

訪問看護 （改定の方角性）

1. これまでの分科会における主なご意見
2. 現状と課題及び論点
3. 参考資料



1. これまでの分科会における主なご意見

2. 現状と課題及び論点

3. 参考資料

これまでの分科会における主なご意見①

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいた
ご意見について事務局の責任で整理したもの

<訪問看護>

(質の高い安定したサービスの提供について)

- 令和8年度介護報酬改定で介護職員等処遇改善加算の対象に新たに訪問看護事業所等が含まれ、多くのサービスで加算率が引き上げられたが、物価高騰の影響が依然として大きく、人材確保が困難との声も多いため、他産業と遜色のない賃金引上げが可能となるよう、さらなる処遇改善を進めていく必要がある。
- 従事者の高齢化等、事業所の持続可能性に係る課題が示されており、地域偏在への対応を含め、訪問系事業所の安定的な運営がかなうよう、人材確保策の充実・強化とともに、課題に対応するための報酬上の評価の充実が必要と考える。
- 医療ニーズの高い在宅療養者が増加している中、入院加療後の在宅療養への円滑な移行に向けて、医療機関と訪問看護の連携の下に、入院前から入院中、退院前、そして退院後早期の支援の充実や、状態の変化があった場合に緊急訪問等を通じて在宅療養者のニーズに的確に対応できる訪問看護体制の評価を強化し、推進する必要がある。
- 医療保険では、機能強化型訪問看護管理療養費において、訪問看護の体制強化に対する評価の枠組みがあるが、介護保険においても、重度者の状態の変化に対する体制強化や、地域の医療機関との人材交流・研修等の取組を含め、切れ目ない看護体制に取り組む事業所への評価が必要である。
- 関係機関との連携、より質の高いサービスを効果的・効率的に提供する観点から、訪問看護事業所と医療・介護の関係施設・事業所の情報連携にICTの活用については、医療保険で評価されており、介護保険においても同様の評価が必要である。
- 医療機関の医師との連携において、診療報酬では医師のオンライン診療に当たってのD to P with Nに関する評価が新設されたことを受け、介護保険でも事務連絡で措置されたが、今後、高齢者の居宅を中心とした療養を支えるために、介護報酬体系に位置づける必要がある。
- 訪問看護事業所では、認定看護師などの専門性の高い看護師が、利用者が住み慣れた地域で療養継続できるよう、専門的な看護を提供するとともに、地域での相談支援などの役割も担っており、現在、専門管理加算の評価対象となっていない認知症ケアあるいは摂食嚥下障害への対応等についても拡大が必要である。
- 看護体制強化加算は、実態を踏まえた上で要件を見直す必要があり、特に、ターミナル期に介護保険から医療保険に最期は切り換わるケースがかなり多く、同じステーションで手厚くターミナルケアを行っている場合、切り換えた件数分の介護報酬側の評価について検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見②

※第256回以降の介護給付費分科会でいただいた
ご意見について事務局の責任で整理したもの

<訪問看護>

(サービス提供の在り方について)

- リハビリテーションの提供が主体となっている事業所もあり、訪問看護の役割も踏まえて、サービス内容や実態に応じた評価などの見直しが必要である。
- 訪問看護ステーションの中には、リハ職の方が看護職より多い場合もあり、本来のあるべき訪問看護あるいは訪問看護ステーションとは乖離した状況であり、報酬改定であるべき姿に誘導をかけていくべきである。
- 本来、訪問看護は看護師による訪問看護を適切に評価するべきであり、訪問看護ステーションからのリハ職の訪問と、訪問リハビリテーション事業所からのリハ職の訪問をきちんと分けて、適切に評価する必要がある。
- 単身の高齢者等が増える中、訪問看護による予防ケアの機能に着目し、要介護度に関わらず必要な訪問看護が入れるような検討が必要ではないか。

これまでの分科会における主なご意見③

介護給付費分科会における関係団体等意見交換会においては、以下について要望があった。

【公益財団法人 日本訪問看護財団、一般社団法人 全国訪問看護事業協会】

- 病院で働く看護職員との賃金格差が広がっている。訪問看護の需要が全国的に高まっていくことが見込まれる中では、病院等からの人材移動が生じることも見据え、格差の是正が必要である。また、継続的な賃上げ額にも地域差が生じており、持続的な処遇の確保の観点では、地域の実情に応じた経営環境の中で安定的に処遇を担保するため、これまでの処遇改善加算等の賃金改善施策による賃金上昇分を本体報酬に溶け込ませ、経済状況の動向に合わせた加算による柔軟な対応が不可欠である。
- 「新たな地域医療構想に関する取りまとめ」や「令和6年度介護報酬改定に関する審議報告 今後の課題」においても、24時間対応が期待されている一方、緊急時訪問看護加算を算定する事業所の初回の夜間帯等の緊急訪問については、加算算定ができない要件となっている。訪問看護師にとっては夜間対応の負担も大きく、人材確保、サービス提供体制維持の観点から確実な手当の支給につながる原資として、本加算の要件を見直されたい。
- 85歳以上の高齢者の急増が見込まれ、高齢者救急も増加が見込まれるなか、入院時に看護サマリー等の文書を求められるケースも増えている。在宅療養中の医療や看護の概要を整理するのには相応の時間を要しており、その効果も確認されているところ、今後更なる医療と介護の連携が求められる中では、これらの取組に係る評価が必要である。
- 認知症看護、ケアに関する専門の研修を修了した看護師が、医療・介護の視点でアセスメントし、利用者の特性に応じて介入することで、BPSD25Qの得点が低下するなどの効果も確認されている。こうした取組については、現行の専門管理加算の対象とするなどの検討をお願いしたい。

1. これまでの分科会における主なご意見



2. 現状と課題及び論点

3. 参考資料

論点①：在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化	8
論点②：訪問看護におけるＩＣＴ等の活用の推進	35
論点③：期待される役割を踏まえた評価の見直し	43
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	58

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し②

- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(事故発生時の対応等)

第二十八条 (略)

3 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。

(記録の整備)

第三十条 (略)

2 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する**次に掲げる**記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

当該記録については、正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない。

- 一 訪問看護記録書
- 二 訪問看護指示書
- 三 訪問看護計画書
- 四 訪問看護報告書
- 五 市町村等に対する情報提供書
- 六 市町村等との連絡調整に関する記録



【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（通知）】

(27) 事故発生時の対応等（基準省令第28条関係）
(略)

③ 同条第3項は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理の体制を確保するため、安全管理に関する考え方、事故発生時の対応方法等を文書化し、発生した事故等について、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる体制を整備することを規定するものであること。



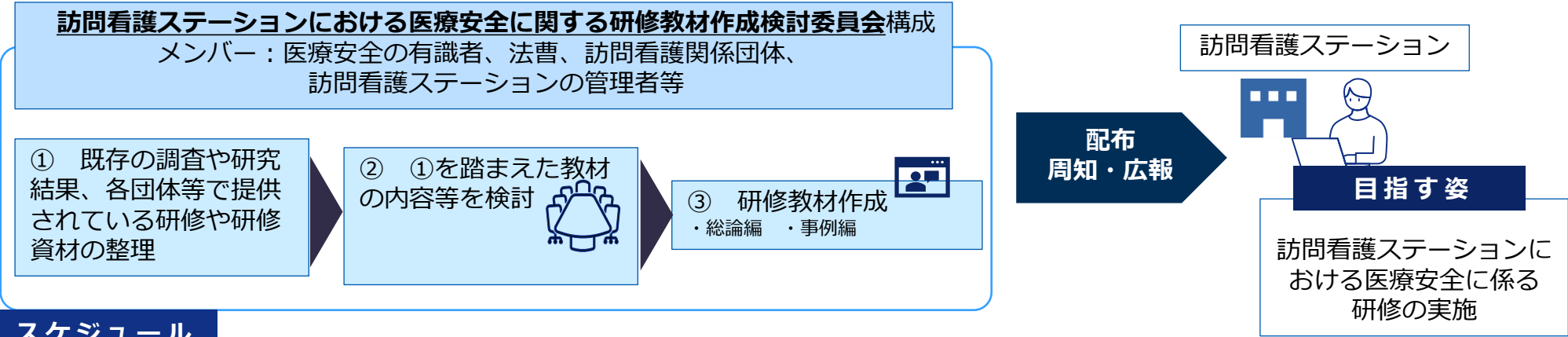
指定訪問看護ステーションの従業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策等についての研修を受講していることが望ましい。

背景・目的

- 訪問看護における医療事故・ヒヤリハット事例が一定程度発生していることが報告された※。現行、医療機関においては、医療法で従業者に対する医療の安全を確保するための研修が義務づけられているが、訪問看護ステーションにおいては同様の規定がない。
※ R6～7年度 厚生労働科学研究費「訪問看護サービスの安全管理に係る多角的・科学的エビデンス構築」（研究代表者山本則子）、
R1～3年度 厚生労働科学研究費「実証研究に基づく訪問看護・介護に関連する事故および感染症予防のガイドライン策定のための研究」（研究代表者柏木聖代）
- 今後、在宅医療のニーズの増加が見込まれるなか、在宅医療を担う訪問看護において安心・安全な訪問看護を提供し、医療の質の向上を図ることを目的に訪問看護ステーションで活用できる医療安全研修の教材を作成する。

事業の概要

訪問看護ステーションにおける安全管理に関する既存調査や研究結果、各団体で現に提供されている研修や教材等を整理し、それらを参考とし、今後現場で活用することができる研修資材を作成する。



スケジュール

R7.5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R8.1月	2月	3月
準備 委員会設置等	① 既存調査や研究結果、現状の研修等の整理	② 研修教材の内容検討	③ 研修教材作成				完成 周知広報			

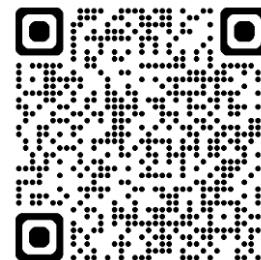
訪問看護ステーションで活用可能な医療安全に関する研修教材等

- 今後、在宅医療のニーズの増加が見込まれるなか、在宅医療を担う訪問看護において安心・安全な訪問看護を提供し、医療の質の向上を図ることを目的に、「訪問看護における医療安全に関する研修教材作成事業」（令和7年度看護職員確保対策特別事業）において、訪問看護ステーションで活用できる医療安全研修の教材を作成。
- 1部（約15分）はドラマ形式で医療安全活動の一連を説明、2部（約20分）は講義形式で医療安全の概要と訪問看護における特徴を説明。番外編（約40分）では、医療事故における法的責任について弁護士が専門的内容をわかりやすく解説。



日本訪問看護財団 ホームページ

<https://www.jvnf.or.jp/kenkyu/kaihatsu/>



参考：令和8年診療報酬改定（指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し）

- 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（事故発生時の対応等）

第二十八条（略）

3 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

（27）事故発生時の対応等（基準省令第28条関係）
（略）

③ 同条第3項は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理の体制を確保するため、安全管理に関する考え方、事故発生時の対応方法等を文書化し、発生した事故等について、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる体制を整備することを規定するものであること。

指定訪問看護ステーションの従業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策等についての研修を受講していることが望ましい。

本研修教材による研修は令和8年度診療報酬改定で新たに規定された医療安全に関する研修に該当。

（「疑義解釈資料について（その2）」（別添6）問2
（厚労省保険局医療課より発出（令和8年4月1日付））

居宅サービス、地域密着型サービスにおける安全管理体制に関する基準等

社保審－介護給付費分科会

第263回（R8.8.28）

資料3

○ 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生労働省第令37号）（抄）

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第37条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

※ 地域密着型サービスにおいても同様に規定されている。

○ 指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）（抄）

（事故発生の防止及び発生時の対応）

第35条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

一 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。

二 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備すること。

三 事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

現状と課題

- 各サービスの運営基準等において、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村や利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならないと規定されている。
- 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院）については、運営基準において、事故の発生又はその再発を防止するため、①事故発生防止のための指針の整備、②事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制の整備、③事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施、④これらを適切に実施するための担当者の設置をしなければならないこととされている。
- 介護保険制度の見直しに関する意見（以下「意見書」という。）には、介護現場においてより良いケア等を実現し、利用者のQOLを向上させる観点から、事業所における事故発生の防止を推進することが重要であり、全国レベルで必要な情報の収集や分析を行い、事故発生の防止に有用な情報を介護現場にフィードバックすることが必要であることが盛り込まれた。こうした意見を踏まえ、国としては、事故情報の収集（システム・DB構築）・分析・活用による全国的な事故防止のPDCAサイクルの構築、報告様式の標準化を行うこととしている。
- 居宅・通所サービス事業所等における安全対策の取組状況は、事故発生防止のための指針を「事業所単独で策定している」と回答した事業所が54.5%、安全管理担当者を「事業所単独で配置している」と回答した事業所が52.0%、安全対策委員会を「事業所内のみの単独で設置している」と回答した事業所が40.8%、安全管理に関する職員研修を「事業所内のみの単独で実施している」と回答した事業所が56.6%であった。
- 自治体における居宅・通所系サービスから報告された事故情報の活用状況は、「介護事故報告を提出した事業所に対して指導や支援を行うために活用する」と回答した都道府県が55.3%、市区町村が49.6%であった。

論点

- 介護現場の安全性の確保に関して、介護保険施設のほか、現行運営基準に安全管理措置の規定がない居宅サービス事業所等における実効性のある事故発生予防・再発防止を推進する観点から、どのような方策が考えられるか。

訪問看護事業所における医療安全管理体制の整備状況

○訪問看護事業所において、「事業所全体で事故等の事例を共有する体制」があるとの回答が94.9%と最も多かった。
○次いで、体制ありの回答が多かったのは「安全管理に関する担当者・係がいる」で92.2%であった。

■事業所の医療安全体制の整備状況（n＝855）

医療安全管理体制の項目	体制あり	体制なし
事業所全体で事故等の事例を共有する機会や体制がある	94.9%	5.1%
安全管理に関する担当者・係がいる	92.2%	7.8%
事故発生時の具体的な対応手順が文書化されている	89.9%	10.1%
事故防止と安全管理についてスタッフ全員に教育・研修の機会がある	76.8%	23.2%
事業所の安全管理についてスタッフ間で検討する場が定期的にある	60.4%	39.6%
他事業所で起きた事象事例について情報共有される機会がある	59.1%	40.9%
褥瘡リスクの評価対策について該当する全ての利用者に計画・実施・評価をしている	51.8%	48.2%
安全文化の醸成（事故発生時の当事者スタッフへのサポート体制/報告しやすい環境など）	50.2%	49.8%
安全管理に対する基本理念を定期的に示している	44.6%	55.4%

緊急時訪問看護加算の算定状況

社保審－介護給付費分科会

第259回（R8.6.29）

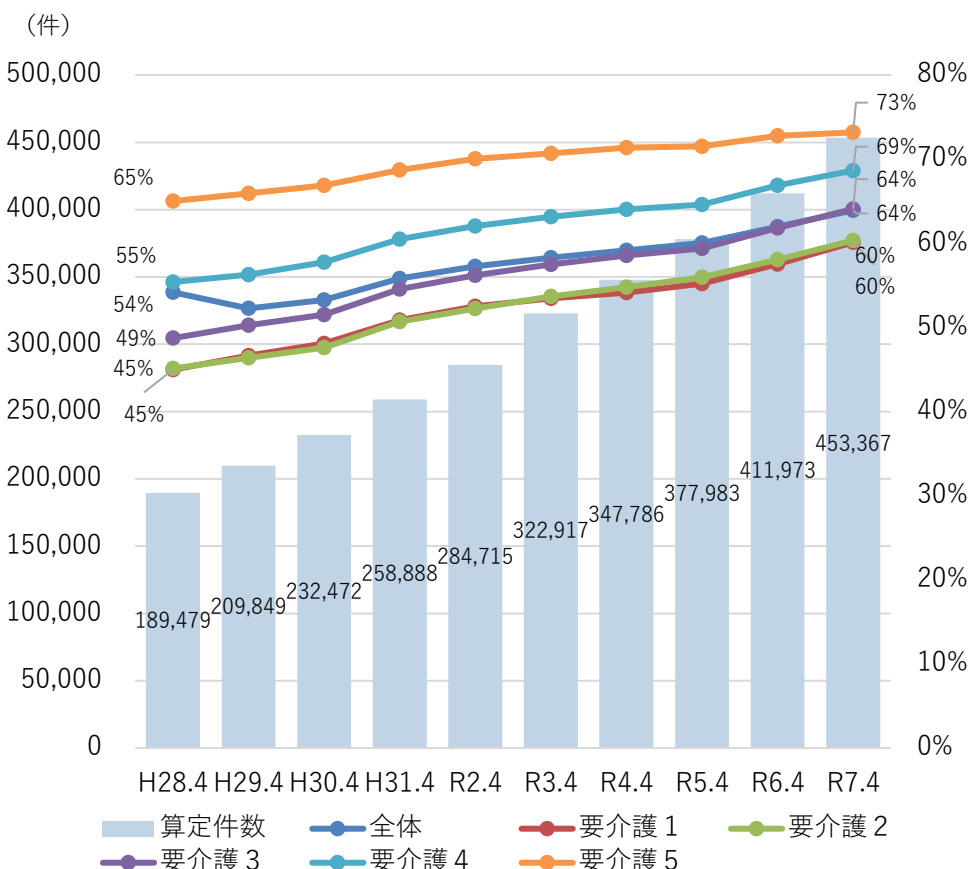
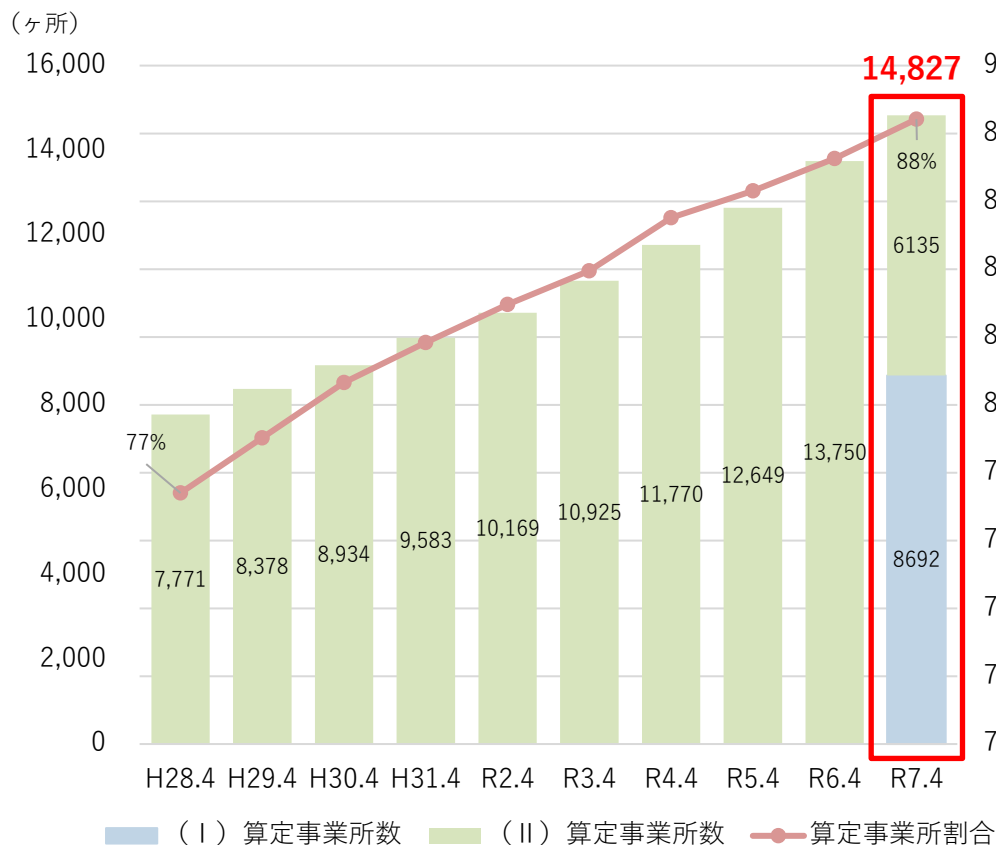
資料 3

○緊急時訪問看護加算の算定事業所数は増加傾向にあり、事業所の算定割合は8割を超えている。

■緊急時訪問看護加算の算定事業所数と事業所割合

■要介護度別の緊急時訪問看護加算の算定者の割合

※令和6年度改定の際に緊急時訪問看護加算（Ⅰ）が新設され、それまでの緊急時訪問看護加算は（Ⅱ）の区分となった。



緊急時訪問看護加算（Ⅰ）訪問看護ステーション600単位、病院・診療所325単位（1月あたり）
（Ⅱ）訪問看護ステーション574単位、病院・診療所315単位（1月あたり）

※令和6年度より（Ⅰ）と（Ⅱ）の事業者数・割合を合算して計上

緊急時訪問看護加算（Ⅰ）：下記①②を満たす、緊急時訪問看護加算（Ⅱ）：①を満たす
①利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること
②緊急時訪問における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備が行われていること

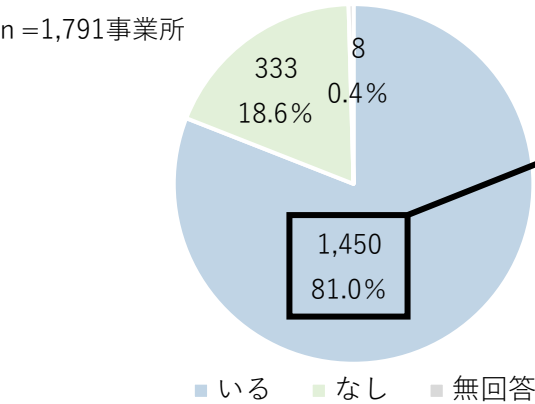
各報酬における時間外（早朝・夜間、深夜）の緊急訪問時に算定可能な加算の要件

介護報酬	診療報酬
■指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（抄）（平成十二年厚生省告示第十九号） 別表 5 イ及びロについて、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の25に相当する単位数を所定単位数に加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の50に相当する単位数を所定単位数に加算する。	■訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（抄）（平成二十年三月五日）（厚生労働省告示第六十七号） 13 1及び2（いずれもハを除く。）については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として、同一日に、当該加算、区分番号01-2の注9に規定する夜間・早朝訪問看護加算又は区分番号04の包括型訪問看護療養費を算定する利用者（同一建物居住者に限る。）の合計人数に応じ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。 イ 同一建物内1人又は2人 2,100円 ロ 同一建物内3人以上9人以下 （1）月15日目まで 2,100円 （2）月16日目以降 1,900円 ハ 同一建物内10人以上19人以下 （1）月15日目まで 1,800円 （2）月16日目以降 1,300円 ニ 同一建物内20人以上49人以下 （1）月15日目まで 1,200円 （2）月16日目以降 950円 ホ 同一建物内50人以上 （1）月15日目まで 1,000円 （2）月16日目以降 800円
■指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） (11) 早朝・夜間、深夜の訪問看護の取扱い 訪問介護と同様であるので、2(13)を参照されたい。なお、20分未満の訪問の場合についても、同様の取扱いとする。 2(13) 早朝・夜間、深夜の訪問介護の取扱い 居宅サービス計画上又は訪問介護計画上、訪問介護のサービス開始時刻が加算の対象となる時間帯にある場合に、当該加算を算定するものとする。なお、利用時間が長時間にわたる場合に、加算の対象となる時間帯におけるサービス提供時間が全体のサービス提供時間に占める割合がごくわずかな場合においては、当該加算は算定できない。 (18) 緊急時訪問看護加算について ③ 当該月において計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行った場合については、当該緊急時訪問の所要時間に応じた所定単位数(准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90)を算定する。この場合、居宅サービス計画の変更を要する。 なお、<u>当該緊急時訪問を行った場合には、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できないが、1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。</u>	■訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（抄）（保発0305第19号） 11(1) 注13に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合に、注14に規定する深夜訪問看護加算は、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合に、それぞれ算定する。 (2) (1)の場合については、利用者又はその家族等の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。 (3) (1)の<u>夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算は緊急訪問看護加算と併算定が可能である</u>こと。 (4) (1)の夜間・早朝訪問看護加算について、訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合にあっては、同一建物居住者で同一日に、当該加算、精神科訪問看護基本療養費の注9に規定する夜間・早朝訪問看護加算又は包括型訪問看護療養費を算定する利用者の合計人数及び当該加算、精神科訪問看護基本療養費の注9に規定する夜間・早朝訪問看護加算又は包括型訪問看護療養費の合計算定日数により「月15日目まで」と「月16日目以降」の区分に応じて算定する。 (5) (1)の深夜訪問看護加算について、訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合にあっては、同一建物居住者で同一日に、当該加算、精神科訪問看護基本療養費の注10に規定する深夜訪問看護加算又は包括型訪問看護療養費を算定する利用者の合計人数及び当該加算、精神科訪問看護基本療養費の注10に規定する深夜訪問看護加算又は包括型訪問看護療養費の合計算定日数により「月15日目まで」と「月16日目以降」の区分に応じて算定する。

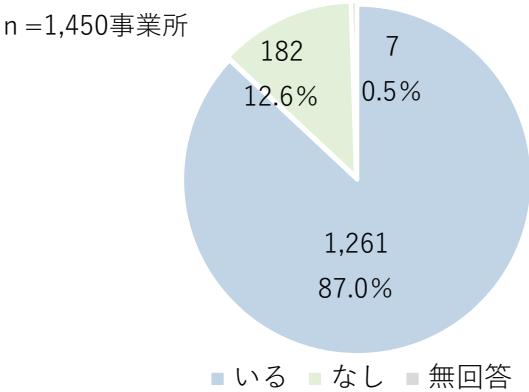
時間外に緊急訪問を行った場合の評価の現状

- 現行の報酬算定のルール上、緊急時訪問看護加算を届け出ている事業所において、時間外に緊急訪問を行った場合、月の初回は早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は算定できないが、2回目以降の緊急時訪問の場合には当該加算が算定できることになっている。
- 実際に、医療ニーズのある利用者が増えているなか、時間外に緊急訪問を行っている実態がある一方で、その訪問が月の初回である場合には加算を算定できなかった利用者もいる。

緊急時訪問看護加算を算定する利用者がある事業所の割合
(令和7年12月～令和8年2月)



緊急時訪問看護加算を算定する利用者がある事業所のうち、実際に緊急訪問した事業所の割合



緊急時訪問看護加算を算定する利用者がある事業所のうち、実際に緊急訪問した事業所の内訳

加算対象となる時間帯	緊急時訪問看護加算を算定する利用者の有無別の事業所数	左記のうち、緊急訪問が初回であり加算算定できなかった利用者の有無別事業所数	1事業所あたり、緊急訪問が初回であり加算算定できなかった利用者数（令和7年12月～令和8年2月の3ヶ月間）
夜間 （午後6～10時）	夜間の緊急訪問有り：913事業所	加算算定できなかった利用者有り：570事業所	1.2人
	夜間の緊急訪問無し：338事業所	—	—
深夜 （午後10時～午前6時）	深夜の緊急訪問有り：618事業所	加算算定できなかった利用者有り：334事業所	0.8人
	深夜の緊急訪問無し：631事業所	—	—
早朝 （午前6時～午前8時）	早朝の緊急訪問有り：534事業所	加算算定できなかった利用者有り：304事業所	0.6人
	早朝の緊急訪問無し：716事業所	—	—

サテライトに関して国が事務連絡で示している設置要件について

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

介護保険最新情報

今回の内容

訪問看護事業所の出張所

（いわゆる「サテライト」）の設置について

計1枚（本紙を除く）

Vol.530

平成28年3月25日

厚生労働省老健局老人保健課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3962、3949)
FAX：03-3595-4010

○出張所（いわゆる「サテライト」）設置の要件について

- ① 利用申込みに係る調整、指定訪問看護の提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
- ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されていること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所との間で相互支援が行われる体制（例えば、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。
- ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
- ④ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
- ⑤ 人事、給与、福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること

都道府県等におけるサテライトの設置状況

- 訪問看護 1 事業所あたりのサテライトの設置数を制限している都道府県等※は28自治体、そのうち制限の上限の最大値は 3 件であった。 ※都道府県、政令市、中核市を指す。
- サテライト設置の届出受理後、訪問看護 1 事業所あたりのサテライトの設置数の最大値を把握している都道府県等は 92自治体、サテライトの設置数の最大値は47件であった。

■訪問看護 1 事業所あたりのサテライト設置数の制限の有無
(n=127)

あり	なし
28	99



■自治体が設けている訪問看護 1 事業所あたりのサテライト設置数の上限 (n=28)

上限	自治体数
0	2
1～3	26

■訪問看護 1 事業所あたりのサテライト設置数の最大値の把握の有無
(n=127)

あり	なし
92	35



■自治体が把握している訪問看護 1 事業所あたりのサテライト設置数の最大値 (n=92)

最大値	自治体数
0	6
1	34
2	26
3	12
4	4
5	6
6～10	2
11以上	2
1事業所当たりの最大値	47

訪問看護ステーションのサテライトの設置に係る自治体の要件（例）等

- 設置要件の詳細は国からは事務連絡で示しており、各自治体が解釈の範囲で設けている要件は様々である。
- サテライトの訪問看護サービスを受けている利用者・家族からは、サービスの質や提供体制に不安を感じているとの声がある。

■サテライトの設置に係る自治体の要件（例）

自治体名	距離の制限	職員の制限	設置数の制限	その他の制限
A市	本体事業所から自動車等で片道概ね20分以内	本体＋サテライトの人員が常勤換算で看護職員2.5人以上、それぞれの人員配置を1以上とし、サテライトに看護職員配置	1の本体事業に係るサテライトは1つまで	
B県	本体事業所から通常の交通手段を利用して、概ね30分以内で移動	サテライトに看護職員をサテライトの営業時間中に1名以上配置		主たる事業所とは別に、B県の指定する指定訪問看護ステーションの設置条件を満たすこと
C市		・主たる事業所単独で、看護職員を常勤換算で2.5人以上配置 ・サテライト単独で、看護職員を1以上配置	サテライトの設置数は、1の主たる事業所につき2箇所まで	・設置前、概ね1か月前までに本市と必ず事前協議を行うこと ・サテライトの設備基準は、原則として主たる事業所と同基準とすること
D市	本体事業所より自転車・自動車・公共交通機関のいずれかの利用で片道30分以内		1の本体事業に係るサテライトは1つまで	事業所名称は、原則として本体事業所名称にサテライト名を加えたものとする

■訪問看護ステーションのサテライト（30箇所以上）の1つからサービスを受けている利用者の事例

〈概要〉

- ・利用者の状態の悪化で家族が夜間に電話したところ、休日や夜間はコールセンター形式で本社で相談を受けており、別のサテライト勤務の看護職員が当番で電話に出たが、電子カルテ情報の確認に時間を要し、利用者・家族が訪問を希望しても、救急車を呼ぶよう指示された。
- ・初回に緊急時訪問看護加算を届け出ており、緊急時の訪問にも対応しているとの説明があったため、安心だと思っていたが、実際には電話のみの対応で加算を算定されることになり、納得ができなかった。
- ・日中もサテライトの番号に電話をかけても、看護師に連絡がつきにくく、折り返しに30分以上時間を要する時があり、今後の家族の療養生活に不安を感じた。

認知症を有する利用者等に対してケアを提供する専門性の高い看護師の養成及び就業状況

■認定看護師とは

特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的としている。

認知症看護（A課程）：・認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築

＊615時間 ・行動心理症状の緩和・予防

認知症看護（B課程）：・認知症の症状マネジメント及び生活・療養環境の調整

＊797時間 ・認知症の病期に応じたコミュニケーション手段の提案と意思決定支援
・家族への心理的・社会的支援
・身体所見から病態を判断し、抗けいれん剤、抗精神病薬及び抗不安薬の臨時的投与ができる知識・技術

(人)

	病院	訪問看護ステーション	クリニック・診療所	介護保険施設等	学校・大学	認定看護師教育機関	会社	看護協会	その他	離職中	計
認知症看護(A課程)	1,633	91	24	105	31	3	6	3	27	77	2,000
認知症看護(B課程)	520	12	4	11	5	3	1	2	4	7	569

■専門看護師とは

専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的としている。

老人看護：高齢者が入院・入所・利用する施設において、認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者のQOLを向上させるために水準の高い看護を提供する。

精神看護：精神疾患患者に対して水準の高い看護を提供する。また、一般病院でも心のケアを行う「リエゾン精神看護」の役割を提供する。

(人)

	病院	訪問看護ステーション	クリニック・診療所	介護保険施設等	学校・大学	認定看護師教育機関	会社	看護協会	その他	離職中	計
老人看護分野	219	18	8	15	36	2	1	0	2	12	313
精神看護分野	313	34	6	1	90	1	3	3	2	12	465

専門性の高い看護師による認知症ケアの効果

○認知症に関する専門性の高い看護師（認知症看護認定看護師、老人看護専門看護師、精神看護専門看護師）による介護サービス事業所への訪問や、訪問看護サービス提供時の利用者宅への同行訪問を通じて、認知症者の心身状況をアセスメントし、BPSD※の背景要因や支援方法の見直し等について介護サービス事業所職員等への支援・助言を実施したことで、BPSDの改善、家族の介護負担感の軽減、支援を受けた事業所職員の知識及び認知症ケア力の向上などの効果がみられた。（※） Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

■認知症の利用者に関するBPSD症状への効果

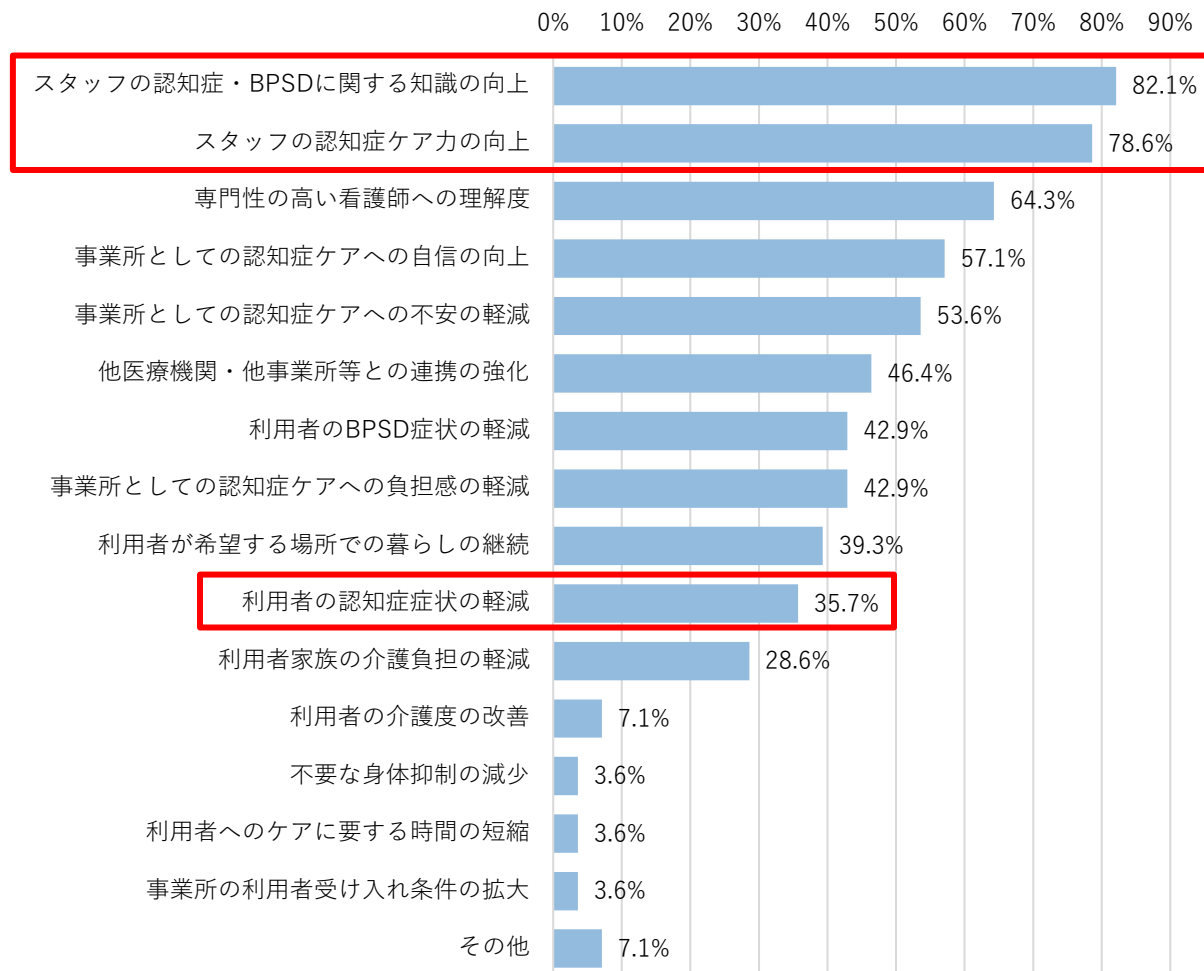
- 利用者の認知症に伴うBPSDを測定する尺度として Dementia Behavior Disturbance scale（DBD短縮版（以下「DBD-13」という。））を使用し、支援前後を比較。

※ DBD-13は、BPSDの13項目について「まったくない」を0点、「常にある」を4点とした5段階で評価（総合得点は0～52点）。得点が高いほど、BPSDの頻度が多い。

DBD-13尺度のスコア	支援前		支援後	
	人数	割合	人数	割合
1～9点	2	7.4%	6	22.2%
10～19点	9	33.3%	7	25.9%
20～29点	9	33.3%	12	44.4%
30～39点	5	18.5%	1	3.7%
40点以上	0	0%	0	0%
不明・無回答	2	7.4%	1	3.7%
計	27	100%	27	100%
平均	20.68±7.95		17.85±8.11	
点数の範囲	2～32		2～30	

DBD-13尺度のスコアの支援前後の点数差	人数	割合
10点以上減少	5	18.5%
1～9点減少	11	40.7%
増減なし	1	3.7%
1～9点増加	7	25.9%
10点以上増加	1	3.7%
不明・無回答	2	7.4%
平均	-2.96±7.16	
範囲	-17～+15	

■認知症看護認定看護師等の支援が有効だった支援（n＝28、複数回答可）



○認知症の利用者が増加するなかで、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うことで、BPSD25Q得点が低下するといった効果がみられた。

■BPSDが消失し、行動変容を促しながら在宅療養が継続できた事例

<事例概要> **60歳代 女性 夫と二人暮らし アルツハイマー型認知症 バセドウ病 II型糖尿病**

デイサービスを利用しつつ在宅で生活していたが夫の内服介助を拒否するなどのBPSDを発症し、夫へ包丁を向ける行為があり精神科病棟に保護入院となった。入院中ケトアシドーシスとなりICU管理となったが状態安定後は精神科病棟に戻る。本人及び夫の希望で自宅退院を目指すこととなったが内服薬の継続を条件に試験的に1週間の退院とし、生活できると判断できれば在宅療養とする方針となった。

※日常生活自立度Ⅳ 要介護2 BPSD25Q（認知症心理症状質問票） 重症度50 負荷度51

専門性の高い看護師
の訪問前

初回・2回目訪問看護

訪問看護：3回/週

退院後1週間

専門性の高い看護師
のアセスメント

○退院前カンファレンスに参加して、状況を伺う中で、BPSDは入院前にもあり**夫への攻撃的な様子から夫とのやりとり**に原因があるのではと予測していた。
(男性介護者に関する研究論文等の知見から)

○退院日当日より訪問を開始。利用者が裸足で外に出る、包丁で机をたたき、夫への暴言などBPSDをすでに発症している状況とアセスメントした。
○病院では安定し、夫以外の人には礼節が保たれていることから、**病院との環境変化並びに夫の対応に原因があると確信**した。
○変貌していく妻を受け止めきれない、妻から攻撃され**夫も傷ついているだろうと推察**した。
○療養者は食欲があり、夜間に食事の要求をするがそれを**夫が制止してしまうこともBPSDの発症要因**と考えた。
○**身体症状を安定した状態にできるよう工夫**をすれば**在宅療養は継続できる**と考えた。

ケア内容

○訪問3回の制限の中で、療養者のつらさを中心に丁寧に話を聞きながら**夫との関係性について時間軸で整理**をしていった。
○夫にはどのようなやりとりで困るのか、**本人がどんな時に暴言等が出るのか、理由は何か、どう対応すればよいか**を聞き取り、**助言するとともに実際のやり取りを見もらった**。
○精神科主治医に毎週報告をし、食事については、**主治医を通し糖尿病内科へ現在の血糖値を伝え、食事制限を緩和**、デイサービス・ケアマネ等へ情報提供・共有した。

ケア効果

在宅生活可能の判断

○退院後、**在宅療養が継続できている**。
○BPSDは退院後2週目より消失し、穏やかに過ごせている。
○夫による内服介助を拒否なく受けており**内服が継続**できている。
○夫から「前は怒ってばかりだったが、認知症であることを理解できて腹も立たず、**いつまで一緒にいられるかわからないから頑張る**」という**発言**があった。
○**精神科の受診間隔が1回/週から1回/月に延長**された。
○介入1か月後 **BPSD25Q 重症度7点 負荷度11点（改善）**

アセスメント

ケア内容

ケア効果

専門性発揮のポイント

- 1) 1週間という時間的制約がある中でBPSDの要因に関するアセスメントの早さ
- 2) BPSDに関する要因を丁寧に紐解き、食事制限も含めた早期の調整
- 3) 短期間での夫の信頼の獲得

概要

【訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護】

- 医療ニーズの高い訪問看護利用者が増える中で、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が指定訪問看護、指定介護予防訪問看護及び指定看護小規模多機能型居宅介護の実施に関する計画的な管理を行うことを評価する新たな加算を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>
なし<改定後>
専門管理加算 250単位/月（新設）

算定要件等

- 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都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、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、所定単位数に加算する。（新設）

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

- ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法又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
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

ロ 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

- ・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

看護体制強化加算の算定状況

社保審－介護給付費分科会
第259回（R8.6.29）

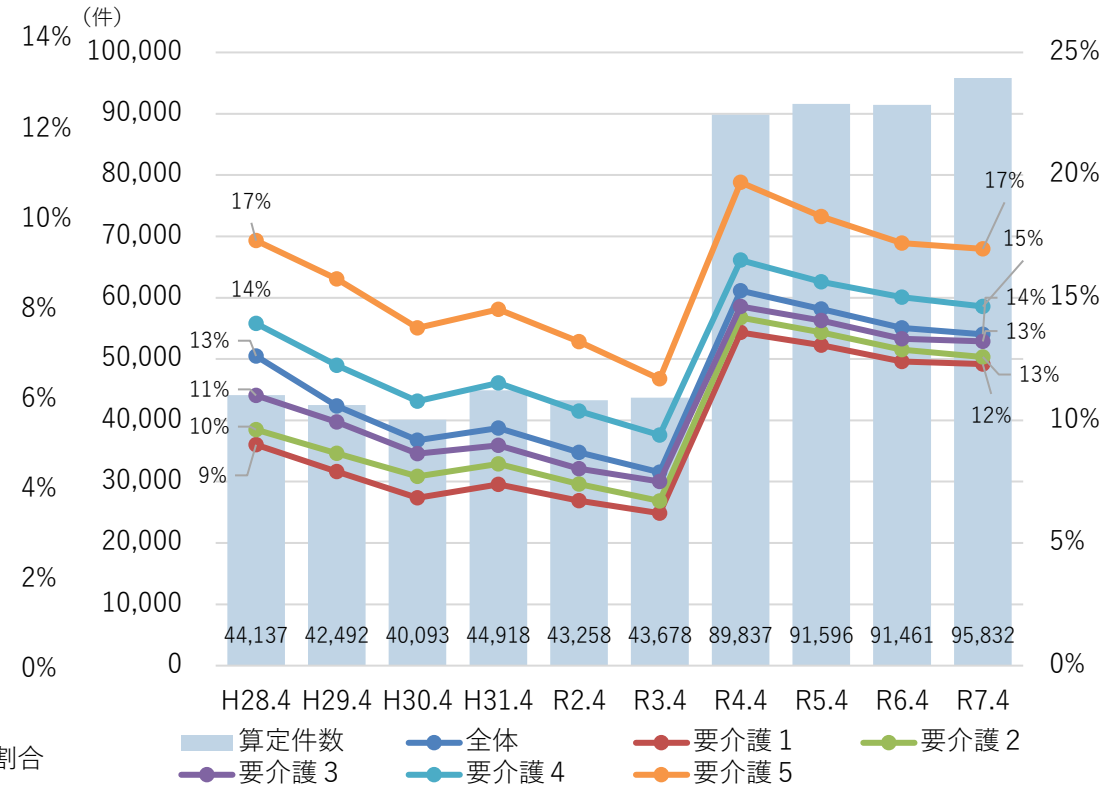
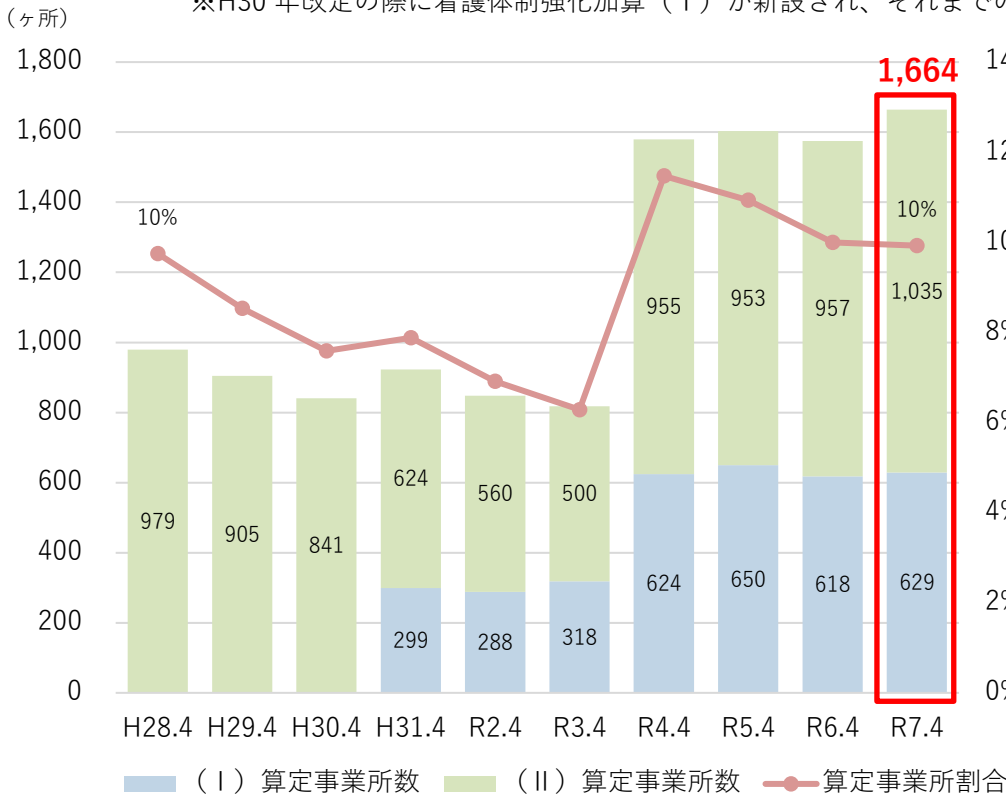
資料 3

○看護体制強化加算の算定事業所数は、コロナ禍の影響で一時的に減少傾向にあったが、近年は横ばいである。

■看護体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定事業所数と事業所割合

■要介護度別の看護体制強化加算の算定者の割合

※H30 年改定の際に看護体制強化加算（Ⅰ）が新設され、それまでの看護体制強化加算は（Ⅱ）の区分となった。



看護体制強化加算 （Ⅰ）550単位 （Ⅱ）200単位（1月あたり）

看護体制強化加算（Ⅰ）：次の①②③④を満たす

- ①算定の前6月間における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上
- ②算定月の前6月間における利用者総数のうち、特別管理加算を算定した割合が20%以上
- ③算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上
- ④訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上

看護体制強化加算（Ⅱ）：上記①②④を満たし、③算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上を満たす

看護体制強化加算の算定について

○事業所において、看護体制強化加算を算定できない理由のうち、もっとも多い理由として「算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が「5人以上」であること」が33.6%であった。

■事業所において看護体制強化加算を算定できない理由（n=1,129）

設問	回答数	割合
算定日が属する月の前12月間において、ターミナルケア加算を算定した利用者が「5人以上」であること	379	33.6
算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の割合が20%以上であること	171	15.2
指定訪問看護ステーションの場合、従業者の総数のうち看護職員の占める割合が60%以上であること	125	11.1
算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の割合が50%以上であること	100	8.9
利用者やその家族へ説明しにくい事業所の体制を評価した加算であること	82	7.3
その他	64	5.7
無回答	208	18.4
計	1,129	100%

残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し②

訪問看護の運営基準の見直し

- 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて状況等の把握を行う必要があることを明確化する。
- また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（心身の状況等の把握）
第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。



改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（心身の状況等の把握）
第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、**服薬状況**、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）

- 4 運営に関する事項
- (5) 心身の状況等の把握（基準省令第9条関係）
基準省令第9条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、**服薬状況（残薬の状況を含む。）**、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。
- (6)～(9) 略
- (10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）
- ①～④ （略）
- ⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。**また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況（残薬の状況を含む。）については、必要に応じ、利用者の同意を得て利用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。**

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（1）処方・調剤時における対応等

① 患者に関する情報共有の在り方

（生活の場における服薬の状況に関する情報）

- 医師等の医療関係者による医学的・薬学的な対応（服薬に関する相談対応、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、薬剤師から処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等を通じた処方内容の調整等）に当たっては、患者が生活の場においてどのように服薬しているか、服薬した際にどのような症状が出ているか等、医療DXで共有される情報以外の情報も重要。
- 特に、複数の医療機関の受診に伴い多剤服用の状態にある患者等について、福祉事務所と医療関係者との間で、生活状況や服薬に係る課題等に関する情報を共有する方法等について、例えば、生活保護法に基づく「調整会議」の枠組みを活用する方法や、医療現場で実践されている薬剤の使用状況を把握するためのシートを活用する方法など、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

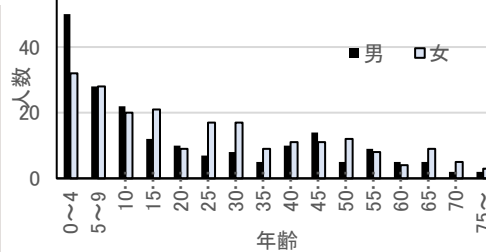
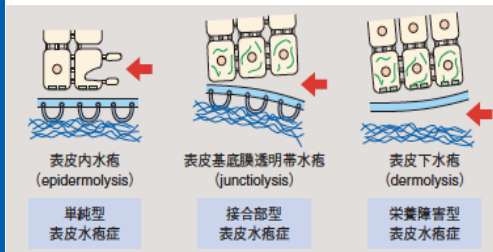
（残薬に関する対応）

- ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合、処方医が意図したとおりに服薬されていないことによる健康状態悪化の防止や使用可能な医療資源の有効活用の観点から、当該残薬が確実に薬局に持参され、薬局において適切に残薬調整が行われることが重要。
- このため、生活保護分野において、例えば、ケースワーカー等による適切な対応を進めるため、残薬を薬局に持参するよう指導するための明確な根拠の設定（指導対象とする「残薬」の状態等に関する明確化を含む。）を検討するとともに、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合の福祉事務所等への情報共有の方法等について、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

表皮水疱症について

- 表皮水疱症は、先天的素因により、日常生活で外力の加わる部位に水疱が反復して生ずることを主な臨床症状とする一群の疾患である。

■ 表皮水疱症の概要



- 水疱が形成される皮膚の深さによって単純型、接合部型、栄養障害型の3大病型に分類される。
- 出生時から外力が加わりやすい部位の皮膚に水疱、びらんの形成を繰り返し、症状は生涯にわたって持続する。

■ 表皮水疱症の病型分類

	単純型	接合部型	栄養障害型	その他
推計受療患者数	165人	55人	340人	30人
細分類	限局型 中等症汎発型 重症汎発型	中等症汎発型 重症汎発型(致死型)	顕性型 潜性中等症汎発型 潜性重症汎発型	Kindler症候群
特徴	びらんは浅い 夏季に増悪	重症度が高い	びらんは深く重症度が高い 瘢痕形成する	皮膚萎縮
合併症	まれに筋ジストロフィー	まれに幽門閉鎖症	偽合指症・関節拘縮・食道狭窄 貧血・低栄養・心不全・腎不全 有棘細胞癌	
東邦大学 症例写真				

■ 表皮水疱症の治療法

一般的処置（在宅処置）

- 流水洗浄にて清潔に保つ
- 新しい水疱は穿刺し内容液を排出
- 軟膏塗布
- 創傷被覆材貼付
- 包帯固定

特殊治療

- 自家培養表皮細胞シートによる治療
- 遺伝子組み換えウイルス外用による遺伝子治療

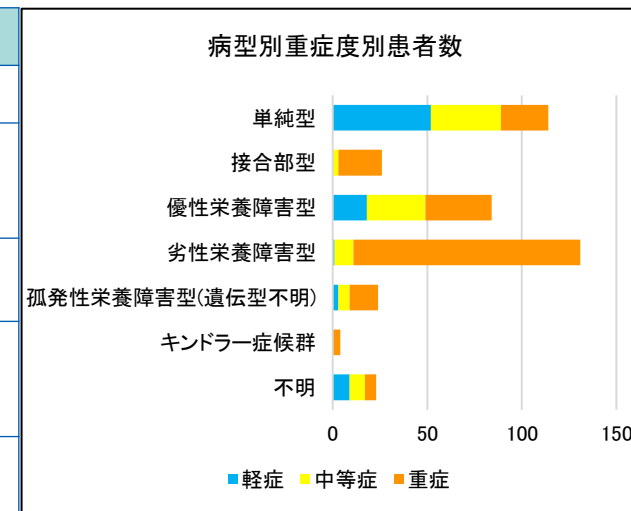
合併症治療

- 合指症分離手術、食道狭窄バルーン拡張治療、輸血、栄養補助、有棘細胞癌切除等

■ 表皮水疱症の医療支援

- 指定難病36(表皮水疱症) による医療費補助
- 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料(1,000点) による在宅処置材料の給付
皮膚科又は形成外科を担当する医師が、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

■ 表皮水疱症の病型別重症度と患者数



2020年全国疫学調査より

出典：東邦大学医学部皮膚科学講座

石河晃教授提供資料

- 表皮水疱症の患者に対する訪問看護のケアとして、皮膚状態の観察を行い、状態に応じて、洗浄や水疱穿刺、ドレッシング材の選択等を行っている。潰瘍や水疱が発生することに伴い、ケアを繰り返し実施する必要がある。

■ 表皮水疱症のケア内容

- ・ 利用者の発達段階に応じて、自立を促す関わりも必要
- ・ 利用者が乳児や幼児、学童であればケアが受け入れられる工夫が必要

	ドレッシング材を剥がす	保清	水疱穿刺	軟膏 / ドレッシング材による保護
看護ケアの詳細	・ バイタルサインを確認し、感染兆候の有無や貧血の有無等を確認。 ・ ドレッシング材から滲出液の程度と部位を確認。滲出液の性状の観察。 ・ 剥がす際の出血状況（傷の深さ）を確認。 ・ 利用者の言葉や姿勢から可動域や痛みの確認を観察。	・ 創部の痛みや状態に合わせ洗浄方法を変更。 ・ 創部の感染兆候の有無を確認。	・ 新生水疱の確認を行い、再貯留が起きないように水疱の際を複数穿刺する。 ・ 水疱の内容液の性状の観察。 ・ 穿刺の際の苦痛を緩和する。	・ 創部の観察を行ったうえで、処方されている被覆材や外用薬から適切なものを選択。 ・ 使用部位に合わせ被覆材を適切なサイズや形状にカットする。 ・ 患者の可動の妨げにならないようドレッシング材で覆う。 ・ 変更した点や注意事項を家族や本人に伝達、指導。

看護師による皮膚ケアの例

全身に同様の潰瘍や水疱が多数存在



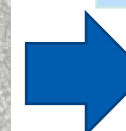
創部の状態を考慮し、数多くのドレッシング材から合ったものを選択



創傷治癒が遅延しバイオフィルムの存在が示唆されたため、銀含有ハイドロファイバーを選択



2週間で縮小を確認



別の水疱が発生し穿刺
滲出液が多く創面と周囲皮膚の環境調整のため、ポリウレタンフォームを選択



同様の処置を繰り返す

難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

- 手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている利用者について、訪問看護基本療養費等を週 4 日以上算定できる対象に追加する。

現行

【特掲診療料の施設基準等告示】

別表第八 退院時共同指導料 1 の注 2 に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 (略)
- 二 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又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)



改定後

【特掲診療料の施設基準等告示の別表第 8】

別表第八 退院時共同指導料 1 の注 2 に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 (略)
- 二 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又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)

論点① 在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化

論点①

- 令和 8 年度診療報酬改定において、医療安全対策に関する研修受講が努力義務化されたが、介護報酬においても事業所が事故発生時等の安全管理体制の確保を行うためには、どのような方策が考えられるか。
- 医療ニーズのある利用者が増えているなか、夜間の訪問看護を提供した際に、医療保険とは異なり、緊急時訪問看護加算の算定を行った場合は月の初回に「早朝・夜間加算」及び「深夜加算」を算定できない状況にあるが、営業時間外の緊急時対応を適切に評価するためにはどのような方策が考えられるか。
- 1 訪問看護事業所あたりのサテライトの設置数にばらつきや、1 事業所あたりの最大値が47の事業所もあることから、サービスの質を確保して一体的な運営を促すためには、どのような方策が考えられるか。
- 利用者が住み慣れた地域で療養継続できるよう、専門性の高い看護師が認知症の利用者への支援等について地域での相談支援などの役割も担っていることについて、どのように考えるか。
- 訪問看護事業所の利用者は、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ことから、事業所の実態に応じて看護体制強化加算におけるターミナルケア加算を評価することをどのように考えるか。
- 令和 8 年度診療報酬改定において、残薬の確認、医師・薬剤師への報告が明記されたが、介護報酬においても利用者宅における残薬を確認した上で、適切な服薬管理を行うには、どのような方策が考えられるか。
- 訪問看護師による手厚いケアのニーズがある重症な難治性皮膚疾患の利用者の状況を踏まえ、令和 8 年度診療報酬改定で在宅難治性皮膚疾患処置指導管理が別表第 8 に追加されたが、特別管理加算Ⅱ・長時間訪問看護加算の対象に追加することについてどう考えるか。

論点① 在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化

対応案

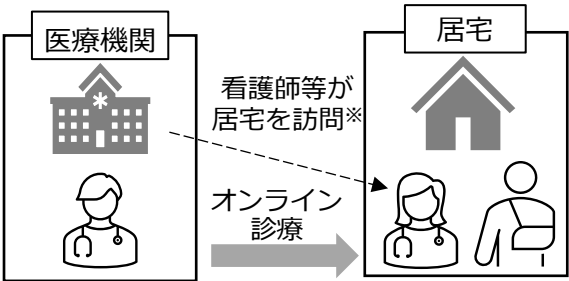
- 医療サービスを提供する介護保険の訪問看護事業所においては、介護保険の居宅サービスにおける検討に加えて、診療報酬の運営基準と同様に、事故発生時等の安全管理体制の確保に係る研修受講することが望ましい旨を運営基準に加えてはどうか。
- 医療ニーズのある利用者が増えているなか、夜間の訪問看護を提供した際の月初回の訪問時に、緊急時訪問看護加算を算定している場合も「早朝・夜間加算」及び「深夜加算」を算定可能としてはどうか。
- サテライトの設置に係る技術的助言として一体的な運営を求めているが、より具体的な要件の目安を自治体に示すこととしてはどうか。
- 利用者が住み慣れた地域で療養継続できるよう、専門性の高い看護師が認知症の利用者への支援等について地域での相談支援などの役割も担っていることから、専門管理加算の評価対象を拡充してはどうか。
⇒ 看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。
- 訪問看護事業所の利用者は、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ことから、事業所の実態に応じて看護体制強化加算におけるターミナルケア加算を評価してはどうか。
- 介護報酬においても利用者宅における残薬を確認した上で、残薬の確認、医師・薬剤師等への報告等の適切な服薬管理を行うことを運営基準上の要件としてはどうか。
⇒ 看護小規模多機能型居宅介護についても評価してはどうか。
- 訪問看護師による手厚いケアのニーズがある重症な難治性皮膚疾患の利用者の状況を踏まえ、令和8年度診療報酬改定で在宅難治性皮膚疾患処置指導管理が別表第8に追加されたが、介護保険の訪問看護においても、当該利用者を特別管理加算Ⅱ・長時間訪問看護加算の対象となるよう告示に追加してはどうか。

論点①：在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化	8
論点②：訪問看護におけるＩＣＴ等の活用の推進	35
論点③：期待される役割を踏まえた評価の見直し	43
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	58

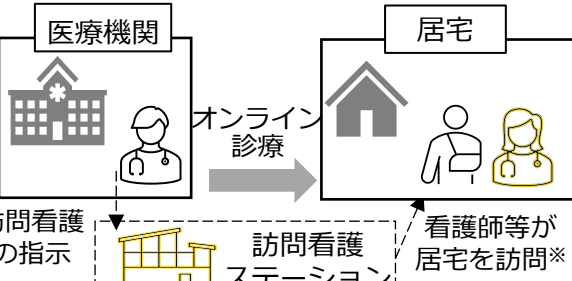
D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

	(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	(B) 予定された訪問看護がない場合
① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合	【医療機関で算定】 - 情報通信機器を用いた診療 <u>訪問看護の費用</u>（在宅患者訪問看護・指導料等）	【医療機関で算定】 - 情報通信機器を用いた診療 <u>訪問看護遠隔診療補助料</u>（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）
② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合	【医療機関で算定】 - 情報通信機器を用いた診療 【訪看STで算定】 <u>指定訪問看護の費用</u>（訪問看護療養費）	＜医療保険の訪問看護対象者＞ - 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 <u>訪問看護遠隔診療補助料</u> 【訪看STで算定】 ＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞ - 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】 <u>訪問看護遠隔診療補助料</u> 【医療機関で算定 ※合議精算】
検査： <u>看護師等遠隔診療検査実施料</u> （第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） 注射： <u>看護師等遠隔診療注射実施料</u> 処置： <u>看護師等遠隔診療処置実施料</u>		
<u>第1節検体検査料は別途算定可</u> <u>薬剤料、特定保険医療材料は別途算定可</u>		

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合



② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



（※）看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
(B) 予定された訪問看護がない場合	✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

令和8年度診療報酬改定（D to P with Nのオンライン診療の評価）を踏まえた対応

各都道府県介護保険主管部（局）
各指定都市介護保険主管部（局）

御中

← 厚生労働省老健局老人保健課

介護保険最新情報

今回の内容

「訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助を行った場合の令和8年度診療報酬改定を踏まえた評価に関するQ&A」の送付について（事務連絡）

Vol.1501

令和8年5月8日

厚生労働省老健局老人保健課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。】

連絡先

TEL : 03-5253-1111(内線 3962)

FAX : 03-3595-4010

○訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助を行った場合の訪問看護費の請求について

問 令和8年度診療報酬改定において、令和8年6月から訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助を行った場合の診療報酬請求上の取り扱いが明確化されたが、介護保険で同様に D to P with N によるオンライン診療の補助を行った場合、どの訪問看護費を算定すればよいか。

（答）

訪問看護指示書の有効期間内の利用者の訪問看護計画書上、予定された訪問看護がない場合のオンライン診療の補助の実施については、次期介護報酬改定までの間、以下の点数を算定すること。ただし、いずれも算定は月1回に限る。

・訪問看護費

イ 指定訪問看護ステーションの場合 （1）所用時間 20 分未満の場合 314 単位

□ 病院又は診療所の場合 （1）所要時間 20 分未満の場合 266 単位

・介護予防訪問看護費

イ 指定訪問看護ステーションの場合 （1）所用時間 20 分未満の場合 303 単位

□ 病院又は診療所の場合 （1）所要時間 20 分未満の場合 256 単位

また、連携する保険医療機関からの依頼を受けて訪問看護指示書の交付がない利用者に対して訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対し、保険医療機関の医師が看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合には、診療報酬医科点数表の区分番号「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料を保険医療機関が算定し、合議の上、費用の精算を行うものとする。具体的な要件については、「C005-1-3」訪問看護遠隔診療補助料に関する算定告示や留意事項通知等を事前に確認すること。

なお、訪問看護計画書に基づく計画的な指定訪問看護の実施時に、オンライン診療の補助も行った場合には、計画的な指定訪問看護に係る時間に当該補助に要した時間を合算した時間区分の訪問看護費を算定すること。

D to P with Nによるオンライン診療の補助に係る所要時間

- D to P with N に係る所要時間のうち「医師の診察・診療の補助」自体に要した時間は平均9.7 分で、前後に付随する対応も含めた平均時間の合計は、35.9分であった。
- 訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助を行う場合は、診察前の準備や診察後の対応にも一定の時間を要している実態がある。

■D to P with N に係る所要時間 単位：分

	件数	平均	標準偏差	最大値	最小値	中央値
診察前の情報収集・アセスメント	78	11.2	8.0	40.0	0.0	10
通信環境の設置・確認	75	5.9	7.4	50.0	0.0	5
医師の診察・診療の補助	82	9.7	10.4	77.0	0.0	7
医師の診察後の看護師の療養支援、フォロー	69	9.1	6.7	30.0	0.0	10

訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

訪問看護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。）した利用者に係る診療情報等を活用した上で、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の評価を新設する。

(新) 訪問看護医療情報連携加算 1,000円（月1回）

[算定要件（概要）]

- 医療関係職種等により記録された利用者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うこと及び看護師等が指定訪問看護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、利用者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について記録すること。
 - 次の訪問看護の予定日及び当該利用者の訪問看護計画の変更の有無（必要に応じて）
 - 当該利用者の訪問看護計画の変更の概要（変更の有無を記録する場合）
 - 利用者のケアを行う際の留意点（共有することが必要と判断した場合）
 - 利用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についての希望（利用者又はその家族等から取得した場合）
- 訪問看護を行う場合に、過去90日以内に記録された利用者の医療・ケアに関する情報（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が1つ以上であること。

[施設基準（概要）]

- 利用者の診療情報等について連携機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有し、以下の要件を満たすこと。
 - 記録された利用者の診療情報等が連携機関間の協議に基づき一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
 - 診療情報等の共有は、利用者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち利用者が同意した者のみにおいて行われること。
 - 参加者の範囲が随時設定可能であること。
 - 参加者が診療情報等を常時閲覧・取得可能で、利用者ごとに時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
 - 参加者が常時必要な診療情報等を共有できること。
 - 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項、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」を参考とすること。
- 連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が5以上であること。
- ICTを用いた連携体制を構築している訪問看護ステーションである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、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8年9月30日までの間に限り、ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。

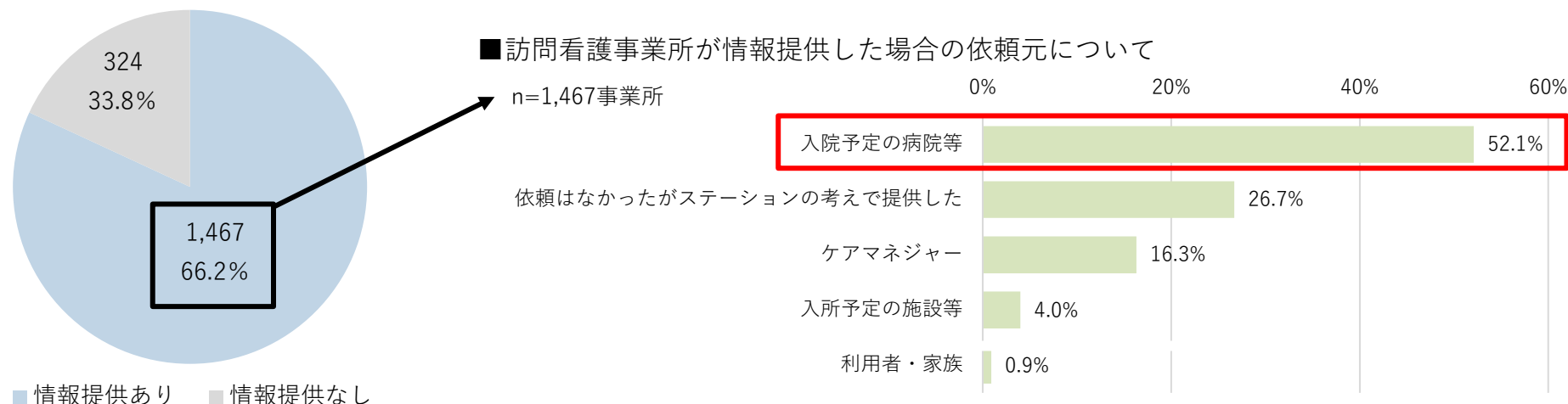
※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様



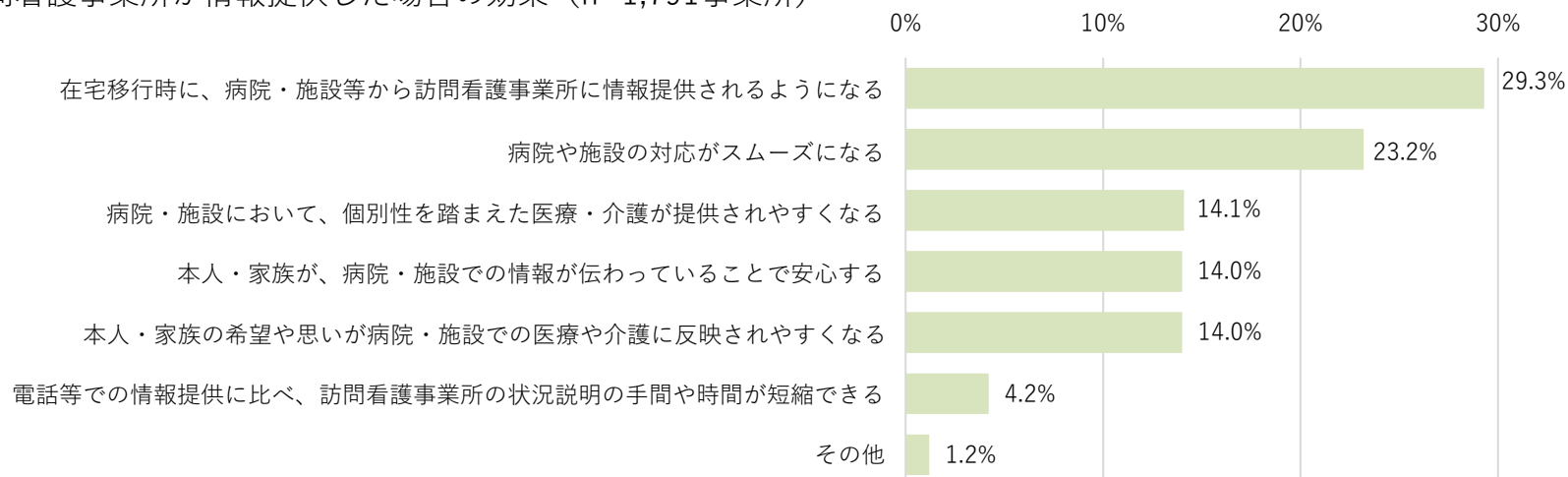
介護・医療の複合ニーズを有する者を支援する情報連携の状況

○突発的な入院・入所時に、それまでの在宅療養中の医療や看護の概要を整理することは相応の時間を要すことから、訪問看護事業所が利用者の看護サマリー等の文書を求められ、情報提供を行っている実態があり、依頼元として最も多いのは、「入院予定の病院等」の52.1%であった。

■入院・入所時にサマリー等文書で1度でも情報提供した事業所の状況（令和7年12月～令和8年2月、n=1,791事業所）



■訪問看護事業所が情報提供した場合の効果（n=1,791事業所）

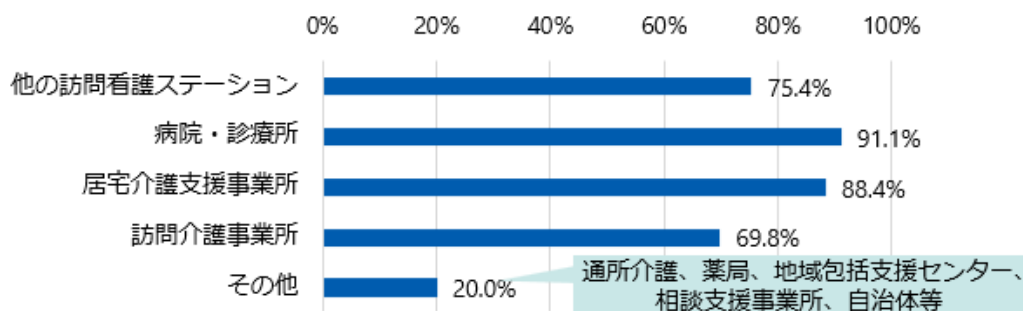


訪問看護ステーションにおけるICTの連携状況

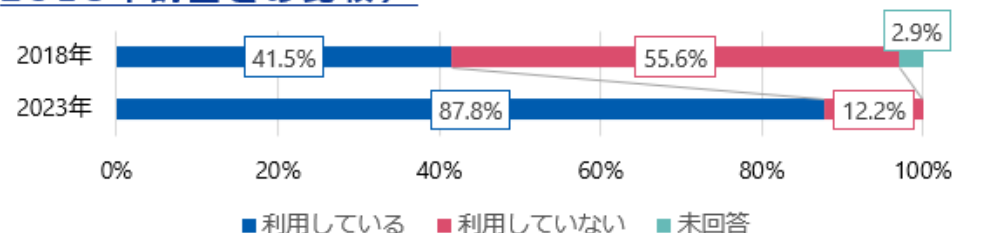
中医協 総一 2
7. 11. 12

- ICTを他事業所との連携に利用している訪問看護ステーションの割合は、2018年と比べると2023年では大幅に増加傾向であった。
- 地域連携にICTを利用している場合の効果について、「時間の短縮」の割合が75.6%と最も多く、次いで「連絡もれの防止」が64.4%、「患者のQOL向上」が40.3%であった。

■ 地域で連携している事業所について（複数回答）（n=2,302）

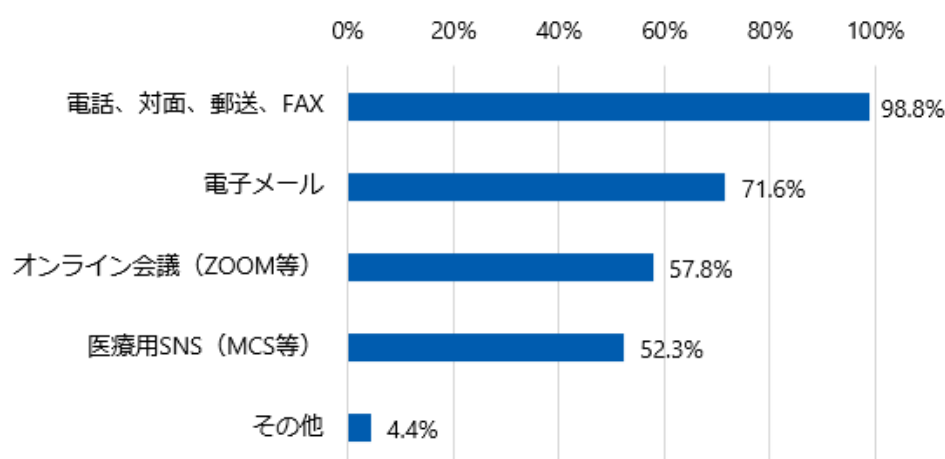


■ ICTを他事業所との連携に利用している事業所の2018年調査との比較

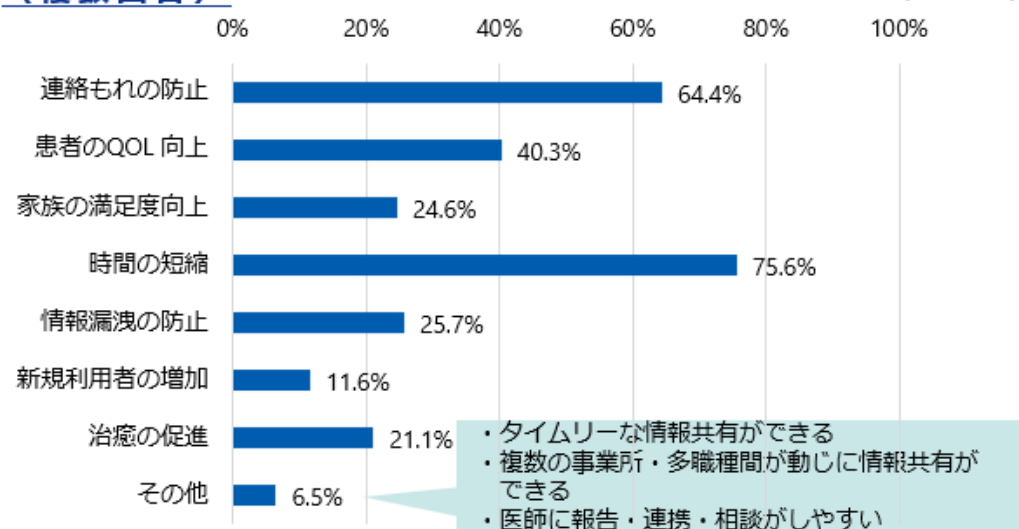


（2018年：全国訪問看護事業協会、訪問看護ステーションにおけるICTの普及状況に関するアンケート）

■ 他事業所との連携方法について（複数回答）（n=2,303）



■ 地域連携にICTを利用している場合の効果について（複数回答）（n=2,333）



論点② 訪問看護におけるICT等の活用の推進

論点②

- 訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助については、令和 8 年度診療報酬改定で評価されたが、看護師等の所属や定期的な訪問の有無等による違いがあり、医療保険との整理に留意が必要である。看護師等の所属や定期的な訪問時に行われるか等の看護の提供形態の違いを踏まえて看護師の訪問に係る評価することについて、どのように考えるか。
- 令和 8 年度診療報酬改定において、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、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の評価を新設された。介護現場においても訪問看護事業所と患者情報を共有する医療機関が多く、訪問看護ステーションにおいてもICTを用いた関係機関との平時からの連携体制が普及してきていることを踏まえ、訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進することをどのように考えるか。

対応案

- 訪問看護事業所の看護師等が D to P with N によるオンライン診療の補助を行った場合に評価を新設してはどうか。
- 訪問看護ステーションが地域の医療機関等とICTを用いて情報連携した場合の評価を設けてはどうか。

論点①：在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化	8
論点②：訪問看護におけるＩＣＴ等の活用の推進	35
論点③：期待される役割を踏まえた評価の見直し	43
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	58

1. (3) ⑦ 円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進

社保審－介護給付費分科会
第259回（R8.6.29）

資料3

概要

【訪問看護★】

- 要介護者等のより円滑な在宅移行を訪問看護サービスとして推進する観点から、看護師が退院・退所当日に初回訪問することを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

単位数

<改定前>

初回加算 300単位/月



<改定後>

初回加算（Ⅰ） 350単位/月（新設）
初回加算（Ⅱ） 300単位/月

算定要件等

- **初回加算（Ⅰ）（新設）**
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅱ）を算定している場合は、算定しない。
- **初回加算（Ⅱ）**
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回の指定訪問看護を行った場合に所定単位数を加算する。ただし、初回加算（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

介護予防訪問看護の算定状況

社保審－介護給付費分科会	資料3
第259回（R8.6.29）	一部改変

	単位数 (令和6年6月以降)	算定単位数 (単位：千単位)	件数 (単位：千件)	算定率 (件数ベース)	算定事業所数	算定率 (事業所ベース)
(介護予防訪問看護)						
特別地域介護予防訪問看護加算	+15/100	1,009	2.9	0.3%	378	2.7%
中山間地域等における小規模事業所加算	+10/100	18	0.1	0.0%	42	0.3%
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+5/100	164	1.1	0.1%	248	1.8%
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅰ） (ステーション)	1月につき+600単位	29,904	49.8	4.9%	7,330	53.2%
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅰ） (医療機関)	1月につき+325単位	83	0.3	0.0%	68	0.5%
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅱ） (ステーション)	1月につき+574単位	11,936	20.8	2.0%	4,330	31.4%
緊急時介護予防訪問看護加算（Ⅱ） (医療機関)	1月につき+315単位	186	0.6	0.1%	197	1.4%
特別管理加算（Ⅰ）	1月につき+500単位	1,431	2.9	0.3%	2,155	15.6%
特別管理加算（Ⅱ）	1月につき+250単位	2,426	9.7	0.9%	5,355	38.9%
専門管理加算	1月につき+250単位（月1回を限度）	29	0.1	0.0%	72	0.5%
初回加算（Ⅰ）	1月につき+350単位	53	0.2	0.0%	110	0.8%
初回加算（Ⅱ）	1月につき+300単位	2,400	8.0	0.8%	4,302	31.2%
退院時共同指導加算	1回につき+600単位	166	0.3	0.0%	190	1.4%
看護体制強化加算	1月につき+100単位	525	5.3	0.5%	526	3.8%
口腔連携強化加算	1回につき+50単位（月1回を限度）	11	0.2	0.0%	68	0.5%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1回につき+6単位	1,596	265.9	26.0%	3,465	25.2%
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1回につき+3単位	534	177.9	17.4%	1,657	12.0%

(注1)「算定率(件数ベース)」は、各加算の件数÷総件数により求めたもの。 (注2)「算定率(事業所ベース)」は、各加算の請求事業所数÷総請求事業所数により求めたもの。
(注3)色分けは、「算定率(事業所ベース)」において、70%以上の加算を緑色、3%以下の加算を赤色と機械的にしている。

【出典】介護給付費等実態統計(令和7年11月審査分)及び介護保険総合データベースの任意集計(令和7年11月審査分(令和7年10月サービス提供))より老健局老人保健課作成

訪問看護における医療処置

社保審－介護給付費分科会

資料 3

第259回（R8.6.29）

○訪問看護における医療処置の実施件数は年々増加しており、特に「浣腸・摘便」「じょく瘡の予防」「緊急時の対応」「じょく瘡以外の創傷部の処置」は増加しており、創傷管理や排泄ケア、緊急時の対応等の必要性が高まっている。

■医療処置に係る看護内容別件数（1ヶ月）（複数回答）

（件）



看護職員の割合が高い訪問看護事業所の加算の状況

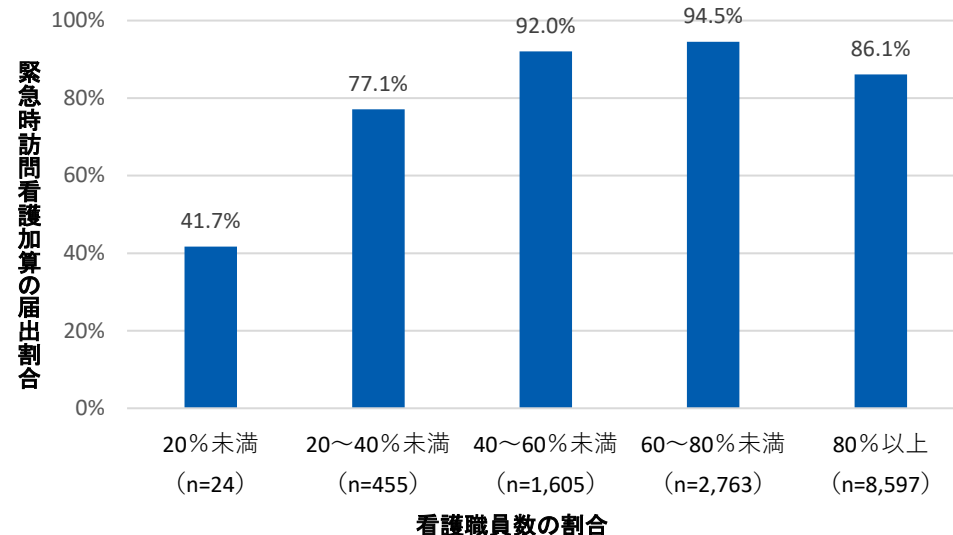
社保審－介護給付費分科会

資料 3

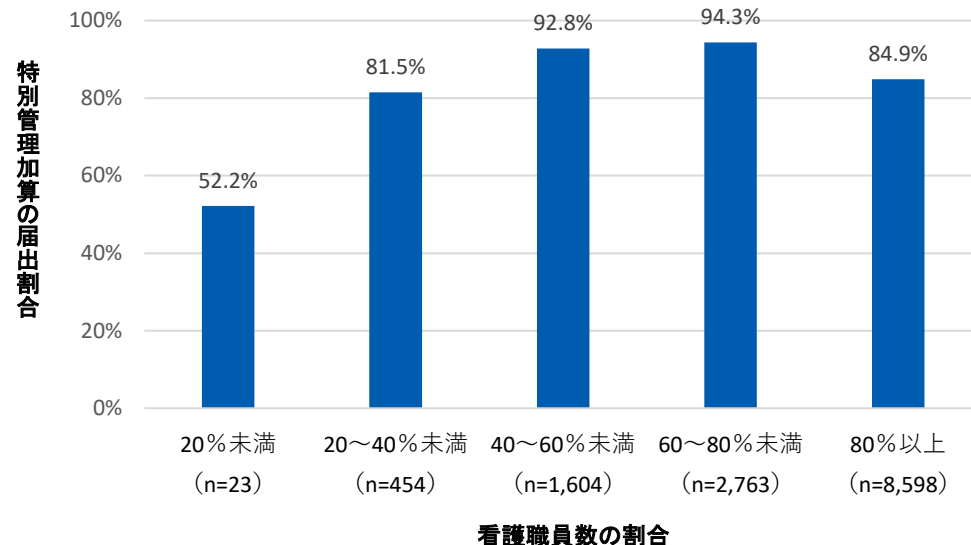
第220回（R5.7.24）

○看護職員の割合が高い訪問看護ステーションは、緊急時訪問看護加算や特別管理加算及びターミナルケア加算の届出割合が多い傾向にある。

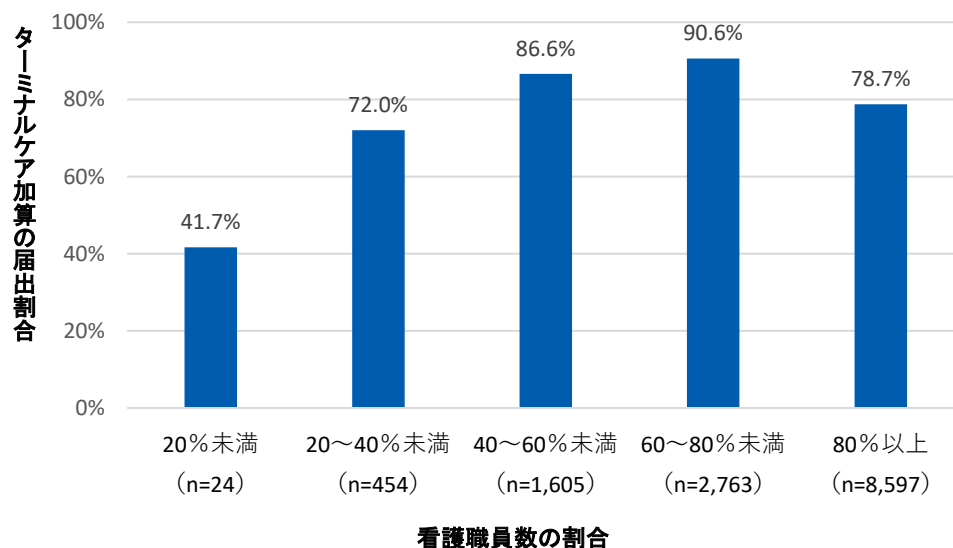
■ 緊急時訪問看護加算の届出割合



■ 特別管理加算の届出割合



■ ターミナルケア加算の届出割合



注：1）介護予防のみ行っている事業所は集計対象外とした。
 2）1事業所あたり常勤換算従事者数に占める看護職員の割合階級は、保健師～言語聴覚士（本調査におけるその他以外の全項目）の常勤換算従事者数の合計から理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の常勤換算従事者割合を差し引いて求めた。

4.(1)② 理学療法士等による訪問看護の評価の見直し

令和6年度
介護報酬改定

概要

【訪問看護★】

- 理学療法士等による訪問看護の提供実態を踏まえ、訪問看護に求められる役割に基づくサービスが提供されるようにする観点から、理学療法士等のサービス提供状況及びサービス提供体制等に係る加算の算定状況に応じ、理学療法士等の訪問における基本報酬及び12月を超えた場合の減算について見直しを行う。【告示改正】

単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合
 <改定前> なし
 
 <改定後> 厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。（新設）
- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問の場合（介護予防）
 <改定前> なし
 
 <改定後> 厚生労働大臣が定める施設基準に該当する指定介護予防訪問看護事業所については、1回につき8単位を所定単位数から減算する。（新設）
- 12月を超えて行う場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。
 
 12月を超えて行う場合は、介護予防訪問看護費の減算（※）を算定している場合は、1回につき15単位を所定単位数から更に減算し、介護予防訪問看護費の減算を算定していない場合は、1回につき5単位を所定単位数から減算する。（変更）
 ※厚生労働大臣が定める施設基準に該当する場合の8単位減算

算定要件等

- 次に掲げる基準のいずれかに該当すること（新設）
 - イ 当該訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること。
 - ロ 緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと。

理学療法士等による訪問看護の評価の見直し（全体イメージ）

令和6年度
介護報酬改定

○ 次の基準のいずれかに該当する場合に以下の通り減算する

- ① 前年度の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていること
- ② 緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していないこと

訪問看護費

理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士による訪問		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	—	<u>8単位減算（新設）</u>
	看護職員<リハ職	<u>8単位減算（新設）</u>	<u>8単位減算（新設）</u>

介護予防訪問看護費

理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士による訪問		②緊急時訪問看護加算、特別管理加算、看護体制強化加算	
		算定している	算定していない
①訪問回数	看護職員≧リハ職	12月を超えて行う場合は 5単位減算（現行のまま）	<u>8単位減算（新設）※</u>
	看護職員<リハ職	<u>8単位減算（新設）※</u>	<u>8単位減算（新設）※</u>

※12月を超えて訪問を行う場合は更に15単位減算（新設）

訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護の単位数

社保審－介護給付費分科会

第259回（R 8. 6. 29）

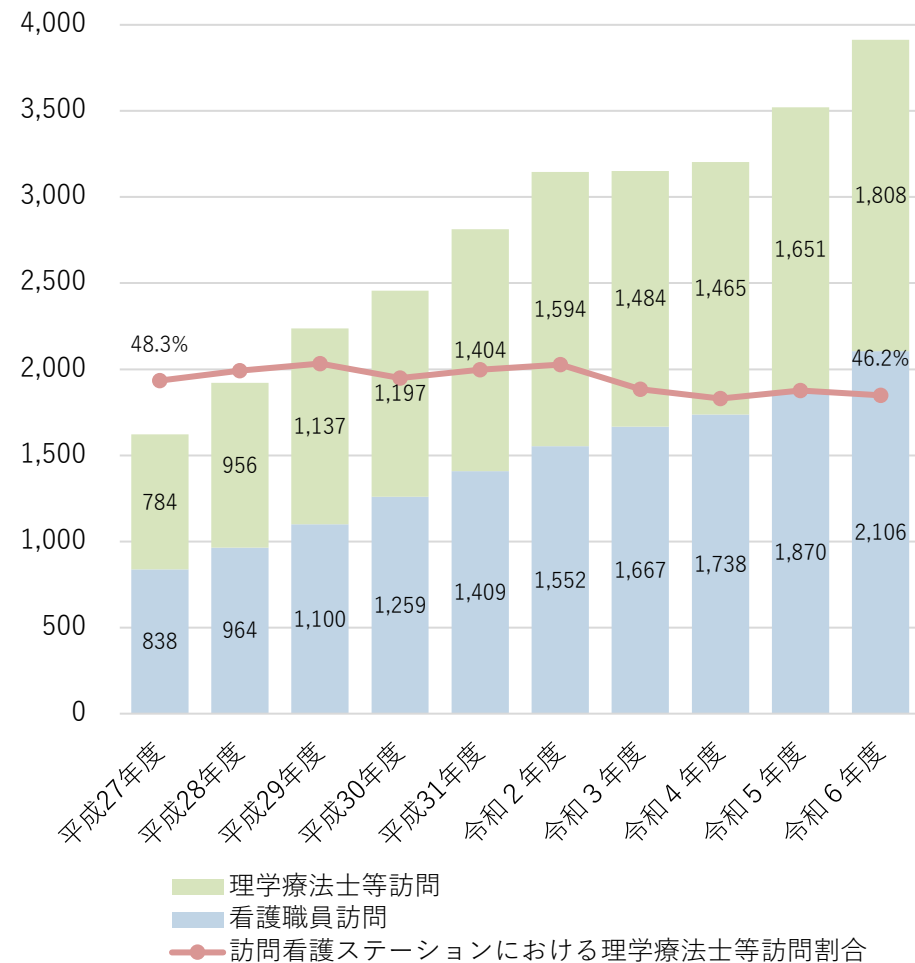
資料 3

○訪問看護ステーションにおける理学療法士等による介護予防訪問看護の算定割合は、近年横ばいで推移しているが、単位数は増加しており、訪問看護の割合・単位数も同様の傾向である。

■理学療法士等による介護予防訪問看護の単位数(基本単価)

要支援

(百万単位)

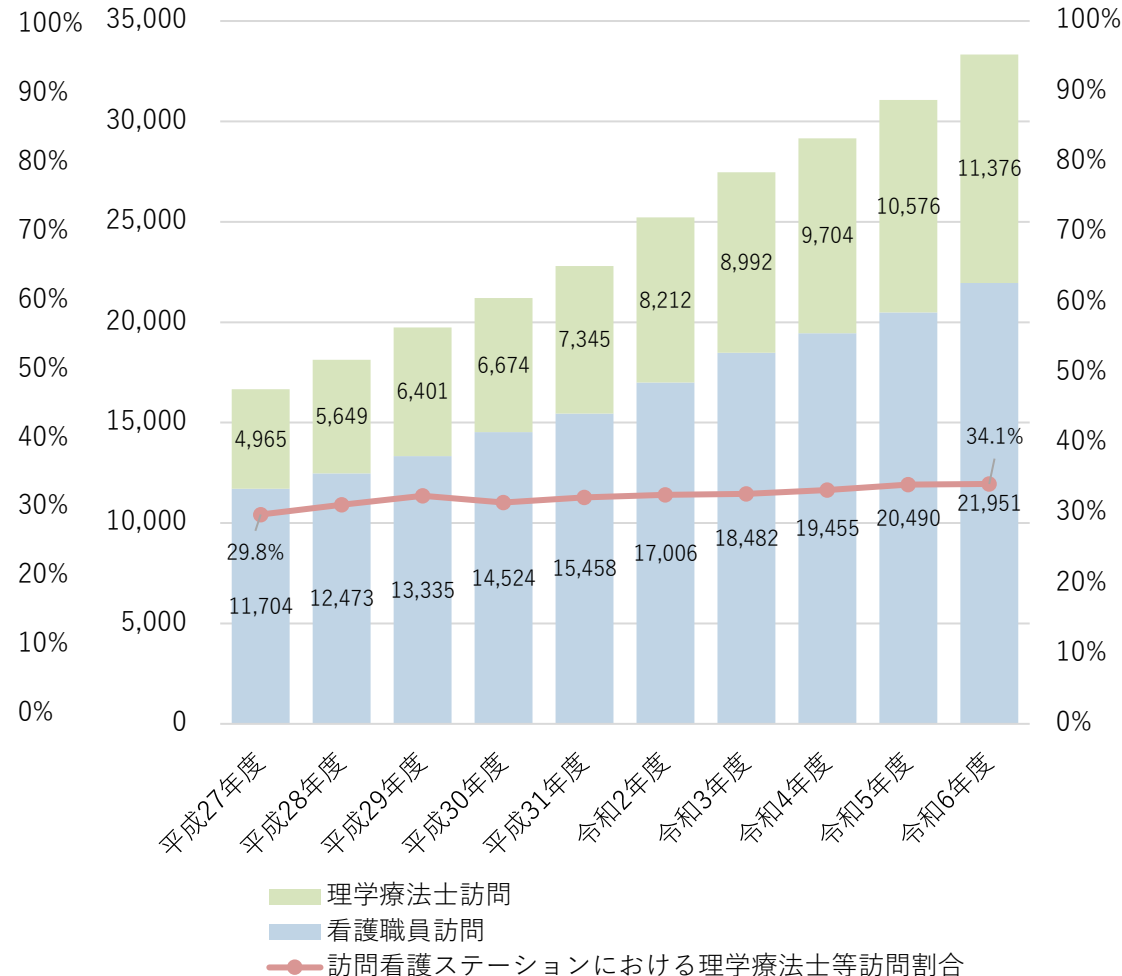


※理学療法士等による訪問単位数/訪問看護ステーション総訪問単位数×100

■理学療法士等による訪問看護の単位数(基本単価)

要介護

(百万単位)

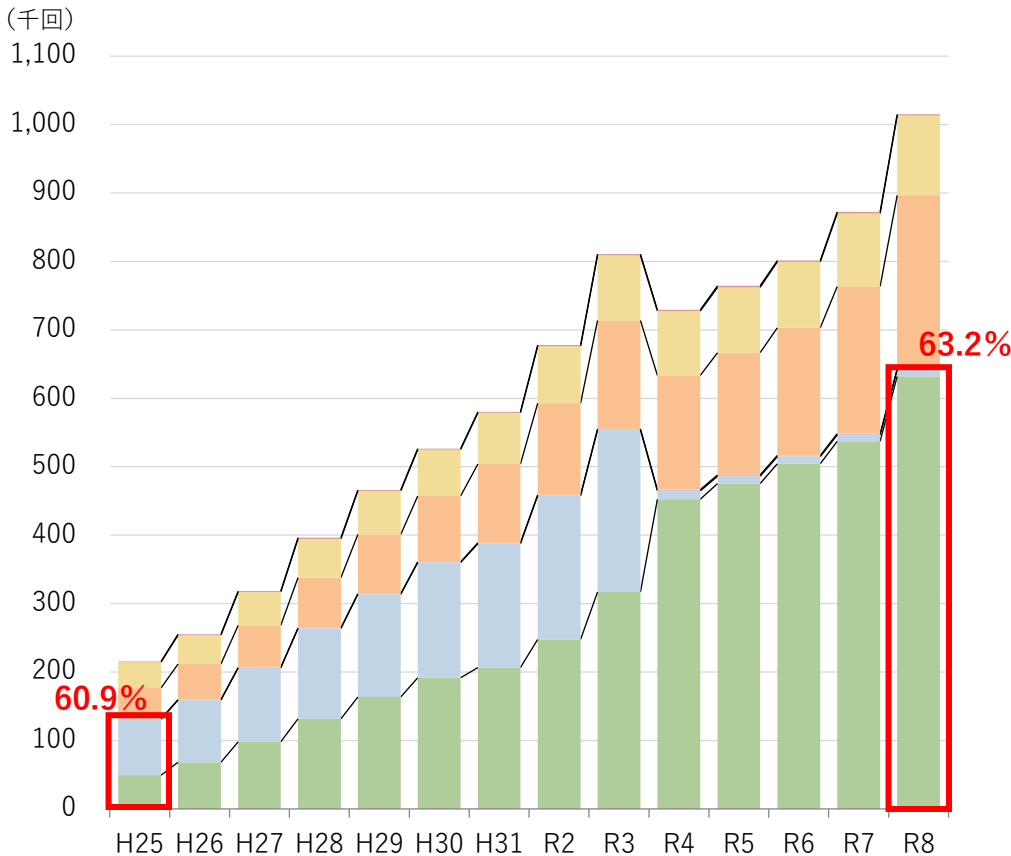


【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（5月審査分～翌年4月審査分）より老健局老人保健課にて作成

所要時間別の訪問回数の推移

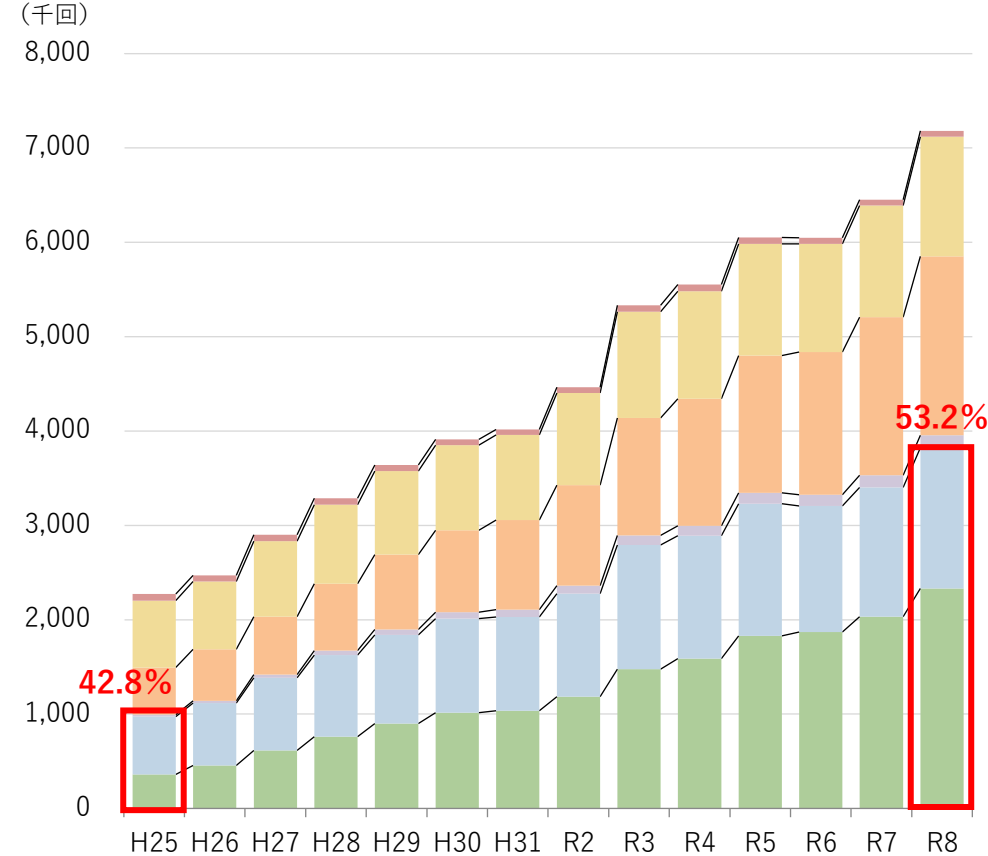
○訪問看護における理学療法士等による訪問回数の割合は増加傾向にあり、介護予防訪問看護では約63%、訪問看護では約53%を占めている。

■介護予防訪問看護



- 看護職員による訪問 (1時間～1時間30分)
- 看護職員による訪問 (30分以上～1時間未満)
- 看護職員による訪問 (30分未満)
- 看護職員による訪問 (20分未満)
- 理学療法士等による訪問 (1日2回超)
- 理学療法士等による訪問 (1日2回以下)

■訪問看護



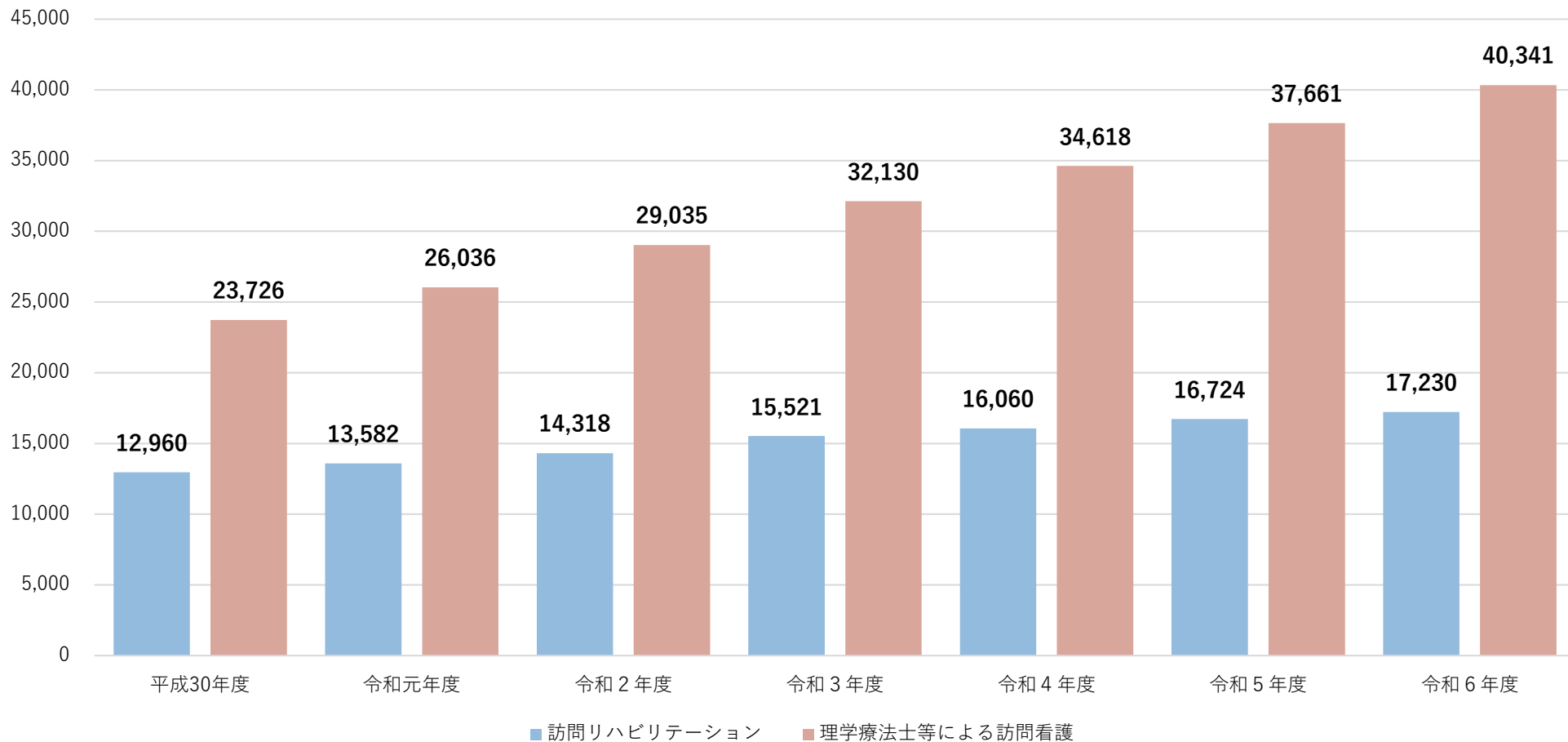
- 看護職員による訪問 (1時間～1時間30分)
- 看護職員による訪問 (30分以上～1時間未満)
- 看護職員による訪問 (30分未満)
- 看護職員による訪問 (20分未満)
- 理学療法士等による訪問 (1日2回超)
- 理学療法士等による訪問 (1日2回以下)

理学療法士等による訪問看護と訪問リハビリテーションの算定回数

○平成30年度と比較し、訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護の算定件数は約1.7倍、訪問リハビリテーションの算定回数は約1.3倍となっている。

■理学療法士等による訪問看護と訪問リハビリテーションの算定回数

(千件)



※事業所からの請求時点の数値を集計している。
※総数には、月の途中で要介護から要支援に変更となった者を含む。

訪問看護の収支差率等

○訪問看護の収支差率（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は10.3%（※）となっており、金額ベースでは35.8万円。※収支差率について全サービスの平均は4.7%。

○訪問看護の一環として理学療法士等の訪問も行う事業所の収支差率は11.1%、看護職員のみでの訪問を行う事業所の収支差率は5.7%となっている。

令和7年度介護事業実態調査（介護事業経営概況調査）

第6表 訪問看護 1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目（令和5年度決算・令和6年度決算）

		令和4年度概況調査		令和5年度実態調査		令和7年度概況調査	
		令和3年度決算	令和4年度決算	令和5年度決算	令和6年度決算		
Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	千円/月 2,964	千円/月 3,009	千円/月 3,251	千円/月 3,409		
	(2)保険外の利用料による収入	46	60	68	69		
	(3)補助金収入 (物価関連の補助金収入を除く)	-	-	-	-		
	うち介護職員処遇改善支援補助金収入	-	-	-	-		
	(4)介護報酬査定減	△2	△3	△2	△1		
	小計	3,007	3,066	3,318	3,476		
	Ⅱ 介護事業費用	2,221	2,287	2,279	2,437		
Ⅱ 介護事業費用	(1)給与費	73.9%	74.6%	68.7%	70.1%		
	(2)減価償却費	41 1.4%	40 1.3%	46 1.4%	48 1.4%		
	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-	-		
	(4)その他	525 17.5%	555 18.1%	594 17.9%	630 18.1%		
	うち委託費	33 1.1%	33 1.1%	23 0.7%	24 0.7%		
	小計	2,788	2,883	2,919	3,114		
	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-	-	-		
Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	2	4	3	4		
Ⅴ 特別利益	(1)本部費繰入	-	-	-	-		
Ⅵ 特別損失	(1)本部費繰入	-	-	-	-		
収入 ①=Ⅰ+Ⅲ		3,007	3,066	3,318	3,476		
支出 ②=Ⅱ+Ⅳ+Ⅴ		2,791	2,886	2,922	3,118		
差引 ③=①-②		216 7.2%	180 5.9%	396 11.9%	358 10.3%		
イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入		12	7	-	-		
うち施設内療養に関する補助金収入		-	-	-	-		
ロ 物価高騰対策関連の補助金収入		-	2	2	1		
イ・ロの補助金収入計		12	10	2	1		
イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'		228 7.6%	190 6.2%	398 12.0%	360 10.3%		
法人税等		13 0.4%	11 0.4%	23 0.7%	23 0.7%		
法人税等差引 ④=③'-法人税等		215 7.1%	179 5.8%	375 11.3%	337 9.7%		
有効回答数		228	604	254	254		

注：1）各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している

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

3）「介護事業費用」及び「差引③」の比率は「収入①」に対する割合である。

4）「イ・ロの補助金収入を含めた差引③'」、「法人税等」及び「法人税等差引④」の比率は、「収入①」+「イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入」+「ロ 物価高騰対策関連の補助金収入」に対する割合である。

【出典】厚生労働省「令和7年度介護事業経営概況調査」及び介護DBから抽出したデータより老人保健課にて作成

理学療法士等の訪問も行う1施設・事業所当たり収支額、収支等の科目

		看護職員のみでの訪問 の場合	理学療法士等の訪問 がある場合	うち、理学療法士等の 職員割合が50%超 100%以下	
Ⅰ 介護事業収益	(1)介護料収入	千円/月 1,607	千円/月 4,531	千円/月 8,373	
	(2)保険外の利用料による収入	32	90	113	
	(3)補助金収入 (物価関連の補助金収入を除く)	-	-	-	
	うち介護職員処遇改善支援補助金収入	-	-	-	
	(4)介護報酬査定減	0	△2	0	
	小計	1,639	4,619	8,486	
	Ⅱ 介護事業費用	1,255 76.6%	3,185 69.0%	5,515 75.7%	
Ⅱ 介護事業費用	(2)減価償却費	23 1.4%	63 1.4%	100 1.4%	
	(3)国庫補助金等特別積立金取崩額	-	-	-	
	(4)その他	262 16.0%	854 18.5%	1,671 22.9%	
	うち委託費	13 0.8%	31 0.7%	30 0.4%	
	小計	1,540	4,103	7,285	
	Ⅲ 介護事業外収益	(1)借入金補助金収入	-	-	
	Ⅳ 介護事業外費用	(1)借入金利息	6	3	3
Ⅴ 特別利益	(1)本部費繰入	-	-	-	
Ⅵ 特別損失	(1)本部費繰入	-	-	-	
収入 ①=Ⅰ+Ⅲ		1,639	4,619	8,486	
支出 ②=Ⅱ+Ⅳ+Ⅴ		1,546	4,105	7,289	
差引 ③=①-②		93 5.7%	514 11.1%	1,197 14.1%	
イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入		-	-	-	
うち施設内療養に関する補助金収入		-	-	-	
ロ 物価高騰対策関連の補助金収入		1	2	3	
イ・ロの補助金収入計		1	2	3	
イ・ロの補助金収入を含めた差引 ③'		94 5.7%	515 11.2%	1,200 14.1%	
法人税等		3 0.2%	35 0.8%	148 1.7%	
法人税等差引 ④=③'-法人税等		91 5.6%	481 10.4%	1,052 12.4%	
有効回答数		79	165	24	

注：1）各項目の数値は、決算額を12で除した値を掲載している

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

3）「介護事業費用」及び「差引③」の比率は「収入①」に対する割合である。

4）「イ・ロの補助金収入を含めた差引③'」、「法人税等」及び「法人税等差引④」の比率は、「収入①」+「イ 新型コロナウイルス感染症関連の補助金収入」+「ロ 物価高騰対策関連の補助金収入」に対する割合である。

5）理学療法士等の訪問がある場合の理学療法士等の職員割合は、介護DB上で理学療法士等の訪問を確認できた事業所に対する割合である。

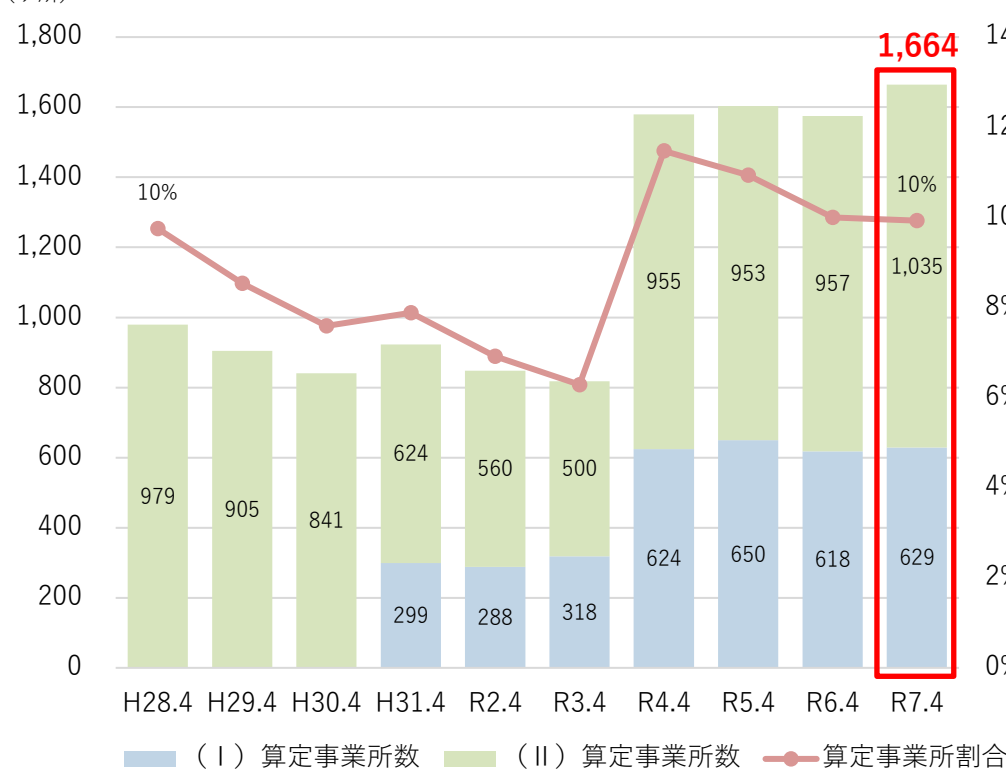
○看護体制強化加算の算定事業所数は、コロナ禍の影響で一時的に減少傾向にあったが、近年は横ばいである。

■看護体制強化加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定事業所数と事業所割合

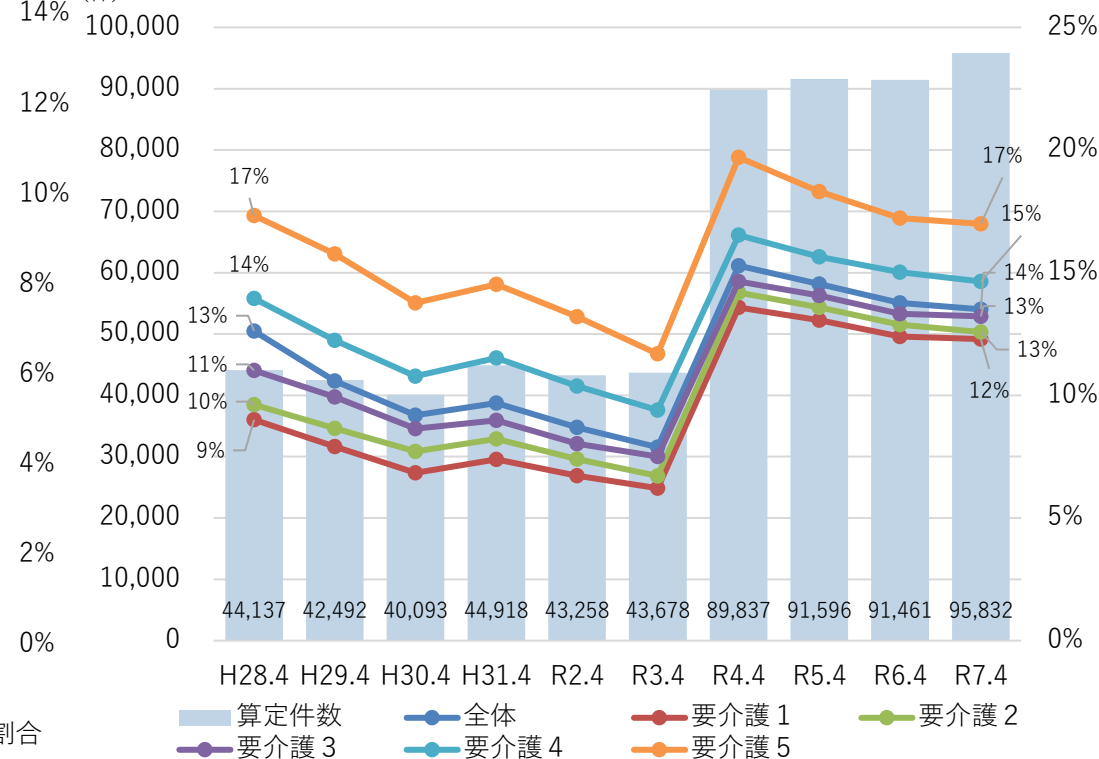
■要介護度別の看護体制強化加算の算定者の割合

※H30年改定の際に看護体制強化加算（Ⅰ）が新設され、それまでの看護体制強化加算は（Ⅱ）の区分となった。

（ヶ所）



（件）



看護体制強化加算（Ⅰ）550単位（Ⅱ）200単位（1月あたり）

看護体制強化加算（Ⅰ）：次の①②③④を満たす

- ①算定の前6月間における利用者総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した割合が50%以上
- ②算定月の前6月間における利用者総数のうち、特別管理加算を算定した割合が20%以上
- ③算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上
- ④訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上

看護体制強化加算（Ⅱ）：上記①②④を満たし、③算定月の前12月間にターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上を満たす

2.(4)④ 看護体制強化加算の見直し

社保審一介護給付費分科会

第199回 (R3.1.18)

参考資料 1

概要

【訪問看護★】

- 看護体制強化加算について、医療ニーズのある要介護者等の在宅療養を支える環境を整える観点や訪問看護の機能強化を図る観点から見直しを行う。【告示改正】

単位数

< 現行 >

(訪問看護の場合)

看護体制強化加算 (Ⅰ) 600単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 300単位/月

< 改定後 >

看護体制強化加算 (Ⅰ) 550単位/月

看護体制強化加算 (Ⅱ) 200単位/月

(介護予防訪問看護の場合)

看護体制強化加算 300単位/月

看護体制強化加算 100単位/月

算定要件等

- 要件について、以下の見直しを行う（訪問看護、介護予防訪問看護共通）
 - ・ 算定日が属する月の前6月間において、利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合について、「100分の30以上」から「100分の20以上」に見直し
 - ・ (介護予防) 訪問看護の提供にあたる従業者の総数に占める看護職員の割合が6割以上であることとする要件を設定（令和5年4月1日施行）
- ※ 令和5年3月末日時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たせなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予する。

看護体制強化加算に係る経過措置の適用状況

- 令和5年3月時点で看護体制強化加算を算定している事業所であって、急な看護職員の退職等により看護職員6割以上の要件を満たさなくなった場合においては、指定権者に定期的に採用計画を提出することで、採用がなされるまでの間は同要件の適用を猶予している。
- 令和8年8月1日時点で、経過措置を設けている都道府県等※はなかった。※都道府県等：都道府県、政令市、中核市を指す。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（抄）（平成十二年厚生省告示第十九号）

■附則

（看護体制強化加算に係る経過措置）

第三条の2 令和五年三月三十一日において現にこの告示による改正後の指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のト又は指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のホの加算を算定している指定訪問看護ステーション又は指定介護予防訪問看護ステーションであって、令和五年四月一日以後に、看護職員の離職等によりこの告示による改正後の厚生労働大臣が定める基準第九号イの(1)の(四)に掲げる基準（同告示第百四号において準用する場合を含む。）に適合しなくなったものが、看護職員の採用に関する計画を都道府県知事に届け出た場合には、当該指定訪問看護ステーション又は当該指定介護予防訪問看護ステーションは、当該計画に定める期間を経過する日までの間は、当該基準にかかわらず、当該加算を算定することができる。

■看護体制強化加算に係る経過措置の適用の有無（n=127）

あり	なし
0	127

※令和8年熊本地震の影響を踏まえ、熊本県は対象外とした。

論点③ 期待される役割を踏まえた評価の見直し

論点③

- 令和6年度改定における審議報告も踏まえ、利用者のわかりやすさという観点や介護サービス事業者の事務負担軽減の観点から、算定率の低い介護予防看護の初回加算（Ⅰ）についてどのように考えるか。
- 訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護は、累次の改定で見直しを行ってきたところだが、訪問看護の役割をふまえた評価についてどのように考えるか。
- 看護体制強化加算に関する附則において経過措置を設けているが、令和8年度時点では猶予している自治体（調査時点における被災地を除く。）はない等の実態を踏まえ、経過措置の延長についてどのように考えるか。

対応案

- 算定率の低い介護予防訪問看護の初回加算（Ⅰ）について、簡素化してはどうか。
- 訪問看護ステーションの理学療法士等による訪問看護について、訪問看護の役割を踏まえたサービスを適切に評価する観点から、サービスの提供体制や実績等を踏まえた評価の見直しについてどのように考えるか。
- 看護体制強化加算に関する附則に設けられた経過措置を終了することとしてはどうか。

論点①：在宅療養を支える訪問看護提供体制の強化	8
論点②：訪問看護におけるＩＣＴ等の活用の推進	35
論点③：期待される役割を踏まえた評価の見直し	43
論点④：住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方	58

論点④ 住まいの形態に合わせたサービス提供に係る報酬の在り方

論点④

- 訪問看護における同一建物等居住者へのサービス提供については、効率的なサービス提供が可能となることを踏まえ、同一建物減算を設けて対応している。
- 高齢者住まいにおけるサービス提供の実態や事業所経営への影響等を踏まえつつ、住まいの形態に合わせたサービス提供の在り方についてどのように考えるか。

⇒ 高齢者住まいに対するサービス提供の在り方に関する介護給付費分科会において説明及び議論を実施予定

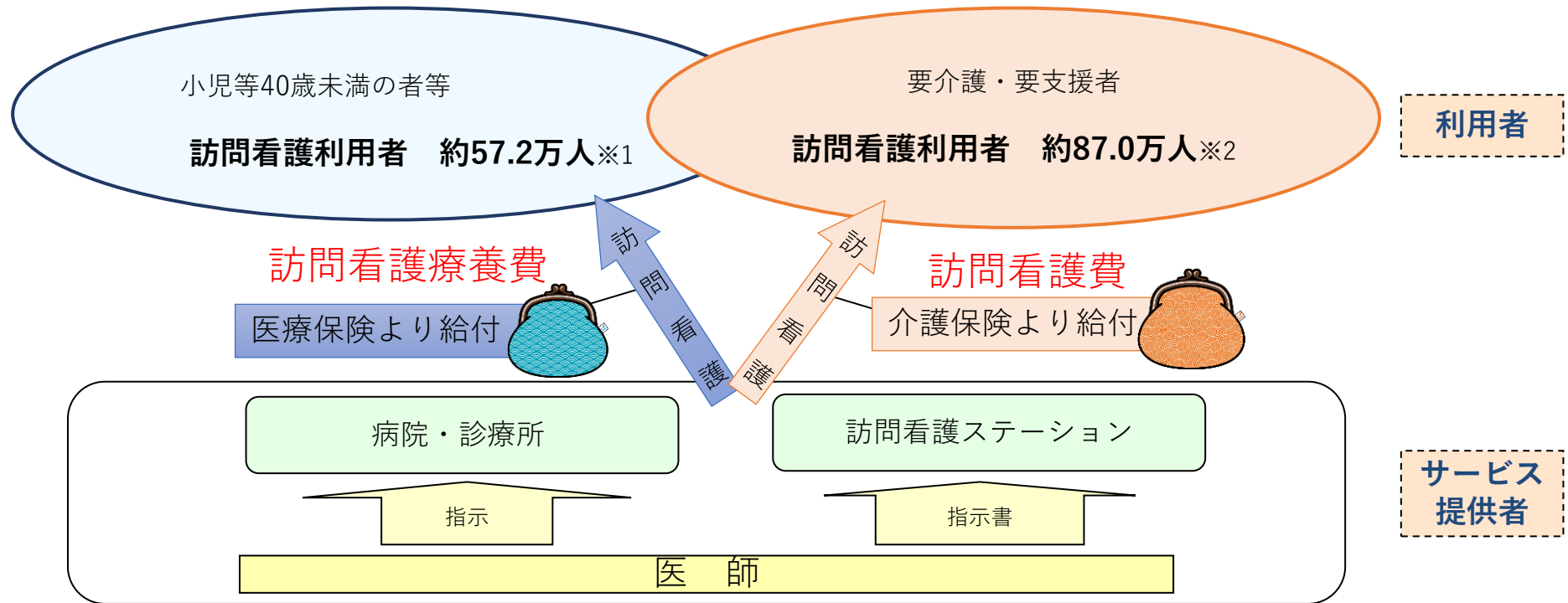
1. これまでの分科会における主なご意見

2. 現状と課題及び論点

 3. 参考資料

訪問看護の概要

- 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。



【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（令和7年6月審査分速報値より推計）

※2 介護給付費等実態統計（令和7年6月審査分）

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

(※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者 (有効期間：28日間)

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

注) 特別訪問看護指示書

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

(※3) 別表第8

- 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
 - 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理
- 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

訪問看護の基準

基本方針

訪問看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

基準項目		指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※
人員に関する基準	看護師等の員数	- 保健師、看護師又は准看護師（看護職員）常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤 - 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数	指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数
	管理者	専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者	—

基準項目		指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である指定訪問看護事業所※
設備に関する基準		- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等	- 事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画 - 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

※介護保険のみ

訪問看護の報酬

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費

所要時間 20分未満 ◆	所要時間 30分未満	所要時間 30分以上 1時間未満	所要時間 1時間以上 1時間30分未満	理学療法士、 作業療法士 又は言語 聴覚士による訪問☆
イ 314単位	イ 471単位	イ 823単位	イ 1,128単位	イ 294単位
ロ 266単位	ロ 399単位	ロ 574単位	ロ 844単位	

+

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

看護体制強化加算
(イロ I:550単位/月、II:200単位/月)

夜間・早朝の訪問 (イロ +25%/回)
深夜の訪問 (イロ +50%/回)

通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問看護加算】
(イロ 300単位/回)

退院時、医師等と共同指導した場合【退院時共同指導加算】
(イロハ 600単位/回)

訪問介護事業所と連携【看護・介護職員連携強化加算】
(イロハ 250単位/月)

専門管理加算 (イロハ 250単位/月)

口腔連携強化加算 (イロハ 50単位/月)

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急時訪問看護加算】
I (イロハ 600単位/月、ロハ 325単位/月)
II (イロハ 574単位/月、ロハ 315単位/月)

ターミナルケアを評価【ターミナルケア加算】
(イロハ 2,500単位/月)

サービス提供体制強化加算
(イロ I:6単位/回、II:3単位/回)
(ハ I:50単位/月、II:25単位/月)

複数名訪問加算

I イロ { 30分未満254単位/回
30分以上402単位/回 }
II イロ { 30分未満201単位/回
30分以上317単位/回 }

過去2月間に当該事業所から訪問看護を提供していない場合【初回加算】
(イロハ I:350単位/月、II:300単位/月)

情報通信機器を用いた死亡診断の補助【遠隔死亡診断補助加算】 (イロハ 150単位/月)

保健師・看護師・准看護師による要介護5の利用者への訪問 (ハ 800単位/月)

特別な管理の評価【特別管理加算】
(イロハ I:500単位/月、II:250単位/月)

特別地域訪問看護加算
(イロ +15%/回、ハ +15%/月)

中山間地域等の小規模事業所加算
(イロ +10%/回、ハ +10%/月)

中山間地域等の居住者へのサービス提供加算
(イロ +5%/回、ハ +5%/月)

介護職員等処遇改善加算 1.8%

ハ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合 2,961単位/月

イは指定訪問看護ステーションの場合、ロは病院又は診療所の場合

◆週1回以上、20分以上保健師又は看護師の訪問を行う場合に算定可

☆理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問は1回当たり20分以上、1人の利用者につき週6回を限度

同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合
(イロ 同一敷地内建物等又は利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合) (▲10%/回)
(イロ 利用者が50人以上居住する同一敷地内建物の利用者にサービスを行う場合) (▲15%/回)

高齢者虐待防止措置未実施 (イロハ ▲1%/日)

業務継続計画未策定 (イロハ ▲1%/日)

准看護師による訪問看護
(イロ ▲10%/回、ハ ▲2%/月)

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問
(イ 1日に2回を超えた場合) (▲10%/回)
(イ 施設基準に該当する場合) (▲8単位/回)

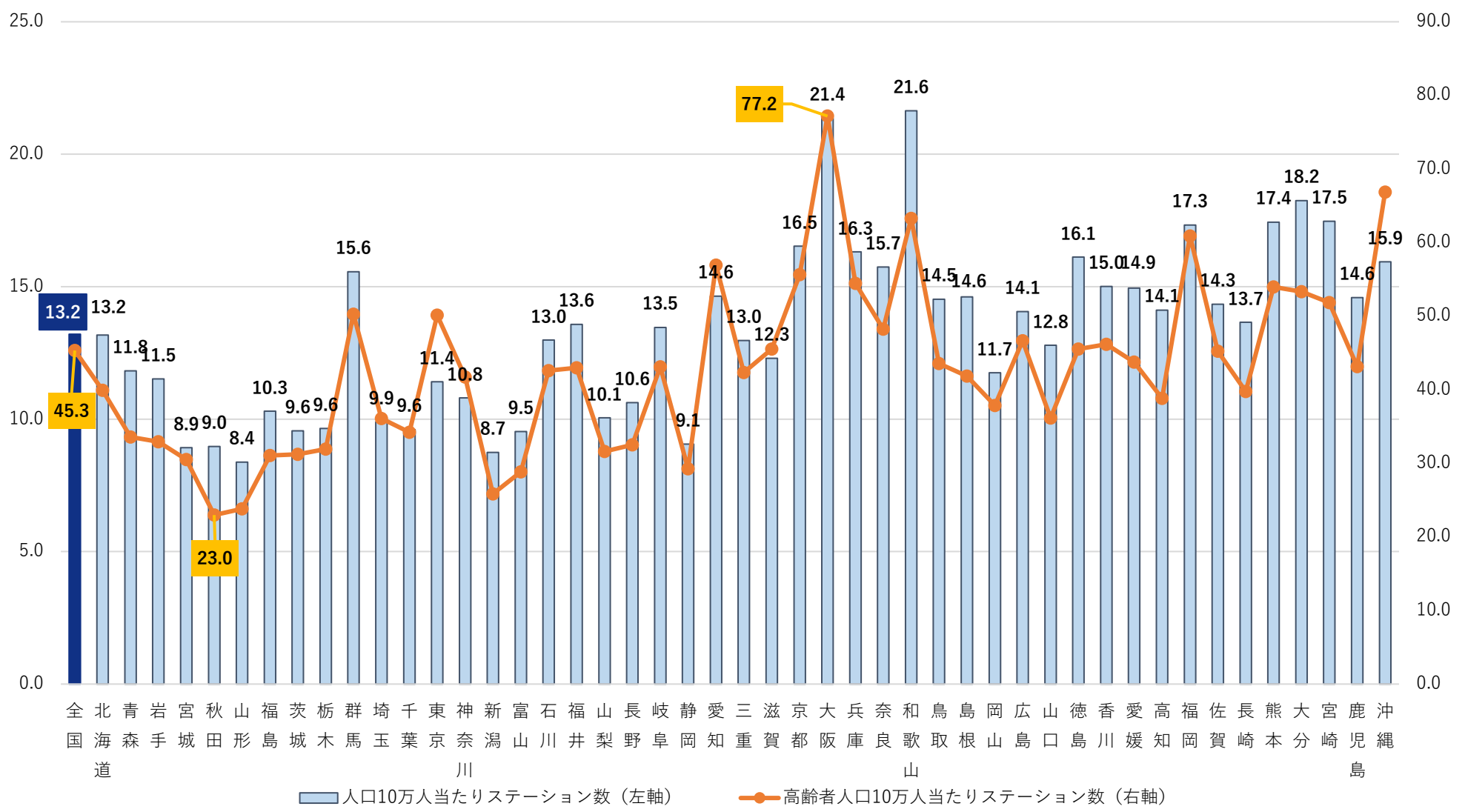
特別指示による訪問看護の実施
(ハ▲97単位/日×指示日数)

(注)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

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)