

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の 処遇改善および 急性期一般病棟の多職種配置について

2025年12月24日

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

Japanese Physical Therapy Association



一般社団法人

日本作業療法士協会

Japanese Association of Occupational Therapists



一般社団法人

日本言語聴覚士協会

Japanese Association of
Speech-Language-Hearing Therapists

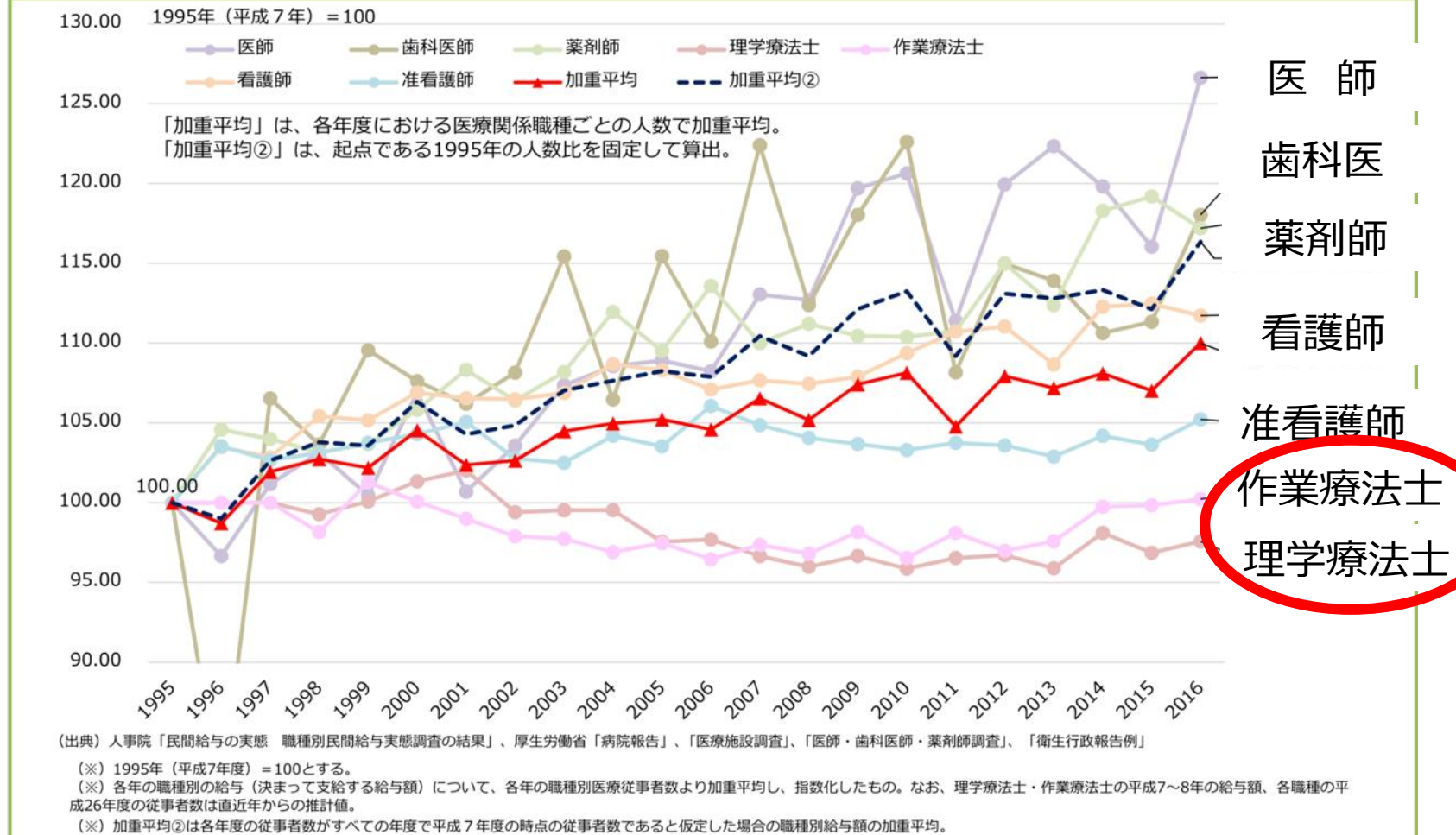
1. 処遇改善

- 幅広い職種の賃上げに確実につながる的確な対応
- 疾患別リハビリテーション料を総合的に10%以上引き上げ
- 令和9年度においても賃金・物価上昇等を踏まえ、診療報酬を機動的に調整する
対応が可能となるような仕組みの実施
- 今後10年間で3療法士の給与を倍増

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の処遇の推移（経験年数別）

医師、歯科医師、薬剤師の給与水準の高まりは大きい一方で
理学療法士の給料水準はここ **20年間で下がっている**

- 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。



リハビリテーション専門職団体協議会（日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会）協働
令和7年度報酬改定に係る「賃上げ」に関する3団体合同実態調査

<結果サマリー>

- 現金給与総額※1の引き上げを実施した施設は、医療施設で**66%**、介護施設・事業所で**43%**、障害福祉施設・事業所で**54%**であり、引き上げの理由は各領域で共通して「**定期昇給**」が主であった。

▶▶ 医療施設では**約3割**、介護施設・事業所では**約6割**、障害福祉施設・事業所では**約5割**の施設で、**昇給が行われていないことがわかった。**

- ベースアップによる引き上げがあった施設は、医療施設**31%**、介護施設・事業所**11%**、障害福祉施設・事業所**16%**であった。

▶▶ 多くの施設で**ベースアップの実施は極めて少なかった。**

- 処遇改善に係る要望として、
「**福祉・介護職員等処遇改善加算**の対象として**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の明記**がないため、**現金給与のアップが望めない。**」

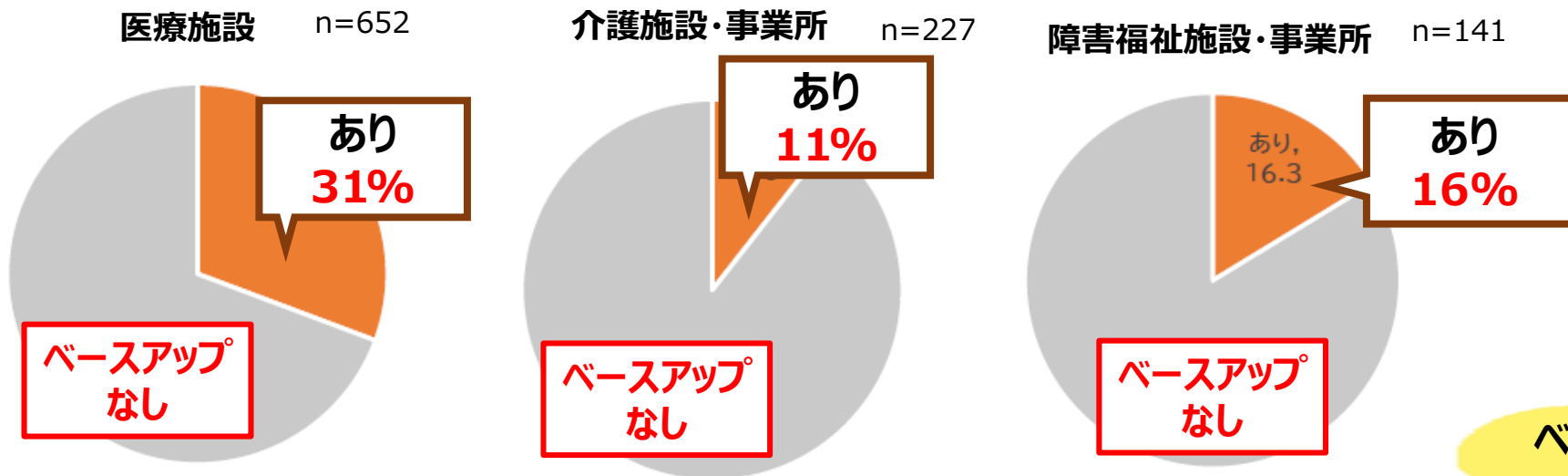
「報酬改定で収入が下がる見込みで、経費が物価の上昇により上がっているので、**人件費に使える財源は増えない。**収入が上がるような報酬改定をして欲しい。」といった意見が挙がった。

▶▶ **時限的な加算における課題**や、**物価上昇を上回る賃上げの実感がない**意見が聞かれた。

※1 定期昇給、ベースアップ、各種手当の引き上げまたは新設、賞与等の引上げ、その他を含む

リハビリテーション専門職団体協議会（日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会）協働
令和7年度報酬改定に係る「賃上げ」に関する3団体合同実態調査

基本給の引き上げ（本調査におけるベースアップ）の実態



「ベースアップ」とは

賃金表の改定等により
賃金水準を引き上げること

賃金表がない場合は
給与規定や雇用契約に定める
基本給等を引き上げること

ベースアップが実施された施設は
極めて少ない！！

※ 令和7年6月給与を基準とし、令和6年3月給与と比較

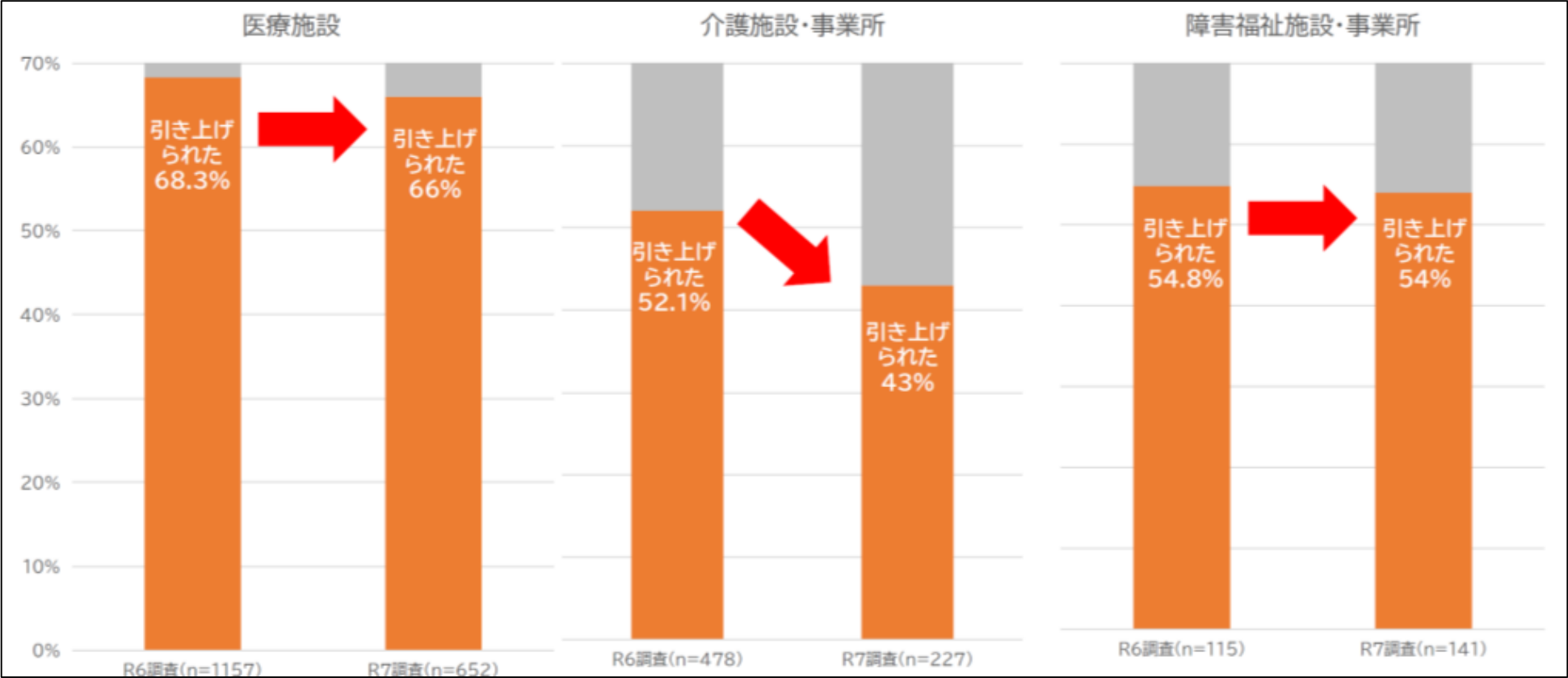
処遇改善に係る要望や意見（自由記述抜粋）

- ✓ **時限的な制度**ではなく、**恒久的な制度**にしていきたい。
- ✓ 地域や経営の体制（経営者の判断を含む）による**処遇改善の状況の不平等さ**がある。
- ✓ 処遇改善加算が少額かつ**算定条件や申請が複雑**なため、ベースアップを取り入れてもらえなかった。
- ✓ 物価上昇など**生活コストの向上**に見合う昇給ではない。
- ✓ **所得向上の実感がない**。

制度の複雑さ
実感の希薄さ

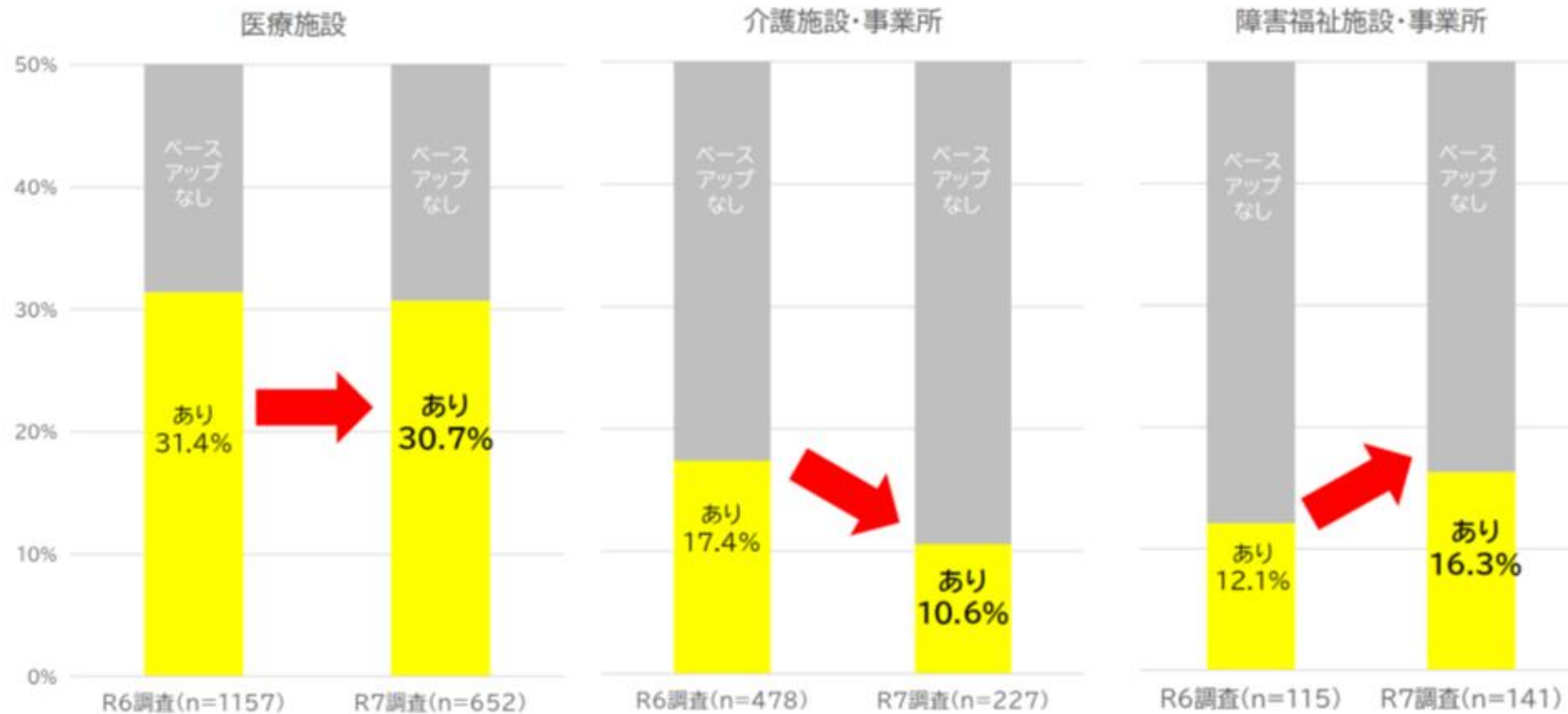
開設主体毎の現金給与総額および基本給の引き上げ実施率の変化

現金給与総額の引き上げ実施率の変化



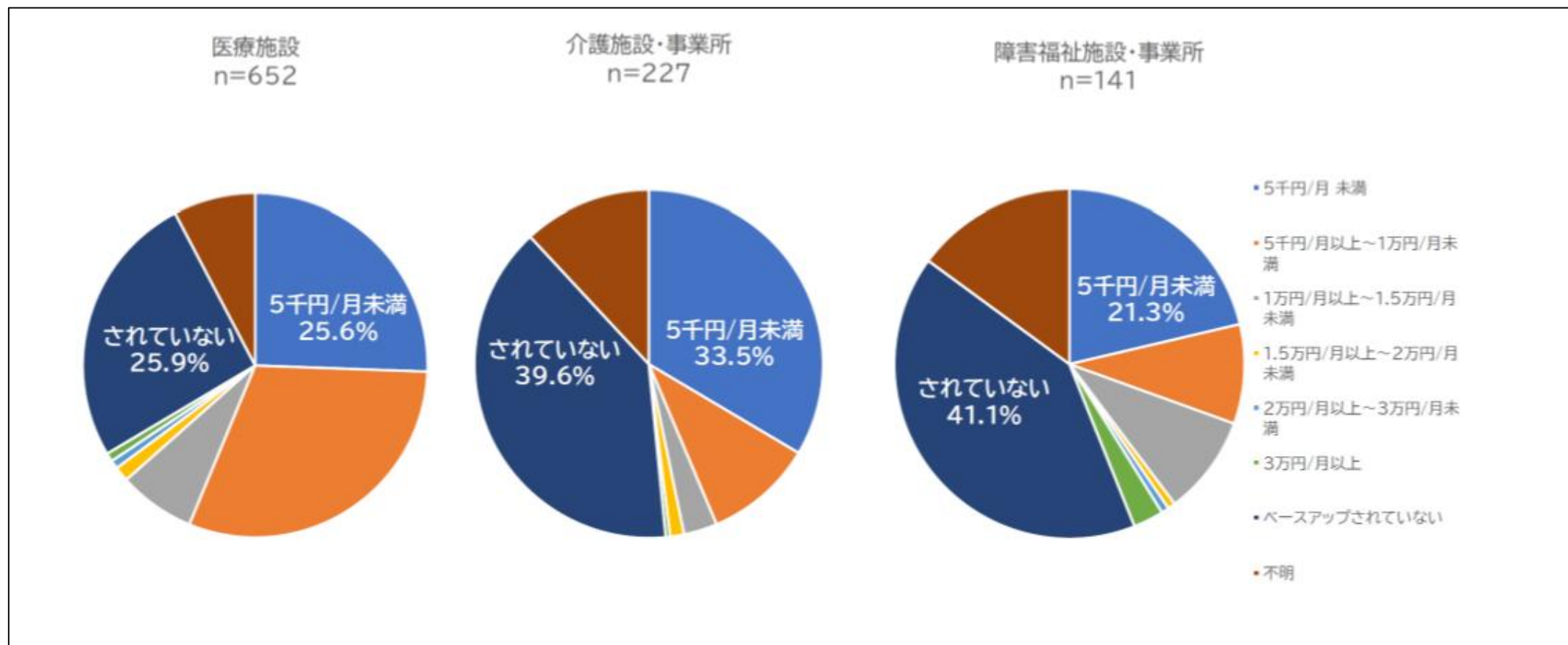
前年度調査結果と比較すると、現金給与総額の引き上げ実施率は医療、介護、障害福祉のいずれにおいても低下した。特に介護施設・事業所では実施率が10%低くなり、低下が顕著であった。

基本給の引き上げ（本調査におけるベースアップ）の実施率の変化



基本給の引き上げはいずれにおいても3割以下と低値であり、昨年度に比べ、医療ではほぼ横ばい、介護では大幅に減少、障害福祉では若干増加したものの2割以下と低値であった。

令和5年6月から令和7年度の2年間におけるベースアップ金額



令和5年6月からの2年間で、「ベースアップがされていない」と回答した施設は、医療で3割弱、介護と障害福祉で4割にのぼりました。一方、ベースアップが行われた場合でも、その金額は医療・介護・障害福祉のすべてにおいて5,000円未満が最も多く、医療で3割弱、介護で3割強、障害福祉で2割強を占め、昇給額は低いものでした

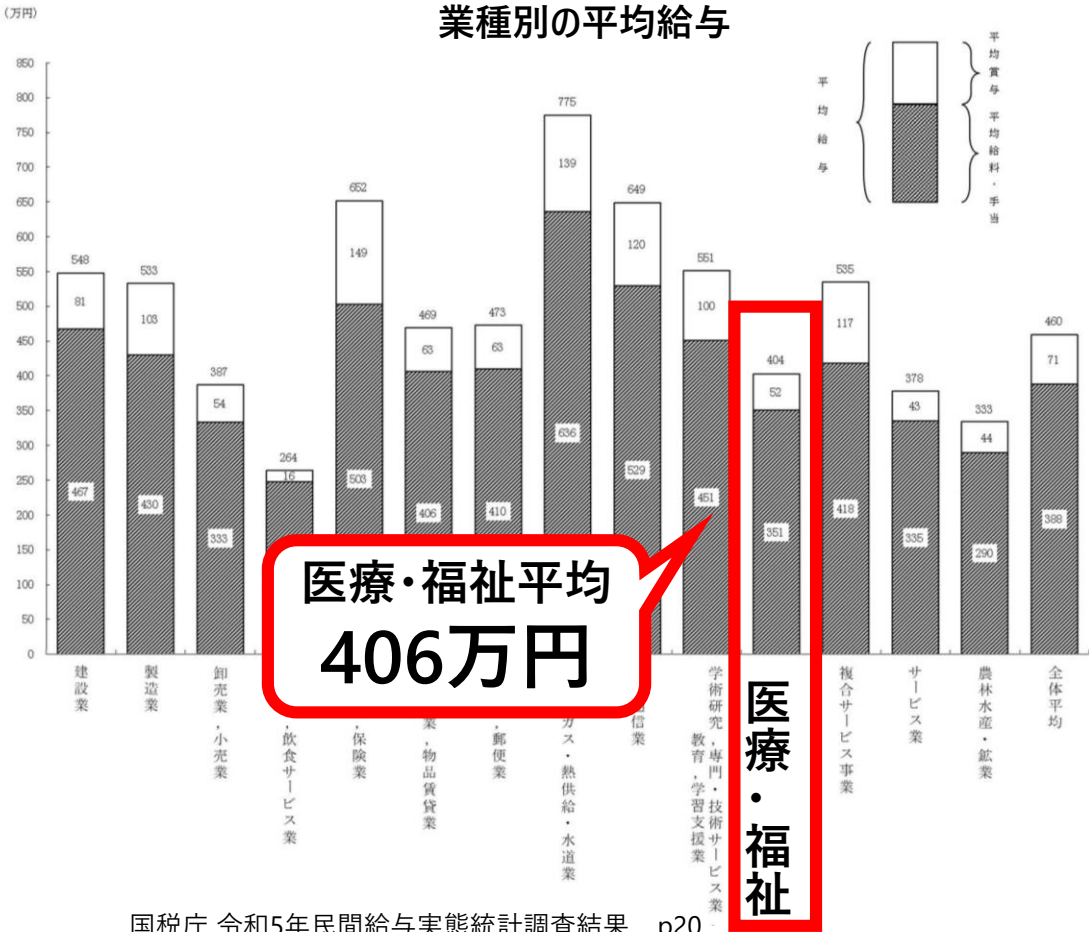
主要産業における賃金の伸びと業種別の平均給与

▶ 全産業に比べて医療・福祉の賃金は主要産業中 **伸び率が最も低く、平均給与も低い。**

全産業平均を上回る水準の賃上げが必要。

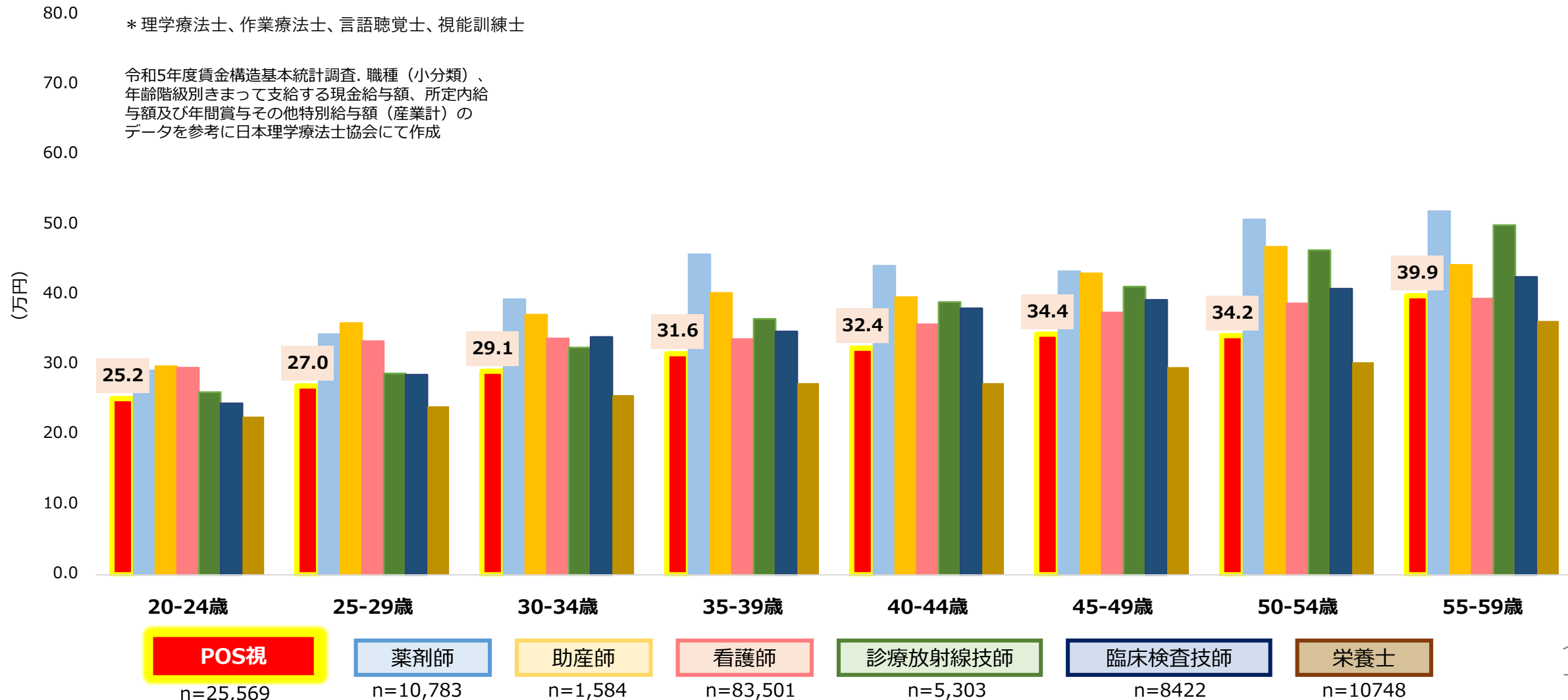
主要産業における賃金の伸び（2023年-2019年比）

主要産業	対2019年比（％）
サービス業（他に分類されないもの）	6.9
宿泊業，飲食サービス業	5.4
生活関連サービス業，娯楽業	5.3
運輸業，郵便業	5.0
卸売業，小売業	4.2
建設業	3.5
情報通信業	2.9
製造業	1.9
医療，福祉	1.7



医療関係職種の年代別給与

- ▶ 年代別のPOS視*の月収はどの定点においても、他職種と比べて極めて低い
- ▶ 夜勤の少ない業種（臨床検査技師、薬剤師など）と比べても給与水準が低い



我が国のリハビリテーションについて

- 我が国の高齢化社会において、リハビリテーションは健康寿命の延伸と社会参加の促進に必要不可欠です。
- また、子どもから高齢者に至るまで、幅広い世代にリハビリテーションを提供することで、医療費や介護費用を抑制し、ひいては社会保障費の負担軽減にも寄与します。
- さらに、地域に住む子どもから高齢者までの生活の変化は、地域社会の活性化という波及効果も期待されます。
- このように、リハビリテーションは個人の健康だけでなく、社会全体の持続可能性にも欠かせない役割を果たしており、リハビリテーションを担う専門職には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が含まれます。



身体機能や基本動作の獲得



共生型デイサービス
重症心身障害児者の地域生活支援



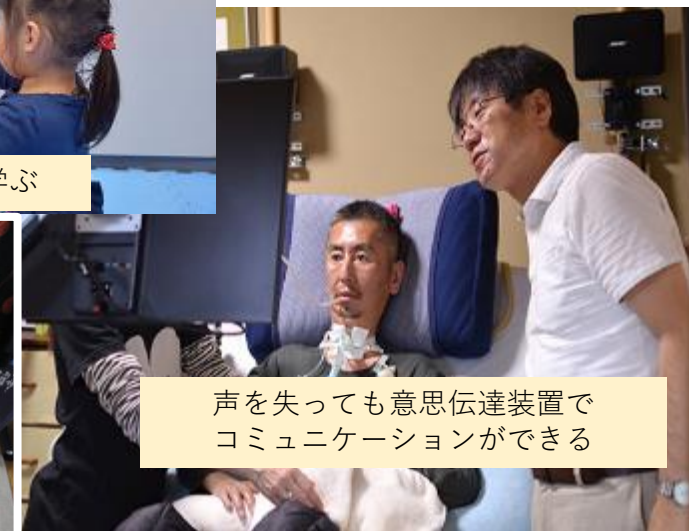
障害の特性に合わせた仕事の選択と開発



筋電義手で遊ぶ・学ぶ



買い物や掃除など、IADL回復に向けた支援

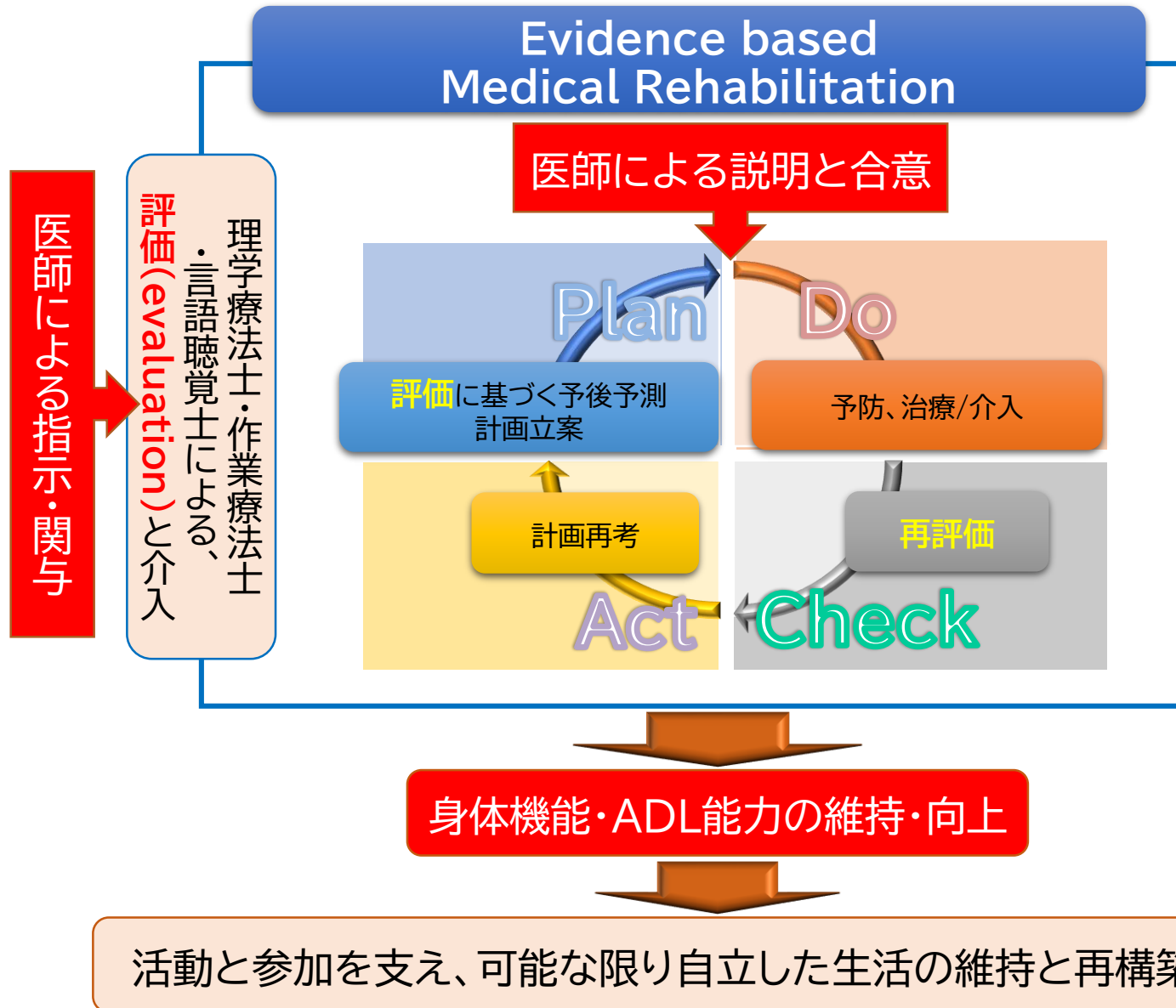


声を失っても意思伝達装置で
コミュニケーションができる

医療法

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の専門性を発揮した 質の高い医学的リハビリテーション



理学療法士及び作業療法士法

第二条第一項

この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

第二条第二項

この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

言語聴覚士法

第二条

この法律で「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

リハビリテーション前置主義…介護保険制度が創設された際に提唱された

1. 医療保険のリハ医療サービスにより、可能な限り自立もしくは要介護状態を軽減した上で介護保険のリハ医療サービスを利用する仕組みを構築すべきである。
1. 介護保険の利用に際し、要介護度を改善もしくは維持するために必要なリハ医療サービスは、他のサービスに優先的に利用できる仕組みを構築すべきである。

参考：厚生労働省中央社会保険医療協議会第11回診療報酬改定結果検証部会 平成19年3月12日資料
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-9.html>

リハビリテーション前置主義を堅持することが重要

(実際には、形骸化しているとの指摘が多い)



急性期：リハビリテーションの提供が不十分

回復期：対象に制約

※リハビリテーションを提供できる対象に制約があり、増加する高齢者の状態像に対しては限界がある



自立度が低い状態で地域(施設・在宅)へ

生活期：
(地域)

【介護施設】：廃用状態でのケアが中心のため、自立度は上がりず、維持も限局的。

要介護者・寝たきり・認知症・廃用症候群の増加に
歯止めがかからない



リハビリテーション前置主義…介護保険制度が創設された際に提唱された

1. 医療保険のリハサービスを十分に実施し、要介護状態を軽減した上で介護保険に移行すべきである。
2. 介護保険サービスを利用する際には、必要なリハサービスを他の介護保険サービスに優先して提供可能とすべきではないか。

参考：厚生労働省中央社会保険医療協議会第11回診療報酬改定結果検証部会 平成19年3月12日資料
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0312-9.html>

リハビリテーション前置主義を堅持できているか？

(実際には、**形骸化**しているとの指摘が多い)

上記 1、2、の 2 点の整備により、要介護者の増加を抑制でき、介護保険財源の安定化に貢献できる。

介護が必要だから介護職等を増やす、処遇改善する(だけ)という当面策のみではなく、リハビリテーション提供量を増やし、担う理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の処遇改善を行うという根本策が必要とされる。

リハ専門職の処遇改善

により人材確保が必須

リハビリテーションサービスを十分に実施することで
要介護者、寝たきり、認知症等の増加を予防を要介護期間を短縮

リハビリテーション前置主義を進め、
医療・介護保険財源の安定化に貢献

1. 医療・介護・福祉における理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の確実な処遇改善 < 緊急重点要望 > ①

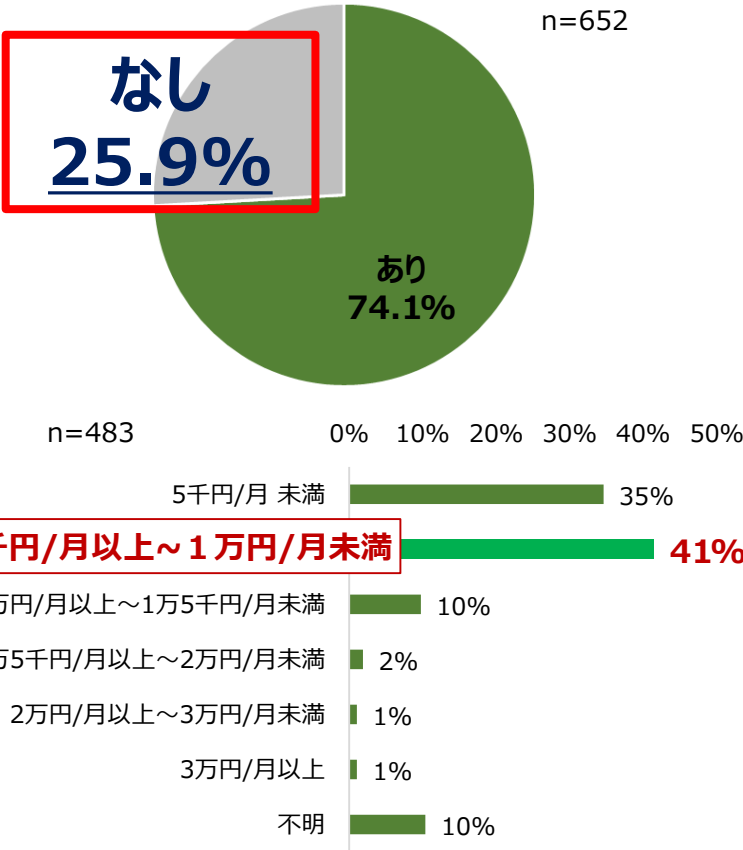


- トリプル改定より取り組まれたベースアップ施策が、2年経っても達成されていない
- ベースアップされた施設においても、多くは1万円未満の昇給に留まり、物価上昇に負けない賃上げが達成されていない

2023年6月から2025年6月の2年間におけるベースアップの有無と昇給額

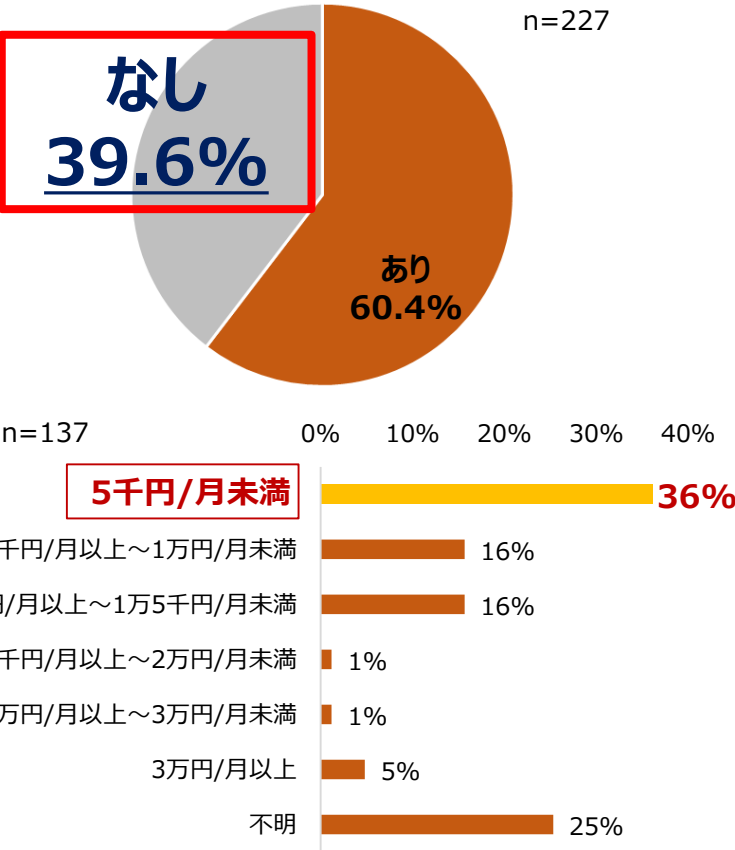
医療 施設

n=652



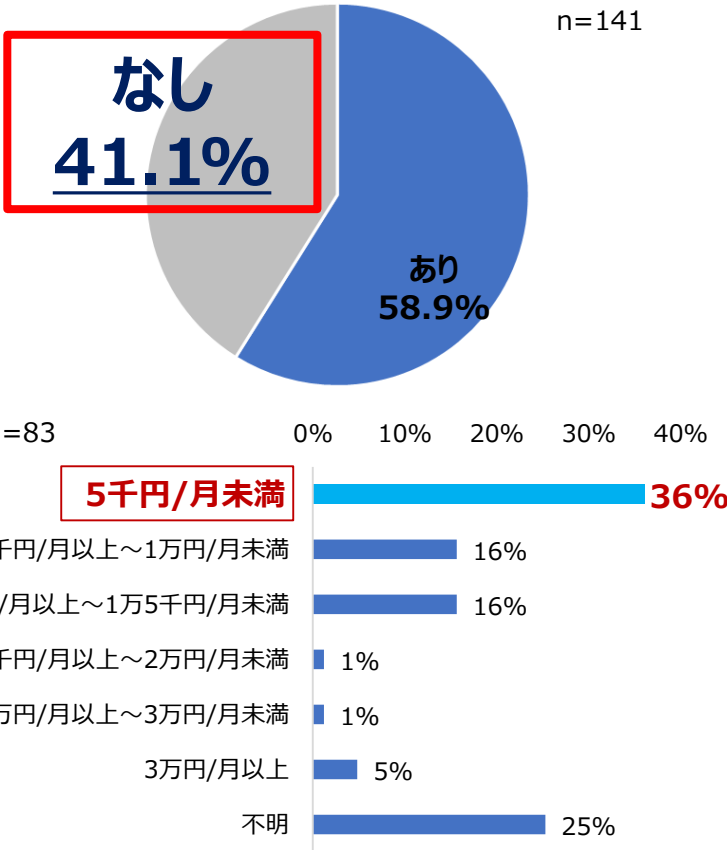
介護 施設

n=227



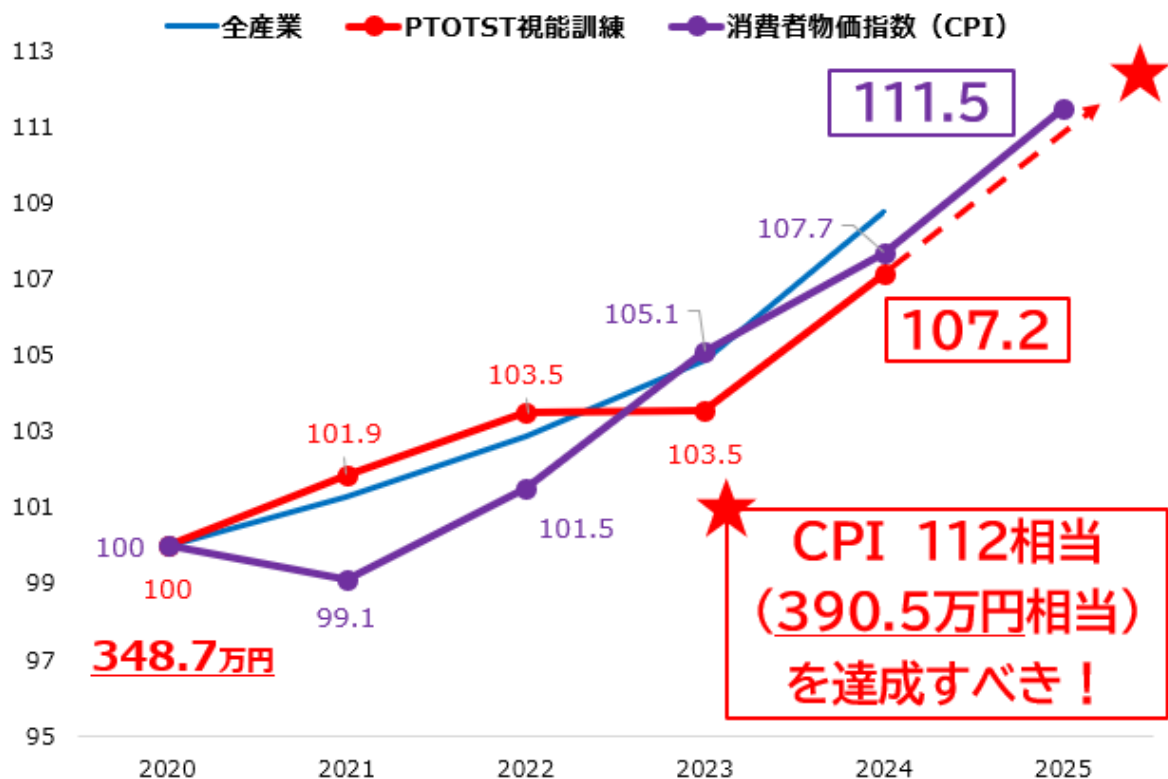
障害福祉施設

n=141

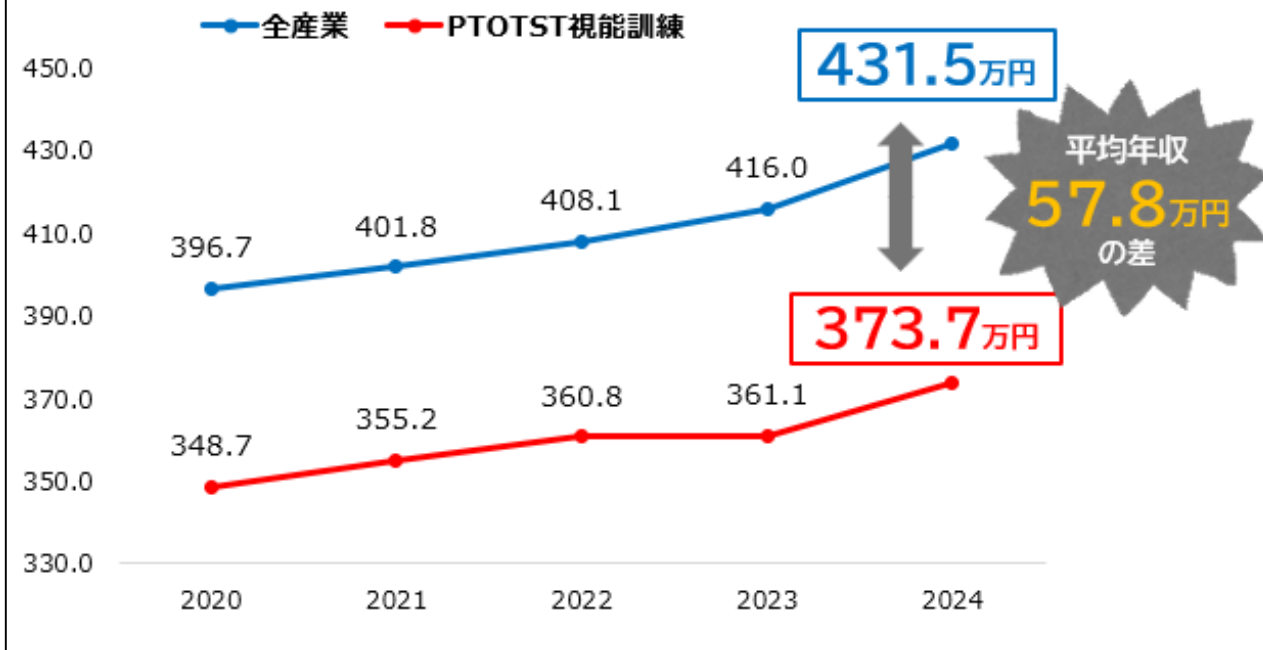


- 令和7年度補正予算での補助金の措置（1人当たり6万円：240億以上）に加え診療報酬改定ならび介護報酬期中改定の実施により、3療法士1人当たり月額2万円以上の賃上げ（年間約960億円以上の確保）を行うこと。
- 消費者物価指数（2020年基準）の2025年4月分によると、総合消費者物価指数（CPI）は111.5であることから、**最低でも物価上昇を上回る12%以上の賃上げ（390.5万円以上を達成）**を行うこと、さらに、**10年で3療法士の給与を倍増**すること。
- 財源について、純粹に上乗せするいわゆる“真水”による大規模で抜本的な対応を行うこと。

消費者物価指数(CPI)とリハ専門職給与の推移比較



全産業平均と比較したリハ専門職給与の推移



全産業平均年収（2024年：431.5万円）に近づくため

10年でリハ専門職の給与を倍増することを含む

リハ専門職の在り方の検討について推進いただきたい

※ 2020年基準消費者物価指数（CPI）を参考に本会にて作成。CPIは各年4月の数値を参照し総合指数を掲載
 ※ 厚生労働省、賃金構造基本統計調査、学歴、年齢階級別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額を参考に本会にて作成

2. 経済・物価動向等を踏まえた公定価格の引き上げ < 緊急重点要望 >

課題

- 平成18年度の疾患別リハビリテーション料の導入により技術料は引き下げられ、以後約20年ほとんど点数が変わっていないまま。
- 疾患別リハ料を総合的に10%程度引き上げることで、現行の人件費率に則り、全産業平均年収に届くだけの賃上げが達成できる。

経営の改善および確実な賃上げを達成するため、各疾患別リハ料を10%以上引き上げていただきたい

約20年 ほとんど点数が変わっていない！！

疾患別リハビリテーション料導入

項目		平成18年度 (2006)	平成20年度 (2008)	平成26年度 (2014)	令和4年度 (2022)	令和6年度 (2024)	報酬改定 (案)
心大血管疾患 リハビリテーション料	I	250点	200点	205点	205点	205点	225点
	II	100点	100点	105点	125点	125点	140点
脳血管疾患等 リハビリテーション料	I	250点	235点	245点	245点	245点	270点
	II	100点	190点	200点	200点	200点	220点
	III	—	100点	100点	100点	100点	110点
廃用症候群 リハビリテーション料	I	—	—	180点	180点	180点	200点
	II	—	—	146点	146点	146点	160点
	III	—	—	77点	77点	77点	85点
運動器 リハビリテーション料	I	180点	170点	180点	185点	185点	205点
	II	80点	80点	170点	170点	170点	190点
	III	—	—	85点	85点	85点	100点
呼吸器 リハビリテーション料	I	180点	170点	175点	175点	175点	200点
	II	80点	80点	85点	85点	85点	95点

提案

報酬点数
10%
アップ！！



- 現状、リハ専門職 **1人**あたりの年間利益はおおよそ**1,094万円**、人件費率（33.5%）である。
- 病院経営を安定させ、全産業平均並みの賃上げを達成するためには、年間利益をおおよそ**1,202万円**まで引き上げる必要。
- 病院経営関係上、人件費率が上げられないならば、**疾患別リハ料を上げることで利益を増加させ、賃金に補填するしかない！**

【月間算定 例：脳血管疾患を算定した場合※1.2.3】

18単位/日 × 脳血管疾患（Ⅰ）**245点** × 10円 × 20日（勤務日数）
 = **882,000円**

【追加の月間算定 例：リハビリテーション実施計画書】
 リハビリテーション総合計画評価料（Ⅰ）300点 × 10円 × 10対象者/月
 = **30,000円**

【月間利益/1理学療法士】
 882,000円 + 30,000円
 = **912,000円**

報酬点数
10%
 アップすれば..

【年間利益/1理学療法士】
 912,000円/月 × 12ヵ月
 = **1,094万円**

人件費率
33.5%※4

リハ専門職による利益は
 疾患別リハ料に大きく左右されるため

報酬価格が上がらなければ
 給与もあげられない！！

平均年収
367万円
 理学療法士
 平均年収

現状

引上げ

（脳血管疾患
 リハビリテーション料を
 引き上げた場合）

18単位/日 × 脳血管疾患（Ⅰ）**270点** × 10円 × 20日（勤務日数）
 = **972,000円**

【追加の月間算定 例：リハビリテーション実施計画書】
 リハビリテーション総合計画評価料（Ⅰ）300点 × 10円 × 10対象者/月
 = **30,000円**

【月間利益/1理学療法士】
 972,000円 + 30,000円
 = **1,002,000円**

利益UP!

【年間利益/1理学療法士】
 1,002,000円/月 × 12ヵ月
 = **1,202万円**

人件費率
33.5%※4

平均年収
403万円
 産業平均に
 届く！
 達成！

2. 急性期一般病棟の多職種配置

中央社会保険医療協議会 総会（第635回）入院について（その8）の議論において、「一部の人員は、看護職員と他職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないか」の論点について、

- 高齢の救急患者の多い病棟において、多職種が各専門性を発揮し、早期に介入することは賛成
- 一方で、各専門職には各専門性があるため、それらが十分に発揮できるよう、役割分担など詳細な整理が必要（看護職の専門性、看護機能、夜勤体制に関する影響等を含む）
- 各専門職の役割分担を整理する際には、医事法等の法令との照合も踏まえ慎重に議論すべき
- 看護職の担い手不足を補うためのものではなく、その病棟機能に必要な看護職を配置したうえで、多職種が各専門性を発揮し、早期に介入すべき

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001610163.pdf>

- 資料にある「食事介助」、「口腔ケア」等の項目は、リハビリテーション専門職の本来の役割を「療養上の世話」と混同させる、極めて不適切な表現である。
- リハビリテーション専門職は「診療の補助」を担う専門職であり、「療養上の世話」は法的に認められていない。
- さらに、介護専門職の専門性を脅かす病棟業務の考え方は、その専門性を軽視することにも繋がりがねないことから、重要な懸念がある。
- これらは本来、看護補助者が担う専門領域であるところ、調査結果ではそのようになっていないことから、まずは看護と看護補助者の働き方を見直すことが優先されるべき。

各専門職が関与している病棟業務の状況

診調組 入-3
7.9.11改

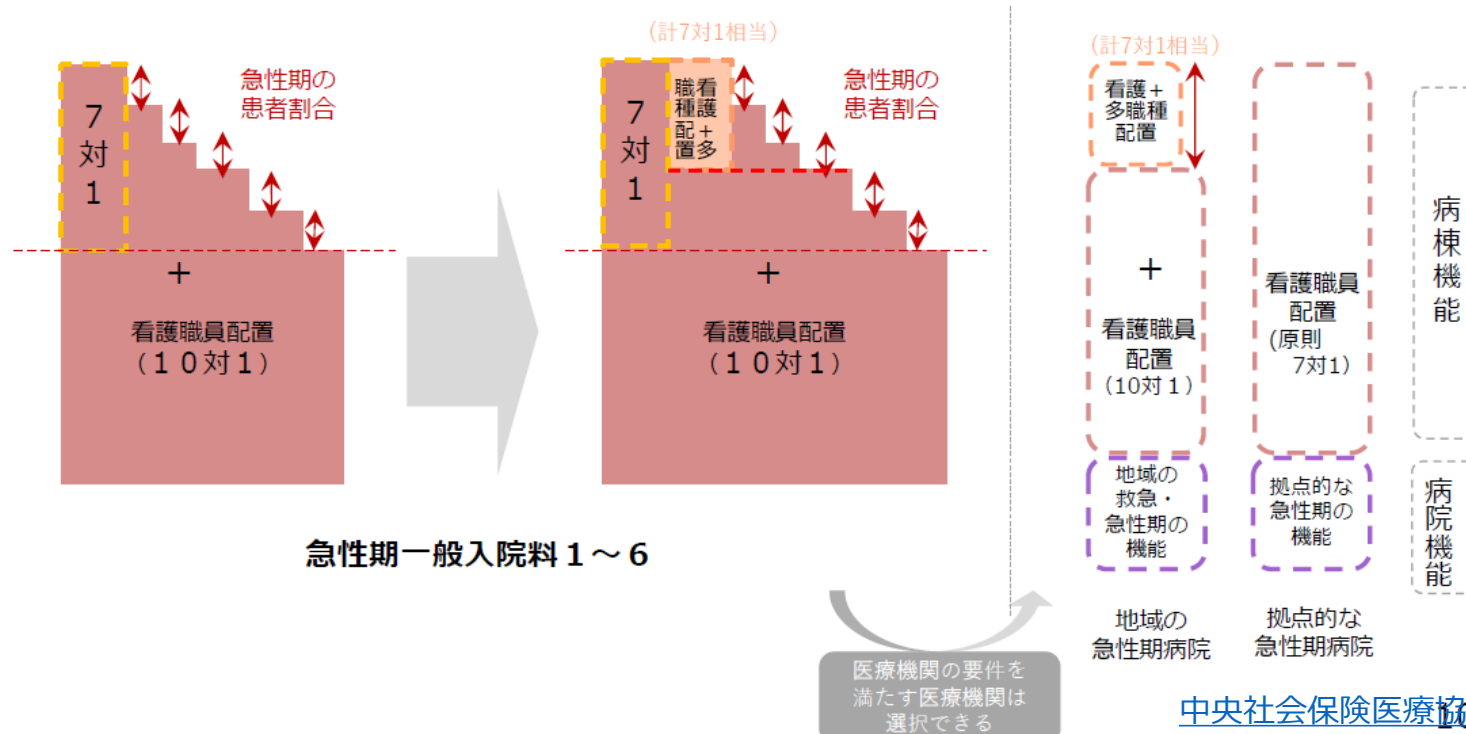
- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	・ 残薬確認・処方依頼・セット ・ 薬剤の準備・ミキシング	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	・ ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 ・ 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） ・ 食事介助、口腔ケア	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	・ 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 ・ 食形態や経腸栄養剤の検討 ・ ミールラウンドや食事変更の調整 ・ 栄養指導や食事に関する相談対応	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	・ 検査の準備や実施 ・ 検査に関する患者への説明	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

- 現行の看護体制を前提とした「看護職＋多職種」という「合算型」の配置案には、強い違和感がある。
- 真に必要なのは、「新たな地域医療構想」との整合性を図り、看護基準の検証が優先されるべきではないか。
- 一方で、リハビリテーション専門職が病棟配置される事は積極的に取り組むべきであることから、「看護基準」とは独立した、「リハビリテーション基準(仮称)」や「多職種基準(仮称)」を検討するべきではないか。
- そのうえで、従来の看護基準単体よりも高く評価される病棟の姿こそが、高齢者救急患者の多い病棟におけるリハビリテーションの質を担保するべき姿ではないか。
- 薬剤師の配置は含まないという見解は、この考え方を支持するのではないか。

多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせ柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないか。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないか。



多職種配置と医療機関の機能における課題と論点

(病棟における多職種配置について)

- 43病棟(急性期～慢性期)の看護師(回収794名、有効回答768名)を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」(病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査)の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。
- 病棟業務の多職種連携に関する調査では、薬剤師や理学療法士、管理栄養士、臨床検査技師等の各専門職が関与している業務を踏まえる、多職種連携により様々なメリットが想定される。
- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないかな。

(急性期における医療機関の機能について)

- 急性期一般入院料1算定病院と急性期一般入院料2～6算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料1算定病院で全身麻酔手術件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料1算定病院のみで見ると、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数や全身麻酔手術件数の病院から、更に多くの全身麻酔手術件数がある病院まで、様々である。
- 各二次医療圏の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数は、人口20万人以上の二次医療圏では、2000件以上の二次医療圏が大半である。
- 一方で、小規模な二次医療圏では、最大救急搬送受入病院の件数が2000件未満の場合も多く、1000～1499件や、さらに少ない病院もある。
- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 有人離島からなる二次医療圏における病院では、その他の医療圏と比較して、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がない。
- 拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないかな。

多職種配置と医療機関の機能における論点

【論点】

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないか。
- 同じ一般病棟入院基本料を届け出る病院でも、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数などの病院としての機能が異なっていること等を踏まえ、急性期の入院基本料について、病棟機能に加え、病院機能を踏まえた評価のあり方をどう考えるか。
- 病院機能を踏まえた評価体系を検討するに当たって、拠点的な急性期病院や、地域で重点的に救急・急性期医療に対応する病院の機能について、次のような要素を含め、どのような要素を考慮することが考えられるか。
 - ・救急搬送の受入件数
 - ・全身麻酔の手術件数
 - ・特に、人口の少ない二次医療圏や離島からなる二次医療圏において、当該医療機関が救急搬送件数の最も多い医療機関であること