

障害福祉サービス等報酬 個別要望項目

※本要望はリハビリテーション専門職団体協議会で合意した要望になります。



公益社団法人

日本理学療法士協会

Japanese Physical Therapy Association

障害福祉サービス等報酬に係る要望一覧

領域／No	要望項目名
横断的要望 1	リハビリテーション専門職の処遇改善
障害者 1	自立訓練（機能訓練・生活訓練）における理学療法・作業療法・言語聴覚療法の提供体制のさらなる充実
障害者 2	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
障害者 3	リハビリテーション専門職における喀痰吸引等の評価
障害者 障害児	介護支援専門員と相談支援専門員のワンストップとしてのあり方検討
障害児 1	障害児通所施設におけるリハビリテーション専門職の送迎時の添乗と医療的ケアの実施に係る評価
障害児 2	重症心身障害児や医療的ケア児を多く受け入れる事業所に対しての「欠席時対応加算」の見直しについて
横断的要望 2	障害福祉サービス等報酬改定に向けた関係団体ヒアリングにリハビリテーション専門職団体協議会を追加

リハビリテーション専門職の処遇改善

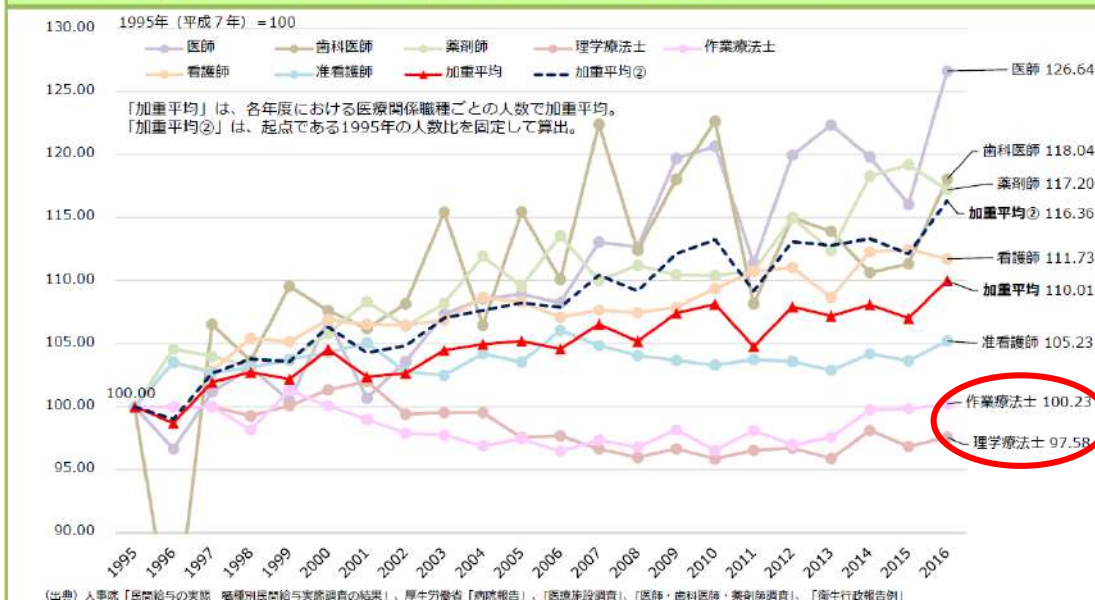
要 望

- 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。**
- 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。**
- **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・障害福祉における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。



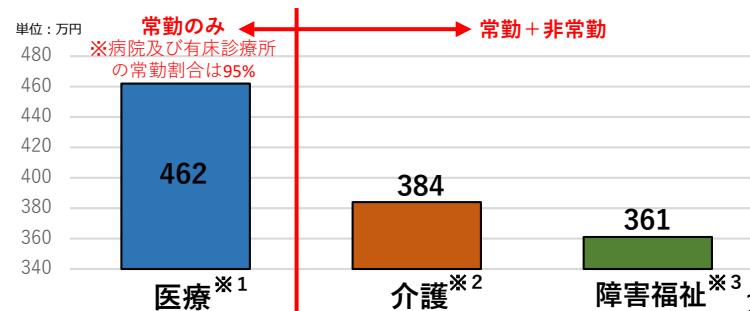
上記：財政制度分科会資料：社会保障について2(各論)平成29年10月25日
右図：※ 令和3年度病床機能報告(令和3年7月1日時点)より ※ 1 第23回医療経済実態調査の報告(医療機関等調査)令和3年実施、調査対象期間：令和2年度、対象医療機関：一般病院(一般診療所を除く)、対象職種：医療技術員(診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士等(歯科衛生士及び歯科技工士は除く))。 ※ 2 令和3年度介護従事者処遇状況等調査(令和3年9月実績)介護職員処遇改善加算の届出をしている施設・事業所の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は機能訓練指導員。平均給与額(基本給(月額)＋手当(月額)＋一時金(4～9月支給金額の1/6)の和)に12を掛け算出(※3も同様)。 ※ 3 令和3年度障害福祉サービス等従事者処遇状況等調査「障害福祉サービス等従事者の平均給与額等の状況」より。令和3年度に福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅴ)の届出をしている施設・事業所の理学療法士・作業療法士・機能訓練担当職員(言語聴覚士含む)(勤続1年未満の者を含む)。

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)

理学療法士等の平均年間給与額



提供体制のさらなる充実

要 望

自立訓練（機能訓練および生活訓練）におけるリハビリテーション専門職の関わりについて、人員配置の要件・報酬点数などを見直し、利用者の自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように、根拠のある専門的なリハビリテーションサービスを提供する。

- ①自立訓練（機能訓練）におけるリハビリテーション専門職員の常勤専従配置促進のため、報酬単価の引き上げおよびリハビリテーション専門職による提供体制のさらなる評価。
- ②リハビリテーション加算（Ⅰ）の対象疾患の見直しの検討。
- ③自立訓練（生活訓練）の算定可能対象に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を追加する。

要望理由・課題

- ①自立訓練事業所で勤務するPT・OTの人員配置は、非常勤が全体の48%、常勤兼務が25%、常勤専従が27%であり、医療・介護事業所に比べ、常勤専従配置されている割合が低い（図1）。また効果測定をすることで8割の事業所が生活の質や社会生活力の向上を感じており（図2）、効果判定・アセスメントを行えるPT・OTの配置が重要であり、かつ機能訓練は人員基準上PTまたはOTを1人以上配置であるのに、PT・OTの配置割合が全体の48.9%であり、半数以上の事業所においてPT・OTの確保が困難な状況※となっている。これはリハビリテーション加算（Ⅰ）は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に48単位/日、（Ⅱ）は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に20単位/日であり、当該加算の報酬単価が低いことが原因と考えられ、収支差率がマイナスとなる事業所が6割以上で人件費率も6割を超えている状況であり（図3）、収支が伴わないことより専門職を常勤配置できていない状態となっていることが想定されるため、配置加算などリハビリテーション専門職員による提供体制のさらなる評価をし、適切な事業運営が可能となるよう要望する。また、現行の人員配置基準ではSTを配置としていないが、失語症等のリハビリも必要であるため、PT・OTにSTも追加いただきたい。
- ②リハビリテーション加算（Ⅰ）に該当する疾患“頸髄損傷による四肢麻痺等の状態にある障害者”は非常に限定的であり、当該疾患を有する者と同等の介助量・リスク管理を有する高次脳機能障害および失調症状等を含める事をご検討いただきたい。
- ③生活訓練は、“障害者の居宅において行う入浴、排泄及び食事等に関する自立した日常生活を行うために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言を行う”とある（表1）。日常生活動作・作業の遂行のための評価・訓練・アセスメントはリハビリテーション専門職の業務に資するものであることから、訓練実施者としての追加を要望する。

※PT・OTの確保が困難な場合は機能訓練指導員に代えることができる

図1. 自立訓練事業所における理学療法士・作業療法士の配置状況
PT・OT配置事業所 n=197

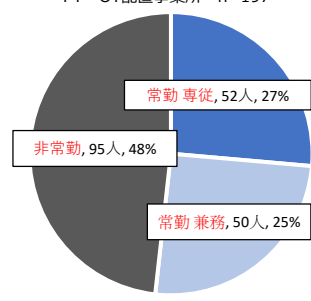
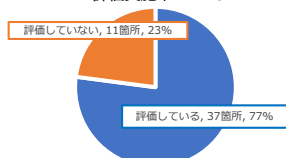


図2. 指定機能訓練における訓練効果の評価実施率 n=48

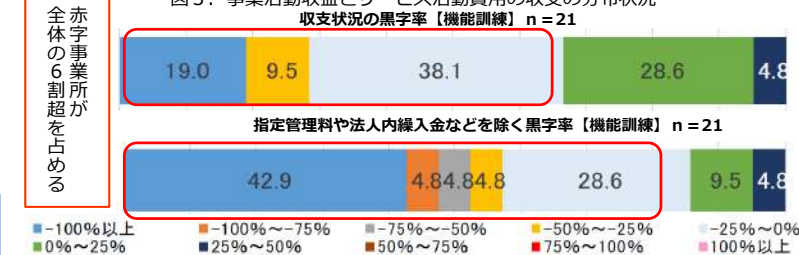


自立訓練の効果の評価

生活訓練で効果測定しているのが30%であるのに対して、機能訓練は77.1%が効果測定をしていた。その中で「広く利用されている効果指標を使っている」が64.1%、「事業所独自の評価指標をつくっている」が35.9%であった。結果については、「とても表れている」21.6%、「やや表れている」59.5%で8割が何らかの効果を引き出せている。また、効果が表れていない部分についても、8割の事業所が生活の質や社会生活力の向上を感じている。活用している評価指標の自由記述を見ると、身体機能、認知機能に関する評価指標が殆どであった。

赤字事業所が全体の6割超を占める

図3. 事業活動収益とサービス活動費用の収支の分布状況



経営面について

- ・機能訓練事業所においては事業活動収益とサービス活動費用の収支差はプラスマイナス0%であった。
- ・自立支援給付や利用者負担金等の利用収入のみで比較するとマイナス40%となる。そのうち事業活動収益とサービス活動費用の収支差で赤字のある事業所は3割であり、利用収入のみとサービス活動費用の収支差で赤字のある事業所は9割弱にまで登った。
- したがって、法人等からの補填がなければ経営を維持できない実態が明らかになった。
- ※事業活動収益（自立支援給付等収益・利用者負担金収益・補足給付費収益）、サービス活動費用（人件費）人件費率は66.7%であるが、利用収入のみであった場合の人件費率は111%となる。
- これを分布で見ると、事業活動収益とサービス活動費用の収支差では、赤字のある事業所が66.6%を占めており、利用収入との比較では、85.9%の事業所が赤字を抱えている。人件費率においても健全とされる60%を超える事業所が8割を超える。現状の利用収入はサービス提供内容に対して著しく低く、事業活動収益全体から補填しないと事業継続が困難な状況にある。

表1. 自立訓練の定義

自立訓練（機能訓練）のサービス内容	
内容	障害者支援施設若しくはサービス事業所又は障害者の居宅において行う理学療法、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。
理学療法士又は作業療法士の配置	i) 1人以上 ii) 理学療法士又は作業療法士の確保困難な場合 a) 機能訓練指導員としてリハビリテーション従事経験の看護士等可能 iii) 視覚障害者を専ら対象として歩行訓練を行う場合 a) 理学療法士の代わりに歩行訓練士等可能
利用期間	1年6ヶ月（頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は3年間）
自立訓練（生活訓練）のサービス内容	
内容	障害者支援施設若しくはサービス事業所又は障害者の居宅において行う入浴、排泄及び食事等に関する自立した日常生活を行うために必要な訓練、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。
利用期間	2年間（長期入院・入所していた者等の場合は3年間）

令和3年 社会福祉施設等調査 2021年10月1日時点
表2-0表（基本表）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、経営主体の公表・私営別

厚労省H30「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

Ⅱ. アンケート調査結果
Ⅳ. まとめと提言
2. 事業所別実施状況調査結果
2. 自立訓練事業の状況
(6) 評価について P112
(1) 指定機能訓練事業 P177

令和2年 社会福祉施設等調査 2020/10/1 第78表-8
自立訓練（機能訓練）・自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練事業所の（常勤換算ではない）従事者数、職種、常勤（専従・兼務）-非常勤別

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

障害者 2

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。

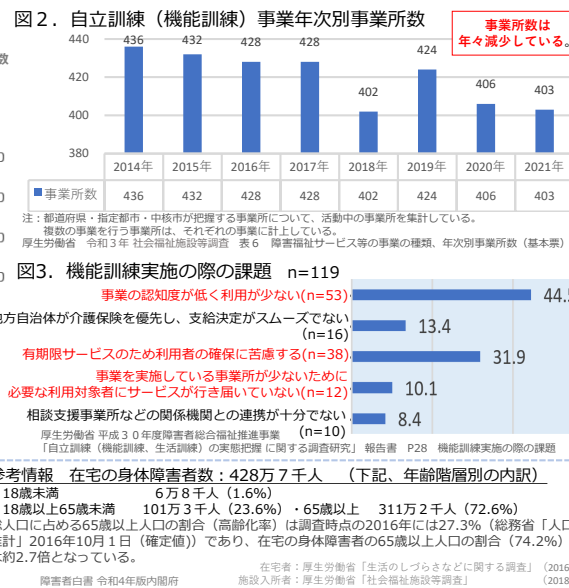


表1. 共生型サービスの指定を受けた後に事業所が感じている課題

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 H 0 0 7 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	

要 望

リハビリテーション専門職は医療的ケアが必要な障害者に対して、喀痰吸引等の支援を一部行うことができるが、医療連携体制加算や喀痰吸引等支援体制加算において、その配置を評価されていないためリハビリテーション専門職の配置を評価していただきたい。

要望理由・課題

医療連携加算、喀痰吸引等支援体制加算においては、看護職員以外に認定特定行為業務従事者であれば喀痰吸引等を行った際に加算上評価されるが（表1）、**喀痰吸引等をその業として行うことができる理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」）が当該加算上の評価対象となっていない**（表2,3）。一方で、医療現場での看護職員の就業者数と供給の推計や看護師の給与推移（図1,2）を鑑みると障害福祉サービスにおける看護職員確保は、今後もさらに深刻な問題であり、障害福祉の現場においてもタスクシフティングが求められる。**人材確保の問題解決と障害者への効果的な支援の実現に向け、医療連携加算、喀痰吸引等支援体制加算において理学療法士等が喀痰吸引等を行うことを評価**していただきたい。

表1. 理学療法士等における喀痰吸引等について

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について（医政発0430第1号 平成22年4月30日）	
2 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例	
(2) リハビリテーション関係職種	
1) 喀痰等の吸引	
① 理学療法士が位位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この 喀痰等の吸引については、それぞれの訓練等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを踏まえ、理学療法士及び作業療法士の「理学療法」、「作業療法」及び言語聴覚士の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が実施することができる行為 として取り扱う。	
② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。	

図1. 看護職員の就業者数－供給推計

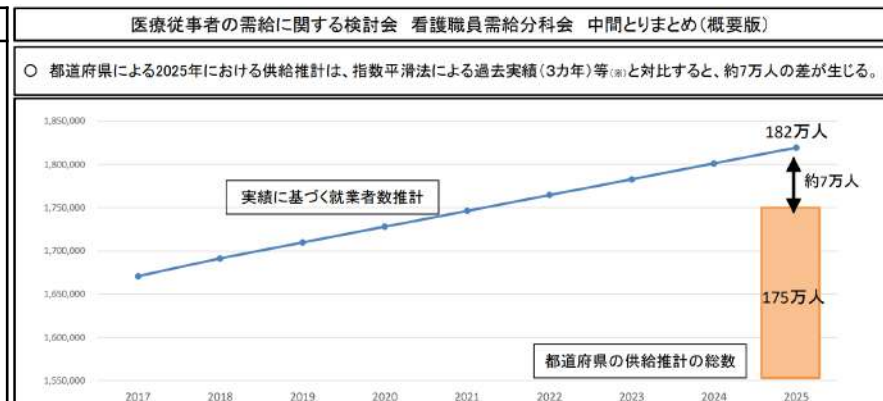


表2. 医療連携体制加算

報酬告示	留意事項通知
第7の5 医療連携体制加算	医療連携体制加算の取扱いについて〔第二の2（7）⑥〕
イ 医療連携体制加算（Ⅰ） 32単位	(一) 報酬告示第7の5の医療連携体制加算（Ⅰ）から（Ⅷ）については、医療機関等との連携により、 看護職員を指定短期入所事業所等に訪問させ当該看護職員が障害者に対して看護の提供又は認定特定行為業務従事者に対し喀痰吸引等に係る指導を行った場合に評価を行うものである。
ロ 医療連携体制加算（Ⅱ） 63単位	ア 指定短期入所事業所等は、あらかじめ医療連携体制加算に係る業務について医療機関等と委託契約を締結し、障害者に対する看護の提供又は認定特定行為業務従事者に対する喀痰吸引等に係る指導に必要な費用を医療機関に支払うこととする。このサービスは指定短期入所事業所等として行うものであるから当該利用者の主治医から看護の提供又は喀痰吸引等に係る指導等に関する指示を受けること。
ハ 医療連携体制加算（Ⅲ） 125単位	この場合の指示については、利用者ごとに受けるとともに、その内容を書面に残すこと。なお、当該利用者の主治医以外の医師が主治医と十分に利用者に関する情報共有を行い、必要な指示を行うことができる場合に限り、主治医以外の医師の指示であっても差し支えない。
ニ 医療連携体制加算（Ⅳ）	
(1) 看護を受けた利用者が1人 960単位	
(2) 看護を受けた利用者が2人 600単位	
(3) 看護を受けた利用者が3人8人以下 480単位	
ホ 医療連携体制加算（Ⅴ）	
(1) 看護を受けた利用者が1人 1,600単位	
(2) 看護を受けた利用者が2人 960単位	
(3) 看護を受けた利用者が3人8人以下 800単位	
ヘ 医療連携体制加算（Ⅵ）	
(1) 看護を受けた利用者が1人 2,000単位	
(2) 看護を受けた利用者が2人 1,500単位	
(3) 看護を受けた利用者が3人 1,000単位	
ト 医療連携体制加算（Ⅶ） 500単位	
チ 医療連携体制加算（Ⅷ） 100単位	

表3. 送迎加算

報酬告示
第3の4 喀痰吸引等支援体制加算 100単位
注 指定同行看護事業所等において、 喀痰吸引等が必要な者に対して、登録特定行為業務従事者の認定特定行為従事者が、喀痰吸引等を行った場合に、1日につき所定単位数を加算する。

図2. 看護師と理学療法士等との月給比較

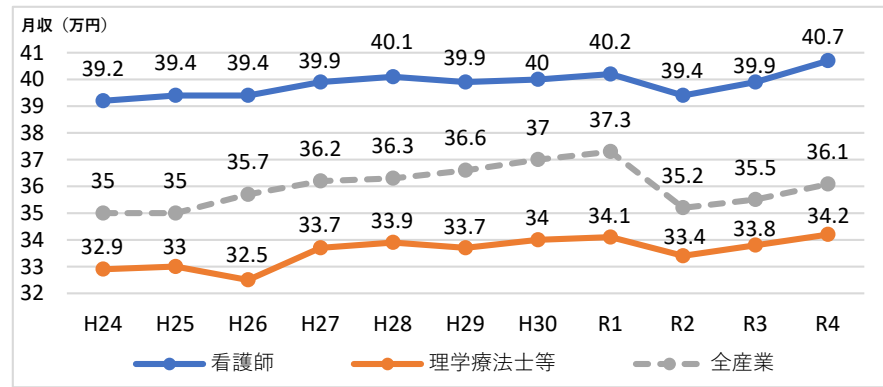


表1：医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について：医政発0430第1号」（平成22年4月30日）
表2,3：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準およびその制定に伴う実施上の留意事項についてより

図1：医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ(概要)の3頁より
図2：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」（一般労働者で役職者を除く）
※公的価格評価検討委員会（内閣官房）の中間整理（令和3年12月21日）7項と同様に集計

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

障害者・児

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】		900	－
居宅介護	指定訪問介護事業所	1 4 6	21,611
重度訪問介護	指定訪問介護事業所	2 7	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 （内訳）部分	7 4	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（内訳）部分	6 0 0	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（内訳）部分	3 6	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（内訳）部分	1 7	1,297
【障害児通所支援】		156	－
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（内訳）部分	3 3	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（内訳）部分	1 2 3	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		16	34,642
	（内訳）指定居宅介護事業所	10	－
	指定重度訪問介護事業所	6	－
通所介護（※1）		151	43,226
	（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	－
短期入所生活介護		12	10,631
	（内訳）指定短期入所事業所	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はなく、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、大枠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）

障害児通所施設におけるリハビリテーション専門職の送迎時の添乗と医療的ケアの実施に係る評価

障害児 1

要 望

リハビリテーション専門職は医療的ケアが必要な障害児に対して、喀痰吸引等の支援を一部行うことができるが、児童発達支援と放課後等デイサービスにおいて、その配置を評価されていないため以下についてはリハビリテーション専門職の配置を評価していただきたい。

- ①医療的ケアを行う場合の看護職員配置を喀痰吸引等のみを必要とする障害児の場合は介護福祉士に代替できるが理学療法士等でも可とする。
- ②送迎加算において、医療的ケアを行うため手厚い体制を整えている場合はさらに37単位加算されるが、機能訓練担当職員として配置されているリハビリテーション専門職が喀痰吸引等を必要とする障害児に対して、**重介助・ポジショニング・痙性管理・呼吸管理等の見守りにより添乗した方が効果的な場合があり、看護職員に代えてこのような支援を行った場合に同様に評価する。**

要望理由・課題

- ①児童発達支援と放課後等デイサービスにおいては、医療的ケアを行う場合に配置する看護職員に代えて、医療的ケアのうち喀痰吸引等のみを必要とする障害児に対し、介護福祉士が喀痰吸引等の業務を行うことが人員基準上認められているが（表1）、**喀痰吸引等をその業として行うことができる理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」）は認められていないため（P4の表1）、他の職種と同様に理学療法士等の配置を指定基準において認めていただきたい。**
- ②医療的ケア児の送迎時は、児の安全確保・送迎スタッフの心理的負担軽減のために看護職員のみならず理学療法士等も送迎を添乗する場合がある。主に車内での吸引・シーティング・ポジショニング（痙性等による姿勢修正や皮膚トラブル予防）・二人体制で最大介助レベルの移乗を行う場合などを行うが、**送迎加算において評価されておらず（表2）、リハビリテーション専門職の勤務を調整したり、人件費の問題もあつたりするため、体制整備が難しい状況である。**一方で、障害児へのサービスにおいて様々な団体から看護職員の確保が求められる中（表3）、医療現場での看護職員の就業者数と供給の推計や看護師の給与推移（P4の図1,2）を鑑みると障害福祉サービスにおける看護職員確保は、今後もさらに深刻な問題であり、障害福祉の現場においてもタスクシフティングが求められる。**人材確保の問題解決と障害者への効果的な支援の実現に向け、喀痰吸引等が必要な障害児に対して理学療法士等を伴い送迎を行う場合も送迎加算において評価していただきたい。**

表1. 児童発達支援における人員基準および送迎加算

指定基準	解釈通知
（従業者の員数） 第五条 2 前項各号に掲げる従業者のほか、日常生活及び社会生活を営むために医療的ケアを恒常的に受けることが不可欠である障害児に医療的ケアを行う場合には看護職員を、それぞれ置かなければならない。ただし、 次の各号のいずれかに該当する場合には、看護職員を置かないことができる。 二 当該指定児童発達支援事業所において、 医療的ケアのうち喀痰吸引等のみを必要とする障害児に対し、当該登録を受けた者が自らの事業又はその一環として喀痰吸引等業務を行う場合	第三 1（1）④ 看護職員（基準第5条第2項） 指定児童発達支援事業所において、基準第5条第2項に規定する医療的ケアを行う場合には、看護職員を置くこととする。 なお、以下のように、 障害児に必要な医療的ケアを提供できる体制を確保している場合には、看護職員を置かないことができる。 イ 当該指定児童発達支援事業所が 登録喀痰吸引等事業者として、医療的ケアのうち喀痰吸引等のみを必要とする障害児に対し、介護福祉士が喀痰吸引等業務を行う場合

表2. 児童発達支援における人員基準および送迎加算

報酬告示	留意事項通知
第1の11 送迎加算 イ 障害児（重症心身障害児を除く。）に対して行う場合 54単位 注1の2 イ等を算定している事業所において 看護職員を伴い医療的ケアを必要とする障害児に対し居宅等と事業所間を送迎した場合に、片道につき37単位を加算する。	送迎加算の取扱い〔第二の2（1）④〕 通所報酬告示第1の11の 送迎加算については、障害児に対して、その居宅等と指定児童発達支援事業所等との間の送迎を行った場合に算定するものであるが、以下のとおり取り扱うこととする。 （二）通所報酬告示第1の11の注1の2については、（一）及び医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定している指定児童発達支援事業所において、 喀痰吸引等が必要な障害児に対して看護職員を伴い送迎を行う場合に算定を行うもの であること。 なお、対象となる障害児は基本的には医療的ケア児を想定しているが、令和3年4月から令和4年6月までの間は、医療的ケアスコアの判定がされていない場合があるため、医療的ケアスコアの判定がされていない場合についても、特定行為が必要な障害児については対象として差し支えない。

表3. 障害者総合支援法の施行後3年を目途とした見直しに関する関連団体ヒアリング ※第112回障害者部会（令和3年6月21日）資料より一部抜粋

医療的ケア児と判定されたら、 看護師 の配置ができない自治体では、保護者の付き添いが求められてしまう。常時付き添う必要のない軽度と言える医療的ケア児向けの、判定スコアが必要。	日本難病・疾病団体協議会
医療型障害児入所施設に入所後に成人年齢に達した重症心身障害児で医療的ケアを有する場合に、受け入れる療養介護施設に対して 看護師 の配置等ができる仕組みを新設し、受け入れ促進を図るべき。	日本医師会
学校における医療的ケアの支援として、学校医とかかりつけ医の連携の下、学校の 看護職員、訪問看護師 、喀痰吸引等の医療行為のできる介護職員を弾力的に組み合わせて支援する仕組みも検討すべき。	
家族の就労をも可能とするサービス提供体制をどのように構築するかについては、学校と放課後等デイサービスの連携、児童発達支援と日中一時支援・移動支援等を組み合わせるなど、複数サービスの連続利用の保障に加えて、認可保育園や入所施設など、12時間以上開所している施設等に 看護職員・訓練士 等の人員や設備を整備しての受け入れを検討（既存する他施設の活用）する必要がある。	全国重症心身障害日中活動支援協議会
重症児者が身近な場所を通えるための定員規模と人員・報酬基準（児者で正反対）の是正。「医療的ケアに対する評価」と「 看護職員 の配置と加配」の在り方も児者で整合性をとるべき。希望者全員の完全送迎の実現（実施事業所は80%超でも、実際の利用は60%未満）。希望者全員の入浴の実施（実施事業所は80%超でも、回数・利用人数を大きく制限）。これから受け入れる予定の事業所へのインセンティブよりも、今現在赤字でがんばっている事業所に対する評価を。	

表1：「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準」および「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」より

表2：「児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準」および「児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」より

表3：第112回社会保険審議会障害者部会（令和3年6月21日）資料1「団体ヒアリングにおける主な御意見等」より一部抜粋

重症心身障害児や医療的ケア児を多く受け入れる事業所に対しての「欠席時対応加算」の見直しについて

障害児2

要 望

重症心身障害児や医療的ケア児を多く受け入れる事業所においては、**専門職を多く配置して手厚い支援体制を構築しているところ**に児の急病等による突発的な欠席に対しての事業所負担が大きくなりやすい。また欠席時の対応として、**重症心身障害児や医療的ケア児については、より専門的なフォローアップが求められる**ため、重症心身障害児や医療的ケア児を多く受け入れる事業所の欠席時対応加算の見直しを求める。

要望理由・課題

重症心身障害児（以下、重心児）や医療的ケア児（以下、医ケア児）を対応する事業所においては、児にとって安全な環境と必要な支援を整えるために、看護師や専門職による専門的な支援や相談が不可欠であることから配置が求められる一方で、受け入れに対する課題なども見受けられる（表1）。そのため重心児や医ケア児を受け入れる事業所は、基本報酬や専門職の加配加算等により、その体制が評価されている。しかしながら、**現行の欠席時対応加算においては、重心児・医ケア児であるか否かに関わらず同額の加算**となっている。そのため、障害児や保護者にとって安全・安心な環境を提供するために複数の専門職を配置して体制を整えている事業所ほど、突発的な欠席に対して職員に余剰が生じてしまいやすく、さらには現行の欠席時対応加算の94単位では余剰配置となった職員の人件費を補填できない状況になりやすい（表2、表3）。要するに**安心・安全な体制整備と質の高い発達支援を提供するために専門職を多く配置している事業所ほど、1日あたりの想定収支差が顕著となりやすい**。それにより安定した運営基盤を構築しづらく、特に児童発達支援においては収支差率に大きな影響を及ぼしていると考えられる（表4）。欠席時対応加算は予定日に欠席があった場合に、**事業者において既にサービス提供体制を整えていること等に着目し、欠席時に行うフォローアップについて評価する**ものである（表5）。そのため、より専門的なサービス提供体制構築・欠席時のフォローアップが求められる重心児や医ケア児については欠席時対応加算の見直しを求めたい。

表1. 医療的ケア児への提供内容と受け入れ課題

日々の利用における医療的ケアの提供内容
送迎の実施／家族・学校等からの聞き取り／日々の医療的ケア・与薬の実施と記録の作成／医療的ケア実施者その他の職員間での情報共有／家族等への情報提供／医療的ケアの器材・物品等の取扱い
医療的ケア児者の受入れに関する課題・展望
・多くの事業所では 医療的ケア児者を受入れるために看護職員の配置が行われているが、利用者が体調不良等の理由で安定的に通所できない場合に制度上の加算を取りづらい、コスト負担が大きい等 、事業所の運営上の課題を抱えている事業所が多い。 ・事業所に配置された 看護師が1人で医療的ケアを担う等、医療的ケアの実施者が限られた体制にある場合、職員が不安を抱えがち で長く続かないという声もあった。

表5. 欠席時対応加算の新設時の考え方

平成21年度障害福祉サービス報酬改定（案）の概要
○生活介護、児童デイサービス、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援について、 サービス利用を予定していた日に急病等によりその利用の中止があった場合に、事業者において既にサービス提供体制を整えていること等に着目し、利用中止（欠席）時に行うフォローアップについて評価 を行う。 欠席時対応加算 94単位（1月につき4回まで）

表2. 利用者（重症心身障害児の場合）一人あたりの収入

モデル例 児童発達支援 重心事業所 定員5人／日 看護師2名 リハ専門職 2名の場合	
基本収入	2,098単位
児童指導員等加配加算（理学療法士の場合）	374単位
専門的支援加算（理学療法士の場合）	374単位
看護職員加配加算Ⅱ（同日看護師2名以上）	800単位
個別サポート加算	100単位
送迎加算	74単位（往復：片道37単位）
重症心身障害児の利用 1日あたり合計単位 ※臨時・月報酬を除く最小単位	3820単位

表1：厚生労働省令和2年度障害者総合福祉推進事業 障害児通所支援事業所等における安全な医療的ケアの実施体制の構築に関する調査研究 報告書 2021（令和3）年3月 みずほ情報総研株式会社
表2：「令和4年時点 障害福祉サービス費等の報酬算定構造」の点数を引用
表5：（平成21年2月20日開催）障害福祉サービス費等報酬改定及び障害者自立支援給付支払等システムに関する都道府県等・国保連合会合同担当者説明会資料より

表3. 欠席時対応加算

事業所	単位数
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	94単位 ※1月につき4回を限度として算定。
児童発達支援 医療型児童発達支援	94単位 ※1月につき4回、または8回を限度として算定する。
放課後等デイサービス	イ 欠席時対応加算(Ⅰ) 94単位 □ 欠席時対応加算(Ⅱ) 94単位

表4. 経営実態調査結果

サービスの種類	令和元年度 決算(収支差率)	収益に対する 給与費の割合
児童発達支援	1.2%	73.3%
医療型児童発達支援※	1.3%	69.2%
放課後等デイサービス	10.7%	63.6%

「※」のあるサービスについては、参考数値としての公表となる。

表3,4：障害福祉サービス等報酬改定検討チーム 第20回（R2.11.12）資料2
令和2年障害福祉サービス等経営実態調査結果の概要

障害福祉サービス等報酬改定に向けた関係団体ヒアリングに リハビリテーション専門職団体協議会を追加

横断的要望 2

要 望

障害者の重度化・高齢化、医療的ケア児や精神障害者の増加などに伴う障害児者のニーズへの対応など、障害福祉サービスにおいて重要な役割を果たすリハビリテーション専門職の意見を障害福祉サービス等報酬改定に反映するためにも、**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職能団体で構成されるリハビリテーション専門職団体協議会**を障害福祉サービス等報酬改定に向けた**関係団体ヒアリング**に追加いただきたい。

要望理由・課題

障害者の重度化・高齢化や効果的な就労支援・障害児者のニーズを踏まえたきめ細かな対応、医療的ケア児・精神障害者への支援など、令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容において、リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）が果たす役割は大きい（表1）。また、リハ専門職は専門性を活かした関与による、より質の高いサービスの提供や、医療的ケアなどの地域における利用者の個々のニーズに応じたサービスの提供、リハ専門職の介入による社会保障費全体の抑制や不足しがちな専門職種を代替することなどによる持続可能な制度の立案等が可能である。これらのことから、**令和6年度障害福祉サービス等報酬改定におけるヒアリングにて求められる視点について（表2）、医療・介護での根拠に基づいた政策提言を行っているリハビリテーション専門職が寄与できることは多大にあるため、今後予定されている関係団体ヒアリングにリハビリテーション専門職団体協議会を追加することを検討されたい。**

表1. 令和3年度障害福祉報酬改定における主な改定内容

1 障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援、質の高い相談支援を提供するための報酬体系の見直し等
(1) グループホームにおける 重度化・高齢化に対応 するための報酬の見直し ・ 強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者に対する支援の評価 等 (2) 自立生活援助の整備を促進するための報酬・人員基準等の見直し (3) 地域生活支援拠点等の整備の促進・機能の充実を図るための加算の創設 (4) 生活介護等における 重度障害者への支援 の評価の見直し ・ 重度障害者支援加算の算定期間の延長及び単位数の見直し 等 (5) 質の高い相談支援 を提供するための報酬体系の見直し ・ 基本報酬の充実・従来評価されていなかった相談支援業務の評価 等
2 効果的な就労支援や障害児者のニーズを踏まえたきめ細かな対応
(1) 就労移行支援・就労定着支援の質の向上 に資する報酬等の見直し ・ 一般就労への移行の更なる評価 等・定着実績を踏まえたきめ細かな評価 等 (2) 就労継続支援A型の基本報酬等の見直し（スコア方式の導入） (3) 就労継続支援B型の基本報酬等の見直し（報酬体系の類型化） (4) 医療型短期入所における受入体制の強化 ・ 基本報酬の充実・医療的ケアを必要とする障害児を利用対象者に位置付け
3 医療的ケア児への支援などの障害児支援の推進
(1) 医療的ケアが必要な障害児に対する支援の充実 ・ 新判定スコアを用いた基本報酬の創設・看護職員加配加算の算定要件の見直し (2) 放課後等デイサービスの報酬体系等の見直し ・ 基本報酬区分の見直し・より手厚い支援を評価する加算の創設（(3)も同様） (3) 児童発達支援 の報酬等の見直し (4) 障害児入所施設 における報酬・人員基準等の見直し ・ 人員配置基準の見直し・ソーシャルワーカーの配置に対する評価

※赤字下線部はリハ専門職が関与できる可能性のある項目

4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進
・ 自立生活援助における夜間の緊急対応・電話相談の評価 ・ 地域移行支援における地域移行実績の更なる評価 ・ 精神障害者の可能な限り早期の地域移行支援の評価 ・ 精神保健医療と福祉の連携の促進 ・ 居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進 ・ ピアサポートの専門性の評価
5 感染症や災害への対応力の強化
(1) 日頃からの 感染症対策の強化や業務継続に向けた取組 の推進 ・ 感染症の発生及びまん延の防止等に関する取組の徹底（委員会開催、指針の整備、訓練の実施） ・ 業務継続に向けた取組の強化（業務継続計画の策定・研修及び訓練の実施） ・ 地域と連携した災害対応の強化（訓練に当たっての地域住民との連携） (2) 支援の継続を見据えた障害福祉現場におけるICTの活用 ・ 運営基準や報酬算定上必要となる会議等について、テレビ電話等を用いた対応を可能とする。
6 障害福祉サービス等の持続可能性の確保と適切なサービス提供を行うための報酬等の見直し
(1) 医療連携体制加算 の見直し ・ 医療的ケア等の看護の濃度を考慮した加算額の設定 (2) 障害者虐待防止の更なる推進、身体拘束等の適正化の推進 ・ 虐待防止委員会の設置・身体拘束等の適正化のための指針の整備 (3) 福祉・介護職員等特定処遇改善加算等の見直し ・ より柔軟な配分ルールへの見直しによる加算の取得促進 ・ 処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)等の廃止・加算率の見直し (4) 業務効率化のためのICTの活用（再掲） (5) その他経過措置の取扱い等 ・ 食事提供体制加算の経過措置の延長 ・ 送迎加算の継続（就労継続支援A型、放課後等デイサービス）

表2. ヒアリングの視点

障害福祉サービス等報酬改定に向けた関係団体ヒアリングの実施について（案）
3. ヒアリング要領 (2) 意見等については、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定に関するものとし、以下の視点についても盛り込むこととする。 ・ 視点1 より質の高いサービスを提供 していく上での課題及び対処方策・評価方法 ・ 視点2 地域において、利用者が個々のニーズに応じたサービスの提供 を受けられるようになるための、サービス提供体制の確保に向けた課題及び対処方策 ・ 視点3 障害福祉サービス等に係る予算額が、障害者自立支援法の施行時から3倍以上に増加し、毎年1割程度の伸びを示している中で、 持続可能な制度としていくための課題及び対処方策 ・ 視点4 業務の負担軽減・効率化に向けた課題及び対処方策（ICT活用など）

表1：令和3年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容（令和3年2月4日）の1項より一部改変

表2：第28回障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（令和5年5月22日）資料3の1項より一部改変