

(1) 在宅医療（訪問による理学療法・リハビリテーション）の推進

1. 在宅医療（訪問リハビリテーション）の推進
2. 訪問看護ステーションから理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う訪問看護の適切な評価

(2) 共生型サービス事業の普及

1. 介護支援専門員と相談支援専門員の一部業務を共有等ワンストップとしてのあり方の検討

(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. ADL維持等加算の取り組みのさらなる推進

(4) 介護職との連携（タスクシフト・シェア、助言・指導を含む）の強化による労働生産性と生活機能の向上

1. 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
2. 介護職員の労働生産性向上に資する理学療法士の取り組みの評価の推進

(5) その他

1. 通所サービスにおける送迎を行わない場合の減算要件の緩和

(1) 1. 在宅医療（訪問リハビリテーション）の推進

要望

- ① 訪問リハビリテーション事業所の基準省令【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）】で定められる設置主体の要件について、地域偏在を含む提供体制の解決策の一つとして、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、**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。**
- ② 別の医療機関の計画的に医学的管理を行っている医師（かかりつけ医）から事業所の医師に情報提供することで訪問リハビリテーションが実施できるよう**当該事業所医師の診察要件の緩和**を要望する。

要望理由・課題

- ① 医療機関や医師の地域偏在が指摘されているが、3 団体に実施した調査においては、**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、リハビリテーションを受けられる自由度が限られることから、過疎地を含め必要なリハビリテーションサービスを十分に享受できていない介護保険被保険者が存在することが示唆されている（図 1）。また、**サービス供給が不足する地域では移動に時間かかり、効率的で安定した事業所運営になっていない**（調査結果見込）。
- ② 日常の診療以外に当該事業所医師の診察を必要とする現在の制度は、**通院が困難な利用者にとって負担が大きい**。また、かかりつけ医と当該事業所医師の診察の両方を必要とすることは**医師の負担が懸念**され、別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師の指示で提供できる体制を設けることは医師の負担軽減につながると考える（図 2）。

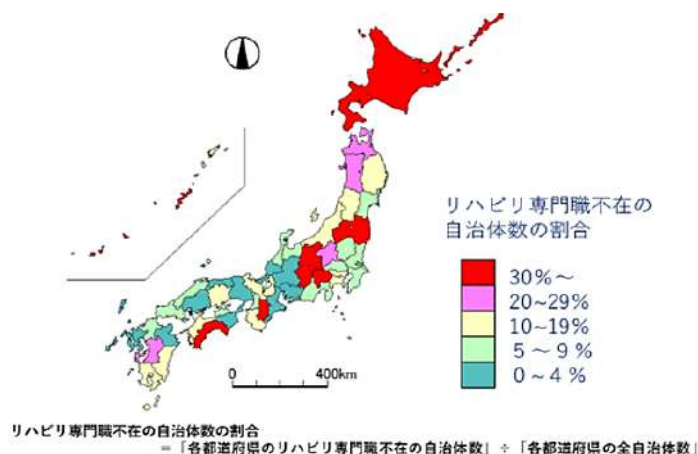


図 1：通所・訪問リハビリテーション事業所がなく、かつ理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が所属している訪問看護ステーションがない自治体数の割合

【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

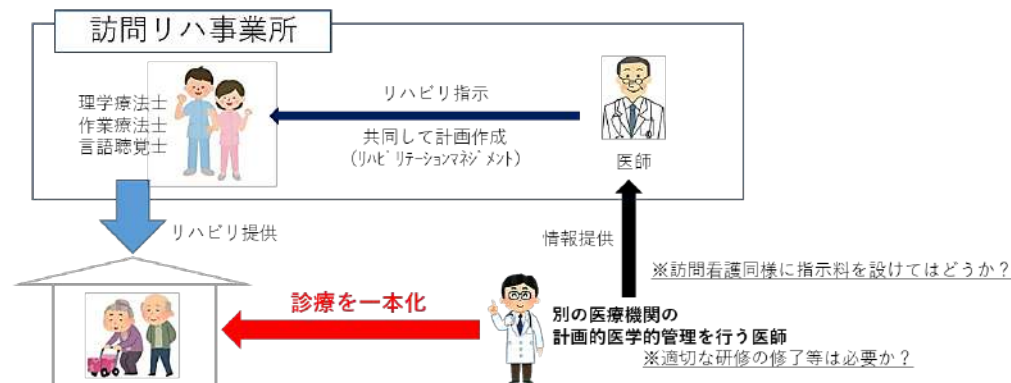


図 2：現行の医師の診察ならびに情報提供の流れの模式図

【出典】 訪問リハビリテーション振興委員会資料参照

復興特別区域法期間終了後も訪問リハビリステーションは必要とお考えですか

(n=67) * 調査対象は南相馬市、気仙沼市・南三陸町、宮古市・山田町の医師会会員

■ はい ■ いいえ ■ どちらでもない

91%

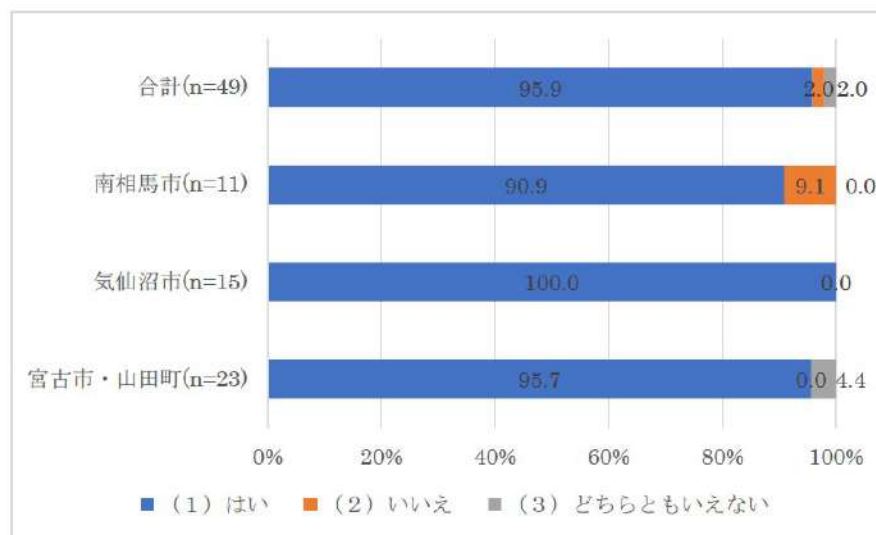
1%7%

一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団

「訪問リハビリステーションを有する市町村医師会を対象とした訪問リハビリテーションに関する調査(2019年1月)」

復興特別区域法期間終了後も訪問リハビリステーションは必要とお考えですか(n=49)

* 調査対象は一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団の事業所がある地域にある 居宅介護支援事業所



一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団「居宅介護支援事業所に対する訪問リハビリテーションに関する調査(2019年11月)」

(1) 2. 訪問看護ステーションから理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う訪問看護の適切な評価

要望

- ① 要支援者に対する訪問看護からの理学療法士等の訪問が1日に2回を超える場合の50%の減算を見直していただきたい。
- ② 処遇改善の観点から訪問看護からの理学療法士等による訪問の介護報酬基本単価の引き下げを是正していただきたい。
- ③ 理学療法士等による訪問看護の名称については、「**理学療法士等による訪問看護・リハビリテーション**」とするなど、国民に分かりやすく、**訪問リハビリテーションとの違いが分かる名称**としてはどうか。
- ④ 医師により、退院・退所後3ヵ月以内に集中的なリハビリテーションが必要との指示が出された場合には、訪問看護ステーションからも**理学療法士等による訪問看護の12回/週の訪問を可能**としていただきたい。

要望理由・課題

- ① 減算により、**40分提供した場合に比し60分提供した場合の方が報酬が低くなってしま**う。
- ② 最低賃金時間額の上昇率に比べ、**介護予防リハビリテーション報酬は抑制削減傾向**にあり、介護予防通所リハビリの報酬は17.2%削減、理学療法士等による介護予防訪問看護の報酬は50.2%削減となっている（図1）。
- ③ 訪問看護事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の数は利用者のニーズを背景に増加しており、在宅生活者にとって不可欠なサービスとなっているが、**利用者にサービスを提供する際の名称**において混乱を招くことが懸念される。
- ④-1 令和3年度介護報酬改定にて、訪問リハビリテーションの短期集中リハビリテーション実施加算の算定上限が6回/週から12回/週に変更となった。また、**退院・退所後3月以内の集中的なリハビリテーションは効果が得られやすい**ことが報告されており、訪問リハビリテーションの制度に反映されている（図2）。
- ④-2 一方で、**訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護は6回/週のままである**ことから、看護師が退院・退所後集中的な訪問を行っている時期に、理学療法士等が足並みを揃え連携することが難しくなっている。特別指示があったとしても2週間しか集中的な理学療法士等による訪問看護を行うことができず、利用者にとって不利益な状況となっている。

(1) 2. 訪問看護ステーションから理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問して行う訪問看護の適切な評価

参考資料1

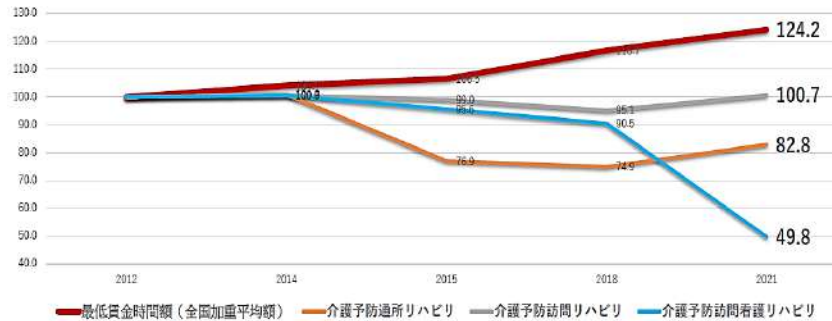


図1：介護予防リハビリテーション(60分以上)の介護報酬基本単価を2012年度を100とした推移

【出典】2022,NPO法人全国在宅リハビリテーションを考える会

健康関連QOLの評価

A) 脳卒中発症後患者の生活自立度を評価 (mRS)
6段階で段階が低いほど自立度が高い

B) Barthel index scores

C) 脳卒中患者の運動機能評価 (MAS)

D) EuroQol-5D™スコア

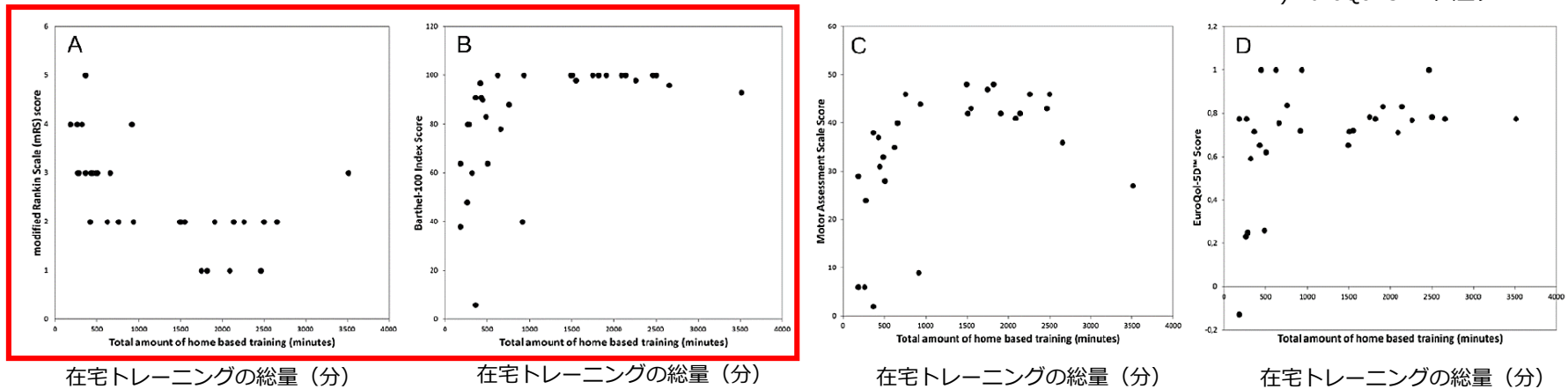


図2：脳卒中後 90 日に測定された、様々なアウトカム スケールと相関する在宅トレーニングの量

【文献】2016. Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: a randomised controlled trial

(2) 1. 介護支援専門員と相談支援専門員の一部業務を共有等ワンストップとしてのあり方の検討

要 望

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものであり、適切な時期に適切なサービスを受けることが重要**である。その観点から、共生型サービスにおいて**介護支援専門員と相談支援専門員の業務を一部共有**し、介護－障害福祉サービスの相互の制度理解を評価する仕組みとしていただきたい。

要望理由・課題

共生型サービスの指定を受けている介護保険サービス事業所は1,056事業所、障害福祉サービス事業所は179事業所（令和4年10月時点）にとどまっており（表1,2）、共生型サービスの指定を受ける事業所は非常に少ない状況である。基本報酬の減額等の理由も考えられるが、多くの共生型介護保険サービス事業所・共生型障害福祉サービス事業所が「**介護支援専門員と相談支援専門員との連携が十分ではない**」ことを課題だと感じ、「**介護支援専門員・相談支援専門員との連携**」が**共生型サービス事業継続にあたってのポイント**と考えている（表3）。このことより、介護支援専門員・相談支援専門員の連携が十分ではない状況であるが、サービス継続のために両者の連携が必要な状況であることがわかる。利用者の身体機能・日常生活能力の維持・向上のため適切な時期に適切なサービスを選択することが重要であり、**介護－障害福祉サービスに関わる相談支援専門員・介護支援専門員等は相互の制度理解が必要**である。介護支援専門員・相談支援専門員の連携を評価することが共生型サービスが普及にも繋がると考えられる。

表1 介護保険サービス事業所が**共生型障害福祉サービス**の指定を受ける場合
（R4年11月審査分10月サービス提供分）

種類	指定を受けている 介護保険サービス（※）	共生型の 請求事業所数	（参考）サービス全体の 請求事業所数
【障害福祉サービス】			
居宅介護	指定訪問介護事業所	146	21,611
重度訪問介護	指定訪問介護事業所	27	7,514
短期入所	指定短期入所生活介護事業所（介護予防を含む）、 （看護）小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の 「昼間」部分	74	5,393
生活介護	指定通所介護事業所（地域密着型を含む）、（看護） 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の「通い」部分	600	12,321
自立訓練（機能訓練）	指定通所介護事業所（地域密着型を含む）、（看護） 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の「通い」部分	36	188
自立訓練（生活訓練）	指定通所介護事業所（地域密着型を含む）、（看護） 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の「通い」部分	17	1,297
【障害児通所支援】			
児童発達支援	指定通所介護事業所（地域密着型を含む）、（看護） 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の「通い」部分	33	10,576
放課後等デイサービス	指定通所介護事業所（地域密着型を含む）、（看護） 小規模多機能型居宅介護（予防を含む）の「通い」部分	123	19,362
合計		1,056	-

表2 障害福祉サービス事業所が**共生型介護保険サービス**の指定を受ける場合
（R4年11月審査分10月サービス提供分）

種類	指定を受けている 障害福祉サービス	共生型の 請求事業所数 （※2）	（参考）サービス全体の 請求事業所数
訪問介護			
(内訳)	指定居宅介護事業所	10	-
	指定重度訪問介護事業所	6	-
		16	34,642
通所介護（※1）			
(内訳)	指定生活介護事業所	140	-
	指定自立訓練事業所	8	-
	指定児童発達支援事業所	0	-
	指定放課後等デイサービス事業所	3	-
		151	43,226
短期入所生活介護			
(内訳)	指定短期入所事業所	12	10,631
		12	-
合計		179	-

表3. 共生型サービスの運営に関する困難や課題

共生型障害福祉サービス（介護保険サービス事業所）の回答
< 継続運営可能な事業計画を検討・立案した際に重視したこと > (n=100)
両サービスの利用者の人数パターン別事業収支：33.0%
< 運営を始めて現在までの課題 > (n=158)
相談支援専門員と介護支援専門員との連携が十分ではない：25.9%
< サービスを継続するにあたってのポイント > (n=158)
相談支援専門員・介護支援専門員との連携：29.7%

共生型介護保険サービス（障害福祉サービス事業所）の回答(n=44)
< 継続運営可能な事業計画を検討・立案した際に重視したこと > (n=28)
両サービスの利用者の人数パターン別事業収支：39.3%
< 運営を始めて現在までの課題 > (n=44)
介護支援専門員と相談支援専門員との連携が十分ではない：25.0%
< サービスを継続するにあたってのポイント > (n=44)
介護支援専門員・相談支援専門員との連携：38.6%

上記の現状の課題解決のために取っている連携の工夫	
メールや電話等で、随時相談等のやりとりをしている	48.8%
情報共有、情報交換する場を設けている	29.3%
事業所の職員も参加して介護支援専門員のケアプラン作成や見直しについて側面支援する	19.5%
上記の課題解決のために共有している情報	
利用者や家族に対する相談やニーズへの対応方法	39.0%
心身の状況に応じた支援の方法	34.1%
職員に対する教育等の方法	12.2%

相談関連業務のコメント	
負事例	相談員の対応するスピード感が、介護保険よりも遅く感じる。
	周囲の相談員、ケアマネ含み共生型の重要性を理解して いなく、情報が乏しい。
	ケアマネさんが、現場の状況を把握できにくい点。同じ 空間で同じ職員らが障害と介護のケアや対応方法の違い に、それぞれにあったサービスが提供できているのか不安 である。
好事例	利用者のケアマネジメントは形式上、居宅介護支援専門 員が担当しているが、実質は、大卒のケアプランの作成 を相談支援専門員が無報酬で全面的に助言して、形式上 は居宅介護支援専門員がケアプランに落とし込んでいる。
	一部には、居宅介護支援専門員が相談支援専門員の資格 を取得して担当している事業所もみられる。両資格を取 得した専門職が高齢、障害福祉両方のケアマネジメント を担当しやすいような制度改定が望まれる。 ONE-TWOケアの推奨。（一人のケアマネジャーが居宅介 護支援事業所の介護支援専門員と障がい者相談支援事業 所の相談支援員を兼務すること）

共生型サービスの概要

- 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。

<障害>
生活介護

65歳

<介護>
通所介護

<障害>
生活介護

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。

<障害>
生活介護
(共生型指定あり)

65歳

<介護>
通所介護

<障害>
生活介護
(共生型指定あり)

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。

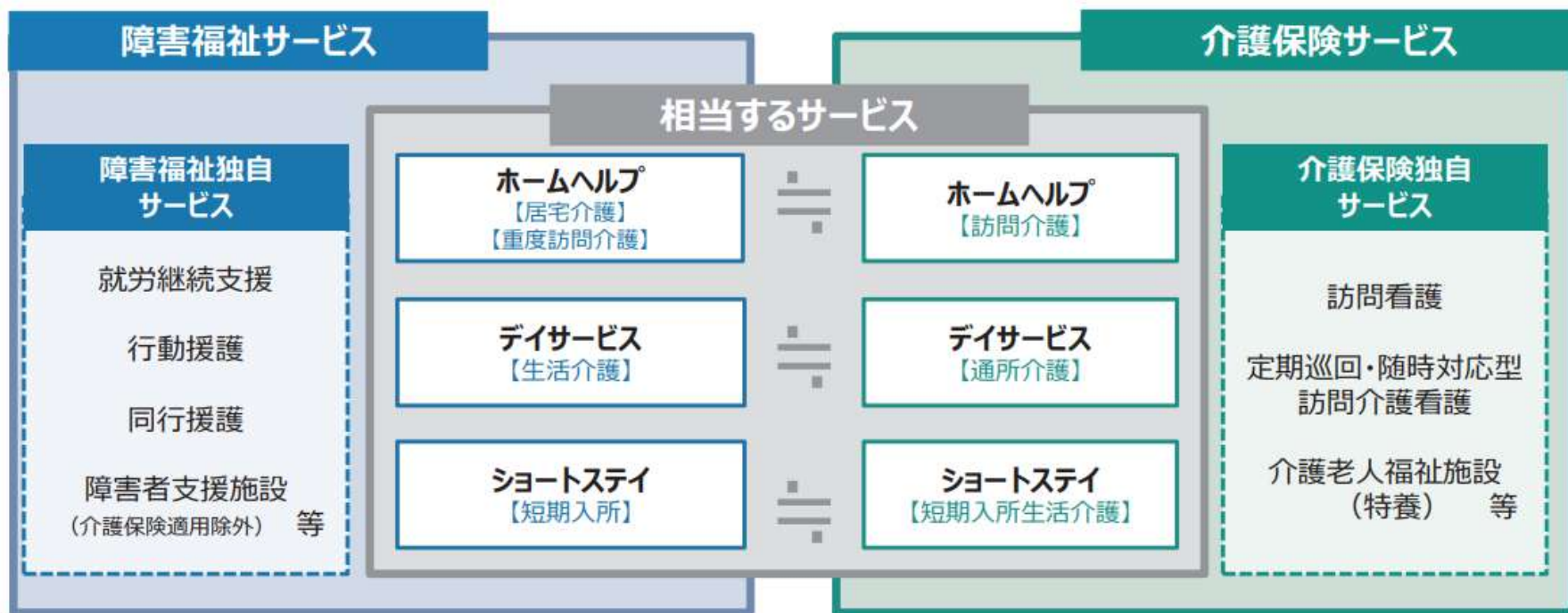
地域

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

障害福祉サービスと介護保険サービスとの関係

- 障害福祉制度と介護保険制度においては、それぞれ様々なサービスが設けられているが、サービスの内容や機能面から、障害福祉サービスに類似する（「相当する」）介護保険サービスがある場合には、障害者総合支援法第7条に基づき、原則介護保険サービスの利用が優先されることになる。



＜障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律＞（平成十七年法律第百二十三号）（抄）

（他の法令による給付等との調整）

第七条 自立支援給付は、当該障害の状態に月、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）の規定による介護給付、健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付又は事業であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付又は事業以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。

(3) 1. ADL維持等加算の取り組みのさらなる推進

要 望

- ADL維持等加算の普及による介護度の重度化防止ならびに改善は、介護保険費の抑制に寄与する事から、**当該加算を（○単位/月）へ増点をするなどさらなる取り組みを推進**していただきたい。
- 例えば、各要介護区分が**1区分悪化**することで、通所介護を2回/週利用した場合において、**1000単位程度の利用料が増大**する(表1)ため、その維持および改善が図られた際に加算を付与するなどご検討いただきたい。

要望理由・課題

- **アウトカムを評価する加算**であり、日々のケアに対する取り組みの充実が不可欠であり、令和3年度改訂において評価の見直しが行われたものの、その加算は**(Ⅰ)30単位/月 (Ⅱ)60単位/月**と極めて低く設定されており、**算定率も3%未満**となっている(表2, 表3, 図1)。利用者の自立支援・重度化防止の取り組みの促進としては乏しい状況である。

表1 介護度別の通所介護費

区分	単位	
要介護1	655単位	118単位増 123単位増 122単位増 124単位増
要介護2	773単位	
要介護3	896単位	
要介護4	1018単位	
要介護5	1142単位	

通常規模型通所介護費
(所要時間7時間以上8時間未満の場合)
118単位 × 8～10回/月(2回/週) =
944～1180単位

【参照】介護報酬早見表

表2 通所介護における介護度別ADL維持等加算の算定率

加算	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
I	0.13%	0.14%	0.13%	0.12%	0.11%	0.11%
II	0.29%	0.34%	0.31%	0.25%	0.22%	0.20%

表3 特定施設における介護度別ADL維持等加算の算定率

加算	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
I	0.021%	0.022%	0.022%	0.022%	0.020%	0.019%
II	0.015%	0.016%	0.015%	0.015%	0.016%	0.017%

【出典】介護給付費等実態統計報告（令和3年5月審査分～令和4年4月審査分）

(1). 介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業

3. 調査結果概要 ①ADL維持等加算の要件について：ADL維持等加算の算定状況(A. 介護保険総合データベースを用いた分析)

- 通所介護事業所における、ADL維持等加算の届出及び算定の状況を分析した。
- 平成31年4月時点の事業所台帳情報において、「ADL維持等加算(届出)の有無」が「有」の事業所は、通所介護サービスで3,741事業所(16.9%)、地域密着型通所介護サービスで657事業所(3.9%)であった。
- 平成31年4月サービス提供分の給付実績情報において、ADL維持等加算ⅠまたはⅡを算定している事業所は、通所介護サービスで578事業所(2.6%)、地域密着型通所介護サービスで57事業所(0.3%)であった。

図表1 平成31年4月(サービス提供分)におけるADL維持等加算の算定状況

平成31年4月 サービス提供分	ADL維持等加算 の届出なし	ADL維持等加算の届出あり	ADL維持等加算の算定あり			合計率
			ADL維持等加算 (Ⅰ)算定	ADL維持等加算 (Ⅱ)算定	ADL維持等加算 (Ⅲ)算定	
通所介護	18,399	3,741	578	376	248	22,140
地域密着型通所介護	16,281	657	57	31	31	16,938

平成31年4月 サービス提供分	ADL維持等加算 の届出なし	ADL維持等加算の届出あり	ADL維持等加算の算定あり		
			ADL維持等加算 (Ⅰ)算定	ADL維持等加算 (Ⅱ)算定	ADL維持等加算 (Ⅲ)算定
通所介護	83.1%	16.9%	2.6%	1.7%	1.1%
地域密着型通所介護	96.1%	3.9%	0.3%	0.2%	0.2%

【分析方法】
・介護保険総合データベースにおける、平成31年4月サービス提供分のデータを対象として分析した。分析対象事業所数は患内に記載の通り。
・事業所台帳情報から、「ADL維持等加算(届出)の有無」に格納されている値が「(なし)」の場合は「ADL維持等加算の届出なし」とした。「(有)」の場合は「ADL維持等加算の届出あり」とした。
・「ADL維持等加算(Ⅰ)算定率」が1以上の事業所を、ADL維持等加算(Ⅰ)算定事業所として計上。「ADL維持等加算(Ⅱ)算定率」が1以上の事業所をADL維持等加算(Ⅱ)算定事業所として計上した。
・事業所台帳情報(サービス情報)において項目「ADL維持等加算(届出)の有無」が記載なし(null)の事業所を除外している。

図1 ADL維持等加算の算定状況

【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1-1

(3) 1. ADL維持等加算の取り組みのさらなる推進

参考資料 1

3. (2) 介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進 (その2)

ADL維持等加算の拡充

- ADL維持等加算について、通所介護に加えて、認デイ、介護付きホーム、特養に対象を拡充する。クリームスキミングを防止する観点や加算の取得状況等を踏まえ、要件の見直しを行う。ADLを良好に維持・改善する事業者を高く評価する評価区分を新たに設ける。【告示改正】

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、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、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設

< 現行 >

ADL維持等加算(Ⅰ) 3単位/月 → ADL維持等加算(Ⅰ) 30単位/月 (拡充)

ADL維持等加算(Ⅱ) 6単位/月 ADL維持等加算(Ⅱ) 60単位/月 (拡充) ※加算(Ⅰ)(Ⅱ)は併算不可。

※認デイ、介護付きホーム、特養を対象に加える

〔算定要件〕

< ADL維持等加算(Ⅰ) >

- イ 利用者(当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること(CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用)
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除して得た値に、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得(調整済ADL利得)の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が、1以上であること

< ADL維持等加算(Ⅱ) >

- ・ 加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと
- ・ 評価対象利用者のADL利得を平均して得た値(加算(Ⅰ)のハと同様に算出した値)が2以上であること

【算定要件の見直し(概要)】

現行	改定内容
5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数を上回る利用者の総数が20名以上	利用者の総数が10名以上(緩和)
評価対象利用期間の初月において要介護度が3以上である利用者が15%以上	廃止
評価対象利用期間の初月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内の者が15%以下	廃止
評価対象利用期間の初月と6月目にADL値(Barthel Index)を測定し、報告されている者が90%以上	評価可能な者は原則全員報告
ADL利得が上位85%の者について、各々のADL利得を合計したものが、0以上	初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて調整式で得られた利用者の調整済ADL利得が、一定の値以上
(一)	CHASEを用いて利用者のADLの情報を提出し、フィードバックを受ける

29

(4) 1. 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及び訪問看護ステーション・通所介護事業所等の指定介護サービス事業所**ならびに**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）。
- 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。
- 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）。

(4) 1. 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

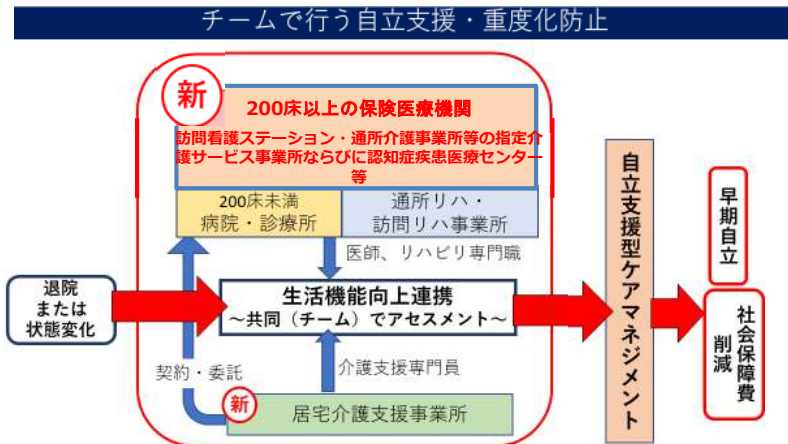


図1 要望のイメージ図

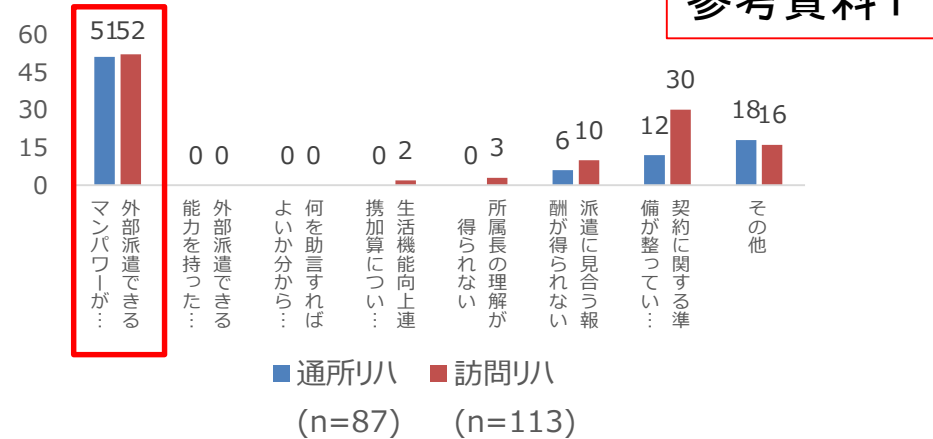


図2 外部施設への派遣をしない理由

【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

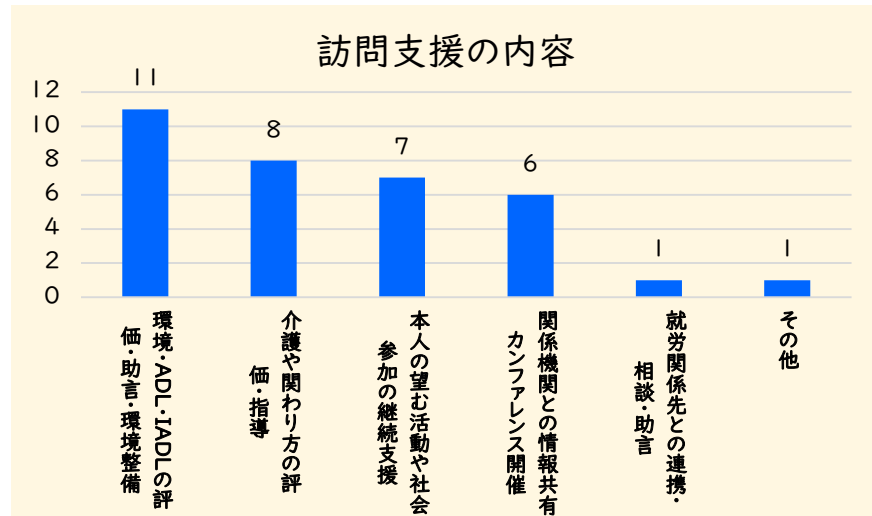


図3 作業療法士による訪問支援内容

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

○認知症疾患に関する個別診断や療育相談を行うほか、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5月現在）	17カ所	4カ所	33カ所	96カ所
基本的活動領域	都道府県全域	都道府県全域	二次医療圏	二次医療圏
専門医・専門看護師	認知症の専門診療科及び専門医療相談			
人員配置	・専門医又は認知症診療等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験をもつ医師（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）	・専門医又は認知症診療等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験をもつ医師（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）	・専門医又は認知症診療等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験をもつ医師（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）	・専門医又は認知症診療等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験をもつ医師（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）
検査体制（当他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
IPD・身体合併症対応	急性医療機関として、連携を確保	急性期入院診療を行える他の医療機関との連携で可		
診療相談室の設置	必須			
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 ・認知症サポーター、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	※基幹型が各ある場合、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

(4) 2. 介護職員の労働生産性向上に資する理学療法士の取組みの評価の推進

要 望

- 介護現場における総合的な介護人材確保対策のうち、離職防止、定着促進、**生産性向上に資する労働災害防止の取組み**（腰痛予防、転倒予防等）は大変重要であることから、**理学療法士による労働災害防止の取組みを推進**することについて、ご検討いただきたい。
- 例えば、サービス提供体制加算や処遇改善加算の算定要件に、「**理学療法士による職員への腰痛予防の取組み**」を追加し、**サービスの質の向上が図られた場合の評価**を行うこと。
- 施設基準を満たした施設への入所時に加えて、**サービス利用開始時や退所時にも1回算定可能**とすることなどご検討いただきたい。

要望理由・課題

- 令和3年度介護報酬改定では、**介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算の算定要件の一つである「職場環境等要件」に基づく取組み**に「介護職員の身体負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入および研修等による腰痛対策の実施」が設けられ、この実施においては「**職場における腰痛予防対策指針**」を参考とするように周知されている（図1）。
- また、令和4年3月31日に厚生労働省労働基準局安全衛生部から発出された「職場における転倒・腰痛等の減少を図る対策の在り方について【提言】」において、企業・労働者の行動変容を促すための関係者との連携においては、**腰痛予防、転倒予防に知見がある理学療法士等の活用をすることが必要と明記された**。
- さらに、同年9月27日に示された「転倒防止腰痛予防対策の在り方に関する検討会 検討事項の中間整理」においては、「**労働災害防止のため事業場において理学療法士等も活用して労働者の身体機能の維持改善を図ることは有用であり、国はそのための支援体制を拡充すべき。**」とされている（図2）。
- 令和5年2月13日に、厚生労働大臣の諮問機関である労働政策審議会が、加藤勝信厚生労働大臣に対し「**第14次労働災害防止計画**」について答申を行い、労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進および高年齢労働者の労働災害防止対策の推進の達成に向けて国等が取り組むこととして、「**理学療法士等を活用した事業場における労働者の身体機能の維持改善の取組を支援すること**」や「転倒防止・腰痛予防対策の在り方に関する検討会」における検討を踏まえ、必要な転倒防止対策の取組を進める」ことなどが明記された。
- 保健衛生業での腰痛・転倒災害の発生件数は近年増加がみられており（図3）、高齢者人口が増える今後において、看護師・介護福祉士等のマンパワー不足が懸念される中、対策が急務である（図4）。「サービス提供体制強化加算」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**」と要件がある一方で、資格要件は介護福祉士が主となっている（参考資料2）。

(4) 2. 介護職員の労働生産性向上に資する理学療法士の取組みの評価の推進

参考資料 1

「職場における腰痛予防対策指針」を参考に 介護職員の腰痛対策に取り組みましょう

厚生労働省では、「職場における腰痛予防対策指針」を策定し、介護職員の腰痛予防対策への啓発・指導を行っています。

令和3年度の介護報酬改定では、介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算の算定要件の一つである「職場環境等要件」に基づく取り組みに「**介護職員の身体負担軽減のための介護技術の修得支援、介護ロボットやリフト等の介護機器等導入及び研修等による腰痛対策の実施**」が設けられました。

この実施についても「職場における腰痛予防対策指針」を参考とするよう周知されています。

図1 職場における腰痛予防対策指針

厚労省

2040年を展望した社会保障・働き方推進本部のとりまとめ（令和元年5月29日）

○ ①多様な就労・社会参加、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービス改革、④社会保障の持続可能性の確保

（厚生労働省労働基準局安全衛生部所管）



○ 令和4年3月31日

「職場における転倒・腰痛等の減少を図る対策の在り方について【提言】」において、企業・労働者の行動変容を促すための関係者との連携においては、**腰痛予防、転倒予防に知見がある理学療法士等の活用**をすることが必要と明記。

○ 令和4年9月27日

「**転倒防止腰痛予防対策の在り方に関する検討会** 検討事項の中間整理」

(5) 国としての取り組みの必要性

ア「**労働災害防止のため事業場において理学療法士等も活用して労働者の身体機能の維持改善を図ることは有用であり、国はそのための支援体制を拡充すべき。**」

図2 2040年を展望した社会保障・働き方推進本部のとりまとめ

【事業背景】業種別の腰痛発生状況と保健衛生業の状況

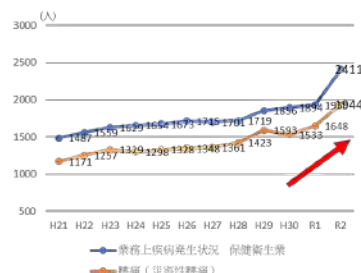
- （左下図）腰痛の業種別の発生状況をみると、保健衛生業（医療保健業・社会福祉施設等）が32%が最も多く、商業・金融・広告業（17%）、製造業（15%）の順である。
- （右下図）保健衛生業の腰痛発生状況は増加傾向にある。

腰痛発生状況（業種別内訳：令和2年度）



令和2年度業務上疾病発生状況等調査に基づき

保健衛生業における腰痛発生状況の推移



平成21年度～令和2年度業務上疾病発生状況等調査に基づき作成

図3 業種別の腰痛発生状況と保健衛生業の状況

【課題⑦】被災による休業見込み期間

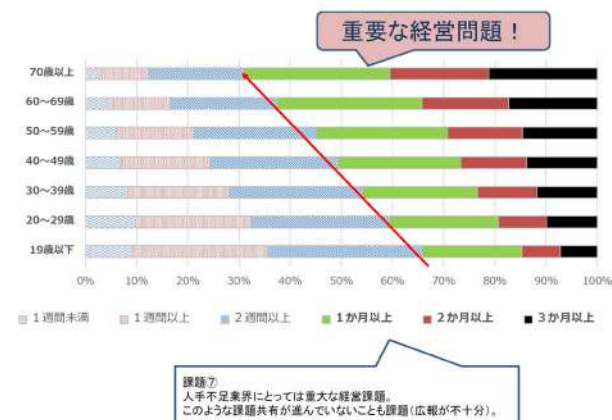


図4 被災による休業見込み期間

(4) 2. 介護職員の労働生産性向上に資する理学療法士の取組みの評価の推進

参考資料 2

4.(1)③ サービス提供体制強化加算の見直し

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護★、訪問看護★、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】

○ サービス提供体制強化加算について、サービスの質の向上や職員のキャリアアップを一層推進する観点から、見直しを行う。【告示改正】

単位数・算定要件等

	資格・勤続年数要件			単位数
	加算Ⅰ(新たな最上位区分)	加算Ⅱ(改正前の加算Ⅰイ相当)	加算Ⅲ(改正前の加算Ⅰロ、加算Ⅱ、加算Ⅲ相当)	
訪問入浴介護 夜間対応型訪問介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②勤続7年以上の者が30%以上	(訪問入浴) (夜間訪問) Ⅰ 44単位/回 Ⅰ 22単位/回 Ⅱ 36単位/回 Ⅱ 18単位/回 Ⅲ 12単位/回 Ⅲ 6単位/回
訪問看護 療養通所介護	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が30%以上 (ロ) 勤続3年以上の者が30%以上	(訪問・訪リハ) (療養通所) (イ) 6単位/回 (イ) 48単位/月 (ロ) 3単位/回 (ロ) 24単位/月
訪問リハビリテーション	—	—	(イ) 勤続7年以上の者が1人以上 (ロ) 勤続3年以上の者が1人以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士60%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士40%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士30%以上又は介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の合計が50%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②常勤職員60%以上 ③勤続7年以上の者が30%以上	Ⅰ 750単位/月 Ⅱ 640単位/月 Ⅲ 350単位/月
通所介護、通所リハビリテーション 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上	介護福祉士50%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士40%以上 ②勤続7年以上30%以上	
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	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士70%以上 ②勤続10年以上介護福祉士25%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通リハ以外) Ⅰ 22単位/回(日) Ⅱ 18単位/回(日) Ⅲ 6単位/回(日)
短期入所生活介護、短期入所療養介護 介護老人福祉施設※ 地域密着型介護老人福祉施設※ 介護老人保健施設※、介護医療院※ 介護療養型医療施設※	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 ※印のサービスは、上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること。	介護福祉士60%以上	以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員75%以上 ③勤続7年以上30%以上	(予防通リハ) Ⅰ 176単位/月 Ⅱ 144単位/月 Ⅲ 48単位/月

(注1)表中、複数の単位が設定されているものについては、いずれか1つのみを算定することができる。

(注2)介護福祉士に係る要件は、「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」、常勤職員に係る要件は「看護・介護職員の総数に占める常勤職員の割合」、勤続年数に係る要件は「利用者に直接サービスを提供する職員の総数に占める7年(一部3年)以上勤続職員の割合」である。

【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

(5) 1. 通所サービスにおける送迎を行わない場合の減算要件の緩和

要 望

- 利用者が外出能力の維持・向上等の目標を有し、通所介護計画または個別機能訓練計画等に記載されている場合に限り、自ら指定通所介護事業所に通う場合における送迎を実施していない場合に対しての減算の対象としないよう要件を緩和していただきたい。

要望理由・課題

- 通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指すものであり、自力で来所する移動能力を維持又は向上を目指し、実施することが減算の対象となってしまう。