

リ専団令2第1号
令和2年7月27日

厚生労働省 老健局
局長 大島 一博 様

リハビリテーション専門職団体協議会

公益社団法人 日本理学療法士協会
会長 半田 一登
一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基
一般社団法人 日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順一

令和3年度介護報酬改定に関する要望

拝啓 日頃より、リハビリテーション専門職の活動に対し、ご理解とご協力を賜り、心より感謝申し上げます。

令和3年度の介護報酬改定に向けて、我々リハビリテーション専門職団体協議会では、介護保険におけるリハビリテーションサービスの提供体制および関連職種との連携に関して、別紙の通り、要望いたします。

何卒ご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

I. 自立支援型ケアマネジメントの推進

1. 自立支援型ケアマネジメントを推進するための居宅介護支援事業所と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のチーム体制の構築
2. 早期ケアプラン立案により在院日数短縮と退院直後のサービス提供を実現する要介護認定の仕組みの構築

II. 自立支援・重度化防止の更なる推進

1. 自立支援・重度化防止に向けた ADL 維持等加算の要件緩和と対象の拡大
2. 通所リハビリテーションにおける社会参加支援の推進
3. 通所リハビリテーションにおける適宜適切な理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供
4. 介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設における離床を促すための取り組みに対する評価

III. 地域リハビリテーションのさらなる推進

1. 介護保険計画策定による理学療法・作業療法・言語聴覚療法提供体制の均霑化と過疎地において基準を緩和した訪問サービスを提供できる制度の実現

IV. リハビリテーション提供体制をさらに推進するための医師の効率的な関与の提案および理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のアウトリーチ機能の強化

1. 訪問リハビリテーションにおける医師の効率的な関与の提案
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拡大

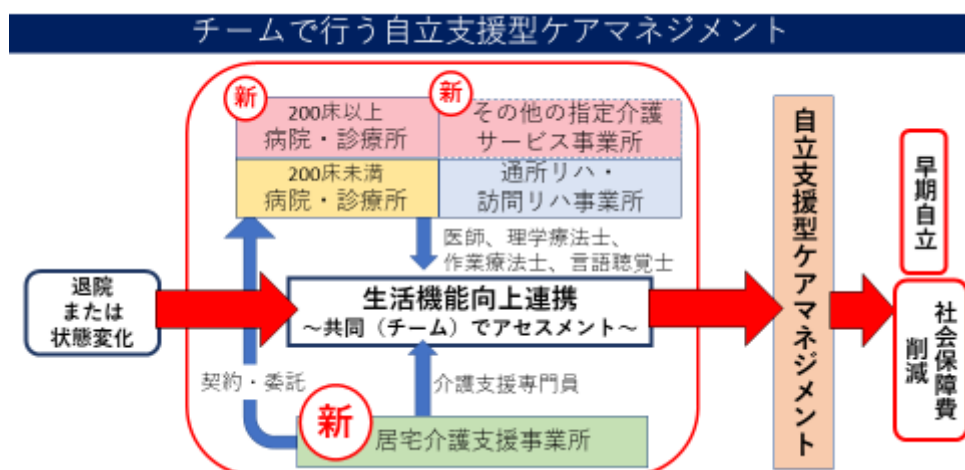
I. 自立支援型ケアマネジメントの推進

I-1 自立支援型ケアマネジメントを推進するための居宅介護支援事業所と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のチーム体制の構築

- 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、生活機能向上連携加算の見直しが行われ、訪問・通所介護事業所等では理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師の助言（アセスメント・カンファレンス）を受けたうえで介護計画を作成することが評価された。
- 高齢者の自立した生活を実現するためには、退院時や状態変化時の速やかで効果的な自立支援型ケアマネジメントが重要であることから、これまでも居宅介護支援における医療と介護の連携を強化し、質の高いケアマネジメントを推進するための制度改正が行われてきた。
- 今後さらに、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するためには、生活機能向上連携加算における介護職と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携と同様に、介護支援専門員と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がチームとなり、速やかに自立支援型ケアマネジメントを実施することが有効であることから、以下の提案をする。

【提案】

- 現行の生活機能向上連携加算に定める助言を受けた上で計画を作成する事業所に、居宅介護支援事業所を追加すること。

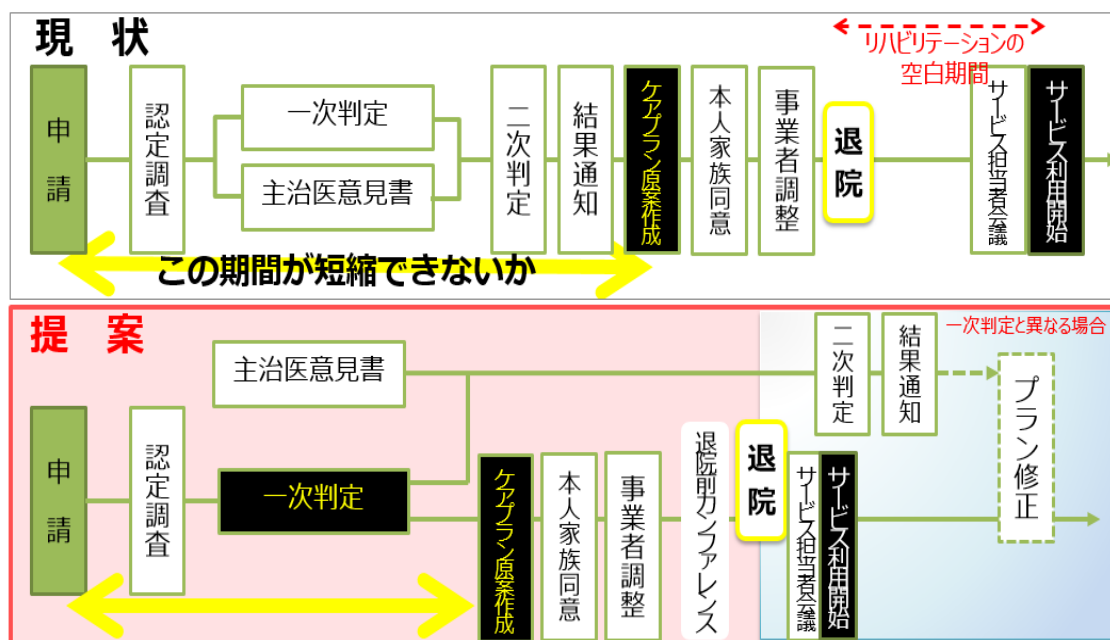


I-2 早期ケアプラン立案により在院日数短縮と退院直後のサービス提供を実現する要介護認定の仕組みの構築

- 2025年には一般急性期病院の平均在院日数は9日程度になる見込みであるが、入院患者が治療を終えた後に、安心して退院するためには、退院後速やかに在宅生活を再建することが重要である。
- 退院直後の機能低下を防止するためには、通所又は訪問リハビリテーションを開始するまでの期間が短いほど効果的であるが、要介護認定の諸手続きなどでサービスの実施までにタイムラグが生じてしまう点は、課題となっている。
- さらに、サービスの実施までのタイムラグにより、在宅復帰の準備が整わず、在院日数が延長することも懸念されることから、以下の提案をする。

【提案】

- 退院直後に限り、要介護認定の1次判定結果で介護保険サービス利用を可能とし、自立支援型ケアマネジメントに基づくリハビリテーションサービスの早期利用によって在宅における自立的生活の再建を図ること。



Ⅱ．自立支援・重度化防止の更なる推進

Ⅱ－１ 自立支援・重度化防止に向けた ADL 維持等加算の要件緩和と対象の拡大

- 平成 30 年度介護報酬改定において ADL 維持等加算が新設され、自立支援・重度化防止の観点から、通所介護事業所において、当該事業所を利用した者のうち、ADL の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合の評価が加えられた。
- しかしながら、算定事業所数は少なく、平成 30 年度老人保健健康増進等事業の調査により、届出上での課題は「算定要件を満たすこと」が最も多く、次いで「届出のための事務負担が大きいこと」となっている。同調査では算定要件が厳しいと感じたものの上位が「要介護度が 3、4 または 5 である利用者が 15% 以上であること」、「ADL 利得の計算で全員の合計が 0 以上」の 2 つとなっている。
- また、短期入所生活介護は、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものであり、利用者の在宅生活支援に欠かせない。
- 一方で、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、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 1、2）。
- よって、自立支援・重度化防止に向けて、通所介護における ADL 維持等加算の要件緩和および事務負担軽減、短期入所生活介護における同加算の新設が必要と考える。

【提案】

- 通所介護における ADL 維持等加算について、事務負担軽減及び算定要件のうち、重症者割合と ADL 利得にかかる要件を緩和すること。
 - ・要介護状態区分が要介護 3、要介護 4 及び要介護 5 である者の占める割合が 100 分の●以上であること。
 - ・利用者区分に応じて定めた値を合計して得た値が●以上であること。
- 短期入所生活介護に ADL 維持等加算を新設すること（別に厚生労働大臣が定める基準は短期入所生活介護に適したものとすること）。

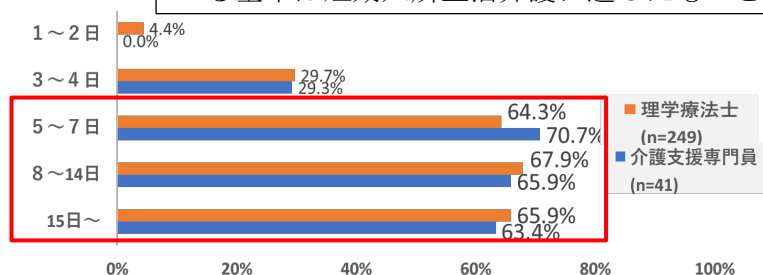


図 1 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

利用期間

【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

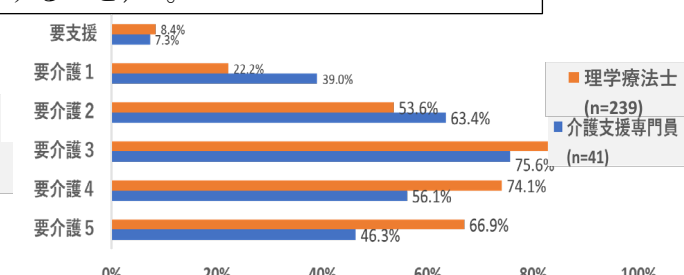


図 2 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

利用者の介護度

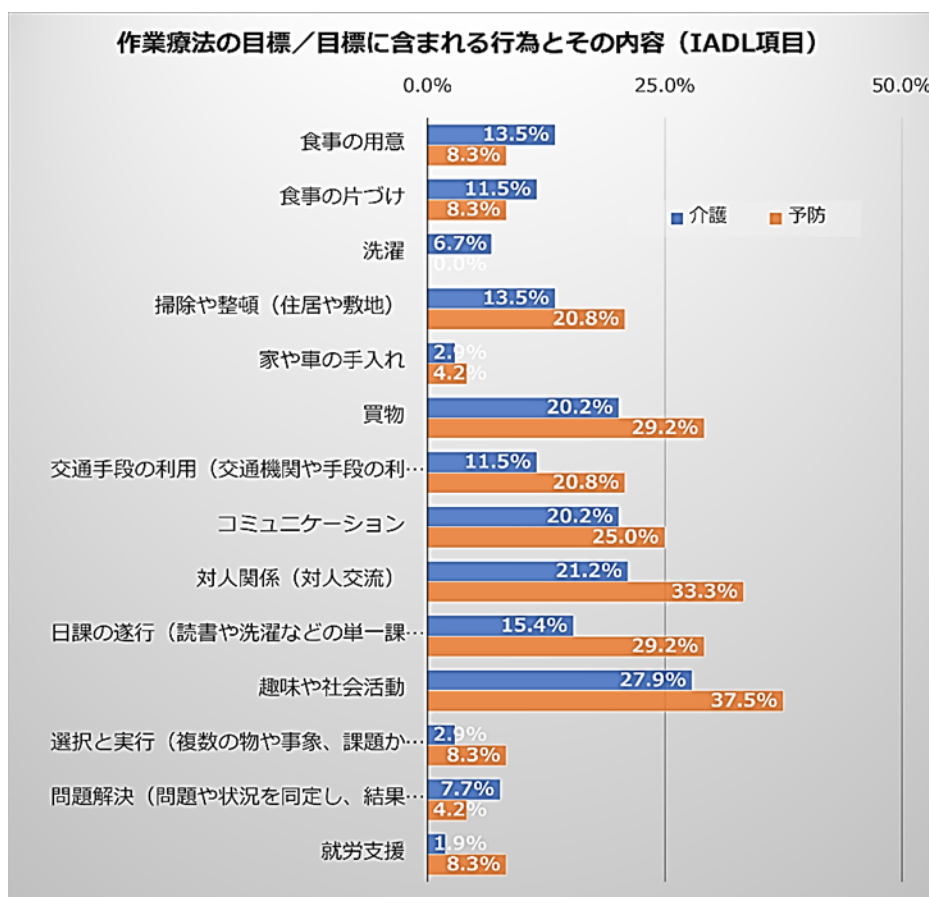
【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

Ⅱ－２ 通所リハビリテーションにおける社会参加支援の推進

- 介護予防通所リハビリテーションでは、社会参加支援加算が算定できない。要支援者ほど通所リハビリテーションに通い続けるのではなく、社会参加が推進されるべきである。
- 日本作業療法士協会の調査では、「通所リハビリテーションにおける、目標・目標に含まれる行為とその内容（IADL項目を抜粋）」において（図表１）、予防給付の方が、交通手段、買い物、趣味や社会活動など、参加を指向した目標設定がなされていることが示唆されている。

【提案】

- 社会参加支援加算の算定を介護予防通所リハビリテーションへ適応する。



※日本作業療法士協会（2019年）介護領域の実態調査（通所リハビリテーション1,499施設）：回答数314件、事例提供数：介護給付：104事例、予防給付：25事例

Ⅱ－３ 通所リハビリテーションにおける適宜適切な理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供

- 厚生労働省統計（平成 29 年介護サービス施設・事業所調査の概況）によると、通所リハビリテーション事業所は 8,114 件（常勤換算人数：理学療法士 1.55 人、作業療法士 0.75 人）と専門職種の配置は一定の割合に達し、日本理学療法士協会の調査では、3 職種配置している事業所の割合は 27%である（図 1、2）。
- また、3 職種配置している通所リハビリテーションにおいては、各加算の取得率が高いと示唆されている（図 3）。
- 老人保健施設、通所リハビリテーションにおいて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の機能が発揮できるリハビリテーションの提供体制の構築が必要である

【提案】

- 3 職種配置（常勤換算人数で規定）している施設及び事業所の評価が必要ではないか。

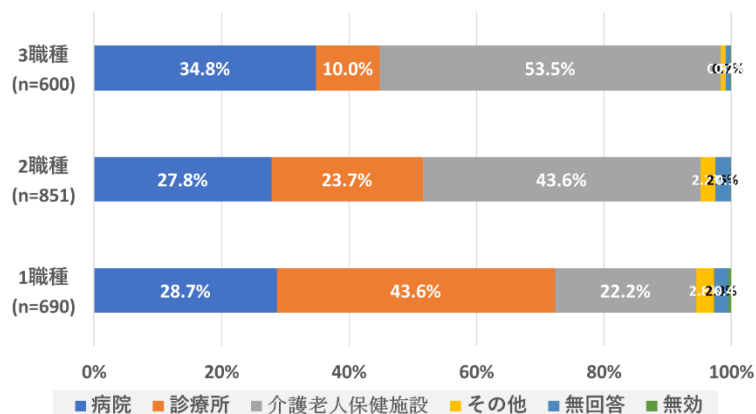
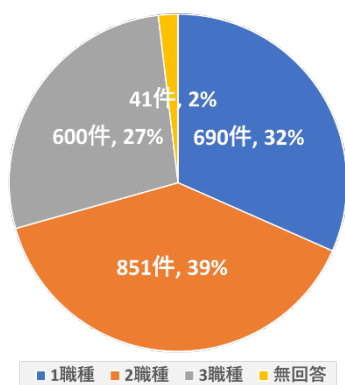


図1 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置

図2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置職種数と

【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

経営主体（施設区分）【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

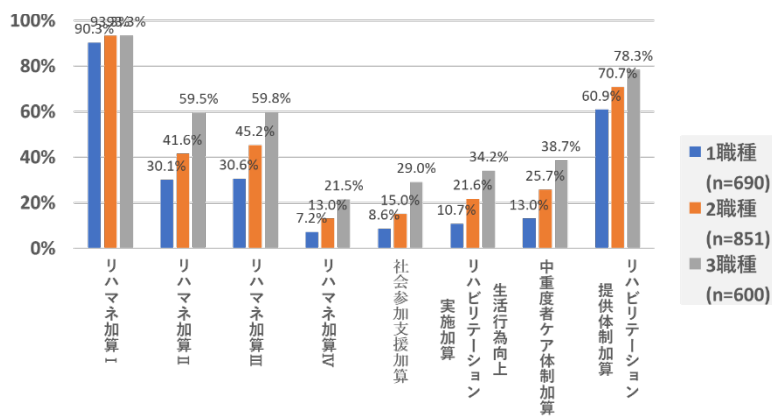


図3 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置職種数と算定している加算

【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

Ⅱ－４ 介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設における離床を促すための取組に対する評価

- 重度障害高齢者への尊厳の保持には、最低限の座位生活が維持されることが重要である。離床におけるリスクを考慮した医学的管理下での良肢位の座位生活は、寝たきり状態による廃用症候群を防止することはもちろん、摂食嚥下機能を改善し、認知機能にも良い影響を与え、自発性を高めることが知られている。
- 介護保険施設の入所者は要介護５が 45.8%、要介護４が 39.2%と 85%を占め、ほとんどの者が車いす生活と考えられる。
(厚生労働省第 19 回介護報酬改定検証・研究委員会資料：医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」より)
- 「平成 28 年度、介護保険施設における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業」及び「令和元年度、長期療養を目的とした施設におけるリハビリテーションの在り方等に関する調査研究事業」より、医師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と看護職、介護職が協働して、環境調整、リハビリテーション・機能訓練等の提供によって離床頻度・時間は増加・確保されることがわかっている。

【提案】

- 介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設の入所者（障害高齢者の日常生活自立度ランク C の入所）に対し、医師の医学的管理下における離床の取組等を実施し、ADL が維持・向上した場合、新たな評価をいただきたい

○離床の効果：意識レベルが改善すると共に、股関節・膝関節の関節可動域の拡大、ADL 場面では食事時の誤嚥が軽減し摂取量が増加、理解・表出が改善しコミュニケーションが可能となり、家族や親戚と会話を楽しむことができた。さらに、テレビ鑑賞なども他利用者と共に行うことができるようになった。



介入開始前
意識レベル：JCS-20



介入1ヶ月後
意識レベル：JCS-2



介入3ヶ月後（レク活動参加場面）
一日の離床時間：介入前90分 → 介入後200分

○事業結果：一日の生活場面における座位時間と離床頻度の変化（平均値）

	座位時間（分）	離床頻度（回）	回帰分析の経過
介入群	33.3 分	0.5 回	介入群は優位に向上した。 P<0.05
対象群	11.7 分	0.3	

出典：平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 「介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの 在り方に関する調査研究事業」

Ⅲ．地域リハビリテーションのさらなる推進

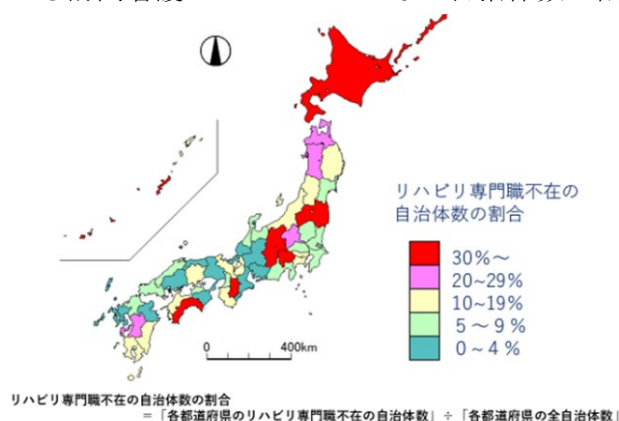
Ⅲ－１ 介護保険計画策定によるリハビリテーション提供体制の均霑化と過疎地において基準を緩和した訪問サービスを提供できる制度の実現

- 医療機関や医師の地域偏在が指摘されているが、当協議会実施の調査においては、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が明らかとなり（図）、リハビリテーションを受けられる自由度が限られている介護保険被保険者が存在することが示唆されている。
- また、令和２年度診療報酬改定においては、機能強化型訪問看護ステーションの要件見直しが行われ、看護師等の６割以上が看護職員であることを要件に加える改正が行われ、リハビリテーション提供体制を縮小するような提案が示された。
- 以上のことから、過疎地を含め、国民が必要なリハビリテーションサービスを楽しむことができる体制を実現するため、以下の提案をする。

【提案】

- 介護保険計画でリハビリテーション資源が不足していると示された市町村においては、現行の訪問看護ステーションにおける人員基準である看護職員の常勤換算を緩和すること。
- 訪問看護ステーションにおける人員配置について、過疎地等の地域の実情を踏まえ、ICT 活用も含めた体制整備に資する要件設定とすること。
- 周辺のかかりつけ医との連携体制を担保した場合において、地域偏在を含む提供体制の解決策の一つとして、訪問リハビリテーション事業所の開設主体に病院、診療所、介護老人保健施設以外を認めること。

図 通所・訪問リハビリテーション事業所がなく、かつ理学療法士・作業療法士・言語聴覚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

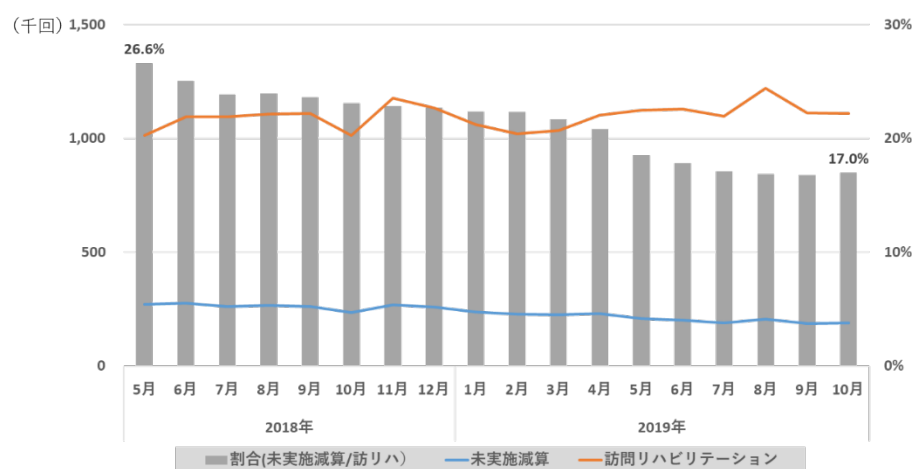
IV. リハビリテーション提供体制をさらに推進するための医師の効率的な関与の提案および理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のアウトリーチ機能の強化

IV-1 訪問リハビリテーションにおける医師の効率的な関与の提案

- 平成 30 年度介護報酬改定以降、訪問リハビリテーションの算定回数は増加傾向にある一方で、新設されたリハビリテーション計画に係る診療の未実施減算は漸減している（図）。
- 一方で、未実施減算での訪問リハビリテーションは漸減しているものの、かかりつけ医からの情報をもとにした訪問リハビリテーションが提供されていることから、かかりつけ医による診療での訪問リハビリテーションの機会を担保する必要がある。
- また、事業所医師による診療での訪問リハビリテーションが実施されている中で、訪問リハビリテーションにおける事業所医師の診療方法の 6 割以上が外来診療とされていることが日本理学療法士協会の調査から明らかとなっていることから利用者の負担増加が懸念される。
- かかりつけ医の関与の担保に向けて以下を提案する。

【提案】

- かかりつけ医においては、当該計画的な医学的管理を行っている医師の研修要件を見直し、当該研修に日本リハビリテーション医学会および日本生活期リハビリテーション医学会が主催する「かかりつけ医のための訪問リハビリテーション診療に関する研修会」を含めること。



図：未実施減算の算定件数の推移及び訪問リハビリテーション算定件数に対する割合の推移

【出典】介護給付費実態調査より日本理学療法士協会が作成

IV-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拡大

- 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）。
- 本加算は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画を作成することと定められており、所属の事業所形態を問わず、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は評価や個別機能訓練の計画立案を行えることから、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が所属する多様な施設が関与できるように見直すことにより、本加算が普及され、自立支援・重度化防止の推進に寄与すると考えられるため、以下の提案をする。

【提案】

- 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及び訪問看護ステーション等の指定介護サービス事業所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。
- 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。



図 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