

令和3年度 介護報酬改定に関する要望

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

日本訪問リハビリテーション協会

日本リハビリテーション病院・施設協会

日本理学療法士協会

回復期リハビリテーション病棟協会

日本作業療法士学会

全国デイ・ケア協会

日本言語聴覚士協会

日本リハビリテーション看護学会

目次

I. 退院後円滑な生活期リハビリテーションの開始

- 1 退院前カンファレンス参加加算の新設

II. 通所リハビリテーション

- 1 専門職配置や加算算定率等を基準化した総合的報酬体系の構築
- 2 活動・参加に向けたリハビリテーション専門職配置の拡充
- 3 社会参加・重度化防止等に向けた事業所評価の対象者の見直し
- 4 短期集中個別リハ実施加算や生活行為向上リハ実施加算の弾力化

III. 訪問リハビリテーション

- 1 訪問リハビリテーションにおけるリハマネジメント加算の評価
- 2 訪問リハ計画診療未実施減算研修修了等期間の延長と研修団体の拡大
- 3 訪問リハビリテーション費における退院（所）直後3ヶ月の回数制限の緩和

IV. 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション共通

- 1 計画書等の様式の簡素化および統一化
- 2 VISITデータ提供加算の創設

V. 施設

- 1 老健施設におけるリハビリテーション専門職の配置の評価
- 2 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

VI. 生活機能向上連携加算

- 1 通所介護等との連携の評価
- 2 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リハビリテーション専門職のチーム体制の構築
- 3 リハビリテーション専門職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連携施設拡大

I.1 退院後円滑な生活期リハビリテーションの開始 ①

要望. ● 退院前カンファレンス参加加算（仮）の新設（対象：通所・訪問リハビリテーション事業所）

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医師、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の直接の話し合いの場に参加した際の加算を新設する。

※ 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（退院時共同支援加算）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対する加算はない。

要望理由① ● 回復期退院後にリハビリテーションが開始されるまでのタイムラグは以前より課題になっている（中医協資料2019.10.25）。入棟中に退院前カンファレンス等による直接の話し合いが行われた方が通所・訪問リハビリテーションが早期に開始されている（下左：全日病調査、下右：デイ・ケア協会調査）。

事業所職員の退院時カンファレンスへの出席

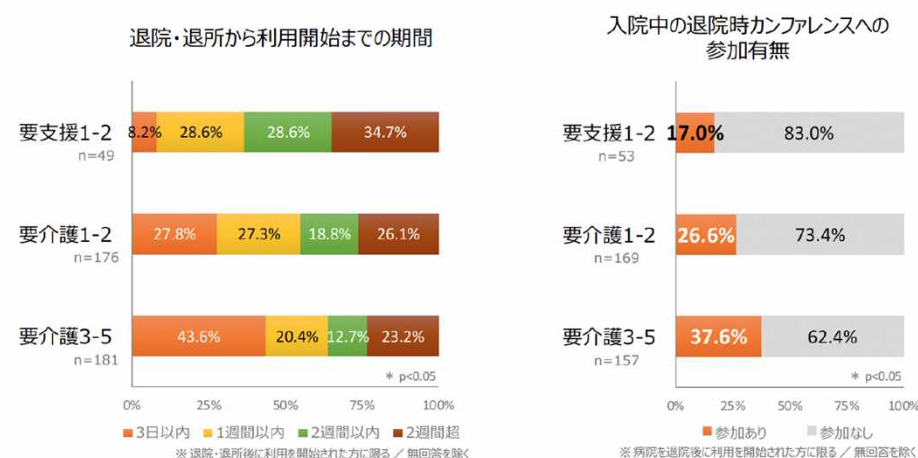
（退院からの通所・訪問リハビリテーション・医療提供施設への円滑な移行に関する調査研究事業 全日本病院協会 2020年3月）

	有効回答数	通所リハビリテーション	
		退院日から最初のリハの実施日までの日数（日）	
		平均値	中央値
参加した	339	6.2	4.0
参加依頼はあったが参加しなかった	30	6.9	5.0
参加依頼はなかった	530	13.0	8.0
		訪問リハビリテーション	
		退院日から最初のリハの実施日までの日数（日）	
		平均値	中央値
		平均値	中央値
参加した	285	5.8	4.0
参加依頼はあったが参加しなかった	36	4.8	3.5
参加依頼はなかった	302	11.4	7.0

生活期側の職員が退院前カンファレンスに参加した方が、退院～生活期リハ開始のタイムラグが短い

退院時カンファレンスへの参加と利用開始までの期間

（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 デイ・ケア協会 令和元年度老人保健事業）



退院前カンファレンスに参加した方が、生活期リハ開始までのタイムラグが短い②

I.1 退院後円滑な生活期リハビリテーションの開始 ②

要望理由②

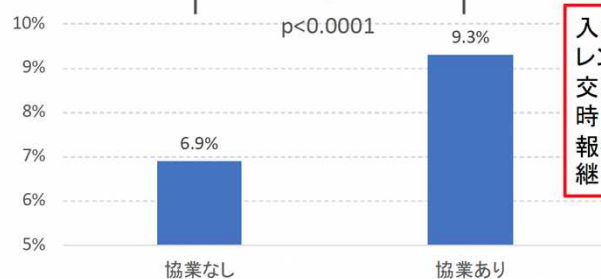
● 入棟中に退院前カンファレンス等による直接の話し合いが行われた方がリハビリテーション計画がスムーズに引き継がれている（診療報酬のリハビリテーション提供料が多い、下左）。また退院後早期にリハビリテーションが開始された方がその後のADL向上が大きい（下右）。

入棟中のケアマネジャー等との協業による

リハビリテーション計画提供料算定

（回復期リハ病棟協会2019年度実態調査 自宅退院・介護保険認定者 n=13,551）

リハビリテーション
計画提供料算定率



入棟中に退院前カンファレンスなどで直接の情報交換を行った場合、退院時に医療から介護への情報提供がスムーズに引き継がれている。

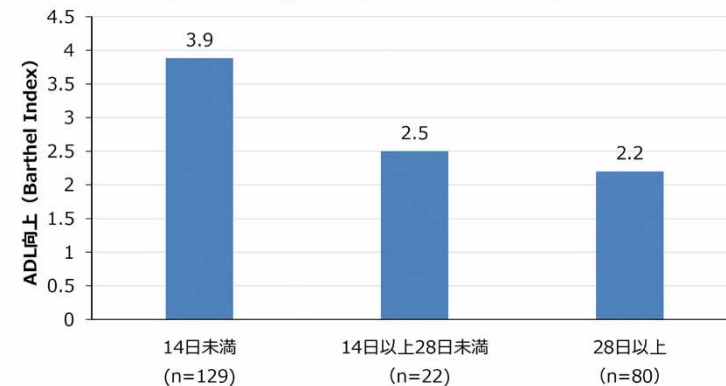
※入棟中のケアマネジャー等との協業:

在宅側の療養を担う、ケアマネジャー、訪問看護、訪問リハ、訪問介護、通所リハ、通所介護、住宅改修業者などの介護サービス担当者が顔を合わせた話し合いを行った場合

退院から通所リハビリテーション開始までの日数別のADL経過

（平成27年度介護報酬改定検証調査 n=231

第141回 介護給付費分科会 参考資料4より）



退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた

導入の意義

- 実績指数の導入により在院日数が短縮している回復期リハビリテーション病棟退院後患者において、**退院後リハビリテーションの課題や目標、実施プログラムがスムーズに伝達できること**、また退院後**速やかに生活期リハビリテーションが開始できること**が望ましい。
- これらの状況から、**退院前カンファレンス等で直接の情報交換を促す仕組みが必要**と考えられる。

Ⅱ.1

専門職配置や加算算定率等を基準化した総合的な報酬体系の構築

【現行の課題】

- 現在の報酬体系が、以下のように非常に複雑かつ基本単位への積み上げ式であるため、利用者や家族、介護支援専門員等の関係者の理解が進まない。また基本報酬のリハビリテーションとしての評価が乏しいために、自立支援を促すインセンティブが少ない。
 - ◇ 基本単位が「規模別」「提供時間別」のマトリクス型。
 - ◇ 要支援と要介護により算定構造および加算体系が異なる。
 - ◇ 加算項目が多だけでなく、利用者毎あるいは事業所毎（体制加算）にあり、また算定要件も非常に複雑。
 - ◇ リハビリテーションとしての評価が基本報酬でされていないために通所介護との差が不明瞭だけでなく、自立支援を促すインセンティブが少ない。
 - ◇ 基本報酬が時間を中心としているために、質の高いリハビリテーションを提供した場合でも同じ単位数となっている。
 - ◇ 医療・介護で共通に使用しているADL評価指標が改善した場合の評価がない。
- ✓ **基本報酬に「専門職配置」「加算算定率」「社会参加」等を含めた総合的なリハビリテーションの評価を導入して、介護老人保健施設の基本報酬と同様の構造としてはどうか。同時に要支援と同様の「規模別」「提供時間別」でない算定構造としてはどうか。**
- ✓ **大規模事業所は良質なサービスを提供しているため、減算を廃止してはどうか。**

Ⅱ.1

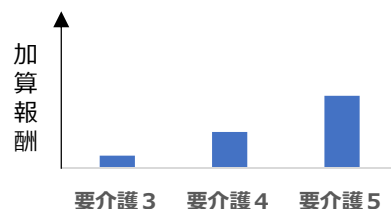
専門職配置や加算算定率等を基準化した総合的な報酬体系の構築

	通所 リハビリテーションⅠ (リハビリテーション強化型)	通所 リハビリテーションⅡ (体制強化型)	通所 リハビリテーションⅢ (従来型)	現 行
リハ専門職比率 (対利用者数)	10 : 1	25 : 1	50 : 1	100 : 1
各専門職配置	POS 3職種以上 専任Ns 1名以上	POS 2職種以上 専任Ns 1名以上	現行どおり	POS 問わず Ns要件なし
リハマネジメント 加算Ⅱ以上 (要介護)	〇〇/100	〇〇/100	現行どおり	対象者により 加算Ⅰ～Ⅳ
社会参加した割合	〇/100	〇/100	〇/100	要件を満たす事業所にて 算定
提供時間別 規模別 区分	規定なし	規定なし	規定なし	規定なし

※通所リハビリテーション（Ⅰ）については、
医師・リハ専門職・事業所管理者を対象とした研修の修了を要件とする。

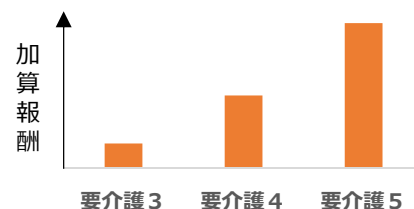
延長ケア加算Ⅰ（仮称）

1. 介護度別の加算体系
2. 介護度が高くなるにつれて報酬を指数関数的に増額



延長ケア加算Ⅱ（仮称）

1. 介護度別の加算体系
2. 介護度が高くなるにつれて報酬を指数関数的に増額
3. 中重度者ケア体制加算の要件を満たす



【通所リハⅠに包括される加算】

- リハビリテーションマネジメント加算
- リハビリテーション提供体制加算
- 社会参加支援加算の要素

【通所リハⅡに包括される加算】

- リハビリテーションマネジメント加算
- リハビリテーション提供体制加算
- 社会参加支援加算の要素

【報酬体系】

- 質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価できる体系。
- 平均的な時間の基本報酬と上記加算を包括し、新たな基本報酬とする。
- 専門職配置（ストラクチャー）・リハマネジメント加算Ⅱ以上の算定率（プロセス）・社会参加した割合（アウトカム）に基づく。
- 基本報酬に関して、時間区分とともに、規模による報酬差を廃止する。
- 要介護3・4・5のみを対象とした「延長ケア加算」を新設する。
- その他の加算は現行どおり要件を満たすことで算定可。
- 介護予防通所リハビリテーションについては現行どおりとする。

【参考】中重度ケア体制加算

- 看護職員又は介護職員を常勤換算で1以上加配
- 過去3月の間、要介護3～5の者の割合が全利用者の30%以上
- 通所リハを提供する時間帯を通じて、専ら通所リハの提供に当たる看護職員を1名以上配置

Ⅱ.2 活動・参加に向けたリハビリテーション専門職配置の拡充

【要望】

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を評価すること

【要望理由・課題】

- 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）。
- 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。

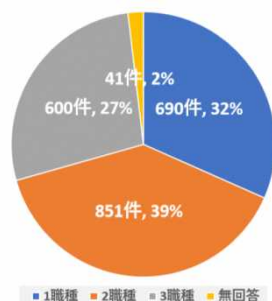


図1 リハビリテーション専門職の配置

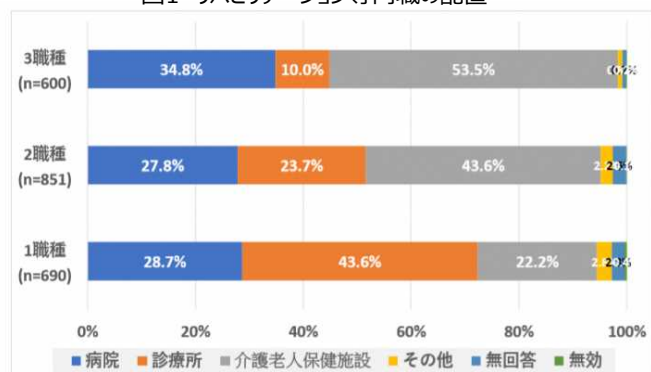


図2 リハビリテーション専門職の配置職種数と経営主体（施設区分）

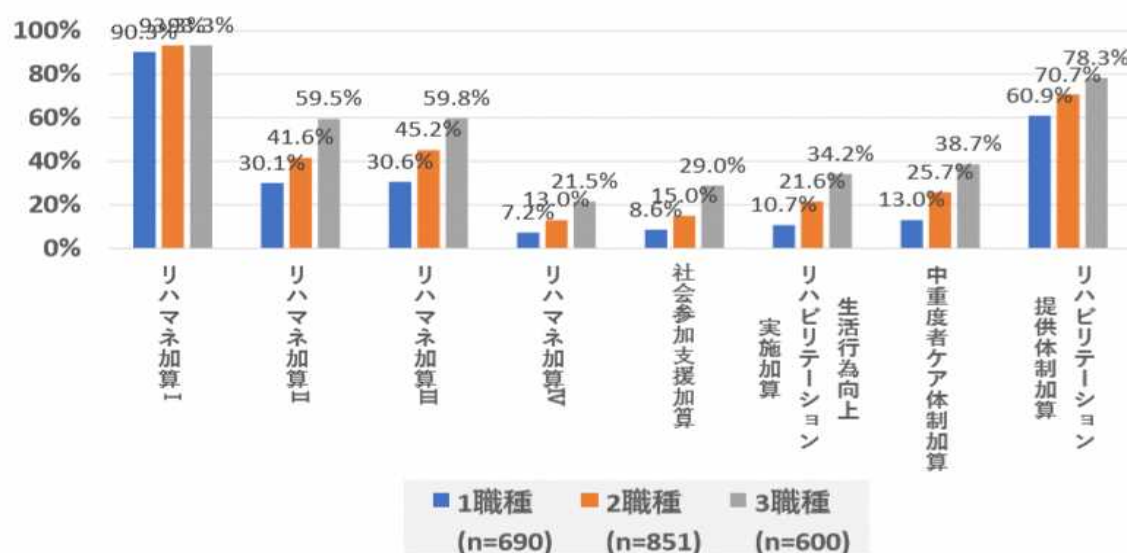


図3 リハビリテーション専門職の配置職種数と算定している加算

Ⅱ.3

社会参加・重度化防止等に向けた事業所評価の対象者の見直し

【現行の課題】

- 「社会参加支援加算」は、対象期間中の新規・終了者数や適切な終了者数割合、終了後も安定していること等を評価するものであるが、要支援者は計算に含まれない。本来は要支援者こそ、このプロセスが必要である。
- 一方「事業所評価加算」は、対象期間に利用者が維持・向上した割合で評価するものであるが、対象は要支援のみであり要介護者は除外されている。本来であれば要介護者こそ状態を維持・向上させることが重要であり、報酬上評価すべきである。

- ✓ 社会参加支援加算の対象者を要支援者とし、地域活動への参加を促してはどうか
- ✓ 事業所評価加算の対象者を要介護者とし、維持向上に向けた取り組みを促してはどうか。

Ⅱ.4

短期集中個別リハ実施加算や生活行為向上リハ実施加算の弾力化

【現行の課題】

- 短期集中個別リハビリテーション実施加算の対象については、退院・退所、初回認定日から3ヶ月以内とされ、集中対応の必要な対象者は含まれていない。
- 通所リハビリテーション利用者の集中的なリハビリテーションの提供については、利用中の対応時間を増やす、居宅訪問を追加する等、事業所側の負担により対応することが多くなる。

- ✓ **短期集中個別リハビリテーション実施加算や生活行為向上リハビリテーション実施加算の弾力化して、集中的なリハビリテーションを提供可能としてはどうか。**

Ⅲ.1 訪問リハビリテーションにおけるリハマネジメント加算の評価

【要望】

訪問リハビリテーションにおけるリハ診察の評価が十分でないため、訪問リハにおけるリハマネジメント加算Ⅱ～Ⅳに関して、通所リハと同様の比率でプロセス毎の上げ幅に対応していただよう要望する。

	通所リハ
加算Ⅰ	330 単位
加算Ⅱ	530 単位
加算Ⅲ	800 単位
加算Ⅳ	900 単位

※ 6月を超えた期間（3月に1回の算定）にて提示



1.61 倍
(Ⅰに加えⅡ・Ⅲ・Ⅳにかかる作業)

+270 単位
(医師による説明)

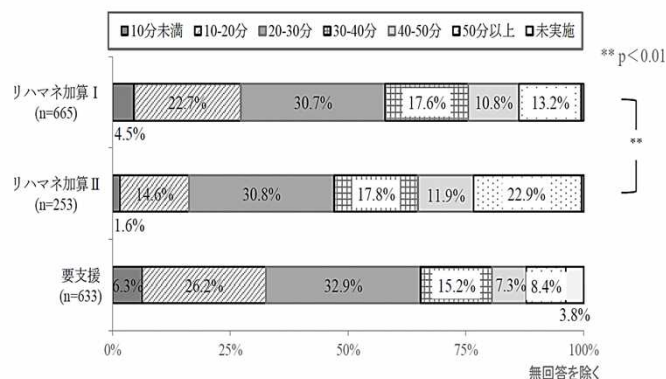
+100 単位
(VISITへの参加)

訪問リハ
230 単位
370 単位 (現行:280単位)
640 単位 (現行:320単位)
740 単位 (現行:420単位)

【要望理由1】

通所リハにおけるリハ計画書の作成は、Ⅰと比較しⅡにおいて多くの時間を要しており、訪問リハも同様と推察される。

図2-18 通所リハビリテーション計画作成に要する時間



【要望理由2】

通所リハにおけるリハ会議は、Ⅰと比較しⅡにおいて多くの時間を要しており、訪問リハにおいても同様と推察される。

図3-6 リハビリテーション会議の時間【リハマネ加算Ⅰ】

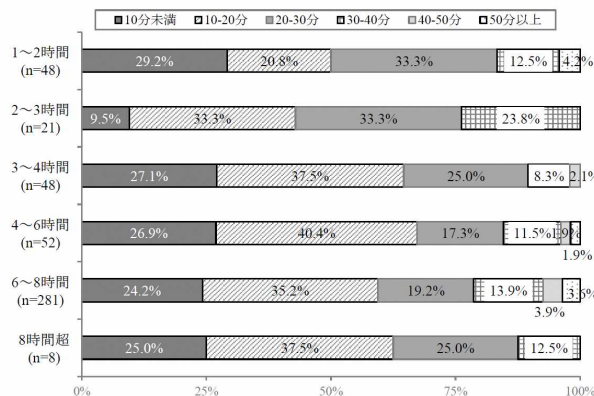
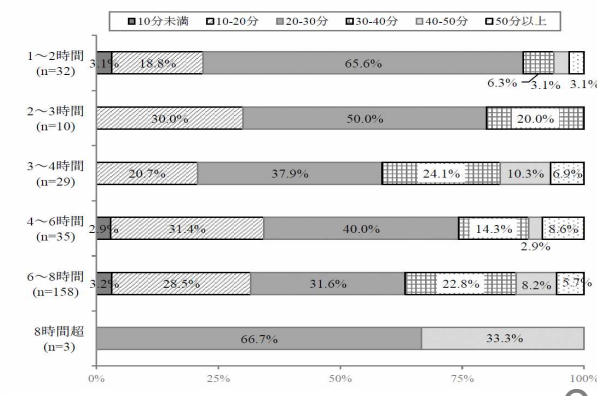


図3-7 リハビリテーション会議の時間【リハマネ加算Ⅱ】

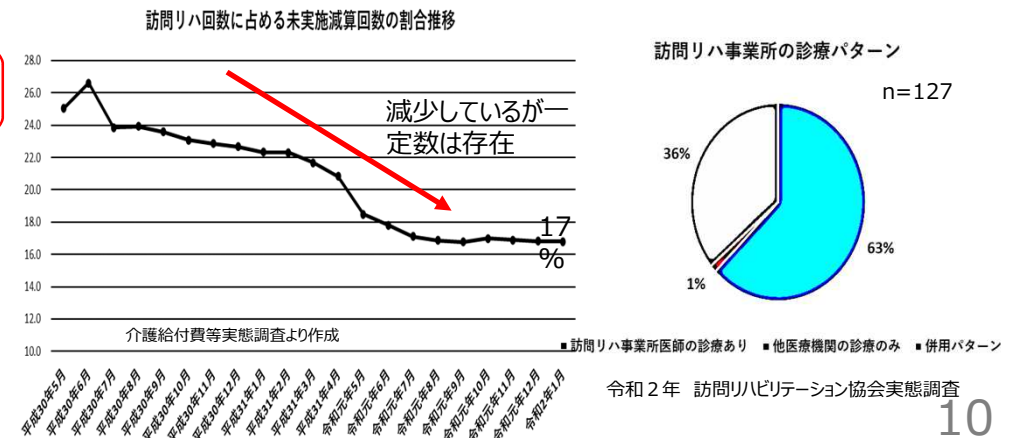
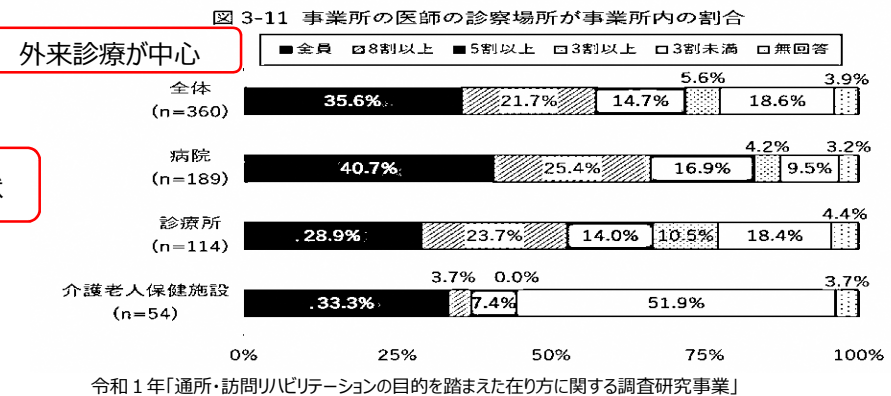
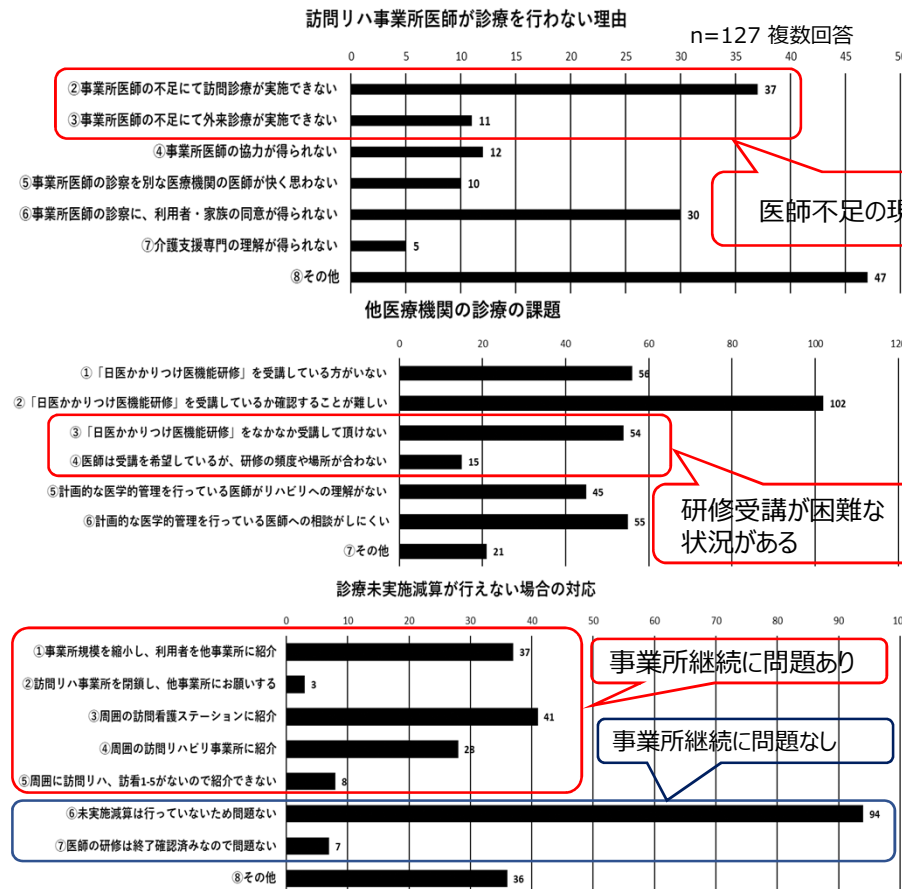


Ⅲ.2 訪問リハ計画診療未実施減算研修修了等期間の延長と研修団体の拡大

- 要望：① 減少傾向にあるが、事業所医師の不足等により訪問リハ計画診療未実施減算による訪問リハが一定数提供されている。訪問リハ事業所の診療体制が十分に整っていないことから、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も要件として頂きたい。

要望理由・課題：

- ① 訪問リハ事業所医師の計画診療は外来通院による診療が多く、他医療機関からの情報提供併用が4割程度となっている。訪問リハ計画診療未実施減算の割合は減少傾向にあるが、令和3年3月までに事業所医師の診療体制を改善させることは難しく、研修要件等の制約のない訪問看護I5へ移行するケースが増加する可能性がある。また、コロナ禍により適切な研修受講終了が遅延する可能性も高いことから期間延長は必要である。
- 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。



Ⅲ.3 訪問リハビリテーション費における退院（所）直後3ヶ月の回数制限の緩和

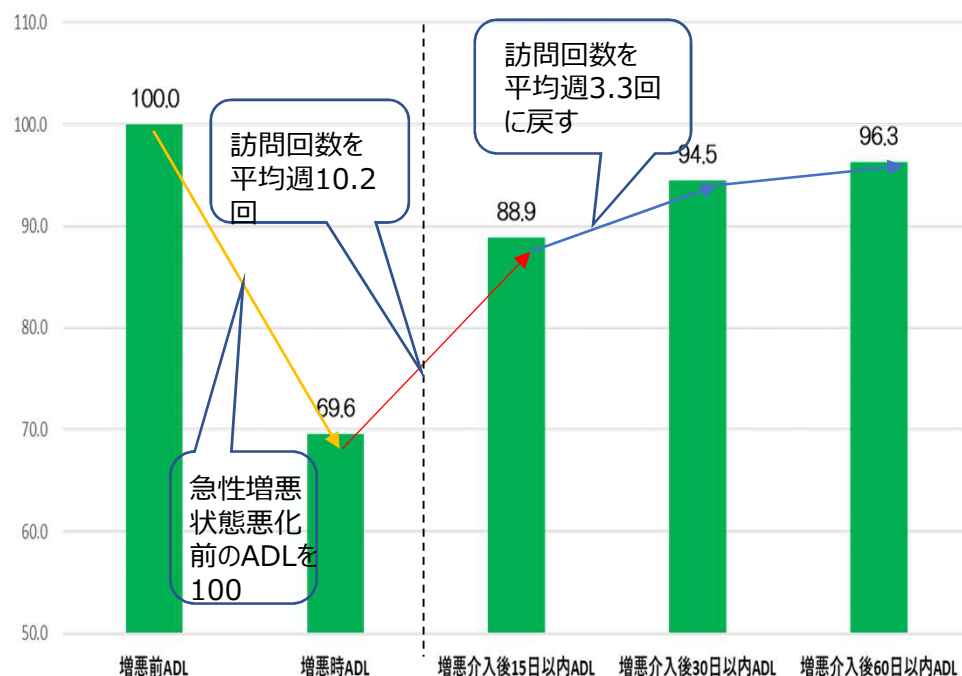
要望：

- ① 在宅生活を早期に安定させるために、医療保険と同様に退院（所）直後の3ヶ月間は1週間に12回まで算定可能として在宅生活へのソフトランディング機能を強化していただきたい。

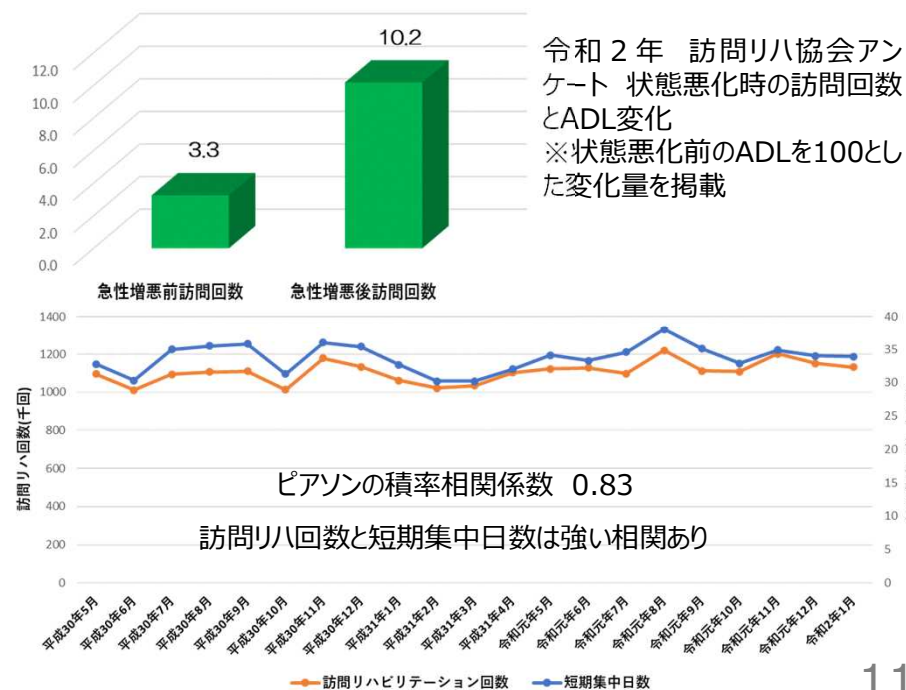
要望理由・課題：

- ① 退院・退所直後は、在宅での生活が病院・施設と大きく異なりADL低下を引き起こしやすいため病院・施設と同様の回数を一定期間行い状況に合わせて漸減し生活を安定させる。
- ② 急性増悪で状態が低下した際、回数を増加させることでADLの改善は図れ、回数を戻すことでADLの改善は緩徐となる。
- ③ 短期集中日数と訪問リハ回数は相関しており、短期集中が増えれば訪問リハ回数は増え、短期集中が減少すれば訪問リハ回数は減少する。短期集中後、回数を増加したまま継続することは少ないと思われる。

状態悪化時に高頻度に介入した場合のADL変化 n=14



急性増悪時訪問回数の変化 n=14



介護給付費等実態調査より作成

IV.1 計画書等の様式の簡素化および統一化

【要望】

1. 通所リハ・訪問リハ計画書について、Excel形式にて（特に初回）は手間がかかるため、簡便に入力できる形式のものを配布してはどうか。
2. 初回の通所リハ・訪問リハ計画書については、統一書式以外であっても退院前のリハ計画書を暫定的に使用できるなどの柔軟な運用ができるようにしてはどうか。
3. 運動器機能向上等の各種加算の様式を事業所独自で作成するため、他の事業所との互換性がなく、情報共有に手間がかかるためその様式例をしめしてはどうか。
4. 書類や手続きのほとんどが紙媒体のため、計画書を含む書類や署名・捺印等をIT化してはどうか。

【要望理由】

- ① 医療保険でのリハ計画書との統一様式になり利便性は上がったが、情報量が過度に多く手間がかかる上、利用者への説明の際は文字が小さすぎるため拡大した書類を別途用意する必要がある。またExcel形式で作成のため、システムとの互換性に乏しい。
- ② 回復期リハ病棟で一般的に使用されているリハ計画書と比較して情報量が過度に多く、入院中に本様式があまり使用されていない。特にIADLについての入院中の評価は難しく、慣れない項目への記入となり混乱している。「情報量の削減により入力負担を軽減」「回復期病棟等を退院後に通所リハ・訪問リハを利用する場合、統一書式の使用により、回復期病院等に診療報酬上のインセンティブを付与」ということが考えられる。
- ③ 書類等のIT化については、今般の新型コロナウイルス感染症対策上からも有用と判断される。

IV.2 VISITデータ提供加算の創設

要望：

- ① VISITデータを提供するリハマネ加算Ⅰ、Ⅱにおいてもデータ提供の加算を創設して頂きたい。
- ② VISIT提出書類の緩和を検討して頂きたい。

要望理由・課題：

- ① リハマネ加算Ⅰ、ⅡにおいてはVISITデータを提出しても加算算定ができない。
- ② VISITデータは提出方法も煩雑で業務負担が大きく初回の入力には1時間以上を要している。
- ③ VISITデータ提供加算が算定できれば50%以上の事業所が参加を希望している

【現在の必要書類】

- ① 別紙様式1（興味・関心チェックシート）② 別紙様式2-1、別紙様式2-2（リハビリテーション計画書）
- ③ 別紙様式3（リハビリテーション会議録）④ 別紙様式4（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）⑤ 別紙様式5（生活行為向上リハビリテーション実施計画）

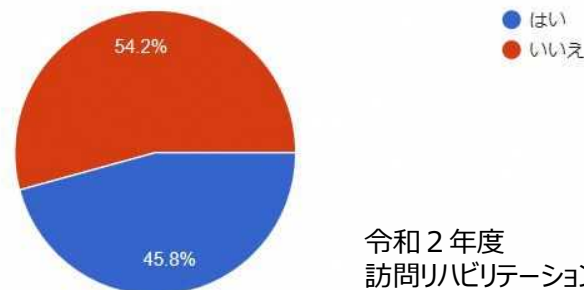


【必要書類の削減案】

- ① 別紙様式1（興味・関心チェックシート）② 別紙様式2-1、別紙様式2-2（リハビリテーション計画書）
- ④ 別紙様式4（リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票）

7)リハマネジメント加算Ⅰ、Ⅱの対象者に対しても「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集システム（VISIT）」による情報提供加算が認められたら算定（情報提供を実施）しますか。

83件の回答



令和2年度
訪問リハビリテーション協会アンケート調査より

図表 16 利用者1人あたりのデータ入力時間（利用者の初回）

事業所数	30分未満	30分～1時間未満	1時間～2時間未満	2時間～3時間未満	3時間以上	無回答
111	11	45	45	8	1	1
100.0%	9.9%	40.5%	40.5%	7.2%	0.9%	0.9%

令和元年度厚生労働省のデータ収集システムの活用に関する労働省老人保健事業
通所・訪問リハビリテーションの調査研究事業報告書より

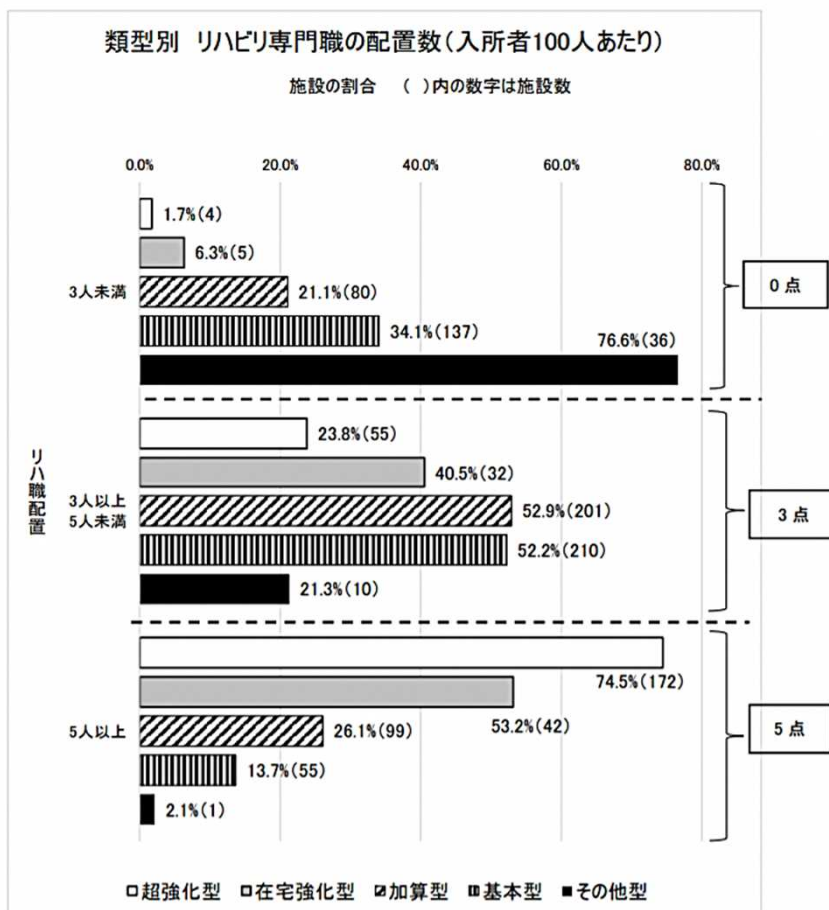
V.1 老健施設におけるリハビリテーション専門職の配置の評価

【要望】

老健入所者に対する個別リハにおいて、最低3名以上のリハ専門職を配置した場合、これを評価する。

【要望理由】

老健施設は在宅復帰機能の充実が求められているが、そのための個別リハへの評価が不十分であることや質の高い対応をするためのリハ専門職の配置基準が不十分である。下図より、在宅復帰率・病床回転率の高い基準である超強化型、在宅強化型はリハ専門職の配置が5名以上である率が高いことから、最低3名以上の配置が望ましい。



(複数回答) (問 10)

上段: 施設数
下段: 施設に対する割合

	施設数	困難理由							無回答
		①指標の点数不足	②指標の点数が不安定	③退所時指導	④地域貢献活動	⑤充実したリハビリ	⑥要件となる職種の増員・確保	⑦その他	
在宅強化型・加算型・基本型・その他型 計	965	563 58.3%	471 48.8%	89 9.2%	116 12.0%	430 44.6%	345 35.8%	35 3.6%	10 1.0%
在宅強化型	85	38 44.7%	45 52.9%	2 2.4%	5 5.9%	6 7.1%	13 15.3%	8 9.4%	1 1.2%
加算型	400	196 49.0%	198 49.5%	17 4.3%	9 2.3%	251 62.8%	145 36.3%	14 3.5%	4 1.0%
基本型	430	285 66.3%	208 48.4%	55 12.8%	94 21.9%	158 36.7%	165 38.4%	9 2.1%	4 0.9%
その他型	50	44 88.0%	20 40.0%	15 30.0%	8 16.0%	15 30.0%	22 44.0%	4 8.0%	1 2.0%

出典: 老人保健施設の目的を踏まえた施設の在り方に関する調査研究事業 報告書

平成30年度老人保健事業推進費等補助金 全国老人保健施設協会

※四角の数字は施設類型を算定する際の点数

V.2 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

【要 望】

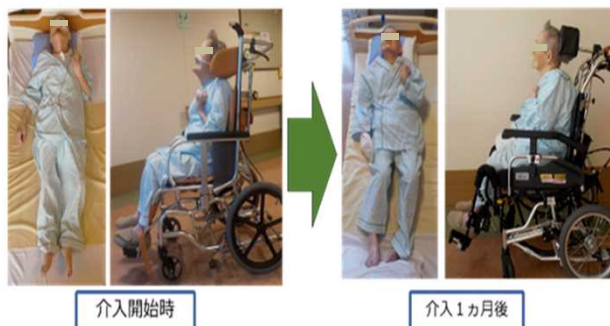
介護医療院、介護療養型医療施設、介護老人保健施設の入所者（障害高齢者の日常生活自立度ランクCの入所）に対し、医師の医学的管理下における離床の取組等を実施し、ADLが維持・向上した場合、新たな評価をいただきたい

【要望理由・課題】

- 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、嚥下障害を改善し、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、リハビリ専門職と看護職、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。

1. 日中安楽に座れるための介入

- ・介入後、食事時間を除き、3時間の座位時間が増加



2. 活動と参加の獲得



- 離床時間が増加し、食事の他に病棟レクへの参加を通じて、他者との関わりも増え、施設内での社会参加が獲得されている。

3. 一日の生活場面における座位時間と離床頻度の変化

	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	介入による効果は優位に向上した。 $P < 0.05$
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 老人保健健康増進等事業 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

VI.1 通所介護等との連携の評価

【現行の課題】

- 生活機能向上連携加算では、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、医療提供施設から通所介護へリハ職員を派遣。一方で派遣した側に報酬設定がされていないために依頼しにくい。
- 通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所、医療提供施設の職員派遣又は計画書の作成等の連携を評価されていない。

- ✓ 通所リハ等への報酬設定により、地域で専門職人材を活用しやすくなるのではないか。
- ✓ 通所介護等の自立支援に向けたサービスの質的向上が見込めるのではないか。

VI.2 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リハビリテーション専門職のチーム体制の構築

【要望】

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

【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、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リハビリ専門職・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リハビリ専門職との連携と同様に、介護支援専門員（ケアマネジャー）とリハビリ専門職がチームとなり、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と考える。

チームで行う自立支援型ケアマネジメント

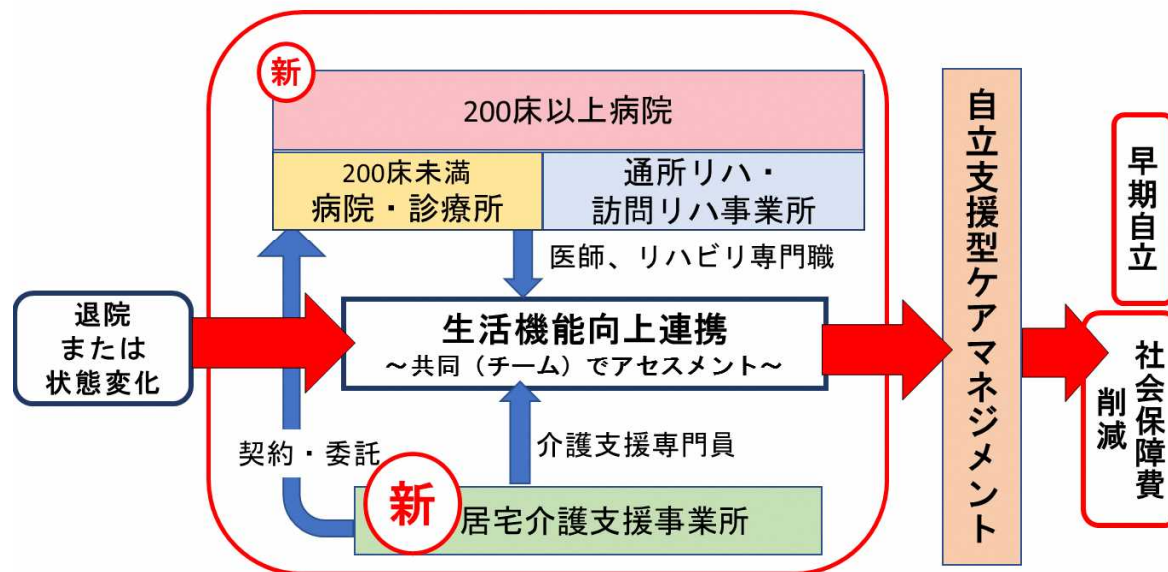


図1 要望のイメージ図

VI.3 リハビリテーション専門職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連携施設拡大

【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認可病床数が200床以上の病院を加えること

【要望理由・課題】

- 平成27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、リハビリ専門職が助言（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1）。
- 本加算は、リハビリ専門職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、リハビリ専門職は評価や個別機能訓練の計画立案を行えることから、リハビリ専門職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（図2）。

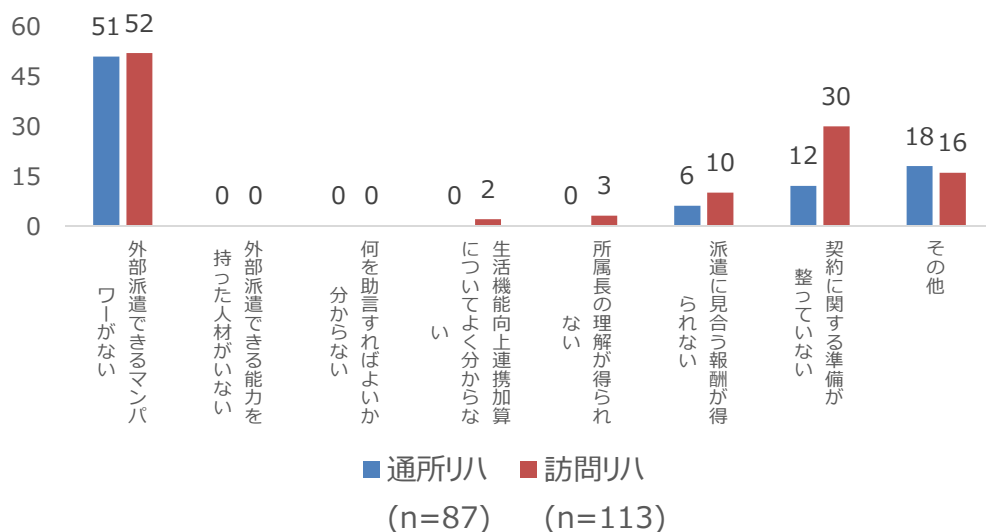


図1 外部施設への派遣をしない理由

【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

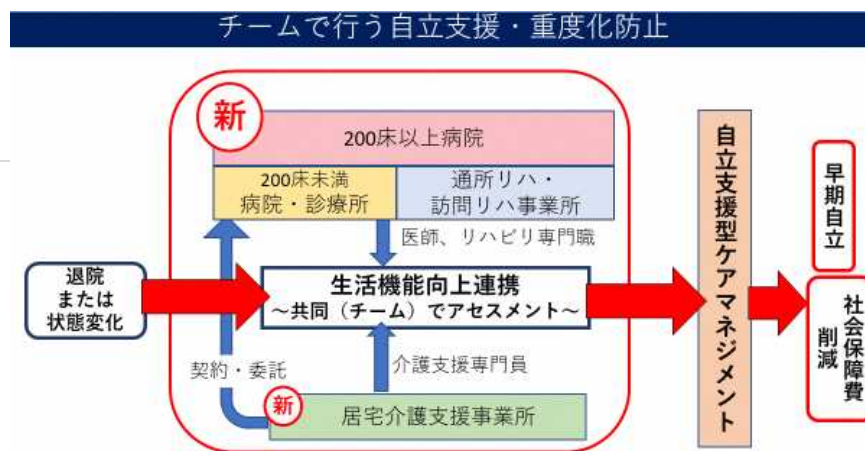


図2 要望のイメージ図