

施設入所支援、生活介護、短期入所、療養介護に係る 報酬・基準について<<論点等>>

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

こども家庭庁 支援局 障害児支援課

- 1. 施設入所支援に係る報酬・基準について P2
- 2. 生活介護に係る報酬・基準について P38
- 3. 短期入所介護に係る報酬・基準について P78
- 4. 療養介護に係る報酬・基準について P103
- 5. 医療的ケアに係る報酬・基準について（再掲） P118

※ 強度行動障害の状態にある者等に対する支援等については、次回以降の議題とする。

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1. 施設入所支援に係る報酬・基準について

施設入所支援に係る論点

論点1 居室の形態に応じた評価について

論点2 日中活動の場と住まいの場の分離の取組の評価について

論点3 高齢の障害者への対応、看取りや終末期への対応について

論点4 地域移行等意向確認未実施減算の見直しについて

論点5 障害者支援施設のサテライト的な施設の創設について

論点6 中山間・人口減少地域における基準の在り方について

施設入所支援

○ 対象者

- 夜間において、介護が必要な者、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は通所が困難である自立訓練又は就労移行支援等の利用者
 - ① 生活介護利用者のうち、区分4以上の者(50歳以上の場合は、区分3以上)
 - ② 自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援B型の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
 - ③ 特定旧法指定施設に入所していた者であって継続して入所している者又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって介護等を受けることが困難な者のうち、①又は②に該当しない者若しくは就労継続支援A型を利用する者

○ サービス内容

- 夜間における入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等を実施
- 生活介護の利用者は、利用期間の制限なし
自立訓練及び就労移行支援の利用者は、当該サービスの利用期間に限定

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 休日等の職員配置
→ 利用者の状況に応じ、必要な支援を行うための勤務体制を確保
- 生活支援員 利用者数 60人以下の場合、1人以上

○ 報酬単価（令和6年4月～）

■ 基本報酬

基本単位数は、事業者ごとに、利用定員及び障害支援区分に応じ所定単位数を算定

■ 定員40人以下の場合	(区分6)	(区分5)	(区分4)	(区分3)	(区分2以下)※未判定の者を含む
	463単位	392単位	316単位	239単位	174単位

■ 主な加算

重度障害者支援加算

- (Ⅰ) 特別な医療を受けている利用者[28単位]
→ 区分6であって、次に該当する者が2人以上の場合は更に22単位
- ① 気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者
 - ② 重症心身障害者
- (Ⅱ) 強度行動障害者に対する支援
→ 区分6以上行動関連項目10点以上[360単位] ※中核的人材の配置・18点以上+150単位
- (Ⅲ) 強度行動障害者に対する支援
→ 区分4以上行動関連項目10点以上[180単位] ※中核的人材の配置・18点以上+150単位

夜勤職員配置体制加算

- 夜勤職員の勤務体制を手厚くしている場合
- ・ 利用定員が21人以上40人以下の場合[60単位]
 - ・ 利用定員が41人以上60人以下の場合[48単位]
 - ・ 利用定員が61人以上の場合[39単位]

※見守り機器を入所者の15%以上設置している場合、夜勤配置の緩和が可能

- ・ 利用定員が21人以上40人以下の場合 夜勤1.9人以上
- ・ 利用定員が41人以上60人以下の場合 夜勤2.9人以上
- ・ 利用定員が61人以上の場合 夜勤3人+0.9人(40の端数ごと)

○ 事業所数

2,529 (国保連令和 8 年 4 月実績)

○ 利用者数

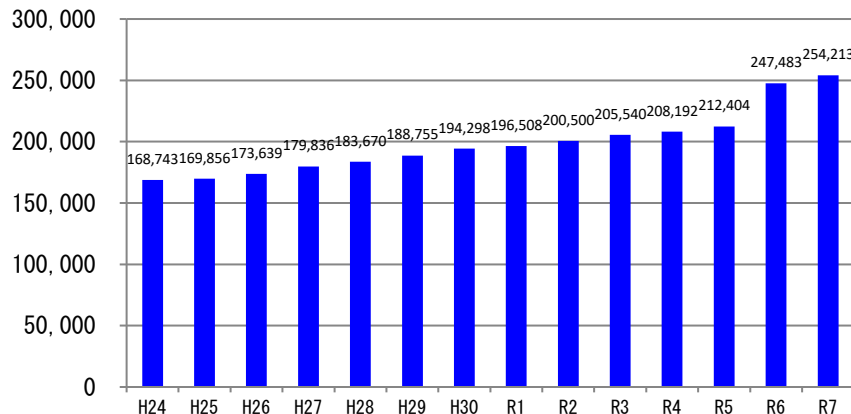
120,127 (国保連令和 8 年 4 月実績)

施設入所支援の現状

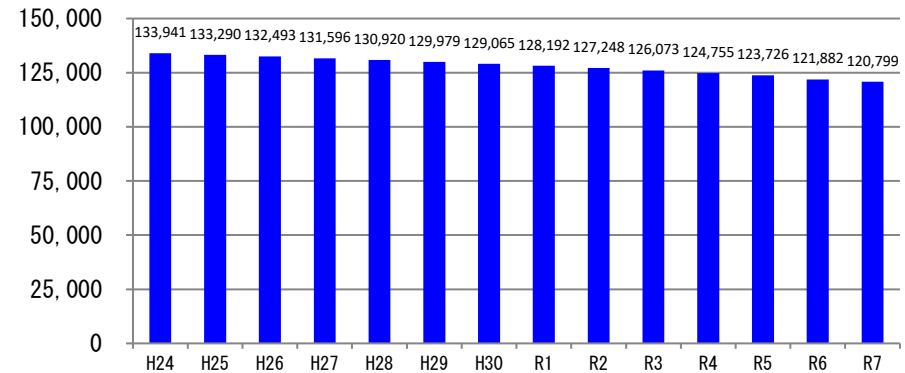
【施設入所支援の現状】

- 令和7年度の費用額は約2,542億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の5.6%を占めている。
- 費用額は毎年度増加しているが、利用者数と事業所数は減少傾向にある。

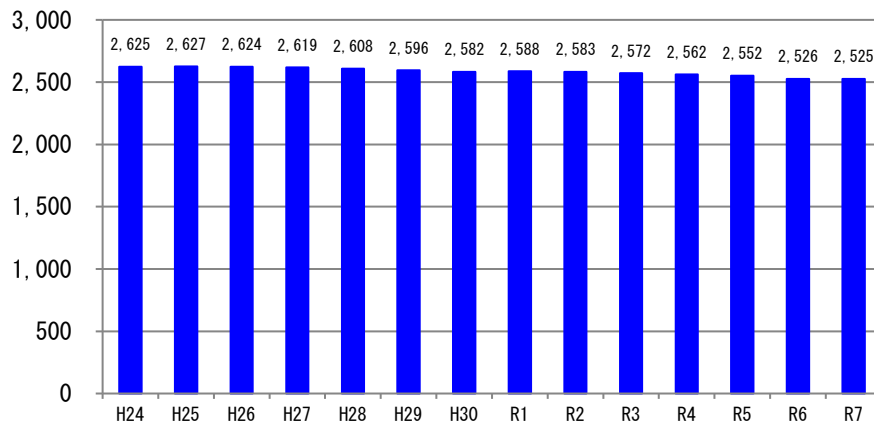
費用額の推移(百万円)



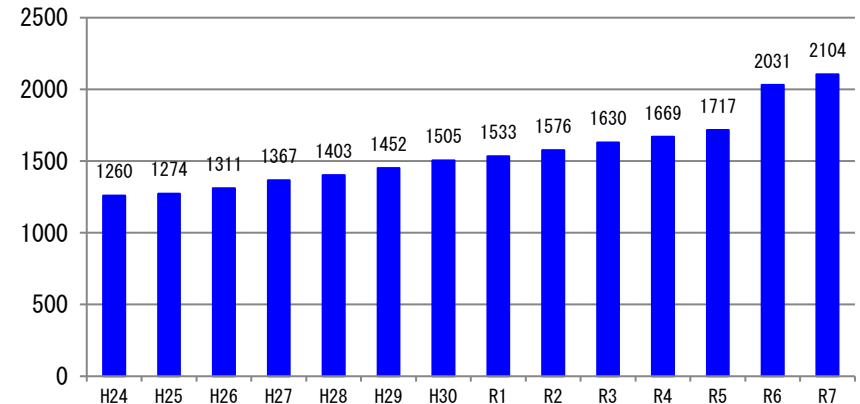
利用者数の推移(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



一人当たり費用額の推移(千円)



※出典:国保連データ

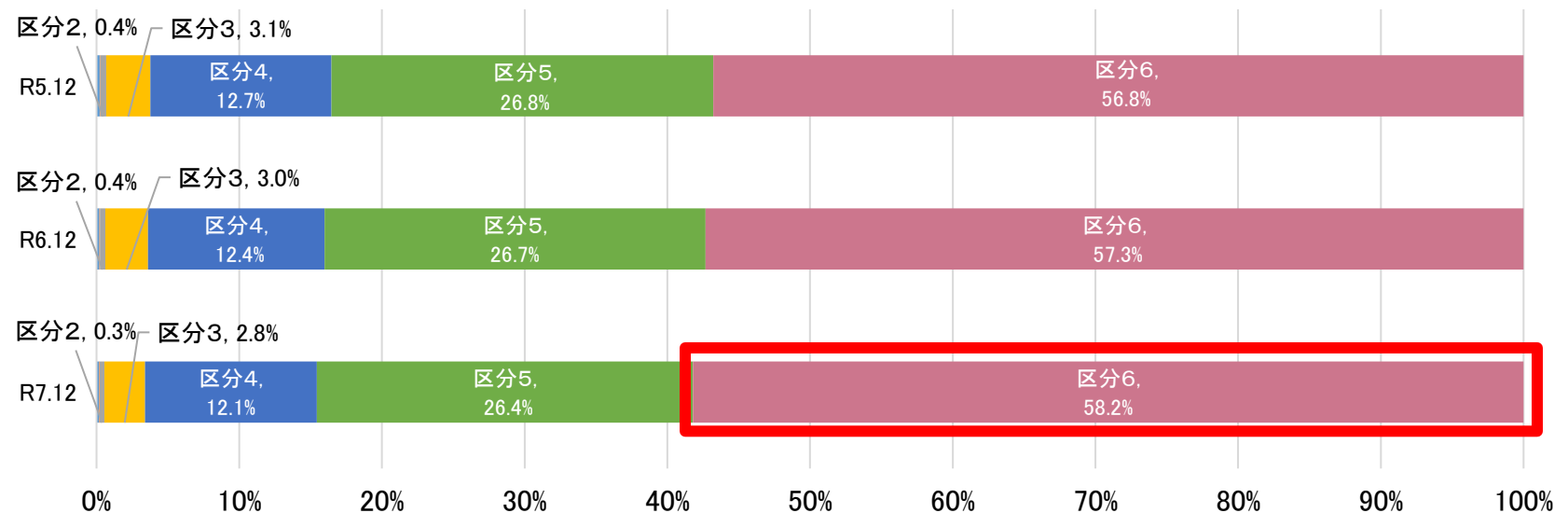
【施設入所支援の利用者の状況等】

- 区分6の利用者数のみほぼ横ばいであり、他は減少している。
- 区分6の利用者が全体の約58%以上を占めている。

○ 利用者数の推移(障害支援区分別)

	総数	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
R5.12	123,035人	55人	514人	3,830人	15,631人	32,993人	70,012人
R6.12	121,788人	58人	457人	3,651人	15,111人	32,555人	69,956人
R7.12	120,480人	50人	417人	3,418人	14,544人	31,810人	70,241人

○ 利用者数の割合の推移(障害支援区分別)



(出典)国保連データ(区分なしを除く。)

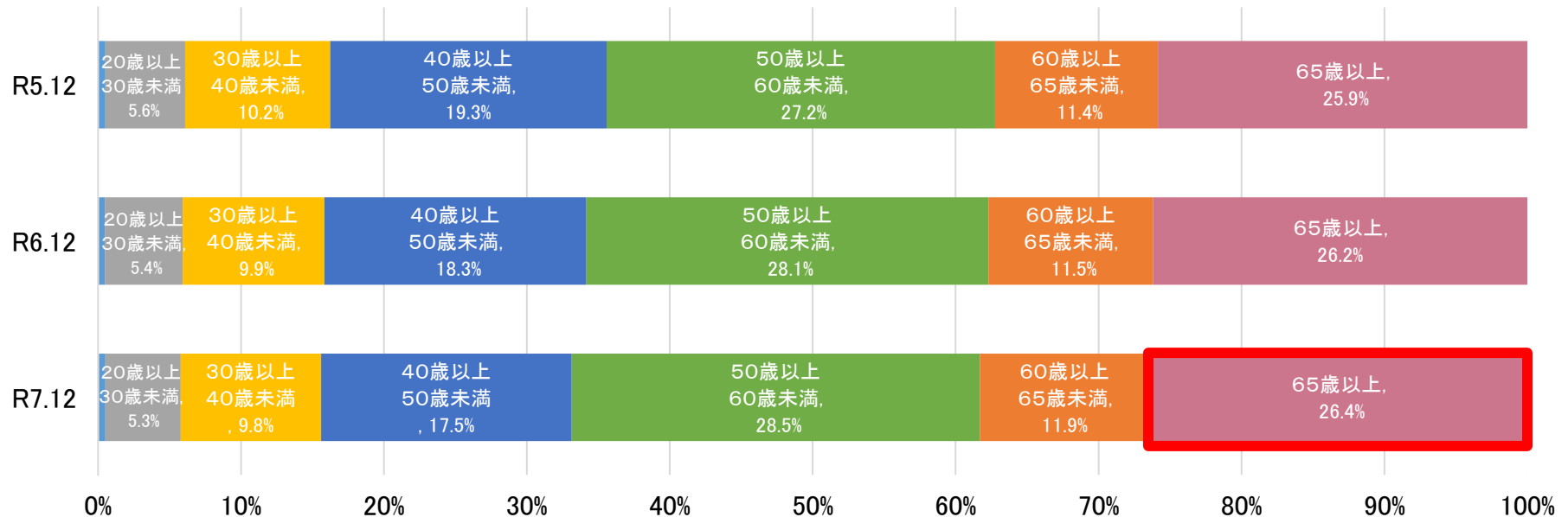
【施設入所支援の利用者の状況等】

- 多くの年齢階級で利用者が減少している。
- 65歳以上の利用者が全体の25%以上を占めている。

○ 利用者数の推移(年齢階級別)

	総数	18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 30歳未満	30歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上
R5.12	123,296人	70人	560人	6,880人	12,516人	23,848人	33,505人	14,042人	31,875人
R6.12	122,026人	72人	517人	6,624人	12,110人	22,370人	34,316人	14,074人	31,943人
R7.12	120,692人	70人	538人	6,371人	11,865人	21,152人	34,456人	14,372人	31,868人

○ 利用者数の割合の推移(年齢階級別)

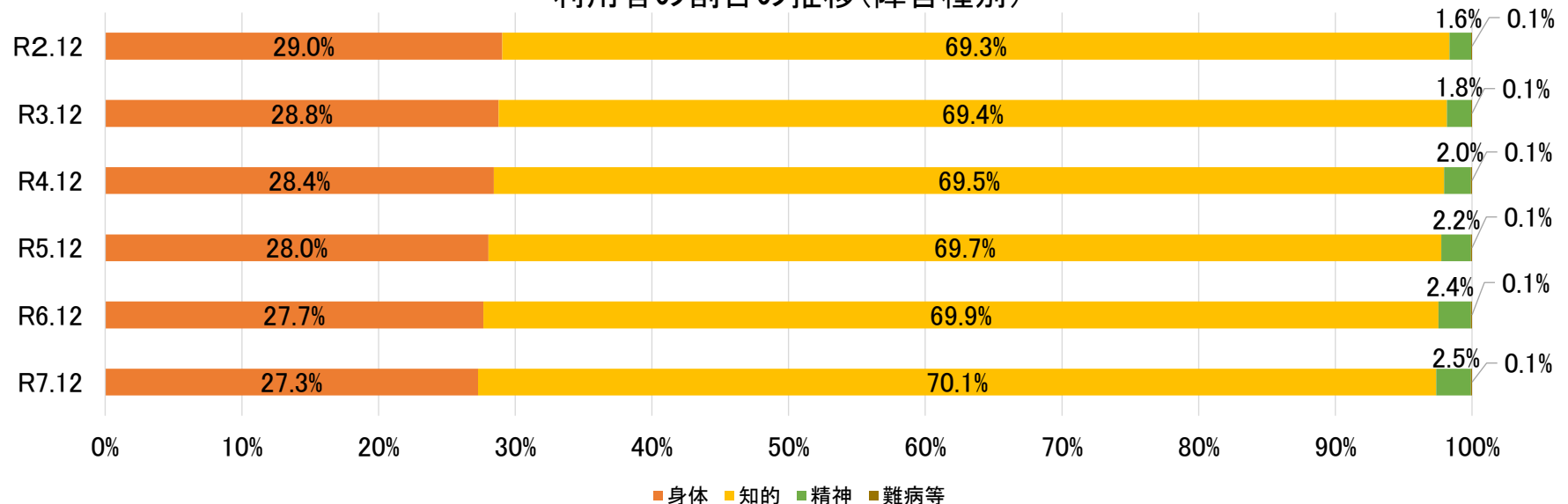


(出典) 国保連データ

障害種別ごとの利用の状況（施設入所支援）

○ 施設入所支援は、知的障害者の利用者が約7割を占める。

利用者の割合の推移（障害種別）



	総数	身体	知的	精神	難病等
R2.12	127,060人	36,905人	88,070人	2,013人	72人
R3.12	126,096人	36,285人	87,487人	2,249人	75人
R4.12	124,461人	35,402人	86,510人	2,457人	92人
R5.12	123,293人	34,567人	85,966人	2,666人	94人
R6.12	122,026人	33,761人	85,260人	2,908人	97人
R7.12	120,691人	32,920人	84,609人	3,065人	97人

【論点1】居室の形態に応じた評価について

現状・課題

- 「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」のこれまでの議論のまとめ（令和7年9月24日）においては、施設の居室について、「施設の利用者に対する支援の質・生活環境の向上や個別的支援の提供のため、個室化やユニット化により生活単位の小規模化を更に推進し、地域における生活環境に近づけることで、地域移行後の暮らしを見据えて利用者自身が持つ力を高めていく必要がある」や「施設であっても自分の部屋は、プライバシーが確保され、自分の持ち物を飾ったりできる広さのある個室が望ましい」とされている。
- また、令和9年度からの第8期障害福祉計画の策定に係る基本指針においても、当該とりまとめも踏まえ、居室は個室を基本とし、生活環境の向上に向けた取組を進めていくこととされている。
- 一方で、「障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究」（令和6年度障害者総合福祉推進事業）におけるアンケート調査で、居室の形態について「多床室のみ」及び「多床室及び個室」と回答した事業者のうち、6割以上の事業者が「今後の個室化の予定なし」と回答している。
- 現行の施設入所支援の報酬では、居室の形態に応じた評価はしていない。

論 点

- 障害者支援施設における居室の個室・ユニット化を推進していくため、報酬上の評価についてどのように考えるか。

検討の方向性

- 居室の個室・ユニット化により、入所者の個々の状態に応じたきめ細かなサービス提供が可能となり、支援の質の向上が図られる一方、多床室と比べて管理及び支援など業務量が増加することに鑑み、まずは、居室の形態の違いに応じた報酬上の評価の設定について検討してはどうか。

(参考)個室・ユニットに関する指摘・方針

「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に関するこれまでの議論のまとめ」(R7.9.24)(抜粋)

- 施設の利用者に対する支援の質・生活環境の向上や個別的支援の提供のため、個室化やユニット化により生活単位の小規模化を更に推進し、地域における生活環境に近づけることで、地域移行後の暮らしを見据えて利用者自身が持つ力を高めていく必要がある。
- 施設であっても自分の部屋は、プライバシーが確保され、自分の持ち物を飾ったりできる広さのある個室が望ましい。

「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」 (令和8年こども家庭庁・厚生労働省告示第4号)(抜粋)

第二 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標

一 福祉施設の入所者の地域生活への移行

(略)障害者支援施設の整備に当たっては、設定する施設入所者数の削減割合の目標値の達成に向けて整合するものであることが求められる。また、居室は個室を基本とし、生活環境の向上に向けた取組を進めていく。

さらに、別表第一の四の施設入所支援に掲げる活動指標により、居室の個室化等の状況を把握し、取組を推進することが望ましい。

(参考) 障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会

1. 趣旨

- 障害者支援施設は地域移行を推進すること、重度障害者等への専門的な支援を行うことなど、様々な役割があるが、今後、更なる地域移行を進めて行くため、障害者支援施設の役割や機能等を整理することが、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム等において求められている。
- 検討に向けた材料を整理するため、「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究（令和6年度障害者総合福祉推進事業）」において委員・協力団体からの意見収集、入所施設の実態調査、施設・法人ヒアリングや当事者・保護者ヒアリングを実施した。
- 上記を踏まえ、障害者支援施設の役割・機能を整理し、障害福祉計画の基本指針の見直しや次期報酬改定に向けた検討を行い、令和7年9月に議論のまとめを行った。令和8年度においても、引き続き開催する。

2. 検討事項

- 障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方について
- その他

3. 開催状況

- 第1回検討会（令和7年5月26日）
- 第2回検討会（令和7年6月25日）
- 第3回検討会（令和7年8月20日）
- 第4回検討会（令和7年9月16日）
- 第5回検討会（令和8年6月30日）
- 第6回検討会（令和8年7月21日）

4. 構成員

安部井 聖子	全国重症心身障害児（者）を守る会 会長
荒井 隆一	障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会 代表
今村 登	特定非営利活動法人 D P I 日本会議 事務局次長
岩上 洋一	一般社団法人 全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事
岡部 浩之	特定非営利活動法人 全国地域生活支援ネットワーク 副理事長
◎小澤 温	筑波大学 名誉教授
上坂 かおり	江戸川区福祉部障害者福祉課 課長
児玉 和夫	公益社団法人 日本重症心身障害福祉協会 理事長
佐々木 桃子	一般社団法人 全国手をつなぐ育成会連合会 会長
佐藤 則子	当事者構成員
相馬 大祐	長野大学 社会福祉学部 准教授
○曾根 直樹	日本社会事業大学 社会事業研究所 客員教授
富岡 貴生	特定非営利活動法人 日本相談支援専門員協会 代表理事
長澤 忠行	神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課 課長
野澤 和弘	植草学園大学 副学長
樋口 幸雄	公益財団法人 日本知的障害者福祉協会 会長
福嶋 翔太	当事者構成員
松久保 和俊	社会福祉法人全国社会福祉協議会全国社会就労センター協議会 常任協議員
三浦 貴子	社会福祉法人全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会 副会長
横川 豊隆	当事者構成員

◎座長、○座長代理

（五十音順・敬称略）

(参考) 障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会 これまでの議論のまとめ (概要)

令和7年9月24日

検討会設置の趣旨

- 障害者支援施設には様々な役割があるなか、更なる地域移行を進めていくため、障害者支援施設の役割や機能等を整理することが、令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム等において求められたことを踏まえて、検討会を設置した。
- 上記を踏まえ、**障害者支援施設の役割・機能、あるべき姿及び今後の障害福祉計画の目標の方向性について検討**を行った。

議論のまとめのポイント

1 障害者支援施設に求められる役割・機能、あるべき姿

① 利用者の意思・希望の尊重

どこで誰と、どのように生活したいか本人の意思・希望が尊重される意思決定支援の推進が重要。本人にわかりやすい情報の提供や、あらゆる場面で体験や経験を通じた選択の機会を確保し、本人の自己実現に向けた支援を行う。

② 地域移行を支援する機能

施設から地域生活への移行を支援する機能として、地域と連携した動機付け支援や地域移行の意向確認等に取り組む。

③ 地域生活を支えるセーフティネット機能

地域での生活が困難となった場合の一時的な入所や、施設の有する知識・経験・支援技術等の専門性の地域への還元、緊急時や災害時における地域の拠点としての活用を推進する。

④ 入所者への専門的支援や生活環境

強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者などへの専門的な支援や、重度化・高齢化した利用者への対応、終末期における看取りまでの支援は、地域における支援体制づくりが求められているとともに、特に施設において求められている役割。

入所者の暮らしの質の向上に資する生活環境（居室の個室化、日中活動の場と住まいの場の分離など）にすることが重要。

2 今後の障害福祉計画の目標の基本的方向性

- 施設待機者の考え方や把握については、本人ではなく家族による入所希望の扱いや複数施設への申込者の算定方法、緊急性の把握の必要性等の課題について考慮する必要。**実態把握している自治体の事例の共有等、とりうる対応を検討。**
- 次期障害福祉計画でも**地域移行者数や施設入所者数の削減の目標値の設定は必要**。それ以外の目標（障害の程度や年齢に応じた目標等）の設定については、まずは実態把握の方策も含め対応を検討。

今後の対応

- 本検討会の議論のまとめも踏まえ、**第8期障害福祉計画（令和9～11年度）に向けた基本指針の目標等の在り方は障害者部会で議論**していくとともに、**具体的な報酬等の在り方については次期報酬改定等に向けて検討**。

(参考)障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究

障害者支援施設における居室形態に関する調査結果

居室形態	件数	割合
多床室のみ	170	14.5%
個室のみ	314	26.8%
多床室及び個室のどちらもあり	687	58.6%
無回答	2	0.2%

今後の個室化の予定(※)	件数	割合
全ての多床室を個室化	128	14.9%
一部の多床室を個室化	175	20.4%
個室化の予定無し	549	64.1%
無回答	5	0.6%

※居室形態について「多床室のみ」又は「多床室及び個室どちらもあり」と回答した施設のみ回答

出典：「障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究 事業報告書」(令和6年度障害者総合福祉推進事業)

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の概要

社保審－介護給付費分科会

第260回（R 8.7.9）

資料 1

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設。
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
- 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）と呼ばれる。

《設置主体》

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

《人員配置基準》

- 医師：必要数
- 介護・看護職員：3:1 等

《設備基準》

- 居室定員：原則1人（参酌すべき基準）
- 居室面積：1人当たり10.65㎡ 等

多床室

- 多床室（既設）の介護報酬：871単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.2人*

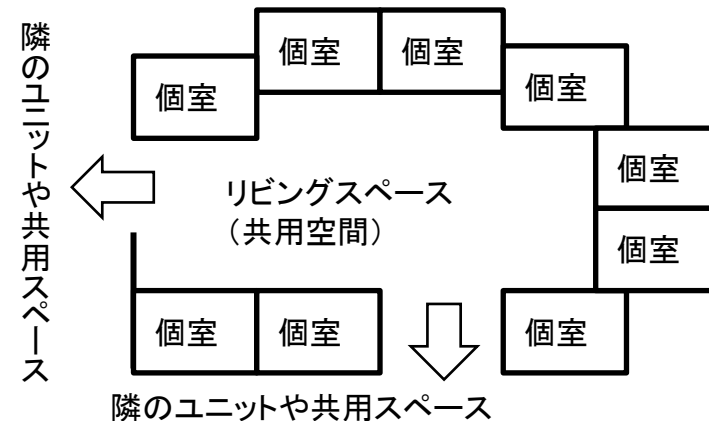


ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬：955単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.9人*

*令和5年介護事業経営実態調査

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係（ユニットごとに職員を配置）



介護老人福祉施設の報酬

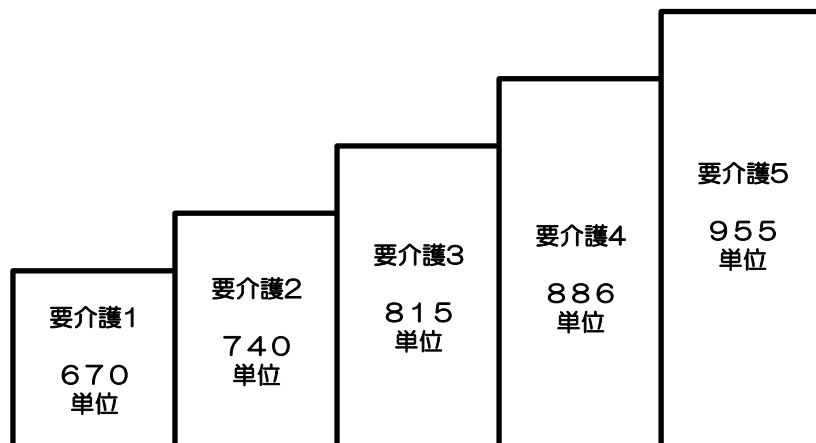
※ 加算・減算は主なものを記載

社保審－介護給付費分科会

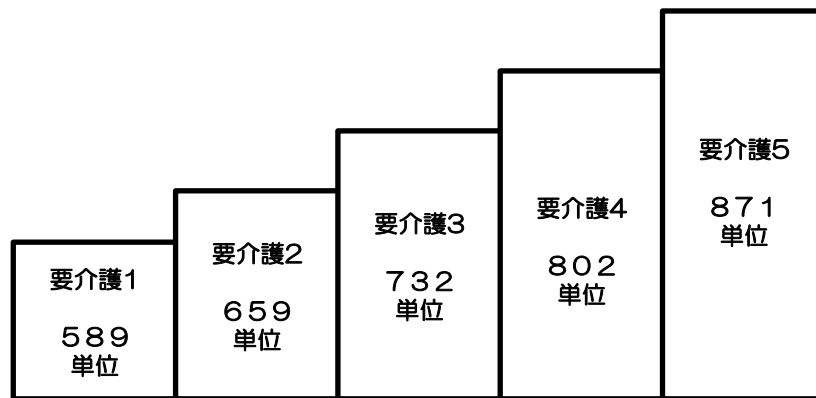
第260回（R8.7.9）

資料 1

入所者の要介護度に応じた基本サービス費
（ユニット型施設の場合）



入所者の要介護度に応じた基本サービス費
（従来型施設の場合）



利用者の状態に応じたサービス提供や
施設の体制に対する加算・減算

入所日から30日以内の期間（過去3か月間入所経験がない場合）【初期加算】
（30単位/日）

入所者の看取りへの対応や医師の緊急時の対応
【看取り介護加算（Ⅰ）】

- ・死亡日以前31日～45日：72単位/日
- ・死亡日以前4～30日：144単位/日
- ・死亡日前日、前々日：680単位/日
- ・死亡日：1280単位/日

【配置医師緊急対応加算】

- ・早朝、夜間：650単位/回
- ・深夜：1300単位/回
- ・配置医師の通常の勤務時間外：325単位/回

個別機能訓練やリハビリテーションの実施

【個別機能訓練加算】
（Ⅰ）：12単位/日 （Ⅱ）：20単位/日 （Ⅲ）：20単位/日
【生活機能向上連携加算】
（Ⅰ）：100単位/月 （Ⅱ）：200単位/月
【ADL維持等加算】
（Ⅰ）：30単位/月 （Ⅱ）：60単位/月

科学的介護情報システム（LIFE）の活用

【科学的介護推進体制加算】
（Ⅰ）：40単位/月 （Ⅱ）：50単位/月

安全対策体制の強化【安全対策体制加算】

（20単位/入所初日のみ）

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

【生産性向上推進体制加算】
（Ⅰ）：100単位/月 （Ⅱ）：10単位/月

介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置

【サービス提供体制強化加算】

- ・介護福祉士8割以上：22単位/日
- ・介護福祉士6割以上：18単位/日
- ・介護福祉士5割以上：6単位/日

看護職員の手厚い配置【看護体制加算】

（4～13単位/日）

夜勤職員の手厚い配置【夜勤職員配置加算】

（13～33単位/日）

居宅での生活が困難な重度の要介護者や認知症である者等の受入とそれに伴う介護福祉士資格を有する職員の手厚い配置

【日常生活継続支援加算】

ユニット型：46単位/日、従来型：36単位/日

栄養管理・口腔衛生管理の強化

【栄養マネジメント強化加算】

（11単位/日）

【口腔衛生管理加算】

（Ⅰ）：90単位/月 （Ⅱ）：110単位/月

入所者の尊厳の保持や自立支援に係るケアの質の向上に対する継続的な管理

【自立支援促進加算】

（280単位/月）

認知症の者や障害を持つ者の受け入れ

【認知症専門ケア加算】

（Ⅰ）：3単位/日 （Ⅱ）：4単位/日

【認知症チームケア推進加算】

（Ⅰ）：150単位/月 （Ⅱ）：120単位/月

【若年性認知症入所者受入加算】

（120単位/日）

【障害者生活支援体制加算】

（Ⅰ）：26単位/日 （Ⅱ）：41単位/日

高齢者施設等における感染症対応力の向上

【高齢者施設等感染対策向上加算】

（Ⅰ）：10単位/月 （Ⅱ）：5単位/月

【介護職員等処遇改善加算】

（Ⅰ）イ 16.3%（Ⅰ）ロ 17.6%
（Ⅱ）イ 15.9%（Ⅱ）ロ 17.2%（Ⅲ） 13.6%（Ⅳ） 11.3%

定員を超えた利用や人員配置基準に違反

（▲30%）

夜勤体制による減算

（▲3%）

身体拘束についての記録を行っていない

（▲10%）

高齢者虐待の発生又はその再発を防止するための措置を実施していない

（▲1%）

感染症や自然災害の発生時における業務継続計画を策定していない

（▲3%）

【論点2】日中活動の場と住まいの場の分離の取組の評価について

現状・課題

- 「障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究」(令和6年度障害者総合福祉推進事業)において、「障害者支援施設として実施している日中活動サービスを利用(居住する建物内)」が全体の80.3%と最も大きく、次いで「障害者支援施設として実施している日中活動サービスを利用(居住する建物外だが敷地内)」が14.1%であった。
- 「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」のこれまでの議論のまとめにおいては、地域移行を進めるために、日中活動を敷地外で実施すること、日中活動の場と住まいの場の分離(昼夜分離)を進める必要があることが指摘された。

論 点

- 敷地外の日中活動サービスの利用が進まない理由についてどう考えるか。
- 日中活動の場と住まいの場を分離する取組への評価についてどう考えるか。

検討の方向性

- 敷地外での日中活動について、意思決定支援を充実させた上で、事業者側への対応が必要であれば、障害者支援施設の敷地外にある日中活動サービス事業所を利用する場合の評価(加算)について検討してはどうか。具体的には、障害者支援施設が、その入所者が通う日中活動サービス事業所に対して適切な支援が実施できるよう、入所者の障害特性や状態像などについて情報共有等を行うことについて評価してはどうか。

(参考) 日中活動と住まいの場の分離に関する指摘・方針

「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に関するこれまでの議論のまとめ」(R7.9.24) (抜粋)

- 地域移行を進めるために日中活動を敷地外で実施するとともに、活動内容についても個々のアセスメントに基づき、将来の地域生活を見据えた内容にする必要がある。
- 利用者の日中活動の場と住まいの場の分離(昼夜分離)や、画一的な内容ではなく、個々のニーズに応じた多様な日中活動の実施を推進する必要がある。

「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」 (令和8年こども家庭庁・厚生労働省告示第4号) (抜粋)

第二 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標

一 福祉施設の入所者の地域生活への移行

(略)障害者支援施設の整備に当たっては、設定する施設入所者数の削減割合の目標値の達成に向けて整合するものであることが求められる。また、居室は個室を基本とし、生活環境の向上に向けた取組を進めていく。

さらに、別表第一の四の施設入所支援に掲げる活動指標により、居室の個室化等の状況を把握し、取組を推進することが望ましい。

別表第一 四 自立生活援助、共同生活援助、施設入所支援、地域生活支援拠点等

施設入所支援	(略)障害者支援施設に求められる機能を勘案し、入所者の生活環境の向上を図るため、施設における居室の個室化・ユニット化、 <u>日中活動の場と住まいの場の分離等の取組状況(施設数、割合の推移等)を把握し、今後の個室化等の見込みを設定することが望ましい。</u>
--------	---

(参考)障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究

日中活動の状況ごとの利用者数(実人数)

日中活動の状況		件数	割合
障害者支援施設として実施している日中活動サービスを利用	居住する建物内	46,041	80.3%
	居住する建物外だが敷地内	8,081	14.1%
	敷地外	1,137	2.0%
同一法人が運営する別の日中活動事業所等を利用	居住する建物内	294	0.5%
	居住する建物外だが敷地内	456	0.8%
	敷地外	796	1.4%
他法人・他団体が運営する日中活動事業所等を利用	居住する建物内	30	0.1%
	居住する建物外だが敷地内	4	0.0%
	敷地外	421	0.7%
その他(※)		86	0.1%

※ 「その他」の具体的な内容では、入院中のため日中活動の実施なし、活動内容によって活動場所が変わる等の回答が挙げられた。

出典：「障害者の地域支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る調査研究 事業報告書」(令和6年度障害者総合福祉推進事業)

【論点3】高齢の障害者への対応、看取りや終末期への対応について

現状・課題

- 障害者支援施設においても、障害者の高齢化が進んできており、加齢に伴う変化等により、それまでとは異なる支援ニーズを必要とする場合が生じている。具体的には、高齢化に伴う介護ケアや、看取りや終末期への対応がより求められているとの指摘がある。
- 介護報酬では、診療報酬との給付調整を行った上で、介護老人福祉施設において、平成18年度から「看取り介護加算」が設けられており、一定の看取り期間における看取りケアに対する評価がなされている。また、それ以降、他の居住系サービスにも同様の加算が設けられている。
- なお、現行制度では、生活介護の指定を受けた障害者支援施設については、配置医師等による処置（健康管理や療養上の指導）が障害福祉報酬により評価されているため、診療報酬の対象ではないが、施設内における看取り等については、医行為の一環であるため診療報酬の対象となっており、令和6年度診療報酬改定において、障害者支援施設の入所者が末期の悪性腫瘍である場合、訪問診療における在宅患者訪問診療料の算定が可能な取扱いとしている。

論 点

- 障害者支援施設や共同生活援助等における高齢障害者への介護の在り方についてどう考えるか。

検討の方向性

- 本人及び家族の意向を尊重するとともに、職員のグリーフケア、メンタルケアにも十分留意しながら、まずは高齢の障害者に対するケアの在り方やそれに応じた職員のスキルや人員体制等について整理した上で、障害福祉における看取り等も含めた高齢の障害者へのサービス提供の在り方やその評価について、引き続き検討することとしてはどうか。

(参考)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における看取り介護加算①

単位数・算定率

看取り介護加算(Ⅰ)		
期間	単位/日	算定率 (※)
死亡日以前31日～45日	72	13.9%
死亡日以前4～30日	144	23.6%
死亡日前日、前々日	680	24.6%
死亡日	1280	24.9%

看取り介護加算(Ⅱ) ※施設内で死亡した場合		
期間	単位/日	算定率 (※)
死亡日以前31日～45日	72	4.9%
死亡日以前4～30日	144	8.0%
死亡日前日、前々日	780	8.5%
死亡日	1580	8.6%

※第260回社会保障審議会介護給付費分科会 資料1「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」より

算定要件(概要)

- 常勤の看護師を一名以上配置した上で当該施設の看護職員により、又は病院、診療所、指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。
- 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得ていること。
- 医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、見取りに関する指針の見直しを行うこと。
- 看取りに関する職員研修を行っていること。
- 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。
- 【(Ⅱ)のみ】入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的状況等について、配置医師と当該施設の間で、具体的な取決めがなされていること。
- 【(Ⅱ)のみ】複数名の配置医師を置いている又は協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保していること。

(参考)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)における看取り介護加算②

対象となる利用者

- 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みが無いと診断した者であること。
- 医師、生活相談員、看護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者(以下、「医師等」)が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。
- 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携のもと、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。

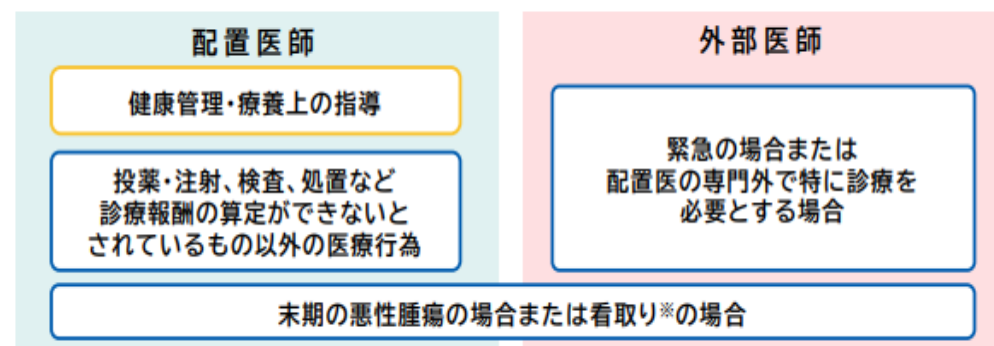
特別養護老人ホームにおける診療行為に対する報酬の給付調整について

- 特別養護老人ホームは、基準上、入所者に対し、健康管理および療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置することとされており、この配置医師が行う健康管理および療養上の指導は介護報酬で対応されているため、初診・再診料等については、診療報酬の算定はできない。
- 一方で、配置医師以外の医師(外部医師)は、緊急の場合と配置医師の専門外の傷病の場合に、「初・再診料」「往診料」等の算定が可能。
- また、末期の悪性腫瘍の場合または在宅療養支援診療所等(※)の医師による看取りの場合に限っては、看取りに関する診療報酬の算定が可能。

(※)在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院および協力医療機関

給付調整のイメージ図

黄色枠の業務:介護保険で評価 青色枠の行為・業務:医療保険で評価



(※)在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院および協力医療機関の医師による看取りの場合に限る。

(参考)人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン①

(厚生労働省 平成30年3月改定)

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、本人の意思は変化するものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

(参考)人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン②

(厚生労働省 平成30年3月改定)

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化するものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・ 本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

【論点4】地域移行等意向確認未実施減算の見直しについて

現状・課題

- 令和6年度障害福祉報酬改定においては、施設入所支援について、地域移行を推進するための取組として、地域移行等意向確認担当者の選任や地域移行等意向確認等に関する指針の策定について運営基準に規定し、令和8年度からはこれらを義務化するとともに、未対応の場合は減算の対象としている。（1日につき5単位の減算）

※直近の算定状況（令和8年5月分） 9事業所/2,528事業所（算定率0.4%）

- 「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」や第8期障害福祉計画に係る基本指針のとおり、本人の意思に基づいた地域移行を推進するため、各施設の指針作成及び意向確認は重要であり、一層の取組を進める必要がある。

論 点

- 現行の減算の設定（1日につき5単位の減算）について、どう考えるか。

検討の方向性

- 令和8年度から義務化されたことも踏まえ、減算設定の強化を検討してはどうか。

(参考) 地域移行等意向確認未実施減算(令和6年度障害福祉報酬改定)

障害者支援施設における地域移行を推進するための取組

- 障害者支援施設から地域生活への移行を推進するため、運営基準の見直しや、報酬の見直し・拡充を行う。

① 運営基準の見直し(地域移行及び施設外の日中サービス利用の意向を確認)

- すべての施設入所者に対して、地域生活への移行に関する意向や施設外の日中活動系サービスの利用の意向について確認し、本人の希望に応じたサービス利用になるようにしなければならないことを規定。
- また、以下の①、②の体制の整備を令和6年度から努力義務化。令和8年度から義務化するとともに、未対応の場合は減算の対象とする。

① 地域移行及び施設外の日中サービスの意向確認を行う担当者を選任すること

② 意向確認の記録や意向を踏まえた個別支援計画を作成することなど、意向確認のマニュアルを作成していること

【新設】
地域移行等意向確認体制未整備減算 5 単位/日

② 基本報酬の見直し

- 利用定員の変更をやすくするため、基本報酬の利用定員ごとの報酬設定を、10人ごとに設定。

【現行】

利用定員	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
40人以下	459単位	387単位	312単位	236単位	171単位
41人以上 60人以下	360単位	301単位	239単位	188単位	149単位
61人以上 80人以下	299単位	251単位	201単位	165単位	135単位
81人以上	273単位	226単位	181単位	149単位	128単位

【見直し後】

利用定員	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
40人以下	463単位	392単位	316単位	239単位	174単位
41人以上 50人以下	362単位	303単位	240単位	189単位	150単位
51人以上 60人以下	355単位	297単位	235単位	185単位	147単位
61人以上 70人以下	301単位	252単位	202単位	166単位	137単位
71人以上 80人以下	295単位	247単位	198単位	163単位	133単位
81人以上	273単位	225単位	181単位	150単位	129単位

③ 地域生活への移行を推進するための評価の拡充

- 地域移行に向けた動機付け支援として、グループホーム等の見学や食事利用、地域活動への参加等を行った場合の評価の拡充。

【新設】地域移行促進加算(Ⅱ) 60単位/日

- 前年度において障害者支援施設から地域へ移行し、6か月以上地域での生活が継続している者が1名以上いる場合かつ入所定員を1名以上減らした実績を評価する加算を創設。

【新設】地域移行支援体制加算 例：利用定員が41人以上50人以下、区分6の場合 9単位/日

- 送迎加算について、障害者支援施設と隣接していない日中活動系の事業所への送迎した場合には、施設入所者を加算の対象とするよう見直し。

(参考) 地域移行に関する指摘・状況

「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に関するこれまでの議論のまとめ」(R7.9.24) (抜粋)

- 障害者の希望に応じた地域での暮らしを選択できるよう地域移行を進めてきた中で、現状では地域移行に取り組んでいないなど、求められる役割・機能を果たせていない施設も一定数ある。
- 施設から地域生活への移行を支援する機能として、地域と連携した動機付け支援や地域移行の意向確認等に取り組む必要がある。

「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」 (令和8年こども家庭庁・厚生労働省告示第4号) (抜粋)

第二 障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の提供体制の確保に係る目標

一 福祉施設の入所者の地域生活への移行

(略)福祉施設においては、地域移行等意向確認等に関する指針(略)に従い、必要な意思決定支援が行われ、施設入所者の地域生活への移行等に関し、本人の意思が確認されていることが重要である。このため、全ての施設入所者の地域生活移行に関する意向について、その支障となっている要因や必要とする支援を含めて把握し、適切に意思決定支援を行いつつ確認すること(この点について市町村は協議の場において共有すること。)、施設入所者が地域生活に移行する上で必要な支援等について施設の担当職員等が地域生活支援拠点等の関係機関と連携して検討すること、施設の老朽化等による改築時にはその定員を見直してグループホームやショートステイの整備を併せて行うことを基本とすること等の取組を推進することが求められることを考慮する。

(略)特に、地域移行等意向確認等に関する指針に従い、本人の意思が適切に確認されることが重要であり、別表第一の十一に掲げる活動指標を明確にし、積極的に取組を推進することが重要である。

別表第一 十一 福祉施設の入所者の地域生活への移行

地域生活への移行支援	障害者支援施設の地域移行等意向確認担当者による、地域生活への移行に向けた入所者全員への支援の回数
------------	--

【論点5】障害者支援施設のサテライト的な施設の創設について

現状・課題

- 「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」のこれまでの議論のまとめにおいて、「地域移行や定員削減を段階的に進めるために、障害者支援施設が定員を削減しつつ運営するサテライト的な施設の必要性も検討する必要がある」ことが指摘されている。
- 過去に構造改革特区の枠組みで一部の自治体において「サテライト型障害者入所施設」(H17～19年度)の特例措置が講じられたが、活用事例は少数にとどまり、全国展開に至らず終了した。
- 第8期障害福祉計画に係る基本指針においては、施設入所者数の削減が成果目標とされていることから、サテライト的な施設を創設するに当たっても、主たる施設の定員は削減することが前提となることに留意が必要である。
- また、障害者支援施設のサテライト的な施設については、グループホームや自立訓練(生活訓練)、宿泊型自立訓練など、既存の地域移行に関連する各種支援との役割分担が必要であることや、新たに設置する場合に整備費用の発生などの課題がある。

論 点

- サテライト的な施設の創設をどのように考えるか。その際、既存のサービス(共同生活援助、自立訓練(生活訓練)など)との役割の棲み分けの整理をどのように考えるか。

【論点5】障害者支援施設のサテライト的な施設の創設について

検討の方向性

- 制度の創設にあたっては、構造改革特区での活用が低調であったことも踏まえつつ、サテライト施設の定義、運用面でのメリット・デメリットや、その他の類似サービスとの役割の違いなどの整理が必要であることから、まずは、そうした点の整理を進めることとし、引き続きの検討課題としてはどうか。
- 一方で、多様な体験や経験を通じた意思形成支援を積み重ね、本人が自分らしい生活を送るための選択の機会を確保することは重要であり、現行制度においても、地域生活支援拠点等に位置づけられている障害者支援施設の職員が、地域移行支援事業者と必要な連絡調整や協議等を行い、当該障害者支援施設の利用者が地域での単身生活を想定した体験的な宿泊支援や地域生活への移行に向けた支援（地域活動への参加や買い物の体験等）を利用した場合の評価を設けている。
- 地域移行に向けた動機付け支援を促進するため、障害者支援施設の利用者が、「共同生活援助」のサービスを体験的に利用した場合において、当該利用者が入所する施設の職員が、共同生活援助事業者との連絡調整及び当該利用者に対する定期的な訪問により、障害者支援施設としての専門的な見地からの状況把握や相談援助を行った場合を評価することについて検討してはどうか。

(参考) サテライト的な施設に関する指摘

「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に関するこれまでの議論のまとめ」(R7.9.24) (抜粋)

3. 障害者支援施設に求められる役割・機能、あるべき姿について

(2) 各論

② 地域移行を新する機能について

- ・ 地域移行や定員削減を段階的に進めるために、障害者支援施設が定員を削減しつつ運営するサテライト的な施設の必要性も検討する必要がある。

(参考) 構造改革特別区域における特例措置

構造改革特別区域における特例措置

- 身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、知的障害者更生施設及び知的障害者授産施設（通所のみによる支援を行うものは除く。）は、定員(30人以上)のほか、施設・設備、職員配置について一定の基準が定められている。
- 本特例措置は、入所者の支援に支障がない等の基準を満たす場合には、身体障害者更生施設等の施設本体の入所者を支援するための施設であって、定員規模を4人以上 20 人未満とする小規模な障害者施設（サテライト型施設）の設置を可能とし、施設本体とサテライト型施設は一体のものとして取り扱うことができることとするもの。

利用が低調な主な原因・理由等（構造改革特別区域推進本部評価委員会依頼調査（平成17年12月））

- ① サテライト型施設の設置に当たっては、施設の整備費や運営費が生じるが、一方、施設本体とサテライト型施設の双方の定員を合計した総定員は現行の施設本体の定員以内とされているために収入の増加が見込まれず、施設運営上の支障が生じること
- ② 障害者自立支援法の成立により、障害者施設体系の抜本的な見直しが予定されており、事業者等がその動向を見守っている状況にあることが考えられる。

【論点6】中山間・人口減少地域における基準の在り方について

現状・課題

- 「令和7年の地方からの提案等に関する対応方針」(令和7年12月23日閣議決定)において、障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準(法第44条第3項及び第84条第2項)の中山間地域等における適用については、地域の実情に応じた持続可能なサービスの提供がなされるよう、検討することとされている。
例えば、中山間・人口減少地域では、サービス利用者の減少により、介護分野・障害福祉分野のそれぞれで施設を維持することが困難となる中で、既存の介護老人福祉施設の空きスペースを活用して障害者支援施設の併設を検討する場合、介護老人福祉施設と障害者支援施設の一人当たり床面積の基準が異なっているためそのまま活用できず、既存施設の有効活用の課題となっていることが指摘されている。
- 中山間・人口減少地域におけるサービス提供体制の維持・確保に向けては、社会福祉法等改正法により、地域の実情に応じた配置基準等が導入可能となるサービス類型(特定地域サービス)を新設している。

論 点

- 中山間・人口減少地域における障害者支援施設の確保に向けて、基準の在り方についてどう考えるか。

検討の方向性

- 中山間・人口減少地域において、介護老人福祉施設など既存施設の空きスペースを活用するなど、効率的かつ地域の実情に即した障害者支援施設のサービス提供体制の維持・確保を図るため、特定地域サービスの制度等を活用し、当該地域における一定の基準緩和を検討してはどうか。

1.(2) 特定地域サービス、特定地域居宅サービス等事業の創設

中山間・人口減少地域では、「高齢者人口の減少」「生産年齢人口の減少による介護人材の確保の困難」が進んでおり、必要なサービスを維持するため、**地域の実情に応じて柔軟なサービス提供を可能とする仕組み**を設けることが必要となっています。

特に、これらの地域における訪問介護については、「利用者の事情による突然のキャンセル」「利用者宅間の移動に係る負担」「季節による繁閑」などにより、年間を通じた安定的な経営が難しく、サービス基盤の維持が課題となっています。

新たに創設

見直し内容

中山間・人口減少地域（※1）の事業所の実情を踏まえて、**選択可能な新たな給付や事業を創設**します。

① 特定地域サービス（※2）

- ・ 包括的な評価（月当たり定額報酬）の導入
- ・ 人員配置基準の弾力化（※3）
（管理者・専門職、夜勤職員の要件の緩和等）

② 特定地域居宅サービス等事業

- ・ 市町村が、給付に代えて、介護保険財源を活用して（地域支援事業として）事業費で委託

（※1）国において、高齢者の人口密度や高齢者人口の減少などに着目した一定の客観的な基準を設定

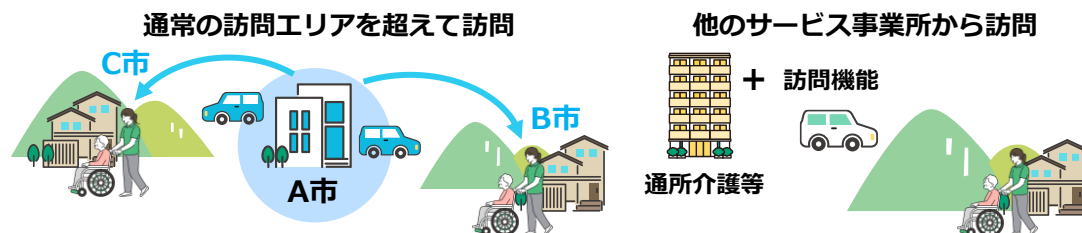
（※2）障害福祉分野においても同様の見直しを行う。

（※3）職員の負担や質の確保への配慮を前提。

	現行（指定サービス）	特定地域サービス（介護（予防）給付）	特定地域居宅サービス等事業（地域支援事業）
地域	全国	中山間・人口減少地域	中山間・人口減少地域
人員配置基準	国の基準に従い、都道府県等が条例で規定	国の基準（※）に従い、都道府県等が条例で規定	国の基準（※）をもとに市町村が決定
報酬等	全国一律の介護報酬	中山間・人口減少地域の事業所の実情を踏まえた介護報酬	事業費（市町村が委託）
報酬等イメージ	出来高  1回〇〇円	包括的な評価を選択可能  月〇〇〇円/人（包括的な評価）	特定地域サービス（介護給付）における報酬分に加えて、通常の圏域を超える移動経費等を含めて、事業費として支払い
類型	居宅・施設サービス等	居宅・施設サービス等	居宅サービス等
対象事業所の手続き	指定	市町村に登録	市町村から委託等

（※）省令等に規定する予定

特定地域居宅サービス等事業の活用が考えられるケース



① 地域の実情に応じたサービス提供体制の維持のための仕組み

社会保障審議会障害者部会（第154回）・
こども家庭審議会障害児支援部会（第18回）

R8. 1. 19

資料 2

現状・課題

- 障害福祉サービスの提供にあたっては、各サービスの配置基準等を満たす必要があるが、中山間・人口減少地域においては、生産年齢人口の減少が全国に比して進んでおり、**専門職等の人材確保が困難な中、人員基準を満たすことが困難**となり、**必要なサービス提供体制の維持・確保が難しくなる**ケースが生じる。
- 現行制度においては、厚生労働省令で定める人員・設備・運営基準の一部を満たしていない場合に、都道府県等が条例で定める基準を満たすもののうち、市町村等が必要と認める場合には、**基準該当サービス**としてのサービス提供を可能としている。

今後の方向性

- **中山間・人口減少地域**（※1）において、**地域で必要なサービスを受けられる体制を引き続き維持・確保**できるよう、現行の基準該当サービス（※2）のような**特例的な障害福祉サービスの類型を新たに設ける**。
 - （※1）対象地域の範囲は、現行の特別地域加算の対象地域を基本としつつ、地域の実情に応じた柔軟な対応が可能となるよう検討。その範囲において、市町村の意向を確認し、都道府県が対象地域を決定することを想定。
 - （※2）現行法上、基準該当サービスは一部を除くサービスで対象とされているが、そのうち国で基準（省令）が定められているのは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労継続支援B型、児童発達支援、放課後等デイサービスであり、対象サービスについても併せて検討。
- この類型は、例外的な扱いであるため、以下の点に留意しつつ、詳細な要件等は次期報酬改定の検討の中で検討。
 - ・自治体が人材確保や業務効率化など他の必要な施策を講じた上で、それでも**なおサービス維持のためにやむを得ない場合**とすること
 - ・職員の負担等への配慮の観点から、**ICT機器の活用や、同一法人の併設事業所間などサービス・職種間で必要な連携体制が確保されていることを前提として、管理職や専門職の常勤・専従要件を緩和**すること
 - ・サービスの質の確保の観点から、**市町村の適切な関与・確認や、配置職員の専門性への配慮**を行うことを前提とすること

【新たな類型案のイメージ】

	指定サービス
地域	全国（地域限定なし）
指定・登録	指定権者による指定
人員配置基準	国で定める基準に従い都道府県等が条例で規定
報酬	全国一律の報酬設定

特例的な障害福祉サービス	
基準該当サービス	新たな類型案
全国（地域限定なし）※離島等の類型あり	中山間・人口減少地域
市町村に登録	市町村に登録
国で定める基準（指定サービスより緩和）に従い都道府県等が条例で規定	国で定める基準（基準該当サービスと同等又は緩和）に従い、都道府県が条例で規定 ※職員の負担や質の確保への配慮が前提
全国一律の報酬を基準に市町村で設定	全国一律の報酬を基準に市町村で設定 地域の実情に応じた包括的な評価の仕組みの設定も可（次々ページ参照）



令和7年地方分権改革に関する提案について 障害者支援施設における設備基準等の見直し（管理番号 2 7 2）

提案団体

広島県、宮城県、広島市、大崎上島町、愛媛県、全国知事会、中国地方知事会

提案内容

特別養護老人ホームの施設・設備等を有効活用して、障害者支援施設を併設できるよう、厚生労働省令で規定する利用者1人あたりの床面積、サービス管理責任者の配置及び入所定員の基準の参酌基準化を求める。

具体的な支障事例

本県の中山間地域では、障害者支援施設が無い地域があるため、両親の高齢化等により家庭での支援が限界を迎えたことにより、障害者支援施設への入所を希望されたとしても、近くの施設に入所できないケースが生じている。

一方で、過疎化の進展により、将来的に地域の特別養護老人ホームに空床が増加する見込みであり、このスペースに障害者支援施設を併設することにより、地域の障害者支援施設への入所ニーズに対応することができ、行政サービスの維持・向上が図られると期待される。

しかしながら、省令により、障害者1人あたり 9.9 m²以上の床面積が必要ということや、サービス管理責任者のうち1人以上は常勤であること、入所を目的とする他の社会福祉施設等に併設する障害者支援施設は 10 人以上の入所を要するといった基準が定められており、当該基準が障壁となって障害者支援施設の併設が進まず、中山間地域における既存施設の有効活用に課題が生じている。

提案自治体（広島県、大崎上島町）へのヒアリング概要

R8.1.19

資料2

○ 令和7年10月31日、提案自治体（広島県、大崎上島町）に対しヒアリングを実施（内閣府地方分権改革推進室同席）

概要

1 背景・現状

- ・ 大崎上島町は離島（離島振興法指定地域）であり、島内に障害者支援施設は未設置
- ・ 島内に特別養護老人ホームは3カ所設置
- ・ 現在、島内に障害者支援施設が無いことから、やむを得ず島外（他自治体）の障害者支援施設へ入所している方は4名
- ・ 障害のある子どもを持つ家族からは、親なき後の支援について、不安の声がある。

2 大崎上島町での支障事例

- ・ 現行制度の利用定員10人以上の確保は困難（島内の対象者が少数）である。
- ・ サービス管理責任者の将来的な確保が困難になることを懸念している。
- ・ 併設予定の特別養護老人ホームでは、床面積基準（9.9㎡）は上回っており、支障はないが他の自治体の過去基準で設置された施設等では支障となる可能性がある。

3 基準見直しがあった場合の想定

- ・ 島内の3カ所の特別養護老人ホームのうちの1カ所への併設を想定
- ・ 島外施設に入所の4名及び短期入所利用者1名の計5名の入所を想定
- ・ 重度障害者対応などのグループホームの整備予定はない（人口規模上困難）。

4 地方分権改革推進室より

- ・ 提案自治体の事例は、中山間・離島地域に共通する課題として検討いただきたい。

関係団体ヒアリングにおける主な意見

9. 施設入所支援

No	意見等の内容	団体名
1	・これ以上の施設の削減には反対。脱施設でも施設回帰でもなく、施設が必要な障害者が一定数存在する。 ・自閉症を含む重度知的障害者のためには選択肢を狭めるべきではない。既に85%は支援区分が5・6である。 施設入所よりも本人の幸せが保障されるものがあれば、親は自然にそちらを選択することに加え、一人当たりサービス費用はGHよりも施設入所のほうが少ないことを見ると、支援効率が良いと言える。	一般社団法人日本自閉症協会
2	施設入所支援利用者の日中の活動の場は、意思決定支援に基づき、住まいの場と異なる場所での活動促進が求められ、その方法として他事業所の利用が考えられるが、現在の施設入所支援の報酬では日中他事業所の利用が多くあると、事業が維持できない。一方で障害者支援施設が実施する生活介護は、夜間や土日に勤務する職員も常勤換算数に含まれるため、生活介護等の時間帯について、通所型の生活介護事業所と体制上同じ職員配置数でありながら、実際の配置職員数は少ないという不均衡が生じている。敷地外の活動場所を整備することも考えられるが、同一敷地内の活動と比べ多くの費用が掛かるという課題がある。日中活動の選択肢の拡大に向け、他事業所への利用促進を図るため、障害者支援施設全体としての収入を維持しつつも、昼夜の収入割合を見直し、施設入所が単体でも経営が成り立つ仕組みとなるよう中期的、段階的な議論をすべきである。また、施設利用者が従たる事業所など敷地外に整備した場所での活動を支援した際に報酬上の評価をすべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会
3	夜間帯の支援について、同じ居住支援でもグループホームは世話人の最低基準だけで6:1から5:1、夜勤者も居住単位で1名となっており、施設入所支援の夜勤者配置が少なく、不均衡な状態になっている。施設入所支援の夜勤職員配置体制加算について、加配人数に応じた仕組みにすべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会
4	生活単位の小規模化に向けた取組みや実績等について報酬上評価されたが、定員を減らすことは経営上のリスクも大きく、より生活環境の向上に向けた取り組みを促進する仕組みが必要である。さらに、安心・安全な環境で地域での暮らしを実感できる仕組みの創設も求められる。 ・施設入所支援の30人定員区分の単価を新設すべきである。 ・施設入所支援の定員区分を5人単位にすべきである。 ・個室による支援を評価すべきである。 ・サテライト施設を創設するとともに、それに見合った人員配置及び報酬上の評価をすべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
5	報酬改定により、通院加算の新設や一部訪問診療の利用が認められるなど、医療支援の強化が図られたところだが、今後ますます重度化高齢化に伴い医療との関わりが強くなることが予想される中、人材確保とより専門性の高い医療支援の観点から、さらなる充実が必要。 訪問看護等、利用できる外部の医療系サービスの範囲を拡大するとともに、居宅介護（通院等介助）を利用できるようにすべき。併せて、通院加算を実態に見合った報酬額とすべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会
6	障害者支援施設が各地域の障害福祉の基盤として中核機能を今以上に発揮できるよう、地域生活支援拠点等の中核的役割や権利擁護の拠点機能、地域の事業所等へのスーパーバイズ機能等の強化を図る必要がある。 障害者支援施設が地域における障害者支援のセンターオブセンターとして中核的支援機能等を発揮できるよう、専門的人材の配置及びそれに伴う報酬上の評価をすべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会
7	入退院時等における切れ目のない健康・栄養支援の推進 ・障害者の健康状態の維持及び地域生活の継続を支えるため、入院時、退院時及び地域移行時において、健康・栄養に関する情報を切れ目なく共有できる体制の充実が重要であることから、障害者支援施設から医療機関に入院する際に、栄養情報を提供する取組について、加算で評価することが必要である。	公益社団法人日本栄養士会
8	・全産業との格差は依然大きく、賃金の上昇基調の中で、法人の賃上げ努力にも限界がある。 ・特に障害者支援施設は、夜勤・早出・遅出の変則勤務ができる人材の確保が重要。 ・他産業、他福祉サービスの種別との賃金格差が生じない水準の処遇改善を求める。	全国身体障害者施設協議会
9	・入所施設において、一人あたりの基準費用額55,000円を超える金額を施設が持ち出している。 介護分野にない、基準費用額の引き上げを求める。	全国身体障害者施設協議会
10	・生活介護における、支給決定日数が土日分を引いた「月マイナス8日」となっている。 ・しかし施設には、土日問わず、24時間の支援を必要とする利用者が多く入所している。 ・支給決定日数の上限を「月マイナス8日」ではなく「最大1か月の日数」に見直してほしい。 ・特に、人工呼吸器、常時喀痰吸引等の医療的ケアが必要な利用者の支援は欠かせない。 ・サービス提供実態に合わせた評価を求める。	全国身体障害者施設協議会
11	・施設入所者について、同一施設内で日中の生活介護サービスを利用するケースが97%に及ぶ。 ・日中支援（生活介護）と夜間サービス（施設入所支援）を一体的に提供しており、日中支援について8時間を超えて支援を行っている実態がある。最大1ヶ月請求できる「療養介護」と同程度の支援を要する利用者の増加に合わせて、施設入所支援における生活介護の支給時間について、8時間以上の区分の創設を求める。	全国身体障害者施設協議会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
12	・施設入所支援の基本報酬は、平日の夜間を中心とした16時間、土日は24時間の支援について、算定されている。 ・生活介護の基本報酬と比較し、金額に大きな差がある。 ・「日中活動の敷地外実施」等、「障害者支援施設の在り方検討会」のとりまとめで示された取り組みの実現に向けて、報酬水準の大幅な引き上げが必要。	全国身体障害者施設協議会
13	・高次脳機能障害、強度行動障害についての支援は、多くの施設で実施している。 ・令和7年度調査（当該団体調査）によると、高次脳機能障害について、全体で1,821名の利用者がおり、施設平均は3.72人となる。 ・人数は過去3年で約1.3倍に増加しており、ニーズはさらに高まる傾向。 ・一方で、算定要件が厳しく、算定できない実態がある。 ・施設規模に関わらず、質の高い支援を実施するために、個別の算定ができる仕組みの創設、要件緩和を求める。	全国身体障害者施設協議会
14	・重度化・高齢化の進行に伴い、利用者の通院対応のニーズが高まっている。 ・また、通院支援に係る移動距離、所要時間等には地域差がある。長時間の対応が必要な場合には、職員、特に看護職の付き添いによる提供サービスへの影響も大きい。 ・現状、算定回数は月2回が限度となっているが、令和7年度調査（当該団体調査）によると、通院人数の約1割は月3回以上通院支援を利用している実態がある。 ・また、昨今の物価高騰によるガソリン等の値上げにより、施設の負担が増大している。 以上の実態に応じて、月2回の回数上限の撤廃、移動距離・所要時間等を加味した個別の評価を求める。	全国身体障害者施設協議会
15	・地域移行を目指して訪問系サービスの試験的な利用ができない、施設入所希望者が利用していた訪問系サービスを利用できなくなる、という現状がある。 ・暮らす場所の選択権を守る観点から、柔軟な体制整備を求める。	全国身体障害者施設協議会
16	・区分5・6で身体介護が必要な利用者についても加算対象とすべき。 ・機械浴等の特別な機器が必要な場合も多く、また、安全面からも複数職員での対応が必要で負担が大きい。 ・さらに、同性介助の実践も進んでおり、実態に合わせた適切な評価を求める。	全国身体障害者施設協議会
17	・夜間帯の看護職員の配置は容易でなく、相当数の看護職の確保が必要。 ・令和7年度調査（当該団体調査）によると、会員の約7割を占める60人未満の施設での夜間看護職員体制加算の取得率は約8%で、定員60名以上の施設での約30%に比べて一段と低い。 ・施設規模、時間帯問わず、利用者の生命を守るためのケア体制の整備が叶う単価としていただきたい。	全国身体障害者施設協議会

2. 生活介護に係る報酬・基準について

生活介護に係る論点

論点1 基本報酬に係る利用定員の区分の見直しについて

論点2 医療的ケア者への支援の強化について

論点3 障害児施策からの円滑な移行について

生活介護

○ 対象者

- 地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者
 - ① 障害支援区分が区分3(障害者支援施設等に入所する場合は区分4)以上である者
 - ② 年齢が50歳以上の場合は、障害支援区分が区分2(障害者支援施設等に入所する場合は区分3)以上である者

○ サービス内容

- 主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護や、日常生活上の支援、生産活動の機会等の提供

○ 主な人員配置

- 利用者の障害程度に応じて、相応しいサービスの提供体制が確保されるよう、利用者の平均障害支援区分等に応じた人員配置の基準を設定
 - サービス管理責任者
 - 生活支援員等 6:1～3:1

○ 報酬単価（令和6年4月～）

■ 基本報酬

基本単位数は、利用定員、障害支援区分及びサービス提供時間別に所定単位数を算定

※利用定員21人以上30人以下の場合

サービス提供時間	障害支援区分				
	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
3時間未満	449単位	333単位	228単位	204単位	185単位
3時間以上～4時間未満	575単位	427単位	293単位	262単位	236単位
4時間以上～5時間未満	690単位	512単位	351単位	313単位	284単位
5時間以上～6時間未満	805単位	597単位	409単位	366単位	332単位
6時間以上～7時間未満	1,120単位	833単位	570単位	510単位	463単位
7時間以上～8時間未満	1,150単位	854単位	584単位	523単位	475単位
8時間以上～9時間未満	1,211単位	915単位	646単位	584単位	536単位



福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) 6単位/日

常勤職員が多く配置されていることや、常勤職員の勤続年数が長いことを適切に評価するため、福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)と福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)とを併給可とする。

■ 主な加算

人員配置体制加算(33～321単位/日)
→ 直接処遇職員を加配(1.5:1～2.5:1)した事業所に加算

※ 指定生活介護事業所は区分5・6・準ずる者が一定の割合を満たす必要

常勤看護職員等配置加算(6～32単位/日)
→ 事業所の利用定員に応じ、常勤換算方法で配置した看護職員数に応じて、利用者全員に加算

延長支援加算

→ 9時間以上のサービス提供を評価

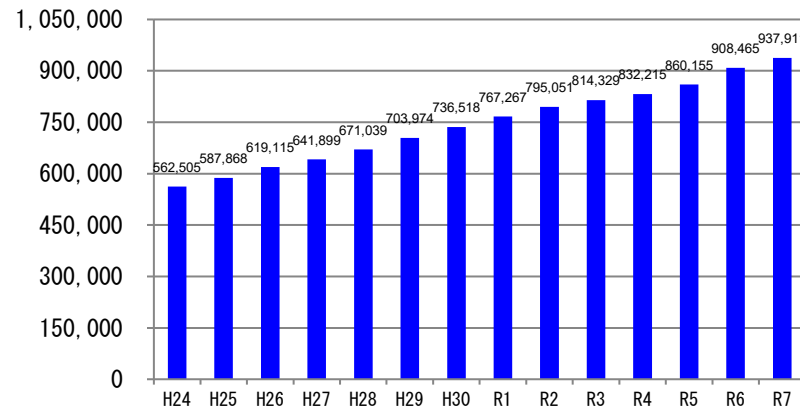
- ・ 所要時間 9時間以上10時間未満 100単位/日
- ・ 所要時間10時間以上11時間未満 200単位/日
- ・ 所要時間11時間以上12時間未満 300単位/日
- ・ 所要時間12時間以上 400単位/日

生活介護の現状

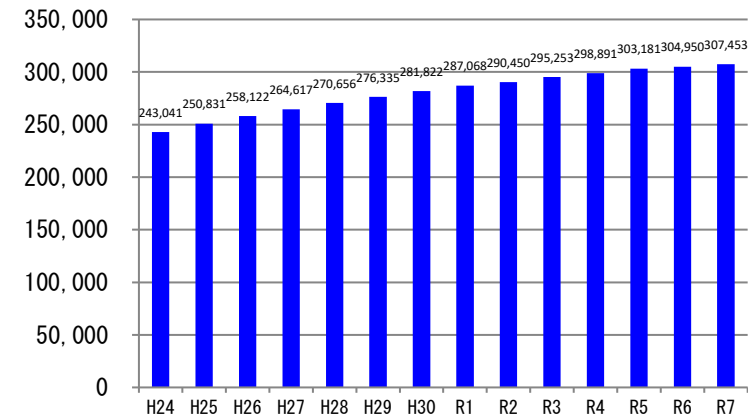
【生活介護の現状】

- 令和7年度の費用額は約9,379億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の20.6%を占めている。
- 費用額、利用者数、事業所数は毎年度増加している。

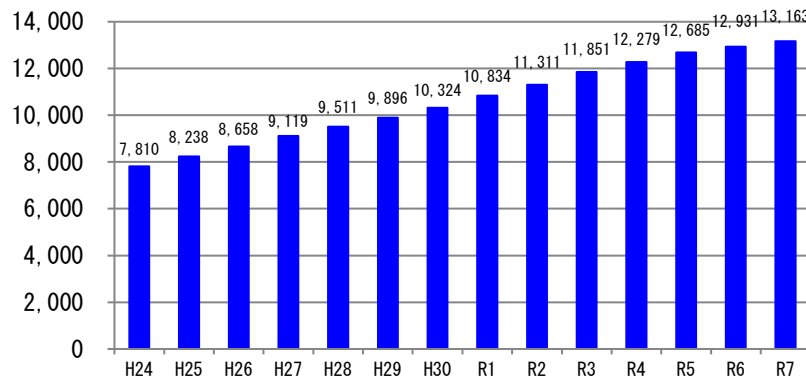
費用額の推移(百万円)



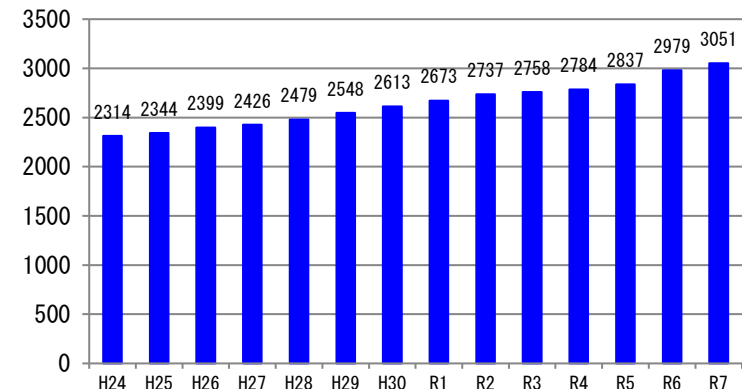
利用者数の平均(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



一人当たり費用額の推移(千円)



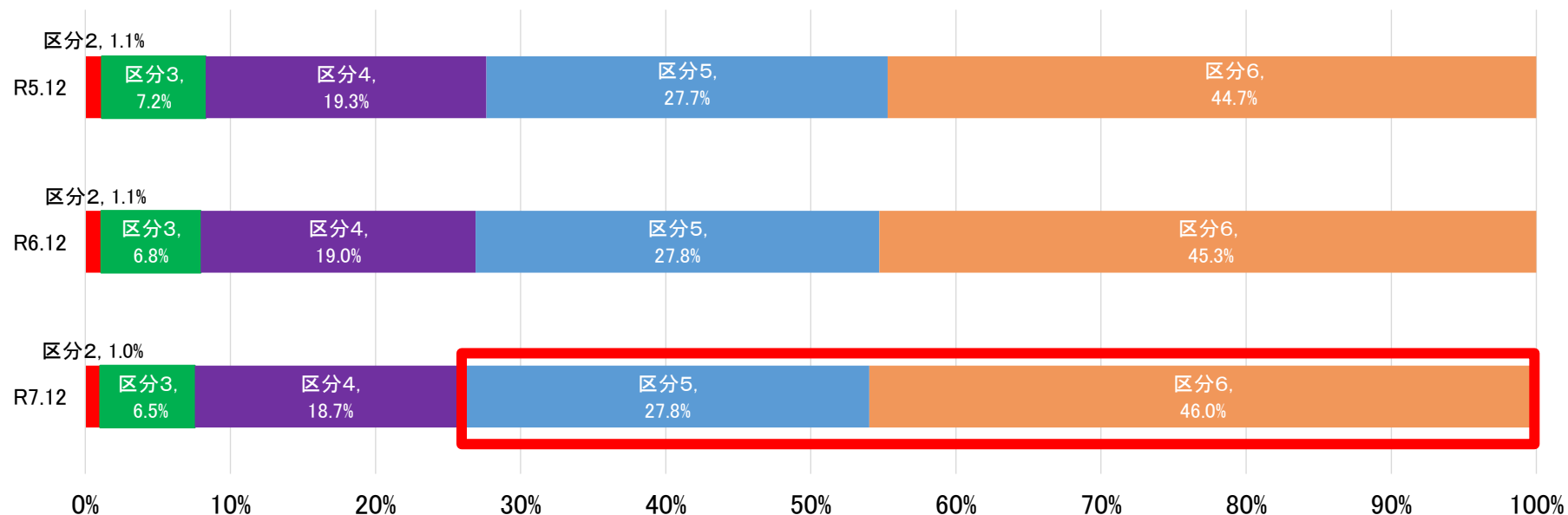
【生活介護の利用者の状況等】

- 区分5、区分6の利用者数が増えている。
- 区分5及び区分6の利用者が全体の約7割を占めており、区分5及び区分6の利用者の割合が増えている。

○ 利用者数の推移(障害支援区分別)

	総数	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
R5.12	303,045人	9人	3,472人	21,695人	58,591人	83,813人	135,465人
R6.12	304,916人	4人	3,383人	20,842人	57,813人	84,806人	138,068人
R7.12	307,411人	4人	3,169人	20,065人	57,344人	85,522人	141,307人

○ 利用者数の割合の推移(障害支援区分別)



【生活介護の利用者の状況等】

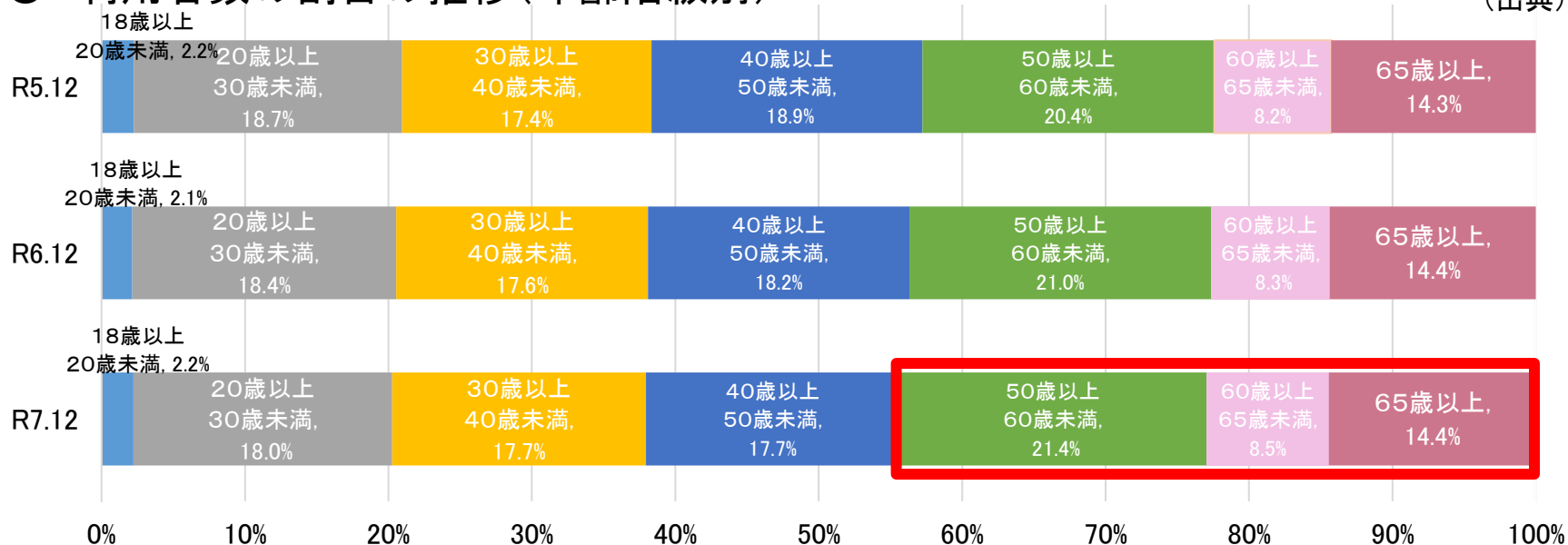
- 多くの年齢階級で利用者が増加している。
- 特に50歳以上の利用者の割合が増加傾向にあり、全体の40%以上を占めている。

○ 利用者数の推移(年齢階級別)

	総数	18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 30歳未満	30歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上
R5.12	303,047人	144人	6,637人	56,719人	52,728人	57,192人	61,677人	24,701人	43,249人
R6.12	304,920人	155人	6,417人	56,113人	53,518人	55,546人	64,153人	25,191人	43,827人
R7.12	307,413人	164人	6,690人	55,413人	54,440人	54,277人	65,835人	26,235人	44,359人

○ 利用者数の割合の推移(年齢階級別)

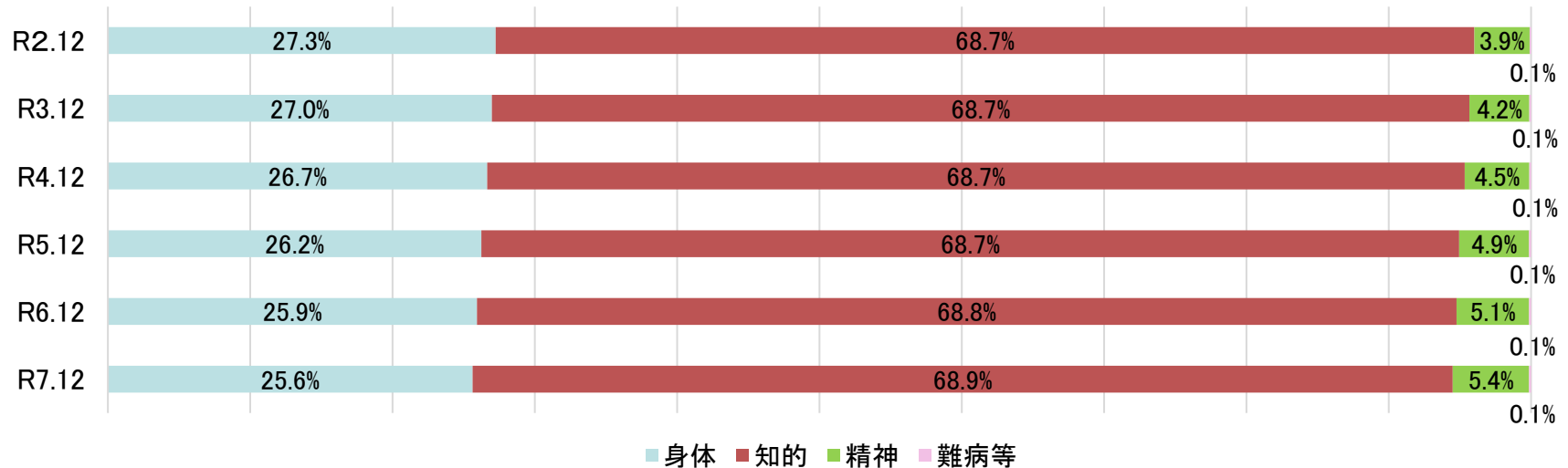
(出典)国保連データ



障害種別ごとの利用の状況(生活介護)

○ 生活介護は、知的障害者の利用割合が約70%を占める。

利用者の割合の推移(障害種別)



	総数	身体	知的	精神	難病等
R 2.12	291,422人	79,421人	200,363人	11,313人	325人
R3.12	296,640人	80,009人	203,807人	12,470人	354人
R4.12	298,439人	79,553人	204,976人	13,527人	383人
R5.12	303,023人	79,519人	208,202人	14,870人	432人
R6.12	304,900人	79,076人	209,833人	15,551人	440人
R7.12	307,392人	78,774人	211,711人	16,460人	447人

【論点1】基本報酬に係る利用定員の区分の見直しについて

現状・課題

- 生活介護は、障害福祉サービスの日中活動の場として重要な役割を担っており、利用者の障害特性や支援ニーズに応じて、多様な規模の事業所が運営されている。
- 一方で、近年、利用者の重度化・高齢化や、強度行動障害、医療的ケア等の個別ニーズへの対応の必要性が高まる中、個々の利用者の意思・希望に応じた支援や、より個別性の高い支援の重要性が指摘されている。
- また、「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」のこれまでの議論のまとめにおいては、利用者の意思決定支援の推進、個別的支援の充実、地域生活を見据えた支援の実施、生活単位の小規模化等の必要性が指摘されている。
- 利用定員が大きくなるほど、利用者の意思決定支援や個別支援の確保が課題となると考えられる。また、現在、報酬体系上は81人以上はすべて同じ区分とされており、規模の拡大に伴う費用構造の変化が十分反映されていないと考えられる。

論 点

- 利用者の意思・希望を尊重した支援等の観点から、生活介護事業所の規模等に応じた報酬をどのように設定するか。

検討の方向性

- 利用者の意思決定支援の推進、個別的支援の充実、地域生活を見据えた支援の実施、生活単位の小規模化等の推進等に対応しつつ、事業規模等に応じた評価を行う観点から、報酬設定上、91人以上の新たな区分を設けるなど、事業規模等に応じた評価の強化を検討してはどうか。

生活介護の現行の定員区分

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第五百二十三号）（抄）

第6 生活介護

1 生活介護サービス費(1日につき)

イ 生活介護サービス費

区分	単位	区分	単位
(1) 利用定員が5人以下	283～1733	(6) 利用定員が41人以上50人以下	181～1172
(2) 利用定員が6人以上10人以下	274～1684	(7) 利用定員が51人以上60人以下	178～1140
(3) 利用定員が11人以上20人以下	218～1353	(8) 利用定員が61人以上70人以下	176～1115
(4) 利用定員が21人以上30人以下	185～1211	(9) 利用定員が71人以上80人以下	173～1088
(5) 利用定員が31人以上40人以下	184～1178	(10) 利用定員が81人以上	171～1078

障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に関する これまでの議論のまとめ（抜粋）

3. 障害者支援施設に求められる役割・機能、あるべき姿について

（1）基本的な考え方

障害者総合支援法では、「可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保される」「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられない」「日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切にものの除去に資する」こと等が基本理念となっている。

障害者支援施設の求められる役割や機能、あるべき姿についてもこの基本理念を踏まえ、地域移行を支える通過点であるべきであり、誰もが地域移行が可能との意見もあることを念頭に置きつつ、あらためて法人の運営者や施設管理者、職員等と認識を共有し、取組を進めていくことが重要である。

④ 入所者への専門的支援や生活環境

強度行動障害を有する者や医療的ケアが必要な者などへの専門的な支援の更なる推進や、重度化・高齢化した利用者への対応、終末期における看取りまでの支援は、地域における支援体制づくりが求められているとともに、特に障害者支援施設において求められている役割である。また、入所者の暮らしの質の向上に資する生活環境（居室、日中活動など）にすることが重要である。

（2）各論

④ 入所者への専門的支援や生活環境について

・ 施設の利用者に対する支援の質・生活環境の向上や個別的支援の提供のため、個室化やユニット化により生活単位の小規模化を更に推進し、地域における生活環境に近づけることで、地域移行後の暮らしを見据えて利用者自身が持つ力を高めていく必要がある。

【論点2】医療的ケア者への支援の強化について

現状・課題

- 医療技術の進歩等により、医療的ケアが必要な障害者（以下「医療的ケア者」という。）は増加しており、地域で生活する医療的ケア者への支援体制の充実が求められているが、医療的ケア者を受け入れる事業所からは、人材確保や受入体制の整備に係る負担が大きいとの指摘がある。
- 特に、看護職員を中心とした専門的な支援体制が必要だが、障害福祉分野では看護職員の確保が難しいことがあり、また、医療的ケア者のサービス利用が少ない日であっても一定の看護体制を維持する必要があることから、事業所の経営負担が大きいとの意見がある。
- 先般の特別国会改正が成立した医療的ケア児支援法改正法においても、支援対象について医療的ケア児の成長等を踏まえて対象を18歳以上の者にも拡大するとともに、支援施策の充実を図ることとされたところである。

論 点

- 医療的ケア者が地域で安心して生活できるよう、必要な日中の支援体制を確保する観点から、どのような支援強化が必要か。

検討の方向性

- 医療的ケア者の受入を促進し、地域におけるサービス提供体制を確保する観点から、必要な看護職員の確保のため、常勤看護職員等配置加算について見直しを検討してはどうか。
- 医療的ケア者については、体調不良や受診、入院等により欠席が生じやすく、欠席時や利用再開時には、医療的ケアの内容や健康状態の確認、家族や医療機関との連絡調整等、通常よりも多くの準備や調整が必要であり、事業所において追加的な対応が求められているとの意見があることを踏まえ、医療的ケア者等が欠席した場合の欠席時対応加算について拡充を検討してはどうか。

サービス名	項目	改定概要
生活介護	常勤看護職員等加配加算の見直し	医療的ケア児の成人期への移行にも対応した体制を整備するため、常勤看護職員等配置加算について、看護職員の配置人数に応じた評価に見直し。 【見直し後】定員が11人以上20人以下 28単位/日 × 常勤換算員数 等
	人員配置体制加算の拡充	医療的ケアが必要な者など、重度の障害者に対する体制を整備するため、より手厚く人員を配置した場合の評価の拡充。 【見直し後】定員20人以下、従業者1.5:1以上 321単位/日 等
	喀痰吸引等実施加算【新設】	登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を実施した場合の加算を創設 【新設】30単位/日
	入浴支援加算【新設】	医療的ケアが必要な者等への入浴支援を提供した場合の加算の創設。 【新設】80単位/日
	基本報酬の見直し (主に重症心身障害児者対応の多機能型事業所)	重症心身障害児者対応の多機能型事業所にも配慮した利用定員規模別の報酬設定を行うため、5人以下、6～10人以下の区分を創設。 【新設】定員5人以下・区分6・所要時間7時間以上8時間未満の場合 1,672単位/日 等
障害者支援施設	夜間看護体制加算の見直し	入所者への医療的ケアの対応状況を踏まえ、看護職員の配置人数に応じた評価に見直し。 【見直し後】60単位/日+35単位/日 × 1を超えて配置した人数
	通院支援加算【新設】	医療的ケアが必要な者等が医療機関に通院する頻度が高くなっているため、通院に係る支援を実施した場合の加算を創設。 【新設】17単位/日
短期入所	福祉型強化短期入所の種類の追加【新設】	医療的ケア児者の入浴支援等、日中のみの支援ニーズに応えるサービス類型を創設。 【新設】福祉型強化特定短期入所サービス費(Ⅱ)(障害児向け) 区分3 977単位/日 等
	医療的ケア対応支援加算及び重度障害児・障害者対応支援加算の対象の拡充	福祉型短期入所サービスについて、医療的ケア児者を受け入れて対応している場合や、区分5・6以上を多く受け入れている場合に、医療的ケア対応支援加算及び重度障害児・障害者対応支援加算の対象とするよう見直し。 医療的ケア対応支援加算 120単位/日、重度障害児・障害者対応支援加算 30単位/日
	医療型短期入所受入前支援加算【新設】	医療型短期入所サービスの利用を希望する医療的ケア児者に対して、利用する前から、事前に自宅へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、新たに受け入れた場合の加算を創設。 【新設】1,000単位/日(1回を限度)
	緊急短期入所受入加算の単位数の見直し	短期入所における緊急時の受け入れについて、緊急時の受入体制構築を適切に評価する観点から緊急短期入所受入加算による評価を見直し。 【見直し後】福祉型 270単位/日、医療型 500単位/日
	指定申請書類の簡略化	医療型短期入所サービスの指定申請において、介護老人保健施設の指定申請で提出している書類と同様の内容の書類がある場合、省略可能とするよう見直し。

常勤看護職員等配置加算

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第五百二十三号) 抄

第6 生活介護

3の2 常勤看護職員等配置加算

- (1) 利用定員が5人以下 32単位
- (2) 利用定員が6人以上10人以下 30単位
- (3) 利用定員が11人以上20人以下 28単位
- (4) 利用定員が21人以上30人以下 24単位
- (5) 利用定員が31人以上40人以下 19単位
- (6) 利用定員が41人以上50人以下 15単位
- (7) 利用定員が51人以上60人以下 11単位
- (8) 利用定員が61人以上70人以下 10単位
- (9) 利用定員が71人以上80人以下 8単位
- (10) 利用定員が81人以上 6単位

注 看護職員を常勤換算方法(指定障害福祉サービス基準第2条第16号又は指定障害者支援施設基準第2条第15号に規定する常勤換算方法をいう。以下同じ。)で1人以上配置しているものとして、都道府県知事又は市町村長に対して障害保健福祉部長が定める様式による届出を行った指定生活介護事業所等において、別に厚生労働大臣が定める者に対して指定生活介護等を行った場合に、当該指定生活介護等の単位の利用定員に応じ、1日につき、所定単位数に常勤換算方法で算定した看護職員の数(小数点以下は切り捨て)を乗じて得た単位数を加算する。

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年10月31日障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 抄

(6) 生活介護サービス費

⑤常勤看護職員等配置加算の取扱いについて

報酬告示第6の3の2の常勤看護職員等配置加算については、常勤換算方法で1以上の看護職員(保健師又は看護師若しくは准看護師をいう。以下この⑤において同じ。)を配置している場合に常勤換算方法で算出した看護職員の数に乗じて得た単位数を加算する。なお、常勤換算員数の小数点以下は切り捨てるものとする。

なお、本加算は指定生活介護等の単位ごとの看護職員の配置に応じて算定されるものであるため、要件を満たしていない単位については加算は算定されないことに留意すること。

欠席時対応加算

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第五百二十三号) 抄

第6 生活介護

7 欠席時対応加算 94単位

指定生活介護事業所等において指定生活介護等を利用する利用者(当該指定障害者支援施設等に入所する者を除く。)が、あらかじめ当該指定生活介護等の利用を予定していた日に、急病等によりその利用を中止した場合において、指定生活介護従業者が、利用者又はその家族等との連絡調整その他の相談援助を行うとともに、当該利用者の状況、相談援助の内容等を記録した場合に、1月につき4回を限度として、所定単位数を算定する。

- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 10 月 31 日障発第 1031001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）抄

(6) 生活介護サービス費

⑩ 欠席時対応加算の取扱いについて

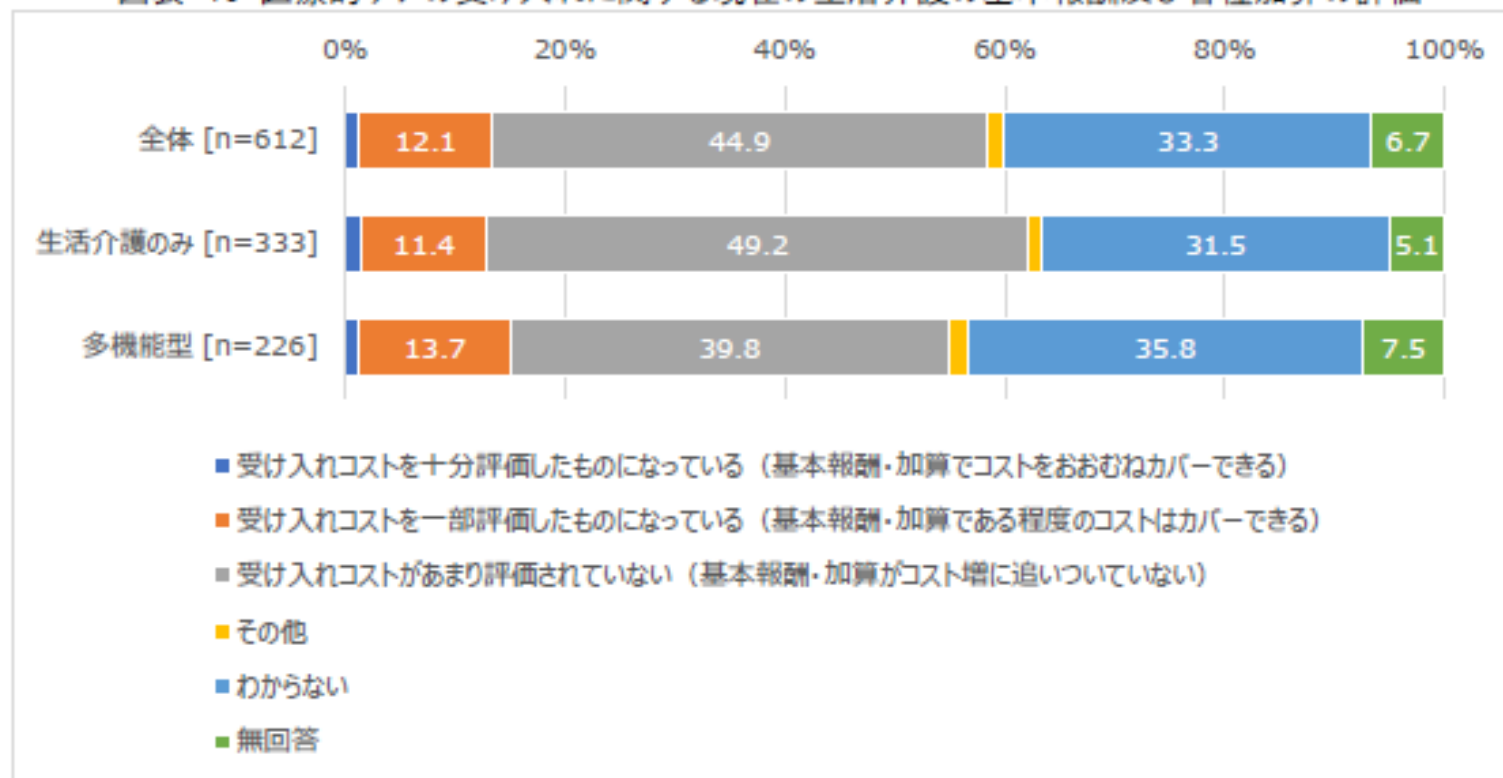
報酬告示第 6 の 7 の欠席時対応加算については、以下のとおり取り扱うこととする。

- (一) 加算の算定に当たっては、急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日又は当日に中止の連絡があった場合について算定可能とする。
- (二) 「利用者又はその家族等との連絡調整その他の相談支援を行う」とは、電話等により当該利用者の状況を確認し、引き続き当該指定生活介護等の利用を促すなどの相談援助を行うとともに、当該相談援助の内容を記録することであり、直接の面会や自宅への訪問等を要しない。

生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況①

医療的ケアを要する者（重心以外）の受け入れに関し、現在の生活介護の基本報酬及び各種加算の評価について聞いたところ、「受け入れコストがあまり評価されていない（基本報酬・加算がコスト増に追いついていない）」が44.9%となっている。

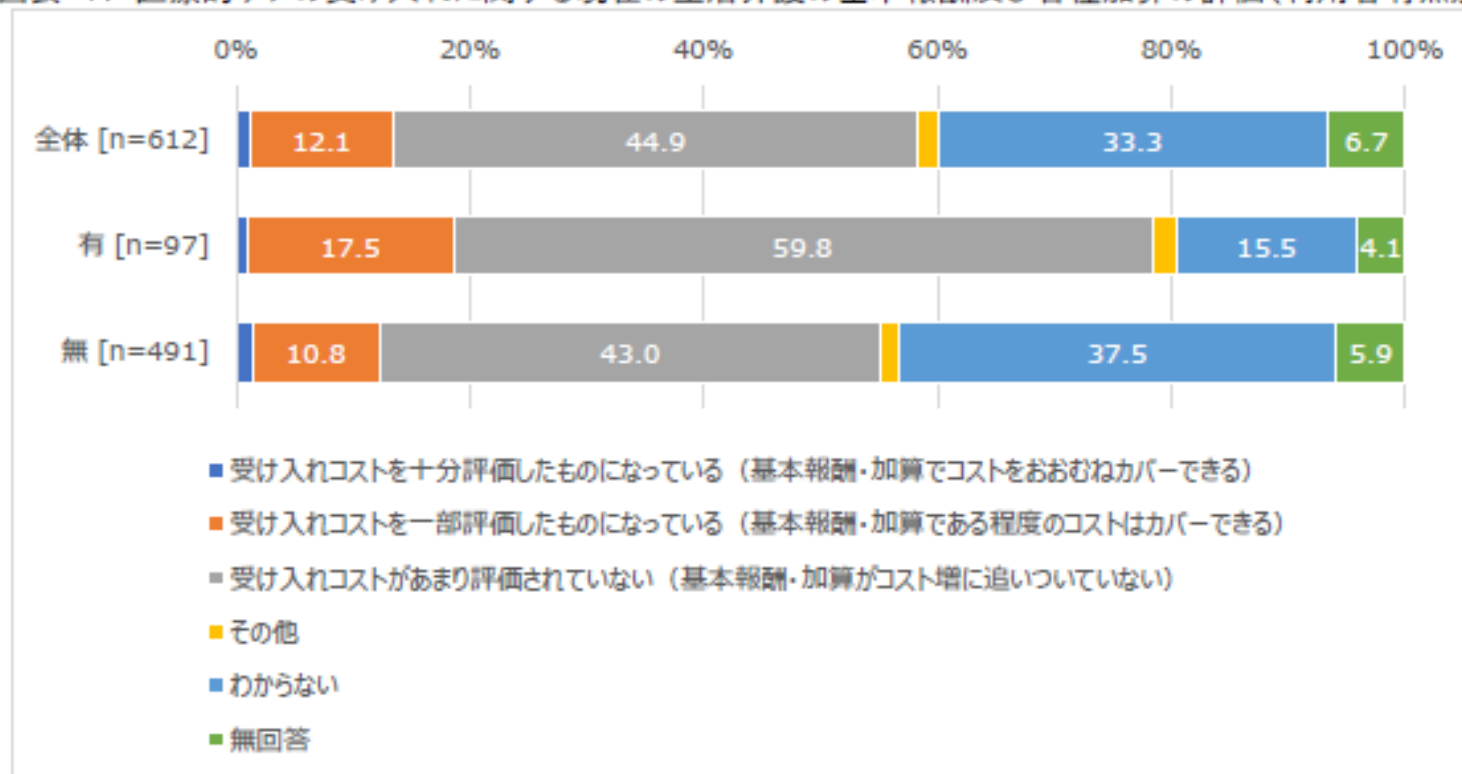
図表 40 医療的ケアの受け入れに関する現在の生活介護の基本報酬及び各種加算の評価



生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況②

医療的ケアを要する利用者の有無別で見ると、医療的ケアを要する利用者がある事業所では、「受け入れコストがあまり評価されていない（基本報酬・加算がコスト増に追いついていない）」の割合が高くなっている。

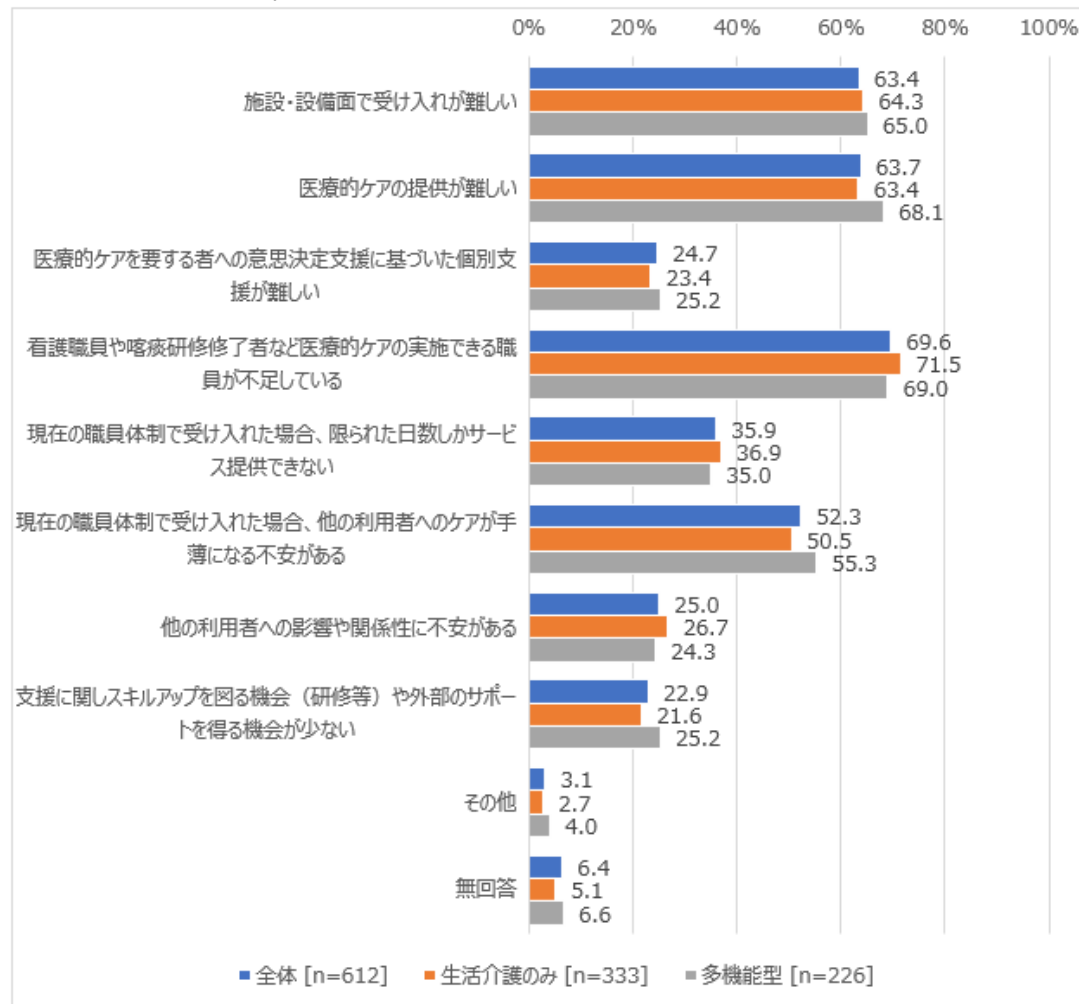
図表 41 医療的ケアの受け入れに関する現在の生活介護の基本報酬及び各種加算の評価（利用者有無別）



生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況③

医療的ケアを要する者（重心以外）の受け入れに関し、受け入れの課題を聞いたところ、「看護職員や喀痰研修修了者など医療的ケアの実施できる職員が不足している」が69.6%と最も多く、次いで、「医療的ケアの提供が難しい」が63.7%、「施設・設備面で受け入れが難しい」が63.4%となっている。

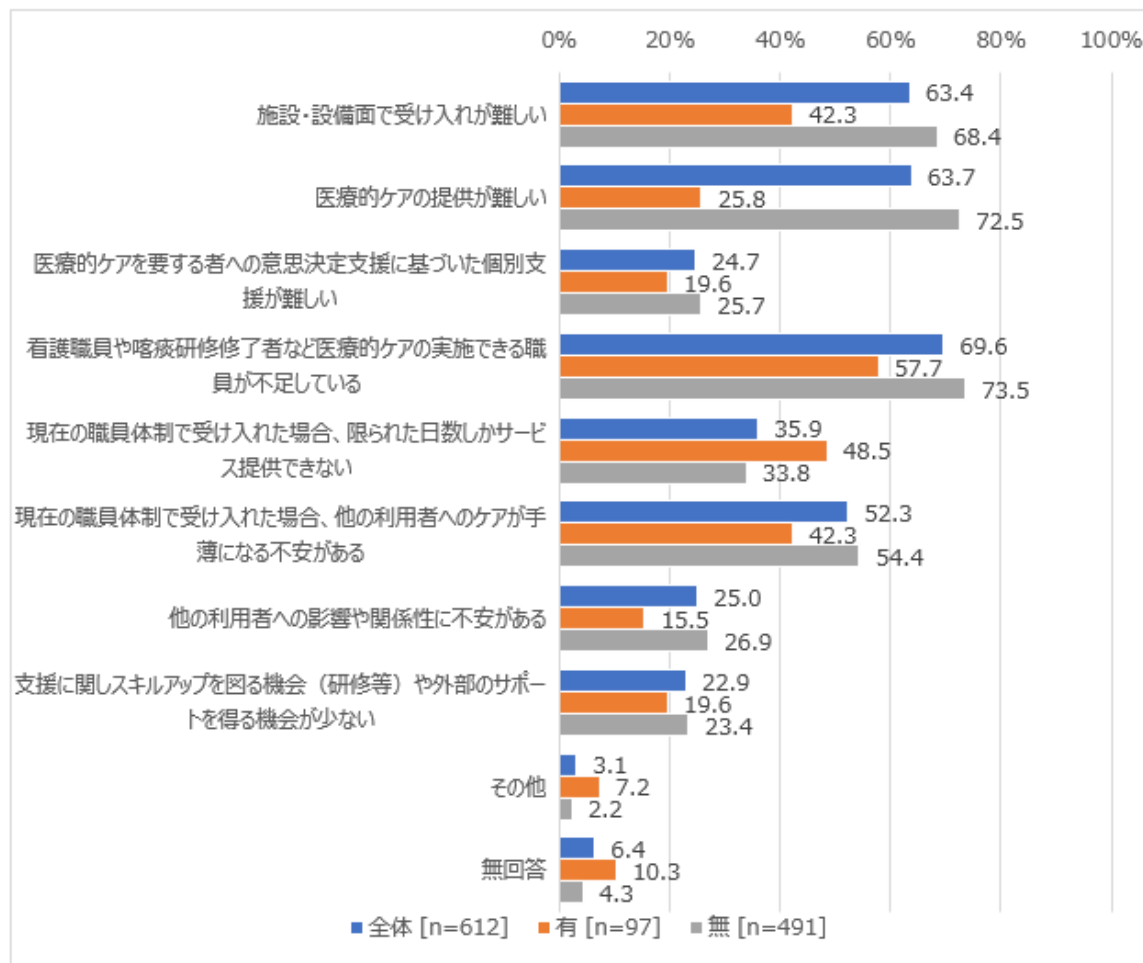
図表 42 医療的ケアを要する者（重心以外）の受け入れの課題〔複数回答〕←



生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況④

医療的ケアを要する利用者の有無別で受け入れの課題を見ると、医療的ケアを要する利用者がいない事業所で、「看護職員や喀痰研修修了者など医療的ケアの実施できる職員が不足している」「医療的ケアの提供が難しい」「施設・設備面で受け入れが難しい」等の課題をあげる割合が比較的高くなっている。

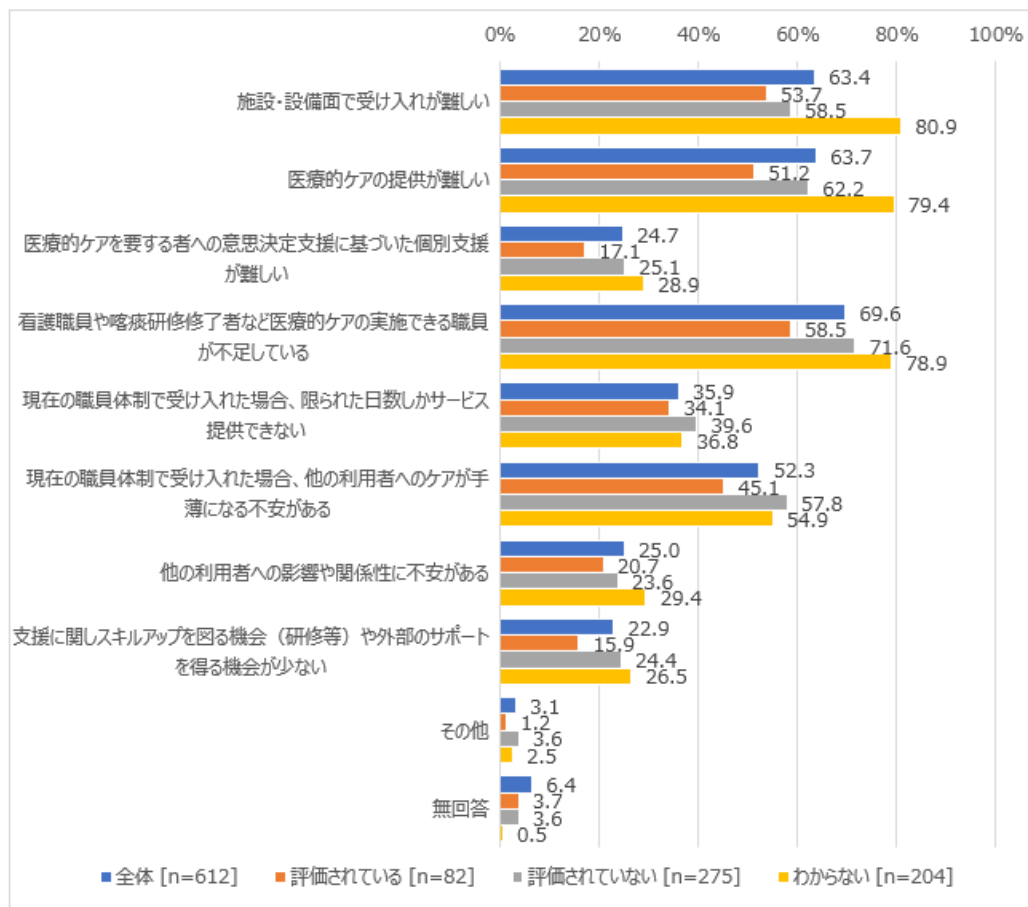
図表 43 医療的ケアを要する者(重心以外)の受け入れの課題(利用者有無別)〔複数回答〕



生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況⑤

医療的ケアを要する者（重心以外）の受け入れに関する現在の生活介護の基本報酬及び各種加算の評価の別で、医療的ケア者の受け入れの課題を見ると、受け入れが基本報酬等で評価されていると感じる事業所に比べて、評価されていないと感じる事業所で課題をあげる割合が比較的高くなっている。また、評価について「わからない」という事業所では、「施設・設備面で受け入れが難しい」「医療的ケアの提供が難しい」等の割合が高くなっている。

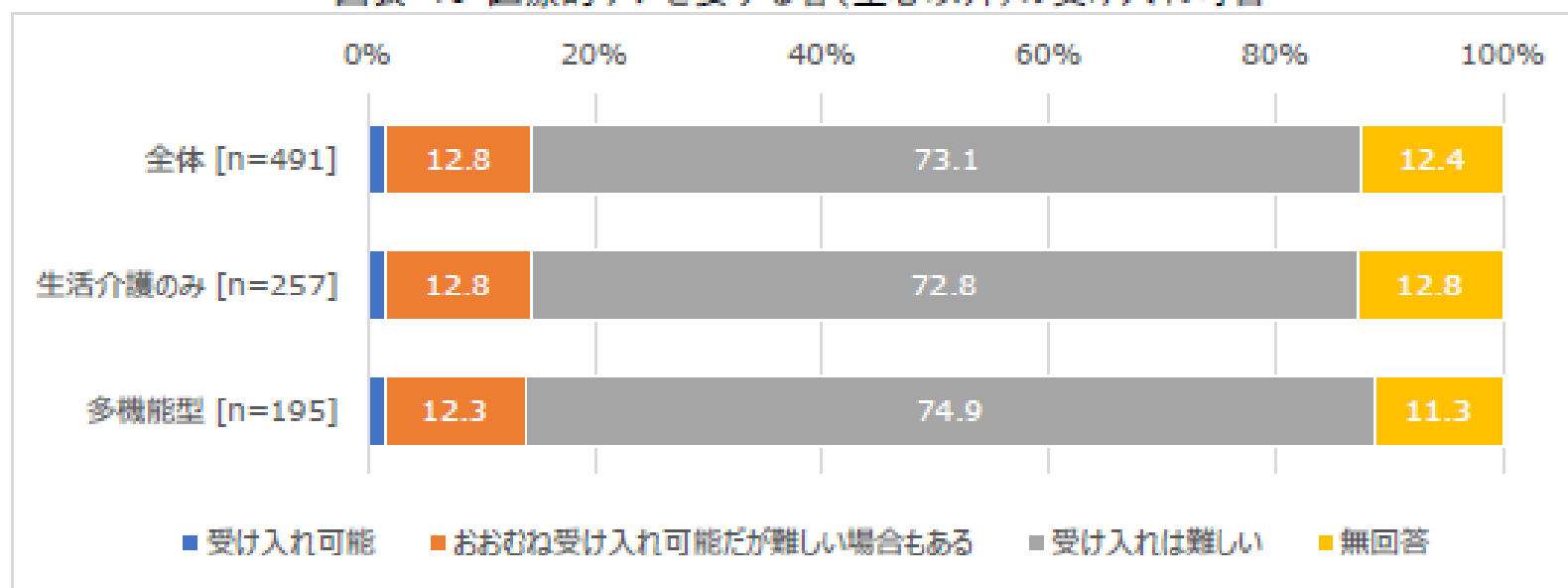
図表 44 医療的ケアを要する者（重心以外）の受け入れの課題（基本報酬等評価別）〔複数回答〕



生活介護における医療的ケアを要する者の受け入れ状況⑥

医療的ケアを要する利用者のいない事業所に、医療的ケアを要する利用者の受け入れ可否を聞いたところ、「受け入れは難しい」が73.1%となっている。

図表 45 医療的ケアを要する者(重心以外)の受け入れ可否



生活介護事業所 1事業所当たりの常勤換算従業員数

第7表 生活介護 1施設・事業所当たりの常勤換算従事者数, 常勤－非常勤別

(単位：人)

	生活介護			
	常勤	非常勤	合計	常勤率
1 施設長・管理者	0.55	0.01	0.57	98.1%
2 サービス管理責任者	0.66	0.01	0.66	99.1%
3 医師	0.01	0.02	0.03	20.0%
4 看護職員（保健師、看護師、准看護師）	0.54	0.26	0.80	67.8%
5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	0.06	0.01	0.06	89.5%
6 生活支援員	5.76	1.88	7.64	75.4%
合計	7.58	2.18	9.76	77.7%
客体数	368			

【定義】

<医療的ケア児等>

- ① 医療的ケア児(日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア(人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為)を受けることが不可欠である児童(18歳以上の高校生等を含む。))
- ② ①であった者であって、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である者
- ③ 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であり、かつ、これにより自立した日常生活又は社会生活を営むことが困難な状態にある者

<重症心身障害者>

重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者(そのうち児童である者は重症心身障害児)

【基本理念】

- 1 基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい日常生活及び社会生活を社会全体で支援
- 2 医療的ケア児等及び重症心身障害者ではない者と共に教育を受けられるように最大限に配慮しつつ適切に行われる教育に係る支援、個々の状況に応じ、医療・保健・福祉・教育・労働・防災等の関係機関等の相互緊密な連携の下、切れ目なく支援
- 3 18歳以降も切れ目なく保健医療・福祉サービスを受けながら、希望する地域において日常生活・社会生活を営むことができるよう支援
- 4 本人と保護者の意思を最大限に尊重した施策
- 5 居住地域にかかわらず等しく適切な支援を受けられる施策

【支援施策等】

<国・地方公共団体による措置>: 講じた施策に関する資料の作成及び公表、保育を行う体制の拡充、社会的養護に係る体制の拡充、教育を行う体制の拡充、日常生活における支援、切れ目ない医療の提供、就労の支援、住居の確保、相談体制の整備等、情報共有の促進、広報啓発、人材の確保、医療的ケアの提供の在り方についての見直し、研究開発等の推進、地域格差の是正のための検証等

<保育所・学校の設置者等による措置>: 保育所等における看護師等又は喀痰吸引等が可能な保育士・介護従事者等の配置、学校等における看護師等又は介護従事者の配置

<医療的ケア児等支援センター(都道府県、指定都市、特別区等が社会福祉法人等を指定又は自ら行う)>: 医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族の相談に応じ、情報の提供、助言その他の支援、関係機関等への情報の提供及び研修等の業務や連絡調整並びに個別避難計画の作成についての協力及び災害時における市町村と連携した情報の提供等を行う

<医療的ケア児等支援地域協議会(都道府県、指定都市、特別区等が設置可能)>: 医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族の支援の体制の整備を図るため、関係者等により構成される協議会を設置する

※医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の一部を改正する法律(令和8年法律第77号。令和8年7月31日公布、令和9年4月1日施行)により改正。

※検討規定: 同法の施行後3年を目途とした実施状況等を勘案した検討、実態把握のための具体的な方策の検討及び災害時における支援の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の一部を改正する法律 概要

(改正後の題名：医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族に対する支援に関する法律)

[該当条項]

背景

令和3年に制定された本法律により、医療的ケア児が保育園や学校へ通いやすくなるなど、18歳未満の児童に対する必要な支援は徐々に整ってきている。一方で、①医療的ケア児の成長等を踏まえた支援対象の拡大（同様の支援を必要とする重症心身障害者についても支援対象とする）、②レスパイト・就労支援等の支援施策の充実、③医療的ケア児支援センターの強化など、この間に明らかになった新たな課題に対応するための法改正が必要とされた。

基本理念の充実

- 基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい日常生活及び社会生活を営むこと〔3条1項〕
- 18歳に達した後等も、切れ目なく適切な保健医療サービス及び福祉サービスを受けながら、希望する地域において日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること〔3条3項〕

支援対象の拡大・支援施策の充実等

1 医療的ケア児の成長等を踏まえた支援対象の拡大

- 医療的ケア児等（右記②・③の者）
 - 重症心身障害者
- を支援対象に追加〔2条3項・4項〕

【医療的ケア児等】

- ① 医療的ケア児
- ② ①であった者であって、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であるもの
- ③ 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であり、かつ、これにより自立した日常生活又は社会生活を営むことが困難な状態にある者

【重症心身障害者】 重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者（そのうち児童である者は重症心身障害児）

2 支援施策の充実

【保育・教育等】 ①喀痰吸引等^{かくたん}を行うことができる介護従事者の配置〔9条2項・3項、10条2項〕、

②社会的養護体制の拡充〔9条の2〕、③生涯学習の推進〔10条3項〕

【生活・就労等】 ①日常生活支援（レスパイト・通学支援等）〔11条〕、②切れ目ない医療の提供〔11条の2〕、

③就労支援〔11条の3〕、④住居の確保〔11条の4〕、⑤ピアサポート〔12条2項〕

【人材確保等】 ①支援に係る研修の実施方法の見直し〔20条〕 ②医療的ケアの提供の在り方^{ありかた}の見直し〔20条の2〕

3 医療的ケア児等支援センターの強化等〔14条〕

- ① 都道府県知事に加え、指定都市、中核市その他の政令で定める市、特別区の長も設置可
- ② 進行性の疾病を有する者等についても相談支援の対象
- ③ 災害時への備え・対応

そのほか、「医療的ケア児等支援地域協議会」の新設（協議会の協議結果について尊重義務）〔18条の2〕

【その他】 支援に関して講じた施策に係る公表等（国・地方公共団体）〔8条の2〕、地域格差の是正のための検証等〔22条〕

【施行】 令和9年4月1日 【見直し】 この法律の施行後3年

医療的ケア者について

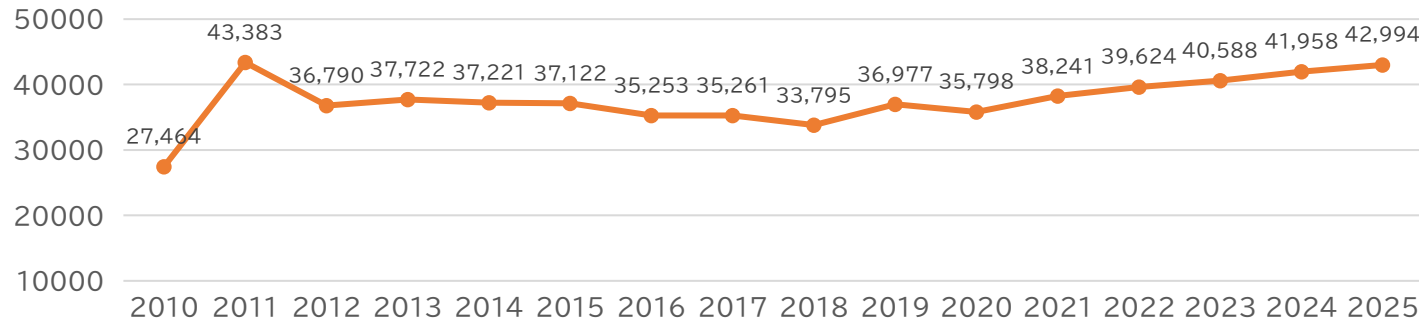
医療的ケア者とは

○医療的ケア者とは、医療的ケア児であった者が成人期を迎えた者、小児期に疾病を発症したが成人期に医療的ケアが必要となった者、成人後に医療的ケア者になった者で、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であり、また、これにより自立した日常生活又は社会生活を営むことが困難な状態にある者を指す。
※例えば、夜間の経鼻的持続陽圧呼吸療法のみを実施している場合や在宅酸素療法のみを実施している場合等の自立した日常生活又は社会生活を営むことが困難な状態ではない場合には該当しない。

全国の医療的ケア者（在宅）の推計値

○全国の医療的ケア者（在宅）は、4万人を超えている見込み。

全国の医療的ケア者（在宅）の推計値（19歳～64歳）



出典：厚生労働行政推進調査事業「特別な支援が必要な医療的ケア者の選定と必要な支援の実態調査研究（是松班）」及び当該厚生研究事業関係者の協力のもと、社会医療診療行為別統計により厚生労働省障害福祉課で作成

その他の医療行為

「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいい、その他の医療行為とは、気管切開の管理、鼻咽頭エアウェイの管理、ネブライザーの管理、酸素療法、経管栄養、中心静脈カテーテルの管理、皮下注射、血糖測定、継続的な透析、導尿等の医療行為を指す。

参考 医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族に対する支援に関する法律（※令和9年4月施行）

（定義）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰かくたん吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（十八歳未満の者及び十八歳以上の者であって高等学校等（学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する高等学校、中等教育学校（同法第六十六条に規定する後期課程に限る。））、特別支援学校（同法第七十六条第二項に規定する高等部に限る。））及び高等専門学校（第一学年から第三学年までに限る。）並びに同法第二百二十四条に規定する専修学校（同法第二百五条第一項に規定する高等課程に限る。第七条において「専修学校」という。）をいう。次条第三項において同じ。）に在籍するものをいう。第四項において同じ。）をいう。

3 この法律において「医療的ケア児等」とは、次に掲げる者をいう。

一 医療的ケア児

二 医療的ケア児であった者であって、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であるもの

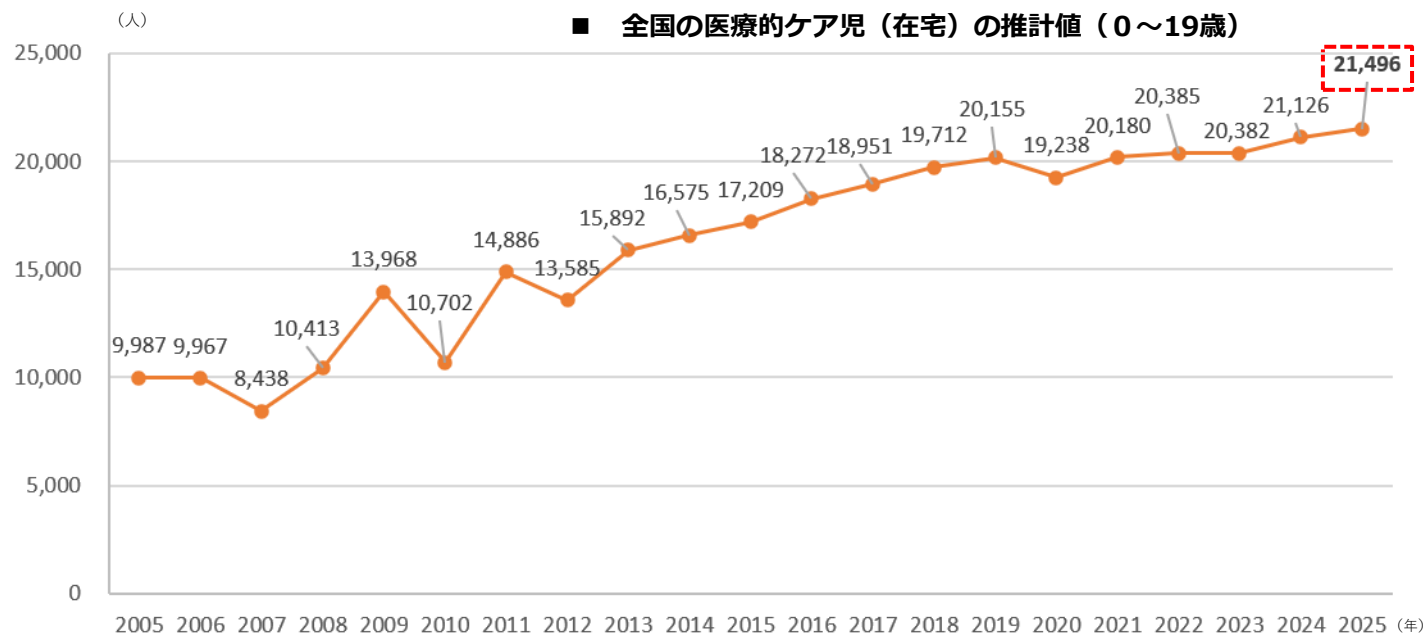
三 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠であり、かつ、これにより自立した日常生活又は社会生活を営むことが困難な状態にある者（前二号に掲げる者を除く。）

医療的ケア児について

○医療的ケア児とは、新生児集中治療室（NICU：Neonatal Intensive Care Unit）等を退院した後も、引き続き、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケア※が日常的に必要な児童のこと。

○全国の医療的ケア児（在宅）は、2万人を超えている（推計）。

※「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、
ネブライザーの管理、
酸素療法、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業関係者の協力のもと、社会医療診療行為別統計によりこども家庭庁支援局障害児支援課で作成



医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）

※医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の一部を改正する法律（令和8年法律第77号。令和8年7月31日公布、令和9年4月1日施行）による改正後

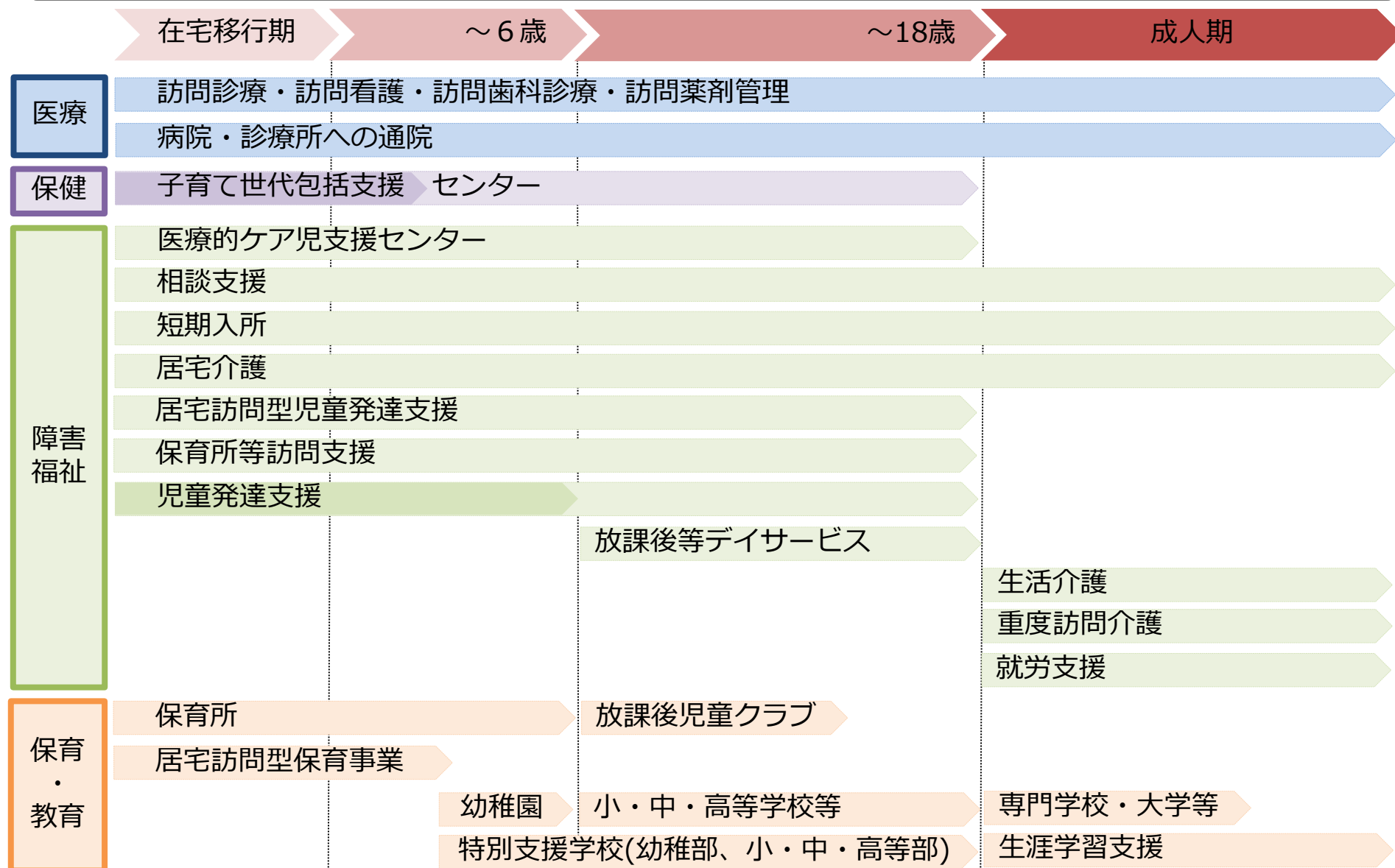
第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であつて高等学校等（学校教育法第一条に規定する高等学校、中等教育学校（同法第六十六条に規定する後期課程に限る。）、特別支援学校（同法第七十六条第二項に規定する高等部に限る。）及び高等専門学校（第一学年から第三学年までに限る。）並びに同法第二百二十四条に規定する専修学校（同法第二百五条第一項に規定する高等課程に限る。第七条において「専修学校」という。）をいう。次条第三項において同じ。）に在籍するものをいう。第四項において同じ。）をいう。

3・4 （略）

医療的ケア児等のライフステージごとの主な支援等

在宅における医療的ケア児及び医療的ケアを必要とする障害者に対する支援等について、医療、保健、福祉、教育、労働等の各分野で取り組まれている。



【論点3】障害児施策からの円滑な移行について

現状・課題

- 学齢期には、特別支援学校等の通学と放課後等デイサービス等により、夕方も含め、見守り、余暇活動、学習活動、社会参加の機会が確保されている。一方で、卒業後に利用する生活介護では、サービス提供時間や活動内容が異なるため、特に就労している家族等からは、夕方以降の居場所や預かり等について課題が示されている。
- また、特別支援学校在学中は教育課程の一環として日中活動の機会が確保されている一方、卒業後は生活介護等の障害福祉サービスへ移行すると、学校で提供されていた人との交流機会を含めた生涯学習の機会が十分に確保されないとの指摘がある。

論 点

- 障害児施策から障害者施策への円滑な移行について、家族負担の軽減の観点も含め、生活介護における対応をどのように考えるか。

検討の方向性

- 特別支援学校等の卒業後における夕方以降の預かりや居場所のニーズを踏まえ、延長支援加算の評価の拡充について検討してはどうか。その際、強度行動障害の状態にある者や医療的ケア者等の重度障害者の場合の評価の拡充についても検討してはどうか。
- 生活介護と日中一時支援事業所等を利用する際に連携して支援を行う場合について、新たな評価を設けることにより、切れ目のない支援体制の構築を促進してはどうか。
- 学齢期から成人期への円滑な移行を支援する観点から、生活介護事業所における生涯学習の実施について努力義務として位置付けてはどうか。

延長支援加算

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第五百二十三号) 抄

第6 生活介護

11 延長支援加算

- (1) 9時間以上10時間未満の場合 100単位
- (2) 10時間以上11時間未満の場合 200単位
- (3) 11時間以上12時間未満の場合 300単位
- (4) 12時間以上 400単位

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、都道府県知事又は市町村長に対して障害保健福祉部長が定める様式による届出を行った指定生活介護事業所等において、利用者(施設入所者を除く。)に対して、日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定生活介護等を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定生活介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定生活介護等の所要時間と当該日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上であるときは、当該通算した時間の区分に応じて所定単位数を加算する

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年10月31日障発第1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知) 抄

(6) 生活介護サービス費

⑮ 延長支援加算の取扱いについて

報酬告示第6の11の延長支援加算については、所要時間8時間以上9時間未満の前後の時間(以下「延長時間帯」という。)において、日常生活上の世話を行った場合に、1日の所要時間の時間に応じ、算定するものであるが、以下のとおり取り扱うこととする。

- (一) ここでいう所要時間は、生活介護計画に定める時間ではなく、実際にサービス提供を行った時間であり、原則として、送迎のみを実施する時間は含まれないものであること。
- (二) 延長時間帯に、指定障害福祉サービス基準の規定により置くべき職員(直接支援業務に従事する者に限る。)を1名以上配置していること。

① 基本報酬区分の見直し（サービス提供時間ごとの基本報酬の設定・福祉専門職員配置等加算の算定方法の見直し）

- 基本報酬は営業時間で設定されているが、利用者ごとのサービス提供の実態に応じた報酬体系とするため、基本報酬の設定については、障害支援区分ごと及び利用定員規模に加え、サービス提供時間別に細やかに設定する。
- サービス提供時間については、以下のとおり一定の配慮を設けるとともに、従業員の配置員数を算出する際に必要な前年度の平均利用者数の算出については、サービス提供時間を考慮する。（5時間以上7時間未満の利用者は、1日0.75人として計算し、5時間未満の利用者は1日0.5人と計算する。例えば、短時間の利用者を午前・午後に分けて受け入れることも可能。）

- ＜一定の配慮の具体的な内容＞
- ① 当日の道路状況や天候、本人の心身の状況などにより、その日の所要時間が、計画に位置づけられた標準的な時間よりも短くなった場合には、計画の時間に基づき算定可能。
 - ② 送迎に要する時間が往復3時間以上となる場合は、1日1時間を計画に位置付ける標準的な時間として加えることが可能。
 - ③ 医療的ケアが必要な者や重症心身障害、盲ろう者など、障害特性等に起因するやむを得ない理由により、利用時間が短時間（6時間未満）にならざるを得ない利用者については、日々のサービス利用前の受け入れのための準備などに長時間を要すると見込まれることから、1日2時間以内を限度に計画に位置付ける標準的な時間として加えることが可能。
 - ④ 送迎時に実施した居宅内での介助等（着替え、ベッド・車椅子への移乗、戸締り等）の時間を、1日1時間以内を限度に計画に位置付ける標準的な時間として加えることが可能。
 - ⑤ 実際の所要時間が、計画に位置づけられた標準的な時間よりも長い時間に及ぶ場合には、実際に要した時間に応じた報酬単価を算定可能。

※利用定員21人以上30人以下の場合

サービス提供時間	障害支援区分				
	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
3時間未満	449単位	333単位	228単位	204単位	185単位
3時間以上～4時間未満	575単位	427単位	293単位	262単位	236単位
4時間以上～5時間未満	690単位	512単位	351単位	313単位	284単位
5時間以上～6時間未満	805単位	597単位	409単位	366単位	332単位
6時間以上～7時間未満	1,120単位	833単位	570単位	510単位	463単位
7時間以上～8時間未満	1,150単位	854単位	584単位	523単位	475単位
8時間以上～9時間未満	1,211単位	915単位	646単位	584単位	536単位

福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）
6単位/日
常勤職員が多く配置されていることや、常勤職員の勤続年数が長いことを適切に評価するため、福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）と福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）とを併給可とする。

② 基本報酬区分の見直し（利用定員規模ごとの基本報酬の設定）

- 利用者数の変動に対して柔軟に対応しやすくすることで、小規模事業所の運営をしやすくするとともに、障害者支援施設からの地域移行を促進するため、障害者支援施設と同様、利用定員ごとの基本報酬を10人ごとに設定する。あわせて、重症心身障害児者対応の多機能型事業所にも配慮した利用定員規模別の基本報酬を設定する。

③ 延長支援加算の拡充

- 延長支援加算については、生活介護の基本報酬をサービス提供時間で8時間以上9時間未満まで設定することから、9時間以上の支援を評価する。
※ 施設入所者については、延長支援加算は算定できない。
例）所要時間9時間以上10時間未満の場合 100単位/日

④ 食事提供加算の見直し

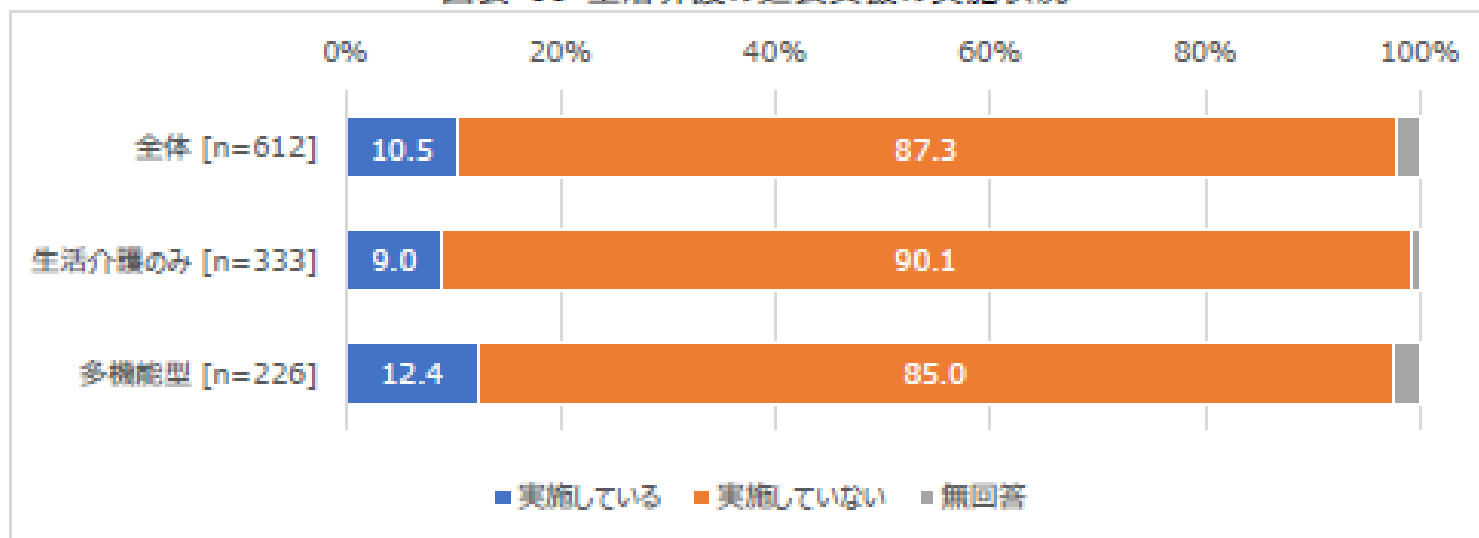
- 通所系サービスにおける食事提供加算について栄養面を評価しつつ経過措置を延長【令和9年3月31日まで延長】
【現行】収入が一定額以下の利用者に対して、事業原則として当該施設内の調理室を使用して、食事の提供を行った場合に所定単位数を加算する
【見直し後】現行の要件に加え、①管理栄養士等が献立作成に関与または献立の確認を行い、②利用者ごとの摂食量の記録、③利用者ごとの体重の記録を行った場合に、所定単位数を加算する

生活介護における延長支援加算の算定状況①

①延長支援の状況

生活介護の延長支援の実施状況については、「実施していない」が 87.3%、「実施している」が 10.5% となっている。

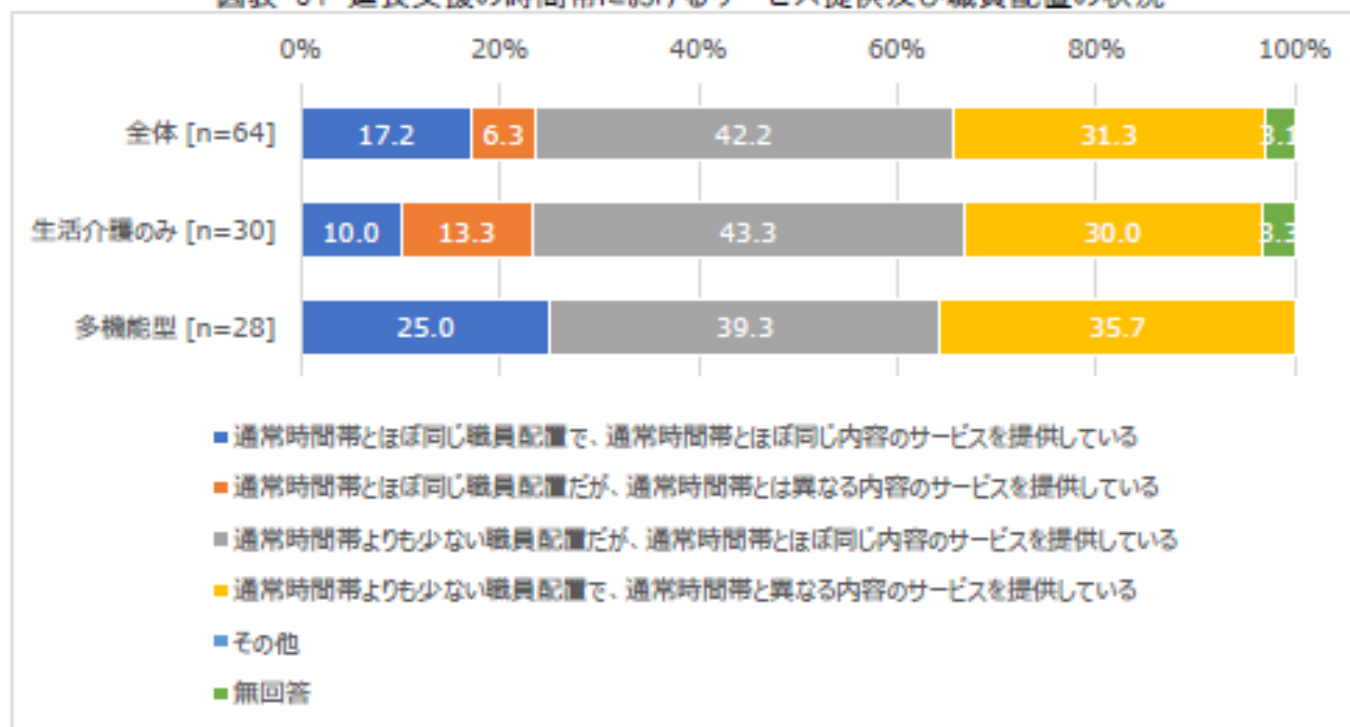
図表 50 生活介護の延長支援の実施状況



生活介護における延長支援加算の算定状況②

延長支援を実施している事業所に、延長支援の時間帯におけるサービス提供及び職員配置の状況について聞いたところ、「通常時間帯よりも少ない職員配置だが、通常時間帯とほぼ同じ内容のサービスを提供している」が42.2%、「通常時間帯よりも少ない職員配置で、通常時間帯と異なる内容のサービスを提供している」が31.3%となっている。

図表 51 延長支援の時間帯におけるサービス提供及び職員配置の状況

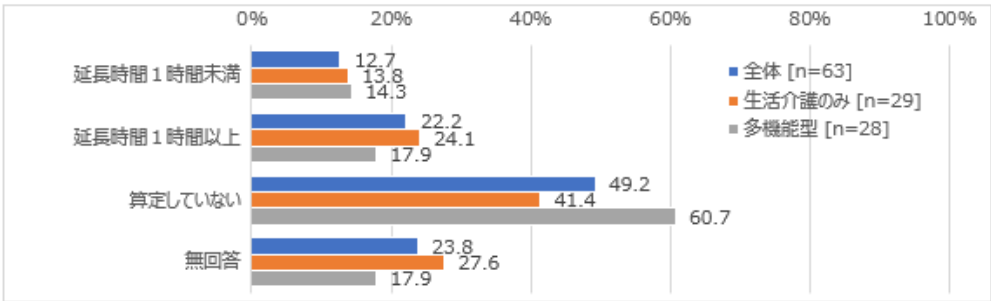


生活介護における延長支援加算の算定状況③

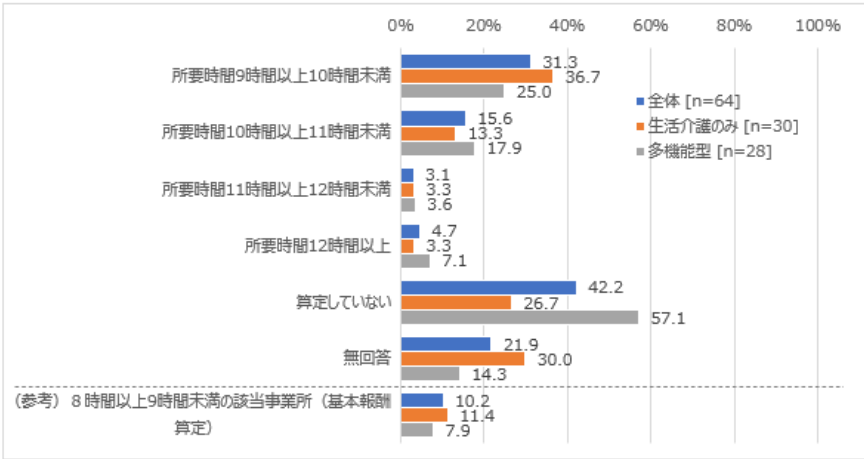
延長支援を実施している事業所に、延長支援加算の算定状況を聞いたところ、令和5年9月では、「算定していない」が49.2%となっている。算定している事業所では、「延長時間1時間以上」が22.2%、「延長時間1時間未満」が12.7%となっている。令和6年9月では、「算定していない」が42.2%、算定している事業所では、「所要時間9時間以上10時間未満」が31.3%、「所要時間10時間以上11時間未満」が15.6%、「所要時間11時間以上12時間未満」が3.1%、「所要時間12時間以上」が4.7%となっている。なお、「無回答」が比較的多くなっているが、算定していない事業所が回答しなかった場合等が含まれると推察される。

参 考として、令和6年9月のサービス提供時間別実利用者数の回答から、「8時間以上9時間未満」の利用者（前年度まで延長支援加算の対象、当年度は当該区分の基本報酬対象）がいる事業所の割合を見たところ、10.2%であった。

図表 52 延長支援加算の算定状況_令和5年9月[複数回答]



図表 53 延長支援加算の算定状況_令和6年9月[複数回答]



図表 54 延長支援加算の算定延べ日数

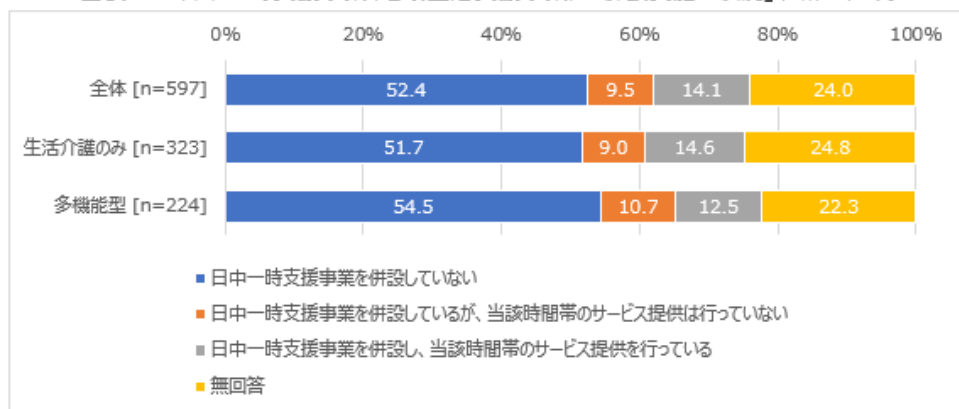
(単位：日)		全体 [n=15]	生活介護のみ [n=9]	多機能型 [n=5]
令和5年9月	延長時間 1時間未満	14.9	15.7	16.4
	延長時間 1時間以上	12.4	13.3	8.2
(単位：日)		全体 [n=20]	生活介護のみ [n=13]	多機能型 [n=6]
令和6年9月	所要時間9時間以上10時間未満	17.6	17.2	17.5
	所要時間10時間以上11時間未満	7.6	6.8	8.2
	所要時間11時間以上12時間未満	0.1	0.2	0.0
	所要時間12時間以上	1.4	2.1	0.2

※令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査より

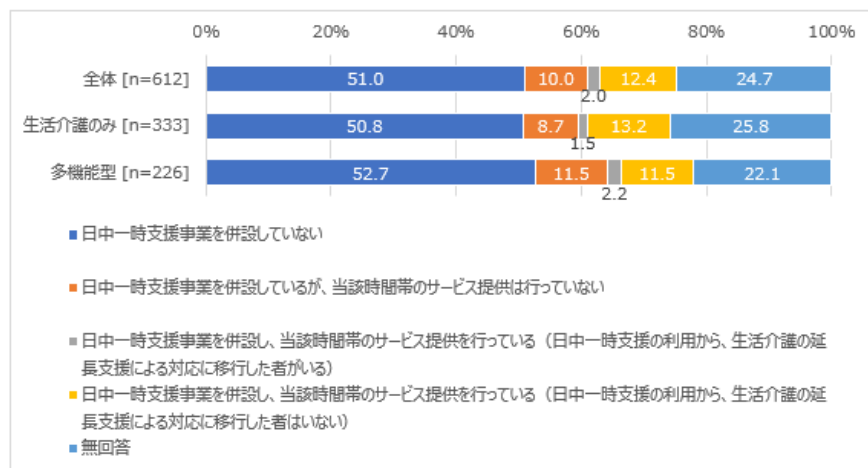
生活介護における延長支援加算の算定状況④

延長支援に関し、日中一時支援事業（地域生活支援事業）の併設実施の状況を聞いたところ、令和5年9月では、「日中一時支援事業を併設していない」が52.4%となっている。令和6年9月では、「日中一時支援事業を併設していない」が51.0%となっている。なお、「無回答」が比較的多くなっているが、併設していない事業所が回答しなかった場合等が含まれると推察される。

図表 55 日中一時支援事業（地域生活支援事業）の併設実施の状況_令和5年9月



図表 56 日中一時支援事業（地域生活支援事業）の併設実施の状況_令和6年9月



日中一時支援事業を併設している事業所に、事業の月額請求額を聞いたところ、令和5年9月、令和6年9月いずれも請求のある事業所の平均で、令和5年9月が208,380円、令和6年9月が200,505円となっている。

図表 57 日中一時支援事業の請求額

(単位：円)	全体 [n=109]	生活介護のみ [n=60]	多機能型 [n=39]
令和5年9月	208,380	279,187	137,035
令和6年9月	200,505	270,612	127,756

事業所の運営状況

前年度と比較して利用希望者数が増えたという事業所に、利用希望者数が増えた理由について聞いたところ、「地域の障害者（児）数の増加に伴いニーズが増えている」が39.2%と最も多く、次いで、「事業所の個性化や独自性のある取組などの効果でニーズが増えている」が36.0%となっている。

サービス種別で見ると、障害児通所サービスでは「地域の障害者（児）数の増加に伴いニーズが増えている」、グループホームでは「地域移行の受け皿としてのニーズが増えている」、生活介護では「特別支援学校の卒業生の増加等に伴いニーズが増えている」等が他と比べて多くなっている。

図表 577 利用希望者数が増えた理由（複数回答）



※令和6年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査より

日中一時支援の概要（地域生活支援事業・任意事業）

事業の目的

障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労支援及び障害者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を目的とする。

実施主体

【実施主体】 市町村、特別区、一部事務組合及び広域連合

（実施率）：85.5%（1,488市町村） ※出典：令和6年度地域生活支援事業費等補助金実績報告

事業内容

1. 日中、障害福祉サービス事業所、障害者支援施設、学校の空き教室等において、障害者等に活動の場を提供し、見守り、社会に適応するための日常的な訓練その他実施主体が認めた支援を行う。
2. 送迎サービスその他適切な支援を実施主体の判断により行う。
3. 事業は、地域のニーズに応じて行う。
なお、本事業を利用している時間は、ホームヘルプサービス等その他の障害福祉サービス等を利用できない。

出典：「地域生活支援事業等の実施について」（平成18年8月1日障発0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

① 施策の目的

重症心身障害のある方が特別支援学校卒業後に利用する生活介護において、生涯学習の機会をサービス提供の中で提供することで、重度の障害のある方の生活能力の向上と共生社会の実現を図る。

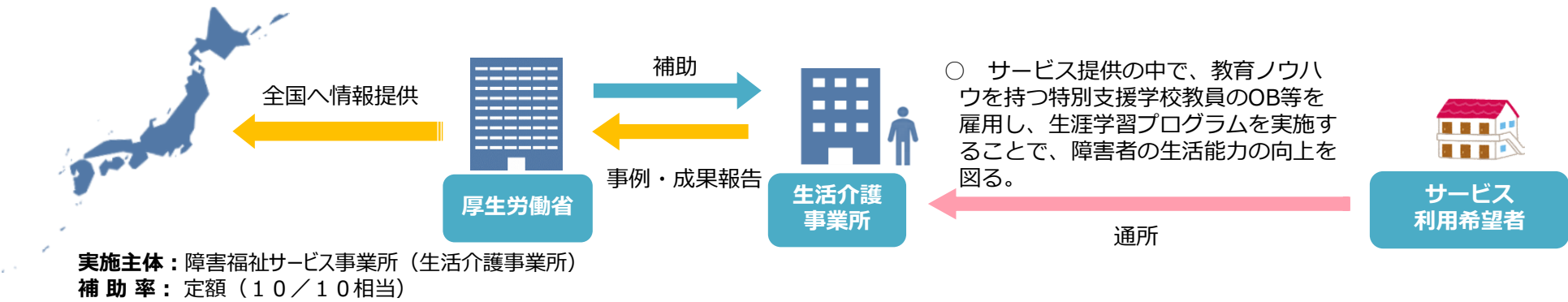
② 対策の柱との関係

I	II	III
		○

③ 施策の概要

18歳を境にして、特別支援学級、特別支援学校といった学びの場が終了し、重度の障害のある方は、日中活動の場として生活介護を利用する方が多い状況であるが、現在、生活介護の中では、学習の機会の場を提供しているケースはほとんどないため、関係者からは生活介護においても生涯学習の機会が求められている。
このため、生活介護において、特別支援学校教員OB等の雇用やICT機器の導入等により、生涯学習を実施するモデル事業を実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 施策の対象・成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

重度の障害のある方も特別支援学校卒業後も生涯学習の場が広がり、生活能力の向上や共生社会の実現に資する。



【編集・発行】
社会福祉法人あいの実
〒981-3217 宮城県仙台市泉区栗平中山北100-2
Tel:022-785-9440 Fax:022-774-2807



仙台 あばいんプロジェクト
SENDAI ABAIN PROJECT



あいのきせき——ずっとそこにいた、私をみつける学びの新領域。

あいの
きせき

「生活介護」に学びを実装する
——その挑戦の記録と検証

厚労省「生活介護利用モデル事業」
生涯学習プロジェクト
LIFELONG LEARNING PROJECT

関係団体ヒアリングにおける主な意見

6. 生活介護

No	意見等の内容	団体名
1	18歳以上のニーズ拡大は確実視されているが、放課後等デイサービスと生活介護の報酬には大きなギャップがあり、生活介護事業所の不足が極めて深刻である。また、重度者を受け入れるほど採算が取れない構造となっている点も制度上の課題である。放課後等デイサービスとの報酬ギャップを解消するとともに、重度者の受け入れを想定した報酬区分の再考を求める。	一般社団法人全国医療的ケア児者支援協議会
2	重度心身障害者は体調が安定せず、一か月に4回という上限を月の前半で超えることも多々あるのが実情。生活介護では介護職員や生活支援員を追加配置していることから、月4回の制限を超えた事業所負担は大きく、回数制限の緩和もしくは単位数の引き上げの検討をお願いする。	一般社団法人全国介護事業者連盟
3	通所事業所で資格のある職員や支援職員の確保ができなければ利用者を断ることで収入減となる。また、送迎に家族負担がかかるため事業所での送迎が多く車両の維持費を合わせて経費増となっており送迎に係る単価増に対して制度上の措置を講じていただきたい。また、移動支援などは目的に従い省庁ごとの個別給付とすることは理に適う最適な制度となる。また、オムツ代は地域生活支援事業に位置づけられ日常生活用具に位置づけだが、国の事業として全国一律の制度となるよう再考を求める。	公益社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会
4	障害福祉予算の膨張を理由に、一律の報酬抑制を行うことは「重症心身障害児・者の行き場（事業所）を奪い、地域生活の崩壊を招く」として強い危機感を覚える一方で、一部の悪質な事業所（不適切請求、囲い込み、預かり中心の低質な運営）への公費投入が制度の持続可能性を脅かしていることに関しては議論が必要である。 また、「利用実績（利用人数や利用時間）に応じた報酬体系」は、体調不良による欠席や入院、冬期の悪天候による休園が多い重症児者支援現場においては経営を極めて不安定にする構造的欠陥となっている。 重症児対象の旧児童発達支援センターについても、現行の契約制度が不安定さを招いており、措置費制度への回帰を望む声もある。 そのため、真に必要な専門的支援（超重症児者、医療的ケア）への重点配分と、不適切運営・不正請求を行う事業所への実地指導・監査の厳格化による「報酬の正確な分配」、欠席時の不採算を補償する仕組みの構築が必要である。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会
5	送迎及び入浴は重症児者及び家族の在宅生活を継続させる為の生命線。多大な人的パワーと設備経費が必要であるにもかかわらず、その評価は極めて不十分であり、提供すればするほど赤字が増大している。 このため、極めてニーズが高いにもかかわらず、送迎で延べ利用者の57%、入浴では32%の利用率にとどまっており、家族の社会参加に大きく影響を及ぼしている。加算の新設あるいは増額後も利用実績は増えていない。 リフト付き福祉車両（約500万円）で送迎できるのは2人程度だが、1台に1人の非効率的な送迎も珍しくない。運転手を含めると活動時間帯（1対1）よりも手厚い人員体制の事業所が多いのも重症児者送迎の実情。 医療的ケアを必要とする送迎において、看護職員の添乗にかかる人件費を完全にカバーする加算の創設が不可欠である。 また、重症児者の入浴支援は、介助者2人を要する支援場面が多く、介助者の身体的負担が最も大きなケアの一つであるが、回収の見込みのない多額の設備投資（特殊浴槽の購入・設置、浴室・浴槽の改修又は建設）に加え、医療的ケア、骨折、急変リスク等を抱えながらも、看護職員を含む専門職によるサービスが提供されているのが現状。 利用者の受益と事業者の負担を踏まえれば、少なくとも現行の加算額に対して送迎加算で5倍、入浴支援加算で3倍以上の評価、増額が必要であり、妥当であると考える。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
6	筋ジストロフィー患者は病状の進行により医療的ケアが必要となるケースが多いが、医療的ケアの必要な利用者を受け入れる事業所が大幅に不足している。 医療的ケアの必要な重度障害者と家族が安心して生活できるように、生活介護や短期入所などで必要な支援体制を構築できるよう福祉制度の創設及び適切な報酬設定、重度障害者を支援する介護職員や看護師を確保するための施策の検討が必要。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
7	R6改定により定員10人以下の事業所の収支は大きく改善した一方で、基本報酬が据え置かれた定員11人以上の事業所の収支は依然厳しい状況に置かれている。特に児童発達支援の定員区分による通減制度は、多くの地域で重症児者福祉の中核を担っている定員11人以上の多機能型事業所（旧児童発達支援センター含む）の収支を事業継続が困難なほど悪化させている。 調査の結果、重症児者の割合が大きくなると赤字が増大し、重症児者の割合が小さくなると人員配置が薄くなり黒字化する報酬構造となっていることが明らかとなった。 重度障害者支援加算（Ⅰ）は、生活介護の単位ごと（重症者以外を含む全員）ではなく、重症者に限定して大幅に引き上げるなど、重症児者のケアに対する評価（基本報酬）そのものを抜本的に見直して欲しい。 また、定員規模にかかわらず、基準を超えて1対1の人員を配置している重症児者日中活動支援の実態を踏まえ、例えば平均障害支援区分5.5以上などの要件の下、人員配置体制加算1対1を創設して欲しい。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会
8	超重症児をはじめ、要医療的ケア児者の割合が高くなるほど収支が悪化する人員基準・報酬構造になっていることが明らかである。 「常勤看護職員配置加算」は人員基準内における生活支援員と看護職員の入れ替えであるため、看護職員を増やせば、福祉職を減らさなければならず、創作的活動、意思決定支援、コミュニケーション支援、暮らしを支える支援計画の策定などの福祉職の専門性が損なわれ、福祉サービスの質の低下に繋がりがかねないとして強く危惧しているところ。 福祉サービスとしての重症児者支援において求められているのは、障害福祉の専門性を維持した上での医療の上乗せであると考えており、医療型短期入所の「特別重度支援加算」や診療報酬制度の「超重症児加算」のような、必要な医療度（重症度）に応じた加算を重症児者の日中活動支援事業にも導入し、超重症児等を受け入れている事業所が、福祉サービスの質を損なうことなく、安心して複数の看護職員を配置できる体制が急務である。「配置加算」から「加配加算」への構造改革が必要であると考えます。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会
9	生活介護における医療的ケアの根拠を明確化し、現場を守る医療的ケア児・者共通の通知を発出することをお願いする（令和3年3月23日事務連絡「令和3年度報酬改定における医療的ケア児に係る報酬の取扱い等について」に準じる）。 生活介護での医療的ケアを安全に実施するための明確なガイドラインの策定をお願いする。	一般社団法人全国重症児者デイサービス・ネットワーク
10	児童期で用いている「専門的支援実施計画」を18歳以降の生活介護でも継続して運用・引継ぎができる仕組みを創設をお願いする。 生活介護のリハビリテーション加算を放デイの専門的支援加算と同じ制度設計とし、現場の煩雑さを解消し、専門職を雇用し続けることができるように改善を求める。 重症児のデイサービスと生活介護の制度を分断せず、医療的ケア児者の移行を安心してできる制度の創設をお願いする。	一般社団法人全国重症児者デイサービス・ネットワーク
11	前報酬改定より入浴支援加算が新設されたことは大変有意義であったが、対象となっていない行動障害のある人など自宅での入浴が困難な場合がある。 本加算の対象者を拡大すべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
12	重度障害者支援加算Ⅰは医療的ケアの必要な重度者への支援を評価する加算であり、Ⅱ及びⅢは強度行動障害のある人への支援を評価する加算であるにもかかわらず、ⅠとⅡもしくはⅢの併給は認められていない。 重度障害者支援加算ⅠとⅡもしくはⅢの併給を認めるべきである。	公益財団法人日本知的障害者福祉協会
13	・児童期で用いている「医療的ケア判定スコア」を18歳以降の生活介護でも継続して運用・引継ぎができる仕組みの創設をお願いする。 生活介護において、放デイの看護職員加配加算と同じ制度設計とし、評価を断絶させない制度にすることを求める。 ・「18歳の壁」の現実を考慮し、親の就労保障のための預かり機能が必要。 ・預かり需要に政策的にこたえることがむしろ公的費用が多くかかるサービスへの移行を抑制しうる。 ・このニーズに応えることで質の悪い事業者の参入に対抗できる。 ・アンケート調査の結果、知的障害が重い場合、18歳になったからといって、留守番できるようになる事はない。また、預かり時間も短くなり、送迎もなくなる等、親の生活が立ちゆかなくなりかねない。成人しても大人の児童デイのような仕組みが必要である等の意見が寄せられた。	一般社団法人全国重症児者デイスサービス・ネットワーク (同旨) 一般社団法人日本自閉症協会
14	療養介護サービスと日中活動系サービスとの併用の柔軟化関係 令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」事業報告書において、「日中活動や地域移行の取組みに共通する課題として、療養介護と、移動支援や生活介護、重度訪問介護といった他の障害福祉サービスが併用できないことや障害福祉サービスの体験利用支援加算の算定実績が低いことから、日中活動の幅が広がりにくいことや、地域移行を見据えた体験がしづらい状況があることが確認できた」旨が報告されており、本会としては療養介護サービスを利用する方の意向を尊重するとともに最善の利益を得るよう、他のサービスを利用できるよう制度利用の緩和を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
15	日中活動（生活介護）と移動の壁 18歳（高等部卒業）以降の生活介護事業所が地域に不足している。政令市の市外の事業所は送迎対象外であることが多く、結果として利用時間を短縮して送迎の家族負担が増加。また、知的障害者の高齢化に伴う車いす対応のリフト車送迎も不足。対応策として、地域生活拠点事業を活用した介護タクシーへの補助や、自治体を跨いだ送迎連携の強化が必要である。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
16	生活介護の課題 在宅で生活する重症心身障害者（重症者）や医療的ケア者が、特別支援学校卒業後も住み慣れた地域で安心して暮らし、社会参加を果たすためには、生活介護事業所の安定的な運営と質の高いサービスの確保が不可欠である。しかし現在、報酬体系の課題や人材不足、利用者の重度化や医療的ケアの高度化に伴う現場の負担増等により、事業所の存続や新規受け入れが困難な状況にある。	全国重症心身障害児（者）を守る会
17	生活介護や放課後等デイスサービス等に「時間区分報酬」が導入されたが、利用者が自宅でヘルパー調整のための待機を強いられ、生活介護の利用を断念した等の悪影響が出ているため、時間区分報酬を撤回すべきである。	障害者自立支援法違憲訴訟団

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
18	・ 児童期で機能している「医療的ケア判定スコア」を成人期（生活介護等）にもシームレスに適用し、必要な看護師配置と基本報酬を連動させていただきたい。これは「本人が年齢を重ねて活動範囲が広がっても、必要な医療的ケアと安全を保障され、健やかに成長し続けるための生活基盤」を社会全体で担保するための不可欠な構造改革である。本人の居場所が確保されることが、結果として家族の介護離職を防ぎ、高コストな施設入所を未然に防ぐ持続可能な制度（視点1）へと繋がる。 ・ 利用者の重症度等に応じた生活介護の基本報酬等の見直し 児童発達支援や放課後等デイサービスにおいては、医療的ケアスコアを活用した基本報酬での評価があるが、生活介護においてはそうした評価がなく、利用者によっては費用に見合った報酬となっていない。 利用者の重症度等に応じた良質な生活介護サービスを提供するため、また、医療的ケア児者の受入先確保のため、生活介護について、医療的ケアスコア等を活用した重症度等に応じた評価の見直し（基本報酬の見直し、加算の新設等）を実施いただきたい。	全国医療的ケアライン （同旨） 独立行政法人国立病院機構
19	適切に運用している事業所であれば、基本報酬に対して加算額が大きく上回ることは考えにくい。加算額が基本報酬の一定割合（例：5割）を超えるような事業所については、その適正性を実地で個別に判断することで不適切な運用をしているか確認できると考える。 障害者総合支援法等の一部を改正する法律に係る附帯決議において、「事業主が、単に雇用率の達成のみを目的として雇用主に代わって障害者に職場や業務を提供するいわゆる障害者雇用代行ビジネスを利用することがないよう、事業主への周知、指導等の措置を検討すること」とされたとおり、障害者雇用代行ビジネスを利用した就労移行は加算の趣旨に照らし対象外とするか、重点的な指導監査の対象とするよう求める。	全国社会就労センター協議会
20	・ 生活介護における、支給決定日数が土日分を引いた「月マイナス8日」となっている。 ・ しかし施設には、土日問わず、24時間の支援を必要とする利用者が多く入所している。 ・ 支給決定日数の上限を「月マイナス8日」ではなく「最大1か月の日数」に見直してほしい。 ・ 特に、人工呼吸器、常時喀痰吸引等の医療的ケアが必要な利用者の支援は欠かせない。 ・ サービス提供実態に合わせた評価を求める。	全国身体障害者施設協議会
21	・ 施設入所者について、同一施設内で日中の生活介護サービスを利用するケースが97%に及ぶ。 ・ 日中支援（生活介護）と夜間サービス（施設入所支援）を一体的に提供しており、日中支援について8時間を超えて支援を行っている実態がある。最大1ヶ月請求できる「療養介護」と同程度の支援を要する利用者の増加に合わせて、施設入所支援における生活介護の支給時間について、8時間以上の区分の創設を求める。	全国身体障害者施設協議会
22	・ 区分5・6で身体介護が必要な利用者についても加算対象とすべき。 ・ 機械浴等の特別な機器が必要な場合も多く、また、安全面からも複数職員での対応が必要で負担が大きい。 ・ さらに、同性介助の実践も進んでおり、実態に合わせた適切な評価を求める。	全国身体障害者施設協議会
23	重度心身障害のある利用者が、放課後等デイサービスから生活介護へ移行した際に報酬単価が下がる現行制度の見直しを求める。具体的には、生活介護における医療連携体制加算の創設、またはこれに準じる評価を求める。	特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク
24	・ 生活介護の常勤看護職員等配置加算の単位数増 生活介護の常勤看護職員等配置加算の単位数は、看護職員の給与費に見合っていない。 例：利用定員が5人以下で、看護職員を1名配置した場合 1か月の収益：5人×30日×32単位×1名×10円＝48,000円 人材確保や、利用者の重症度等に応じた看護職員の配置を促進するため、生活介護の常勤看護職員等配置加算について、単位数の増を実施いただきたい。	独立行政法人国立病院機構

3. 短期入所に係る報酬・基準について

短期入所に係る論点

論点1 医療的ケア児者への支援の強化について

短期入所

○ 対象者

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設等への短期間の入所が必要な者

■ 福祉型(障害者支援施設等において実施可能)

- ・ 障害支援区分1以上である障害者又は障害児の障害の程度に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分1以上に該当する障害児

■ 福祉型強化(障害者支援施設等において実施可能)(※)

- ※ 看護職員を常勤で1人以上配置
- ・ 厚生労働大臣が定める状態に該当する医療的ケアが必要な障害者及び障害児

■ 医療型(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院において実施可能)(※)

- ※ 病院、診療所については、法人格を有さない医療機関を含む。また、宿泊を伴わない場合は無床診療所も実施可能
- ・ 遷延性意識障害児・者、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者及び重症心身障害児・者等

○ サービス内容

- 当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援
- 本体施設の利用者とみなした上で、本体施設として必要とされる以上の職員を配置し、これに応じた報酬単価を設定

○ 主な人員配置

- 併設型・空床型 本体施設の配置基準に準じる
- 単独型 当該利用日の利用者数に対し6人につき1人

○ 報酬単価 (令和6年4月～)

■ 基本報酬

福祉型短期入所サービス費
(Ⅰ)・(Ⅲ)(宿泊を伴う場合)
(Ⅱ)・(Ⅳ)(宿泊のみの場合)
→ 障害者(児)について、障害支援区分に応じた単位の設定

173単位～923単位

福祉型強化短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅳ)、福祉型強化特定短期入所サービス費(Ⅰ)(Ⅱ)
→ 看護職員を配置し、医療的ケアが必要な障害者(児)に対し、支援を行う場合

412単位～1,164単位

医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合)
→ 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し、支援を行う場合

1,826単位～3,117単位

医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合)
→ 左記と同様の対象者に対し支援を行う場合

1,328単位～2,938単位

■ 主な加算

単独型加算(320単位)
→ 併設型・空床型ではない指定短期入所事業所にて、指定短期入所を行った場合

緊急短期入所受入加算(福祉型270単位、医療型500単位)
→ 緊急時の受入れを行った場合
定員超過特例加算(50単位)
→ 緊急時に定員を超えて受入を行った場合(10日限度で算定)

特別重度支援加算
(610単位／297単位／120単位)
→ 医療ニーズの高い障害児・者に対しサービスを提供した場合

○ 事業所数

6,968 (うち福祉型強化: 520 医療型: 398)

○ 利用者数

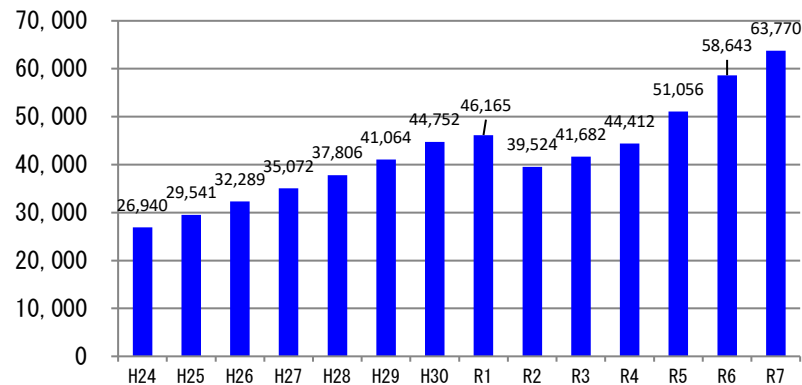
69,195 (国保連令和 8 年 4 月実績) 79

短期入所の現状

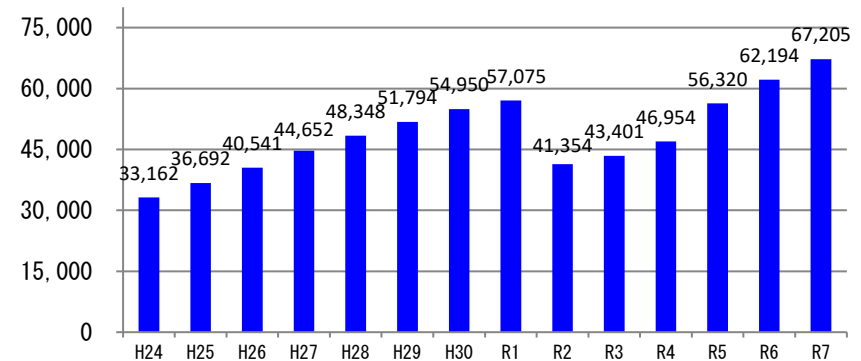
【短期入所の現状】

- 令和7年度の費用額は約638億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の1.4%を占めている。
- 費用額、利用者数、事業所数のいずれも令和2年度に減少し、その後、令和3年度より増加している。

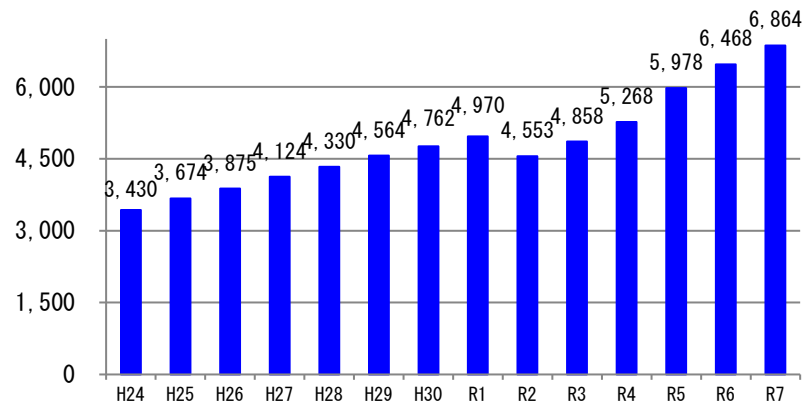
費用額の推移(百万円)



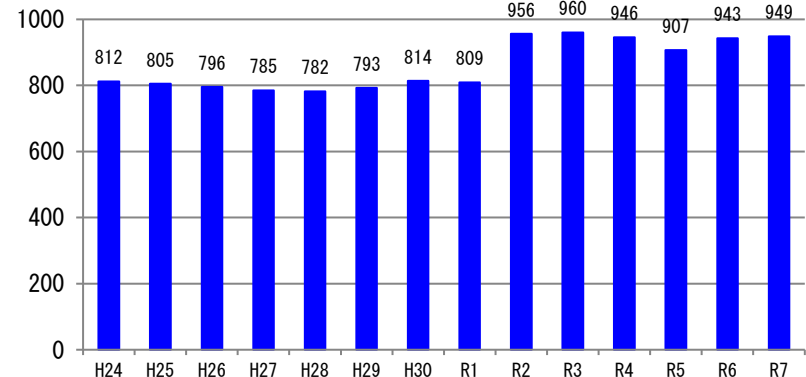
利用者数の推移(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



一人当たり費用額の推移(千円)



【短期入所の利用者の状況等】

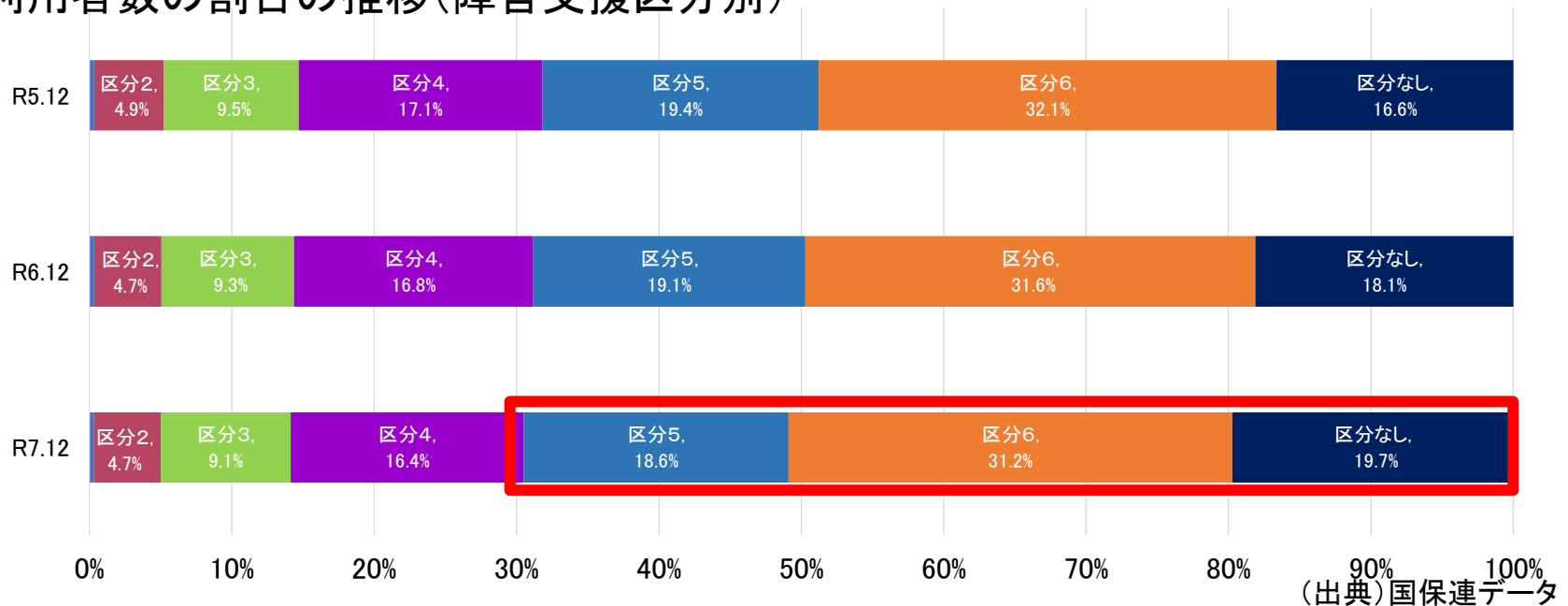
○ 区分5、区分6、区分なしの利用者が全体の60%以上を占めている。

○ 利用者数の推移(障害支援区分別)

	総数	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	区分なし (※)
R5.12	57,707人	192人	2,816人	5,473人	9,883人	11,193人	18,550人	9,600人
R6.12	62,428人	212人	2,950人	5,807人	10,487人	11,931人	19,726人	11,315人
R7.12	66,725人	213人	3,141人	6,083人	10,916人	12,405人	20,804人	13,163人

(※) 区分なしは障害児等

○ 利用者数の割合の推移(障害支援区分別)



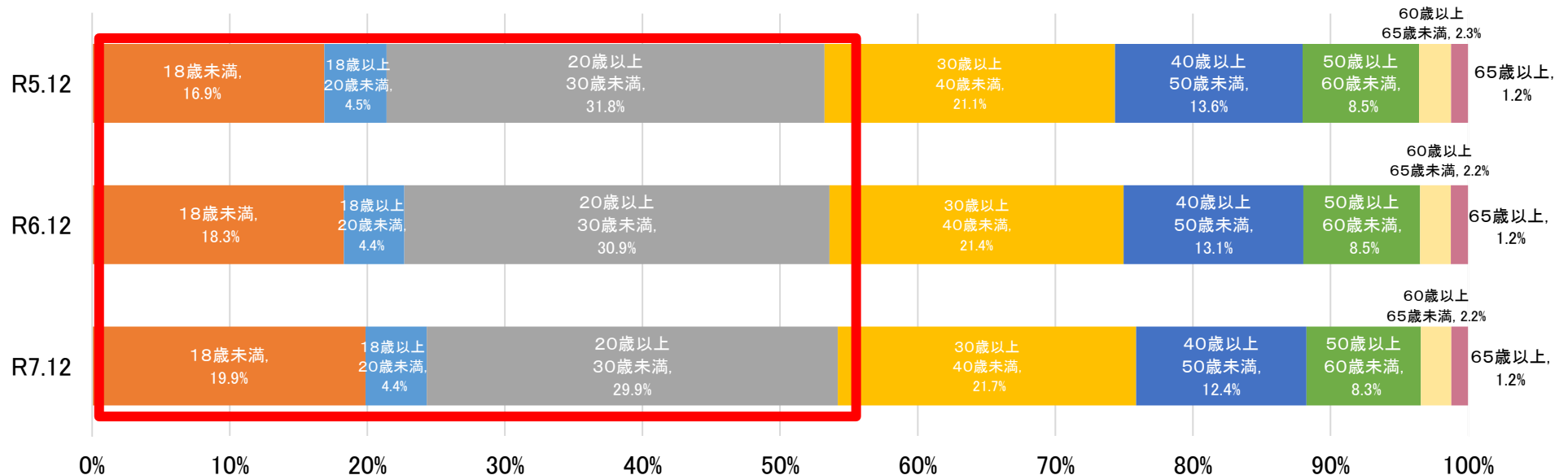
【短期入所の利用者の状況等】

- 多くの年齢階級で利用者が増加しているが特に18歳未満が増加している。
- 30歳未満の利用者が全体の約5割を占めている。

○ 利用者数の推移(年齢階級別)

	総数	18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 30歳未満	30歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上
R5.12	57,707人	9,737人	2,613人	18,363人	12,182人	7,868人	4,887人	1,347人	710人
R6.12	62,428人	11,421人	2,740人	19,292人	13,351人	8,151人	5,301人	1,393人	779人
R7.12	66,725人	13,260人	2,964人	19,942人	14,459人	8,261人	5,552人	1,475人	812人

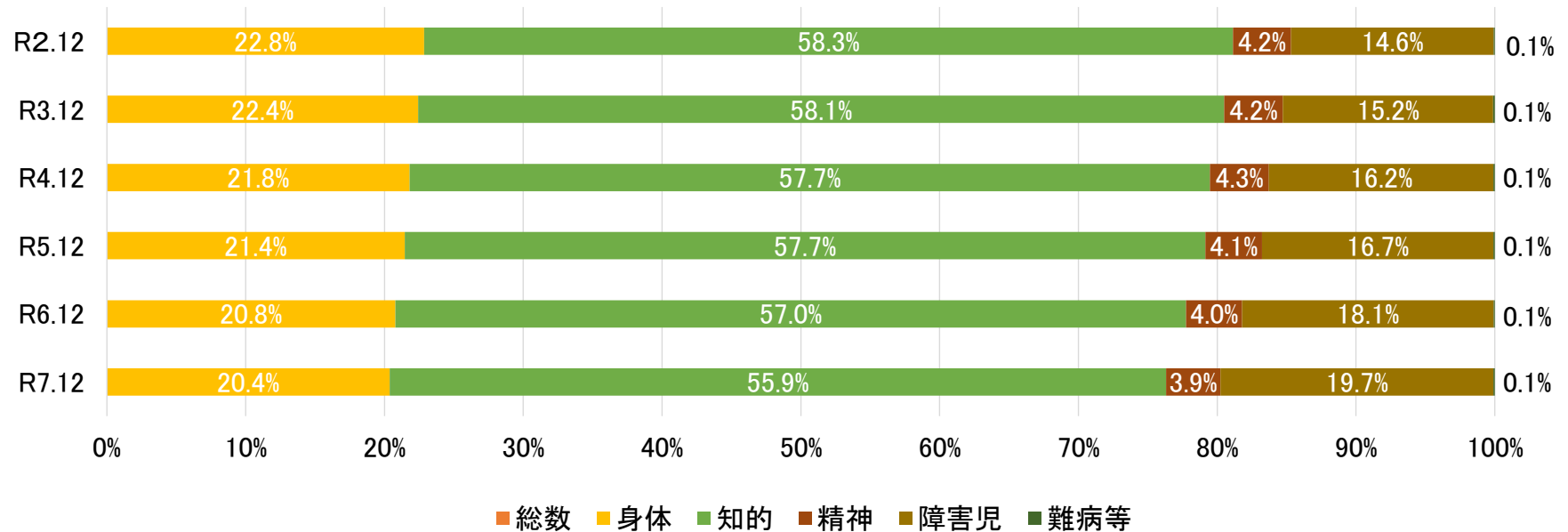
○ 利用者数の割合の推移(年齢階級別)



(出典)国保連データ

障害種別ごとの利用の状況（短期入所）

- 短期入所は、知的障害者の利用割合が約56%でもっとも多い。
- また、障害児の利用割合は年々増加し、約20%となっている。



	総数	身体	知的	精神	障害児	難病等
R2.12	45,143人	10,314人	26,309人	1,890人	6,590人	40人
R3.12	49,537人	11,110人	28,765人	2,096人	7,508人	58人
R4.12	46,458人	10,134人	26,786人	1,978人	7,512人	48人
R5.12	57,707人	12,378人	33,295人	2,353人	9,620人	61人
R6.12	62,428人	12,969人	35,575人	2,515人	11,312人	57人
R7.12	66,725人	13,596人	37,324人	2,616人	13,120人	69人

（出典）国保連データ

【医療型短期入所の利用者の状況等】

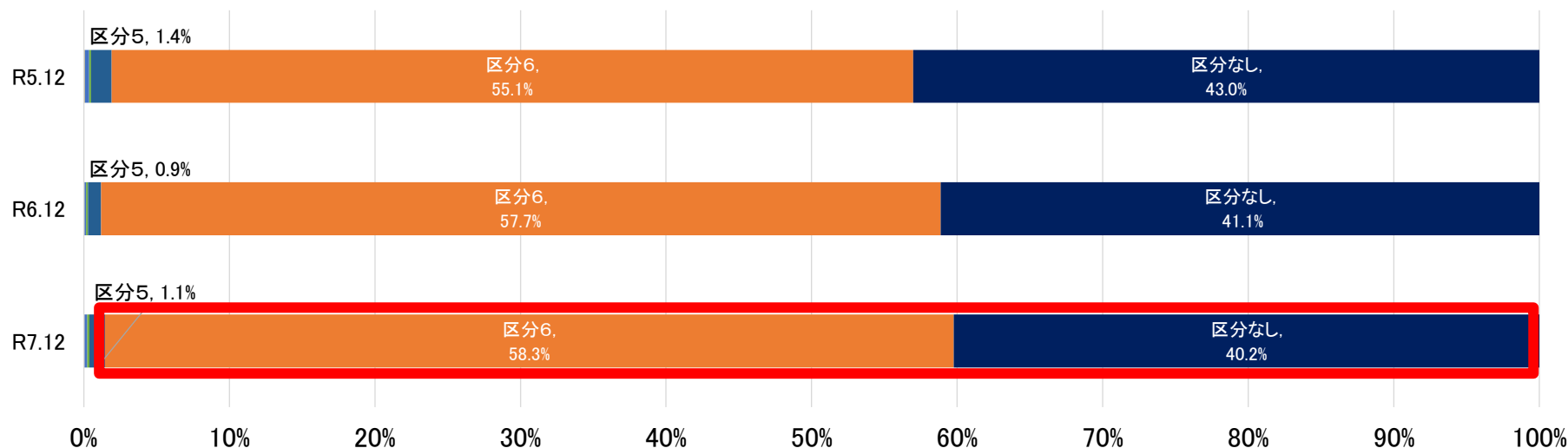
○ 区分6と区分なしが利用者の約98%を占める。

○ 利用者数の推移(障害支援区分別)

	総数	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	区分なし
R5.12	4,054人	0人	2人	13人	5人	57人	2,233人	1,744人
R6.12	5,582人	0人	2人	6人	8人	50人	3,220人	2,296人
R7.12	6,015人	0人	2人	12人	9人	64人	3,508人	2,420人

○ 利用者数の割合の推移(障害支援区分別)

(※) 区分なしは障害児等



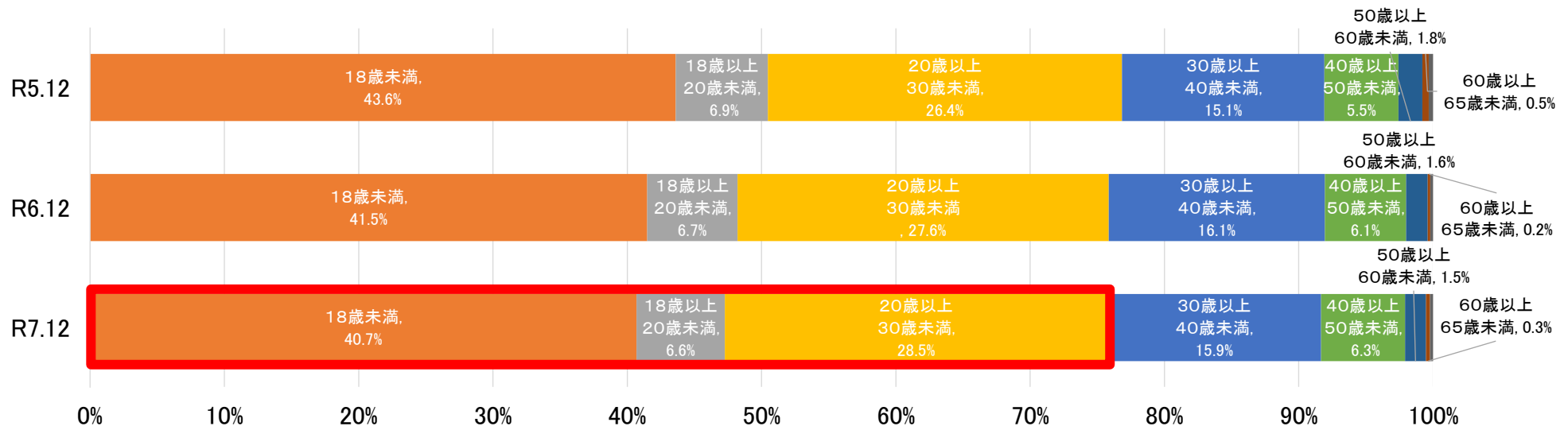
【医療型短期入所の利用者の状況等】

○ 30歳未満の利用者が全体の約76%を占めている。また20歳以上30歳未満の利用が増加傾向にある。

○ 利用者数の推移(年齢階級別)

	総数	18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 30歳未満	30歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上
R5.12	4,054人	1,768人	278人	1,069人	611人	224人	72人	19人	13人
R6.12	5,582人	2,316人	375人	1,543人	898人	338人	90人	11人	11人
R7.12	6,015人	2,448人	395人	1,714人	956人	377人	93人	18人	14人

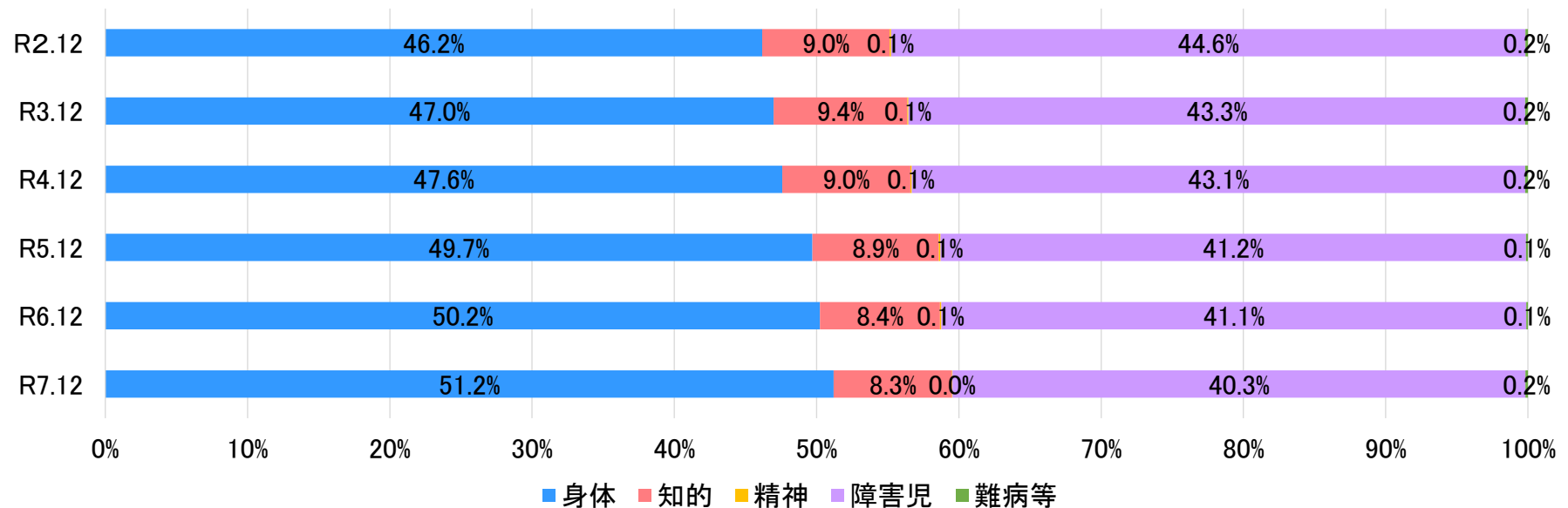
○ 利用者数の割合の推移(年齢階級別)



障害種別ごとの利用の状況(医療型短期入所)

- 医療型短期入所は、身体障害者の利用割合が約50%を占める。
- また、障害児の利用割合が約40%を占める。

利用者の割合の推移(障害種別)



	総数	身体	知的	精神	障害児	難病等
R2.12	4,091人	1,889人	367人	4人	1,824人	7人
R3.12	4,704人	2,210人	442人	4人	2,039人	9人
R4.12	4,054人	1,929人	365人	4人	1,748人	8人
R5.12	5,182人	2,576人	460人	6人	2,133人	7人
R6.12	5,582人	2,804人	471人	5人	2,296人	6人
R7.12	6,015人	3,079人	501人	2人	2,422人	11人

【論点1】医療的ケア児者への支援の強化について

現状・課題

- 医療的ケア児者が地域で生活を継続していくために、短期入所は、家族のレスパイト支援、緊急時の受入れ、介護者の疾病・冠婚葬祭等への対応、地域生活の継続支援などの役割を担っている。
- これまでも、短期入所については支援の充実を図ってきており、事業所数や利用者数は増加傾向にあるが、医療的ケア児者を受け入れる短期入所事業所については更なる拡充が求められている。
- 特に、医療型短期入所については、主な実施主体が病院であるが、治療を目的とした診療報酬と比べてレスパイト等を目的とする障害福祉報酬による評価は低く、医療型短期入所の受入れ拡大につながりにくいとの指摘がある。
- また、医療的ケア児者には、看護職員を中心とした専門的な支援体制が必要だが、障害福祉分野では看護職員の確保が難しく、また、医療的ケア者のサービス利用がない場合であっても一定の看護体制を維持する必要があることから、事業所の経営負担が大きいとの意見がある。
- さらに、医療型短期入所は、介護老人保健施設や介護医療院でも実施可能であり、令和6年度報酬改定において、介護老人保健施設等が実施する場合に係る指定申請書類簡素化による一定の手続き負担の軽減を図った。「令和6年の地方からの提案等に関する対応方針」(令和6年12月24日閣議決定)においても、介護老人保健施設が実施する場合の指定の在り方について検討課題となるなど、更なる対応を求める声もある。

論 点

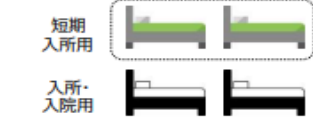
- 家族のレスパイト支援等の強化のため、医療型短期入所の更なる整備に向けて、どのように考えるか。

【論点1】医療的ケア児者への支援の強化について

検討の方向性

- 医療的ケア児者の地域生活を支える基盤として、医療型短期入所の供給体制を強化する観点から、評価について検討してはどうか。
- 医療的ケア児者は、体調不良で利用を取りやめることもあり、そういった場合でも受入の体制のための経費を要していることから、他の通所サービスと同様、欠席時の対応について加算による評価を検討してはどうか。
- 介護老人保健施設や介護医療院での実施事業所の増加のため、手続きについて更なる簡素化等の方策を検討してはどうか。

医療型短期入所の概要

		併設型	空床利用型
対象者		<重症心身障害児者等> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <その他> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		あり 入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する 	なし 空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有すること で問題ない
報酬単価	基本報酬	・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,826単位～3,117単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 ・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,328単位～2,938単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合	
	主な加算	<緊急短期入所受入加算> 500単位 緊急時の受入れを行った場合 <特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合	

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

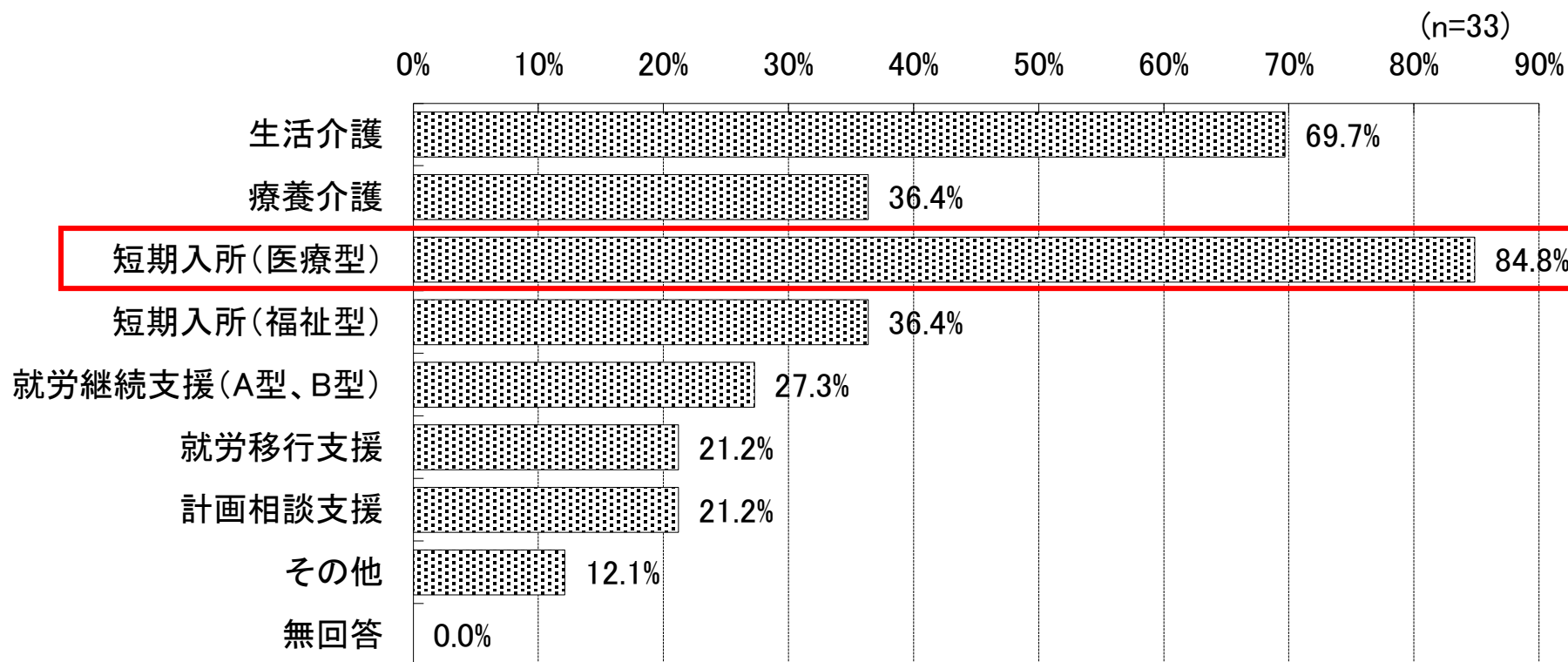
サービス名	項目	改定概要
生活介護	常勤看護職員等加配加算の見直し	医療的ケア児の成人期への移行にも対応した体制を整備するため、常勤看護職員等配置加算について、看護職員の配置人数に応じた評価に見直し。 【見直し後】定員が11人以上20人以下 28単位/日 × 常勤換算員数 等
	人員配置体制加算の拡充	医療的ケアが必要な者など、重度の障害者に対する体制を整備するため、より手厚く人員を配置した場合の評価の拡充。 【見直し後】定員20人以下、従業者1.5:1以上 321単位/日 等
	喀痰吸引等実施加算【新設】	登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を実施した場合の加算を創設 【新設】30単位/日
	入浴支援加算【新設】	医療的ケアが必要な者等への入浴支援を提供した場合の加算の創設。 【新設】80単位/日
	基本報酬の見直し (主に重症心身障害児者対応の多機能型事業所)	重症心身障害児者対応の多機能型事業所にも配慮した利用定員規模別の報酬設定を行うため、5人以下、6～10人以下の区分を創設。 【新設】定員5人以下・区分6・所要時間7時間以上8時間未満の場合 1,672単位/日 等
障害者支援施設	夜間看護体制加算の見直し	入所者への医療的ケアの対応状況を踏まえ、看護職員の配置人数に応じた評価に見直し。 【見直し後】60単位/日+35単位/日 × 1を超えて配置した人数
	通院支援加算【新設】	医療的ケアが必要な者等が医療機関に通院する頻度が高くなっているため、通院に係る支援を実施した場合の加算を創設。 【新設】17単位/日
短期入所	福祉型強化短期入所の類型の追加【新設】	医療的ケア児者の入浴支援等、日中のみの支援ニーズに応えるサービス類型を創設。 【新設】福祉型強化特定短期入所サービス費(Ⅱ)(障害児向け) 区分3 977単位/日 等
	医療的ケア対応支援加算及び重度障害児・障害者対応支援加算の対象の拡充	福祉型短期入所サービスについて、医療的ケア児者を受け入れて対応している場合や、区分5・6以上を多く受け入れている場合に、医療的ケア対応支援加算及び重度障害児・障害者対応支援加算の対象とするよう見直し。 医療的ケア対応支援加算 120単位/日、重度障害児・障害者対応支援加算 30単位/日
	医療型短期入所受入前支援加算【新設】	医療型短期入所サービスの利用を希望する医療的ケア児者に対して、利用する前から、事前に自宅へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、新たに受け入れた場合の加算を創設。 【新設】1,000単位/日(1回を限度)
	緊急短期入所受入加算の単位数の見直し	短期入所における緊急時の受け入れについて、緊急時の受入体制構築を適切に評価する観点から緊急短期入所受入加算による評価を見直し。 【見直し後】福祉型 270単位/日、医療型 500単位/日
	指定申請書類の簡略化	医療型短期入所サービスの指定申請において、介護老人保健施設の指定申請で提出している書類と同様の内容の書類がある場合、省略可能とするよう見直し。

医療的ケア児の成人移行期の支援について（都道府県調査）（R6.9月末時点）③

（医療的ケア児支援センターの機能強化等に関する調査研究（令和6年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業））

不足している障害福祉サービス

「短期入所（医療型）」の割合が最も高く84.8%である。次いで、「生活介護（69.7%）」、「療養介護（36.4%）」、「短期入所（福祉型）（36.4%）」である。

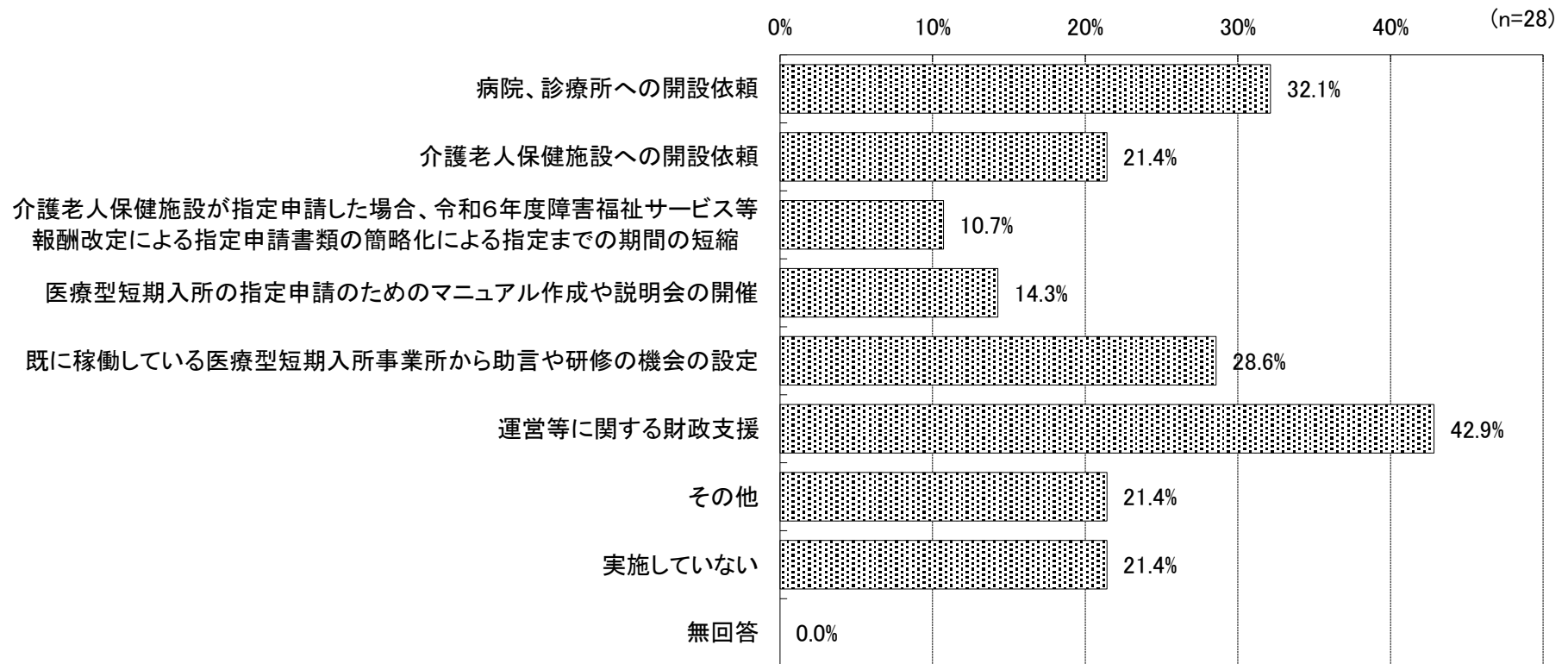


医療的ケア児の成人移行期の支援について（都道府県調査）（R6.9月末時点）④

（医療的ケア児支援センターの機能強化等に関する調査研究（令和6年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業））

都道府県が医療型短期入所を整備するために実施していること

「運営等に関する財政支援」の割合が最も高く42.9%である。次いで、「病院、診療所への開設依頼（32.1%）」、「既に稼働している医療型短期入所事業所から助言や研修の機会の設定（28.6%）」である。



当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ①

○ 2025年度における医療型短期入所における利用者側からのキャンセルについて、当日キャンセルは約14%、前日キャンセルは約22%であった。

■ 2025年度(2025.4月～2026.3月) 医療型短期入所 利用者側からのキャンセルデータ

	件数(件)	延日数(日)
利用中体調不良により利用短縮	1	5
当日キャンセル	11	36
前日キャンセル	17	57
2日前キャンセル	5	21
3日前キャンセル	4	10
4日前以上のキャンセル	40	137
合計	78	266

※ A事業所提供資料

【コメント】

キャンセル補填については、大変有用で、必要なものかと思っています。重症心身障害や医療的ケアの方々は、体調が不安定になりやすく、キャンセルになりやすい点はご存じの通りかと思います。

実際、キャンセルの数を見直したところ、当センターは、2か月前に予約を開始していて、利用を待っている間に、体調不良などから入院加療となってしまうケースも散見されました。

短期入所の利用予約の日程が近づいても、退院の見込みが立たないことや、退院してすぐの利用になることから、数日前に連絡をいただき、利用を早めにキャンセルするケースもあります。早めにキャンセルをされた場合、当院でも他に利用できる方がいるかどうかを探し、空いた枠を利用して新たに予約することもあります。

ただ、医療型短期入所は、衣類に加えて、オムツや医療物品、医療機器も持参されること、そして定期受診日が重なる場合やサービス調整などで、家族側の準備も負担が大きいところです。

突然に空いたからと言って、入りたいと家族も思うけれど、準備が困難だからと予約に至らなかった経験もあります。

以上のことから、当日キャンセルというよりは、キャンセル補填が数日前も含まれるとありがたいと思いました。

生活介護の欠席時対応加算は、前々日も含まれると思います。こういった点もご検討願えると有難く思います。

当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ②

○ 令和6年1月から令和8年5月にかけてのデータにおいて、人数は少ないが、重度の方は当日キャンセルが多かった。

利用日	予定	実績	備考	利用日	予定	実績	備考	利用日	予定	実績	備考	利用日	予定	実績	備考
2024/1/5	1	1		2025/4/3	1	1		2025/8/28	1	0	施設都合	2026/1/15	1	1	
2024/1/6	1	1		2025/4/9	1	1		2025/9/4	1	0	施設都合	2026/1/17	1	1	
2024/1/7	1	1		2025/4/10	1	1		2025/9/10	1	0	施設都合	2026/1/22	1	1	
2024/1/8	1	1		2025/4/17	1	1		2025/9/11	1	0	施設都合	2026/1/28	1	1	
2024/1/9	1	1		2025/4/23	1	0		2025/9/13	1	0		2026/1/29	1	1	
2024/1/10	1	1		2025/4/24	1	1		2025/9/17	1	1		2026/1/31	1	1	
2024/2/23	1	0		2025/4/30	1	1		2025/9/18	1	1		2026/2/4	1	0	施設都合
2024/2/24	1	0		2025/5/8	1	1		2025/9/25	1	1		2026/2/5	1	0	施設都合
2024/2/25	1	0		2025/5/15	1	1		2025/9/27	1	1		2026/2/12	1	0	施設都合
2024/2/26	1	0		2025/5/21	1	1		2025/10/2	1	1		2026/2/14	1	0	施設都合
2024/6/21	1	1		2025/5/22	1	1		2025/10/8	1	1		2026/2/18	1	0	
2024/6/22	1	1		2025/5/24	1	1		2025/10/9	1	1		2026/2/19	1	0	
2024/6/23	1	1		2025/5/29	1	0		2025/10/11	1	1		2026/2/26	1	1	
2024/6/24	1	1		2025/6/4	1	1		2025/10/15	1	1		2026/5/22	1	1	
2024/8/22	1	1	← 9月の利用は	2025/6/5	1	0		2025/10/16	1	1		2026/5/29	1	1	
2024/10/30	1	1	施設都合で中止	2025/6/12	1	1		2025/10/23	1	1					
2024/11/7	1	0		2025/6/18	1	1		2025/10/25	1	1					
2024/11/19	1	0		2025/6/19	1	1		2025/10/30	1	1		計	126	94	
2024/11/20	1	0		2025/6/21	1	1		2025/11/5	1	1		キャンセル率	25.4%		
2024/11/21	1	0		2025/6/25	1	0		2025/11/6	1	1					
2024/11/28	1	0		2025/6/26	1	1		2025/11/8	1	1					
2024/12/4	1	1		2025/7/3	1	0		2025/11/13	1	1					
2024/12/12	1	1		2025/7/9	1	1		2025/11/19	1	1					
2024/12/16	1	1		2025/7/10	1	1		2025/11/20	1	1					
2024/12/19	1	1		2025/7/16	1	1		2025/11/22	1	1					
2024/12/26	1	1		2025/7/17	1	1		2025/11/27	1	0					
2025/1/9	1	1		2025/7/19	1	1		2025/12/3	1	1					
2025/1/10	1	1		2025/7/23	1	0		2025/12/4	1	1					
2025/1/16	1	1		2025/7/24	1	1		2025/12/6	1	1					
2025/1/23	1	1		2025/7/30	1	1		2025/12/10	1	1					
2025/1/28	1	1		2025/7/31	1	1		2025/12/11	1	1					
2025/1/30	1	1		2025/8/6	1	0		2025/12/17	1	1					
2025/2/3	1	0		2025/8/7	1	1		2025/12/18	1	1					
2025/2/6	1	1		2025/8/9	1	1		2025/12/20	1	1					
2025/2/10	1	1		2025/8/14	1	1		2025/12/25	1	0					
2025/2/12	1	1		2025/8/21	1	1		2026/1/8	1	0	施設都合				
2025/2/17	1	1		2025/8/27	1	0	施設都合	2026/1/14	1	1					

※ 介護老人保健施設湖水荘様提供資料 (Raw Data)

【コメント】

2024年1月から2026年5月29日までの実績を送付します。
現在ご利用の2名と最初の方です。

以前利用していた重度の方は、体調を崩して当日お休みは何度かあったと思います。もう一人の方は、ほぼキャンセルはありません。気候が悪い時(寒い暑い)にキャンセルが多いと感じます。

私たち老健の場合、利用のために看護師と介護職員の配置をしています。コア時間帯にパートさんを雇用したりしています。また、今後ALSのお子さんを2泊受入れますが、看護師2名が夜勤に入る予定です。

突然のキャンセルがあると経営上のダメージがありますし、雇用を維持するためにも、補填するような仕組みがあると助かります。

当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ③

○ 令和8年4月～8月における医療型短期入所におけるキャンセルについて、月平均では7.5%であった。

■ 令和8年 B事業所キャンセル状況等一覧

月	予約	実施	キャンセル	キャンセル率
4月	87	82	5	5.7%
5月	104	96	8	7.7%
6月	96	87	9	9.4%
7月	104	94	10	9.6%
8月	116	110	6	5.2%
計	507	469	38	7.5%

【補足説明】

当法人では、児童発達支援や放課後等デイサービス、生活介護等展開している。

無床診療所で医療型特定短期入所（日帰り）で対応していたが、令和8年4月1日より特例診療所（一般病床10床）となり医療型短期入所（単独型）の指定を受けている。

当日のキャンセル等の詳細についてはトレースしていないが、当初より一定のキャンセルが発生している。稼働率を上げるよう調整努力はしているが容易でない。

当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ④[定性情報]

- 以下の6つの事業所は定性情報である。理由としては、キャンセル時の対応加算等がないため、キャンセル率等トレースされていなかった。ただし、電話やメールでキャンセルの状況等を聴き取ったところ、以下の状況であった。
- 聴き取りの限りであるが、これらのヒアリング先の情報から、医療依存度の高い方を積極的に受入れている事業所は、キャンセル率が高くなる傾向にある。
- また、事前のキャンセル(当日含む)が一定の割合で発生するため現場職員は別の方の利用等調整しているが、保護者の事前準備(※)などもあり、確定できないケースも多々ある。

※ 入院ではないため、医療デバイス、オムツ、衣類、薬等、全て自宅からの持参になり荷物が多くなる。レスパイトを目的に利用するはずが、準備だけで保護者が疲れてしまうという状況が生じている。

● C事業所

【コメント】

医療型短期入所ではキャンセルに関する加算等がないため、データは追っていません。ただ、感覚的には日帰り利用では2～3割、宿泊では1割はあると思います。日帰り利用と宿泊では、キャンセル率が違います。なぜ宿泊のキャンセル率が高くないか。当法人の場合は、重心・医療的ケア対応の放課後等デイや生活介護を併設しているため、老健等と比較すると、利用者の体調不良や家族の事情等早めに情報をキャッチしやすいですが、普段から、通所事業所においても同様にキャンセル率は2～3割あり、急なキャンセルに伴い別の保護者に声をかけても、事前の準備も負担になることや億劫になることもあり追加利用を調整できないこともあります。

医療型短期入所では夜勤看護師を配置しているので、キャンセルによる経営の影響は大きいです。放課後等デイサービス等には欠席時対応加算などありますが、その額をベースに考えると、医療型短期入所では尚更人件費赤字分が膨らみます。医療型短期入所では、加算額や要件等を考慮いただけると事業所としては助かると思います。

当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ⑤[定性情報]

● D事業所

【コメント】

キャンセルに関するデータはとっていません。本体事業(病院)の稼働率は99%超を維持しており、その隙間でベッドコントロールしながら医療型短期入所対象者を受け入れている状況です。申し込みがあっても受け入れられないこともあったため、併設する介護医療院でも医療型短期入所事業の指定を受けています。体調不良によるキャンセルはありますが、その他理由によるキャンセルは、現時点ではほぼありません。県内に預けられる先が少ないことや切迫した保護者が多いのかもしれません。

今後もしキャンセルが多くなってきた場合、経営方針として本体施設(入院患者)優先になりかねません。医療型短期入所対象者もできるだけ受け入れたいと考えているので、キャンセルを賄うような仕組みがあると良いと思います。

● E事業所

【コメント】

お時間をいただければキャンセル数や率のデータを提出することもできますが、上席に確認したところ依頼文が必要になるとのことでしたので、取り急ぎ口頭で状況を説明させていただきます。

当県では医療型短期入所が限られているということもあり、キャンセルについては他医療型短期入所よりも少ないと思います。月に40件弱の申し込みがあり、その内3件程のキャンセルとなりますので、6～8%のキャンセル率になっていると思います。基本的には事前のキャンセルとなっており、当日のキャンセルは年に数回程度かと思ひます。回数は少ないですが、当日のドタキャン等は経営に影響がありますので、加算額や算定要件にもよりますが補填するような仕組みがあると大変有難いと思ひています。

● F事業所

【コメント】

キャンセルに関する年間総数のデータはありますが、公開しておりませんでした。

当センターでは重度の方を受け入れており、毎月必ず数名のキャンセルが発生しています。キャンセルの理由として、体調不良の他、天候を理由に利用されない場合もあります。キャンセルがあると経営が不安定になりますので、何らかの加算があると助かります。

当日に短期入所の利用をとりやめた場合の評価の創設に係るデータ⑥[定性情報]

● G事業所

【コメント】

キャンセルに関するデータは以前はあったと思いますが、現在は追っていません。保護者都合の理由もあれば、感染症流行時は当院から利用を断るケースもあります。キャンセルがあった場合はなるべく次の方の利用調整をしますが、難しい場合もあります。当院は固定利用(落ち着いた方が多く、新規利用が少ない)が多いのであまりキャンセルはないのですが、キャンセルがあると経営上影響が出てきます。キャンセルに対する何らかの支援があると良いと思います。

● H事業所

【医療型短期入所相談窓口担当者からのコメント】

医療の必要性の高い重症心身障害児者を受け入れていることもあり、体調が不安定でキャンセルになることもあります。利用者側のキャンセル率は恒常的に20%を超えています。月によりバラつきはありますが、多い月はキャンセル率35%程となることもあります。当日分のキャンセルはさほど多くはないのですが、サービス利用予定日の2～7日前に連絡が入ることが殆どです。キャンセルに関する何らかの加算があると事業を継続することが可能になります。

(46) 介護保険法（平 9 法123）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平17法123）

介護老人保健施設の開設許可（介護保険法94条 1 項）を受けた者を医療型短期入所サービスの事業者の指定を受けたものとみなすことについては、令和 6 年度の障害福祉サービス等報酬改定が医療型短期入所サービス事業の指定に及ぼす効果を検証した上で、社会保障審議会障害者部会やこども家庭審議会障害児支援部会などにおける議論を踏まえ、その必要性を含めて検討し、令和 9 年度の障害福祉サービス等報酬改定に向けて結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

医療型短期入所の指定申請の際に重複している申請書類

令和6年度報酬改定

<介護老人保健施設>

No	添付書類一覧
1	登記事項証明書又は条例等
2	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
3	平面図
4	設備・備品等一覧表
5	併設する施設の概要
6	施設を共用する場合の利用計画
7	施設の面積及び平面図並びに敷地周囲の見取図（公図）
8	運営規程
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
10	協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容
11	誓約書
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号

<医療型短期入所>

No	添付書類一覧
1	【実施主体が地方公共団体である場合】当該事業の実施について定めてある条例等
2	登記事項証明書（法人登記）
3	建物の構造概要及び平面図（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は当該施設を含む）
4	建物登記（自己所有の場合）又は賃貸借契約書（賃貸借の場合）
5	設備の概要（当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は当該施設を含む）
6	事業所の管理者の雇用契約書及び経歴書
7	事業所の生活支援員の経歴書
8	勤務形態一覧表（職員配置状況確認調査表）
9	運営規程
10	主たる対象者を特定する理由書※主たる対象者を特定する場合に必要です。
11	利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
12	協力医療機関の名称及び診療科名のリスト
13	当該協力医療機関との契約の内容
14	法第36条第3項各号非該当誓約書及び役員名簿
15	就業規則
16	事業開始届
17	申請者の定款、寄付行為等
18	事業計画書
19	収支予算書
20	当該申請に係る事業に係る資産の状況（貸借対照表、財産目録等）
21	耐震化調査票
22	関係機関相談状況確認書及び議事録
23	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票
24	メールアドレス登録

関係団体ヒアリングにおける主な意見

7. 短期入所

No	意見等の内容	団体名
1	短期入所の受け皿は、全国的に決定的な不足に陥っている。福祉型は人件費すら賄えず運営が成り立たない。医療型は地域医療計画の中で病床数削減が進む中で有床診療所の新規開設の許可が取りにくいことに加え、医師の常駐・宿直義務が大きな障壁になっている。短期入所の供給先確保に向けて、基本報酬や加算の整備等を進めるとともに、「動ける医ケア児者」の受け入れも想定した「医療的ケア児者専門短期入所」を第3類型として、新たに創設・整備することを求める。	一般社団法人全国医療的ケア児者支援協議会
2	強度行動障害の状態像を呈している利用者を在宅生活で支えているケースについて、緊急短期入所の受け入れを強化してはどうか。緊急受け入れ当番制度を自治体や圏域レベルで構築できれば、いざというときの駆け込み寺になれる事業所が確保でき、家族の安心感が増す。	一般社団法人全日本自閉症支援者協会
3	重度障害者の家族が求める障害福祉サービスの中で、短期入所は家族の用事や緊急時及びレスパイト休息等に欠かせないサービスですが、単独で運営することは整備費や人員確保で厳しいため、生活介護事業所やグループホームに併設する場合が多く、特に重度障害者(医療的ケア含む)に対応できる事業所は施設整備面でバリアフリー仕様等が求められますが全国的に少数で、重度の肢体不自由者(車いす使用)や医療的ケアを必要とする者はほとんど利用できないのが現実です。以上、重度障害者(医療的ケア含む)が利用できる、障害福祉サービス提供事業所の認可にあたっては(短期入所、グループホーム等を含む)、障害者のニーズ調査と現在の利用実態及び、地域で必要とするサービスについて障害者の障害種別支援区分ごとの利用希望者数を把握しなければ整備に係る予算は算出できない。全国で格差なく新增設できる制度となることを求める。 また、財源の確保は持続可能な制度となるか重要な要素で介護保険制度や子育て支援金制度のように、障害者(障害福祉制度等に資する)施策を推進する上で、新たな財源確保を行う時期にあると考えられ、検討することを求める。	公益社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会
4	筋ジストロフィー患者は病状の進行により医療的ケアが必要となるケースが多いが、医療的ケアの必要な利用者を受け入れる事業所が大幅に不足している。 医療的ケアの必要な重度障害者と家族が安心して生活できるように、生活介護や短期入所などで必要な支援体制を構築できるよう福祉制度の創設及び適切な報酬設定、重度障害者を支援する介護職員や看護師を確保するための施策の検討が必要。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
5	医療型短期入所(ショートステイ)事業の機能強化関係 議員立法での成立を目指す医療的ケア児支援法改正案では、一時的に預かり必要な保護を行うサービスの実施について規定されており、医療型短期入所事業への期待は高まっており、そのニーズに応えるために制度の充実を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
6	療養介護サービスと日中活動系サービスとの併用の柔軟化関係 令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」事業報告書において、「日中活動や地域移行の取組みに共通する課題として、療養介護と、移動支援や生活介護、重度訪問介護といった他の障害福祉サービスが併用できないことや障害福祉サービスの体験利用支援加算の算定実績が低いことから、日中活動の幅が広がりにくいことや、地域移行を見据えた体験がしづらい状況があることが確認できた」旨が報告されており、本会としては療養介護サービスを利用する方の意向を尊重するとともに最善の利益を得るよう、他のサービスを利用できるよう制度利用の緩和を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
7	短期入所の課題 在宅で生活する重症心身障害児者(以下、重症児者)とその家族にとって、医療と看護の専門性が担保された短期入所は、在宅生活を維持する上で不可欠なサービスであり、家族の共倒れを防ぐ生命線である。しかしながら、受け入れ先となる病院や施設の偏在・地域格差、年齢制限によるハードルも存在し、必要な時に気軽に利用できる環境には至っていない。家族の深刻な疲弊を防ぎ、地域での在宅生活を継続させるためには、短期入所サービスのさらなる拡充が急務。	全国重症心身障害児(者)を守る会 (同旨) 一般社団法人日本難病・疾病団体協議会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
8	・医療型短期入所受入前支援加算の範囲拡大、算定上限回数増 医療型短期入所受入前支援加算は、居宅等を訪問する場合又は情報通信機器を利用する場合に限定されているが、入所前の支援は利用予定者が来院した際や、他医療機関の主治医を訪問する場合等も該当する。 また、算定は同一利用者に対し一度限り（新規受入時のみ）とされているが、受入の都度、人工呼吸器の使用有無等の変化が生じる場合もあり、必要な医療的ケア等を改めて確認するため、受入前支援を複数回実施する必要がある場合もある。 良質な短期入所サービスの提供のため、また、利用者の円滑な受入のため、医療型短期入所受入前支援加算について、対象となる範囲の拡大及び算定上限回数の増を実施いただきたい。	独立行政法人国立病院機構
9	・短期入所の利用中止に係る加算の新設 短期入所について、利用予定日に利用者が急病等により利用を中止する場合があります、受入の準備に一定の費用を要する一方、対応する報酬がない。経営の安定化を図り、良質な短期入所サービスを継続的に提供するため、生活介護、児童発達支援、放課後等デイサービスの欠席時対応加算と同様に、短期入所の利用を中止した場合の加算を新設いただきたい。	独立行政法人国立病院機構
10	医療型短期入所サービスの充実（既存施設の活用促進） ・持続可能な共生社会の実現に向けて、既存の障害者病棟が医療的ケア児者を受け入れるためには、入院医療費より低い医療型短期入所の報酬引き上げに加え、開設に向けた支援策（アウトリーチによる周知・説明、他施設の見学機会の提供、看護職等を対象とした研修、開設後の伴走支援等）を一体的に実施することが望まれる（「医療型短期入所事業所開設促進事業」の推進） ・介護老人保健施設、介護医療院においては、通常の要介護者の介護とは異なる医療的ケア等、医療的ケア児者を支えるための医療材料や労力の負担が生じるため、新たな評価を要望する。 ・令和6年度改定で新設された「医療型短期入所受入前支援加算」は、居宅等の訪問またはテレビ電話等による医療的ケアの手技等の確認が要件となっている。一方、保護者側には利用前に施設を見学したいというニーズが強く、施設において事前調整が行われるケースも少なくない。こうした場合、現行では加算を算定できないため、保護者の希望に基づき施設において事前打合せを実施した場合についても、受入前支援加算の算定対象とするよう要望する。	公益社団法人日本医師会
11	・医療型短期入所について強度行動障害を伴う障害児への対象拡大 医療型短期入所について、障害児の対象者は、重症心身障害児、医療的ケアスコアが16点以上の障害児等に限定されており、強度行動障害を伴うものの同スコアが16点未満の障害児は対象外となっている。 その場合は福祉型短期入所を利用することとなるが、地域によっては受入先がない場合もあるため、障害児が地域で必要なサービスを受けられるよう、地域の実情に応じて医療型短期入所を可能としていただきたい。	独立行政法人国立病院機構

4. 療養介護に係る報酬・基準について

療養介護に係る論点

論点1 日中活動への評価について

論点2 中山間・人口減少地域における定員基準の見直しについて

療養介護

○ 対象者

- 病院への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者
 - ① 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分6の者
 - ② 障害支援区分5以上の者であって、以下のいずれかの要件に該当する者
 - ・ 進行性筋萎縮症患者(筋ジストロフィー患者)又は重症心身障害者
 - ・ 医療的ケアスコアが16点以上の者
 - ・ 医療的ケアスコアが8点以上であって、強度行動障害のある者又は遷延性意識障害者
 - ③ ①及び②に準ずる者として、療養介護が必要であると市町村が認めた者
- 平成24年3月31日において現に重症心身障害児施設又は指定医療機関に入院している者であって、平成24年4月1日以降療養介護を利用する者

○ サービス内容

- 病院への長期入院による医学的管理の下、主として昼間において、食事や入浴、排せつ等の介護や、日常生活上の相談支援等を提供
- 利用者の障害程度に応じて、相応しいサービスの提供体制が確保されるよう、事業者ごとの利用者の平均障害支援区分に応じた人員配置の基準を設け、これに応じた報酬単価を設定

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者
- 生活支援員 等 4:1～2:1以上

○ 報酬単価（令和6年4月～）

- 基本報酬（利用定員・配置人員等に応じた単位の設定）※医療に要する費用及び食費等については医療保険より給付。

366単位～ 974単位

■ 主な加算

地域移行加算(500単位／回)

→ 利用者の退院後の生活についての相談援助を行う場合、退院後30日以内に当該利用者の居宅にて相談援助を行う場合、それぞれ、入院中2回・退院後1回を限度に算定

○ 事業所数

258（国保連令和 8 年 4月実績）

○ 利用者数

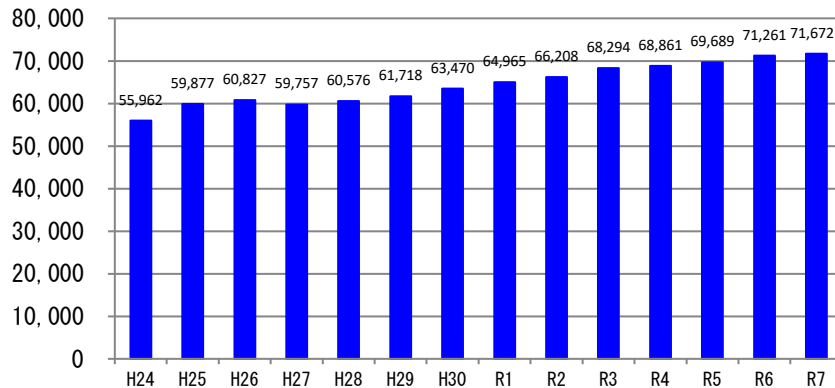
21,176（国保連令和 8 年 4月実績） 104

療養介護の現状

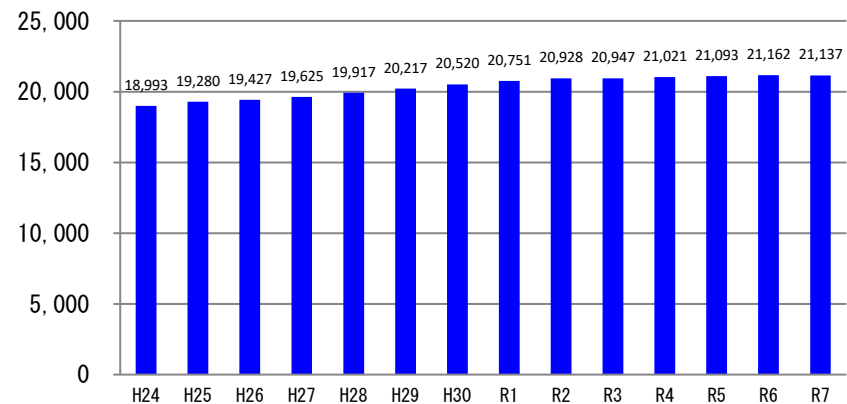
【療養介護の現状】

- 令和7年度の費用額は約717億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の1.6%を占めている。
- 費用額は増加傾向にある。利用者数、事業所数は直近では変化がない。

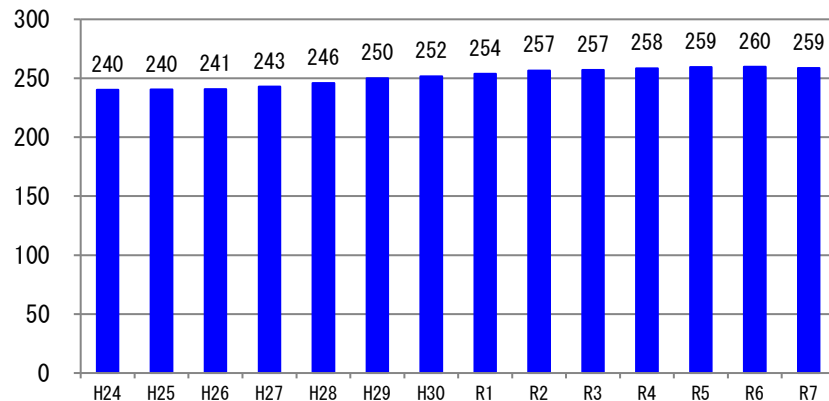
費用額の推移(百万円)



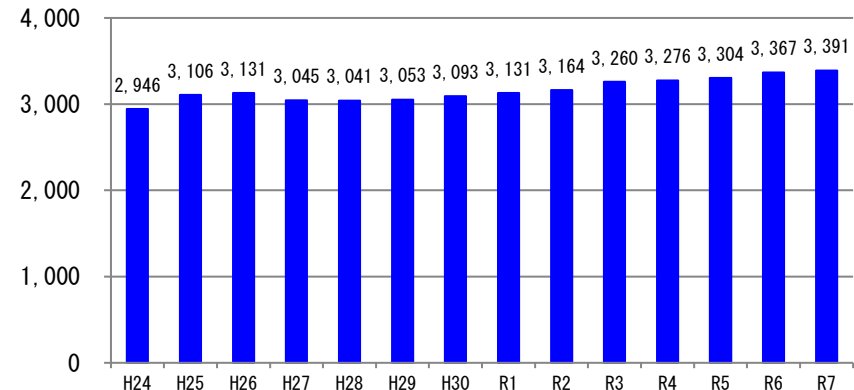
利用者数の推移(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



一人当たり費用額の推移(千円)



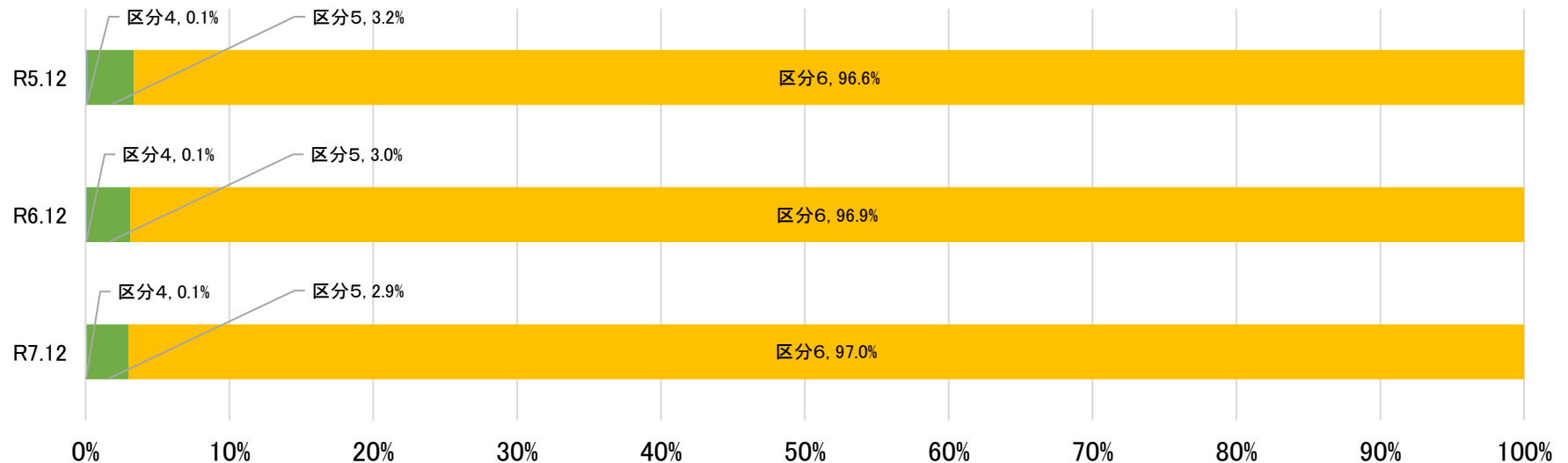
【療養介護の利用者の状況等】

- 区分6の利用者数は増加している。
- 区分6の利用者が全体の97%以上を占めている。

○ 利用者数の推移(障害支援区分別)

	総数	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
R5.12	21,037人	0人	0人	3人	26人	683人	20,325人
R6.12	21,084人	0人	0人	4人	19人	635人	20,426人
R7.12	21,053人	0人	0人	4人	13人	614人	20,422人

○ 利用者数の割合の推移(障害支援区分別)



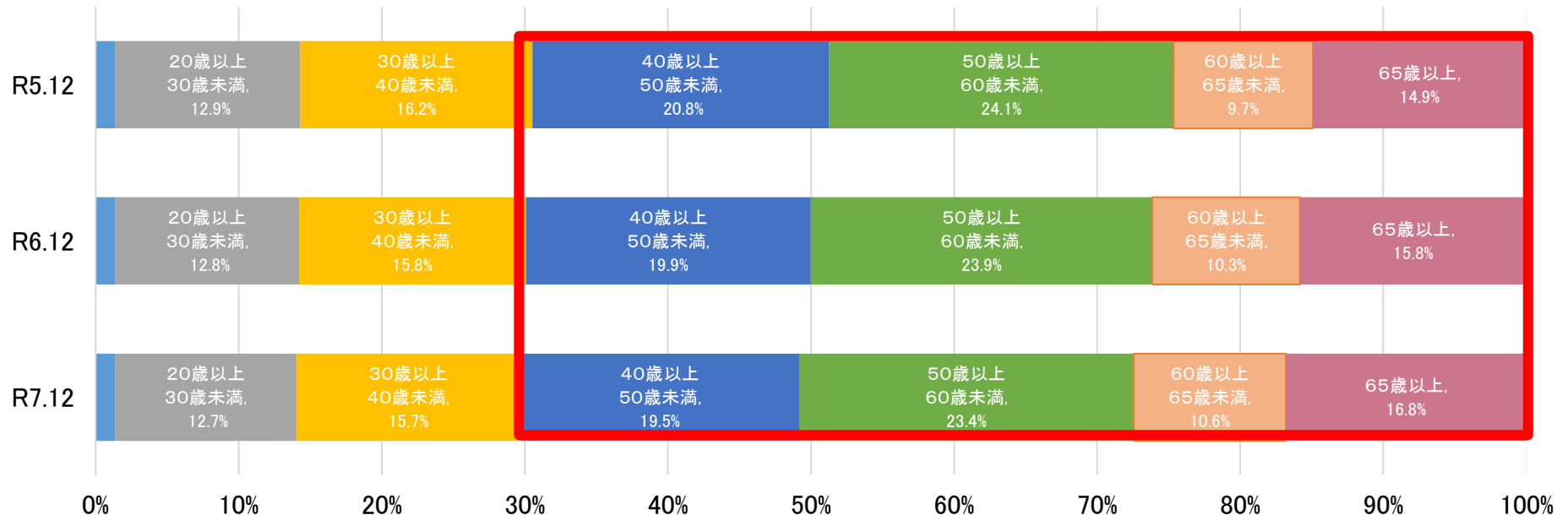
【療養介護の利用者の状況等】

- 65歳以上の利用者が増加している。
- 40歳以上の利用者が全体の約7割を占めている。

○ 利用者数の推移(年齢階級別)

	総数	18歳未満	18歳以上 20歳未満	20歳以上 30歳未満	30歳以上 40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上
R5.12	21,126人	2人	290人	2,734人	3,423人	4,385人	5,084人	2,055人	3,153人
R6.12	21,170人	1人	293人	2,716人	3,355人	4,218人	5,054人	2,184人	3,349人
R7.12	21,135人	4人	281人	2,682人	3,315人	4,111人	4,943人	2,245人	3,554人

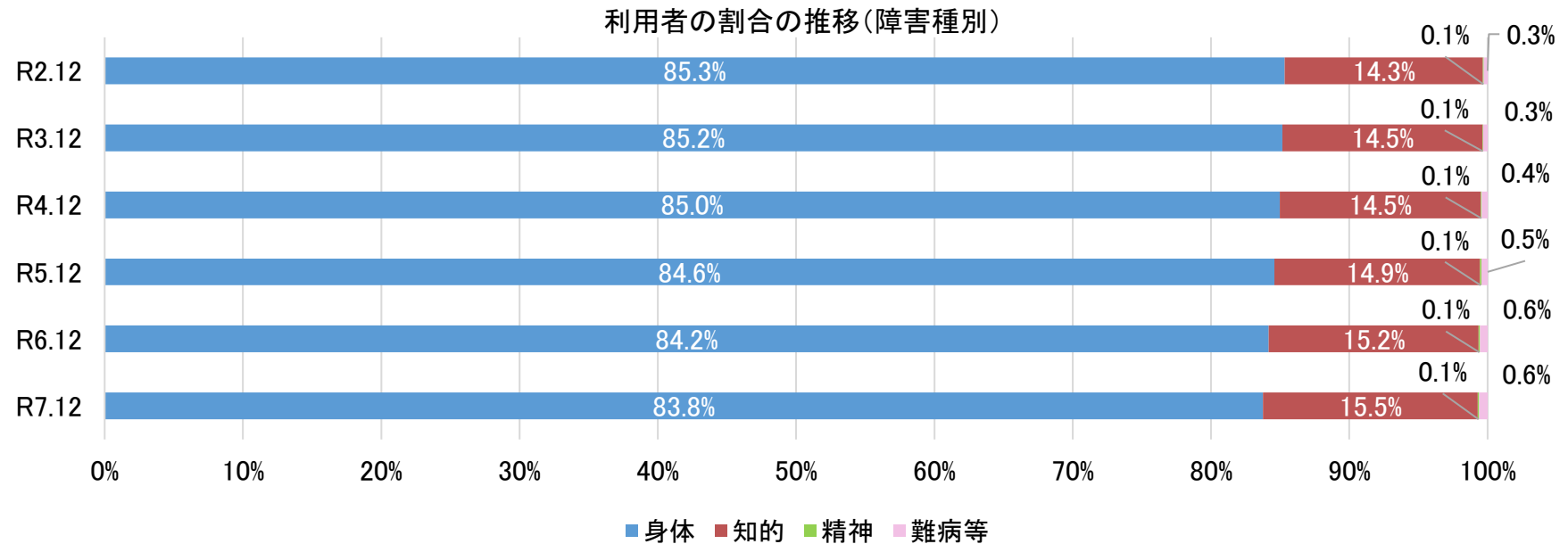
○ 利用者数の割合の推移(年齢階級別)



(出典) 国保連データ

障害種別ごとの利用の状況（療養介護）

○ 療養介護は、身体障害者の利用割合が約8割を占めているが、知的障害者の利用も増えている。



	総数	身体	知的	精神	難病等
R2.12	20,933人	17,860人	3,003人	12人	58人
R3.12	20,948人	17,839人	3,031人	11人	67人
R4.12	20,965人	17,814人	3,048人	14人	89人
R5.12	21,121人	17,865人	3,140人	20人	96人
R6.12	21,162人	17,813人	3,212人	20人	117人
R7.12	21,128人	17,697人	3,282人	20人	129人

【論点1】日中活動への評価について

現状・課題

- 療養介護は、医療と常時の介護を必要とする重度障害者に対し、医療機関等において日常生活上の支援を行うサービスであり、利用者の多くは重症心身障害者や医療的ケア者等であるとともに、近年は高齢化や障害の重度化も進んでいる。
- このため、療養介護においては、医療の提供や健康管理に加え、利用者の生活の質(QOL)の維持・向上を図る観点も重要であるが、療養介護利用者についても、本人の意思・希望に応じた日中活動や地域との関わりを確保することが重要との指摘がある。
- 令和7年度障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」の結果では、利用者の障害特性や病状等に応じた個別的な日中活動が実施されているものの、人員体制上の制約から活動頻度や内容が限定されているとの実態がみられた。一方で、日中活動の企画・実施を担う専任職員を配置している事業所では、利用者の意思や希望に応じた活動提供が進んでいる実態もみられた。

論 点

- 療養介護における日中活動について、重度障害者や医療的ケア者であっても、本人の意思・希望を踏まえた活動機会を確保することが重要であるが、個別性のある活動や選択機会をどのように確保するか。

検討の方向性

- 個別性のある活動や選択機会を確保する観点から、日中活動の企画・実施を担う職員を配置し、利用者に個別に日中活動のプログラムを作成している場合の新たな評価(加算)を検討してはどうか。

療養介護の在り方に係る調査研究（令和7年度 障害者総合福祉推進事業）

研究概要

- 事業概要** 療養介護における日中活動の実施状況や地域移行の状況等をアンケート調査やヒアリング調査を通じて明らかにすることを目的として実施する。
- 背景・目的** 療養介護（筋ジストロフィー病棟）の利用者に対する地域移行に関する希望等の調査は令和2年度に実施しているが、療養介護全体の実態調査は実施されていない。このため、療養介護全体の実態を把握するとともに、次期報酬改定等のための基礎資料とする。
- 想定される事業の手法・内容** 関係団体、有識者等による検討委員会を設置した上で、療養介護の利用者や療養介護事業者に対してヒアリング・アンケート調査を実施し実態を把握する。

研究結果概要

- 療養介護利用者の状態像は、**障害支援区分5以上に該当する重症心身障害者が多くを占める。**
- 療養介護事業所での日中活動の取組み状況について、支援形態別（個別や少人数グループ、全体）の内容を組み合わせる等、**利用者一人ひとりの障害・病状の程度や、意向・選択に応じた活動を提供している。**一方、職員不足や施設整備等の課題もあり、**日中活動の頻度や内容には制限がある状況も見られる。**
- 施設の老朽化への対応や、利用者の重症化、医療の高度化、職員の働きやすい環境づくりに対応するための設備更新、ICT 機器・介護ロボット等の充実が必要であるが、**設備更新等に対応する助成制度が限られており、財源確保が困難である状況を確認した。**
- 地域移行に係る取組み状況について、モニタリングの機会等を活用し、**本人が生活で何に重きを置いているか等の価値観を読み取り、そこで地域での生活を希望する場合には支援に繋げている状況を把握した。**一方、在宅での家族による支援が困難となり施設に入所した利用者が多く、**在宅に戻る選択肢は現実的には困難で、グループホームに移行する選択肢はあるが、医療的ケアに対応できるグループホームが少ないなどの地域資源に関する課題も把握した。**
- 日中活動や地域移行の取組みに共通する課題として、療養介護と、移動支援や生活介護、重度訪問介護といった他の障害福祉サービスが併用できないことや障害福祉サービス体験利用支援加算の算定実績が低いことから、**日中活動の幅が広がりにくいことや、地域移行を見据えた体験がしづらい状況があることを確認した。**

【論点2】中山間・人口減少地域における定員基準の見直しについて

現状・課題

- 療養介護は、医療と常時の介護を必要とする重度障害者に対して、医療機関等において医療及び日常生活上の支援を提供する重要なサービスであり、重症心身障害者や医療的ケア者等の地域生活を支える基盤となっている。
- 療養介護は全国的に事業所数が限られており、特に人口規模の小さい地域や過疎地域、中山間地域等においては、利用希望があっても身近な地域にサービス提供事業所が存在しない場合がある。特に利用者数が少ない地域では、現行の定員要件(20人)を満たした事業所の整備が困難との意見がある。
- 地域における受入基盤の確保を図る必要がある一方で、全国一律の定員下限の緩和は、療養介護の専門性や支援の質の確保等の観点から慎重な検討が必要ではないかとの意見もある。
- 社会福祉事業においては、社会福祉法上、定員の下限は20人とされているが、政令で定めるものについては、10人以上とされている。

論 点

- 特に利用者数の少ない中山間・人口減少地域において、療養介護のサービス基盤の確保をどのように進めるべきか。

検討の方向性

- 地域における療養介護の確保を図る観点から、中山間・人口減少地域に限り、療養介護の定員下限を緩和することについて検討してはどうか。

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）（抄）

第五条 この法律において「障害福祉サービス」とは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助及び共同生活援助をいい、「障害福祉サービス事業」とは、障害福祉サービス（障害者支援施設、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法（平成十四年法律第百六十七号）第十一条第一号の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設（以下「のぞみの園」という。）その他主務省令で定める施設において行われる施設障害福祉サービス（施設入所支援及び主務省令で定める障害福祉サービスをいう。以下同じ。）を除く。）を行う事業をいう。

2～5 （略）

6 この法律において「療養介護」とは、医療を要する障害者であって常時介護を要するものとして主務省令で定めるものにつき、主として昼間において、病院その他の主務省令で定める施設において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話の供与をいい、「療養介護医療」とは、療養介護のうち医療に係るものをいう。

7～29 （略）

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18厚生労働省令第19号）（抄）

（法第五条第六項に規定する主務省令で定める施設）

第二条の三 法第五条第六項に規定する主務省令で定める施設は、病院とする。

○障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第174号）（抄）

（規模）

第十条 療養介護事業所は、二十人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

○社会福祉法（昭和26年法律第45号）（抄）

（定義）

第二条 この法律において「社会福祉事業」とは、第一種社会福祉事業及び第二種社会福祉事業をいう。

2 （略）

3 次に掲げる事業を第二種社会福祉事業とする。

一～四 （略）

四の二 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービス事業、一般相談支援事業、特定相談支援事業又は移動支援事業及び同法に規定する地域活動支援センター又は福祉ホームを経営する事業

4 この法律における「社会福祉事業」には、次に掲げる事業は、含まれないものとする。

一～三 （略）

四 第二項各号及び前項第一号から第九号までに掲げる事業であつて、常時保護を受ける者が、入所させて保護を行うものにあつては五人、その他のものにあつては二十人（政令で定めるものにあつては、十人）に満たないもの

五 （略）

○社会福祉法施行令（昭和33年政令第185号）（抄）

（社会福祉事業の対象者の最低人員の特例）

第一条 社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号。以下「法」という。）第二条第四項第四号の政令で定める事業は、次のとおりとする。

一・二 （略）

三 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第五条第二十八項に規定する地域活動支援センターを経営する事業又は同条第一項に規定する障害福祉サービス事業（同条第七項に規定する生活介護、同条第十二項に規定する自立訓練、同条第十三項に規定する就労選択支援、同条第十四項に規定する就労移行支援又は同条第十五項に規定する就労継続支援を行う事業に限る。）のうち厚生労働省令で定めるもの

○社会福祉法施行規則（昭和26年厚生省令第28号）（抄）

（令第一条第三号に規定する厚生労働省令で定める障害福祉サービス事業）

第一条 社会福祉法施行令（昭和三十三年政令第百八十五号。以下「令」という。）第一条第三号に規定する厚生労働省令で定める障害福祉サービス事業は、次の各号に掲げるものとする。

一 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第五条第十三項に規定する就労選択支援、同条第十四項に規定する就労移行支援又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）第六条の十第一項第一号に規定する就労継続支援A型に係る障害福祉サービス事業

二 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第七項に規定する生活介護、同条第十二項に規定する自立訓練又は同条第十五項に規定する就労継続支援（前号に掲げるものを除く。）（以下「生活介護等」と総称する。）に係る障害福祉サービス事業であつて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十四号）第三十七条（同令第五十五条及び第八十八条において準用する場合を含む。）及び第五十七条第一項並びに第八十九条第四項の離島その他の地域であつて厚生労働大臣が定めるもののうち、将来的にも利用者の確保の見込みがないとして都道府県知事が認めるものにおいて実施されるもの

関係団体ヒアリングにおける主な意見

5. 療養介護

No	意見等の内容	団体名
1	神経筋疾患患者は、医療の進歩により長期生存が可能となった一方で、重度化・高齢化が進み、病棟・在宅を問わず支援ニーズが増大している。令和7年度厚生労働省「療養介護の在り方に係る調査研究」においても、人員不足やQOL支援の課題が指摘されたところだが、現場では感染症対策のための面会、外出・外泊の制限が長期に及んでいた施設もあり、病棟はこれまでに以上人手不足が深刻化し、入所者、職員ともに大きなストレスがかかっている。 長期間、このような状態が続くことは患者・職員双方に大きな負担を与え、実際に療養介護病棟等において虐待事案も発生しており、人員不足や支援体制の脆弱化が患者の権利侵害や虐待発生リスクを高めることが懸念される。 また、神経筋疾患を専門的に受け入れる療養介護病棟や長期療養病床が地域により偏在しており、家族が介護できなくなった際の受け皿が見えないことへの不安が患者・家族から多数寄せられている。専門病院のない地域では、遠方施設への入所を余儀なくされるケースもあり、地域格差の解消が求められている。 上記課題を解決するために、療養介護病棟職員の人員増配を喫緊に行う必要があり、現場を視察し実態を把握の上、改善に必要な人員の増配を図って欲しい。また、生活環境や望まない場面での異性介助の問題等も生じしないよう、又患者の尊厳保持の観点からも性別を意識した人員増配の検討も必要である。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
2	コロナ禍等で家族との面会を含めた外部の人とのコミュニケーションの機会が完全に断たれ、精神疾患になる者もいる。各療養介護病棟にはICT環境は整っているものの、指先などが辛うじて動く筋ジストロフィー患者は、介助なしで機器の操作ができない。 そのため、ICT機器の活用ができる作業療法士などのリハ担当職員、指導員や保育士等の人員を増やす必要があり、ICT機器の教育機会を職場にて設ける事、又ICT機器関連資格者の優遇等の検討が必要と考える。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
3	療養介護病棟の入所者にも重度訪問介護の支給は可能だが、制度自体が自治体職員に知られていない場合が多く、利用に困難が伴うケースが発生している。また、入所施設からの一時帰宅には、往復の移動支援、一時帰宅時の訪問サービスが使えないため家族との交流が疎遠になる傾向があり、この制度の改善への要望が特に高齢の家族から寄せられる。長期入院患者の中には20年以上帰省できていない患者も存在しており、療養介護病棟における人員不足やQOL支援の課題が指摘される中、外部ヘルパーの活用は家族との交流機会の確保のみならず、患者の社会参加や生活支援の充実にも資するものとする。療養介護病棟は単なる医療提供の場ではなく、患者にとっての生活の場であり、社会参加を支える重要なセーフティーネットであることから、以下を提案する。 ・各自治体に療養介護病棟の入所者も重度訪問介護の支給が可能であることを、周知徹底する必要がある。 ・入所施設からの一時帰宅の際、移動支援や一時帰宅時の訪問サービスが使えるようにする必要がある。 ・外部ヘルパーの活用は、療養介護病棟におけるQOL支援の充実や職員負担の軽減にもつながることから、入所者が必要に応じて居宅系サービスを利用できる制度環境の整備について検討して欲しい。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
4	医療的ケアが必要な筋ジストロフィー患者には様々な経済的な負担が発生しており、在宅療養を困難にしている。吸引力ターゲッティングなど 医療的ケアに必要な物品の保険適用等により、在宅療養の継続を容易にする必要がある。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
5	介護職員による喀痰吸引等を実施するための研修（認定特定行為業務従事者制度等）は制約が多い等、医療的ケア利用者を受け入れる事業所の実態にそぐわないケースがあり、受講者数が増加しない現状がある。 研修後の経験により制約を緩和する等、支援体制を推進できるような制度改善を行うとともに、喀痰吸引等を実施する事業所に対する個別加算及び体制整備加算の創設が必要。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
6	療養介護サービスにおける職員配置基準の見直し及び加算関係 ・令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」事業報告書において、「療養介護における日中活動は、人員不足により十分なサービスが提供されていない」との報告にある通り、本会会員施設からも手厚い職員配置を求めている。療養介護サービス費の抜本的な見直しを要望する。 ・療養介護サービスを利用する多様な状態にある方々の個別ニーズに寄り添うための支援策を加算措置するとともに制度運用の緩和策を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
7	療養介護サービスにおけるICT機器・介護ロボットの導入促進関係 令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」事業報告書において、「ICT機器・介護ロボット等の充実が必要であるものの、設備更新等に対応する助成制度が限られており、財源確保が困難である状況が確認された」旨の報告がなされており、本会会員施設からもICT機器・介護ロボット等の導入費用の充実を求めている。補助金の改善・充実を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
8	療養介護サービスと日中活動系サービスとの併用の柔軟化関係 令和7年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「療養介護の在り方に係る調査研究」事業報告書において、「日中活動や地域移行の取組みに共通する課題として、療養介護と、移動支援や生活介護、重度訪問介護といった他の障害福祉サービスが併用できないことや障害福祉サービスの体験利用支援加算の算定実績が低いことから、日中活動の幅が広がりにくいことや、地域移行を見据えた体験がしづらい状況があることが確認できた」旨が報告されており、本会としては療養介護サービスを利用する方の意向を尊重するとともに最善の利益を得るよう、他のサービスを利用できるよう制度利用の緩和を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
9	報酬改定後の経営状況は、経済のインフレ（物価高）のスピードがあまりにも急激で報酬改定が「後追い」になっている。例えば、食料品の急騰への対応では、苦渋の決断として、国産米から外国産米、牛乳から調製乳、緑茶から麦茶へと食材費を削り、食の質を下げざるを得ない事態となっている。 また、療養介護サービスを行う病院特有の状況であるが、医療・衛生材料の吸引カテーテル、消毒液、感染対策費、薬剤費など、医療的ケアの安全性に直結する物品は削減できないことから、経営の圧迫につながっている。さらに国際情勢による納期遅延や価格高騰が追い打ちをかけている。 加えて、電気・ガス代等の光熱費、ガソリン代（送迎車両の維持費）、施設整備・修繕コストの上昇が激しく、経営を圧迫している。 賃上げについては、処遇改善加算や病院としてのベースアップ評価料等で一定のベースアップは行っているものの、他産業や一般病院、保育所等の児童福祉施設の賃上げスピードが速く、「選ばれる職場」としての競争力を失っている。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
10	療養介護サービスの現場の状況は、加算よりも減算が増加し、会議、委員会や研修など必須項目が増え、これらに費やす時間が増加しており、利用者と向き合う時間の減少をきたすなど実践力を向上させることの阻害要素となりつつある。人員確保と定着の維持が難しいなか、職員および施設の資質の向上のためには、回り道でもコツコツと実践を積み上げていくことが重要である。 地域において重症心身障害のある方を対象とする事業に高齢介護や訪問看護からの参入が増える一方で、重症心身障害児者特有の「療育（ただの介護ではない発達支援）」や「健康面の細かな変化（急変リスク）」に対する知識・スキル不足が目立ち、人材確保ができずに閉所・縮小するケースも出ていることから、療養介護サービスを行う病院スタッフが地域の新規参入事業者等へアウトリーチ（訪問指導・コンサルテーション）を行う仕組みを作り、これを専門的な報酬として評価することも検討することが必要である。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
11	療養介護・医療型障害児入所施設（重症児者施設）の課題 重症児者施設は、外来・短期入所・通園・相談支援等の在宅支援から緊急時の受け入れ、生活の質の確保、看取りまで、重症児者と家族の暮らしを支える重要な拠点としての役割を果たしている。利用者の重度化・医療的ケアの高度化により、生活支援・医療的ケア・家族支援などの重層的な支援体制が不可欠となっているが、その維持に不可欠な看護職員や支援員など専門人材の安定確保が困難になっている。	全国重症心身障害児（者）を守る会
12	・経営状況を踏まえた療養介護の基本報酬等の増 療養介護の収支差率は、他サービスと比較して低く、国立病院機構における主たる障害福祉サービスは療養介護であるが、医業収支・経常収支ともに赤字が継続している（医業収支：R6▲408億円⇒R7▲439億円、経常収支：R6▲375億円⇒R7▲75億円）。良質な療養介護サービスを継続的に提供し、地域で必要とされる機能を維持できるよう、療養介護の基本報酬等の増額を実施いただきたい。	独立行政法人国立病院機構
13	・福祉・介護職員等処遇改善加算の国立病院機構への適用 国立病院機構は、福祉・介護職員等処遇改善加算が適用対象外となっているが、平成24年度以降、国からの運営費交付金は臨床研究等に要する費用分のみとなり、病院の運営に要する経費は診療報酬等によって賄ってきており、さらに令和3年度には国からの運営費交付金が皆減となったところ。現時点では、福祉・介護職員等処遇改善加算に相当する別途の予算措置（運営費交付金等）を受けていない状況にある。 一定の給与水準が保障されていると考えられる都道府県、市町村、一部の独立行政法人は同加算の適用対象とされていること等も踏まえ、制度の公平性の観点や、本機構が担う療養介護人材の処遇改善や人材確保等を図り、地域に必要な良質なサービスの提供を継続していく観点からも、国立病院機構を福祉・介護職員等処遇改善加算の適用対象としていただきたい。	独立行政法人国立病院機構
14	・外出・外泊時の医師・看護師等の付添いに係る加算の新設 療養介護等における日中活動の一環として、外出・外泊の充実が求められており、「療養介護の在り方に係る調査研究」においても、散歩・外出を入所生活の楽しみにしている利用者の割合が多いことや、外出等が思うようにできないことを不満に思っている入所利用者の割合が多いことが明らかとなっている。 一方で、人工呼吸器が必要等の重症度が高い利用者については、外出・外泊に当たって医師、看護師等が付き添うなど利用者の安全性に配慮する必要があるが、また、療養介護や医療型短期入所では外出・外泊時に重度訪問介護の利用が可能であるが、医療的ケアに対応できる重度訪問介護事業所は必ずしも多くないと考えられることから、療養介護等において、利用者の安全性に配慮しつつ、外出・外泊の充実を図るため、医師、看護師等が外出・外泊に付き添う場合の加算を新設いただきたい。	独立行政法人国立病院機構

5. 医療的ケアに係る報酬・基準について(再掲)

【生活介護】

- ・ 医療的ケア者の受入を促進し、地域におけるサービス提供体制を確保する観点から、必要な看護職員の確保のため、常勤看護職員配置加算について見直しを検討してはどうか。
- ・ 医療的ケア者については、体調不良や受診、入院等により欠席が生じやすく、欠席時や利用再開時には、医療的ケアの内容や健康状態の確認、家族や医療機関との連絡調整等、通常よりも多くの準備や調整が必要であり、事業所において追加的な対応が求められているとの意見があることを踏まえ、医療的ケア者等が欠席した場合の欠席時対応加算について拡充を検討してはどうか。
- ・ 特別支援学校等の卒業後における夕方以降の預かりや居場所のニーズを踏まえ、延長支援加算の評価の拡充について検討してはどうか。その際、強度行動障害の状態にある者や医療的ケア者等の重度障害者の場合の評価の拡充についても検討してはどうか。

【短期入所】

- ・ 医療的ケア児者の地域生活を支える基盤として、医療型短期入所の供給体制を強化する観点から、評価について検討してはどうか。
- ・ 医療的ケア児者は、体調不良で利用を取りやめることもあり、そういった場合でも受入の体制のための経費を要していることから、他の通所サービスと同様、欠席時の対応について加算による評価を検討してはどうか。
- ・ 介護老人保健施設や介護医療院での実施事業所の増加のため、手続きについて更なる簡素を行ってはどうか。

※ 現時点で提示したものの再掲。他のサービスについては、次回以降に議題とする予定。

5. 医療的ケアに係る報酬・基準について(再掲)

【児童発達支援・放課後等デイサービス】

- ・ 地域における医療的ケア児及び重症心身障害児の受入れを促進する観点から、医療的ケア児への支援実績を有する事業所と新たに受け入れる事業所との間で、必要な知識や支援ノウハウの共有、助言等を行う取組について評価することを検討してはどうか。
- ・ あわせて、新たに医療的ケア児及び重症心身障害児を受け入れる事業所において、円滑な受入れに向けた連携・情報共有等について評価することを検討してはどうか。
- ・ その際、支援の実効性を確保する観点から、評価対象となる支援内容や要件等について整理することを検討してはどうか。
- ・ 看護職員の確保が課題となる中、外部の看護職員を活用した医療的ケア児の受入れを促進する観点から、医療連携体制加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、更なる評価の充実を行うことを検討してはどうか。
- ・ 医療的ケア児及び重症心身障害児を安全に受け入れるため、多職種連携、医療安全管理、緊急時対応体制及び関係機関との連携等の体制や取組について、評価の在り方を検討してはどうか。
- ・ その際、主として重症心身障害児を受け入れる事業所とそれ以外の事業所に求められる機能や役割の違いを踏まえ、それぞれの事業形態に応じて、必要となる体制や評価要件について整理することを検討してはどうか。

【居宅訪問型児童発達支援】

- ・ 居宅訪問型児童発達支援が担っている児童発達支援等の通所支援への移行機能をより一層推進する観点から、通所施設移行支援加算の算定上限回数について見直すことを検討してはどうか。

【障害児入所施設】

- ・ 主として重症心身障害児を支援する施設における発達支援の主な担い手となる保育士及び児童指導員の配置について、人員基準の充実を検討してはどうか。
- ・ いわゆる動ける医療的ケア児を含む医療的ケア児の受入れを推進する観点から、安全を確保しながら日常生活上の活動や社会参加に向けた支援を行うことができる体制について検討してはどうか。
- ・ 福祉型障害児入所施設において、医療的ケア児の受入れを推進する観点から、看護職員加配の評価について見直すことを検討してはどうか。

※ 現時点で提示したものの再掲。他のサービスについては、次回以降に議題とする予定。

関係団体ヒアリングにおける主な意見

2. 医療的ケア関係

No	意見等の内容	団体名
1	新規施設の開設が困難な中山間地域や過疎地において、看護小規模多機能型居宅介護の共生型を活用することは、レスパイトの選択肢を広げるための有効なモデルである。しかし、現在の報酬では採算が全く取れず、事業者の善意によって運営されている。共生型における医ケア児者等の受け入れ体制を適切に評価し、採算が取れる基本報酬や加算の整備を求める。	一般社団法人全国医療的ケア児者支援協議会
2	「動ける医ケア児者」は、介護負担が極めて大きいものの、重心児者の判定から外れるため、サービスの受け入れ先が限定されている。医ケアと安全確保を同時に担う体制が未整備なため、制度の狭間で家族が心身ともに限界に達していることが喫緊の課題である。「見守りスコア」を負担を現実に見合うように見直し、各サービスにおいて重心児者と同等の受け入れ評価や報酬体系にすることを求める。	一般社団法人全国医療的ケア児者支援協議会 (同旨) 一般社団法人全国重症児者サービス・ネットワーク
3	単独での移動が困難な者が、適切な支援を受けながら移動できる環境の整備は不可欠であるが、現状は「家族による支援」が前提の制度設計のため、自立した日常生活を支えることができていない。3号研修の範囲を超える医ケアが必要な児者の場合、看護師の対応が必須であるが、地域生活支援事業の移動支援は原則としてヘルパーによる対応が想定されているため、結果として家族が対応せざるを得ない。また、自治体ごとに運用内容が異なり、地域格差が生じているのも現状である。家族に依存せず、通学や通所のみならず、自律的かつシームレスな地域生活を支える発想での移動支援の再構築を求める。	一般社団法人全国医療的ケア児者支援協議会
4	多様な主体の参入にあって非営利法人を条件にすべきである。また、日常生活で車いすを利用し医療的ケアのある場合、各事業所で事業開始時点に重度の障害者を利用条件から外していることもサービス・支援の内容でばらつき要因の一つと考える。また、グループホーム事業者に障害種別や障害支援区分を利用条件としていないため、重い障害のある方や医療的ケアを必要とする方の利用促進策を講じる必要がある。	公益社団法人全国肢体不自由児者父母の会連合会
5	医療的ケアに対応可能な生活介護、短期入所（ショートステイ）、訪問系サービスが絶対的に不足している。地方（中山間地域）では事業所自体がなく長距離送迎が常態化（送迎エリア縮小による利用断りも発生）している一方、都市部でも需要と供給のバランスが崩れ、行き場がない状況。また、相談支援専門員の報酬が低すぎるために1人で50件以上を抱える事例もあり、モニタリングが流れ作業化し、利用者の本質的なニーズ（重心対応、レスパイト等）を汲み上げられていない。さらに、「18歳の壁（児から者への移行期）」において支援先や相談体制が分断される深刻な課題がある。そのため、行政が主体となった地域ニーズのデータ化・可視化と計画的整備、相談支援専門員の報酬引き上げと機能強化、多機能型事業所（児者切れ目ない支援）への報酬引き上げが必要。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会
6	重症児者へのケアはあまりにも身体的負担が大きい重介護、医療的ケア（生命）に対する重圧などから、登録者が全員通所した場合を想定して人員を配置している事業所が圧倒的に多いのが実情。この人員配置は人員基準を上回っている為、仮に予定者全員が通所しても収支を黒字化することは困難であり、赤字が恒常化する主因となっている。これに加えて、体調不良や急な入院等による高い欠席率（事業所により2～4割）により、収支がさらに悪化している状況。重症児者への重介護及び高い欠席率を踏まえ、「利用実績ベース」ではなく、「登録定員ベース」あるいは「運営日ベース」の安心できる報酬体系（基本報酬区分及び単価設定）への改定および、上記の基本報酬の構造改革が実現するまでの間、高い欠席率による事業所の減収分を補償する仕組み（9割程度の欠席補償）の一層の充実を強く要望する。	一般社団法人全国重症心身障害日中活動支援協議会

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
7	現在の医療的ケア判定スコアは、「吸引」や「経管栄養」といった具体的な医療処置の数に重きが置かれているため、スコアの項目にある、自発運動等により医療機器の作動を妨げる可能性を評価する「見守りスコア」の基準を見直すことを要望する。	一般社団法人全国重症児者サービス・ネットワーク
8	介護職員による喀痰吸引等を実施するための研修（認定特定行為業務従事者制度等）は制約が多い等、医療的ケア利用者を受け入れる事業所の実態にそぐわないケースがあり、受講者数が増加しない現状がある。 研修後の経験により制約を緩和する等、支援体制を推進できるような制度改善を行うとともに、喀痰吸引等を実施する事業所に対する個別加算及び体制整備加算の創設が必要。	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会
9	医療型短期入所（ショートステイ）事業の機能強化関係 議員立法での成立を目指す医療的ケア児支援法改正案では、一時的に預かり必要な保護を行うサービスの実施について規定されており、医療型短期入所事業への期待は高まっており、そのニーズに応えるために制度の充実を要望する。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
10	医療・意思決定支援（親亡き後への備え） 医療移行の問題として、小児科から成人病院への移行時に、他科受診による入院基本料の減算など病院側の経営リスクがあり、受け入れが進まないことから減算率の見直しが必要である。 後見制度の新たな課題として、親が健在なうちに第三者後見人等へスムーズにバトンタッチできる仕組みの検討が必要となっている。	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会
11	児童期で機能している「医療的ケア判定スコア」を成人期（生活介護等）にもシームレスに適用し、必要な看護師配置と基本報酬を連動させていただきたい。これは「本人が年齢を重ねて活動範囲が広がっても、必要な医療的ケアと安全を保障され、健やかに成長し続けるための生活基盤」を社会全体で担保するための不可欠な構造改革である。本人の居場所が確保されることが、結果として家族の介護離職を防ぎ、高コストな施設入所を未然に防ぐ持続可能な制度（視点1）へと繋がる。	全国医療的ケアライン
12	本人の突発的な行動に伴う「自己抜管リスク等の環境調整コスト（動の見守り）」を判定スコアに明確に位置づけ、1対1の配置などを可能にする正当な評価を行っていただきたい。 また、実際に本人の命を預かり医療的ケアを行う福祉職員に対し、「特定行為従事者手当（仮称）」のような直接的な処遇改善加算を新設いただきたい。本人の安全な成長を最前線で支える人たちのリスクと実践を正当に評価することが、真の人材確保（視点2）に繋がる。	全国医療的ケアライン
13	特定事業所加算Ⅰと喀痰吸引等支援体制加算の併算定を可能とすること。 併算定が困難な場合は、医療的ケアに係る新たな上乗せ評価を創設すること。 PTEGIによる経管栄養について、制度上の実施を認めるとともに、適切な報酬評価の対象とすること。 医療的ケアを担う人材の養成・定着に必要な研修費用や夜間対応の負担を適切に評価すること。	全国自立生活センター協議会
14	○医療的ケア人材育成への支援 ・医療的ケア加算増額 ・特定事業所加算取得時も医療的ケア加算維持 ・喀痰吸引等研修制度の見直し ・実地研修費用の公費負担化	特定非営利活動法人DPⅠ日本会議

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
15	○医療的ケア対応事業所の育成	特定非営利活動法人D P I 日本会議
16	・医療的ケア児・者について、医療的安全の確保のみならず、本人の意思や生活実態に応じた地域生活への参加を支える支援を評価する仕組みの創設を求める。 ・支援区分とは別に、医療スコアに応じた加算算定の仕組みを創設するとともに、医療的ケアと強度行動障害を併せ持つ方については、重度支援加算ⅠとⅡ・Ⅲの重複算定を可能とすることを求める。	特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク
17	医療的ケアを必要とする子どもへの支援について、現行の障害福祉サービス（特に居宅系）には、医療的な行為が必要な子どもに使えるサービスが制度上存在せず、介護者たる家族の大きな負担となっている。また、医療的ケアがあるため、学校等への受入れ制約や学習活動等から排除されたりする例も多い。 難病や慢性疾病を原因とする障害は医療と福祉を切り離し難く、両者の谷間を作らない制度の構築が必要であり、特に子どもへの訪問看護は、診療報酬上の制約が多く長時間や頻回の利用は難しいのが現状。 そのため、障害福祉サービスに訪問看護を新たに位置付け、現在、必要な障害福祉制度の利用に結びついていない医療依存度の高い利用者への支援を確保するとともに、いわゆる“歩ける・動ける医療的ケア児、への障害福祉サービスの利用促進を図る観点や有効かつきめ細やかな加算等が必要である。 これにより、必要なサービスの利用に結びついていない医療依存度の高い利用者への支援が確保できる。	特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク
18	通常の学級に在籍する子どもたちへの支援について、特別支援学校における基礎的環境整備との差を埋めるための合理的な配慮の提供が不可欠。通常の学級で親の付き添いを強要されたり、修学旅行に参加できないなどの差別事例がいまだに聞こえてくるのが実情であり、校外学習時においても、補完的に障害福祉サービスの居宅介護や重度訪問介護、医療保険による訪問看護を利用できるようにすべき。 また、学校への登下校時においても、重度訪問介護や移動支援を利用できるようにするとともに、ヘルパー自身が運転する車による通学支援も必要。	特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク
19	小児緩和ケアなどが必要な子どもと家族のための「こどもホスピス」の普及を通して、子どもの成長・発達や子どもらしい体験の機会を保障するとともに、家族の孤独感を解消することも必要。	特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク
20	難病や慢性疾病、障害のある子どもの子育ては、子どもの成長・発達・自立のライフステージにおいて、親の体験的知識だけでは解決し難い状況に直面することも多く、ライフスタイルの大幅な変更や、自己実現を諦めざるを得ない等、家族全体に大きな影響を及ぼす。家族による丸抱えの生活は、子どもの発達や成長にも大きな影響を与え、自律や社会参加の制約要因となっていることにも目を向ける必要がある。 医療的ケア児のケアを全般的に担っている家族から、自身が感染症に罹患した際や災害時の、子どもの預け先に関する大きな不安が多数寄せられたところであり、フォーマルな障害福祉サービスは十分とは言えないものの整いつつあるが、家族が動かなければ、本当に必要なサービスに行きつかないのが現状。さらに、親のレスパイトやきょうだい支援という視点は圧倒的に欠如している。 このため、ピアサポートや親の会など当事者による体験的知識を活かした相談支援体制の普及が必要。	特定非営利活動法人難病のこども支援全国ネットワーク