

介護給付費分科会 意見交換資料

③ 医療系サービス

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

全国デイ・ケア協会

回復期リハビリテーション病棟協会

日本理学療法士協会

日本言語聴覚士協会

日本リハビリテーション病院・施設協会

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看護学会

日本作業療法士協会

リハビリテーション前置主義の徹底を

医療・介護の複合ニーズが増大する中、自立支援の鍵を握るのが「リハビリテーション前置」である。高齢者に限らず、障害を有する方が、心身機能の低下時に居住場所や状態を問わず、「誰でも」「いつでも」「どこで暮らしていても」「適切な」リハビリテーションを受けられる体制の構築が不可欠である。

・要望の概要

・ 処遇改善と基本報酬の引き上げ

- ・ 介護領域のリハビリテーション専門職の給与は全産業平均より大幅に低く、人材流出の要因となっている。処遇改善加算において専門職への配分を制度上明確に位置付け、継続的な昇給を担保する仕組みが必要である。あわせて、昨今の物価高騰による運営コスト増加を踏まえ、現場の経営安定と確実な賃上げにつなげるための基本報酬の引き上げを強く求める。

・ いつでも：退院・退所時および状態低下・不安定時利用の評価

- ・ 在宅療養環境を早期に整えるため、退院・退所日の訪問リハ費の算定容認や、老健からの退所前共同指導への加算拡大を要望する。また、状態悪化を早期発見するため、低頻度の「適時適切な定期評価・指導」に対する新報酬の創設を求める。

・ どこで暮らしていても（地域・施設を問わない展開）：移動評価と施設連携の拡大

- ・ 自宅在住者への長時間の訪問・送迎業務にかかる労力を基本報酬等で適正評価し、区分支給限度基準額の対象外とすることを求める。また、リハビリテーション専門職等が少ない施設在住者に対しても、協力医療機関等と連携して専門的な評価や助言を受けられる新たな支援体制を評価すべきである。

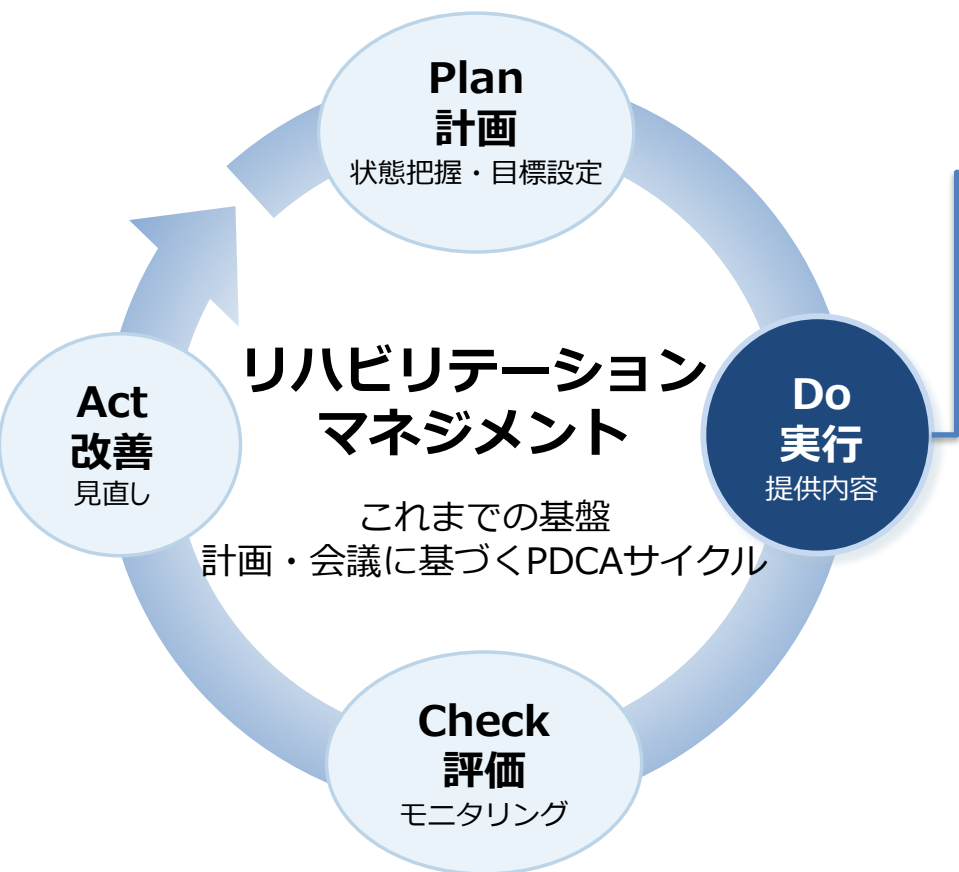
・ 適切な（質の向上）：提供内容の標準化と可視化

- ・ 実践内容を共通の枠組みで整理し、「標準化（訓練手法や尺度の共通化）」と「可視化（共有の仕組み）」を推進することで、個別支援の質向上と科学的検証のサイクルを確立する。

居住場所や障害にかかわらず、必要とされるときに適切なリハビリテーション医療・サービスにアクセスできる持続可能な制度の確立に向け、本要望の実現を強く求める。

生活期リハビリテーションの更なる質の向上に向けて

- 実際に提供されたリハビリテーションの内容（環境調整・本人・家族への指導指導含む）は、これまで標準化・可視化が必ずしも十分ではなかった。
- 今後は、提供内容を共通の枠組みで整理し、計画・目標・評価とつなげて振り返ることが重要である。



提供内容の標準化と可視化が必要

標準化：訓練手法、評価尺度等を共通の定義で記録する

可視化：提供内容を振り返り・共有可能とする仕組み

質向上に向けた実践と検証のサイクル

【現場での活用（個別支援の質向上）】

- ・計画・目標と提供内容の関係を確認し、次の計画や支援方針に活かす
- ・多職種・事業所・地域での提供内容を共有し、実践の改善につなげる

↓ 好事例等の日々の実践を蓄積



↑ 知見やフィードバックを現場へ還元

【蓄積データとしての活用（実態把握・検証）】

- ・日々の提供内容のデータを蓄積し、実態把握や科学的検証に役立てる

留意点：現場の入力負担に配慮すること。訓練内容やアウトカムを報酬評価に直結させない。

生活期リハビリテーションの更なる質の向上に向けて

経済・物価動向を踏まえた報酬の引き上げ

1-1 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション） [p6](#)

1-2 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ（介護老人保健施設） [p7](#)

通所リハビリテーション

2 適時適切な評価・指導に対する報酬の新設 [p9](#)

3 退院時共同指導加算における要件の拡大 [p10](#)

4 長時間の移動や広域送迎に対する適正評価の要望 [p11](#)

5 生活行為向上リハビリテーション実施加算の普及に向けた算定要件の柔軟化（生活目標達成の更なる推進・生活機能低下時の対応強化） [p12](#)

6 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し [p13](#)

7 介護予防通所リハと総合事業（通所型サービス）の併用可能の明文化 [p14](#)

訪問リハビリテーション

8 訪問リハサービス提供体制強化加算の見直し [p15](#)

9 訪問リハビリテーション診療未実施減算について [p18](#)

10 退院・退所日の訪問リハビリテーションの提供の評価 [p19](#)

通リハ・訪リハ提供の促進・アウトリーチ機能の強化

- | | | |
|----|--|-----|
| 11 | 居宅介護サービスにおけるリハビリテーションサービスの位置づけの見直し | p20 |
| 12 | 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提供施設および連携施設の拡大 | p21 |
| 13 | 生活期における治療用装具及び補装具の継続的評価について | p23 |

介護老人保健施設における医療ニーズへの対応強化

- | | | |
|----|--|-----|
| 14 | 介護老人保健施設における医療ニーズへの対応強化に向けた短期集中リハビリテーション実施加算の見直し | p25 |
|----|--|-----|

介護老人福祉施設、社会福祉施設における医療専門職の関与の推進

- | | | |
|----|---|-----|
| 15 | 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 | p32 |
| 16 | 特別養護老人ホーム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 | p37 |
| 17 | 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 | p41 |

1-1. 経済・物価動向を踏まえたリハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ

要望

- 医療・介護・福祉等の現場の厳しい状況を踏まえ、経営の安定を図りつつ現場で働くリハ専門職等の賃上げに確実につながるよう、経済・物価動向等を踏まえ、**リハビリテーション提供に係る基本報酬（訪問リハビリテーション費・通所リハビリテーション費）の引き上げを行うこと。**なお、物価高上昇による対応分に関しては、**区分支給限度額外**とすること。

現状

- 令和6年度介護報酬改定では、介護従事者等処遇改善加算の一本化が行われ、加算率の引き上げが実施されたが、昨今の物価上昇および全産業平均に達する賃上げ水準までには至っていない。
- 政府は**骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針）2025**において、「**医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかり図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある**」と明記し、さらに「**公定価格（医療・介護・保育・福祉等）の引上げ**」についての方針を打ち出している。

課題

- 昨今の物価高騰により、委託費・光熱費・燃料費等の運営コストが増加し、施設・事業所運営の継続が困難となっている。**介護サービスの全サービスのうち37.5%は赤字経営**となっている。
- 平成27年度改定から令和6年度改定の間、**消費者物価指数は14.8%増加**を認めているが、**リハ専門職が関わる介護報酬単位数については物価上昇に見合う引き上げがされていない（図1）。**

図1 報酬改定年度毎の単位数および消費者物価指数

サービス内容	項目	算定単位	2012年度(H24)	2015年度(H27)	2018年度(H30)	2021年度(R3)	2024年度(R6)	増減率(%) ※2012年と2024年で同様の加算内容を比較
訪問リハビリテーション費	—	1回 (20分)	305	302	290	307	308	1.0
通所リハビリテーション費 (要介護3の場合) ・2018年以前：6時間以上～8時間未満 ・2018年以降：7時間以上～8時間未満の単位数を掲載。	通常規模型	—	970	1022	988	1039	1046	7.8
	大規模型Ⅱ	—	929	982	922	973	—	3.0
	大規模型	—	—	—	—	—	983	
消費者物価指数 ※2020年=100	—	—	94.5	98.2	99.6	99.8	108.5	14.8

参考：総務省、2024年（令和6年）平均消費者物価指数の動向 消費者物価指数 / 2020年基準消費者物価指数 / 年報
厚生労働省、H24～R6 介護給付費単位数等サービスコード表

1-2. 経済・物価動向を踏まえた リハビリテーションの提供に係る報酬の引き上げ（介護老人保健施設）

現 状

- 介護老人保健施設（老健）におけるリハ専門職の配置基準は、入所者100人あたり1人以上となっている。
- さらに、在宅復帰・在宅支援等指標（参考資料1）のうち、リハ専門職の配置割合は評価項目のひとつであり、最上位の超強化型では平均6.7人と高くなっている（図1）。
- 介護老人保健施設におけるリハ専門職による算定は、短期集中リハビリテーション実施加算および認知症短期集中リハビリテーション実施加算がある。令和6年度改定において、短期集中リハビリテーション実施加算は+18単位増とはなったが、人員基準や施設類型（その他型を除く）に関わらず一律である。

課 題

- 専門職がリハビリテーションを提供できることが老健の強みではあるが、人員採用や十分な職員配置には費用がかかり、利益率は低水準である（図2）。令和7年度介護事業経営概況調査結果では、介護老人保健施設のうち49%は赤字経営であり、介護保険における全サービスの中で赤字事業所割合の割合は最も高いことが示されている（図3）。
- 施設類型や人員配置を手厚く配置している施設（強化型・超強化型施設）において、施設入所中や退院後の支援、地域支援を含む継続的なサービス提供をおこなうには、リハ専門職を含む職員の十分な配置が可能な報酬体系とするべきである。

要 望

- 在宅復帰機能が強くリハビリテーションの提供体制が確保された老健の持続可能性を担保するため、強化型・超強化型施設（介護老人保健施設サービス費（在宅強化型）および在宅復帰・在宅療養支援加算（Ⅱ））に対して、報酬の引き上げをおこなうこと。
- 以下について算定要件に反映し、地域への柔軟なサービス提供および在宅支援を促進とすること。
 - ・「地域貢献活動」：地域貢献活動や外部の介護施設・事業所への専門的支援についてさらなる評価をおこなうこと。
 - ・「充実したリハビリテーションの実施」：退院・退所後に、在宅等でも切れ目なくリハビリテーションを提供する体制を構築するため、訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションの事業所を併設することについてさらなる評価をおこなうこと。さらに、訪問リハビリテーション費の算定回数が直近●回以上の場合に評価をすること。

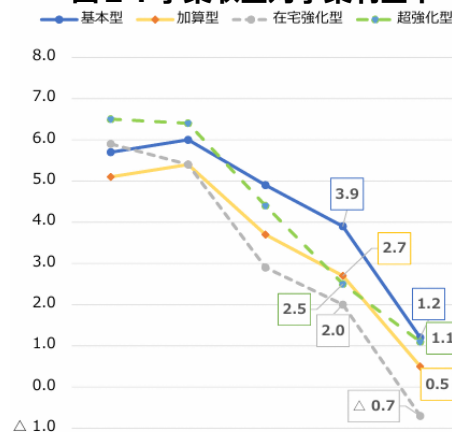
図1：リハ専門職の配置割合
（2023年4～6月）

	回答数	平均値（人）
介護老人保健施設	496	5.2
超強化型	163	6.7
在宅強化型	56	5.9
加算型	160	4.6
基本型	109	3.8
その他型	8	2.6

出典：令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）（2）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業報告書、p.91

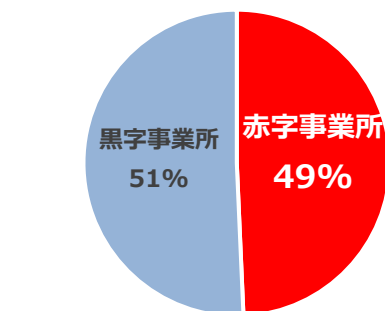
【引用】公益社団法人全国老人保健施設協会、介護白書ー老健施設の立場からー令和6年版、p.36-37

図2：事業収益対事業利益率



【引用】介護老人保健施設の経営と人材確保、独立行政法人福祉医療機構、

図3：介護老人保健施設における赤字・黒字事業所割合



	赤字事業所	黒字事業所
介護老人保健施設	49.3%	50.7%
全サービス平均	37.5%	62.5%

【参考】厚生労働省、令和7年度介護事業経営概況調査結果より作成。

介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価
(令和3年度介護報酬改定後)

算定要件等					
	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	左記の要件を満たさない
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :				
下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90)				
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス(訪問リハビリテーションを含む) 3	2サービス 1	0、1サービス
⑥リハ専門職の配置割合	5以上(PT、OT、STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2	3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日*以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月*以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

39

- ※ 基本サービス費には「週2回20分以上の機能訓練をおこなうこと(集団リハのみは不可)」が含まれる。(参考: H21.4.QA vol1)
- ※ 評価項目のうち充実したリハ: 個別リハビリテーションの実施を指す。(介護報酬QA.H30.3.23/vol629)

2. 適時適切な評価・指導に対する報酬の新設

要望

退院・退所直後や他サービス利用者の状態低下やその不安がある場合に、「評価・指導目的」で利用するケースに対し、専門職によるアセスメントと地域連携の労力を適正に評価することを、新たな加算として設けてはどうか。

要望理由・課題

- 既に地域での活動や他サービスの定期的な利用によって生活が維持できている方であっても、リハ専門職が定期的な評価および指導を行うことで、心身機能の低下や状態悪化をいち早く発見することが可能となる。また、退院・退所直後において、高頻度かつ継続的な通所リハの利用までは必要としない状態であっても、専門職による評価や指導の機会があることで本人や家族の大きな安心感につながり、在宅生活へのスムーズな定着を支援できる。
- これらの早期発見や専門的評価により、状態が重度化する前にケアマネジャーや関係機関と速やかに連携し、必要なタイミングで適切なサービスへとつなげることができ、利用者の地域生活の継続に大きく貢献する。
- しかし、低頻度の利用であっても、詳細なアセスメント、リハ会議の開催、計画書の作成など、多大な時間を要する。
- 現行の報酬は利用回数に依存する仕組みであるため、このような低頻度利用では、評価やマネジメントにかかる手間に対して著しく報酬が低い構造になっている。
- これらの理由から、事業所側が評価や指導目的の低頻度利用の受け入れを躊躇せざるを得ず、結果として「専門職による定期的なモニタリング・評価機能」が提供されにくい状況が生じている。

算定要件（案）

※本加算を算定した利用者については、移行支援加算における「他サービス等へ移行し、当事業所の利用を終了した者」と同等に見なす

対象：ケアマネジャーがリハ専門職によるアセスメントが必要と判断した者。

要件：ケアマネジャーがリハ専門職によるアセスメントが必要と判断した場合や状態が不安定な場合に詳細評価および指導を実施すること。

- ◆ アセスメント内容：身体機能、ADL/IADL、地域活動への参加状況等。
- ◆ 手法：通所リハ事業所への来所による対面評価。
- ◆ 各評価の結果を、担当ケアマネジャーおよび主治医へフィードバックすること。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

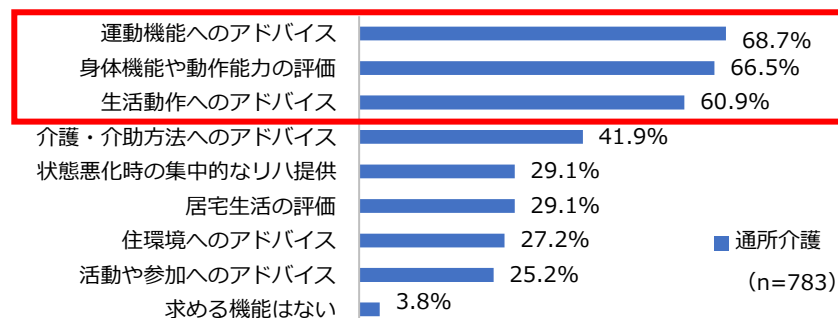
- ◆ 高齢者の抱える背景事情も踏まえた退院調整等による早期退院、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリテーションを継続できるような体制の確保が求められる

令和8年度診療報酬改定（リハビリテーション）

- ◆ 介護支援専門員と協力して、適宜、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所を紹介し、見学、体験を提案すること

病院から生活期への移行が促進⇒必要な方が利用できる枠の確保が必要

通所介護における連携にて通所リハへ求める機能



3. 退院時共同指導加算における要件の拡大

要望

医療機関の退院前に加えて、介護老人保健施設等における退所前の共同指導についても退院時共同指導加算の算定要件に追加してはどうか。

要望理由・課題

- 令和6年度介護報酬改定において、通所・訪問リハビリテーションに退院時共同指導加算が新設された。
- 当該加算は、病院や診療所を退院する利用者に対し、通所（訪問）リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合に算定できるものである。
- 介護老人保健施設等においても同様に退所前カンファレンスが開催され退所前指導が実施されていることから、訪問看護同様に算定要件へ追加することが望ましい。

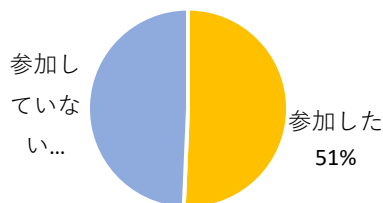
退院時共同指導加算の算定要件（通所リハ・訪問リハ）

- 病院や診療所を退院する利用者に対し、通所（訪問）リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った後に、初回のサービス提供を行うこと。
- 退院時共同指導の内容を記録すること。

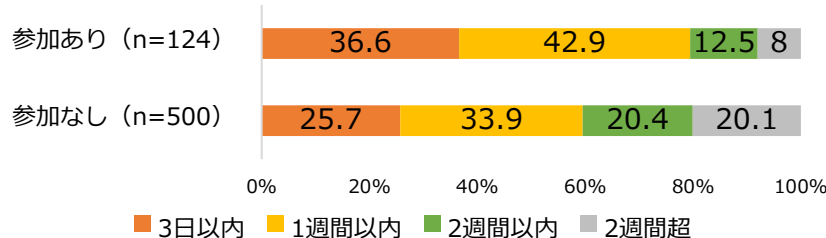
退院時共同指導加算の算定要件（訪問看護）

- 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院から退院・退所する利用者やその看護にあたる者に対して、病院等の主治医、その他従業者と共同して在宅での療養上の指導を行うこと
- 退院時共同指導の内容を提供すること
- 退院・退所後に訪問看護を行うこと
- 退院時共同指導の内容を訪問看護記録書に記録すること

退院前カンファレンスの参加有無（通所リハ）
(n=221)



退院・退所前カンファレンス参加有無別
通所リハ利用開始までの期間



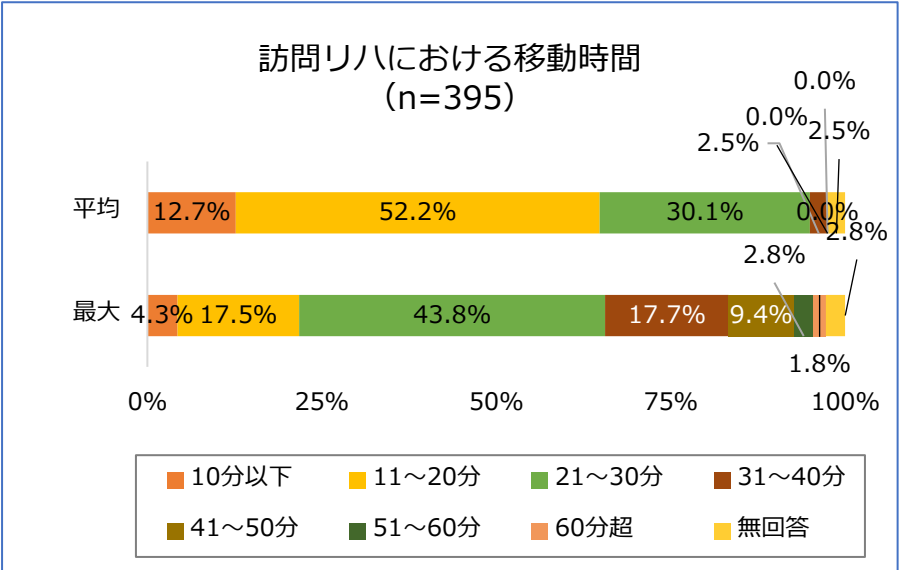
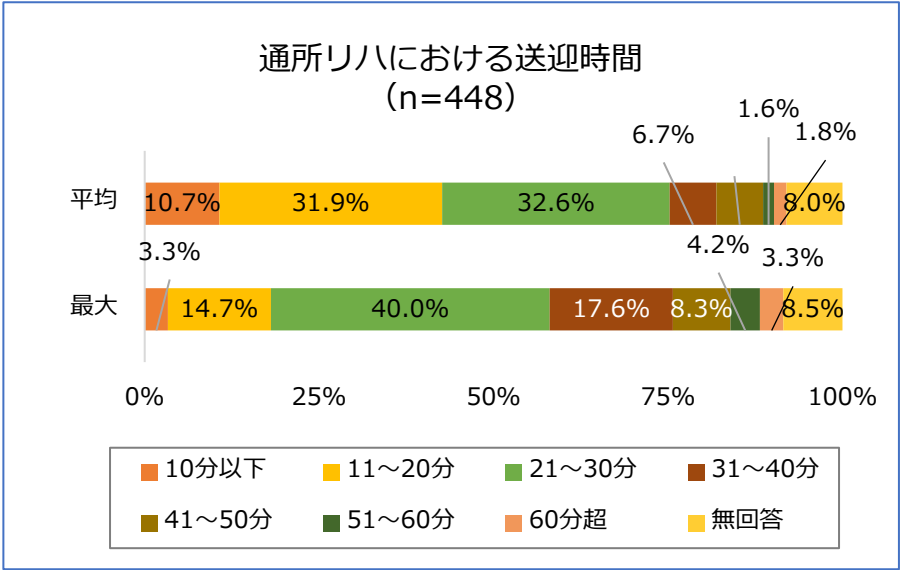
4. 長時間の移動や広域送迎に対する適正評価の要望

要望

通所リハビリテーションにおける長時間および広域な送迎業務、および訪問リハビリテーションの長時間の移動にかかる労力と機会費用に対し、地域におけるサービス提供体制を維持するための新たな評価（加算の拡充、または基本報酬等での適正な評価）を設けてはどうか。また当該評価については、居住地域や事業所の立地による格差を是正するため、「区分支給限度基準額の算定対象外」とすること。

要望理由・課題

- 通所リハビリテーションの送迎業務や訪問リハビリテーションの移動においては、片道30分～1時間以上を要するケースもある。しかし現行制度では、訪問は「提供時間」、通所は「基本報酬内」の評価であり、移動にかかる「時間」や「距離」の負担が報酬に反映されない構造となっている。
- 移動時間が長くなるほど、1日あたりの訪問件数や、事業所の受入可能人数が直接的に減少する。さらに、送迎業務には運転手や添乗スタッフなどの人員確保が不可欠であり、長時間の送迎はそれに伴う人件費の高騰に直結する。事業所の経営を著しく圧迫するため、遠方や交通手段の乏しい地域、あるいは送迎に時間を要するエリアへのサービス提供を制限・躊躇せざるを得ない事態が生じている。
- 長時間の移動や送迎の負担は、中山間地域等に限らず、都市部における慢性的な交通渋滞やサービス量の少ない地域にてニーズに対応するための広域送迎など、全国のあらゆる地域で発生している。しかし、現行の報酬体系ではこれら長時間の移動に伴う稼働時間やコストが適切に評価されておらず、個々の事業所の実情に見合ったインセンティブとして十分に機能していない。
- さらに、広域送迎や移動にかかる新たな評価が区分支給限度基準額の対象に含まれると、遠方に住む利用者や送迎効率の確保が難しい地域の利用者は限度額が圧迫され、他の必要な介護サービスを削らざるを得ない事態が生じる。居住地域によるサービス提供量の格差を防ぐためにも、当該評価は限度額の算定対象外とすることが望ましい。



5. 生活行為向上リハビリテーション実施加算の普及に向けた算定要件の柔軟化 (生活目標達成の更なる推進・生活機能低下時の対応強化)

要望

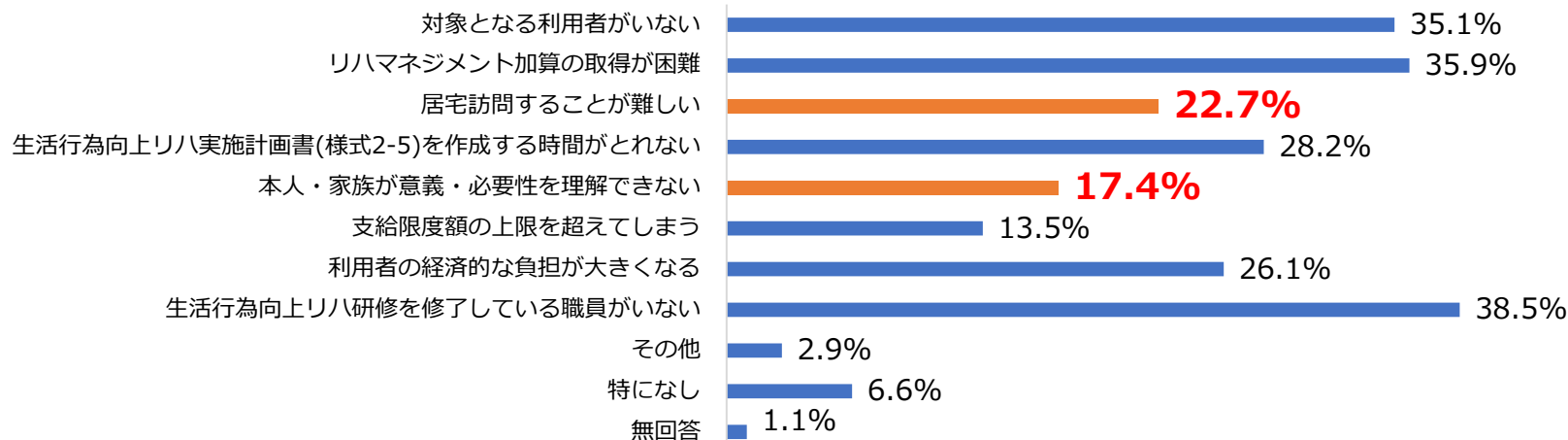
生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定を促進し、利用者の生活機能の向上をより効果的に図るため、以下の要件の見直しを要望する。

- 居宅を訪問した際、評価だけでなく、実際の生活環境下での実践的なリハビリテーションの提供を要件として認めること。
- 居宅訪問の必要性がないと判断されるケースにおいては、代替要件として「当該生活行為の獲得に向けた個別に関わる時間」を一定時間担保すること。

要望理由・課題

- 現在、当該加算が目指す「生活行為の向上」という具体的な目的やリハビリテーションマネジメント加算との役割の違いが、現場において十分に浸透していない。当該加算の本来の趣旨を専門職やケアマネジャー、利用者等へわかりやすく提示し、加算の目的を改めて明確化することが、制度の適切な普及に向けて求められている。
- 現行の居宅訪問は「評価」としての意味合いが強いが、実際の生活環境で直接なリハビリテーションを行うことこそが、効果的かつ早期の生活行為の獲得に直結する。
- また、急性増悪によって生活行為の低下をきたしている場合や、すでに住環境が調整済みであるなど、必ずしも居宅訪問を必要としないケースも存在する。
- 居宅訪問を要しない場合であっても、目標とする生活行為の獲得には集中的な個別対応が不可欠である。「居宅訪問」の代わりに「個別の対応時間の担保」を評価の選択肢として設けることで、利用者の個別性に合わせた柔軟なマネジメントが可能となり、自立支援の促進に繋がる。

生活行為向上リハ実施加算の未算定の理由 (n=379)



6. 通所リハビリテーション費における運営基準の見直し

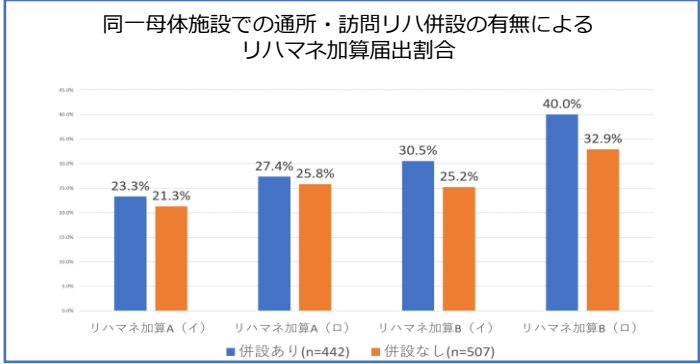
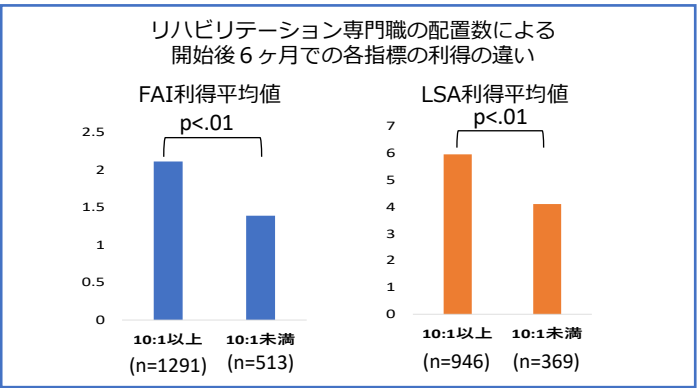
要望

質の高い通所リハを実施するため、通所リハ費の運営基準として理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置状況、定期的な居宅訪問の実績、同一母体施設での訪問リハの実績、地域リハ活動支援事業への協力実績に応じた区分を新設してはどうか。また、リハビリテーションマネジメントの普及のため基本報酬に包括してはどうか。

要望理由・課題

- ① 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置が多い場合はFAIやLSAが有意に改善しているが、現行の通所リハビリテーション費における人員基準では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は利用者100人に1以上と低基準のため、事業所間での配置格差が生じている。
- ② 訪問リハビリテーションを併給することで、生活課題の解決や生活能力の向上を目標に設定し目標達成する傾向があり、IADLも向上しやすい。また併給している事業所でリハビリテーションマネジメント加算の届出割合が高く、また事業所数地外での評価・練習割合が高い。
- ③ リハビリテーションマネジメントが加算であるため十分な普及につながっていない。老健施設と同様に基本報酬に組み入れることで、リハビリテーションマネジメントを体制として評価することも一考。また、定期的な居宅訪問も同様に基本報酬に組み入れることが必要ではないか。
- ④ 地域における人材活用や関係機関との連携強化を鑑み、事業所として地域リハビリテーション活動支援事業に協力することが期待されている。

	基準Ⅰ (超強化型)	基準Ⅱ (強化型)	基準Ⅲ ※現行 (従来型)
リハ専門職配置基準(比率) ※1	利用者 10 人に 1 以上	利用者 25 人に 1 以上	利用者 100 人に 1 以上
リハ専門職配置基準(職種)	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 3職種	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 いずれか2職種以上	—
リハビリテーションマネジメント	80%以上	50%以上	—
定期的な居宅訪問の実施	あり	あり	
同一母体施設での 訪問リハ提供実績	あり	あり	—
地域リハ活動支援事業への 協力実績	あり	あり	—
研修の修了	あり	—	—



※1 一日の延べ利用者数に対するリハ専門職の配置割合

7. 介護予防通所リハと総合事業（通所型サービス）の併用可能な明文化

要望

要支援者における円滑なサービス移行を推進する観点から、介護予防通所リハビリテーションと総合事業の通所型サービス（第1号通所事業）の併用が可能である旨を、通知やQ&A等において改めて明記していただきたい。

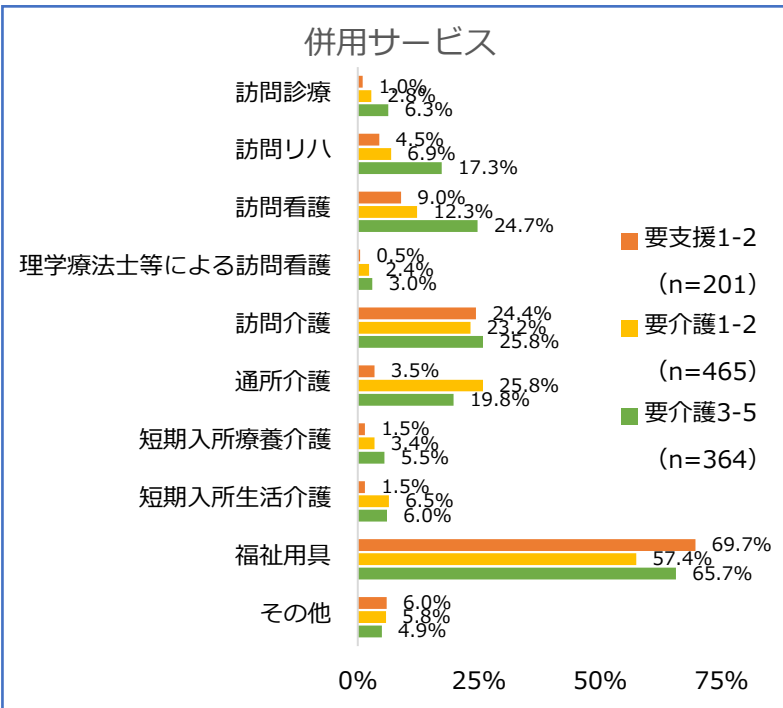
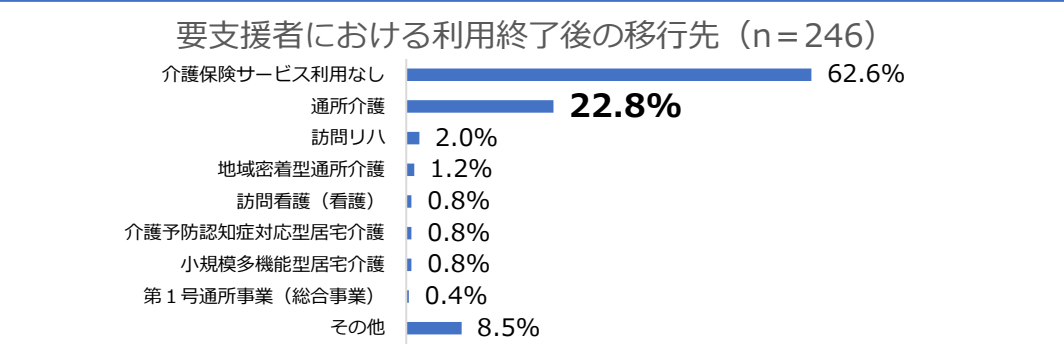
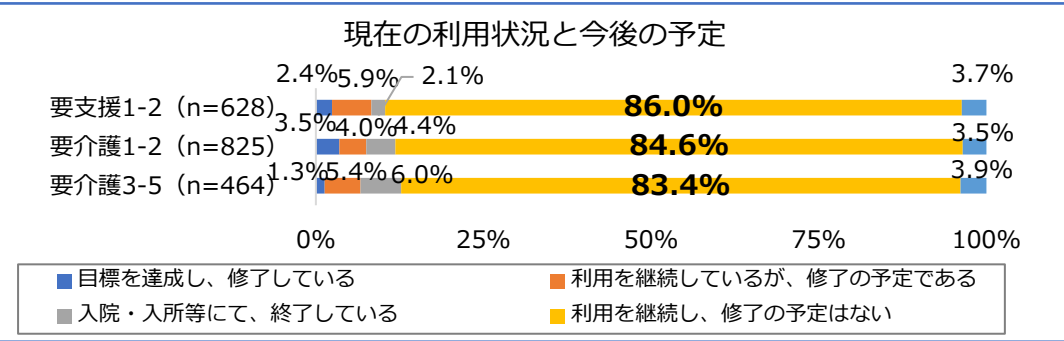
要望理由・課題

- 過去のQ&A（平成18年4月改定関係Q&A Vol.1 問12）等の影響により、現場や自治体において「両サービスの併用は不可」と誤認される場合があり、要支援者の状態や多様なニーズに合わせた柔軟なサービス利用が阻害されている。
- この誤認は、通所リハビリテーションから総合事業の通所型サービス等へ移行する際の円滑な引き継ぎの妨げになっている。公式に「併用可能」と明記することで現場の混乱を解消し、利用者に適したシームレスなサービスの移行に寄与できる。

平成18年4月改定関係Q&A（Vol.1）問12

介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週1回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。

【答】 地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置づけることから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。



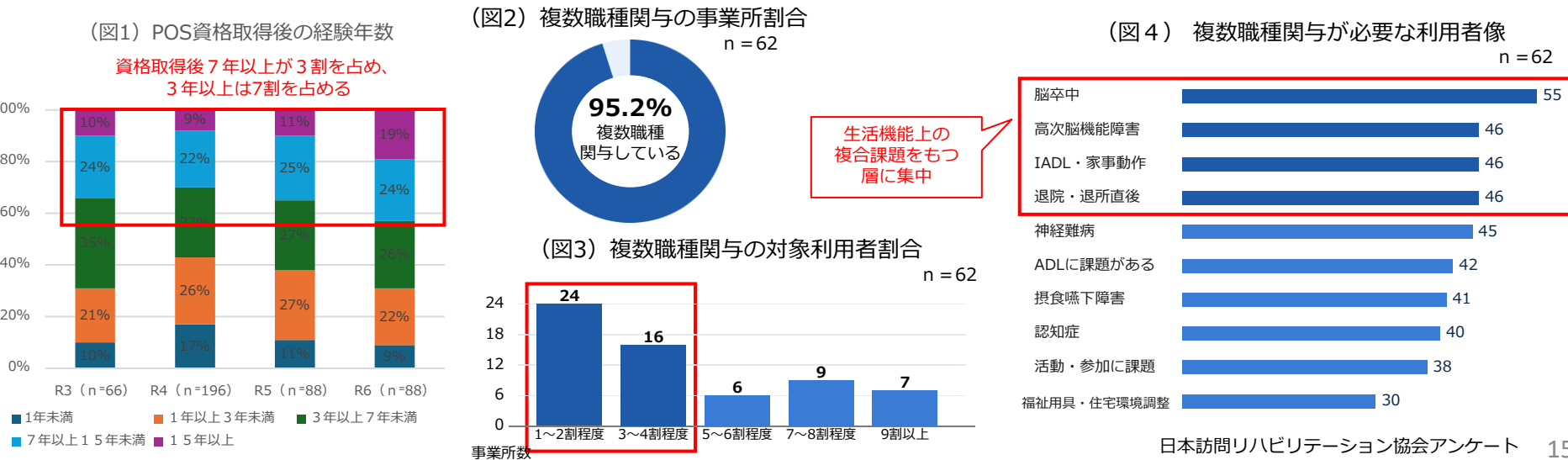
8. 訪問リハビリサービス提供体制強化加算の見直し

要望 訪問リハビリテーションの質向上を図る観点から、現行の加算は維持しつつ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種配置している施設及び事業所に体制加算を新設すること。

	現 行	提 案
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のうち、勤続年数7年以上のものが1名以上 6単位/回	（イ）7年以上勤務している常勤リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）を1名以上配置していること。 （ロ）（イ）の要件に加え、次の要件を全て満たすこと。 ・ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種を配置していること。 ・配置する3職種のうち2職種以上について、それぞれ7年以上勤務している常勤職員を1名以上配置していること。
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	勤続年数3年以上のものが1名以上 3単位/回	（イ）3年以上勤務している常勤リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）を1名以上配置していること。 （ロ）（イ）の要件に加え、次の要件を全て満たすこと。 ・ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の3職種を配置していること。 ・配置する3職種のうち2職種以上について、それぞれ3年以上勤務している常勤職員を1名以上配置していること。

要望理由・課題

- ・現状の訪問リハ事業所のPT・OT・STの経験年数は、約7割～8割で3年以上の経験があり、現行の勤続年数のみの評価では事業所ごとのサービス品質の差を十分に反映できなくなっている。（図1）
- ・訪問リハ対象者の課題は、移動、ADL、IADL、社会参加、コミュニケーション、嚥下等の複合的課題を有することが多く、単独職種のみでは生活機能全体への対応が限定的となる場合がある。調査では、複数職種が関与した経験を持つ事業所は95.2%（図2）に達しており、その必要性は広く認識されており、必要に応じてPT・OT・STが補完的に関与できることが重要である。（参考資料）
- ・実施状況の格差として、複数職種関与の実績はあるものの、対象利用者が「4割以下」に留まる事業所が多い（図3）。この「一部の利用者にとのみ行っている事業所」と「体制として一定割合以上の利用者に提供している事業所」を差別化することが、質の底上げに繋がらないか。
- ・複合的課題を有する利用者の生活機能全体を見据えた訪問リハビリテーションの質を適切に評価していく（図4）ためには、経験年数に加えて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置している事業所を評価できないか。



医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

連携のポイント①
診療情報を提供



診療情報提供書

- ・現病歴・既往歴
- ・治療経過・内服薬
- ・医学管理上の留意点
- ・入院中のイベントなど

連携のポイント② 医療と介護共通の
リハビリテーション実施計画書を作成



リハビリ実施計画書

- ・現在の身体機能・動作能力
- ・訓練の目標・方針
- ・入院中の訓練内容
- ・訓練上の留意点・禁忌
- ・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに
介護スタッフも参加



退院前カンファレンス

- ・入院経過の詳細
- ・本人・家族の思い
- ・退院後ケアプラン
- ・現状の課題 等

介護保険 訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価

- ・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- ・課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

背景因子(環境・個人)

- ・本人の希望：普通のご飯を食べたい
- ・家族の希望：トイレで排泄してほしい
- ・夫と娘との3人暮らし
- ・家族は非常に熱心で協力的

複数職種で連携して介入

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

Do

Check

Act

6か月後：娘の見守りのもと，杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行



歩行訓練



嚥下訓練



トイレでの排泄訓練

アウトカム評価

Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

(参考資料 2)

- 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の3団体が行った調査では、訪問リハビリテーション事業所においても**3職種配置している事業所の割合は29%**であった（図1）。
- 訪問リハビリテーション事業所では、病院や診療所と比較し、**介護老人保健施設の方が3職種配置している割合が低い**（図2）。
- **3職種配置している通所ならびに訪問リハビリテーション事業所においては、各加算の取得率が高いことが示されている**（図3）。

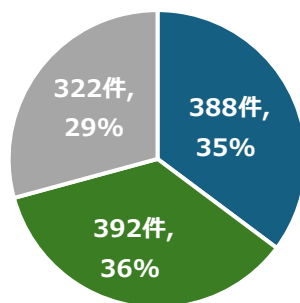


図1：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置状況

【出典】令和4年度3団体調査

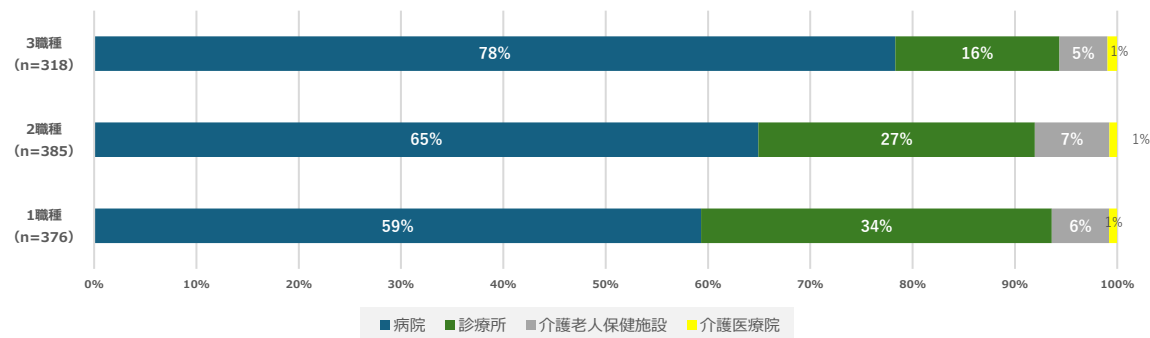


図2：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と経営主体（施設区分）

【出典】令和4年度3団体調査

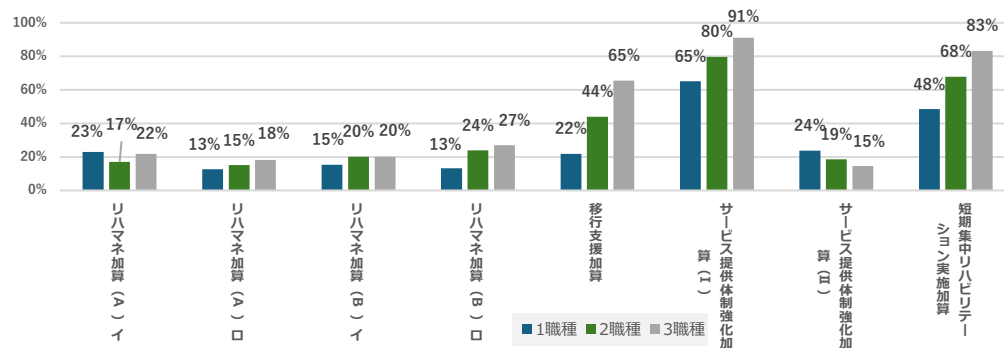


図3：訪問リハビリテーションに従事する専門職の配置職種数と算定している加算

【出典】令和4年度3団体調査

9. 訪問リハビリテーション診療未実施減算について

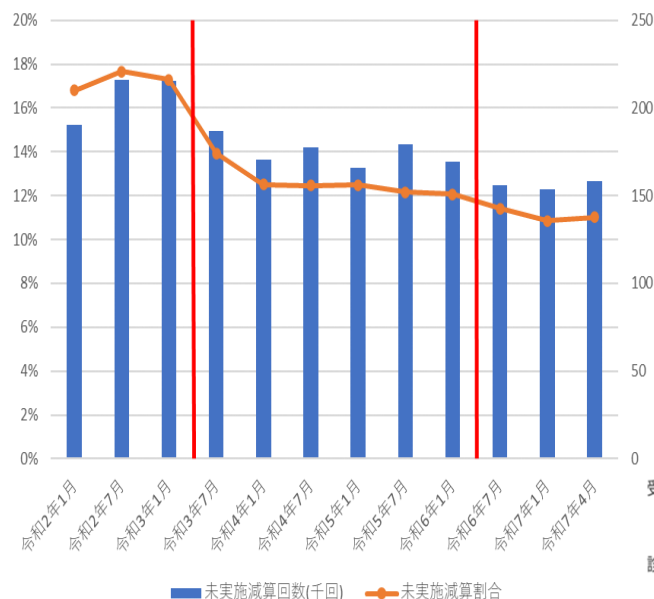
要望

- ・訪問リハ計画診療未実施減算を利用した訪問リハの提供は減少傾向ではあるが一定数存在し、訪問リハ事業所医師の診療が様々な理由により一部行えていない現状もあるため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。
- ・医師の研修機会を増やすため日本医師会の研修のみでなく他の研修も要件に入れていただきたい。
- ・ホームページ等で研修受講状況が確認できる体制を整備していただきたい。

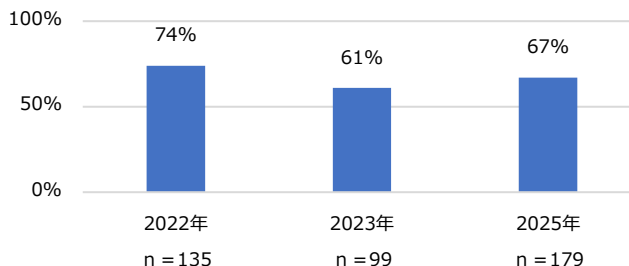
要望理由・課題

- ・訪問リハビリテーション診療において、診療未実施減算の算定は減少傾向ではあるが、要介護者における未実施減算の割合は11%程度あること（図1）
- ・2025年の訪問リハ協会のアンケートにおいても、例年通り、未実施減算算定の適用していない割合は、6割～7割程度と変化なし。（図2）
- ・他医療機関の医師が研修を受けない理由（図3）は、受講メリットを感じない、研修の存在を知らない、時間の確保が困難等である。
- ・ホームページ等で研修受講状況が確認できる体制が整備されていない。（図4）

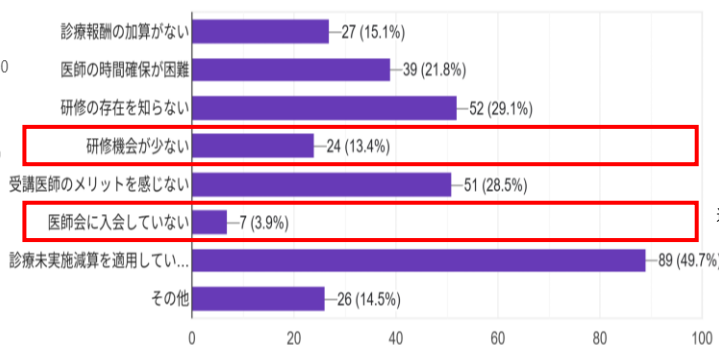
（図1）要介護者における未実施減算数と割合



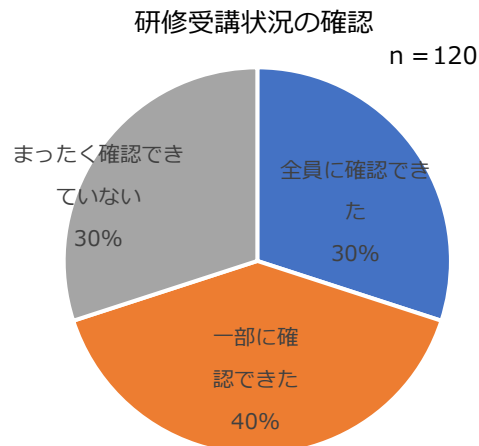
（図2）未実施減算を適用していない割合



（図3）他機関の医師が研修を受けない理由 n = 179



（図4）かかりつけ医における



出典：令和7年度 老人保健健康増進等事業
通所・訪問リハビリテーションの適切な在り方についての調査研究事業

10. 退院・退所日の訪問リハビリテーションの提供の評価

要 望

- 利用者のニーズに対応し在宅での療養環境を早期に整える観点から、主治の医師が必要と認める場合は退院・退所日のリハ専門職の療養環境整備を目的とした訪問を認め、訪問リハビリテーション費の算定を可能とすること。

現 状

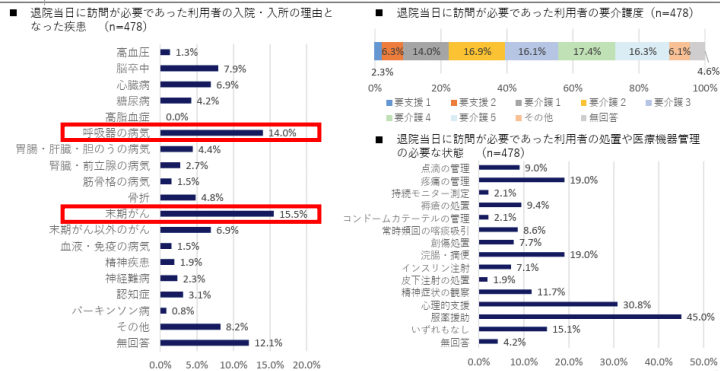
- 退院・退所日は、訪問リハビリテーション費を算定することができない。
- 令和3年度介護報酬改定において、「退院・退所日の訪問看護」については、主治の医師が必要と認める場合は可能となり、令和6年度介護報酬改定にて初回加算（Ⅰ）が創設され、退院・退所日の看護師の訪問が評価されることとなった。

課 題

- 訪問リハビリテーションにおいては、令和6年度介護報酬改定により、事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が、病院や診療所を退院する利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合、退院時共同指導加算が算定可能となった。しかし、訪問リハビリテーション費は退院日の算定が不可のため、退院時共同指導の内容を早期に反映することが難しい状況にある。
- 下記の通り、訪問看護における退院当日に訪問が必要であった利用者は、末期がん、呼吸器の病気等、ADL低下が予想される疾患が上位となっている（図1）。退院当日に訪問が必要であった利用者・家族の困りごとについて、日常生活動作が30%を超えているにも関わらず、住まい・住宅改修、介護用品の手配は10%未満に留まっており（図2）、リハ専門職がニーズに応えられていない可能性がある。
- 退院・退所日は病院・施設にてリハビリテーション費用が算定可能であることから、介護保険での訪問リハビリテーション費および訪問看護費は算定できないとされている。退院・退所日の訪問は自宅での療養環境を早期に整え、安全な生活を支援する目的があり、病院・施設でのリハビリテーションとは全く異なる内容である。
- 退院・退所日にリハ専門職が訪問して療養環境整備を行うことは、再転倒率・再入院率・死亡率・要介護認定率等の低減に繋がり、医療・介護費抑制効果が期待できる。

図1 退院当日に訪問の必要があった利用者の状況

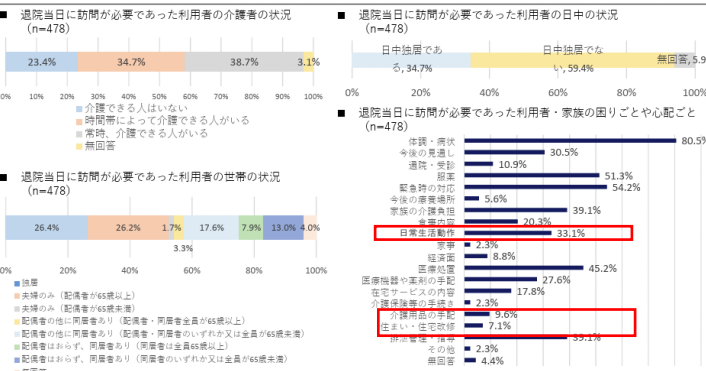
- 退院当日に訪問が必要であった利用者の入院等の理由となった疾患は、末期がん15.5%、呼吸器の病気14.0%で、要介護度は、要介護4が17.4%、要介護2が16.9%、要介護5が16.3%であった。
- 処置や医療機器管理が必要な状態については、服薬援助45.0%、心理的支援30.8%、疼痛管理と浣腸・排便がそれぞれ19.0%であった。



出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び関係研究に係る調査（令和元年調査）、「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業報告書」

図2 退院当日に訪問の必要があった利用者の介護の状況

- 退院当日に訪問が必要であった利用者の介護状況は「介護できる人はいない」23.4%、世帯の状況は「独居」が26.4%であった。
- また、日中の状況については「日中独居」は34.7%、利用者・家族の困りごとは、「体調・病状」80.5%、「緊急時の対応」54.2%、「服薬」51.3%であった。



出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び関係研究に係る調査（令和元年調査）、「訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業報告書」

11. 居宅介護サービスにおけるリハビリテーションサービスの位置づけの見直し

要望

退院・退所直後や要介護度が悪化（状態悪化）した際に、居宅介護支援計画へ通所・訪問リハビリテーションを組み込むことを促進してはどうか。例えば、居宅介護支援における「退院・退所加算」等に、対象者が退院・退所した直後（または要介護度悪化時）において、ケアマネジャーが利用者に対して①訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用を積極的に提案すること、②必要に応じて、対象となる事業所の見学等を調整することといった要件を追加または上位区分を設定してはどうか。

要望理由・課題

- 介護保険法は自立した日常生活を営むことができるよう必要なサービスの提供により国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることが目的とされている。（第1条）
- 一方で、居宅介護支援計画においてリハビリテーションサービスが組み込まれていない場合が散見されており、回復期リハビリテーション病棟協会の調査によると、回復期リハビリテーション病棟を退院した患者の約2/3にリハビリテーションサービスが導入されていない実態があった。
- また、回復期リハビリテーション病棟退院後のリハビリテーションサービスの利用有無によって生活機能に影響があることが示されている。
- 特にリハビリテーションが必要とされる退院・退所直後や要介護度が悪化（状態悪化）した際には、通所・訪問リハビリテーションによるサービス提供が望まれる。
- 令和8年度診療報酬改定では脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハビリテーション料の算定要件が強化の算定要件が強化され、「必要に応じて介護保険リハを提供する事業所を紹介し、見学、体験を提案すること」となった。医療側からの「提案・紹介」が制度化された一方で、受け手・調整役であるケアマネジャーの評価要件が連動していない。

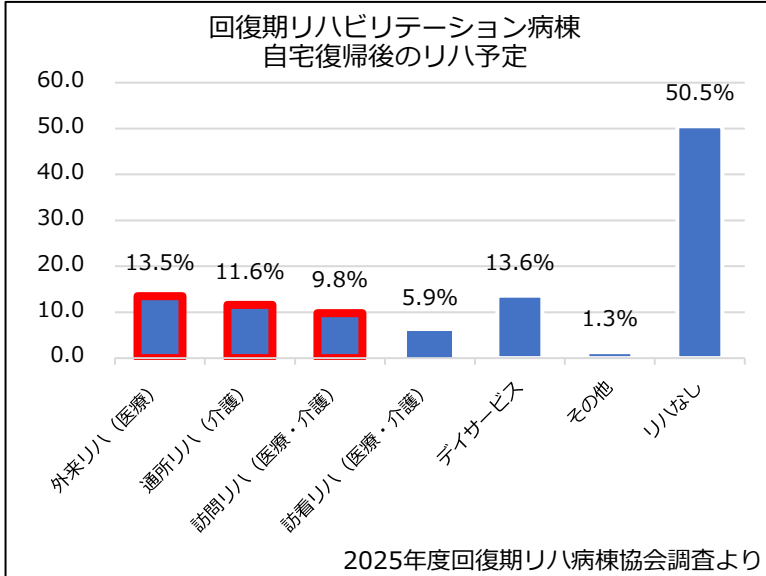
リハビリテーションサービスの利用は、回復期リハビリテーション病棟退院後の患者のBI、FIM、FAI、LSAと独立して関連していた。退院後の介入が患者の転後改善に重要な役割を果たす。
松下武矢ら, Journal of Aging and Physical Activity, 33巻3号, 272-276, 2024.

介護保険法 第4条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2010年）

リハビリテーションについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリテーションの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきである。



12. 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提供施設および連携施設の拡大

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加え、**200床以上の保険医療機関及び認知症疾患医療センター等**に所属するリハ専門職による介入も評価すること（図3）。なお、助言を行う場合には、医師の意見書の内容を踏まえること。

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リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハ専門職の助言に基づき、生活機能向上を目的とした計画を作成し、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。

課 題

- 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）。
- また、**認知症疾患医療センターから居宅等への訪問による診断後支援**の実態調査において、作業療法士が業務に関与する認知症疾患医療センター65施設のうち12施設で、環境・ADL・IADLの評価・助言等を目的に**作業療法士による訪問支援が実施されている**（図2）。

参考資料：リハ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提供施設および連携施設の拡大

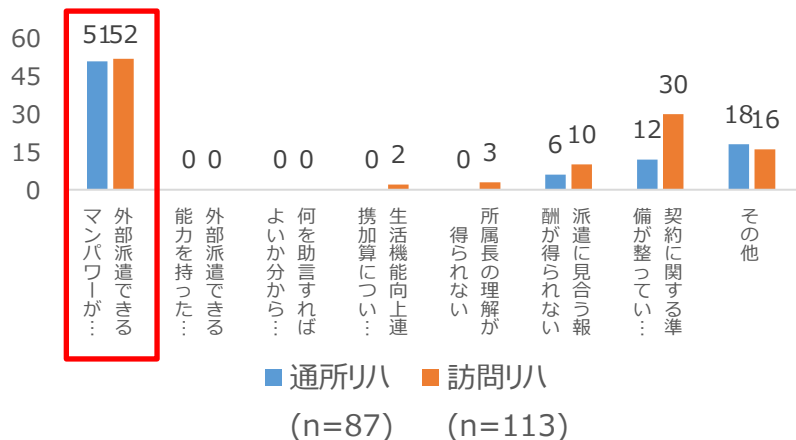


図1 外部施設への派遣をしない理由

【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

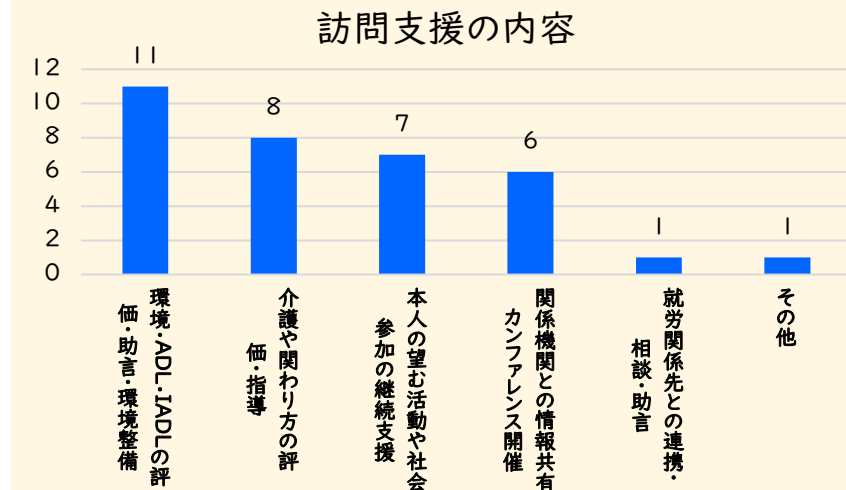


図2 作業療法士による訪問支援内容

調査期間：2021年7月19日～2021年8月31日

調査対象：管理システムで認知症疾患医療センターの登録277施設に所属する作業療法士

回収率：47%（回答数130、有効回答103）

【出典】：老年精神医学雑誌 第33巻第6号 認知症疾患医療センター併設医療期間における作業療法実態調査

チームで行う自立支援・重度化防止

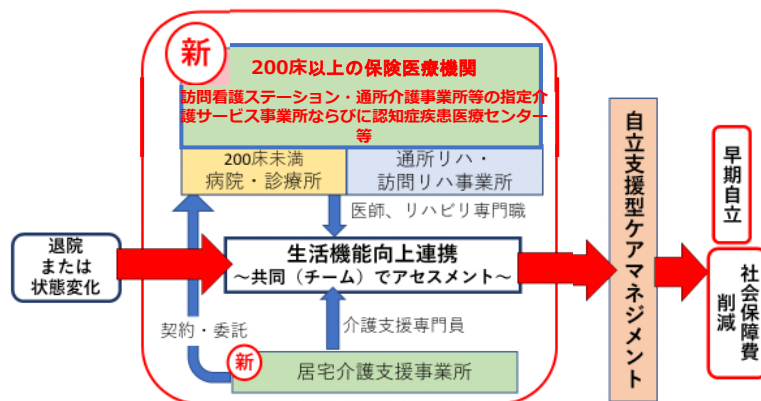


図3 要望のイメージ図

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する個別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に499カ所（令和4年10月現在）【認知症医療推進大綱：KPI目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

		基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和4年5月現在）		17カ所	4カ所	382カ所	96カ所
基幹的活動圏域		都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
	人員配置	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）		・専門医又は鑑別診断等の専門医師を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	
	検査体制（※他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）		・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	
	BPSD・身体合併症対応	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可			
	医療相談室の設置	必須		－	
	地域連携機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポーター、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化、等			
診断後等支援機能		診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催			
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が適用することにより実施	

【出典】認知症疾患医療センター（概要）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00006.html

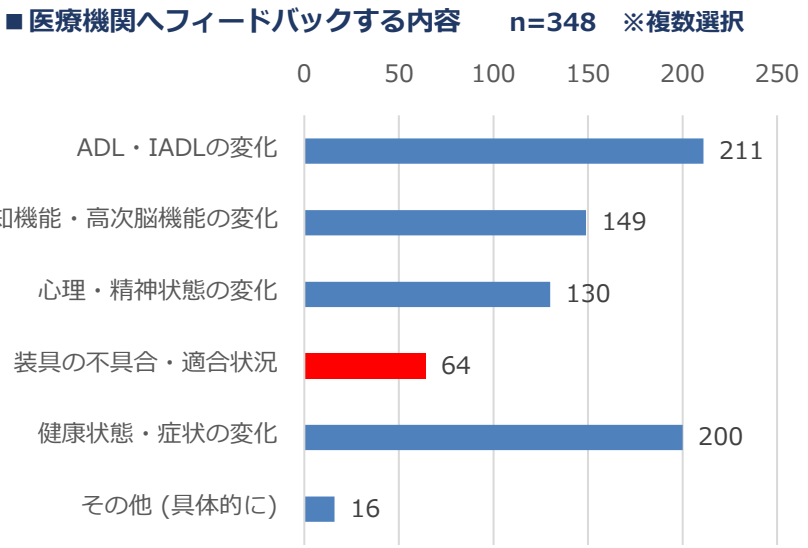
13. 生活期における治療用装具及び補装具の継続的評価について

要 望

○ 治療用装具及び補装具について、生活期における使用状況、適合状況及び生活機能への影響を継続的に評価し、必要に応じて義肢装具の作製、修理を行っている医療機関へ情報提供を行い、評価・調整につなげる一連の継続管理を、介護保険制度上の機能として位置付けることが必要ではないか。

要望理由・課題

- 生活期の装具療法では継続的な評価とフォローアップが不可欠である一方、急性期から生活期までの一貫した支援体制が十分に整備されていないことが指摘されている（勝谷ほか, Jpn J Rehabil Med, 2017）。また、生活期の補装具支援も不十分であり、「装具難民」の存在が報告されているほか、処方装具に関する情報共有と医療・介護の連携強化が必要とされている（日本義肢装具学会, 義肢装具学会誌, 2022）。
- 通所リハ・訪問リハ・老健に所属する作業療法士への調査では、装具の不具合・適合に関して医療機関へ一定程度情報提供を行っている実態が明らかとなっている。一方、リハ専門職が配置されていない介護保険サービスにおいては、装具・補装具のモニタリングが実施されていない可能性がある。
- 治療用装具及び補装具は、身体構造・生活機能の変化に応じて継続的な適合評価や再調整が必要であるが、生活期における継続管理の仕組みがない。
- 生活期における治療用装具及び補装具の継続管理（P（Plan） 生活機能評価・管理計画D（Do） 多職種による使用状況・適合状況の確認C（Check） 身体適合・機能・実用性・劣化の評価A（Act） 修理・再調整・再作製と医療連携）が介護保険制度上の機能として位置付けられていない。



日本作業療法士協会 令和8年度介護報酬サービスに関する会員調査（2026年6月）

■ 望ましい治療用装具及び補装具の継続管理プロセス

- P（Plan）計画：生活機能評価・装具管理計画の立案**
- ・ 身体適合・動作・生活場面・破損劣化の観点から評価項目を設定
 - ・ 装具の目的、使用場面、必要な支援を整理し計画化
- D（Do）実施：生活期での継続管理（多職種連携）**
- ・ 多職種による装具の使用状況・適合・生活上の実用性を継続的に確認
- C（Check）評価：定期モニタリング・再評価**
- ・ 身体への適合（痛み・皮膚トラブル・装着のしやすさ）
 - ・ 動作・機能（歩行・移動・ADLへの影響）
 - ・ 生活上の実用性（使用状況・靴との適合・生活場面での妨げ）
 - ・ 装具の破損・劣化（ベルクロ・継手・部品・靴底など）
- A（Act）改善：医療連携・修理・再調整・再作製**
- ・ 保険医・義肢装具士・ケアマネとの連携
 - ・ 修理・再調整・再作製の支援

【参考資料】

① 日本リハビリテーション医学会

勝谷将史ほか「生活期におけるリハビリテーション・装具療法」

(Jpn J Rehabil Med 2017;54:494-499)

- 生活期における装具療法では継続的な評価・フォローアップが重要
- 急性期・回復期から生活期まで一貫した支援が必要
- 生活期の装具フォローアップ体制は十分に整備されていない

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjrmc/54/7/54_494/article/-char/ja/

③ 日本理学療法士協会研究助成事業

「生活期脳卒中後遺症者の装具管理状況調査」

- 生活期の装具フォローアップ体制は不十分
- 身体機能変化や装具不適合が見逃される事例が存在
- 「装具難民」を防ぐためには医療・介護を含めた多職種連携が必要
- 装具管理に関する情報共有体制の構築が課題

<https://www.japanpt.or.jp/activity/grant/ptresearch/19-B03.pdf>

⑤ 厚生労働科学研究（補装具フォローアップ研究）

- 補装具フォローアップの必要性は認識されているが地域差が大きい
- 多くの地域で個別の努力に依存している
- 医療・介護間の連携体制整備が課題

<https://www.mhlw.go.jp/content/001230399.pdf>

② 日本義肢装具学会

「生活期脳卒中者の短下肢装具継続使用における使用状況とトラブル発生との関係」

(義肢装具学会誌 2023)

- 装具使用者の約3割が装具破損や身体機能変化による不適合等を経験
- 生活期における継続的フォローアップの必要性が示された

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspo/39/1/39_68/article/-char/ja/

④ 日本義肢装具学会

「生活期補装具支援への関わり」

(義肢装具学会誌 2022)

- 生活期における補装具支援は不十分
- 「装具難民」の存在が指摘されている
- 処方装具に関する情報共有と医療・介護連携の必要性を提言

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspo/38/1/38_32/article/-char/ja/

⑥ 関連制度動向（令和8年度診療報酬改定）

- 回復期リハビリテーション病棟において高次脳機能障害者への退院支援
・情報提供が要件化
- 医療から生活期への情報連携が制度化されつつある

14. 介護老人保健施設における医療ニーズへの対応強化に向けた 短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

要 望

- 入所者が過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、**4週間未満の入院後に再入所した場合の対象疾患に上記ア及びイに加えて肺炎、心不全の追加**をすること。
- **肺炎及び心不全等による入院後の廃用及びADLの維持改善を図ることができるように、所定疾患施設療養費の対象疾患※に該当する状態の場合について、より短期間で集中的にリハビリテーションを実施した場合（例えば1か月の期間で週に4回またはそれ以上）においてさらなる評価をおこなうこと。** ※ 所定疾患施設療養費の対象疾患：肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

現 状

- **短期集中リハビリテーション実施加算の算定要件は以下の通り。入院を経て再入所する際の算定においては、期間および対象疾患に一定の制限が設けられている。**
短期集中リハビリテーション実施加算における集中的なリハビリテーションとは、20分以上の個別リハビリテーションを1週につきおおむね3日以上実施する場合をいう。当該加算は、当該入所者が過去3月の間に、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。ただし、以下の場合はこの限りではない。
 - ① 過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間以上の入院後に再入所した場合。
 - ② 過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間未満の入院後に再入所した場合であって、以下に定める状態である者は、当該加算を算定できる。
 - ア 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等を急性発症した者
 - イ 上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

（平18 老計0317001等／平30 老高0322.2等）

課 題

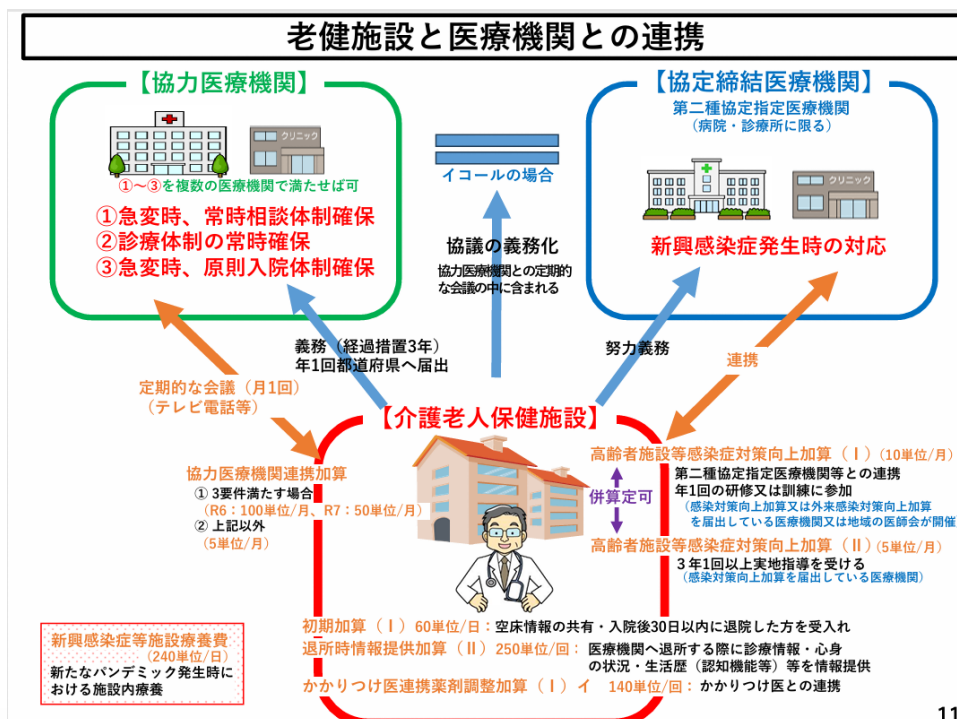
- 【**4週間未満の入院後の再入所に関する課題（参考資料1～3）**】
- 上記②の「過去3月間の間に、介護老人保健施設に入所したことがあり、4週間未満の入院後に再入所した場合」について、対象疾患はア及びイに限定される。一方、**肺炎及び心不全を発症し、4週間未満の入院後に再入所した場合、短期集中リハビリテーションの対象疾患に該当しないため必要な時期に集中的なリハビリテーションが実施できない。**
- **参考資料1**より、肺炎及び心不全は、介護施設からの入院の上位を占め、**平均在院日数は概ね4週未満**である。（4週間未満の入院）
- **参考資料2**より、入所者が協力医療機関に入院した後に症状が軽快し、退院が可能となった場合においては、**すみやかに再入所する。**（老健施設運営基準第30条）
- **所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）**は、介護老人保健施設入所者に対して肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定可能である。一方、**参考資料3**より慢性心不全に関しては、71%が入院し「施設では対応ができない重症度であったため」が90.5%を占める。

- 【**短期集中リハビリテーション実施加算の最低回数に関する課題（参考資料4～5）**】
- 2040年に向けて、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口の増加が課題とされており、**必要な時期に集中的なリハビリテーションを行うことで、肺炎及び心不全等による入院後の廃用及びADLの維持改善を図ることが重要**である。
- 老健入所前は急性期退院後1～3か月または0～14日の短期入院が多く、退院後は廃用症候群や入院関連機能障害（HAD）を契機とした**ADL低下リスクが高い**ことが想定される（**参考資料4**）。先行研究において、HADでは反復的な運動介入の有効性が示されており、呼吸・心臓リハに関するガイドライン等では運動療法の頻度として週3～5回が推奨されている（**参考資料5**）。一方、**老健の退院後リハ提供量（短期集中リハビリテーション加算：下限が週3回）は、回復期リハに比べ必ずしも高くない。**

参考資料 1 全国の介護施設からのDPC入院症例の概要

入院契機DPC名称	人数	%	累積%	女性割合	平均年齢	年齢 標準偏差	平均在院 日数	在院日数 標準偏差	救急入院 割合	救急車搬送 割合	死亡退院 割合	24時間以内 死亡割合
	612,782	100.0%		64.9	84.3	11.3	24.8	44.2	55.9	38.4	13.9	3.1
誤嚥性肺炎	86,712	14.2%	14.2%	53.8	85.6	9.1	29.4	44.4	64.5	46.0	17.4	1.8
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	55,322	9.0%	23.2%	58.0	85.6	10.6	26.8	45.0	60.2	36.9	17.3	1.8
股関節大腿近位骨折	44,967	7.3%	30.5%	82.8	86.9	7.7	28.6	25.2	58.9	41.3	2.5	0.1
腎臓または尿路の感染症	34,177	5.6%	36.1%	71.3	85.1	9.7	22.9	30.0	48.6	30.4	7.0	0.3
心不全	32,491	5.3%	41.4%	73.2	88.5	7.1	26.8	34.8	74.8	45.4	21.3	2.7
脳梗塞	24,638	4.0%	45.4%	72.6	86.3	7.9	30.4	51.8	75.8	57.7	10.9	0.7
該当なし	16,010	2.6%	48.0%	65.4	83.6	11.8	22.1	39.8	60.0	50.4	14.7	3.3
胆管（肝内外）結石、胆管炎	14,792	2.4%	50.4%	69.2	86.3	8.6	19.3	32.3	51.7	25.8	5.5	0.4
体液量減少症	14,718	2.4%	52.8%	73.2	86.8	8.5	25.9	36.5	71.3	21.2	14.5	1.0
ヘルニアの記載のない腸閉塞	12,855	2.1%	54.9%	57.6	81.5	12.8	22.6	34.8	57.9	37.7	11.1	3.0
徐脈性不整脈	12,854	2.1%	57.0%	64.8	85.6	9.7	7.3	17.7	79.8	76.8	67.7	60.3
食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾病）	11,860	1.9%	58.9%	68.6	84.5	10.9	18.0	29.3	56.4	42.4	8.4	1.7

「地域医療連携と医療介護連携(R3)」松田晋哉



協力医療機関との連携体制の構築

運営基準第30条の5

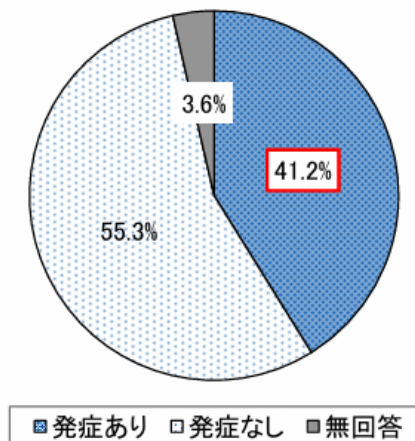
概要

【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】

- 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。【省令改正】
- 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。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。
- 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。

参考資料3 介護老人保健施設入所者における心不全の発症及び医療機関への転院の状況

入所者に心不全(慢性心不全の増悪等)が生じた施設の割合

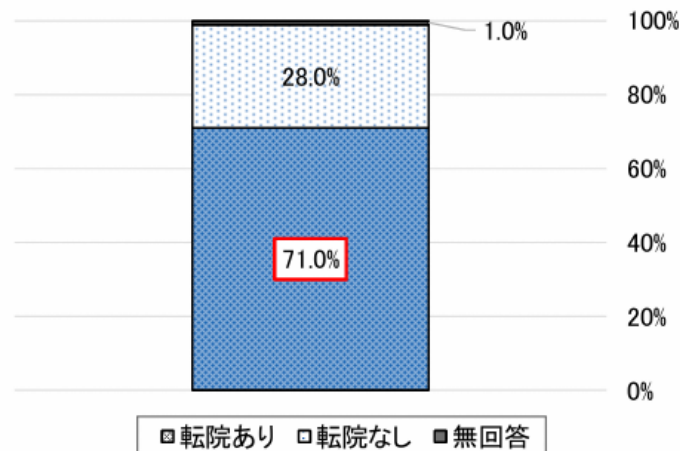


※2023年4月～6月(n=503)

心不全の発症ありの場合

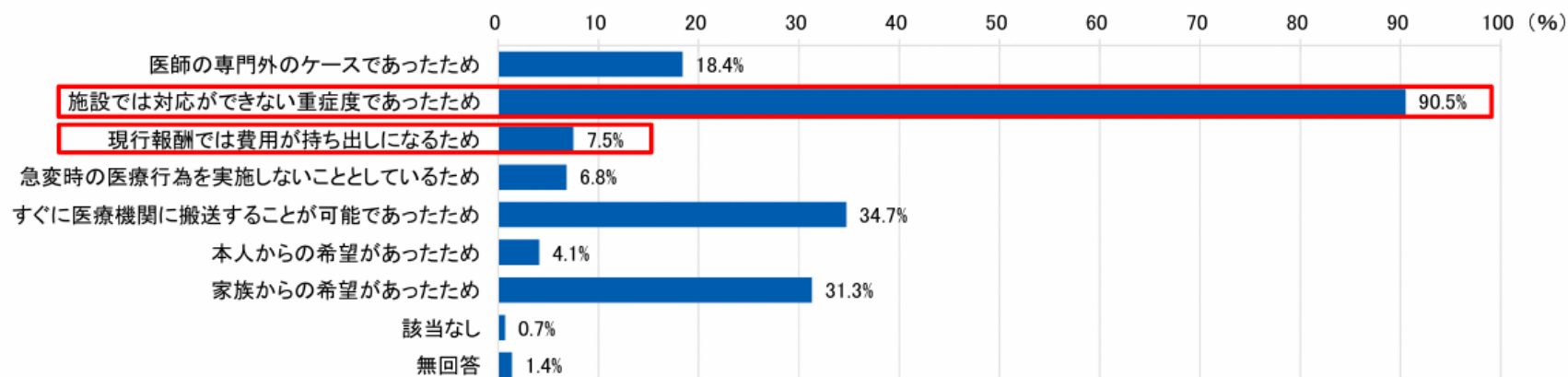


医療機関への転院の有無



※2023年4月～6月(n=207)

医療機関に転院することになった理由(複数回答)



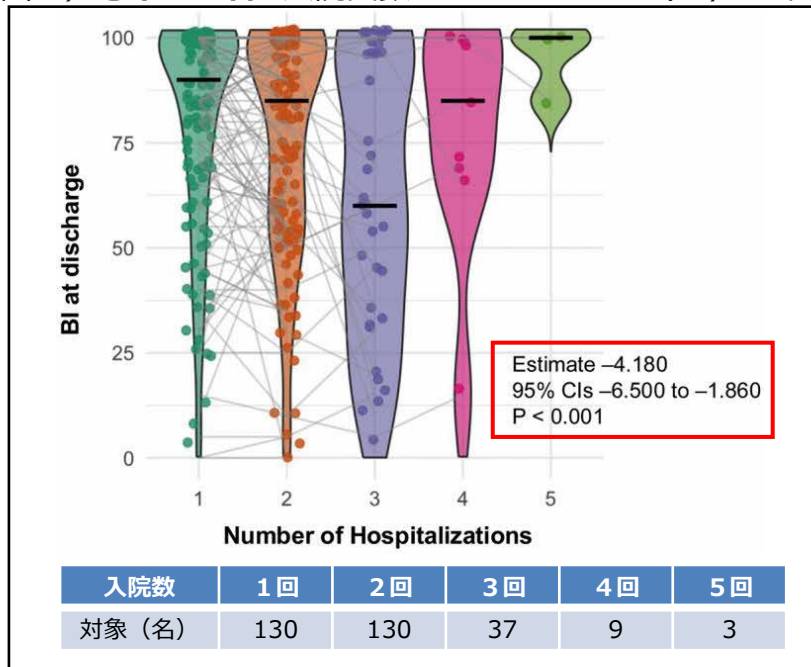
【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和5年度調査)
「(2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供体制等に関する調査研究事業 速報値」

参考資料 4 心不全・肺炎入院後の機能低下に関する先行研究

- ❑ 心不全患者において、再入院回数の増加による退院時ADLの有意な低下を認めた（ozakiら）。
- ❑ 肺炎入院後において、退院時に機能状態が低い群では、退院 6 か月においても低いADLが持続する。介護施設入居者においては、機能状態が低い群で有意に多い（Parkら）。

◎ **要介護度の重度化や再入院による医療・介護費の増大の抑制の観点から、急性期退院後の継続したADL・機能低下の悪化予防、再入院予防の取り組みが重要。**

（図 1）心不全患者の入院回数とBarthel Index（BI）との関係

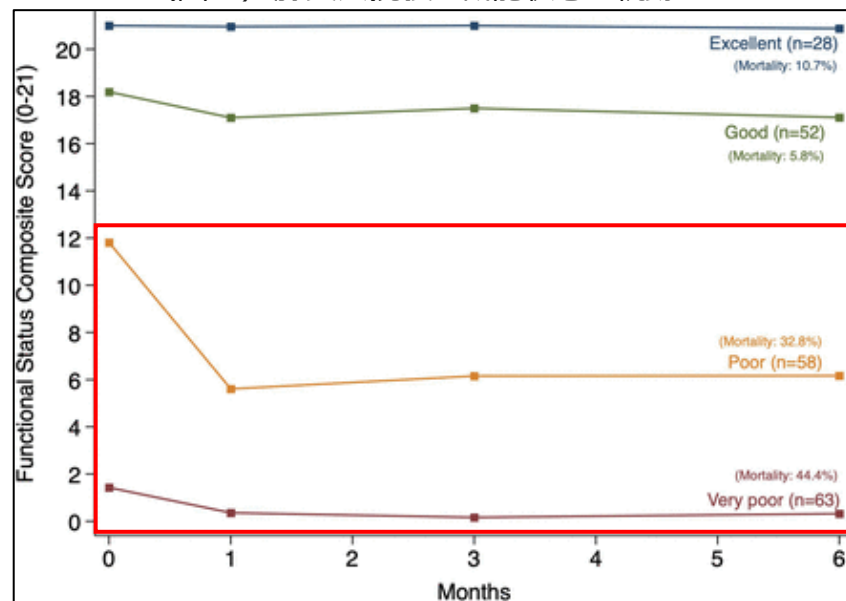


- 図 1：線形混合効果モデルにおいて、**入院回数の増加は退院時BIの低下と有意に関連した**（推定値：-4.180、95%CI：-6.500～-1.860、P<0.001）。
- また、多変量解析においても同様の関連が認められ、**入院回数はADL低下の独立した関連因子である可能性が示された。**

（注）4回目以降は対象数が急減しており、図上の中央値は慎重に解釈する必要がある。主要な結論は、線形混合効果モデルによる全体解析に基づく。

Ozaki Y, et al. Impact of recurrent heart failure hospitalization on decline in Activities of Daily Living for Patients With Heart Failure and Preserved or Mildly Reduced Ejection Fraction. Circulation Reports. 2025.

（図 2）肺炎入院後の機能状態の軌跡



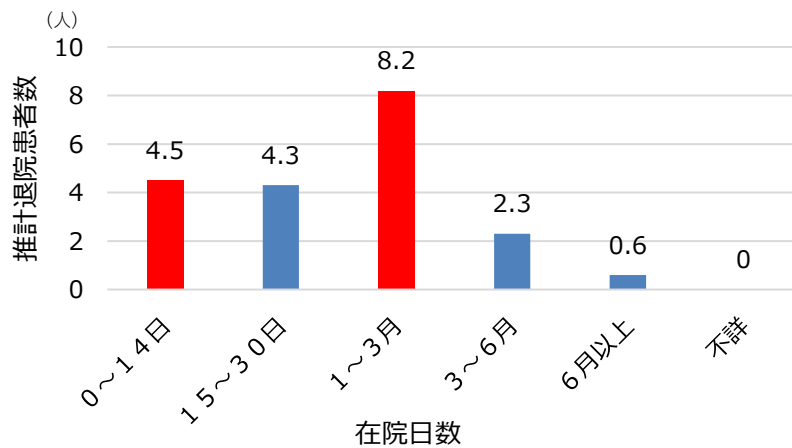
- 図 2：肺炎で入院した高齢者を、退院後6か月間の機能状態の推移に基づき統計学的手法により4群（excellent、good、poor、very poor）が特定された。その結果、**機能低下群では回復が乏しく、退院後6か月においても低いADLが持続することが示された。**
- 各軌跡のベースライン特性において、**介護施設入居者の割合は群間で有意差認め、"very poor"群には52.4%と高率であったのに対して"Excellent","good"群では認められなかった。**

Park CM, et al. Functional status recovery trajectories in hospitalised older adults with pneumonia. BMJ Open Respiratory Research. 2022.

参考資料5 老健入所前の在院日数分布と回復段階におけるリハの役割、 廃用機能症候群やHADに対する運動療法の効果

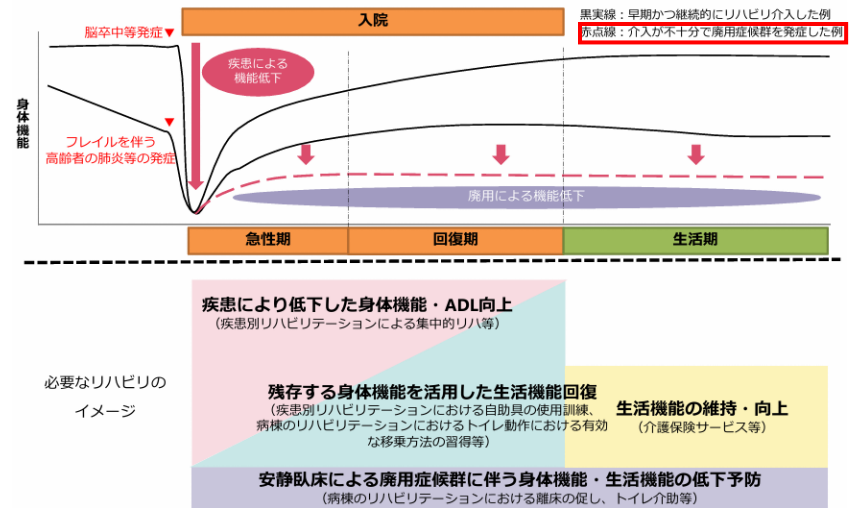
- 老健入所前の病院在院日数は、1～3か月が最多であり、次いで短期入院（0～14日）後に入所するケースが多い（図1）。
- 急性期退院後において、廃用症候群や入院関連機能障害（HAD）を契機としたADL低下リスクが高いことが想定される（図2）。
- HADに対するリハビリテーションでは、一定頻度の反復的な運動介入による身体機能の有意な改善が示されている。また、呼吸・心臓リハに関するガイドライン等においては、運動療法の頻度について週3～5回が推奨されている。
- **回復期リハビリテーション病院での365日のリハ提供と比較し、老健での退院後リハビリテーション提供量（短期集中リハビリテーション加算：下限が週3回）は必ずしも高くない。**

（図1）介護老人保健施設入所前における病院在院日数分布



※ 令和5年患者調査（厚生労働省）第113表より本会作図。

（図2）各段階におけるリハビリテーションの役割



【引用】令和7年度第5回 令和7年度入院・外来医療等の調査・評価分科会 資料入-1.

運動療法に係る先行研究・ガイドライン等

① 入院関連機能障害（HAD）：急性期入院後の高齢者を対象としたシステマティックレビュー

- 一定頻度の反復的な運動介入（研究によって週3回以上、週5回以上を含む）において、SPPB,TUG,6MDによる身体機能の有意な改善が示されている。

【参考】Etayo-Urtasun et al.Effectiveness of post-discharge exercise interventions in older adults following acute hospitalisation The Lancet Healthy Longevity, 2025

② 呼吸リハビリテーション：呼吸リハビリテーションに関するステートメント

- 全身持久力・筋力トレーニングは維持期（生活期）においては週3～5回実施することが望ましい。

【参考】呼吸リハビリテーションに関するステートメント、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌（2018）27.2.95-114.

③ 心臓リハビリテーション：2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン

- 有酸素運動は週3～5日以上の実施が推奨され、とくに低～中強度では5日以上頻度が推奨される。

【参考】2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）

参考資料6 短期集中／認知症短期集中リハビリテーション実施加算 算定要件

	項目名	要件	
通所リハ	短期集中個別リハビリテーション実施加算	1週間に2日以上、1日あたり40分以上の 個別 リハビリを実施すること 退院日、認定日から3ヵ月以内の期間に集中的なリハビリを実施すること	110単位/日
老健	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	1週間に3日以上、1日あたり20分以上の 個別 リハビリを実施すること 入所日から3ヵ月以内の期間に集中的なリハビリを実施していること 原則入所時及び、1月に1回以上ADL評価の実施と評価結果のLIFE提出をおこない、必要に応じてリハビリテーション計画を見直ししていること	258単位/日
	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1週間に3日以上、1日あたり20分以上の 個別 リハビリを実施すること 入所日から3ヵ月以内の期間に集中的なリハビリを実施していること	200単位/日

	項目名	要件	単位
通所リハ	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士が配置されていること リハビリテーションをおこなうにあたり、利用者数が、理学療法士、作業療法士、または言語聴覚士の数に対して適切であること 1週間に2日を限度として、 個別 リハビリテーションを20分以上実施すること	240単位/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	月に4回以上の 個別又は集団 リハビリテーションを実施すること 利用者の居宅へ訪問 し、生活環境の把握、応用動作能力等の評価等をおこない、リハビリテーションの実施頻度・場所・時間等が記載された 通所リハビリテーション計画を作成・実施 すること 通所リハビリテーション費における、 リハビリテーションマネジメント加算(イ)(ロ)いずれかを算定 していること	1,920単位/月
老健	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	・利用者に対して1週間に3日を限度として 個別 リハビリテーションを20分以上実施すること。 （1）リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること （2）リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。 （3） 入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問 し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえた リハビリテーション計画を作成 していること。	240単位/日
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	・利用者に対して1週間に3日を限度として 個別 リハビリテーションを20分以上実施すること。 認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）の（1）及び（2）に該当するものであること。	120単位/日

15. 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

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。

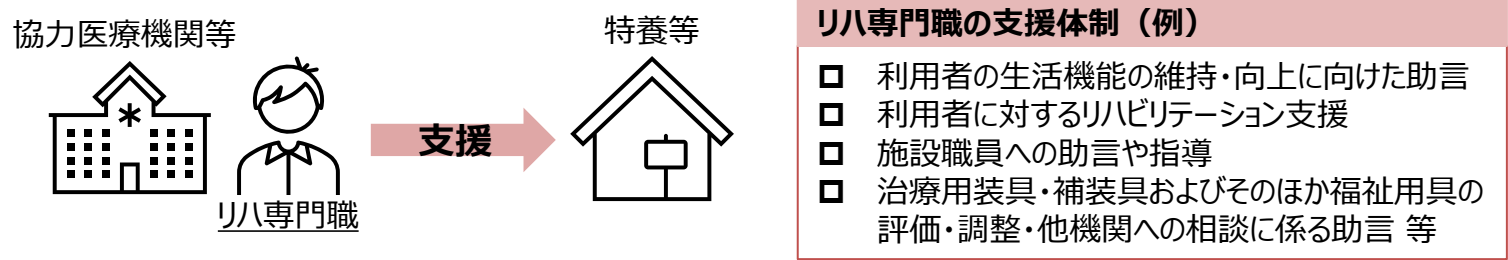
現 状

- 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

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



※ 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。

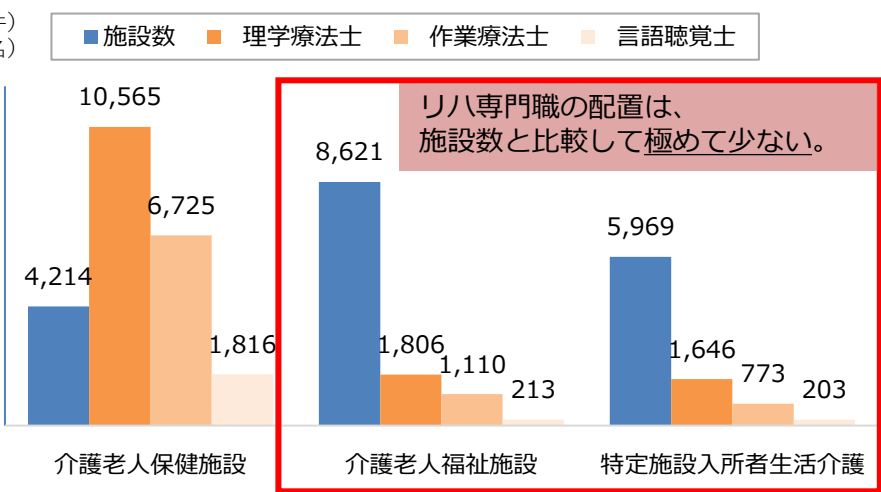
参考資料 1：特養及び居住系サービスにおける入退院の状況・リハ専門職配置及び利用者像

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

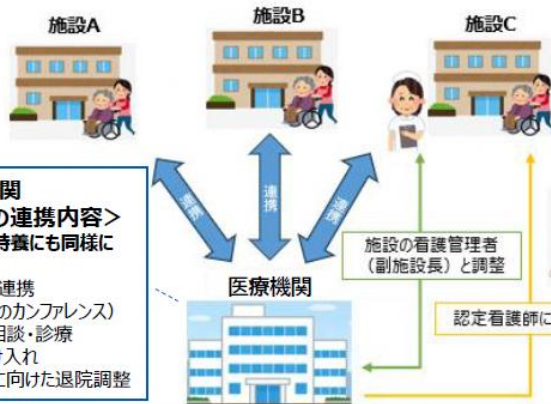
第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 資料1
令和7年10月29日

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

＜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

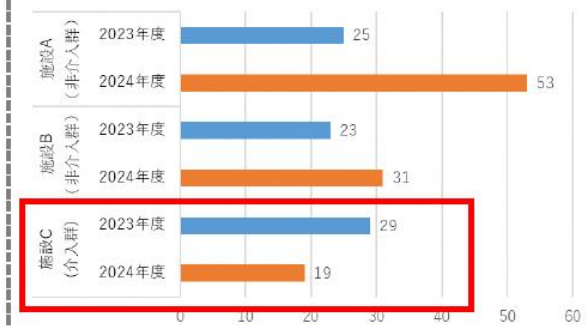
緩和ケアCN

- ・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（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 ○：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			リハビリ職種等の 配置基準	医療保険			介護保険		
				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。)

16. 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

要 望

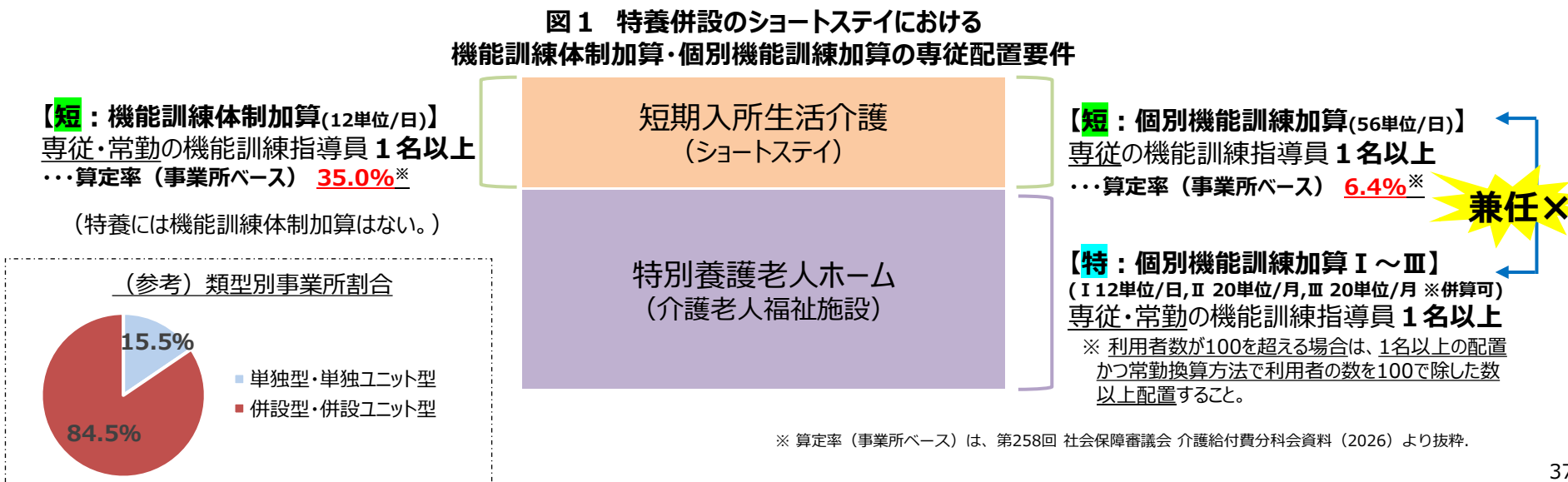
- 特養に併設するショートステイ利用後の状態悪化を予防する観点から、**機能訓練体制加算・個別機能訓練加算の増点および基準緩和**(開設主体の事業所（特養等）との兼務を認めること／通所介護における配置基準のように配置時間以外の時間で別の職務に配置することを可能とすること等）を行うこと。

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）。



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。

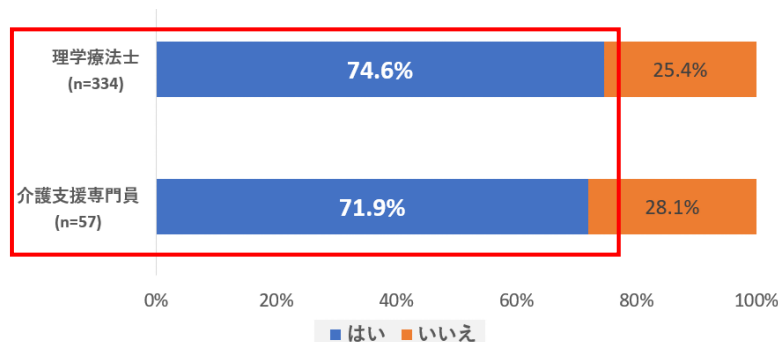


図3 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化と思われる“利用期間”

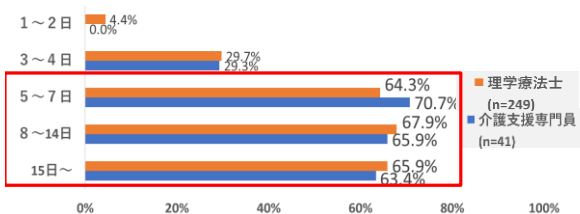
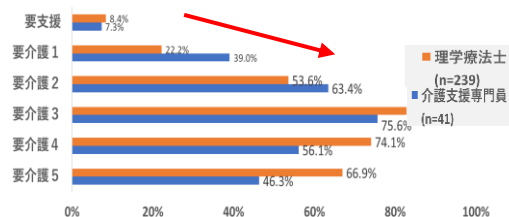
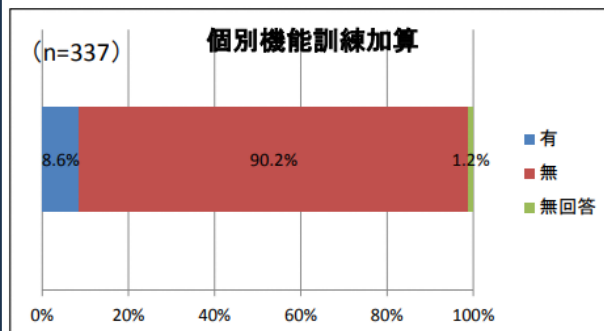


図4 ショートステイ利用により利用者の状態が悪化と思われる“利用者の介護度”

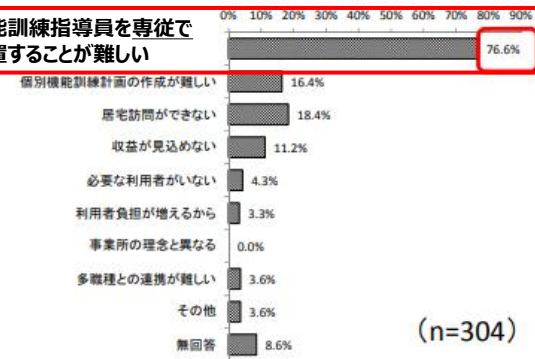


【出典】 令和元年度日本理学療法士協会調査

図5 短期入所生活介護の算定状況と非算定の理由



機能訓練指導員を専従で配置することが難しい



【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】

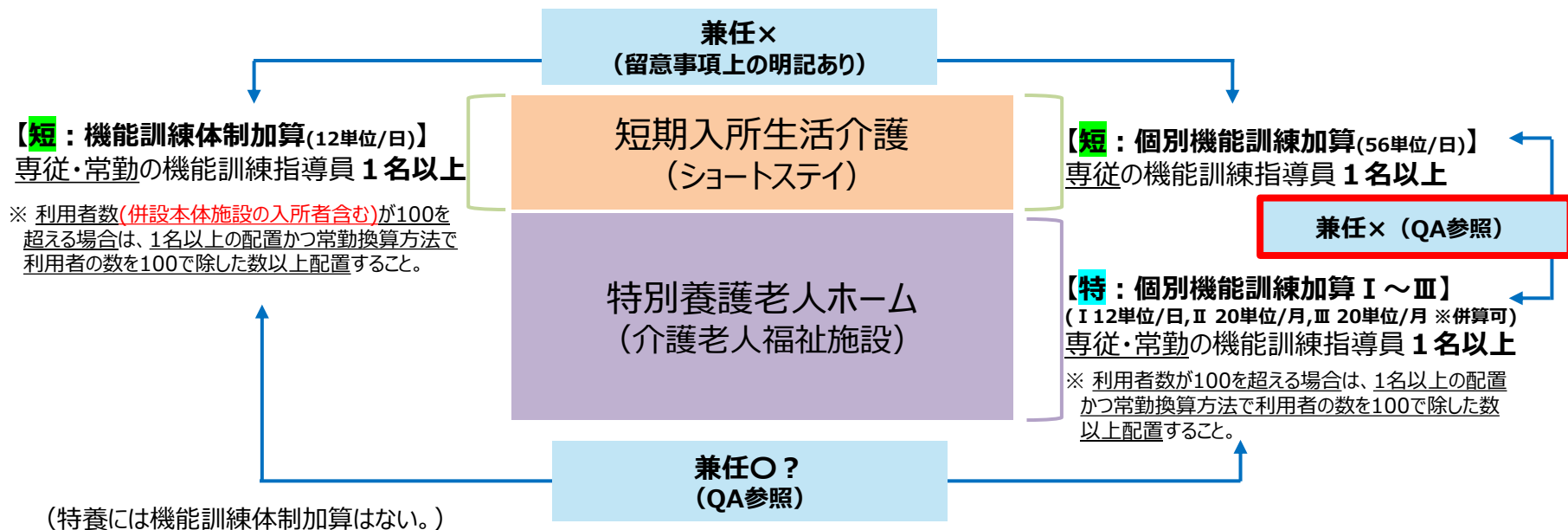
短期入所生活介護事業所を併設している特別養護老人ホームにおいて、個別機能訓練加算を特別養護老人ホームで算定し、併設の短期入所生活介護事業所では機能訓練指導員の加算を算定し、新設の個別機能訓練加算を短期入所生活介護事業所で算定しようとする場合、特別養護老人ホームと短期入所生活介護事業所を兼務する常勤専従の機能訓練指導員を1名配置し、それとは別に専従の機能訓練指導員を短期入所生活介護事業所に1名配置すれば、短期入所生活介護においては、機能訓練指導員の加算と新設の個別機能訓練加算の両方が算定できるということでしょうか。

【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。

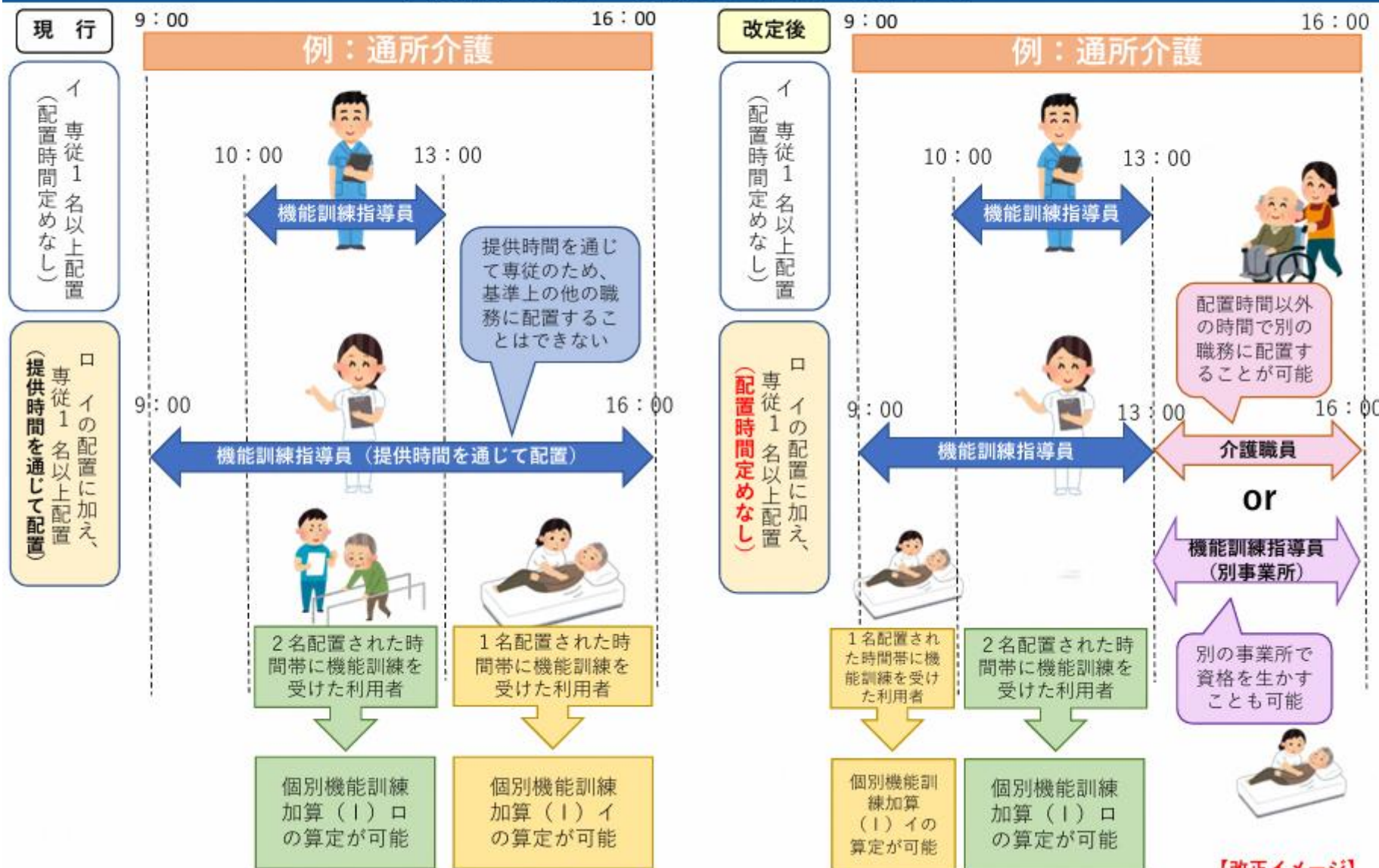
■ 個別機能訓練加算の配置要件に関する現行制度の整理（イメージ図）



◆ 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】

17. 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

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。

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。（参考資料 1）

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%）が多く挙がっている（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。
 - ・ **ICT等を用いた助言について、当該加算（Ⅰ）では認められている一方で当該加算（Ⅱ）では認められていない。**
 - ・ 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。

参考資料 1 : 生活機能向上連携加算の概要

令和 3 年度介護報酬改定における生活機能向上連携加算の改定事項

3. (1)⑧ 生活機能向上連携加算の見直し①

概要
【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所者生活介護、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

※ 生活機能向上連携加算Ⅱは、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

生活機能向上連携加算の算定可能サービスおよび連携先の要件

算定可能なサービス（介護予防にも同様の措置を講ずる場合には★を付記）

- 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（グループホーム）★、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 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★

連携先の要件

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所また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キロメートル内に診療所が存在しない者に限る）

参考資料2：生活機能向上連携加算の算定の実態／診療報酬・介護報酬上の常勤配置要件

(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式

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とり、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多かった。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	加算Ⅰ、Ⅱ両方算定	非算定	全体	加算算定	加算Ⅰのみ算定	加算Ⅱのみ算定	加算Ⅰ、Ⅱ両方算定	非算定
① 通所介護	43,192	1,476	-	-	-	41,716	100.0%	3.4%	-	-	-	96.6%
② 認知症対応型通所介護	3,899	162	-	-	-	3,737	100.0%	4.2%	-	-	-	95.8%
③ 短期入所生活介護	15,399	229	-	-	-	15,170	100.0%	1.5%	-	-	-	98.5%
④ 特定施設入居者生活介護	10,202	371	-	-	-	9,831	100.0%	3.6%	-	-	-	96.4%
⑤ 認知症対応型共同生活介護	14,842	1,130	-	-	-	13,712	100.0%	7.6%	-	-	-	92.4%
⑥ 介護老人福祉施設	10,491	656	-	-	-	9,835	100.0%	6.3%	-	-	-	93.7%
⑦ 訪問介護	33,053	130	31	92	7	32,793	100.0%	0.4%	0.1%	0.3%	0.0%	99.2%
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%	0.3%	95.6%
⑨ 定額給付金・臨時対応型訪問介護看護	910	23	3	18	2	884	100.0%	2.4%	0.3%	1.9%	0.2%	95.3%
全体	141,516	4,384	138	189	36	136,777	100.0%	3.1%	0.1%	0.1%	0.0%	96.8%

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】

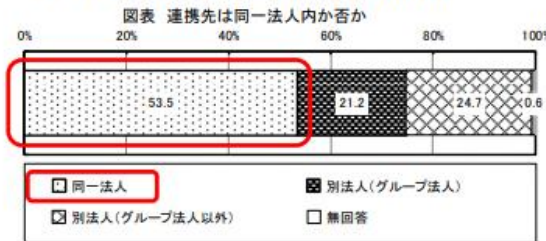


図3 法人内外での算定状況の差

【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によって、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。

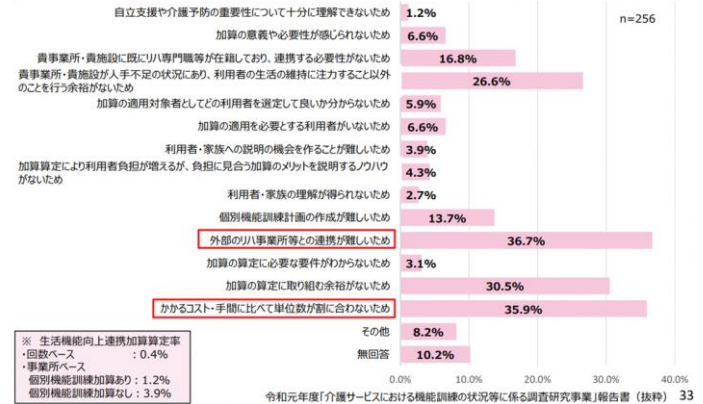


図2 連携加算を算定していない理由

【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

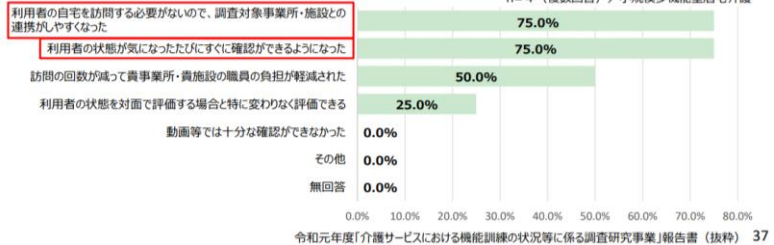


図4 ICT活用の効果

【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 -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た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た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