

社保審－介護給付費分科会

第259回（R 8. 6. 29）

資料 4

訪問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. 訪問リハビリテーションの概況
2. 令和6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6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

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

※ 加算・減算は主なものを記載

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）

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)：308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%

中山間地域における小規模事業所加算：10% ※30回以下/月

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：5%

短期集中リハビリテーション実施加算：200単位/日

認知症短期集中リハビリテーション実施加算：240単位/日

退院時共同指導加算：600単位/回

リハビリテーションマネジメント加算

- ・イ：180単位/月
- ・ロ：213単位/月

事業所の医師が利用者(家族)へ説明し同意を得た場合：270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

口腔連携強化加算：50単位/回

介護職員等処遇改善加算：1.5%

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対する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対するサービスを行う場合 (▲10%)
- ・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対するサービスを行う場合 (▲15%)

高齢者虐待防止措置未実施減算 (▲1%)

業務継続計画未策定減算 (▲1%)

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): 298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

特別地域訪問リハビリテーション加算：15%

中山間地域における小規模事業所加算：10% ※10回以下/月

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：5%

短期集中リハビリテーション実施加算：200単位/日

退院時共同指導加算：600単位/回

口腔連携強化加算：50単位/回

介護職員等処遇改善加算：1.5%

サービス提供体制強化加算

(Ⅰ) (6単位/回)

(Ⅱ) (3単位/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 (▲30単位/回)

減算免除要件

- ・3月に1回以上のリハビリテーション会議の開催
- ・リハビリテーション計画書のLIFE提出

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%)

・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%)

高齢者虐待防止措置未実施減算 (▲1%)

業務継続計画未策定減算 (▲1%)

訪問リハビリテーションの算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数 (単位:千回)	算定率 (回数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
訪問リハビリテーション		529,383	1,604.4		5,747	
高齢者虐待防止措置未実施減算	△1/100	-21	7.2	0.4%	-	-
業務継続計画未策定減算	△1/100	-31	10.4	0.6%	-	-
同一建物減算	(20人以上)△10/100 (50人以上)△15/100	-1,459	4.0	0.2%	(20人以上) 320 (50人以上) 8	(20人以上) 5.6% (50人以上) 0.1%
特別地域訪問リハビリテーション加算	15/100	1,480	3.1	0.2%	223	3.9%
中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	47	0.2	0.0%	40	0.7%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	302	1.6	0.1%	206	3.6%
短期集中リハビリテーション実施加算*	200単位/日	8,418	42.1	2.6%	1,881	32.7%
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	180単位/月	2,605	14.5	0.9%	932	16.2%
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	213単位/月	7,979	37.5	2.3%	1,758	30.6%
リハビリテーションマネジメント加算(医師説明)	270単位/月	9,350	34.6	2.2%	1,702	29.6%
認知症短期集中リハビリテーション実施加算*	240単位/日	97	0.4	0.0%	43	0.7%
口腔連携強化加算	50単位/回	26	0.5	0.0%	56	1.0%
リハビリテーション計画診療未実施減算	△50単位/回	-8,567	171.3	10.7%	1,267	22.1%
退院時共同指導加算	600単位/回	563	0.9	0.1%	496	8.6%
移行支援加算*	17単位/日	5,872	345.4	21.5%	1,199	20.9%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回	8,193	1,365.5	85.1%	4,280	74.5%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3単位/回	370	123.5	7.7%	578	10.1%

(注1)「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注2) *は日数を集計している。

(注3)「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4)色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成 6

介護予防訪問リハビリテーションの算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数 (単位:千回)	算定率 (回数ベース)	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)
介護予防訪問リハビリテーション		102,036	347.8		4,206	
高齢者虐待防止措置未実施減算	△1/100	-5	1.5	0.4%	-	-
業務継続計画未策定減算	△1/100	-6	2.0	0.6%	-	-
同一建物減算	(20人以上)△10/100 (50人以上)△15/100	-64	0.2	0.1%	(20人以上) 89 (50人以上) 2	(20人以上) 2.1% (50人以上) 1.0%
特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算	15/100	426	1.0	0.3%	175	4.2%
中山間地域等における小規模事業所加算	10/100	13	0.0	0.0%	23	0.5%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5/100	91	0.6	0.2%	132	3.1%
短期集中リハビリテーション実施加算*	200単位/日	687	3.4	1.0%	394	9.4%
口腔連携強化加算	50単位/回	4	0.1	0.0%	22	0.5%
リハビリテーション計画診療未実施減算	△50単位/回	-1,903	38.1	11.0%	719	17.1%
12月超減算	△30単位/回	-2,777	92.9	26.7%	1,810	43.0%
退院時共同指導加算	600単位/回	58	0.1	0.0%	70	1.7%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6単位/回	1,770	295.0	84.8%	3,278	77.9%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3単位/回	85	28.4	8.2%	400	9.5%

(注1)「算定率(回数ベース)」は、各加算の回数÷総回数により求めたもの。

(注2) *は日数を集計している。

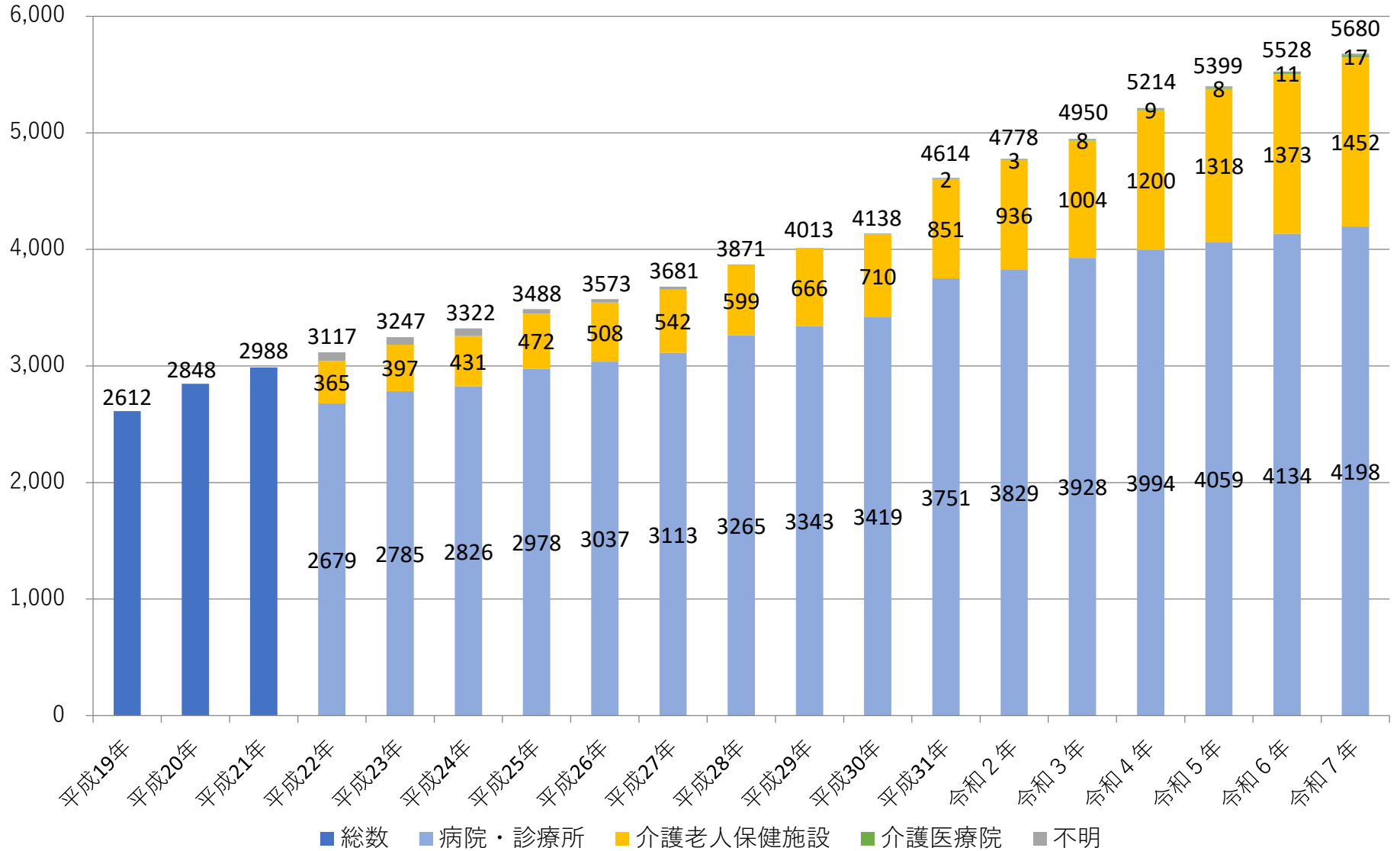
(注3)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注4)色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成 7

訪問リハビリテーションの請求事業所数

(事業所)



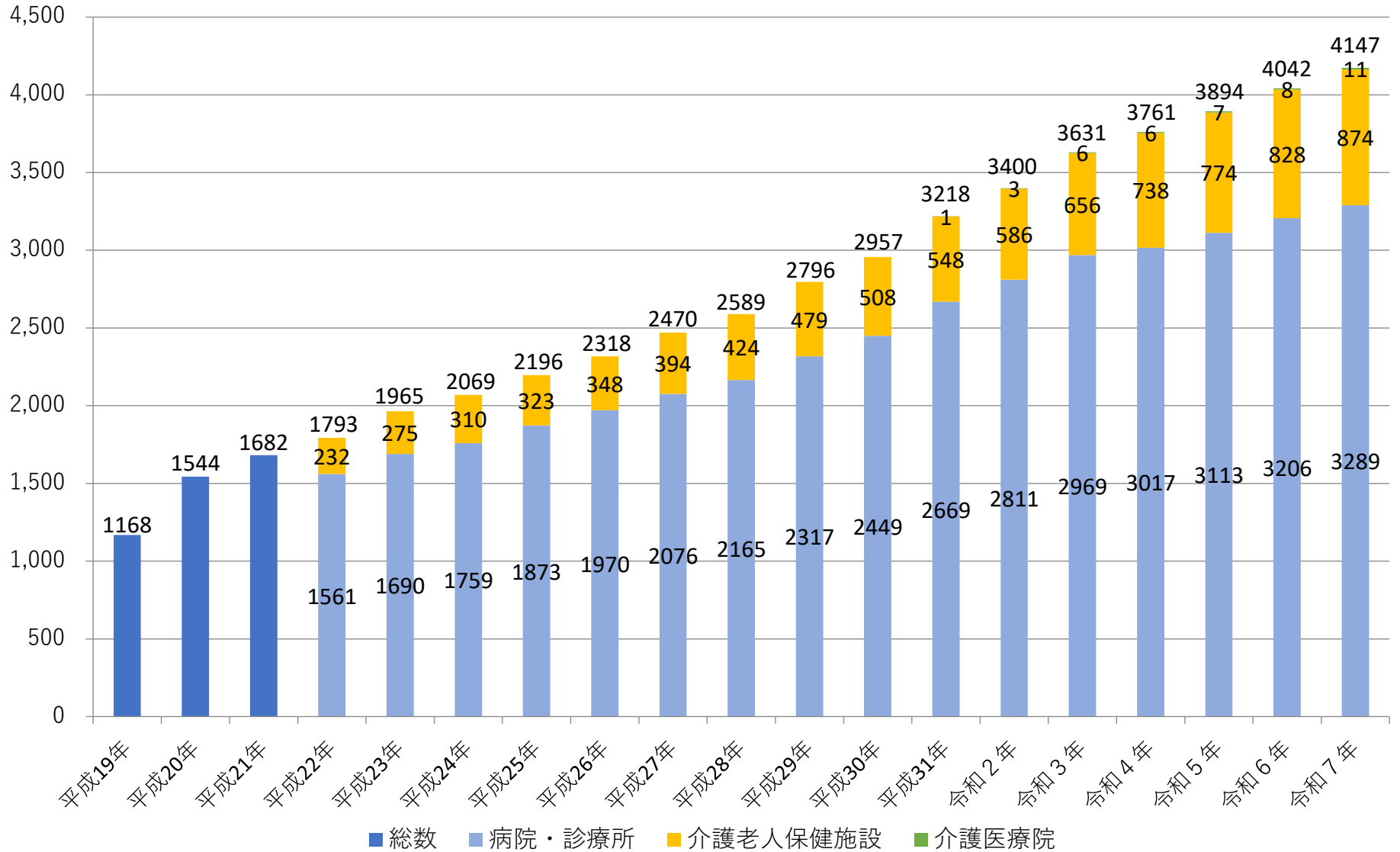
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

【出典】 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

介護予防訪問リハビリテーションの請求事業所数

(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。

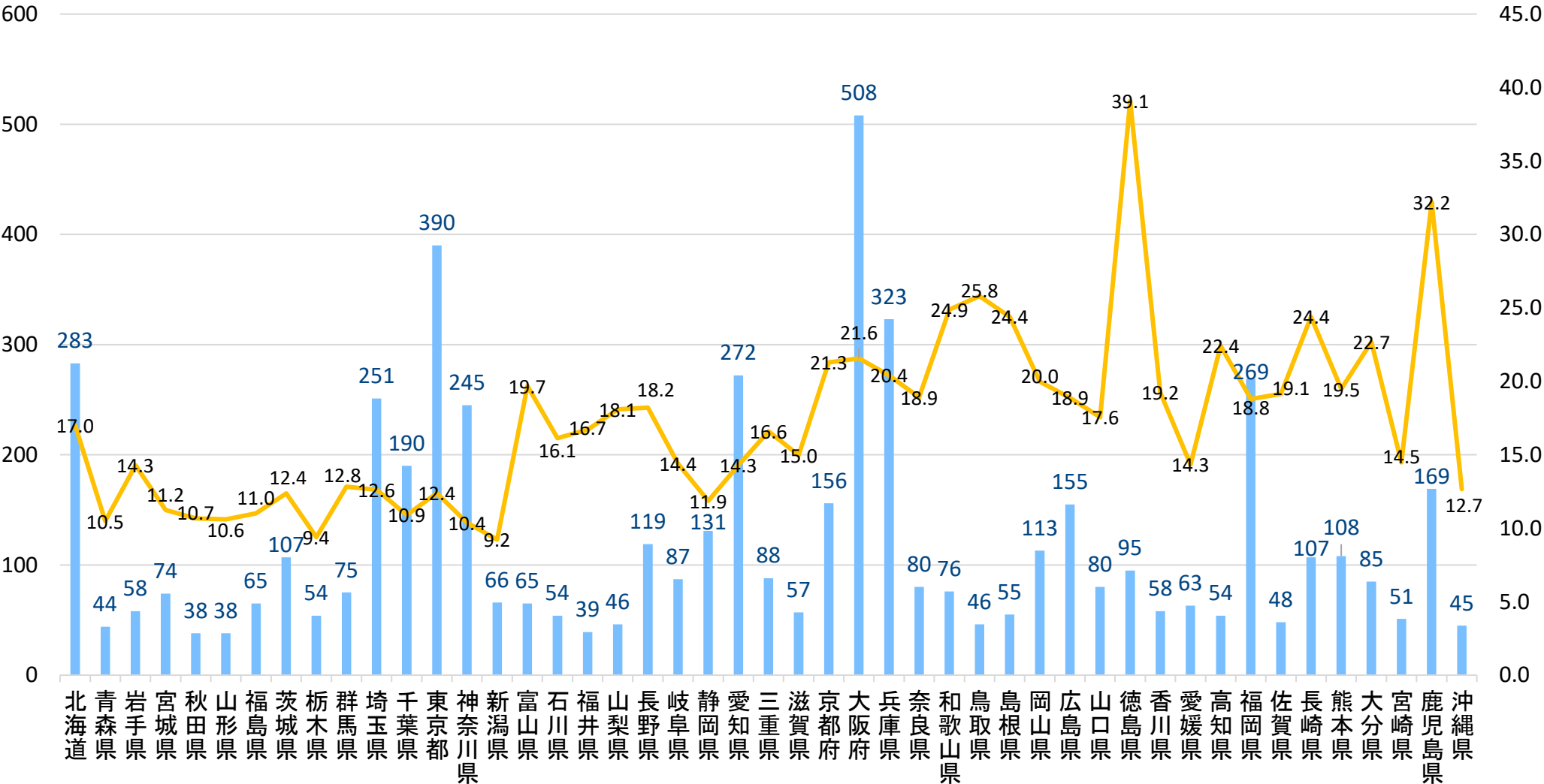
※介護予防サービスは含まない。

【出典】 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

訪問リハビリテーションの請求事業所数（都道府県別）

(事業所)

(事業所)



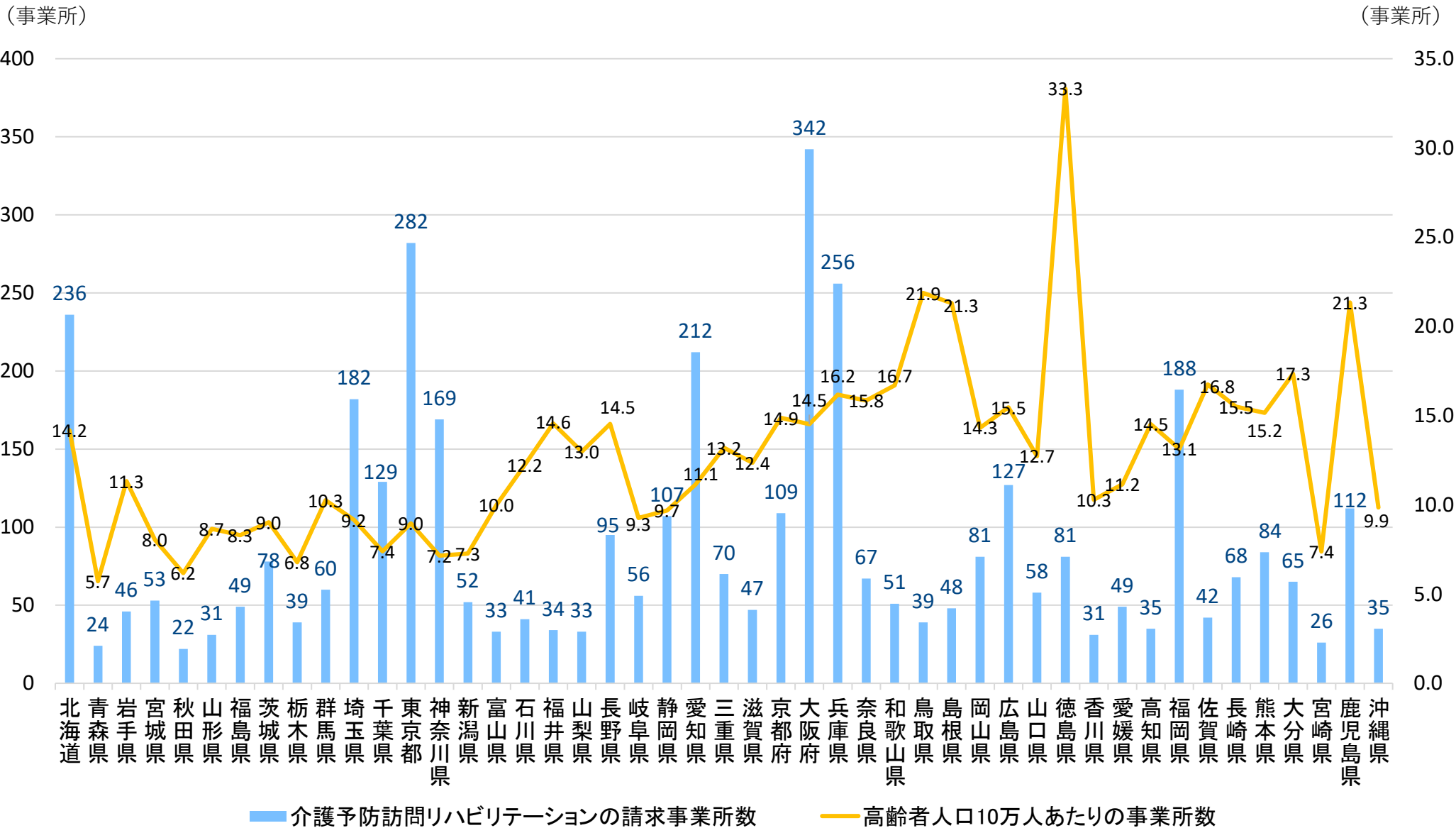
■ 訪問リハビリテーションの請求事業所数

— 高齢者人口10万人あたりの事業所数

※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。

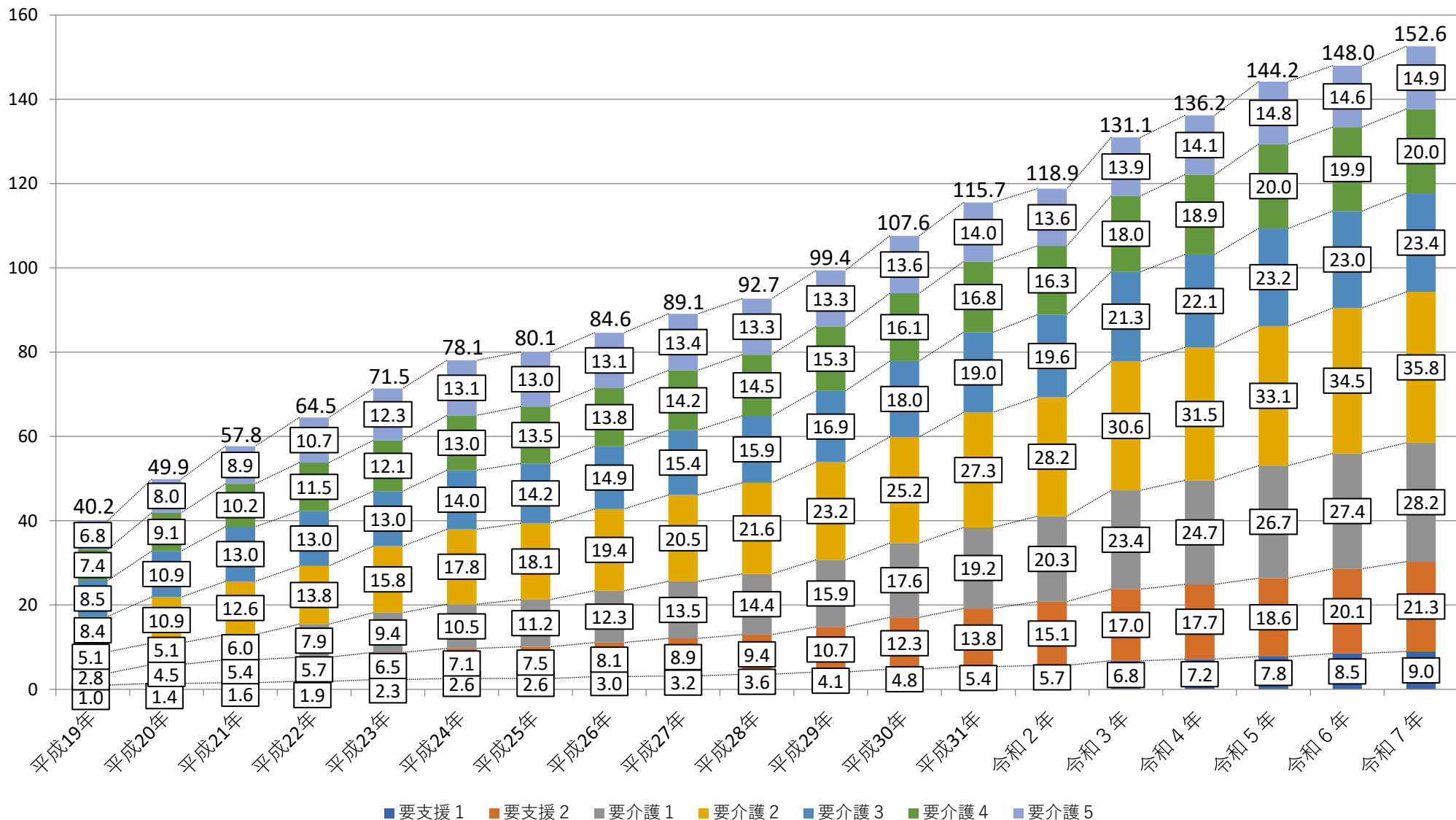
介護予防訪問リハビリテーションの請求事業所数（都道府県別）



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

訪問リハビリテーションの要介護度別受給者数

(千人)

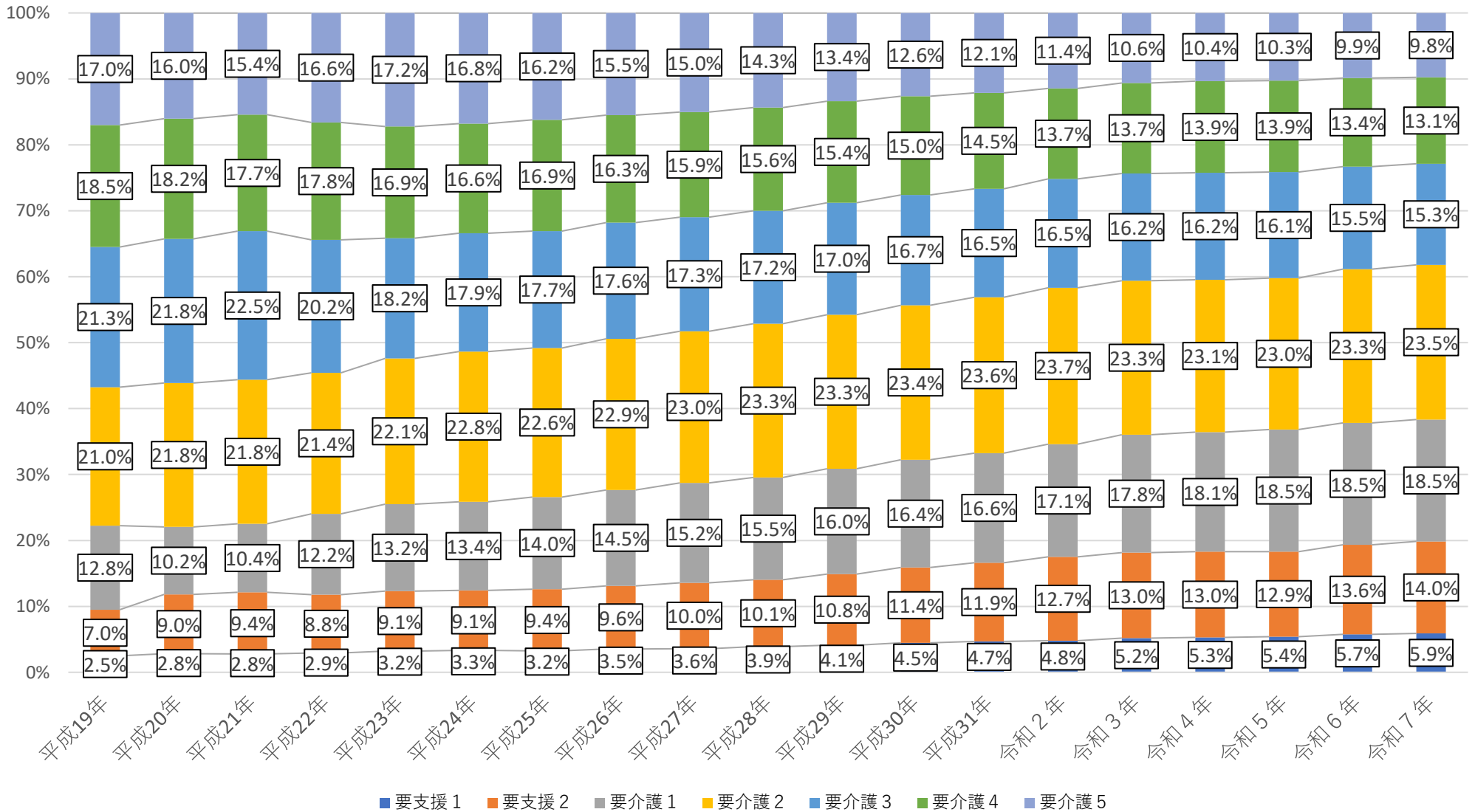


※総数には、月の途中で要介護から要支援(又は要支援から要介護)に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

【出典】 介護給付費等実態統計 (旧: 介護給付費等実態調査) (各年4月審査分) より老健局老人保健課にて作成

訪問リハビリテーションの要介護度別受給者割合



※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。

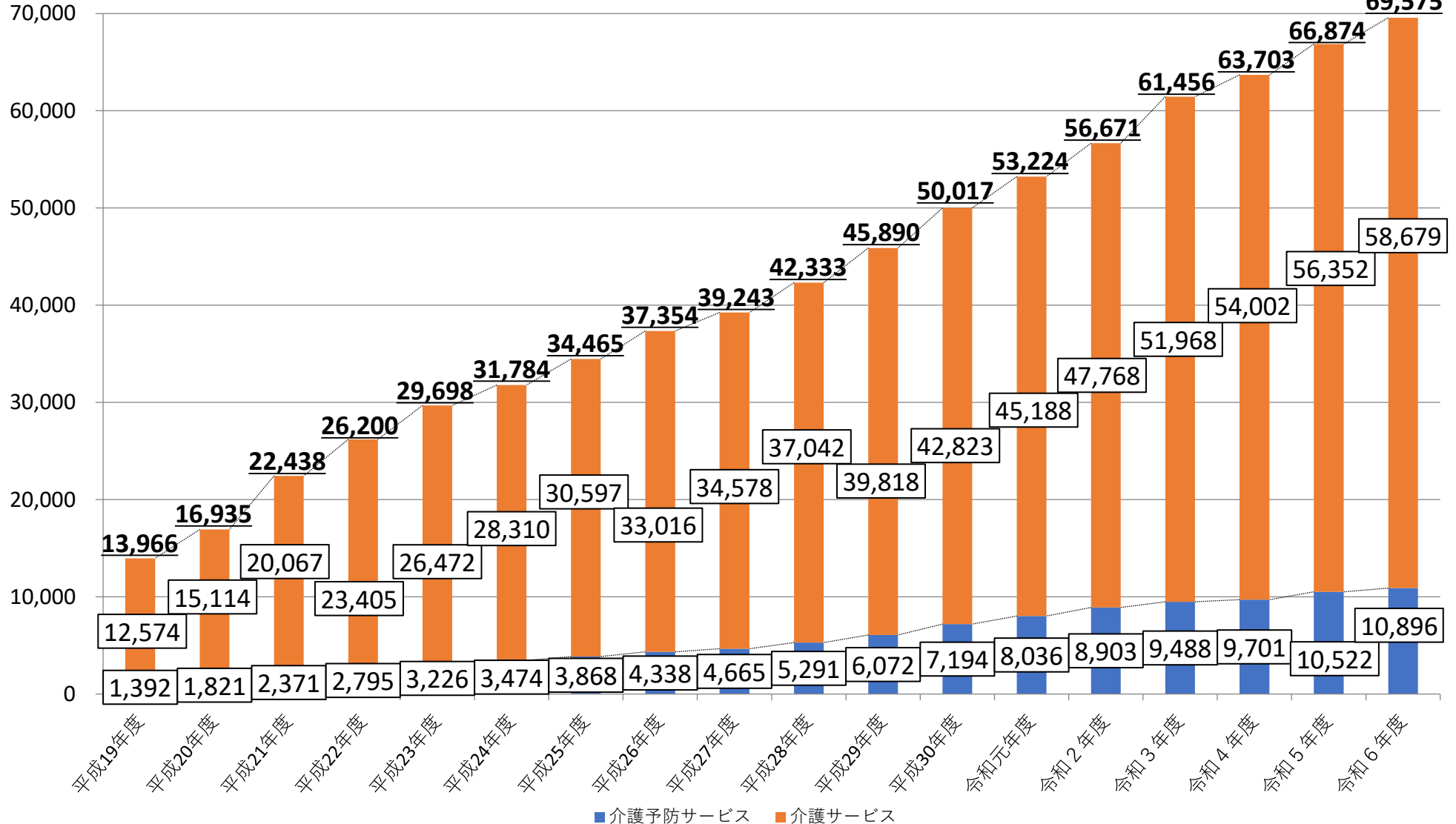
※経過的要介護は含まない。

※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】介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)(各年4月審査分)より老健局老人保健課にて作成

訪問リハビリテーションの費用額

(百万円)



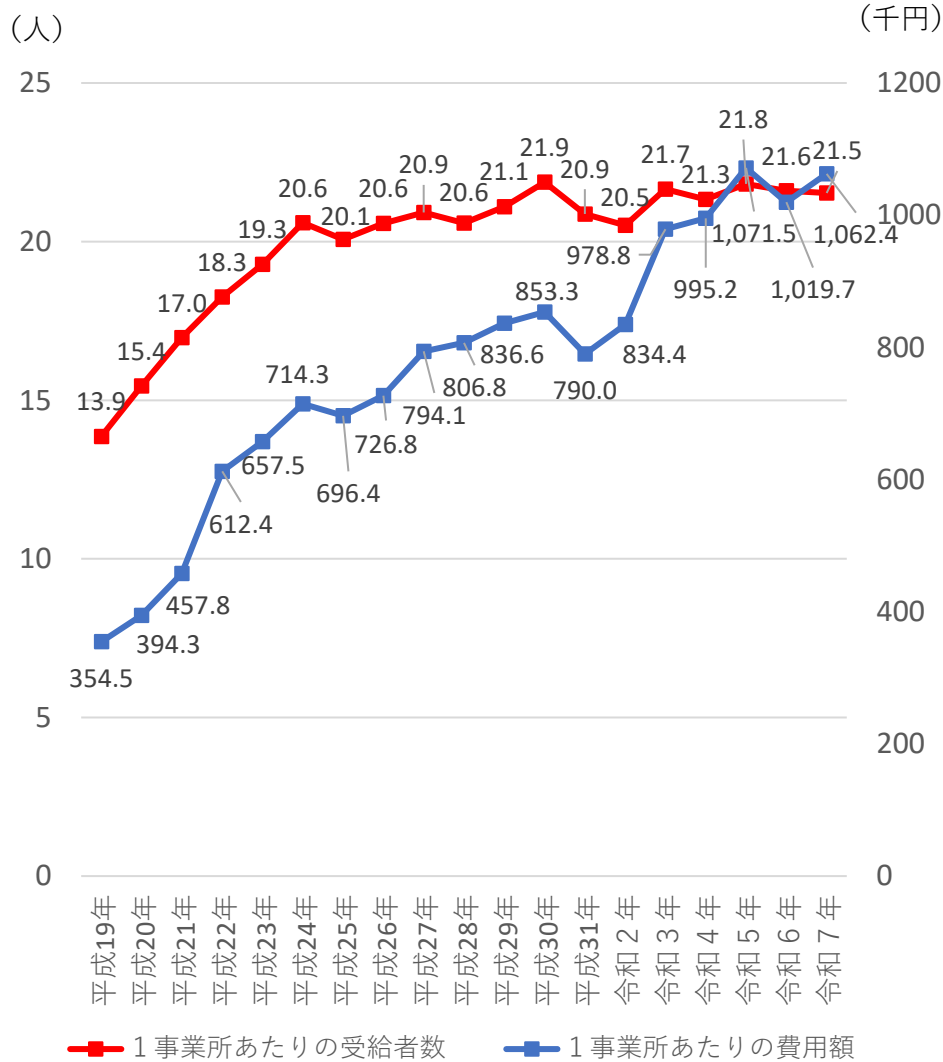
※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額(公費の本人負担額)の合計額。

※補足給付は含まない。

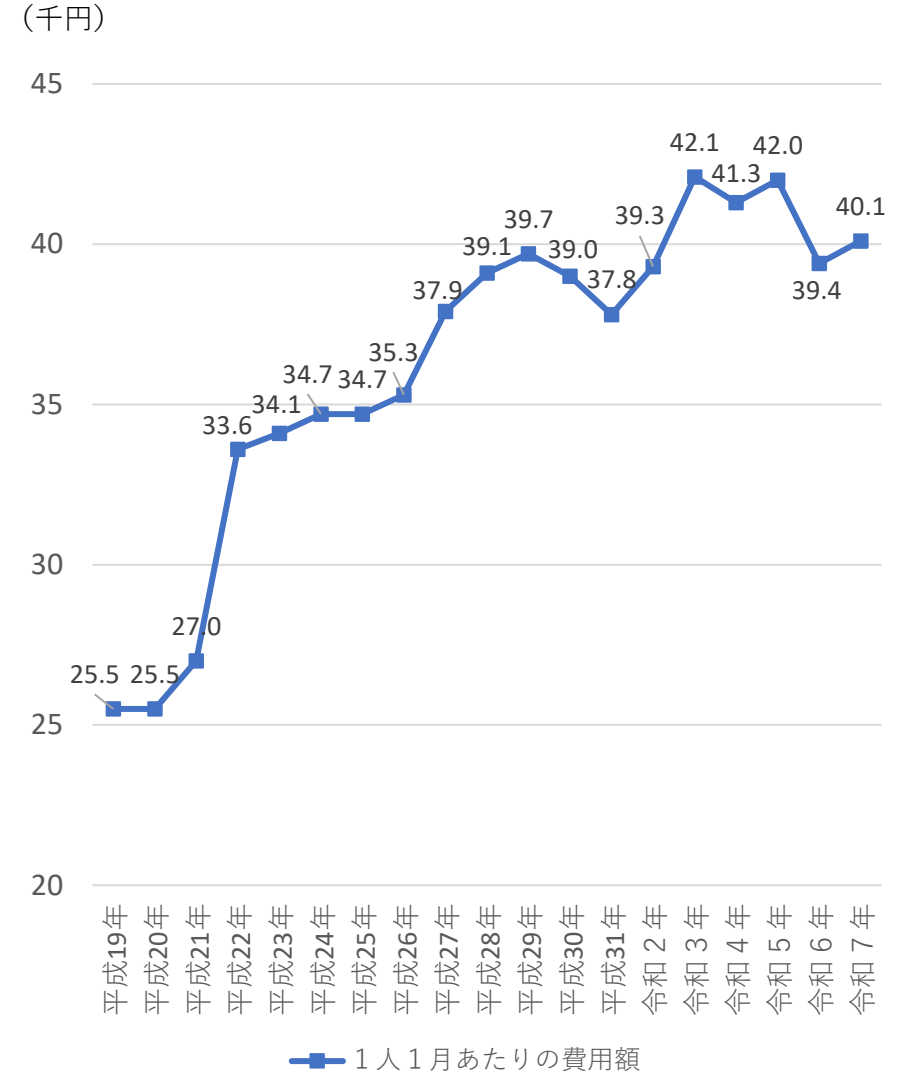
【出典】 介護給付費等実態統計 (旧：介護給付費等実態調査) 報告 (各年5月審査分～翌年4月審査分) より老健局老人保健課にて作成

訪問リハビリテーションの受給者数・費用額

■ 1事業所1月あたりの受給者数・費用額



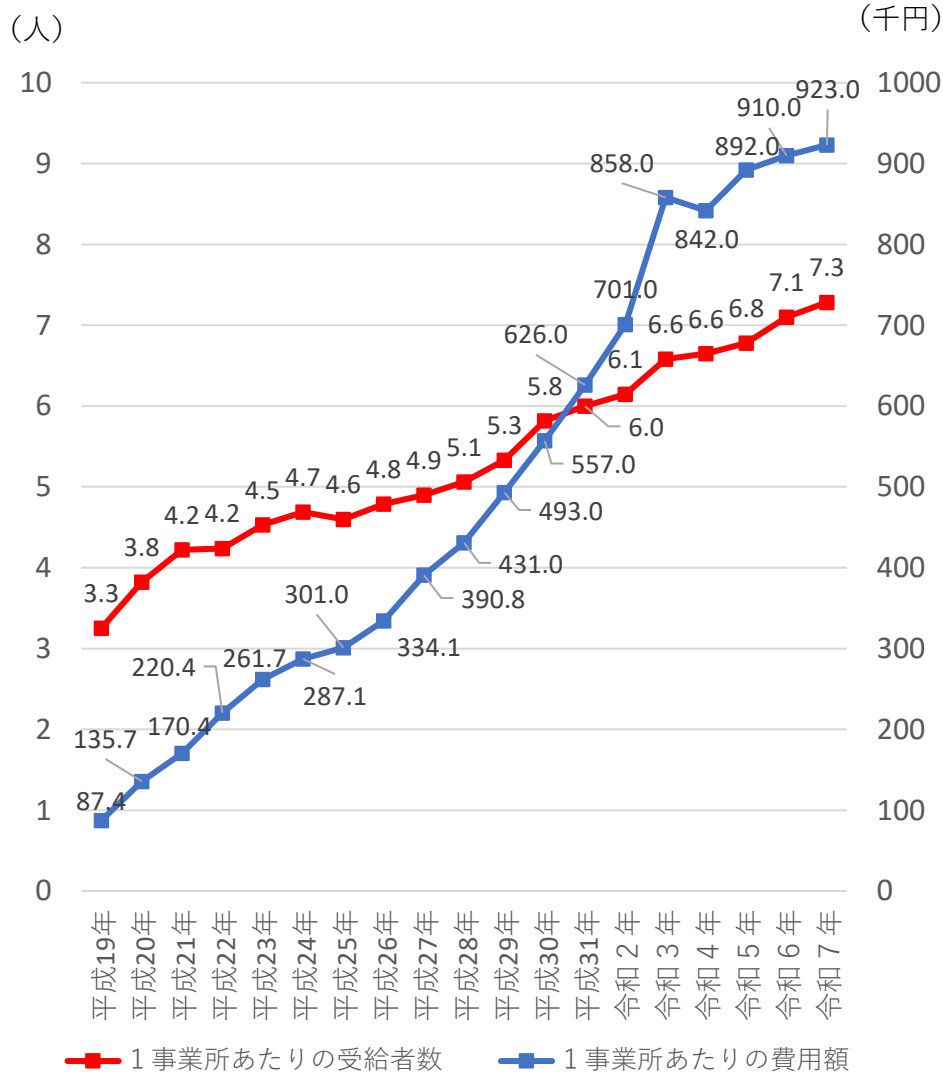
■ 利用者1人1月あたりの費用額



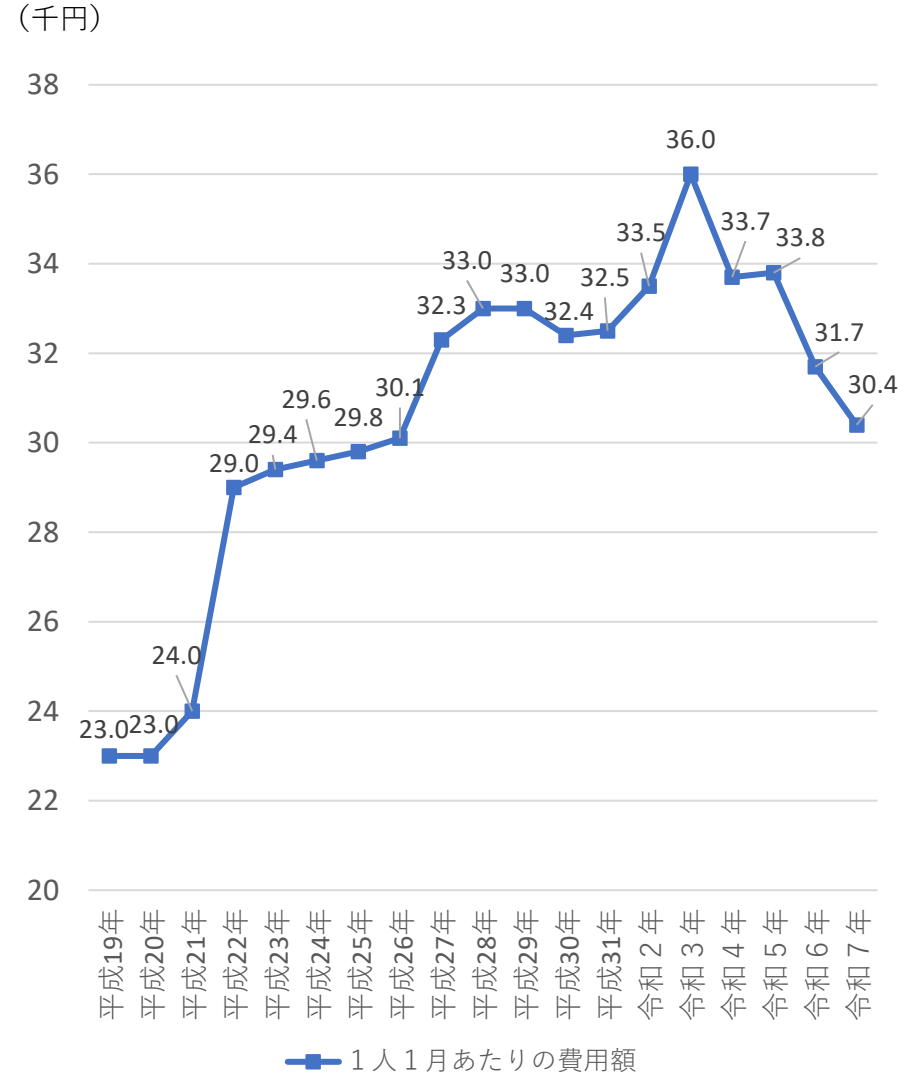
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

介護予防訪問リハビリテーションの受給者数・費用額

■ 1事業所1月あたりの受給者数・費用額



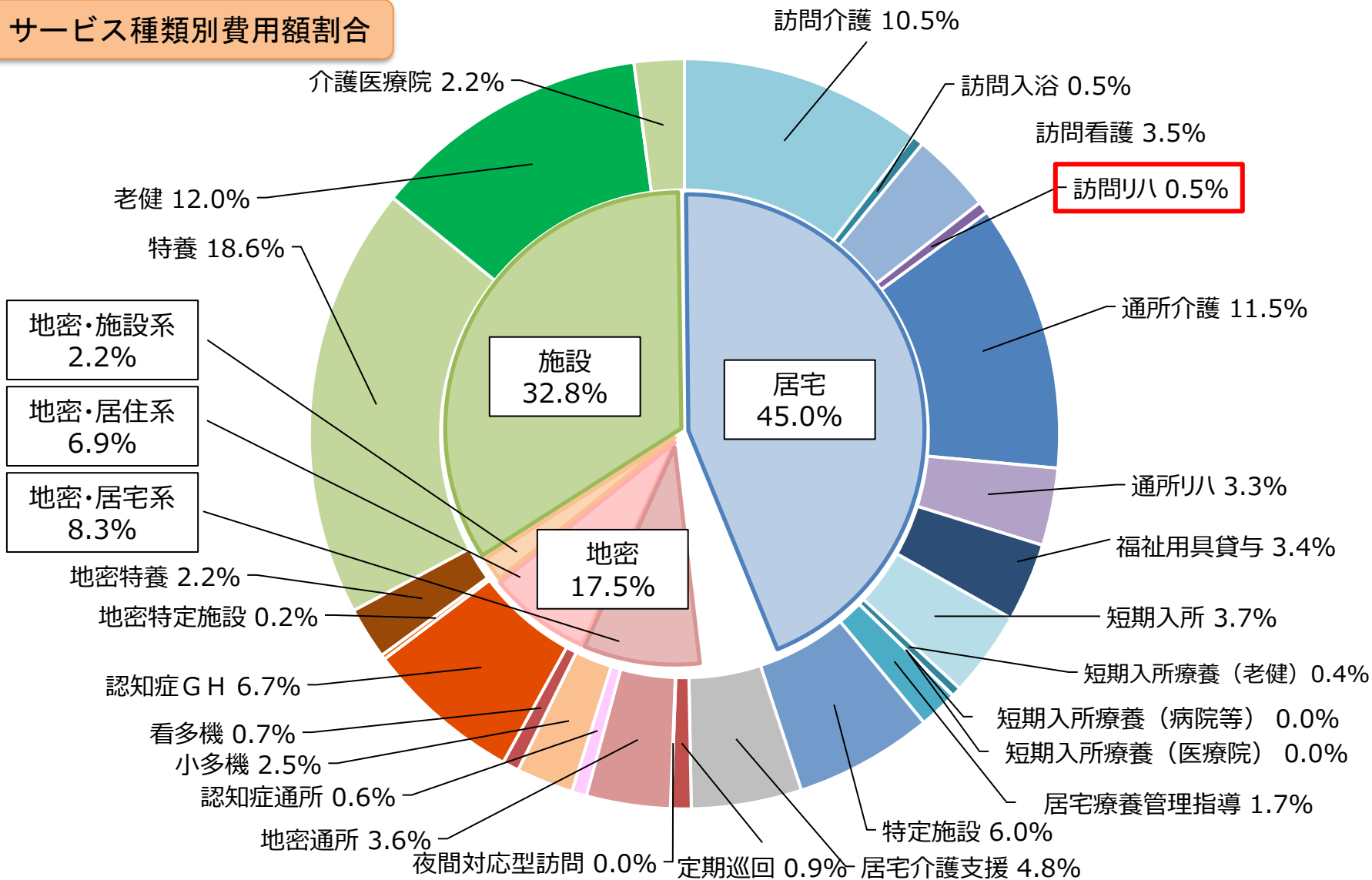
■ 利用者1人1月あたりの費用額



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳（令和6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6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6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））

（注3）令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7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2,271億円。

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6年度） 金額

		費用額（百万円）	請求事業所数
居宅	訪問介護	1,214,189	35,497
	訪問入浴介護	56,351	1,584
	訪問看護	406,433	16,874
	訪問リハビリテーション	58,679	5,680
	通所介護	1,338,790	24,526
	通所リハビリテーション	388,205	7,769
	福祉用具貸与	392,621	7,124
	短期入所生活介護	429,887	10,801
	短期入所療養介護	49,110	3,584
	居宅療養管理指導	194,391	51,184
	特定施設入居者生活介護	694,137	6,251
	計	5,222,793	170,874
居宅介護支援		552,298	35,943
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	99,494	1,397
	夜間対応型訪問介護	3,920	184
	地域密着型通所介護	419,623	18,130
	認知症対応型通所介護	74,878	2,716
	小規模多機能型居宅介護	285,704	5,647
	看護小規模多機能型居宅介護	82,466	1,278
	認知症対応型共同生活介護	781,071	14,492
	地域密着型特定施設入居者生活介護	23,366	385
	地域密着型介護老人福祉施設	260,677	2,559
	計	2,031,198	46,788
施設	介護老人福祉施設	2,165,097	8,540
	介護老人保健施設	1,395,754	4,137
	介護医療院	250,669	918
計	3,811,520	13,595	
合計		11,617,809	267,200

【出典】厚生労働省「令和6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5）請求事業所数は延べ数である。

（注2）介護費用額は、令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））、請求事業所数は、令和7年4月審査分である。

（注3）令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7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2,271億円。

（注4）端数処理等の関係で、合計が一致しない場合がある。

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（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は10.8%となっている。

■ 居宅サービスにおける平均収支差率

サービスの種類	令和5年度実態調査	令和7年度概況調査	
	令和4年度決算	令和5年度決算	令和6年度決算
訪問介護	7.8% <8.1%> (7.7%)	11.1% <11.3%> (10.6%)	9.6% <9.7%> (9.1%)
訪問入浴介護	3.0% <3.1%> (2.2%)	5.1% <5.3%> (4.2%)	5.3% <5.6%> (4.5%)
訪問看護	5.9% <6.2%> (5.8%)	11.9% <12.0%> (11.3%)	10.3% <10.3%> (9.7%)
訪問リハビリテーション	9.1% <10.3%> (9.9%)	11.8% <11.9%> (11.5%)	10.8% <10.8%> (10.5%)
通所介護	1.5% <1.8%> (1.4%)	6.5% <6.8%> (6.5%)	6.2% <6.4%> (6.0%)
通所リハビリテーション	1.8% <2.8%> (2.5%)	2.4% <2.7%> (2.6%)	2.0% <2.1%> (1.9%)
短期入所生活介護	2.6% <3.3%> (3.2%)	4.1% <4.6%> (4.5%)	2.7% <2.9%> (2.9%)

注1) 上段(括弧無し)は「税引前収支差率(物価高騰対策関連補助金等を含まない)」、中段(山括弧)は「税引前収支差率(物価高騰対策関連補助金を含む)」、下段(丸括弧)は「税引後収支差率」である。
 注2) 令和4年度決算の中段(山括弧)の収支差率には、物価高騰対策関連補助金に加え、コロナ関連補助金も含まれている。

訪問リハビリテーションの収支差率等

○訪問リハビリテーションの収支差率（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は10.8%（※）となっており、金額ベースでは13.8万円。※収支差率について全サービスの平均は4.7%。

令和7年度介護事業実態調査（介護事業経営概況調査）

第7表 訪問リハビリテーション 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目（令和5年度決算・令和6年度決算）

	令和4年度概況調査		令和5年度実態調査		令和5年度決算		令和6年度決算		
	令和3年度決算	令和4年度決算	令和4年度決算	令和5年度決算	令和5年度決算	令和6年度決算	令和6年度決算	令和6年度決算	
I 介護事業収益		千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	
1 (1)介護料収入		1,380	1,159	1,244	1,264	1,264	1,264	1,264	
2 (2)保険外の利用料による収入		5	13	29	28	28	28	28	
3 (3)補助金収入		-	-	-	-	-	-	-	
4 (4)介護報酬査定減		△1	△1	△6	△7	△7	△7	△7	
小計		1,385	1,171	1,267	1,285	1,285	1,285	1,285	
II 介護事業費用		千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	千円/月	
5 (1)給与費		998	72.1%	865	73.8%	831	65.6%	854	66.4%
6 (2)減価償却費		33	2.4%	20	1.7%	33	2.6%	33	2.5%
7 (3)国庫補助金等特別積立金取崩額		-	-	-	-	-	-	-	-
8 (4)その他		355	25.7%	176	15.1%	250	19.8%	257	20.0%
9 うち委託費		51	3.7%	27	2.3%	38	3.0%	38	3.0%
小計		1,386	1,062	1,115	1,144	1,144	1,144	1,144	
III 介護事業外収益		-	-	-	-	-	-	-	
IV 介護事業外費用		-	-	-	-	-	-	-	
V 特別利益		-	-	-	-	-	-	-	
VI 特別損失		-	-	-	-	-	-	-	
収入 ①= I + III		1,385	1,171	1,267	1,285	1,285	1,285	1,285	
支出 ②= II + IV + VI		1,390	1,064	1,118	1,147	1,147	1,147	1,147	
差引 ③=①-②		△5	△0.4%	107	9.1%	149	11.8%	138	10.8%
イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入		14	13	-	-	-	-	-	
ロ 物価高騰対策関連の補助金収入		-	-	2	2	1	1	1	
イ・ロの補助金収入計		14	15	2	2	1	1	1	
イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'		9	0.6%	122	10.3%	151	11.9%	139	10.8%
法人税等		6	0.4%	5	0.4%	5	0.4%	4	0.3%
法人税等差引 ④=③'-法人税等		3	0.2%	117	9.9%	146	11.5%	135	10.5%
有効回答数		268	847	396	396	396	396	396	

注:1) 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。

2) 各項目の数値は、それぞれ表裏単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

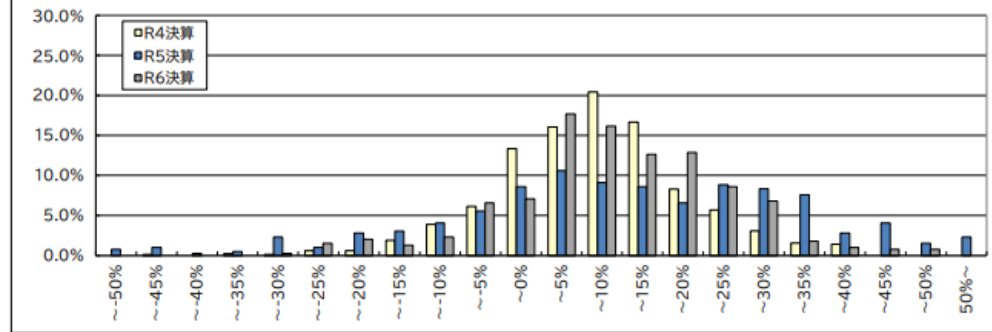
3) 「介護事業費用」及び「差引 ③」の比率は「収入 ①」に対する割合である。

4) 「イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'」、「法人税等」及び「法人税等差引 ④」の比率は、「収入 ①」+「イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入」+「ロ 物価高騰対策関連の補助金収入」に対する割合である。

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
28 延べ訪問回数	336.6回/月	309.8回/月	316.2回/月
29 常勤換算職員数(常勤率)	2.6人/月 91.9%	2.1人/月 90.8%	2.0人/月 93.5%
30 PT・OT・ST常勤換算数(常勤率)	2.3人/月 93.3%	1.9人/月 92.9%	1.9人/月 93.9%
常勤換算1人当たり給与			
31 看護士	420,465円/月	379,586円/月	456,731円/月
32 准看護士	354,349円/月	457,716円/月	312,160円/月
33 理学療法士	396,016円/月	406,087円/月	425,039円/月
34 作業療法士	389,747円/月	394,979円/月	414,229円/月
35 言語聴覚士	388,364円/月	390,123円/月	391,305円/月
36 看護士	315,290円/月	324,270円/月	380,630円/月
37 准看護士	357,612円/月	274,825円/月	343,159円/月
38 理学療法士	349,837円/月	370,736円/月	353,276円/月
39 作業療法士	361,812円/月	365,567円/月	388,452円/月
40 言語聴覚士	381,701円/月	317,131円/月	345,263円/月

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
41 訪問1回当たり収入			
イ・ロの補助金収入を除く	4,113円/回	3,781円/回	4,064円/回
イ・ロの補助金収入を含む	4,155円/回	3,829円/回	4,067円/回
42 訪問1回当たり支出	4,128円/回	3,435円/回	3,627円/回
43 常勤換算職員1人当たり給与	401,364円/月	403,390円/月	424,172円/月
44 看護職員(常勤換算)1人当たり給与	392,028円/月	360,093円/月	444,375円/月
45 PT・OT・ST(常勤換算)1人当たり給与	391,269円/月	399,753円/月	416,880円/月
46 常勤換算職員1人当たり訪問回数	130.3回/月	147.1回/月	154.7回/月
47 PT・OT・ST(常勤換算)1人当たり訪問回数	144.0回/月	164.8回/月	167.8回/月

図7 訪問リハビリテーション(予防を含む)収支差率分布



収支差率	R 3 年度	R 4 年度	R 5 年度	R 6 年度
税引前収支差率（物価対策関連補助金を含まない）	△0.4%	9.1%	11.8%	10.8%
税引前収支差率（物価対策関連補助金を含む）	0.6%	10.3%	11.9%	10.8%
税引後収支差率（物価対策関連補助金を含む）	0.2%	9.9%	11.5%	10.5%

【出典】厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査」

1. 訪問リハビリテーションの概況



2. 令和6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. (3) ⑧ 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 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観点から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務付ける。【省令改正】

基準

<運営基準（省令）>

- サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）
医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。



入院中に
リハビリテーション
を実施した医療機関



リハビリテーション
事業所

【リハビリテーション実施計画書等】

入院中に実施していたリハビリテーションに関わる情報、
利用者の健康状態、心身機能・構造、活動・参加、
目標、実施内容、リハビリテーション実施に際しての注意点等

リハビリテーション
実施計画書等の提供

リハビリテーション
実施計画書等の入手
・内容の把握

1. (3) ⑨ 退院後早期のリハビリテーション実施に向けた退院時情報連携の推進

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 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観点から、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行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
退院時共同指導加算 600単位/回 (新設)

算定要件等

(訪問リハビリテーションの場合)

- 病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、訪問リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導※を行った後に、当該者に対する初回の訪問リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。(新設)

※ 利用者又はその家族に対して、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者と利用者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅でのリハビリテーション計画に反映させることをいう。

1. (7) ② 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進

概要

【訪問リハビリテーション】

- 認知症のリハビリテーションを推進していく観点から、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の実施を評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日 (新設)

算定要件等

- 次の要件を満たす場合、1週に2日を限度として加算。(新設)
 - ・ 認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その退院(所)日又は訪問開始日から3月以内の期間に、リハビリテーションを集中的に行うこと。

2. (1) ⑥ 訪問及び通所リハビリテーションのみなし指定の見直し

概要

【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- 訪問リハビリテーション事業所を更に拡充する観点から、介護老人保健施設及び介護医療院の開設許可があったときは、訪問リハビリテーション事業所の指定があったものとみなす。また、介護保険法第72条第1項による通所リハビリテーション事業所及び訪問リハビリテーション事業所に係るみなし指定を受けている介護老人保健施設及び介護医療院については、当該事業所の医師の配置基準について、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって基準を満たしているものとみなすこととする。【省令改正】

基準

- 訪問リハビリテーション事業所、介護予防訪問リハビリテーション事業所のみなし指定が可能な施設

<改定前>
病院、診療所



<改定後>
病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院

- 人員配置基準について、以下の規定を設ける
(訪問リハビリテーションの場合)
指定訪問リハビリテーション事業所が、みなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該施設の医師の配置基準を満たすことをもって、訪問リハビリテーション事業所の医師の配置基準を満たしているものとみなすことができる。

2. (1) ⑦ 要介護・要支援のリハビリテーションの評価の差別化

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 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、利用者の状態像に応じた、より適切な評価を行う観点から、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設ける。
【告示改正】

単位数

<改定前>

訪問リハビリテーション	307単位/回
介護予防訪問リハビリテーション	307単位/回



<改定後>

訪問リハビリテーション	<u>308</u> 単位/回 (変更)
介護予防訪問リハビリテーション	<u>298</u> 単位/回 (変更)

算定要件等

- 変更なし

2. (1) ⑧介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価

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】

- 介護予防サービスにおけるリハビリテーションの質を評価し、適切なサービス提供とする観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 利用開始から12月が経過した後の減算について、拡大を行う。ただし、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を行い、LIFEへリハビリテーションのデータを提出しフィードバックを受けてPDCAサイクルを推進する場合は減算を行わないこととする。
 - イ 要介護認定制度の見直しに伴い、より適切なアウトカム評価に資するようLIFEへリハビリテーションのデータ提出を推進するとともに、事業所評価加算の廃止を行う。【告示改正】

単位数

- 利用開始日の属する月から12月超

<改定前>

介護予防訪問リハビリテーション
5単位/回減算

<改定後>

要件を満たした場合 減算なし (新設)
要件を満たさない場合 30単位/回減算 (変更)

介護予防通所リハビリテーション
要支援1 20単位/月減算
要支援2 40単位/月減算

要件を満たした場合 減算なし (新設)
要件を満たさない場合 要支援1 120単位/月減算 (変更)
要支援2 240単位/月減算 (変更)

- 事業所評価加算

<改定前>

介護予防訪問リハビリテーション 120単位/月
介護予防通所リハビリテーション 120単位/月

<改定後>

(廃止)
(廃止)

算定要件等

- 利用開始日の属する月から12月を超えて介護予防通所（訪問）リハビリテーションを行う場合の減算を行わない基準 (新設)
 - ・ 3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直していること。
 - ・ 利用者ごと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。

2. (1) ⑨ 退院直後の診療未実施減算の免除

概要

【訪問リハビリテーション★】

- 入院中にリハビリテーションを受けていた利用者が、退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始する観点から、退院後1月に限り、入院中の医療機関の医師の情報提供のもと、訪問リハビリテーションを実施した場合の減算について見直す。【告示改正】

単位数

<改定前>

診療未実施減算 50単位減算



<改定後>

変更なし

※入院中リハビリテーションを受けていた利用者の
退院後1ヶ月に限り減算を適用しない

算定要件等

- 以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの診療未実施減算を適用しない。
 - ・ 医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者であること。
 - ・ 訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の入院していた医療機関から、利用者に関する情報の提供を受けていること。
 - ・ 当該利用者の退院日から起算して1月以内の訪問リハビリテーションの提供であること。

2. (1) ⑩ 診療未実施減算の経過措置の延長等

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当たって事業所医師が診療せず、「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療した場合の減算（診療未実施減算）について、以下の見直しを行う。
 - ア 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措置期間を3年間延長する。
 - イ 適用猶予措置期間中においても、事業所外の医師が「適切な研修の修了等」の要件を満たすことについて、事業所が確認を行うことを義務付ける。【告示改正、通知改正】

単位数

<改定前>

診療未実施減算 50単位減算



<改定後>

変更なし

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、以下を要件とし、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
 - (1) 指定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。
 - (2) 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。
 - (3) 当該情報の提供を受けた指定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。
- 上記の規定に関わらず、令和9年3月31日までの間に、次に掲げる基準のいずれにも適合する場合には、同期間に限り、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
 - ・上記(1)及び(3)に適合すること。
 - ・(2)に規定する研修の修了等の有無を確認し、訪問リハビリテーション計画書に記載していること。

1. 訪問リハビリテーションの概況

2. 令和6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各種意見

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【認知症リハビリテーションの推進】

- 今回の介護報酬改定で、訪問による認知症リハビリテーションや、介護老人保健施設における認知症リハビリテーション実施時の居宅訪問による生活環境の把握を推進することとしたが、その取組の実施状況、効果及び適切なリハビリテーション介入について検証し、今後の認知症リハビリテーションの在り方について検討していくべきである。

【リハビリテーションにおけるアウトカム評価の在り方】

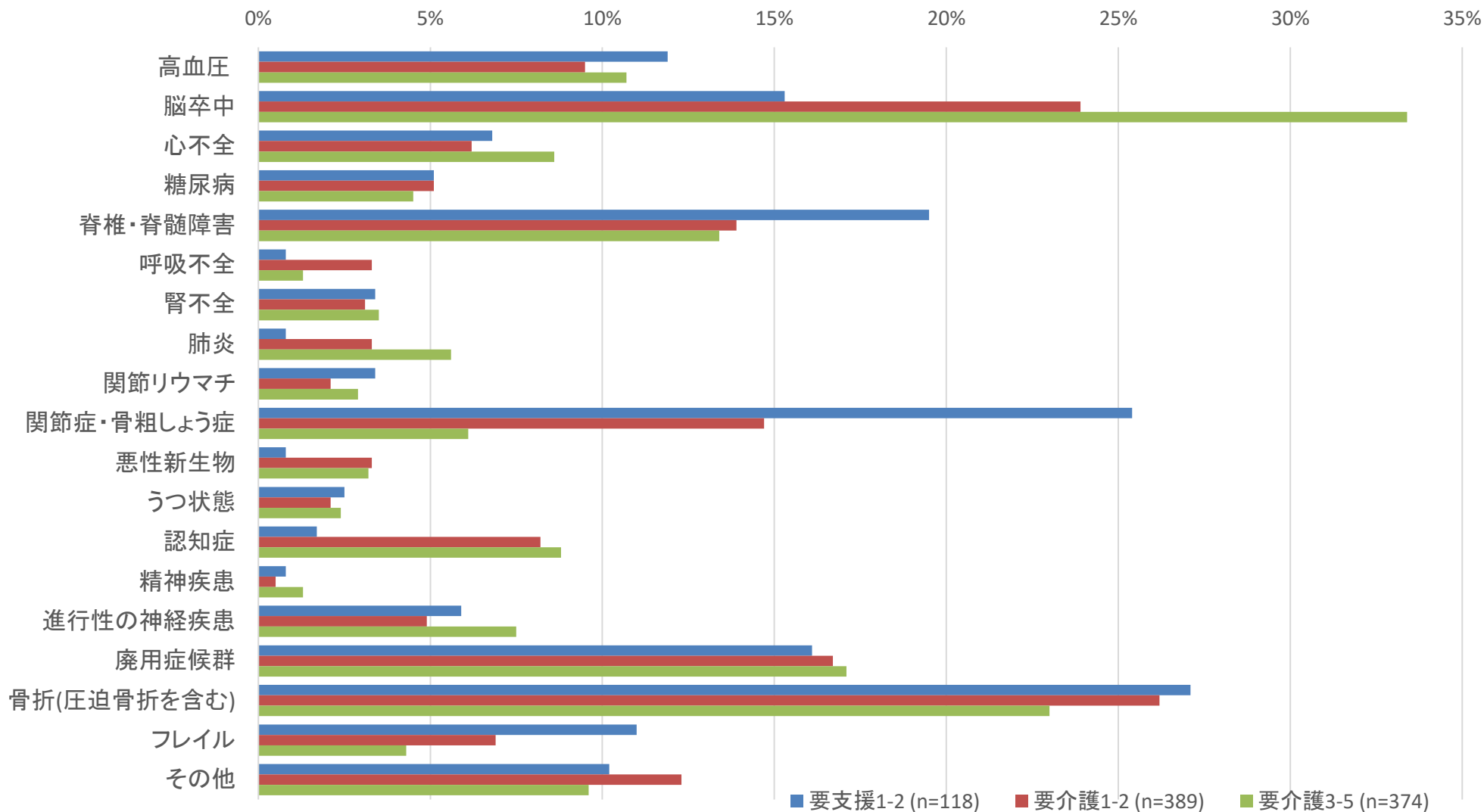
- 生活期のリハビリテーションにおけるアウトカムは、心身機能、活動、参加に関する能力の改善だけでなく、非悪化や維持についても評価をすべきであるとの指摘があることから、具体的な評価方法について引き続き検討した上で、LIFEの活用も含め、報酬上の評価について検討していくべきである。

【診療未実施減算に係る検証】

- 訪問リハビリテーションにおける診療未実施減算について、今回の介護報酬改定で事業所外の医師に求められる「適切な研修等」の適用猶予期間を延長するとともに、研修の受講状況の確認を義務付けることとしたが、その結果を踏まえつつ、事業所医師の診察が困難な理由等について検証し、必要な対応を検討していくべきである。

訪問リハビリテーションが必要となった原因

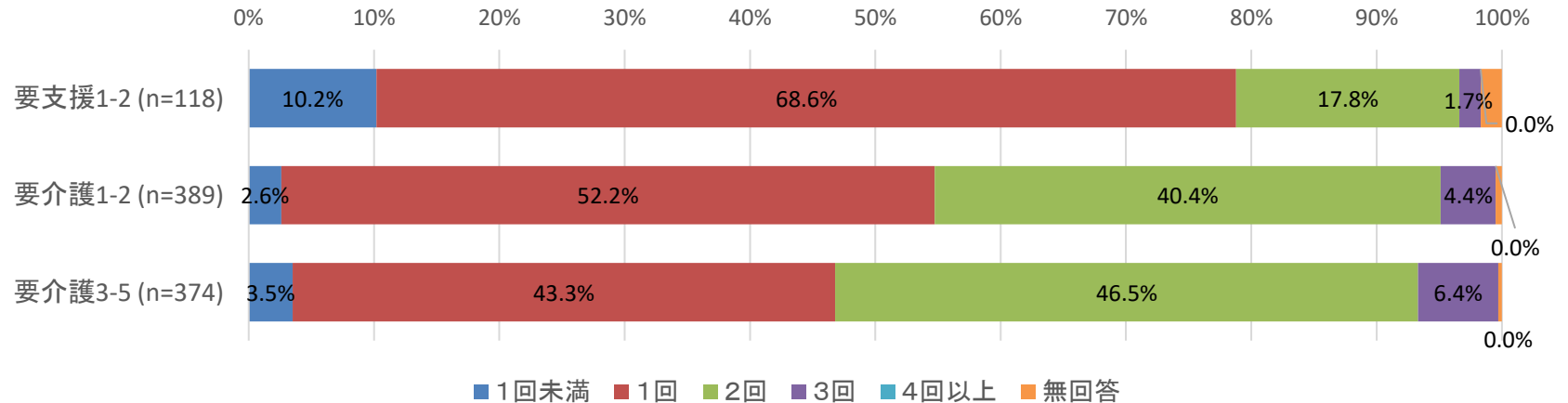
○要支援者では運動器疾患が多く、要介護者では脳卒中や運動器疾患が多い。



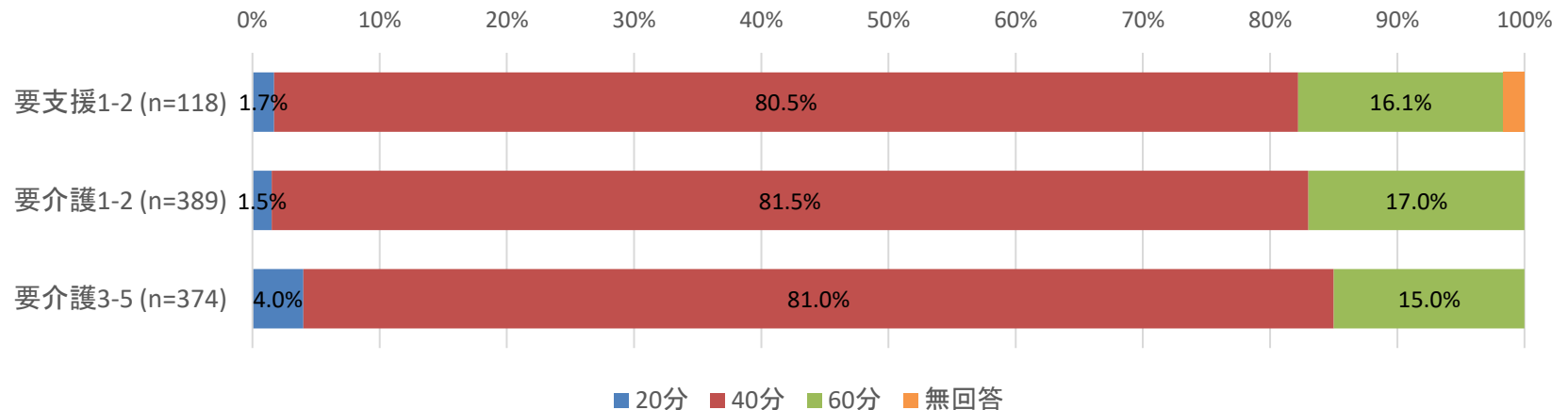
訪問リハビリテーションの利用頻度と利用時間

- 要支援者は週1回の利用が約69%を占め、重度者の方が1週あたりの利用頻度が高い。
- 1回あたりの利用時間は、全ての利用者で40分が約80%を占める。

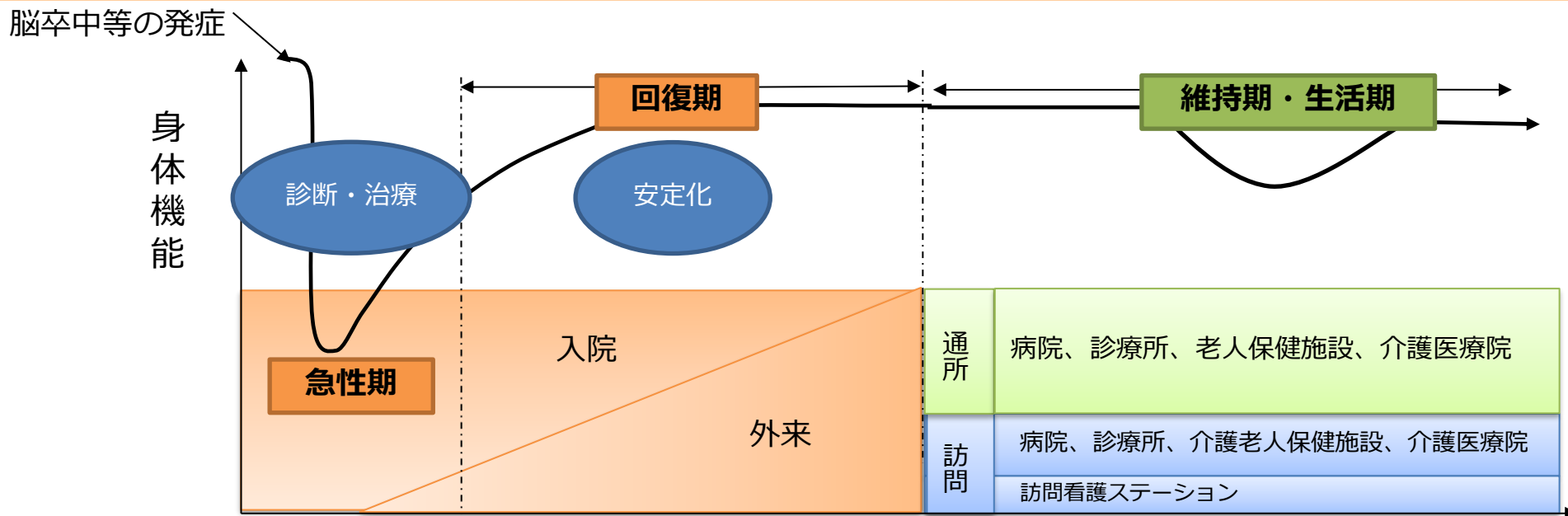
【1週あたりの利用頻度】



【1回あたりの利用時間】



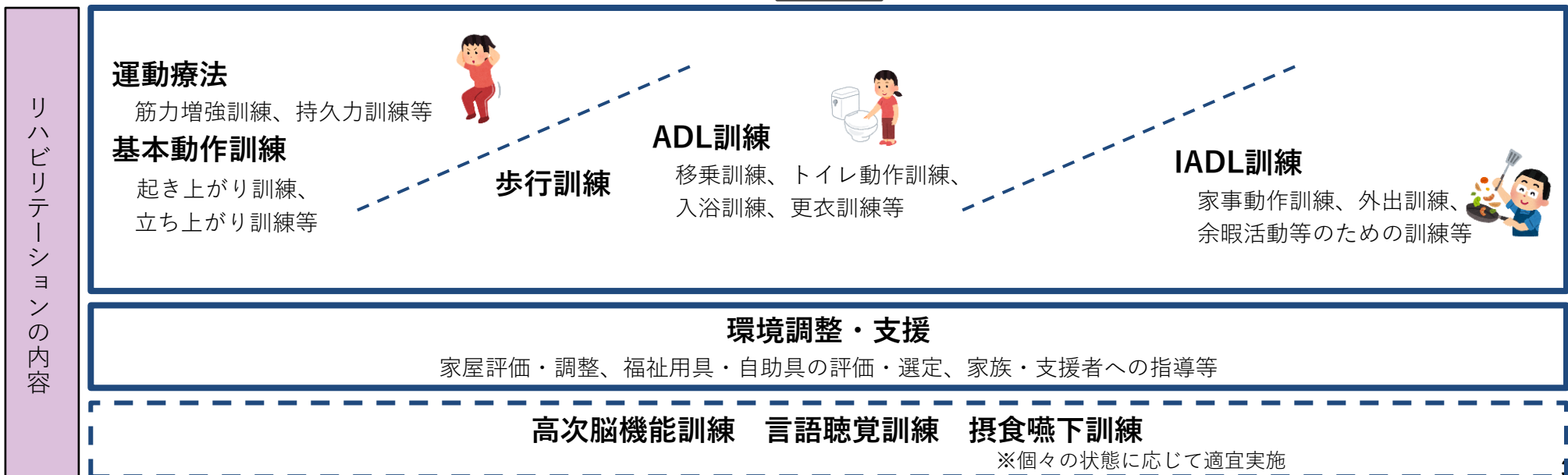
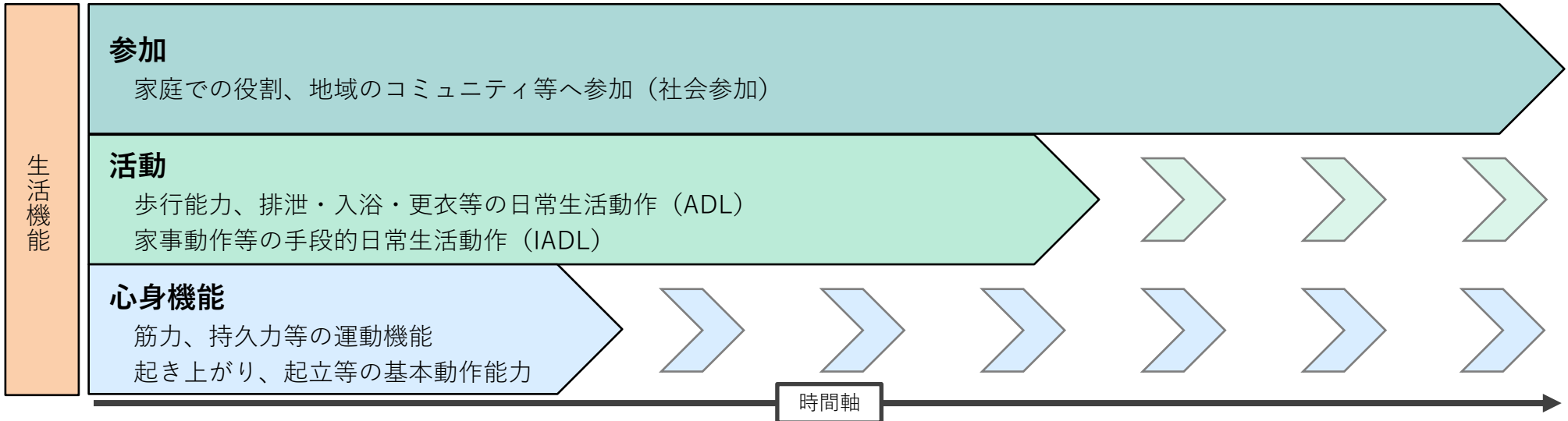
リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

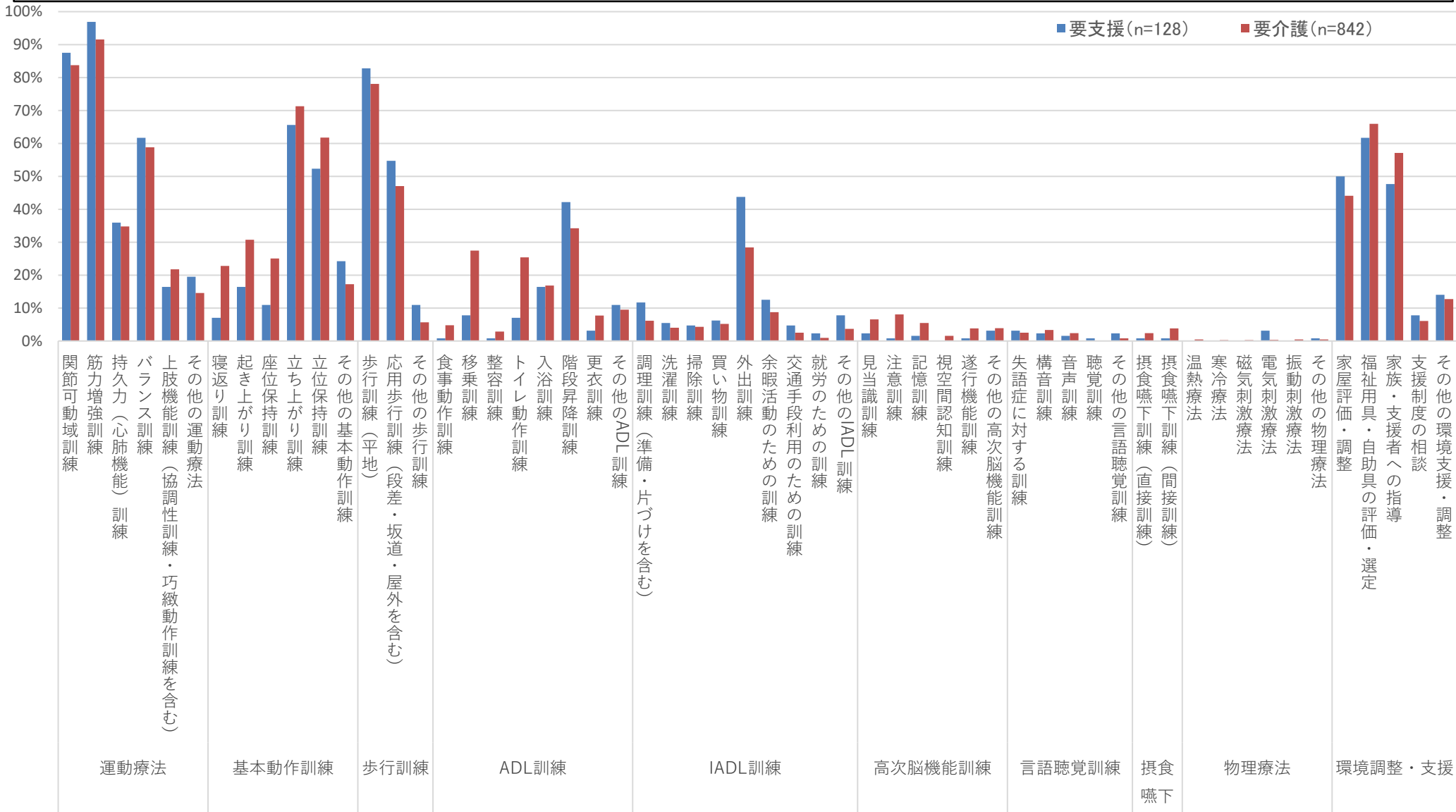
高齢者の生活期リハビリテーション（イメージ）

○リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。



訪問リハビリテーションで実施された内容

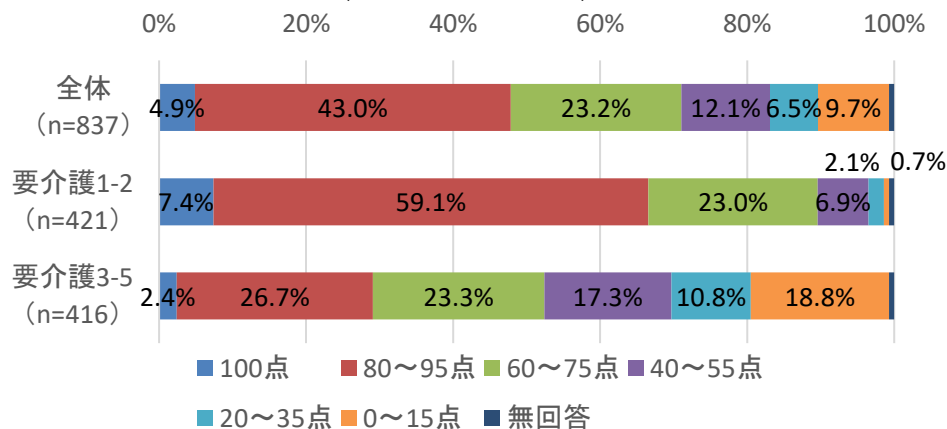
○筋力増強訓練、関節可動域訓練、歩行訓練（平地）の実施割合が高い。



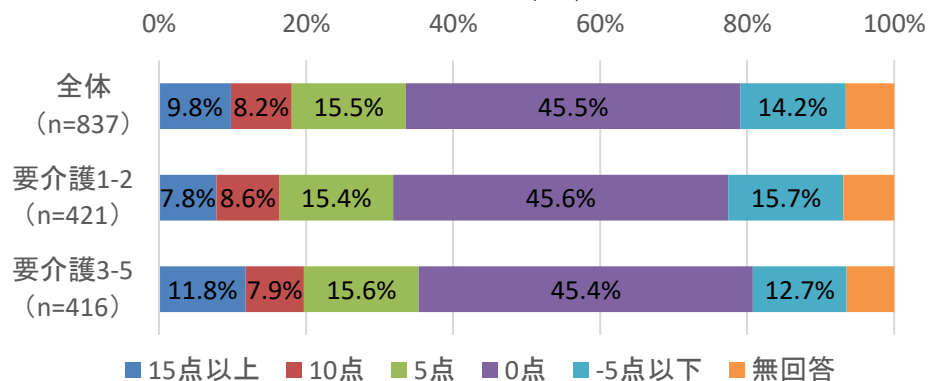
訪問リハビリテーションにおけるADL（日常生活動作）とIADL（手段的日常生活動作）

○利用開始から6ヶ月後にADLの改善を認めたのは約34%、維持を認めたのは約46%だった。
 ○利用開始から6ヶ月後にIADLの改善を認めたのは約42%、維持を認めたのは約42%だった。

■利用開始時のADL（Barthel Index）

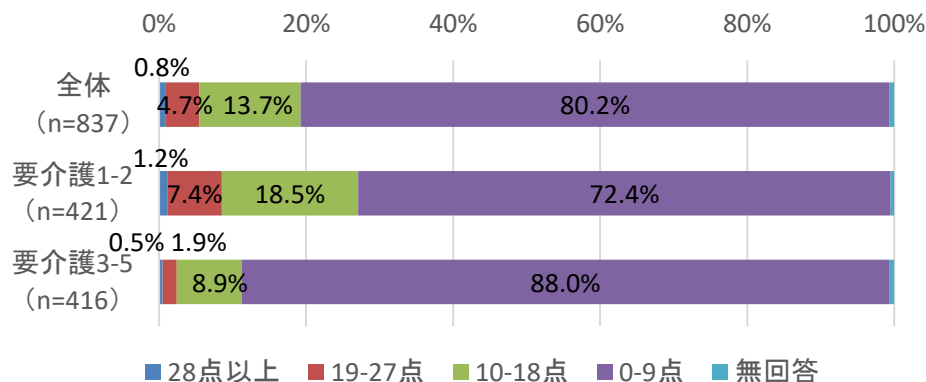


■利用開始から6ヶ月後のADL（BI）の変化

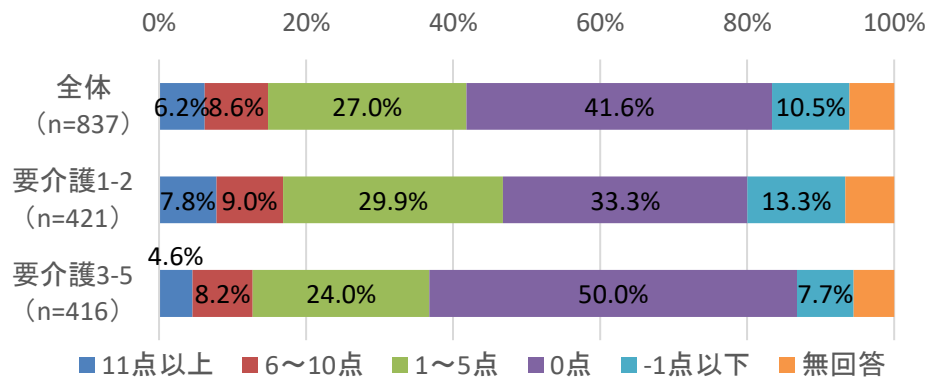


※Barthel Index (BI) はADL（日常生活動作）の自立度を評価する指標であり、10項目からなる。
 総計は0～100点であり、点数が高いほどADLの自立度が高い。

■利用開始時のIADL（Frenchay Activities Index）



■利用開始から6ヶ月後のIADL（FAI）の変化



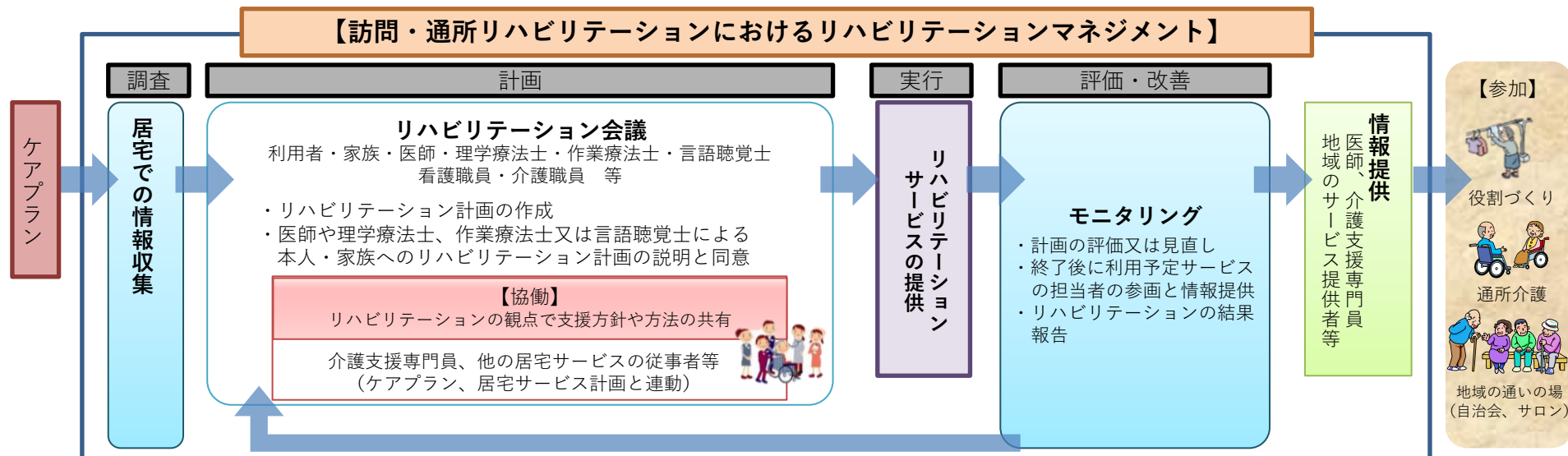
※Frenchay Activities Index (FAI) はIADL（手段的日常生活動作）の実施頻度を評価する指標であり、15項目からなる。
 総計は0～45点であり、点数が高いほどIADLの実施頻度が高い。

リハビリテーションマネジメント

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。

【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】



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

【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

【リハビリテーション計画の説明・同意】

PT・OT・STが利用者等に説明・同意を得て医師へ報告

【居宅訪問】

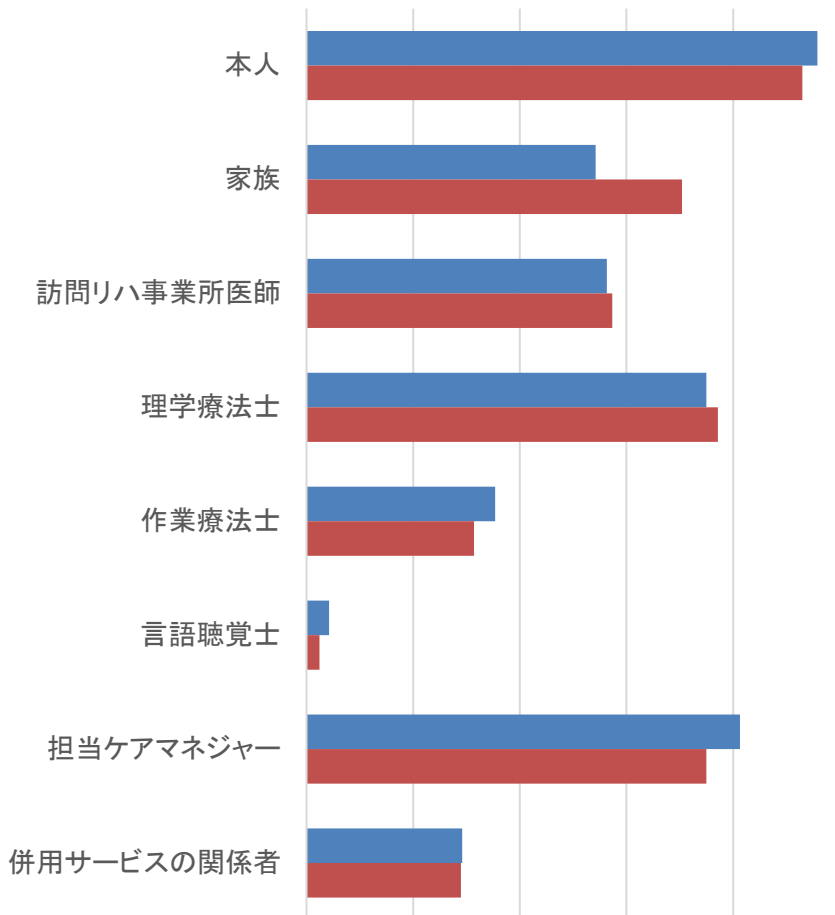
PT・OT・STが利用者の居宅を訪問し、家族等に介護の工夫等の指導およびに日常生活上の留意点に関する助言を行う

(訪問リハビリテーション) リハビリテーション会議の参加者と検討内容

- リハビリテーション会議の参加者は本人、理学療法士、担当ケアマネジャーが多い。
- 会議では利用者の生活状況の確認や共有は80%以上の利用者で実施されており、目標達成度と効果の確認は約半数で実施されている。

■ リハビリテーション会議の参加者

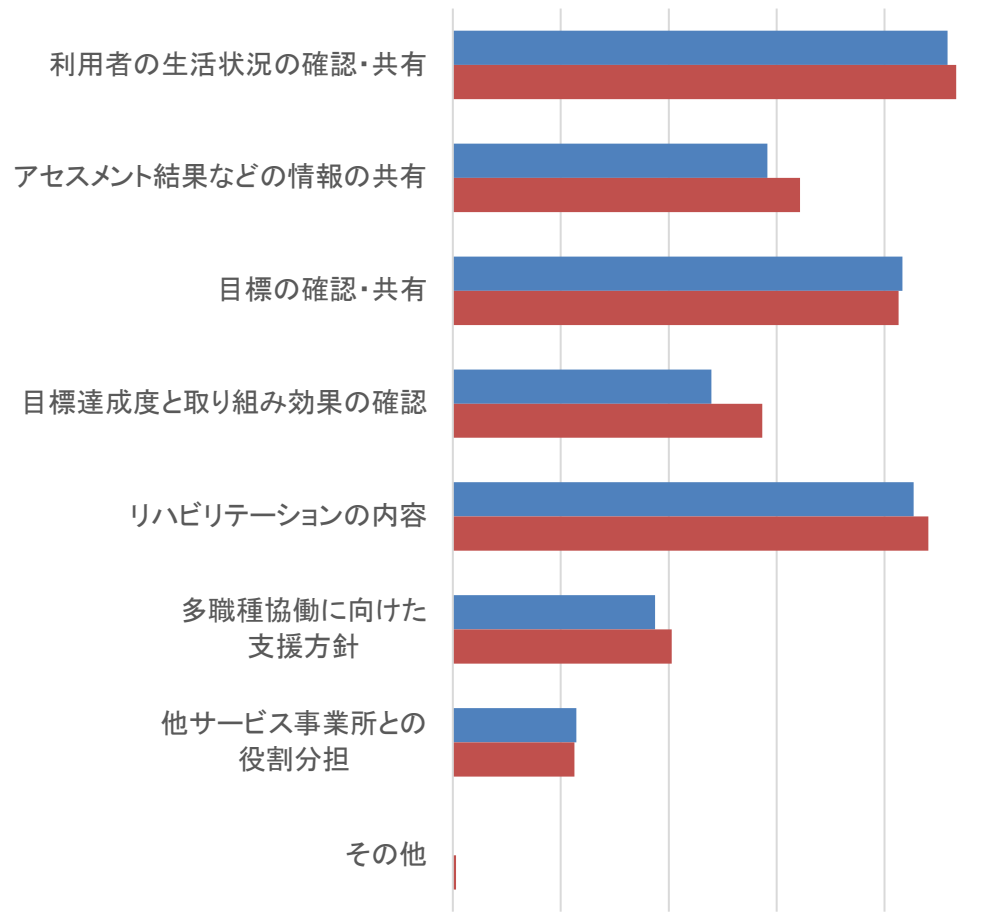
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 要支援 (n=48) ■ 要介護 (n=328)

■ リハビリテーション会議の内容

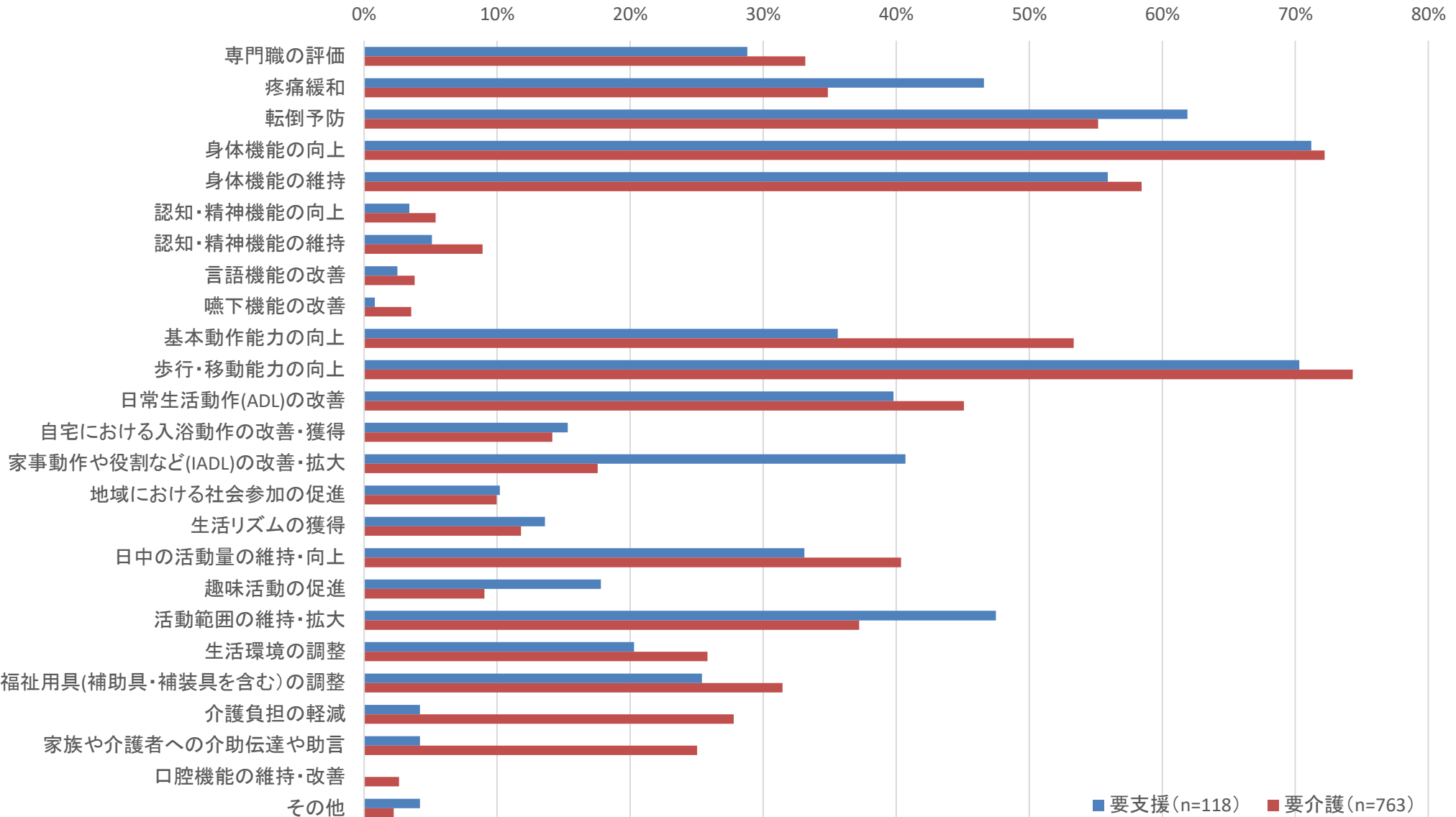
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 要支援 (n=48) ■ 要介護 (n=328)

訪問リハビリテーション計画書の目標

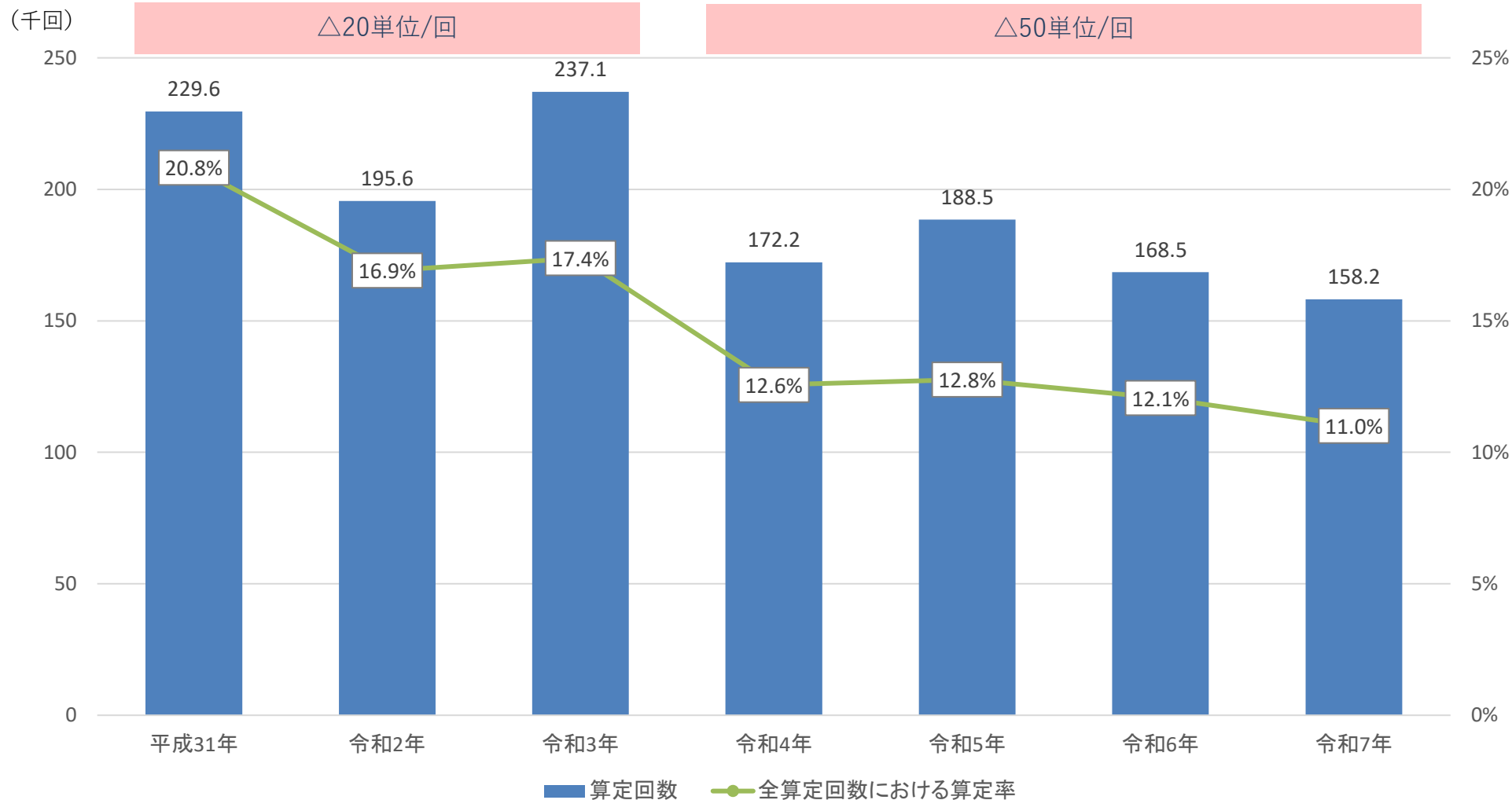
- 身体機能の向上や歩行・移動能力の向上等の運動機能の改善を目標にしている割合が高い。
- ADLの改善を目標にしているのは約40%、IADLの改善は要支援者で約40%、要介護者で約20%である。



リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算の算定状況

○全算定回数における診療未実施減算の算定率は約11%である。

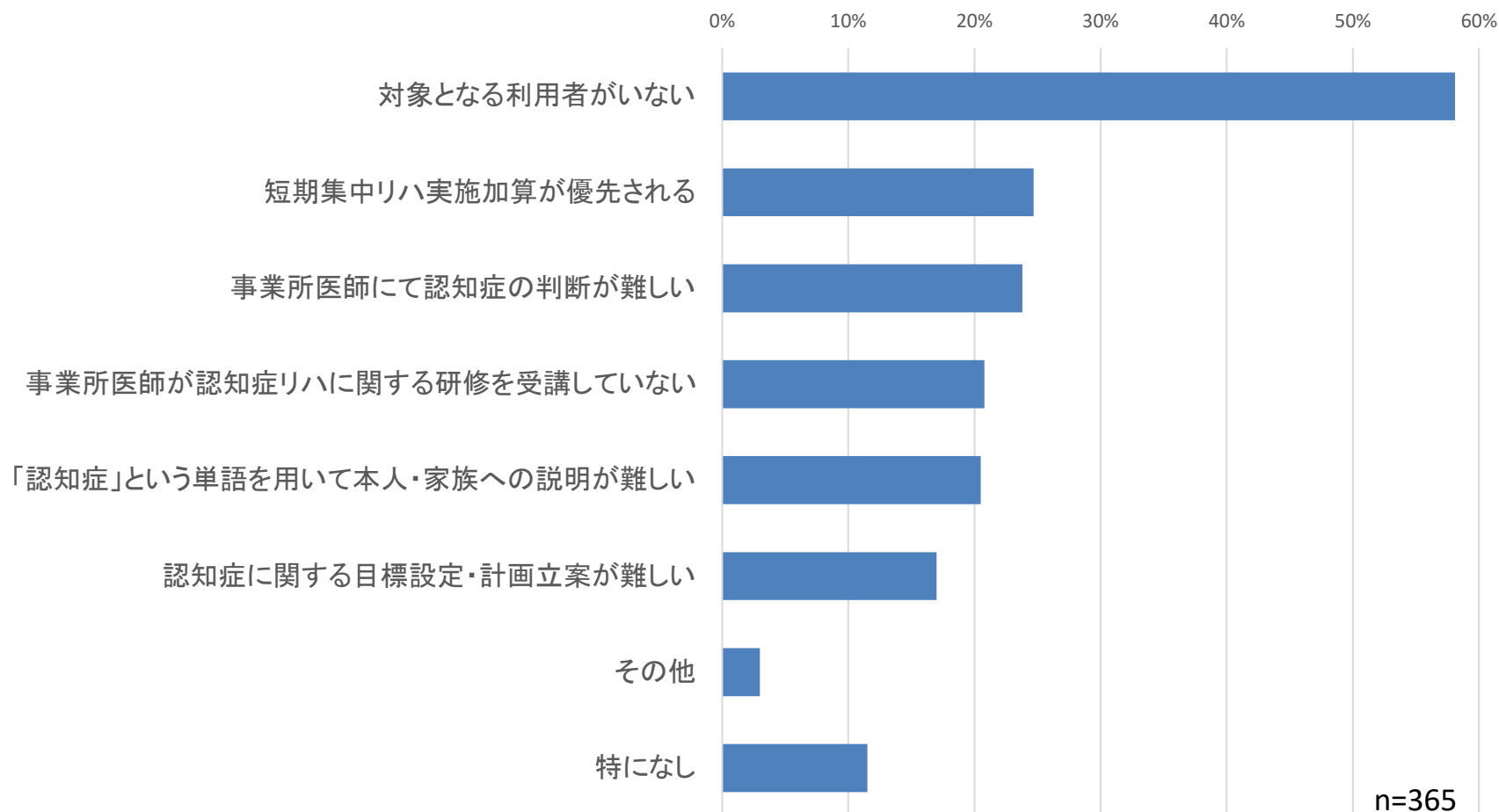
■診療未実施減算算定回数と算定率



認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由

○認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由としては、「対象者がいない」「短期集中個別リハビリテーション実施加算が優先される」等があげられた。

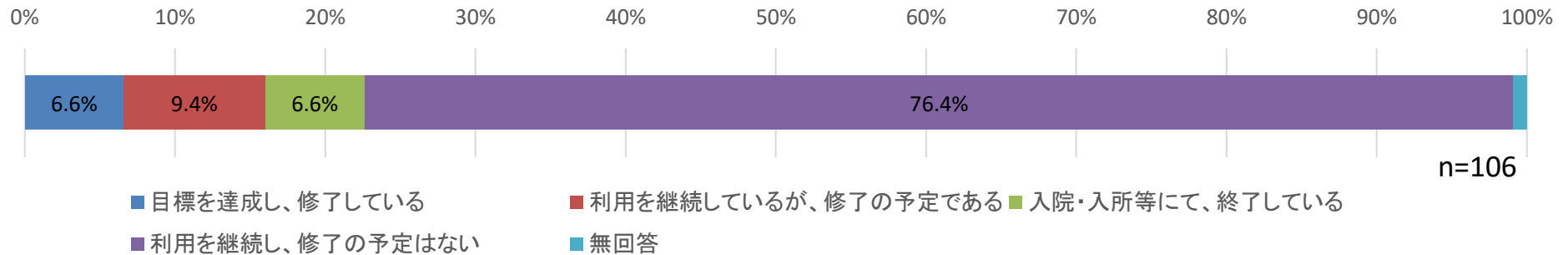
■認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定が困難な理由



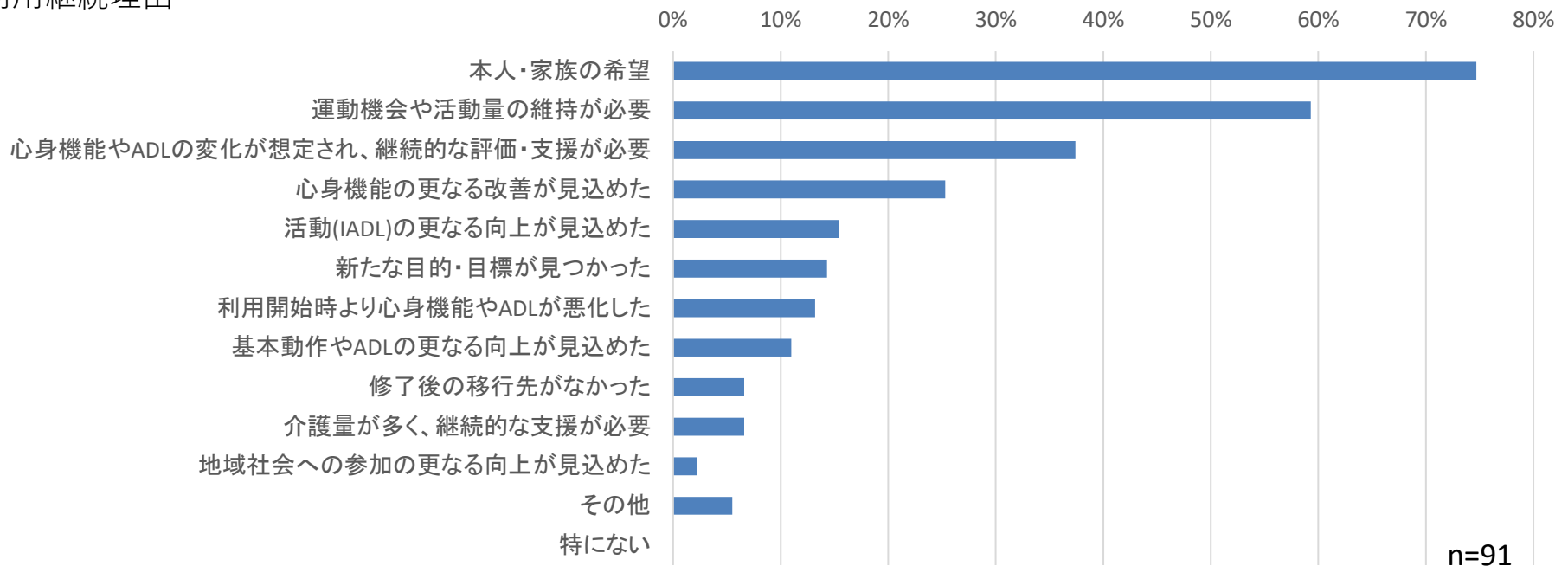
介護予防訪問リハビリテーションの利用状況と継続理由


- 介護予防訪問リハビリテーション利用開始24ヶ月後に利用を継続し、修了の予定がない利用者は約76%だった。
- 利用継続理由としては、「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」等があげられた。

■介護予防訪問リハビリテーション利用開始24ヶ月後の利用状況



■利用継続理由



1. 訪問リハビリテーションの概況
2. 令和6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①

- 訪問リハビリテーションは、居宅要介護者に対し、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、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、増加傾向であり、令和7年の受給者数は約15万人（要支援者：約3.0万人、要介護者：約12万人）となっている。
- 収支差は令和5年度が11.8%、令和6年度が10.8%と推移している。
- 令和6年度介護報酬改定では、主に以下を実施したところである。
 - ・ 自立支援・重度化防止に向けた対応として、集中的な認知症リハビリテーションの推進
 - ①医療機関のリハビリテーション計画書の受取の義務化
 - ②退院時情報連携の推進
 - ③訪問リハビリテーションのみなし指定の見直し
 - ④退院直後の診療未実施減算の免除
- サービス利用状況を見ると、週2回以内の利用が多く、1回あたりの利用時間は40分が多い。
- リハビリテーションの内容として、筋力増強訓練、関節可動域訓練、歩行訓練（平地）が多く実施されている。
- リハビリテーション会議の参加者は本人・担当ケアマネジャー・理学療法士が多く、会議内で目標の達成度と取組の効果を確認しているのは約半数である。
- リハビリテーション計画書の目標は、運動機能の改善を目標にしている割合は約70%、ADLの改善やIADLの改善を目標にしているのは20～40%である。

訪問リハビリテーションの現状と課題

現状と課題②

- 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全算定回数における算定率は約11%である。
- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算の算定率は0.75%と低く、算定が困難な理由として「対象者がいない」「短期集中個別リハビリテーション実施加算が優先される」という点があげられている。
- 介護予防訪問リハビリテーションでは、利用開始から24ヶ月後に利用修了の予定がない利用者は約76%で、利用継続の理由として「本人・家族の希望」「運動機会や活動量の維持が必要」という点があげられている。
- 介護報酬は、累次の改定により、加算の種類が増加するとともに、加算の取得要件が複雑化しており、令和6年度改定における審議報告においても、「利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべき」とされている。算定率が低い加算には、例えば、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、口腔連携強化加算、小規模事業所加算、退院時共同指導加算などがあり、算定率が高い加算には、サービス提供体制強化加算がある。

論点

- 訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションの実施内容やリハビリテーションマネジメントの実施状況を踏まえ、訪問リハビリテーションのサービス提供内容についてどのように考えるか。
- 令和6年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算や算定率の高い加算についてどのように考えるか。