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２
第273回（R８.11.２）	

介護老人保健施設（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

＜介護老人保健施設＞

（報酬・評価）

○介護老人保健施設の収支差について、令和７年度の概況調査では、全ての介護サービスの中で最も低い状況である。また、介護老人保健施設の減少には、建物の老朽化が影響していると考えているが、大規模修繕等に必要な内部留保を確保するのは非常に厳しい。そのような中、地域医療構想において、介護老人保健施設は重要性が高まっており、地域で必要な役割を果たし続けるためにも、基本報酬、基本サービス費の大幅な引き上げが必要である。

○介護老人保健施設では、経営破綻等による廃業が相次いでおり、地域の医療介護提供体制に大きな支障が生じているため、一刻も早く基本報酬の増額の手当が必要である。

○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になるため、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。

○急性期の医療機関から介護保険施設への早期の直接入所については、人員体制や機能について、退院側の診療報酬か、受入側の介護報酬か、あるいは双方で評価を検討する時期に来ているのではないか。

○今後、医療と介護の連携がより重要となる中、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）

○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。

○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。

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

＜介護老人保健施設＞

（医療ニーズ）

○医療依存度が高い方の入所が増える中、医療ショートを実施している介護老人保健施設については、検査、処置、内服薬の持ち出しを含み、評価をしていただきたい。

○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。

（在宅復帰・在宅療養支援機能）

○在宅復帰・在宅療養支援の機能強化に向けて、評価指標の取得状況等も踏まえながら、それぞれの区分の基準を引き上げるなど、見直しを検討すべきではないか。

○介護老人保健施設から特別養護老人ホームへ移動するケースは、在宅復帰率に含まれない一方で、病院からの退院先には在宅として特別養護老人ホームが位置づけられている。このような制度間のダブルスタンダードを極力減らし、分かりやすくしていただきたい。せめて、分母・分子から除外する等の検討を始めてはいかがか。

○新型コロナウイルス感染症発生だけでなく、例えばインフルエンザについても施設内で感染が拡大した場合には、入退所を停止する実態があり、在宅復帰、在宅支援指標に大きな影響を及ぼすことから、感染症発生時における、いわゆる在宅復帰指標等の取扱いについては、新型コロナウイルスだけではなく、インフルエンザ等にも対象を拡大していただきたい。

○在宅復帰・在宅療養支援等指標について、経管栄養の実施割合が極めて低い状態である。経管栄養の入所者の減少や経管栄養を望まない本人、家族も増えていることから、実態に即して、必要があれば見直しの検討を行うべき。

これまでの分科会における主なご意見③

※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

＜介護老人保健施設＞

（認知症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（Ⅰ）の算定要件について、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することとあるが、訪問は現場の実情に合っていないという声もあり、実態に即した算定が可能となるよう要件の見直しの検討をお願いしたい。

（認知症専門ケア加算）

○認知症専門ケア加算について、認知症介護実践リーダー研修が受けづらい状況にあり、その辺りを踏まえ、実態に即した見直しの検討が必要である。

（ユニットケア）

○介護老人保健施設のユニットケアについて、「1ユニットにユニットリーダー1名」という配置に対する経過措置（1施設ユニットリーダー2名以上）は、継続していくべきだと考える。

（協力医療機関との連携）

○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④

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の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。

【全国リハビリテーション医療関連団体協議会】

○老健は約５割が赤字であり、在宅強化、超強化型、在宅強化型の報酬の引き上げをお願いしたい。

○地域貢献活動や充実したリハビリテーションの実施を評価し、地域への柔軟なサービス提供及び在宅支援を促進していただきたい。

○老健の短期集中リハビリテーション実施加算における４週間未満の入院後に再入所した場合の、加算の対象疾患に、再肺炎と心不全を追加し、頻回の実施の評価を求めたい。

これまでの分科会における主なご意見⑤

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。

【全日本病院協会】

○在宅復帰・在宅療養支援等指標において退所先を区分し、個人宅への復帰及び退所後の在宅生活の継続について、基本報酬、加算又は指標上で重点的に評価をしていただきたい。

【日本医療法人協会】

○医療機関(病院)からの退院先評価における特養の位置づけと、老健施設の在宅復帰率における特養の位置づけとの整合性を図ることを求める。

○介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援等指標のうち、経管栄養の実施割合に関する評価基準について、経管栄養を必要とする高齢者が減少しているという実態を踏まえ、基準値の見直しを検討することを求める。

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

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10
論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45
論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・51
論点⑦：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・・・・・・・・・・・56
論点⑧：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・・・・・・62
論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64
論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は１０日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12)*	Mean (95% Confidence Interval)			
		Bed Rest			
		Before	After	Change	*P* Value
Muscle fractional synthetic rate, % per h†	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	−0.027 (−0.007 to −0.047)	.02
% Change				−30.0 (−7.0 to −54.0)	
DEXA lean mass, kg‡	10				
Whole body		48.05 (40.61 to 55.49)	46.51 (39.57 to 53.45)	−1.50 (−0.62 to −2.48)	.004
% Change				−3.2 (−1.4 to −5.0)	
Lower Extremity		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	−0.95 (−0.42 to −1.48)	.003
% Change				−6.3 (−3.1 to −9.5)	
Isokinetic muscle strength, Nm per s§	11	120 (96 to 145)	101 (81 to 121)	−19 (−11 to −30)	.001
% Change				−15.6 (−8.0 to −23.1)	

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, *N* = 234	Preintervention *N* = 178	*P*-value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0±2.4	2.7±3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9±19.4	9.9±17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

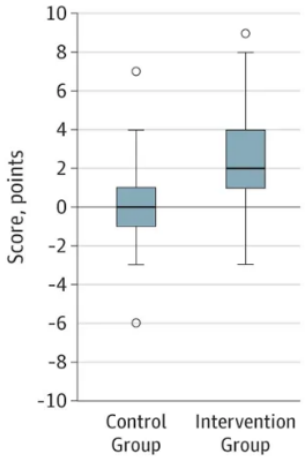
Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

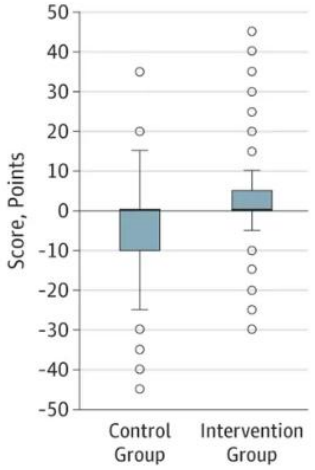
- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分＊2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

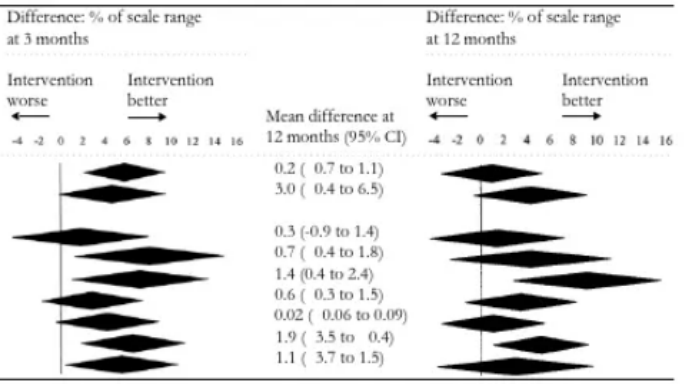


Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Mean difference at 12 months (95% CI)
Barthel (0–20)	1.2 (0.4 to 1.9)	0.2 (0.7 to 1.1)
Extended ADL total (0–66)	3.1 (0.1 to 6.3)	3.0 (0.4 to 6.5)
Extended ADL sub-sections:		
Mobility (0–18)	0.3 (0.8 to 1.4)	0.3 (-0.9 to 1.4)
Kitchen (0–15)	1.2 (0.2 to 2.3)	0.7 (0.4 to 1.8)
Domestic (0–15)	1.1 (0.2 to 2.0)	1.4 (0.4 to 2.4)
Leisure (0–18)	0.5 (0.3 to 1.3)	0.6 (0.3 to 1.5)
Euroqol (0.59–1)	0.07 (0.01 to 0.14)	0.02 (0.06 to 0.09)
GHQ — patient (36–0)	2.4 (4.1 to 0.7)	1.9 (3.5 to 0.4)
GHQ — carer(36–0)	2.0 (3.8 to 0.1)	1.1 (3.7 to 1.5)



Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing*. 2004

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

令和6年度改定

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

＜現行＞
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に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。

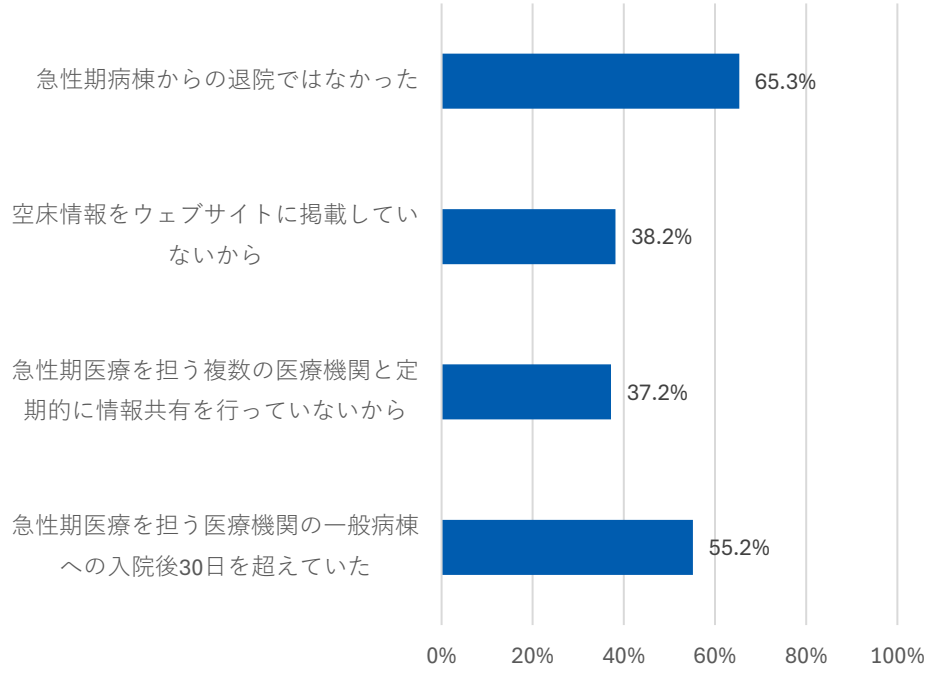
＜初期加算（Ⅱ）＞

○　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。

初期加算を算定できない理由と病院の平均在院日数について

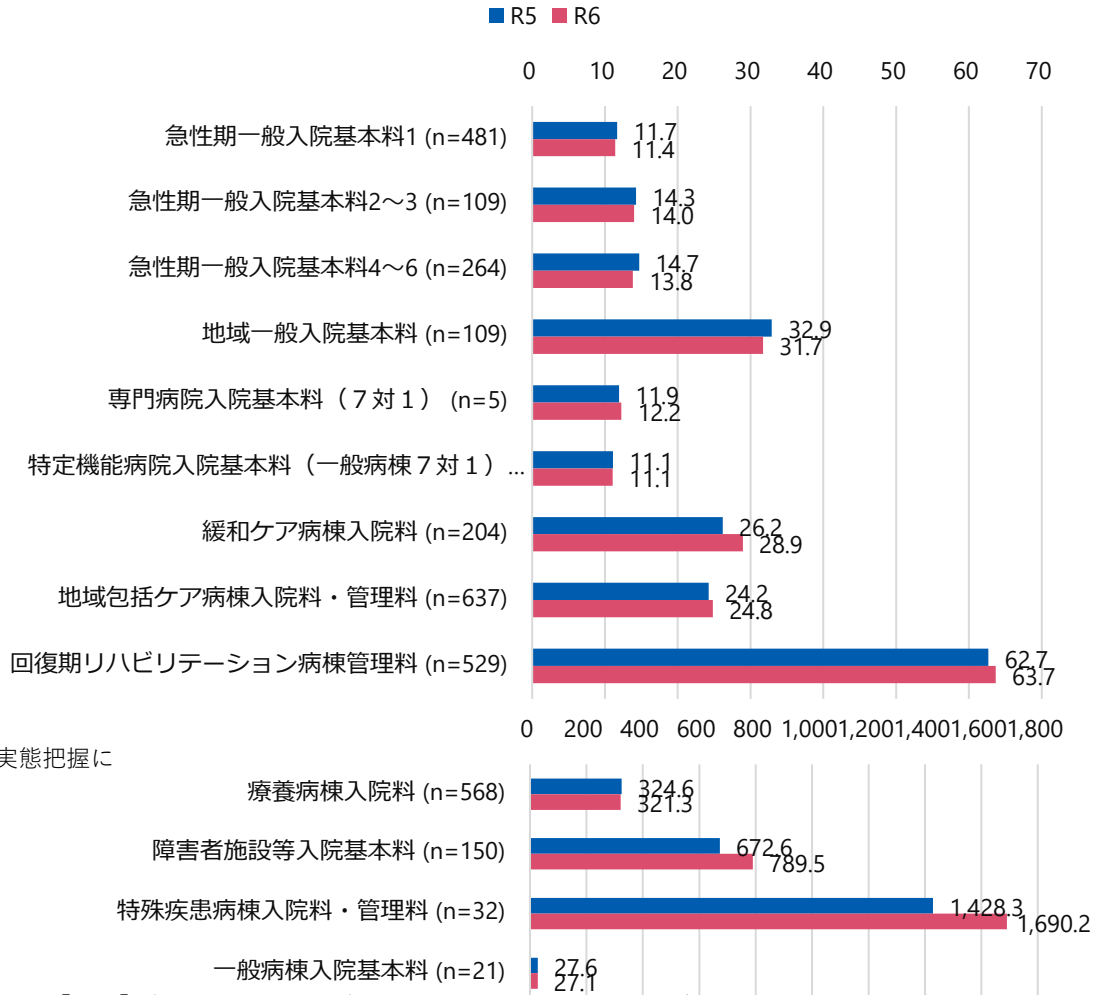
○初期加算（Ⅰ）を算定できなかった理由としては、「急性期病棟からの退院ではなかった」が65.3％と最も多く、「急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日を超えていた」が55.2％であった。
○入院料ごとの平均在院日数としては、急性期病棟以外にも、地域包括ケア病棟等で、30日以内の入院料があった。

■初期加算（Ⅰ）を算定出来なかった理由（n=629）



【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）より老健局老人保健課作成

■入院料ごとの平均在院日数（日）



【出典】令和７年５月22日令和７年度第２回入院・外来医療等の調査・評価分科会　入－１
令和６年度入院・外来医療等における実態調査　（施設調査票（共通A～D票））

論点①　医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し

論点①

- 高齢者については、入院に伴うADLの低下が課題とされており、入院早期からリハビリテーションを開始するとともに、退院後も適切なリハビリテーションにつなげることが重要とされている。
- 介護老人保健施設の初期加算（Ⅰ）は、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を受け入れた場合に評価する仕組みとなっている。
- 初期加算（Ⅰ）を算定できなかった理由としては、「急性期病棟からの退院ではなかった」が65.3％と最も多く、「急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日を超えていた」が55.2％であった。
- 入院料ごとの平均在院日数をみると、令和６年度において、地域包括ケア病棟入院料・管理料は24.8日であるなど、急性期病棟以外にも平均在院日数が30日以内の病棟がみられた。
- 入院に伴うADLの低下を防ぎ、医療機関からの退院後、早期に適切なリハビリテーションにつなげる観点から、初期加算（Ⅰ）の評価の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 介護老人保健施設の初期加算（Ⅰ）について、入院後早期に退院した者の受入れを促進する観点から、急性期医療を担う医療機関の一般病棟以外の病棟から退院した者についても、評価の対象とすることとしてはどうか。

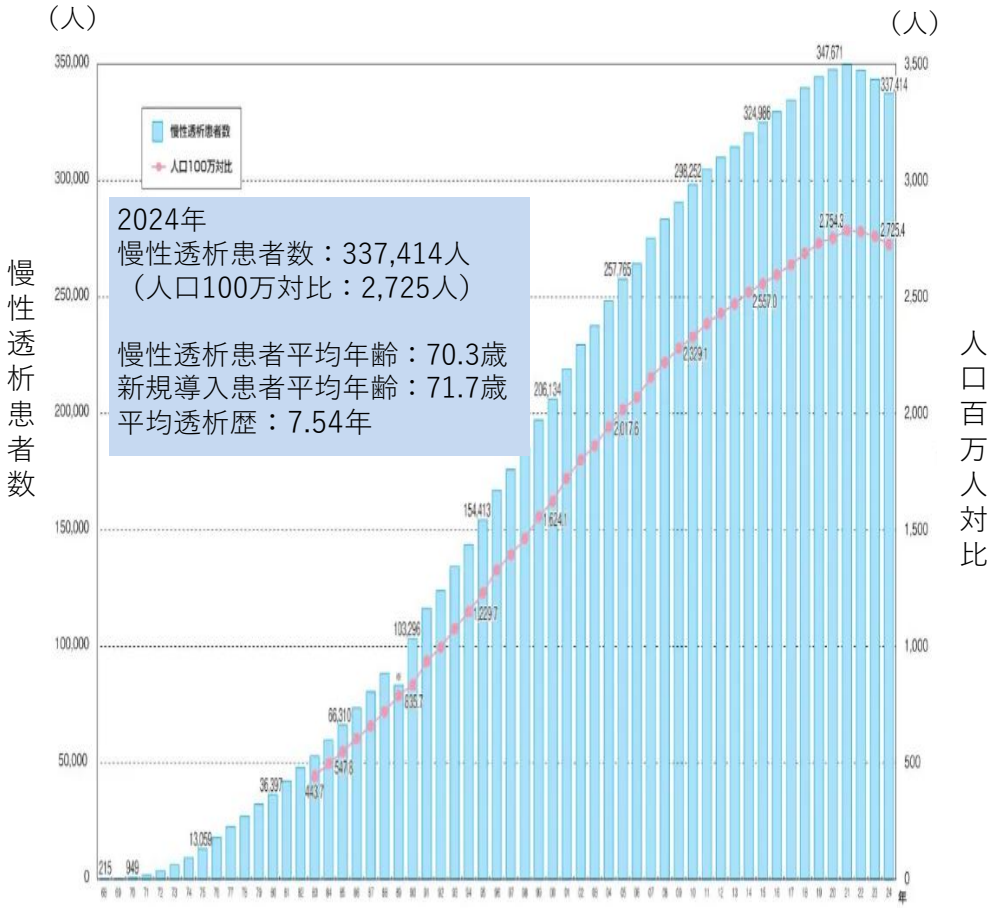
介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10
論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33
論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45
論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51
論点⑦：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・・・・・・・・・・56
論点⑧：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・・・・・・62
論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64
論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

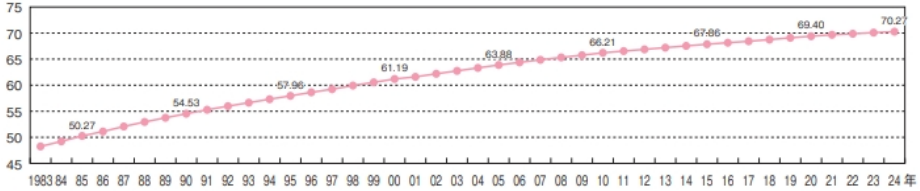
慢性透析の患者数、平均年齢の推移及び年齢分布の推移

○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。

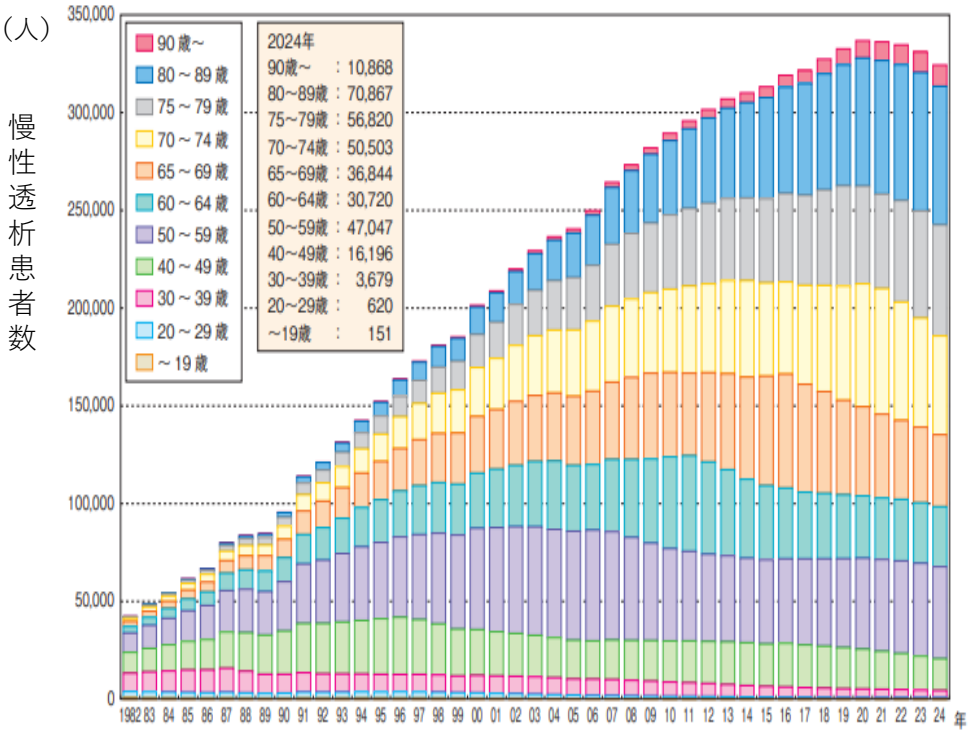
■ 慢性透析患者数（1968-2024）と
有病率（人口 100 万対比，1983-2024）の推移



■ 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）

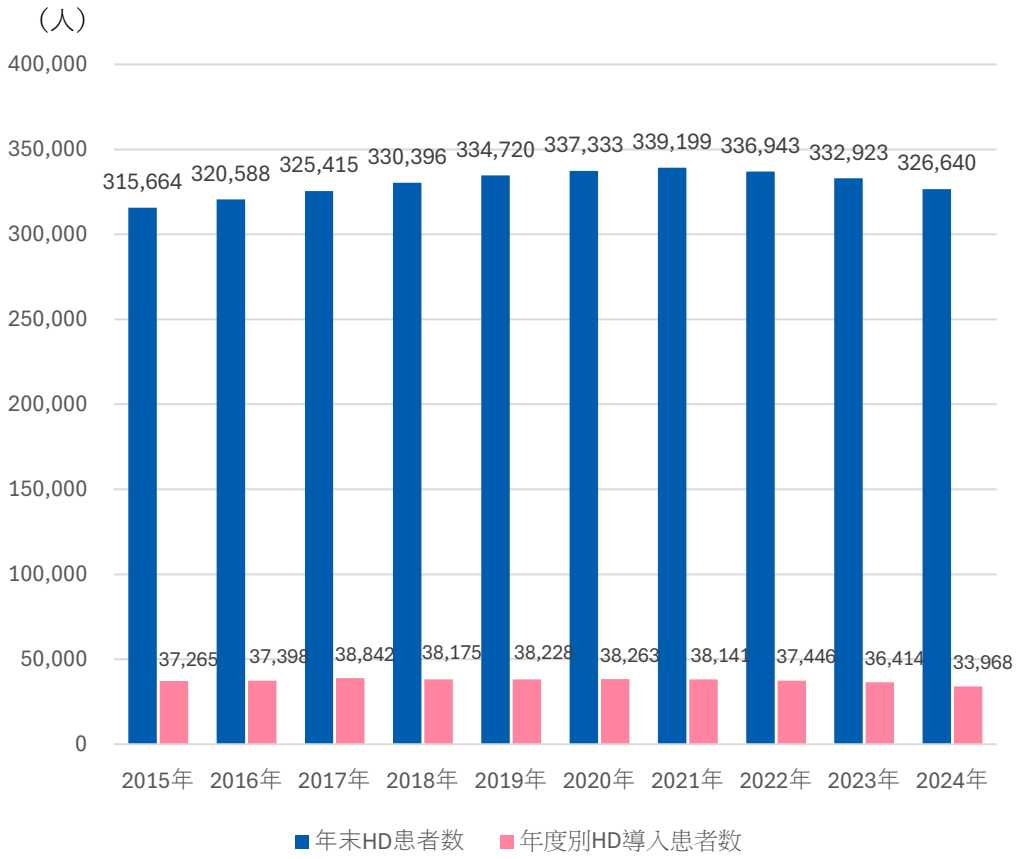


【出典】一般社団法人日本透析医学会　統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」より老健局老人保健課にて作成

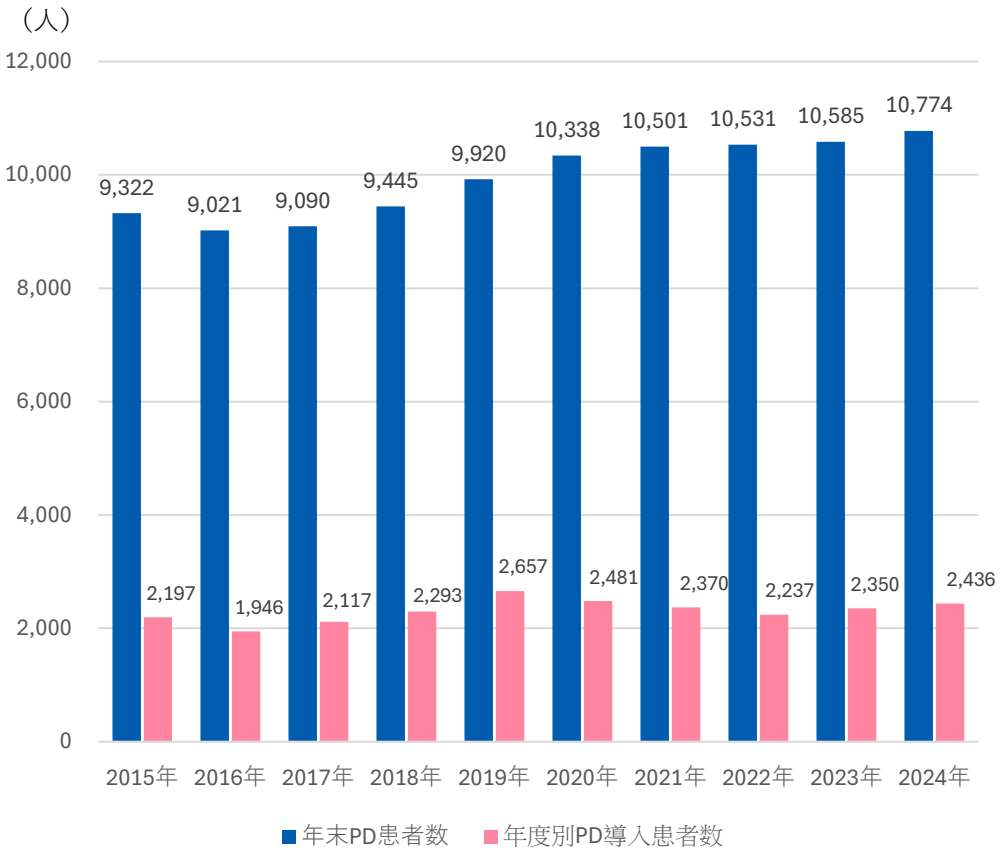
透析の治療方法別の患者数及び新規導入患者数の推移

○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

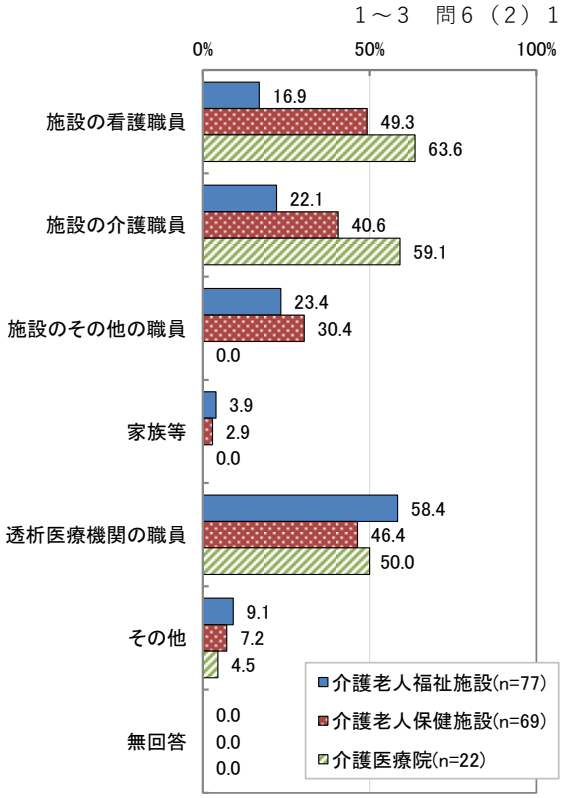
○　透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、１月に12回以上、通院のため送迎を行った場合（新設）

３．調査結果概要

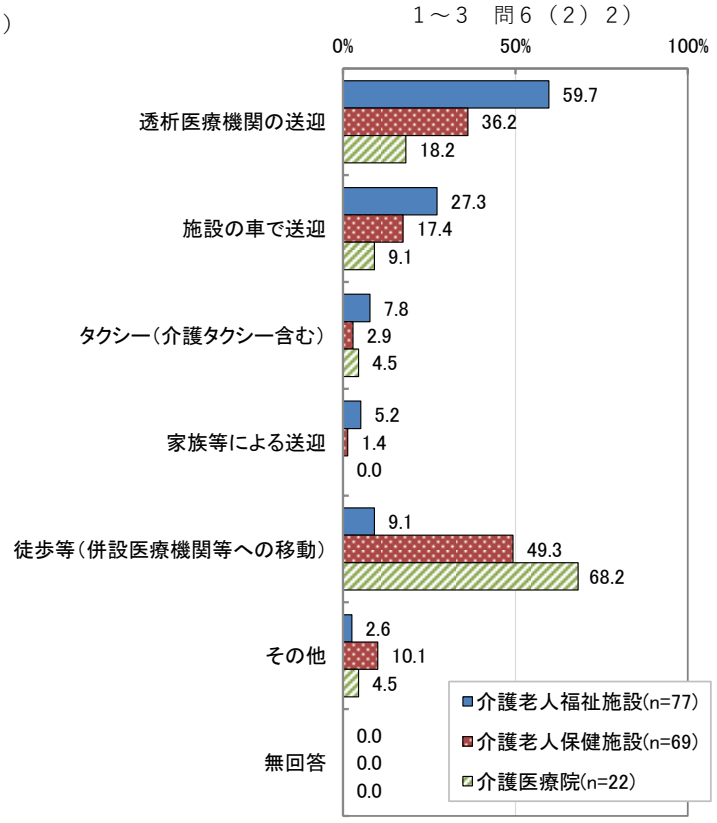
施設調査

【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。

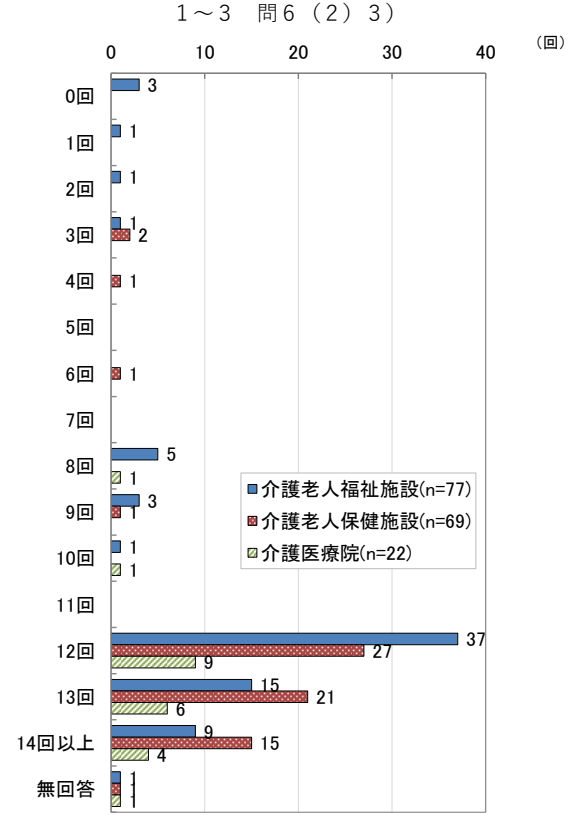
図表８　透析患者の付き添い・送迎をしている者



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%

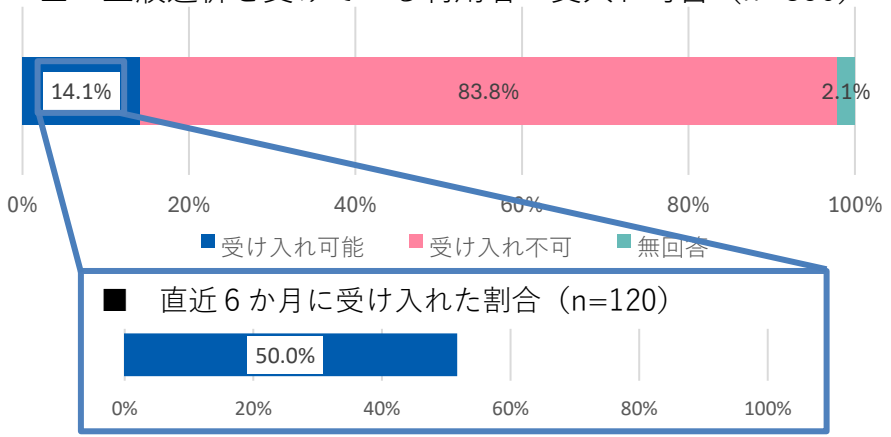
※外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む。

【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」

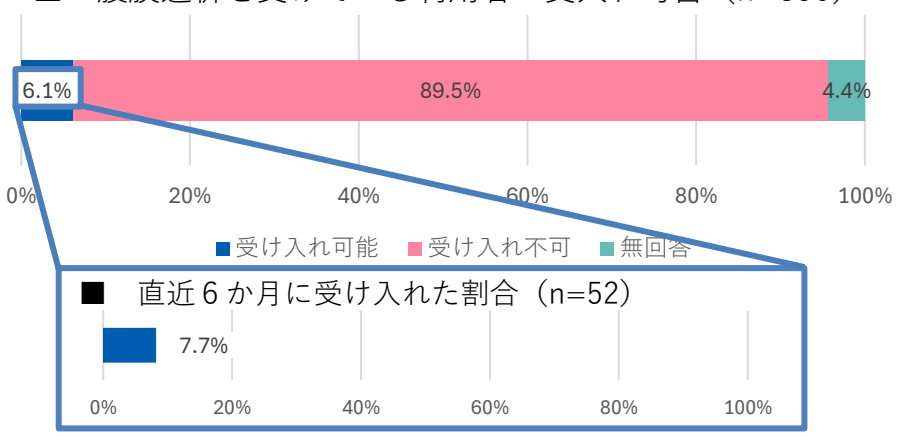
介護老人保健施設における透析患者への対応状況

○血液透析を受けている利用者について、受入れ可能と回答した介護老人保健施設は14.1％であった。受入れ可能と回答した施設のうち、直近６か月間に当該利用者を受け入れた施設は50.0％であった。
○腹膜透析を受けている利用者について、受入れ可能と回答した介護老人保健施設は6.1％であった。受入れ可能と回答した施設のうち、直近６か月間に当該利用者を受け入れた施設は13.0％であった。
○受入れが困難な理由としては、血液透析及び腹膜透析のいずれも「定期的な受診対応が困難」が最も多く、それぞれ93.4%及び93.2％であった。

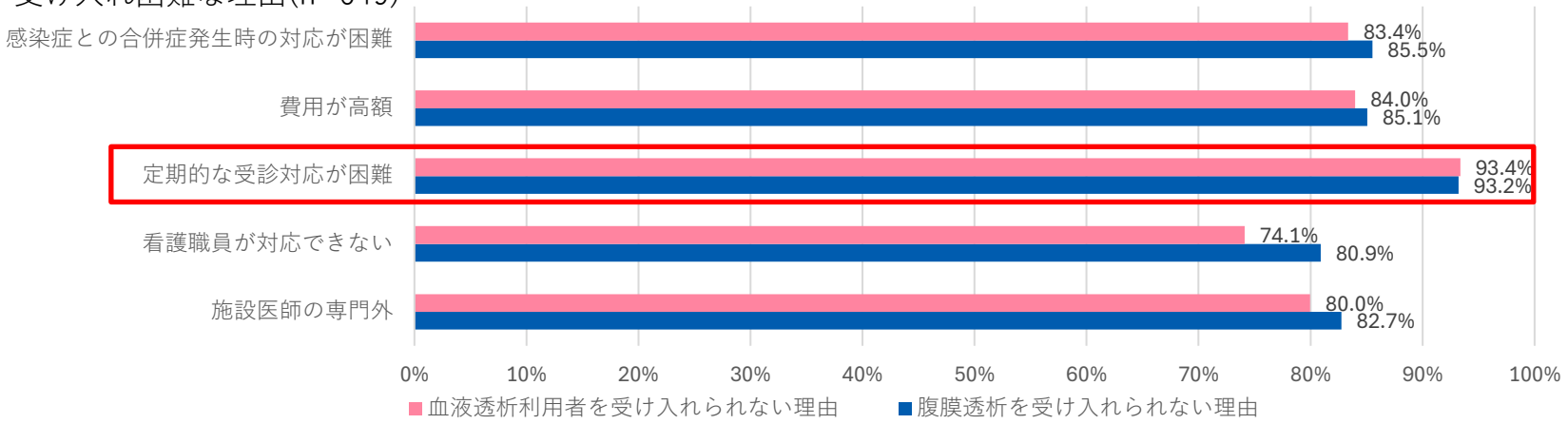
■ 血液透析を受けている利用者の受入れ可否（n=850）



■ 腹膜透析を受けている利用者の受入れ可否（n=850）



■ 受け入れ困難な理由(n=649)



【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）

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

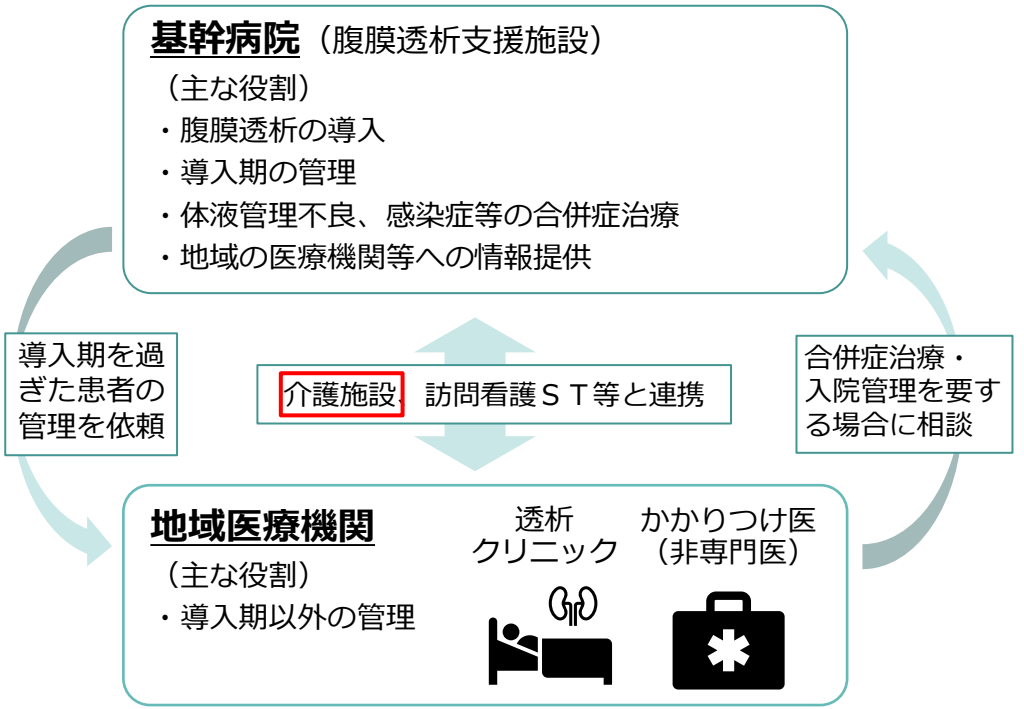
○血液透析患者への対応
- 週３回の通院
- バスキュラーアクセス（シャント）の管理（損傷しないように留意、感染兆候の有無の確認）を行う

○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。

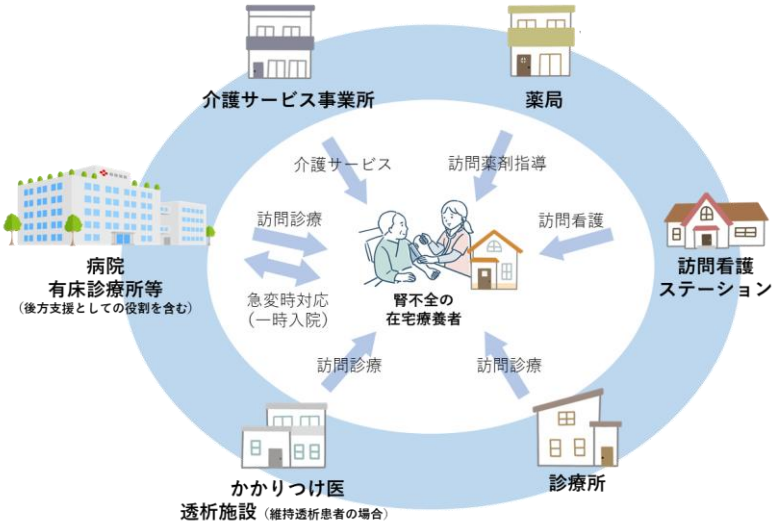
ア）通院困難となった保存期CKD患者の原疾患治療や症状緩和に係るケアにおいて、訪問診療を基本としながら、専門医療機関の後方支援が受けられる地域包括ケアシステム

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②　透析患者の受入れの促進

論点②

- ■ 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。
- ■ 血液透析及び腹膜透析を実施している利用者の受入れが可能と回答した介護老人保健施設はそれぞれ14.1％、6.1％であり、受入れが困難な理由としては、いずれも「定期的な受診が困難」が多かった。
- ■ 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。
- ■ 介護老人保健施設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、介護老人保健施設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。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

1．（3）⑱　所定疾患施設療養費の見直し

令和6年度改定

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、帯状疱疹、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。

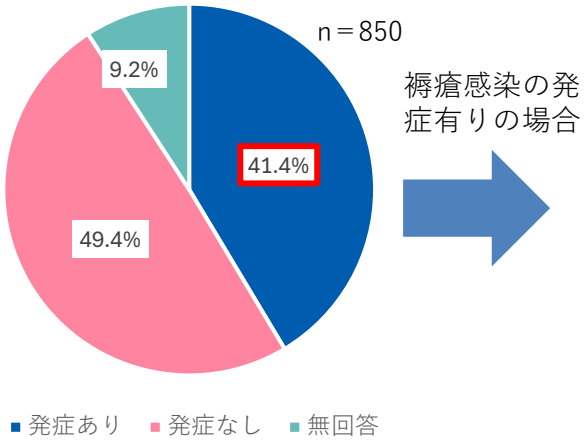
＜所定疾患施設療養費（Ⅰ）＞
○　診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
○　所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

＜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。

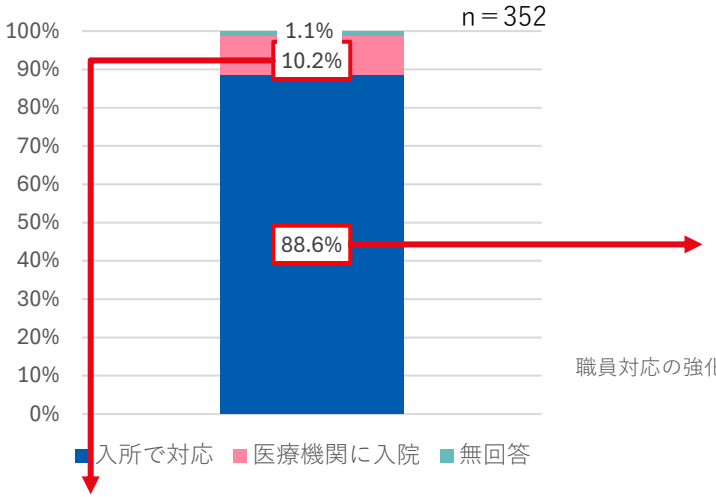
介護老人保健施設における褥瘡感染に対する対応状況

○褥瘡感染が発症した利用者について、入所で対応した割合は88.6%、医療機関へ入院した割合は10.2%であった。また、入所で対応した利用者に対しては、処置が98.7%で実施されていた。
○医療機関へ入院した理由としては、「施設では対応できない重症度の医療管理が必要であったため」が最も多く88.9%であった。また、「現行の介護報酬では費用の持ち出しになる状態であったため」も47.2%であった。

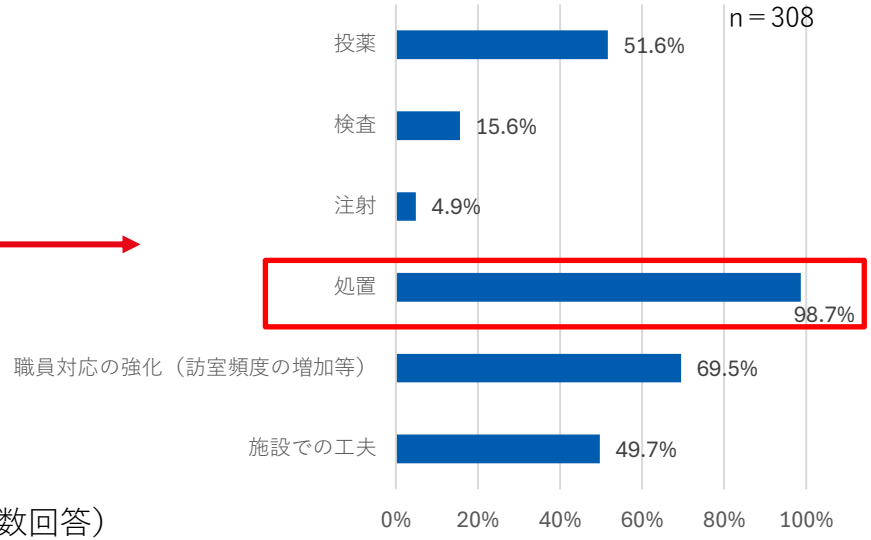
■ 褥瘡感染を発症した利用者がいた施設の割合



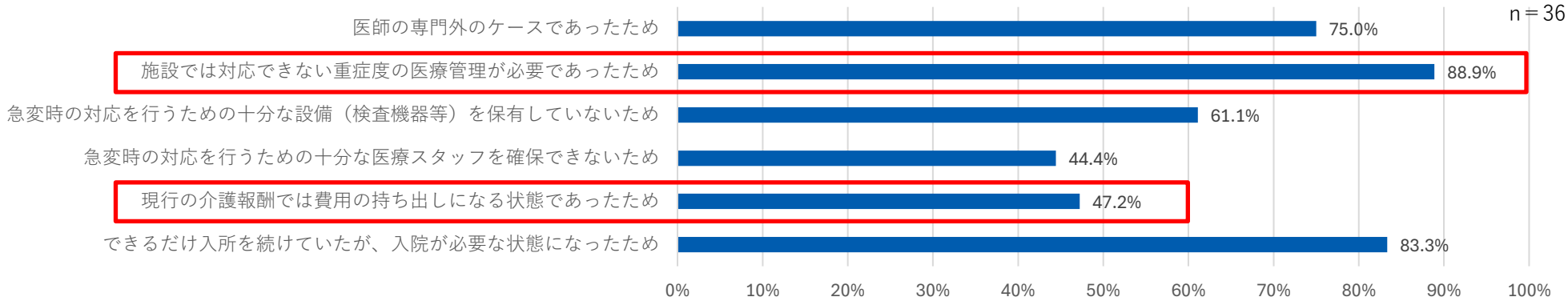
■ 褥瘡感染が発生した利用者への対応



■入所で対応した利用者へ実施した対応内容



■ 医療機関へ入院した理由（複数回答）



【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）

論点③　所定疾患療養費の見直し

論点③

- 所定疾患施設療養費については、肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪を対象として、介護老人保健施設における入所者への医療提供を評価している。
- 褥瘡感染について、入所で対応した内容としては98.7％で処置を中心とした対応が行われていた。また、10.2％が医療機関への入院対応となっていた。
- 医療機関への入院理由としては、重症度等に加え、「現行の介護報酬では費用の持ち出しとなる状態であったため」が挙げられた。
- 入所者の多様な医療ニーズに対応し、介護老人保健施設における医療ニーズを有する利用者への対応を強化する観点から、所定疾患施設療養費における対象疾患の在り方についてどのように考えるか。

対応案

- 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、所定疾患施設療養費の対象疾患として、褥瘡感染を追加することとしてはどうか。ただし、入所中に生じた褥瘡感染に対する措置は対象外としてはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

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ｻｰﾋﾞｽ　5	2ｻｰﾋﾞｽ（訪問リハビリテーション含む）3	2ｻｰﾋﾞｽ　1	0，1ｻｰﾋﾞｽ　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	**a: 退所時指導**　入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 **b: 退所後の状況確認**　入所者の退所後３０日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が１月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週３回程度以上のリハビリテーションを実施。

※下線部はＲ６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⑴㈧Ａ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。

⑻　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

⑼　⑻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。

⑽　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。

⑾　⑻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⑴㈧Ｂ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。

⑻　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

⑼　⑻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。

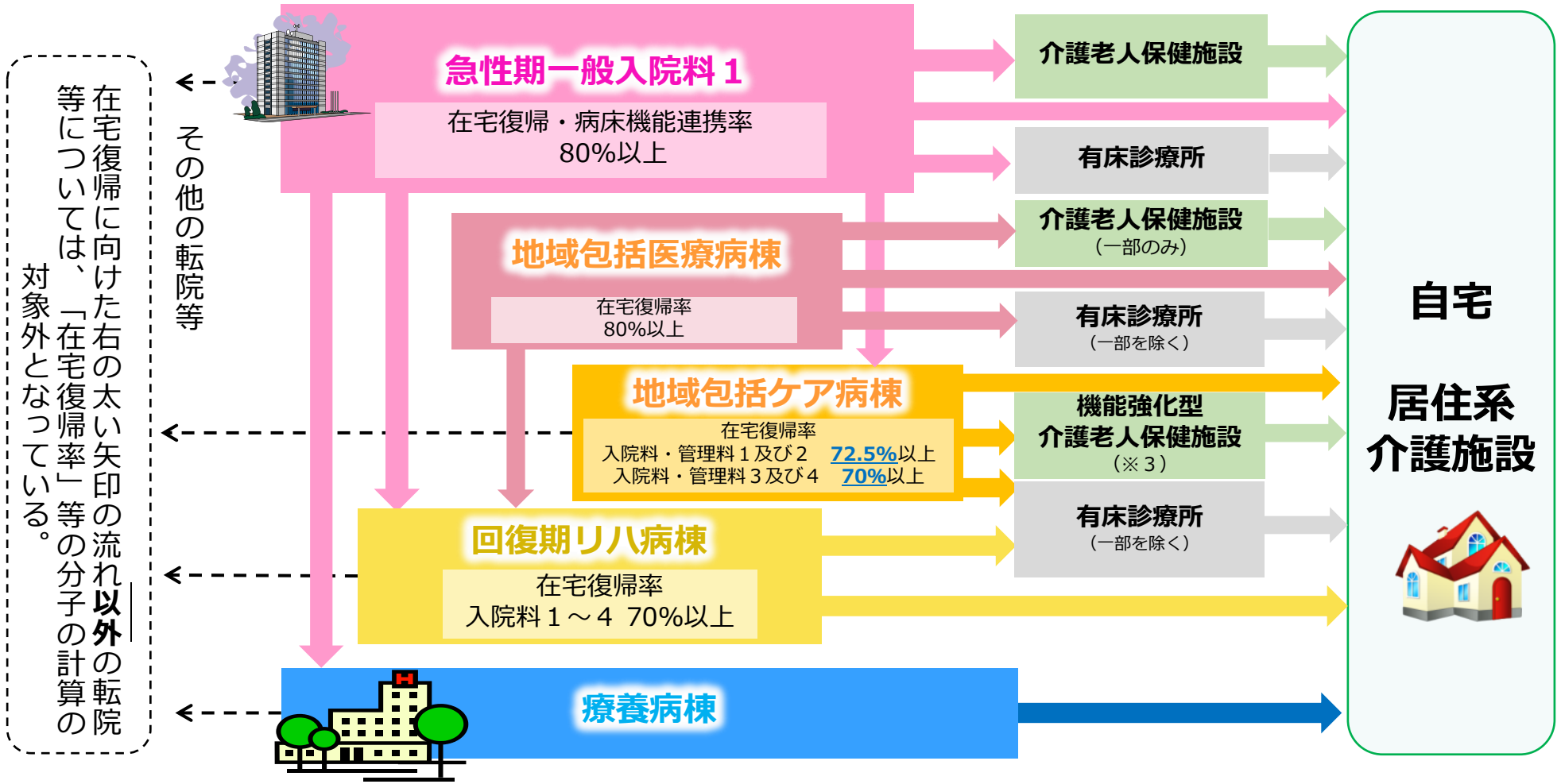
⑽　⑻において新規入所者数とは、当該三月間に新たに当該施設に入所した者（以下「新規入所者」という。）の数をいう。当該三月以前から当該施設に入所していた者は、新規入所者数には算入しない。また、当該施設を退所後、当該施設に再入所した者は、新規入所者として取り扱うが、当該施設を退所後、直ちに病院又は診療所に入院し、一週間以内に退院した後、直ちに再度当該施設に入所した者については、新規入所者数には算入しない。

⑾　⑻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。

【出典】指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービスおよび特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（老企第40号）

入院基本料・特定入院料ごとの在宅復帰率の考え方

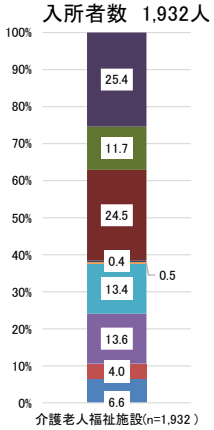
各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（ ➡ ）で示す。**
※１，※２

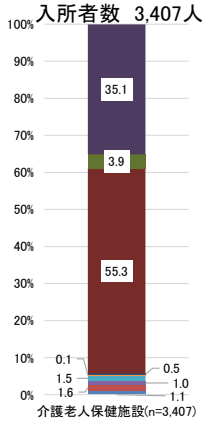


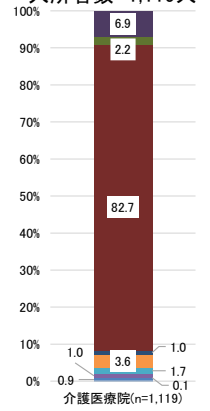
在宅復帰に向けた右の太い矢印の流れ**以外**の転院等については、「在宅復帰率」等の分子の計算の対象外となっている。

※１　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※２　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。
※３　機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、５割を在宅復帰率に反映。

介護保険施設における入所前の居場所、退所後の居場所



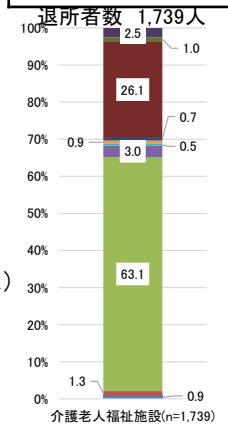




本人の家等（賃貸、家族の家を含む）
居住系サービス等
病院
有床診療所
介護医療院
介護老人保健施設
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
その他
不明

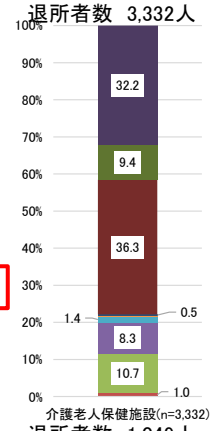
単位：%

	介護老人福祉施設 入所	介護老人福祉施設 退所	
本人の家等（賃貸、家族の家を含む）	25.4	2.5	
居住系サービス等	11.7	1.0	
病院	24.5	26.1	
有床診療所	0.4	0.7	
介護医療院	0.5	0.9	
介護老人保健施設	13.4	0.5	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	13.6	3.0	
その他	4.0	63.1	
不明	6.6	1.3	
		0.9	



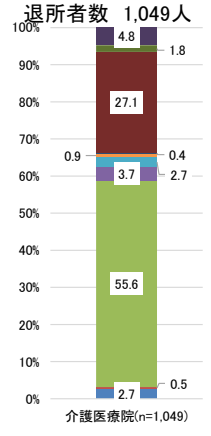
単位：%

	介護老人保健施設 入所	介護老人保健施設 退所	
本人の家等（賃貸、家族の家を含む）	35.1	32.2	
居住系サービス等	3.9	9.4	
病院	55.3	36.3	
有床診療所	0.5	0.5	
介護医療院	0.1	0.3	
介護老人保健施設	1.5	1.4	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	1.0	8.3	
その他	1.6	10.7	
不明	1.1	1.0	
		0.0	



単位：%

	介護医療院 入所	介護医療院 退所	
本人の家等（賃貸、家族の家を含む）	6.9	4.8	
居住系サービス等	2.2	1.8	
病院	82.7	27.1	
有床診療所	1.0	0.4	
介護医療院	3.6	0.9	
介護老人保健施設	1.7	2.7	
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	1.0	3.7	
その他	0.1	55.6	
不明	0.9	0.5	
		2.7	



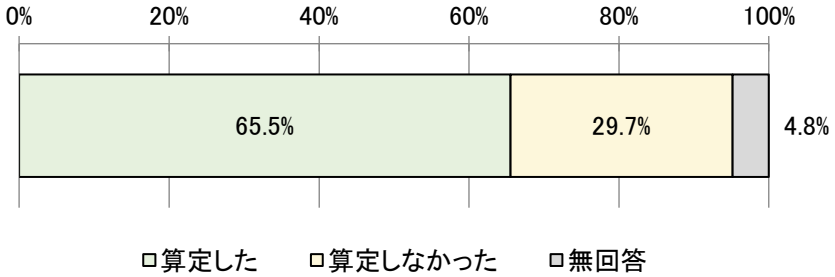
※１　入所者数・退所者数は、令和７年８月の1か月間を合計した。ただし、当該施設を退所後、直ちに病院等に入院し、一週間以内に再入所した場合は、再入所分は加えない。
※２　「死亡」は施設内死亡と入院後の死亡退所を合計した。

【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」

施設類型別にみたターミナルケア加算の算定状況等

○ターミナルケア加算の算定割合は、超強化型で75.5％、在宅強化型で71.2％である一方、加算型では56.2％、基本型では51.1％となっており、施設類型別に差がみられた。
○ターミナルケア加算算定者の平均在所日数は、超強化型で402.7日、在宅強化型で522.9日、加算型で550.0日、基本型で666.9日となっており、超強化型から基本型にかけて長くなる傾向がみられた。

■　ターミナルケア加算の算定状況 (n=1,079)
【令和７年４月～９月】



	合計	算定した	算定しなかった	無回答
全体	1,079	707	320	52
	100.0%	65.5%	29.7%	4.8%
超強化型	436	329	88	19
	100.0%	75.5%	20.2%	4.4%
在宅強化型	146	104	38	4
	100.0%	71.2%	26.0%	2.7%
加算型	333	187	125	21
	100.0%	56.2%	37.5%	6.3%
基本型	135	69	59	7
	100.0%	51.1%	43.7%	5.2%
その他型	9	3	6	0
	100.0%	33.3%	66.7%	0.0%
療養型	13	9	3	1
	100.0%	69.2%	23.1%	7.7%

■　ターミナルケア加算を算定した入所者の平均在所日数(n=571)

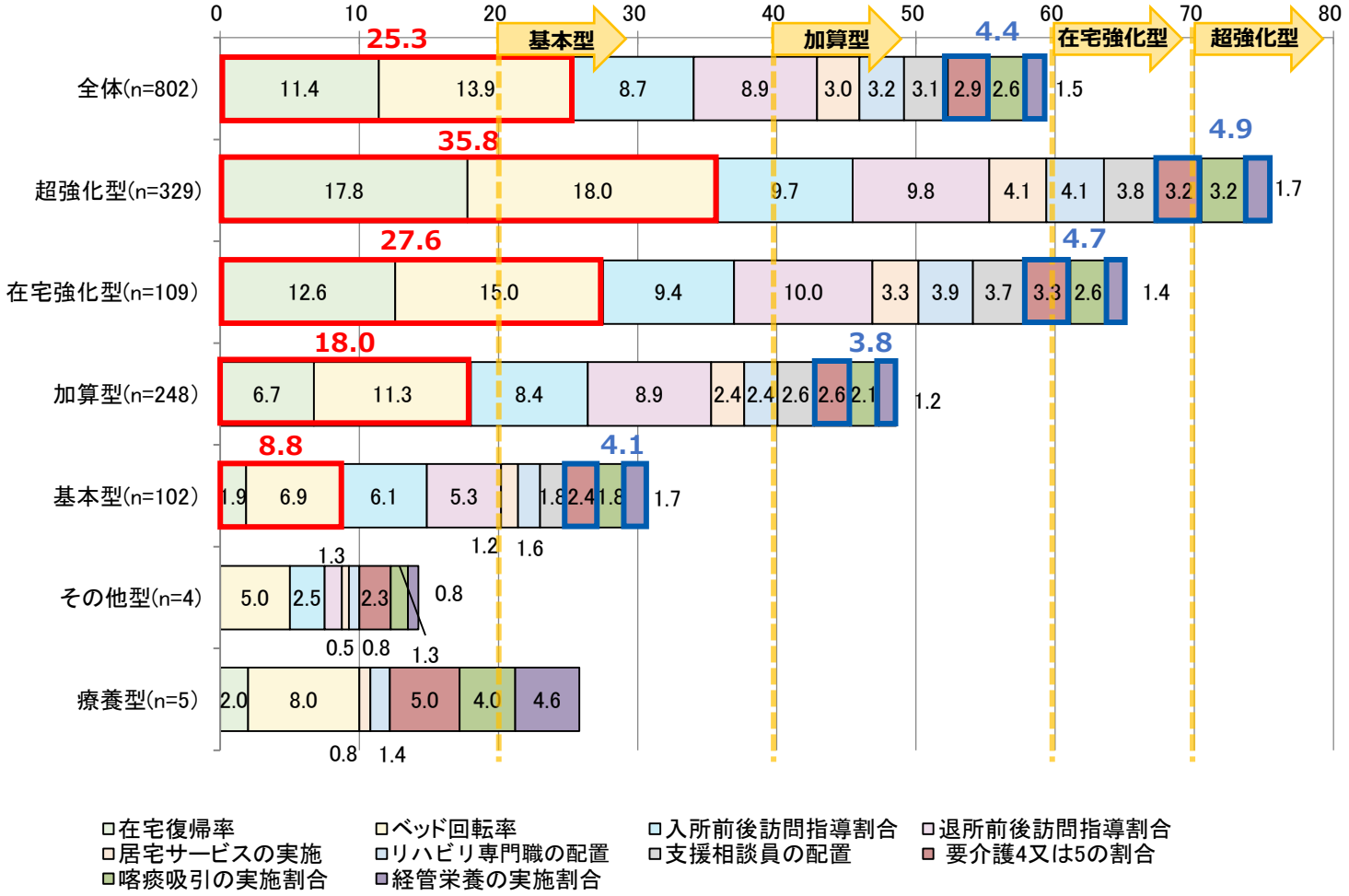
	回答件数	平均	標準偏差	中央値
全体	571	486.7	508.6	350.8
超強化型	265	402.7	411.3	274.0
在宅強化型	79	522.9	687.8	380.8
加算型	157	550.0	482.9	410.3
基本型	56	666.9	636.7	433.8
その他型	2	909.6	248.9	909.6
療養型	8	261.6	312.8	142.0

【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」

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、要介護４又は５の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）



【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」

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%）

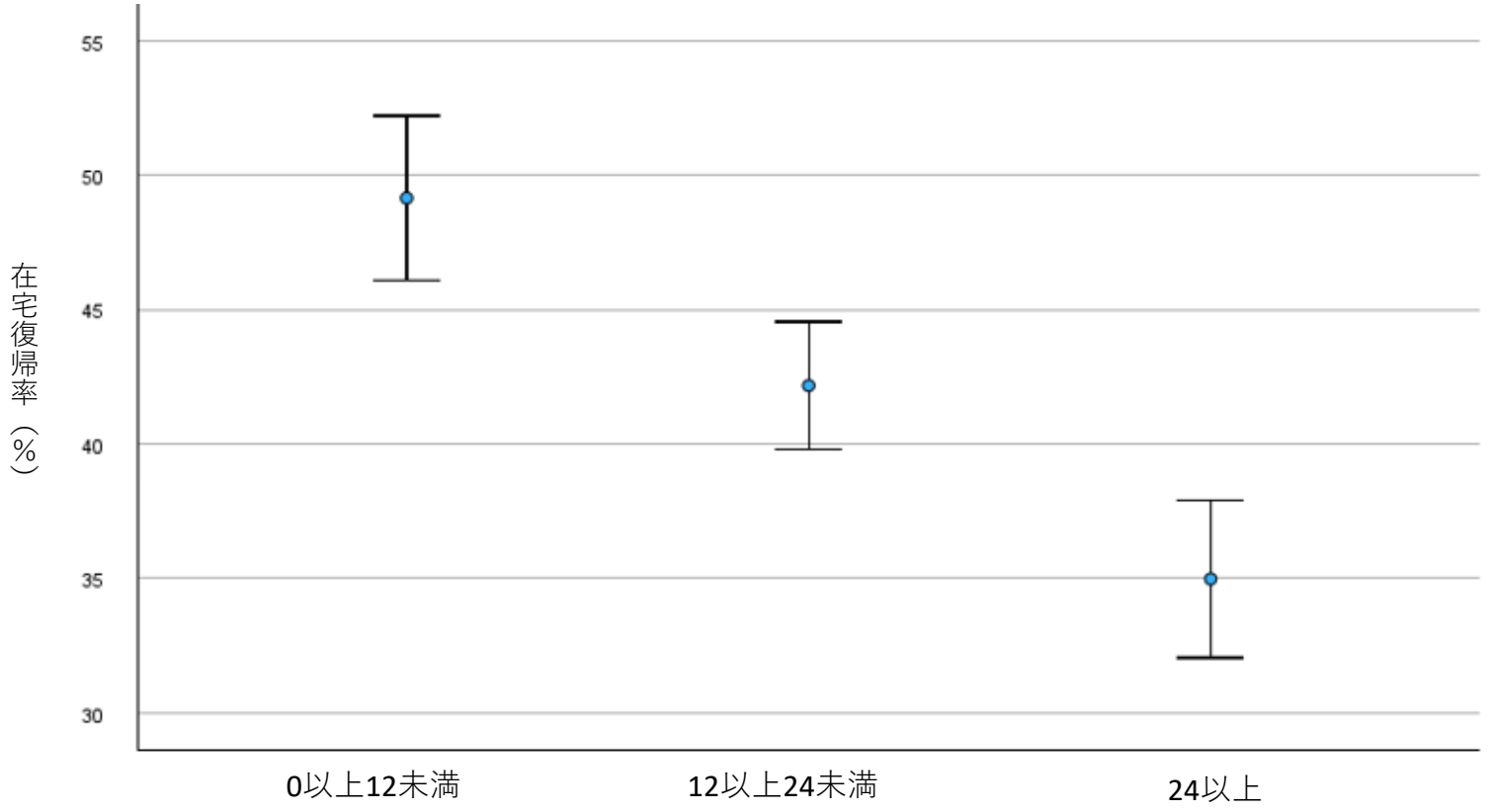
（人（入所者に対する割合））

【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）

介護老人保健施設における入院（医療機関への退所）と在宅復帰率との関係

○介護老人保健施設においては、入院（医療機関への退所）している入所者が少ないほど、在宅復帰率が高くなる傾向が認められた。

■　介護老人保健施設における医療機関への退所者数と在宅復帰率との関係（n=604）



【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）

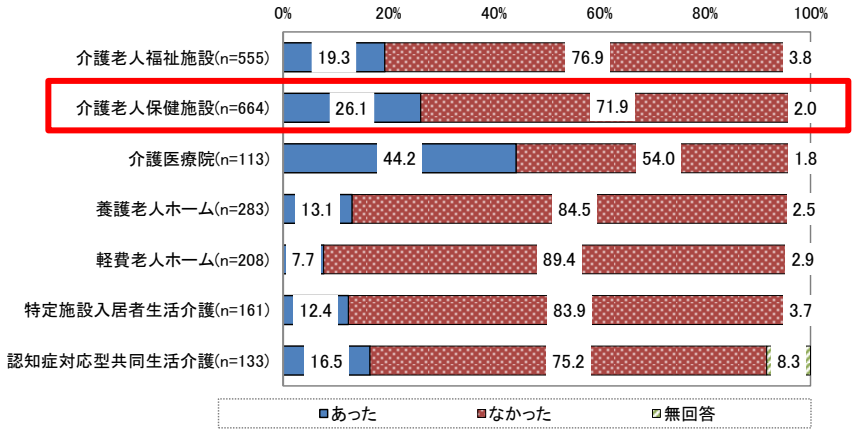
（１）．高齢者施設等と医療機関の連携体制及び協定締結医療機関との連携状況等にかかる調査研究事業

３．調査結果概要

施設調査

【新型コロナウイルス感染症の発生状況（令和７年４月～令和８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、介護医療院では４割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25.1％であった。
○新型コロナウイルス感染症を発症した際の「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」「入院の要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おおむね７割を超えていた。

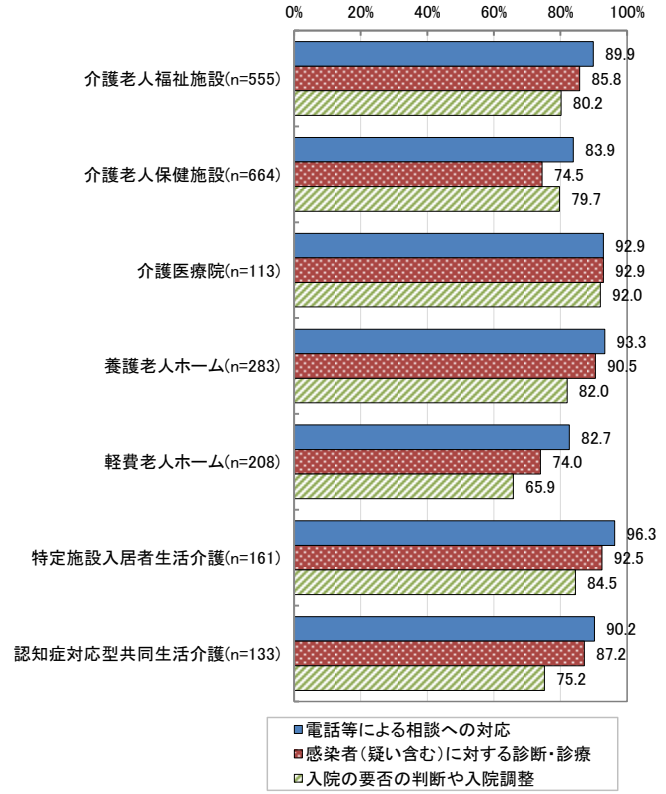
図表６０　新型コロナウイルス感染症　入所（居）退所（居）停止の状況※1
1～6　問15（2）、7　問14（2）



図表６１　介護老人保健施設の臨時的な取扱い※2の適用状況※1、3
2　問15（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	287	72	25.1%
停止回数	560	103	18.4%
平均停止回数	2.0	1.4	—

図表６２　新型コロナウイルス感染症　医療機関の確保状況※1
1～6　問15（3）、7　問14（3）



※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。

【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８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」

（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

３．調査結果概要

施設調査

【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７年４月～令和８年３月）】

○新型コロナウイルス感染症以外は、14.8%～32.1%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6.6%～17.1%、感染性胃腸炎による停止は最大で4.8%であった。

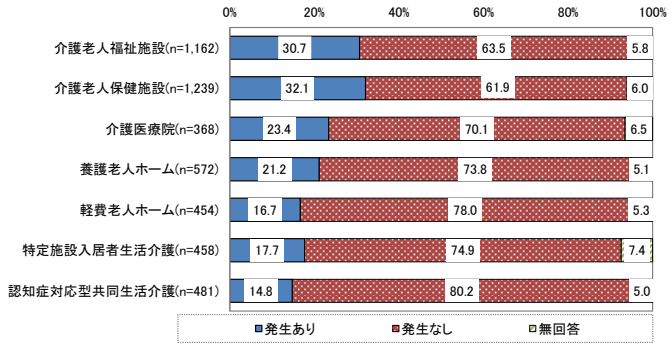
○新型コロナウイルス感染症以外の感染症を発症した際の「電話等による相談への対応」「感染者（疑い含む）に対する診断・診療」を確保している高齢者施設等は、７割を超えていた。

図表６３　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、2

	インフルエンザ	感染性胃腸炎	疥癬（かいせん）	レジオネラ症	結核	腸管出血性大腸菌	B型肝炎	薬剤耐性菌感染症	アタマジラミ	偽膜性大腸炎	その他
高齢者施設等の合計	141	44	16	1	0	0	0	0	0	0	17

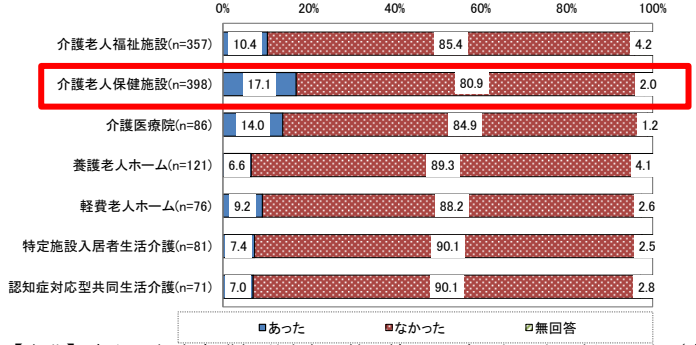
図表６４　新型コロナウイルス感染症以外の感染症　発生有無（入所（居）者）※1，2

1～6　問15（1）、7　問14（1）



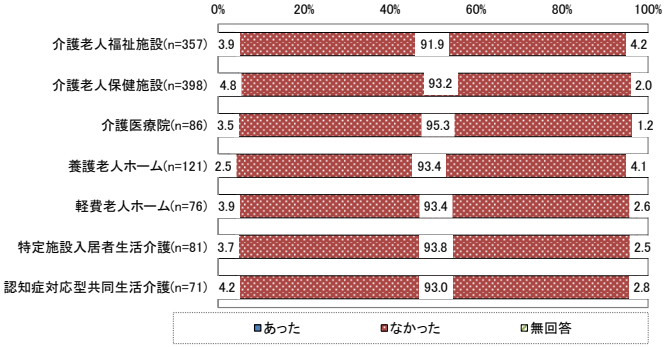
図表６５　インフルエンザ　入所（居）退所（居）停止の状況※1、2

1～6　問15（2）、7　問14（2）



図表６６　感染性胃腸炎　入所（居）退所（居）停止の状況※1、2

1～6　問15（2）、7　問14（2）



図表６７　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、2

1～6　問15（3）、7　問14（3）

	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	357	91.6%	87.1%	82.4%
介護老人保健施設	398	82.7%	75.9%	80.7%
介護医療院	86	89.5%	90.7%	90.7%
養護老人ホーム	121	87.6%	79.3%	93.3%
軽費老人ホーム	76	86.8%	78.9%	67.1%
特定施設入居者生活介護	81	92.6%	88.9%	80.2%
認知症対応型共同生活介護	71	85.9%	84.5%	69.0%

※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８年６月～８月）における高齢者施設等からの回答を集計した。

【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８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」

論点④　在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し

論点④

■ 介護老人保健施設では、在宅復帰・在宅療養支援等指標に基づき、在宅復帰・在宅療養支援機能を評価している。

■ 診療報酬においては、介護保険施設への退院が在宅復帰として評価されている一方、介護老人保健施設の在宅復帰率においては、他の介護保険施設への退所は在宅復帰に含まれていない。

■ また、介護老人保健施設に期待される機能として、看取りへの対応が求められているところ、ターミナルケア加算の算定状況等では施設類型別に差がある一方で、在宅復帰・在宅療養支援等指標における利用者像に関しては、要介護度、喀痰吸引、経管栄養に関する指標が設定されているものの、施設類型別の差がほとんどない。

■ 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。

⇒　経管栄養の実施割合に関しては、介護医療院において説明及び議論を実施予定

■ また、施設からの入院（医療機関への退所）比率が低いほど、在宅復帰率が高くなる傾向がある。

■ さらに、感染症の流行に伴い入退所を停止した期間については、臨時的な取扱いとして、新型コロナウイルス感染症に限り、在宅復帰率の計算から除外する取扱いが設けられている。

■ 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を適切に評価する観点から、在宅復帰・在宅療養支援等指標の在り方についてどのように考えるか。

対応案

■ 診療報酬との整合性及び利用者の自然な移行先であることを踏まえ、特別養護老人ホームへの退所を在宅復帰率の対象に含める等の在宅復帰・在宅療養支援等指標における在宅復帰率の算出方法について必要な見直しを行うこととしてはどうか。

■ 介護老人保健施設に期待される機能を適切に評価する観点から、利用者像に関する指標である、要介護４・５及び経管栄養に係る指標については、看取りへの対応や、施設からの入院（医療機関への退所）比率に関する指標に整理する等、在宅復帰・在宅療養支援機能の評価に関して、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

■ 感染症流行時の実態を踏まえ、新型コロナウイルス感染症及びインフルエンザにより入退所を停止した期間について、在宅復帰率の計算から除外する取扱いを制度上明確化することとしてはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10
論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33
論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45
論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51
論点⑦：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・・・・・・・・・・56
論点⑧：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・・・・・・62
論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64
論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

U.E.N.O.Plan～攻めの予防医療厚生労働省関係施策～　概要
: Understand, Exercise, Nourish and Optimize for Better Health

- 「**がん、循環器病をはじめとした生活習慣病**」は、死因の約５割、一般医療費の約３割を占めており、「**栄養・食生活**」も含めた対策が必要。他方で、健康寿命が延伸し、死因に占める老衰の割合の増加に伴い、人生100年時代をよりよく生きるために「**認知症対策**」や「**リハビリテーションの推進**」も重要である。また、全身の健康にもつながる「**歯と口腔の健康**」や就労やキャリア形成に影響を与える「**更年期症状**」など女性の健康課題への対策も求められている。
- **健康寿命の更なる延伸**に向けて、国民一人ひとりが自身の健康を「自分ごと」として捉え、主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、**健康リテラシーの向上**を図るとともに、行政や保険者等による**能動的な介入**を強化し、実効的な**行動変容**を促進する**「攻め」の取組を具体化**するため、**６つの領域を重点領域として位置づける**。これらの取組により就労や地域活動への参画が促進され、**社会保障を支える基盤の維持・強化**につなげていく。

歯科保健　いわゆる国民皆歯科健診の具体化

<歯周病で治療を受けている患者数>　*1,135万4,000人（男性445万4,000人、女性689万9,000人）*

- **希望する国民が毎年、歯科健診を受けられるよう、自治体・医療保険者の双方で、簡易検査ツールを活用した方法を「簡易歯科健診」として位置づけ、制度化**
  - 自治体：歯周病検診を5歳ごとに拡大するとともに、節目年齢に関わらず、未受診者等に対して簡易歯科健診等を実施する自治体を支援
  - 職域：簡易歯科健診を推進する観点から、予防の取組実績に応じて医療保険者の負担金を加算・減算する制度に簡易歯科健診を追加

（その他）
- ✓ 情報発信・普及啓発
- ✓ 受診勧奨・歯科保健指導等のマニュアル
- ✓ 職場における歯科医療機関への受診勧奨の強化（大臣指針の改正）
- ✓ 後期高齢者の歯科健診

栄養・食生活　生活習慣病等の疾病リスク低減のための わが国初の「食事ガイド」作成

<食塩摂取量（令和６年）>
男性：*10.5g/日*、女性：*8.9g/日*　※日本は主要先進国の中で食塩摂取量が最も多い。
<野菜摂取量が*350ｇ*未満の者の割合（令和６年）>　男性：*73.8%*　女性：*78.0%*

- 令和８年度内に、生活習慣病（悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患、糖尿病など）リスク低減のための食事のポイントをまとめた**「食事ガイド」を作成し、国民に周知**

がん・循環器病等　未受診者の原因究明と個人の就業状況に応じた受診勧奨

<がんの死亡者数（*2024*年）>　年間約*38.4*万人（男性約*22.2*万人、女性約*16.2*万人）
<循環器病（心疾患及び脳血管疾患）の死亡者数（*2024*年）>　年間約*32.9*万人（男性約*16.3*万人、女性約*16.7*万人）

がん
- **令和10年度までに受診率60%、精密検査受診率90%の達成**
  - ✓ 職場におけるがん検診の受診勧奨等の強化（大臣指針の改正）
  - ✓ 保険者による取組を推進するため、事業者ー保険者連携の促進
  - ✓ 自治体による職域を含めた受診状況の把握、未受診者への受診勧奨の徹底

循環器病
- **令和11年度までに特定健診受診率70%の達成及び受診勧奨の促進**
  - ✓ 特定健診等の生活習慣病に関する健診の受診促進
  - ✓ 保険者による健診、職場健診、後期高齢者健診等の場を活用した積極的な受診勧奨
  - ✓ 国立循環器病研究センターにおいて、情報の一元化及びポータルサイトを用いた情報発信



性差に由来するヘルスケア　更年期世代の女性を診療する一般診療医向け わが国初のガイダンス作成

<更年期症状を自覚し始めてから３か月以内程度で医療機関を受診した人の割合>　*40歳代・50歳代で約１割（女性）*

- 関係学会の協力を得て作成した更年期世代の女性を診療する一般診療医向けの**ガイダンス**（※男性中高年期の健康課題についても同様に作成）を用いて、研修等を通じて共通的な考え方を周知するとともに、**対応医療機関を検索可能**とする取組を進め、適切な医療につなげる。
- 心身の不調を抱える女性が、自らの症状や状態を記録する**ツール**を開発するなどの取組を進める。
- 「女性の健康総合センター」におけるデータ収集・分析機能の充実
- 職場健診での問診票に女性特有の健康課題に係る質問を追加し、専門医への受診勧奨等を行う。

リハビリテーション　科学的分析を活用したリハビリテーションへの主体的な参加への支援

<介護保険におけるリハビリテーションサービスの受給者数（令和７年）>
通所リハビリテーション：*60.0*万人　訪問リハビリテーション：*15.3*万人

- リハビリテーションへの主体的な参加を支援する**ポータルサイト等の作成**
- 予防・医療・介護を通じた**切れ目のないリハビリテーションの推進**

認知症　新たな検査技術を活用し、早期診断・早期対応等を推進

<認知症及び軽度認知障害（*MCI*）の高齢者数の将来推計（*2040*年）>　認知症：*584.2*万人　*MCI*：*612.8*万人

- **早期診断・早期対応の社会実装に向けたモデル構築を進める**
  - ✓ **新たな検査技術（バイオマーカー）をモデル的に活用**し、**抗体薬投与の検査負担軽減と早期の治療開始の実現を目指す**
  - ✓ （早期診断により）支援（福祉的支援・社会参加等）に早期につなぐ

共通した基盤となる取組　データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築

- 保険者・地域の中小企業等における、がん・循環器病対策をはじめとした予防・健康づくりの取組を推進するため、**データヘルスを基盤とした「AI予防医療モデル」の構築**・成果創出へ向けた**保険者へのインセンティブの在り方を検討**する。
- **個人インセンティブに係る取組の推進**
- **健康経営の視点にも立った「事業主・保険者連携」（コラボヘルス）の推進**

＊令和９年度予算に関する事業の詳細については、今後の予算編成過程で検討。

介護老人保健施設の施設類型に係る居宅サービスの実施数の基準

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	○	○	○	○	ー
リハビリテーションマネジメント	○	○	○	○	ー
地域貢献活動	○	○	○	ー	ー
充実したリハビリテーション	○	○	ー	ー	ー
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	ー

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	35%以上 10	15%以上　5	15%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	
⑤居宅サービスの実施数	3ｻｰﾋﾞｽ 5	2ｻｰﾋﾞｽ (訪問リハビリテーション含む) 3	2ｻｰﾋﾞｽ 1	0，1ｻｰﾋﾞｽ　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（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
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	

施設基準告示

法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション及び法第８条第10項に規定する短期入所療養介護について、当該施設(当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。)において全てのサービスを実施している場合は５、いずれか二種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施しているときは３、いずれか２種類のサービスを実施している場合であって訪問リハビリテーションを実施していないときは１、いずれか１種類のサービスを実施している場合又はいずれも実施していない場合は０となる数

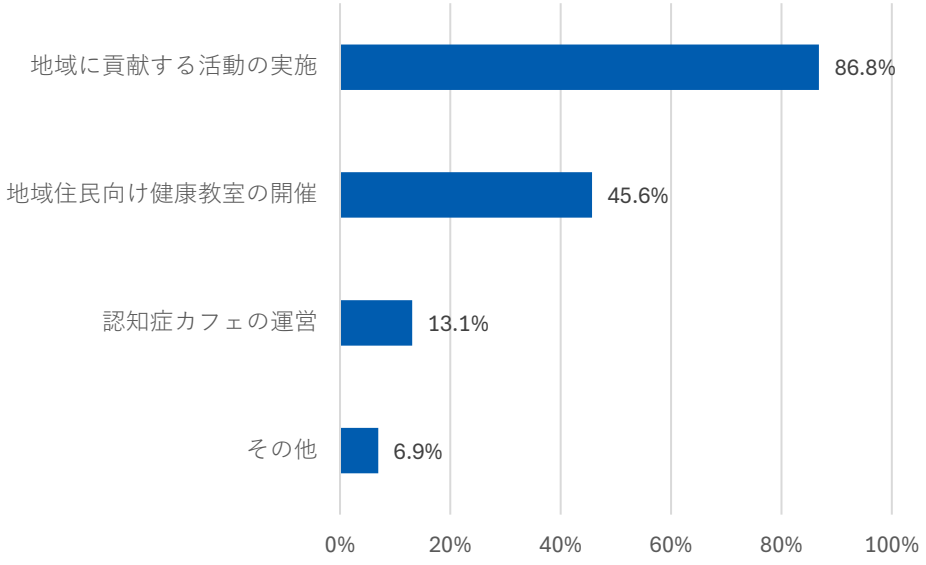
留意事項通知

「地域に貢献する活動」とは、以下の考え方によるものとする。
(a)　地域との連携については、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。以下「介護老人保健施設基準」という。）第35条において、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならないと定めているところであるが、当該基準においては、自らの創意工夫によって更に地域に貢献する活動を行うこと。
(b)　当該活動は、地域住民への介護予防を含む健康教室、認知症カフェ等、地域住民相互及び地域住民と当該介護老人保健施設の入所者等との交流に資するなど地域の高齢者に活動と参加の場を提供するものであるよう努めること。

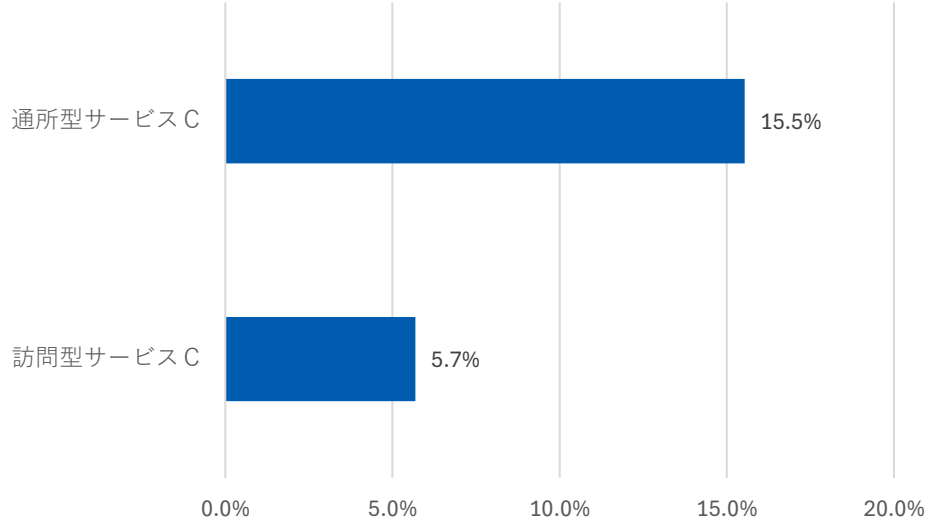
介護老人保健施設における地域に貢献する活動の実施状況

○介護老人保健施設において、地域に貢献する活動を実施している施設の割合は86.8％であった。また地域住民向け健康教室の開催を行っている施設の割合は45.6%、認知症カフェの運営を行っている施設の割合は13.1％であった。
○地域貢献活動としては、「地域向けイベント開催、実習生受け入れ」や「公民館に出向き体操やリハビリ教室を開催している」等があげられた。
○介護老人保険施設において、サービス・活動Ｃ（通所型）を行っている施設の割合は15.5％、サービス・活動Ｃ（訪問型）を行っている施設の割合は5.7％であった。

■　介護老人保健施設における地域貢献活動の実際　（n=666）



■　介護老人保健施設におけるサービス・活動Ｃの実施割合　（n=792）



「その他」（自由記載）の内容
・朝のフレイル予防教室
・公民館に出向き体操やリハビリ教室の開催　等

【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）より老健局老人保健課作成

リハビリテーション

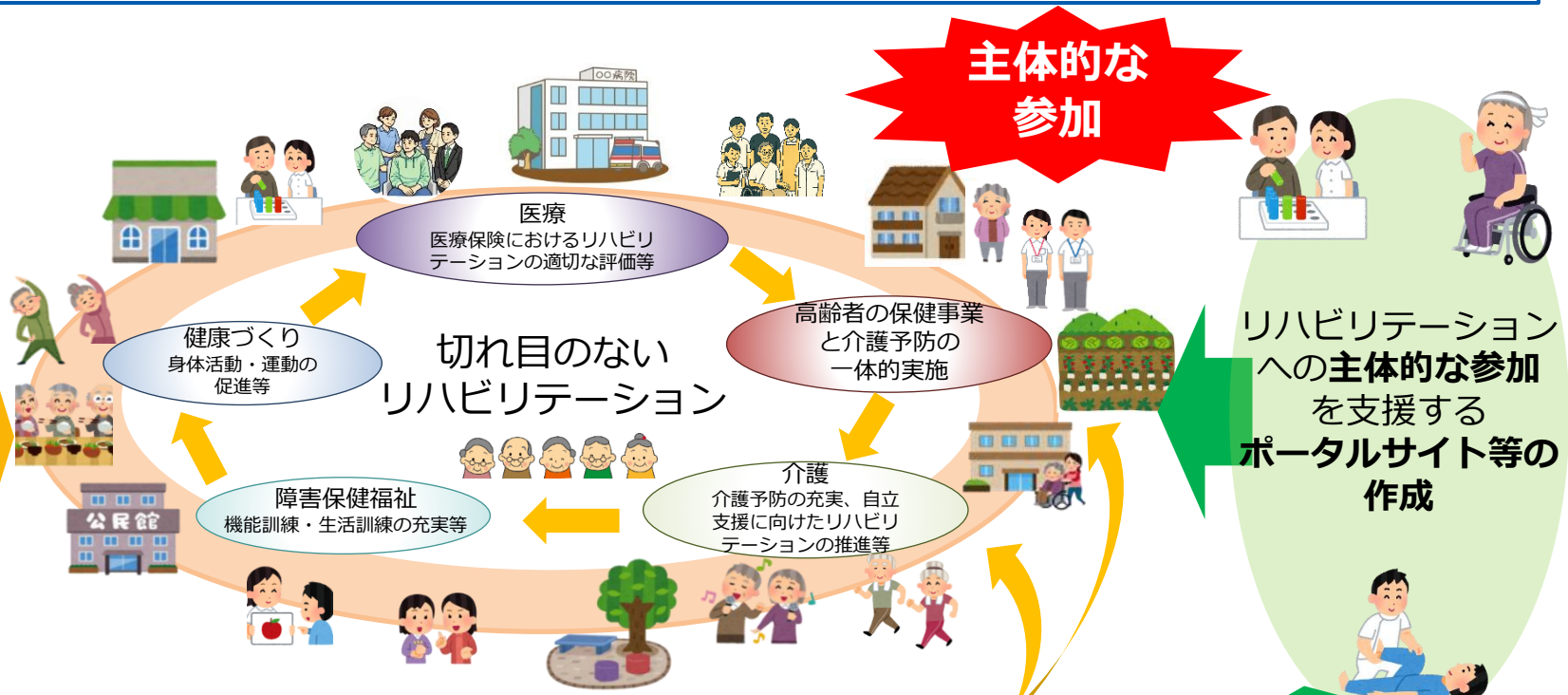
現状・課題

- リハビリテーションについては、心身機能の向上のみならず、日常の生活動作の改善、社会参加の促進、国民の健康の増進にもつながるため、予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーションが適切に提供されることが重要である。また、健康寿命の延伸に向けた予防や健康増進、介護予防の必要性が高まっており、リハビリテーションを推進する必要がある。

国民の健康増進

健康寿命の延伸

介護予防の必要性



- **地域リハビリテーションの推進**
- **科学的分析の活用**

論点⑤　地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進

論点⑤

■ 攻めの予防医療厚生労働省関係施策においては、健康寿命の更なる延伸に向けて、予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーションを推進することとされており、地域ケア会議等へのリハビリテーション専門職等の関与、サービス・活動Cの推進及び介護保険サービスにおけるリハビリテーションの提供体制の強化等を図ることとされている。

■ 介護老人保健施設においては、超強化型、在宅強化型及び加算型の施設類型の評価項目として、地域に貢献する活動を行うことが求められている。

■ また、在宅復帰・在宅療養支援等指標においては、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び短期入所療養介護の実施数に応じて、居宅サービスの提供体制を評価している。

■ 介護老人保健施設の83.6％が地域に貢献する活動を実施しており、地域住民向け健康教室を開催している施設は44.3%、認知症カフェを運営している施設は13.0％であった。また、サービス・活動C（通所型）を実施している施設は14.5%、サービス・活動C（訪問型）を実施している施設は5.3％であった。

■ 攻めの予防医療厚生労働省関係施策を踏まえ、介護老人保健施設が有するリハビリテーションの専門性を地域で更に活用し、地域リハビリテーション及びリハビリテーションサービスの提供を推進する観点から、地域貢献活動及び在宅復帰・在宅療養支援等指標における評価の在り方についてどのように考えるか。

対応案

■ 地域に貢献する活動について、地域ケア会議等へのリハビリテーション専門職等の関与等の地域リハビリテーション活動への参画及びサービス・活動Cへの関与を評価の対象として明確化することとしてはどうか。

■ 在宅復帰・在宅療養支援等指標の「居宅サービスの実施数」について、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの提供体制を更に評価するなどの見直しを行ってはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

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

令和6年度改定

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た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）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

令和6年度改定

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

※算定期間は入所後３月以内

▶

＜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。

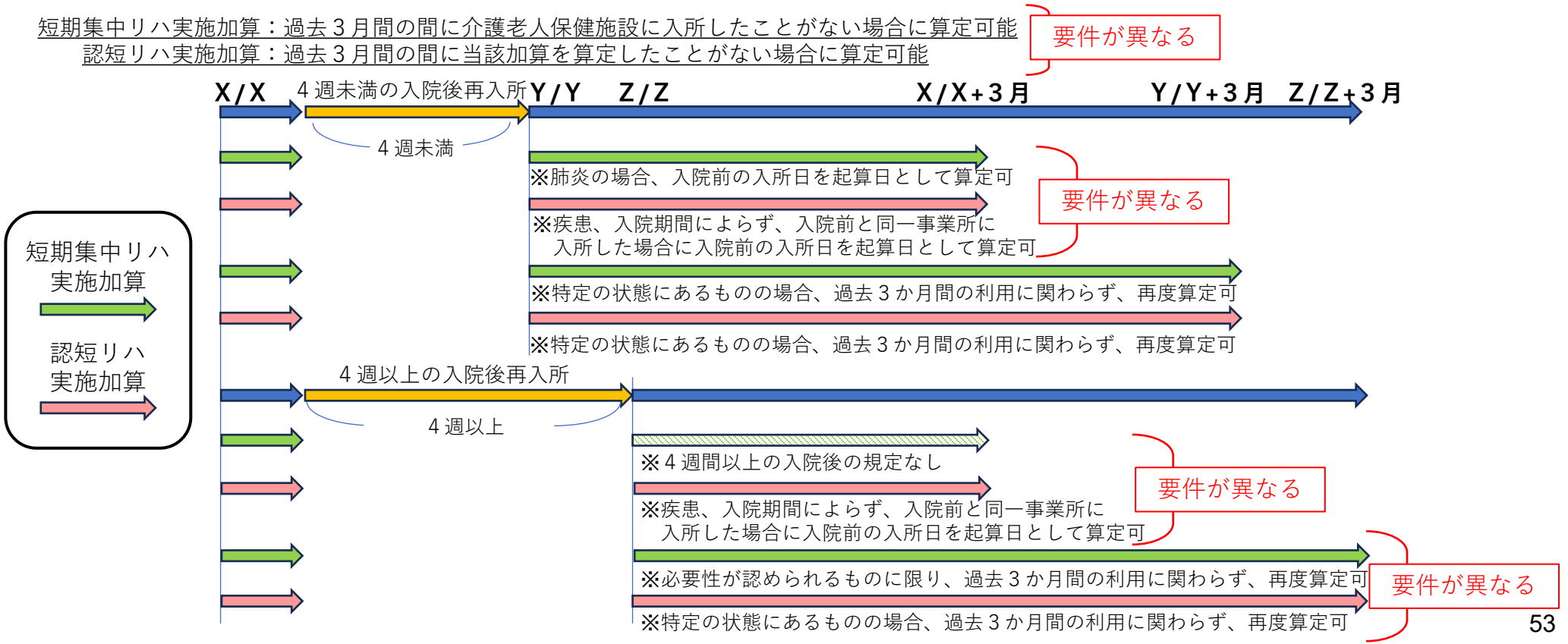
＜短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）＞（改定前と同じ）

○　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。

短期集中リハビリテーション関連加算の算定要件

○短期集中リハビリテーション実施加算（以下「短期集中リハ実施加算」という。）及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算（以下「認短リハ実施加算」という。）は、原則として、過去３月間に介護老人保健施設へ入所したことがない者を対象として、入所日から起算して３月以内の期間に算定できることとされている。
○短期集中リハ実施加は、４週間未満の入院後に再入所した場合には、特定の疾患に限り、入院前の入所日から起算して３月以内の期間に算定できる一方、４週間以上の入院後に再入所した場合には、必要性が認められる場合に、再入所日から新たに３月以内の期間に算定できることとされている。
○認短リハ実施加算は、入院期間や疾病の種類にかかわらず、入院等により算定を中断した後に同一施設へ再入所した場合には、入院前の入所日から起算して３月以内の期間に算定できるほか、一定の状態にある場合には、再入所日から新たに３月以内の期間に算定できることとされている。

■　短期集中リハビリテーション関連加算の算定要件イメージ



論点⑥　短期集中リハビリテーション関連加算の見直し

論点⑥

■ 介護老人保健施設においては、短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算により、短期的集中的なリハビリテーションを評価している。

■ 短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、入所者の入院後の取扱い等の算定要件が異なっている。

■ 効果的なリハビリテーション及び認知症を有する入所者への適切なリハビリテーションの提供を推進する観点から、短期集中リハビリテーション関連加算の算定要件の在り方についてどのように考えるか。

対応案

■ 短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算について、入院後の取扱い等の算定要件を揃えるなど、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

告示改正

■　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。

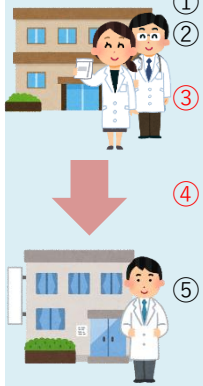
ア　処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと。

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。

介護老人保健施設　※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

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の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、施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の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の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の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。



介護老人保健施設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、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　ふらつきの改善によるリハビリテーションの実施

血圧が90～100/60mmHgで推移していた92歳の利用者について、薬剤師が血圧等を踏まえ、転倒リスクを考慮して医師に降圧薬の中止を提案した。ふらつきが改善し、リハビリテーションを実施できるようになった。

日中活動　日中の傾眠の改善による活動性の向上

薬剤師が、認知症治療薬の服用時点が日中の傾眠に影響している可能性を考え、医師及び看護師に相談した結果、服用時点が朝から夕方へ変更された。日中の傾眠が改善し、リハビリテーションを実施できるようになるとともに、転倒リスクも軽減した。

多剤服用　多剤服用の改善及び薬剤費の削減

定期処方薬を服用している入所者に６剤以上の服用者が多かったことから、薬剤師と看護師がカンファレンスを実施した。処方提案等を通じて、57名中48名（84.2%）で処方が変更され、６剤以上を服用している利用者の割合は59.6%から38.6%へ、平均服用薬剤数は6.6剤から５剤へ減少し、１か月当たりの薬剤費は約８万円削減された。

施設職員への効果

服薬簡素化　服薬回数の見直しによる服薬関連業務の負担軽減

１日３回、朝・昼・夕に分けて薬剤を服用していた利用者について、薬剤師が医師に服用時点の見直しを提案し、１日１回の昼食後服用に集約した。その後も血圧は安定し、胃部不快感はみられなかった。また、看護師の配薬時間が短縮され、介護職員が食事介助に充てられる時間を確保できた。

服薬支援　起床時の服薬支援回数の減少

週１回のビスホスホネート製剤を服用していた７名について、薬剤師が医師及び看護師と相談し、月１回製剤に変更につながった。その結果、起床時の服薬支援回数が月46回から７回へ減少し、看護・介護職員が服薬支援に要していた時間を他の業務に充てることが可能となった。

配薬管理　配薬セットと薬学的確認の一体的な実施

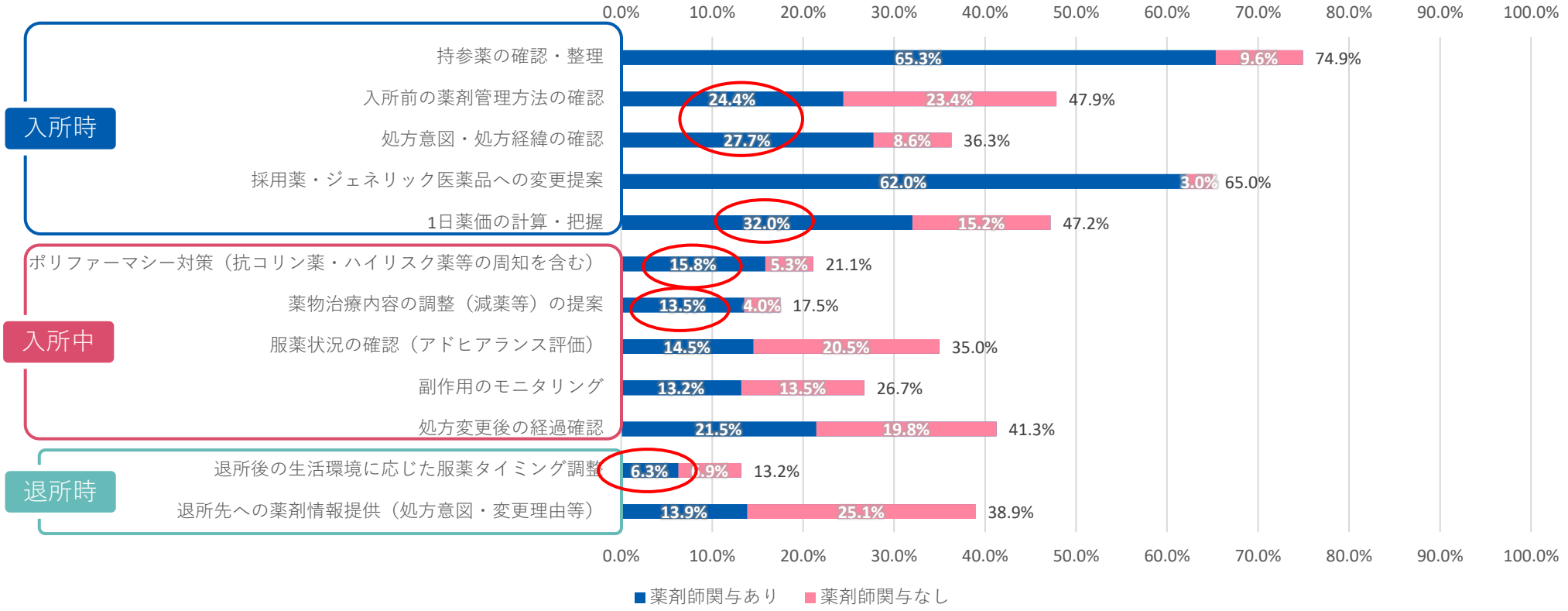
持参薬の識別や配薬等を看護師が担っていた施設において、薬剤師が配薬カートへの薬剤セットに加え、薬剤切れ、用法・用量及び処方切替えの状況を確認した。その結果、配薬の間違いや服薬忘れが減少するとともに、看護師が配薬準備に要していた時間が減少し、他の看護業務に重点を置けるようになった。

【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

介護老人保健施設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、24.4%、27.7%、32.0%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「ポリファーマシー対策」や「薬物治療内容の調整の提案」、「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、15.8%、13.5%、6.3%と低かった。

■　介護老人保健施設の入所者（概ね70%以上）に対する薬剤関連業務の実施状況（n=303）

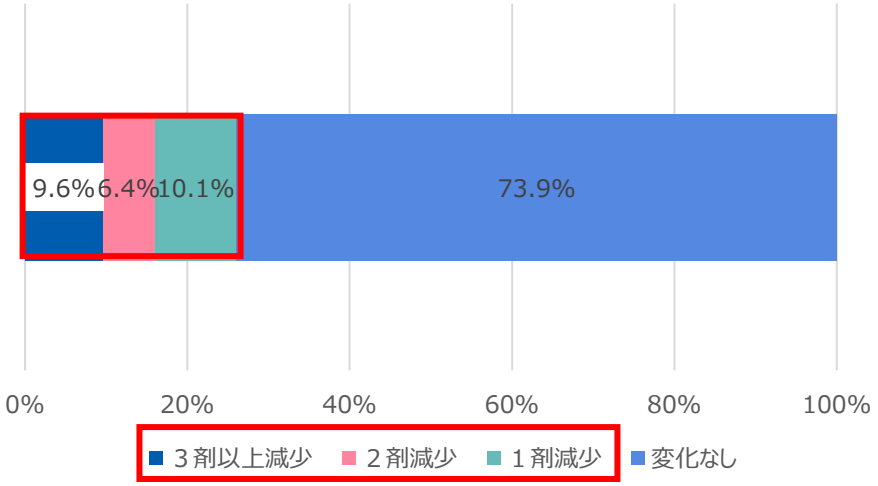


【出典】一般社団法人 日本病院薬剤師会 療養病床委員会「介護老人保健施設・介護医療院における薬剤師介入の効果に関する実態調査（2026年度）（速報値）」をもとに老健局老人保健課作成

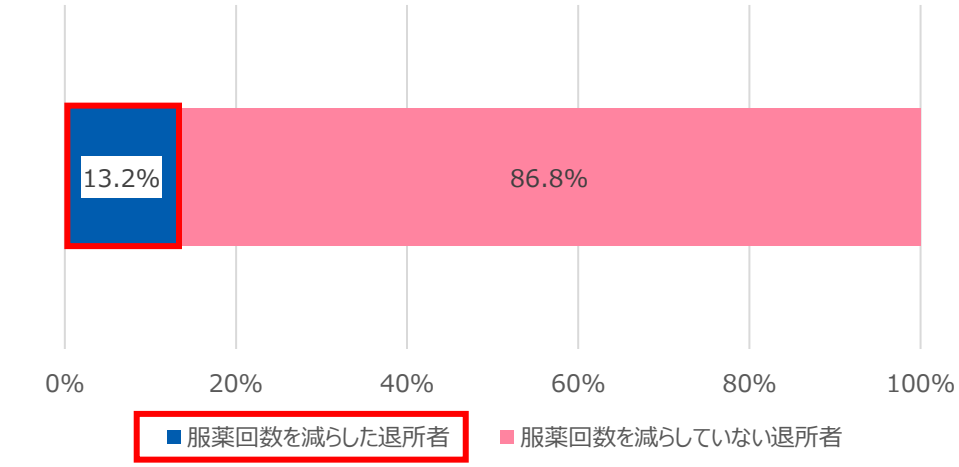
介護老人保健施設の入所者における内服薬の薬剤数及び服薬回数の変化

○直近３か月の退所者のうち、薬剤数が減少した利用者は26.1％であり、このうち３剤以上減少した利用者は9.6％であった。一方で、薬剤数に変化がなかった利用者は73.9％であった。
○また、直近３か月の退所者のうち、服薬回数が減少した利用者は13.2％であった。

■ 直近３か月の退所者の入所時からの薬剤数の変化（n=7,265）



■ 直近３か月の退所者の入所時からの服薬回数の変化（n=4,447）



【出典】令和８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施設類型別の実態把握にかかる調査研究事業」（速報値）

論点⑦　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⑦

■ 介護老人保健施設においては、かかりつけ医連携薬剤調整加算により、入所前の主治医との連携又は施設内での薬剤の評価・調整、科学的介護情報システム（LIFE）への服薬情報の提出、退所時の減薬等を評価している。

■ 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、「ポリファーマシー対策」や「薬物治療内容の調整の提案」、「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、直近3か月の退所者のうち、薬剤数が減少した利用者は26.1％、3剤以上減少した利用者は9.6％、服薬回数が減少した利用者は13.2％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

■ 介護老人保健施設における薬物療法の最適化を推進する観点から、薬剤師による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及び経過確認等の取組並びに薬剤管理指導を評価するとともに、入所中に実施した薬物療法の見直し内容、変更理由及び変更後の経過等の薬剤情報を引き継ぐ取組並びに多剤服用適正化につながった場合を評価するため、かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し等、必要な対応を行うこととしてはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

論点⑧　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 ⑧

■ 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。

■ 介護老人保健施設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

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

試行的退所時指導加算

算定に関する基準

（略）退所が見込まれる入所期間が１月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、**当該入所者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合**に、入所中最初に試行的な退所を行った月から３月の間に限り、入所者１人につき、１月に１回を限度として所定単位数を加算する。

単位数

400単位／月　３月まで算定可

留意事項通知

イ　試行的退所時指導の内容は、次のようなものであること。
　a　食事、入浴、健康管理等在宅療養に関する指導
　b　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体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練の指導
　c　家屋の改善の指導
　d　退所する者の介助方法の指導
ロ　注１（算定に関する基準）により算定を行う場合には、以下の点に留意すること。
　a　試行的退所を行うに当たっては、その病状及び身体の状況に照らし、退所して居宅において生活ができるかどうかについて医師、薬剤師(配置されている場合に限る。)、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等により、退所して、その居宅において療養を継続する可能性があるかどうか検討すること。
　b　当該入所者又は家族に対し、趣旨を十分説明し、同意を得た上で実施すること。
　c　試行的退所中の入所者の状況の把握を行っている場合にあっては、外泊時加算を併せて算定することが可能であること。
　d　入所者の試行的退所期間中は、当該入所者の同意があり外泊時加算を算定していない場合は、そのベッドを短期入所療養介護に活用することが可能であること。
　e　試行的退所期間中は、介護保険法第八条第一項に規定する居宅サービス、同法第八条第十四項に規定する地域密着型サービス、同法第八条の二第十四項に規定する介護予防サービス等の利用はできないこと。
　f　試行的退所期間が終了してもその居宅に退所できない場合においては、介護老人保健施設で療養を続けることとなるが、居宅において療養が続けられない理由等を分析した上でその問題解決に向けたリハビリ等を行うため、施設サービス計画の変更を行うとともに適切な支援を行うこと。
　g　試行的退所時指導加算は、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
　h　試行的退所時指導は、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。
　i　試行的退所時指導は、入所者及びその家族等のいずれにも行うこと。
　j　試行的退所時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。

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

介護老人保健施設の施設類型に係る退所前後訪問指導割合の基準

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	35%以上 10	15%以上　5	15%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
⑤居宅サービスの実施数	3ｻｰﾋﾞｽ 5	2ｻｰﾋﾞｽ (訪問リハビリテーション含む) 3	2ｻｰﾋﾞｽ 1	0，1ｻｰﾋﾞｽ　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（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
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	

施設基準告示

入所者のうち、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、**当該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者**(退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、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場合を含む。)の占める割合が100分の35以上である場合は10、100分の35未満であり、かつ、100分の15以上である場合は５、100分の15未満である場合は０となる数

論点⑨　報酬体系の整理・簡素化

論点⑨

■ 試行的退所時指導加算は、退所が見込まれる入所期間が１月を超える入所者をその居宅において試行的に退所させる場合において、当該入所者の試行的な退所時に、当該入所者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合に算定が可能な加算である。

■ 試行的退所時指導加算の算定率は事業所ベースで2.5％であった。

■ 在宅復帰・在宅療養支援等指標における、退所前後訪問指導割合は、入所期間が１月を超えると見込まれる者の退所前30日以内又は退所後30日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該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者の割合を評価している。

■ 在宅復帰・在宅療養支援等指標において、退所後の療養上の指導を行うことを評価していることを踏まえ、試行的退所時指導加算の在り方についてどう考えるか。

対応案

■ 退所後の療養上の指導を行うことは、在宅復帰・在宅療養支援等指標における退所前後訪問指導割合にて一定の評価をしていることや、算定率を踏まえ、試行的退所時指導加算は廃止することとしてはどうか。

介護老人保健施設　目次

論点①：医療機関からの早期受入れに関する初期加算（Ⅰ）の見直し・・・・・・・・・・10

論点②：透析患者の受入れの促進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

論点③：所定疾患療養費の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

論点④：在宅復帰・在宅療養支援等指標の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・33

論点⑤：地域貢献活動及びリハビリテーションサービス提供の更なる推進・・・・・・・45

論点⑥：短期集中リハビリテーション関連加算の見直し・・・・・・・・・・・・・・51

論点⑦：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・・・・・・・・・・56

論点⑧：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・・・・・・62

論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

論点⑩：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・69

論点⑩　安定的な事業運営のための職員配置

論点⑩

■ 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

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。

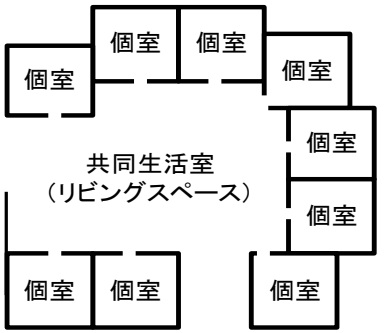
・人員

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

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
871単位	947単位	1,014単位	1,072単位	1,125単位

○ 基本型

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
793単位	843単位	908単位	961単位	1,012単位

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

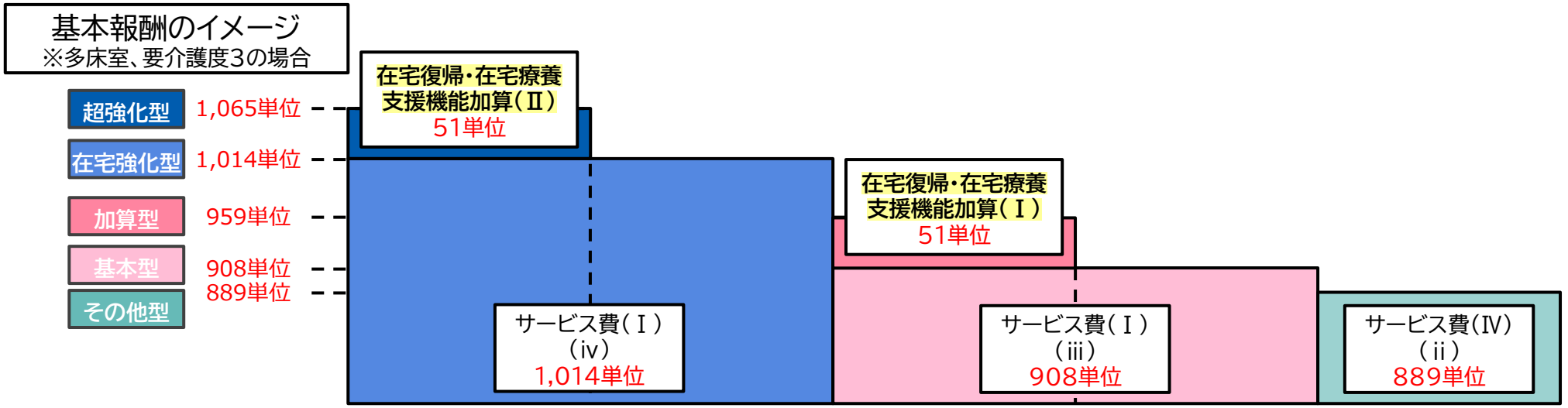
＋

- **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）
- **在宅復帰・在宅療養支援**
- **肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪の治療**
- **栄養管理の強化**（11単位／日）
- **夜勤職員の手厚い配置**（24単位／日）
- **介護福祉士や常勤職員等を一定割合以上配置**（サービス提供体制強化加算）
- **介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進**（Ⅰ）：100単位/月 （Ⅱ）：10単位/月
- **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）
- **ターミナルケアの実施**
- **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**
- **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
- **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
- **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%）
- **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



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
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	35%以上 10	15%以上　5	15%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

⑤居宅サービスの実施数	3ｻｰﾋﾞｽ 5	2ｻｰﾋﾞｽ（訪問リハビリテーション含む） 3	2ｻｰﾋﾞｽ 1	0，1ｻｰﾋﾞｽ　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（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
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	

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

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

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。

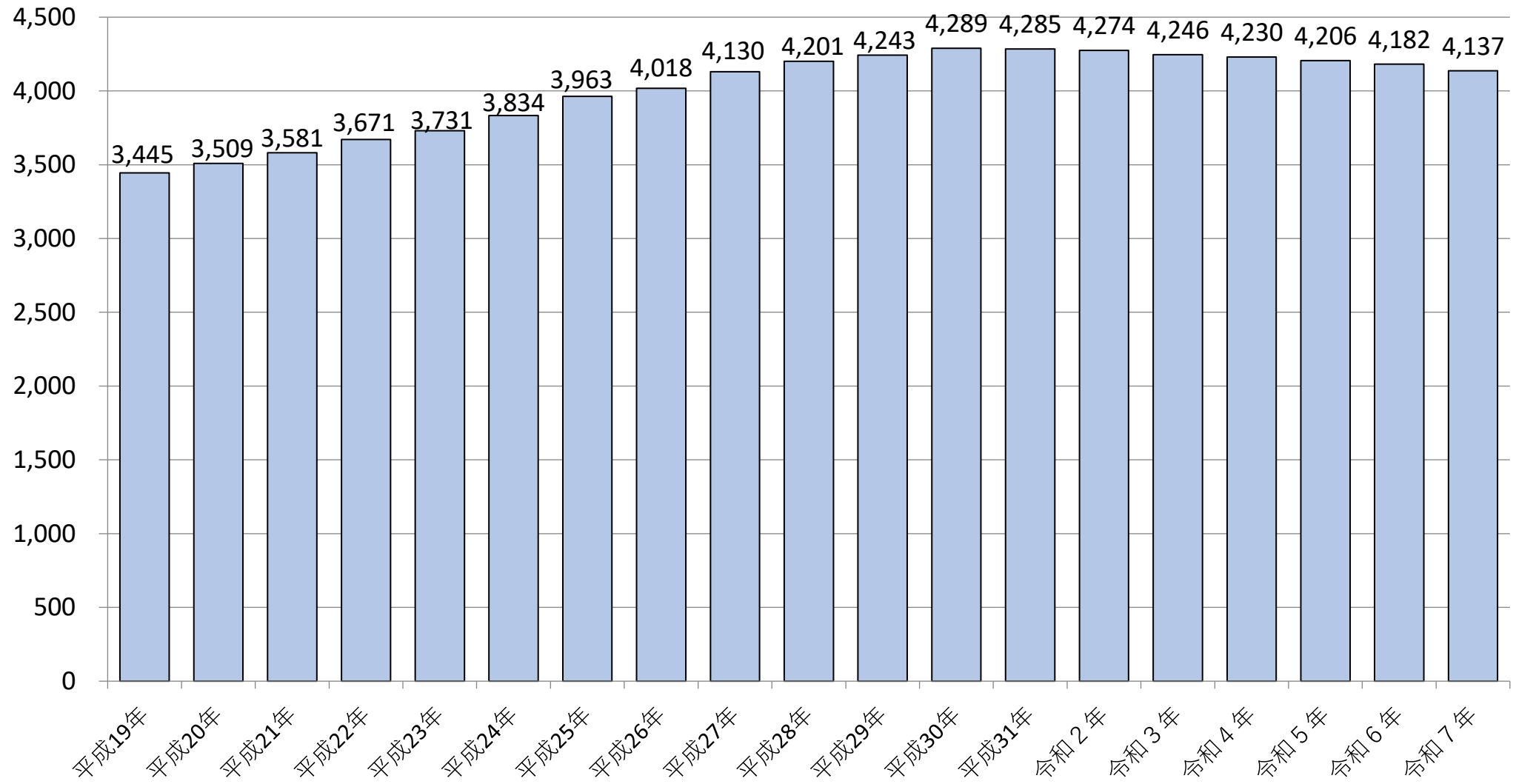
【出典】介護給付費等実態統計（令和7年11月審査分）及び介護保険総合データベースの任意集計（令和7年11月審査分（令和7年10月サービス提供））より老健局老人保健課作成

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

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

（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

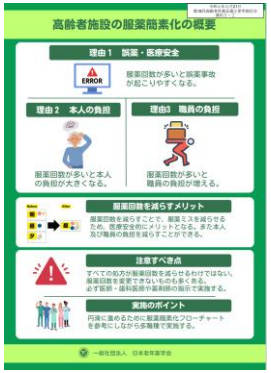
ステップ３：多職種で変更の協議

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

高度急性期 急性期

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

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

○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。

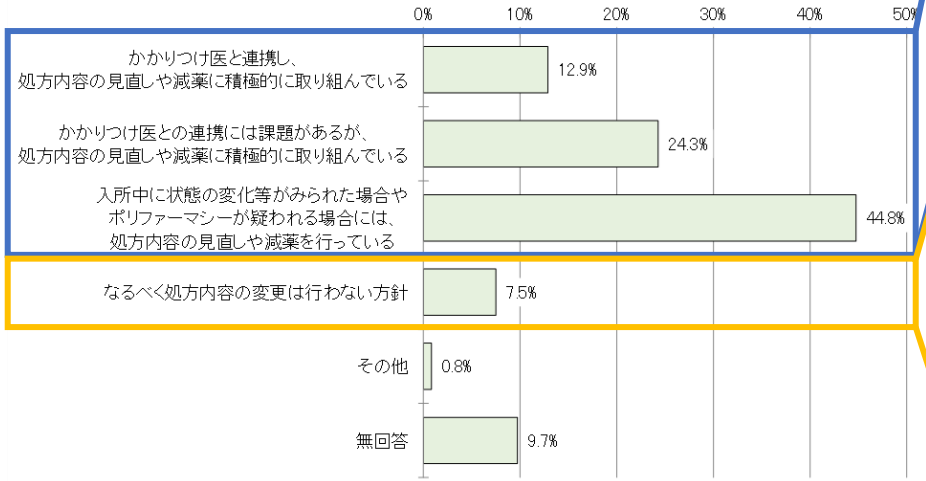
■ 介護老人保健施設における薬剤師の常勤換算の配置状況

	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）

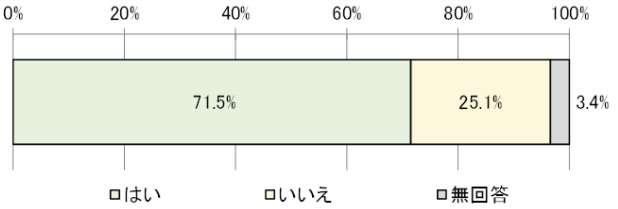
【出典】令和３年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和５年度調査）「介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業」

■ 入所者のポリファーマシー対策への取り組み(n=1,079)

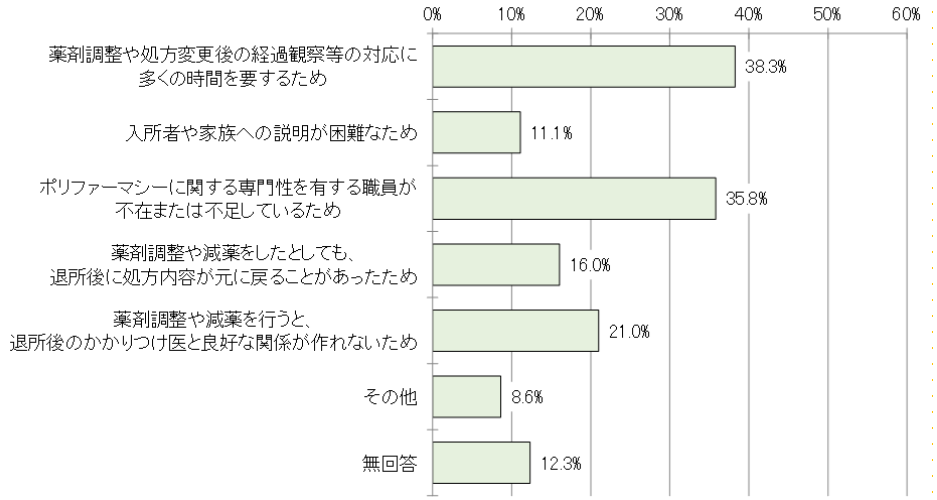


【出典】令和７年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進にかかる調査研究事業」

■ 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



【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」