

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

※日本理学療法士協会提案項目抜粋

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. 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

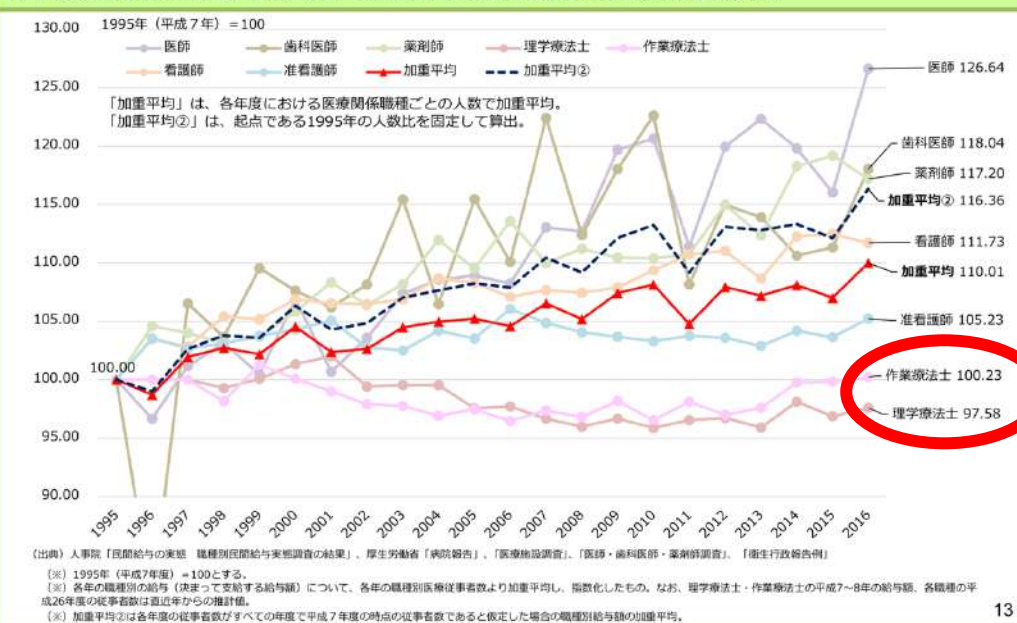
要望

- 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. 共生型サービス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。

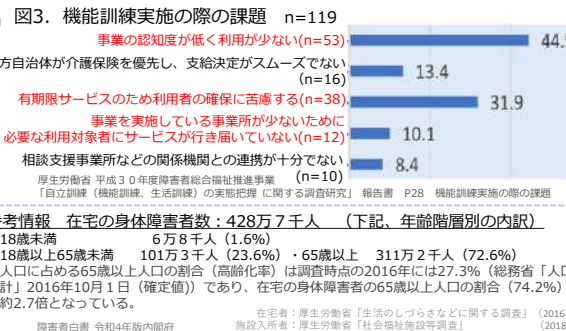
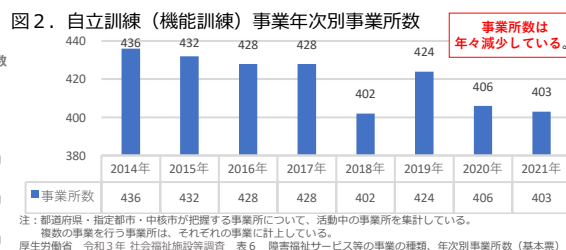


表1. 共生型サービスの指定を受けた後に事業所が感じている課題

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ない。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」の観点が変わる。
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。 ●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）経費主体の公費－私費別
○第4.8表 自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）事業所の利用者人数・利用延人数、都道府県、サービス費の種類別
○第2.8表 療養介護・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。

『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. 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
2. 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
3. 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. 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. 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）。

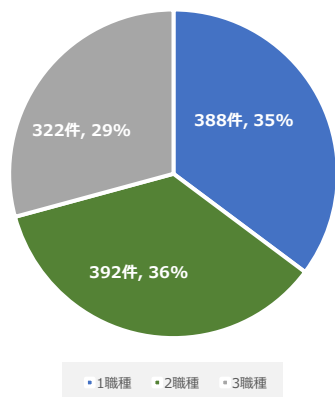


図1：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置状況
【出典】令和4年度3団体調査

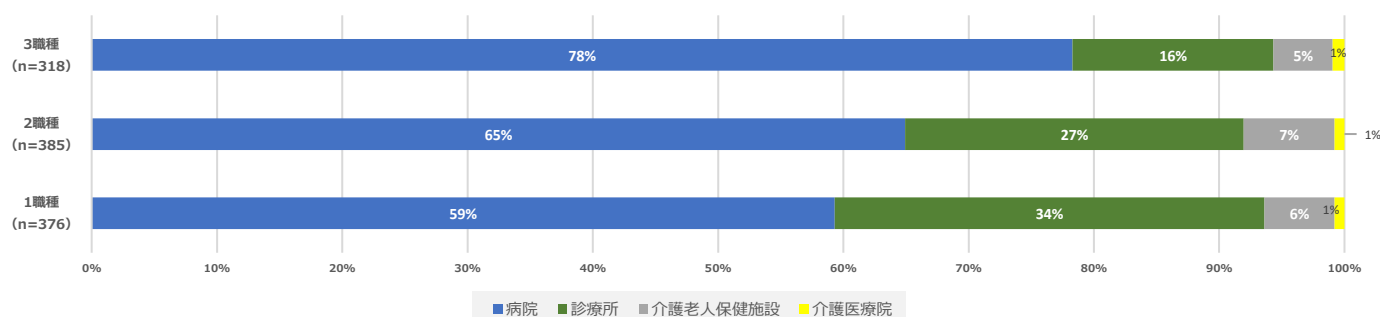


図2：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と経営主体（施設区分）
【出典】令和4年度3団体調査

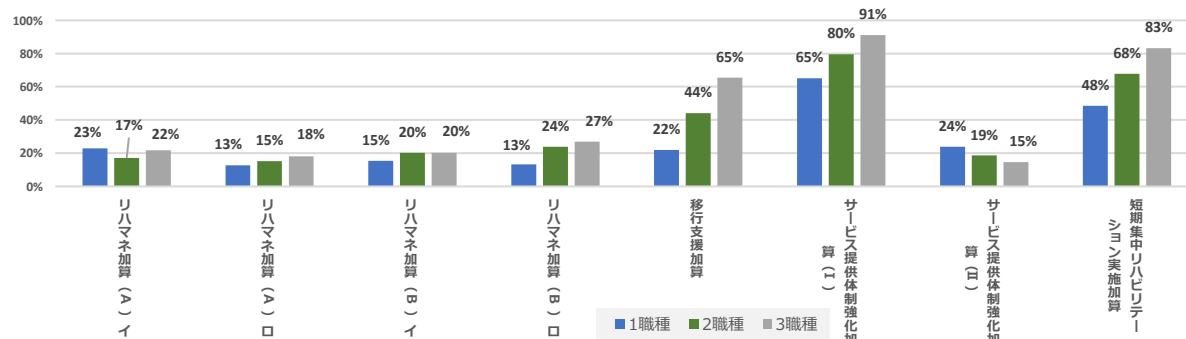


図3：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と算定している加算
【出典】令和4年度3団体調査

(1) 2. 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。**

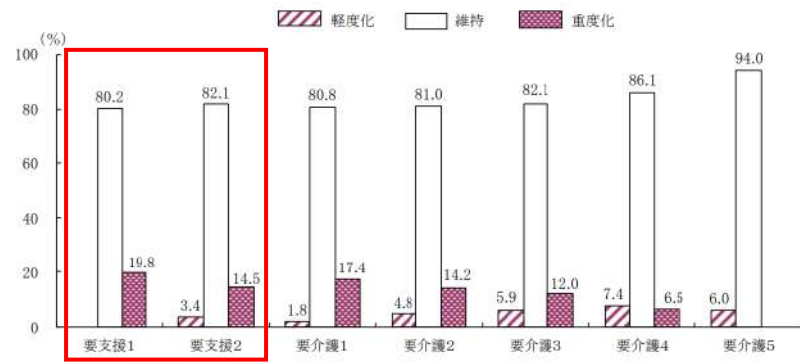
(1) 3 . 事業所評価加算の廃止および要支援者に対する移行支援加算の評価

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



図2 総合事業の実施状況と課題（サービスc）

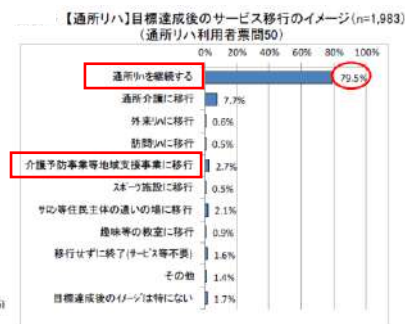


図3 目標達成後のサービス移行

	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)	1.3±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居者生活介護、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し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

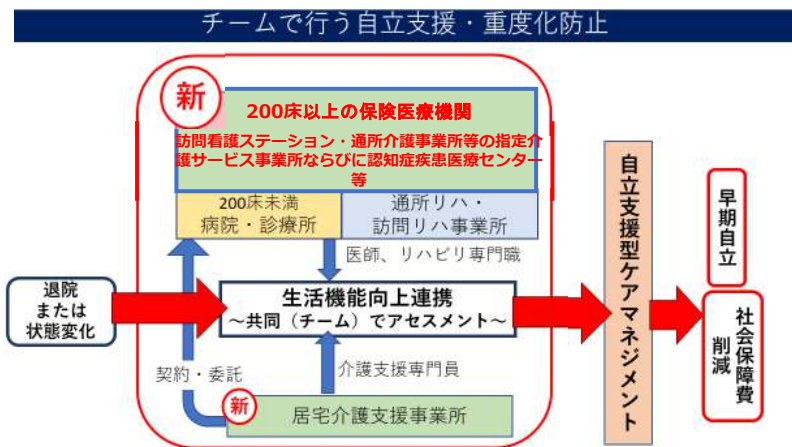


図1 要望のイメージ図

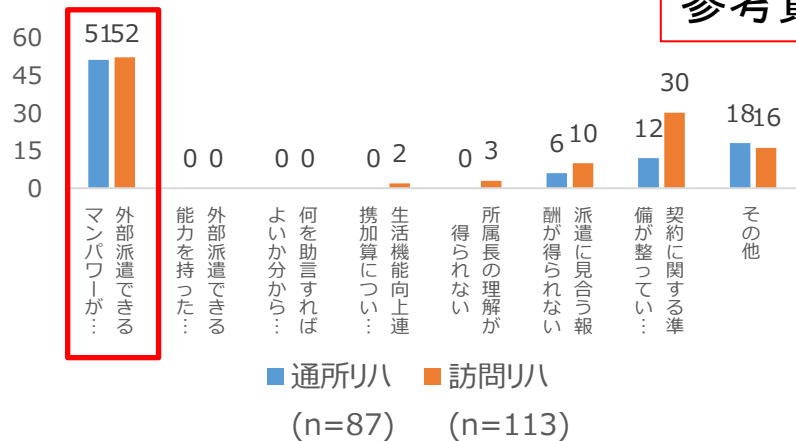


図2 外部施設への派遣をしない理由

【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

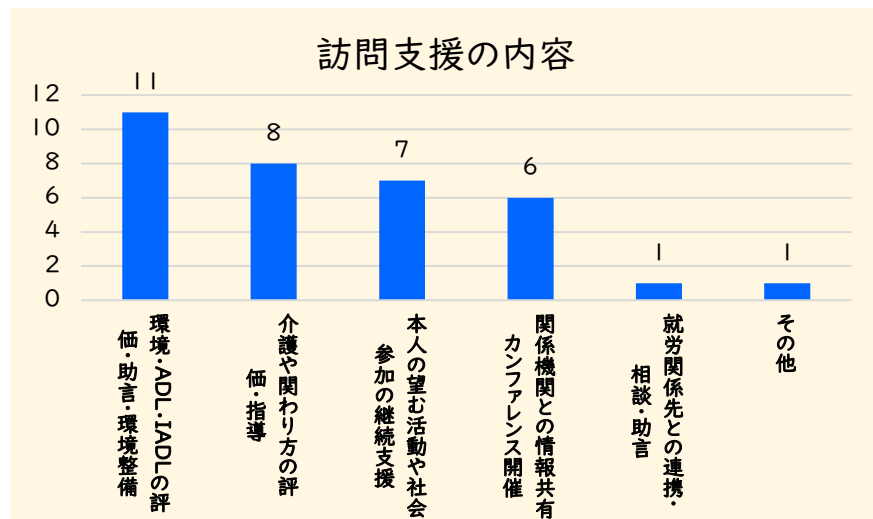


図3 作業療法士による訪問支援内容

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

認知症疾患医療センター運営事業

○認知症疾患に關する個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）【認知症医療推進計画: 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	精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和4年3月現在）	17カ所	4カ所	33カ所	9カ所
基本計画範囲	都道府県単位	都道府県単位	二次医療圏単位	二次医療圏単位
専門的機能	認知症の診断・評価及び専門的支援	認知症の診断・評価及び専門的支援	認知症の診断・評価及び専門的支援	認知症の診断・評価及び専門的支援
人員配置	・専門医又は認知症診療の専門医を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・精神保健福祉士又は介護士等（2名以上）	・専門医又は認知症診療の専門医を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・精神保健福祉士又は介護士等（2名以上）	・専門医又は認知症診療の専門医を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・精神保健福祉士又は介護士等（2名以上）	・専門医又は認知症診療の専門医を有する医師（1名以上） ・臨床心理士等（1名以上） ・精神保健福祉士又は介護士等（2名以上）
検査体制（医療機関との連携等）	・CT ・MRI ・PET（※）	・CT ・MRI（※） ・PET（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・PET（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・PET（※）
IPSD・身体介護等	必要医療機関として、連携を確保	必要医療機関として、連携を確保	必要医療機関として、連携を確保	必要医療機関として、連携を確保
医療施設設置	必要	必要	必要	必要
地域連携機能	・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	・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	・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	・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	・診断後等の認知症の患者や家族に対する相談支援や専門家によるピア活動や交流会の実施	・診断後等の認知症の患者や家族に対する相談支援や専門家によるピア活動や交流会の実施	・診断後等の認知症の患者や家族に対する相談支援や専門家によるピア活動や交流会の実施	・診断後等の認知症の患者や家族に対する相談支援や専門家によるピア活動や交流会の実施
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	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与

【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

(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1のみ算定	加算2のみ算定	加算1、2両方算定	全体	加算算定	加算1のみ算定	加算2のみ算定	加算1、2両方算定
① 通所介護	41,182	1,476	—	—	—	41,716	3.4%	—	—	96.6%
② 認知症対応型通所介護	3,895	167	—	—	—	3,737	100.0%	4.2%	—	95.8%
③ 短期入所生活介護	15,399	226	—	—	—	15,173	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	1,187	—	—	—	13,712	100.0%	7.9%	—	92.1%
⑥ 介護老人福祉施設	15,491	485	—	—	—	9,831	100.0%	3.1%	—	96.9%
⑦ 訪問介護	33,053	130	31	92	7	32,793	100.0%	0.4%	0.1%	0.2%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9,468	297	194	76	27	9,054	100.0%	2.2%	1.1%	0.3%
⑨ 定額訪問・随時対応型訪問介護	870	23	3	14	2	821	100.0%	2.4%	0.3%	0.2%
全体	141,516	4,384	136	186	36	136,779	100.0%	3.1%	0.1%	0.2%

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】

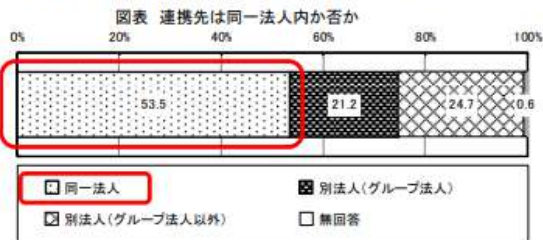


図3 法人内外での算定状況の差

【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等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・介護休業等を取った場合に、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・介護休業等を取った場合、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「外部のリハ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 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

1. 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

参考資料1

(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)

表 1 入院前の所在別に見た退院先の一致の有無による
平均在院日数の差の分析結果

	対象者数	平均在院日数	標準偏差	p値
老人保健施設				
不一致	261 (41.5%)	56.0	53.9	<0.001
一致	368 (58.5%)	28.3	76.0	
特別養護老人ホーム				
不一致	139 (22.5%)	75.0	145.2	<0.001
一致	480 (77.5%)	22.3	17.7	
介護療養病床				
不一致	11 (35.5%)	42.7	32.3	0.022
一致	20 (64.5%)	16.3	8.7	
グループホーム				
不一致	67 (30.6%)	43.2	35.8	<0.001
一致	115 (63.2%)	15.3	10.8	
医療療養病床				
不一致	87 (30.6%)	35.0	29.2	0.021
一致	197 (69.4%)	21.5	51.1	
回復期病床				
不一致	30 (30.9%)	29.9	21.2	0.002
一致	67 (69.1%)	15.9	13.9	

【出典】2019, 松田晋哉, 入退院の経路別にみた肺炎を発症した要介護高齢者の在院日数の分析

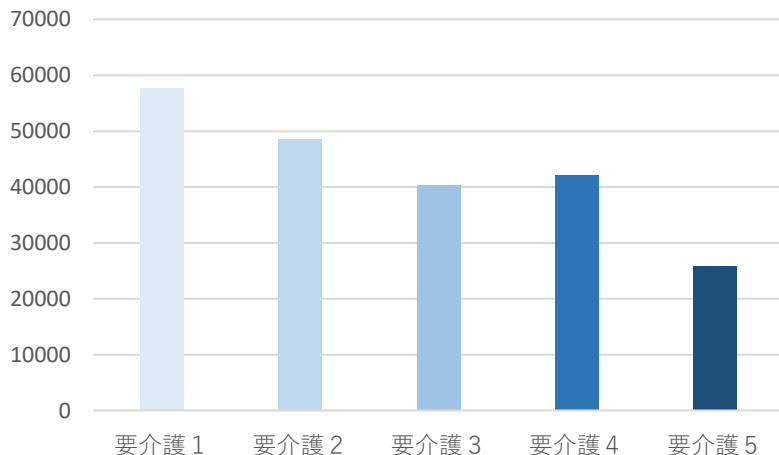


図2 特定施設入居者生活介護の要介護度別利用者数
【出典】令和2年9月末 (e-Stat参照)

参考資料1

【罹患状況】

罹患者: 67 名

述べ件数: 90 件 (うち保存的治療: 9 件)

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

件数(件)

10
(うち保存: 1)

18
(うち保存: 4)

入院期間(日)

41.1 ± 31.4

29.9 ± 15.1

(平均±標準偏差)

図1 1施設における罹患状況と入院期間

【出典】2011, 第55回 理学療法科学学会 学術大会, 構成員提供資料

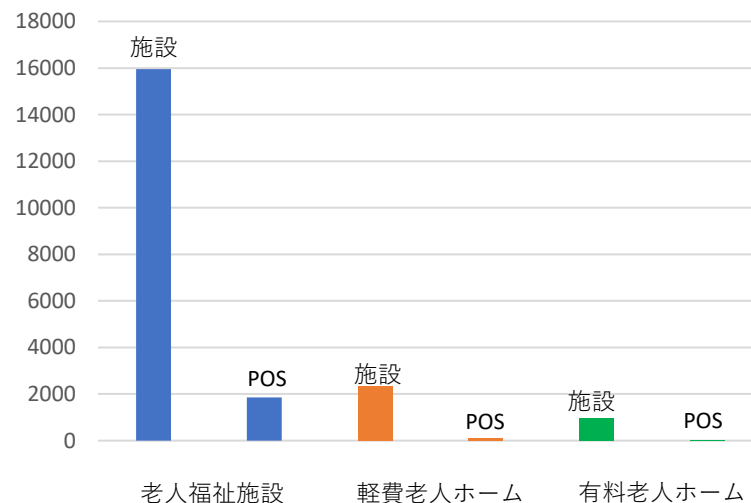


図3 施設数と常勤セラピスト数 (POS)
【出典】令和2年10月1日 (e-Stat参照)

(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)

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

参考資料2

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

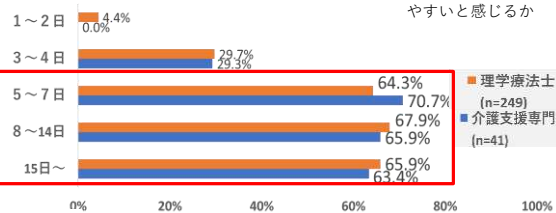


図5 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

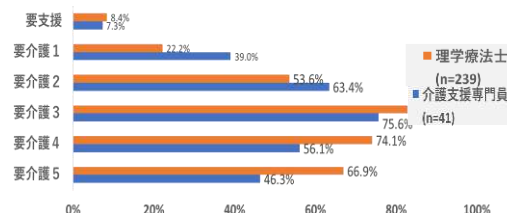


図6 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化すると思われる

【出典】令和元年度日本理学療法士協会調査

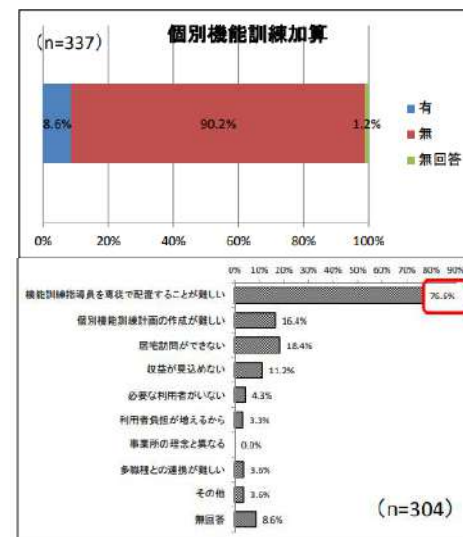


図7 短期入所生活介護の算定状況と非算定の理由

【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	(Ⅰ) イ：56単位/日
地域密着型通所介護	(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	(Ⅰ) 12単位/日
地域密着型特定施設入居者生活介護	(Ⅱ) 20単位/月
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	
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. 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**。