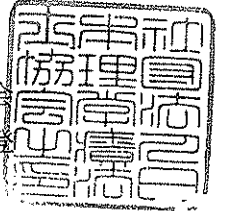


日理協 20 第 226 号
日作協 283 号
日言協第 002 号
平成 20 年 12 月 8 日

厚生労働省老健局
局長 宮島 俊彦 様

社団法人 日本理学療法士協会
会長 半田 一登



社団法人 日本作業療法士協会
会長 杉原 素



日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順



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共同介護報酬改定要望書
(社) 全国老人保健施設協会との議論に基づく 3 協会案

謹啓

時下、貴殿におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃から本 3 協会の運営に格段のご配慮をいただき、厚くお礼申し上げます。

本 3 協会は、リハビリテーションの中核を担う職能団体として国民への公益性確保の見地から、介護保険事業の普及とその効率的運用が図られることに尽力し研鑽を重ねております。

今後の医療保険におけるリハビリテーションの外来受診及び療養病床の廃止等、厚生労働省は「急性期は医療保険、慢性期は介護保険」という各保険における一定の役割分担を示しているところであります。

その中であっても、要介護度及び障害者等、(以下、要介護者等)に対し適切なリハビリテーションの提供体制を構築していくことが重要と考えられます。

国民主体の観点及びわが国の在宅療養の総合的見地に立脚し、要介護者等に対する質の高い在宅生活の支援を図ることを目的に、より有効な制度への転換に対する厚生労働省関係各局の理解と協力を求め、平成 21 年 4 月に改定予定の介護報酬について下記の通り、要望いたしますので、お取り計らいの程、お願い申し上げます。

なお、本要望は社団法人全国老人保健施設協会との協議に基づくものであり、各協会で行った推計要望単価を参考にしております。

謹白

記

<理学療法士協会要望>

1. 訪問リハビリステーションの新設
2. リハビリテーションマネジメントと短期集中リハ実施加算の算定要件・報酬単価の見直し
 - 1)老人保健施設におけるリハビリテーション専門職の配置要件とリハ加算報酬
 - 2)通所リハビリテーションの短期集中リハ実施加算報酬と期間
3. 居住系入所者に対する訪問リハビリテーションサービス提供の評価
4. 医療保険と介護保険の併用期間の見直し

介護報酬改定の要望指針と内容

老健・通所・訪問におけるリハビリテーションサービスにおいて望まれる改善の方向性は、以下のように目的を明確にして実施する入所・通所・訪問3種類のリハビリテーションの推進であると考えます。

- 1) 急性期病院・回復期リハ病棟等から転入所した利用者に対し、引き続き円滑な家庭復帰を目的に期間を限定し集中的に実施するリハビリテーション(以下、リハ)
 - *医療～介護への一元化(リハ診療・介護報酬単価の一元化)
 - 診療報酬算定日数期間以内の医療・介護リハサービスの併用期間の拡大
- 2) 老健入所による環境の変化への適応
在宅復帰に向けた生活レベルでの援助
- 3) 居宅生活開始直後のフォローアップ・サポート(生活適応)
小規模多機能施設もしくは小規模多機能的志向によるリハサービス提供
 - ・通所リハ ・訪問リハ(訪問リハステーションの新設)
 - ・在宅リハセンター ・居宅生活(特定施設)入所
- 4) 機能維持を目的に間歇的に実施するリハ
 - ・廃用を含む、介護度悪化直後の集中的リハによる維持・改善
 - ・入所(短期入所も含む)にてリハ実施計画に基づく維持期リハサービスとしてのリハマネジメントと、短期・短時間集中的に実施する間欠的リハサービス提供(在宅療養中の生活機能低下を改善する目的)

以上の方向性に基づいた今回の介護報酬改定の枠内での要望事項としては以下の通りであります

1. 訪問リハビリステーションの新設（すでに要望書提出済み）

2. リハマネジメントと短期集中リハの算定要件と報酬の見直し

2-1) 老人保健施設(短期入所も含む)におけるリハスタッフの配置要件とリハ加算報酬

<現状と課題>

現状の理学療法士及び作業療法士配置基準：

○現状の理学療法士及び作業療法士配置基準常勤換算方法で入所者の数を100で除して得た数以上

⇒入所者100名に対し1名以上

⇒100:1の基準は、理学療法士、作業療法士が十分に養成されていなかった時期に考えられたものであり、その時期には、医療においても現在よりリハビリテーションが十分受けられる環境下にはなかった。

現状は、大きく変化し、理学療法士、作業療法士の数も当時の7～8倍養成されたことを背景に受けられるリハビリテーションの量的基準が大幅に拡大した。

このことを考えると、介護分野においても、十分に提供できる体制をつくる必要がある。

最低基準の底上げをするとともに、高基準の施設との差別化・機能分化を図る必要がある。

課題点：

- ① 老健がリハビリテーションの必要な施設であることを前提にすれば、入所者100名に理学療法士1名の週あたり、個別リハの提供は不足気味である。
- ② 回復期病棟の受け皿として介護保険に移行しても、個別リハの必要回数は変わらない。
- ③ 現行のままで介護報酬で理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置基準を増員することは困難である。
- ④ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の同一日算定が不可能
- ⑤ リハマネジメント及び短期集中リハ加算を算定しても、採算が合わないことから、サービス提供リハ専門職の確保が困難である。

<要望>

- ・老健施設におけるリハビリテーション機能の充実（資料1）（資料2）
- ・介護予防への対応機能の充実

以上の見地からの解決策として、

① リハマネジメント加算2と短期集中リハ実施加算2における人員配置基準の評価

人員配置については、100床・一般的な平均在所期間を有する老健においては、介護保険法の定める基準・解釈通知を満たすためには、最低でも2.6～3.1人が必要である（資料2-a）。さらに、理学療法・作業療法・言語聴覚療法の各療法の併用が必要な場合や20分の個別リハが複数単位必要な場合もあり、さらに高配置4人が必要と思われる（資料2-b）。この配置基準に準じた加算報酬の評価、つまり、3～4名以上配置の場合の短期集中リハ実施（当該配置リハ専門職の雇用）が可能な加算報酬の評価をお願いしたい。

新リハ加算のための人員配置要件：

PT・OT・STの配置要件を20:1とする。

② リハマネジメント加算算定要件と報酬単価の見直し

- a. ケアマネジメントの一環
- b. アセスメント→他職種協働によるカンファレンス
- c. 定期的に見直しを行う
- d. 退所後の居宅ケアマネ・居宅サービス事業所との連携
- e. 情報提供

がリハマネジメントの根幹であり、このプロセスに対し、リハビリテーション実施計画加算として評価を行うことへ見直す。

*老健においては、個別・集団でのリハ実施を加算要件とする要件は除外する。

従前のマネジメント加算は、リハマネジメント加算1とし月1回300単位を算定

前記人員配置を満たした施設はリハマネジメント加算2とし月1回600単位を算定

③ 短期集中リハ実施加算の算定要件と報酬単価の見直し

短期集中リハ加算の現行算定要件に、以下の要件を加える

- ・ 疾病により身体機能の低下が著しいと判断された場合（BI10点以上の低下）
- ・ 要介護度が悪化した場合における入所日を起算日とする。

*身体機能の変化がない場合の老健転所等による入所は含まない

算定要件：

短期集中リハ実施加算1

- ・ 現行通り（60単位/日、リハマネジメント加算算定が算定条件）

短期集中リハ実施加算2

- ・ 20分の個別リハ実施にて1リハ単位の210単位を算定
- ・ 週2日以上の実施
- ・ 3ヶ月以内 1日6リハ単位を上限 週12リハ単位を上限
- ・ PT・OT・ST1人あたり1日実施リハ単位数は18リハ単位を上限とする

④ 再入所要件の見直し

現状と課題：

- ・ 当該施設退所後3カ月以内の再入所は、短期集中リハ加算の対象外である。短期集中リハ加算は、退院後もしくは退所後において集中的にリハビリテーションを実施することが、機能回復・能力向上に効果的であることより創設された加算である。しかし、退所後3カ月以内の再入所は対象外というこの要件は、不正に短期集中リハ加算を算定することを防ぐためと想定される。
- ・ 老健入所期間中の発病・受傷による入院の場合、急性期医療（回復期病棟への転棟を含）が終了すると、当該老健への再入所になることは少なくない。
- ・ 発病・受傷後1～2か月での再入所の場合、医学的にも回復段階であり、集中的なリハビリテーションを求められる時期でありながら、短期集中リハ加算の対象外となることは入所者の回復を妨げるものである。

要望内容：

当該老健への再入所については、以下の条件いずれかを満たす場合、新規入所として扱うこととする

- ・ 疾病により身体機能の低下が著しいと判断された場合
- ・ 要介護度が悪化した場合

⑤ 短期入所での短期集中リハ実施加算の評価

現状と課題：

- 1) 通所リハ、訪問リハで「1日の生活」としての時間的な対応困難な例に対して短期入所（3週～4週間程度）による集中的リハの実施は極めて効果的方法である。
- 2) しかし、短期入所利用者の大部分は特別養護老人ホームを利用しており、短期入所をレスパイト目的で利用し、リハ目的の利用は普及していない。
- 3) 老人保健施設等にPT・OT・STの配置が乏しく、短期入所による集中的リハの実施が困難となっている。

したがって、

- 1) 短期入所の利用においてリハ目的の入所を促す必要がある。
- 2) 老人保健施設等のPT・OT・STの配置人員の強化が必要。

要望内容：

短期集中リハ実施加算3の評価

加算対象：

- 介護度悪化（起算日：認定日）
- 居宅生活開始直後（起算日：退院・退所日）

算定要件：

- ・20分の個別リハ実施にて1リハ単位の210単位を算定
- ・週3日以上2リハ単位以上を実施する
1日2リハ単位以上6リハ単位を上限 週18リハ単位を上限とする
- ・PT・OT・ST1人あたり1日実施リハ単位数は18リハ単位を上限とする

<期待できる効果>

介護老人保健施設の使命は、住み慣れた地域や在宅に如何に早期に復帰させ、在宅サービスを利用しながら生活できるかとの観点から上記の内容を見直すことにより、在宅復帰率の向上が期待できる。

資料1. 参考文献

第23回東海北陸理学療法学術大会

☆介護老人保健施設の短期集中リハビリによるADLの変化と在宅復帰率

岩塚 直樹ほか（介護老人保健施設 三方原ベテルホーム）

【はじめに】平成18年4月より介護保険制度が改正され、新たに入所日より3箇月間のリハビリテーション（以下リハ）の算定に、短期集中リハビリテーション実施加算が設定された。これは長期間の、かつ漫然としたリハが見直され、短期集中リハビリテーション（以下集中リハ）が評価されたものである。介護老人保健施設（以下老健）においても在宅復帰には、以前よりチームによる短期間の集中的取り組みの必要性は言われてきていた。そこで当施設の集中リハによるADLの変化や在宅復帰状況を報告する。

【対象と方法】

平成18年4月～平成19年3月までに入所、退所となった集中リハ実施者62名（男性

24名、女性38名、平均年齢79±10.0歳、平均要介護度3度)を対象とした。

【結果】

集中リハ実施者のFIMの平均点数は入所時71±20.2点、退所時は76±26.0点であった。
平均入所期間96±75.9日 退所先については50%が在宅で、老健、病院はともに約20%、
特養老人ホーム8%であった。

集中リハ非実施者(134名)の平均入所期間は、577.8日で退所先は、在宅16%病院35%、
老健8%、特養老人ホーム29%であった。

短期集中リハ実施者と非実施者では、在宅復帰率に大きな差が生じていた。また、入所期間も短期集中リハ実施者の方が、著明に短かった。

資料2 要望する人員配置・単位

資料2-a.

現状の問題①

機能訓練基準・解釈通知と人員基準が相応しくない。

解釈通知より⇒機能訓練 週2回

リハビリテーションマネジメント算定要件⇒原則として全員に実施

100名×週2回=200回/週

PT勤務状況条件(仮) 週5日勤務・1日15人~18人を実施するとして

PT1人 75~90回/週 実施 200名÷75~90回=2.2~2.6名 が必要

現状の問題②

短期集中リハビリテーションが実施できる人員配置ではない

短期集中リハビリテーション対象者 平均在所期間 230.1日より

入所者100名のうち、約37名が対象

・リハビリテーションマネジメント加算のみ 63名×週2回=126回/週

・短期集中リハビリテーション加算対象 37名×週3回=111回/週

計237回/週÷75~90名=2.6~3.1名が必要

100床・一般的な平均在所期間を有する老健においては、介護保険法の定める基準・解釈通知を満たすためには、最低でも2.6~3.1人が必要である。

現状)入所者100名 (内、短期集中リハ加算対象者37名)

年間収入 リハマネ加算 100名×1日25単位×365日=9,125,000円

短期集中リハ加算 37名×1回60単位×365日×(3日/7日)=3,472,000円

計 12,597,000円

職員雇用における経費・その他事業運営経費を考えると、2人分に相当する

算定単位の見直し

1人分収入 6,298,500円 3人分収入=18,895,500円

リハマネ加算 100名×1日25単位×365日 =9,125,000円

短期集中リハ加算 37名×1回○単位×365日×(3日/7日) =5787×○単位

9,125,000円 + (5787 × ○単位) = 18,895,500円

短期集中リハ加算○単位 = 168 (単位) となる

したがって、前述した適正な人員以上の配置によるより効果的なリハサービスを提供するためには、個別リハ実施単価を平均 200 単位以上にすることが必要である。

資料 2-b

PT・OT・ST の同時算定について

現状では、老健・通所リハともに 1 日 1 単位制であり、同日複数職算定は認められていない。現行の短期集中リハ加算の目的からすると、同日に複数職が介入し、リハ供給を増量することが、より大きな目的効果が得られる

複数単位制を含め、週 6 回の短期集中リハを実施する場合

短期集中リハ加算対象者 平均在所期間 230.1 日より入所者 100 名のうち、約 37 名が対象

- ・リハビリテーションマネジメント加算のみ 63 名 × 週 2 回 = 126 回 / 週
- ・短期集中リハビリテーション加算対象 37 名 × 週 6 回 = 222 回 / 週

計 348 回 / 週 ÷ 75 ~ 90 名 = 3.8 ~ 4.6 名が必要

2-2) 通所リハの短期集中リハ加算報酬と期間の見直し

<現状と課題>

① 適応について

- ・退院・退所後の生活適応のための短期集中リハはあるが、介護度悪化に対応する短期集中リハ実施加算の算定要件がない。
- ・週 2 回の算定要件のため、短期集中リハ実施加算の適応者・期間であっても、ケアマネジャーの当該加算の意義の理解不足により、他の介護サービスが優先され、適正なサービス提供が行われていないことが多い。

その結果、現状として退院・退所後の加算 I、II の 3 ヶ月以内の利用者数が少ない。

② 加算単位数の問題点

「I 40 分以上 180 単位」「II 40 以上 130 単位」

「III 20 分以上 80 単位」であり、40 分間 III を 2 名実施した方が II より 40 分あたりの単位数が高くなるのは矛盾している。

③ 週 2 回以上の実施要件の加算方式であるため、利用者の負担感が強くあり、1 回だけの利用に押さえる傾向がある。

④ 頻度・時間の問題点

短期集中リハとしての頻度・時間が不足している

<要望>

診療報酬の訪問リハの短期集中リハ加算の週 12 単位を参考にすべきである。

従前のリハマネジメント加算と短期集中リハ実施加算をその 1 とし、以下の人員配置要件を満たしたリハマネジメント加算 2 と短期集中リハ実施加算 2 を新設する。

ともにその加算算定対象は以下のように変更する。

加算対象：

居宅生活開始直後（起算日：退院・退所日）

退院・退所後又は初めて要介護認定を受けた後および外来からの移行直後
日常生活能力の著しい低下（1週間以内で Barthel Index=BI10 点低下）
介護度悪化（起算日：認定日）

人員配置要件：

PT、OT が少なかった時代に、通所リハの普及のため、最低限の人員配置により創設されたと思われる。通所リハ定員に適切に該当する体制作りが求められる（資料3）。

現状は20名定員に対し、PT、OT、STで0.2人であるが、20名に対し個別リハ（20分以上）を提供するには1.0人は最低必要である。

つまり、PT・OT・STの配置要件を20：1とする。

リハマネジメント加算の報酬単価と要件：

リハマネジメント加算1 300単位/月、リハマネジメント加算2 600単位/月

短期集中リハ実施加算4の算定要件と報酬：

- ① 週当たりの実施回数（現状2回以上）の制限を廃止する
- ② 20分を1リハ単位の個別リハ実施にて所定の単価を算定
- ③ リハ単位制限内での実施算定

1ヶ月以内 1日2リハ単位以上 9リハ単位上限 週 18単位上限 1リハ単位 210単位

3ヶ月以内 1日2リハ単位以上 6リハ単位上限 週 12単位上限 1リハ単位 210単位

3ヶ月超 1日1リハ単位以上 2リハ単位上限 週 6単位上限 1リハ単位 210単位

- ④ PT・OT・ST1人あたり1日実施リハ単位数は18リハ単位を上限とする

<期待できる効果>

必要な時期に必要なサービスが提供できることが、急性期病院・回復期リハ病棟等から転入所・外来から移行した利用者に対して、さらに在宅生活の維持並びに精神的活動の向上にも繋がるだけでなく介護予防の効果が期待できる。

資料3. 参考文献

第43回日本理学療法学会（福岡）

生活環境支援系理学療法 28

1661 リハ機能を強化したら通所リハ利用者の身体機能は変化するか？

大好 崇史ほか

【はじめに】

当施設の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では2007年6月より理学療法士（以下、PT）を2名から3名に、作業療法士（以下、OT）を2名から3名に増員し、言語聴覚士1名との計7名の体制となった。PT、OTは個別リハビリテーションに加えてゴム体操、紙細工等の手作業、畑仕事にも参加している。さらに送迎バスに乗り込んで在宅生活状況の把握を行う等、1日を通して利用者に関わりを目標としている。そこで今回、通所リハ利用者の介護度別の身体機能について2007年8月と10月の2回評価を行い、リハ機能

を強化した効果について検討したので報告する。

【対象と方法】

通所リハビリ利用者うち同意を得られ、2007年8月と10月の2回評価を行った35名（平均年齢78.3±6.6歳、男性15名、女性20名）

介護度別内訳 要介護1:8名、要介護2:12名、要介護度3:12名、要介護度4:3名であった。評価項目は握力、膝伸展筋力、Functional Reach Test（以下、FR）、片脚立位時間、Timed Up & Go Test（以下、TUG）、10m最大歩行速度の6項目で、8月の結果を基準とした10月の変化率を比較した。

【結果】

全体では握力は96.1%、膝伸展筋力は133.7%、FRは121.3%、片脚立位時間123.7%、TUGは94.9%、10m最大歩行速度は109.1%と握力以外においては改善が見られた。介護度群別において、握力では要介護2群で100.2%とほぼ維持出来ていたが、それ以外の介護度では低下傾向がみられた。

3. 居住系入所者に対する訪問リハビリサービス提供の評価

<現状と課題>

2008年4月の診療報酬改定により、従来の在宅訪問リハビリテーション指導管理料が、訪問リハビリテーション1となり、入居系訪問リハビリサービス提供ができる訪問リハビリテーション2が新設された。従来は、在宅へしか訪問できず、居住系施設に入所されている方においては、訪問してのリハビリが実施できないことにより廃用が進み機能低下を防止することができなかったことへの対策と評価できる。しかし、実際は、介護保険関連施設への訪問は、医療保険との併用制限のため、実施は不可能な状況にある。

<要望>

介護報酬での居住系入所者への訪問リハビリテーションの算定を可能とする。

4. 医療保険と介護保険の併用期間の見直し

<現状と課題>

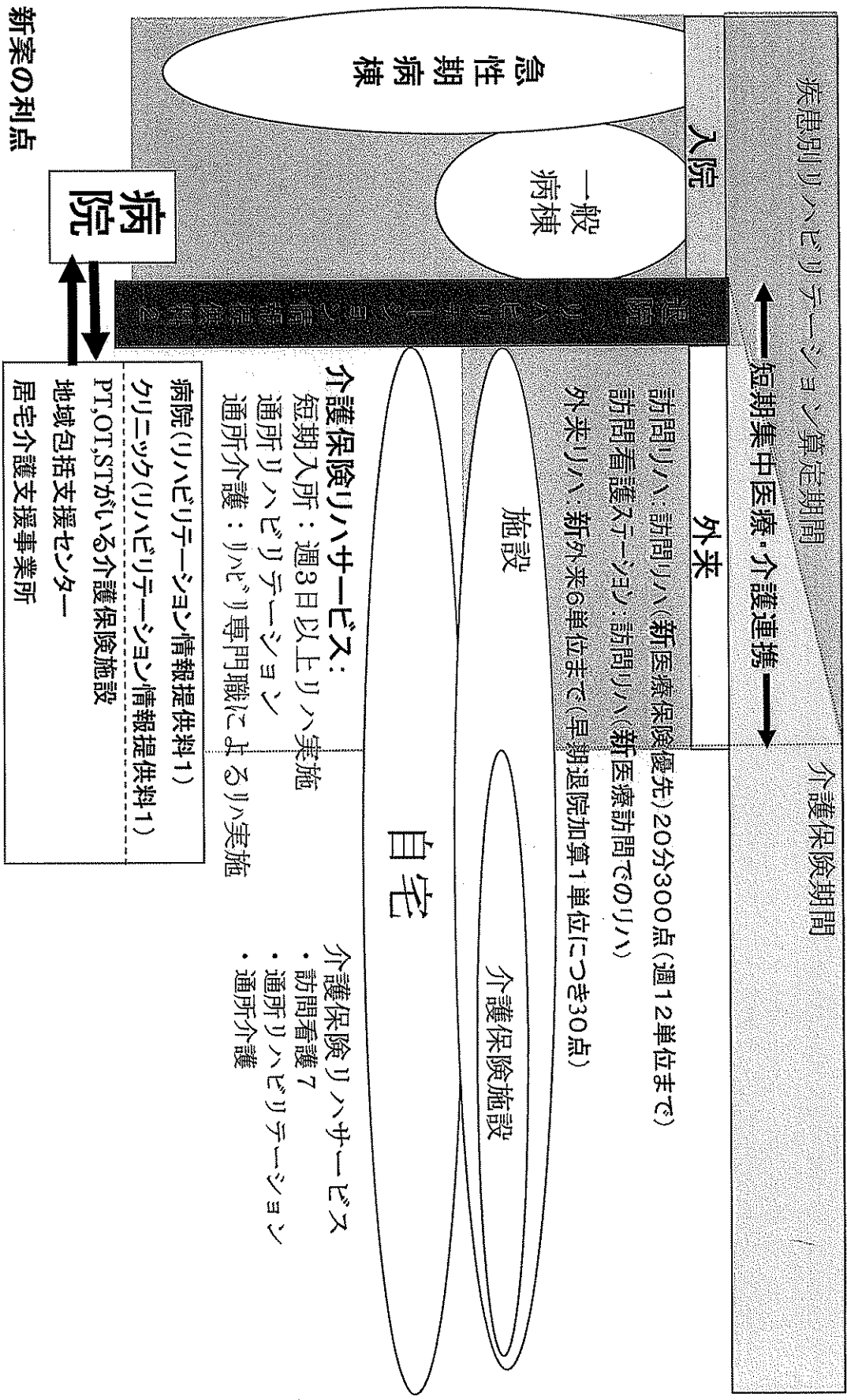
医療保険と介護保険の併用禁止があるために、回復期リハ終了後、維持期リハでの機能回復維持が継続できにくい状況である。

<要望>

医療サービスから介護サービスへの円滑な移行を図るため、一律的な判断ではなく、利用者ごとのケアプランに準じ、必要に応じて併用も出来る柔軟性のシステムとする。つまり、退院後の一定期間の併用可能期間を診療報酬算定日数期間以内に限り拡大する（資料4）。

資料4.

一般病棟における早期退院リハビリテーションモデル



新案の利点

- ・医療保険、介護保険を同時に利用できる期間があるため、入院しなれば受けられなかったリハ量が退院後も一定期間利用可能な為、早期退院を促し円滑な介護保険への移行が可能
- ・頻繁に外来で通うことが困難な場合は、週12単位まで(1単位20分1日3単位まで)訪問リハの併用可能
- ・同一施設のPTが自宅に伺えることにより、在宅生活への誘導が可能

<作業療法士協会要望>

[1] 次回の介護報酬改定に向けた OT 協会の考え方の骨子

現状の社会状況を鑑み、今後の医療・介護サービスの提供理念としては、患者や利用者が住み慣れた地域で安心して、サービスが受けられる体制の整備のさらなる促進が重要である。そのため必要な事項を以下に示す。

1. 訪問リハビリテーション機能を強化するための、訪問リハビリステーションの創設。
2. 通所リハビリテーション機能の強化。
3. 居宅復帰支援型の老人保健施設機能の整備。
4. 通所介護施設機能の強化。
5. 認知症における総合的支援体制の整備。(意見)
6. 介護予防給付サービス提供体制の強化と普及促進。
7. 医療から介護への円滑な移行体制の強化。(意見)
8. 福祉用具の選定及び動作確認指導の評価。

[2] 要望項目と具体的内容

1. 訪問リハビリテーション機能を強化するための訪問リハビリステーションの創設。

(PT・OT・ST 協会共同要望書を参照)

2. 通所リハビリテーション機能の強化

- (1) 短時間利用型サービスを新設し、外来通院リハのニーズに応える。

利用者のニーズを想定すると、医療から介護への円滑な移行を目的として、病院・診療所併設型に特化して新設する。

具体的内容

【想定される対象者像と目的】

- 1) 職業等の社会生活活動と併用して利用する
- 2) 退院・退所直後で、体力的に長時間の利用が困難な場合に短時間の利用から開始し徐々に体力の向上をはかりつつ居宅生活の安定化を図る。
- 3) 閉じこもり、うつなど精神的要因にて長時間の通所が困難な場合に利用者のペースにあわせて柔軟に対応する。

【短時間利用型サービスの介護報酬】

課題：現行の介護報酬単価を基準に時間数で単純按分すると報酬が少なく経営的に困難

期間：退院・退所後～6ヶ月間

要件：在宅生活継続のための短期集中としての個別での関わりに加えて、他者とのコミュニケーション

ンを中心とした小集団としての関わりを含む。

(2) リハビリテーション専門スタッフの配置の強化

現行の短期集中リハ加算の算定要件では、有効に使用できるリハビリテーション提供時間が5時間程度でありその中で40分の利用者、20分の利用者へ適切なリハビリテーションを施すためには、現行の常勤換算配置0.2名以上では、短期集中リハビリテーションが必要な対象者へ十分なサービス提供が行えていないのが実状である。また、医療機関での入院期間の減少や回復期リハビリテーション病床の設置状況などを鑑みると介護保険施設でのリハビリテーションを充実させることは急務である。このため、介護報酬を適正化し、人材確保・普及を促進する必要がある。

具体的内容

現行：短期集中リハビリテーション加算Ⅰ（起算日から1月未満）：180単位
短期集中リハビリテーション加算Ⅱ（起算日から1～3月未満）：130単位
短期集中リハビリテーション加算Ⅲ（起算日から3月超）：80単位
リハビリテーションマネジメント加算：20単位
要望：短期集中リハビリテーション加算Ⅰ（起算日から3月未満）：180単位
短期集中リハビリテーション加算Ⅱ（起算日から3月超）：100単位
リハビリテーションマネジメント加算：30単位

3. 居宅復帰支援型の老人保健施設機能の整備

(1) 回復後後期（生活機能回復）のリハビリテーションを提供し居宅復帰を促進する

現行の退所前後訪問指導加算の要件に「入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、2回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、1回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、2回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的に行われるものであること。」と示されており、現行の制度においても入所時から訪問によってプランニングした場合への報酬は認められているが、「退所前後」という表現の曖昧さ、目的性の違いを考慮し入所時・退所前・退所時・退所後という枠組みで捉えることが望まれる。

「現行」

・退所前後訪問指導加算（460単位）と退所時指導加算（400単位）

「要望」

「入所時訪問指導加算（仮称）」を新設：460単位

訪問後6ヶ月以内での退所について加算算定可とする

「目的（要望理由）」

入所時の部分から在宅をイメージし多職種協働でプランを作成していくことが重要であるため。

「要件」

入所時に医師、支援相談員、臨床心理士、リハビリテーション専門スタッフなどが利用者の居宅を訪問し情報を共有した上で、退所後の生活に関するマネジメントを実施し利用者・家族に説明と同意を得る。

表1 訪問指導加算の区分と算定要件（案）

加算区分	訪問指導日	目的	職種	算定条件	算定日	単位
入所時	入所～2週間以内	・プランニング ・プログラム立案	医師、看護師、支援相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護支援専門員	訪問後6ヶ月以内の退所	退所日	460単位
退所前	退所予定日の前2週間以内	在宅生活に向けた最終調整	医師、看護師、支援相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護支援専門員	訪問後2週間以内の退所	退所日	460単位
退所時	退所日	実際の在宅生活場面での指導	医師、看護師、支援相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護支援専門員	退所時（日）に利用者とその家族に指導を実施した場合	退所日	400単位
退所後	退所後1ヶ月以内	実際の在宅生活場面での指導	医師、看護師、支援相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、介護支援専門員	利用者とその家族に指導を実施した場合	訪問日	460単位

(2) 通所リハビリテーション機能および訪問リハビリテーション機能を強化すべく整備する。
(前述の1、2と同様)

(3) 短期間入所における、リハビリテーションサービス(立直しリハ)の強化

在宅生活継続の中での緩徐な機能の衰え、通所利用中の状態変化など一旦短期に入所することで立て直し、メンテナンスを図る場合が少なくない。長期に入所することで家族の休養が保障される反面、在宅介護からの遠のき（家で見るより施設に預けた方が楽）も危惧される。そういった介護離れを抑制するためにも、短期間入所を促進すべきと考える。短期間の入所に対しても同等の加算を新設することで、居宅復帰率向上、居宅生活継続支援が可能と考えられる。

具体的内容

現行：短期間入所へのリハビリテーション加算が設定されておらず、長期入所優先のリハビリテーションが現状である。

要望：短期間入所療養介護費 短期集中リハビリテーション加算（新設）

短期集中リハビリテーション加算（入所日から1月未満）：180単位

リハビリテーションマネジメント加算 : 30 単位

要件 : ①短期間の入所とは7日以上1月未満とする。

②居宅生活者であって生活機能が低下した者。つまり、介護度が進行した者、もしくはそ

の恐れのある者。これについては、日常生活自立度判定尺度の測定結果を勘案し主治医師が適切に判断した場合とする。

③既に、通所リハビリテーションにて短期集中リハビリテーションを利用しており、

やむを得ず、短期間入所が必要な状況が発生した場合において、継続的にリハビリテーションを実施することで、介護度の進行を防止することが可能と判断される場合。

<期待できる効果>

現在は施設入所の利益は稼働率と自己負担額の設定などで賄っている状態であり、ベッドを動かさないことで収入を維持する施設がほとんどである。これに対して短期間入所でのリハビリテーションを確実に実施することで入所の長期化に歯止めをかけていく。

「短期間入所での改善事例」

① パーキンソン病、76 歳、男性

2年前発症、Yahr の分類 (Stage II)、長女一家と同居。リハビリ、服薬コントロールにて在宅生活継続。(通所リハビリテーション3回/週)

今年3月動作緩慢著明、咀嚼嚥下機能低下にて経口摂取困難となる。(FIM(2/26)70点⇒(3/23)18点、MMSE(2/26)25点⇒(3/23)スケールアウト)。

状態把握、薬の調整目的にて入所。(3/13~3/31)。

退所時 : FIM 71点、MMSE 23点 と入所前に改善。

もともとご家族が在宅にて介護を継続したいとの意向も強く、今後も状態悪化時に短期間の入所をし、服薬調整、廃用症候群の予防に努める方針。

② シャイドレーガー症候群、76 歳、女性

2年前発症、夫と二人暮らし。

夏の暑い時期、夫のみでは発汗調整の難しい本人の介護を継続するには脱水を繰り返し危険な状態。水分・栄養の確保と、夫の休養(レスパイト)を兼ね短期間入所。

通所にて関節可動域訓練、離床訓練、座位訓練を継続しているため、引き続きリハビリを実施することで、状態の維持が可能となり、在宅生活の継続に繋がっている。

また、「何かあったときに入所ができる」という家族の安心感を保障することで施設との信頼関係も構築。

(4) 入所中の状態変化によって入院、その後再入所時のリハビリテーションの評価

現行では、施設入所での短期集中リハ加算は前回の入所から起算して3ヶ月以上経過した場合に算定可能となる。そのため、容態悪化で病院に入院し、3ヶ月以内に在宅復帰目的で入所リハを再開しても短期集中リハ加算の算定ができない。よって、一定期間(2週以上3

ヶ月未満)の入院加療後の居宅復帰を目的とする再入所によるリハビリテーションの再開について短期集中リハビリテーション加算を再入所日から起算して算定を認める。

具体的内容

現行：当該加算は、当該入所者が過去3ヶ月間の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定できることとする。

要望：介護老人保健施設 短期集中リハビリテーション加算 注 追加

当該加算は、当該入所者が、急性の疾患による症状によってADLが悪化した場合において、6日以上3ヶ月未満の加療の後、在宅復帰目的で入所リハを再開した場合
には再入所日から起算して算定できる。

4. 通所介護施設機能の強化

現状制度でもOT・PTを含むスタッフの配置が可能であるが、介護報酬単価上OT・PTの配置はごく少数に止まっている。今後在宅生活機能維持を役割とする通所介護事業所においてもリハビリテーション医療専門職による個別機能訓練の量と質の確保に努める必要がある。よって報酬単価の引き上げが必要である。

具体的内容

現行：通所介護 個別機能訓練加算 27 単位

要望：通所介護 個別機能訓練加算 50 単位

5. 認知症における総合的支援体制の整備（意見）

認知症の初期対応においては、画像診断技術の向上や物忘れ外来などの取り組みにより早期診断が可能となってきた。これは、日常生活に大きな支障をきたさない時期から対応が可能になることにつながる。医療保険における早期診断、専門治療に加えて、地域生活を継続する上では、介護保険領域においても、適切な環境での適切な関わりが症状の緩和や進行防止に寄与することが可能であると考え。例えば、極初期の段階から認知症に特化した訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションサービスを提供し、作業療法サービスを受けることで、本人の不安を取り除き、家族の理解を得つつ、在宅生活の継続が可能となる。この件については、医療保険による支援も含めた総合的な支援体制の構築が必要であると考え。また、認知症特化型通所リハビリテーションにおける、個別対応の短期集中リハビリテーションの算定においては、必要に応じて集団環境下において実施された場合においても算定することができるよう整備する必要がある。

(1) 認知症特化型訪問リハビリテーションの整備（意見）

認知症は記憶障害や見当識障害、判断力の低下などの中核症状が出現する。それに伴って不安感や不快感、焦躁感、ストレスなどの心理的要因が作用して徘徊や攻撃、暴言、異常な行動など行動障害(BPSD)がみられたりすることがある。

BPSDは不適切な環境や不適切なケアはBPSDを誘発することがある。

BPSDへの対応は、認知症者のケアだけではなく、介護者の教育やケアも重要である。そこで在宅に訪問しての認知症に特化したリハビリテーションの整備が必要である。

(2) 認知症特化型通所リハビリテーションの整備 (意見)

認知症の特徴は認知症特化型訪問リハビリテーションの整備の中でも述べたが、通常の通所リハビリテーションでは認知症者は大勢の中では刺激が多すぎ、混乱や不安の様子が見られ、個人に合わせた支援ができ難い。そこで認知症者だけに特化した通所リハビリテーションを整備して、認知症にあった環境やリハビリテーションを提供することで認知症者それぞれの能力を評価し、その方の持っている力をして日常の生活の中で反映できることで認知症を予防し、混乱や不安の無い自分らしく生き生きとした生活を支援することが重要である。

(3) 認知症の介護予防の推進 (意見)

日常生活に大きな支障をきたさない程度から通所リハビリテーションにて社会参加し、適切な環境での適切な関わりが進行防止につながると考える。また、早い段階から家族の不安を取り除き、家族の理解を得ていくことにより在宅生活の継続が可能となる。

(4) 施設入所における認知症短期集中リハビリテーション加算への集団の導入について(要望)

現在、認知症短期集中加算算定要件では利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定するものとされている。しかし、認知症者にマンツーマンで20分の関わりを持つよりも、むしろ、なじみの仲間と環境を整えた上で、活動を実施することが効果的と言える。よって、集団による関わりを評価し算定要件の制限をはずすことが必要である。

具体的内容

変更：認知症短期集中リハビリテーション加算 通知

認知症者は個別の形態よりむしろ、なじみの仲間と集団環境で活動を実施することが不安を緩和し症状の悪化を防止するという観点から、「認知症短期集中リハビリテーション加算」の算定においては、個別対応を基本として、必要に応じて集団環境下において実施された場合においても算定することができる。

現状：利用者に対して個別に20分以上当該リハビリテーションを実施した場合に算定する。

要望：利用者に対して集団で実施しても算定可能とする。

要件：取扱人数は1人のセラピストが20分で3名までとし、最大で40分6名までとする。

6. 介護予防給付サービス提供体制の強化

介護予防訪問リハビリテーションにおいては、施設からの退院・退所による居宅生活移行支援や定着化の目的で利用することが多いことから、予防給付・介護給付ともに同等の点数とし、訪問時間数と期間によって区別し評価する。また、介護予防通所サービスにおいて、リハビリテーションサービスは、心身機能の低下の防止に加えて、集団コミュニティを生かした生活意欲の向上、社会参加の促進など果たすべき役割は大きい。そのため、サービス提供事業所の普及を促す必要があり、報酬単価を引き上げる必要がある。

具体的内容

(1) 介護予防訪問リハビリテーション費

予防給付・介護給付ともに、同等の点数とし、介護給付に比べて、訪問時間数と期間を制限する。

(2) 介護予防通所リハビリテーション費(1月あたり)の報酬単価の引き上げ。

現行：要支援1 2496 単位
 要支援2 4880 単位
 要望：要支援1 3600 単位
 要支援2 5400 単位
 要件：要支援1 実施回数月あたり 8 回以内
 要支援2 実施回数月あたり 12 回以内

7. 医療から介護への円滑な受け入れ体制の強化（意見）

(1) 人材確保によるリハ機能の強化（上記1～4に対して必要療法士の推計）

表2 リハビリテーション関連施設における必要療法士の推計

	1)事業所数	2)利用者数()内 は予防給付分	3)必要療法士数 (40:1)	4)必要療法士数 (20:1)
①訪問看護ステーション	5749	252800(21900)	訪問リハサービスについては別途試算表を参照	
②訪問リハビリテーション	2848	49900 (5900)		
③通所リハビリテーション	6530	462300(110200)	11557.5	23115 注(46230)
④通所介護	22146	837700 (294800)	28312.5	56625
⑤介護老人保健施設	3509	314800	7870	15740
⑥介護療養型医療施設	2427	108700	2717.5	5435

* 介護給付費実態調査月報（平成20年4月審査分）をもとに試算した。注)は10対1の場合
 * 3) -①③④⑤は「平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」（厚生労働省）をもとにした。
 * 3) -②は、調査結果がなくOT協会の通所リハ事業所登録会員数（訪問看護ステーションを除く）より。
 * 十分な作業療法実施体制を整備する観点から、利用者に対する療法士数を40対1と20対1として求めた。
 （理学療法・言語療法も併せた実施体制としては、20対1を想定している。）

(2) 各サービス提供体の個々の役割性を明確化し、円滑な移行とサービスの効率的な活用を促進する。

平成18年度の診療報酬改定により、疾患別リハビリテーションに算定日数制限が設けられ、平成19年の改定では、医療保険は主にリハの急性期と回復期に対応することとし、介護保険は高齢者リハの維持期を担当することとして、役割の明確化がはかられた。これを受けて、介護保険領域のリハビリテーションサービスの整備充実をはかることが求められており、老人保健施設における入所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護サービスの各々の役割の明確化が必要となる。

① 居宅復帰に向けた老人保健施設入所リハ

リハビリテーションの一貫性を堅守すべく、地域居宅生活を前提とした生活機能回復のための

老人保

健施設が必要である。(前述 3-(1)-(4)及び 7-(1)を参照)

② 居宅生活移行を促す訪問リハ

医療機関あるいは老人保健施設から退院・退所に際して地域居宅生活を支援するにあたっては、本人や家族の負担と不安を軽減し居宅生活に円滑に移行する必要がある。その際、心身機能および活動と環境との整合性、あるいは本人と家族との心のコミュニケーションをはかりつつ、居宅生活を日常化する必要がある。その際に有効と考えられるサービスは、利用者個々に居宅を訪問して対応する「訪問リハビリテーションサービス」であり、整備充実が必要である。(前述 1-(1)、7-(1)を参照)

③ 居宅生活定着を促す通所リハビリテーション

本人家族を主体とする居宅生活が日常化した段階で、地域社会や仲間とのコミュニティを通じた生活、いわゆる、社会参加にむけた支援が重要である。その際に有効と考えられるサービスは、「通所リハビリテーションサービス」であり、生活機能を維持しつつ支援にあたる必要がある。なお、通所リハにおいては、利用者のニーズに応じて②の役割を同時に担うことも可能である。(前述の 2-(1)(2)参照)

④ 居宅生活機能を維持する通所介護サービス

上記例②③の居宅サービスのうち、②の訪問リハサービスは、個々に訪問する長所を持つが、効率性の面では限界がある。③の通所サービスは、専門的なリハサービスを提供するため、守備範囲が広域的であり、これも効率性には限界が生じやすい。③の目的を達成した段階では、より地域に身近なエリアでサービスを提供し、かつ、生活機能を維持しつつ社会参加にむけた支援を行う「通所介護サービス」の位置づけは重要である。

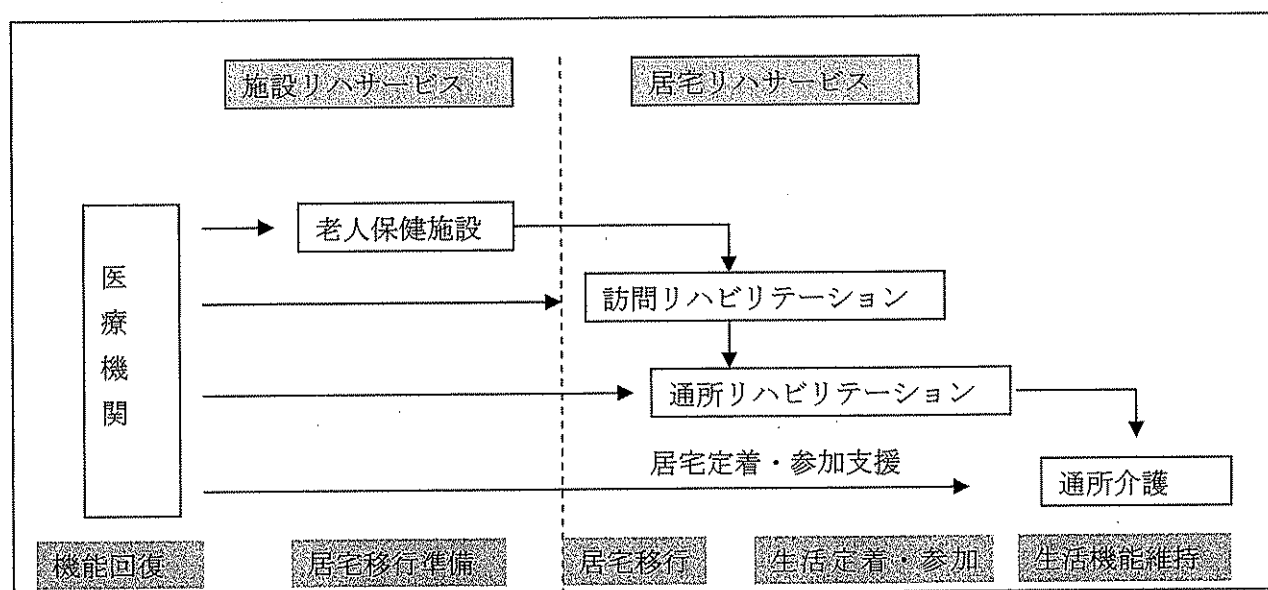


図1 医療から介護への円滑な受け入れ態勢のための各サービスの役割

8. 福祉用具の選定及び動作確認指導の評価

福祉用具の選定と導入においては、利用者の心身機能や生活スタイル、病状や介護度の予後予測などを考慮し総合的に適合性を判断する必要がある。特に、導入時は、居宅において安全かつ機能的に作動するかについて確認し、実際の生活の場面で使用方法について指導を行うことが自立を支援するために重要である。現状では、個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導が行われておらず、福祉用具が要介護者等の自立支援に十分な効果をあげているとはいえない。よって、福祉用具の選定導入時には、適合調整と生活動作の指導を義務づけて「福祉用具導入時動作確認指導加算（仮称）」を新設し、これを評価する。

具体的内容

現行：個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導が行われておらず、福祉用具が要介護者等の自立支援に十分な効果をあげているとはいえない

要望：福祉用具導入時動作確認指導加算（仮称） 50単位（月1回）

要件：①医師・作業療法士等のリハビリテーション専門職、福祉用具専門相談員等が利用者の居宅を訪問し福祉用具の種類に係らず、適合調整と生活動作の指導を行った場合に、月1回に限りこれを算定する。

②当該加算を算定できる事業所は、居宅介護サービスを提供する事業所であって、訪問リハビリテーションステーション・指定訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業所・訪問看護ステーション等とする。

③当該加算を算定する事業所は、指導ごとに要点を診療録に記録し保管すること。

<言語聴覚士協会要望>

1. 訪問リハビリテーション事業所の新設

<現状>

言語聴覚障害・摂食嚥下障害を呈し通院困難な方々にとって、訪問リハビリテーション（訪問看護7を含む）による言語聴覚療法の提供は必要不可欠であり、早期からの対応により自立能力を高め、閉じこもりや認知機能の低下などの二次的障害を防止することにもつながる。

近年、訪問リハ+訪問看護7の実施数は増加しているものの、他の居宅系サービスと比べ訪問リハビリテーションの普及率は全国的に低い値にとどまっている。この理由として、利用者・

家族にとって、どのように訪問リハを利用し
システムが複雑であるなど種々の要因が考えられ

必要はあっても普及しないという現状を
改善するためには、訪問リハビリテーション
を提供する拠点の整備としての訪問リハ
ビリテーション事業所の新設、介護

保険における訪問リハビリテーションの報
酬の適正化、算定基準の適正化を図る事が
重要と思われる。

介護保険によるサービス実施施設に対し、日本言語聴覚士協会が実施した調査(平成20年5月)では、グラフに示すように訪問リハビリテーション事業所の新設に対する言語聴覚士(以下ST)の要望は78%と高率であった(図1)。

<要望>

3 協会共同要望書の通りです。

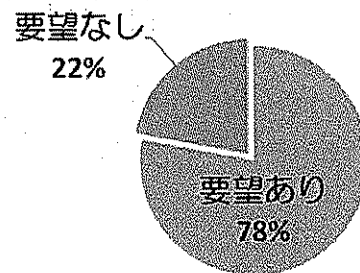
2. 短期集中リハビリテーション実施加算・リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の

見直し

<現状>

維持期(おおよそ発症から6ヶ月以降)において言語聴覚士が行うリハビリテーションサー

図1 訪問リハ事業所新設の要望
(23施設)



ビスとして、医療保険における外来リハ及び介護保険における通所リハ・通所介護のサービス、訪問リハ（訪問看護7も含む）等がある。本協会の調査（平成18年度診療報酬・介護報酬改定における実態調査）では、介護保険関連施設に勤務する言語聴覚士は会員の約8%（全国で700名程度）で量的に十分とはいえない状況にあるものの、平成14年と比較すると、介護保険関連施設に勤務する会員は4年間で約7倍の伸びを示している。

全国失語症友の会連合会が行った「失語症者の社会参加とリハビリテーションに関する調査研究事業」によると、平成19年度一年間における退院・退所後のST訓練の継続状況については、継続29%、訓練終了67%、不明5%という結果であった（図2）。また訓練終了者のうちST訓練を受ける必要があるにもかかわらず訓練を受けられていない患者・利用者は16%（本協会の急性期リハに関する実態調査では20%）であった。また、訓練継続者の内訳は、外来24.9%、他施設への入院・入所62.5%、介護保険・福祉での通所10.7%、訪問リハ1.9%であった（図3）。自宅復帰後の利用者のニーズに即したサービスの提供が重要と思われるが、維持期の体制が整っていないために入院や外来など医療保険でのリハビリテーションを継続せざるを得ない状況が伺われる。

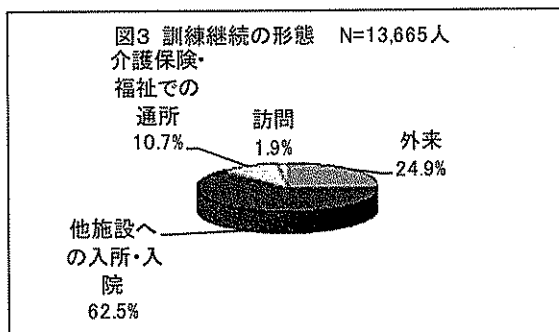
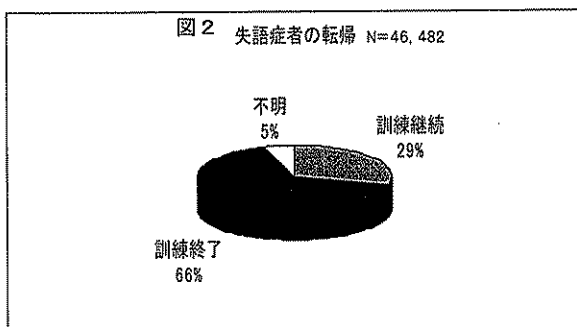
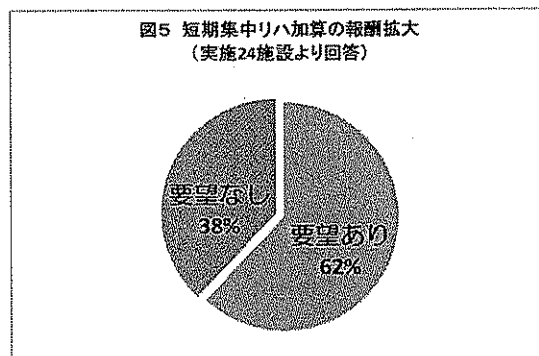
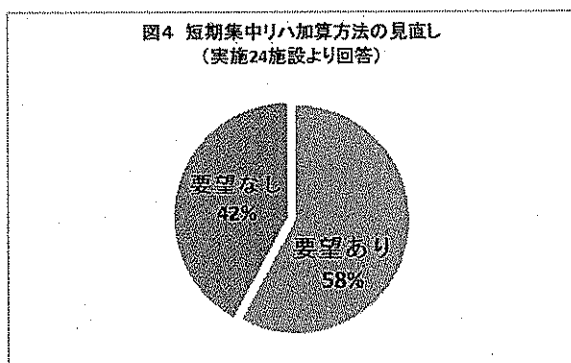


図2, 3 失語症者の社会参加とリハに関する調査研究事業 第一次調査報告書より（特定非営利法人全国失語症友の会連合会）

以上のことから医療保険から介護保険サービスへのスムーズな移行を踏まえて考えることが重要であり、サービス提供体制の整備、報酬体系の見直しなどによって介護保険におけるリハビリテーションサービスが十分実施できる状況を早急に整備することが望まれる。

本協会の調査（①介護保険関連施設30施設（介護老人保健施設17施設、訪問関連施設13施設）に対して実施した調査（平成20年5月）、②日本言語聴覚士協会機能部の介護報酬改定に向けてのアンケート（平成20年6月））からは以下の図のように短期集中リハ実施加算の基準の見直し、報酬拡大への要望が6割と高率を；



その他、短期集中リハ実施加算に対して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を同日に行った場合に1職種のみ算定可能となっている現在の加算方法について修正を求める意見が多く聞かれた。前述のように訓練継続ができないだけでなく、医療保険から介護保険関連のリハサービスへの継続が仮にできたとしても、介護報酬としては1職種のみ算定であることから、他のリハ訓練についてはサービスとなる現状がある。このような現状は介護保険領域における人材確保や介護保険におけるサービス普及の妨げとなり、医療保険から介護保険への円滑な移行にとっても障害となることが推察される。加算方法の見直しがなされ、サービス提供体制が充実する事が望まれる。

以上をふまえ、介護老人保健施設ならびに通所リハ事業所における短期集中リハビリテーション実施加算・リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直しについて以下のとおり要望いたします。

<現状のまとめ>

1) 介護老人保健施設（入所者へのサービスも含む）における短期集中リハビリテーション実施加算・リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し
現行制度上では以下のような点について検討の余地があると考えます。

①現状の人員配置、報酬単価を考えると入所者全員に対する「個別リハを週2回実施」することは難しい。

②現行の短期集中リハ実施加算、リハマネジメント加算の算定要件では、採算が合わず、

リハ専門職の確保が難しい。また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の同一日の算定が不可能である。

- ③認知症短期集中リハマネジメント加算において、「自宅復帰を目的とした」との要件があることで、サービス提供の普及が阻害されることが懸念される。

<要望>

1) 人員配置について

入所者全員に個別リハを行うことのできる人員配置基準の設定をお願いします。

2) 短期集中リハ実施加算・リハマネジメント加算の報酬単価ならびに、算定要件について

①言語聴覚士、理学療法士、作業療法士の各職種が同日算定できるよう算定要件の見直しをお願いします。

②人材確保しても採算性が維持できる報酬設定をお願いします。

2) 通所リハ事業所における短期集中リハビリテーション加算・リハビリテーションマネジメント加算の算定要件の見直し

<現状のまとめ>

現行制度上では以下のような点について検討の余地があると考えます。

- ①特に退院・退所後に短期集中リハ実施加算を実施する場合、算定要件が週2回以上となっており、当該加算の意義をケアマネジャーが十分理解できないことにより、他の介護サービスが優先されることがある。
- ②週2回以上の実施要件のため利用者の負担感が強く、週1回の利用となり算定ができない傾向がある。
- ③退院・退所後または、初めて要介護認定を受けた後の短期集中リハ実施加算は認められているものの、自宅等での何らかの原因により状態悪化に伴う介護度の重傷化が認められた場合の算定要件が認められていない。
- ④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の同一日の算定が不可能である。
- ⑤現行の短期集中リハ実施加算、リハマネジメント加算の算定要件では、採算がとれず、

リハ専門職の確保が難しい。

<要望>

- 1) 退院・退所後に短期集中リハ実施加算を実施する場合、週2回の算定要件を週1回以上に見直しをお願いします。
- 2) 短期集中リハ実施加算・リハマネジメント加算の報酬単価ならびに算定要件について
 - ①言語聴覚士、理学療法士、作業療法士の各職種が同日算定できるよう算定要件の見直しをお願いします。
 - ②人材確保しても採算性が維持できる報酬設定をお願いします。

3. 短時間型通所リハビリテーションの設置

<現状>

東京近郊の通所リハ・通所介護施設へのアンケート調査結果では、短時間の通所リハを希望するにも関わらず、介護保険におけるサービス提供体制が十分でないため、医療保険から介護保険サービスへ移行できない利用者がある現状にある。

<東京近郊の通所リハ・通所介護施設へのアンケート調査より(平成20年2月)>

<STのサービスを希望したが、利用にいたらなかった利用者がある施設>
本人等の希望にあわず通所リハ利用ができなかった利用者がいたと答えた施設が10施設中、7施設であった。
理由としては、言語聴覚士による対応は希望するが、送迎者の都合があわない、個別リハ以外は多人数の中で過ごすことが苦痛など長時間の滞在を希望しないという内容であった。

<短時間通所に関する意見>

- ① 言語聴覚士のリハビリを受けたいという希望があるが、6～8時間と長時間では疲れる事や、集団体操などが苦手だといった理由から短時間を希望する利用者がある。
- ② 施設自体が短時間利用を行っていない場合は、通所リハ・介護の言語聴覚士のサービスを受けられないこともある。
- ③ 医療での外来リハビリが終了しても、継続して訓練を希望する方が多い。
- ④ 特に男性は通所サービスに抵抗を感じ、訪問リハを希望する方が多い。
- ⑤ 外出の機会を増やすという点からも短時間通所リハに期待する。
- ⑥ 同日にPT、OT、STが、それぞれ短期集中リハ実施加算として算定する事ができない。

失語症をはじめ高次脳機能障害は長期にわたり機能が改善する傾向があるため長期的なりハビリテーションの継続が重要と考えられている。また、在宅生活を送る中で認知症の悪化、

再発、骨折、廃用症候群などの要因から摂食・嚥下能力の低下をきたす事例も少なくない。

この様な中で通所リハビリテーションが担う役割は大きく、言語聴覚士の果たす役割も重要である。

<要望>

医療から介護への円滑な移行を念頭におき、外来通院リハのニーズに応えるため短時間型通所リハの新設をお願いします。

4. 通所介護施設の機能強化（個別機能訓練加算における単位の見直し）

<現状>

通所介護施設においても認知症等によるコミュニケーション障害、摂食・嚥下障害は多いことが推察される。また発症後の経過が短く、機能回復と機能維持を目的とした専門的なかわりが必要な利用者も少なくない。しかし、専門職の配置はごく少数にとどまっており、十分な対応ができる状況にない。報酬単価の低いことが専門職の配置を妨げている原因のひとつと考えられる。住みなれた地域で安心して生活できるよう生活機能を維持するためにも、通所介護事業所が担う役割は大きい。報酬単価の引き上げが必要と思われる。

<要望>

現状の個別機能訓練加算を 27 単位から 50 単位に引き上げをお願いします。

5. 介護老人保健施設における所定単位数を算定するための施設基準への言語聴覚士の位置づけ

<現状>

短期集中リハ実施加算・リハマネジメント加算などには言語聴覚士が明記されているものの、「介護保健施設サービス費の所定単位数を算定するためには、看護職員及び介護職員の員数が所定の員数以上配置されることのほか、医師、理学療法士、作業療法士及び介護支援専門員について、人員基準欠如の状態・・・」となっており、所定単位数を算定するための施設基準の中に、言語聴覚士が明記されていない。

(平 12 老企 40 平 18 老計 0317001 老振 0317001 老老 0317001)

<要望>

所定単位数を算定するための施設基準の中に言語聴覚士の位置づけをお願いします。

6. 通所リハビリテーション費における居宅訪問による通所リハビリテーション計画の作成及び見直しに関する要件の見直し（介護老人保健施設の通所リハビリテーションに言語聴覚士の位置づけ）

<現状>

コミュニケーションにかかわる障害ならびに摂食嚥下障害への対応においては、居宅における状況の評価と家族への指導が不可欠である。しかし、現状では「指定通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設である場合であって、医師又は医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士が、利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合は、1月に1回を限度として550単位を所定単位数に加算する」ことになっており、ここには言語聴覚士は位置づけられていない。

<要望>

上記の規定に、言語聴覚士の位置づけをお願いします。

7. 厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目「会話補助機器」（仮称）の貸与の新設と専門職の関与

<現状>

現在行われている福祉用具貸与制度は、貸与に際して専門職の関与が少ないことが従来より指摘されている。福祉用具貸与制度への専門職の介入により、利用者個々人の障害・生活環境に応じた用具の適切な選定、使用法指導による利用の促進などがはかられ、機器貸与の効果をあげることが期待できる。

また現行制度では、貸与対象は杖・車椅子等の身体介護用品に限定されている。トーキングエイド、介護用補聴器（集音器・助聴器とも呼ばれる）、電気喉頭、VOCA等の「会話補

助機器」(仮称)の貸与は、言語聴覚障害のある方々の拡大・代替コミュニケーション手段を確保し、自己表現を促進して、認知機能低下を防ぎ、介護者の負担を軽減する等の効果が期待できる。

<要望>

- ・厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目に「会話補助機器」(仮称)の貸与の追加をお願いします。
- ・その際、用具の貸与による効果が十分得られるよう、評価や適切な用具の選定、使用法指導などにおける専門職の関与についてもご検討をお願いします。

以上、ご理解とご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

以上