厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

社保審－介護給付費分科会	資料３
第273回（R８.11.２）	

介護医療院
（改定の方向性）

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜介護医療院＞

（報酬・評価）

○今後、都道府県で検討される新たな地域医療構想において、受皿として重要な役割を果たしていくこととなるため、施設の役割や特性を踏まえたアウトカム評価の在り方については、引き続き検討を進めていくべきである。

○介護度と必要介護量のアンマッチについて、実態に合わせた報酬としてほしく、調査が行われていないようであれば調査をしていただきたい。

○今後、医療と介護の連携がより重要となる中、物価高騰や人件費の増加を理由として、介護医療院が廃止される事例も生じている。地域におけるサービス提供体制を確保、維持できるよう適時適切な報酬改定を行うとともに、基本報酬の更なる引き上げについて、特段の配慮をお願いしたい。

○急性期の医療機関から、介護保険施設、特定施設への早期の直接入所についても、人員体制や機能について、診療報酬、介護報酬、あるいはその両方での評価を検討する時期ではないか。

（人材確保・経営の安定化）

○施設系のサービスについては、収支差率が低調な傾向がある。水道光熱費や食費の高騰の影響を受けていることが推測され、影響を受けている事業者に対して必要な財政支援を継続的に行っていただきたい。

○職員への指導や助言、人材育成及びケアの質の向上など、組織的な取組を推進する中核的人材を制度上に明確に位置づけるとともに、その役割についても適切な報酬上の評価を行うべき。

○介護支援専門員と相談員、支援員の人員配置について、人員配置を安定化させ、負担軽減と持続性を高める方針の検討をお願いしたい。本体介護保険施設と短期入所の合計人数を要件として、加算については施設と短期入所の両者で算定できるようにしてはいかがか。

（医療ニーズ）

○病院がない離島、過疎地域は介護医療院を活用することにより、超高齢者が望まない圏域外高度急性期医療現場へ搬送をされずに済む。介護医療院については、超高齢者の治療の場としても実際に運用されており、また看取りの場としても選ばれていることから、さらなる活用ができるように検討していただきたい。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいたご意見について事務局の責任で整理したもの

＜介護医療院＞

（医療ニーズ）

○介護医療院は、長期療養・生活支援施設であるが、実態としては、要介護度の重度の方や医療ニーズが多々ある方に関して、多く医療的ケアを中心に提供しており、その中でターミナルケアや看取りも多く行われている。重要である本人の意思決定を支援し、手厚いターミナルや看取りを行っていることを推進するために、そのようなことの評価というものは検討すべきではないか。

○介護保険施設においては、介護職員・看護職員が、透析や外来受診時の同行等の対応をしているため、そういった対応に対しても十分な評価を設ける必要があるのではないか。

○介護保険施設においては、認定看護師や専門看護師等が褥瘡や緩和ケア等に関する専門的なケアを提供し、役割を発揮している。多様化する医療ニーズに的確に対応する観点から、専門管理加算の施設サービスへの適用や地域連携の中で専門性の高い看護師を活用していく仕組みが必要。

○利用者の安全性向上や、薬物療法の最適化に資する取組について、入所時、入所中及び退所時の各場面における取組の実態も踏まえながら適切に評価されるように検討いただきたい。

（協力医療機関との連携）

○介護医療院について、まだ１、２割の施設で協力医療機関との連携体制がとれていない。介護関係団体も、引き続き、周知や調査啓発に努めるが、今年度末までに全ての施設で協力医療機関を定められるように必要な指導と支援をお願いしたい。

○前回改定時に施設と医療機関との連携体制確保を進める見直しを行ったが、その実態や実際の急変時などに想定しているような対応が行われているか、確認を行っていくべき。また、介護老人保健施設や介護医療院については、施設の役割や特性を踏まえたアウトカム評価の在り方について引き続き検討を進めていくべき。

○「協力医療機関との連携体制の構築」について、今年度が３年の経過措置の期限となっているため、状況を確認し、しっかり対策を講じていただきたい。

○協力医療機関との連携について、改定検証の速報結果なども活用して、早急に個別の実態を把握し、少なくとも年内には、経過措置を延期するかどうかは決定すべき。

これまでの分科会における主なご意見③

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【リハビリテーション専門職団体協議会】

○入所中の車椅子の取り扱いについて、リハ専門職のアセスメントに基づき、入所者の身体状態に合った車椅子の必要性がケアプランに位置づけられた場合には、施設入所中であっても貸与を可能とすること、車椅子の個別調整や継続的なフォローについてリハビリテーション専門職の関与を評価すること、施設における車椅子導入に介護報酬以外の公的財源を措置することをお願いしたい。

【日本精神科病院協会】

○ＢＰＳＤのある認知症の方を介護施設で受け入れた場合の加算の算定期間の延長をしていただきたい。また、精神科の病院から受け入れた場合でも加算の対象としていただきたい。

【日本栄養士会】

○嚥下調整食が必要な利用者は、特養・老健で６割、介護医療院では７割を超えている。こうした利用者が安全に口から食べ、必要な栄養を摂取し、食べる楽しみを継続できるよう、嚥下調整食を療養食加算の対象として評価していただくようお願いしたい。

○介護保険施設における基準費用額(食費)について、令和９年度改定において最新の費用実態を踏まえ、基準費用額を適切に見直すとともに、今後も物価などが大きく変動する場合には、改定時期に捉われず、適時適切に対応していただくようお願いしたい。

【一般社団法人　日本医療法人協会】

○介護保険施設等の入所者の食事療養の質の向上を図る観点から、おいしく安全な食形態で適切な栄養量を有する嚥下調整食を提供する場合の特別な材料費や調理の工夫等の評価を求める。

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・34

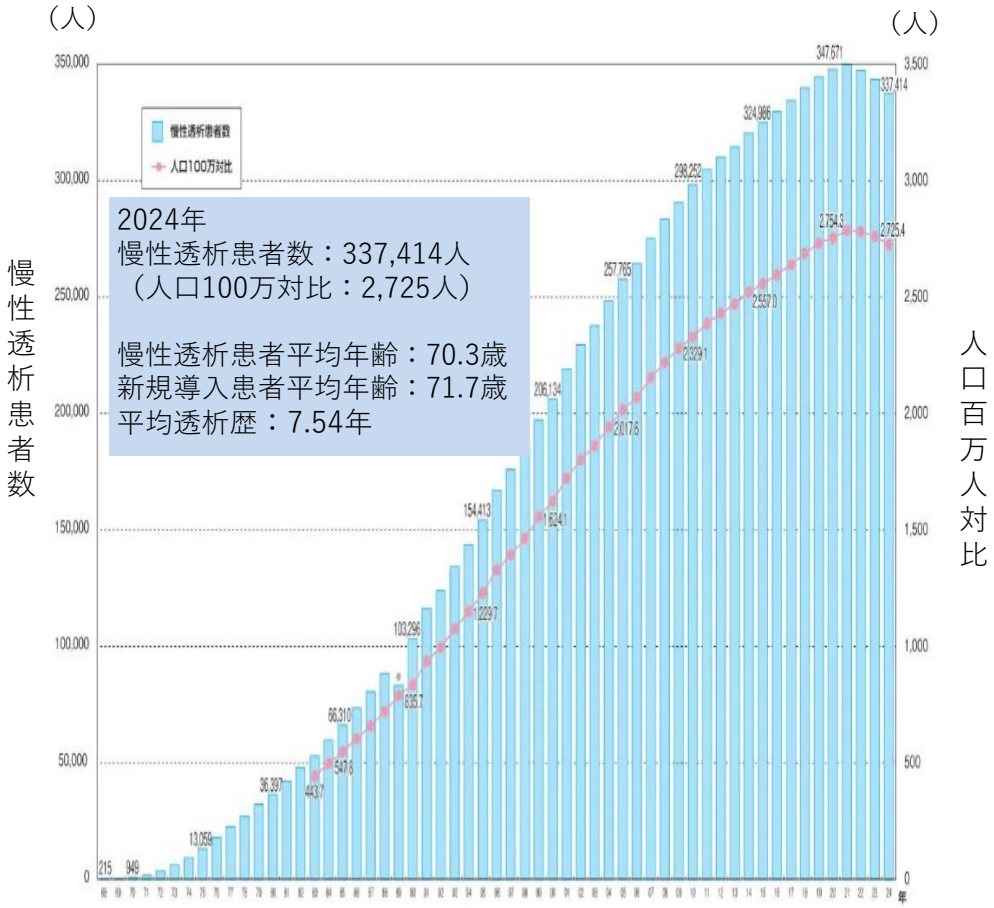
論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

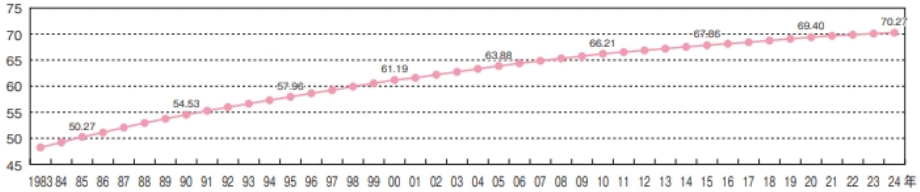
慢性透析の患者数、平均年齢の推移及び年齢分布の推移

○慢性透析患者数は2021年をピークに減少傾向にあり、2024年には337,414人となっている。
○一方で、慢性透析患者の平均年齢は年々増加傾向を示しており、65歳以上の患者数は2024年に225,902人となり、慢性透析患者全体の約67％を占めている。

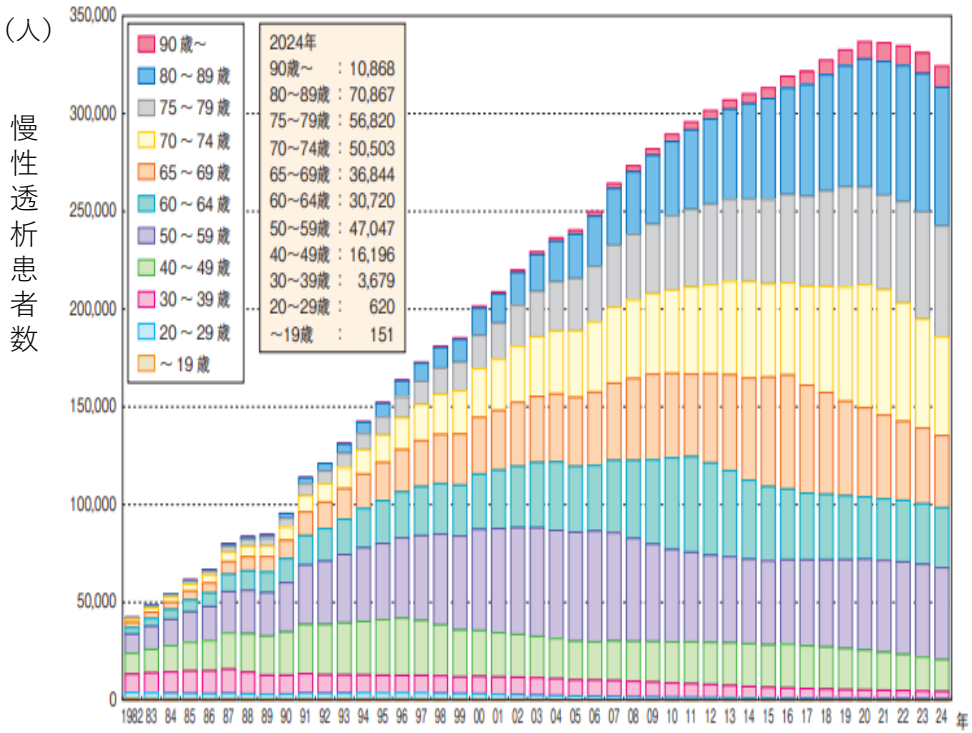
■ 慢性透析患者数（1968-2024）と
有病率（人口 100 万対比，1983-2024）の推移



■ 慢性透析患者の平均年齢の推移（1983-2024）



■ 慢性透析患者の年齢分布の推移（1982-2024）

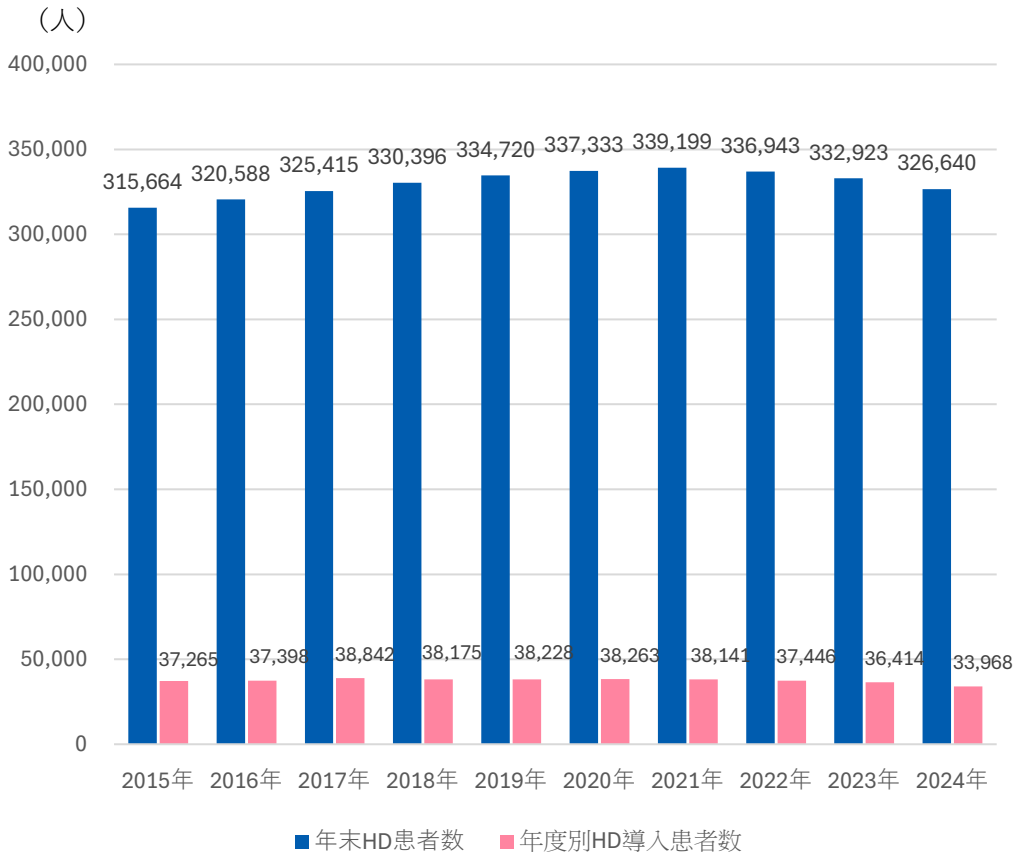


【出典】一般社団法人日本透析医学会　統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」より老健局老人保健課にて作成

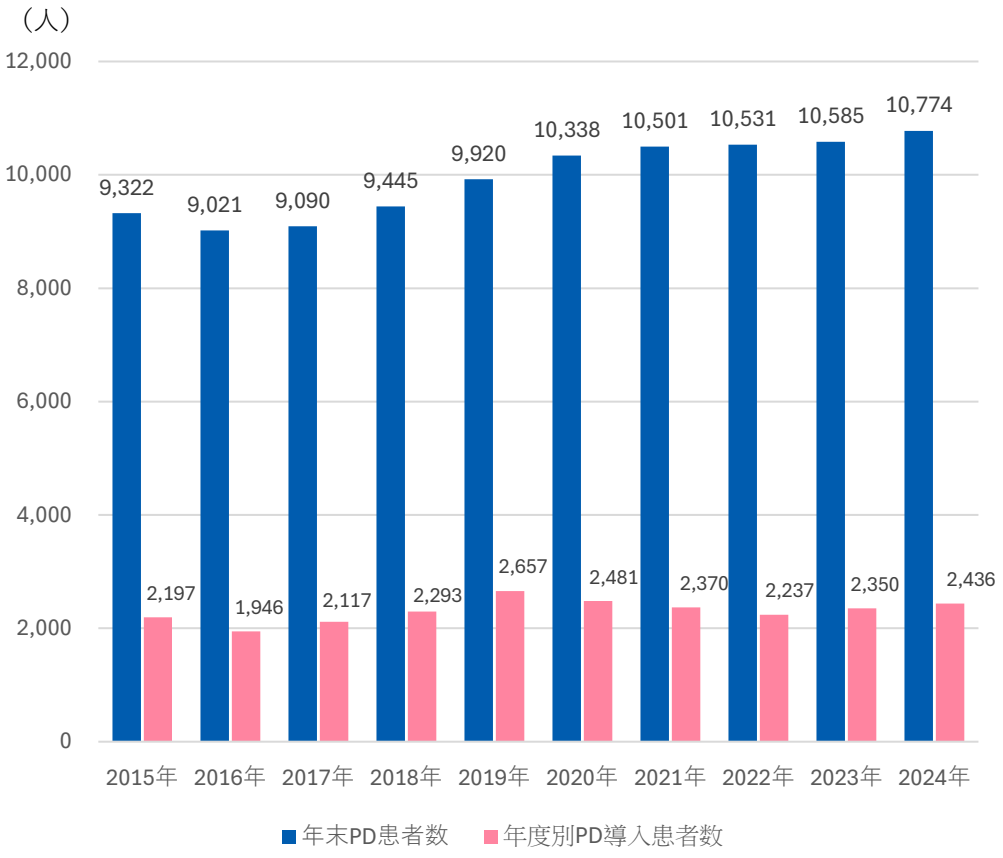
透析の治療方法別の患者数及び新規導入患者数の推移

○血液透析（HD）の患者数は、2015年から2024年までの推移をみると、2021年の339,199人をピークに減少傾向にあり、新規導入患者数についても2020年の38,263人をピークに減少傾向で推移している。
○腹膜透析（PD）の患者数は、2015年から2024年までの推移をみると、2016年の9,021人から増加傾向で推移し、2024年には10,774人となった。また、新規導入患者数も2016年の1,946人から増加傾向で推移している。

■　年末HD患者数及びHD導入患者数の推移（2015-2024）



■　年末PD患者数及びPD導入患者数の推移（2015-2024）



【出典】一般社団法人日本透析医学会　統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」より老健局老人保健課にて作成

1.（3）⑰　介護老人福祉施設等における透析が必要な者に対する送迎の評価

令和6年度改定

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】

○　透析が必要な者の受入れに係る負担を軽減する観点から、定期的かつ継続的に透析を必要とする入所者であって、家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事由がある者について、施設職員が月12回以上の送迎を行った場合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＞

特別通院送迎加算　594単位/月（新設）

算定要件等

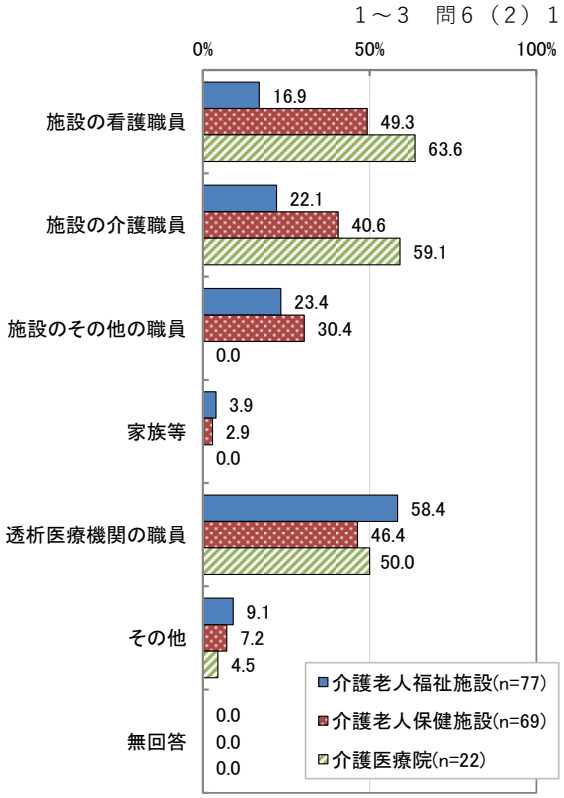
○　透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、１月に12回以上、通院のため送迎を行った場合（新設）

３．調査結果概要

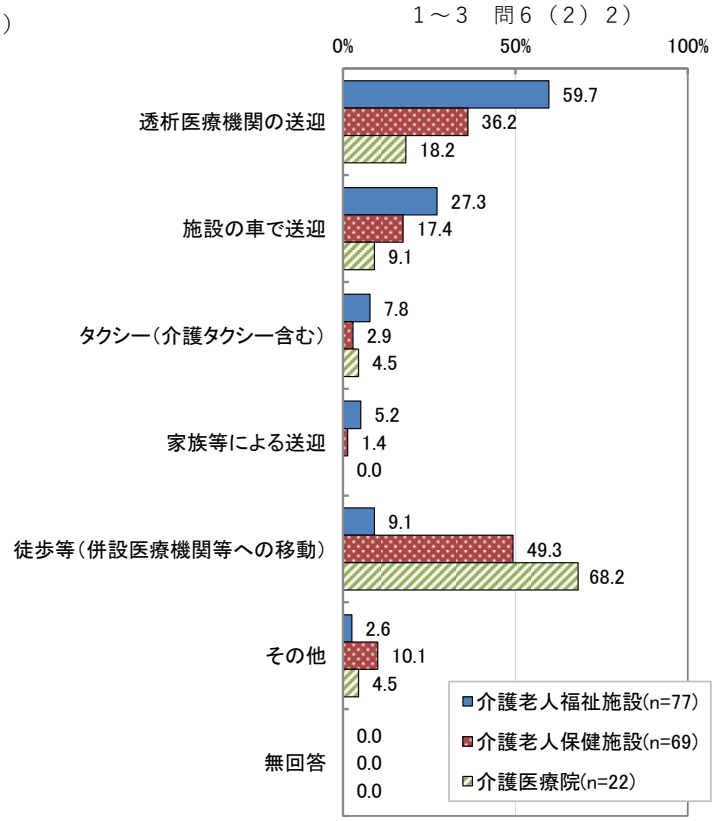
施設調査

【透析】
○透析患者の付き添い・送迎をしている者について、介護老人福祉施設は「透析医療機関の職員」、介護老人保健施設、介護医療院は「施設の看護職員」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「徒歩等（併設医療機関等への移動）」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。

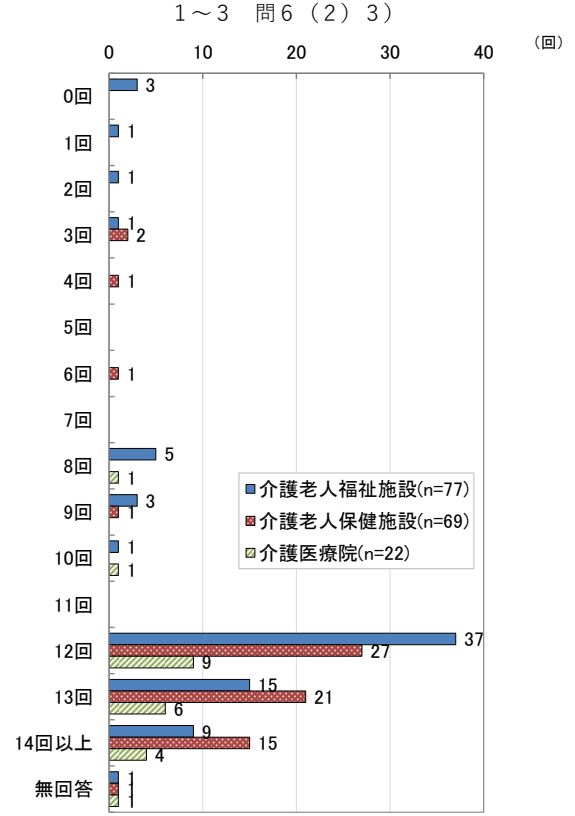
図表８　透析患者の付き添い・送迎をしている者



図表９　透析患者の送迎方法



図表１０　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。

【出典】令和６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７年度調査）「（１）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

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。

【出典】令和６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７年度調査）「（１）高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業」

介護施設における透析患者への対応の例や腹膜透析の提供体制構築に係る取組の例

○介護施設における透析患者への対応の例として、送迎以外にも、体液管理や内服管理といった健康観察、透析医療機関との連携のほか、腹膜透析においては日常的にカテーテル出口部の管理等の専門的な支援が必要となる。
○一部の地域では、基幹病院と地域医療機関の役割分担や、介護施設等との連携を通じて、腹膜透析患者を地域全体で支える体制の構築に取り組んでいる。

■　介護施設における透析患者への対応の例

○透析患者に共通する対応
- 食塩摂取量、飲水量、尿量、体重等の体液管理を行う
- 血圧調整や貧血改善等、種々の症状に応じた内服管理が必要
- 透析医療機関との連携

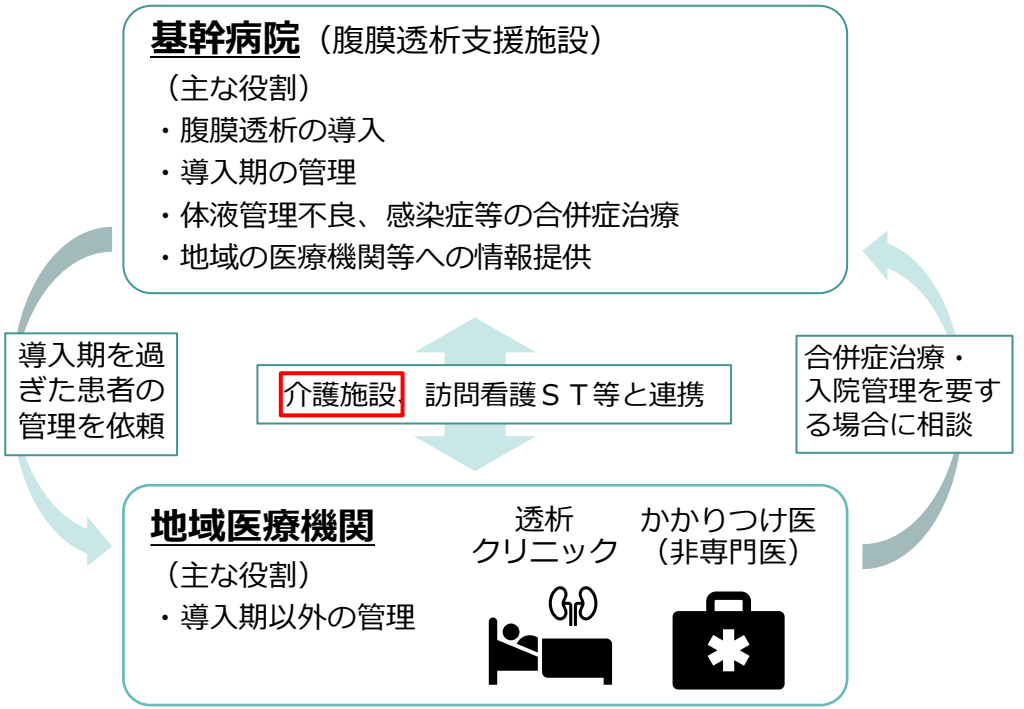
○血液透析患者への対応
- 週３回の通院
- バスキュラーアクセス（シャント）の管理（損傷しないように留意、感染兆候の有無の確認）を行う

○腹膜透析患者への対応

［共通］
- 月１～２回程度の通院
- カテーテル出口部の皮膚状態の観察・消毒・保護
- 感染予防のための清潔操作が必要

［方法別］
- APD（自動腹膜透析）
  - ◇就寝中に８～10時間程度、日中のバッグ交換なし
  - ◇日中の活動時間を確保しやすい
  - ◇機械の操作・管理が必要
- CAPD（連続携行式腹膜透析）
  - ◇１回30分程度、１日４回程度のバッグ交換
  - ◇出口部ケアやバッグ交換の実施回数が多い
  - ◇機械を使用しない

■　腹膜透析の提供体制構築に係る取組の例



【出典】令和７年11月５日中医協 総－８ 個別事項について（その５）
（日本腹膜透析医学会監修のもと、保険局医療課において作成）

医療機関間連携による腹膜透析管理の推進

在宅自己腹膜灌流指導管理料の見直し

➢ 腹膜透析の管理を行う医療機関が乏しい二次医療圏が多いことを踏まえ、腹膜透析を導入する基幹病院とかかりつけ医の連携により、そうした地域の患者にとっての医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価を見直す。

現行

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点
（新設）
（新設）
注１～３　（略）
（新設）

改定後

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
在宅自己腹膜灌流指導管理料
１　在宅自己腹膜灌流指導管理料１　4,000点
２　**在宅自己腹膜灌流指導管理料２**　**1,500点**
注１～３　（略）
４　在宅自己腹膜灌流指導管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、**当該指導管理料１を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定**する。

［算定要件（通知）］
・　在宅自己腹膜灌流指導管理料２は、在宅自己腹膜灌流指導管理料１を算定する他の保険医療機関において当該患者が以下のアからオのいずれかに該当すると判断された場合であって、当該他の保険医療機関の求めを受けて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定できる。
ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの　　イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの　　エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
オ　その他医師が特に必要と認めるもの

［施設基準（通知）］
（１）　腹膜透析の診療の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。
（２）　以下のア又はイの手術を**年間３例以上実施**していること。
ア　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術　　イ　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
（３）　必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、**入院可能な体制**を有していること。
（４）　**在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関との連携体制を構築**していること。

新規

腎不全患者に対する緩和ケア等の総合推進事業費

健康・生活衛生局がん・疾病対策課資料

令和8年度当初予算　82百万円（－）※内は前年度当初予算額

※令和7年度補正予算額　22百万円

1 事業の目的

緩和ケアの体制はがん領域を中心に整備が進められてきたが、非がん領域については課題が残っている。特に腎不全患者の症状緩和に関するケアについては、「研修体制が十分ではない」、「在宅医療の実施体制が整っていない」、「腎不全患者の治療選択のための情報の不均衡」等といった課題があり、緩和ケアを必要とする患者に対して十分に緩和ケアを提供できていない場合もあり、腎不全患者の緩和ケアの提供体制の整備が必要である。本事業では、腎不全患者に対する緩和ケア等を総合的に推進することを目的とする。

2 事業の概要

①腎不全患者に対する緩和ケアに関する研修プログラムの作成等を実施するなど、研修制度の立ち上げ支援

- 医療従事者向けの慢性腎不全に関する緩和ケアについての研修プログラム（e-learning）の開発、研修会の実施　等

②持続可能な在宅医療の診療体制を構築するための取組を支援するモデル事業を実施し、腎不全患者に関する在宅医療を行いやすい環境の整備

- 自治体、地域の訪問看護師、介護施設、地域の医師会、透析関連企業等と連携し、腎不全患者の在宅医療に係る診療体制の構築に必要な検討等を実施できる体制の構築
- 在宅医療や在宅緩和ケアを扱える訪問看護師への育成、介護施設が腎不全患者を受け入れやすくする体制作り　等

③緩和ケアを含めた腎不全治療に関する正しい情報を提供するための、ウェブサイト等の作成による啓発

- 腎不全に伴う症状の緩和ケア、腎疾患、透析療法（在宅血液透析、腹膜透析、腎移植含む）に係る最新の知見に基づいた正しい情報
- 各医療機関が対応できる腎疾患に対する治療・検査（緩和ケア、腹膜透析、腎移植、腎生検の可否等）がわかる医療機関情報リストの公開　等

3 実施主体等

◆実施主体：①③関係団体、②医療機関等　　◆補 助 率：定　額（10/10相当）

腎不全患者の在宅医療等に関する医療連携体制モデル事業

健康・生活衛生局がん・疾病対策課資料

令和8年度当初予算額　60百万円（－）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

持続可能な腎不全患者に関する在宅医療の診療体制を構築するための取組を支援するモデル事業の実施

腎不全患者が通院困難となった場合の在宅医療の最適な提供体制は未確立であるという課題がある。医療機関、自治体、地域の訪問看護師、介護施設、地域の医師会、透析関連企業等が連携し、在宅医療に係る診療体制の整った地域をモデル的に構築することを支援し、課題や好事例を抽出する。

2 事業の概要・イメージ

① 在宅医療は、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療と定義される。本事業では、以下のア～ウのいずれかの体制を構築するために必要な支援を行う。

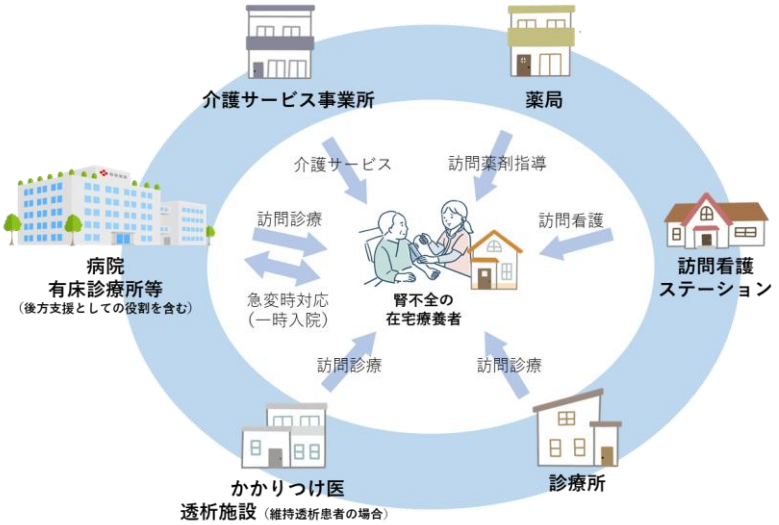
ア）通院困難となった保存期CKD患者の原疾患治療や症状緩和に係るケアにおいて、訪問診療を基本としながら、専門医療機関の後方支援が受けられる地域包括ケアシステム

イ）腎不全患者が、透析を差し控え・中止を選択した場合に、人生の最終段階を自宅で迎えることを希望した際の地域包括ケアシステム

ウ）腹膜透析、在宅血液透析等の主に在宅で行う透析療法を行いやすい診療体制

② 地域の医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、薬局、自治体、地域医師会、地域透析医会、保健所、透析関連企業等と連携し、腎不全の診療体制構築に必要な検討や評価等を行うための会議体を設置する。

③ 地域の腎不全患者に対して、腎代替療法の3つの選択肢（血液透析、腹膜透析、腎移植）の周知、特に患者数の少ない腹膜透析、腎移植に関して情報が提供できる体制を構築する。



図：地域包括ケアを基本とした腎不全緩和ケアを要する在宅療養者の包括ケアシステム

図は「腎不全患者のための緩和ケアガイダンス 日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会」より抜粋（一部改変）

3 実施主体等

◆実施主体：法人（医療機関、医師会、透析医会等）、自治体（15カ所）　　◆補 助 率：定　額（10/10相当）

論点①　透析患者の受入れの促進

論点①

■ 慢性透析患者数は2021年をピークに減少傾向にある一方で、慢性透析患者の平均年齢は年々増加傾向を示しており、65歳以上の患者数は、慢性透析患者全体の約67％を占めている。また、血液透析（HD）の患者数は、2021年をピークに減少傾向にあり、腹膜透析（PD）の患者数は、増加傾向で推移している。

■ 介護老人福祉施設（地密含む）では、令和６年度介護報酬改定において、血液透析を受ける入所者の送迎を行った場合の評価として、「特別通院送迎加算」が設けられているところ、透析患者の付き添いや送迎は、介護老人福祉施設に限らず、介護老人保健施設及び介護医療院においても実施されている。

■ 介護保険施設において血液透析又は腹膜透析を実施可能と回答した施設の割合は他の医療処置と比較して低く、また、腹膜透析は血液透析よりも低い傾向がみられた。

■ 透析患者の受入れに関して、施設は送迎のみならず、透析前後及び日常的な健康観察、透析医療機関との連携等の継続的な対応が必要となる。また、一部の地域では、基幹病院と地域医療機関の役割分担や、介護施設等との連携を通じて、腹膜透析患者を地域全体で支える体制の構築に取り組んでいる。

■ 令和８年度診療報酬改定においては、腹膜透析の管理を行う医療機関が限られていることを踏まえ、医療機関間の連携により腹膜透析患者への医療提供体制を確保する観点から評価の見直しが行われている。

■ 現在、国において、腎不全患者に係る在宅医療体制の整備や、介護施設が腎不全患者を受け入れやすくする体制作り等の取組が進められている。

■ 介護医療院における透析患者への対応の充実について、どのような対応が考えられるか。

対応案

■ 透析患者の受入実態等を踏まえ、介護医療院における透析患者の受入れを促進する観点から、透析医療機関との連携体制の確保や施設内の体制整備等を行った上で、透析患者を受け入れた場合の評価を検討してはどうか。

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・34

論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

介護医療院　基本報酬及び算定要件

	Ⅰ型介護医療院	Ⅱ型介護医療院
算定要件	・入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者（認知症であって、悪性腫瘍と診断された者、パーキンソン病関連疾患等と診断された者、認知症の日常生活自立度Ⅲb以上に該当する者）の占める割合が50%以上。 ・入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%(注1)以上。 ・入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%(注2)以上。 ①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ないと診断した者であること。 ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等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、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、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。 ・施設サービス計画の作成にあたり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、対応していること。 ・生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。 ・地域に貢献する活動を行っていること。	・下記のいずれかを満たすこと ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上 ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度M）の占める割合が20%以上 ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者（認知症の日常生活自立度Ⅳ以上）の占める割合が25%以上 ・ターミナルケアを行う体制があること ・施設サービス計画の作成にあたり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、対応していること。

	サービス費（Ⅰ）（強化型A相当）看護6:1 介護4:1	サービス費（Ⅱ）（強化型B相当）看護6:1 介護4:1	サービス費（Ⅲ）（強化型B相当）看護6:1 介護5:1	サービス費（Ⅰ）（転換老健相当）看護6:1 介護4:1	サービス費（Ⅱ）（転換老健相当）看護6:1 介護5:1	サービス費（Ⅲ）（転換老健相当）看護6:1 介護6:1
要介護1	833	821	805	786	770	759
要介護2	943	930	914	883	867	855
要介護3	1,182	1,165	1,148	1,092	1,075	1,064
要介護4	1,283	1,264	1,248	1,181	1,165	1,154
要介護5	1,375	1,355	1,338	1,261	1,245	1,234

（注1）Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）（Ⅲ）では、30%　（注2）Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）（Ⅲ）では、5%

基本報酬の算定要件に係る入所者の状況（Ⅰ型介護医療院）

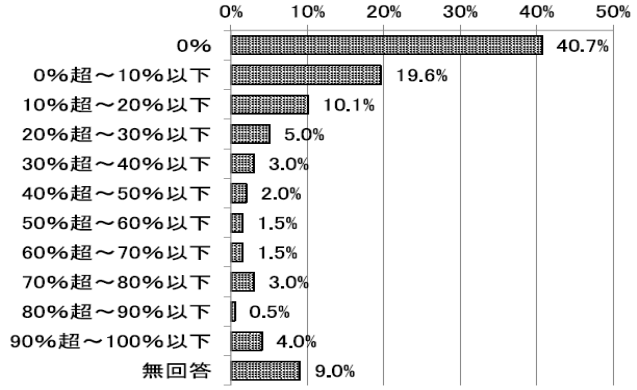
○身体合併症を有する認知症高齢者の割合が平均59.6%、経管栄養実施が平均41.7%、喀痰吸引実施が平均38.7%、重篤な身体疾患を有する者が平均15.3%、インスリン注射実施が平均3.6%と、医療的ケアを要する者が一定割合を占めている。
○各項目とも実施割合が低い施設から高い施設まで幅広く分布しており、例えば重篤な身体疾患やインスリン注射は実施がほとんどみられない施設もある一方で一定割合を占める施設もみられるなど、施設間で受入状況に幅がみられる。

■ 入所者の総数に対する割合（n=181）

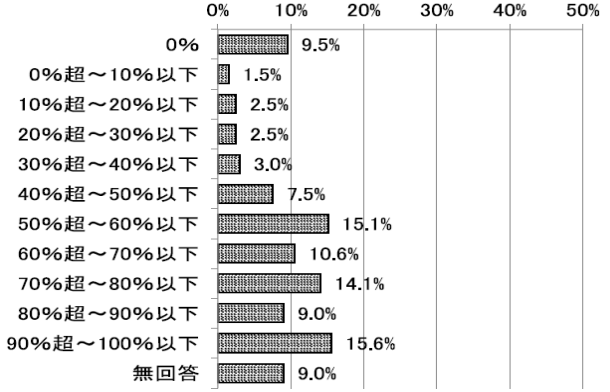
（単位：%）

項目	平均値	標準偏差	中央値
重篤な身体疾患を有する者の割合	15.3	26.3	2.1
身体合併症を有する認知症高齢者の割合	59.6	30.0	64.6
喀痰吸引を実施した入所者割合	38.7	18.3	36.4
経管栄養を実施した入所者割合	41.7	19.2	39.2
インスリン注射を実施した入所者割合	3.6	5.5	1.9

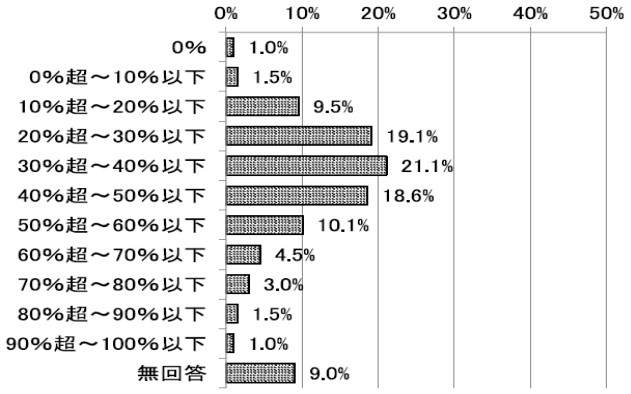
■ 重篤な身体疾患を有する者の割合分布



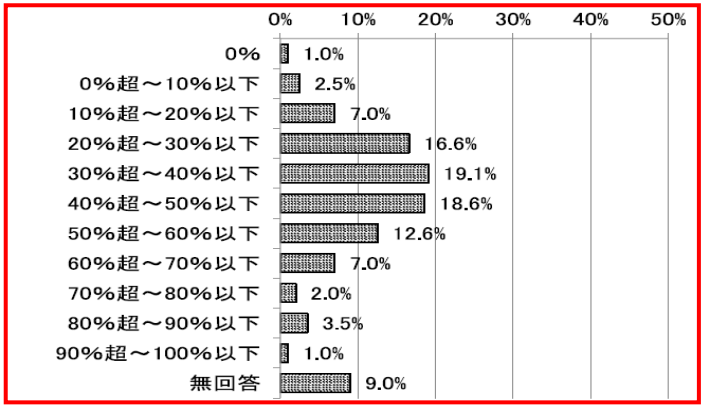
■ 身体合併症を有する認知症高齢者の割合分布



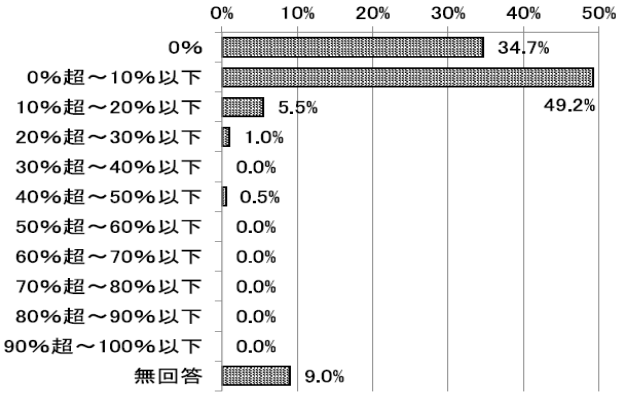
■ 喀痰吸引を実施した入所者割合分布



■ 経管栄養を実施した入所者割合分布



■ インスリン注射を実施した入所者割合分布



【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療提供等の実態にかかる調査研究事業」

基本報酬の算定要件に係る入所者の状況（Ⅱ型介護医療院）

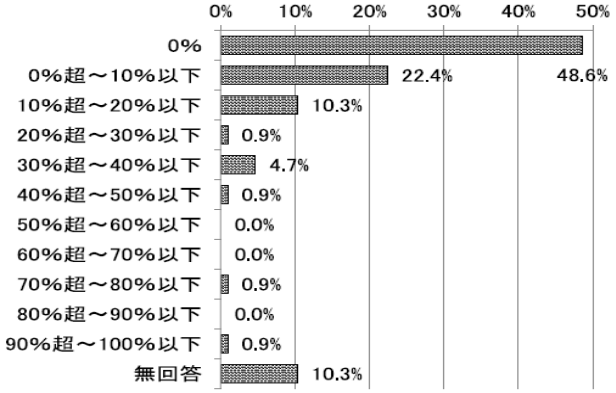
○日常生活自立度ランクⅣの割合が平均30.6%、経管栄養実施が平均25.0%、喀痰吸引実施が平均24.3%、ランクMが平均7.3%と、医療的ケアを要する者が一定割合を占めている。
○各項目とも実施割合が低い施設から高い施設まで幅広く分布しており、例えばランクMは該当者がほとんどみられない施設もある一方で一定割合を占める施設もみられるなど、施設間で受入状況に幅がみられる。

■　入所者の総数に対する割合（n=96）

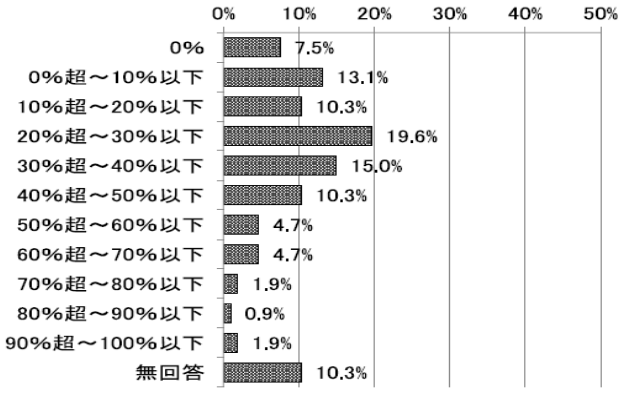
（単位：%）

項目	平均値	標準偏差	中央値
日常生活自立度のランクMに該当する入所者割合	7.3	15.8	0.0
日常生活自立度のランクⅣに該当する入所者割合	30.6	21.9	28.4
喀痰吸引を実施した入所者割合	24.3	19.7	20.0
経管栄養を実施した入所者割合	25.0	21.8	20.7

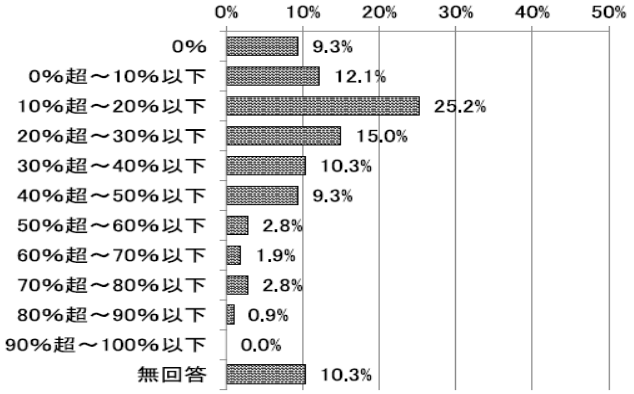
■　日常生活自立度のランクMに該当する入所者割合分布



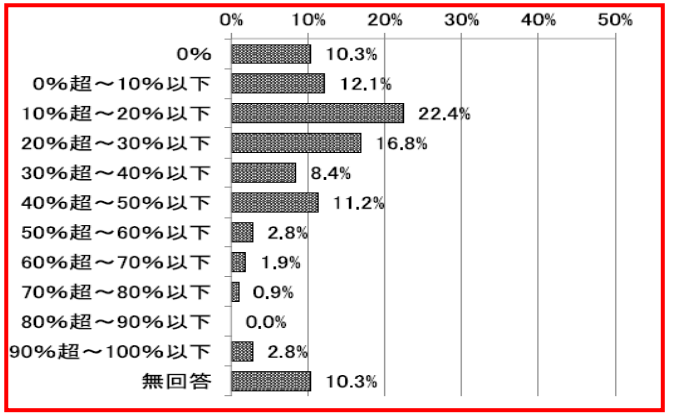
■　日常生活自立度のランクⅣに該当する入所者割合分布



■　喀痰吸引を実施した入所者割合分布



■　経管栄養を実施した入所者割合分布



【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療提供等の実態にかかる調査研究事業」

経管栄養の実施期間等に応じたアクセスの選択

○「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」では、経口摂取が第一選択であること、経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮することに加え、経管栄養が短期間の場合は経鼻アクセスを選択し、４週間以上の長期になる場合又は長期になることが予想される場合は、消化管瘻アクセス（可能な場合は胃瘻が第一選択）を選択することとされている。
○また、同ガイドラインでは、留置期間が長期間の場合は、消化管瘻アクセス（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択することとされており、長期の在宅経腸栄養管理では、原則として胃瘻又は腸瘻を用いることとされている。



（高齢者）栄養投与ルートの選択は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅢ・AⅡ）

経口摂取が第一選択で、食事摂取量の増加、補食の推進を図る。
経口摂取が不十分な場合、経管栄養を考慮する。

経腸栄養のアクセスはどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅡ）

経管栄養が短期間の場合は、**経鼻アクセス** を選択する。

４週間以上の長期になる場合や**長期になることが予想される場合**は、**消化管瘻アクセス** を選択する。
（可能な場合は胃瘻が第一選択）

経管栄養経路はどのように選択するか？（推奨度・エビデンスレベル：BⅢ・BⅡ）

留置期間が短期間の場合は**経鼻アクセス**、**長期間の場合**には**消化管瘻アクセス**（胃瘻、空腸瘻、PTEG）を選択する。
第一選択は、アクセスが簡便かつ生理的な**胃アクセス**である。

在宅栄養療法の方法は？（推奨度・エビデンスレベル：AⅡ）

原則として、**長期の在宅経腸栄養管理**では**胃瘻／腸瘻**を用いる。

※推奨度は、A「強く推奨する」、B「一般的に推奨する」、C「任意でよい」に分類。臨床研究論文のエビデンスレベルは、Ⅰ「最低１つの無作為化比較対照試験（RCT）又はメタアナリシスによる実証」、Ⅱ「RCTではない比較試験又はコホート研究による実証」、Ⅲ「症例集積研究又は専門家の意見」に分類。

【出典】 日本静脈経腸栄養学会編「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」（2013年）17頁、51頁、172頁及び386頁

全サービスにおける栄養関連の加算等の概要

R6改定新設加算
＊ 介護予防も含む
※：加算の対象

施設

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

［基本サービス］栄養ケア・マネジメント
※未実施の場合：14単位/日 減算

栄養マネジメント強化加算　11単位/日 LIFE活用
管理栄養士を規定の常勤換算数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア（週３回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等）を行う

退所時栄養情報連携加算　70単位/回　※他の介護保険施設、自宅、医療機関に移動した入所者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者
管理栄養士が、入所者の栄養管理に関する情報を、栄養情報提供書を用いて移動先の施設等に提供

経口移行加算 28単位/日　※経口摂取困難者
経管栄養を行っている入所者ごとに多職種で経口移行計画を作成し、計画に従った栄養管理・支援を管理栄養士等が実施

経口維持加算Ⅰ：400単位/月、Ⅱ：100単位/月　※摂食嚥下障害者
摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者ごとに多職種で経口維持計画を作成し、計画に従った栄養管理を管理栄養士等が実施

再入所時栄養連携加算 200単位/日　ICT活用　**※特別食・嚥下調整食を必要とする者**
入所者が医療機関に入院し、**特別食または嚥下調整食を必要とする場合**に、その介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を実施

療養食加算 6単位/回　※療養食が必要な者
厚生労働大臣が定める療養食について、１日３回を限度として、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を提供

一体的取組 LIFE活用
［老健］
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

［介護医療院］
理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５：20単位/月

［特養・地密特養］
個別機能訓練加算(Ⅲ)：20単位/月

通所

通所リハ＊
通所介護
地密通所介護
認知症対応型通所介護＊

口腔・栄養スクリーニング加算
Ⅰ（口腔及び栄養）：20単位/回
Ⅱ（口腔又は栄養）：５単位/回
介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態や栄養状態について確認を行い、それらの情報について利用者を担当する介護支援専門員に提供

一体的取組［通所リハ］ LIFE活用
リハビリテーションマネージメント加算(ハ)(1)：793単位、(2)：473単位/月

栄養アセスメント加算 50単位/月 LIFE活用
管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者等への相談に応じる

栄養改善加算 200単位/回　※低栄養状態又はおそれのある者
栄養改善を目的として管理栄養士等が共同して作成した利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅訪問等を実施し、栄養管理を行うとともに、定期的な栄養ケア計画の進捗状況の評価を実施

居宅療養管理指導
Ⅰ：545単位、487単位、444単位
Ⅱ：525単位、467単位、424単位/回
※**通院**が困難な者で、特別食を必要とする者又は低栄養状態にある者
※急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要があると医師が判断した者（限定条件の下、追加訪問可）
計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき，利用者を訪問し，栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を実施

多機能

看護小規模多機能型居宅介護

居宅

小規模多機能型居宅介護＊
特定施設入居者生活介護＊
地域密着型特定施設入居者生活介護
認知症対応型共同生活介護＊

口腔・栄養スクリーニング加算（口腔及び栄養）：20単位/回
介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、それらの情報について利用者を担当する介護支援専門員に提供

＜認知症GH＞　栄養管理体制加算　30単位/月　※助言等を受ける事業所
認知症グループホームの介護職員に対し、管理栄養士（外部との連携を含む）が日常的な栄養ケアに係る技術的助言及び指導を月に１回以上実施

介護老人保健施設及び介護医療院における入所後経過期間別の経管栄養実施状況

○介護老人保健施設における、入所者16,024人のうち、経管栄養を実施している入所者は808人（5.0%）であり、このうち、胃ろうを実施している者の割合は4.0%、腸ろうを実施している者の割合は0.0%、経鼻経管栄養を実施している者の割合は1.0%であった。また、経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「６か月超」が最も多く、0.7%であった。
○介護医療院における、入所者9,455人のうち、経管栄養を実施している入所者は3,516人（37.2%）であり、このうち、胃ろうを実施している者の割合は15.4%、腸ろうを実施している者の割合は0.1%、経鼻経管栄養を実施している者の割合は21.7%であった。また、経鼻経管栄養を実施している入所者について、入所日から調査日までの経過期間をみると、「６か月超」が最も多く、16.0%であった。

■　介護老人保健施設及び介護医療院における経管栄養実施者数及び入所者に対する実施割合（入所後経過期間別）　（令和８年８月１日時点）

		合計	入所者の入所後の経過期間			
			４週未満	４週以上～３か月以下	３か月超～６か月以下	６か月超
介護老人保健施設（n=16,024）	経管栄養実施者数	808（5.0%）	64（0.4%）	105（0.7%）	108（0.7%）	531（3.3%）
	胃ろう	644（4.0%）	48（0.3%）	83（0.5%）	91（0.6%）	422（2.6%）
	腸ろう	2（0.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	0（0.0%）	2（0.0%）
	経鼻経管栄養	162（1.0%）	16（0.1%）	22（0.1%）	17（0.1%）	107（0.7%）
介護医療院（n=9,455）	経管栄養実施者数	3,516（37.2%）	235（2.5%）	326（3.4%）	342（3.6%）	2,613（27.6%）
	胃ろう	1,453（15.4%）	92（1.0%）	132（1.4%）	134（1.4%）	1,095（11.6%）
	腸ろう	8（0.1%）	2（0.0%）	1（0.0%）	1（0.0%）	4（0.0%）
	経鼻経管栄養	2,055（21.7%）	141（1.5%）	193（2.0%）	207（2.2%）	1,514（16.0%）

（人（入所者に対する割合））

【出典】令和８年度老人保健健康増進等事業「リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組に係る実態調査」（速報値）

論点②　経管栄養を実施する利用者への対応

論点②

■ 介護医療院においては、基本サービス費の算定要件として、喀痰吸引、経管栄養（経鼻経管、胃ろう又は腸ろうによる栄養管理）又はインスリン注射を実施した者の割合による区分が設定されている。

■ 「静脈経腸栄養ガイドライン 第３版」では、経鼻経管栄養は短期間の場合に選択する方法とされており、長期になる場合又は長期になることが予想される場合には、他の栄養アクセスを選択することとされている。

■ また、経口摂取への移行又は維持に向けた取組については、経口移行加算及び経口維持加算が設けられているほか、特別食又は嚥下調整食を必要とする者に係る連携、療養食の提供等が評価されている。

⇒　食事等に関しては、口腔・栄養、一体的取組に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

■ 経管栄養を実施している入所者について、入所者に対する割合が最も高い入所日からの経過期間は、介護老人保健施設及び介護医療院のいずれも「６か月超」であり、その割合はそれぞれ3.3％及び27.6％、そのうち栄養管理方法別では、胃ろうがそれぞれ2.6％及び11.6％、経鼻経管栄養がそれぞれ0.7％及び16.0％であった。

■ ガイドラインでは利用者の状態に応じた栄養摂取方法の選択が示されるとともに、介護報酬では経口摂取への移行・維持等の取組が評価されていること、経管栄養を実施している入所者の実施期間の実態を踏まえ、基本サービス費における経管栄養の取扱いについて、どのように考えるか。

対応案

■ 利用者の状態に応じた適切な栄養摂取方法の選択及び経口摂取への移行等を推進する観点から、基本サービス費における医療処置割合の算定に当たり、経管栄養を実施している利用者は、当該割合の計算に含めないこととし、要件を見直してはどうか。

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・・34

論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

介護医療院における薬剤管理に係る算定要件及びLIFEへの薬剤情報の提出項目

○薬剤管理指導の算定要件のうち、「薬剤管理指導　注２」では、入所者ごとの服薬情報等を科学的介護情報システム（LIFE）に提出するとともに、提出した情報その他の薬物療法に必要な情報を活用した場合の評価が設定されている。
○LIFEへの提出項目としては、診断名、服薬情報（内服薬）として、薬剤名、1日用量のほか、内服薬に変更があった場合の薬剤名、1日用量、開始・中止の別、変更理由の提出を求めている。

薬剤管理指導の算定要件

薬剤管理指導　**350単位**
週１回に限り、月４回を限度

【注１】別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、所定の届出を行った介護医療院等において、利用者又は入所者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合

【注２】介護医療院において、入所者ごとの服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方の実施に当たって、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た場合

１月につき ＋20単位

LIFEへの提出項目

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年　月　日	保険者番号	
性別	□男　□女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５
評価日	年　月　日
評価時点	□サービス利用開始時（入所時）　□サービス利用中　□サービス利用終了時（退所時）

【診断名・服薬情報】

診断名	
服薬情報（内服薬に限定）	1.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） 2.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） 3.　薬　剤　名　（　　） 　１日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット）） …

【内服薬に変更があった場合】

薬剤名	薬　剤　名　（　　） １日用量（　　（錠・カプセル・包・g・mL・瓶・個・丸・袋・筒・シート・セット・カセット））
ステータス	1.　開始 2.　中止
上記の理由	1.　効果不十分 2.　症状の悪化 3.　傷病の発症 4.　有害事象発現 5.　有害事象発現リスク 6.　非薬物的対応 7.　肝機能・腎機能 8.　同系統薬の重複投与 9.　後発医薬品への切り替え 10.　配合剤への切り替え 11.　服薬アドヒアランスの低下 12.　症状改善 13.　その他

＊赤枠内がLIFEへのデータ提出を必須とする項目

介護医療院における薬物療法の最適化に係る取組事例とその効果

○薬剤師が利用者の状態等を踏まえて薬物療法を薬学的に評価し、医師への処方提案や多職種との情報共有を通じて、薬物療法の最適化につなげることにより、利用者の状態改善や薬剤費の削減に加え、服薬簡素化（服薬回数減少、昼１回服薬にまとめる等）の取組等を通じて、看護・介護職員の服薬関連業務の負担軽減につながった事例がみられた。

利用者への効果

生活機能　傾眠等の改善によるリハビリテーションの実施

６剤以上を服用し、日中の傾眠やふらつきによりリハビリテーションを十分に実施できなかった利用者について、薬剤師が医師に処方変更を提案し、多職種と経過観察及び副作用のモニタリングを行った。その結果、薬剤数が６剤以上から４剤へ減少し、傾眠やふらつきが改善したことで、十分なリハビリテーションを実施できるようになった。

多剤服用　多職種カンファレンスを通じた多剤服用の改善

１年間に入所した179名を対象として、医師、看護師及び薬剤師によるカンファレンスを11回開催し、35名に薬学的介入を行った。その結果、薬剤の中止や用法・用量の変更等の提案49件が受け入れられ、対象者の平均服用薬剤数が0.6剤減少するとともに、年間の薬剤費が約26万円削減された。

褥瘡改善　薬剤の見直しによる褥瘡の改善と再発予防

褥瘡を有する利用者が他院から入所した際、薬剤師が持参薬を確認したところ、褥瘡発生リスクの高い薬剤が含まれていた。薬剤師が主治医に相談し、よりリスクの低い薬剤への変更につながった。その後、褥瘡は治癒し、新たな褥瘡の発生も認められなかった。

施設職員への効果

服薬簡素化　服薬回数等の見直しによる服薬支援回数の減少

定期処方薬を服用している41名について、薬剤師が服薬回数及び服用時点を確認し、医師への処方提案や看護師との情報共有を通じて調整につなげた。その結果、22名で服薬回数又は服用時点等が見直され、このうち14名では、職員による服薬支援が必要となる回数が１日当たり延べ21回、30日換算で約630回減少した。

朝の与薬　薬剤数・服用時点の見直しによる朝の与薬負担の軽減

58名に処方された朝の薬剤が計229剤あり、夜勤者１名が与薬準備から服薬までを担っていた施設において、薬剤師が全利用者の薬剤を確認し、医師への処方提案を通じて、薬剤数の減少や昼・夕への服用時点の変更につなげた。その結果、朝の薬剤数が減少するとともに、落薬に関するインシデントも減少した。

配薬管理　配薬セットの役割分担による時間外業務の軽減

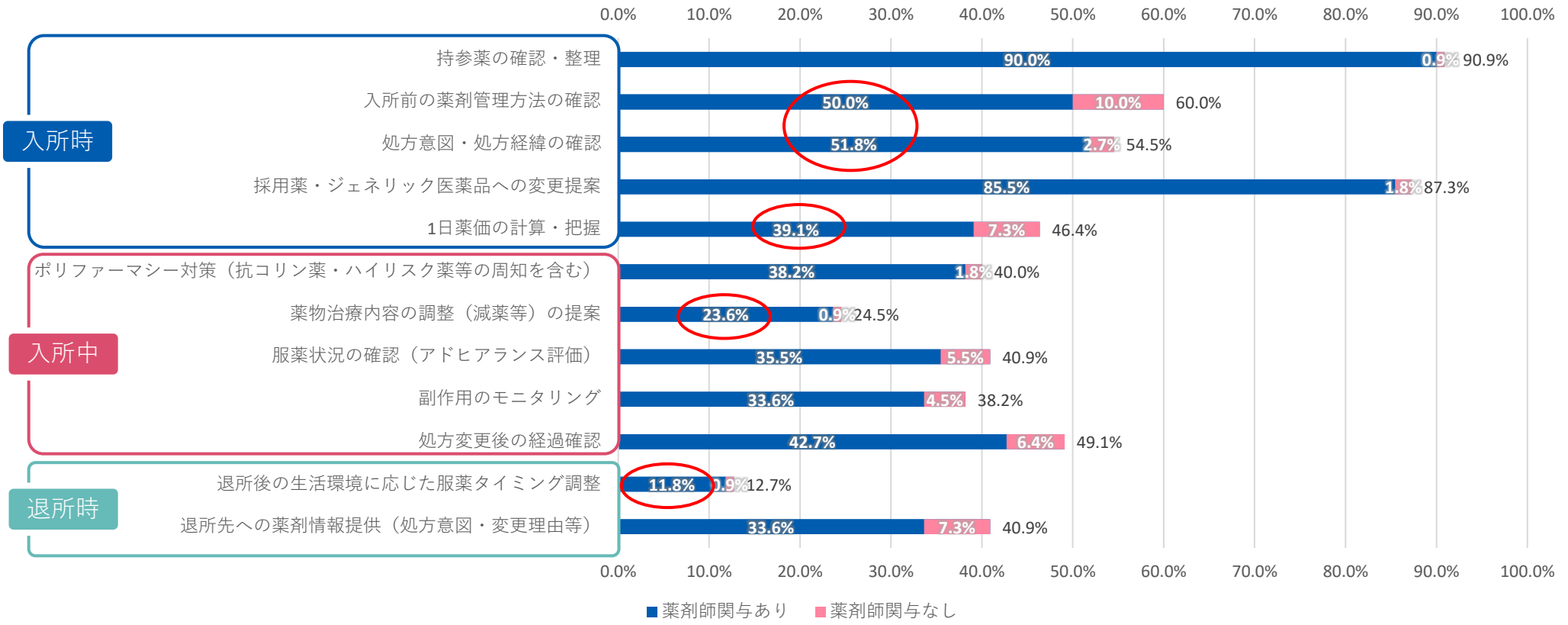
看護師が時間外に配薬セットを行っていた施設において、薬剤師が薬歴に基づいて処方薬を確認し、配薬セットを行う体制に変更した。その結果、看護師が配薬セットに要していた時間外勤務がなくなり、配薬セットの間違いも減少した。

【出典】一般社団法人日本病院薬剤師会 療養病床委員会「介護老人保健施設・介護医療院における薬剤師介入の効果に関する実態調査（2026年度）」（速報値）をもとに老健局老人保健課作成

介護医療院における入所者に対する薬剤関連業務の実施状況

○入所時における主な薬剤関連業務として、「持参薬の確認・整理」や「採用薬・ジェネリック医薬品への変更提案」は多くの施設で実施されており、その多くで薬剤師が主に関与していた。一方で、「入所前の薬剤管理方法の確認」や「処方意図・処方経緯の確認」、「1日薬価の計算・把握」は相対的に実施割合が低く、薬剤師の関与の度合いもそれぞれ、50.0%、51.8%、39.1%と低かった。
○入所中及び退所時における薬物療法の最適化や薬剤情報連携に資する業務は、入所時に比べて相対的に実施割合が低く、そのうち「薬物治療内容の調整の提案」や「退所後の生活環境に応じた服薬タイミング調整」では薬剤師の関与の度合いもそれぞれ、23.6%、11.8%と低かった。

■　介護医療院の入所者（概ね70%以上）に対する薬剤関連業務の実施状況（n=110）

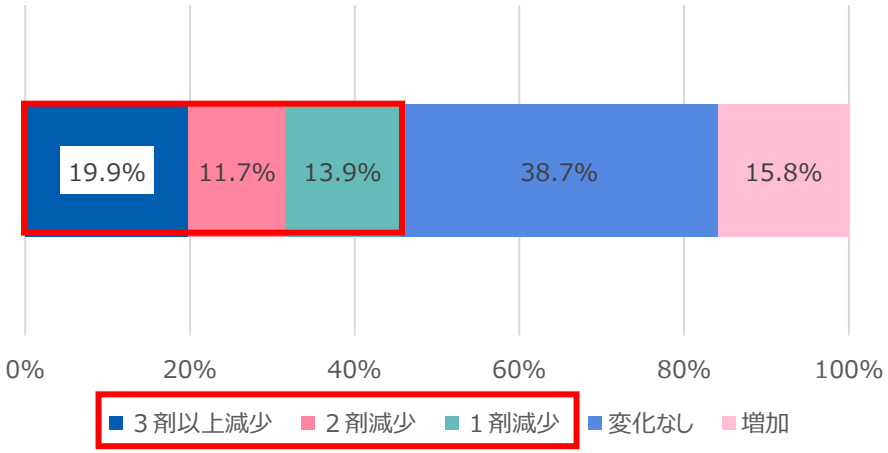


【出典】一般社団法人 日本病院薬剤師会 療養病床委員会「介護老人保健施設・介護医療院における薬剤師介入の効果に関する実態調査（2026年度）」（速報値）をもとに老健局老人保健課作成

介護医療院の入所者における内服薬の薬剤数及び服薬回数の変化

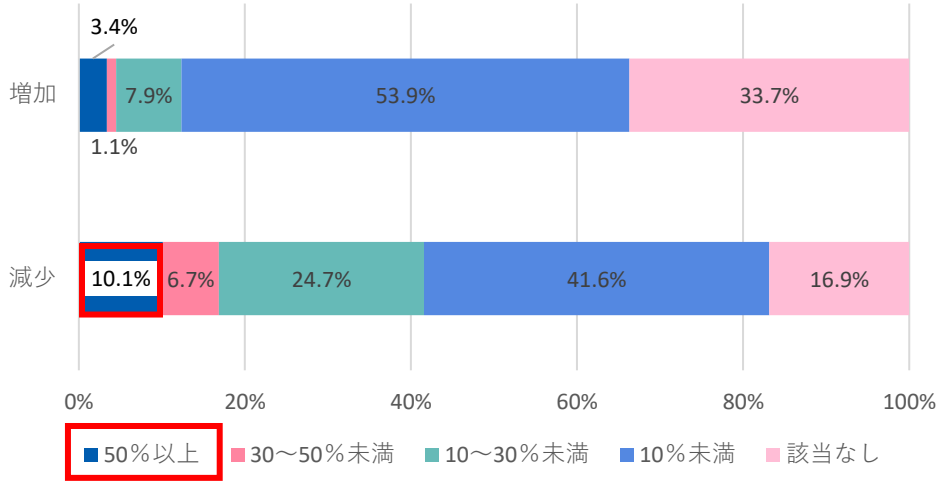
○入所時に内服薬６剤以上服用している利用者のうち、薬剤数が減少した利用者は45.5％であり、このうち３剤以上減少した利用者は19.9％であった。
○入所時に内服薬６剤以上服用している利用者のうち、利用者の半数以上で１日の服薬回数が減少したと回答した施設は10.1％であった。

■　入所時に内服薬６剤以上服用している利用者における入所時からの利用者ごとの薬剤数の変化（n=846）



【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療提供等の実態にかかる調査研究事業」

■　入所時に内服薬６剤以上服用している利用者における入所時からの施設ごとの１日の服薬回数の変化（n=89）



※凡例は、内服薬６剤以上の利用者のうち、服薬回数が増加又は減少した利用者割合を示す。また、「把握していない」と回答した施設は集計から除いた。

【出典】一般社団法人 日本病院薬剤師会 療養病床委員会「介護老人保健施設・介護医療院における薬剤師介入の効果に関する実態調査（2026年度）」（速報値）をもとに老健局老人保健課作成

論点③　薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進

論点③

■ 介護医療院においては、「薬剤管理指導」により、薬剤師が入所者に対して行う服薬指導、効果・副作用等の確認が評価されている。また、「薬剤管理指導　注２」では、薬剤管理指導実施者の服薬情報等を科学的介護情報システム（LIFE）に提出し、当該情報等を活用した場合が評価されている。

■ 高齢者の薬物療法を巡っては、抗コリン薬リスクスケールの活用等による薬剤起因性老年症候群への対応や、医療安全、利用者及び職員の負担軽減に資する服薬簡素化の取組が進められている中で、薬剤師が利用者の状態等を踏まえて薬物療法を薬学的に評価し、医師への処方提案や多職種との情報共有を行うことで、利用者の状態改善や薬剤費の削減に加え、服薬簡素化等を通じて、看護・介護職員の服薬関連業務の負担軽減につながった事例がみられた。

■ 一方、薬剤関連業務の実施状況をみると、「持参薬の確認・整理」や「採用薬・ジェネリック医薬品への変更提案」等の入所時における薬剤関連業務は広く実施されていたが、「薬物治療内容の調整の提案」や「退所後の生活環境に応じた服薬タイミング調整」等、入所中及び退所時における薬物療法の最適化や薬剤情報連携に資する業務の実施割合は相対的に低く、薬剤師の関与の度合いも低かった。

■ また、入所時に内服薬６剤以上を服用していた利用者の45.5％で薬剤数が減少し、このうち19.9％では３剤以上減少していた。一方、内服薬６剤以上を服用していた利用者の半数以上で服薬回数が減少した施設は10.1％であった。

■ 利用者に対する薬物療法の最適化を推進し、ケアの質向上及び施設職員の負担軽減を図るとともに、退所時における切れ目のない薬剤情報連携及びLIFEに提出した薬剤情報の活用を推進する観点から、評価の在り方についてどのように考えるか。

⇒　薬剤情報に係るLIFEの評価のあり方については、 LIFEに関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

対応案

■ 介護医療院における薬物療法の最適化を推進する観点から、薬剤師が入所時から入所中までの継続的な薬学的管理を通じた薬物療法の評価、医師への処方提案等を通じた薬剤調整、経過確認等の取組について、評価してはどうか。

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・34

論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

論点④　医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方

論 点 ④

■ 協力医療機関に係る施設基準及び評価の在り方についてどのように考えるか。

■ 介護医療院における人生の最終段階の医療・介護についてどのように考えるか。

⇒　医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・34

論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

退所前訪問指導加算

算定に関する基準

（略）入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、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た場合に、入所中１回(入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められる入所者にあっては、２回)を限度として算定する。入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

単位数

460単位／回

留意事項通知

①　退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算

イ　退所前訪問指導加算については、入所期間が１月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行った場合に、入所中１回に限り算定するものである。

なお、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、２回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、１回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、２回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ　退所後訪問指導加算については、入所患者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものである。

ハ　退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ニ　退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

ａ　退所して病院又は診療所へ入院する場合

ｂ　退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合

ｃ　死亡退所の場合

ホ　退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

ヘ　退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

ト　退所前訪問指導及び退所後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

退所後訪問指導加算

算定に関する基準

（略）入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に、退所後1回を限度として算定する。入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定する。

単位数

460単位／回

留意事項通知

① 退所前訪問指導加算・退所後訪問指導加算

イ 退所前訪問指導加算については、入所期間が１月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、在宅療養に向けた最終調整を目的として入所者が退所後生活する居宅を訪問して退院後の療養上の指導を行った場合に、入所中１回に限り算定するものである。

なお、入所後早期に退所に向けた訪問指導の必要があると認められる場合については、２回の訪問指導について加算が行われるものであること。この場合にあっては、１回目の訪問指導は退所を念頭においた施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定に当たって行われるものであり、２回目の訪問指導は在宅療養に向けた最終調整を目的として行われるものであること。

ロ 退所後訪問指導加算については、入所患者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して療養上の指導を行った場合に、1回に限り加算を行うものである。

ハ 退所前訪問指導加算は退所日に算定し、退所後訪問指導加算は訪問日に算定すること。

ニ 退所前訪問指導加算及び退所後訪問指導加算は、次の場合には算定できないものであること。

ａ 退所して病院又は診療所へ入院する場合

ｂ 退所して他の介護保険施設へ入院又は入所する場合

ｃ 死亡退所の場合

ホ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、医師、看護職員、支援相談員、理学療法士又は作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等が協力して行うこと。

ヘ 退所前訪問指導及び退所後訪問指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。

ト 退所前訪問指導及び退所後訪問指導を行った場合は、指導日及び指導内容の要点を診療録等に記載すること。

在宅復帰支援機能加算

算定に関する基準

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護医療院であって、次に掲げる基準のいずれにも適合している場合にあっては、1日につき所定単位数を加算する。
イ　入所者の家族との連絡調整を行っていること。
ロ　入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供及び退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っていること。

単位数

10単位／日

厚生労働大臣が定める基準

イ　算定日が属する月の前６月間において、当該施設から退所した者の総数のうち、当該期間内に退所し、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が１月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が100分の30を超えていること。
ロ　退所者の退所後30日以内に、当該施設の従業者が当該退所者の居宅を訪問すること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、当該退所者の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。

留意事項通知

①「入所者の家族との連絡調整」とは、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して次に掲げる支援を行うこと。退所後の居宅サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行うこと。また必要に応じ、当該入所者の同意を得て退所後の居住地を管轄する市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対して当該入所者の介護状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供すること。

②　本人家族に対する相談援助の内容は次のようなものであること。
イ　食事、入浴、健康管理等在宅における生活に関する相談援助
ロ　退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談助言
ハ　家屋の改善に関する相談援助
ニ　退所する者の介助方法に関する相談援助

③　在宅復帰支援機能加算の算定を行った場合は、その算定根拠等の関係書類を整備しておくこと。

介護医療院の算定状況

	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）
介護医療院		2,055,080	1,544.1	100.0%	－	－
退所時栄養情報連携加算	70単位/回	6	0.1	0.0%	29	3.1%
再入所時栄養連携加算	200単位/回	3	0.0	0.0%	5	0.5%
退所前訪問指導加算	460単位/回	10	0.0	0.0%	20	2.2%
退所後訪問指導加算	460単位/回	6	0.0	0.0%	8	0.9%
退所時指導加算	400単位/回	24	0.1	0.0%	50	5.4%
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500単位/回	59	0.1	0.0%	75	8.1%
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250単位/回	57	0.2	0.0%	96	10.3%
退所前連携加算	500単位/回	22	0.0	0.0%	36	3.9%
訪問看護指示加算	300単位/回	2	0.0	0.0%	7	0.8%
協力医療機関連携加算（1）	50単位/月	1,664	33.3	2.2%	518	55.7%
協力医療機関連携加算（2）	5単位/月	4	0.7	0.0%	19	2.0%
栄養マネジメント強化加算*	11単位/日	6,742	612.9	39.7%	364	39.1%
経口移行加算*	28単位/日	149	5.3	0.3%	62	6.7%
経口維持加算（Ⅰ）	400単位/月	2,716	6.8	0.4%	330	35.5%
経口維持加算（Ⅱ）	100単位/月	498	5.0	0.3%	229	24.6%
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90単位/月	286	3.2	0.2%	94	10.1%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	1,327	12.1	0.8%	259	27.8%
療養食加算	6単位/日	5,881	980.2	63.5%	777	83.5%
在宅復帰支援機能加算*	10単位/日	53	5.3	0.3%	5	0.5%
緊急時治療管理*	518単位/日	811	1.6	0.1%	－	－
認知症専門ケア加算（Ⅰ）*	3単位/日	147	49.1	3.2%	50	5.4%
認知症専門ケア加算（Ⅱ）*	4単位/日	31	7.7	0.5%	6	0.6%
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150単位/月	10	0.1	0.0%	4	0.4%
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120単位/月	329	2.7	0.2%	48	5.2%
認知症行動・心理症状緊急対応加算*	200単位/日	－	－	－	0	0.0%
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）*	40～140単位/日	447	9.5	0.6%	7	0.8%
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）*	100～200単位/日	1,138	11.0	0.7%	9	1.0%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	152	15.2	1.0%	228	24.5%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	8	0.5	0.0%	51	5.5%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	2	0.1	0.0%	20	2.2%

（注1）*は日数を集計している。「算定率（日数ベース）」は、各加算の日数÷総日数により求めたもの。「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））より老健局老人課作成

論点⑤　報酬体系の整理・簡素化

論点⑤

■ 介護医療院は、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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を目的とする施設であり、医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設としての役割を果たしている。

■ 退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、在宅復帰支援機能加算の事業者ベースの算定率は、それぞれ2.2％、0.9％、0.5％であった。

■ 退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算は、当該入所者及びその家族等に対して、入所者の退所に係る療養上の指導を評価している。また、在宅復帰支援機能加算は、入所者が在宅へ退所するに当たり、当該入所者及びその家族に対して支援を行うことを評価している。

■ 介護医療院における、これらの加算についてどのように考えるか。

対応案

■ 介護医療院は医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設としての役割が求められていることや、加算の算定率を踏まえ、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、在宅復帰支援機能加算については統合・整理してはどうか。

介護医療院　目次

論点①：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

論点②：経管栄養を実施する利用者への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：薬物療法の最適化及び切れ目のない薬剤情報連携の推進・・・・・・・・・・・・28

論点④：医療・介護連携、人生の最終段階の医療・介護に係る報酬の在り方・・・・・・・34

論点⑤：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

論点⑥：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42

論点⑥　安定的な事業運営のための職員配置

論点⑥

■ 介護職員等の配置については、入所者数の前年度の平均値に応じて、職員を配置するものとされており、入所者数が減少した場合においても、原則（※）、その減少後の数ではなく、前年度の平均値に応じて職員を配置する取扱いとなっている。

（※）入所者数の減少により、減床を行う場合、減床後の実績が３月以上あれば、減床後の入所者数に応じて職員を配置する取扱いとなっている。

■ 入所者数が減少傾向にあり、現在の入所者数が前年度の平均値を下回る施設等においては、実態よりも手厚い職員配置をしなければ、人員欠如減算の対象となる可能性がある。

■ このため、サービスの質の確保を前提としつつ、職員に与える影響についても留意しながら、入所者数が減少する場合における入所者数の「前年度の平均値」の解釈について、どのように考えるか。

⇒　入所者の増減に応じた柔軟な配置については、横断的事項に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

１．これまでの分科会における主なご意見

２．論点及び対応案

３．参考資料

介護医療院の概要

（定義）
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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を目的とする施設。
（介護保険法第8条第29項）

（基本方針）
第二条　介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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、その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ものでなければならない。

（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第５号））

○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

介護医療院の基準

必要となる人員・設備等

介護医療院においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

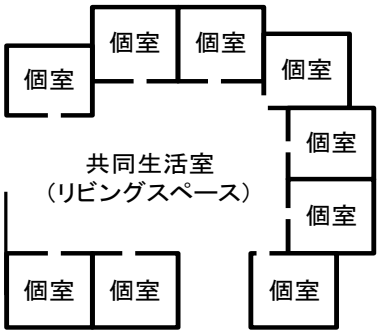
・ 人員基準

医師	Ⅰ型：48対１以上（施設で3以上） Ⅱ型：100対１以上（施設で1以上）
薬剤師	Ⅰ型：150対１以上 Ⅱ型：300対１以上
看護職員	6対１以上
介護職員	Ⅰ型：5対１以上 Ⅱ型：6対１以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	実情に応じた適当数
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）
放射線技師	実情に応じた適当数

・ 設備基準

診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	１室当たり定員４人以下、 入所者１人当たり8.0㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	１㎡×入所者数以上
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
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所

ユニット型介護医療院の場合、上記基準に加え、
・ 共同生活室の設置
・ 病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



介護医療院の報酬

利用者の要介護度・職員配置等に応じた基本サービス費（多床室の場合）

○ Ⅰ型：介護療養病床相当の基準を満たす施設

強化型Ａ相当
看護職員６：１
介護職員４：１

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
833単位	943単位	1,182単位	1,283単位	1,375単位

○ Ⅱ型：老人保健施設相当以上の基準を満たす施設

※主な利用者像として、Ⅰ型より比較的容体が安定した者

看護職員６：１
介護職員４：１

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
786単位	883単位	1,092単位	1,182単位	1,261単位

※　加算・減算は主なものを記載

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）　（30単位／日）

在宅への復帰を支援
在宅復帰率30%超等（10単位）

日常的に必要な医療行為の実施（特別診療費）
・感染症を防止する体制の整備　（６単位）
・褥瘡対策の体制の整備　（６単位、10単位）
・理学療法の実施　（73単位、123単位）　等

栄養管理の強化　（11単位／日）

夜勤職員の手厚い配置
（７～23単位）

認知症行動・心理症状の方の緊急的な受け入れ　（200単位/日）
若年性認知症利用者の受け入れ
（120単位/日）
重度の認知症疾患への対応
（40～200単位）
認知症チームケア推進加算
（（Ⅰ）：150単位/月（Ⅱ）：120単位/月）

介護職員等処遇改善加算
（Ⅰイ）：6.2%　（Ⅰロ）：6.6%
（Ⅱイ）：5.8%　（Ⅱロ）：6.2%
（Ⅲ）：4.7%（Ⅳ）：4.0%
（Ⅴ）：1.5～4.6% ※（Ⅴ）は2025年3月31日まで

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

・介護福祉士８割以上等：22単位
・介護福祉士６割以上等：18単位
・介護福祉士５割以上等：６単位

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

協力医療機関との連携
（Ⅰ）：50単位/月　（Ⅱ）：５単位/月

－

定員を超えた利用や人員配置基準に違反（▲30%）
療養室の面積の要件を満たしていない（▲25単位）
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%）

介護医療院の算定状況

	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）
介護医療院		2,055,080	1,544.1	100.0%	－	－
Ⅰ型介護医療院（Ⅰ）*	721～1,375単位/日	1,123,998	863.9	55.9%	－	－
Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）*	711～1,355単位/日	158,385	125.6	8.1%	－	－
Ⅰ型介護医療院（Ⅲ）*	694～1,338単位/日	100,934	81.7	5.3%	－	－
Ⅱ型介護医療院（Ⅰ）*	675～1,261単位/日	322,958	282.1	18.3%	－	－
Ⅱ型介護医療院（Ⅱ）*	659～1,245単位/日	89,174	79.4	5.1%	－	－
Ⅱ型介護医療院（Ⅲ）*	648～1,234単位/日	79,717	71.9	4.7%	－	－
特別介護医療院Ⅰ型*	661～1,271単位/日	3,510	3.0	0.2%	－	－
特別介護医療院Ⅱ型*	614～1,172単位/日	4,150	4.3	0.3%	－	－
ユニット型Ⅰ型介護医療院（Ⅰ）*	850～1,392単位/日	11,026	8.4	0.5%	－	－
ユニット型Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）*	840～1,374単位/日	3,073	2.3	－	－	－
ユニット型Ⅱ型介護医療院*	849～1,353単位/日	25,988	21.3	1.4%	－	－
ユニット型特別介護医療院Ⅰ型*	798～1,304単位/日	－	－	－	－	－
ユニット型特別介護医療院Ⅱ型*	808～1,284単位/日	－	－	－	－	－
身体拘束廃止未実施減算*	所定単位数×90/100	△791	6.2	0.4%	－	－
安全管理体制未実施減算*	△5単位/日	-1	0.3	0.0%	1.0	0.1%
高齢者虐待防止措置未実施減算*	所単位数×99/100	-30	2.4	0.2%	－	－
業務継続計画未策定減算*	所単位数×97/100	-16	0.4	0.0%	－	－
栄養管理基準減算*	△14単位/日	-346	24.7	1.6%	40.0	4.3%
介護医療院療養環境減算（Ⅰ）*	△25単位/日	-4,905	196.2	12.7%	152.0	16%
介護医療院療養環境減算（Ⅱ）*	△25単位/日	-7,521	300.8	19.5%	175.0	18.8%
室料相当額控除*	△26単位/日	-7,448	286.5	18.6%	－	－
夜間勤務等看護（Ⅰ）*	23単位/日	47	2.0	0.1%	5	0.5%
夜間勤務等看護（Ⅱ）*	14単位/日	46	3.3	0.2%	3	0.3%
夜間勤務等看護（Ⅲ）*	14単位/日	4,705	336.1	21.8%	214	23.0%
夜間勤務等看護（Ⅳ）*	7単位/日	5,522	788.9	51.1%	370	39.8%
若年性認知症患者受入加算*	120単位/日	76	0.6	0.0%	15	1.6%
外泊時費用*	362単位/日	47	0.1	0.0%	－	－
試行的退所サービス費*	800単位/日	－	－	－	－	－
他科受診時費用*	362単位/日	645	1.8	0.1%	－	－
初期加算*	30単位/日	2,073	69.1	4.5%	750	80.6%

（注1）*は日数を集計している。「算定率（日数ベース）」は、各加算の日数÷総日数により求めたもの。「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））より老健局老人課作成

介護医療院の算定状況

	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）
介護医療院		2,055,080	1,544.1	100.0%	－	－
退所時栄養情報連携加算	70単位/回	6	0.1	0.0%	29	3.1%
再入所時栄養連携加算	200単位/回	3	0.0	0.0%	5	0.5%
退所前訪問指導加算	460単位/回	10	0.0	0.0%	20	2.2%
退所後訪問指導加算	460単位/回	6	0.0	0.0%	8	0.9%
退所時指導加算	400単位/回	24	0.1	0.0%	50	5.4%
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500単位/回	59	0.1	0.0%	75	8.1%
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250単位/回	57	0.2	0.0%	96	10.3%
退所前連携加算	500単位/回	22	0.0	0.0%	36	3.9%
訪問看護指示加算	300単位/回	2	0.0	0.0%	7	0.8%
協力医療機関連携加算（1）	50単位/月	1,664	33.3	2.2%	518	55.7%
協力医療機関連携加算（2）	5単位/月	4	0.7	0.0%	19	2.0%
栄養マネジメント強化加算*	11単位/日	6,742	612.9	39.7%	364	39.1%
経口移行加算*	28単位/日	149	5.3	0.3%	62	6.7%
経口維持加算（Ⅰ）	400単位/月	2,716	6.8	0.4%	330	35.5%
経口維持加算（Ⅱ）	100単位/月	498	5.0	0.3%	229	24.6%
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90単位/月	286	3.2	0.2%	94	10.1%
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月	1,327	12.1	0.8%	259	27.8%
療養食加算	6単位/日	5,881	980.2	63.5%	777	83.5%
在宅復帰支援機能加算*	10単位/日	53	5.3	0.3%	5	0.5%
緊急時治療管理*	518単位/日	811	1.6	0.1%	－	－
認知症専門ケア加算（Ⅰ）*	3単位/日	147	49.1	3.2%	50	5.4%
認知症専門ケア加算（Ⅱ）*	4単位/日	31	7.7	0.5%	6	0.6%
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150単位/月	10	0.1	0.0%	4	0.4%
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120単位/月	329	2.7	0.2%	48	5.2%
認知症行動・心理症状緊急対応加算*	200単位/日	－	－	－	0	0.0%
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）*	40～140単位/日	447	9.5	0.6%	7	0.8%
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）*	100～200単位/日	1,138	11.0	0.7%	9	1.0%
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位/月	152	15.2	1.0%	228	24.5%
排せつ支援加算（Ⅱ）	15単位/月	8	0.5	0.0%	51	5.5%
排せつ支援加算（Ⅲ）	20単位/月	2	0.1	0.0%	20	2.2%

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

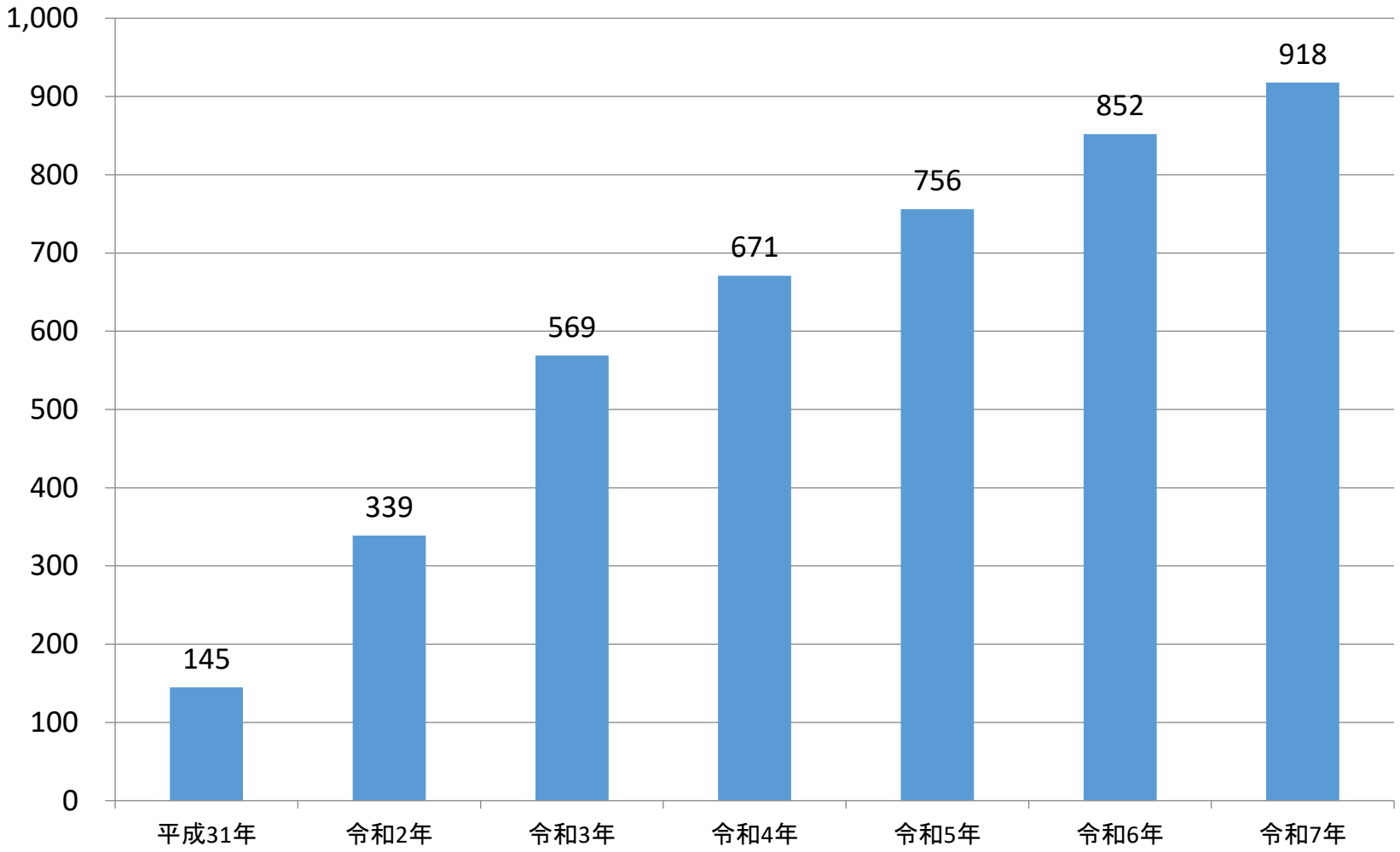
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人課作成

介護医療院の算定状況

	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）
介護医療院		2,055,080	1,544.1	100.0%	－	－
自立支援促進加算	280単位/月	2,702	9.6	0.6%	135	14.5%
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月	468	11.7	0.8%	195	21.0%
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60単位/月	1,493	24.9	1.6%	372	40.0%
安全対策体制加算	20単位/月	42	2.1	0.1%	431	46.3%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10単位/月	228	22.8	1.5%	354	38.1%
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5単位/月	110	22.0	1.4%	320	34.4%
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	47	0.5	0.0%	6	0.6%
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10単位/月	84	8.4	0.5%	128	13.8%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）＊	22単位/日	14,601	663.7	43.0%	367	39.5%
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）＊	18単位/日	6,670	370.6	24.0%	210	22.6%
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）＊	6単位/日	2,647	441.1	28.6%	271	29.1%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	+所定単位×51/1000	48,857	24.0	1.6%	361	38.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	+所定単位×47/1000	20,011	11.1	0.7%	193	20.8%
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	+所定単位×36/1000	10,784	7.6	0.5%	162	17.4%
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	+所定単位×29/1000	8,709	7.7	0.5%	124	13.3%

（注1）＊は日数を集計している。「算定率（日数ベース）」は、各加算の日数÷総日数により求めたもの。「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））より老健局老人課作成

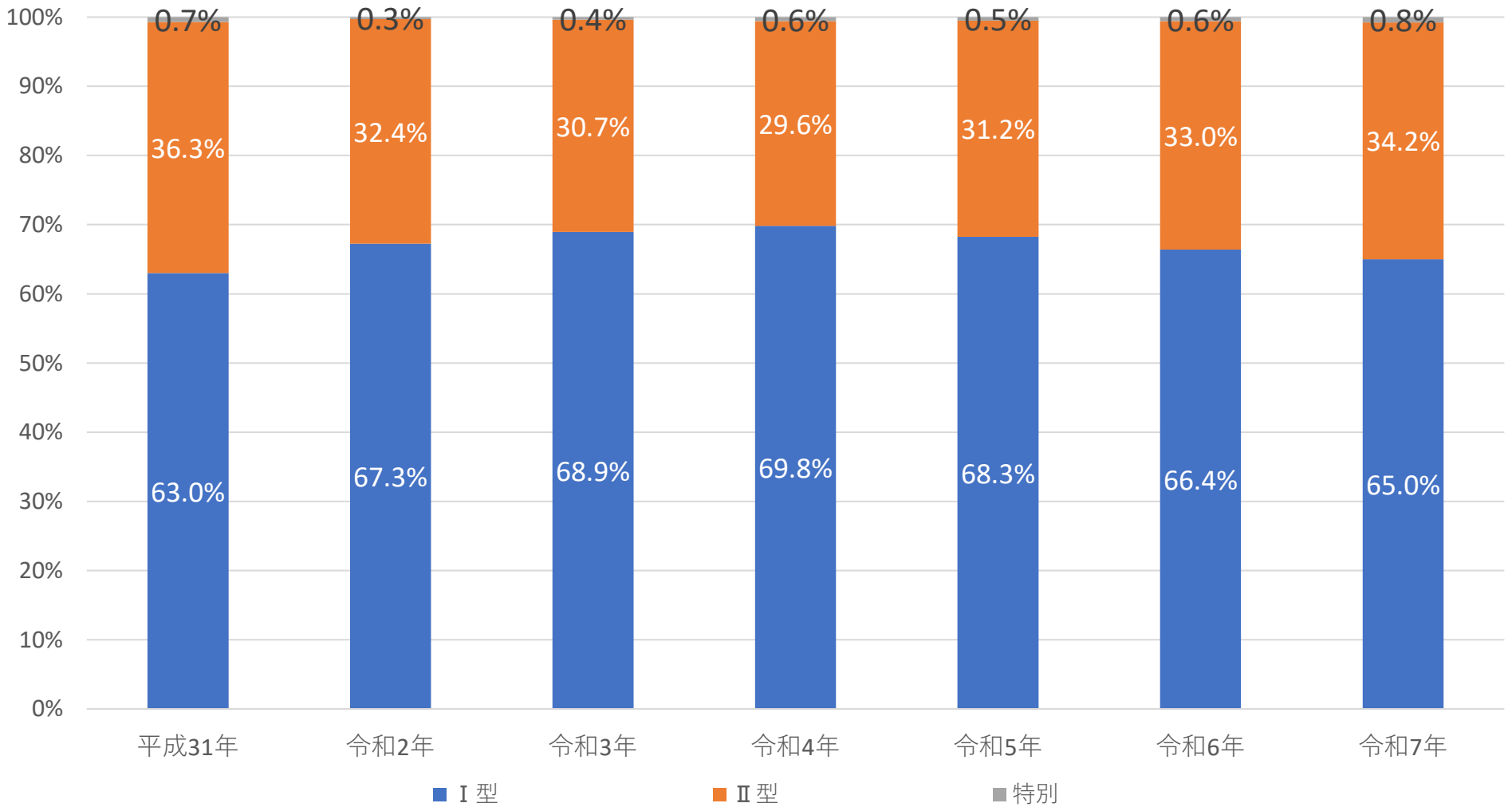
介護医療院の請求事業所数



※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

介護医療院の施設類型別割合



※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。
※Ⅰ型Ⅱ型混合は、Ⅰ型とⅡ型に重複して計上。

【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

（参考）

日本版抗コリン薬リスクスケール

目的

1. 高齢者に頻用される抗コリン薬のリスクを正確に評価し、薬物療法の適正化（ポリファーマシー対策を含む）を図る。
2. 抗コリン薬のリスクに関する具体的な指標を提供することで、医師、歯科医師や薬剤師等が、特に高齢者への処方・調剤時にリスクを再認識することを目指す。
3. 抗コリン薬による薬物有害事象や相互作用を減少させることにより、患者の生活の質（Quality of life: QOL）の向上を目指すことを目的としている。

対象

・高齢者を主な適用対象とするが、若年者でも基礎疾患によっては薬物有害事象の危険が高まることがあり、
適用対象に年齢上の区分は設けない。

・あらゆる医療介護現場で使用されることを想定して作成されており、利用対象は薬剤師、医師・歯科医師、看護師やその他の医療介護専門職全般である。

使い方

2つの側面を評価することを推奨

1. 個々の薬物のリスク評価：　各薬物が持つ抗コリン作用によるリスクの強さをスコア3から1で評価を行う。高いスコアの薬物を使用している場合は、より低いスコアの薬物に切り替えるなど検討を行う。

2. 総合的なリスク評価（総抗コリン薬負荷）：　高齢者は複数疾患に罹患しており複数の薬物が処方されていることが多く、それぞれの薬物のスコアを合算し、患者の総抗コリン薬負荷を算出する。薬物療法全体の抗コリン作用によるリスクを把握することが可能となる。

158薬物を掲載
- スコア3：37薬物（一般用医薬品：15薬物[40.5%]を含む）
- スコア2：27薬物（一般用医薬品：4薬物[14.8%]を含む）
- スコア1：94薬物（一般用医薬品：17薬物[19.1%]を含む）

（参考）

表1. 老年症候群の症候とその被疑薬　　青字：向精神薬、緑字：抗コリン作用を有する薬物

症候	薬物
ふらつき・転倒	●睡眠薬、抗不安薬、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、抗パーキンソン病薬（トリヘキシフェニジル）、抗ヒスタミン薬 ●降圧薬（特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、抗てんかん薬、メマンチン
抑うつ	●抗不安薬、抗精神病薬 ●H2 ブロッカー ●中枢性降圧薬、β遮断薬、抗甲状腺薬
記憶障害	●睡眠薬、抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、抗パーキンソン病薬、抗ヒスタミン薬（H2 ブロッカー含む） ●降圧薬（中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬）、抗てんかん薬
せん妄	●睡眠薬、抗不安薬 ●抗うつ薬（三環系）、抗ヒスタミン薬（H2 ブロッカー含む） ●抗パーキンソン病薬、降圧薬（中枢性降圧薬、β遮断薬）、ジギタリス、副腎皮質ステロイド、抗不整脈薬（リドカイン、メキシレチン）、気管支拡張薬（テオフィリン、ネオフィリン）
食欲低下	●抗不安薬、抗精神病薬、SSRI、ChE 阻害薬 ●トリヘキシフェニジル ●非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAID）、アスピリン、緩下剤
便秘	●睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、膀胱鎮痙薬、腸管鎮痙薬（ブチルスコポラミン、プロパンテリン）、H2 ブロッカー、トリヘキシフェニジル ●αグルコシダーゼ阻害薬
排尿障害・尿失禁	●睡眠薬・抗不安薬（ベンゾジアゼピン）、抗精神病薬（フェノチアジン系） ●抗うつ薬（三環系）、腸管鎮痙薬（ブチルスコポラミン、プロパンテリン）、膀胱鎮痙薬、H2 ブロッカー、トリヘキシフェニジル ●α遮断薬、利尿薬

切れ目のないポリファーマシー対策を提供するための薬物療法情報提供書作成ガイド
（研究代表者：国立長寿医療研究センター 溝神文博）より

作成：一般社団法人 日本老年薬学会 日本版抗コリン薬リスクスケール作成ワーキンググループ
協力：一般社団法人 日本老年医学会

高齢者施設の服薬簡素化提言

○高齢者施設において、誤薬・医療安全の観点、患者本人への負担の軽減、与薬による職員負担の軽減から服薬簡素化提言が提唱されている。

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言１】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

服薬回数を減らすと、誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者/入居者にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる。

【提言２】服薬は昼１回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する

施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる。昼服用に適さない薬剤もあり、また療養場所が変わったときには再度の見通しが必要になるなど制限もある。

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

処方と服薬回数の見直し。必要時多職種での経過観察と服薬状況の把握、服薬簡素化の必要性の確認を行う

ステップ１：服薬簡素化の対象となる薬剤の特定

ステップ２：服薬簡素化の実施可能性を検討

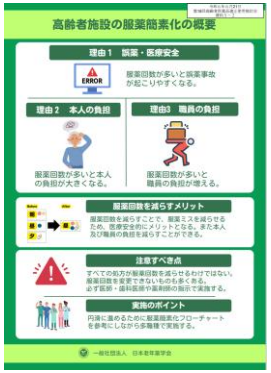
ステップ３：多職種で変更の協議

ステップ４：本人やキーパーソンへの説明

ステップ５：処方変更の実施

ステップ６：継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ７：退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



出典：高齢者施設の服薬簡素化提言　第一版（日本老年薬学会）

切れ目のない薬剤情報連携のイメージ

○　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）


急性期病院

病状の早期安定化に向けて集中的に医療資源を投入し治療を行う

高度急性期・急性期

包括期（回復期）

急性期治療後、ADL向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供

慢性期


慢性期病院


外来・在宅


高齢者施設等

（医）薬剤総合評価調整加算について

社保審－介護給付費分科会 | 第260回（R８.７.９） | 資料３

➢ 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

退院時薬剤情報管理指導料：保険薬局への情報提供のみ　⇒　薬剤総合調整加算：転院先・転所先・保険薬局等へ情報提供先が**拡大**

入所者に対する服薬管理の実施状況

○ポリファーマシー（多剤服用）対策として薬剤調整を積極的に実施しているかについて、「はい」が59.2%であった。
○具体的な取組としては、「入所時にこれまでの処方内容を確認し、減薬等の調整を積極的に行っている」が87.5%で最も多く、次いで「薬剤調整の情報を多職種で共有し、調整後の状況を多職種にてフォローしている」が32.1%であった。

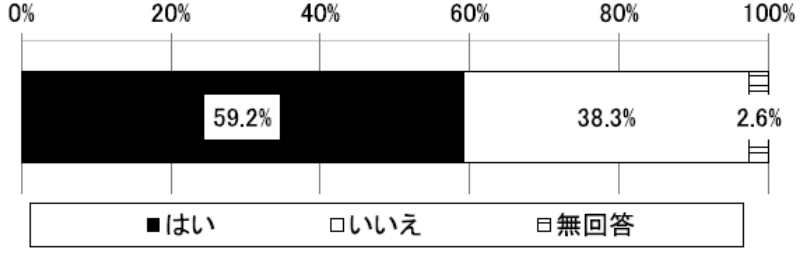
■　介護医療院における薬剤師の常勤換算の配置状況

	施設数	平均値（人）	標準偏差	中央値
全体	305	0.7	0.9	0.5
Ⅰ型	212	0.9	0.9	0.7
Ⅱ型	92	0.5	0.9	0.3

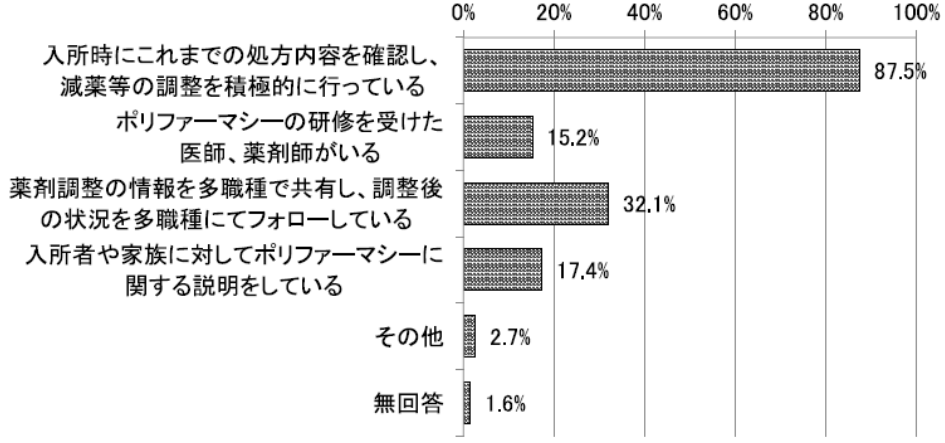
※薬剤師の配置基準：150：１又は300 ：１以上

【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」

■　薬剤調整を積極的に実施しているか（n=311）



■　具体的な取組（複数回答）（n=184）



【出典】令和６年度老人保健健康増進等事業「介護医療院における医療提供等の実態にかかる調査研究事業」