

ホスピス型住宅

団塊世代の死に場所探し

社会福祉法人

日本医療伝道会衣笠病院グループ理事

武藤正樹

目次

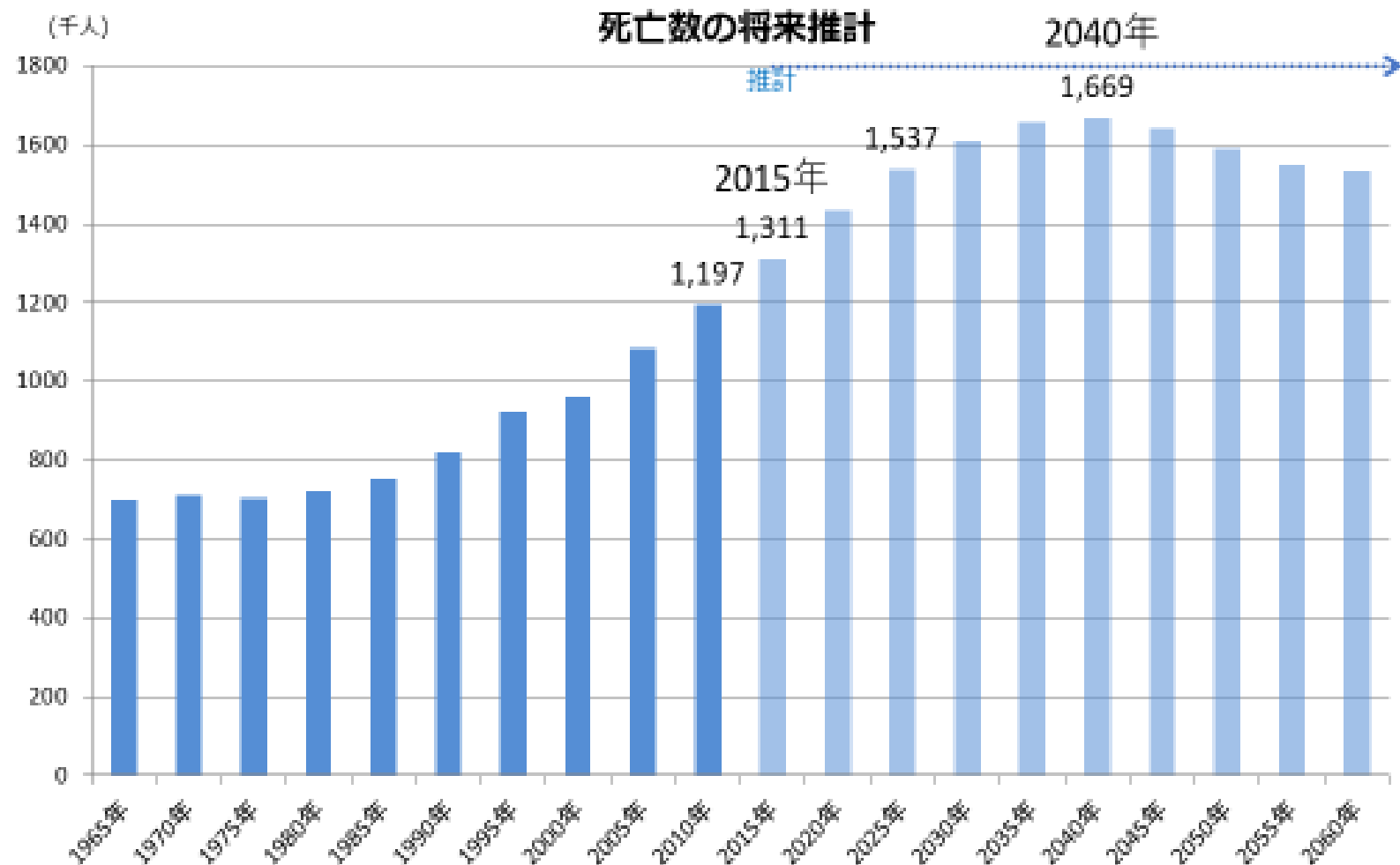
- ①団塊の世代の死に場所探し
- ②ホームホスピスかあさんの家
- ③ホスピス型住宅とは？
- ④ホスピス型住宅の課題
- ⑤解決へ向けて

①団塊の世代の 死に場所探し

2040年総死亡数のピーク

中国協 総-2参考
28.12.14より

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

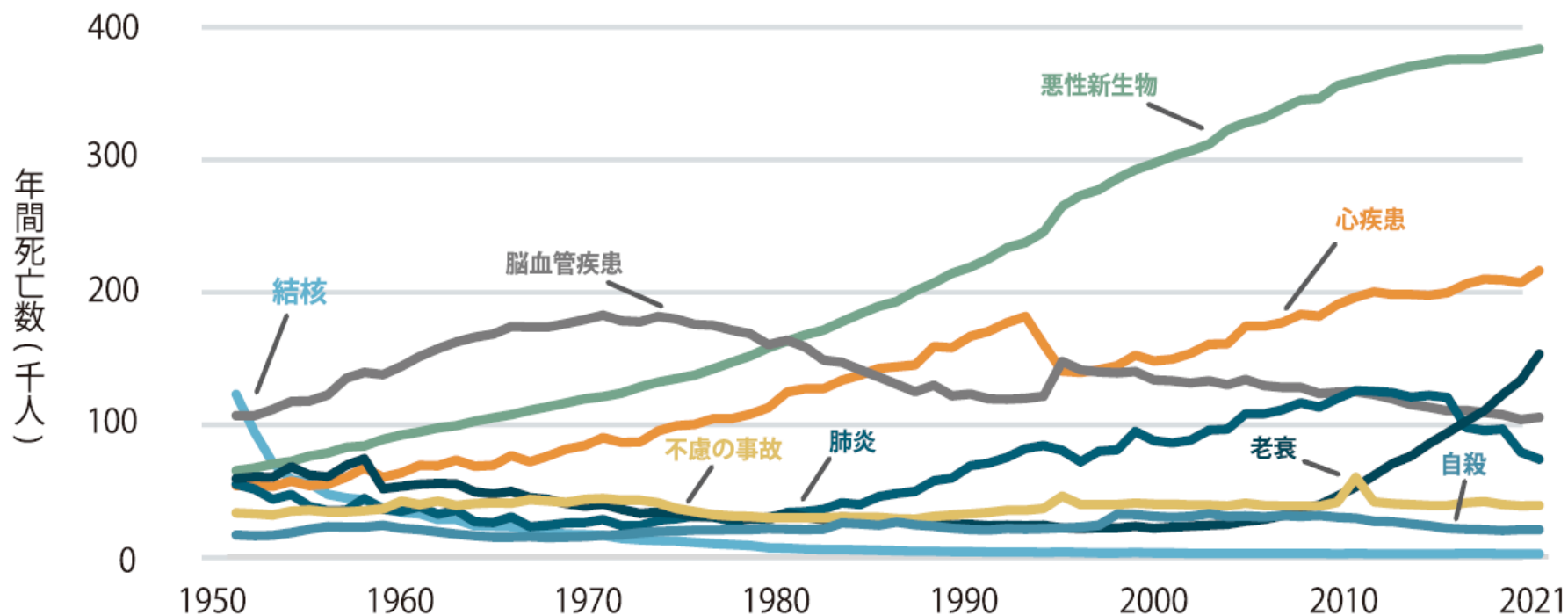
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死因の推移

意見交換 資料-2
R 5 . 3 . 1 5

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

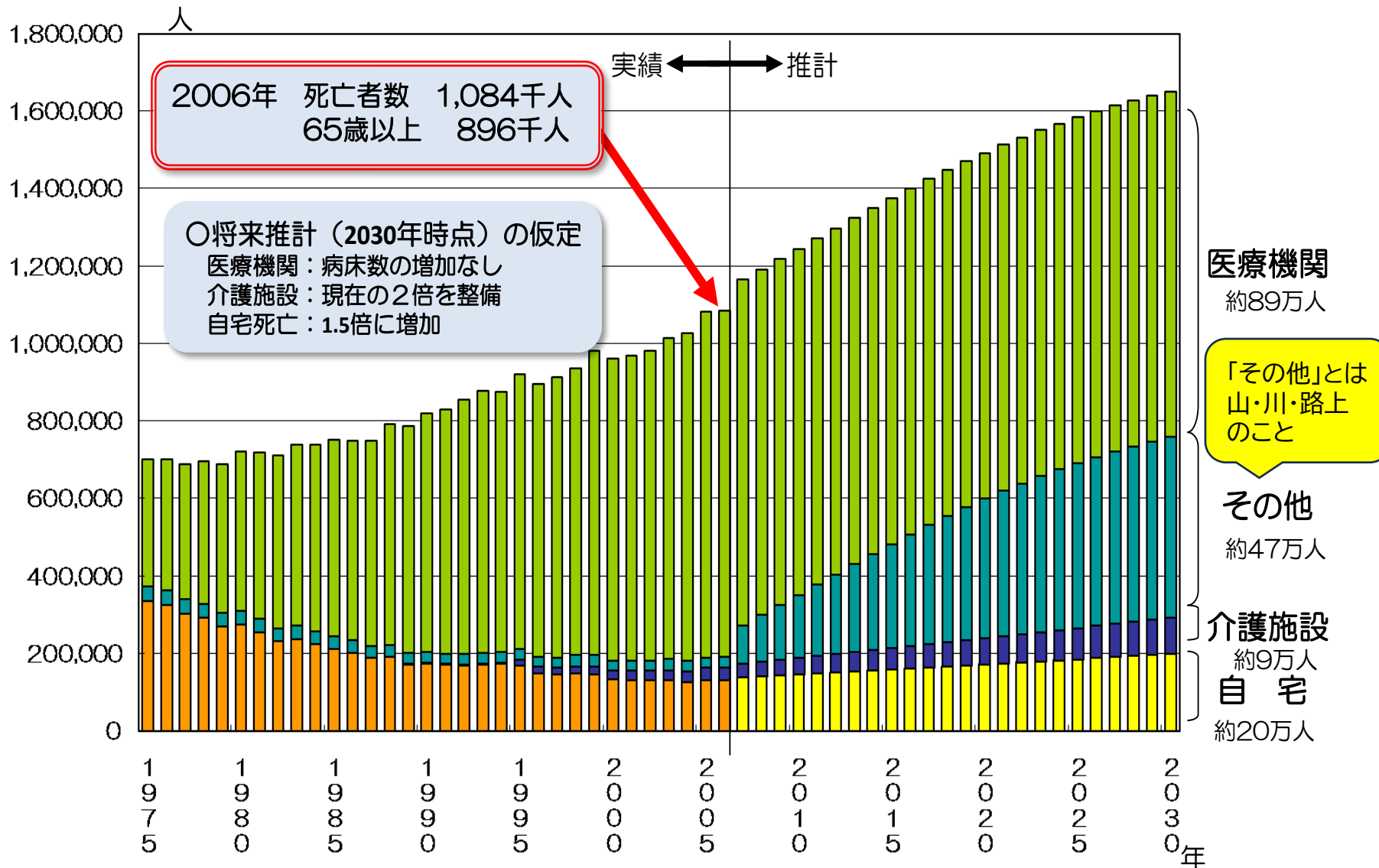
死因の推移



出典

厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



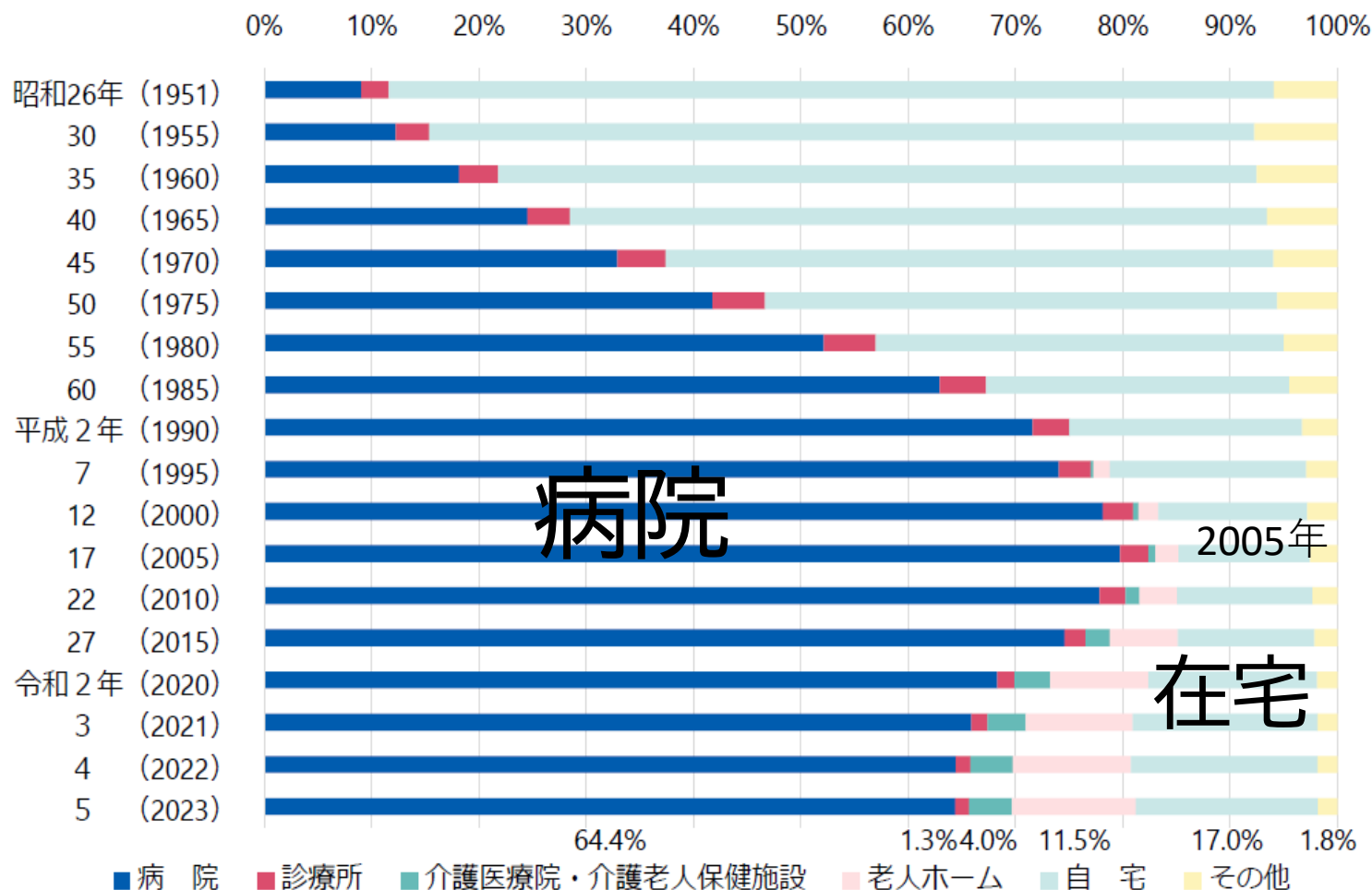
【資料】

2006年（平成18年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年（平成19年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合について、病院での死亡の割合は平成17年をピークに減少し、近年では介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡の割合が増加している。



※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを指す。

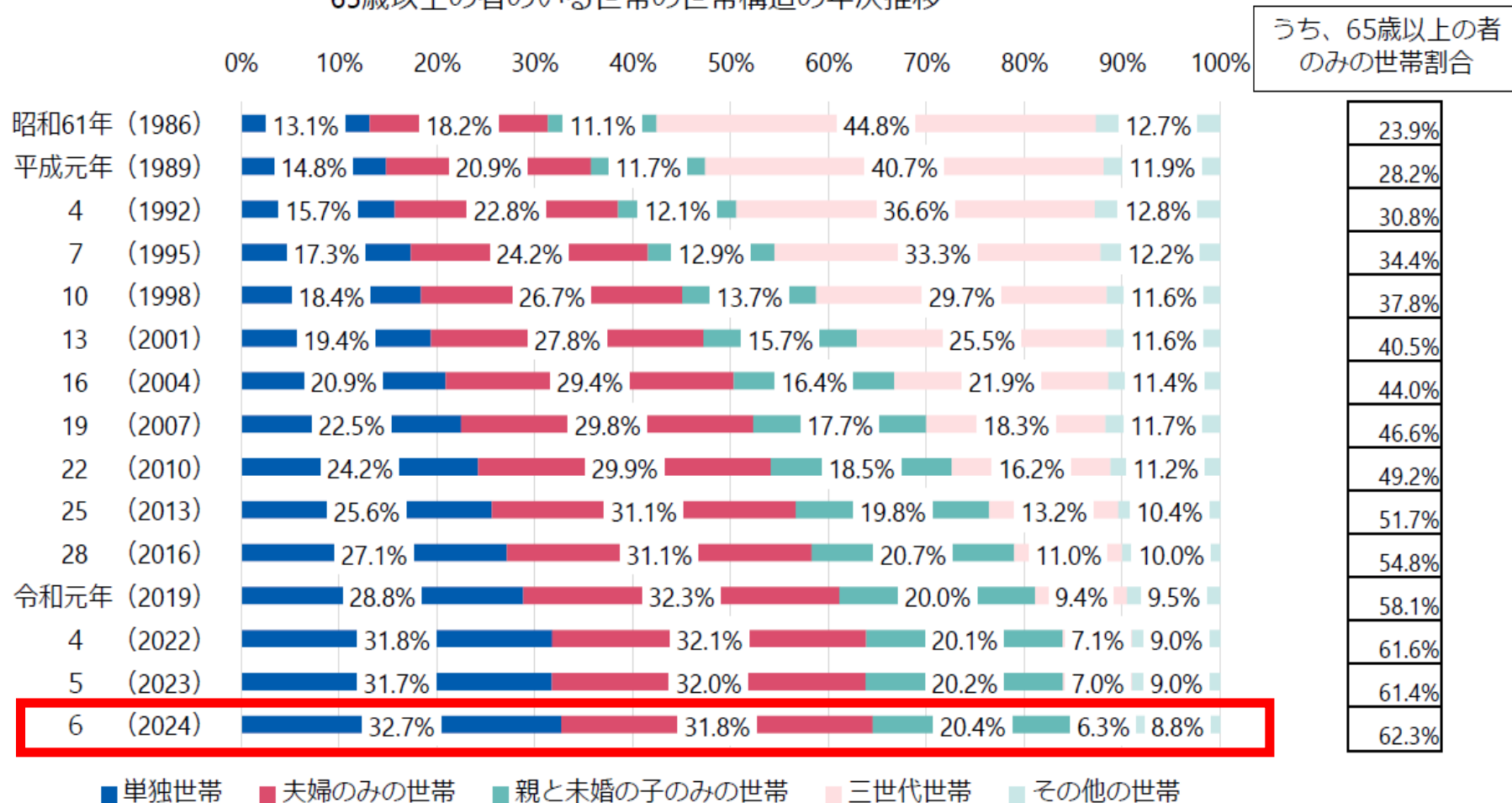
※ その他には助産所を含む。

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

- 令和6年時点で65歳以上の者のいる世帯のうち、32.7%が単独世帯、62.3%が65歳以上の者のみの世帯であり、それぞれ増加傾向である。

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



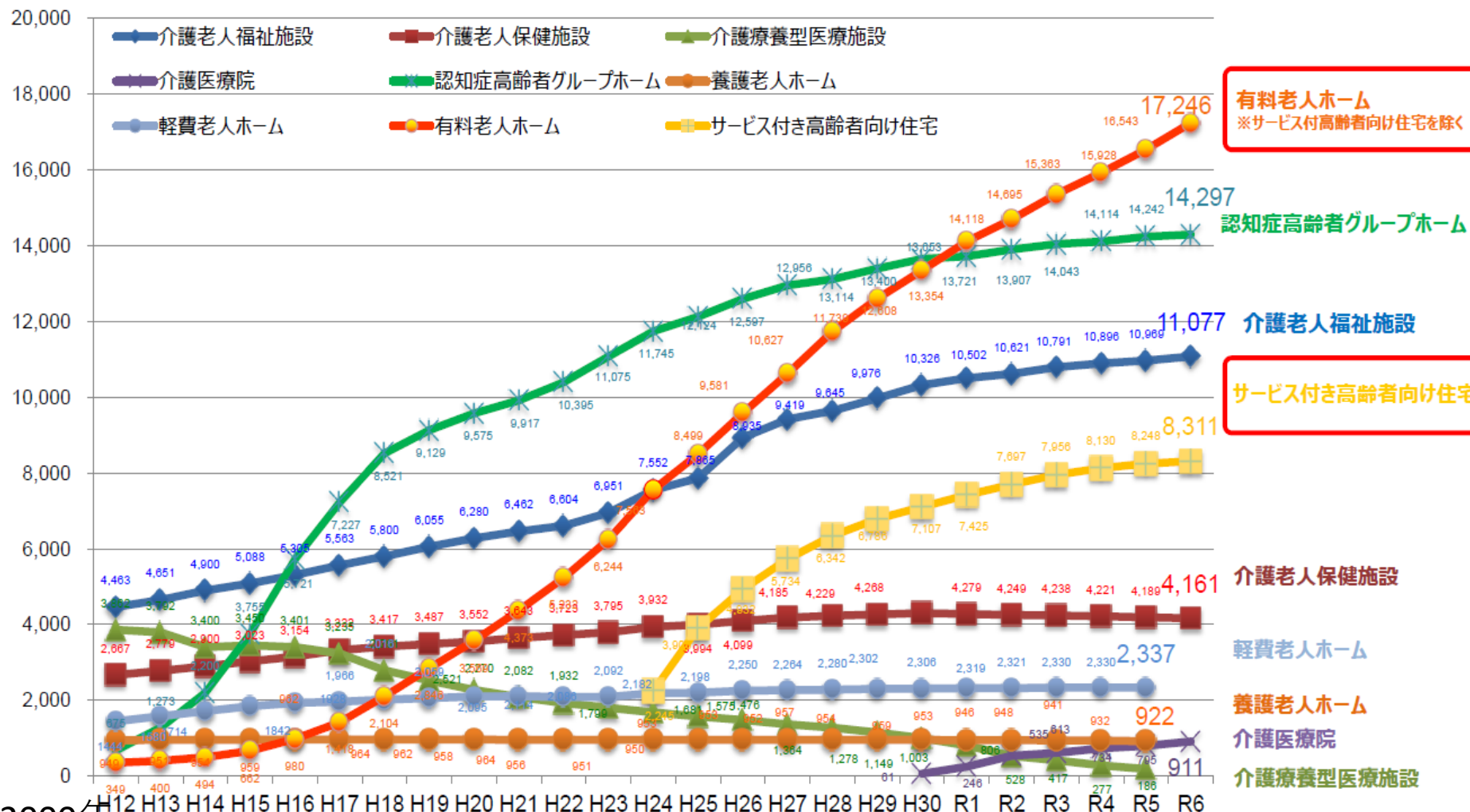
高齢者向け住まい・施設の件数

有料老人ホームにおける
望ましいサービス提供のあり方
に関する検討会(第5回)

参考資料

2025年9月16日

(単位:施設数)



有料老人ホーム
※サービス付高齢者向け住宅を除く

認知症高齢者グループホーム

介護老人福祉施設

サービス付き高齢者向け住宅

介護老人保健施設

軽費老人ホーム

養護老人ホーム

介護医療院

介護療養型医療施設

2024年

※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)

※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(利用者数ではなく定員数)による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(R4.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

サービス付き高齢者向け住宅 介護型



サービス付き高齢者向け住宅

+

併設
近接



看護師



機能訓練指導員



介護士

施設内で利用可能

②ホームホスピス
があさんの家

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料－2
R 5 . 3 . 1 5

(あなたの病状)

病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)

末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

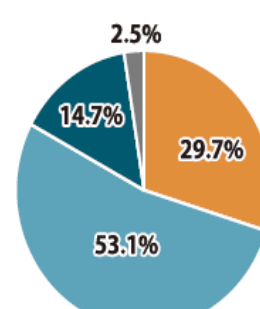
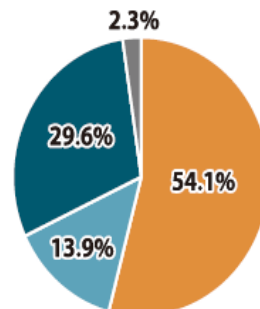
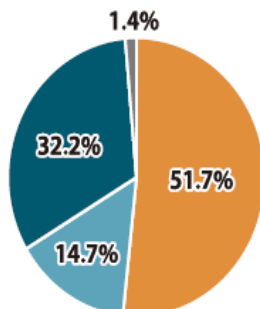
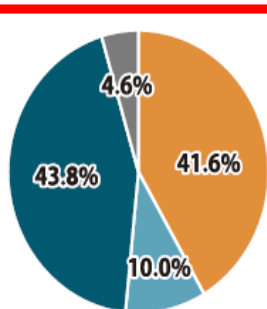
(あなたの病状)

慢性的な重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

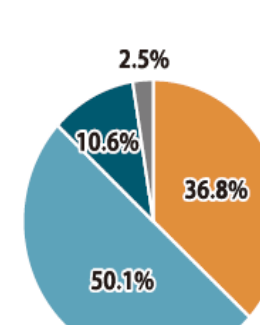
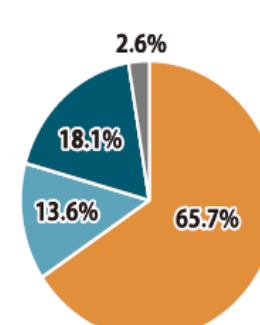
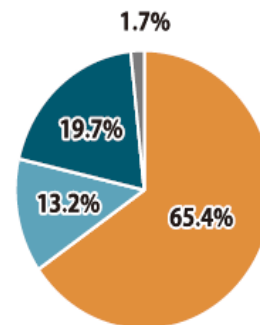
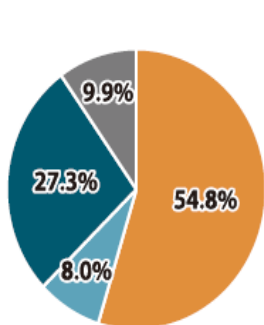
(あなたの病状)

認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」(速報値)

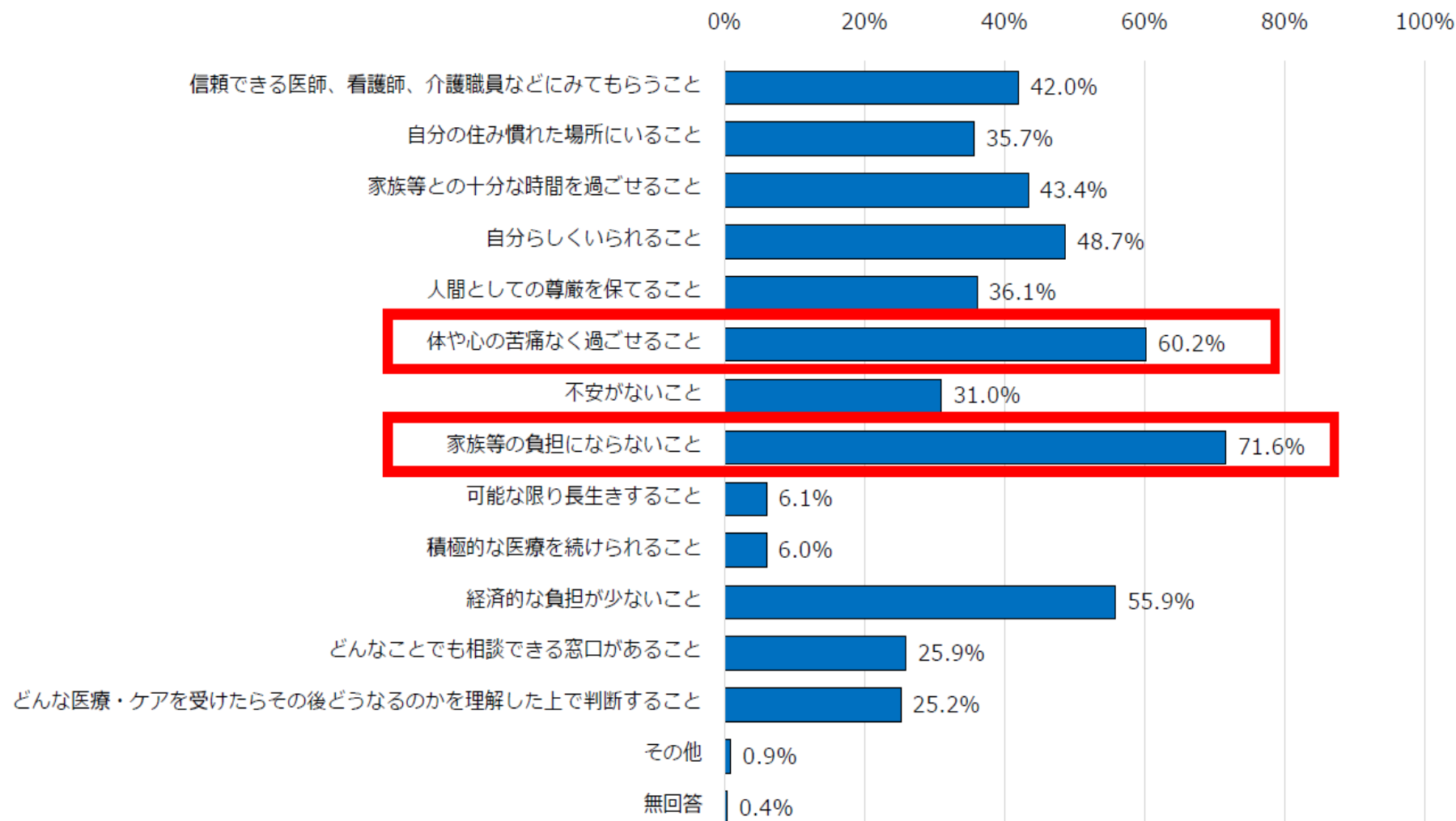
※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある

※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

最期を迎えるにあたり重視する点

○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最後を迎えるにあたり重視する点＜一般国民（n=3,000）のみ＞



ホーム
ホスピス



があさんの家

ホームホスピス宮崎

- ホームホスピス宮崎は、2000年4月にNPO法人となり、2001年12月に宮崎市内宮崎郡医師会、病院が連携して開設され、地域のかかりたいと思えばいつでも帰れる街」となった。となった。
- しかし、数年後に、緩和ケア病棟の医師から「地域で往診してくる医師は、看護師もいる方がいます。自宅で暮らせない人の居場所はどこですか？」と相談があった。
- 市原美穂さんは、「家に帰れなければ、もう一つの家に住んでいただく、24時間生活をサポートしながら在宅ホスピスを借りたいホームホスピスを作った。」「かあさんの家・曾師（そし）」
- これが2004年6月のことで、この「かあさんの家・曾師」が全国で初めてのホームホスピスとなった。

ホームホスピス協会

- 市原美穂さんは、もともとはご主が経営するいちほら医院の事務長だった。
- **2015年**に、「かあさんの家」を創設した市原美穂さんらが中心となり、**全国ホームホスピス協会**を設立。

一般社団法人全国ホームホスピス協会理事長市原美穂



③ホスピス型住宅とは？

！ホスピス型住宅の仕組み



ホスピス型住宅とは？

- ホスピス型住宅とは、末期がんや神経難病などの方を専門に受け入れる住宅型老人ホーム。
- 公的な制度ではないが、ホスピス型住宅、ホスピスホーム、医療対応型住宅、医療特化型住宅など、運営者によって呼び方はさまざま。
- 一般的に住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の入居者に対して、同法人が運営する訪問看護事業所や訪問介護事業所からサービスを提供するという形態をとる。
- さらに、近隣の提携する在宅医療機関から定期的に随時訪問、緊急対応などのバックアップを受け、医療依存度の高い方の受け入れを可能にしている。

(参考)緩和ケア病棟とホスピス型住宅のベッド数/定員数累計



	緩和ケア病棟	ホスピス型住宅
特徴	- 医療を重視 - 専門的な医療ケアやリハビリを受けられる病床があることが特徴	- 自分らしい生活を重視 - がんや難病のケアを受けながら、「自分らしい生活」に重点を置いた住宅型施設
滞在期間	症状が安定すると退院を促されるケースが多い	入居期間の定めがない
医療設備	医療設備が充実している	病院のような医療設備はなし。普段使っている医療機器を持ち込むことは可能
医師の常駐	常駐している。患者48名に対して1名の医師が配置	訪問診療で月2回の診療が目安。緊急時は24時間往診対応可能
居室のプライベート空間	個室または複数人で過ごす相部屋もある	個室が基本。家具や私物の持ち込みOK
家族や友人との面会	病院の方針によってさまざま	原則、面会制限は設けず予約による夜間の面会も可能
外出や外泊の自由度	外出や外泊の制限は厳しめ	家族の付き添いや医師との相談のもと、外出や外泊がしやすい

	緩和ケア病棟	療養病床 (療養型病院)	ホスピス型住宅
対象者	がんやエイズ の患者	療養の必要な慢 性疾患の患者	末期がんや神経 難病等の患者
入所期間	通常2週間～ 1カ月	通常3～6カ月	定めなし
医療ケア	◎	◎	○
居室タイプ	個室または 多床室	個室または 多床室	個室

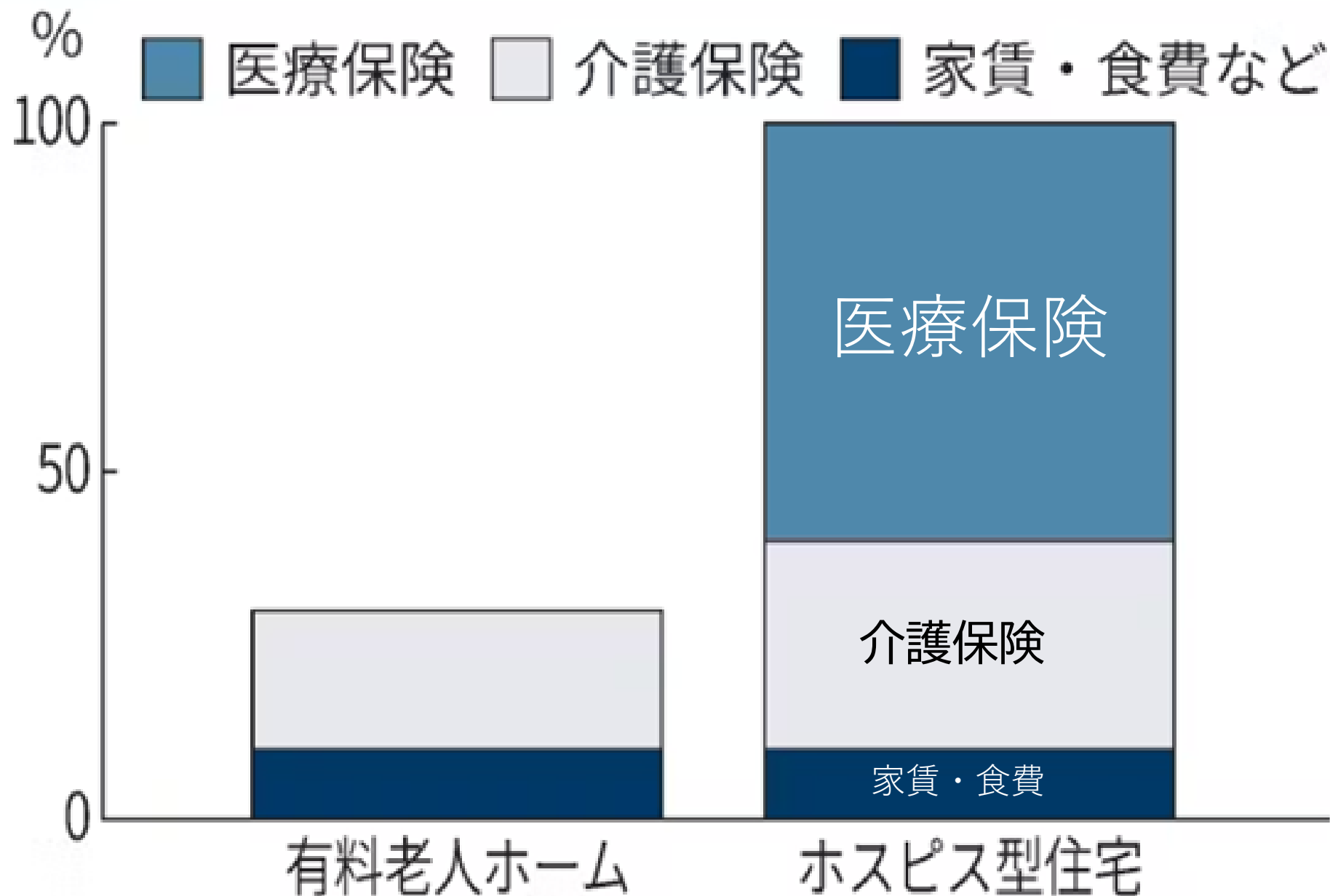
	特別養護老人 ホーム	介護老人保健 施設	介護医療院	ホスピス型住 宅
対象者	原則要介護3以 上で、介護の必 要性が高い方	要介護1以上で、 在宅復帰のため のリハビリを希 望する方	要介護1以上 で、長期療 養の必要な 方	末期がんや神 経難病等の患 者
入居期間	定めなし	3カ月ごとに在 宅復帰の可否 を判断	定めなし	定めなし
医療ケア	×	△	○	○
居室タイプ	個室または多床 室	個室または多 床室	個室または 多床室	個室

	グループホーム (認知症高齢者共同生活介護)	介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	住宅型有料老人ホーム／サービス付き高齢者向け住宅	ホスピス型住宅
対象者	要支援2以上で、認知症の診断のある方	施設によるが、介護が必要な方向け	施設によるが、比較的元気な方向け	末期がんや神経難病等の患者
入居期間	定めなし	定めなし	定めなし	定めなし
医療ケア	×	×～○	×	○
居室タイプ	個室	個室	個室	個室

ホスピス型住宅の月額費用

項目	相場（月額）
家賃・管理費	約10万～20万円
生活支援費（食費・家事支援等）	約5万～10万円
医療・介護サービス費用（訪問診療・往診等）	約5万～15万円
月額目安（合計）	約20万～40万円／月（平均約19.7万円）

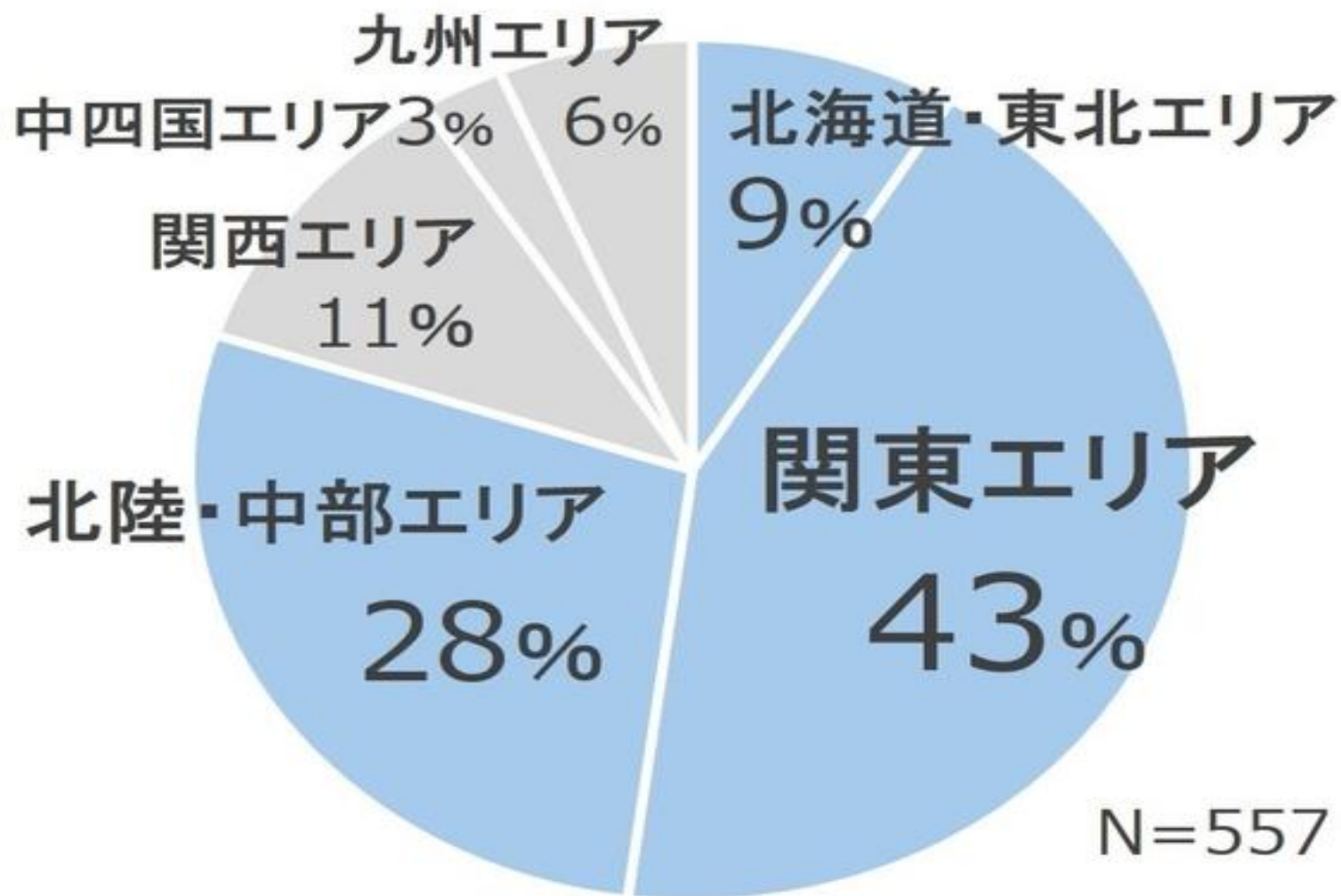
主な売り上げ構成の違い



(表1)主に「がん末期患者や難病患者向け」ホームの
大手事業者(ホーム数)

	運営会社	ホーム数(前回)
1	株式会社アンビス	128(101)
2	株式会社スタッフシュウエイ	57(40)
3	ファミリー・ホスピス株式会社	56(45)
4	株式会社サンウェルズ	55(44)
5	株式会社シーユーシー・ホスピス	34(24)

(図2)ホスピス型住宅の開設エリア傾向



③ホスピス型住宅の課題

頻回な訪問看護

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

別表7は
疾患リスト

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

(原則週3日以内)

【介護保険】

要支援者・要介護者

(限度基準額内で
ケアプランで定める)

厚生労働大臣が定める者
(特掲診療料・別表第7※1)

特別訪問看護指示書^{注)}の交付を受けた者
有効期間：14日間 (一部、2回交付可※2)

厚生労働大臣が
定める者
(特掲診療料・
別表第8※3)

認知症以外の精神疾患

週4日以上
の訪問看護
が可能

(※1) 別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注) 特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

(※3) 別表第8

- 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表8は
処置リスト

同一建物居住者に対する訪問看護

中医協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

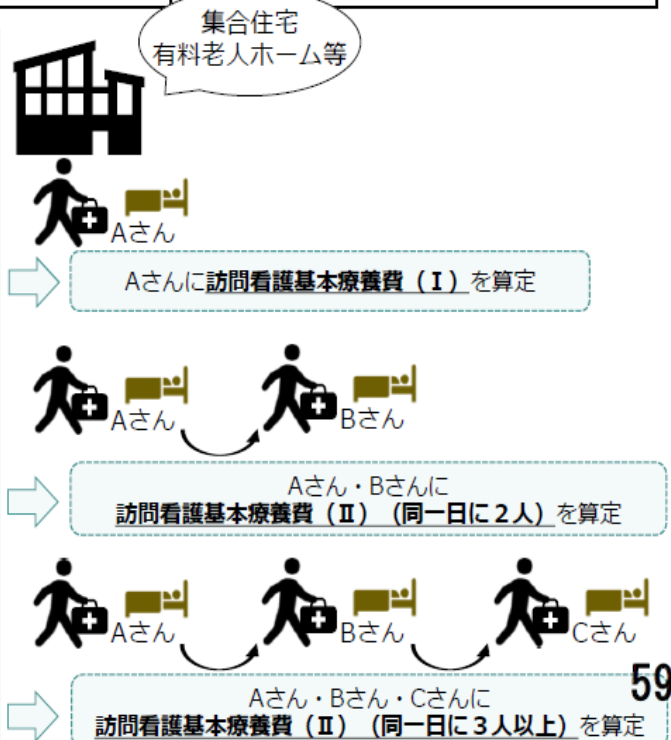
- 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	訪問看護基本療養費（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅱ）	
		同一日に2人	同一日に3人以上
保健師、助産師、看護師	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで <u>2,780円</u> 週4日目以降 <u>3,280円</u>
准看護師	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで <u>2,530円</u> 週4日目以降 <u>3,030円</u>
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	日数によらず 5,550円	日数によらず 5,550円	日数によらず <u>2,780円</u>

＜同一建物居住者の考え方＞

- 当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。
- 建築基準法第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいい、具体的には、
- ア 以下に入居・入所している複数の利用者
- ・養護老人ホーム
 - ・特別養護老人ホーム
 - ・軽費老人ホーム
 - ・有料老人ホーム
 - ・マンションなどの集合住宅 等
- イ 以下のサービスを受けている複数の利用者
- ・短期入所生活介護
 - ・小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
 - ・認知症対応型共同生活介護
 - ・介護予防短期入所生活介護
 - ・介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）
 - ・介護予防認知症対応型共同生活介護 等

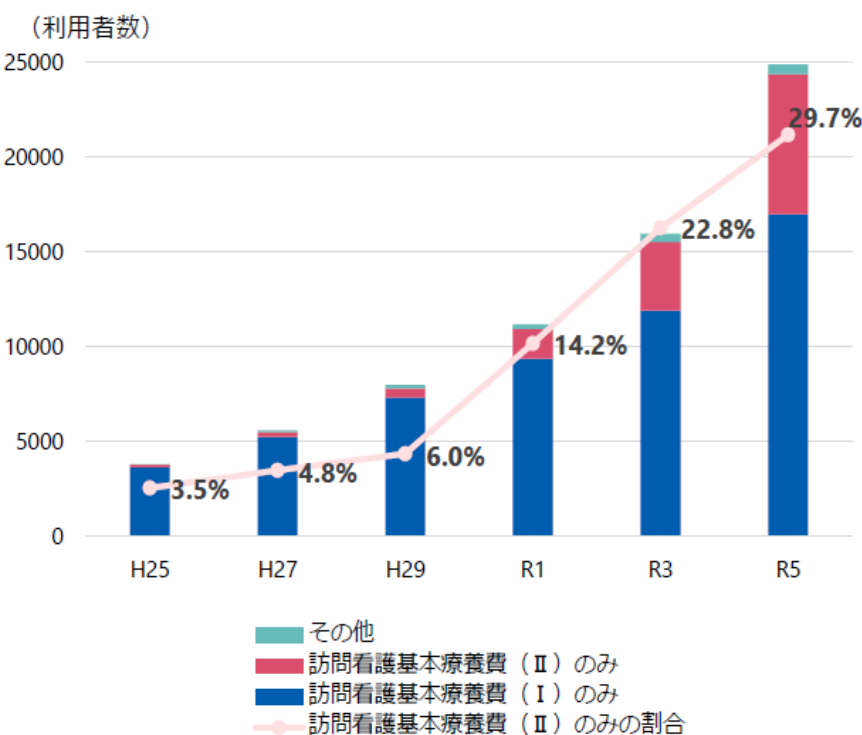
- ※ 精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料についても同様の考え方。
- ※ 在宅患者訪問看護・指導料においては、同一建物居住者訪問看護・指導料として同様の考え方。



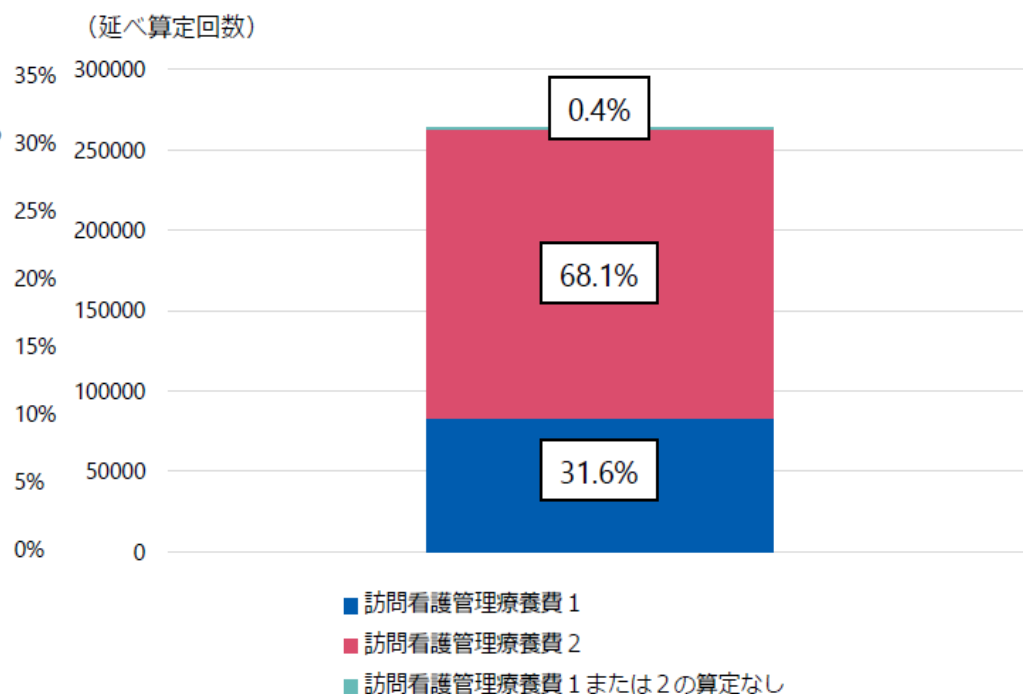
加算の算定状況：複数名訪問看護加算

- 複数名訪問看護加算を算定している利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定している利用者の割合は増加傾向。
- 複数名訪問看護加算の延べ算定回数について、訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問の場合）の種別にみると、訪問看護管理療養費2が占める割合は68.1%である。

■ 訪問看護基本療養費別の複数名訪問看護加算算定状況



■ 訪問看護管理療養費種別（月の2日目以降の訪問の場合）の複数名訪問看護加算算定状況



出典：（左図）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

（右図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

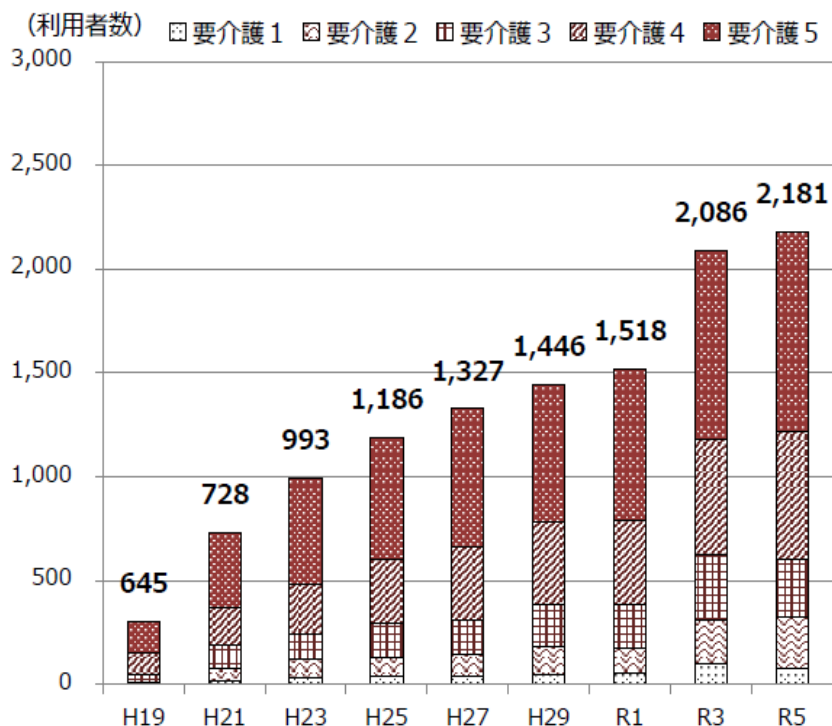
※令和7年3月時点の訪問看護療養費のオンライン請求の割合は、レセプト件数ベースで86.4%（出典：社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」）

訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

中医協 総-2
5.10.20改

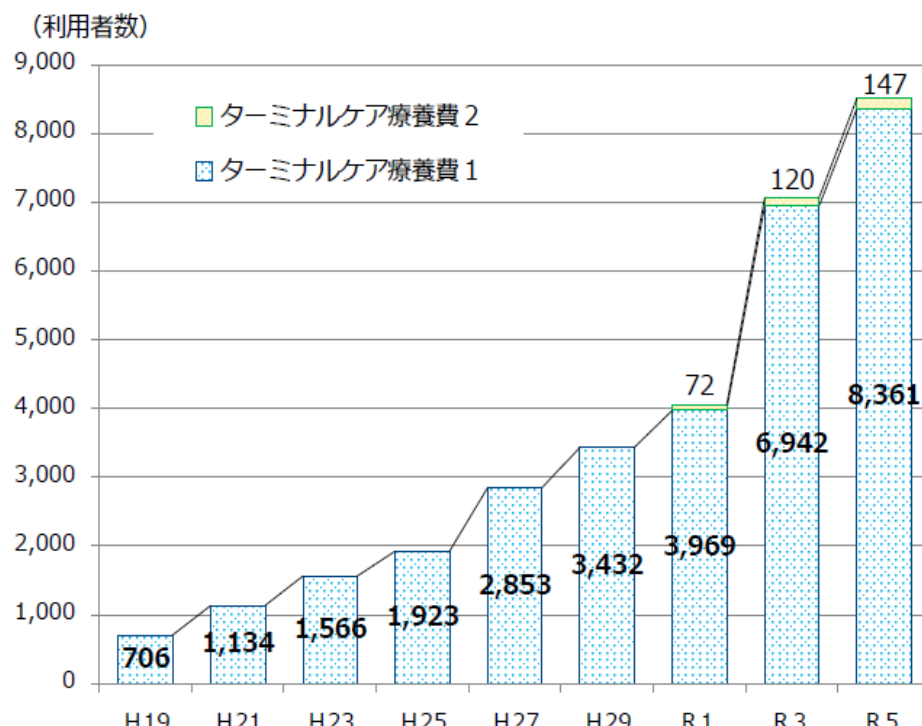
- 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ ターミナルケア加算（介護保険）の算定数※



※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む

■ 訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定数



※H30年度改定で訪問看護ターミナルケア療養費2を新設

ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

在宅で死亡した利用者に対して、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に加算する。

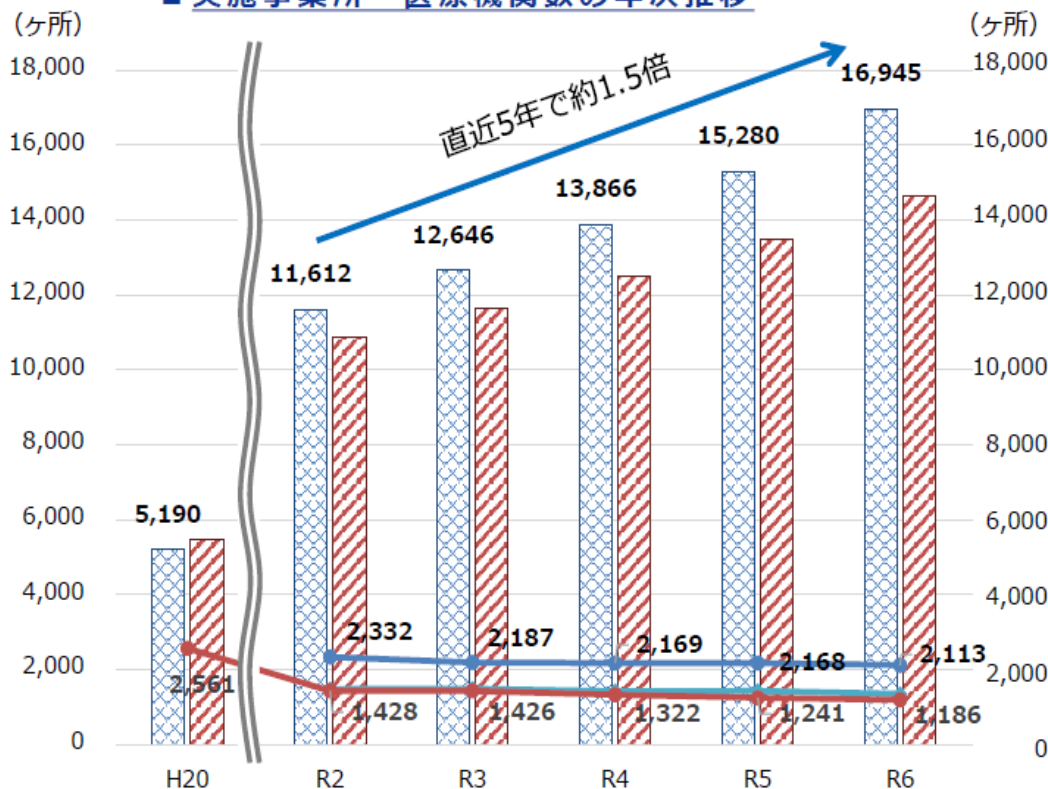
出典：(左図)介護給付費等実態統計(各年4月審査分 特別集計)

(右図)訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計)

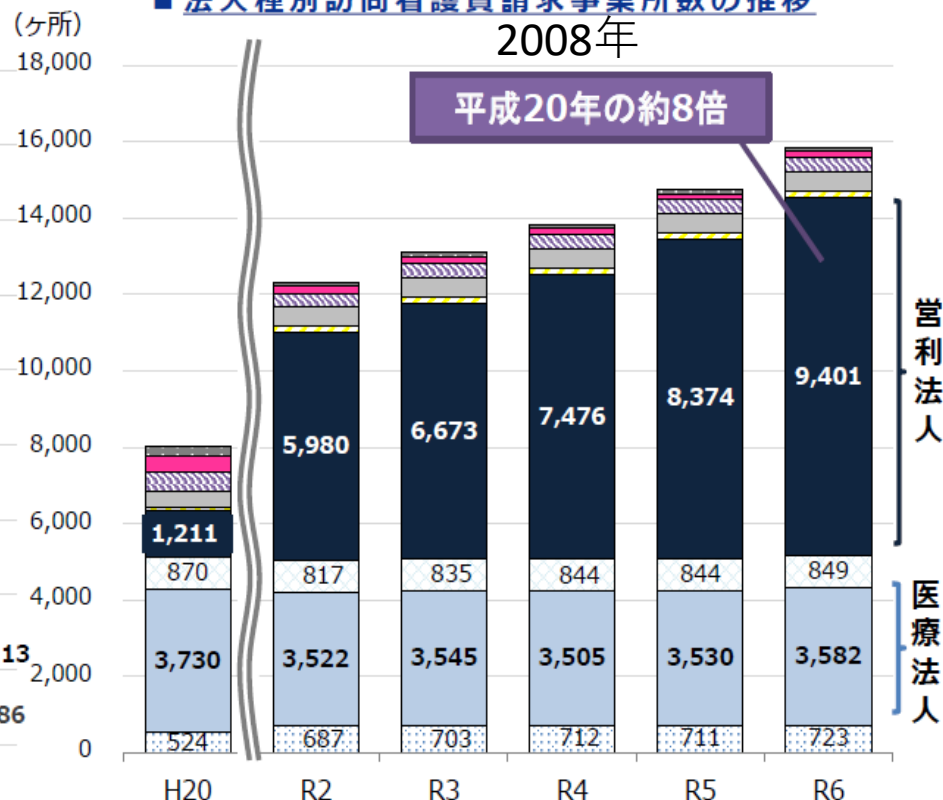
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は約1万7千事業所となっている。一方、訪問看護を行う病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



■ 法人種別訪問看護費請求事業所数の推移



※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

高齢者住まい等に併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の利益率の例

- 介護保険の訪問看護の収支差率（令和4年度税引前収支差率）は5.9%（営利法人は7.1%、社会福祉法人（社協以外）は6.0%、医療法人は5.0%）。
- 一方、高齢者住まい等に併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の例では、営業利益率が高い事業者においては20%を超える例がある。

■ 高齢者住まいに併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の営業利益率例

A社	R4/9期	R5/9期	R6/9期
	26.6%	27.0%	25.0%

B社	R4/12期	R5/12期	R6/12期
	12.2%	13.0%	10.6%

C社	R4/3期	R5/3期	R6/3期
	3.0%	7.2%	11.3%

出典：各社IR資料

※訪問看護事業所以外の事業を含む数値であることに留意が必要

■ 介護保険の訪問看護の収支差率

第50表 訪問看護 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目、経営主体別

		社会福祉法人(社協以外)	医療法人	営利法人	その他
		千円/月	千円/月	千円/月	千円/月
1	I 介護事業収益	2,803	2,739	3,258	2,915
2	(1)介護料収入	49	32	41	126
3	(2)保険外の利用料	-	-	-	-
4	(3)補助金収入 (新型コロナウイルス感染症・物価高騰の補助金収入を除く)	-	-	-	-
5	うち介護職員処遇改善支援補助金収入	-	-	-	-
6	(4)介護報酬査定減	-	-10	-1	-2
7	II 介護事業費用	2,344 82.2%	2,166 78.4%	2,295 69.6%	2,382 78.4%
8	(1)給与費	21 0.7%	31 1.1%	48 1.5%	42 1.4%
9	(2)減価償却費	-	-	-	-
10	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-	-
11	(4)その他	315 11.1%	425 15.4%	716 21.7%	477 15.7%
12	うち委託費	26 0.9%	30 1.1%	40 1.2%	25 0.8%
13	III 介護事業外収益	-	-	-	-
14	(1)借入金補助金収入	-	-	-	-
15	IV 介護事業外費用	0	3	4	4
16	(1)借入金利息	-	-	-	-
17	V 特別利益	-	-	-	-
18	(1)本部費繰入	-	-	-	-
19	VI 特別損失	-	-	-	-
20	(1)本部費繰入	-	-	-	-
21	収入 ①=I+III	2,851	2,762	3,298	3,039
22	支出 ②=II+IV+VI	2,681	2,625	3,064	2,904
23	差引 ③=①-②	170 6.0%	137 5.0%	234 7.1%	135 4.5%
24	I 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入	1	8	8	7
25	うち施設内療養に関する補助金収入	-	-	-	-
26	II 物価高騰対策関連の補助金収入	2	2	3	2
27	III イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'=③+I+II	174 6.1%	147 5.3%	245 7.4%	144 4.7%
28	法人税等	0 0.0%	4 0.2%	19 0.6%	6 0.2%
29	法人税等差引 ④=③'-法人税等	174 6.1%	142 5.1%	226 6.8%	138 4.5%
30	有効回答数	43	156	257	148

※ 比率は収入に対する割合である。

※ 各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している。

※ 各項目の数値は、それぞれ表章単位未満で四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致しない場合等がある。

出典：令和5年度介護事業経営実態調査

高齢者住まい等に居住する利用者へ短時間・頻回に訪問看護を行う場合の例（看護の実施と算定例）

- 高齢者住まい等に居住する利用者に対して、住まいに併設する訪問看護ステーション等の看護職員から短時間で頻回に実施される看護は、医療機関に入院中の患者への看護と同様に継続・断続的に提供されている状況も想定されるが、訪問看護療養費の算定はその一部である。また、併設する訪問看護ステーションからは効率的に訪問看護を行うことが可能であり、その場合の1月あたり訪問看護療養費の算定は高額となる。

高齢者住まいに居住中の利用者であり、以下の状況を想定した場合の例

- 当該住まいには別表第7の疾病等に該当する利用者が50名居住しており、全員に対して併設する訪問看護ステーションから訪問看護が行われている。また「看護師による24時間のケアや見守り」を提供しているとホームページ等で提示。

■1人の利用者への対応スケジュール例（1日）

0（時）		8	16	24
【看護の例】	巡視	食事介助 （申し送り）	家族面会対応 訪問診療 おむつ交換 食事介助	巡視
	★ 巡視 おむつ交換	★ 観察 入浴介助 カテーテル管理	（申し送り） おむつ交換 食事介助 観察 薬剤投与	★ 巡視 おむつ交換

※上記以外にナースコール対応等の断続的な対応も想定される。

■1月当たり（30日分）の訪問看護療養費算定例（上記1日スケジュールの★部分に対して算定）

		単価（円）	算定日数	計（円）
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670	1	7,670
	2日目以降(2)	2,500	29	72,500
24時間対応体制加算	月に1回	6,800	1	6,800
特別管理加算	月に1回	5,000	1	5,000
合計				884,870

※訪問看護療養費のほかに、訪問診療等による診療報酬や訪問介護による介護給付費等の費用も想定される。

利用者ごと1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションの特徴

- 利用者ごと1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションは、利用者ごとの1日当たり医療費が高額で訪問日数が多いため、1月当たりの医療費が高額となっている。
- 1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションでは、同一建物に居住する利用者に訪問看護を実施する場合に効率的に実施・算定可能である加算等の算定割合や日数が多い。

- 訪問看護療養費のNDBデータ（令和7年3月実施分）を、について、訪問看護ステーションごとに集計（1月あたりレセプト件数10件以上の訪問看護ステーションのみ）。
- 全訪問看護ステーションと、利用者ごとの1月当たり平均医療費の高額順100ステーションをそれぞれ集計。

	ステーション数	合計金額 (平均)	1月あたり医療費	1日あたり医療費	1件あたり日数	レセプト件数	別表7該当割合	別表8該当割合
全訪問看護ステーション	11,685	4,077,709	114,427	11,602	9.3	39.6	34.7%	29.4%
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	100	23,852,565	621,945	22,288	28.1	38.7	88.5%	46.5%

	訪問看護基本療養費Ⅰ		訪問看護基本療養費Ⅱ		精神科訪問看護基本療養費Ⅰ		精神科訪問看護基本療養費Ⅲ	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	55.9%	4.7	11.3%	2.1	29.7%	1.9	6.0%	0.5
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	1.7%	0.3	97.6%	27.7	0.2%	0.0	0.6%	0.1

	難病等複数回訪問加算		複数名訪問看護加算		夜間・早朝訪問看護加算		深夜訪問看護加算		緊急訪問看護加算	
	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)	全レセプトに占める割合	算定日数 (平均)
全訪問看護ステーション	22.9%	2.7	6.3%	0.6	11.5%	1.5	6.4%	1.1	4.5%	0.1
(内) 1月当たり平均医療費 上位100ステーション	97.8%	27.5	70.7%	17.3	87.9%	24.0	82.5%	22.5	9.7%	1.3

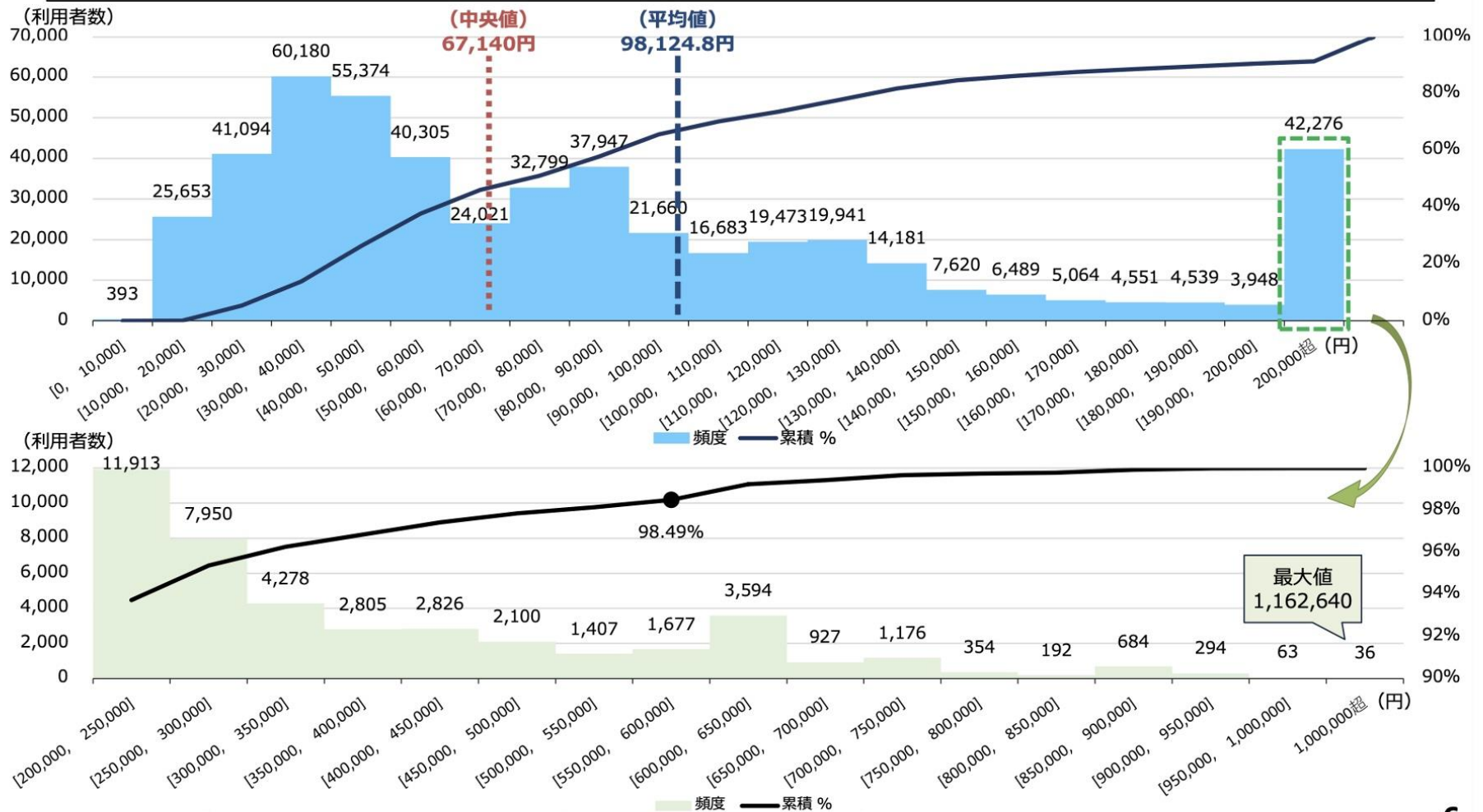
出典：NDBデータ（令和7年3月実施分）

※令和7年3月時点の訪問看護療養費のオンライン請求の割合は、レセプト件数ベースで86.4%（出典：社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」）

訪問看護利用者の1月の請求額の分布

中医協 総-2
5. 10. 20

- 訪問看護療養費(医療保険)の1人当たり1月の請求額は3万円台が最も多く、平均は98,125円であった。
- 請求額が60万円以上のものが、全体の約1%強であるが存在している。

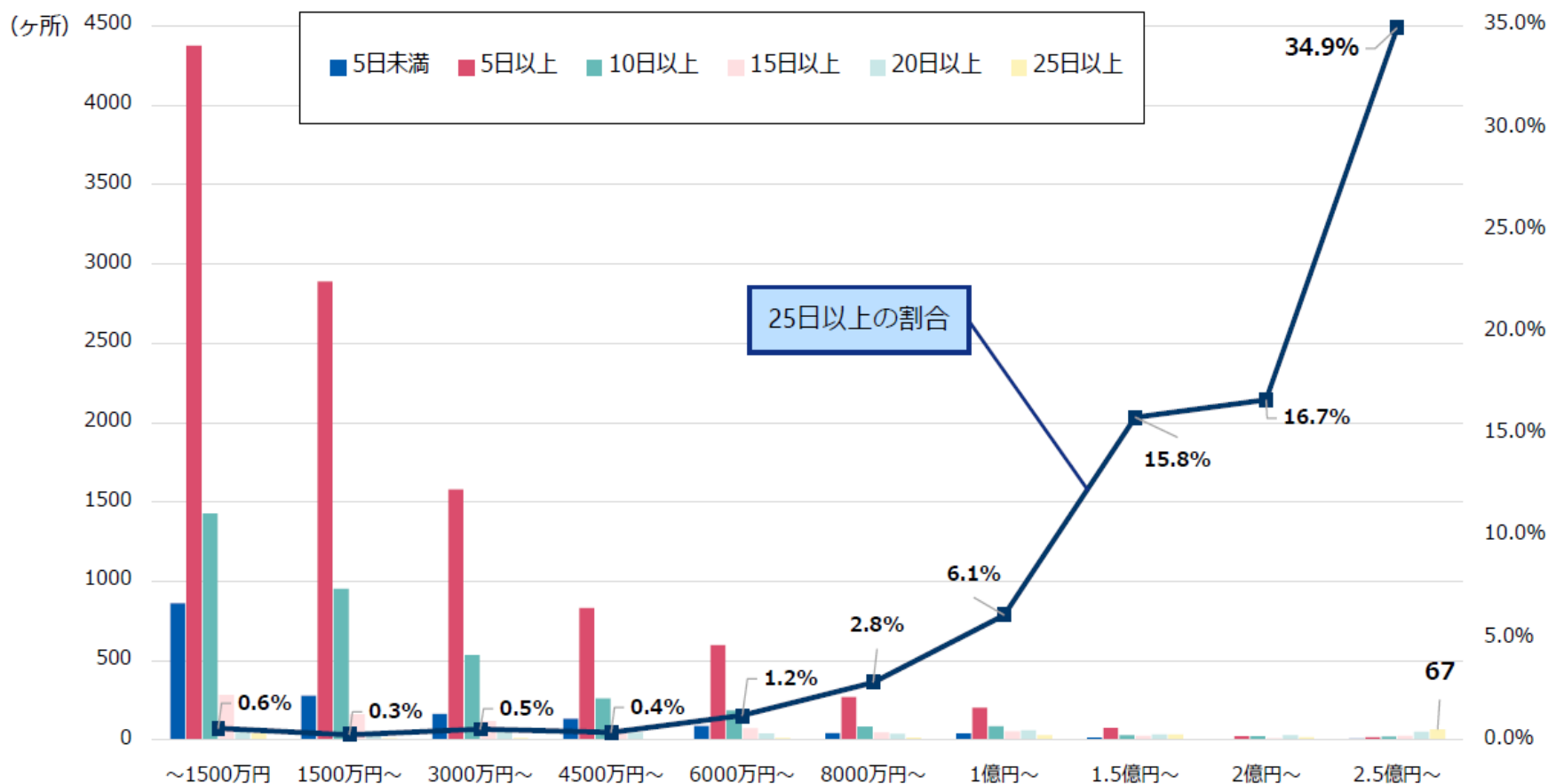


レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数

- 令和5年度の平均で1か月に25日を超える訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は、年間医療費が1500万円未満の訪問看護ステーションは0.6%であるところ、2.5億円を超える訪問看護ステーションでは35%である。

■ レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数（左軸）

訪問日数25日以上の訪問ステーションの割合（右軸）（令和5年度）



出典：「医療費の動向」調査から集計（特別集計）

「取れるだけ取る」訪問看護が横行

一部のホスピス住宅での不正・
過剰な訪問看護の事例

医師の指示があった
入居者は、最大**毎日**
・**1日3回**まで訪問看護
を受けられる

ホスピス住宅

(住宅型有料老人ホーム、サービス付き
高齢者向け住宅)

入居者

末期がん、パーキンソン病、
ALSなどの要介護・要支援者



訪問看護

訪問のたびに診療報酬

併設されている訪問看護ステーションでの
不適切な事例

- 入居者の状態に関係なく、**一律に毎日・3回訪問**
- 加算報酬を得るため、不要でも**2人で訪問、深夜・早朝に訪問**
- 訪問に要した時間、訪問職員数などを実際より
多く記載した**書類を作成**

次回改定で
メス！
訪問回数が
包括化？

(出所) 厚生労働省「訪問看護の診療報酬について」、サンウェルズの調査
報告書、取材を基に東洋経済作成

④解決の道は？

中医協



訪問看護に係る課題と論点

（訪問看護・高齢者の住まいの現状）

- ・ 高齢者向け住まい等における有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅の件数と利用者数は増加傾向である。
- ・ 訪問看護事業所を併設・隣接する住宅型有料老人ホームは17.7%であり、住宅型有料老人ホームに併設・隣接する訪問看護事業所は87.6%が関連法人が運営している。

（頻回な訪問看護の状況等について）

- ・ 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。
- ・ 介護保険は、訪問看護ステーションと同一建物、同一敷地内や隣接する敷地内の建物に居住する利用者等に対して訪問看護を提供する場合、訪問看護費から単位数が減算されるが、医療保険は、同一日に同一の建物に居住する3人以上に訪問看護を行う場合、訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定することとしている。
- ・ 同一建物居住者に対する訪問看護については、算定回数・算定割合ともに増加傾向。
- ・ 複数名訪問看護加算、難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算及び緊急訪問看護加算を算定している利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定している利用者の割合は増加傾向。
- ・ 令和6年度診療報酬改定において、訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問の場合）の要件及び評価が見直された。令和7年7月1日時点で、訪問看護管理療養費1を届け出たステーション数は12,317事業所、訪問看護管理療養費2を届け出たステーション数は7,403事業所である。
- ・ 令和6年11月における、同一建物に居住する訪問看護利用者数については、「10人未満」が最も多かった。有料老人ホームに居住する利用者では、同一建物に居住する訪問看護利用者数が50人以上の利用者が12.4%であった。
- ・ 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する場合の訪問看護は、1月あたり訪問日数が多く、1回あたりの訪問時間は短い傾向。同一建物に居住する利用者数が増えると、1回の訪問時間は短くなる傾向。
- ・ 利用者ごと1月当たり平均医療費が高額である訪問看護ステーションは、利用者ごとの1日当たり医療費が高額で訪問日数が多く、同一建物に居住する利用者に訪問看護を実施する場合に効率的に実施・算定可能である加算等の算定割合や日数が多い。
- ・ 月当たり平均訪問日数が多い訪問看護ステーションは、主たる傷病名が別表第7に該当する利用者が多い。
- ・ 高齢者住まい等に居住する利用者に対して、併設する訪問看護ステーション等の看護職員から実施される看護は、医療機関に入院中の患者への看護と同様に継続・断続的に提供されている状況も想定されるが、訪問看護療養費の算定はその一部である。また、併設する訪問看護ステーションからは効率的に訪問看護を行うことが可能であり、その場合の1月あたり訪問看護療養費の算定は高額となる。

訪問看護に係る課題と論点

(頻回な訪問看護の状況等について(続き))

- ・ 住宅型有料老人ホームにおける夜間の看護体制について、夜間も看護職員による対応が行われている割合が高い。
- ・ 介護保険の訪問看護の収支差率(令和4年度税引前収支差率)は5.9%である一方、高齢者住まいに併設する訪問看護ステーションを運営する事業者の例では、営業利益率が高い事業者においては20%を超える例がある。
- ・ 訪問看護療養費における加算等の評価内容について効率性における特徴を踏まえると、同一建物に居住する複数の利用者に、同一日に訪問看護を実施する場合において、より効率的に実施できるものとそれに該当しないもの等に分類できるのではないかと。
- ・ 令和7年3月の1月当たり訪問看護基本療養費の算定日数が多いほど、訪問看護指示料の令和6年度1年当たり算定回数が多い。

(指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について)

- ・ 適正な手続きの確保、健康保険事業の健全な運営の確保及び経済上の利益の提供による誘引の禁止等は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」に規定はあるが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」にはない。利益の収受による特定の機関への「誘導の禁止」に関する規定は、訪看基準にはない。また、療養担当規則においても、現行の「誘導の禁止」規定は、保険医療機関から特定の保険薬局への誘導に対するもののみであり、例えば高齢者住まい等への誘導に対する規定はない。
- ・ 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」、「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」及び「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に会計の区分に関する規定があり、他の事業との会計を区分しなければならないとしている。

【論点】

- 高齢者住まい等に居住する利用者については、多人数への頻回な訪問看護が行われ、移動時間や提供時間が短いなど効率的に実施されており、訪問看護基本療養費等における、同一建物・単一建物利用者の人数や訪問回数に応じた提供コストを踏まえた評価のあり方についてどう考えるか。
- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施することができるが、訪問看護療養費には短時間で頻回の訪問看護を評価する体系がないことから、こうした一連の訪問看護の評価を設けることについてどう考えるか。また、頻回な訪問看護を必要とする場合には、主治医が交付する訪問看護指示書に明記するよう求めることについてどう考えるか。
- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準においても、適正な請求等に関する規定等、療養担当規則と同様の規定を設けることについてどう考えるか。

療養担当規則及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準における規定

- 適正な手続きの確保、健康保険事業の健全な運営の確保及び経済上の利益の提供による誘引の禁止等は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」に規定はあるが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」にはない。
- 利益の收受による特定の機関への「誘導の禁止」に関する規定は、訪看基準にはない。また、療養担当規則においても、現行の「誘導の禁止」規定は、保険医療機関から特定の保険薬局への誘導に対するもののみであり、例えば高齢者住まい等への誘導に対する規定はない。

■ 現行の訪問看護基準には類似の規定がない、療養担当規則の規定例

適正な請求等に関する規定

第二条の三	(適正な手続の確保) 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。
第二条の四	(健康保険事業の健全な運営の確保) 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

利益の提供による誘引の禁止に関する規定

第二条の四の二	(経済上の利益の提供による誘引の禁止) 1 保険医療機関は、患者に対して、第五条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。
---------	---

利益の收受による特定の薬局（医療機関等）への誘導の禁止に関する規定

※ 療養担当規則においても利益の收受による誘導の禁止は保険医療機関から保険薬局への誘導の禁止の規定のみであり、**例えば保険医療機関から退院先となる高齢者住まい等への誘導**を行うことによって、当該高齢者住まい等から金品その他の財産上の利益の收受を金する規定はない。

第二条の五	(特定の保険薬局への誘導の禁止) 1 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医（以下「保険医」という。）の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。 2 保険医療機関は、保険医の行う処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。
-------	--

療養病床の医療区分のよ
うな包括払いにしては？

療養病棟入院基本料について(平成28年4月以降)

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

医療区分

医療 区分 3	【疾患・状態】 ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療 区分 2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭頸損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) 【医療処置】 ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

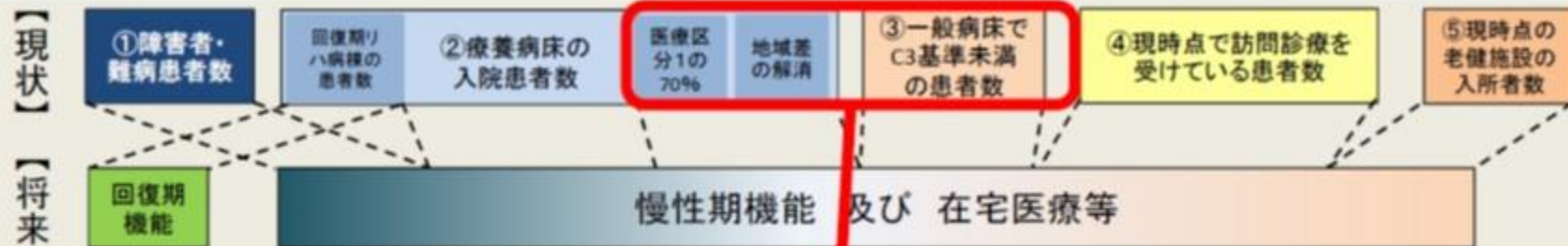
ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

在宅医療等の新たなサービス必要量の位置づけについて



2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果※

内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第1次報告(H27.6.15)資料(抜粋)一部改変

【推計結果:2025年】※

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合: 52万床程度

2025年の病床の必要量(目指すべき量)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

※地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の過程を置いて推計したもの。実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

包括支払いの欠点は
粗診粗療になりがちなこと

看取りの質評価が必要

ケアの種類	具体的な内容
身体的なケア	病気による症状の軽減 痛みの緩和 （マッサージ、鎮静剤や医療用麻薬の投与など） 食事が困難な方への医療的ケア （点滴や経管栄養など）
精神的なケア	病気に対する不安、死への恐怖感などの軽減するためのケア 穏やかな気持ちで過ごせるためのケア （看護師や介護スタッフ、ボランティアとのコミュニケーション） （家族や友人との面会交流）
社会経済的なケア	施設入居費や介護・医療費などの悩みへの相談支援 遺言や相続に関する相談支援 （主に医療ソーシャルワーカーが担う）

まとめ

- ホスピス型住宅は、団塊の世代の死に場所の選択肢として重要
- 看取りの場の提供体制の検討が必要
- ホスピス型住宅は選択肢のひとつ
- 課題の頻回訪問看護については重症度区分を精緻化して、包括払いにしてはどうか？
- 包括払いの欠点は粗診粗療になりがちなこと
- このため看取りの質評価が必要
- 看取りの場のホスピス型住宅の提供体制と質研究が必要