

訪問リハビリテーション （改定の方向性）

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①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいた
ご意見について事務局の責任で整理したもの

<訪問リハビリテーション>

(訪問リハビリテーションの推進について)

- 訪問リハビリテーション事業所の医師は、利用者の評価を行い、リハビリテーションの指示を出す役割を担っており、外部の主治医と訪問リハビリテーション事業所の医師の診療が重複することにはなっていない。訪問リハビリテーションの拡充については、介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションの提供を進めていくべきではないか。

(リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組)

- 訪問リハビリテーションにおいても、通所リハビリテーションのように栄養や口腔の情報も踏まえてマネジメントを行っていることを評価することが必要ではないか。

(各種加算)

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、サービス開始時に算定可能となっているが、認知症のリハビリテーションの時期としてなじまないため、算定期間について見直しが必要ではないか。

(介護予防訪問リハビリテーション)

- 介護予防訪問リハビリテーションは、要介護状態にならず要支援状態を維持するために必要なサービスである。
- 令和6年度介護報酬改定で12月超減算の見直しが行われたが、減算の算定率が高い。長期利用の理由等を踏まえ、更なる適正化が必要か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②

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【全国リハビリテーション医療関連団体協議会】

- 退院時共同指導加算における要件の拡大
- 訪問リハビリテーションのサービス提供体制加算の見直し
- 訪問リハビリテーションの診療未実施減算について
- 退院・退所日の訪問リハビリテーションの提供の評価
- 生活期における治療用装具及び補装具の継続的評価について

【全日本病院協会】

- 訪問リハビリテーションの評価体系及び規制の見直し

【リハビリテーション専門職団体協議会】

- 自助具の採型・採寸、試作・試行に関する技術の評価
- 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
- 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
- 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

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マネジメントの推進	7
論点②：退院時共同指導加算の拡充	15
論点③：訪問リハビリテーションにおける事業所医師の関与の促進	19
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	27

高齢者の生活期リハビリテーション（イメージ）

社保審－介護給付費分科会

第258回（R8.6.15）

資料3

○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。

生活機能

参加

家庭での役割、地域のコミュニティ等へ参加（社会参加）

活動

歩行能力、排泄・入浴・更衣等の日常生活動作（ADL）

家事動作等の手段的日常生活動作（IADL）

心身機能

筋力、持久力等の運動機能

起き上がり、起立等の基本動作能力

時間軸

リハビリテーションの内容

運動療法

筋力増強訓練、持久力訓練等

基本動作訓練

起き上がり訓練、
立ち上がり訓練等



歩行訓練

ADL訓練

移乗訓練、トイレ動作訓練、
入浴訓練、更衣訓練等



IADL訓練

家事動作訓練、外出訓練、
余暇活動等のための訓練等



環境調整・支援

家屋評価・調整、福祉用具・自助具の評価・選定、家族・支援者への指導等

高次脳機能訓練

言語聴覚訓練

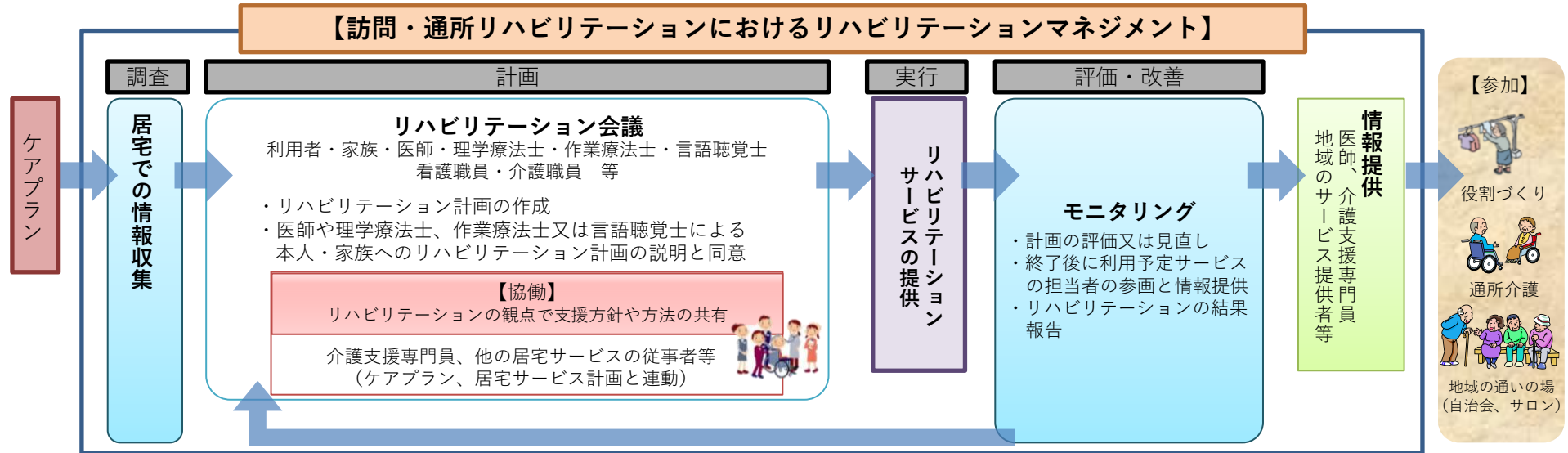
摂食嚥下訓練

※個々の状態に応じて適宜実施

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関与するといった「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】

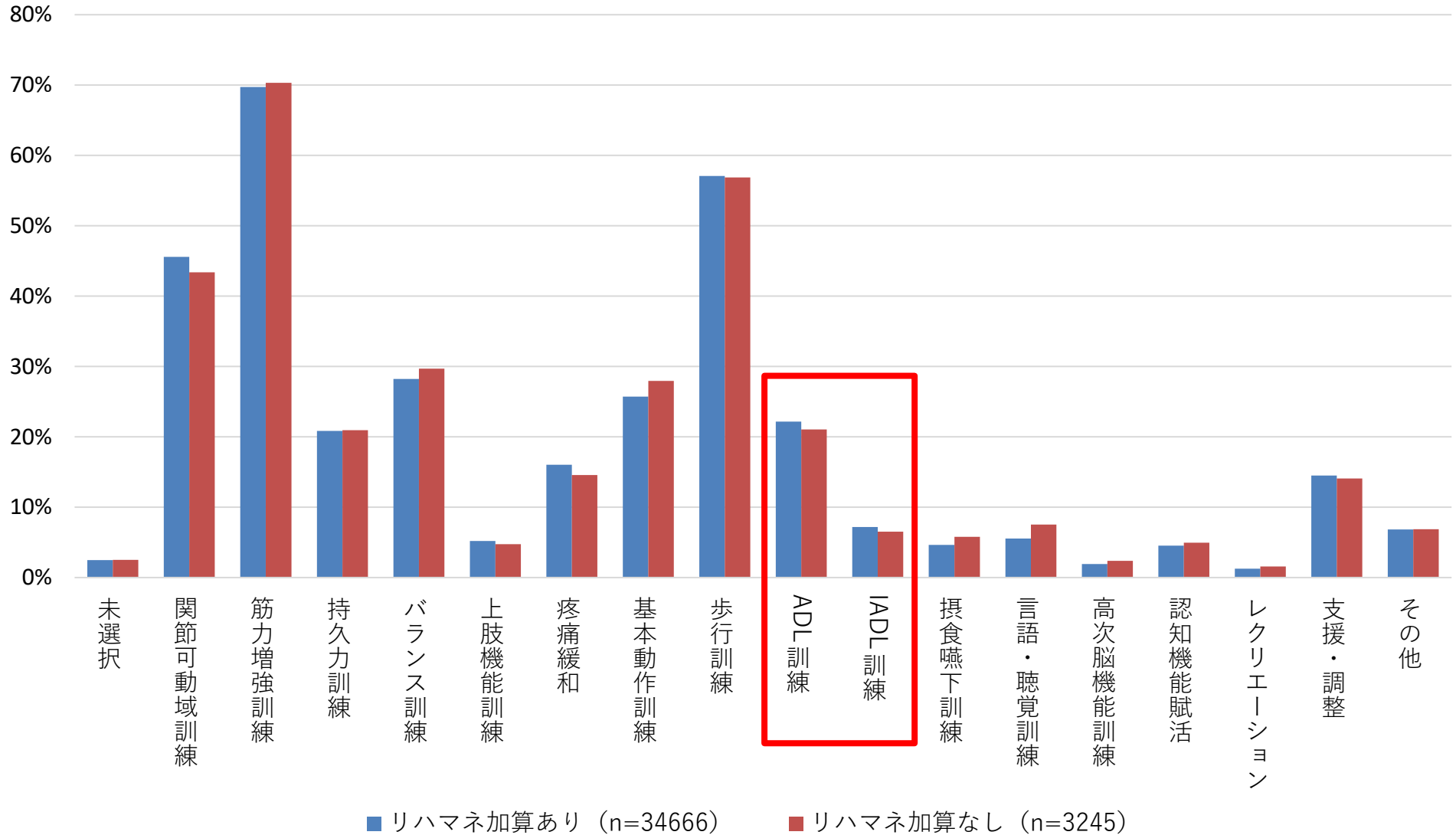
PT・OT・STが利用者の居宅を訪問し、家族等に介護の工夫等の指導および日常生活上の留意点に関する助言を行う

リハビリテーションマネジメント加算の算定率

	請求事業所数	算定率 (事業所ベース)	利用者数	算定率 (利用者ベース)
通所リハビリテーション	7655		416393	
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	1115	14.6%	32362	7.8%
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	2986	39.0%	135158	32.5%
リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	806	10.5%	46174	11.1%
リハビリテーションマネジメント加算（医師説明）	2813	36.7%	125258	30.1%
訪問リハビリテーション	5747		123086	
リハビリテーションマネジメント加算（イ）	932	16.2%	13743	11.2%
リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	1758	30.6%	36613	29.7%
リハビリテーションマネジメント加算（医師説明）	1702	29.6%	33729	27.4%

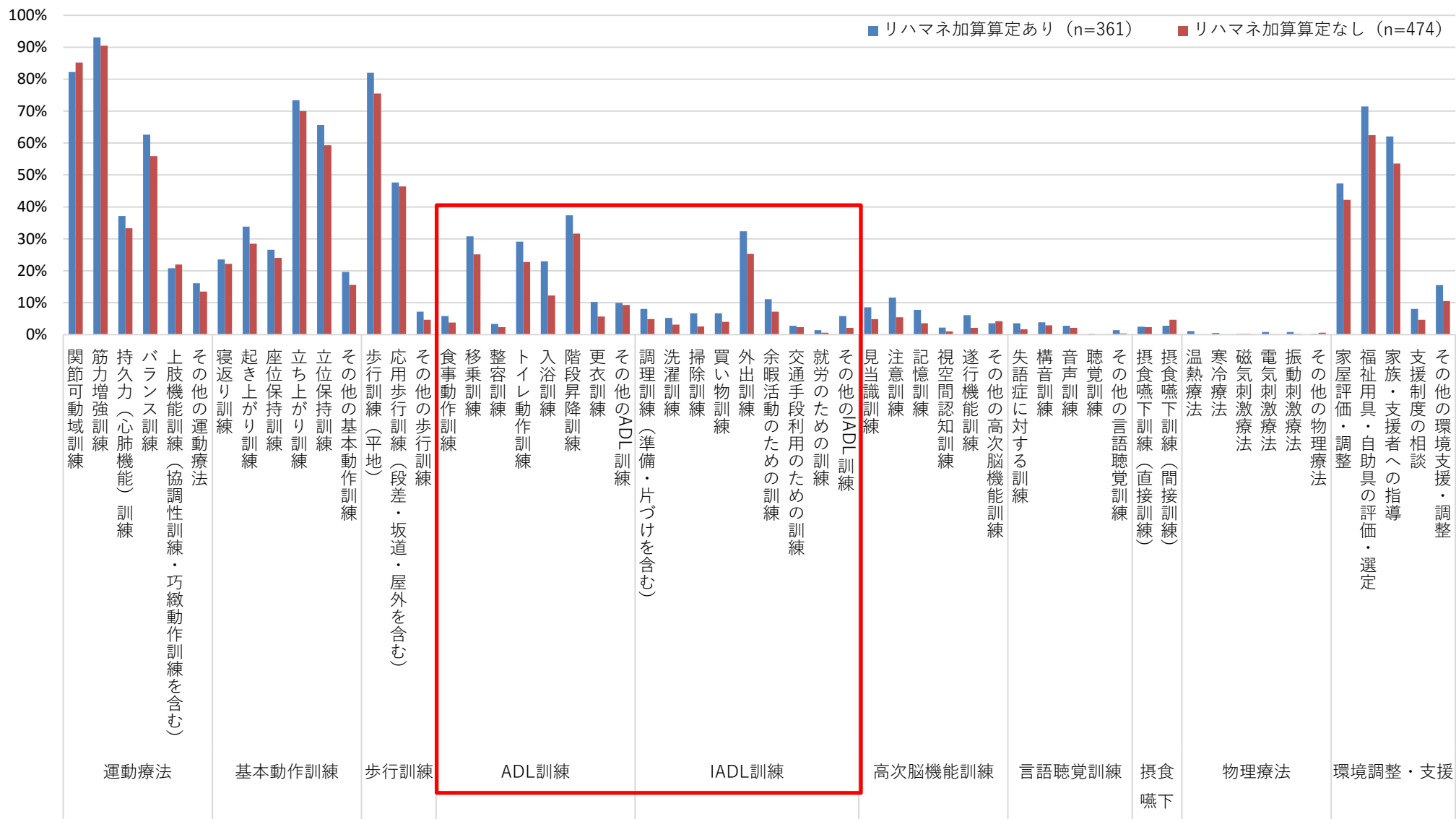
訪問リハビリテーション計画の内容

○リハビリテーション計画の内容は、リハビリテーションマネジメント加算の算定の有無に関わらず、筋力増強訓練、歩行訓練が多く、ADL訓練やIADL訓練は少ない。



訪問リハビリテーションで実施された内容（リハマネ加算算定の有無）

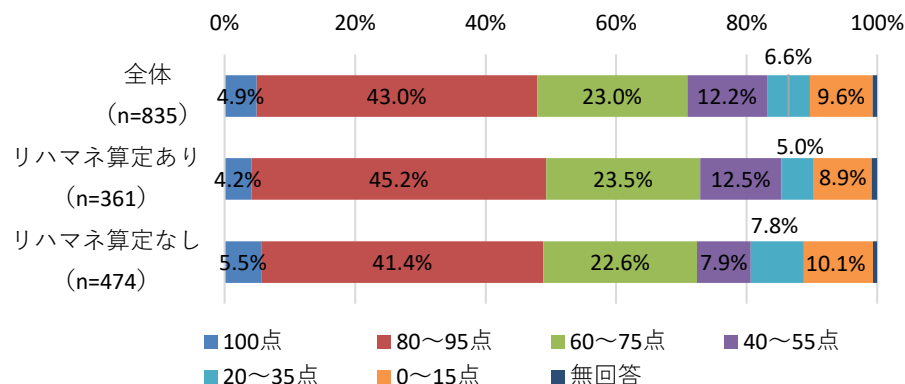
○実施内容はリハビリテーションマネジメント加算の算定の有無に関わらず、筋力増強訓練、関節可動域訓練、歩行訓練が多く、ADL訓練やIADL訓練は少ない。



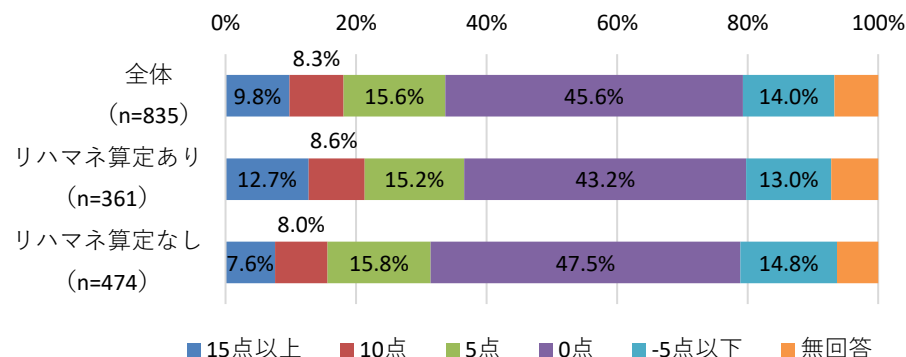
(訪問リハビリテーション) リハビリテーションマネジメント加算とADL、IADLの変化

○リハビリテーションマネジメント加算算定の有無によるADL、IADLの変化の違いは認められなかった。

■利用開始時のADL (BI)

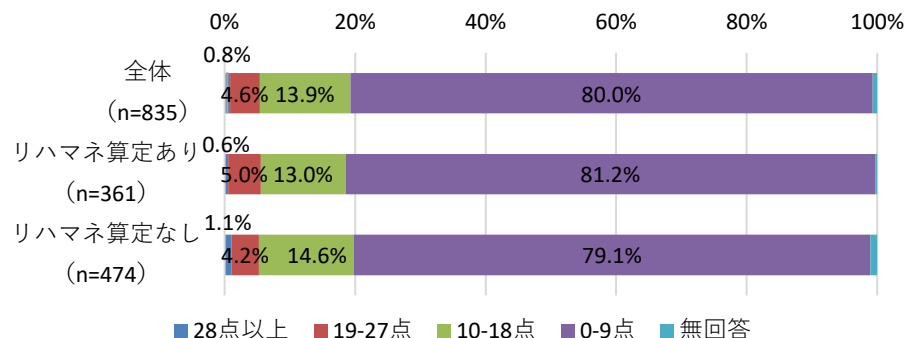


■利用開始から6ヶ月後のADL (BI) の変化

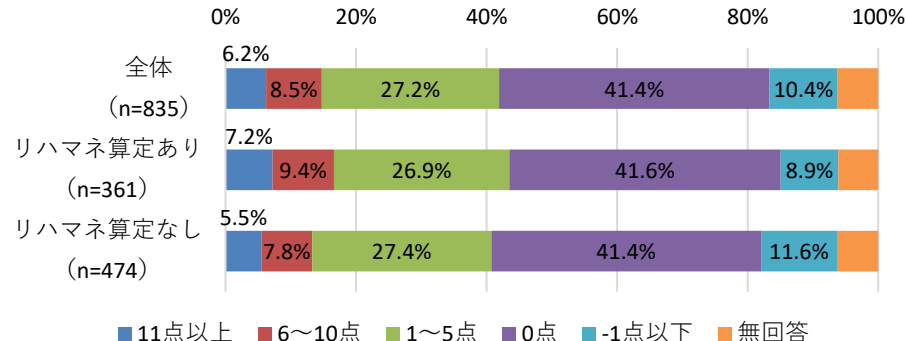


※Barthel Index (BI) はADL（日常生活動作）の自立度を評価する指標であり、10項目からなる。
総計は0～100点であり、点数が高いほどADLの自立度が高い。

■利用開始時のIADL (FAI)



■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。

論点① リハビリテーションマネジメントの推進

論点①

- 生活期リハビリテーションは、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能とし、その自立を促すために、心身機能、活動、参加にバランスよく働きかけることが重要である。
- リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動、参加について、バランスのよい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していることを評価している。
- 訪問リハビリテーション計画や実施内容は、リハビリテーションマネジメント加算の算定にかかわらず、筋力増強訓練や歩行訓練が多く、ADL訓練やIADL訓練の実施は一部にとどまる。
- リハビリテーションマネジメント加算の算定率は、事業所ベースで（イ）16.2%（ロ）30.6%、利用者ベースで（イ）11.2%（ロ）29.7%となっている。
- 生活期のリハビリテーションにおいて、利用者の日常生活の自立を促すためのリハビリテーションを推進する観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 生活期リハビリテーションにおいて、居宅における利用者の日常生活の自立を促すために心身機能、活動、参加にバランスよく働きかけるリハビリテーションを推進する観点から、以下をリハビリテーションマネジメント加算の算定要件として明確化してはどうか。
 - ①リハビリテーション会議において、利用者の居宅における活動や参加の状態を共有し、活動や参加の目標及び目標を踏まえたADL訓練やIADL訓練等を含むリハビリテーション計画を設定すること
 - ②リハビリテーション会議において、目標の達成状況を報告し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直すこと

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マネジメントの推進	7
論点②：退院時共同指導加算の拡充	15
論点③：訪問リハビリテーションにおける事業所医師の関与の促進	19
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	27

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。

退院・退所前カンファレンスへの参加とサービス開始までの期間

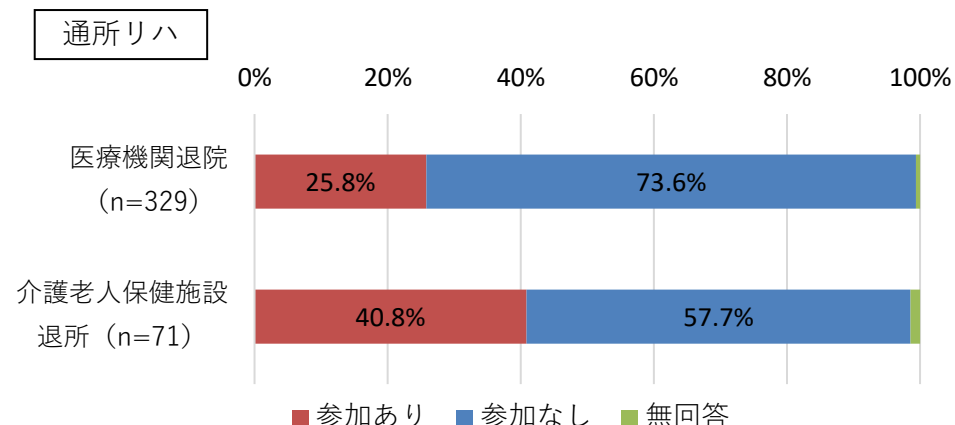
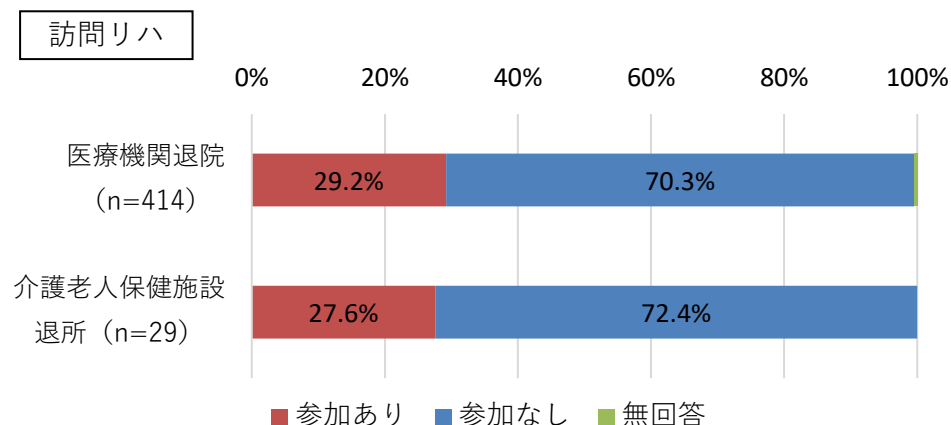
社保審－介護給付費分科会

第258回（R8.6.15）

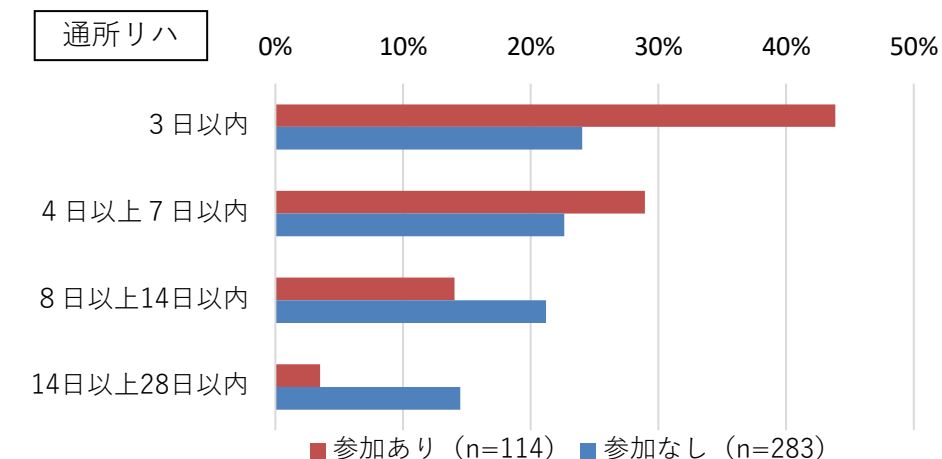
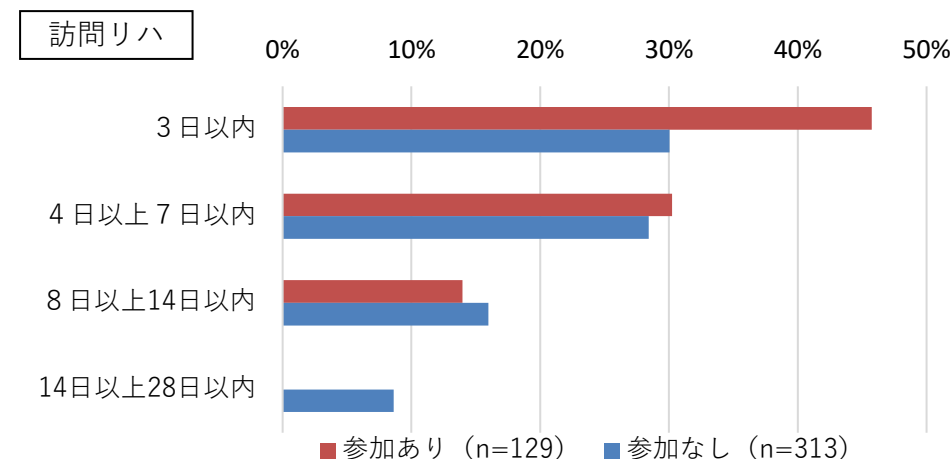
資料 3

- 退院・退所後の利用者のうち、事業所職員が退院・退所前カンファレンスに参加していたのは25%以上であった。
○事業所職員が退院・退所前カンファレンスに参加していた利用者の方が、退院・退所後からサービス利用開始までの期間が短かった。

■退院・退所前カンファレンスへの参加



■退院・退所からサービス開始までの期間



論点② 退院時共同指導加算の拡充

論点②

- 令和6年度介護報酬改定において、医療・介護のリハビリテーションの連携を強化するために退院時共同指導加算が新設された。
- 医療機関での退院前カンファレンスに参加している事業所は29.2%、介護老人保健施設での退所前カンファレンスに参加している事業所は27.6%だった。
- 退院・退所前カンファレンスに参加している方が、退院・退所から訪問リハビリテーション利用開始までの期間が短い。
- 介護老人保健施設等から退所した際に、リハビリテーションが必要な方に対して、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対応が考えられるか。

対応案

- 退院時共同指導加算の対象に、介護老人保健施設・介護医療院の退所者を加えてはどうか。

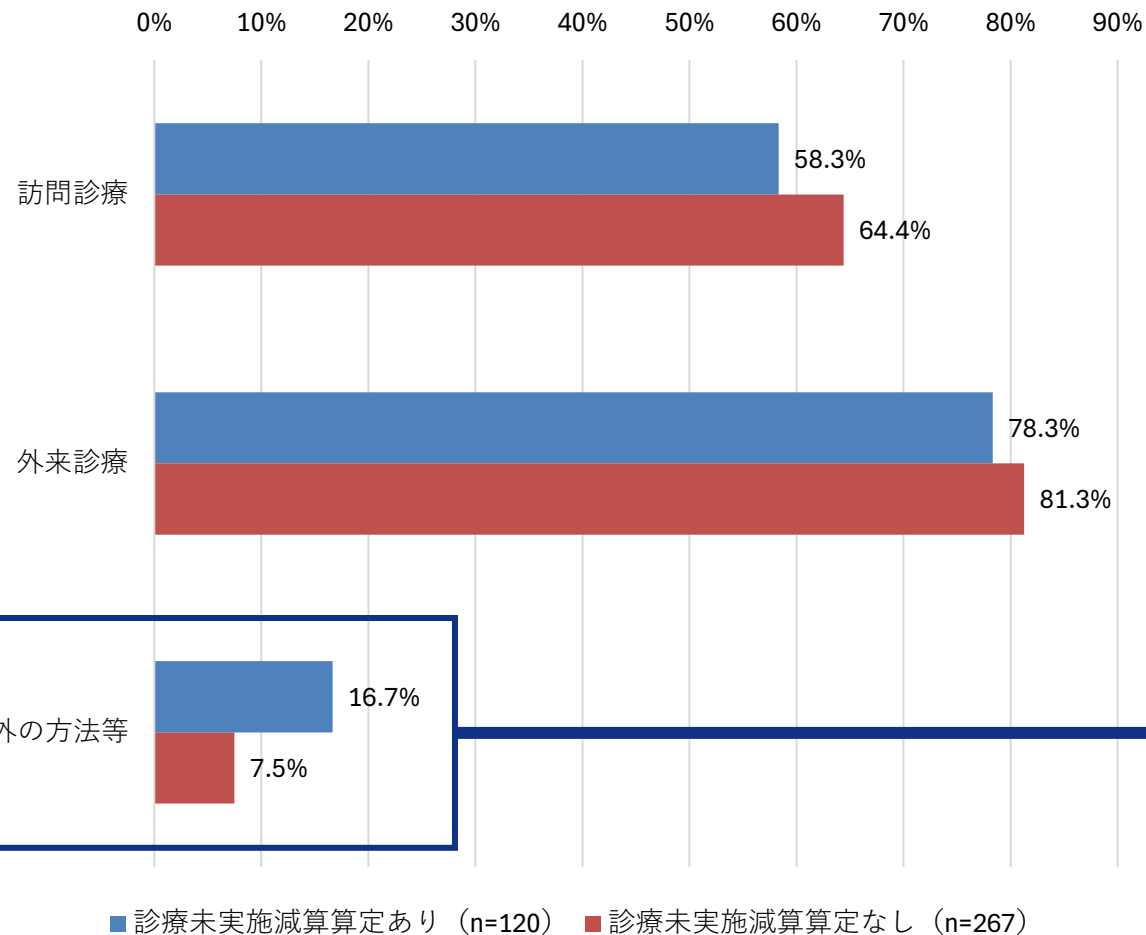
訪問リハビリテーション 目次

論点①：リハビリテーションマネジメントの推進	7
論点②：退院時共同指導加算の拡充	15
論点③：訪問リハビリテーションにおける事業所医師の関与の促進	19
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	27

事業所医師の診療方法

○事業所医師の診療方法は外来診療が約 8 割、訪問診療が約 6 割であり、訪問・外来診療以外には、オンライン診療等が行われていた。

■事業所医師の診療方法（複数選択可）



	オンライン診療
診療未実施減算算定あり	3.3%
診療未実施減算算定なし	3.7%

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

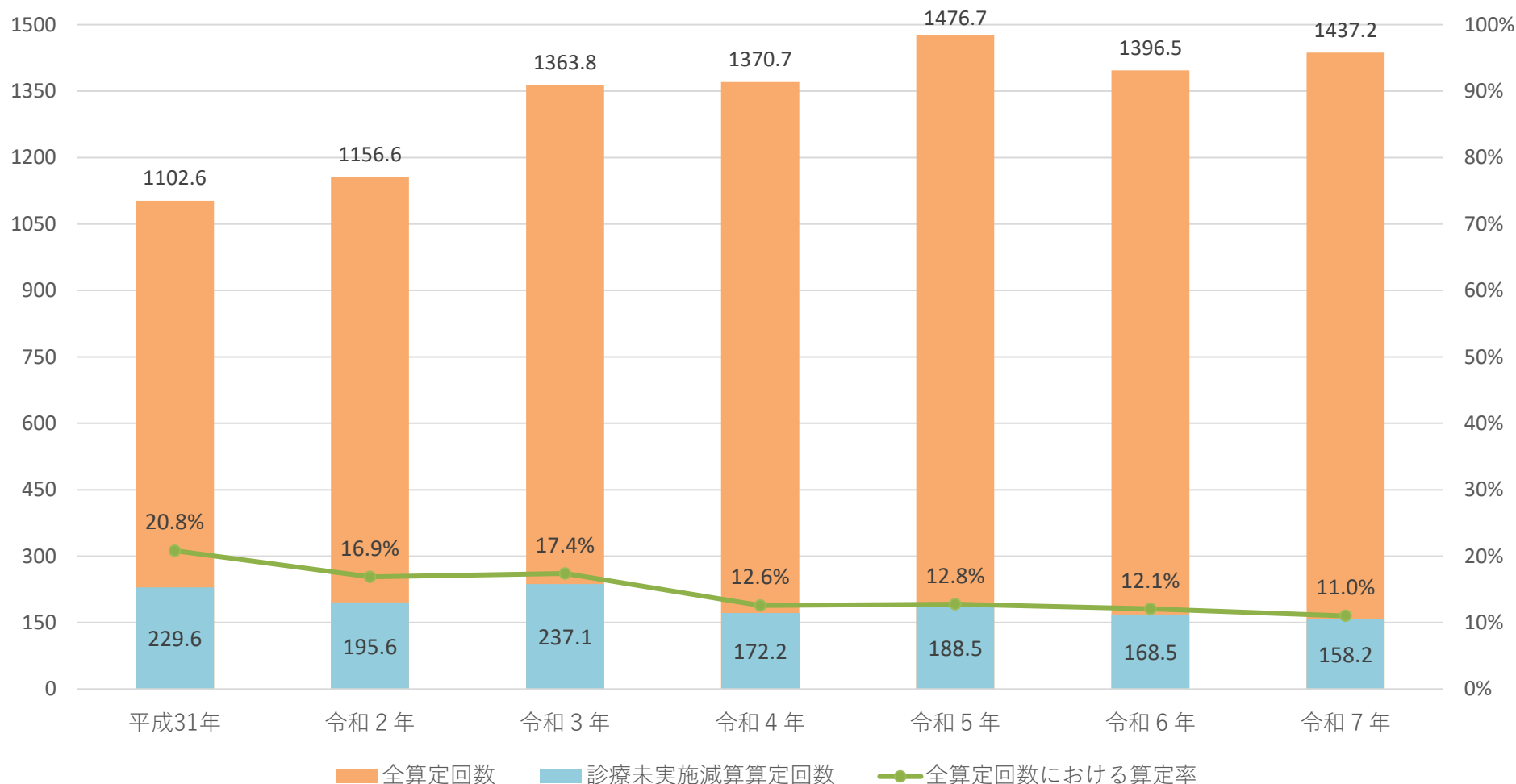
- 事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合には、以下を要件とし、診療未実施減算を適用した上で訪問リハビリテーションを提供できる。
 - (1) 指定訪問リハビリテーション事業所の利用者が当該事業所とは別の医療機関の医師による計画的な医学的管理を受けている場合であって、当該事業所の医師が、計画的な医学的管理を行っている医師から、当該利用者に関する情報の提供を受けていること。
 - (2) 当該計画的な医学的管理を行っている医師が適切な研修の修了等をしていること。
 - (3) 当該情報の提供を受けた指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該情報を踏まえ、リハビ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。

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11.0%であり、減算創設時と比較し、算定回数・算定率とも減少している。

■診療未実施減算の算定回数と算定率

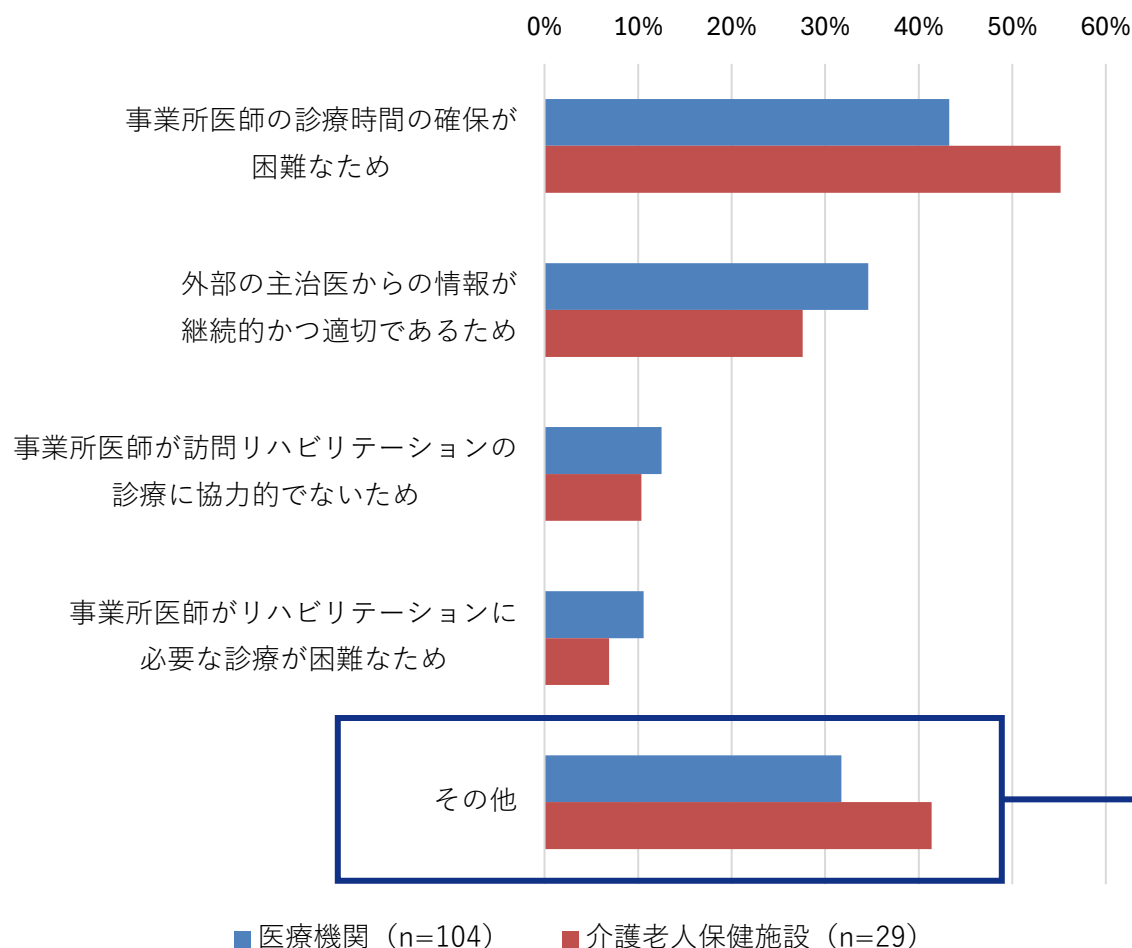
(千回)



リハビリテーション計画に係る診療未実施減算を算定している理由

○診療未実施減算の届出をしている事業所における、診療未実施減算を算定している理由として、「事業所医師の診療時間の確保が困難なため」等があげられた。

■事業所における診療未実施減算算定の理由（複数回答可）



■その他（自由記載）の内容

<利用者>

- ・利用者が外出できないため、受診困難
- ・利用者が受診のために交通手段を確保することが困難

<日程調整>

- ・利用者と医師の日程が合わない
- ・利用者の日程調整が困難
- ・訪問診療の日程が、訪問リハビリテーション開始後になってしまうことがある
- ・診療のタイミングが3ヶ月を超えてしまうことがある

<かかりつけ医>

- ・かかりつけ医が事業所医師ではない
- ・外部の主治医からのリハビリテーション依頼だった
- ・利用者から事業所医師ではなく、かかりつけ医からの指示出しを希望された

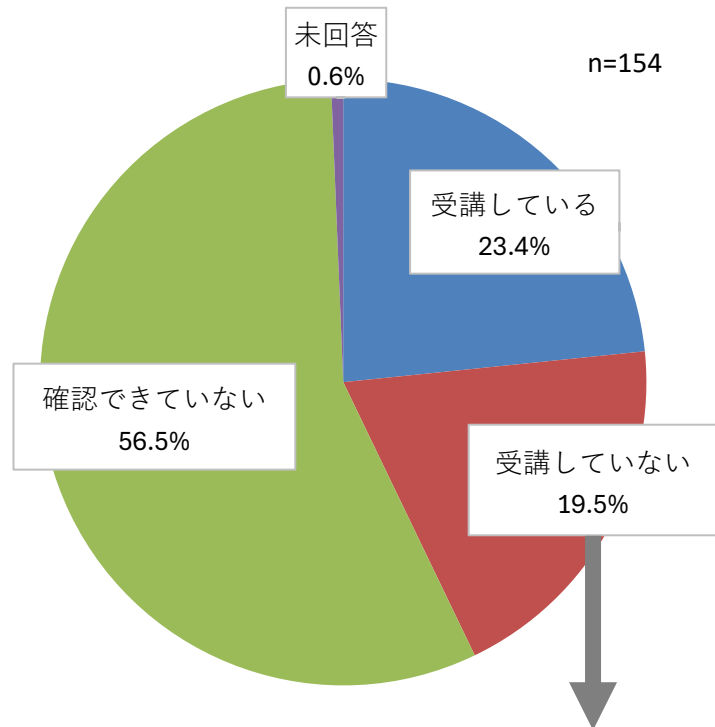
<その他>

- ・テレビ電話等での診療が認められない
- ・事業所でリモート診療や訪問診療を実施していない
- ・ケアマネジャーの強い希望があった
- ・減算が外れることで利用者に自費が発生する

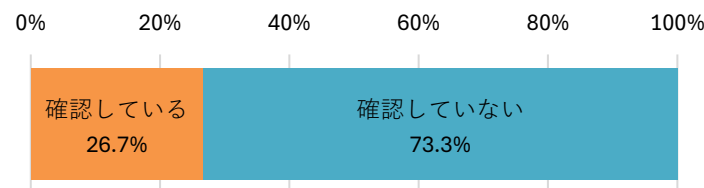
診療未実施減算に係る適切な研修の受講状況

- 診療未実施減算を算定している事例において、訪問リハビリテーション事業所が診療未実施減算に係る適切な研修の受講状況を確認できていないのは約半数であり、約2割では研修を受講していなかった。
- 受講していない理由は「時間がない」が最多だったが、約7割で受講していない理由を確認していなかった。

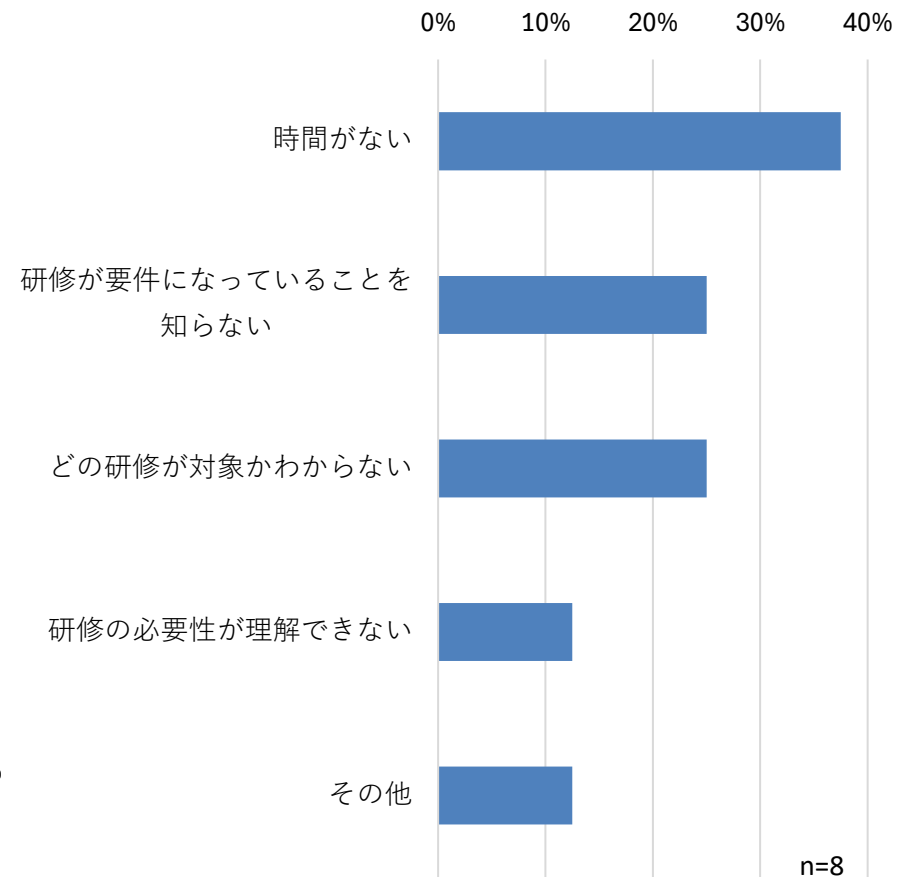
■診療未実施に係る適切な研修の受講状況



■研修を受講していない理由の確認



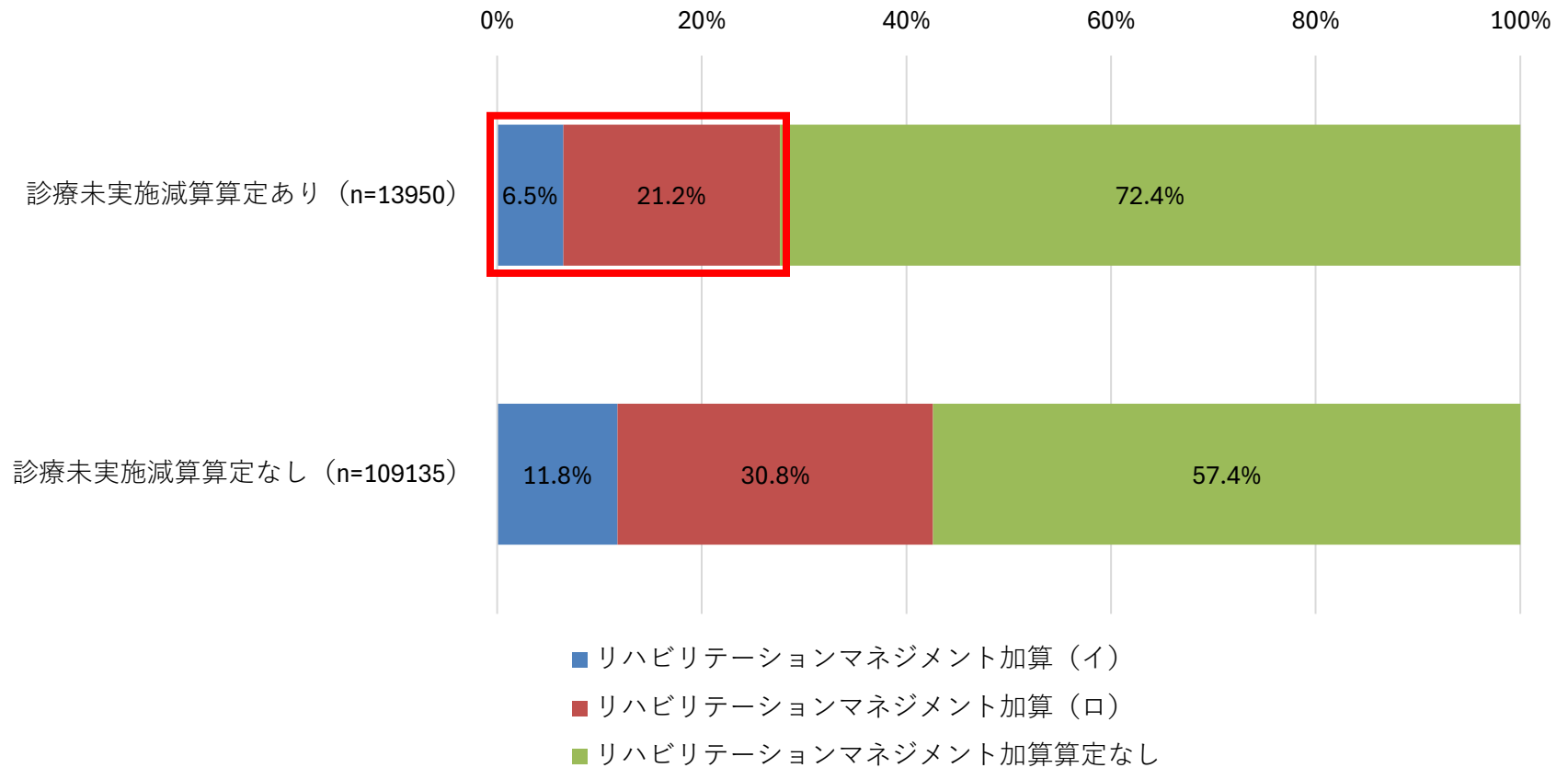
■診療未実施に係る適切な研修を未受講の理由



リハビリテーションマネジメント加算の算定状況

○診療未実施減算を算定している利用者の27.7%で、リハビリテーションマネジメント加算が併算定されていた。

■リハビリテーションマネジメント加算の併算定状況



論点③ 訪問リハビリテーションにおける事業所医師の関与の促進

論点③

- 事業所医師の診療方法は、外来診療が約8割、訪問診療が約6割であり、その他の診療方法としてオンライン診療等が実施されている。
- 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の算定が可能となっている（診療未実施減算）。
- 診療未実施減算の全算定回数における算定率は、減算創設時には20.8%だったが、現在は11.0%まで減少し、診療未実施減算を算定しない訪問リハビリテーションの割合が増えている。
- 診療未実施減算を算定している理由としては、「事業所医師の診療時間の確保が困難なため」等があげられた。
- 「適切な研修の修了等」については、減算創設時より適用を猶予しているが、「別の医療機関の医師の研修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」等の課題がある。
- また、診療未実施減算を算定している利用者の27.7%で、リハビリテーションマネジメント加算が併算定されていた。
- 診療未実施減算を算定していない訪問リハビリテーションの割合が増加している中、診療未実施減算の取り扱いについてどのように考えるか。

対応案

- 事業所医師が外来や訪問による対面での診療が困難な場合のオンライン診療の利用について明確化してはどうか。
- 診療未実施減算による訪問リハビリテーションが減少してきているため、適用猶予期間を設けた上で、事業所医師の診療による訪問リハビリテーションの実施を基本としてはどうか。
- 適用猶予期間において、利用者の状態を評価した事業所医師によるリハビリテーションマネジメントを推進する観点から、診療未実施減算を算定している場合にリハビリテーションマネジメント加算の併算定を不可としてはどうか。

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マネジメントの推進	7
論点②：退院時共同指導加算の拡充	15
論点③：訪問リハビリテーションにおける事業所医師の関与の促進	19
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	27

論点④ 住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方

論点④

- 訪問リハビリテーションにおける同一建物等居住者へのサービス提供については、効率的なサービス提供が可能となることを踏まえ、同一建物減算を設けて対応している。
- 高齢者住まいにおけるサービス提供の実態や事業所経営への影響等を踏まえつつ、住まいの形態に合わせたサービス提供の在り方についてどのように考えるか。

⇒ 高齢者住まいに対するサービス提供の在り方に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

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

社保審－介護給付費分科会

資料 4

第259回（R8.6.29）

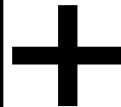
※ 加算・減算は主なものを記載

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%）

介護予防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

資料 4

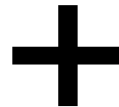
第259回（R8.6.29）

※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%)

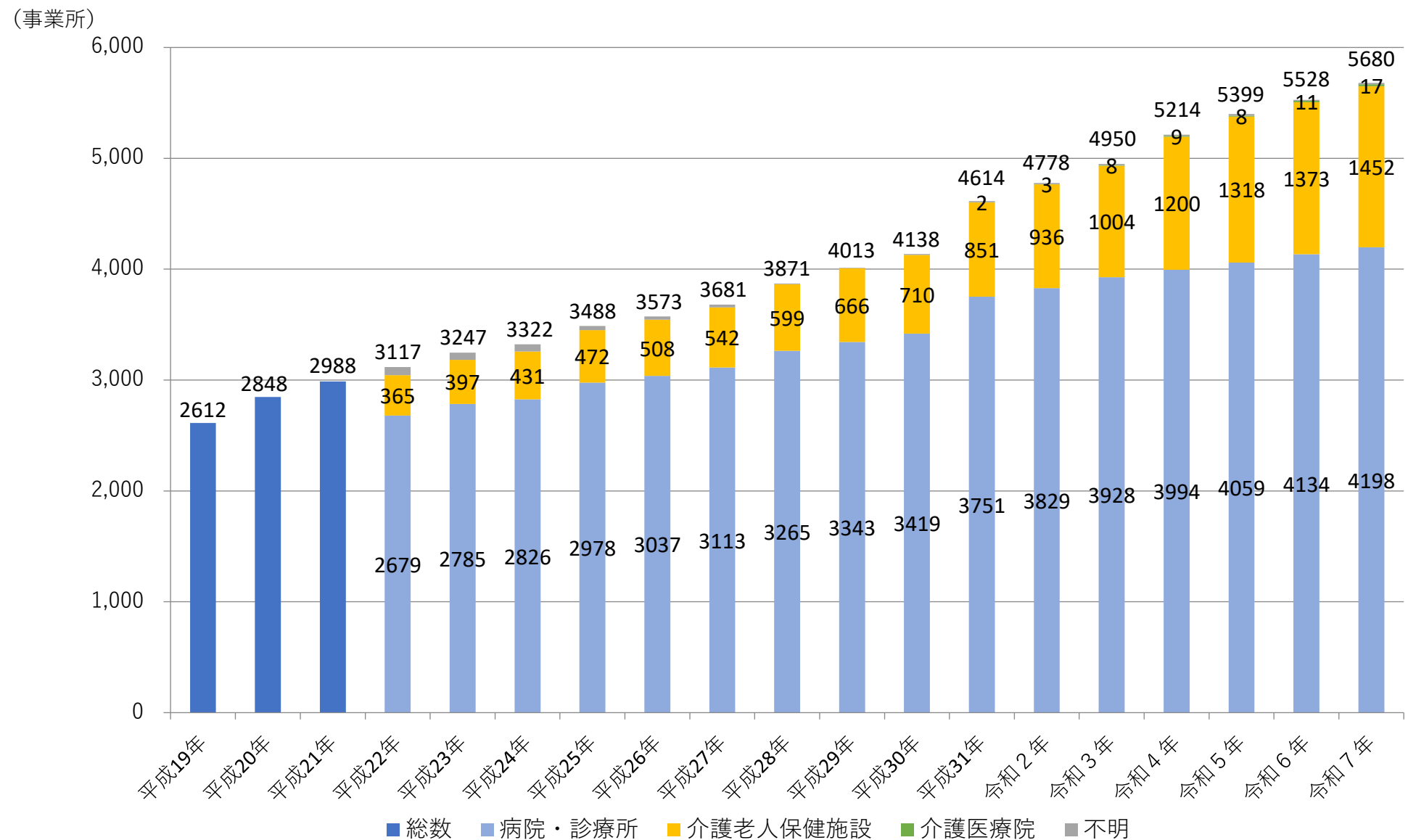
高齢者虐待防止措置未実施減算
(▲1%)

業務継続計画未策定減算
(▲1%)

訪問リハビリテーションの請求事業所数

社保審－介護給付費分科会
第259回（R 8.6.29）

資料 4



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

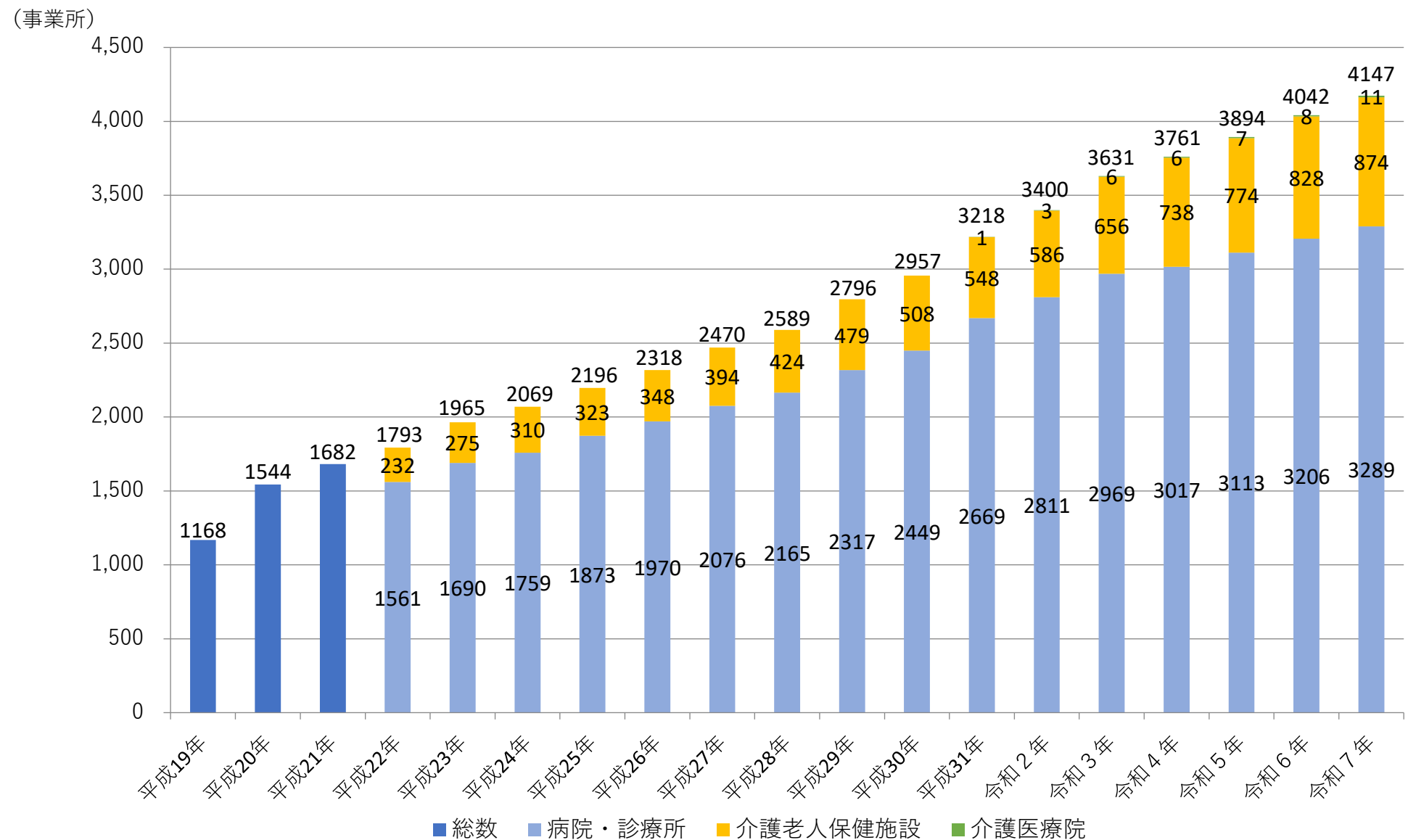
※介護予防サービスは含まない。

【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

社保審－介護給付費分科会
第259回（R 8.6.29）

資料 4



※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。

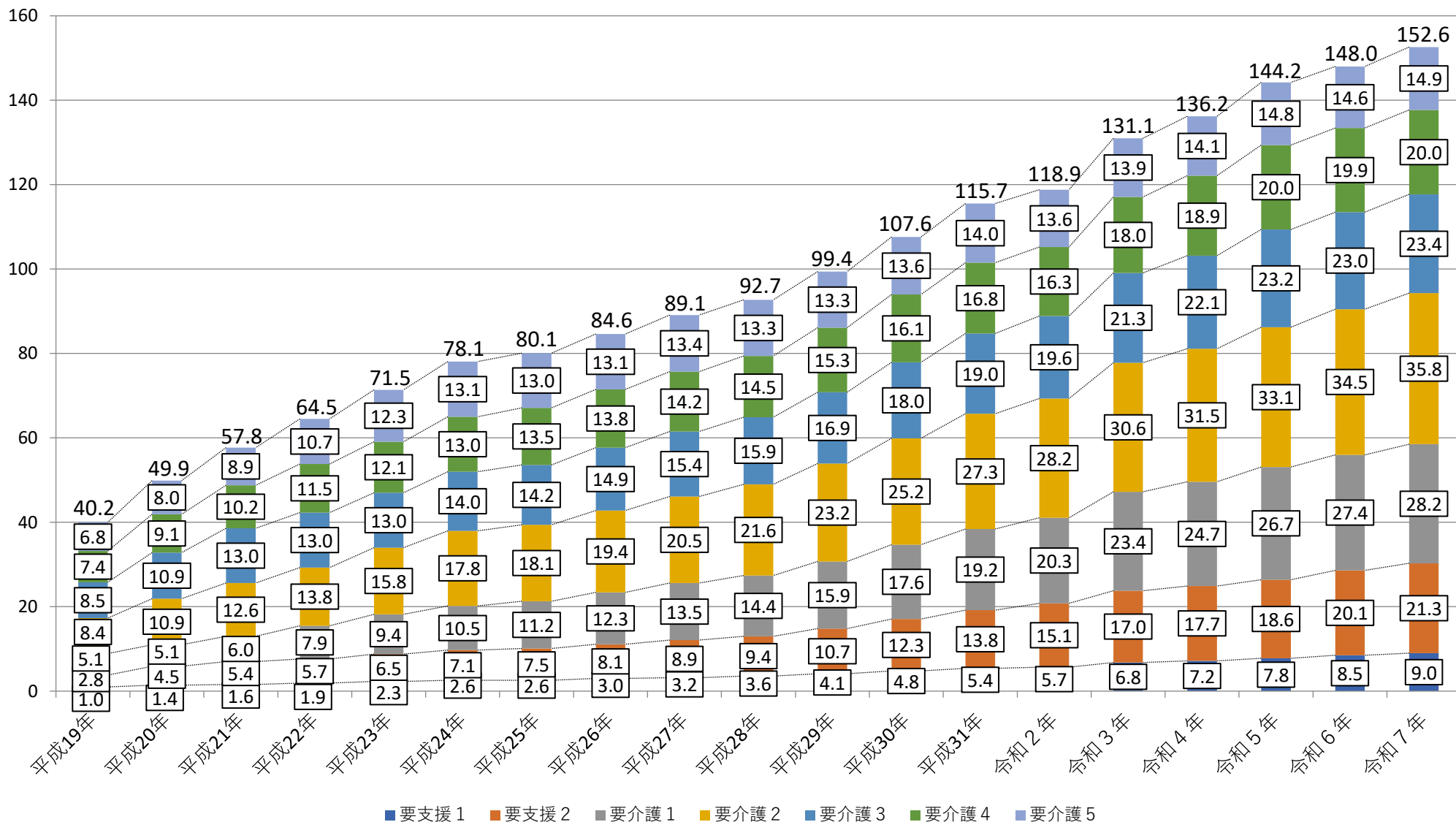
【出典】 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

訪問リハビリテーションの要介護度別受給者数

社保審－介護給付費分科会
第259回（R8.6.29）

資料 4

（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。

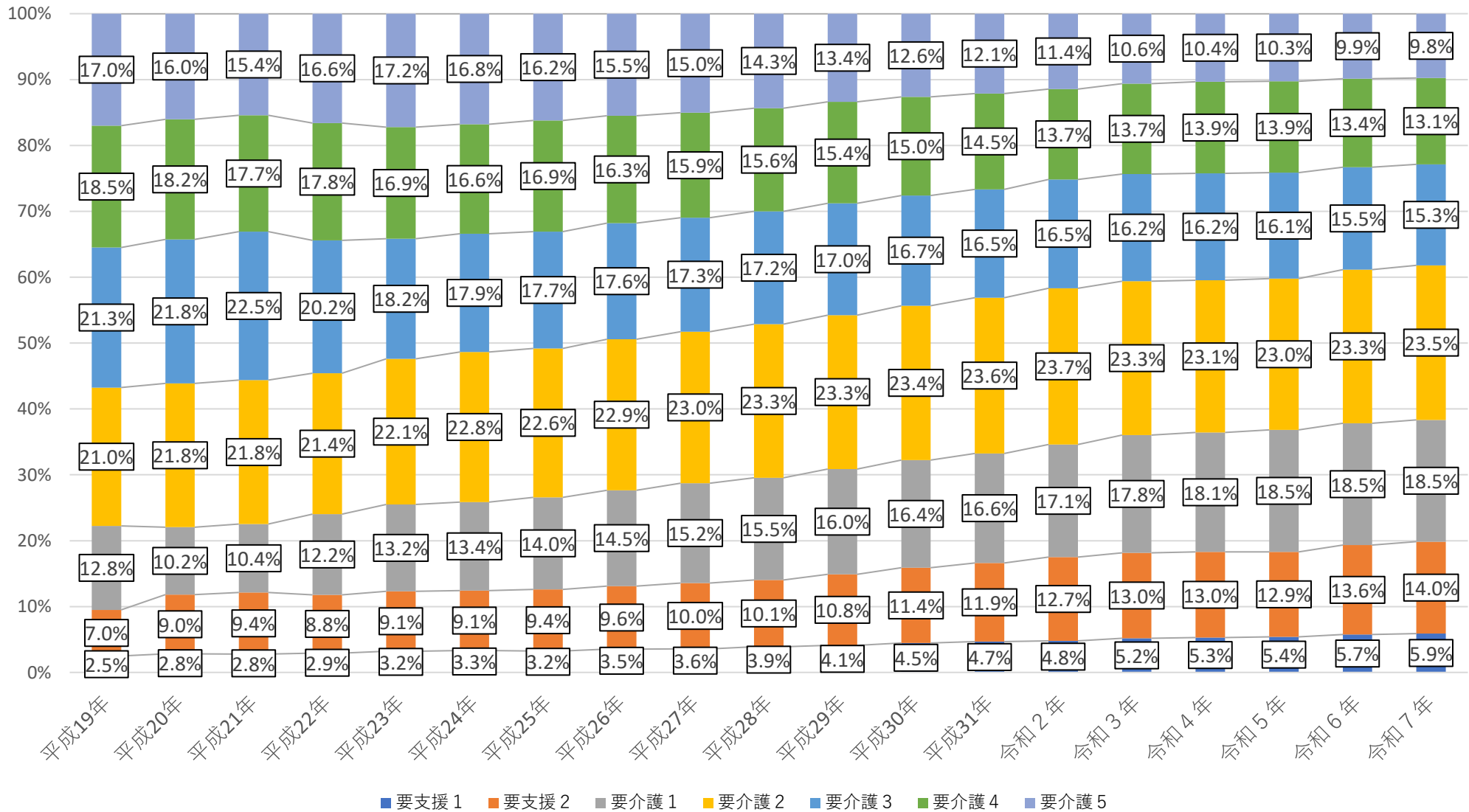
※経過的要介護は含まない。

【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

社保審－介護給付費分科会
第259回（R8.6.29）

資料 4



※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

社保審－介護給付費分科会

第259回（R8.6.29）

資料4

（百万円）

70,000

60,000

50,000

40,000

30,000

20,000

10,000

0

平成19年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度 平成26年度 平成27年度 平成28年度 平成29年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 令和4年度 令和5年度 令和6年度

■介護予防サービス ■介護サービス

※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経営状況

社保審－介護給付費分科会

第259回（R8.6.29）

資料4

○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%	11.1%	9.6%
	<8.1%>	<11.3%>	<9.7%>
	(7.7%)	(10.6%)	(9.1%)
訪問入浴介護	3.0%	5.1%	5.3%
	<3.1%>	<5.3%>	<5.6%>
	(2.2%)	(4.2%)	(4.5%)
訪問看護	5.9%	11.9%	10.3%
	<6.2%>	<12.0%>	<10.3%>
	(5.8%)	(11.3%)	(9.7%)
訪問リハビリテーション	9.1%	11.8%	10.8%
	<10.3%>	<11.9%>	<10.8%>
	(9.9%)	(11.5%)	(10.5%)
通所介護	1.5%	6.5%	6.2%
	<1.8%>	<6.8%>	<6.4%>
	(1.4%)	(6.5%)	(6.0%)
通所リハビリテーション	1.8%	2.4%	2.0%
	<2.8%>	<2.7%>	<2.1%>
	(2.5%)	(2.6%)	(1.9%)
短期入所生活介護	2.6%	4.1%	2.7%
	<3.3%>	<4.6%>	<2.9%>
	(3.2%)	(4.5%)	(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。