

社保審－介護給付費分科会	資料 7
第267回 (R8.9.16)	

介護給付費分科会 意見交換資料

③医療系サービス

リハビリテーション専門職団体協議会

日本理学療法士協会

日本作業療法士協会

日本言語聴覚士協会

第3章 責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

内閣府：経済財政運営と改革の基本方針2026（令和8年7月21日閣議決定） P28-P31より一部抜粋

●医療・介護・障害福祉等における多職種連携と処遇改善（p28）

（医療・介護等）

医療・介護・障害福祉等の分野の技術の発展と普及を支援し、DX/AI、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組を図るとともに、経営情報の見える化を進め、経営実態を把握した上で、物価と賃金の変動に適切に対応し、経営の安定、処遇改善を図りつつ、社会保障制度改革を着実に実行する。

●介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定における処遇改善（p28）

次期介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定では、経営データベースの整備・活用を含め、2026年度診療報酬改定における各般の取組を参考にしつつ、介護・障害福祉分野の賃上げの状況や介護・障害福祉サービス等事業者の経営状況等を把握した上で、補装具費支給基準額も含め、物価の変動に適切に対応するとともに、他職種と遜色のない処遇改善の実現を図る。障害福祉サービス等の費用の急伸への対応を含め、サービスの質の確保・向上と制度の持続可能性の確保のための報酬や制度の在り方を検討する。あわせて、医療・介護・保育・福祉等分野の必要なエッセンシャルワーカーの確保を含めたサービス提供体制の全国的維持を図るための制度改革に速やかに着手する。

●攻めの予防医療と疾病対策（p31）

（攻めの予防医療と疾病対策）

国民のWell-beingの向上と健康寿命の延伸を図り、誰もが社会の担い手として活躍できる日本を実現する。「攻めの予防医療」を推進し、健康増進、肥満症を含む疾病予防、早期発見、早期介入及び行動変容に関係機関が連携して取り組む。栄養・食生活を含む健康リテラシーの向上、地域住民の健康増進に資する薬局機能及び薬剤師の果たす役割の強化、学齢期の健康診断の在り方の見直し、予防接種、HIVや性感染症の予防、下水サーベイランス等の感染症対策、がん検診や精密検査の受診率向上、循環器病・糖尿病を含む生活習慣病等の予防、いわゆる国民皆歯科健診の具体化（歯周病検診の対象拡大や就労世代の歯科健診の更なる充実）、口腔と全身の健康の関係に基づく歯科疾患対策・口腔健康管理、認知症の早期診断・早期対応、予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーション*、PHRの利活用と情報連携を推進する。更年期世代の女性への医療の推進や女性の健康総合センターの機能強化、「プレコンセプションケア推進5か年計画」の工程表の策定と実行、企業と保険者のコラボヘルス、睡眠対策を含む健康経営の推進等、予防・健康づくりを支えるヘルスケア産業の育成等を図る。

がん、脳卒中・心臓病その他の循環器病、慢性腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、慢性疼痛、難病、アレルギー、依存症、難聴、睡眠障害等の疾病対策や移植医療対策を推進する。

*効果的な訪問リハビリテーションの充実を含む。

目次

1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の処遇改善		P4
2 - 1. 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ		P9
2 - 2. 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ (介護老人保健施設)		P10
3. 自助具の採型・採寸、試作・試行に関する技術の評価		P13
4. 新たな地域医療構想を踏まえた退院後のリハビリテーションの提供確保を 推進するための医療機関に明快で利便性の高い介護資源への転換		P15
5. 訪問リハビリテーションの推進に向けた診察要件の緩和		P16
6. 中山間・人口減少地域での訪問理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供体制の拡充	..	P22

1. 介護領域における理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の処遇改善

現 状

- 令和6年度報酬改定において、医療・介護・福祉における従事者の処遇改善の推進の観点から、加算率の引き上げが実施された。介護領域における介護職員等処遇改善の関連加算は、「**介護職員等処遇改善加算**」として一本化され、職種間の配分は介護職員への配分を基本とし、配分の対象が3療法士を含む全職員とすることがQ&Aで示されたが、**事業所内で柔軟な配分が認められていることから配分の裁量は事業所に委ねられた構造**となっている。
- 令和8年度は介護報酬の期中改定が行われ、**介護従事者には幅広く月1万円の賃上げを実現する措置として、加算率の引き上げとともに、新たな区分と要件の創設による上乗せがされ、さらに当該加算の対象外であった訪問リハビリテーション・訪問看護等についてが対象として含まれることとなった。**

課 題

- 当該加算の対象には3療法士が含まれている一方で、令和6年度における「介護職員等処遇改善加算」の取得施設における**3療法士への配分の実施率は34.3%**であり、看護職（51.5%）、生活相談員・支援相談員（50.8%）と比較すると低い状況で、**職種間の格差**を認めている¹⁾。
- 令和7年度の3団体調査（[参考資料1](#)）において、3療法士の現金給与総額の引き上げ実施率は介護領域で43%であり、**半数以上の施設で3療法士の給与の引上げがされていないことが示された。**さらに、**ベースアップの実施率は、全体の11%と限定的であった。**また令和6年度改定をまたぐ2か年の給与の比較においては、ベースアップが実施されなかったと回答した者が**39.6%と最も多く、次いで“5,000円未満”が33.5%**であり、**3療法士への当該加算の配分は十分されていないことが示された。**
また、回答者より「令和8年度以降における賃上げについては言及されておらず、処遇改善がなくなると給料が下がる可能性があり不安である」といった**時限的な加算であることの課題や、「ベースアップ加算だけでは賃金上昇分の財源に届かず、病院経営の悪化から賞与が下がることになった」といった経営悪化に伴う処遇の低下が意見として寄せられた。**
- 令和8年度の3団体調査においては、月額給与平均、基本給平均の2年間の推移を比較すると、前年よりいずれも上昇傾向にある一方で、**3療法士の賃金水準は全産業平均を下回るとともに領域間での格差があり、賃上げの実感が乏しいことが示された（参考資料2）。**さらに本会調査において、同世代における**理学療法士以外の職業への転職理由は「処遇改善」が最も多く挙がり、人材流出の大きな要因**となっている。
- また、3療法士の年齢階級別の給与水準では、若手層では月額給与の改善が大きくみられる一方、年収および給与・基本給水準は低い。30代後半から40代前半では、年収の伸びが停滞しており、賃上げ効果が十分に波及していないことが示された。年齢とともに役職者割合は増加するものの、その増加は限定的であり、専門性やマネジメント能力が十分に評価されていない可能性がある（[参考資料3](#)）。

1) 厚生労働省、令和6年度介護従事者処遇状況等調査結果。

要 望

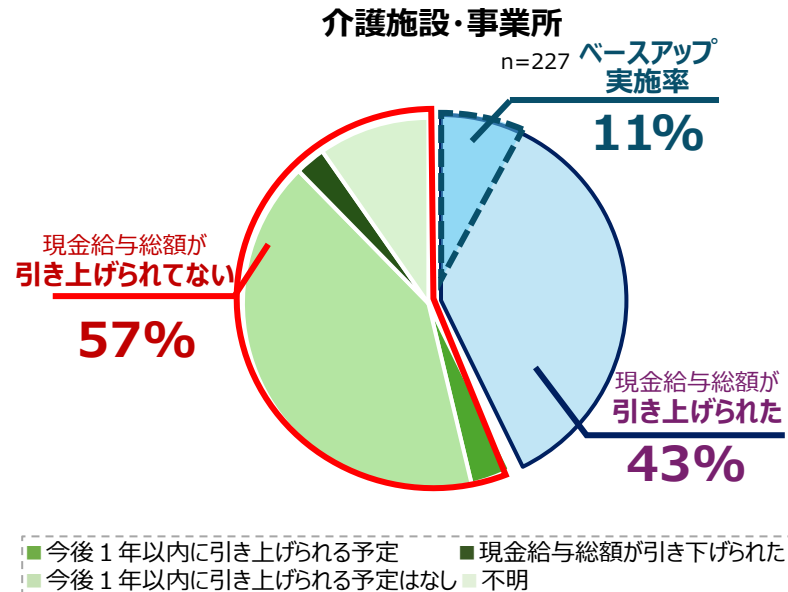
- **当該加算の配分について、3療法士を配分対象として制度上で明確に位置付け、3療法士が配分対象外とされることのない仕組みとすること。**
- **賃上げの上昇率は全産業平均以上の水準となるよう原資を確保し、物価上昇を上回る賃上げとすること。**
- **賃上げの定着に向けて加算を恒久的なものとする**こと。そのうえで、**加算による収益は、基本給の昇給に反映させる**こと。
- **定期昇給の普遍化など、介護分野における賃金の底上げ・継続的な昇給に関する、抜本的な対策をおこなう**こと。
- **介護職員等処遇改善加算による引き上げ分に関しては、従来通り区分支給限度基準額には反映しない**こと。

参考資料1 介護領域の施設・事業所における3療法師の「賃上げ」の実態

- 調査名：リハビリテーション専門職団体協議会（3団体） 令和7年度賃上げに関する実態調査
- 調査期間：2025年7月1日～2025年7月15日

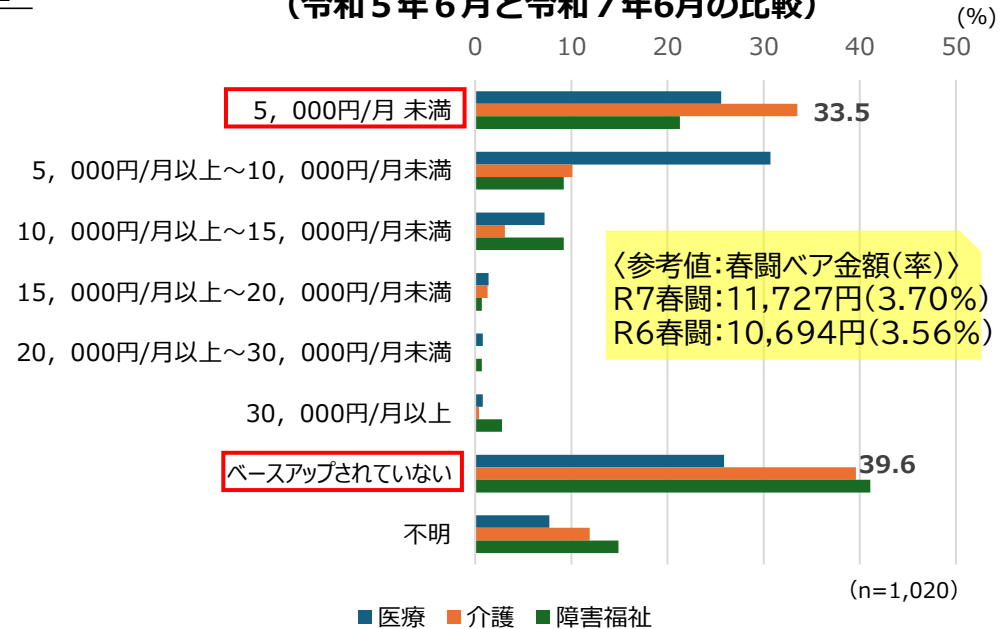
- 3団体の施設代表者に対する調査において、介護施設・事業所では**57%の施設で現金給与総額の引き上げが行われていなかった**。さらに、**ベースアップを実施した施設は11%と限定的**であることが示された。
- 介護領域における、令和6年度改定をまたぐ2か年のベースアップによる昇給について、“**されていない**”と回答した施設が**39.6%**と最も多く、次いで“**5,000円未満**”が**33.5%**であり、**3療法師への当該加算の配分は十分されていない**ことが示された。

3療法師の現金給与総額の引き上げ・ベースアップの実施率※



※回答の対象期間：令和7年3月給与を基準とし、令和6年3月給与と比較

3療法師のベースアップによる昇給額 (令和5年6月と令和7年6月の比較)



<時限的な加算における課題>

- ・ 処遇改善に関する評価が**2年間の時限付き**であるため、ベースアップは実施できたが、この**処遇改善がなくなると給料が下がる**可能性があり不安
- ・ 処遇改善手当は**一時的**なものであり、恒久的な賃上げが期待できない

<物価上昇を上回る賃上げの実感の乏しさ>

- ・ ベースアップ加算だけでは**賃金上昇分の財源には届かない**ため、病院経営がさらに厳しくなり**結果的に賞与が下がる**ことになった
- ・ 支援補助金月2,000円程度では、物価高を考えると生活出費の方が益々多く**賃上げの実感には至らない**

<制度・職種間の格差>

- ・ 法人単位でみた時に、病院職員はベースアップ評価料の対象になったが、法人内の**老健や診療所に従事する職員が対象外**となった
- ・ 当施設では処遇改善加算は介護職のみで、**3療法師や看護職はついていない**

処遇改善に係る要望や意見（自由記述抜粋）

参考資料2 2026年度3団体処遇改善実態調査 暫定集計値①

◆調査期間：2026年7月6日～7月31日 ◆調査方法：Webアンケート調査

◆対象：（個票調査）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の各協会会員

※本資料は現時点における【個票調査】の暫定集計値です。現在データの精査を実施しており、最終集計結果とは異なる場合があります。

- ✓（図1・2）月額給与平均、基本給平均の2年間の推移を比較すると、前年よりいずれも上昇傾向にある。
- ✓（図3・4）一方で、3療法の賃金水準は全産業平均を下回るとともに領域間での格差があり、介護領域に従事するリハ職において77.9%の回答者で賃上げの実感が低いと回答した。

◎介護分野における3療法の賃金は全産業平均を下回っており、人材確保・定着の観点から、賃上げに向けた対策が急務。

図1. 全産業平均年収と
介護領域の3療法士（常勤）の平均月額給与の比較

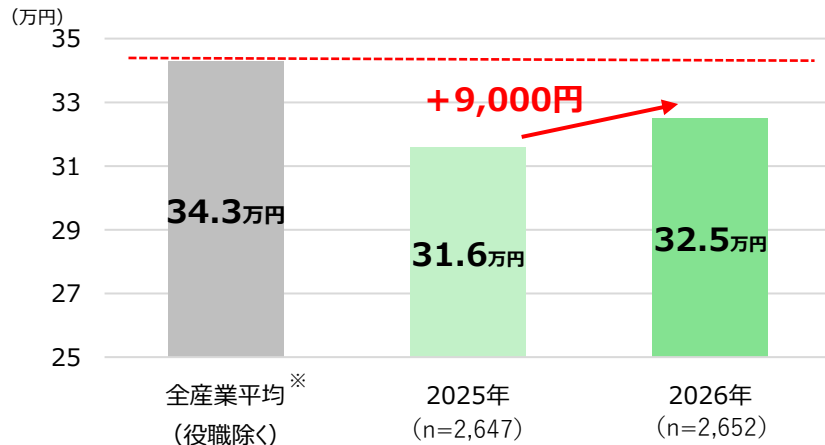


図3. 2026年-2027年を比較した賃上げの実感（介護領域）

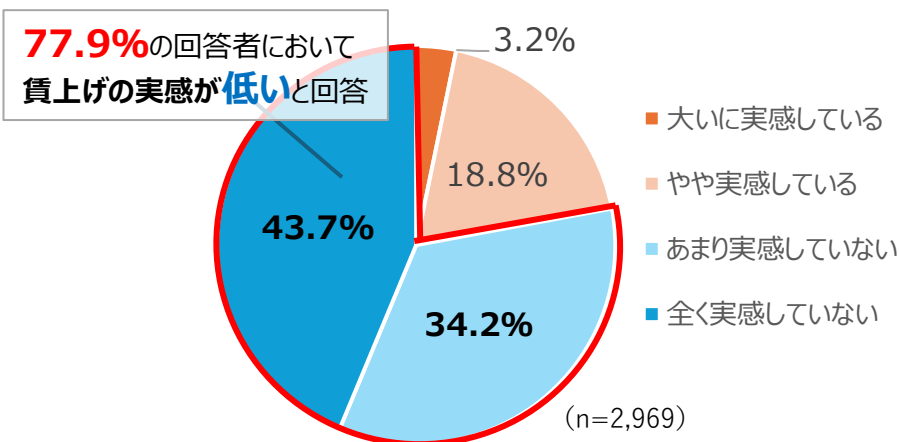


図2. 介護領域の3療法士（常勤）の平均基本給の比較

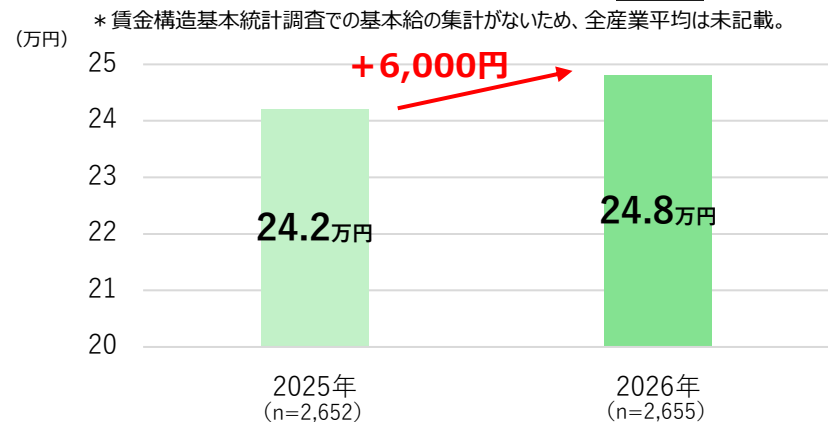
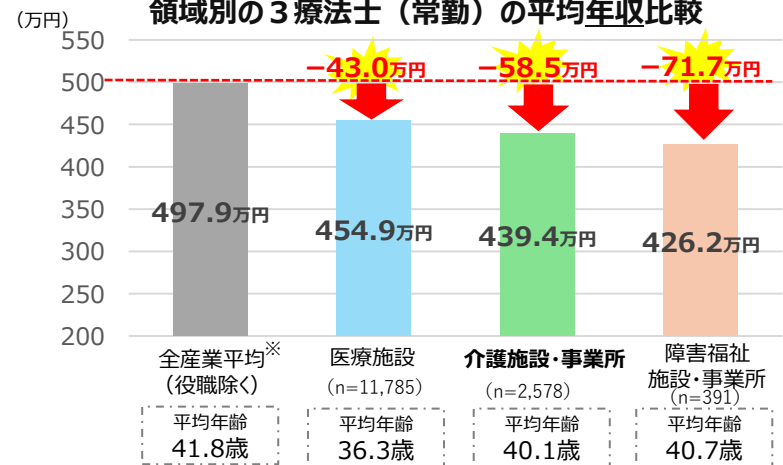


図4. 全産業平均年収と
領域別の3療法士（常勤）の平均年収比較



※ 全産業平均：厚生労働省「令和7年賃金構造基本統計調査」一般労働者計 役職第1表より集計。

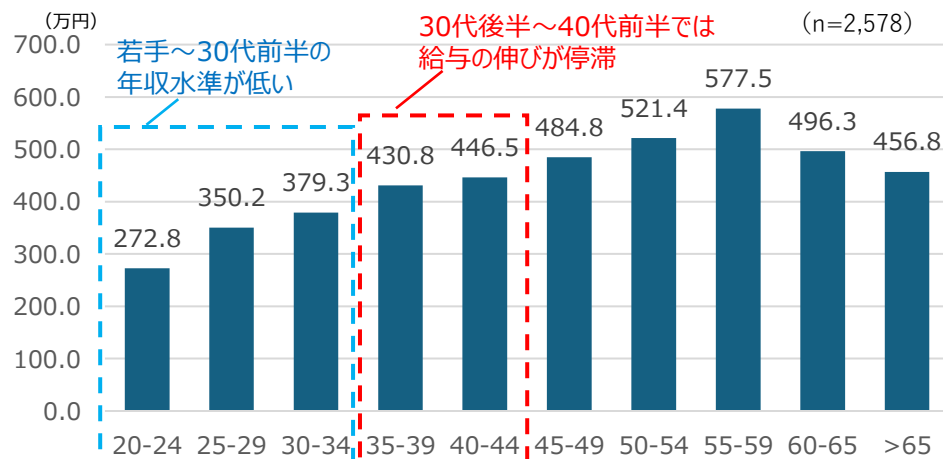
➢ 5人以上の常用労働者を雇用する民営事業所の短時間労働者を除いた一般労働者の集計。

➢ 全産業平均年収は決まって支払われる現金給与額×12+1年間の賞与より算出。基本給は集計なし。

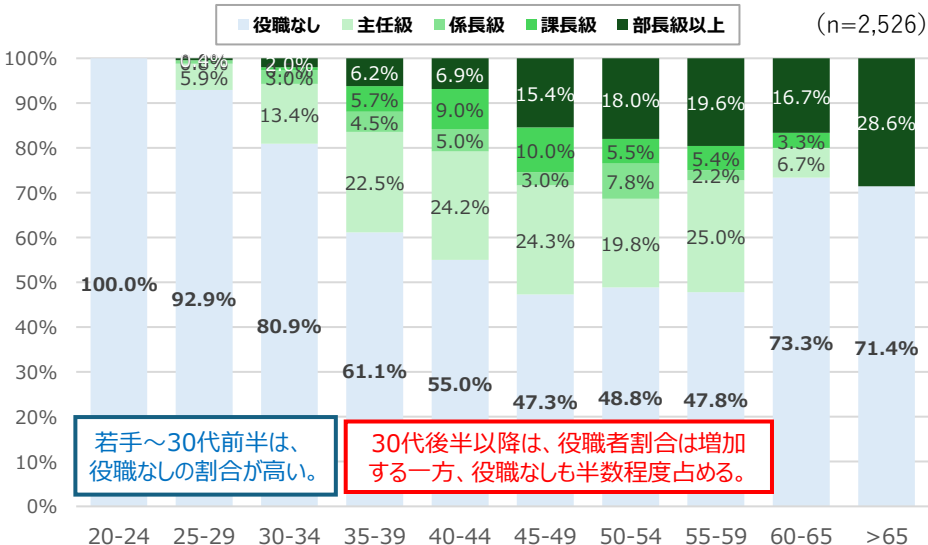
参考資料3 2026年度3団体処遇改善実態調査 暫定集計値②

- ✓ 若手層では月額給与の改善が大きくみられる一方、年収および給与・基本給水準は低い。
 - ✓ 30代後半から40代前半では年収の伸びが停滞しており、賃上げ効果が十分に波及していない。
 - ✓ 年齢とともに役職者割合は増加するものの、その増加は限定的であり、専門性やマネジメント能力が十分に評価されていない可能性がある。
- ◎ **3療法師の人材確保・定着のためには、処遇改善加算の拡充とともに、キャリアラダーやマネジメントの評価の仕組みが必要**である。

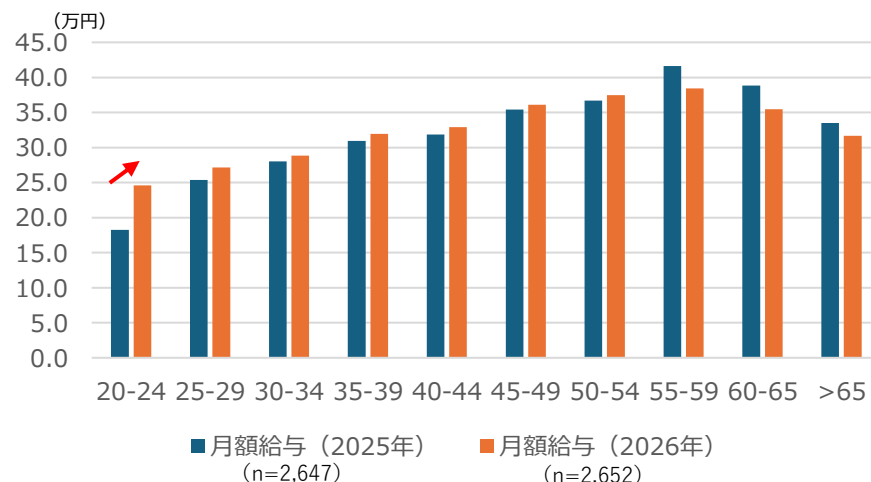
年齢階級別 平均年収（介護領域・常勤3療法師：2025年）



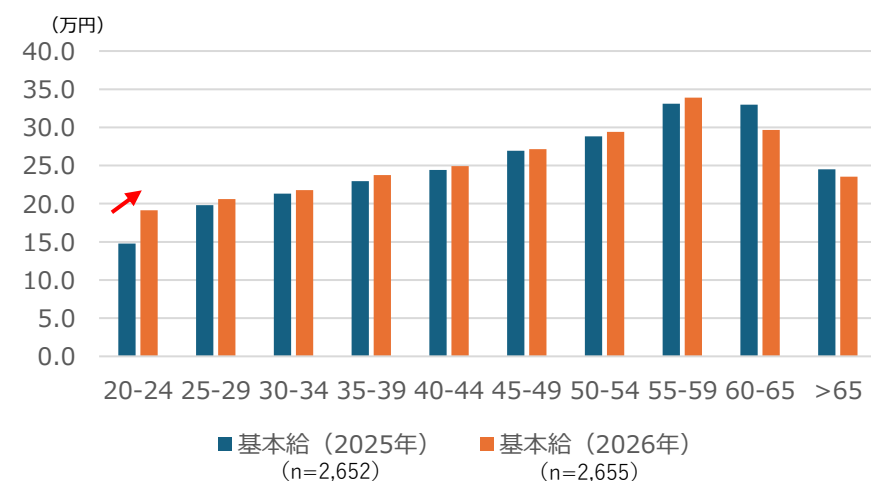
年齢階級別 管理職割合（介護領域・常勤3療法師）



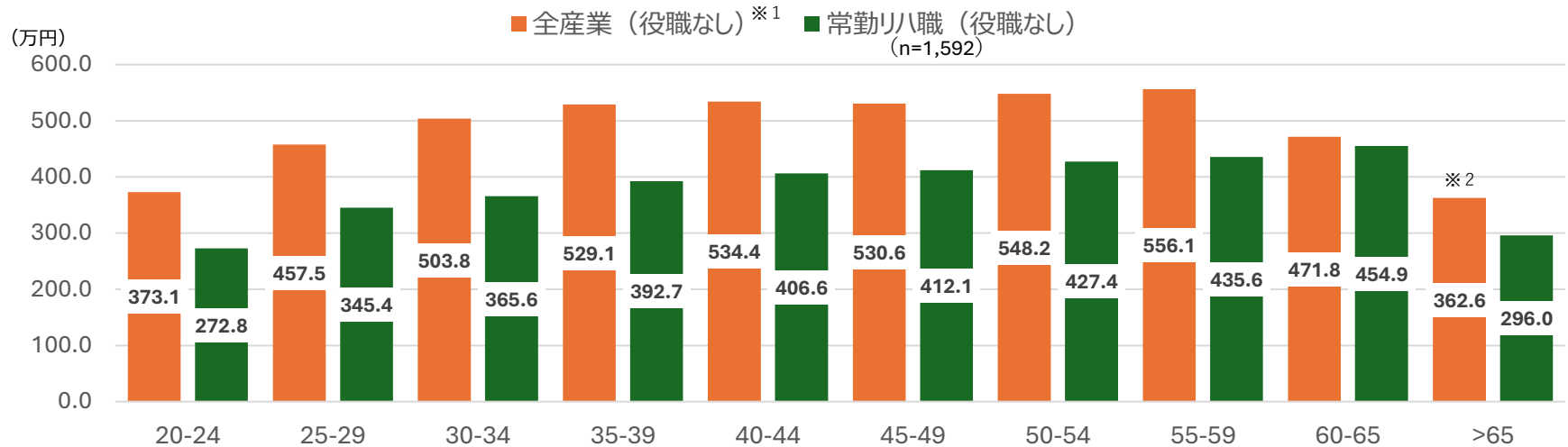
年齢階級別 平均月額給与（介護領域・常勤3療法師：2025年・2026年6月比較）



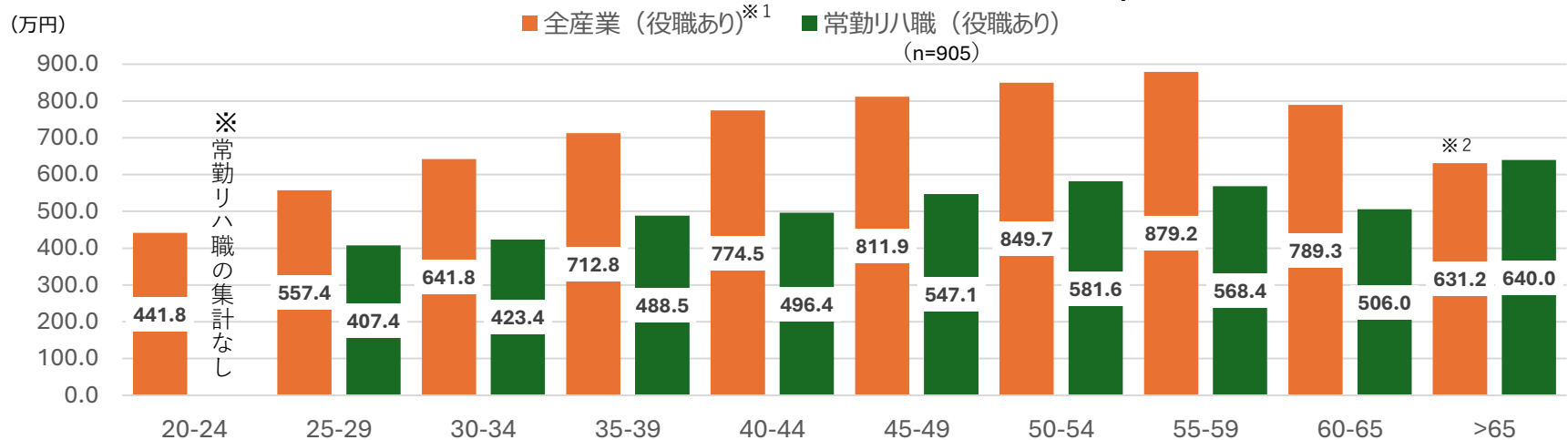
年齢階級別 平均基本給（介護領域・常勤3療法師：2025年・2026年6月比較）



非役職者の年齢階級別年収比較（全産業平均と常勤リハ職,介護領域）



役職者の年齢階級別年収比較（全産業平均と常勤リハ職,介護領域）



※¹ 全産業平均:厚生労働省「令和7年賃金構造基本統計調査」一般労働者計 役職第1表より集計。

➢ 5人以上の常用労働者を雇用する民営事業所の短時間労働者を除いた一般労働者の集計。

➢ 全産業平均年収は決まって支払われる現金給与額×12+1年間の賞与より算出。

※² 65歳以上の全産業平均:「65～69歳」及び「70歳以上」の年収換算額を、各階級の労働者数で加重平均して算出。

2-1. 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ

現 状

- 令和6年度介護報酬改定では、介護従事者等処遇改善加算の一本化が行われ、加算率の引き上げが実施されたが、昨今の物価上昇および全産業平均に達する賃上げ水準までには至っていない。
- 政府は**骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針）2025**において、「**医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある**」と明記し、さらに「**公定価格（医療・介護・保育・福祉等）の引上げ**」についての方針を打ち出している。

課 題

- 昨今の物価高騰により、委託費・光熱費・燃料費等の運営コストが増加し、施設・事業所運営の継続が困難となっている。**介護サービスの全サービスのうち37.5%は赤字経営**となっている。
- 平成27年度改定から令和6年度改定の間、**消費者物価指数は14.8%増加**を認めているが、3療法師が関わる**介護報酬点数**については物価上昇に見合う引き上げがされていない（[参考資料1](#)）。

要 望

- 医療・介護・福祉等の現場の厳しい状況を踏まえ、経営の安定を図りつつ現場で働く3療法師等の賃上げに確実につながるよう、経済・物価動向等を踏まえ、リハビリテーション提供に係る以下の報酬の引き上げを行うこと。**なお、物価高上昇による対応分に関しては、区分支給限度額外とすること。**
 - ・ 訪問リハビリテーション費
 - ・ 通所リハビリテーション費
 - ・ 短期集中リハビリテーション加算
 - ・ 認知症短期集中リハビリテーション加算
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算
 - ・ 訪問看護費（3療法師の訪問の場合）
 - ・ 個別機能訓練加算
 - ・ 機能訓練体制加算
 - ・ 生活機能向上連携加算
 - ・ ADL維持等加算

2-2. 経済・物価動向を踏まえた リハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ（介護老人保健施設）

現 状

- **介護老人保健施設（老健）**における3療法士の配置基準は、入所者100人あたり1人以上となっている。
- さらに、在宅復帰・在宅支援等指標（参考資料2）のうち、3療法士の配置割合は評価項目のひとつであり、最上位の超強化型では平均6.7人と高くなっている（図1）。
- 介護老人保健施設における3療法士による算定は、**短期集中リハビリテーション実施加算**および**認知症短期集中リハビリテーション実施加算**がある。令和6年度改定において、短期集中リハビリテーション実施加算は+18単位増とはなったが、**人員基準や施設類型（その他型を除く）に関わらず一律**である。

課 題

- 専門職がリハビリテーションを提供できることが老健の強みではあるが、人員採用や十分な職員配置には費用がかかり、**利益率は低水準**である（図2）。令和7年度介護事業経営概況調査結果では、**介護老人保健施設のうち49%は赤字経営**であり、介護保険における全サービスの中で**赤字事業所割合の割合は最も高い**ことが示されている（図3）。
- **施設類型や人員配置を手厚く配置している施設（強化型・超強化型施設）**において、施設入所中や退院後の支援、地域支援を含む継続的なサービス提供をおこなうには、**3療法士を含む職員の十分な配置が可能な報酬体系とするべき**である。

要 望

- 在宅復帰機能が高くリハビリテーションの提供体制が確保された老健の持続可能性を担保するため、**強化型・超強化型施設（介護老人保健施設サービス費（在宅強化型）および在宅復帰・在宅療養支援加算（Ⅱ））**に対して、**報酬の引き上げ**をおこなうこと。
- 以下について算定要件に反映し、**地域への柔軟なサービス提供および在宅支援を促進**とすること。
 - ・「**地域貢献活動**」：地域貢献活動や外部の介護施設・事業所への**専門的支援**についてさらなる評価をおこなうこと。
 - ・「**充実したリハビリテーションの実施**」：退院・退所後に、在宅等でも切れ目なくリハビリテーションを提供する体制を構築するため、**訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションの事業所を併設**することについてさらなる評価をおこなうこと。さらに、訪問リハビリテーション費の算定回数が直近●回以上の場合に評価をすること。

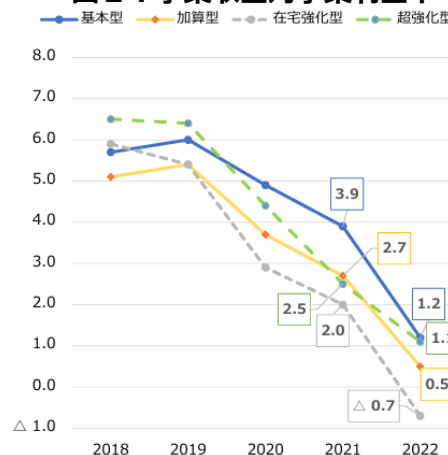
図1：3療法士の配置割合
（2023年4～6月）

	回答数	平均値（人）
介護老人保健施設	496	5.2
超強化型	163	6.7
在宅強化型	56	5.9
加算型	160	4.6
基本型	109	3.8
その他型	8	2.6

出典：令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業報告書、p.91

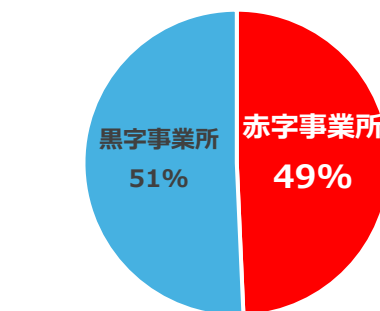
【引用】公益社団法人全国老人保健施設協会、介護白書—老健施設の立場から—令和6年版、p.36-37

図2：事業収益対事業利益率



【引用】介護老人保健施設の経営と人材確保、独立行政法人福祉医療機構、

図3：介護老人保健施設における赤字・黒字事業所割合



	赤字事業所	黒字事業所
介護老人保健施設	49.3%	50.7%
全サービス平均	37.5%	62.5%

【参考】厚生労働省、令和7年度介護事業経営概況調査結果より作図。

参考資料 1 : 3 療法師の関わる介護報酬点数 推移

- ✓ 3 療法師が関わる介護報酬点数の推移では変化のない項目が多く、引上げがあった加算においても物価上昇に見合う報酬の引き上げがされていない。
- ✓ とくに、訪問看護費（3療法師の場合）においては- 7 %の大きな減算となっている。

サービス内容	項目	算定単位	2012年度 (H24)	2015年度 (H27)	2018年度 (H30)	2021年度 (R3)	2024年度 (R6)	増減率 (%) ※2012年と2024年 で同様の加算内容を 比較
訪問リハビリテーション費	—	1 回につき	305	302	290	307	308	1.0
通所リハビリテーション費（要介護3） ※2018年以前：6 時間以上～8 時間未満 ※2018年以降：7 時間以上～8 時間未満	通常規模型	1 回につき	970	1022	988	1039	1046	7.8
	大規模型Ⅱ	1 回につき	929	982	922	973	—	3.0
	大規模型	1 回につき	—	—	—	—	983	
リハビリテーションマネジメント加算 ※訪問リハ、通所リハ	(イ)		—	—	—	—	180	—
	(A)イ		—	—	—	180	—	
訪問看護費 (3療法師の場合)	—	1 回につき ※1日に2 回を超えて実施 する場合は90/100	316	302	296	293	294	▲7.0
個別機能訓練加算 ※通所介護	Ⅱ	1 日につき	50	56	56	—	—	—
	I -イ	1 日につき	—	—	—	56	56	
個別機能訓練加算 ※特定施設入所者生活介護、 介護老人福祉施設	—	1 日につき	12	12	12	—	—	変化なし
	I	1 日につき	—	—	—	12	12	
個別機能訓練加算 ※短期入所生活介護	—	1 日につき	—	56	56	56	56	変化なし
生活機能向上連携加算 ※訪問介護のみ	—	1月につき	100	—	—	—	—	変化なし
生活機能向上連携加算	I	1月につき	—	100	100	100	100	
	Ⅱ	1月につき	—	200	200	200	200	—
ADL維持等加算 ※通所介護、特定施設生活介護、特養等	I	1月につき	—	—	(3)	30	30	—
	Ⅱ	1月につき	—	—	(6)	60	60	—
消費者物価指数 ※2020年=100	—	—	94.5	98.2	99.6	99.8	108.5	14.8

参考：総務省、2024年（令和6年）平均消費者物価指数の動向 消費者物価指数 / 2020年基準消費者物価指数 / 年報
厚生労働省、H24～R6 介護給付費単位数等サービスコード表

介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価
(令和3年度介護報酬改定後)

算定要件等					
	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :				
下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90)				
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	2サービス 1	0、1サービス
⑥リハ専門職の配置割合	5以上(PT、OT、STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日*以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月*以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸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計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

39

- ※ 基本サービス費には「週2回20分以上の機能訓練をおこなうこと(集団リハのみは不可)」が含まれる。(参考: H21.4.QA vol1)
- ※ 評価項目のうち充実したリハ: 個別リハビリテーションの実施を指す。(介護報酬QA.H30.3.23/vol629)

3. 自助具の採型・採寸、試作・試行に関する技術の評価

【要望事項】

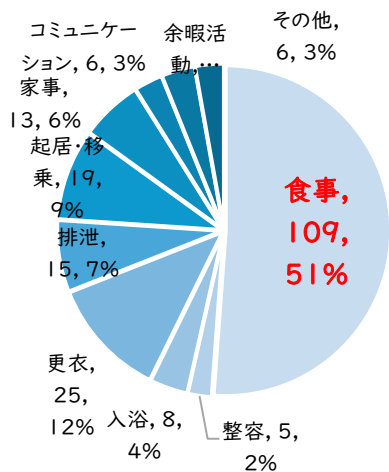
- 本人の能力を最大限に活用するための自助具の採型・採寸、試作・試行に関する技術について適切に評価すること

【課題】

- リハビリテーションマネジメントの基本的考え方における計画（Plan）では、自助具等の導入や環境調整により、心身機能・身体構造等の改善が困難な場合であっても、本人の活動及び参加の向上を図ることができるとされている。その際、自助具等は本人の能力を最大限に活用する観点から導入することが重要である。
- 自助具の導入過程では材料（熱可塑性材料、ベルクロ、EVA）や3Dプリンターを用いた試作品の作製が図られている。本人の能力と用具の適応の中で、アセスメントから試作・試行、適合調整、導入判断に至る専門的な適合の技術が不可欠であるが、報酬上評価されていない。

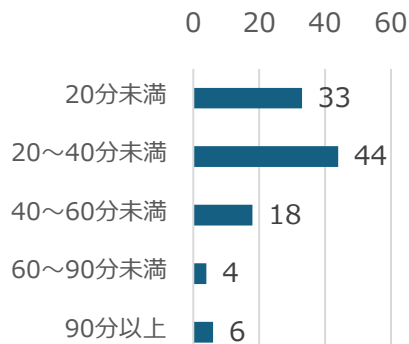
【選定・作製・適合まで一連のリハビリテーション実施の実態】

■直近、自助具で対応した生活行為

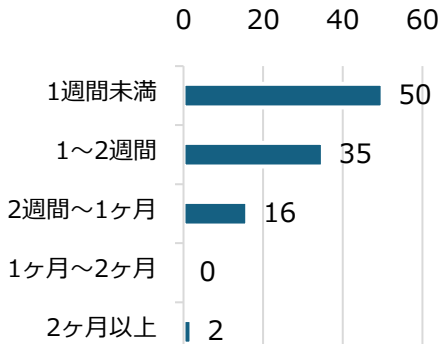


■自助具で対応した生活行為 > 食事

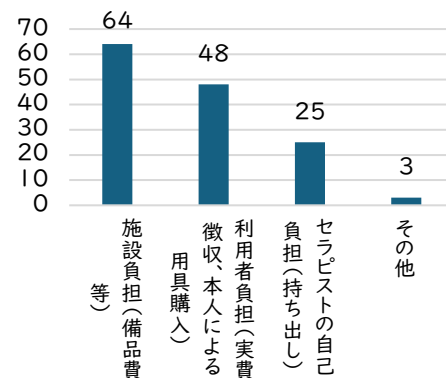
▶「評価・作製・調整」に費やした合計時間（n=105）



▶導入（評価・作製）から、実際に生活で使いこなせる（定着する）までに要した期間（n=103）



▶材料費等の費用負担 ※複数選択可（n=104）



参考事例

スプリント装具素材によるフィンガーガードの製作により 安全な包丁動作が可能となった事例

事例紹介

60歳代、女性、右利き、夫と二人暮らし、主婦。
現病歴：某日、視神経脊髄炎発症。入院時、四肢麻痺・重度感覚障害（右<左）、両手指にアテトーゼ様不随意運動を認めた。ADL全介助（BI 5点）。運動能力・表在感覚は次第に改善し、ADL自立（BI 100点）したが、両手指の深部感覚障害、不随意運動は残存。

ニード：調理動作の再獲得

目標：症例に適した自助具を検討し調理動作を可能にする

目標に対する評価

簡易上肢機能検査（STEF）：右88点、左78点 左手の手指巧緻性の低下が目立った。握力：右17.7kg、左13.5kg

実際の調理動作場面より評価：「切る」以外の動作は両手で安全に行うことができた。

「切る」動作の問題点：両手指の深部感覚障害、アテトーゼ様不随意運動のため、左手での食材の固定が困難、右手で持った包丁が滑る。
本人も「指が勝手に動くから怖い」、「指を切りそうになる」と発言。

介入方針

調理動作の観察や本人の感想から問題点を明確にし、それを解決できるような自助具を自作することで調理動作の再獲得を図る。

経過と結果

市販のフィンガーガードと、UDグリップ包丁を用いて切る動作を実施。UDグリップ包丁は、安全性・操作性ともに問題なく使用できたが、市販のフィンガーガードは以下の問題点が挙がったため、スプリント装具素材によるフィンガーガードを制作した。

市販のフィンガーガード使用時の問題点



- ① 第2、3指は指穴への固定により保護されるが第4指は固定されず不随意運動で動き危険
- ② 固定面が平坦で食材の固定性が悪い
- ③ ガード面の面積が手指を保護するために十分な大きさではない



スプリント装具素材によるフィンガーガード (作製時間：1時間半 金額：約2,000円)



- 第2指～第4指を固定するための3つの指穴を設置
- 安定した固定のため接地面を鋸歯状に変更
- ガード面積が広がるようスプリント装具素材で作成（横幅：95mm 縦幅：70mm）

結果



スプリント装具素材によるフィンガーガードにより、左手指を切る危険性がなくなり、食材を安定して固定できるようになった。さらに先端をノコギリの刃状にし、食材をさらに滑りにくくした。1日30分の訓練を10日間実施し、本人の不安感もなく安全な動作が可能になった。

4. 新たな地域医療構想を踏まえた退院後のリハビリテーションの提供確保を推進するための医療機関に明快で利便性の高い介護資源への転換

現 状

- 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和8年3月19日）においては、医療と介護の連携による早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要であることが示されたところ。
- 特に、高齢者救急については、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められるとともに、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要であることなどが示された。
- また、医療機関機能について、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保することが求められている（介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等）。
- さらに、回復期リハビリテーション病棟においては、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込むこととしている。
- また、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要である。
- 令和8年度診療報酬改定においては、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の急性期における病棟専従配置、包括期における退院前訪問指導料の出来高算定可能、療法士による専門性を生かした指導等のさらなる推進（従事することのできる業務内容の追加、病棟以外での業務に従事可能など）、回復期リハ病棟における地域支援事業への参加などが評価されたところ。

課 題

- 新たな地域医療構想においては、2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するように策定・推進されたところ、医療機関側からすると、介護保険のリハビリテーション資源が分かりにくいという声がある。具体的には、
 - ・ 通所リハビリテーションと通所介護の違い
 - ・ 訪問リハビリテーションの当該事業所医師の診察
 - ・ 訪問リハビリテーションと訪問看護からの理学療法士等による訪問の違いなどが挙げられる。

要 望

- 新たな地域医療構想を踏まえ、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーションの提供確保を推進するため、医療機関に明快で利便性の高い介護保険のリハビリテーション資源への転換を要望する。

5. 訪問リハビリテーションの推進に向けた診察要件の見直し

現 状

- 訪問リハビリテーションを利用する場合、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。そのため、**当該事業所のほかに別の医療機関に主治医がいた場合は、利用者は「主治医の診療」と「リハビリテーション計画の作成に係る当該事業所医師の診療」の両方（いわゆる二重診療）がおこなわれる。**
ただし、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合について、一定の要件を満たす場合には、「リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算」として、通常の場合（307単位/回）から50単位減算で評価される。（参考資料1）
- 「訪問リハビリテーション計画に係る当該事業所医師の診療」は、**オンライン診療の実施可否について明記されていない。**

課 題

- 日常の診療以外に当該事業所医師の診察を必要とする現在の制度は、**通院が困難な利用者にとって負担が大きい。**また、かかりつけ医と当該事業所医師の診療の両方を必要とすることは**医師の負担**がある。
- **当該事業所医師の診察について、オンライン診療の実施可否が明記されていないことから、対面診療を選択される**場合が多く、移動時間の制約がある。

要 望

利用者・医療側の負担軽減と質の確保のため、以下を要望する。

<二重診療が生じる制度上の課題の緩和（参考資料1）>

- 医師の指示による適切な医療を提供する観点から、適切な研修の終了等を満たした別の医療機関の医師が継続的な医学的管理を行っている場合は、医師によるリハビリテーションの指示を行うことが出来るようにすること。なお、その場合は以下を要件とすること。
 - ① 別の医療機関において計画的な医学的管理を行う医師が、「適切な研修の修了等」（現行の診療未実施減算における要件と同様）を満たしていること。
 - ② 訪問リハビリテーションの質の担保を図るため、訪問リハビリテーション事業所において、「適切な研修の修了等」（リハビリテーション専門職団体協議会が主催する訪問リハビリテーション実務者研修および管理者研修、日本理学療法士協会の登録理学療法士等）を満たした理学療法士等を配置すること。
 - ③ 事業所医師と理学療法士等において適切な連携を図ること。

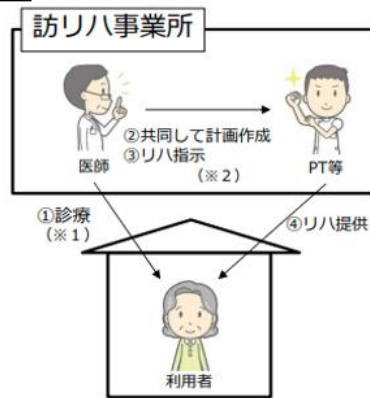
<現行制度における事業所医師による診療方法の明確化（オンライン診療の可否の明示）>

- 現行の「訪問リハビリテーション計画に係る当該事業所医師の診療」について、保険者として適正な運用ができることを前提に、オンライン診療が実施可能であることを通知等で明確化し、全国で統一的な運用が行われるようにすること。

参考資料1：訪問リハビリテーションにおける医師の診療および リハビリテーションの指示系統（現行制度と改定案）

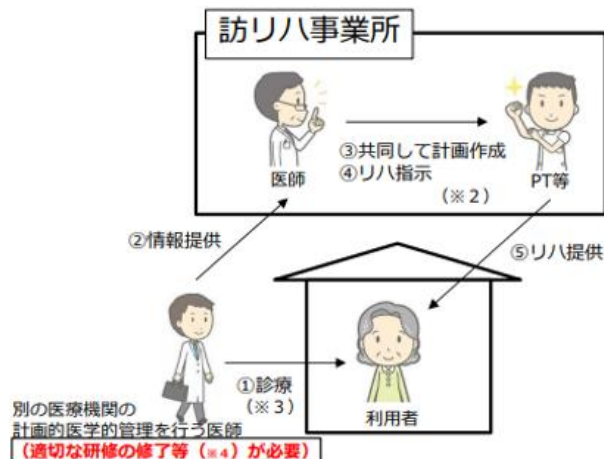
【現行制度】

■ 事業所医師が診療を行う場合



通常の場合
307単位/回

■ 別の医療機関の医師が診療を行う場合



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)

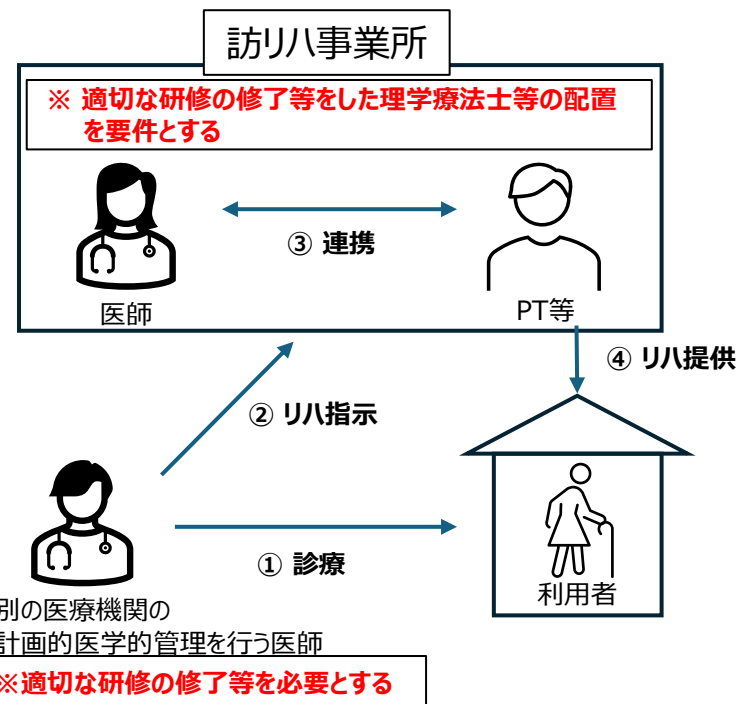
※減算を回避するためには、別の医療機関で計画的医学管理を行う医師の診察に加え、事業所医師の診察も必要である（いわゆる二重診察）。

【改定（案）】

■ 別の医療機関の医師が診療を行う場合

医師の指示による適切な医療を提供する観点から、適切な研修の終了等を満たした別の医療機関の医師が継続的な医学的管理を行っている場合は、医師によるリハビリテーションの指示を行うことが出来ることとしてはどうか。なお、その場合は以下を要件とする。

- ① 別の医療機関において計画的な医学的管理を行う医師が、「適切な研修の修了等」（現行の診療未実施減算における要件と同様）を満たしていること。
- ② 訪問リハビリテーションの質の担保を図るため、訪問リハ事業所において、「適切な研修の修了等」（リハビリテーション専門職団体協議会が主催する訪問リハビリテーション実務者研修および管理者研修、日本理学療法士協会の登録理学療法士等）を満たした理学療法士等を配置すること。
- ③ 事業所医師と理学療法士等において適切な連携を図ること。



参考資料2：訪問リハビリテーションの管理者・従事者の養成状況

リハビリテーション専門職団体協議会が主催する以下の研修会において、訪問リハビリテーションの管理者・従事者の質の担保に努めている。

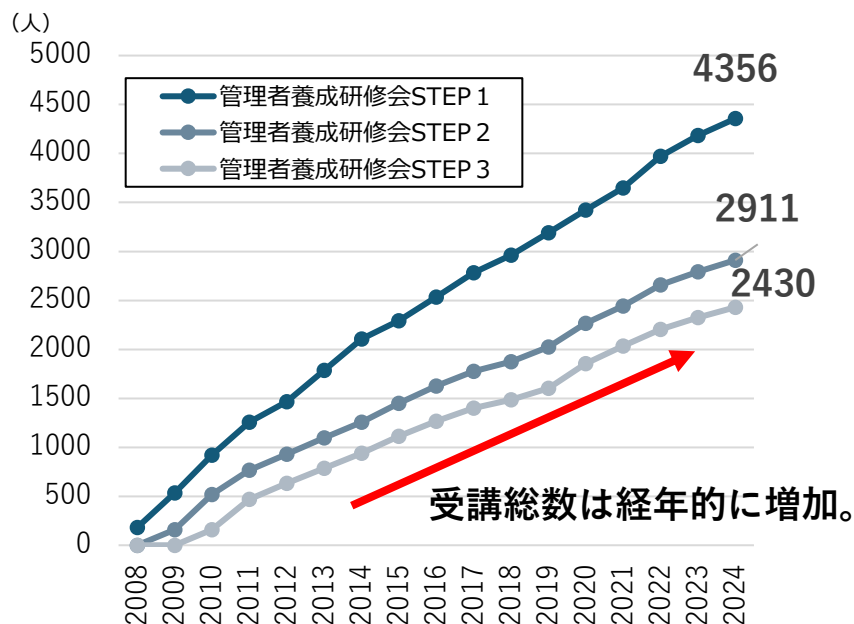
- 「訪問リハビリテーション管理者研修会」…管理技能を高め、職場や地域における対応能力の高い訪問セラピストを養成することを目的として実施している。STEP1からSTEP3まで順に受講することで、訪問リハビリテーションに従事する者としての“質の向上”、“地域に望まれる事業所の遂行能力と高いコンプライアンスの実践能力”や“不測の事態にも的確に対応できるリスク管理能力”を養成している。
- 「訪問リハビリテーション実務者研修会」…“従事するセラピストの育成”と“サービス内容の質の確保”を目的として実施。

参考）訪問看護ステーション 管理者の条件

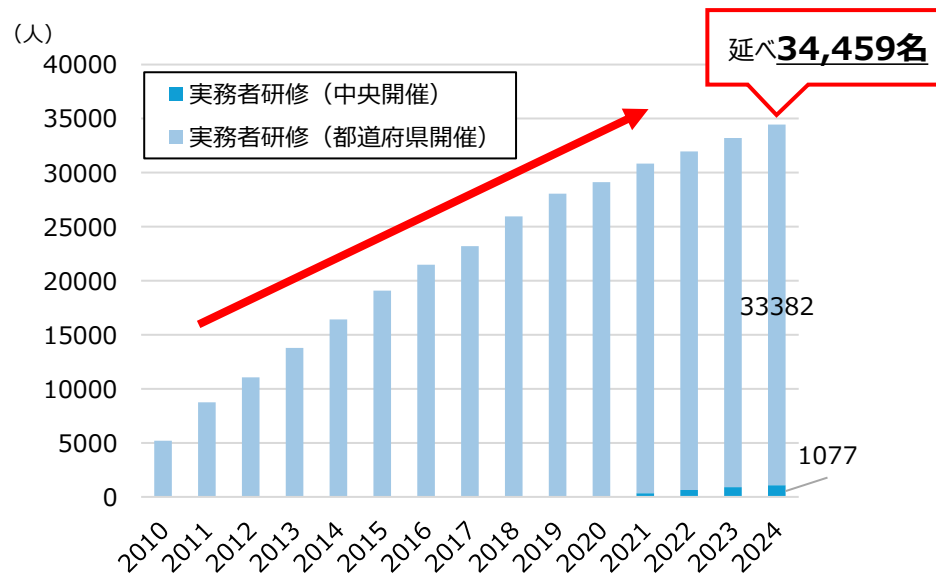
管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は健康増進法第17条第1項の規定による保健指導（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）第7条による改正前の老人保健法（昭和57年法律第80号）第19条に規定する訪問看護等を含む。）の業務に従事した経験のある者であること。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

【引用】指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について、厚生労働省保険局長通知（保発0305第4号）

訪問リハビリテーション管理者養成研修会
受講人数（累計）



訪問リハビリテーション実務者研修会
受講人数（累計）



参考資料3：日本理学療法士協会 登録理学療法士・認定理学療法士の養成状況

日本理学療法士協会では、生涯学習制度を通じて、総合的な視点をもつジェネラリストから高度な専門性を有するスペシャリストまで、国民に質の高い理学療法を提供できる人材の養成を行っている。

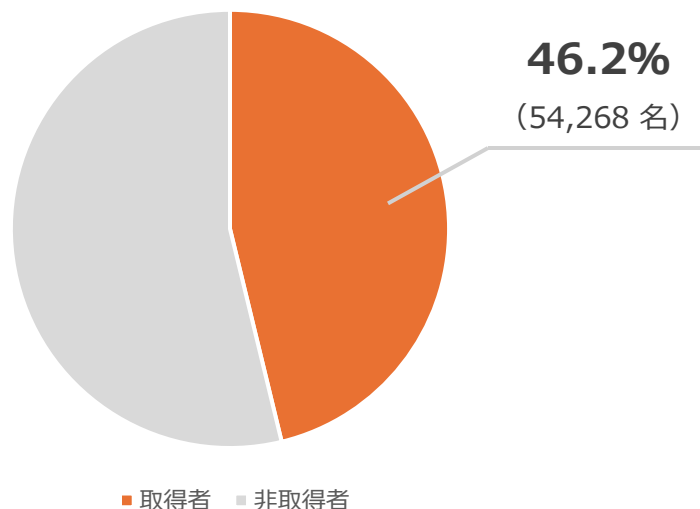
① 登録理学療法士

疾病・障害やその予防、保健・福祉など幅広い領域について総合的な研鑽をおこなう「ジェネラリスト」の育成プログラムであり、取得までに5年間を要し、取得後も5年ごとの更新制としている。

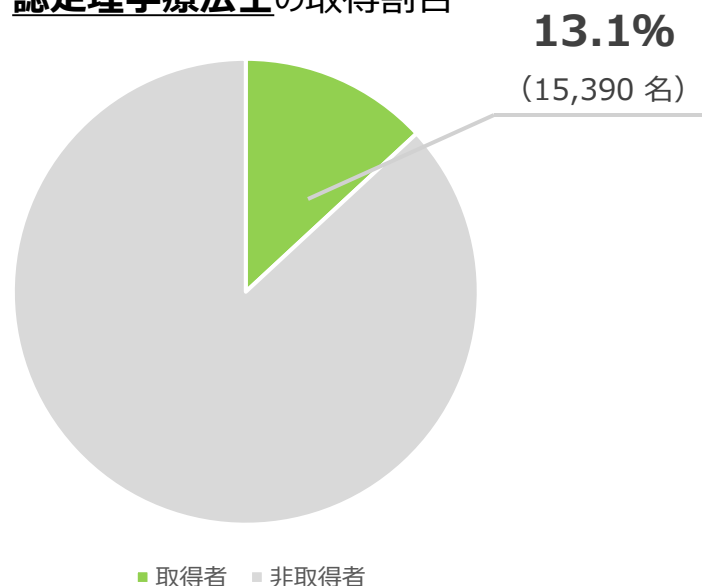
② 認定理学療法士

登録理学療法士を基盤として、より専門性の高い臨床技能を有する「スペシャリスト」の育成プログラムであり、所定の研修課程や学術研修等を経て認定する。

日本理学療法士協会会員における
登録理学療法士の取得割合※



日本理学療法士協会会員における
認定理学療法士の取得割合※



日本理学療法士協会会員数※：117,439名

※ 2026年8月12日時点の日本理学療法士協会会員のうち在会者数（休会者を除く）より集計。

参考資料 4 : 日本作業療法士協会 基礎研修修了者・認定作業療法士の養成状況

日本作業療法士協会では、会員の自己研鑽を支援し、作業療法に関する水準の維持・向上及び作業療法士の専門性と社会的地位の一層の確立を図り、国民の保健・医療・福祉へ寄与できる人材の養成を行っている。

※社会からの要請に伴う作業療法の領域拡大や会員のライフスタイルの多様化等を踏まえ、新たな生涯学習制度を構築し、2026年度現在は移行期間中

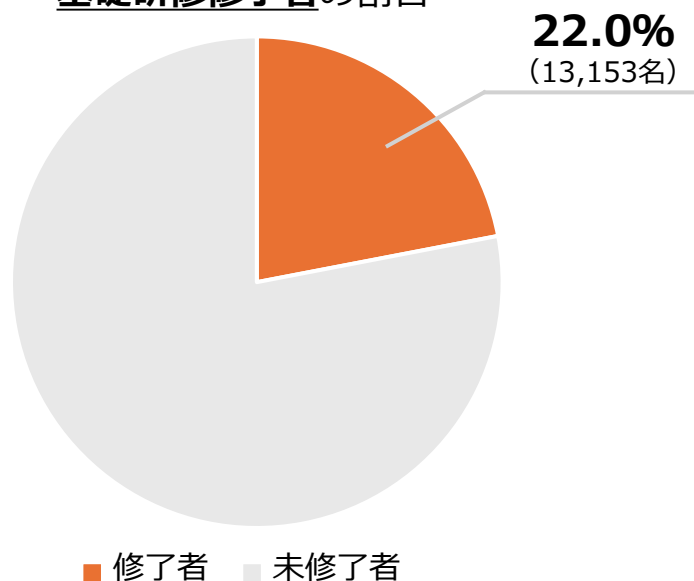
① 基礎研修

作業療法の臨床実践と研究、多職種協働、後進の育成、職業倫理、生活行為向上マネジメントの共通研修および領域別の作業療法の選択研修により、標準的な作業療法の質を担保する。※2025年度より登録作業療法士制度開始、2027年度には8,300名取得予定。

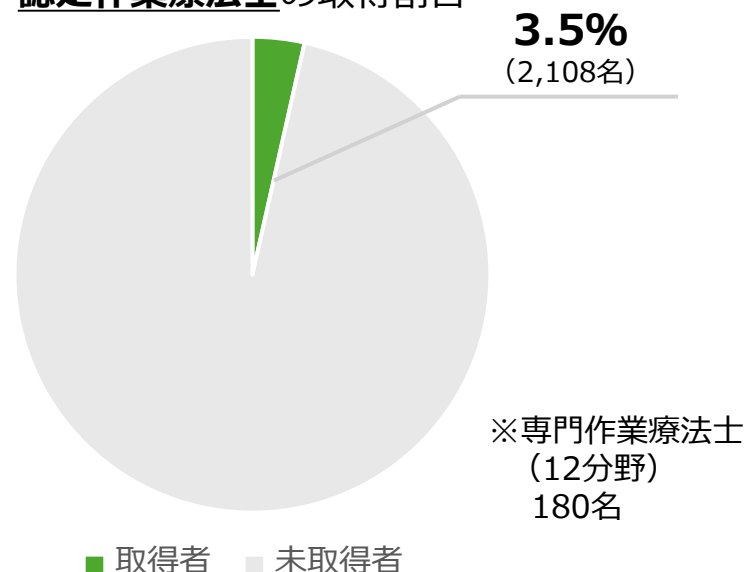
② 認定作業療法士・専門作業療法士

基礎研修修了後、ジェネラリストとして「臨床、研究、教育、管理運営に関する幅広い知識や技能、視点を持ち、組織および地域における多職種協働に必要なマネジメント能力を有する者」を認定作業療法士、スペシャリストとして「特定の分野（12分野）において、認定作業療法士の視点を生かしながら、高度かつ専門的な実践能力を有する者」を専門作業療法士として認定している。

日本作業療法士協会会員における
基礎研修修了者の割合※



日本作業療法士協会会員における
認定作業療法士の取得割合※



日本作業療法士協会会員数※ : 59,831名

※ 2026年8月20日時点の日本作業療法士協会会員のうち在会者数（休会者を除く）より集計。 20

日本言語聴覚士協会では、生涯学習システムによって会員の研鑽をさらに支援することで、社会からの要請に応じて職域の拡大とともに、より高度で信頼性の高い専門的知識と技能の提供によって社会に貢献できる人材の養成を行っている。

① 専門プログラム

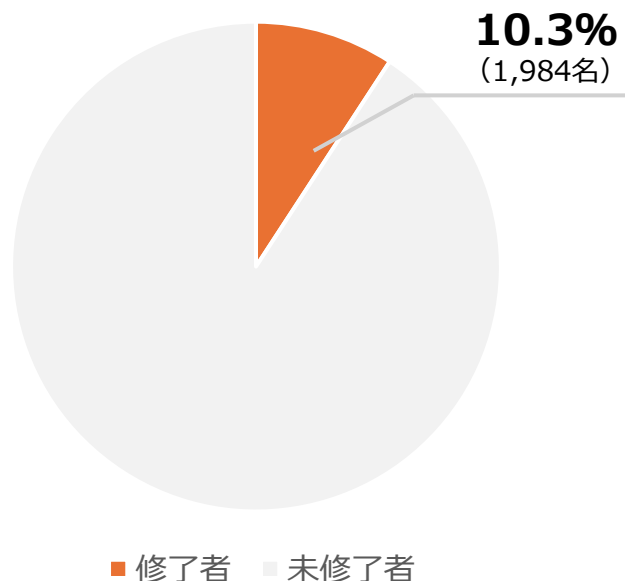
言語聴覚療法の臨床実践、臨床研究、指導・管理・運営、職能・連携・自己啓発について、初級・中級・上級プログラムを設けて知識・技術の修得を深める。また、普遍的な内容として、倫理および連携等の必修講座を設けて継続的な生涯学習と情報のアップデートを推進する。

② 認定言語聴覚士

専門プログラムを修了した後、「高度な知識および熟練した技術を用い、高水準の業務を遂行できる」ことを協会が認定し、言語聴覚士業務の質的向上を図り、社会に貢献することを目的としている。

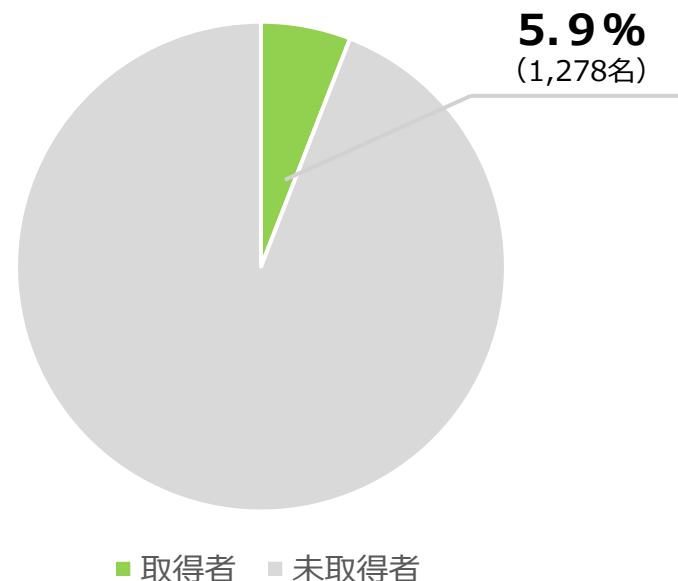
日本言語聴覚士協会会員における

専門プログラム修了者の取得割合※



日本言語聴覚士協会会員における

認定言語聴覚士の取得割合※



日本言語聴覚士協会会員数※ : 21,561名

※ 2026年8月2日時点の日本言語聴覚士協会会員のうち在会者数（休会者を除く）より集計。

6. 中山間・人口減少地域での訪問理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供体制の拡充

現 状

- 訪問リハビリテーション事業所の基準省令では、開設要件が病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院に限定され、1人以上の常勤医師を配置することとされている。
- 復興特別区域基本方針における「訪問リハビリテーション事業所整備推進事業」では、「病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定訪問リハビリテーションを適切に行うとその所在地の道県知事が認めるもの」については、開設要件が緩和され、訪問リハビリテーションが提供された（参考資料1-図1）。
- 復興特区の居宅介護支援事業所および医師会会員への調査においては、9割以上の医師が、「復興特別区域法期間終了後も訪問リハビリテーションは必要」と回答したが、その後の事業継続には至っていない（参考資料1-図2）。

課 題

- 医療機関や医師の地域偏在が指摘される中、開設主体が医療施設等に限定され、常勤医師1人以上の配置を要件としていることから、地域偏在が生じ、訪問リハビリテーション事業所が無い自治体が約4割である（参考資料2～5）。
- 中山間地域等における訪問リハビリテーションについては、地域における事業所の少なさが影響し、訪問に際する時間数が他の事業に比べて長い（最大）状況である（参考資料2-図4）。
- 退院後、早期にリハビリテーションを提供することで、疾病予後の改善、健康寿命の延伸、さらには総医療費の削減等に有意であることが、複数の研究により示されているが（参考資料6・7）、開設要件の課題に伴い、訪問リハビリテーションは普及していない。
- 訪問リハビリテーションの代替としての訪問看護事業所における3療法士の訪問による看護についても、そもそもの法制度的に課題が無いのか懸念する声がある（理学療法士及び作業療法士法等における医師の指示）。

要 望

- 中山間・人口減少地域における訪問リハビリテーションの拡充を図るため、復興特別区域基本方針に関する特例措置に準じて以下の要件緩和をおこない、医師との密接な連携を前提とした訪問リハビリテーション事業所としての運営を可能とすること（参考資料2-図5）。

<開設主体の要件緩和>

- ・ 病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定訪問リハビリテーションを適切に行うとその所在地の道県知事が認めるもの」については、開設要件を緩和すること。

<医師の診察要件の見直し>

- ・ かかりつけ医からの指示により、訪問リハビリテーションの提供を可能とすること。

なお、その場合は下記を要件とする。

- ① 別の医療機関において計画的な医学的管理を行う医師が、「適切な研修の修了等」（現行の診療未実施減算における要件と同様）を満たしていること。
- ② 訪問リハビリテーションの質の担保を図るため、訪問リハビリテーション事業所において、「適切な研修の修了等」（リハビリテーション専門職団体協議会が主催する訪問リハビリテーション実務者研修および管理者研修、日本理学療法士協会の登録理学療法士等）を満たした理学療法士等を配置すること。
- ③ 事業所医師と理学療法士等において適切な連携を図ること。

参考資料 1：復興特別区域基本方針における訪問リハビリテーション事業所整備推進事業

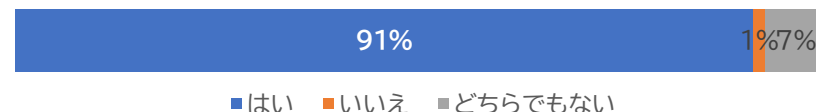
図 1：訪問リハビリテーション事業所整備推進事業

項目名	訪問リハビリテーション事業所整備推進事業
措置区分	省令
特例措置を講ずべき法令等の名称及び条項	指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第77条第1項
特例措置を講ずべき法令等の <u>現行規定</u>	- 開設主体は、病院、診療所及び介護老人保健施設に限定している - リハビリテーションの提供にあたらせるために必要な一以上の数の医師を置く
特例措置の内容	特定地方公共団体である道県が、復興の円滑かつ迅速な推進のために必要な指定訪問リハビリテーション事業所の整備を推進する事業を定めた復興推進計画について、内閣総理大臣の認定を申請し、その認定を受けたときは、当該認定の日以後は、当該区域内の指定訪問リハビリテーション事業所として、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との <u>密接な連携を確保し</u> 、指定訪問リハビリテーションを適切に行うとその <u>所在地の道県知事が認めるもの</u> について、 <u>指定訪問リハビリテーション事業所の開設要件を緩和する。</u>
同意の要件	病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との <u>密接な連携の確保を前提</u> とした指定訪問リハビリテーション事業所の整備を推進する事業を定めた計画であることが確認されること。
特例措置に伴い必要となる手続き	復興推進計画の区域内の指定訪問リハビリテーション事業所について、病院若しくは診療所又は介護老人保健施設との密接な連携を確保し、指定訪問リハビリテーションを適切に行うと所在地の道県知事が認めること。

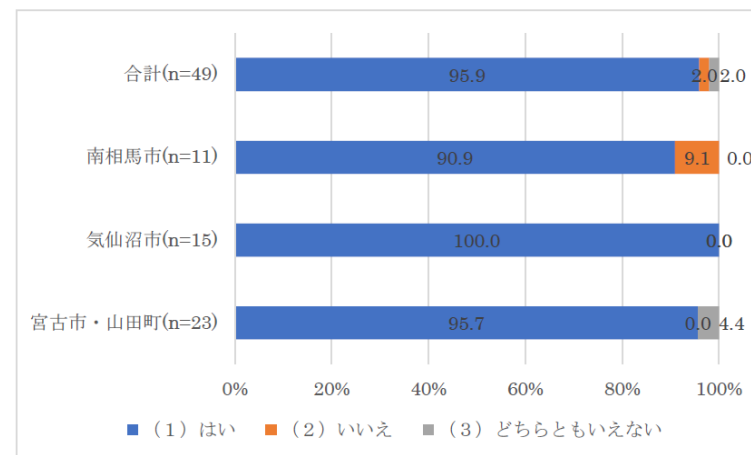
図 2：居宅介護支援事業所に対する訪問リハビリテーションに関する調査（2019年11月）

Q.復興特別区域法期間終了後も訪問リハビリステーションは必要とお考えですか。

*調査対象：南相馬市、気仙沼市・南三陸町、宮古市・山田町の医師会会員（n=67名）



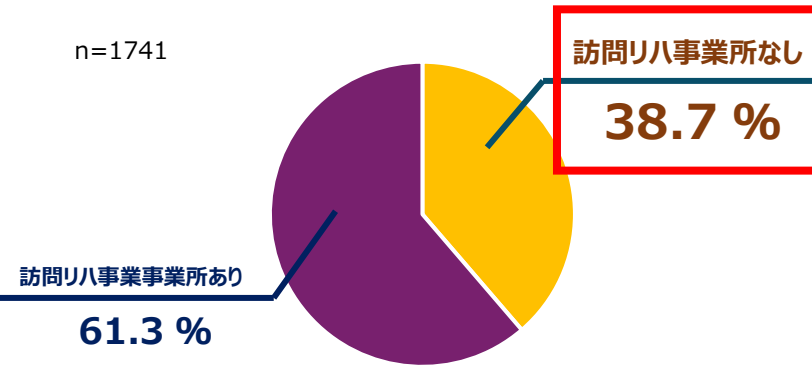
*調査対象：一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団の事業所がある地域にある居宅介護支援事業所（n=49）



【出典】一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団「居宅介護支援事業所に対する訪問リハビリテーションに関する調査（2019年11月）」

図3：市町村における訪問リハ事業所の有無

n=1741



介護サービス情報および日本理学療法士協会実施調査の結果を基に作成

図4：中山間地域等の訪問に要する時間

図表1 事業の実施地域における事業所からの最遠の時間数(分)【事業所票】(数値回答)

【事業種別】					【算定している加算×サービス別】					【地区の種類別】				
	件数	平均(分)	標準偏差	中央値(分)		件数	平均(分)	標準偏差	中央値(分)		件数	平均(分)	標準偏差	中央値(分)
全体	1,945	33.6	17.2	17.2	15%+5%:訪問系サービス	945	33.6	17.2	30.0	全体	1,945	33.6	17.2	30.0
訪問介護	682	31.8	18.0	30.0	5%:通所系サービス	229	39.0	16.9	35.0	離島	214	34.5	21.3	30.0
訪問入浴介護	117	35.1	15.9	30.0	15%:居宅介護支援	44	35.4	14.6	30.0	豪雪地帯	410	31.6	16.3	30.0
訪問看護	283	36.3	17.1	30.0	10%+5%:訪問系サービス	26	33.9	17.9	30.0	離島・豪雪地帯以外の中山間地域	514	35.1	16.9	30.0
訪問リハビリテーション	55	41.2	17.3	40.0	5%:通所系サービス	227	30.4	12.5	30.0	その他	299	33.8	17.7	30.0
通所介護	171	28.6	12.2	27.5	15%:居宅介護支援	282	37.8	19.9	30.0	※【離島】:「離島振興対策実施地域」「奄美群島」「小笠原諸島」「沖縄の離島」のいずれかを選択した事業所 【豪雪地帯】:「豪雪地帯及び特別豪雪地帯」を選択した事業所 【離島・豪雪地帯以外の中山間地域】:「離島」「豪雪地帯」以外で、「辺地」「振興山村」「半島振興対策実施地域」「特定農山村地域」「過疎地域」のいずれかを選択した事業所 【その他】:「その他」を選択した事業所(以下同じ。)				
通所リハビリテーション	73	32.6	13.0	30.0	10%:居宅介護支援	35	31.4	17.8	30.0					
居宅介護支援	466	36.7	18.3	30.0	5%:居宅介護支援	93	37.7	16.1	32.0					
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6	28.3	2.6	30.0	15%+5%:居宅介護支援	17	32.6	12.3	30.0					
小規模多機能型居宅介護	92	26.1	11.8	22.0	10%+5%:居宅介護支援	5	33.0	14.0	30.0					
					小規模多機能型居宅介護	92	26.1	11.8	22.0					

訪問まで
40分かかる!

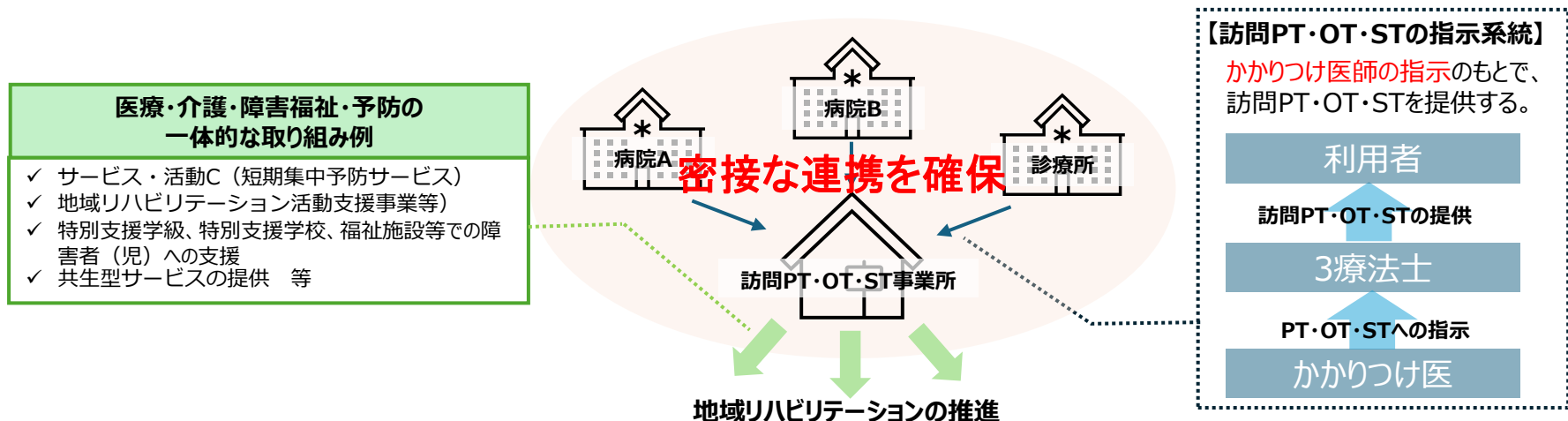
厚生労働省、社会保障審議会(介護給付費分科会)第122回 資料1-7、(7) 中山間地域等における訪問系・通所系サービスの評価の在り方に関する調査研究事業より

3療士による訪問看護と相乗した訪問リハビリテーションの更なる推進と
訪問リハビリテーションステーション※の再構想を検討していくべき

※3療士協会の提案する「訪問リハビリテーションステーション」の事業の人員、設備及び運営に関する基準などについては、復興特別区域基本方針の訪問リハビリテーション事業所整備推進事業に定める訪問リハビリテーション事業所の開設要件とする。

図5：訪問理学療法・作業療法・言語聴覚療法（訪問PT・OT・ST）の提供体制のイメージ

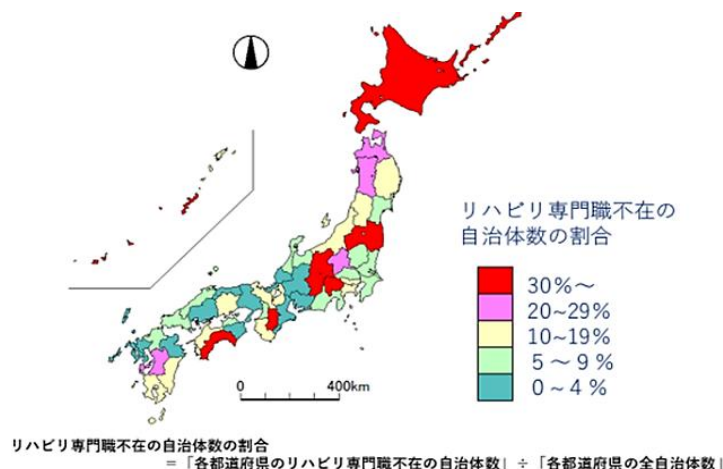
- ◆ 訪問PT・OT・STサービスの提供を地域の共有資源と位置づけ、医師が共同して効率的に利用ができることとしてはどうか。
- ◆ さらに、訪問PT・OT・ST事業所を、医療・介護・障害福祉・予防を一体的に推進する地域リハビリテーションの拠点として位置付けてはどうか。



参考資料3：介護保険におけるリハビリテーションサービスの地域偏在

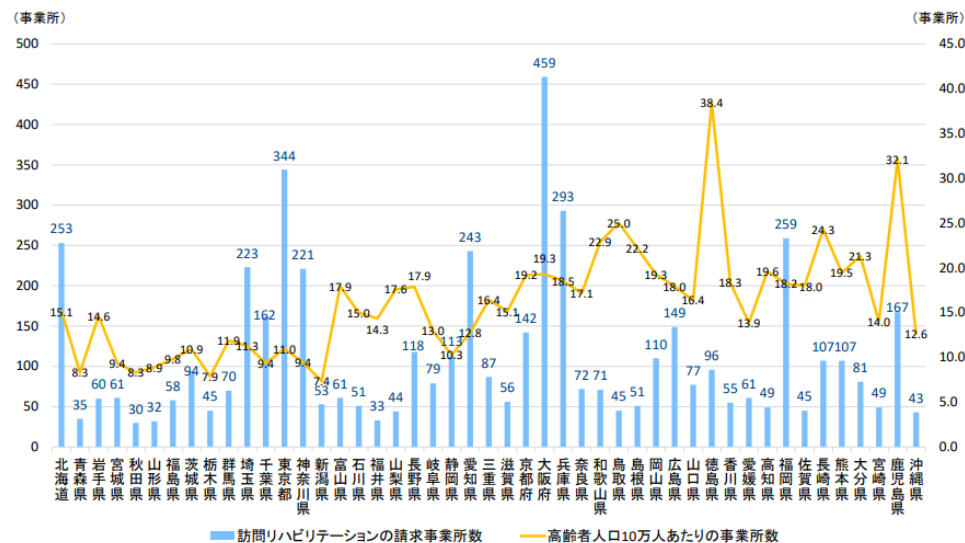
- (図6) 介護保険におけるリハビリテーションサービスには**地域偏在**があり、北海道・福島・長野・山梨・奈良・高知県では30%以上の自治体で3療法士が不在である。
- (図7) 都道府県別の訪問リハビリテーションの請求事業所数では、大都市を含む東京都や大阪府等において事業所数が多い一方で、高齢者人口10万人当たりの事業所割合は、東北や東京を含む関東圏では低い傾向であり、中国・四国地方や九州では比較的高い。大都市部、人口減少地域に対応を限定せず、**地域の実情に応じた訪問リハビリテーションの拡充を図る必要**がある。

図6：通所・訪問リハビリ事業所がなく、かつ3療法士が所属している訪問看護ステーションがない自治体数の割合



【出典】 地域医療情報システム及び介護サービス情報公表システムの2019年9月時点の公表データより日本理学療法士協会作成

図7：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。

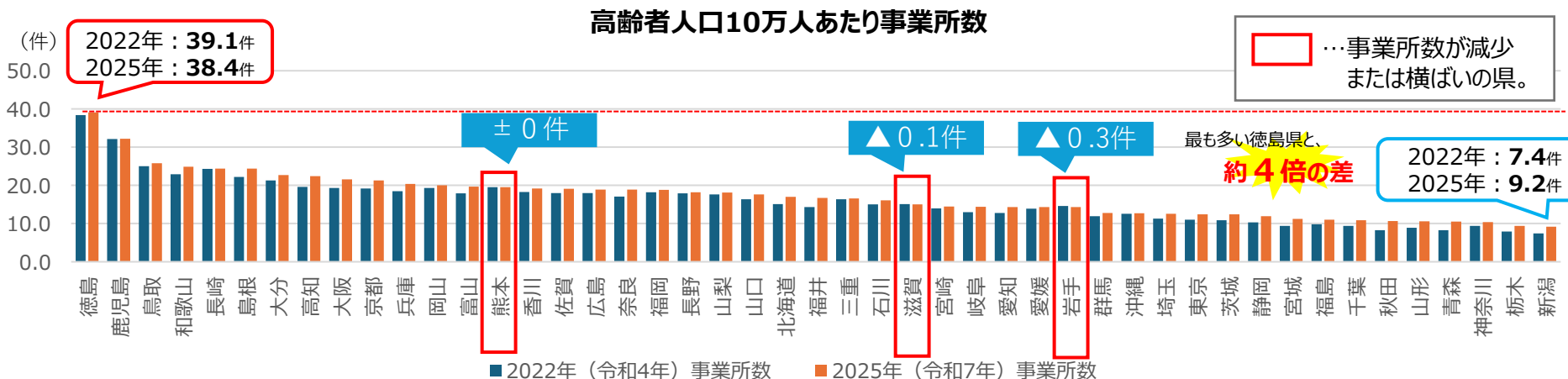
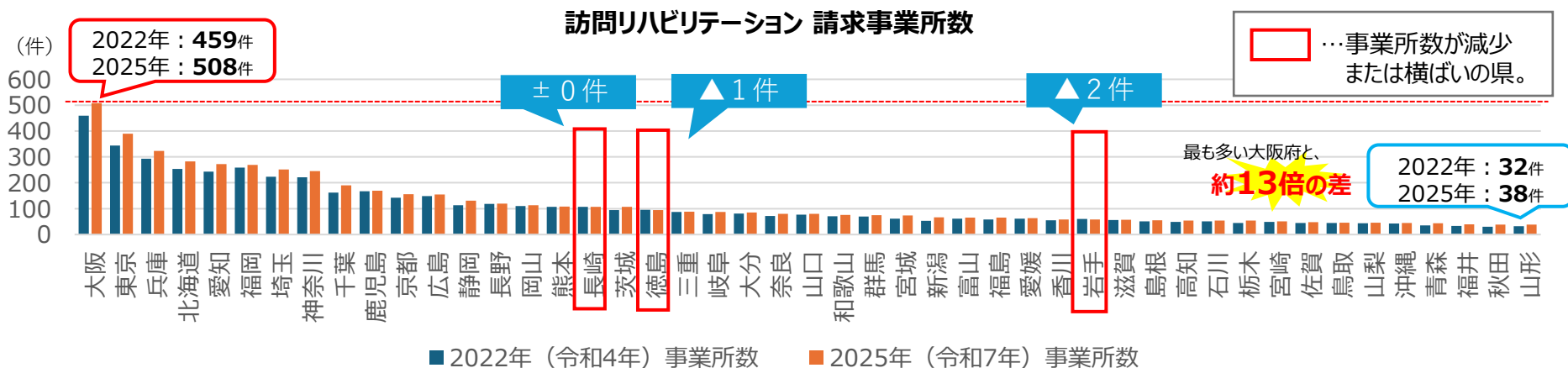
出典：令和3年度介護給付費等実態統計報告(令和4年4月審査分)及び住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(令和4年)より作成 10

【出典】 介護給付費分科会(第220回) 資料4

**参考資料４：訪問リハビリテーション請求事業所数、
高齢者人口10万人あたり事業所数の推移（2022年-2025年）**

- 訪問リハビリテーション請求事業所数は、岩手県及び徳島県では減少し、長崎県では横ばいであった。
- 高齢者人口10万人当たり事業所数は、滋賀県及び岩手県では減少し、熊本県では横ばいであった。また、最も多い徳島県（39.1件）に対して、最も少ない新潟県（9.2件）との差は約4倍であった。

◎ **地域によって訪問リハビリテーション提供体制の確保が十分に進んでおらず、特に中山間地域等における提供体制の確保・充実を図る必要がある。**



※ 介護給付費分科会(第220回) 資料4、介護給付費分科会(第259回) 資料4を参照のうえ本会にて作図。

参考資料５：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５年度）金額

		費用額（百万円）	請求事業所数
居宅	訪問介護	1,154,797	35,468
	訪問入浴介護	56,965	1,618
	訪問看護	378,804	15,866
	訪問リハビリテーション	56,352	5,528
	通所介護	1,317,079	24,586
	通所リハビリテーション	386,460	7,919
	福祉用具貸与	380,706	7,187
	短期入所生活介護	425,605	10,757
	短期入所療養介護	49,105	3,573
	居宅療養管理指導	175,712	49,925
	特定施設入居者生活介護	659,389	6,193
計		5,040,972	168,620
居宅介護支援		535,683	36,459
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	90,792	1,311
	夜間対応型訪問介護	3,839	181
	地域密着型通所介護	415,854	18,432
	認知症対応型通所介護	75,922	2,851
	小規模多機能型居宅介護	281,328	5,749
	看護小規模多機能型居宅介護	74,155	1,191
	認知症対応型共同生活介護	759,772	14,504
	地域密着型特定施設入居者生活介護	22,714	378
	地域密着型介護老人福祉施設	248,781	2,526
計		1,973,155	47,123
施設	介護老人福祉施設	2,071,272	8,476
	介護老人保健施設	1,353,062	4,182
	介護療養型医療施設	18,425	109
	介護医療院	222,051	852
計		3,664,809	13,619
合計		11,214,619	265,821

【出典】厚生労働省「令和５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４）端数処理等の関係で、合計が一致しない場合がある。

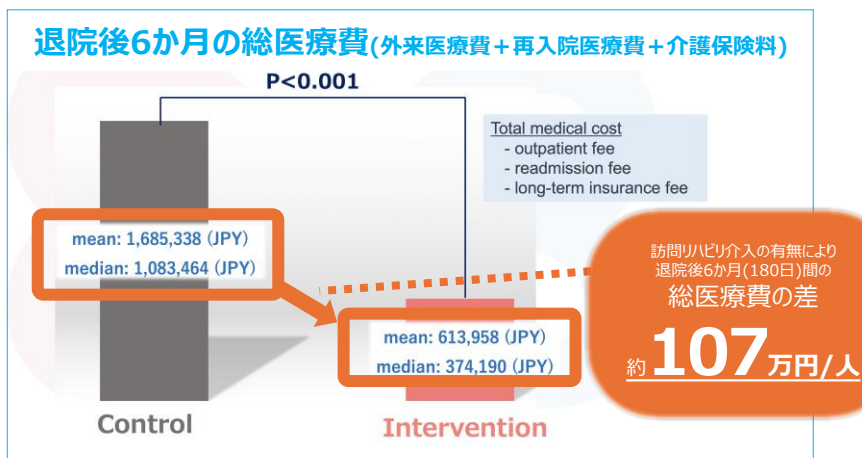
（注２）介護費用額は、令和５年度（令和５年５月～令和６年４月審査分（令和５年４月～令和６年３月サービス提供分））、請求事業所数は、令和６年４月審査分である。

（注３）令和５年度（令和５年５月～令和６年４月審査分（令和５年４月～令和６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2,341億円。（注５）請求事業所数は延べ数である。

参考資料6：訪問リハビリテーションの提供による医療費削減（試算①）

＜退院直後からの早期訪問リハビリテーションの提供体制を地域医療・介護提供体制の一環として継続的に強化・推進するための制度的・財政的支援＞

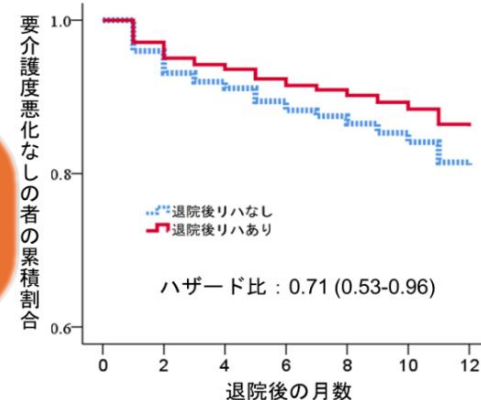
- 退院後、早期にリハビリテーションを提供することで、疾病予後の改善、健康寿命の延伸、さらには**総医療費の削減等に有意**であることが、複数の研究により示されています。また、退院直後に訪問リハビリテーションを受けた患者群は、受けなかった群と比較して、**退院後1年間における介護度の重度化が抑制された**という結果も報告されている。



※公益社団法人日本理学療法士協会 1億円プロジェクト 神戸市立医療センター中央市民病院 北井豪氏ご提供資料を一部改変
「内部障害合併患者の急性期病院退院後再入院予防のための在宅理学療法プログラムの構築～遠隔治療を用いた急性期病院・地域機関の一体化～」

疾病予後の改善、健康寿命の延伸、および
総医療費の削減（6か月間で約**107万円/人**）が示唆された

退院直後にリハを受けた群では
退院後1年間の要介護度悪化が30%抑制
(傾向スコアマッチング後の分析結果)



訪問リハビリテーションの強化が
予防と医療・介護費用削減に
寄与する

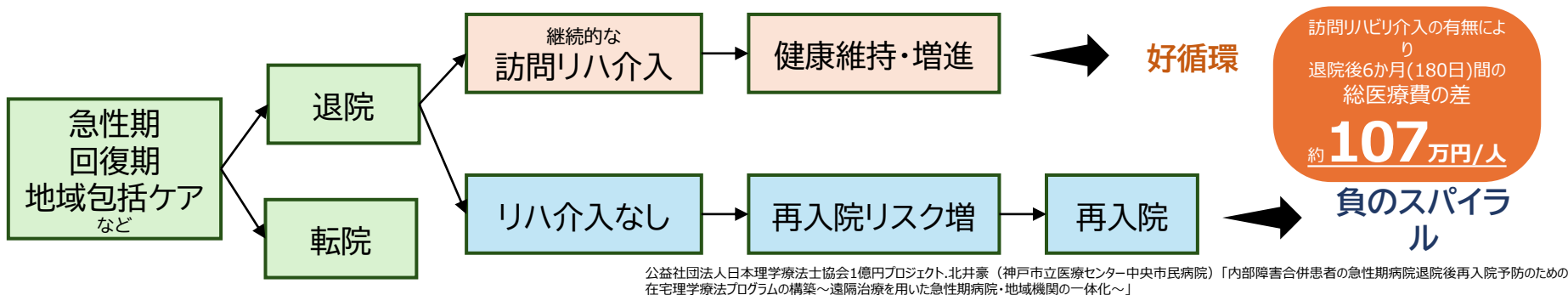
退院直後のリハを受けた群は
退院後1年間の要介護と悪化を
約**30%**抑制していた

Archives of Physical Medicine and
Rehabilitation 2022;103:1715-22
令和4年3月16日東京都健康長寿医療センター
「退院直後のリハは要介護度悪化を抑制するか？」
プレスリリース

**急性期リハビリテーションと相乗効果をもたらす
訪問リハビリテーション事業整備を推進いただきたい**

参考資料7：訪問リハビリテーションの提供による医療費削減（試算②）

- 厚生労働省による「新たな地域医療構想等に関する検討会」を参考にすると、**地域包括ケア病棟への入院患者のうち、心不全**（うっ血性心不全、心不全、詳細不明）件数は39,812/年であるため、仮にこの半分の患者（19,906件）へ**訪問リハビリテーションが対応すると半年で約177億円の医療費削減**が試算される。
- **訪問リハビリテーションステーションの制度的位置づけの明確化と設置促進を含め、退院直後からの早期訪問リハビリテーションの提供体制について、地域医療・介護提供体制の一環として継続的に強化・推進するための制度改定および予算確保**を要望する。



公益社団法人日本理学療法士協会1億円プロジェクト・北井豪（神戸市立医療センター中央市民病院）「内部障害合併患者の急性期病院退院後再入院予防のための在宅理学療法プログラムの構築～遠隔治療を用いた急性期病院・地域機関の一体化～」

地域包括ケア病棟においては、高齢者救急に関連する肺炎等や、白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折や腰椎の骨折等、回復期リハビリテーション病棟で見られる疾患の患者も入院している。		
傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸（結腸）のポリープ	31,855	2.4
肺炎、詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症、部位不明	20,472	23.7
その他の原発性肺関節症	18,768	21.9
転子骨通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全、詳細不明	15,952	26.3

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会（令和6年9月30日）資料2「新たな地域医療構想について」

【試算】心不全 件数 39,812/年に6ヵ月(180日)訪問リハが介入した場合の医療費

4人に1人の患者（9,953件）に訪問リハが介入した場合

訪問リハビリ介入の有無により退院後6か月(180日)間の総医療費の差
約88億万円

半分の患者（19,906件）に訪問リハが介入した場合

訪問リハビリ介入の有無により退院後6か月(180日)間の総医療費の差
約177億万円

※ 地域包括ケア病棟に1ヵ月入院後に介入と仮定
※ 5ヵ月間訪問リハ介入として医療削減が89.1万円（107万*5/6ヵ月）と試算. 9,953件/年*89.1/半年=88.6億円

※ 地域包括ケア病棟に1ヵ月入院後に介入と仮定
※ 5ヵ月間訪問リハ介入として医療削減が89.1万円（107万*5/6ヵ月）と試算. 19,906件/年*89.1/半年=177.3億円