

社保審－介護給付費分科会

第260回（R8.7.9）

資料2

介護老人保健施設

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 介護老人保健施設の概況
2. 令和6年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況
4. 現状と課題及び論点



1. 介護老人保健施設の概況

2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

老人保健施設制度の沿革

社会保障制度審議会の意見書（S60.1.24）

重介護を要する老人には、医療面と福祉面のサービスが一体として提供されることが不可欠で、両施設を統合し、それぞれの長所を持ちよった中間施設を検討する必要がある。
(両施設：医療機関と特別養護老人ホーム)

中間施設に関する懇談会 中間報告（S60.8.2）

医療施設、福祉施設、家庭との間に存在する課題を解決し、要介護老人に対して通所、短期入所サービス及び入所サービスをきめ細かく実施する中間施設の体系的整備を図っていくことが必要

※入所サービス

- ①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション、生活訓練等の実施
- ②病院に入院して治療するほどではないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し、医学的な管理と看護を中心としたサービスを提供

S61.12 老人保健法を改正し、老人保健施設を規定

附則において

- ・老人保健施設の試行的実施を行うこと、
 - ・試行的実施の状況及び老人保健施設の運営等に関する基本的事項について、国会に報告すること
- について規定

S62. 2 老人保健施設モデル施設の指定（千葉、長野、三重、大阪、兵庫、山口、北九州）

S62.11 老人保健審議会において「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」を答申

S62.12 国会報告

S63. 1 「老人保健施設の施設及び人員並びに設備及び運営に関する基準について」公布

S63. 4 老人保健施設の本格実施

H 9.12 介護保険法成立（根拠規定が老人保健法から介護保険法に移行）

H12. 4 介護保険法施行

介護老人保健施設の概要

(定義)

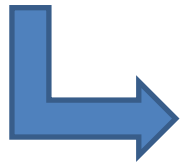
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

(基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護老人保健施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

・ 人員

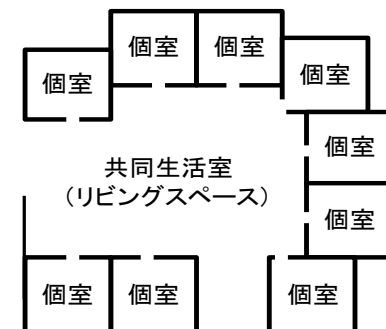
医師	1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 (300対1を標準とする)
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士 又は管理栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 (100対1を標準とする)
調理員、事務員 その他の従業者	実情に応じた適当数

・ 施設及び設備

療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 (中廊下は2.7m以上)
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに 適したもの 等

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、

- ・ 共同生活室の設置
- ・ 療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
- ・ 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- ・ 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ・ ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置 等



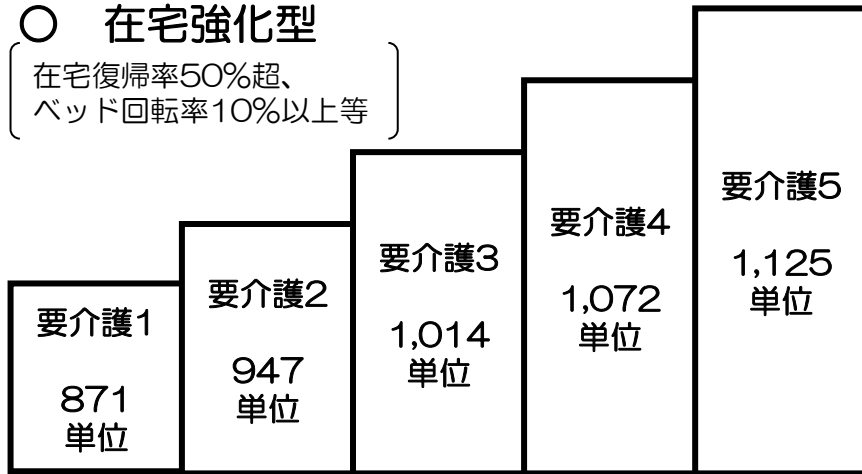
介護老人保健施設の報酬

※ 加算・減算は主なものを記載

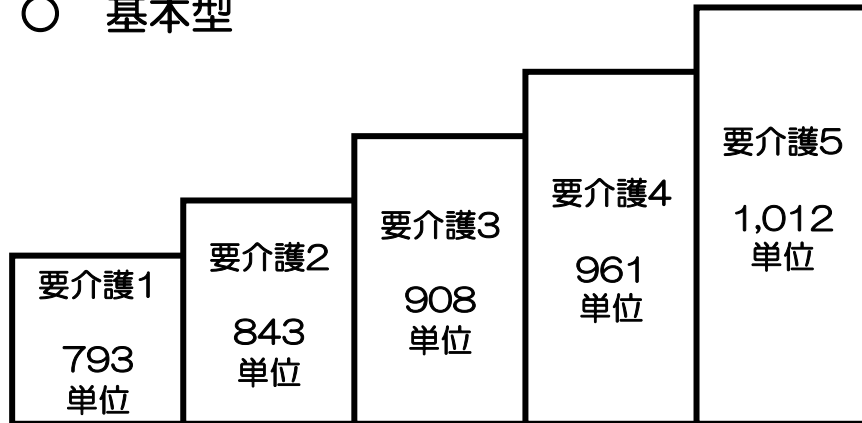
利用者の要介護度・在宅復帰率等に応じた基本サービス費（多床室の場合）

○ 在宅強化型

在宅復帰率50%超、
ベッド回転率10%以上等



○ 基本型



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

利用開始日から30日以内の期間 (過去3か月間入所経験ない場合) (Ⅰ)60単位/日、(Ⅱ)30単位/日	ターミナルケアの実施
在宅復帰・在宅療養支援	入所前後に退所後の居宅を訪問して、施設サービス計画を策定
肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の治療	短期集中的なリハビリテーションの実施 (Ⅰ)258単位、(Ⅱ)200単位/日 認知症短期集中的なリハビリテーションの実施 (Ⅰ)240単位/日、(Ⅱ)120単位 ※週に3回を限度
栄養管理の強化 (11単位/日)	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰイ): 9.0% (Ⅰロ): 9.7% (Ⅱイ): 8.6% (Ⅱロ): 9.3% (Ⅲ): 6.9% (Ⅳ): 5.9% (Ⅴ): 2.3~6.7%※(Ⅴ)は2025年3月31日まで
夜勤職員の手厚い配置 (24単位/日)	高齢者施設等における感染症対応力の向上 (Ⅰ): 10単位/月 (Ⅱ): 5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)	協力医療機関との連携 (Ⅰ): 50単位/月 (Ⅱ): 5単位/月
介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進 (Ⅰ): 100単位/月 (Ⅱ): 10単位/月	定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ): 150単位/月 (Ⅱ): 120単位/月 若年性認知症利用者の受け入れ (120単位/日)	身体拘束廃止未実施減算 (▲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%)

介護老人保健施設の施設類型

基本報酬のイメージ

※多床室、要介護度3の場合

超強化型 1,065単位

在宅強化型 1,014単位

加算型 959単位

基本型 908単位

その他型 889単位

在宅復帰・在宅療養
支援機能加算(Ⅱ)
51単位

在宅復帰・在宅療養
支援機能加算(Ⅰ)
51単位

サービス費(Ⅰ)
(iv)
1,014単位

サービス費(Ⅰ)
(iii)
908単位

サービス費(Ⅳ)
(ii)
889単位

評価項目	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
退所時指導等	○	○	○	○	—
リハビリテーションマネジメント	○	○	○	○	—
地域貢献活動	○	○	○	—	—
充実したリハビリテーション	○	○	—	—	—
在宅復帰・在宅療養支援等指標	70以上	60以上	40以上	20以上	—

※サービス費(Ⅱ)、(Ⅲ)は療養型老健

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値の合計値(最高値：90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	⑥リハ専門職の配置割合	5以上 (PT, OT, ST いずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2	3未満 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	⑦支援相談員の配置割合	3以上 (社会福祉士 配置あり) 5	3以上 (社会福祉士 配置なし) 3	2以上 1	2未満 0
③入所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	35%以上 10	15%以上 5	15%未満 0	⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス (訪問リハビリ テーション含む) 3	2サービス 1	⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
			0, 1サービス 0					

介護老人保健施設の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数・日数・件数 (単位:千回・千日・千件)	算定率 (件数ベース)	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)
(介護老人保健施設)		11,614,731	9,861.3	100%	-	-
介護保健施設(Ⅰ)基本型*	717~1,012単位/日	4,189,616	4,646.9	47.1%	-	-
介護保健施設(Ⅰ)在宅強化型*	788~1,125単位/日	4,221,286	4,165.9	42.2%	-	-
介護保健施設(Ⅱ)療養型*	758~1,197単位/日	102,753	94.6	1.0%	-	-
介護保健施設(Ⅲ)療養型*	758~1,170単位/日	14,045	13.0	0.1%	-	-
介護保健施設(Ⅳ)その他型*	703~991単位/日	160,297	182.4	1.8%	-	-
ユニット型介護保健施設(Ⅰ)基本型*	802~1,018単位/日	342,588	376.3	3.8%	-	-
ユニット型介護保健施設(Ⅰ)在宅強化型*	876~1,130単位/日	359,200	353.0	3.6%	-	-
ユニット型介護保健施設(Ⅱ)療養型*	928~1,287単位/日	14,327	12.4	0.1%	-	-
ユニット型介護保健施設(Ⅲ)療養型*	928~1,259単位/日	1,947	1.8	0.0%	-	-
ユニット型介護保健施設(Ⅳ)その他型*	784~997単位/日	12,988	14.6	0.1%	-	-
身体拘束廃止未実施減算*	所定単位数×90/100	△1,161	12.3	0.1%	-	-
安全管理体制未実施減算*	△5単位/日	△8	1.7	0.0%	1	0.0%
高齢者虐待防止措置未実施減算*	所定単位数×99/100	△20	2.3	0.0%	-	-
業務継続計画未策定減算*	所定単位数×97/100	-	-	-	-	-
栄養管理基準減算*	△14単位/日	△1,216	86.9	0.9%	50	1.2%
室料相当額控除*	△26単位/日	△5,924	227.8	2.3%	-	-
夜勤職員配置加算*	24単位/日	208,659	8,694.2	88.2%	3606	87.8%
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	258単位/日	246,249	954.5	9.7%	3114	75.9%
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)*	200単位/日	23,938	119.7	1.2%	774	18.9%
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)*	240単位/日	43,732	182.2	1.8%	1778	43.3%
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)*	120単位/日	8,251	68.8	0.7%	1282	31.2%
認知症ケア加算*	76単位/日	98,318	1,293.7	13.1%	1137	27.7%
若年性認知症入所者受入加算*	120単位/日	359	3.0	0.0%	72	1.8%
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)*	51単位/日	154,294	3,025.4	30.7%	1227	29.9%
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)*	51単位/日	169,970	3,332.8	33.8%	1361	33.2%
外泊時費用*	362単位/日	689	1.9	0.0%	-	-
外泊時在宅サービス利用費用*	800単位/日	-	-	-	-	-

(注1) *は日数を集計している。「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注2) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注3) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成 8

介護老人保健施設の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数・日数・件数 (単位:千回・千日・千件)	算定率 (件数ベース)	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)
(介護老人保健施設)		11,109,308	9,861.3	100%	-	-
ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下)*	72~80単位/日	1,060	14.7	0.1%	775	18.9%
ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下)*	160単位/日	6,704	41.9	0.4%	1332	32.4%
ターミナルケア加算(死亡前日・前々日)*	850~910単位/日	4,334	4.8	0.0%	1383	33.7%
ターミナルケア加算(死亡日)*	1,700~1,900単位/日	4,738	2.5	0.0%	1496	34.0%
療養体制維持特別加算(Ⅰ)*	27単位/日	1,471	54.5	0.6%	32	0.8%
療養体制維持特別加算(Ⅱ)*	57単位/日	2,820	49.5	0.5%	31	0.8%
初期加算(Ⅰ)*	60単位/日	827	13.8	0.1%	337	8.2%
初期加算(Ⅱ)*	30単位/日	17,760	592.0	6.0%	4009	97.7%
退所時栄養情報連携加算	70 単位/回	114	1.6	0.0%	467	11.4%
再入所時栄養連携加算	200単位/回	28	0.1	0.0%	81	2.0%
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450単位/回	4,158	9.2	0.1%	2231	54.3%
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	480単位/回	2,014	4.2	0.0%	825	20.1%
試行的退所時指導加算	400単位	132	0.3	0.0%	102	2.5%
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500単位	5,514	11.0	0.1%	2656	64.7%
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250単位	1,409	5.6	0.1%	1738	42.3%
入退所前連携加算(Ⅰ)	600単位	2,483	4.1	0.0%	1066	26.0%
入退所前連携加算(Ⅱ)	400単位	2,354	5.9	0.1%	1797	43.8%
訪問看護指示加算	300単位/回	134	0.4	0.0%	294	7.2%
協力医療機関連携加算(1)	50単位/月	10,932	218.2	2.2%	2524	61.5%
協力医療機関連携加算(2)	5単位/月	26	5.1	0.1%	64	1.6%
栄養マネジメント強化加算*	11単位/日	50,435	4,585.0	46.5%	1960	47.7%
経口移行加算*	28単位/日	310	11.1	0.1%	252	6.1%
経口維持加算(Ⅰ)	400単位/月	17,261	43.2	0.4%	2155	52.5%
経口維持加算(Ⅱ)	100単位/月	3,495	34.9	0.4%	1617	39.4%
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90単位/月	944	10.5	0.1%	284	6.9%
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110単位/月	8,631	78.5	0.8%	1442	35.1%
療養食加算	6単位/回	44,539	7,423.2	75.3%	3759	91.6%
在宅復帰支援機能加算*	10単位/日	59	5.9	0.1%	5	0.1%

(注1) *は日数を集計している。「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注2)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注3)色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成 9

介護老人保健施設の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数・日数・件数 (単位:千回・千日・千件)	算定率 (件数ベース)	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)
(介護老人保健施設)		11,109,308	9,861.3	100%	-	-
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ	140単位/回	169	1.2	0.0%	271	6.6%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ	70単位/回	29	0.4	0.0%	130	3.2%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)	240単位/回	300	1.2	0.0%	285	6.9%
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)	100単位/回	43	0.4	0.0%	178	4.3%
緊急時治療管理*	518単位/日	930	1.8	0.0%	-	-
所定疾患施設療養費(Ⅰ)*	239単位/日	4,357	18.2	0.2%	-	-
所定疾患施設療養費(Ⅱ)*	480単位/日	30,272	63.1	0.6%	-	-
認知症専門ケア加算(Ⅰ)*	3単位/日	680	226.7	2.3%	163	4.0%
認知症専門ケア加算(Ⅱ)*	4単位/日	260	65.1	0.7%	40	1.0%
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150単位/月	365	2.4	0.0%	53	1.3%
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120単位/月	1,317	11.0	0.1%	325	7.9%
認知症行動・心理症状緊急対応加算*	200単位/日	1	0.0	0.0%	1	0.0%
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)	53単位/月	2,247	42.4	0.4%	692	16.9%
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)	33単位/月	6,930	210.0	2.1%	2865	69.8%
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3単位/月	225	75.0	0.8%	2094	51.0%
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位/月	1,523	117.2	1.2%	1673	40.8%
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位/月	1,503	150.3	1.5%	1851	45.1%
排せつ支援加算(Ⅱ)	15単位/月	127	8.5	0.1%	715	17.4%
排せつ支援加算(Ⅲ)	20単位/月	28	1.4	0.0%	285	6.9%
自立支援促進加算	300単位/月	30,725	102.4	1.0%	1199	29.2%
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40単位/月	3,259	81.5	0.8%	1002	24.4%
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60単位/月	12,734	212.2	2.2%	2463	60.0%
安全対策体制加算	20単位/回	475	23.8	0.2%	2922	71.2%
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10単位/月	1,404	140.4	1.4%	1610	39.2%
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5単位/月	602	120.5	1.2%	1360	33.1%
新興感染症等施設療養費*	240単位/回	-	-	-	-	-
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位/月	1,286	12.9	0.1%	138	3.4%
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10単位/月	1,231	123.1	1.2%	1393	33.9%

(注1) *は日数を集計している。「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注2)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注3) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成

介護老人保健施設の算定状況

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位:千単位)	回数・日数・件数 (単位:千回・千日・千件)	算定率 (件数ベース)	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)
(介護老人保健施設)		11,109,308	9,861.3	100%	-	-
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)*	22単位/日	115,789	5,263.2	53.4%	2212	53.9%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)*	18単位/日	48,088	2,671.6	27.1%	1077	26.2%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)*	6単位/日	10,272	1,712.0	17.4%	719	17.5%
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	+所定単位×75/1000	582,104	245.3	2.5%	2817	68.6%
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	+所定単位×71/1000	154,695	72.2	0.7%	856	20.9%
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	+所定単位×54/1000	28,817	17.8	0.2%	247	6.0%
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	+所定単位×44/1000	11,942	9.1	0.1%	127	3.1%

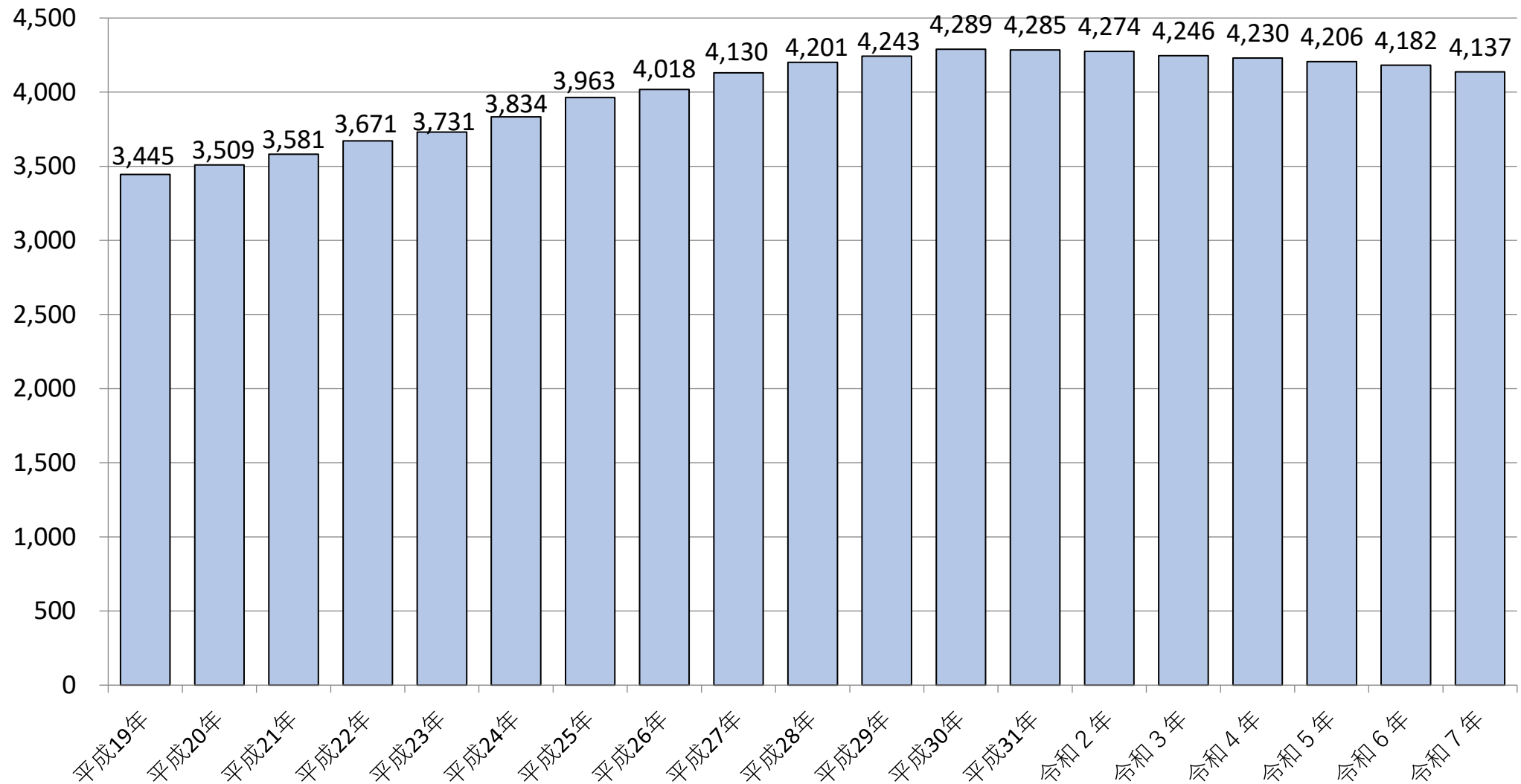
(注1) *は日数を集計している。「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。

(注2) 「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。

(注3) 色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成 11

介護老人保健施設の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

【出典】 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

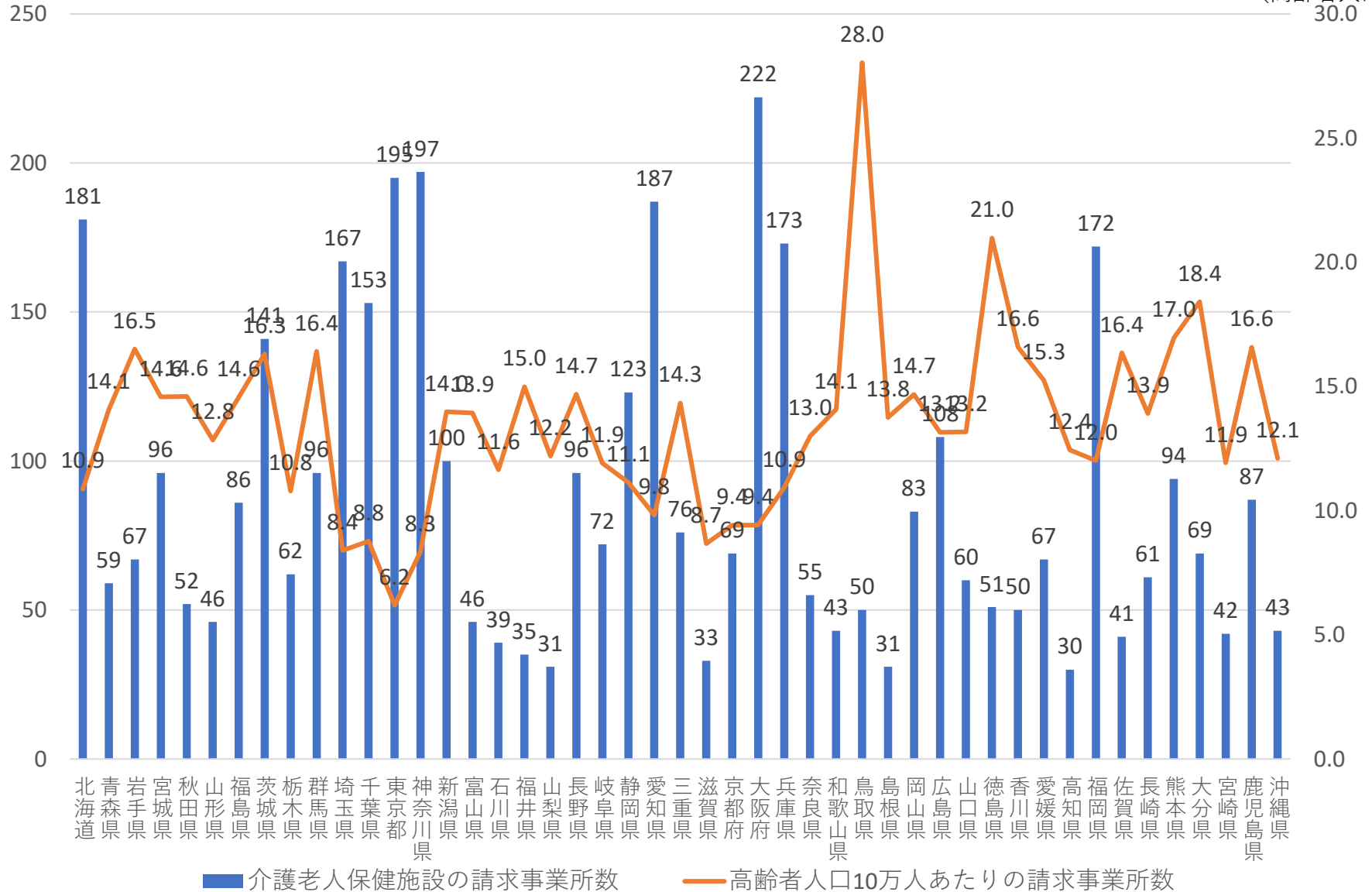
介護老人保健施設の請求事業所数（都道府県別）

(事業所)

(事業所)

(高齢者人口10万対)

30.0



■ 介護老人保健施設の請求事業所数

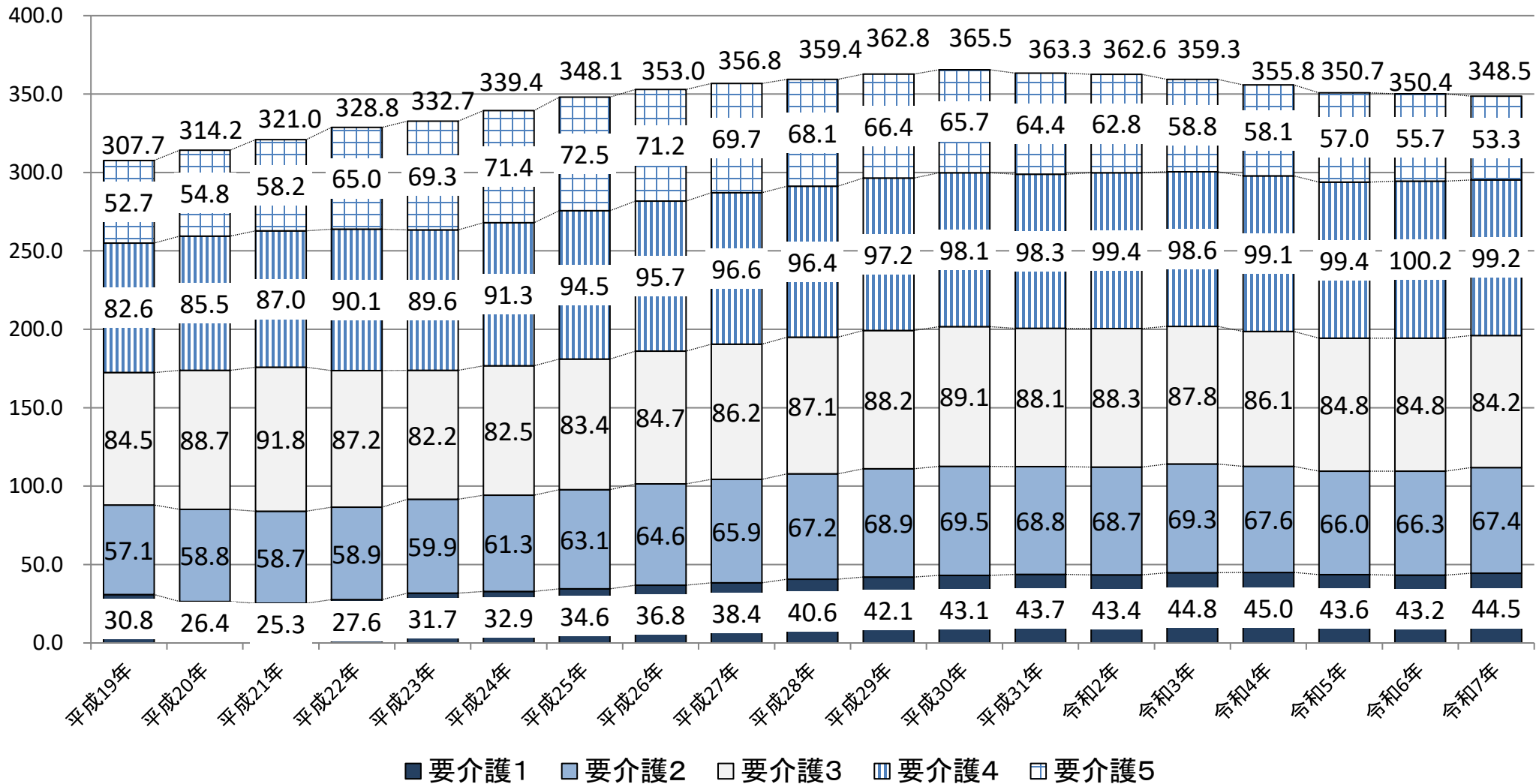
— 高齢者人口10万人あたりの請求事業所数

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

【出典】令和6年度介護給付費等実態統計報告（令和7年4月審査分）及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（令和7年）」より老健局老人保健課にて作成13

介護老人保健施設の要介護度別受給者数

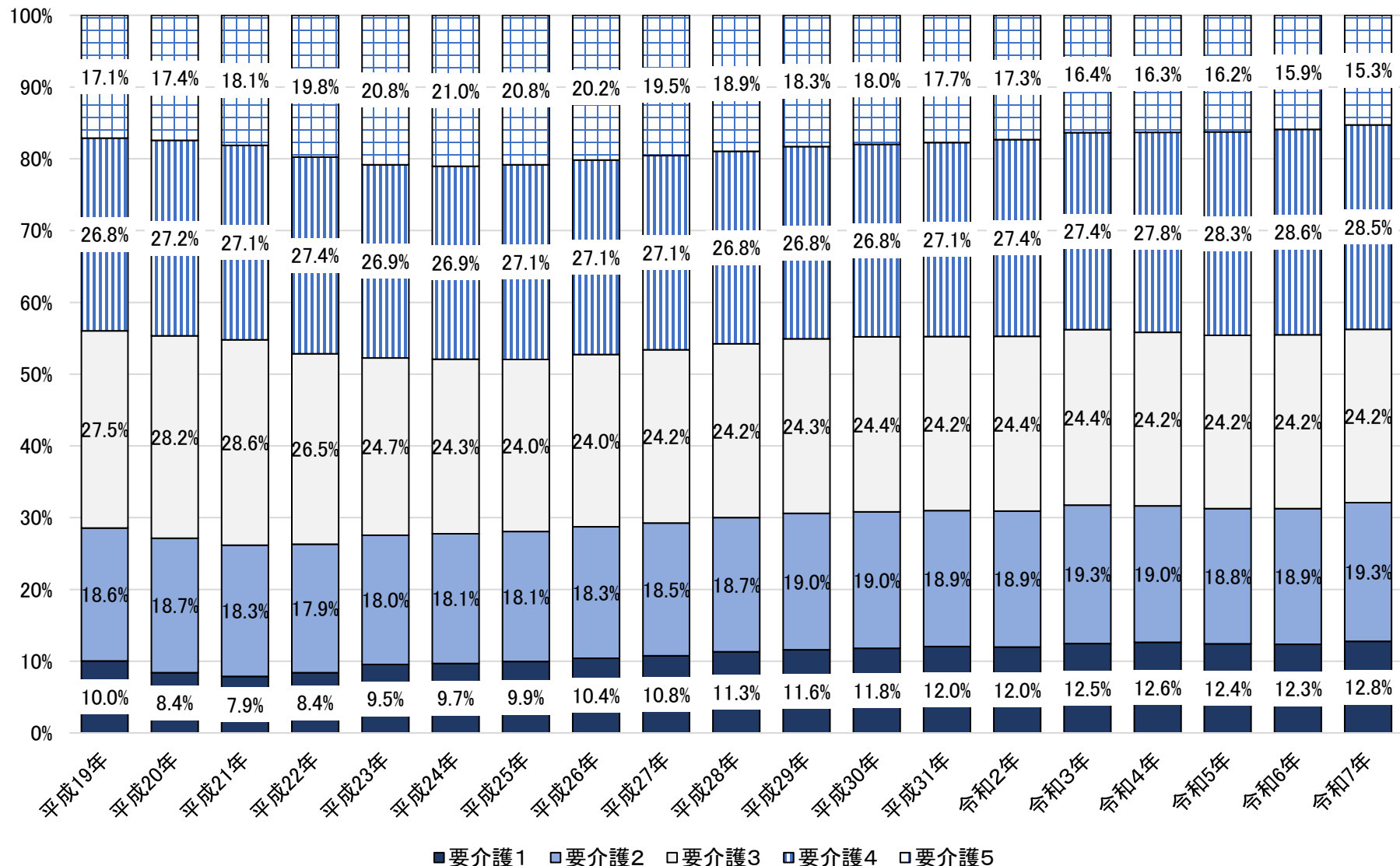
(千人)



※総数には、月の途中で要介護から要支援（又は要支援から要介護）に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

介護老人保健施設の要介護度別受給者割合



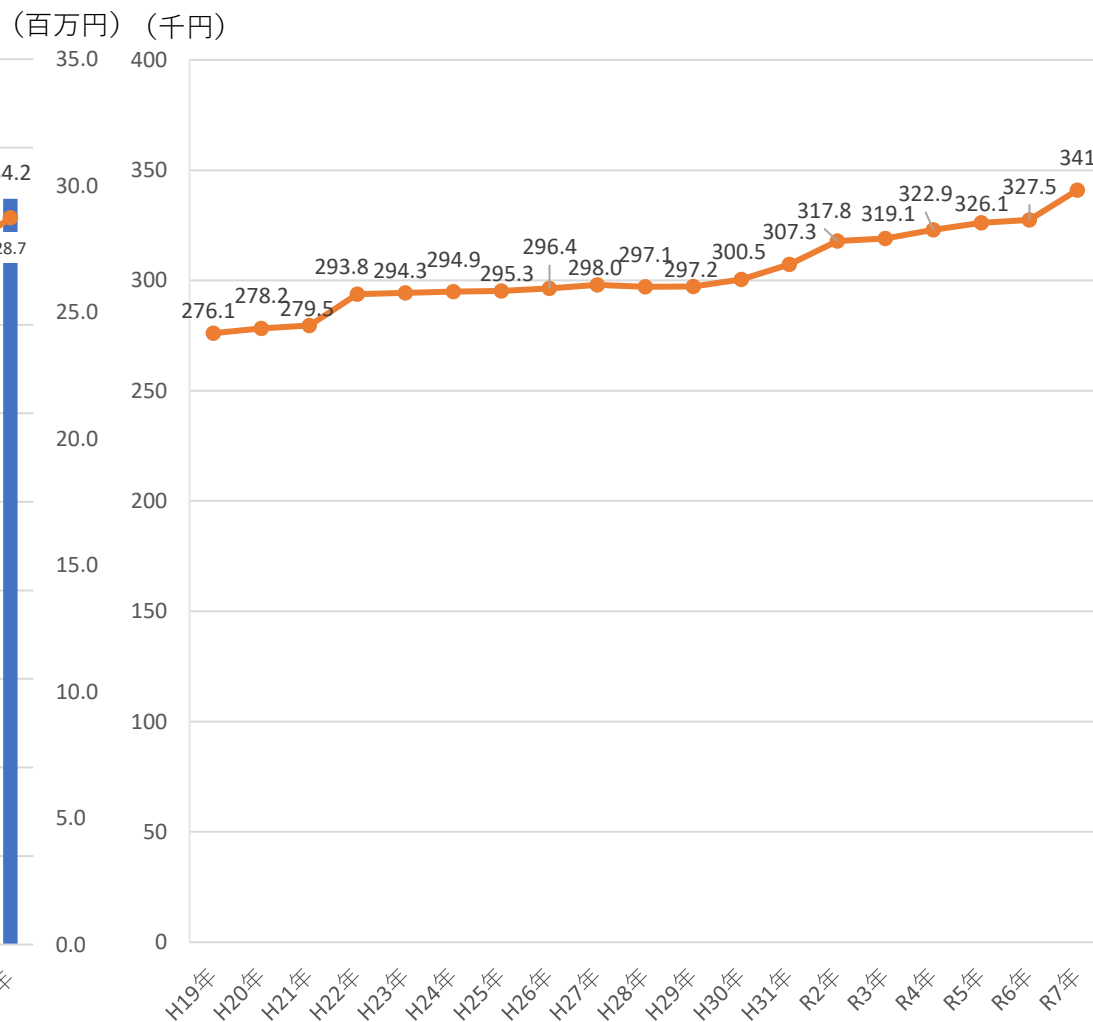
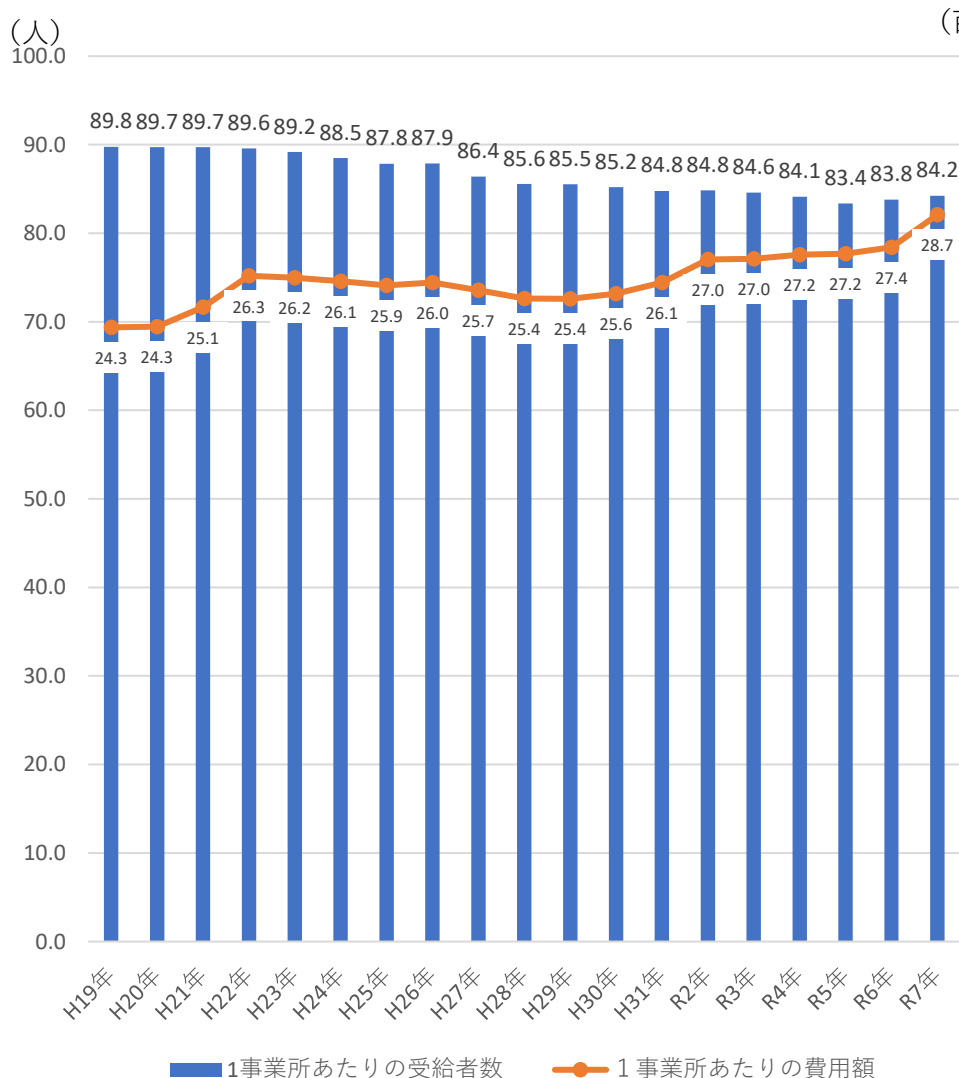
※総数には、月の途中で要介護から要支援（又は要支援から要介護）に変更となった者を含む。

※経過的要介護は含まない。

介護老人保健施設の受給者数・費用額

■ 1事業所1月あたり受給者数・費用額

■ 利用者1人1月あたり費用額

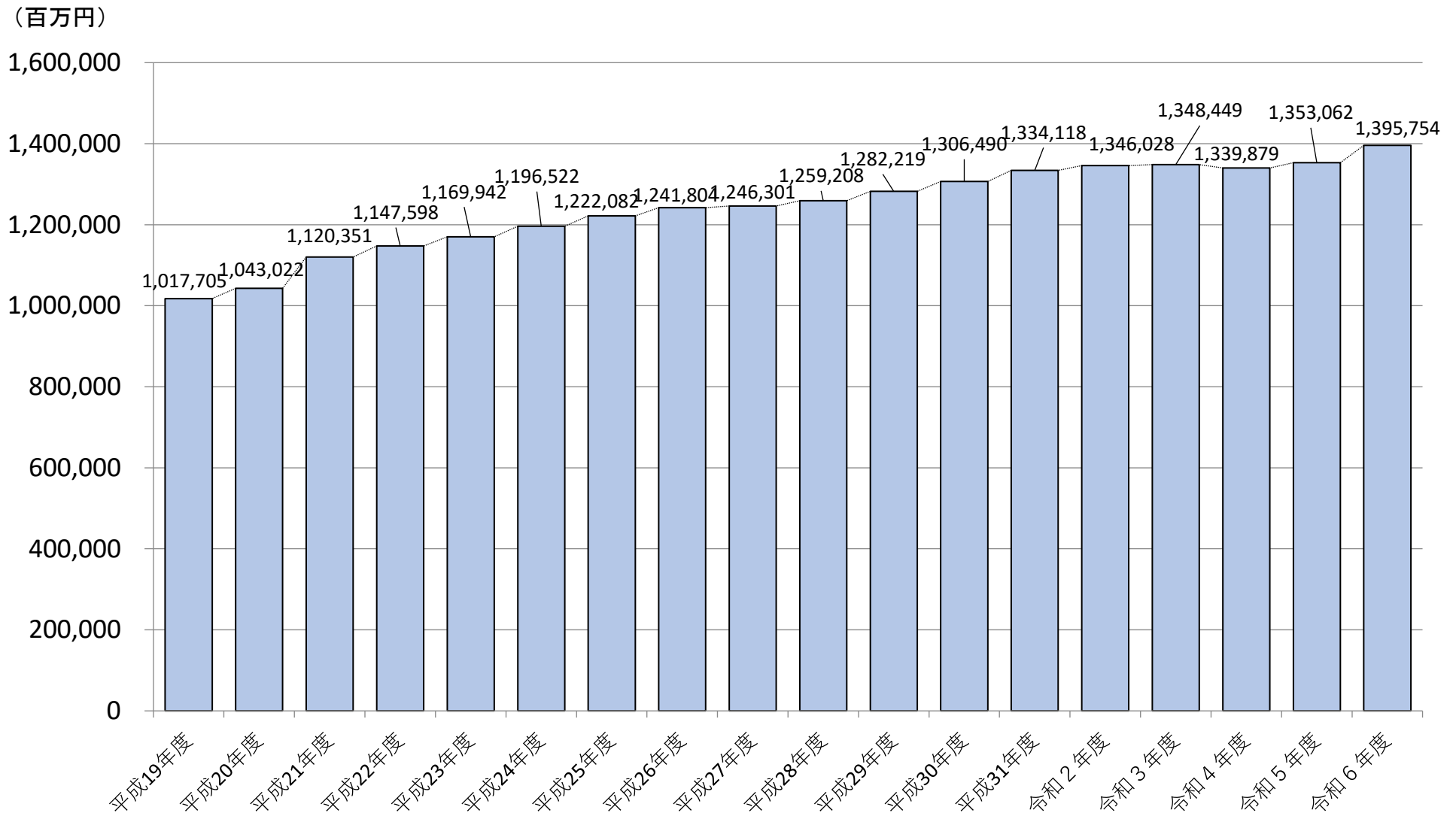


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※短期利用は含まない。

【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

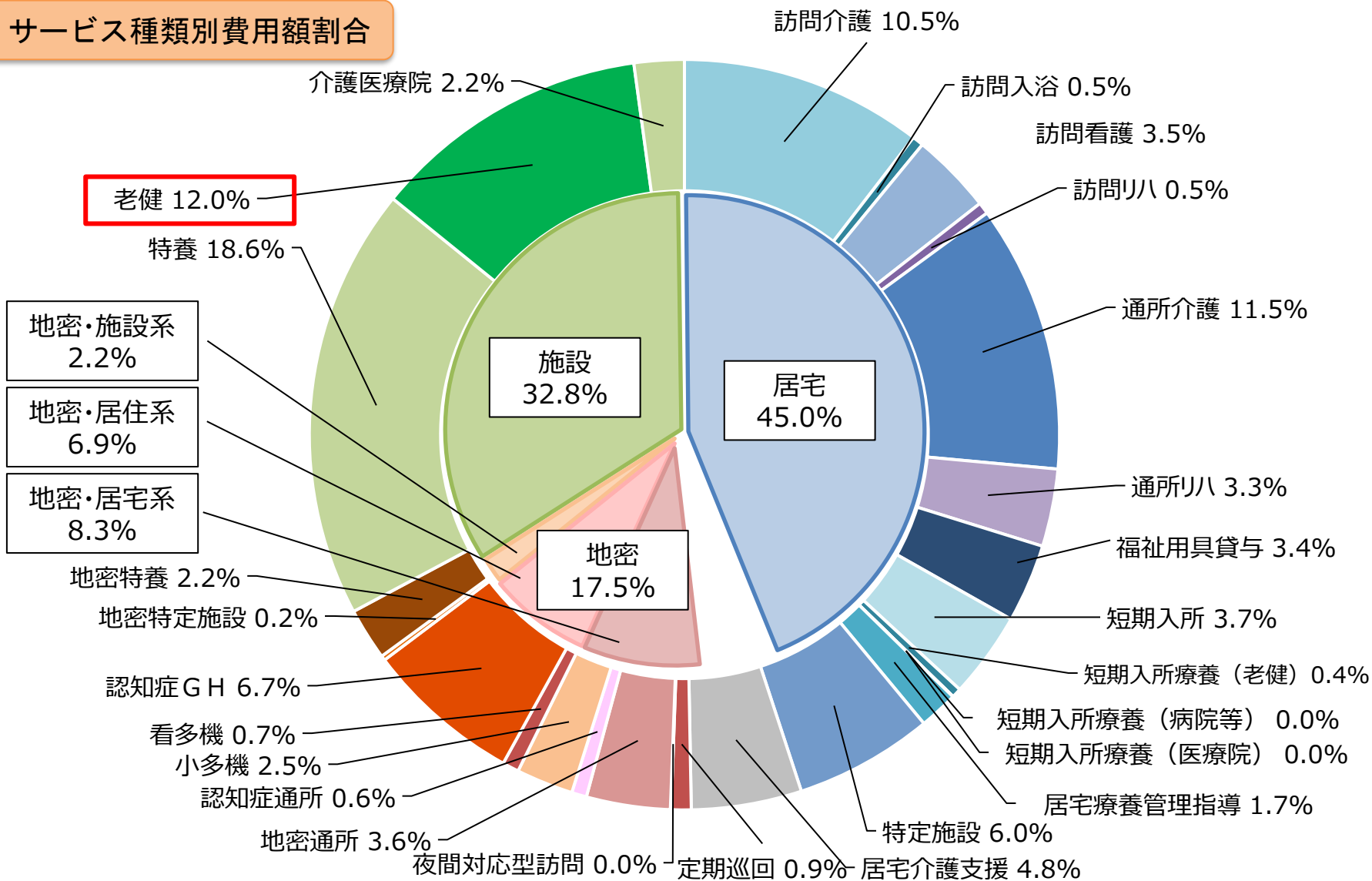
介護老人保健施設の費用額



※費用額とは審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額、公費負担額及び利用者負担額（公費の本人負担額）の合計額。
※補足給付は含まない。

介護保険給付に係る総費用のサービス種類別内訳（令和6年度） 割合

サービス種類別費用額割合



【出典】厚生労働省「令和6年度介護給付費等実態統計」

（注1）総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額。

介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス（補足給付）、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用（福祉用具購入費、住宅改修費など）は含まない。

（注2）介護費用額は、令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））

（注3）令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））の特定入所者介護サービス（補足給付）は約2,271億円。

介護保険給付に係る総費用等における提供サービスの内訳（令和6年度） 金額

		費用額（百万円）	請求事業所数
居宅	訪問介護	1,214,189	35,497
	訪問入浴介護	56,351	1,584
	訪問看護	406,433	16,874
	訪問リハビリテーション	58,679	5,680
	通所介護	1,338,790	24,526
	通所リハビリテーション	388,205	7,769
	福祉用具貸与	392,621	7,124
	短期入所生活介護	429,887	10,801
	短期入所療養介護	49,110	3,584
	居宅療養管理指導	194,391	51,184
	特定施設入居者生活介護	694,137	6,251
	計	5,222,793	170,874
居宅介護支援		552,298	35,943
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	99,494	1,397
	夜間対応型訪問介護	3,920	184
	地域密着型通所介護	419,623	18,130
	認知症対応型通所介護	74,878	2,716
	小規模多機能型居宅介護	285,704	5,647
	看護小規模多機能型居宅介護	82,466	1,278
	認知症対応型共同生活介護	781,071	14,492
	地域密着型特定施設入居者生活介護	23,366	385
	地域密着型介護老人福祉施設	260,677	2,559
	計	2,031,198	46,788
施設	介護老人福祉施設	2,165,097	8,540
	介護老人保健施設	1,395,754	4,137
	介護医療院	250,669	918
計	3,811,520	13,595	
合計		11,617,809	267,200

【出典】厚生労働省「令和6年度介護給付費等実態統計」

（注1）総費用は保険給付額と公費負担額、利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額。

介護予防サービスを含まない。特定入所者介護サービス（補足給付）、地域支援事業に係る費用は含まない。また、市区町村が直接支払う費用（福祉用具購入費、住宅改修費など）は含まない。（注5）請求事業所数は延べ数である。

（注4）端数処理等の関係で、合計が一致しない場合がある。

（注2）介護費用額は、令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））、請求事業所数は、令和7年4月審査分である。

（注3）令和6年度（令和6年5月～令和7年4月審査分（令和6年4月～令和7年3月サービス提供分））の特定入所者介護サービス（補足給付）は約2,271億円。

介護老人保健施設の経営状況

○介護老人保健施設の収支差率（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は0.6%となっている。

■ 施設系サービスにおける平均収支差率

サービスの種類	令和5年度実態調査	令和7年度概況調査	
	令和4年度決算	令和5年度決算	令和6年度決算
介護老人福祉施設	▲1.0% <0.1%> (0.1%)	1.3% <1.9%> (1.9%)	1.4% <1.6%> (1.6%)
介護老人保健施設	▲1.1% <0.0%> (▲0.6%)	▲0.6% <▲0.1%> (▲0.4%)	0.6% <0.8%> (0.7%)
介護医療院	0.4% <1.7%> (1.2%)	4.2% <4.5%> (4.3%)	3.5% <3.6%> (3.4%)
特定施設入居者生活介護	2.9% <3.0%> (2.2%)	4.5% <5.0%> (4.1%)	5.3% <5.4%> (4.3%)

注1) 上段(括弧無し)は「税引前収支差率(物価高騰対策関連補助金を含まない)」、中段(山括弧)は「税引前収支差率(物価高騰対策関連補助金を含む)」、下段(丸括弧)は「税引後収支差率」である。
 注2) 令和4年度決算の中段(山括弧)の収支差率には、物価高騰対策関連補助金に加え、コロナ関連補助金も含まれている。

【出典】令和5年度介護事業経営実態調査結果及び令和7年度介護事業経営概況調査結果

介護老人保健施設の収支差率等

○介護老人保健施設の収支差率（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は0.6%（※）となっており、金額ベースでは22.6万円。※収支差率について全サービスの平均は4.7%。

令和7年度介護事業実態調査（介護事業経営概況調査）

第2表 介護老人保健施設 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目（令和5年度決算・令和6年度決算）

	令和4年度概況調査		令和5年度実態調査		令和6年度概況調査	
	令和3年度決算		令和4年度決算		令和5年度決算	
	千円/月		千円/月		千円/月	
1 I 介護事業収益						
2 (1)介護料収入	29,136		29,826		30,675	
3 (2)保険外の利用料による収入	6,195		5,421		5,711	
4 (3)補助金収入	-		188		77	
5 (物価関連の補助金収入を除く)	-		-		-	
6 うち介護職員処遇改善支援補助金収入	-		188		77	
7 (4)介護報酬査定減	△ 28		△ 21		△ 21	
8 小計	35,304		35,415		36,442	
9 II 介護事業費用						
10 (1)給与費	21,958	62.2%	22,728	64.2%	23,703	65.0%
11 (2)減価償却費	1,563	4.4%	1,589	4.5%	1,476	4.1%
12 (3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-		-		-	
13 (4)その他	11,117	31.5%	11,344	32.0%	11,397	31.3%
14 うち委託費	3,464	9.8%	3,262	9.2%	3,534	9.7%
15 小計	34,639		35,661		36,577	
16 III 介護事業外収益						
17 (1)借入金補助金収入	-		-		-	
18 IV 介護事業外費用						
19 (1)借入金利息	132		136		100	
20 V 特別利益						
21 (1)本部費繰入	-		-		-	
22 VI 特別損失						
23 (1)本部費繰入	-		-		-	
24 収入 ①=I+III	35,304		35,415		36,442	
25 支出 ②=II+IV+VI	34,770		35,797		36,676	
26 差引 ③=①-②	533	1.5%	△ 382	△ 1.1%	△ 234	△ 0.6%
27 a 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入	135		288		-	
28 うち施設内療養に関する補助金収入	-		136		-	
29 物価高騰対策関連の補助金収入	-		106		186	
30 イ・ロの補助金収入計	135		394		186	
31 イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'	668	1.9%	12	0.0%	△ 48	△ 0.1%
32 法人税等	209	0.6%	230	0.6%	95	0.3%
33 法人税等差引 ④=③'-法人税等	459	1.3%	△ 218	△ 0.6%	△ 143	△ 0.4%
34 有効回答数	591		611		475	

注:1) 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。

2) 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数と一致しない場合等がある。

3) 「介護事業費用」及び「差引 ③」の比率は「収入 ①」に対する割合である。

4) 「イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'」、「法人税等」及び「法人税等差引 ④」の比率は、「収入 ①」+「新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入」+「物価高騰対策関連の補助金収入」に対する割合である。

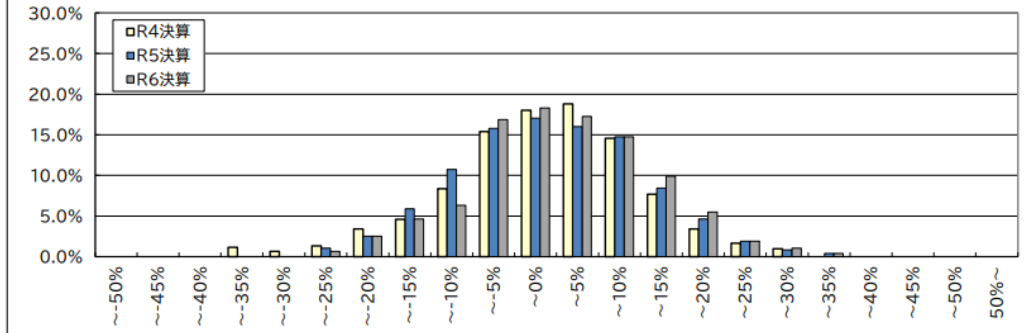
28 a 設備資金借入金元金償還金支出	962		867		674		680
29 b 長期運営資金借入金元金償還金支出	435		582		769		638
30 参考:(④+II(2)+II(3))-(a+b)	625		△ 78		△ 109		448

31 定員	87.6人		87.7人		88.4人	
32 延べ利用者数	2,478.1人/月		2,598.0人/月		2,445.7人/月	
33 常勤換算職員数(常勤率)	55.2人/月 85.3%		56.2人/月 85.1%		57.6人/月 85.8%	
34 看護・介護職員常勤換算数(常勤率)	38.9人/月 86.4%		39.6人/月 85.9%		40.3人/月 86.9%	
常勤換算1人当たり給与						
35 常勤						
36 看護師	462,955円/月		469,573円/月		493,627円/月	
37 准看護師	401,606円/月		409,282円/月		434,355円/月	
38 介護福祉士	377,606円/月		405,016円/月		420,227円/月	
39 介護職員	359,829円/月		375,081円/月		399,076円/月	
40 非常勤						
41 看護師	385,687円/月		361,973円/月		393,398円/月	
42 准看護師	342,847円/月		337,238円/月		363,964円/月	
43 介護福祉士	297,431円/月		293,605円/月		331,345円/月	
44 介護職員	277,178円/月		274,096円/月		297,134円/月	

利用者1人当たり収入						
43 -イ・ロの補助金収入を除く	14,246円/日		13,632円/日		15,422円/日	
44 -イ・ロの補助金収入を含む	14,300円/日		13,783円/日		15,456円/日	
45 利用者1人当たり支出	14,031円/日		13,779円/日		15,330円/日	
46 常勤換算職員1人当たり給与	390,251円/月		401,013円/月		424,073円/月	
47 看護・介護職員(常勤換算)1人当たり給与	368,920円/月		378,766円/月		404,899円/月	

48 常勤換算職員1人当たり利用者数	1.6人/月		1.6人/月		1.5人/月	
49 看護・介護職員(常勤換算)1人当たり利用者数	2.3人/月		2.2人/月		2.2人/月	

図2 介護老人保健施設収支差率分布



収支差率	R 3年度	R 4年度	R 5年度	R 6年度
税引前収支差率（物価対策関連補助金を含まない）	1.5%	△1.1%	△0.6%	0.6%
税引前収支差率（物価対策関連補助金を含む）	1.9%	0.0%	△0.1%	0.8%
税引後収支差率（物価対策関連補助金を含む）	1.3%	△0.6%	△0.4%	0.7%

【出典】厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査」

第9期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

令和5(2023)年度
実績値 ※1

令和8(2026)年度
推計値 ※2

令和22(2040)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	令和5(2023)年度 実績値 ※1		令和8(2026)年度 推計値 ※2		令和22(2040)年度 推計値 ※2	
在宅介護	381 万人		407 万人	(7%増)	465 万人	(22%増)
うちホームヘルプ	121 万人		131 万人	(8%増)	151 万人	(25%増)
うちデイサービス	222 万人		238 万人	(7%増)	273 万人	(23%増)
うちショートステイ	35 万人		37 万人	(4%増)	42 万人	(20%増)
うち訪問看護	74 万人		81 万人	(9%増)	94 万人	(27%増)
うち小規模多機能	11 万人		13 万人	(13%増)	14 万人	(28%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	3.9 万人		4.9 万人	(24%増)	5.7 万人	(46%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	2.1 万人		3.1 万人	(49%増)	3.6 万人	(76%増)
居住系サービス	49 万人		54 万人	(11%増)	63 万人	(28%増)
特定施設入居者生活介護	28 万人		31 万人	(12%増)	36 万人	(30%増)
認知症高齢者グループホーム	21 万人		23 万人	(9%増)	27 万人	(25%増)
介護施設	103 万人		108 万人	(5%増)	126 万人	(22%増)
特養	64 万人		67 万人	(5%増)	79 万人	(23%増)
老健	34 万人		35 万人	(2%増)	41 万人	(18%増)
介護医療院	4.5 万人		5.9 万人	(30%増)	6.7 万人	(48%増)
介護療養型医療施設	0.4 万人		－ 万人		－ 万人	

※1)2023年度の数値は介護保険事業状況報告(令和5年12月月報)による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。

在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。

在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。

デイサービスは通所介護、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。

ショートステイは短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。))の合計値。

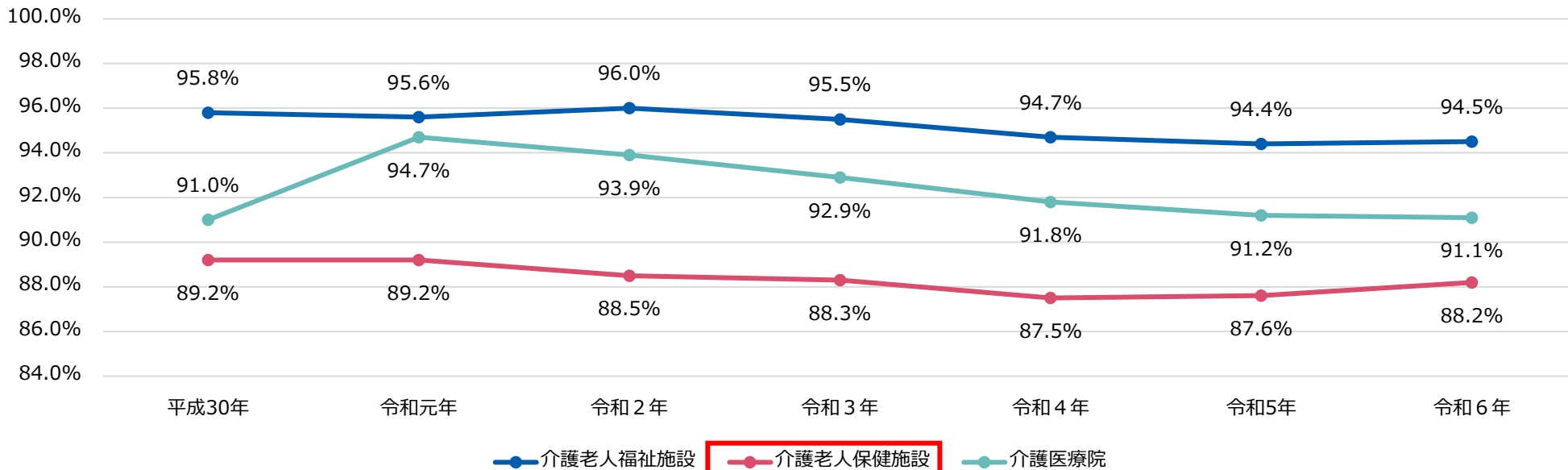
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。

※2)令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。

なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

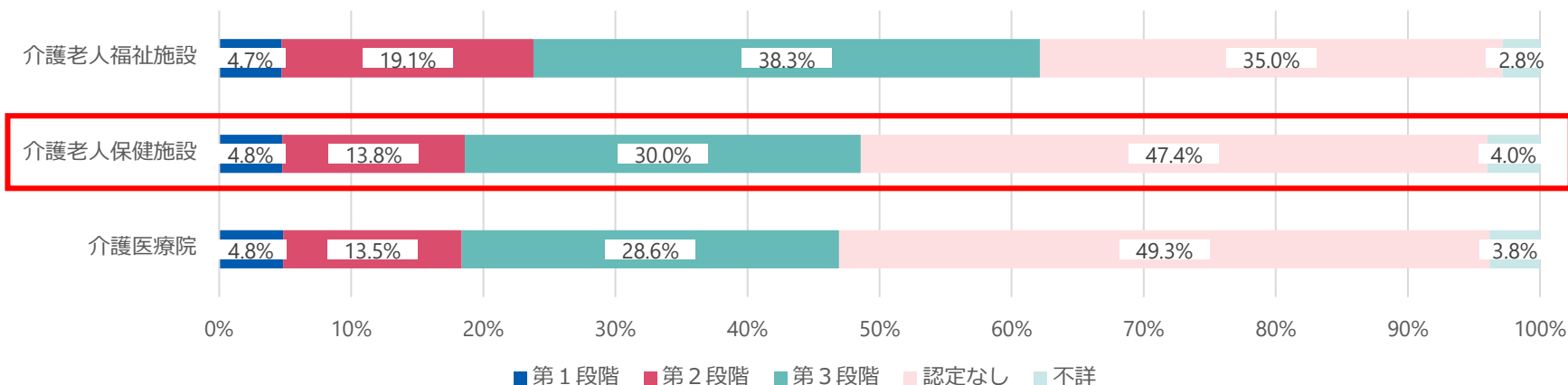
介護保険施設別利用率及び入所者の補足給付の負担限度額認定の状況

■ 介護保険施設別利用率 ※「利用率」は、定員に対する9月末時点の在所者数の割合



出典：平成30年～令和6年介護サービス施設・事業所調査より

■ 入所者の補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の負担限度額認定の状況



出典：令和4年介護サービス施設・事業所調査より

1. 介護老人保健施設の概況



2. 令和6年度介護報酬改定の内容

3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

1. (3) ⑱ 所定疾患施設療養費の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設の入所者に適切な医療を提供する観点から、介護老人保健施設における疾患の発症・治療状況を踏まえ、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。【告示改正】

単位数

<改定前>

所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日

所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日



<改定後>

変更なし

変更なし

算定要件等

- 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に所定単位数を算定する。

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

- 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

1. (3) ⑱ 協力医療機関との連携体制の構築

概要

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

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
 - ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。
 - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
 - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
 - ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

概要

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

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
 - ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
 - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
 - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
 - ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的を開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<改定前>
なし



<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設)
5単位/月 (新設)

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】

<改定前>

医療機関連携加算
80単位/月



<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月 (変更)
40単位/月 (変更)

【認知症対応型共同生活介護】

<改定前>
なし



<改定後>

協力医療機関連携加算

協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合
(2)それ以外の場合

100単位/月 (新設)
40単位/月 (新設)

(協力医療機関の要件)

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催していること。 (新設)

1. (3) ② 入院時等の医療機関への情報提供

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人保健施設及び介護医療院について、入所者の入院時に、施設等が把握している生活状況等の情報提供を更に促進する観点から、退所時情報提供加算について、入所者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点や認知機能等にかかる情報を提供した場合について、新たに評価する区分を設ける。また、入所者が居宅に退所した際に、退所後の主治医に診療情報を情報提供することを評価する改定前相当の加算区分についても、医療機関への退所の場合と同様に、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを算定要件に加える。
- また、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護について、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算を創設する。【告示改正】

単位数

【介護老人保健施設、介護医療院】

<改定前>

退所時情報提供加算 500単位/回

<改定後>

退所時情報提供加算 (I) 500単位/回

退所時情報提供加算 (II) 250単位/回 (新設)

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】

<改定前>

なし

<改定後>

退所時情報提供加算 250単位/回 (介護老人福祉施設) (新設)

退居時情報提供加算 250単位/回 (特定施設、認知症対応型共同生活介護) (新設)

算定要件等

【介護老人保健施設、介護医療院】 <退所時情報提供加算 (I) > 入所者が居宅へ退所した場合 (変更)

- 居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報 心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者1人につき1回に限り算定する。

【介護老人保健施設、介護医療院】 <退所時情報提供加算 (II) > 入所者等が 医療機関へ退所した場合 (新設)

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】 <退所時情報提供加算、退居時情報提供加算 >

- 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。

1. (3) ㉓ 介護老人保健施設における医療機関からの患者受入れの促進

概要

【介護老人保健施設】

- 入院による要介護者のADLの低下等を防ぐ観点から、特に急性期の医療機関から介護老人保健施設への受入れを促進するため、介護老人保健施設における初期加算について、地域医療情報連携ネットワーク等のシステムや、急性期病床を持つ医療機関の入退院支援部門を通して、当該施設の空床情報の定期的な情報共有等を行うとともに、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合について評価する区分を新たに設ける。

【告示改正】

単位数

<改定前>

初期加算 30単位/日



<改定後>

初期加算 (Ⅰ) 60単位/日 (新設)

初期加算 (Ⅱ) 30単位/日

算定要件等

<初期加算 (Ⅰ)> (新設)

- 次に掲げる基準のいずれかに適合する介護老人保健施設において、急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算 (Ⅱ) を算定している場合は、算定しない。

- ・ 当該介護老人保健施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関に定期的に情報を共有していること。

- ・ 当該介護老人保健施設の空床情報について、当該介護老人保健施設のウェブサイト定期的に公表するとともに、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。

<初期加算 (Ⅱ)>

- 入所した日から起算して30日以内の期間については、初期加算 (Ⅱ) として、1日につき所定単位数を加算する。ただし、初期加算 (Ⅰ) を算定している場合は、算定しない。

1. (4) ⑦ 介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日以前31日以上45日以下の区分の評価を見直し、死亡日の前日及び前々日並びに死亡日の区分への重点化を図る。【告示改正】

単位数

<改定前>

死亡日45日前～31日前 80単位/日
死亡日30日前～4日前 160単位/日
死亡日前々日、前日 820単位/日
死亡日 1,650単位/日

<改定後>

死亡日45日前～31日前 72単位/日 (変更)
変更なし
死亡日前々日、前日 910単位/日 (変更)
死亡日 1,900単位/日 (変更)



算定要件等

- 以下のいずれにも適合している入所者であること。(改定前通り)
 - 1 医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 - 2 入所者又はその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画が作成されていること(※)。
 - 3 医師、看護師、介護職員、支援相談員、管理栄養士等が共同して、入所者の状態又は家族の求め等応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
- ※1 「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」等の内容に沿った取組を行うこと。
- ※2 計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めること。

1. (5) ① 高齢者施設等における感染症対応力の向上

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
 - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
 - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
 - ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。
 - ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること。
- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 10単位/月（新設）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5単位/月（新設）

算定要件等

<高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）>（新設）

- 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。
- 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。
- 診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

<高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）>（新設）

- 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

1. (5) ② 施設内療養を行う高齢者施設等への対応

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養を行うことを新たに評価する。
- 対象の感染症については、今後のパンデミック発生時に必要に応じて指定する仕組みとする。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
新興感染症等施設療養費 240単位/日 (新設)

算定要件等

- 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する。

※ 現時点において指定されている感染症はない。

1. (5) ③ 新興感染症発生時等の対応を行う医療機関との連携

概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 施設系サービス及び居住系サービスについて、利用者及び入所者における新興感染症の発生時等に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、感染者の診療等を行う協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めるよう努めることとする。
- また、協力医療機関が協定締結医療機関である場合には、当該協力医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うことを義務づける。【省令改正】

1. (7) ⑤ 認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進

概要

【認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位/月（新設）

認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位/月（新設）

※認知症専門ケア加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合においては、算定不可。

算定要件等

<認知症チームケア推進加算（Ⅰ）>（新設）

- （1）事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること。
- （2）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という。）に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。
- （3）対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。
- （4）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。

<認知症チームケア推進加算（Ⅱ）>（新設）

- ・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合すること。
- ・認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。

1.(7)⑥介護老人保健施設における認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 認知症を有する入所者の居宅における生活環境に対応したサービス提供を推進する観点から、改定前の認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、当該入所者の居宅を訪問し生活環境を把握することを評価する新たな区分を設ける。
- その際、改定前の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。
【告示改正】

単位数

<改定前>

認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

※1週に3日を限度として算定。算定期間は入所後3月以内。

<改定後>

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) 240単位/日 (新設)
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) 120単位/日 (変更)

算定要件等

<認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)> (新設)

- 次に掲げる基準に適合する介護老人保健施設において、1日につき所定単位数を加算する。
 - (1) リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
 - (2) リハビリテーションを行うに当たり、入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。
 - (3) 入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、当該訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビリテーション計画を作成していること。

<認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)> (改定前と同じ)

- 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)の(1)及び(2)に該当するものであること。

2.(1)②介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進①

概要

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

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、介護老人保健施設におけるリハビリテーションマネジメント計画書情報加算、介護医療院における理学療法、作業療法及び言語聴覚療法並びに介護老人福祉施設における個別機能訓練加算（Ⅱ）について、以下の要件を満たす場合について評価する新たな区分を設ける。【告示改正】
 - ア 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
 - イ リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じてLIFEに提出した情報を活用していること。
 - ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画または個別機能訓練計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

単位数

【介護老人保健施設】

<改定前>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 33単位/月

<改定後>

リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ） 53単位/月（新設）
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） 33単位/月

※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定不可

【介護医療院】

<改定前>

理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 33単位/月

<改定後>

理学療法 注6、作業療法 注6、言語聴覚療法 注4 33単位/月
理学療法 注7、作業療法 注7、言語聴覚療法 注5 20単位/月（新設）

※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定可

【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】

<改定前>

個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位/日
個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月

<改定後>

個別機能訓練加算（Ⅰ） 12単位/日（変更なし）
個別機能訓練加算（Ⅱ） 20単位/月（変更なし）
個別機能訓練加算（Ⅲ） 20単位/月（新設）

※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）は併算定可

2.(1)②介護保険施設におけるリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進②

算定要件等

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

【介護老人保健施設】<リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）>（新設）

【介護医療院】<理学療法注7、作業療法注7、言語聴覚療法注5>（新設）

- 入所者ごとのリハビリテーション計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてリハビリテーション計画の内容を見直す等、リハビリテーションの実施に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
※上記は介護老人保健施設の場合。介護医療院については、理学療法注6、作業療法注6又は言語聴覚療法注4を算定していること。
- 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
- 入所者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者が、リハビリテーション計画の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
- 共有した情報を踏まえ、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有していること。

【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】

<個別機能訓練加算（Ⅲ）>（新設）

- 個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定していること。
- 口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。
- 入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。
- 共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。

2. (1) ③ リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る 一体的計画書の見直し

概要

【通所介護、通所リハビリテーション★、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進する観点から、リハビリテーション・個別機能訓練、口腔管理、栄養管理に係る一体的計画書の見直しを行う。【通知改正】

算定要件等

- リハビリテーション・個別機能訓練、口腔、栄養に係る一体的計画書について、記載項目を整理するとともに、他の様式におけるLIFE提出項目を踏まえた様式に見直し。

2.(1) ⑬介護老人保健施設における短期集中リハビリテーション実施加算の見直し

概要

【介護老人保健施設】

- 短期集中リハビリテーション実施加算について、効果的なリハビリテーションを推進する観点から、以下の取組を評価する新たな区分を設ける。
 - ア 原則として入所時及び月1回以上ADL等の評価を行った上で、必要に応じてリハビリテーション実施計画を見直していること。
 - イ アにおいて評価したADL等のデータについて、LIFEを用いて提出し、必要に応じて提出した情報を活用していること。
- また、改定前の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

【告示改正】

単位数

<改定前>

短期集中リハビリテーション実施加算 240単位/日

<改定後>

短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) 258単位/日 (新設)

短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) 200単位/日 (変更)



※算定期間は入所後3月以内

算定要件等

<短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅰ) > (新設)

- 入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ、原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画を見直していること。

<短期集中リハビリテーション実施加算 (Ⅱ) > (改定前と同じ)

- 入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っていること。

2. (1) ⑱ 介護保険施設における口腔衛生管理の強化

概要

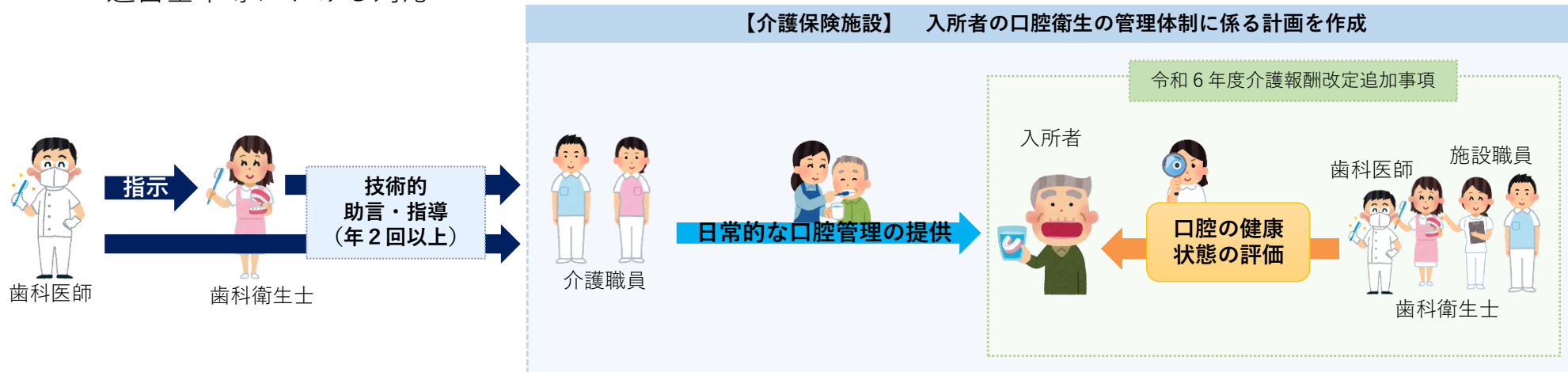
【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設において、事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理につなげる観点から、事業者を利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。【通知改正】

算定要件等

- 当該施設の従業者又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者毎に施設入所時及び入所後月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施すること。
- 技術的助言若しくは指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士においては、当該施設との連携について、実施事項等を文書等で取り決めを行うこと。

<運営基準等における対応>



2. (1) ⑳ 退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

概要

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

- 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし



<改定後>
退所時栄養情報連携加算 70単位/回 (新設)

算定要件等

- 対象者
 - ・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者
- 主な算定要件
 - ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
 - ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）



情報を共有する職種の例：医師、管理栄養士、看護師、介護職員等

2. (1) ㉔ 再入所時栄養連携加算の対象の見直し

概要

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

- 再入所時栄養連携加算について、栄養管理を必要とする利用者に切れ目なくサービスを提供する観点から、医療機関から介護保険施設への再入所者であって特別食等を提供する必要がある利用者を算定対象に加える。
【告示改正】

算定要件等

○対象者

<改定前>

二次入所において必要となる栄養管理が、一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく異なる者。

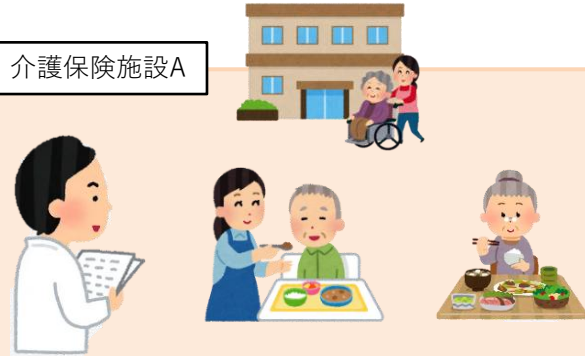
<改定後>

厚生労働大臣が定める特別食*等を必要とする者。



※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

介護保険施設A



退所時栄養情報連携加算 (新設)

【対象者】

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は、低栄養状態であると医師が判断した入所者。

【算定要件】

- ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
- ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

施設移動
入院
自宅退所

再入所時栄養連携加算

【対象者】

厚生労働大臣が定める特別食等が必要な者

【算定要件】

栄養に関する指導又はカンファレンスに同席[※]し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成する。

※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可能。

入院

入院前の
施設に
再入所

介護保険施設B

医療機関II

自宅
(在宅担当医療機関)



介護支援専門員

施設退院
転院
自宅退院

栄養情報提供加算
(診療報酬)

医療機関I



介護保険施設Aの
管理栄養士

医療機関の
管理栄養士

テレビ電話装置等も活用可能



2. (2) ④ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進①

概要

【介護老人保健施設】

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。【告示改正】
 - ア 入所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
 - イ 退所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
 - ウ 支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する。
- また、基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごとに適切な水準に見直しを行うこととする。

算定要件等

※下線部が見直し箇所

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10 <u>⇒35%以上 10</u>	10%以上 5 <u>⇒15%以上 5</u>	10%未満 0 <u>⇒15%未満 0</u>
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 <u>⇒35%以上 10</u>	10%以上 5 <u>⇒15%以上 5</u>	10%未満 0 <u>⇒15%未満 0</u>
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス（訪問リハビリテーションを含む） 3	2サービス 1 0、1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上（PT, OT, STいずれも配置） 5	5以上 3	3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 <u>⇒3以上（社会福祉士の配置あり） 5</u>	（設定なし） <u>⇒3以上（社会福祉士の配置なし） 3</u>	2以上 3 <u>⇒2以上 1</u> 2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

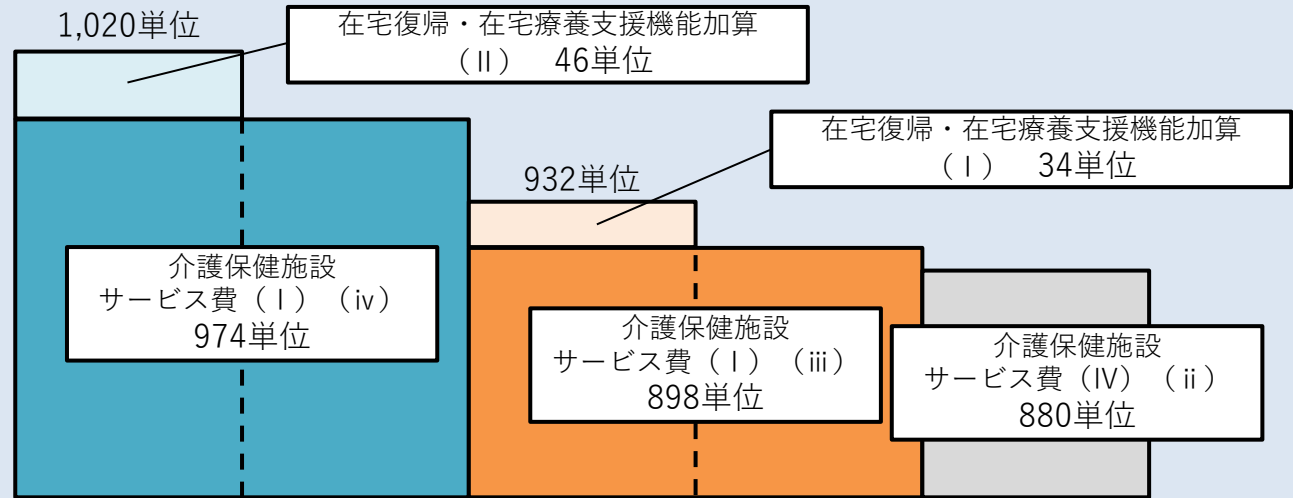
2. (2) ④ 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進②

単位数

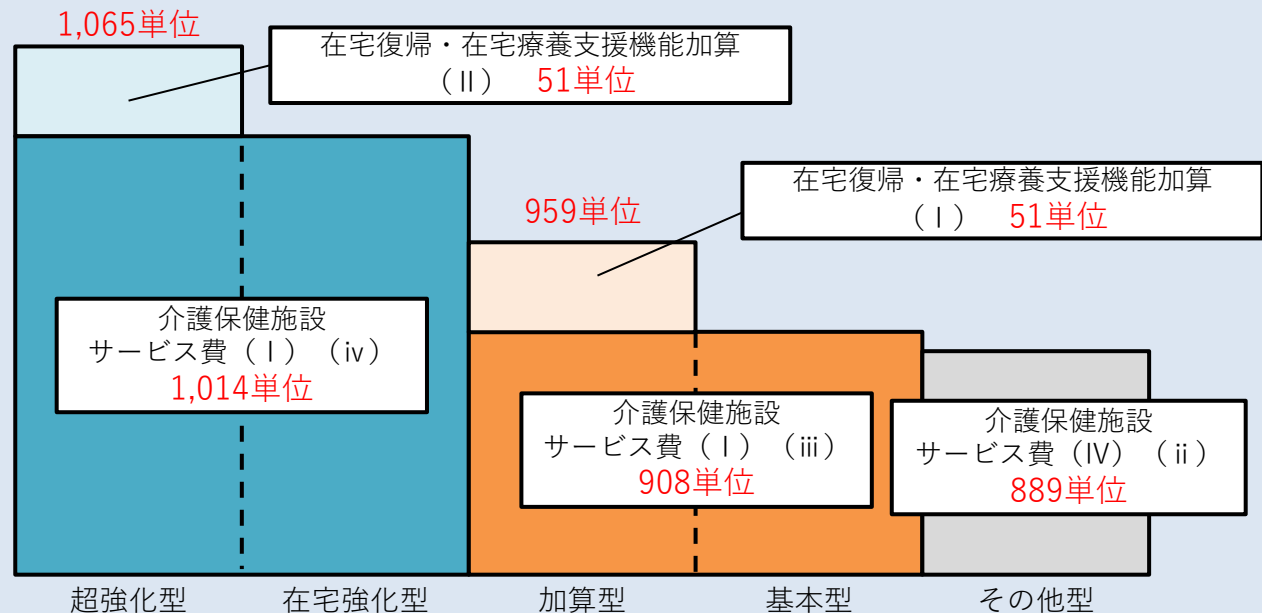
※多床室、要介護度3の場合

基本報酬のイメージ

< 改定前 >



< 改定後 >



2. (2) ⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し①

概要

【介護老人保健施設】

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の区分を高く評価する。
- また、新たに以下の要件を設ける。【告示改正、通知改正】
 - ア 処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと。
 - イ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること。
 - ウ 入所者やその家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明やポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。

単位数

<改定前>

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） 100単位/回

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） **Ⅰ** 140単位/回 **（変更）**

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） **Ⅱ** 70単位/回 **（新設）**

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回

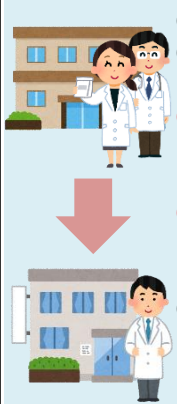
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回

※ 入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算

2. (2) ⑤ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し②

算定要件等

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ 140単位/回 (一部変更) <入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合>



- ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。
- ② 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。
- ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
- ④ 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。
- ⑤ 入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) ロ 70単位/回 (新設) <施設において薬剤を評価・調整した場合>



- かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) 240単位/回 <服薬情報をLIFEに提出>

- かかりつけ医連携薬剤調整加算 (I) イ又はロを算定していること。
- 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。



かかりつけ医連携薬剤調整加算 (III) 100単位/回 <退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬>

- かかりつけ医連携薬剤調整加算 (II) を算定していること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。



※入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算 (全加算区分共通)

2. (3) ② 自立支援促進加算の見直し

概要

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

- 自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 加算の様式について入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。
【通知改正】
 - イ LIFE への初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。【通知改正】
 - ウ 医師の医学的評価を少なくとも「6月に1回」から「3月に1回」に見直す。【告示改正】
 - エ 本加算に沿った取組に対する評価を持続的に行うため、事務負担の軽減を行いつつ評価の適正化を行う。
【告示改正】

単位数

<改定前>

自立支援促進加算 300単位/月



<改定後>

自立支援促進加算 **280**単位/月 (変更)
(介護老人保健施設は300単位/月)

算定要件等

- 医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、少なくとも「3月に1回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
- その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。
<入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>
 - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する。
 - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする。

2. (3) ⑤ アウトカム評価の充実のための褥瘡マネジメント加算等の見直し

概要

【看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 施設入所時又は利用開始時に既に発生していた褥瘡が治癒したことについても評価を行う。【告示改正】
 - イ 加算の様式について 入力項目の定義の明確化や他の加算と共通している項目の見直し等を実施。【通知改正】
 - ウ 初回のデータ提出時期について、他の LIFE 関連加算と揃えることを可能とする。【通知改正】

算定要件等

- LIFE関連加算に共通した見直しを実施。
 - <入力負担軽減に向けたLIFE関連加算に共通する見直し>
 - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
 - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする
 - <褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）>
 - 以下の要件を満たすこと。
 - イ 入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。
 - ロ イの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
 - ハ イの確認の結果、褥瘡が認められ、又はイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。
 - ニ 入所者又は利用者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者又は利用者の状態について定期的に記録していること。
 - ホ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。
 - <褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）>
 - 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。
 - <褥瘡対策指導管理（Ⅱ）>
 - 褥瘡対策指導管理（Ⅰ）に係る基準を満たす介護医療院において、施設入所時の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生のないこと。

3. (2) ⑤ 介護老人保健施設等における見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和

概要

【短期入所療養介護★、介護老人保健施設】

- 令和3年度介護報酬改定における介護老人福祉施設等に係る見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和と同様に、介護老人保健施設（ユニット型を除く。）及び短期入所療養介護の夜間の配置基準について、見直しを行う。【告示改正】

算定要件等

- 1日あたりの配置人員数を改定前2人以上としているところ、要件を満たす場合は1.6人以上とする。ただし、配置人員数は常時1人以上配置することとする。

<改定前>

配置人員数	2人以上 利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上
-------	---

<改定後>

配置人員数	1.6人以上 利用者等の数が40以下で、緊急時の連絡体制を常時整備している場合は1人以上
-------	---

(要件)

- ・ 全ての利用者に見守りセンサーを導入していること
- ・ 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること
- ・ 安全体制を確保していること (※)

※安全体制の確保の具体的要件

- ① 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置
- ② 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ③ 緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ④ 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ⑤ 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施
- ⑥ 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

- 見守り機器やICT導入後、上記の要件を少なくとも3か月以上試行し、現場職員の意見が適切に反映できるよう、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会（具体的要件①）において、安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認した上で届け出るものとする。

4. (2) ④ 認知症情報提供加算の廃止

概要

【介護老人保健施設】

- 認知症情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。【告示改正】

単位数

<改定前>

認知症情報提供加算 350単位/回



<改定後>

廃止

4. (2) ⑤ 地域連携診療計画情報提供加算の廃止

概要

【介護老人保健施設】

- 地域連携診療計画情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。【告示改正】

単位数

<改定前>

地域連携診療計画情報提供加算 300単位/回



<改定後>

廃止

1. 介護老人保健施設の概況

2. 令和6年度介護報酬改定の内容

 3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

4. 現状と課題及び論点

介護老人保健施設に関する各種意見

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【高齢者施設等と医療機関の連携強化】

- 高齢者施設等の入所者及び入居者の生命を守る観点から、高齢者施設等と医療機関の連携強化を図ることは喫緊の課題である。介護保険施設について、義務付けにかかる期限を3年とした上で、入所者の急変時等に、相談対応や診療を行う体制を常時確保した協力医療機関及び緊急時に原則入院できる体制を確保した協力病院を定めることを義務化することとしたが、当該期限の前においても可及的速やかに実効性のある連携体制が構築されるよう、連携体制に係る実態や課題等を把握した上で、連携体制の構築を推進するために必要な対応を行うとともに、次期介護報酬改定に向けて引き続き検討していくべきである。

【感染症や災害への対応力向上】

- 施設系サービス及び居住系サービスについて、協定締結医療機関と新興感染症の発生時等の対応を取り決めることを努力義務としたが、都道府県における協定締結の状況や高齢者施設等における連携の取組状況を把握し、更なる連携の強化に向けた対応を検討していくべきである。

【リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組】

- 今回の介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を更に推進することとしたが、今回の改定を踏まえ、その取組状況や効果を把握し、必要な対応について引き続き検討していくべきである。

介護老人保健施設に関する各種意見

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告（令和5年12月19日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

【リハビリテーションにおけるアウトカム評価の在り方】

- 生活期のリハビリテーションにおけるアウトカムは、心身機能、活動、参加に関する能力の改善だけでなく、非悪化や維持についても評価をすべきであるとの指摘があることから、具体的な評価方法について引き続き検討した上で、LIFEの活用も含め、報酬上の評価について検討していくべきである。

【介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進】

- 介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の評価の充実として、今回の介護報酬改定で入所前後訪問指導割合及び退所前後訪問指導割合に係る基準の引上げ等を行うこととしたが、取組状況を把握し、在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、引き続き検討していくべきである。
- また、今回の介護報酬改定において、入院日から一定期間内に医療機関を退院した者を受け入れた場合の評価を充実する等、介護老人保健施設と医療機関の連携を強化するための見直しを行うこととした。こうした見直しを踏まえ、介護老人保健施設による在宅復帰・在宅療養支援が必要な者に対し、必要なサービスがより適切に提供されるよう、医療機関との連携の実態を把握した上で、引き続き検討していくべきである。

【ユニットケアの質向上・普及促進】

- ユニットケアの質の向上・普及促進の観点から、ユニットケア研修のカリキュラムの見直しを検討するとともに、ユニットリーダー研修の受講促進やユニットリーダーの配置基準の再検討に向けて、新型コロナウイルス感染症の影響により実地研修が未修了となっている者の早期の研修修了を図るため、複数の研修実施団体に委託できることを研修実施主体である都道府県に対して周知する等、実地研修施設の確保のための環境整備について検討していくべきである。

介護老人保健施設に関する各種意見

2040年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ

(令和7年7月25日「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会) (抄)

【4. 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケアの方向性】

(1) 現状と課題

(2) 地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携

(中略)

- 令和6年度同時改定において、施設等における高齢者の急変時における対応等を念頭に、介護保険施設と協力医療機関との連携を強化する改定が行われたところ。協力医療機関について、二次医療圏まで広げて医療介護連携のマッチングができていない福祉施設・介護施設が一定程度あり、地域差も大きいとの指摘がある。連携が進んでいない地域については、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して、高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整するなど、検討することが重要である。医療介護連携について、介護報酬も診療報酬も加算はあるが十分算定されていない。算定要件が複雑であり、算定に労力を要することなどが要因。限られた人材で連携できるように算定要件を見直すべきとの意見があった。

(中略)

- 85歳以上の複合ニーズを抱える者や独居高齢者が増えていくと、急変し病院に入院し、治療後、すぐに自宅に在宅復帰することが難しい。このため、退院して在宅復帰するまでの老人保健施設、地域の中小病院等の医療機関の役割が重要である。在宅ケアのためには、医療が緊急に必要となったときに対応できる機能が重要であり、訪問診療を行う医療機関、急性期に入院できる一般病院、訪問看護事業所、ショートステイ等で在宅を支える老人保健施設、緊急時に対応できる地域の体制整備と人材確保策が必要である。また、在宅ケアには訪問看護、訪問介護やケアマネジャーによる支援、ケアを提供しやすい住まい、口腔管理、薬剤管理や栄養指導も必要である。利用者への質の高いサービス提供のため、医療と介護が緊急時も含めて連携して支える体制を構築することが重要である。そのためには、地域において、医療機関と介護事業者との間で情報共有や顔の見える体制を構築し、互いの果たす機能や役割を理解しつつ、コミュニケーションの強化が必要である。また、地域包括ケアシステムを深化させていくためには、地域でかかりつけ医機能が発揮され、医療と介護、生活支援サービス等の切れ目ない連携が行われることが重要である。

介護老人保健施設に関する各種意見

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）（抄）

【2. 新たな地域医療構想について】

(1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組

(2) 関係者に期待される役割等

(中略)

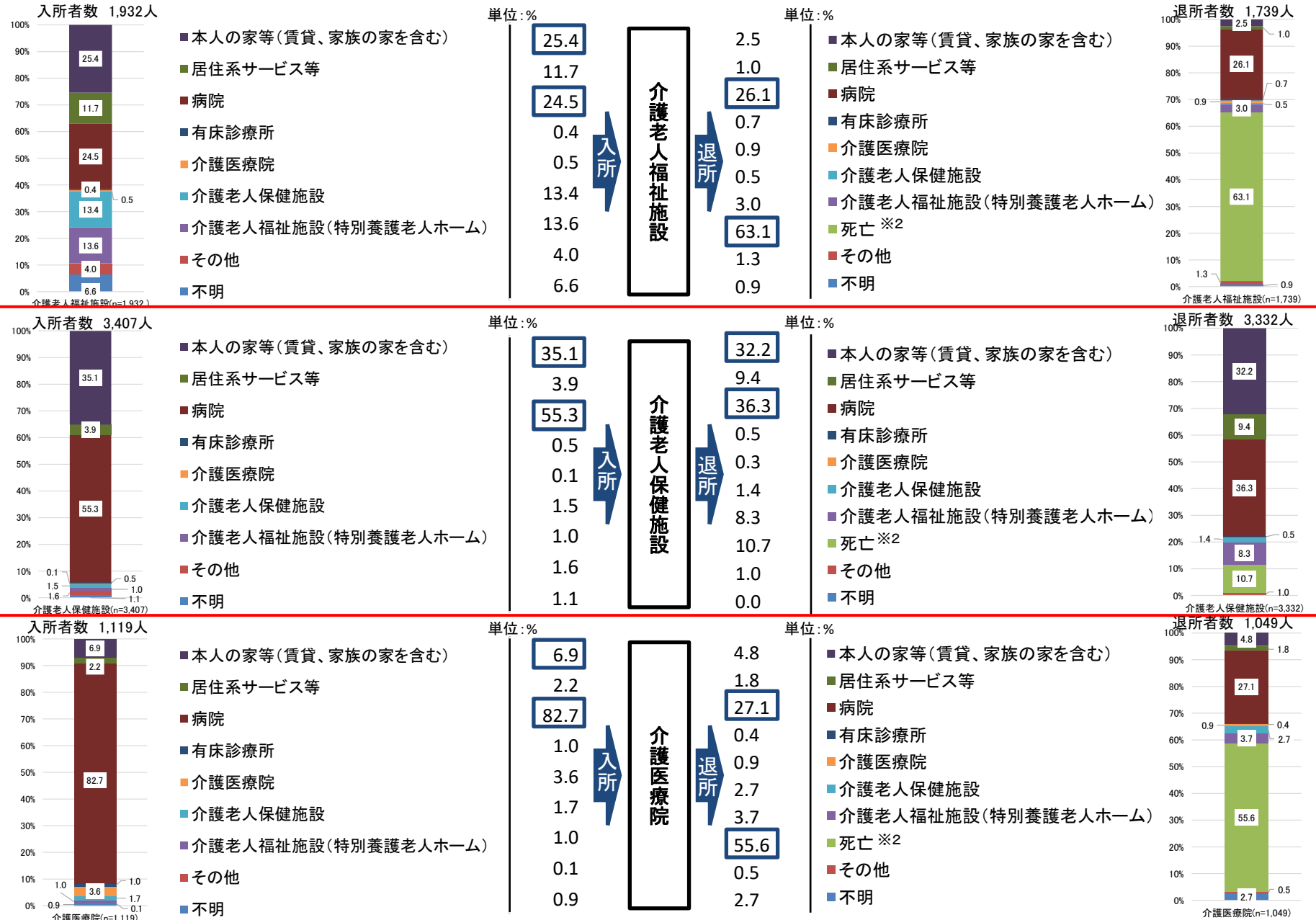
⑧ 介護関係者

○高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。

○特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。

○増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

介護保険施設における入所前の居場所、退所後の居場所



※1 入所者数・退所者数は、令和7年8月の1か月間を合計した。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合は、再入所分は加えない。

※2 「死亡」は施設内死亡と入院後の死亡退所を合計した。

介護保険施設における対応可能な医療処置

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設					介護医療院	
		超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他	I型	II型
調査数	1,117	159	51	124	101	14	216	124
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	84.1%	91.8%	92.2%	88.7%	81.2%	85.7%	98.1%	93.5%
2) 経鼻経管栄養	26.9%	42.8%	31.4%	37.9%	47.5%	64.3%	96.3%	81.5%
3) 中心静脈栄養	4.9%	8.8%	9.8%	4.8%	7.9%	7.1%	55.6%	39.5%
4) カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	91.0%	96.2%	98.0%	91.9%	94.1%	100.0%	98.1%	96.0%
5) ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	85.0%	89.9%	94.1%	86.3%	87.1%	85.7%	92.1%	88.7%
6) 喀痰吸引	78.9%	95.0%	92.2%	88.7%	89.1%	100.0%	98.6%	97.6%
7) ネブライザー	40.5%	63.5%	45.1%	46.8%	45.5%	71.4%	84.7%	73.4%
8) 酸素療法（酸素吸入）	71.4%	77.4%	64.7%	62.1%	60.4%	85.7%	98.6%	93.5%
9) 気管切開のケア	5.6%	28.9%	25.5%	19.4%	17.8%	28.6%	63.4%	49.2%
10) 人工呼吸器の管理	1.5%	7.5%	2.0%	0.8%	1.0%	21.4%	15.7%	10.5%
11) 透析	17.6%	11.3%	17.6%	8.9%	6.9%	0.0%	12.0%	8.9%
腹膜透析	5.6%	3.8%	7.8%	4.0%	3.0%	0.0%	4.6%	3.2%
血液透析	15.5%	8.8%	17.6%	7.3%	6.9%	0.0%	10.6%	8.1%
12) 静脈内注射（点滴含む）	48.8%	79.2%	74.5%	73.4%	68.3%	92.9%	95.8%	90.3%
13) 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	54.2%	74.8%	62.7%	59.7%	72.3%	92.9%	94.9%	89.5%
14) 簡易血糖測定	80.6%	93.1%	86.3%	92.7%	93.1%	100.0%	96.8%	94.4%
15) インスリン注射	79.4%	93.1%	88.2%	90.3%	89.1%	85.7%	96.3%	91.9%
16) 疼痛管理（麻薬なし）	70.8%	83.6%	72.5%	77.4%	76.2%	64.3%	91.7%	87.9%
17) 疼痛管理（麻薬使用）	32.3%	28.9%	27.5%	17.7%	20.8%	21.4%	60.2%	50.0%
18) 創傷処置	91.9%	94.3%	90.2%	94.4%	91.1%	100.0%	95.8%	92.7%
19) 褥瘡処置	95.4%	96.2%	96.1%	96.8%	98.0%	100.0%	95.8%	96.0%
20) 浣腸	92.7%	94.3%	86.3%	95.2%	94.1%	100.0%	97.7%	94.4%
21) 摘便	95.4%	97.5%	92.2%	97.6%	96.0%	100.0%	97.7%	97.6%
22) 導尿	72.3%	95.0%	82.4%	85.5%	87.1%	85.7%	96.3%	94.4%
23) 膀胱洗浄	49.9%	65.4%	49.0%	65.3%	68.3%	57.1%	88.4%	82.3%
24) 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	11.5%	32.7%	37.3%	27.4%	33.7%	42.9%	88.0%	72.6%
25) リハビリテーション	48.6%	96.2%	98.0%	96.8%	97.0%	92.9%	96.3%	91.1%
26) ターミナルケア	79.8%	86.2%	82.4%	73.4%	67.3%	78.6%	96.8%	94.4%

※外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む。

介護保険施設における入所者に占める医療処置が必要な入所者の割合

	介護老人福祉施設			介護老人保健施設			介護医療院					
							I 型			II 型		
	医療処置 が可能な 施設の入 所者数	医療処置 が必要な 入所者	医療処置 が必要な 入所者の 割合	医療処置 が可能な 施設の入 所者数	医療処置 が必要な 入所者	医療処置 が必要な 入所者の 割合	医療処置 が可能な 施設の入 所者数	医療処置 が必要な 入所者	医療処置 が必要な 入所者の 割合	医療処置 が可能な 施設の入 所者数	医療処置 が必要な 入所者	医療処置 が必要な 入所者の 割合
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	57,068	2,319	4.1%	32,180	1,430	4.4%	11,330	1,580	13.9%	5,072	617	12.2%
2) 経鼻経管栄養	16,616	472	2.8%	14,523	498	3.4%	11,286	2,715	24.1%	4,408	585	13.3%
3) 中心静脈栄養	2,985	33	1.1%	2,342	15	0.6%	6,298	132	2.1%	1,993	27	1.4%
4) カテーテル（尿道カテーテル・コンドームカテーテル）の管理	60,737	3,183	5.2%	33,842	1,919	5.7%	11,369	1,472	12.9%	5,095	734	14.4%
5) ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	56,884	527	0.9%	31,678	303	1.0%	10,665	127	1.2%	4,876	56	1.1%
6) 喀痰吸引	52,835	2,537	4.8%	32,927	3,467	10.5%	11,488	3,673	32.0%	5,124	984	19.2%
7) ネブライザー	25,726	79	0.3%	17,778	47	0.3%	9,675	93	1.0%	3,693	35	0.9%
8) 酸素療法（酸素吸入）	47,026	980	2.1%	23,455	408	1.7%	11,469	673	5.9%	4,856	279	5.7%
9) 気管切開のケア	3,391	11	0.3%	7,722	17	0.2%	7,436	93	1.3%	2,399	34	1.4%
10) 人工呼吸器の管理	965	1	0.1%	1,175	3	0.3%	1,619	1	0.1%	358	1	0.3%
11) 透析	11,113	176	1.6%	3,572	231	6.5%	1,163	64	5.5%	423	46	10.9%
腹膜透析	3,116	3	0.1%	1,461	1	0.1%	448	14	3.1%	88	0	0.0%
血液透析	9,713	164	1.7%	2,933	229	7.8%	1,056	50	4.7%	376	40	10.6%
12) 静脈内注射（点滴含む）	31,049	881	2.8%	26,588	1,175	4.4%	11,039	1,266	11.5%	4,726	405	8.6%
13) 皮内、皮下及び筋肉注射（インスリン注射を除く）	35,345	600	1.7%	24,134	166	0.7%	10,935	204	1.9%	4,588	80	1.7%
14) 簡易血糖測定	53,544	1,116	2.1%	32,823	1,773	5.4%	11,088	655	5.9%	4,956	310	6.3%
15) インスリン注射	52,609	738	1.4%	32,209	688	2.1%	11,037	327	3.0%	4,790	179	3.7%
16) 疼痛管理（麻薬なし）	46,767	1,120	2.4%	27,930	1,448	5.2%	10,582	184	1.7%	4,464	200	4.5%
17) 疼痛管理（麻薬使用）	21,229	41	0.2%	8,256	9	0.1%	6,909	12	0.2%	2,237	15	0.7%
18) 創傷処置	60,488	5,889	9.7%	33,401	2,044	6.1%	11,067	608	5.5%	4,744	289	6.1%
19) 褥瘡処置	63,124	2,218	3.5%	34,754	1,052	3.0%	11,173	475	4.3%	5,065	254	5.0%
20) 浣腸	61,108	6,651	10.9%	33,337	2,572	7.7%	11,279	2,084	18.5%	4,944	956	19.3%
21) 摘便	63,036	5,548	8.8%	34,564	2,865	8.3%	11,214	2,436	21.7%	5,124	1,190	23.2%
22) 導尿	48,269	292	0.6%	31,739	322	1.0%	11,080	174	1.6%	4,995	94	1.9%
23) 膀胱洗浄	33,159	432	1.3%	22,771	234	1.0%	10,197	201	2.0%	4,272	128	3.0%
24) 持続モニター（血圧、心拍、酸素飽和度等）	7,365	371	5.0%	11,137	122	1.1%	10,431	419	4.0%	3,848	171	4.4%
25) リハビリテーション	32,813	20,046	61.1%	34,681	28,597	82.5%	11,246	8,522	75.8%	4,937	3,847	77.9%
26) ターミナルケア	52,899	2,282	4.3%	27,815	728	2.6%	11,016	2,036	18.5%	4,995	195	3.9%

※外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む。

3. 調査結果概要

【透析】

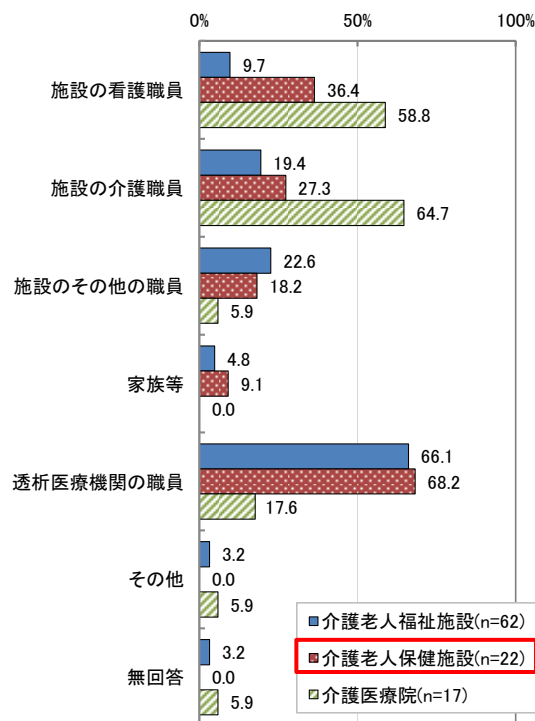
○透析患者の付き添い・送迎をしている者について、介護老人福祉施設、介護老人保健施設は「透析医療機関の職員」、介護医療院は「施設の介護職員」が最も高かった。

○透析患者の送迎方法では、介護老人福祉施設は「透析医療機関の送迎」、介護老人保健施設、介護医療院では「その他」が最も高かった。

○1人1月当たりの送迎平均回数は、すべての施設系サービスで12回が最も多かった。

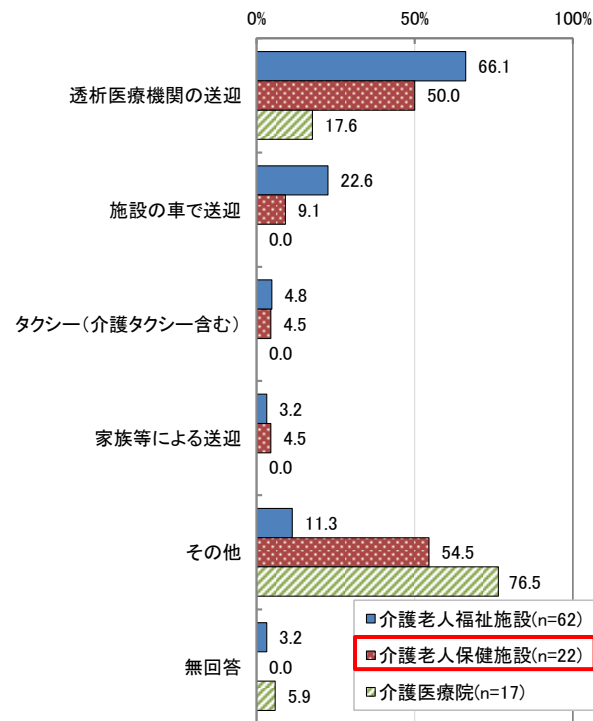
図表5 透析患者の付き添い・送迎をしている者

1~3 問3(2)1)

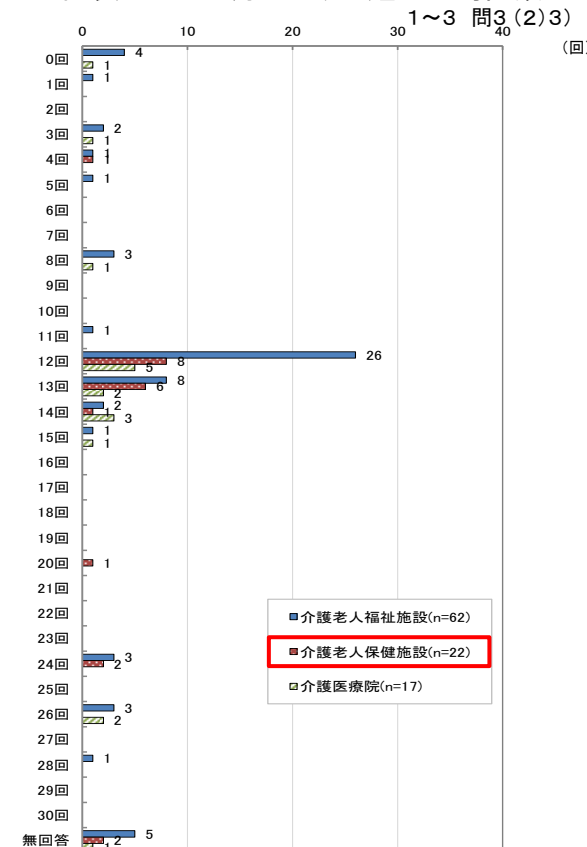


図表6 透析患者の送迎方法

1~3 問3(2)2)



図表7 1人1月当たりの送迎平均回数※1



※1.小数点以下四捨五入

介護老人保健施設の施設類型に係る評価項目

評価項目	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型
退所時指導等	○	○	○	○	—
リハビリテーションマネジメント	○	○	○	○	—
地域貢献活動	○	○	○	—	—
充実したリハビリテーション	○	○	—	—	—
在宅復帰・在宅療養支援等指標	70以上	60以上	40以上	20以上	—

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値の合計値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上 5 ⇒15%以上 5	10%未満 0 ⇒15%未満 0
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒35%以上 10	10%以上 5 ⇒15%以上 5	10%未満 0 ⇒15%未満 0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス (訪問リハビリテーション含む) 3	2サービス 1 0, 1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 (PT, OT, STいずれも配置) 5	5以上 3	3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 ⇒3以上 (社会福祉士配置あり) 5	(設定なし) ⇒3以上 (社会福祉士配置なし) 3	2以上 3 ⇒2以上 1 2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

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

※下線部はR 6改定箇所

評価項目のうち、在宅復帰率及びベッド回転率の計算方法について

<在宅復帰率の計算式>

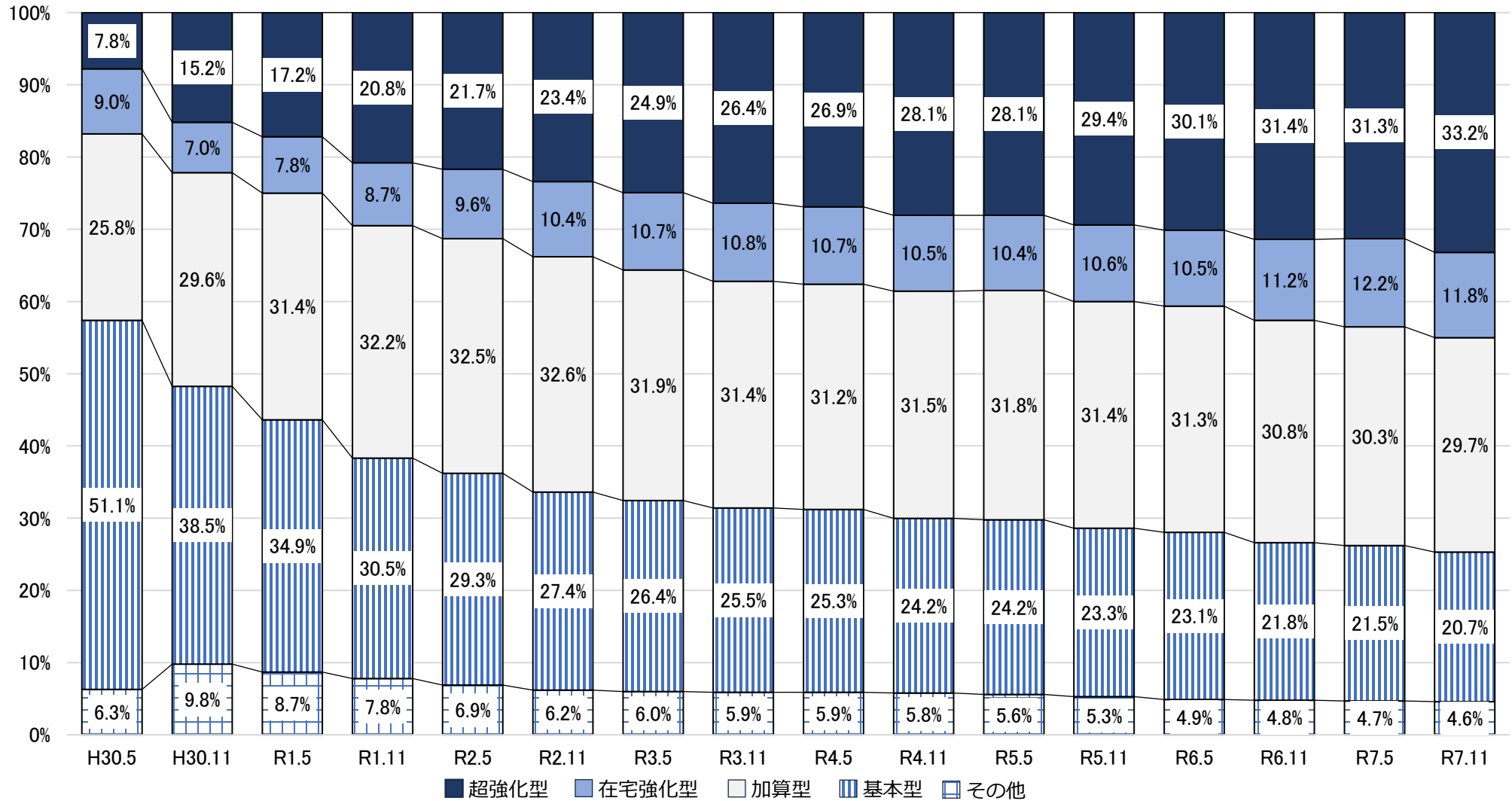
- a 施設基準第十四号イ(1)ハAの基準における居宅とは、病院、診療所及び介護保険施設を除くものである。また、この基準において、算定日が属する月の前六月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合については、以下の式により計算すること。
- (a) i に掲げる数 ÷ (ii に掲げる数 - iii に掲げる数)
- i 算定日が属する月の前六月間における居宅への退所者で、当該施設における入所期間が一月間を超えていた者の延数
- ii 算定日が属する月の前六月間における退所者の延数
- iii 算定日が属する月の前六月間における死亡した者の総数
- (b) (a)において、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、当該入院期間は入所期間とみなすこととする。
- (c) 退所後直ちに短期入所生活介護又は短期入所療養介護若しくは小規模多機能型居宅介護の宿泊サービス等を利用する者は居宅への退所者に含まない。
- (d) (a)の分母 (ii に掲げる数 - iii に掲げる数) が零の場合、算定日が属する月の前六月間における退所者のうち、居宅において介護を受けることとなった者の占める割合は零とする。

<ベッド回転率の計算式>

- b 施設基準第十四号イ(1)ハBの基準における、三〇・四を当該施設の入所者の平均在所日数で除して得た数については、短期入所療養介護の利用者を含まないものとする。また、平均在所日数については、直近三月間の数値を用いて、以下の式により計算すること。
- (a) i に掲げる数 ÷ ii に掲げる数
- i 当該施設における直近三月間の延入所者数
- ii (当該施設における当該三月間の新規入所者の延数 + 当該施設における当該三月間の新規退所者数) ÷ 2
- (b) (a)において入所者とは、毎日二十四時現在当該施設に入所中の者をいい、この他に、当該施設に入所してその日のうちに退所又は死亡した者を含むものである。
- (c) (a)において新規入所者数とは、当該三月間に新たに当該施設に入所した者（以下「新規入所者」という。）の数をいう。当該三月前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。
- (d) (a)において新規退所者数とは、当該三月間に当該施設から退所した者の数をいう。当該施設において死亡した者及び医療機関へ退所した者は、新規退所者に含むものである。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規退所者数には算入しない。

介護老人保健施設の基本サービス費類型の推移

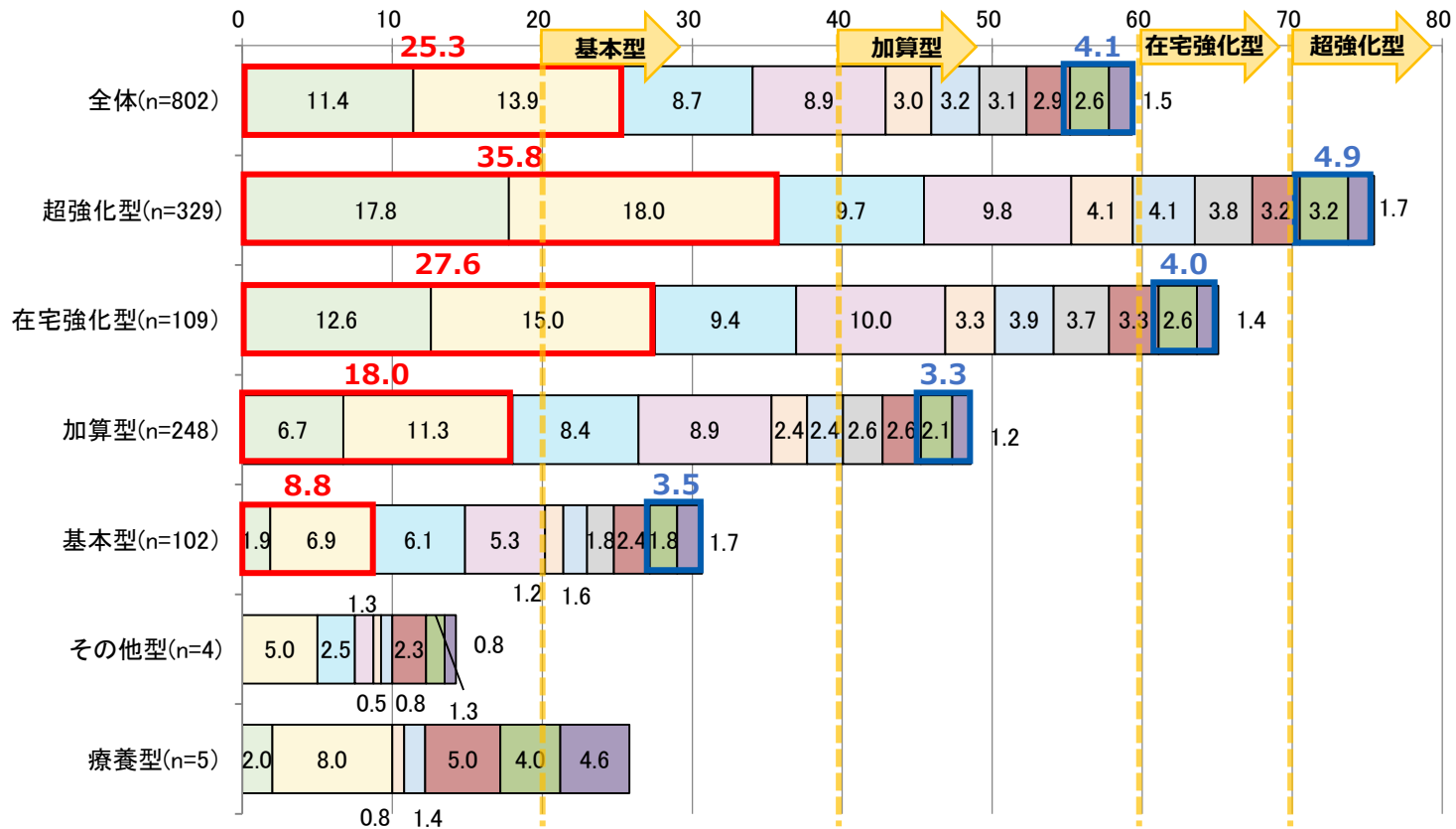
- 超強化型について、平成30年5月時点の7.8%から令和7年11月時点で33.2%に増加した。
- 基本型について、平成30年5月時点の51.1%から令和7年11月時点で20.7%に減少した。



在宅復帰・在宅療養支援等指標の状況

○在宅復帰・在宅療養支援等指標は、各項目の得点を合計した値により施設類型の評価項目として設定されている。
 ○超強化型から基本型までの施設類型でみると、得点構成には項目間で差があり、在宅復帰率及びベッド回転率の合計（赤枠）では差がみられる一方、喀痰吸引の実施割合及び経管栄養の実施割合の合計（青枠）では差が小さい。

■ 在宅復帰・在宅療養支援等指標に係る各項目の平均点と全項目の合計点（施設類型別）



- 在宅復帰率
- ベッド回転率
- 入所前後訪問指導割合
- 退所前後訪問指導割合
- 居宅サービスの実施
- リハビリ専門職の配置
- 支援相談員の配置
- 要介護4又は5の割合
- 喀痰吸引の実施割合
- 経管栄養の実施割合

在宅復帰率、ベッド回転率の状況

○在宅復帰・在宅療養支援等指標のうち、在宅復帰率、ベッド回転率の状況については、次のとおりであった。

■ 在宅復帰率（％）

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
全体	1,069	42.6	20.3	45.0
超強化型	434	57.3	11.5	57.2
在宅強化型	146	46.9	14.2	45.7
加算型	330	32.4	17.3	32.1
基本型	133	18.9	14.3	16.0
その他型	7	12.6	11.2	6.7
療養型	12	13.8	17.6	3.9

■ ベッド回転率（％）

	回答件数	平均	標準偏差	中央値
全体	1,050	10.5	5.5	9.9
超強化型	429	13.2	5.0	12.3
在宅強化型	144	10.4	3.6	9.8
加算型	326	8.6	4.8	7.7
基本型	128	6.8	6.2	5.5
その他型	7	5.7	4.2	4.1
療養型	9	7.0	4.3	5.7

■ 在宅復帰率の算出に使用した指標（人）

	回答件数	居宅への退所者の延数			退所者の延数			死亡した者の総数		
		平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
全体	1,042	20.2	17.8	17.0	50.9	30.3	46.0	5.5	5.6	4.0
超強化型	420	32.6	19.3	30.0	63.7	28.8	60.0	6.0	5.4	5.0
在宅強化型	144	20.3	9.8	19.0	51.1	19.0	50.0	5.7	5.6	5.0
加算型	322	11.2	8.7	9.0	43.2	24.1	38.5	5.0	5.7	3.0
基本型	131	4.4	4.1	4.0	30.1	16.0	26.0	5.1	5.7	4.0
その他型	7	1.6	2.0	1.0	18.1	7.1	15.0	4.7	3.7	5.0
療養型	11	2.5	5.1	1.0	19.1	15.0	19.0	7.2	7.3	5.0

■ ベッド回転率の算出に使用した指標（人）

	回答件数	延べ入所者数			回答件数	新規入所者の延数			新規退所者数		
		平均	標準偏差	中央値		平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
全体	973	7,495.8	2,559.0	7,674.0	1,049	24.8	14.0	22.0	23.9	14.0	21.0
超強化型	397	7,435.7	2,597.4	7,596.0	419	31.6	15.2	30.0	30.7	15.5	29.0
在宅強化型	135	7,662.6	2,467.3	8,003.0	145	25.1	9.7	24.0	23.7	9.7	22.0
加算型	309	7,624.7	2,636.1	7,830.0	328	20.9	11.5	19.0	20.2	11.1	18.0
基本型	116	7,387.6	2,310.2	7,525.5	131	14.5	8.5	13.0	13.9	8.1	12.0
その他型	4	6,245.5	1,470.0	6,452.5	8	10.1	5.4	8.5	8.4	4.8	6.5
療養型	6	4,162.3	2,282.4	3,380.0	12	10.0	8.8	8.5	7.4	6.1	7.0

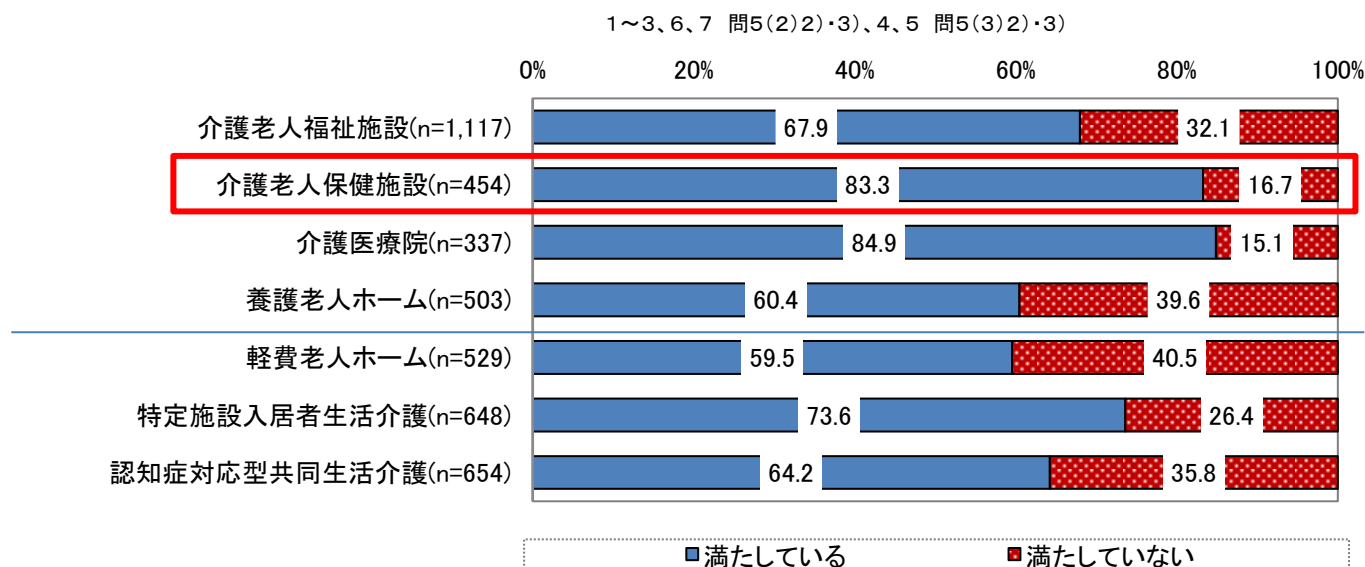
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定め状況】

○介護老人福祉施設は67.9%、介護老人保健施設は83.3%、介護医療院は84.9%、養護老人ホームは60.4%が義務化された①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制（③は病院に限る）のすべてを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは59.5%、特定施設入居者生活介護は73.6%、認知症対応型共同生活介護は64.2%が努力義務化された①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表9 要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等



※調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答に基づく結果。なお、協力医療機関に関する回答がない場合は「満たしていない」とした。また、協力医療機関の種別を病院に限るとした要件については、協力医療機関の種別を確認する間において病院を選択していない場合は、当該要件は「満たしていない」とした。

※「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」で「特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合は、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」にのみ計上した。

※介護老人福祉施設（地域密着含む）、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護（地域密着含む）、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

3. 調査結果概要

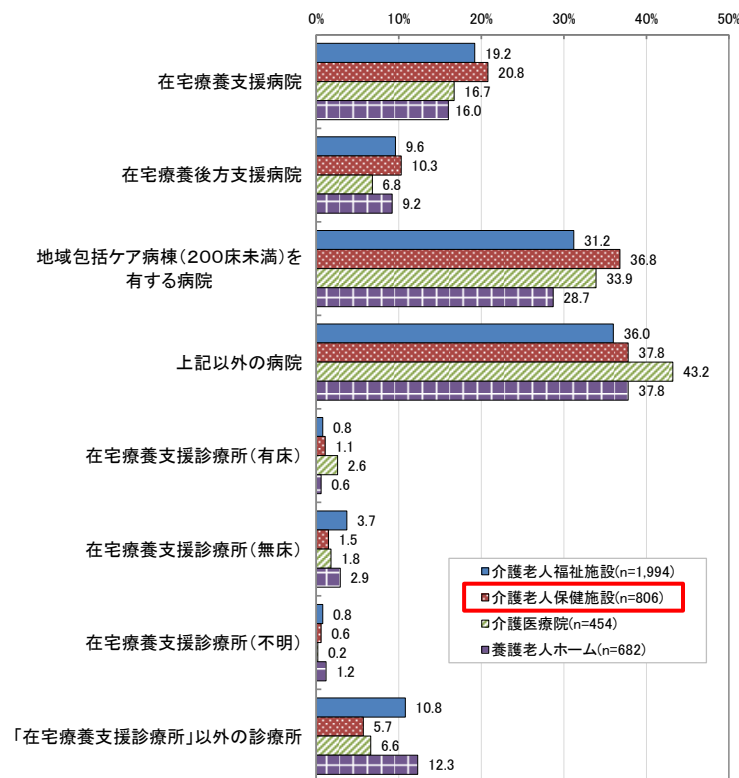
【要件を満たす協力医療機関の種別】

○要件を満たす協力医療機関の種別について、特定施設入居者生活介護では「在宅療養支援診療所(無床)」が最も高く、その他の高齢者施設等は「上記以外の病院」が高かった。

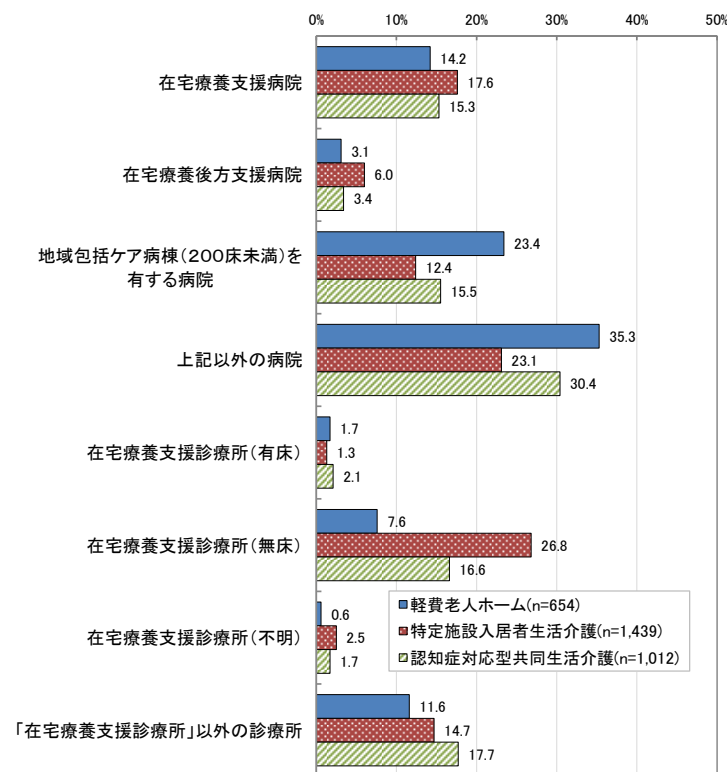
図表14 要件を満たす協力医療機関の種別

1~3、6、7 問5(2)3)8)、4、5 問5(3)3)8)

【施設系サービス・養護老人ホーム※1、3、4】



【居住系サービス・軽費老人ホーム※2、3、4】



※1.施設系サービス・養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務(令和9年3月31日までは経過措置期間)とした。

※2.居住系サービス・軽費老人ホームについては、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

※3.①~③の要件のいずれか又は全てを満たす協力医療機関の回答を集計した(調査では、全ての高齢者施設等において、①~③の要件を満たす協力医療機関に関する回答を得た。)

※4.無回答を除いて集計した。

協力医療機関の定め状況（都道府県別）及び都道府県へのヒアリング結果

- 「集計していない」の割合が高い自治体にヒアリングを行ったところ、自治体のシステム仕様上の制約や、協力医療機関が要件を満たしているかを個別に確認する負担の大きさから、集計が困難としている自治体があった。
- 一方で、調査後に手作業で再確認・集計を進めている自治体や今後の集計に向けた管理体制を整備予定の自治体があった。

①全ての要件を満たした協力医療機関を定めている、②要件の一部を満たした協力医療機関を定めている、③いずれの要件も満たしていないが、協力医療機関は定めている、④集計していない

	A.介護老人福祉施設				B.介護老人保健施設				C.介護医療院				D.養護老人ホーム				E.軽費老人ホーム				F.特定施設入居者生活介護				
	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	①	②	③	④	
北海道	37%	15%	4%	44%	68%	8%	4%	21%	74%	12%	6%	9%	30%	20%	7%	43%	11%	17%	2%	70%	16%	34%	3%	47%	
青森県	22%	16%	22%	39%	18%	15%	18%	50%	14%	14%	29%	43%	0%	0%	29%	71%	0%	7%	27%	67%	38%	25%	0%	38%	
岩手県	52%	7%	10%	31%	50%	14%	3%	33%	50%	0%	0%	50%	43%	7%	2%	50%	21%	5%	5%	68%	21%	14%	0%	64%	
宮城県	66%	5%	30%	0%	47%	3%	50%	0%	33%	0%	67%	0%	75%	25%	0%	0%	13%	55%	32%	0%	50%	0%	50%	0%	
秋田県	90%	1%	2%	7%	78%	5%	3%	15%	71%	0%	0%	29%	17%	0%	0%	83%	9%	0%	0%	91%	42%	0%	8%	50%	
山形県	74%	4%	10%	11%	68%	5%	15%	12%	83%	17%	0%	0%	0%	60%	0%	10%	30%	22%	44%	22%	11%	7%	21%	29%	
福島県	91%	6%	1%	2%	91%	2%	4%	4%	100%	0%	0%	0%	57%	29%	0%	14%	80%	7%	0%	13%	94%	0%	0%	6%	
茨城県	72%	7%	10%	12%	80%	7%	2%	10%	67%	0%	7%	27%	50%	30%	0%	20%	9%	58%	11%	22%	67%	2%	6%	25%	
栃木県	59%	17%	8%	15%	63%	17%	4%	15%	90%	10%	0%	0%	22%	56%	0%	22%	38%	0%	0%	62%	67%	7%	7%	20%	
群馬県	90%	5%	6%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	0%	76%	0%	24%	0%	83%	4%	4%	8%
埼玉県	54%	9%	6%	32%	51%	11%	10%	28%	56%	22%	0%	22%	33%	8%	0%	58%	23%	9%	1%	67%	57%	24%	4%	16%	
千葉県	45%	20%	35%	0%	53%	24%	23%	0%	41%	29%	29%	0%	60%	40%	0%	0%	47%	23%	9%	21%	73%	9%	18%	0%	
東京都	65%	24%	2%	9%	90%	8%	0%	3%	87%	6%	0%	6%	56%	15%	4%	26%	62%	0%	3%	35%	0%	0%	0%	100%	
神奈川県	63%	34%	3%	0%	74%	0%	0%	26%	71%	0%	0%	29%	71%	14%	14%	0%	71%	29%	0%	0%	71%	12%	17%	0%	
新潟県	90%	0%	10%	0%	89%	2%	9%	0%	93%	0%	7%	0%	38%	0%	0%	63%	68%	4%	0%	28%	67%	3%	5%	24%	
富山県	90%	3%	3%	3%	97%	0%	3%	0%	90%	0%	5%	5%	100%	0%	0%	0%	86%	7%	0%	7%	100%	0%	0%	0%	
石川県	79%	19%	2%	0%	74%	26%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	57%	43%	0%	0%	18%	68%	14%	0%	100%	0%	0%	0%	
福井県	80%	20%	0%	0%	24%	0%	76%	0%	38%	0%	63%	0%	43%	0%	0%	57%	9%	55%	0%	36%	6%	33%	6%	56%	
山梨県	63%	4%	33%	0%	65%	12%	23%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	14%	86%	0%	0%	
長野県	75%	3%	4%	18%	84%	1%	3%	12%	93%	7%	0%	0%	50%	25%	10%	15%	4%	50%	17%	29%	0%	78%	10%	12%	
岐阜県	83%	13%	2%	2%	64%	19%	3%	14%	73%	18%	0%	9%	90%	5%	0%	5%	70%	17%	3%	10%	79%	13%	0%	8%	
静岡県	48%	25%	25%	1%	62%	12%	22%	4%	68%	0%	32%	0%	33%	33%	0%	33%	8%	61%	6%	25%	78%	11%	7%	4%	
愛知県	84%	12%	2%	1%	86%	5%	3%	6%	75%	17%	0%	8%	56%	19%	13%	13%	25%	38%	14%	23%	96%	0%	3%	1%	
三重県	92%	4%	5%	0%	87%	0%	0%	13%	100%	0%	0%	0%	80%	5%	10%	5%	75%	3%	8%	14%	51%	0%	12%	37%	
滋賀県	85%	8%	8%	0%	96%	4%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	80%	20%	0%	0%	57%	43%	0%	0%	
京都府	51%	7%	13%	30%	63%	10%	10%	17%	33%	0%	0%	67%	14%	29%	0%	57%	38%	16%	2%	45%	44%	6%	22%	28%	
大阪府	63%	15%	0%	21%	79%	16%	0%	4%	56%	11%	0%	33%	38%	38%	0%	25%	45%	20%	0%	35%	82%	11%	7%	0%	
兵庫県	63%	7%	0%	30%	60%	3%	1%	35%	69%	8%	0%	23%	25%	8%	0%	67%	28%	7%	0%	65%	6%	40%	2%	52%	
奈良県	56%	19%	25%	0%	67%	14%	19%	0%	83%	17%	0%	0%	73%	0%	27%	0%	41%	4%	56%	0%	77%	3%	20%	0%	
和歌山県	78%	14%	8%	0%	83%	13%	3%	0%	63%	25%	13%	0%	90%	0%	10%	0%	36%	57%	7%	0%	30%	70%	0%	0%	
鳥取県	58%	29%	4%	8%	47%	44%	0%	8%	29%	57%	0%	14%	67%	33%	0%	0%	65%	9%	0%	26%	20%	40%	0%	40%	
島根県	96%	0%	4%	0%	96%	0%	4%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	57%	29%	14%	0%	58%	31%	11%	0%	
岡山県	89%	4%	0%	7%	95%	5%	0%	0%	88%	13%	0%	0%	36%	14%	0%	50%	44%	3%	0%	53%	61%	14%	0%	24%	
広島県	0%	3%	0%	8%	98%	0%	0%	2%	94%	0%	6%	6%	63%	0%	0%	38%	85%	0%	0%	15%	90%	0%	0%	10%	
山口県	49%	17%	9%	26%	59%	10%	2%	29%	41%	14%	0%	45%	44%	28%	11%	17%	60%	0%	3%	37%	76%	0%	0%	24%	
徳島県	91%	5%	5%	0%	92%	4%	0%	4%	82%	18%	0%	0%	79%	21%	0%	0%	81%	0%	0%	19%	100%	0%	0%	0%	
香川県	95%	2%	3%	0%	94%	0%	6%	0%	89%	11%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	
愛媛県	61%	19%	8%	11%	83%	6%	6%	0%	86%	7%	0%	7%	65%	18%	6%	12%	52%	13%	16%	19%	62%	8%	19%	11%	
高知県	21%	2%	2%	74%	23%	0%	0%	77%	19%	0%	0%	81%	13%	0%	0%	88%	20%	0%	0%	80%	57%	0%	0%	43%	
福岡県	66%	10%	2%	22%	76%	1%	3%	20%	39%	3%	16%	42%	18%	5%	36%	41%	25%	14%	9%	52%	52%	17%	6%	25%	
佐賀県	26%	7%	0%	67%	34%	0%	0%	66%	22%	78%	0%	0%	0%	92%	0%	8%	0%	77%	0%	23%	5%	19%	0%	76%	
長崎県	54%	38%	6%	3%	74%	23%	3%	0%	71%	29%	0%	0%	20%	60%	5%	15%	19%	63%	13%	6%	6%	50%	25%	19%	
熊本県	52%	6%	0%	42%	58%	4%	4%	33%	29%	14%	0%	57%	41%	7%	0%	52%	18%	24%	0%	59%	63%	0%	6%	31%	
大分県	40%	17%	0%	43%	39%	8%	0%	53%	20%	13%	0%	67%	28%	17%	0%	56%	9%	9%	0%	82%	31%	4%	4%	62%	
宮崎県	28%	21%	10%	41%	55%	19%	3%	23%	47%	27%	0%	27%	11%	30%	0%	59%	17%	8%	17%	58%	25%	7%	0%	68%	
鹿児島県	74%	12%	0%	14%	85%	3%	0%	12%	79%	0%	1%	21%	19%	11%	0%	69%	14%	5%	0%	81%	74%	15%	0%	10%	
沖縄県	67%	13%	19%	2%	84%	5%	8%	3%	100%	0%	0%	0%	60%	0%	40%	0%	86%	0%	0%	14%	71%	0%	19%	10%	

※指定（許可）している介護事業所・施設（休止中除く）の令和7年8月1日時点の届出状況に基づく結果。ただし、一部の自治体では、管理上都合で更新を行っているため令和7年8月1日以降の最新情報で回答している場合や、年に1回の届出の締切時期により令和6年度末時点の情報を回答している場合がある。

※介護事業所・施設数については、各都道府県、各市区町村の回答に基づく集計のため、重複計上等があり得る。ただし、一部の自治体への聞き取り等によりデータ精査を行った。

※広域連合等に所属する市町村についても市町村単位での回答を依頼した。ただし、広域連合等が届出の受理・管理を行っている場合、市町村ごとの事業所数ではなく、広域連合を構成する市町村全体で計上している場合がある。

※「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」で「特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合は、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」にのみ計上するよう依頼した。

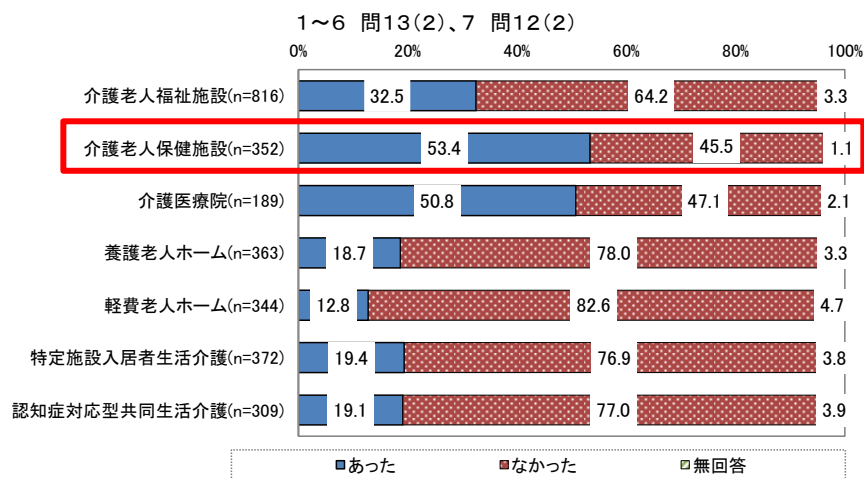
※介護老人福祉施設（地域密着含む）、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること（③は病院に限る）を義務（令和9年3月31日までは経過措置期間）とした。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護（地域密着含む）、認知症対応型共同生活介護は、①常時相談対応を行う体制、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

3. 調査結果概要

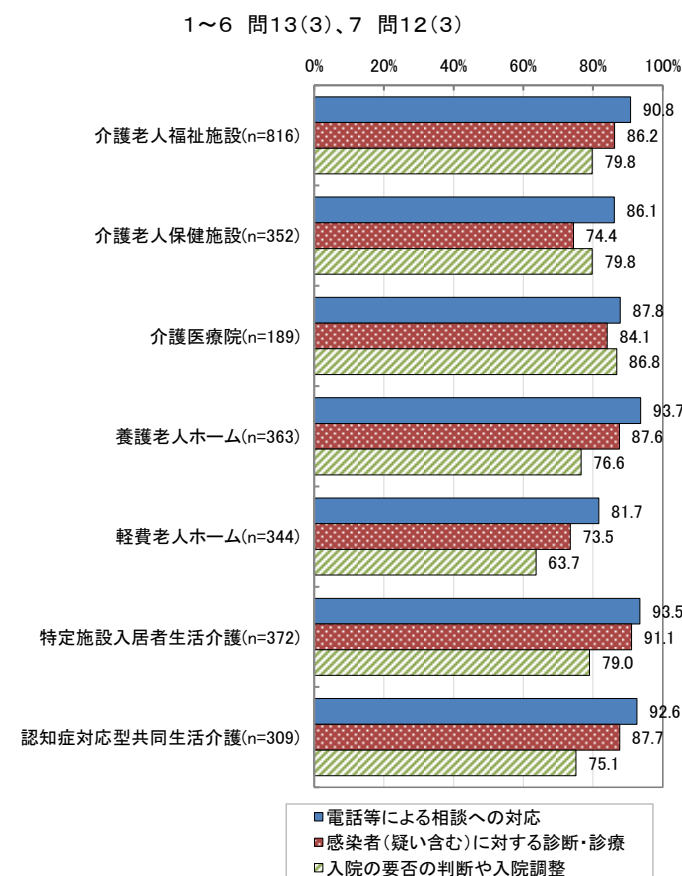
【新型コロナウイルス感染症の発生状況(令和6年4月～令和7年3月)】

- 新型コロナウイルス感染症が発生した高齢者施設等のうち、介護老人保健施設、介護医療院では5割程度の施設が入所退所を停止していた。
- 介護老人保健施設においては、入退所を停止した施設のうち、臨時的な取扱いを適用した施設が32.4%であった。
- 新型コロナウイルス感染症を発生した際の「電話等による相談への対応」「感染者(疑い含む)に対する診断・診療」「入院の可否の判断や入院調整」の対応を行う医療機関を確保している高齢者施設等は概ね7割を超えていた。

図表53 新型コロナウイルス感染症 入所(居)退所(居)停止の状況※1



図表55 新型コロナウイルス感染症 医療機関の確保状況※1



図表54 介護老人保健施設の臨時的な取扱い※2の適用状況※1、3

1～6 問13(2)、7 問12(2)

	全体	うち臨時的な取扱い	臨時的な取扱い(割合)
入所退所を停止した事業所数	182	59	32.4%
停止回数	393	95	24.2%
平均停止回数	2.2	1.6	—

※1. 新型コロナウイルス感染症の発生があった高齢者施設等を集計した。

※2. 介護老人保健施設における、感染者の発生により入退所を停止する場合の、基本サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算における在宅復帰・在宅療養支援等指標の臨時的な取扱い

※3. 停止回数が無回答の事業所は除いて集計した。

3. 調査結果概要

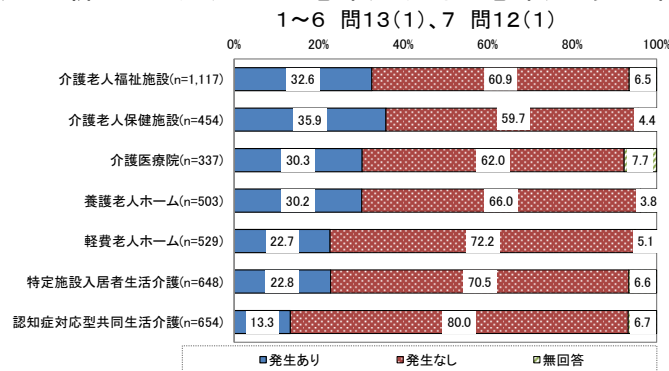
【新型コロナウイルス感染症以外の感染症の発生状況(令和6年4月～令和7年3月)】

- 新型コロナウイルス感染症以外は、13.3%～35.9%の高齢者施設等で発生し、具体的な感染症としては、インフルエンザ、感染性胃腸炎の順に多く、インフルエンザによる入所(居)退所(居)の停止は9.2%～26.5%、感染性胃腸炎による停止は最大で5.5%であった。
- 新型コロナウイルス感染症以外の感染症を発生した際の「電話等による相談への対応」「感染者(疑い含む)に対する診断・診療」を確保している高齢者施設等は、7割を超えていた。

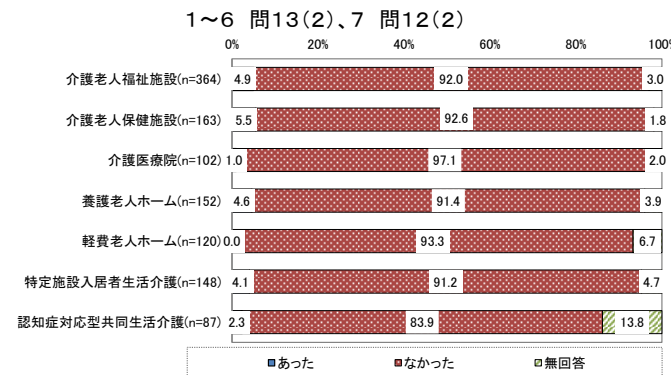
図表56 新型コロナウイルス感染症以外の感染症による入所(居)退所(居)停止のあった施設数(具体的な感染症名別)※1

	インフルエンザ	感染性胃腸炎	疥癬(かいせん)	結核	偽膜性大腸菌	腸管出血性大腸菌	レジオネラ症	B型肝炎	薬剤耐性菌感染症	アタマジラミ	その他
高齢者施設等の合計	187	43	15	2	1	0	0	0	0	0	20

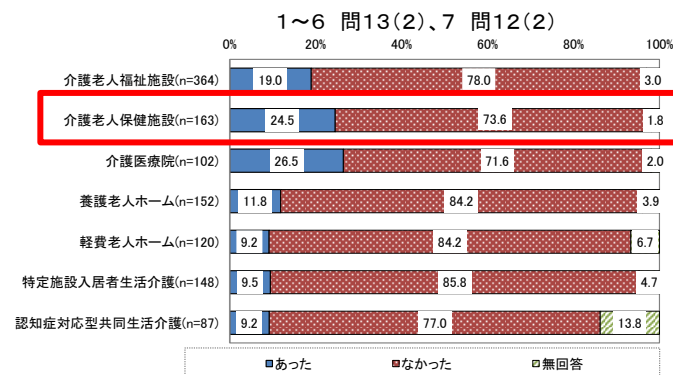
図表57 新型コロナウイルス感染症以外の感染症 発生有無(入所(居)者)※2



図表59 感染性胃腸炎 入所(居)退所(居)停止の状況※1



図表58 インフルエンザ 入所(居)退所(居)停止の状況※1



図表60 新型コロナウイルス感染症以外の感染症 医療機関の確保状況※1

1～6 問13(3)、7 問12(3)

施設種別	調査数	電話等による相談への対応	感染者(疑い含む)に対する診断・診療	入院の要否の判断や入院調整
介護老人福祉施設	364	89.6%	86.5%	77.2%
介護老人保健施設	163	83.4%	74.8%	74.2%
介護医療院	102	89.2%	89.2%	89.2%
養護老人ホーム	152	94.7%	89.5%	80.3%
軽費老人ホーム	120	80.0%	70.0%	58.3%
特定施設入居者生活介護	148	94.6%	90.5%	83.8%
認知症対応型共同生活介護	87	89.7%	85.1%	70.1%

※1.新型コロナウイルス感染症以外の感染症の発生があった高齢者施設等を集計した。

※2.調査期間(令和7年9月～11月)における高齢者施設等からの回答を集計した。

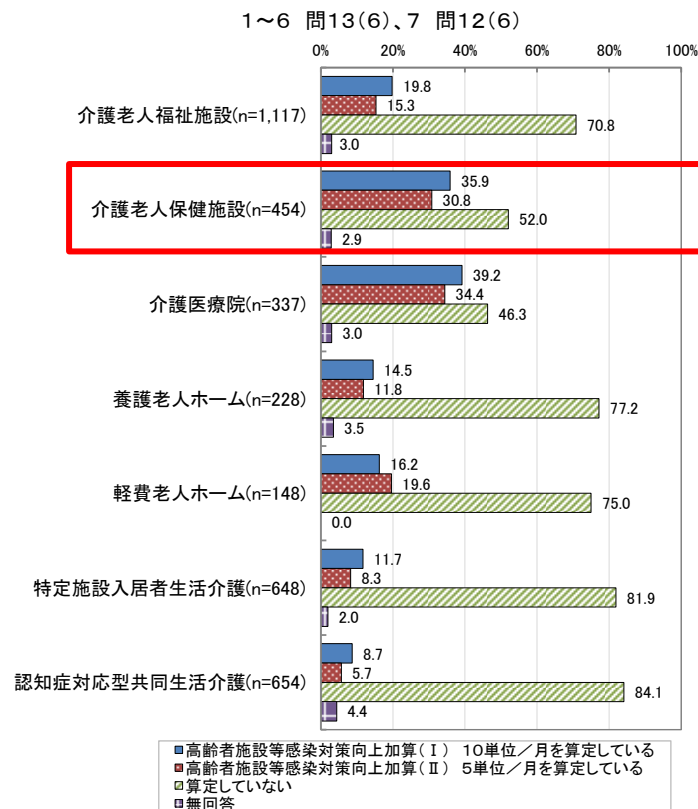
3. 調査結果概要

【高齢者施設等感染症対策向上加算について】

○介護老人保健施設、介護医療院では算定していない割合が約半数、その他のサービスでは7割以上が加算を算定していなかった。

○高齢者施設等感染症対策向上加算を算定していない理由では、「研修や実地指導を行う医療機関との連携が困難であるため」「研修や実地指導を行う時間を確保することが困難であるため」の割合が相対的に高かった。

図表61 高齢者施設等感染症対策向上加算の算定状況※1、2



図表62 高齢者施設等感染症対策向上加算を算定していない理由※1、2

1～6 問13(6)4)、7 問12(6)4)

施設種別	調査数	研修や実地指導を行う医療機関との連携が困難であるため	第二種協定指定医療機関との連携が困難であるため	研修や実地指導を行う時間を確保することが困難であるため	すでに感染症対策は十分できているため	その他	無回答
介護老人福祉施設	791	46.0%	35.5%	38.6%	4.3%	22.4%	4.8%
介護老人保健施設	236	43.6%	37.3%	36.4%	9.3%	19.5%	3.4%
介護医療院	156	38.5%	30.1%	42.3%	10.3%	26.9%	5.1%
養護老人ホーム	176	41.5%	31.3%	29.0%	4.5%	30.7%	4.0%
軽費老人ホーム	111	36.0%	31.5%	42.3%	3.6%	27.0%	4.5%
特定施設入居者生活介護	531	34.7%	26.4%	26.4%	7.5%	33.0%	7.9%
認知症対応型共同生活介護	550	36.7%	27.5%	30.5%	5.5%	26.4%	12.2%

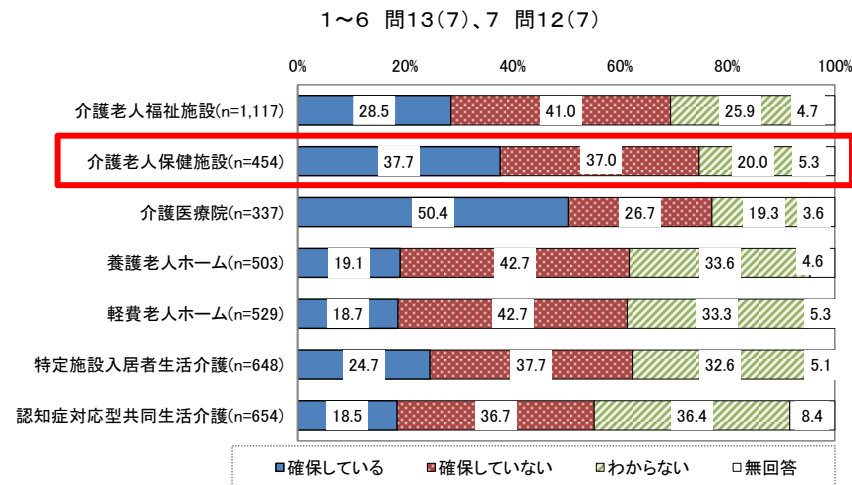
※1.調査期間(令和7年9月～11月)における高齢者施設等からの回答を集計した。
 ※2.養護老人ホーム、軽費老人ホームについては、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所のみを集計した。

3. 調査結果概要

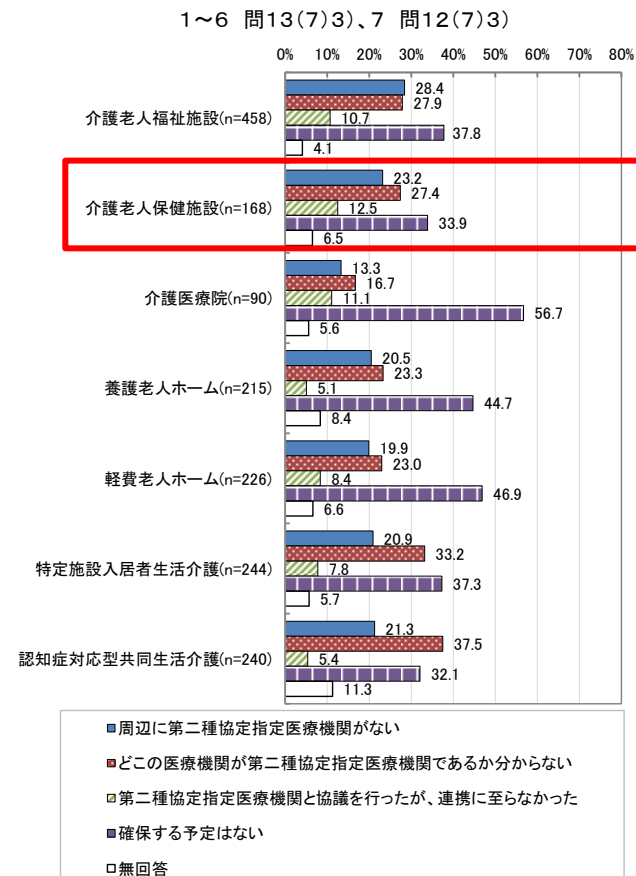
【第二種協定指定医療機関との体制確保について】

- 第二種協定指定医療機関と新興感染症の発生時に対応を行う体制を確保している高齢者施設等は、介護医療院が50.4%、介護老人保健施設が37.7%、介護老人福祉施設が28.5%であった。
- 第二種協定指定医療機関との体制確保をしていない理由は、「確保する予定はない」を除き、「周辺に第二種協定指定医療機関がない」「どこの医療機関が第二種協定指定医療機関であるか分からない」の割合が高かった。

図表63 第二種協定指定医療機関との体制確保状況※1



図表64 第二種協定指定医療機関との体制確保をしていない理由※2



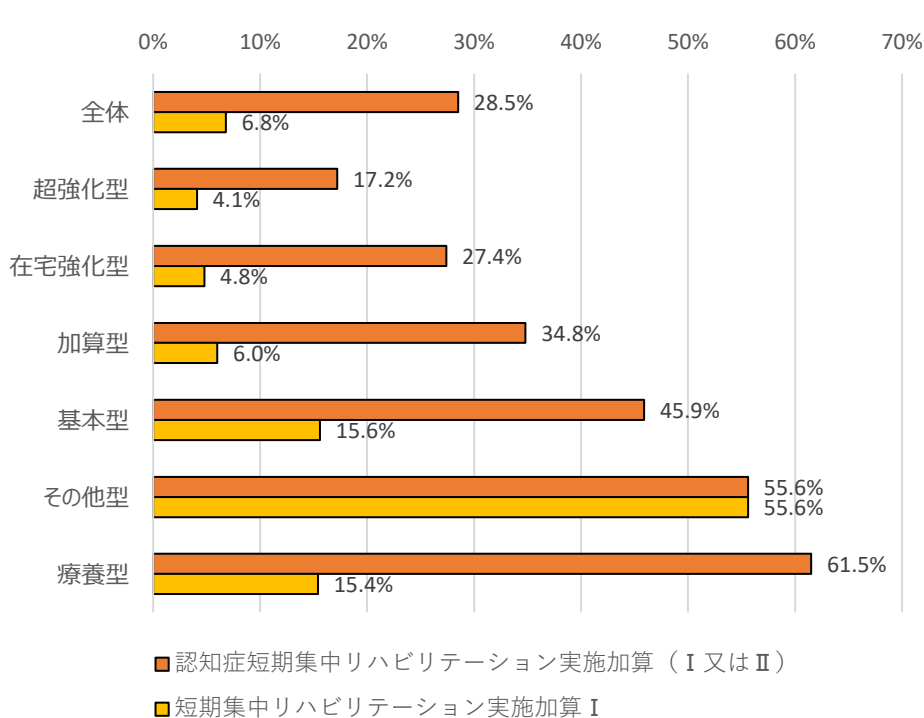
※1.調査期間（令和7年9月～11月）における高齢者施設等からの回答を集計した。

※2.第二種協定指定医療機関を確保していないと回答した高齢者施設等の回答を集計した。

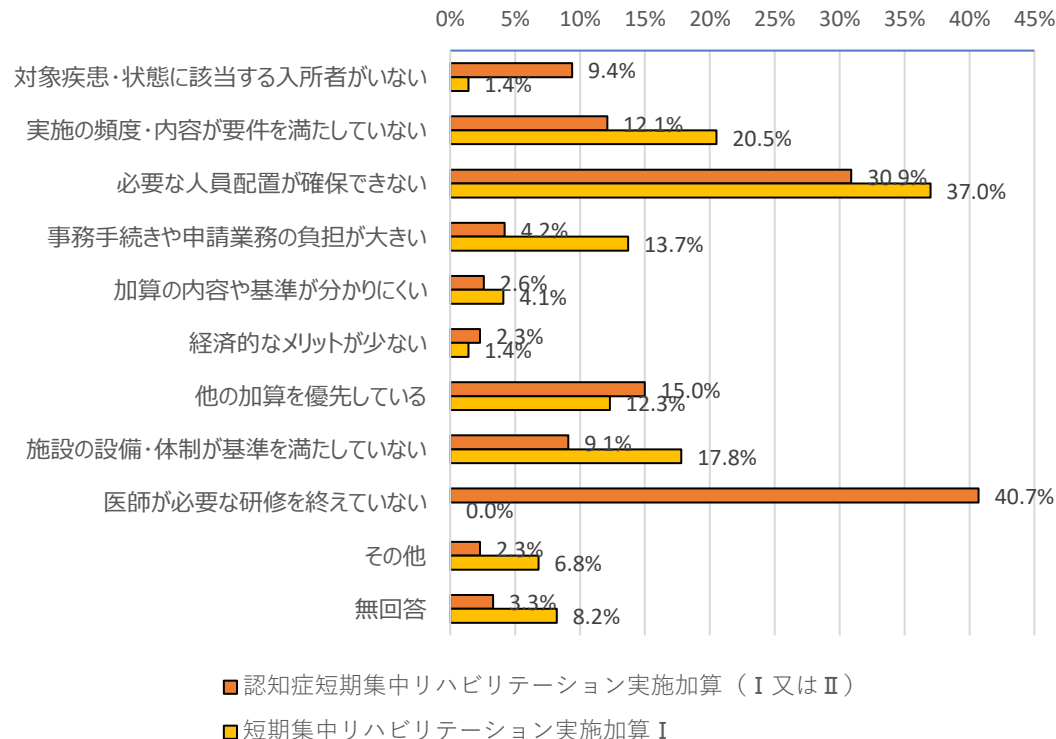
認知症短期集中リハビリテーション、短期集中リハビリテーションの算定が難しい理由等

- 算定が難しいと思われる加算として、認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、全体で28.5%である一方で、短期集中リハビリ実施加算Ⅰは、全体で6.8%であった。
- また、施設類型別でみると、上記の項目について、「該当有」と回答した施設割合は、回答数が少ないその他型、療養型を除き、超強化型、在宅強化型、加算型、基本型の順で割合が低い傾向であった。
- 算定が難しい理由としては、認知症短期集中リハビリテーション実施加算では、「医師が必要な研修を終えていない」、短期集中リハビリ実施加算Ⅰでは、「必要な人員配置が確保できない」が最も高い割合であった。

■ 算定が難しいと思われる加算（複数回答）（施設類型別）



■ 算定が難しい理由（複数回答）



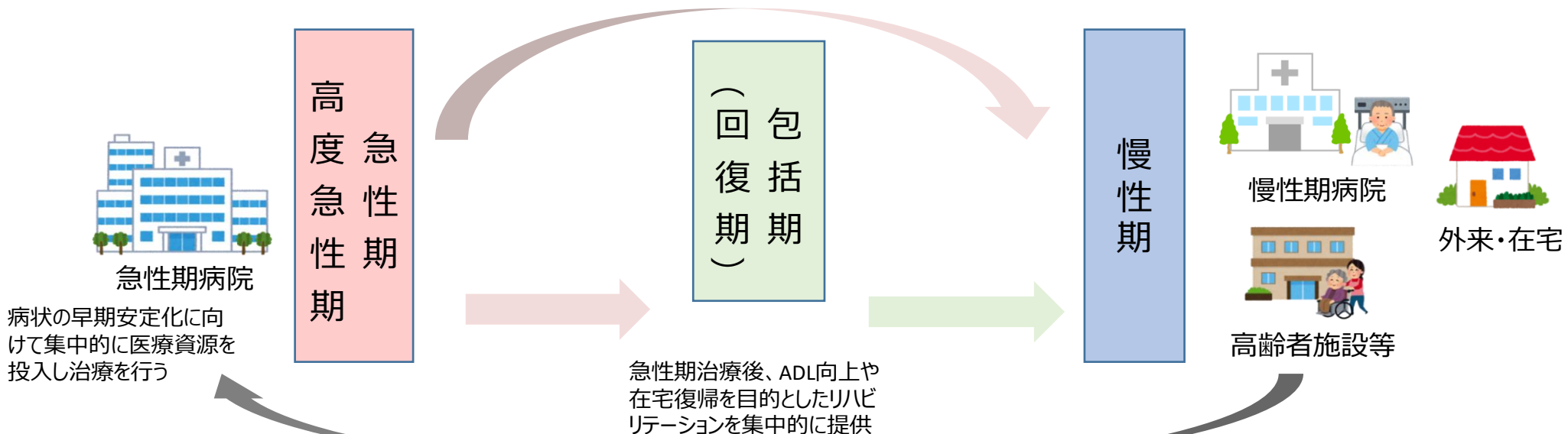
- 病院薬剤師が実施する薬物治療の連携方法として、入院中の薬物治療や副作用、ポリファーマシー対策に係る薬剤の調整等の薬物治療に特化した情報提供書（薬剤サマリー）がある。
- 薬剤サマリーは、多職種で共有することを前提とし、患者の退院後の生活環境や支援体制は異なるため、それに応じた情報の整理が求められるだけでなく、高度急性期、急性期、包括期（回復期）、慢性期の各フェーズに応じて、処方変更等の要点を明確に記載し、次の担当者がスムーズに治療を引き継げるよう記載内容や重点を変化させることが重要である。

<高度急性期・急性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ 一般的に**在院日数が短く**、患者の病態が急速に変化するため、服薬管理を再考することまでは困難であり、**入院前の服薬管理の評価に留まる場合も多い**と考えられる。
- ・ このような場合でも、患者の既往歴や常用薬、急性期での薬剤変更の意図が特に重要であり、介入を要する問題点、退院時点での患者状態と服薬時の注意事項などを回復期・慢性期病院に情報提供する。
(例：手術後に一時的に中止した抗凝固薬などの再開時期について)

<包括期（回復期）・慢性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ **入院期間が長期化**し、治療の安定化や患者のADLの回復を支えるための薬物療法の調整が中心となる。
- ・ 処方変更や薬剤再評価の機会が増えるため、リハビリテーションの進行状況やポリファーマシー対策の進捗も含めた情報共有が欠かせない。
- ・ **退院後の療養生活を見据えた服薬管理の再考**を行い、服薬管理上の注意点や引き続き介入を要する問題点などを、**地域生活を支える保険薬局等へ情報提供**する。
(例：リハビリに伴う転倒リスクを低減するため、睡眠薬や向精神薬の適正使用について記載する)



(医) 薬剤総合評価調整加算について

- 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことによりポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が充実されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す

現行

【(医) 薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

改定後

【(医) 薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 160点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**

現行

【(医) 退院時薬剤情報管理指導料】

注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、**退院時薬剤情報連携加算**として、60点を所定点数に加算する。

改定後

【(医) 退院時薬剤情報管理指導料】

注2 削除

入所者に対する服薬管理の実施状況

- 入所者のポリファーマシー（多剤服用）対策については、「入所中に状態の変化等がみられた場合やポリファーマシーが疑われる場合には、処方内容の見直しや減薬を行っている」が44.8%で最も多かった。
- ポリファーマシー対策に取り組んでいる場合における服薬回数を減らす取組の実施は、「はい」が71.5%であった。
- 「なるべく処方内容の変更は行わない方針」とした理由は、「薬剤調整や処方変更後の経過観察等に多くの時間を要するため」が38.3%で最も多く、次いで「ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在又は不足しているため」が35.8%であった。

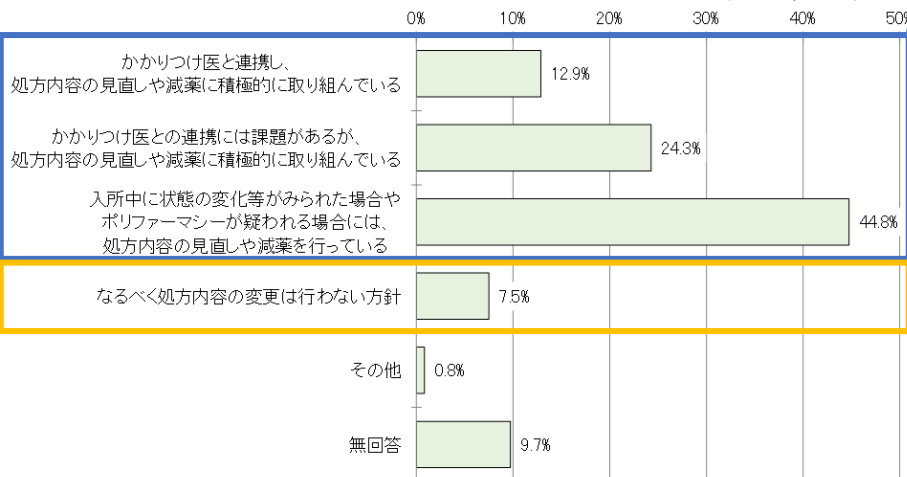
■ 介護老人保健施設における薬剤師の常勤換算の配置状況

	施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	517	0.3	0.3	0.3
超強化型	169	0.3	0.3	0.3
在宅強化型	57	0.3	0.3	0.3
加算型	164	0.3	0.3	0.3
基本型	113	0.2	0.2	0.3
その他型	113	0.1	0.2	0.0

※薬剤師の配置基準：適当数（300：1を標準）

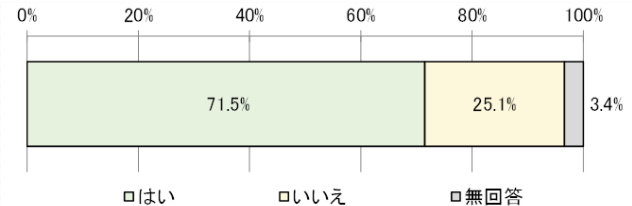
【出典】令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）
「介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業」

■ 入所者のポリファーマシー対策への取り組み(n=1,079)

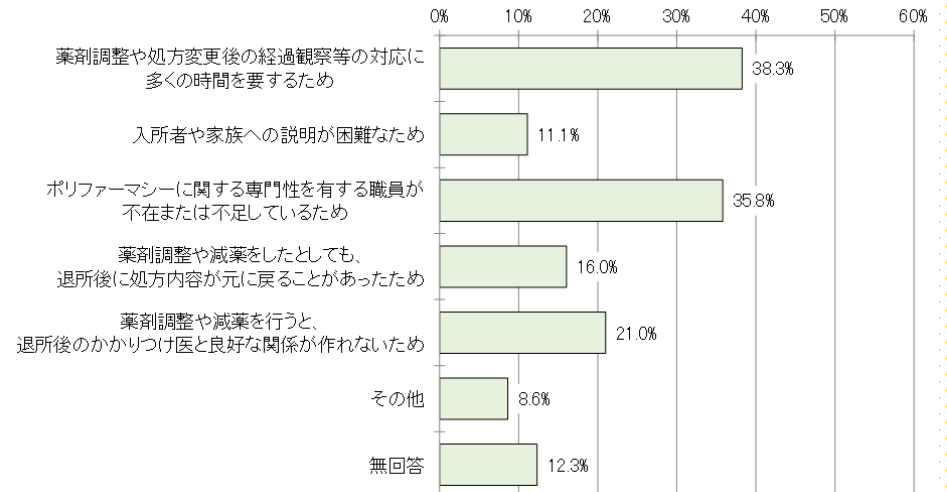


【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進にかかる調査研究事業」

■ 服薬回数を減らすことへの取組(n=884)



■ なるべく処方内容の変更は行わない方針を選択した理由（複数回答）（n=81）



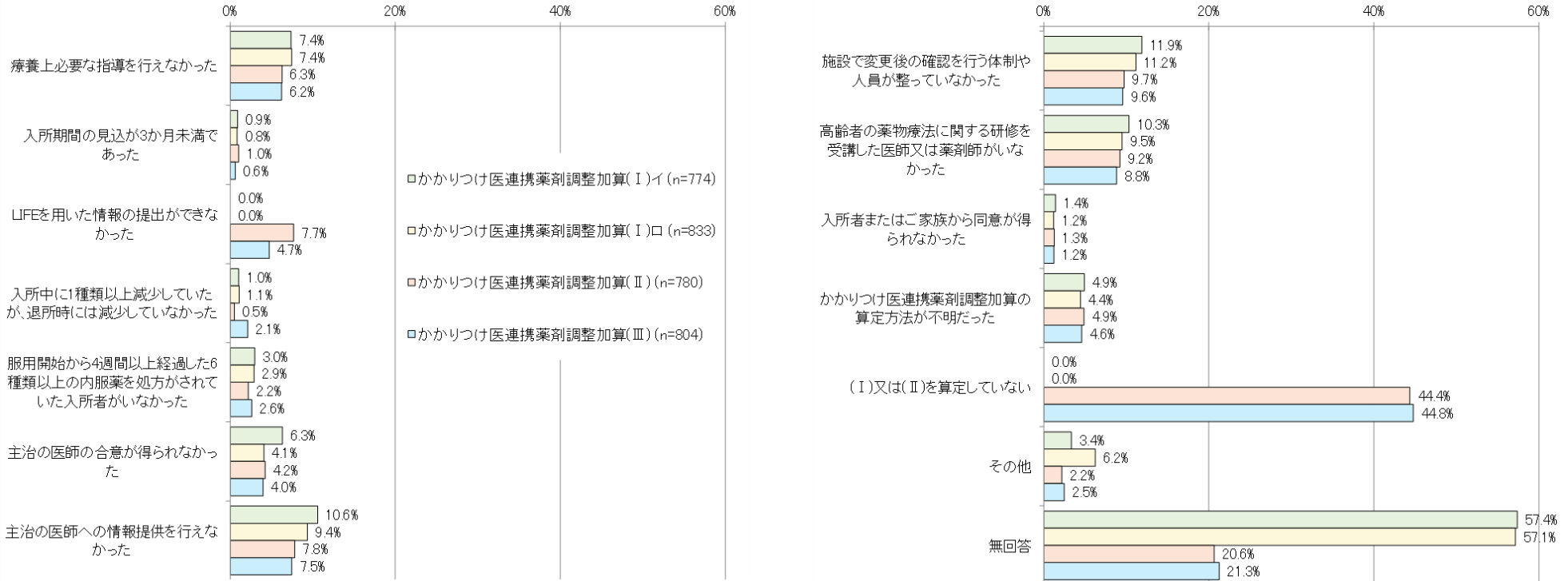
かかりつけ医連携薬剤調整加算の状況

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ及びロの施設類型別で算定有の割合は、超強化型が最も多かった。
- かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由として、（Ⅰ）イ及びロで「施設で変更後の確認を行う体制や人員が整っていないかった」が11.9%、11.2%で最も多かった。

■ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ及びロの算定有無（施設類型別）

	合計	(Ⅰ)イの算定有無			(Ⅰ)ロの算定有無		
		算定あり	算定なし	無回答	算定あり	算定なし	無回答
全体	1,079(100.0%)	116(10.8%)	774(71.7%)	189(17.5%)	57(5.3%)	833(77.2%)	189(17.5%)
超強化型	436(100.0%)	84(19.3%)	296(67.9%)	56(12.8%)	45(10.3%)	335(76.8%)	56(12.8%)
在宅強化型	146(100.0%)	10(6.8%)	104(71.2%)	32(21.9%)	5(3.4%)	109(74.7%)	32(21.9%)
加算型	333(100.0%)	18(5.4%)	242(72.7%)	73(21.9%)	6(1.8%)	254(76.3%)	73(21.9%)
基本型	135(100.0%)	3(2.2%)	110(81.5%)	22(16.3%)	1(0.7%)	112(83.0%)	22(16.3%)
その他型	9(100.0%)	0(0%)	8(88.9%)	1(11.1%)	0(0%)	8(88.9%)	1(11.1%)
療養型	13(100.0%)	0(0%)	9(69.2%)	4(30.8%)	0(0%)	9(69.2%)	4(30.8%)

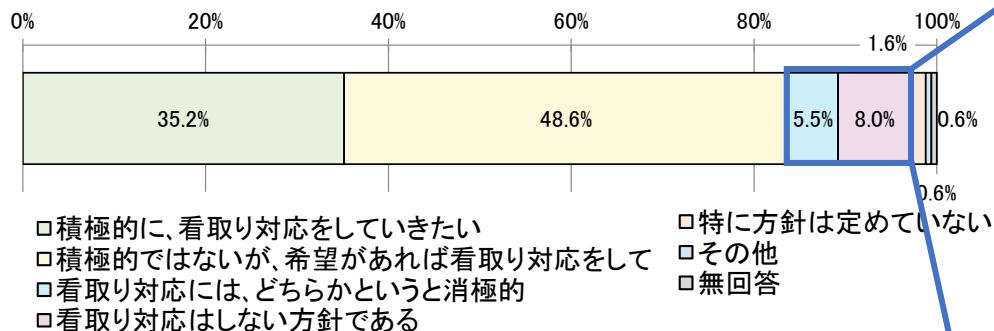
■ かかりつけ医連携薬剤調整加算を算定しなかった理由



看取りに関する対応状況等

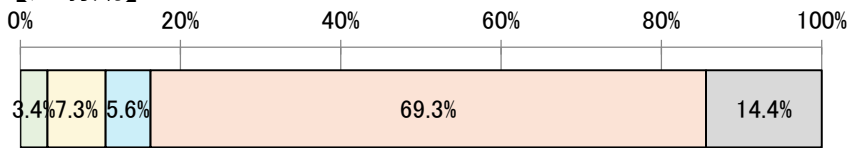
- 看取り対応についての施設としての方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が48.6%で最も多く、次いで「積極的に、看取り対応をしていきたい」が35.2%であった。
- 看取り対応について消極的である、または、行わない理由としては、医師、看護師、介護職員の「負担が大きい」や、「麻薬、酸素療法などの看取り期に必要な医療が十分に提供できない」が多く挙げられた。
- 施設での疼痛緩和における麻薬使用・管理は、注射剤・内服等いずれも「相当の検討を有する/対応できない」が最多（注射69.3%、内服等50.4%）で、次いで注射剤は「対応可能だが実績なし」が7.3%、内服等は「対応可能かつ実績あり」が19.6%であった。

■ 看取り対応について施設としての方針 (n=825)

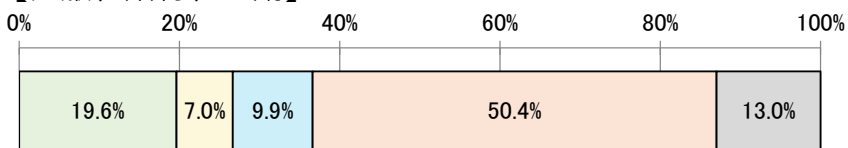


■ 疼痛緩和のための麻薬利用 (n=825)

【注射剤】

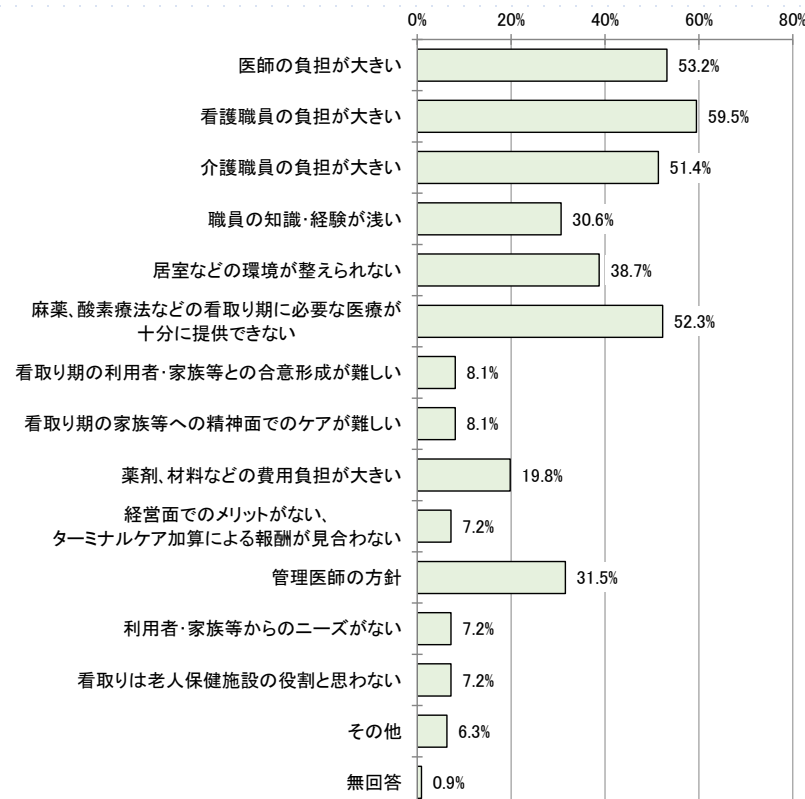


【内服、貼付、坐剤】



- 自施設で対応可能であり、過去に受け入れた実績がある
- 自施設で対応可能だが、受け入れ実績はない
- 協力病院・診療所の支援を受けて対応できる
- 相当の検討を有する/対応できない
- 無回答

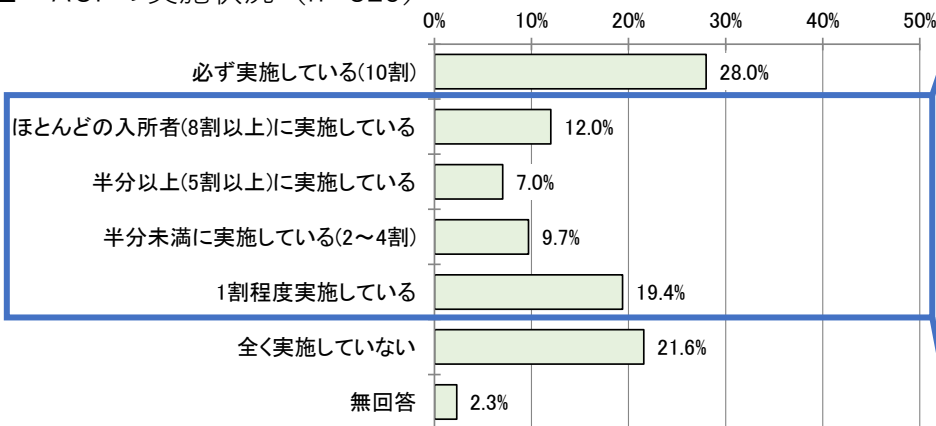
■ 看取り対応について消極的である、または、行わない理由 (複数回答) (n=111)



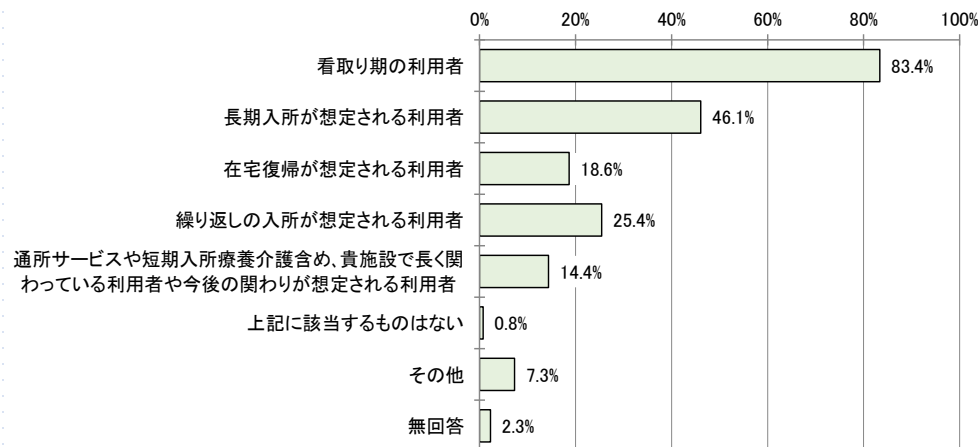
入所者に対する意思決定支援の実施状況等

- アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施状況は、「必ず実施している（10割）」が28.0%で最も多く、次いで「全く実施していない」が21.6%であった。
- 「必ず実施している」「全く実施していない」以外の回答で、どのような入所者にACPを実施しているかについては、「看取り期の利用者」が83.4%で最も多く、次いで「長期入所が想定される利用者」が46.1%であった。
- ACPの話し合いを行う時期は、「状態悪化時に行う」が76.1%で最も多く、次いで「看取り期に行う」が71.8%であった。

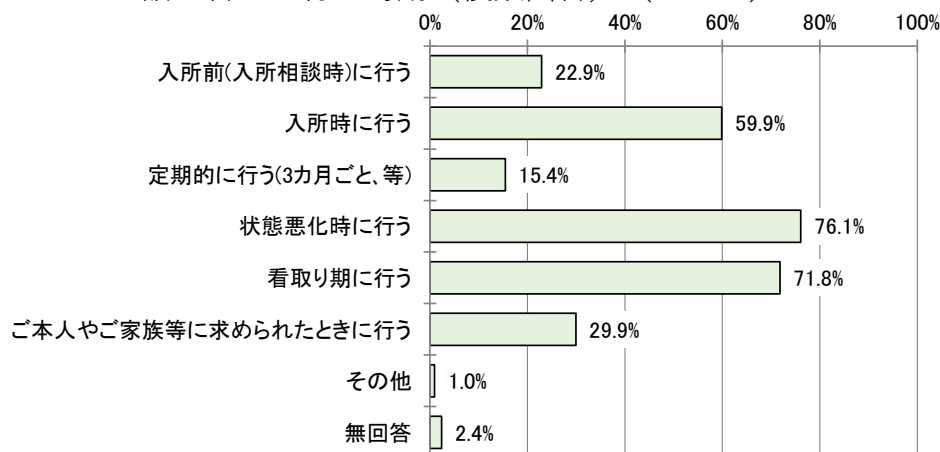
■ ACPの実施状況（n=825）



■ どのような入所者に対してACPを実施しているか（複数回答）（n=397）



■ ACPの話し合いを行う時期（複数回答）（n=628）



【出典】令和7年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設利用者等に対する急変時等の治療方針に関する意思決定支援にかかる調査研究事業」

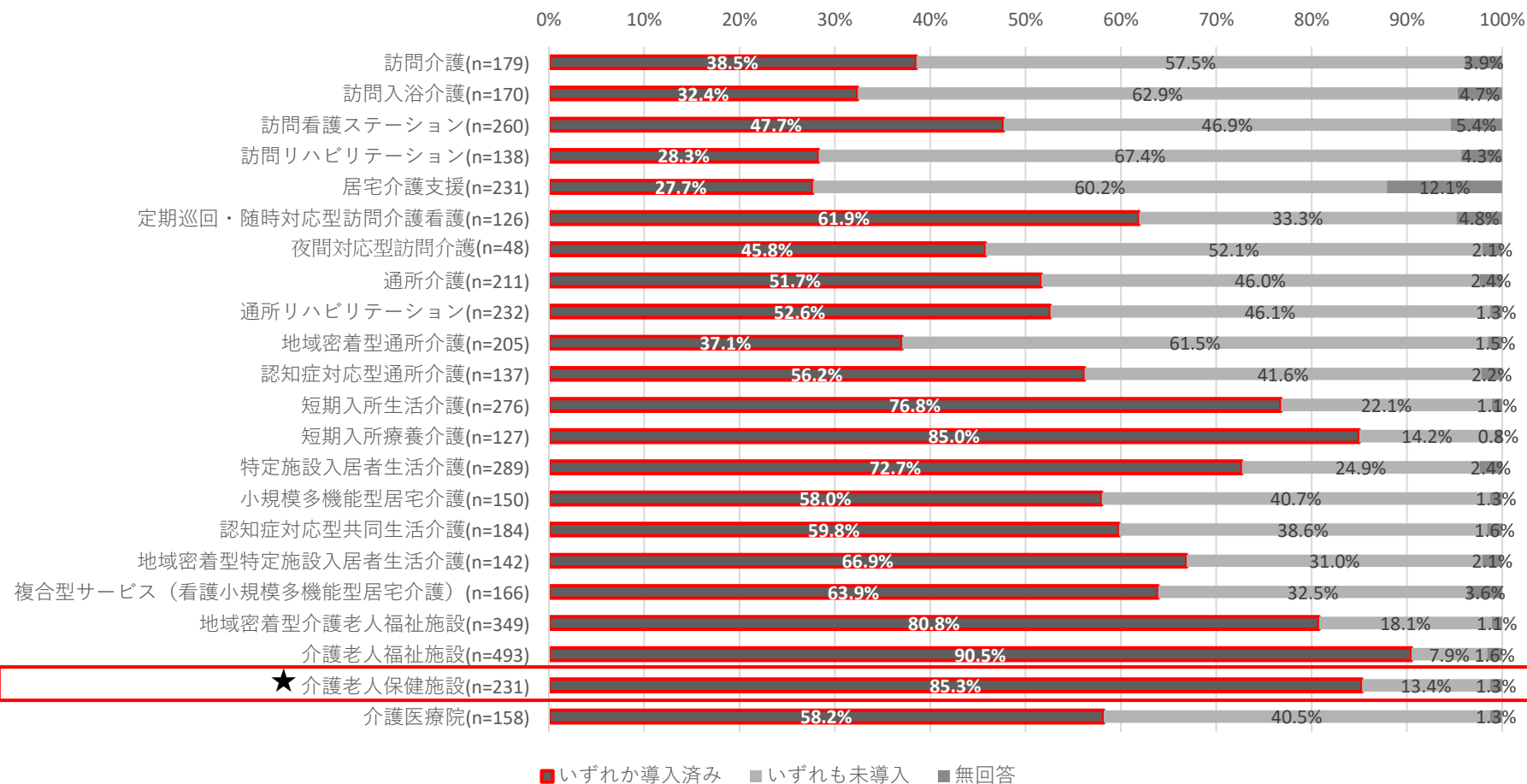
(4). 介護現場における生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくりに資する調査研究事業

令和8年2月18日 第32回社会保障審議会介護給付費分科会
介護報酬改定検証・研究委員会より抜粋

介護テクノロジー等の導入概況1

○「介護テクノロジー利用の重点分野」、「ウェアラブルデバイス」、「職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（インカム等）」のいずれかを導入していると回答した割合は介護老人福祉施設では約90%、介護老人保健施設・短期入所療養介護では約85%であった。

図表1 問2-1 サービス別の介護テクノロジーの導入概況



・調査対象の選定の際に2段階で追加で抽出した生産性向上推進体制加算・夜勤職員配置加算・日常生活継続支援加算・入居継続支援加算の加算届出施設・事業所を除外し、集計を行った。

1. 介護老人保健施設の概況
2. 令和6年度介護報酬改定の内容
3. 関連する各種意見・サービス提供等の状況

 4. 現状と課題及び論点

介護老人保健施設の現状と課題

現状と課題

- 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指す施設。
- 請求事業所数、受給者数は平成30年度以降わずかに減少傾向、費用額は平成31年度から緩徐に増加傾向。
- 収支差率は、令和4年が▲1.1%、令和5年が▲0.6%、令和6年が0.6%と推移している。
- 前回の令和6年度介護報酬改定では、主に以下を実施した。
 - ・ 所定疾患施設療養費の対象疾患に慢性心不全の増悪時を追加
 - ・ 協力医療機関との連携体制の構築や、定期的な会議の実施
 - ・ 入院時等の医療機関への情報提供、医療機関からの患者受入れの促進
 - ・ ターミナルケア加算の見直し
 - ・ 短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算の見直し
 - ・ 平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進
 - ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進、計画書の見直し
 - ・ 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、支援相談員の配置割合に係る指標の見直し
 - ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し
- 2040年に向けたサービス提供体制等のあり方に関するとりまとめ（令和7年7月25日）では、令和6年度同時改定において介護保険施設と協力医療機関との連携強化が図られた一方、医療介護連携に係る加算は算定要件の複雑さや算定負担等により十分に算定されておらず、限られた人材での連携を可能とするための見直しが求められており、在宅ケアの推進に当たっては、緊急時対応が可能な医療機能や地域の体制整備・人材確保に加え、かかりつけ医機能の発揮を基盤とした医療・介護・生活支援サービス等の切れ目ない連携が重要とされている。

介護老人保健施設の現状と課題

現状と課題

- 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和8年3月19日）では、介護関係者に期待される役割等において、特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められている。
- 介護老人保健施設では、55.3%が病院、35.1%が本人の家等から入所し、36.3%が病院、32.2%が本人の家等に退所している。
- 介護老人保健施設は、特養と比較して医療処置の実施割合は高い傾向がみられるものの、超強化型から基本型まで施設類型間でばらつきがあり、全体としては介護医療院より低い水準に分布している。
- 透析患者の付き添い・送迎の担い手は、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設では透析医療機関の職員、介護医療院では施設の介護職員が最も多く、送迎回数は全施設で1人1月当たり12回が最頻値であった。
- 在宅復帰・在宅療養支援等指標について、得点構成には項目間で差があり、在宅復帰率及びベッド回転率の合計では差がみられる一方、喀痰吸引の実施割合及び経管栄養の実施割合の合計では差が小さい。
- 協力医療機関の3要件を満たす体制の整備割合は、介護医療院84.9%、介護老人保健施設83.3%、介護老人福祉施設67.9%、養護老人ホーム60.4%であり、また、定めの状態について、集計していないと回答した自治体が一定程度存在し、定めの状態には地域差がみられる。
- 新型コロナウイルス感染症発生時に、介護老人保健施設では53.4%が入所退所を停止し、入退所を停止した施設のうち、臨時的な取扱いを適用した施設は32.4%であった。また、インフルエンザ発生時には、24.5%が入所退所を停止していた。
- 感染症対策向上加算は介護医療院・介護老人保健施設で未算定が多く、第二種協定指定医療機関との体制確保割合も介護医療院50.4%、介護老人保健施設37.7%にとどまり、その背景として医療機関の不足や把握困難が挙げられた。
- 算定が難しいと思われる加算として、認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、全体で28.5%である一方で、短期集中リハビリ実施加算Ⅰは、全体で6.8%であった。
- 令和8年度診療報酬改定では、療養の場の変化に応じた切れ目のない薬剤情報連携について、病院間及び病院から高齢者施設等への処方内容の変更を含む情報連携を評価する見直しが行われた。

介護老人保健施設の現状と課題

現状と課題

- 入所者のポリファーマシー（多剤服用）対策については、「入所中に状態の変化等がみられた場合やポリファーマシーが疑われる場合には、処方内容の見直しや減薬を行っている」が44.8%で最も多かった。また、「なるべく処方内容の変更は行わない方針」とした理由は、「薬剤調整や処方変更後の経過観察等に多くの時間を要するため」が38.3%で最も多く、次いで「ポリファーマシーに関する専門性を有する職員が不在又は不足しているため」が35.8%であった。
- 看取り対応についての施設としての方針は、「積極的ではないが、希望があれば看取り対応をしていきたい」が48.6%で最も多く、次いで「積極的に、看取り対応をしていきたい」が35.2%であった。
- 入所者に対する意思決定支援の実施状況としては、ACPの実施状況は、「必ず実施している（10割）」が28.0%で最も多く、次いで「全く実施していない」が21.6%であった。
- 介護老人保健施設において、介護テクノロジーの導入が幅広く普及してきた。
- 介護報酬は、累次の改定により、加算の種類が増加するとともに、加算の取得要件が複雑化しており、令和6年度改定における審議報告においても、「利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、報酬体系の簡素化について、引き続き検討していくべき」とされている。算定率が低い加算には、例えば、若年性認知症入所者受入加算、療養体制維持特別加算、再入所時栄養連携加算、試行的退所時指導加算、協力医療機関連携加算、在宅復帰支援機能加算、認知症専門ケア加算、認知症チームケア推進加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算などがあり、算定率の高い加算には、夜勤職員配置加算、短期集中リハビリテーション実施加算、療養食加算、安全対策体制加算などがある。

介護老人保健施設の現状と課題

論点

- 介護老人保健施設について、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加が見込まれる中、安定的にサービスを提供するために、どのような方策が考えられるか。
- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の促進に向け、医療ニーズへの対応力の強化、看取りへの対応の充実、リハビリテーションの充実、適切な薬剤調整の推進等の観点からどのような方策が考えられるか。
- 令和6年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率が低い加算や算定率の高い加算についてどのように考えるか。