

Dr武藤のミニ動画講座

2026年診療報酬改定 訪問診療・訪問看護



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 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○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 在宅医療センター、老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問看護ステーション 通所介護事業所など

■在宅療養支援病院

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



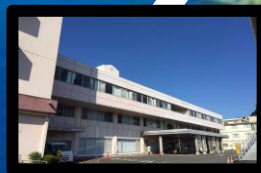
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 訪問診療
- パート2
 - 訪問看護
- パート3
 - ホスピス型住宅





中央社会保険医療協議会 中医協総会 2025年10月1日



笠木委員



奥田委員



飯塚委員

パート1 訪問診療

- ①在宅療養支援病院・診療所
- ②訪問診療

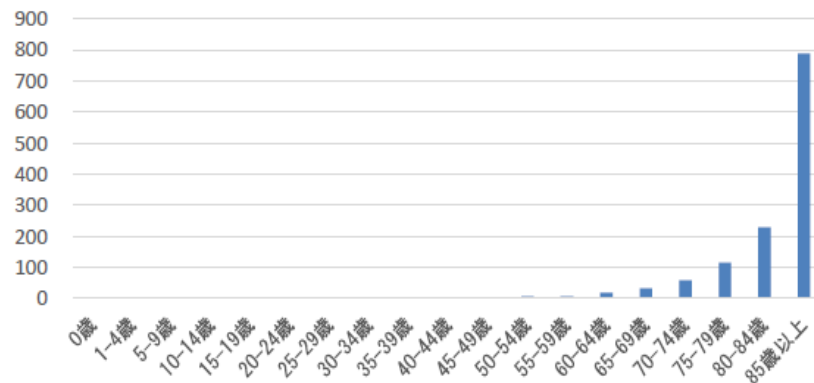
①在宅療養支援病院・診療所

在宅医療を積極的に担う医療機関

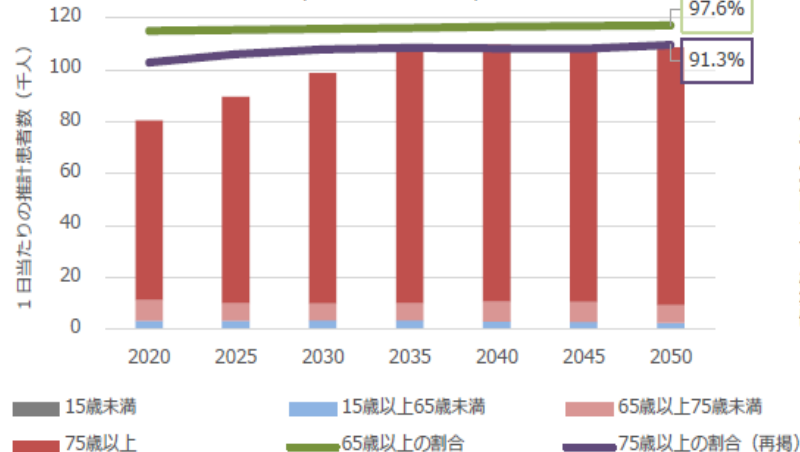
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）

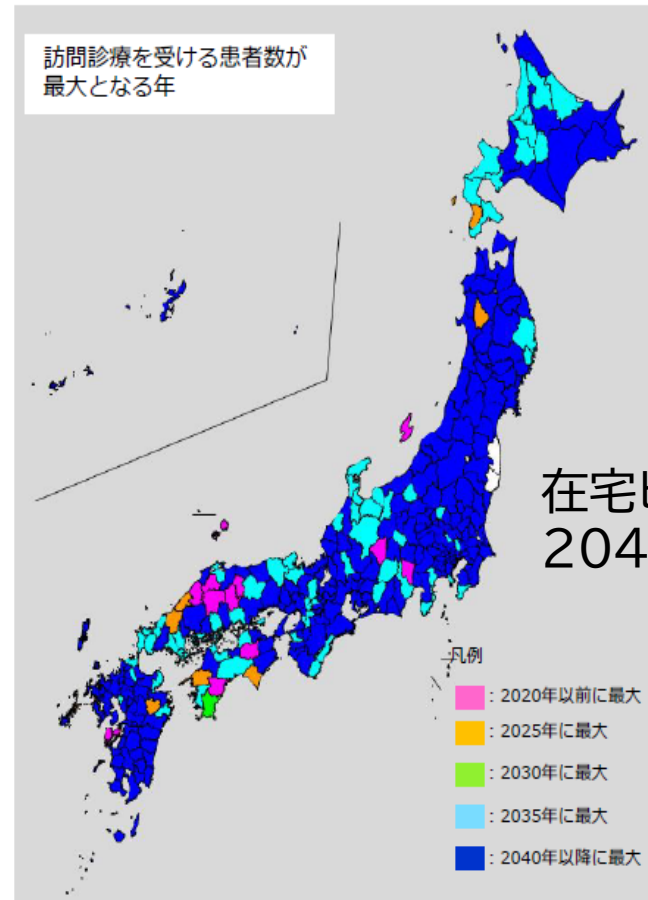


訪問診療利用者数推計



高齢者の占める割合（%）

訪問診療を受ける患者数が最大となる年



在宅ピークは
2040年以降

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

(参考) 在支診・在支病の施設基準

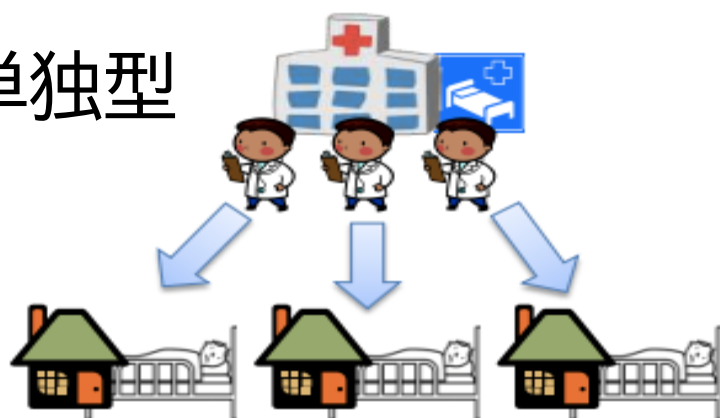
	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考)在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・ 在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい				○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成	
全ての在支病の 基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型 在支診・在支病 の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の 緊急往診の 実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で31 件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている		⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件 以上 ・在宅療養支援診療所等からの 要請により患者の受入を行う 病床を常に確保していること 及び在宅支援診療所等からの 要請により患者の緊急受入を 行った実績が直近1年間で 31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている		
		⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の 医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		
		⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい				
	⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出 加算に係る届出を行っていること。					

9

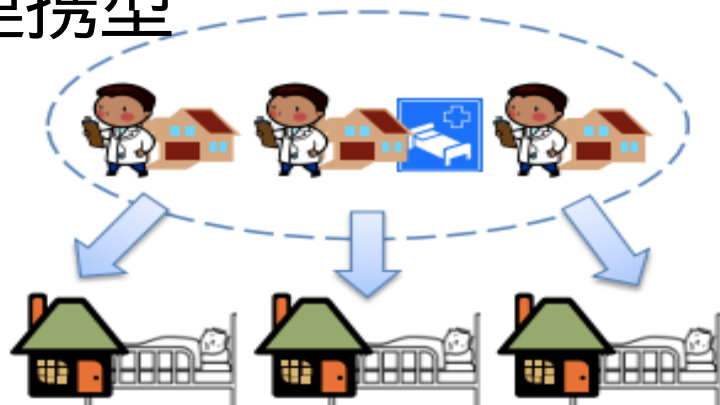
機能強化型在宅療養支援病院

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)

単独型



連携型



衣笠病院は機能強化型在宅療養支援病院（単独型）

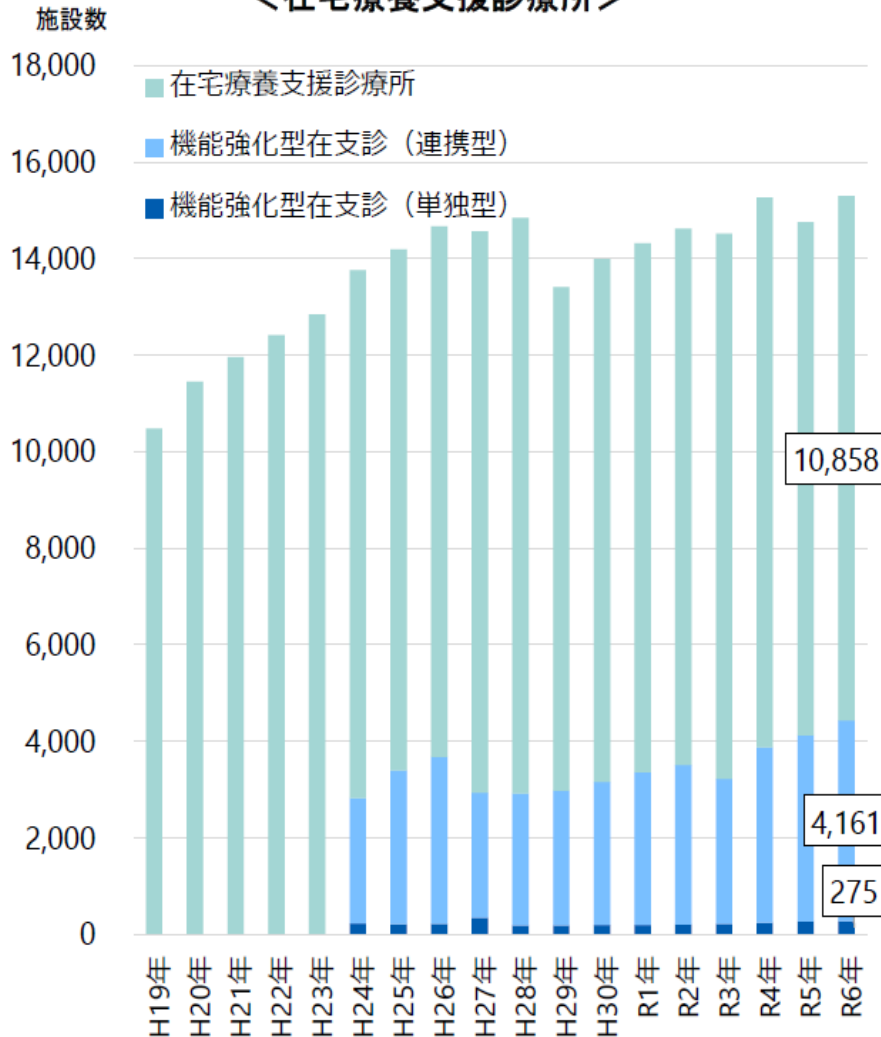
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

在宅療養支援診療所・病院の届出数

中医協 総-2
7. 8. 27

- 届出施設数について、在宅療養支援診療所は横ばい、在宅療養支援病院は増加傾向である。
- 機能強化型の在宅療養支援診療所と病院はいずれも、連携型が特に増加傾向である。

<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

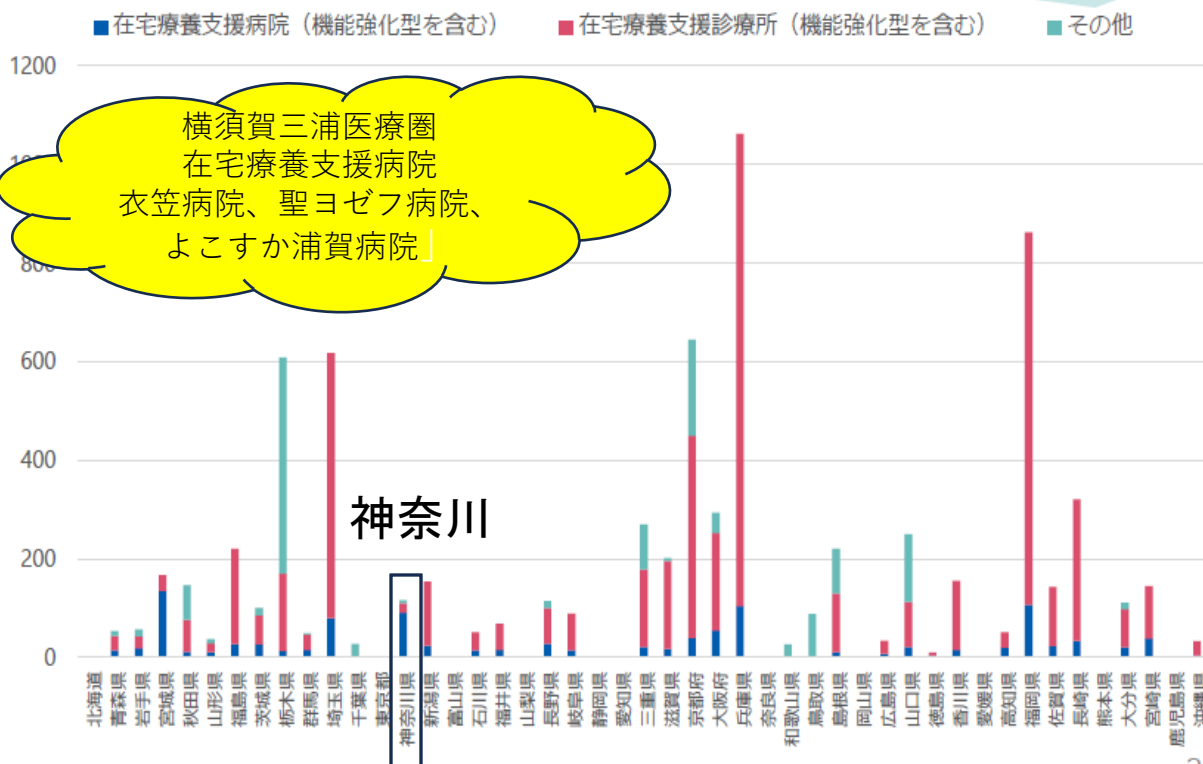
- 医療計画において、都道府県は在宅医療の提供体制構築のため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを念頭に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保することとしており、当該医療機関の状況を見ると、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所が多い一方、地域によっては、在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院、訪問看護事業所や薬局が担っている場合もあった。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。
- また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

※ 指定がない又は少ない都道府県については、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の指定を調整中、現在は明確に定めていないが在支診・在支病を含むことを想定している等の状況にあることが考えられる。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況



（その他の例）

- 在宅療養支援歯科診療所
- 在宅療養支援歯科病院
- 訪問看護事業所
- 薬局 など

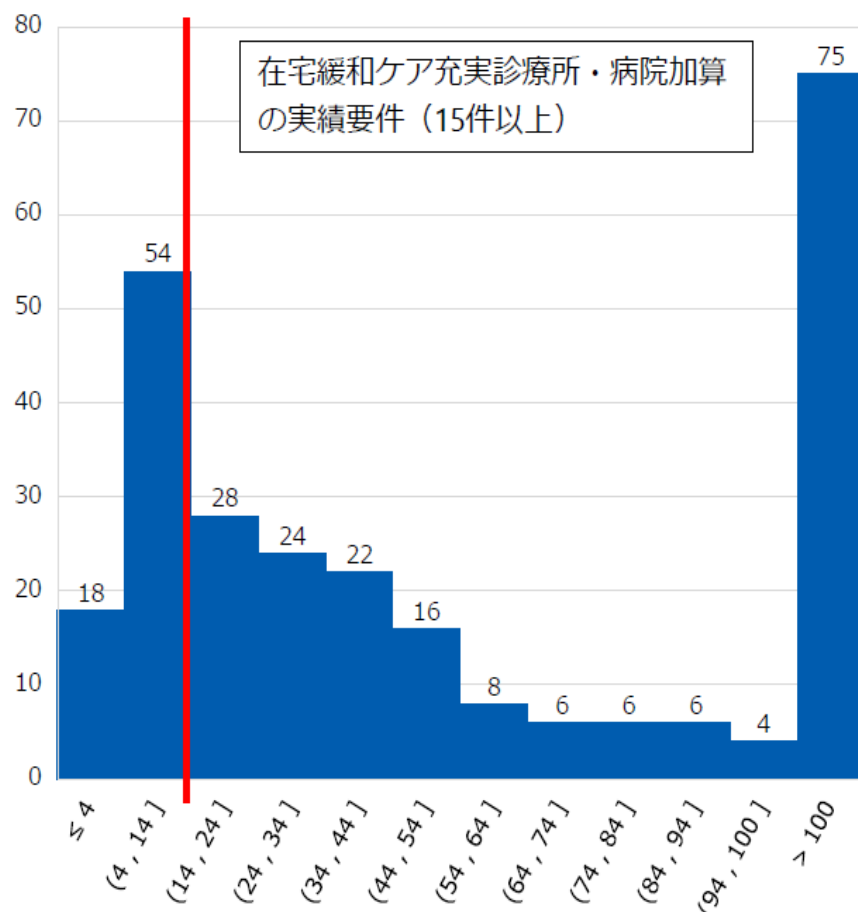
機能強化型在支病の 要件引上げが始まる

緊急往診、看取り実績

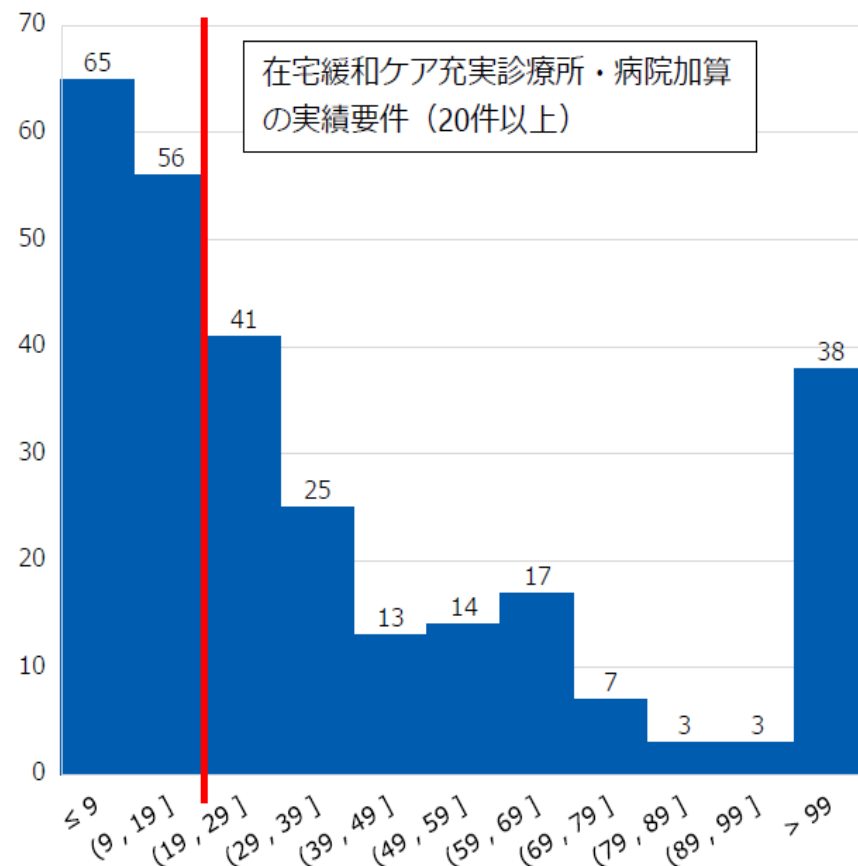
機能強化型在宅診療・病における緊急往診・看取り実績について

- 機能強化型在宅療養支援診療所・病院において、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算で要件としている件数を大きく上回って緊急往診や看取りを実施している医療機関が多く存在する。

1年間の緊急往診の実績



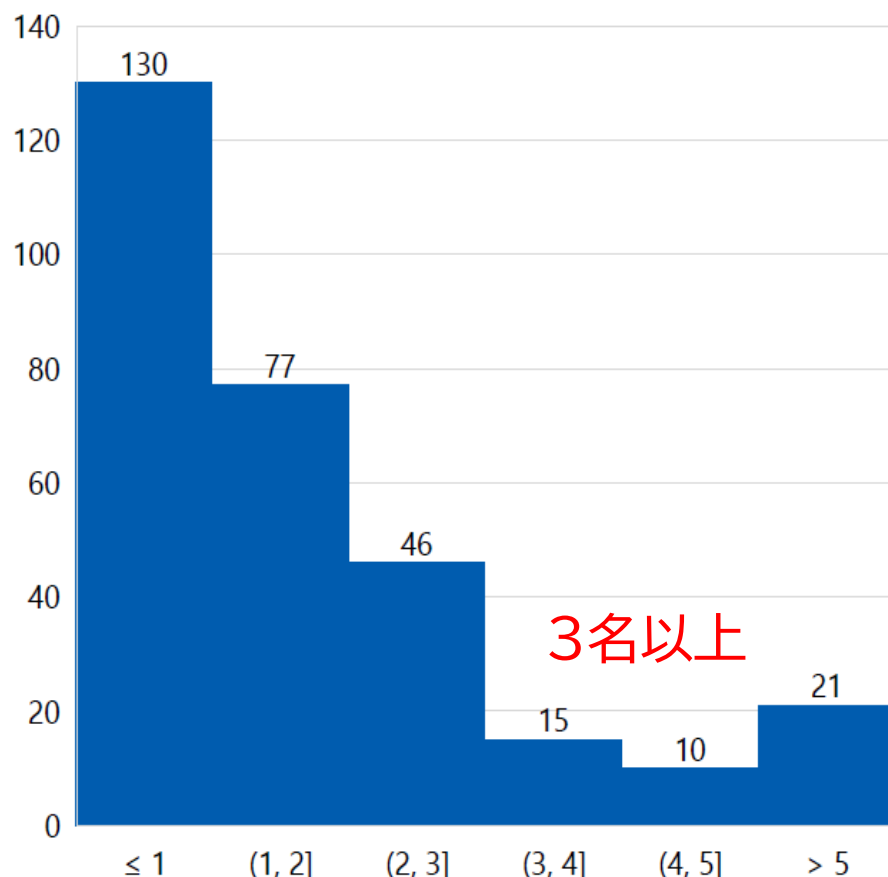
1年間の看取りの実績



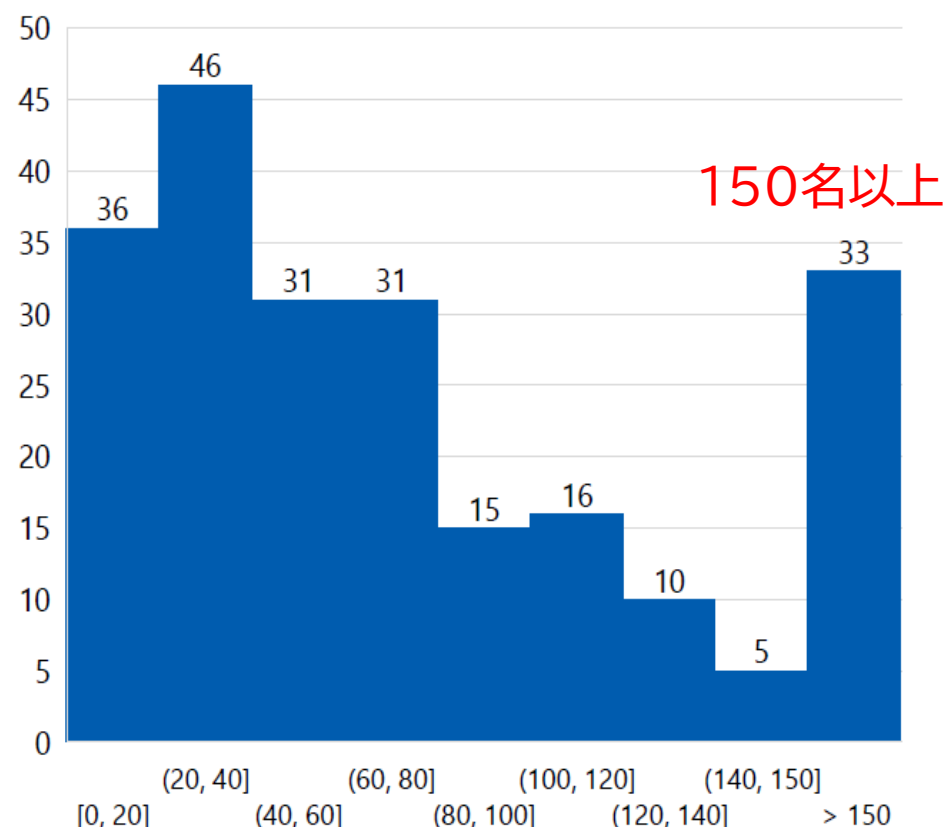
機能強化型在宅診療・病における在宅医師数と担当患者数について

- 機能強化型在宅療養支援診療所・病院において、在宅医療を担当する医師数は、1名以下の医療機関が多いが、一部の医療機関では3名以上配置していた。
- 在宅医療を担当する医師1人当たりの訪問診療患者数は、100名以下の医療機関が多いが、一部の医療機関では150名以上担当していた。

在宅医療を担当する医師数（常勤換算数）



在宅医療を担当する医師（常勤換算）
1人当たりの訪問診療患者数



※ 医師数は、在宅医療に従事する時間について、常勤換算している。

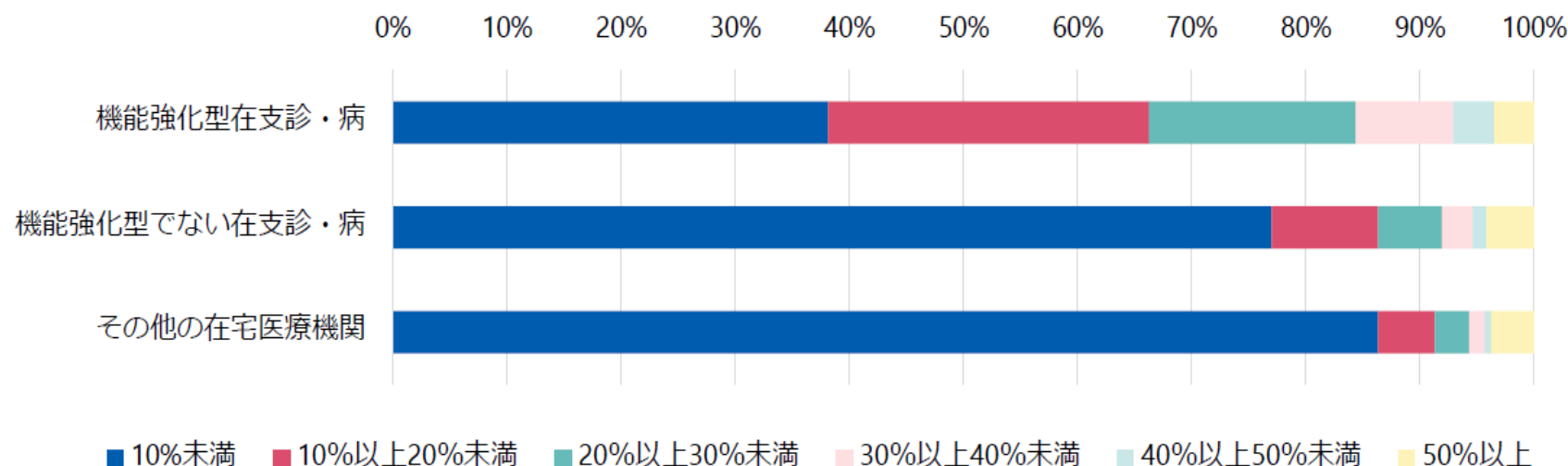
※ 機能強化型在宅診療・病において必要な医師数は常勤医師3名以上（連携型においては連携内で常勤医師3名以上）であり、必ずしも比較できないことに注意。

出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関調査）

医療機関ごとの重症患者割合について

- 機能強化型在宅療養支援診療所・病院のうち35%程の医療機関で、訪問診療患者に占める重症度の高い患者（※）の割合が20%以上であった。

訪問診療患者に占める重症度の高い患者（※）の医療機関ごと割合



※ 重症度の高い患者（別表8の2）

1 次に掲げる疾患に罹り患している患者

末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡

2 次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であって、プロスタグランジンI₂製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

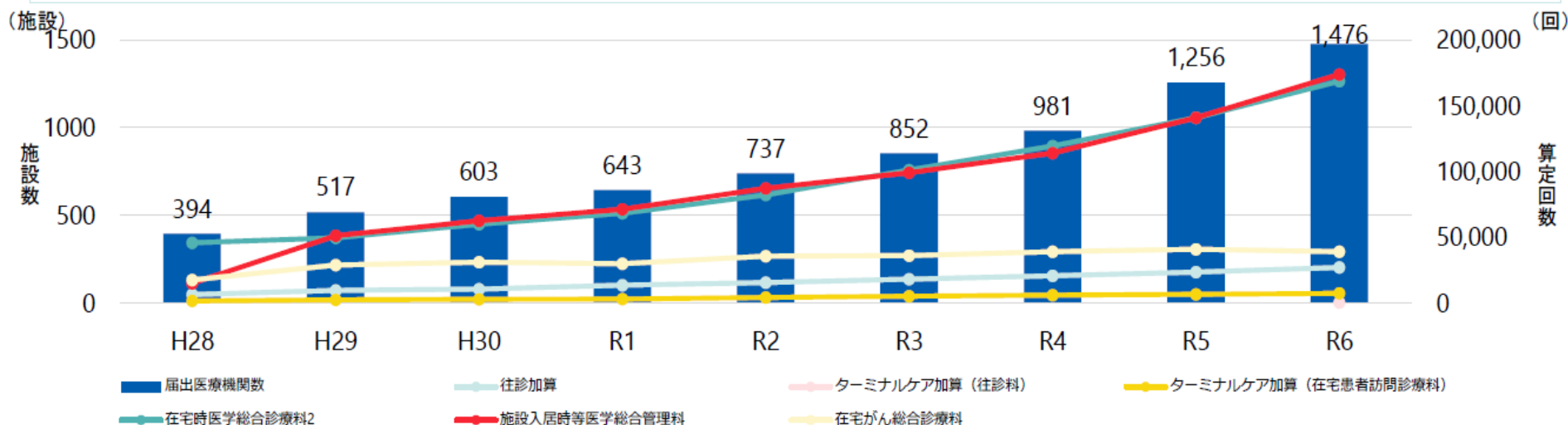
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○機能強化型在宅療養支援診療所・病院において、
緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する医療機関に対する評価

[施設基準]

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん等の診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

加算対象	加算点数
緊急、夜間・休日又は深夜往診加算	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合診療料	75～400点
施設入居時等医学総合管理料	56～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

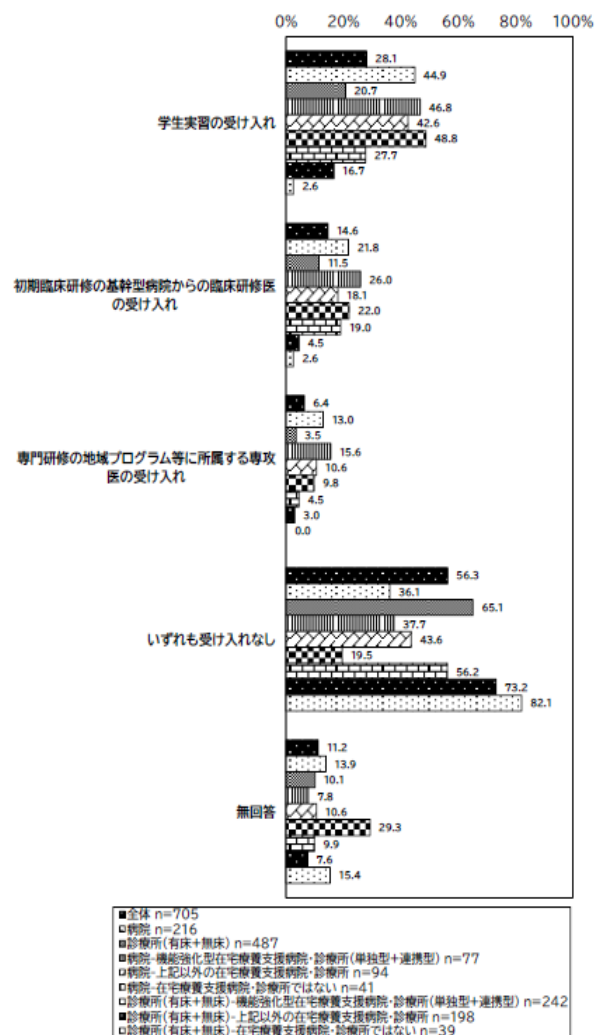


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

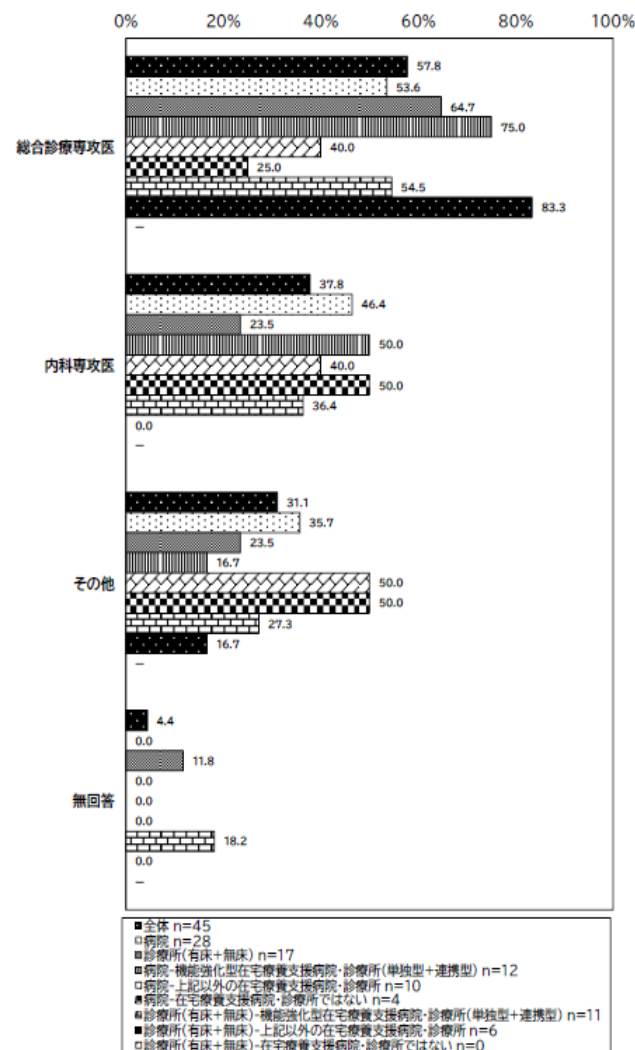
在宅医療に係る教育体制について

- 学生実習、臨床研修医、専門研修の地域プログラム等に所属する専攻医等の受入を積極的に行い、在宅医療に係る医学教育に貢献している在宅医療機関が一定程度存在する。

受け入れている医師等の種類



受け入れている専攻医の種類



2026年診療報酬改定へ向け

- 緊急往診実績や看取りの実績の引き上げた上で、それを機能強化型在宅病、在宅診療の要件としてはどうかという提案だ。
- 十分な在宅医療の支援機能、医育機能を併せ持つ在宅医療機関を、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算と統合して評価してはどうか？

- 林修一郎医療課長



連携型 機能強化型在宅療養支援病院 の要件整理

在宅療養支援診療所・病院における24時間体制に係る要件の整理

- 在宅療養支援診療所・病院について、24時間連絡体制及び往診体制を確保することが要件となっている。
- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院は、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院同士で在宅支援連携体制を構築しており、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していれば、要件を満たすこととしている。

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		その他	機能強化型		その他
	単独型	連携型		単独型	連携型	
24時間連絡体制	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満)	自院で確保	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満)	自院で確保
24時間往診体制	自院で確保	連携して確保 (連携医療機関は10未満) (※1)	連携して確保 (※1)	自院で確保 (※2)	連携して確保 (連携医療機関は10未満) (※1、2)	自院で確保 (※2)

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院は、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院同士で在宅支援連携体制を構築することを想定。

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院における要件（抜粋）

○連絡体制に係る要件

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

○往診体制に係る要件

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

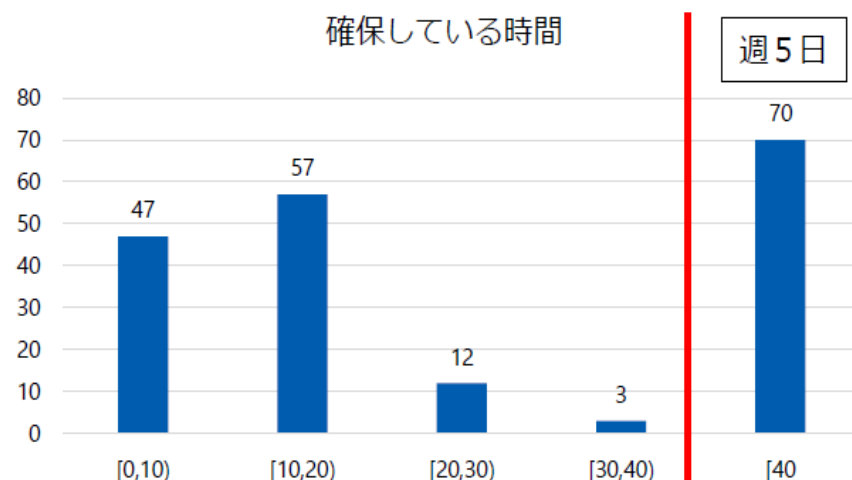
※1 医療資源の少ない地域においては、DtoPwithNの体制によることでもよい。

※2 当直医とは別の医師であること

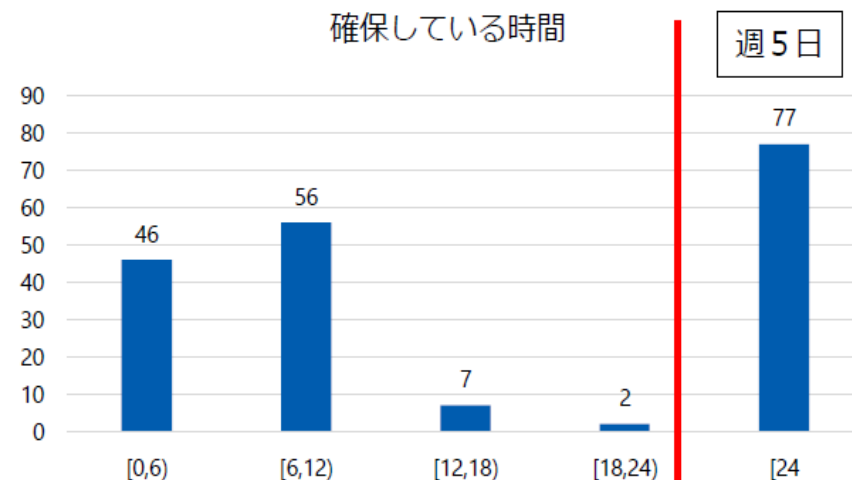
連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が連絡体制を有する時間について

- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が1週間あたりに連絡体制を取っている時間は、常時の場合と、極めて短い場合に分かれている。

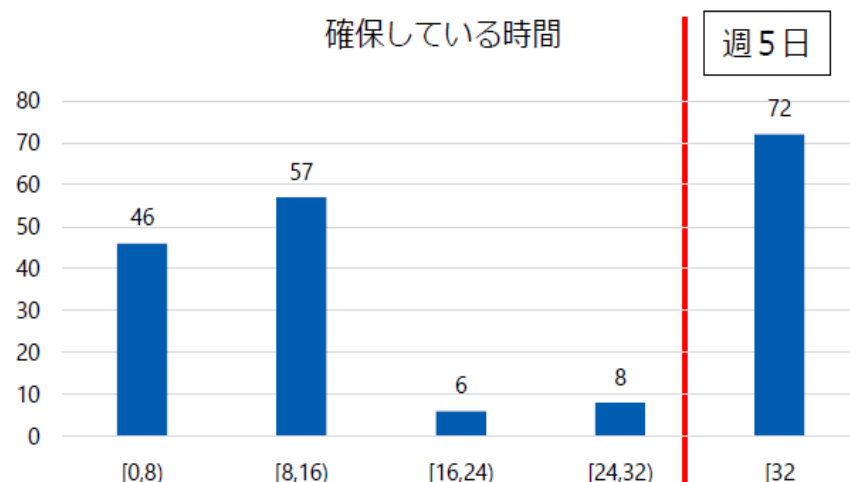
1週間のうち、**平日日中**の連絡体制を



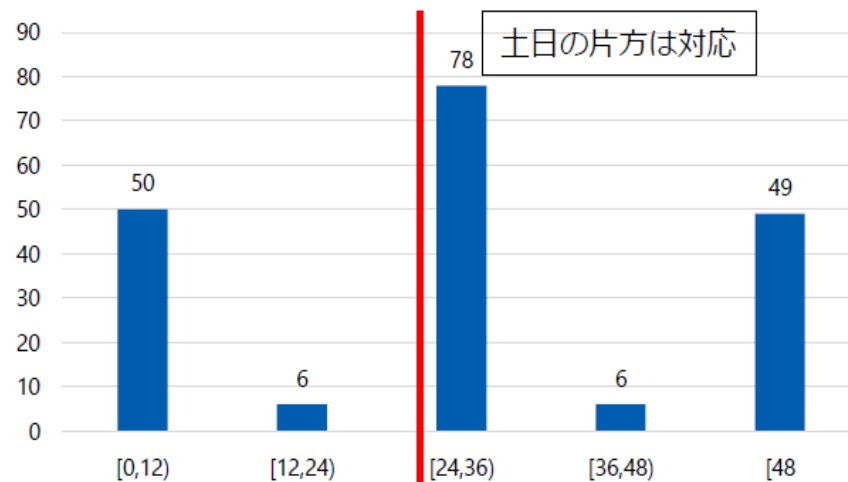
1週間のうち、**平日夜間**の連絡体制を



1週間のうち、**平日深夜**の連絡体制を



1週間のうち、**休日**の連絡体制を確保している時間



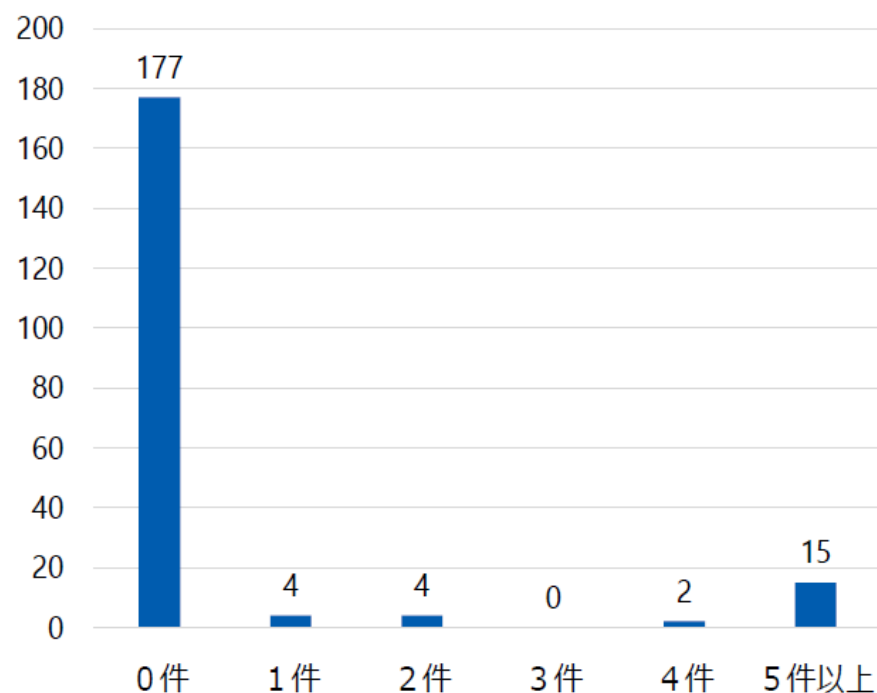
※ 平日日中：AM8～PM6、平日夜間：PM6～10、AM6～8、平日深夜：PM10～AM6、休日：施設ごとの規定による

他院のかかりつけ患者に対する緊急往診・看取りの代行実績について

- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院のうち、他院のかかりつけ患者に対して緊急往診や看取りを代行したことがある医療機関が一定程度存在する。

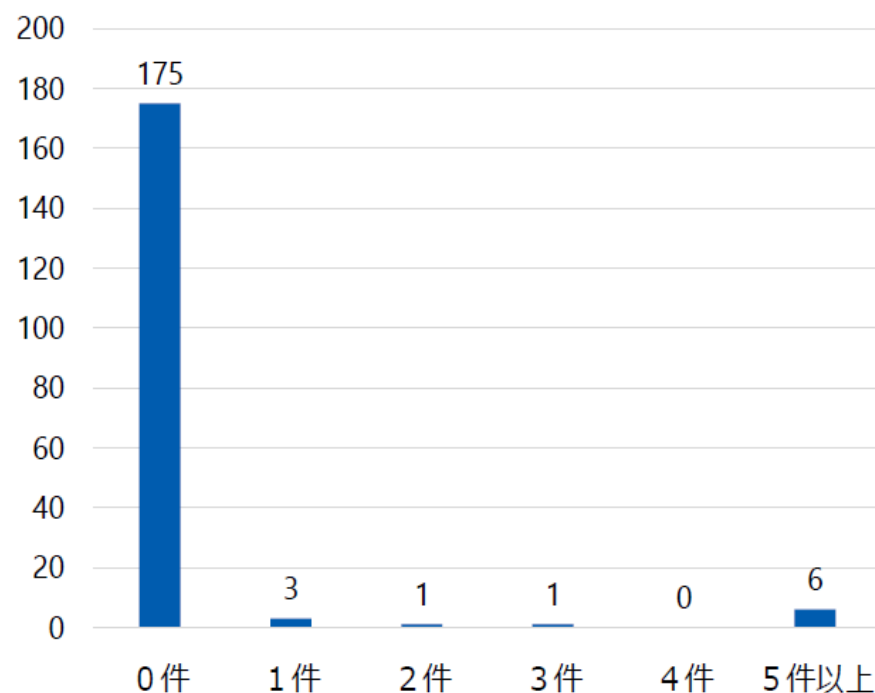
過去1年間における

連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院が実施した
他院のかかりつけ患者への緊急往診代行実績



過去1年間における

連携型機能強化型在宅療養支援診療所・病院が実施した
他院のかかりつけ患者への看取り代行実績



- 令和6年度診療報酬改定で新設された往診時医療情報連携加算においては、ICTを活用して平時からの医療情報等の共有体制が評価されているが、対象は「在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者」に対して、「在支診・在支病が往診を行った場合」に限られている。
- 算定要件及び算定回数等は以下のとおり。

往診時医療情報連携加算

- 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

往診時医療情報連携加算

200点

[算定要件]

- ・ 他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

往診時医療情報連携加算の算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

算定医療機関数	算定件数	算定回数
41	380	475

②訪問診療

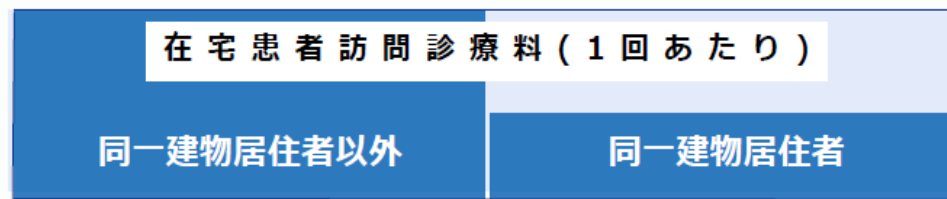
患者の状態等に応じた適切な診療の評価

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

- 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

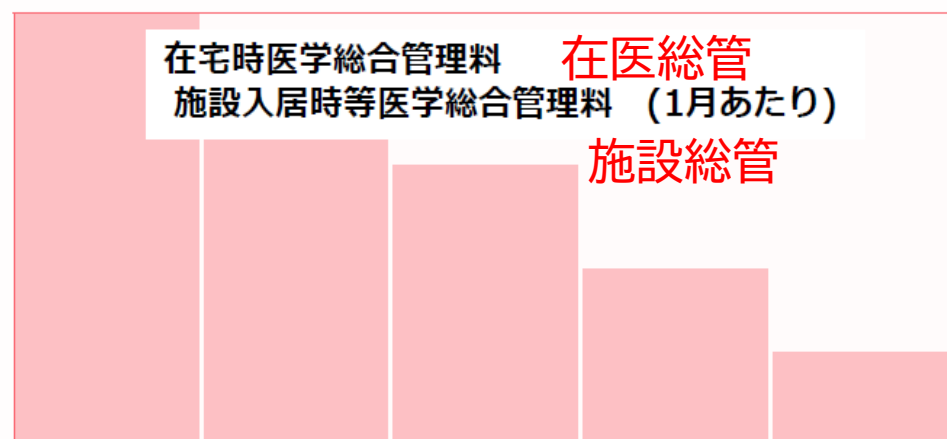
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 同一建物診療患者数、居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 24時間の医療提供体制、看取り等の実績、ICTを用いた質の高い情報共有体制の構築等により加算等で評価



③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料等、その他の特別な指導管理等に応じた評価

在宅がん
医療
総合
診療料

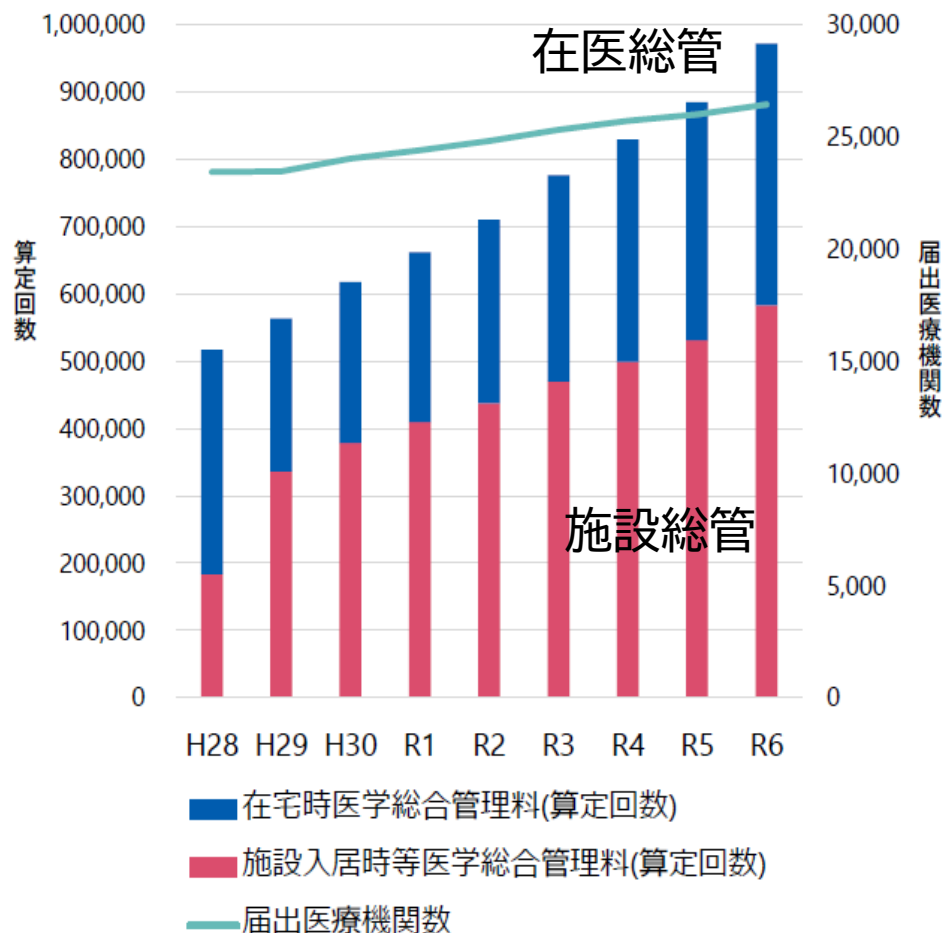
※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

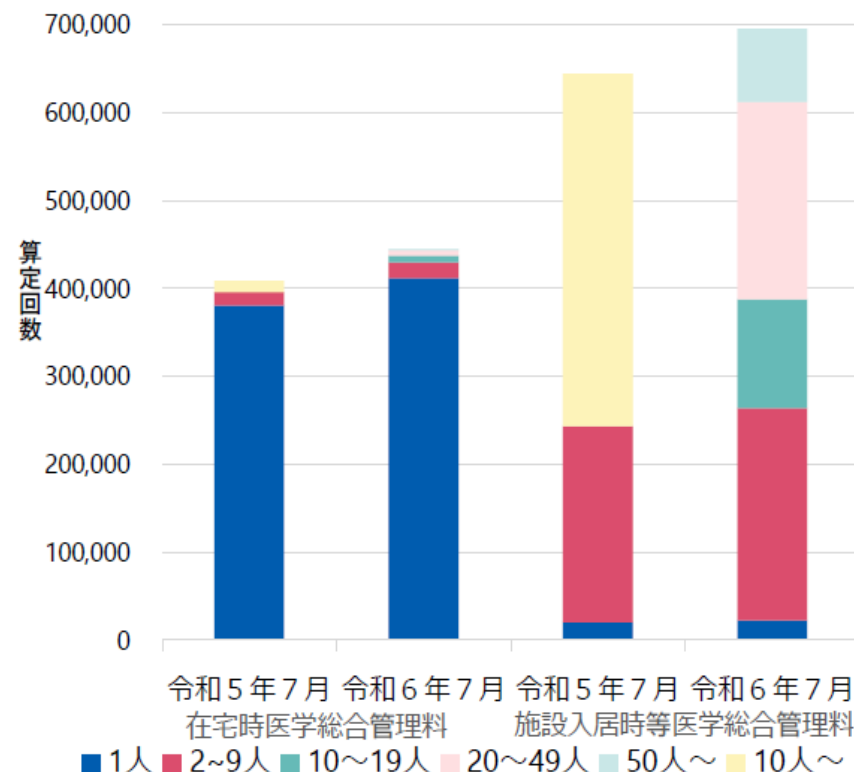
在医総管・施設総管の算定回数等について

- 在医総管・施設総管の届出医療機関数及び算定回数は、増加傾向である。
- 単一建物診療患者の区分ごとの算定回数は、在医総管では「1人」区分の算定がほとんどである一方で、施設総管では「1人」の区分は少なく、「2～9人」から「50人～」区分まで幅広く算定されている。

在医総管・施設総管の算定回数等

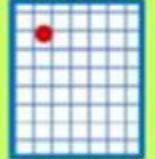
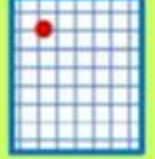
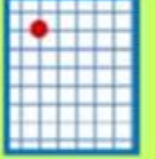
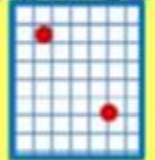
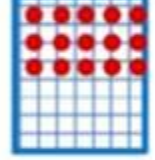
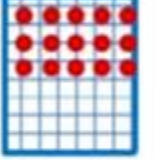
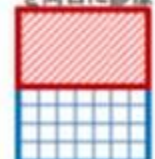


単一建物診療患者区分ごとの算定回数



出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

居住場所による在宅医療の評価体系(論点のイメージ)

		戸建て住宅	アパート・団地等	特定施設等以外の 高齢者向け集合住宅 ※看護職員なし	特定施設等 ※看護職員あり
	評価 体系	①高齢者向け集合住宅かどうかで 差を設けることとしてはどうか			
1人		A-1  一人	A-2 居住者 一人を診療 	A-3 入所者 一人を診療 	B-1 入所者 一人を診療 
多数		夫婦等二人 	A-4 居住者数人を 別の日に診療 	A-5 多くの入所者を 別の日に診療 	B-2 多くの入所者を 別の日に診療 
			C-1 居住者数人を 同日に診療 	C-2 多くの入所者を 同日に診療 	D 多くの入所者を 同日に診療 

②診療人数によって細分化する
こととしてはどうか

③集合住宅内の診療患者数
に応じた評価としてはどうか

④一般のアパート・団地等において複数の患者に訪問診療した場合については一定の配慮をしてはどうか

【見直し案②】

現在「1人(同一建物以外)」「2人以上(同一建物。同一日)」で区分されているが、より
きめ細かく区分する(例えば、1人、2-9人、10人以上など)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設するとともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	1人	2～9人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～
在宅時 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料																				
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③(うち1回は情報通信 機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤(うち2月目は情報通 信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

患者状態に応じた 在医総管・施設総管理の 評価

在医総管・施設総管における状態に応じた評価について

- 在宅医療提供患者割合が95%以上又は3月当たり訪問診療回数が2100回以上の医療機関については、看取り実績や施設患者割合、医療・介護の手間にかかる患者の割合等による基準を満たさない場合、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を減算することとしている。
- 要介護3以上の患者等については、患者の状態等に応じたきめ細かな評価を行う観点から、包括的支援加算によって患者ごとに評価を行っている。

		医療機関ごとの在宅医療提供患者割合	
		95%未満	95%以上(在宅専門診療所)
医療機関ごとの3月 当たり訪問診療回数	2100回未満	※1	※1
	2100回以上	※2	※1※2

重症患者割合等に応じた減算規定

- ※1 在医総管・施設総管において、機能強化型でない在支診・病の点数を算定し、さらに20%減算。
 ※2 単一建物診療患者数10人以上の施設に対する在医総管・施設総管に限り、40%減算。

以下の要件をすべて満たしていない場合、減算となる。

- (イ) 直近1年間に **5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の **在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者等の割合が7割以下**であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護3以上、「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等の割合が5割以上**であること。

患者ごとの状態に応じた加算

包括的支援加算 150点 (月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

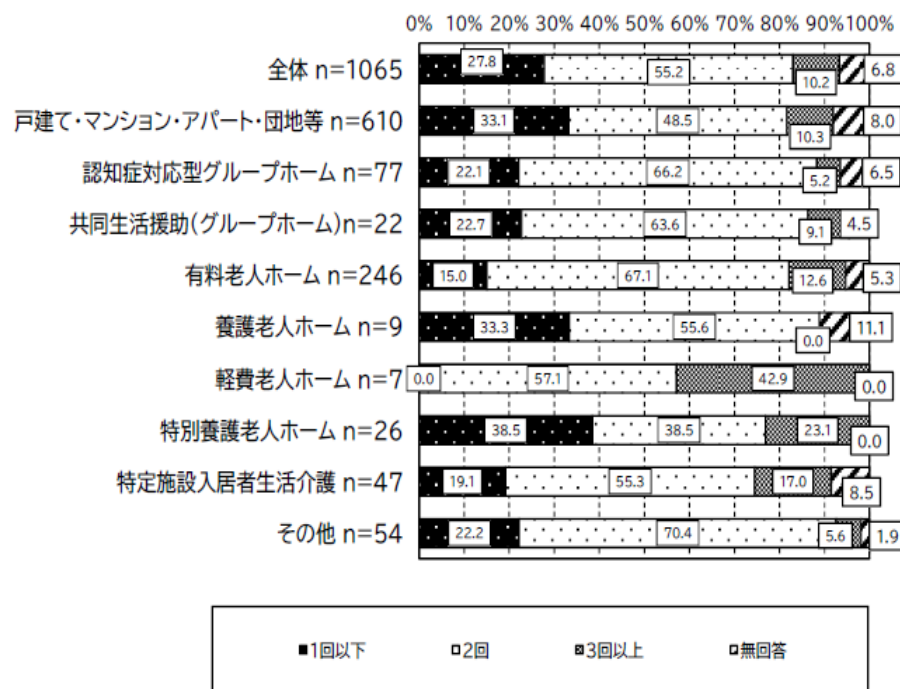
- (1) 要介護3以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 麻薬の投薬を受けている患者
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

月当たりの訪問診療回数とその理由について

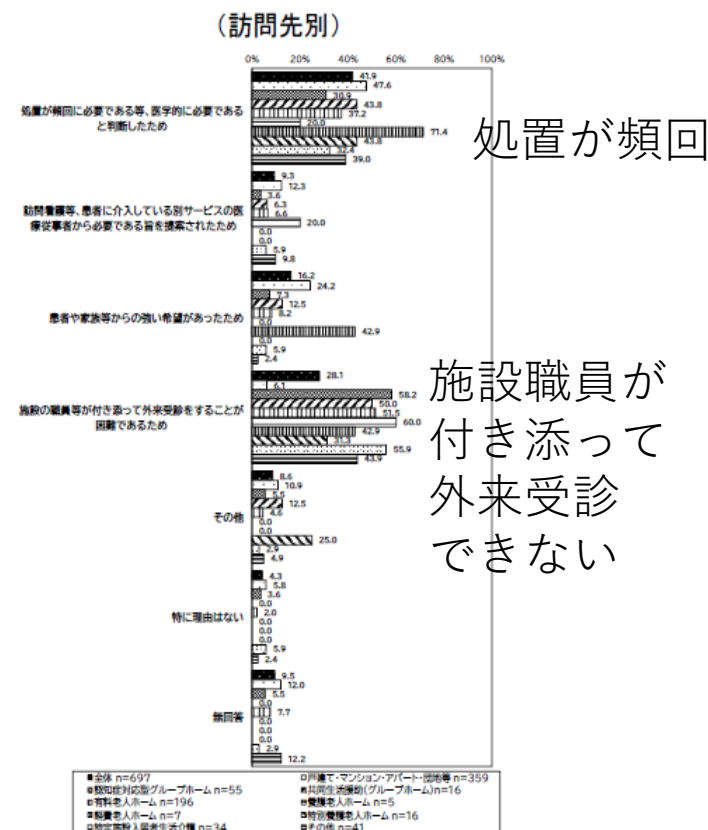
中医協 総-2
7. 8. 27

- 患者の居住場所ごとの1か月間の訪問診療回数は、戸建て・マンション・アパート・団地等では48.5%が、有料老人ホームでは67.1%が「月2回」と最多であった。
- 訪問診療実施回数が2回以上の理由について、患者の居住場所が戸建て・マンション・アパート・団地等の場合は、「処置が頻回に必要である等、医学的に必要であると判断したため」が47.6%と最も多く、有料老人ホームの場合は「施設の職員等が付き添って外来受診をすることが困難であるため」が51.5%と最も多かった。

図表 3-65 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数
(訪問先別)



図表 3-68 1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由 (複数回答)



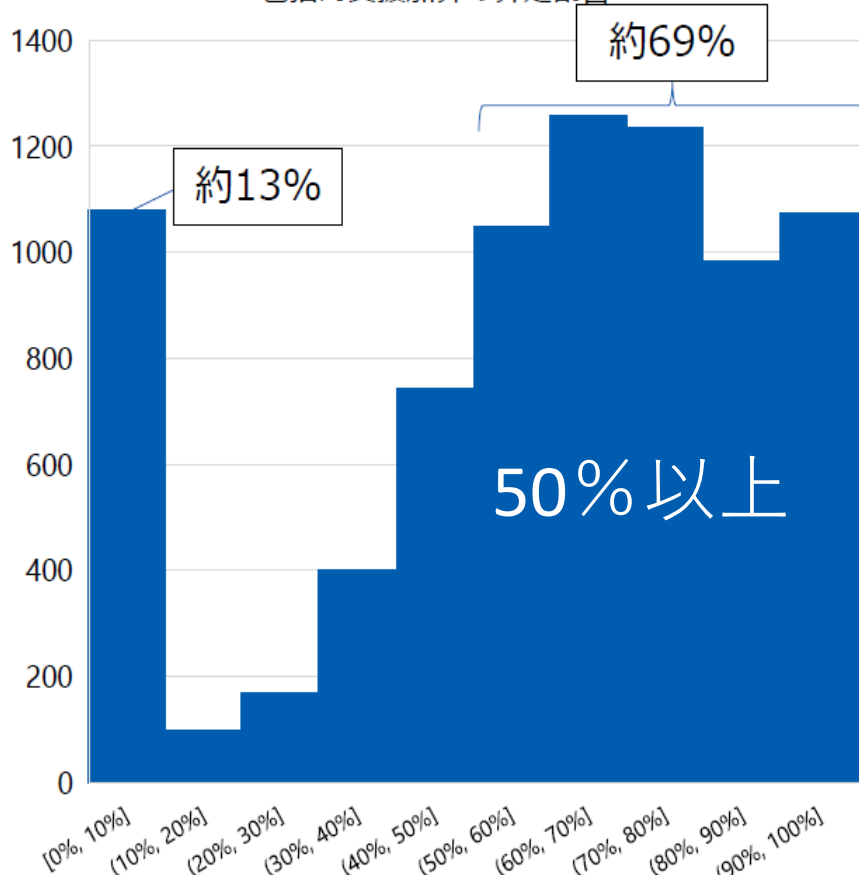
処置が頻回

施設職員が
付き添って
外来受診
できない

月2回以上の訪問診療患者に占める年齢・状態ごとの患者割合

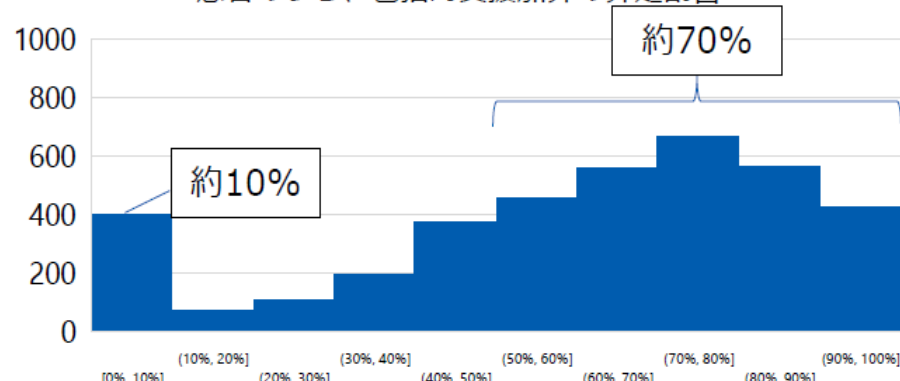
- 月2回以上訪問診療を実施している65歳以上の患者のうち、包括的支援加算の算定患者割合を医療機関ごとに見ると、50%以上の医療機関が69%程度存在した一方で、10%以下の医療機関も13%程度みられた。
- 患者の居住場所により、居宅及び施設に分類したところ、傾向に大きな差は見られなかった。

月2回以上訪問診療を実施する65歳以上の患者のうち、
包括的支援加算の算定割合



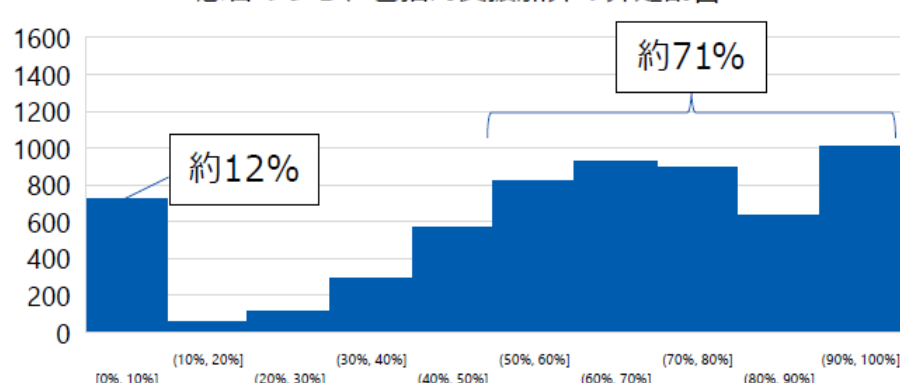
※ 65歳以上の在医総管・施設総管の算定患者数が合計10人以上の医療機関に限り集計。

居宅等に居住する月2回以上訪問診療を実施する65歳以上の患者のうち、包括的支援加算の算定割合



※ 65歳以上の在医総管の算定患者数が10人以上の医療機関に限り集計。

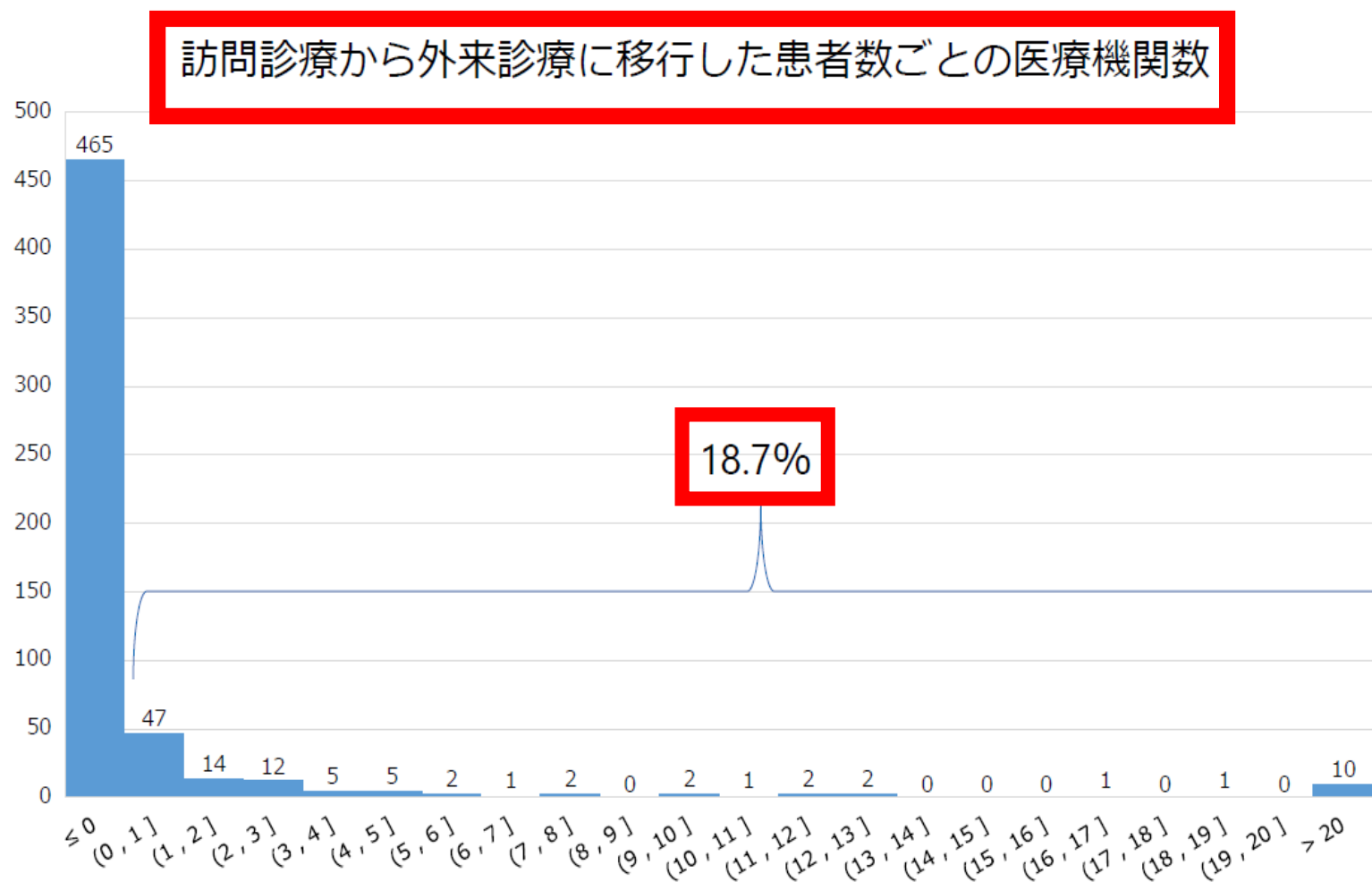
施設等に居住する月2回以上訪問診療を実施する65歳以上の患者のうち、包括的支援加算の算定割合



※ 65歳以上の施設総管の算定患者数が10人以上の医療機関に限り集計。

訪問診療から外来診療に移行した経験のある医療機関

- 過去1年以内に訪問診療から外来診療に移行した経験のある医療機関は、19%程度存在した。



- ・ 必要性の低い在宅医療を漫然と継続する医療機関については
評価引き下げ
- ・ 通院可能患者は在宅医療から
外来医療への復帰

パート2 訪問看護

住宅型ホスピス

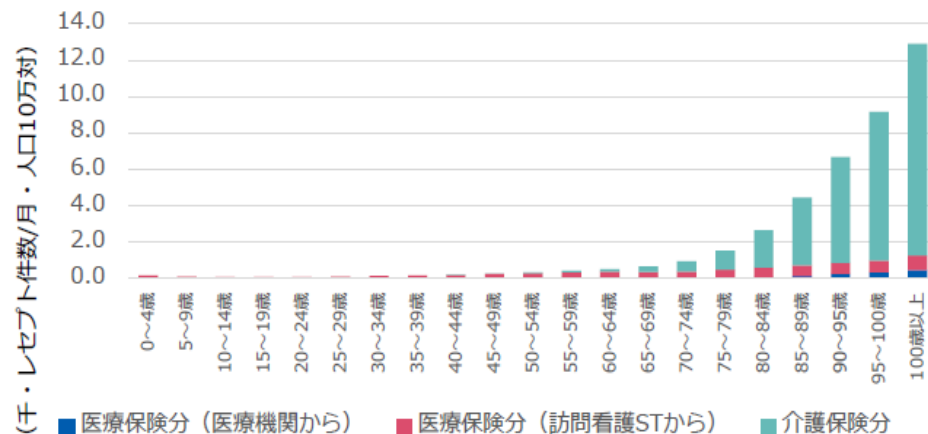
訪問看護の必要量について

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年7月20日

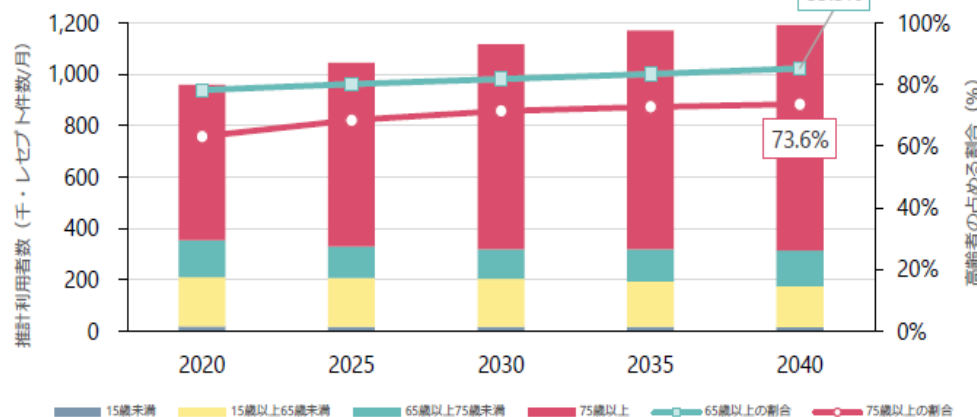
資料
改

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

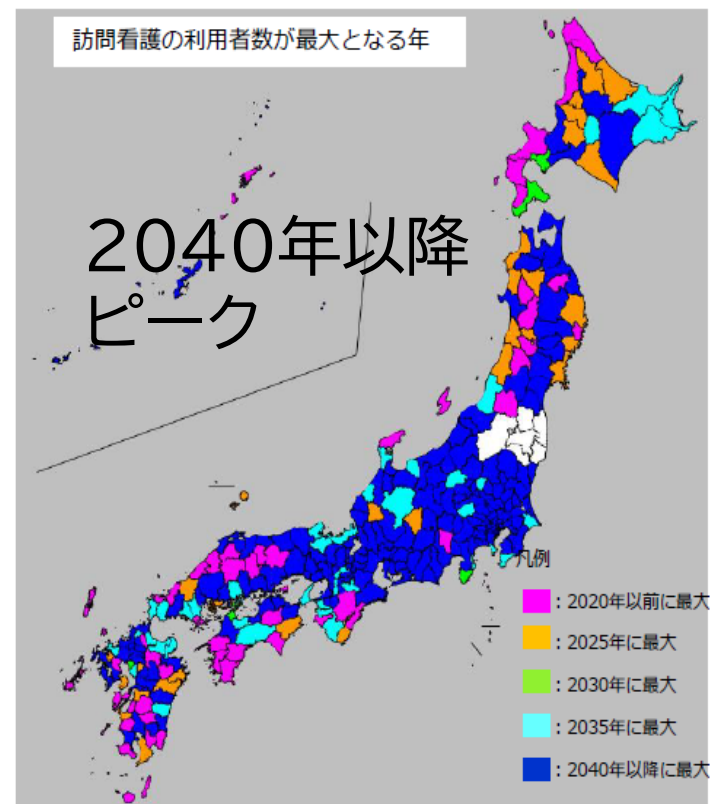
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護D8及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護D8データ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導科及び精神科訪問看護・指導科のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

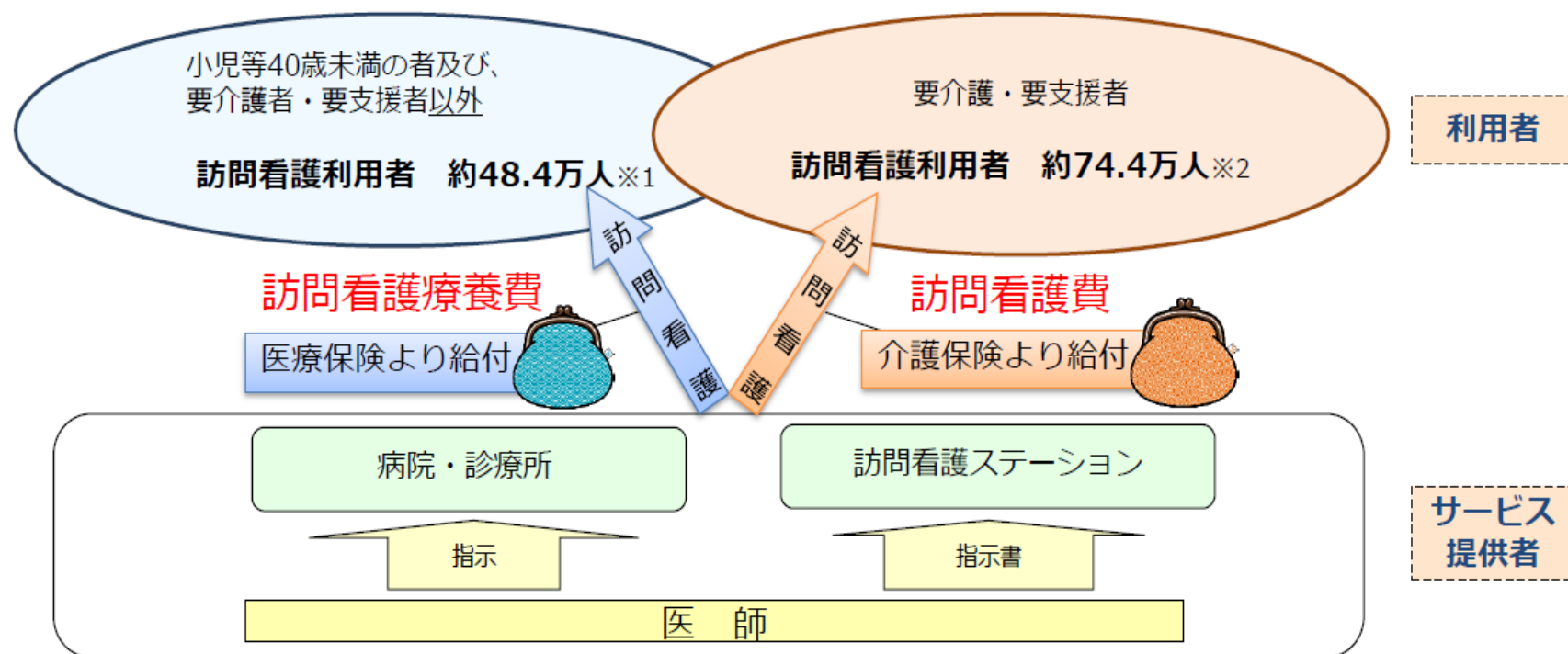
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。

※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

訪問看護の仕組み

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



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

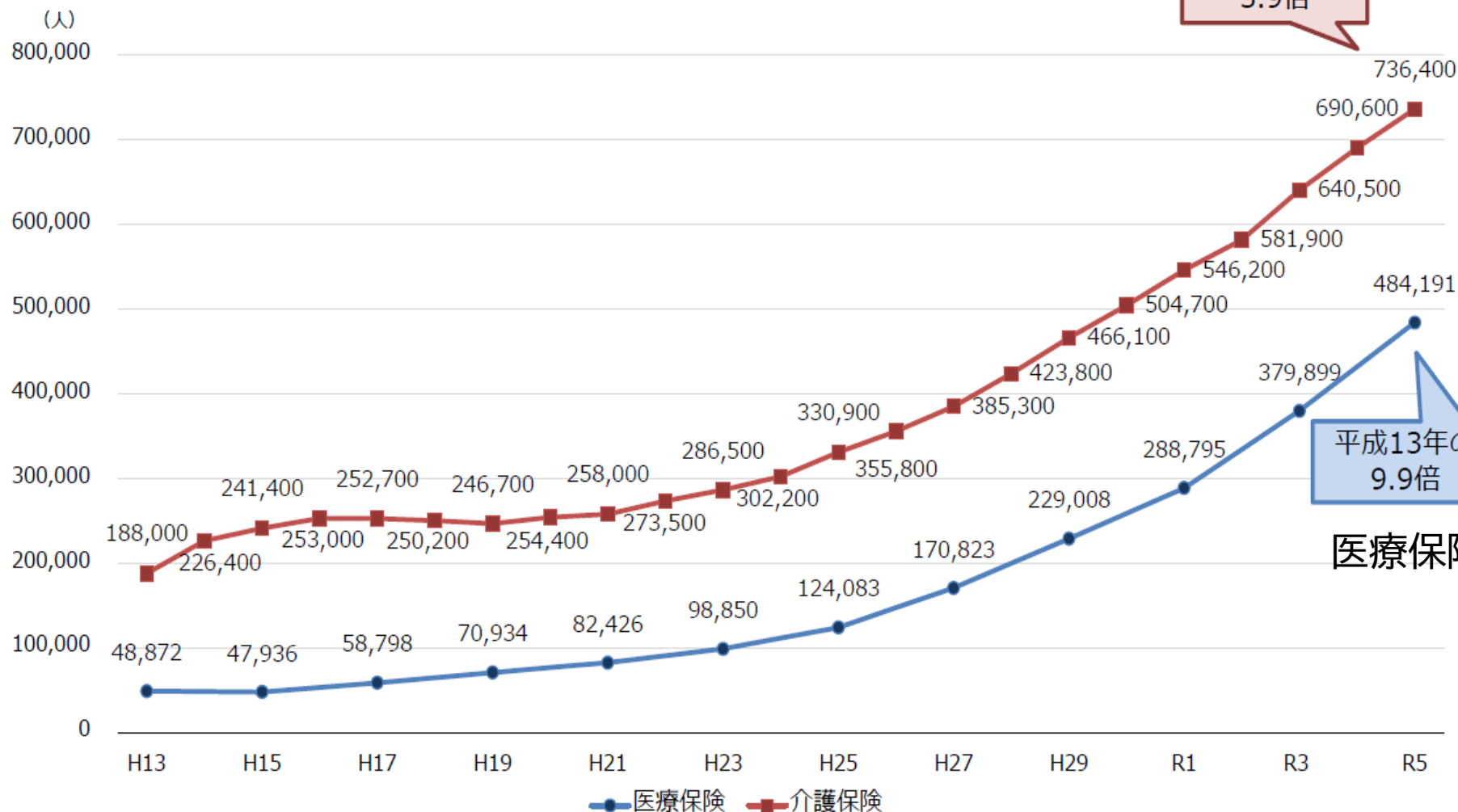
別表8は
処置リスト

訪問看護の利用者数の推移

中医協 総 - 2
5. 10. 20

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

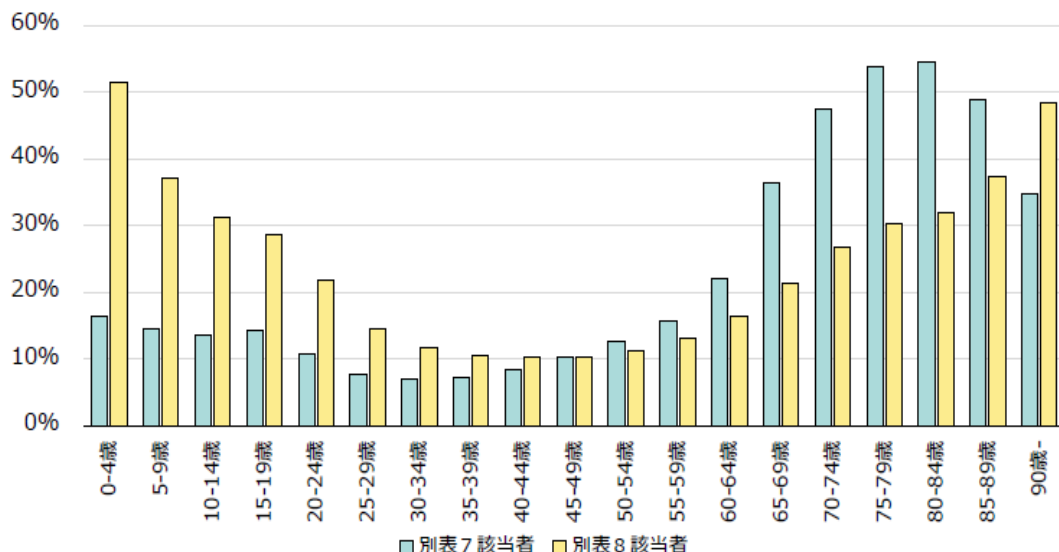
■ 訪問看護利用者数の推移



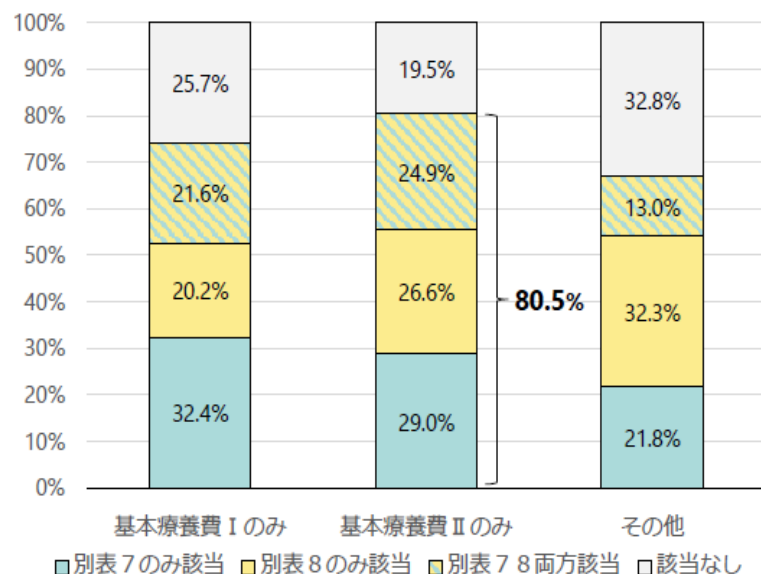
医療保険の訪問看護利用者の別表第7及び別表第8の該当状況

- 医療保険の訪問看護利用者における別表第7の該当者は70～80歳代、別表第8の該当者は小児と高齢者の割合が高い。
- 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している利用者のうち、基本療養費（Ⅱ）のみを算定している利用者において、別表第7及び別表第8の該当割合が80.5%と高い傾向にある。

■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）算定者の該当割合



【別表第7】

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

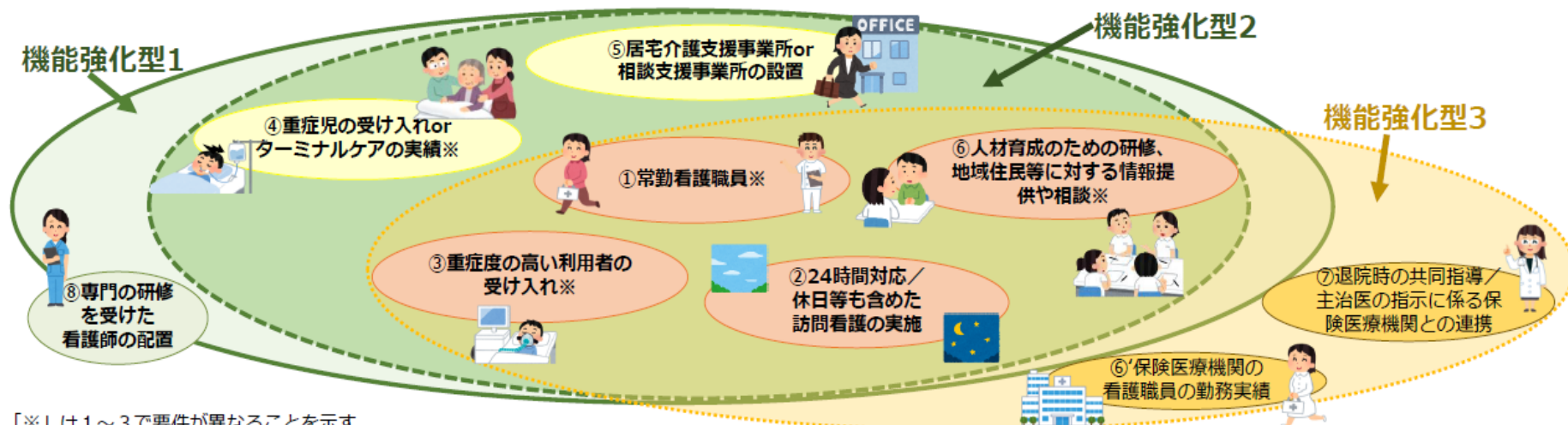
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

【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
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 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
- ※算定日数制限なし

機能強化型訪問看護ステーションの要件等

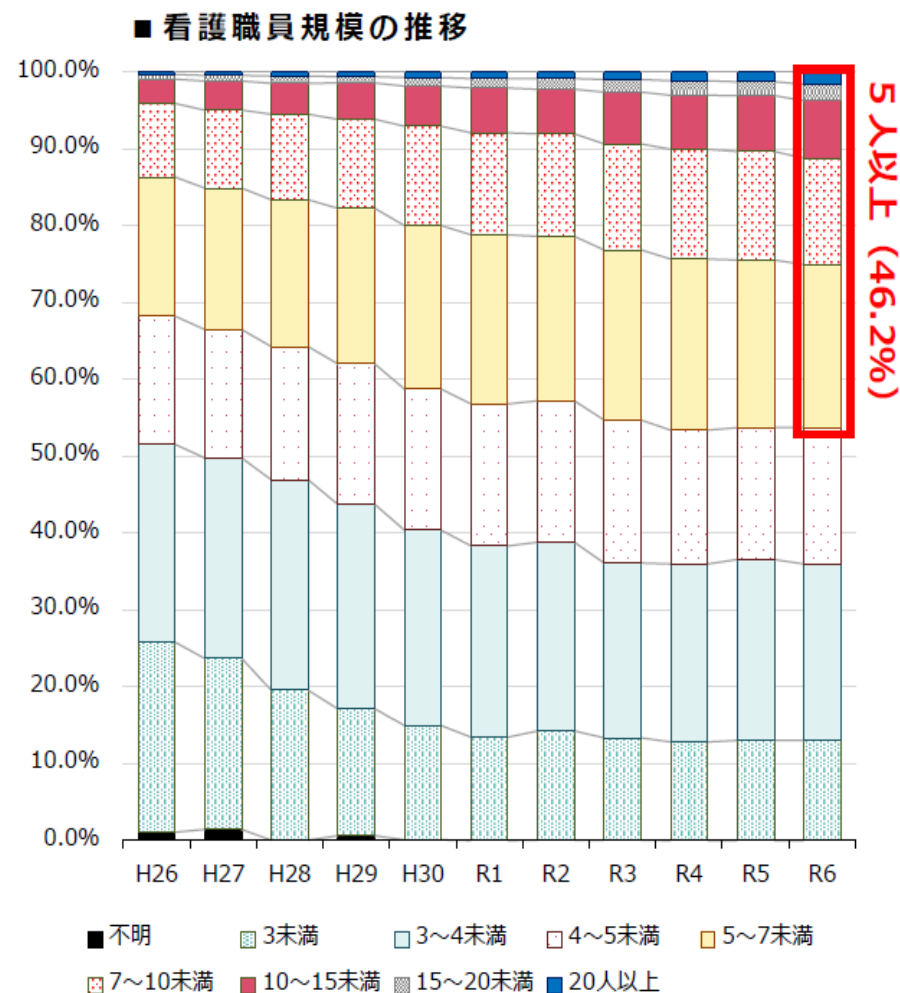
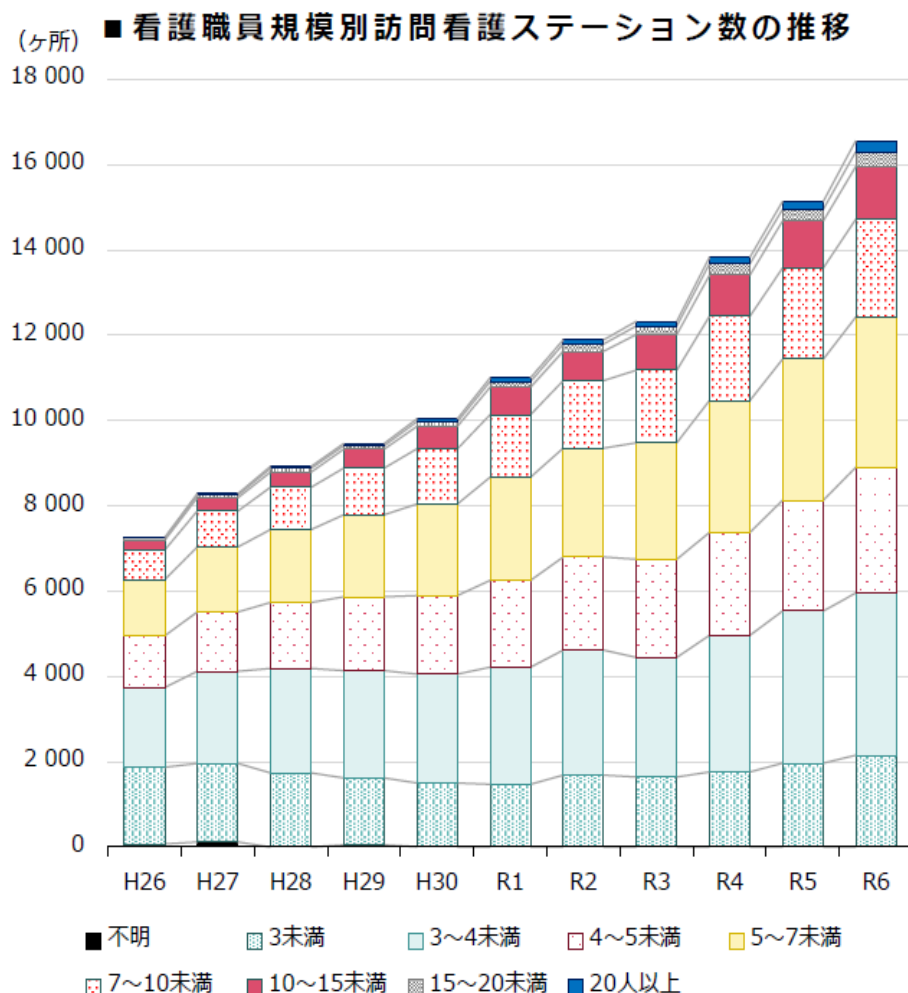


「※」は1～3で要件が異なることを示す

要件	ターミナルケアや重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
① 看護職員の数、割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤5人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤4人以上 6割以上
② 24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上／月	別表第7に該当する利用者数 7人以上／月	・別表7、別表8に該当する利用者又は精神科重症患者 ・複数の訪看STが共同している利用者 上記のいずれかの利用者数 10人以上／月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①前年度20件以上 ②前年度15件以上、常時4人以上 ③常時6人以上	①前年度15件以上 ②前年度10件以上、常時3人 ③常時5人	
⑤ 在宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 (計画作成が必要な利用者の1割程度の計画作成)			
⑥ 地域における人材育成等	人材育成のための研修等の実施 地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		・医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上／年 ・地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
⑦ 医療機関との共同			・⑥'の医療機関以外の医療機関との退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上 (同一敷地内に医療機関が設置されている場合に限り)
⑧ 専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師の配置（望ましい）	

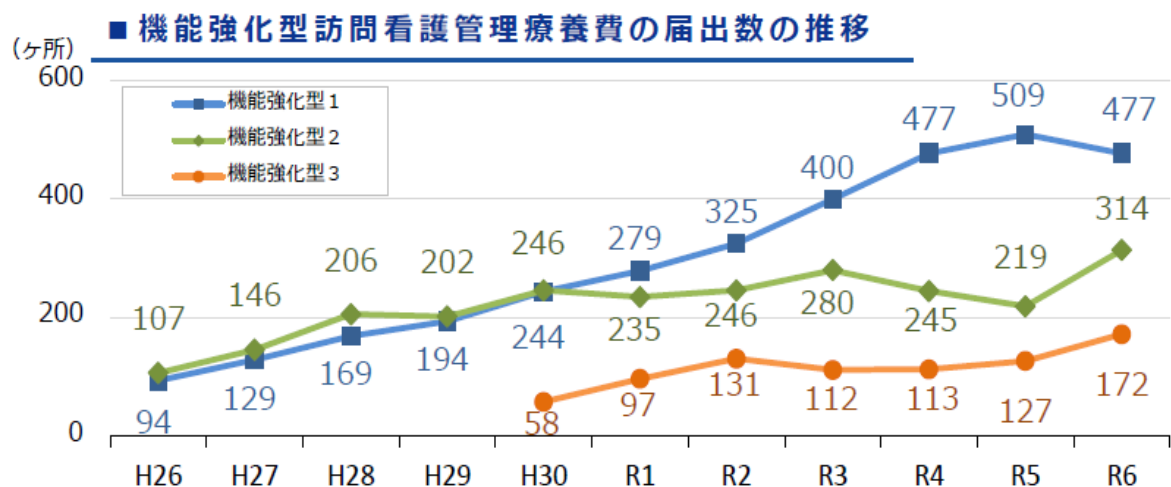
看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

○ 看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数の割合については、令和6年では5人以上の訪問看護ステーションの割合が46.2%となっている。



機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

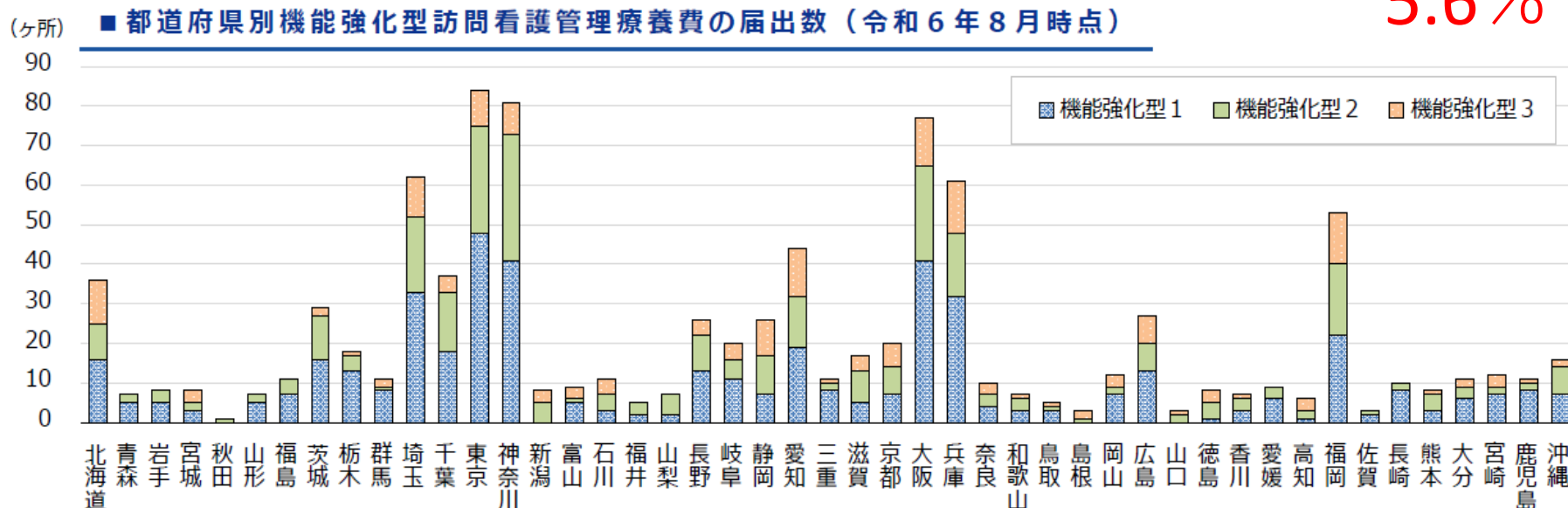
- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和6年8月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が314事業所、機能強化型3が172事業所である。



(令和6年8月時点)

機能強化型 訪問看護管理療養費1	477
機能強化型 訪問看護管理療養費2	314
機能強化型 訪問看護管理療養費3	172
計	963

5.6%



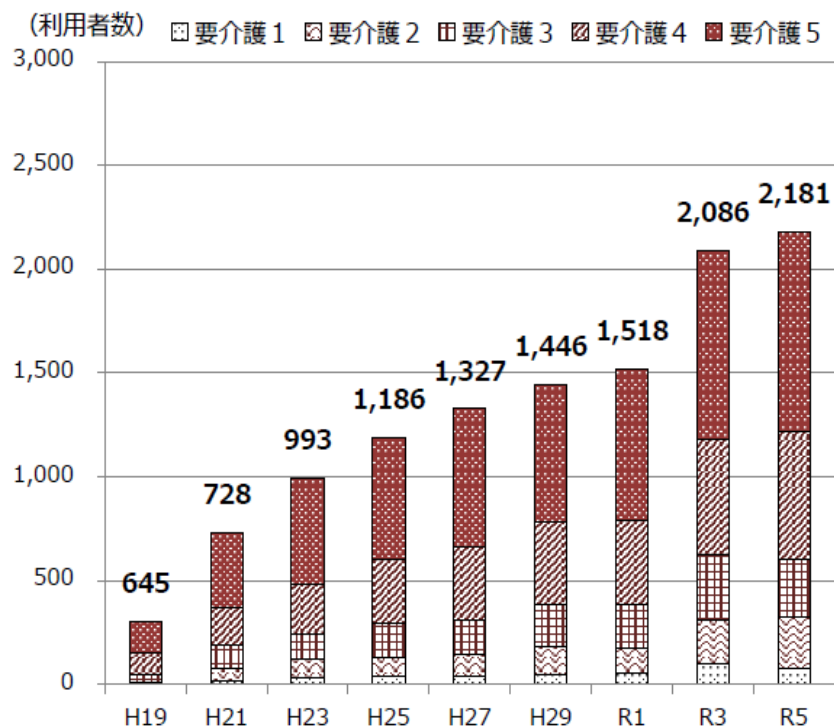
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

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

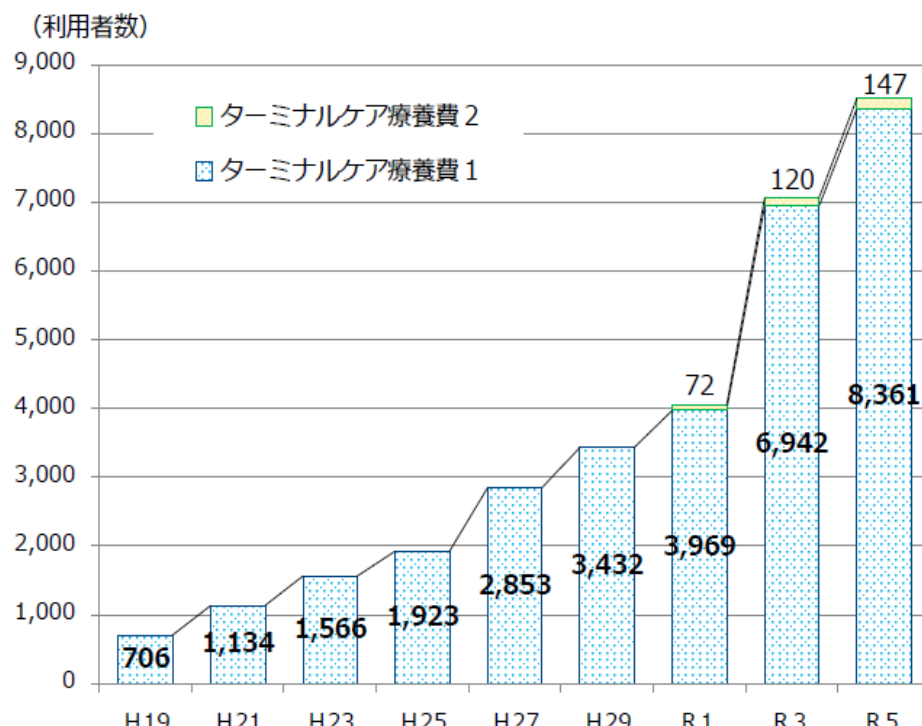
- 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ 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)

住宅型ホスピス

「かあさんの家」から始まった

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に、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、もともとはご主人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



！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

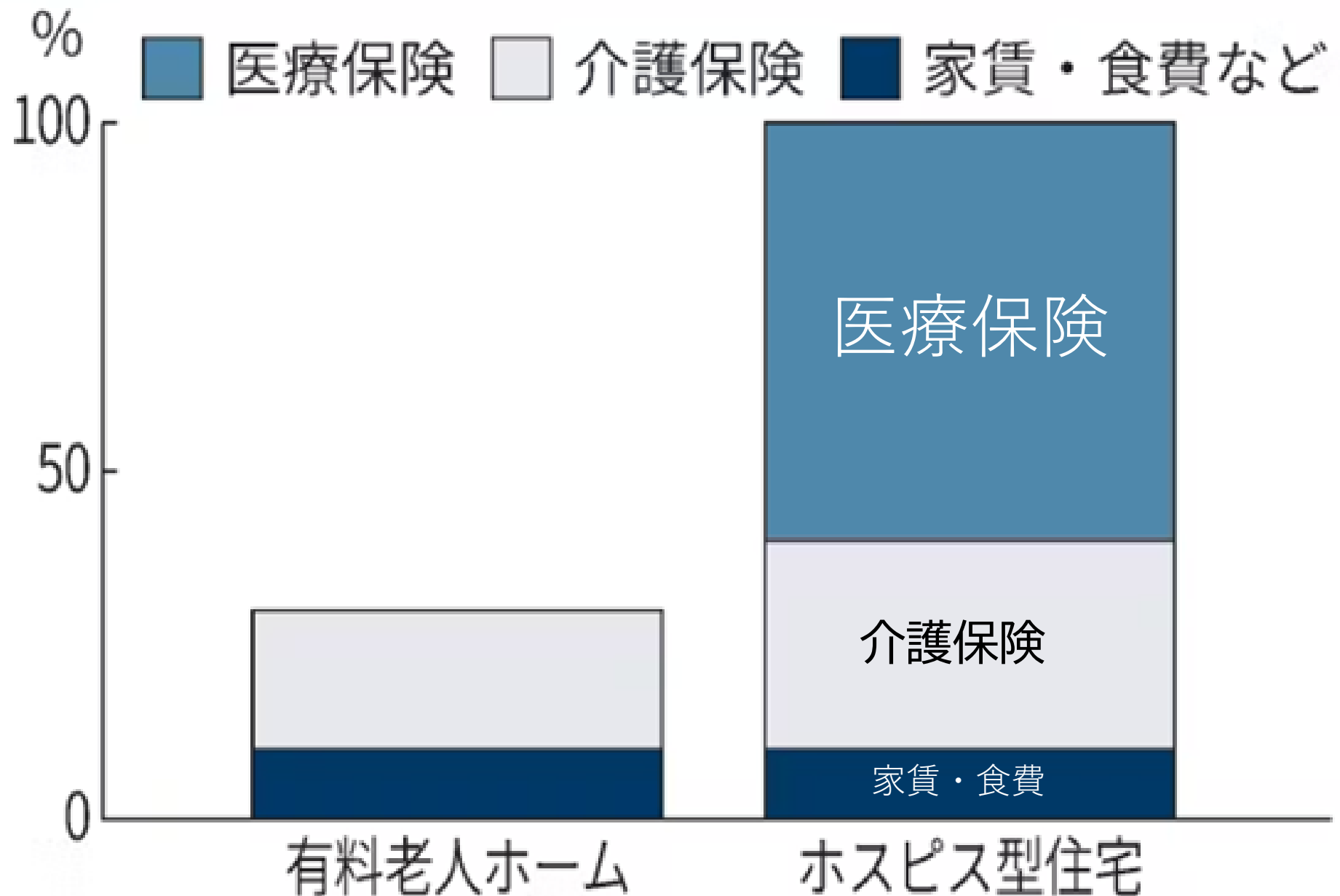


	緩和ケア病棟	ホスピス型住宅
特徴	- 医療を重視 - 専門的な医療ケアやリハビリを受けられる病床があることが特徴	- 自分らしい生活を重視 - がんや難病のケアを受けながら、「自分らしい生活」に重点を置いた住宅型施設
滞在期間	症状が安定すると退院を促されるケースが多い	入居期間の定めがない
医療設備	医療設備が充実している	病院のような医療設備はなし。普段使っている医療機器を持ち込むことは可能
医師の常駐	常駐している。患者48名に対して1名の医師が配置	訪問診療で月2回の診療が目安。緊急時は24時間往診対応可能
居室のプライベート空間	個室または複数人で過ごす相部屋もある	個室が基本。家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

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）

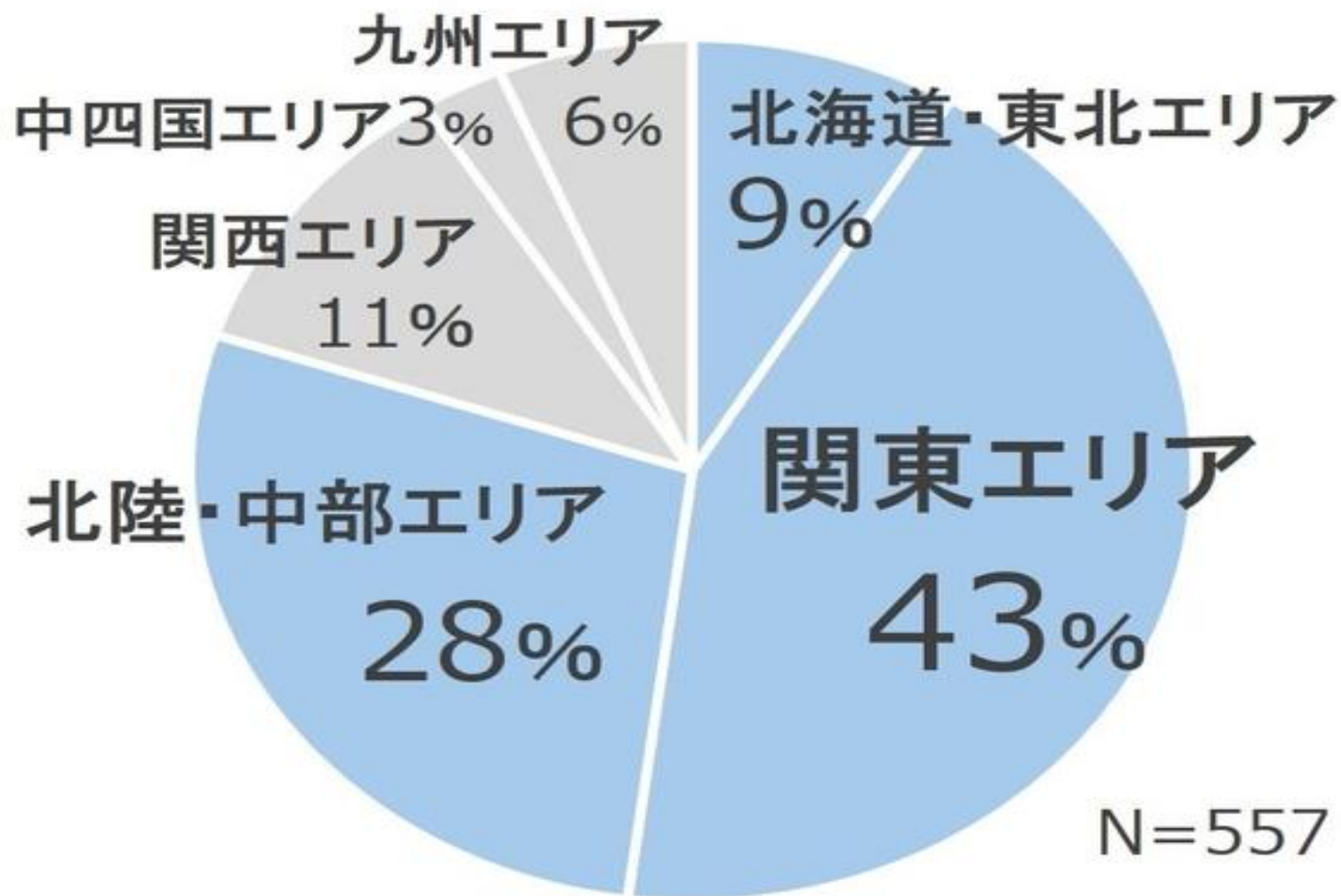
主な売り上げ構成の違い



(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



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

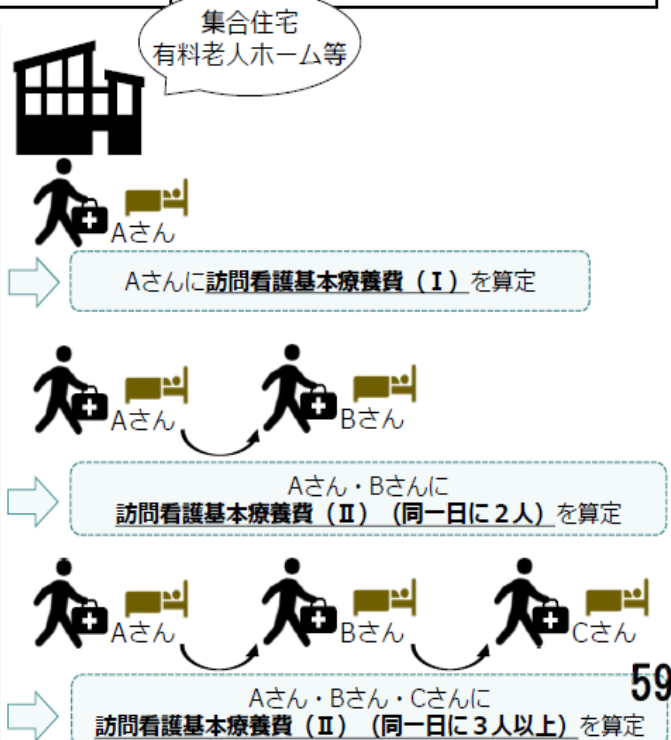
- 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	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。

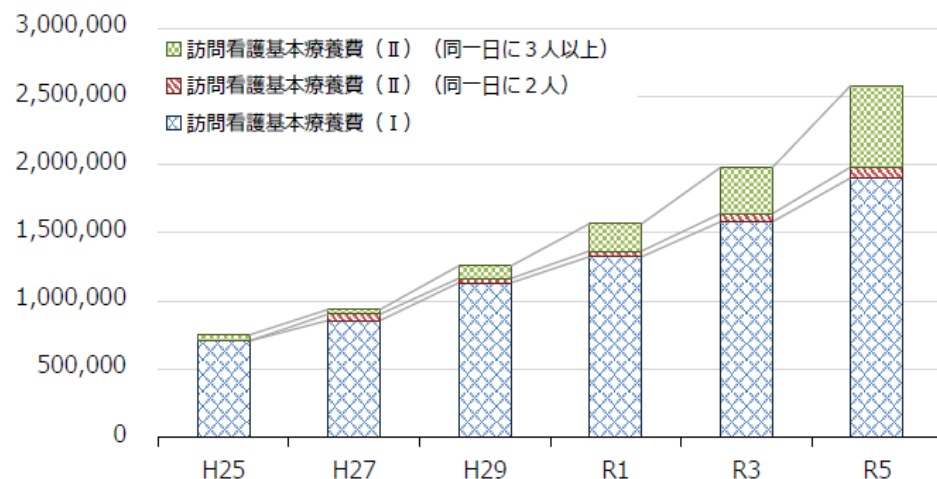


同一建物居住者への訪問看護の状況

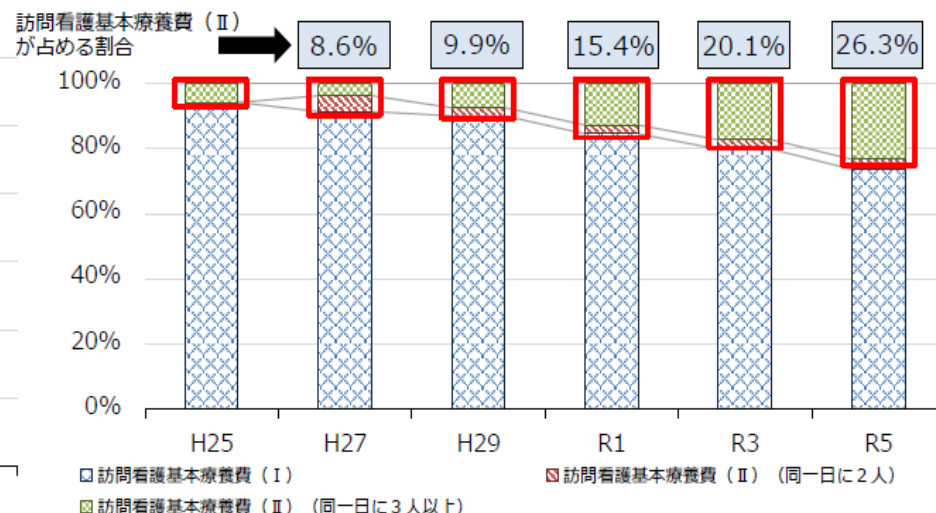
中医協 総 - 2
5. 10. 20

○ 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。

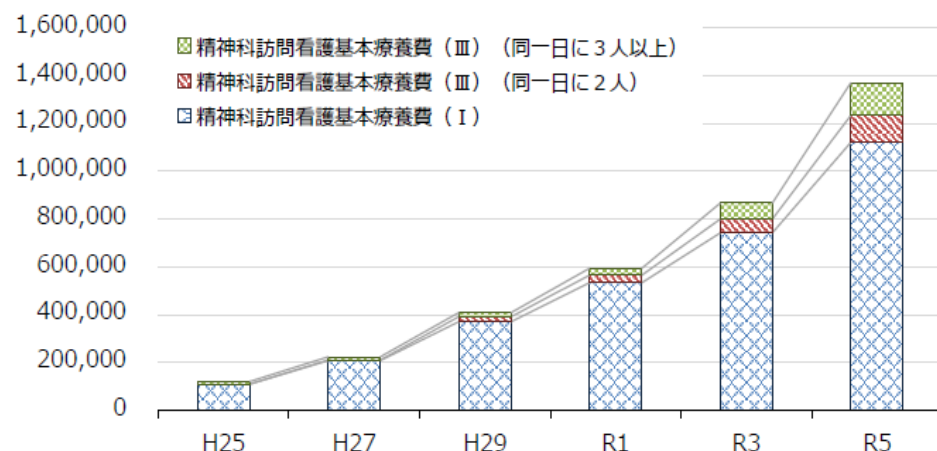
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



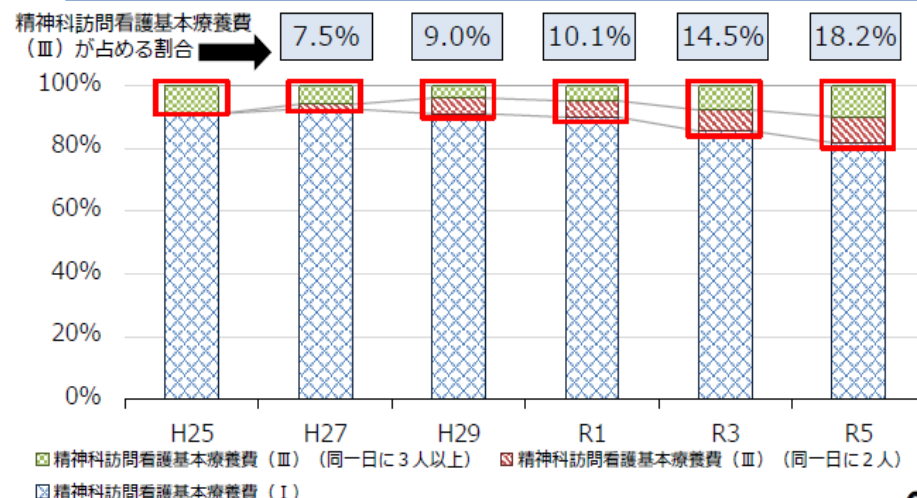
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定回数の推移



■ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）の算定割合の推移

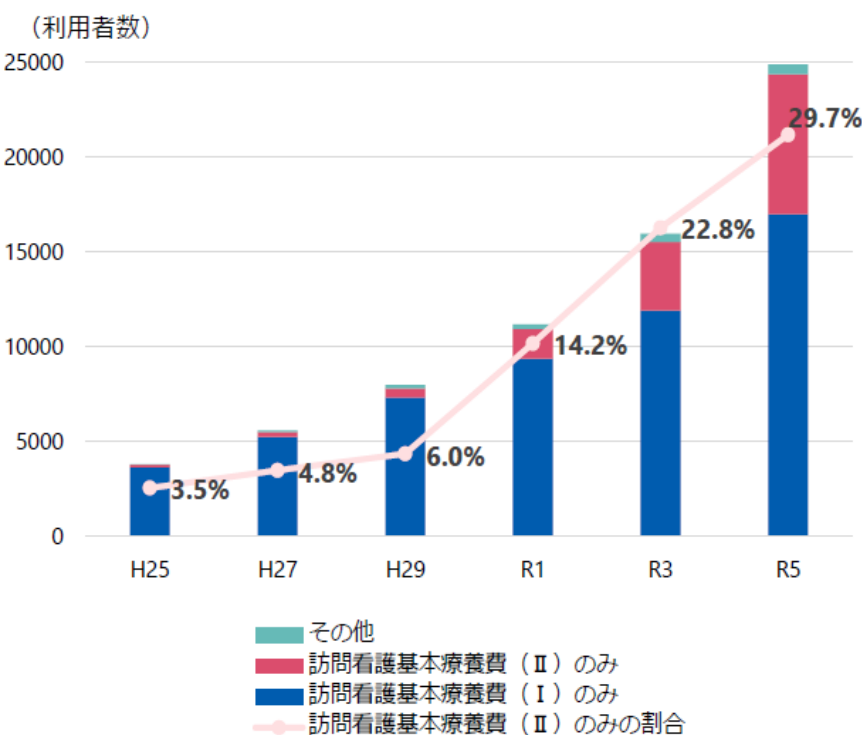


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

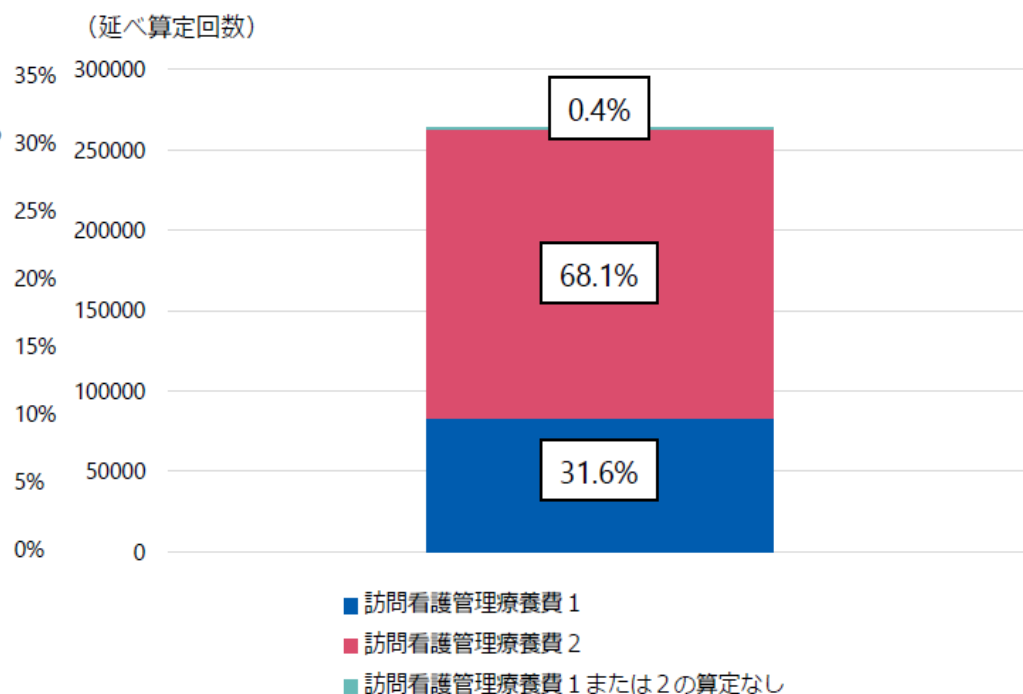
加算の算定状況：複数名訪問看護加算

- 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）

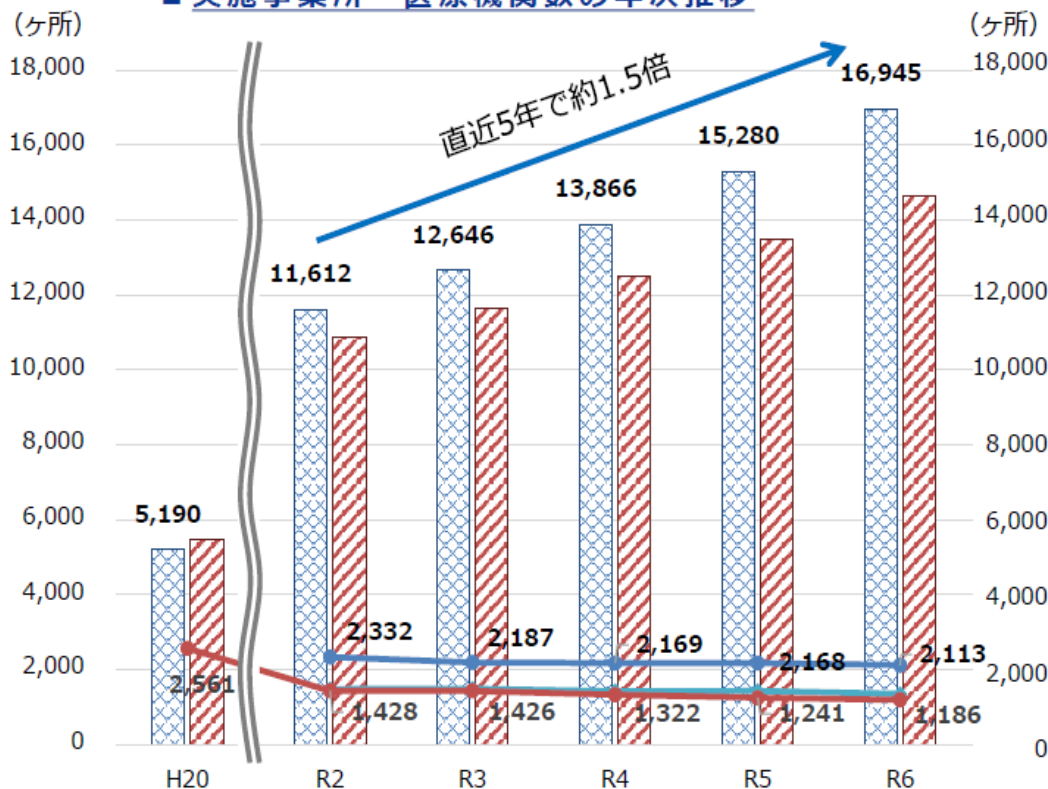
（右図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

※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」）

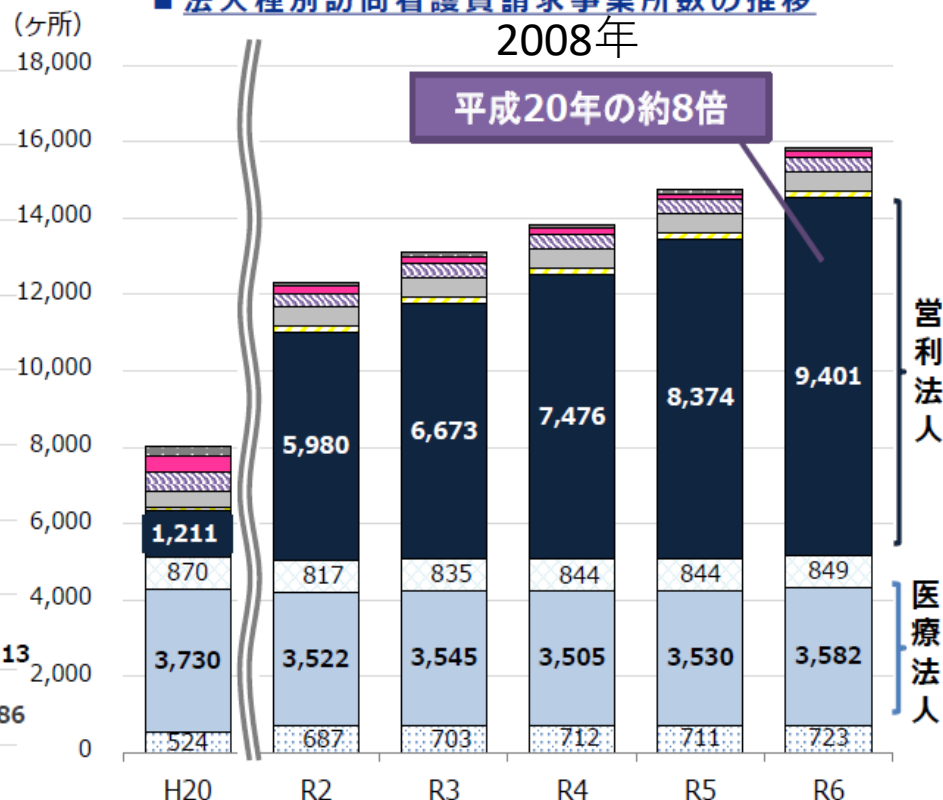
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

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

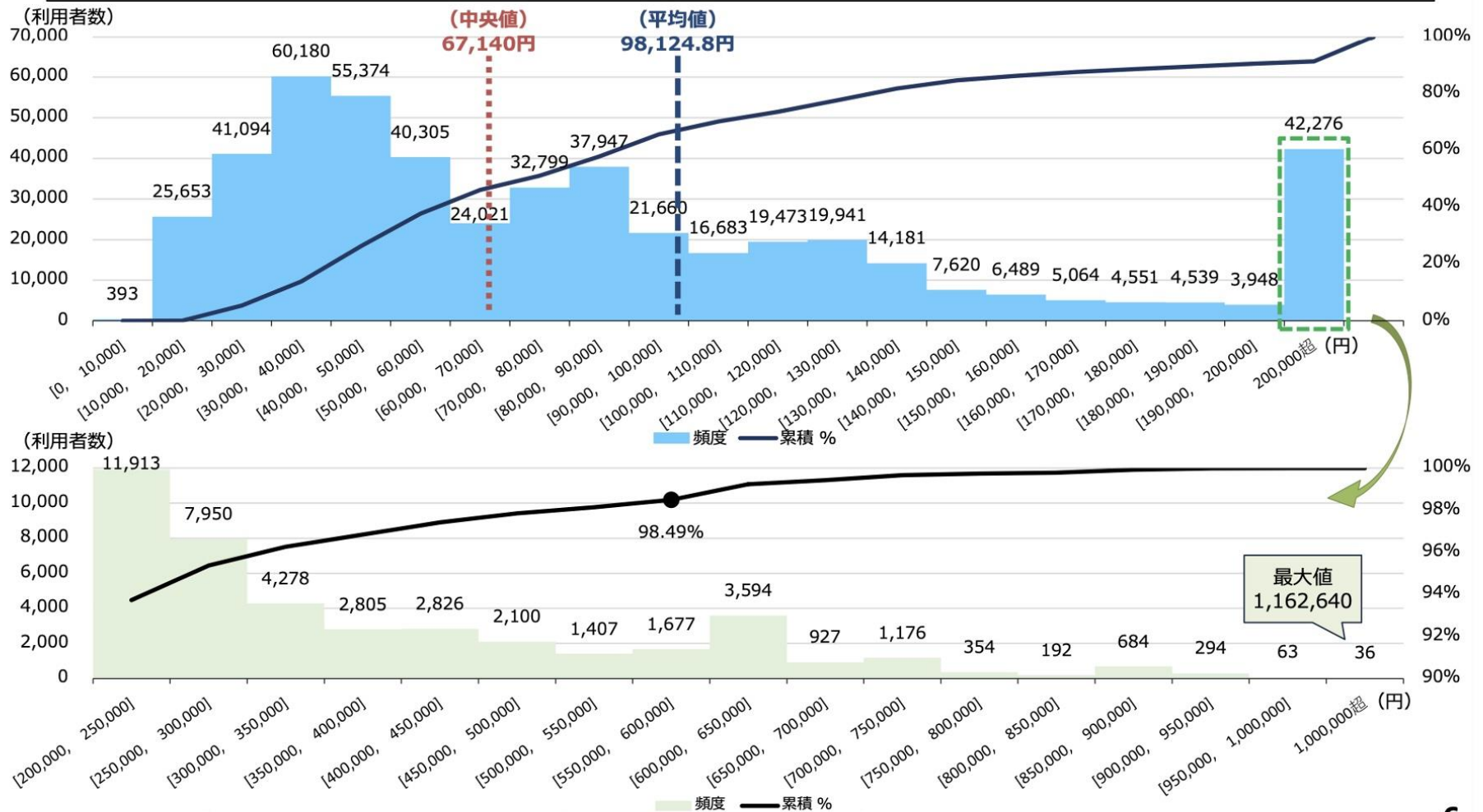
		単価（円）	算定日数	計（円）
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670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

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。



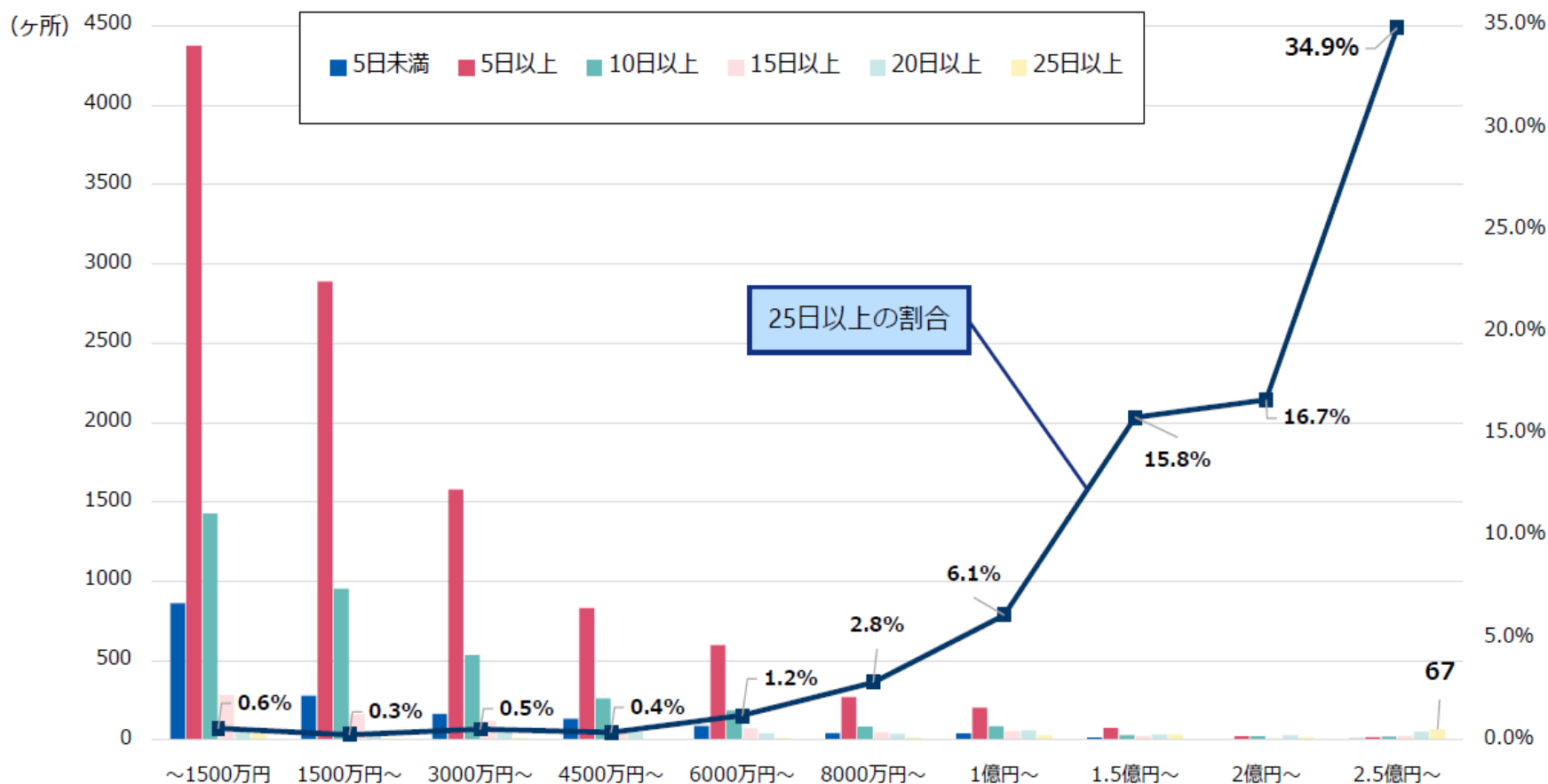
出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(令和5年6月審査分より推計)(速報値)

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**

(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

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。

まとめと提言

- ・ 機能強化型在支病間の実績による差別化が始まる
- ・ 連携型機能強化型在宅療養支援病院の要件整理
- ・ ホスピス型住宅への頻回な訪問看護により、
同一建物の訪問看護が大幅減算になる？
- ・ 訪問看護の医師指示書に訪問回数を明記すること
になる

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、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



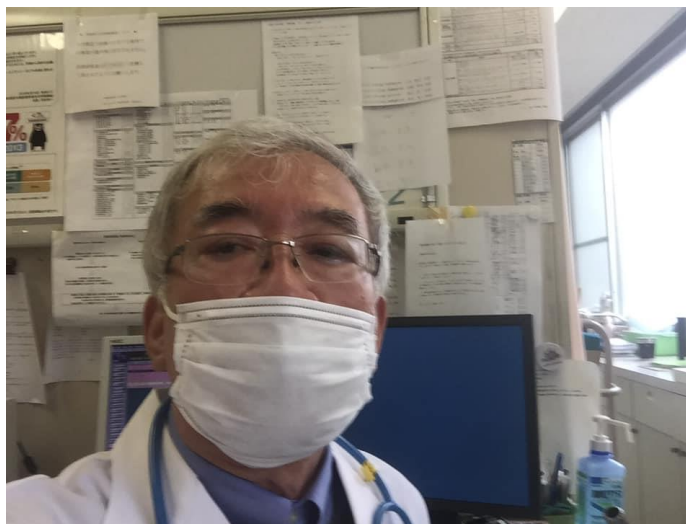
2025年から2040年の15年で、医療と介護はどう変わるか、医療機関はいかに対応するか——その難路の行程を的確に指し示す、新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——のアウトラインとその全体像。

医学通信社



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