Dr武藤のミニ動画講座

2027年介護報酬改定と特養・老健



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事　武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

■神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地

■横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人

■衣笠病院許可病床198床　＜稼働病床194床＞

■病院診療科　＜〇は常勤医勤務＞

〇内科、神経科、小児科、〇外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、〇整形外科、〇皮膚科、
〇泌尿器科、婦人科、〇眼科、〇耳鼻咽喉科、
〇ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科、〇放射線科、〇麻酔科、〇ホスピス、東洋医学



■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設　老健（衣笠ろうけん）、特養（衣笠ホーム）、訪問診療クリニック　、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■　グループ職員数750名

【2021年9月時点】

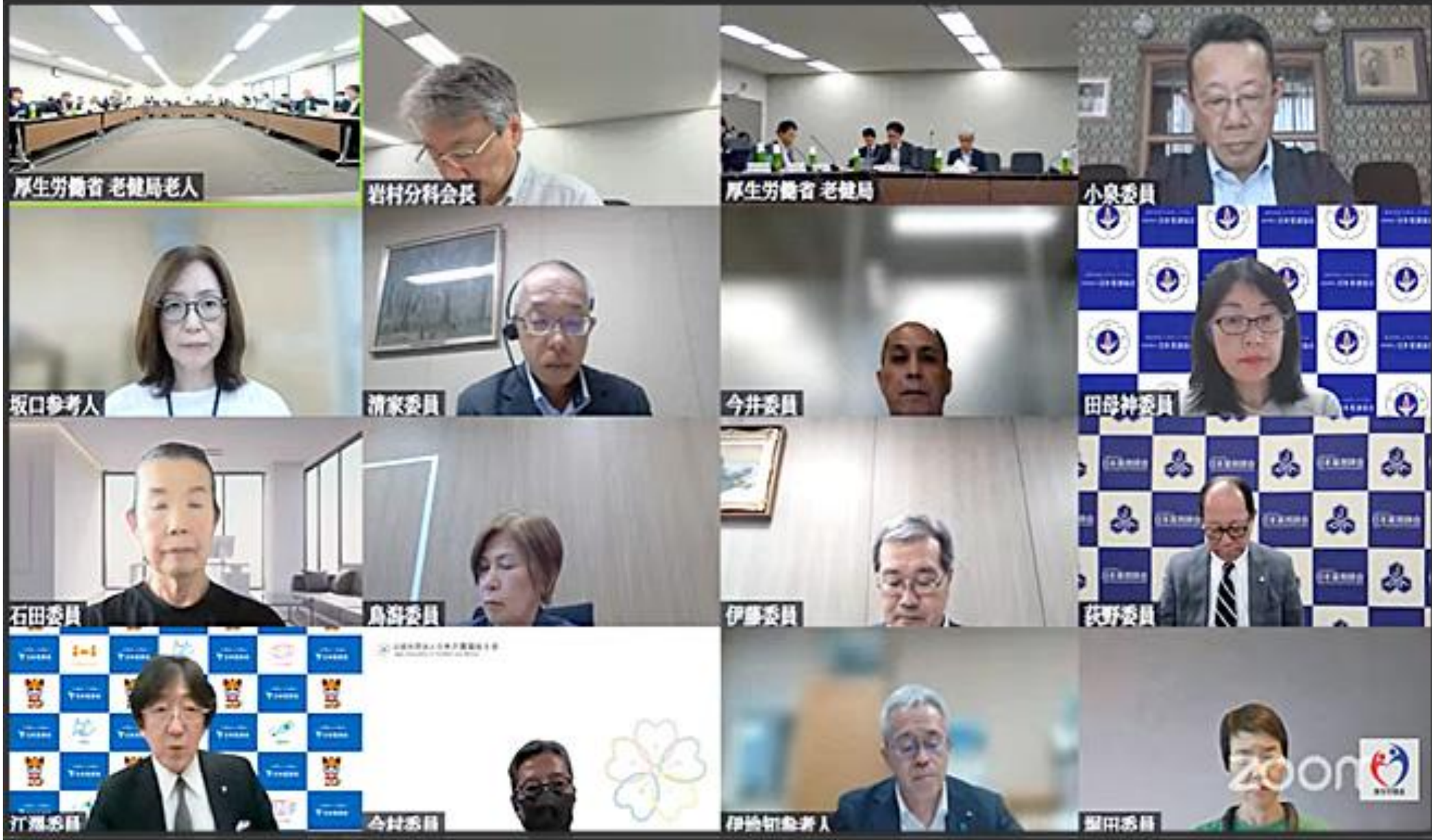

富士山
箱根
小田原
横浜
港南台
江の島
鎌倉
逗子
葉山
衣笠ホーム
衣笠城址
横須賀
衣笠病院グループ
浦賀
長瀬
ケアセンター
三浦

目次



パート１
　2027年介護報酬改定と特養
パート2
　2027年介護報酬改定と老健

パート1
2027年介護報酬改定と特養



社会保障審議会社会給付費分科会　2026年7月8日

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

令和8年2月16日現在

	氏　名	現　職
	石田　路子	ＮＰＯ法人高齢社会をよくする女性の会副理事長（名古屋学芸大学客員教授）
	伊藤　悦郎	健康保険組合連合会常務理事
	今井　準幸	民間介護事業推進委員会代表委員
会長 ※	岩村　正彦	東京大学名誉教授
	江澤　和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
	及川　ゆりこ	公益社団法人日本介護福祉士会会長
	大石　賢吾	全国知事会（長崎県知事）
	荻野　構一	公益社団法人日本薬剤師会副会長
	奥塚　正典	大分県国民健康保険団体連合会理事長（中津市長）
	長内　繁樹	全国市長会（豊中市長）
	小泉　立志	公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長
	志田　信也	公益社団法人認知症の人と家族の会副代表理事
	清家　武彦	一般社団法人日本経済団体連合会経済政策本部長
	田中　志子	一般社団法人日本慢性期医療協会常任理事
※	田辺　国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	田母神　裕美	公益社団法人日本看護協会常任理事
	鳥潟　美夏子	全国健康保険協会理事
	中島　栄	全国町村会行政委員・茨城県美浦村長
	野村　圭介	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
	濵田　和則	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長
	東　憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
	平山　春樹	日本労働組合総連合会総合政策推進局生活福祉局局長
	堀田　聰子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
	松島　紀由	公益財団法人全国老人クラブ連合会常務理事
※	松田　晋哉	福岡国際医療福祉大学看護学部教授

（敬称略、５０音順）

※は社会保障審議会の委員

特養(介護老人福祉施設)

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の概要

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条 の5】

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

≪設置主体≫
○地方公共団体
○社会福祉法人　　等

≪人員配置基準≫
○医師：　必要数
○介護・看護職員：　3:1　　等

≪設備基準≫
○居室定員：　原則1人（参酌すべき基 準）
○居室面積：　1人当たり10．65㎡　　等

多床室

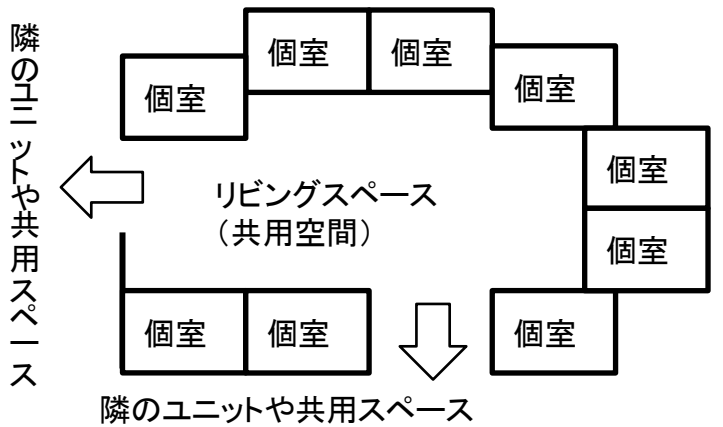
○多床室（既設）の介護報酬：８７１単位（要介護５）
○看護・介護職員１人当たり利用者数：平均２.２人＊



ユニット型個室

○ユニット型個室の介護報酬：９５５単位（要介護５）
○看護・介護職員１人当たり利用者数：平均１.９人＊
＊令和5年介護事業経営実態調査

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



必要となる人員・設備等

介護老人福祉施設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。

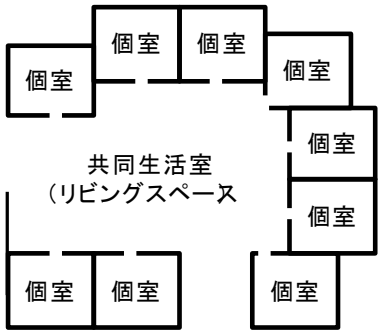
〇人員基準

医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	入所者の数が１００又はその端数を増すごとに１以上
介護職員 又は看護職員	入所者の数が３又はその端数を増すごとに１以上 看護職員１以上（入所者の数に応じて定められている）
栄養士 又は管理栄養士	１以上
機能訓練指導員	１以上
介護支援専門員	１以上（入所者の数が１００又はその端数を増すごとに１を標準とする）

〇設備基準

居室	原則定員１人 入所者１人当たりの床面積10．65㎡以上
医務室	医療法に規定する診療所とすること
食堂及び 機能訓練室	床面積入所定員×３㎡以上
廊下幅	原則１．８m以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとすること

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要
- 共同生活室の設置
- 居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原則としておおむね10人以下とし、15人を超えないもの
- 昼間は１ユニットごとに常時１人以上の介護職員又は看護職員、夜間は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



特別養護老人ホームの重点化

2015年

○ 平成27年４月より、原則、特養への新規入所者を要介護３以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化。【 既入所者は継続して入所可能 】

○ 他方で、要介護１・２の方についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に、入所することが可能。

【 要介護１・２の特例的な入所が認められる要件（勘案事項） 】

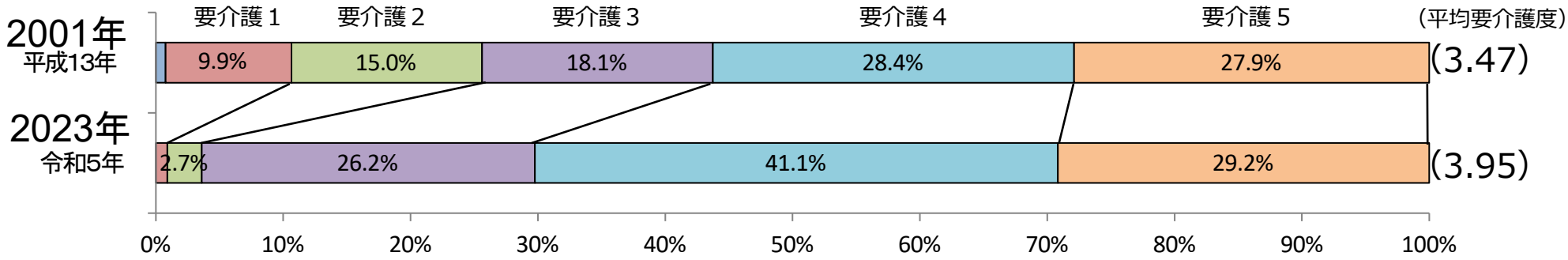
- 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態。
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態。

※また、地域の実情を踏まえ、各自治体において必要と認める事情があれば、それも考慮する。

要介護度別の特養入所者の割合

« 施設数： 11,077施設　サービス受給者数： 65.6万人 （令和6年度） »

※介護給付費等実態統計（10月審査分）



※介護給費等実態統計（旧：介護給付費実態調査）年次累計

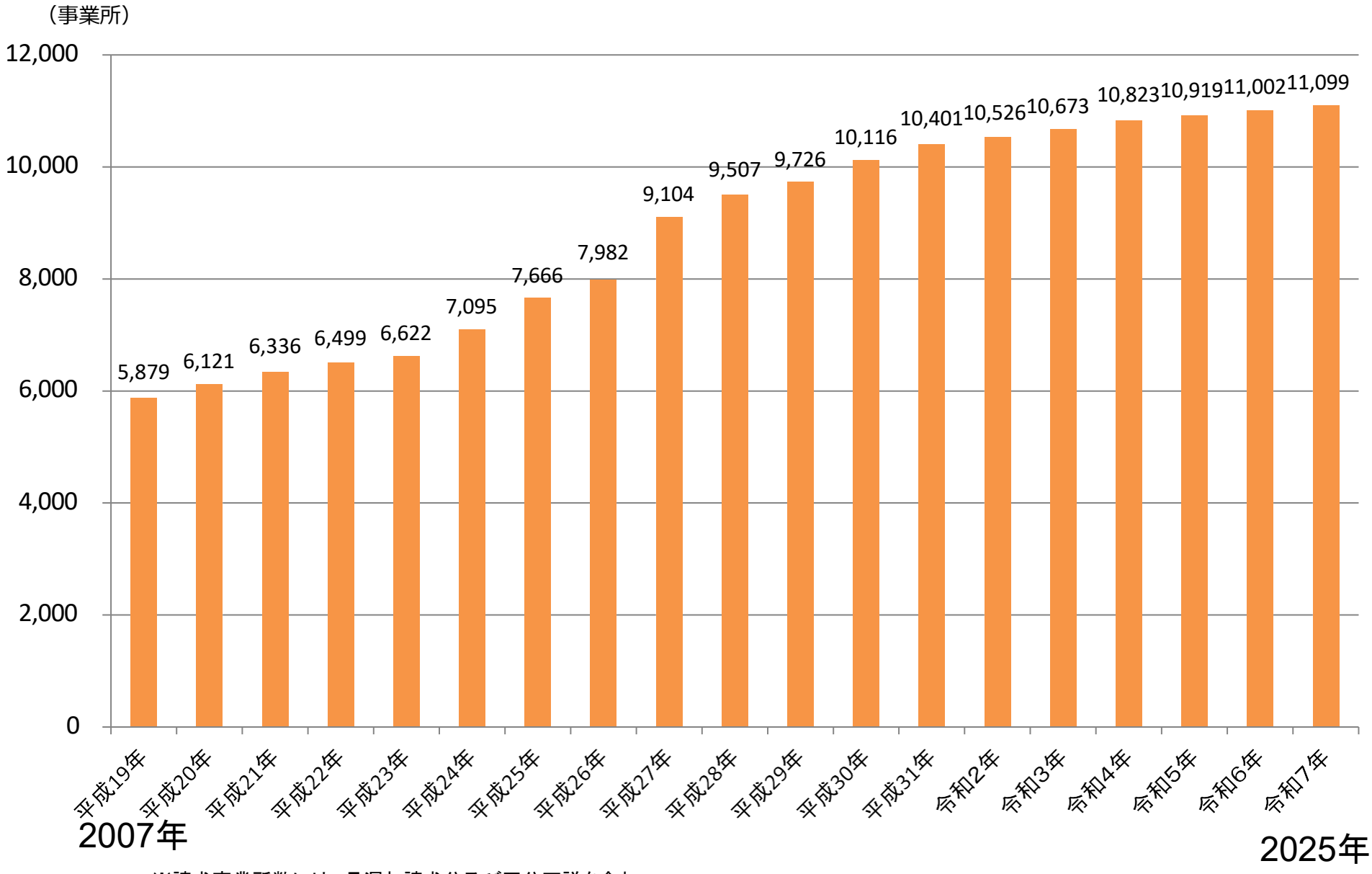
特養の入所申込者の状況

（単位：万人）

	要介護3～5
全体	**２５.３**
うち在宅の方	**１０.６** **（４１．７%）**

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。 （ 令和４年12月集計）

介護老人福祉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。
※地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む。

出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：調査）」（各年4月審査分）

第９期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

○　介護サービス量

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

※1）2023年度の数値は介護保険事業状況報告（令和5年12月月報）による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数（1月当たりの利用者数）
在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ（予防給付を含む。）、夜間対応型訪問介護の合計値。
デイサービスは通所介護、通所リハ（予防給付を含む。）、認知症対応型通所介護（予防給付を含む。）、地域密着型通所介護 の合計値。
ショートステイは短期入所生活介護（予防給付を含む。）、短期入所療養介護（予防給付を含む。）の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2）令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

介護老人福祉施設の経営状況

○介護老人福祉施設の収支差率（令和６年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は1.4%となっている。

■　施設系サービスにおける平均収支差率

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

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

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

2027年介護報酬改定の特養の論点

論点①：介護老人福祉施設における透析患者受け入れ・支援に対する評価・・・・・・・・８

論点②：介護老人福祉施設の配置基準等の解釈について・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：経過的小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し・・・・・・・・・・・・・・28

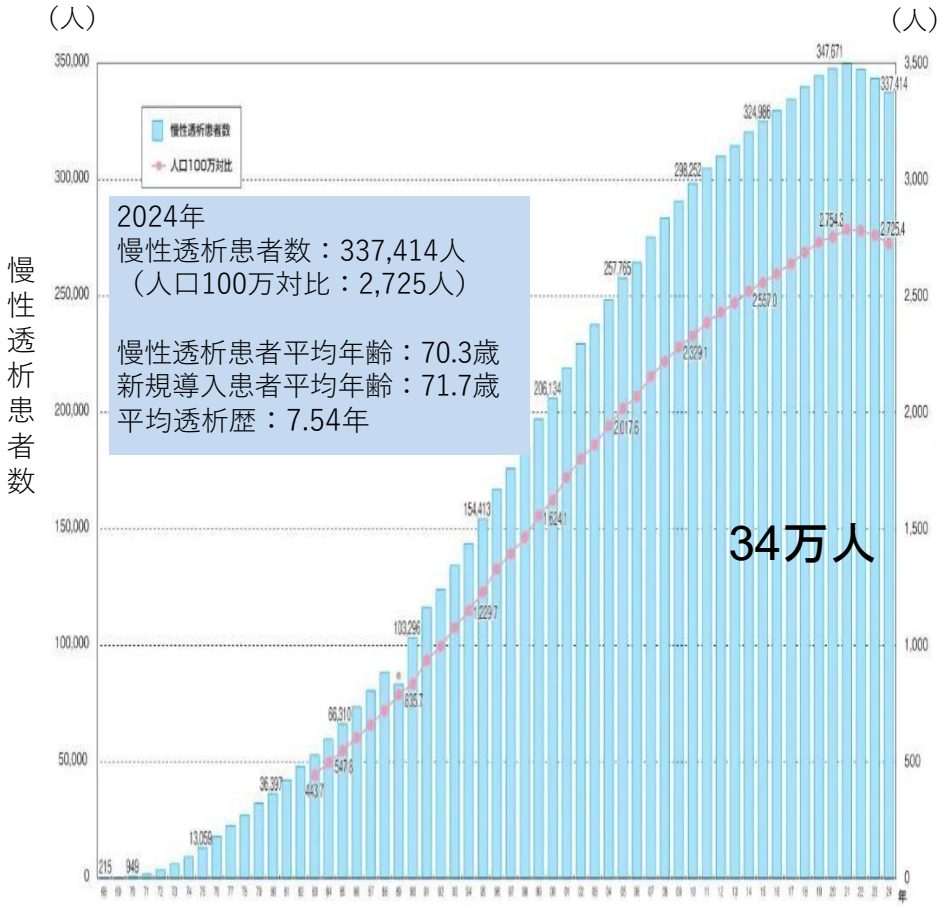
論点④：加算の趣旨・目的やその取得状況等を踏まえた加算の見直し等について・・・・・36

論点⑤：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40

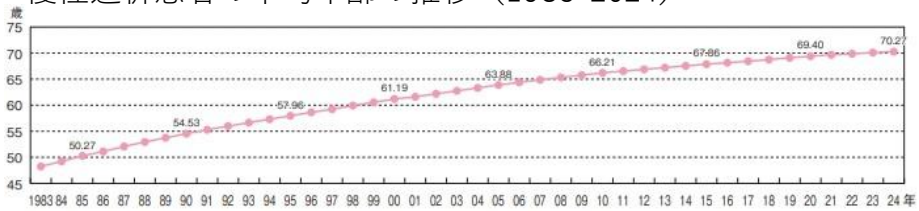
慢性透析の患者数、平均年齢の推移及び年齢分布の推移

○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。

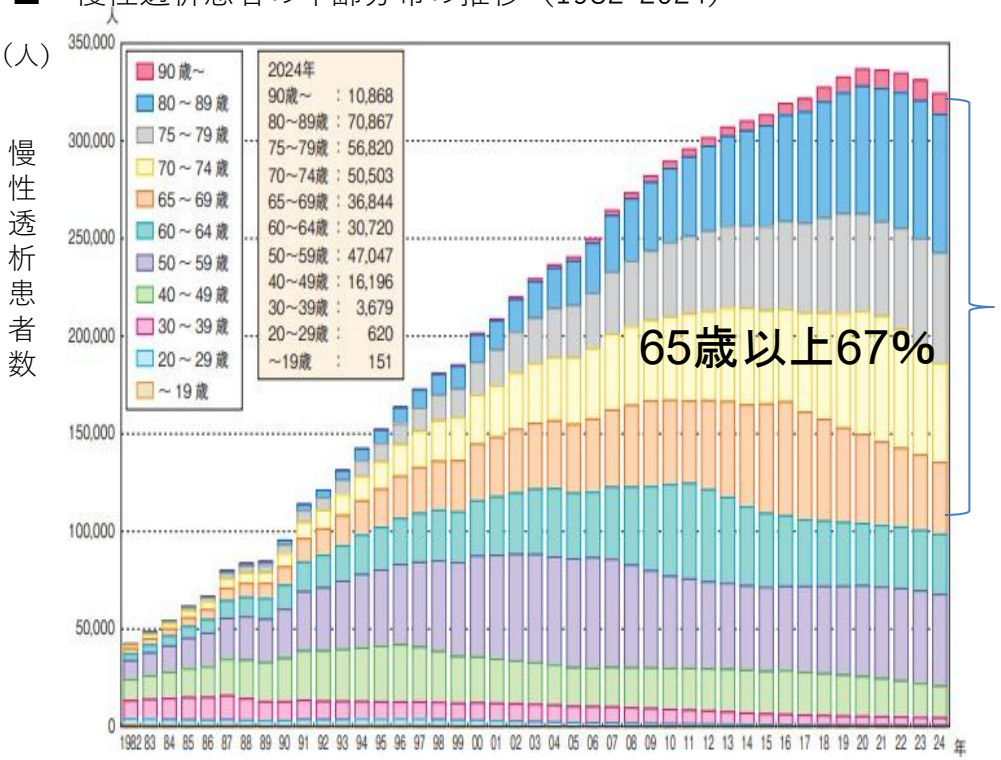
■ 慢性透析患者数（1968-2024）と
有病率（人口 100 万対比，1983-2024）の推移



■ 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

血液透析と腹膜透析



96%



４％

末期腎不全に対する腎代替療法の比較

診調組　入－１
７．９．１８

○　末期腎不全の腎代替療法には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。

○　腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。

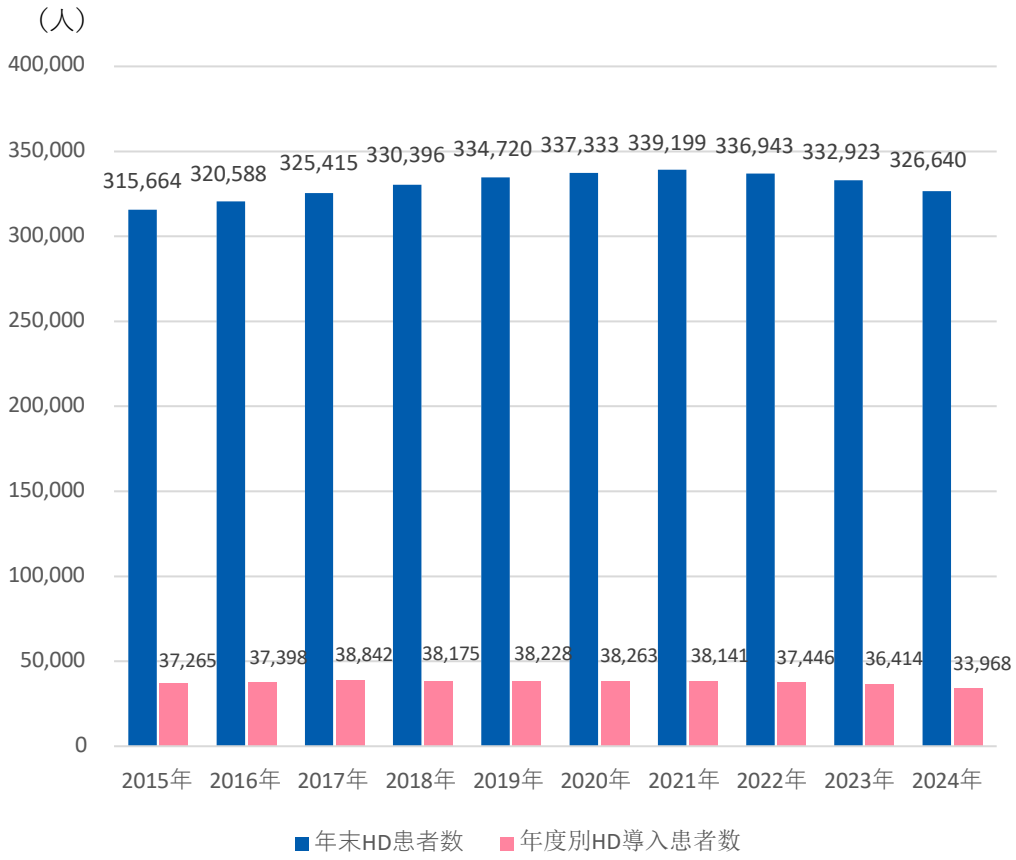
比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬と その副作用に対する薬剤
生活の制約	**多い** （週３回、１回４時間程度の通院治療）	**やや多い** （透析液交換・装置のセットアップの手間）	**ほとんど無い**
食事・飲水の制限	**多い** （蛋白・水・塩分・カリウム・リン）	**やや多い** （水・塩分・リン）	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス （シャント）（小手術・局所麻酔）	腹膜透析カテーテル挿入 （中規模手術）	腎移植術 （大規模手術・全身麻酔）
通院回数	**週に３回**	**月に１～２回程度**	移植後１年以降は月に１回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	**血液透析に比べ自由度が高い**	透析による束縛がない

出典：腎不全　治療選択とその実際【2025年版】（日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、日本腹膜透析医学会）改

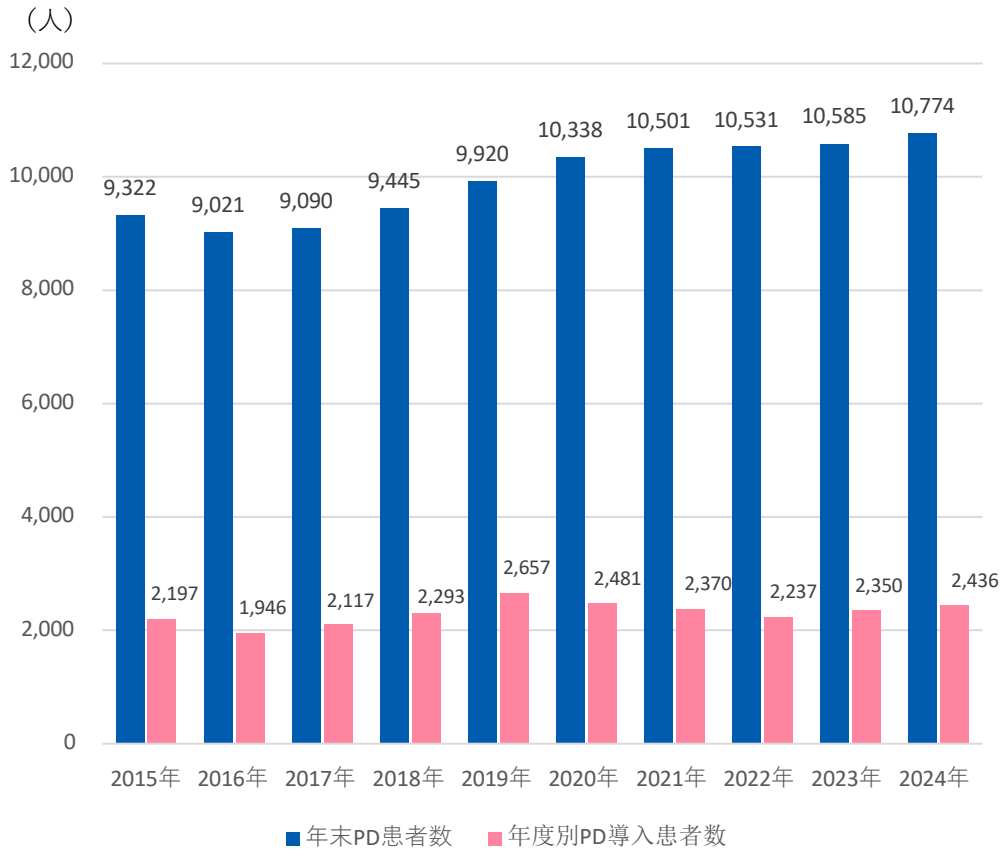
透析の治療方法別の患者数及び新規導入患者数の推移

○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

R６改定 （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

2024年

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）

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、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

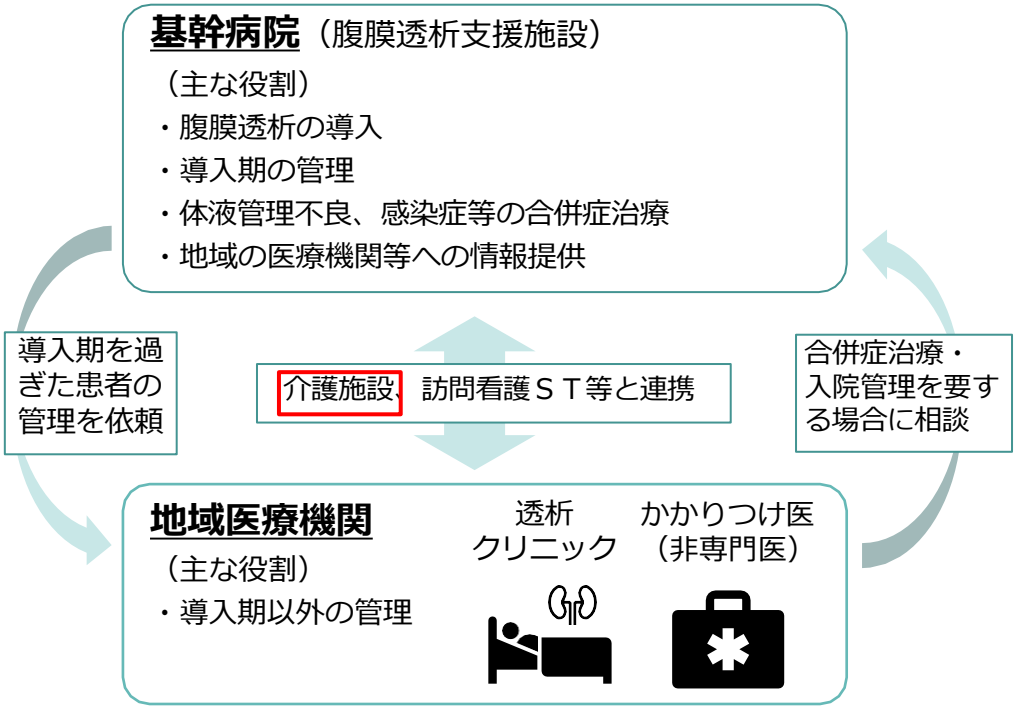
○透析患者に共通する対応
- 食塩摂取量、飲水量、尿量、体重等の体液管理を行う
- 血圧調整や貧血改善等、種々の症状に応じた内服管理が必要
- 透析医療機関との連携

○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）

論点①　介護老人福祉施設における透析患者受け入れ・支援に対する評価

論点①

■ 透析患者の高齢化が進んでおり、透析患者数に占める75歳以上の患者の割合も増加している。このため、透析を必要とする高齢者が介護老人福祉施設等の介護施設への入所を希望するケースは今後さらに増加すると見込まれる。

■ こうした点も踏まえ、令和６年度介護報酬改定において、介護老人福祉施設等が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創設された。

■ 加えて、腎不全患者の在宅医療を行いやすい環境整備の一環として、介護施設が腎不全患者を受け入れやすくする体制づくりに係るモデル事業等を進めている。

■ 他方、透析患者の受入れが可能である介護老人福祉施設は少なく、また、当該施設の入所者のうち、透析が必要な入所者の割合も少ない。

■ 透析患者の受入れに関し、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。

■ 特に、腹膜透析については、通院頻度が比較的少なく患者の生活上の制約が少ない一方で、施設における受入れについて、透析液の交換、カテーテル管理等の専門的な支援や感染予防等の対応が必要となる。

■ このように、透析患者の受入れには、血液透析患者に係る送迎以外にも、上記の様々な対応が必要となることから、より適切な評価が求められる中、血液透析患者・腹膜透析患者の受入れ体制の整備を推進するためにどのような対応が考えられるか。

対応案

■ 透析患者に対する支援は血液透析患者に係る送迎のみではなく、様々な対応が必要であることを踏まえ、透析患者の受入れ体制の整備の推進という観点から、特別通院送迎加算を見直し、透析を継続的に必要とする入所者を受け入れ、医療機関との連携体制を確保しながら行う送迎を含む一連の支援を総合的に評価してはどうか。

論点①：介護老人福祉施設における透析患者受け入れ・支援に対する評価・・・・・・・・・8

論点②：介護老人福祉施設の配置基準等の解釈について・・・・・・・・・・・・・・・・・・20

論点③：経過的小規模介護老人福祉施設等の基本報酬の見直し・・・・・・・・・・・・・・28

論点④：加算の趣旨・目的やその取得状況等を踏まえた加算の見直し等について・・・・・36

論点⑤：安定的な事業運営のための職員配置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40

介護老人福祉施設と併設の短期入所生活介護における人員配置基準

○　介護老人福祉施設（以下「本体施設」という。）と併設の短期入所生活介護の人員配置基準について、
・医師、栄養士及び機能訓練指導員については、本体施設に配置されている場合は、併設の短期入所生活介護事業と兼務可能とされており、
・生活相談員、介護職員及び看護職員については、本体施設の入所者と併設の短期入所生活介護事業所の利用者の数を合算して、その合計人数に対して必要な数を配置するものとされている。

○指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（抄）　　平成11年９月17日　老企２５号

８　短期入所生活介護
１　人員に関する基準（居宅基準第121条及び第122条）
⑴　従業者の員数
②　併設事業所については、
イ　居宅基準第121条第４項の「特別養護老人ホーム等と一体的に運営が行われる」とは、併設本体施設の事業に支障が生じない場合で、かつ、夜間における介護体制を含めて指定短期入所生活介護を提供できる場合である。
ロ　医師、栄養士及び機能訓練指導員については、併設本体施設に配置されている場合であって当該施設の事業に支障を来さない場合は兼務させて差し支えない。
ハ　生活相談員、介護職員及び看護職員の員数については、併設されているのが特別養護老人ホームである場合には、特別養護老人ホームとして確保すべき員数と指定短期入所生活介護事業所として確保すべき員数の合計を、特別養護老人ホームの入所者と併設事業所の利用者の数とを合算した数について常勤換算方法により必要とされる従業者の数とするものである。例えば、入所者50人、利用者10人の場合の看護・介護職員の員数は、50÷３＝17（端数切り上げ）と10÷３＝４（端数切り上げ）の合計で21人となるのではなく、（50＋10）÷３＝20人となる。
ニ　（略）

提案内容（管理番号28： 指定介護老人福祉施設における介護支援専門員の常勤専従要件の見直し等）

地方分権改革有識者会議	資料２
第188回提案募集検討専門部会（R８.７.３）	

提案内容

- 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第２条第９項において、「第一項第六号の介護支援専門員は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、入所者の処遇に支障がない場合は、当該指定介護老人福祉施設の他の職務に従事することができる。」と規定されているところ、他の居宅介護支援事業者での勤務を可能とするなど柔軟な勤務を可能とするため、「常勤」の撤廃、「当該指定介護老人福祉施設」の撤廃、また、介護支援専門員に「介護支援専門員と同等の能力を有する者」などを追加することを求める。

特養のケアマネ
常勤要件を撤廃

論点②　介護老人福祉施設の配置基準等の解釈について

論点②

（介護老人福祉施設の配置基準の解釈について）

■ 介護老人福祉施設と併設の短期入所生活介護の人員配置基準について、医師等については、本体施設と併設事業所との兼務等が認められており、生活相談員等については、本体施設の入所者と併設事業所の利用者の数を合算して、その合計人数に対して必要な数を配置するものとされている。

■ 介護老人福祉施設が同一敷地等で提供しているサービスについて、短期入所生活介護・短期入所療養介護が最も多く、次いで通所介護が多く、次に訪問介護が多かった。

■ これらの点を踏まえつつ、中山間・人口減少地域では、高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する中、他方で、生産年齢人口の減少が全国に比して進んでおり、介護人材や専門職の確保が極めて困難である中、介護老人福祉施設と併設の事業所における配置基準についてどう考えるか。

⇒　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築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

■ また、令和８年地方分権改革に関する提案において、介護支援専門員の兼務について、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事することができるとされている一方、介護老人福祉施設と併設されている事業所等（併設事業所等）における兼務は認められていないところ、兼務を認めるべき等の意見があるが、どう考えるか。

（その他規定の解釈について）

■ 介護老人福祉施設は、その入所者が病院等に入院した場合であって、入院後約３か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、退院後の再入所のために、ベッドの確保等をしなければならないものとされている。他方、一部の自治体においては、退院の見込みにかかわらず、入院時に３か月間ベッドを確保しなければならないといった運用がされている実態があるとの指摘もあるところ、基準の趣旨を踏まえ、その解釈についてどう考えるか。

対応案

■ 介護支援専門員について、居宅介護支援事業所以外の併設事業所等における業務であって、その業務が本体施設の業務と一体不可分なものについては、本体施設の業務と兼務可能であることを明確化することはどうか。

■ 入所者の入院期間中の取扱いに係る規定の解釈について、退院の見込みにかかわらず入院時に３か月間空床とすることを求める趣旨ではない旨を運営基準上明確化してはどうか。

介護老人福祉施設における入所者の入院期間中の取扱いについて

○　介護老人福祉施設は、その入所者が病院等に入院した場合であって、入院後約３か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、退院後再び当該施設に入所することができるように、ベッドの確保等をしなければならないものとされている。
○　他方、一部の自治体においては、退院の見込みにかかわらず、入院時に３か月間ベッドを確保しなければならないといった運用がされている実態があるとの指摘もある。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）（抄）
（入所者の入院期間中の取扱い）
第十九条　指定介護老人福祉施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、**その者及びその家族の希望等を勘案し**、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について（平成12年３月17日老企４３号）（抄）
20　入所者の入院期間中の取扱い（基準省令第19条）
⑴　「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、入所者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断すること。
⑵　「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、入所者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。
⑶　「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に満床であること[illegible]ば、入所者の退院が予定より早まるなどの理由により、ベッドの確保が間に合わない場合[illegible]基本的には該当しないことに留意すること。なお、前記の例示の場合であっても、再入[illegible]、短期入所生活介護の利用を検討するなどにより、入所者の生活に支障を来さないよう努[illegible]
⑷　入所者の入院期間中のベッドは、短期入所生活介護事業等に利用しても差し支[illegible]に円滑に再入所できるよう、その利用は計画的なものでなければならない。

利用者が入院中は3か月ベッドを空室としておくこと

○事業者からの意見（概要）：入院後３月以内に退院することが明らかに見込まれるときは」との規定について、一部の自治体では「入所者が入院した場合に、退院の見込みにかかわらず、３ヶ月間必ずベッドを空けておく」べきとの解釈がされていることがある。指定権者によって指導の内容がずれている場合があるので、運営基準の趣旨を明確化していただきたい。
※「介護分野の行政手続に関する簡素化・利便性向上に係る要望受付フォーム」（厚生労働省老健局）への要望

論点②　介護老人福祉施設の配置基準等の解釈について

論点②

（介護老人福祉施設の配置基準の解釈について）

■ 介護老人福祉施設と併設の短期入所生活介護の人員配置基準について、医師等については、本体施設と併設事業所との兼務等が認められており、生活相談員等については、本体施設の入所者と併設事業所の利用者の数を合算して、その合計人数に対して必要な数を配置するものとされている。

■ 介護老人福祉施設が同一敷地等で提供しているサービスについて、短期入所生活介護・短期入所療養介護が最も多く、次いで通所介護が多く、次に訪問介護が多かった。

■ これらの点を踏まえつつ、中山間・人口減少地域では、高齢者人口が減少し、サービス需要が減少する中、他方で、生産年齢人口の減少が全国に比して進んでおり、介護人材や専門職の確保が極めて困難である中、介護老人福祉施設と併設の事業所における配置基準についてどう考えるか。

⇒　人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築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

■ また、令和８年地方分権改革に関する提案において、介護支援専門員の兼務について、入所者の処遇に支障がない場合は、当該施設の他の職務に従事することができるとされている一方、介護老人福祉施設と併設されている事業所等（併設事業所等）における兼務は認められていないところ、兼務を認めるべき等の意見があるが、どう考えるか。

（その他規定の解釈について）

■ 介護老人福祉施設は、その入所者が病院等に入院した場合であって、入院後約３か月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、退院後の再入所のために、ベッドの確保等をしなければならないものとされている。他方、一部の自治体においては、退院の見込みにかかわらず、入院時に３か月間ベッドを確保しなければならないといった運用がされている実態があるとの指摘もあるところ、基準の趣旨を踏まえ、その解釈についてどう考えるか。

対応案

■ 介護支援専門員について、居宅介護支援事業所以外の併設事業所等における業務であって、その業務が本体施設の業務と一体不可分なものについては、本体施設の業務と兼務可能であることを明確化することはどうか。

■ 入所者の入院期間中の取扱いに係る規定の解釈について、退院の見込みにかかわらず入院時に３か月間空床とすることを求める趣旨ではない旨を運営基準上明確化してはどうか。

パート2
2027年介護報酬改定と老健

老健の現状

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）1985年

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）1985年

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

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。

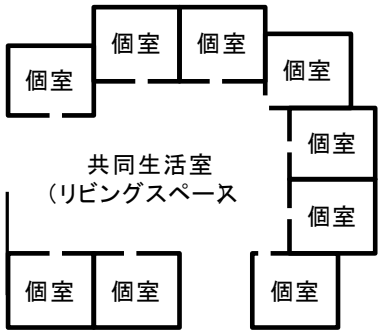
・人員

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

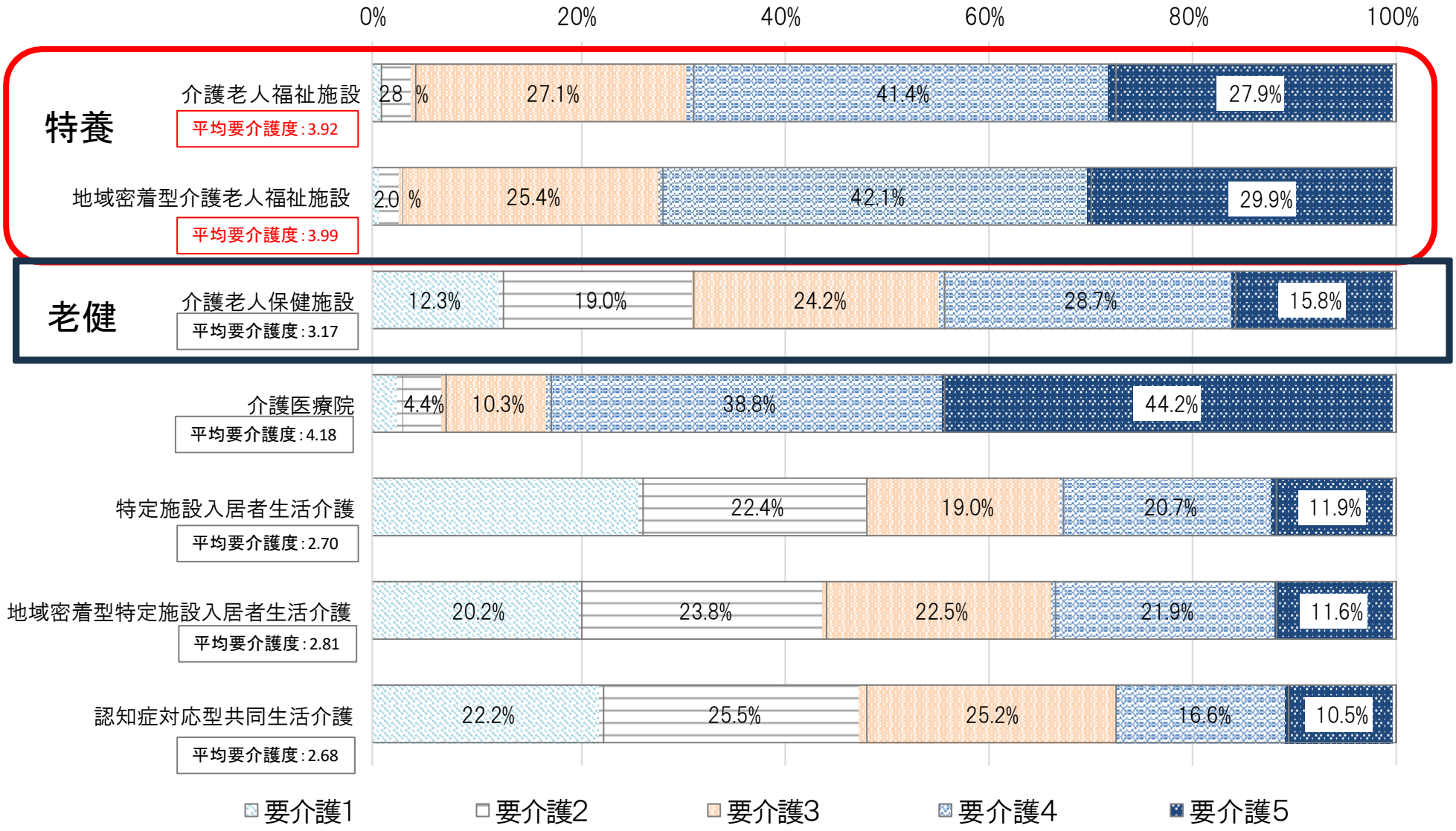
療養室	１室当たり定員４人以下入所者１人当たり8㎡以上
機能訓練室	１㎡×入所定員数以上
食堂	２㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 （中廊下は2.7m以上）
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの　等

完全ユニット型老健は4～5%



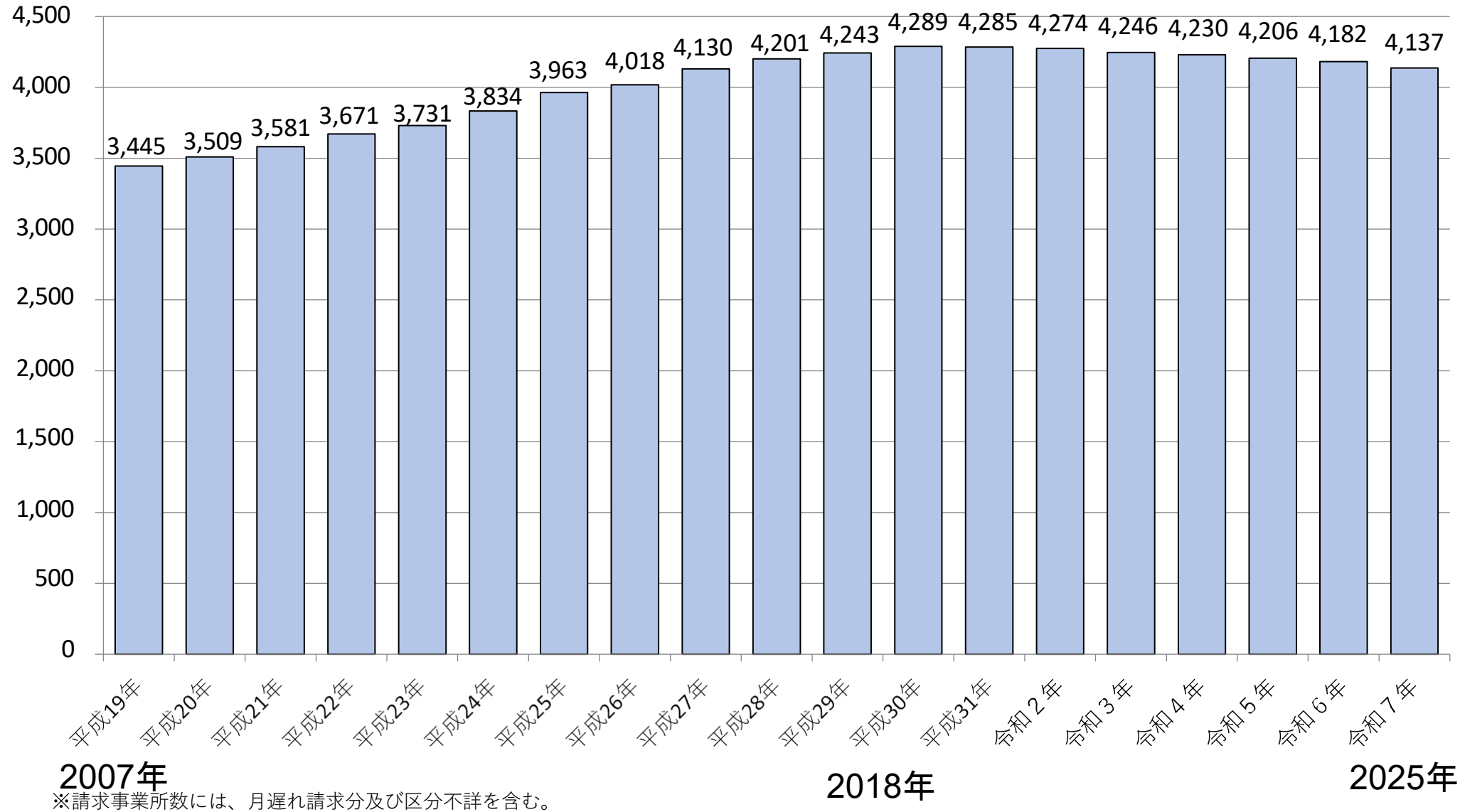
ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、
・共同生活室の設置
・療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
・1のユニットの定員はおおむね10人以下
・昼間は1ユニットごとに常時１人以上、
　夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置　等

施設系・居住系サービスの要介護度割合



【出典】令和6年介護給付費等実態統計（年次報告、累計）

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

第９期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込み

○　介護サービス量

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

※1）2023年度の数値は介護保険事業状況報告（令和5年12月月報）による数値で、令和5年10月サービス分の受給者数（1月当たりの利用者数）
在宅介護の総数は、同報告の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の受給者数の合計値。在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護、訪問リハ（予防給付を含む。）、夜間対応型訪問介護の合計値。
デイサービスは通所介護、通所リハ（予防給付を含む。）、認知症対応型通所介護（予防給付を含む。）、地域密着型通所介護 の合計値。
ショートステイは短期入所生活介護（予防給付を含む。）、短期入所療養介護（予防給付を含む。）の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを含む。
※2）令和8(2026)年度、令和22(2040)年度の数値は、地域包括ケア「見える化」システムにおける推計値等を集計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

介護老人保健施設の経営状況

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

■　施設系サービスにおける平均収支差率

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

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

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

2027年介護報酬改定と老健の論点

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

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

2024年

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。

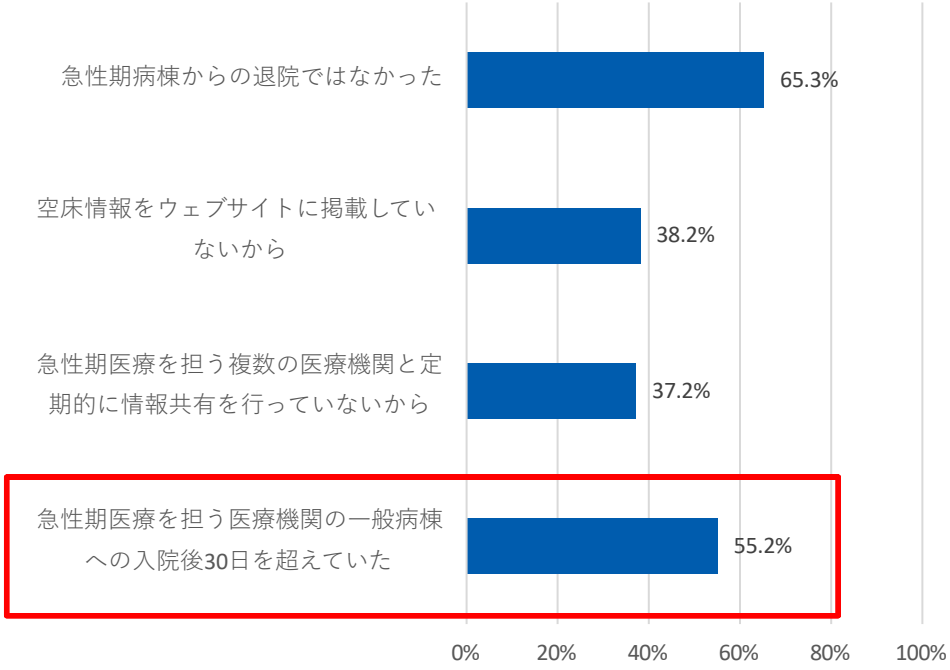
＜初期加算（Ⅱ）＞

○　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

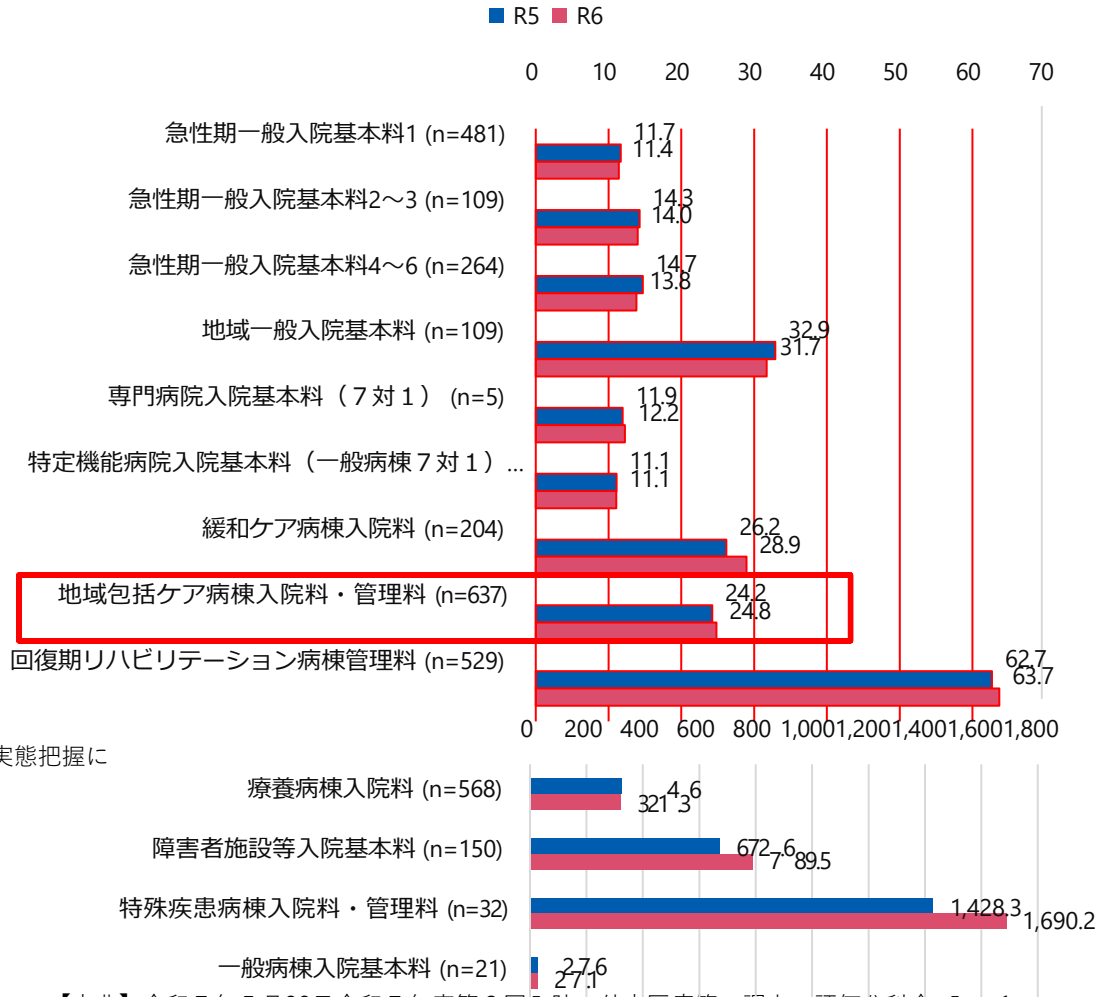
○初期加算（Ⅰ）を算定できなかった理由としては、「急性期病棟からの退院ではなかった」が65.3％と最も多く、「急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日を超えていた」が55.2％であった。
○入院料ごとの平均在院日数としては、急性期病棟以外にも、地域包括ケア病棟等で、30日以内の入院料があった。

■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

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%

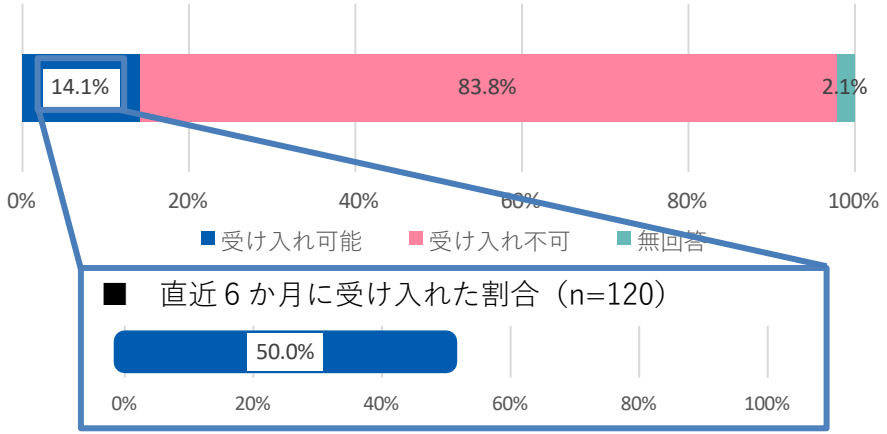
※外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む。

【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」

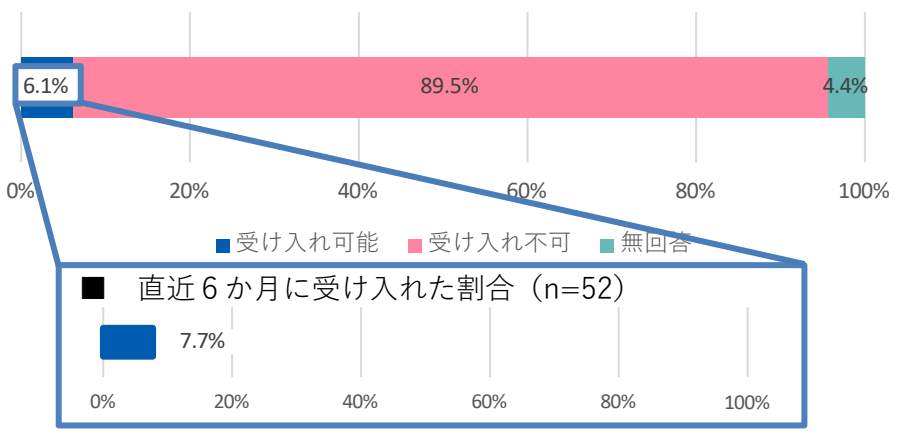
介護老人保健施設における透析患者への対応状況

○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。

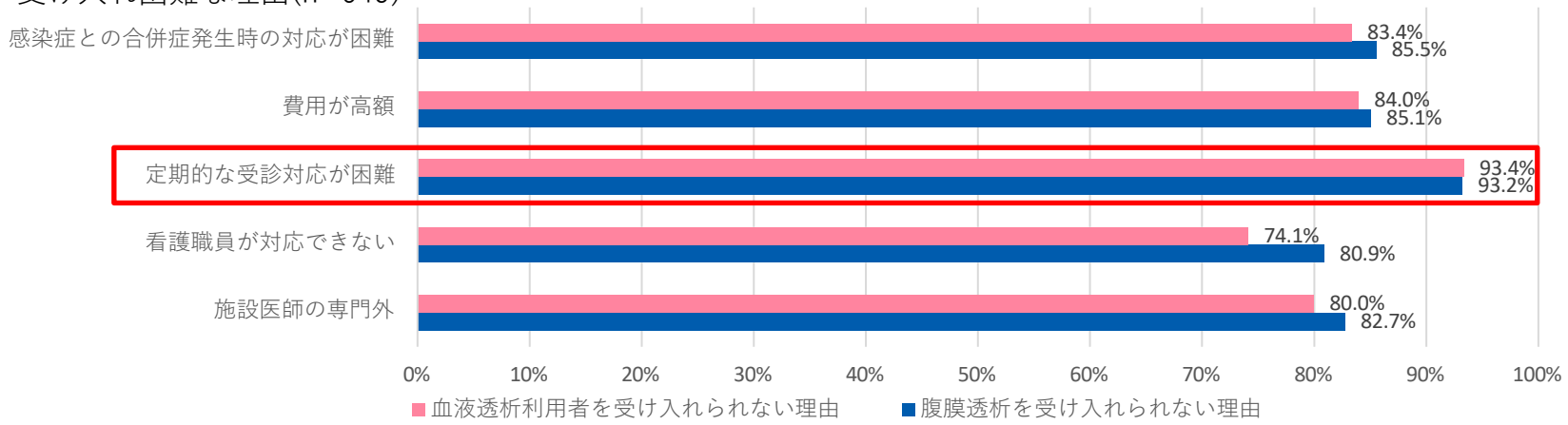
■ 血液透析を受けている利用者の受入れ可否（n=850）



■ 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

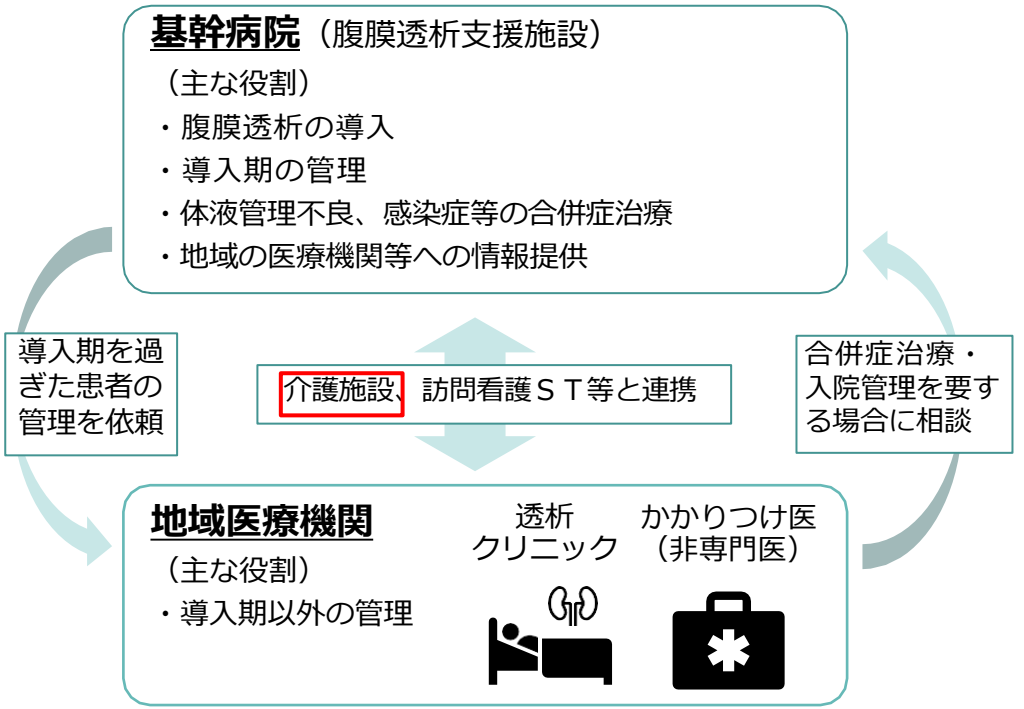
○血液透析患者への対応
- 週３回の通院
- バスキュラーアクセス（シャント）の管理（損傷しないように留意、感染兆候の有無の確認）を行う

○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）

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。

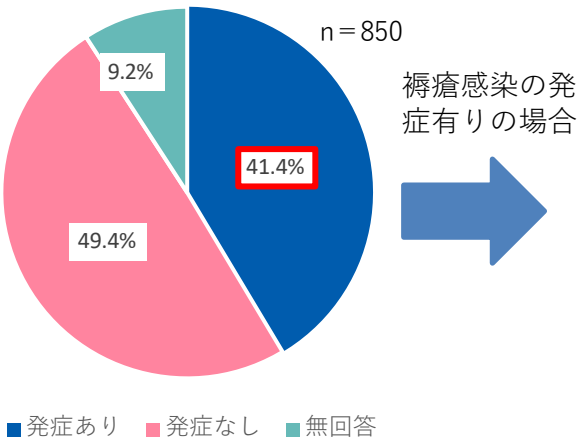
＜所定疾患施設療養費（Ⅰ）＞
○　診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること。
○　所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

＜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

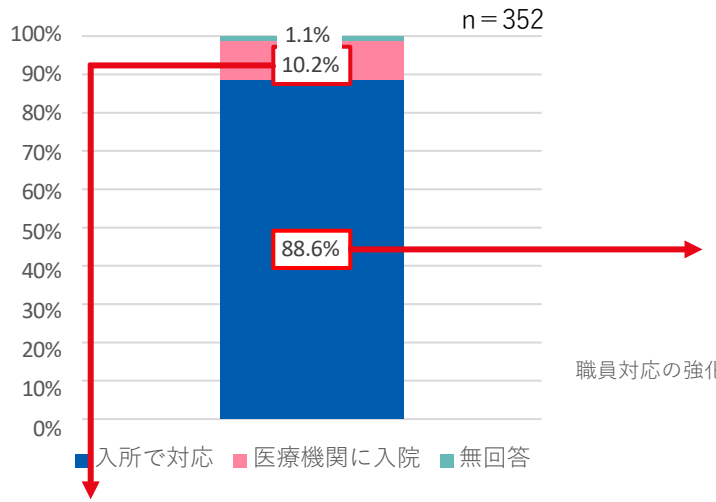
○褥瘡感染が発症した利用者について、入所で対応した割合は88.6%、医療機関へ入院した割合は10.2%であった。また、入所で対応した利用者に対しては、処置が98.7%で実施されていた。
○医療機関へ入院した理由としては、「施設では対応できない重症度の医療管理が必要であったため」が最も多く88.9%であった。また、「現行の介護報酬では費用の持ち出しになる状態であったため」も47.2%であった。

■ 褥瘡感染を発症した利用者がいた施設の割合

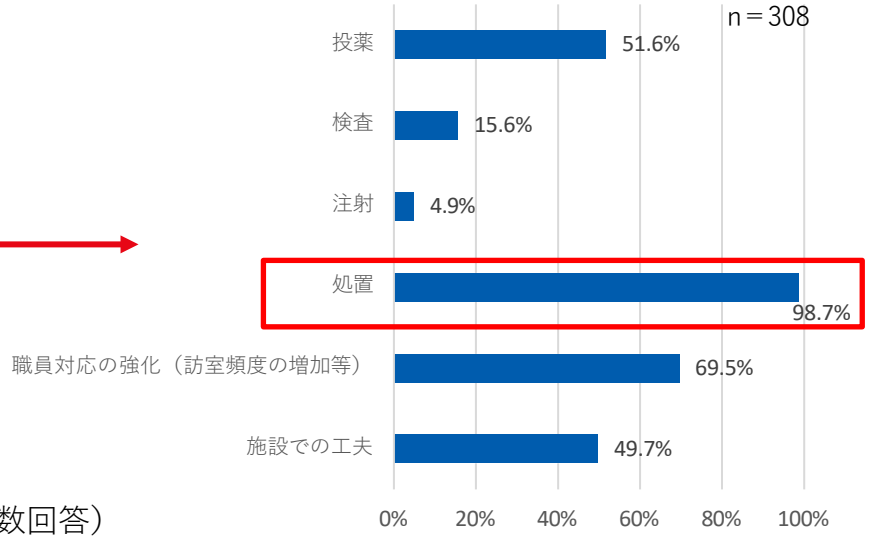


褥瘡感染の発症有りの場合

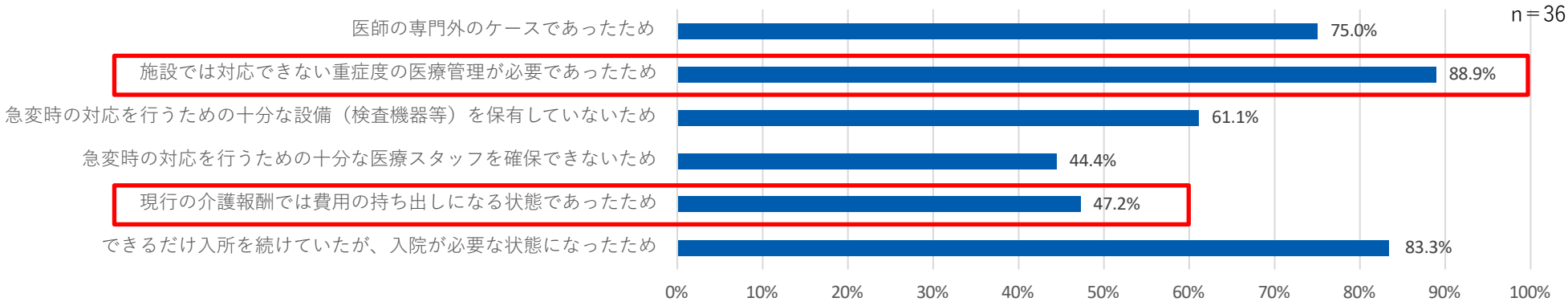
■ 褥瘡感染が発生した利用者への対応



■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	○	○	○	○	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

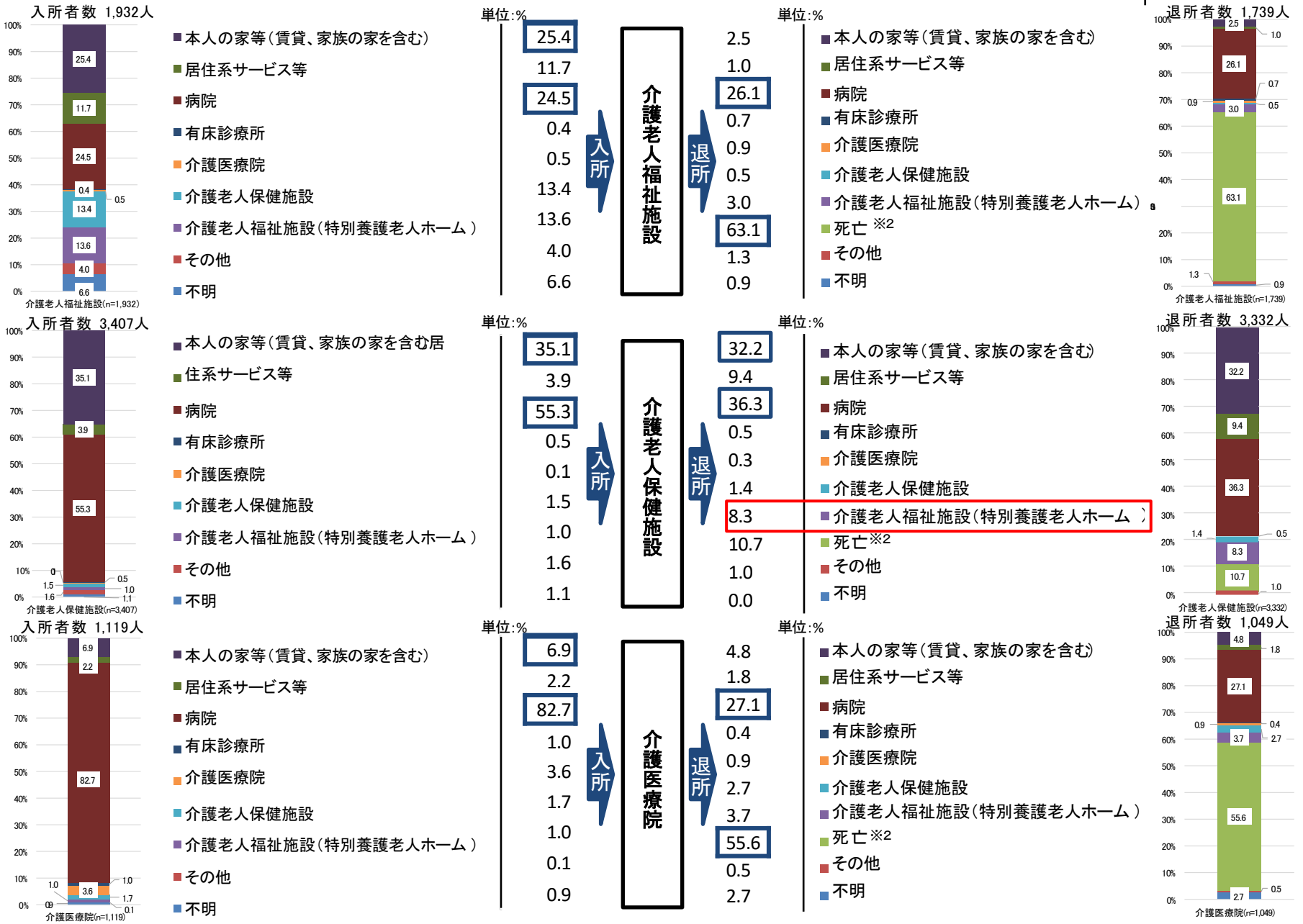
在宅復帰・在宅療養支援等指標： 下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値の合計値（最高値：90）

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	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

介護保険施設における入所前の居場所、退所後の居場所



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

【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」

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

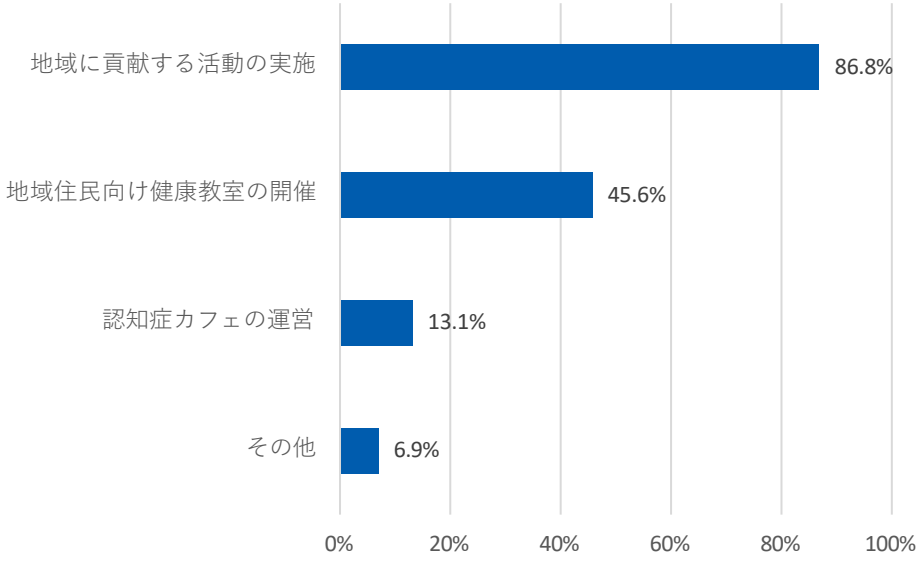
論点⑨：報酬体系の整理・簡素化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・64

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

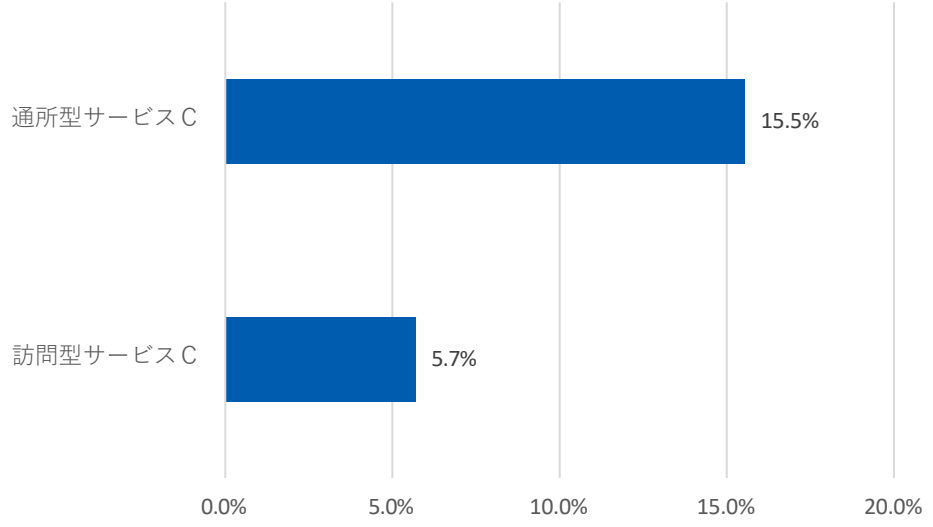
介護老人保健施設における地域に貢献する活動の実施状況

○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

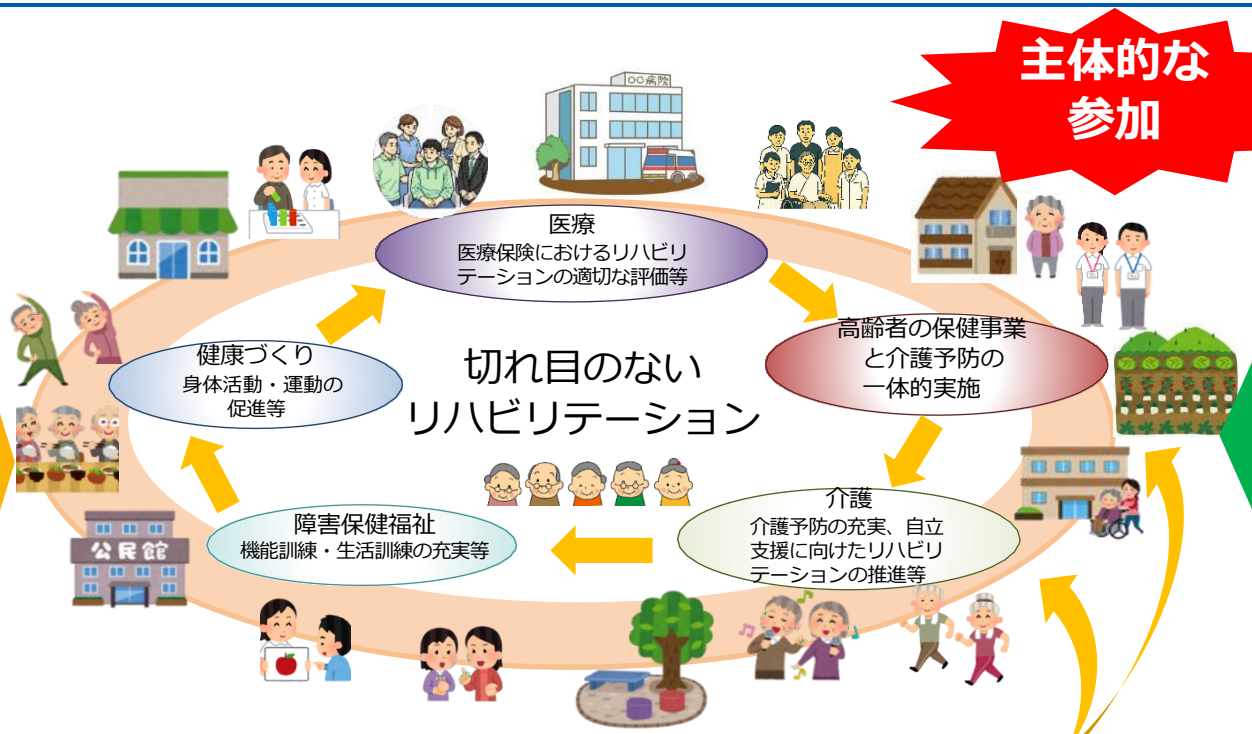
現状・課題

- 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。

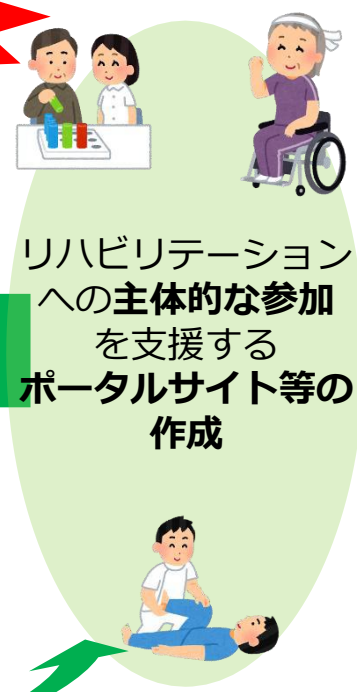
国民の健康増進

健康寿命の延伸

介護予防の必要性



主体的な参加



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**

- **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

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。

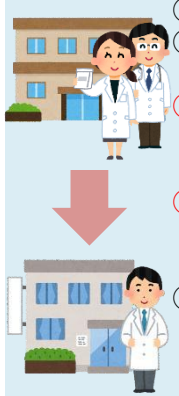
ア　処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと。

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＞

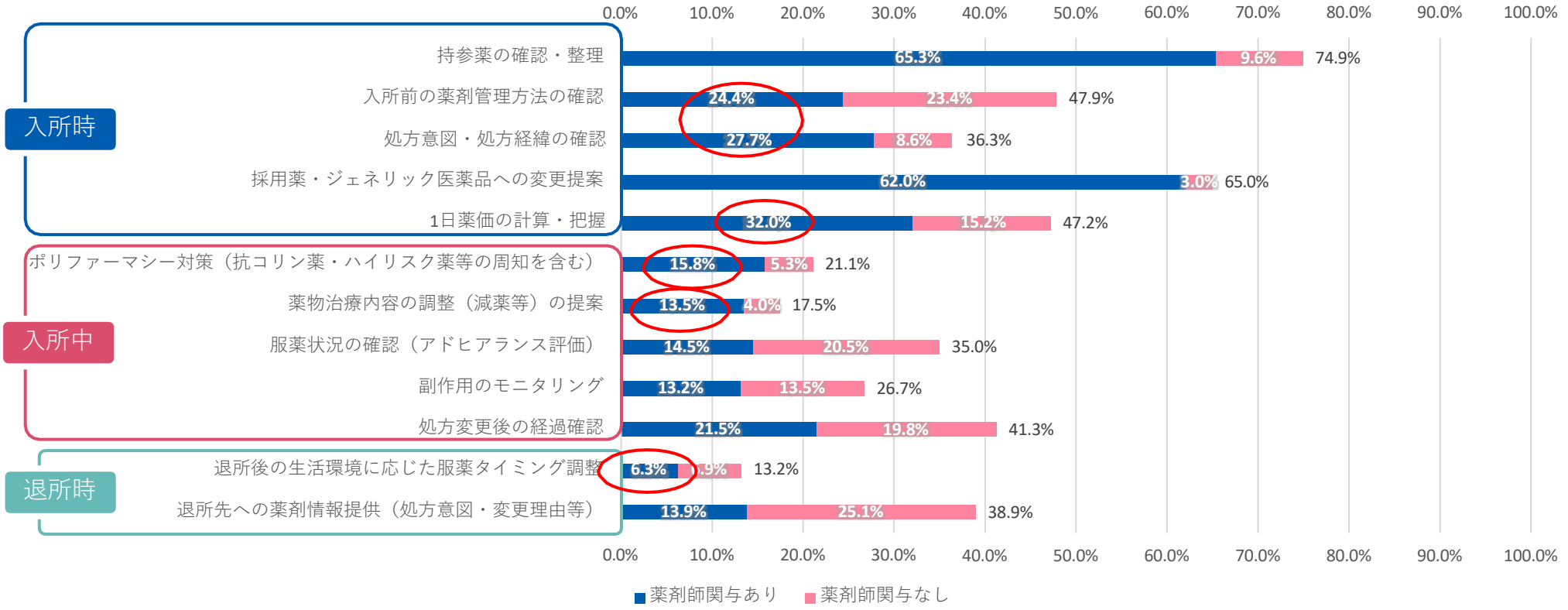
- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。
- 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて１種類以上減少していること。



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）

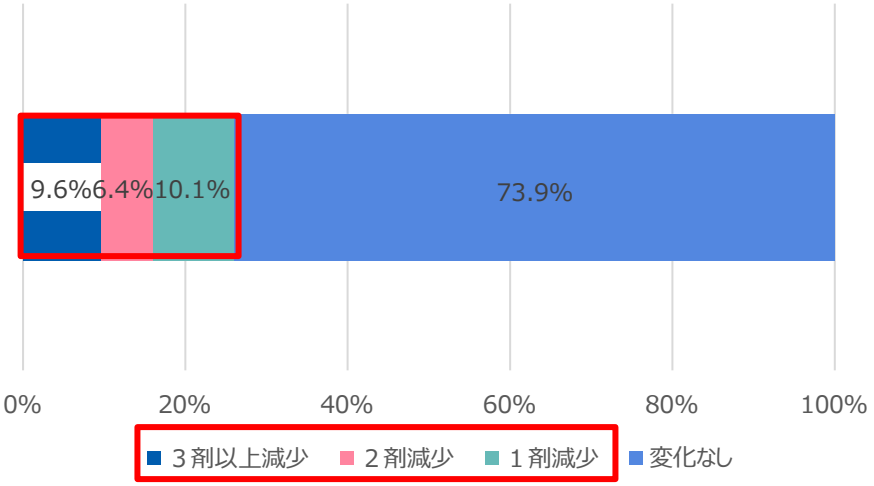


【出典】一般社団法人日本病院薬剤師会療養病床委員会「介護老人保健施設・介護医療院における薬剤師介入の効果に関する実態調査（2026年度）（速報値）」をもとに老健局老人保健課作成

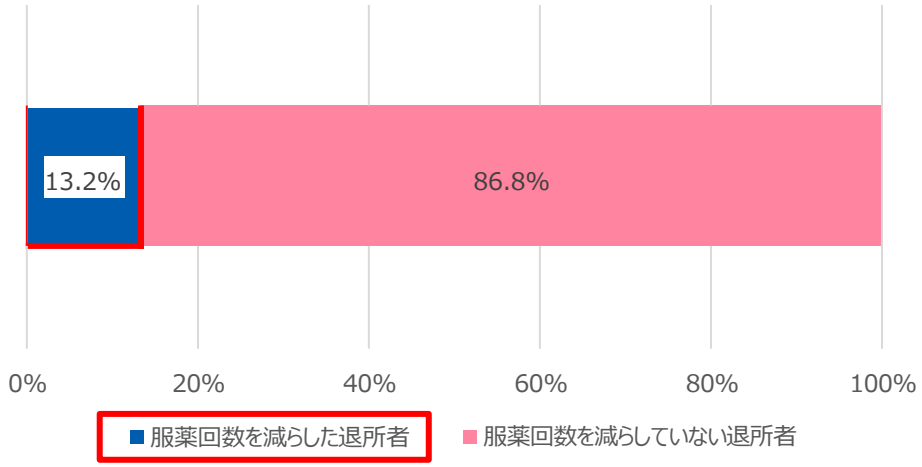
介護老人保健施設の入所者における内服薬の薬剤数及び服薬回数の変化

○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。

まとめと提言

・高齢者の高齢化に伴い特養・老健の
　需要が増える
・特養・老健における透析患者の受け入れ
・老健初期加算(I)の対象病棟に急性期病棟に
　加えて地域包括ケア病棟も
・老健の在宅復帰率に特養も加える
・老健の所定疾患療養費に褥瘡も加える

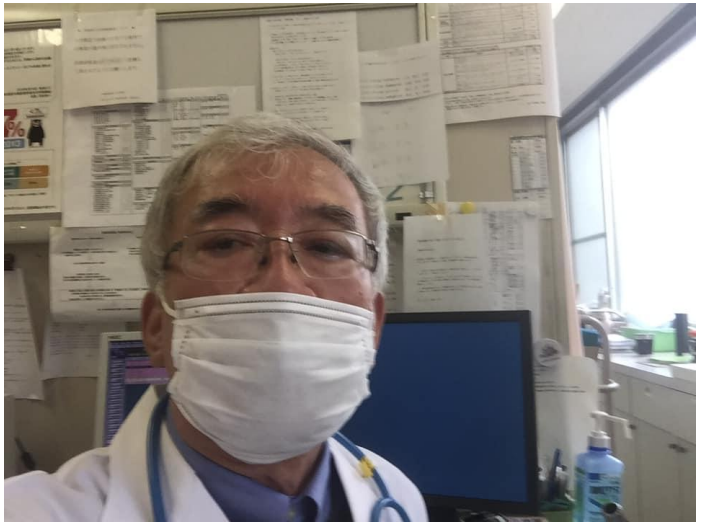
2025-2040
変わりゆく医療のアウトライン

2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- 地域医療構想、医療DX
- 働き方改革、かかりつけ医
- 医師偏在対策、少子化対策など
- ポスト2040年も予想
- 医学通信社より、
  2025年7月発刊
- 2色刷240頁、2600円



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを
担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹　検索　クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp