

令和6年度介護報酬改定要望

全国リハビリテーション医療関連団体協議会

日本リハビリテーション医学会

回復期リハビリテーション病棟協会

日本理学療法士協会

日本言語聴覚士協会

全国デイ・ケア協会

日本リハビリテーション病院・施設協会

日本リハビリテーション看護学会

日本作業療法士協会

日本訪問リハビリテーション協会

全国リハビリテーション医療関連団体協議会
令和6年度診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬
同時改定におけるリハビリテーションの基本的な考え方

急性期から生活期にわたって、すべての患者・障害者・要介護者に リハビリテーションの必要性を評価し、実施できる体制を

我が国では、少子化による人口減少に加えて高齢者が急激に増加する、いわゆる2040年問題が重要課題となっており、特に超高齢者と呼ばれる85歳以上の人口が増加している。高齢者は複数の疾患や障害を抱えているため、リハビリテーションの必要性は高く、実際に入院でのリハビリテーション実施者の75歳以上割合は、約50～80%に達している。

様々な疾病、外傷などによる高齢者の心身機能、活動低下を予防するため、急性期から生活期までのシームレスかつ継続的なリハビリテーションの実施は重要であり、それが阻害されることはあってはならない。一方で、一部の医療機関ではリハビリテーションの実施体制が十分といえない状況がある。加えて回復期リハビリテーション病棟協会の全国調査によると、2022年において回復期リハビリテーション病棟を退院後にリハビリテーションの実施を予定していない方の割合は56%であり、近年増加傾向にある。また、生活期患者に対する急性増悪時の対応については、医療・介護保険においていくつかの制度が設けられているが、いずれもADL評価にもとづくものであり、リハビリテーション非実施者に対する適応は困難である。

リハビリテーションの提供体制をさらに強化するため、急性期から生活期にわたって、すべての患者・障害者・要介護者に対してリハビリテーションの必要性を継続的に評価できる体制を医療・介護・福祉とあわせて構築する必要がある。

全国リハビリテーション医療関連団体協議会 令和6年度介護報酬改定重点要望項目

※ リハビリテーション専門職の処遇改善

1. 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し
2. 退院・退所前カンファレンスへの通りハ・訪リハのリハ専門職参加の評価
3. 活動と参加の状況を継続的に情報共有できる体制の整備
4. 訪問リハの研修修了等期間の延長と退院退所直後の未実施減算除外
5. 生活機能向上連携加算算定拡大への取組み
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

※ リハビリテーション専門職の処遇改善

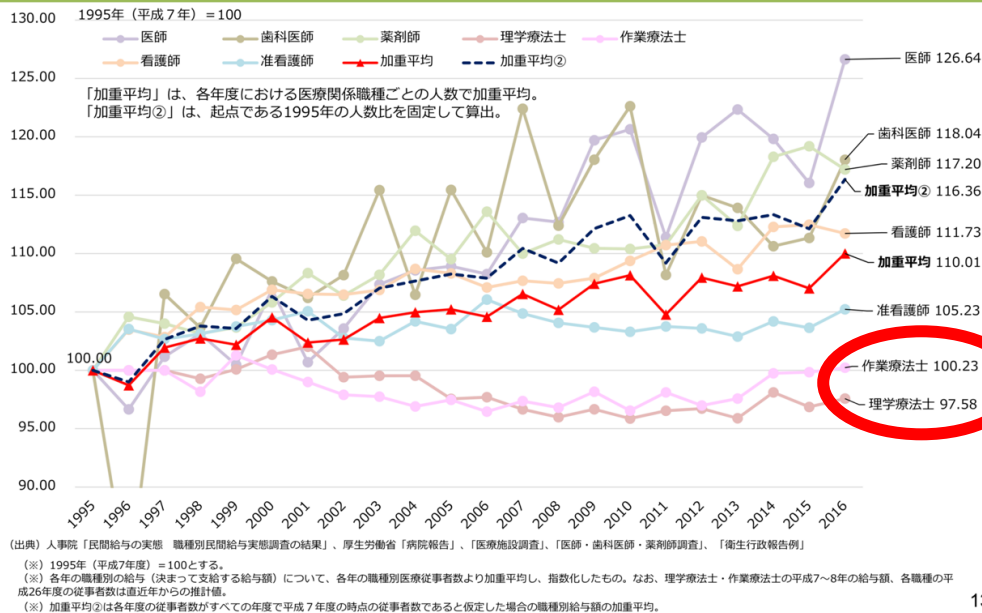
要望

- 政府と産業界で推進された4%の給与水準引き上げと同様、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与水準の引き上げを促進すること。
- 公定価格引き上げによる増収が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与に反映されるよう取り組むこと。

要望理由・課題

- リハビリテーション（リハ）専門職の所定内給与額は20年変化がなく、他職種と比較して伸び率において大きな差が生じている。処遇の低下は優秀な人材の流出を招き、国民が受けるリハの質の低下につながりかねない。医療の高度化や新型コロナウイルス感染症などのパンデミックへの対応等、医療・介護専門職種を取り巻く環境は常に変化しており、リハ専門職には不断の研修・自己研鑽が求められているが、低い処遇の環境下では研鑽に必要な費用の捻出さえも現場で働くリハ専門職の負担になっている。
- 報酬改定の点数（単位数）が直接的にリハ専門職の給料に反映されにくいことも課題となっているため、公定価格の設定による増収がリハ専門職の給与に反映される仕組みを設置する必要がある。

- 主な医療関係職種の給与水準は、加重平均でみて、上昇トレンドを続けてきた。
- 医療関係職種の中でも、特に、医師・歯科医師・薬剤師などの給与水準の伸びが大きい。



2023年5月8日リハビリテーションを考える議員連盟第7回総会 抜粋

(前略) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士をめぐる課題として、平均年齢が30歳代前半、平均給与が低く、役職ポスト等が拡大する見込みが少ない、勤続年数が短い等の現状において、優秀な人材が他分野に流出することを防ぐ**給与水準の引き上げが喫緊の課題**である。(中略)

1. 政府と産業界で推進された4%の給与水準引き上げと同様、**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士**を含む医療及び介護業界について**政府として給与水準の引き上げを促進すること**。
2. 給与水準引き上げのため、2024年に行われる診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬が同時に改定されるトリプル改定は異次元の改定率とすること。
3. 公定価格引き上げによる増収が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与に反映されるよう取り組むこと。(後略)

1. 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し

要望

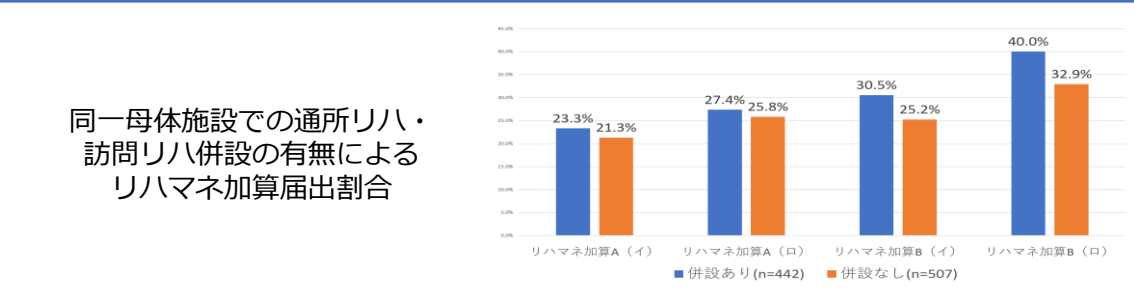
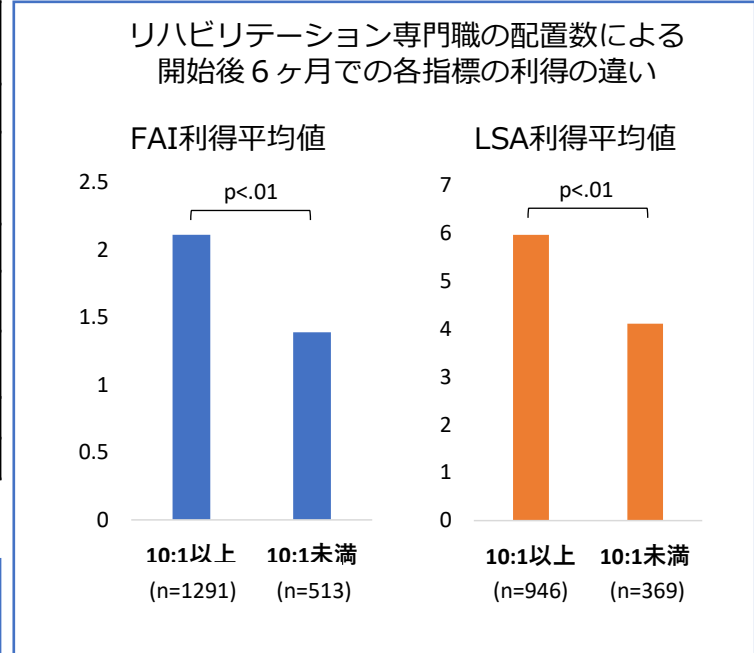
質の高い通所リハを実施するため、大規模減算を廃止し、通所リハ費の運営基準として従事者の配置状況、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置状況、同一母体施設での訪問リハの実績、科学的介護情報システム（LIFE）の利活用状況に応じた区分を新設してはどうか。

要望理由・課題

- ① 従事者配置数が多い事業所ほど、質の高いサービスを提供している。
- ② 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置が多い場合はFAIやLSAが有意に改善しているが、現行の通所リハビリテーション費における人員基準では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は利用者100人に1以上と低基準のため、事業所間での配置格差が生じている。
- ③ 訪問リハビリテーションを併給することで、生活課題の解決や生活能力の向上を目標に設定し、目標達成する傾向があり、IADLも向上しやすい。また併給している事業所でリハビリテーションマネジメント加算の届出割合が高く、また事業所敷地外での評価・練習割合が高い。
- ④ 事業所の規模が大きいほどリハ専門職が多く配置され、リハマネジメント加算の算定率が高いことから、大規模減算を廃止し新たに本区分を導入してはどうか。

	基準Ⅰ (超強化型)	基準Ⅱ (強化型)	基準Ⅲ ※現行 (従来型)
医師	専任の常勤医師1以上	専任の常勤医師1以上	専任の常勤医師1以上
従事者配置基準 (リハ専門職、看護師、 准看護師、介護職員) ※1	利用者 5 人に対し 1 以上	利用者 10 人に対し 1 以上	利用者 10 人に対し 1 以上
リハ専門職配置基準 ※2	利用者 10 人に 1 以上	利用者 25 人に 1 以上	利用者 100 人に 1 以上
配置職種	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 3職種	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 いずれか2職種以上	—
同一母体施設での 訪問リハ提供実績	あり	あり	—
LIFEの利活用	あり	あり	—
研修の修了	あり	—	—

※1 単位ごと
※2 一日の延べ利用者数に対するリハ専門職の配置割合



出典：令和4年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業」より作成

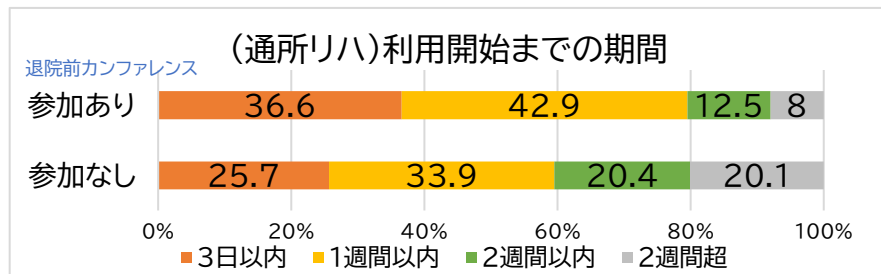
2. 退院・退所前カンファレンスへの通りハ・訪リハのリハ専門職参加の評価

要望

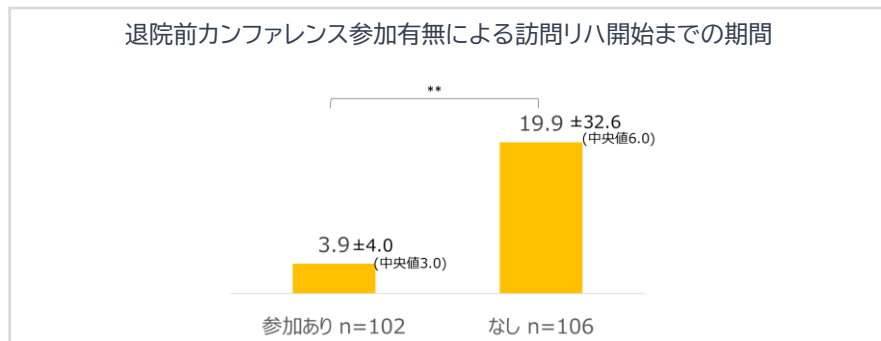
入院・入所中の患者において、退院後に利用が予定されている通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院前カンファレンス等に参加した際「退院時共同指導加算」同様の評価をいただきたい。

要望理由・課題

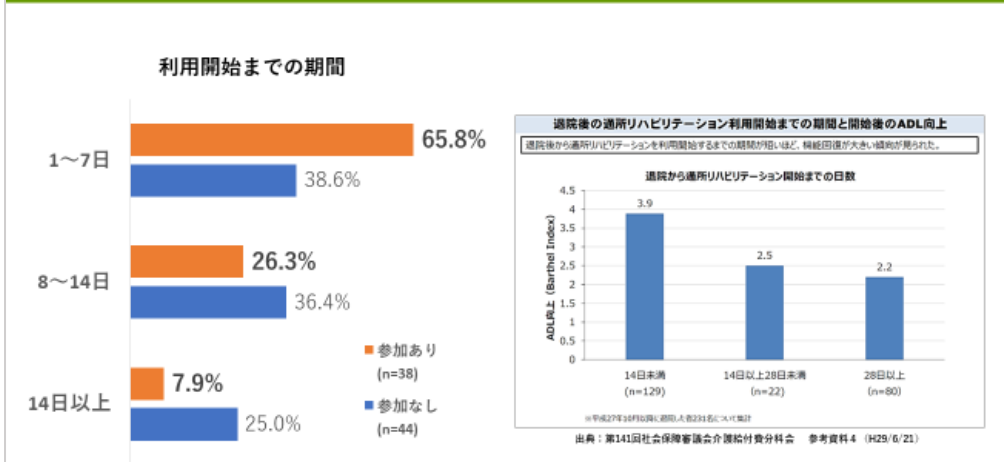
- 医療・介護連携の一層の推進により、入院から円滑な在宅生活への移行および早期の在宅療養生活の安定を図るために、リハビリテーション関連サービスの利用促進および早期介入が必要であり、カンファレンスには退院後に利用する医療保険・介護保険のリハビリテーションサービス従事者が参加することが望ましい。
- 現在医療機関に入院中、または介護老人保健施設・介護医療院に入所中の患者において、在宅側の療養を担う居宅介護支援事業所（退院・退所加算）や、訪問看護ステーション（退院時共同指導加算）については、介護報酬が算定可能である。しかし、退院後の通所・訪問リハビリテーションを担う事業所には介護報酬上の評価がされていない。



全国デイ・ケア協会:生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業 (令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等国庫補助金事業)



【結果】退院前カンファレンス参加による開始期間への影響



参加ありは6割が7日以内に利用を開始していた。
一方で、参加なしは利用開始まで14日以上かかる場合が2割いた。



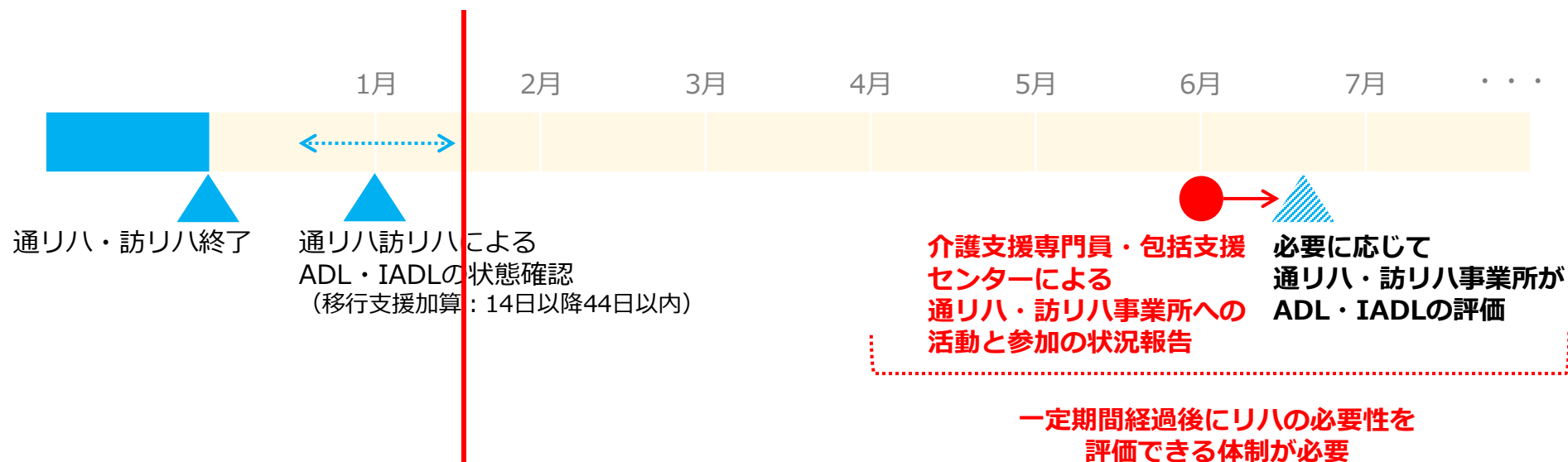
3. 活動と参加の状況を継続的に情報共有できる体制の整備

要望

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを終了から他サービスに移行した場合、一定期間経過後（●ヶ月後）に介護支援専門員または地域包括支援センターが、利用していた通所リハ、訪問リハ事業所へ活動と参加の状況について情報共有する体制を整えてはどうか。

要望理由・課題

- 平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」において「リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。」と示された。
- 在宅の高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を継続するためには、ADL・IADLの変化を捉え、リハビリテーションが提供されることが重要である。要介護認定の有効期間は最大4年であり、認定調査でリハビリテーションの必要性を適時把握することは困難。介護保険のリハビリテーションを受けていない高齢者の活動と参加の状況を継続的に情報共有できる体制が必要である。



現要件ではリハ終了後44日までのADL・IADLの状態確認が評価されている

4. 訪問リハの研修修了等期間の延長と退院退所直後の未実施減算除外

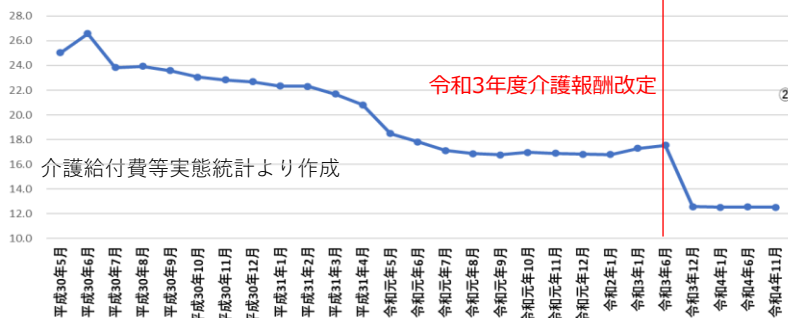
要望

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

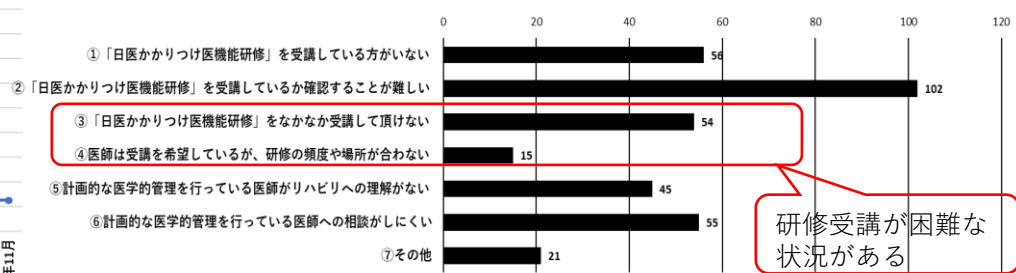
要望理由・課題

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

訪問リハ回数に占める未実施減算回数の割合推移

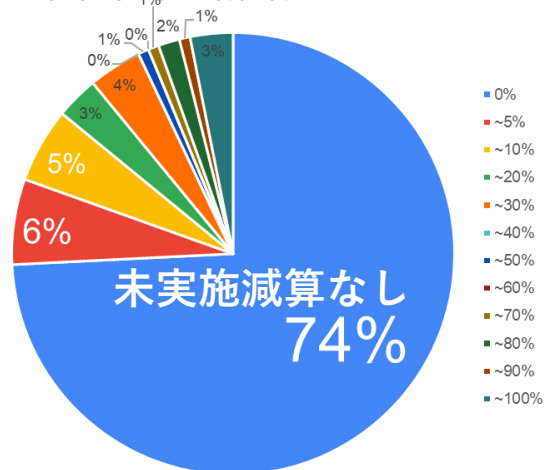


他医療機関の診療の課題 令和2年 訪問リハビリテーション協会実態調査 (n=127)

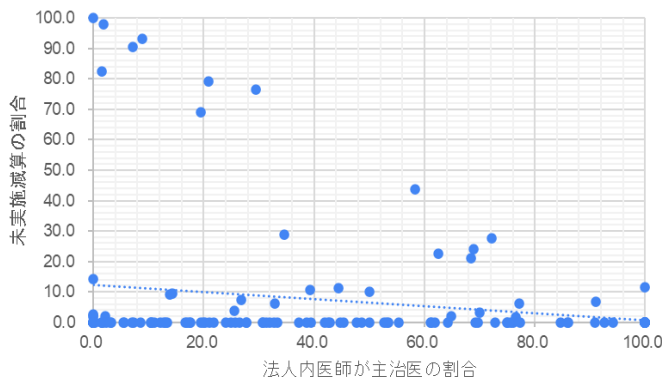


研修受講が困難な状況がある

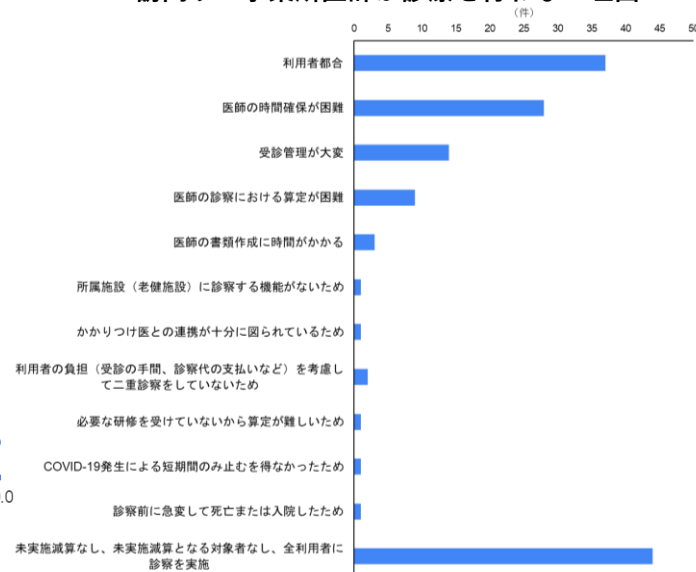
訪問リハ未実施減算で訪問している事業所内利用者割合



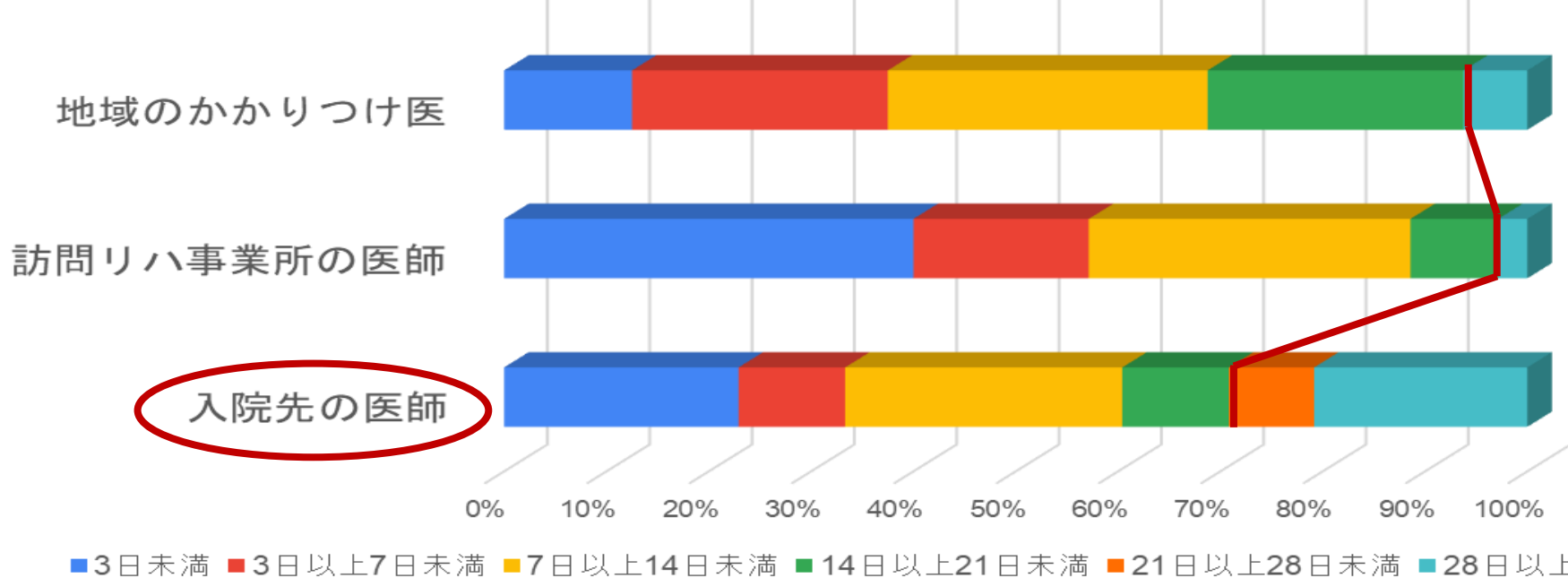
訪問リハ未実施減算と法人内医師が主治医の割合の関係



訪問リハ事業所医師が診療を行わない理由

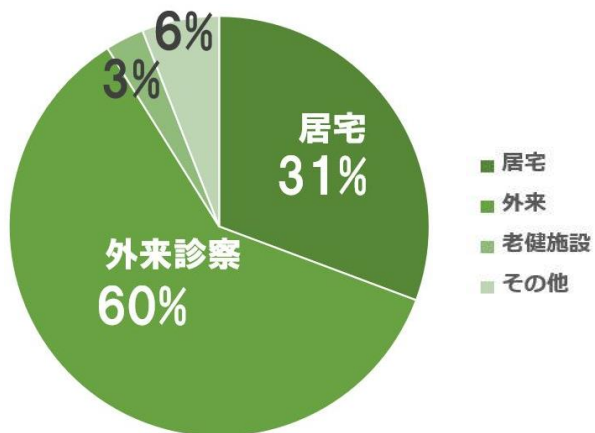


退院後初回訪問リハ依頼書(診療情報提供書)の主治医と退院後訪問リハ事業所医師診療までの平均日数の関係



退院後初回の主治医が入院先の医師の場合、訪問リハ事業所医師の診療まで21日以上と時間を要する割合が高い

訪問リハ事業所医師の診療場所



	退院後訪問リハ事業所医師診療までの平均日数					
	3日未満	3日以上7日未満	7日以上14日未満	14日以上21日未満	21日以上28日未満	28日以上
入院先の医師	11	5	13	5	4	10
訪問リハ事業所の医師	14	6	11	3	0	1
地域のかかりつけ医	2	4	5	4	0	1

単位：件
 $\chi^2=18.532$ $p=0.047$

2023年度日本訪問リハビリテーション協会
アンケート訪問リハビリテーション事業所(n=99)

5. 生活機能向上連携加算算定拡大への取組み

【要望】 生活機能向上連携加算の取組みを推進するため、

- ① 生活機能向上連携加算への取組みを行っている事業所については、「サービスの質の向上に資する取組を行っていること」として**通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション費に関する加算算定要件に追加**してはどうか。
- ② 連携する外部機関として、現行の訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設に、**200床以上の保険医療機関、認知症疾患医療センターを追加**してはどうか。

【生活機能向上連携加算の算定状況】

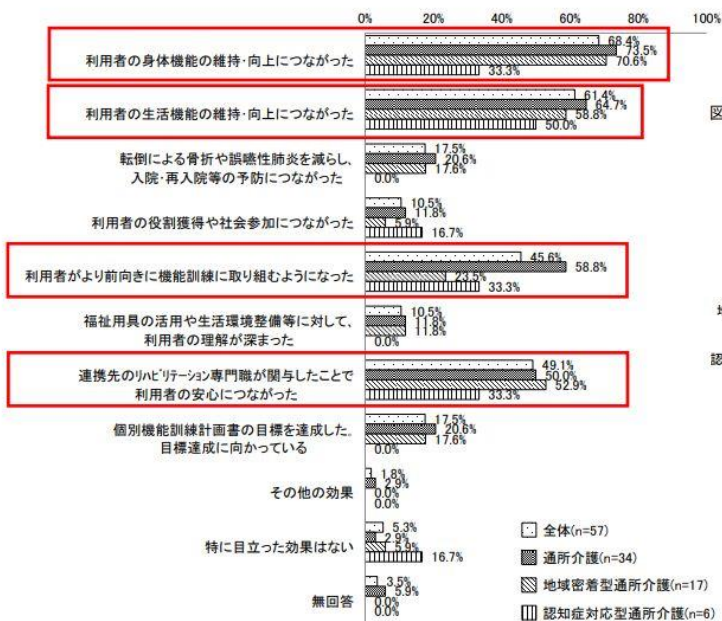
単位数(単位:千単位)	受給者数(単位:千人)	訪問介護	受給者数	通所介護	受給者数	短期入所生活介護	受給者数	特定施設入居者生活介護	受給者数	認知症対応型共同生活介護	受給者数	介護福祉施設サービス	受給者数
2022	生活機能向上連携加算(Ⅰ)		10		6		7		2		30		1
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)		174	1097	6336	1174	740	293	2154	235	4023	214	4058
2021	生活機能向上連携加算(Ⅰ)		11		12		4		2		28		1
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)		185	1074	6520	1169	763	298	2059	228	3951	214	3916
2020	生活機能向上連携加算(Ⅰ)		14										
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)		112	1043	6280	1166	770	303	1737	223	3536	212	3751

【生活機能向上連携加算の設定状況】

	機能訓練		
	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
訪問介護			○
訪問リハビリテーション			○
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			○
特定施設入居者生活介護	○		○
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			○
認知症対応型通所介護	○		○
小規模多機能型居宅介護			○
認知症対応型共同生活介護			○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	○		○
介護老人福祉施設	○		○
介護老人保健施設			○
介護療養型医療施設			○
介護医療院			○

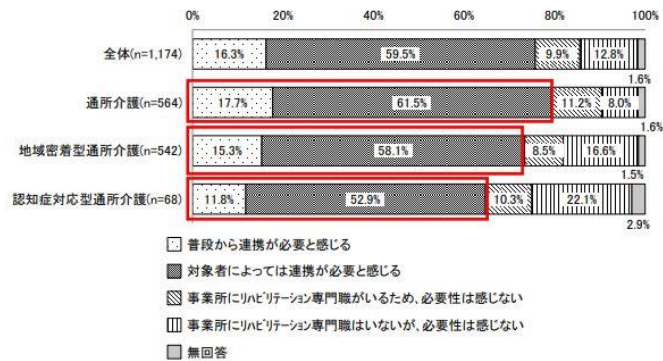
【生活機能向上連携加算 連携の効果】

図表 32 【事業所調査】生活機能向上連携加算:連携の結果や成果_利用者:複数回答(Q73)



介護給付費実態統計より作成

図表 41 【事業所調査】生活機能向上連携加算:生活機能向上連携加算に限らず外部専門職と連携することについて:単数回答(Q79)



【出典】 令和4年度老健事業 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護における効果的な機能訓練のあり方に関する調査研究事業

6. 共生型サービスへの推進に向けた医療・介護保険施設等における自立訓練（機能訓練）の提供の評価

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中しないため、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

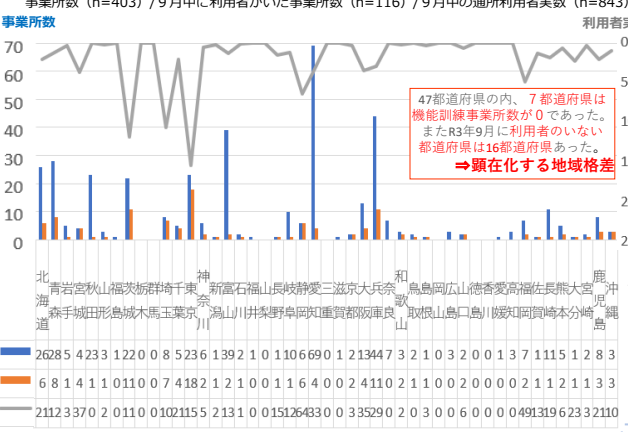


図2. 自立訓練（機能訓練）事業年次別事業所数

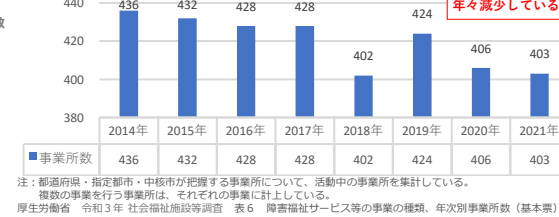


図3. 機能訓練実施の際の課題

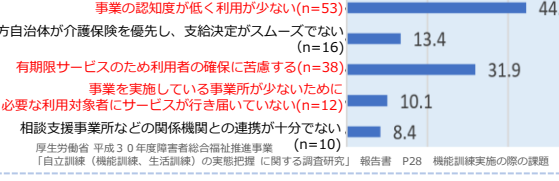


表1. 共生型サービスの指定を受けた後に事業所が感じている課題

課題認識	割合
事業所の収入確保	33.3%
利用者に提供するサービス内容	27.3%
職員の教育や育成	27.3%
制度や報酬面などの情報取得	24.2%

共生型サービスの基本報酬を満額で受けるためには、利用者や事業所の面積に応じて人員配置基準をクリアしなければならぬ。よって報酬減額されている事業所が多い。

表2. 自立訓練事業所のみなし指定の概要案（仮）

体系	病院・診療所・通所リハビリテーション等で、自立訓練（機能訓練）事業を可能とする。
対象	地域近隣に自立訓練事業所がない障害者 ・40歳に達していない障害者（介護保険対象年齢外） ・40歳以上でも介護保険の特定疾患に該当しない障害者（外傷性の頭部外傷や脊髄損傷等）
利用者への好影響	病院や通所リハの利用者にとっても自立訓練（機能訓練）の障害者は、有期限かつ幅広い年齢層となるため「自立支援」「卒業」「インクルーシブ」の観点が見られる。
期間	1年6ヶ月（頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は3年間）
報酬単価案	令和4年H007障害児（者）リハビリテーション科（1単位）の算定を参照する。 ●報酬単価例 ●16歳未満の患者の場合 225点 ●26歳以上18歳未満の患者の場合 195点 ●18歳以上の患者の場合 155点
病院	
報酬単価案	介護保険は本来、要介護区分で報酬単価が変わるため、障害者区分でサービス費を設定するか、特定ラインで一律とする。 ●障害者区分でサービス費を設定する。 ●一律〇〇単位（483〜561単位内で検討）とする。（通所リハの要介護1と2の間 3時間以上〜4時間未満を参照）
介護	

○第2.1表 障害福祉サービス等事業所数、障害児通所支援等事業所数、国-都道府県、障害福祉サービス等の種類・(基本費) 経営主体の公費-私費別
○第4.8表 自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)事業所の利用者数・利用延人数、都道府県、サービスの種類別
○第2.6表 障害介護・生活介護・自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援・就労継続支援(A型)・就労継続支援(B型)・児童発達支援・放課後等デイサービス事業所数、国-都道府県、利用者延人数階級別
令和3年 社会福祉施設等調査 9月中
注：障害者支援施設の昼間実施サービス（生活介護、自立訓練（機能・生活）、就労移行支援及び就労継続支援）を除く。

参考情報 在宅の身体障害者数：428万7千人（下記、年齢階層別の内訳）
・18歳未満 6万8千人（1.6%）
・18歳以上65歳未満 101万3千人（23.6%）・65歳以上 311万7千人（72.6%）
総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は調査時点の2016年には27.3%（総務省「人口推計」2016年10月1日（確定値））であり、在宅の身体障害者の65歳以上人口の割合（74.2%）は約2.7倍となっている。
厚生労働省 令和4年版内閣府 在宅者：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」（2016年）
施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（2018年）

『共生型サービスに関する実態調査』（厚生労働省）

全国リハビリテーション医療関連団体協議会 令和6年度介護報酬改定共同提案項目

(1) 在宅リハビリテーションの推進

1. リハビリテーションマネジメント加算の見直し
2. 訪問リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種配置の評価
3. 要支援者に対する通所および訪問リハビリテーションの適時適切な提供
4. 事業所評価加算の廃止および要支援者に対する移行支援加算の評価

(2) 生活機能向上連携加算算定拡大への取組み

1. 生活機能向上連携加算の施設要件に看護小規模多機能型居宅介護事業所を追加
2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のアウトリーチ機能の強化に向けた生活機能向上連携加算の提供施設および連携施設の拡大
3. 自立支援・重度化防止を目的とした生活機能向上連携の普及拡充

(3) 介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設等）における医療専門職の関与の推進

1. 居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進（短期入所生活介護利用後の状態悪化予防を含む）

(4) その他

1. リハビリテーション計画書における訓練実施時間等の追加
2. 介護老人保健施設における事業所番号取得の簡素化

(1) 1. リハビリテーションマネジメント加算の見直し

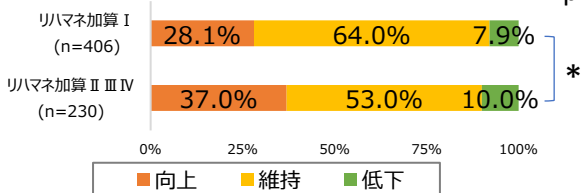
要望

通所リハ事業所におけるサービスの質の管理の推進・徹底を目的に、リハビリテーションマネジメント加算区分（イ・ロ ※LIFE利活用の有無）を廃止し、現行の要件に地域や利用者により有益な取り組みの推進を追加することで、加算単位数を見直してはどうか。

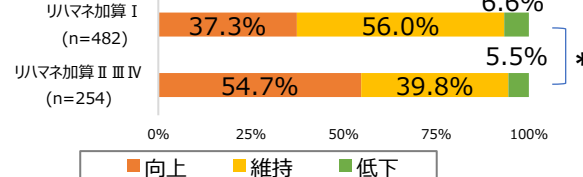
要望理由・課題

- ① 前回改定で通所リハでのリハビリテーションマネジメント加算は、活動や参加に向けたリハビリテーションの実施を促進するものとして有効であることが実証されながら大きく見直し・減額され、体制の整わない事業所は算定・取り組みに消極的となることで専門職配置などの体制整備を最小限にしていることが示唆される。このことはサービスの質の管理が十分なされていないことにつながる。算定要件を強化しつつ算定単位数を増点することにより、前項の基準の見直しとあわせて体制整備が促進され、質の向上に向けた取り組みを推進できるのではないかと。
- ② 上記の算定要件強化については、定期的な居宅訪問の必須化、地域診断や地域住民との関わりなど地域との連携や情報収集実績、栄養改善や口腔機能向上に向けたアセスメント（スクリーニング等）実績など、さらなるサービスの質の向上につながる取り組みを追加してはどうか。

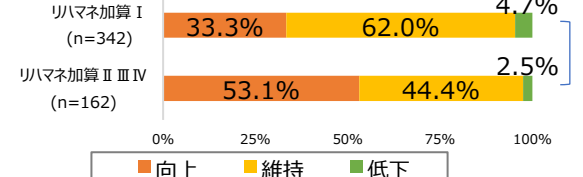
ADL（利用開始時BI60点以上） * p<.05



IADL * p<.05

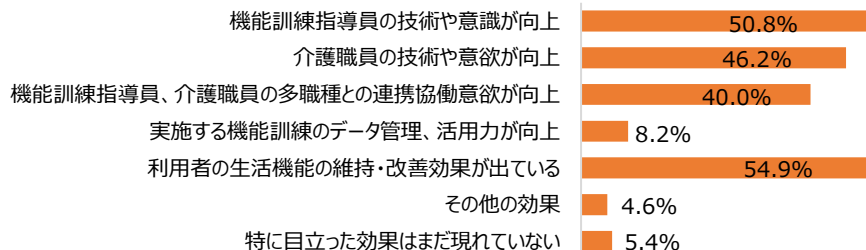


LSA * p<.05



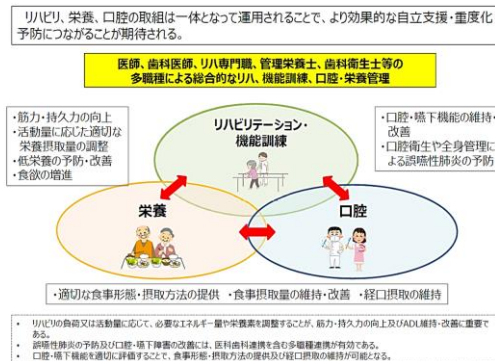
全国デイ・ケア協会：通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業。老人保健推進費等補助金老人保健増進等事業，2020

通所介護における連携先のリハ専門職との連携による効果

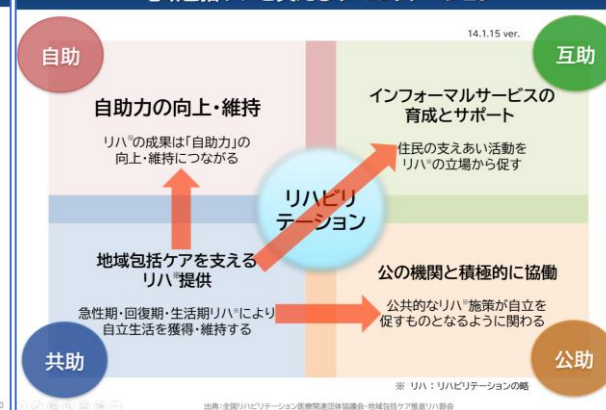


三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社：通所介護に関する調査研究。老人保健推進費等補助金老人保健増進等事業，2018

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取り組み連携



地域包括ケアを支えるリハビリテーション



(1) 2. 訪問リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種配置の評価

要望

- 訪問リハビリテーションにおいて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種配置（常勤換算人数で規定。ただし、言語聴覚士については非常勤配置を可とする。）している施設及び事業所に体制加算を新設していただきたい。

要望理由・課題

- 3団体調査では訪問リハビリテーション事業所においても3職種配置している事業所の割合は29%であった（図1）。
- 訪問リハビリテーション事業所では、病院や診療所と比較し介護老人保健施設の方が3職種配置している割合が低い（図2）。
- 3職種配置している通所ならびに訪問リハビリテーション事業所においては、各加算の取得率が高いことが示されている（図3）。

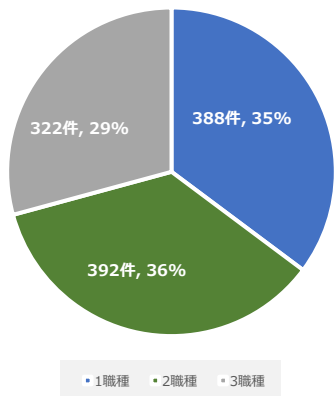


図1：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置状況
【出典】令和4年度3団体調査

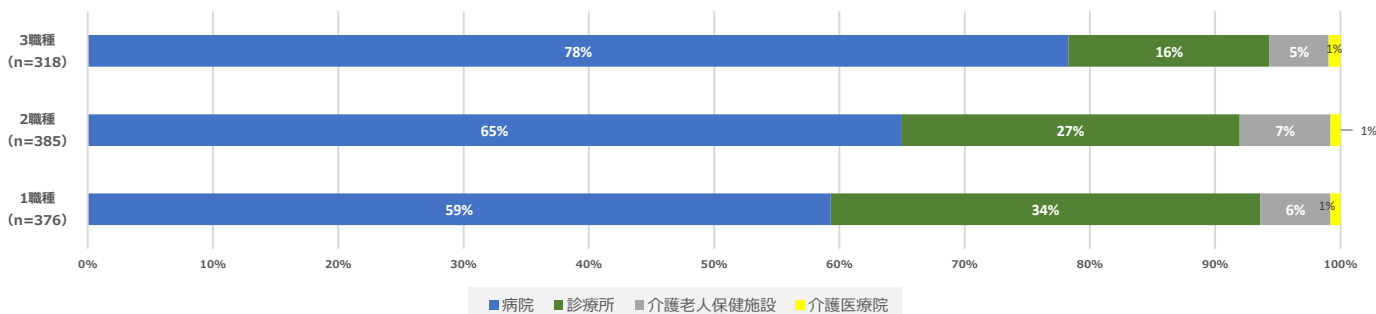


図2：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と経営主体（施設区分）
【出典】令和4年度3団体調査

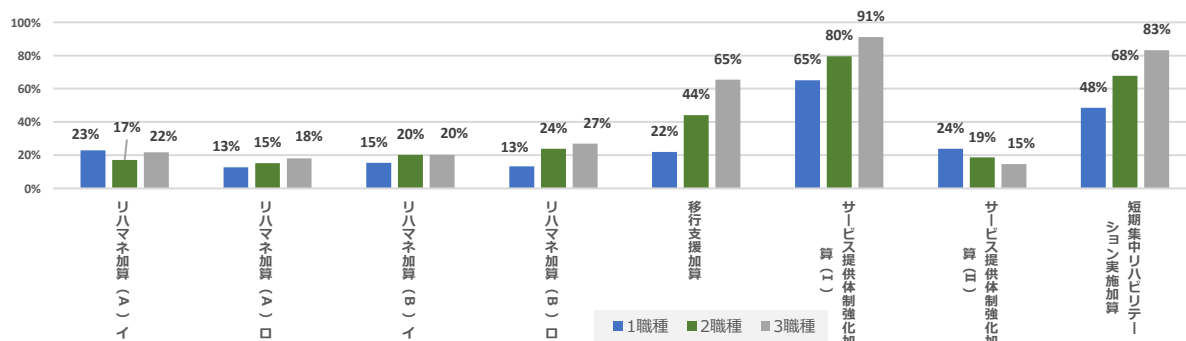


図3：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と算定している加算
【出典】令和4年度3団体調査

(1) 3. 要支援者に対する通所および訪問リハビリテーションの適時適切な提供

要望

- 要支援者に対する訪問リハビリテーションが**12月を超えた**期間であっても医師が必要と認め、延長する期間と目標を定める場合においては**減算から除外すること**を認めていただきたい。または、12月を超えての減算に対して、**急性増悪後は減算の見直し**をするなどリセット要件をご検討いただきたい。
- 特に、指定難病の患者など、長期にわたる継続的な支援が必要な場合や通所・訪問リハビリテーションの終了によって身体機能・活動の低下が予測される場合においては、**対象から除外すること**をご検討いただきたい。

要望理由・課題

- **12月を超えた期間においても医師が必要性を認め、訪問を行う事例は77%あった**（3団体調査）ことから、在宅リハビリテーションは要支援者のニーズも高い。
- また、**難病等進行性疾患等や一部の利用者においてはゆるやかな経過とともに状態が変化することから、長期にわたる継続的な支援が必要である。**

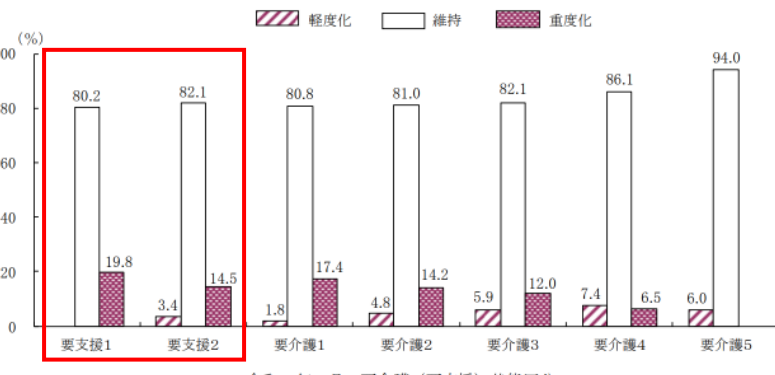
(1) 4 . 事業所評価加算の廃止および要支援者に対する移行支援加算の評価

要望

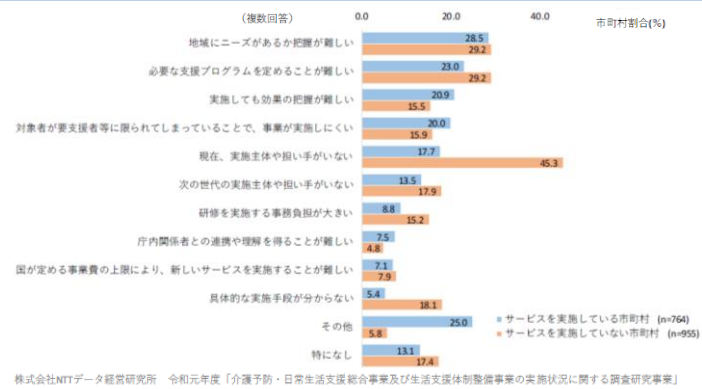
- ① 訪問リハビリテーションならびに通所リハビリテーションにおいて、**事業所評価加算を廃止し、移行支援加算の対象者に要支援者を含む新たな評価**をしていただきたい。
- ② 介護保険制度と市町村事業との連携をさらに推進する観点から自立支援・重度化防止に資する通所ならびに訪問リハビリテーション等において介護度が改善すること等により、**サービス修了後に市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業に繋がった場合にさらなるインセンティブをつけること**としてはどうか。その際には、**介護予防通所ならびに介護予防訪問リハビリテーションにおける移行支援加算の算定を認める**など、移行支援加算の要件をさらに評価することとしてはどうか。

要望理由・課題

- ① 要支援者のうち改善する者の割合はごくわずかであり、**事業所評価加算の算定は利用者の約1.3%程度にとどまっていること**から（図1）、要支援者については指定通所介護等への移行を促し、社会への参加を推進することを評価する。
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業が運用された後、その受け皿の充実が図られていない。自立支援・重度化防止に取り組む事業所においても、その**修了後の受け皿の脆弱性**（図2）に関する声もあり、いたずらに**通所ならびに訪問リハビリテーション等の利用継続が長期化している状況である**（図3）。宮崎市のフレイル予防短期スクールに参加した高齢者において、CS-30 ($p < 0.001$, $d = 0.98$) とTUG ($p = 0.039$, $d = 0.54$) で統計学的に有意な改善を認めたとの報告もあり、**市町村事業（介護予防日常生活支援総合事業）は機能改善に効果がある**（表1）。



令和2年4月の要介護（要支援）状態区分
図1 要支援者の改善状況



株式会社NTTデータ経営研究所 令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
図2 総合事業の実施状況と課題（サービスc）

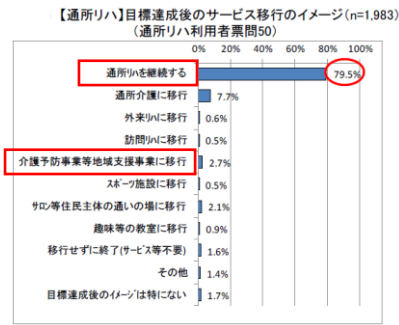


図3 目標達成後のサービス移行

	開始時		終了時		p-value	Effect size
	Mean±SD	Median (IQR)	Mean±SD	Median (IQR)		
体重 (kg)	53.5±7.7	53.0 (48.5-58.0)	54.2±7.7	55.0 (47.5-60.0)	0.562	0.09
BMI	23.4±3.2	23.4 (21.2-25.3)	23.8±3.3	23.3 (21.4-25.7)	0.534	0.12
CS-30 (回数)	20.1±4.7	20.0 (16.5-22.5)	24.8±4.9	26.0 (21.5-28.5)	<0.001**	0.98
片脚立位保持時間 (秒)	13.1±8.1	20.0 (4.1-20.0)	15.2±7.2	20.0 (8.5-20.0)	0.288	0.27
TUG (秒)	6.6±1.3	6.0 (5.6-7.2)	5.9±1.3	5.6 (4.9-6.3)	0.039*	0.54
2STEP値	1.1±0.3	1.2 (1.0-1.3)	1.2±0.3	1.3 (1.1-1.4)	0.187	0.32
握力 (kg)	19.5±6.6	19.1 (15.4-22.6)	21.3±6.7	20.0 (17.1-23.9)	0.292	0.27

表1 フレイル予防短期スクールの参加による変化

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$
効果量の目安 ($d = 0.20$: 小, $d = 0.50$: 中, $d = 0.80$: 大)
IQR: 四分位範囲, BMI: Body Mass Index,
CS-30: 30-second chair stand test, TUG: Timed Up & Go test

図1 令和2年度介護給付費等実態統計の概況（令和2年5月審査分～令和3年4月審査分）

図2 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業 (R2.4.24)

図3 介護給付費分科会 - 介護報酬改定検証・研究委員会 第10回(H28.3.16): 資料1-3改

表1 未発表, 水浦構成員提供資料

(2) 1. 生活機能向上連携加算の施設要件に看護小規模多機能型居宅介護事業所を追加

要望

- 生活機能向上連携加算の施設要件に看護小規模多機能型居宅介護事業所を加えていただきたい。

要望理由・課題

- 看護小規模多機能型居宅介護事業所において、理学療法士等の配置義務はなく常勤換算数は少ない状況である（図1）。また、併設する訪問看護ステーションに理学療法士が常勤配置されていない事業所もある。看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が、必要性があるにも関わらず、理学療法や個別機能訓練計画に基づいた、利用者の身体機能または生活機能の向上を目的とする機能訓練を受けることが出来ない状況にある。

職員体制（単位：人）（n=150）（問8）

	平均値	標準偏差	中央値
介護福祉士	5.3	2.7	5.1
介護職員（介護福祉士以外）	3.7	2.7	3.0
保健師・看護師	4.3	2.4	4.0
准看護師	0.9	1.0	0.8
介護支援専門員	1.0	0.4	1.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.6	1.0	0.0
事務職員	0.4	0.6	0.0
その他の職員	0.4	0.8	0.0
介護職員小計	9.0	3.0	9.0
看護職員小計	5.2	2.4	4.8
全職員数合計	16.6	4.8	15.9

図1：職員数の分布体制

【出典】令和2年度、老人保健健康増進等事業

看護小規模多機能型居宅介護事業所及び療養通所介護事業所の業務負担軽減に関する事業

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し①

概要	【ア：通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、短期入所生活介護★、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、イ：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★】
○ 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行う。	
ア 通所系サービス、短期入所系サービス、居住系サービス、施設サービスにおける生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。【告示改正】	
イ 訪問系サービス、多機能系サービスにおける生活機能向上連携加算（II）について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。【通知改正】	
※ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。	

【出典】厚生労働省：令和3年度介護報酬改定における改定事項について

(2) 2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のアウトリーチ機能の強化に向けた生活機能向上連携加算の提供施設および連携施設の拡大

要望

- 現行の生活機能向上連携加算に定める、訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設に加え、**200床以上の保険医療機関、認知症疾患医療センター等**に所属する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による介入も評価すること（図1）。なお、助言を行う場合には、医師の意見書の内容を踏まえること。

要望理由・課題

- 平成30年度介護報酬改定では、自立支援・重度化防止に資する介護を推進することを目的に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が助言（アセスメント・カンファレンス）を行う生活機能向上連携加算が新設され、介助方法や目標等の助言が行われている。
- 日本理学療法士協会が実施した訪問および通所リハビリテーション事業所対象の調査では、本加算にかかる他事業所からの依頼を断った事業所のうち、訪問および通所リハビリテーション事業所の**約5割が「外部派遣できるマンパワーがない」ことを断りの理由**に挙げており、本加算の普及を阻害する要因となっている（図2）。
- また、認知症疾患医療センターから居宅等への訪問による診断後支援の実態調査において、作業療法士が業務に関与する認知症疾患医療センター65施設のうち12施設で、環境・ADL・IADLの評価・助言等を目的に作業療法士による訪問支援が実施されている（図3）。

(2) 2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のアウトリーチ機能の強化に向けた生活機能向上連携加算の提供施設および連携施設の拡大

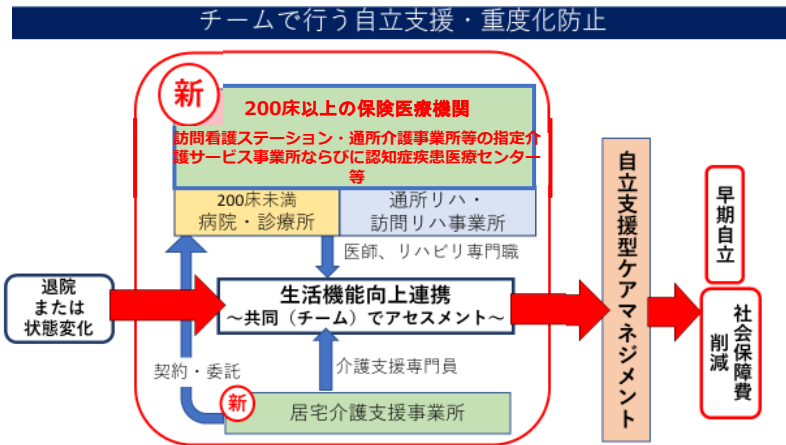


図1 要望のイメージ図

参考資料1

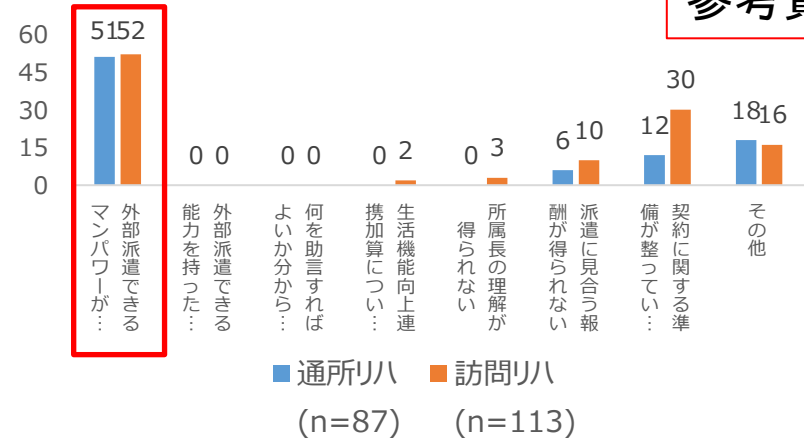


図2 外部施設への派遣をしない理由

【出典】平成30年度日本理学療法士協会調査、令和元年度日本理学療法士協会調査

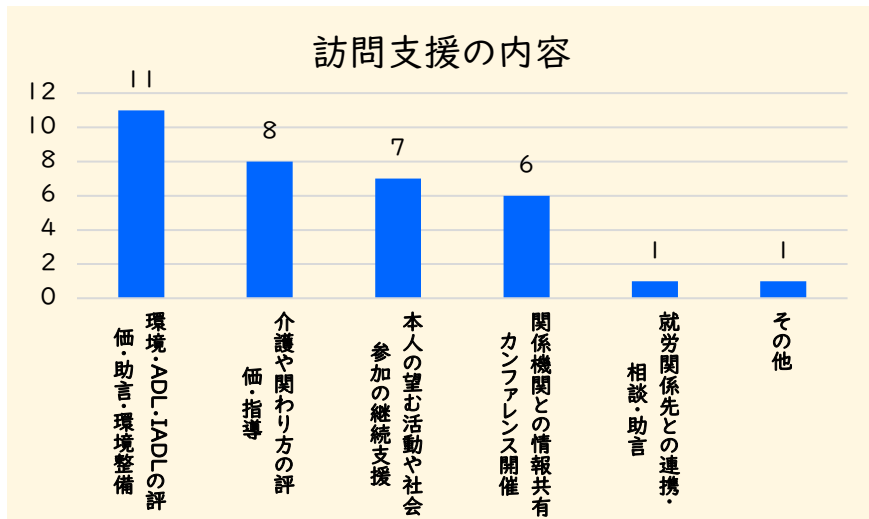


図3 作業療法士による訪問支援内容

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に499カ所（令和4年10月現在）【認知症医療推進大綱：KPI目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

	基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関	総合病院、大学病院等	精神科病院、一般病院	診療所、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和4年5月現在）	17カ所	4カ所	382カ所	96カ所
基本的活動領域	都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医師を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医師を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・看護婦、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医師を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護婦、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等（1名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医師を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護婦、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等（1名以上）
検査体制（※他の医療機関との連携あり）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
BPSD・身体合併症対応	緊急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可		
医療相談室の設置	必須			
地域連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化、等 			
診断後等支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 			
事業の着実な実施に向けた取組の推進	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

【出典】認知症疾患医療センター（概要）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00006.html

調査期間：2021年7月19日～2021年8月31日

調査対象：管理システムで認知症疾患医療センターの登録277施設に所属する作業療法士

回収率：47%（回答数130、有効回答103）

【出典】老健精神医学雑誌 第3巻第6号 認知症疾患医療センター併設医療期間における作業療法実態調査

(2) 3. 自立支援・重度化防止を目的とした生活機能向上連携の普及拡充

要望

- **生活機能向上連携加算をさらに推進**する観点から、例えば、
 - ・ 個別機能訓練加算を算定している利用者における生活機能向上連携加算（Ⅱ）の減算を削除
 - ・ 新興感染症によって直接訪問が困難な状況にも対応できるように、ICT機器等を活用した遠隔でのカンファレンス参加による個別訓練計画の共同作成を、生活機能向上連携加算（Ⅱ）の要件に含める
 - ・ 連携を提供する側の評価
 - ・ 法人外事業所と連携した場合の評価
 - ・ 提供施設側の報酬施設基準の専従要件の緩和等の見直しをすることとしてはどうか。

要望理由・課題

- 生活機能向上連携加算(Ⅰ)は外部のリハビリテーション専門職の助言に基づき作成し、生活機能向上連携加算(Ⅱ)は3カ月に1回以上外部専門職が訪問して共同で個別機能訓練計画を作成・修正するものである。生活機能向上連携加算（Ⅱ）は200単位/月であるが、**個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月に減算となる。**
- 通所介護における当該加算の算定状況は、全事業所・施設において96.9%が非算定であり、**算定している事業所は僅か**である（図1）。通所介護における算定しない理由は、「外部のリハ事業所との連携が難しいため」、「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため」の意見が各々35%以上である（図2）。特に通所介護を含む6つのサービス種別において、「**外部のリハ事業所との連携が難しいため**」の回答が最も多い。
- **生活機能向上連携加算は受ける側の算定**になっており、計画書を作成した事業所の加算となっている。
- 算定状況を踏まえると、連携が比較的容易な同一法人が53.5%を占める（図3）。一方、**法人外との連携**は同一法人と比較すると、**普及拡充が乏しい状況**である。
- **医療施設の施設基準において、常勤配置が要件**なので派遣しにくい状況となっている。

(2) 3. 自立支援・重度化防止を目的とした生活機能向上連携の普及拡充

(2). 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一試

1. 生活機能向上連携加算の算定状況

(介護保険総合データベースを用いた分析)
※集計対象となるサービス提供年月: 令和元年10月

- 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設は、全事業所・施設ベースで3.1%であった。これをサービス種別にみると、認知症対応型共同生活介護(7.6%)、介護老人福祉施設(6.3%)の算定率が他サービス種別に比べて高かった。
- 個別機能訓練加算の算定有無別にみると、通所介護と介護老人福祉施設では「個別機能訓練加算を算定している場合の区分で算定(100単位)している場合が多いのに対し、短期入所生活介護と特定施設入居者生活介護については、「個別機能訓練加算を算定していない場合の区分で算定」(200単位)している場合の方が多かった。また、広域型か地域密着型かの違い別みると、どのサービスにおいても、広域型の事業所・施設による算定率の方が高かった。

図表 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設数・構成比

	事業所・施設数(件)					構成比(%)					
	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	非算定	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	非算定	
① 通所介護	43,192	1,476	-	-	-	41,716	100.0%	3.4%	-	-	96.6%
② 認知症対応型通所介護	3,899	262	-	-	-	3,737	100.0%	4.2%	-	-	95.8%
③ 短期入所生活介護	15,399	169	-	-	-	15,170	100.0%	1.5%	-	-	98.5%
④ 特定施設入居者生活介護	10,202	371	-	-	-	9,831	100.0%	3.6%	-	-	96.4%
⑤ 認知症対応型共同生活介護	14,842	1,138	-	-	-	13,712	100.0%	7.6%	-	-	92.4%
⑥ 介護老人福祉施設	10,491	656	-	-	-	9,835	100.0%	6.3%	-	-	93.7%
⑦ 訪問介護	33,053	130	31	92	7	32,793	100.0%	0.4%	0.1%	0.3%	99.2%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9,469	207	104	76	27	9,054	100.0%	2.2%	1.1%	0.8%	95.6%
⑨ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	970	23	3	18	2	924	100.0%	2.4%	0.3%	1.9%	95.3%
全体	141,516	4,384	138	186	36	136,772	100.0%	3.1%	0.1%	0.1%	96.6%

図1 生活機能向上連携加算の算定状況

【出典】介護給付費分科会 - 介護報酬改定検証・研究委員会, 第19回(R2.3.26): 資料1-2

調査対象事業所・施設票 問3-6【通所介護】

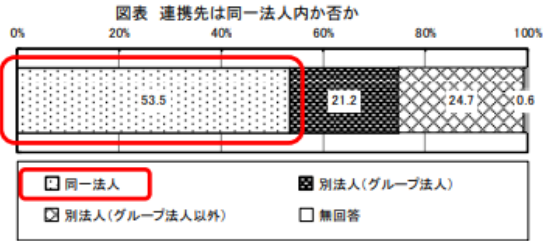


図3 法人内外での算定状況の差

【出典】介護給付費分科会 - 介護報酬改定検証・研究委員会, 第19回(R2.3.26): 資料1-2

4. (1)⑥ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要	【全サービス★】
○	介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。【通知改正】
・	「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。
・	「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1(常勤)と扱うことを認める。
・	人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等取得した場合には、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。
○	この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等取得した場合、当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。

図5 介護報酬の常勤配置の要件

【出典】厚生労働省: 令和3年度介護報酬改定における改定事項について

通所介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由)

- 通所介護における生活機能向上連携加算を算定していない理由をみると「外部の介護事業所等との連携が難しいため」(36.7%)が最も多く、次いで「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため」(35.9%)が多かった。

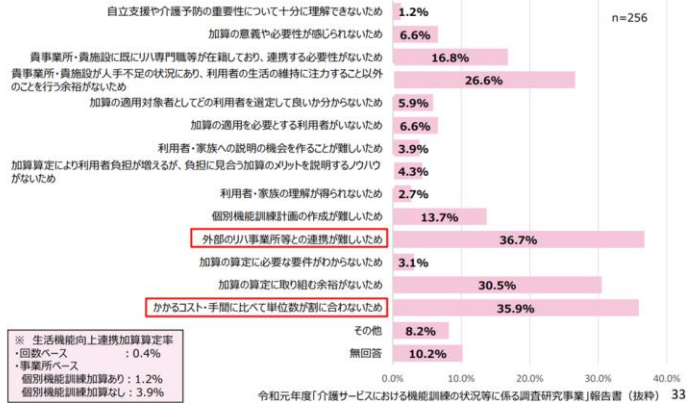


図2 生活機能向上連携加算を算定していない理由

【出典】社保審 - 介護給付費分科会, 第180回(R2.7.20): 資料1

ICT活用の効果

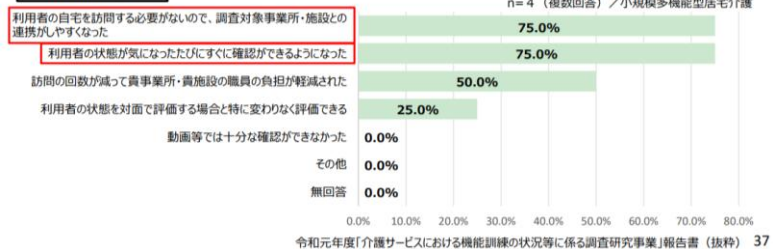


図4 ICT活用の効果

【出典】社保審 - 介護給付費分科会, 第180回(R2.7.20): 資料1

【1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 一①】

① 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

- 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。

図6 診療報酬の常勤配置の要件

【出典】厚生労働省: 令和2年度診療報酬改定について

(3) 1. 居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進 (短期入所生活介護利用後の状態悪化予防を含む)

要望

- ① 介護老人福祉施設において回復期の状態にある入所者に対し、**医学的管理の下にリハビリテーションサービスを提供できる体制を整えた場合の評価**を設けるなど、在宅医療を推進する観点での提供体制の在り方について検討し、評価をしていただきたい。
- ② 特定施設における医療ニーズを調査したうえで、**適時適切なリハビリテーションサービスの提供**が出来るように個別機能訓練加算の評価の見直し等を行うこと。または、生活機能向上連携加算の要件緩和によりこのような課題を解決するなどの方策についてご検討いただきたい。
- ③ 短期入所生活介護利用後の状態悪化を予防する観点から、**機能訓練体制加算、個別機能訓練加算の評価の見直しや基準緩和を行うなど**、評価の見直しをご検討いただきたい。

要望理由・課題

- ①-1 介護老人福祉施設の機能訓練指導員は看護師が兼務している状況となっており、徐々に理学療法士の配置も増えてきている。**理学療法士を配置することで「できるADL」の評価**をし、自立支援を推進することができる。
- ①-2 また入所者が転倒骨折・脳血管疾患で入院する方もおり、**施設から入院し再入所した方の入院期間が短い傾向にある**(表1、図1)。従来であれば回復期リハを経て退院となるが、**回復期を経ず亜急性期の状態で退院されるケースがある**。回復期リハビリテーションに対応すべく理学療法士が配置されることで利用者の機能回復に寄与できる。
- ② 特定施設には、軽症な入所者も多く利用している(図2)が、加算点数が少ないことで、理学療法が必要な利用者がリハビリテーションを享受する機会を失う場合がある。加えて特定施設では理学療法士等が常勤配置していない(図3)ことや、限度額の問題もある(表2)。
- ③ **短期入所生活介護の利用**による心身機能の変化等について、介護支援専門員や理学療法士を対象に調査した結果、回答した介護支援専門員の71.9%、**理学療法士の74.6%が自身の担当する利用者が利用後に状態が悪化する印象があると回答**(図4)し、状態が悪化すると思われる利用期間は5日以上と回答したものが約6割(図5)、要介護被保険者で利用後に状態が悪化する印象があると回答する割合が高かった(図6)。加えて、短期入所生活介護は、1泊2日や4泊5日などの利用となることが多いため、ADL維持等加算のような加算の算定は難しい。また、**10床程度の施設が多いため、理学療法士等の常勤配置が難しく個別機能訓練加算の算定が困難である**(図7)。

(3) 1. 居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進 (短期入所生活介護利用後の状態悪化予防を含む)

参考資料2

介護度	限度額	1日の利用料	30日の利用料	限度額-30日の利用料
要介護1	16,355単位	538単位	16,140単位	195単位
要介護2	18,362単位	604単位	18,120単位	242単位
要介護3	20,490単位	674単位	20,220単位	270単位
要介護4	22,435単位	738単位	22,140単位	295単位
要介護5	24,533単位	807単位	24,210単位	323単位

表2 特定施設入居者生活介護の介護度別の限度額（介護報酬早見表参照）

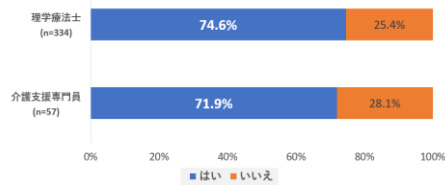


図4 ショートステイの利用により状態悪化は起こりやすいと感じるか

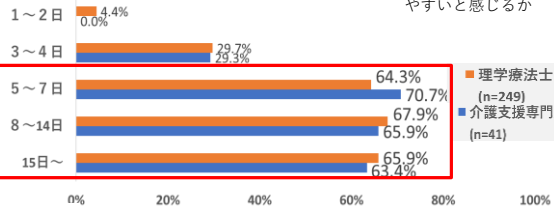


図5 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

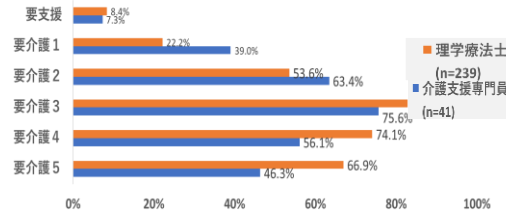


図6 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

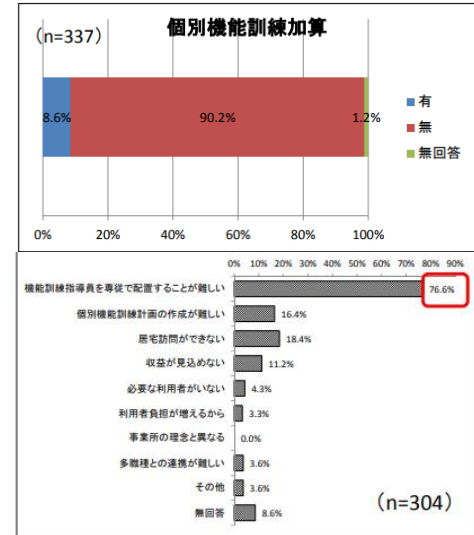


図7 短期入所生活介護の算定状況と非算定の理由

【出典】社保審-介護保険給付費分科会 第151回(H29.11.15) 資料2

機能訓練体制加算

○専従の機能訓練指導員を配置している場合の加算（機能訓練体制加算）とは、短期入所生活介護事業所において専従の機能訓練指導員を配置していることを評価する加算

機能訓練体制加算の該当する介護サービス種別

- 短期入所生活介護
- 介護予防短期入所生活介護

機能訓練体制加算の単位数

加算名称	算定単位数	算定単位
機能訓練体制加算	12単位	1日あたり

【機能訓練体制加算の算定要件】

- 専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置していること。
- 利用者の数が100を超える事業所では、専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、かつ、理学療法士等を常勤換算方法で利用者の数を100で除した以上配置していること。

参照1 機能訓練体制加算

個別機能訓練加算の種類と単位数

介護サービス種別	単位数
通所介護 地域密着型通所介護	(Ⅰ) イ：56単位/日 (Ⅰ) ロ：85単位/日 (Ⅱ)：20単位/月
短期入所生活介護	56単位/日
特定施設入居者生活介護 介護老人福祉施設 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	(Ⅰ) 12単位/日 (Ⅱ) 20単位/月
認知症対応型通所介護	(Ⅰ) 27単位/日 (Ⅱ) 20単位/月

参照2 個別機能訓練加算

参照1【出典】カイポケ：https://ads.kaipoke.biz/basic_knowledge/care_insurance_and_law/addition_subtraction/about_function_training_instructor.html

参照2【出典】カイポケ：https://ads.kaipoke.biz/basic_knowledge/care_insurance_and_law/addition_subtraction/about_individual_functional_training.html

(4) 1. リハビリテーション計画書における訓練実施時間等の追加

要望

リハビリテーション計画書において、目標に応じたサービス提供の時間に加えて、訓練内容毎における実施予定時間の記載を追加してはどうか。あわせて、居宅における離床時間を記載してはどうか。

要望理由・課題

- 現行のリハビリテーション計画書には目標に応じたサービス提供の時間ならびに具体的支援内容としてリハビリテーション専門職が個別に関わる訓練内容を記載することになっているが、訓練内容毎の実施時間を記載する項目はない。また、基本動作の自立度を記載することになっているが、離床時間の記載は求められていない。
- 訪問リハビリテーションにおいては、「ADL練習（移乗・移動）／セルフケア」「IADL練習」に多くの時間を要した場合ADL・IADL・LSAが有意に改善している。一方で、「機能訓練」「基本動作練習」に多くの時間を要した場合は改善しにくい傾向がある。
- さらに、居宅における離床時間が3時間以上の場合、IADL・LSAが有意に改善している。
- リハビリテーション計画書に訓練内容毎の実施予定時間や居宅における離床時間を記入することで、より効果的なリハビリテーションを提供する一助になるのではないかと。

ADL練習（移乗・移動（バランス練習を含む）／セルフケア）
+ IADL練習の実施時間別における各評価の利得点数
（平均値）

※訪問リハビリテーション

		30分未満		30分以上		p値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	469	2.61	73	7.33	<.05
	要支援	102	-0.10	23	4.35	ns
	要介護	364	3.54	48	8.75	<.05
IADL	全体	464	1.73	72	6.78	<.05
	要支援	101	0.88	23	5.87	<.05
	要介護	360	1.98	48	7.17	<.05
LSA	全体	377	4.27	55	17.20	<.05
	要支援	68	4.07	19	15.03	<.05
	要介護	306	4.32	35	18.24	<.05

機能訓練+基本動作練習の
実施時間別における各評価の利得点数（平均値）

※訪問リハビリテーション

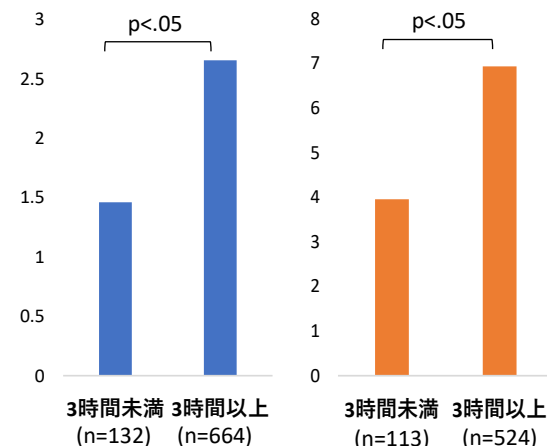
		30分未満		30分以上		p値
		n	平均	n	平均	
ADL	全体	370	3.16	340	3.09	ns
	要支援	76	1.38	89	0.51	ns
	要介護	290	3.67	263	3.99	ns
IADL	全体	370	2.85	333	1.97	<.05
	要支援	75	2.65	90	1.13	ns
	要介護	291	2.85	256	2.20	ns
LSA	全体	299	7.36	261	5.20	ns
	要支援	54	9.90	65	3.58	<.05
	要介護	241	6.59	206	5.85	ns

居宅における離床時間による
開始後6ヶ月での各指標の利得の違い

※訪問リハビリテーション

FAI利得平均値

LSA利得平均値



(4) 2. 介護老人保健施設における事業所番号取得の簡素化

要望

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

要望理由・課題

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