

中央社会保険医療協議会 総会（第 615 回）議事次第

令和 7 年 8 月 27 日(水)
保険医療材料専門部会終了後～

議 題

- 再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて
- 在宅について（その 1）
- 医療機関等を取り巻く状況について
- マイナ保険証の利用促進等について
- スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直しについて（諮問）
- 個別改定項目について

再生医療等製品の医療保険上の取扱いについて

- 再生医療等製品の保険適用に係る取扱いについては、平成 26 年 11 月 5 日の中医協総会において、以下のとおり了承されたところ。

＜平成 26 年 11 月 5 日 中医協総ー2ー1（抜粋）＞

1. 保険適用に係る今後の対応について

- 再生医療等製品の保険適用に関する当面の間の対応
 - ・ 薬事法改正後に承認（条件・期限付承認を含む。）された再生医療等製品については、保険適用の希望のあった個別の製品の特性を踏まえ、医薬品の例により対応するか、医療機器の例により対応するかを、薬事承認の結果を踏まえて判断
 - ・ 薬価算定組織又は保険医療材料専門組織で償還価格について検討
 - ・ 上記検討の結果を踏まえ、中医協総会で薬価基準又は材料価格基準に収載するかを審議
- 再生医療等製品に関する知見が蓄積した後の対応
 - ・ 再生医療等製品の保険上の取扱いに関し、独自の体系を作るかどうかなどについて、引き続き中医協総会で検討

- 令和 7 年 7 月 24 日に以下の再生医療等製品が薬事承認され、製造販売業者より保険収載を希望する旨の申出がなされている。

＜バイジュベックゲル＞

選任外国製造販売業者 : Krystal Biotech Japan 株式会社
外国製造特例承認取得者 : Krystal Biotech, Inc.
一般的名称 : ベレマゲン ゲペルパベク
適 応 症 : 栄養障害型表皮水疱症

- 今般、平成 26 年の中医協了承に基づき、これらの再生医療等製品の取扱いについて審議するもの。

再生医療等製品の取扱いについて

類別	遺伝子治療用製品（ウイルスベクター製品）										
一般的名称	ベレマゲン ゲベルパベク										
収載希望者	Krystal Biotech Japan 株式会社										
販売名	バイジュベックゲル										
形状、成分、分量等	<p>本品は、主成分等を含む製剤バイアル 1 本及びヒプロメロース（HPMC）ゲルを含有するバイアル 1 本で構成される。主成分等を含む製剤と HPMC ゲルを混合した後に採取可能な液量は 2mL である。</p> <p>主成分等を含む製剤バイアル：ヒト COL7 タンパク質を発現する遺伝子組換え単純ヘルペスウイルス 1 型 5×10^9 PFU を含有</p>										
承認区分	新再生医療等製品（希少疾病用再生医療等製品）										
効能、効果又は性能	栄養障害型表皮水疱症										
用法及び用量又は使用方法	<p>通常、週 1 回、本品の液滴を約 1 cm × 1 cm の格子状になるように皮膚創傷部に滴下塗布する。創傷面積 1 cm² あたりの投与量は 2×10^7 PFU（10 μL）を目安とする。</p> <p>本品の 1 週あたりの最大用量及び最大液量は、下表に従い年齢に基づき算出する。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">年 齢</th><th style="width: 40%;">1 週あたりの最大用量 （プラーク形成単位：PFU）</th><th style="width: 40%;">1 週あたりの最大液量 （mL）<small>注）</small></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 歳未満</td><td>2×10^9</td><td>1</td></tr> <tr> <td>3 歳以上</td><td>4×10^9</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p><small>注）製剤と HPMC ゲルを混合した後の液量</small></p>		年 齢	1 週あたりの最大用量 （プラーク形成単位：PFU）	1 週あたりの最大液量 （mL） <small>注）</small>	3 歳未満	2×10^9	1	3 歳以上	4×10^9	2
年 齢	1 週あたりの最大用量 （プラーク形成単位：PFU）	1 週あたりの最大液量 （mL） <small>注）</small>									
3 歳未満	2×10^9	1									
3 歳以上	4×10^9	2									
医療保険上の取扱い（案）											
<p>本品目については、審査報告書において、「<u>患者の創傷部位に塗布された本品が真皮のヒト皮膚線維芽細胞及び表皮のヒトケラチノサイトに感染することにより、本品のウイルスゲノムは細胞の核内にエピソームとして留まるとともに、ヒト皮膚線維芽細胞及びヒトケラチノサイトにおいて機能的な COL7 タンパク質を発現する。</u>」とされ、発現する COL7 タンパク質が作用を発揮すること、及び本品は皮膚創傷部に滴下塗布して投与する点も医薬品のような投与方法であることを踏まえ、医薬品の例により対応することとし、薬価算定組織において償還価格について検討し、中央社会保険医療協議会総会において薬価基準への収載について審議することとしてはどうか。</p>											

製品概要

販売名	バイジュベックゲル											
使用目的	<p>本品は、栄養障害型表皮水疱症（DEB）の原因遺伝子であるヒト COL7A1 遺伝子を搭載した非増殖性組換え単純ヘルペスウイルス 1 型（HSV-1）を成分とする再生医療等製品である。</p> <p>患者の創傷部位に塗布された本品が真皮のヒト皮膚線維芽細胞及び表皮のヒトケラチノサイトに感染することにより、本品のウイルスゲノムは細胞の核内にエピソームとして留まるとともに、ヒト皮膚線維芽細胞及びヒトケラチノサイトにおいて機能的な COL7 タンパク質を発現する。発現した COL7 タンパク質により、アンカリングフィブリルが形成され、表皮と真皮が繋ぎ止められることで、DEB 患者の創傷を治癒する効果が期待される。</p>											
主な使用方法	<p>【用法及び用量又は使用方法】</p> <p>通常、週 1 回、本品の液滴を約 1cm×1cm の格子状になるように皮膚創傷部に滴下塗布する。創傷面積 1cm² あたりの投与量は 2 × 10⁷ PFU(10μL) を目安とする。本品の 1 週あたりの最大用量及び最大液量は、下表に従い年齢に基づき算出する。</p> <table><tr><th>年齢</th><th>1週あたりの最大用量 (プラーク形成単位：PFU)</th><th>1週あたりの最大液量 (mL) 注)</th></tr><tr><td>3歳未満</td><td>2 × 10⁹</td><td>1</td></tr><tr><td>3歳以上</td><td>4 × 10⁹</td><td>2</td></tr></table> <p>注) 製剤と HPMC ゲルを混合した後の液量</p>			年齢	1週あたりの最大用量 (プラーク形成単位：PFU)	1週あたりの最大液量 (mL) 注)	3歳未満	2 × 10 ⁹	1	3歳以上	4 × 10 ⁹	2
年齢	1週あたりの最大用量 (プラーク形成単位：PFU)	1週あたりの最大液量 (mL) 注)										
3歳未満	2 × 10 ⁹	1										
3歳以上	4 × 10 ⁹	2										
主な有用性	<p>本品は DEB に対して、海外第Ⅲ相試験である B-VEC-03 試験及び B-VEC-EX-02 試験、並びに国内第Ⅲ相試験である B-VEC-EX-02-JP 試験において有効性を示した。</p> <p>遺伝子検査により DEB と確定診断された 6 ヶ月齢以上の DEB 患者 31 例を対象としたプラセボ対照患者内無作為化二重盲検比較試験である、海外 B-VEC-03 試験において、主要評価項目である初回投与後 6 カ月における完全治癒した一次創傷の割合（初回投与後 22 及び 24 週又は 24 及び 26 週の 2 回の visit で連続して完全閉鎖^{注1)}と判断された割合）は、本品投与創傷で 67.4%（31 例）、プラセボ投与創傷で 21.6%（31 例）で、本品投与創傷とプラセボ投与創傷の間に統計的に有意な差が認められた（p=0.0019）。</p> <p>海外 B-VEC-03 試験に参加した患者（継続患者）24 例、及び海外第Ⅲ相試験に参加していない、遺伝子検査により DEB と確定診断された患者（新規患者）23 例、計 47 例を対象とした非盲検非対照長期継続投与試験である B-VEC-EX-02 試験において、継続患者 24 例のうち、創傷の評価のための visit の不足により有効性評価が困難であった 5 例を除く 19 例では、B-VEC-03 試験の 3 カ月後及び 6 カ月後で観察された割合と同程度の長期間の奏効維持が認められた。</p> <p>遺伝子検査により DEB と確定診断された 2 ヶ月齢以上の日本人 DEB 患者 5 例を対象とした国内 B-VEC-EX-02-JP 試験において、同意撤回 1 例を除く 4 例の本品投与後 6 カ月における一次創傷の完全閉鎖^{注1)}率は 100%であった。</p> <p>注 1) 海外 B-VEC-03 試験、海外 B-VEC-EX-02 試験及び国内 B-VEC-EX-02-JP 試験においては、創傷表面積がベースラインから 100%減少し、排液のない皮膚の再上皮化が認められた場合を「完全閉鎖」、2 回の visit で連続して完全閉鎖と判断された場合を「完全治癒」と定義された。</p>											
承認条件	<p>1. 製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に製造販売後調査等を実施すること。</p> <p>2. DEB に関する十分な知識・経験を持つ医師のもと、有害事象の管理等の適切な対応がなされる体制下で、本品の使用方法等に係る知識を十分に習得した者が本品を使用するよう必要な措置を講ずること。</p> <p>3. 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成 15 年法律第 97 号）」に基づき承認された第一種使用規程を遵守して本品を用いるよう、その使用規程の周知等、必要な措置を講ずること。</p>											

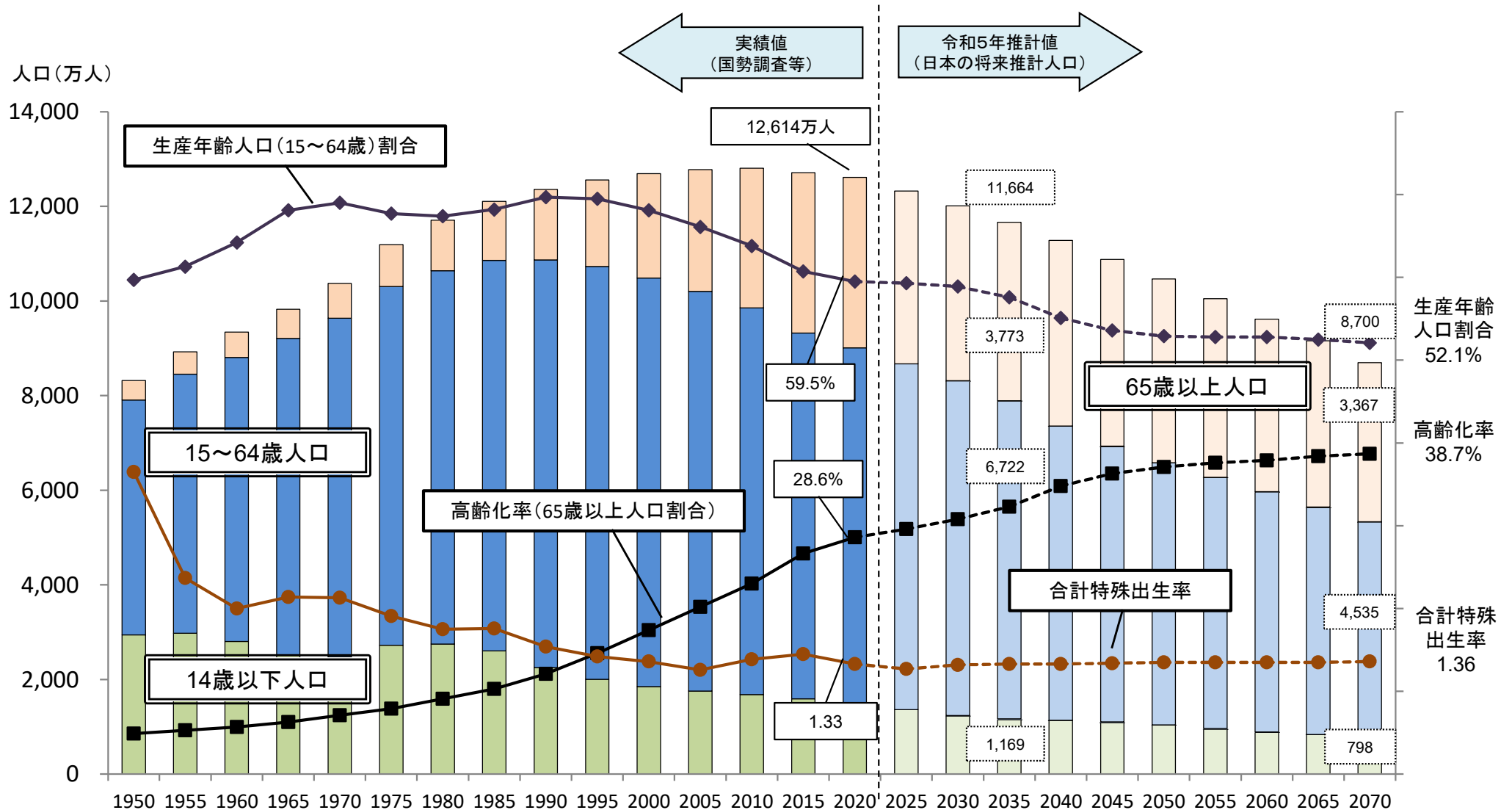
在宅（その1）

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

日本の人口の推移

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

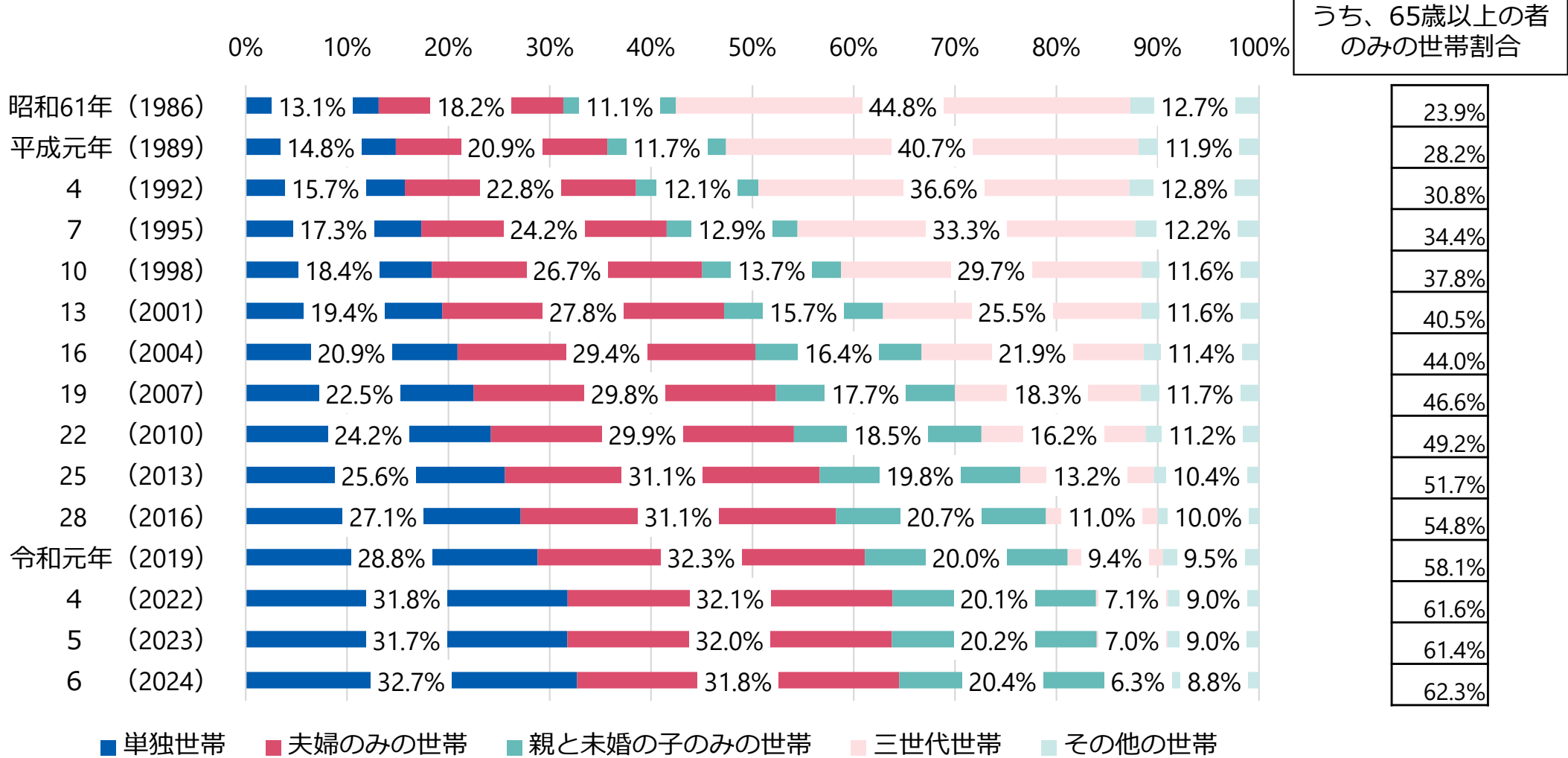


出典: 2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計):出生中位・死亡中位推計」

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

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

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

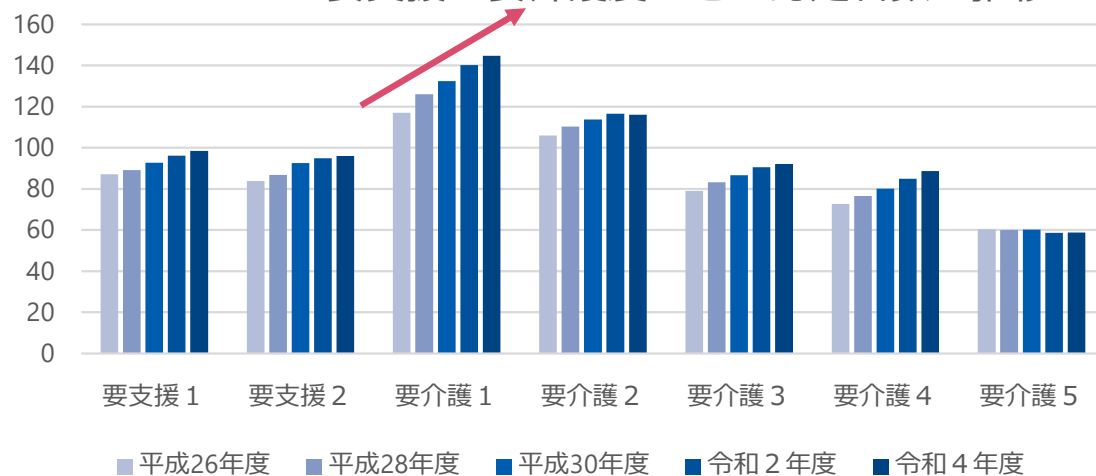


要支援・要介護認定者数の経年推移

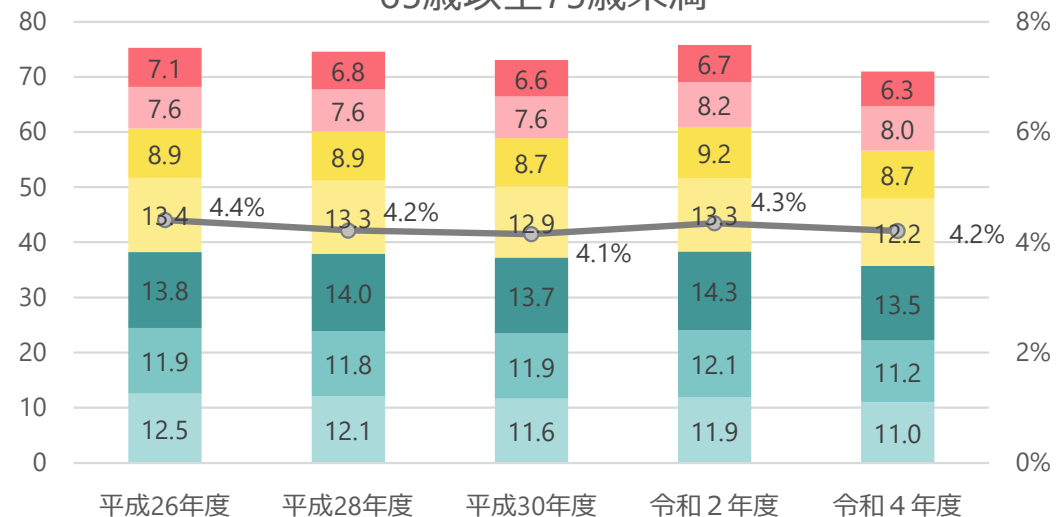
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

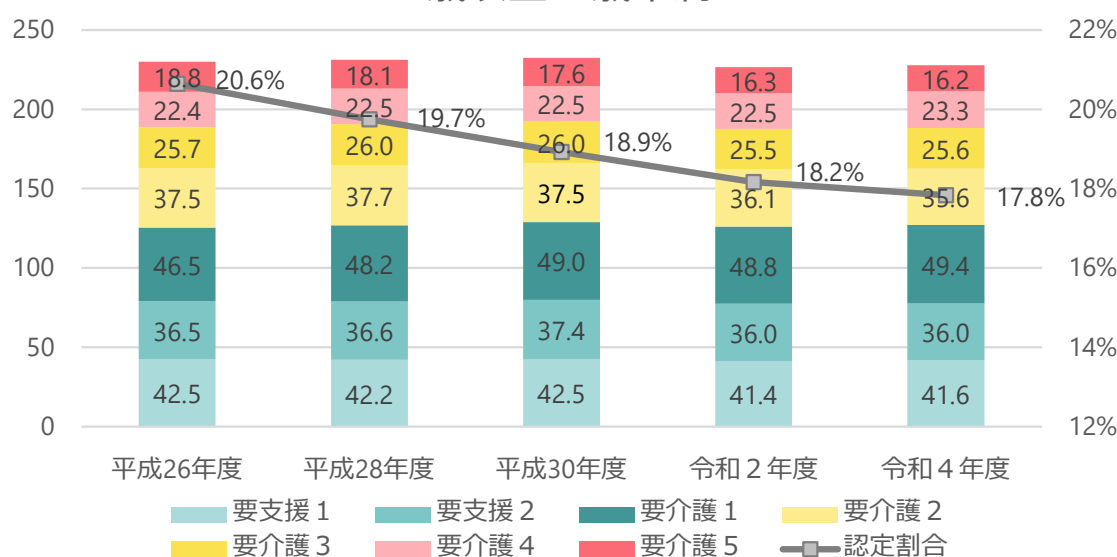
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



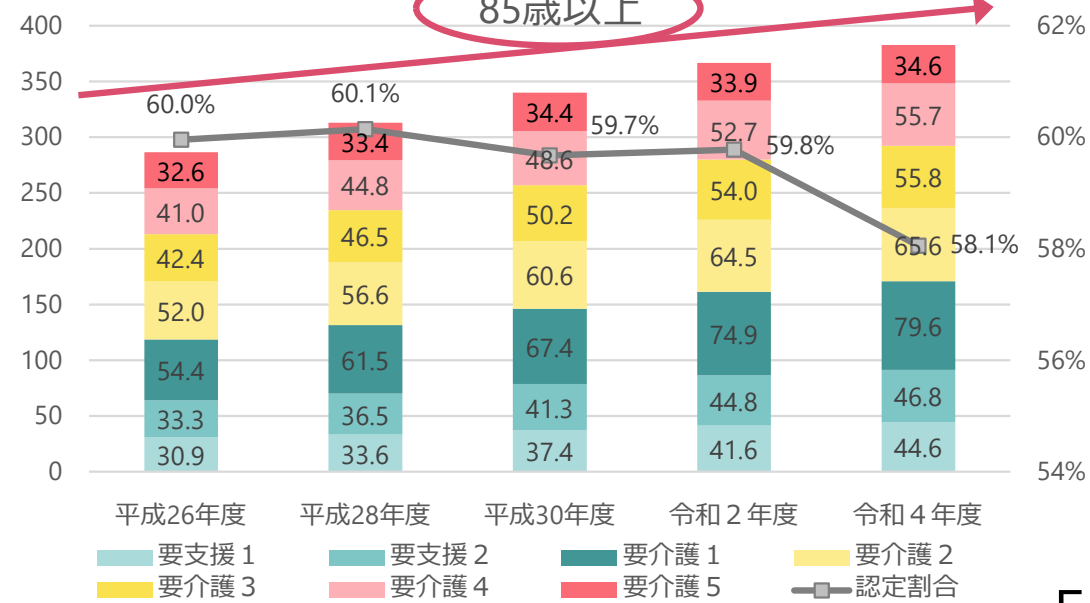
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



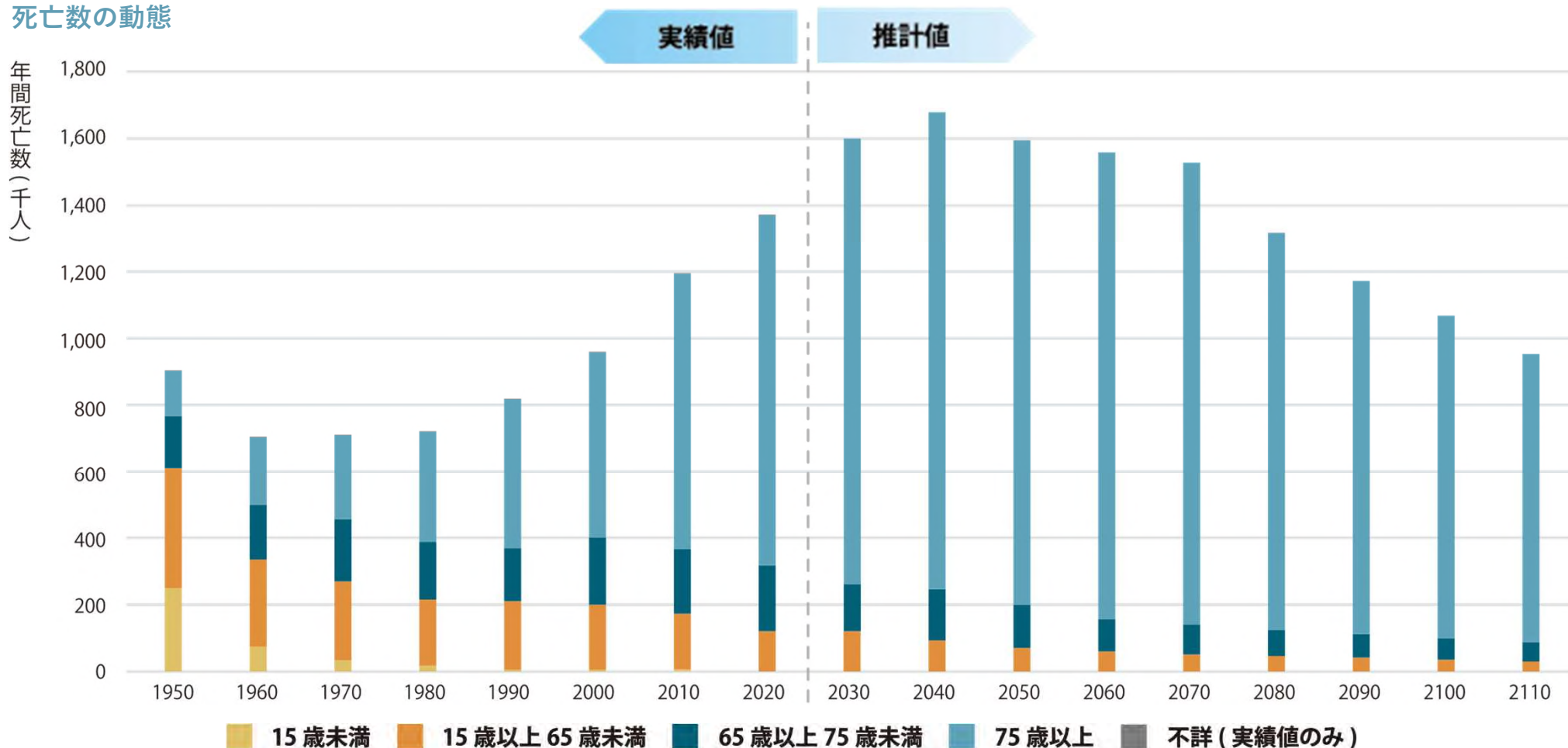
出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

死亡数が一層増加する

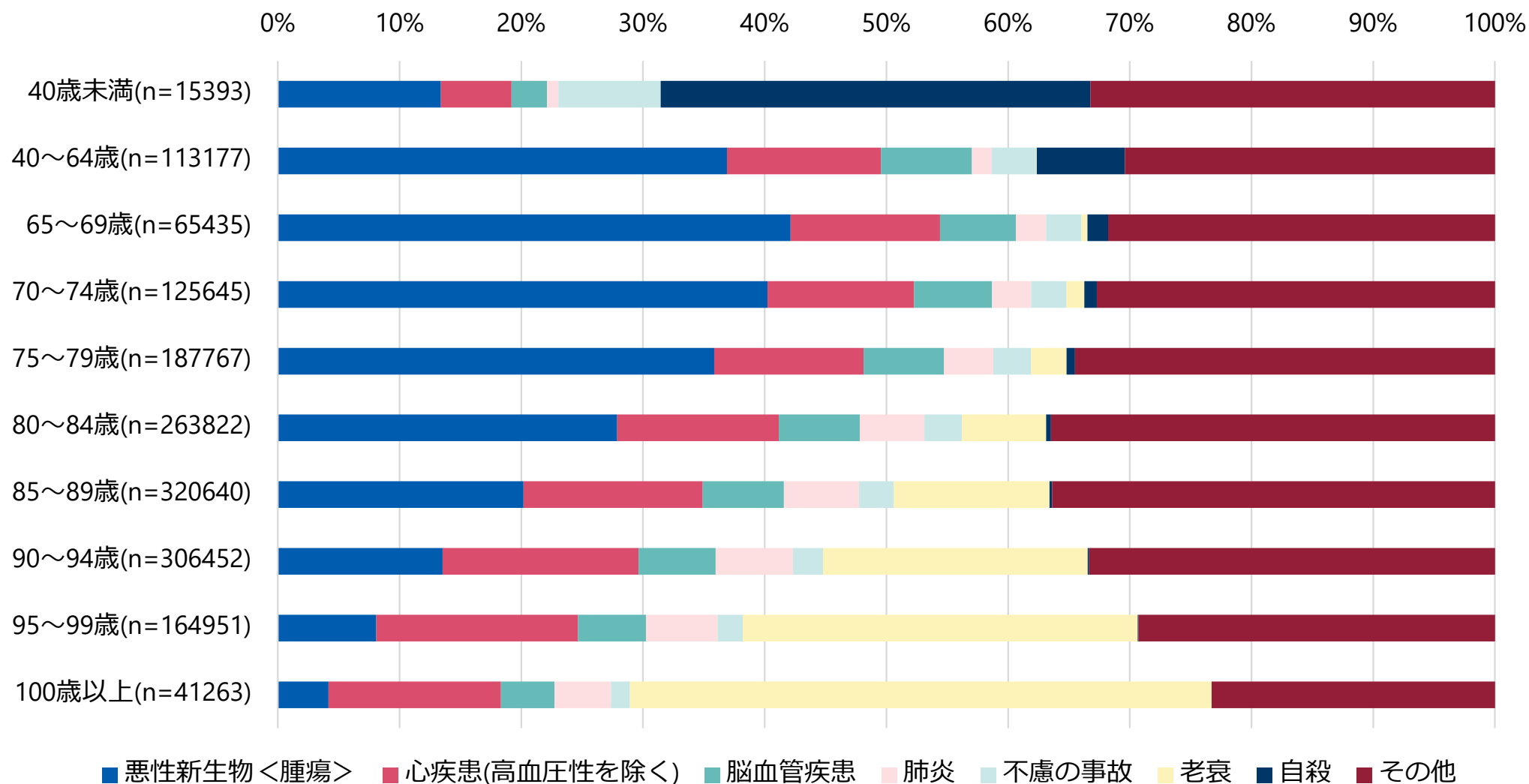
○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



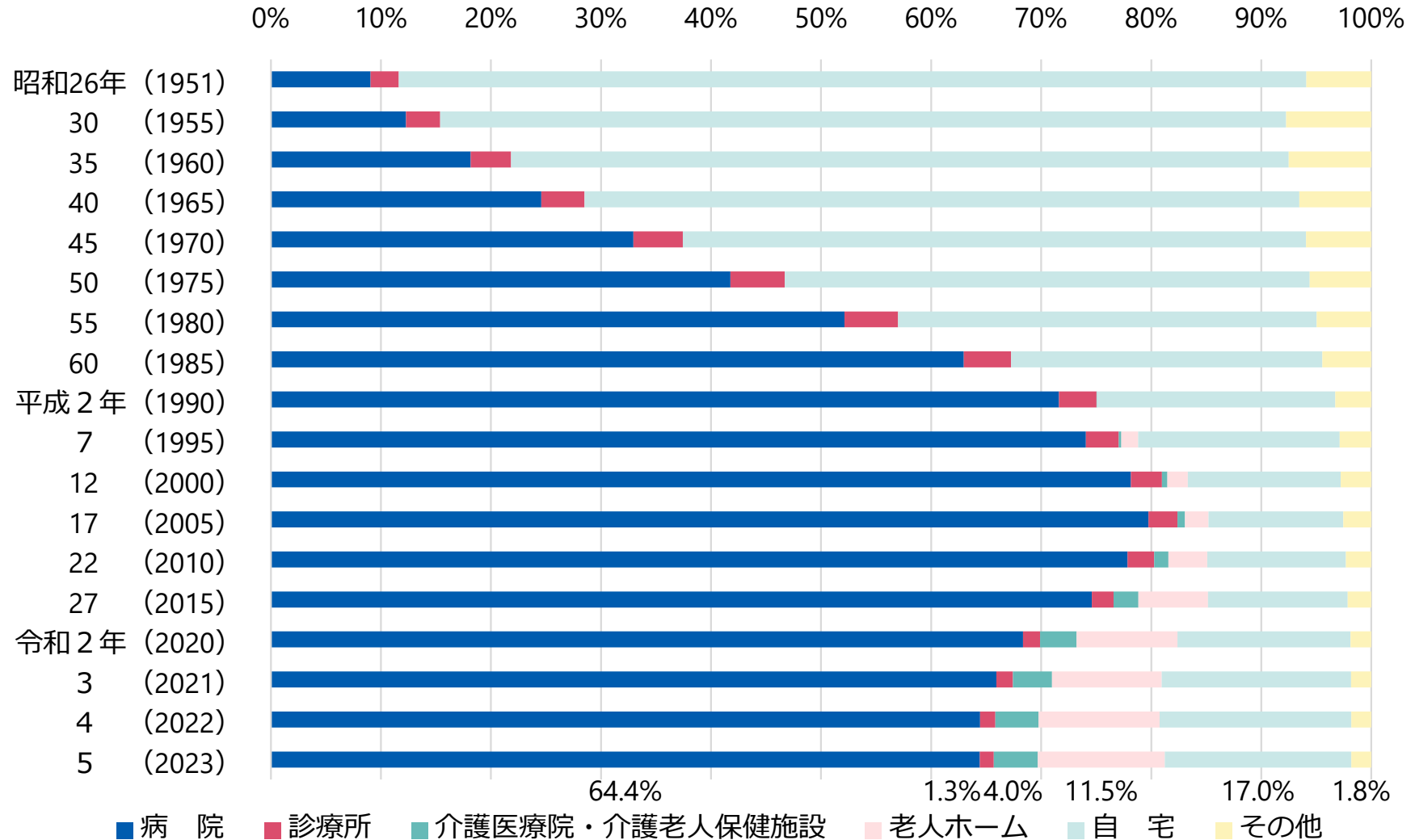
年齢階級別にみた主な死因

○ 年齢階級別に主な死因をみると、高齢になるほど老衰による死亡割合が増加する。



死亡場所の割合の推移

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

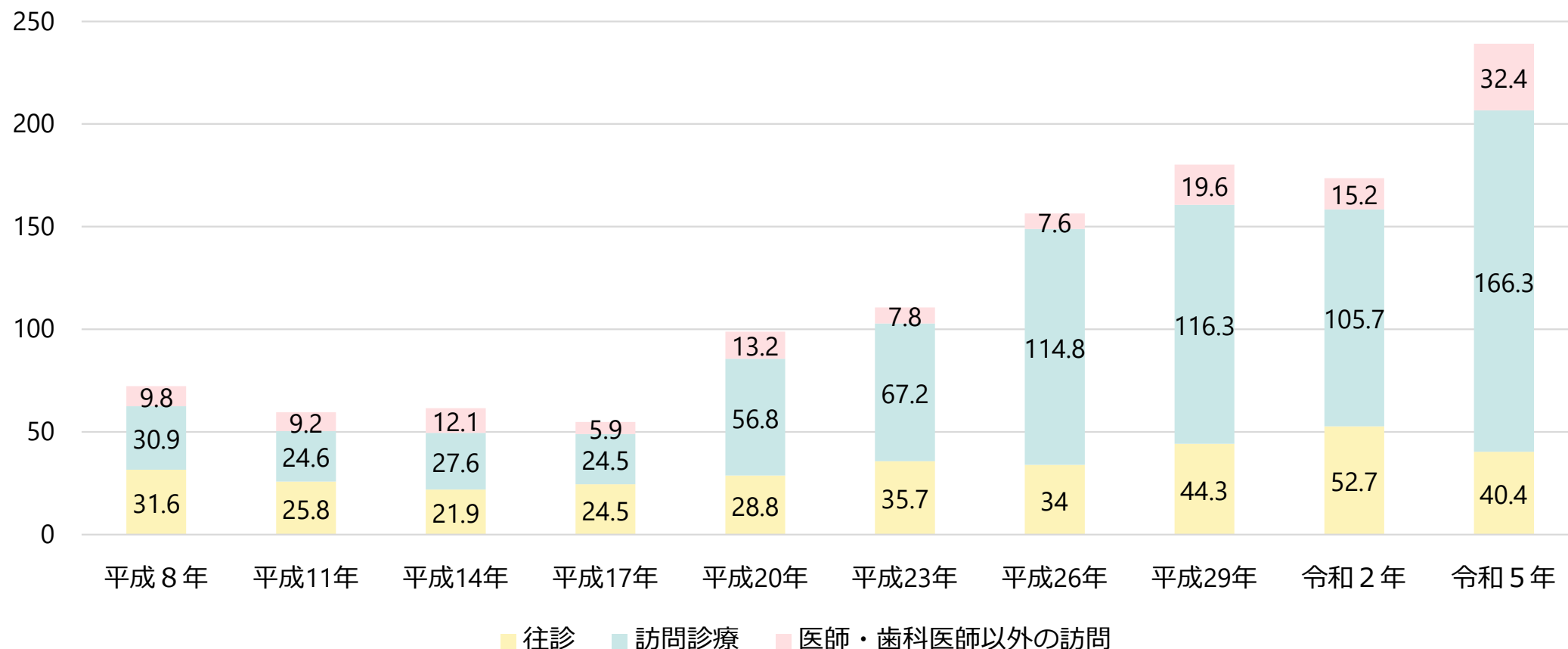


※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを指す。
 ※ その他には助産所を含む。
 ※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない。

在宅医療を受けた患者数の推移

- 在宅医療を受けた推計外来患者数は、令和2年に一時的に減少したものの、増加傾向である。

(千人)



注：平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

- ・「在宅医療を受けた推計外来患者数」とは、調査日当日に病院、一般診療所、歯科診療所で「往診」、「訪問診療」、「医師・歯科医師以外の訪問」を受療した患者の推計数である。
- ・「往診」とは、医科において、患者又は家族等の求めに応じて患家（介護老人保健施設等を含む。）に赴いて診療するものをいう。
- ・「訪問診療」とは、医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいい、歯科においては、歯科医師が患家に赴いて診療を行うものをいう。
- ・「医師・歯科医師以外の訪問」とは、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に当該職種以外の者が訪問して実施されるものをいう。

2040年の医療需要について

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

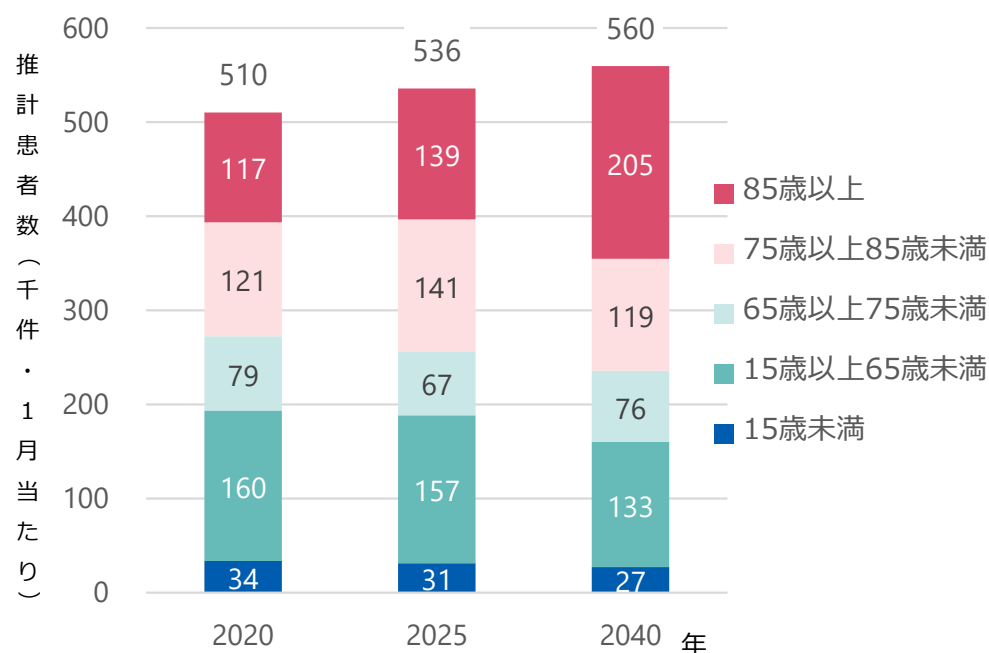
令和6年8月26日

資料1

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

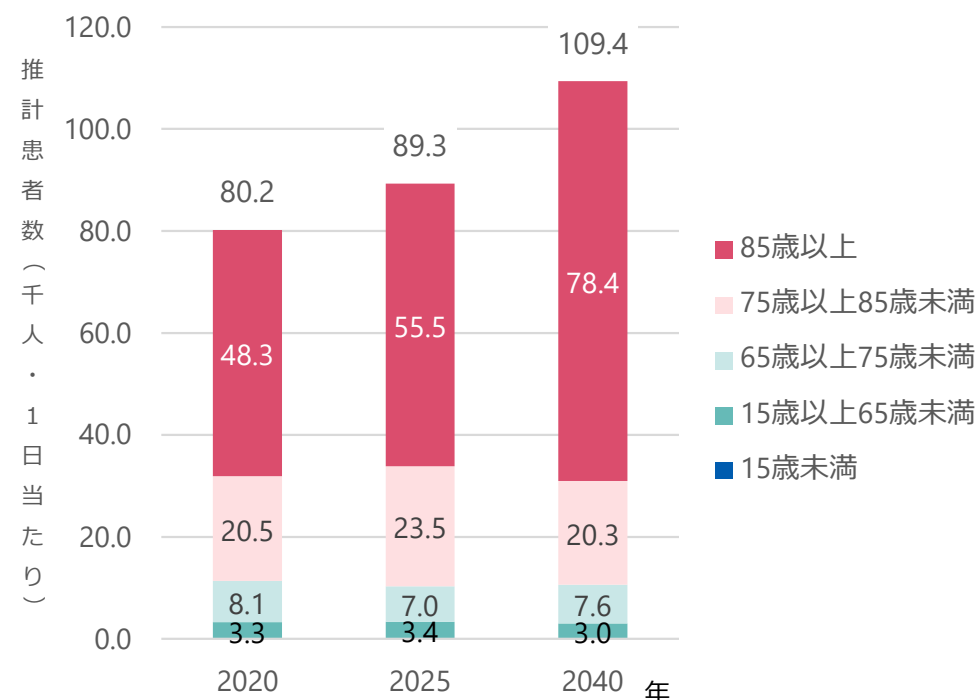
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

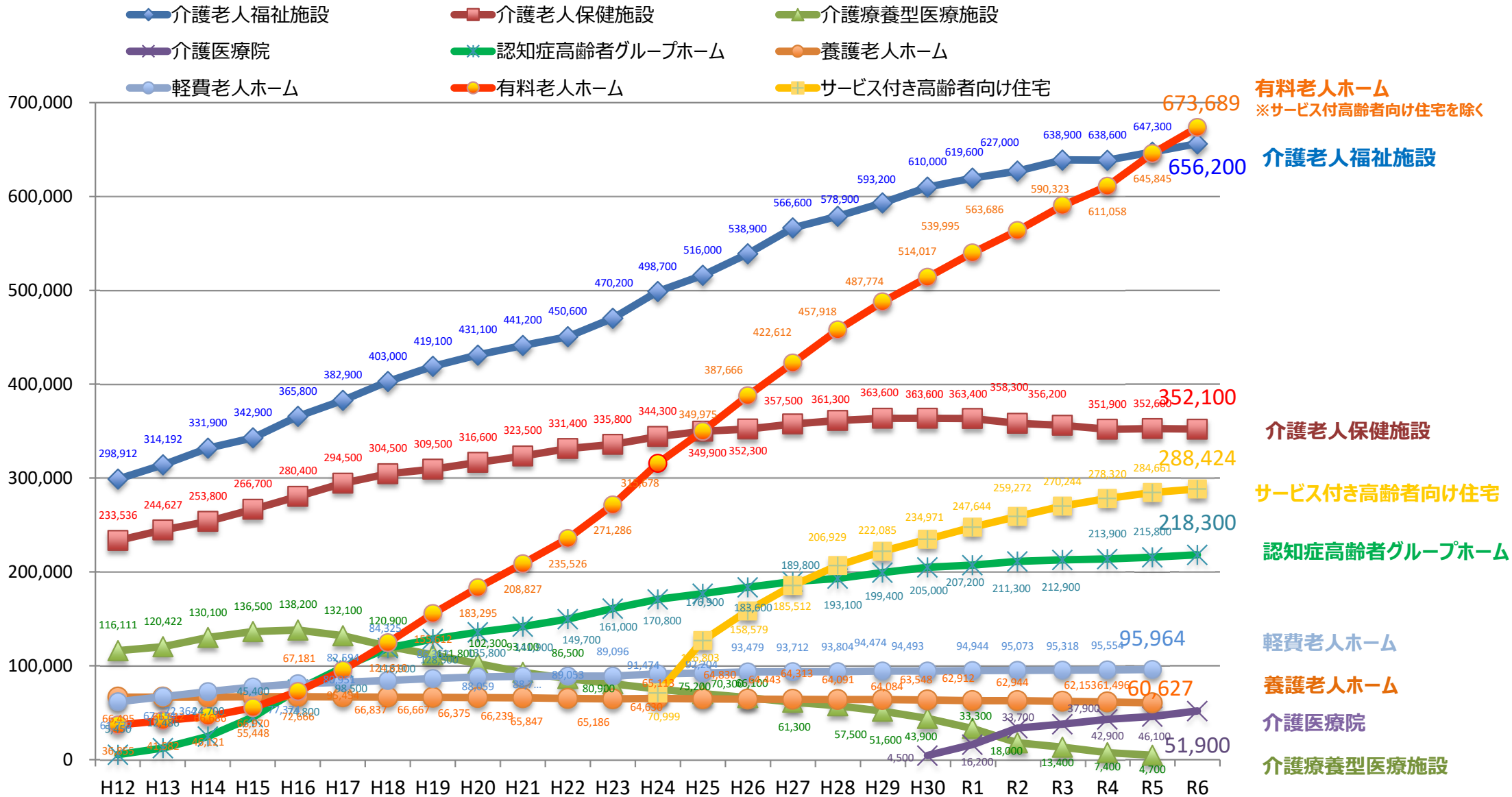
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

総務省「人口推計」（2017年）

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）」を基に地域医療計画課において推計。

高齢者向け施設・住まいの利用者数

(単位：人・床)



- ※ 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。
- ※ 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（R5.10/1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（R6.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

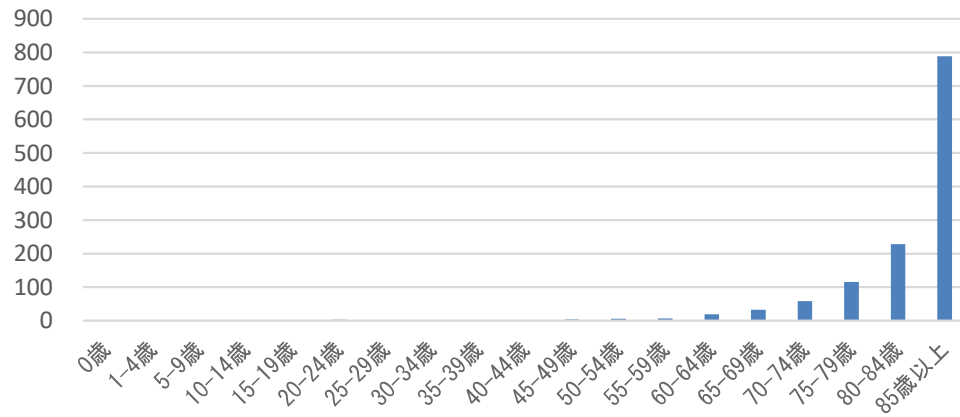
- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

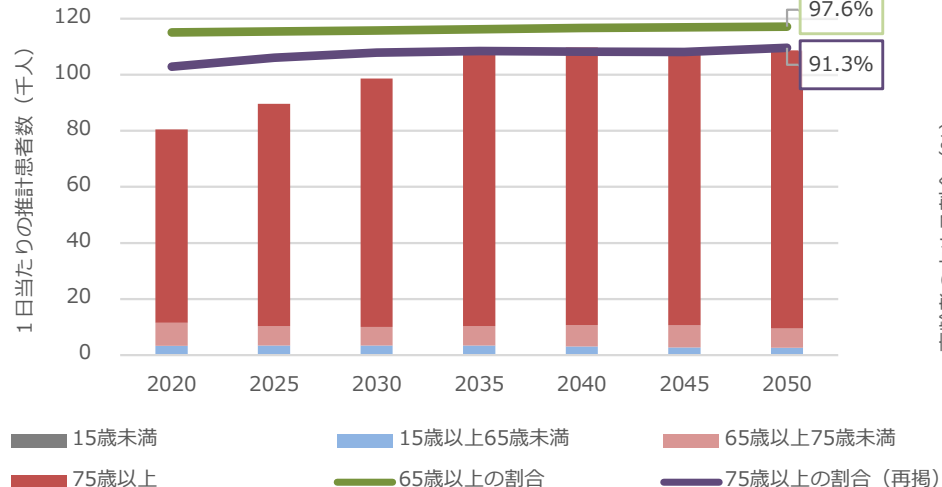
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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。

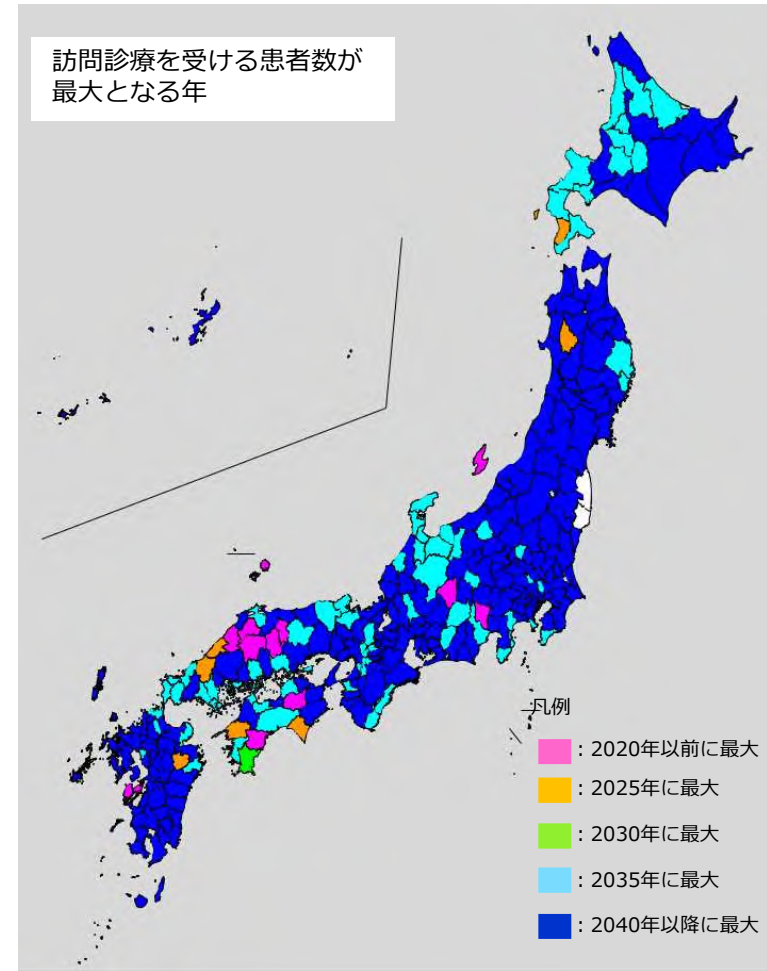
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



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。

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

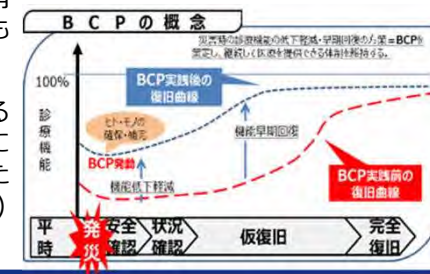
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時には、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。

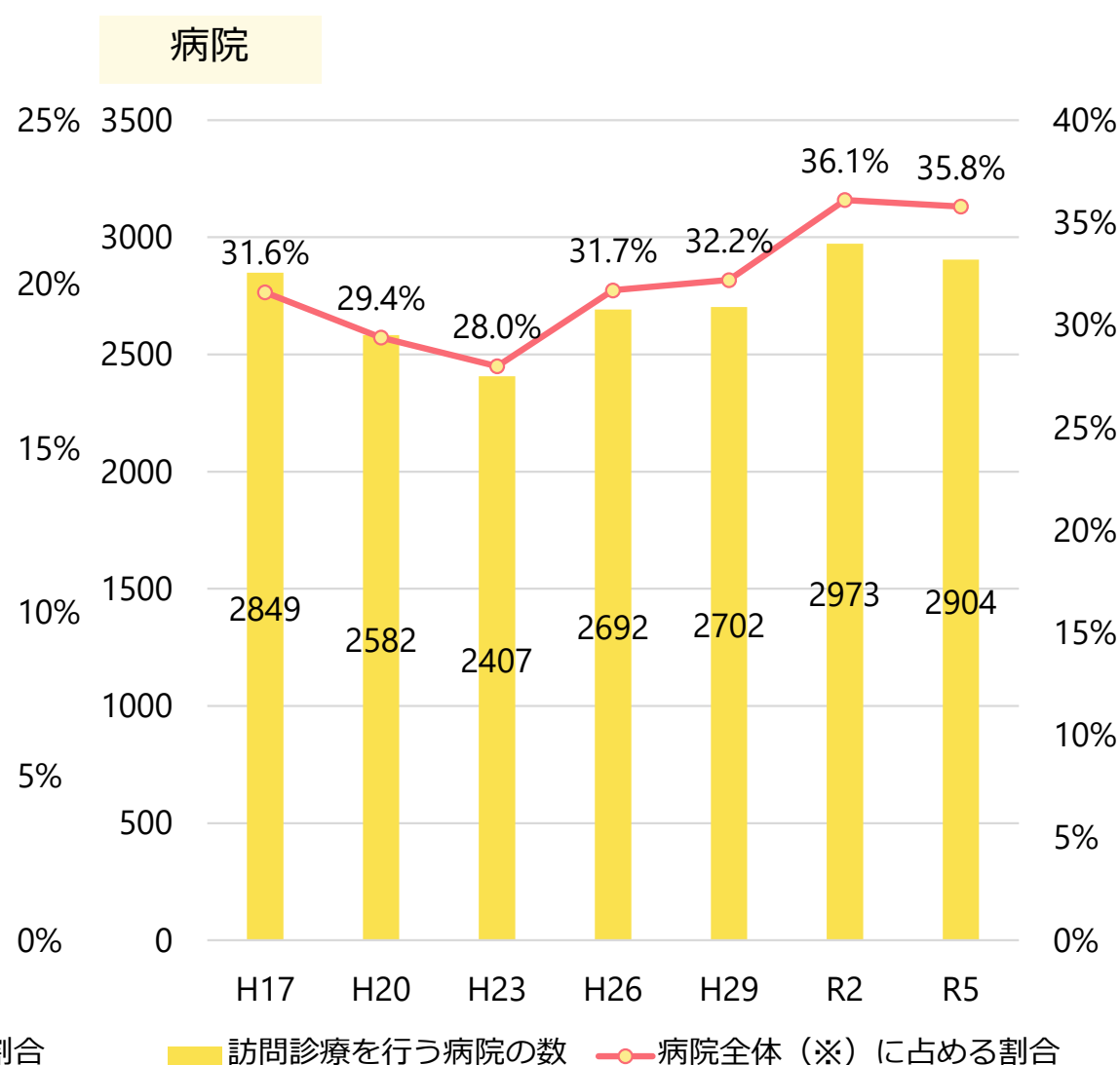
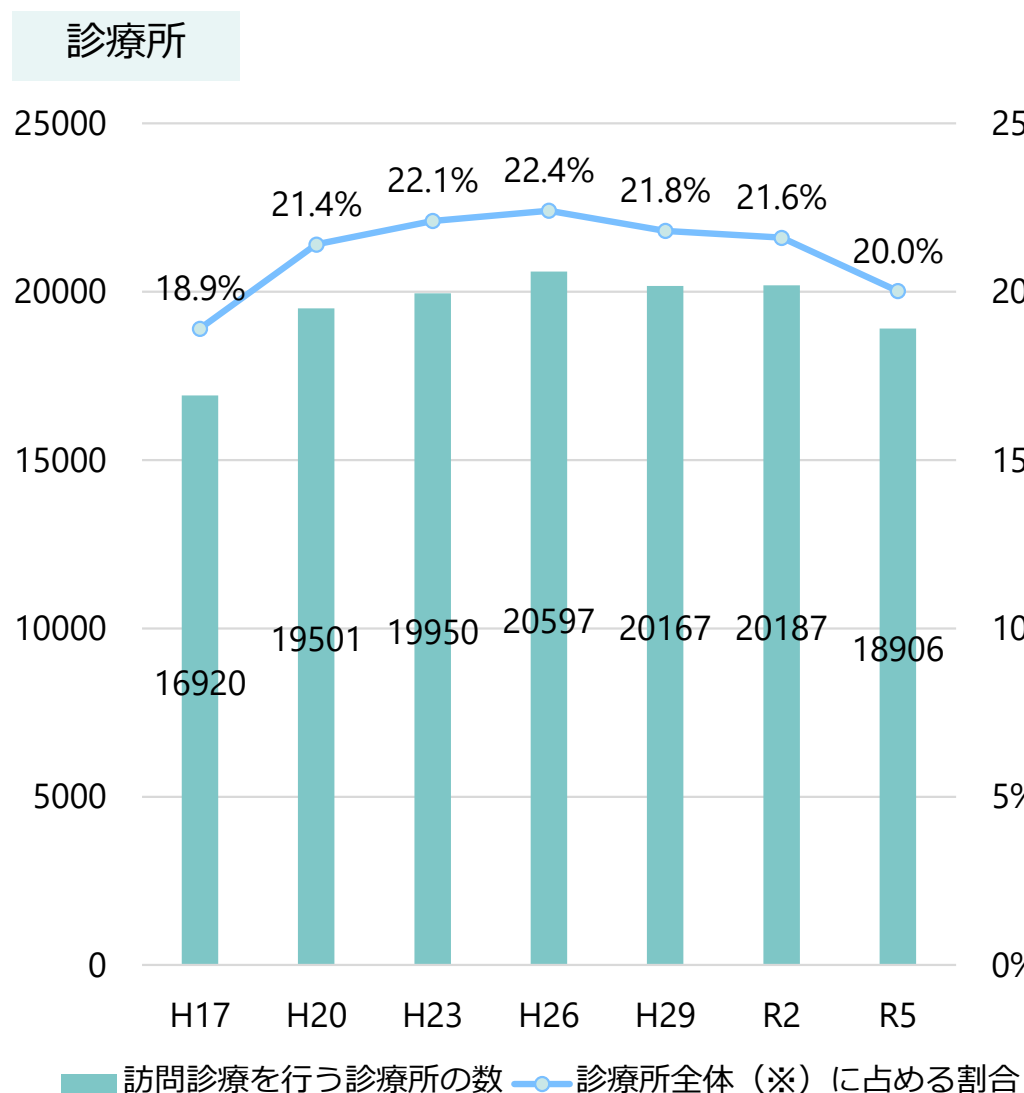


在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

在宅医療の提供体制

訪問診療を行う医療機関の割合について、近年は診療所は横ばい、病院は増加の傾向であったが、令和2年から5年に診療所は減少、病院は微減となった。



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

在宅患者訪問診療料（1回あたり）

同一建物居住者以外

同一建物居住者



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

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料（1月あたり）



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

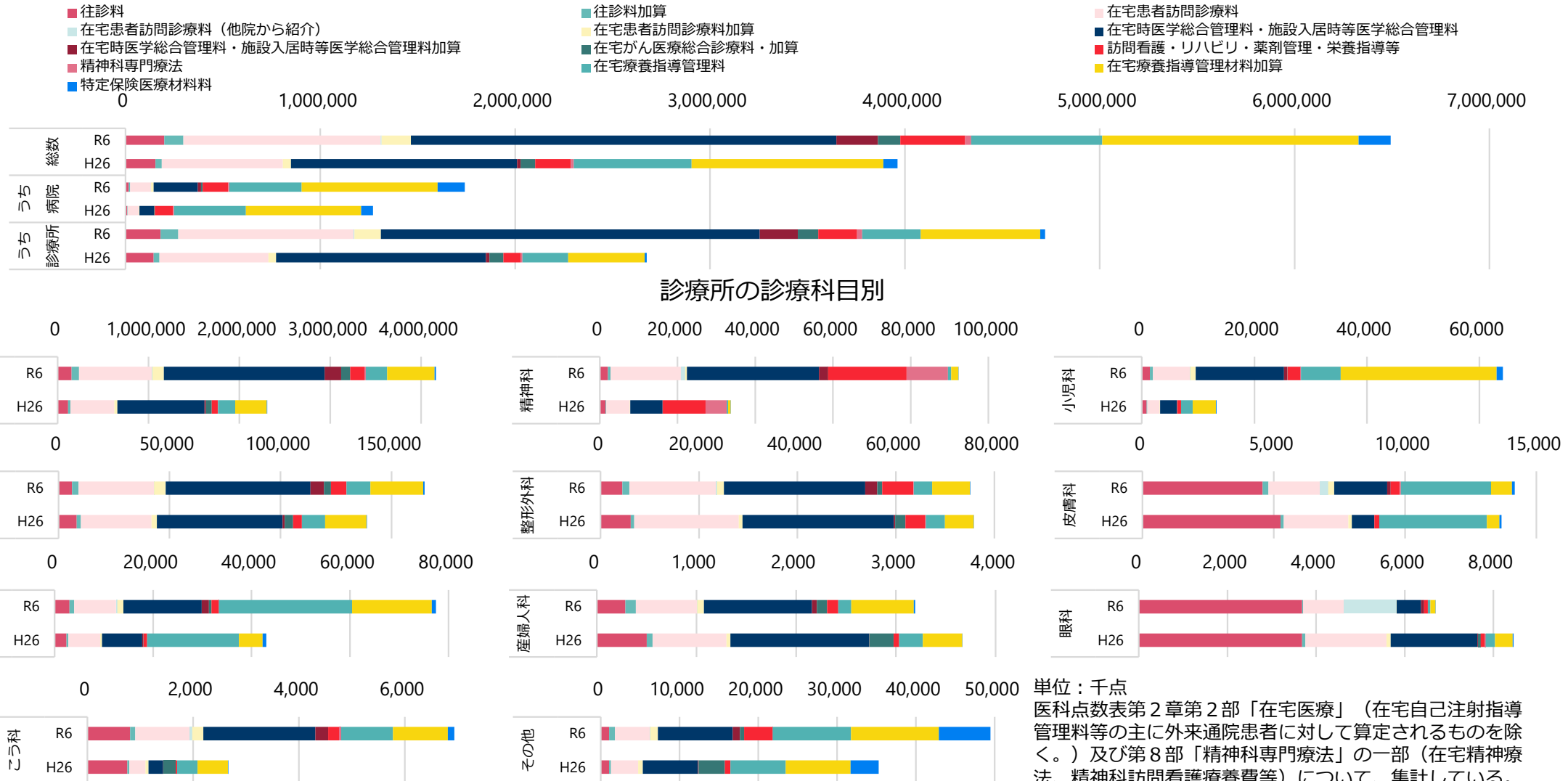
在宅がん
医療
総合
診療料

※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

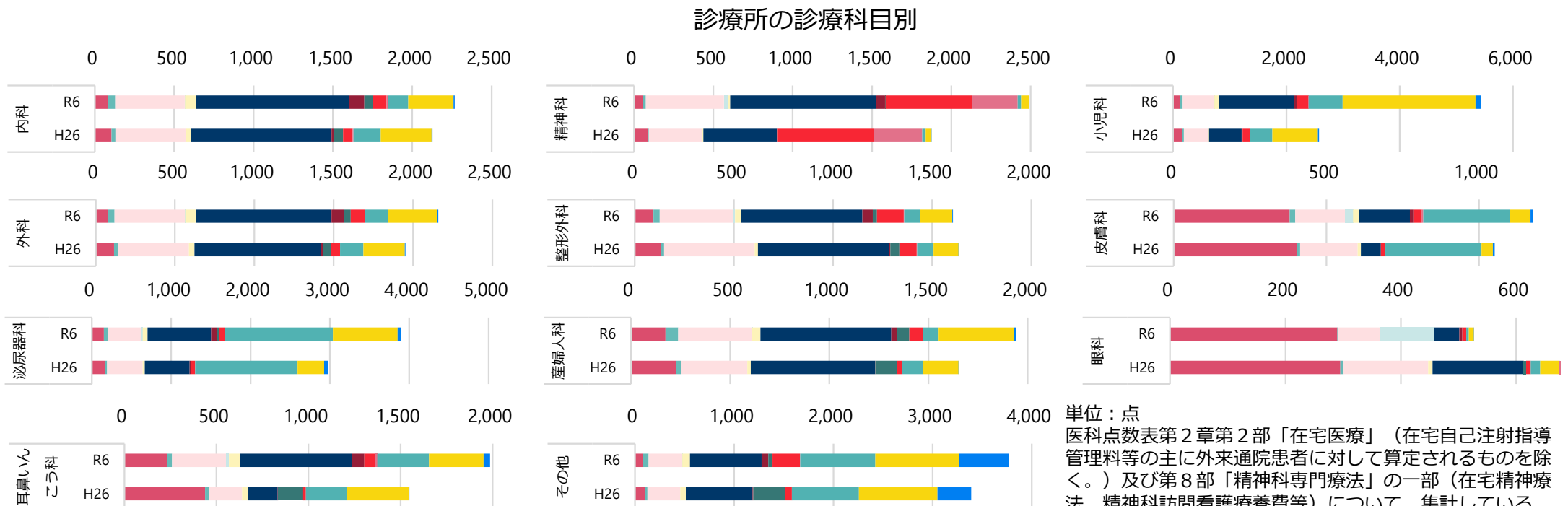
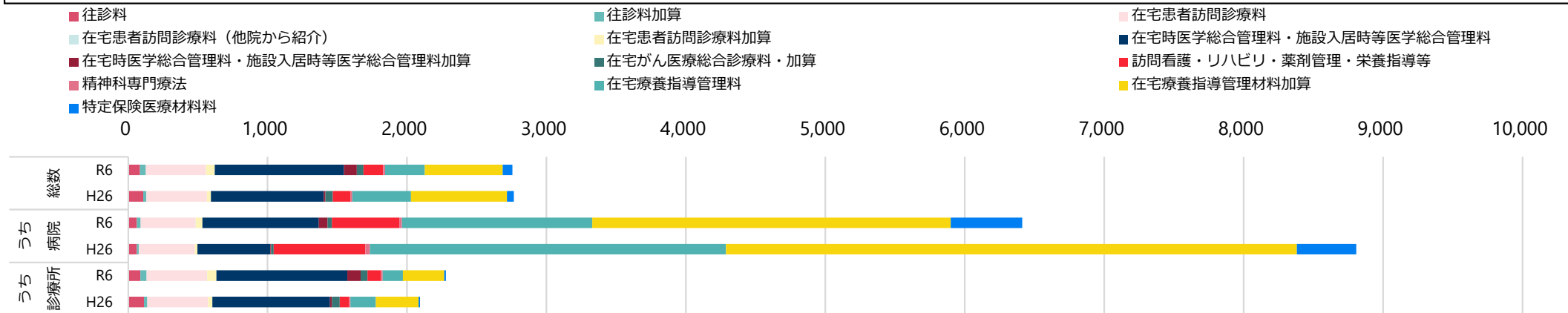
在宅医療に係る診療報酬の構成の推移

- 在宅医療に係る医療費は、全体として増加傾向である。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科、耳鼻いんこう科では増加傾向が著しい一方で、産婦人科、眼科では減少傾向である。



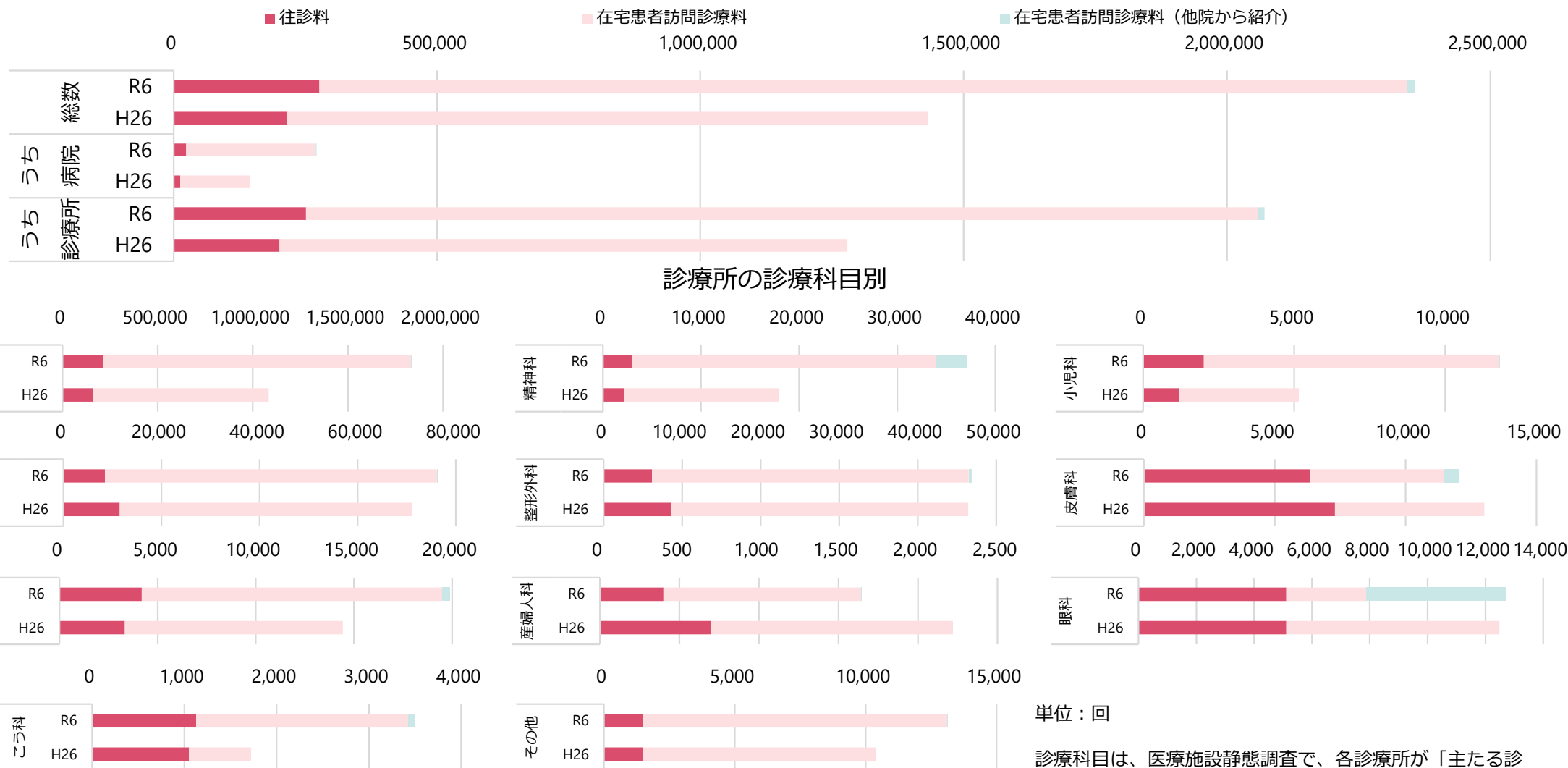
在宅診療 1 回あたり算定額の構成の推移

- 在宅診療 1 回あたりの算定額は、全体として横ばいである。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科で特に増加傾向である。



在宅診療回数の構成の推移

- 在宅診療の回数は、全体として増加傾向である。
- 診療所において診療科ごとに比較すると、精神科、小児科、耳鼻いんこう科で特に増加傾向である。



在宅療養支援診療所について

- 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。

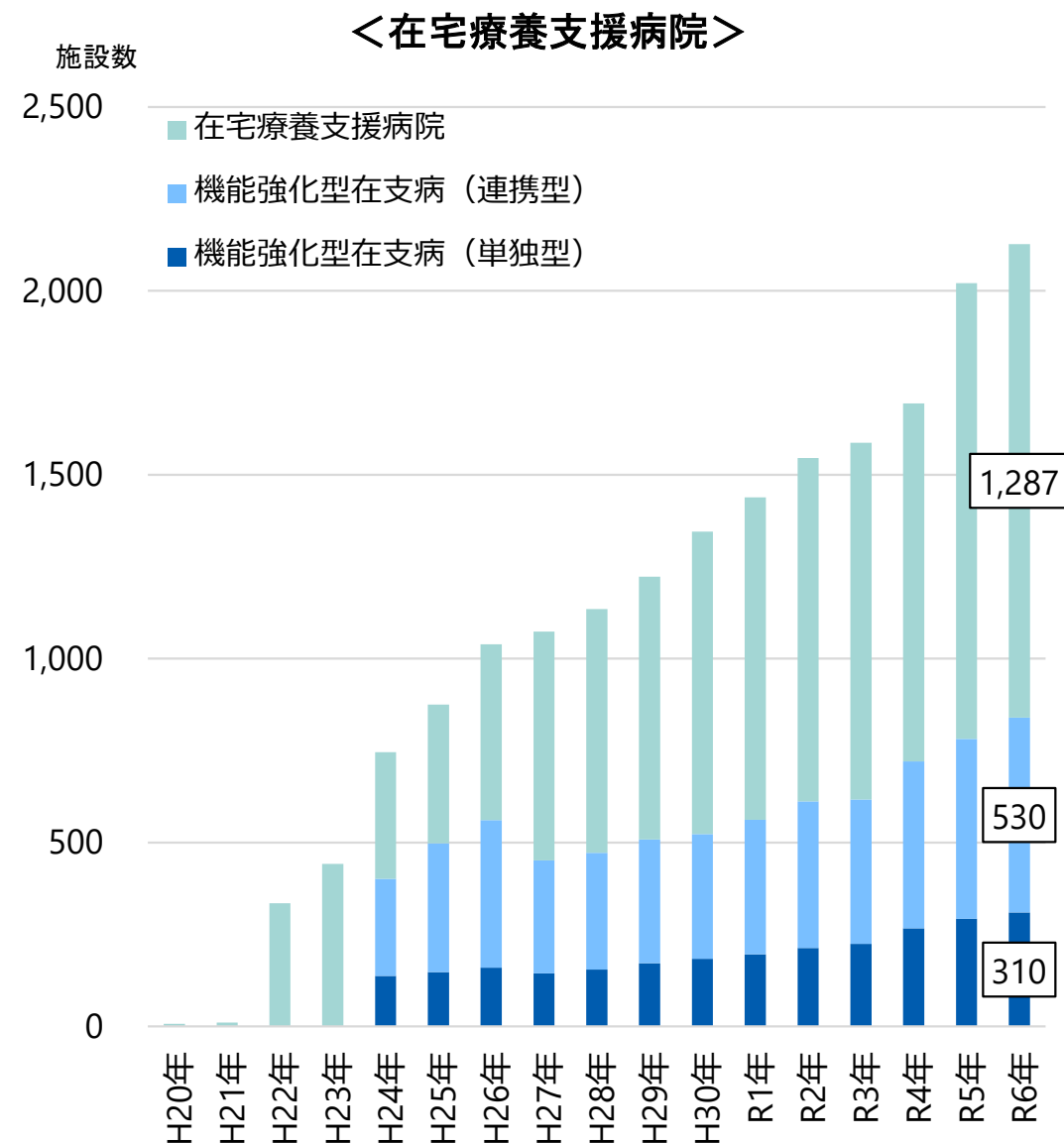
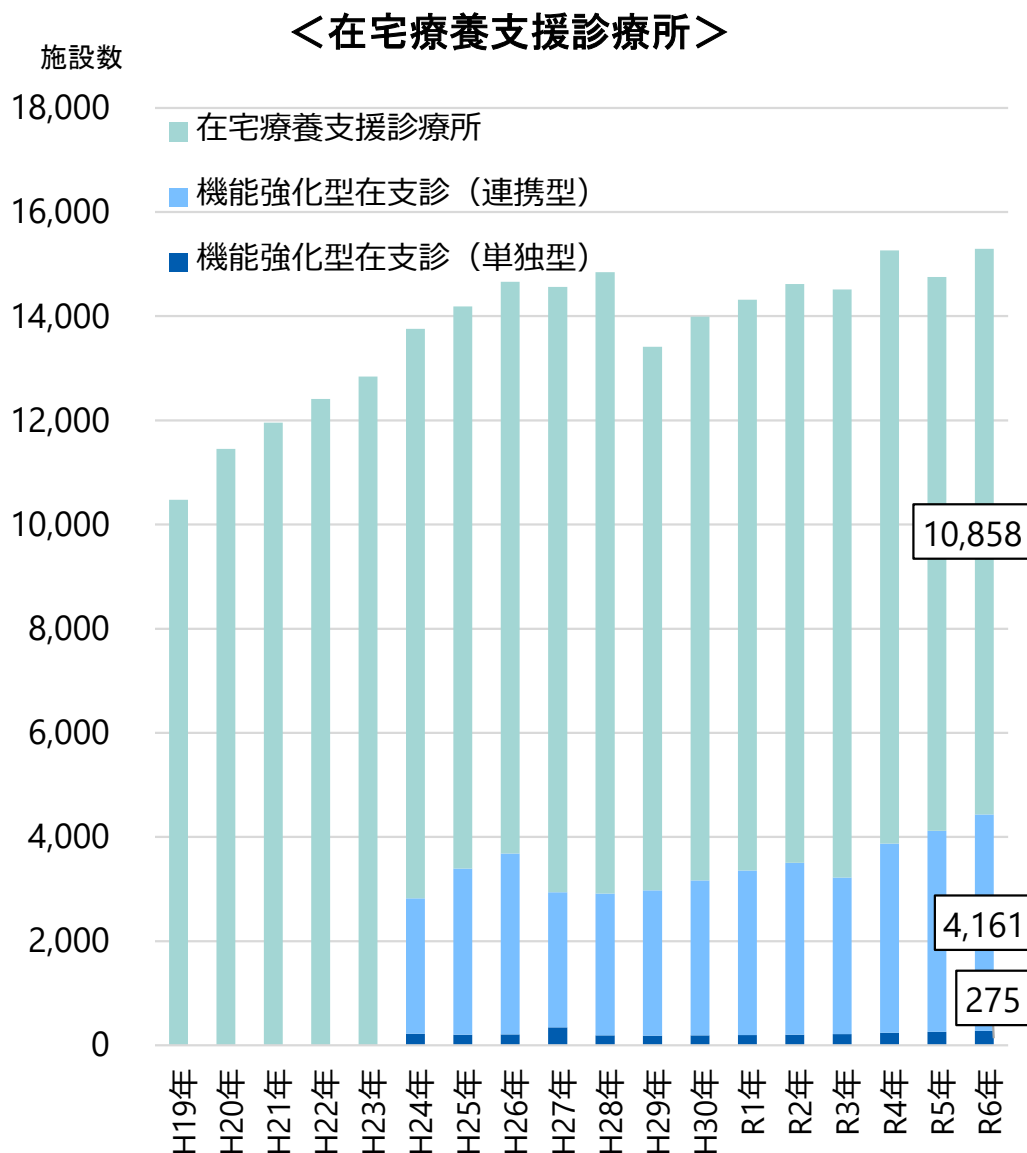
在宅療養支援診療所

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

- 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。



在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

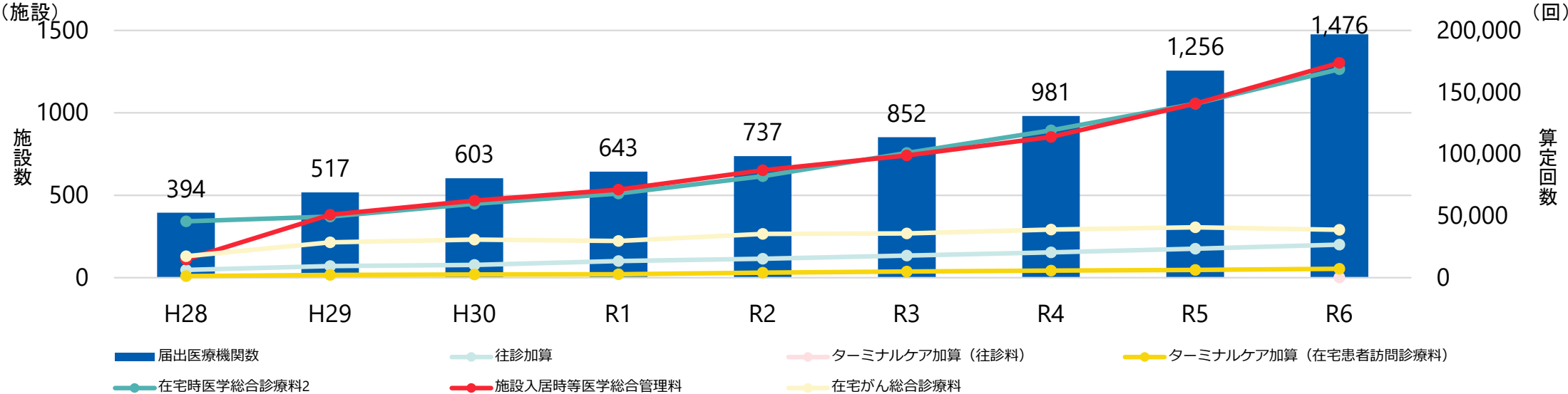
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○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）

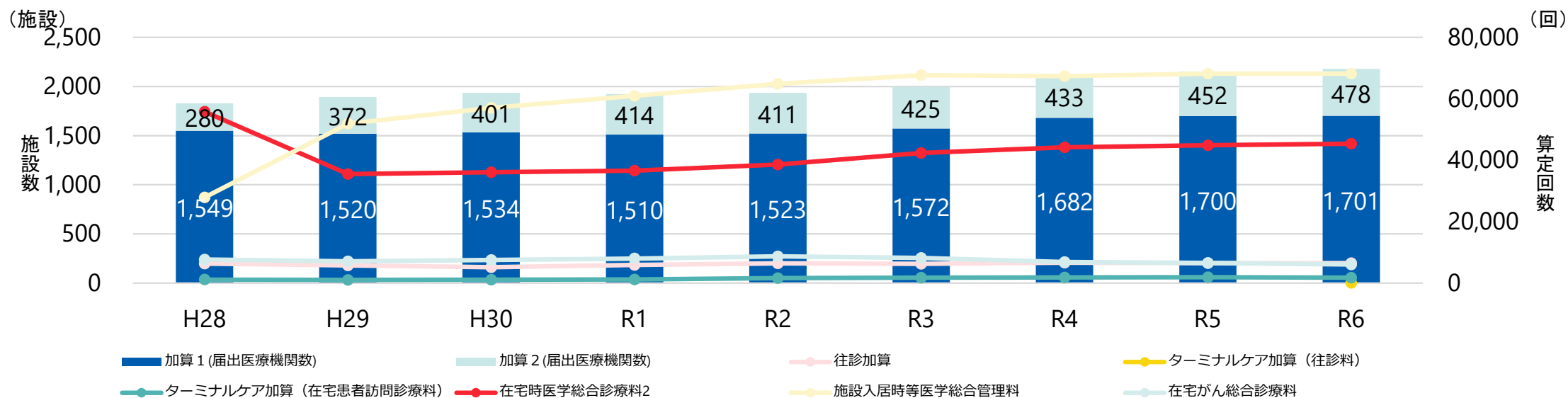
在宅療養実績加算

在宅療養実績加算

○機能強化型でない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実績等を有する医療機関への評価。

施設基準	加算 1	加算 2
過去1年間の緊急往診実績	10件以上	4件以上
過去1年間の看取り実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに係る研修	—	「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。

加算対象	加算 1	加算 2
緊急、夜間・休日又は深夜往診加算	75点	50点
ターミナルケア加算	750点	500点
在宅時医学総合診療料	56～300点	38～200点
施設入居時等医学総合管理料	42～225点	30～150点
在宅がん医療総合診療料	110点	75点

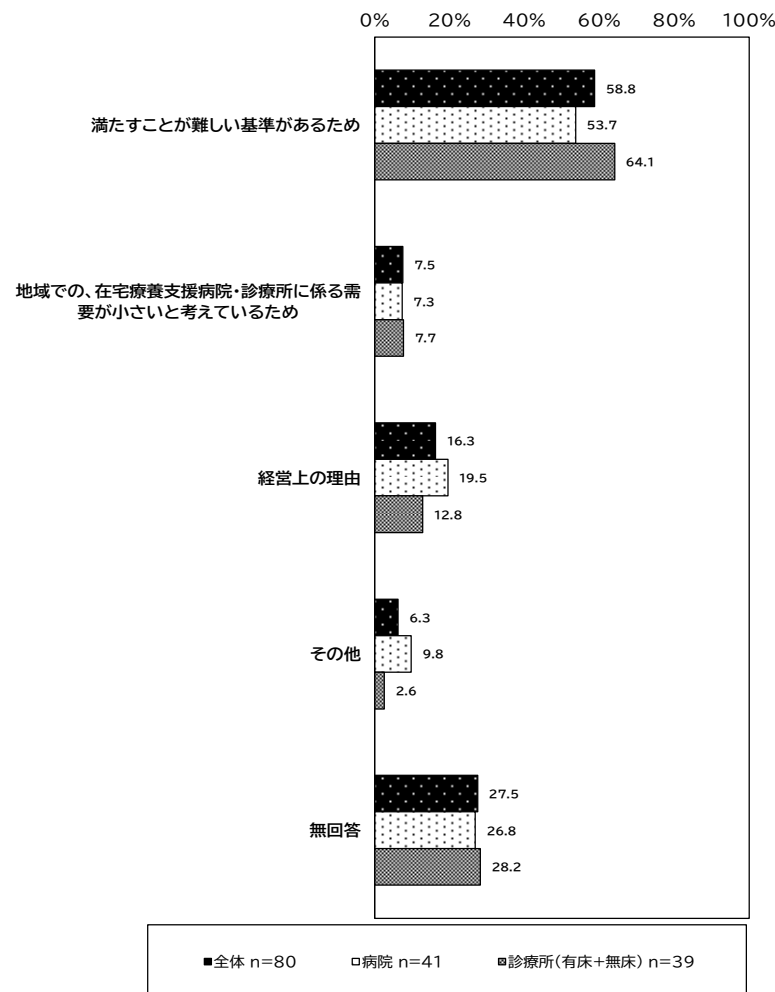


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

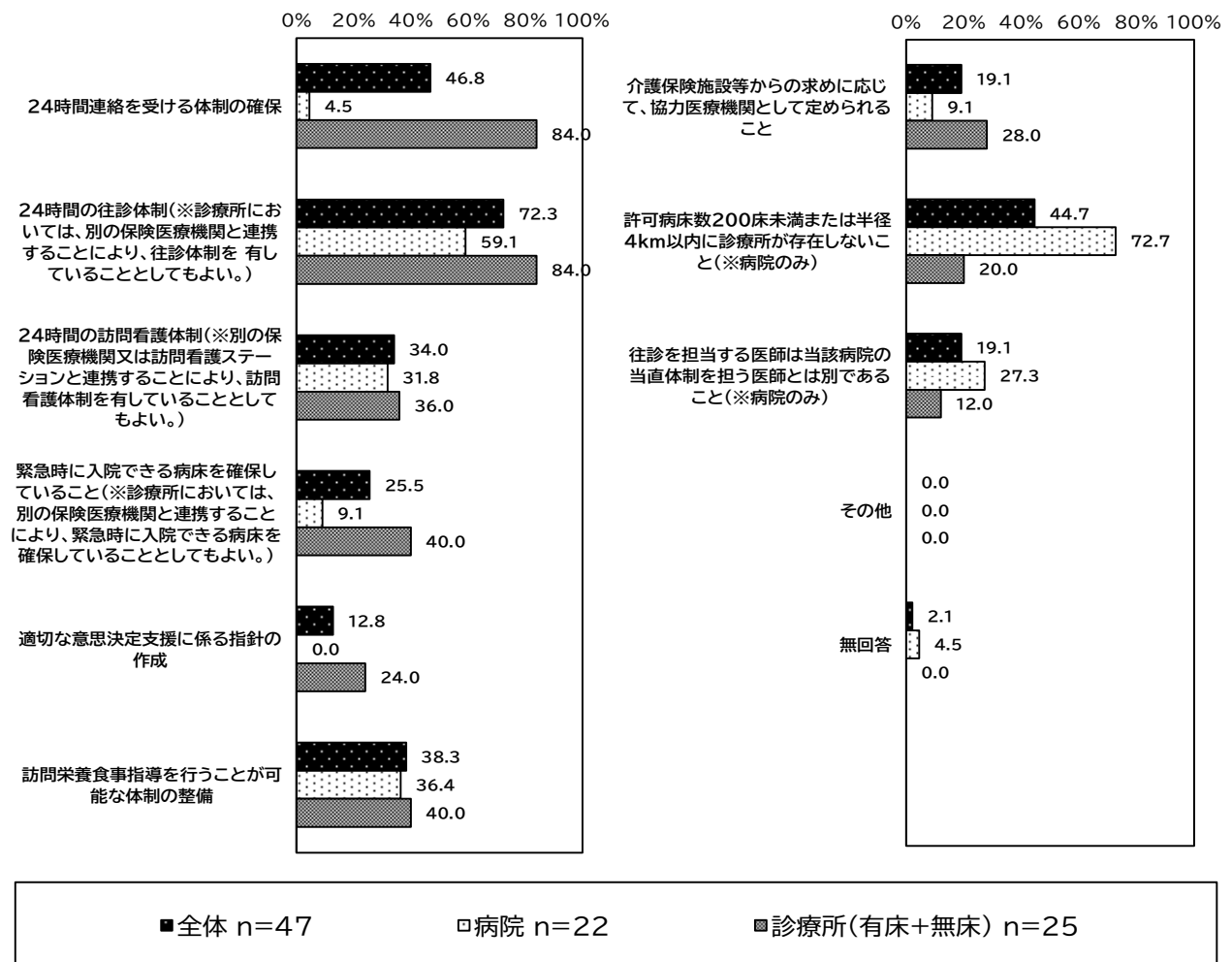
在支診・在支病になるに当たって、満たすことが難しい基準

- 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4km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））



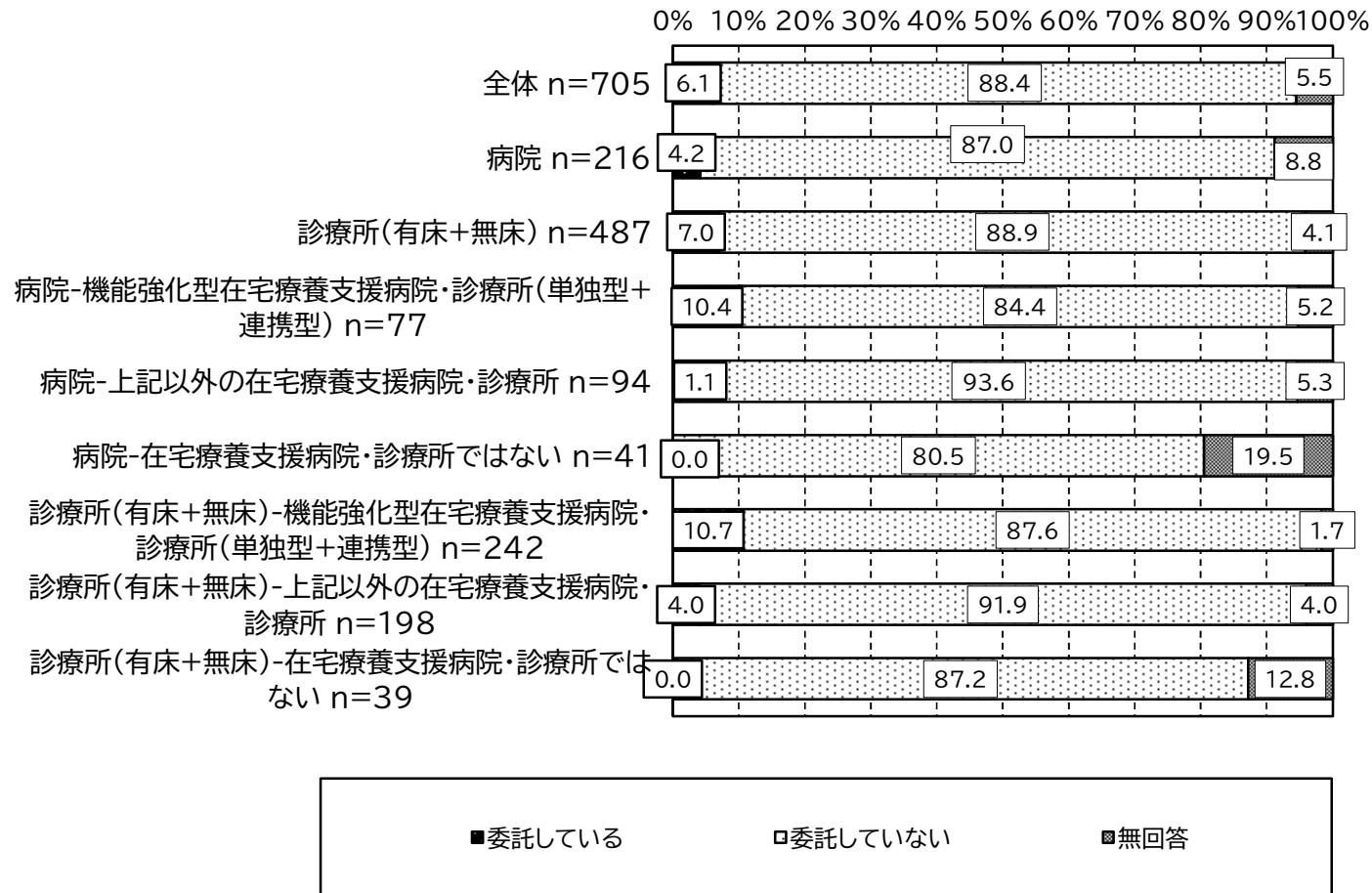
図表 2-32 満たすことが難しい基準（複数回答）
（種別（病院・診療所））



24時間の往診体制確保のための民間企業等の利用状況について

- 24時間の往診体制確保のため、第三者（民間企業等）への委託を行っている在宅医療提供医療機関は、6.1%存在した。
- 機能強化型在宅療養支援病院・診療所において、委託を行っている医療機関の割合が高かった。

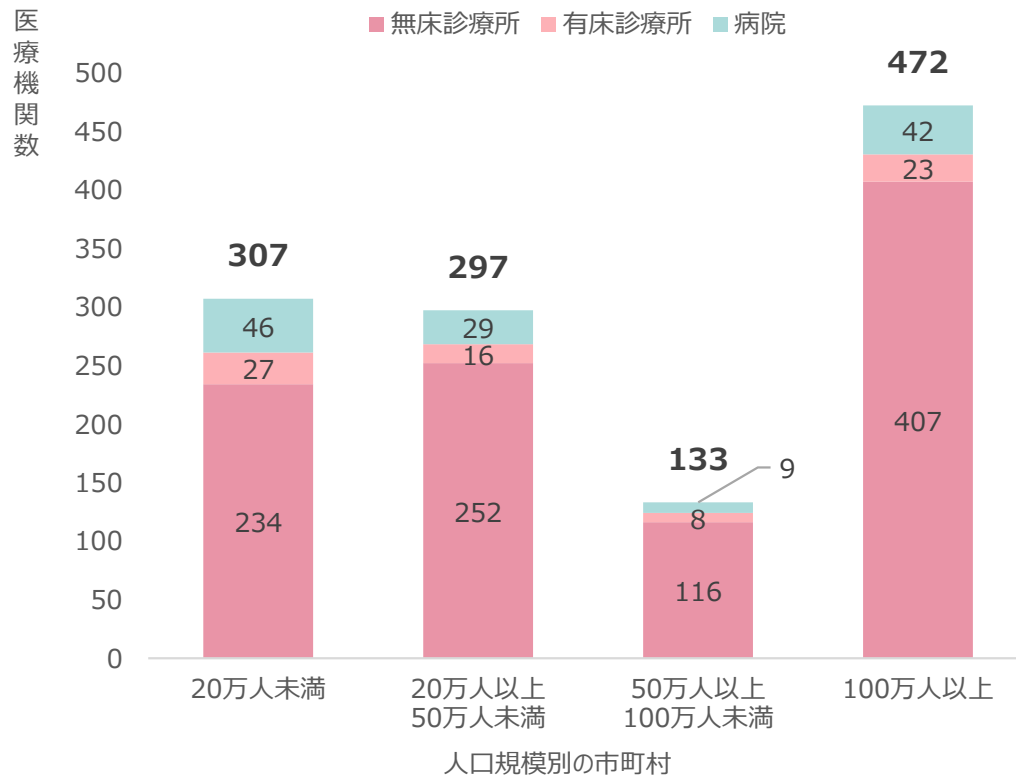
図表 2-43 24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託の有無（種別×届出区分別）



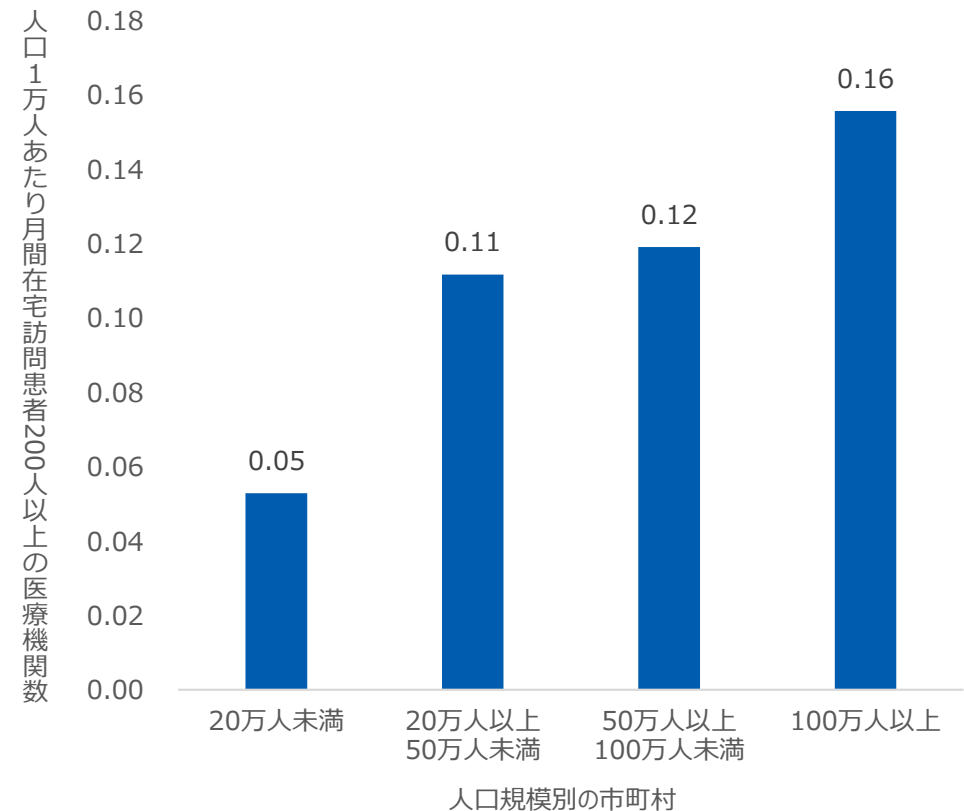
多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関について

- 1か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の多くは、無床診療所である。
- 人口規模別の市町村ごとにみると、人口規模の大きい市町村の方が、1か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の人口あたりの数が多い。

月間在宅訪問患者200人以上の医療機関数
(市町村の人口規模別)



人口1万人あたり月間在宅訪問患者200人以上の
医療機関数(市町村の人口規模別)



資料出所：NDB（2022年10月分）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※「在宅訪問患者」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

※東京都特別区、政令市については、特別区、政令市それぞれが全体で一つの市となっているものとみなして集計。

往診料の概要

- 往診料は、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に出発し診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に出発して診療を行った場合には算定できない。

	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者			
	② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者			
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について

保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

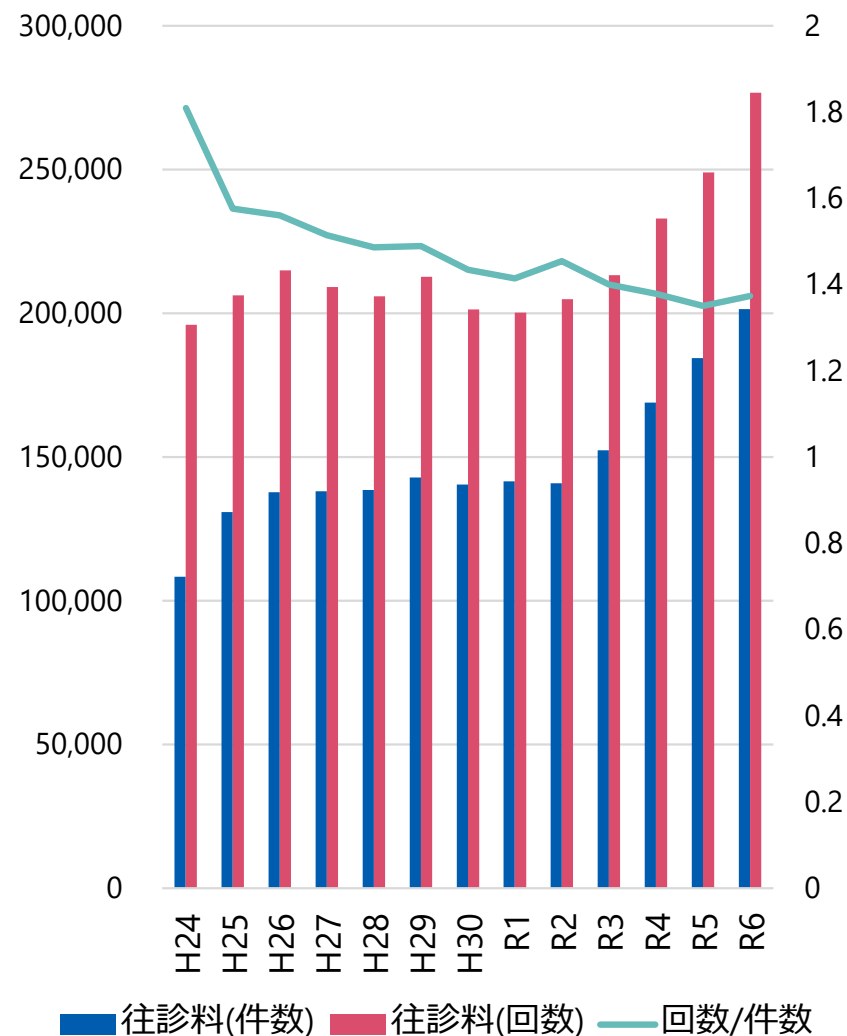
夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

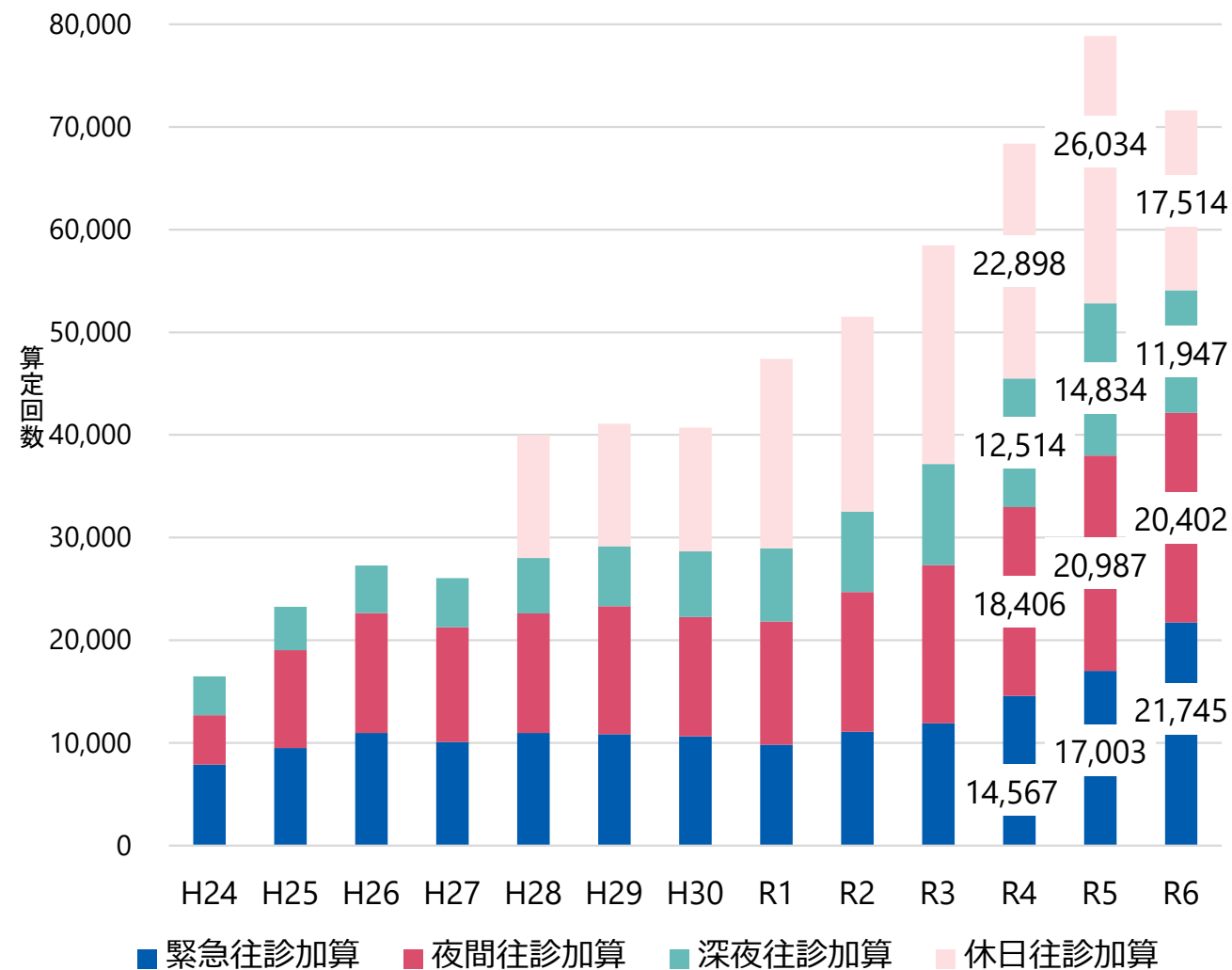
往診料等の算定状況について

- 往診料の算定回数は、令和2年頃から増加傾向である。
- 往診加算の算定回数については近年増加傾向であったが、令和6年において緊急往診加算を除き減少した。

往診料の算定件数・回数



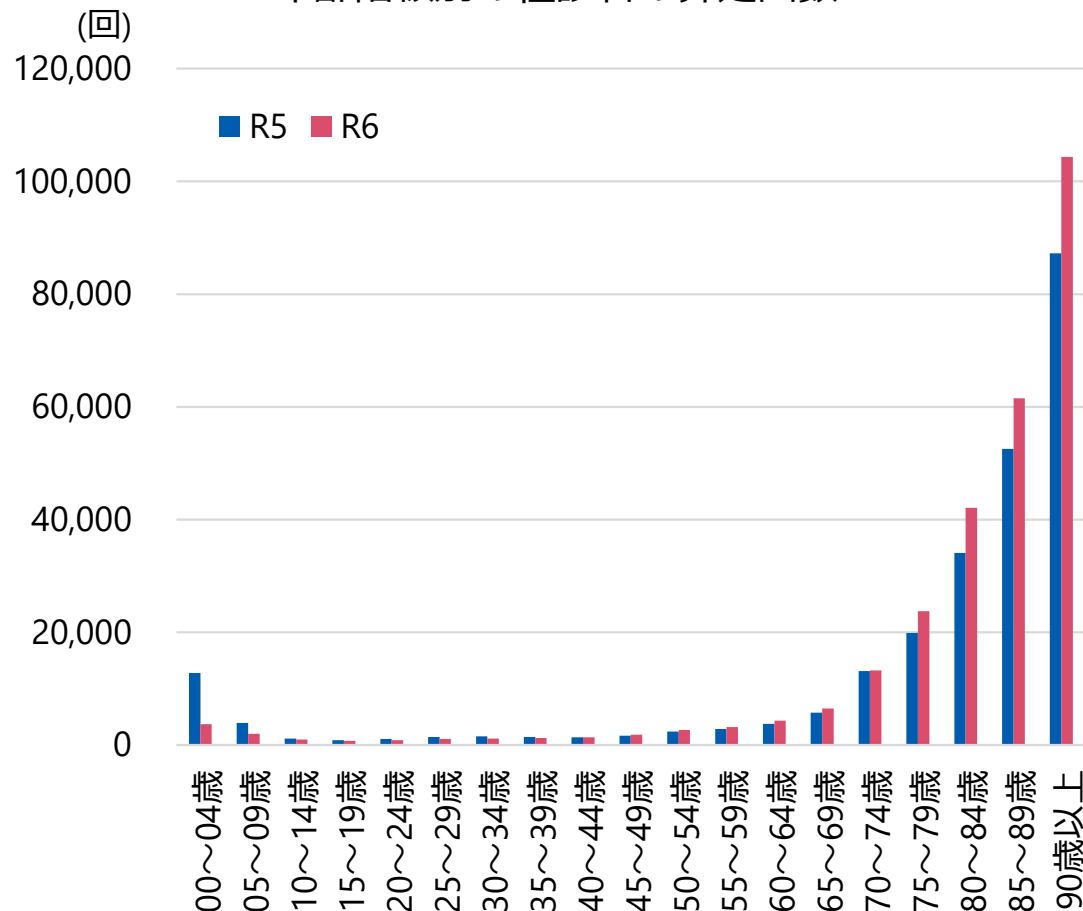
往診加算の算定回数



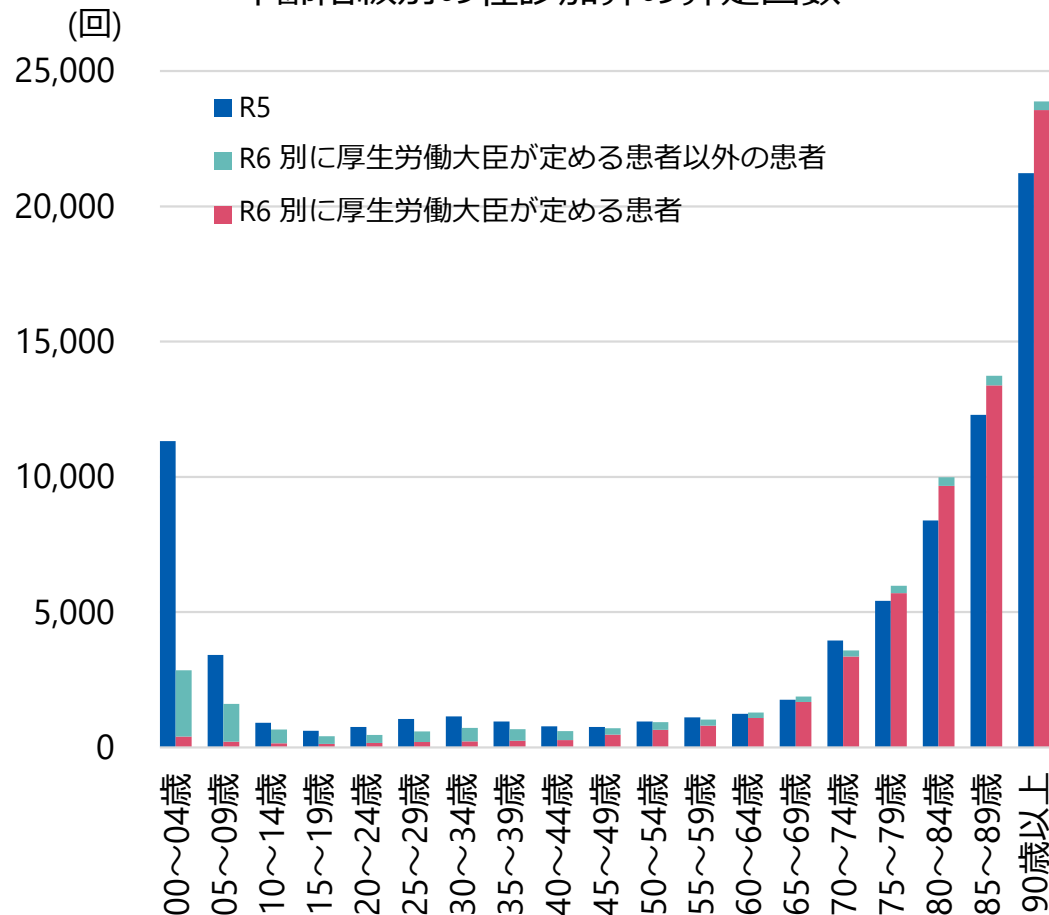
年齢別の往診料等の算定状況について

- 令和5年と令和6年の往診料及び往診加算の算定回数を、年齢階級別に比較したところ、小児の算定回数が減少している一方で、高齢者の算定回数が増加していた。

年齢階級別の往診料の算定回数



年齢階級別の往診加算の算定回数



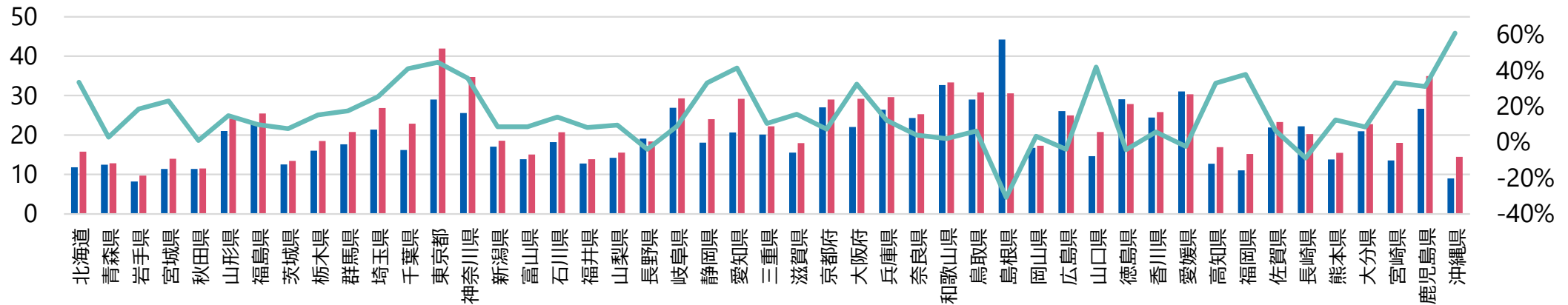
別に厚生労働大臣が定める患者とは、以下のいずれかに該当する場合を指す。

- ① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者
- ③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者
- ④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者

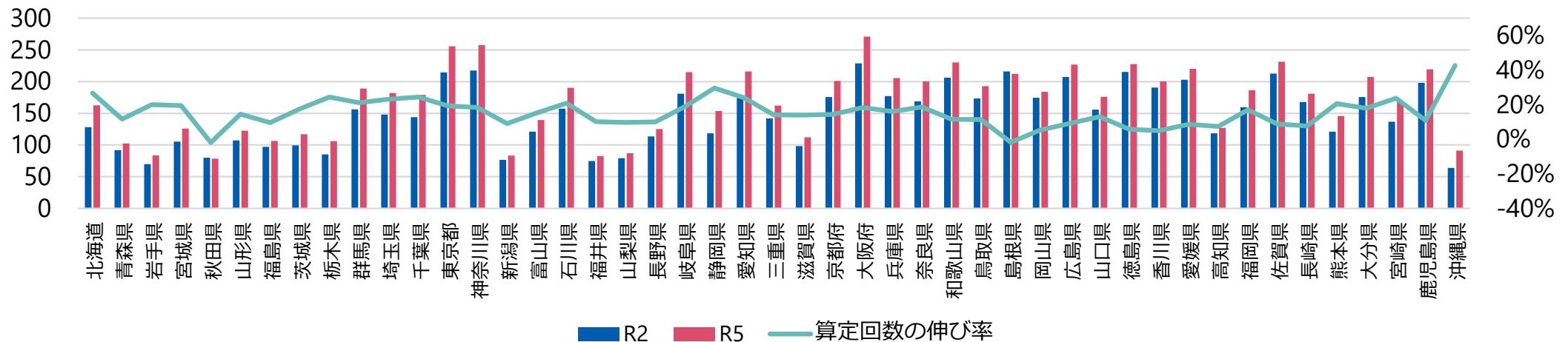
都道府県別の往診料及び在宅患者訪問診療料の算定状況について

- 都道府県別の人口当たり往診料及び在宅患者訪問診療料の算定回数は、以下のとおり。
- 令和2年と令和5年の算定回数を比較すると、都心を中心に往診料の伸び率が大きい。

都道府県別の往診料の算定回数の推移（人口千人当たり算定回数）



都道府県別の在宅患者訪問診療料の算定回数の推移（人口千人当たり算定回数）



R2 R5 算定回数の伸び率

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概要

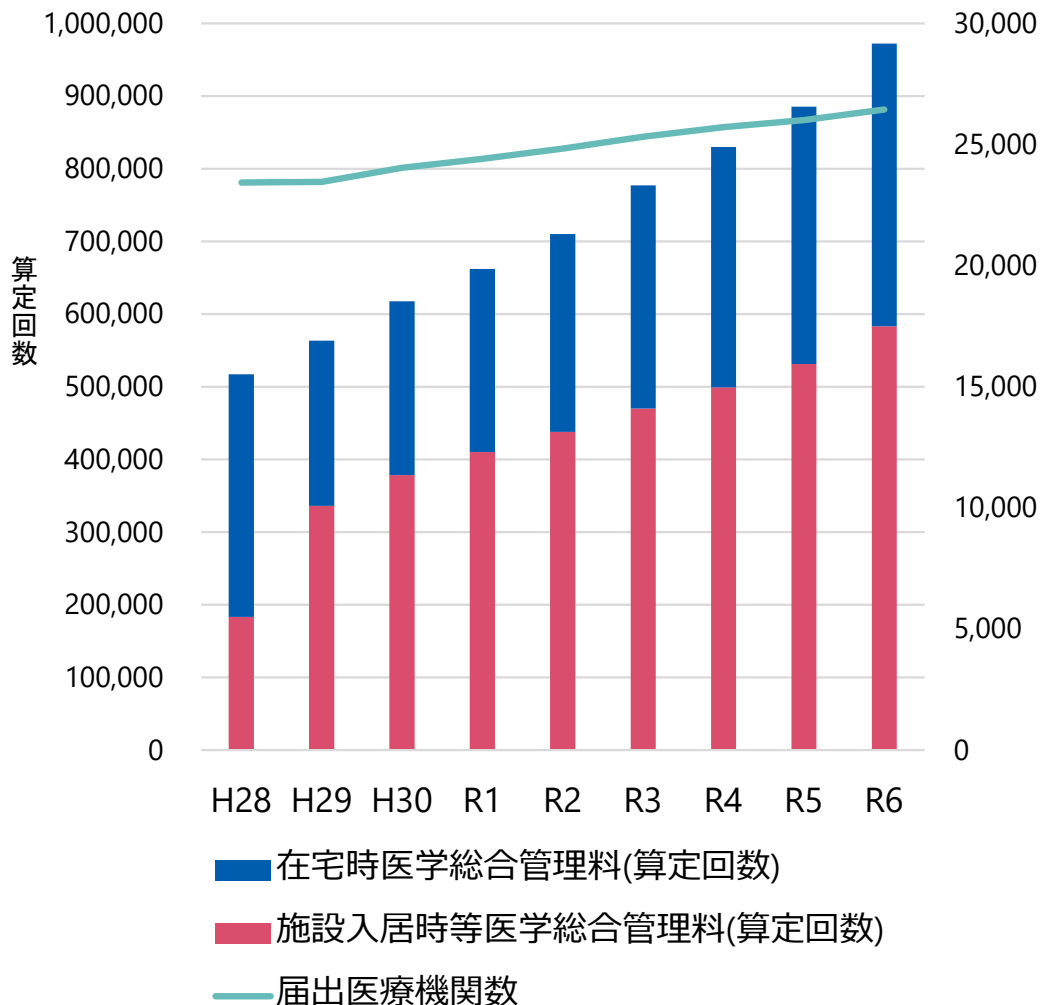
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合について、評価している。

	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

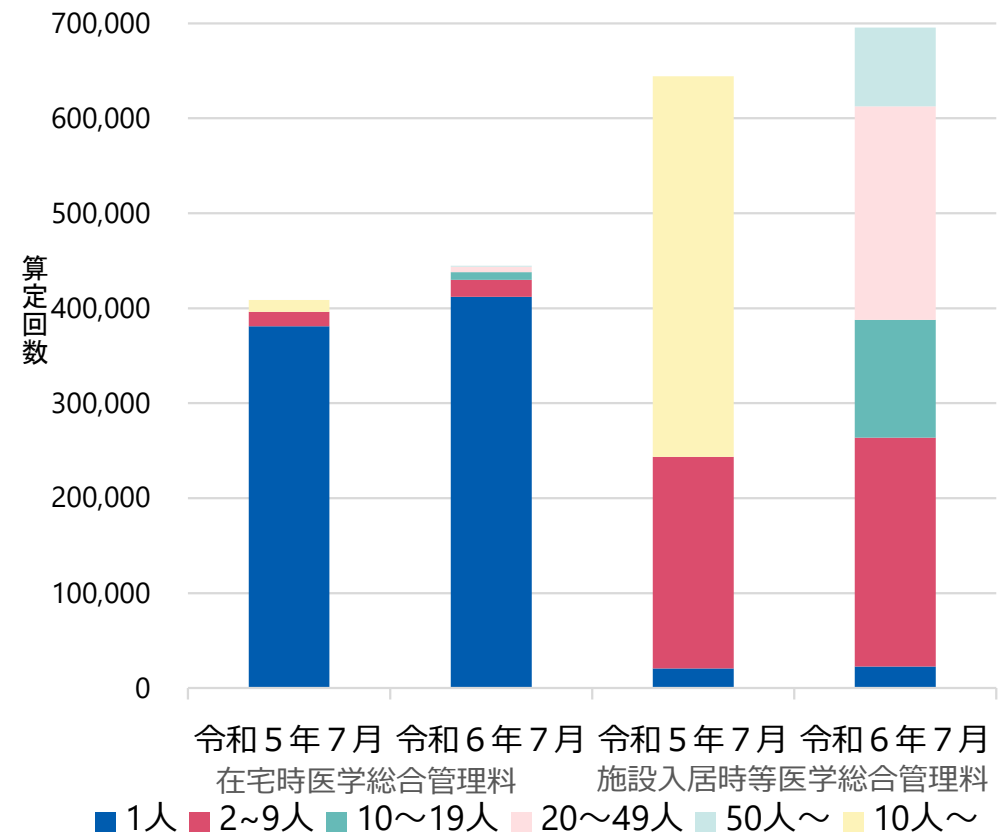
在医総管・施設総管の算定回数等について

- 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」

在宅患者訪問診療料の概要

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

イ 同一建物居住者以外の場合 **888点**

ロ 同一建物居住者の場合 **213点**

2 在宅患者訪問診療料 2

イ 同一建物居住者以外の場合 **884点**

ロ 同一建物居住者の場合 **187点**

- 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、定期的に訪問して診療を行った場合の評価。
- 継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定できない。

[算定要件] (抜粋)

○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、週3回、1日につき1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として月1回に限り算定。

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) (1日につき)

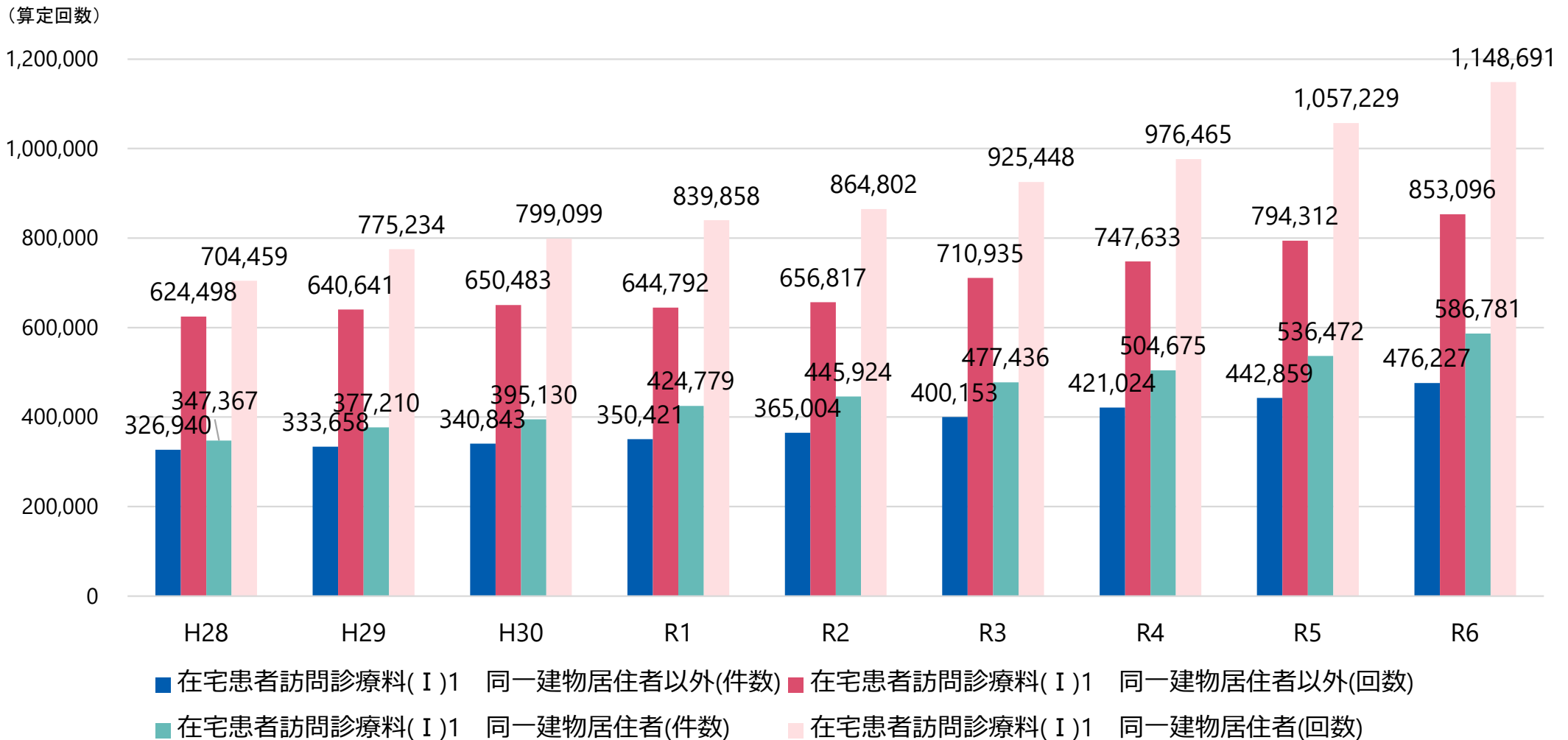
1 有料老人ホーム等に入居する患者 **150点**

2 他の保険医療機関から紹介された患者 **150点**

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合に算定。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１の算定状況等について

○ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１の算定回数は、同一建物居住者に対する診療とそれ以外のいずれについても増加傾向である。

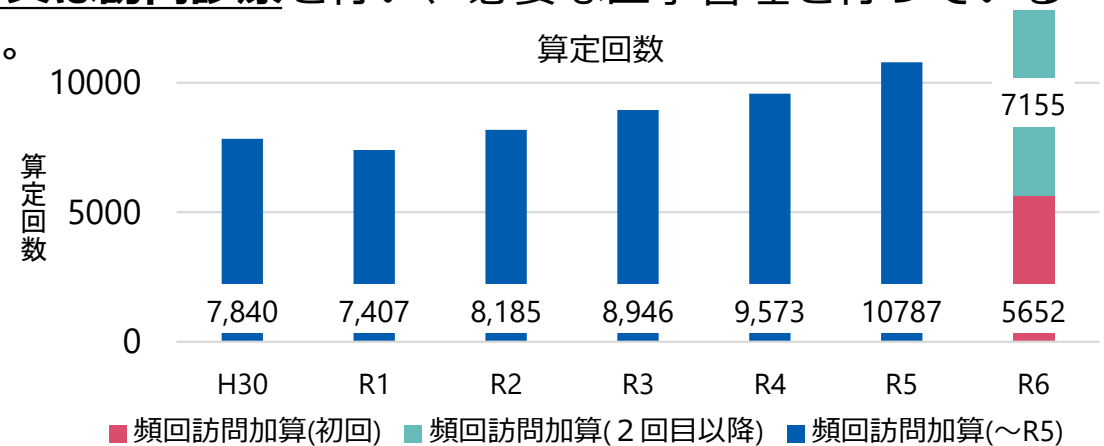


頻回訪問診療に係る評価について

頻回訪問加算

- 下記の対象患者に対して、**月4回以上の往診又は訪問診療**を行い、必要な医学管理を行っている場合について、在医総管・施設総管に加算する。

頻回訪問加算	(初回)	800点
	(2回目以降)	300点



[対象患者] ①または②に該当する患者

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「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」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

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、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、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又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、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

在宅患者訪問診療料（I）1における減算規定

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合、**5回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

- ・別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
- ・対象期間中に死亡した者。
- ・末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
- ・対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。

	算定件数	算定回数
同一建物居住者以外	106	289
同一建物居住者	382	1,267

施設調査(医療機関患者票)の結果②

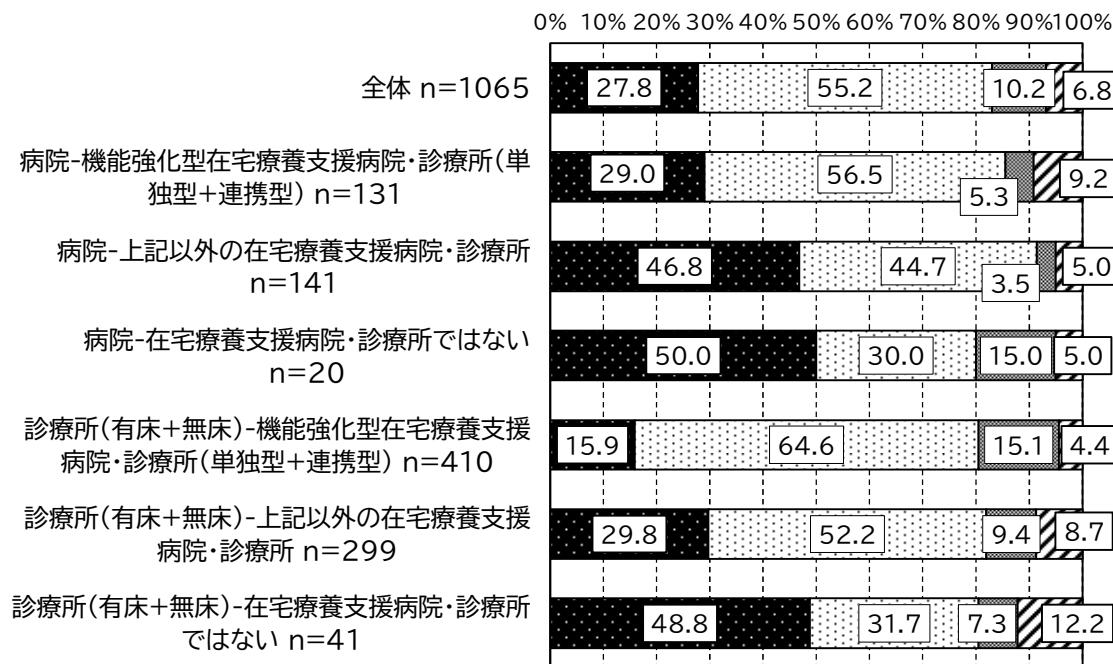
訪問診療回数(報告書P196・P231)

中医協 総-4-3-1

7 . 4 . 2 3

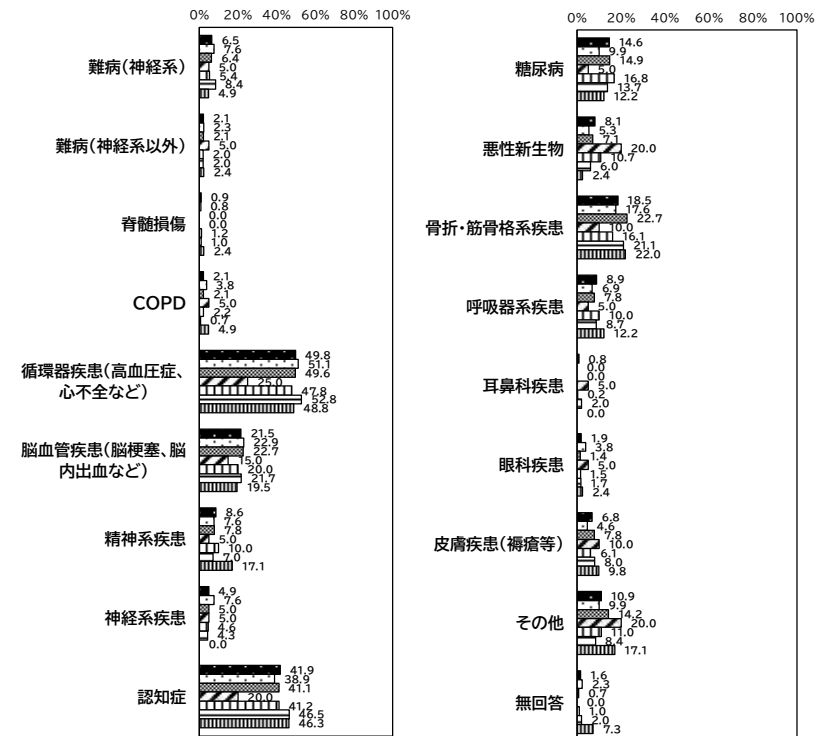
- 訪問診療の対象患者への、1か月間の訪問診療実施回数は、以下のとおりであった。
- 訪問診療の対象病名について、「循環器疾患(高血圧症、心不全など)」が49.8%と最も多かった。

図表 3-64 1か月間の訪問診療実施回数
(機関票の種別×届出区分別)



■ 1回以下 □ 2回 ■ 3回以上 ▨ 無回答

図表 3-19 訪問診療の対象病名(複数回答)
(機関票の種別×届出区分別)



■ 全体 n=1065

□ 病院-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=131

■ 病院-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=141

□ 病院-在宅療養支援病院・診療所ではない n=20

□ 診療所(有床+無床)-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=410

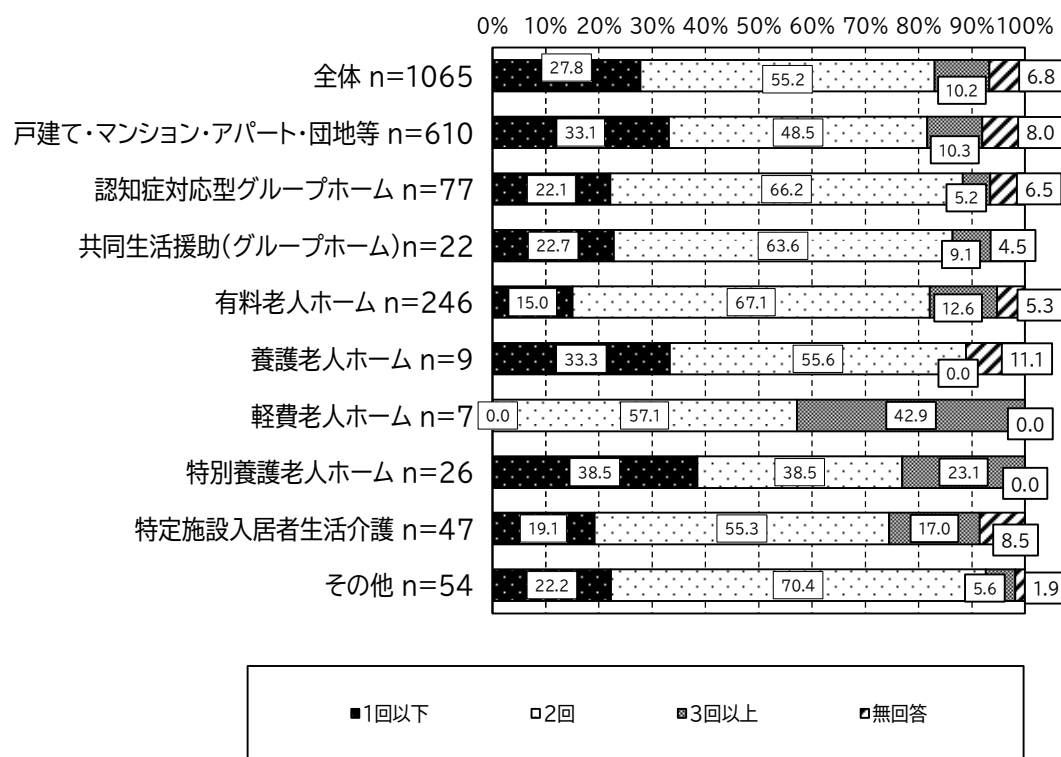
■ 診療所(有床+無床)-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=299

■ 診療所(有床+無床)-在宅療養支援病院・診療所ではない n=41

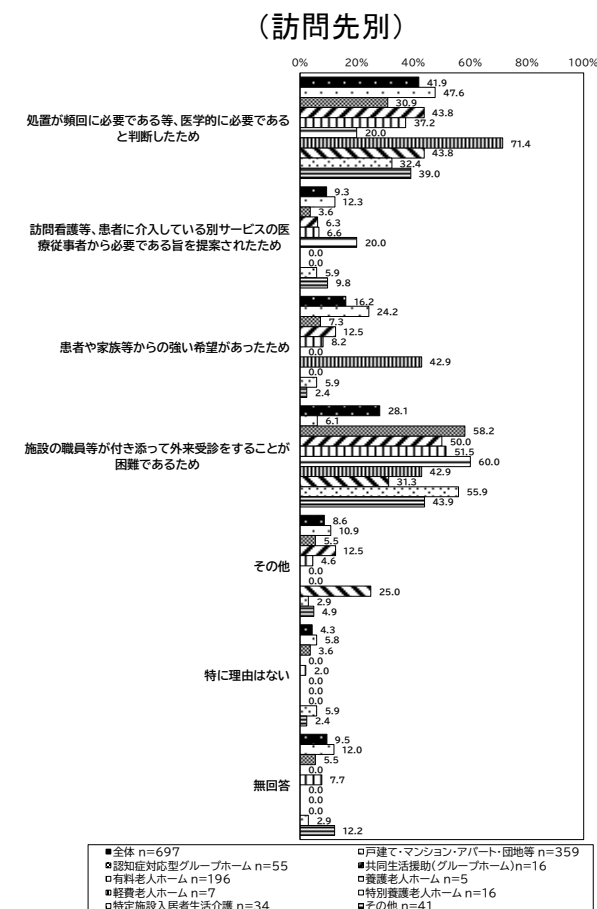
月当たりの訪問診療回数とその理由について

- 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。

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)



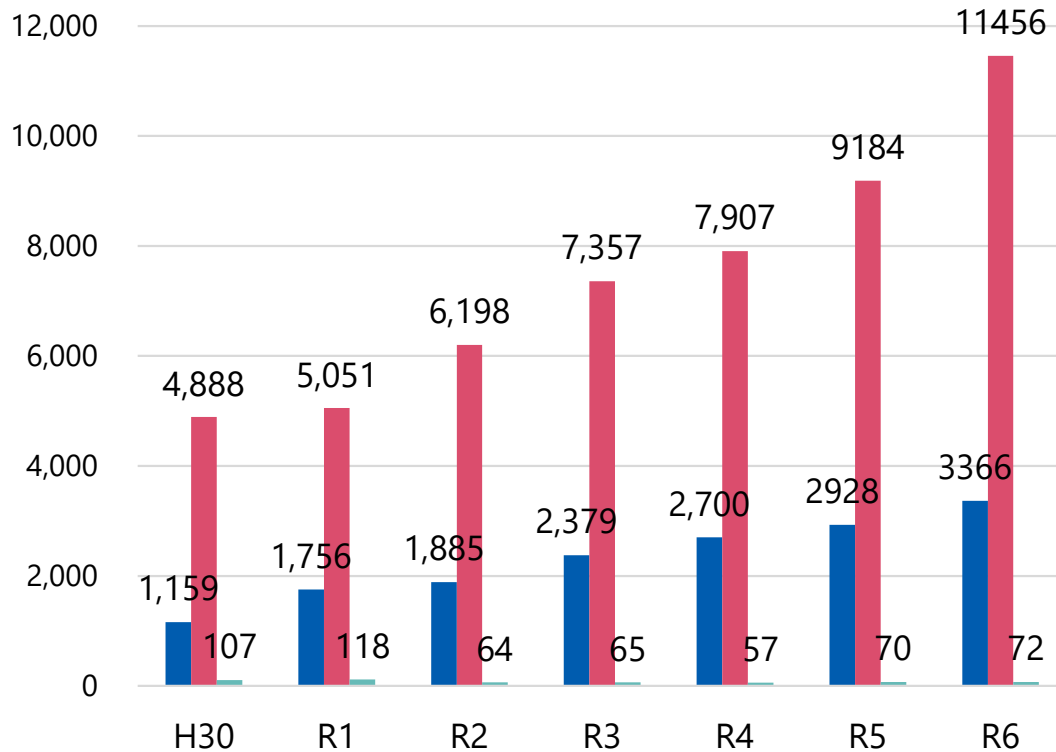
図表 3-68 1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由 (複数回答)
(訪問先別)



他の医療機関からの紹介に基づく訪問診療について

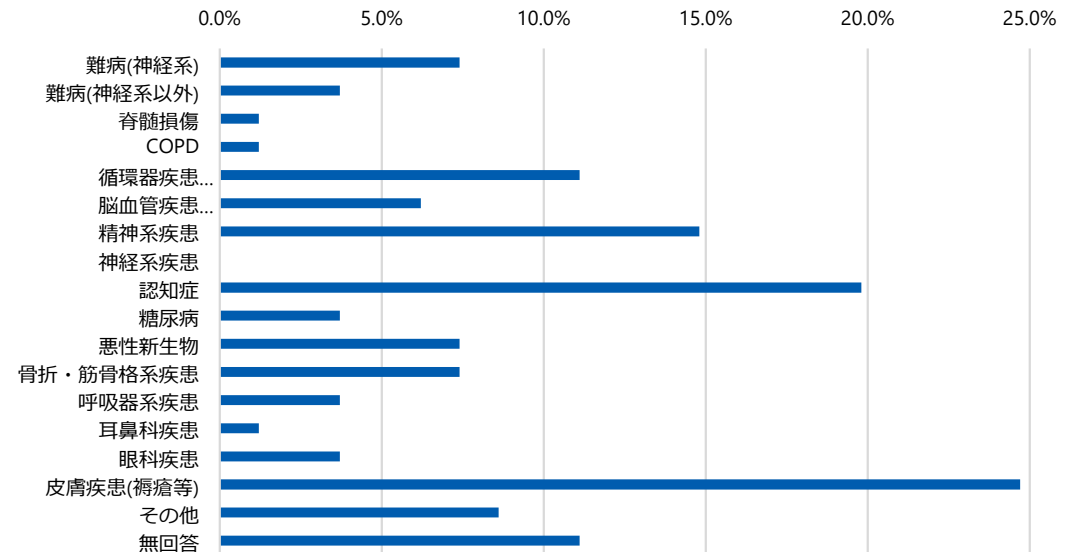
- 他の医療機関からの依頼に基づく訪問診療の際に算定可能な在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2等について、算定回数は増加傾向である。
- 訪問診療の依頼について、対象病名としては皮膚疾患が多く、依頼先の診療科としては内科、皮膚科、精神科の順に多い。

（算定回数）

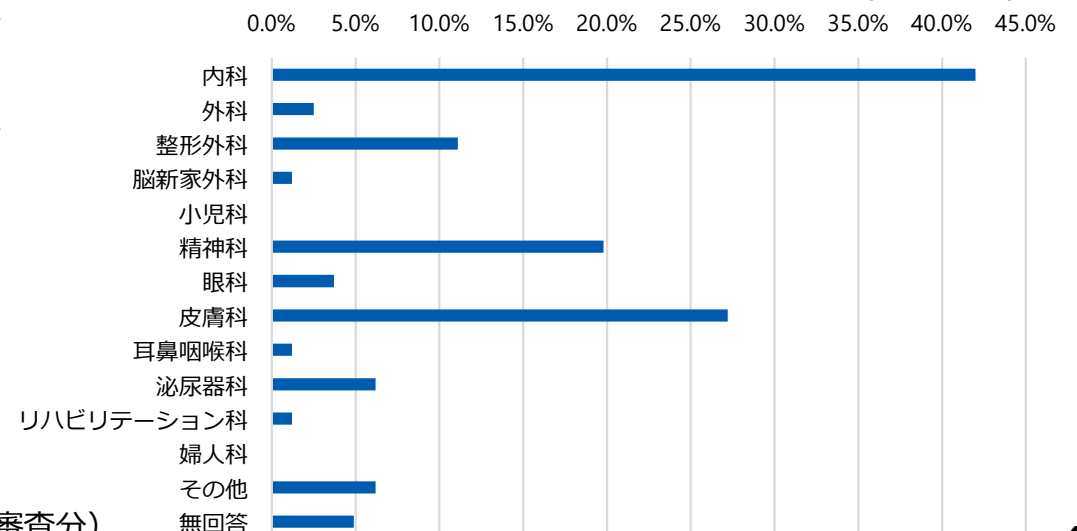


- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2 同一建物居住者以外
- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2 同一建物居住者
- 在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 他の保険医療機関から紹介された患者

訪問診療を依頼した対象病名として多いもの（複数回答）（N=81）



訪問診療の依頼先として多い診療科（複数回答）（N=81）



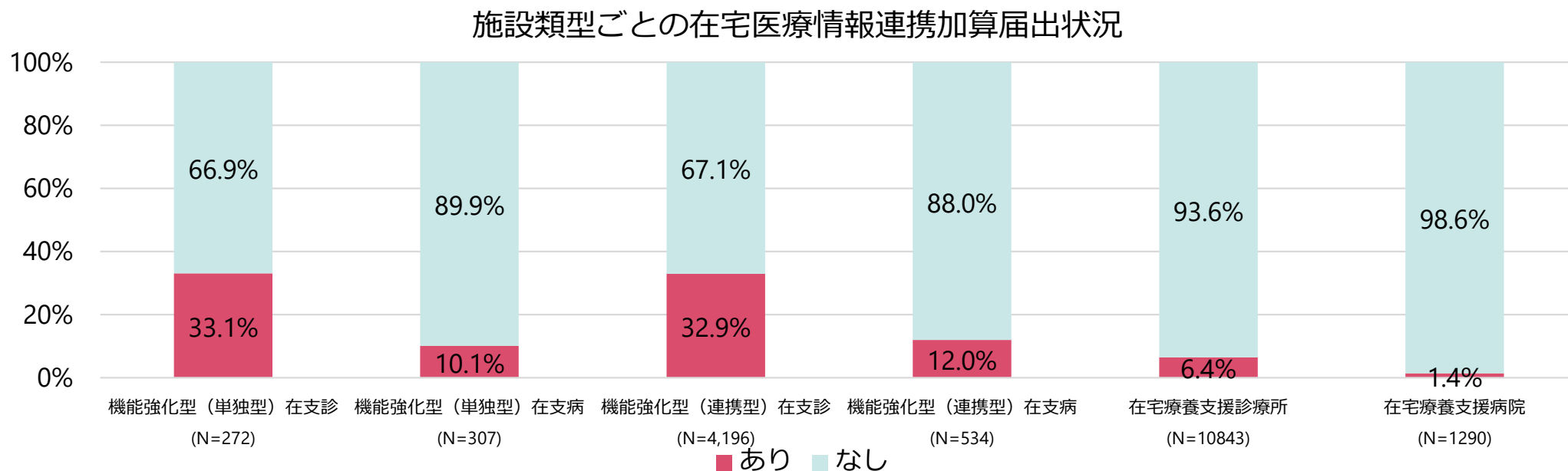
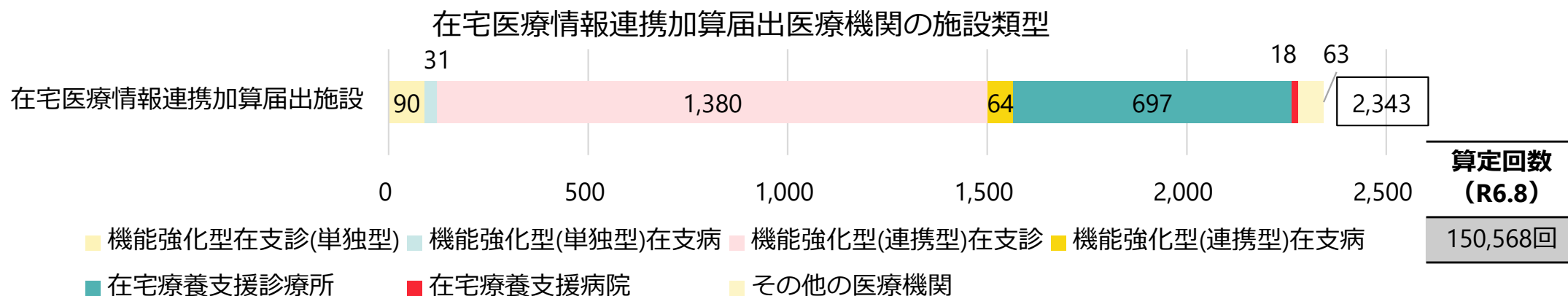
在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



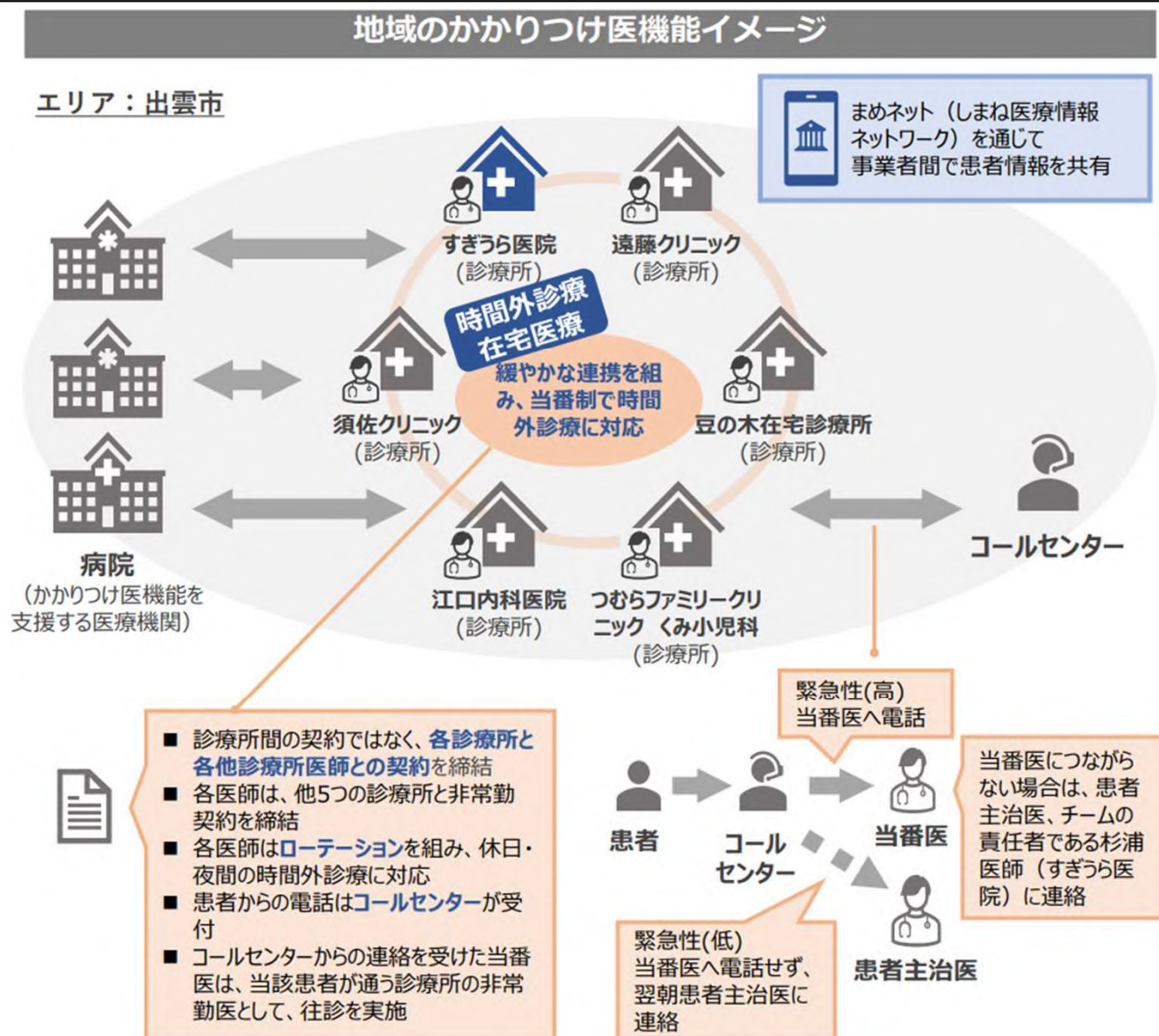
在宅医療情報連携加算の届出状況について

- 在宅医療情報連携加算の届出医療機関2,343施設のうち、1,380施設が機能強化型連携型在支診、697施設が機能強化型でない在支診による届出であった。
- 機能強化型単独型在支診、機能強化型連携型在支診のそれぞれ約33%が在宅医療情報連携加算を届け出ていた。



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事例

- 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。



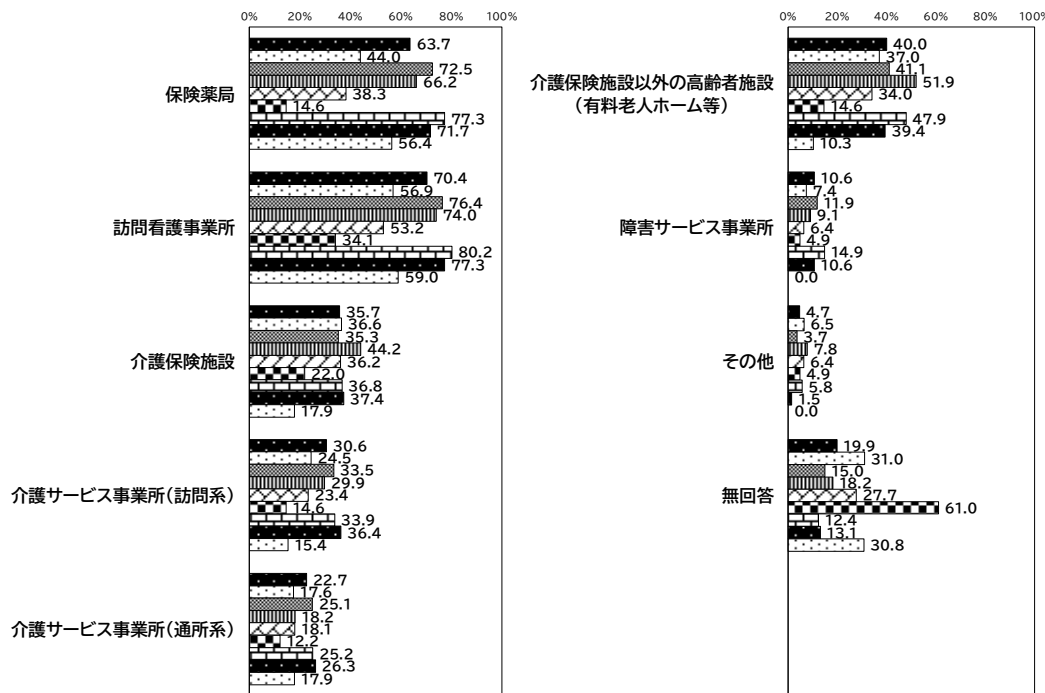
施設調査(医療機関票)の結果④-1

保険医療機関以外の関係機関との連携(報告書P86・P88)

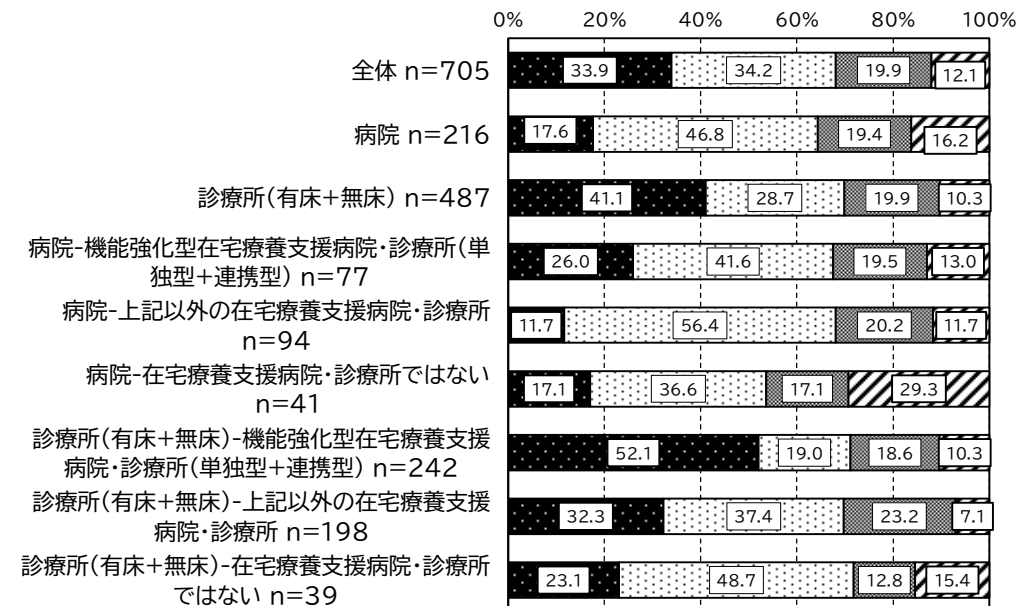
中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3

- 患者情報を共有している連携施設の種別については、「訪問看護事業所」が70.4%と最も多く、次いで「保険薬局」が63.7%であった。
- 常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制の構築有無については、「構築していない」が34.2%と最も多く、次いで「構築している」が33.9%であった。

図表 2-70 在宅医療を提供するにあたって、患者情報を共有している連携施設の種別(複数回答)(種別×届出区分)



図表 2-72 地域包括ケアシステムを構築する関係機関との、常時情報を閲覧可能なシステムによるICTを用いた平時からの連携体制の構築有無(複数回答)(種別×届出区分)



- 全体 n=705
- 病院 n=216
- 診療所(有床+無床) n=487
- 病院-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=77
- 病院-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=94
- 病院-在宅療養支援病院・診療所ではない n=41
- 診療所(有床+無床)-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=242
- 診療所(有床+無床)-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=198
- 診療所(有床+無床)-在宅療養支援病院・診療所ではない n=39

- 構築している □構築していない ■構築していないがICT以外の方法で共有している ■無回答

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

令和 5 年度第 2 回医療政策研修会
第 1 回地域医療構想アドバイザー会議

資料
4

令和 5 年 9 月 1 5 日

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

往診時医療情報連携加算について

- 在支診・在支病とICTを活用して平時からの医療情報等の共有体制を構築している在支診・在支病以外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の評価として、令和6年度診療報酬改定において往診時医療情報連携加算が新設された。
- 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]

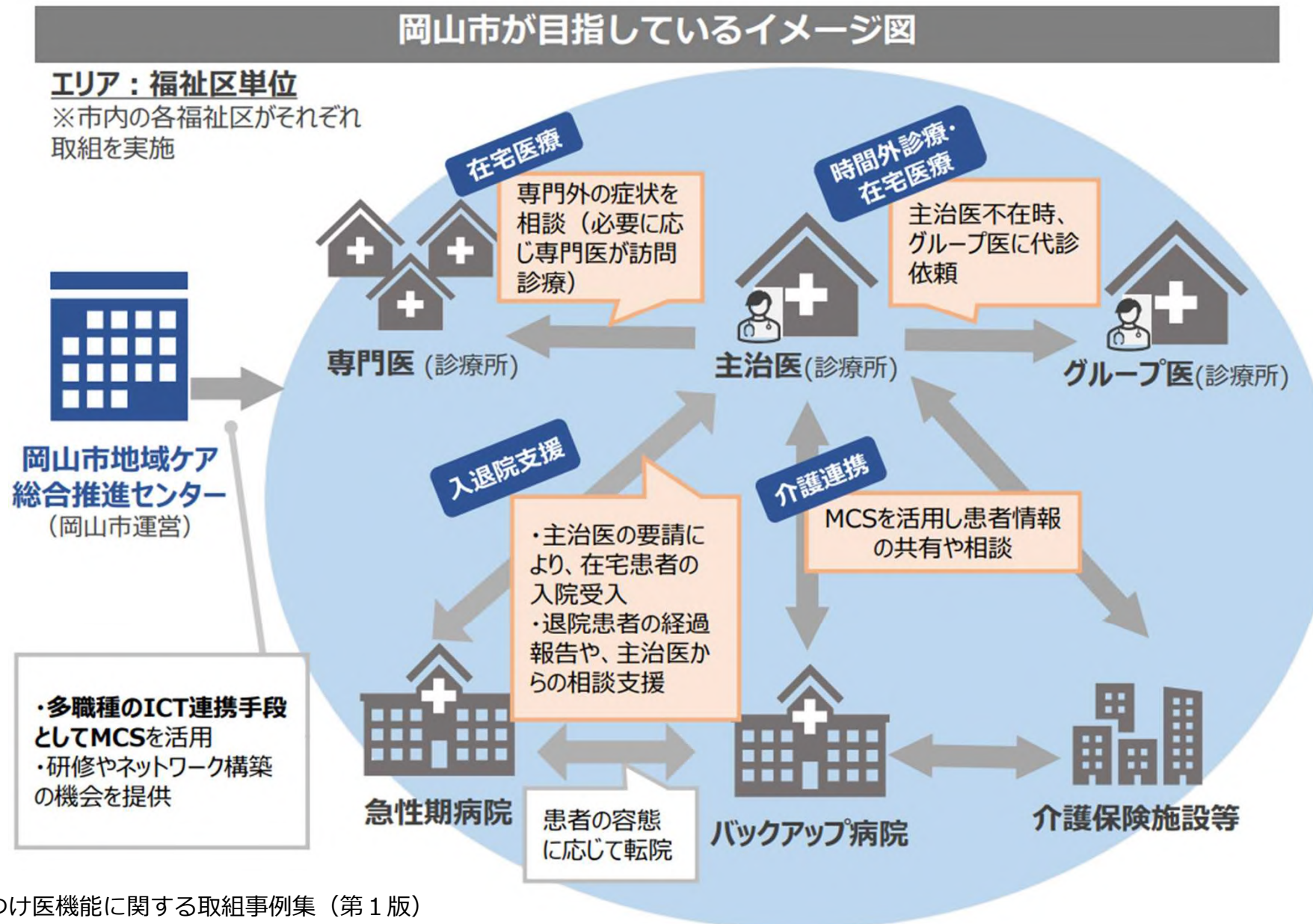
- ・ 他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等**を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定**できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情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

在宅医療提供機関と緊急時の入院受け入れ病院とのICTを用いた平時からの情報連携事例

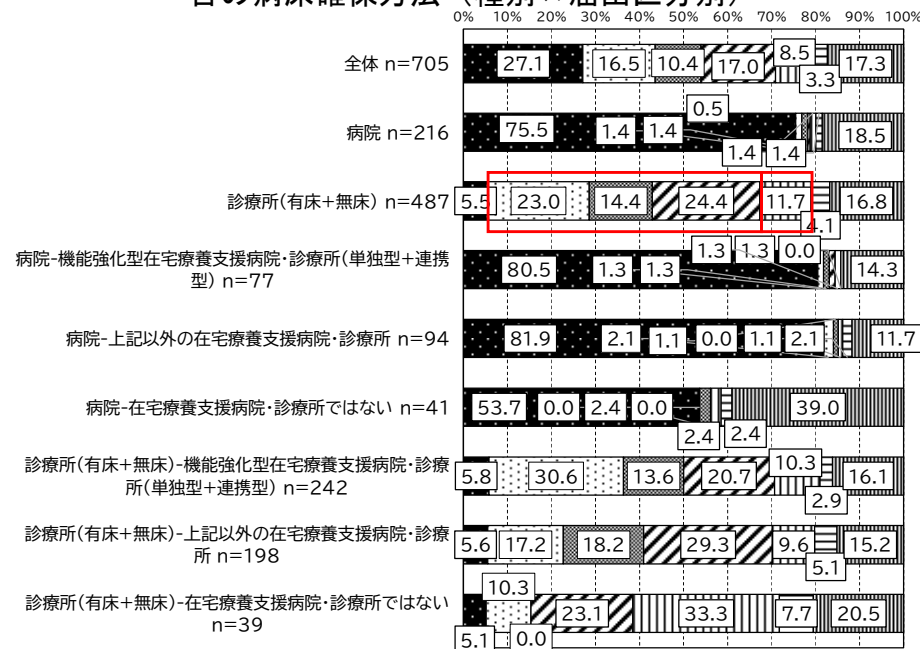
- 在宅医療を提供する医療機関が、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等とICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築している事例がある。



入院が必要になった場合の病床確保方法について

- 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法として、診療所の59.8%が平時から連携体制を取っている他の医療機関を地域で確保している一方で、11.7%が基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していなかった。

図表 2-50 在宅医療を提供している患者について、入院が必要になった場合の病床確保方法（種別×届出区分別）



- 基本的に自施設で確保している
- 平時から在宅医療について連携体制を取っている他の医療機関(例:機能強化型在宅療養支援病院(連携型))が入院患者を受け入れることで確保している
- 平時から入院可能な在宅療養後方支援病院を確保している
- 入院可能なその他の医療機関を地域で確保している
- 基本的に救急搬送を依頼するため特定の医療機関とは連携していない
- その他
- 無回答

協力医療機関の役割について

- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在支病、在支診、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

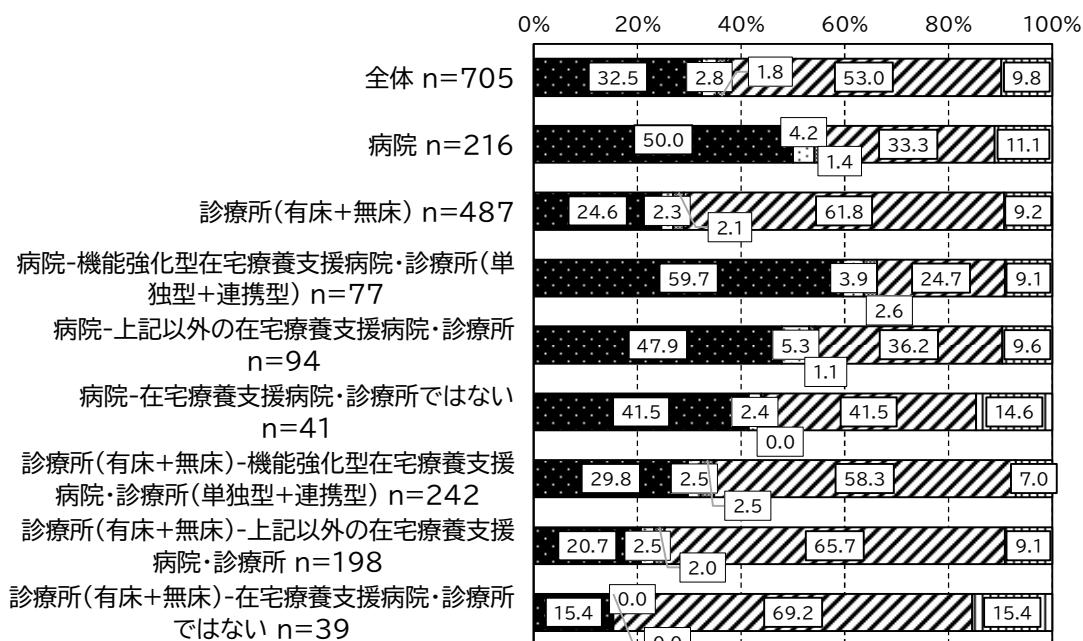
施設調査(医療機関票)の結果⑤-1

中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3 改

介護保険施設等※からの協力医療機関の依頼等の状況(報告書P101・P105)

- 介護保険施設等からの協力医療機関の依頼を受けたかどうかについては、「依頼を受けていない」が53.0%と最も多く、次いで「依頼を受けて、協力医療機関になった」が32.5%であった。
- 協力医療機関として契約している施設の入所者数については、以下のとおりであった。

図表 2-84 令和6年1月1日以降、介護保険施設等から、協力医療機関の依頼を受けたか(種別×届出区分)



- 依頼を受けて、協力医療機関になった
- 依頼を受けて、協力医療機関になったが、断った依頼もある
- ▨依頼を受けたが、すべて断った
- ▤依頼を受けていない
- ░無回答

図表 2-88 協力医療機関として契約している施設の入所者数(施設区分別)(単位:人)

	回答医療機関数	協力対象施設数(施設)	1協力対象施設当たりの入所者数(人)
病院	介護老人保健施設	21	55.2
	介護医療院	3	33.0
	特別養護老人ホーム	22	102.4
	特定施設入居者生活介護	4	56.3
	認知症対応型共同生活介護	7	19.3
	軽費老人ホーム	1	0.0
	養護老人ホーム	1	60.0
	障害者支援施設等	4	16.5
診療所	介護老人保健施設	11	33.5
	介護医療院	1	15.0
	特別養護老人ホーム	21	49.6
	特定施設入居者生活介護	10	31.4
	認知症対応型共同生活介護	25	16.5
	軽費老人ホーム	7	26.6
	養護老人ホーム	4	20.0
	障害者支援施設等	6	38.3

※ 障害者支援施設等を含む。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

➤ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

- ：診療報酬 ■：介護報酬
- (1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)
 - 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
 - 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
 - 協力医療機関連携加算の新設
 - 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
 - (2) 急変時の電話相談・診療の求め
 - (3) 相談対応・医療提供
 - 介護保険施設等連携往診加算の新設
 - 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
 - (4) 入院調整
 - 協力対象施設入所者入院加算の新設
 - 退所時情報提供加算の見直し
 - (5) 早期退院
 - 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等 【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ 診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ 早期退院の受入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ 入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ 通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

介護保険施設等連携往診加算及び協力対象施設入所者入院加算について

介護保険施設等連携往診加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価。

介護保険施設等連携往診加算 200点

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**24時間連絡を受けることができる体制及び当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制**を確保していること。

協力対象施設入所者入院加算

- 介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価。

協力対象施設入所者入院加算（入院初日） 1 往診が行われた場合 600点 2 1以外の場合 200点

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[主な施設基準]

- ・ 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められており、**緊急時の連絡体制及び入院を要すると認められた入所者の入院を原則として当該保険医療機関が受け入れる体制を確保**していること。

<両加算に共通するカンファレンスに係る要件>

ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

（イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。**

（ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。

算定医療機関数等（令和6年7月診療分）

	介護保険施設等 連携往診加算	協力対象施設入所者入院加算	
		加算 1	加算 2
算定医療機関数	316	27	420
算定件数	1,886	60	1,954
算定回数	2,410	60	1,969

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」

情報通信機器を用いた在宅管理等の算定状況

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた診療により算定可能な在宅管理等の算定回数は以下のとおりで、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における総算定回数に占める情報通信機器を用いた診療の割合は、それぞれ0.038%、0.029%であった。
- 在宅自己注射指導管理料の算定回数は増加傾向。

情報通信機器を用いた在宅管理等の算定状況

		H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
在宅時 医学総合管理料	オンライン在宅管理料	4	36	73	47			
	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					120	68	143
	機能強化型在支診・在支病（病床なし）					20	29	26
	在支診・在支病					26	35	130
	その他					7	4	25
施設入居時等 医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					124	88	591
	機能強化型在支診・在支病（病床なし）					55	3	99
	在支診・在支病					16	35	166
	その他					22	30	53
在宅自己注射指導管理料				117	20	244	318	637

総算定回数に占める情報通信機器を用いた診療の割合

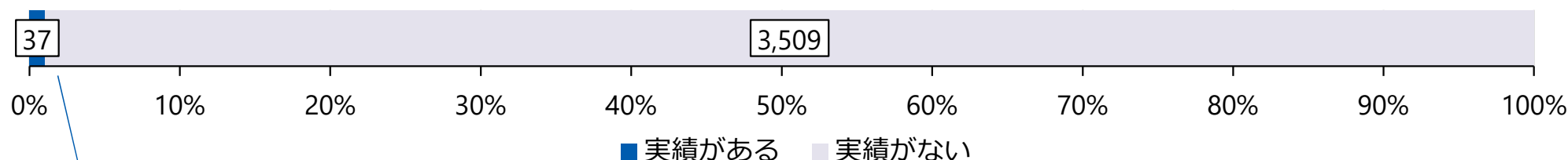
	R4	R5	R6
在宅時医学総合管理料	0.052%	0.038%	
施設入居時等医学総合管理料	0.043%	0.029%	

患者が医師という場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）の実施状況

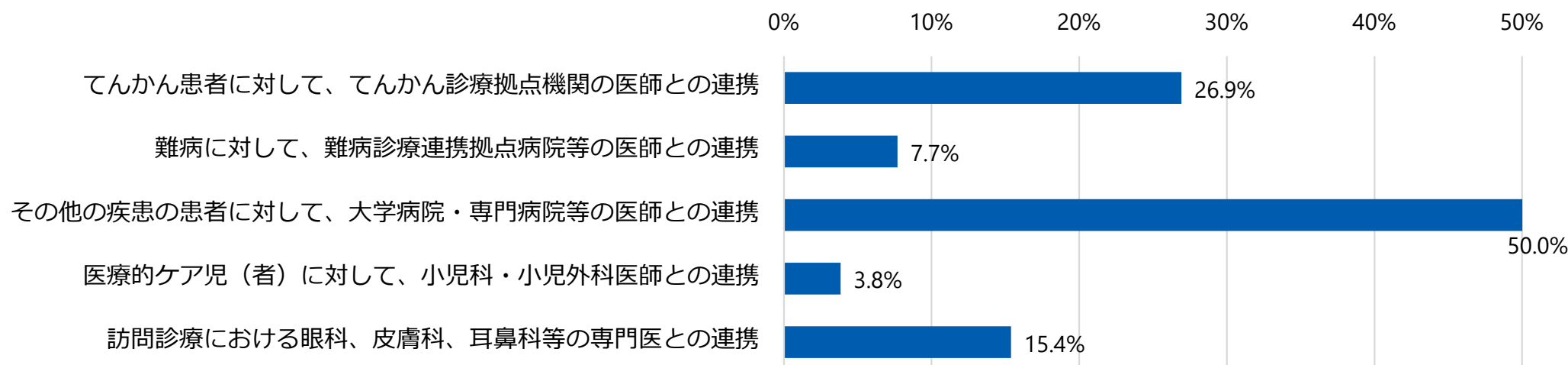
中医協 総－3
7 . 7 . 1 6

- 過去1年間にD to P with Dによるオンライン診療を実施した医療機関は1.0%であった。
- 遠隔連携診療料を算定できる状況（てんかん患者、難病患者）以外でも医療的ケア児との連携や、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例も見られた。

過去1年間に、患者が自院に来院したとき又は訪問診療を実施したときに、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、事前に診療情報提供を行った他の医療機関の医師と連携し、診療を行った実績（n=3,546）



連携を行った状況（n=26、複数回答）



その他の疾患：循環器疾患・呼吸器疾患の術後患者、先天性心疾患、皮膚疾患等

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) **外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

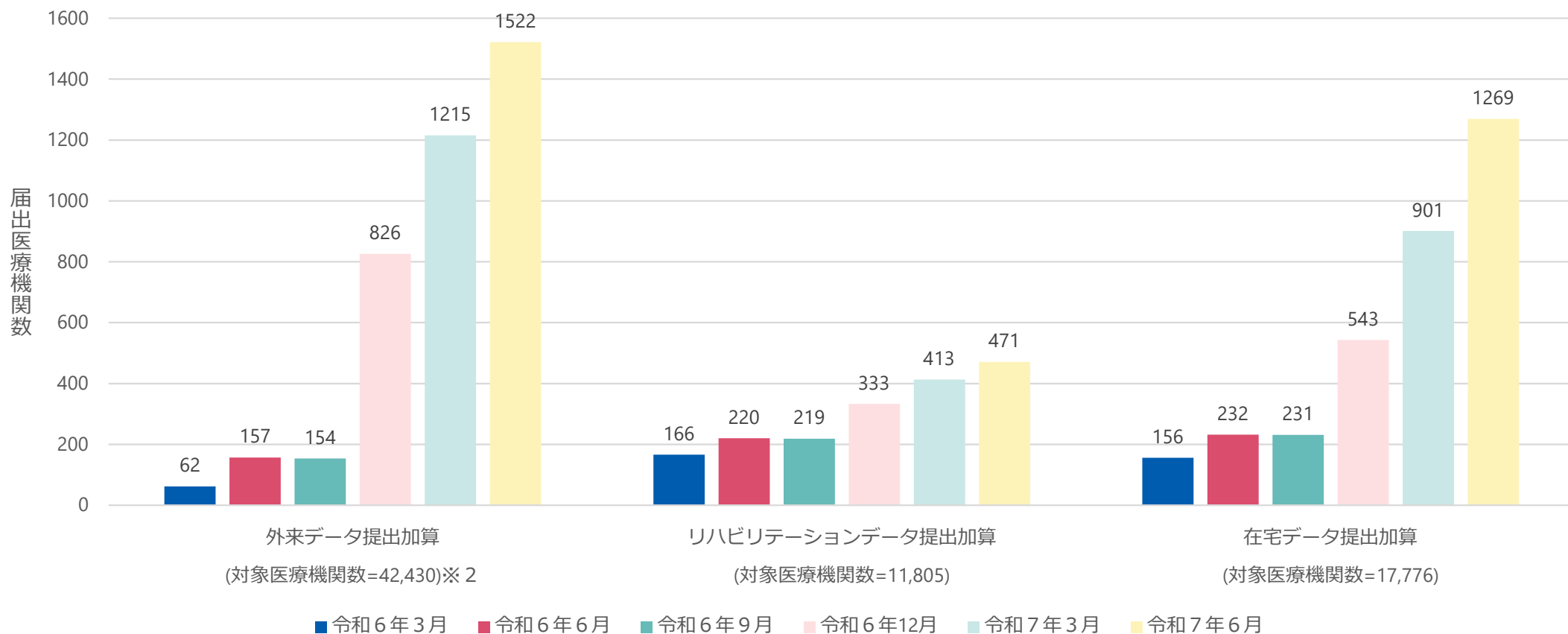
※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 外来データ等提出加算の届出医療機関数の推移は、以下のとおり。

外来データ等提出加算の3カ月毎の届出状況※1



出典：保険局医療課調べ

※1 データの抽出時期や条件等により、他の公開資料とは異なる数値となることがある。

※2 対象医療機関数については、令和6年7月NDBにおいて、外来データ等提出加算を算定しうる診療報酬項目（※3）を、1回以上算定している医療機関数。

※3 外来データ提出加算においては生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を、在宅データ提出加算においては在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を、リハビリテーションデータ提出加算においては疾患別リハビリテーション料を指す。

課題(小括②)

(在宅医療を提供する医療機関等について)

- 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ピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅療養支援診療所は、第8次医療計画において「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」としての役割を果たすことが期待されている。診療報酬上も、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。
- 在宅療養支援診療所数は横ばい、在宅療養支援病院数は増加傾向であり、特に連携型の機能強化型在支診・在支病について増加傾向である。

(訪問診療・往診等の実施状況等について)

- 往診料の算定回数は令和2年頃から増加傾向であり、特に都心を中心に伸び率が高い。往診加算の算定回数については近年増加傾向であったが、令和6年において緊急往診加算を除き減少した。
- 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は、月当たりの訪問診療回数等によって区分が分かれている。
- 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」が最も多かった。

(在宅医療を提供する医療機関等の連携体制の構築について)

- ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から在宅医療情報連携加算等が新設され、在宅療養支援診療所を中心に、在宅医療に携わる関係機関との連携に活用されている。また、第8次医療計画において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うことが目標の1つとされており、往診時医療情報連携加算が新設されたが、算定医療機関数は41施設であった。
- ICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、在宅医療提供機関や、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等との連携体制を構築している事例があり、令和6年度診療報酬改定においても医療機関と介護保険施設の実行性のある連携体制の構築を推進する観点から、協力医療機関が往診や入院受入を行う場合の加算が新設されたが、算定医療機関数は約400施設であった。
- DtoPwithDについて、訪問診療における眼科・皮膚科・耳鼻科等の専門医と連携している事例がある。
- 在宅データ提出加算の届出医療機関数は、増加傾向である。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

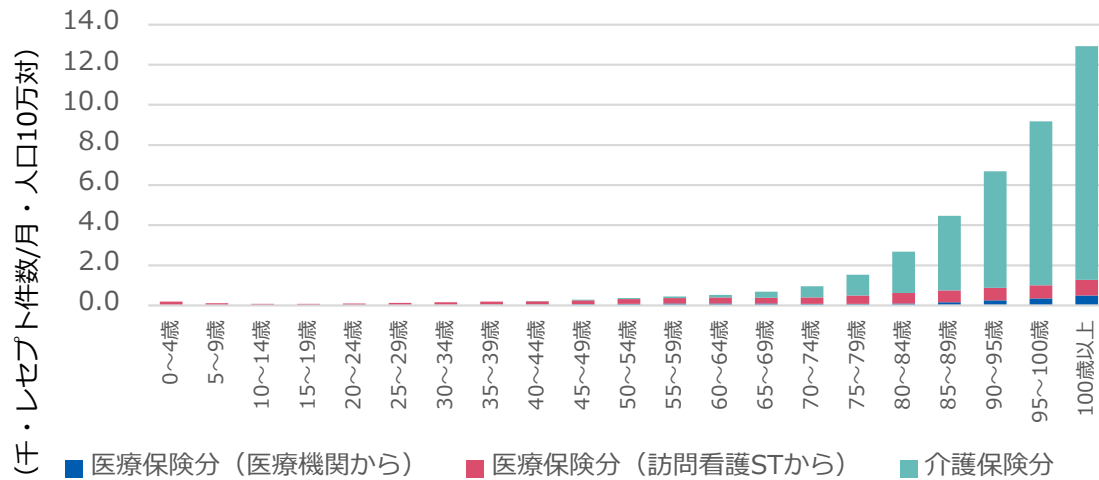
訪問看護の必要量について

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

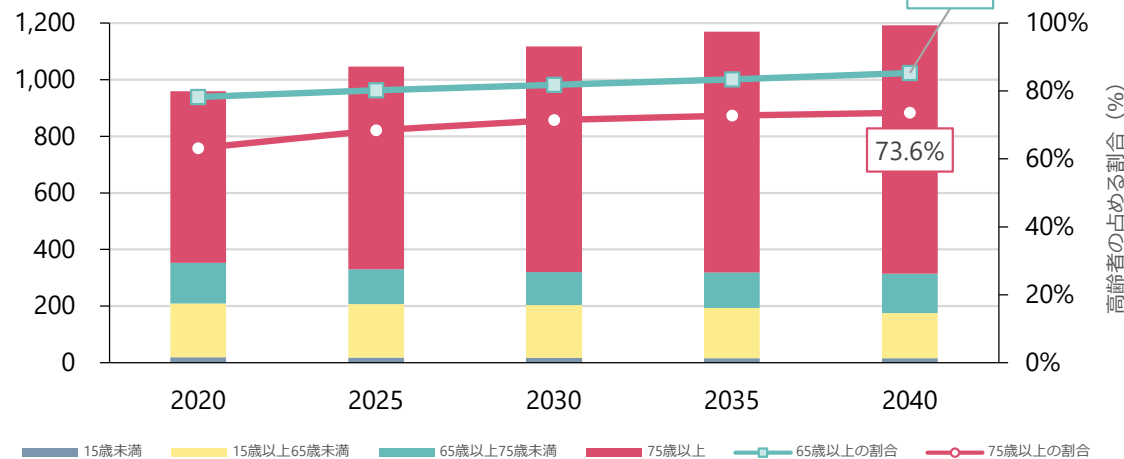
資料
改

- 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。

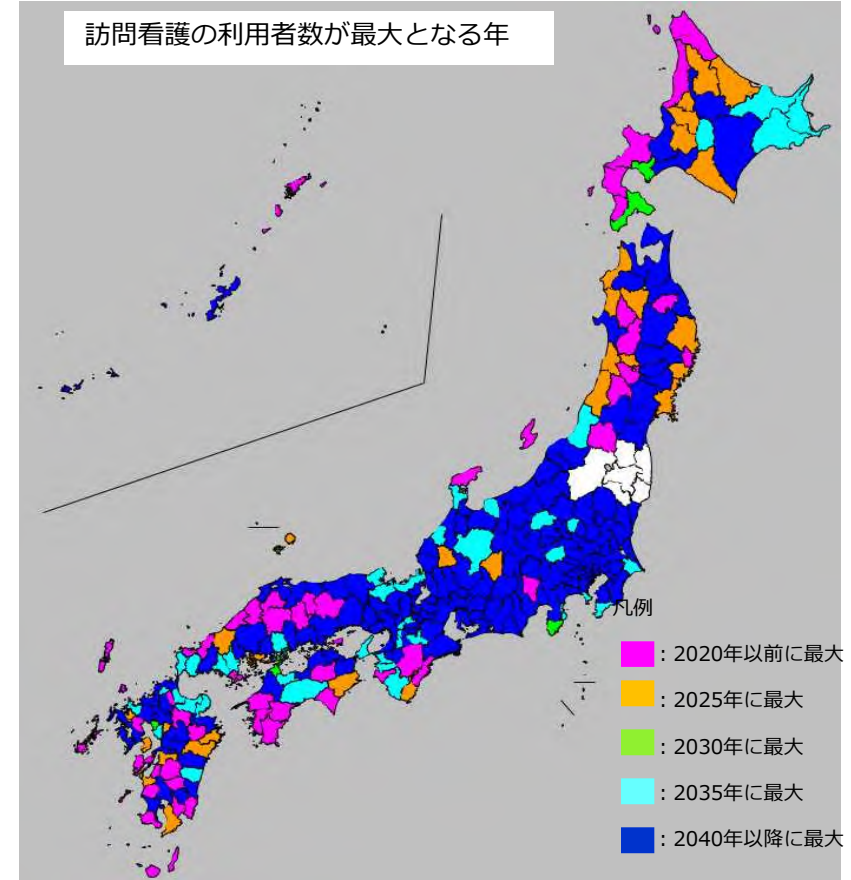
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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DB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DB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・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。

※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。

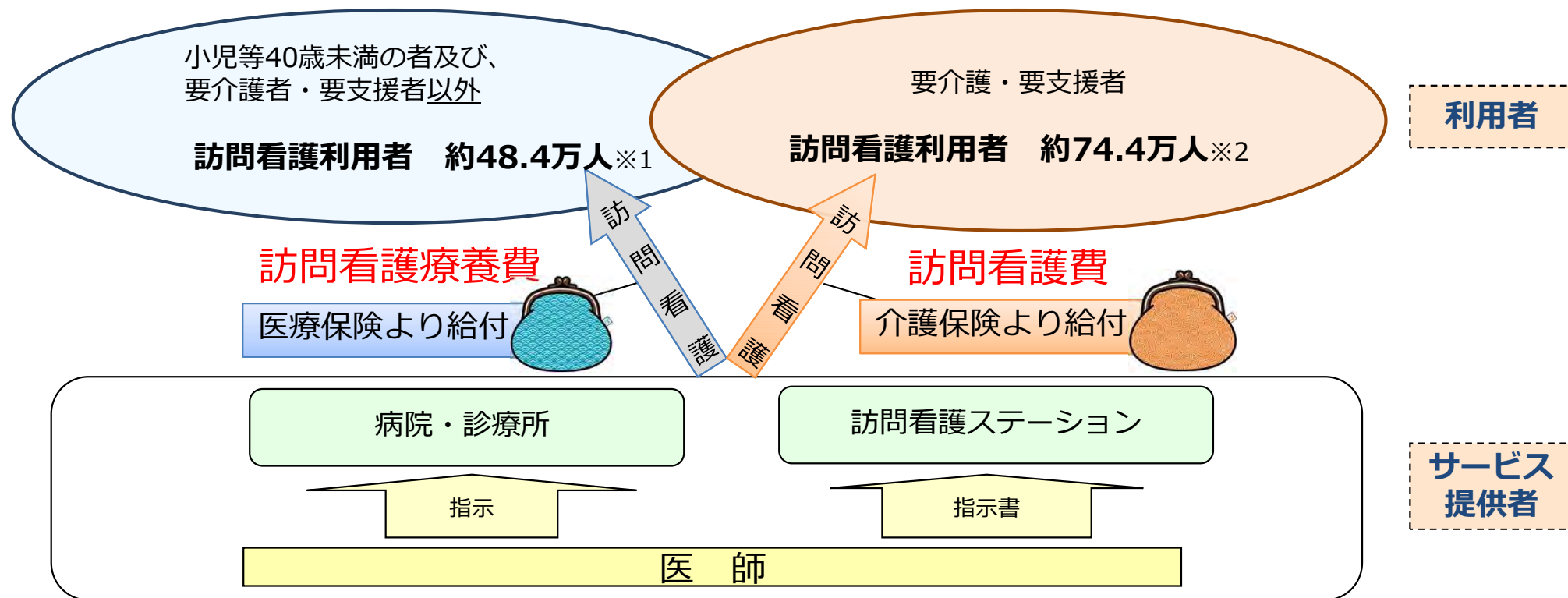
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※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

【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

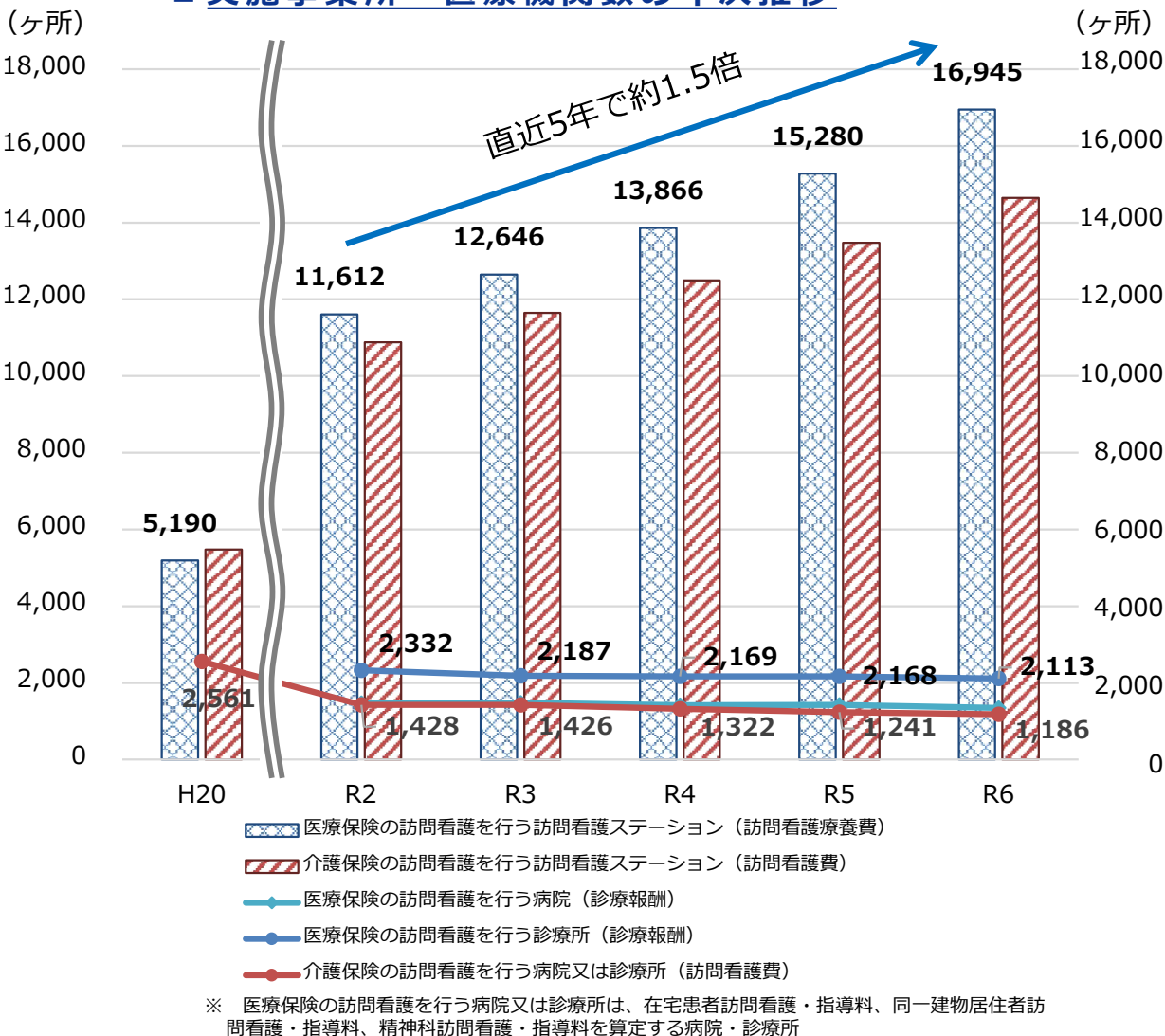
- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡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

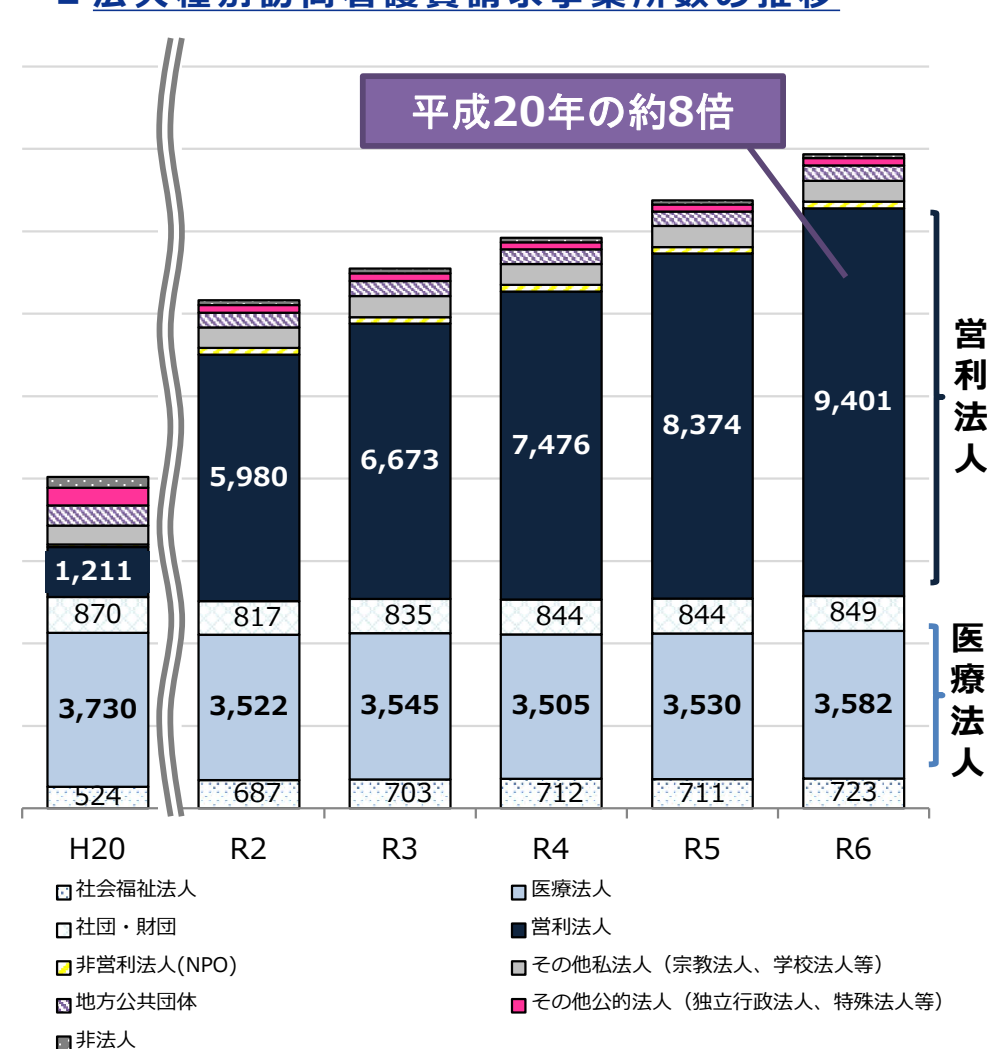
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 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

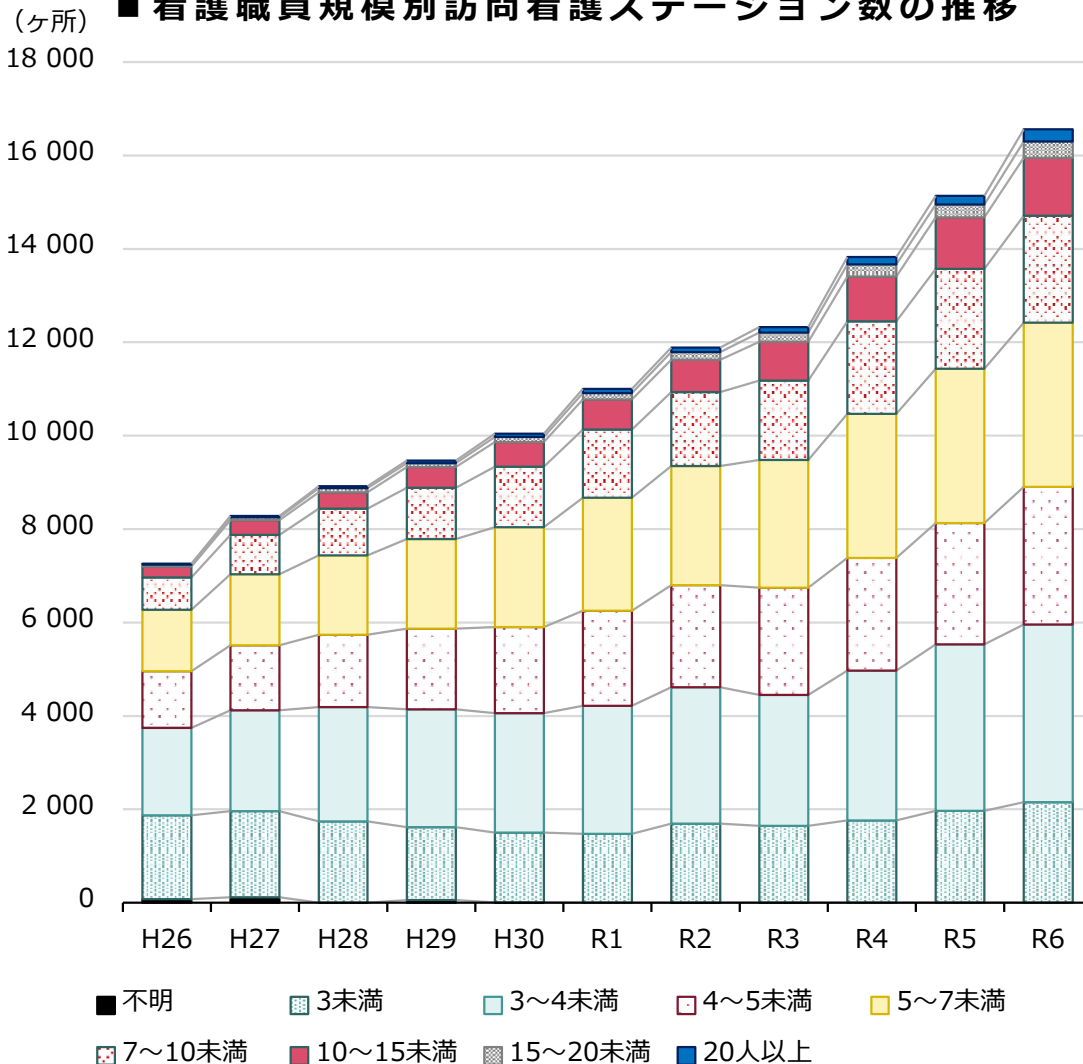


(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年5月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年5月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年4月審査分)
(右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年4月審査分)

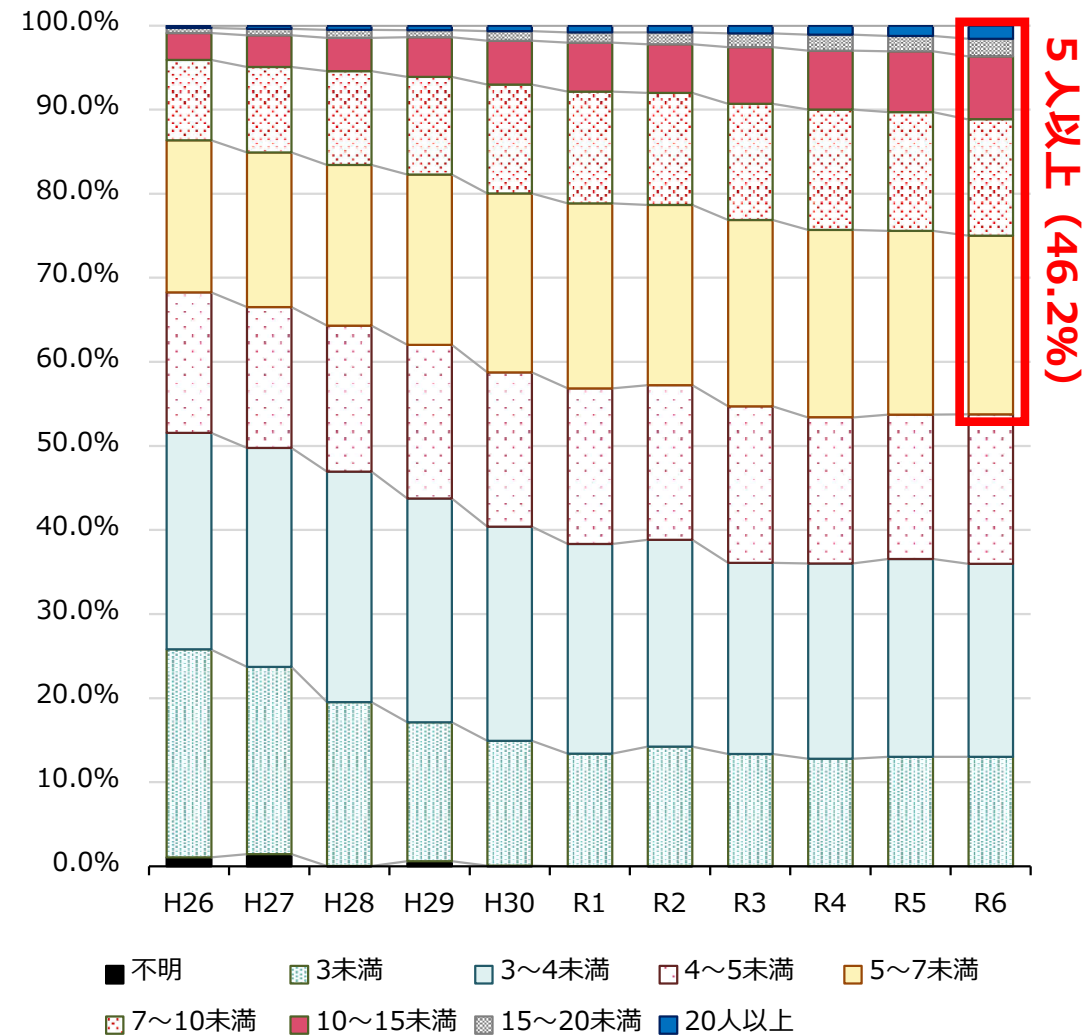
看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

- 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。

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移



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

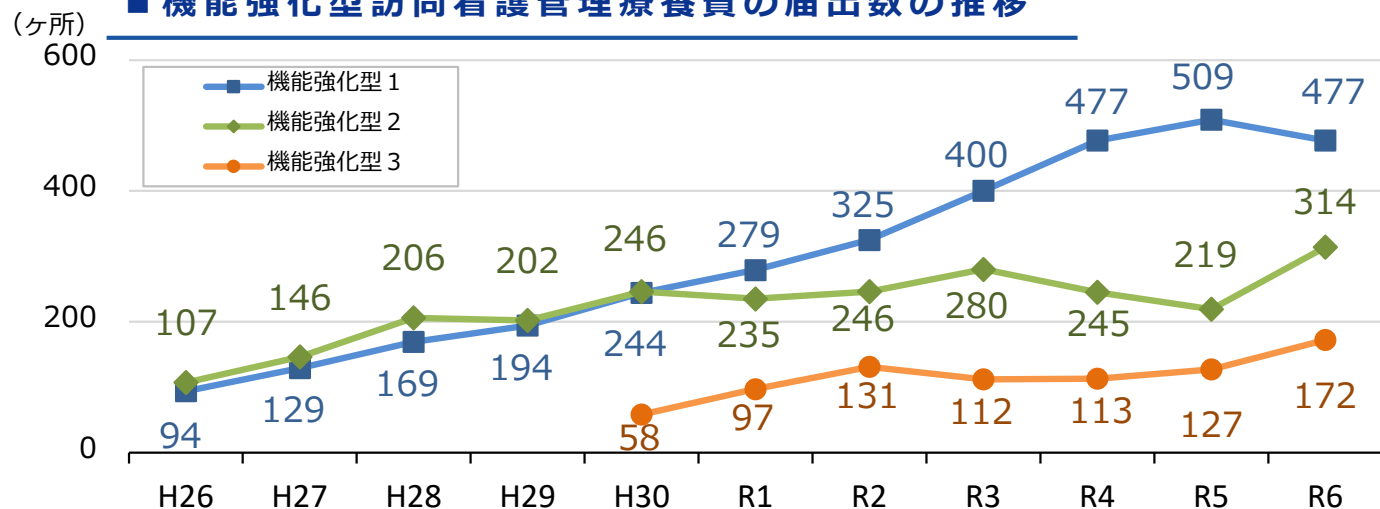
要件		ターミナルケアや重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
		機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
月の初日の額		13,230円	10,030円	8,700円
①	看護職員の数、割合	常勤7人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤5人以上（1人は常勤換算可） 6割以上	常勤4人以上 6割以上
②	24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
③	重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	・別表7、別表8に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	居宅介護支援事業所、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る）		
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）	

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。

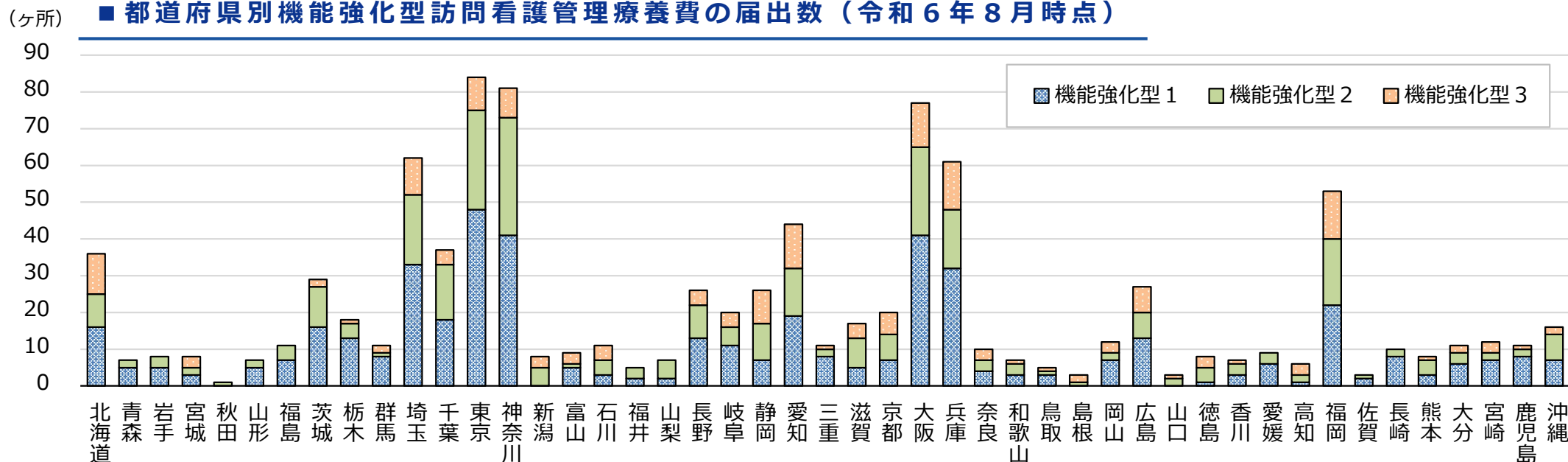
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移

(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

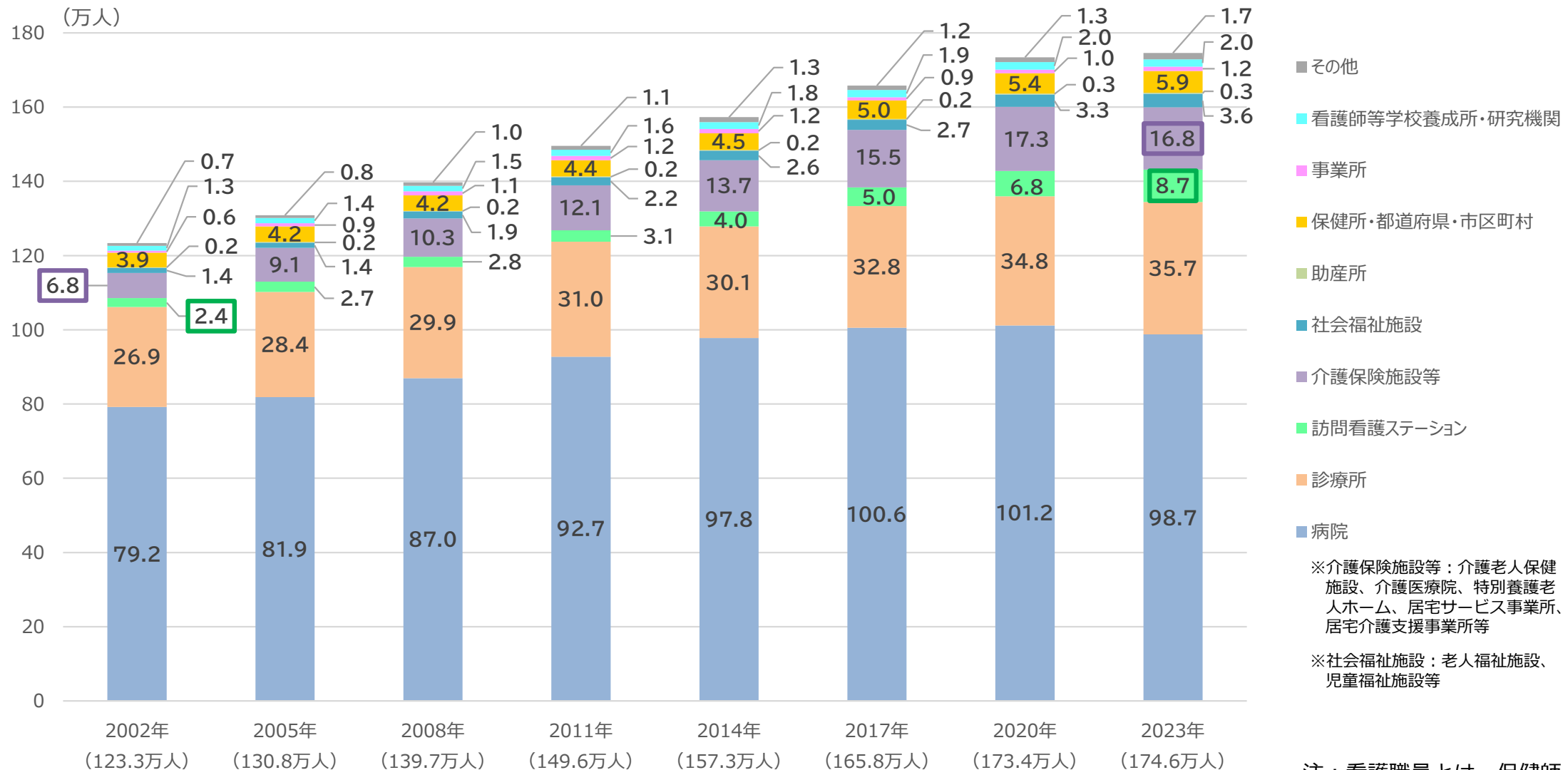
■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（令和6年8月時点）



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）

就業場所別看護職員の推移

○ 看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2023年：8.7万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2023年：16.8万人）での増加傾向となっている。



注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

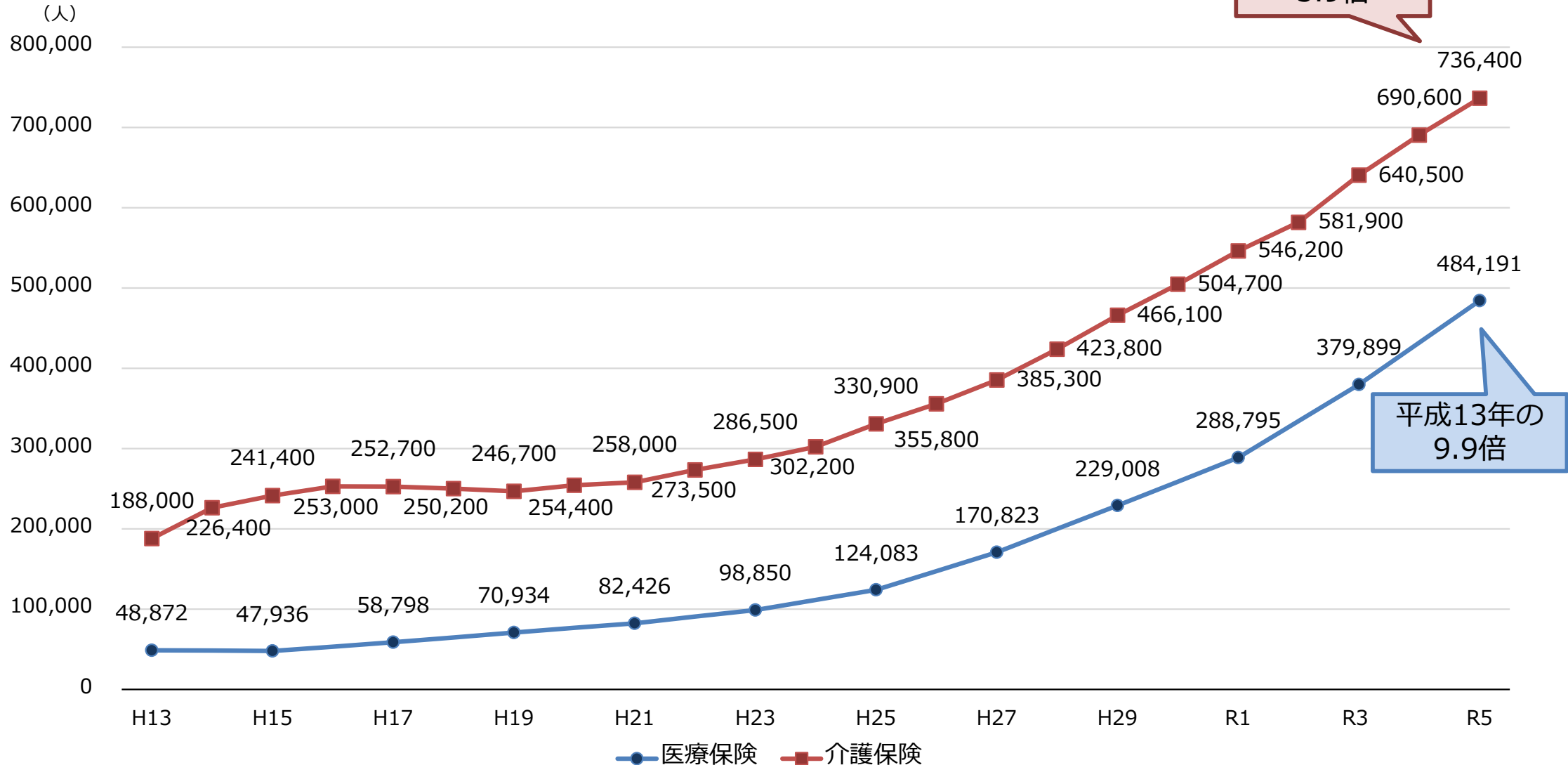
・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。 ・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。
 ・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

訪問看護の利用者数の推移

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

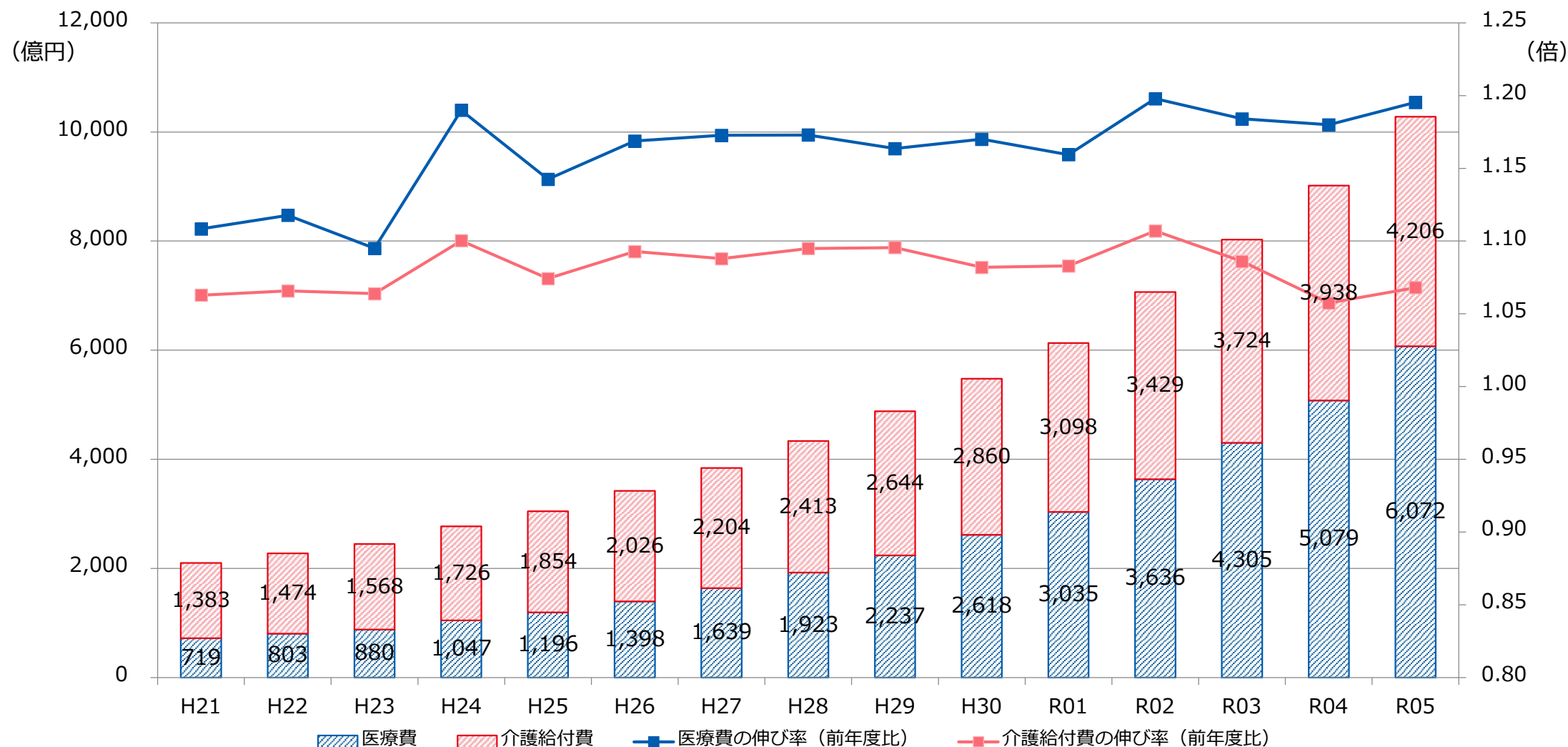
○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

■ 訪問看護利用者数の推移



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

○ 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。

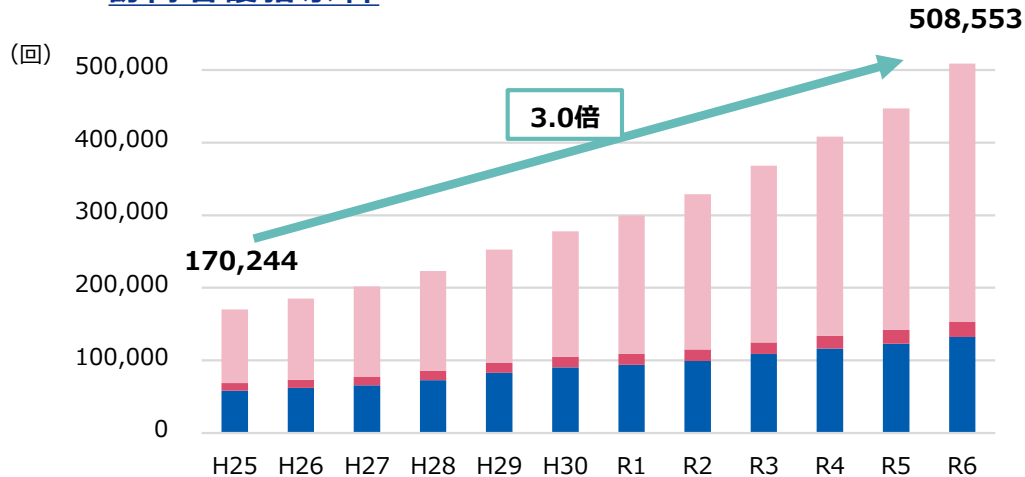


※ 医療費：健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
 ※ 介護給付費：訪問看護費・介護予防訪問看護費

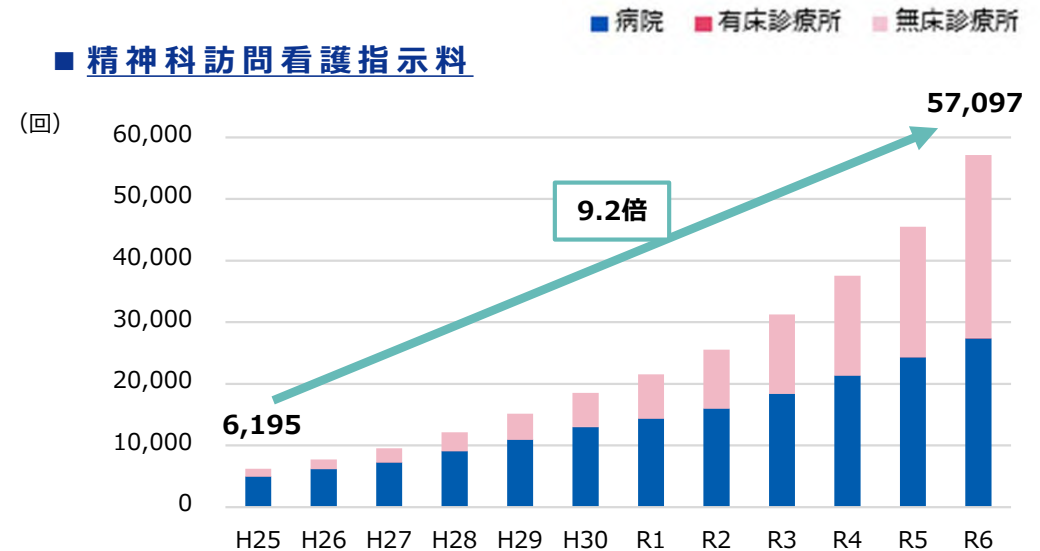
訪問看護指示料等の算定回数の推移

- 訪問看護の利用者数の増加と同様に、訪問看護指示料等の算定回数は増加傾向である。
- 令和6年の1月当たりの算定回数について、訪問看護指示料は平成25年の3.0倍であるところ、特別訪問看護指示加算（訪問看護指示料）は6.2倍であり、特別訪問看護指示のほうが増加の程度が大きい。
- 令和6年において、訪問看護指示料の算定のうち8.6%が特別訪問看護指示加算を算定している。

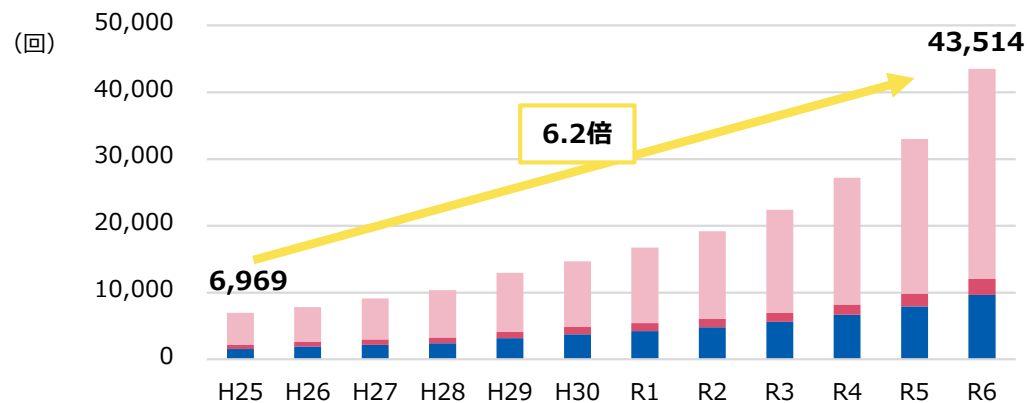
■ 訪問看護指示料



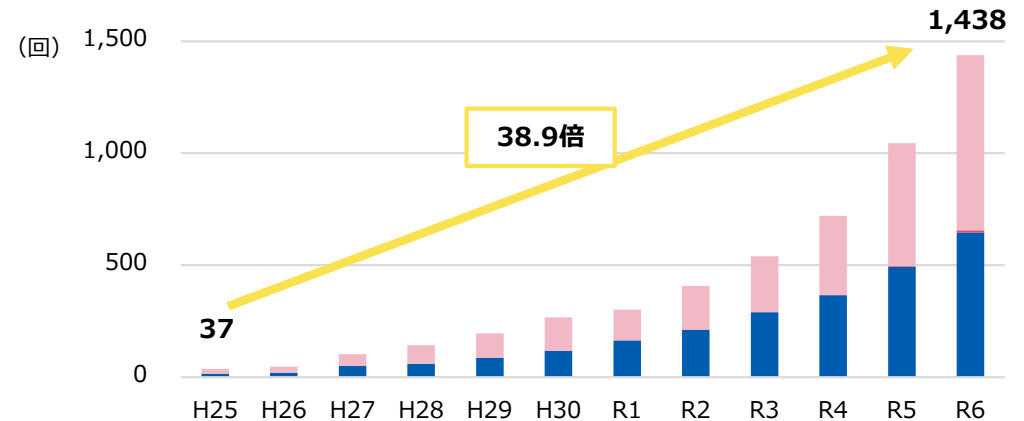
■ 精神科訪問看護指示料



■ 特別訪問看護指示加算（訪問看護指示料）



■ 精神科特別訪問看護指示加算（精神訪問看護指示料）



同一建物居住者に対する訪問看護

- 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））。

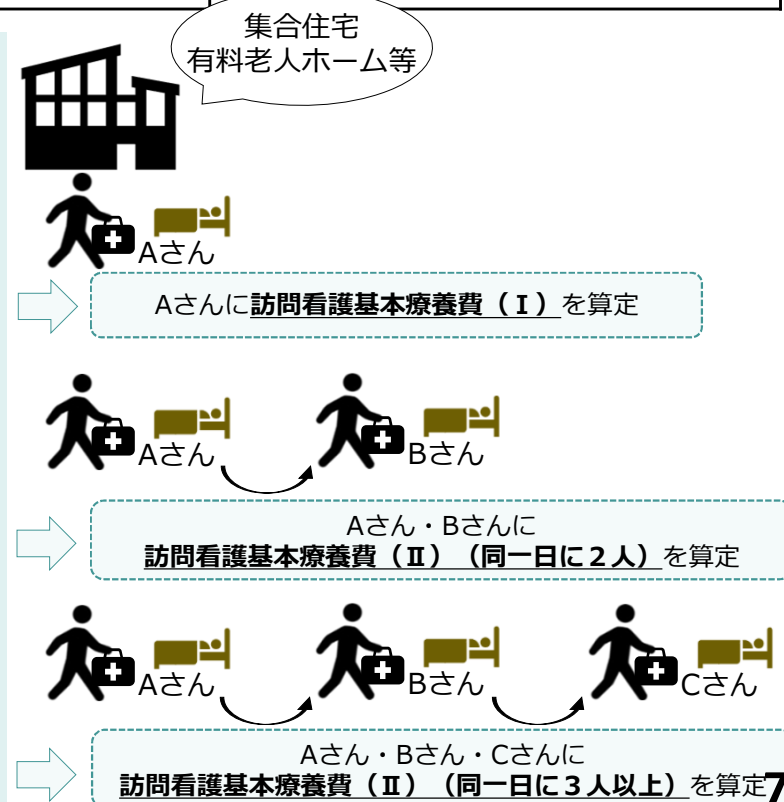
	訪問看護基本療養費（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅱ）	
		同一日に2人	同一日に3人以上
保健師、助産師、看護師	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円	週3日目まで <u>2,780円</u> 週4日目以降 <u>3,280円</u>
准看護師	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円	週3日目まで <u>2,530円</u> 週4日目以降 <u>3,030円</u>
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	日数によらず 5,550円	日数によらず 5,550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

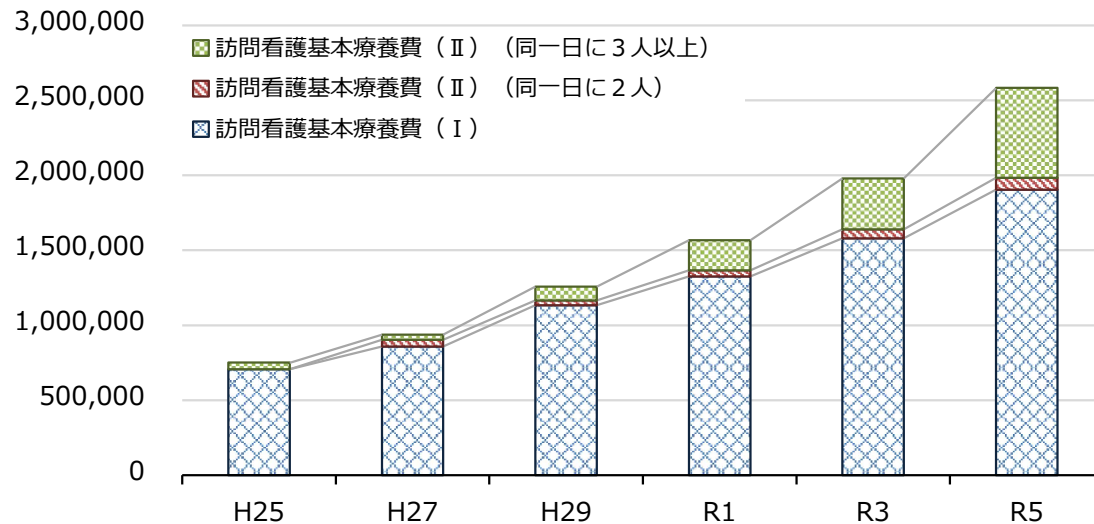


同一建物居住者への訪問看護の状況

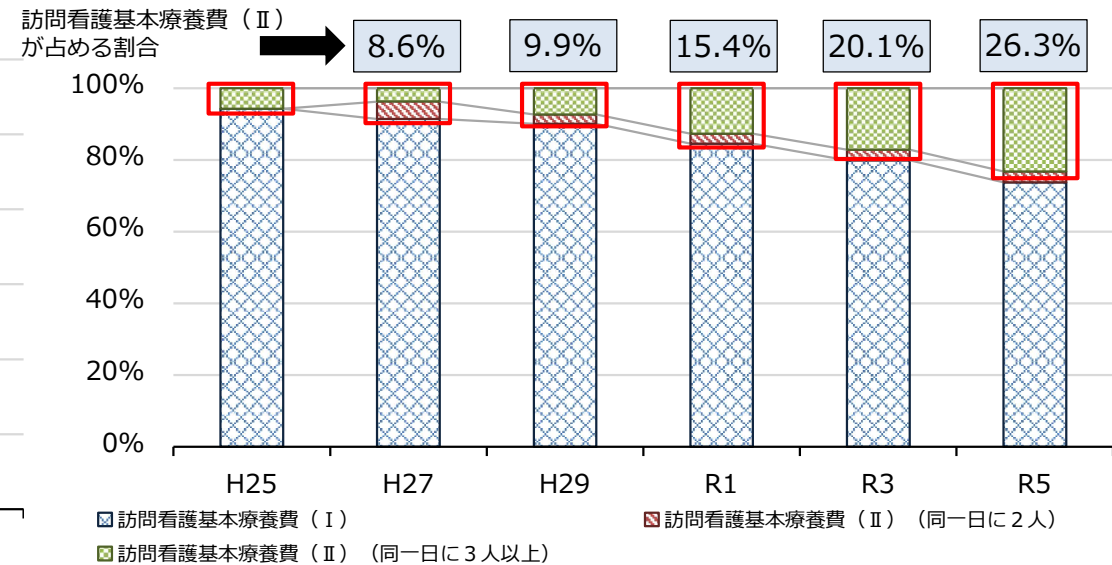
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

○ 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。

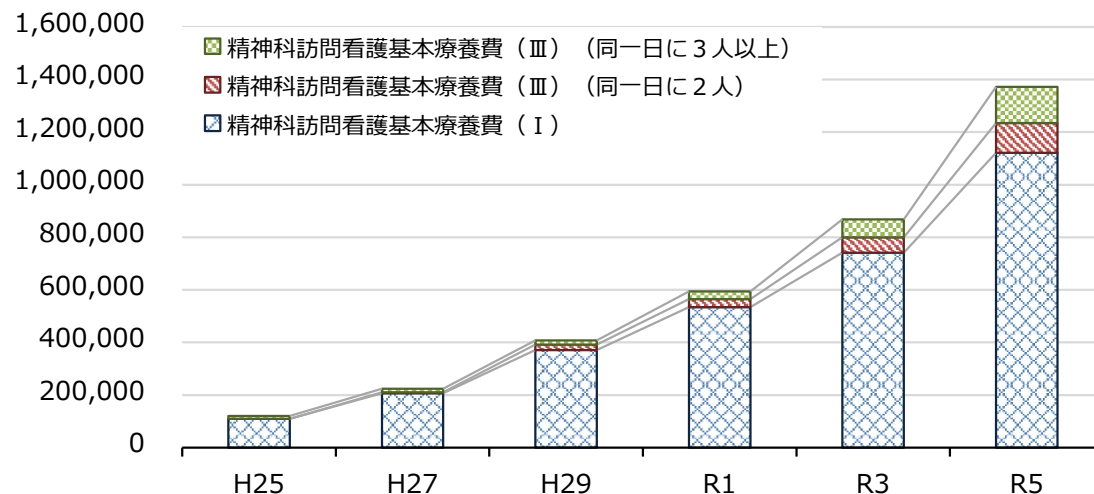
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



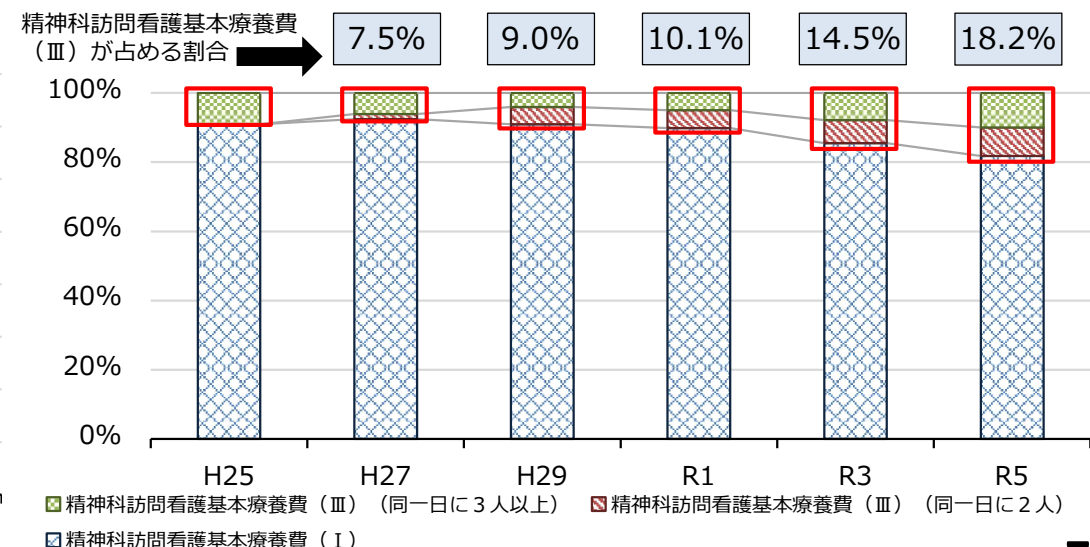
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 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

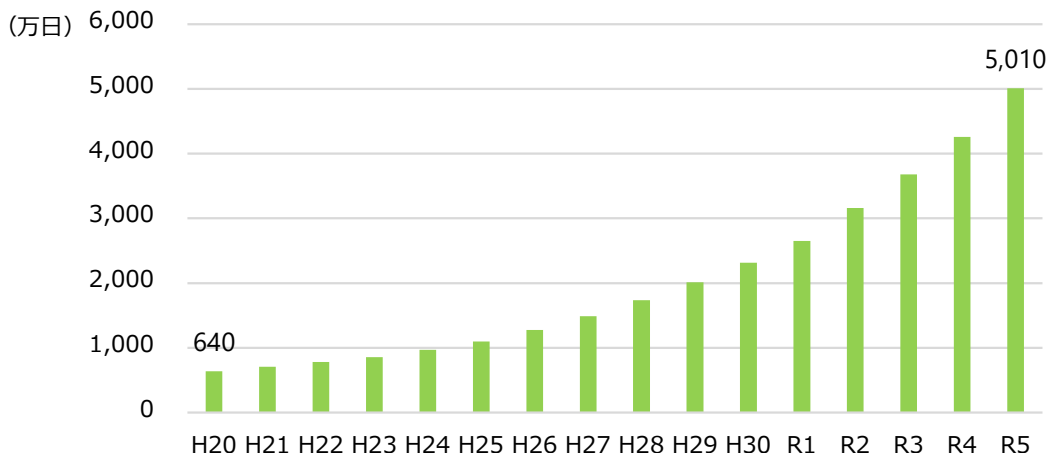


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

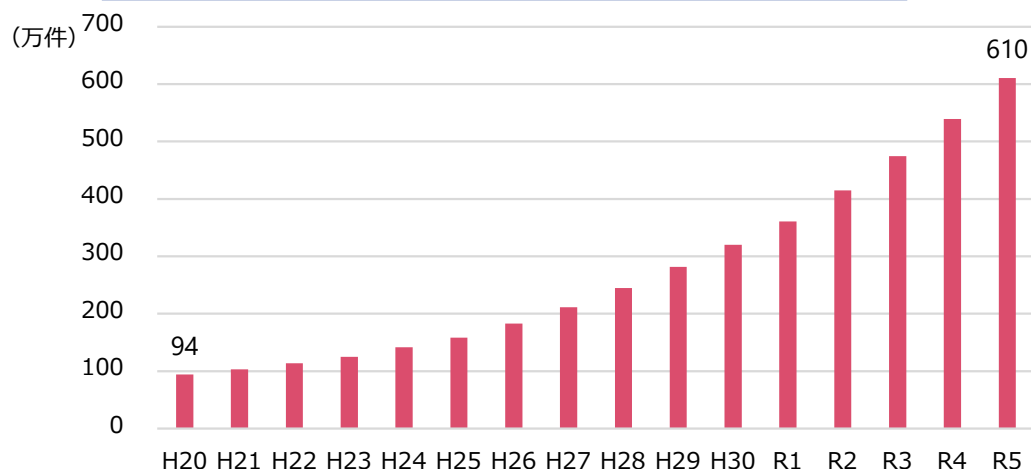
訪問看護ステーションの医療費における年間日数・件数、前年比増加率の推移

- 訪問看護ステーションの医療費は年間の日数、レセプト件数ともに増加傾向である。
- 前年度増加率でみると年間医療費は令和2年度以降高い傾向である。また、件数の増加率は近年は低下傾向であるものの、日数の増加率は高くなっており、利用者数より利用者あたりの訪問日数の増加の程度のほうが大きい。

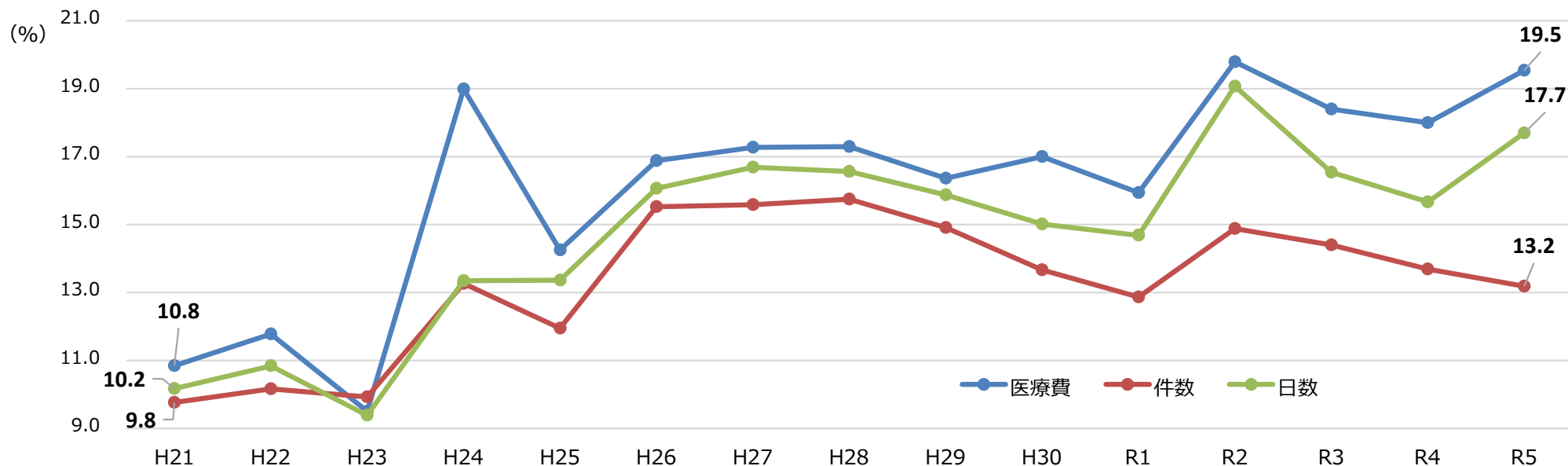
■ 年間日数



■ 年間レセプト件数（月あたり利用者数×月数）



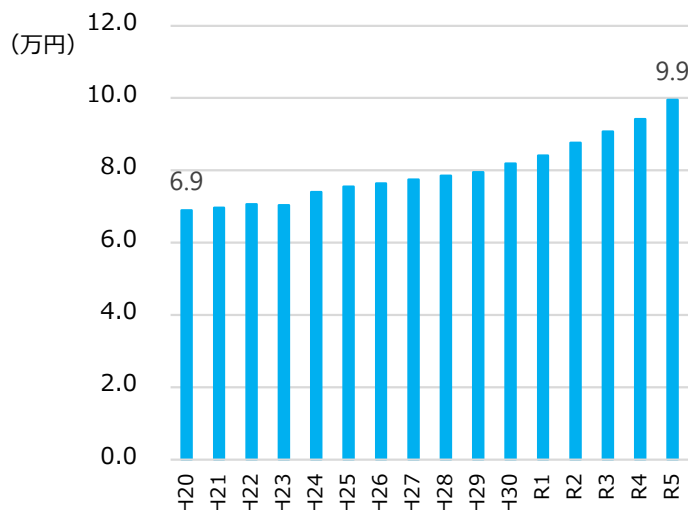
■ 年間医療費・レセプト件数・日数の前年比増加率



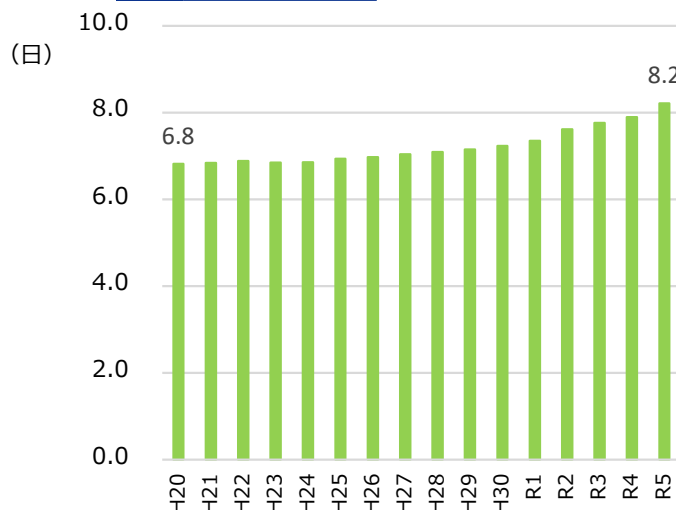
訪問看護ステーションの1件当たり医療費・1件当たり日数・1日当たり医療費と前年比増加率の推移

- 訪問看護ステーションのレセプト1件（1人1か月）当たり医療費、1件当たり日数、1日当たり医療費は増加傾向である。
- 前年度増加率でみると1件当たり医療費の伸びが最も大きく、次いで1件当たり日数となっている。令和5年度は1日当たり医療費は1.6%でほぼ横ばいであるが、1件当たり日数は4.0%である。

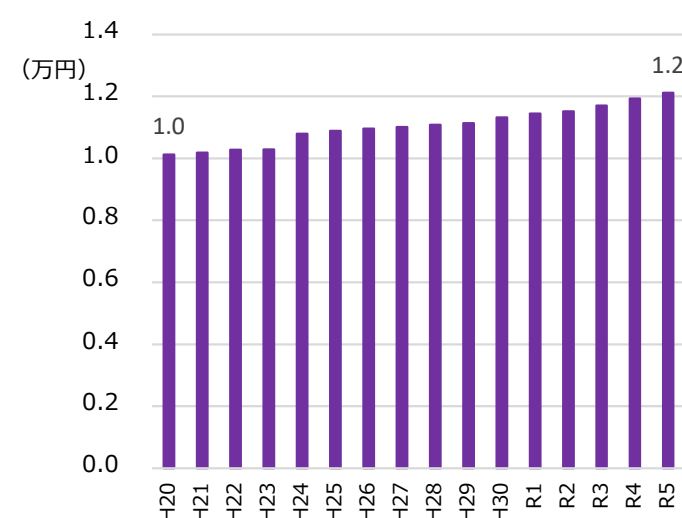
■ 1件当たり医療費



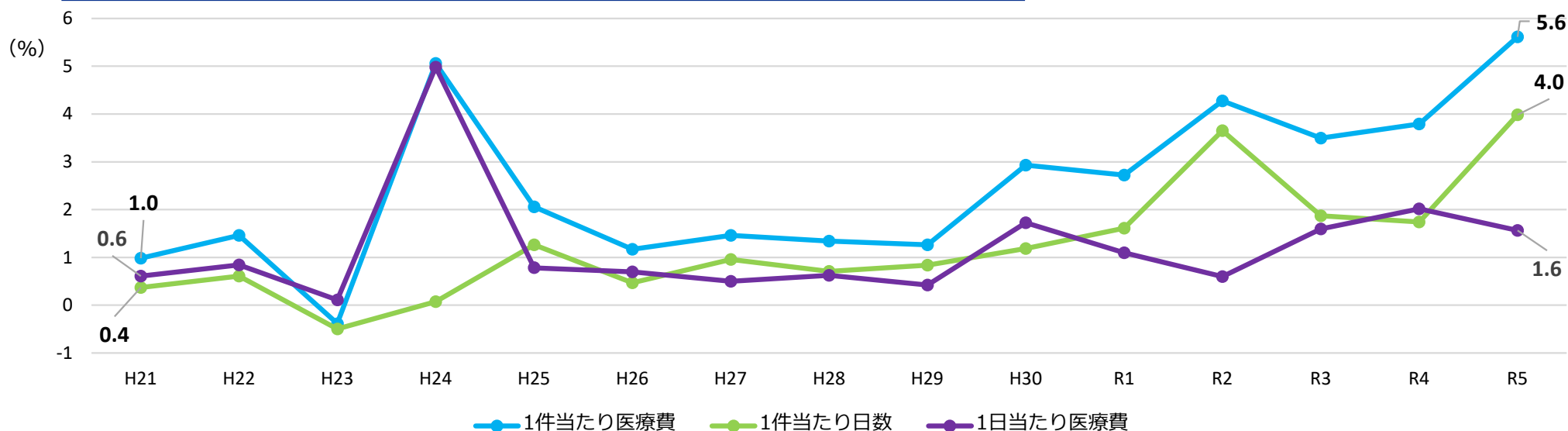
■ 1件当たり日数



■ 1日当たり医療費



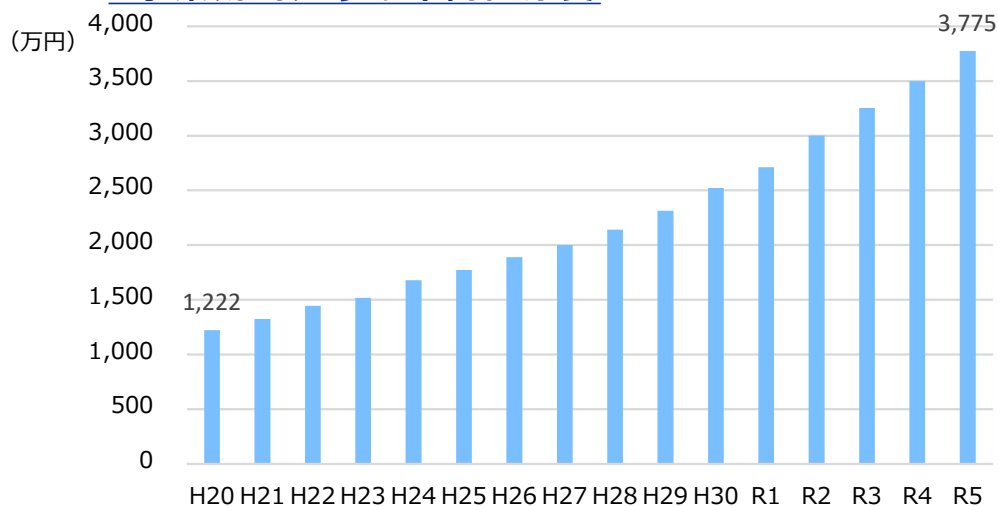
■ 1件当たり医療費・1件当たり日数・1日当たり医療費の前年比増加率



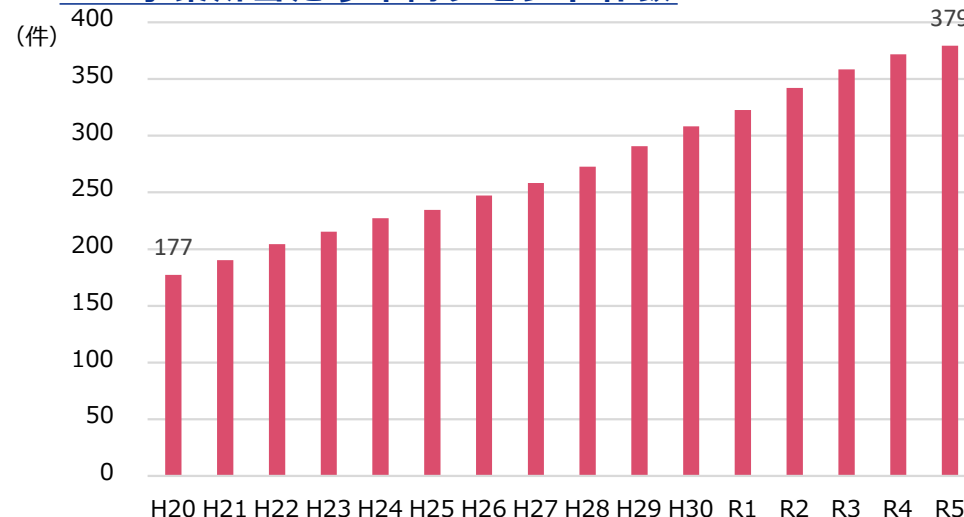
訪問看護ステーションの1事業所当たりの年間医療費・年間件数、前年比増加率の推移

- 訪問看護ステーション1事業所当たりの年間医療費と年間件数は、一貫して増加傾向である。
- 前年比増加率でみると、事業所数は平成30年度以降は継続して伸びている。1事業所当たり件数（利用者）の増加率は減少傾向で令和5年度は2.0%程度にも関わらず、1事業所当たり医療費の増加率は8.0%程度を維持している。

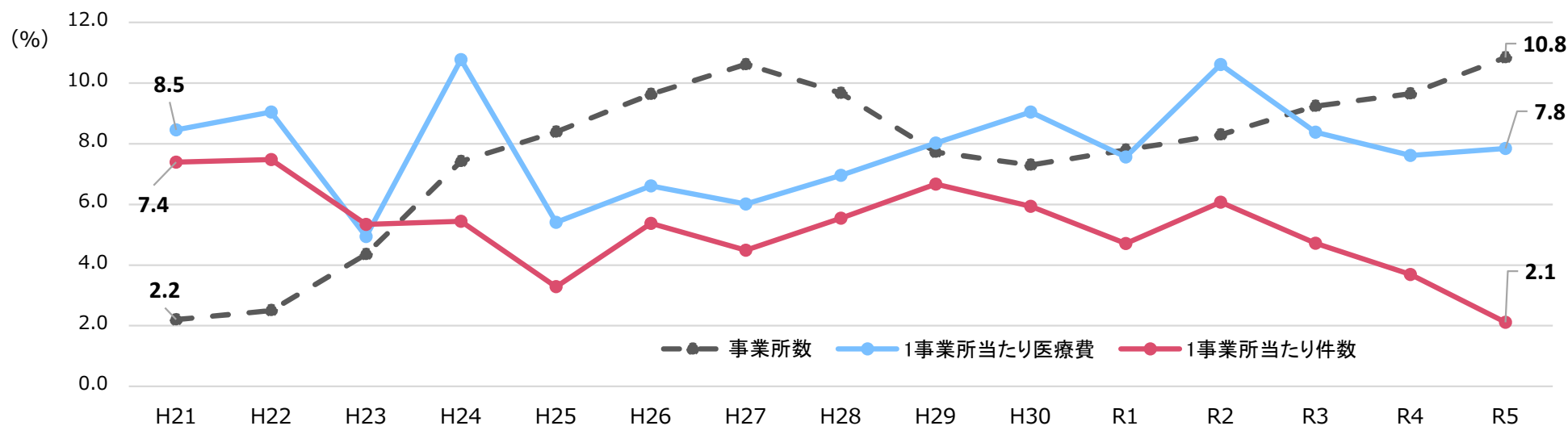
■ 1事業所当たりの年間医療費



■ 1事業所当たり年間レセプト件数



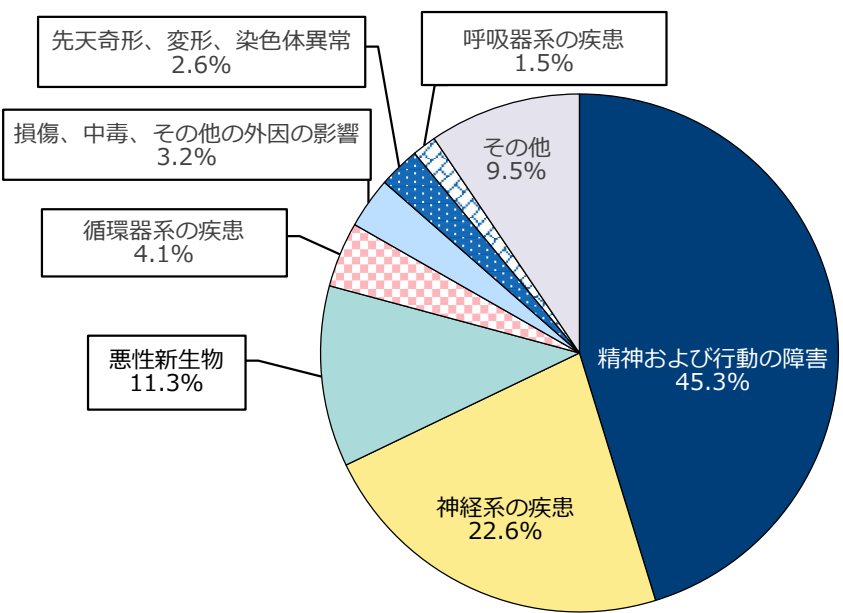
■ 事業所数・1事業所当たり医療費・1事業所当たり件数の前年比増加率



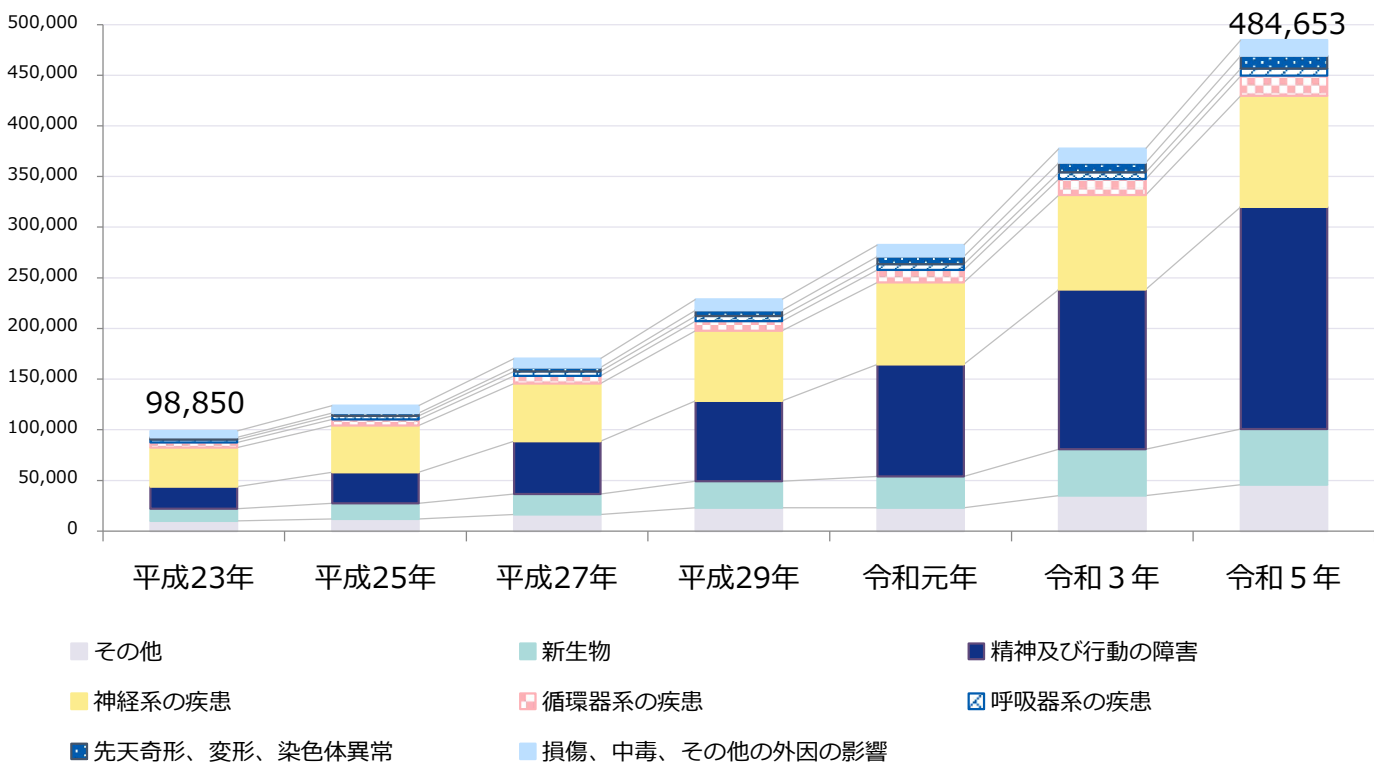
医療保険の訪問看護ステーションの利用者の状態

- 訪問看護ステーションの医療保険による利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」、「悪性新生物」を含めると、8割弱を占める。
- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、令和5年を平成23年及び令和3年と比較すると増加率も最も大きい。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

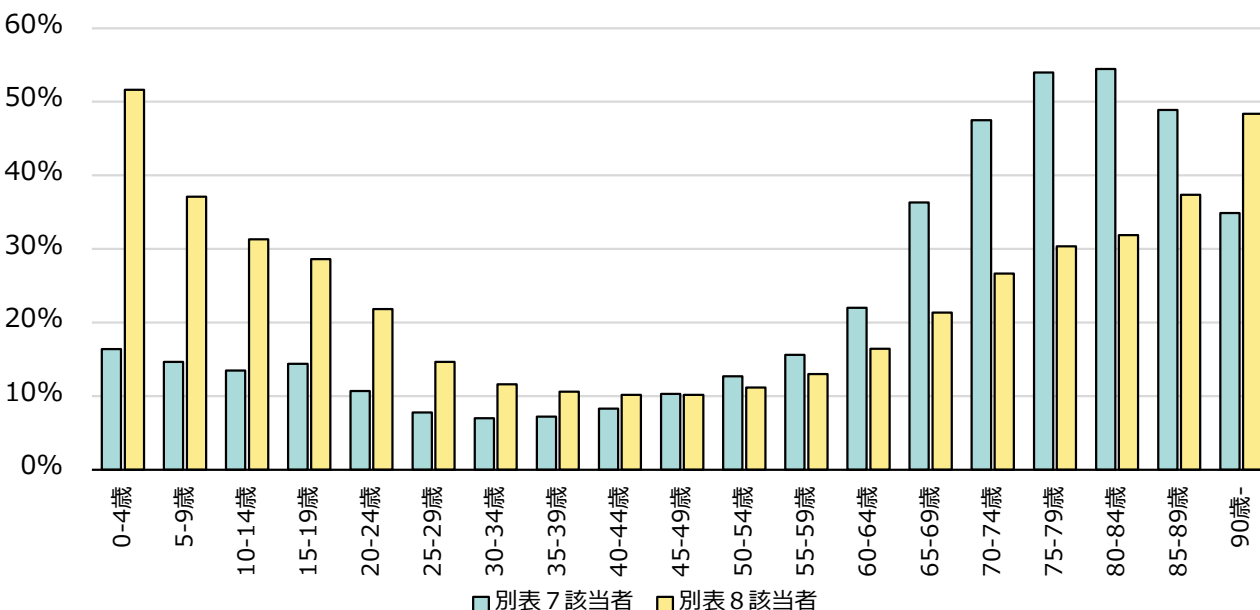
	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R5/H23年比	4.59	10.01	2.84	3.91	2.55	5.82	2.42
R5/R3年比	1.20	1.39	1.17	1.25	1.08	1.31	1.12

出典：訪問看護療養費実態調査（令和5年6月審査分より推計）

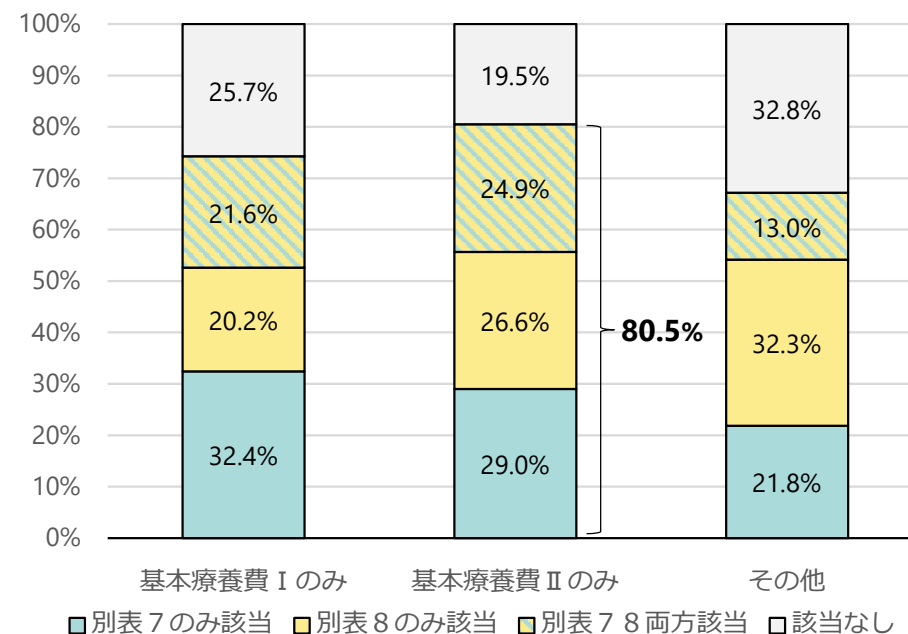
医療保険の訪問看護利用者の別表第7及び別表第8の該当状況

- 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	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

※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

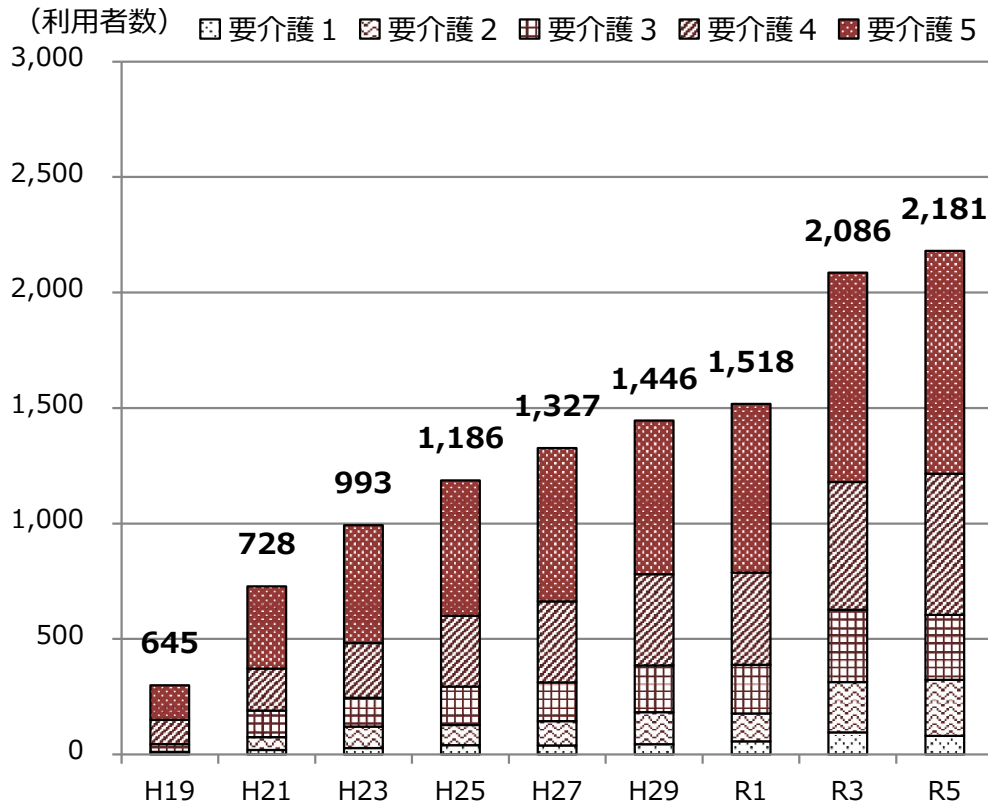
在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

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

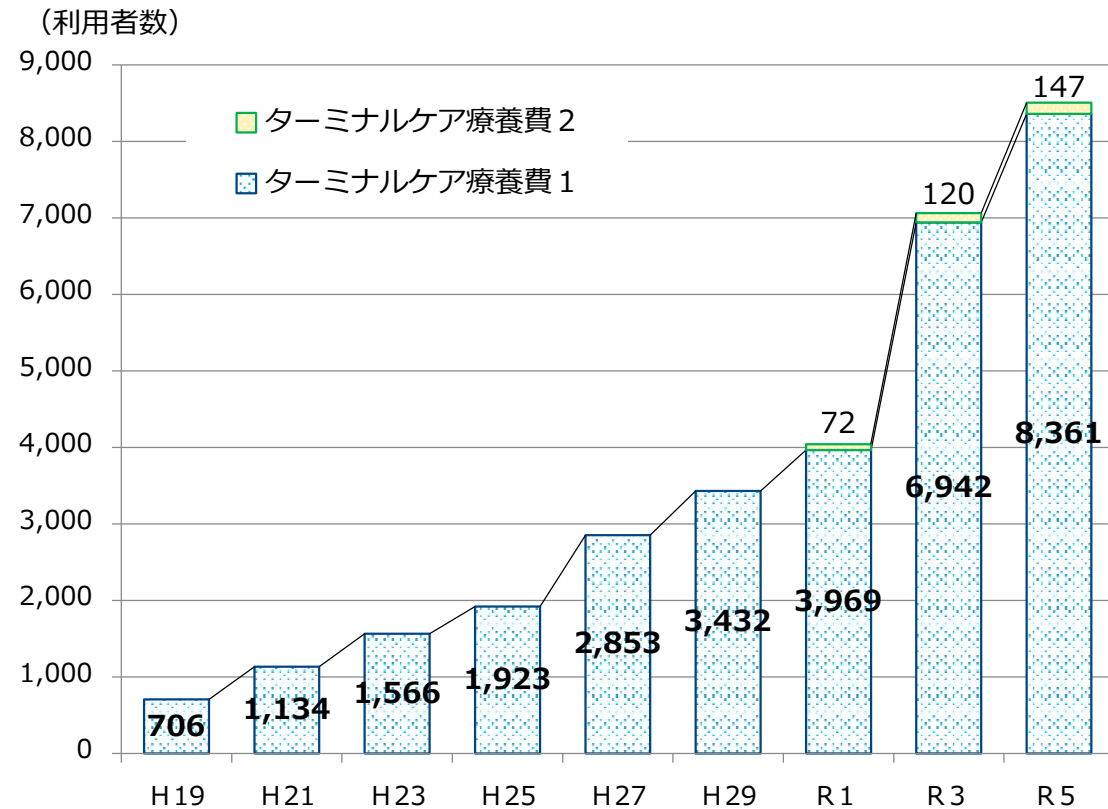
- 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ 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

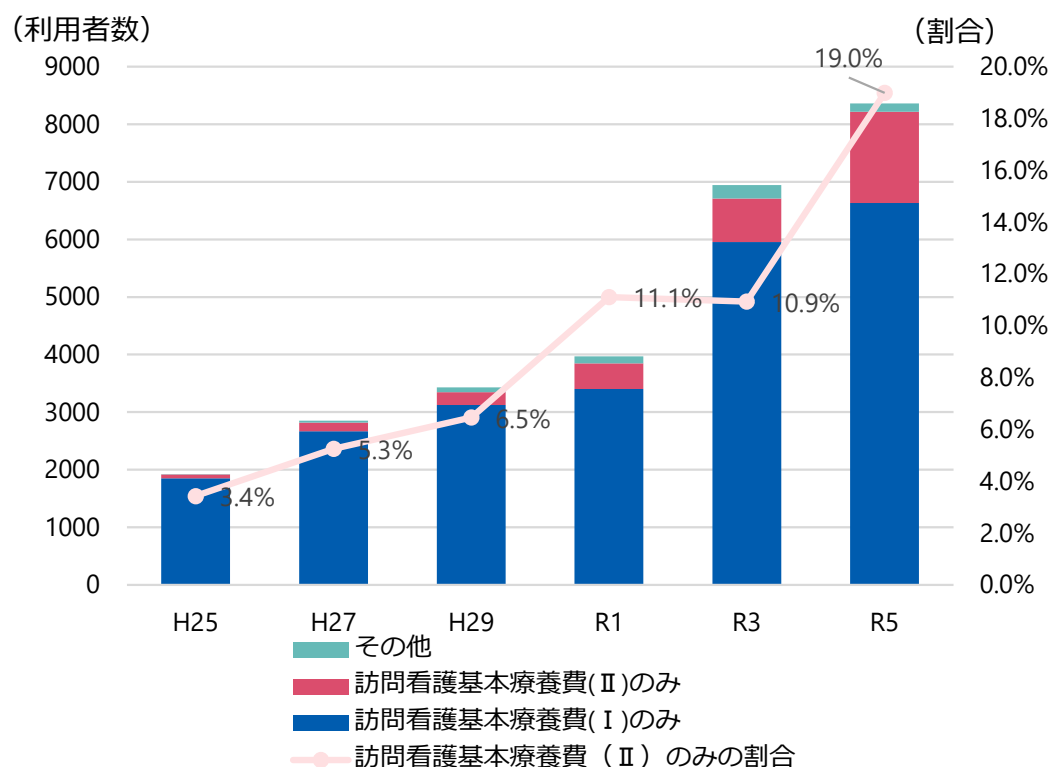
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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。

訪問看護ターミナルケア療養費（医療保険）の算定状況の推移

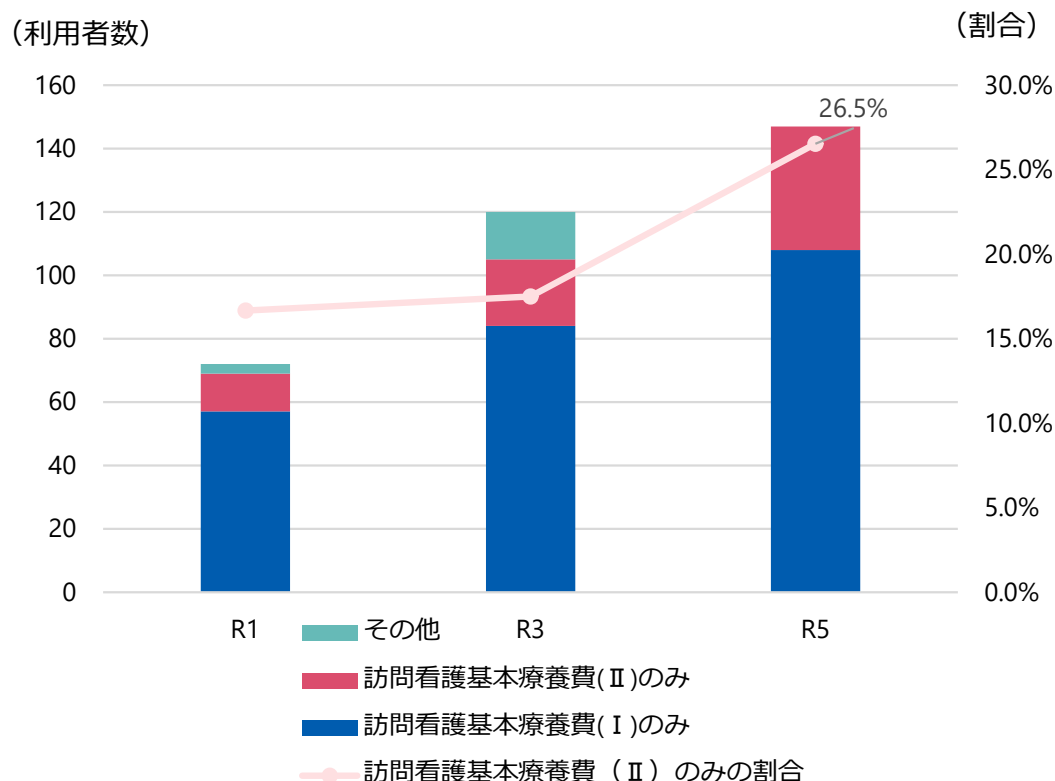
- 訪問看護ターミナルケア療養費を算定する利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定する者の割合は、訪問看護ターミナルケア療養費 1 及び 2 どちらも令和 5 年度で特に増加している。

■ 訪問看護ターミナルケア療養費 1 の算定状況



■ 訪問看護ターミナルケア療養費 2 の算定状況

※H30年度改定で訪問看護ターミナルケア療養費 2 を新設



訪問看護ターミナルケア療養費 1 【25,000円】

- ◆在宅で死亡した利用者
 - ◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（看取り介護加算等を算定している利用者を除く）
- ※ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅（特別養護老人ホーム等）以外で死亡した者を含む

訪問看護ターミナルケア療養費 2 【10,000円】

- ◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（看取り介護加算等を算定している利用者に限る）
- ※ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む

※いずれも、死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の指定訪問看護を行い、ターミナルケアに係る支援体制について利用者・家族に説明した上で、ターミナルケアを実施した場合に算定。

24時間対応体制加算の届出状況

- 令和6年度診療報酬改定において、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直された。
- 24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーションのうち、55.6%は24時間対応体制加算イを届け出ている。

24時間対応体制加算の見直し

改定後

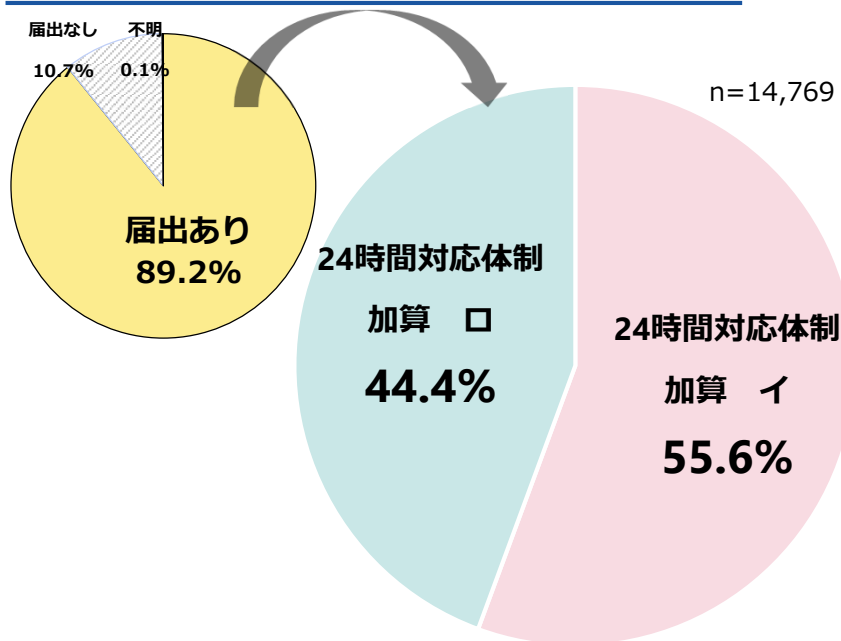
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔施設基準〕

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、**次に掲げる区分に従い**、月1回に限り、**いずれか**を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

(新) **イ** 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
(新) **ロ** イ以外の場合 6,520円

■ 24時間対応体制加算の届出状況の内訳



（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務の二ーズを踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

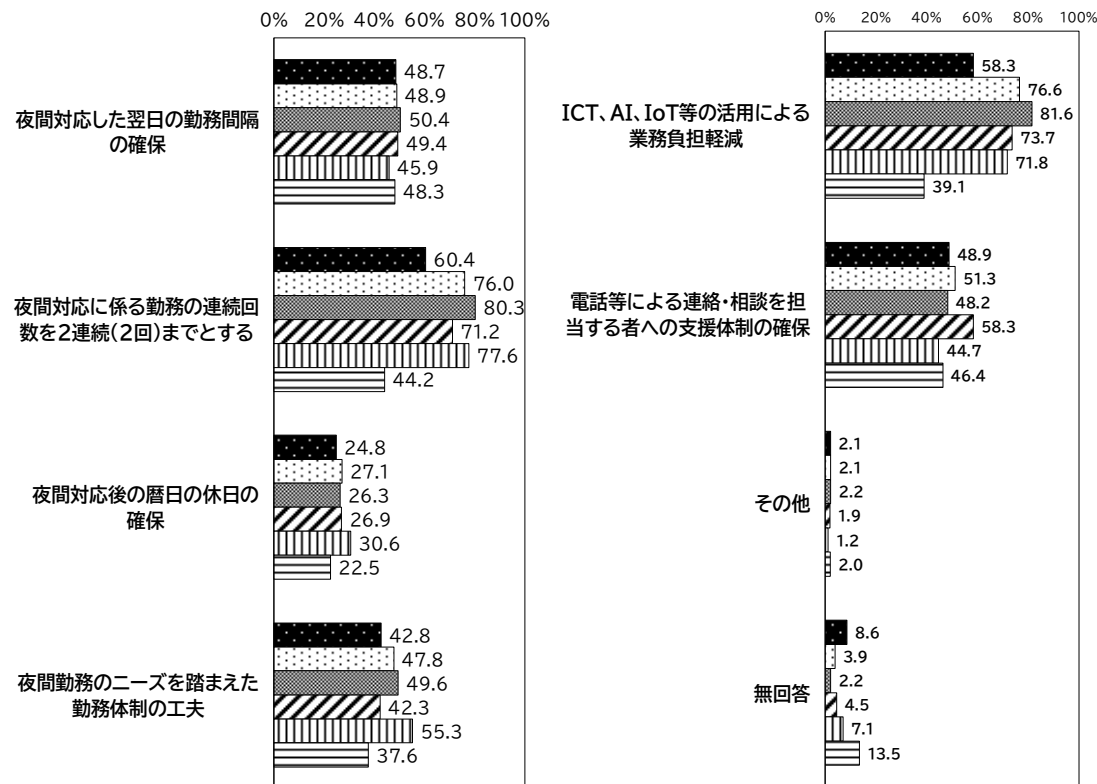
施設調査(訪問看護施設票)の結果①-2

24時間対応体制加算(報告書P418・P426)

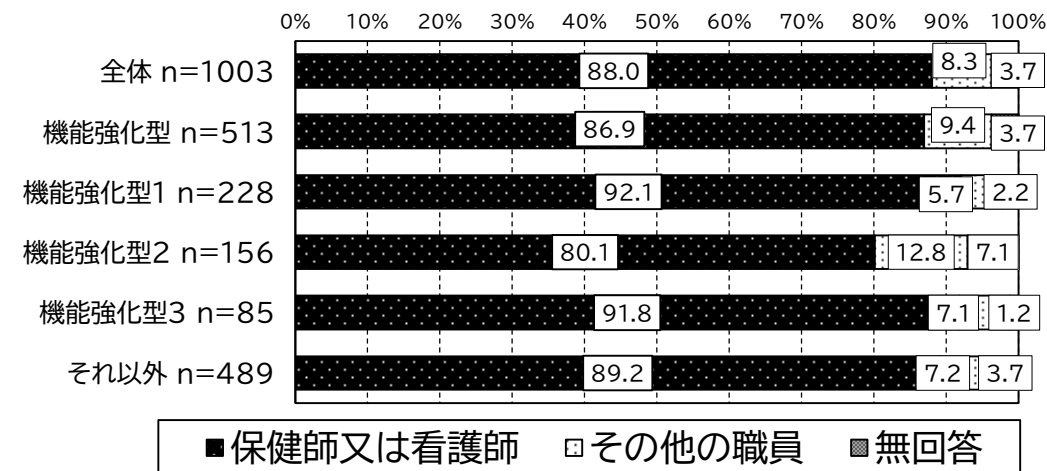
中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3

- 24時間対応体制加算の届出ありと回答した施設において、看護師の負担軽減のために実施している取組については、「夜間対応に係る勤務の連続回数を2連続(2回)までとする」が60.4%で最も多かった。
- 24時間対応体制に係る連絡相談を担当する職員の職種については、「保健師又は看護師」が88.0%で最も多かった。

図表 5-107 看護師の負担軽減のために実施している取組
(複数回答) (機能強化型の届出有無別)



図表 5-119 24時間対応体制に係る連絡相談を担当する職員の職種 (機能強化型の届出有無別)



■全体 n=1003 □機能強化型 n=513 ■機能強化型1 n=228
□機能強化型2 n=156 □機能強化型3 n=85 □それ以外 n=489

複数名訪問看護加算

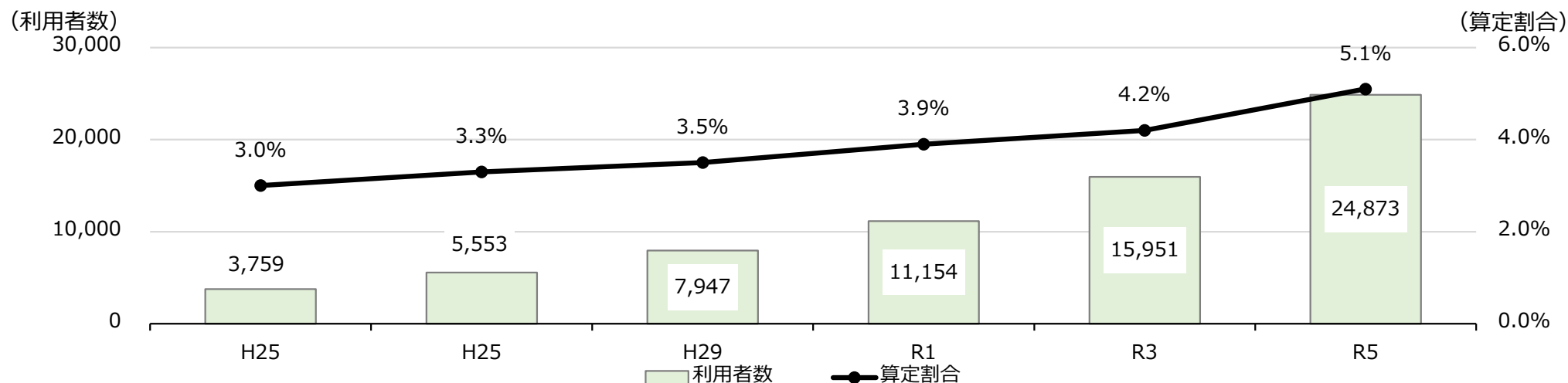
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 別表第7の利用者等に対し、複数名で訪問看護を行った場合、複数名訪問看護加算を算定できる。
- 複数名訪問看護加算を算定する利用者数及び全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

報酬と訪問者	対象者	加算額（※）	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	イ～ニ	4,500円（週1回）	看護職員 （保健師、助産師、看護師、准看護師）	保健師、助産師、看護師、 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
	イ～ニ	3,800円（週1回）	看護職員	准看護師
	二～ハ	3,000円（週3回）	看護職員	その他職員 保健師、助産師、看護師、准看護師 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 看護補助者
	イ～ハ	3,000円（1日に1回の場合） 6,000円（1日に2回の場合） 10,000円（1日に3回以上の場合）		

対象者	看護職員が、他の看護師等又は看護補助者と同時に指定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、1人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当する場合、所定額に加算。
	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
	ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
	ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
	ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
	ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
	ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※同一建物内3人以上の場合の加算額は別に設定あり



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））

難病等複数回訪問加算・精神科複数回訪問加算

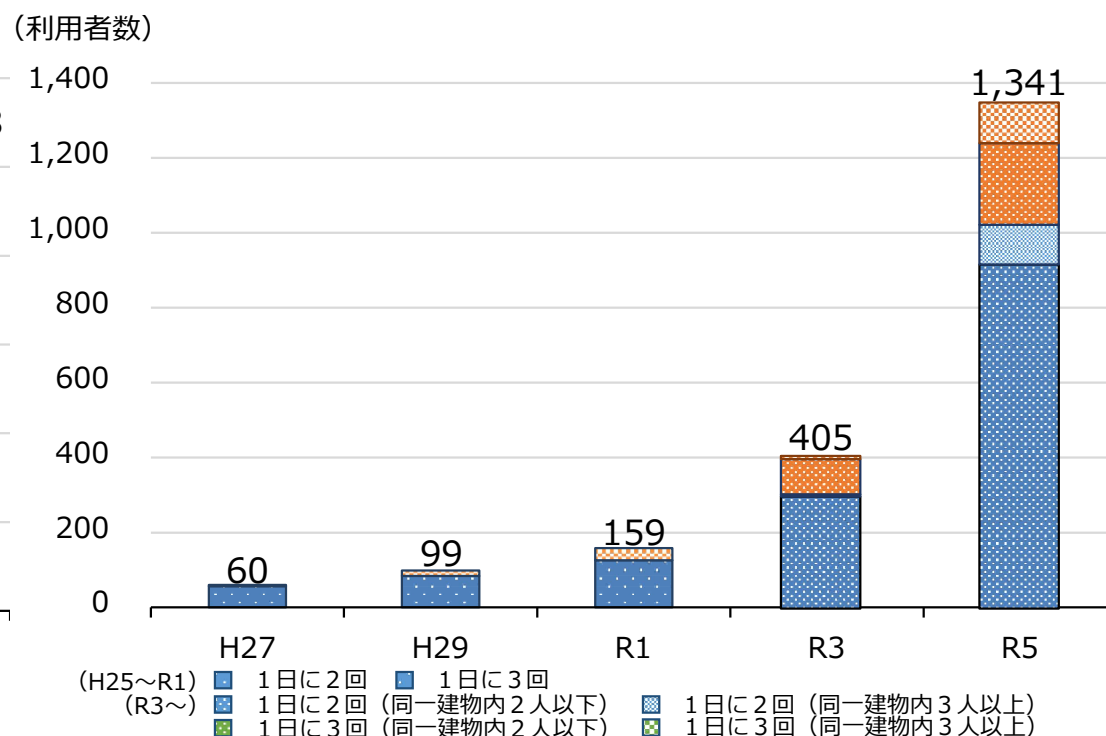
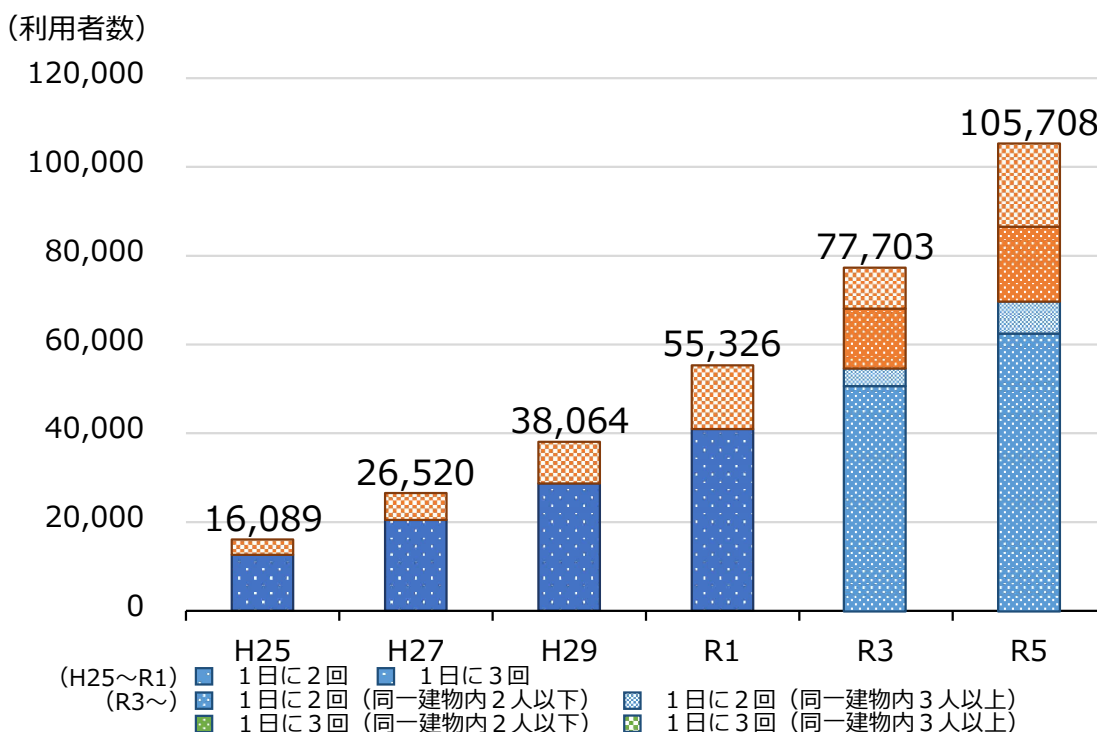
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 別表第7、別表第8、特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対し、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、難病等複数回訪問加算／精神科複数回訪問加算を算定できる。
- 複数回訪問看護加算を算定する利用者は増加傾向である。

	加算額	対象者
難病等複数回訪問加算	(1) 1日に2回 同一建物内1人又は2人 4,500円 同一建物内3人 4,000円	・特掲診療料の施設基準等の別表第7に掲げる疾病等の者 ・特掲診療料の施設基準等の別表第8に掲げる者 ・特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
精神科複数回訪問加算 ※平成26年度診療報酬改定において新設	(2) 1日に3回以上 同一建物内1人又は2人 8,000円 同一建物内3人 7,200円	・精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者

■ 難病等複数回訪問加算の利用者延べ数

■ 精神科複数回訪問加算の利用者延べ数



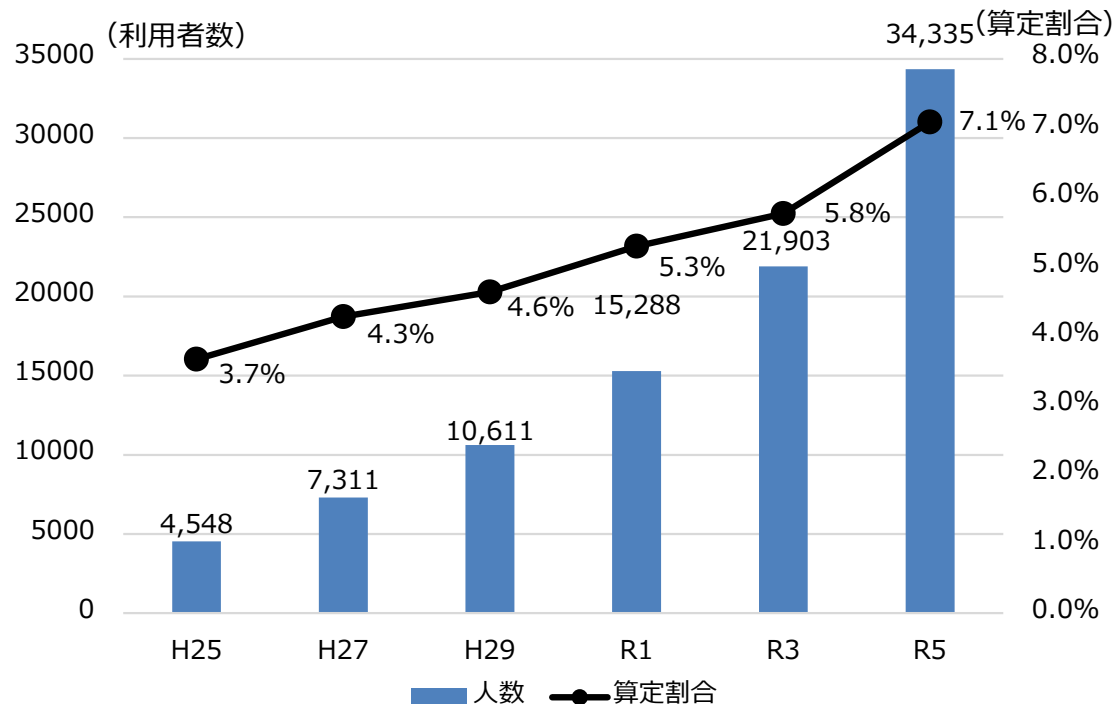
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))

夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算①

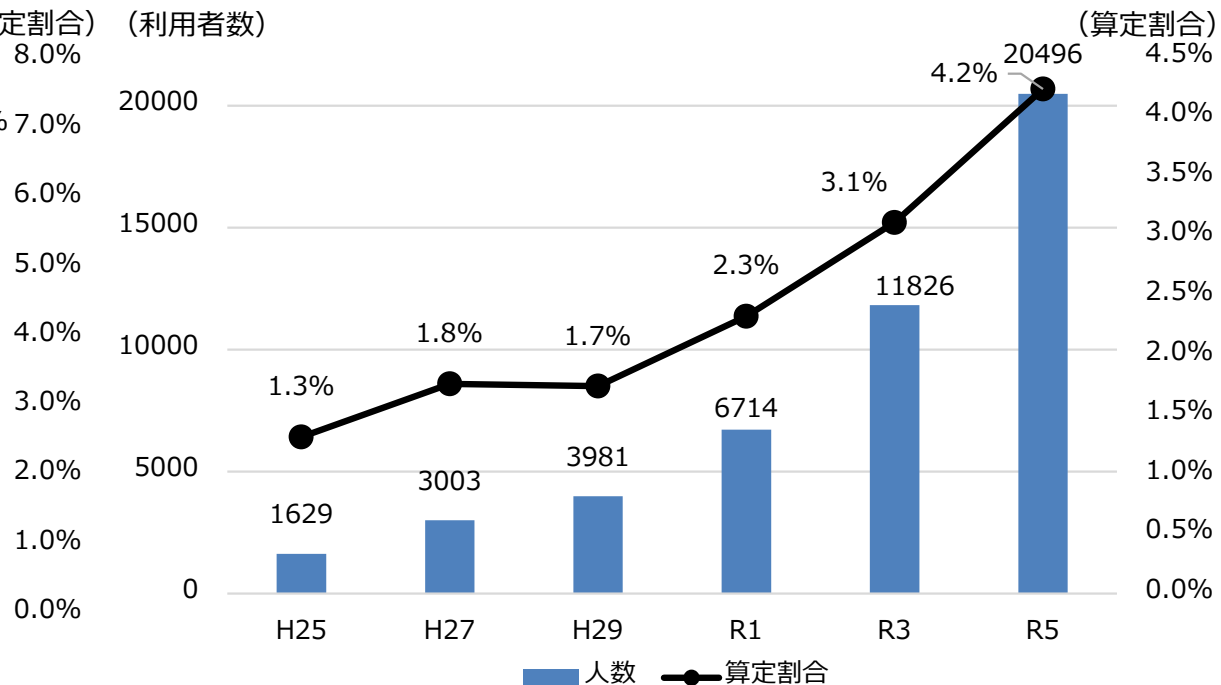
- 夜間・早朝又は深夜に訪問看護を行った場合、対象者の限定なく夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定できる。
- 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算を算定する利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

	加算額	要件等
夜間・早朝訪問看護加算	2,100円（1日につき）	夜間（午後6時から午後10時までの時間）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間）に指定訪問看護を行った場合に、所定額に加算。
深夜訪問看護加算	4,200円（1日につき）	深夜（午後10時から午前6時までの時間）に指定訪問看護を行った場合に、所定額に加算。

■ 夜間・早朝訪問看護加算の算定状況



■ 深夜訪問看護加算の算定状況

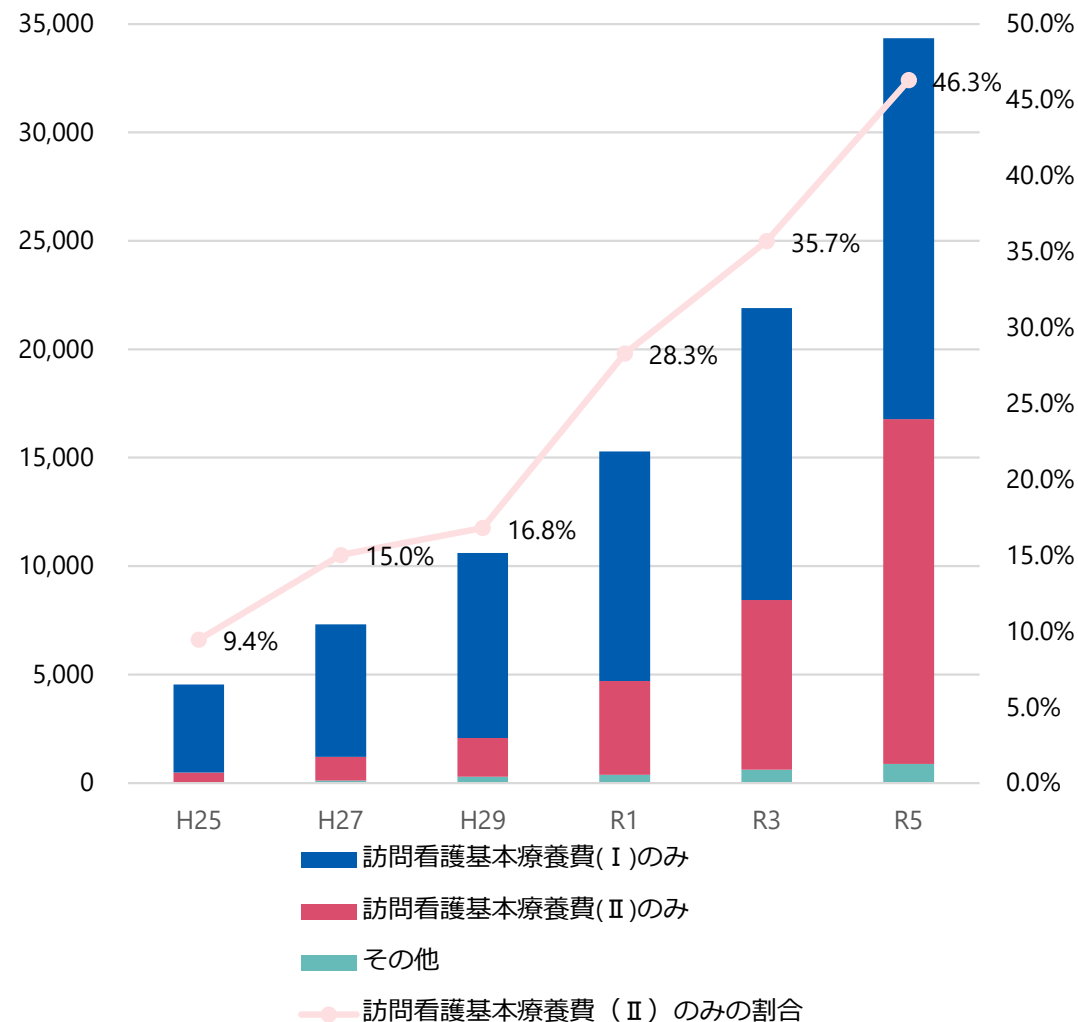


夜間・早朝、深夜における訪問看護の状況②

- 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。

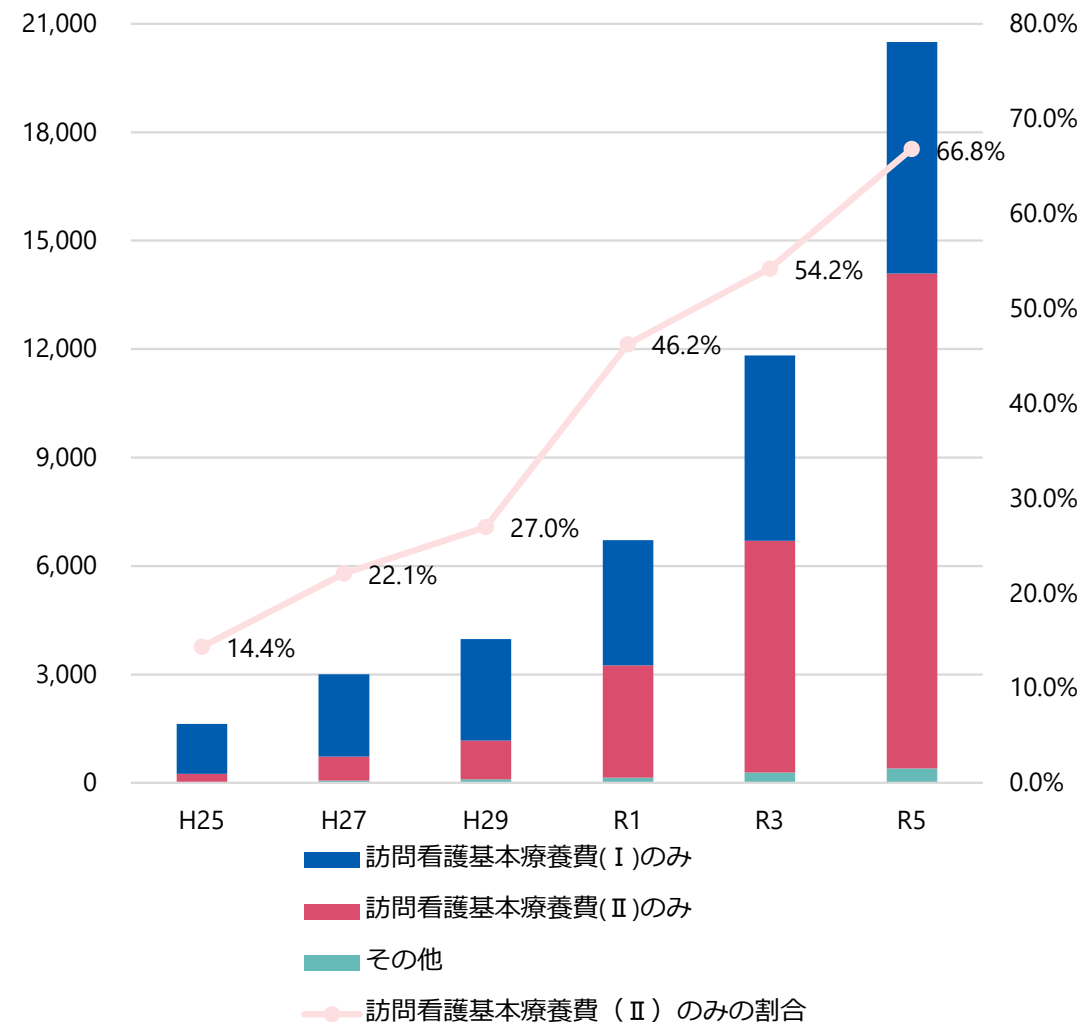
■ 夜間・早朝訪問看護加算

(利用者数)



■ 深夜訪問看護加算

(利用者数)

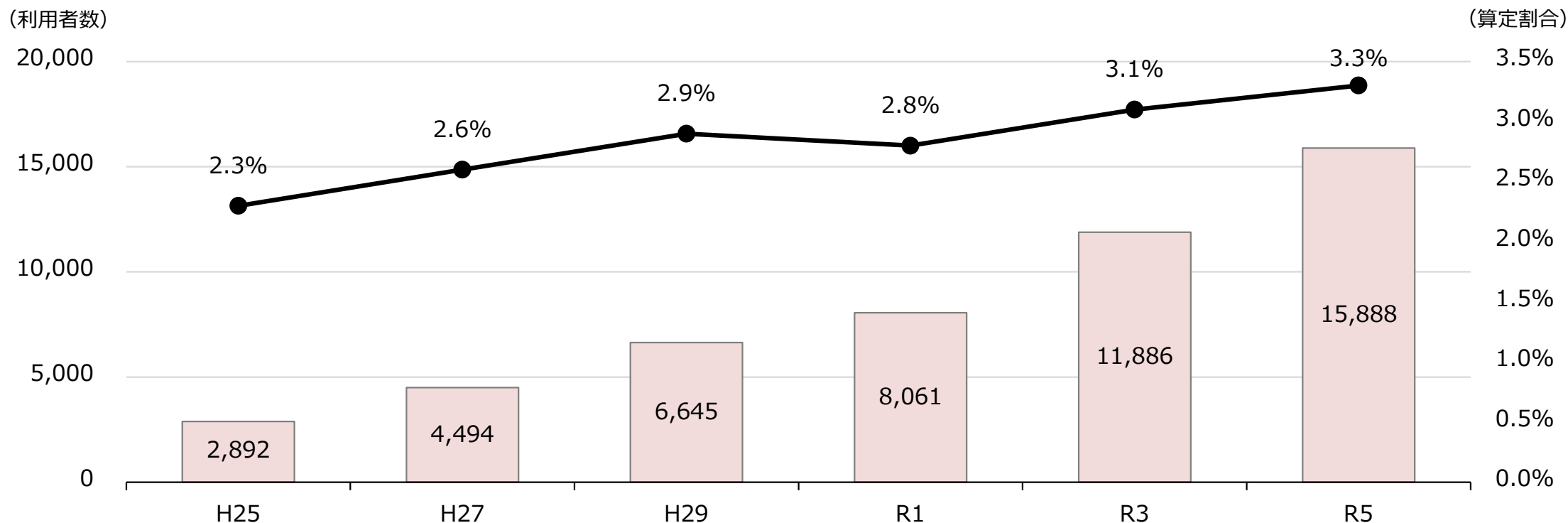


緊急訪問看護加算の算定要件等

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 緊急訪問看護加算は、利用者又はその家族等の求めに応じ、その主治医の指示に基づき緊急に訪問看護を実施した場合に算定できる。なお、利用者又は家族等の緊急の求め、主治医の指示内容等について、訪問看護記録への記録に関する規定はない。
- 緊急訪問看護の利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

加算額	要件等
2,650円（1日につき）	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、<u>利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）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</u>に、所定額に加算。 ● <u>指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記載すること。</u> ● <u>緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告</u>するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。



機能強化型訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の配置

- 令和6年度診療報酬改定において、機能強化型訪問看護管理療養費1は専門の研修を受けた看護師を配置することが要件化された。
- 機能強化型1のうち57.0%、機能強化型2のうち25.2%、機能強化型3のうち28.5%の訪問看護ステーションで専門の研修を受けた看護師が配置されている。

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 機能強化型訪問看護管理療養費1の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。

改定後

【訪問看護管理療養費】

1 月の初日の訪問の場合

イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 **13,230円**

[施設基準]

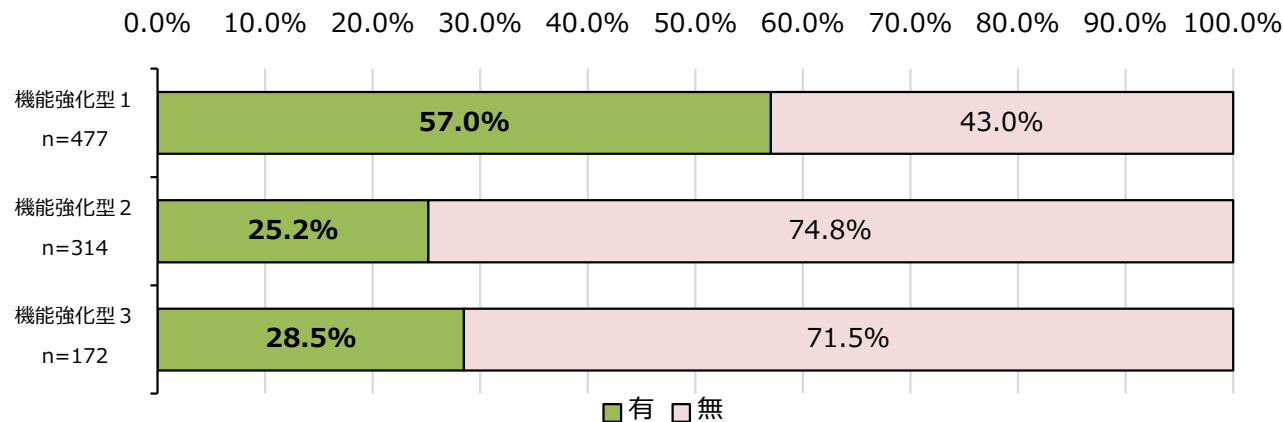
機能強化型訪問看護管理療養費1の基準
略

ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

■ 機能強化型訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の配置状況



※専門の研修には、以下の研修が該当する。

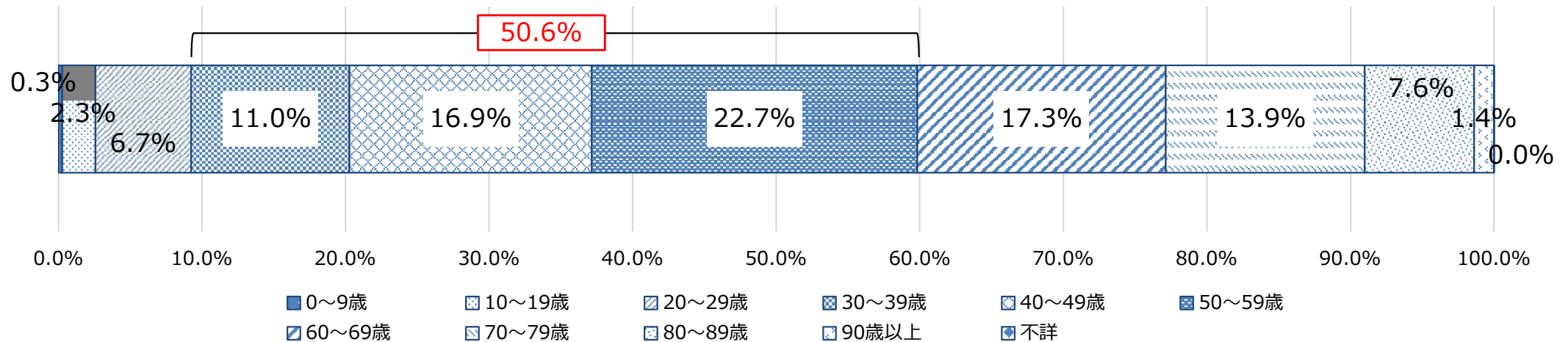
- ①日本看護協会の認定看護師教育課程
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
- ④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

精神科訪問看護の利用者の状況

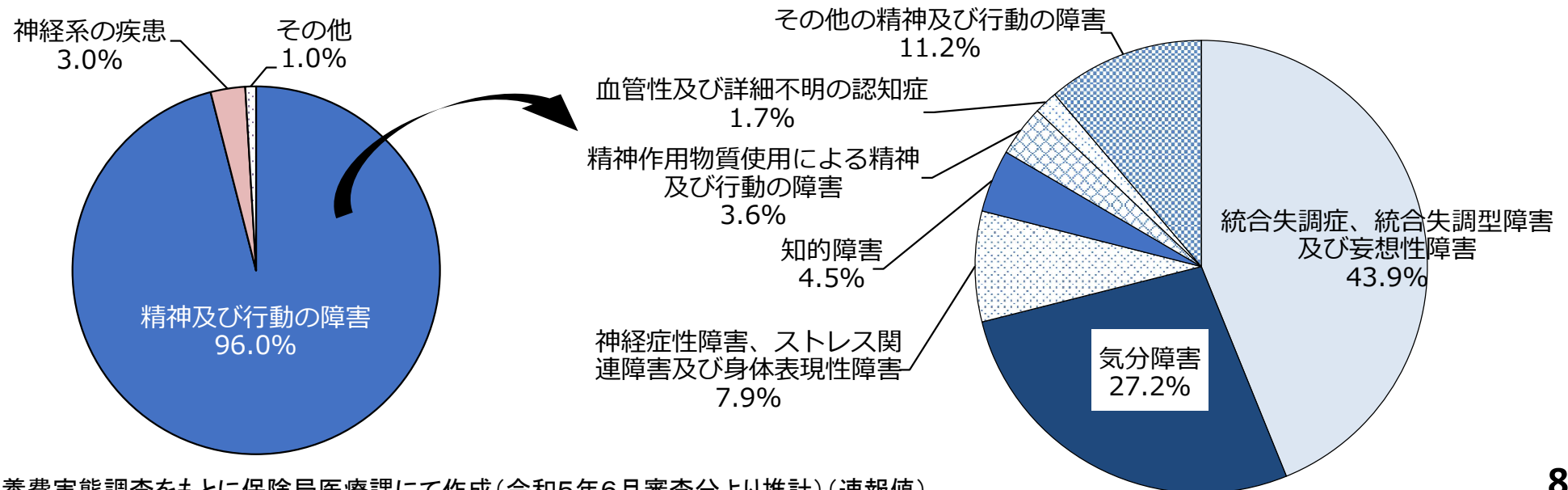
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者は、30～50歳代の利用者が約半数を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害である。

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳



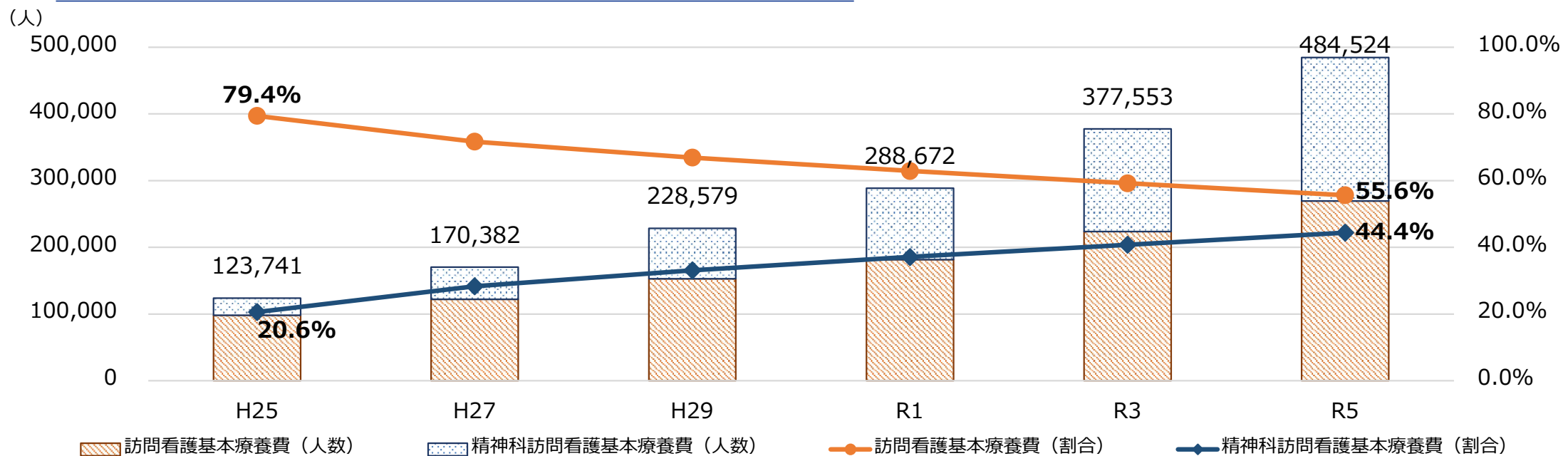
■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



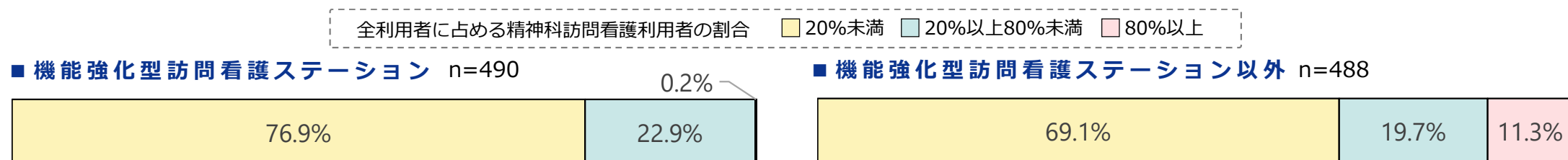
精神科訪問看護基本療養費の算定状況

- 訪問看護ステーションにおける医療保険の訪問看護の利用者のうち精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合を見ると、機能強化型訪問看護ステーションの76.9%は20%未満であるのに対して、機能強化型以外の訪問看護ステーションにおいて11.3%が80%以上であった。

■ 全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の推移（※1）



■ 訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合（※2）



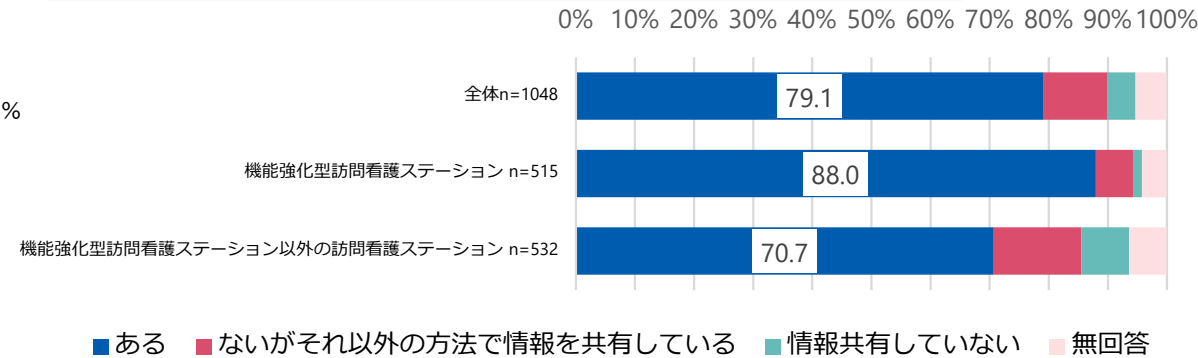
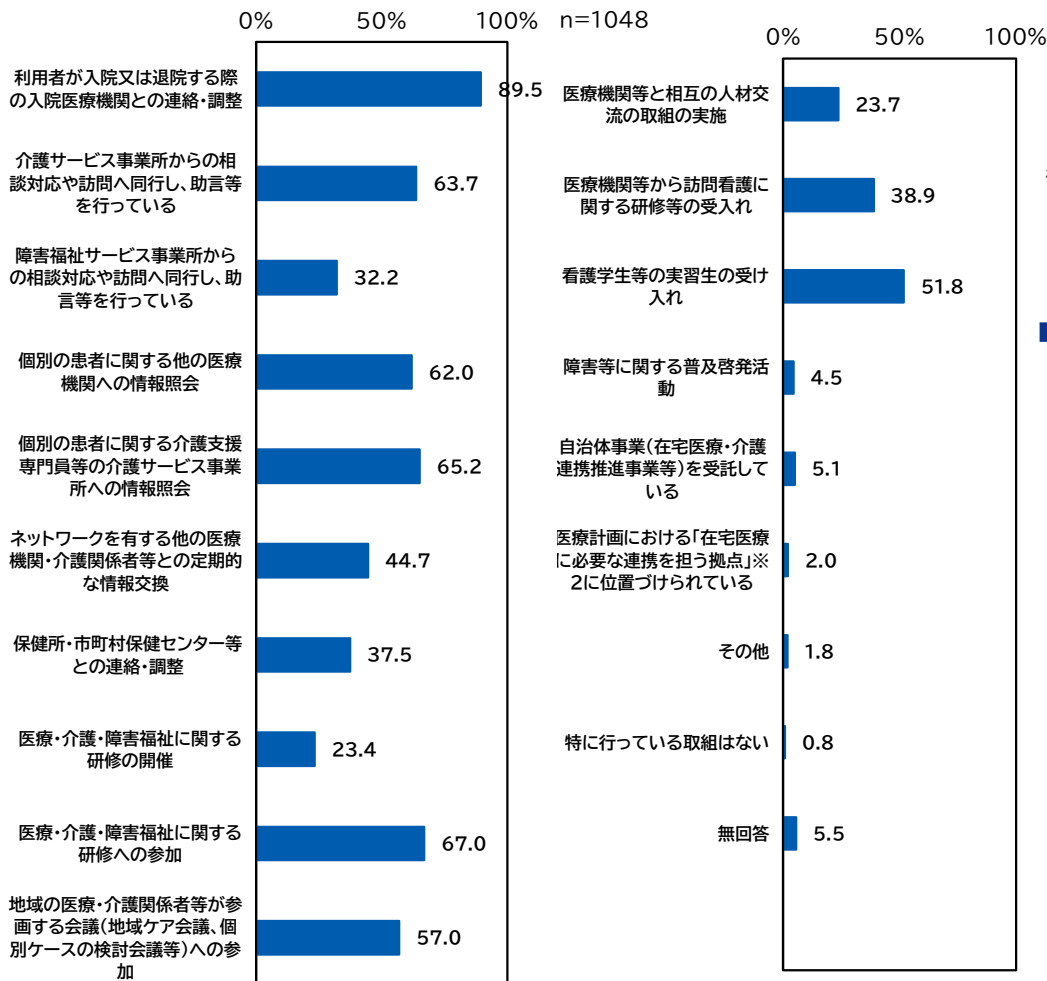
出典：（※1）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））
 （※2）令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（訪問看護票（施設・利用者票））をもとに保険局医療課にて作成

医療機関・地域の関係者との連携状況や取組について

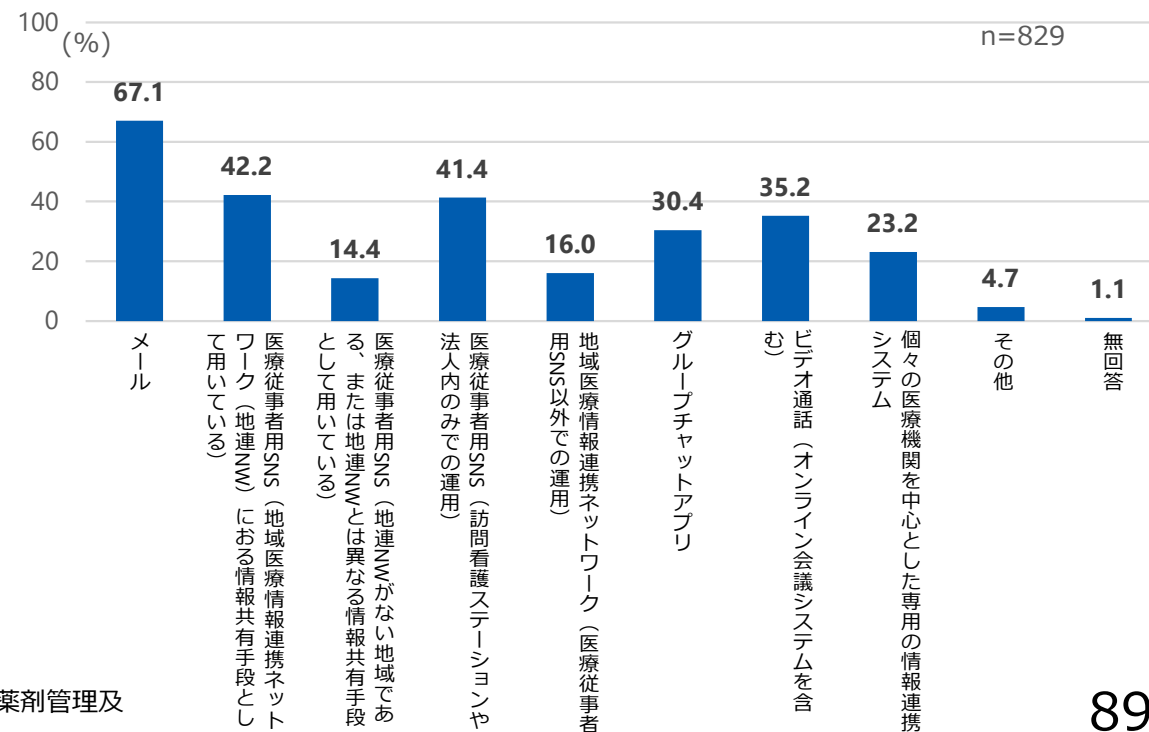
- 訪問看護ステーションの医療機関等との連携状況で最も多かったのは「利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整」が89.5%と最も高い。
- ICT連携体制が「ある」訪問看護ステーションは79.1%で、活用しているICTは「メール」の割合が最も高かった。

■ 医療機関・地域の医療・介護・障害福祉関係者との連携状況、地域での取組等として実施しているもの

■ 関係機関等とのICT（情報通信技術）連携の体制



■ 活用しているICT



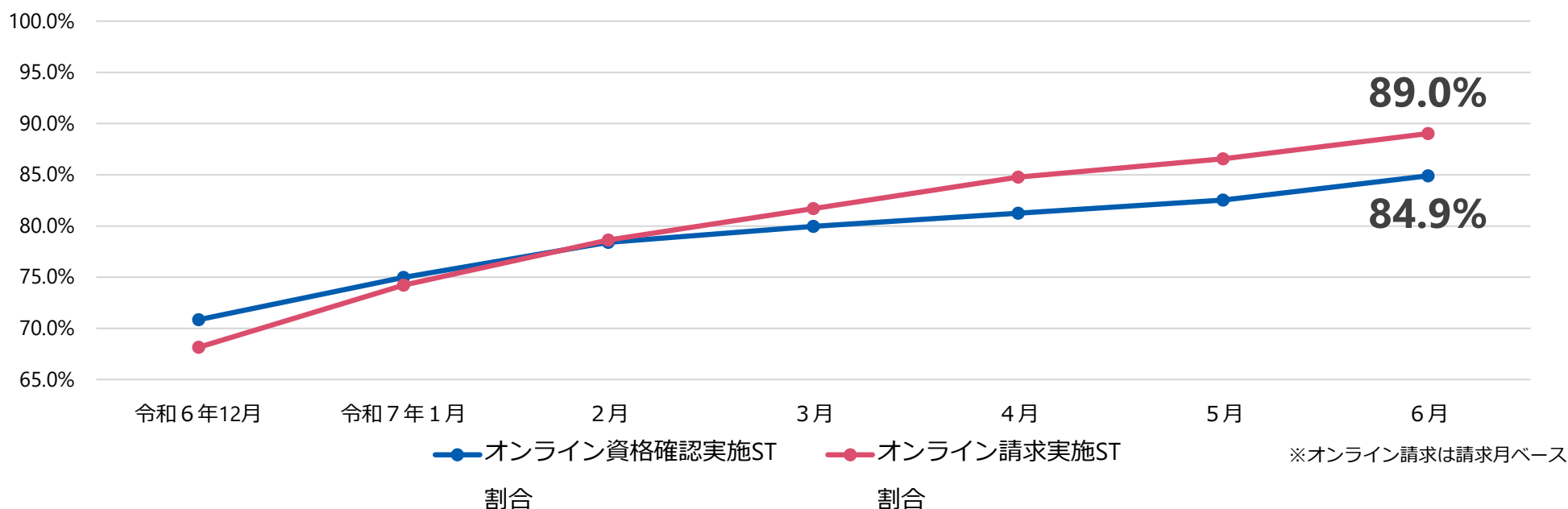
訪問看護ステーションのオンライン資格確認とオンライン請求

- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月からオンライン資格確認とレセプト（医療保険）のオンライン請求が開始され、令和6年12月2日（オンライン請求は12月請求分）から原則義務化となっている。
- オンライン資格確認とオンライン請求の実施状況については以下のとおり。

概要

- ・ 訪問看護におけるオンライン資格確認とは、マイナンバーカードを利用して、訪問看護ステーションが準備したモバイル端末等で、利用者の医療保険における資格確認情報等を取得する仕組み。
- ・ オンライン請求とは、電子的に作成したレセプトデータを、セキュリティが確保されたネットワーク回線により、オンラインで審査支払機関に送付すること。

■ オンライン請求、オンライン資格確認を実施している訪問看護ステーションの割合



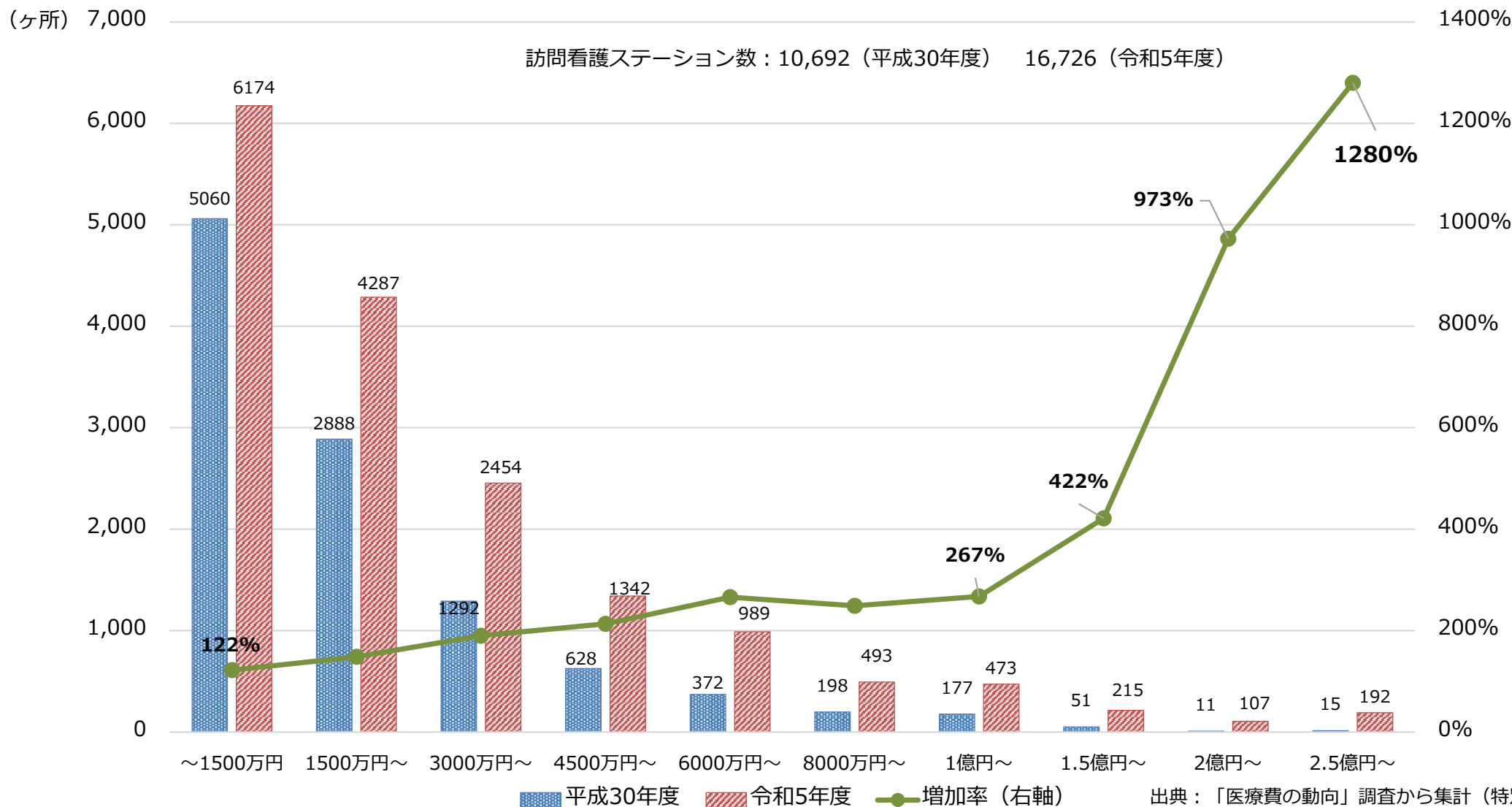
年間医療費総額階級別の訪問看護ステーション数の推移

中医協 総-12
7. 3. 12

- 平成30年度から令和5年度において、訪問看護ステーションが受け取る年間医療費総額階級別の訪問看護ステーションの数は、全てのカテゴリーで増加している。
- 年間医療費の総額が大きいステーションほど増加率も大きくなっており、年間医療費1,500万円未満の訪問看護ステーションは122%の増加率であるのに対し、2.5億円以上の増加率は1280%となっている。

■ 年間医療費総額階級別の訪問看護ステーション数と増加率

※各年度末に医療費を請求した訪問看護ステーションに限る



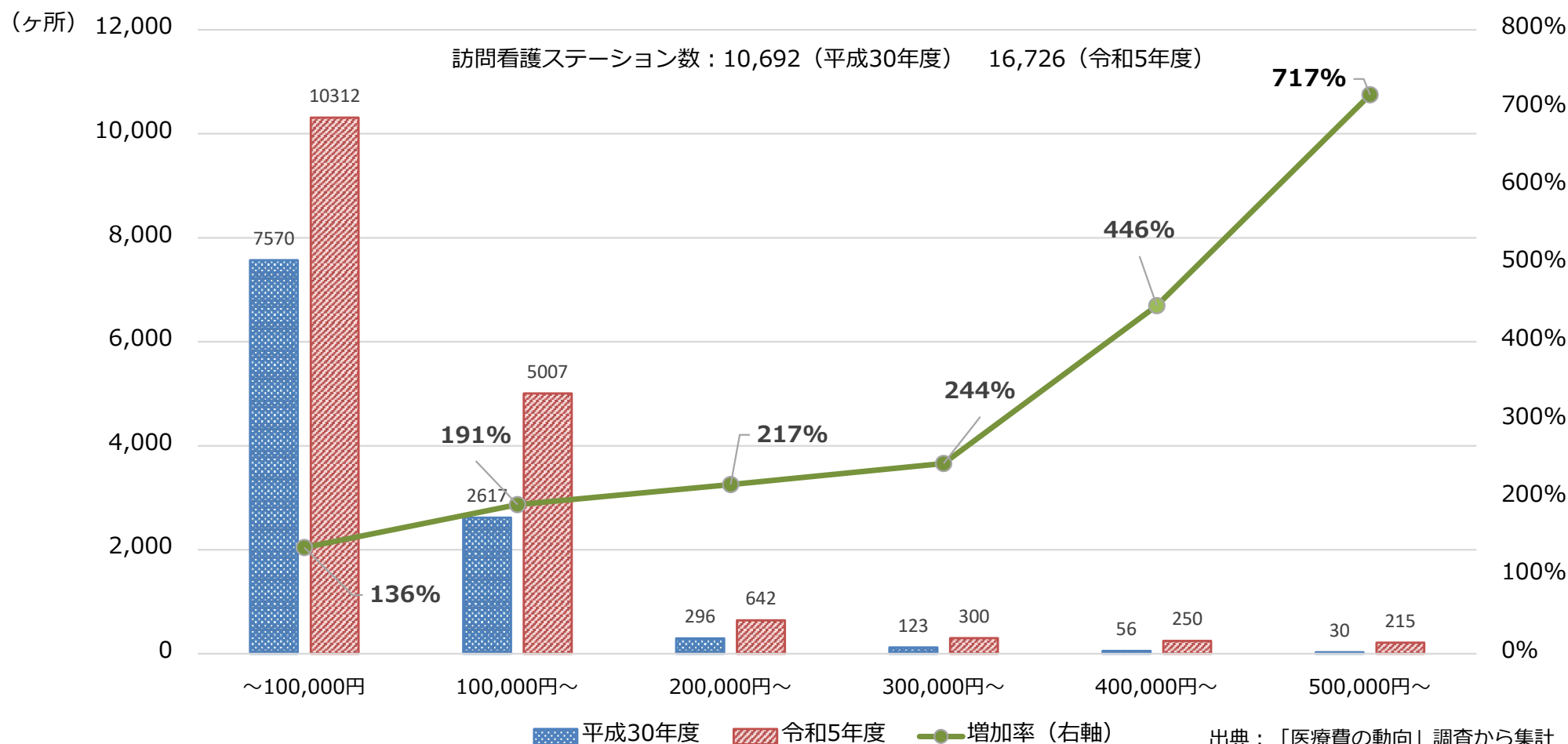
レセプト1件当たりの平均医療費別訪問看護ステーション数の推移

中医協 総-12
7. 3. 12

- 平成30年度から令和5年度において、訪問看護ステーションごとのレセプト1件当たり平均医療費（年度平均）階級別訪問看護ステーションの数は、全てのカテゴリーで増加している。
- 医療費の額が大きいステーションほど増加率も大きくなっており、レセプト1件当たり平均医療費10万円未満の訪問看護ステーションは136%の増加率であるのに対し、50万円以上の増加率は717%となっている。
- 1件当たりの医療費が高額の訪問看護ステーションでは、訪問看護の日数や回数が一律に多いといったような状況があるのではないか。

■ レセプト1件当たりの平均医療費別訪問看護ステーション数と増加率

※各年度末に医療費を請求した訪問看護ステーションに限る

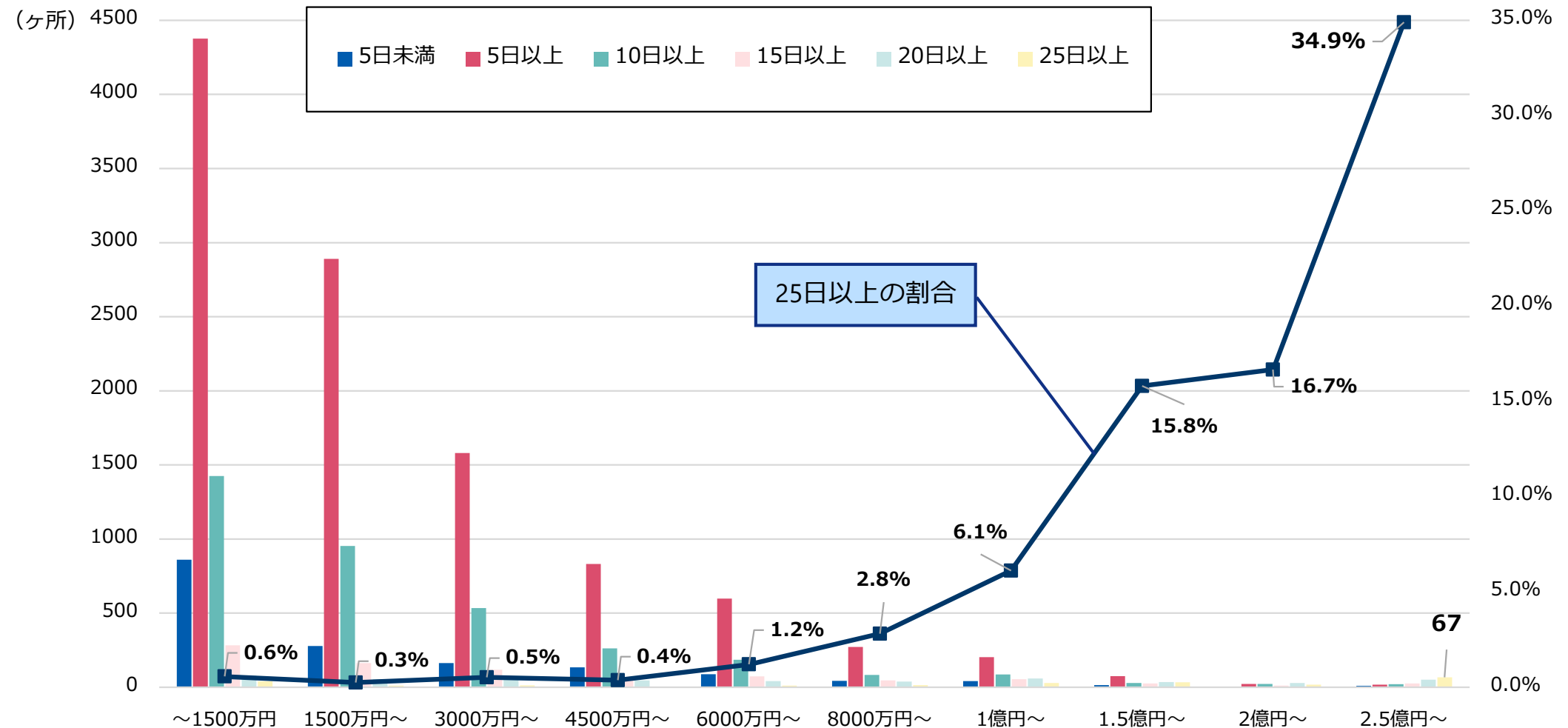


レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数

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

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

訪問日数25日以上の訪問ステーションの割合（右軸）（令和5年度）



- 指定訪問看護の提供については「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」等で示しているところ。
- 利用者の状態にかかわらず一律に回数を定めて訪問看護を行っている事例がある等の報道があったことを踏まえ、「利用者の個別の状況を踏まえずに一律に訪問看護の日数等を定めるといったこと」や「利用者の居宅への訪問に直接携わっていない指定訪問看護事業者の開設者等が訪問看護の日数等を定めるといったことは認められない」といった具体的解釈について、令和6年10月に事務連絡を発出し周知を行った。

指定訪問看護の提供については、健康保険法（大正11年法律第70号）第92条第1項に基づく「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成12年厚生省令第80号。以下「基準省令」という。）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ついて」（令和2年3月5日保発0305第4号。以下「基準通知」という。）において、その取扱方針をお示してきたところであるが、今般、利用者の状態にかかわらず一律に回数を定めて訪問看護を行っている事例がある等の報道があったことを踏まえ、指定訪問看護の提供に関する取扱方針の具体的解釈をお示しするので、貴管下の訪問看護ステーションに周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

指定訪問看護事業者は、基準省令に従い、訪問看護を受ける者の心身の状況等に応じて自ら適切な指定訪問看護を提供するものとしており、指定訪問看護の取扱方針については基準通知の第三の4（9）において以下のように示しているところである。

- ①指定訪問看護は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行い、日常の療養生活の充実に資するようにするとともに、漫然かつ画一的なものにならないよう、主治医との密接な連携のもとに看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。
- ②指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い、改善を図る等に努めなければならないものであること。

したがって、訪問看護の日数、回数、実施時間及び訪問する人数（以下「訪問看護の日数等」という。）については、訪問看護ステーションの看護師等が訪問時に把握した利用者や家族等の状況に即して、主治医から交付された訪問看護指示書に基づき検討されるものであることから、訪問看護ステーションの看護師等が利用者の個別の状況を踏まえずに一律に訪問看護の日数等を定めるといったことや、利用者の居宅への訪問に直接携わっていない指定訪問看護事業者の開設者等が訪問看護の日数等を定めるといったことは認められないことに留意すること。

訪問看護ステーションへの指導の見直しについて

- 「指定訪問看護事業者等の指導及び監査について」（指導要綱）を改正（令和7年4月3日）。
- 主な改正内容については以下のとおり。
 - **厚生労働省本省並びに地方厚生（支）局及び都道府県による指導の仕組みを新設**
 - 訪問看護療養費請求書の **1 件当たりの平均額が高い訪問看護ステーション**に対して選定基準設けるよう個別指導の選定基準の見直し

「指定訪問看護事業者等の指導及び監査について」の一部改正について（令和7年4月3日保発0403第1号）（抜粋）

第3 指導の形態

2 個別指導

個別指導は、地方厚生（支）局及び都道府県又は厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で、指導対象となる訪問看護ステーションの指定訪問看護事業者及び看護師等を一定の場所に集めて又は当該訪問看護ステーションにおいて個別に面接懇談方式により行う。

（1）地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うもの。（以下「都道府県個別指導」という。）

（2）**厚生労働省並びに地方厚生（支）局及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の訪問看護ステーション又は緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた訪問看護ステーションについて行うもの。**（以下「共同指導」という。）

第4 指導対象となる訪問看護ステーションの選定

3 個別指導の選定基準

- ⑤ **訪問看護療養費請求書の 1 件当たりの平均額が高い訪問看護ステーション**（ただし、取扱件数の少ない訪問看護ステーションは除く。）**について 1 件当たりの平均額が高い順に選定する。**

課題(小括③)

(訪問看護を取りまく状況について)

- 訪問看護の利用者については、既にピークを迎えている地域もあり、地域差はあるものの、多くの二次医療圏(198の医療圏)においては2040年以降にピークを迎えることが見込まれている。
- 訪問看護における介護保険と医療保険の対象者は、年齢、疾病、状態で区分されており、その状態等に応じて介護保険又は医療保険のいずれかから訪問看護を提供している。原則として、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。
- 訪問看護ステーションの数、利用者数は増加傾向であり、看護職員が5人以上の訪問看護ステーションは46.2%である。
- 機能強化型訪問看護管理療養費1について、令和6年度診療報酬改定で専門の研修を受けた看護師の配置が要件化され、令和6年8月時点の配置状況は57.0%である(令和8年5月31日まで経過措置)。
- 看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーションや介護保険施設等で増加傾向。
- 訪問看護に係る医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が高い。訪問看護の件数(利用者数)、日数ともに増加しているが、利用者数より利用者あたりの訪問日数の増加の程度のほうが大きい。1事業所当たり件数(利用者)の増加率は減少傾向で令和5年度は2.0%程度にも関わらず、1事業所当たり医療費の増加率は8.0%程度を維持している。訪問看護指示料等の算定回数も増加傾向である。

(訪問看護の実施状況等)

- 訪問看護ステーションの医療保険の利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が約半数を占めている。
- 令和6年度診療報酬改定において、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直された。24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーションのうち、55.6%は24時間対応体制加算イを届け出ている。
- 同一建物居住者に対する訪問看護、複数名による訪問看護や複数回訪問看護の算定回数・算定割合が増加している。また、夜間・早朝、深夜における訪問看護や緊急訪問看護も同様に増加している。
- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月からオンライン資格確認とレセプト(医療保険)のオンライン請求が開始。
- 年間医療費の総額が大きいステーションの増加率も大きくなっている。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、年間医療費が多い訪問看護ステーションで大きい傾向。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

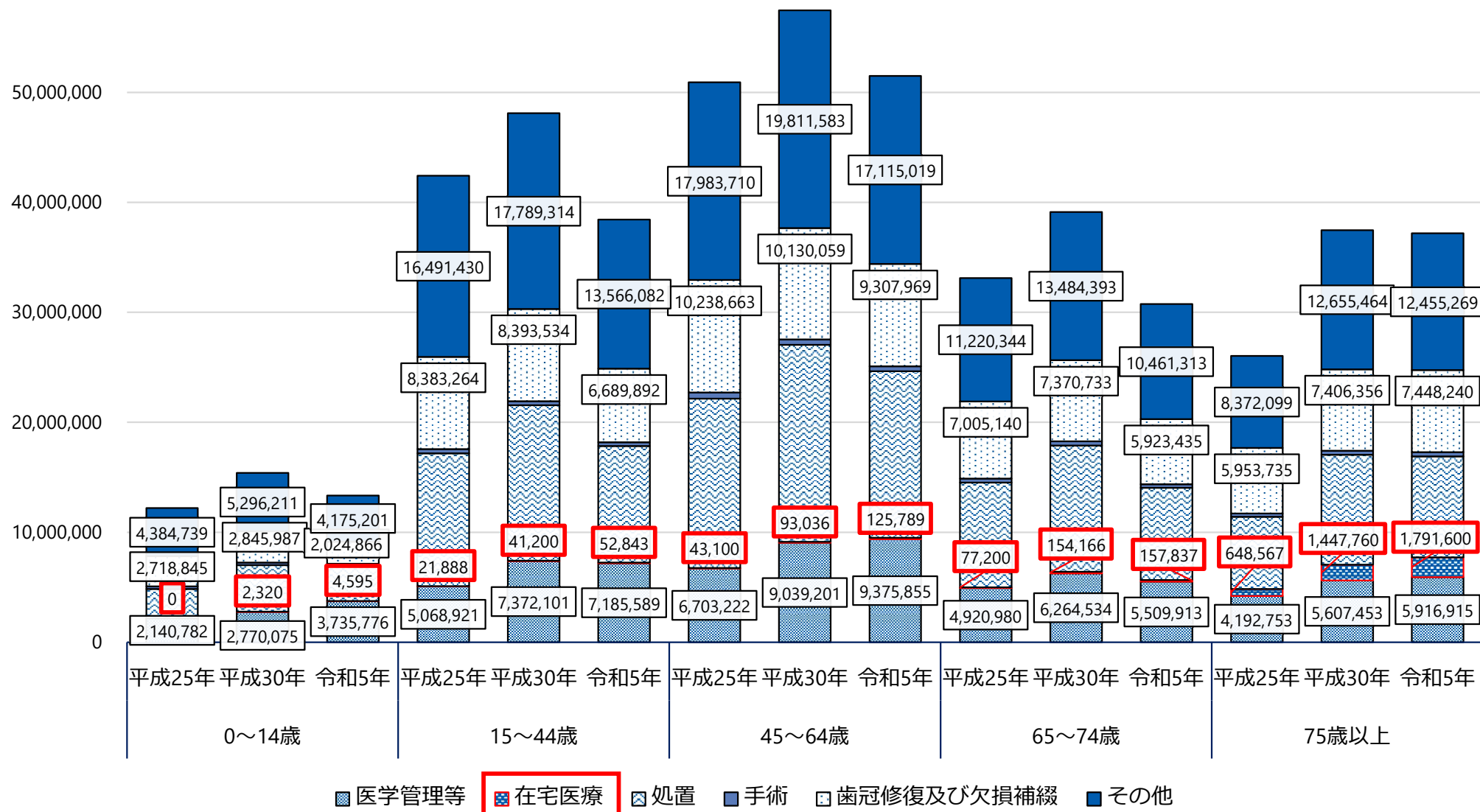
歯科診療における診療行為別件数（年齢階級別）

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

- 全ての年齢階級において、歯科診療における「在宅医療」の件数は近年増加している。

※在宅医療：歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料 等

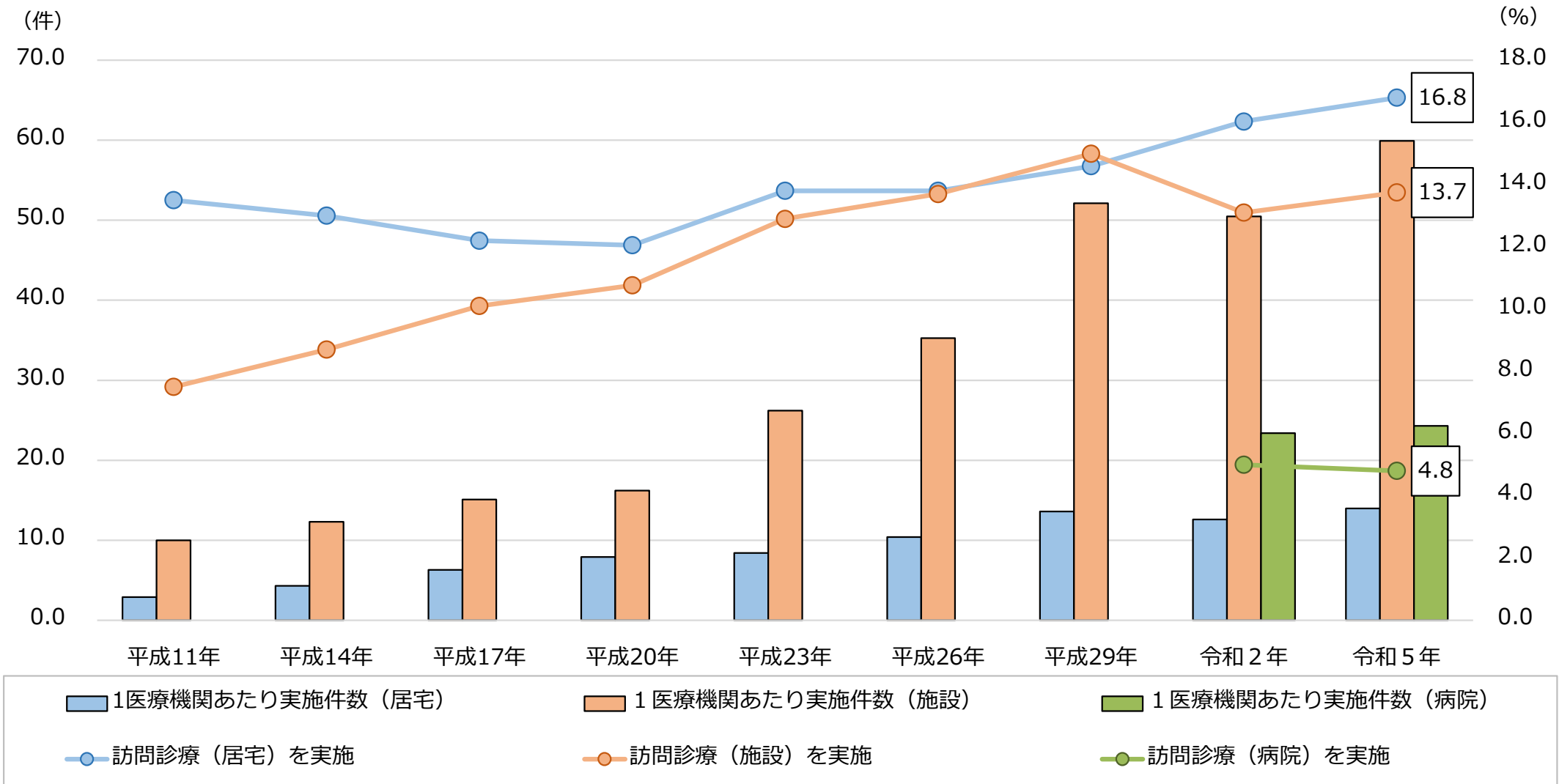
(件) 60,000,000



歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 1 歯科診療所あたりの歯科訪問診療の実施件数（各年9月分）は、増加傾向にあったが、令和 2 年に減少したものの、令和 5 年には増加傾向がみられる。
- 歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合について、居宅、施設ともに20年前に比べ緩やかに増加しているが、居宅、施設、病院ともに歯科診療所総数の 2 割に満たない。



注 1：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

注 2：病院については、令和 2 年から調査開始

出典：医療施設調査

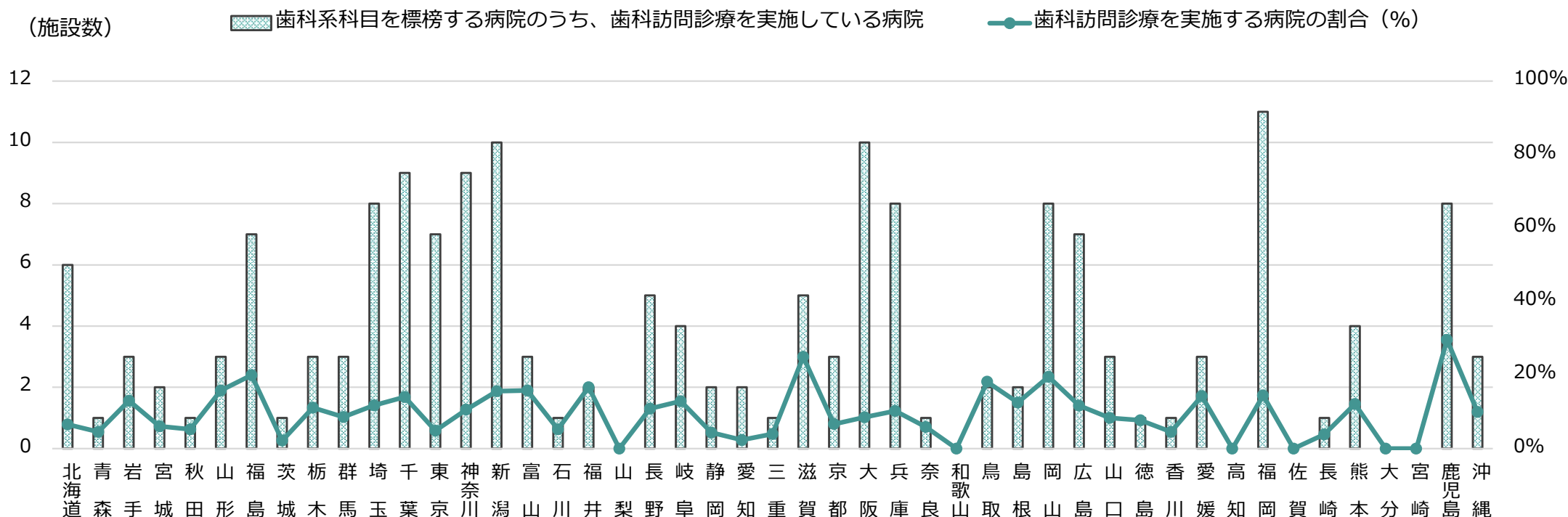
歯科訪問診療を実施している歯科系の診療科を標榜する病院数

- 歯科系の診療科を標榜する病院のうち、歯科訪問診療を実施する病院は9.5%である。
- 都道府県別では、鹿児島県が29.6%と最も高い一方で、歯科訪問診療を実施している病院がない県が存在する。

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合（全体）＞

歯科系の診療科を標榜する病院数	歯科訪問診療を実施する病院数	歯科訪問診療を実施する病院の割合（%）
1,823施設	174施設	9.5%

＜歯科訪問診療を実施する病院数と割合(都道府県別)＞



出典：医療施設調査（保険局医療課依頼による特別集計）

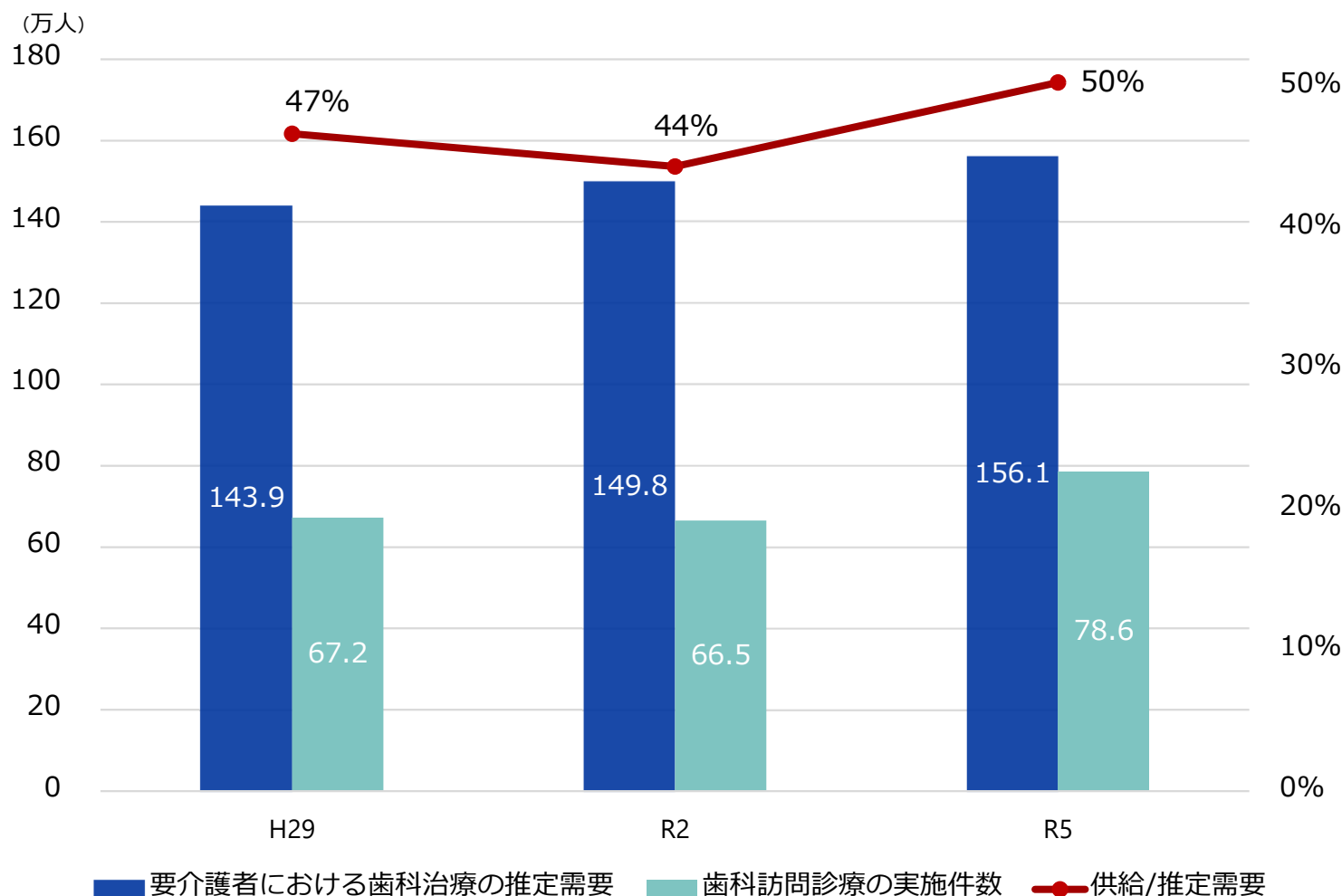
※令和5年9月に、「歯科訪問診療」の実施件数が1以上の病院数及び割合

※歯科系の診療科を標榜する病院：歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれかを標榜する病院

要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要と供給

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

○ 要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は約 5 割である。



歯科訪問診療の実施件数：歯科訪問歯科診療の実施件数（各年 9 月分）は、訪問先である居宅、施設、病院を合算。

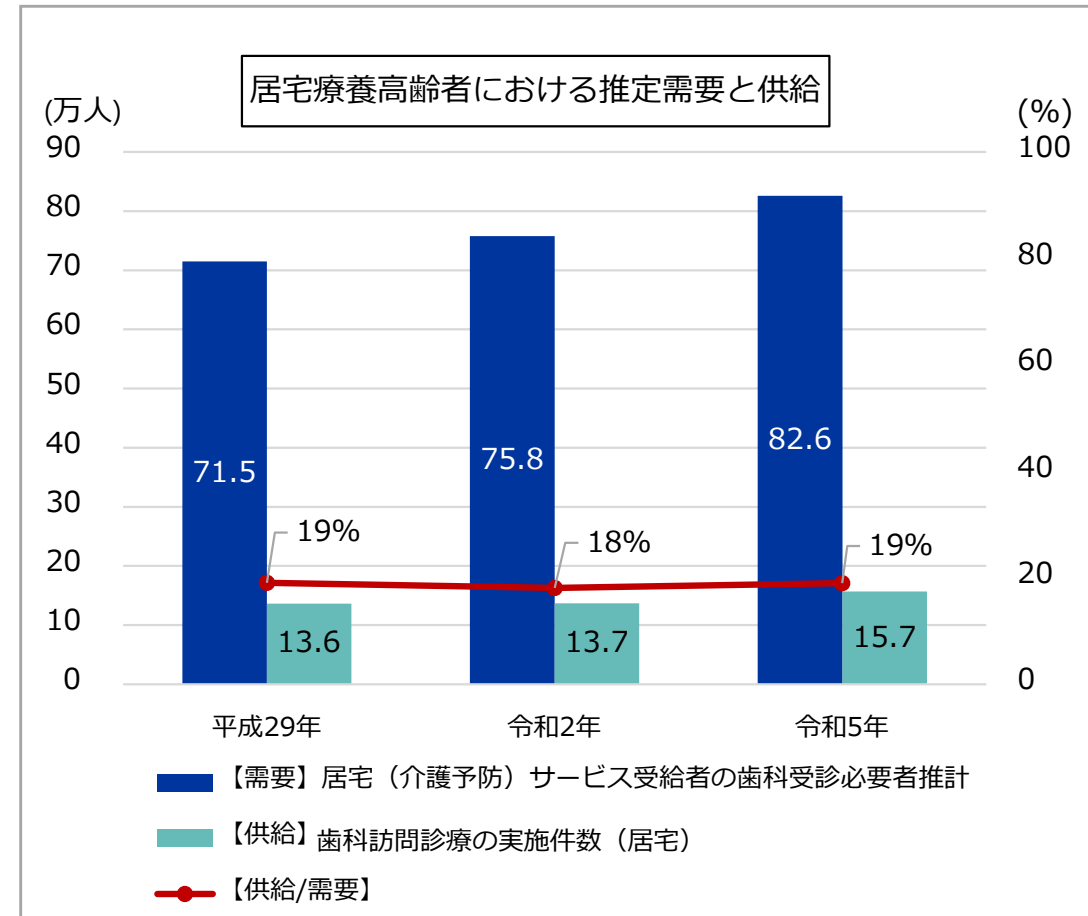
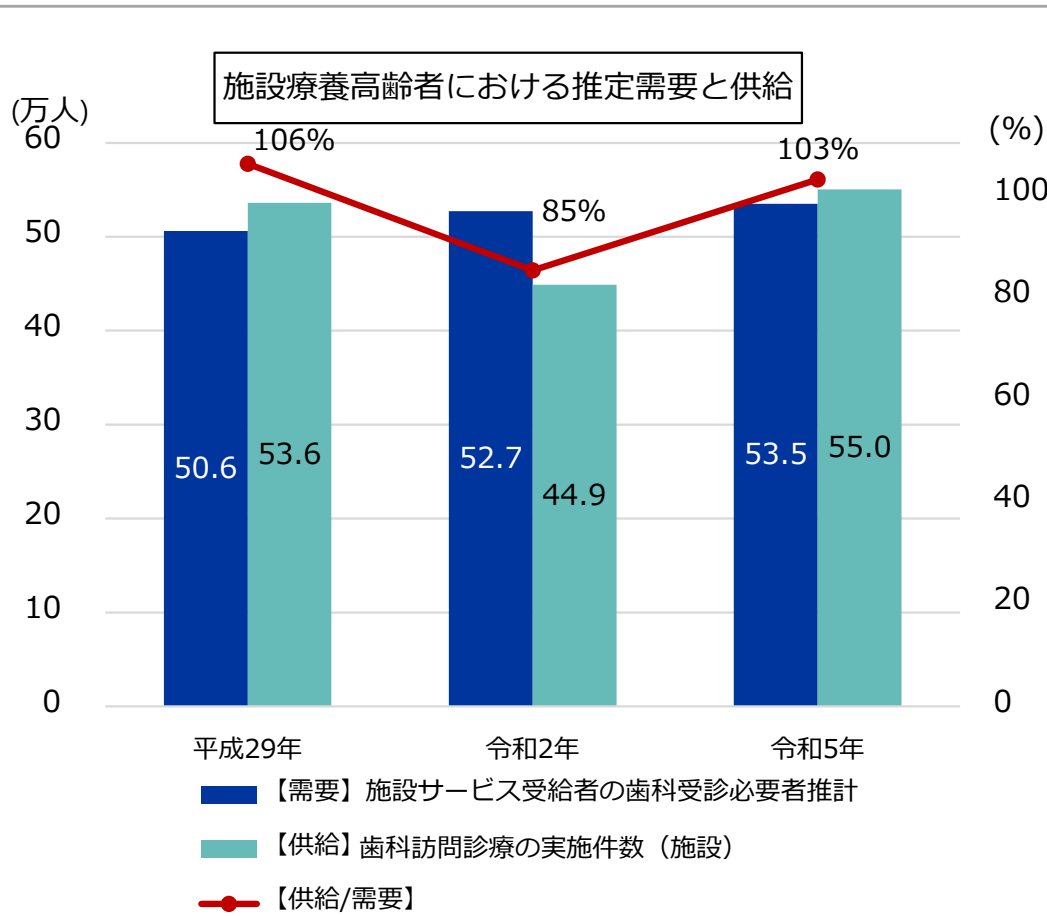
要介護者における歯科治療の推定需要：「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究（日本歯科医学会：令和元年）」より、「要介護高齢者（N=290、平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）において、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

要介護高齢者（療養の場所別）における歯科訪問診療の推定需要と供給

- 居宅療養高齢者では、歯科訪問診療の推定需要と供給の乖離が大きく、需要に対して供給は不足している可能性が高い。
一方、施設療養高齢者では、歯科訪問診療の推定需要と供給の乖離がほとんどない。



注1：需要においては、「介護保険事業状況報告」月報（暫定）9月分にて、施設サービス受給者（介護保険施設の利用者）、居宅（介護予防）サービス受給者に分類されたデータを用いて算出。

供給においては、「医療施設調査」（各年9月分）にて、「訪問診療（介護施設等）」に医療機関が回答した件数を施設療養高齢者とし、「訪問診療（居宅）」に医療機関が回答した件数を居宅療養高齢者として算出。

注2：令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」より、「要介護高齢者（N=290, 平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

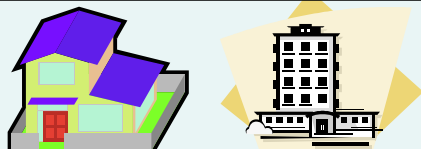
※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

在宅歯科医療に係る診療報酬上の取扱い

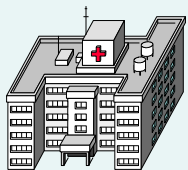
- 歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されており、個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する取扱い。

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院



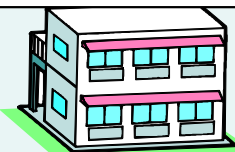
入院中の通院困難な患者

歯科の標榜がある病院（周術期口腔機能管理に関連する場合に限る）

入院中の周術期口腔機能管理を行う患者

- ・介護老人保健施設
- ・介護老人福祉施設

等



入所中の通院困難な患者

通院困難な患者

歯科訪問診療

○歯科訪問診療料

同一建物に居住する患者数		1人	2人以上 3人以下	4人以上 9人以下	10人以上 19人以下	20人以上
		歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 2	歯科訪問診療 3	歯科訪問診療 4	歯科訪問診療 5
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	1,100点	410点	310点	160点	95点
	20分未満		287点	217点	96点	57点

※同居する同一世帯の複数の患者の場合は、1人は歯科訪問診療1を算定可

※歯科訪問診療料を算定する場合は、**基本診療料は算定不可**

患者の状況に応じて



○訪問歯科衛生指導料

単一建物診療患者 (同一月に歯科訪問診療の計画に基づき訪問歯科衛生指導を行う患者数)	1人	2人以上 9人以下	10人以上
	362点	326点	295点

※指導時間が20分以上の場合に月4回に限り算定（居宅療養管理指導との給付調整あり）

○在宅医療に関連する各種加算、管理料等

○個別の診療内容に関する診療報酬

・う蝕治療・有床義歯の作製や修理・歯科疾患の指導管理など診療行為に対して出来高算定

○個別の診療内容の項目に対する加算

・消炎鎮痛、有床義歯の調整等に関連する項目について100分の30～70に相当する点数を加算

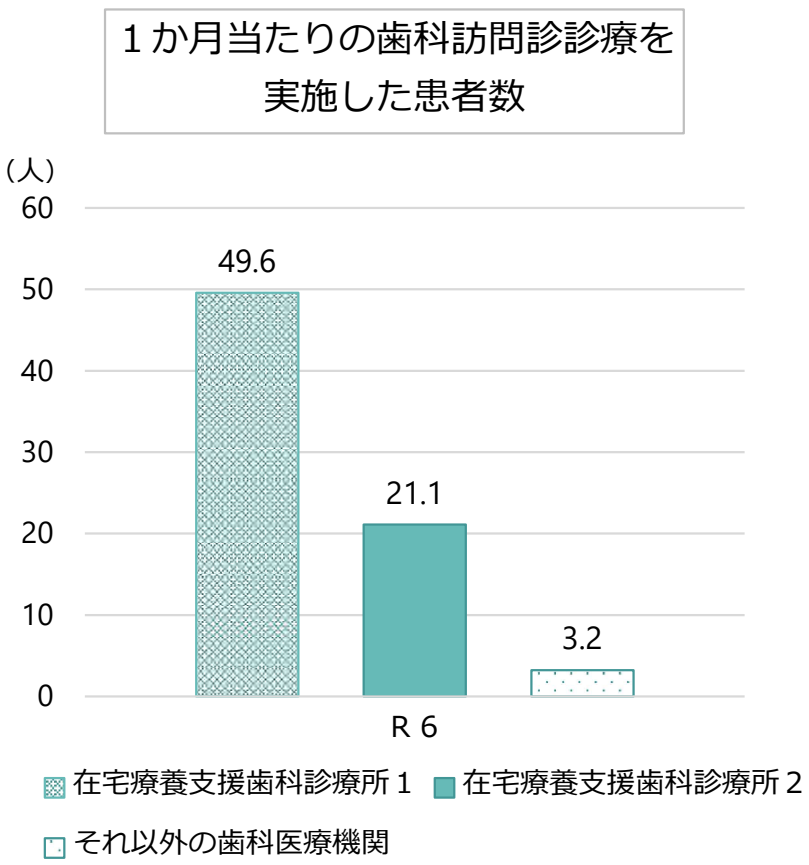
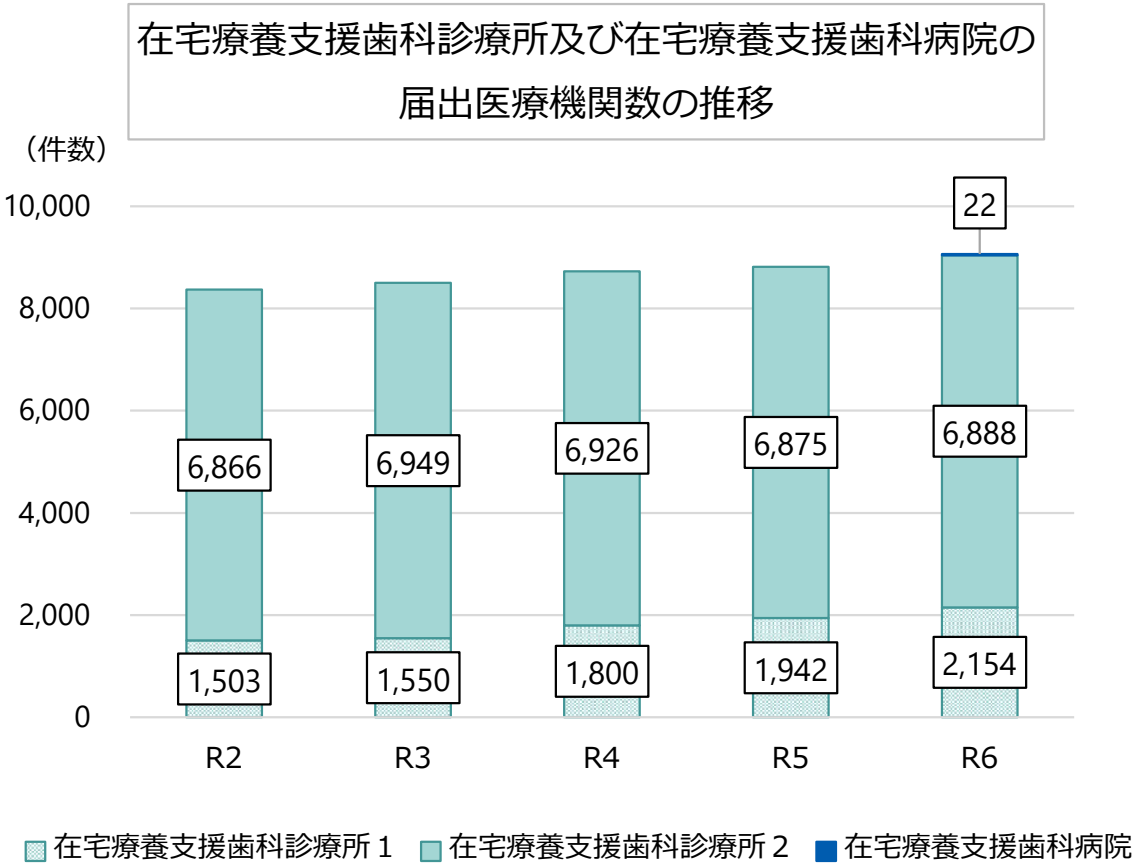
・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴（一部除外あり）の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

在宅療養支援歯科診療所（歯援診）及び在宅療養支援歯科病院（歯援病）の主な施設基準と評価

		歯援診 1	歯援診 2	歯援病
施設基準	歯科訪問診療の実績	過去 1 年間に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計した算定実績		
		18回以上	4回以上	18回以上
	研修	・高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。） ・口腔機能の管理 ・緊急時対応等に係る研修について、常勤の歯科医師 1 名以上が修了		
	歯科衛生士	配置が必要		
	別の医療機関等との連携体制	歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する保険医療機関との連携体制を確保		歯科訪問診療を行う地域の歯科診療所と連携し、必要に応じて歯科訪問診療、外来診療又は入院診療により専門性の高い歯科医療を提供する体制を有すること
	依頼による歯科訪問診療の実績	過去1年間に、次の施設等からの依頼による歯科訪問診療の算定実績 ・在宅医療を担う他の保険医療機関 ・保険薬局 ・訪問看護ステーション ・地域包括支援センター ・居宅介護支援事業所 ・介護保険施設等		
		5回以上	3回以上	5回以上
診療報酬の評価(例)	連携実績	地域ケア会議等の多職種連携に係る会議等への出席、口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は協力等いずれか 1 つ以上	—	歯援診 1 と同じ
	連携に関する算定実績	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料等いずれかの算定が 1 つ以上	—	歯援診 1 と同じ
	歯科疾患在宅療養管理料	340点	230点	340点
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	145点	80点	145点

在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院の届出医療機関数の推移と患者数

- 令和6年時点で、在宅療養支援歯科診療所1は2,154施設、在宅療養支援歯科診療所2は6,888施設、在宅療養支援歯科病院は22施設となっている。
- 在宅療養支援歯科診療所1では、1か月当たり、49.6名の歯科訪問診療を行っていた。

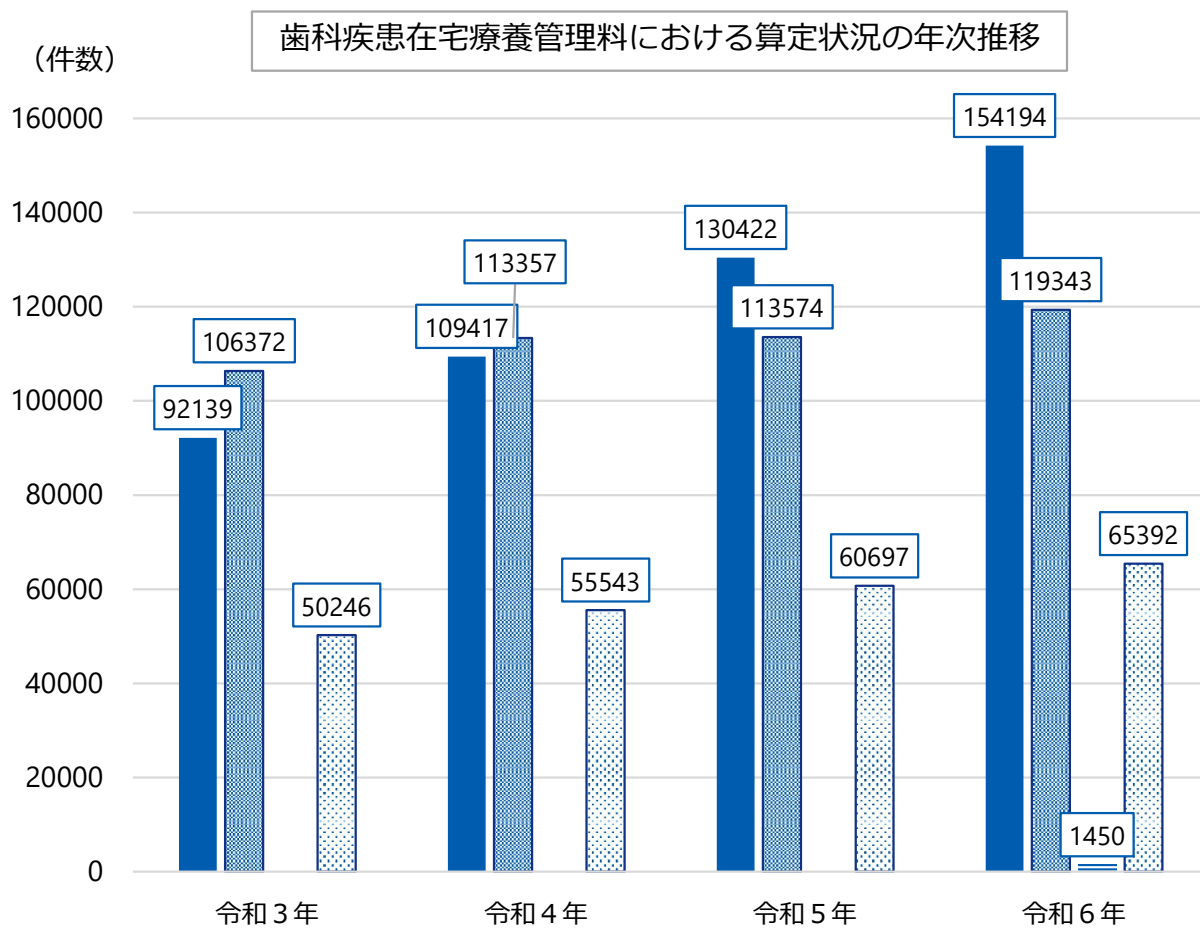


注：令和6年9月～11月の3か月間で行った患者数の月平均

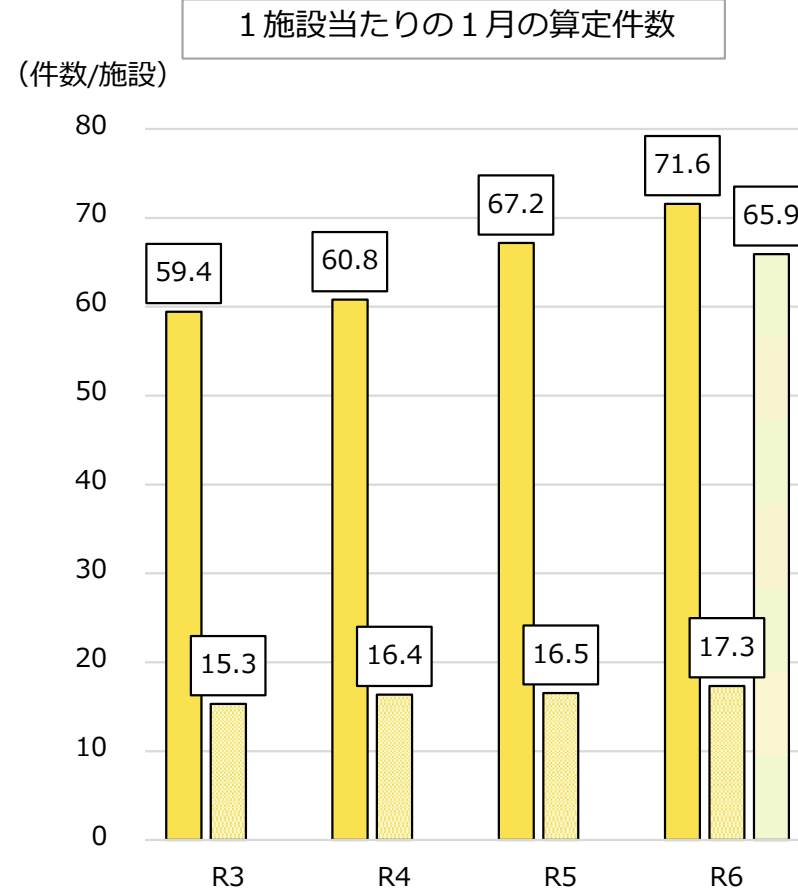
出典：保険局医療課調べ主な施設基準の届出状況等(令和5年までは7月1日現在、令和6年においては8月1日現在の届出状況)
令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)

歯科疾患在宅療養管理料の算定状況等

- 在宅療養支援歯科診療所 1 による算定数は増加し、在宅療養支援歯科診療所 2 による算定はほぼ横ばいに推移している。
- 在宅療養支援歯科診療所 1 と在宅療養支援歯科病院が 1 施設あたりの算定件数が多い。



- 歯科疾患在宅療養管理料 1 在宅療養支援歯科診療所 1
- 歯科疾患在宅療養管理料 2 在宅療養支援歯科診療所 2
- 歯科疾患在宅療養管理料 3 在宅療養支援歯科病院の場合
- 歯科疾患在宅療養管理料 4 1 から 3 まで以外の場合

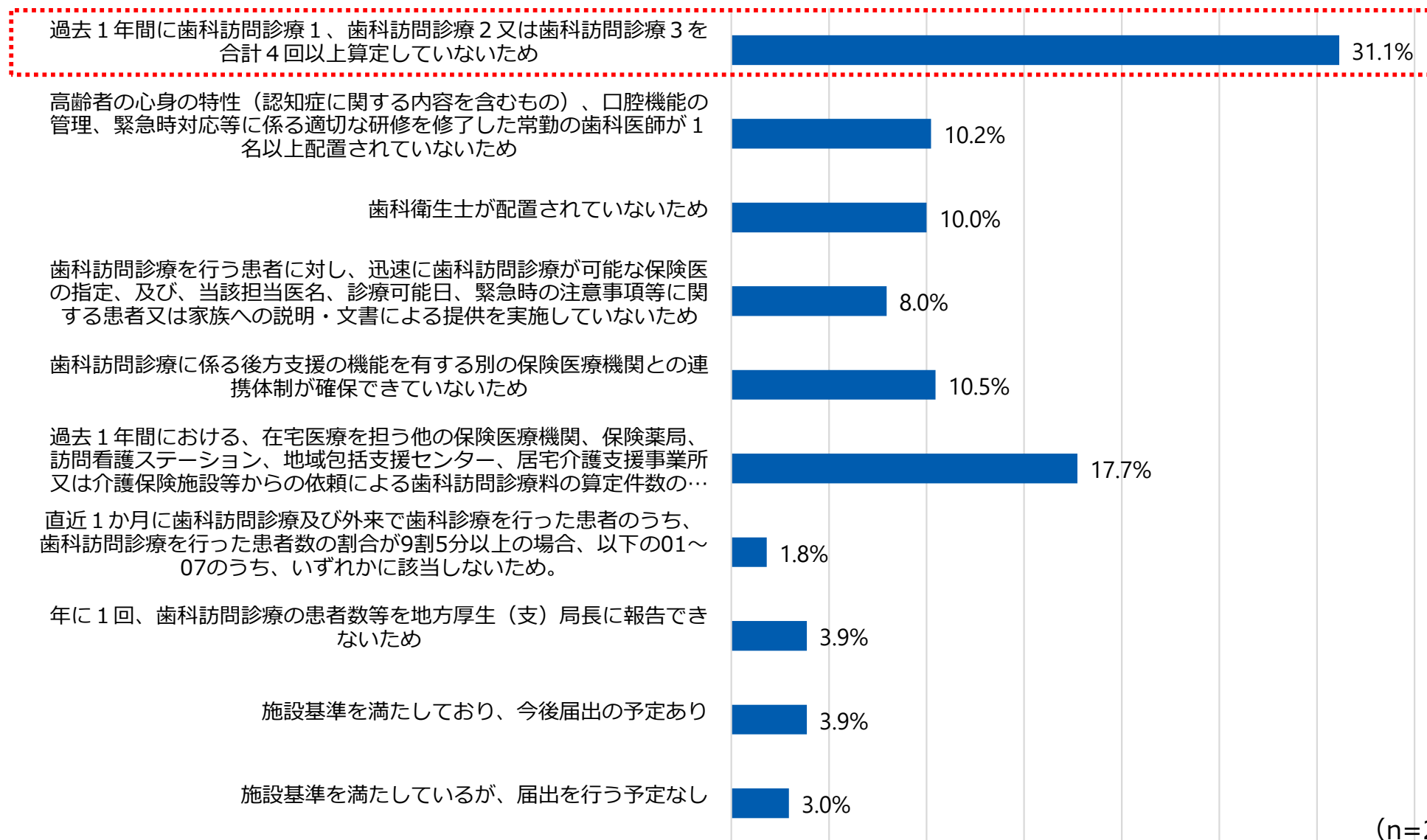


- 在宅療養支援歯科診療所 1
- 在宅療養支援歯科診療所 2
- 在宅療養支援歯科病院

算出：算定件数を P 128 の令和 7 年 8 月 1 日時点の届出医療機関数で割った数値

在宅療養支援歯科診療所の届出を行っていない理由（複数回答）

- 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由としては、「過去1年間に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計 4 回以上算定していないため」が、31.1%で最も多かった。



(n=262)

外来診療と歯科訪問診療のレセプト 1 日あたり平均点数等の比較

歯周病治療を実施した場合の外来診療と歯科訪問診療（同一建物居住者 1 人）を比較すると、レセプト 1 日あたりの平均点数は、歯科訪問診療の方が高いが、1 日に実施できる人数は、歯科訪問診療の方が少ない。

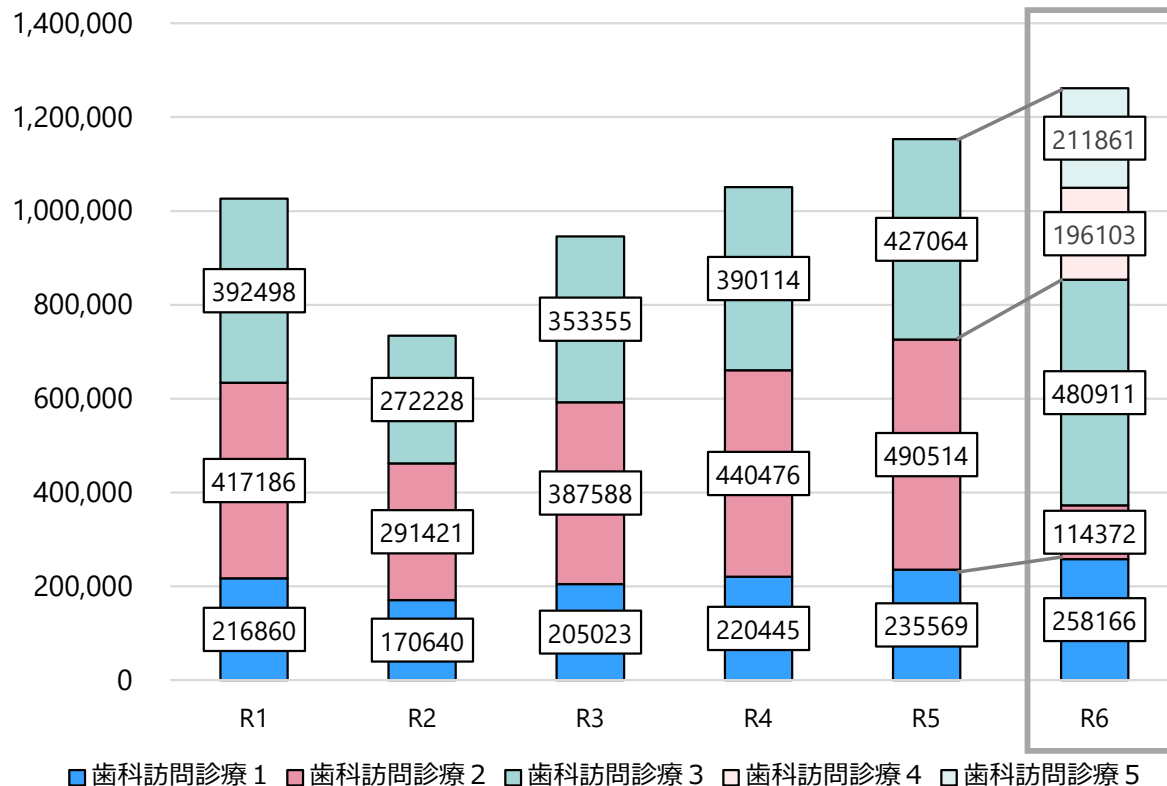
	外来診療	歯科訪問診療 (同一の建物に居住する患者数が 1 人のみ)
レセプト 1 日 あたりの 平均点数 (歯周病治療を実施した場合)	<p><u>800点</u>※ 1</p> <p>※ 1 初診料又は再診料を算定した患者に対して、歯周病検査やスケーリング等の歯周病治療を実施した令和 7 年 2 月分のレセプトを抽出し、1 日あたりの平均点数を算出</p>	<p><u>1、658点</u>※ 2</p> <p>※ 2 歯科訪問診療 1 を算定した患者に対して、歯周病検査やスケーリング等の歯周病治療を実施した令和 7 年 2 月分のレセプトを抽出し、1 日あたりの平均点数を算出</p>
1 日に実施 できる患者数 (推計) (8 時間、歯周病治療を実施した場合)	<p><u>約 15 人</u></p> <p>= 480 分 (8 時間)</p> <p>31 分 (※ 3 1 患者あたり時間)</p> <p>※ 3 歯周治療の下記①～④の時間を合算</p> <p>①初診・再診：4.8 分 (初診及び再診時間を加重平均)</p> <p>②歯科パノラマ断層撮影：7.7 分</p> <p>③歯周精密検査：12.1 分</p> <p>④スケーリング (超音波スケーラー)：6.7 分</p> <p>計 31.3 分 ≒ 31 分</p>	<p><u>約 7 人</u></p> <p>= 480 分 (8 時間)</p> <p>70 分 (※ 4 1 患者あたり時間)</p> <p>※ 4 在宅歯科診療の下記①～⑦の時間を合算</p> <p>①移動 (往路)：15.1 分</p> <p>②機器の設置：6.5 分</p> <p>③初診・再診：5.3 分 (初診及び再診時間を加重平均)</p> <p>④歯周精密検査：12.1 分 (左記の値を引用)</p> <p>⑤スケーリング：9.2 分</p> <p>⑥機器の撤収：6.4 分</p> <p>⑦移動 (復路)：15.3 分</p> <p>計 69.9 分 ≒ 70 分</p> <div data-bbox="1700 724 2072 986" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="1700 991 2072 1289" data-label="Image"> </div> <p>訪問診療用ポータブルユニット (平成 23 年 6 月 3 日中医協 総-2-2 より引用)</p> <p>注：歯科訪問診療時に歯科パノラマ断層撮影は実施できないので上記時間に当該撮影は加味していないが、エックス線撮影を加味すると上記の時間より更に長くなる。</p>

歯科訪問診療料の算定状況

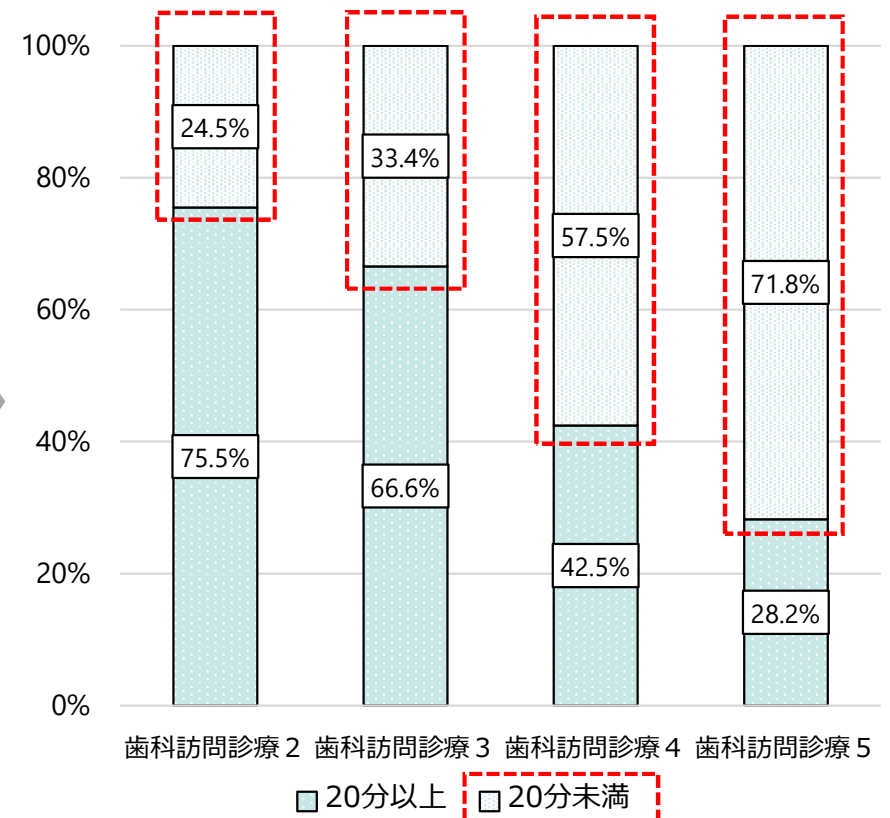
- 歯科訪問診療料の算定状況は、令和2年に減少したものの令和5年には増加傾向がみられ、特に歯科訪問診療2及び3の増加が著しい。歯科訪問診療の人数が多くなるにつれて、20分未満の診療の割合が多くなっている。
- なお、全体の歯科訪問診療料の算定回数が増加する中で、20分未満の割合が相対的に高い「同一の建物居住する患者数が10人以上」の算定回数は改定後に減少している。

(回数)

歯科訪問診療料における算定状況の年次推移



各歯科訪問診療料（R6）における診療時間別の割合



(参考) ※令和6年度診療報酬改定前までの評価区分

- 歯科訪問診療1：同一の建物居住する患者数が1人のみ
- 歯科訪問診療2：同一の建物居住する患者数が2～9人
- 歯科訪問診療3：同一の建物居住する患者数が10人以上

※令和6年度診療報酬改定後の評価区分

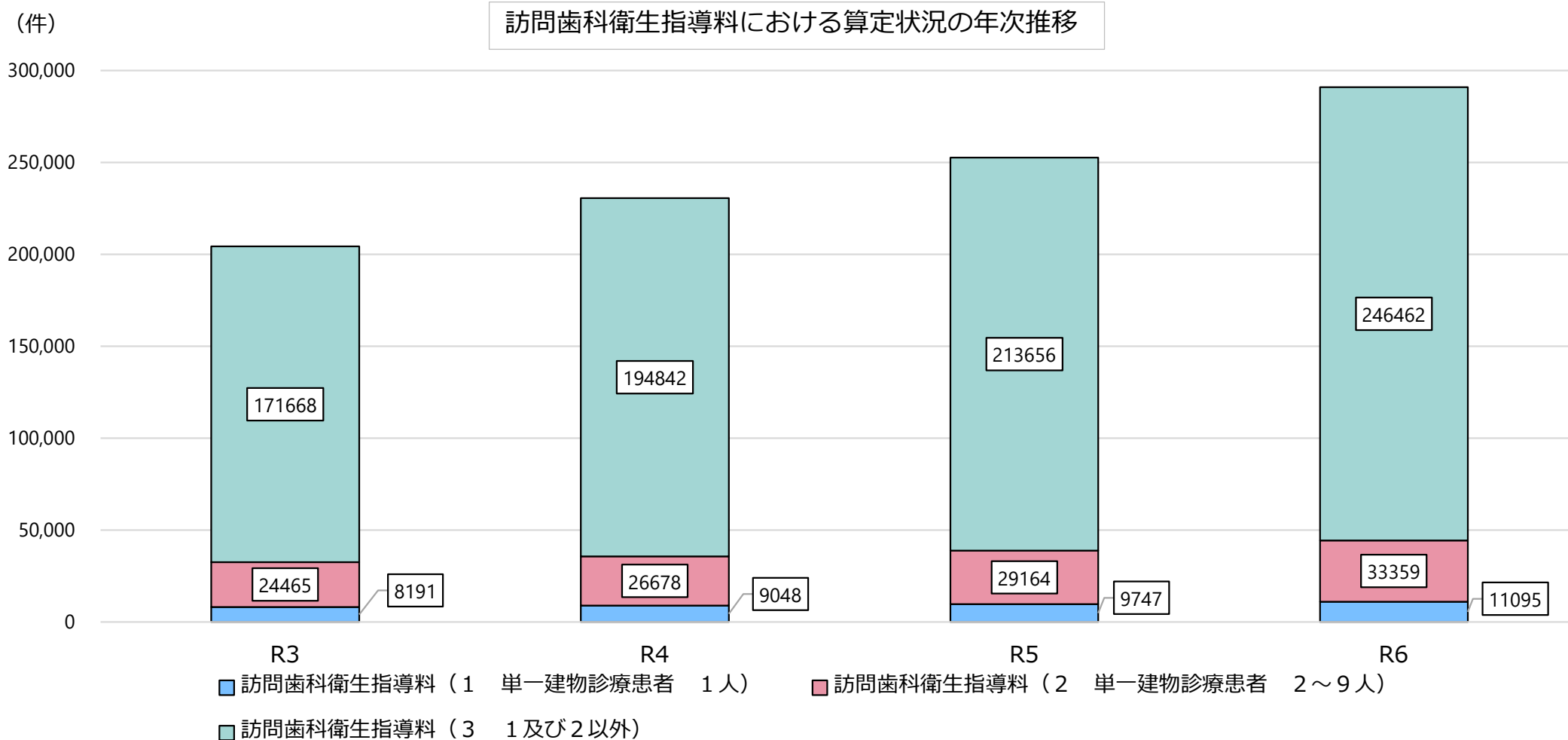
- 歯科訪問診療1：同一の建物居住する患者数が1人のみ
- 歯科訪問診療2：同一の建物居住する患者数が2～3人
- 歯科訪問診療3：同一の建物居住する患者数が4～9人
- 歯科訪問診療4：同一の建物居住する患者数が10～19人
- 歯科訪問診療5：同一の建物居住する患者数が20人以上

訪問歯科衛生指導料の算定状況①

- 訪問歯科衛生士指導料の算定状況は、増加傾向がみられ、特に訪問歯科衛生指導 3（単一建物診療患者 10名以上）の増加が著しい。

<算定要件>

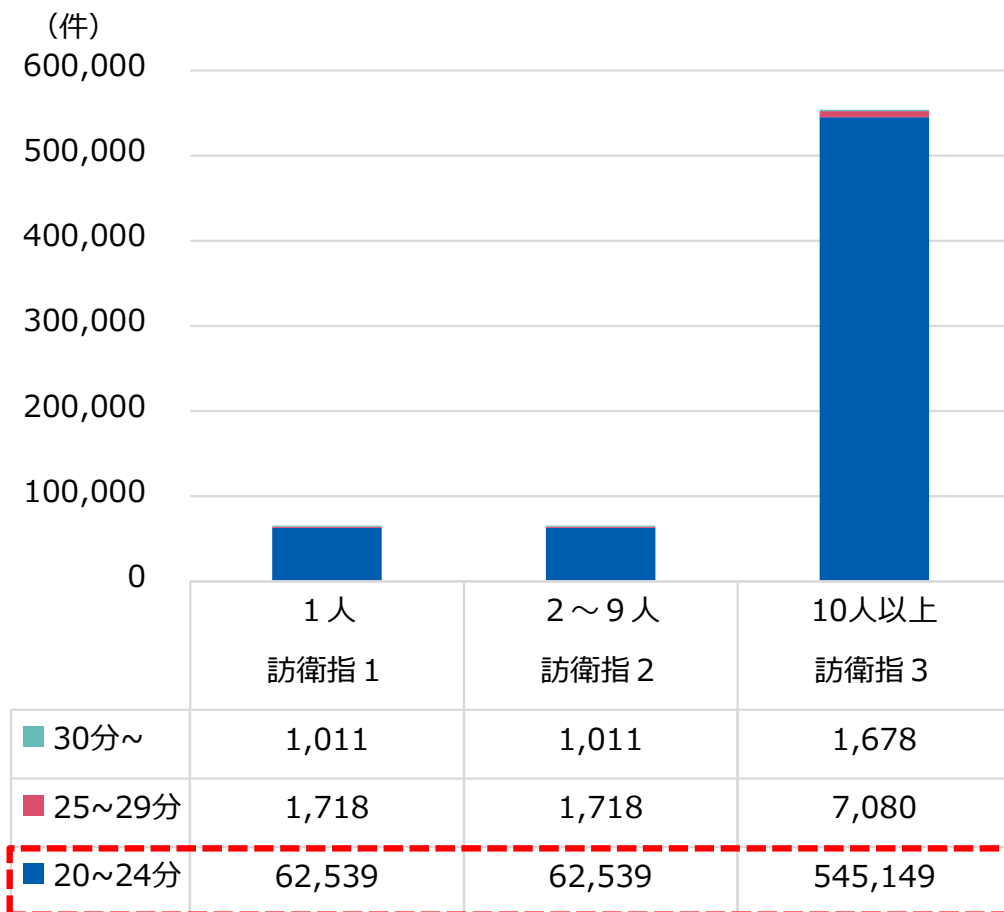
口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が**20分以上行った場合**に、患者 1 人につき、月 4 回に限り算定。



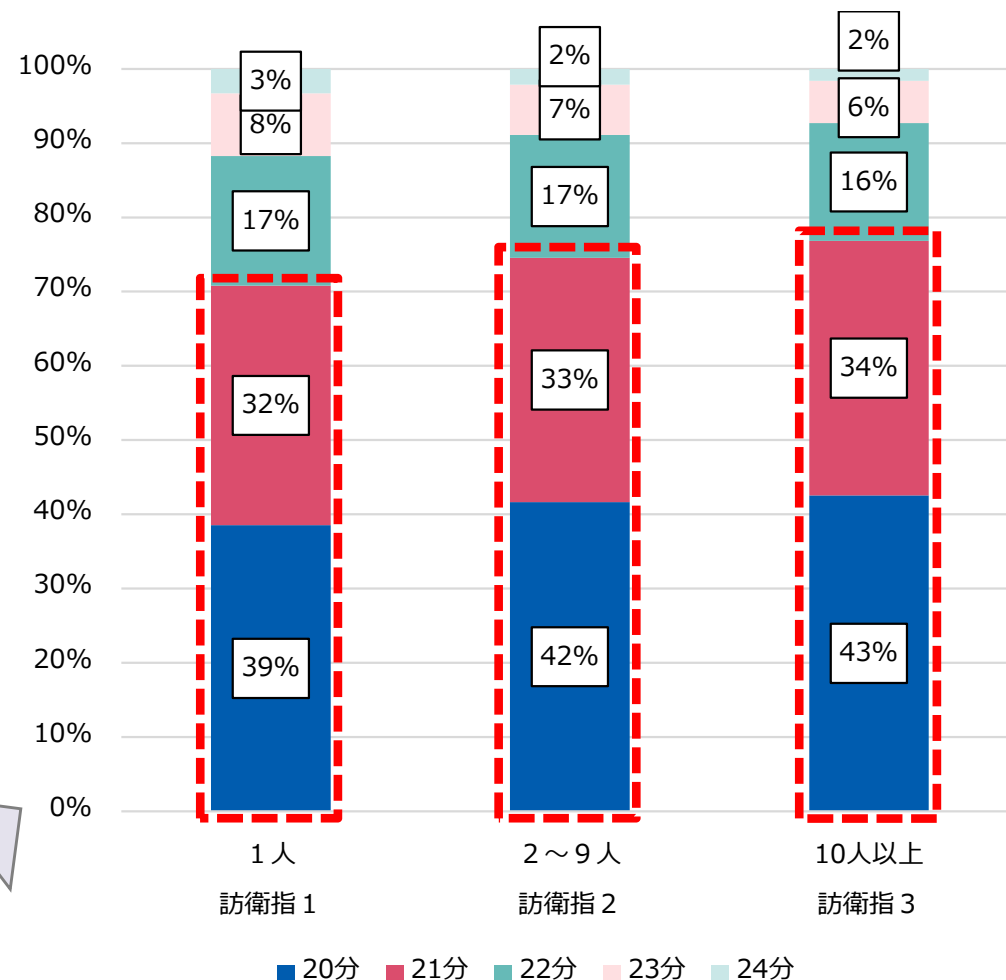
訪問歯科衛生指導料の算定状況②

- 訪問歯科衛生指導料における指導時間は20分～24分が大部分を占め、同一建物居住する患者数が増えるほど20分及び21分の割合が増加した。

各訪問歯科衛生指導料における指導時間ごとの件数



各訪問歯科衛生指導料における指導時間別の割合



(参考) ※評価区分

訪問歯科衛生指導料 1：同一の建物居住する患者数が1人のみ
 訪問歯科衛生指導料 2：同一の建物居住する患者数が2～9人
 訪問歯科衛生指導料 3：同一の建物居住する患者数が10人以上

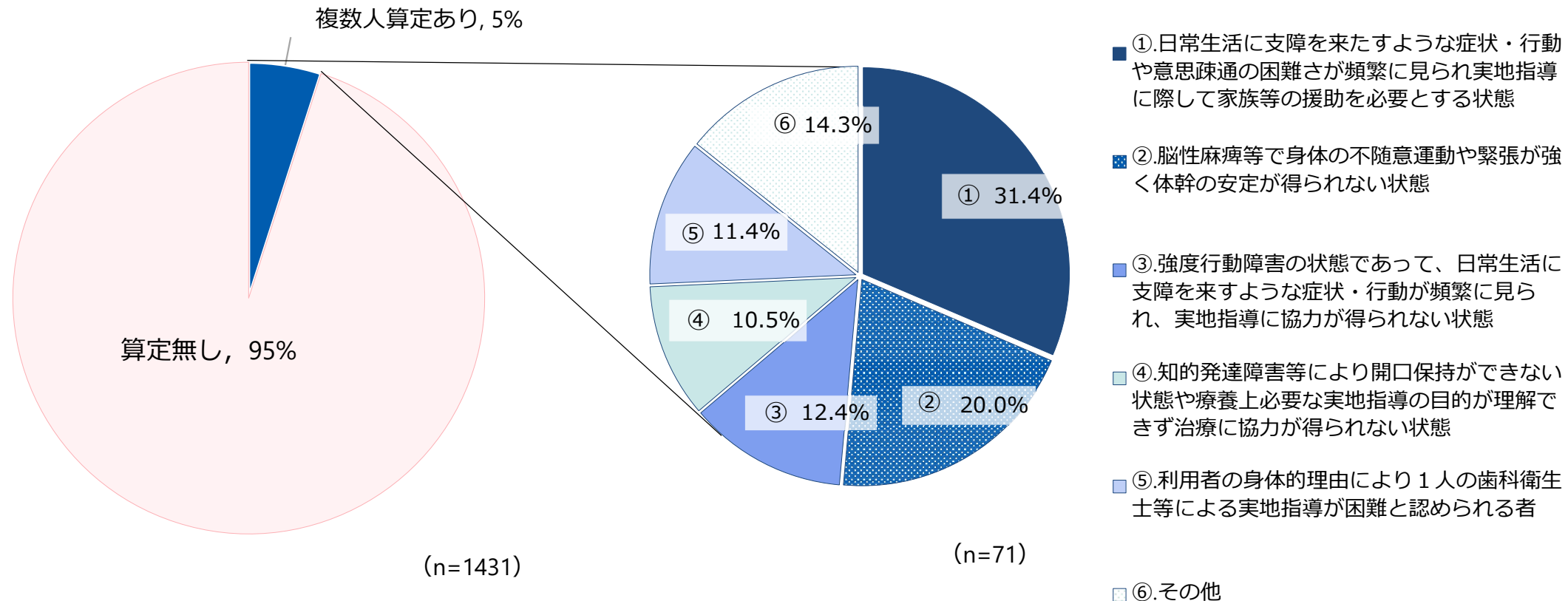
出典：令和6年6月分のNDBを特別集計（外れ値は除く）

複数名訪問歯科衛生指導加算の算定状況

- 検証調査によると、複数名訪問歯科衛生指導加算の算定状況は、「算定あり」が5%であった。
- 複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した患者のうち、「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ実施指導に際して家族等の援助を必要とする状態」が最も多かった。

<複数名訪問歯科衛生指導加算の算定要件>

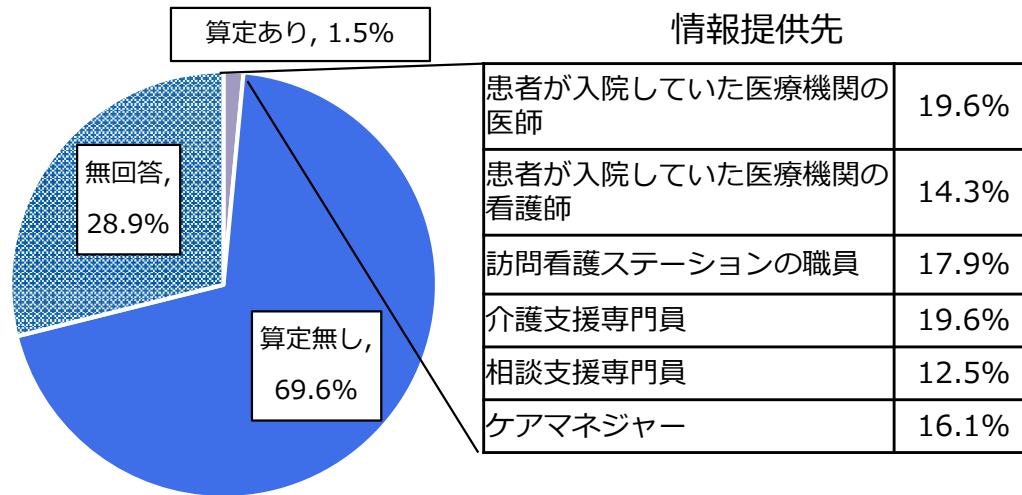
訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が他の歯科衛生士等と患家を訪問して訪問歯科衛生指導を実施した場合に、所定点数に加算する。



在宅歯科医療情報連携加算の算定状況

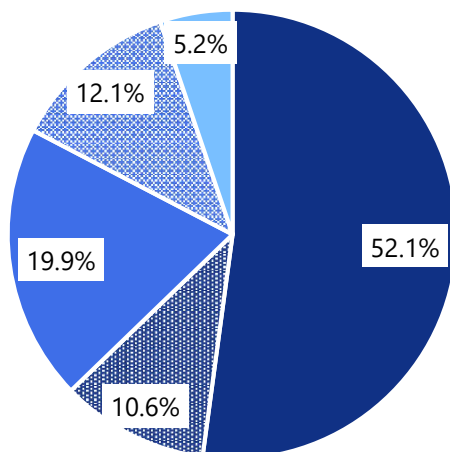
- 在宅歯科医療情報連携加算の算定状況は「算定あり」が1.5%であり、連携先は、患者が入院していた医療機関の医師や介護支援専門員が最も多く、連携した情報は、患者の基礎情報や疾患に関する情報が最も多かった。
- 届出していない理由は「ICTを活用した患者の診療情報等の共有体制の確保が困難である」が約半数を占めていた。

<在宅歯科医療情報連携加算の算定>

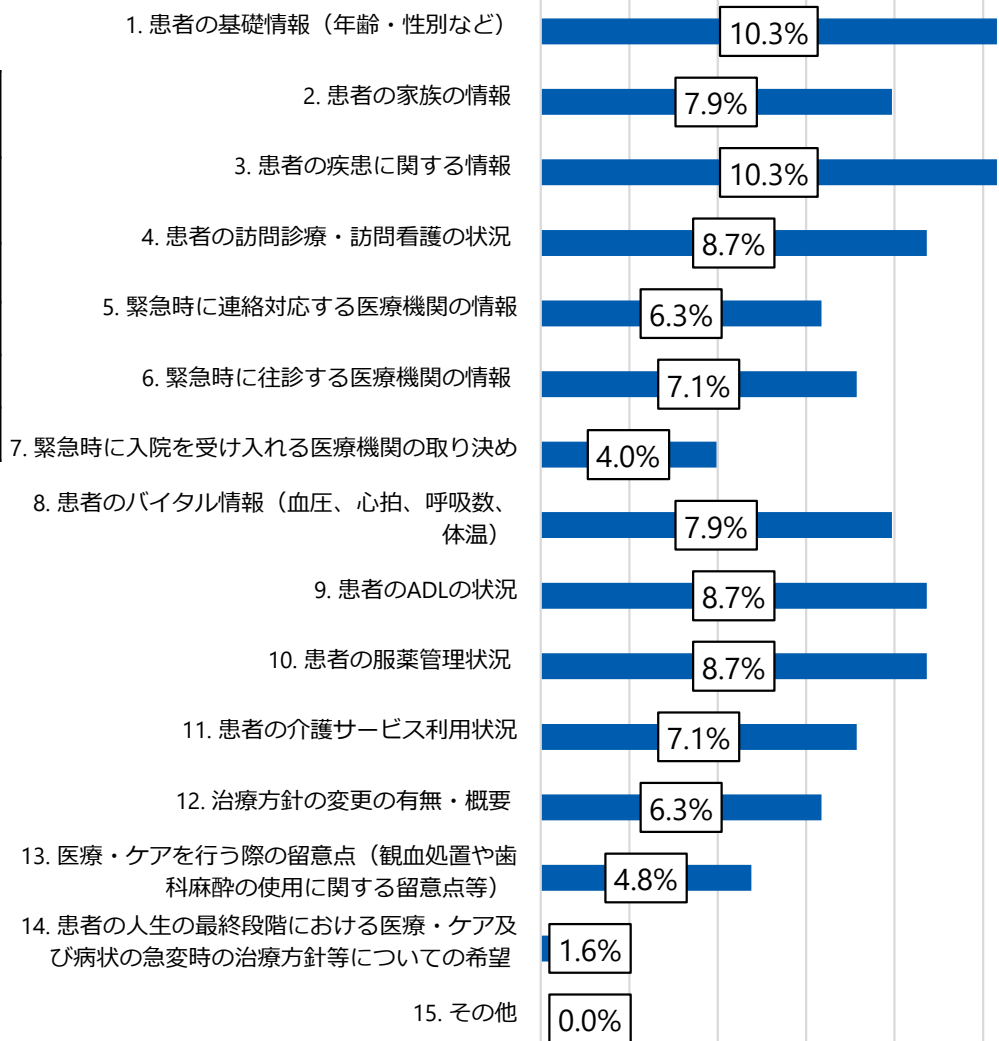


<届出していない理由>

- ICTを活用した患者の診療情報等の共有体制の確保が困難であるため
- 特別の関係でない連携機関数が5未満であるため
- 対象となる患者がいないため
- 経営上のメリットがないため
- その他



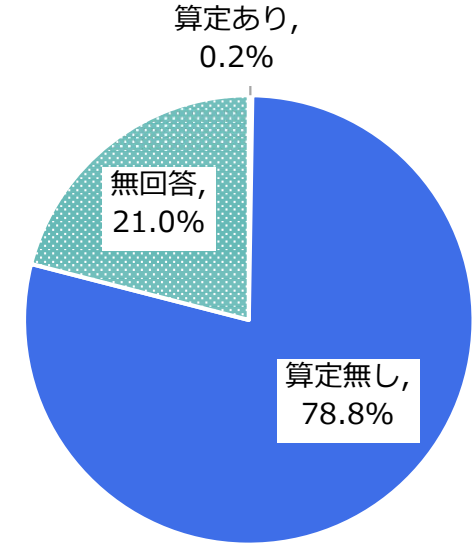
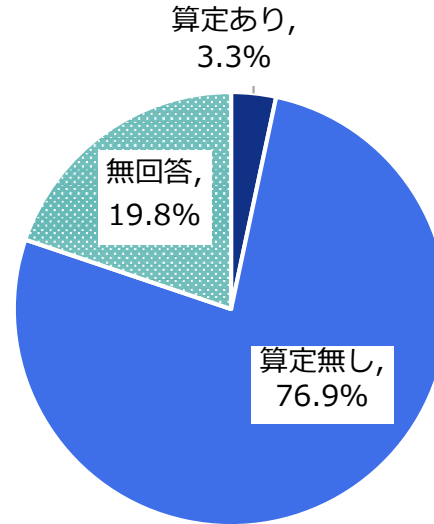
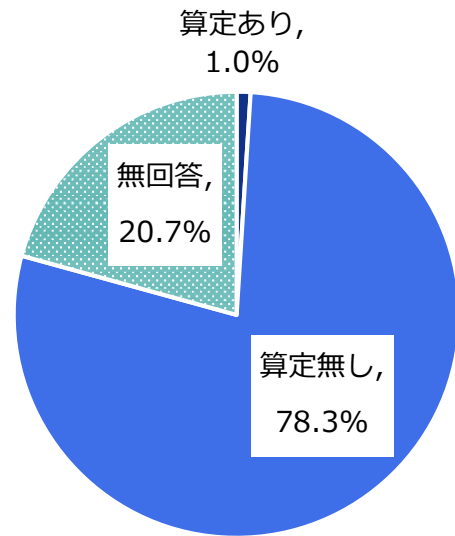
<連携した情報>



在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定状況

- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の「算定あり」は0.2-3.3%であった。
- 算定していない理由は、依頼がないため実施していないが最も多かった。

＜在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 1＞ ＜在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 2＞ ＜在宅歯科栄養サポートチーム連携指導料 3＞

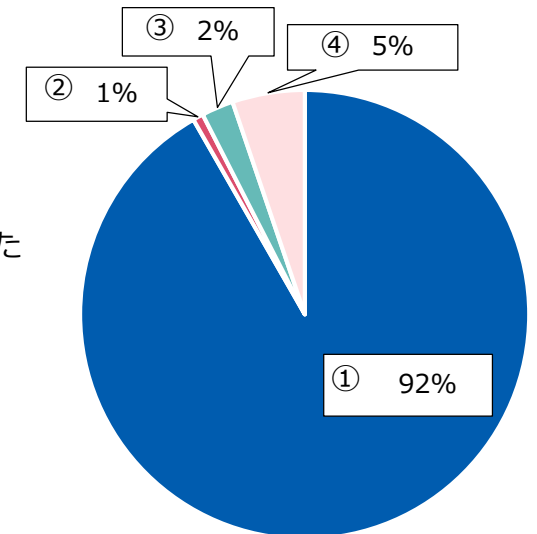


＜算定要件の概要＞

- ① 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1：歯科医師が、他の保険医療機関の入院患者に対して、患者の入院している保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、口腔機能評価に基づく管理を行う。
- ② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2：歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、患者の入所施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行う。
- ③ 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3：歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、患者の入所施設で行われる食事観察等に参加し、口腔機能評価に基づく管理を行う。

＜算定していない理由＞

- ① 依頼がないため実施していない
- ② 依頼があったが実施できなかった
- ③ 実施しているが算定できない
- ④ 無回答



課題(小括④)

(在宅歯科医療を取り巻く状況)

- 全ての年齢階級において、「在宅医療」の件数は近年増加している一方で、歯科訪問診療を提供している歯科診療所や病院の割合は限られている（歯科診療所：2割未満、病院：1割未満）。
- 要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は約5割であり、特に居宅で療養する高齢者において、推定需要数と実施件数（供給数）の乖離が大きい。
- 令和6年度診療報酬改定では、質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価を細分化するとともに、歯科訪問診療の後方支援等を行う病院を在宅療養支援歯科病院として、新たに評価している。

(歯科訪問診療の実施状況等)

- 在宅療養支援歯科診療所の施設数は、令和2年以降ほぼ横ばいで推移しており、届出を行っていない理由は、歯科訪問診療の実績の不足が最も多い。また、在宅療養支援歯科病院の届出は22施設にとどまっている。なお、在宅療養支援歯科診療所や在宅療養支援歯科病院において、1施設あたりの実施実績は多い。
- 外来診療と歯科訪問診療（同一建物居住者1人）を比較すると、レセプト1日あたりの平均点数は、歯科訪問診療の方が高いが、1日に実施できる人数は、歯科訪問診療の方が少ない。
- 歯科訪問診療料の算定回数は年々増加傾向にあり、歯科訪問診療3（同一建物居住者が4～9人）が最も多く算定されている。また、同一日に訪問する患者数が増加するほど、歯科治療が20分未満である割合が多くなっている。
- 訪問歯科衛生指導料の算定件数も年々増加傾向にあり、訪問歯科衛生指導3（単一建物診療患者10名以上）が最も多く算定されている。また、単一建物患者数が増加するほど、20分以上25分未満の割合が増加している。
- 複数名訪問歯科衛生指導加算は、患家に限定されているため算定実績が少ないが、様々な状態の患者に対応している。
- 歯科訪問診療の実施にあたり、医科医療機関（病院、診療所）や保険薬局、介護保険施設等との連携が求められるが、関連する診療報酬項目（在宅歯科医療情報連携加算、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料等）の算定は少なく、連携は一部にとどまる。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

○地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局は、医療機関等の関係機関と連携しつつ、その専門性を発揮し、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供する役割を果たすことが求められている。



- ・医薬品、医療機器、医療材料等の提供
- ・訪問薬剤管理指導、急変時の対応
- ・ターミナルケアへの対応（医療用麻薬の調剤、管理等）
- ・在宅医等の多職種との連携

在宅医療において薬局に期待される主な役割

第5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28日

資料

在宅医療において薬局に期待される主な役割として、下記のような内容が考えられる。

① 医薬品・医療機器・衛生材料の提供体制の構築

- 多数の医薬品の備蓄
- 患者の状態に応じた調剤（一包化、簡易懸濁法、無菌調剤等）
- 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）
- 医療機器・衛生材料の提供

② 薬物療法の提供及び薬物療法に関する情報の多職種での共有・連携

- 服薬指導・支援、薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせの等の確認）
- 服薬状況と副作用等のモニタリング、残薬の管理
- 入院時及び退院時の薬物療法に関する情報の共有
- 在宅医への処方提案

③ 急変時の対応

- 24時間対応体制

④ ターミナルケアへの関わり

- 医療用麻薬の調剤及び管理（廃棄含む）

第8次医療計画における在宅医療のうち訪問薬剤管理指導に関する事項

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問薬剤管理指導に関しては、在宅医療の質の向上のため薬剤師の関与が期待されており、また、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

④ 訪問薬剤管理指導

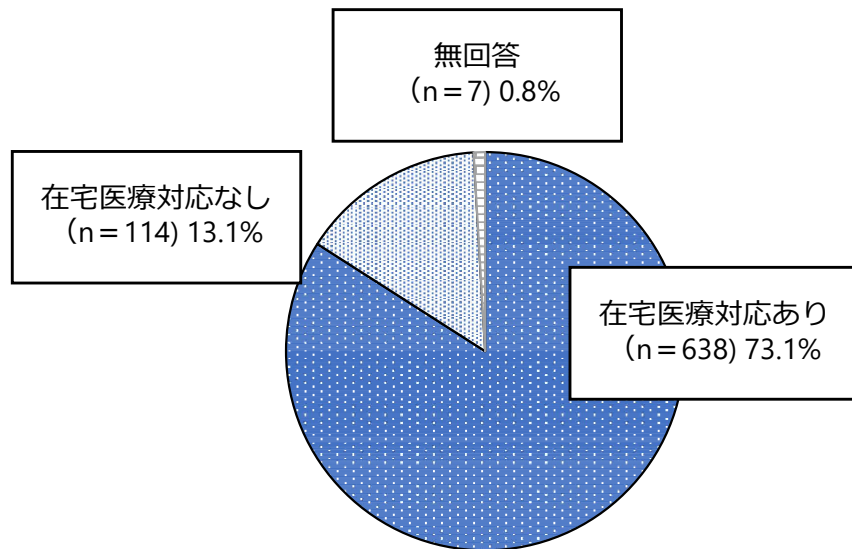
全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

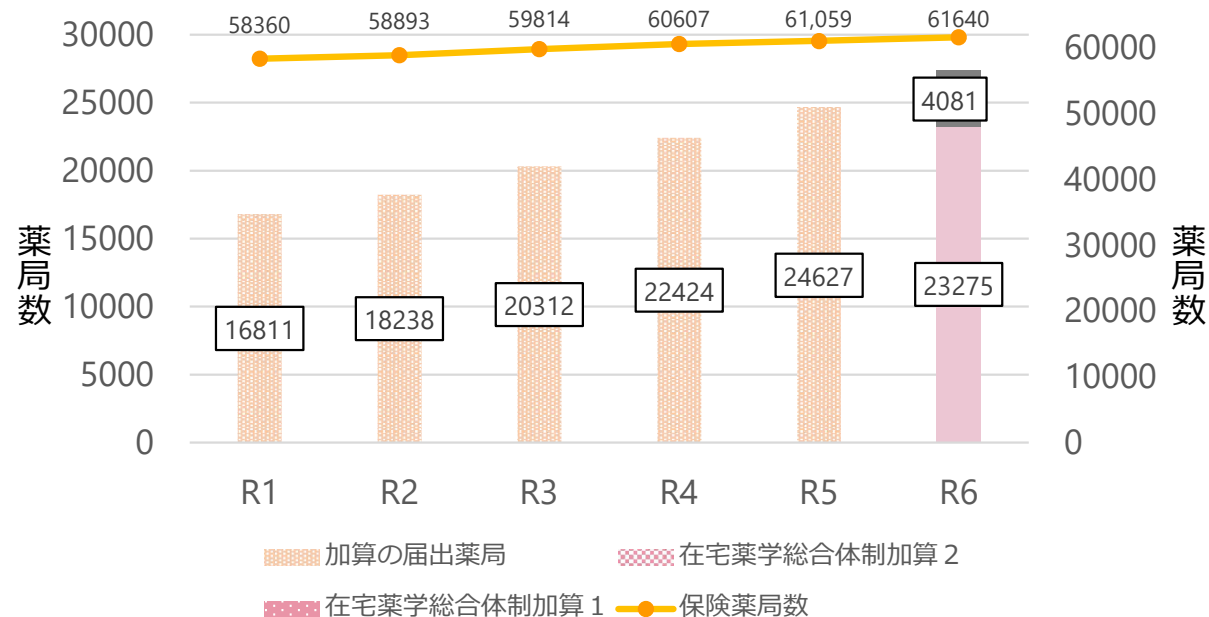
在宅患者への訪問薬剤管理指導に係る届出薬局数

- 在宅医療対応ありと回答した薬局は70%を超えていた。
- 一定の訪問実績が必要な在宅患者調剤加算（現：在宅薬学総合体制加算）の届出薬局数については、薬局全体の約40%であり、増加傾向にある。

■ 在宅医療対応の有無※1 (n=759)



■ 在宅患者調剤加算（現：在宅薬学総合体制加算）の届出数※2



■ 在宅薬学総合体制加算 1（処方箋受付 1 回につき + 15 点）

【施設基準】

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- (2) 在宅薬剤管理の実績 24回以上/年
- (3) 開局時間外における在宅業務対応（在宅協力薬局との連携含む）
- (4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- (5) 在宅業務に関する研修（認知症・緩和医療・ターミナルケア）及び学会等への参加
- (6) 医療材料及び衛生材料の供給体制
- (7) 麻薬小売業者の免許の取得

■ 在宅薬学総合体制加算 2（処方箋受付 1 回につき + 50 点）

【施設基準】

- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制（2 名以上の保険薬剤師が勤務）
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上/年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ① 医療用麻薬の備蓄・取扱（注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上）
 - ② 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制（在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上/年）

出典：※1 令和 4 年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」をもとに保険局医療課にて作成

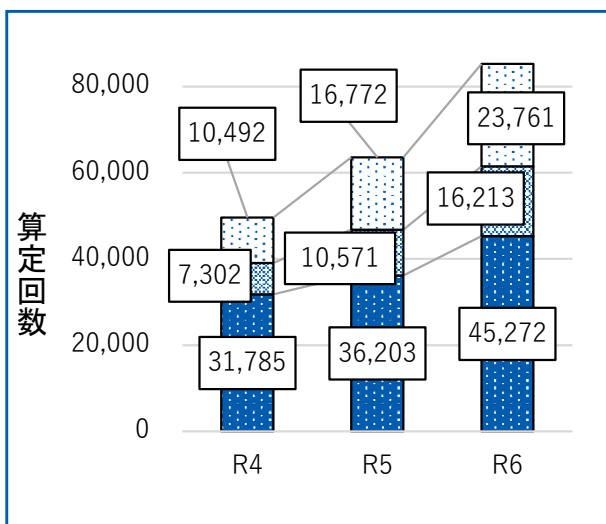
※2 届出薬局数・保険薬局数については保険局医療課調べ（令和元年から令和 5 年までは各年 7 月 1 日時点、令和 6 年は 8 月 1 日時点）

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定状況

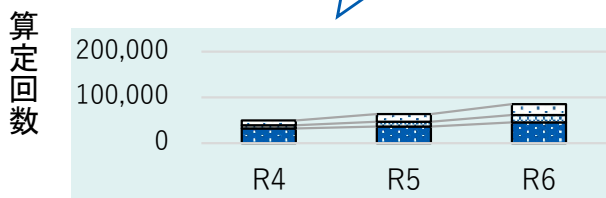
- 薬局における在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導料（医療保険）、居宅療養管理指導費（介護保険）の算定回数についてはいずれも増加傾向である。
- 訪問薬剤管理指導全体では、訪問先の単一建物あたりの診療患者が10人以上である割合が高い。

■ 在宅訪問薬剤管理指導料（医療保険）

- 単一建物 診療患者10人以上
- 単一建物 診療患者2人以上9人以下
- 単一建物 診療患者1人

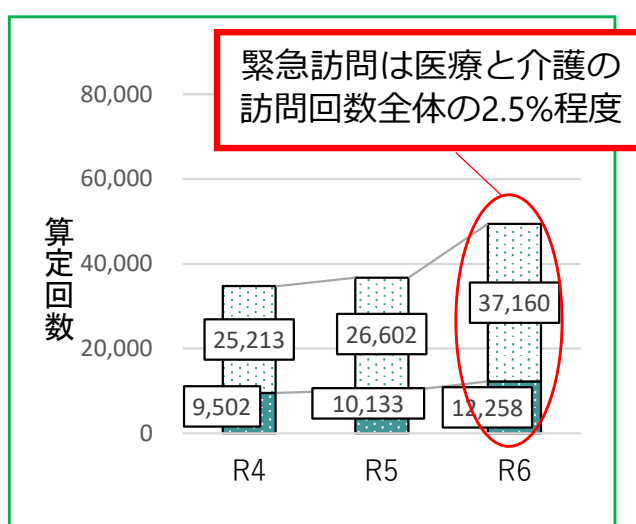


拡大



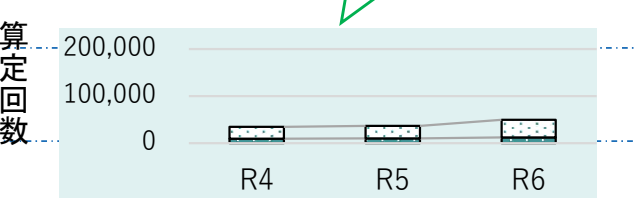
■ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（医療保険）

- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの以外（注）
- 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの（注）令和6年度診療報酬改定で上限回数見直し

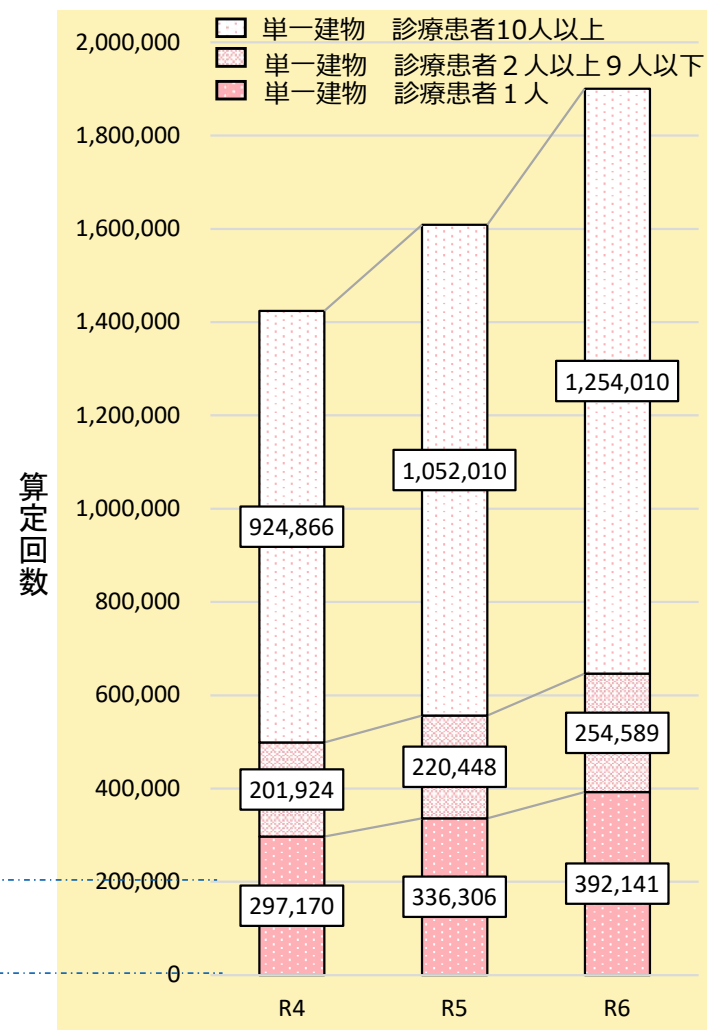


緊急訪問は医療と介護の訪問回数全体の2.5%程度

拡大



■ 薬局における居宅療養管理指導費（介護保険）



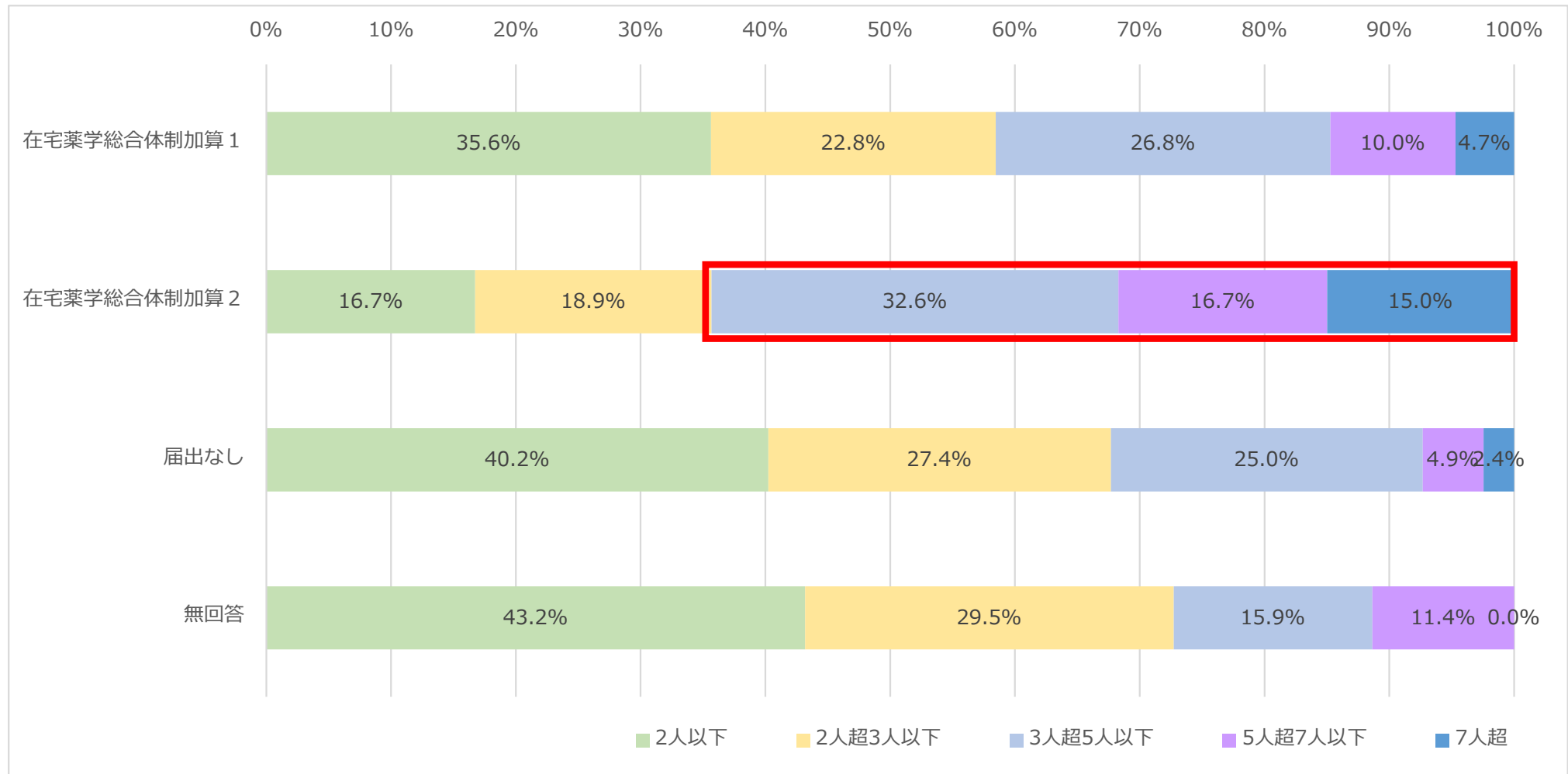
出典：社会医療診療行為別統計（令和4・5年は各年6月審査分、令和6年は8月審査分）

介護給付費等実態統計より老健局老人保健課作成（令和4・5年は各年6月審査分、令和6年は8月審査分）

薬局における在宅医療の実施状況と勤務薬剤師数

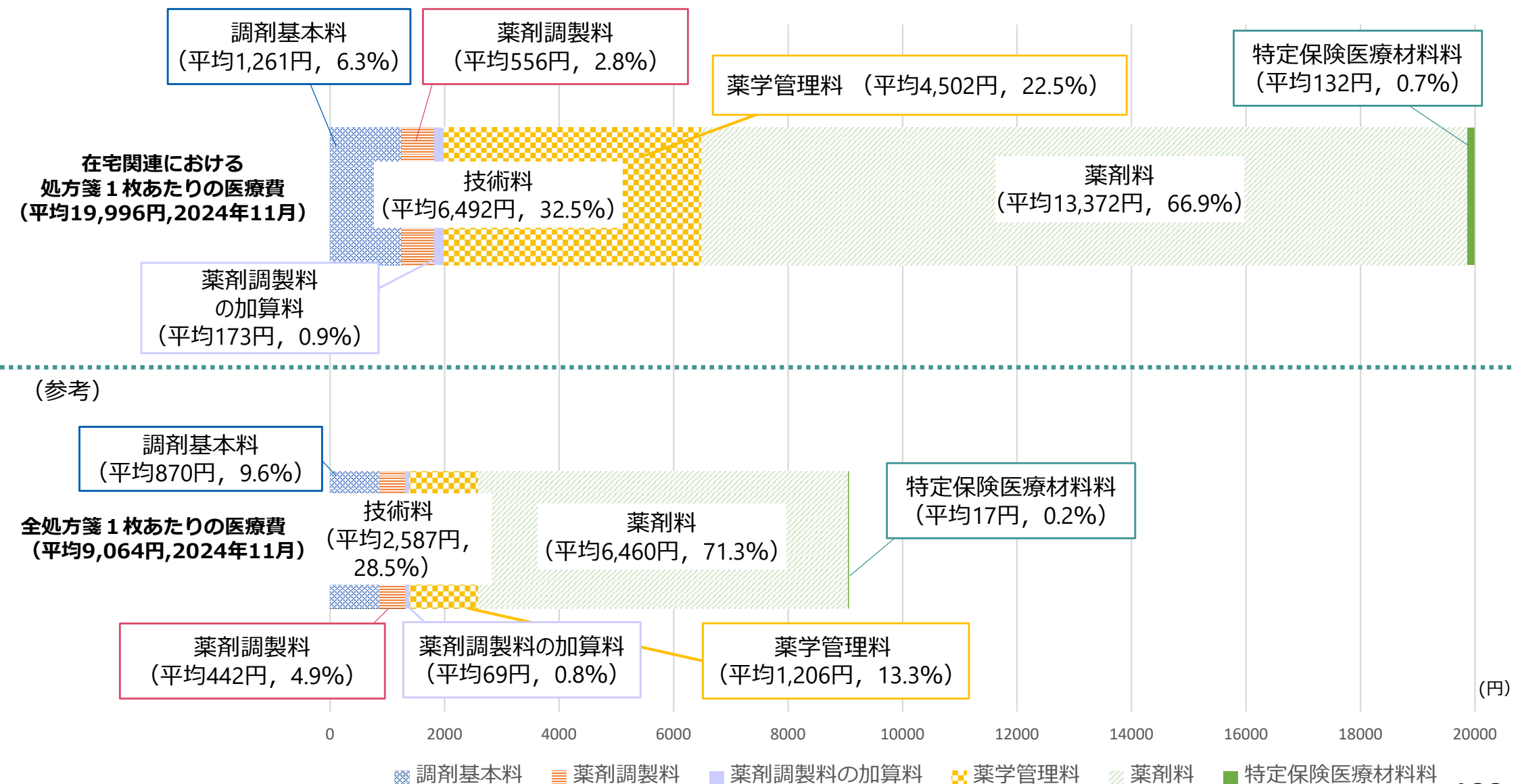
- 在宅薬学総合体制加算を算定している薬局においては、勤務している薬剤師数が多い傾向にあった。
- 在宅薬学総合体制加算 1 より在宅薬学総合体制加算 2 を算定している薬局の方が、勤務している薬剤師数が多い傾向にあった。

■届出状況別常勤換算総薬剤師数の割合



在宅患者訪問薬剤管理指導の処方箋 1 枚あたりの医療費

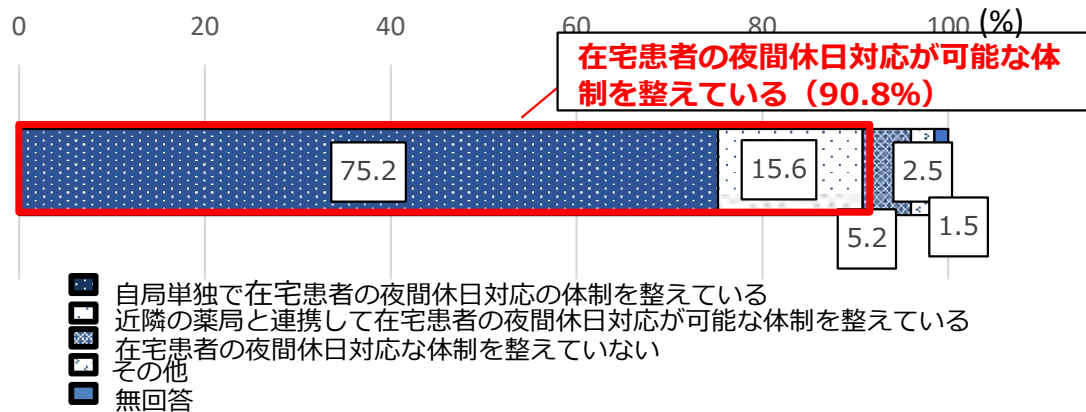
- 在宅患者訪問薬剤管理指導にかかる処方箋 1 枚あたりの医療費の内訳は、技術料が6,492円（約32.5%）、薬剤料が13,372円（約66.9%）、特定保険医療材料料が132円（約0.7%）であった。



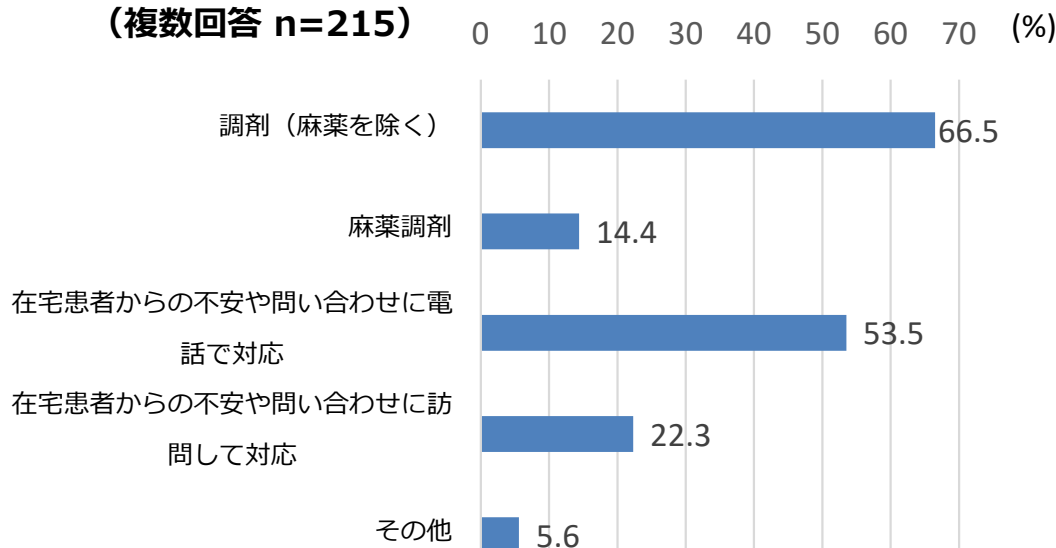
在宅患者の夜間休日対応の体制等

- 訪問薬剤管理指導を行う薬局のうち、約9割の薬局が夜間休日対応の体制を整えていた。
- 夜間休日対応での業務内容としては、麻薬を除く調剤、在宅患者からの不安や問い合わせへの電話対応が多く挙げられた。

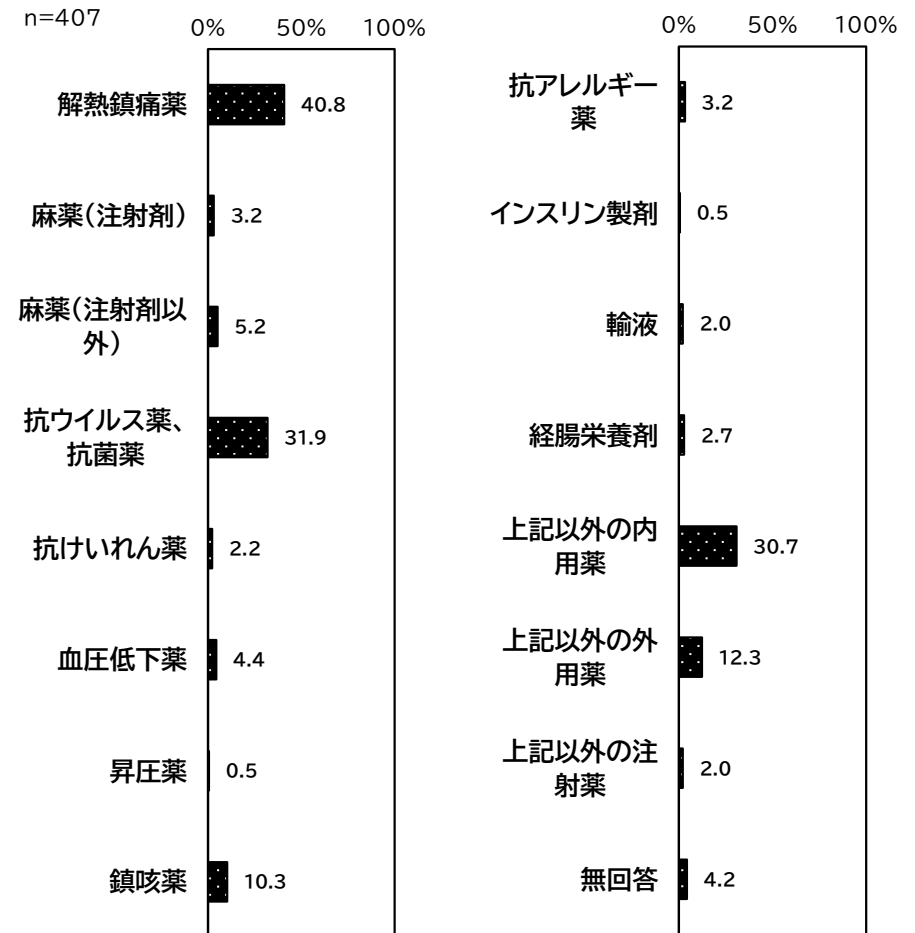
■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,434)



■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=215)



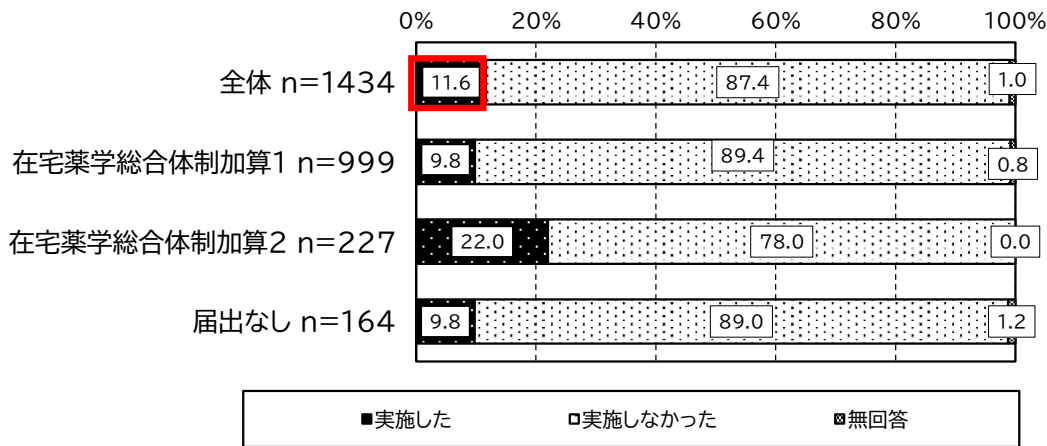
■ 緊急訪問で届けた薬剤の種類



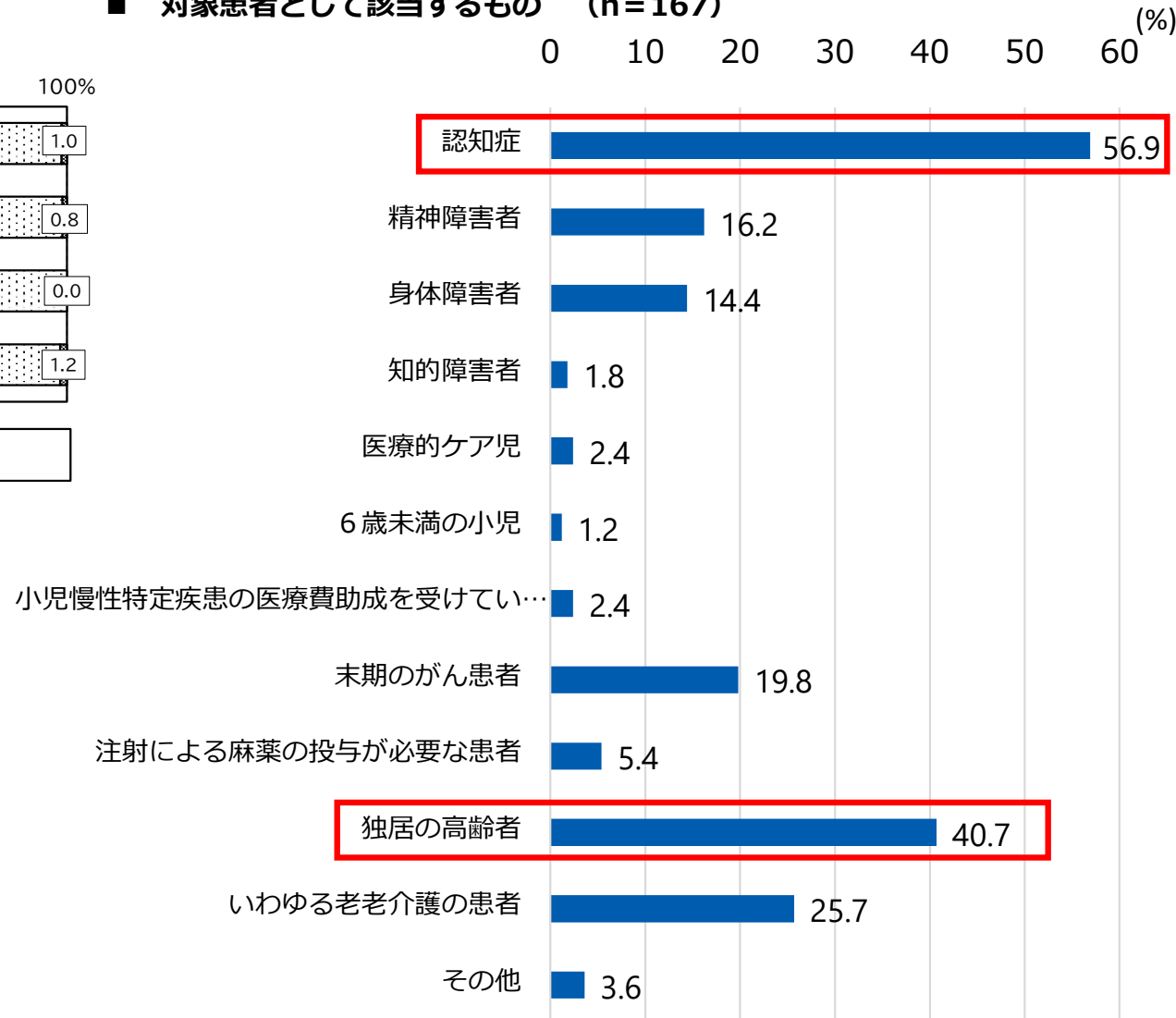
退院直後の在宅移行初期管理に関する業務

- 訪問薬剤管理指導を行っている薬局のうち約12%の薬局が在宅移行初期業務を行っていた。
- 対象患者としては、認知症患者が最も多く、次いで独居の高齢者が多かった。

■ 在宅移行初期業務の実施有無（n = 1,434）



■ 対象患者として該当するもの（n=167）



■ 在宅移行初期管理料

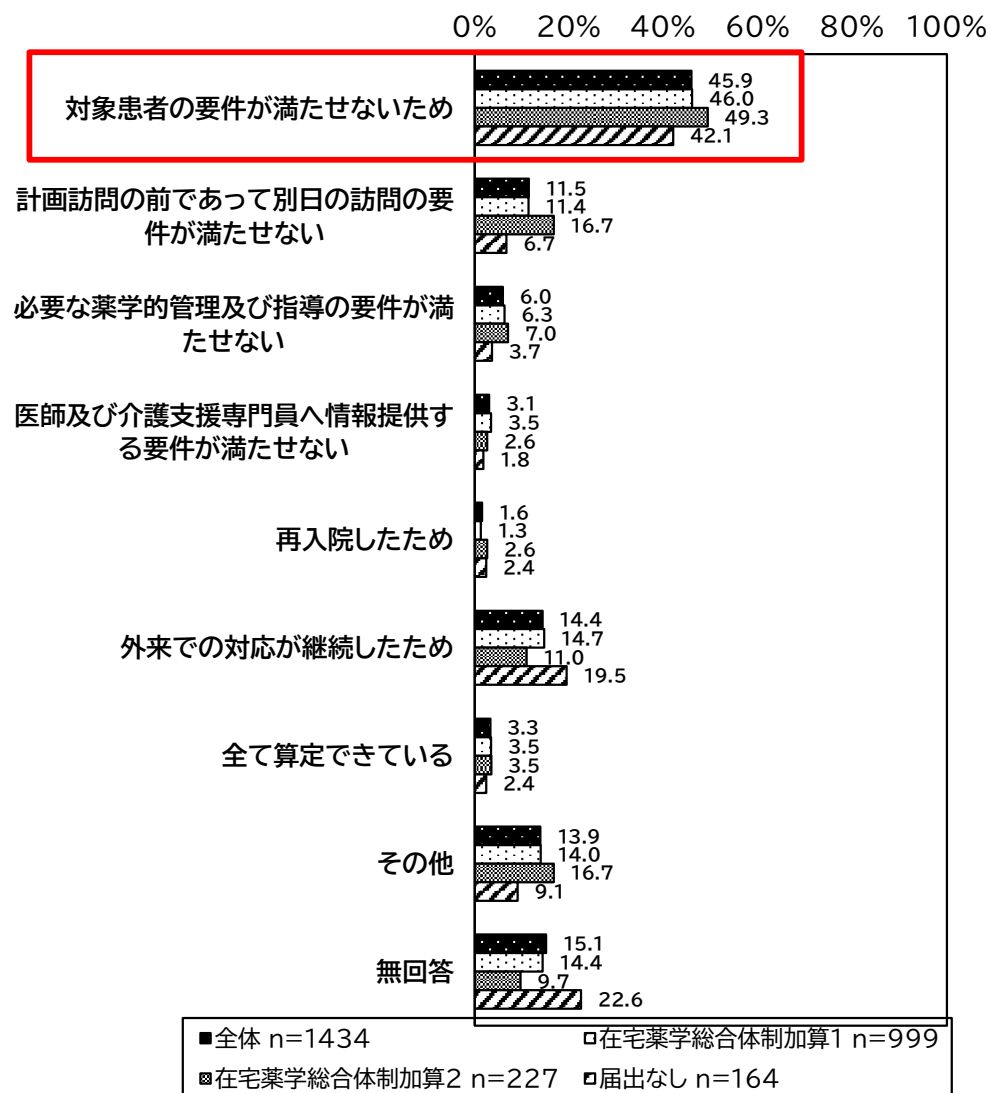
退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価



退院直後の在宅移行初期管理に関する業務②

- 在宅移行初期管理料を算定できない理由としては、「対象患者の要件を満たせないため」が最も多かった。

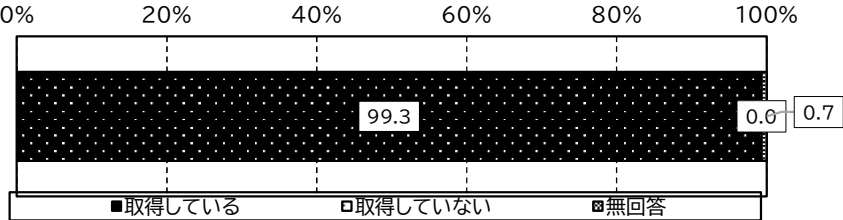
■ 算定できない理由



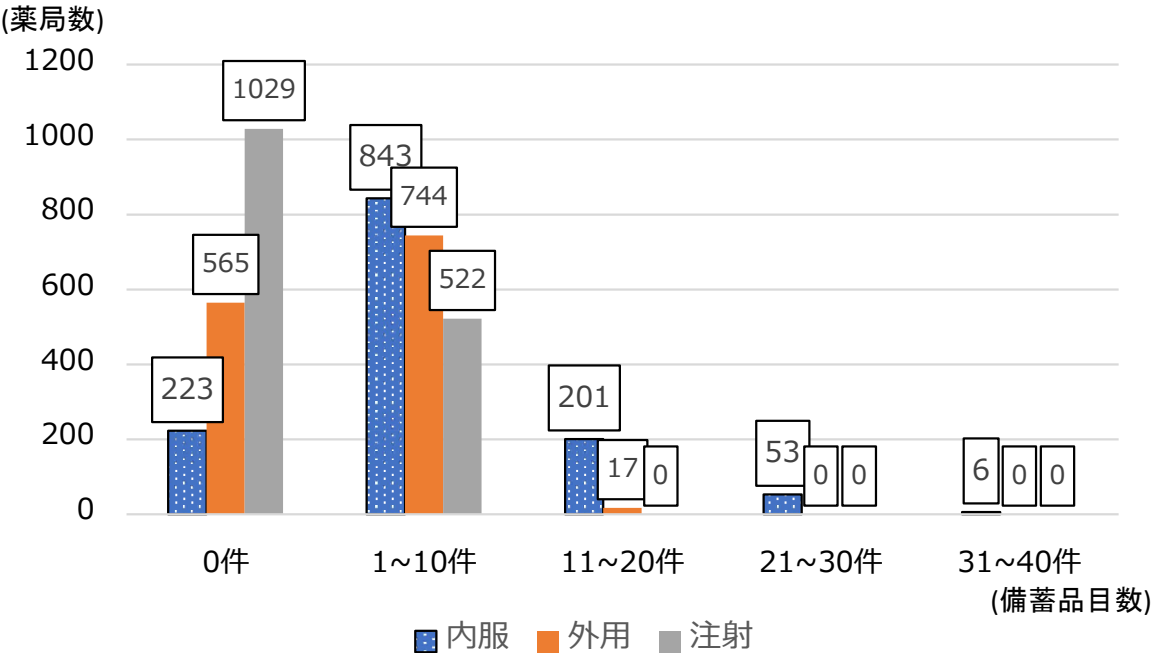
在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する薬局における麻薬の調剤実績

- 在宅患者の訪問薬剤管理指導を行っている薬局の9割以上が麻薬小売業者の免許を有していた。
- 約3割の薬局で麻薬調剤が実施され、1ヶ月間の実績は10件以下である薬局が大半であった。

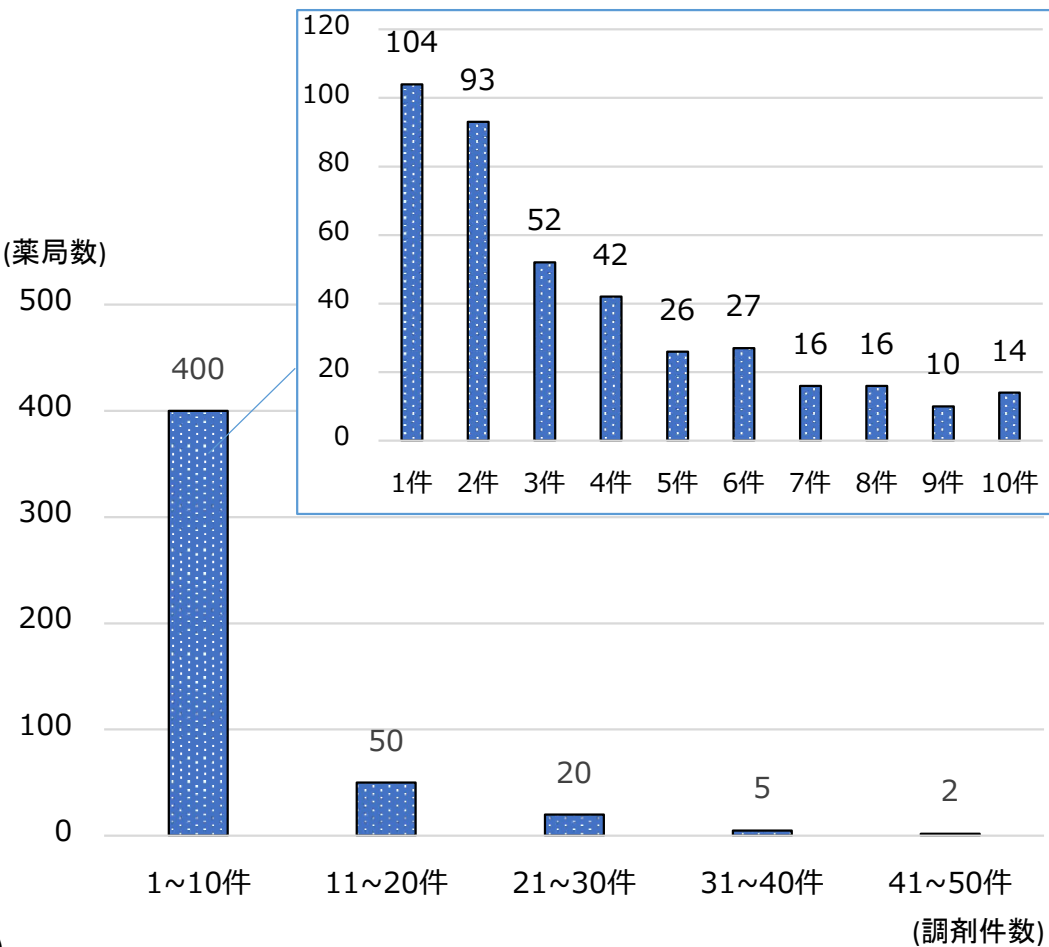
■ 麻薬小売業者の免許 (n=1,434)



■ 麻薬の備蓄品目数 (n=1,326)



■ 麻薬の1カ月間における調剤実績 (n=477)

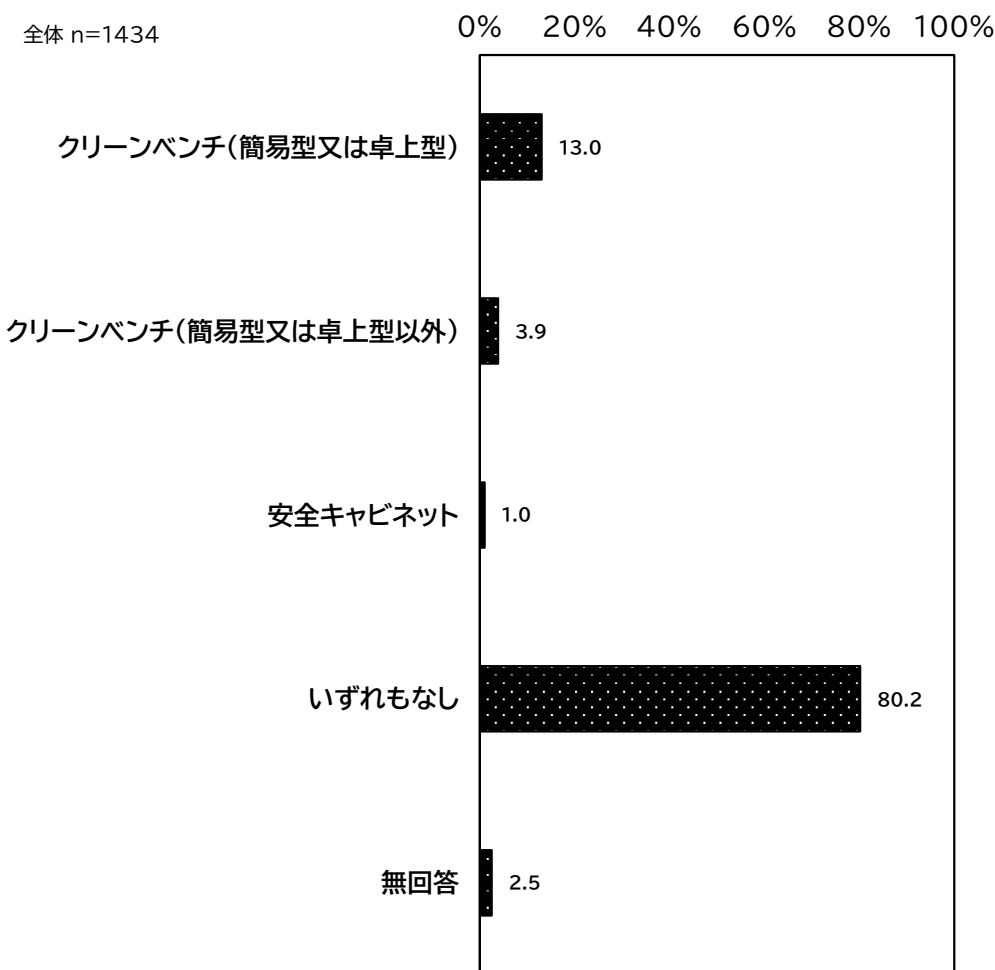


出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
保険薬局調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

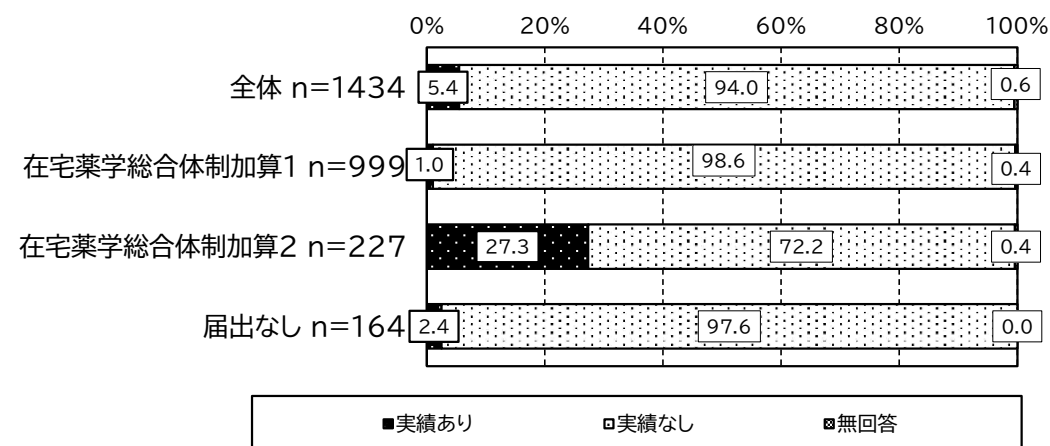
無菌製剤処理の実施状況等

- 在宅患者の訪問薬剤管理指導を行っている薬局のうち、約80%の薬局が無菌製剤処理を行うための設備を有していなかった。
- また、自薬局における無菌調剤実績がある薬局は当該調査全体の5.4%であったが、在宅薬学総合体制加算2を算定している薬局においては27.3%で調剤実績があった。

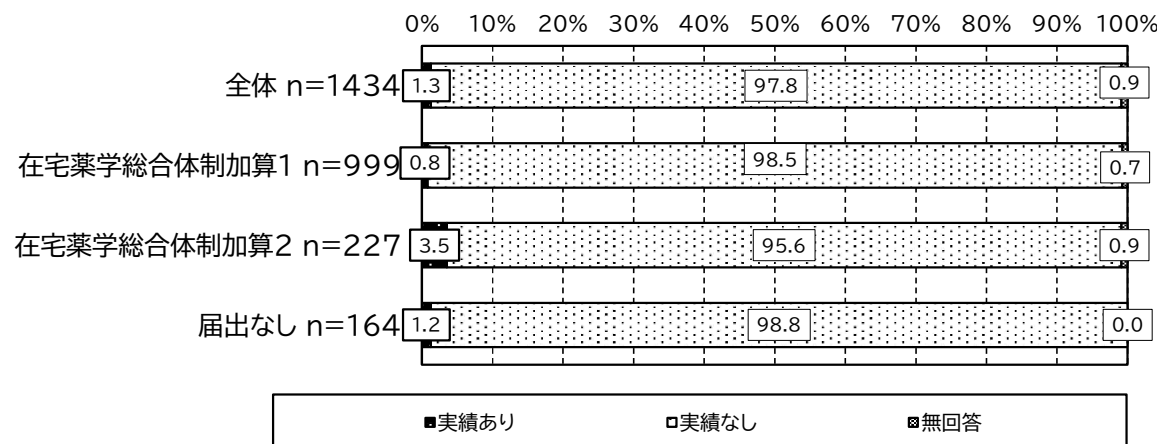
■ 無菌製剤処理を行うための設備



■ 自薬局における1年間の無菌調剤実績有無（加算届出状況別）



■ 1年間における無菌調剤室の共同利用（加算届出状況別）



課題（小括⑤）

（訪問薬剤管理指導における取組等について）

- 地域包括ケアシステム（在宅医療）における薬局・薬剤師の役割についての議論は進展しており、第8次医療計画においても、訪問薬剤管理指導については「高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要」とされている。
- 薬局全体の約40%が在宅薬学総合体制加算を届出しており、訪問薬剤管理指導を行う薬局及びその実施件数は年々増加している。訪問先の単一建物あたりの診療患者は10人以上である割合が高い。
- 在宅薬学総合体制加算2を算定している薬局は、勤務している薬剤師数が多い傾向にあった。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導の処方箋1枚あたりにかかる医療費のうち、技術料は平均で6,492円であった。
- 訪問薬剤管理指導を行う薬局のうち、近隣の薬局と連携している場合を含め、約9割の薬局で夜間休日対応が可能な体制を整えている。夜間休日対応での業務内容は「調剤（麻薬を除く）」、「在宅患者からの問い合わせや不安に電話で対応」が多かった。
- 訪問薬剤管理指導を行っている薬局のうち約12%の薬局が在宅移行初期業務を行っていた。在宅移行初期管理料を算定できない理由としては「対象患者の要件が満たせないため」が最も多かった。また、在宅移行初期業務の対象患者としては、「認知症」、「独居の高齢者」が多かった。
- 麻薬調剤に関し、調査期間において約3割の薬局で実績があり、1か月間の件数は10件以下である薬局が大半であった。
- 自薬局における無菌調剤実績は、在宅薬学総合体制加算2を算定している薬局においては27.3%で調剤実績があった。

- 1．在宅医療を取りまく状況について
- 2．訪問診療・往診等について
- 3．訪問看護について
- 4．歯科訪問診療について
- 5．訪問薬剤管理指導について
- 6．訪問栄養食事指導について

在宅患者訪問栄養食事指導料の概要

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

○ 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は多く存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い

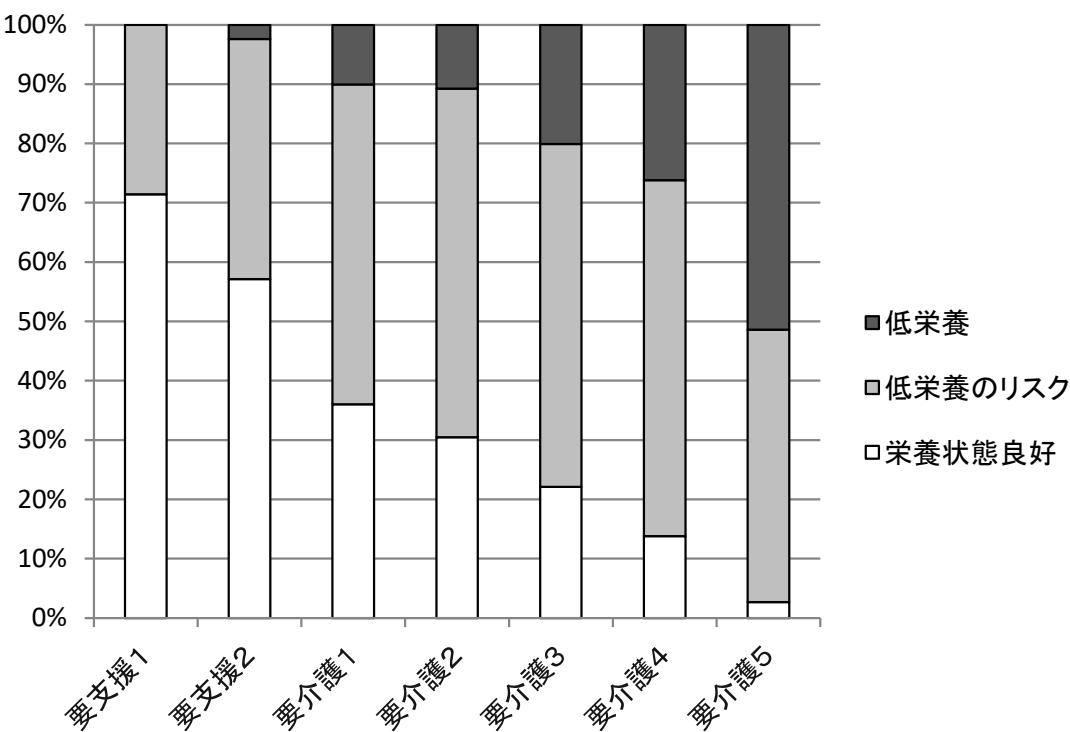


図 要介護度とMNA®-SF* 3群との関係

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form)

対象者：居宅サービス利用者 男性460名、女性682名 (平均年齢81.2±8.7歳)

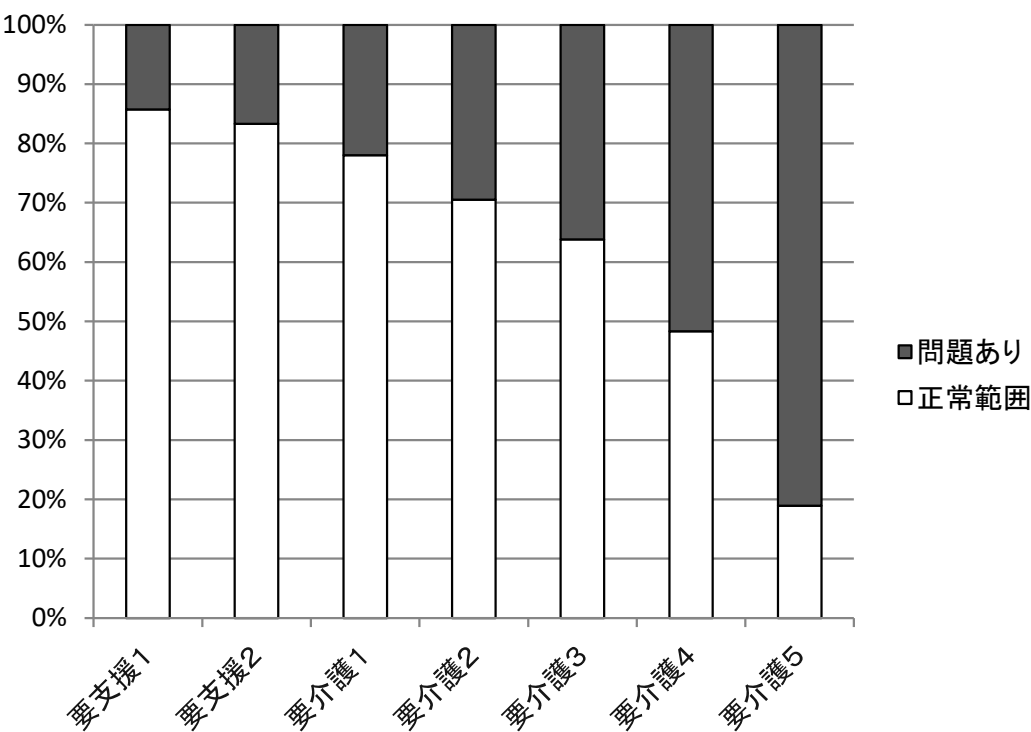


図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

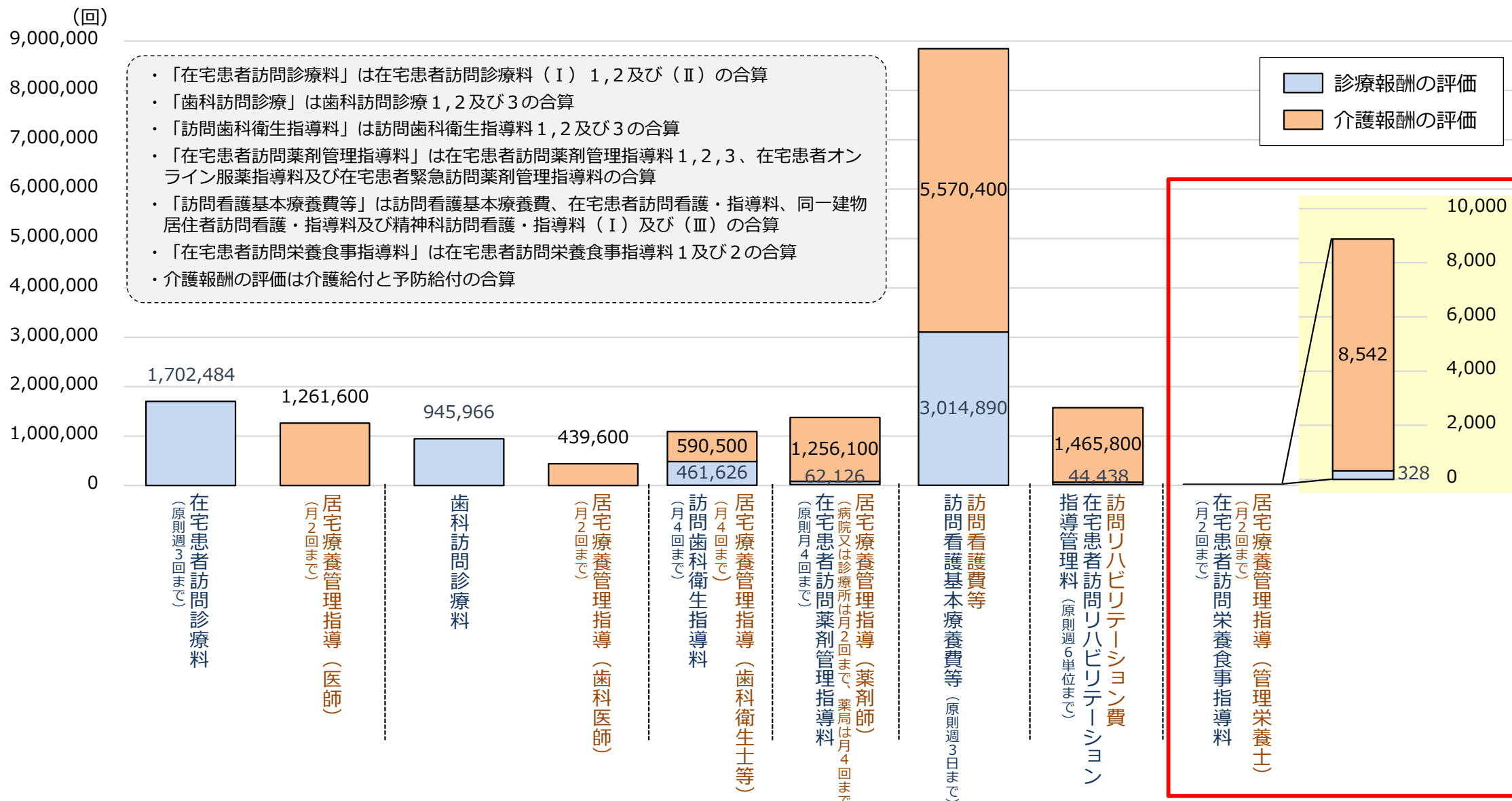
** 摂食・嚥下障害臨床的重症度分類 (Dysphagia Severity Scale)

出典：榎ら:在宅療養要介護高齢者における摂食嚥下障害と栄養障害に関する調査研究The KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) studyより
日本臨床栄養学会雑誌 36(2): 124-130, 2014.

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

中医協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数については、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。

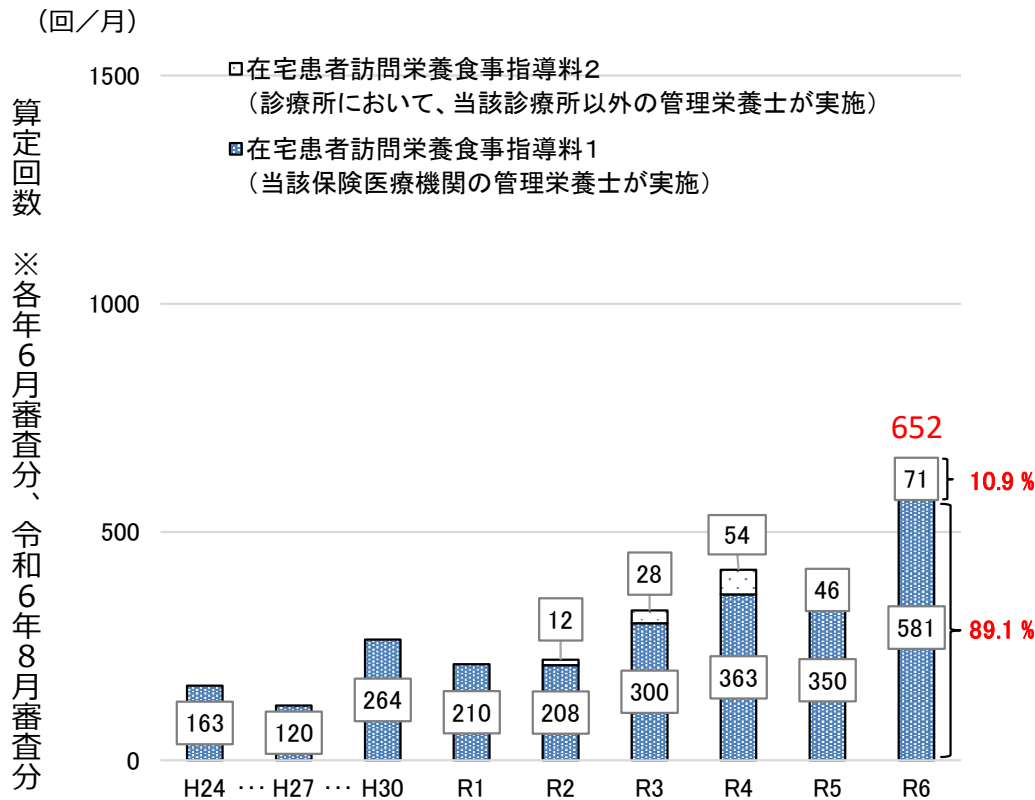
※居宅療養管理指導 (医師) 及び居宅療養管理指導 (歯科医師) は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

出典: 社会医療診療行為別統計 (令和3年6月審査分)、介護給付費等実態統計 (令和3年6月審査分)、訪問看護療養費実態調査 (令和3年6月審査分より推計) **133**

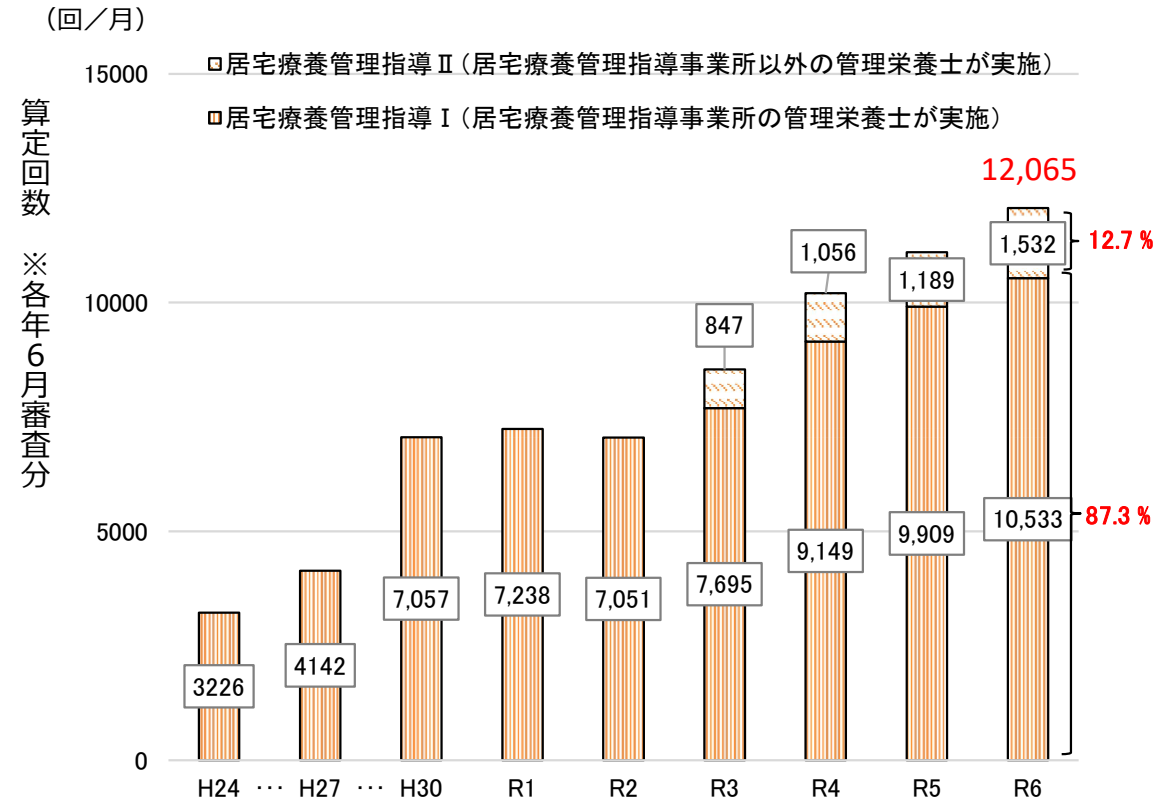
訪問栄養食事指導の実施状況

- 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。
- 診療報酬は令和2年度、介護報酬は令和3年度から、外部の管理栄養士との連携による訪問栄養食事指導を評価。自施設の管理栄養士が約9割であり、外部の管理栄養士との連携が約1割である。

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。

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問栄養食事指導を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備を行うことが求められている。

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は 142.5 人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は 114.7 か所である。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は 4,960 人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は 1,116 か所である。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数は全国平均で 31.4 か所であり、都道府県によってばらつきがみられた。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション※等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、（公社）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」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

令和6年度診療報酬・介護報酬改定における訪問栄養食事指導の推進

- 令和6年度同時改定において、訪問栄養食事指導の推進を図るため、診療報酬では体制整備を在宅療養支援診療所・病院において要件化し、介護報酬では算定対象や算定回数の見直しを行った。

診療報酬（在宅患者訪問栄養食事指導料）

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- ◆ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に、訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制整備について追加

< 在宅療養支援診療所 >

- ・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しく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」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して**訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。**

< 在宅療養支援病院 >

- ・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して**訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。**

[経過措置]

令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

介護報酬（管理栄養士による居宅療養管理指導）

通所サービス利用者に対する介入の充実

- ◆ 通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導を充実させる観点から、**算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直し**

算定回数の見直し

- ◆ 終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、**一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする**

[算定要件（追加内容）]

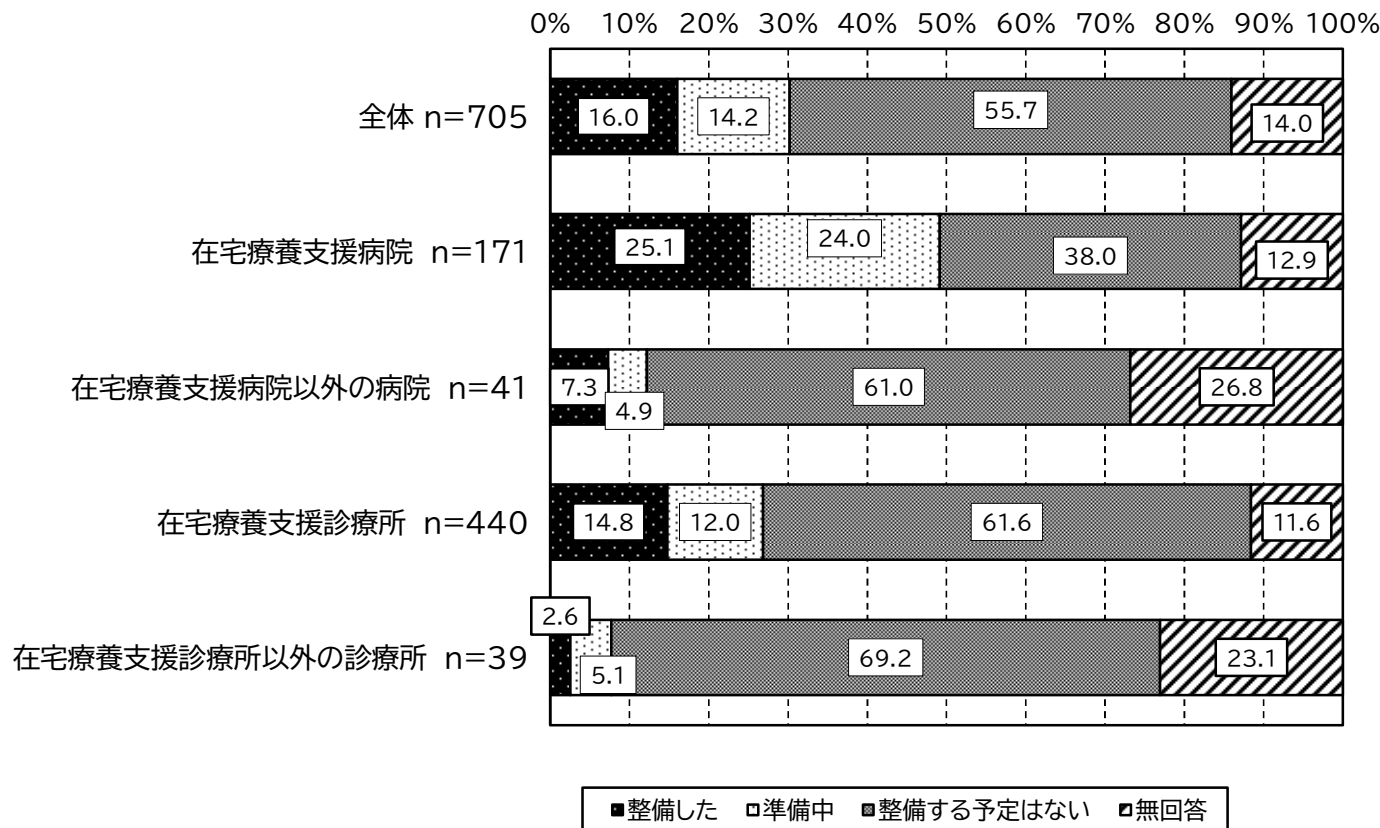
- ・ 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
- ・ 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行う。
- ・ 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（1月に2回）を超えて、2回を限度として行うことができる。

※ 医師が訪問診療を行った同日に管理栄養士による居宅療養管理指導を実施した場合も算定可能

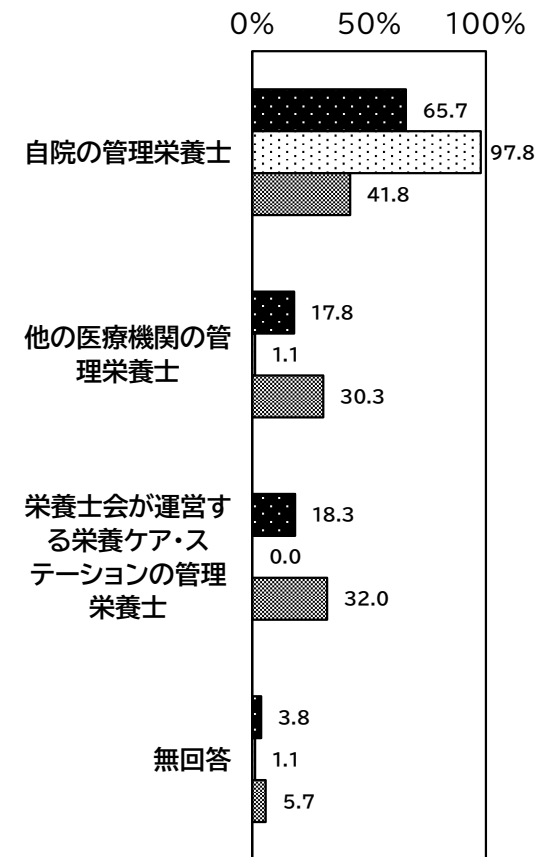
訪問栄養食事指導を行う体制の整備状況

- 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）



■ 全体 n=213
□ 病院 n=90
▨ 診療所(有床+無床) n=122

訪問栄養食事指導を実施していない理由

- 病院はいずれも「自院の管理栄養士は、院内業務が多忙で訪問栄養食事指導を行う余裕がない」が最も多かった。
- 診療所では「自院に管理栄養士がいない」が最も多く、在支診ではない診療所は「算定対象となる患者（特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者）がいない」も5割を超えていた。

		N	算定対象となる患者 （特別食の提供や栄養 管理の必要性が認めら れる患者） がいない	自院の管理 栄養士は、 院内業務が多忙で訪問 栄養食事指導を行う余 裕がない	自院の管理 栄養士が訪 問栄養食事 指導を行う ための人材 育成・教育 体制がない	自院に管理 栄養士がい ない	他の医療機 関や栄養士 会が運営す る栄養ケ ア・ステー ションの管 理栄養士へ の依頼手続 きが煩雑で ある	地域に連携 できる管理 栄養士がい ない	連携できる 管理栄養士 がどこにい るかわから ない	その他	無回答
病 院	機能強化型在宅療養支援病院 （単独＋連携）	48	29.2%	58.3%	8.3%	0.0%	0.0%	2.1%	2.1%	12.5%	6.3%
	機能強化型でない在宅療養支援病院	73	28.8%	68.5%	16.4%	0.0%	1.4%	2.7%	0.0%	5.5%	4.1%
	在宅療養支援病院でない病院	26	11.5%	69.2%	7.7%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	19.2%	3.8%
診 療 所	機能強化型在宅療養支援診療所 （単独＋連携）	167	29.3%	5.4%	1.8%	55.1%	4.8%	9.0%	8.4%	9.6%	7.8%
	機能強化型でない在宅療養支援診療所	158	28.5%	7.6%	3.2%	64.6%	12.0%	9.5%	14.6%	3.8%	3.8%
	在宅療養支援診療所ではない診療所	23	52.2%	8.7%	13.0%	52.2%	4.3%	8.7%	13.0%	0.0%	4.3%

※最も多いものに網掛け

課題(小括⑥)

- 在宅療養高齢者において、栄養障害及び摂食・嚥下障害が認められる者は一定数存在し、要介護度が高いほど、その割合も高い。
- 訪問栄養食事指導(医療保険・介護保険)の算定回数は、他職種が行う在宅医療等に係る報酬と比べると極めて少ない。
- 一方で、訪問栄養食事指導(医療保険・介護保険)の令和6年の算定回数は、平成24年と比べると約4倍に増加。
- 令和6年度同時改定において、訪問栄養食事指導の推進を図るため、診療報酬では体制整備を在宅療養支援診療所・病院において要件化し、介護報酬では算定対象や算定回数を見直しを行った。
- 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。
- 訪問栄養食事指導を実施していない理由としては、病院はいずれも「自院の管理栄養士は、院内業務が多忙で訪問栄養食事指導を行う余裕がない」が最も多かった。診療所では「自院に管理栄養士がいない」が最も多く、在宅診療ではない診療所は「算定対象となる患者(特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者)がいない」も5割を超えていた。

在宅医療に係る論点

【論点】

(訪問診療・往診等について)

- 質の高い訪問診療・往診等を必要十分な量提供する観点から、訪問診療・往診等に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 地域を面で支える在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所・病院のあり方、在宅医療情報連携加算を基礎とするICTを用いた情報連携、協力医療機関による介護保険施設との連携体制等について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

(訪問看護について)

- 在宅医療の需要の増加に対応できる質の高い訪問看護の提供体制や地域との連携体制の構築を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価について、どのように考えるか。
- 一部の高額となっている訪問看護療養費の算定状況等を踏まえ、利用者のニーズに即した訪問看護の実施と適切な評価を推進する観点から、訪問看護に係る診療報酬上の評価のあり方について、どのように考えるか。

(歯科訪問診療について)

- 歯科訪問診療のニーズが増加する一方で歯科訪問診療を実施する歯科医療機関が限られているが、居宅及び施設等に対して歯科訪問診療を推進しつつ、適正に運用していく観点から、歯科診療報酬上の評価について、どのように考えるか。

(訪問薬剤管理指導について)

- 在宅医療のニーズの増加を踏まえ、高度な薬学管理等の実施が可能な薬局の配備を、地域において推進していく観点から、訪問薬剤管理指導の提供体制や薬局間連携に係る調剤報酬上の評価について、どのように考えるか。

(訪問栄養食事指導について)

- 在宅療養患者の状態に応じ、必要な訪問栄養食事指導を提供する観点から、令和6年度改定で推進を図った体制整備を更に強化するための方策について、どのように考えるか。

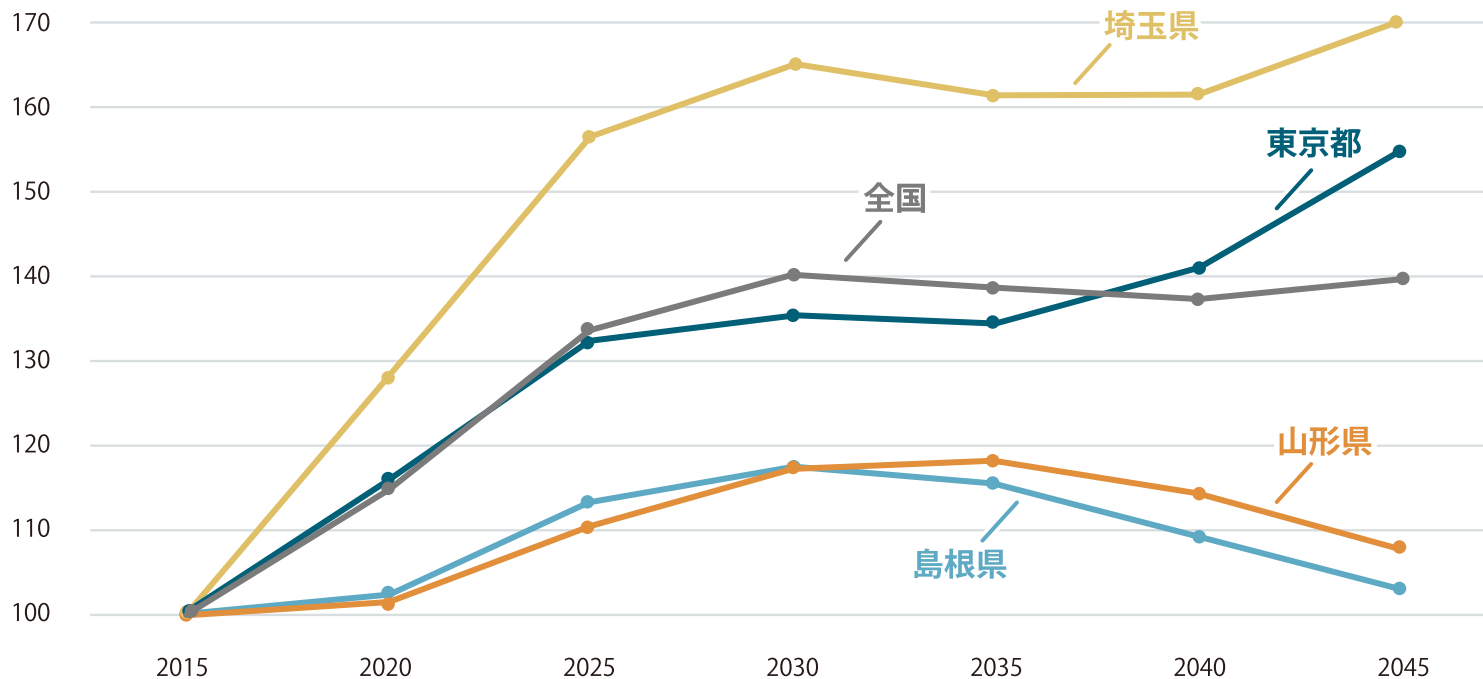
在宅（その1） 参考資料

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県
※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では1.5倍を超える一方、山形県、秋田県、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）



埼玉県
(2025年の指数が
全国で最も高い)

東京都
(2040年に向けて上昇)

山形県
(2025年の指数が
全国で最も低い)

島根県
(2030年以降の指数が
全国で最も低い)

地域包括ケアについて

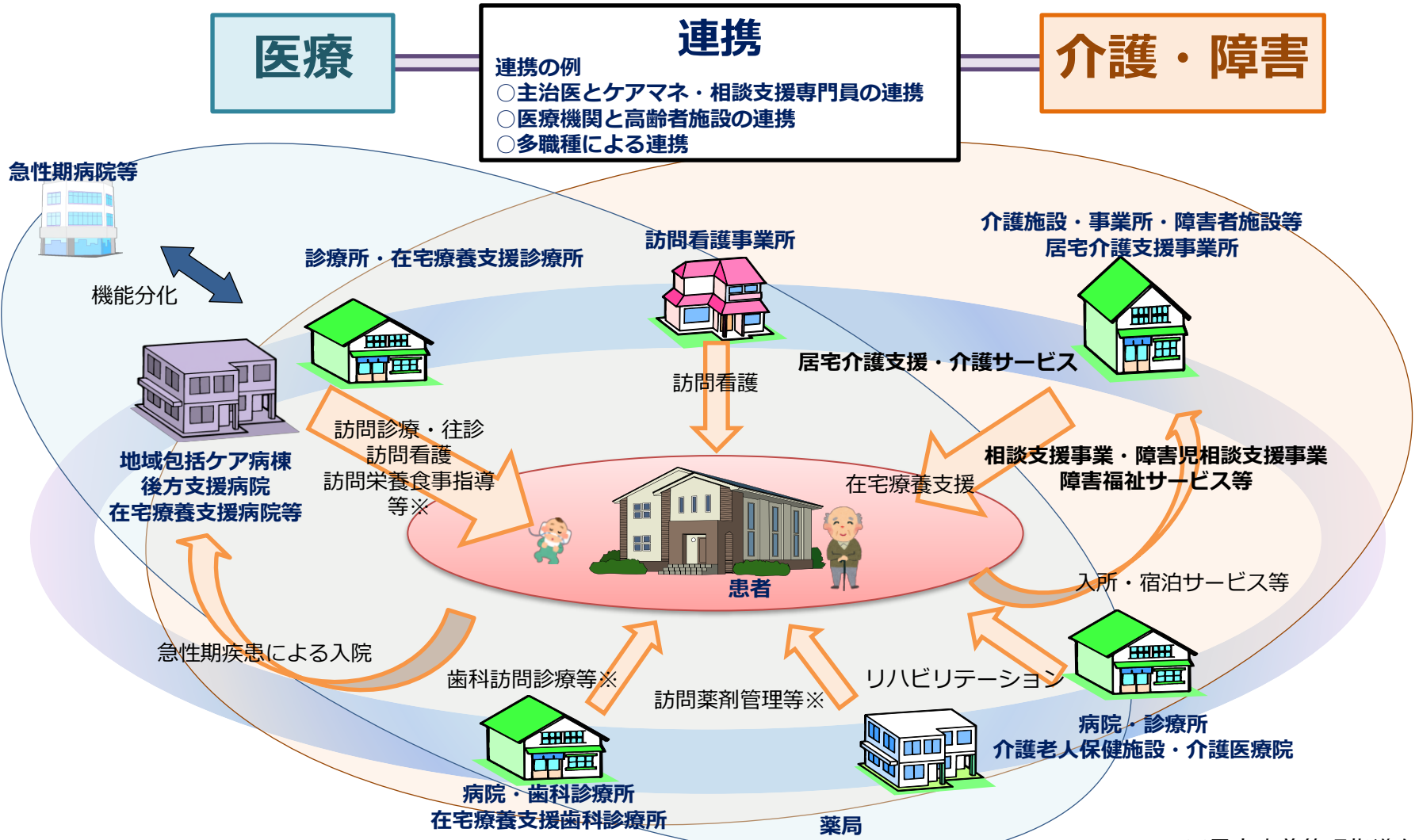
- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。

医療や看護はご本人の
人生や生活の一部である



地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活が続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。

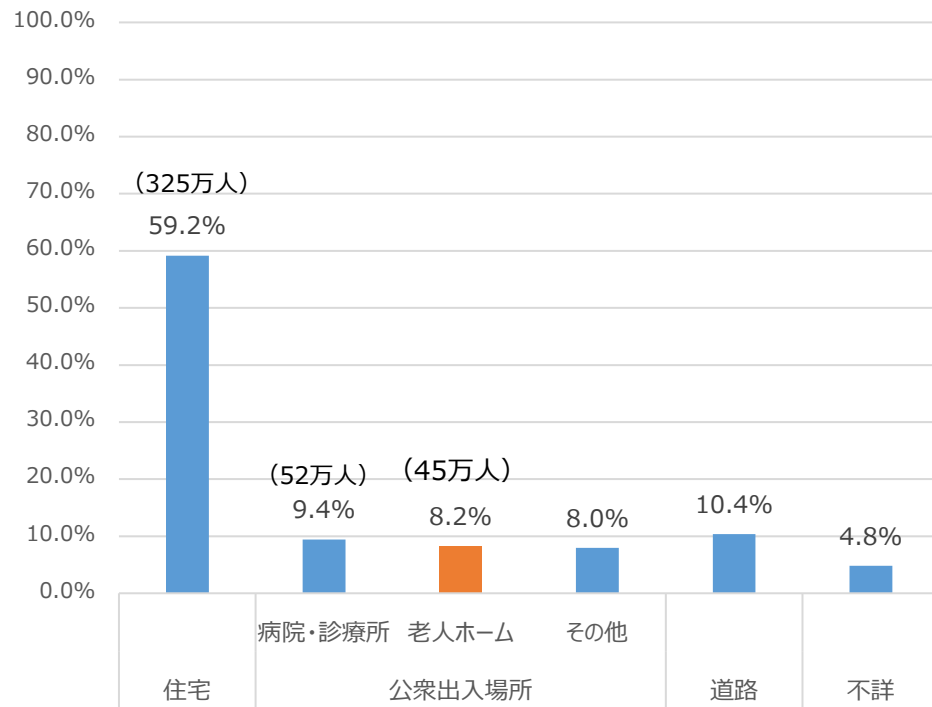


※居宅療養管理指導を含む

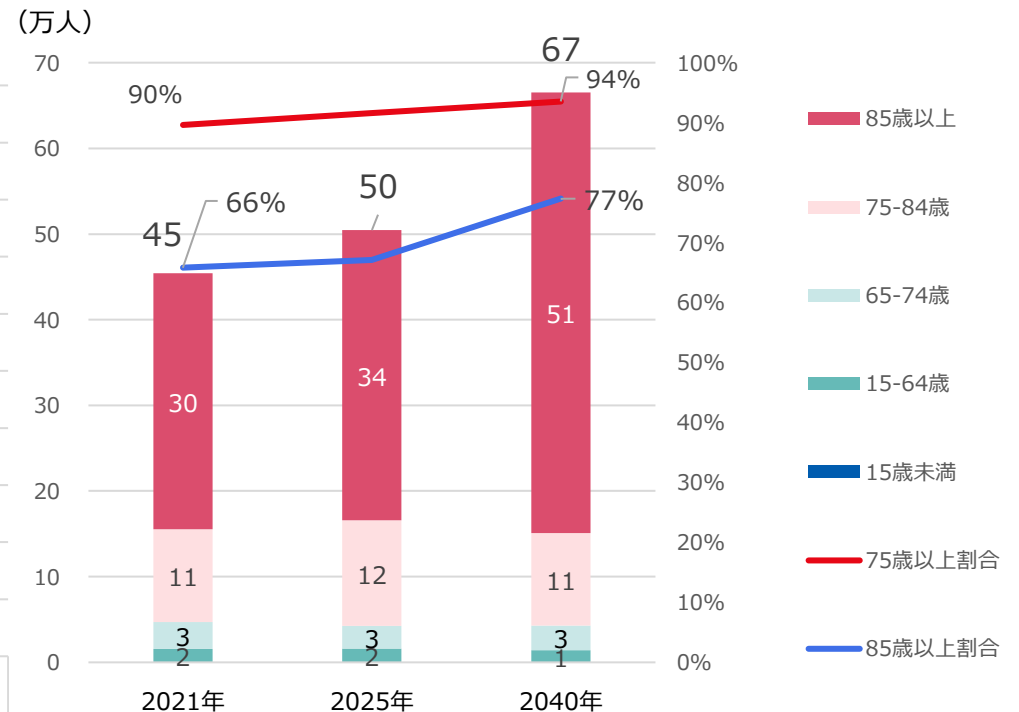
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（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作成

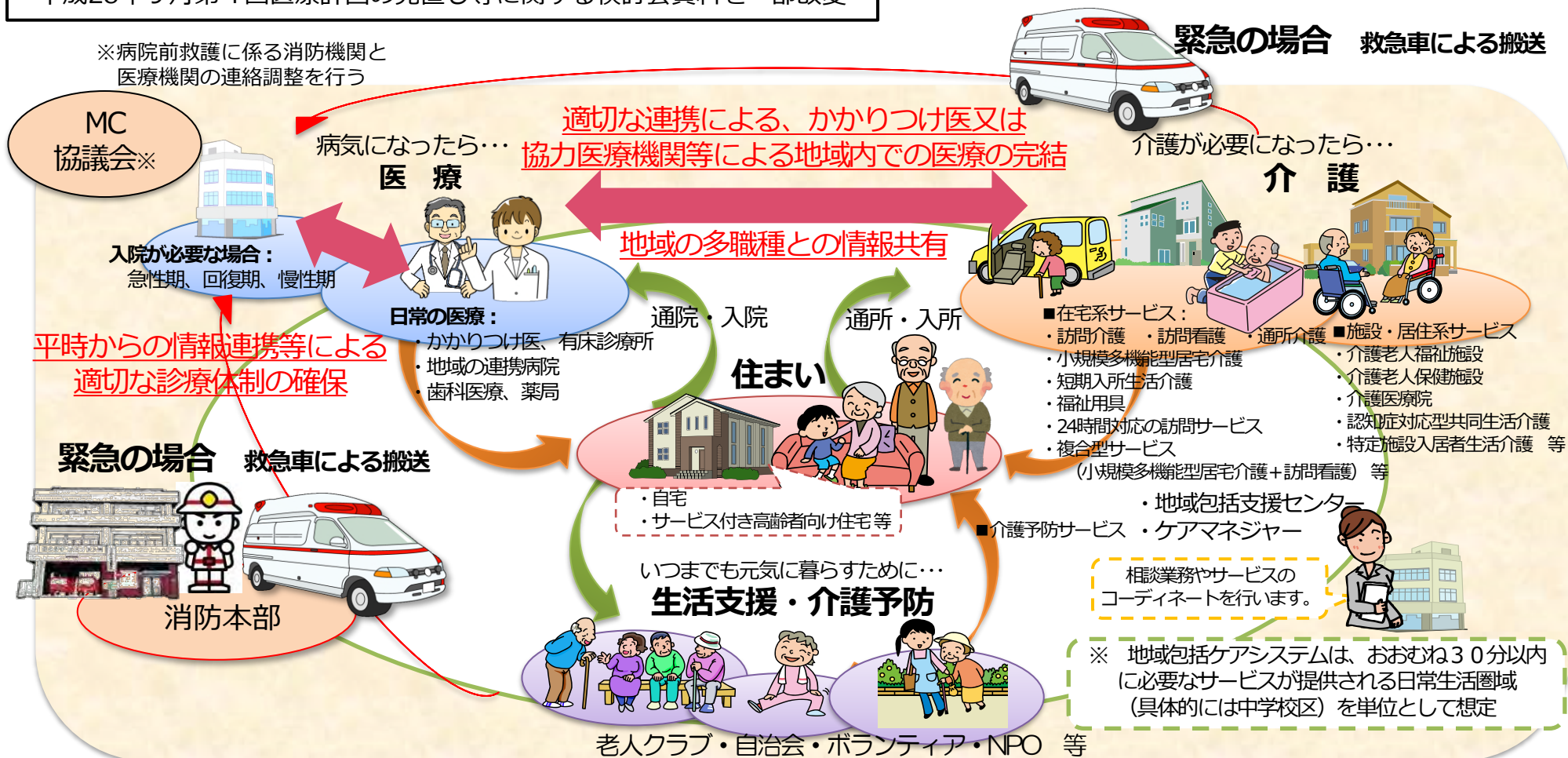
地域包括ケアシステムの中における高齢者の救急対応

診調組 入-1
7 . 6 . 1 3

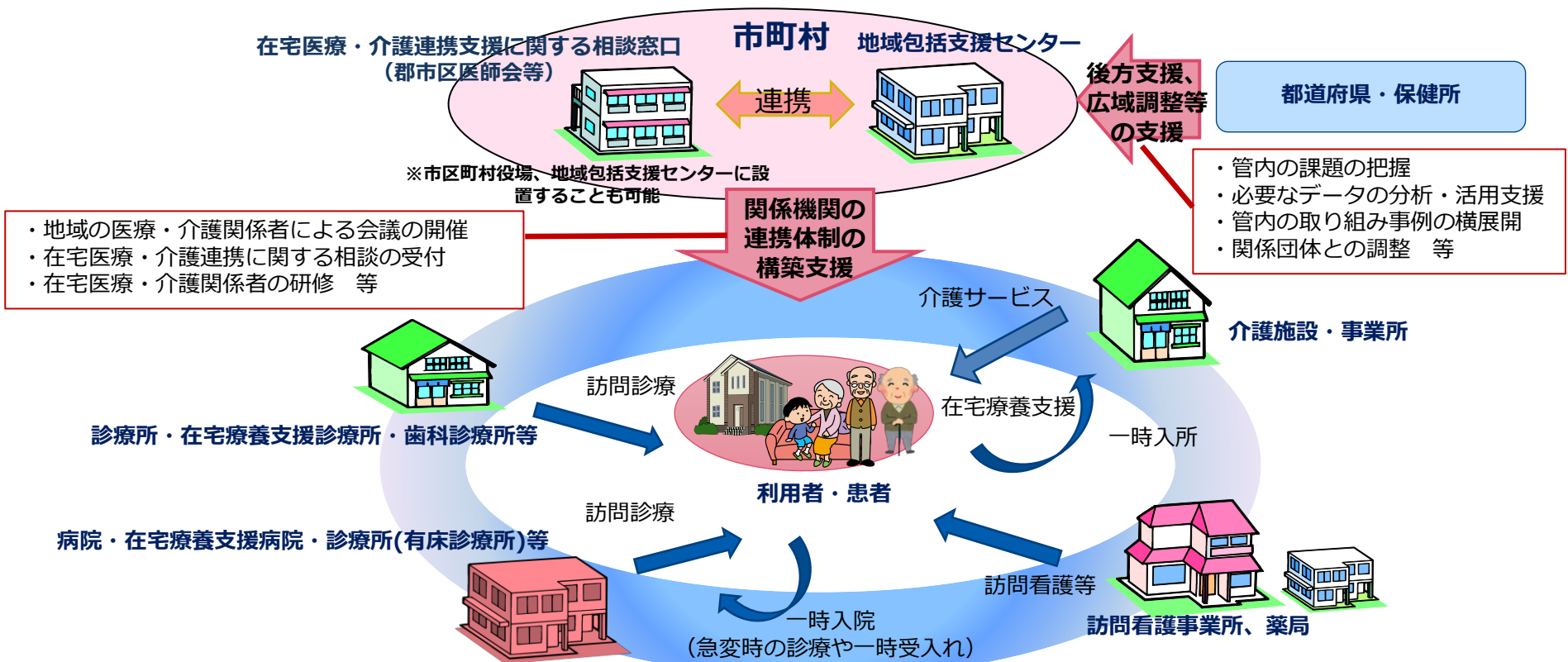
- 地域包括ケアシステムにおいては、介護施設等に入所する高齢者について、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましいとされてきた。

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

※病院前救護に係る消防機関と
医療機関の連絡調整を行う

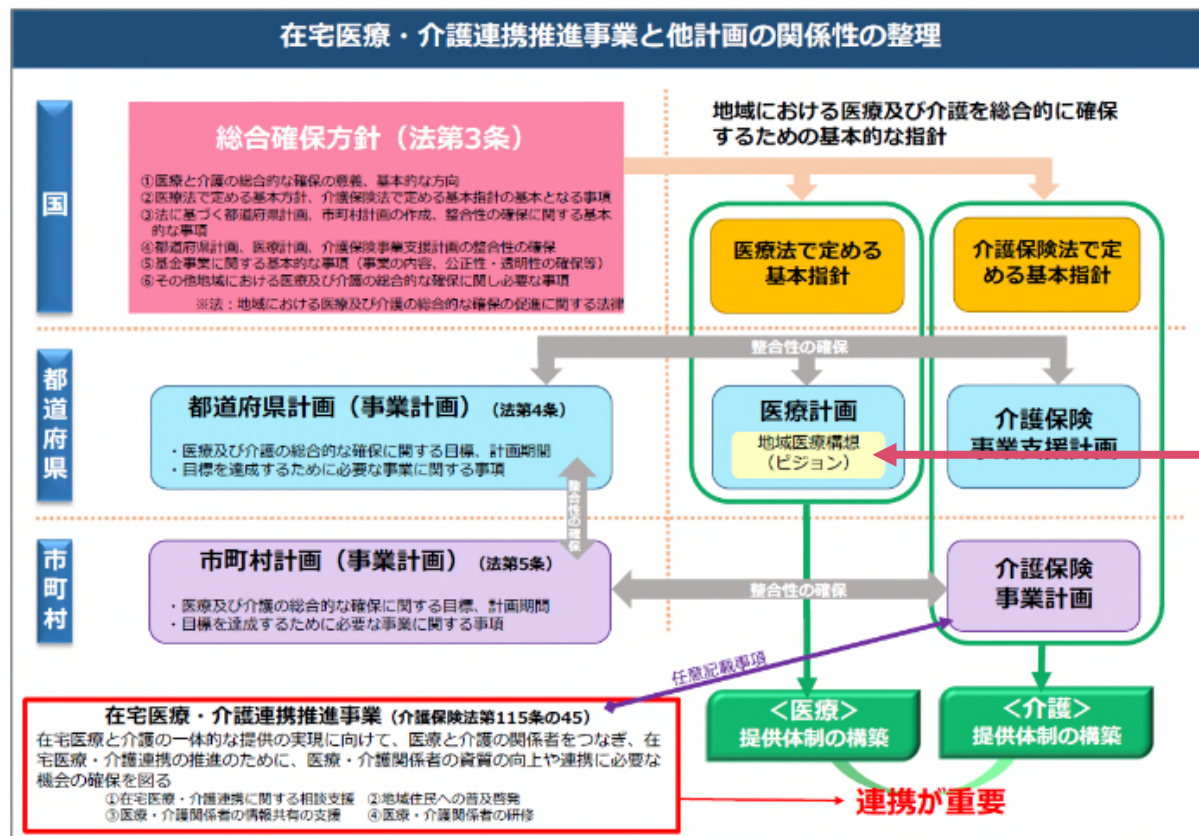


- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 訪問介護事業所
- ・ 介護保険施設
- ・ その他の介護施設・事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
- ・ 消防機関

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷① (昭和61～平成18年度診療報酬改定)

	【診療報酬】	【老人診療報酬】
昭和61年		<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>寝たきり老人訪問診療料の創設</u> 定期的に訪問して診療を行った際に算定 ○ <u>寝たきり老人訪問指導管理料(月ごと)の創設</u> 寝たきり老人訪問診療料を算定すべき診療を行った際に、<u>療養上必要な指導管理を行った場合に算定</u>
昭和63年	○ <u>在宅患者訪問診療料の創設</u> 定期的に訪問して診療した際に算定	
平成4年		○ <u>寝たきり老人在宅総合診療料(月ごと)の創設</u> 計画的な医学管理の下に、 <u>月に2回以上訪問して診療した場合に算定</u>
平成6年	○ <u>在宅時医学管理料(月ごと)の創設</u> 計画的な医学管理の下に、 <u>週1回以上訪問して診療した場合に算定</u>	
平成18年	<p>【診療報酬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>在宅時医学総合管理料(月ごと)の創設</u> 計画的な医学管理の下に、<u>月2回以上訪問して診療した場合に算定</u> 	



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷②（平成18～26年度診療報酬改定）

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成18年	—	・在宅時医学総合管理料（在 総管）の創設	・在宅療養支援診療所（在 支診）の創設	・入院から在宅療養への円 滑な移行に係る評価 ・在宅、特別養護老人ホー ム等におけるターミナルケ アに係る評価
平成20年	・居住場所により訪問診療 料を分類 →訪問診療料1(自宅) 訪問診療料2(居住系施設)	・特定施設入居時等医学総合 管理料（特医総管）の創設	・在宅療養支援病院（在支 病）の創設	・カンファレンス等の情報 共有に関する評価
平成22年	・居住場所ではなく、同一 建物の訪問人数により訪問 診療料を再分類 →訪問診療料1(同一建物以 外) 訪問診療料2(同一建物)	—	・在支病の届出を、許可病 床数が200床未満の病院 に拡大	・往診料の引き上げ ・乳幼児加算の創設 ・在宅ターミナルケア加算 の要件緩和 ・在宅移行早期加算の創設
平成24年	・特定施設入居者に対する 評価の引き上げ →訪問診療料1(同一建物以 外) 訪問診療料2(特定施設等) 訪問診療料2（上記以外の 同一建物）	・在総管、特医総管に対する 評価の引き上げ（機能強化 型在支診・在支病の創設に 伴うもの）	・強化型、連携強化型の在 支診・在支病を創設	・緊急時、夜間の往診料の 引き上げ ・在宅ターミナルケア加算 の評価体系の見直し ・在宅緩和ケアに係る評価 ・緊急時の在宅患者の受入 に対する評価の引き上げ
平成26年	・訪問診療料2の評価引き 下げ	・同一建物居住者に対する評 価の適正化	・機能強化型の実績要件の 引き上げ	・在宅療養後方支援病院及 び在宅患者共同診療料の創 設



在宅医療に対する診療報酬上の主な評価の変遷③ (平成28～令和6年度診療報酬改定)

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化 	<ul style="list-style-type: none"> 単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化 	<ul style="list-style-type: none"> 機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料Ⅰに、2（他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合）を新設 訪問診療料Ⅱ（併設する介護施設等の場合）を新設 	<ul style="list-style-type: none"> 月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 包括的支援加算を新設 	—	<ul style="list-style-type: none"> 往診料の算定要件を明確化 緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ターミナルケアの評価の充実 オンライン在宅管理料を新設
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療料Ⅰ2（他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合）について、6月を超えても算定可能とした 	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院の往診について、オンコール体制でも良いこととした
令和4年	—	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅管理にかかる評価の新設 	<ul style="list-style-type: none"> 地域における協力体制の要件を追加 適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件化 機能強化型の在支病に係る実績要件の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養移行加算の新設 外来在宅共同指導料の新設 在宅がん医療総合診療料に小児加算追加
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> 在支診・病における訪問診療回数が一定以上の医療機関における5回目以降の評価の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 単一建物診療患者数に応じたさらなる細分化 在宅医療情報連携加算の新設 頻回訪問加算、包括的支援加算の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 協力医療機関、訪問栄養食事指導体制の要件を追加 機能強化型で訪問診療回数が多い医療機関における在宅データ提出加算の要件化 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅ターミナルケア加算等の充実 介護保険施設等連携往診加算等の新設

(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				<ul style="list-style-type: none">○ 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4 km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。					

14

在宅療養支援診療所・病院に対する診療報酬上の主な評価の変遷

平成18年	・高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、 <u>在宅療養支援診療所を創設</u>
平成20年	・診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、 <u>在宅療養支援病院を創設</u>
平成22年	・ <u>在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域における医療機関の役割を鑑み、施設基準を緩和</u> （要件のひとつである「半径4km以内に診療所が存在しないこと」について「許可病床数が200床未満の病院であること」でも良いとした）。
平成24年	・高齢化に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等が更に重要になることを踏まえ、在宅療養支援病院の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、 <u>機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院を創設</u>
平成26年	・在宅医療を実績に応じて適切に評価する観点から、 <u>機能強化型の実績要件の引き上げ</u>
平成28年	・小児在宅医療に積極的に取り組んでいる保健医療機関を評価する観点から、 <u>機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の実績要件について、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価。</u>
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ・質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、<u>地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい</u>旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準に明記。 ・人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、<u>当該支援に係る指針の作成を要件に追加。</u> ・在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、<u>機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し。</u>
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、<u>介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。</u> ・訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。 ・機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から<u>在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。</u>

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

- 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

- 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し

・往診料の見直し

往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅患者訪問診療料の評価の変遷について

中医協 総-2参考
5 . 7 . 1 2

H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R1
消費増税を加味	居住地別の評価を導入	同一建物の評価を導入	特定施設に関する評価を導入	消費増税を加味	特定施設に関する評価を廃止	他機関連携の評価を導入	消費増税を加味
在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料1 (居住系施設以外)	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料1	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ
830点	830点	830点	830点	833点	833点	833点	888点
	在宅患者訪問診療料2 (居住系施設)	在宅患者訪問診療料2	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者)	在宅患者訪問診療料2のイ (特定施設入居者)	在宅患者訪問診療料2	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ
	200点	200点	400点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合)	203点 在宅患者訪問診療料2のロ (イ以外の場合)	203点	203点	213点
						在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のイ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のイ
						830点	884点
						在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のロ	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2のロ
						178点	187点
						在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
						144点	150点

同一建物居住者以外の場合

同一建物居住者の場合

他の医療機関の求めに応じて診療を行った場合

当該医療機関併設の施設で診療を行った場合

在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の変遷

	在宅ターミナルケア加算	看取り加算	死亡診断加算
平成16年	在宅ターミナルケア加算 1,200点 ※1月以上にわたり在宅でターミナルケアを行った場合	－	死亡診断加算 200点 ※死亡日に往診又は訪問診療を行い死亡診断を行った場合
平成18年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 1,200点 ※死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	※在宅ターミナルケア加算(Ⅰ)を算定する場合は算定できない
平成20年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点 ※(Ⅱ)に加え、在宅療養支援診療所、その連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が、死亡前24時間以内に訪問して看取った場合	－
平成22年	在宅ターミナルケア加算(Ⅱ) 2,000点 ※往診又は訪問診療後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者でも算定可能に	在宅ターミナルケア加算(Ⅰ) 10,000点	－
平成24年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※機能強化型在支診、在支診又はそれ以外に応じて評価を区分 ※死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施	看取り加算 3,000点 ※事前に療養上の不安等を解決するための十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、看取った場合	※看取り加算を算定する場合は算定できない
平成26年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅療養実績加算 750点 十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病の場合	－	－
平成28年	在宅ターミナルケア加算 3,000～6,000点 ※在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 ※在宅療養実績加算 1 750点 在宅療養実績加算 2 500点	－	－
平成30年	在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点 ※酸素療法加算 2,000点 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件化	－	－
令和6年	死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする	退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする	－

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

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②

➤ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における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評価を見直す。

[概要]

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。
 - (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（「特掲診療料の施設基準等」別表第七に掲げる別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者等を除く。）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。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料び評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	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		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➤ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

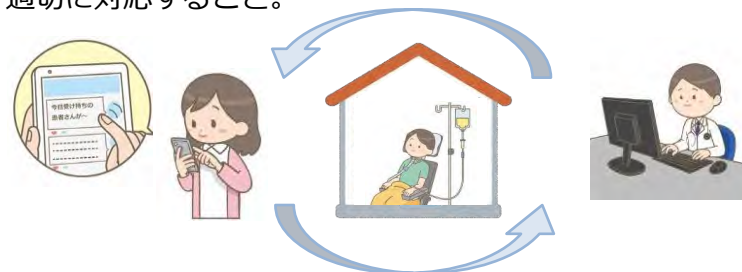
（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること
 - 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
 - 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
 - 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
 - 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

〔施設基準〕（概要）

- （1）患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- （2）地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- （3）厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- （4）（1）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- ・診療情報、治療方針
- ・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- ・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病の場合
2,500点

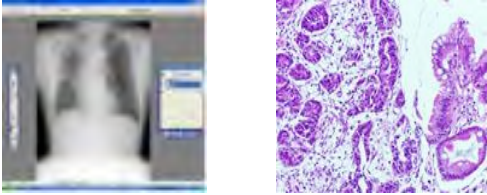
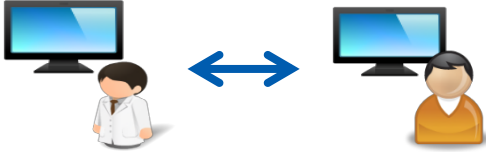





改定後

在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	<p>情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持つ医師に送信しその読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・遠隔ICU（特定集中治療室遠隔支援加算） ・その他（超急性期脳卒中加算、脳血栓回収療法連携加算、遠隔脳波診断、遠隔放射線治療計画加算）
医師対患者 (D to P)	<p>情報通信機器を用いた診療</p>	<p>[D to P] 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料 ・情報通信機器を用いた医学管理料 ・情報通信機器を用いた在宅時医学総合管理料 訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、計画的な療養上の医学管理を行うことを評価 ・情報通信機器を用いた通院精神療法（再診） ※ 電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、患者等から電話等により治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能
	<p>[D to P with D] 患者が医師という場合のオンライン診療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔連携診療料 ・遠隔連携遺伝カウンセリング 
	<p>[D to P with N] 患者が看護師等という場合のオンライン診療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師等遠隔診療補助加算（再診料等） 
	<p>情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・遠隔モニタリング加算（心臓ペースメーカー指導管理料、在宅患者酸素療法指導料、在宅患者持続陽圧呼吸療法、在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料） 対象患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

(参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態
	療養を行っている場所	バーセルインデックス	バーセルインデックス
訪問診療の状況	訪問診療日	排泄	排泄の状況
	主たる訪問診療を行う医療機関		ブリストルスケール
訪問看護の状況	訪問看護日	排尿	排尿の状況
	自院での実施の有無		褥瘡の状況
訪問の主傷病	自院診断の有無	低栄養	低栄養の有無
	ICD10コード		摂食・嚥下障害の有無
	傷病名コード		経管・経静脈栄養の状況
	修飾語コード	がんの傷病	自院診断の有無
	傷病名		ICD10コード
救急受診の状況	救急受診日		傷病名コード
	受診先		修飾語コード
	受診経路		傷病名
	転帰	がんのStaging分類	ステージ分類
入院の状況	入院年月日		UICC 病期分類(T)
	退院年月日		UICC 病期分類(N)
	受診先		UICC 病期分類(M)
	ICD10コード		UICC 病期分類(版)
	傷病名コード	がんのNRS	NRS
	修飾語コード		
短期入所の状況	主病名		
	入所年月日		
	退所年月日		
往診の状況	短期入所利用サービス		
	往診日		
	主たる訪問診療を行う医療機関		
	ICD10コード		
	傷病名コード		
	修飾語コード		
	傷病名		

在宅データ提出加算 50点（月1回）

〔算定要件〕

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

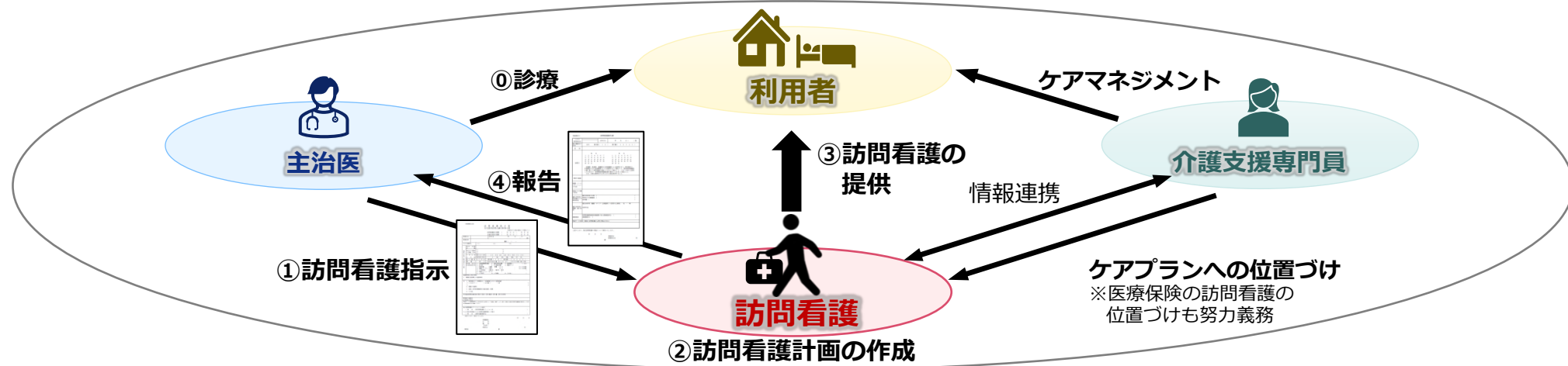
〔施設基準〕

- 在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

訪問看護の提供

- 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

訪問看護計画

- ・ 訪問看護計画の立案、見直し
- ・ 看護師等（准看護師を除く）は療養上の目標、目標を達成するためのサービスの内容等を記載
- ・ サービスを提供する多職種で目標やサービス内容を共有

訪問看護の提供

- ・ 利用者の病状や心身の状況及びその変化等の把握
- ・ 訪問看護サービスの提供

※介護保険の理学療法士等による訪問看護について概ね3月に1回程度は看護職員が訪問により、利用者の状態を評価

評価・改善

- ・ サービス提供結果の評価
- ・ 介護支援専門員等、関係者に情報連携

計画見直し

主治医への報告

※月1程度報告

訪問看護に関する報酬体系

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】				病院・診療所 【在宅患者訪問看護・指導料】			
訪問看護基本療養費（Ⅰ）	（週3日目まで）		5,550 円	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）		6,550 円		（週4日目以降）		680 点
※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	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）	6,550 円			（週4日目以降）	680 点
	3人以上	（週3日目まで）	2,780 円		3人以上	（週3日目まで）	293 点
		（週4日目以降）	3,280 円			（週4日目以降）	343 点
※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	退院前訪問指導料	（入院中1回又は2回）		580 点
※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）				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	
+							
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			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				緊急訪問看護加算		
	長時間訪問看護加算				長時間訪問看護・指導加算		
	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				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				夜間・早朝訪問看護加算		
深夜訪問看護加算			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				在宅患者緊急時等カンファレンス加算		
	専門管理加算				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						在宅ターミナルケア加算、遠隔死亡診断補助加算	

27

精神科訪問看護に関する報酬体系

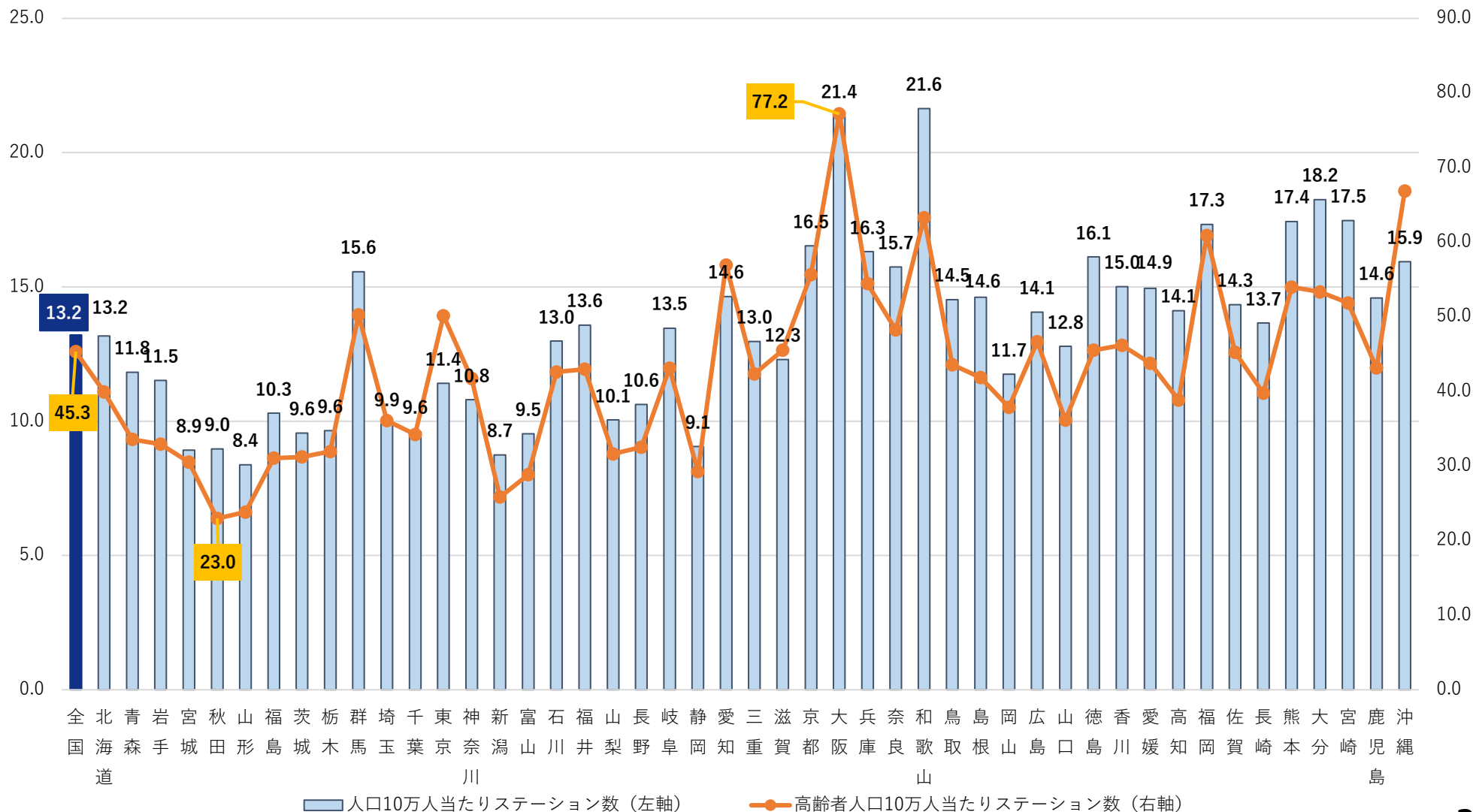
指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション） 【精神科訪問看護基本療養費】 ※精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者として届出を行った者のみ実施可能				病院・診療所 【精神科訪問看護・指導料】					
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）		(週3日目まで) (週4日目以降)	5,550／4,250 円 6,550／5,100 円	精神科訪問看護・ 指導料（Ⅰ）		(週3日目まで) (週4日目以降)	580／445 点 680／530 点		
※訪問看護ステーションは保健師・看護師・准看護師・作業療法士、医療機関は保健師・看護師・准看護師・作業療法士・精神保健福祉士 ※金額・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 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	5,550／4,250 円 6,550／5,100 円 2,780／2,130 円 3,280／2,550 円	精神科訪問看護・ 指導料（Ⅲ）		2人まで 3人以上	(週3日目まで) (週4日目以降) (週3日目まで) (週4日目以降)	580／445 点 680／530 点 293／225 点 343／268 点
※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 機能強化型2 機能強化型3 機能強化型以外	13,230 円 10,030 円 8,700 円 7,670 円					
		(2日目以降)	訪問看護管理療養費1 訪問看護管理療養費2	3,000 円 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	精神科退院前 訪問指導料		(入院中3回又は6回まで)	380 点		
		※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）				※複数の職種が共同して指導を行った場合	320 点		
+									
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			精神科緊急訪問看護加算					
	長時間精神科訪問看護加算			長時間精神科訪問看護・指導加算					
	複数名精神科訪問看護加算 ※同一建物内3人以上で低い額を算定			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			夜間・早朝訪問看護加算					
管理療養費の 加算（例）	深夜訪問看護加算			深夜訪問看護加算					
	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									

28

都道府県別訪問看護ステーション数

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

全国でみると、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は13.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は45.3か所である。

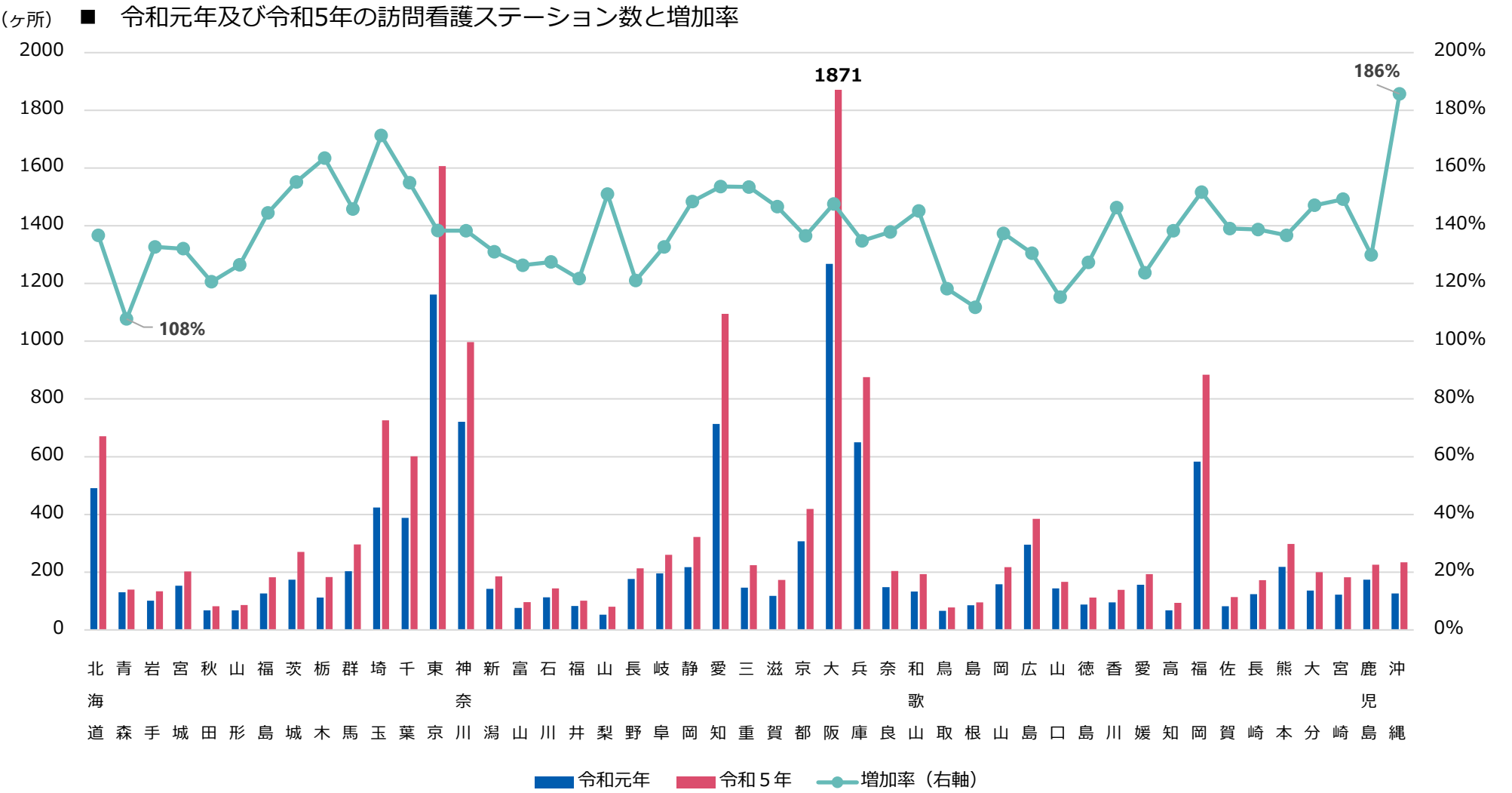


出典: 令和5年度介護サービス施設・事業所調査及び令和5年10月1日「現在推計人口」(総務省統計局)

都道府県別訪問看護ステーション数と増加率

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

令和元年から令和5年までの5年間ですべての都道府県で増加しており、特に、都市部での増加数が多い

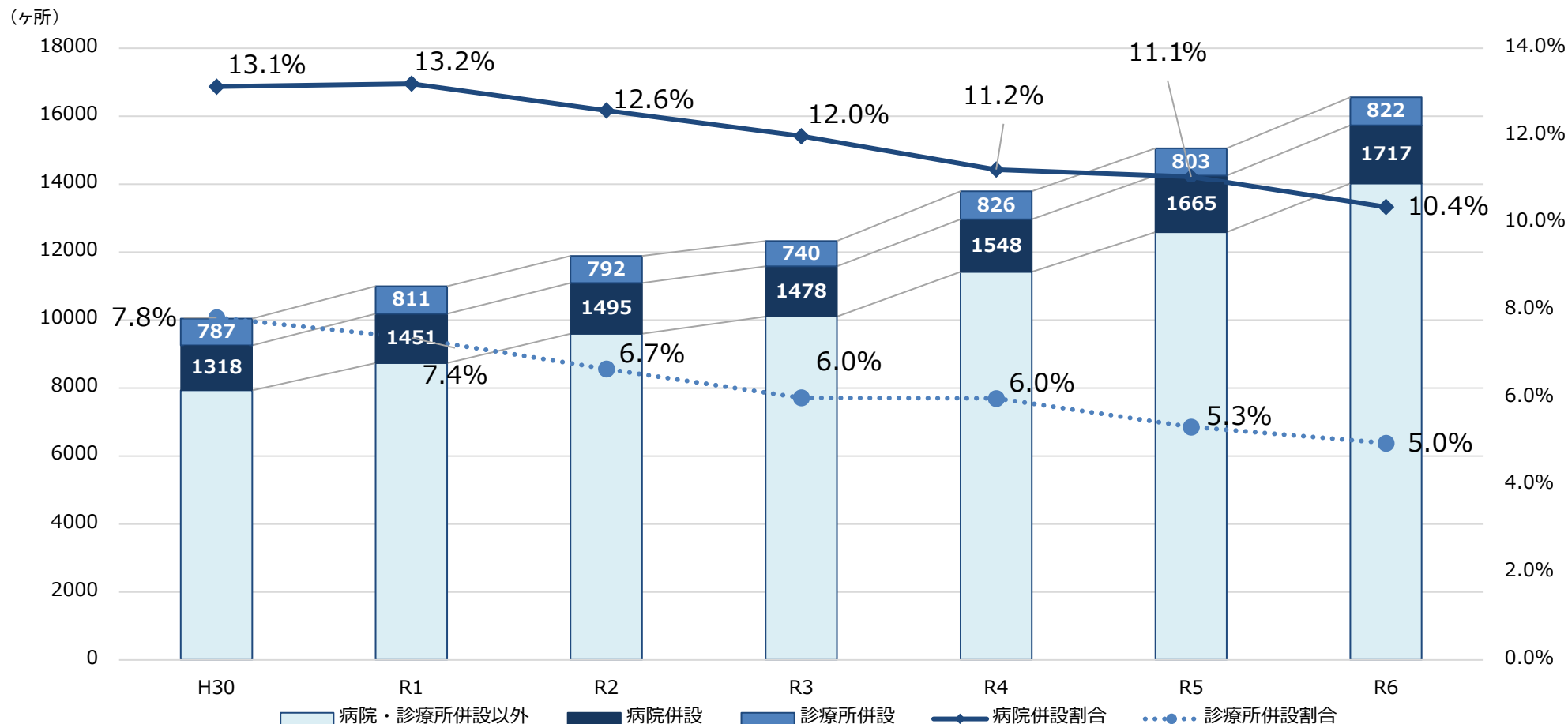


病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移

○ 訪問看護ステーション数は近年増加しているが、訪問看護ステーション数に占める病院・診療所に併設する訪問看護ステーション※数の割合は減少傾向である。

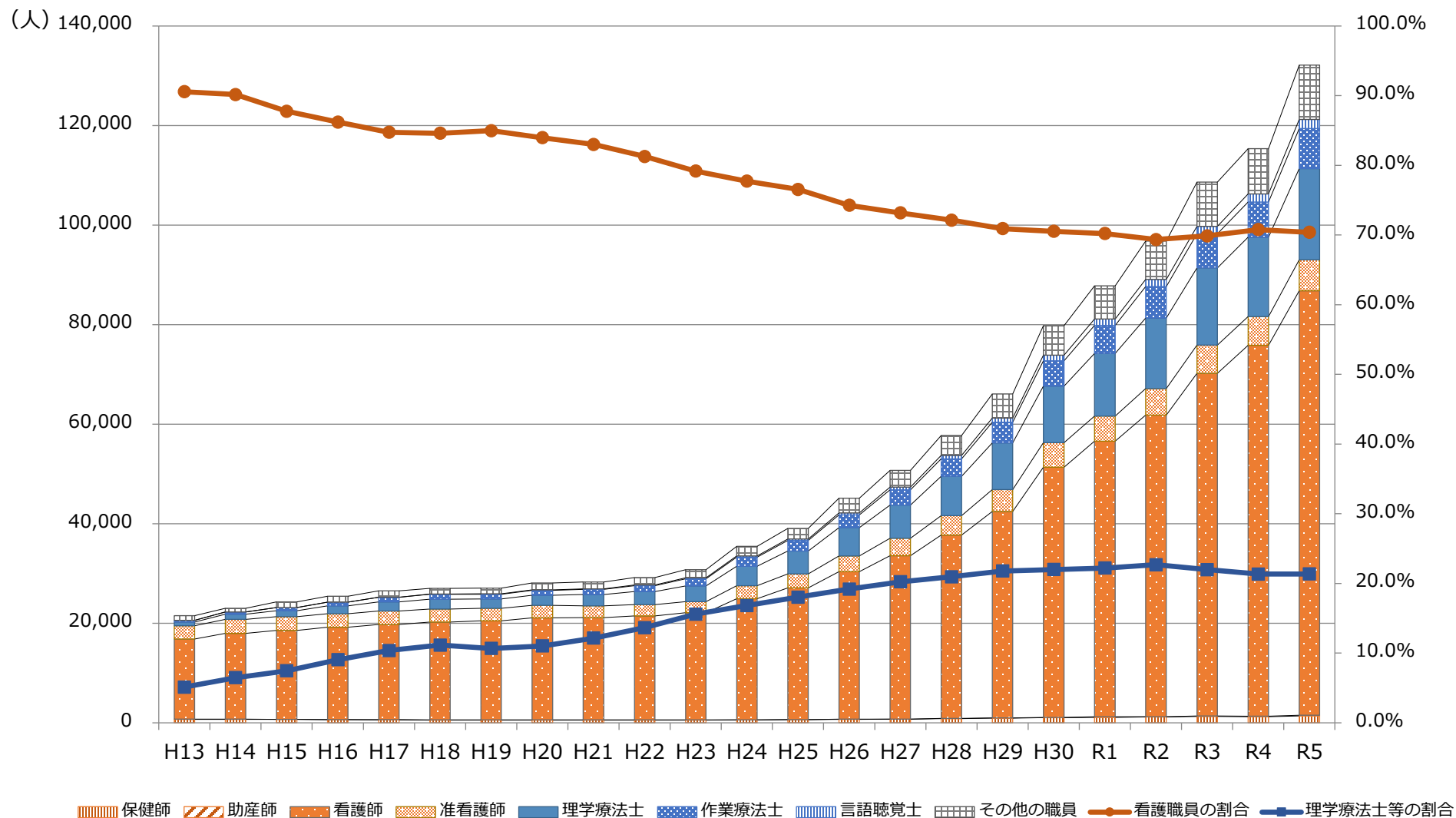
※同一敷地内に病院・診療所がある訪問看護ステーション

■ 病院・診療所に併設する訪問看護ステーション数・割合の推移



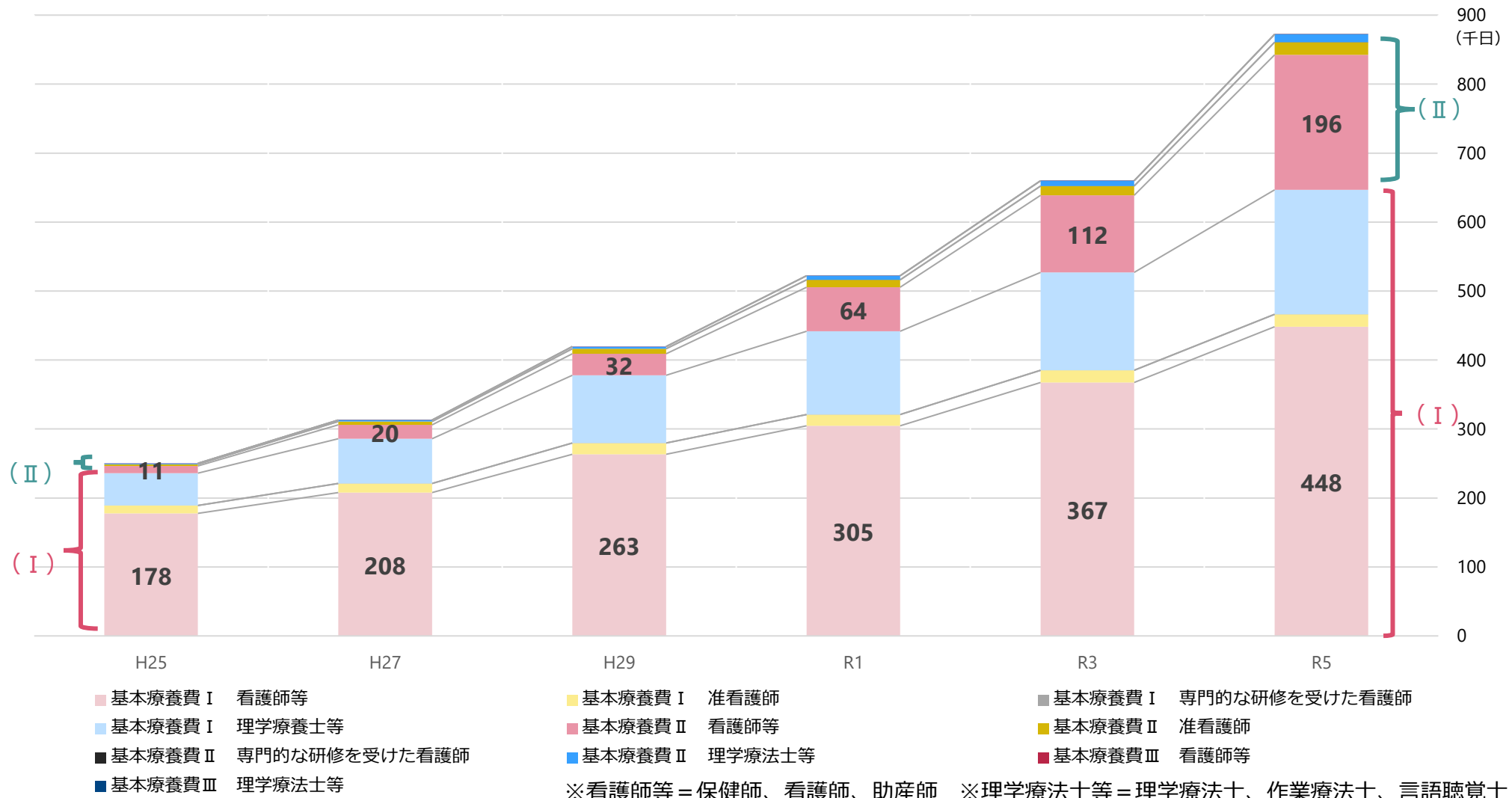
訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移

- 訪問看護ステーションの従事者数（医療保険・介護保険含む）は増加傾向が続いている。近年の職種別従事者数の割合看護職員数の割合は7割程度、理学療法士等数の割合は2割程度で推移している。



訪問職種別の訪問看護基本療養費の算定日数

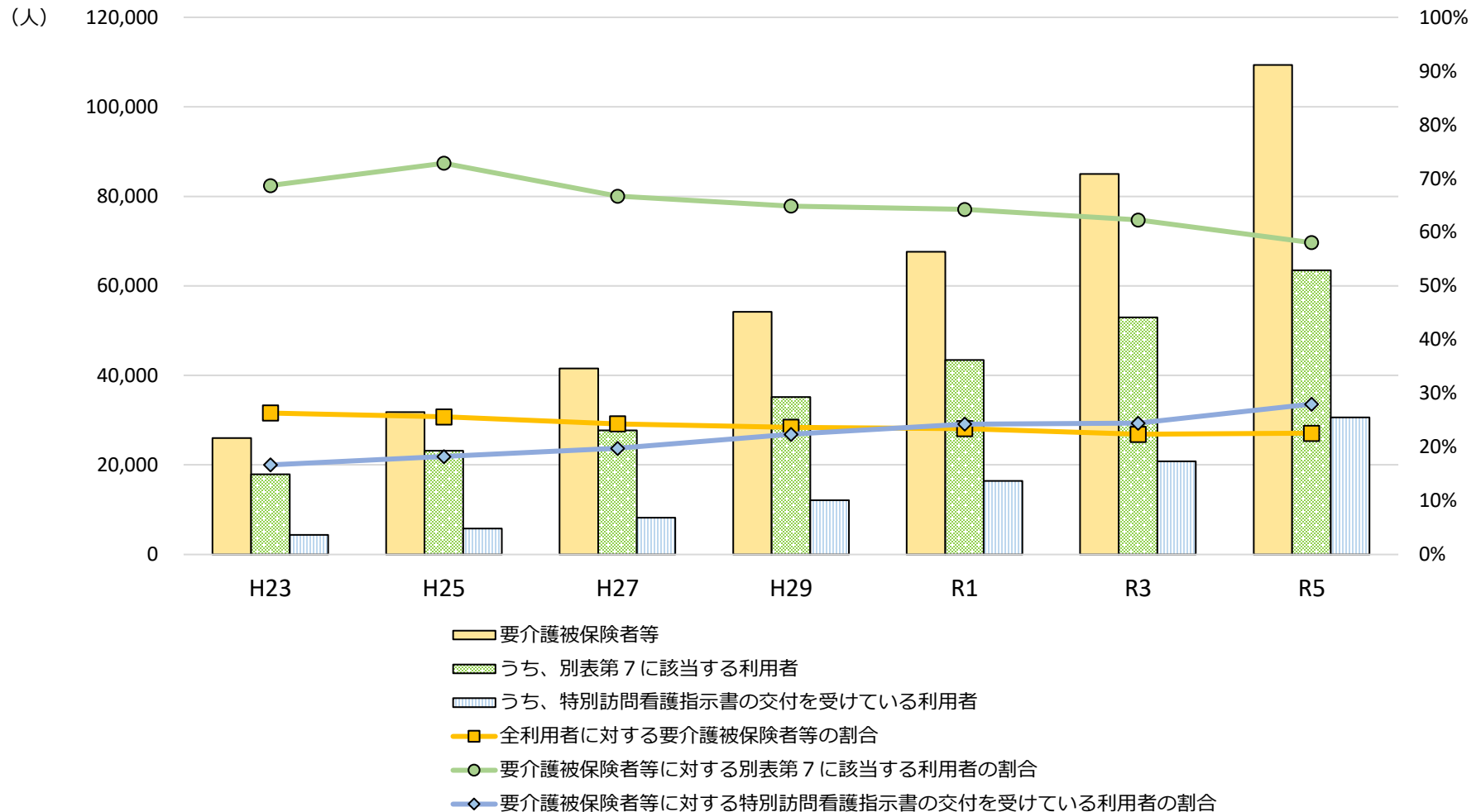
- 訪問看護基本療養費を算定する訪問職種別の算定日数の推移をみると、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の看護師等による場合の算定日数の伸びが大きい。



医療保険の訪問看護利用者における要介護被保険者等の状況

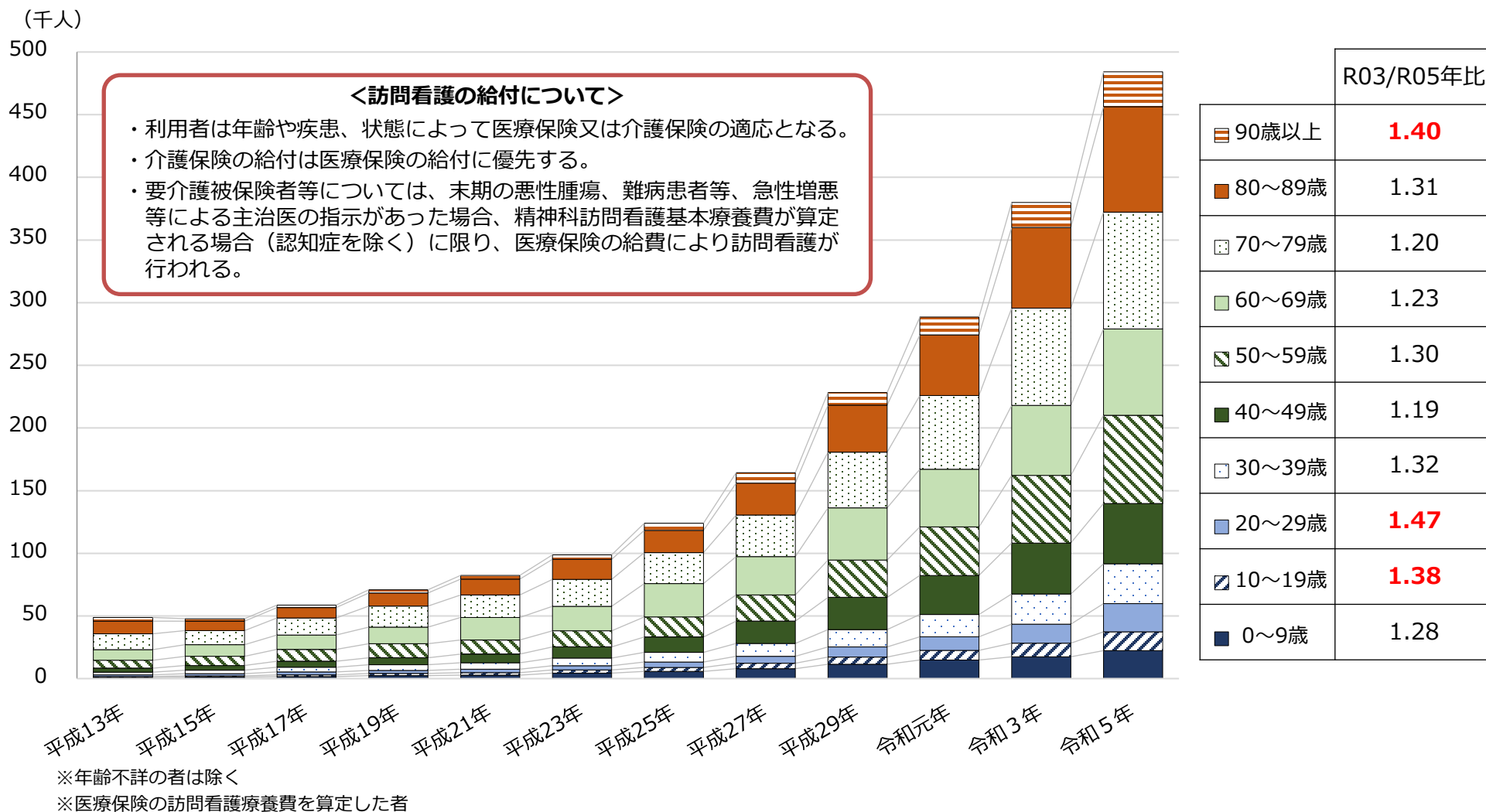
- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者に対する要介護被保険者等の割合は横ばい。
- そのうち、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向。

■ 訪問看護ステーションの利用者における、要介護被保険者等、別表第7該当者、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者数及び割合の推移



訪問看護ステーションの利用者数の推移（年齢階級別）

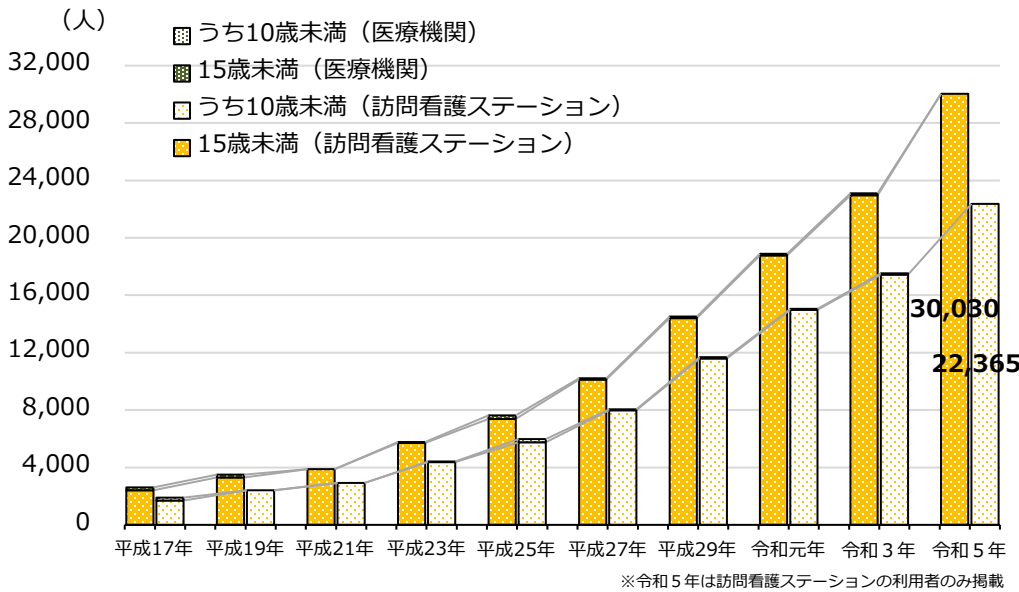
- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に90歳以上の高齢者と、乳幼児を含む30歳未満の若年層の利用者が増加している。



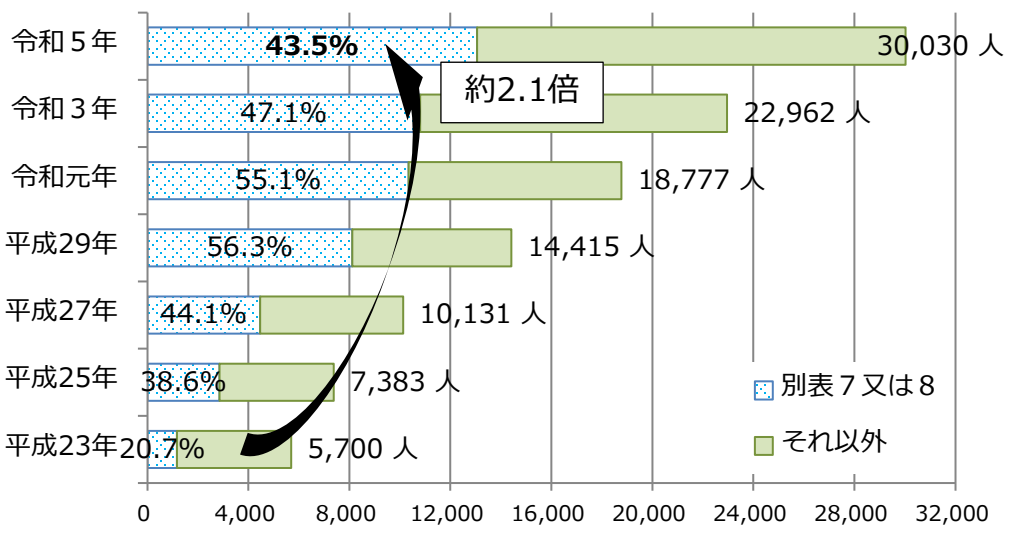
小児の訪問看護利用者の状況

- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年の増加が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和5年は約2.1倍である。

■ 小児の訪問看護利用者数の推移



■ 小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1, 2 (訪問看護ステーションのみ)



※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

※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

※2: 【別表第8】

- 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
- 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

※算定日数制限なし

精神科訪問看護の主な要件

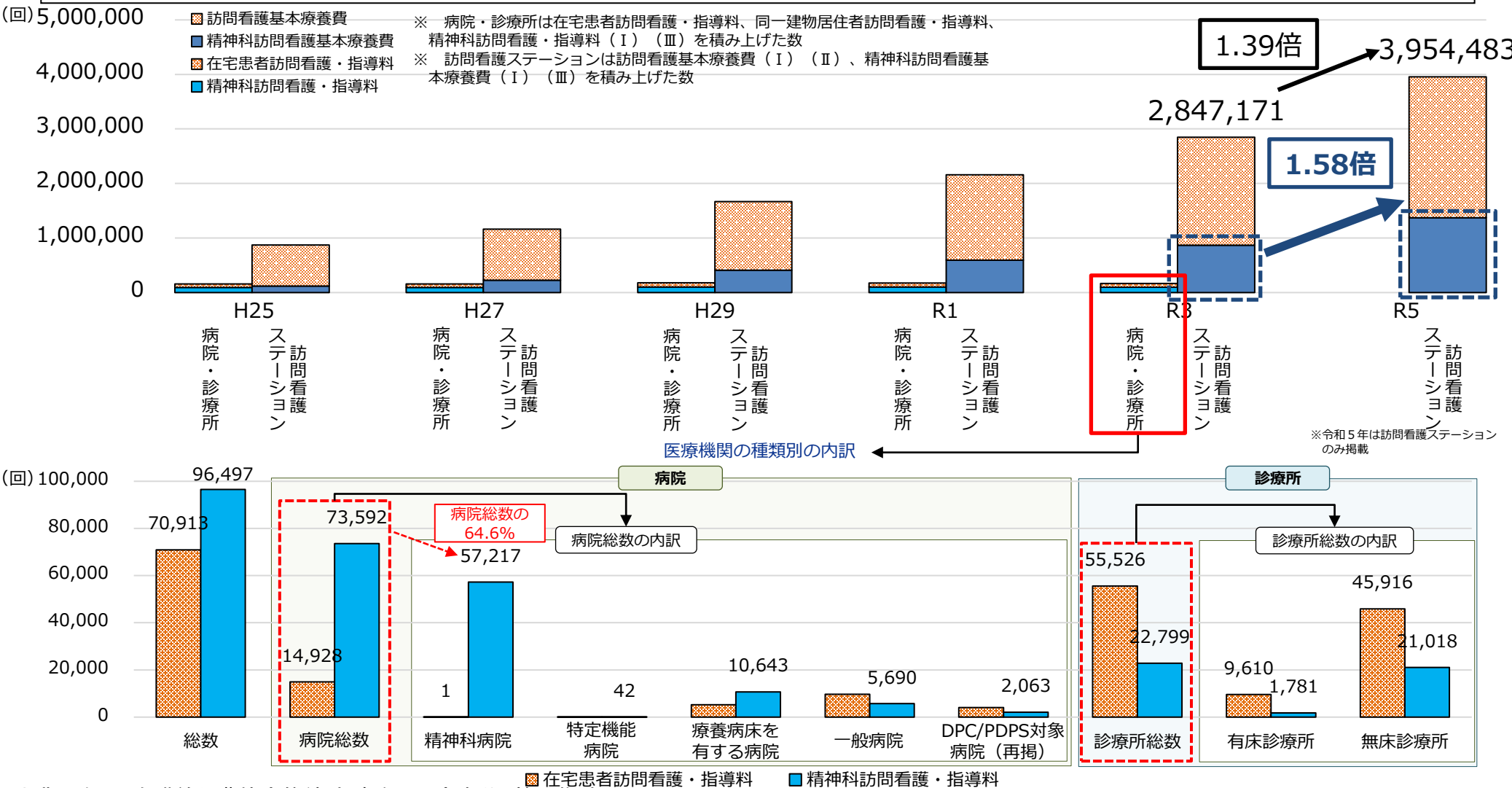
- 訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は一定の経験又は研修の修了が必要であること、退院後3月以内は頻回訪問が可能であること等、精神科以外の訪問看護とは異なる基準や要件が設けられている。

	訪問看護ステーション ※精神科を標榜する医療機関の精神科医からの指示に基づき実施		医療機関 ※精神科を標榜する保険医療機関が算定可能	
	訪問看護基本療養費（Ⅰ）	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	在宅患者訪問看護・指導料	精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）
点数等	○保健師・助産師・看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 週3日目まで 5,550円 週4日目以降 6,550円 ○准看護師 週3日目まで 5,050円 週4日目以降 6,050円 ○専門の研修を受けた看護師 12,850円	○保健師・看護師・作業療法士 週3日目まで 30分以上 5,550円 30分未満 4,250円 週4日目以降 30分以上 6,550円 30分未満 5,100円 ○准看護師 週3日目まで 30分以上 5,050円 30分未満 3,870円 週4日目以降 30分以上 6,050円 30分未満 4,720円	○保健師・助産師・看護師 週3日目まで 580点 週4日目以降 680点 ○准看護師 週3日目まで 530点 週4日目以降 630点 ○専門の研修を受けた看護師 1,285点	○保健師・看護師 作業療法士・精神保健福祉士 週3日目まで 30分以上 580点 30分未満 445点 週4日目以降 30分以上 680点 30分未満 530点 ○准看護師 週3日目まで 30分以上 530点 30分未満 405点 週4日目以降 30分以上 630点 30分未満 490点
対象者 及び 算定日数	・下記以外：週3日まで ・別表7：算定日数制限なし ・別表8：算定日数制限なし ・特別指示：月1回14日限度で算定可 （ただし一部は月2回可）	・精神障害を有する者又はその家族等で 下記以外：週3日まで ・退院後3月以内：週5日まで ・精神科特別指示：算定日数制限なし （月1回14日を限度）	・下記以外：週3日まで ・急性増悪等により一時的に頻回の訪問 看護・指導を行う必要を認める者： 月1回週14日限度で算定可 （ただし一部は月2回可）	・精神障害者である患者又はその家族等 で下記以外：週3日まで ・退院後3月以内：週5日まで ・服薬中断等により急性増悪した場合で あって医師が必要と認めた者： 月1回週7日限度で算定可 【さらに継続した訪問看護が必要と医師が 判断した場合は、さらに週7日限度で算定可】
届出基準	—	下記のいずれかに該当する者による 精神科訪問看護を実施 （1）精神病棟又は精神科外来での1年 以上の勤務 （2）精神疾患患者に対する訪問看護の 1年以上の経験 （3）精神保健福祉センター等における 精神保健業務の1年以上の経験 （4）専門機関等が主催する精神科訪問 看護に関する知識・技術の習得を 目的とした研修の修了	—	—

精神科訪問看護の実施回数の推移

中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 訪問看護ステーションが実施する訪問看護全体の実施回数は、令和3年から令和5年において約1.39倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.58倍となっている。
- 病院からの訪問看護の実施回数のうち、64.6%が精神科病院からの精神科訪問看護・指導料である。



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(令和5年6月審査分は速報値))

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 機能強化型訪問看護管理療養費1の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。
- 訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
- 訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

現行

【訪問看護管理療養費】	
1 月の初日の訪問の場合	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	12,830円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	9,800円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	8,470円
ニ イからハまで以外の場合	7,440円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費1の基準
イ～ハ 略
(新設)

改定後

【訪問看護管理療養費】	
1 月の初日の訪問の場合	
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1	13,230円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2	10,030円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3	8,700円
ニ イからハまで以外の場合	7,670円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費1の基準
イ～ハ 略
ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]
令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

(参考) 算定留意事項

第5 訪問看護管理療養費について
(新) 災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。

(参考) 機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、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
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
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
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		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者又は複数の訪 看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、 重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの 計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画又は介護予防 サービス計画を作成 ・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 + サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計 画を作成		
地域における 人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・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
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が配置されていること	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和6年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和8年5月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

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）

➤ 多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
【訪問看護管理療養費】		【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）		2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	
3,000円		(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

[算定要件]
指定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（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定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に、訪問の都度算定する。

[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。

[経過措置]
令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費 1 の基準に該当するものとみなす。

すべての事業所で
届出が必要です



訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出状況

- 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）

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

[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。

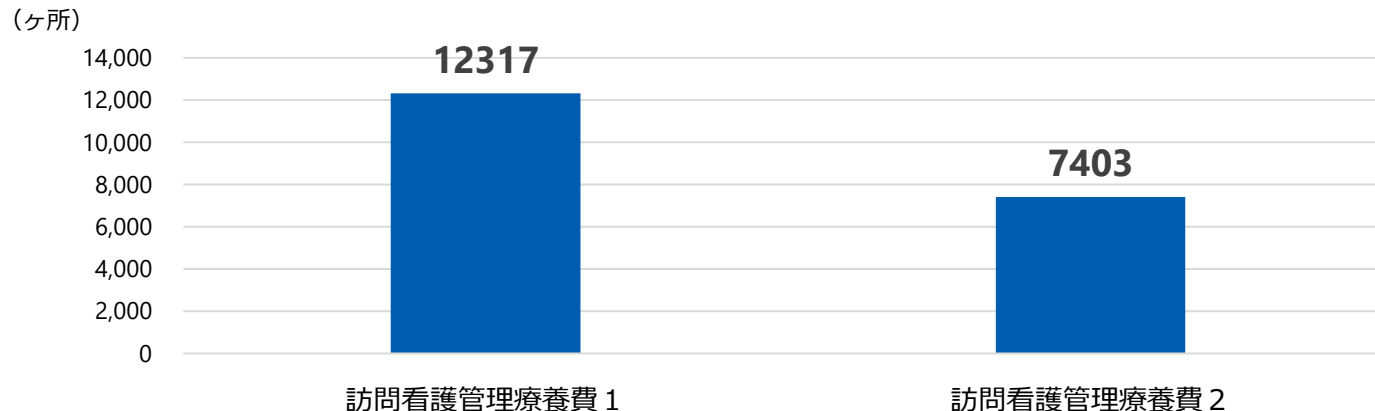
イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

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



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進①

24時間対応体制加算の見直し①

- 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔施設基準〕

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月1回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

<u>（新）</u> <u>イ</u> <u>24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合</u>	<u>6,800円</u>
<u>（新）</u> <u>ロ</u> <u>イ以外の場合</u>	<u>6,520円</u>

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務の二重を踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

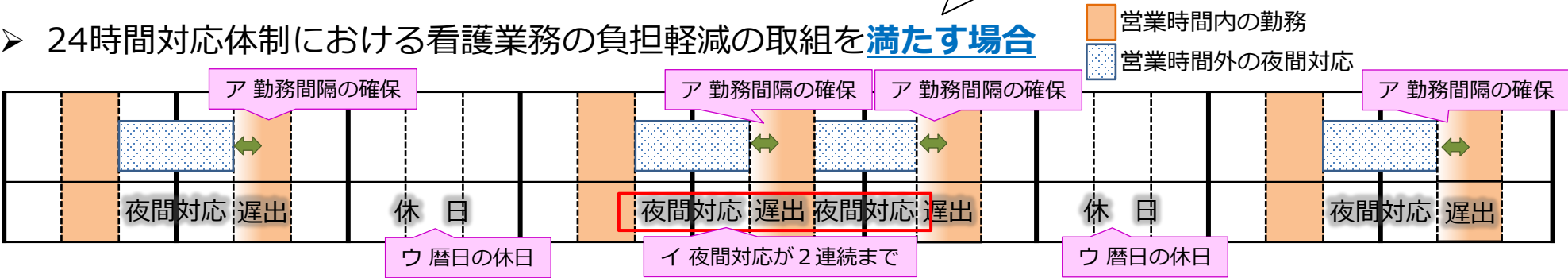
訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進②

24時間対応体制加算の見直し②

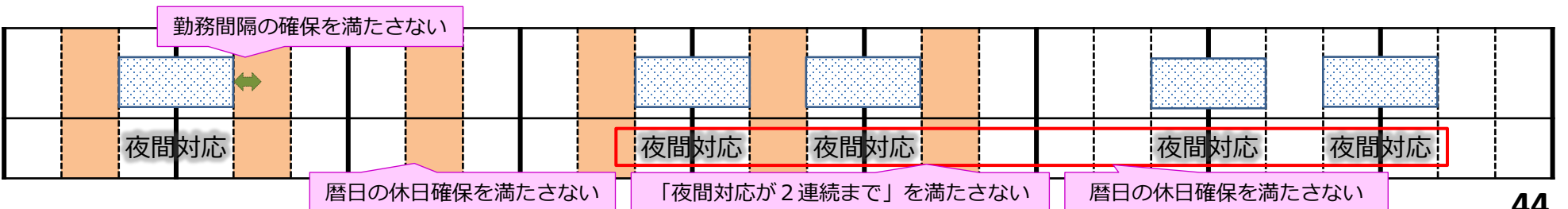
(参考) 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

- 訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。
- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
 - イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
 - ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
 - エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
 - オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
 - カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保
- ア又はイを含む2項目以上を満たしていること

➤ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を満たす場合



➤ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を満たさない場合



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進③

24時間対応体制加算の見直し③

- 24時間対応体制加算について、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[届出基準通知]

機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。ただし、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。

ア 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。

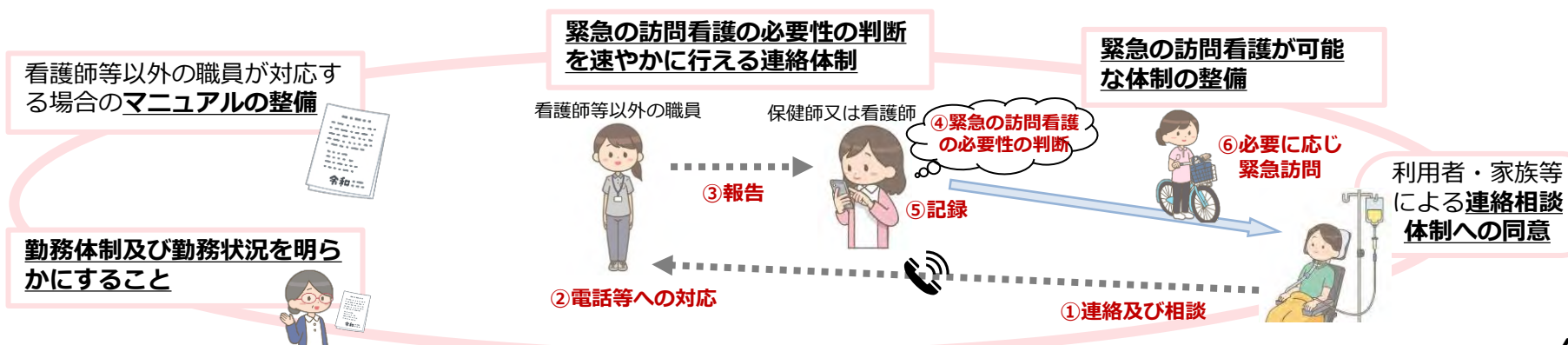
イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。

ウ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。

エ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。

オ アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。

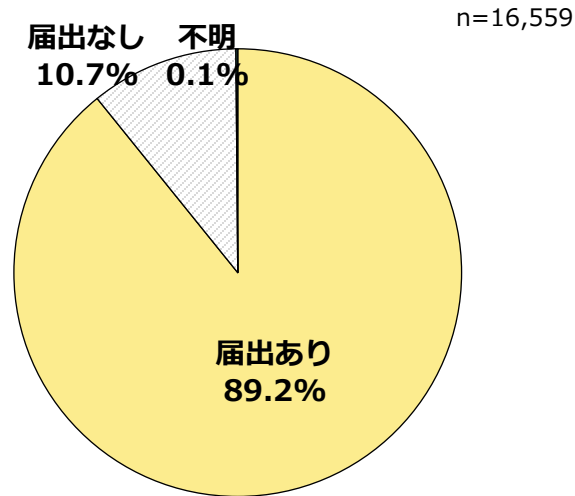
カ 指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式2を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。



24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

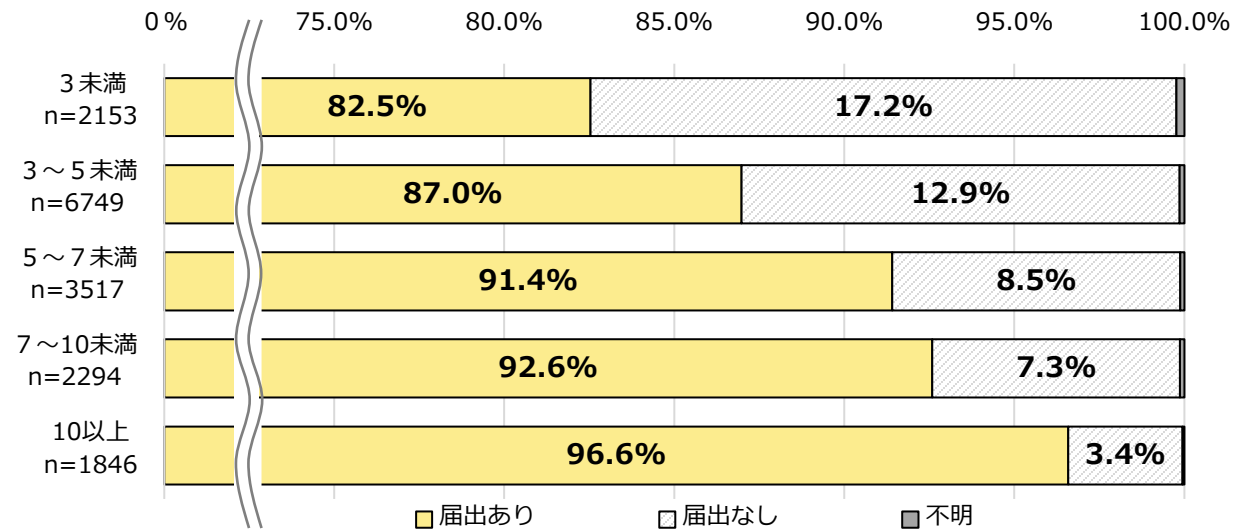
- 全訪問看護ステーションのうち、89.2%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■ 24時間対応体制加算の届出の状況

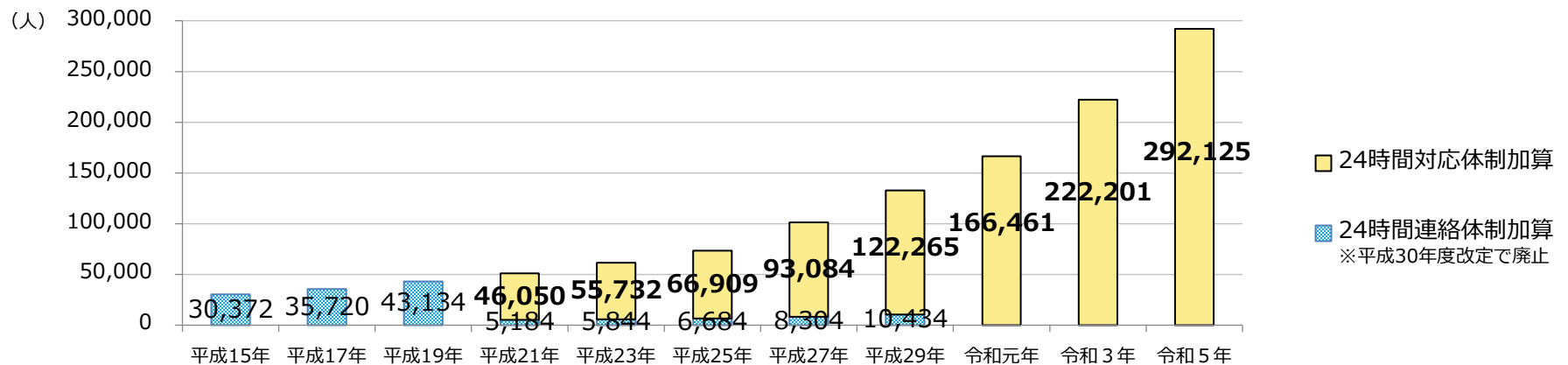


出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点）

■ 看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況



■ 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



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））

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

- 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1 及び 2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号 C 0 0 1 の注 1 に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）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には、緊急訪問看護加算として、1 日につき 2,650 円を所定額に加算する。

[算定要件]（抜粋）
（新規）

(4) （略）
（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1 及び 2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号 C 0 0 1 の注 1 に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）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には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する。

<u>(新)</u>	<u>イ</u>	<u>月14日目まで</u>	<u>2,650円</u>
<u>(新)</u>	<u>ロ</u>	<u>月15日目以降</u>	<u>2,000円</u>

[算定要件]（抜粋）

(4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(5) （略）

(6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※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・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

専門の研修を受けた看護師による計画的な管理

- 専門の研修を受けた看護師による計画的な管理を評価している専門管理加算は、機能強化型訪問看護ステーションの方が機能強化型以外に比べて多く届け出ている。
- 研修別では、特定行為研修を受けた者が最も多い。

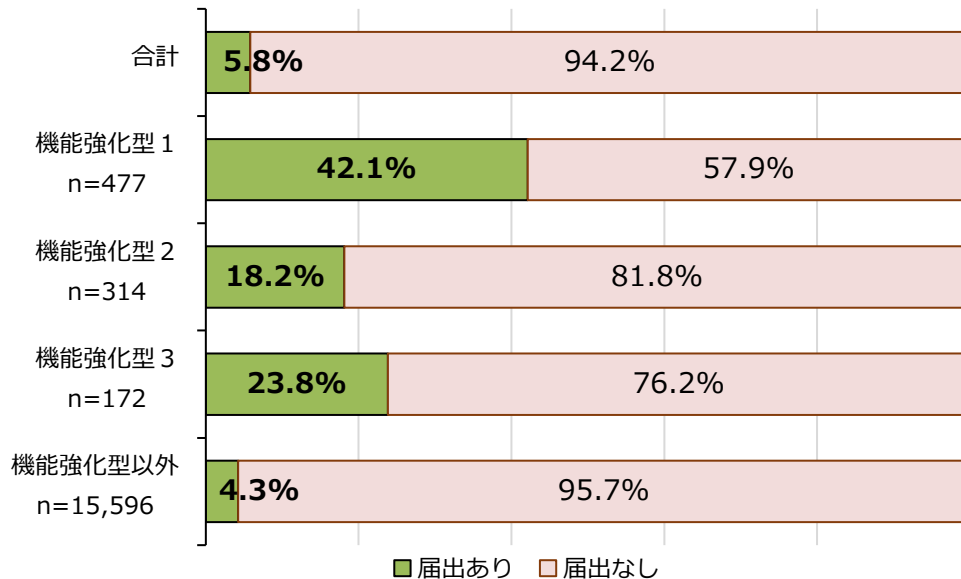
■ 専門の研修を受けた看護師による訪問看護における計画的な管理

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
専門管理加算 (令和4年度～)	2,500円 (1月に1回)	イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合 <ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 □ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合 <ul style="list-style-type: none"> ・手順書加算を算定する利用者 	緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算。

■ 専門管理加算の届出の状況

n=16,559

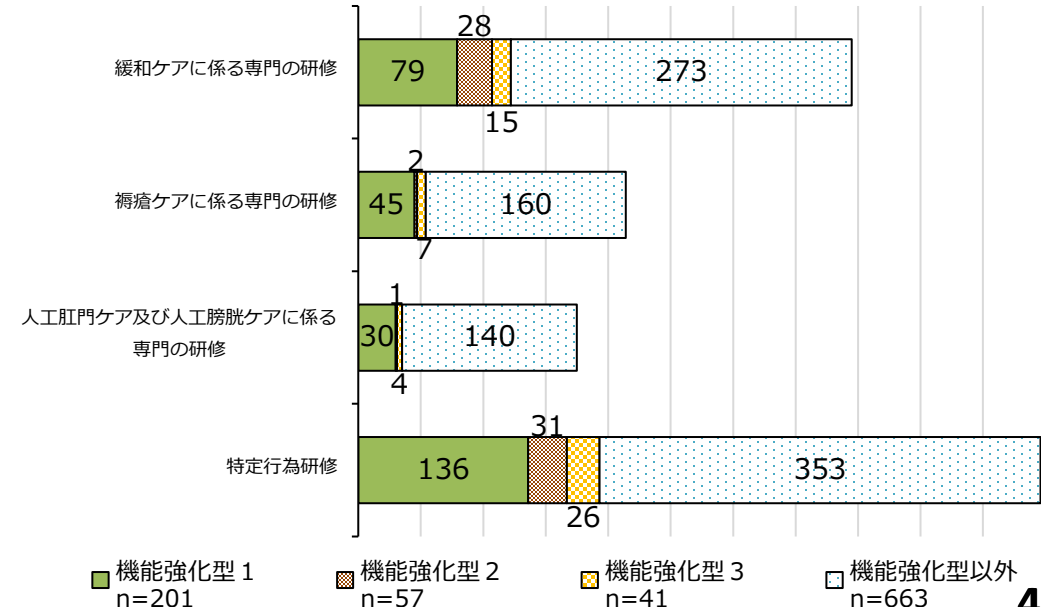
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 研修別の届出状況（重複あり）

(事業所数)

0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500 550



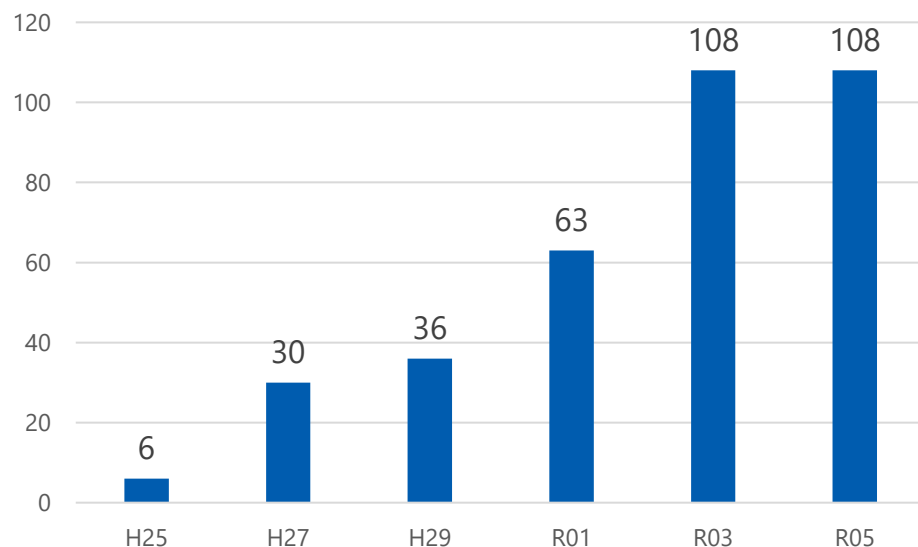
専門の研修を受けた看護師による同行訪問

- 専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、訪問看護ステーションからの算定件数は令和3年度に増加したのち横ばいだが、医療機関からの算定件数は令和5年度で増加した。

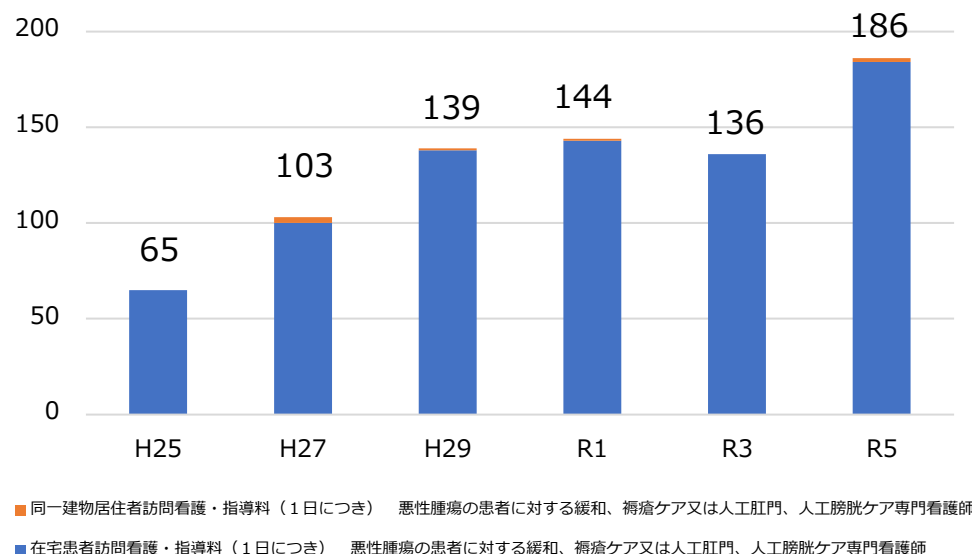
■ 専門性の高い看護師による訪問看護の評価

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
訪問看護 基本療養費 (Ⅰ)・(Ⅱ) など	12,850円 (1月に1回)	<ul style="list-style-type: none"> 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者 	悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に算定。

■ 訪問看護ステーションにおける 専門の研修を受けた看護師の同行訪問の算定件数



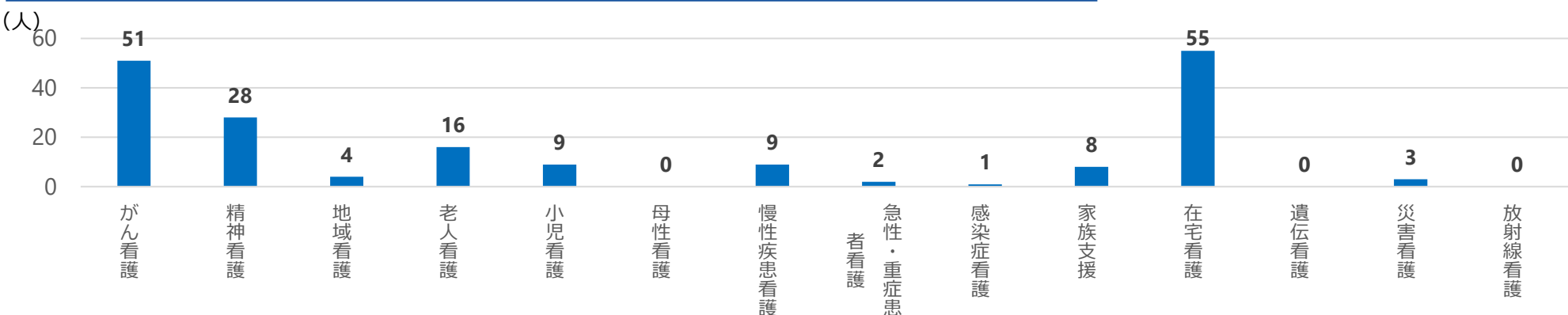
■ 医療機関における 専門の研修を受けた看護師の同行訪問の算定件数



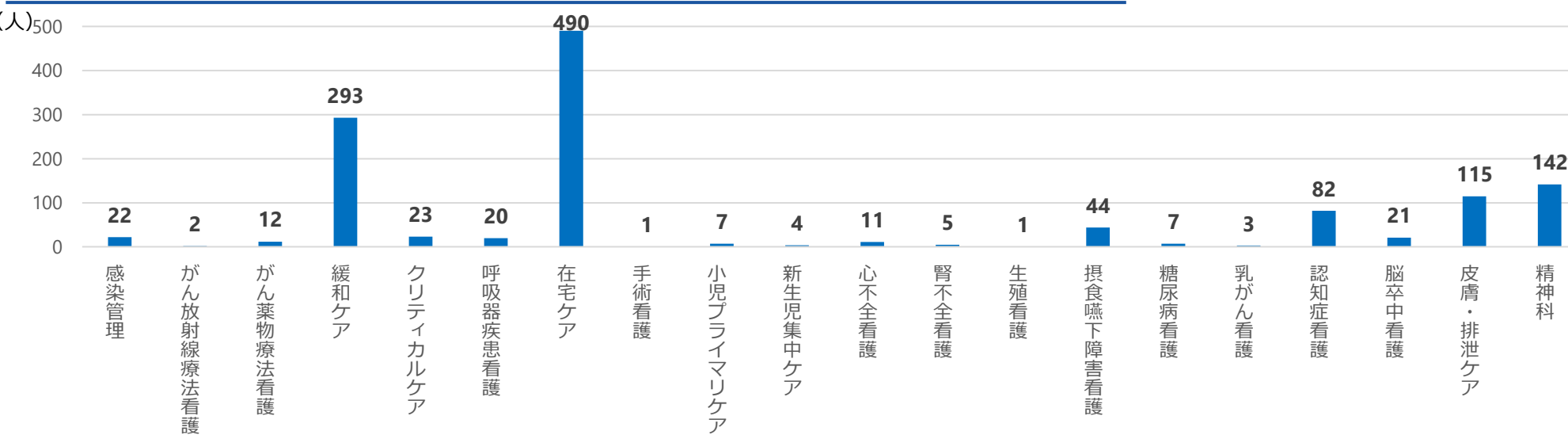
専門看護師・認定看護師の訪問看護ステーションにおける在籍状況

○ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師及び認定看護師の各専門・認定分野別の人数は以下のとおり。

■ 訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数（2024年12月末現在） n=186



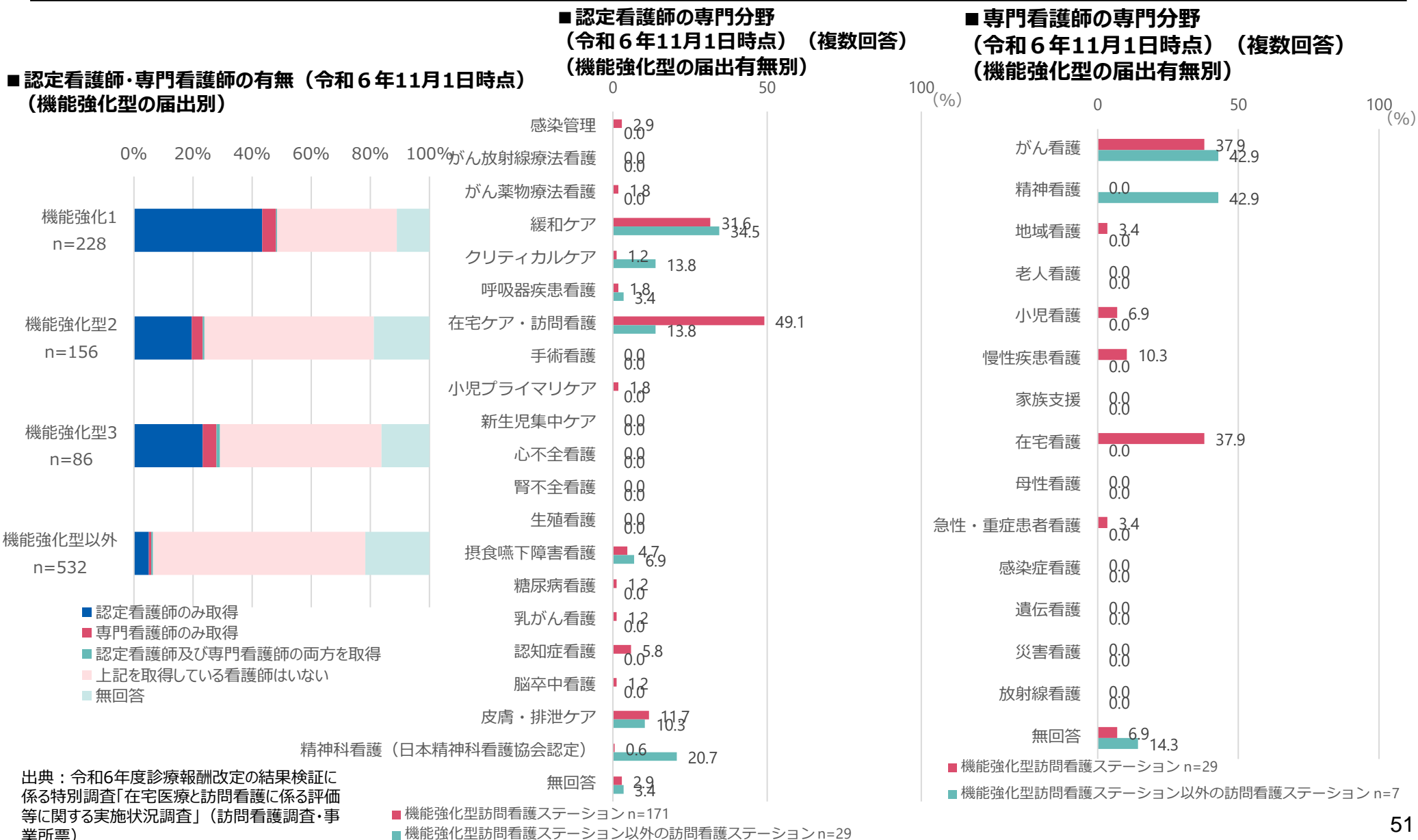
■ 訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数（2024年12月末現在） n=1,035



出典：公益社団法人日本看護協会「データで見る専門看護師 分野別所属先種別登録者数一覧」及び「データで見る認定看護師 分野別所属先種別登録者数一覧」 及び日本精神科看護協会「精神科認定看護師全国データ」をもとに保険局医療課にて作成

訪問看護ステーションに所属する認定看護師・専門看護師

○ 専門性の高い看護師（認定看護師・専門看護師）の事業所への所属の有無と専門分野は以下の通り。

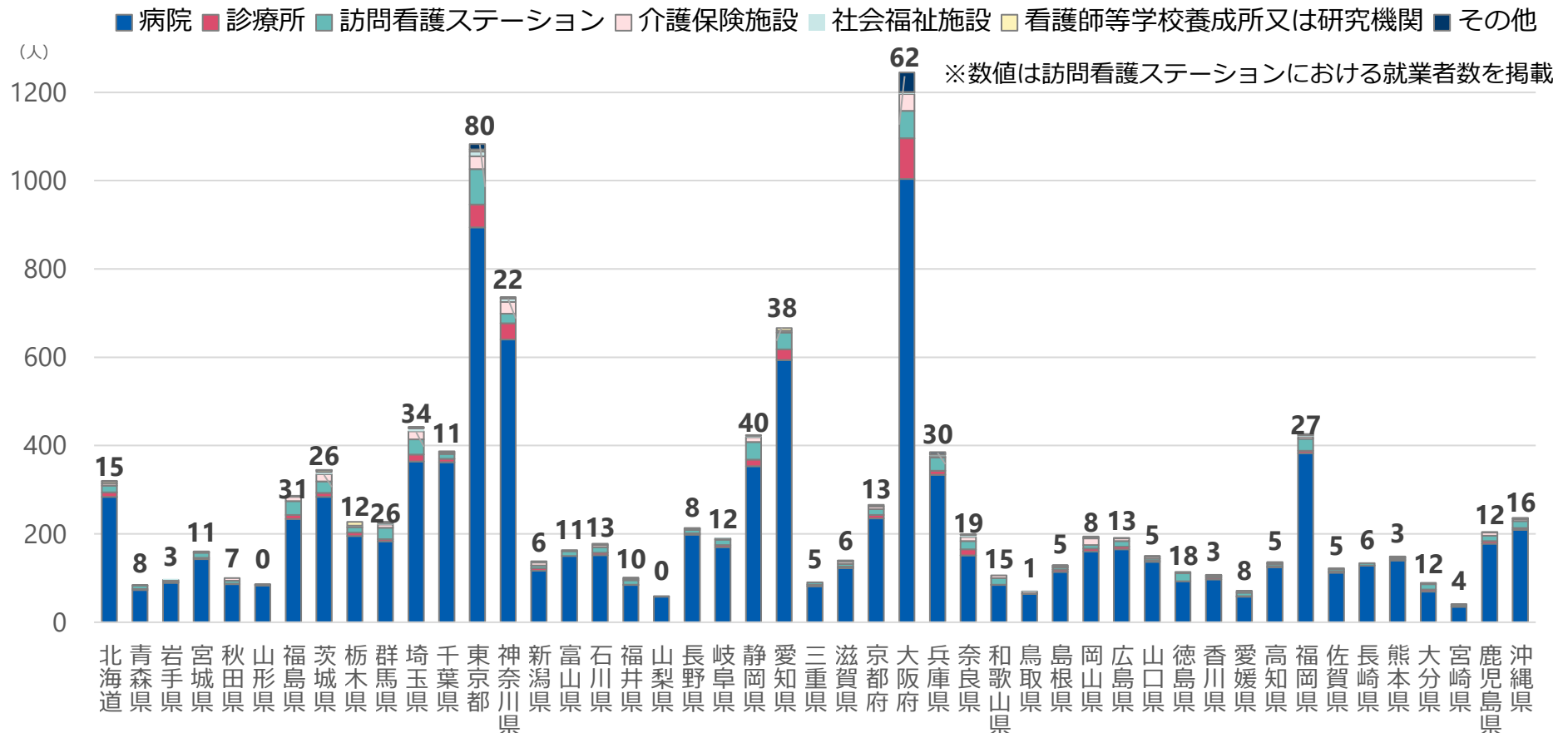


特定行為研修修了者の就業状況

■ 就業場所別

	病院	診療所	訪問看護 ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所 又は研究機関	その他	合計
就業者数（人）	10,067	409	725	293	67	68	80	11,709
割合	85.9%	3.5%	6.2%	2.5%	0.6%	0.6%	0.7%	100.0%

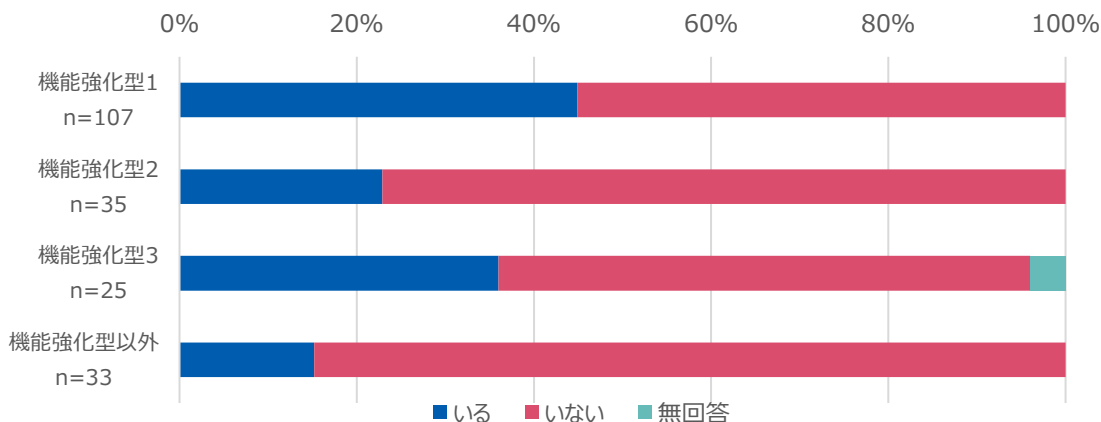
■ 都道府県別



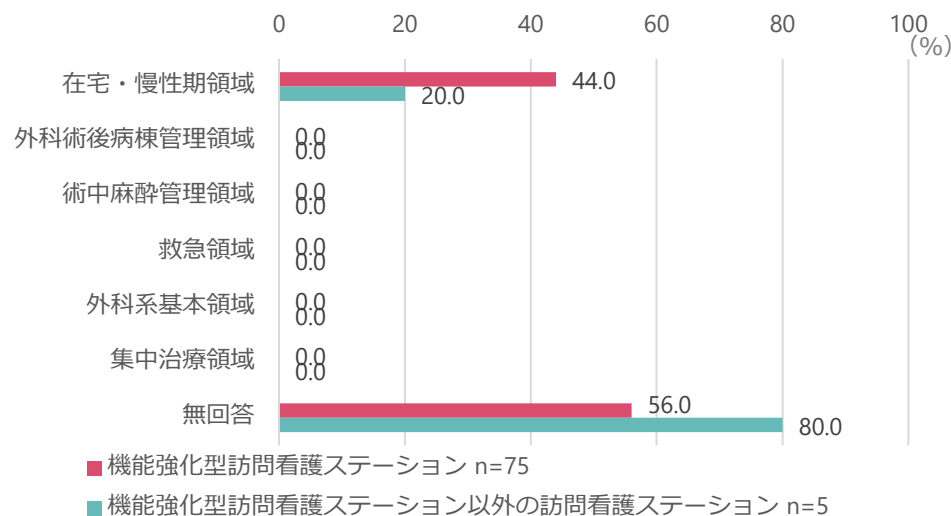
訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の配置状況及び修了分野は以下のとおり。

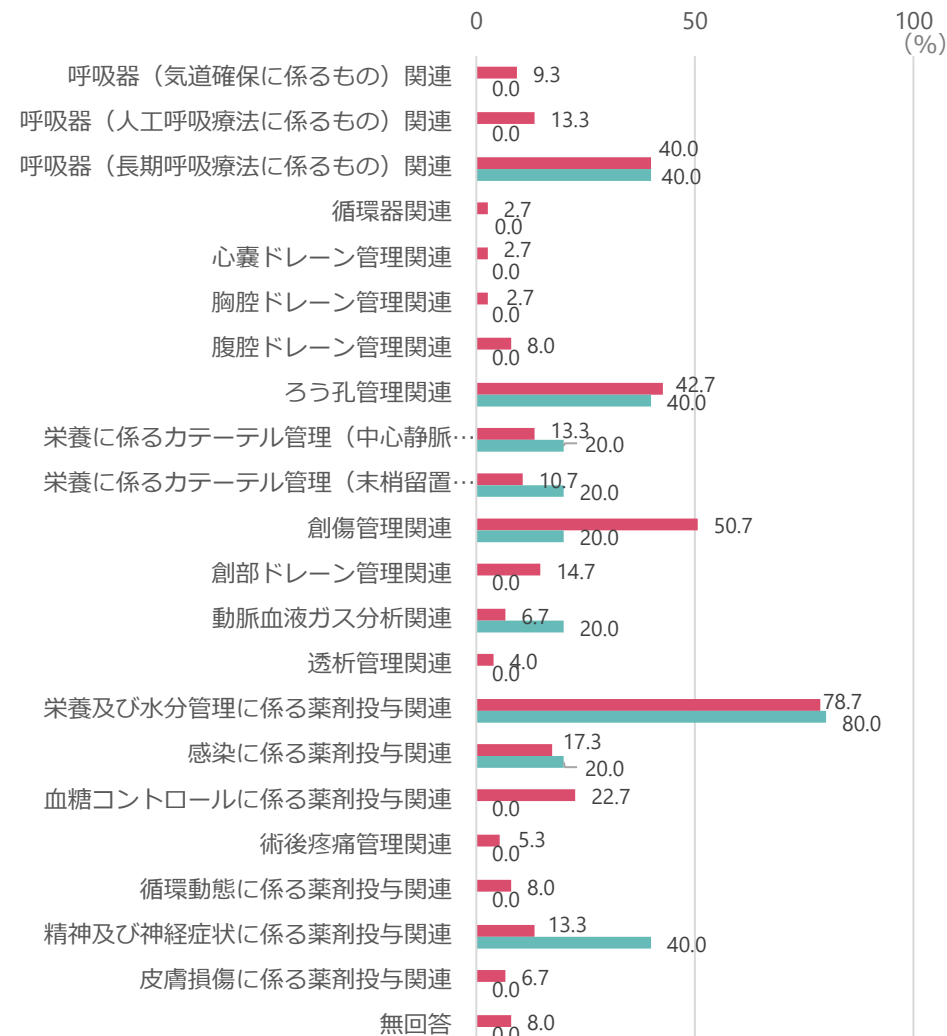
■ 特定行為研修修了者の有無（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出別）



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修（複数回答）（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出有無別）



■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分（複数回答）（令和6年11月1日時点）（機能強化型の届出有無別）



訪問看護医療DX情報活用加算の新設

訪問看護医療DX情報活用加算

- 指定訪問看護ステーション等において、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

50円



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り、50円を所定額に加算する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成4年厚生省令第5号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和7年5月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。

※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・指導料についても同様

訪問看護レセプトのオンライン請求・オンライン資格確認

凡例 オンライン請求 : マーカー
オンライン資格確認 : マーカー

- 訪問看護ステーションにおいて、令和6年6月よりレセプトのオンライン請求とオンライン資格確認を開始しました。
- また、令和6年（2024年）12月2日より従来の健康保険証が新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行したことに伴い、オンライン請求・オンライン資格確認が義務化となっています。

近時の動き

- 令和5年11月30日 居宅同意取得型のプレ運用開始 ※医療機関・薬局向け
改正請求命令・省令の公布
※ 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令の一部を改正する命令（令和5年内閣府・厚生労働省令第9号）
※ 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第147号）
- 令和6年1月12日 通知発出
※ 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等の一部改正に伴う実施上の留意事項について
※ 指定訪問看護事業者に係る電子情報処理組織を用いた費用の請求に関する取扱いについて
※ 「オンライン資格確認等、レセプトのオンライン請求及び健康保険組合に対する社会保険手続きに係る電子申請システムに係るセキュリティに関するガイドライン」等の改正について
- 令和6年1月15日 医療機関等向け総合ポータルサイトでの新規ユーザー登録等開始
- 令和6年2月1日 オンライン請求システム／オンライン資格確認等システムへの接続試験・運用テスト等が可能に
- 令和6年6月1日 令和6年度診療報酬改定・介護報酬改定（医療系サービス分）の施行
オンライン請求・オンライン資格確認の開始（請求は7月請求分から）
- 令和6年10月31日 義務化時点で導入できない場合の経過措置の届出〆切（R6.4～）
- 令和6年12月2日 オンライン請求・オンライン資格確認の義務化（請求は12月請求分から）・経過措置

（参考）請求命令・省令改正に伴う取扱いや届出の様式等については、厚生労働省・支払基金HP等において掲載。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00002.html

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html#onsk_gimuka

https://www.ssk.or.jp/oshirase/special_houkanr0601.html

訪問看護療養費実態調査について

調査の概要

- 統計法に基づく一般統計調査に位置づけられている。
- 平成 13 年度から 2 年に 1 回実施している。



調査の目的

- 訪問看護療養費の請求実態について把握・分析等を行うことにより、訪問看護療養費の支給額等を適正に評価し、次回診療報酬改定時における訪問看護療養費の改定を行うための基礎資料を得ること。

調査の対象

- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会

調査の事項・方法

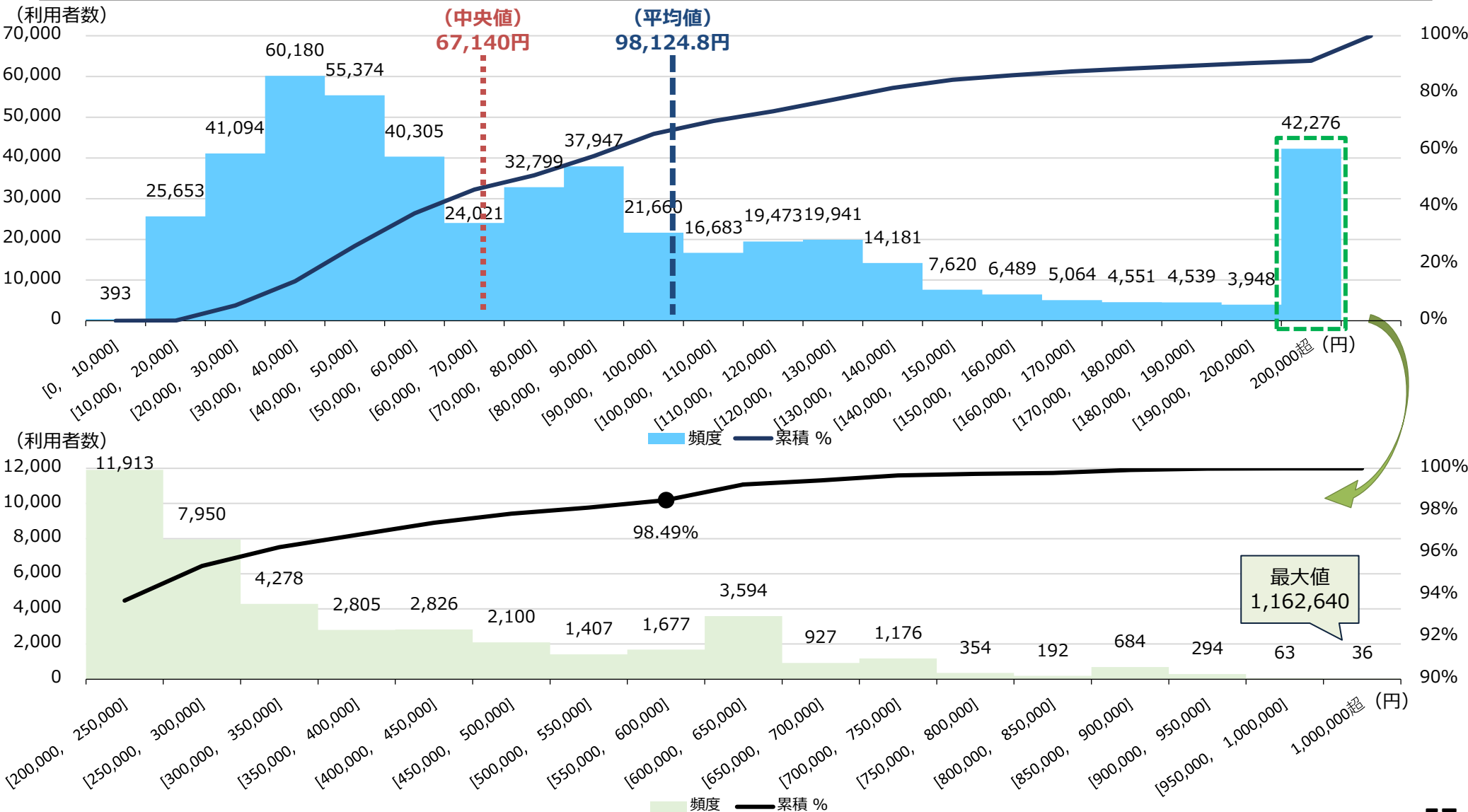
- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会において調査実施年 6 月に審査する訪問看護療養費明細書のうち、無作為で 1 / 3 を抽出。（平成23年度以前は 1 / 2 を抽出）
- 社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会が、訪問看護療養費の請求のため作成した訪問看護療養費明細書の写しを厚生労働省に提出する。

※令和 7 年度調査において N D B（匿名医療保険等関連情報データベース）から取得できる情報（訪問看護事業所がオンラインにより訪問看護療養費の請求を行ったもの）については、提出を求めないこととしている。

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。



1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

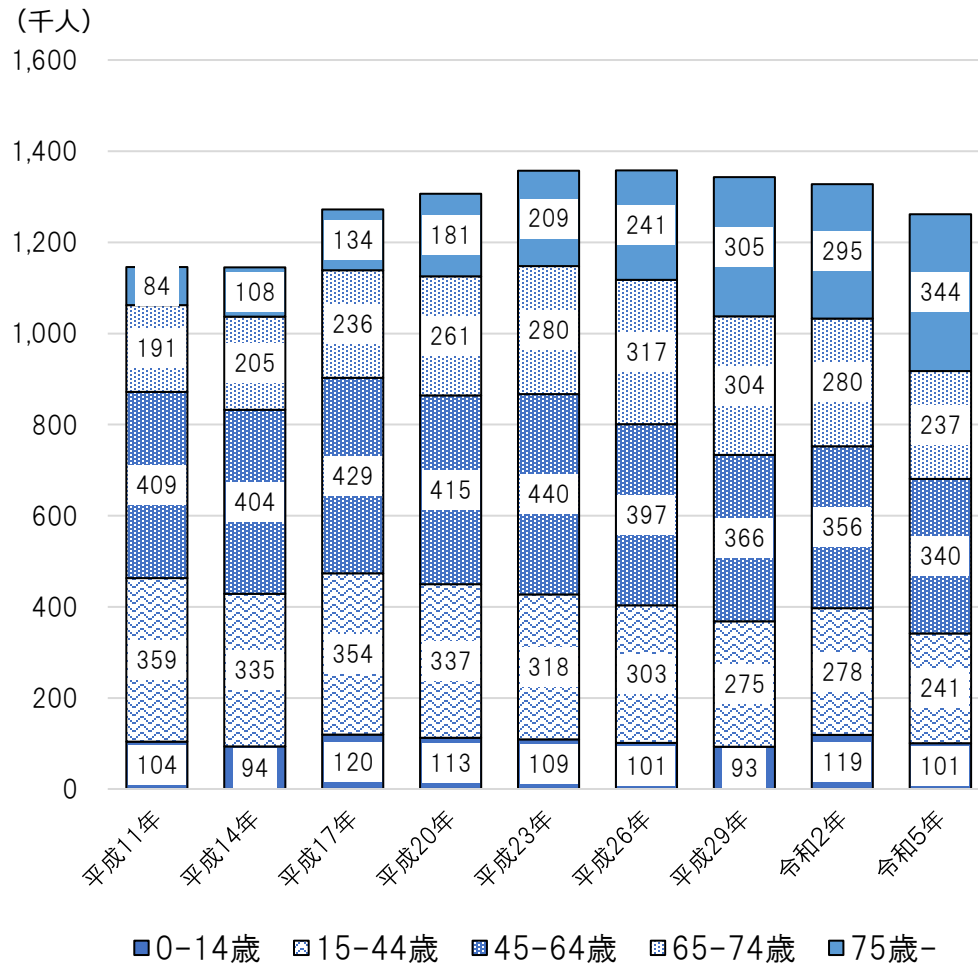
年齢階級別の推計患者数の年次推移

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1

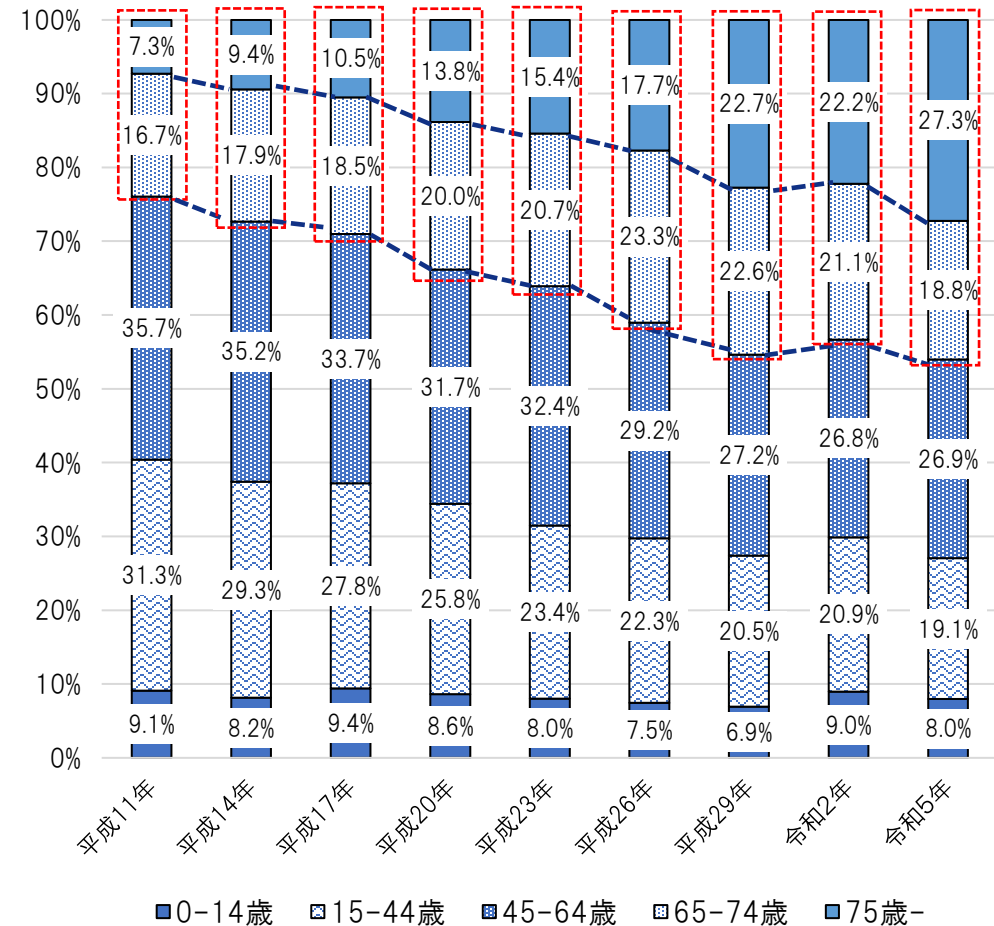
- 推計患者数は、平成26年をピークに緩やかに減少している。
- 年齢階級別の推計患者の割合は、65歳以上が増加している。

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

＜歯科診療所の年齢階級別推計患者数＞



＜歯科診療所の年齢階級別推計患者割合＞



※推計患者：調査日当日に、歯科診療所で受療した患者の推計数
※不詳は除いた数又は割合

(出典：患者調査)

歯科医療提供体制の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

中医協 総 - 4
7 . 6 . 2 5 改

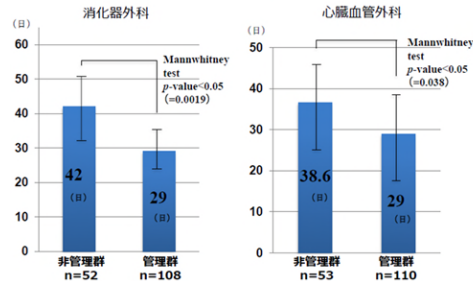
概要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

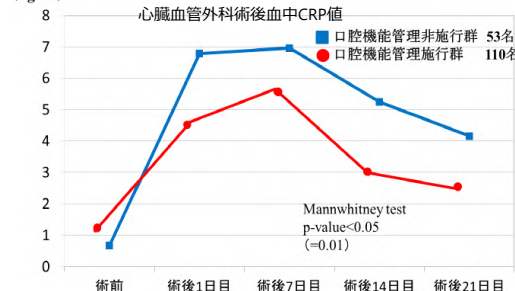
歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



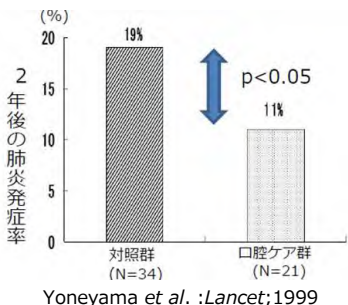
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果

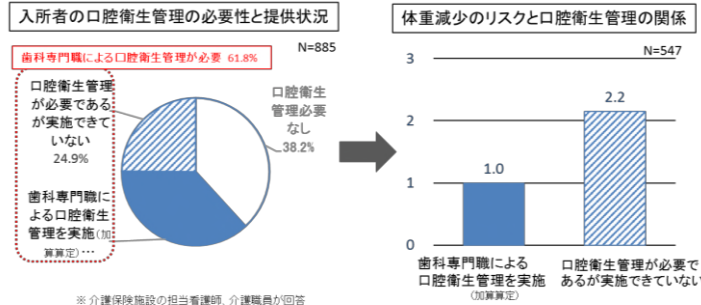


出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

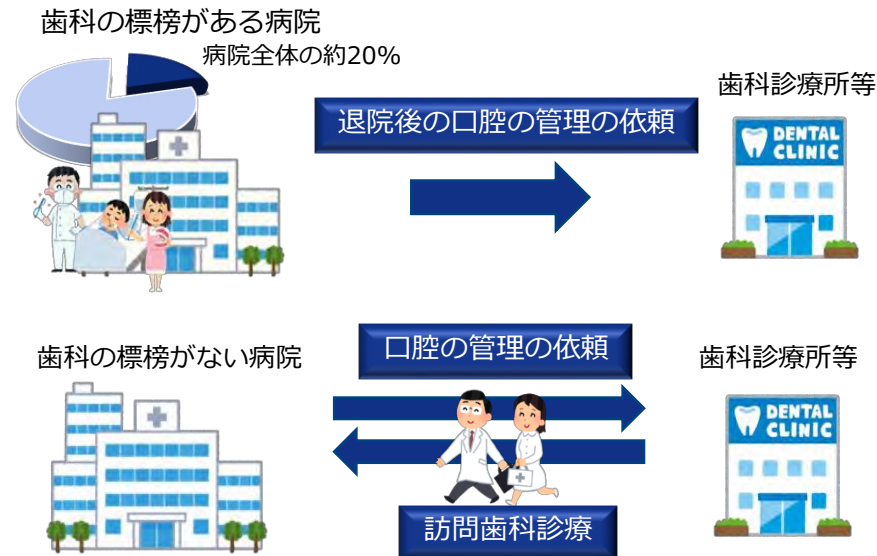


出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

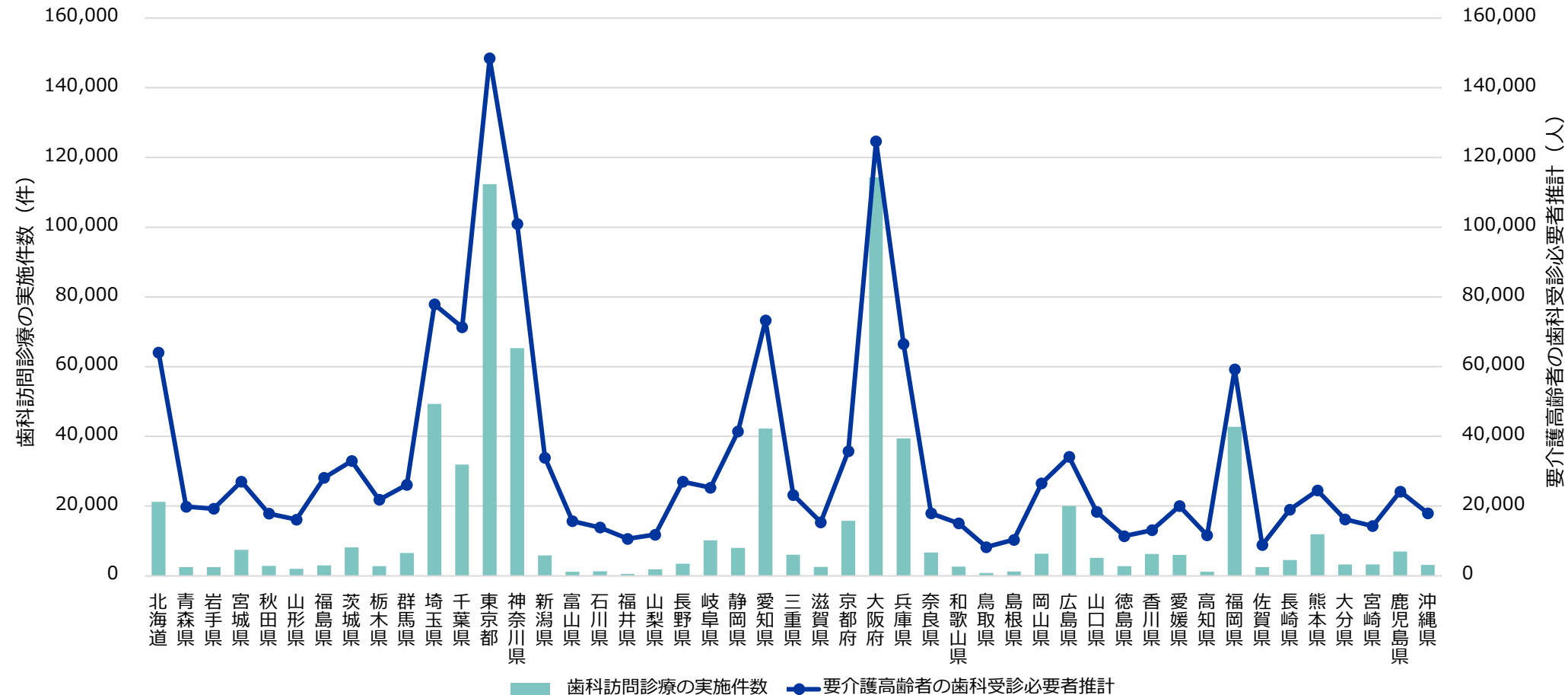
地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



要介護高齢者（都道府県別）における歯科訪問診療の推定需要と供給

○ 全ての都道府県で、要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は低い。



注1：歯科訪問診療の実施件数は医療施設調査（令和5年9月分）、要介護高齢者数は介護保険事業状況報告 月報（暫定）9月分より算出。

注2：令和元年日本歯科医学会「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究」より、「要介護高齢者（N=290, 平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科受診の推定需要数と仮定して算出。

※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

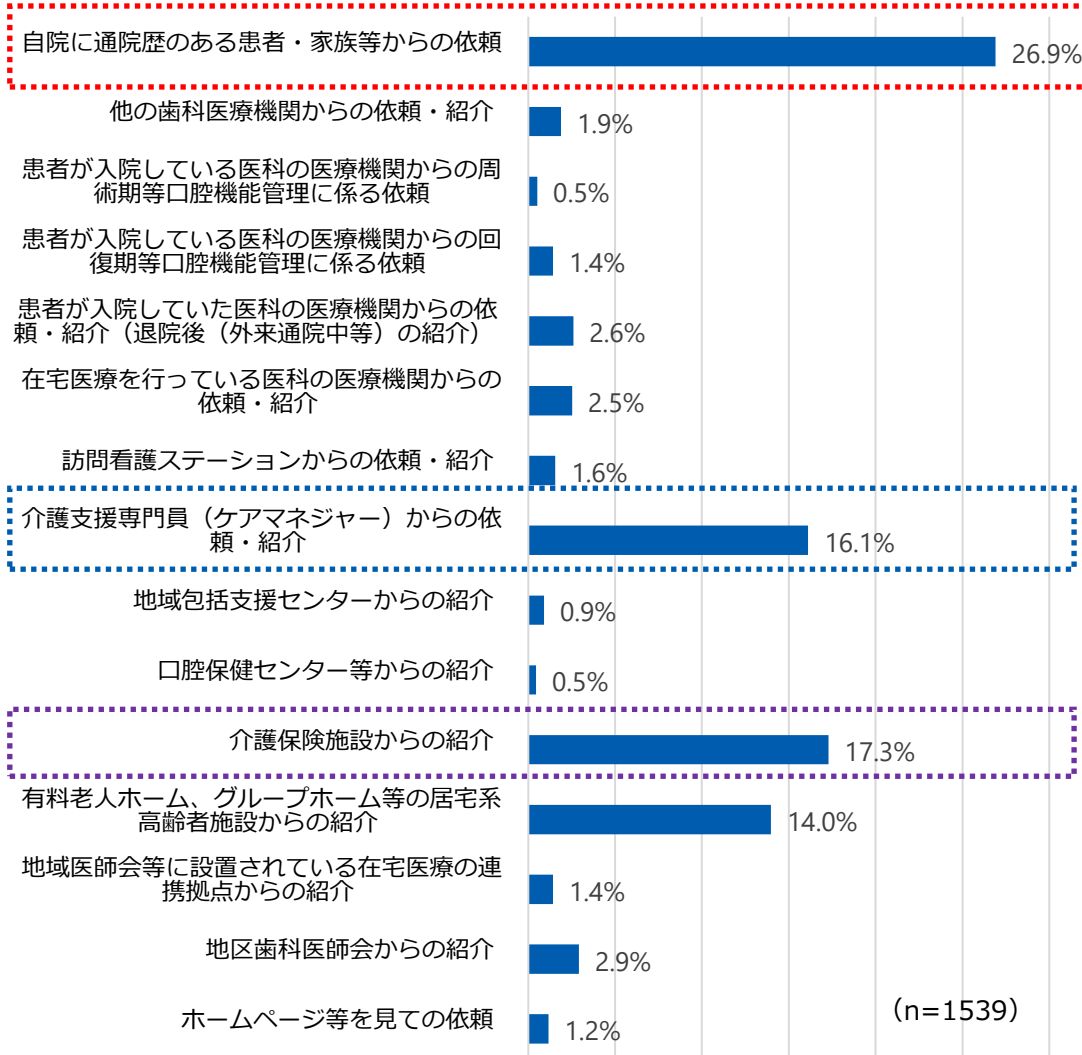
歯科訪問診療料及び訪問歯科衛生指導料に係る主な改定内容

改定年度	歯科訪問診療料	訪問歯科衛生指導料
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「歯科訪問診療料」の対象者の表現（常時寝たきりの状態）の見直し ➤ 「歯科訪問診療補助加算」（歯援診における歯科訪問診療時に歯科衛生士が同行し、歯科診療の補助を実施）【同一建物居住者以外の場合：110点、同一建物居住者の場合：45点】の新設 	—
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「※在宅かかりつけ歯科診療所加算」（在宅療養患者中心に歯科訪問診療を行っている歯科診療所が当該患者に対して歯科訪問診療を実施）【100点】の新設 ※平成28年度改定で「在宅歯科医療推進加算」に名称変更 ➤ 歯科訪問診療2（2人以上）を、歯科訪問診療料2（2～9人）及び歯科訪問診療3（10人以上、20分未満）に見直し ➤ 「歯科訪問診療料」の引き上げ（消費税引き上げ対応分） 	—
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 歯科訪問診療1（同一建物居住者）に対する時間要件（20分未満）の廃止 ➤ 歯科訪問診療3の点数引き下げ【143点→120点】 	—
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「歯科訪問診療料」の点数引き上げ（在宅患者等急性歯科疾患対応加算を廃止し、包括） ➤ 20分未満の「歯科訪問診療料」の見直し（70/100に相当する点数） ➤ 「歯科訪問診療移行加算」（外来を受診していた患者が通院困難になり、歯科訪問診療に移行した場合）【※か強診：150点、か強診以外：100点】の新設 ※令和6年度改定で「口腔管理体制強化加算」に内容及び名称変更 	➤ 「訪問歯科衛生指導料」の評価区分（複雑、簡単）を、単一建物診療患者が1人、2人以上9人以下、その他に見直し
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 「通信画像情報活用加算」（訪問歯科衛生指導実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合）【30点】の新設 	
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 歯科訪問診療2及び3を、歯科訪問診療2（2～3人）、歯科訪問診療3（4～9人）、歯科訪問診療4（10人～19人）及び歯科訪問診療5（20人以上）に見直し ➤ 「在宅療養支援歯科病院」の新設 ➤ 「在宅歯科医療情報連携加算」（他の保険医療機関の保険医である歯科医師等とICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を実施）【100点】の新設 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 緩和ケアを受けている患者の回数制限の見直し ➤ 複数名訪問歯科衛生指導加算（指導が困難な者に対して複数名で訪問した場合）【150点】の新設

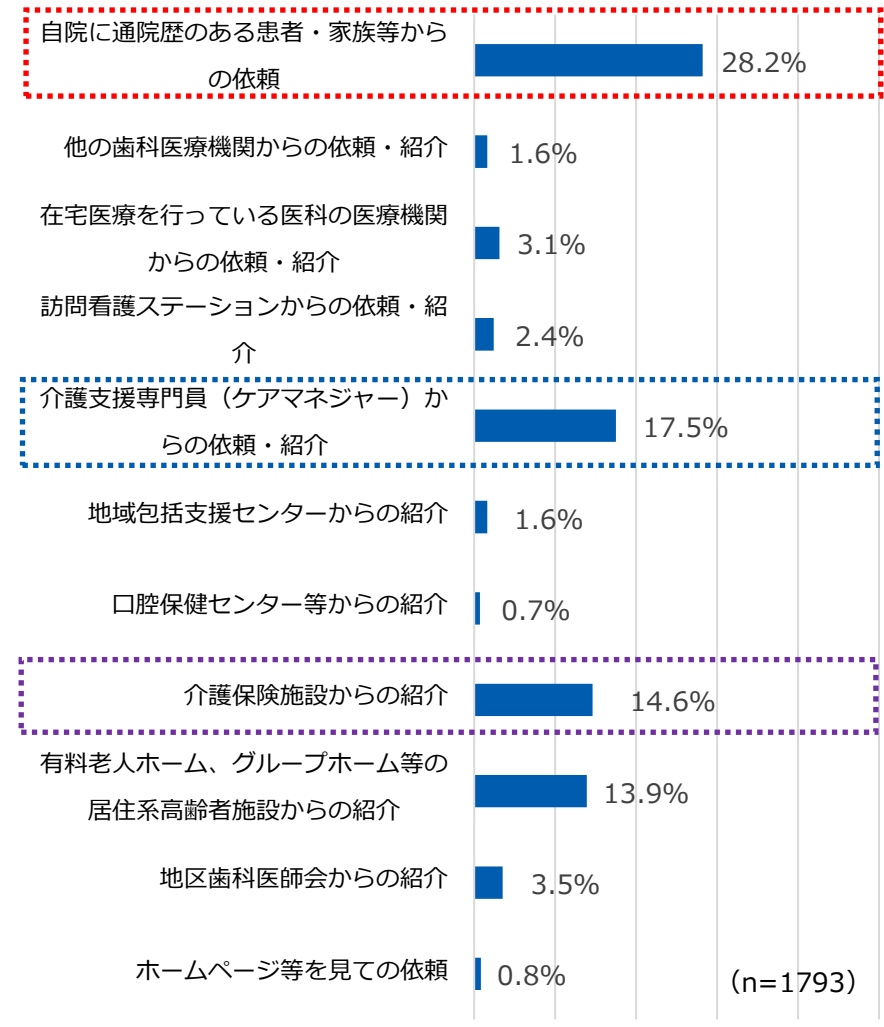
歯科訪問診療を実施したきっかけ

- 歯科訪問診療を実施したきっかけとして、自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼や、介護支援専門員、介護保健施設からの紹介が多い。

【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）】

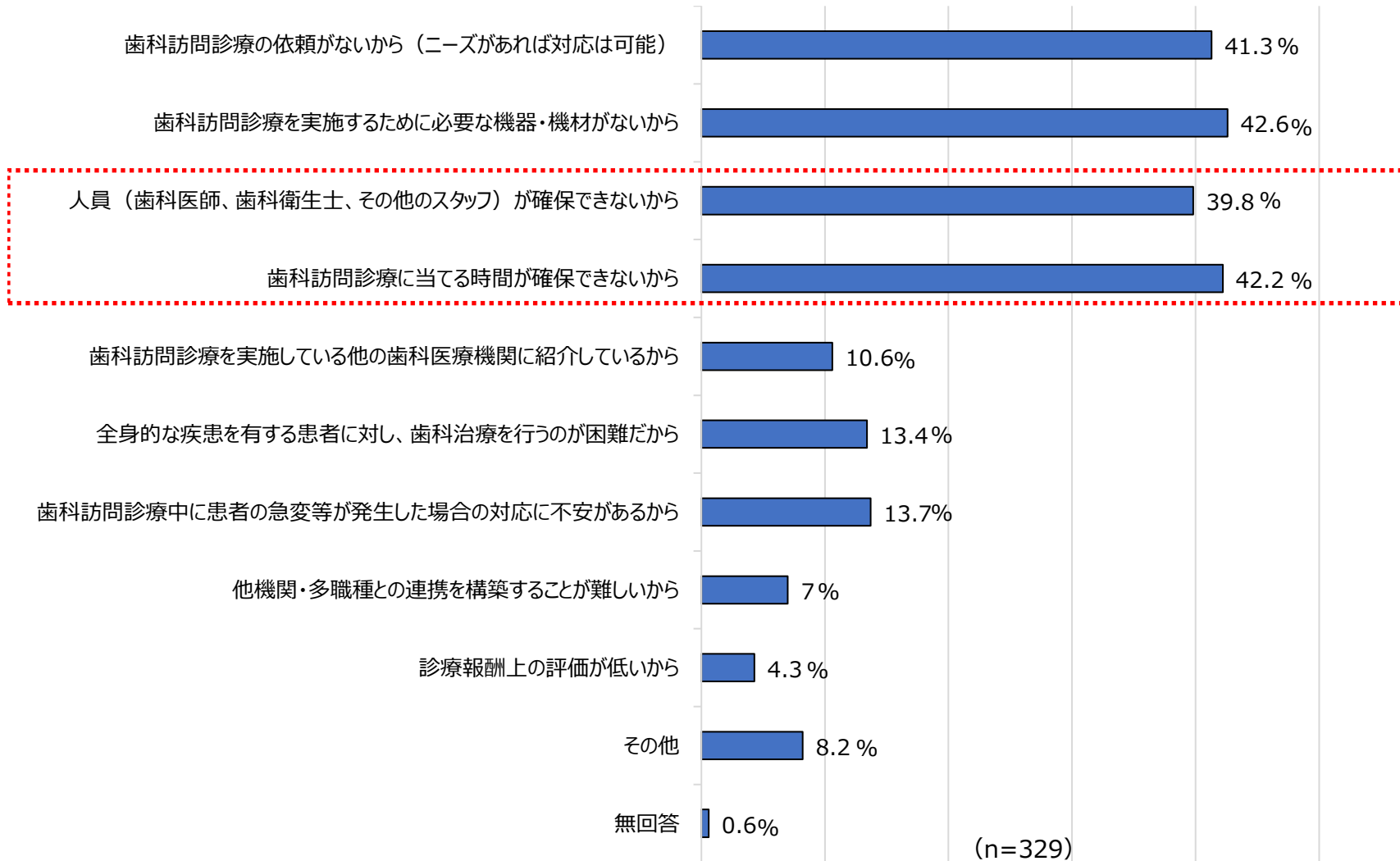


【平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（在宅）】



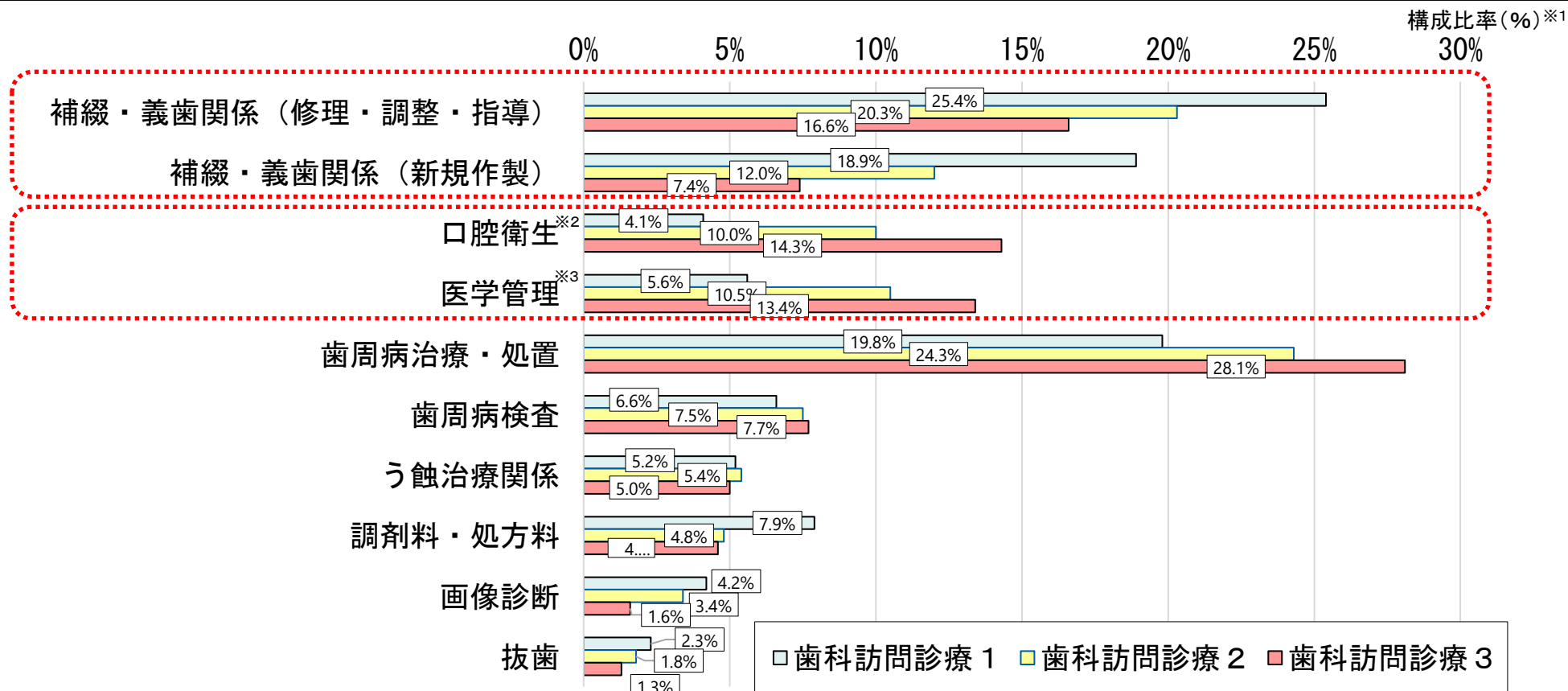
歯科訪問診療を実施していない理由

- 歯科訪問診療等を実施していない理由として、「歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから」、「人員（歯科医師、歯科衛生士、その他のスタッフ）が確保できないから」が多い。



歯科訪問診療実施時に行われる診療行為

- 歯科訪問診療実施時に行われる診療行為の構成比率を比較すると、「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」や「補綴・義歯関係(新規作製)」について、歯科訪問診療1において多い傾向であった。
- 一方、「口腔衛生」や「医学管理」については、歯科訪問診療3において多い傾向であった。



※1 訪問診療時に行われる診療行為のうち、上位50件に該当する診療行為について、以下の10分類を作成し、構成比率を算出

出典：NDBデータ（2018年）

<10分類>

「歯周病治療・処置」「補綴・義歯関係(修理・調整・指導)」「補綴・義歯関係(新規作製)」「口腔衛生」「医学管理」「歯周病検査」「う蝕治療関係」「調剤料・処方料」「画像診断」「拔牙」

※2 「口腔衛生」に分類される診療行為： 訪問歯科衛生指導料、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置

※3 「医学管理」に分類される診療行為： 歯科疾患在宅療養管理料

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

歯科訪問診療料の見直しと歯科訪問診療を行う病院の評価の新設

- 歯科訪問診療 1 における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療 2 及び歯科訪問診療 3 について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

		同一の建物に居住する患者数				
		1人 歯科訪問診療 1	2人以上3人以下 歯科訪問診療 2	4人以上9人以下 歯科訪問診療 3	10人以上19人以下 歯科訪問診療 4	20人以上 歯科訪問診療 5
患者1人につき 診療に要した 時間	20分 以上	【1,100点】	【410点】	【310点】	【160点】	【95点】
	20分 未満		【287点】	【217点】	【96点】	【57点】

- 歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携し、口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設する。

(新) 在宅療養支援歯科病院

〔施設基準〕

- (1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が 1 名以上配置されていること。
- (4) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
- (5) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
- (6) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。



訪問歯科衛生指導の推進

訪問歯科衛生指導料の見直し①

- 終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。
- 訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。
- 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

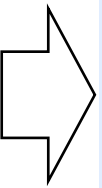
現行

【訪問歯科衛生指導料】

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 360点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 328点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 300点 |

[算定要件]

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。



改定後

【訪問歯科衛生指導料】

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 362点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 326点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 295点 |

[算定要件]

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。

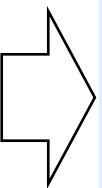
訪問歯科衛生指導の推進

訪問歯科衛生指導料の見直し②

現行

【訪問歯科衛生指導料】
[算定要件]
(新設)

(新設)



改定後

【訪問歯科衛生指導料】
[算定要件]
注 2 歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、月 8 回に限り算定する。
3 1 については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150 点を所定点数に加算する。

<複数名訪問歯科衛生指導加算の対象患者>

- 次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態である患者
- ※複数名による訪問歯科衛生指導の必要性は、前回訪問時の状況等から判断
 - イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
 - ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態や療養上必要な実地指導の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
 - ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に実地指導の中断が必要な状態
 - ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ実地指導に際して家族等の援助を必要とする状態
 - ホ 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており実地指導に際して管理が必要な状態
 - ヘ 強度障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、実地指導に協力が得られない状態
 - ト 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 - チ 利用者の身体的理由により 1 人の歯科衛生士等による実地指導が困難と認められる者
 - リ その他利用者の状況等から判断して、イからチのいずれかに準ずると認められる者

入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

在宅歯科医療に係る関係者との連携の推進②

- 歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科医療情報連携加算 100点

**(歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料)**

[算定要件]

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

栄養サポートチーム等との連携の評価の見直し①

- 他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

1	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1	100点
2	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2	100点
3	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3	100点

[算定要件]

- 注 1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 3 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

項目	点数	内容	回数
○在宅薬学総合体制加算 1 ○在宅薬学総合体制加算 2	15点 50点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 <ul style="list-style-type: none"> ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合 	650点 320点 290点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師1人 週40回まで 患者1人につき 月4回まで
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	100点 250点		※末期の悪性腫瘍の患者、 注射による麻薬の投与が必要な患者 及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は週2回かつ月8回まで
乳幼児加算 小児特定加算	100点 450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	59点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	22点		月4回まで ※末期の悪性腫瘍の患者、 注射による麻薬の投与が必要な患者 の場合は原則として 月8回まで
乳幼児加算 小児特定加算	12点 350点		
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合	1：500点 2：200点		
麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	100点 250点		
乳幼児加算 小児特定加算	100点 450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	59点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	22点		
乳幼児加算 小児特定加算	12点 350点		

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	400点 600点 1,000点	末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の緊急訪問について、休日、夜間、深夜に実施した場合に算定	
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20点	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20点	患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅移行初期管理料	230点	計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等に必要な指導を行った場合に算定	1回に限る

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・ 単一建物居住者が1人の場合 518単位 ・ 単一建物居住者が2～9人の場合 379単位 ・ 単一建物居住者が10人以上の場合 342単位 ・ 情報通信機器を用いて行う場合 46単位 麻薬指導加算 +100単位 医療用麻薬持続注射療法加算 +250単位 在宅中心静脈栄養法加算 +150単位
--------------	--

在宅業務に関する調剤報酬改定の概要

外来／在宅移行期

在宅療養

ターミナル期

■在宅移行初期管理料の新設

退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価の新設



■介護支援専門員への情報提供の評価

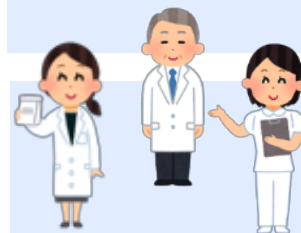
外来患者に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合の評価の新設
(服薬情報等提供料2のハ)



■在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

注射による麻薬の投与が必要な患者への定期訪問の上限回数見直し
(末期の悪性腫瘍の場合と同様の措置)
月4回 → 週2回かつ月8回

※介護保険の評価
(居宅療養管理指導費等)も同様の改定



■在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し

薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、処方箋交付前に医師と処方内容を調整した場合の評価の追加



■無菌製剤処理加算の評価対象の見直し

無菌製剤処理加算の対象に、医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合を追加



■在宅訪問の体制評価の新設(在宅薬学総合体制加算)

(加算1) 在宅患者に対する必要な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
(加算2) 上記に加え、がん末期などのターミナルケア又は医療的ケア児等の小児在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算 (在宅患者調剤加算の廃止)

在宅訪問を行う体制に係る評価の新設

- 麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

現行			改定後		
【薬剤調製料】			【調剤基本料】		
(廃止)	在宅患者調剤加算	15点	(新) 1	在宅薬学総合体制加算 1	15点
			2	在宅薬学総合体制加算 2	50点

[算定要件]

- 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

[施設基準]

○在宅薬学総合体制加算 1

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- (2) 在宅薬剤管理の実績 24回以上／年
- (3) 開局時間外における在宅業務対応 (在宅協力薬局との連携含む)
- (4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- (5) 在宅業務に関する研修 (認知症・緩和医療・ターミナルケア) 及び学会等への参加
- (6) 医療材料及び衛生材料の供給体制
- (7) 麻薬小売業者の免許の取得

○在宅薬学総合体制加算 2

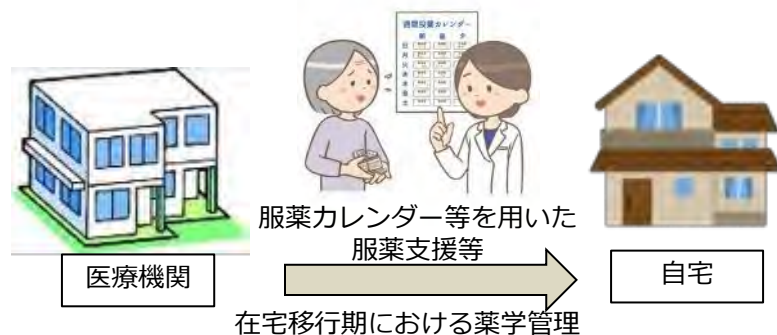
- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制 (2 名以上の保険薬剤師が勤務)
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上／年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ①医療用麻薬の備蓄・取扱 (注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上)
 - ②無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制 (在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上／年)

在宅療養へ移行する患者に対する服薬支援等の評価（新設）

- 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

（新）在宅移行初期管理料

230点（1回に限り）



〔算定要件〕

- （1）以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性があると判断したものを対象とする。
 - ア **認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。**
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。
- （2）薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
 - イ 患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。
- （3）当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員の関係職種に対して必要な情報提供を文書で行うこと。
- （4）計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して（2）に掲げる業務を実施した場合に算定する。
- （5）**在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。**

医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（※）。

現行	改定後
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2 残薬調整に係るものの場合 30点	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 □ 残薬調整に係るものの場合 20点 <u>2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、 処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</u> <u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</u> <u>□ 残薬調整に係るものの場合 20点</u>



【主な算定要件】

- (1) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「□」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「□」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- (2) 患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、**処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載**する。
- (3) 医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「□ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

施設連携加算

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することの評価を新設する。

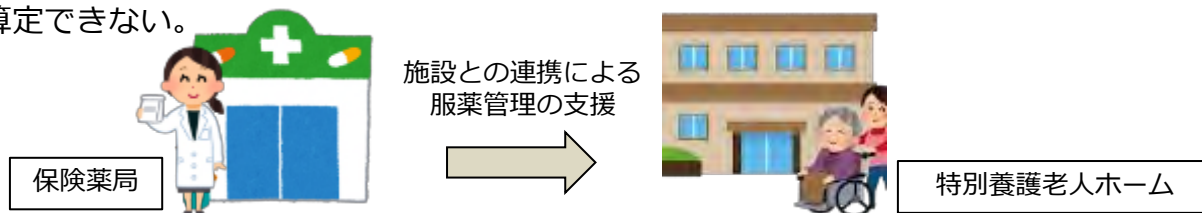
（新）外来服薬支援料2 施設連携加算

50点（月に1回に限り）



[主な算定要件]

- (1) 当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下の場合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定する。
 - ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への**入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要**と薬剤師が認めた場合
 - イ 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - ウ 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
- (3) **当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。**
- (4) 当該施設職員との協働した服薬管理については、**施設における患者の療養生活の状態を薬剤師自らが直接確認**し、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。
- (5) 単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。



介護保険施設における調剤報酬の取扱い

		介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
施設配置基準	医師	○ Ⅰ型:3以上 / 48:1以上 Ⅱ型:1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数(非常勤可)
	薬剤師	○ Ⅰ型:150:1 以上 Ⅱ型:300:1 以上	○ 適当数(300:1)	×
調剤報酬		<p>施設の医師以外の医師が高度な薬学的管理を必要とする薬剤(※1)に係る処方箋を発行した場合に限り、以下の調剤報酬を算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調剤技術料(調剤基本料、薬剤調製料) ・薬学管理料(調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(※2)) ・薬剤料 ・特定保険医療材料料(※3) 		<p>多くが算定可能 (ショートステイの利用者も含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬局の薬剤師が訪問し、服薬管理指導を実施した場合、服薬管理指導料3を算定可能。 ・末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問薬剤管理指導が可能。

- ※1：抗悪性腫瘍剤の費用、H I F - P H阻害剤の費用、疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用
- ※2：新興感染症等の患者への緊急訪問に限る。
- ※3：介護医療院は除く。

薬剤師と他職種連携状況

中 医 協 総 - 2
5 . 7 . 1 2

- 薬剤師から医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種への情報提供が実施されている。
- 医師に対しては、患者の服薬状況に基づく処方提案や服薬が困難な場合の対応策の提案が多く実施されていた。

	情報提供の実施割合％ (薬局数：n=336)	情報提供した内容の内訳											
		服薬状況の確認と残薬の整理	患者の服薬状況に合わせた処方 提案	レシター、 インダ ー、包 化等	い場合の指示と の提 案 （お薬 力	薬物療法に関する助言	服用薬の副作用に関する情報提供	夜間休日を含む緊急時の医薬品提供	麻薬の供給	それ及び輸液製剤（注射剤）の提供	医療材料、衛生材料の提供	輸液等において薬剤の調製に関する助言	無回答
医師	97.9	90.0	82.4	69.3	64.1	62.0	33.7	33.4	26.1	25.2	14.6	2.4	
歯科医師	8.0	29.6	40.7	22.2	51.9	25.9	11.1	11.1	3.7	3.7	3.7	11.1	
看護師	74.4	78.4	40.8	60.4	53.6	55.2	28.0	28.0	28.4	30.8	12.0	4.4	
ケアマネジャー	89.0	77.3	35.8	55.5	42.8	49.2	15.1	15.1	9.4	14.0	3.0	7.7	
介護士	32.7	68.2	26.4	62.7	48.2	50.0	12.7	12.7	5.5	13.6	3.6	4.5	
生活相談員	10.7	52.8	22.2	61.1	41.7	36.1	11.1	11.1	5.6	22.2	2.8	8.3	
PT/OT/ST	6.5	36.4	13.6	40.9	40.9	68.2	22.7	22.7	4.5	22.7	4.5	13.6	
管理栄養士	3.3	9.1	27.3	36.4	36.4	36.4	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	18.2	
その他	1.5	60.0	0.0	40.0	20.0	40.0	20.0	20.0	40.0	20.0	40.0	20.0	

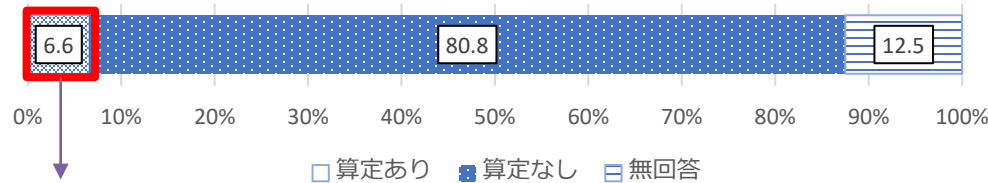
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」

保険薬局調査（施設票）をもとに保険局医療課にて作成

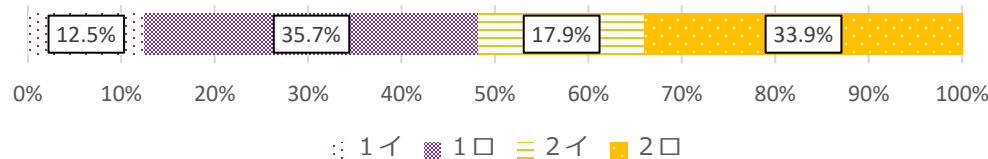
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について

- 訪問薬剤管理指導を行っている薬局のうち約7%の薬局において、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を算定していた。

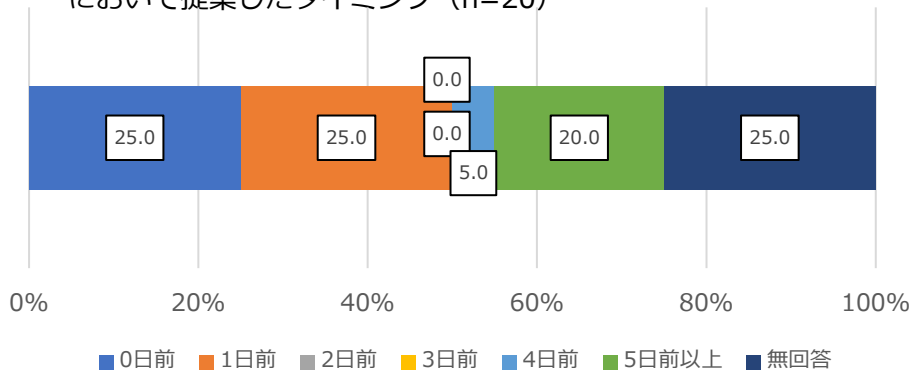
■ 1ヶ月間における在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定状況 (n=1690)



■ 算定内訳 (n=112)



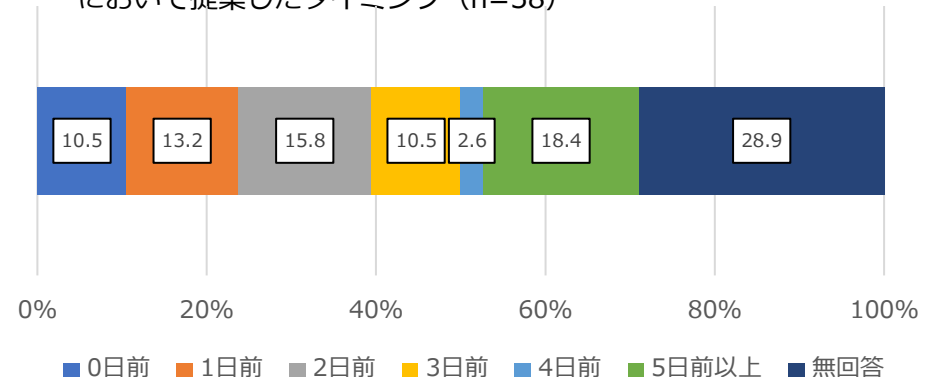
⇒ ■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1イ、2イにおいて提案したタイミング (n=20)



■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - ロ 残薬調整に係るものの場合 20点
- 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

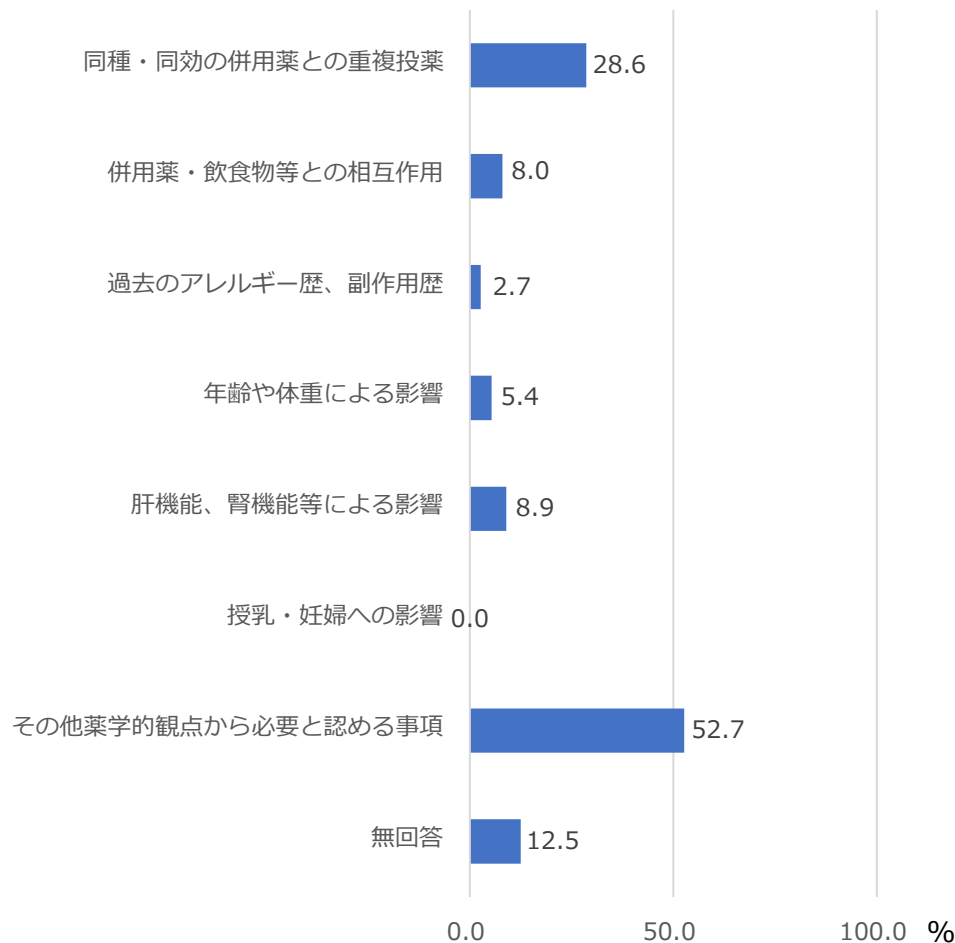
⇒ ■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1ロ、2ロにおいて提案したタイミング (n=38)



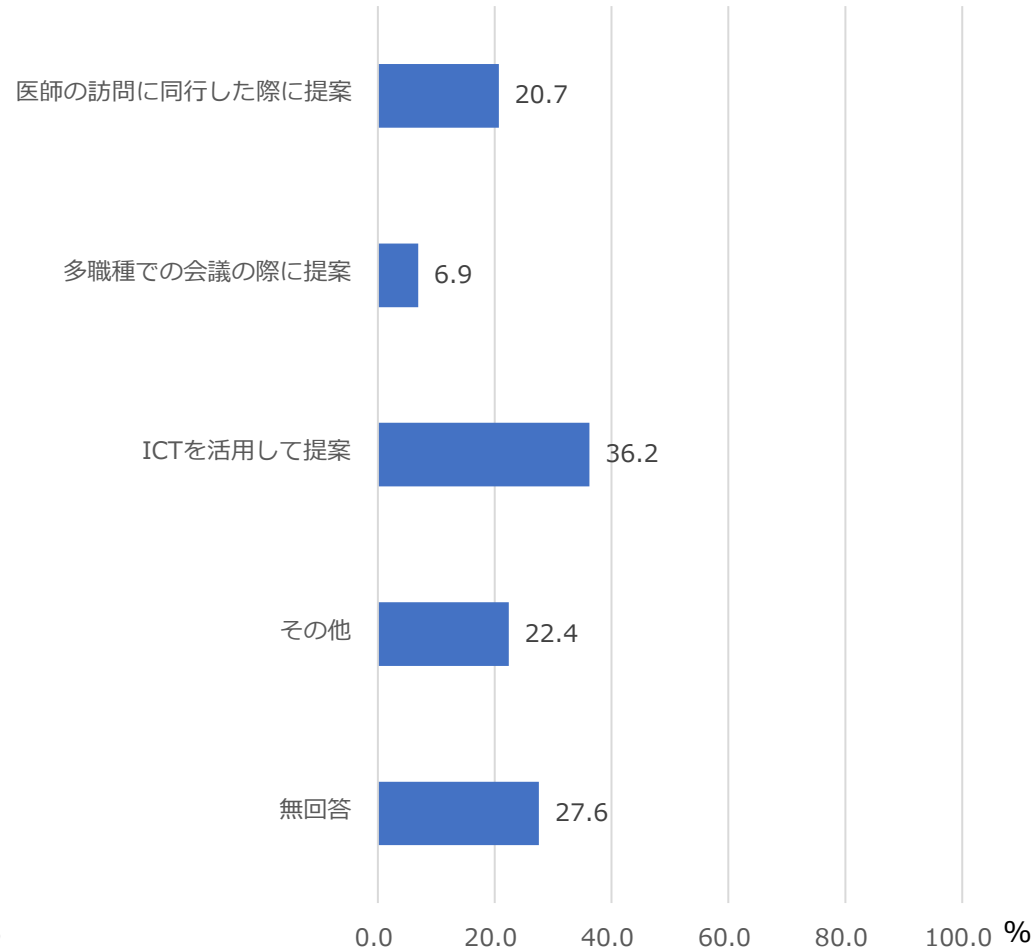
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について②

- 処方医に連絡確認を行った内容としては、同種・同効の併用薬との重複投薬が約29%であった。
- 処方に係る提案方法としては、「ICTを活用して提案」が約36%の他、「医師の訪問に同行した際に提案」が約21%であった。

■ 連絡確認を行った内容



■ 処方に係る提案方法



○ 薬局における医療用麻薬の取扱いについては、多くの手続きによる厳重な管理が必要

■麻薬小売業者の免許

・薬局で麻薬を調剤するには、麻薬小売業者の免許を取得することが必要。

■管理

・麻薬は薬局内の鍵をかけた堅固な設備内に保管しなければならない。薬局で保管している麻薬の数量を逐次管理するための帳簿の作成・記録が義務づけられている。

■麻薬の譲受・譲渡

・譲受は、同一都道府県内の麻薬卸売業者に限定。

・譲渡は、麻薬処方箋の交付を受けた者（患者等）に対し、調剤した麻薬を交付する以外は不可（薬局で有している麻薬を譲受先の麻薬卸売業者へ返品することはできない）。

（麻薬小売業者間譲渡許可：2以上の麻薬小売業者が一定の要件で許可を有した場合に限り、当該麻薬小売業者間で麻薬の譲渡が可能）

■薬局の備蓄体制

・成分、規格が多様であり、医師の処方にあわせた麻薬を保管することが必要。

■廃棄

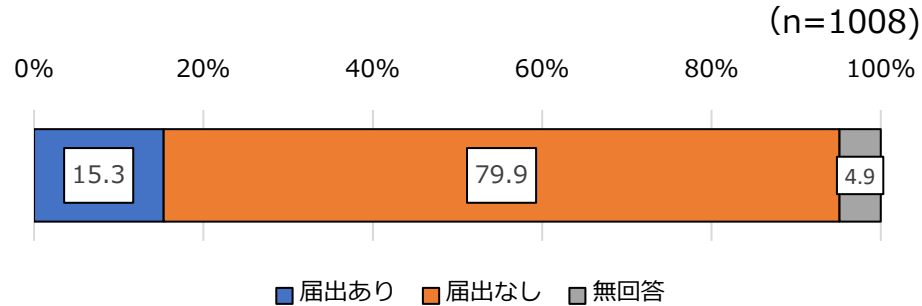
・調剤前の麻薬を廃棄しようとするときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後、都道府県職員立会の下でなければ廃棄することはできない。

・患者の死亡等により調剤済みの麻薬が不要になったときは、残っている麻薬を遺族等から譲り受けた上で、麻薬小売業者自ら、他の薬剤師又は職員の立会の下で廃棄し、「調剤済麻薬廃棄届」の提出が必要。

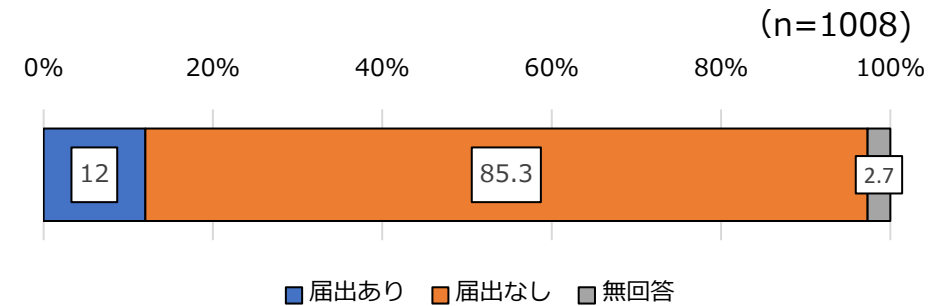
在宅中心静脈栄養法加算等の届出状況等

- 令和4年度の診療報酬改定で新設された「在宅中心静脈栄養法加算」及び「在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算」は、令和6年度介護報酬改定において、同様の算定項目が設けられた。
- それぞれの届出状況、算定状況は以下のとおり。

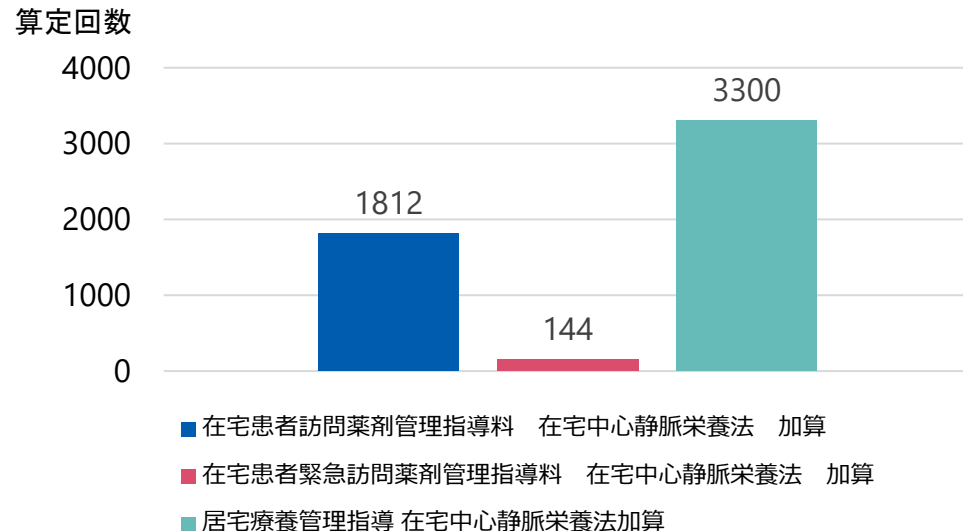
■ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況※1



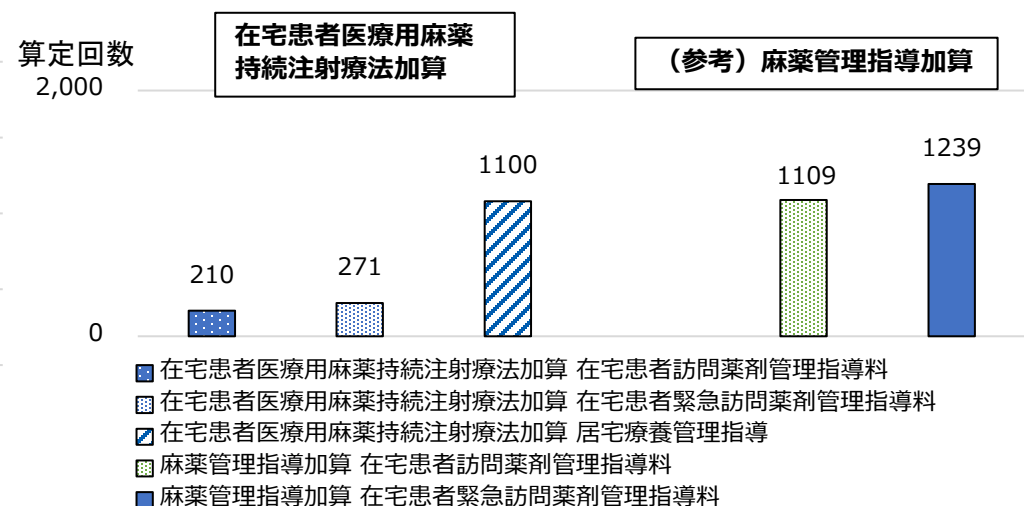
■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況※1



■ 在宅中心静脈栄養法加算の算定状況※2



■ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の算定状況※2



出典：※1 届出状況については令和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、在宅薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」
 ※2 算定回数については社会医療診療行為別統計（令和6年8月審査分）

1. 在宅医療を取りまく状況について
2. 訪問診療・往診等について
3. 訪問看護について
4. 歯科訪問診療について
5. 訪問薬剤管理指導について
6. 訪問栄養食事指導について

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

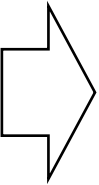
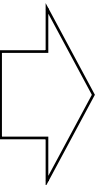
在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

- 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行

【在宅療養支援診療所】
[施設基準]
(新設)

【在宅療養支援病院】
[施設基準]
(新設)



改定後

【在宅療養支援診療所】
[施設基準]
・ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しく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」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

【在宅療養支援病院】
[施設基準]
・ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

[経過措置]
令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

医療機関等を取り巻く状況について

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. これまでの議論
2. 医療機関等の経営状況
 - 2－1. 病院の経営状況の分析
 - 2－2. 医科診療所の経営状況の分析
 - 2－3. 歯科診療所の経営状況の分析
 - 2－4. 薬局の経営状況の分析
 - 2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析
3. 現状と課題

1. これまでの議論

現状と課題（4/23中医協にてお示ししたもの）

【現状】

（医療需要と医療費に関する概況）

- ・日本の人口は減少局面を迎えており、今後は高齢化率が向上していく見込みである。
- ・コスト面では物価が上昇しており、人件費についても2024年の春闘による賃上げ率は+5.10%（定期昇給相当込み）と、社会全体として賃上げが進んでいる。医療関係職種についても同様に給与額は増えているが、産業全体の平均には届いていない。
- ・国民医療費は全体として増加傾向にあり、診療種類別にみても同様である。内訳で見ると、1日当たり医療費は入院・外来ともに増加傾向にある。患者数は、2020年度に大きく減少、その後2023年度にかけて回復がみられる。

（医療機関の収支状況の分析）

- ・医療法人の経常利益率については、2022年度から2023年度にかけて、
平均値及び中央値はどの類型（病院・無床診・有床診）も低下傾向にある。
最も頻繁に現れる値（最頻値）はどの類型においても0.0%～1.0%である。
- ・事業利益率はどの病院類型においても低下傾向にあり、2023年度は療養病院を除いてマイナスである。特に一般病院については全体平均よりも低い利益率となっている。
- ・病院の100床当たり事業収益は増加（+10.3%）しているが、それ以上に事業費用が増加（+14.7%）しており、事業収支の悪化につながっている。

（支出に影響を与える様々な費用の動向の分析）

- ・病院における人件費について
 - ・病院の100床当たり常勤換算従業者数は、2017年と2023年を比較すると+8.0%（年平均で1.3%）増加している。
 - ・医療関係職種の給与額はおおむね増加傾向にあり、2018年と比較した2024年時点の6年間の増加率は、所定内給与額が+11.2%（年平均で1.9%）増加している。
 - ・従事者の年齢上昇による人件費の増加が生じており、看護師では6年間で0.8%、リハビリ系職種では6年間で3.0%に相当する。また、看護職員に占める看護師比率の上昇による人件費の増加が生じており、6年間で看護職員の人件費の1.1%に相当する。
- ・薬剤費について
 - ・1施設当たりの薬剤費について、2019年度から2023年度にかけての変化を見ると、病院の場合は院内分で+21.1%（院外分を含むと+15.2%）である。同様に診療所の場合は院内分で▲12.3%（院外分を含むと▲3.1%）である。
- ・建築費や新規の建築の状況について
 - ・病院・診療所の建築単価は増加傾向にある。
 - ・一方で、病院・診療所の新規に着工される建築物の数は減少傾向にある。中でも、病院に相当すると考えられる鉄筋鉄骨コンクリート造や700㎡以上の中規模以上の建築物については、その実数・割合とも減少傾向にある。



【課題】

- 近年の医療機関の経営状況の実態やその要因について、どのように考えるか。
- 特に病院においては、収益の増加を超える費用の増加に伴い収支の悪化がみられるが、人件費や材料費、委託費などの各費用項目が増加していることやその要因について、どのように考えるか。
- 今後、医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、更にどのような分析を行っていくことが考えられるか。

当日いただいた主なご意見

分類	主なご意見のサマリ
<p>近年の医療機関の経営状況の実態やその要因について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● これまでの改定では診療報酬が引き上げられても条件を満たすためのコストが必要となるものであった。加えて、昨今の物価賃金の上昇によりこれまでのやり方では医療機関の経営は安定しない状況である。 ● 地域で救急を支える基幹病院の経営も厳しく、地域の医療提供体制の持続可能性が厳しい状況。医療機関の機能分化と連携の推進も必要となる中で、地域に必要ななどの医療機能を担っても医療機関が持続できる設計が必要。 ● 近年のコスト増加や医療の質の向上のための医療スタッフの増加の中で、診療報酬に反映しきれていないことが危機的な経営状況の原因である。 ● 人材確保の必要性や賃上げ状況を踏まえると、医療の効率化が病床稼働率の向上や収益の確保の面からも重要。 ● 保険料の負担が限界に達する中で、人口減少による患者数の減少も想定すると、医療資源の集約化による効率化を図らなければ固定費を賄うことが難しくなる状況である。 ● 社会全体で賃上げが進む中で、医療関係職種の賃上げが追いついておらず、人材流出が起こるのではないかと現場の声も聞いている。医療人材の確保に向けた状況の分析とさらなる賃上げも必要。
<p>各費用項目が増加していることやその要因について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 物価賃金の高騰。また現場からは人材紹介料や医療DX導入費用の上昇があるという声も聞いている。 ● 過去の改定では、医療の質の向上や安全性の確保のために様々な加算等が設定されたが、人員配置基準等に伴いよりコストを要する内容になっている。 ● 診療報酬で評価されない経費の増加が顕著。例えば、医療機器等の更新費用や委託費。 ● 地方では人数の増加に加え、年齢の上昇もあり、給与額に影響している。 ● 医療DXによる効率化についてはメンテナンス料が経営に影響している。
<p>医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たっての更なる分析について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 切り口別の詳細な分析が必要（病診、機能、規模、診療科、開設者、医師数など） ● 経営状況を踏まえた診療報酬の設計の際には、地域に求められる各病院機能において、経営的に成り立つ稼働率を考慮して検討をお願いしたい。 ● 歯科医療機関や薬局の状況も踏まえて対応を検討することが必要。 ● 資金繰りの実態や内部留保の状況も分析が必要。 ● 地域医療を考える上では、人口に基づく都市部や地方部といったデータもあると良いのではないかと。 ● ベースアップ評価料の届出状況のバラツキの要因や実績値について確認が必要。

2. 医療機関等の経営状況

2－1. 病院の経営状況の分析

2－2. 医科診療所の経営状況の分析

2－3. 歯科診療所の経営状況の分析

2－4. 薬局の経営状況の分析

2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

前提 | 各切り口の定義

以降のページで実施している分析における「病院類型」「地域分類」「機能分類」の定義は以下の通り

■病院類型

- 一般病院：全病床に占める一般病床の割合が50%を超える病院
- 療養型病院：全病床に占める療養病床の割合が50%を超える病院
- 精神科病院：全病床に占める精神病床の割合が80%以上の病院

※定義に使用したデータの出典
病床数情報：MCDBおよび総務省「地方財政状況調査」内の各病院の病床数データをもとに判定

■地域分類

二次医療圏を以下の定義で分類

- 大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
- 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
- 人口少数地域型：上記以外

※定義に使用したデータの出典
人口：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和6年1月1日）
面積：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和6年1月1日）

■機能分類（入院料か加算等の届出状況をもとに設定）

	※分類E以下は分類A～Dに該当しない医療機関とする
機能大分類	機能中分類
特定機能	分類A：特定機能病院
こども	分類B：こども病院 ※日本小児総合医療施設協議会の会員施設で想定
高度急性期	分類C：急性期充実体制加算または総合入院体制加算を届出 分類D：高度急性期系（救命救急、ICU、HCU、SCUのいずれか）を届出 ※PICU、MFICU、NICU、GCUは別途こども病院の分類を設けるため除外
急性期A	分類E：急性期一般1を届出する病床が50%を超える
急性期B	分類F：急性期一般2または3を届出する病床が50%を超える
	分類G：急性期一般4～6を届出する病床が50%を超える
回復期	分類H：地域一般1～3を届出する病床が50%を超える
	分類I：地域包括ケア入院料を届出する病床が50%を超える
精神	分類J：回復期リハビリテーション入院料を届出する病床が50%を超える
	※病院類型別の分析にて確認することとする
慢性期	分類K：療養病床入院料を届出する病床が50%を超える

※上記のいずれにも該当しない場合は「分類L：いずれにも該当しない病院（その他）」とする
※機能分類は原則「入院料や加算の厚生局への届出状況（令和5年10月1日時点）」を使用。

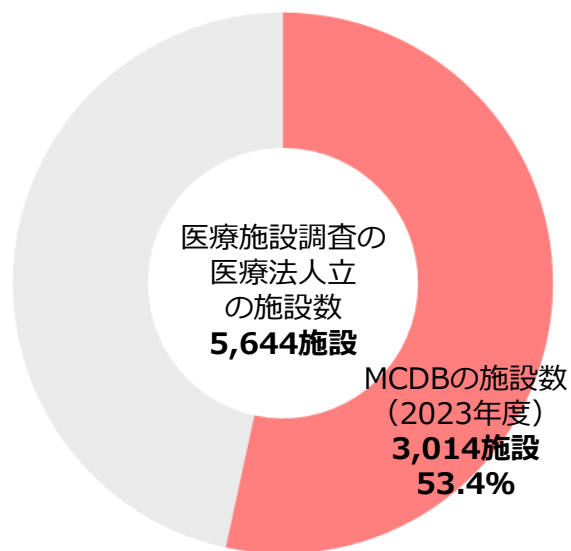
前提 | 医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）の留意点

■分析結果に関する留意点

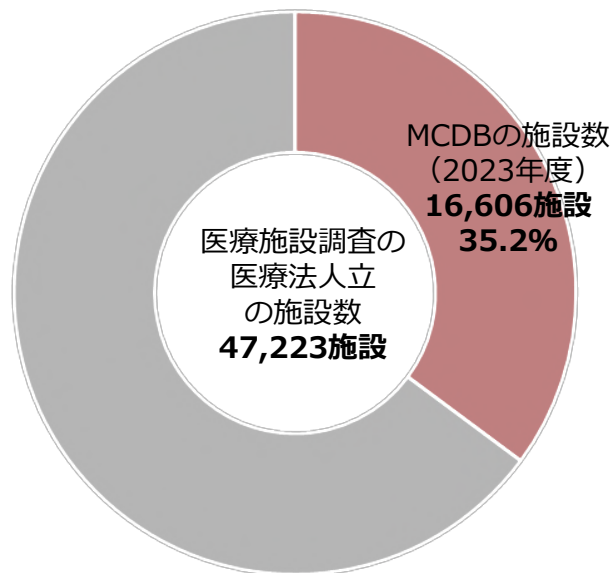
- 2023年度はコロナ補助金や特例措置による影響が一部含まれている可能性。
- 例えば小児科や耳鼻咽喉科の医科診療所の2023年度の利益率については、新型コロナ等の影響を受けている点は留意が必要。
- 今後2024年度データの収集状況に応じて、より直近の経営状況を把握することが必要。

■分析対象施設数

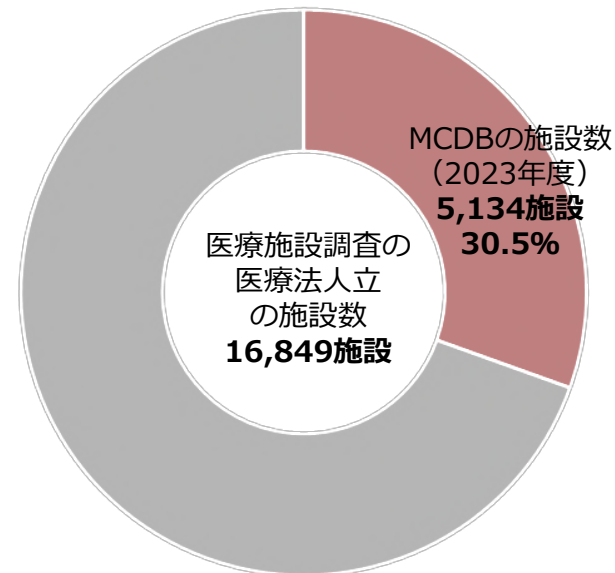
病院



医科診療所



歯科診療所



※出典：「医療施設調査」より令和6年3月末時点の施設数を抜粋

※MCDBの施設数は分析対象の施設数を記載しており、エラー値等で分析対象から除外したものは含めていない

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜2023年度病院類型別の経営状況

- 2023年度の病院の医業利益率について、平均値は全体で△0.7%となっており、療養型病院を除いてマイナス、中央値は全体で△0.9%であり、いずれの病院類型でもマイナスとなっている。
- また、赤字割合は過半数を超えている状況。なお、経常利益率は平均値・中央値いずれもプラスとなっている。

病院類型別の経営状況

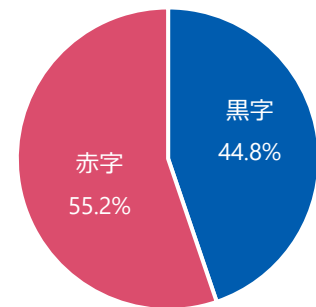
		全体	うち一般病院	うち療養型病院	うち精神科病院
施設数		3,014	1,355	964	592
医業利益率	平均値	△0.7%	△1.7%	1.4%	△0.2%
	中央値	△0.9%	△1.5%	△0.2%	△0.7%
経常利益率	平均値	1.2%	0.0%	3.3%	2.6%
	中央値	1.2%	0.5%	1.9%	1.5%

※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

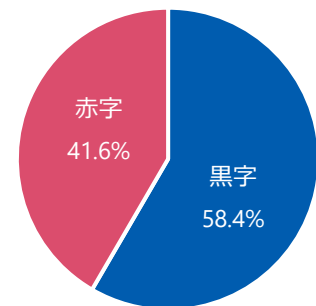
医業利益・経常利益の黒字/赤字の割合は、いずれも病院全体での割合

黒字/赤字割合

医業利益

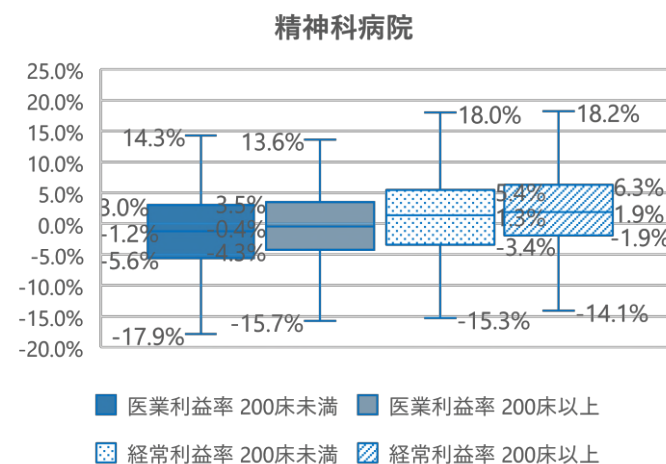
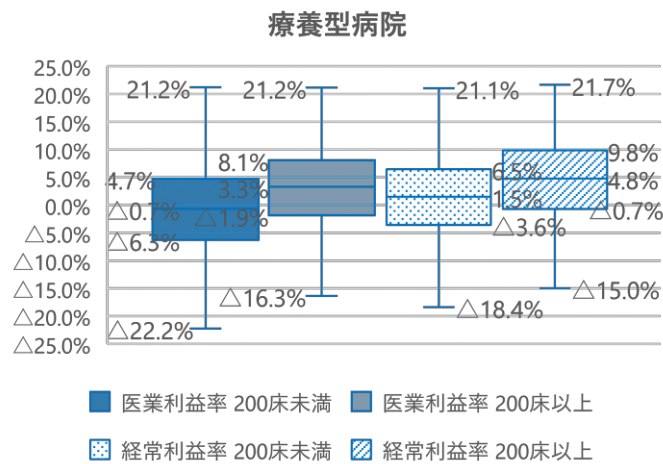
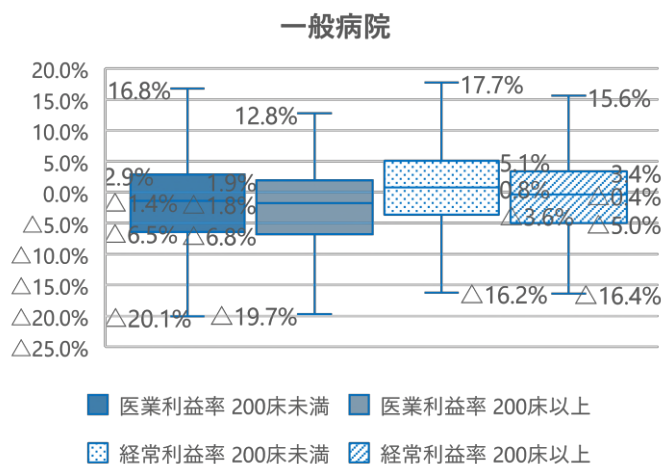
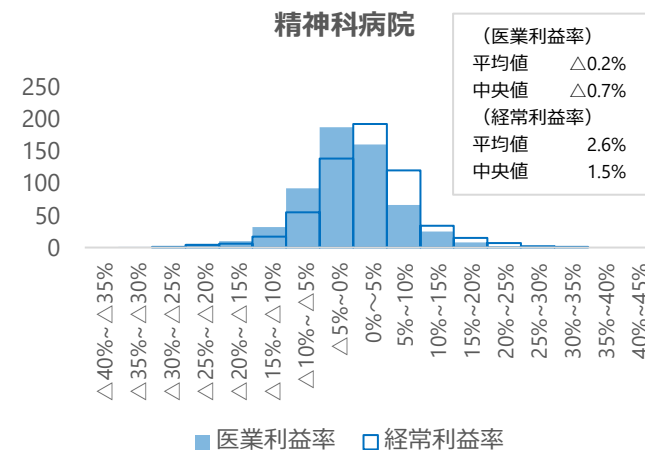
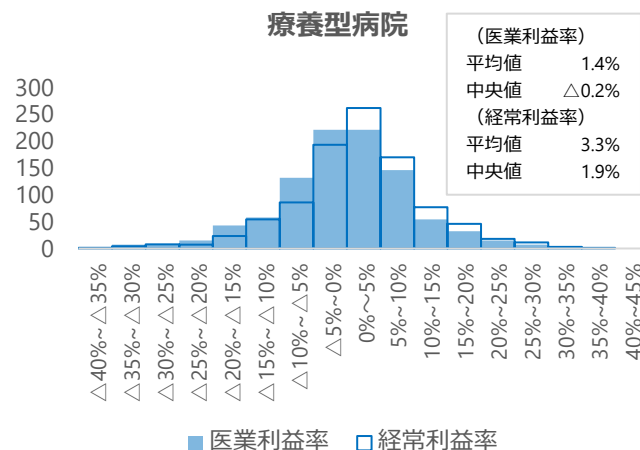
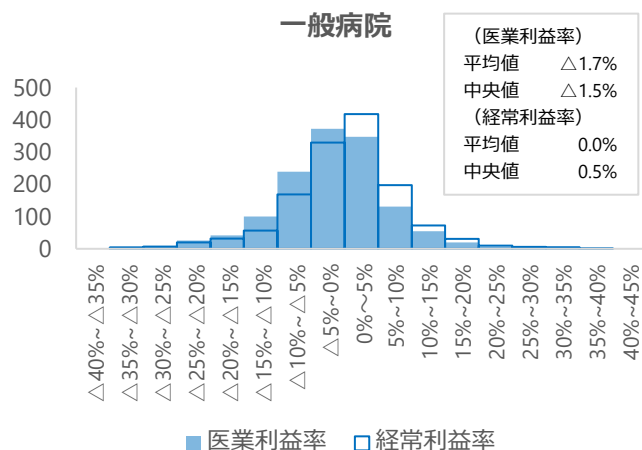


経常利益



医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度病院類型別の経営状況 | 利益率の比較

- 医療利益率は規模にかかわらずプラスの施設もあればマイナスの施設もあるが、一般病院は規模が大きい方が利益率が低い傾向があり、療養型病院と精神科病院は規模が小さい方が利益率が低い傾向にある。



(注) 箱ひげ図においては、外れ値を除外している

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度病院類型別の経営状況 ｜ 収支構造の比較

- 対医業収益比で、いずれの病院類型でも材料費と給与費で70%超を占めている。この点、一般病院は療養型病院・精神科病院と比較して相対的に材料費率が高く、給与費率が低い。

単位：千円	一般病院		療養型病院		精神科病院	
科目/項目	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比
対象施設数	1,355	-	964	-	592	-
平均病床数	139.6	-	122.5	-	235.6	-
医業収益	2,815,781	100.0%	1,347,030	100.0%	1,468,847	100.0%
うち入院診療収益	1,869,376	66.4%	1,026,948	76.2%	1,211,013	82.4%
うち外来診療収益	725,389	25.7%	180,895	13.4%	185,799	12.6%
医業費用	2,862,583	101.7%	1,327,610	98.6%	1,471,221	100.2%
うち材料費	582,453	20.7%	148,217	11.0%	149,034	10.1%
うち医薬品費	257,424	9.3%	62,710	4.6%	75,191	5.2%
うち診療材料費、医療消耗品器具備品費	255,649	9.2%	53,093	3.9%	17,288	1.2%
うち給食用材料費	23,606	0.8%	23,432	1.7%	40,834	2.8%
うち給与費	1,584,599	56.3%	838,720	62.2%	950,421	64.7%
うち委託費	181,117	6.4%	84,067	6.2%	95,706	6.5%
うち給食委託費	36,102	1.3%	25,512	1.9%	44,782	3.1%
うち設備関係費	266,765	9.5%	115,982	8.6%	115,803	7.9%
うち減価償却費	127,409	4.7%	53,113	3.9%	58,249	4.0%
うち研究研修費	5,569	0.2%	1,965	0.1%	2,109	0.1%
うち経費	224,769	8.0%	128,570	9.5%	153,110	10.4%
うち水道光熱費	50,412	1.8%	29,094	2.2%	40,166	2.8%
医業利益	△46,803	△1.7%	19,420	1.4%	△2,374	△0.2%
医業外収益	75,180	2.7%	37,040	2.7%	58,597	4.0%
医業外費用	28,155	1.0%	10,115	0.8%	16,240	1.1%
経常利益	222	0.0%	46,345	3.4%	39,983	2.7%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度病院類型別の経営状況 | 病床規模別の比較

- 一般病院では全体的に医業利益率がマイナスの病床規模が多く、200床以上299床以下、300床以上499床以下、500床以上の大規模な病院は経常利益率もマイナスとなっている。
- 療養型病院では中規模病院よりも小規模の病院の方が医業利益率が低い傾向にある。経常利益率はプラスであるが同様の傾向である。
- 精神科病院では医業利益率はプラスの病床規模もあるが、中央値でみるとどの区分もマイナスである。

一般病院		20床以上49床以下	50床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		207	404	509	132	87	16
医業利益率	平均値	△1.2%	△1.1%	△0.9%	△3.1%	△2.8%	△0.9%
	中央値	△2.2%	△1.6%	△0.9%	△2.3%	△1.9%	0.4%
経常利益率	平均値	1.4%	1.2%	0.8%	△1.5%	△1.1%	△0.6%
	中央値	0.7%	1.0%	0.7%	△0.7%	△0.1%	△0.1%

療養型病院		20床以上49床以下	50床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上
施設数		135	321	381	88	39
医業利益率	平均値	△2.5%	△0.6%	1.4%	3.5%	4.5%
	中央値	△2.6%	△0.9%	0.4%	3.1%	3.5%
経常利益率	平均値	0.2%	1.7%	3.3%	5.0%	5.9%
	中央値	0.6%	0.9%	2.4%	4.5%	5.1%

精神科病院		20床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		24	235	200	119	14
医業利益率	平均値	△1.6%	△0.6%	0.3%	0.2%	△2.6%
	中央値	△3.1%	△1.0%	△0.3%	△0.5%	△3.0%
経常利益率	平均値	0.6%	1.8%	2.7%	2.9%	4.4%
	中央値	0.7%	1.3%	1.7%	2.3%	2.7%

※療養型病院の500床以上については該当施設数が少ないことから、300床以上499床以下とまとめて300床以上として表示している。また同様に、精神科病院の20床以上49床以下についても該当件数が少ないことから、50床以上99床以下とまとめて20床以上99床以下として表示している。

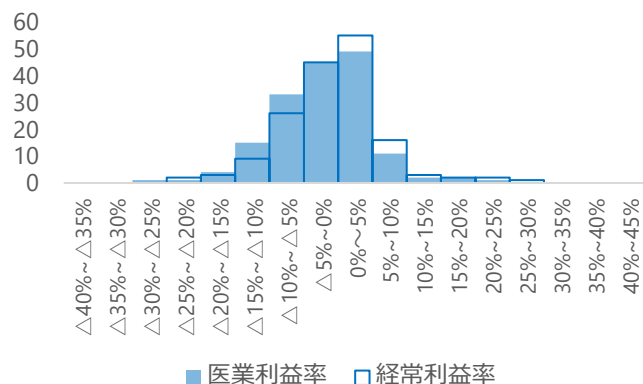
医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度病院機能大分類別の経営状況 | 利益率の比較①

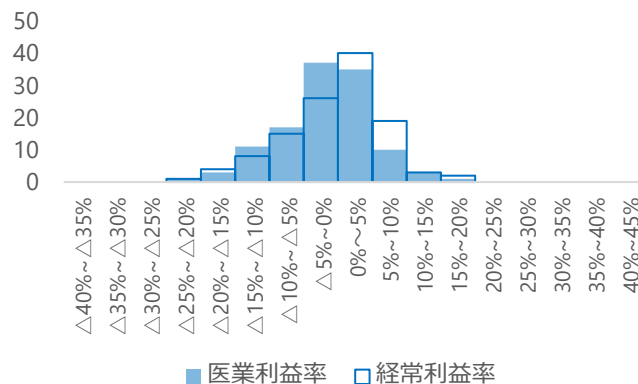
- 機能大分類別に見ると、高度急性期・急性期A・急性期Bに分類される病院の医業利益率が他の分類と比較して低い傾向にある。特に高度急性期については経常利益率も平均値・中央値ともにマイナスとなっている。

		高度急性期	急性期A	急性期B	回復期	慢性期	精神	その他
施設数		164	118	553	245	687	618	629
医業利益率	平均値	△2.3%	△2.7%	△2.5%	3.8%	0.5%	△0.1%	0.1%
	中央値	△1.6%	△1.4%	△2.7%	2.8%	△0.5%	△0.7%	△0.7%
経常利益率	平均値	△1.1%	△1.1%	△0.3%	5.2%	2.6%	2.6%	1.9%
	中央値	△0.1%	0.6%	0.1%	4.1%	1.5%	1.4%	1.4%

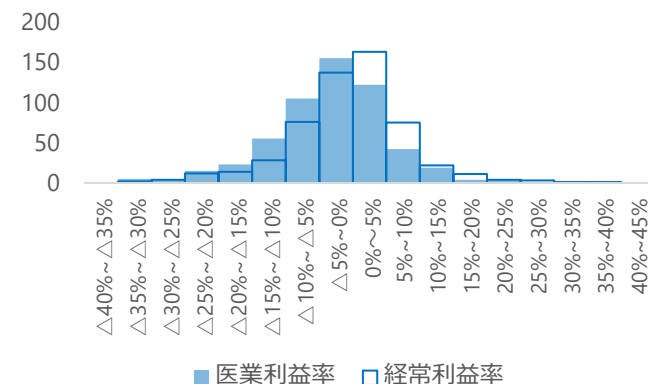
高度急性期



急性期A



急性期B



※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100、こども病院に該当する施設が1施設あったものの、件数が少ないことからその他に含めている。

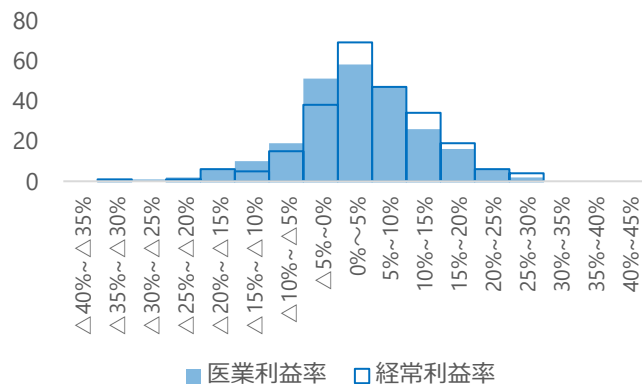
医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度病院機能大分類別の経営状況 | 利益率の比較②

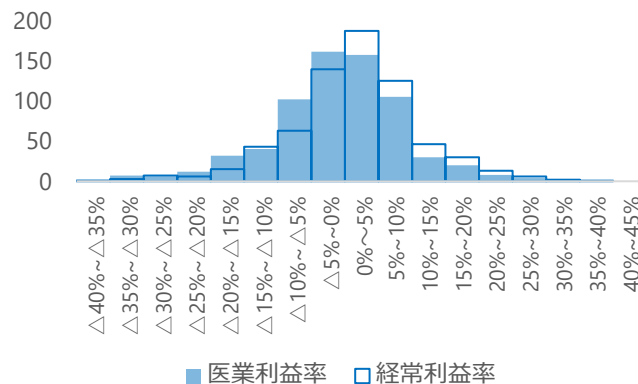
- 機能大分類別に見ると、回復期の医業利益率は平均値・中央値ともにプラスとなっているが、慢性期の中央値はマイナス、精神は平均値・中央値ともにマイナスとなっている。

		高度急性期	急性期A	急性期B	回復期	慢性期	精神	その他
施設数		164	118	553	245	687	618	629
医業利益率	平均値	△2.3%	△2.7%	△2.5%	3.8%	0.5%	△0.1%	0.1%
	中央値	△1.6%	△1.4%	△2.7%	2.8%	△0.5%	△0.7%	△0.7%
経常利益率	平均値	△1.1%	△1.1%	△0.3%	5.2%	2.6%	2.6%	1.9%
	中央値	△0.1%	0.6%	0.1%	4.1%	1.5%	1.4%	1.4%

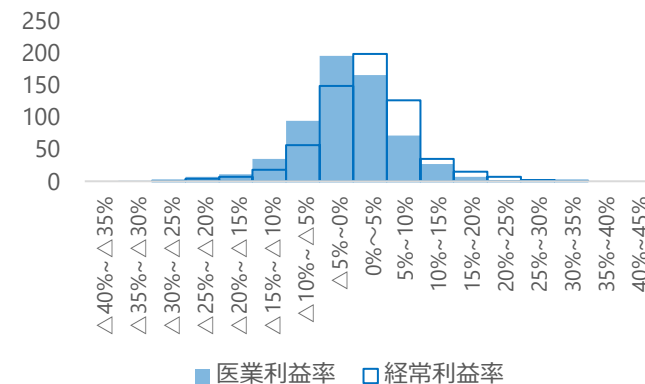
回復期



慢性期



精神



※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100、こども病院に該当する施設が1施設あったものの、件数が少ないことからその他に含めている

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度病院機能大分類別の経営状況 ｜ 収支構造の比較①

- 対医業収益比で、急性期機能が高いほど入院診療収益の比率が高く、外来診療収益の比率が低い。また、材料費率が高く、給与費率が低い構造となっている。

単位：千円	高度急性期		急性期A		急性期B	
科目/項目	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比
対象施設数	164	-	118	-	553	-
平均病床数	293.9	-	137.1	-	88.4	-
医業収益	8,513,391	100.0%	3,581,851	100.0%	1,576,906	100.0%
うち入院診療収益	5,995,961	70.4%	2,222,558	62.1%	906,904	57.5%
うち外来診療収益	2,008,045	23.6%	1,071,297	29.9%	513,582	32.5%
医業費用	8,711,367	102.3%	3,678,106	102.7%	1,616,941	102.5%
うち材料費	2,261,384	26.6%	785,195	21.9%	296,323	18.8%
うち医薬品費	991,925	11.5%	348,901	9.8%	136,510	8.7%
うち診療材料費、医療消耗品器具備品費	1,101,821	12.8%	346,366	9.7%	122,212	7.8%
うち給食用材料費	51,945	0.6%	19,186	0.5%	15,491	1.0%
うち給与費	4,439,414	52.1%	2,001,174	55.9%	916,141	58.1%
うち委託費	518,861	6.1%	244,657	6.8%	98,842	6.3%
うち給食委託費	77,896	0.9%	39,694	1.1%	22,543	1.4%
うち設備関係費	848,438	10.0%	350,253	9.8%	143,626	9.1%
うち減価償却費	445,213	5.2%	172,188	4.9%	65,918	4.2%
うち研究研修費	21,046	0.2%	6,881	0.2%	2,315	0.1%
うち経費	543,669	6.4%	278,367	7.8%	155,686	9.9%
うち水道光熱費	136,580	1.6%	64,749	1.8%	30,227	1.9%
医業利益	△197,976	△2.3%	△96,255	△2.7%	△40,034	△2.5%
医業外収益	190,976	2.2%	91,050	2.5%	50,420	3.2%
医業外費用	89,499	1.1%	35,382	1.0%	14,708	0.9%
経常利益	△96,500	△1.1%	△40,588	△1.1%	△4,322	△0.3%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度病院機能大分類別の経営状況 ｜ 収支構造の比較②

- 回復期・慢性期・精神に分類される病院は、急性期の病院と比較すると、相対的に材料費率が低く、給与費率が高い構造となっている。

単位：千円	回復期		慢性期		精神		その他	
科目/項目	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比
対象施設数	245	-	687	-	618	-	629	-
平均病床数	114.7	-	111.6	-	234.3	-	171.2	-
医業収益	1,807,189	100.0%	1,056,894	100.0%	1,486,270	100.0%	2,254,092	100.0%
うち入院診療収益	1,397,440	77.3%	790,062	74.7%	1,225,176	82.4%	1,610,604	71.5%
うち外来診療収益	276,621	15.3%	155,808	14.7%	185,632	12.5%	425,664	18.9%
医業費用	1,738,283	96.2%	1,052,013	99.5%	1,488,300	100.1%	2,251,958	99.9%
うち材料費	163,181	9.0%	126,708	12.0%	149,924	10.1%	314,971	14.0%
うち医薬品費	71,882	4.0%	54,369	5.2%	76,059	5.2%	139,019	6.3%
うち診療材料費、医療消耗品器具備品費	56,624	3.2%	42,534	4.0%	17,715	1.2%	120,967	5.5%
うち給食用材料費	20,629	1.2%	20,146	1.9%	41,867	2.9%	28,147	1.3%
うち給与費	1,124,799	62.2%	656,821	62.1%	963,614	64.8%	1,359,012	60.3%
うち委託費	119,240	6.6%	65,567	6.2%	96,666	6.5%	155,049	6.9%
うち給食委託費	33,163	1.8%	19,330	1.8%	45,312	3.1%	41,637	1.9%
うち設備関係費	157,545	8.7%	90,758	8.6%	116,835	7.9%	203,304	9.0%
うち減価償却費	71,817	4.0%	38,967	3.7%	59,105	4.0%	93,104	4.2%
うち研究研修費	3,009	0.2%	1,286	0.1%	2,183	0.1%	3,938	0.2%
うち経費	153,867	8.5%	107,125	10.2%	153,233	10.3%	196,748	8.7%
うち水道光熱費	33,508	1.9%	23,900	2.3%	40,977	2.8%	46,542	2.1%
医業利益	68,906	3.8%	4,881	0.5%	△2,030	△0.1%	2,134	0.1%
医業外収益	43,465	2.4%	32,086	3.0%	58,329	3.9%	62,840	2.8%
医業外費用	15,586	0.9%	8,198	0.8%	16,199	1.1%	20,307	0.9%
経常利益	96,785	5.4%	28,769	2.7%	40,099	2.7%	44,667	2.0%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度病院地域分類別の経営状況

- 地域分類別にみると、特に人口少数地域型は赤字割合が62%と高いが、大都市型や地方都市型においても赤字割合は過半数を超えており、地域に限らず経営状況が厳しいことが伺える。

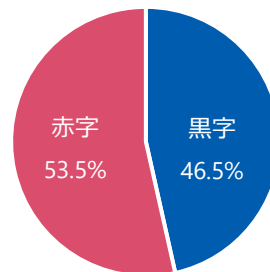
地域分類別の経営状況

		大都市型の 地域の病院	地方都市型の 地域の病院	人口少数地域型の 地域の病院
施設数		955	1,682	377
医業利益率	平均値	△1.0%	△0.4%	△1.4%
	中央値	△0.9%	△0.7%	△1.7%
経常利益率	平均値	0.9%	1.4%	0.8%
	中央値	1.3%	1.4%	0.4%

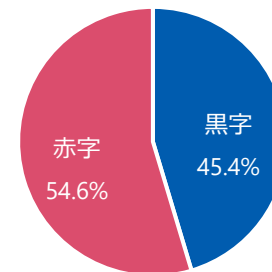
※医業利益率（%）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（%）＝経常利益÷医業収益×100

医業利益の黒字/赤字割合

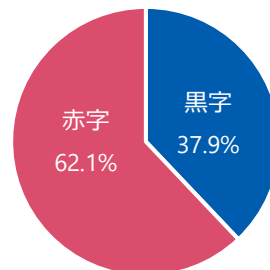
大都市型



地方都市型



人口少数地域型

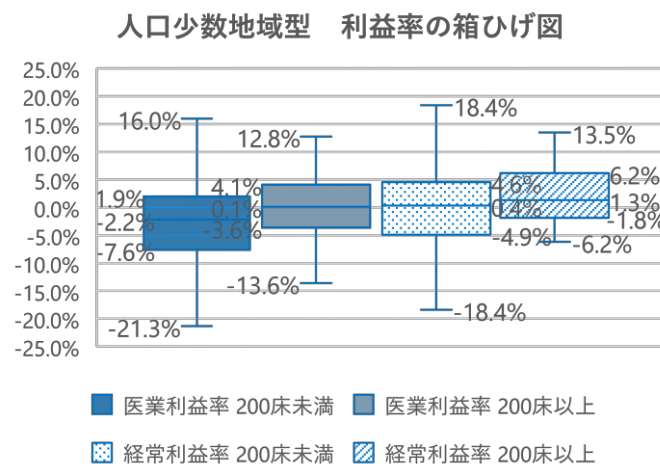
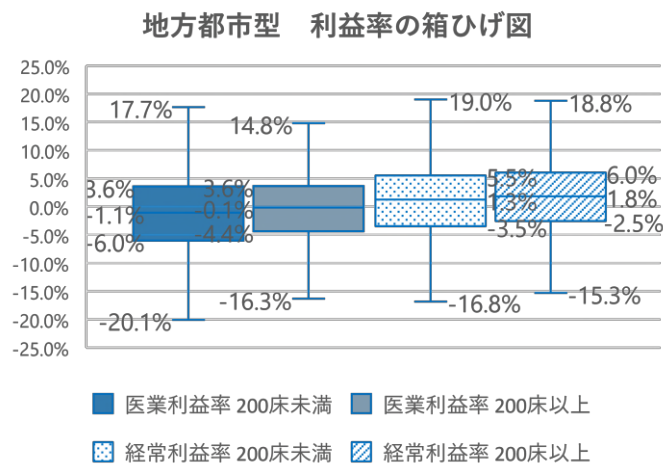
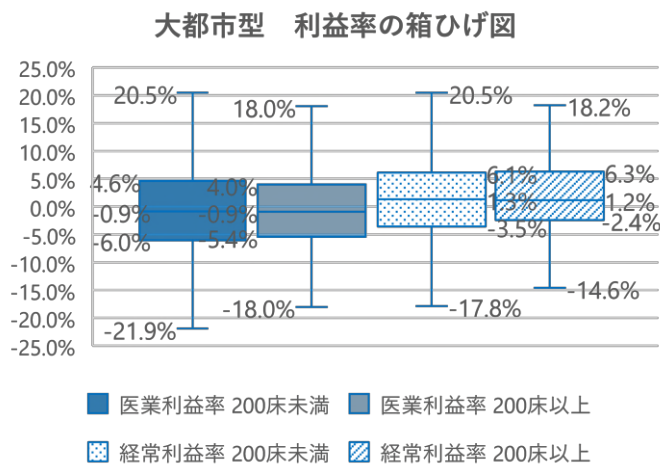
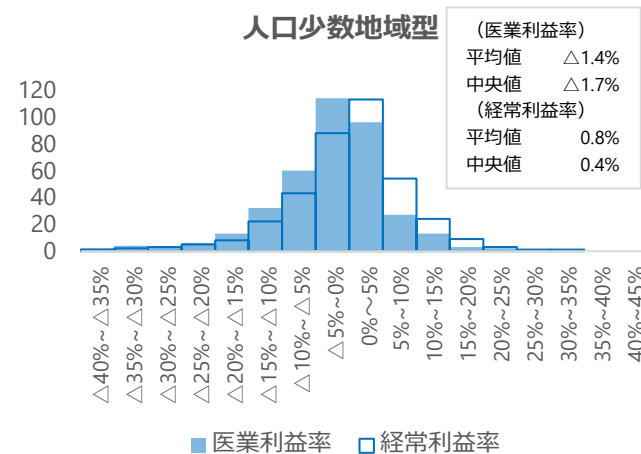
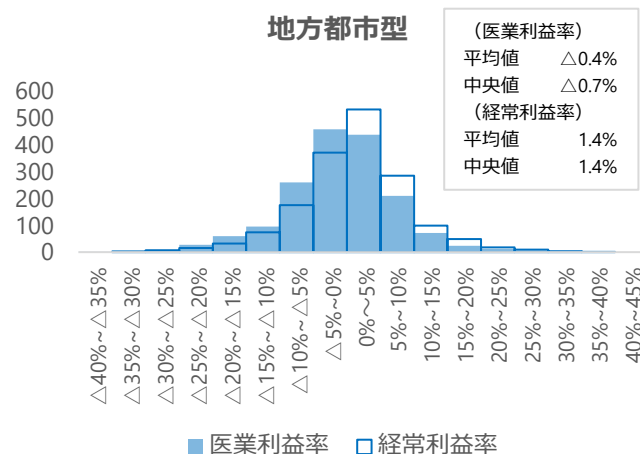
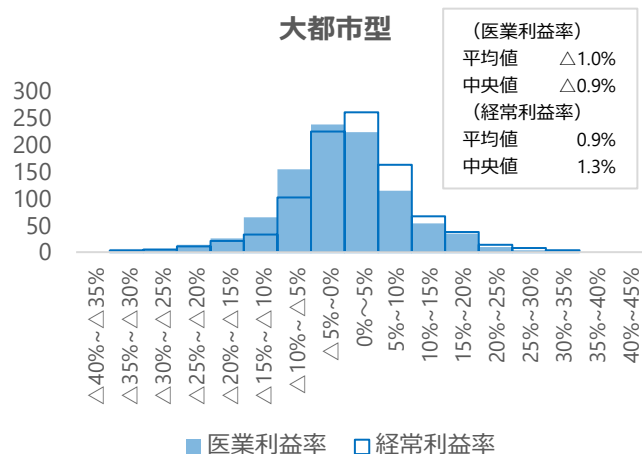


- 大都市型、地方都市型、人口少数地域型いずれも赤字割合が過半数となっている
- 特に、人口少数地域型において、赤字病院の割合が高く、62%が赤字となっている

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度病院地域分類別の経営状況 | 利益率の比較

- 地域分類別にみると、医業利益率はどの類型でもマイナスであるが、マイナス幅は地方都市型が最も小さく△0.4%、次いで大都市型が△1.0%、人口少数地域型は最もマイナス幅が大きく△1.4%となっている。



医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度病院地域分類別の経営状況 ｜ 収支構造の比較

- ・大都市型の地域の病院は他の地域分類の病院と比較して医業収益に対する材料費の割合がやや高い。
- ・人口少数地域型の地域の病院は他の地域分類の病院と比較して医業収益に対する医業費用の割合がやや高く、特に給与費の割合は60%を超えている。

単位：千円	大都市型の地域の病院		地方都市型の地域の病院		人口少数地域型の地域の病院	
科目/項目	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比	1施設当たり平均	対医業収益比
対象施設数	955	-	1,682	-	377	-
平均病床数	177.6	-	149.6	-	130.7	-
医業収益	2,649,949	100.0%	1,857,975	100.0%	1,433,035	100.0%
うち入院診療収益	1,914,434	72.2%	1,310,540	70.5%	985,164	68.7%
うち外来診療収益	532,889	20.1%	397,668	21.4%	316,958	22.1%
医業費用	2,676,690	101.0%	1,865,537	100.4%	1,452,628	101.4%
うち材料費	466,617	17.6%	308,394	16.6%	214,446	15.0%
うち医薬品費	196,047	7.5%	141,207	7.7%	100,218	7.0%
うち診療材料費、医療消耗品器具備品費	196,988	7.5%	117,454	6.4%	69,294	4.8%
うち給食用材料費	30,386	1.2%	26,763	1.5%	22,823	1.6%
うち給与費	1,534,430	57.9%	1,099,527	59.2%	884,387	61.7%
うち委託費	185,028	7.0%	112,911	6.1%	88,931	6.2%
うち給食委託費	42,801	1.6%	32,866	1.8%	26,189	1.9%
うち設備関係費	246,032	9.3%	166,738	9.0%	121,427	8.5%
うち減価償却費	106,718	4.1%	84,752	4.6%	57,067	4.1%
うち研究研修費	4,518	0.2%	3,419	0.2%	2,479	0.2%
うち経費	221,373	8.3%	163,699	8.8%	136,368	9.5%
うち水道光熱費	49,225	1.9%	39,705	2.2%	30,334	2.2%
医業利益	△26,740	△1.0%	△7,562	△0.4%	△19,594	△1.4%
医業外収益	78,485	3.0%	51,690	2.8%	43,276	3.0%
医業外費用	26,951	1.0%	17,195	0.9%	12,101	0.8%
経常利益	24,794	0.9%	26,934	1.4%	11,582	0.8%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜病院のみ経営の医療法人における自己資本比率と現預金回転期間

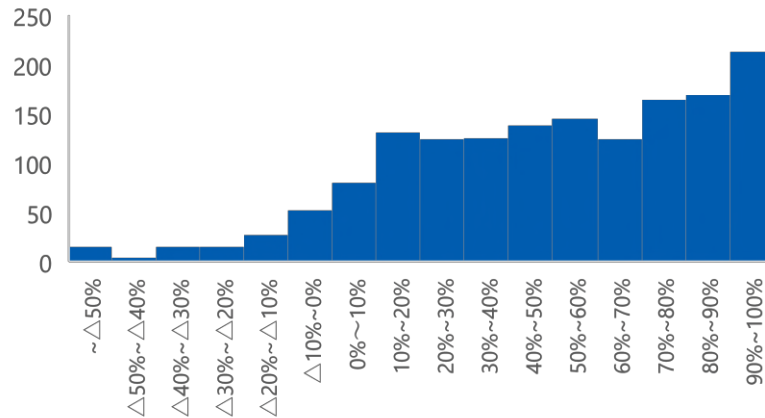
- 自己資本比率は平均値49.8%、中央値53.1%と、資本構成としては問題ない水準である。
- 一方、現預金回転期間の中央値が3.0か月と短く、これらの法人では最低限の現預金水準で事業運営が行われている可能性が伺える。

自己資本比率

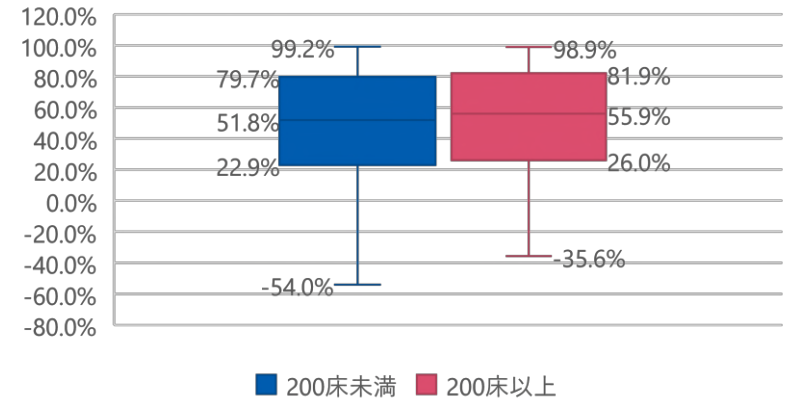
項目	2023年度
施設数	1,541
平均値	49.8%
中央値	53.1%

自己資本比率（%）＝（自己資本÷総資産）×100

自己資本比率のヒストグラム



自己資本比率×病床規模 箱ひげ図

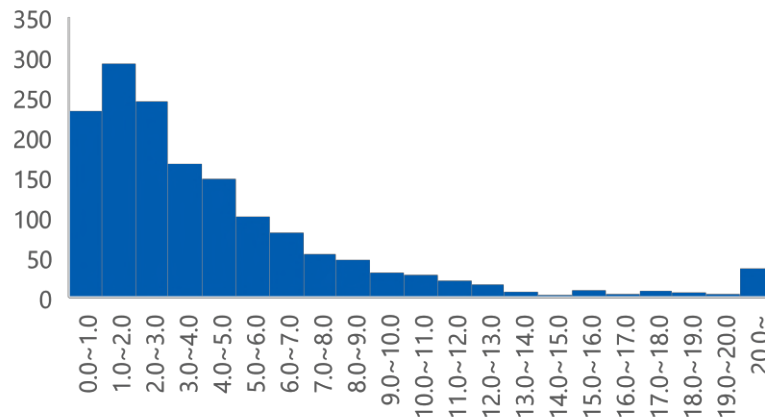


現預金回転期間

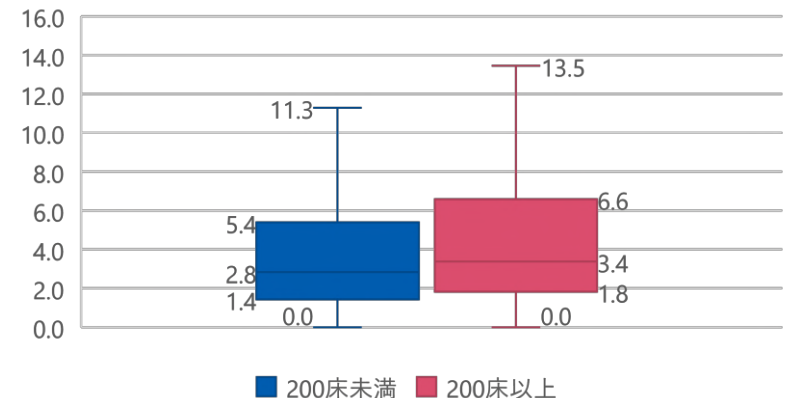
項目	2023年度
施設数	1,541
平均値	4.2か月
中央値	3.0か月

現預金回転期間（月）＝現預金÷（事業収益÷12）

現預金回転期間のヒストグラム



（月）現預金回転期間×病床規模 箱ひげ図

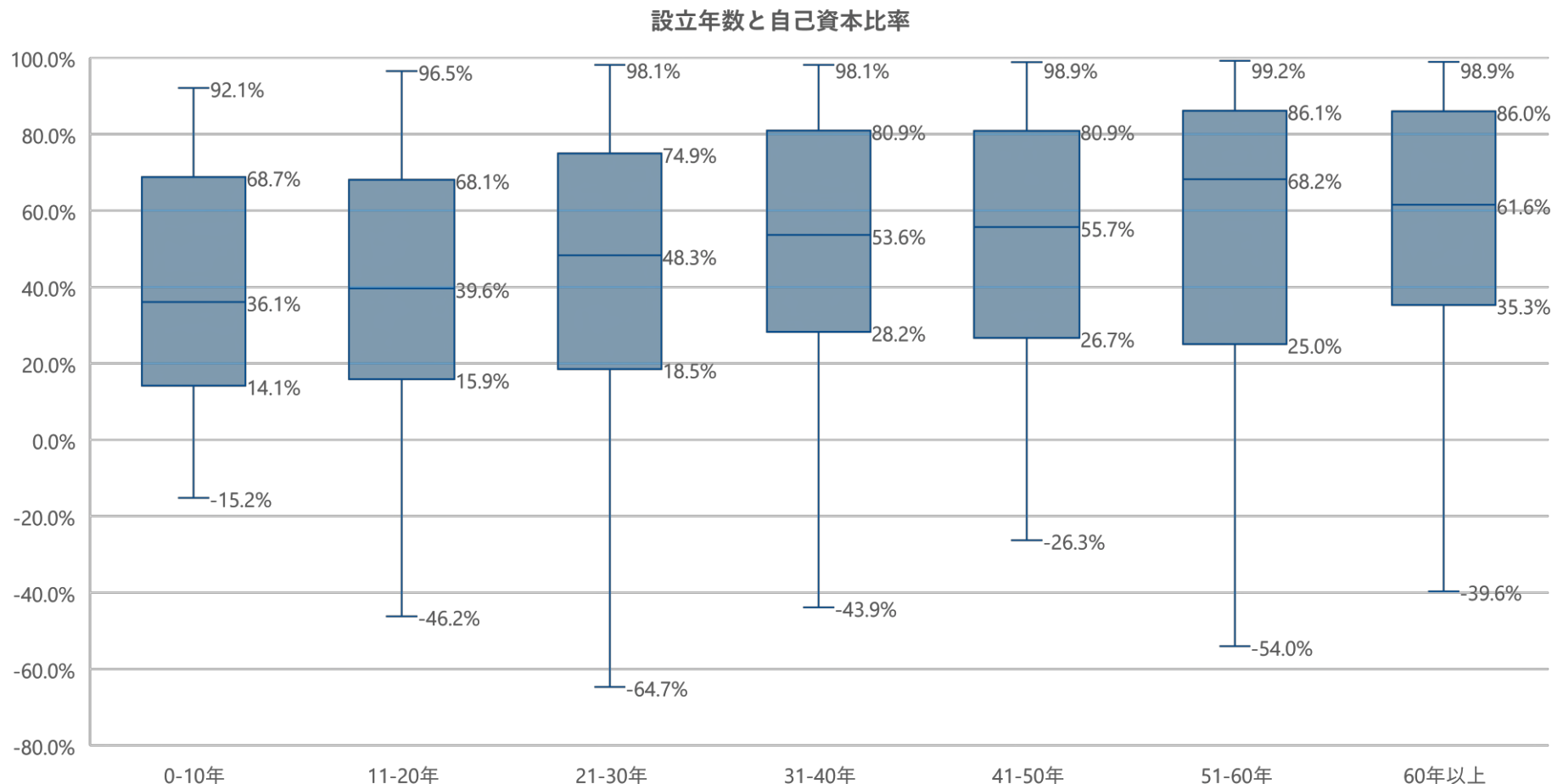


※自己資本比率・現預金回転期間ともに、病院のみ経営の医療法人を対象として集計。箱ひげ図上外れ値は除外している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜病院のみ経営の医療法人の設立年数と自己資本比率

- 設立年数に限らず自己資本比率にバラツキはあるものの、自己資本比率の中央値・四分位範囲は設立年数の若い法人ほど低く、設立年数が経過するにつれて高くなる傾向にある。



※病院のみ経営の医療法人1,541施設が対象（2023年度）。

設立年数は、設立登記年月日（設立登記年月日が不明の場合は設立許可年月日）から2025年4月1日を基準日として計算。箱ひげ図上外れ値は除外している。

近年の医療機関のファクタリングの動向

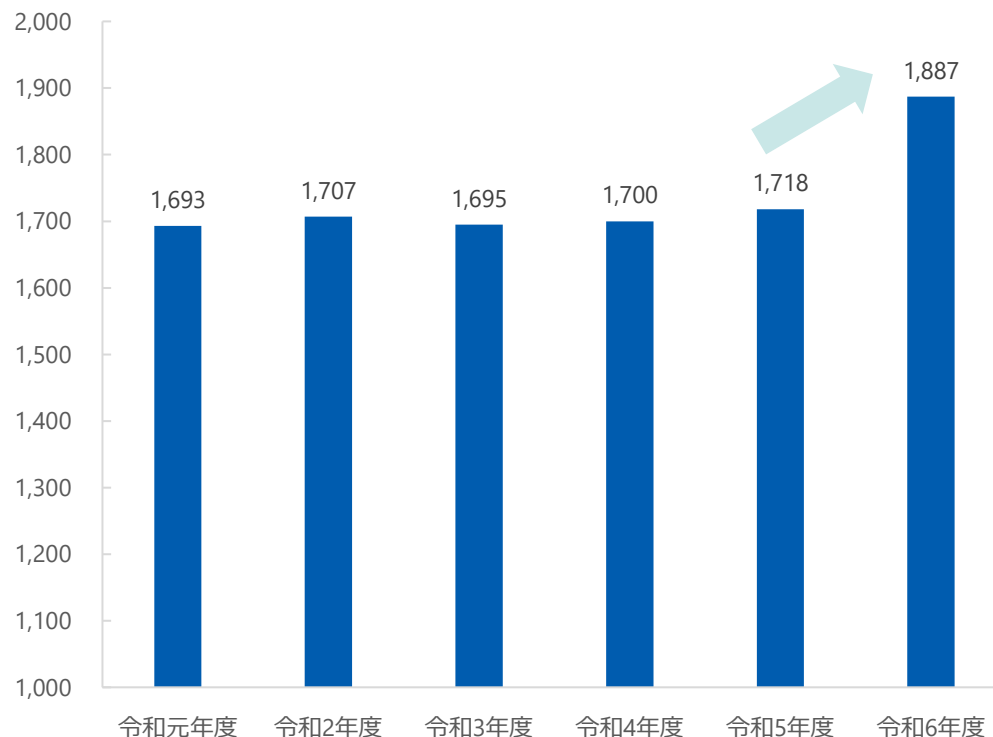
- 資金繰りの改善策として診療報酬債権の譲渡（ファクタリング）が活用される。
- この点、診療報酬債権の譲渡等の件数は令和5年度から令和6年度にかけて増加しており、資金繰りが悪化している医療機関が増加している可能性がある。

診療報酬債権譲渡のイメージ図



※ 支払基金は、債権譲渡通知書の内容に基づき、譲渡された診療報酬等を金融機関等へ支払う。

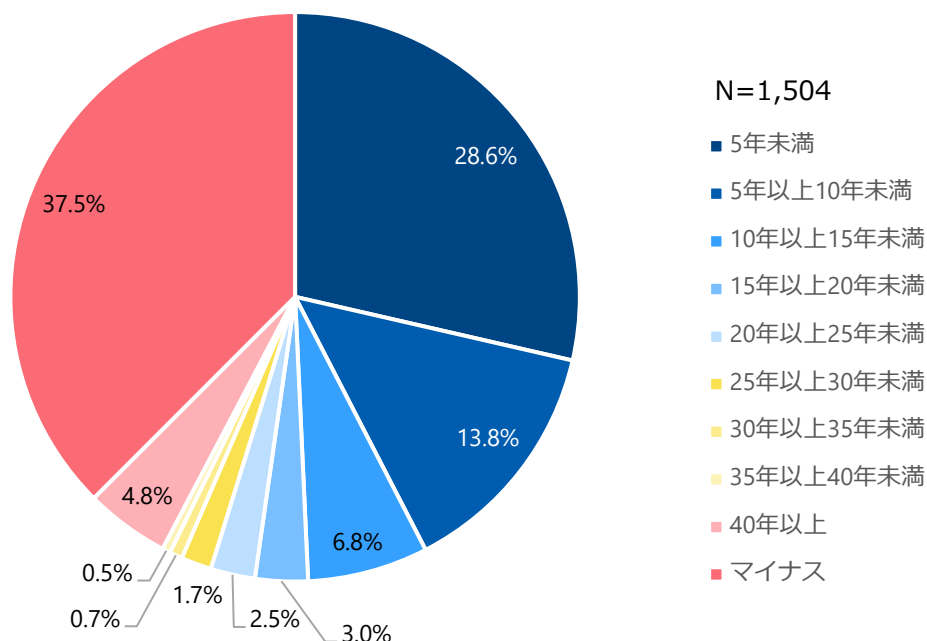
診療報酬債権の譲渡等の件数の推移（医科）



医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 債務償還年数の分析

- 病院のみ経営する医療法人について、約4割の法人の債務償還年数がマイナスであるが、これは債務の返済原資を構成する経常利益自体が赤字であることが要因である。
- 資金繰りの改善や借入の返済、必要な設備投資を行う観点でもキャッシュフローの改善が必要である。

2023年度 病院のみ経営法人の債務償還年数の割合



病院のみ経営法人

項目	2023年度
施設数（施設）	1,504

出典：医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）に基づき、厚生労働省にて作成

債務償還年数とは、借入金を何年で返済することが出来るかを示す指標である。計算式は、以下の通り。

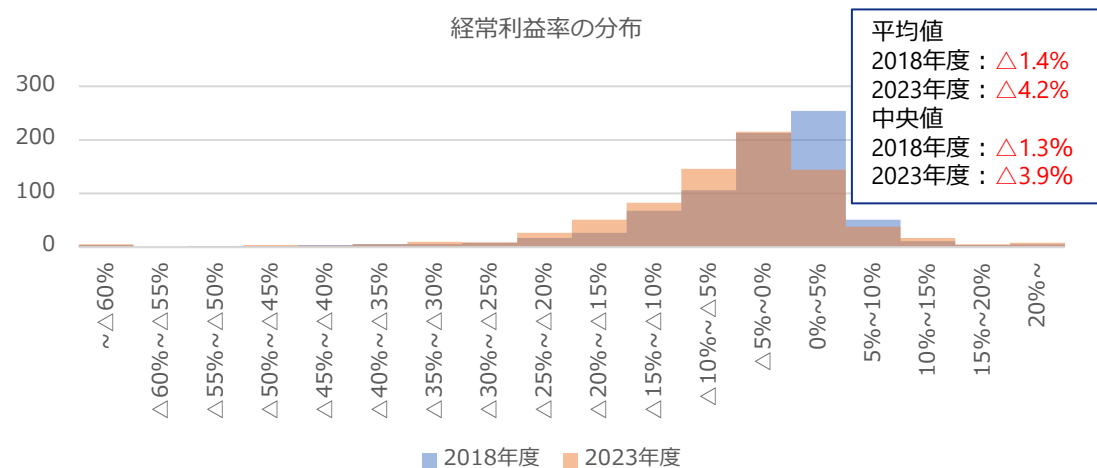
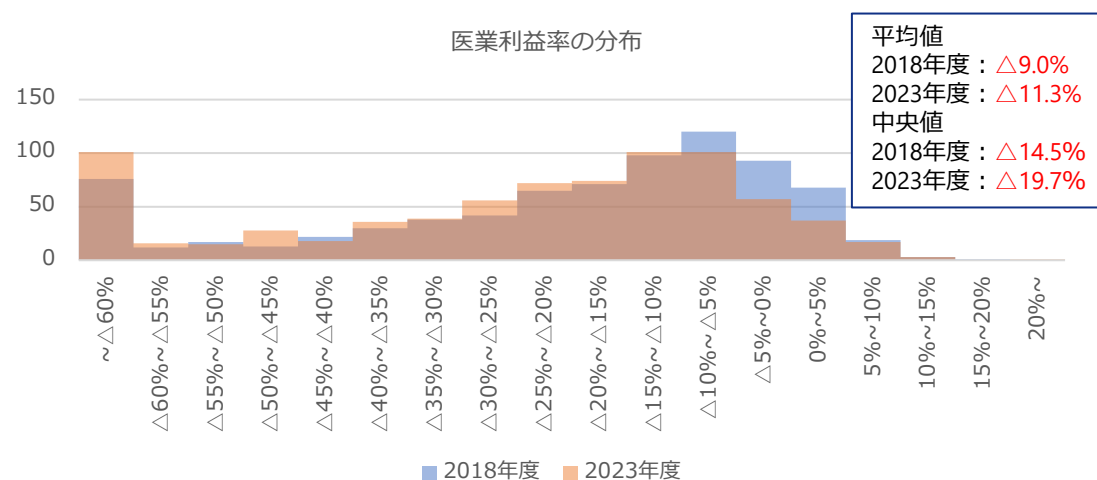
債務償還年数 = $\left[\left(\text{短期借入金} + \text{長期借入金} \right) - \left\{ \left(\text{事業未収金} + \text{たな卸資産} \right) - \left(\text{買掛金} + \text{支払手形} \right) \right\} \right] \div \left(\text{経常利益} - \text{法人税} \cdot \text{住民税} \text{及び} \text{事業税} + \text{減価償却費}^* \right)$

*減価償却費は法人単位のデータとして集計がされていないことから、施設別PL（病院のみ運営する法人）の減価償却費率を、医療法人の事業収益に乗じて算出

自治体病院の経営状況（1施設当たり） | 損益状況の変化

- 2018年度と2023年度の損益を比較すると、医業収益の伸び（+12.8%）を医業費用の伸び（+15.1%）が上回っており、結果として医業利益率が低下している。

金額単位：千円	2018年度	2023年度	増減	増減率
病院数	788	772	△16	△2.0%
医業収益	5,598,382	6,313,342	714,959	12.8%
入院収益	3,528,804	3,836,770	307,967	8.7%
外来収益	1,603,799	1,866,855	263,056	16.4%
その他医業収益	465,780	609,716	143,936	30.9%
うち他会計負担金等	269,331	362,906	93,575	34.7%
医業費用	6,104,498	7,023,943	919,444	15.1%
材料費	1,368,271	1,674,915	306,644	22.4%
医療材料費計	1,345,378	1,652,662	307,284	22.8%
薬品費	711,389	917,952	206,563	29.0%
薬品費(投薬)	175,700	165,820	△9,880	△5.6%
薬品費(注射)	535,689	752,132	216,443	40.4%
その他医療材料費	633,989	734,710	100,721	15.9%
給食材料費(患者用)	22,893	22,254	△639	△2.8%
職員給与費	3,055,860	3,533,279	477,419	15.6%
減価償却費	479,811	505,269	25,458	5.3%
経費	1,160,163	1,271,538	111,374	9.6%
光熱水費	103,017	127,208	24,192	23.5%
委託費	585,969	669,974	84,005	14.3%
その他経費	471,177	474,355	3,178	0.7%
研究研修費	28,529	27,963	△566	△2.0%
資産減耗費	11,864	10,979	△885	△7.5%
医業利益	△506,116	△710,601	△204,485	
医業外収益	730,218	818,128	87,909	12.0%
うち補助金等収益	23,467	121,710	98,243	418.7%
うち他会計負担金等	479,463	450,821	△28,642	△6.0%
医業外費用	304,890	374,916	70,026	23.0%
経常利益	△80,787	△267,389	△186,602	
他会計負担金等 総計	748,794	813,727	64,933	8.7%



※出典：総務省「地方財政状況調査」をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。

自治体病院の経営状況（1施設当たり） | 損益状況の変化 | 病院類型別

- 一般病院の2018年度と2023年度を比較すると、医業収益の伸び（+12.2%）を医業費用の伸び（+14.7%）が上回り、医業利益率が低下している。
- 療養型病院は外来収益の減少で医業収益が減少（△1.5%）したが、医業費用が増加（+5.2%）したため、医業利益率が低下している。
- 精神科病院は入外収益が減少する一方でその他の医業収益（主に他会計負担金）が増加したため、医業収益が増加（+8.3%）しており、医業費用の増加（+2.7%）を上回っているため、医業利益率が上昇している。

金額単位：千円	一般病院				療養型病院				精神科病院			
	2018年度	2023年度	増減	増減率	2018年度	2023年度	増減	増減率	2018年度	2023年度	増減	増減率
病院数	695	686	△9	△1.3%	39	38	△1	△2.6%	36	37	1	2.8%
医業収益	6,160,040	6,910,330	750,291	12.2%	771,414	760,129	△11,285	△1.5%	2,143,749	2,322,371	178,622	8.3%
入院収益	3,878,584	4,200,296	321,711	8.3%	452,782	458,936	6,153	1.4%	1,493,504	1,392,920	△100,583	△6.7%
外来収益	1,778,960	2,066,200	287,240	16.1%	242,452	216,761	△25,691	△10.6%	336,163	322,608	△13,555	△4.0%
その他医業収益	502,496	643,835	141,340	28.1%	76,180	84,432	8,253	10.8%	314,082	606,842	292,760	93.2%
うち他会計負担金等	285,513	375,361	89,848	31.5%	36,680	42,345	5,665	15.4%	272,720	497,776	225,056	82.5%
医業費用	6,675,293	7,653,819	978,526	14.7%	995,361	1,046,854	51,494	5.2%	2,865,576	2,942,291	76,714	2.7%
材料費	1,531,544	1,867,264	335,720	21.9%	125,774	110,598	△15,177	△12.1%	166,901	161,183	△5,718	△3.4%
医療材料費計	1,507,684	1,844,139	336,455	22.3%	117,804	104,578	△13,226	△11.2%	141,064	135,837	△5,228	△3.7%
薬品費	793,798	1,022,453	228,655	28.8%	76,643	60,992	△15,651	△20.4%	122,529	107,089	△15,440	△12.6%
薬品費(投薬)	191,006	180,528	△10,478	△5.5%	50,690	35,916	△14,774	△29.1%	85,711	65,772	△19,940	△23.3%
薬品費(注射)	602,792	841,924	239,132	39.7%	25,953	25,076	△877	△3.4%	36,818	41,317	4,499	12.2%
その他医療材料費	713,886	821,686	107,801	15.1%	41,160	43,586	2,425	5.9%	18,535	28,748	10,213	55.1%
給食材料費(患者用)	23,860	23,125	△735	△3.1%	7,971	6,020	△1,951	△24.5%	25,837	25,346	△490	△1.9%
職員給与費	3,311,258	3,817,982	506,723	15.3%	545,426	598,699	53,273	9.8%	1,908,572	1,935,832	27,261	1.4%
減価償却費	523,740	547,079	23,339	4.5%	74,235	78,507	4,272	5.8%	242,263	264,902	22,639	9.3%
経費	1,263,998	1,379,626	115,628	9.1%	246,245	255,133	8,888	3.6%	534,783	553,013	18,230	3.4%
光熱水費	112,021	137,523	25,502	22.8%	18,096	23,547	5,451	30.1%	54,933	64,701	9,768	17.8%
委託費	638,895	730,177	91,282	14.3%	95,483	110,774	15,291	16.0%	308,682	258,199	△50,483	△16.4%
その他経費	513,081	511,926	△1,156	△0.2%	132,667	120,813	△11,854	△8.9%	171,168	230,113	58,945	34.4%
研究研費	31,540	30,737	△803	△2.5%	2,389	1,952	△438	△18.3%	10,948	9,647	△1,301	△11.9%
資産減耗費	13,213	11,131	△2,082	△15.8%	1,291	1,966	674	52.2%	2,110	17,713	15,604	739.7%
医業利益	△515,253	△743,488	△228,235		△223,946	△286,725	△62,779		△721,827	△619,920	101,908	
医業外収益	760,070	856,371	96,301	12.7%	248,108	310,976	62,868	25.3%	854,688	721,281	△133,406	△15.6%
うち補助金等収益	26,091	133,662	107,572	412.3%	2,546	11,594	9,048	355.4%	6,008	40,557	34,549	575.0%
うち他会計負担金等	487,945	458,083	△29,861	△6.1%	190,119	231,819	41,700	21.9%	738,103	572,501	△165,603	△22.4%
医業外費用	334,141	410,308	76,167	22.8%	44,419	78,797	34,377	77.4%	107,400	92,010	△15,390	△14.3%
経常利益	△89,324	△297,424	△208,100		△20,258	△54,546	△34,288		25,460	9,351	△16,109	
他会計負担金等 総計	773,458	833,444	59,986	7.8%	226,799	274,164	47,365	20.9%	1,010,823	1,070,277	59,454	5.9%

自治体病院の経営状況 | 病院類型別の経営指標・人件費動向

- ・ 病院類型を問わず診療単価が上昇する一方で患者数が減少している。特に療養型病院の外来患者数の減少率は外来単価の増加率を上回っており、同様に精神科病院の入外患者数の減少率は入外単価の増加率を上回っているため、前頁のような収益の減少につながっている。また前頁の材料費の減少もこの患者数の減少に連動している可能性がある。
- ・ 准看護師および精神科病院の事務職員を除き、年度末職員数は増加している。1人当たりの基本給と手当の合計額は、増加している職種、減少している職種いずれも存在しており、全職種平均では一般病院と療養型病院は増加、精神科病院は全職種平均でやや減少している。

病院類型別の経営指標（1施設当たり）

	一般病院				療養型病院				精神科病院			
	2018年度	2023年度	増減	増減率	2018年度	2023年度	増減	増減率	2018年度	2023年度	増減	増減率
病院数	695	686	△9	△1.3%	39	38	△1	△2.6%	36	37	1	2.8%
年延入院患者数（人）	69,879	63,302	△6,577	△9.4%	21,312	19,200	△2,112	△9.9%	68,443	58,371	△10,071	△14.7%
年延外来患者数（人）	117,768	109,630	△8,139	△6.9%	27,568	23,391	△4,176	△15.1%	39,545	36,600	△2,945	△7.4%
1日当たり入院患者数（人/日）	191.4	173.4	△18	△9.4%	58.4	52.6	△6	△9.9%	187.5	159.9	△28	△14.7%
平均病床数（床）	255.5	250.9	△5	△1.8%	80.7	77.6	△3	△3.9%	267.2	262.6	△5	△1.7%
平均病床稼働率（%）	74.9%	69.1%	△5.8%		76.9%	68.8%	△8.0%		70.2%	60.9%	△9.3%	
入院単価（円）	55,504	66,353	10,849	19.5%	21,245	23,903	2,658	12.5%	21,821	23,863	2,042	9.4%
外来単価（円）	15,106	18,847	3,741	24.8%	8,795	9,267	472	5.4%	8,501	8,814	314	3.7%

病院類型別の人件費動向（常勤職員）

		一般病院			療養型病院			精神科病院		
		2018年度	2023年度	増減率	2018年度	2023年度	増減率	2018年度	2023年度	増減率
医師	年度末職員数（1施設当たり）（人）	40.3	45.5	12.9%	3.5	3.5	0.4%	13.7	14.2	3.6%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	16,973	16,712	△1.5%	21,155	20,420	△3.5%	16,303	16,718	2.5%
看護師	年度末職員数（1施設当たり）（人）	206.0	214.4	4.1%	28.3	30.6	8.0%	132.0	132.0	0.0%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	5,803	6,088	4.9%	5,656	5,808	2.7%	6,723	6,645	△1.2%
准看護師	年度末職員数（1施設当たり）（人）	2.7	1.7	△37.1%	3.3	2.0	△38.3%	1.7	1.0	△43.5%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	5,890	5,670	△3.7%	5,709	5,648	△1.1%	6,424	5,614	△12.6%
医療技術員	年度末職員数（1施設当たり）（人）	60.5	68.6	13.5%	12.7	14.4	13.2%	21.8	22.5	3.1%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	5,800	5,913	1.9%	5,329	5,569	4.5%	6,108	6,112	0.1%
事務職員	年度末職員数（1施設当たり）（人）	23.2	26.6	14.3%	5.9	6.2	5.3%	18.9	18.7	△1.3%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	6,144	6,026	△1.9%	5,867	5,983	2.0%	6,551	6,457	△1.4%
全職種計	年度末職員数（1施設当たり）（人）	339.5	363.6	7.1%	58.4	61.9	6.0%	195.0	195.6	0.3%
	基本給＋手当（1人当たり）（千円/年）	7,140	7,353	3.0%	6,404	6,494	1.4%	7,280	7,268	△0.2%

※出典：総務省「地方財政状況調査」をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。

自治体病院の経営状況（1施設当たり）

｜病院類型別の収支構造の比較（2023年度データ）

- ・ 対医業収益比として割合が最大となるのはいずれの病院類型においても職員給与費であり、療養型病院や精神科病院では約80%である。また委託費についても共通して10%以上となっている。
- ・ 一般病院は他の病院類型と比較して医業収益に対する材料費の割合が高く、約30%である。

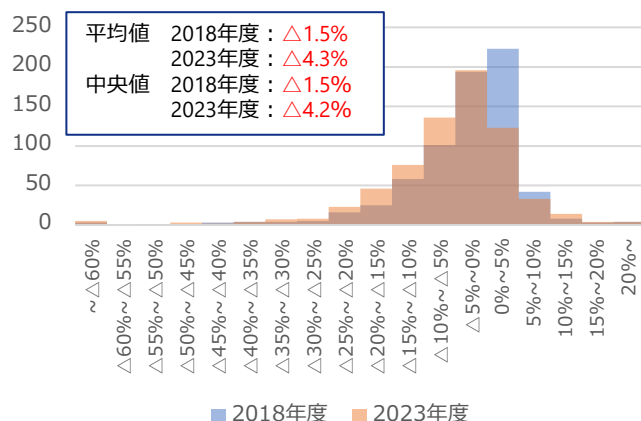
金額単位：千円	一般病院		療養型病院		精神科病院	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
病院数	686		38		37	
医業収益	6,910,330	100.0%	760,129	100.0%	2,322,371	100.0%
入院収益	4,200,296	60.8%	458,936	60.4%	1,392,920	60.0%
外来収益	2,066,200	29.9%	216,761	28.5%	322,608	13.9%
その他医業収益	643,835	9.3%	84,432	11.1%	606,842	26.1%
うち他会計負担金等	375,361	5.4%	42,345	5.6%	497,776	21.4%
医業費用	7,653,819	110.8%	1,046,854	137.7%	2,942,291	126.7%
材料費	1,867,264	27.0%	110,598	14.5%	161,183	6.9%
医療材料費計	1,844,139	26.7%	104,578	13.8%	135,837	5.8%
薬品費	1,022,453	14.8%	60,992	8.0%	107,089	4.6%
薬品費(投薬)	180,528	2.6%	35,916	4.7%	65,772	2.8%
薬品費(注射)	841,924	12.2%	25,076	3.3%	41,317	1.8%
その他医療材料費	821,686	11.9%	43,586	5.7%	28,748	1.2%
給食材料費(患者用)	23,125	0.3%	6,020	0.8%	25,346	1.1%
職員給与費	3,817,982	55.3%	598,699	78.8%	1,935,832	83.4%
減価償却費	547,079	7.9%	78,507	10.3%	264,902	11.4%
経費	1,379,626	20.0%	255,133	33.6%	553,013	23.8%
光熱水費	137,523	2.0%	23,547	3.1%	64,701	2.8%
委託費	730,177	10.6%	110,774	14.6%	258,199	11.1%
その他経費	511,926	7.4%	120,813	15.9%	230,113	9.9%
研究研修費	30,737	0.4%	1,952	0.3%	9,647	0.4%
資産減耗費	11,131	0.2%	1,966	0.3%	17,713	0.8%
医業利益	△743,488	△10.8%	△286,725	△37.7%	△619,920	△26.7%
医業外収益	856,371	12.4%	310,976	40.9%	721,281	31.1%
うち補助金等収益	133,662	1.9%	11,594	1.5%	40,557	1.7%
うち他会計負担金等	458,083	6.6%	231,819	30.5%	572,501	24.7%
医業外費用	410,308	5.9%	78,797	10.4%	92,010	4.0%
経常利益	△297,424	△4.3%	△54,546	△7.2%	9,351	0.4%
他会計負担金等 総計	833,444	12.1%	274,164	36.1%	1,070,277	46.1%

※出典：総務省「地方財政状況調査」をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。

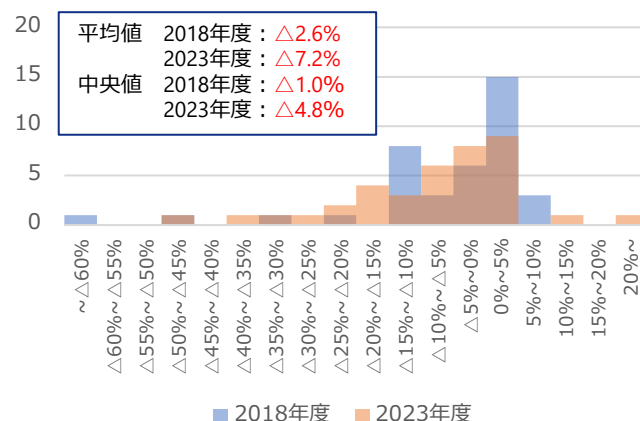
自治体病院の経営状況 | 病院類型別の経常利益率

- 2018年度から2023年度にかけての経常利益率の変化を見ると、病院類型を問わず平均値・中央値ともに低下している。
- 病床数と掛け合わせると、特に一般病院については経常利益率でもマイナスとなる病院が多く存在している。

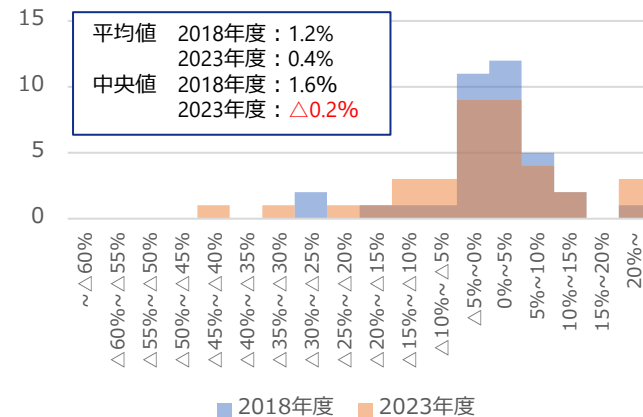
経常利益率の分布（一般）



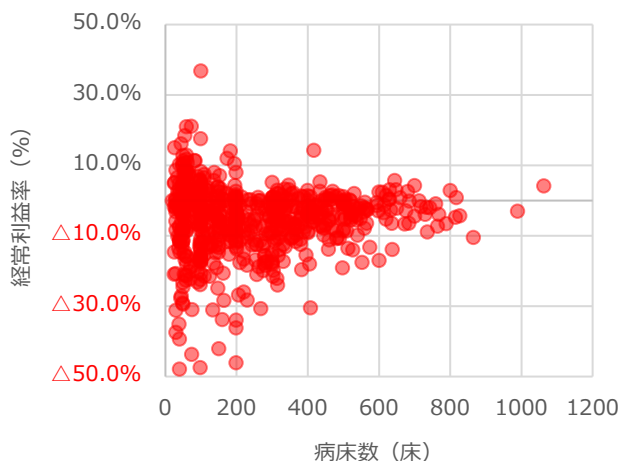
経常利益率の分布（療養型）



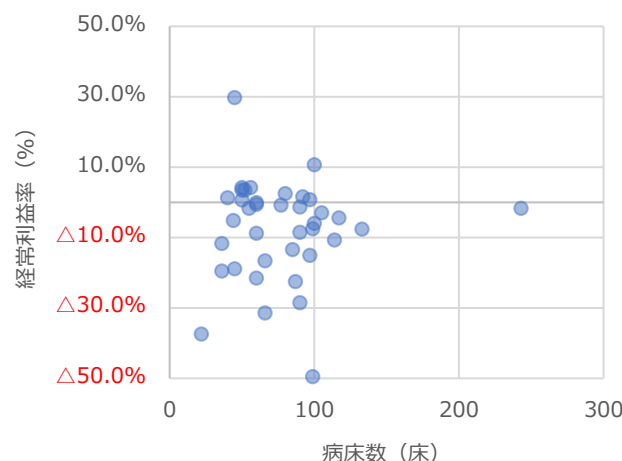
経常利益率の分布（精神科）



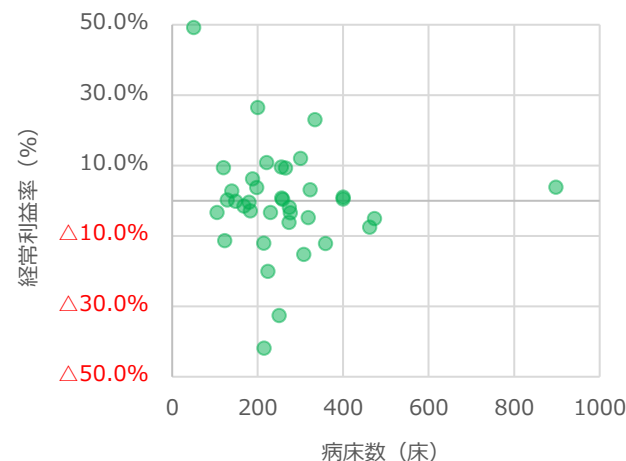
経常利益率×病床数（一般病院・2023年度）



経常利益率×病床数（療養型病院・2023年度）



経常利益率×病床数（精神科病院・2023年度）



自治体病院の経営状況（1施設あたり） | 地域分類別の収支構造の比較（2023年度データ）

- いずれの地域分類でも対医業収益比では職員給与費が50%以上と多くを占める。材料費も20%以上と割合が大きい。
- 人口少数地域型の地域の病院は大都市型や地方都市型の地域の病院と比較して、医業収益に対する医業費用の割合が大きい。

金額単位：千円	大都市型の地域の病院		地方都市型の地域の病院		人口少数地域型の地域の病院	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
病院数	118		370		284	
医業収益	13,344,731	100.0%	6,642,574	100.0%	2,962,920	100.0%
入院収益	7,777,840	58.3%	4,155,664	62.6%	1,783,824	60.2%
外来収益	3,777,867	28.3%	1,959,751	29.5%	951,818	32.1%
その他医業収益	1,789,024	13.4%	527,159	7.9%	227,279	7.7%
うち他会計負担金等	1,190,069	8.9%	288,527	4.3%	116,129	3.9%
医業費用	14,319,600	107.3%	7,330,087	110.4%	3,593,798	121.3%
材料費	3,524,049	26.4%	1,839,555	27.7%	692,116	23.4%
医療材料費計	3,490,616	26.2%	1,817,516	27.4%	674,229	22.8%
薬品費	1,976,662	14.8%	1,002,944	15.1%	367,336	12.4%
薬品費(投薬)	322,701	2.4%	191,353	2.9%	67,371	2.3%
薬品費(注射)	1,653,961	12.4%	811,591	12.2%	299,965	10.1%
その他医療材料費	1,513,954	11.3%	814,572	12.3%	306,893	10.4%
給食材料費(患者用)	33,433	0.3%	22,039	0.3%	17,888	0.6%
職員給与費	6,915,627	51.8%	3,679,303	55.4%	1,937,695	65.4%
減価償却費	1,057,914	7.9%	515,142	7.8%	262,786	8.9%
経費	2,739,492	20.5%	1,258,898	19.0%	678,080	22.9%
光熱水費	260,767	2.0%	131,683	2.0%	65,886	2.2%
委託費	1,444,853	10.8%	681,861	10.3%	332,531	11.2%
その他経費	1,033,872	7.7%	445,354	6.7%	279,662	9.4%
研究研修費	69,377	0.5%	27,400	0.4%	11,489	0.4%
資産減耗費	13,141	0.1%	9,788	0.1%	11,632	0.4%
医業利益	△974,869	△7.3%	△687,513	△10.4%	△630,878	△21.3%
医業外収益	1,035,695	7.8%	858,100	12.9%	675,654	22.8%
うち補助金等収益	127,953	1.0%	137,778	2.1%	98,182	3.3%
うち他会計負担金等	575,178	4.3%	459,415	6.9%	387,955	13.1%
医業外費用	710,946	5.3%	387,924	5.8%	218,352	7.4%
経常利益	△650,120	△4.9%	△217,337	△3.3%	△173,576	△5.9%
他会計負担金等 総計	1,765,247	13.2%	747,942	11.3%	504,084	17.0%

※出典：総務省「地方財政状況調査」の結果をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。

自治体病院の経営状況（1施設当たり） | 機能大分類別の収支構造の比較（2023年度データ）

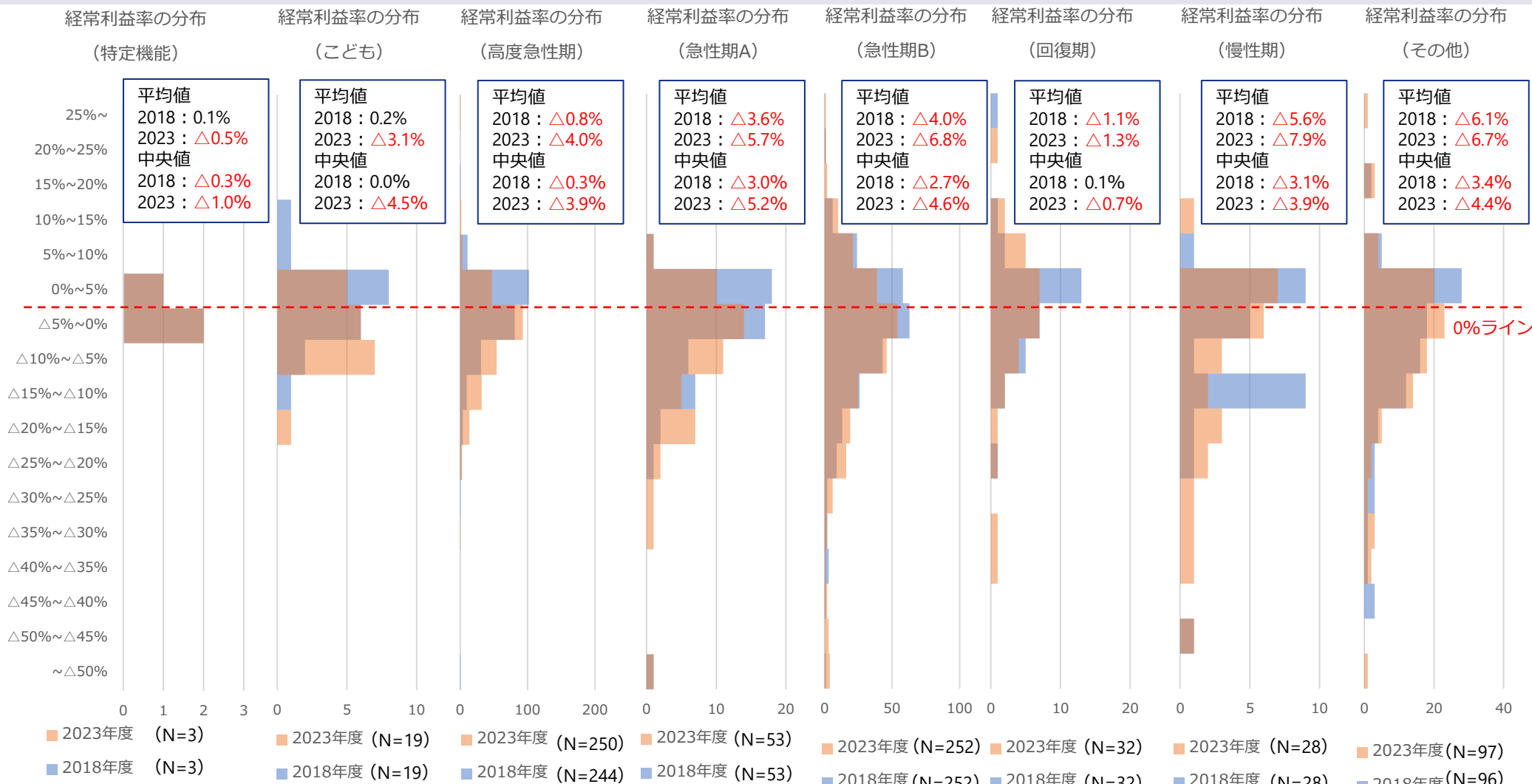
- ・ 対医業収益比で見ると、特定機能病院や高度急性期等は材料費の割合が他の機能分類と比較して高い。
- ・ 急性期A・B、その他、回復期、慢性期は職員給与費の割合が60%を超える水準となっている。

金額単位：千円	特定機能		こども		高度急性期		急性期A		急性期B		回復期		慢性期		その他	
	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比
病院数	3		19		250		53		252		32		28		97	
医業収益	29,467,584	100.0%	14,821,144	100.0%	13,849,984	100.0%	5,492,198	100.0%	1,484,970	100.0%	1,465,274	100.0%	647,754	100.0%	2,298,084	100.0%
入院収益	13,399,872	45.5%	9,017,792	60.8%	8,606,902	62.1%	3,344,891	60.9%	802,031	54.0%	861,576	58.8%	411,086	63.5%	1,306,187	56.8%
外来収益	13,844,728	47.0%	3,034,924	20.5%	4,095,202	29.6%	1,750,769	31.9%	516,831	34.8%	359,610	24.5%	169,343	26.1%	688,890	30.0%
その他医業収益	2,222,984	7.5%	2,768,428	18.7%	1,147,880	8.3%	396,538	7.2%	166,109	11.2%	244,088	16.7%	67,324	10.4%	303,007	13.2%
うち他会計負担金等	936,929	3.2%	2,141,080	14.4%	664,565	4.8%	198,968	3.6%	83,407	5.6%	124,715	8.5%	32,333	5.0%	160,991	7.0%
医業費用	31,163,245	105.8%	15,637,346	105.5%	14,979,198	108.2%	6,353,945	115.7%	1,934,244	130.3%	1,655,172	113.0%	915,354	141.3%	2,803,037	122.0%
材料費	12,750,304	43.3%	3,417,750	23.1%	4,003,693	28.9%	1,318,252	24.0%	268,632	18.1%	145,017	9.9%	90,358	13.9%	387,532	16.9%
医療材料費計	12,718,716	43.2%	3,397,825	22.9%	3,962,486	28.6%	1,297,822	23.6%	258,445	17.4%	137,283	9.4%	85,960	13.3%	372,818	16.2%
薬品費	9,876,298	33.5%	1,862,137	12.6%	2,174,362	15.7%	715,999	13.0%	134,117	9.0%	70,429	4.8%	49,278	7.6%	212,083	9.2%
薬品費(投薬)	2,503,329	8.5%	322,848	2.2%	356,946	2.6%	117,074	2.1%	37,711	2.5%	28,219	1.9%	29,395	4.5%	54,024	2.4%
薬品費(注射)	7,372,968	25.0%	1,539,288	10.4%	1,817,416	13.1%	598,925	10.9%	96,407	6.5%	42,210	2.9%	19,884	3.1%	158,059	6.9%
その他医療材料費	2,842,418	9.6%	1,535,688	10.4%	1,788,125	12.9%	581,823	10.6%	124,328	8.4%	66,854	4.6%	36,681	5.7%	160,735	7.0%
給食材料費(患者用)	31,589	0.1%	19,925	0.1%	41,206	0.3%	20,430	0.4%	10,188	0.7%	7,734	0.5%	4,398	0.7%	14,715	0.6%
職員給与費	11,488,100	39.0%	8,067,592	54.4%	7,250,962	52.4%	3,360,375	61.2%	1,080,955	72.8%	1,015,671	69.3%	544,070	84.0%	1,597,707	69.5%
減価償却費	1,560,017	5.3%	1,270,497	8.6%	1,047,223	7.6%	450,952	8.2%	157,722	10.6%	120,275	8.2%	70,921	10.9%	206,667	9.0%
経費	4,815,837	16.3%	2,789,015	18.8%	2,598,265	18.8%	1,195,098	21.8%	416,042	28.0%	369,843	25.2%	206,929	31.9%	597,243	26.0%
光熱水費	588,416	2.0%	266,247	1.8%	261,374	1.9%	116,380	2.1%	39,672	2.7%	39,014	2.7%	20,194	3.1%	57,607	2.5%
委託費	3,575,838	12.1%	1,262,616	8.5%	1,413,367	10.2%	622,809	11.3%	200,116	13.5%	181,844	12.4%	99,969	15.4%	281,409	12.2%
その他経費	651,583	2.2%	1,260,152	8.5%	923,523	6.7%	455,909	8.3%	176,254	11.9%	148,984	10.2%	86,766	13.4%	258,227	11.2%
研究研修費	530,046	1.8%	84,668	0.6%	59,140	0.4%	17,223	0.3%	5,536	0.4%	2,726	0.2%	1,513	0.2%	8,251	0.4%
資産減耗費	18,941	0.1%	7,824	0.1%	19,916	0.1%	12,047	0.2%	5,357	0.4%	1,640	0.1%	1,563	0.2%	5,637	0.2%
医業利益	△1,695,661	△5.8%	△816,202	△5.5%	△1,129,214	△8.2%	△861,748	△15.7%	△449,274	△30.3%	△189,898	△13.0%	△267,601	△41.3%	△504,953	△22.0%
医業外収益	4,054,496	13.8%	1,138,866	7.7%	1,347,772	9.7%	888,302	16.2%	469,697	31.6%	243,944	16.6%	295,859	45.7%	541,396	23.6%
うち補助金等収益	97,513	0.3%	106,320	0.7%	237,653	1.7%	167,214	3.0%	61,578	4.1%	30,654	2.1%	10,967	1.7%	51,982	2.3%
うち他会計負担金等	2,817,407	9.6%	715,985	4.8%	663,716	4.8%	472,637	8.6%	285,292	19.2%	154,812	10.6%	219,342	33.9%	317,777	13.8%
医業外費用	2,519,304	8.5%	786,984	5.3%	767,418	5.5%	340,402	6.2%	120,785	8.1%	73,441	5.0%	79,494	12.3%	189,670	8.3%
経常利益	△160,470	△0.5%	△464,320	△3.1%	△548,861	△4.0%	△313,848	△5.7%	△100,361	△6.8%	△19,395	△1.3%	△51,236	△7.9%	△153,228	△6.7%
他会計負担金等 総計	3,754,336	12.7%	2,857,066	19.3%	1,328,280	9.6%	671,605	12.2%	368,698	24.8%	279,527	19.1%	251,675	38.9%	478,767	20.8%

※出典：総務省「地方財政状況調査」の結果をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。また本データは自治体病院のみのデータとなるため、特定機能病院には大学病院を含まない。

自治体病院の経営状況 | 機能大分類別の経常利益率

- 2018年度は経常利益率がプラスの機能分類も見られるが、2023年度は機能分類を問わず平均値、中央値ともにマイナスとなっている。
- 2018年度から2023年度にかけての変化を見ると、特にこども病院、高度急性期、急性期A・Bの利益率の低下が大きい。

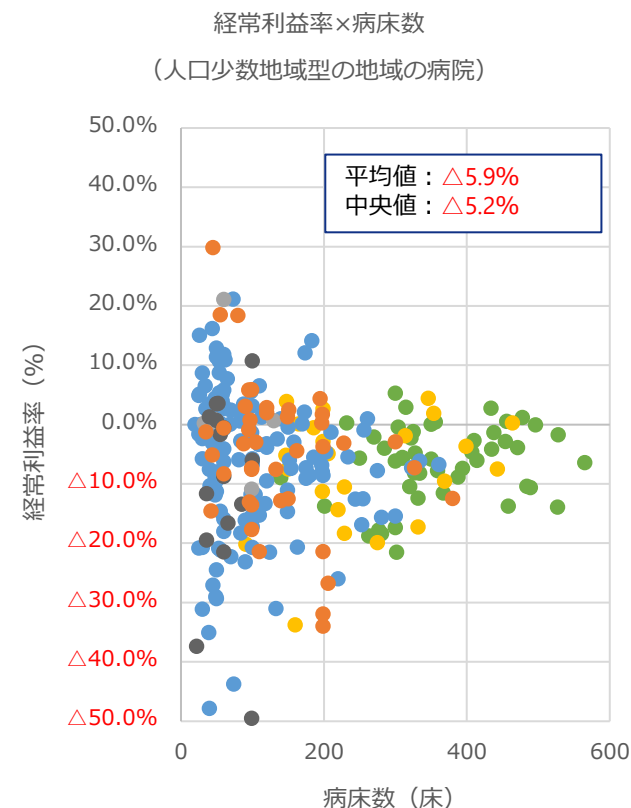
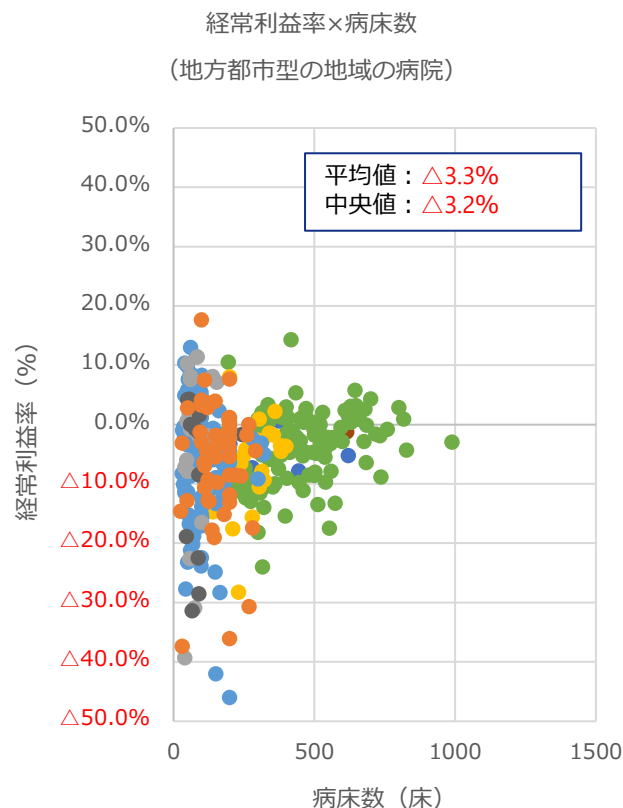
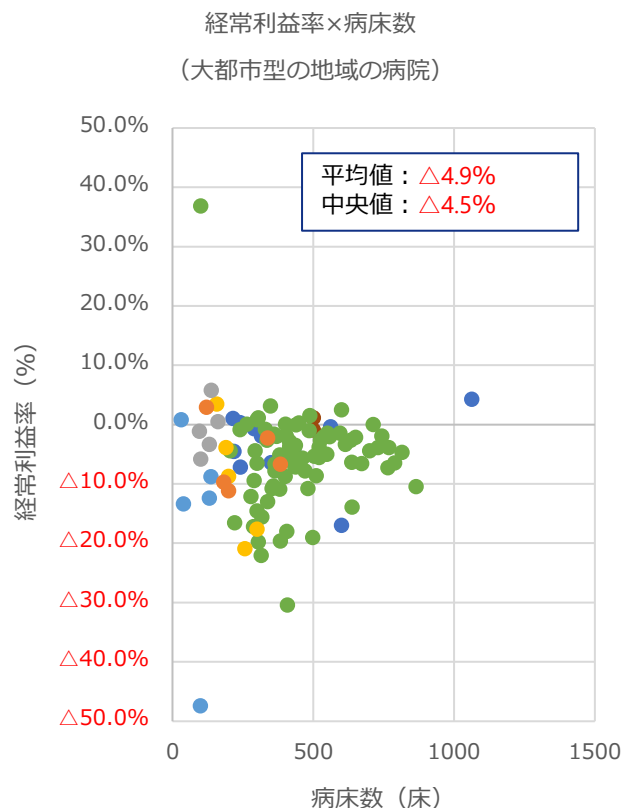


※出典：総務省「地方財政状況調査」の結果をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。また本データは自治体病院のみのデータとなるため、特定機能病院には大学病院を含まない。

自治体病院の経営状況（2023年度）

機能大分類別×病床規模×地域分類

- 大都市型の地域の病院の場合、経常利益率がマイナスの病院がほとんどである。
- 地方都市型や人口少数地域型の地域の病院はさらに経常利益率が低い病院も多く、急性期を担う病院で経常利益率がマイナスとなっている先が多い。



● 特定機能 (N=2) ● こども (N=11) ● 高度急性期 (N=76) ● 急性期A (N=5)
● 急性期B (N=5) ● 回復期 (N=5) ● その他 (N=5)

● 特定機能 (N=1) ● こども (N=8) ● 高度急性期 (N=126) ● 急性期A (N=23)
● 急性期B (N=107) ● 回復期 (N=21) ● 慢性期 (N=12) ● その他 (N=50)

● 高度急性期 (N=48) ● 急性期A (N=25) ● 急性期B (N=140)
● 回復期 (N=6) ● 慢性期 (N=16) ● その他 (N=42)

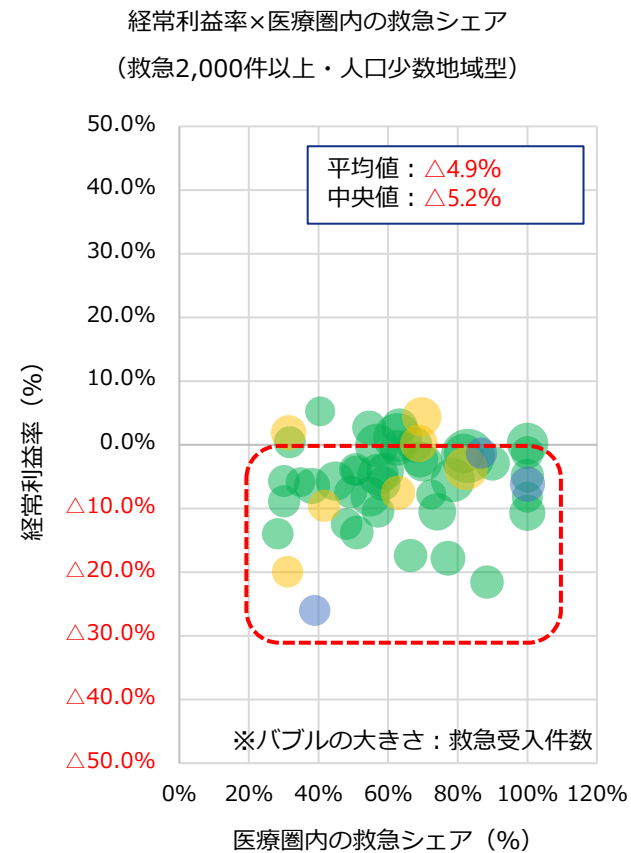
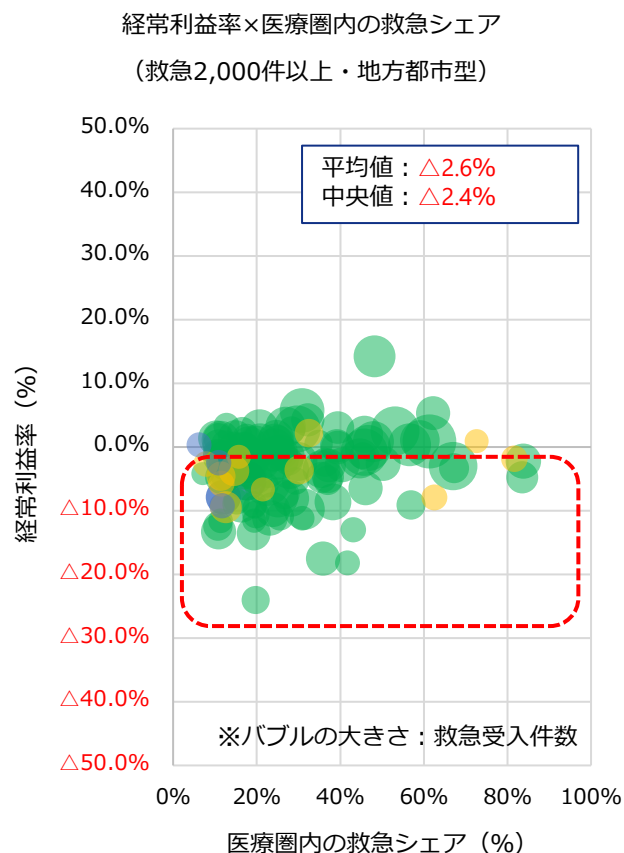
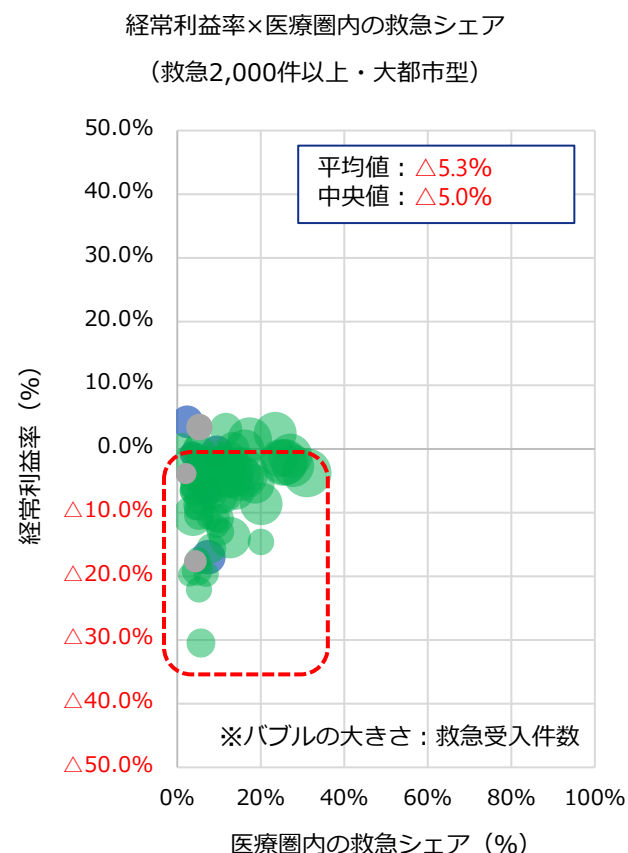
※出典：総務省「地方財政状況調査」をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。

※本データは自治体病院のみのデータとなるため、特定機能病院には大学病院を含まない。

自治体病院の経営状況（2023年度）

機能大分類別×救急シェア×地域分類（救急受入件数2,000件以上の病院）

- 救急受入件数が2,000件以上の病院（地域内の急性期領域で主要な役割を担っていると考えられる病院）について、二次医療圏内での救急シェアに関わらず、経常利益率がマイナスとなっている病院が多く存在している。



●こども (N=6) ●高度急性期 (N=65) ●急性期A (N=3)

●こども (N=2) ●高度急性期 (N=107) ●急性期A (N=12) ●急性期B (N=3)

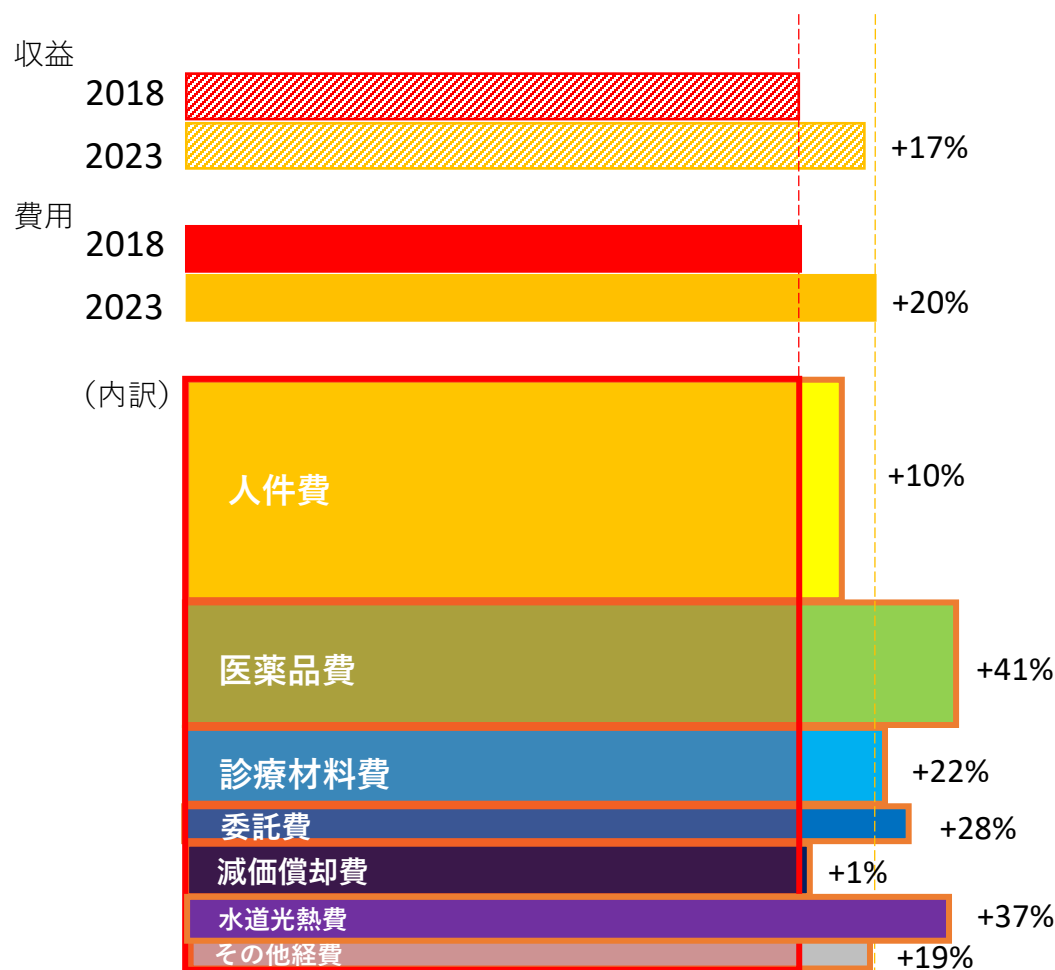
●高度急性期 (N=40) ●急性期A (N=7) ●急性期B (N=3)

※出典：総務省「地方財政状況調査」をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（地方独立行政法人立を含む）。指定管理者制度の病院は、指定管理者会計分データが無く、正確な状況の把握が難しいため含めていない。各医療機関の救急受入件数と二次医療圏での救急シェア（二次医療圏全体の救急受入件数に占める各医療機関の救急受入件数の割合）は令和5年度病床機能報告を用いて計算。

※本データは自治体病院のみのデータとなるため、特定機能病院には大学病院を含まない。

大学病院の経営状況 | 国立大学病院

- 国立大学病院の経営状況を2018年と2023年で比較すると、収益は増加（+17%）しているものの、いずれの費用科目も増加したことで費用全体がそれ以上に増加（+20%）しており、費用増加を賄えていない状況である。



2018年度
医薬品費 2,803億円

診療材料費等 1,744億円
うち、特定保険医療材料費 924億円
(特材以外の診療材料費 820億円)

※特定保険医療材料費については、国立大学病院で「医療経済実態調査」に追加して2019年度より毎年追加調査してきた。2019年度比率（対診療材料費等比 53%）から2018年度分を算出



2023年度
医薬品費 3,947億円

診療材料費等 2,125億円
うち、特定保険医療材料費 1,149億円
(特材以外の診療材料費 976億円)

※特定保険医療材料費については、国立大学病院の独自調査

※全国42国立大学44附属病院を集計

大学病院の経営状況 | 私立大学病院

- 私立大学病院においても、2018年と2023年の比較において、収入の増加（+17.0%）以上に支出が増加（+17.5%）しており、費用増加を賄えていない状況である。

医療収入の合計

1兆949億円

対平成30年度比

主な支出科目の合計

1兆1,500億円

対平成30年度比

14,000

単位：億円

12,000

10,000

8,000

6,000

4,000

2,000

0

平成30年度

令和元年度

令和2年度

令和3年度

令和4年度

令和5年度

■人件費

■医療経費

■医療経費外支出

■施設・設備関係支出

■医療収入

- 本協会の「経理事務研究会第2委員会」の調査による「消費税負担額推移表（資金収支計算書）」より作成。
- 加盟大学附属病院本院29病院の合計額。
- 令和4年度より1大学が加盟したが、令和4年度・令和5年度とも本院29病院の合計額とした。
- 医療収入には、室料差額収入が含まれる。
- 人件費には、医師・看護師・技師・事務等が含まれる。
- 医療経費には、薬品費・医材料費等が含まれる。
- 医療経費外支出には、委託費・賃借費・光熱水費・その他一般管理費等が含まれる。
- 施設・設備関係支出には、建物改修・医療機器購入支出等が含まれる。

平成30年度と令和5年度の比較

◎医療収入

1,864億円増（+17.0%）

1大学あたり 64億円増

◎支出計

2,011億円増（+17.5%）

1大学あたり 70億円増

■人件費

395億円増（+8.4%）

1大学あたり 15億円増

■医療経費

1,278億円増（+28.1%）

1大学あたり 44億円増

■医療経費外支出

273億円増（+19.3%）

1大学あたり 9億円増

■施設・設備関係支出

65億円増（+7.9%）

1大学あたり 2億円増

2. 医療機関等の経営状況

2－1. 病院の経営状況の分析

2－2. 医科診療所の経営状況の分析

2－3. 歯科診療所の経営状況の分析

2－4. 薬局の経営状況の分析

2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜2023年度の医科診療所の経営状況

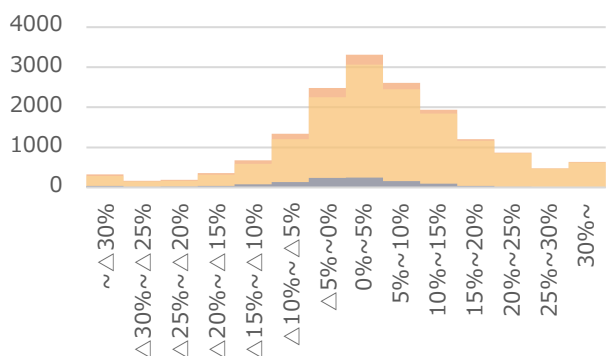
- ・ 医業利益率、経常利益率について、いずれの区分でも平均値・中央値ともにプラスである。入院収益ありの医科診療所は医科診療所全体、入院収益なしの医科診療所と比較して利益率が低い傾向にあり、約半数の診療所で医業利益が赤字である。

医科診療所の経営状況

		医科診療所全体	入院収益なし	入院収益あり
施設数		16,606	15,449	1,157
医業利益率	平均値	6.9%	7.8%	2.0%
	中央値	4.1%	4.5%	0.0%
経常利益率	平均値	8.6%	9.5%	3.9%
	中央値	5.8%	6.2%	2.1%

※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

医業利益率

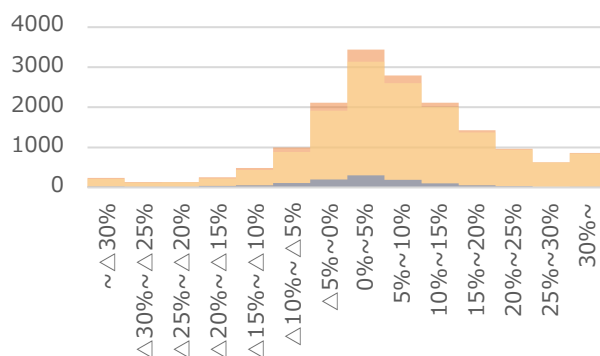


■ 医科診療所全体_医業利益率

■ 入院収益なし_医業利益率

■ 入院収益あり_医業利益率

経常利益率



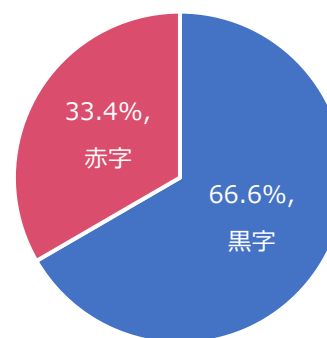
■ 医科診療所全体_経常利益率

■ 入院収益なし_経常利益率

■ 入院収益あり_経常利益率

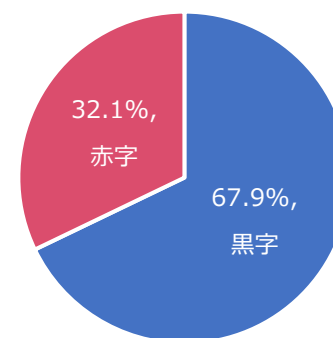
医業利益の黒字/赤字割合

医科診療所全体



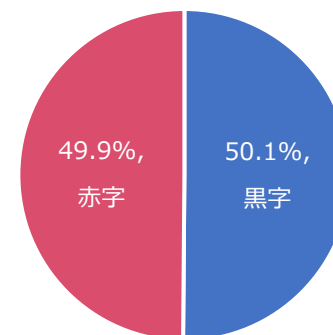
■ 黒字 ■ 赤字

入院収益なし（無床診療所）



■ 黒字 ■ 赤字

入院収益あり（有床診療所）



■ 黒字 ■ 赤字

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度の医科診療所の経営状況 ｜ 収支構造の比較

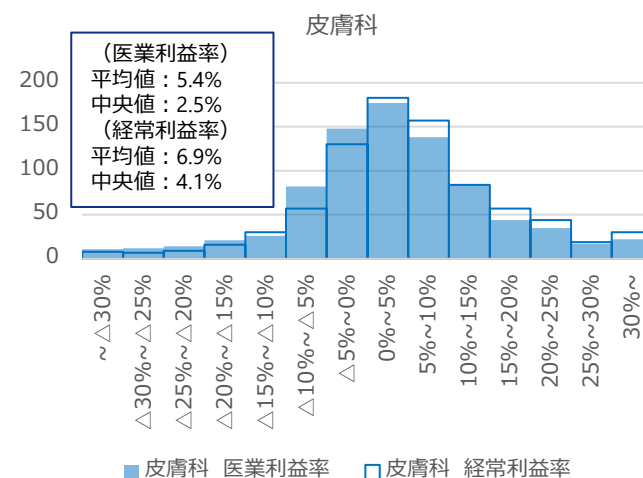
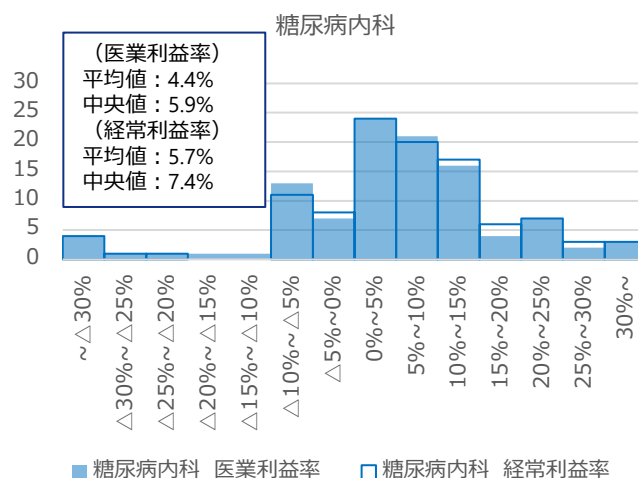
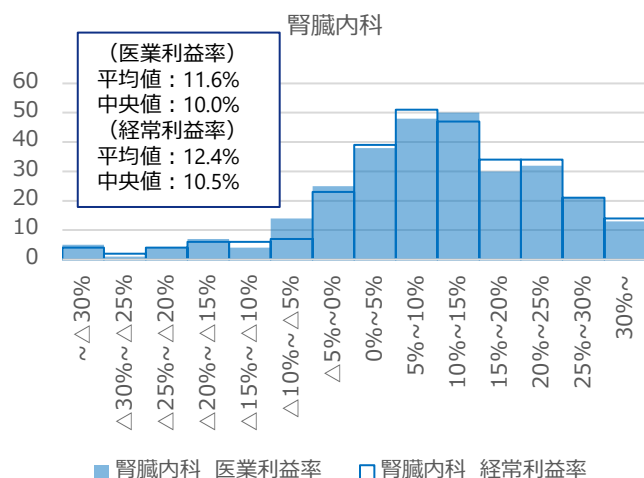
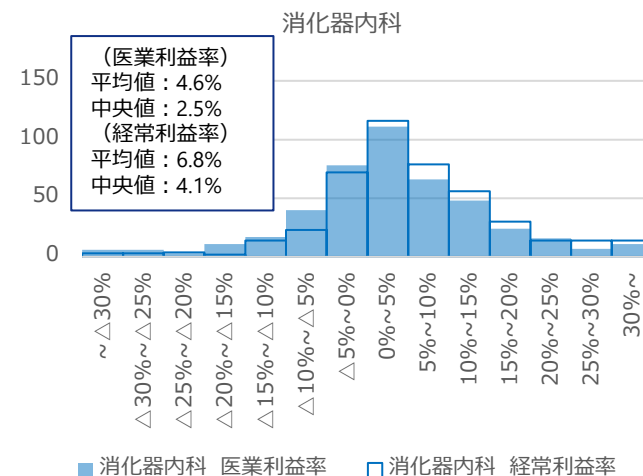
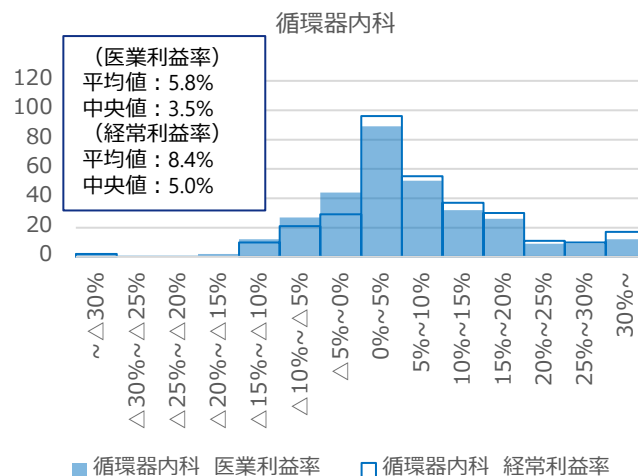
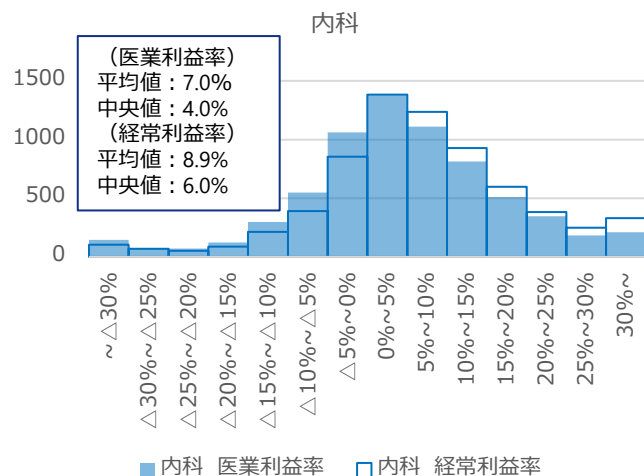
- ・ 対医業収益比で見ると、医科診療所全体、入院収益ありの医科診療所、入院収益なしの医科診療所いずれも給与費が約50%である。
- ・ 材料費については医科診療所全体、入院収益なしの医科診療所が約15%であるのと比較して、入院収益ありの医科診療所はやや割合が高く約19%である。

金額単位：千円	医科診療所全体		入院収益なし		入院収益あり	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
施設数	16,606		15,449		1,157	
医業収益	198,701	100.0%	181,580	100.0%	427,307	100.0%
うち入院診療収益	9,259	4.7%	0	0.0%	132,812	31.1%
うち外来診療収益	168,966	85.0%	162,679	89.6%	252,908	59.2%
医業費用	184,933	93.1%	167,413	92.2%	418,880	98.0%
うち材料費	30,065	15.1%	26,397	14.5%	79,051	18.5%
うち医薬品費	19,076	9.7%	17,203	9.6%	43,557	10.2%
うち診療材料費、医療消耗器具備品費	7,214	3.7%	5,957	3.3%	23,573	5.5%
うち給食用材料費	472	0.2%	200	0.1%	4,121	1.0%
うち給与費	97,866	49.3%	88,870	49.0%	217,947	51.0%
うち委託費	8,074	4.1%	7,057	3.9%	21,640	5.1%
うち給食委託費	493	0.3%	169	0.1%	4,994	1.2%
うち減価償却費	7,504	3.8%	6,751	3.7%	17,557	4.1%
うち器機賃借料	2,518	1.3%	2,265	1.2%	5,886	1.4%
うち水道光熱費	2,326	1.2%	1,932	1.1%	7,568	1.8%
医業利益	13,767	6.9%	14,167	7.8%	8,426	2.0%
医業外収益	4,426	2.2%	3,906	2.2%	11,370	2.7%
医業外費用	1,059	0.5%	903	0.5%	3,149	0.7%
経常利益	17,134	8.6%	17,170	9.5%	16,648	3.9%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB） | 2023年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別①

- 当頁の6診療科の医業利益率、経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。

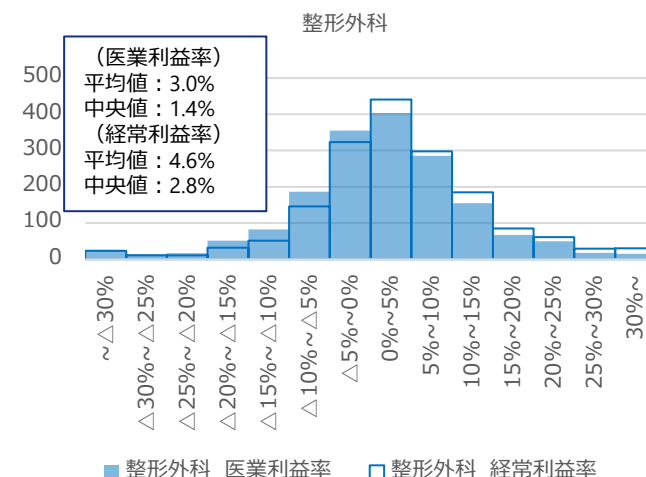
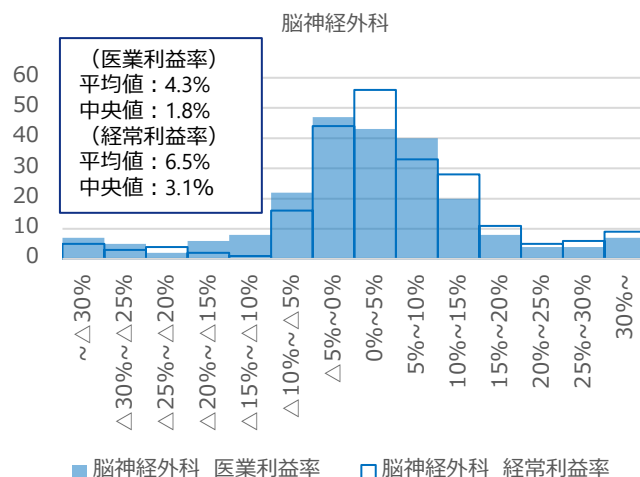
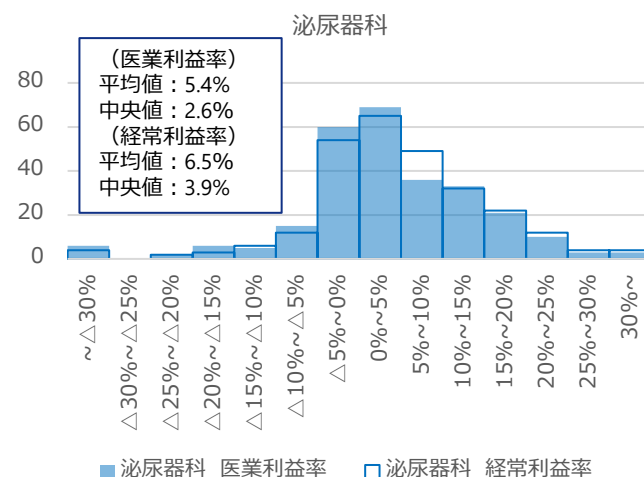
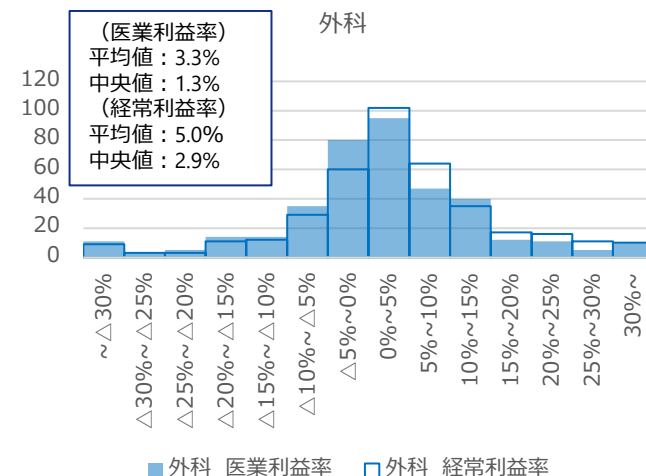
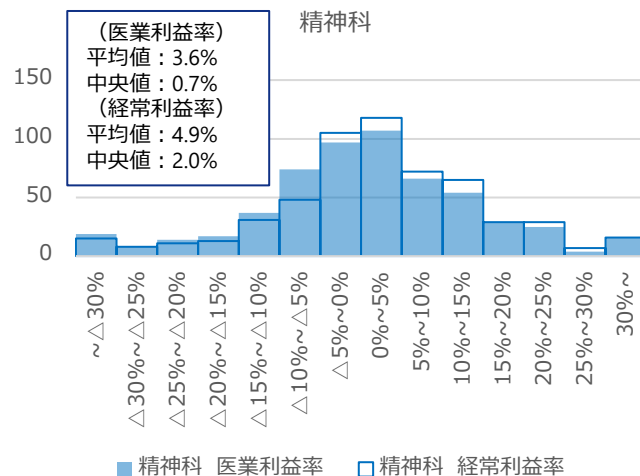
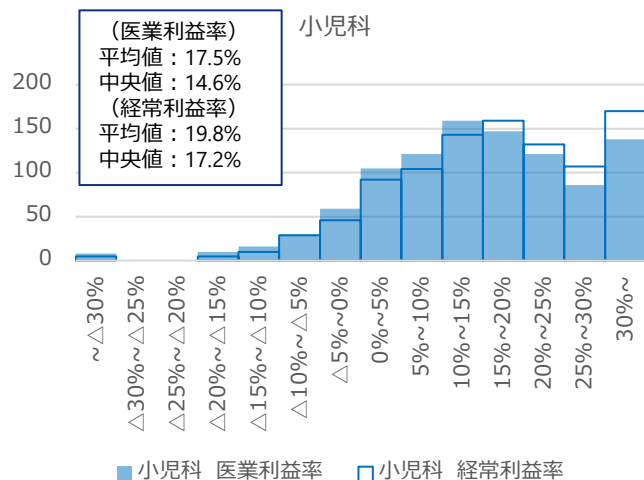


※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別②

- 当頁の6診療科の医業利益率、経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。

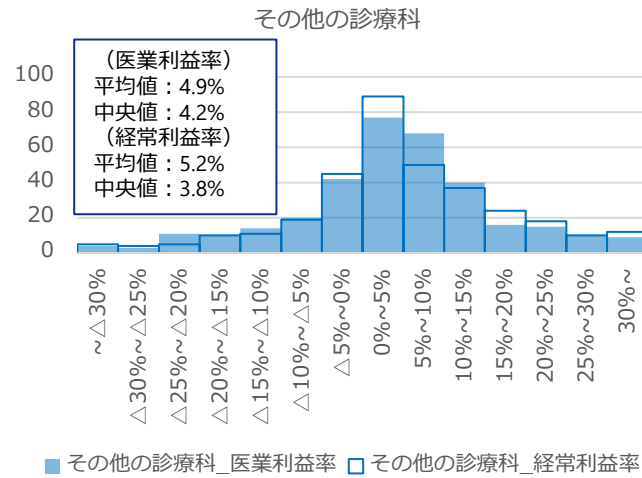
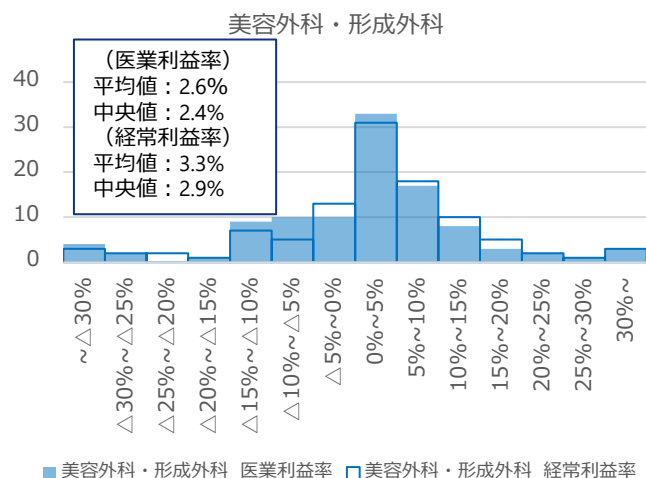
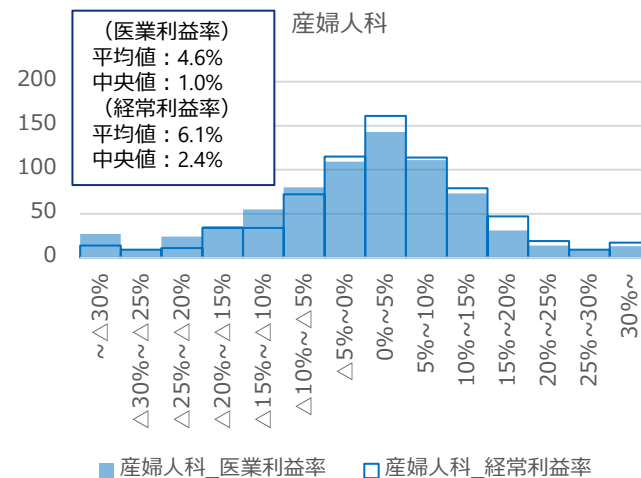
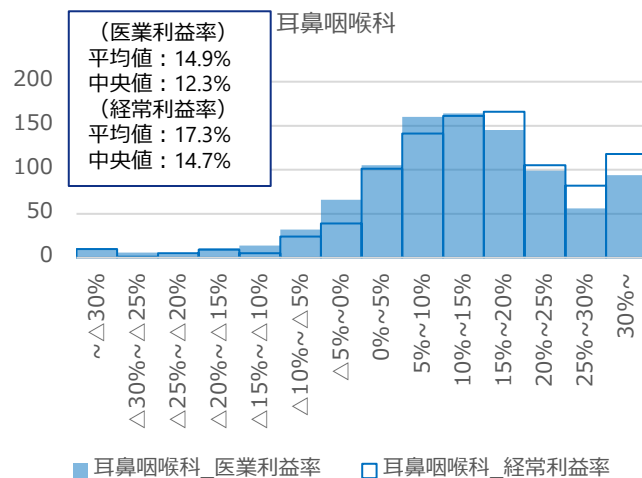
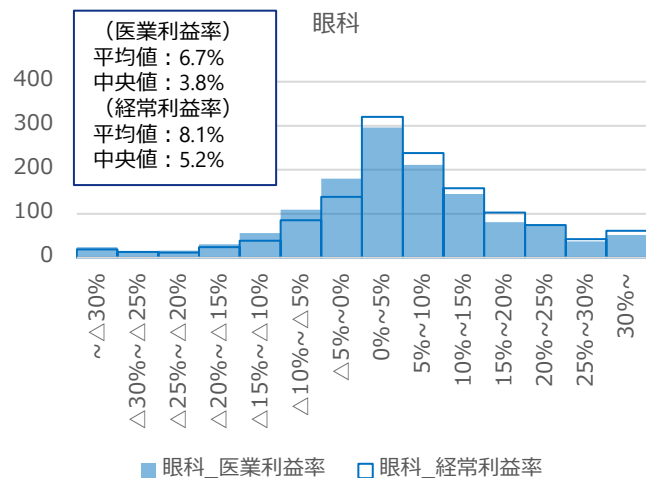


※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別③

- 当頁の5診療科の医業利益率、経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。

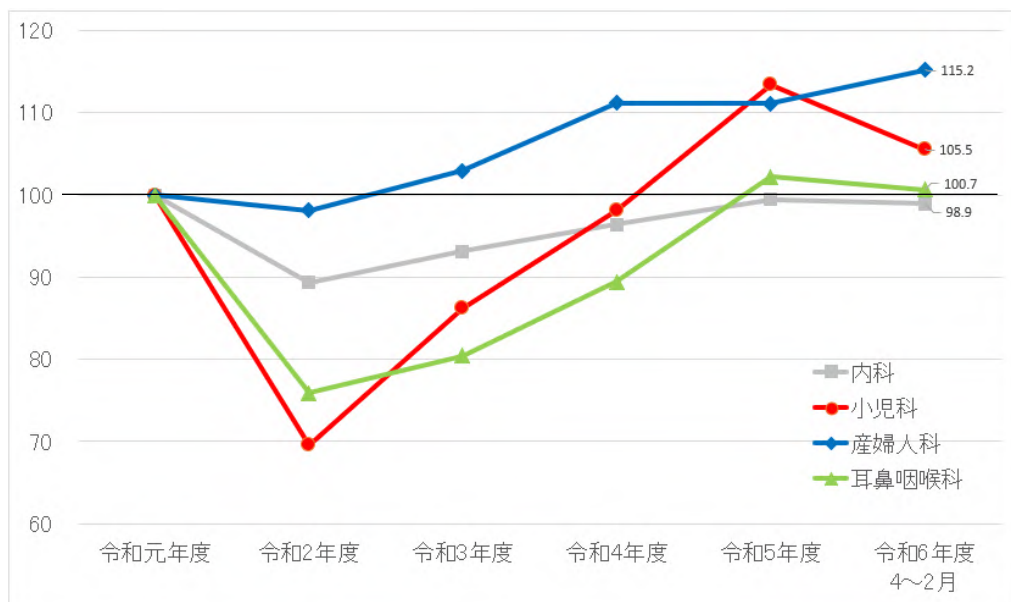


※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

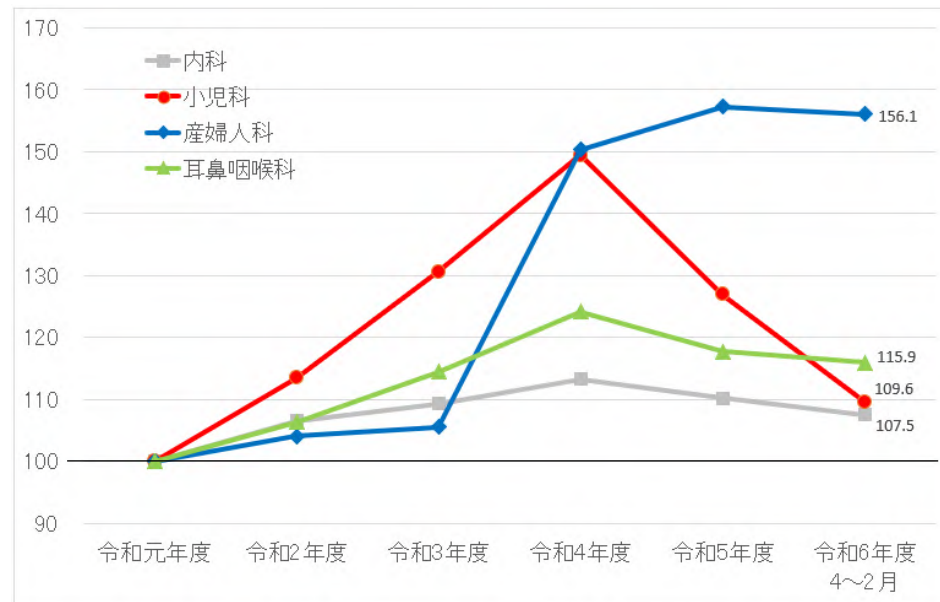
参考 | 診療所 1 施設当たり入院外医療費 主たる診療科別の動向

- 小児科や耳鼻咽喉科は新型コロナによる影響を特に大きく受けており、伸び率の変動が大きい。それらの診療科では、令和5年度以降の受診延日数の水準は高く、一方で1日当たり医療費の伸びはマイナスとなっている。
- 産婦人科については、令和4年度から不妊治療が保険適用になった影響により、1日当たり医療費の伸びが大きくなっている。

■ 1 施設当たり入院外受診延日数推移(令和元年度 = 100)



■ 入院外 1 日当たり医療費推移(令和元年度 = 100)



※概算医療費データベース (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken03/03.html>) より作成

※令和6年度4～2月は、令和元年度4～2月との比較。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度の医科診療所の経営状況 | 診療科分類別の収支構造の比較①

- 対医業収益比を見ると、給与費と材料費で60%以上となっている。
- 材料費は診療科によりやや差があり、相対的に割合の高い科（腎臓内科や糖尿病内科）は約20%、相対的に割合の低い科（精神科）は約10%である。

金額単位：千円	内科		循環器内科		消化器内科 (胃腸内科)		腎臓内科		糖尿病内科 (代謝内科)		皮膚科		小児科		精神科		外科	
	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比
施設数	6881		318		444		292		105		831		1002		567		382	
医業収益	189,773	100.0%	208,212	100.0%	177,496	100.0%	508,918	100.0%	235,369	100.0%	145,051	100.0%	175,901	100.0%	124,575	100.0%	197,188	100.0%
うち入院診療収益	4,176	2.2%	17,402	8.4%	5,407	3.0%	7,119	1.4%	1,149	0.5%	346	0.2%	141	0.1%	397	0.3%	17,883	9.1%
うち外来診療収益	160,372	84.5%	171,610	82.4%	155,773	87.8%	495,536	97.4%	219,414	93.2%	137,493	94.8%	153,939	87.5%	117,103	94.0%	150,471	76.3%
医業費用	176,528	93.0%	196,084	94.2%	169,296	95.4%	449,832	88.4%	225,000	95.6%	137,165	94.6%	145,103	82.5%	120,046	96.4%	190,717	96.7%
うち材料費	27,509	14.5%	38,327	18.4%	23,630	13.3%	100,035	19.7%	45,601	19.4%	20,138	13.9%	32,621	18.5%	11,890	9.5%	32,770	16.6%
うち医薬品費	17,555	9.5%	20,934	9.9%	16,239	9.2%	44,480	8.8%	23,404	10.0%	14,043	9.5%	26,583	15.0%	9,391	7.4%	20,798	10.3%
うち診療材料費、 医療消耗器具備品費	5,986	3.2%	11,127	5.3%	4,574	2.6%	47,306	9.3%	9,237	4.0%	3,050	2.1%	3,348	1.9%	997	0.8%	8,089	4.0%
うち給食用材料費	452	0.2%	679	0.3%	235	0.1%	744	0.1%	245	0.1%	20	0.0%	79	0.0%	424	0.3%	513	0.3%
うち給与費	93,569	49.3%	101,677	48.8%	90,136	50.8%	216,954	42.6%	112,835	47.9%	74,342	51.4%	76,195	43.3%	74,774	60.0%	97,369	49.4%
うち委託費	9,553	5.0%	7,890	3.8%	8,926	5.0%	18,548	3.6%	11,123	4.7%	4,723	3.3%	2,508	1.4%	3,350	2.7%	9,767	5.0%
うち給食委託費	397	0.2%	382	0.2%	554	0.3%	1,381	0.3%	2,521	1.0%	69	0.0%	36	0.0%	257	0.2%	955	0.5%
うち減価償却費	6,659	3.5%	8,233	4.0%	7,538	4.2%	19,044	3.7%	8,157	3.5%	6,196	4.3%	4,379	2.5%	3,474	2.8%	8,170	4.1%
うち器機賃借料	2,721	1.4%	3,038	1.5%	2,265	1.3%	4,210	0.8%	2,522	1.1%	1,015	0.7%	1,111	0.6%	924	0.7%	2,560	1.3%
うち水道光熱費	2,131	1.2%	2,376	1.1%	2,146	1.2%	12,087	2.4%	3,477	1.4%	941	0.6%	1,019	0.6%	1,319	1.0%	2,883	1.5%
医業利益	13,245	7.0%	12,128	5.8%	8,200	4.6%	59,086	11.6%	10,369	4.4%	7,886	5.4%	30,798	17.5%	4,529	3.6%	6,471	3.3%
医業外収益	4,621	2.4%	6,514	3.1%	4,656	2.6%	5,309	1.0%	3,738	1.6%	2,897	2.0%	4,635	2.6%	2,192	1.8%	4,344	2.2%
医業外費用	1,033	0.5%	1,052	0.5%	729	0.4%	1,120	0.2%	593	0.3%	712	0.5%	656	0.4%	606	0.5%	1,018	0.5%
経常利益	16,833	8.9%	17,590	8.4%	12,127	6.8%	63,275	12.4%	13,514	5.7%	10,072	6.9%	34,777	19.8%	6,116	4.9%	9,797	5.0%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度の医科診療所の経営状況 ｜ 診療科分類別の収支構造の比較②

- ・ 対医業収益比を見ると、給与費が約50%で最大となる診療科が多く、整形外科については約55%となっている。
- ・ 材料費は診療科により差があり、相対的に割合の高い科（泌尿器科）は約20%、相対的に割合の低い科（耳鼻咽喉科）は約8%である。
- ・ 産婦人科は前頁を含めた他の診療科と比較して入院診療収益の割合が高く、給食用材料費の割合も他の診療科よりも高い。

金額単位：千円	泌尿器科		脳神経外科		整形外科		眼科		耳鼻咽喉科		産婦人科		美容外科・形成外科		その他の診療科	
	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比	1施設 当たり	対医業 収益比
施設数	269		223		1727		1326		967		735		103		339	
医業収益	276,812	100.0%	212,735	100.0%	201,298	100.0%	181,441	100.0%	128,048	100.0%	323,671	100.0%	215,952	100.0%	353,111	100.0%
うち入院診療収益	14,124	5.1%	15,880	7.5%	13,369	6.6%	6,336	3.5%	1,155	0.9%	88,940	27.5%	3,932	1.8%	2,845	0.8%
うち外来診療収益	243,851	88.1%	184,638	86.8%	174,768	86.8%	169,773	93.6%	122,341	95.5%	182,564	56.4%	180,622	83.6%	294,644	83.4%
医業費用	261,840	94.6%	203,590	95.7%	195,347	97.0%	169,219	93.3%	108,908	85.1%	308,917	95.4%	210,283	97.4%	335,638	95.1%
うち材料費	53,824	19.4%	22,785	10.7%	28,919	14.4%	32,291	17.8%	10,101	7.9%	50,843	15.7%	26,494	12.3%	58,081	16.4%
うち医薬品費	31,677	10.2%	17,493	8.2%	17,776	9.1%	18,576	9.9%	6,687	5.3%	29,484	9.2%	12,292	6.0%	50,645	14.1%
うち診療材料費、 医療消耗器具備品費	19,664	6.3%	4,525	2.1%	5,169	2.6%	10,857	5.8%	2,589	2.0%	11,239	3.5%	11,433	5.5%	19,427	5.4%
うち給食用材料費	1,163	0.4%	322	0.1%	357	0.2%	95	0.1%	63	0.0%	2,946	0.9%	1	0.0%	583	0.2%
うち給与費	130,384	47.1%	109,217	51.3%	110,869	55.1%	88,235	48.6%	62,995	49.2%	156,419	48.3%	91,401	42.3%	158,957	45.0%
うち委託費	10,808	3.9%	6,017	2.8%	5,795	2.9%	3,184	1.8%	2,830	2.2%	18,698	5.8%	8,802	4.1%	17,718	5.0%
うち給食委託費	344	0.1%	679	0.3%	443	0.2%	81	0.0%	12	0.0%	3,343	1.1%	0	0.0%	628	0.2%
うち減価償却費	10,244	3.7%	12,268	5.8%	8,005	4.0%	9,264	5.1%	5,112	4.0%	12,614	3.9%	9,565	4.4%	12,775	3.6%
うち器機賃借料	2,733	1.0%	4,064	1.9%	2,170	1.1%	1,770	1.0%	2,047	1.6%	3,231	1.0%	1,767	0.8%	10,615	3.0%
うち水道光熱費	4,975	1.7%	4,597	2.1%	2,475	1.3%	1,433	0.8%	999	0.8%	4,124	1.3%	1,318	0.6%	5,767	1.6%
医業利益	14,972	5.4%	9,144	4.3%	5,951	3.0%	12,222	6.7%	19,140	14.9%	14,754	4.6%	5,670	2.6%	17,474	4.9%
医業外収益	4,176	1.5%	5,839	2.7%	4,359	2.2%	3,223	1.8%	3,725	2.9%	6,795	2.1%	3,297	1.5%	6,463	1.8%
医業外費用	1,123	0.4%	1,211	0.6%	1,090	0.5%	700	0.4%	666	0.5%	1,777	0.5%	1,770	0.8%	5,428	1.5%
経常利益	18,025	6.5%	13,773	6.5%	9,220	4.6%	14,745	8.1%	22,198	17.3%	19,772	6.1%	7,197	3.3%	18,509	5.2%

※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

※診療科分類は元データの「主たる診療科」を一定集約化しており、具体的には「内科、呼吸器内科、神経内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科」を「内科」に、「小児科、小児外科」を「小児科」に、「精神科、心療内科」を「精神科」に、「外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科」を「外科」に、「産婦人科、産科、婦人科」を「産婦人科」に、「その他診療科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、矯正歯科、小児歯科」を「その他診療科」に、「美容外科、形成外科」を「美容外科・形成外科」に集約化。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

2023年度の医科診療所の経営状況 | 地域分類別

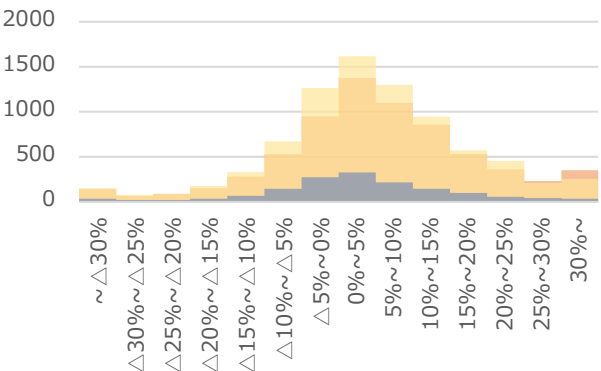
- いずれの地域分類の医科診療所においても医業利益率と経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。
- 大都市型の地域の医科診療所と比較すると、地方都市型の地域の医科診療所や人口少数地域型の地域の医科診療所は利益率はやや低めであり、医業利益が赤字の医科診療所の割合もやや大きい。

医科診療所（地域分類別）の経営状況

		大都市型の地域の医科診療所	地方都市型の地域の医科診療所	人口少数地域型の地域の医科診療所
施設数		6,997	8,105	1,504
医業利益率	平均値	8.0%	6.3%	5.1%
	中央値	4.7%	4.0%	2.1%
経常利益率	平均値	9.4%	8.1%	7.3%
	中央値	6.3%	5.7%	4.3%

※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

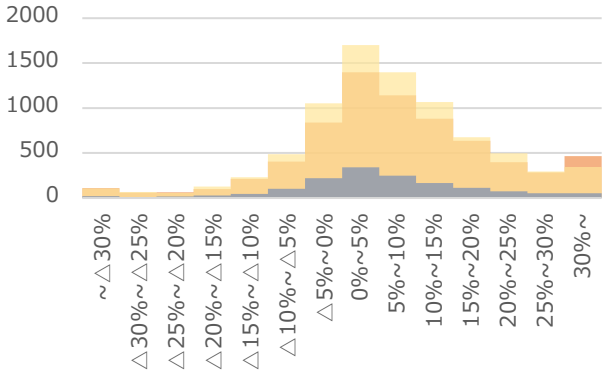
医業利益率



■ 大都市型_医業利益率 ■ 地方都市型_医業利益率

■ 人口少数地域型_医業利益率

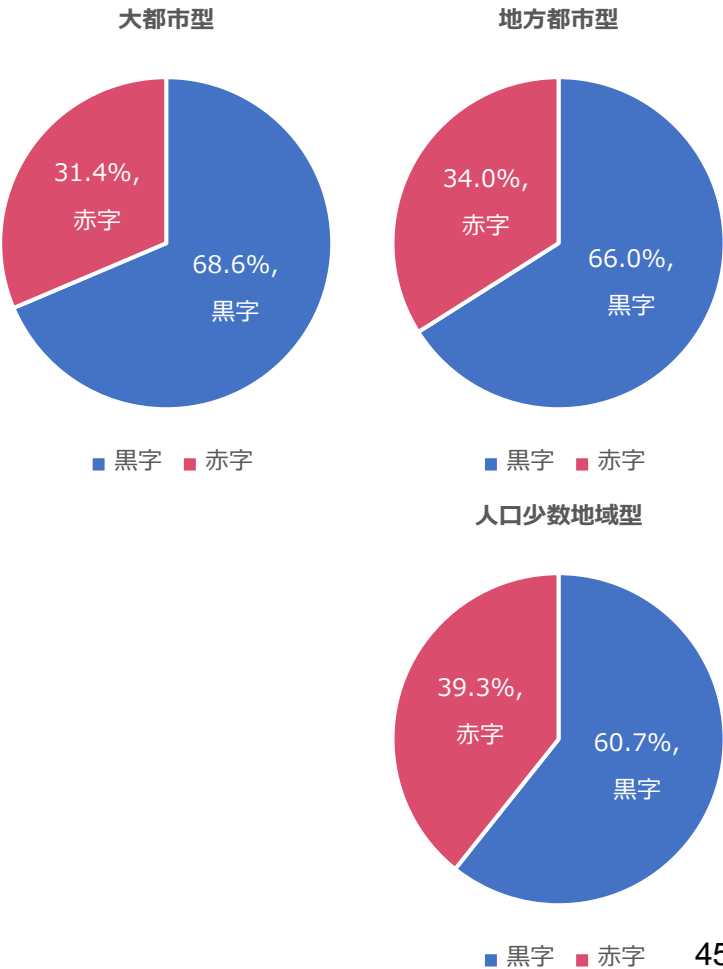
経常利益率



■ 大都市型_経常利益率 ■ 地方都市型_経常利益率

■ 人口少数地域型_経常利益率

医業利益の黒字/赤字割合



■ 黒字 ■ 赤字

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜2023年度の医科診療所の経営状況｜地域分類別の収支構造の比較

- ・ 対医業収益比で見ると、いずれの地域分類においても給与費と材料費で60%以上の割合となっている。
- ・ 大都市型の地域の医科診療所は地方都市型の地域の医科診療所、人口少数地域型の地域の医科診療所よりもやや材料費の割合が低くなっている。

金額単位：千円	大都市型の地域の医科診療所		地方都市型の地域の医科診療所		人口少数地域型の地域の医科診療所	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
施設数	6,997		8,105		1,504	
医業収益	210,940	100.0%	193,475	100.0%	169,920	100.0%
うち入院診療収益	7,232	3.4%	10,910	5.6%	9,778	5.8%
うち外来診療収益	179,361	85.0%	164,317	84.9%	145,658	85.7%
医業費用	194,133	92.0%	181,373	93.7%	161,325	94.9%
うち材料費	28,924	13.7%	31,309	16.2%	28,676	16.9%
うち医薬品費	17,863	8.5%	19,939	10.4%	19,395	11.4%
うち診療材料費、医療消耗器具備品費	8,043	3.8%	6,868	3.6%	5,747	3.4%
うち給食用材料費	371	0.2%	537	0.3%	530	0.3%
うち給与費	101,404	48.1%	96,775	50.0%	87,290	51.4%
うち委託費	9,556	4.5%	7,211	3.7%	5,825	3.4%
うち給食委託費	363	0.2%	563	0.3%	645	0.4%
うち減価償却費	7,142	3.4%	7,911	4.1%	6,999	4.1%
うち器械賃借料	2,765	1.3%	2,388	1.2%	2,066	1.2%
うち水道光熱費	2,153	1.0%	2,429	1.3%	2,492	1.5%
医業利益	16,808	8.0%	12,103	6.3%	8,594	5.1%
医業外収益	4,200	2.0%	4,546	2.3%	4,830	2.8%
医業外費用	1,133	0.5%	1,002	0.5%	1,026	0.6%
経常利益	19,875	9.4%	15,646	8.1%	12,399	7.3%

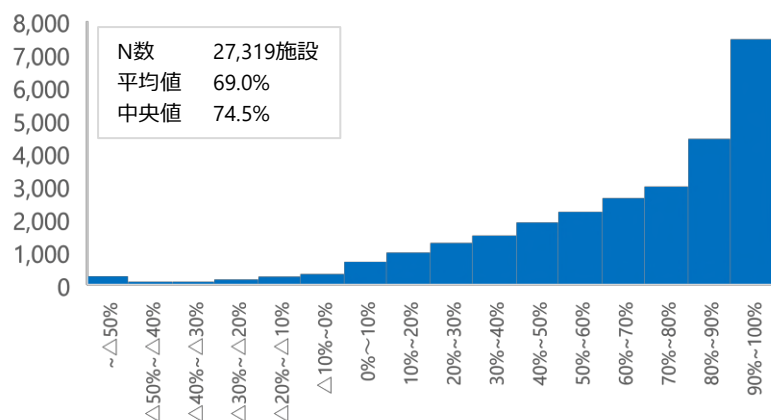
※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

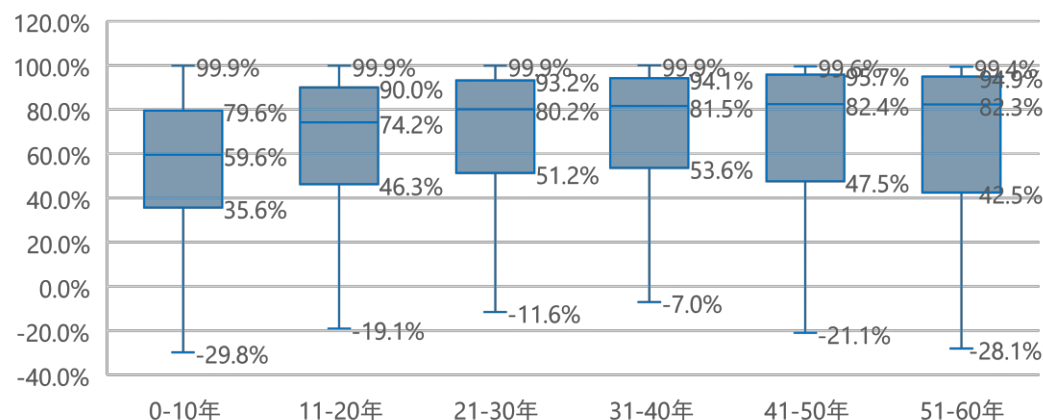
｜ 医科診療所のみ経営の医療法人における自己資本比率

- 足元の動向には留意が必要であるが、医科診療所の自己資本比率の平均値は、有床診療所が66.2%、無床診療所が69.0%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

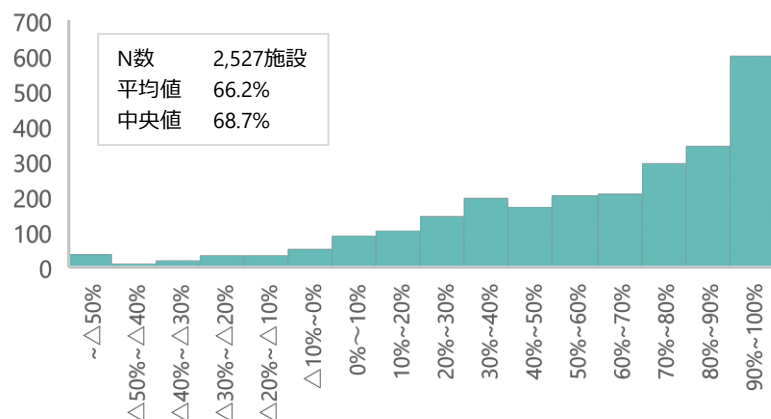
無床診療所 自己資本比率のヒストグラム



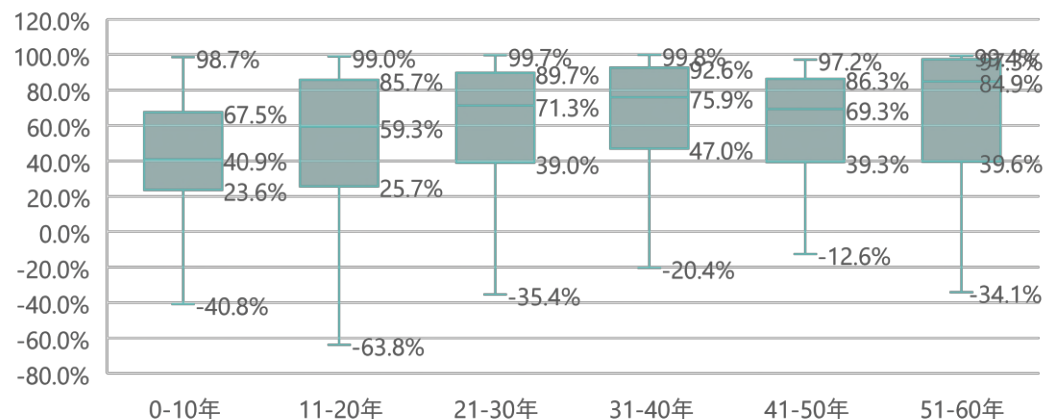
無床診療所 自己資本比率×設立年数



有床診療所 自己資本比率のヒストグラム



有床診療所 自己資本比率×設立年数



※設立年数は、設立登記年月日（設立登記年月日が不明の場合は設立許可年月日）から2025年4月1日を基準日として計算し、いずれも不明の場合は除外。箱ひげ図上外れ値は除外している。

2. 医療機関等の経営状況

2－1. 病院の経営状況の分析

2－2. 医科診療所の経営状況の分析

2－3. 歯科診療所の経営状況の分析

2－4. 薬局の経営状況の分析

2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜2023年度の歯科診療所の経営状況

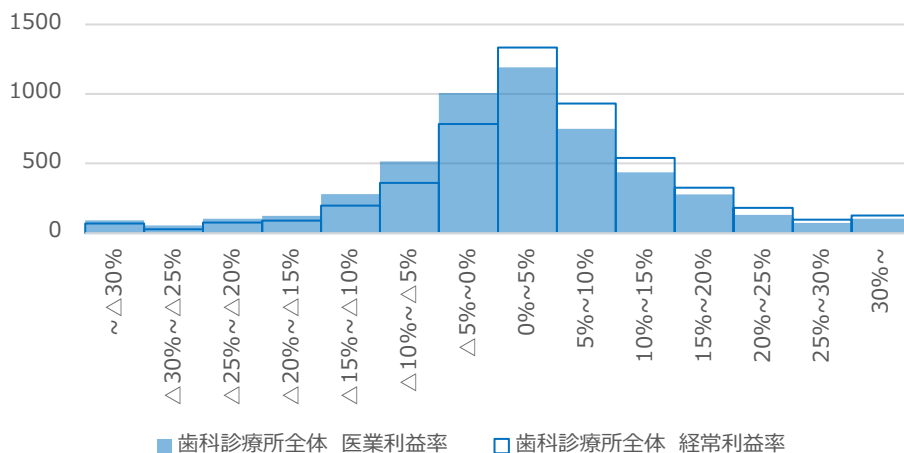
- ・ 歯科診療所全体の医業利益率、経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。
- ・ 医業利益が赤字となる施設の割合は全体の42.3%である。

歯科診療所の経営状況

歯科診療所全体		
施設数		5,134
医業利益率	平均値	4.1%
	中央値	1.5%
経常利益率	平均値	6.0%
	中央値	3.6%

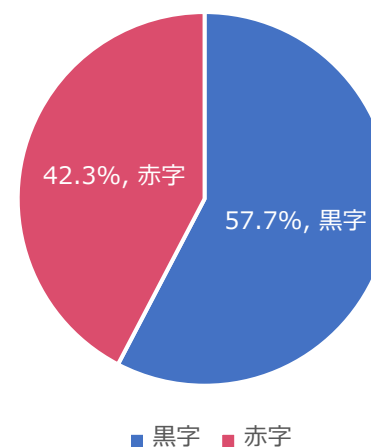
※医業利益率（%）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（%）＝経常利益÷医業収益×100

歯科診療所全体



医業利益の黒字/赤字割合

歯科診療所全体



医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度の歯科診療所の経営状況 ｜ 地域分類別

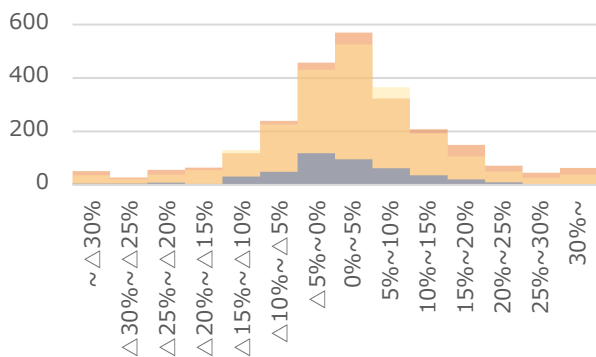
- ・ いずれの地域分類においても、医業利益率・経常利益率は平均値・中央値ともにプラスである。
- ・ 人口少数地域型の地域の歯科診療所は他の地域分類の歯科診療所と比較して医業利益率・経常利益率ともに低い傾向にある。
- ・ 医業利益が赤字の施設の割合を見ると、大都市型および地方都市型の地域の歯科診療所は約42%であるのに対し、人口少数地域型の地域の歯科診療所では約49%である。

歯科診療所（地域分類別）の経営状況

		大都市型の地域の歯科診療所	地方都市型の地域の歯科診療所	人口少数地域型の地域の歯科診療所
施設数		2,445	2,243	446
医業利益率	平均値	4.3%	4.0%	2.8%
	中央値	1.6%	1.5%	0.2%
経常利益率	平均値	6.0%	6.0%	5.7%
	中央値	3.4%	3.9%	3.0%

※医業利益率（％）＝医業利益÷医業収益×100、経常利益率（％）＝経常利益÷医業収益×100

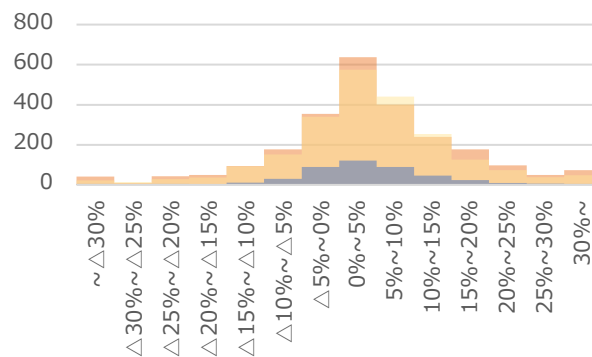
医業利益率



■ 大都市型_医業利益率 ■ 地方都市型_医業利益率

■ 人口少数地域型_医業利益率

経常利益率

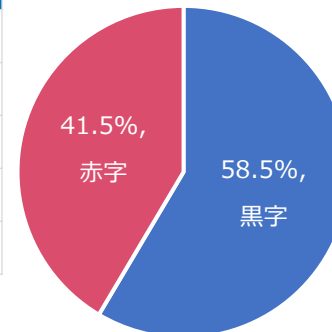


■ 大都市型_経常利益率 ■ 地方都市型_経常利益率

■ 人口少数地域型_経常利益率

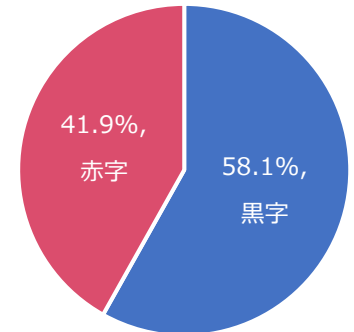
医業利益の黒字/赤字割合

大都市型

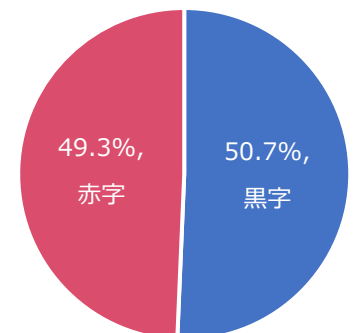


■ 黒字 ■ 赤字

地方都市型



■ 黒字 ■ 赤字
人口少数地域型



■ 黒字 ■ 赤字

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜ 2023年度の歯科診療所の経営状況 ｜ 地域分類別の収支構造の比較

- 対医業収益比で見ると、いずれの地域分類においても給与費と材料費で約60%の割合となっている。

金額単位：千円	大都市型の地域の歯科診療所		地方都市型の地域の歯科診療所		人口少数地域型の地域の歯科診療所	
	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
施設数	2,445		2,243		446	
医業収益	136,359	100.0%	121,909	100.0%	100,425	100.0%
うち入院診療収益	0	0.0%	28	0.0%	0	0.0%
うち外来診療収益	130,642	95.8%	116,338	95.4%	97,155	96.7%
医業費用	130,435	95.7%	117,093	96.0%	97,615	97.2%
うち材料費	15,022	11.0%	12,626	10.4%	10,002	10.0%
うち医薬品費	1,903	1.4%	1,868	1.6%	1,648	1.7%
うち診療材料費、医療消耗器具備品費	10,092	7.5%	8,361	7.0%	6,728	6.8%
うち給食用材料費	15	0.0%	43	0.0%	0	0.0%
うち給与費	66,489	48.8%	60,680	49.8%	51,516	51.3%
うち委託費	6,915	5.1%	7,177	5.9%	6,439	6.4%
うち給食委託費	38	0.0%	16	0.0%	0	0.0%
うち減価償却費	6,198	4.5%	6,220	5.1%	5,244	5.2%
うち器機賃借料	837	0.6%	950	0.8%	790	0.8%
うち水道光熱費	1,043	0.8%	1,132	1.0%	1,098	1.1%
医業利益	5,924	4.3%	4,816	4.0%	2,810	2.8%
医業外収益	3,090	2.3%	3,216	2.6%	3,354	3.3%
医業外費用	785	0.6%	688	0.6%	464	0.5%
経常利益	8,229	6.0%	7,344	6.0%	5,700	5.7%

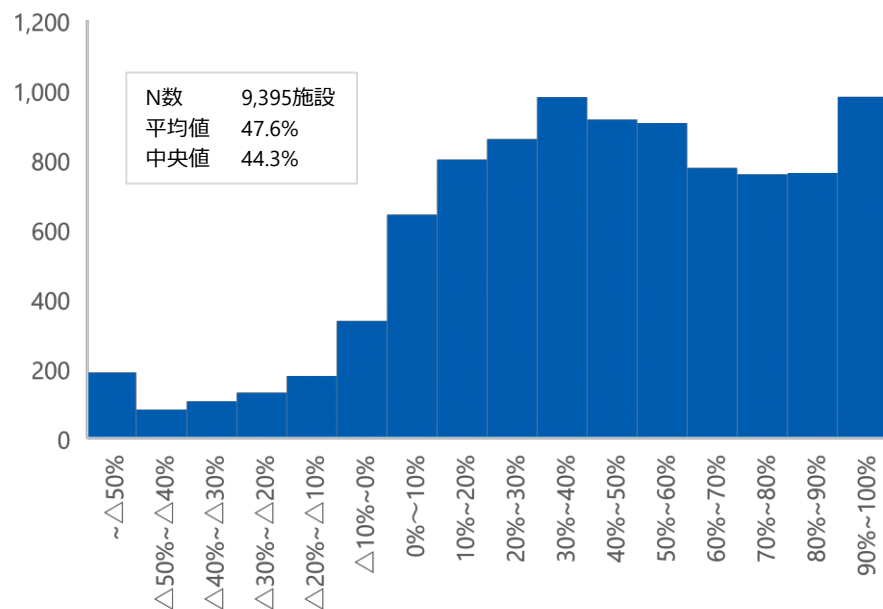
※内数として記載している勘定科目の「1施設当たり平均」は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示しており、「対医業収益比」についても、該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

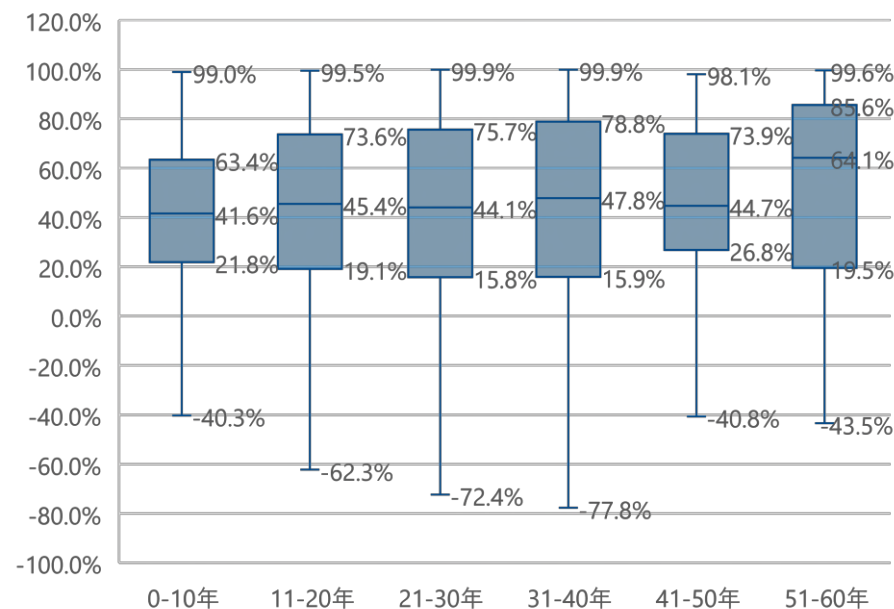
｜ 歯科診療所のみ経営の医療法人における自己資本比率

- 足元の動向には留意が必要であるが、歯科診療所の自己資本比率の平均値は47.6%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

自己資本比率のヒストグラム



自己資本比率×設立年数



※自己資本比率 = 自己資本 ÷ 総資産 × 100

設立年数は、設立登記年月日（設立登記年月日が不明の場合は設立許可年月日）から2025年4月1日を基準日として計算し、いずれも不明の場合は除外。箱ひげ図上外れ値は除外している。

2. 医療機関等の経営状況

2－1. 病院の経営状況の分析

2－2. 医科診療所の経営状況の分析

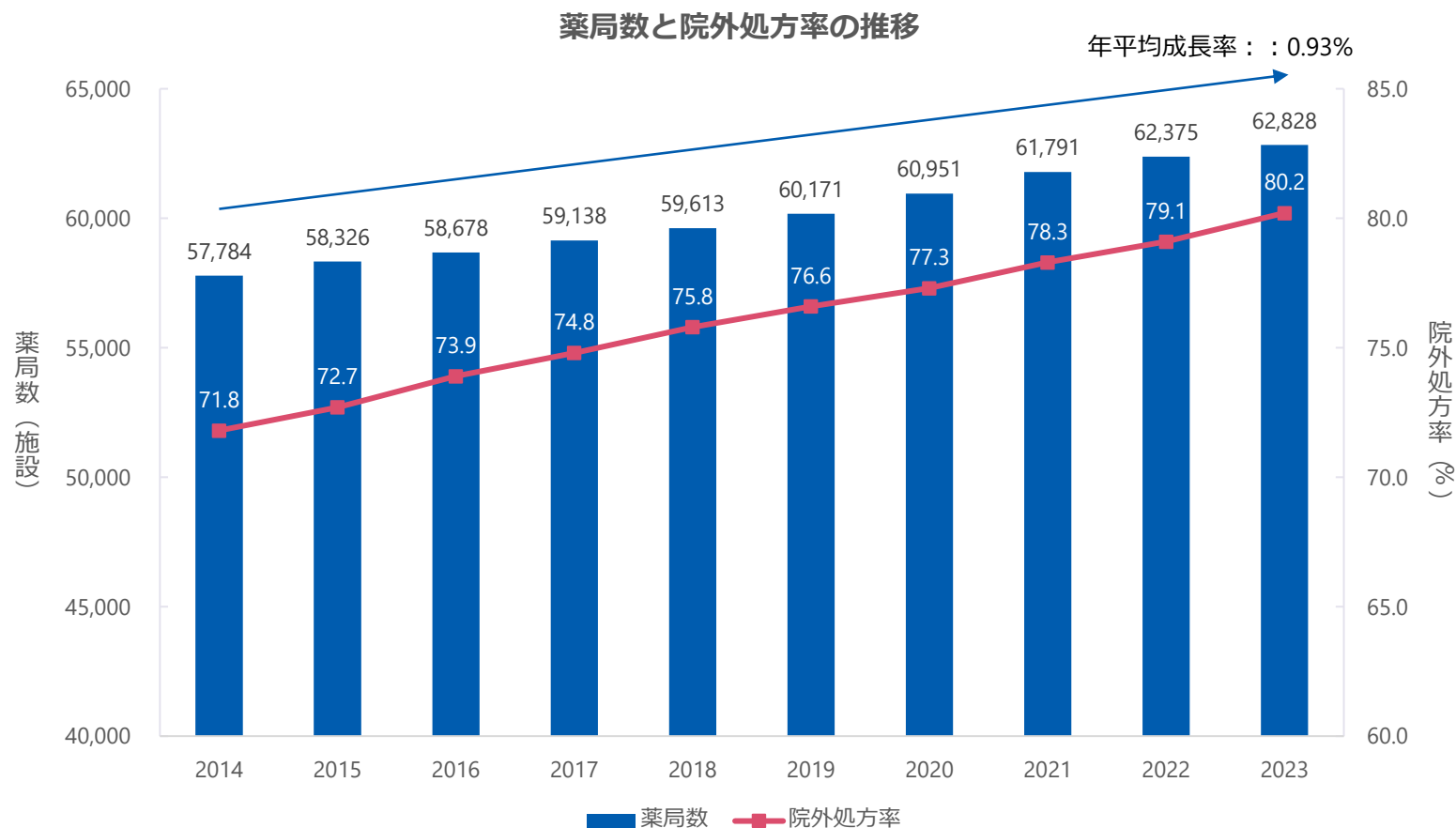
2－3. 歯科診療所の経営状況の分析

2－4. 薬局の経営状況の分析

2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

薬局数の動向

- 医薬分業が進む中で院外処方率は上昇しており、2023年には80%を超過。薬局数も増加傾向にあり、2023年には6万2千施設を超えている。

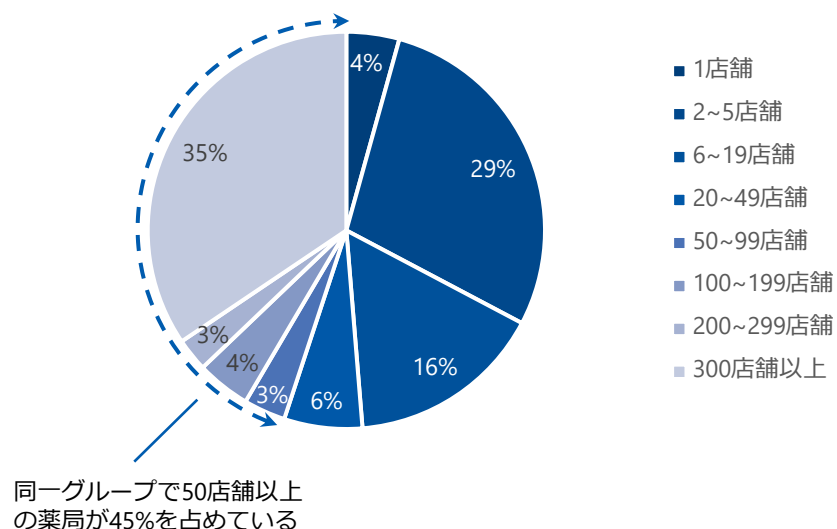


出典：薬局数は厚生労働省「衛生行政報告例の概況」、院外処方率は厚生労働省「社会医療診療行為別統計の概況」より作成

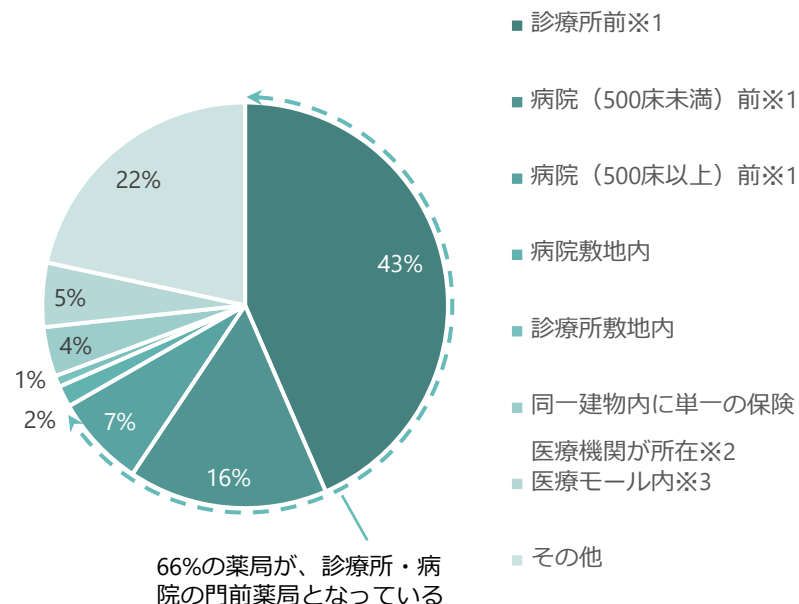
薬局の店舗形態

- 50店舗以上を運営する薬局の割合が約半数を占めている。
- また、薬局の6割強が、診療所や病院の門前薬局に所在している。

同一グループの保険調剤を行っている店舗数の状況



立地の状況



出典：厚生労働省「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」より作成

いずれも対象は法人であり、N数は1,115施設

※1：医療機関の敷地と隣接している場所や医療機関の敷地から公道等を挟んだ場所など、特定の医療機関のまわりの場所

※2：保険薬局が所在する建物内に医療機関が1施設のみ所在する場所

※3：保険薬局が所在する建物内に複数の医療機関が所在する場所

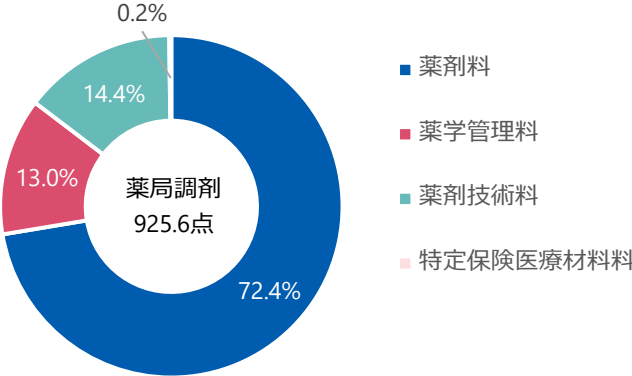
参考 | 保険薬局（法人）の損益構造

- 総収益（収益と介護収益の合計）に対して、約7割を医薬品等費が占めており、それに次いで、給与費・その他の経費がそれぞれ1割強を占めている。

保険薬局（法人）の損益構造

金額単位：千円	金額		構成比率		増減率
構成比率、増減率：％	2021年度	2022年度	2021年度	2022年度	
収益	278,727	285,315	99.7	99.7	+2.4
介護収益	830	911	0.3	0.3	+9.8
費用	263,500	270,900	94.3	94.6	+2.8
給与費	36,763	37,702	13.2	13.2	+2.6
医薬品等費	192,928	198,219	69.0	69.3	+2.7
うち、調剤用医薬品費	164,632	165,138	58.9	57.7	+0.3
うち、一般用医薬品費	2,012	2,203	0.7	0.8	+9.5
委託費	782	743	0.3	0.3	△5.0
うち、人材委託費	499	476	0.2	0.2	△4.6
うち、紹介手数料	96	93	0.0	0.0	△3.1
減価償却費	2,602	2,506	0.9	0.9	△3.7
うち、建物減価償却費	556	557	0.2	0.2	+0.2
うち、調剤用機器減価償却費	949	894	0.3	0.3	△5.8
その他の経費	30,425	31,730	10.9	11.1	+4.3
うち、設備機器賃借料	417	406	0.1	0.1	△2.6
うち、調剤用機器賃借料	271	257	0.1	0.1	△5.2
うち、水道光熱費	651	810	0.2	0.3	+24.4
損益差額	16,057	15,325	5.7	5.4	△4.6

調剤行為別に見た受付1回当たり点数の構成割合
(令和6年8月審査分)



出典：厚生労働省「令和6（2024）年社会医療診療行為別統計の概況」

薬局調剤行為の約7割が薬剤料であり、保険薬局の損益構造においても、医薬品等費が収益合計の約7割を占めている。また、給与費・その他の経費が医薬品等費に次いで高く、それぞれ1割強を占めている。

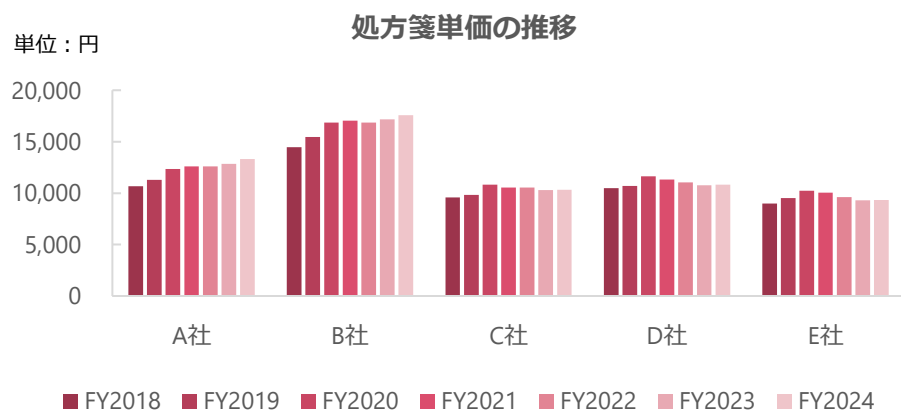
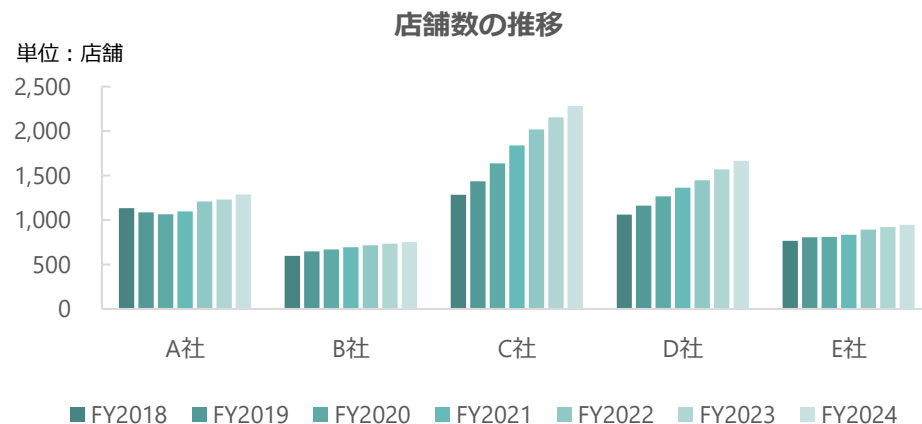
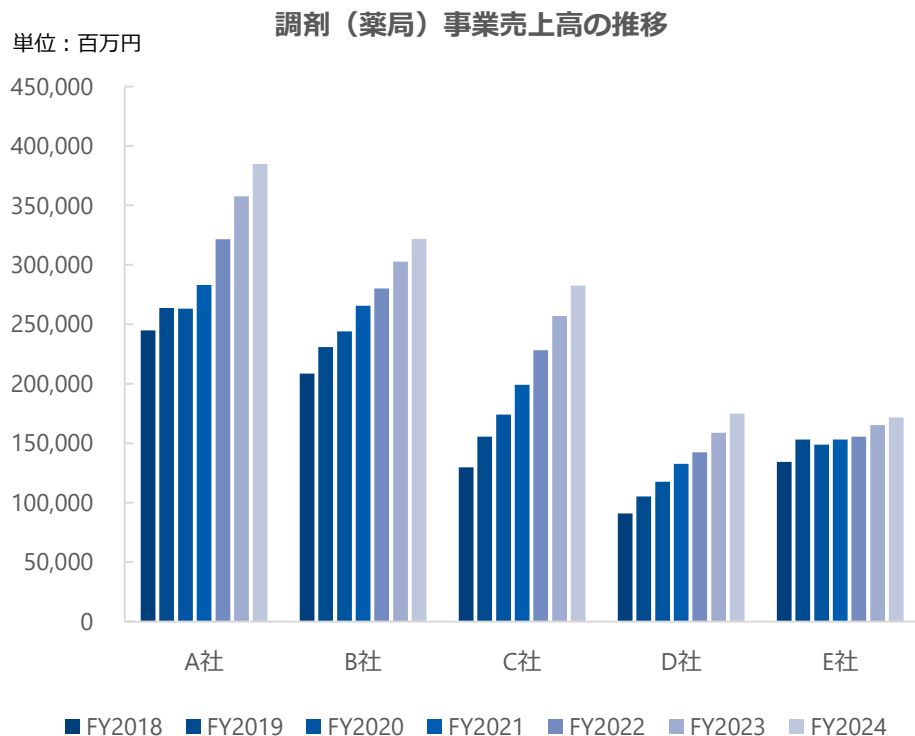
出典：厚生労働省「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告」

対象施設数は、1,115施設

収益及び損益差額は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除いており、構成比率は、収益と介護収益を合算した金額に対する各科目の割合である

大手調剤薬局・ドラッグストアの動向

- 大手調剤薬局・ドラッグストアは調剤（薬局）事業売上高が伸長している。
- これは、積極的な新規出店・M&Aにより、各社の大規模化が進んでいることが一要因である。



出典：調剤薬局・ドラッグストアを運営する上場企業のうち、調剤（薬局）売上高上位5社について、有価証券報告書、決算説明会資料等の公表資料から厚生労働省にて作成

売上高については調剤（薬局）事業にかかる売上高を集計

店舗数は各社の決算期末の調剤（薬局）事業にかかる店舗数を集計

2. 医療機関等の経営状況

2－1. 病院の経営状況の分析

2－2. 医科診療所の経営状況の分析

2－3. 歯科診療所の経営状況の分析

2－4. 薬局の経営状況の分析

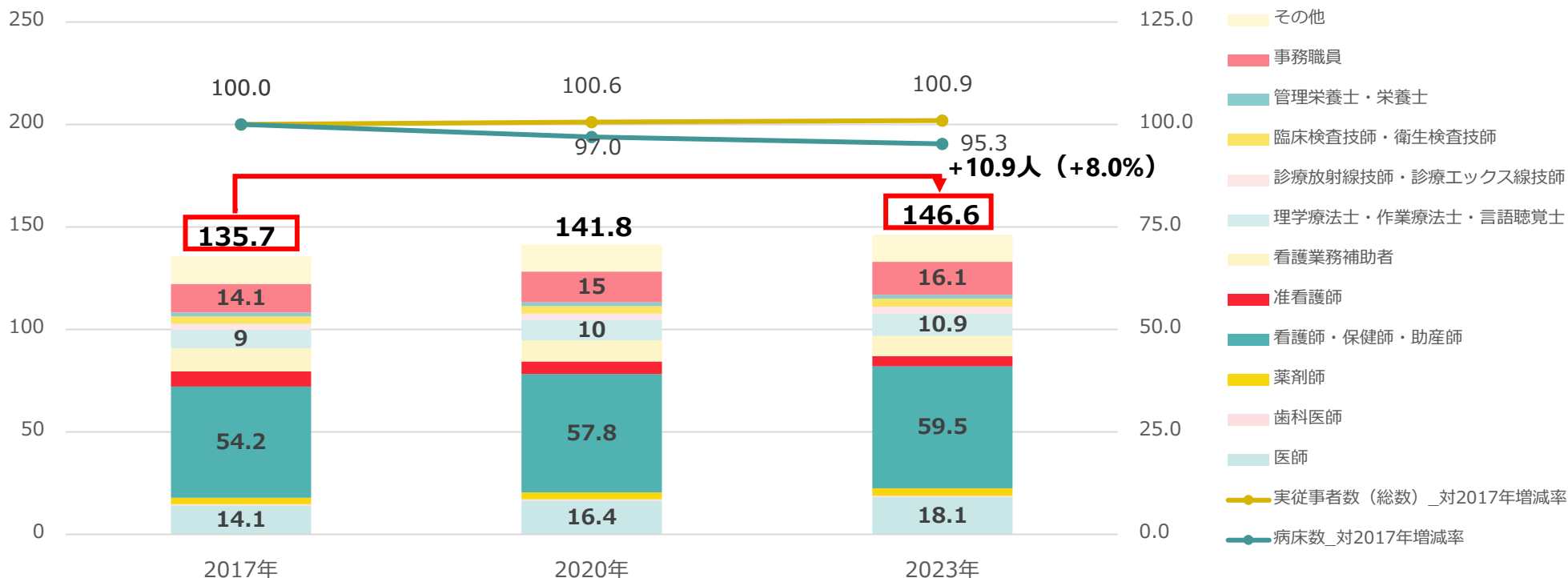
2－5. 支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析

人件費 | 病院の100床当たり従業者数の推移

- 病院の100床当たり常勤換算従業者数について、2023年は2017年と比較して+10.9人（+8.0%）。1年平均の増加率で見ると、2017年から2020年は+2.0人/年（+1.5%/年）、2020年から2023年は+1.6人/年（+1.1%/年）増加。
- 2023年と2017年を比較して特に増加している職種としては、医師が+4.0人、看護師等が+5.3人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が+1.9人、事務職員が+2.0人である。一方で准看護師は△2.4人となっており、減少している。
- 実従事者数と病床数の推移を見ると、2023年と2017年を比較して実従事者数は増加、病床数は減少している。

従業者数単位：人

病院の実従事者数・病床数の増減率、100床当たり常勤換算従業者数の推移

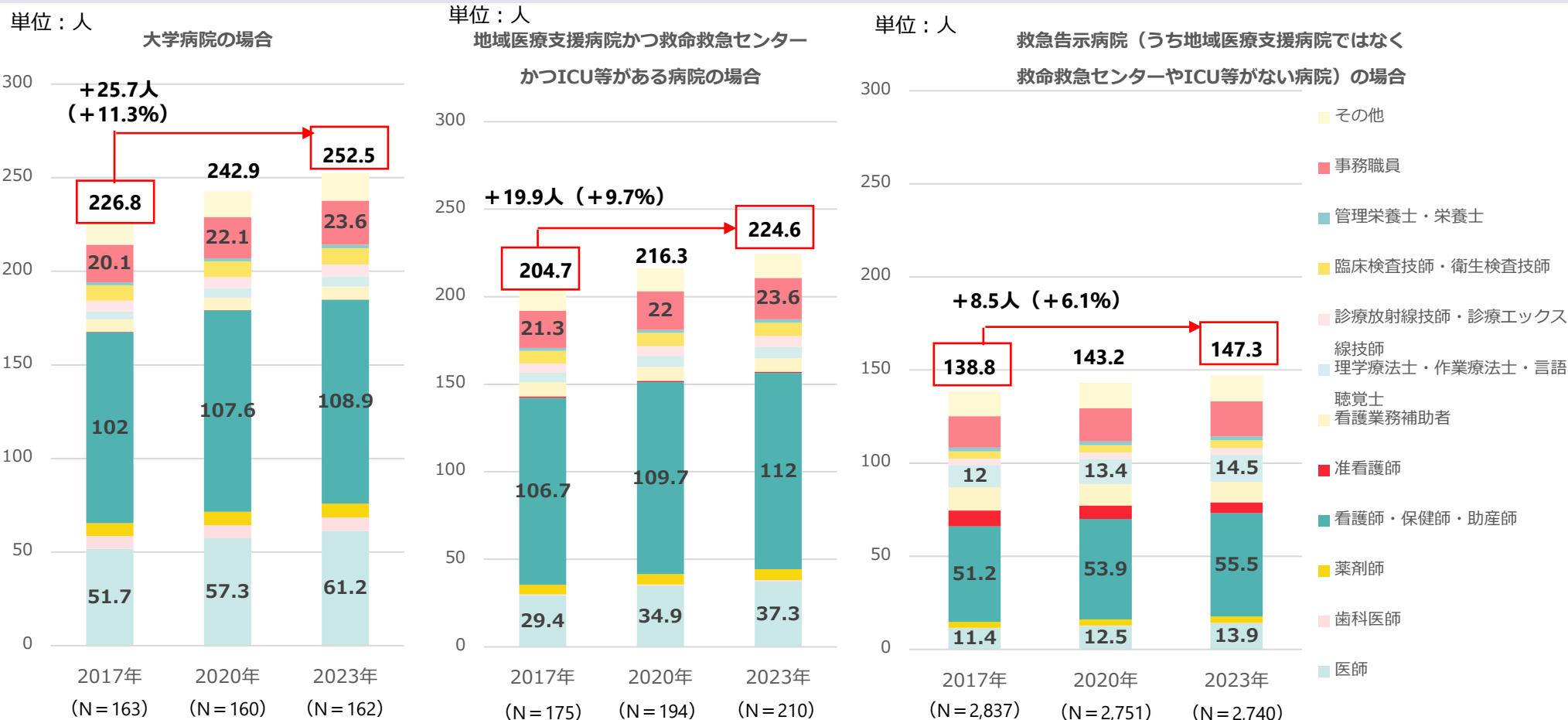


※出典：厚生労働省「医療施設調査・病院報告」を元に作成

※その他に合計している職種：視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・歯科技工士・臨床工学技士・あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師・精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士・保育士・公認心理師・救急救命士・その他の技術員・医療社会事業従事者・その他の職員

人件費 | 病院の100床当たり従事者数の推移 | 機能分類別①

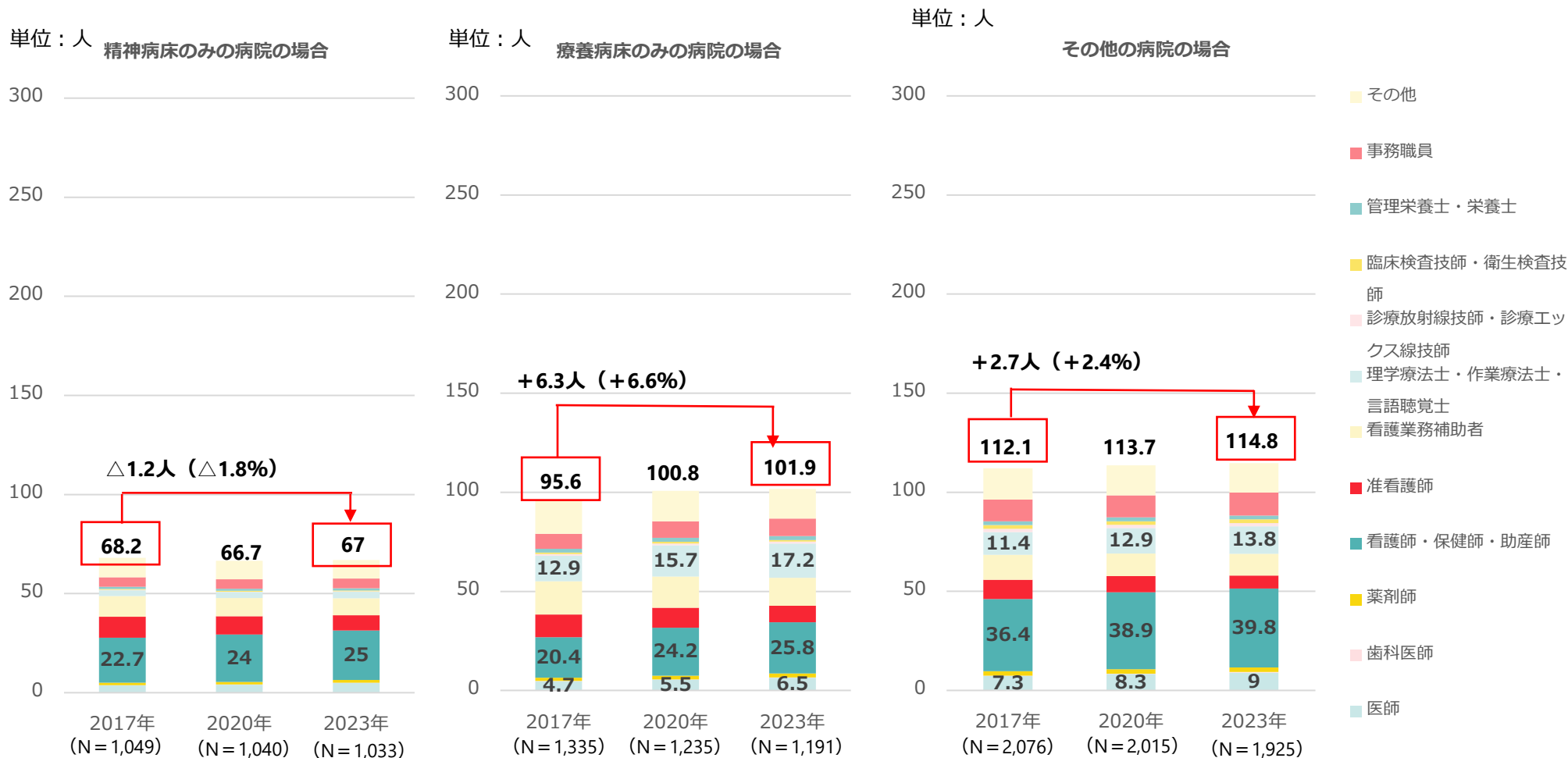
- 大学病院は医師や看護師・保健師・助産師、事務職員を中心に100床当たりの従事者数が増加している。
- 救命救急センターやICU等がある地域医療支援病院は医師や看護師・保健師・助産師、事務職員を中心に100床当たりの従事者数が増加している。
- 救急告示病院で特定機能病院や地域医療支援病院ではなく、救命救急センターやICU等を持たない病院は医師や看護師・保健師・助産師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を中心に100床当たり従事者数が増加している。



※出典：「医療施設調査」の結果について厚生労働省保険局医療課にて特別集計。機能分類は医療施設調査における収集項目を参考に設定。
 ※ICU等がある：ICU、SCU、MFICU、NICU、CCU、GCU、PICUについていずれかを1床でも有する場合

人件費 | 病院の100床当たり従事者数の推移 | 機能分類別②

- 精神病床のみの病院は全体の100床当たり従事者数が減少しているが、看護師・保健師・助産師など増加している職種もある。
- 療養病床のみの病院とその他の病院は医師や看護師・保健師・助産師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を中心に100床当たり従事者数が増加している。



※出典：「医療施設調査」の結果について厚生労働省保険局医療課にて特別集計。機能分類は医療施設調査における収集項目を参考に設定。

※その他の病院：大学病院・地域医療支援病院・救急告示病院ではなく、救命救急センターやICU等を持たず、精神病床のみや療養病床のみではない病院

委託費 | 100床当たり委託費の動向

- 病院では様々な委託が行われているが、主要な項目として医療機器の保守点検、医療事務、入院患者の食事、検査の4項目で委託費の半分を占めている。
- また、2018年6月と2024年6月で比較すると、委託項目のほぼ全てが20%以上上昇しており、委託費全体では25.1%上昇している。

単位：千円	2018年6月		2024年6月		2018年6月→2024年6月		
	金額	構成比	金額	構成比	増減額	増減率	年平均増減率
委託費	16,120	100.0%	20,171	100.0%	+4,051	+25.1%	+3.8%
保守点検（医療機器）	2,431	15.1%	2,994	14.8%	+563	+23.2%	+3.5%
医療事務	2,492	15.5%	2,920	14.5%	+428	+17.2%	+2.7%
患者食事	2,074	12.9%	2,466	12.2%	+392	+18.9%	+2.9%
検査	1,530	9.5%	1,959	9.7%	+429	+28.0%	+4.2%
清掃	1,263	7.8%	1,527	7.6%	+264	+20.9%	+3.2%
管理委託	694	4.3%	841	4.2%	+147	+21.2%	+3.3%
滅菌	423	2.6%	580	2.9%	+157	+37.1%	+5.4%
寝具類洗濯	419	2.6%	502	2.5%	+83	+19.8%	+3.1%
感染性（廃棄物処理）	380	2.4%	497	2.5%	+117	+30.8%	+4.6%
物品管理（SPD）	367	2.3%	492	2.4%	+125	+34.1%	+5.0%
病衣洗濯	127	0.8%	164	0.8%	+37	+29.1%	+4.4%
診療録管理	88	0.5%	112	0.6%	+24	+27.3%	+4.1%
その他	3,830	23.8%	5,119	25.4%	+1,289	+33.7%	+5.0%

出典：全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」

委託費の各科目のいずれかに回答があった施設を対象に集計し、100床当たりの金額を示している。

対象施設数は、2018年6月が643施設、2024年6月が577施設。

委託費 | 100床当たり委託費の動向

- 一般病院の委託費を病床規模別に分類すると、保守点検は病床規模が大きいほど金額・構成比ともに高くなる傾向がある。
- 一方で、規模が大きいほど、医療事務の金額は大きくなるものの構成比はあまり変わらず、患者食事の金額はあまり変わらないものの相対的に構成比は低くなり、検査の金額は大きくなるものの構成比は低くなる傾向がある。

単位：千円	2024年6月 病床規模別の金額（一般病院）								2024年6月 病床規模別の構成比（一般病院）							
	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
委託費	13,007	14,426	16,766	19,407	22,888	23,924	28,355	23,586	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
保守点検 （医療機器）	1,574	1,891	2,354	3,028	3,532	3,762	4,230	3,570	12.1%	13.1%	14.0%	15.6%	15.4%	15.7%	14.9%	15.1%
医療事務	1,719	1,989	2,336	2,958	3,465	3,468	4,300	3,085	13.2%	13.8%	13.9%	15.2%	15.1%	14.5%	15.2%	13.1%
患者食事	2,640	2,448	2,120	2,354	2,397	2,584	2,983	2,620	20.3%	17.0%	12.6%	12.1%	10.5%	10.8%	10.5%	11.1%
検査	1,585	1,774	1,543	1,809	1,885	2,566	2,911	2,328	12.2%	12.3%	9.2%	9.3%	8.2%	10.7%	10.3%	9.9%
清掃	1,566	1,304	1,313	1,478	1,645	1,797	1,725	1,718	12.0%	9.0%	7.8%	7.6%	7.2%	7.5%	6.1%	7.3%
管理委託	617	445	641	830	878	896	979	1,399	4.7%	3.1%	3.8%	4.3%	3.8%	3.7%	3.5%	5.9%
滅菌	26	143	327	538	734	777	1,031	1,032	0.2%	1.0%	2.0%	2.8%	3.2%	3.2%	3.6%	4.4%
寝具類洗濯	338	341	397	425	601	693	574	617	2.6%	2.4%	2.4%	2.2%	2.6%	2.9%	2.0%	2.6%
感染性 （廃棄物処理）	392	420	439	484	571	568	735	460	3.0%	2.9%	2.6%	2.5%	2.5%	2.4%	2.6%	2.0%
物品管理 （SPD）	48	184	415	451	534	703	836	742	0.4%	1.3%	2.5%	2.3%	2.3%	2.9%	2.9%	3.1%
病衣洗濯	95	104	170	130	181	206	216	219	0.7%	0.7%	1.0%	0.7%	0.8%	0.9%	0.8%	0.9%
診療録管理	70	64	60	67	213	59	45	317	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.9%	0.2%	0.2%	1.3%
その他	2,336	3,318	4,651	4,856	6,251	5,844	7,789	5,478	18.0%	23.0%	27.7%	25.0%	27.3%	24.4%	27.5%	23.2%

出典：全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」

委託費の各科目のいずれかに回答があった施設を対象に集計し、100床当たりの金額を示している。上記は一般病院555施設を対象に病床規模別に分類しており、20～99床は56施設、100～199床は148施設、200～299床は86施設、300～399床は102施設、400～499床は73施設、500～599床は51施設、600～699床は20施設、700床～は19施設。

3. 現状と課題

現状① | 医療機関等の経営状況

（病院の経営状況の分析）

<医療法人>

- 病院の医業利益率は、平均値 $\Delta 0.7\%$ ・中央値 $\Delta 0.9\%$ がいずれもマイナスとなっており、医業利益の赤字割合は55.2%と過半数を超えている。
- 機能別の医業利益率（平均値）では、急性期に分類される病院が他の分類と比較して低い傾向にあり、高度急性期は $\Delta 2.3\%$ 、急性期Aは $\Delta 2.7\%$ 、急性期Bは $\Delta 2.5\%$ となっている。
- 地域分類別では、特に人口少数地域型の赤字割合が62.1%と高いものの、大都市型は53.5%、地方都市型は54.6%といずれも赤字割合が過半数を超えており、地域に限らず病院の経営状況が厳しいことが伺える。
- 病院のみ経営する医療法人においては、自己資本比率の平均値は49.8%、中央値53.1%と資本構成としては問題ない水準である。一方で、現預金回転期間の中央値が3.0か月と短く、これらの法人では最低限の現預金水準で事業運営が行われている可能性が伺える。
- 診療報酬債権の譲渡・差押等の件数が令和5年度から6年度にかけて増加しており、また、病院のみ運営する医療法人の債務償還年数は約4割がマイナスとなっている。

<自治体>

- 2018年度から2023年度にかけて、医業収益は増加（+12.8%）しているものの、それ以上に医業費用が増加（+15.1%）しており、収支の悪化につながっている。その結果、2023年度の医業利益率は $\Delta 11.3\%$ 、補助金や繰入金を含めた経常利益率も $\Delta 4.2\%$ のマイナスとなっている。
- 機能分類別の経常利益率は、いずれの機能分類においても、平均値・中央値はともにマイナスである。
- 救急受入件数が2,000件以上の病院（地域内の急性期領域で主要な役割を担っていると考えられる病院）についても、二次医療圏内での救急シェアに関わらず、経常利益率がマイナスとなっている病院が多く存在している。

<大学>

- 国立大学病院や私立大学病院においても、2018年度から2023年度にかけて、収益の増加以上に費用が増加しており、費用増加を賄えていない状況である。

現状② | 医療機関等の経営状況

（医科診療所の経営状況の分析）

- 医療法人立の医科診療所の医業利益率は、平均値6.9%・中央値4.1%といずれもプラスとなっており、医業利益の黒字割合は66.6%と過半数を超えている。一方で、入院収益ありの医科診療所は、医科診療所全体・入院収益なしの医科診療所と比較すると利益率は低い傾向にあり、約半数の診療所で医業利益が赤字となっている。
- 診療科別の利益率では、いずれの診療科においても、医業利益率・経常利益率は平均値・中央値ともにプラスとなっている。
- 地域分類別では、いずれの地域においても医業利益率・経常利益率は平均値・中央値ともにプラスとなっているが、地方都市型や人口少数地域型の利益率はやや低い傾向がある。
- 自己資本比率の平均値は無床診療所69.0%・有床診療所66.2%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

（歯科診療所の経営状況の分析）

- 医療法人立の歯科診療所の医業利益率は、平均値4.1%、中央値1.5%といずれもプラスとなっており、医業利益の黒字割合は57.7%と過半数を超えている。
- 地域分類別では、いずれの地域においても医業利益率・経常利益率の平均値・中央値はプラスとなっているが、人口少数地域型については、約半数の診療所で医業利益が赤字となっている。
- 自己資本比率の平均値は47.6%となっており、設立年数が経過するほど改善する傾向にある。

（薬局の経営状況の分析）

- 医薬分業が進む中で院外処方率は上昇し、薬局数も増加傾向にある中で2023年に6万2千施設を超えた状況。
- 大手調剤薬局やドラッグストアは、積極的な新規出店・M&Aにより、調剤（薬局）事業売上高が伸長している。

（支出に影響を与える様々な費用の動向の追加分析）

- 100床当たり従事者数は大学病院や高度急性期レベルの病院において、全体よりも増加率が高くなっている。
- 2018年6月から2024年6月にかけて委託費は25.1%増加しており、大規模な病院ほど保守点検の金額・構成比が増加している。

課題

- 各切り口別に見た医療機関の状況等を踏まえ、近年の医療機関の経営状況等に対してどのように対応することが考えられるか。
- 今後、医療機関の収支等を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、今回の分析結果も踏まえ、更に分析議論をすべき要素としてどのような事項が考えられるか。

マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

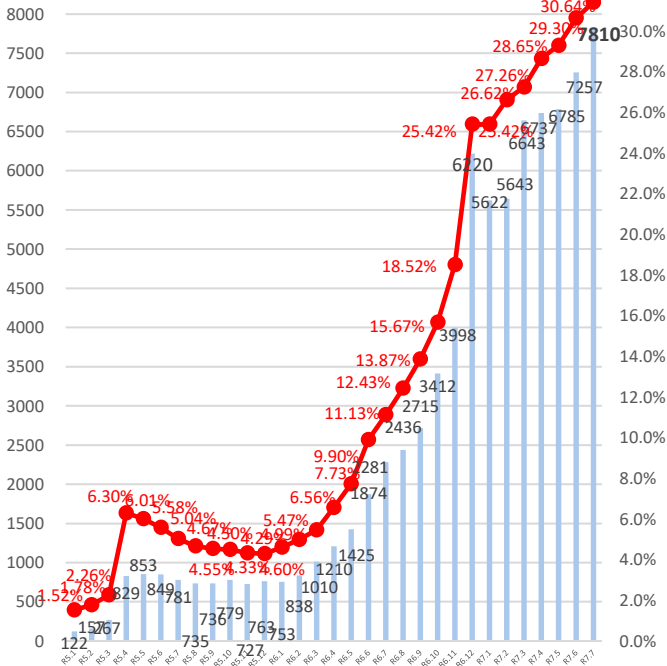
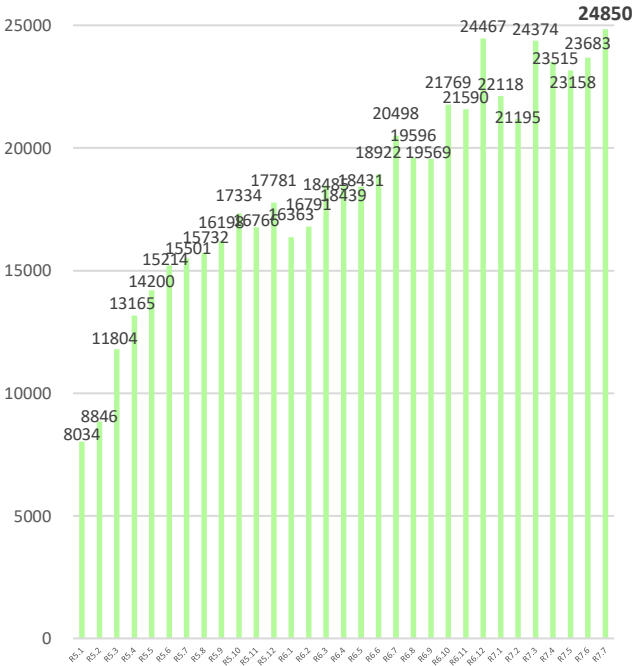
オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

■ オンライン資格確認の利用件数（万件）

■ マイナ保険証の利用件数（万件）

● 利用率



【7月分実績の内訳】

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	19,763,425	10,052,763	9,710,662
内科診療所	103,738,303	30,547,643	73,190,660
歯科診療所	21,521,278	9,330,483	12,190,795
薬局	103,475,265	28,166,778	75,308,487
総計	248,498,271	78,097,667	170,400,604

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	2,940,998	1,153,468	5,085,193
内科診療所	8,790,575	9,117,836	22,468,618
歯科診療所	2,449,642	1,961,623	2,488,106
薬局	9,432,037	6,929,463	15,032,577
総計	23,613,252	19,162,390	45,074,494

＜参考＞

令和7年7月のマイナ保険証利用人数（3,146万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,853万人）を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合	45.9%
医療機関受診者（MNC保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	58.0%
医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	66.9%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。
※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和7年3月までは医療保険医療費データベースによる実績値、4～7月は過去の伸び率から推計して算出。
患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外＋歯科の受診率を用いて推計し算出。
※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者（79.2%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（86.6%）を用いて推計。

外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応について

医療機関・薬局において、マイナ保険証を読み取る顔認証付きカードリーダーの導入が進んでいる中では、マイナンバーカードとしてのマイナ保険証の利用の定着を引き続き進めていくとともに、スマホでの受付を希望する医療機関・薬局に対しては補助金の活用により環境整備を進めていく。

マイナンバーカード

- ほぼ全ての医療機関・薬局でマイナ保険証として利用可能
- 券面に顔写真や氏名・住所等の記載があり、単体で本人確認が可能
- 手続として必要になる場面以外で、日常的に持ち歩く習慣がない方も一定数存在
- マイナ保険証としての利用も進んでいる一方、保険証の有効期限が切れるまでは発行済みの保険証を引き続き利用するという声もある

⇒引き続き実物のカードによるマイナ保険証の利用経験が増えていくよう取り組みを進めていく必要。

スマートフォン

- マイナポータルへのログインが簡便になり、自身の医療情報の把握・管理が容易に
- 日常的に広く利用されるスマートフォンでもマイナ保険証として利用できるようにすることで、患者の利便性の向上にもつながるほか、来院時の資格確認がスマホ1台でできることで、医療機関等の窓口での受付がスムーズになることも期待される

⇒カードに加えてスマートフォンでも利用できる医療機関等の環境整備を支援していく。

外来診療等におけるスマートフォンのマイナ保険証利用への対応 (実証事業)

- **iPhoneでのマイナンバーカード機能の利用が6月24日より開始**。これにより、既に電子証明書の利用が始まっていたAndroidも含めて、スマートフォンでもコンビニ交付等のサービスの利用が可能に。
- あわせて、スマートフォンでのマイナ保険証の医療機関・薬局での利用について、**7月より実証事業を実施**（7/1～7/18と、8/4～8/15の2回に分けて実施）。実際の医療機関等の窓口で円滑に、問題なくオンライン資格確認が行われるか確認を行った。

スマートフォンでのマイナ保険証利用のリーフレット

スマホでマイナ保険証を使う 実証事業にご協力ください

国立病院機構 東京医療センターは、実証事業に参加しています

実証実施期間 8月4日～15日

この期間以外は、通常の受付体制となります。9月頃から本格運用を開始し、機器の準備が整った医療機関等で順次、利用可能となる予定です。



**マイナンバーカードを取り出さずに、
スマホをかざしてマイナ保険証を利用できます。**
実物のマイナンバーカードもご持参ください

マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法、スマホで使うための手順はこちらから！ [裏面へ](#)

マイナワンストップサービス 0120-95-0178
平日 9:30～20:00 土日祝 9:30～17:30（夜間急患を除く）
※お問い合わせはマイナワンストップサービス専用ダイヤル（0120-95-0178）にお願いします

マイナンバーカードの
保険証利用について
もっと知りたい方はこちら

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

スマホでマイナ保険証を使うための事前準備

事前準備として、下記のステップ1、ステップ2を実施してください。

準備するもの

- ☐ 実物のマイナンバーカード
- ☐ 券面入力用暗証番号（数字4桁）※iPhoneのみ
- ☐ 署名用パスワード（英数字6～16文字）
- ☐ 最新のマイナポータルアプリ

実物のマイナンバーカード

最新のマイナポータルアプリ

マイナポータルアプリのマイナバーコード券面入力用暗証番号（数字4桁）

マイナバーコードの署名用パスワード（英数字6～16文字）

健康保険証の利用登録

スマートフォンからマイナポータルにログインして、マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行ってください。

マイナンバーカードをスマホに搭載する

マイナポータルアプリの以下画面の赤枠部分から、マイナンバーカードのスマホ搭載の利用申請・登録が可能です。

Android



※Android11以上のバージョンが必要です。

詳しくはこちら

iPhone



※iOS18.5以上のバージョンが必要です。

詳しくはこちら

※申請や追加を開始する青いボタンが表示されている場合は、スマートフォンのマイナンバーカードの対応機種です。対応機種にもかわらず、ボタンが表示されない場合は、マイナポータルアプリやスマートフォンのOSをアップデートしてください

署名用パスワードがわからない場合

署名用パスワードは、以下のいずれかの方法で初期化・再設定が可能です。

- スマートフォンアプリとコンビニの複合機を利用して再設定する
- 住民票のある市町村の窓口でパスワードを再設定する

1 「JPKI暗証番号リセットアプリ」をダウンロード

2 アプリから署名用パスワードの初期化・予約利用して再設定する

3 コンビニのキオスク端末から初期化・再設定

※利用者証明用パスワード（数字4桁）が必要です。



詳しくはこちら

(参考) 大臣視察の様様 (7/2)



スマートフォンのマイナ保険証利用の実証事業の結果

- 実証事業期間中にスマートフォンで資格確認を行った人数は321人（テスト利用と実証期間の中断期間も含む）。AndroidよりもiPhoneの利用が目立った。対象施設でのマイナ保険証の利用率は約5割である一方、マイナ保険証の利用に占めるスマホの割合は1%未満に留まったが、大きな支障なく資格確認を実施できることが確認された。
- 実証事業でスマホを利用した患者からは、利便性向上の意見もあった一方、利用前のスマホの設定や、スマホのかざし方がわかりにくいといった意見もあった。職員からは来院前にスマホ搭載を終えてから受付で利用して欲しいなどの意見があった。

スマホの利用状況（15医療機関等の合計）

デバイス	利用者数
iPhone（生体認証）	252
Android（PIN認証）	69
合計	321

資格確認種別	件数
①オンライン資格確認件数	146,102
②マイナ保険証の利用件数（カード+スマホ）	73,982
③スマホの利用件数（※）	398
マイナ保険証利用率（②÷①）	50.64%
マイナ保険証に対するスマホ利用割合（③÷②）	0.54%

（※）資格確認のログ上は同一患者の利用の重複があるため利用者数より多い

患者・職員の主な意見

（患者）

- カードを出す手間がなくなり、受付がスムーズになった
- カードの持ち歩きによる紛失の心配がなくなった
- スマホの最初の設定が難しかった
- スマホをかざす場所や端末の操作方法がわからなかった
- 機種変更時等のセキュリティ面に不安がある

（職員）

- 来院前にマイナンバーカードのスマートフォンへの追加を終えてから受付で利用してほしい
- マイナンバーカードのスマートフォンへの追加に必要な署名用電子証明書のパスワードが分からず利用を断念される方がいた
- 顔認証付きCRの操作をせずにいきなりスマホをかざす方が多い



スマホ利用に当たっての必要な事前準備や留意点について
周知を図っていく

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (医療機関・薬局側での対応)

本年9月19日(予定)から、スマートフォンでのマイナ保険証の読み取りに関するオンライン資格確認システムの機能を開放。スマートフォンに搭載されたマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。

医療機関・薬局側の対応

- ・ **顔認証付きカードリーダーに対応した汎用カードリーダーの購入**
→8/29よりECサイト(Amazonビジネス)の専用ページ開設。各医療機関・薬局向けに発行されたクーポンを利用し、**申請手続なく1/2補助(補助上限7,000円)**で割引後の価格で購入可。診療所・薬局は1台、病院は3台まで補助対象。
※接続にUSBケーブルやUSBハブが必要な場合は、CRの台数に応じた数が補助対象(CRとセットで購入)
※キヤノン製の顔認証付きカードリーダーを導入している場合は、汎用カードリーダーは設置不要
- ・ **汎用カードリーダーと資格確認端末(PC)との接続**
※医療機関・薬局での**システム改修や、顔認証付きカードリーダーの買い替えは不要**
- ・ **窓口での受付環境の整備**
→患者にとってスマホをかざす位置が分かりやすくなるよう、
 - ・ 顔認証付きカードリーダーの近くに汎用カードリーダーの設置
 - ・ スマホをかざす場所を示すステッカーの活用 を推奨→**スマホ対応施設であることを患者が確認できるステッカーの掲示**



※何らかの事由でスマートフォンでのオンライン資格確認ができなかった場合、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。(要告示改正)

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (患者側での対応)

スマートフォンでのマイナ保険証への対応に向けて、医療機関・薬局と患者側双方の環境整備を推進・支援していく。患者に対しては、来院前に必要な事前準備をした上でスマホを持参して受診していただくよう呼びかけを行う。

患者側の対応

- **自身のスマートフォンがスマホ用電子証明書の利用に対応しているかの確認**

※対象機種はデジタル庁のiPhone/Androidの各サービスサイトに掲載

- **健康保険証利用登録**

(未登録の場合：マイナポータルで後続の手続とあわせて実施可能)

- **来院前のスマートフォンへのマイナンバーカードの追加**

→マイナポータルアプリからスマートフォンにマイナンバーカードを追加するには、

実物のマイナンバーカードと、署名用電子証明書のパスワードが必要。

※署名用電子証明書のパスワードが分からない場合には、スマートフォンの暗証番号リセットの専用アプリと

コンビニのキオスク端末の利用により、自治体窓口に行かずとも再設定可能

※電子証明書の有効期限切れの場合には、自治体窓口で再発行を行う

※スマートフォンにマイナンバーカードを追加した後でも、引き続き実物のマイナンバーカードもマイナ保険証として利用可

- **スマホ対応医療機関・薬局の確認**

→**医療機関・薬局の受付にあるステッカーを事前に確認した上で、スマホを持参**して受付。

(ステッカーの掲示がなければ、引き続きマイナンバーカードを持参)

※スマホ対応医療機関・薬局については、厚労省HPにも順次掲載



※電子証明書の有効期限が切れると、スマホでのオンライン資格確認は不可。

※スマートフォンへのマイナンバーカードの追加は1人1端末のみ可能だが、機種変更時にはマイナポータルアプリで古い端末から削除・再追加をするか、新しい端末で追加することで対応（この場合、古い端末での削除は不要）。また、15歳以上が利用可。

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求 (令和6年12月2日以降の取扱い)

令和6年10月31日

第184回社会保障審議会
医療保険部会

資料2

マイナンバーカードをカードリーダーにかざすようご案内ください

確認できた

マイナンバーカードを
持っていない方の場合

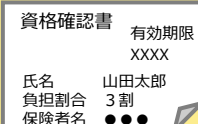
問題なし

何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合

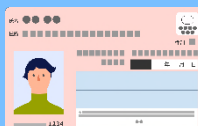
健康保険証
(~2025.12/1)



資格確認書
(2024.12/2~)



マイナ保険証



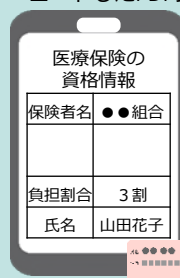
※追加で保険証の提示は
不要

※電子証明書の有効期限
後3カ月間は資格確認可

【患者が提示可能な場合】

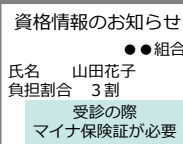
マイナポータル画面

※マイナポータルからダウン
ロードしたPDFファイル也可



※追加で保険証の
提示は不要

資格情報のお知らせ



【再診の場合】

過去の受診で
請求に必要な
資格情報を把
握していれば、
患者への口頭
確認

【初診の場合】

被保険者資格申立書



(事後に確認)

患者には適切な自己負担分（3割分等）の支払を求めてください

上記の方法で確認した被保険者番号等を入力して、
レセプト請求をしてください

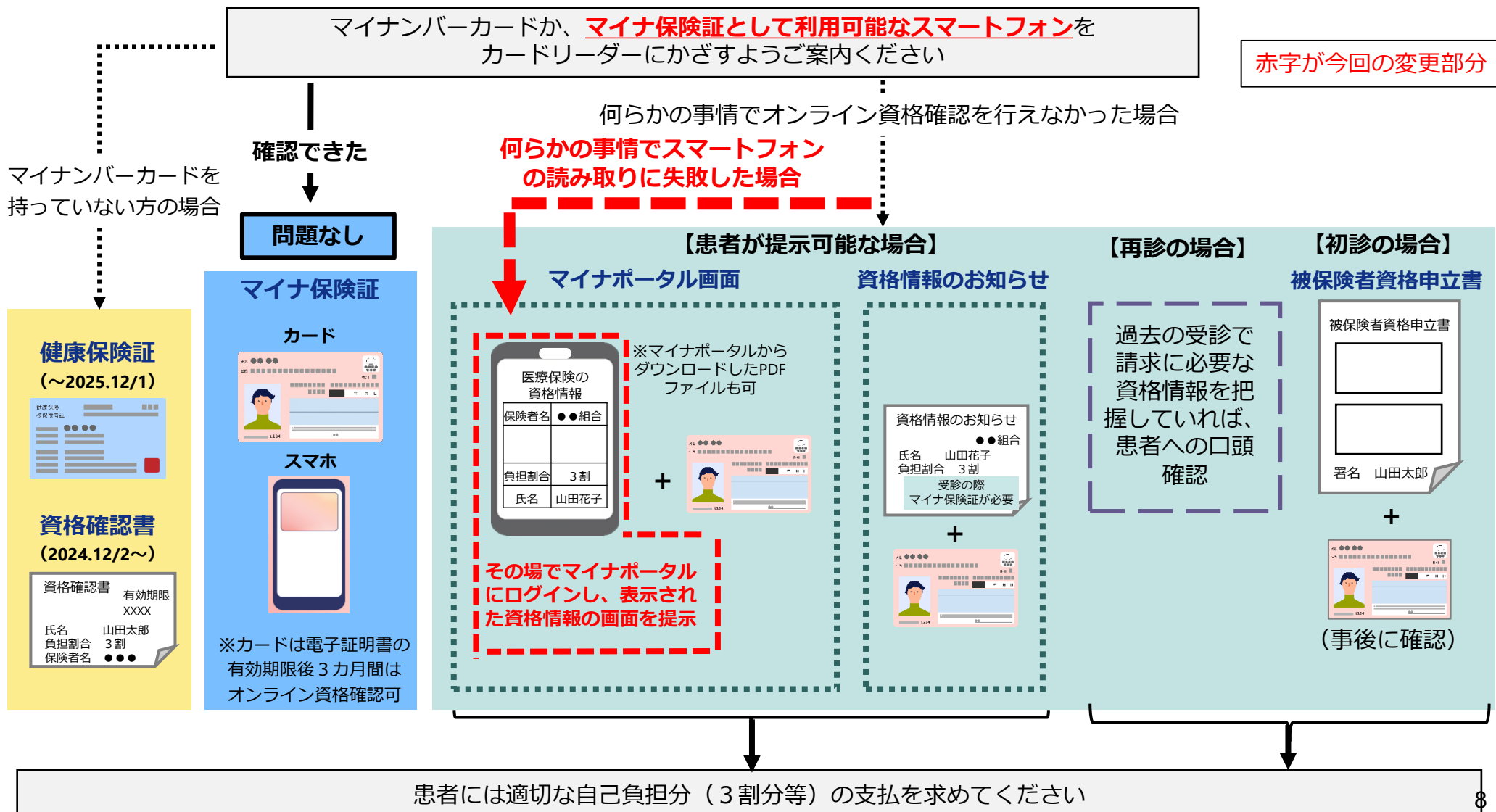
※オンライン資格確認等システムから資格情報をダウンロード
しておくことで、事後的に被保険者番号等の確認が可能です

以下の①→②→③の順に可能な方法を選択してレセプト請求をしてください

- ① 患者からの聞き取りや過去の受診歴等から確認できた「現在」の被保険者番号等を入力する
- ② オンライン資格確認における「資格（無効）」画面や過去の受診歴等から確認できた「過去」の被保険者番号等を入力する
→資格無効の場合には喪失した「旧資格情報」で請求してください
- ③ 被保険者資格申立書に記入された患者の住所・連絡先等を摘要欄に記載の上、被保険者番号等は不詳として「7」を必要な桁数分入力する
→資格情報なしの場合には「不詳レセプト」として請求をしてください

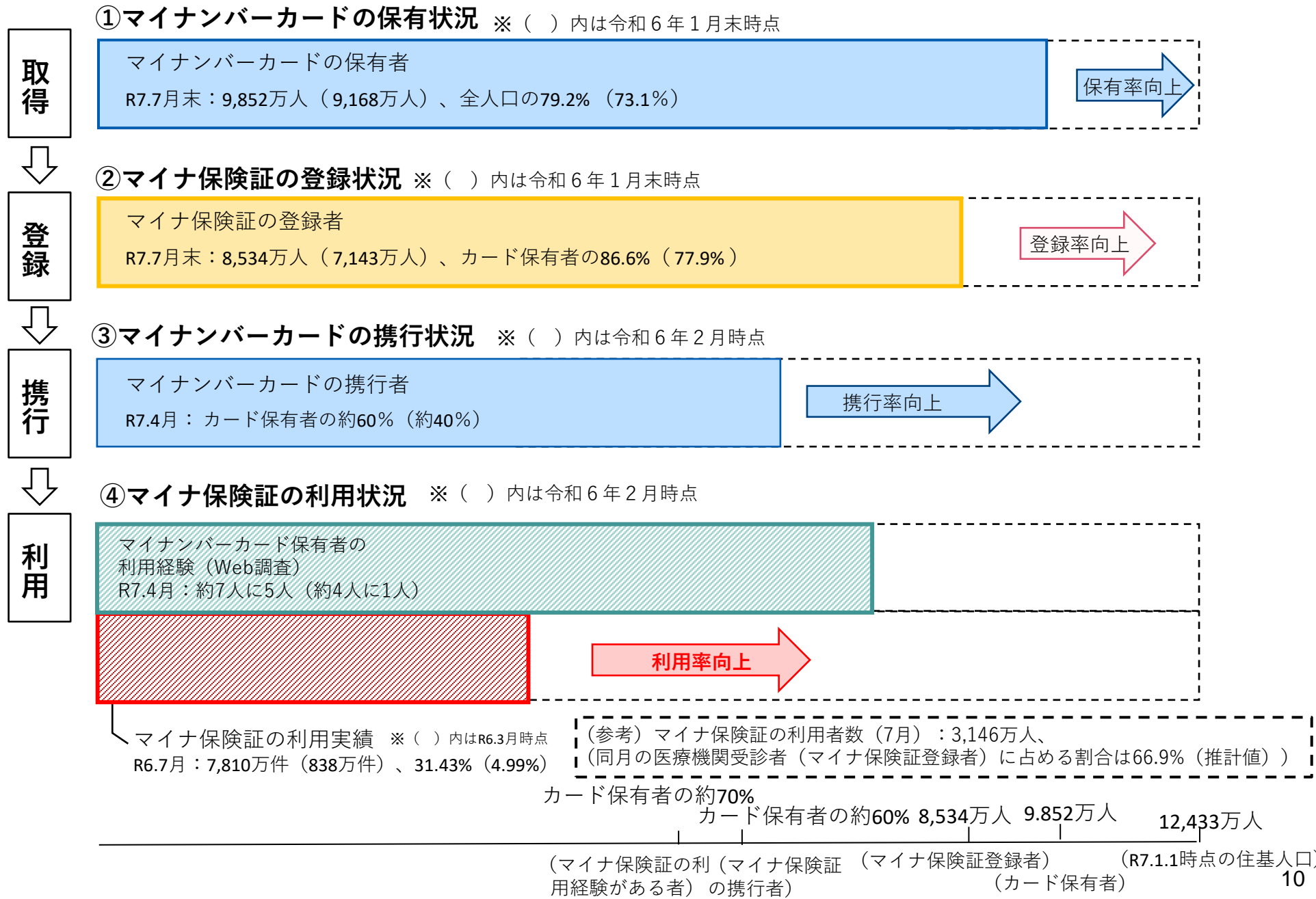
スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (資格確認方法)

何らかの事情によりスマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずマイナ保険証で資格確認が行えなかった場合には、**その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示**することで資格確認を行う。

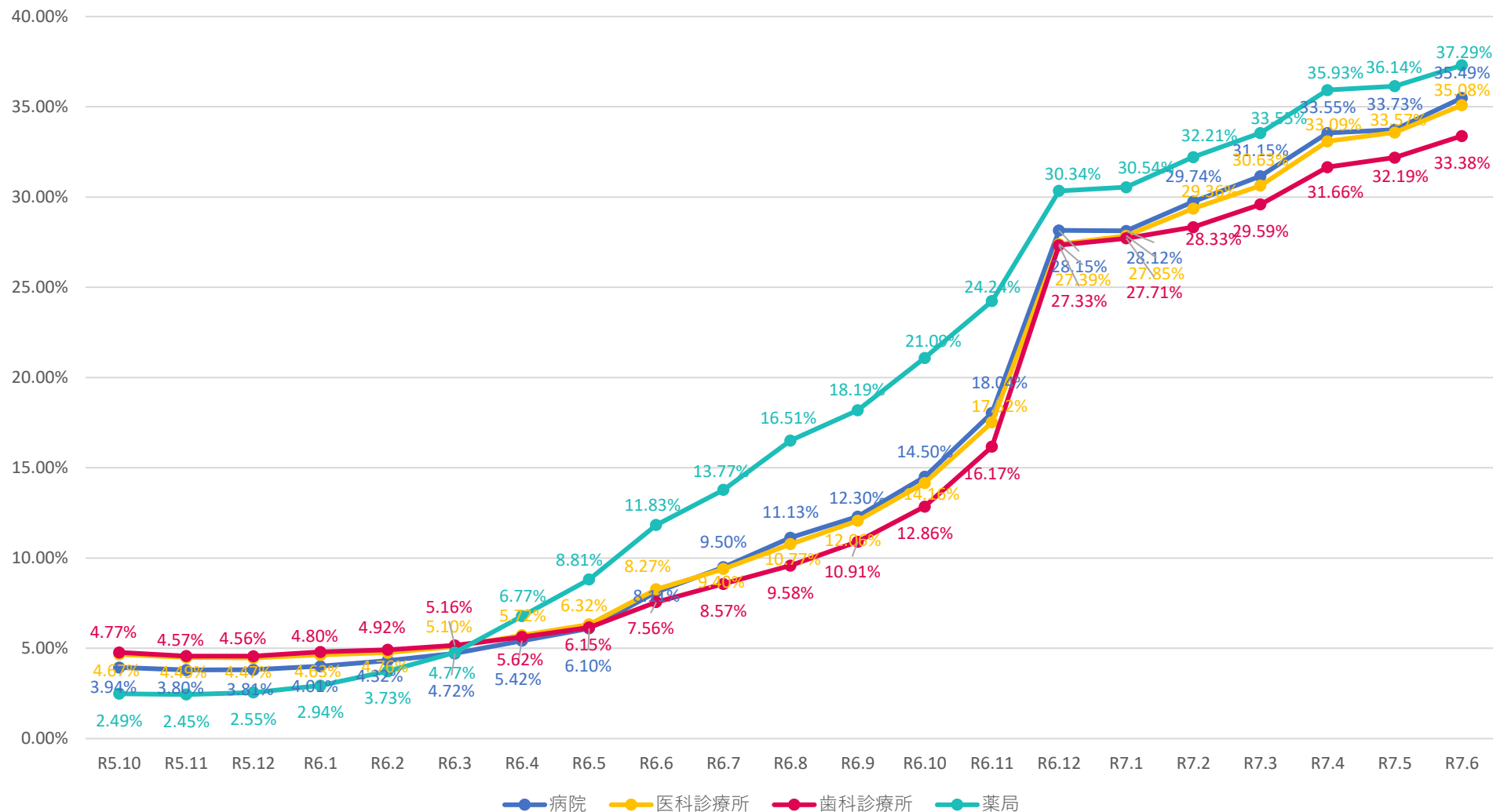


参考資料

マイナ保険証に関する現状



施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



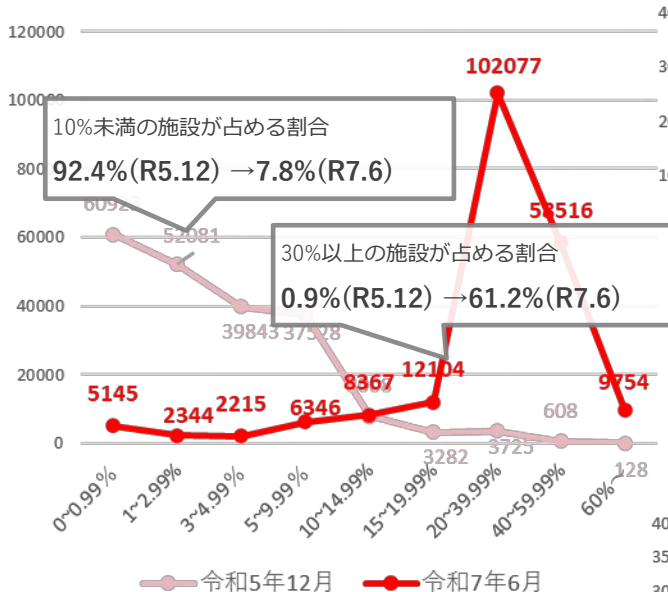
※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

マイナ保険証の利用状況

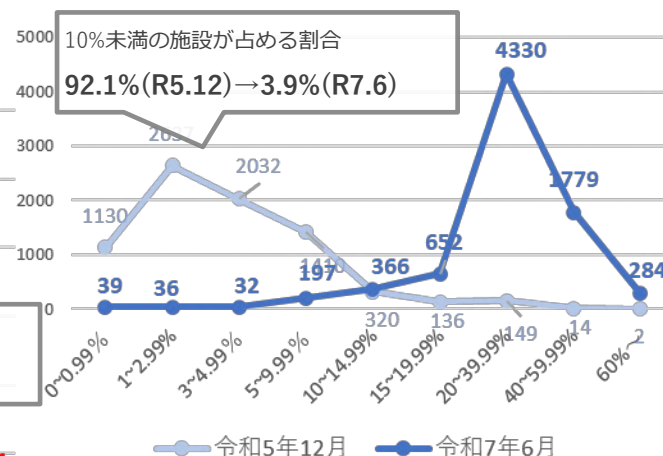
■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（レセプトベース利用割合）

令和5年12月、令和7年6月時点

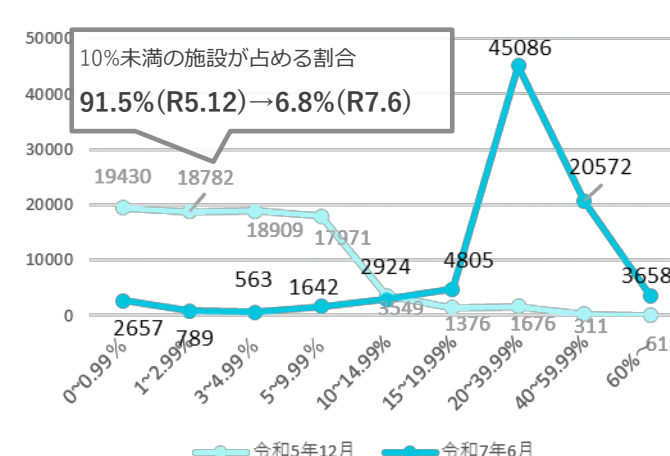
全体



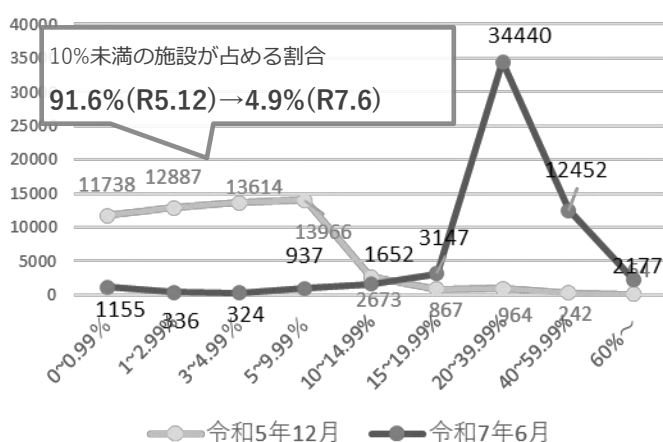
病院



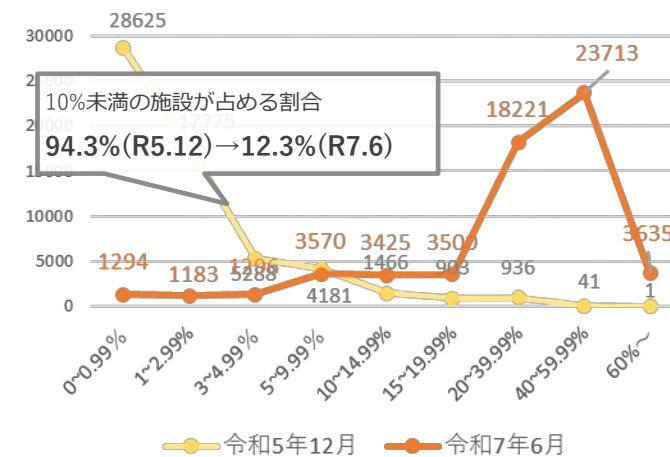
内科診療所



歯科診療所



薬局

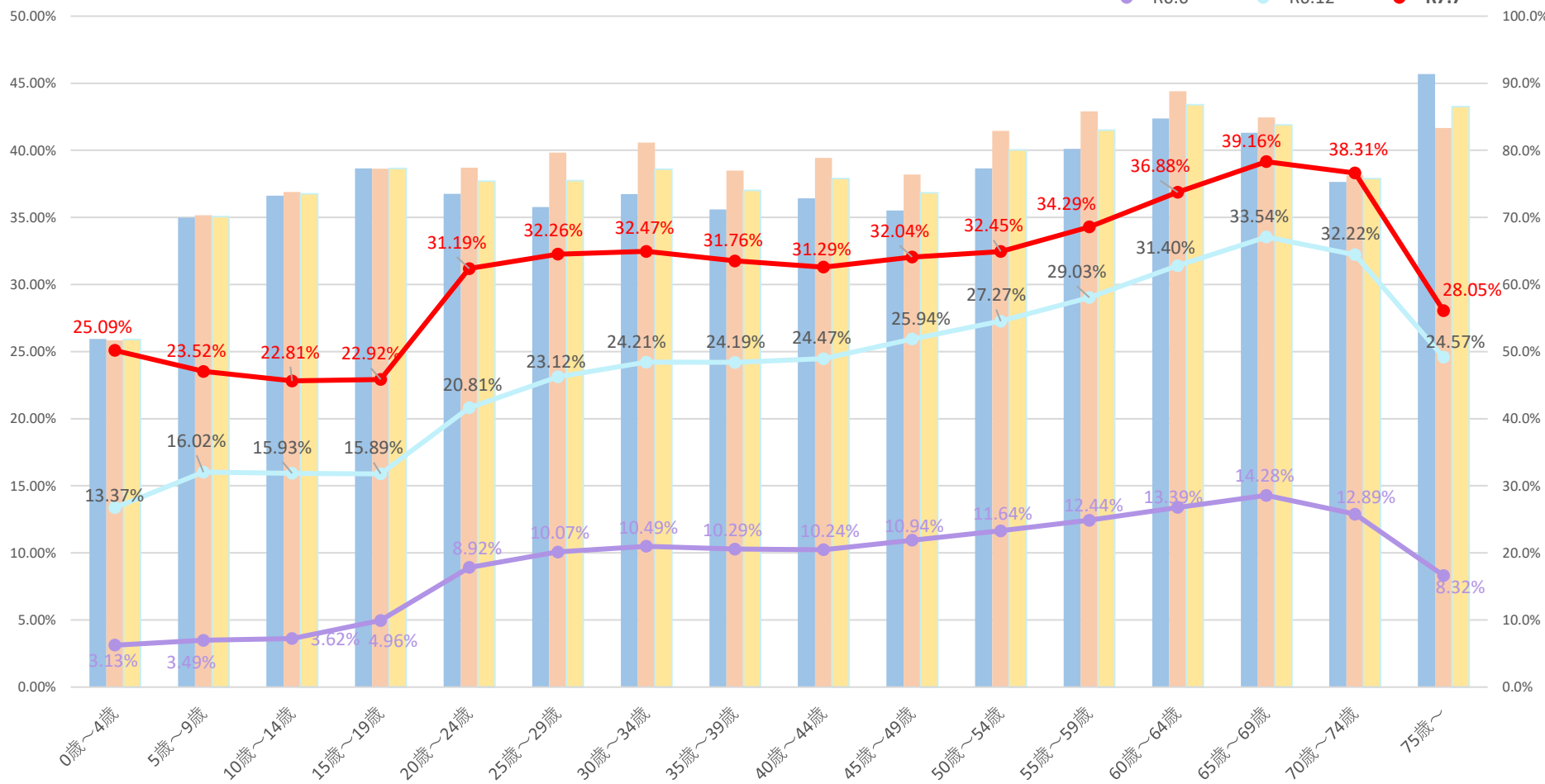


※ 利用割合 = MNC利用人数 / レセプト件数

※ レセプト件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：206,126(R5.12)、206,868(R7.6)）

マイナ保険証利用率（年齢階層別）

マイナカード保有率（右軸）： 男 女 全体
 マイナ保険証利用率（左軸）： R6.6 R6.12 R7.7



※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

※マイナカード保有率は令和7年3月時点のデータ

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和7年7月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和7年7月)は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	30.26% (+0.76%)
青森県	31.16% (+1.05%)
岩手県	34.46% (+0.43%)
宮城県	29.29% (+0.68%)
秋田県	29.69% (+0.76%)
山形県	33.93% (+0.56%)
福島県	37.16% (+0.39%)
茨城県	34.15% (+0.89%)
栃木県	35.55% (+0.83%)
群馬県	33.19% (+0.65%)
埼玉県	29.30% (+0.77%)
千葉県	34.25% (+1.09%)
東京都	28.62% (+0.55%)
神奈川県	31.08% (+0.82%)

全国	31.43% (+0.79%)
----	-----------------

都道府県名	利用率
新潟県	39.23% (+1.14%)
富山県	41.52% (+0.88%)
石川県	37.56% (+0.93%)
福井県	46.10% (+1.17%)
山梨県	30.46% (+0.96%)
長野県	28.59% (+0.91%)
岐阜県	31.00% (+0.96%)
静岡県	34.40% (+0.86%)
愛知県	28.90% (+0.79%)
三重県	30.03% (+0.78%)
滋賀県	35.60% (+1.03%)
京都府	33.87% (+0.05%)
大阪府	28.85% (+0.73%)
兵庫県	31.36% (+0.45%)
奈良県	32.82% (+1.35%)
和歌山県	25.62% (+1.24%)

都道府県名	利用率
鳥取県	34.18% (+0.64%)
島根県	39.35% (+1.04%)
岡山県	31.04% (+0.91%)
広島県	34.53% (+0.71%)
山口県	37.33% (+1.04%)
徳島県	31.36% (+0.98%)
香川県	32.93% (+0.85%)
愛媛県	25.66% (+0.86%)
高知県	27.96% (+0.74%)
福岡県	30.77% (+0.94%)
佐賀県	34.29% (+0.72%)
長崎県	32.49% (+0.90%)
熊本県	34.45% (+0.86%)
大分県	31.04% (+0.97%)
宮崎県	34.80% (+0.96%)
鹿児島県	37.48% (+1.23%)
沖縄県	18.98% (+0.40%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和7年6月の値からの変化量(%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	秋田	39.08%	220,154	563,380
2	(2)	新潟	39.01%	581,128	1,489,569
3	(3)	富山	38.54%	274,690	712,796
4	(4)	福井	38.25%	174,845	457,071
5	(5)	青森	37.40%	312,554	835,645
6	(6)	島根	36.67%	196,340	535,492
7	(7)	鹿児島	35.89%	449,384	1,252,019
8	(8)	静岡	35.65%	1,135,654	3,185,686
9	(9)	宮崎	35.06%	280,091	798,779
10	(10)	滋賀	34.67%	318,558	918,719
11	(11)	栃木	33.87%	503,602	1,486,869
12	(12)	山口	33.45%	436,603	1,305,159
13	(15)	千葉	33.16%	1,473,979	4,444,682
14	(13)	福島	32.57%	427,562	1,312,740
15	(17)	石川	32.47%	271,906	837,448
16	(14)	鳥取	32.24%	139,272	432,043
17	(19)	茨城	31.83%	573,409	1,801,359
18	(18)	山形	31.73%	304,485	959,487
19	(16)	岩手	31.72%	283,631	894,165
20	(20)	北海道	31.35%	1,073,060	3,422,621
21	(21)	香川	31.23%	207,268	663,775
22	(22)	群馬	30.51%	477,558	1,565,429
23	(23)	宮城	30.49%	602,327	1,975,211
24	(24)	神奈川	30.15%	2,532,665	8,398,993
25	(25)	熊本	29.29%	498,848	1,703,082
26	(28)	奈良	29.13%	295,223	1,013,378
27	(27)	山梨	29.08%	148,671	511,223
28	(31)	岐阜	28.67%	519,529	1,811,881
29	(26)	京都	28.50%	503,255	1,765,931
30	(29)	広島	28.40%	742,874	2,615,541

【病院】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	栃木	65.61%	191,843	292,386
2	(2)	山形	62.78%	110,192	175,519
3	(3)	新潟	61.97%	213,589	344,648
4	(5)	千葉	59.67%	527,460	884,025
5	(8)	富山	59.50%	161,133	270,825
6	(4)	茨城	59.34%	236,696	398,899
7	(7)	島根	58.71%	69,181	117,839
8	(9)	京都	57.95%	227,220	392,093
9	(6)	山梨	57.36%	63,203	110,192
10	(10)	石川	56.19%	136,642	243,167
11	(14)	鳥取	55.16%	51,839	93,980
12	(11)	滋賀	54.69%	102,488	187,395
13	(13)	香川	53.95%	84,296	156,240
14	(12)	岐阜	53.95%	152,821	283,287
15	(15)	宮城	53.90%	182,405	338,408
16	(20)	長野	53.63%	199,872	372,717
17	(17)	山口	53.54%	133,940	250,152
18	(16)	神奈川	53.45%	591,685	1,106,983
19	(18)	北海道	53.18%	565,332	1,062,974
20	(21)	福井	53.07%	87,527	164,929
21	(22)	奈良	52.48%	109,345	208,349
22	(23)	三重	51.83%	128,328	247,608
23	(19)	福島	51.71%	154,276	298,330
24	(25)	宮崎	51.64%	120,134	232,650
25	(24)	岩手	51.37%	106,579	207,468
26	(26)	広島	51.30%	238,714	465,369
27	(28)	大分	51.16%	124,675	243,701
28	(27)	青森	51.10%	115,924	226,843
29	(29)	静岡	50.72%	279,154	550,390
30	(30)	愛媛	50.47%	115,029	227,928

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(34)	愛媛	28.10%	276,351	983,354
32	(30)	兵庫	28.08%	1,280,474	4,560,697
33	(32)	埼玉	28.04%	1,533,623	5,469,346
34	(33)	三重	28.03%	464,336	1,656,363
35	(35)	長野	27.63%	396,772	1,435,779
36	(38)	大分	27.51%	229,857	835,510
37	(36)	東京	27.22%	3,634,266	13,350,716
38	(37)	愛知	27.21%	2,019,168	7,420,922
39	(39)	徳島	27.05%	137,066	506,788
40	(40)	岡山	26.87%	385,998	1,436,625
41	(41)	長崎	26.73%	344,715	1,289,491
42	(42)	大阪	26.53%	1,909,846	7,198,234
43	(43)	佐賀	26.15%	214,737	821,272
44	(44)	福岡	25.86%	1,293,759	5,002,278
45	(45)	高知	24.93%	95,589	383,495
46	(46)	和歌山	22.43%	190,668	849,993
47	(47)	沖縄	20.90%	181,293	867,267

【病院】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	秋田	50.25%	66,462	132,265
32	(32)	長崎	49.61%	125,339	252,642
33	(33)	東京	49.37%	940,750	1,905,326
34	(34)	鹿児島	48.88%	178,606	365,418
35	(35)	群馬	48.83%	151,994	311,246
36	(36)	埼玉	48.64%	488,000	1,003,218
37	(37)	兵庫	47.68%	380,856	798,793
38	(39)	岡山	47.61%	172,591	362,495
39	(38)	佐賀	46.94%	84,827	180,710
40	(41)	熊本	46.02%	179,303	389,644
41	(40)	大阪	45.86%	555,555	1,211,514
42	(42)	和歌山	44.44%	75,002	168,755
43	(43)	愛知	44.27%	489,668	1,106,215
44	(45)	福岡	43.38%	373,575	861,083
45	(44)	徳島	43.27%	78,483	181,386
46	(46)	高知	41.26%	65,961	159,848
47	(47)	沖縄	29.54%	64,269	217,573

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	宮崎	63.67%	92,210	144,822
2	(2)	富山	57.09%	95,601	167,455
3	(4)	三重	56.36%	147,454	261,611
4	(3)	岐阜	56.32%	178,154	316,303
5	(5)	山梨	56.21%	52,011	92,524
6	(6)	山口	55.15%	128,318	232,668
7	(8)	岩手	53.84%	83,174	154,476
8	(9)	鹿児島	53.78%	139,702	259,765
9	(7)	広島	53.56%	248,337	463,690
10	(10)	静岡	53.01%	335,988	633,855
11	(13)	山形	52.01%	90,583	174,159
12	(12)	石川	51.84%	83,165	160,437
13	(18)	奈良	51.80%	88,418	170,701
14	(14)	熊本	51.69%	150,790	291,694
15	(11)	福島	51.51%	128,656	249,765
16	(15)	京都	51.48%	161,042	312,814
17	(16)	和歌山	51.43%	51,781	100,676
18	(17)	滋賀	51.31%	98,632	192,218
19	(20)	福井	50.78%	53,626	105,596
20	(21)	長崎	50.48%	107,249	212,454
21	(19)	秋田	50.19%	67,059	133,613
22	(22)	愛知	49.74%	619,044	1,244,634
23	(23)	長野	49.67%	136,244	274,305
24	(24)	大分	48.13%	63,977	132,913
25	(25)	佐賀	47.23%	63,858	135,195
26	(26)	群馬	47.23%	149,306	316,156
27	(28)	栃木	46.39%	172,056	370,917
28	(27)	兵庫	46.26%	368,552	796,670
29	(29)	青森	45.92%	83,103	180,973
30	(30)	茨城	45.79%	194,188	424,116

【薬局】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	福井	49.94%	252,384	505,330
2	(2)	佐賀	39.04%	217,519	557,128
3	(3)	島根	36.02%	167,730	465,670
4	(4)	福島	35.62%	438,303	1,230,426
5	(6)	新潟	34.84%	651,410	1,869,529
6	(5)	富山	34.78%	276,229	794,306
7	(8)	山口	34.75%	421,920	1,214,206
8	(9)	広島	34.26%	722,327	2,108,585
9	(7)	石川	34.14%	256,034	749,911
10	(10)	熊本	33.84%	416,776	1,231,622
11	(14)	鹿児島	32.47%	415,899	1,280,729
12	(12)	長崎	31.72%	299,080	942,821
13	(13)	福岡	31.10%	1,193,046	3,835,831
14	(11)	京都	30.73%	536,127	1,744,355
15	(15)	岩手	30.47%	310,201	1,018,050
16	(16)	鳥取	30.23%	116,661	385,876
17	(19)	滋賀	29.89%	301,122	1,007,424
18	(20)	岡山	29.28%	370,635	1,265,662
19	(18)	栃木	29.28%	481,038	1,642,890
20	(17)	群馬	29.25%	378,912	1,295,411
21	(23)	茨城	28.95%	600,369	2,073,890
22	(22)	兵庫	28.90%	1,168,899	4,044,132
23	(21)	山形	28.85%	346,305	1,200,533
24	(25)	千葉	28.78%	1,352,243	4,698,148
25	(24)	香川	28.57%	202,145	707,590
26	(27)	奈良	28.49%	236,437	829,824
27	(26)	徳島	28.44%	125,933	442,856
28	(28)	静岡	27.69%	1,020,678	3,686,670
29	(29)	神奈川	27.10%	2,115,970	7,808,744
30	(31)	宮崎	26.54%	266,698	1,004,899

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(31)	福岡	45.27%	387,294	855,438
32	(32)	島根	45.27%	54,104	119,526
33	(33)	徳島	44.48%	44,788	100,688
34	(34)	大阪	43.01%	574,570	1,335,859
35	(35)	埼玉	42.40%	515,791	1,216,540
36	(38)	高知	41.42%	43,804	105,767
37	(37)	千葉	41.25%	472,598	1,145,569
38	(39)	新潟	40.78%	178,044	436,644
39	(36)	宮城	40.76%	183,187	449,402
40	(40)	神奈川	39.15%	683,401	1,745,533
41	(41)	香川	38.67%	63,104	163,182
42	(44)	鳥取	37.70%	41,894	111,114
43	(43)	岡山	37.35%	130,708	349,924
44	(42)	北海道	37.18%	395,937	1,065,058
45	(45)	愛媛	37.06%	93,012	250,961
46	(46)	沖縄	36.17%	44,716	123,644
47	(47)	東京	30.60%	991,253	3,239,254

【薬局】

順位	R7.6順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(30)	大分	26.32%	235,269	893,805
32	(32)	東京	26.28%	3,060,039	11,643,201
33	(33)	大阪	25.21%	1,586,474	6,291,825
34	(34)	岐阜	25.12%	440,232	1,752,593
35	(35)	埼玉	24.70%	1,524,902	6,173,349
36	(37)	愛知	24.47%	1,677,594	6,854,488
37	(36)	三重	24.45%	393,487	1,609,569
38	(38)	山梨	23.80%	166,152	697,977
39	(39)	北海道	23.43%	1,215,438	5,187,421
40	(40)	宮城	22.94%	572,753	2,497,023
41	(41)	高知	22.59%	100,428	444,542
42	(42)	青森	22.47%	321,209	1,429,393
43	(45)	和歌山	21.63%	166,546	769,882
44	(43)	秋田	21.26%	270,820	1,274,024
45	(44)	長野	20.71%	361,036	1,743,490
46	(46)	愛媛	18.19%	266,021	1,462,328
47	(47)	沖縄	13.49%	149,348	1,107,307

外来診療等におけるスマホ搭載対応について

- iPhoneへの電子証明書の搭載後、Androidも含めて、スマホ搭載されたマイナ保険証の使用について一部の医療機関等（15施設）において実証事業を実施予定。
- 実証事業において窓口での動作確認やスマホ保険証を用いた資格確認時に生じるエラー等の検証を行った後、導入を希望する医療機関等より順次、スマホ保険証の利用を開始する想定。

令和7年度の実施スケジュール（想定）

	令和7年度（2025年度）						
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
スマホ搭載対応			★ ※iPhoneへの電子証明書の搭載 (令和7年6月24日)	一部医療機関等で 実証事業 (7/1～7/18、8/4～8/15の 2回に分けて実施)		全医療機関へ スマホ対応機能開放 ※	
					汎用CRの導入支援		

※環境が整った医療機関等から徐々に運用開始
(全医療機関に導入を義務付けるものではない)

実証事業の概要

先行してスマホ搭載対応の環境が整備された医療機関等において、患者がスマホ保険証を用いた場合の資格確認が問題なく実施されるか、以下の観点を念頭において確認する。

- 患者向け : スマホをかざす場所や画面操作方法に分かりづらい点がないか、マイナンバーカードと同じようにご利用いただけるか
- 医療機関等向け : 導入のための機器設定や運用に分かりづらい点がないか、誤操作等に起因するエラーにより窓口が混乱することはないか など

※実証事業を実施する医療機関等については、病院：4施設、医科診療所：7施設、歯科診療所：2施設、薬局：2施設。

スマートフォンでの保険証利用について

スマートフォンでのマイナ保険証は、スマホ用電子証明書の搭載準備を行った上で、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーで操作をした上で、汎用カードリーダーにかざして利用。

事前準備

○ (iPhoneのみ) 生体認証 (Face ID・Touch ID 等) の登録

※iPhone本体の生体認証 (Face IDまたはTouch ID) が登録されていることが
スマホ用電子証明書の登録 (発行) には必要です。

○ スマホ用電子証明書の利用申請

※申請にはマイナンバーカードと署名用電子証明書 (原則15歳以上に発行) が必要です。

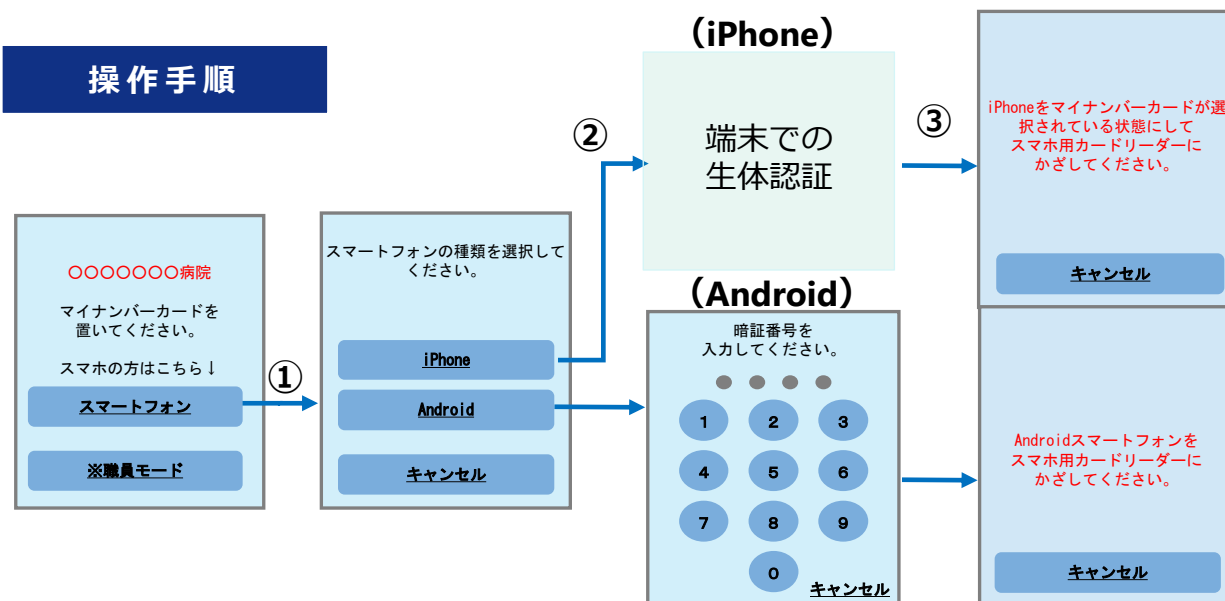
○ スマートフォンへの電子証明書の登録

※マイナ保険証の利用登録がお済みでない方は、あわせてマイナポータル上から登録可

(参考) 汎用カードリーダーの設置イメージ



操作手順



【操作の流れ】

- ①顔認証付きカードリーダーでスマホ利用を選択
- ②該当する端末を選び、対応する本人認証を実施
- ③スマホを汎用CRにかざし電子証明書を読み取る

⇒マイナンバーカード利用時と同様に、顔認証付きカードリーダーで同意情報を入力

※初めて受診する医療機関にはマイナンバーカードもあわせてお持ち下さい

厚生労働省発保 0827 第 1 号
令和 7 年 8 月 27 日

中央社会保険医療協議会
会 長 小 塩 隆 士 殿

厚生労働大臣
福 岡 資 麿

諮 問 書

（スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直しについて）

健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 82 条第 1 項、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）第 59 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項（船員保険法第 54 条第 2 項及び第 58 条第 2 項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 46 条において準用する健康保険法第 82 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 71 条第 1 項の規定に基づき、スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う資格確認方法の所要の見直しについて、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙「マイナ保険証の利用促進等について」（令和 7 年 8 月 27 日第 615 回中央社会保険医療協議会総会資料総－4）に基づき行っていただくよう求めます。

「マイナ保険証の利用促進等について」（令和 7 年 8 月 27 日第 615 回中央社会保険医療協議会総会資料総－ 4）（抄）

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備
（資格確認方法）

何らかの事情によりスマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずマイナ保険証で資格確認が行えなかった場合については、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。

スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う 資格確認方法の所要の見直しについて

第1 基本的な考え方

スマートフォンでのマイナ保険証の利用が令和7年9月から開始されることに伴い、当該方法により資格確認が実施できなかった場合の資格確認方法を定めるため、必要な改正を行う。

第2 具体的な内容

- 保険医療機関等が、電子資格確認により患者の療養の給付を受ける資格を確認できない場合の資格確認方法については、保険医療機関及び保険医療養担当規則第三条第一項第四号等に規定する厚生労働大臣が定める方法（令和6年厚生労働省告示第351号）において規定しているところ、スマートフォンでのマイナ保険証利用により資格確認が実施できなかった場合には、その場で、患者の提示するスマートフォンを用いて、マイナポータルを通じて取得した当該被保険者の保険資格に係る情報により確認することを新たな資格確認方法として追加する。

改 定 案	現 行
<p>保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第三条第一項第四号、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第三条第一項第五号及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第八条第一項第四号に規定する厚生労働大臣が定める方法は、当分の間、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることを確認できない場合に限り、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 （略）</p> <p>二 （略）</p>	<p>保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第三条第一項第四号、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第三条第一項第五号及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第八条第一項第四号に規定する厚生労働大臣が定める方法は、当分の間、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第三条第十三項に規定する電子資格確認によって療養の給付を受ける資格があることを確認できない場合に限り、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 （略）</p> <p>二 （略）</p>

<p>三 <u>患者の提示する移動端末設備（電気通信事業法（昭和五十九年法律第八十六号）第十二条の二第四項第二号ロに規定する移動端末設備をいい、当該移動端末設備に組み込まれた電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成十四年法律第百五十三号）第三十五条の二第一項に規定する電磁的記録媒体に同項に規定する移動端末設備用利用者証明用電子証明書が記録されているものに限る。）を用いて情報提供等記録開示システムを通じて取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報</u></p>	<p>（新設）</p>
<p>四 （略）</p>	<p>三 （略）</p>

※ その他、所要の改正を行う。

補足資料

スマートフォンでのマイナ保険証の利用開始に伴う
資格確認方法の所要の見直しについて

スマートフォンでのマイナ保険証の利用に向けた環境整備 (資格確認方法)

何らかの事情によりスマートフォンのマイナンバーカードが読み取れずマイナ保険証で資格確認が行えなかった場合については、その場でマイナポータルにログインし、表示された資格情報の画面を提示することで資格確認を行う。

マイナンバーカードか、マイナ保険証として利用可能なスマートフォンを
カードリーダーにかざすようご案内ください

何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合

何らかの事情でスマートフォンの
読み取りに失敗した場合

確認できた

問題なし

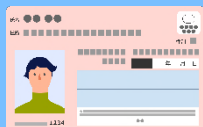
マイナンバーカード
を持っていない方の
場合

健康保険証
(~2025.12/1)

資格確認書
(2024.12/2~)

資格確認書 有効期限
XXXX
氏名 山田太郎
負担割合 3割
保険者名 ●●●

マイナ保険証
カード



スマホ



※カードは電子証明書の
有効期限後3カ月間は
オンライン資格確認可

告示第4号(旧第3号)

【患者が提示可能な場合】

マイナポータル画面

資格情報のお知らせ

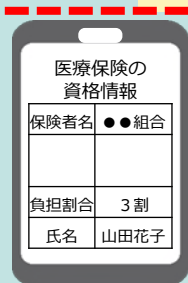
【再診の場合】

【初診の場合】

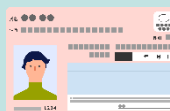
被保険者資格申立書

告示第2号

告示第1号



※マイナポータルから
ダウンロードしたPDF
ファイルも可



告示新第3号

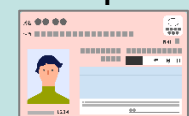
その場でマイナポータル
にログインし、表示され
た資格情報の画面を提示

資格情報のお知らせ
●●組合
氏名 山田花子
負担割合 3割
受診の際
マイナ保険証が必要



過去の受診で
請求に必要な
資格情報を把
握していれば、
患者への口頭
確認

被保険者資格申立書
署名 山田太郎



(事後に確認)

患者には適切な自己負担分(3割分等)の支払を求めてください

現行の医療機関等における資格確認方法に関する規定

◎ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）（抄）

（受給資格の確認等）

第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

一 **健康保険法**(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)**第三条第十三項に規定する電子資格確認**(以下「電子資格確認」という。)

二 **患者の提出し、又は提示する資格確認書**

三 **当該保険医療機関が、過去に取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報**(保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。)**を用いて、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、あらかじめ照会を行い、保険者から回答を受けて取得した直近の当該情報を確認する方法**(当該患者が当該保険医療機関から療養の給付(居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護に限る。))を受けようとする場合であつて、当該保険医療機関から電子資格確認による確認を受けてから継続的な療養の給付を受けている場合に限る。)

四 **その他厚生労働大臣が定める方法**

2～4 (略)

◎ 保険医療機関及び保険医療養担当規則第三条第一項第四号等に規定する厚生労働大臣が定める方法（令和6年厚生労働省令第351号）

保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第15号)第三条第一項第四号、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第16号)第三条第一項第五号及び指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準(平成十二年厚生省令第80号)第八条第一項第四号に規定する厚生労働大臣が定める方法は、当分の間、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第三条第十三項に規定する電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることを確認できない場合に限り、次の各号に掲げるものとする。

一 **患者の提示する個人番号カード**(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成二十五年法律第二十七号。次号において「番号利用法」という。))**第二条第七項に規定する個人番号カードをいう。同号において同じ。)****及び資格情報通知書**(健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第36号)第五十一条の三第一項、船員保険法施行規則(昭和十五年厚生省令第5号)第四十条の三第一項、国民健康保険法施行規則(昭和三十三年厚生省令第53号)第七条の三第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則(平成十九年厚生労働省令第29号)第二十条第一項に規定する資格情報通知書をいう。)

二 **患者の提示する個人番号カード及び番号利用法附則第六条第三項に規定する情報提供等記録開示システムを通じて取得した当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報が記録されたもの**

三 **保険医療機関等**(健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。)**又は指定訪問看護事業者**(同法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者をいう。)**が、利用者証明用電子証明書**(電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律(平成十四年法律第百五十三号)第二十二条第一項に規定する利用者証明用電子証明書をいう。以下同じ。))**の発行を受けた患者であつて、当該利用者証明用電子証明書の有効期間が満了した日から当該日の属する月の末日から起算して三月を経過した日までの間にあるものについて、当該利用者証明用電子証明書に記録された利用者証明利用者検証符号**(同法第二条第五項に規定する利用者証明利用者検証符号をいう。))**に対応する利用者証明利用者符号**(同項に規定する利用者証明利用者符号をいう。))**を用いた本人確認を行った上で、保険者に対し、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法により、当該患者の被保険者又は被扶養者の資格に係る情報**(保険給付に係る費用の請求に必要な情報を含む。))**の照会を行い、保険者から回答を受けることによりその資格を確認する方法**