

社会保障審議会 介護給付費分科会（第229回）	資料 3
令和 5 年10月26日	

通所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(通所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

<通所リハビリテーション>

(総論)

- 令和3年度の介護報酬における新型コロナウイルス感染症対応のための特例的な評価の実施状況や効果を検証しつつ、これからのウィズコロナ時代における持続可能な通所系サービスの在り方を検討する必要があるのではないか。その際、人材の有効活用の観点から、ICTの活用なども参考にすべきではないか。

(基本報酬)

- 大規模型事業所ほど多くのリハビリテーション専門職、介護職を配置しており、要介護度の重い利用者に対してサービスを提供しているため、大規模型事業所の方が経営効率がいいとは言えない上に、他サービスにおいては大規模化・集約化が推進されているにも関わらず、大規模型事業所へ減算を行うのは不適切ではないか。
- 令和3年度の通所リハビリテーションの収支差率は0.5%と厳しい状況にあり、半数の事業所が赤字となっている中、リハビリテーションサービスの基盤を強くするために、基本報酬の見直しや、大規模事業所減算の見直しが必要ではないか。

(医療との連携)

- 退院・退所時のカンファレンスへの介護のリハビリテーション職の参加や、医療のリハビリテーション実施計画書の共有を促すべきではないか。
- 医療保険から介護保険への移行の際の適切なリハビリテーションの提供のために、情報連携がスムーズに進む体制の整備が必要ではないか。

(リハビリテーションの質の評価)

- アウトカム評価として、生活機能の改善・変化の実績を含めるなど、具体的な指標・評価方法を検討するとともに、加算の整理統合も検討すべきではないか。
- 総合評価の創設の前に、既存の加算も含め、アウトカム評価をより重視するための検討が必要ではないか。
- 事業所の規模別の評価ではなく、適切なケアが提供されているかなど、プロセスの評価を中心に、質を別途評価するという仕組みが必要ではないか。
- 医療機関と介護老人保健施設では、提供時間や利用者の要介護度など、役割に大きな差があるので、それらの特徴の違いを踏まえて評価指標を設定すべきではないか。
- 現在は多くの利用者がマルチモビディティ患者であり、疾患改善や機能改善の評価が難しいと考えられるので、利用者本人が楽しめているか、幸せなのか、大事にされているのか、やりがいを感じているか等に評価の目を向けることが重要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所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・栄養の一体的な取組は非常に効果もあるので、加算等も含めて推進の方策を検討すべきではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に、一定期間に集中して実施するような、質の高いリハビリテーションの推進が必要ではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を行うための専門職の確保が難しいため、専門職を派遣する側の医療機関が、通所リハビリテーションの会議等に出席ができるような方策や、書面による対応も可能とするなどの方策を検討してはどうか。
- リハビリテーションマネジメント加算の算定要件であるリハビリテーション会議に、口腔・栄養の専門職が参加する等の対応を検討してはどうか。
- 情報連携を進めていく上で、共通の書式を持つことは望ましいので、様式例を見直す等、より広く活用可能となるような施策の検討が必要ではないか。
- 特に口腔の情報に関して、ケアマネジャーや介護職にも理解でき、連携しやすくなる仕組みが必要ではないか。
- リハビリテーション・口腔・栄養のいずれの分野も薬剤の影響を受けるため、それぞれのケアにおいてより高い効果を求めるために、薬剤師との連携の重要性についても明確化しておくべきではないか。

(介護予防通所リハビリテーションについて)

- リハビリテーションの継続が要介護度の維持に寄与しているか、効果を検証するとともに、今後の介護予防の在り方について検討する必要があるのではないか。
- 介護予防とは、要介護になることを遅らせるためのサービスであり、要支援者の長期利用を一律に適正化するのではなく、サービス提供により要支援の状態で維持できていることを評価すべきではないか。
- 要支援者の長期利用について、本人の継続希望がある中、通所リハビリテーションを卒業させるのであれば、利用者の重度化が進まないよう、それ以外の適切な居場所があるのか議論が必要ではないか。
- 介護予防のリハビリテーションは、可能な限り非悪化・維持を目指すものであり、メリハリをつけて行うことは大切だが、リハビリテーションからの卒業を評価するよりも、人生の最後までをしっかりと支えるサービスとして位置づけていくことが必要ではないか。
- 事業所評価加算は見直しが必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見(通所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

※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は、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は、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

通所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. リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し	14
論点 3. 介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価	17
論点 4. リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進	23
論点 5. 運動器機能向上加算の見直し	29
論点 6. 機能訓練事業所(障害サービス)の拡充	32

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、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 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。
- 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。
 - (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) 通所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 →

リハビリテーション実施計画書の作成

課題②

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 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。

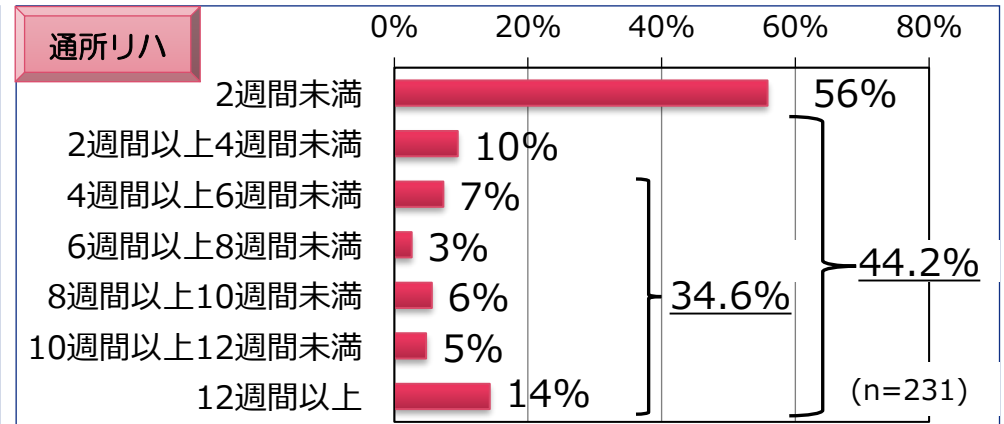
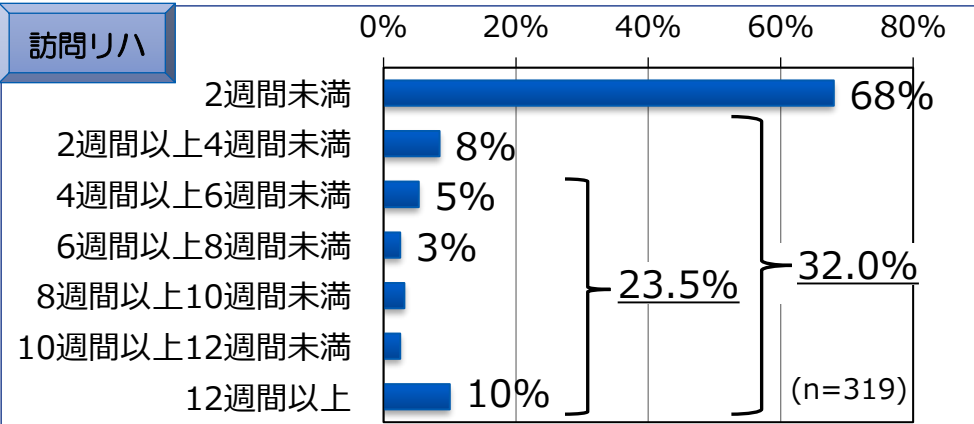
【留意事項通知（抜粋）】

3(8)⑳

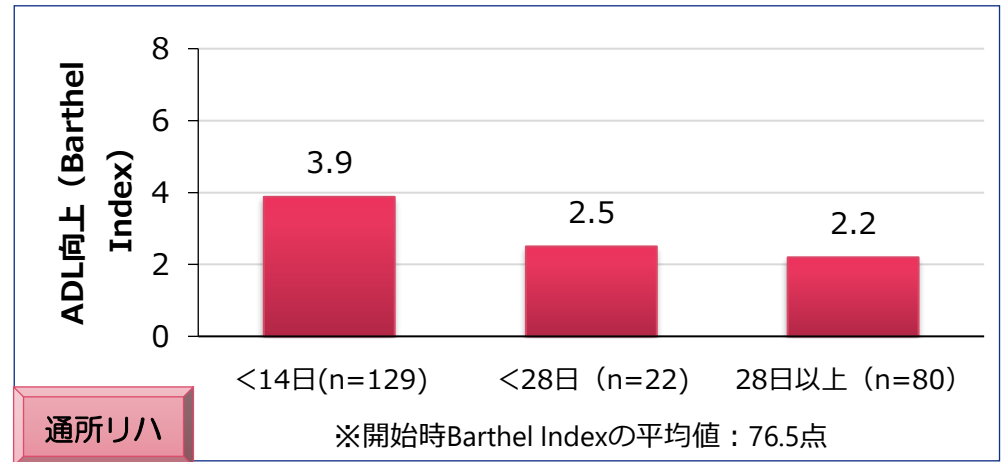
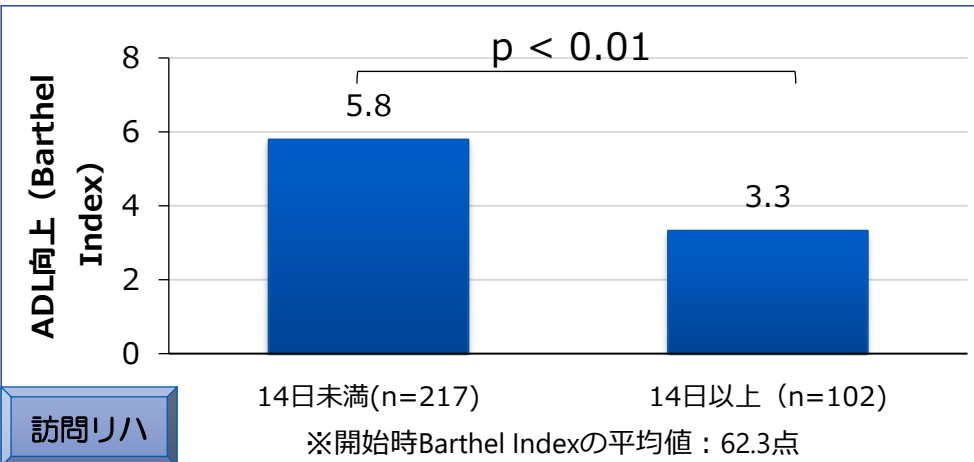
（前略）このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。（後略）

- 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

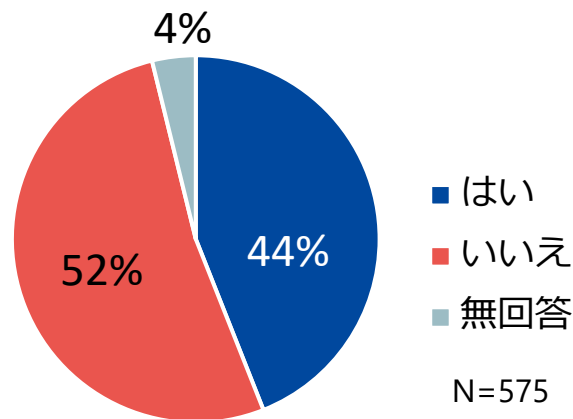


■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度

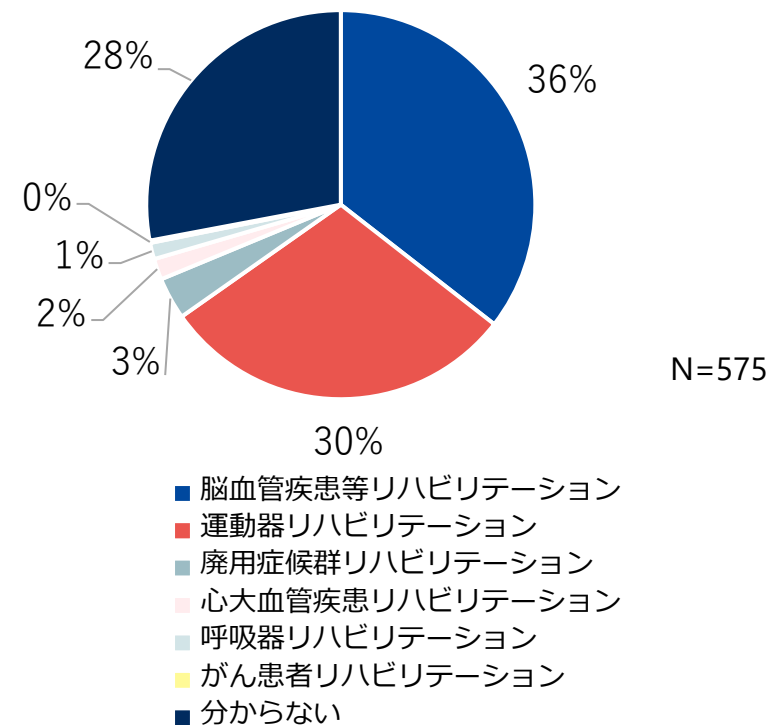


- 介護保険のリハビリテーション実施者が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは、入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリテーション提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

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*
		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%)	

*Fisherの正確検定

※ 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

論点2 リハビリテーションの充実に向けた基本報酬の見直し

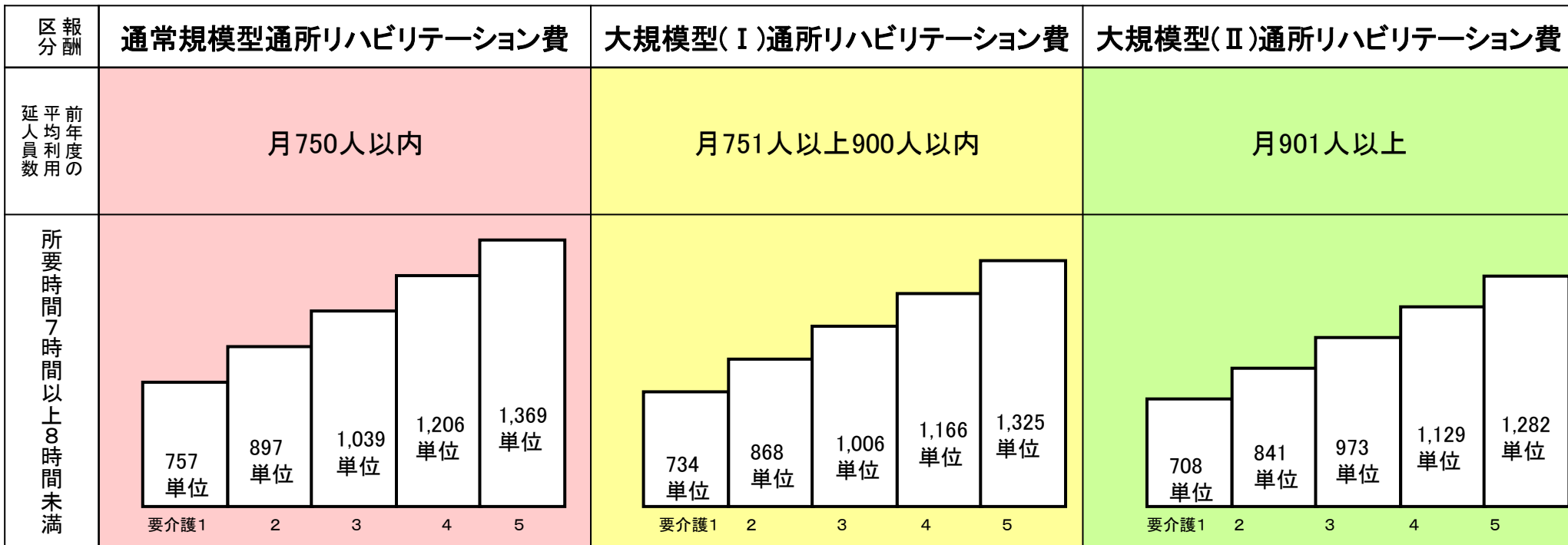
論点2

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、それぞれに応じた単位数が設定されている。
- 規模別の単位数設定については、サービス提供にあたってのスケールメリットに着目した評価であるが、大規模型事業所であっても、体制を整え、個々の利用者のニーズに応じたリハビリテーションを行う施設については、必ずしもスケールメリットが働かないとの指摘がある。
- リハビリテーションを充実させる観点から、規模別に一律である基本報酬体系について、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 個々の利用者のニーズに応じてリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所については、スケールメリットが限定的となることから、現在の大規模型の報酬について一定の見直しを行ってはどうか。

通所リハビリテーションの経営状況



■事業所規模別収支差率

	通常規模型	大規模型(Ⅰ)	大規模型(Ⅱ)
延べ利用者数	601～750人	751～900人	901人以上
令和3年度収支差	0.6%※	2.4%※	0.3%※
令和2年度収支差	3.7%	2.0%	2.3%
有効回答数	54	25	47

令和3年度介護報酬改定 基本報酬の見直し
(引き上げ単位数は大規模型Ⅰ>Ⅱ)

※新型コロナウイルスに係る特例により、一段階評価が上の規模別区分で算定している場合がある

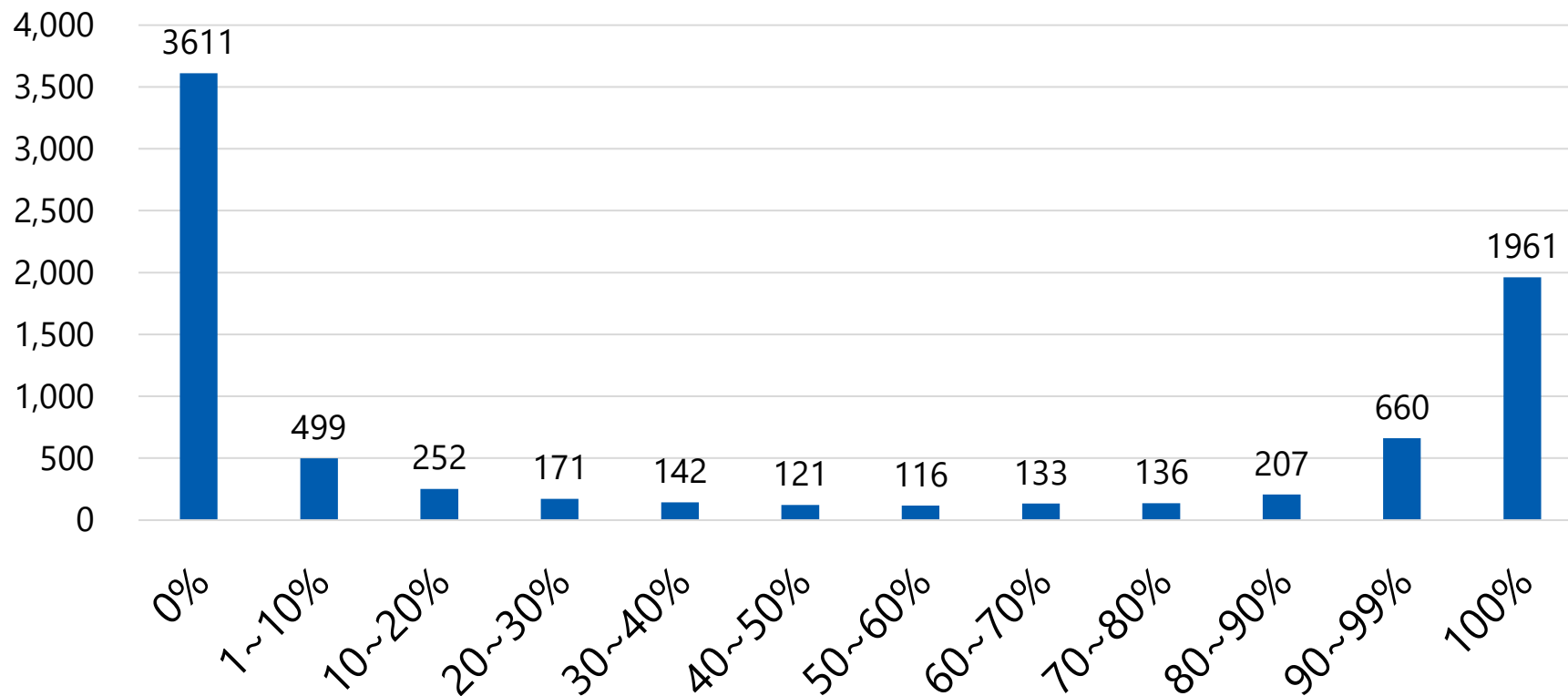
	通常規模型	大規模型(Ⅰ)	大規模型(Ⅱ)
延べ利用者数	601～750人	751～900人	901人以上
平成30年度収支差	4.0%	5.5%	3.6%
平成29年度収支差	5.0%	6.6%	6.9%
有効回答数	48	41	67

平成30年度介護報酬改定 規模別・時間別基本報酬の見直し
(見直しにあたり、大規模型ⅠについてはⅡよりも手厚い対応)

リハビリテーションマネジメント加算の算定率

■利用者全体のうちリハビリテーションマネジメント加算を算定している割合別の事業所数

(事業所数)



論点3 介護予防通所リハビリテーションの質の向上に向けた評価

論点3

- 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64%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9.8%と低く、算定が困難な理由として「介護度の認定期間が長く、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。

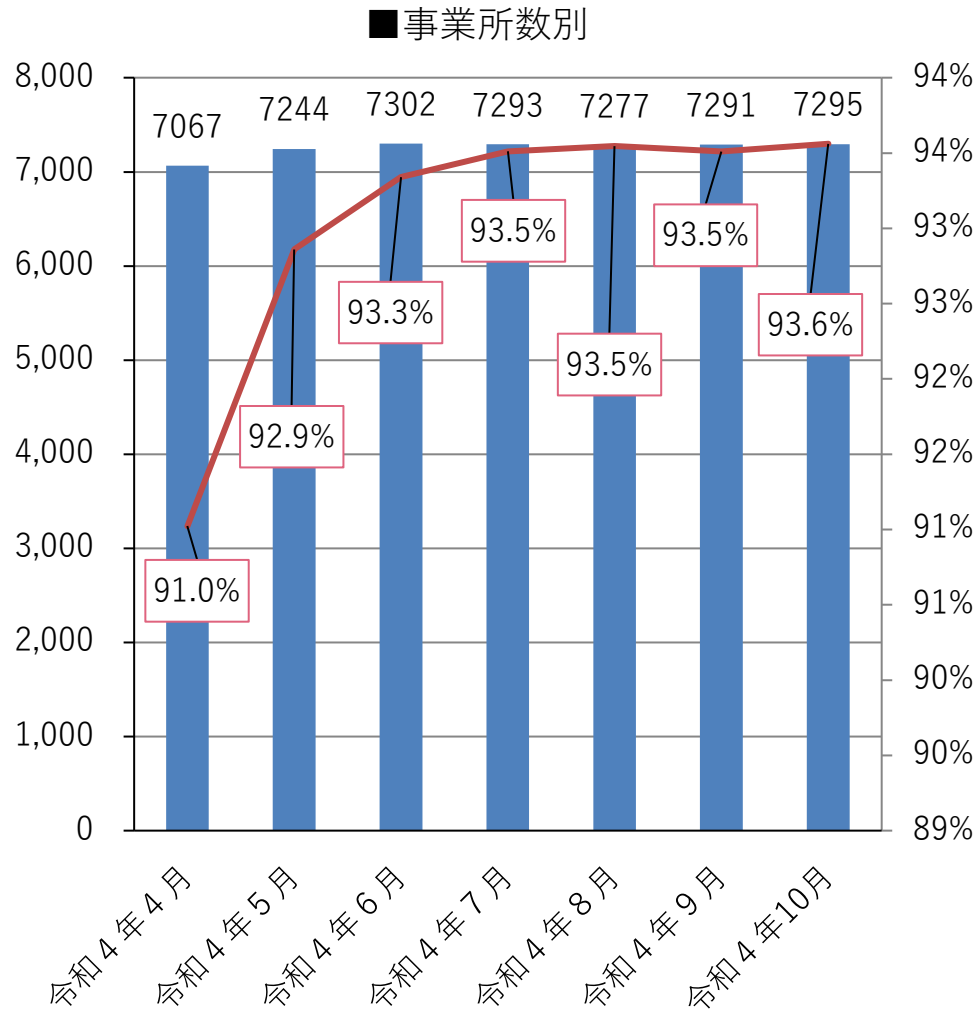
対応案

- 介護予防通所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。
- 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。

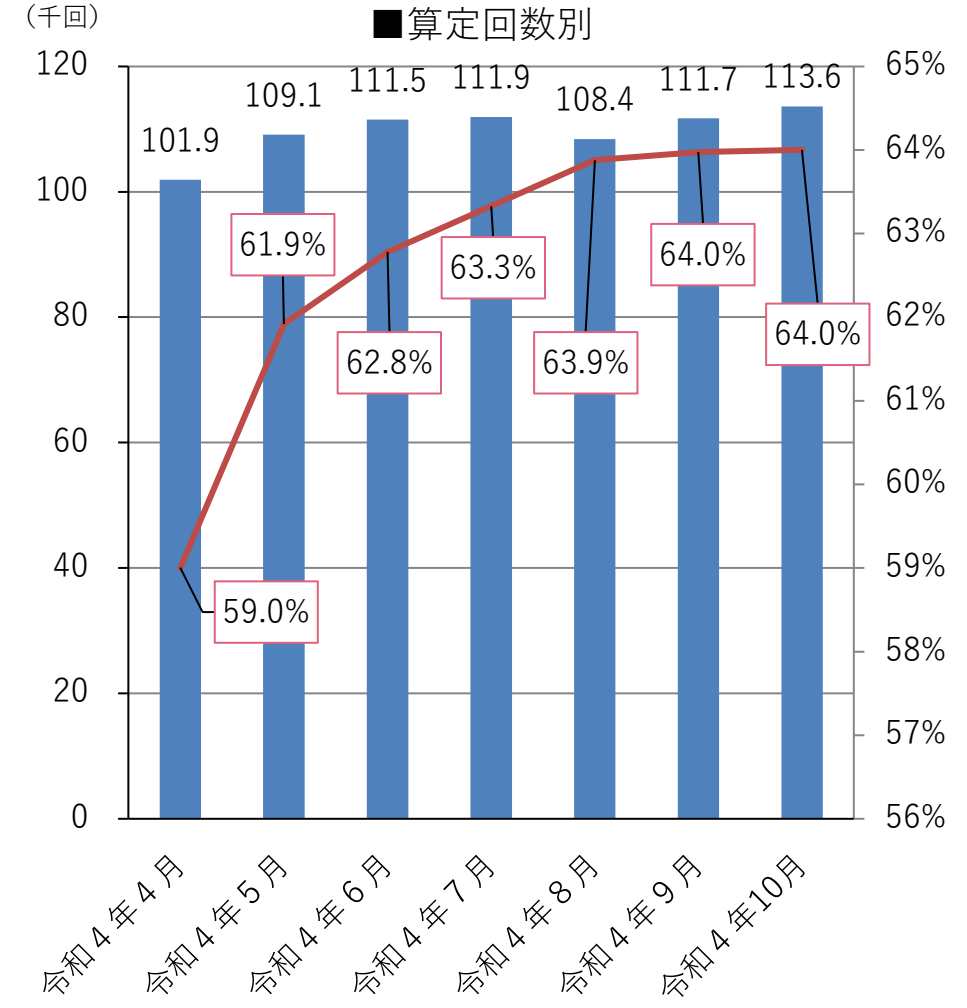
介護予防通所リハビリテーション長期間利用減算の算定割合(事業所別・算定回数別)

社保審一介護給付費分科会
第219回 (R5. 7. 10) 資料3

○ 12月減算の算定率は、事業所別では93.6%、算定回数別では64.0%であった。



※赤線は減算算定事業所数/総事業所数



※赤線は減算算定回数/基本報酬の算定回数

介護予防通所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

○ 介護予防通所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32.6%である。

■介護予防通所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=677	通常規模 n=576	大規模Ⅰ n=38	大規模Ⅱ n=51
実施あり	32.6%	33.3%	26.3%	25.5%
実施なし	63.2%	62.8%	63.2%	72.5%
無回答	4.1%	3.8%	10.5%	2.0%

■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=221	通常規模 n=192	大規模Ⅰ n=10	大規模Ⅱ n=13
10割	51.6%	52.6%	80.0%	15.4%
8割以上	8.6%	8.9%	20.0%	0.0%
5割以上	10.9%	10.4%	0.0%	23.1%
3割以上	3.6%	4.2%	0.0%	0.0%
3割未満	22.2%	20.3%	0.0%	61.5%
無回答	3.2%	3.6%	0.0%	0.0%

(介護予防通所リハビリテーション)事業所評価加算の算定率

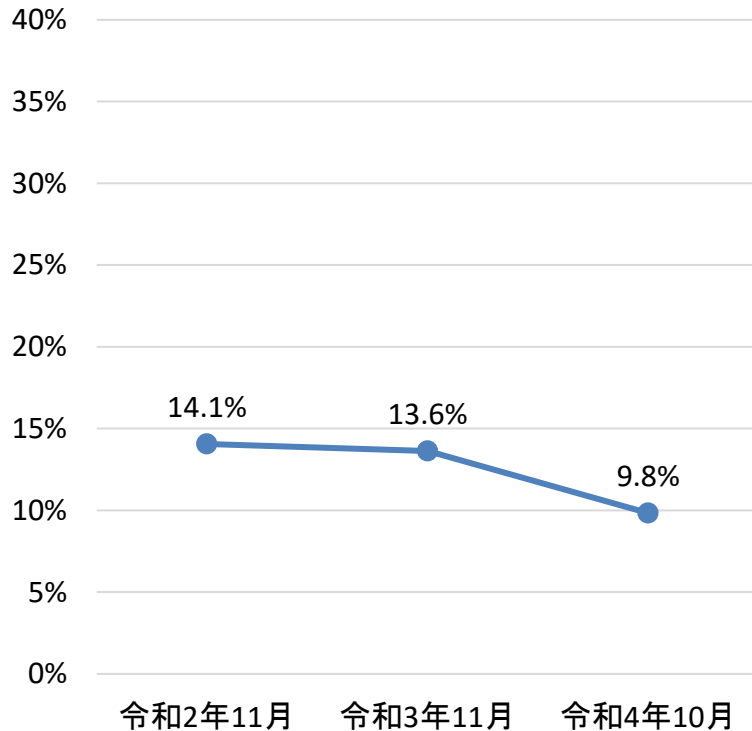
社保審—介護給付費分科会

第219回 (R5. 7. 10)

資料3

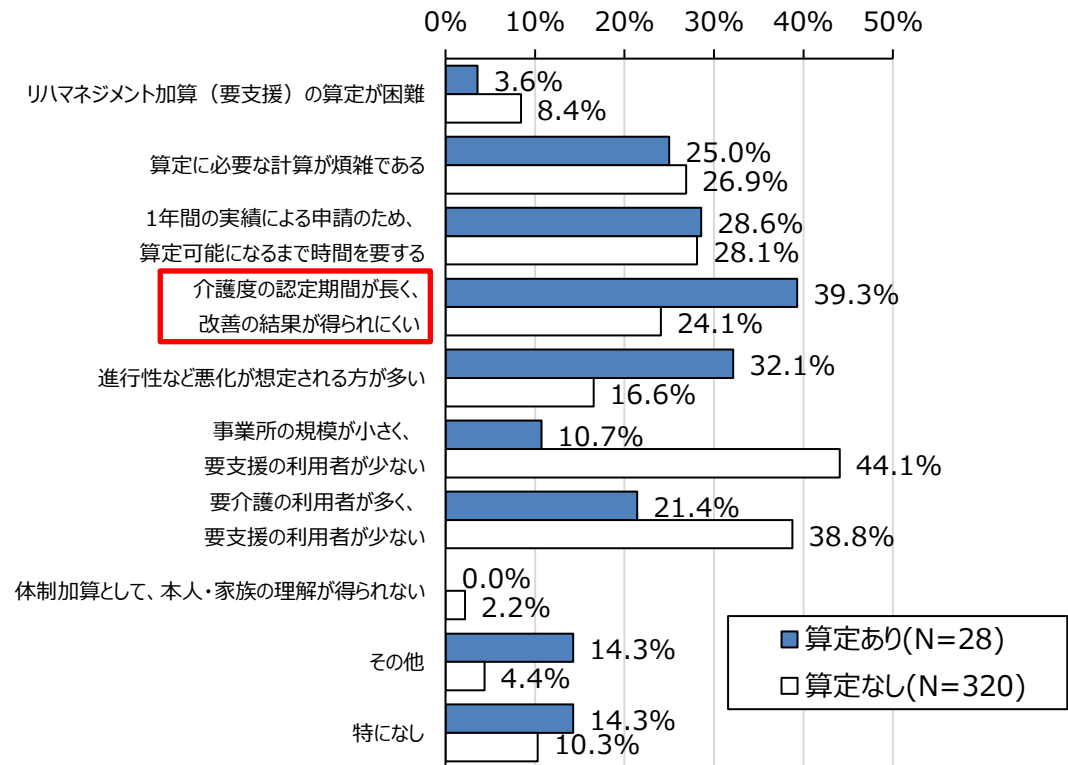
- 事業所評価加算の算定率は9.8%と低い。
- 事業所評価加算の算定が困難な理由として、算定している事業所では、要介護認定の期間が長く、改善の結果が得られにくいとする割合が高い。

■ 予防通所リハビリテーションにおける事業所評価加算の算定率



(出典) 介護給付費等実態統計を元に老健局老人保健課で集計

■ 事業所評価加算が算定困難な理由



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

(介護予防通所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219回 (R5. 7. 10) 資料 3

単位等

- 事業所評価加算 120単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業において、評価対象期間の満了日の属する年度の次年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。ただし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定している場合は算定しない。

大臣基準告知

- イ 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。
- ロ 評価対象期間における指定介護予防通所リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること。

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

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

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4 リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組の推進

論点4

- リハビリテーション・口腔・栄養の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待されており、一体的取組の推進によって、より質の高いサービスの提供が可能になったという報告もある。
- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、どのような対応が考えられるか。

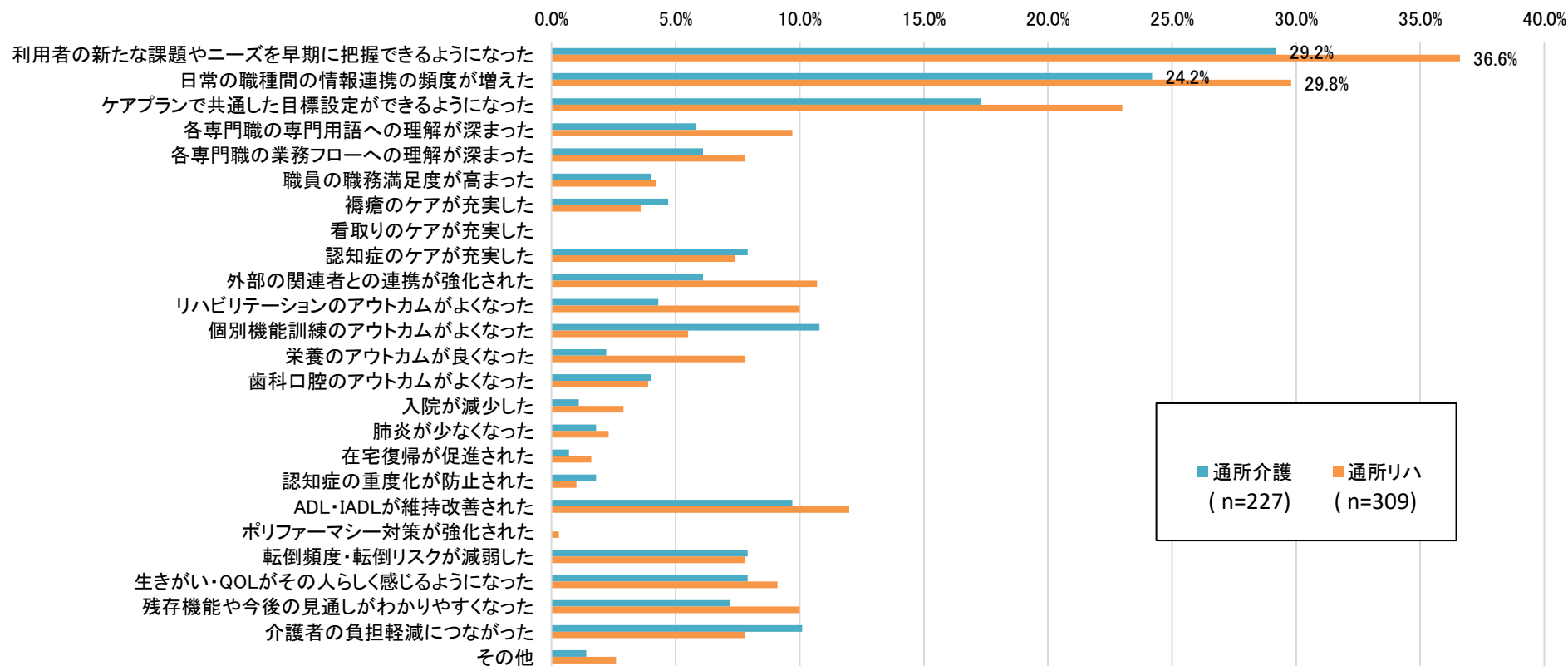
対応案

- リハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を更に推進していく観点から、
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算について、口腔・栄養のアセスメントも併せて実施した上でリハビリテーションの質を管理した場合の評価を新たに設けること
 - ・ 一体的実施計画書の様式の見直しを検討してはどうか。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果

- 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果として、通所介護、通所リハビリテーションともに「利用者の新たな課題やニーズを早期に把握できるようになった」が最も多く、次いで「日常の職種間の情報連携の頻度が増えた」が多かった。

「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理の一体的取組」の推進による効果の状況



3.(1)① リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の一体的な推進

概要

【訪問リハビリテーション★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組を一体的に運用し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する加算等の算定要件とされている計画作成や会議について、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士が必要に応じて参加することを明確化する。
- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設ける。

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書

氏名： 殿		サービス開始日： 年 月 日	
作成者： リハ 栄養 口腔		初回作成日： 年 月 日	
		作成(変更)日： 年 月 日	
利用者及び	リハビリテーション ・個別機能訓練	栄養	口腔
			説明日
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき 課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (□低 □中 □高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□口臭、□歯の汚れ、 □義歯の汚れ、□舌苔) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□食べこぼし、□舌の動きが悪い、 □むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯 (う蝕、修復物脱落等)、義歯 (義歯不適合等)、 歯周病、口腔粘膜 (潰瘍等) の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他 () 【記入者】 □看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
長期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 食形態 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能 (□維持、□改善 ()) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
短期目標・ 期間	(心身機能) (活動) (参加)		【計画立案者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
具体的な ケア内容	担当職種： 、期間： 、 頻度：週 回、時間： 分/回	担当職種： 、期間： 、頻度：週 回	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () 【サービス提供者】 <input type="checkbox"/> 看護職員 □歯科衛生士 □言語聴覚士
算定加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (A) ロ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) イ <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算 (B) ロ <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II) <input type="checkbox"/> 口腔・栄養スクリーニング加算 <input type="checkbox"/> 栄養アセスメント加算 <input type="checkbox"/> 栄養改善加算 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (I) <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算 (II)		

令和3年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書(リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録)について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示

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

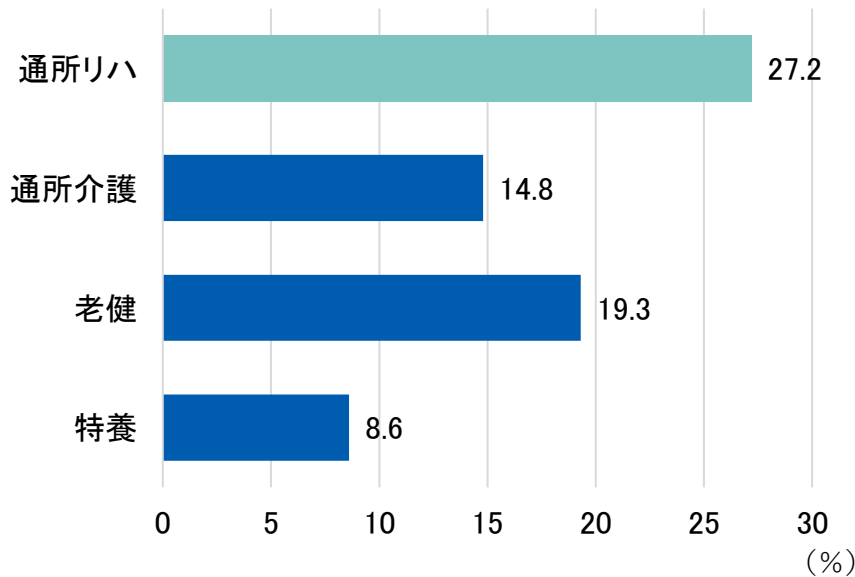
社保審一介護給付費分科会

第219回 (R5. 7. 10)

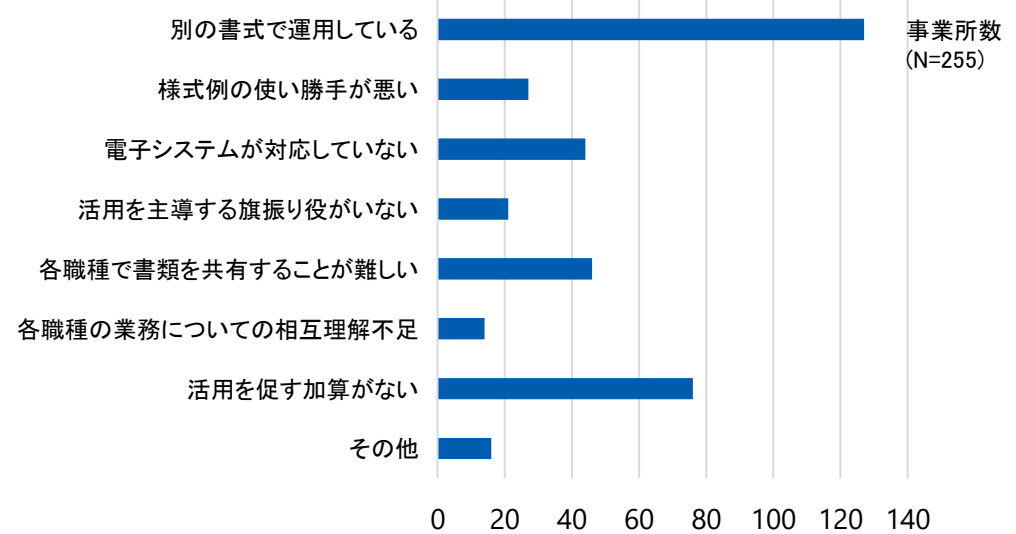
資料 3

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

■ 一体的計画書の使用



■ 一体的計画書を使用していない理由 複数回答可

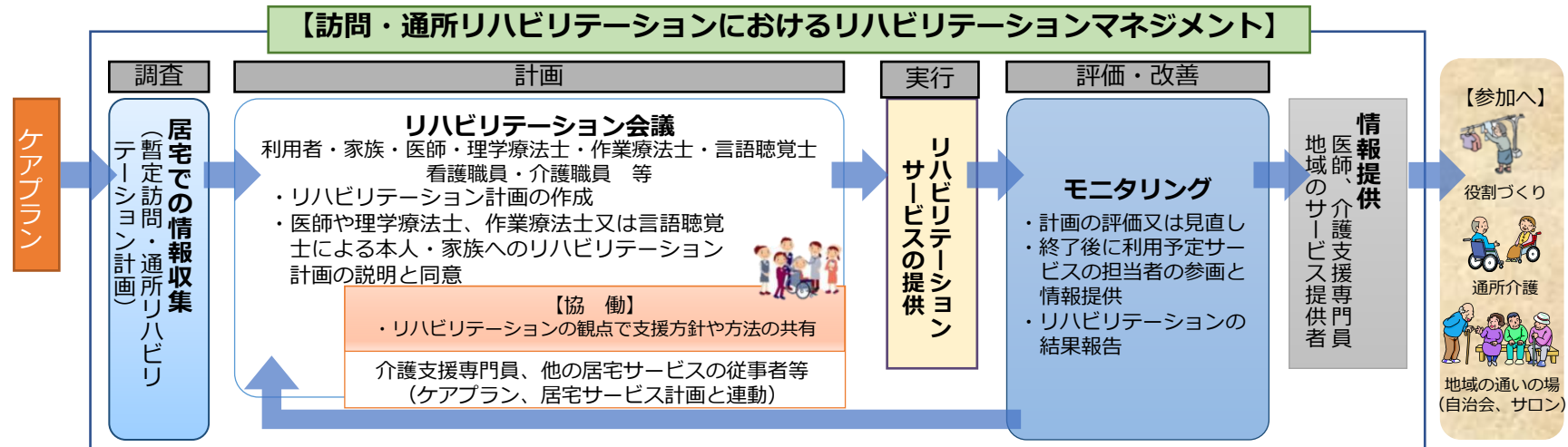


(出典)施設及び通所系サービスにおけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組に関する施設・事業所実態調査
(令和4年度 老人保健健康増進等事業)

リハビリテーションマネジメント加算の考え方（令和3年度介護報酬改定後）

概要

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



リハビリテーションマネジメントに係る要件 ※主なもの

基本報酬

【医師の指示】

医師がリハビリテーションの詳細な指示を実施。指示の内容を記録

【リハビリテーション計画】

進捗状況を定期的に評価し、必要に応じ見直しを実施

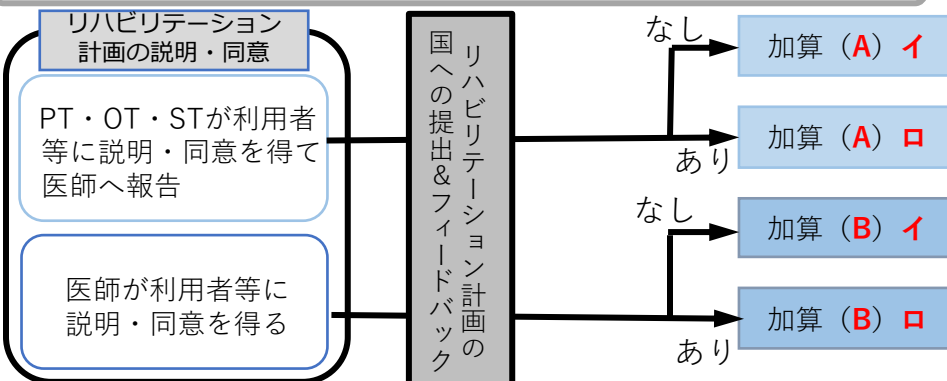
【情報連携】

PT・OT・STがケアマネを通じ、他の事業所に介護の工夫等の情報を伝達

リハビリテーションマネジメント加算の算定要件

【リハビリテーション会議】

会議を開催し、利用者の状況等を構成員と共有。会議内容を記録する。



論点5 運動器機能向上加算の見直し

論点5

- 運動器機能向上加算は理学療法士等を配置し、月1回の身体機能評価を行うことを評価する加算であり、算定率は89.7%である。
- 予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進し、また報酬体系の簡素化を行う観点から、どのような方策が考えられるか。

対応案

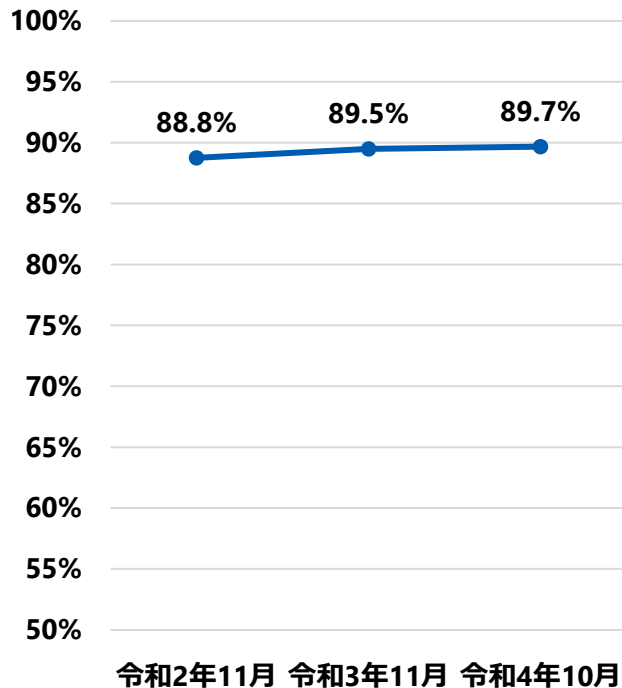
- 運動器機能向上加算を廃止し、同加算の算定要件を基本報酬の算定要件としてはどうか。
- 併せて、運動器機能向上への取組を評価している選択的サービス複数実施加算について、必要な見直しを行ってはどうか。

運動器機能向上加算について

- 運動器機能向上加算は算定率が約9割で推移している。

算定率

■ 予防通所リハビリテーションにおける 運動器機能向上加算の算定率（事業所ベース）



基準等

・ 運動器機能向上加算 225単位

注 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、一月につき所定単位数を加算する。

イ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置していること。

ロ 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。

ハ 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。

ニ 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。

ホ 別に厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所リハビリテーション事業所であること。

選択的サービス複数実施加算について

基準等

- 選択的サービス複数実施加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合には、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） 480単位
- (2) 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） 700単位

イ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）

- (1) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、2種類のサービスを実施していること。
- (2) 利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。
- (3) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

ロ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）

- (1) 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。
- (2) イ（2）及び（3）の基準に適合すること。

論点6 機能訓練事業所（障害サービス）の拡充

論点6

- 障害サービスの自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。その理由として、事業所数自体が少ないことがサービスの認知度の低さの原因となっている点や、医療専門職等の確保が困難である点が挙げられている。
- また、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。
- 障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいて、通所リハビリテーション事業所における共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が検討されている。
- 障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）のニーズに対応するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。

自立訓練(機能訓練)の概要

○ 対象者

- 地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な障害者（具体的には次のような例）
 - ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者
 - ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

- 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を実施
- 事業所に通う以外に、居宅を訪問し、運動機能や日常生活動作能力の維持・向上を目的とした訓練等を実施
- 標準利用期間(18ヶ月、頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は36ヶ月)内で、自立した日常生活又は社会生活を営めるよう支援を実施

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者 60:1以上(1人は常勤)
 - 看護職員(1人以上(1人は常勤))
 - 理学療法士又は作業療法士(1人以上)
 - 生活支援員(1人以上(1人は常勤))
- } 6:1以上

○ 報酬単価 (令和3年4月～)

■ 基本報酬

通所による訓練

利用定員20人以下	815単位	利用定員61～80人	664単位
“ 21～40人	728単位	“ 81人以上	626単位
“ 41～60人	692単位		

訪問による訓練

所要時間1時間未満の場合	255単位
所要時間1時間以上の場合	584単位
視覚障害者に対する専門的訓練の場合	750単位

■ 主な加算

リハビリテーション加算

- (Ⅰ) 頸髄損傷による四肢麻痺等の状態にある障害者に対し、個別のリハビリテーションを行った場合 48単位
- (Ⅱ) その他の障害者に対し、個別のリハビリテーションを行った場合 20単位

就労移行支援体制加算

- 自立訓練を受けた後、就労(一定の条件を満たす復職を含む)し、就労継続期間が6月以上の者が前年度において1人以上いる場合
- 利用定員20人以下 57単位 利用定員61～80人 10単位
- “ 21～40人 25単位 “ 81人以上 7単位
- “ 41～60人 14単位

○ 事業所数

183 (国保連令和 5年 4月実績)

○ 利用者数

2,217 (国保連令和 5年 4月実績)

- 介護保険法の訪問介護・通所介護・（介護予防）短期入所生活介護については、障害者総合支援法若しくは児童福祉法の指定を受けている事業所からの申請があった場合、「共生型サービス」として指定が可能。

共生型サービスを活用することのメリット

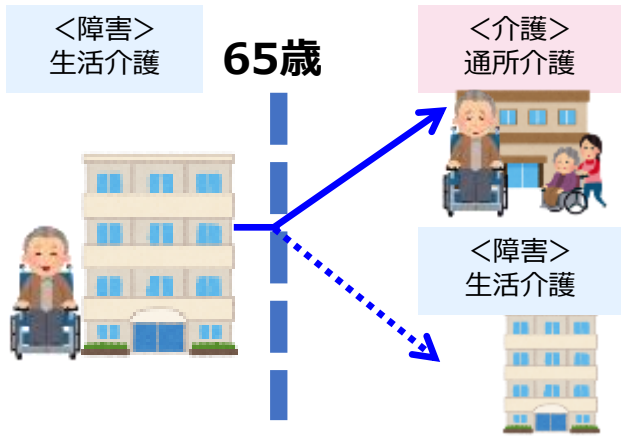
利用者

- ① 障害者が65歳以上になっても、従来から障害福祉で利用してきたサービスの継続利用が可能となる。
- ② 高齢者だけでなく、障害児・者など多様な利用者が共に暮らし支え合うことで、お互いの暮らしが豊かになる。

①

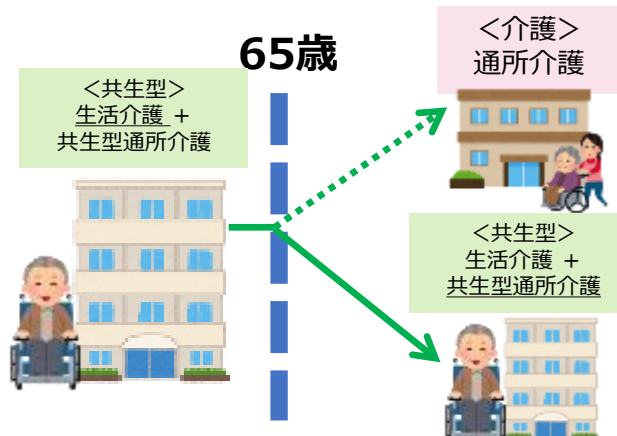
共生型サービス開始前

65歳を境に、なじみのある事業所から介護サービス事業所へ移行する可能性。



共生型サービス開始後

なじみのある事業所が共生型サービスになることで、65歳以降も引続き通所可。



②

【地域の実践例】
「富山型デイサービス」



事業所

障害福祉事業所、介護保険事業所それぞれの基準を満たす必要なし。

※ 障害福祉事業所の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型サービスの指定を受けることができるよう、特例基準を設定。

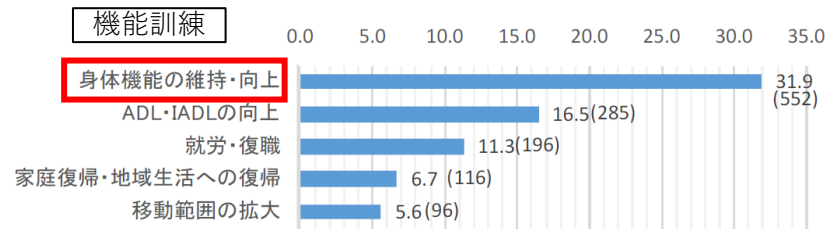
地域

地域の実情にあわせて、限られた福祉人材を有効に活用することが可能。

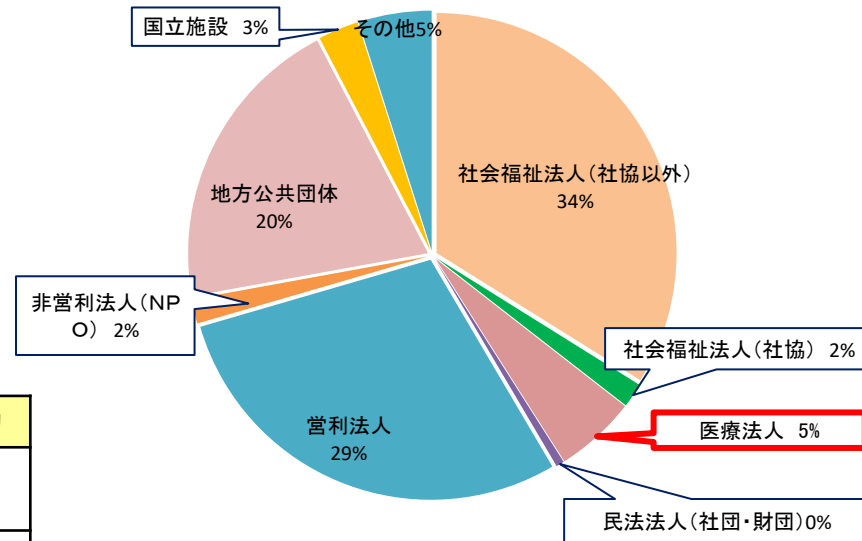
介護保険と障害福祉の両制度の基準や高齢者と障害児・者の支援内容の違いを踏まえ、サービスの質の確保に十分留意しつつ、共生型サービスの指定を推進

- 自立訓練（機能訓練）のサービス利用時のニーズは「身体機能の維持・向上」が最も高い。
- 自立訓練（機能訓練）事業所の配置基準上、看護師及び理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職が必置とされている。
- 自立訓練事業所の設置主体別の状況を見ると、医療法人の割合が全体の5%程度となっている。

(1) 自立訓練（機能訓練）利用者の利用開始時の利用意向別件数



(3) 自立訓練事業所の法人種別



(2) 自立訓練(機能訓練)事業所における従事者数（医療専門職）

医療専門職	配置要件	常勤	非常勤
保健師・看護師 (n=200)	必置（常勤1人以上）	107名 (内、専従65名 兼務42名)	93名
理学・作業療法士 (n=198)	必置（常勤・非常勤） ※理学療法士又は作業療法士の配置が困難な場合は、機能訓練指導員でも可	102名 (内、専従52名 兼務50名)	95名

(出典)
 (1) 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練（機能訓練、生活訓練）の実態把握に関する調査研究」報告書
 (2) 国保連データ令和5年4月
 (3) 令和3年社会福祉施設等調査

共生型サービスの対象となるサービス

- 共生型サービス創設の目的に照らし、以下のサービスを対象としている。
- ① 高齢障害者の介護保険サービスの円滑な利用を促進する観点から、介護保険優先原則が適用される介護保険と障害福祉両方の制度に相互に共通するサービス
 - ② 現行の基準該当障害福祉サービスとして位置付けられているサービス

	介護保険サービス		障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	○ 訪問介護	↔	○ 居宅介護 ○ 重度訪問介護
デイサービス	○ 通所介護 ○ 地域密着型通所介護	↔	○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く） ○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く） ○ 放課後等デイサービス（同上）
ショートステイ	○ 短期入所生活介護 ○ 介護予防短期入所生活介護	↔	○ 短期入所
「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組合せを一体的に提供するサービス※	○ 小規模多機能型居宅介護 ○ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ○ 看護小規模多機能型居宅介護	→	○ 生活介護（主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く） ○ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○ 児童発達支援（主として重症心身障害児を通わせる事業所を除く） ○ 放課後等デイサービス（同上）
	□ 通い	→	○ 短期入所
	□ 泊まり	→	

※ 障害福祉サービスには介護保険の（看護）小規模多機能型居宅介護と同様のサービスはないが、障害福祉制度における基準該当の仕組みにより、障害児・者が（看護）小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。

要望

自立訓練（機能訓練）事業所は全国的にも低数であり、地域偏在が生じている。障害者の身体機能・日常生活動作能力低下を予防するために病院・診療所と通所リハビリテーション（以下、通所リハ）にて、**自立訓練（機能訓練）による訓練給付をみなし指定事業所として提供可能**としたい。生産年齢人口が減少する未来を見据えて、医療・介護－障害福祉間の連携を積極的に推進する。

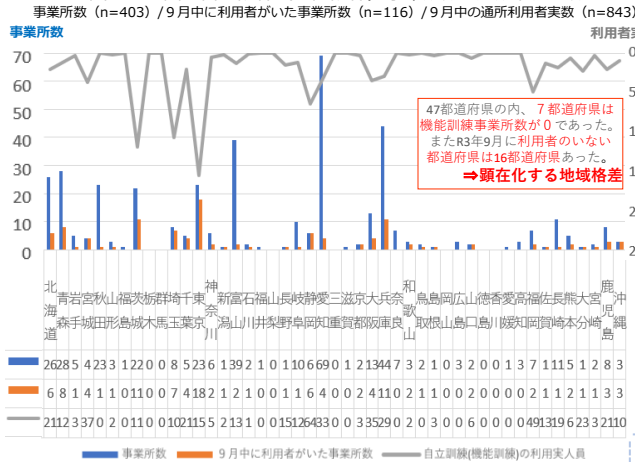
要望理由・課題

自立訓練（機能訓練）事業所は全国で403件と非常に少なく、また年々減少している状況である（図1, 2）。自立訓練（機能訓練）事業所の課題としては「**利用者の確保が難しい**」ことを挙げている法人が多く、その要因はサービス対象である障害者自体の実数が乏しいことではなく、事業の「**認知度の低さ**」「**実施事業所数の少なさ**」「**有期限であること**」から利用率が低くなっていることとされている（図3）。障害者は身体機能・生活動作能力が健常者に比し低下しやすい傾向にあるため、全国的に均等なサービス提供がなされていないことで、身体機能低下が見過ごされてしまっている状況になっている恐れがある。そのため、**病院・診療所と通所リハにて、自立訓練（機能訓練）による訓練給付をみなし指定事業所として提供可能としていただきたい**。医療・介護保険施設等が共生型障害福祉サービスの指定を受ける枠を拡大することで、自立訓練が全国で均一に提供され、障害者に対しての必要なサービスの提供・認知度向上の促進が可能となる。

自立訓練（機能訓練）のみなし指定の建付け

自立訓練事業所は医師が在任しないため、自立訓練事業所による共生型外来リハビリテーションや共生型通所リハビリテーションは困難となる。そのため**医療・介護保険施設等が自立訓練事業のみなし指定を受けることを基本としたい**。一方で現在の共生型サービスの課題（表1）を鑑みると、**事業展開することで不利益を被らないよう配慮する必要がある**。例えば、対象者層が変化することで技術や知識を始めとした支援全般に関する教育・育成の実施、異なる制度・請求方法などによる事務負担増大などが生じる。**そのため料金単価は最低でも基本報酬の最低単価以上に合わせた金額とすることとしたい（表2）**。地域偏在の課題を是正するため、サービス展開に配慮した体制構築を促進する。

図1. 全国の自立訓練（機能訓練）事業所数と通所利用者数



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

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

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師1以上 (病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。)
従事者 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員)	単位ごとに利用者10人に1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者100人に1以上 (所要1～2時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可)

・設備基準

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

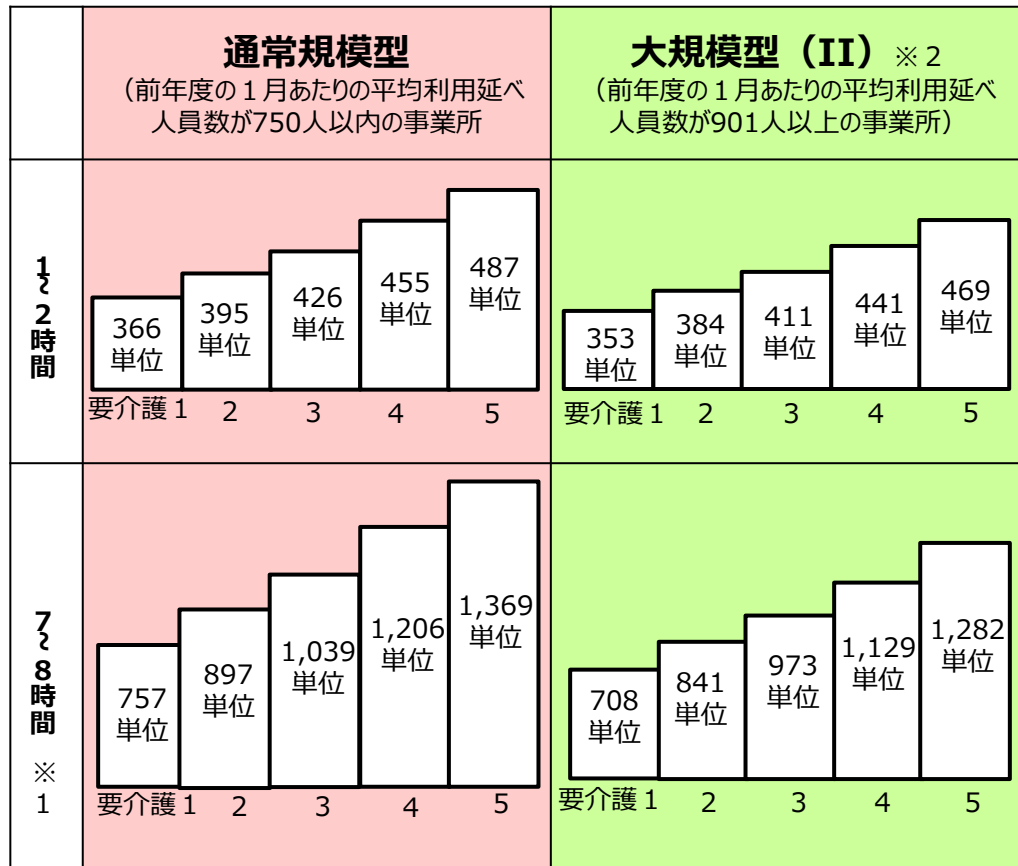
通所リハビリテーションの報酬

指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ (1回あたり)

※ 加算・減算は主なものを記載

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

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する主な**加算・減算**



+

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

通所リハビリテーション事業所への送迎をしない場合に係る減算

- ・同一建物に居住する場合: ▲94単位/日
- ・送迎を実施しない場合: 片道につき▲47単位

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

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

介護予防通所リハビリテーションの報酬

介護予防指定通所リハビリテーションの介護報酬のイメージ（1月あたり）

※ 加算・減算は主なものを記載

利用者の要介護度に応じた
基本サービス費

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する主な加算・減算

要支援 1 : 2,053単位/月
要支援 2 : 3,999単位/月



サービス提供体制強化加算

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

運動器機能向上加算 : 225単位/月

栄養改善加算 : 200単位/日

口腔機能向上加算 :

(Ⅰ) 150単位/日
(Ⅱ) 160単位/日

事業所評価加算 : 120単位/月

生活行為向上リハビリテーション加算
: 562単位/月

選択的サービス複数実施加算

・Ⅰ : 480単位/月
・Ⅱ : 700単位/月

科学的介護推進体制加算 : 40単位/月

若年性認知症受け入れ加算 : 240単位/月

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

看護・介護職員数が基準を満たさない
×70/100の減算

利用数が定員を超える
×70/100の減算

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

通所リハビリテーションの算定状況

通所リハビリテーション	単位数(令和3年4月以降)	単位数(単位:千単位)	割合(単位数ベース)	件数(単位:千件)	算定率(件数ベース)	請求事業所数	算定率(事業所ベース)
総数		2654777	100.00%	2852.5	100.00%	-	-
感染症災害3%加算	基本報酬の+3%	223	0.01%	15.3	0.04%	221	2.75%
理学療法士等体制強化加算*	+30単位/日	4240	0.16%	188.3	4.95%	1494	18.61%
延長加算(8時間以上9時間未満の場合)	+50単位/日	74	0.00%	1.6	0.05%	128	1.59%
延長加算(9時間以上10時間未満の場合)	+100単位/日	42	0.00%	0.6	0.01%	27	0.34%
延長加算(10時間以上11時間未満の場合)	+150単位/日	11	0.00%	0.1	0.00%	7	0.09%
延長加算(11時間以上12時間未満の場合)	+200単位/日	0	-	-	-	0	0.00%
延長加算(12時間以上13時間未満の場合)	+250単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	1	0.01%
延長加算(13時間以上14時間未満の場合)	+300単位/日	2	0.00%	0.0	0.00%	0	0.00%
リハビリテーション提供体制加算	+12~28単位/日	46142	1.74%	2 480.3	71.13%	-	-
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算*	+5単位/日	514	0.02%	2.0	0.07%	201	2.50%
入浴介助加算(Ⅰ)*	+40単位/日	65705	2.48%	1 947.7	57.57%	5639	70.12%
入浴介助加算(Ⅱ)*	+60単位/日	12961	0.49%	280.7	7.57%	1303	16.20%
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ ^{(1)6月以内(2)6月超}	(1)+560 (2)+240単位/月	9456	0.36%	31.5	1.10%	(1)968 (2)1220	(1)12.04% (2)15.17%
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ ^{(1)6月以内(2)6月超}	(1)+593 (2)+273単位/月	10911	0.41%	32.3	1.13%	(1)913 (2)1157	(1)11.35% (2)14.39%
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ ^{(1)6月以内(2)6月超}	(1)+830 (2)+510単位/月	19168	0.72%	33.6	1.18%	(1)884 (2)1061	(1)10.99% (2)13.19%
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ ^{(1)6月以内(2)6月超}	(1)+863 (2)+543単位/月	39988	1.51%	66	2.31%	(1)1424 (2)1656	(1)17.71% (2)20.59%
短期集中個別リハビリテーション実施加算*	+110単位/日	11474	0.43%	124.7	3.66%	4117	51.19%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	+240単位/日	608	0.02%	3.3	0.09%	214	2.66%
認知症集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	+1920単位/月	104	0.00%	0.0	0.00%	31	0.39%
生活行為向上リハビリテーション実施加算	+1250単位/月	618	0.02%	0.7	0.02%	140	1.74%
若年性認知症利用者受入加算*	+60単位/日	29	0.00%	0.5	0.02%	52	0.65%
栄養アセスメント加算	+50単位/日	1855	0.07%	48.0	1.30%	681	8.47%
栄養改善加算	+200単位/回	412	0.02%	2.1	0.07%	186	2.31%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	+20単位/回	96	0.00%	11.9	0.17%	720	8.95%
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	+5単位/回	10	0.00%	6.7	0.07%	-	-
口腔機能向上加算(Ⅰ)	+150単位/回	2216	0.08%	14.5	0.52%	771	9.59%
口腔機能向上加算(Ⅱ)	+160単位/回	2850	0.11%	22.4	0.62%	675	8.39%
重度療養管理加算*	+100単位/日	1535	0.06%	17.4	0.54%	1179	14.66%
中重度者ケア体制加算*	+20単位/回	19701	0.74%	1 190.2	34.53%	1840	22.88%
科学的介護推進体制加算	+40単位/月	8730	0.33%	259.6	7.65%	3634	45.19%
同一建物減算*	△94単位/日	△4638	-0.17%	55.1	1.73%	-	-
送迎減算	△47単位/日	△13493	-0.51%	345.8	10.05%	-	-
移行支援加算*	+12単位/日	5086	0.19%	567.3	14.86%	811	10.08%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	+22単位/回	36046	1.36%	2 073.0	57.44%	3811	47.39%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	+18単位/回	11156	0.42%	703.3	21.73%	1199	14.91%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	+6単位/回	2062	0.08%	384.8	12.05%	1467	18.24%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	×4.7%	95824	3.61%	330.6	10.67%	5151	64.05%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	×3.4%	5705	0.21%	26.7	0.89%	549	6.83%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	×1.9%	2347	0.09%	22.1	0.70%	475	5.91%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	×2.0%	30504	1.15%	245.1	7.84%	3496	43.47%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	×1.7%	6209	0.23%	62.1	1.98%	1120	13.93%

(注1)「単位数(単位:千単位)」及び「件数(単位:千件)」には、短期利用居宅介護における請求分を含む。(注2)「割合(単位数ベース)」は、各加算の単位数÷総単位数により求めたもの。

(注3)「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

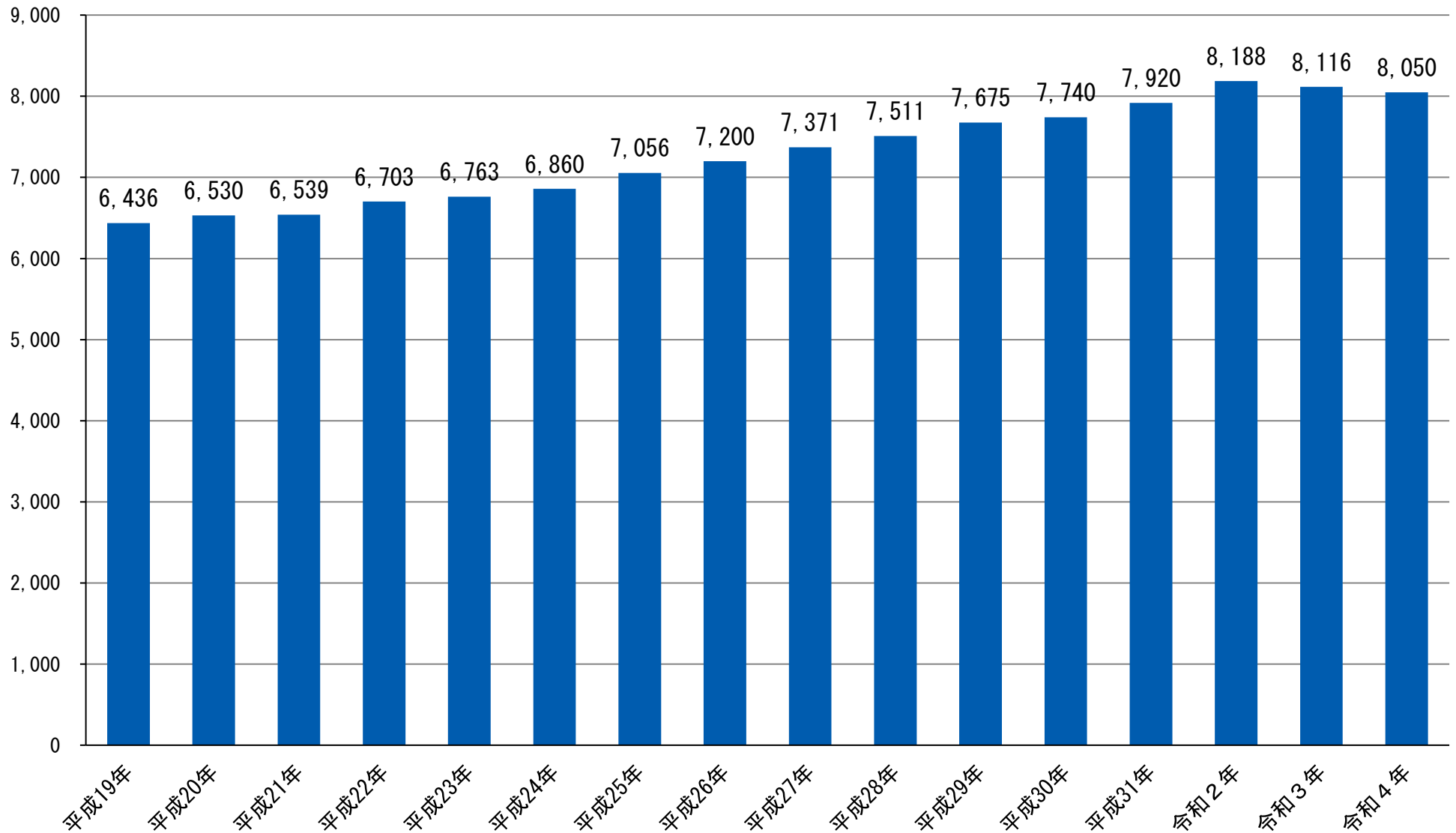
(注4)「請求事業所数」には、短期利用居宅介護における請求分を除く。

(注5)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注6) 介護予防サービスは含まない。

通所リハビリテーションの請求事業所数

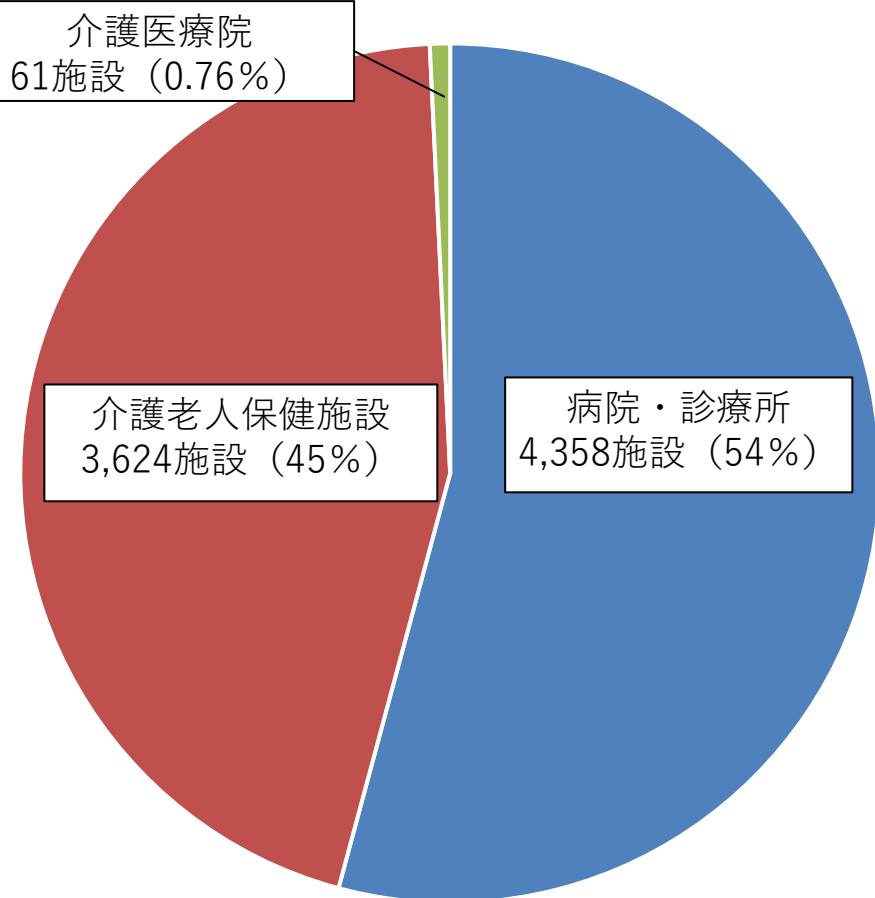
○ 請求事業所数は、毎年増加していたが近年横ばいである。



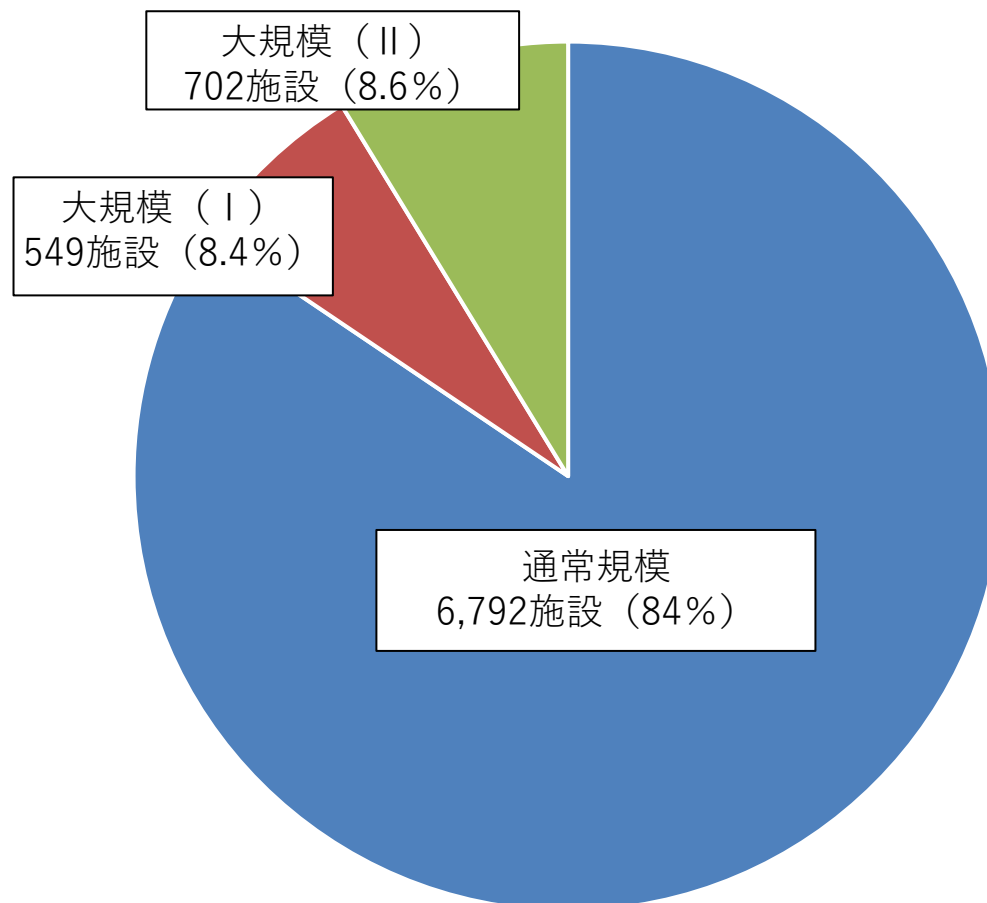
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
※介護予防サービスは含まない。

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

開設者種別割合

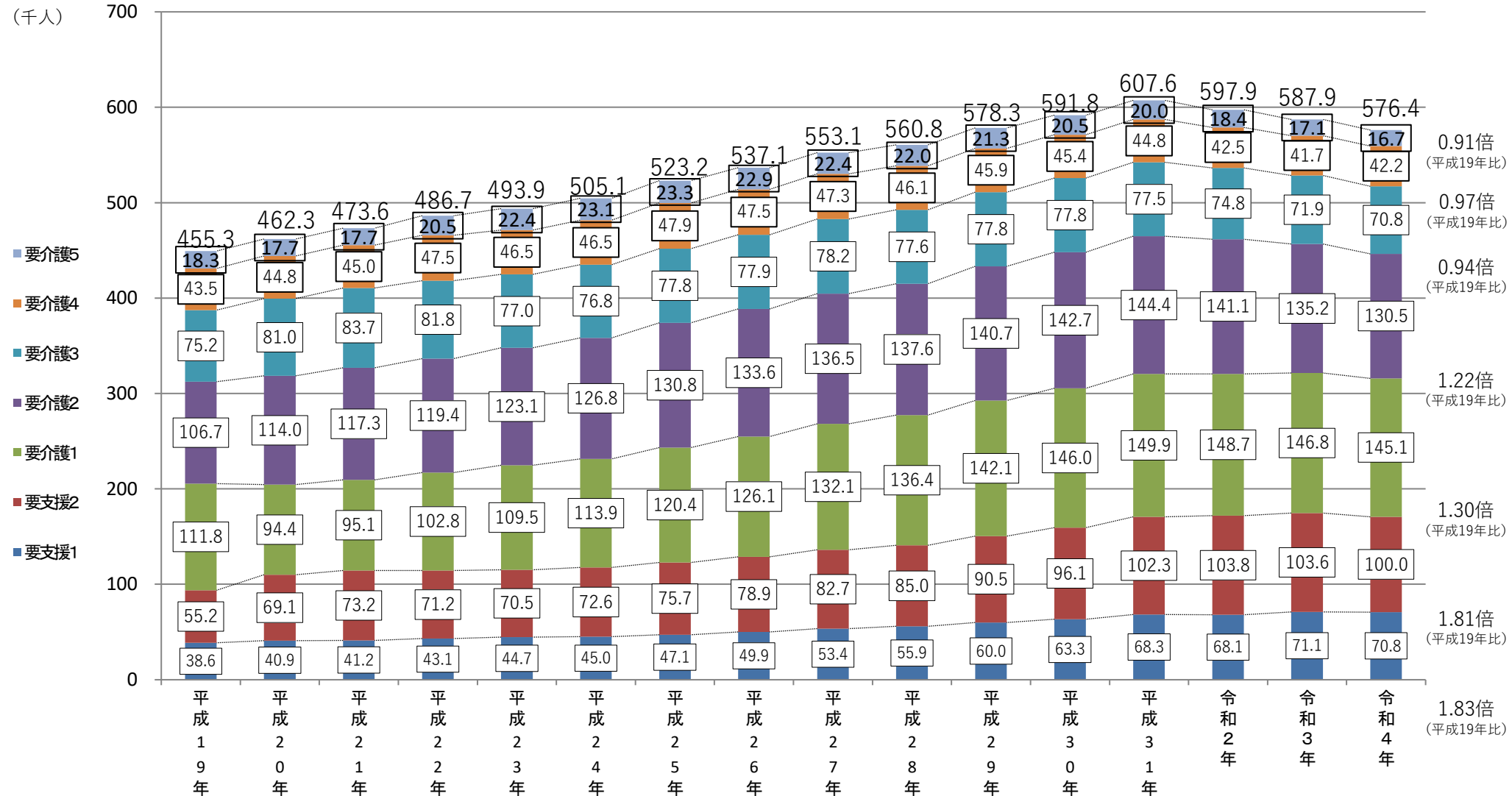


事業所規模の内訳



通所リハビリテーションの要介護度別受給者数

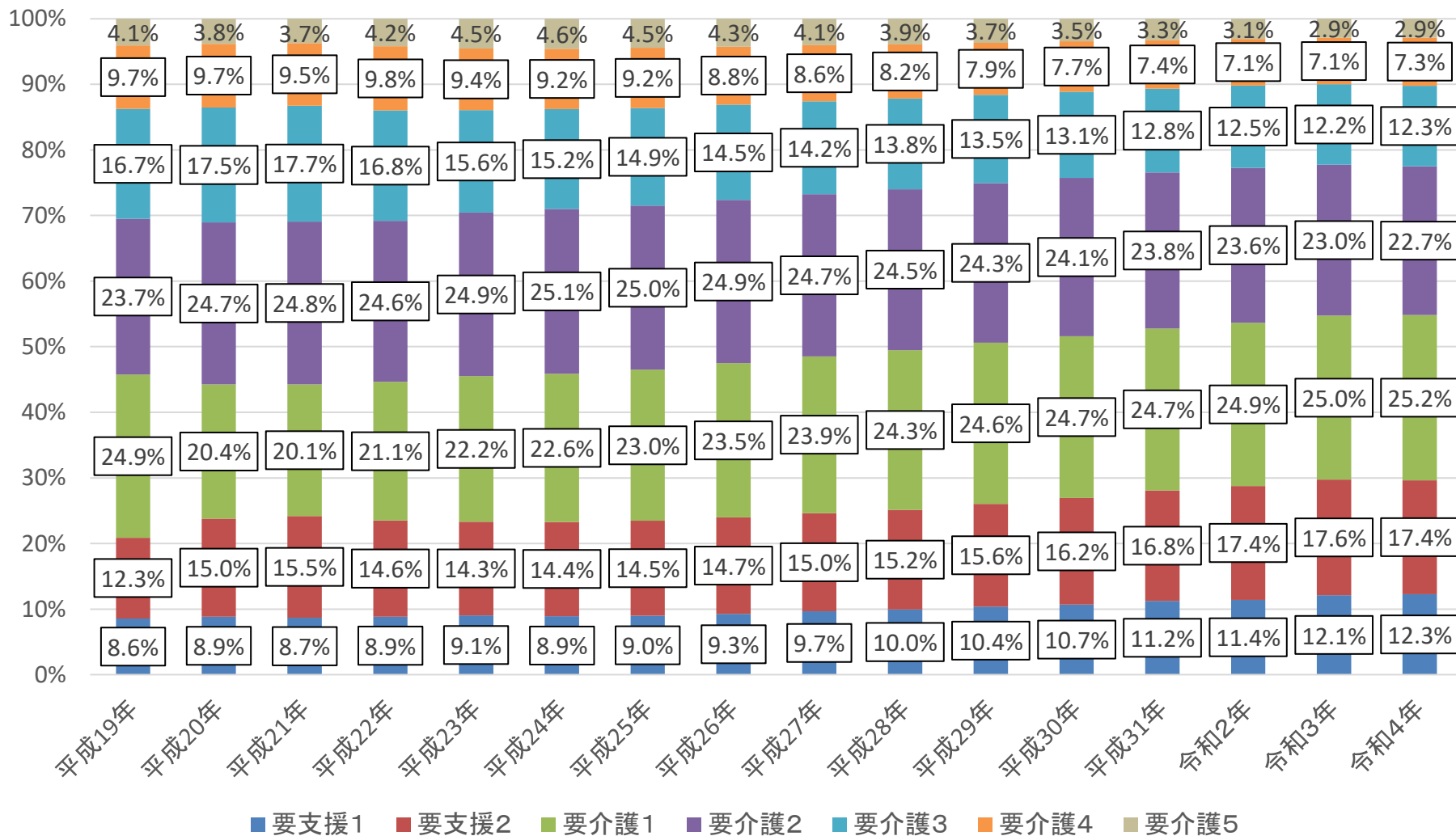
○ 令和4年の受給者数は約58万人で、毎年増加していたが近年は減少傾向である。
要支援の受給者は近年横ばいである。



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

通所リハビリテーションの要介護度別受給者割合

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



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

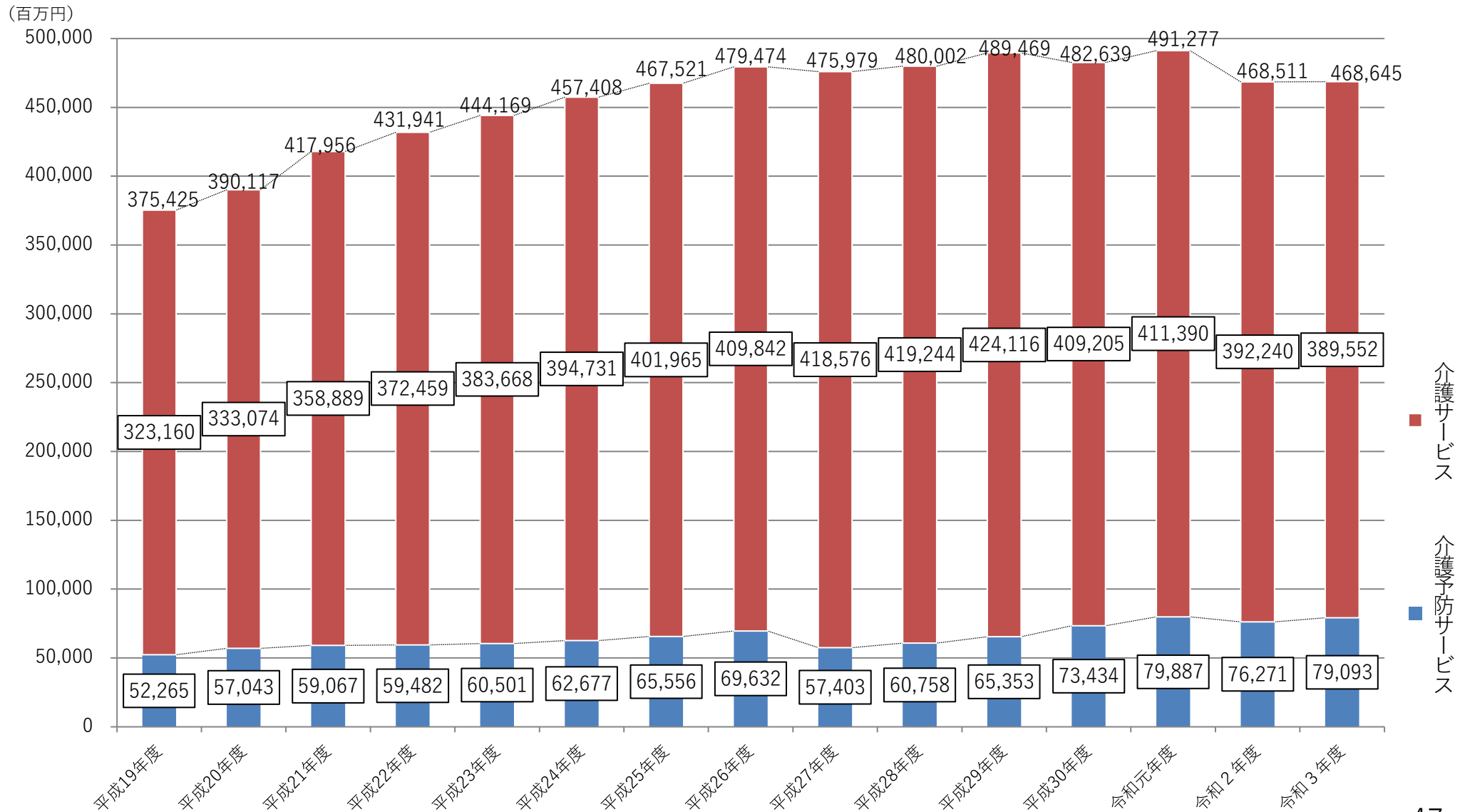
※経過的要介護は含まない。

※四捨五入等のため、内訳の合計が総数に一致しない場合がある。

出典:厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:調査)」(各年4月審査分)

通所リハビリテーションの費用額

○ 令和3年度の費用額は4,686億円となっており、近年横ばいである。



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

※補足給付は含まない。

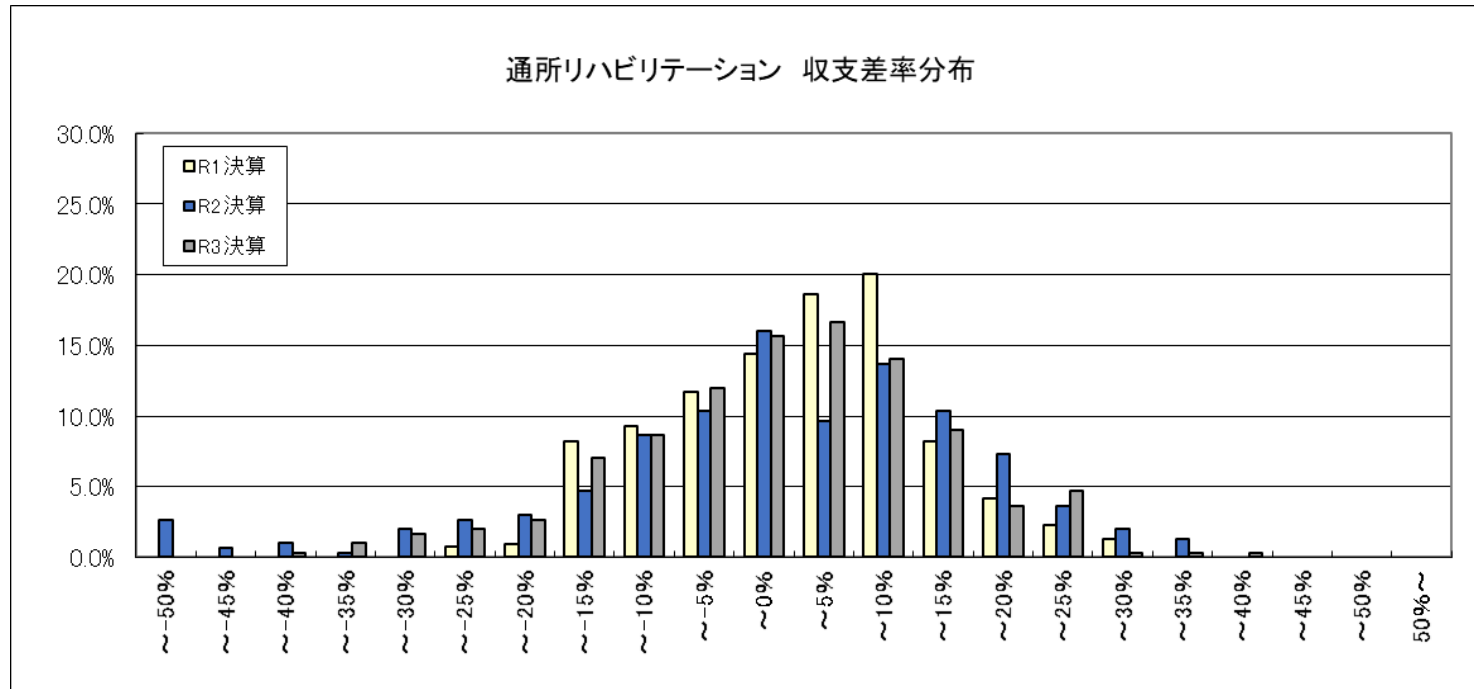
出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：調査）」（各年5月審査分～翌年4月審査分）

通所リハビリテーションの経営状況

○ 通所リハビリテーションの収支差率は0.5%となっている。

- リハビリテーションサービスにおける収支差率 有効回答数: 300(令和4年度概況調査)
- 括弧なしは、税引前収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)、<>内は、税引き前収支差率(コロナ補助金を含まない)
- ()内は税引後収支差率(令和2年度決算及び令和3年度決算はコロナ補助金を含む)

サービスの種類	令和2年度 実態調査	令和4年度 概況調査	
	令和元年度 決算	令和2年度 決算	令和3年度 決算
通所リハビリテーション	1.8% (1.4%)	1.6% <0.9%> (1.3%)	0.5% <△0.3%> (0.2%)
訪問リハビリテーション	2.4% (1.9%)	0.0% <△1.1%> (△0.4%)	0.6% <△0.4%> (0.2%)



※令和4年度決算は調査中