

平成 23 年 2 月 2 日

厚生労働省 老健局長  
宮島 俊彦 殿

日本作業療法士協会  
会長 中村 春基



## 平成 24 年度介護保険改定について（要望）

平成 21 年度の介護報酬の改定では、訪問リハビリテーションにおける医療保険との整合化や、介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションが可能となる等、介護保険下におけるリハビリテーションの充実に向けた改定として評価しています。

今回、第 5 期介護保険事業計画となる平成 24 年度の制度見直しに向けて、作業療法士の視点として当協会で検討をすすめていることを、以下に要望させていただきます。

### 記

#### ○要望項目

- I. 地域包括支援センターの機能充実  
地域包括支援センターへの作業療法士の配置推進
- II. 訪問リハビリテーションの充実  
共同利用型訪問リハビリステーションおよび複合型訪問リハビリステーションの設置
- III. 通所系サービスにおけるリハビリテーションの強化
  - (A) 通所介護事業所におけるリハビリテーションの強化
  - (B) 通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション機能の再編
- IV. その他の居宅サービス
  - (A) 訪問リハビリテーション費に福祉用具導入時動作確認指導加算（仮称）新設
  - (B) 特定入所者生活介護におけるリハビリテーション機能の強化
- V. 入所系サービス
  - (A) 介護老人保健施設の療法士の増員と加算の整理
  - (B) 指定介護福祉施設のリハビリテーションの強化
  - (C) 介護療養型病床群のリハビリテーションの強化
- VI. そのほか、制度など
  - (A) リハビリテーションの普及促進のためのケアマネージャーの資質向上のために作業療法士の活用
  - (B) リハビリテーションの確実な提供を確保するため、マネジメント内に必ずリハビリテーション提供事業所があるように義務付け
  - (C) 基盤整備としてのリハビリテーション提供事業所の増加
  - (D) 認知症に対する総合的な基盤整備と作業療法士の介入

## ○要望項目各論

### I. 地域包括支援センターの機能充実

#### 地域包括支援センターへの作業療法士の配置

地域包括支援センターは地域における総合的なマネージメントを担い、課題解決に向けた取り組みを実践していくことをその主な業務としている。

基本的な機能には、総合的な相談窓口、介護予防マネージメント、包括的・継続的なマネージメントがあるが、介護予防における生活動作の安定継続にはリハビリテーションの視点は必要不可欠である。総合的な相談窓口機能として、作業療法士配置することで直接的な対象者の心身の機能や生活動作の把握が可能となり、社会的な関わりなど生活の再建にも有効となる。

### II. 訪問リハビリテーションの充実

#### 共同利用型訪問リハビリステーションおよび複合型訪問リハビリステーションの設置

現行制度における訪問リハビリテーションは、訪問リハビリテーション事業所（病院・診療所または介護老人保健施設）及び代替サービスとして訪問看護ステーションがある。訪問リハビリテーション事業所は指示系統が煩雑であること、病院など本業業務との兼務が多く訪問時間が限られることなどの理由により、必要な訪問リハビリテーションが十分に提供できていない。同様の理由から他の居宅サービス事業所との情報伝達や連携が図りにくいなどの課題も多い。また、訪問看護ステーションは、医師の指示に基づいて作業療法士等が訪問しているにも関わらず訪問看護扱いとされ、サービス内容と実態がそぐわない状況にあり、利用者にとっても分かりにくいものとなっている。これらの課題を解消し、訪問リハビリテーションの普及促進を図る為に、地域の実情に応じて多様な事業所から提供できる体制への整備が望ましい。

### III. 地域生活を支援するための通所系サービスにおけるリハビリテーションの強化

#### (A) 通所介護事業所におけるリハビリテーションの強化

##### i 個別機能訓練加算を引き上げ作業療法士の配置の促進

現状制度で OT・PT を含むスタッフの配置が可能だが、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。

##### ii 機能訓練指導員の配置基準の見直しを行い、作業療法士の配置の促進

機能訓練指導員の配置は、作業療法士1名以上とすることが望ましい。

現行で機能訓練指導員は専ら通所介護サービスの提供を行う者1名以上で、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練

を行う能力を有する者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師）で当該通所介護事業所の他の職務に従事することができるとなっている。しかし通所介護を利用する対象者のリハビリテーションニーズは多様化し、専門的になりつつある。したがって対象者の生活を維持・向上するためには専従の作業療法士療法士の配置が望ましい。

iii 複数名（5名程度）のグループによる訓練によって、対象者に必要な対人交流などの社会的リハビリテーションを提供

通所介護の個別機能訓練加算、算定基準を個別的な訓練と小集団を利用した訓練を対象者に合わせ計画的に行うことが望ましい。

在宅生活を維持するために対象者の社会性を保つことが必要である。しかし、個別的な訓練だけではこのような機能を維持・向上することは難しい。さらに、従来の大集団ではなく、社会生活を営むために必要な訓練を小集団によって行う作業療法士の配置が望ましい。

iv 訪問リハビリテーションと同日算定を可能にし、効果的なリハビリテーションの推進

訪問リハビリテーションは原則的に通所が困難なものに行うとされているが、入院や入所サービスから退院・退所した直後など在宅での生活を定着させる時期において通所サービスを利用するときに訪問リハビリテーションと同日に通所介護を利用し、利用者の生活に必要な外出の準備や屋内の移動から屋外の移動に関する応用的な動作など限定的な動作の獲得のために、集中的に算定できるようになる必要がある。

しかし、訪問サービスは提供できる量に限りがあり、入所・通所サービスからの訪問は事業所の業務の都合によって訪問サービスを十分に提供できてはいない。入所から在宅サービス、在宅サービスから短期的で効果的な入所サービスを提供していく上で訪問サービスは多角的に提供されることによって対象者が円滑に、在宅生活に移行できるようになる。

(B) 通所リハビリテーション事業所におけるリハビリテーション機能の再編

i 在宅機能強化として基本的な配置を現状に合わせ増員を求める

介護老人保健施設の通所リハビリテーション配置基準、1単位20名に対し作業療法士等0.2名を1単位20名に対し1名以上とすることを求める。

通所リハビリテーションは1単位20名に対して作業療法士等は0.2名の配置となっている。しかし、この配置では1人20分の個別的な訓練を実施することは困難である。

ii 対象者の状態に合わせた加算の見直し

a. 通所リハにおける認知症短期集中リハへ複数名のグループワークを活用したリハの導入

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ことができる。「認知症短期集中リハビリテーション加算」の算定は、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できることで認知症による生活機能低下を予防できる。

b. 通所リハにおける認知症短期集中リハ算定を弾力的に行うことを求める

過去 3 カ月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定したものであっても明らかな認知機能低下もしくは新たな周辺症状がある場合には算定できることが望ましい。

認知症者は中核症状の変化による実行機能の障害と中隔症状に変化がない場合でも周辺症状（BPSD）は周期的もしくは非周期的な変化に対応し適切なリハビリテーションにより生活を再建することが求められる。したがって認知症短期集中リハの弾力的な活用が望ましい。

c. 通所中の状態悪化によって入院等の後、通所再開時のリハへの評価

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、1 週間以上 3 ヶ月未満の加療の後、在宅生活定着目的で通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ことが望ましい。

現行制度では、通所中の対象者が状態悪化で入院し 3 ヶ月以内に在宅復帰目的で通所リハを再開しても、骨折等の明らかな障害がある疾患しか短期集中リハ加算の算定ができない。しかし肺炎などの入院後は疾患の影響だけではなく廃用症候群なども併発しやすく状態が変化していることが多く入院後には速やかに、集中的にリハビリテーションを行い、それまでの生活へ復帰できるよう配慮が必要となる。

iii 複数名のグループによる訓練によって、対象者に必要な対人交流などの社会的リハビリテーションを普及する

在宅生活を維持するために対象者の社会性を保つことが必要となっている。しかし、個別的な訓練だけではこのような機能を維持・向上することは難しい。さらに、従来の大集団ではなく、買い物なども含めた社会生活を営むために必要な訓練をグループで行う作業療法士の配置が望ましい。

iv 訪問サービスの併用し、効果的なリハビリテーションを推進する

通所リハビリテーション算定日に訪問リハビリテーションが算定できることが望ましい。

入院や入所サービスから退院・退所した直後など在宅での生活を定着させ

る時期において通所サービスを利用するとき訪問リハビリテーションと同日に通所リハビリテーションを利用し、利用者の生活に必要な外出の準備や屋内の移動から屋外の移動に関する応用的な動作など限定的な動作の獲得のために、集中的に算定できることが望ましい。

#### IV. その他の居宅サービス

##### (A) 福祉用具貸与・購入, 住宅改修

###### i 福祉用具導入時動作確認指導加算 (仮称)

訪問リハビリテーション費において福祉用具貸与・購入, 住宅改修を行う場合, 用具の適切な使用を促すため導入計画と適合訓練を作業療法士が行った場合に算定できる加算を新設する。これは医師・作業療法士等のリハビリテーション専門職, 居宅介護支援専門員, 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これを算定する。

福祉用具の選定と導入は, 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。しかし現状では, 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。

##### (B) 特定入居者生活介護におけるリハビリテーション機能の強化

###### i 個別機能訓練加算を引き上げ作業療法士の配置を促進

現状制度で OT・PT を含むスタッフの配置が可能だが, 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特定入居者生活介護を算定する施設において作業療法士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。専従で作業療法士が配置されることによって対象者へのサービスの質と量が確保できるようになるため報酬単価の引き上げが必要である。

###### ii 機能訓練指導員の配置基準の見直しを行い, 作業療法士の配置を促進

機能訓練指導員の配置について, 作業療法士 1 名以上が望ましい。現行で機能訓練指導員は専ら特定入居者生活介護サービスの提供を行う者 1 名以上で, 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者 (理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 看護職員, 柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師) で当該事業所の他

の職務に従事することができるとなっている。しかし特定入居者生活介護を利用する対象者のリハビリテーションニーズは多様化し、専門的になりつつある。対象者の生活を維持向上するため専従の療法士の配置が望ましい。

## V. 入所系サービス

### (A) 介護老人保健施設

#### i 在宅機能強化として基本的な配置を現状に合わせ増員

介護老人保健施設の配置基準を 100：1 から 50：1 とすることが望ましい。現在の介護老人保健施設における作業療法士等の配置は、平成 20 年度の介護サービス施設事業所調査から推察すると平均して 2.6 人配置されている。同時期に行った作業療法士協会の調査でも平均して 2.7 人配置されている。しかし、一部の事業所ではいまだに 100：1.5 程度の配置の施設も少なくない。また、個別的なリハビリテーションは平均して 20 分以上実施されているが、これを残業して行う事業所もある。記録や書類整理、管理業務を合わせると作業療法士等のリハビリテーションスタッフに過度の負担が強いられている。対象者の生活を維持し、在宅復帰を目指したりハビリテーションを提供するためには、現状に合わせた人員配置の増員が必要となる。

#### ii 対象者の状態に合わせた加算の見直し

##### a. 通所リハにおける認知症短期集中リハへ複数名のグループワークを活用したりハの導入

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ことができる。「認知症短期集中リハビリテーション加算」の算定は、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できることで認知症による生活機能低下を予防できる。

##### b. 介護老人保健施設の認知症短期集中リハ算定を弾力的な運用を求める

過去 3 カ月間に認知症短期集中リハビリテーション加算を算定したものであっても明らかな認知機能低下もしくは新たな周辺症状がある場合には算定できることが望ましい。

認知症者は中核症状の変化による実行機能の障害と中隔症状に変化がない場合でも周辺症状 (BPSD) は周期的もしくは非周期的な変化に対応し適切なリハビリテーションにより生活を再建することが求められる。したがって認知症短期集中リハの弾力的な活用が望ましい。

##### c. 入所中の状態悪化によって入院等の後、通所再開時のリハへの評価

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、1 週間以上 3 ヶ月未満の加療の後、在宅復帰目的で入所し、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が望ましい。

現行制度では、通所中の対象者が状態悪化で入院し3ヶ月以内に在宅復帰目的で入所リハを再開しても、骨折等の明らかな障害がある疾患しか短期集中リハ加算の算定ができない。しかし肺炎などの入院後は疾患の影響だけではなく廃用症候群なども併発しやすく状態が変化していることが多く入院後には速やかに、集中的にリハビリテーションを行い、それまでの生活へ復帰できるよう配慮が必要となる。

d. 入所後3月以上経過した対象者の個別的なリハビリテーションの評価

入所後3月以上経過した対象者であって、明らかに在宅復帰できるものもしくは重度の介護が必要なものには1週におおむね3回以上、1回20分以上個別的なリハビリテーションを行った場合の算定が望ましい。

個別リハビリテーション加算介護老人保健施設の入所者は疾患の発症もしくは悪化により医療サービスを提供されたのちに入所することが多い。疾患の状況など複雑な要因によって病院等から直接在宅に復帰できない対象者は個別的な手厚いリハビリテーションを継続する必要がある場合がある。日本作業療法士協会の調査では加算が算定できない場合でも個別的なリハビリテーションは実施されていることが確認されているが、現状の人員配置では週2回以上の実施は困難であり、在宅復帰に必要なリハビリテーションを十分に提供するために加算を設け在宅生活の移行を促進する必要がある。

(B) 指定介護福祉施設

対象者の多様化に伴う現状に合わせ機能訓練指導員の配置について、作業療法士1名以上とすることが望ましいとすることを求める。

機能訓練指導員は専ら指定介護福祉施設サービスの提供を行う者1名以上で、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師）で当該通所介護事業所の他の職務に従事することができる。しかし指定介護福祉施設を利用する対象者のリハビリテーションニーズは多様化し、専門的になりつつある。したがって対象者の生活を維持・向上するためには専従の作業療法士療法士の配置が望ましい。

(C) 介護療養型病床群のリハビリテーションの適正化

介護療養型病床群は廃止される方向で病床数が削減されているが、要介護者の介護度は高く、基本的なリハビリテーションの必要度が高いため、介護報酬を適正化し適切な人員配置を促進し対象者の生活を維持する必要がある。

VI. そのほか、制度など

- (A) リハビリテーションの普及促進のためのケアマネージャーの資質向上のために作業療法士の活用を求める
- (B) リハビリテーションの確実な提供を確保するため、マネジメント内に必ずリハビリテーション提供事業所があるように義務付ける
- (C) 基盤整備としてのリハビリテーション提供事業所の増加を求める
- (D) 認知症に対する総合的な基盤整備と作業療法士の介入を求める

添付資料

人材確保によるリハ機能の強化 「具体的必要数の試算」

	1)事業所数	2)利用者数	3)従事者数 常勤換算法	4)必要療法 士数 40:1	5)必要療法 士数 20:1
訪問看護ステーション	5861	281160	PT:1960OT:992 ST:58 合計 3010	7029	14058
①訪問リハ事業所	2781	40600	PT:OT: 1,126ST: 合計	7029 (再掲)	14058 (再掲)
②通所リハ事業所	6330	412044	PT:3895OT:2759 ST:440 合計 7094	10301	20602
③通所介護事業所	19731	955506	PT:500OT:307 ST:53 合計 860	23887	47775
④介護老人保健施設	3393	280589	PT:3248OT:3307 ST:556 合計 7111	7014	14029
⑤介護療養型医療施設	3025	111099	PT:2865OT:1461 ST:627 合計 4953	2777	5554

\* 「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)をもとに試算した。

\* ①1)/2)については、介護給付費実態調査月報(平成 19 年 9 月審査分)より抜粋した。

\* ①-3)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)より抜粋した。

\* ①-4)・5)の算出は、訪問看護ステーションの利用者数を参考に算出した。

\* 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。(意見)

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望ましい。

例) ①居宅復帰に向けた老健入所リハ

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。

例) ②在宅生活移行を促す訪問リハ

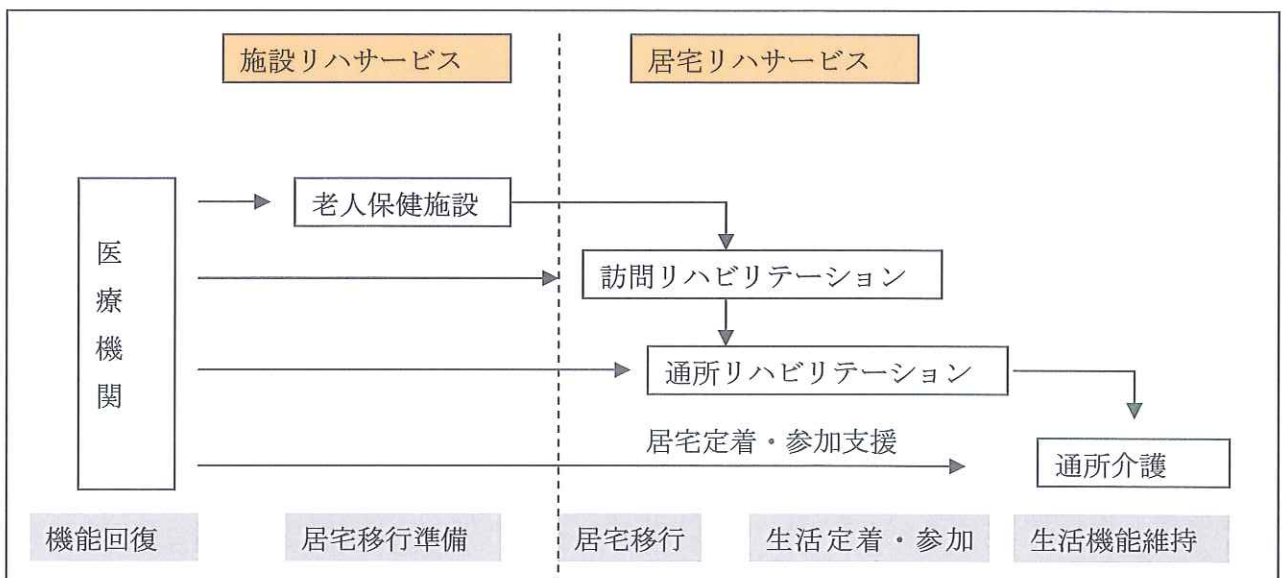
医療機関あるいは老人保健施設から退院・退所に際して地域居宅生活を支援するにあたっては、本人や家族の負担と不安を軽減し居宅生活に円滑に移行する必要がある。その際、心身機能および活動と環境との整合性、あるいは本人と家族との心のコミュニケーションをはかりつつ、居宅生活を日常化する必要がある。その際に有効と考えられるサービスは、利用者個々に居宅を訪問して対応する「訪問リハビリテーションサービス」であり、整備充実が必要である。

例) ③居宅生活定着を促す通所リハ

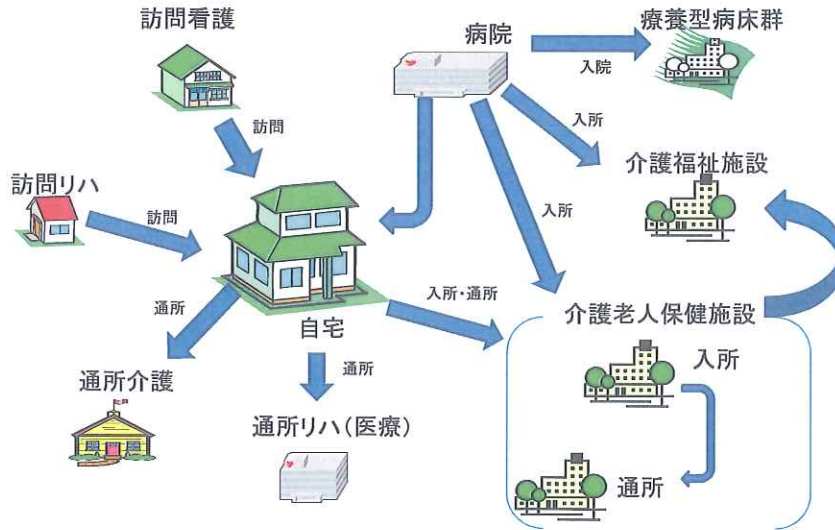
本人家族を主体とする居宅生活が日常化した段階で、地域社会や仲間とのコミュニティを通じた生活、いわゆる、社会参加にむけた支援が重要である。その際に有効と考えられるサービスは、「通所リハビリテーションサービス」であり、生活機能を維持しつつ支援にあたる必要がある。なお、通所リハにおいては、利用者のニーズに応じて例③の役割を同時に担うことも可能である。

例) ④在宅生活機能を維持する通所介護

上記例②③④の居宅サービスのうち、例) 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。例) ③の通所サービスは、専門的なり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。



# リハビリテーション提供体制



\* 特定入所者生活介護，認知症共同生活介護，小規模多機能への提供実績は少ない

## 主なリハビリテーション提供事業所と従事者数

	事業所数	利用者数	施設訓練指導員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
(介護予防) 訪問看護 ステーション	5 434	281 917	...	2 021	990	89	
(介護予防) 通所介護	22 366	933 611	12 000	687	405	54	
(介護予防) 通所リハ(リハビリ)	介護老人 保健施設	3 438	225 412	...	2 502	1 898	346
	医療施設	2 988	143 461	...	2 428	1 263	170
(介護予防) 特定施設入居者生活 介護	2 876	97 645	2 570	208	145	23	
介護老人福祉施設	6 015	416 052	4 474	350	260	33	
介護老人保健施設	3 500	291 931	...	4 229	3 991	670	
介護療養型医療施設	2 252	92 708	...	2 749	1 390	582	