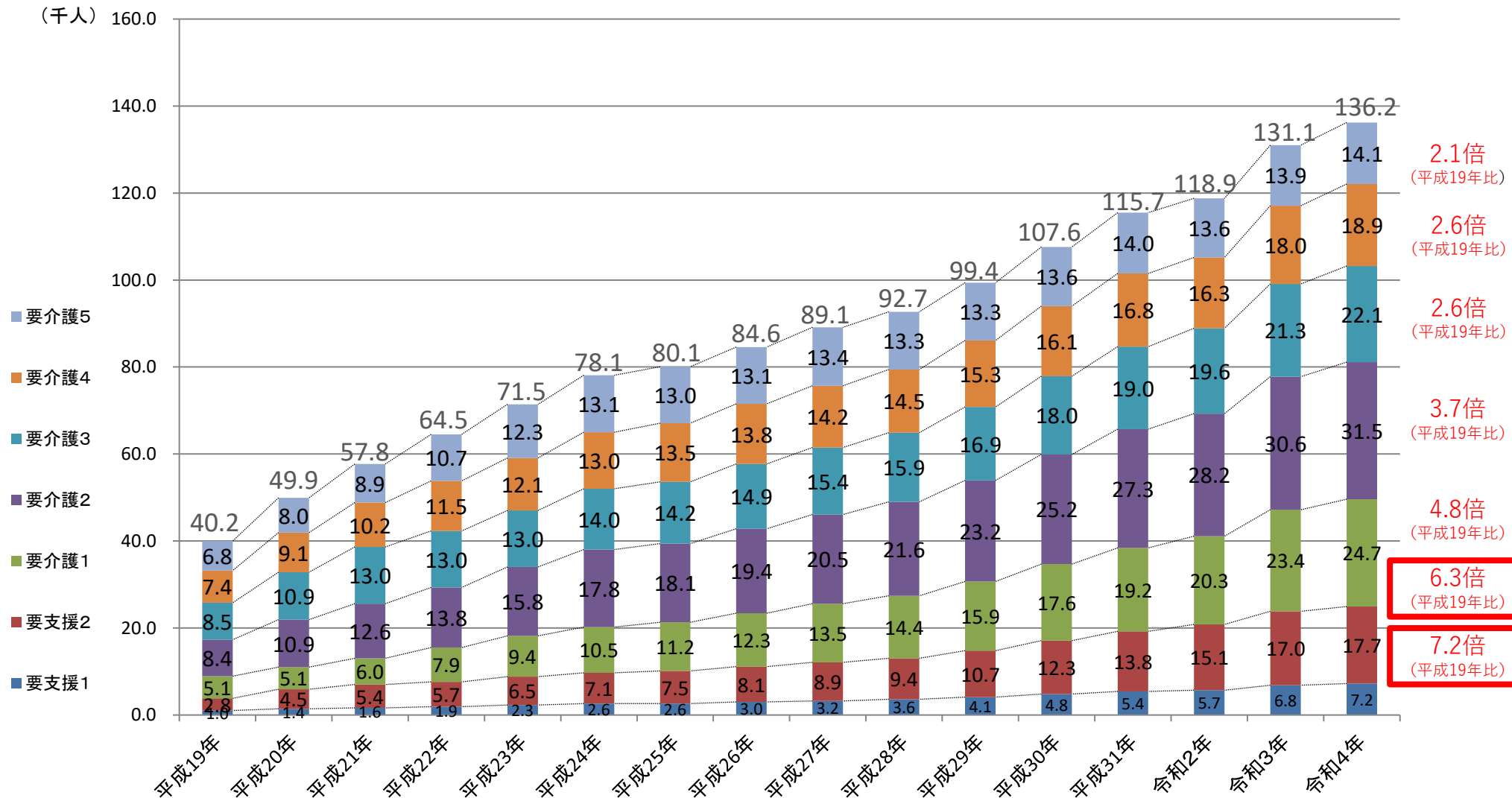
【介護老人保健施設での訪問リハビリテーションの実施】

※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。

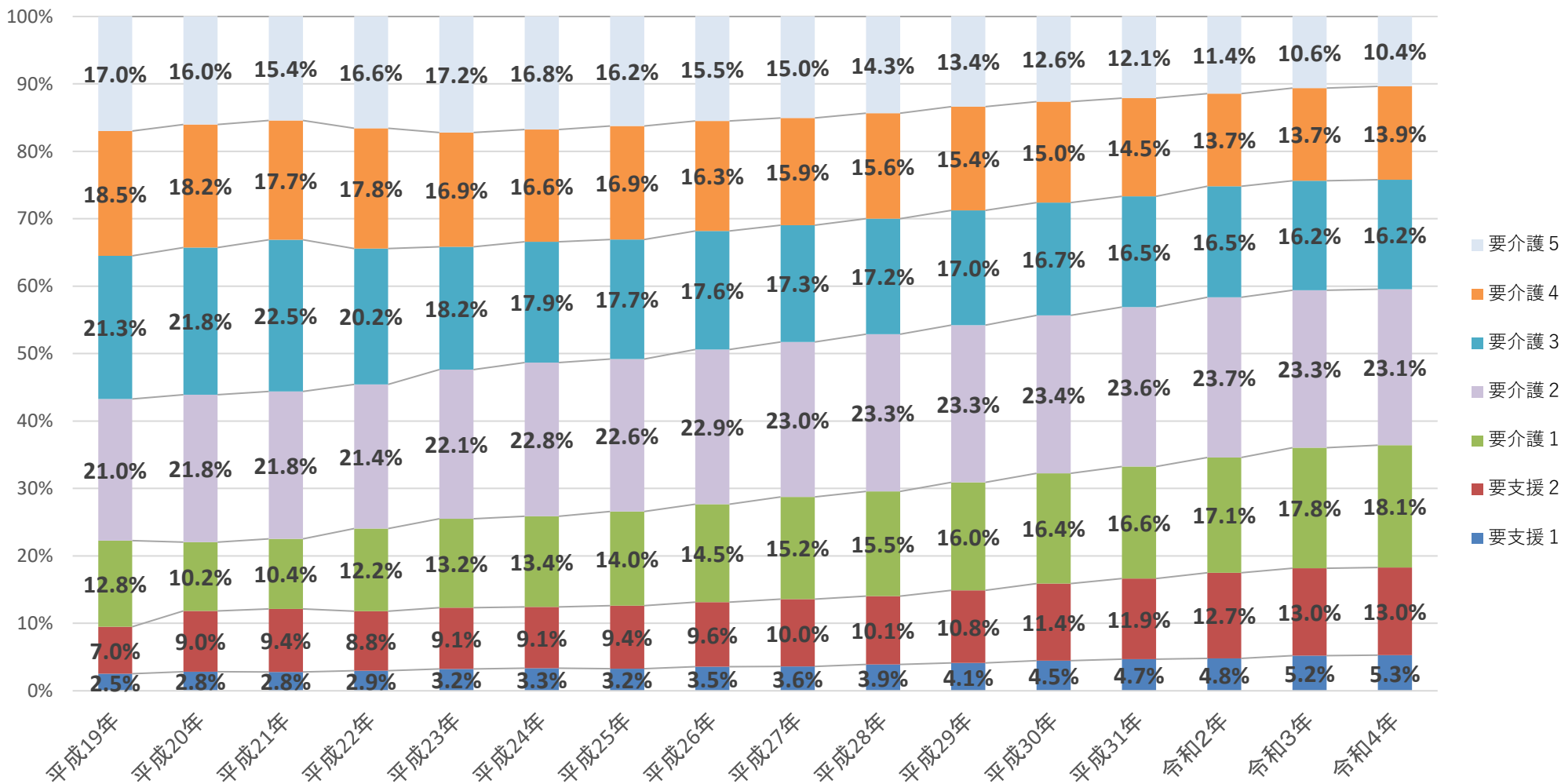


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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。



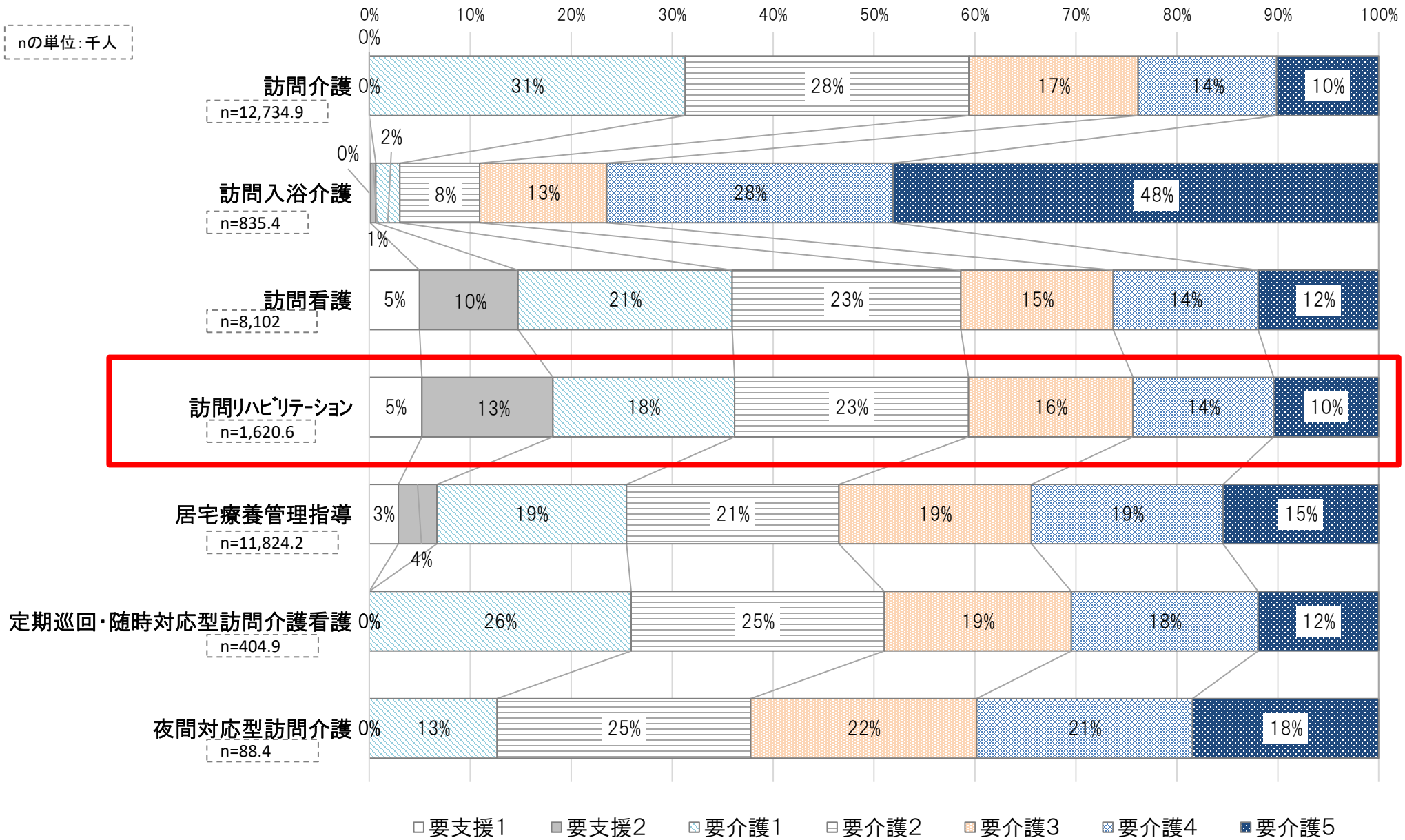
※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※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。

訪問系サービスの要介護度割合

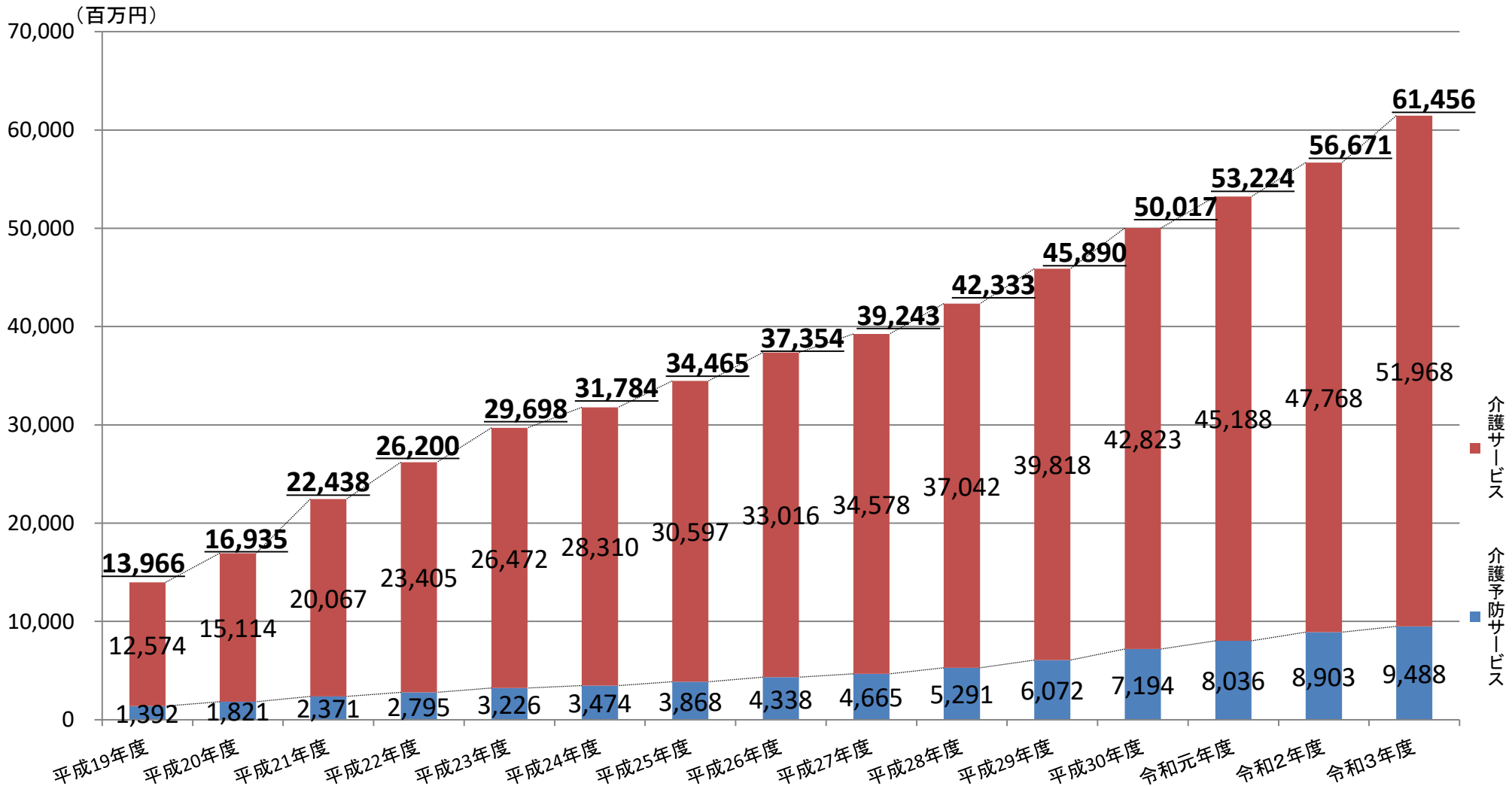
nの単位:千人



【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。

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% (1.4%)	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%)

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

