

在宅（その2）

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

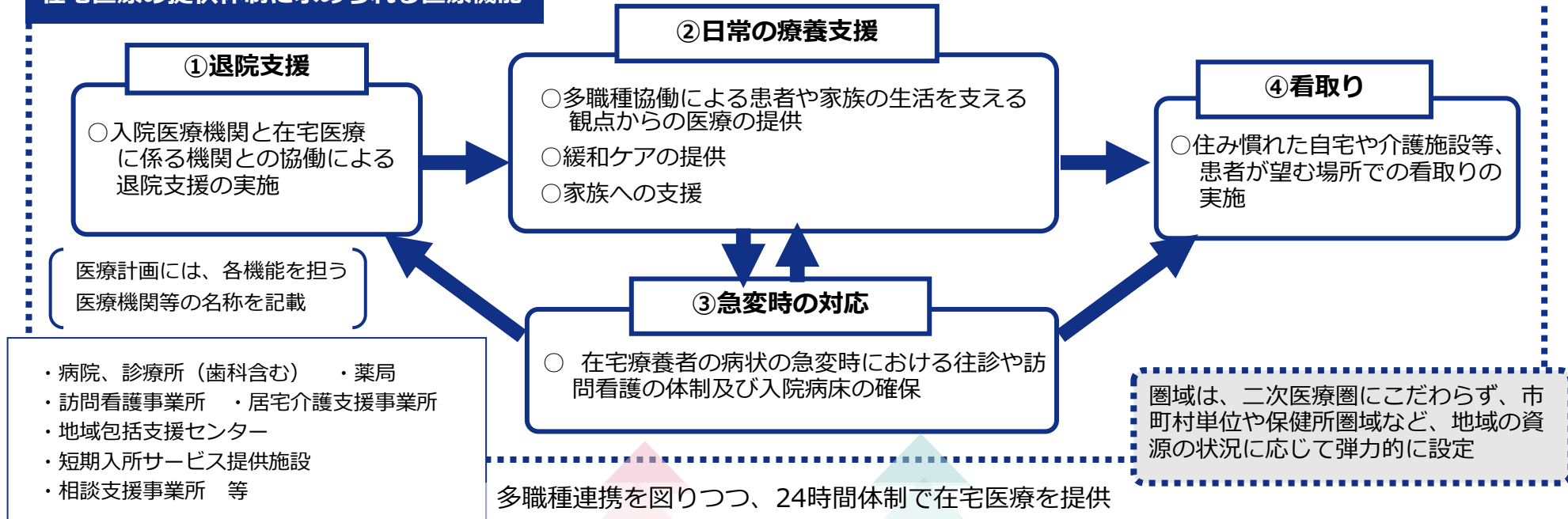
2-3 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援
- ・在宅療養支援診療所
 - ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等
- ・市町村 ・保健所
 - ・医師会等関係団体 等

第 8 次医療計画における 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第 8 次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の 4 つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第 2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能との連携

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、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、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づけられることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※ 下線部分は第 8 次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

- 在宅療養支援診療所は、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものとされており、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならないとされている。
- また、保険医療機関と連携するに当たって、緊急時の往診等を想定した平時からの情報連携が前提となっている。

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、**緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制**（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在し、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を有する保険医療機関を除く。）**等を確保**しなければならない。なお、当該診療所が他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）と連携する場合には、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

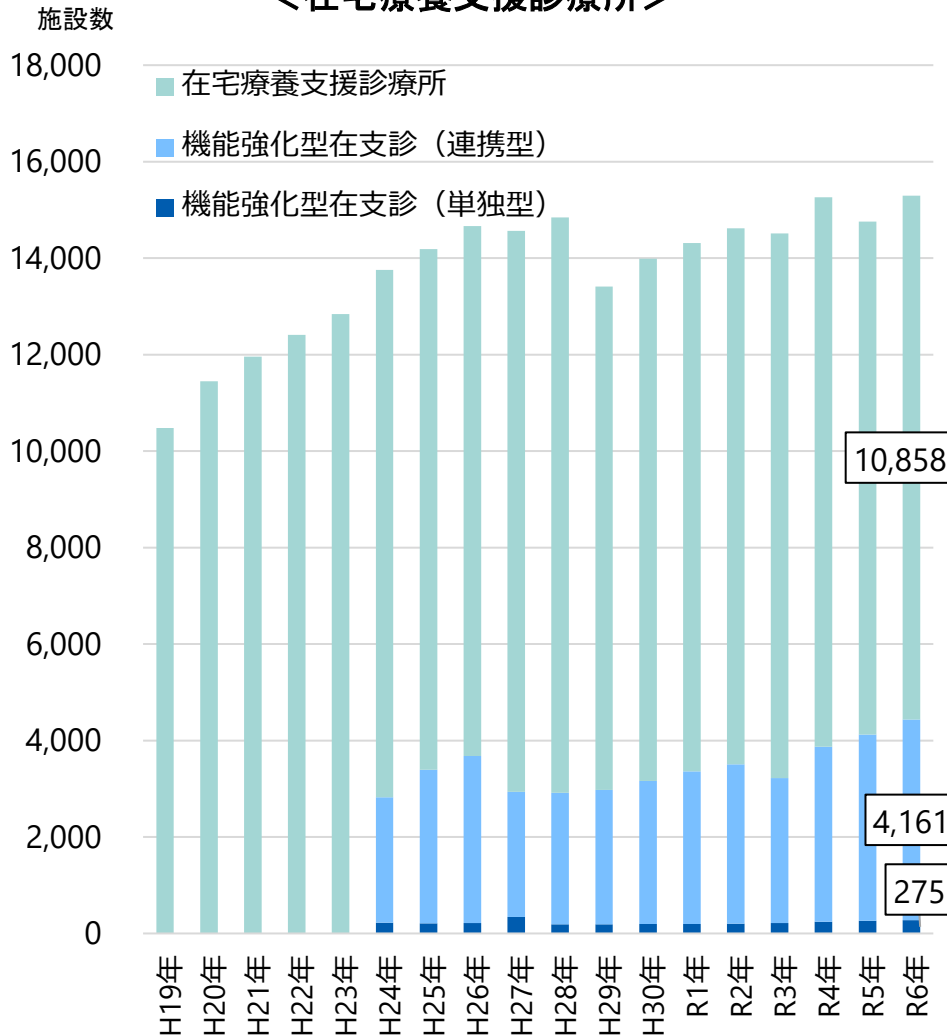
連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録等に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

在宅療養支援診療所・病院の届出数

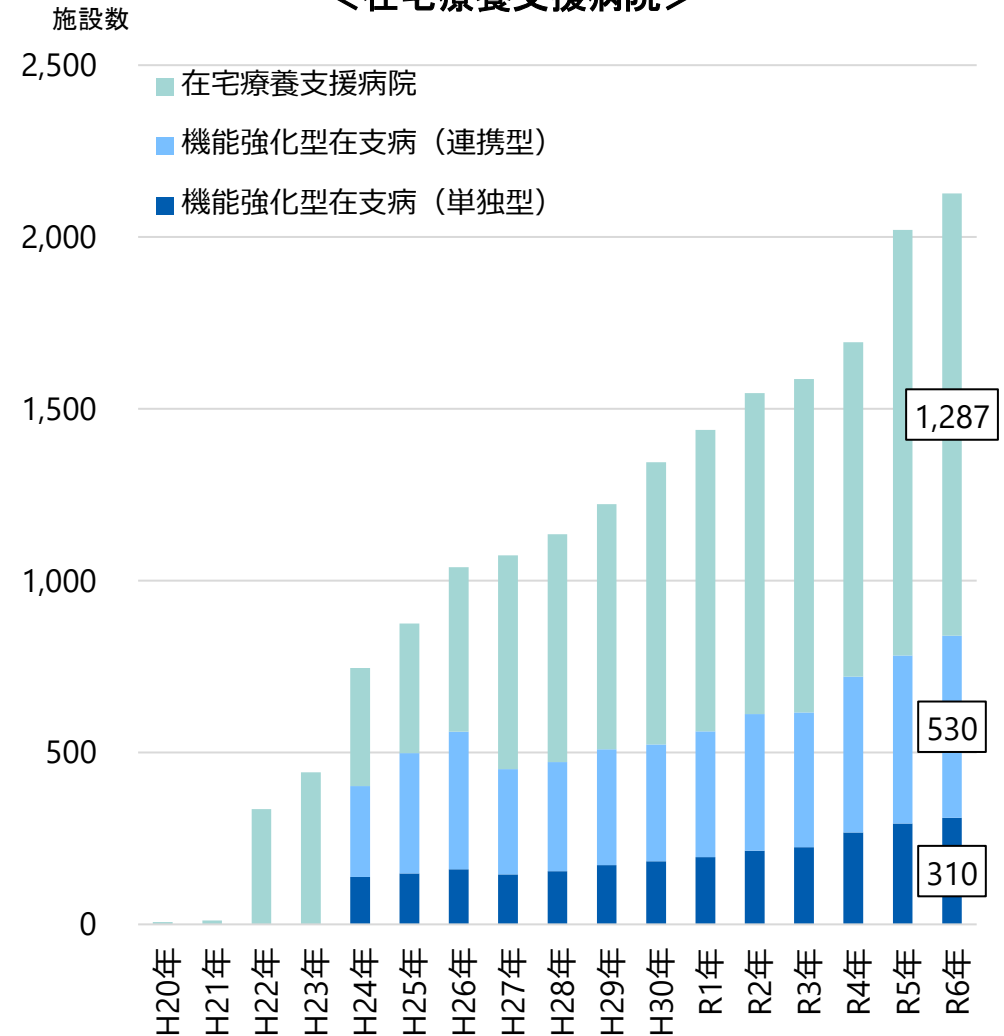
中医協 総-2
7. 8. 27

- 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>



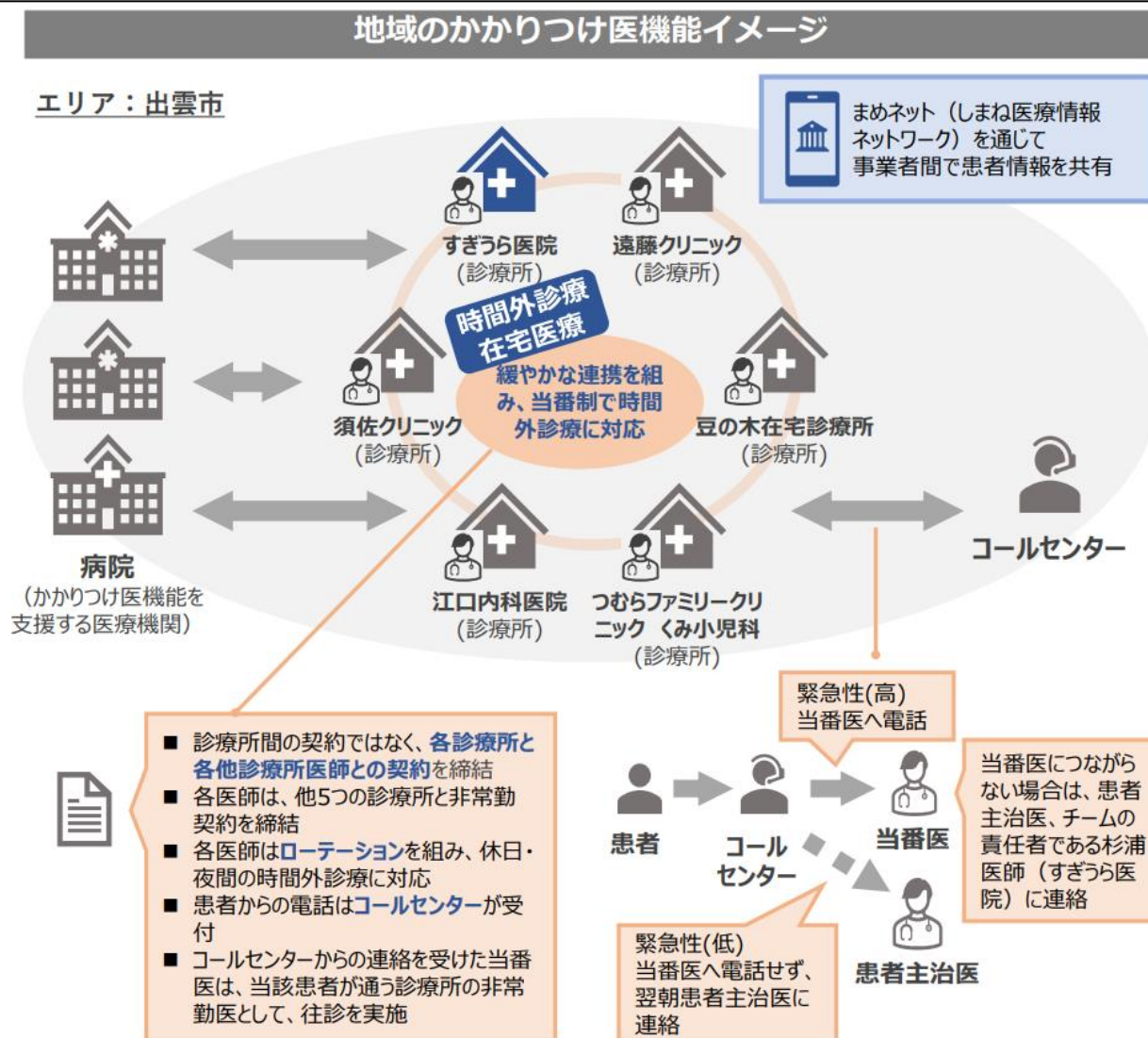
<在宅療養支援病院>



在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携

中医協 総-2
7. 8. 27

- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。



(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 過去1年間の 緊急往診の実績 連携内で10件以 上 各医療機関で4 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

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				
在宅時 医学総合管理料		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 ～
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 ～
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

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

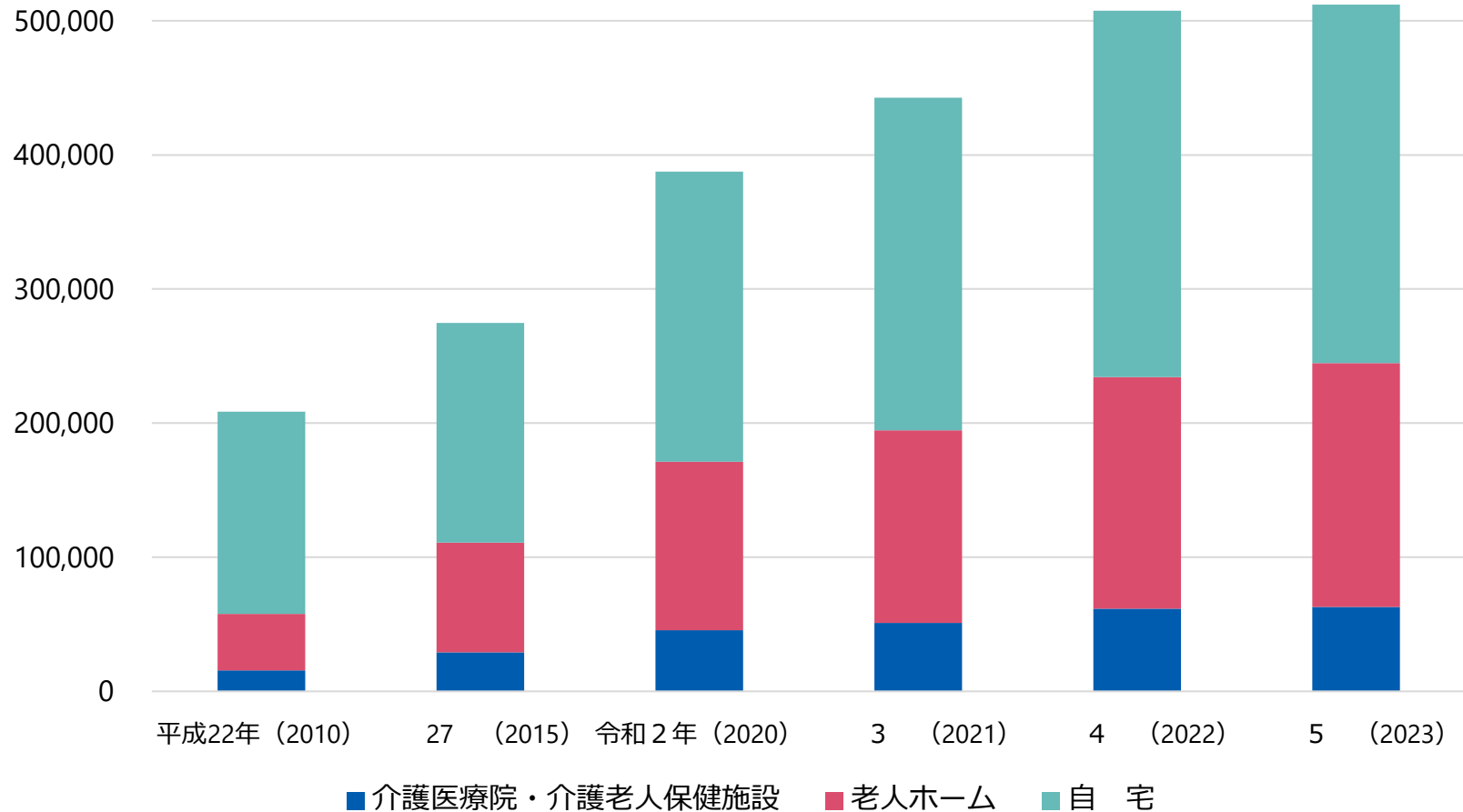
2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

介護保険施設、老人ホーム及び自宅における死亡者数の推移

- 介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム、自宅における死亡者数について、平成22年と令和5年を比較すると、約2.5倍に増加している。

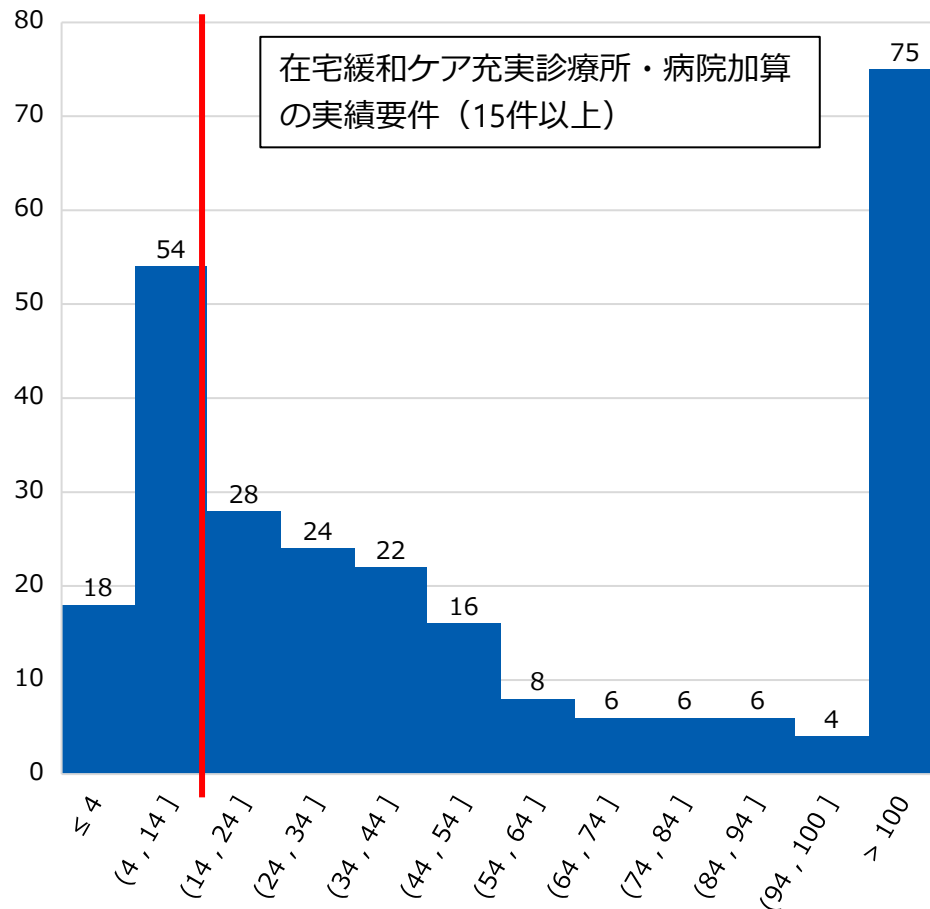


※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを指す。

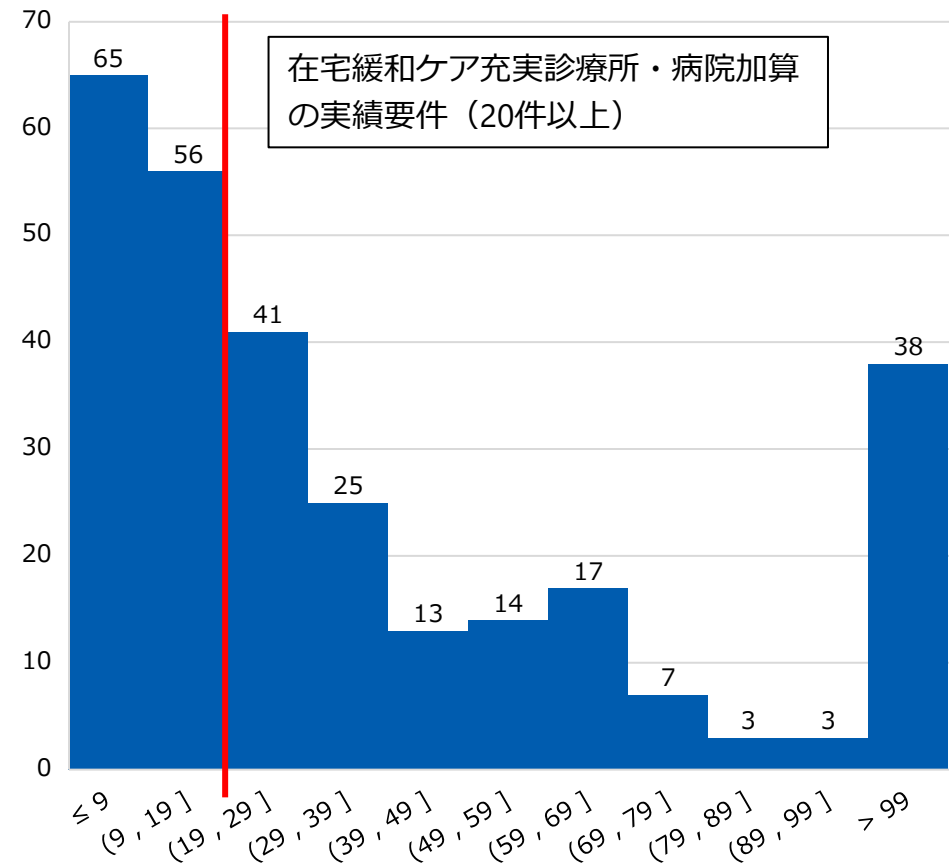
機能強化型在支診・病における緊急往診・看取り実績について

- 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



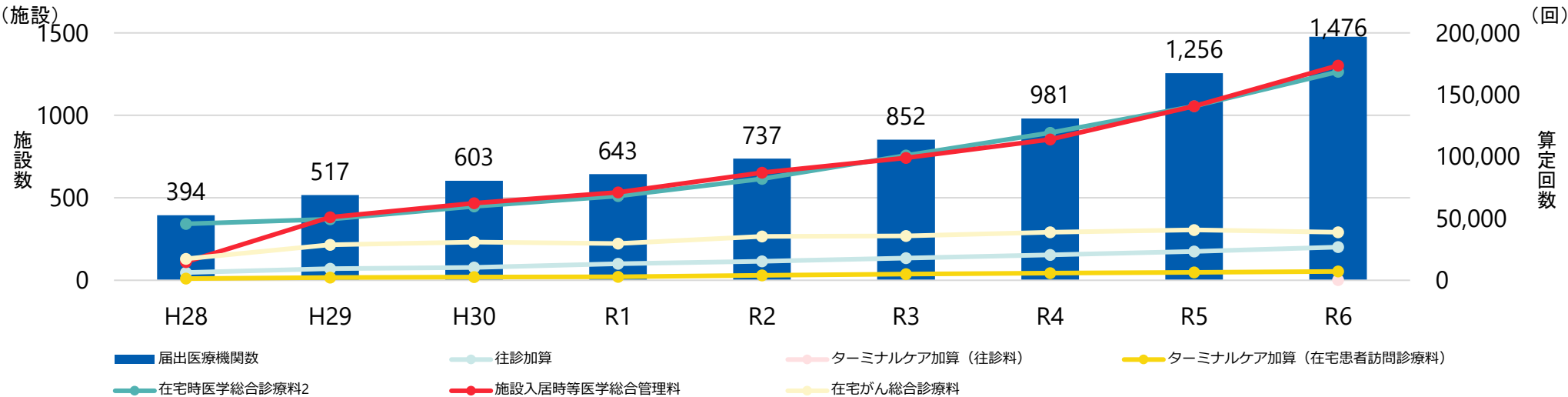
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○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

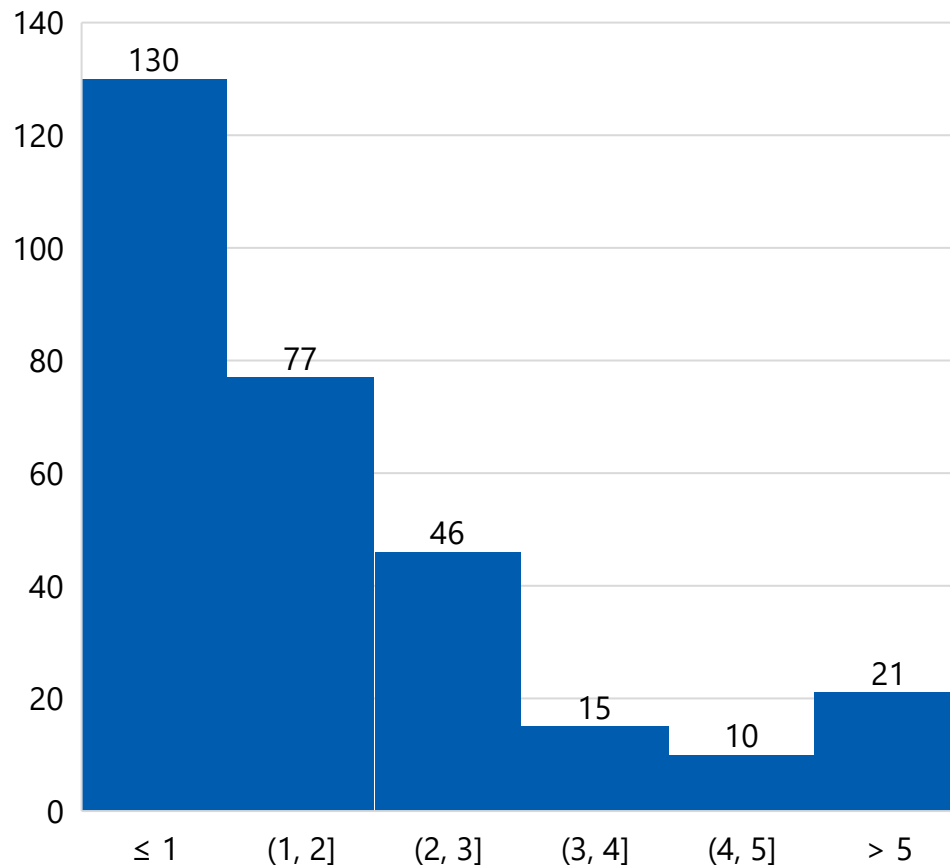


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

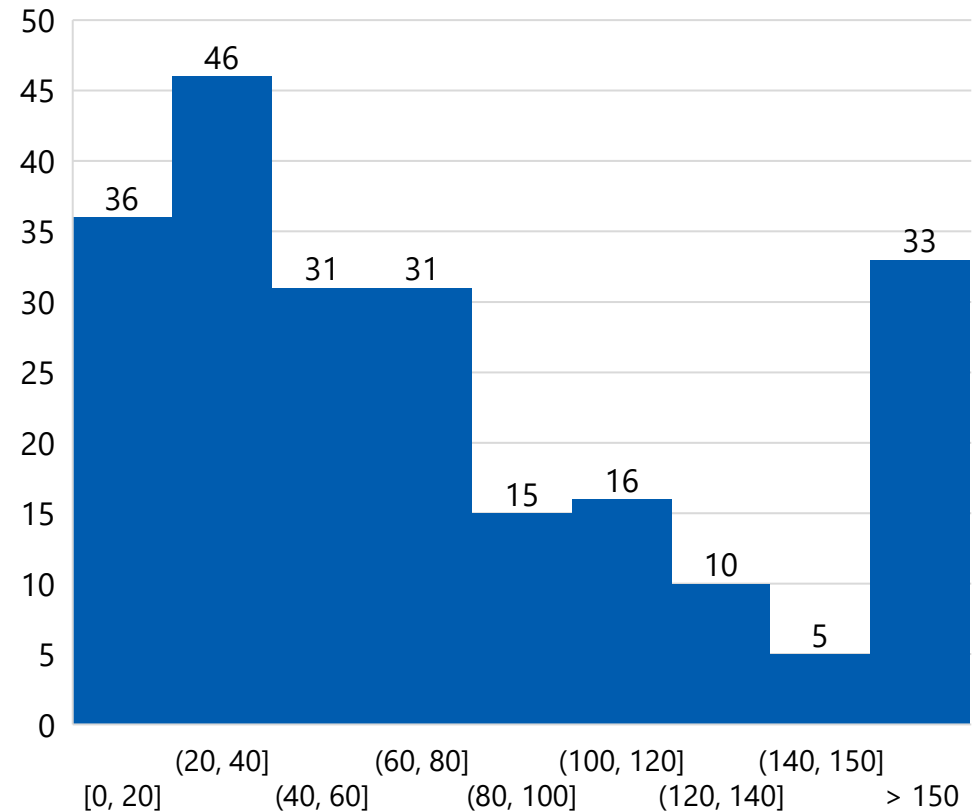
機能強化型在支診・病における在宅医師数と担当患者数について

- 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。

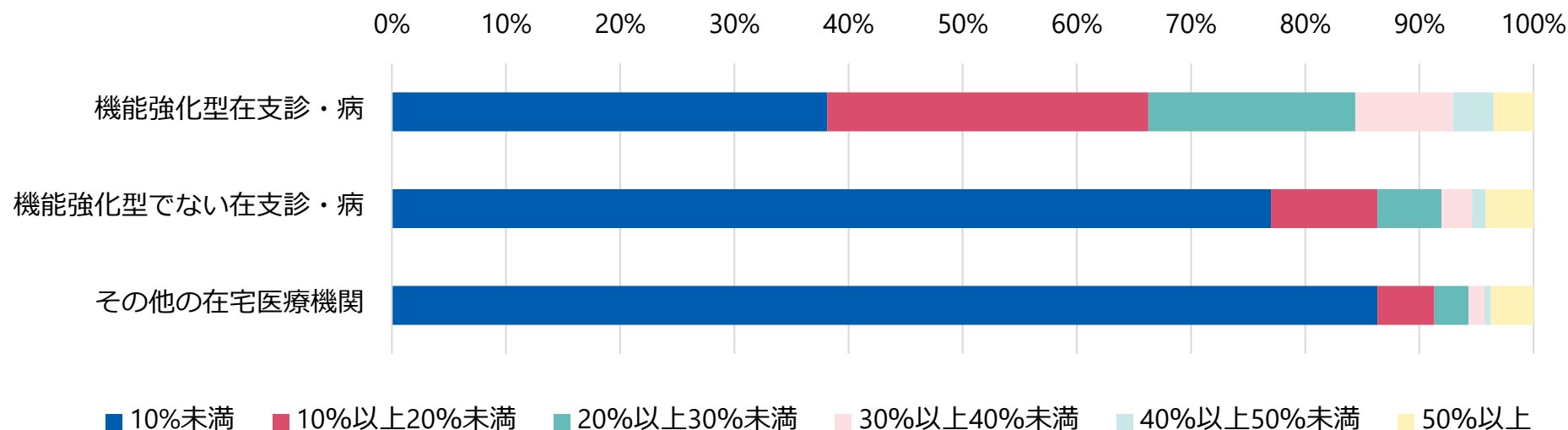
※ 機能強化型在支診・病において必要な医師数は常勤医師3名以上（連携型においては連携内で常勤医師3名以上）であり、必ずしも比較できないことに注意。

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₂製剤を投与されている状態、

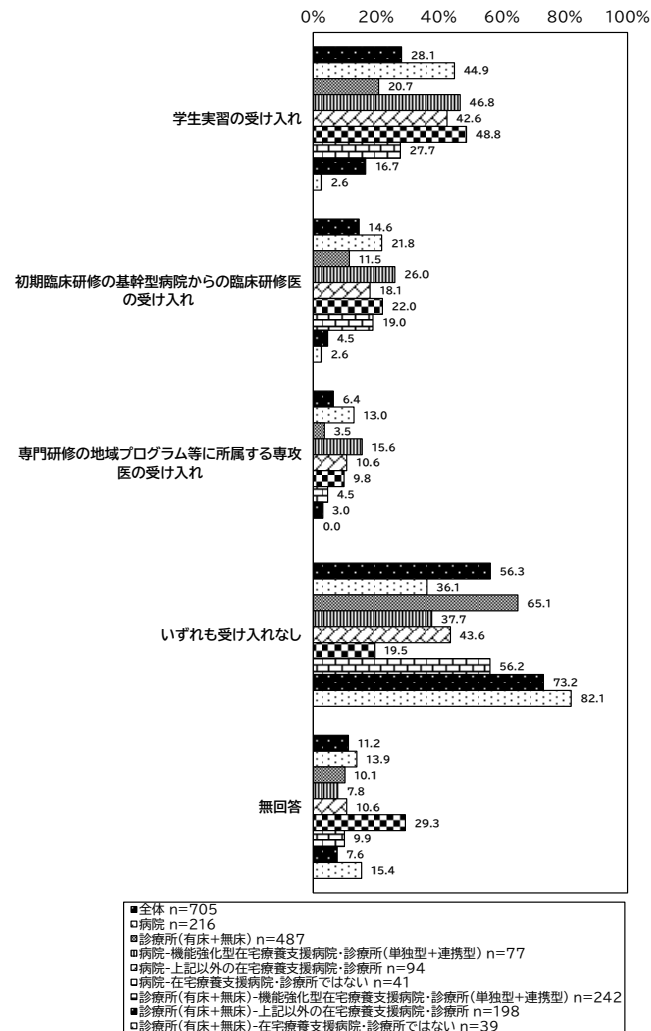
気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、

人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

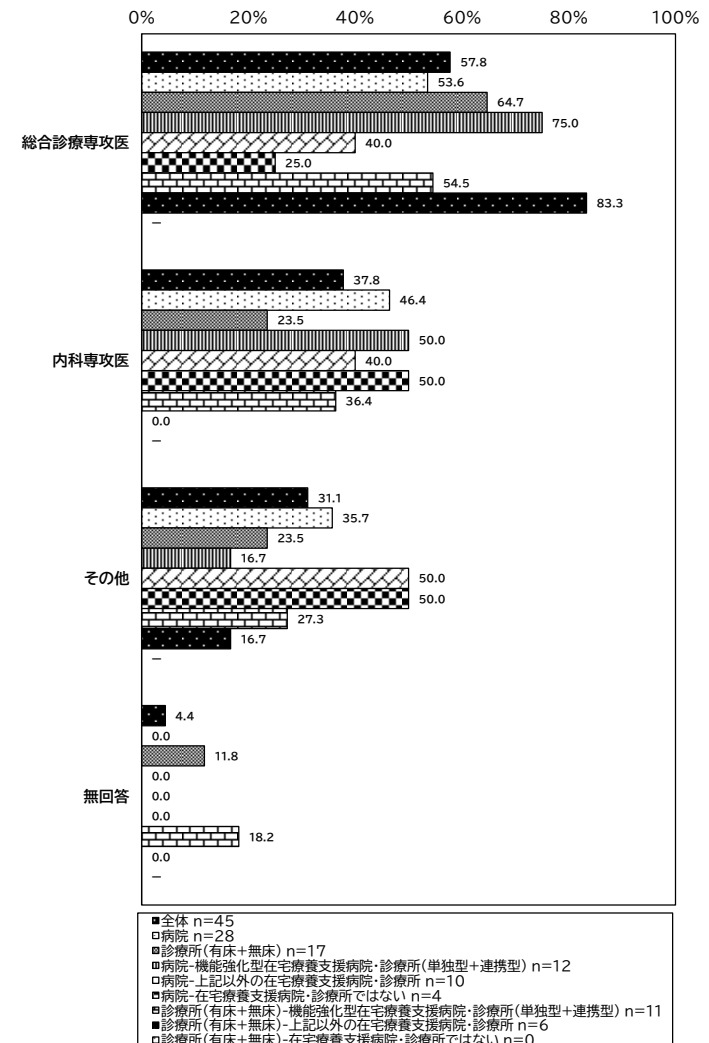
在宅医療に係る教育体制について

- 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



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。

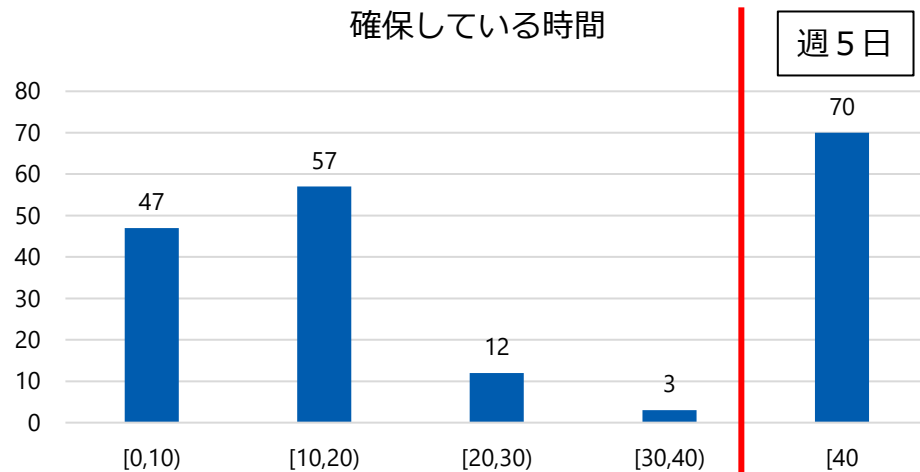
※1 医療資源の少ない地域においては、DtoPwithNの体制によることでもよい。

※2 当直医とは別の医師であること

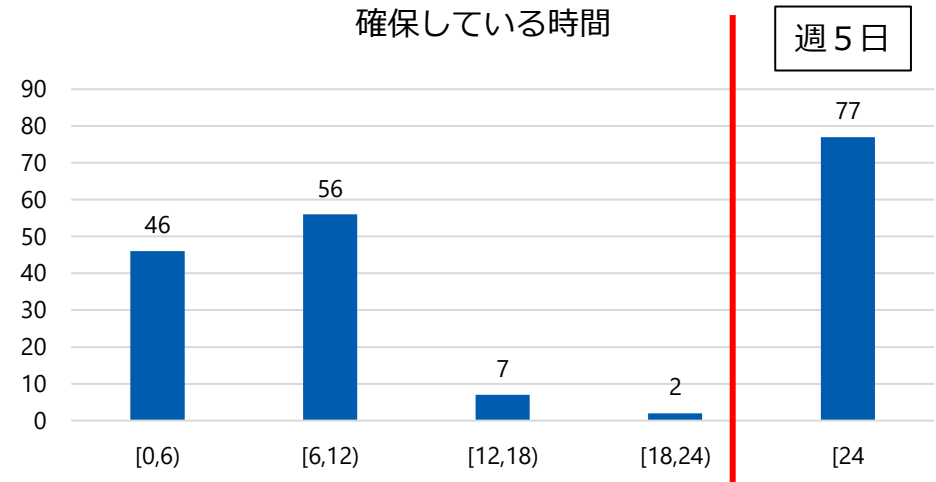
連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が連絡体制を有する時間について

- 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。

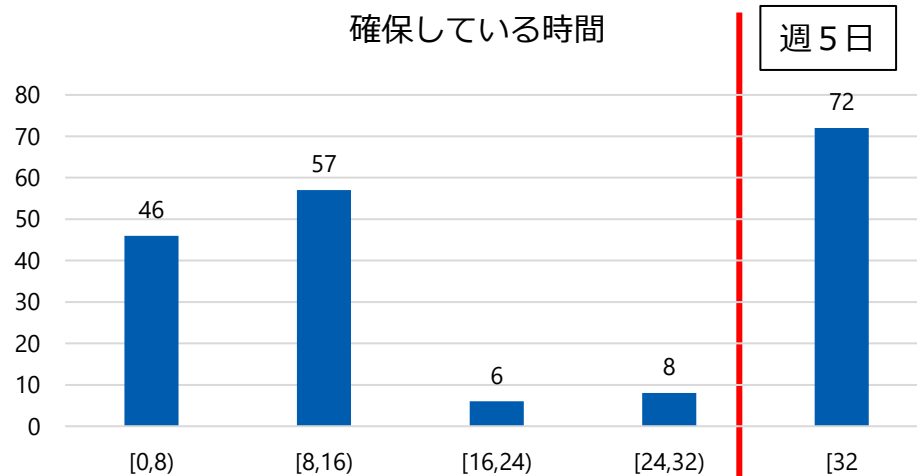
1週間のうち、**平日日中**の連絡体制を



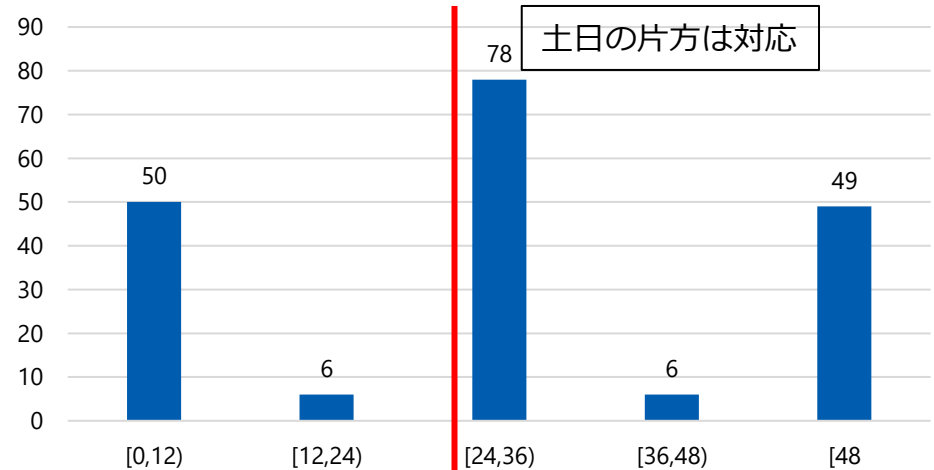
1週間のうち、**平日夜間**の連絡体制を



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

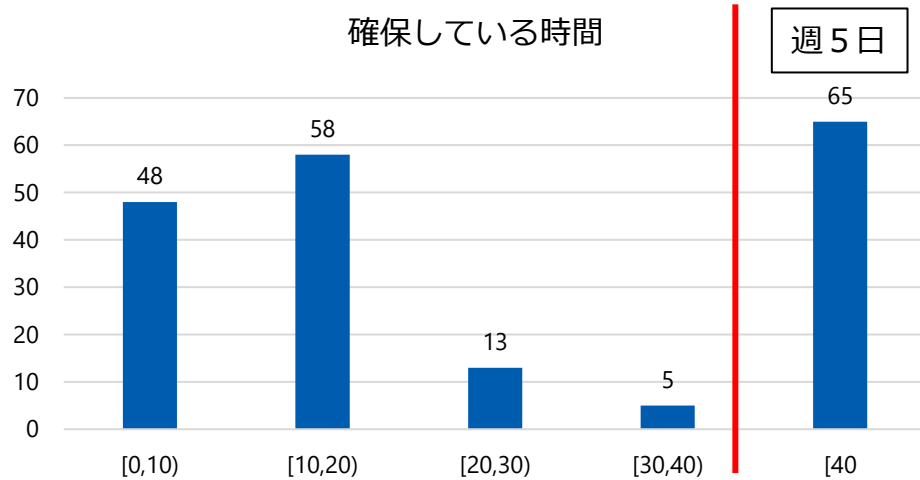


※ 平日日中：AM8～PM6、平日夜間：PM6～10、AM6～8、平日深夜：PM10～AM6、休日：施設ごとの規定による

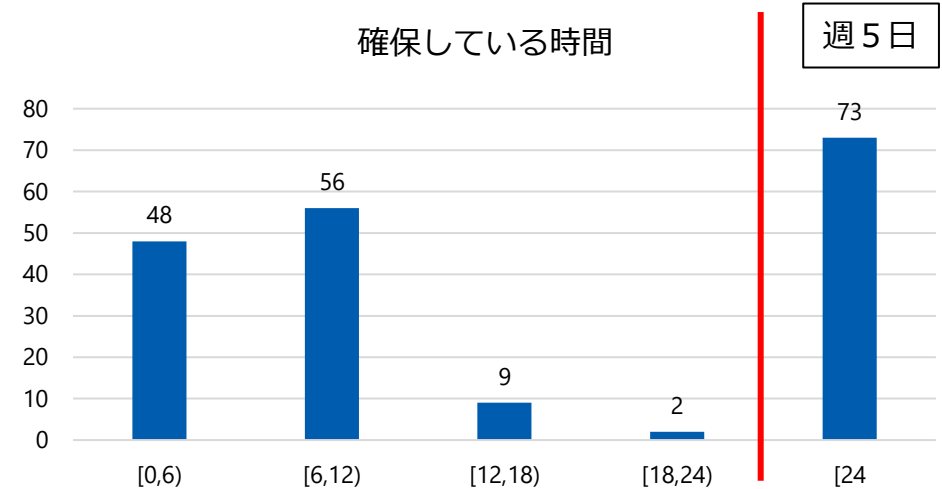
連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が往診体制を有する時間について

- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が1週間あたりに往診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。

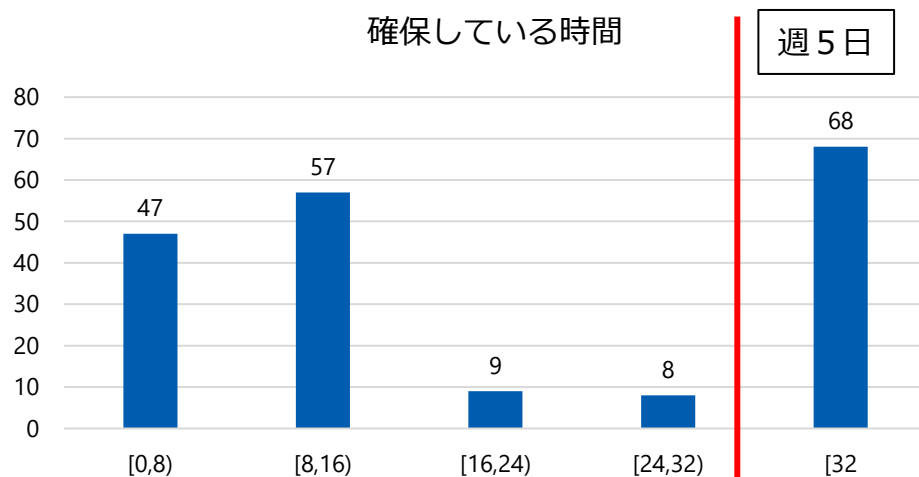
1週間のうち、**平日日中**の往診体制を



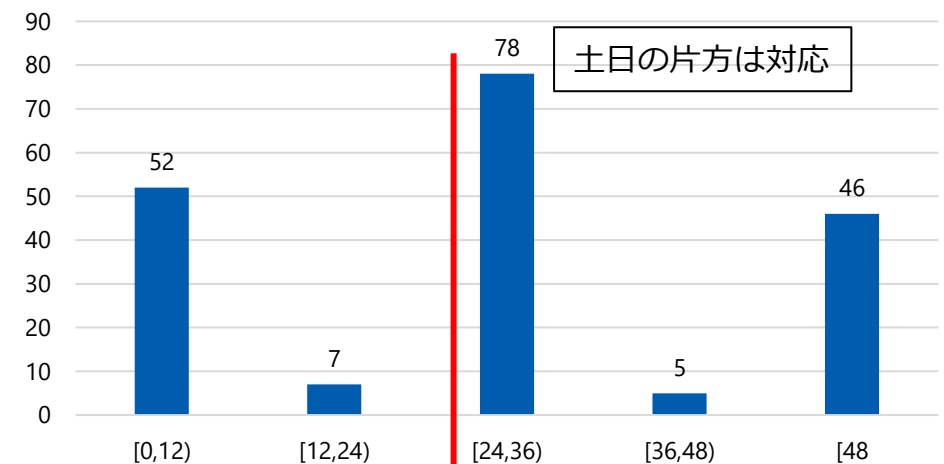
1週間のうち、**平日夜間**の往診体制を



1週間のうち、**平日深夜**の往診体制を



1週間のうち、**休日**の往診体制を確保している時間



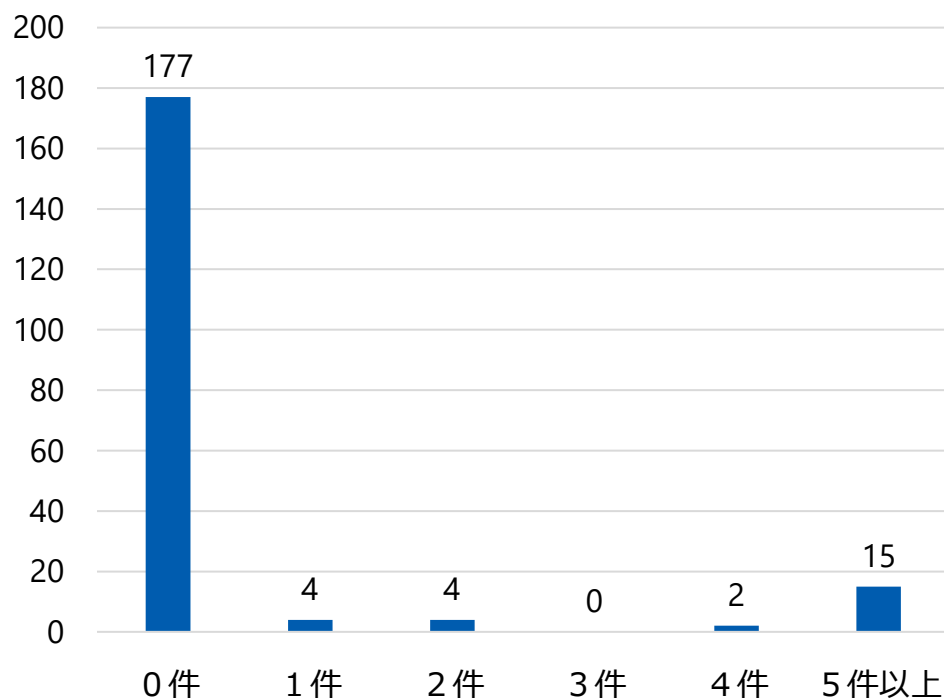
※ 平日日中：AM8～PM6、平日夜間：PM6～10、AM6～8、平日深夜：PM10～AM6、休日：施設ごとの規定による

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。

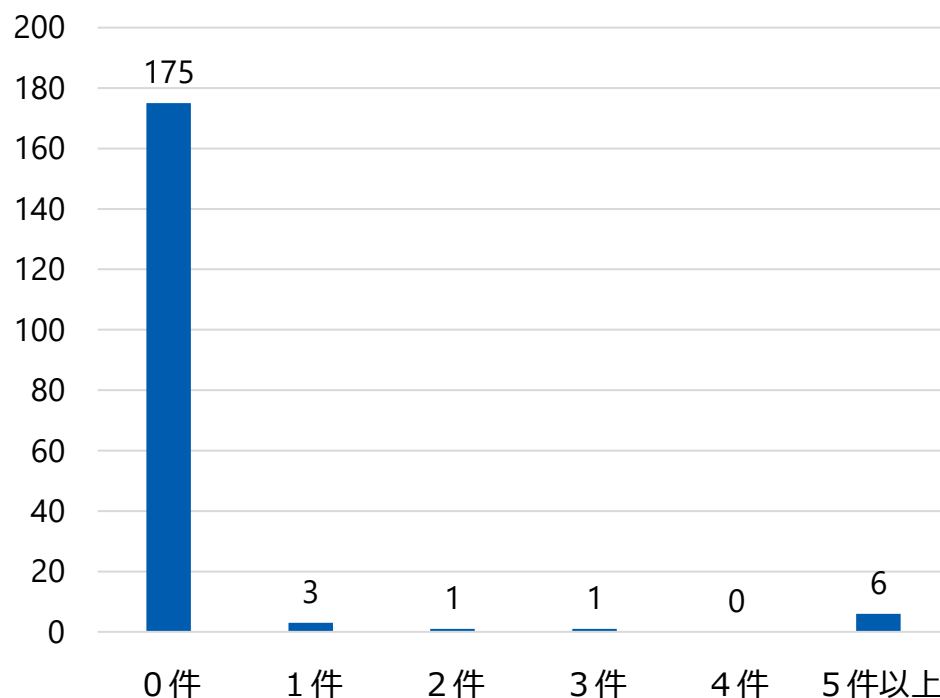
過去1年間における

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）

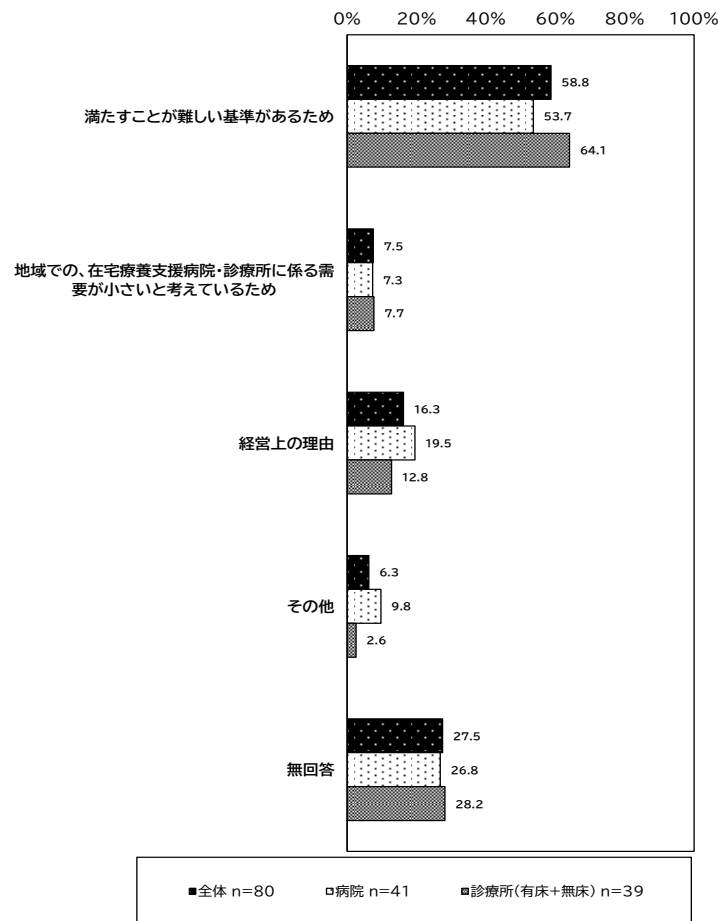
算定医療機関数	算定件数	算定回数
41	380	475

在支診・在支病になるに当たって、満たすことが難しい基準

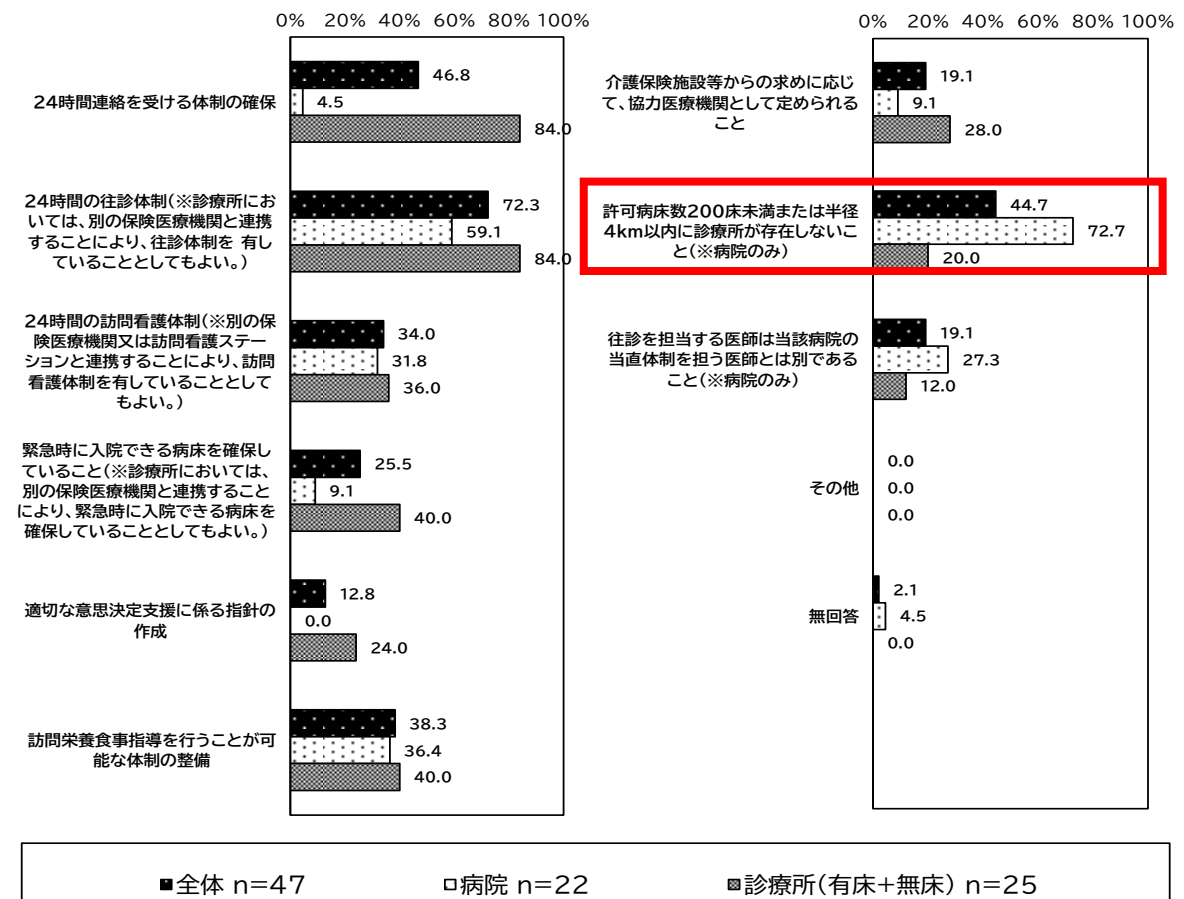
中医協 総-2
7. 8. 27改

- 在宅療養支援診療所・病院の届出を行わない理由は、病院・診療所ともに「満たすことが難しい基準があるため」が58.8%と最も多かった。
- また、満たすことが難しい基準は、診療所の84.0%が「24時間連絡を受ける体制の確保」又は「24時間の往診体制」と回答し、病院の72.7%が「許可病床数200床未満または半径4 km以内に診療所が存在しないこと」と回答し、それぞれ最多であった。

図表 2-31 在宅療養支援病院・診療所の届出を行わない理由（複数回答）
（種別（病院・診療所））



図表 2-32 満たすことが難しい基準（複数回答）
（種別（病院・診療所））



在宅療養支援診療所・病院におけるBCPの策定状況について

- 在宅療養支援病院の32%、在宅療養支援診療所の11%がBCPを策定していた。

在宅療養支援病院等におけるBCPの策定状況について

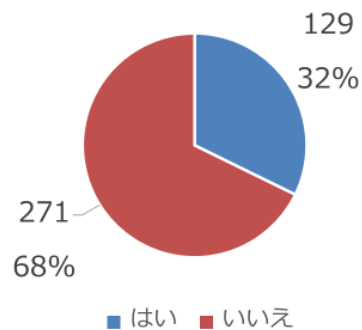
第12回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年8月4日
資料
1

医療機関におけるBCP策定として求めていること

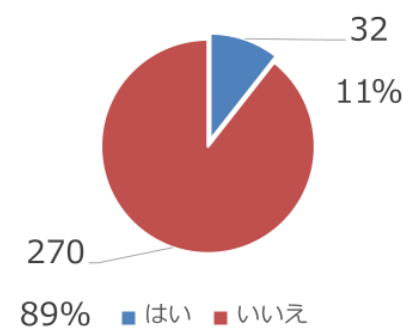
- 「在宅医療の体制構築に係る指針」（平成29年3月31日 医政地発0331第3号）において、在宅医療に係る機関は「災害時にも適切な医療を提供するための計画」の策定が求められている。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は当該計画に加え、さらに他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが求められている。
- 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日 医政発0321第2号）において全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。
「医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。
また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。」

令和2年1月以前（新型コロナウイルス感染症拡大以前）の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院等に対し、調査を実施した結果は以下のとおりであった。

在宅療養支援病院（N=400）



在宅療養支援診療所（N=302）



※出典：「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、在宅医療・介護提供体制の強化のための研究」（令和2年度厚生労働科学特別研究事業 分担研究報告書）
令和2年12月～令和3年2月に、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所に対し、インターネット上で自記式調査票を用いた調査を実施した。

2

1. 訪問診療・往診等について

- 1-1 訪問診療・往診の提供体制等について
- 1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について
- 1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について
- 1-4 へき地における在宅医療について
- 1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

- 2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状
- 2-2 頻回な訪問看護の状況等について
- 2-3 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

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

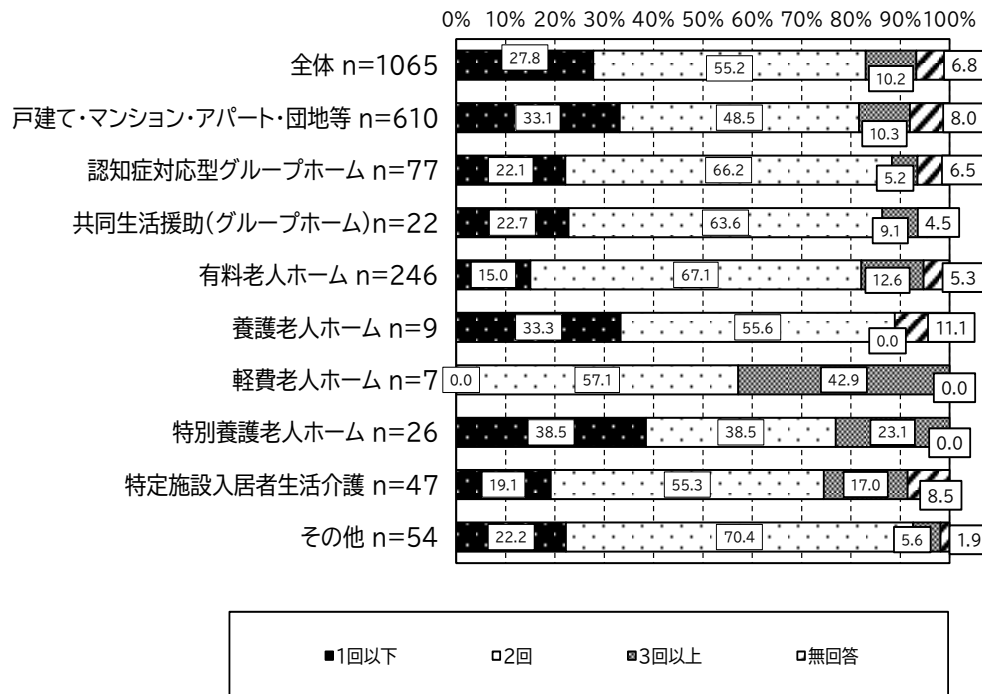
- (1) 要介護3以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 麻薬の投薬を受けている患者
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

月当たりの訪問診療回数とその理由について

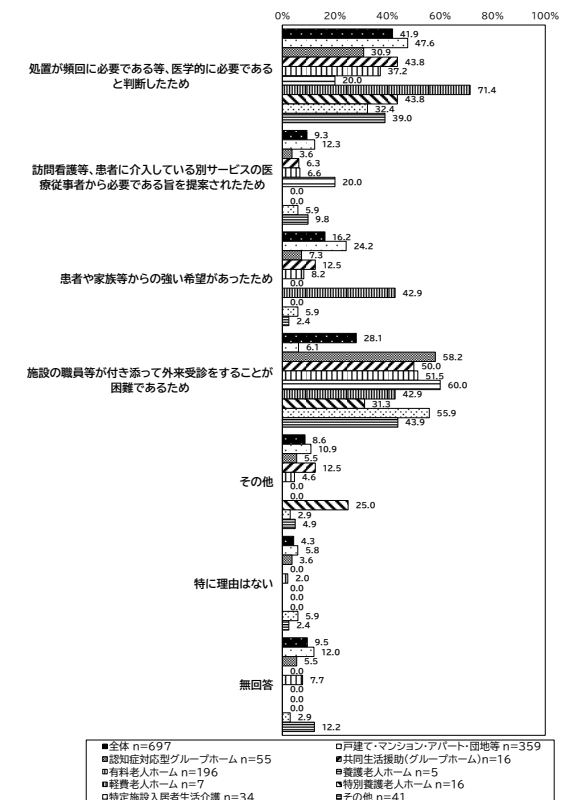
中医協 総-2
7. 8. 27

- 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、「処置が頻回に必要な等、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)



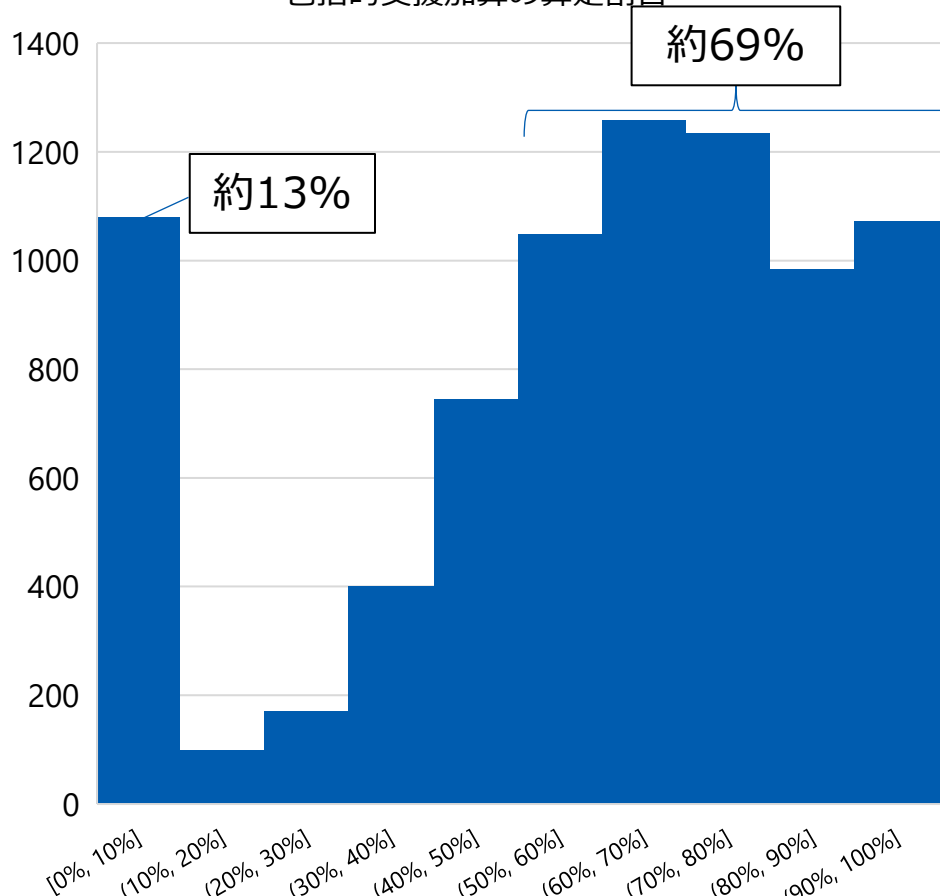
図表 3-68 1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由 (複数回答)
(訪問先別)



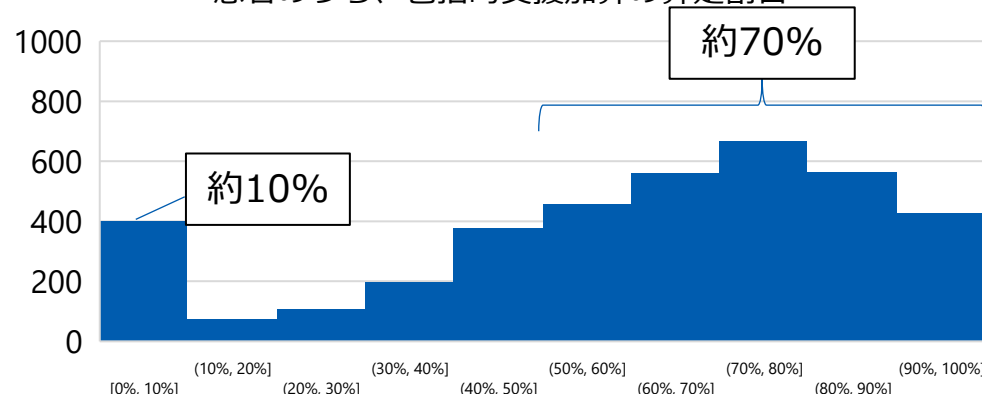
月2回以上の訪問診療患者に占める年齢・状態ごとの患者割合

- 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。

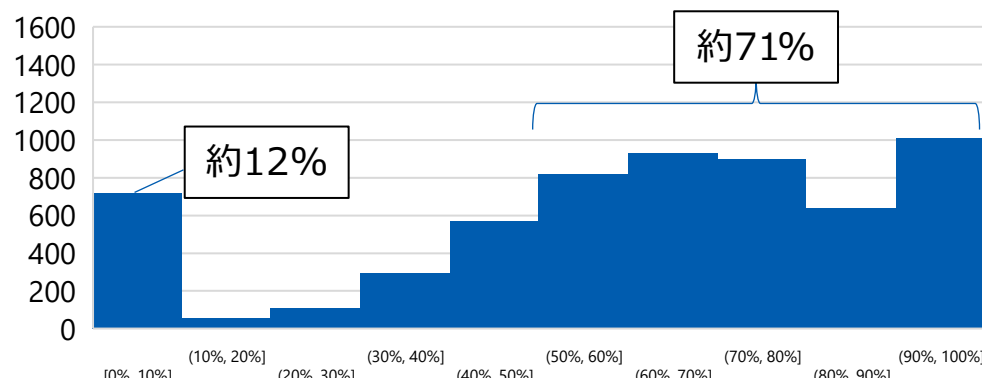
月2回以上訪問診療を実施する65歳以上の患者のうち、
包括的支援加算の算定割合



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



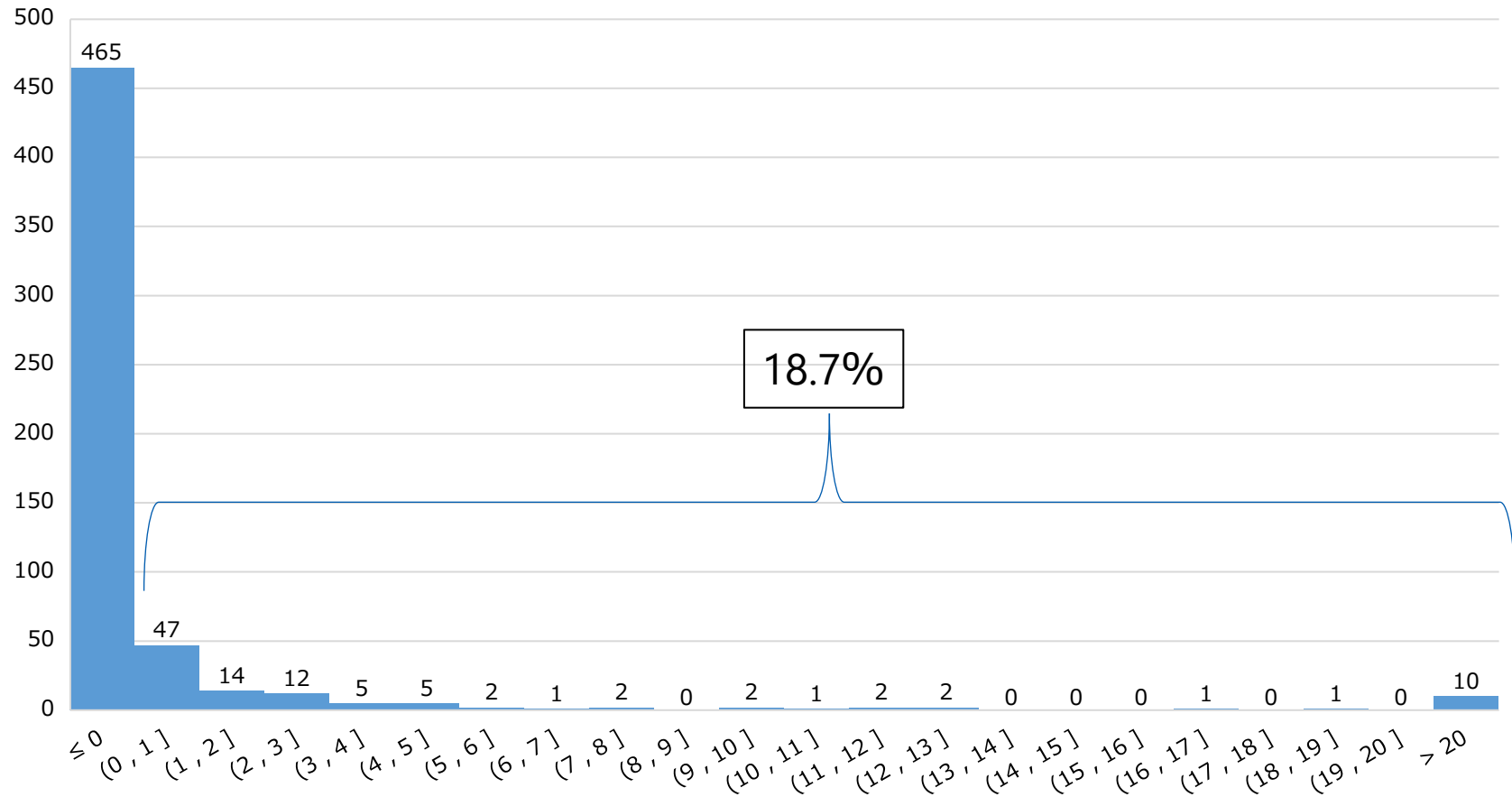
施設等に居住する月2回以上訪問診療を実施する65歳以上の患者のうち、包括的支援加算の算定割合



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。

訪問診療から外来診療に移行した患者数ごとの医療機関数



1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

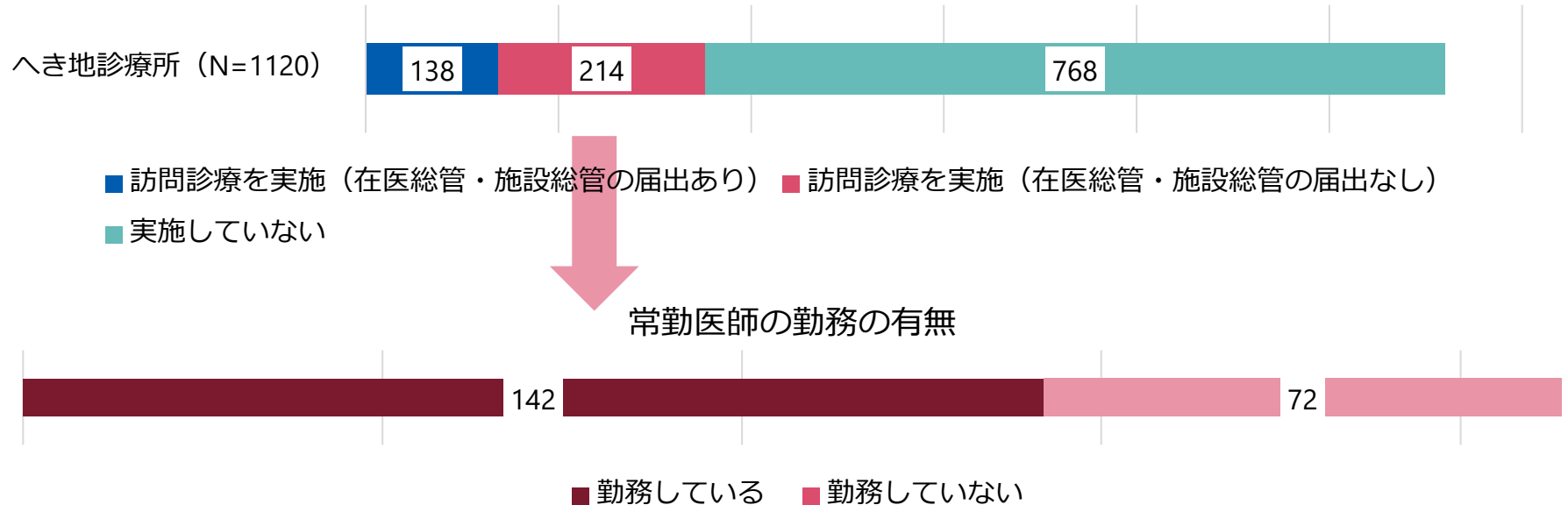
2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

	医療機関の主な意見等
外来医療について	- 地域人口が減少しており、外来患者は減少している。 - 各地域の診療所が医師不足により閉鎖することが多く、へき地医療拠点病院でありながら、かかりつけ医の役割も担っている。 - 隣接自治体の診療所で診療できる医師がいなくなり、当診療所にも医師派遣をしている近隣病院（注：へき地医療拠点病院ではない病院）が新たに医師派遣を担うことになった。ただ、派遣元となる近隣病院にとっては、さらに派遣先が増えることになり、当診療所への派遣回数を今年から減らしたいとの要望があった。現状、なんとか維持してほしいと交渉して続けていただけている状況であるが、こうした病院からの派遣医師がなくなると、地域の診療体制が軒並み潰れるか縮小せざるを得ない。 - 外来・在宅医療の維持には、地域自治体による支援（補助金、デマンドタクシー等の移動手段の整備等）が必要不可欠である。
在宅医療について	- 患者の高齢化に伴い、来院する手段が限られているため、訪問診療の実施が必要と考えている。 - 訪問診療を実施する上で、以下のような課題を感じている。 ① 訪問診療実施中における通常診療の維持（時間や人員の制約） ② 交通費や燃料費の負担 24時間対応は困難であるため、患者の理解を得ながら、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応している。医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有はこまめに行うことができている。 - 訪問診療の必要性を感じているが、医師や看護師が不足しているため実施を制限し、患者側の自助努力により来院をしていただく形を基本とせざるを得ない。 - 管理栄養士による訪問栄養指導ができる体制は整えているものの、実際に訪問したケースはまだない。訪問の必要な方がいれば依頼しようと思うが、管理栄養士も人員不足で病院から在宅に出すことは厳しい状況にある。

へき地診療所における在医総管・施設総管の届出状況

- 訪問診療を実施しているへき地診療所は全国で352施設あり、そのうち在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を届け出していないものは214施設存在した。
- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出に当たっては、在宅医療を担当する常勤医師の勤務が要件となっているところ、常勤医師が勤務していない診療所が72施設存在した。



在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の施設基準 (抄)

- (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - イ **在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。**
- (2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
- (3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料（月2回に限る）

在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を30分以上行った場合に算定

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ " 2～9人の場合	480点
ハ イ及びロ以外の場合	440点

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

診療所において、当該診療所以外（他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が
当該診療所の医師の指示に基づき実施

イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ " 2～9人の場合	460点
ハ イ及びロ以外の場合	420点

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

＜参考＞ 管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険） ※対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険優先

在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、管理栄養士が計画的な医学管理を行っている医師の指示に基づき、当該利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導または助言を30分以上行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月に2回を限度して算定

（1）居宅療養管理指導費（Ⅰ） 444点～545点

居宅療養管理指導事業所（病院又は診療所）の管理栄養士が実施

（2）居宅療養管理指導費（Ⅱ） 424～525点

当該居宅療養管理指導事業所以外（他の医療機関、介護保険施設又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が実施

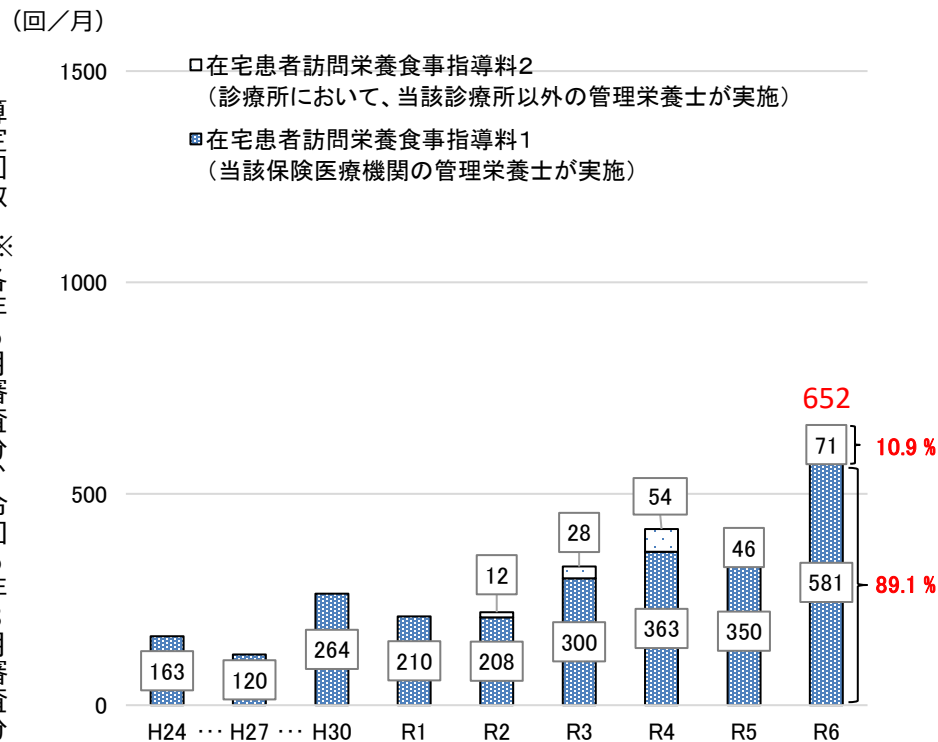
訪問栄養食事指導の実施状況

中医協 総-2
7. 8. 27 改

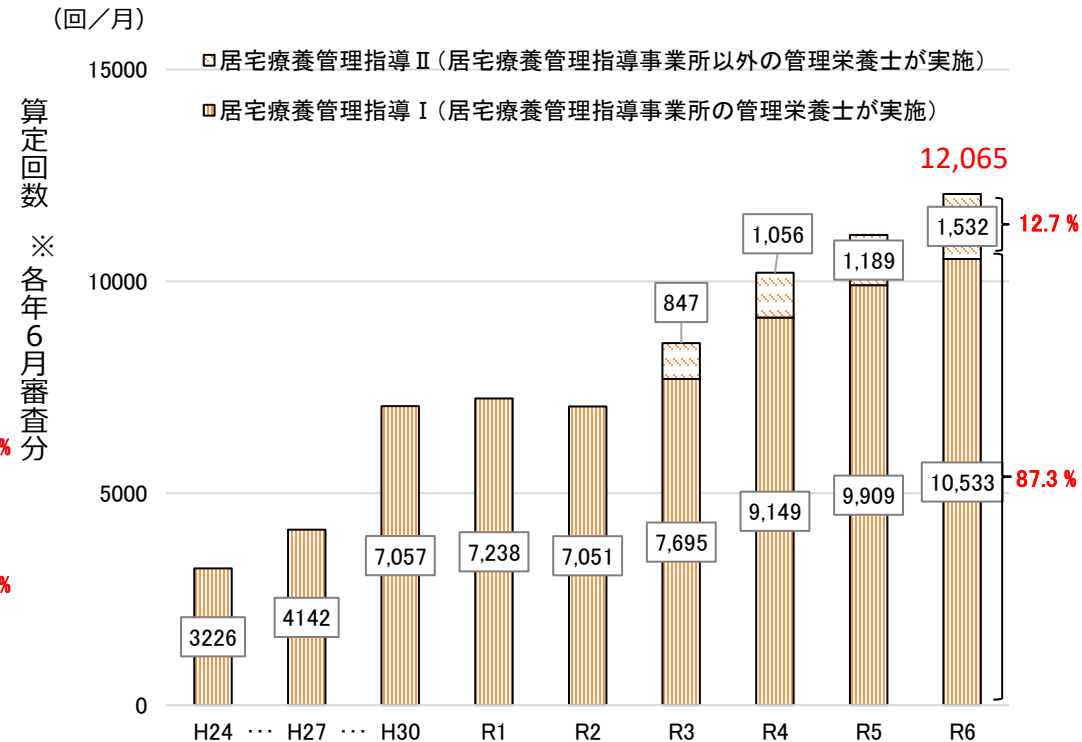
- 令和6年の算定回数は、平成24年と比べると、医療保険、介護保険とも約4倍に増加しているものの、医療保険では652回／月と極めて少ない。
- 診療所においては、外部（他の医療機関や栄養ケア・ステーション※）の管理栄養士との連携による訪問栄養食事指導が評価されているが、全体の約1割に留まっている。

※日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する栄養ケア・ステーション

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）



居宅療養管理指導（介護保険）



注) 在宅療養を行っている患者に係る訪問栄養食事指導については、対象患者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

訪問栄養食事指導に係る令和7年地方分権改革に関する提案

- 令和7年地方分権改革に関して、特に退院直後など、医師の判断により、適切な時期に必要な訪問栄養食事指導が受けられるよう、医療保険適用要件の見直しが提案されている。

提案事項：在宅医療（訪問栄養指導）における医療保険適用要件の見直し

＜提案団体からの見解＞ 提案団体：高松市、三豊市

2040年問題に備え、患者を医療施設から在宅へ繋いでいくうえで、食と栄養は非常に重要なファクターであり、療養上適切な食事の管理が困難で、自宅退院することができない患者も増えている中、訪問栄養指導を行うことで、患者本人や食事を作る家族が、安心して在宅療養ができるようサポートすべきと考える。

保険医療機関が居宅療養管理指定事業所とみなされるため、介護保険による居宅療養管理指導（管理栄養士が行う場合）の算定は可能であることは承知している。しかしながら、居宅療養管理指導では、ケアマネージャーとのやり取りや栄養ケア計画書の作成、サービス担当者会議への出席等、管理栄養士の業務負担が大きいばかりか、指導を実施するまでに相当の時間を要することになり、特に退院直後の介護サービスが利用できるまでの間は患者への対応が遅れることになる。

また一方で、医療保険による在宅患者訪問栄養指導料の算定要件である「通院困難」が支障となり、算定対象とできる該当患者が少ない実状がある。さらに、本市の当該市立病院所在地のような人口減少地域には栄養ケア・ステーションがない地域もあり、住民が必要なサービスを受けられない実態があることも十分にご理解いただきたい。

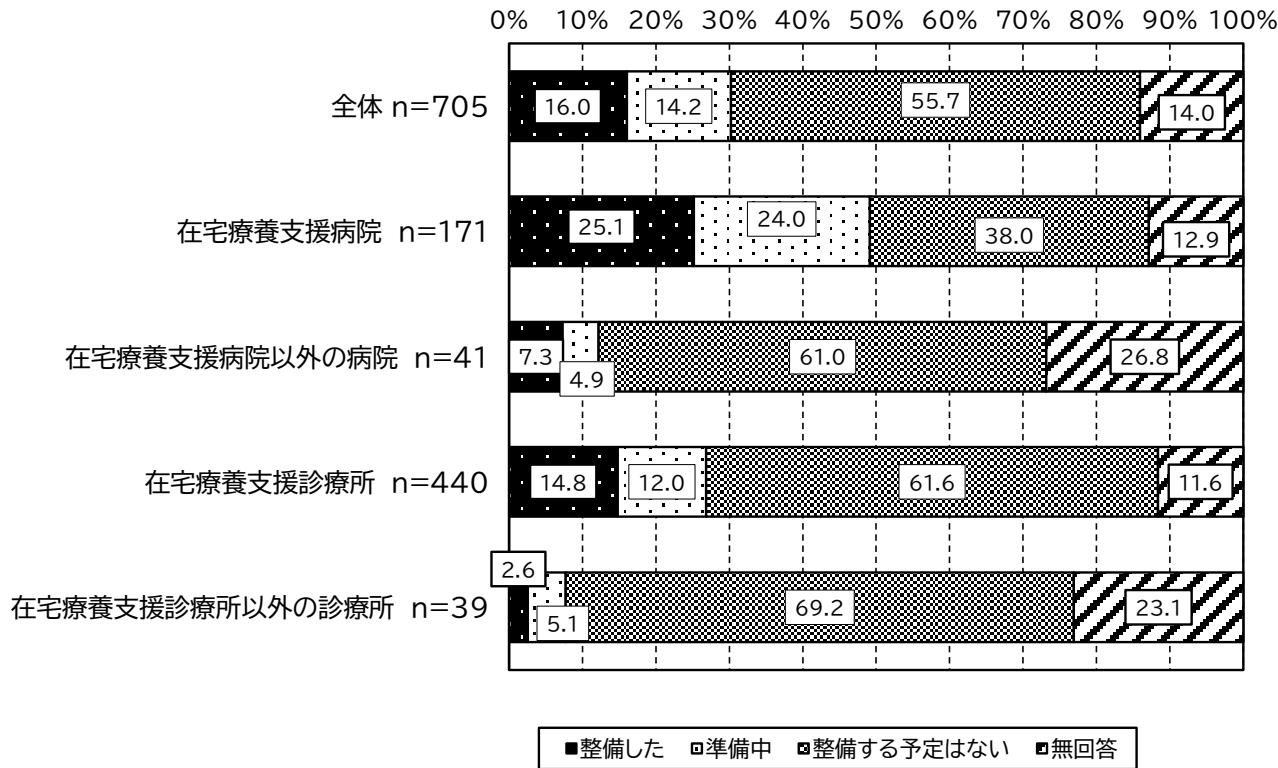
このようなことから、在宅療養支援病院・診療所に限らず、すべての病院の管理栄養士を活用し、どのような地域でも個々の患者状態に合わせて、医師の判断により、適切な時期に必要な訪問栄養指導が受けられるよう、在宅医療の推進のためにも、医療保険適用要件の見直しを積極的に進めていただきたい。

訪問栄養食事指導を行う体制の整備状況

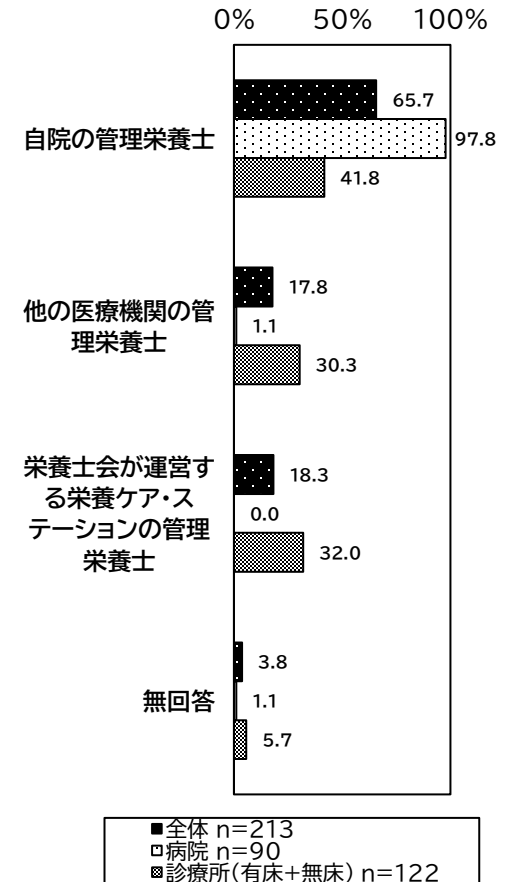
中医協 総-2
7. 8. 27

- 訪問栄養食事指導を行う体制を整備した又は準備中と回答した在宅療養支援病院は49.1%、在宅療養支援診療所は26.8%だった。
- 対応する管理栄養士としては、病院はほぼ全てが自院の管理栄養士であり、診療所は自院が約4割、他の医療機関と栄養ケア・ステーションがそれぞれ約3割だった。

■ 訪問栄養食事指導を行う体制の整備状況（令和6年11月1日時点）

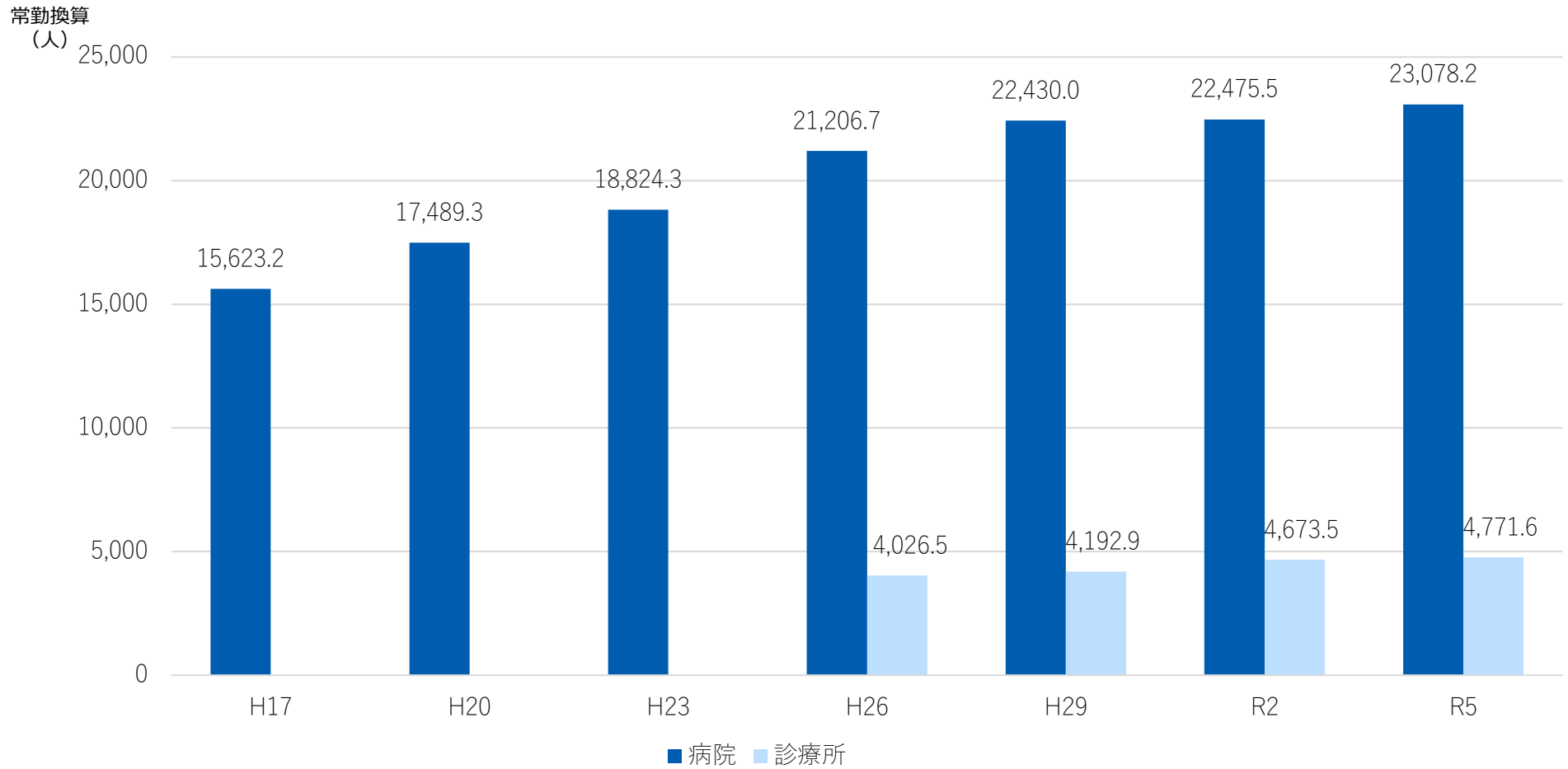


■ 対応する管理栄養士として該当するもの（複数回答）



病院・診療所で従事する管理栄養士数（常勤換算）

- 病院・診療所で従事する管理栄養士数は、増加している。
- 病院で従事する管理栄養士数は、診療所で従事する管理栄養士数と比べると、約 5 倍である。



注) H17.H20.H23は、管理栄養士数の公表なし（管理栄養士・栄養士の合計数のみ公表）

退院時支援に関する管理栄養士の業務

- 管理栄養士による退院時支援として、在宅における栄養管理の継続指導や退院後の生活を見据えた食生活支援、家族への食事に関する具体的提案などが行われている。

■ 退院時の栄養食事指導における取り組み・要望（在宅療養に関連するカテゴリを抜粋）

	カテゴリ			コード
	大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	
取り組み	継続	外来や訪問での継続指導（7）		在宅訪問指導の提案、実行（必要時）
				在宅における栄養管理
				在宅訪問栄養指導につなげる
				外来や訪問栄養指導を入れ継続介入する（栄養管理の継続が必要な場合）
				外来での栄養指導につなげる
				外来で定期的に通ってもらい、経過を見てサポートする
				退院後も、栄養指導はほとんど継続する
	入院期間を通じた取り組み（1）			入院中に実施の栄養指導の内容を再確認する
	患者・家族（生活）視点の指導（11）	退院後の生活を踏まえた指導（8）	対象者の背景・趣向の考慮（5）	施設側は続けられる範囲での依頼にする
				退院時の生活環境を把握する（MSWやNsからの情報提供）
				退院後の生活をイメージした食事指導を行う
				退院後の生活を把握した上での指導
				退院後の課題について話し合い（いかに元の生活に戻らないようにするか）
		家族への支援（3）	具体的な提案（3）	宅配食の紹介
				入院時の食事内容が分かるように、個別献立の配布
				食事の作り方の説明、家で作れるよう、動画等の準備
				本人、家族の意向をもとに、状況に即した指導を意識する
サポート者（家族等）への退院時指導に重点を置く				
			栄養指導時に、家族（調理者）に同席してもらう	
要望	管理栄養士の配置基準や診療報酬（6）		管理栄養士の施設基準の見直し	
			退院後の在宅での指導まで診療報酬が認められること	
			診療報酬の点数がもっと高くなると良い（特に情報提供書）	
			資格（在宅栄養専門管理栄養士等）があると加算が付く等メリットがあると良い	
			退院時指導は重要であるため、さらに評価し、注力できるよう整えてほしい	
			情報提供加算の対象を介護サービス担当者へ拡大してほしい	

【調査・解析方法】2021年7～8月に、Web上で自己記入式質問票調査を実施。管理栄養士による退院時支援業務のうち、現在の退院時栄養食事指導で取り組んでいることや課題、要望について、自由記述で得た回答を質的記述的手法の手順に従い、「課題」と「取り組み・要望」を区分してカテゴリ化。

在宅療養介護者の食に関する困りごとと管理栄養士による食支援の実際

○ 在宅療養者の介護者（家族等）は、「何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない」「食べてくれず食事量が少ない」などの困りごとがあり、管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善したとの報告がある。

■ 在宅療養者の介護者の食に関する困りごとと管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善した理由

項目	人数	理由	回答人数
食に関する介護者の困りごと （複数回答可）	139	何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない	49
		食べてくれず食事量が少ない	45
		むせ込みがある	32
		適切な食事形態が作れない	31
		誤嚥しやすい	23
		食に関する多くの悩みが解決しない	14
		食べないことへの不安	7
		時間がかかる嚥下調整食は作れない	7
		治療食の作り方が分からない	3
		下痢	2
		食事に時間がかかる	1
管理栄養士の食支援により 介護者の食事作りの負担が 改善した理由（複数回答可）	145	実践的な調理指導が受けられた	80
		栄養に関する情報提供や相談ができた	67
		市販品の利用方法や栄養指導が受けられた	65
		レシピ提案により、嚥下調整食の作れるレシピが増えた	27
		介護者の食に関する悩みが無くなった	27
		食事作りが楽になった	16
		食事量が増えた	10

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑪

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)

(新) 訪問看護同行加算 20点

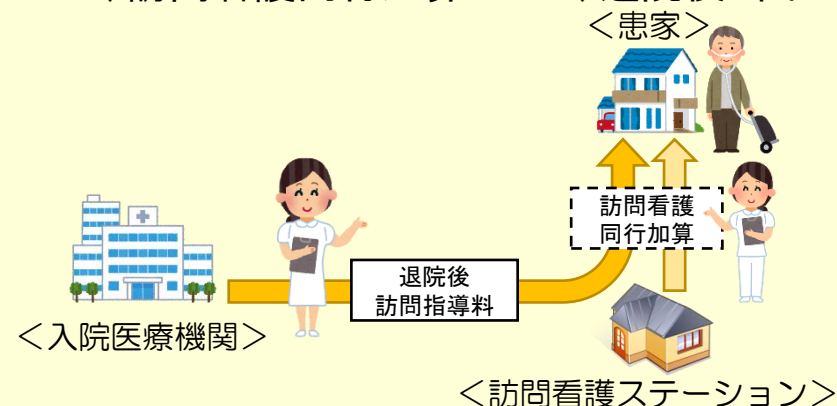
[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※

※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。

- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。

- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。



別表第8

- | | |
|---|---|
| 1 在宅悪性腫瘍等患者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 | 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 |
| 2 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 | 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 |

在宅医療に係る課題

(在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について)

- 自宅等における死亡者数について、平成22年と令和5年を比較すると、約2.5倍に増加している。
- 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。
- 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。また、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所が1週間当たりに連絡体制及び往診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。
- 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のある医療機関が一定程度存在する。
- 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。
- 在宅療養支援病院になるに当たって満たすことが難しい基準として、病院の72.7%が「許可病床数200床未満または半径4km以内に診療所が存在しないこと」と回答し、最多であった。
- 在宅療養支援病院の32%、在宅療養支援診療所の11%がBCPを策定していた。

在宅医療に係る課題

（患者の状態等に応じた適切な診療の評価について）

- 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。
- 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。一方で、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。
- 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。

（へき地における在宅医療について）

- 医療資源の少ない地域に所在する診療所において、当該診療所が24時間自院で対応することが困難であるため、時間外の急変には連携する基幹病院の救急が対応しており、医師は連携する基幹病院から派遣されているため、平時から診療情報の共有がこまめに行うことができているという事例が報告された。
- 訪問診療を実施しているへき地診療所は全国で352施設あり、そのうち在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を届け出していないものは214施設存在した。在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出に当たっては、在宅医療を担当する常勤医師の勤務が要件となっているところ、常勤医師が勤務していない診療所が72施設存在した。

（訪問栄養食事指導について）

- 令和6年の訪問栄養食事指導の算定回数は、平成24年と比べると、医療保険、介護保険とも約4倍に増加しているものの、医療保険では652回／月と極めて少ない。
- 令和7年地方分権改革に関して、特に退院直後など、医師の判断により、適切な時期に必要な訪問栄養食事指導が受けられるよう、医療保険適用要件の見直しが提案されている。
- 病院・診療所で従事する管理栄養士数は増加しており、病院で従事する管理栄養士数は、診療所と比べると約5倍。
- 管理栄養士による退院時支援として、在宅における栄養管理の継続指導や退院後の生活を見据えた食生活支援、家族への食事に関する具体的提案などが行われている。
- 在宅療養者の介護者（家族等）は、「何をどれくらい食べさせたら良いのか分からない」「食べてくれず食事量が少ない」などの困りごとがあり、管理栄養士の食支援により食事作りの負担が改善したとの報告がある。
- 退院直後の在宅療養支援として、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた医療機関が退院直後に行う看護師等による訪問指導が評価されてる。

在宅医療に係る論点

【論点】

（在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について）

- 在宅療養支援診療所及び病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関としての役割が期待されるところ、地域の在宅医療提供の中核として、十分な在宅医療を提供する医師を配置しながら、在宅看取り等の十分な実績、地域の重症患者への訪問診療の提供、他の在宅医療機関の支援機能及び医育機能について併せ持つ在宅医療機関を評価することについて、どのように考えるか。併せて、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算をこうした評価に統合することについて、どのように考えるか。
- 24時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点から、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院について、地域の24時間往診体制への貢献の度合いに応じて、よりきめ細かく評価することについてどのように考えるか。併せて、往診時医療情報連携加算について、機能強化型在支診・在支病として連携の評価がなされていない他の在支診・在支病が訪問診療を行っている患者に対して在支診・在支病が緊急時に往診を行った場合についても評価を行うことについて、どのように考えるか。
- 地域の在宅医療提供体制を災害時にも継続して確保することができるよう、在支診・在支病においてBCPの策定を要件とすることについて、どのように考えるか。

（患者の状態等に応じた適切な診療の評価について）

- 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、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について、在宅医療を提供している患者のうち、要介護度が低いが在宅医療を継続している患者等の割合等を勘案した評価を行うことについて、どのように考えるか。

（へき地における在宅医療について）

- 在宅医療を担当する医師を医師派遣によって確保しているへき地診療所において、かかりつけの在宅患者の時間外対応体制を、当該医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、当該へき地診療所における在医総管・施設総管の算定を可能とすることについて、どのように考えるか。

（訪問栄養食事指導について）

- 入院中に栄養法が大きく変わった患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間に退院支援や居宅療養管理指導との連携のため入院医療機関から行う訪問栄養食事指導を評価することについて、どのように考えるか。

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

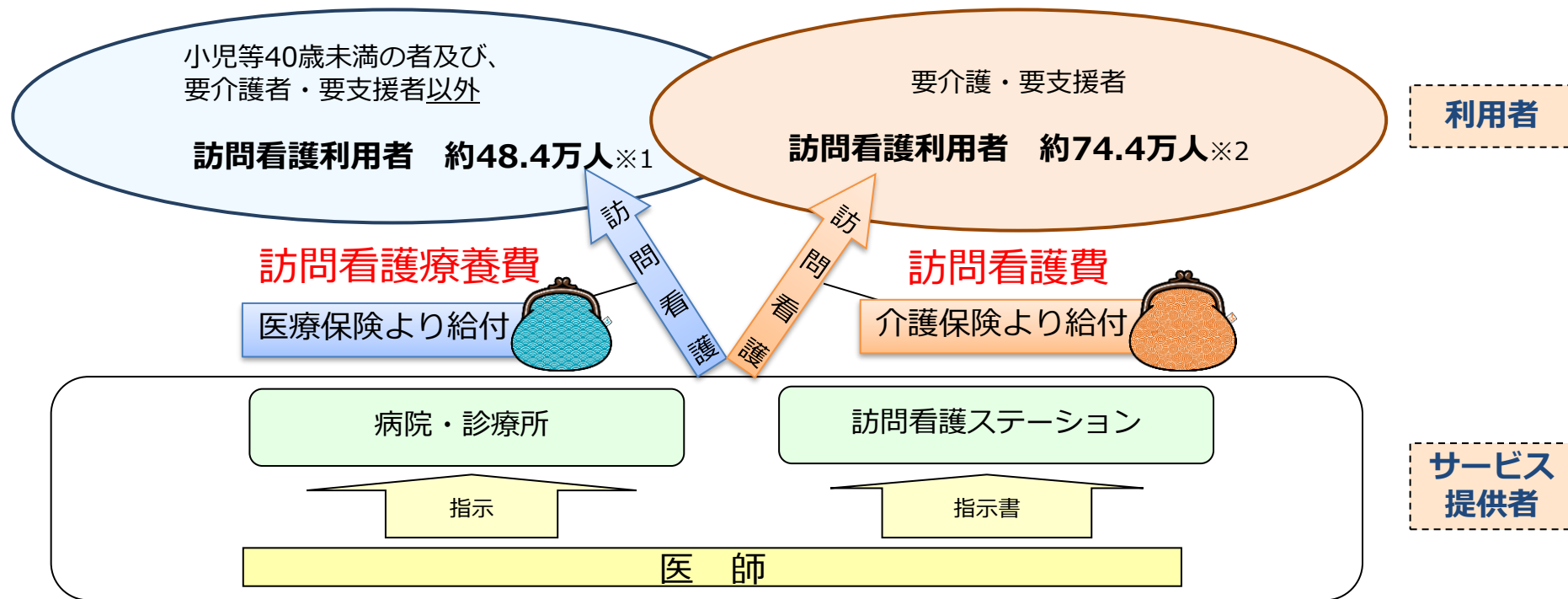
2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

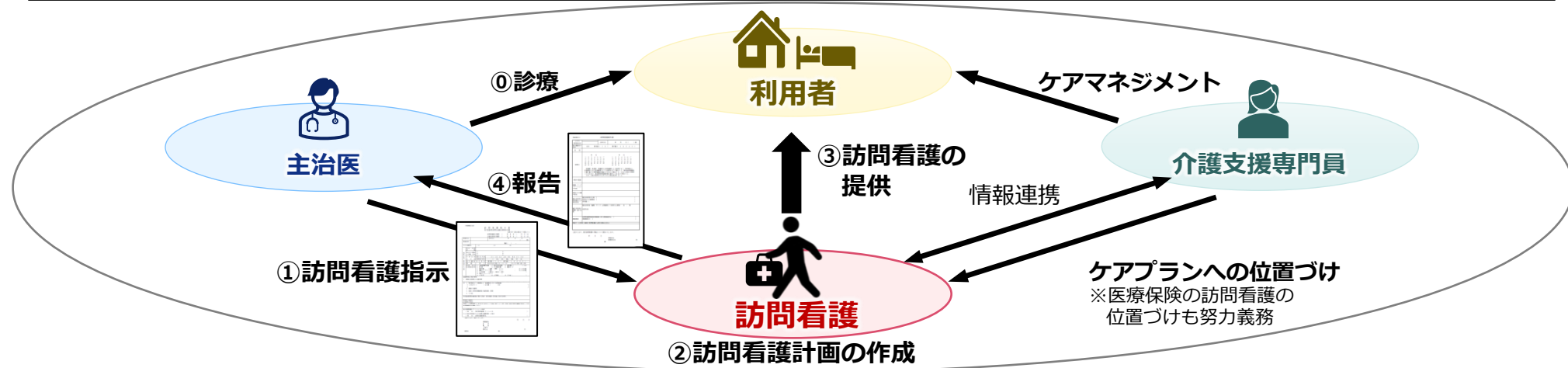
2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

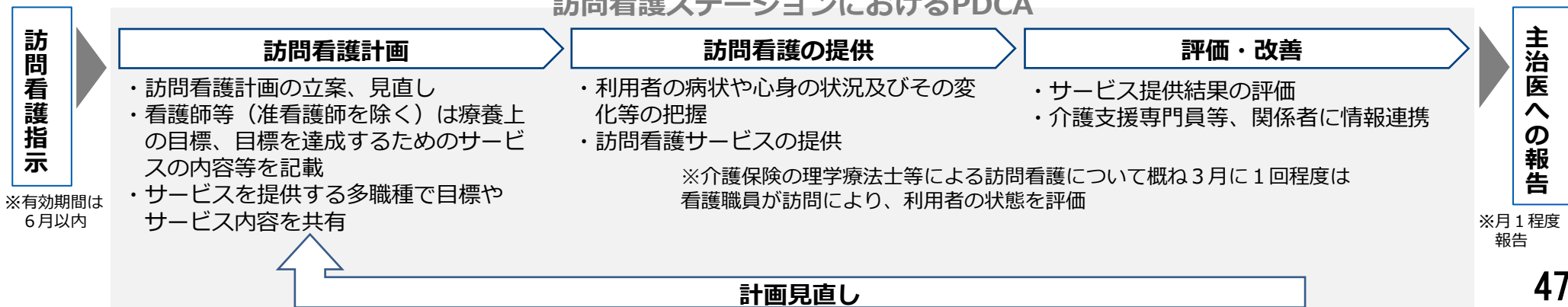
- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



- 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。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



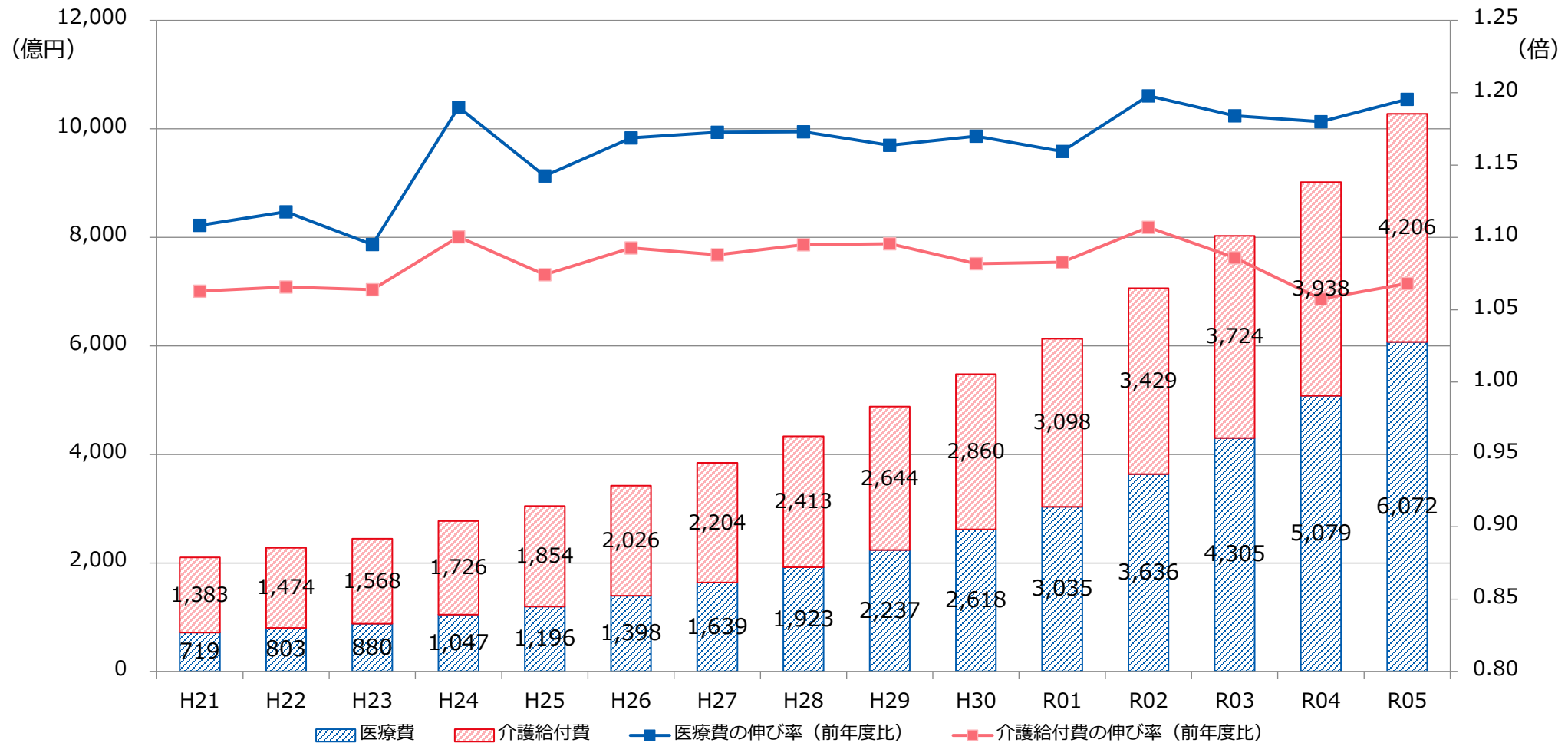
訪問看護ステーションにおけるPDCA



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加している。前年度比の増加率は医療費の方が大きい。



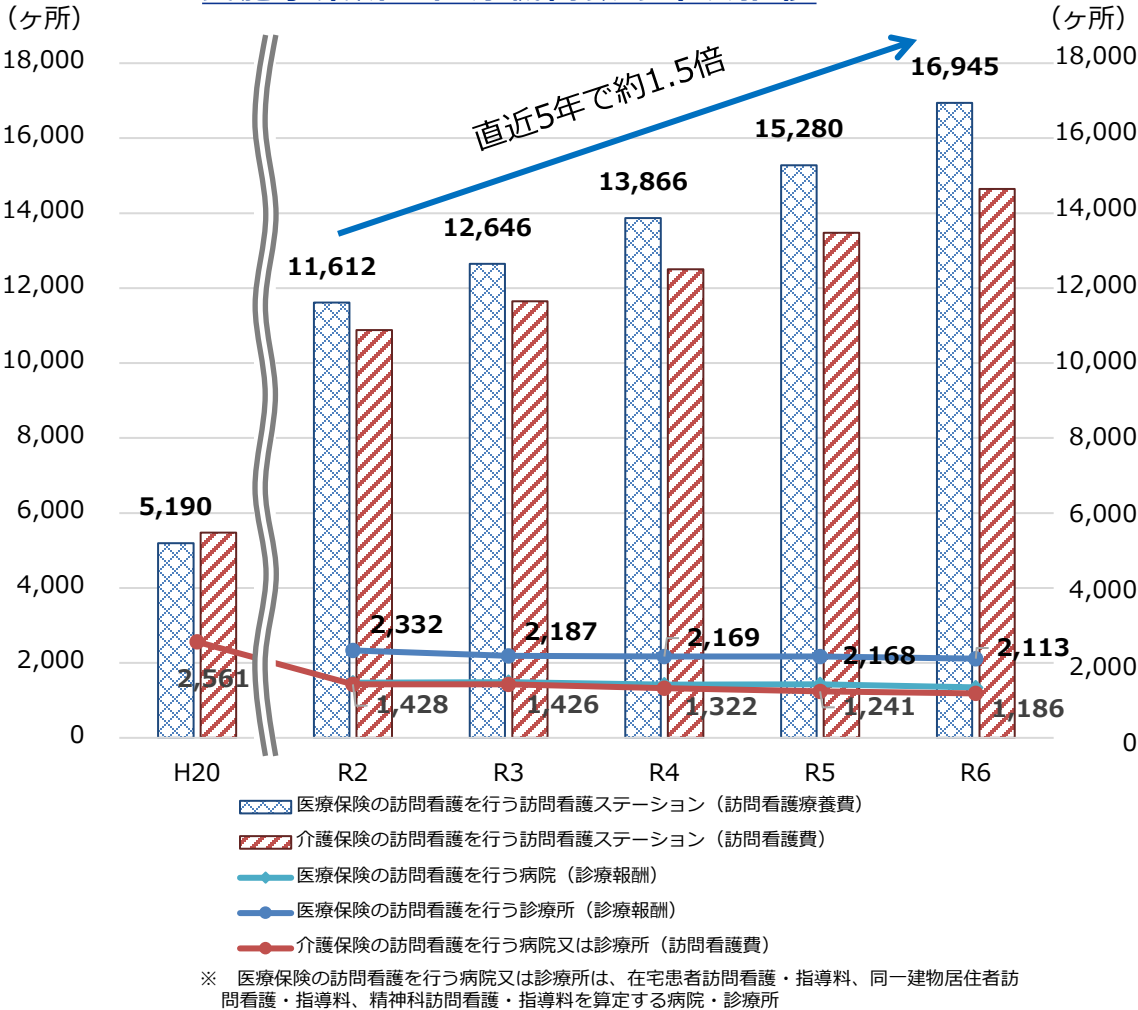
※ 医 療 費：健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
 ※ 介護給付費：訪問看護費・介護予防訪問看護費

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

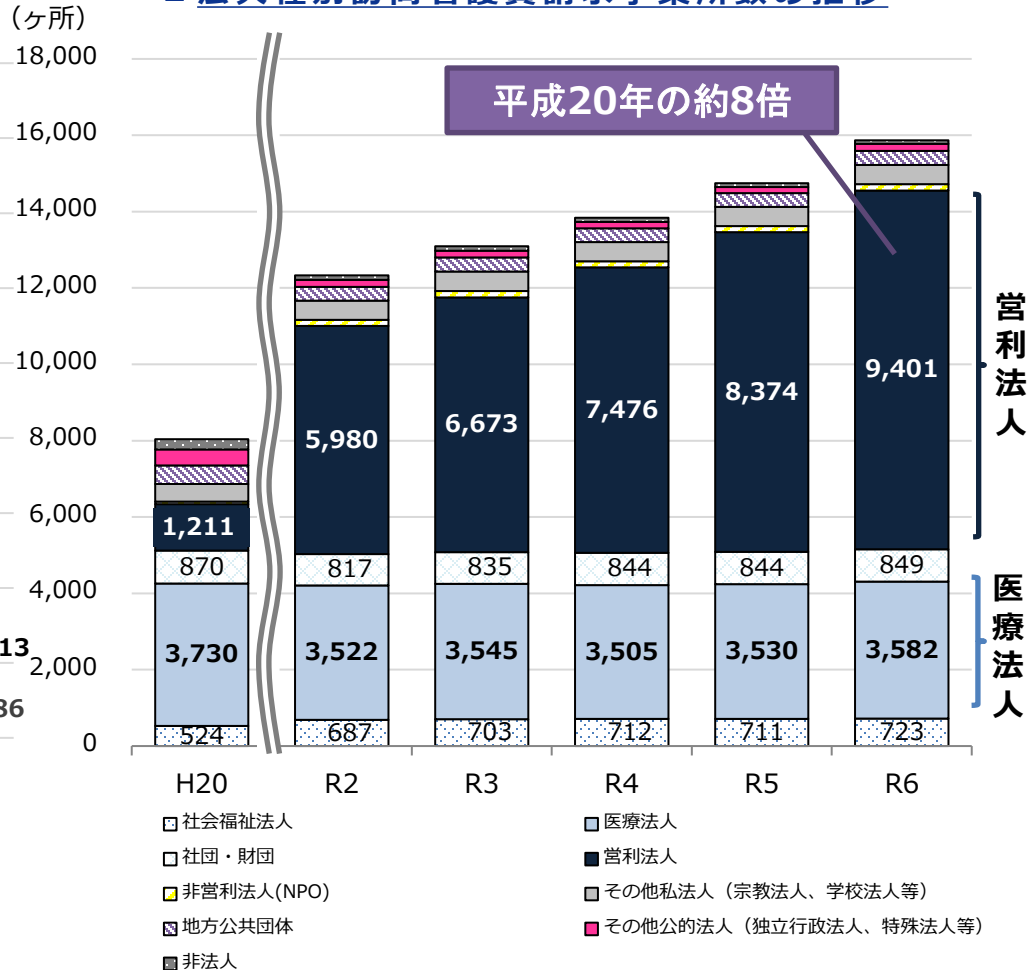
中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 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



(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年 5 月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年 5 月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年 4 月審査分)
(右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年 4 月審査分)

【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)

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

【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 〕

(※1) 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

(※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

- 1 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
- 2 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
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

週4日以上
の訪問看護
が可能

訪問看護に関する報酬体系

中医協 総 - 2 参考
7 . 8 . 2 7

指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【訪問看護基本療養費】

訪問看護基本療養費（Ⅰ）	（週 3 日目まで）	5,550 円
	（週 4 日目以降）	6,550 円

※准看護師の場合は基本療養費 - 500円、在宅患者訪問看護・指導料 - 50点 ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円
※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月 1 回）

訪問看護基本療養費（Ⅱ）	2 人まで	（週 3 日目まで）	5,550 円
		（週 4 日目以降）	6,550 円
	3 人以上	（週 3 日目まで）	2,780 円
		（週 4 日目以降）	3,280 円

※准看護師の場合は基本療養費 - 500円、在宅患者訪問看護・指導料 - 50点（3 人以上は - 250円、 - 25点） ※理学療法士等の場合は日数によらず5,550円（3 人以上は2,780円）
※専門性の高い看護師による訪問（緩和ケア、褥瘡ケア、人工肛門・人工膀胱ケア）は12,850円又は1,285点（月 1 回）

+

訪問看護管理療養費	（月の初日）	機能強化型 1	13,230 円
		機能強化型 2	10,030 円
		機能強化型 3	8,700 円
		機能強化型以外	7,670 円
	（2 日目以降）	訪問看護管理療養費 1	3,000 円
		訪問看護管理療養費 2	2,500 円
訪問看護基本療養費（Ⅲ）	（入院中 1 回又は 2 回）		8,500 円

※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第 2 の 2 に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）

+

基本療養費の 加算（例）	難病等複数回訪問加算	※同一建物内 3 人以上で低い額を算定
	緊急訪問看護加算	
	長時間訪問看護加算	
	複数名訪問看護加算	※同一建物内 3 人以上で低い額を算定
	夜間・早朝訪問看護加算	
	深夜訪問看護加算	

管理療養費の 加算（例）	24時間対応体制加算	
	退院支援指導加算	※長時間の場合は高い額を算定
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	
	専門管理加算	

+

訪問看護情報提供療養費 訪問看護医療DX情報活用加算
訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算

病院・診療所 【在宅患者訪問看護・指導料】

在宅患者 訪問看護・指導料	（週 3 日目まで）	580 点
	（週 4 日目以降）	680 点

同一建物居住者 訪問看護・指導料	2 人まで	（週 3 日目まで）	580 点
		（週 4 日目以降）	680 点
	3 人以上	（週 3 日目まで）	293 点
		（週 4 日目以降）	343 点

退院前訪問指導料	（入院中 1 回又は 2 回）	580 点
----------	-----------------	-------

退院後訪問指導料	（1 回につき）	580 点
----------	----------	-------

訪問看護同行加算	（退院後 1 回に限り）	20 点
----------	--------------	------

加算部分（例）	難病等複数回訪問加算	※同一建物内 3 人以上で低い点数を算定
	緊急訪問看護加算	
	長時間訪問看護・指導加算	
	複数名訪問看護・指導加算	※同一建物内 3 人以上で低い点数を算定
	夜間・早朝訪問看護加算	
	深夜訪問看護加算	

在宅患者緊急時等カンファレンス加算
専門管理加算

訪問看護医療DX情報活用加算
在宅ターミナルケア加算、遠隔死亡診断補助加算

精神科訪問看護に関する報酬体系

中医協 総 - 2 参考
7 . 8 . 2 7

指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）

【精神科訪問看護基本療養費】

※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者として届出を行った者のみ実施可能

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）	（週3日目まで）	5,550／4,250 円
	（週4日目以降）	6,550／5,100 円

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士・医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）／（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費－500／380円、精神科訪問看護・指導料－50／40点

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅲ）	2人まで	（週3日目まで）	5,550／4,250 円
		（週4日目以降）	6,550／5,100 円
	3人以上	（週3日目まで）	2,780／2,130 円
		（週4日目以降）	3,280／2,550 円

※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士・医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士

※金額・点数は、（30分以上の場合）／（30分未満の場合）の順に記載 ※准看護師の場合は基本療養費－500／380円、精神科訪問看護・指導料－50／40点（3人以上は－250／190円、－25／20点）

+

訪問看護管理療養費

（月の初日）	機能強化型1	13,230 円
	機能強化型2	10,030 円
	機能強化型3	8,700 円
	機能強化型以外	7,670 円
（2日目以降）	訪問看護管理療養費1	3,000 円
	訪問看護管理療養費2	2,500 円

精神科訪問看護 基本療養費（Ⅳ）	（入院中1回又は2回）	8,500 円
---------------------	-------------	---------

※在宅療養に備えて一時的に外泊している患者（基準告示第2の2に規定する者に限る）に対して訪問看護を行う場合（准看護師でも同額）

+

基本療養費の
加算（例）

精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定
精神科緊急訪問看護加算
長時間精神科訪問看護加算
複数名精神科訪問看護加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定
夜間・早朝訪問看護加算
深夜訪問看護加算

管理療養費の
加算（例）

24時間対応体制加算
退院支援指導加算 ※長時間の場合は高い額を算定
在宅患者緊急時等カンファレンス加算
精神科重症患者支援管理連携加算
専門管理加算

+

訪問看護情報提供療養費 訪問看護医療DX情報活用加算
訪問看護ターミナルケア療養費、遠隔死亡診断補助加算

病院・診療所

【精神科訪問看護・指導料】

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）	（週3日目まで）	580／445 点
	（週4日目以降）	680／530 点

精神科訪問看護・ 指導料（Ⅲ）	2人まで	（週3日目まで）	580／445 点
		（週4日目以降）	680／530 点
	3人以上	（週3日目まで）	293／225 点
		（週4日目以降）	343／268 点

精神科退院前 訪問指導料	（入院中3回又は6回まで）	380 点
	※複数の職種が共同して指導を行った場合	320 点

加算
部分
（例）

精神科複数回訪問加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定
精神科緊急訪問看護加算
長時間精神科訪問看護・指導加算
複数名精神科訪問看護・指導加算 ※同一建物内3人以上で低い点数を算定
夜間・早朝訪問看護加算
深夜訪問看護加算

訪問看護医療DX情報活用加算

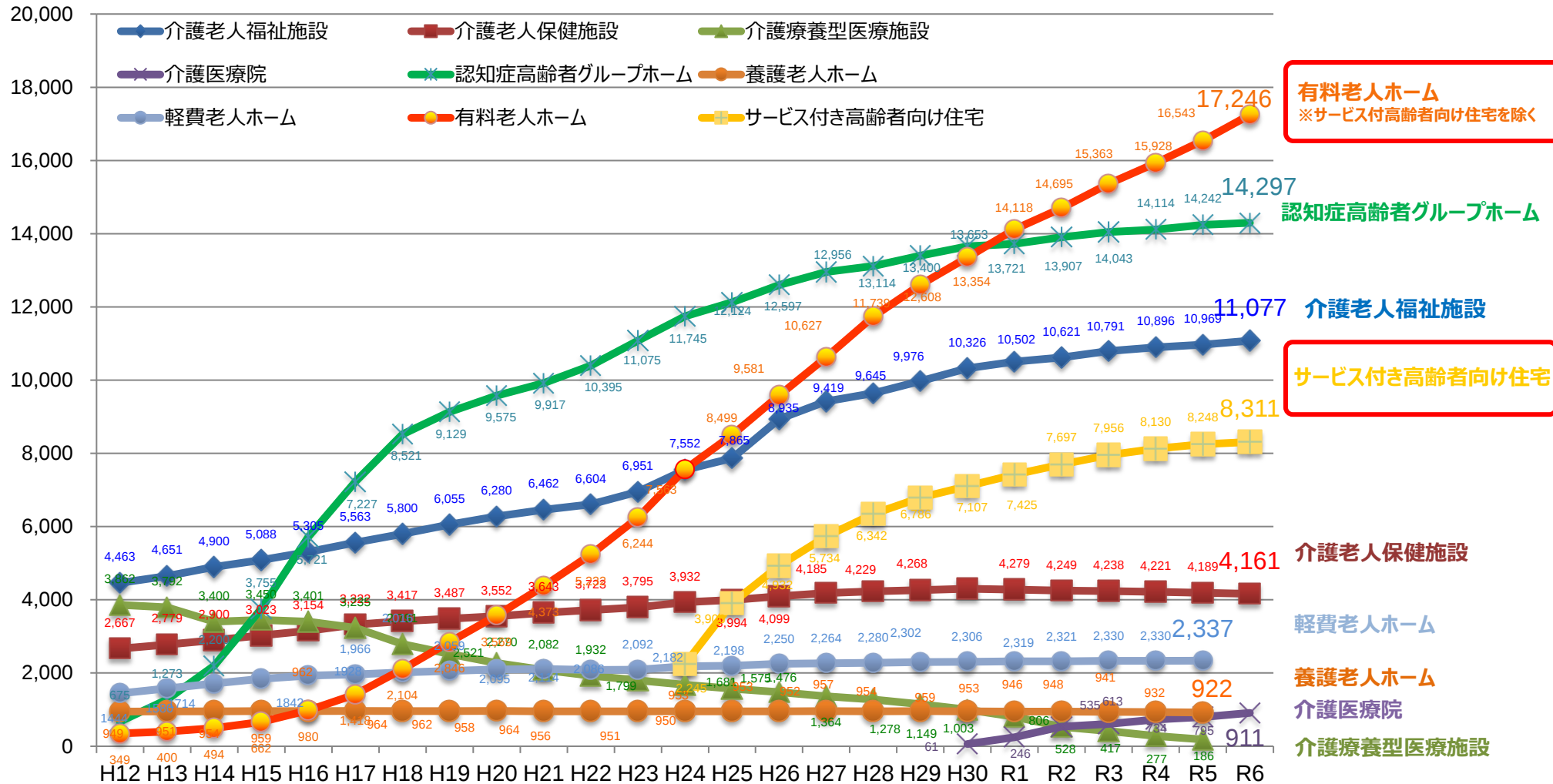
高齢者向け住まい・施設の件数

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

※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。

※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）

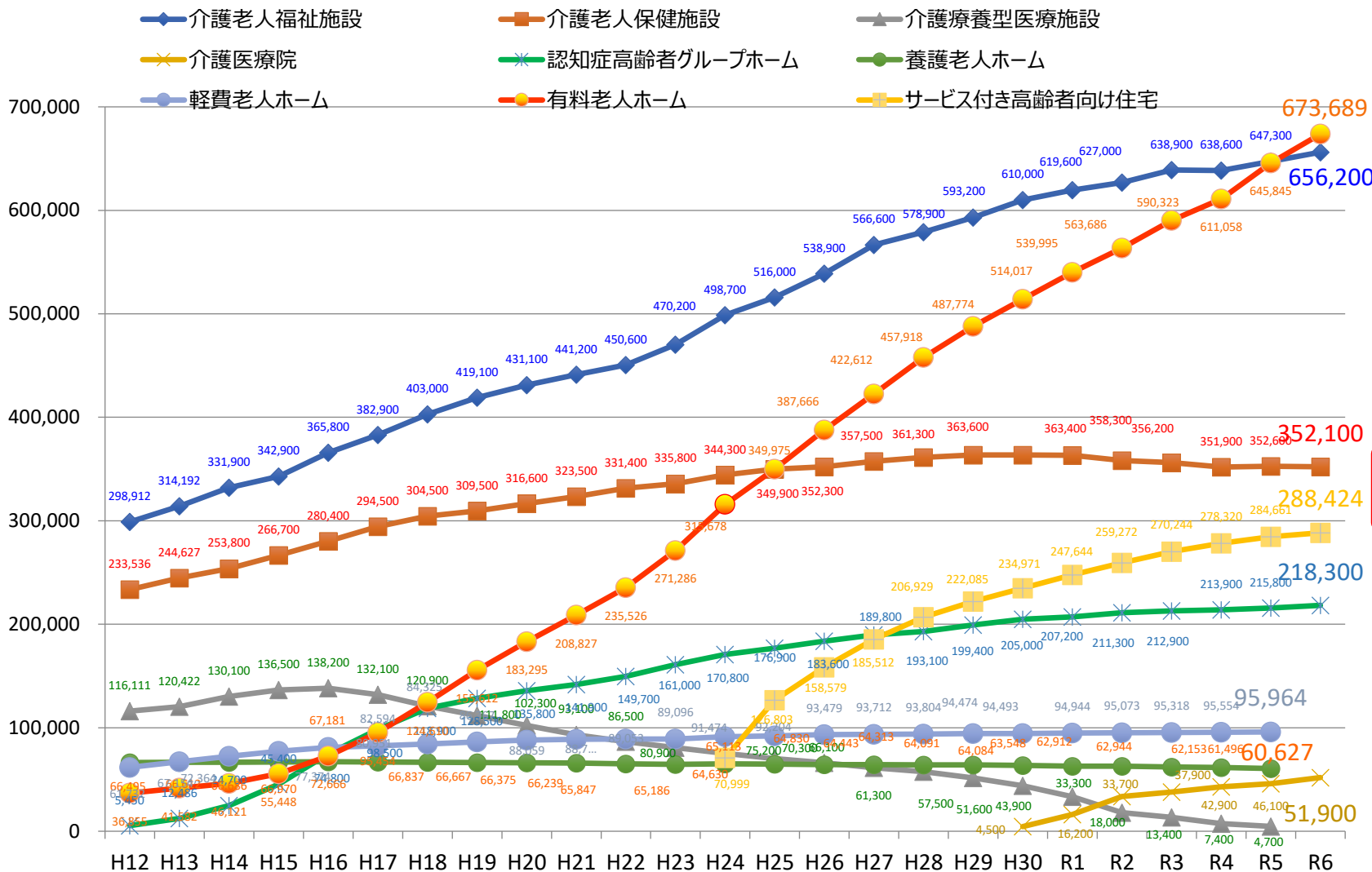
高齢者向け施設・住まいの利用者数

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：人・床)



有料老人ホーム
※サービス付高齢者向け住宅を除く

介護老人福祉施設

介護老人保健施設

サービス付き高齢者向け住宅

認知症高齢者グループホーム

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

※1：介護保険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）

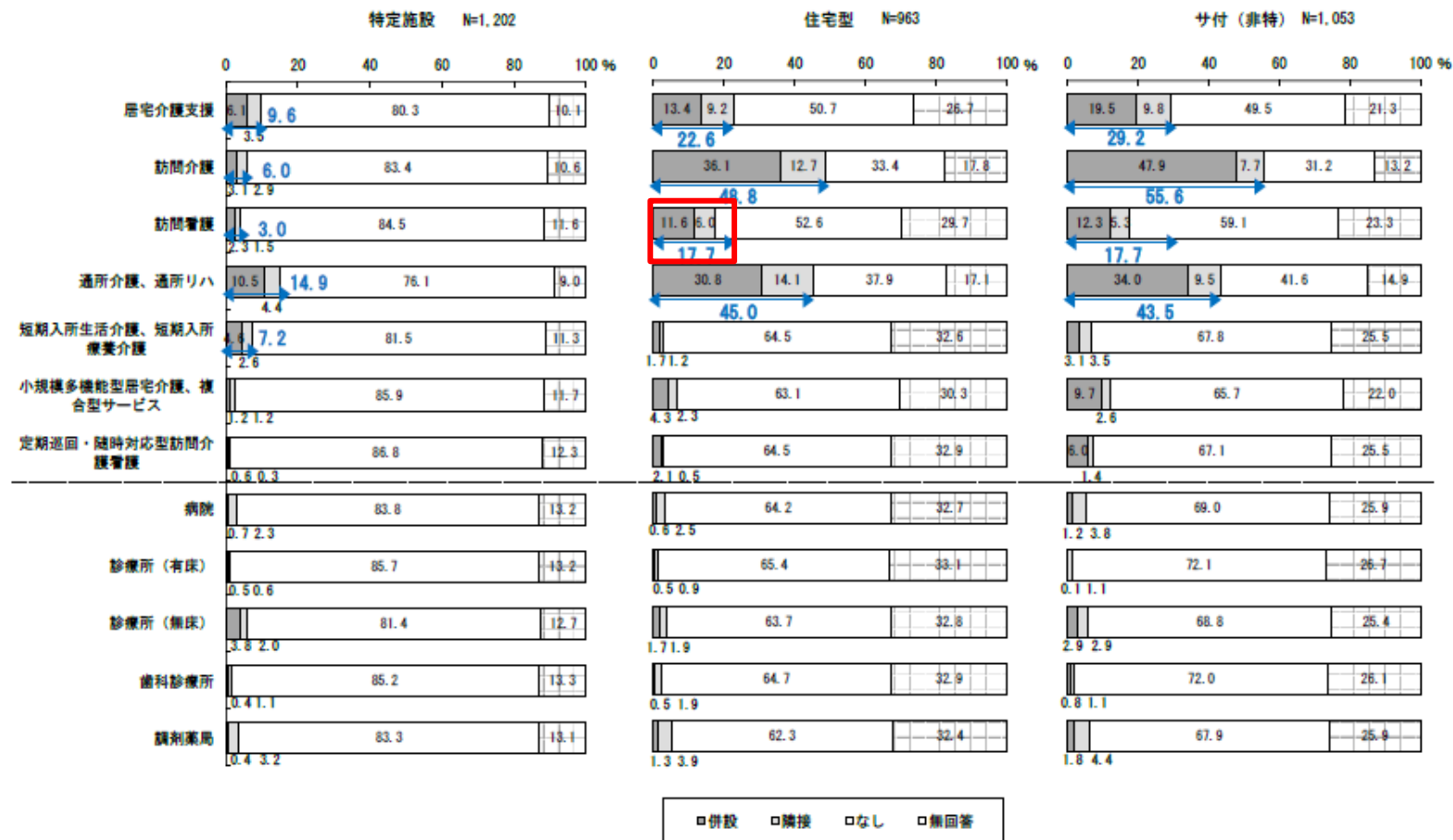
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※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）

高齢者住まい等における介護・医療サービス事業所の併設・隣接状況

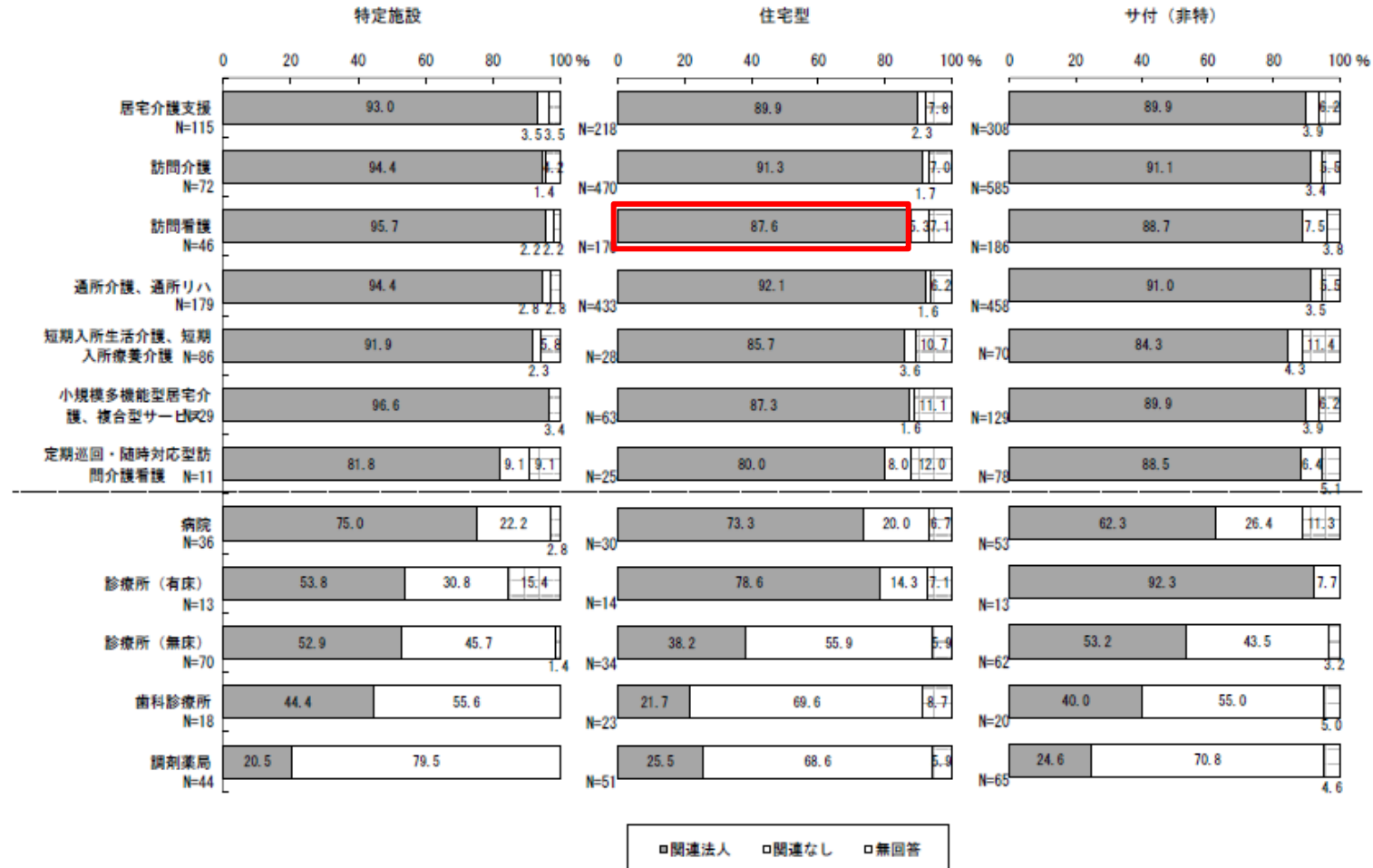
- 訪問看護事業所を併設・隣接する住宅型有料老人ホームは、17.7%である。

図表 31 介護・医療サービス施設の併設・隣接状況



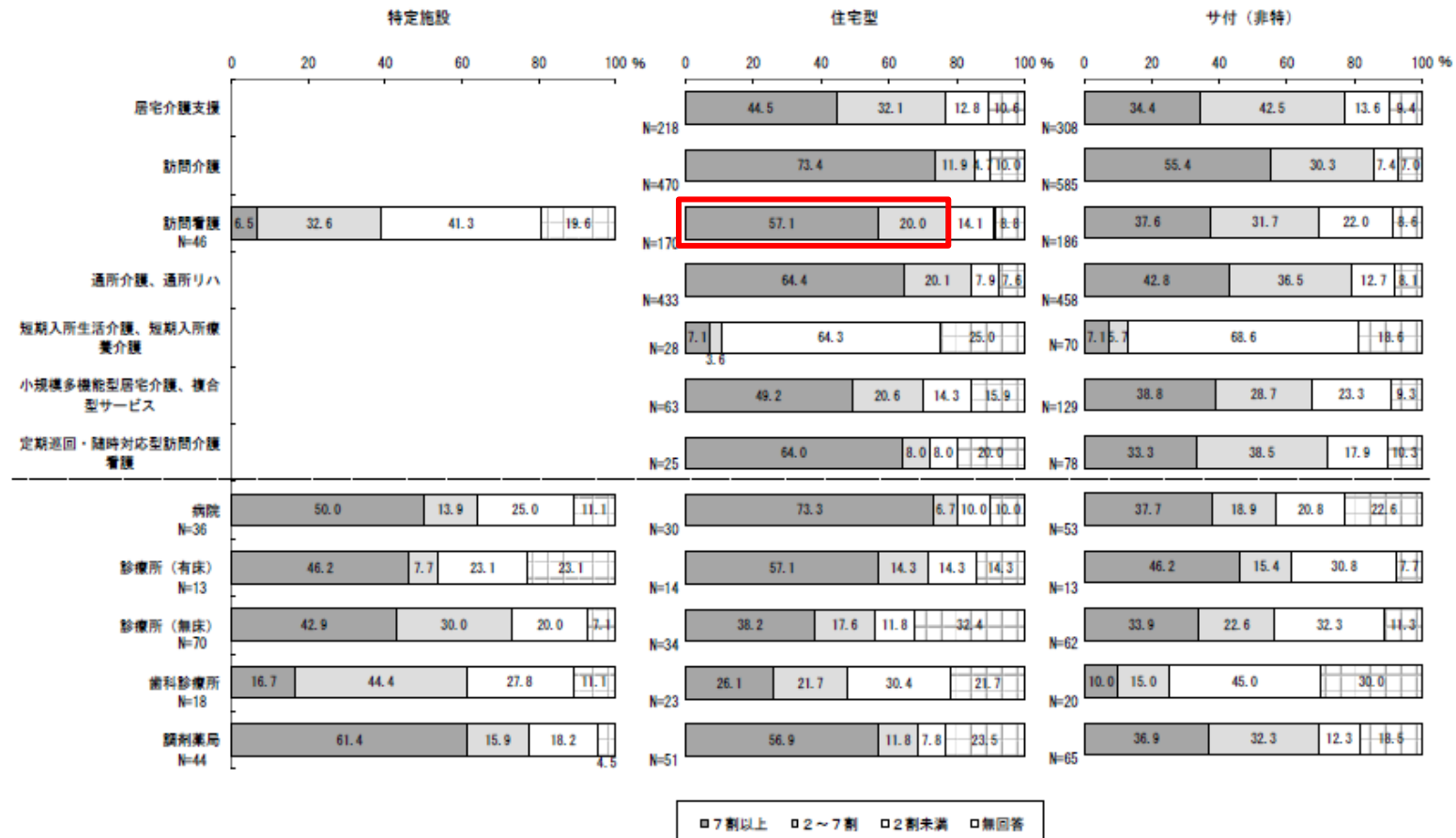
- 住宅型有料老人ホームに併設・隣接する訪問看護事業所は87.6%が関連法人が運営している。

図表 32 併設・隣接事業所の運営主体との関係
(問 3①で「併設」もしくは「隣接」と回答した施設のみ)



- 住宅型有料老人ホームでは、入居者のうち併設・隣接する訪問看護事業所を利用している割合が「7割以上」が57.1%、「2～7割」が20.0%となっている。

図表 34 入居者のうちサービスを利用している割合
(問 3①で「併設」もしくは「隣接」と回答した施設のみ)



1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

同一建物居住者に対する訪問看護

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

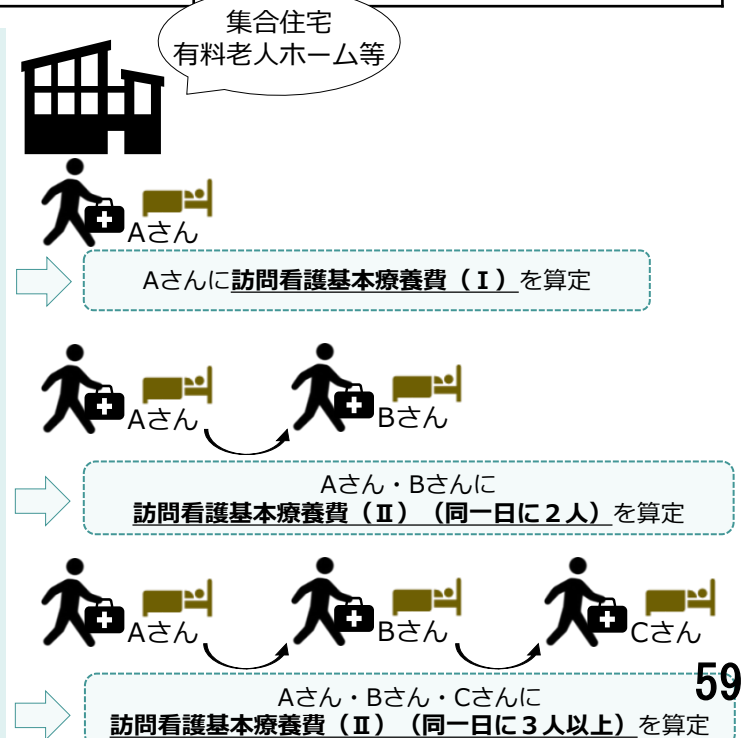
- 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	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。



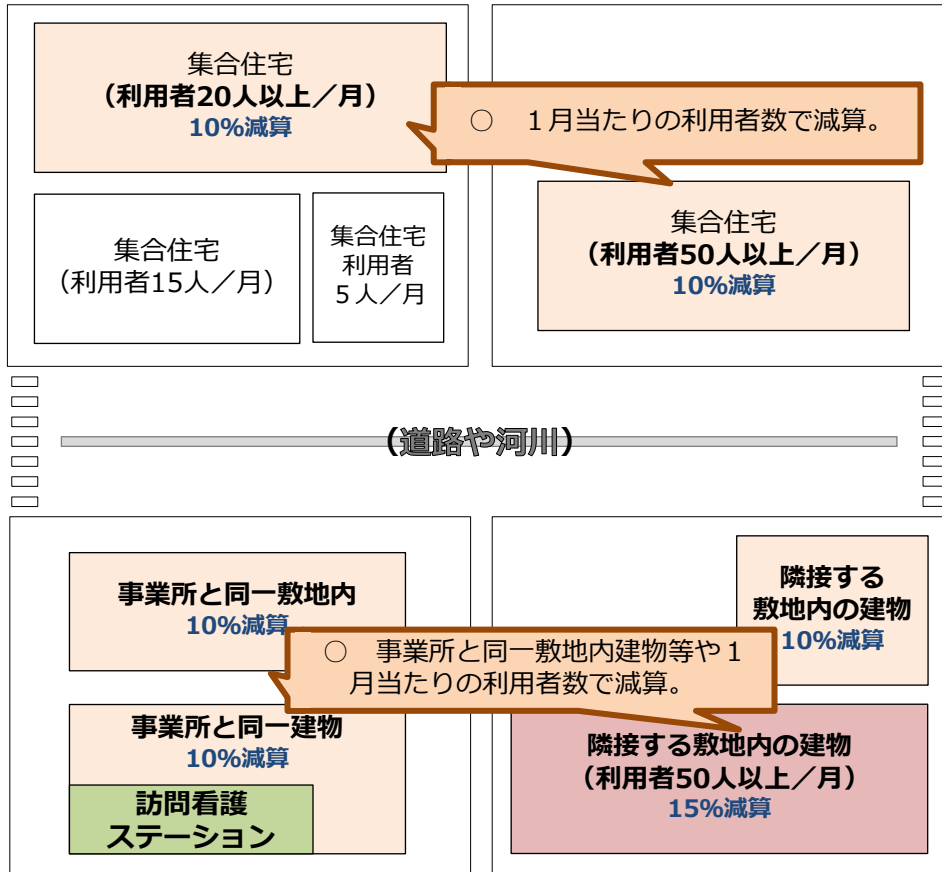
訪問看護における同一建物居住者等の考え方

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 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。
- 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。

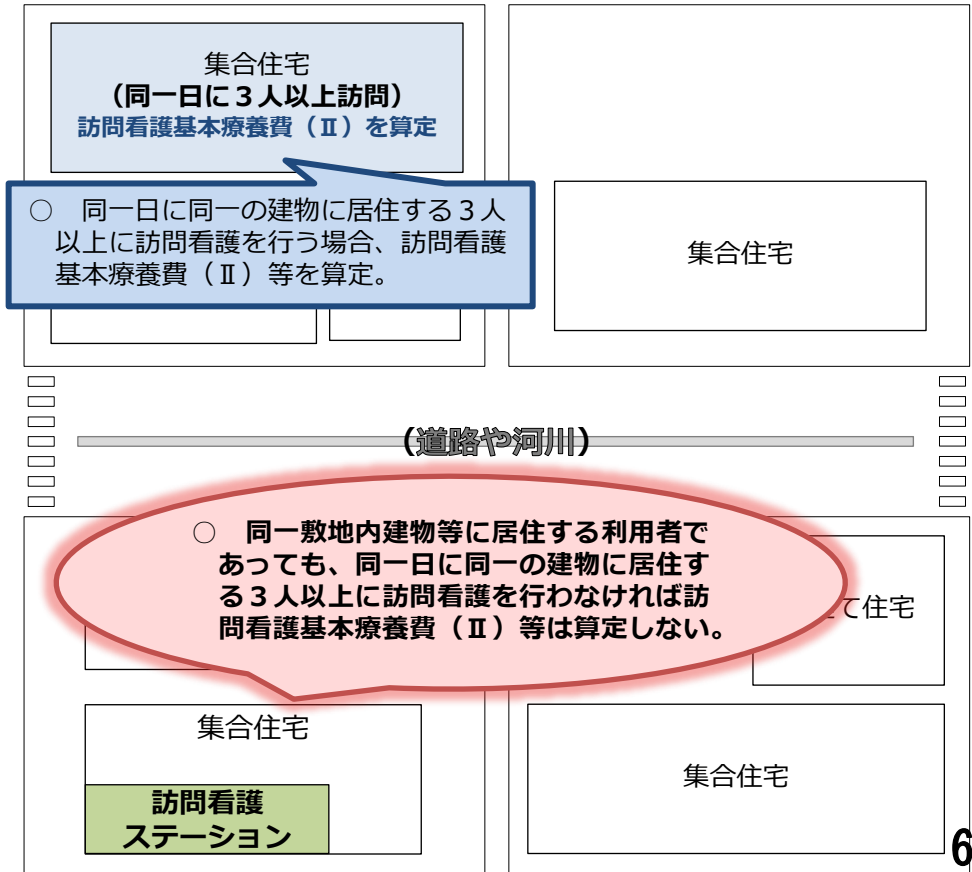
■ 介護保険の場合

- 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者（同一敷地内建物等）又は事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上／月の場合、訪問看護料を10%減算。同一敷地内建物等の利用者の人数が50人以上／月の場合、訪問看護料を15%減算。



■ 医療保険の場合

- 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。
- 同一建物居住者とは建築基準法第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う。

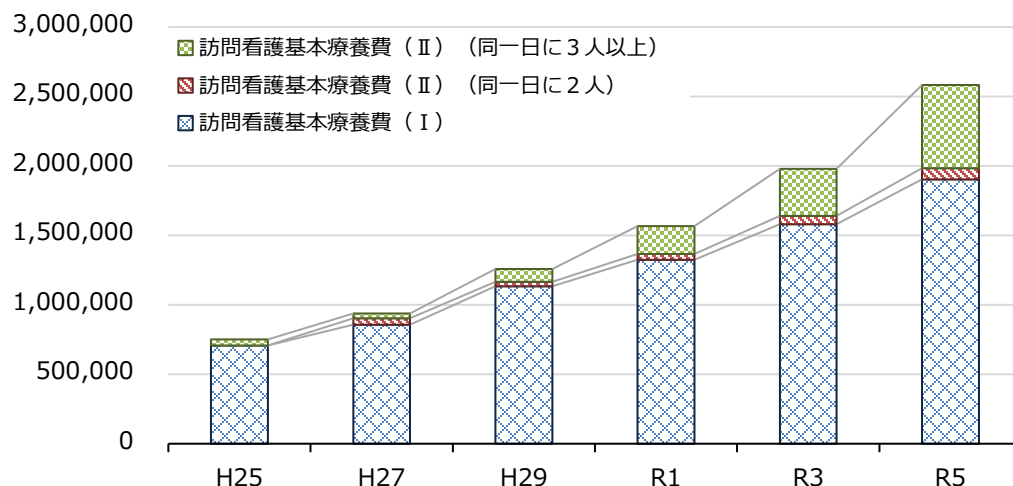


同一建物居住者への訪問看護の状況

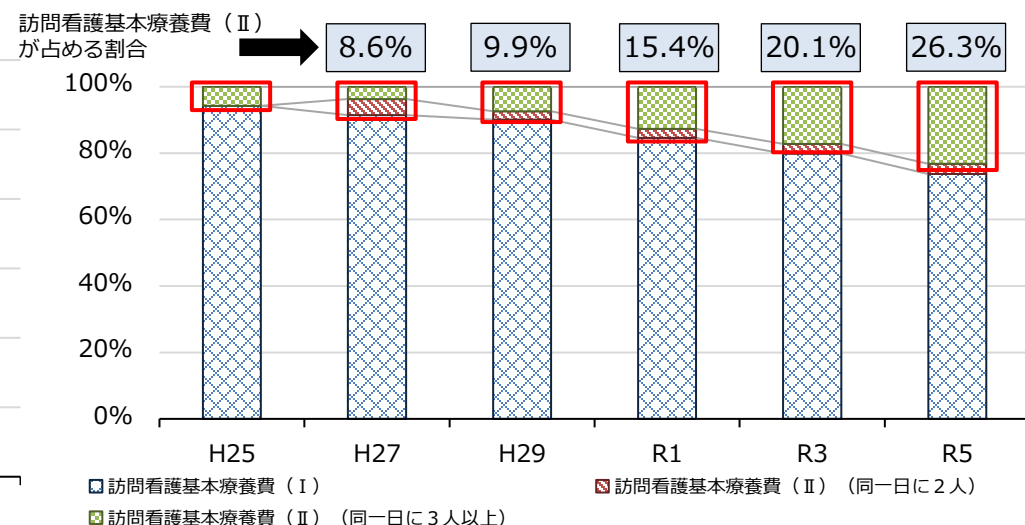
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

○ 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。

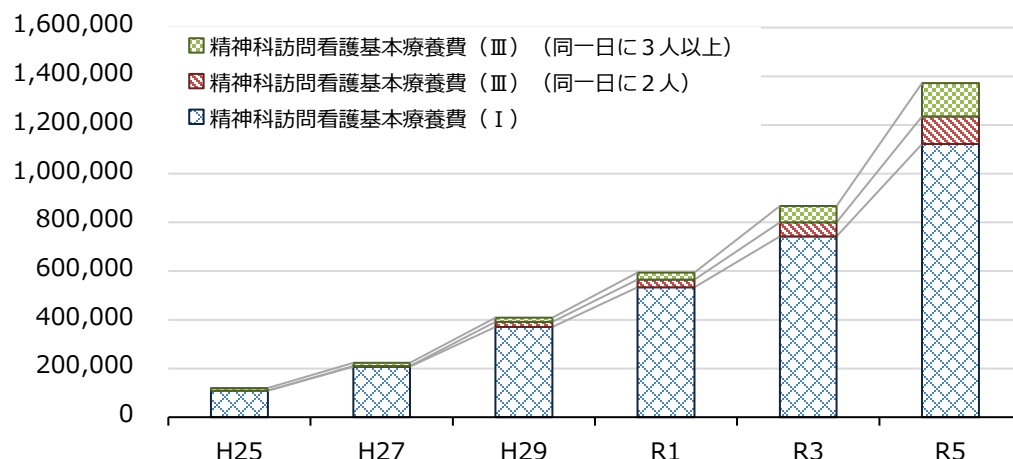
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



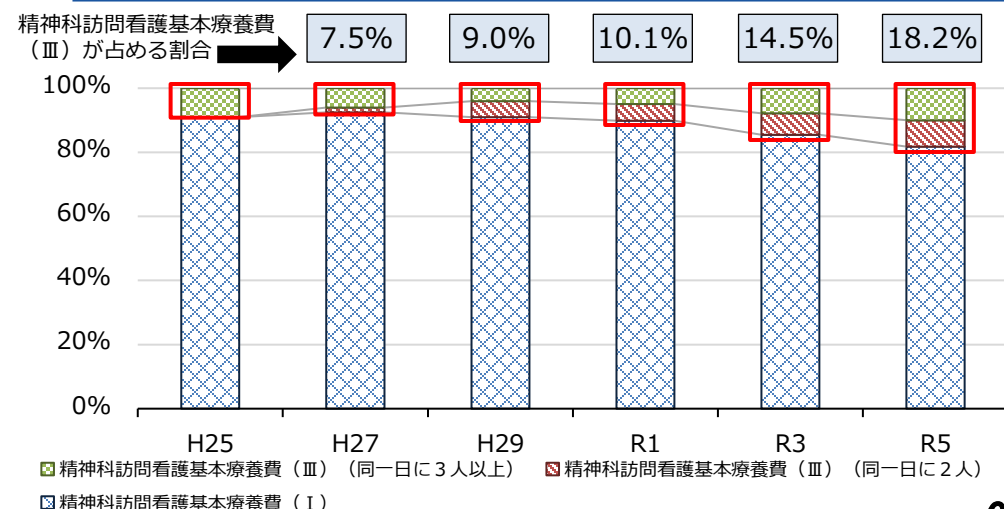
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 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

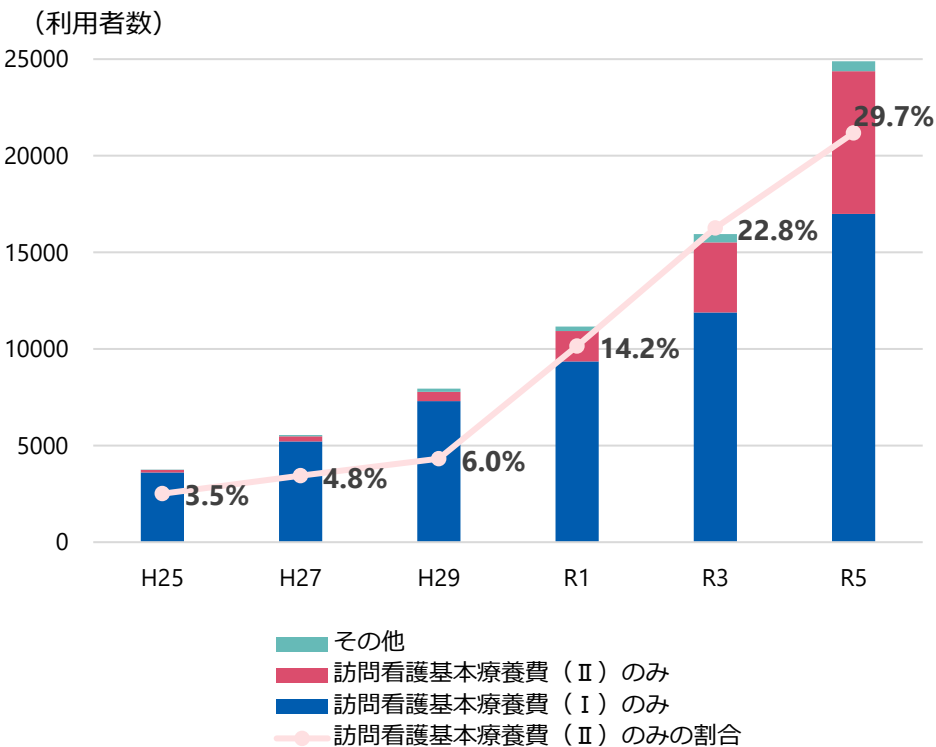


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

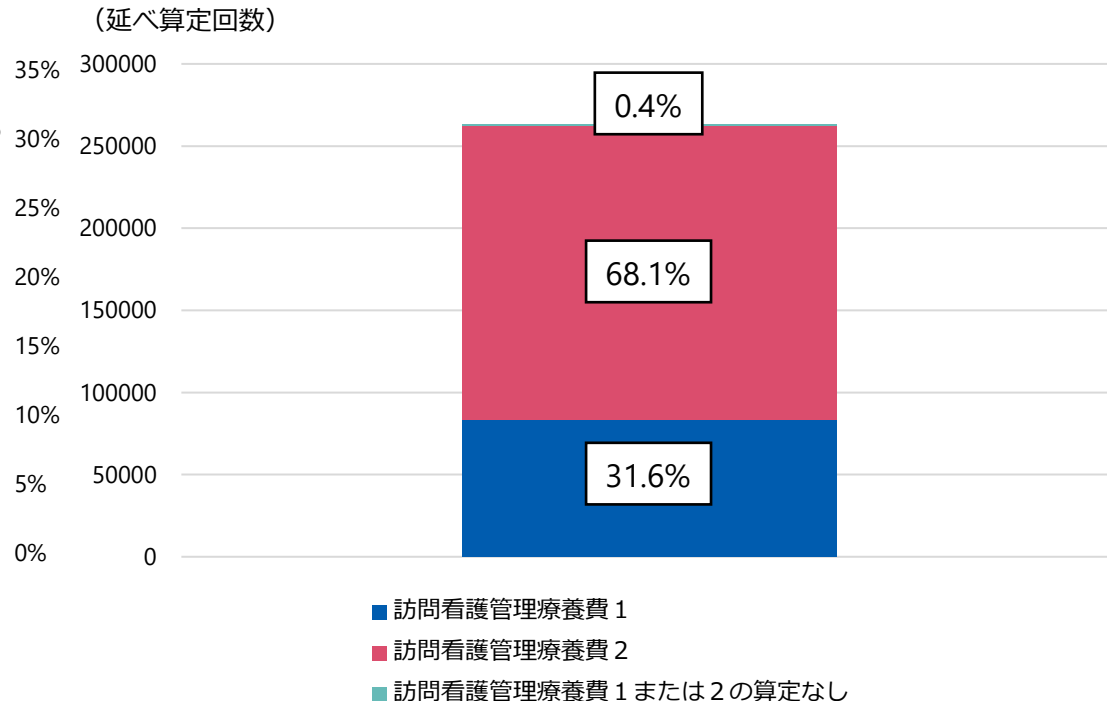
加算の算定状況：複数名訪問看護加算

- 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）

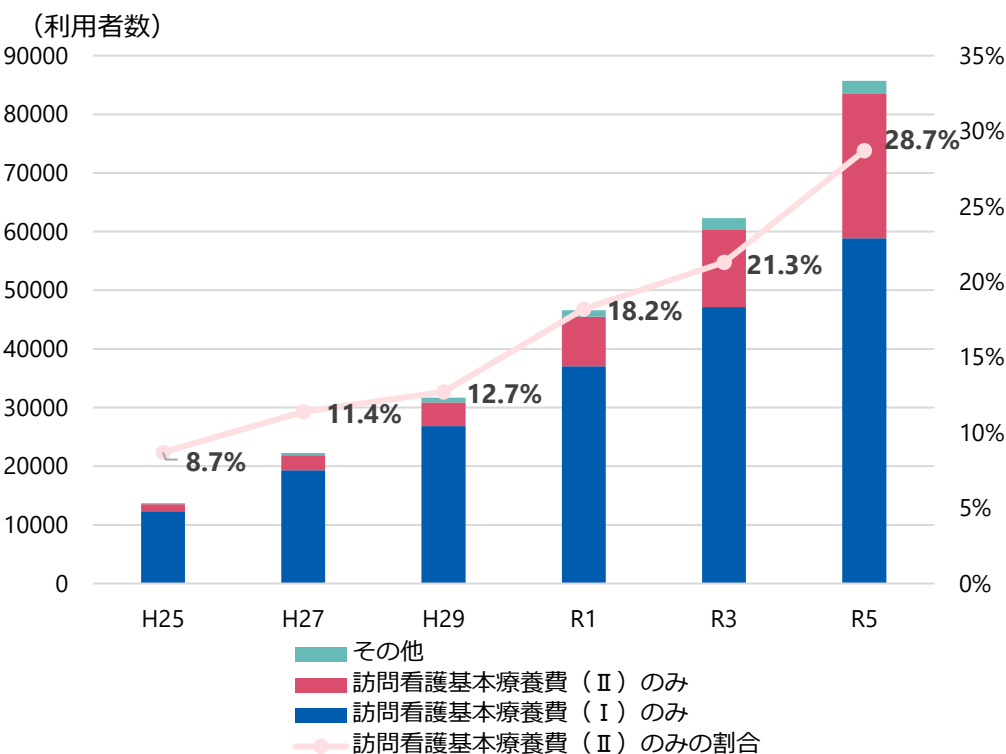
（右図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

※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」）

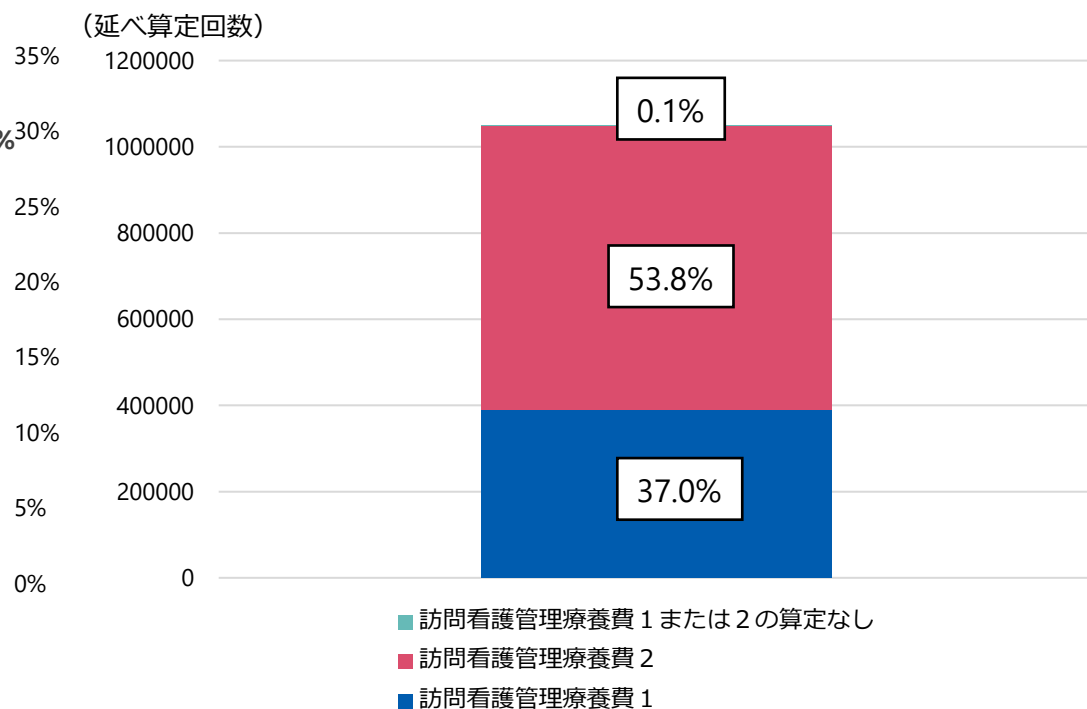
加算の算定状況：難病等複数回訪問加算

- 難病等複数回訪問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。
- 難病等複数回訪問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53.8%である。

■ 訪問看護基本療養費別の難病等複数回訪問加算算定状況



■ 訪問看護管理療養費種別（月の2日目以降の訪問の場合）の難病等複数回訪問加算算定状況



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）

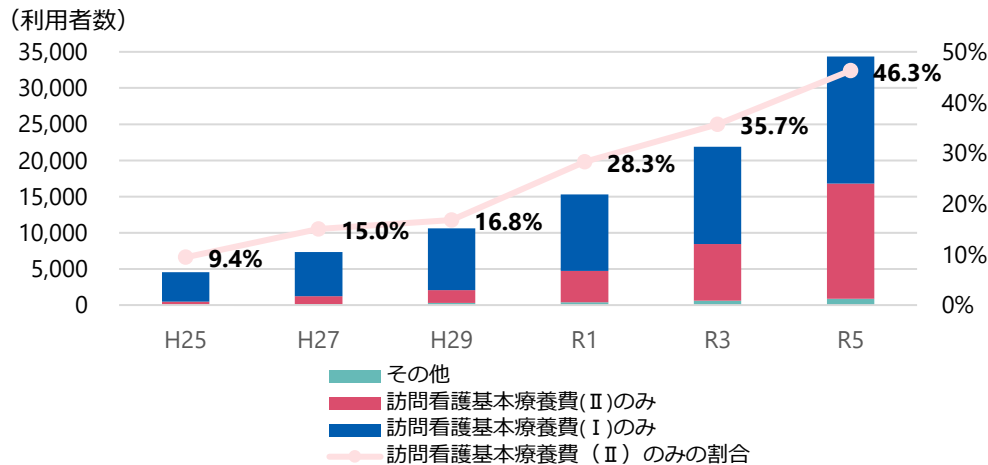
（右図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

※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」）

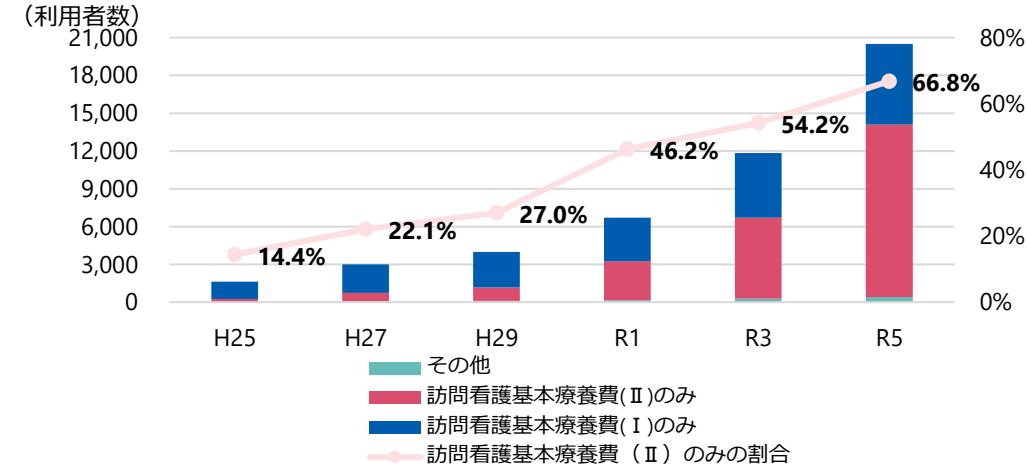
加算の算定状況：夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算

- 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算を算定する利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定する者の割合は増加傾向。
- 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護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、夜間・早朝訪問看護加算は82.1%で深夜訪問看護加算は89.2%である。

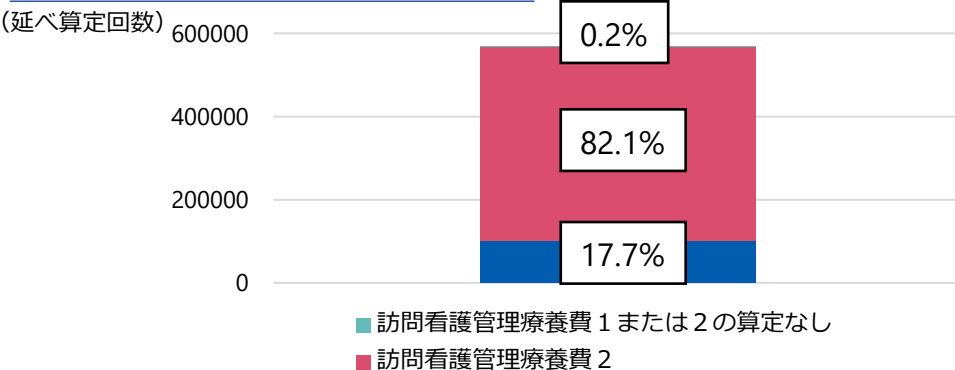
■ 訪問看護基本療養費別の夜間・早朝訪問看護加算算定状況



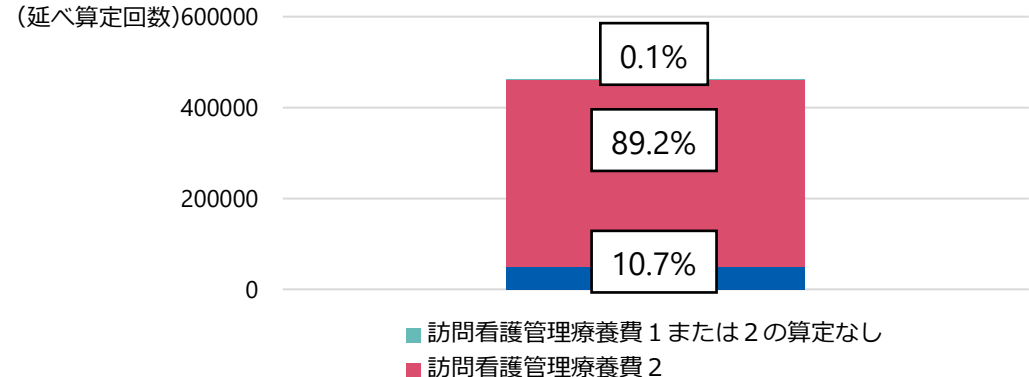
■ 訪問看護基本療養費別の深夜訪問看護加算算定状況



■ 訪問看護管理療養費種別（月の2日目以降の訪問の場合）の夜間・早朝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）の深夜訪問看護加算算定状況



出典：（上図）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）

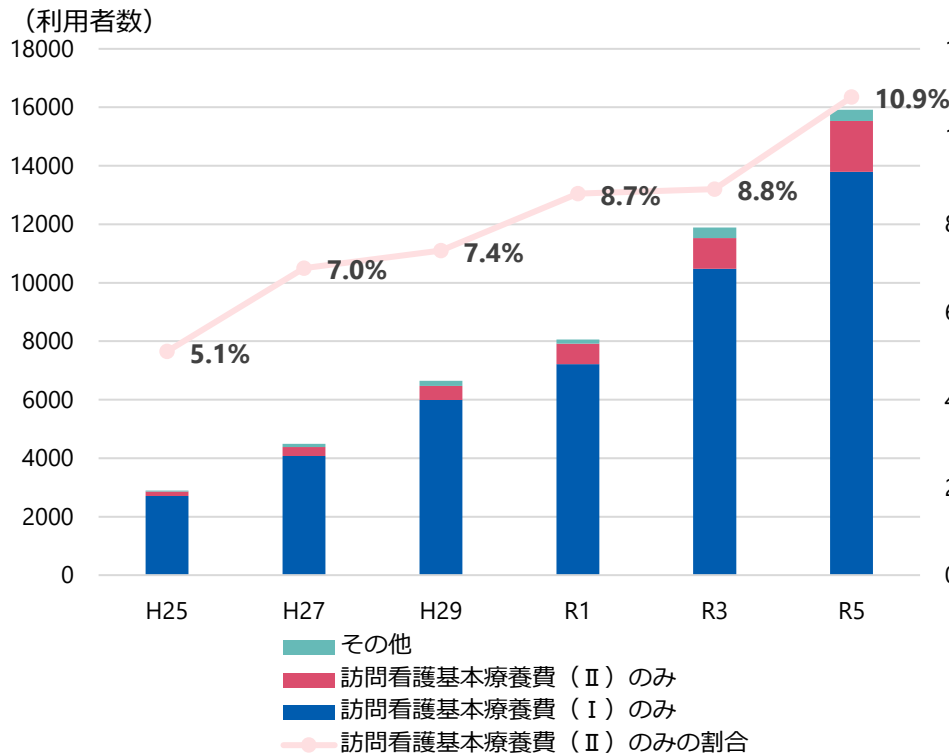
（下図）NDBデータをもとに保険局医療課にて作成（令和7年3月実施分）

※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」）

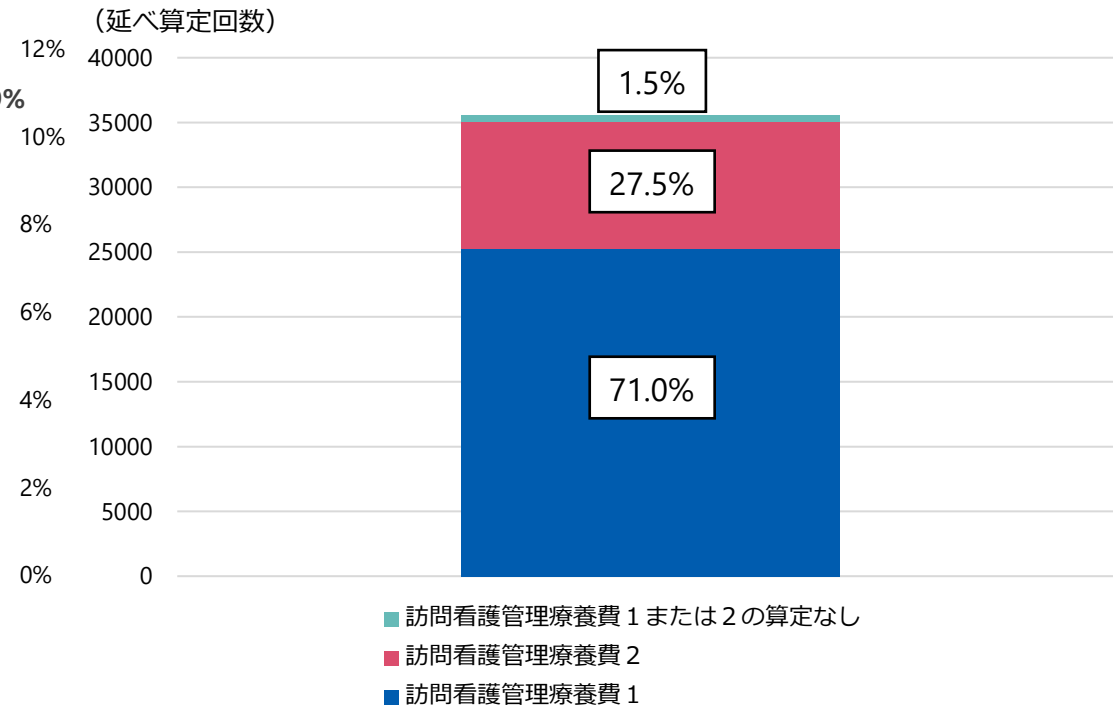
加算の算定状況：緊急訪問看護加算

- 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。
- 緊急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27.5%である。

■ 訪問看護基本療養費別の緊急訪問看護加算算定状況



■ 訪問看護基本療養費別の緊急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」）

訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出状況

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 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。

訪問看護管理療養費の見直し（月の 2 日目以降の訪問の場合）

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の 2 日目以降の訪問の場合（1 日につき）

（新）	イ	訪問看護管理療養費 1	3,000円
（新）	ロ	訪問看護管理療養費 2	2,500円

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（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。以下同じ。）であるものが占める割合が 7 割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

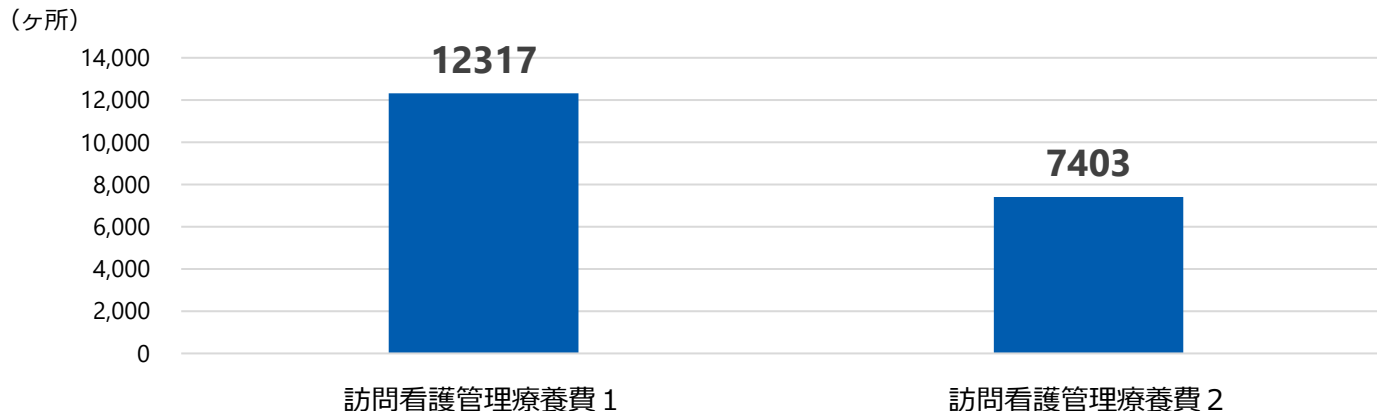
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF 尺度による判定が 40 以下の利用者の数が月に 5 人以上であること。

・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が 7 割以上であること又は当該割合が 7 割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

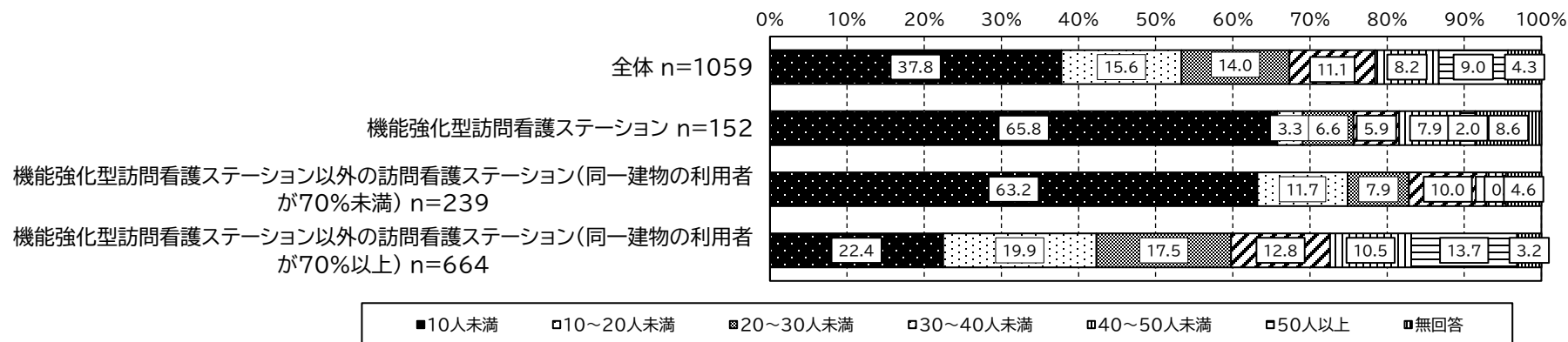
■ 訪問看護管理療養費（月の 2 日目以降の訪問の場合）の届出状況



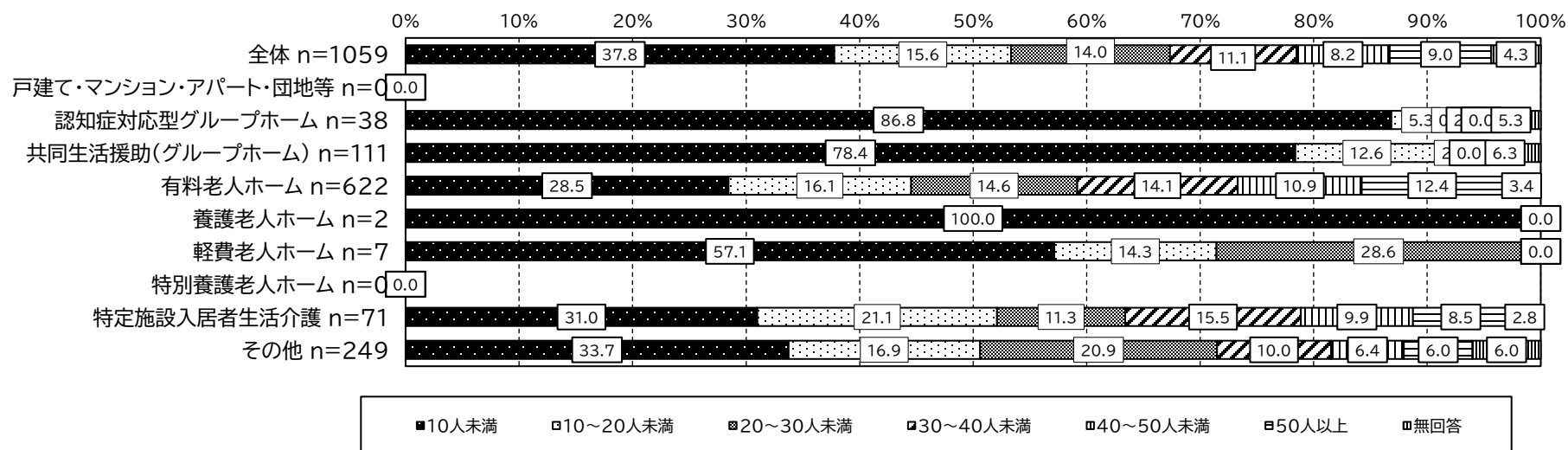
同一建物に居住する利用者数

- 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」が最も多く、37.8%であった。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。

■ 同一建物の利用者数（同一建物の利用者の割合別）



■ 同一建物の利用者数（居場所別）

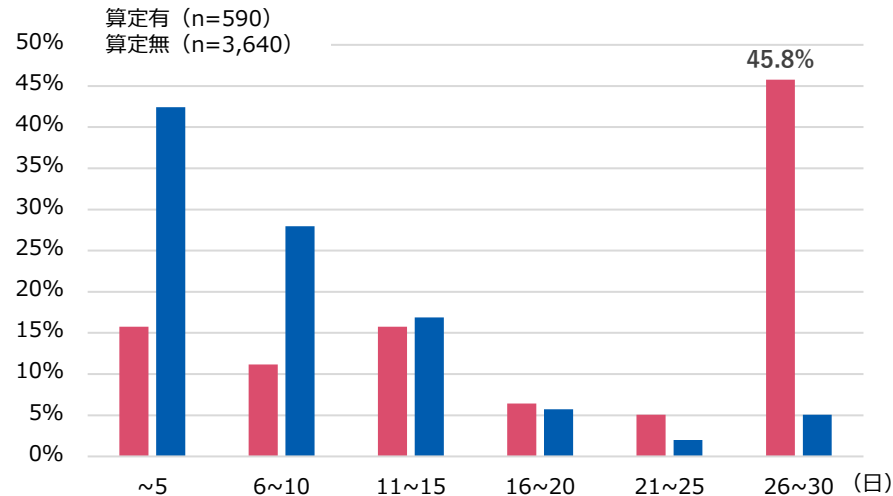


同一建物に居住する利用者がある場合の訪問看護の状況

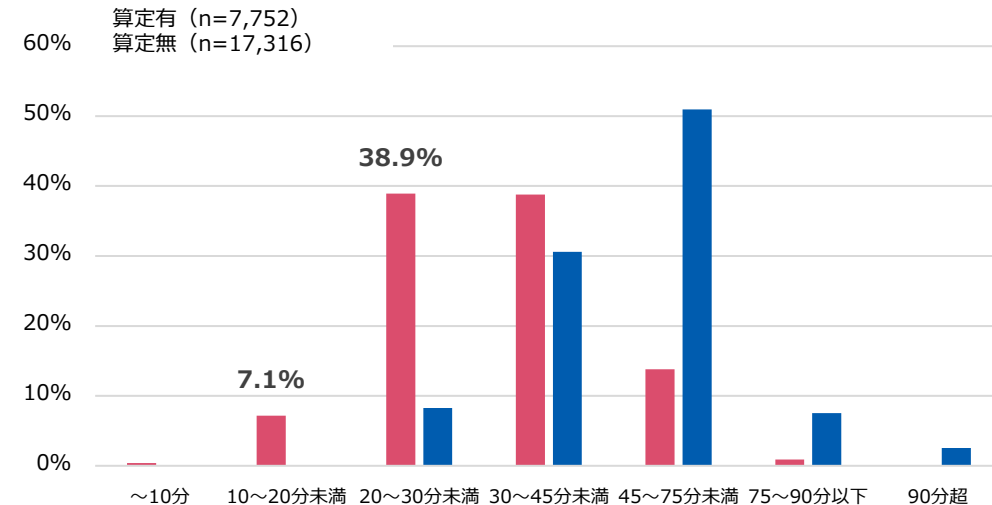
- 訪問看護基本療養費Ⅱを算定する場合の訪問看護は、1月あたり訪問日数が多く、1回あたりの訪問時間は短い傾向。
- 同一建物に居住する利用者数が増えると、1回の訪問時間は短くなる傾向。

■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）算定有 ■ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）無

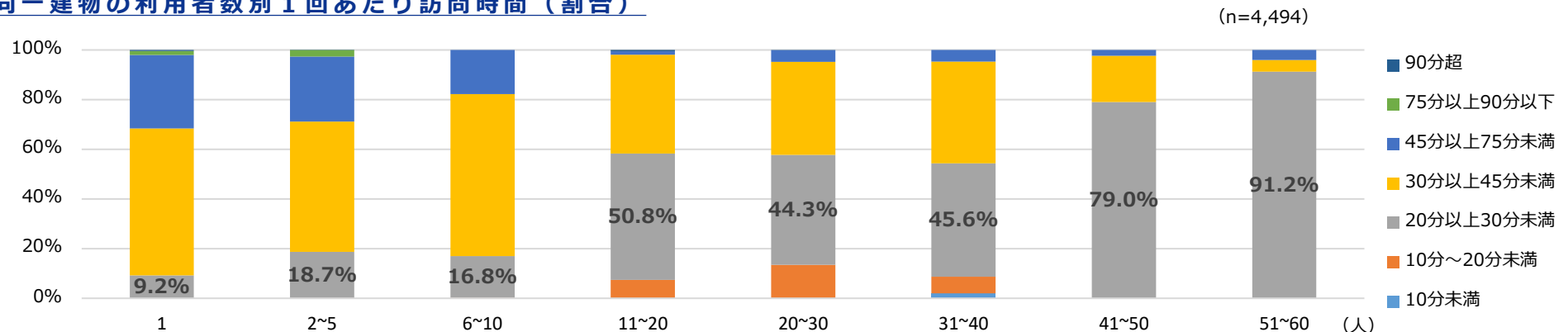
■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1月あたり訪問日数（割合）



■ 訪問看護基本療養費Ⅱ算定有無別1回あたり訪問時間（割合）



■ 同一建物の利用者数別1回あたり訪問時間（割合）



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

訪問看護ステーションごとの1月当たり訪問日数別利用者の主たる傷病名

○ 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。

「主たる傷病名」について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、見出しとして＜主たる傷病名＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に項番及び傷病名をそれぞれ記載すること。

「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、**主傷病、副傷病の順に1から3の項目欄**にそれぞれ記載するが、必要に応じて1から3の項目順以降に別途記載してもよい。

「訪問看護療養費請求書の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）

黄色は別表第7に該当する疾病等

■ 1月当たり訪問日数平均25日/件以上の訪問ステーションのレセプト

対象レセプト数：12,414 対象レコード数：24,339

傷病名	記載レセプト数	レセプト割合	記載割合
未コード化傷病名	2308	18.6%	9.5%
パーキンソン病Y a h r 4	1606	12.9%	6.6%
パーキンソン病Y a h r 5	1341	10.8%	5.5%
パーキンソン病Y a h r 3	1012	8.2%	4.2%
進行性核上性麻痺	770	6.2%	3.2%
末期癌	693	5.6%	2.8%
高血圧症	648	5.2%	2.7%
気管切開術後	502	4.0%	2.1%
多系統萎縮症	459	3.7%	1.9%
胃瘻造設状態	443	3.6%	1.8%
脊髄小脳変性症	383	3.1%	1.6%
パーキンソン病*	376	3.0%	1.5%
筋萎縮性側索硬化症	358	2.9%	1.5%
2型糖尿病	354	2.9%	1.5%
アルツハイマー型認知症	316	2.5%	1.3%
認知症	294	2.4%	1.2%
肺癌*	269	2.2%	1.1%
大脳皮質基底核変性症	234	1.9%	1.0%
乳癌*	231	1.9%	0.9%
前立腺癌*	227	1.8%	0.9%

■ 月当たり訪問日数平均8日/件以内の訪問ステーションのレセプト

対象レセプト数：280,615 対象レコード数：498,422

傷病名	記載レセプト数	レセプト割合	記載割合
統合失調症	56972	20.3%	11.4%
未コード化傷病名	47021	16.8%	9.4%
うつ病	22283	7.9%	4.5%
自閉症スペクトラム障害	12992	4.6%	2.6%
高血圧症	10648	3.8%	2.1%
双極性感情障害	8454	3.0%	1.7%
てんかん	7719	2.8%	1.5%
注意欠陥多動障害	7578	2.7%	1.5%
知的障害	6824	2.4%	1.4%
糖尿病	6647	2.4%	1.3%
脳性麻痺	6201	2.2%	1.2%
軽度知的障害	5594	2.0%	1.1%
アルコール依存症	5167	1.8%	1.0%
パーキンソン病Y a h r 3	5158	1.8%	1.0%
双極性障害	4825	1.7%	1.0%
2型糖尿病	4546	1.6%	0.9%
パーキンソン病*	4375	1.6%	0.9%
パーキンソン病Y a h r 4	4269	1.5%	0.9%
アルツハイマー型認知症	3798	1.4%	0.8%
統合失調感情障害	3619	1.3%	0.7%

■ 全訪問看護ステーションのレセプト

対象レセプト数：481,644 対象レコード数：913,806

傷病名	記載レセプト数	レセプト割合	記載割合
未コード化傷病名	95776	19.9%	10.5%
統合失調症	73782	15.3%	8.1%
うつ病	33254	6.9%	3.6%
高血圧症	24574	5.1%	2.7%
自閉症スペクトラム障害	16720	3.5%	1.8%
アルツハイマー型認知症	12544	2.6%	1.4%
てんかん	12109	2.5%	1.3%
糖尿病	12035	2.5%	1.3%
パーキンソン病Y a h r 3	11663	2.4%	1.3%
双極性感情障害	11135	2.3%	1.2%
パーキンソン病Y a h r 4	10896	2.3%	1.2%
2型糖尿病	10772	2.2%	1.2%
知的障害	10663	2.2%	1.2%
パーキンソン病*	9820	2.0%	1.1%
注意欠陥多動障害	9686	2.0%	1.1%
脳性麻痺	9427	2.0%	1.0%
認知症	8925	1.9%	1.0%
軽度知的障害	7765	1.6%	0.8%
末期癌	7580	1.6%	0.8%
アルコール依存症	7401	1.5%	0.8%

* 状態によっては別表第7に該当するもの（パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）、末期の悪性腫瘍）

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」）

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	★ 巡視 おむつ交換	おむつ交換 食事介助 （申し送り）	★ 観察 入浴介助 カテーテル管理	食事介助 おむつ交換 （申し送り）	観察 薬剤投与	巡視 ★ 巡視 おむつ交換
				訪問診療 家族面会対応			

※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）

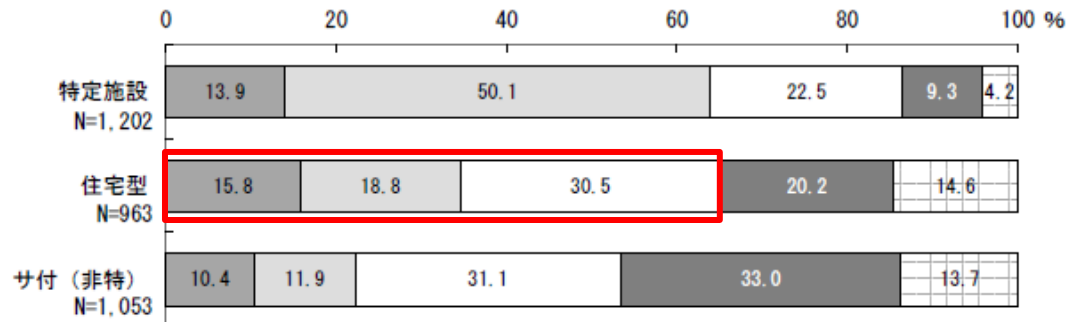
		単価（円）	算定日数	計（円）
訪問看護基本療養費Ⅱ	同一日に3人以上、週3日まで	2,780	14	38,920
	同一日に3人以上、週4日以上	3,280	16	52,480
難病等複数回訪問加算	1日に3回以上、同一建物内3人以上	7,200	30	216,000
複数名訪問看護加算	看×補 同一建物内3人以上（1日3回）	9,000	30	270,000
夜間・早朝訪問看護加算		2,100	30	63,000
深夜訪問看護加算		4,200	30	126,000
緊急訪問看護加算	月14日目まで	2,650	10	26,500
訪問看護管理療養費	月の初日（機能強化型以外）	7,670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

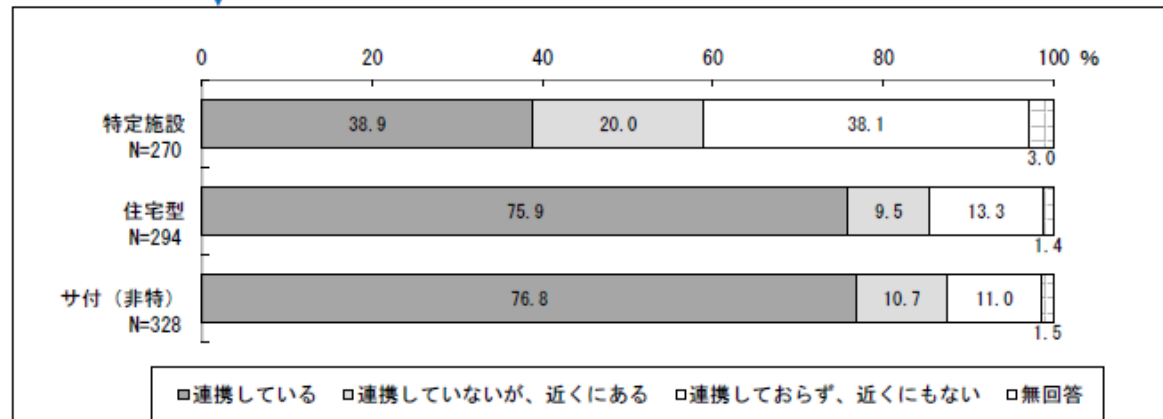
高齢者住まい等における夜間の看護体制

- 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、「常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）」「通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応」「訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている」で65.1%となっており、夜間も看護職員による対応が行われている割合が高い。

図表 70 夜間の看護体制 及び 訪問看護ステーションとの連携



- ☐ 常に夜勤または宿直の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）が対応
- ☐ 通常、施設の看護職員（併設事業所と兼務の場合を含む）がオンコールで対応
- ☒ 訪問看護ステーション、医療機関と連携してオンコール体制をとっている
- ☐ 夜勤・宿直の看護職員はおらず、オンコール対応もしていない
- ☐ 無回答



高齡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、高齡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。

■ 高齡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	(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・物価関連の補助金収入を除く)	-	(3)補助金収入	-	(3)補助金収入	-	(3)補助金収入	-
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+Ⅴ+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	ロ 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

訪問看護療養費における評価内容と効率性における特徴

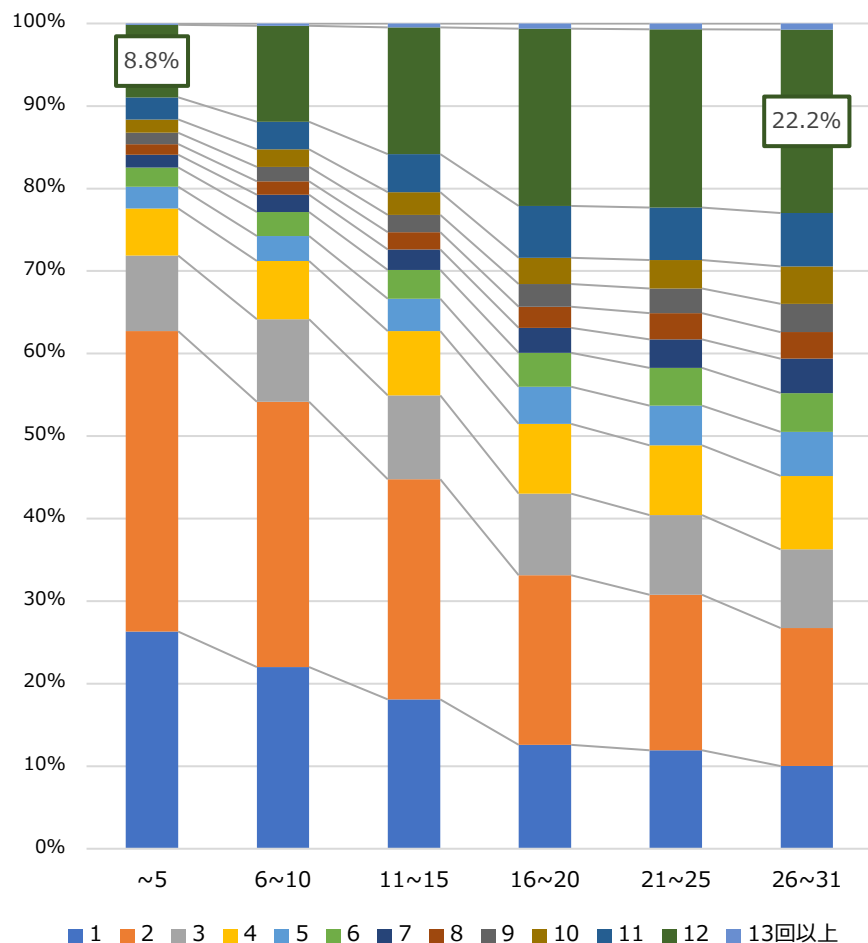
- 訪問看護療養費における加算等の評価内容について効率性における特徴を踏まえると、同一建物に居住する複数の利用者に、同一日に訪問看護を実施する場合において、より効率的に実施できるものとそれに該当しないもの等に分類できるのではないかな。

	評価の内容	効率性における特徴
訪問看護基本療養費Ⅱ (精神科訪問看護基本療養費Ⅲ)	<u>同一建物居住者</u> （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）であるものに対して訪問看護を行うことの評価	同一建物に居住する複数の利用者に、<u>同一日に訪問看護を実施</u>する場合に、<u>より効率的</u>に実施できる
難病等複数回訪問加算 (精神科複数回訪問加算)	必要に応じて1日に2回又は3回以上訪問看護を行った場合の評価	
複数名訪問看護加算 (複数名精神科訪問看護加算)	同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、看護職員が他の看護師等又は看護補助者と同時に訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、訪問看護を行った場合の評価	
夜間・早朝訪問看護加算 深夜訪問看護加算	夜間（午後6時から午後10時）もしくは早朝（午前6時から午前8時）または深夜（午後10時から午前6時）に訪問看護を行った場合の評価	
緊急訪問看護加算 (精神科緊急訪問看護加算)	利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合の評価	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、より効率的に実施できるものに <u>該当しない</u>
長時間訪問看護加算 (長時間精神科訪問看護加算)	厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる訪問看護を行った場合の評価	
訪問看護管理療養費	訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を利用者の主治医に対して提出するとともに、訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合の評価	<u>当該建物に居住する複数の利用者</u>に、<u>月単位で同一の訪問看護ステーションが管理</u>を行う場合に、<u>より効率的</u>に実施できる

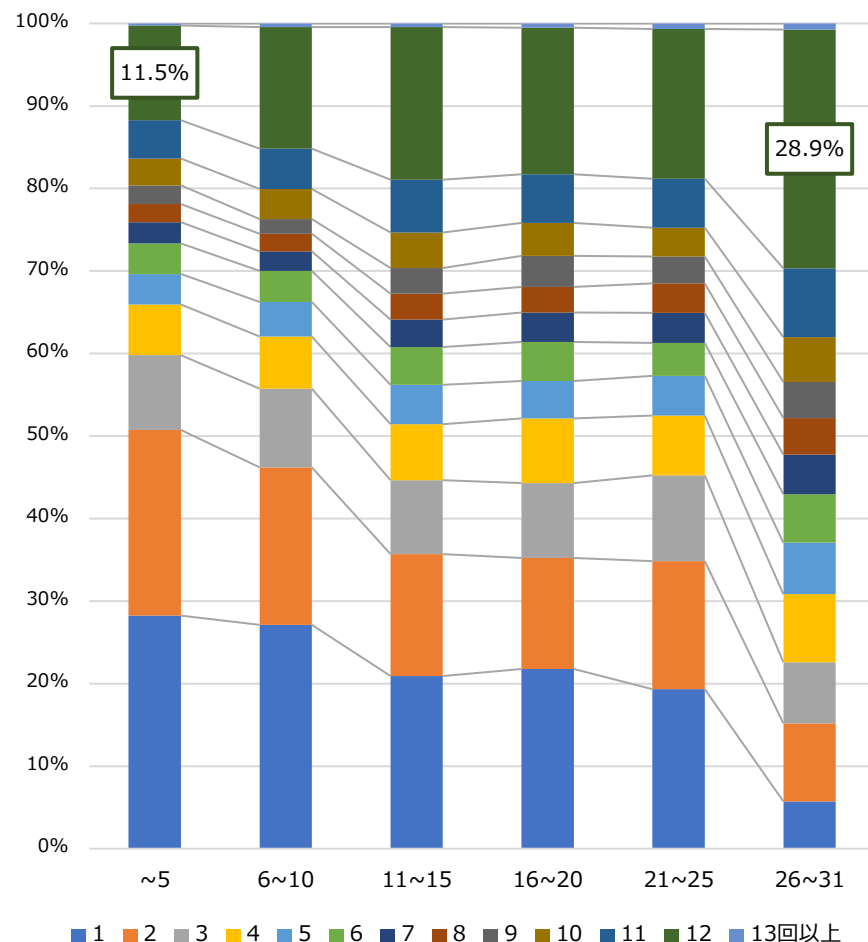
訪問看護基本療養費の算定日数と訪問看護指示料の算定状況

- 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。
- 訪問看護基本療養費Ⅱのみを算定している利用者について、訪問看護指示料を年12回以上算定しているのは、1月あたり基本療養費の算定日数が5日以内の利用者では11.5%であるが、26日以上の利用者では28.9%であった。

■ 訪問看護基本療養費Ⅰのみを算定する利用者における訪問看護指示料の1年あたり算定回数（割合）



■ 訪問看護基本療養費Ⅱのみを算定する利用者における訪問看護指示料の1年あたり算定回数（割合）



出典：NDBデータ（訪問看護療養費：令和7年3月実施分、訪問看護指示料：令和6年度分）

※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」）

1. 訪問診療・往診等について

1-1 訪問診療・往診の提供体制等について

1-2 在宅医療において積極的役割を担う医療機関への評価について

1-3 患者の状態等に応じた適切な診療の評価について

1-4 へき地における在宅医療について

1-5 訪問栄養食事指導について

2. 訪問看護について

2-1 訪問看護・高齢者の住まいの現状

2-2 頻回な訪問看護の状況等について

2-3 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

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。

■ 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	（適正な手続きの確保） 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。
---------	--

利益の収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収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収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収受してはならない。
-------	---

1. 事実関係・問題の所在

- 有料老人ホームの紹介事業者は、**高齢者本人を希望する「住まい」へ結びつける役割**を果たしており、高齢者住まい事業者団体連合（高住連）に届出済みの事業者は629事業者（令和7年4月時点）。
- 一方、紹介手数料については、**要介護度や医療必要度に応じた高額な紹介手数料の設定**などにより、**介護報酬や診療報酬といった社会保障費の使途の適切性に疑念**を持たれる事例が存在との報道。高住連の調査によっても報道の事実と同様の実態が明らかになった。

2. これまでの対応

< 厚生労働省の対応 >

高住連への要請（令和6年11月8日）

- 高住連に「紹介事業者届出情報公表制度」の速やかな見直しを**要請**。

指導指針の改定（令和6年12月7日）

- 指導監督を有する自治体による指導根拠となる「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」を改定。

・入居希望者の介護度や医療の必要度等の個人の状況や属性に応じて手数料を設定するといった、**社会保障費の不適切な費消を助長するとの誤解を与えるような手数料**の設定を**行わない・応じないこと**
 ・高額な手数料と引き換えに、優先的な入居希望者の紹介を求めないこと
 ・高住連の「届出公表制度」に届出を行い、**行動指針を遵守している事業者を選定**することが望ましいこと

- **都道府県と連携し指導を徹底。違反が認められる場合は老人福祉法に基づく行政指導等の対象。**

< 関係団体（高住連）の対応 >

高住連による実態調査（調査期間：令和6年11～12月上旬）

- 事業者毎の紹介料の平均額は、**20万円台（月額家賃の1～2月分相当の額）が約半数**。全体平均額は21.5万円。最高額が100万円以上の事例は、ベースの月額家賃が高額な場合や、新規開設の一時的なキャンペーン。
- 紹介料につき、**医療必要度や要介護度に応じた設定を行っているとの回答は全体の47.9%**（多くはケアマネ等との相談の手間等も考慮した設定）
- **一部の地域（大阪府）で、月額家賃と比してがん末期や難病患者等に対して高額な紹介料を設定している事例が2例。**

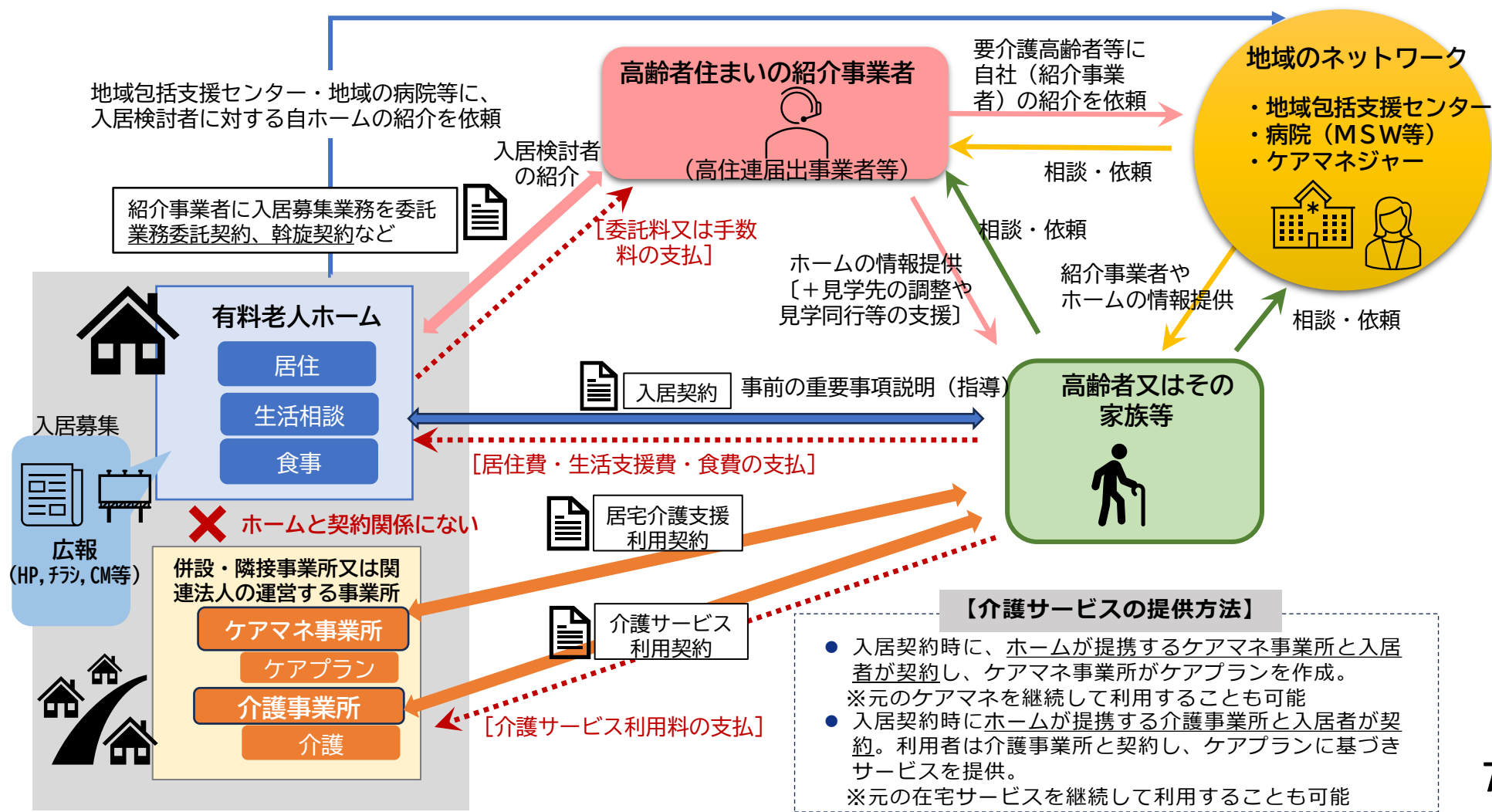
行動指針の改定（令和6年12月27日）

- 届出事業者の遵守すべき**行動指針・遵守項目を見直し**。

- 紹介手数料のルールを明確化し、**手数料の金額の定め**に当たり、**要介護や医療の必要度に応じた設定は厳に慎むこと**
- 法令遵守に加え、企業倫理や社会的良識、社会規範、モラルを遵守すること
- 違反を高住連が把握した場合、運営の見直しについて依頼を受け、見直しに応じられない場合は届出事業者リストから削除されること 等

住宅型有料老人ホームにおいて介護保険サービスを併設の介護事業所又はホームの関連法人が提供する形態

- ホームは、紹介事業者に対して募集情報を提供。紹介事業者は、地域包括支援センターや病院の医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等から入居希望者や家族を紹介され、ホームの情報提供等を行うが、入居希望者や家族が、紹介事業者のホームページや相談窓口を通じて直接、ホームにアクセスすることもある。
- ホームが決定した場合、ホームと入居者の間で入居契約等を締結。紹介業者が間に入って成約した場合に、ホームから紹介業者へ委託料又は手数料が支払われる。



高齢者住まいにおける紹介事業者への紹介料

- 高齢者住まいが紹介事業者を利用した場合の、紹介料1件当たりの平均金額は、20万円台が全体の約半数を占め、全体の平均金額は21.5万円であった。紹介料1件当たりの最高額の平均は45万円、最低額の平均は4.1万円であった。

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）

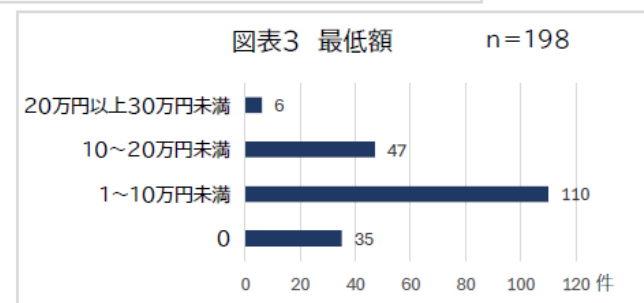
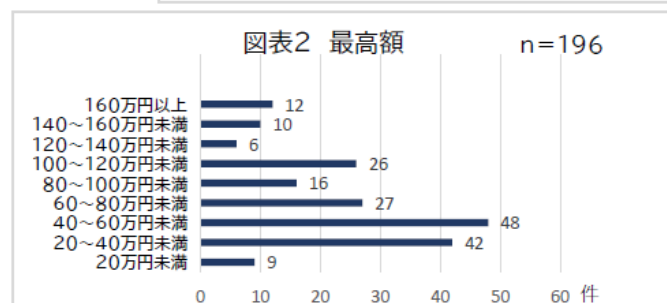
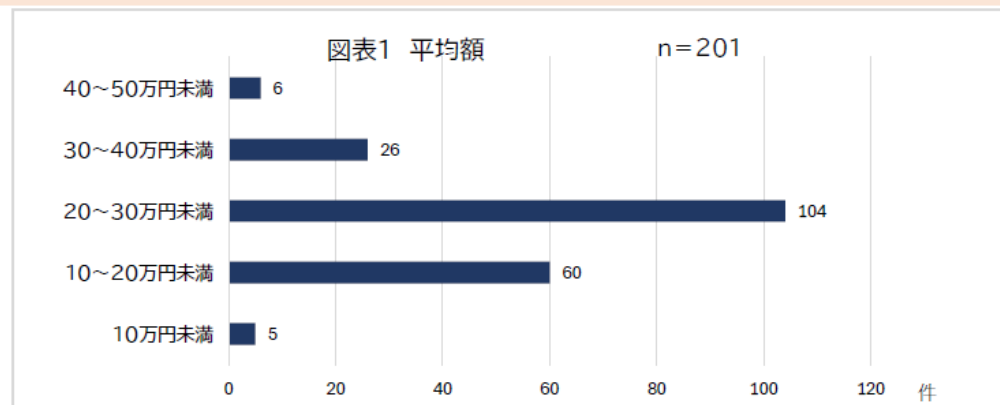
参考資料

2025年9月16日

令和6年12月高住連作成資料
(高住連ホームページより)

1. 直近1年間の平均的な紹介料と、最高額・最低額

- 直近1年間(令和5年11月～6年10月)の1件あたり紹介料の平均的な金額は、20万円台が最も多く51.7%を占め、次いで10万円台が30.0%、40万円台が12.9%であった。全体の平均は、約21.5万円であった。
- 直近1年間(令和5年11月～6年10月)の1件あたり紹介料の最高額については、「40～60万円未満」が48件と最も多く、次いで「20～40万円未満」が42件、「60～80万円未満」が27件であった。最高額の平均は45万円であった。最低額については、10万円未満が110件と最も多いが、無料(0円)も35件あった。最低額の平均は4.1万円だった。



※最高額には、新規開設ホームの「オープンキャンペーン」等の一時的な紹介料の増額等が含まれる⇒P6参照

高齢者住まいにおける紹介事業者の利用実態

- 高齢者住まい団体加盟ホームの入居者が入居に至った経緯について、「本人・家族等が探した」が39.8%と最も多く、「本人・家族等がケアマネジャーに依頼して探した」が22.9%、「本人・家族等が病院のMSWに依頼して探した」が21.3%であった。

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

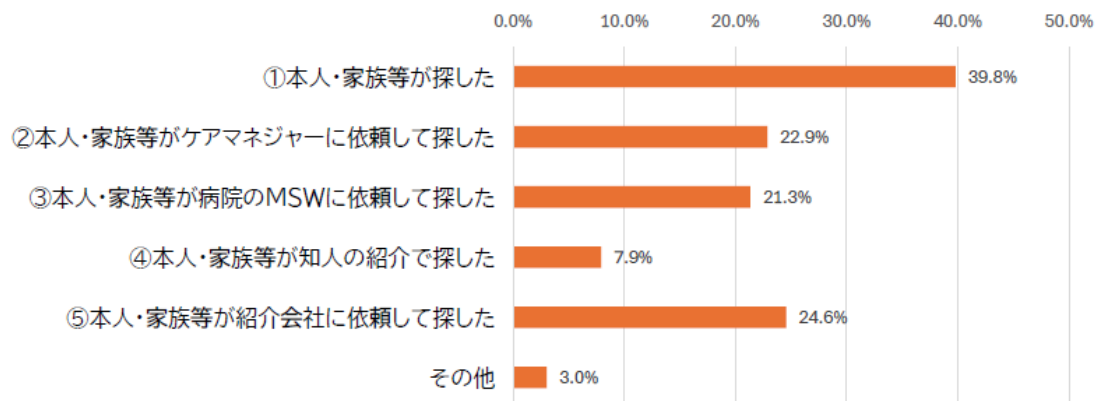
2025年9月16日

6①. 高齢者住まいにおける紹介事業者の利用実態

令和6年12月高住連作成資料
(高住連ホームページより)

- 高齢者住まい団体加盟ホームの入居者が入居に至った経緯について、「本人・家族等が探した」が39.8%と最も多く、次いで、「本人・家族等が紹介事業者に依頼して探した」が24.6%だった。「本人・家族等がケアマネジャーに依頼して探した」が22.9%、「本人・家族等が病院のMSWに依頼して探した」が21.3%であった。

図表11 入居に至った経緯について該当するものすべて(複数回答、n=2,174)



	件数	%
①本人・家族等が探した	865	39.8%
②本人・家族等がケアマネジャーに依頼して探した	497	22.9%
③本人・家族等が病院のMSWに依頼して探した	464	21.3%
④本人・家族等が知人の紹介で探した	172	7.9%
⑤本人・家族等が紹介事業者に依頼して探した	534	24.6%
その他	66	3.0%

有料老人ホーム

- 有料老人ホームの設置運営標準指導指針について（平成14年7月18日老発第0718003号老健局長通知（抄）

平成27年度より規定
（平成27年3月30日改正）

8 有料老人ホーム事業の運営

(9) 医療機関等との連携

イ～ニ（略）

ホ 入居者が、医療機関を自由に選択することを妨げないこと。協力医療機関及び協力歯科医療機関は、あくまでも、入居者の選択肢として設置者が提示するものであって、当該医療機関における診療に誘引するためのものではない。

ヘ 医療機関から入居者を患者として紹介する対価として金品を受領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受けることにより、入居者が当該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こと。

(10) 介護サービス事業所との関係

イ 近隣に設置されている介護サービス事業所について、入居者に情報提供すること。

ロ 入居者の介護サービスの利用にあつては、設置者及び当該設置者と関係のある事業者など特定の事業者からのサービス提供に限定又は誘導しないこと。

ハ 入居者が希望する介護サービスの利用を妨げないこと。

サービス付き高齢者向け住宅

- 高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成21年8月19日厚生労働省・国土交通省告示第1号）（抄）

五 高齢者がその居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する基本的な事項

4 高齢者居宅生活支援サービスの提供

高齢者居宅生活支援サービスを提供する事業者は、高齢者居宅生活支援サービスについて、介護保険法等の関係法令を遵守するとともに、関係するガイドライン等を参考にサービスの向上に努めることが望ましい。

また、**入居者が、賃貸人若しくは登録事業者が直接提供する高齢者居宅生活支援サービス又は賃貸人若しくは登録事業者が委託し若しくは提携する事業者が提供する高齢者居宅生活支援サービス以外の外部事業者が提供する高齢者居宅生活支援サービスの利用を希望した場合には、その利用を制限すべきではない。さらに、賃貸人又は登録事業者は、入居者が保健医療サービス又は福祉サービスを利用しようとする場合にあっては、賃貸人若しくは登録事業者が直接提供する保健医療サービス若しくは福祉サービス又は賃貸人若しくは登録事業者が委託し若しくは提携する事業者が提供する保健医療サービス若しくは福祉サービスに限定すべきではない。**

高齢者居宅生活支援サービスの提供に当たっては、提供時間、職員の配置、職員の資格の有無等について居住者に十分に説明しておくことが望ましい。

有料老人ホームの指導監督権者に対する調査結果

有料老人ホームの適切な運営の確保の観点から、入居者の医療・介護サービスの利用に当たって、特定の医療機関や介護サービス事業所からのサービス提供に限定又は誘導しているといった事例などを把握するため、都道府県・指定都市・中核市を対象に令和5年度に調査を実施。（有料老人ホームにおける適正なサービス提供確保のための指導監督の徹底について 令和5年10月31日事務連絡）

（１）調査結果（件数）

入居者の介護サービス利用が特定の介護サービス事業所からのサービス提供に限定又は誘導したことが疑われる 相談・通報件数		42件
任意の調査又は法・指針に基づく報告・徴収・検査を 実施した事例	25件	任意の口頭指導または文書指導を実施した事例
		14 件
		指導等には至らなかった事例
		9 件
		対応を検討中
		2 件
相談・通報を受け付け、対応を終了した事例		14件
対応を検討中・その他		5 件

（２）入居者等からの相談・苦情の例

■ 系列の事業所を利用しなければ家賃の値上げを行うことをほのめかされた事例

相談者が入居後に有料老人ホームの施設長から、設置者が運営する通所介護事業所を週4日間必ず利用するように言われた。入居以前から通っていた馴染みの通所介護事業所を利用したいと申し出たが、**有料老人ホームの施設長から、「利用しなければ家賃を上げることになる」と言われた。**

■ 居宅介護支援事業所の変更を求められた事例

相談者は有料老人ホームに入居する前から利用している居宅介護支援事業所のケアマネジャーがホームに入居後も引き続き担当することを希望していた。**入居前に、有料老人ホームが指定した居宅介護支援事業所に変更しなければ入居を断らざるを得ないと有料老人ホームの法人本部の職員に言われた。**

■ ケアマネジャーがケアプランの変更を求められた事例

有料老人ホームの入居者を担当しているケアマネジャー（当該ホームの設置者と異なる法人が運営する居宅介護支援事業所の職員）が、**当該有料老人ホームの職員から、ホームに併設された通所介護事業所の利用を加えたプランに変更するよう依頼された。**

会計区分に関するルール

- 「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。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

（会計の区分）

第29条

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに経理を区分するとともに、指定訪問看護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

有料老人ホーム設置運営標準指導指針

10 事業収支計画 （４） 経理・会計の独立

有料老人ホーム以外にも事業経営を行っている経営主体については、当該有料老人ホームについての経理・会計を明確に区分し、他の事業に流用しないこと。

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

（会計の区分）

第38条

指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

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。
- ・ 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。