

社保審－介護給付費分科会	資料10
第266回（R8.9.14）	

介護給付費分科会 意見交換資料 ② 居住系・施設系サービス等

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



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

目次

1. 特別養護老人ホームおよび居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進 [P3](#)
2. 特別養護老人ホーム（以下、特養）に併設する短期入所生活介護の利用後における
状態悪化予防の推進 [P8](#)
3. 施設入所者の身体の状態等にあった車椅子の提供体制の評価 [P12](#)
4. 自立支援・重度化防止を目的とした生活機能向上連携の普及拡充 [P17](#)

1. 特別養護老人ホームおよび居住系サービスにおける医療ニーズへの対応の推進

現 状

- 特別養護老人ホーム（以下、特養）や居住系サービスにおいては、**個別機能訓練加算**により機能訓練計画の作成及び機能訓練の実施が評価されているが、**リハ専門職の配置は施設数と比較して極めて少ない（図1・図2）**。
- 介護老人福祉施設等では、令和6年度改定において協力医療機関との連携体制を確保し、入所者の病状変化等に相談・対応できる体制の義務化が経過措置をもって定められ、その実行を評価する「**協力医療機関連携加算**」が設けられた（**参考資料2**）。当該加算の基準では、入所者の病状が急変した場合において、医師又は看護師が常時相談対応を行う体制を常時確保していることが求められる。
- 加えて、当該加算に限らず看護師による特養等への支援が平時から実施される事例がある中、**リハ専門職による専門的支援や助言・指導等の体制を評価する仕組みは設けられていない（参考資料3、4）**

課 題

- 2040年に向けて、肺炎・心不全・尿路感染症・転倒による骨折等の高齢者救急の増加や、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口の増加が見込まれている。
- 特養やグループホーム入所者において、転倒骨折・脳血管疾患等で入院し再入所した場合の入院期間は短い傾向にある（**表1、図3**）。そのため**特養や居住系サービスにおいても、医療・介護の複合ニーズを有する利用者の増加が見込まれ、要介護度の重度化予防や生活機能の維持・向上への対応、再発・再入院予防の観点から、医療機関から入所した後の生活を支える体制が重要である。**
- この中で、肺炎、心不全、尿路感染症、転倒による骨折等で入院した利用者の施設復帰後の生活機能の維持・回復支援や、治療用装具・補装具の再調整や更新の判断、身体機能に応じた車椅子等の福祉用具の調整など、**リハ専門職による評価・助言を必要とする場面がある。**そのような施設からの依頼を受けて**外部施設に所属するリハ専門職が指導を行う事例がある。**
- 以上より、施設側からのニーズがある一方で、現行制度においては**リハ専門職との連携や助言・指導を評価する仕組みがなく、専門的支援を受けられる体制が十分に確保されていない**

要 望

- **リハ専門職が配置されていない特養や居住系サービスにおいて、協力医療機関等に所属するリハ専門職と連携する支援体制を整備した場合に、評価をおこなうこと。**

協力医療機関等のリハ専門職と特養等との支援体制イメージ



リハ専門職の支援体制（例）

- 利用者の生活機能の維持・向上に向けた助言
- 利用者に対するリハビリテーション支援
- 施設職員への助言や指導
- 治療用装具・補装具およびそのほか福祉用具の評価・調整・他機関への相談に係る助言 等

※ 既存の「生活機能向上連携加算」は、個別機能訓練計画作成等に係る連携を評価するものである。本要望は、医療・介護の複合ニーズを有する利用者に対する直接支援、施設職員への助言・指導、治療用装具・補装具及び福祉用具の評価・調整等を含む継続的な支援体制を評価するものである。

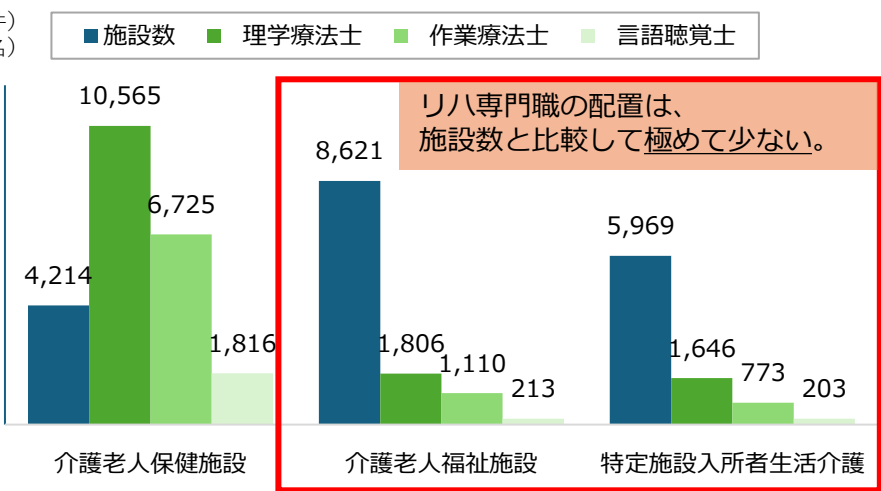
参考資料 1：特養及び居住系サービスにおける入退院の状況・リハ専門職配置及び利用者像

図 1 個別機能訓練加算のサービス別単位数および算定率

介護サービス種別	単位数	算定率 (事業所ベース)	算定率 (件数ベース)	(施設数：件) (専門職：名)
通所介護	(Ⅰ) イ：56点/日	47.4%	26.6%	12,000
	(Ⅰ) ロ：76点/日	32.0%	29.4%	
	(Ⅱ) 20点/月	35.9%	3.9%	
介護老人福祉施設	(Ⅰ) 12単位/日	28.2%	26.8%	10,000
	(Ⅱ) 20単位/日	17.7%	0.6%	
	(Ⅲ) 20単位/月	4.6%	0.1%	
特定施設入所者生活介護	(Ⅰ) 12単位/日	30.9%	32.4%	8,000
	(Ⅱ) 20単位/月	15.4%	0.6%	
短期入所生活介護	56単位	6.4%	3.3%	6,000

【出典】第258回/第259回/第260回 社会保障審議会 介護給付費分科会資料（2026）をもとに本会作図。

図 2 施設数とリハ専門職配置数



【出典】令和 6（2024）年介護サービス施設・事業所調査をもとに本会作図。

表 1 入院前の所在別に見た退院先の一致の有無による平均在院日数の差の分析結果

	対象者数	平均在院日数	標準偏差	p値
老人保健施設				
不一致	261 (41.5%)	56.0	53.9	<0.001
一致	368 (58.5%)	28.3	76.0	
特別養護老人ホーム				
不一致	139 (22.5%)	75.0	145.2	<0.001
一致	480 (77.5%)	22.3	17.7	
介護療養病床				
不一致	11 (35.5%)	42.7	32.3	0.022
一致	20 (64.5%)	16.3	8.7	
グループホーム				
不一致	67 (30.6%)	43.2	35.8	<0.001
一致	115 (63.2%)	15.3	10.8	
医療療養病床				
不一致	87 (30.6%)	35.0	29.2	0.021
一致	197 (69.4%)	21.5	51.1	
回復期病床				
不一致	30 (30.9%)	29.9	21.2	0.002
一致	67 (69.1%)	15.9	13.9	

【出典】2019, 松田晋哉, 入退院の経路別にみた肺炎を発症した要介護高齢者の在院日数の分析

図 3 1 施設における罹患状況と入院期間



【出典】2011, 第55回 理学療法科学学会 学術大会, 構成員提供資料

参考資料 2 : 協力医療機関連携体制の構築に係る改正と加算概要 (令和 6 年度介護報酬改定)

令和6年度介護報酬改定

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。（経過措置 3 年間）
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1 年に 1 回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1 年に 1 回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

3

■ 協力医療機関連携加算：

協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に、所定単位数を加算するもの。

参考資料3：医療機関と特養における看護師の連携事例

第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和7年10月29日

資料1

看護師による平時からの特別養護老人ホーム支援の取組事例

- 特別養護老人ホームの看護管理者と調整し、看護師による情報共有（カンファレンスの実施）等の支援を平時から行っている取組事例がある。
- 本取組事例では、施設の看護管理者から「利用者の穏やかな生活を支え看取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師及び、認知症看護認定看護師による、相談・支援を行っている。

＜医療法人社団協友会 吉川中央総合病院の取組＞

対象施設（特別養護老人ホーム：3施設）



＜医療機関としての連携内容＞

※いずれの特養にも同様に実施

- ・平時からの連携（月に一度のカンファレンス）
- ・急変時の相談・診療
- ・入院の受け入れ
- ・早期退院に向けた退院調整

医療機関

施設の看護管理者（副施設長）と調整

認定看護師による支援

＜支援内容＞

施設からの求めに応じ、看護師が下記支援を実施
※2023年から施設Cに介入開始

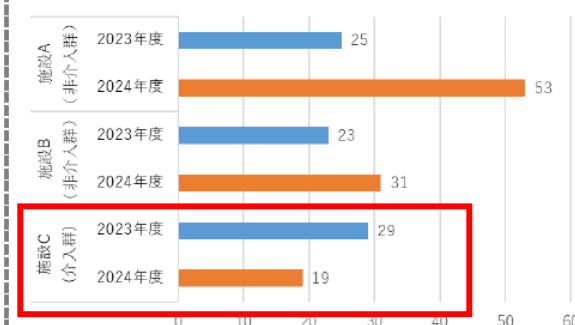
緩和ケアCN

- ・施設内での看取り体制の構築（マニュアル整備、知識・技術研修等）
- ・看取りが予想される利用者のケア
- ・痛みや苦痛に対する緩和ケア
- ・実施した看取りの振り返り

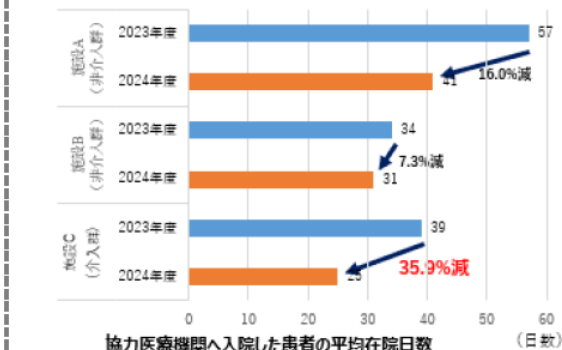
認知症看護CN

- ・認知症の利用者の困り事に関する相談
- ・職員や家族・地域に向けた研修・ケースカンファレンス

○施設からの搬送患者数



○施設からの入院患者の平均在院日数



協力医療機関へ入院した患者の平均在院日数

135

- 看護師による支援を行った施設では、施設からの搬送患者数が減少した。
- 施設から入院した患者の平均在院日数は、いずれの施設からの入院患者も、前年度から減少しているが、なかでも、認定看護師が支援を実施した施設Cは、平均在院日数の減少率が最も大きかった。
- 看護師の支援により、応需件数が減少していること、入院しても速やかに施設で受け入れることができています。
- 看護の連携によってがんや認知症の症状があっても環境調整を行うことができ、施設で最期まで過ごすことができています。

出典：吉川中央総合病院資料「認定看護師による高齢者施設への支援を行った効果～医療と介護の連携を目指して～」

【参考】中央社会保険医療協議会 総会（第624回） 総-7

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_65606.html

参考資料4：要介護高齢者等に対するサービス別のリハビリテーションの保険給付の状況

✓ 特養および居住系サービスにおいて、介護保険下でのリハビリテーションサービスの利用に**制限**がある。

生活の場			保険給付されるリハビリテーション						
施設等の類型			リハビリ職種等の 配置基準	医療保険			介護保険		
○:算定可能 ×:算定不可 △:患者の状態像、場所等に応じて算定可能				疾患別 リハ※1	その他※2	訪問 リハ※3	施設内リハ	通所 リハ	訪問 リハ
自宅			—	○ ¹	○ ¹	×	—	○	○
特定施設入居者生活介護以外の 福祉施設・高齢者住宅			—	○ ¹	○ ¹	×	—	○	○
小規模多機能型居宅介護			—	○ ¹	○ ¹	×	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	×	○ ²
認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)			—	○	○	×	—	×	×
特定施設 入居者生活 介護	外部サービス利用型		—	○ ¹	○ ¹	×	—	○ ^{3,4}	○ ^{3,4}
	外部サービス利用型以外		機能訓練指導員※4 1以上	○	○	×	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	×	×
介護	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		機能訓練指導員※4 1以上	○	○	—	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	×	×
保険施設	介護老人 保健施設	従来型	PT、OT、ST 100:1以上	△ ⁵	△ ⁶	—	基本施設サービス費に 包括	×	×
		介護療養型							
	介護療養型医療施設		PT、OT:適当数	×	△ ⁷	—	特定診療費(出来高)	×	×

※1.心大血管疾患等リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器
リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション
※2.摂食機能療法、難病患者リハビリテーション料等
※3.在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
※4.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
マッサージ指圧師の資格を有する者

1.同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可
2.居宅に訪問した場合に限る。(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)
3.必要がある場合に、事業者の費用負担によりその利用者に対して居宅サービスを利用させることは差し支えない
4.事業者が指定居宅サービス事業所に委託し、指定居宅サービス事業所に委託料を支払い、通所リハビリテーションの提
供を行った場合、通所リハビリテーション費の90/100(所要時間2時間以上3時間未満の場合は63/100)を、訪問リハビリ
テーションの提供を行った場合、訪問リハビリテーション費の90/100を算定できる(加算は算定不可)。なお、委託料は
個々の委託契約に基づく。
5.脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは算定できない
6.摂食機能療法、機能訓練は算定できない
7.機能訓練及び難病患者リハビリテーション料に限り算定できる(認知症病棟の病床を除く。)

2. 特別養護老人ホーム（以下、特養）に併設する 短期入所生活介護の利用後における状態悪化予防の推進

現 状

- 特養に併設する短期入所生活介護（以下、ショートステイ）では、個別機能訓練加算および機能訓練体制加算により機能訓練指導員の配置と機能訓練の提供体制が評価される。しかし、算定率は低く、ショートステイ入所者に対する生活機能維持・向上の取り組みが十分に行き届いていない。
- また、特養等に併設するショートステイにおいては、個別機能訓練加算を算定する際には、本体施設とは別の専従者の配置が必要であり、機能訓練指導員の柔軟な活用が制限されている（図1、参考資料2）。

課 題

- 利用者の心身機能の変化等に関する調査では、介護支援専門員の71.9%、理学療法士の74.6%が「利用後に状態が悪化の印象あり」と回答（図2）した。状態が悪化すると思われる利用期間は「5日以上」と回答したものが約6割（図3）、要支援者よりも要介護認定者の方が利用後に状態が悪化する印象があると回答する割合が高かった（図4）。加えて、短期入所生活介護は、5日以内の短期間の利用となることが多く、ADL維持等加算のような加算の算定は難しい。さらに、10床程度の小規模施設が多いため、リハ専門職の常勤配置が難しく個別機能訓練加算の算定が困難である（図5）。

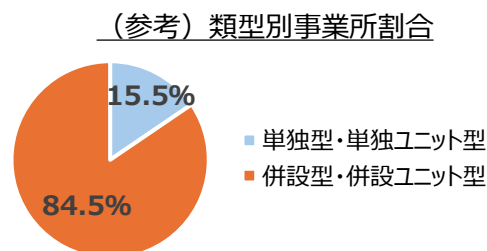
要 望

- 特養に併設するショートステイ利用後の状態悪化を予防する観点から、機能訓練体制加算・個別機能訓練加算の増点および基準緩和（開設主体の事業所（特養等）との兼務を認めること／通所介護における配置基準のように配置時間以外の時間で別の職務に配置することを可能とすること等）を行うこと。
- 機能強化に積極的に取り組む事業所（例：リハ専門職を配置し機能訓練体制加算・個別機能訓練加算を提供している事業所）について、「機能強化型」として上乗せの評価をすること。

図1 特養併設のショートステイにおける
機能訓練体制加算・個別機能訓練加算の専従配置要件

【短：機能訓練体制加算（12単位/日）】
専従・常勤の機能訓練指導員 1名以上
…算定率（事業所ベース） **35.0%***

（特養には機能訓練体制加算はない。）



短期入所生活介護
（ショートステイ）

特別養護老人ホーム
（介護老人福祉施設）

【短：個別機能訓練加算（56単位/日）】
専従の機能訓練指導員 1名以上
…算定率（事業所ベース） **6.4%***

【特：個別機能訓練加算Ⅰ～Ⅲ】
（Ⅰ 12単位/日、Ⅱ 20単位/月、Ⅲ 20単位/月 ※併算可）
専従・常勤の機能訓練指導員 1名以上
※ 利用者数が100を超える場合は、1名以上の配置
かつ常勤換算方法で利用者の数を100で除した数
以上配置すること。

兼任×

※ 算定率（事業所ベース）は、第258回 社会保障審議会 介護給付費分科会資料（2026）より抜粋。

参考資料 1. ショートステイの利用による利用者状態への影響、個別機能訓練加算の算定状況

図2 ショートステイの利用により状態悪化は起こりやすいと感じるか

- ✓ 理学療法士、介護支援専門員ともに**7割以上**が、ショートステイ利用後の状態悪化が発生しやすいと認識している。

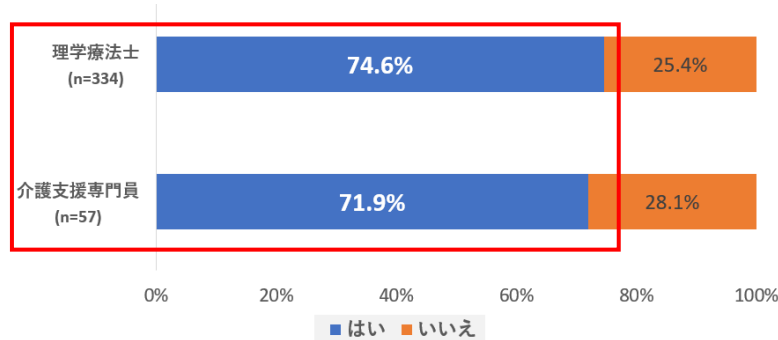


図3 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化するとされる“利用期間”

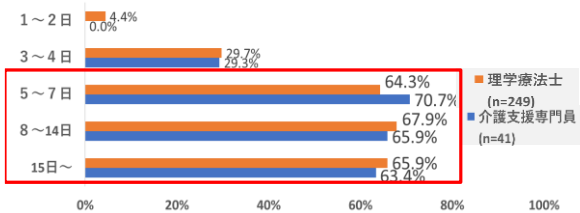
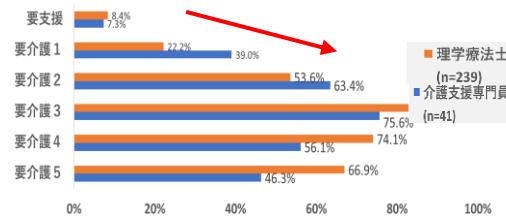
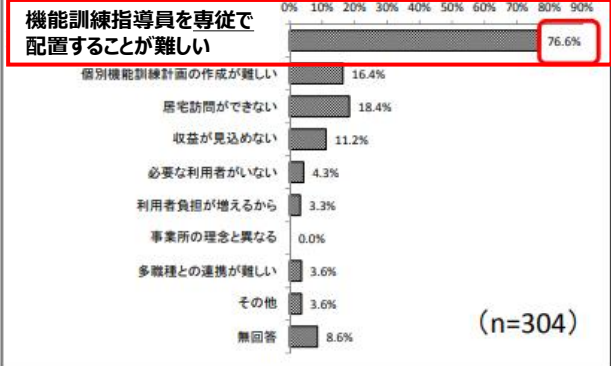
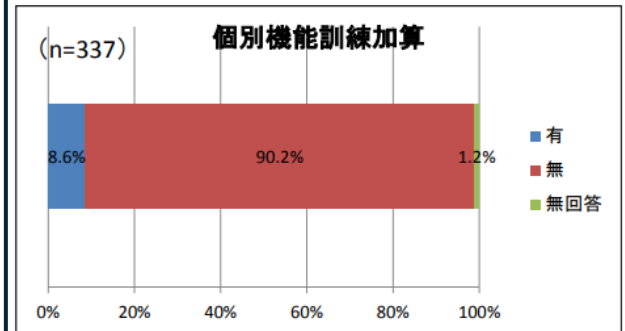


図4 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化するとされる“利用者の介護度”



【出典】 令和元年度日本理学療法士協会調査

図5 短期入所生活介護の算定状況と非算定の理由



【出典】 社保審-介護保険給付費分科会 第151回 (H29.11.15) 資料2

参考資料2. 特養等と併設ショートステイにおける個別機能訓練加算の配置要件／他団体意見

■ 個別機能訓練加算の配置要件に関するQ&A（令和27年介護報酬改定に関するQ&A Vol.1）

★ショートステイにおける個別機能訓練加算の取得に際して、本体施設と別に専従の機能訓練指導員を配置しなければならない。

【質問】

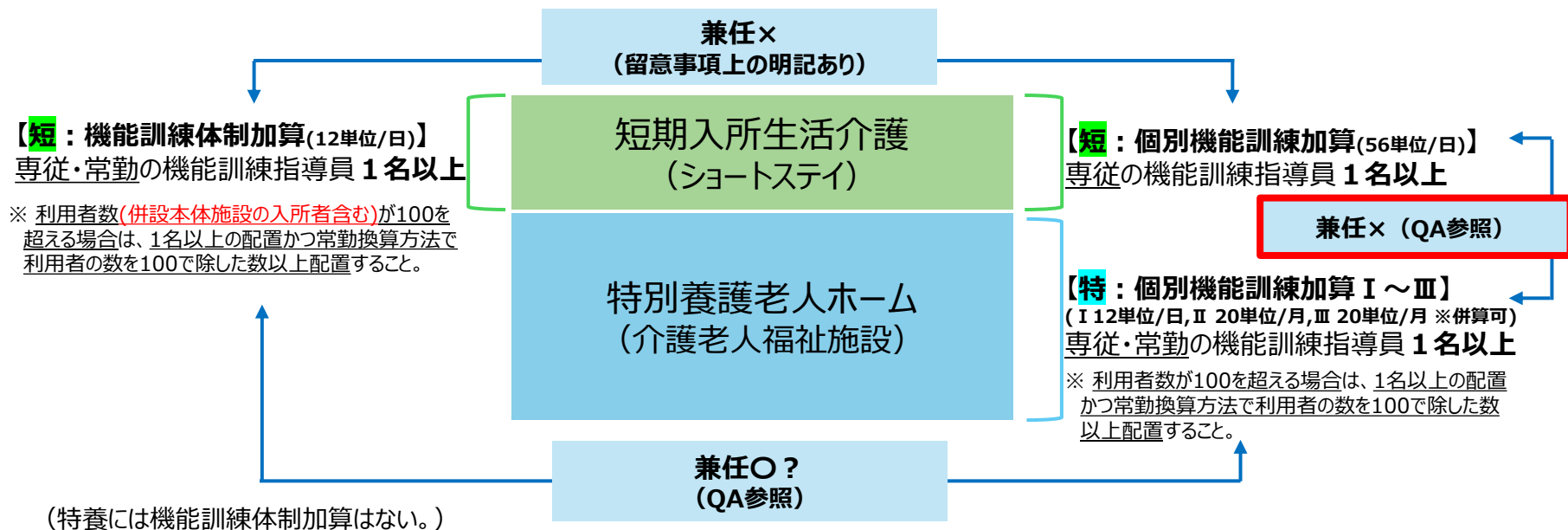
短期入所生活介護事業所を併設している特別養護老人ホームにおいて、個別機能訓練加算を特別養護老人ホームで算定し、併設の短期入所生活介護事業所では機能訓練指導員の加算を算定し、新設の個別機能訓練加算を短期入所生活介護事業所で算定しようとする場合、特別養護老人ホームと短期入所生活介護事業所を兼務する常勤専従の機能訓練指導員を1名配置し、それとは別に専従の機能訓練指導員を短期入所生活介護事業所に1名配置すれば、短期入所生活介護においては、機能訓練指導員の加算と新設の個別機能訓練加算の両方が算定できるということでしょうか。

【回答】

短期入所生活介護の「機能訓練指導員の加算（＝機能訓練体制加算）」は、常勤・専従の機能訓練指導員を配置した場合に評価されるものであるが、「個別機能訓練加算」は利用者の生活機能の維持・向上を目的として、専従の機能訓練指導員が利用者に対して直接訓練を実施するものである。

このため、常勤・専従の機能訓練指導員とは別に専従の機能訓練指導員を短期入所生活介護事業所に1名配置すれば、いずれの加算も算定することができる。

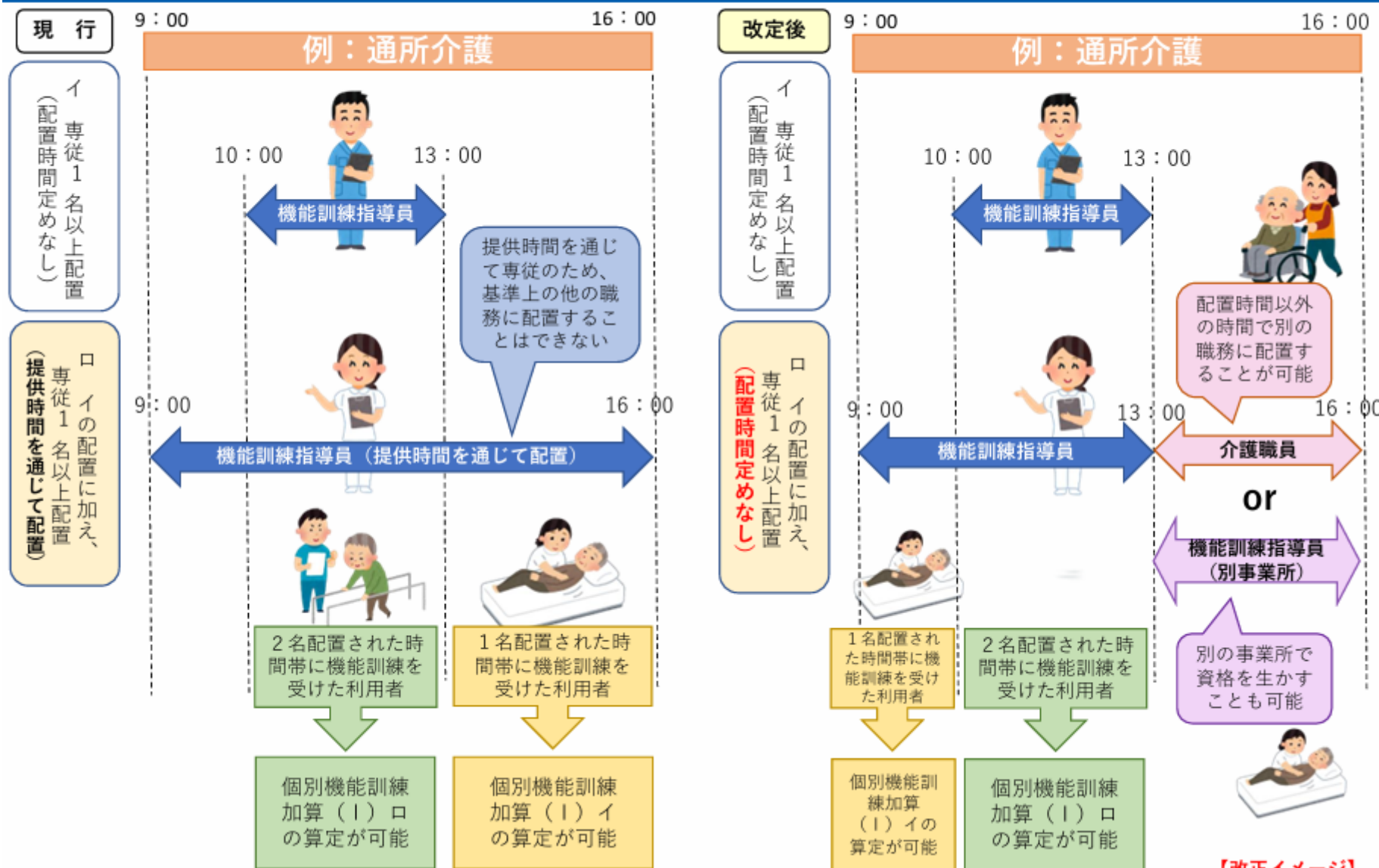
■ 個別機能訓練加算の配置要件に関する現行制度の整理（イメージ図）



◆ 全国老人福祉施設協議会（小泉立志副会長） 意見（2026年6月29日、第259回 社会保障審議会介護給付費分科会。）

個別機能訓練加算や看護体制加算の専従要件が取得の壁になっているとして、本体施設との兼務・併任を柔軟に認める要件緩和を提案された。

3. (3) ⑦ 通所介護、地域密着型通所介護における個別機能訓練加算の 人員配置要件の緩和及び評価の見直し②



【改正イメージ】

3. 施設入所者の身体の状態等にあった車椅子の提供体制の評価

現 状

- 介護保険制度での車椅子等の福祉用具貸与は、居宅サービスにおいては利用できるが施設サービスでは原則として算定対象外であり、介護施設入所者は身体の状態等にあった車椅子が必ずしも利用できる環境が整っていないのが現状である。
- 一方、介護老人福祉施設において、福祉用具事業者と連携した施設向け車椅子レンタルサービスを導入し、リハ専門職が評価に基づき個別調整（シーティング）を行う取組事例がみられる。身体状況に適合した車椅子の使用により、誤嚥リスクの低減や褥瘡予防に寄与したと報告されている（図1）。しかし、現行制度上このような提供体制・専門職の関与は報酬で評価されておらず、施設側の持ち出しにより継続されているのが実情である。

課 題

- 施設入所者へのアンケート調査では、6割を超える入所者が「介護施設でも福祉用具レンタルを認めるべき」と回答し、施設で福祉用具レンタルを認めることの影響として、「施設の高齢者の自立度が改善する」と回答する者が約8割を占めた（図2、図3）。
- 介護施設から急性期病棟へ入院する患者には誤嚥性肺炎が14%、骨折は8%を占めている（参考資料①）。車椅子利用者の施設入所後の骨折リスクに関する調査において、入所前に多機能型車いすを使用していた高齢者では、入所後の転倒関連骨折が多いことが報告されている（参考資料②）。車いすを使用する高齢者が施設に入所すると、入所前とは異なる車いすを使わざるを得ない場合があり、転倒や骨折のリスクが懸念される。医療費削減の観点から適切な車椅子の提供による離床・安全性の確保は再入院予防の観点から重要である。

要 望

- 施設入所者に対し、リハ専門職によるアセスメントのもと、自立支援・重度化防止を目的として車椅子等の必要性がケアプランに明記される場合においては、施設入所中においても貸与を可能とすること。
- 車椅子の個別調整や継続的なフォローについて、リハ専門職の関与を促進・評価する仕組みを設けること。
例：「自立支援促進加算（参考資料③）」における離床に係る留意事項として、リハ専門職の関与が望ましい旨を位置づける。
- 施設における車椅子導入（購入およびレンタル／リースを含む）に、介護報酬以外の公的財源（補助・交付金等）を措置すること。

図1 介護老人福祉施設への車いすレンタルの導入例

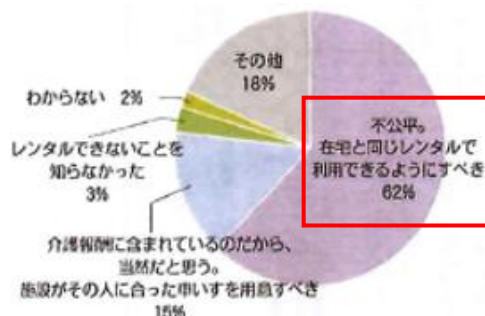
～特別養護老人ホーム好日苑（東京都）～

- ◆ 入居者一人ひとりにあった車いすを提供するため、施設向けの車いすレンタルサービスを開発・導入。
- ◆ 計45台のモジュラー型・ティルトリクライニング型車椅子をレンタル。
- ◆ 福祉用具やシーティング技術のある理学療法士が携わり、誤嚥のリスク低減や褥瘡予防に寄与。



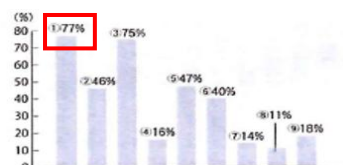
参考：シルバー新報 2024.4.12

図2 介護保険の福祉用具レンタルの利用が在宅の要介護者に限られることをどのように考えるか（n=430）



参考：シルバー新報 2024.4.12

図3 施設でも在宅と同じ仕組みで車いすがレンタルできるようになると、どんな影響があると思いますか（複数回答）



- ①施設の高齢者の自立度が改善する
- ②誤嚥性肺炎などで入院する人が減る
- ③管理やメンテナンスでかえって現場の負担が増えると思う
- ④地域の福祉用具事業者の収益アップになる
- ⑤廃棄される車いすが減ってSDGsにも貢献する
- ⑥介護給付の削減につながる
- ⑦無駄な介護給付が増える
- ⑧その他

参考：シルバー新報 2024.4.12

参考資料①：介護施設等の急性期病棟への入院 疾患内訳

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止，詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞，詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症，部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎，詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻（転）	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	19,054	3.9%	31	K922	胃腸出血，詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	17,052	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着〔索条物〕	2,150	0.4%
		急性尿管管間質性腎炎	13,606	2.8%	33	N12	尿管管間質性腎炎，急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
		2019年新型コロナウイルス急性呼吸器疾患	12,850	2.6%	34	I610	（大脳）半球の脳内出血，皮質下	2,078	0.4%
		体液量減少（症）	10,588	2.1%	35	J90	胸水，他に分類されないもの	1,890	0.4%
		細菌性肺炎，詳細不明	7,490	1.5%	36	G20	パーキンソン＜Parkinson＞病	1,844	0.4%
		心不全，詳細不明	7,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス，詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	（四）肢のその他の部位の蜂巣炎＜蜂窩織炎＞	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎，詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう＜嚢＞炎を伴う胆のう＜嚢＞結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症，詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群〔脱線維素症候群〕	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症，詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう＜嚢＞炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血，詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石，詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病，ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

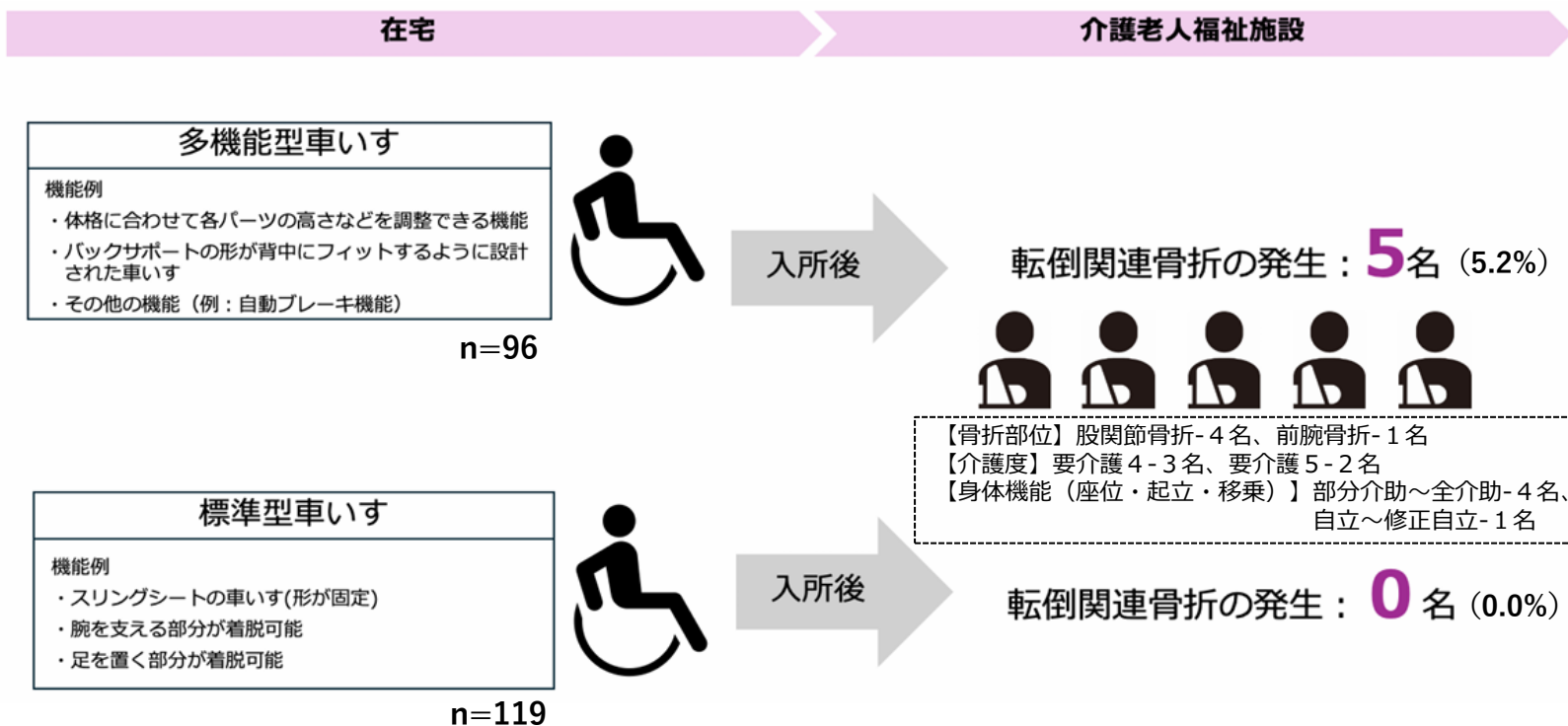
出典：DPCデータ（令和3年4月から令和4年3月までの入院症例）

引用：厚生労働省「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療 参考資料」（2023年3月15日）

参考資料②：介護施設における入所前の車椅子の種類と転倒関連骨折の実態

＜介護老人福祉施設入所前に使用していた車いすの種類と入所後の転倒関連骨折の実態（Suzukiら,2025）＞

- 本研究は、介護老人福祉施設入所前に使用していた車いすの種類と、入所後早期に生じる転倒関連骨折との関連を検討した後ろ向き観察研究である。
- 茨城県の医療・介護レセプト等を用いて215名を分析した結果、入所前の標準型車いす使用者(119名)では骨折は認められず、入所前の多機能型車いす使用者(96名)で5名(5.2%)に骨折が発生していた。
- 車いすを使用する高齢者が施設に入所すると、入所前とは異なる車いすを使わざるを得ない場合があり、多機能型車いすを継続利用できなかったことが骨折リスクに関与した可能性が示唆される。



「プレスリリース:車いす利用者の施設入所後の骨折リスクを初めて定量評価.筑波大学（2025年10月9日）」より本会にて一部加筆

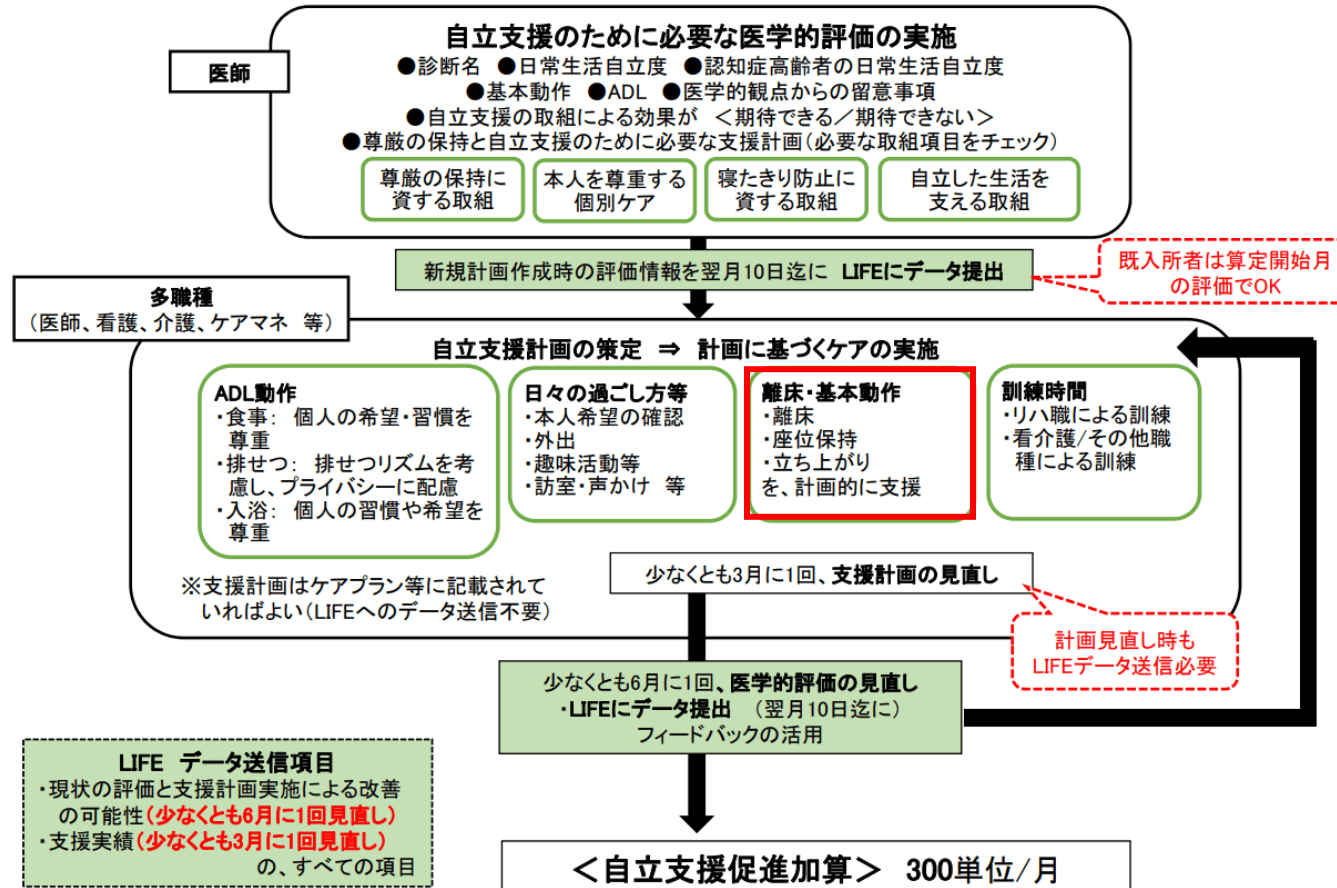
【参照】

- Suzuki A, Uda K, Watanabe T, Tamiya N. 介護老人福祉施設入所前に使用していた車いすの種類と入所後の転倒関連骨折の実態. JMA Journal. 2025 ; 8 (4) : 1220-1226. doi:10.31662/jmaj.2025-0194.
- プレスリリース:車いす利用者の施設入所後の骨折リスクを初めて定量評価.筑波大学（2025年10月9日）

参考資料③：自立支援促進加算

【自立支援促進加算】 ※体制加算

Ver.2021.5.18.



本資料は厚生労働省の内容確認を経て、公開しています

公益社団法人
全国老人保健施設協会
Japan Association of Geriatric Health Services Facilities

引用：公益社団法人 全国老人保健施設協会

要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

社保審－介護給付費分科会

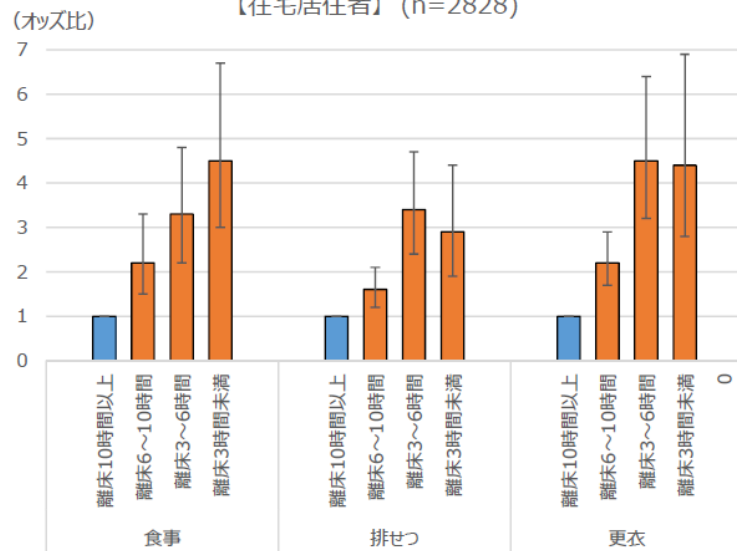
第185回
(R2.9.14)

資料

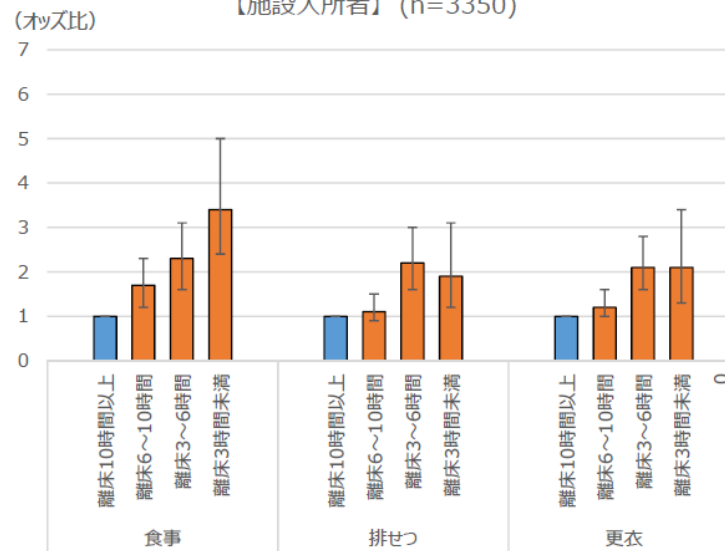
- 高齢者における離床時間と日常生活動作能力は有意に関連し、離床時間が少ない人は日常生活動作の自立度が低い傾向にある。

離床時間と日常生活動作能力の障害との関連

【在宅居住者】(n=2828)



【施設入所者】(n=3350)



注) 年齢、性別、疾患、動作能力を調整して、離床10時間以上の対象者に対して、離床6～10時間、離床3～6時間、離床3時間未満の対象者における日常生活動作能力の障害のオッズ比を算出

(出典) 日本理学療法士協会国庫補助事業調査研究特別班, 要介護高齢者における離床時間と日常生活動作能力との関係, 理学療法学, 2009, 36 巻, 7号, p.348-355

4. 自立支援・重度化防止を目的とした生活機能向上連携の普及拡充

現 状

- 「生活機能向上連携加算」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、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医療提供施設のリハ専門職の助言を受け、計画を作成し、その計画に基づくサービスを行った事業所を評価する加算である。

生活機能向上連携加算（Ⅰ） [100単位/月]：

外部のリハ専門職から助言を受けて個別機能訓練計画を作成。助言は訪問に限らず、電話やICTを用いた方法も認められている。

生活機能向上連携加算（Ⅱ） [200単位/月]：

3カ月に1回以上、外部専門職が訪問し、事業所と共同で個別機能訓練計画を作成。ただし、個別機能訓練加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している場合は100単位/月に減算。

課 題

- 当該加算の算定状況は、**全事業所・施設において96.9%が非算定であり、十分な普及拡充には至っていない**（図1）。普及拡大の阻害要因として、以下の課題が挙げられる。
 - ・ 通所介護において当該加算を算定しない理由は、「**外部のリハ事業所との連携が難しいため**」（36.7%）が最も多く、次いで「**かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため**」（35.9%）が多く挙げられている（図2）。
 - ・ **当該加算（Ⅱ）は、個別機能訓練加算の同時算定で減算となり、外部の助言と内部の訓練体制の両立が評価されない構造**となっている。
 - ・ 連携加算は助言を受けて計画書を作成した事業所が算定するため、**連携を提供した機関へのインセンティブはない**。
 - ・ 算定状況を踏まえると、連携が比較的容易な同一法人が53.5%を占める（図3）。一方、**法人外との連携は同一法人と比較すると、普及拡充が乏しい状況**である。
 - ・ 診療報酬上の医療施設の施設基準において、リハ専門職の**専従の常勤配置**が求められている。ただし、兼務や外部派遣を認める仕組みは明示されておらず、**病院所属のリハ専門職が介護施設へ出向き助言を行うことが阻まれている**（令和8年度診療報酬改定で緩和）。

要 望

- 生活機能向上連携加算をさらに推進する観点から、以下の見直しをすること。
 - ・ 当該加算（Ⅱ）における個別機能訓練加算の算定による減算を削除すること。
 - ・ 連携を提供する機関について評価すること。
 - ・ 法人外事業所と連携した場合に評価すること。

参考資料1：自立支援・重度化防止を目的とした連携の普及拡充

(2). 介護サービスにおける機能訓練の状況等に係る調査研究一試

1. 生活機能向上連携加算の算定状況

(介護保険総合データベースを用いた分析)

※集計対象となるサービス提供年月：令和元年10月

- 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設は、全事業所・施設ベースで3.1%であった。これをサービス種別にみると、認知症対応型共同生活介護(7.6%)、介護老人福祉施設(6.3%)の算定率が他サービス種別に比べ高かった。
- 個別機能訓練加算の算定有無別にみると、通所介護と介護老人福祉施設では「個別機能訓練加算を算定している場合の区分で算定」(100単位)している場合が多いのに対し、短期入所生活介護と特定施設入居者生活介護については、「個別機能訓練加算を算定していない場合の区分で算定」(200単位)している場合の方が高かった。また、広域型か地域密着型かの違い別にみると、どのサービスにおいても、広域型の事業所・施設による算定率の方が高かった。

図表 生活機能向上連携加算を算定している事業所・施設数・構成比

	事業所・施設数(件)					構成比(%)				
	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	両方算定	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	両方算定
① 通所介護	43,192	1,476	-	-	-	41,716	100.0%	3.4%	-	-
② 認知症対応型通所介護	3,899	162	-	-	-	3,737	100.0%	4.2%	-	-
③ 短期入所生活介護	15,399	229	-	-	-	15,170	100.0%	1.5%	-	-
④ 特定施設入居者生活介護	10,202	371	-	-	-	9,831	100.0%	3.6%	-	-
⑤ 認知症対応型共同生活介護	14,842	1,136	-	-	-	13,706	100.0%	7.6%	-	-
⑥ 介護老人福祉施設	10,491	656	-	-	-	9,835	100.0%	6.3%	-	-
⑦ 訪問介護	33,053	136	31	92	7	32,793	100.0%	0.4%	0.1%	0.3%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	9,468	207	104	76	27	9,054	100.0%	2.2%	1.1%	0.8%
⑨ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	970	23	3	18	2	924	100.0%	2.4%	0.3%	1.9%
全体	141,516	4,384	138	186	36	136,772	100.0%	3.1%	0.1%	0.1%

図1 連携加算の算定状況

【出典】介護給付費分科会 - 介護報酬改定検証・研究委員会, 第19回(R2.3.26): 資料1-2

調査対象事業所・施設票 問3-6【通所介護】

図表 連携先は同一法人内か否か

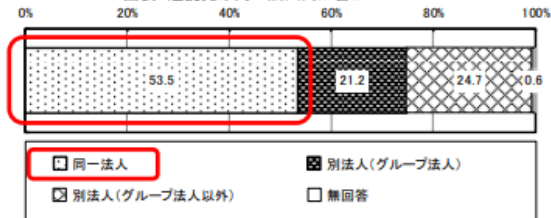


図3 法人内外での算定状況の差

【出典】介護給付費分科会 - 介護報酬改定検証・研究委員会, 第19回(R2.3.26): 資料1-2

4.(1)⑥ 人員配置基準における両立支援への配慮

概要	【全サービス★】
○ 介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、各サービスの人員配置基準や報酬算定について、以下の見直しを行う。【通知改正】	
・ 「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、介護の短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。	
・ 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1(常勤)と扱うことを認める。	
・ 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。	
この場合において、常勤職員の割合を要件とするサービス提供体制強化加算等の加算について、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合、当該職員についても常勤職員の割合に含めることを認める。	

図5 介護報酬の常勤配置の要件

【出典】厚生労働省：令和3年度介護報酬改定における改定事項について

通所介護 生活機能向上連携加算(算定していない理由)

- 通所介護における生活機能向上連携加算を算定していない理由をみると「外部のリハ事業所等との連携が難しいため」(36.7%)が最も多く、次いで「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないため」(35.9%)が多かった。

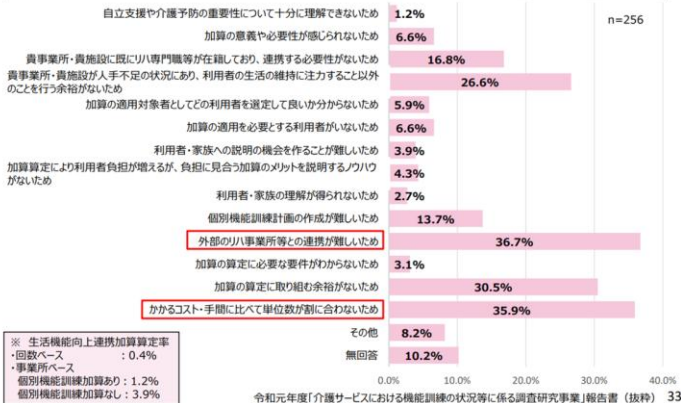


図2 連携加算を算定していない理由

【出典】社保審 - 介護給付費分科会, 第180回(R2.7.20): 資料1

ICT活用の効果

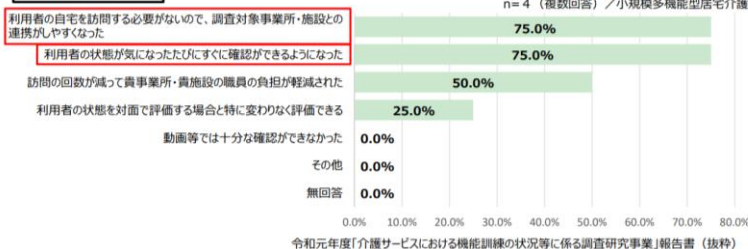


図4 ICT活用の効果

【出典】社保審 - 介護給付費分科会, 第180回(R2.7.20): 資料1

【1-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 一①】

① 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

- 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせ常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせ常勤換算で配置可能とする。

図6 診療報酬の常勤配置の要件

【出典】厚生労働省：令和2年度診療報酬改定について

参考資料 2 : 自立支援・重度化防止を目的とした連携の普及拡充

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し①

【ア：通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、短期入所生活介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、イ：訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★】

○ 生活機能向上連携加算について、算定率が低い状況を踏まえ、その目的である外部のリハビリテーション専門職等との連携による自立支援・重度化防止に資する介護の推進を図る観点から、以下の見直し及び対応を行う。

ア 通所系サービス、短期入所系サービス、居住系サービス、施設サービスにおける生活機能向上連携加算について、訪問介護等における同加算と同様に、ICTの活用等により、外部のリハビリテーション専門職等が当該サービス事業所を訪問せずに、利用者の状態を適切に把握し助言した場合について評価する区分を新たに設ける。【告示改正】

イ 訪問系サービス、多機能系サービスにおける生活機能向上連携加算（Ⅱ）について、サービス提供責任者とリハビリテーション専門職等がそれぞれ利用者の自宅を訪問した上で、共同してカンファレンスを行う要件に関して、要介護者の生活機能を維持・向上させるためには多職種によるカンファレンスが効果的であることや、業務効率化の観点から、同カンファレンスについては利用者・家族も参加するサービス担当者会議の前後に時間を明確に区分した上で実施するサービス提供責任者及びリハビリテーション専門職等によるカンファレンスでも差し支えないことを明確化する。【通知改正】

※ 外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。

3.(1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し②

単位数（ア）

< 現行 >

生活機能向上連携加算 200単位/月

< 改定後 >

⇒ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位/月（新設）（※3月に1回を限度）
生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位/月（現行と同じ）

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

算定要件等（ア）

< 生活機能向上連携加算（Ⅰ） >（新設）

- 訪問・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（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

< 生活機能向上連携加算（Ⅱ） >（現行と同じ）

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

【出典】厚生労働省：令和3年度介護報酬改定における改定事項について

※連携加算Ⅱ：個別機能訓練加算を算定している場合は、100単位/月（減算）

【参考】介護報酬早見表