

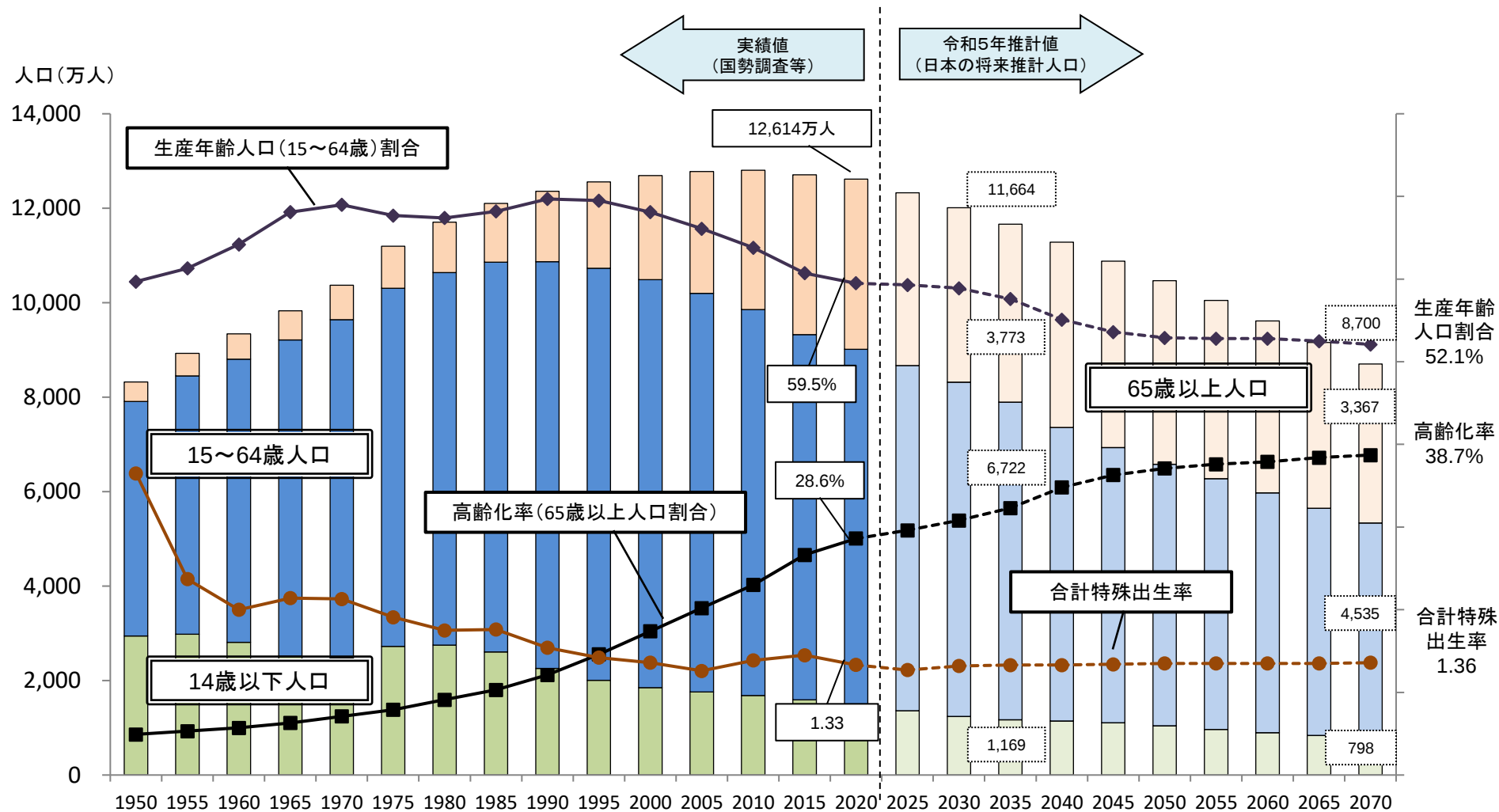
在宅（その1）

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。



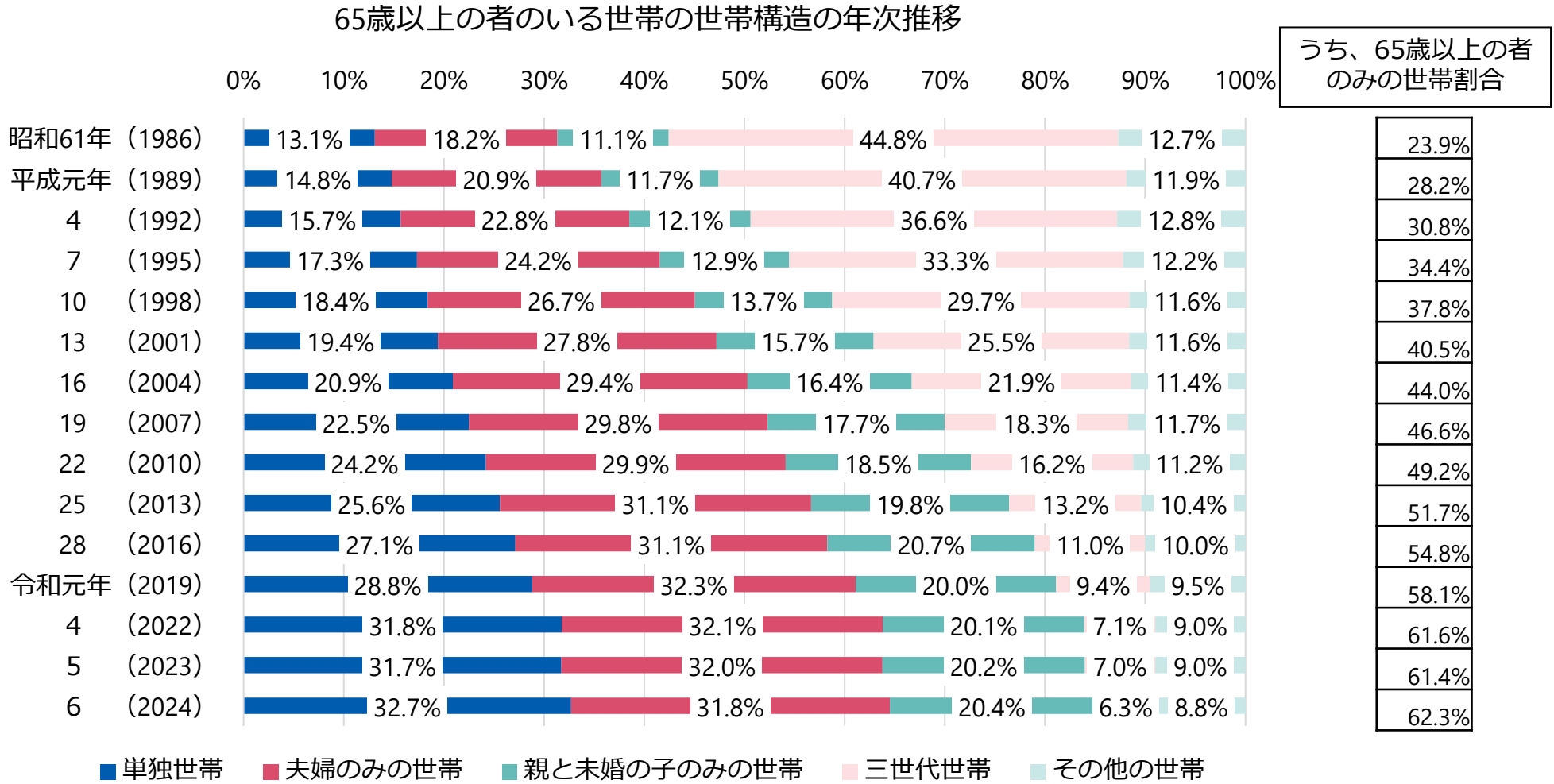
出典：2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」

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。

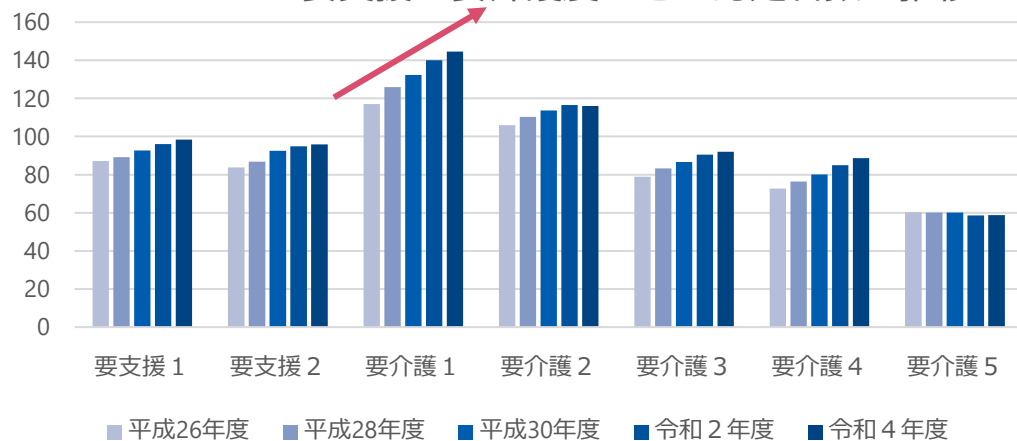


要支援・要介護認定者数の経年推移

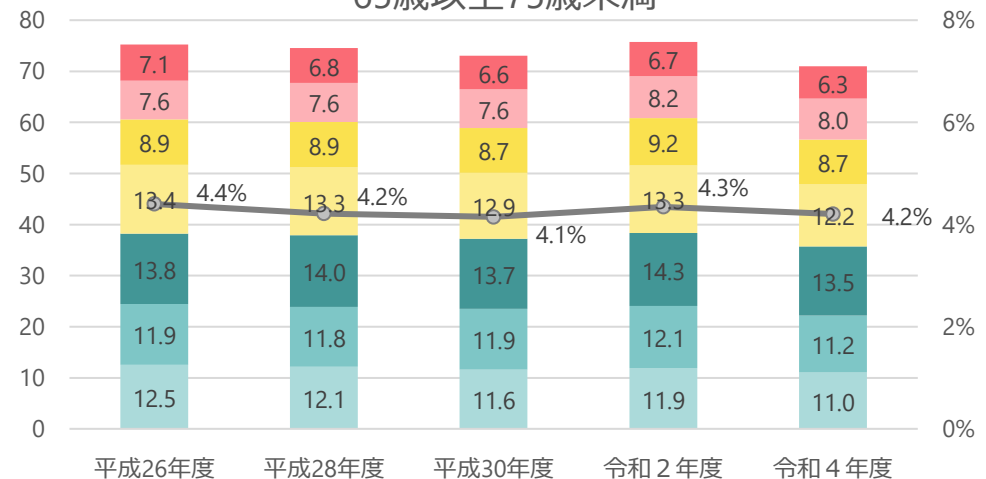
診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 3

- 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。

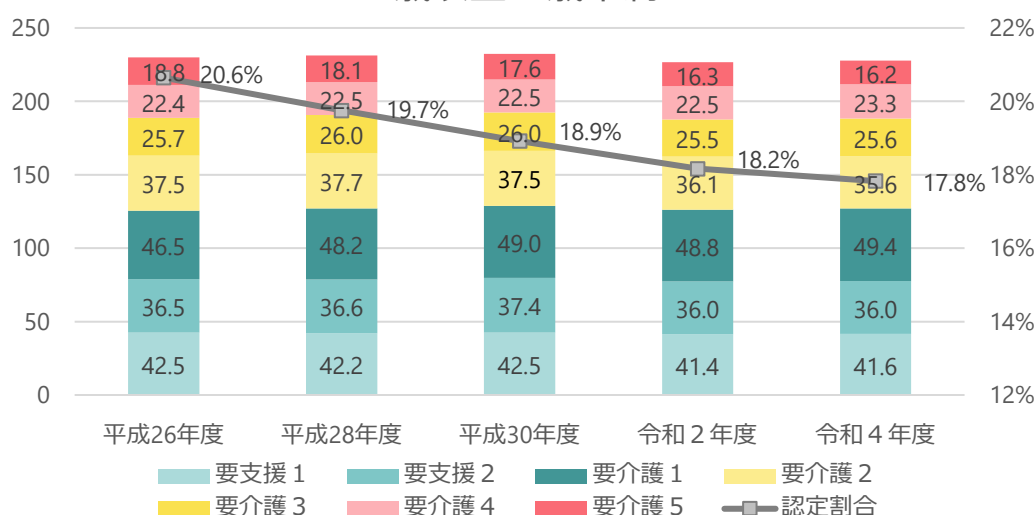
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



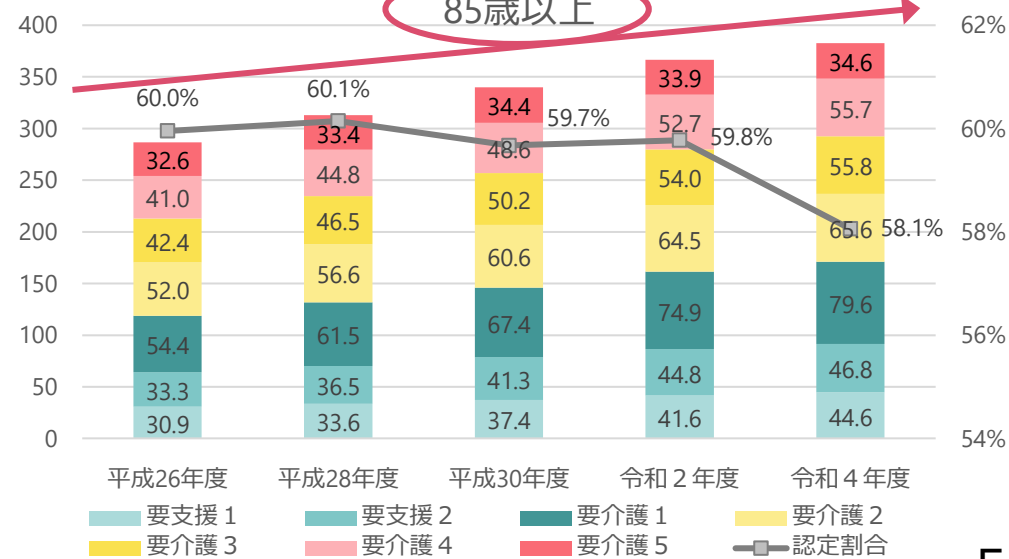
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



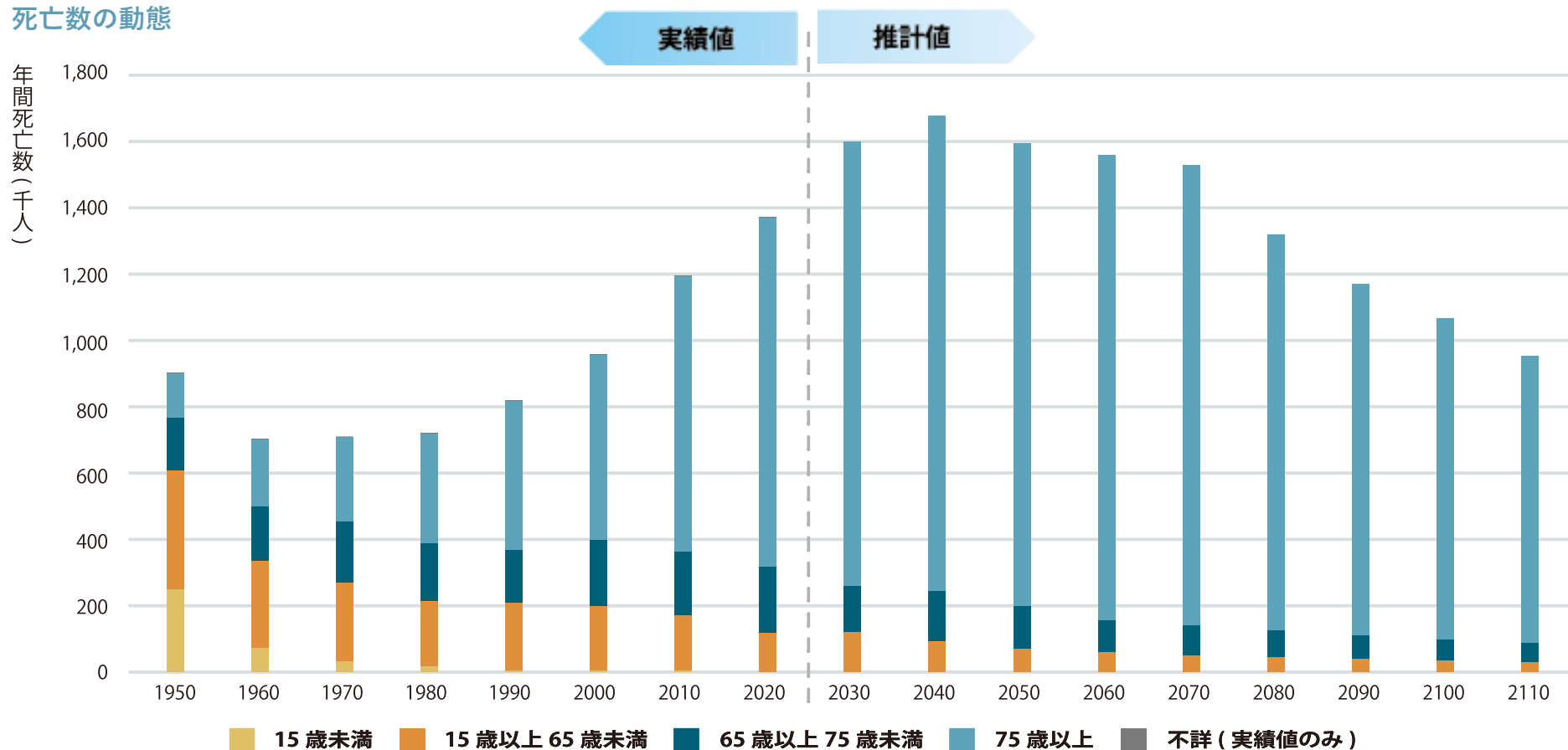
出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

死亡数が一層増加する

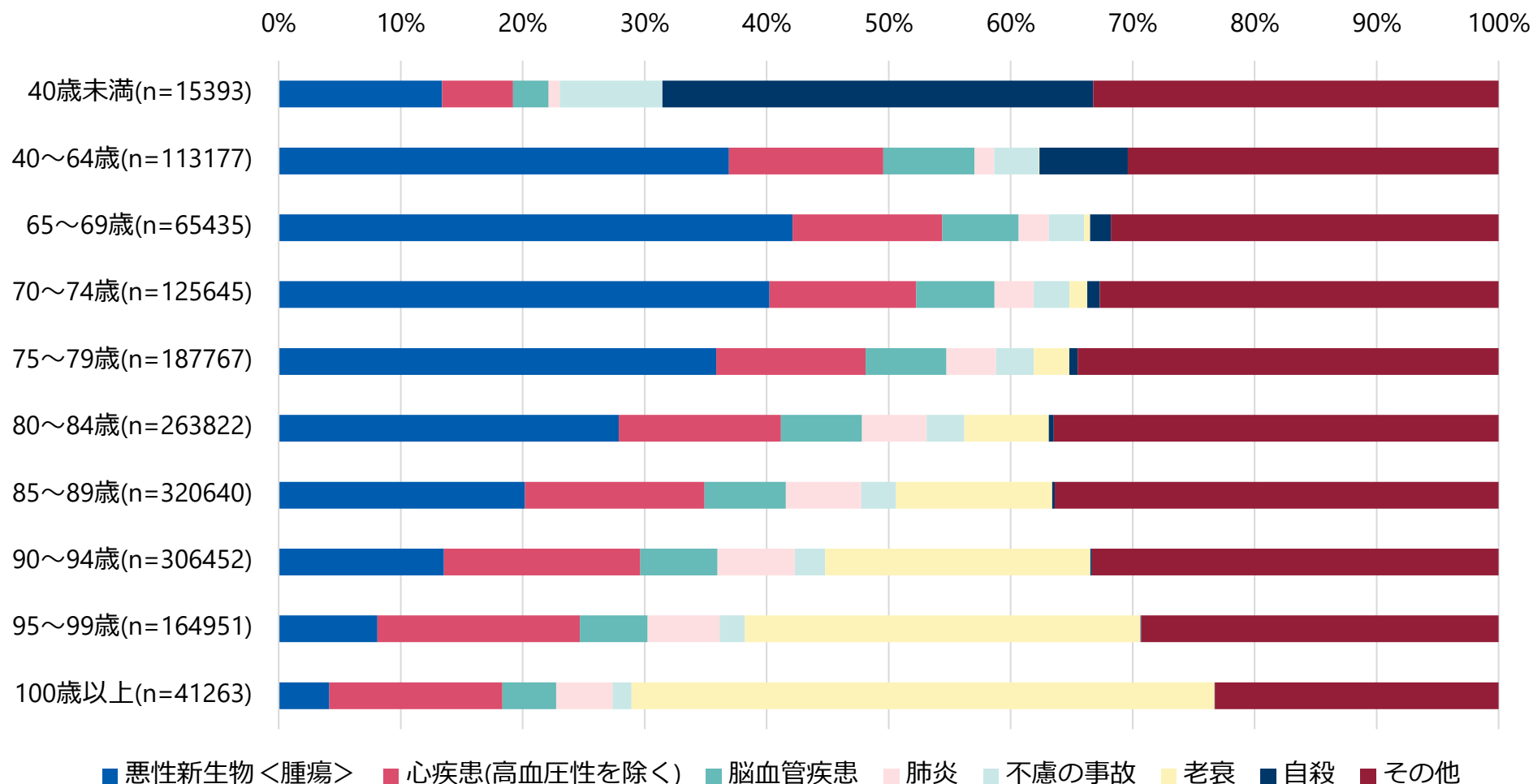
○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



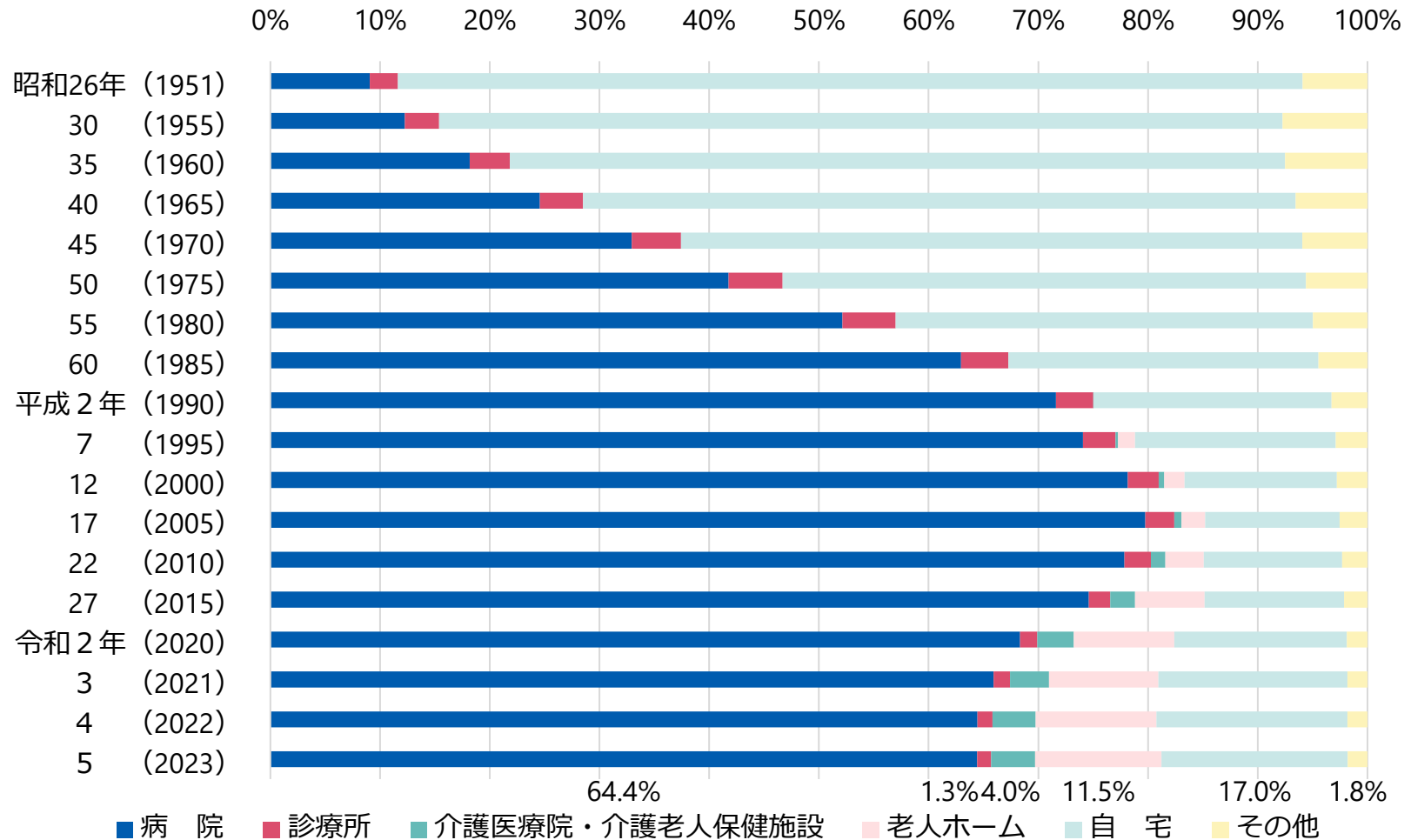
年齢階級別にみた主な死因

○ 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

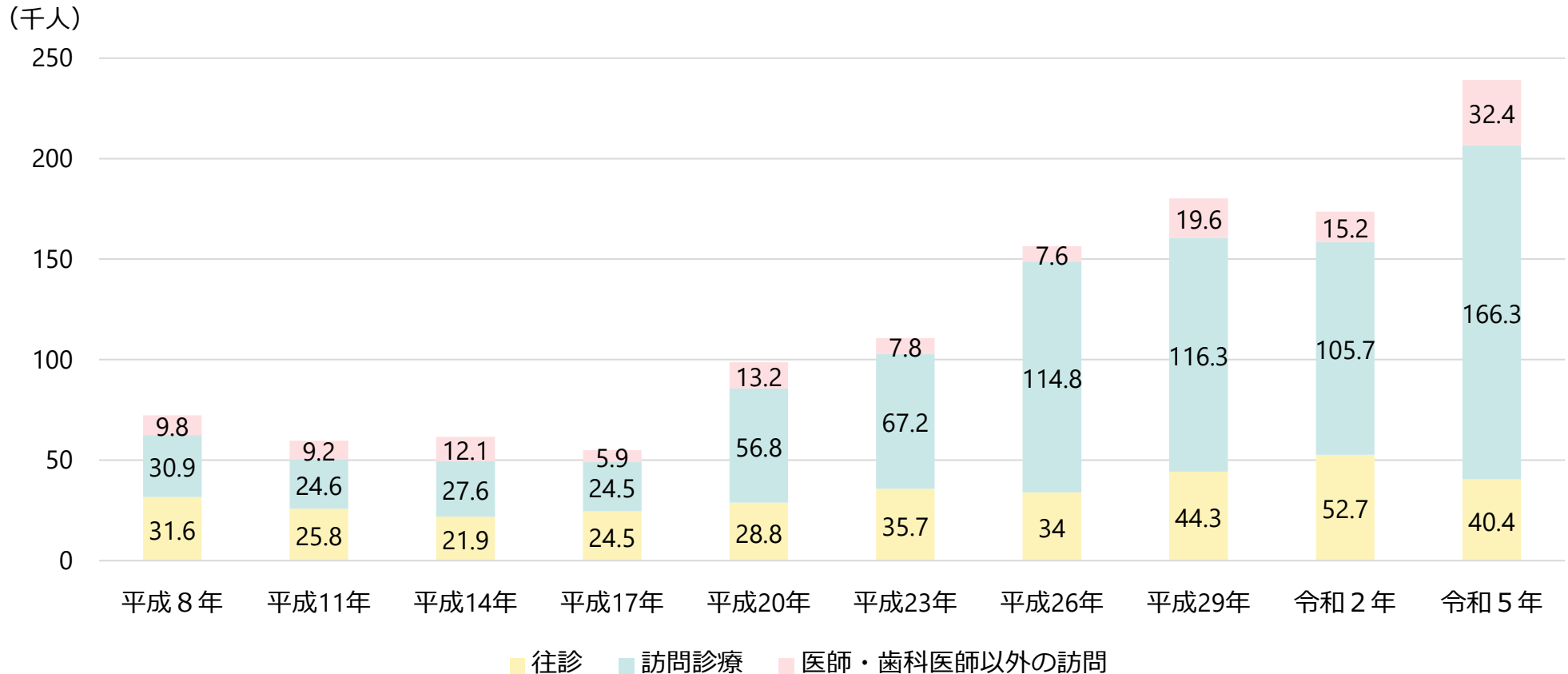
- 死亡場所の割合について、病院での死亡の割合は平成17年をピークに減少し、近年では介護医療院・介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡の割合が増加している。



※ 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。



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

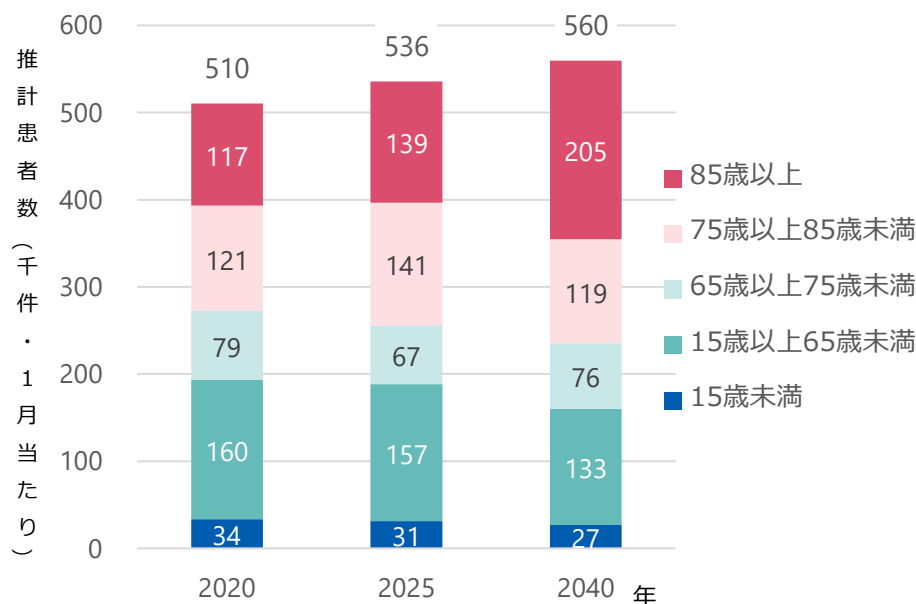
令和6年8月26日

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

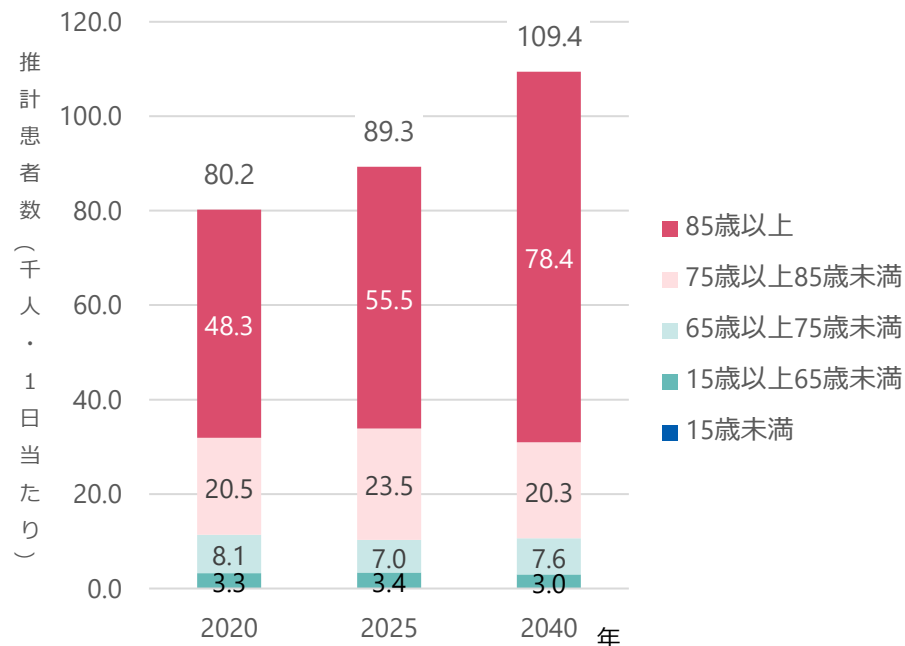
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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



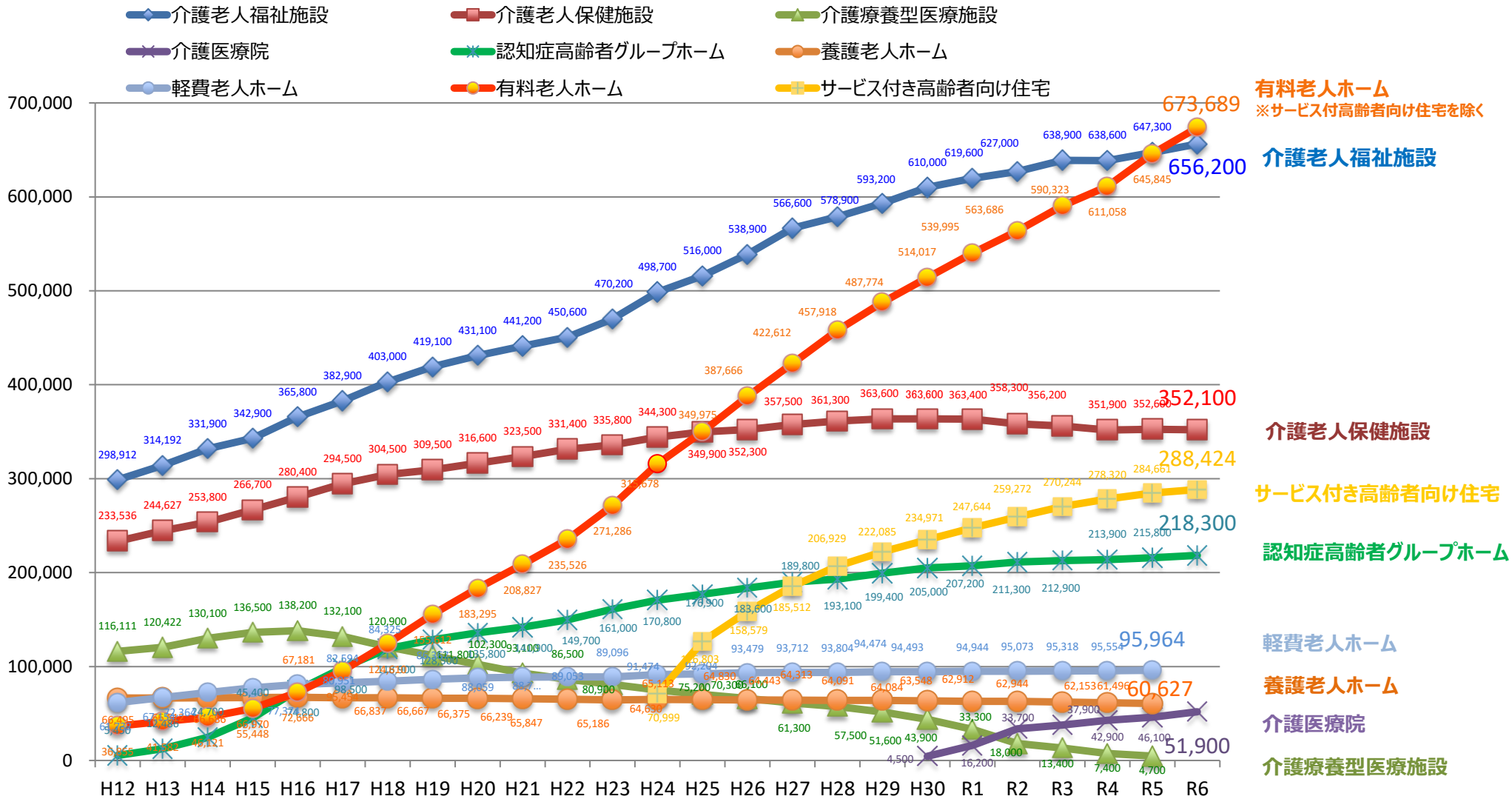
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

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）【H30～】」による。
- ※ 2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。
- ※ 3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
- ※ 4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（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）

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※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、地域の協議の場において報告し、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

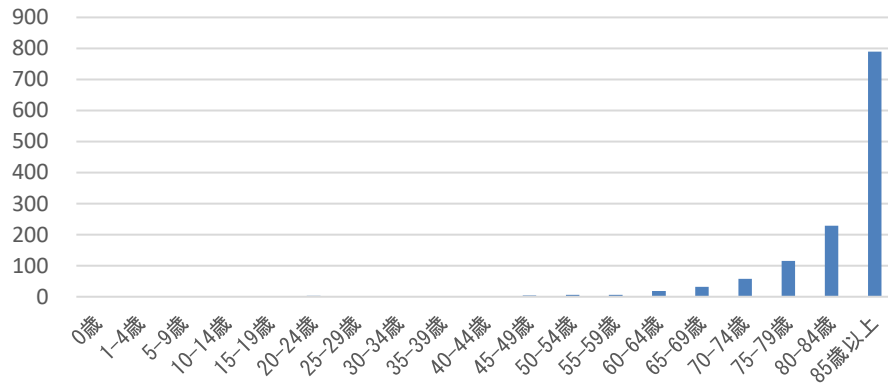
- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

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

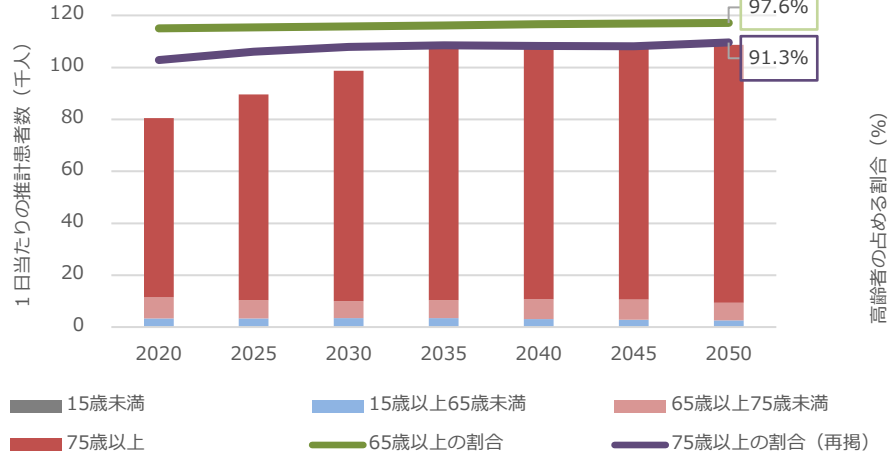
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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。

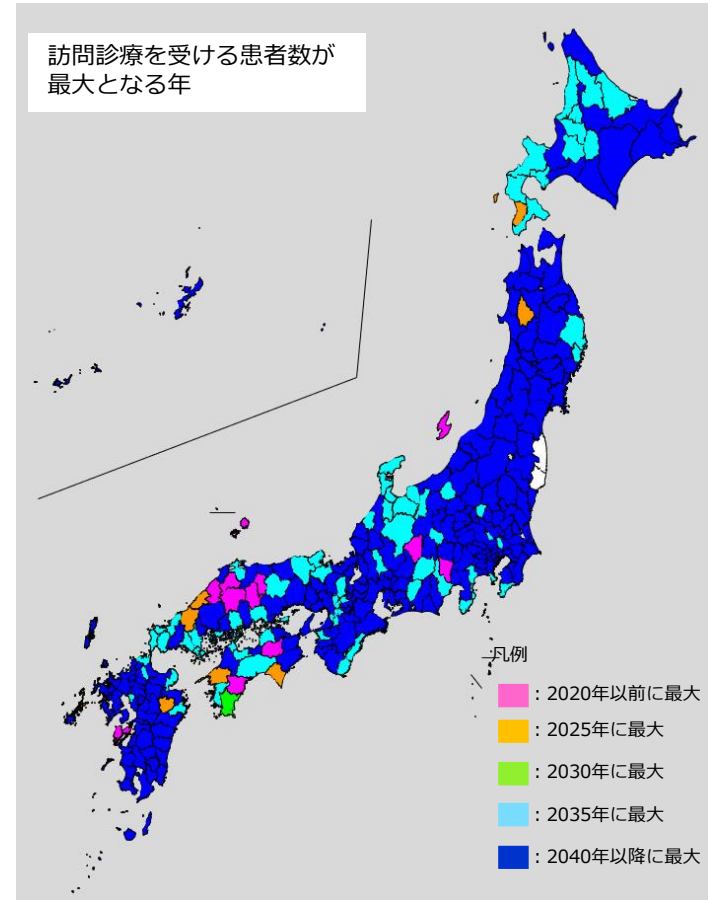
訪問診療受療率（人口10万対）



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。

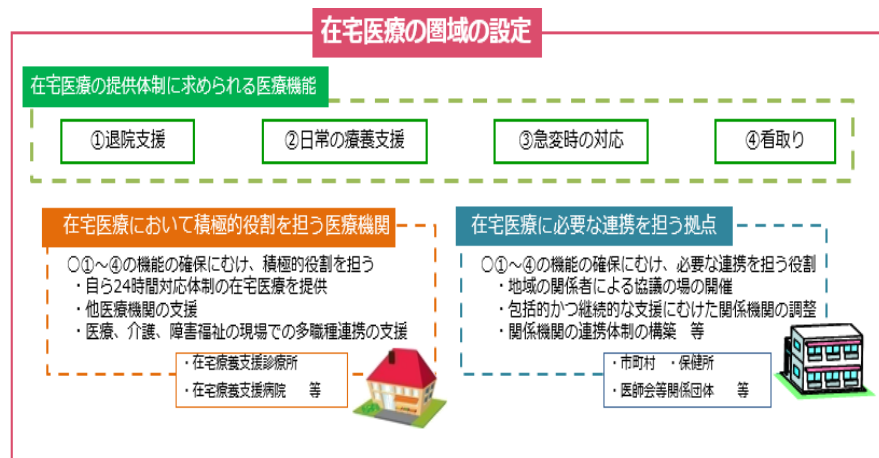
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

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。

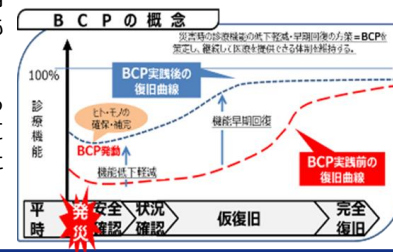
在宅医療の提供体制



- 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。
- 災害時においては、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。

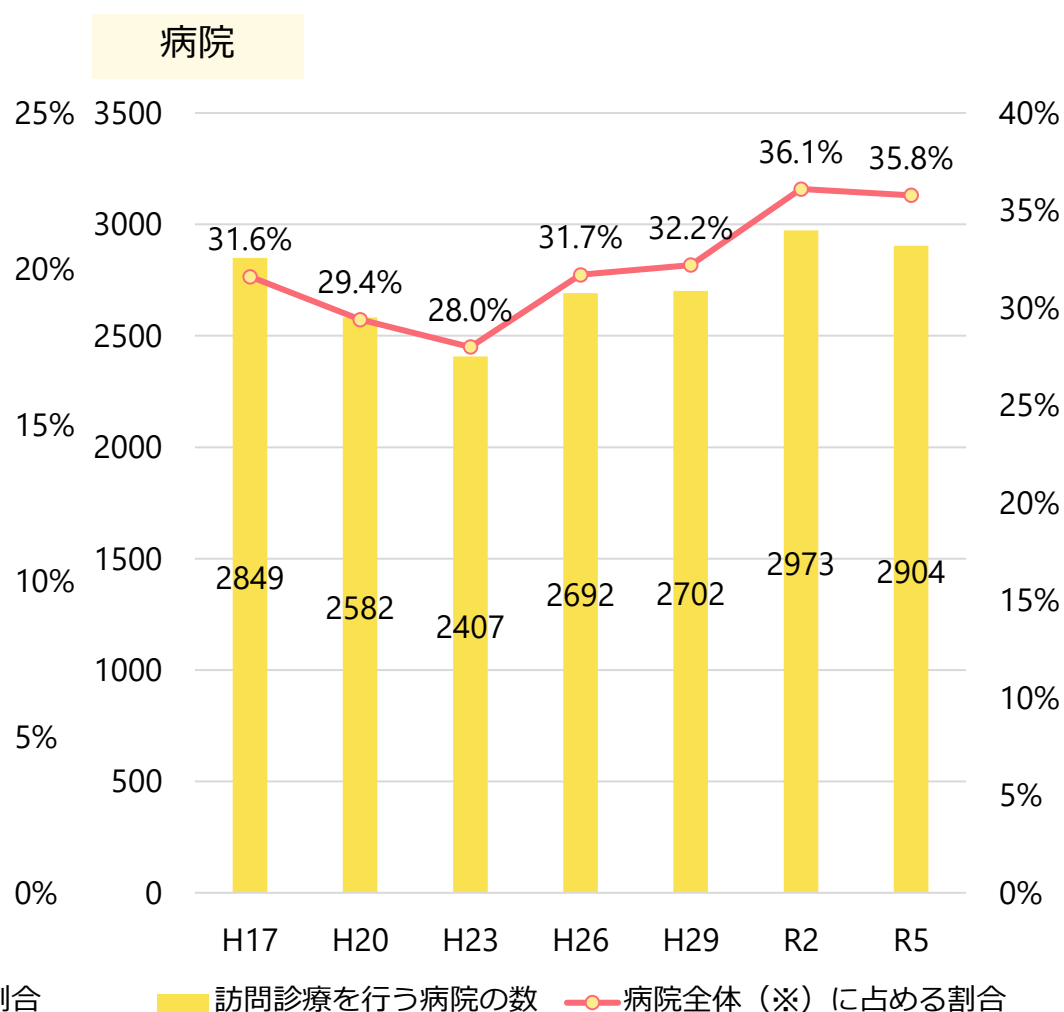
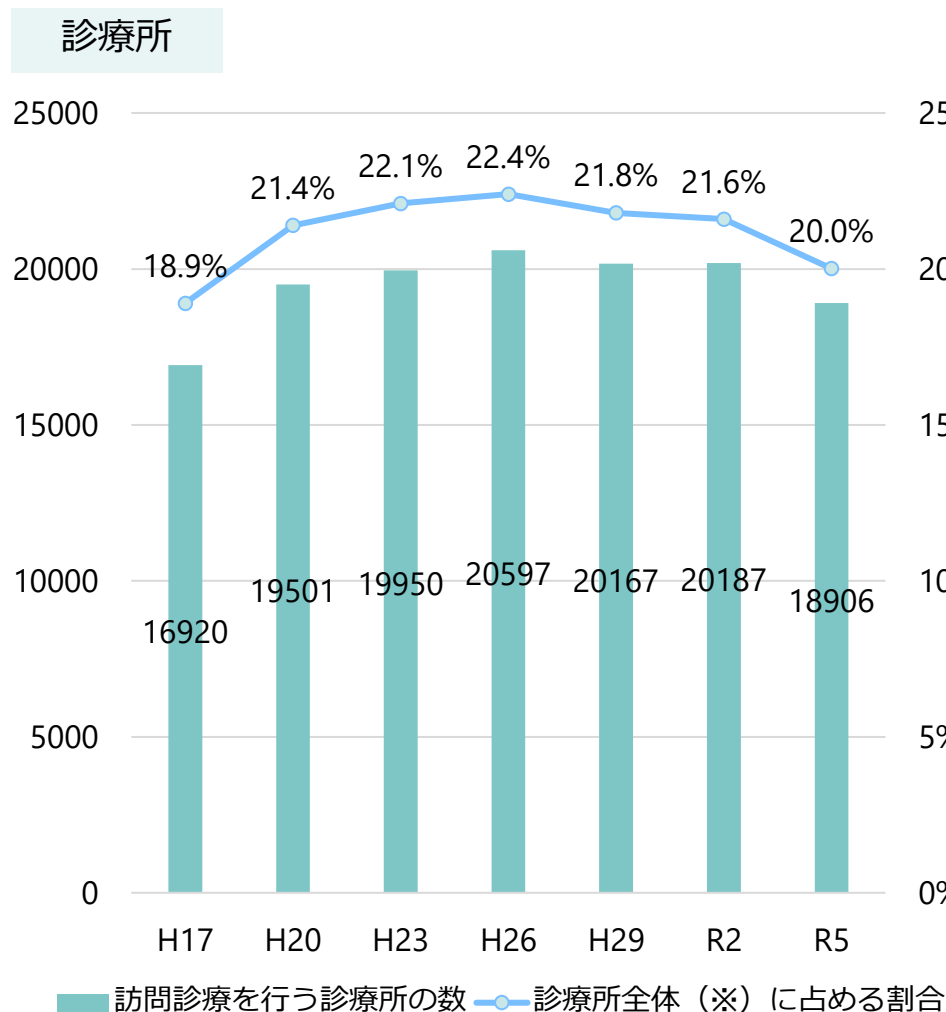


在宅医療における各職種の関わり

- 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

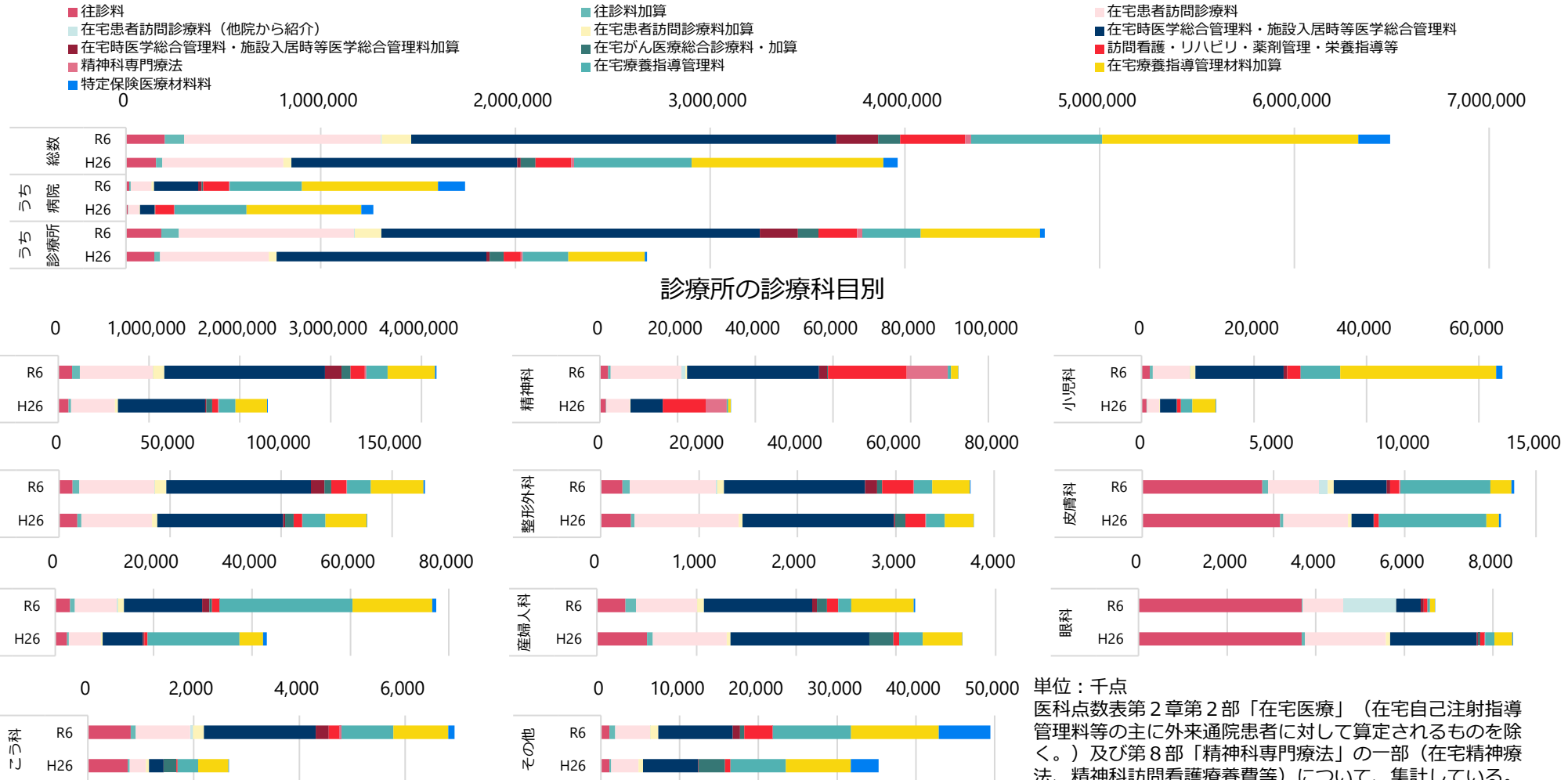
在宅がん
医療
総合
診療料

※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

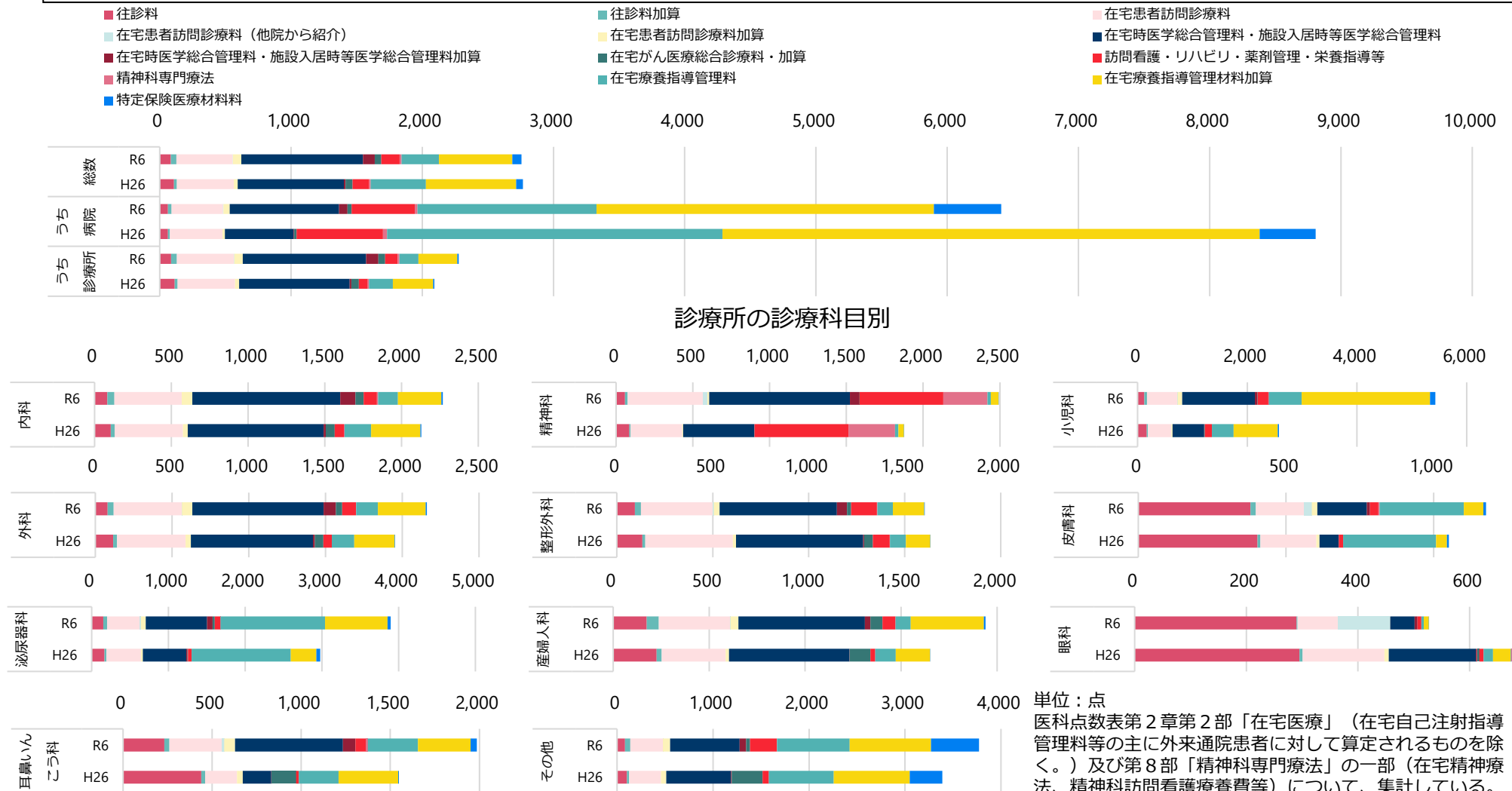
在宅医療に係る診療報酬の構成の推移

- 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。



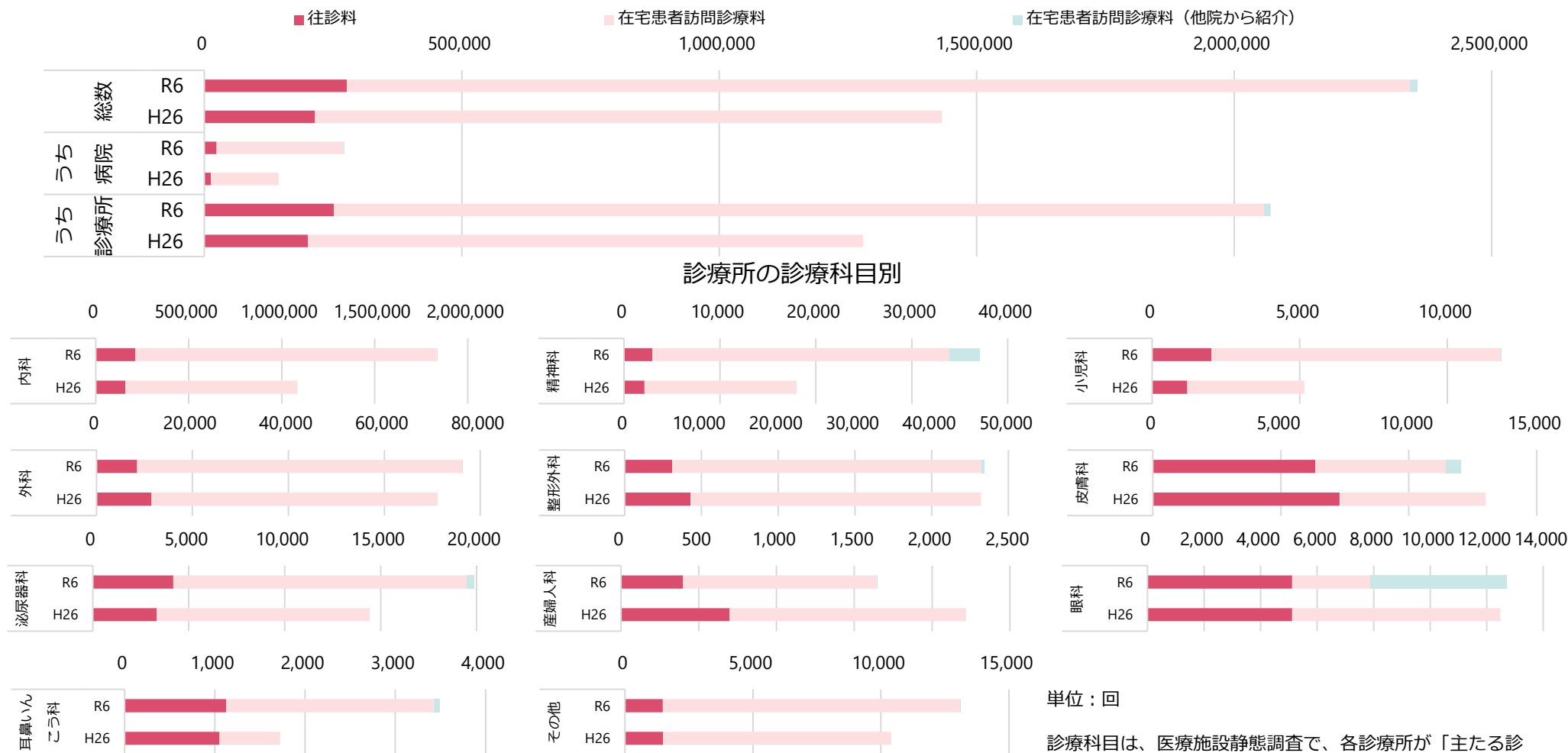
在宅診療 1 回あたり算定額の構成の推移

- 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。

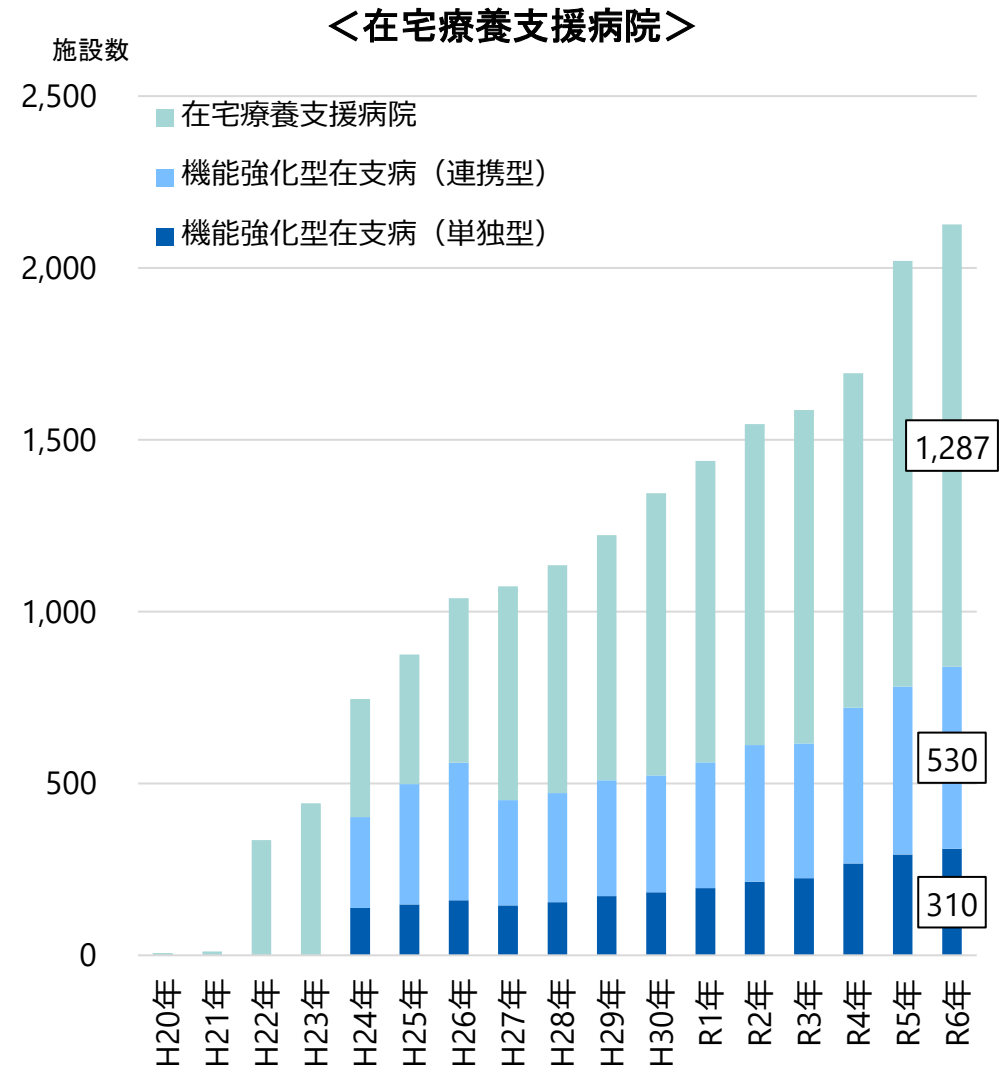
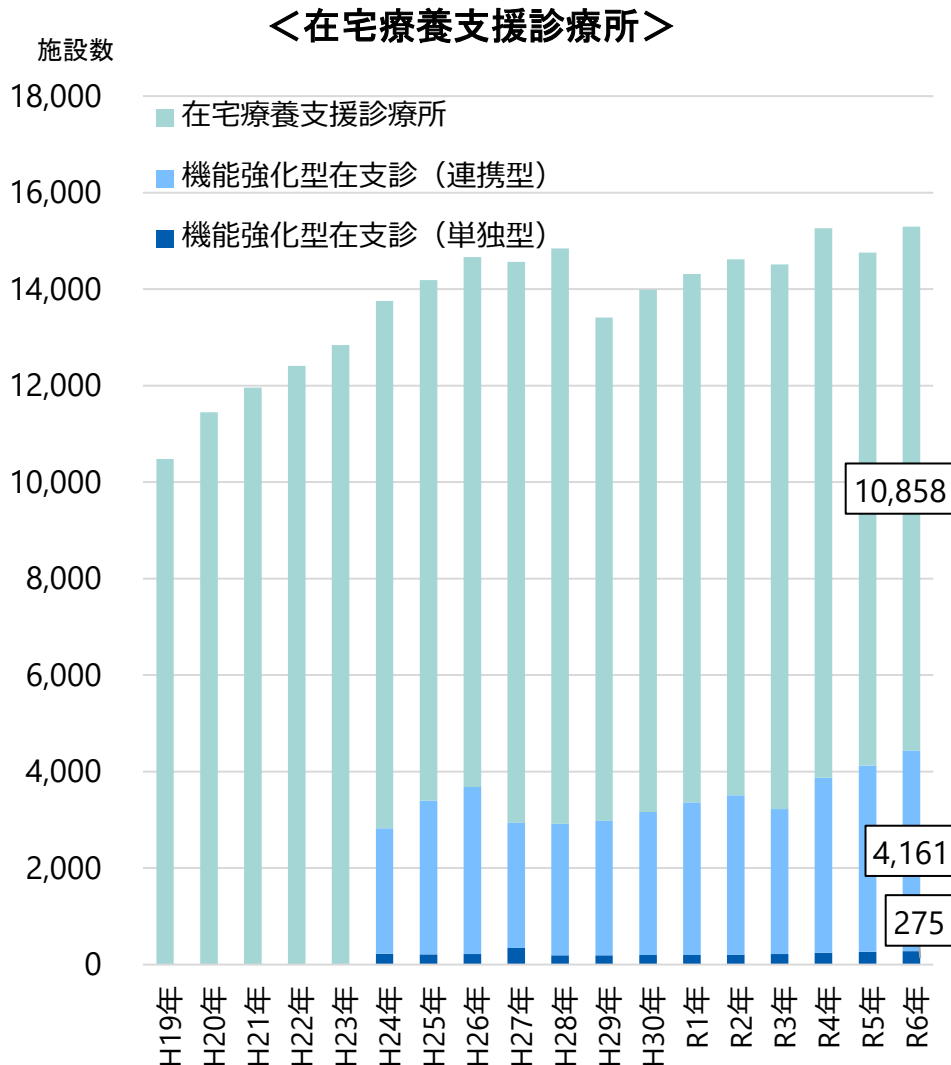
在宅療養支援診療所

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

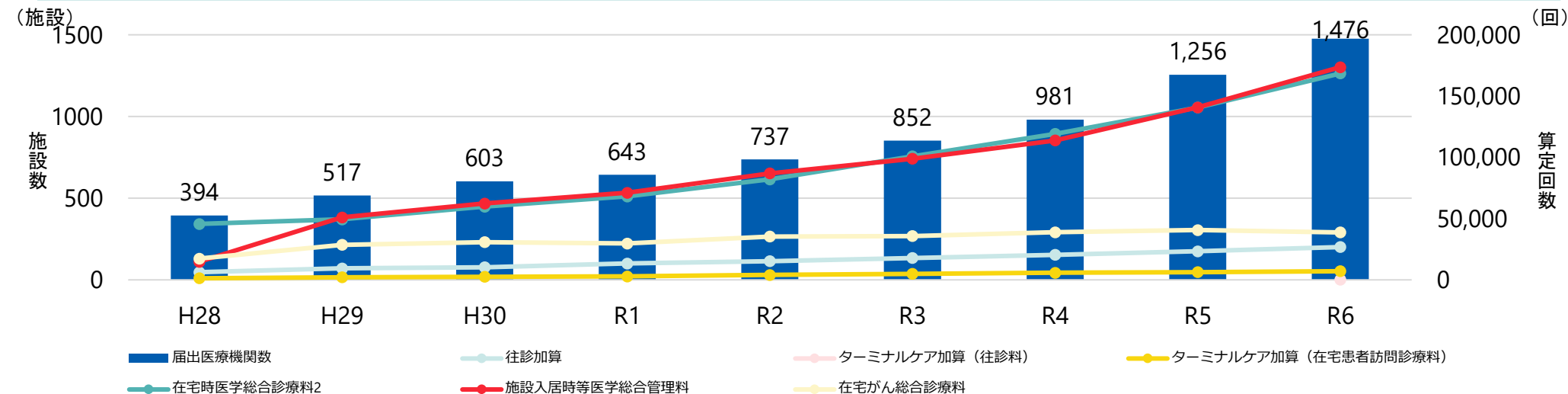
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

○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）

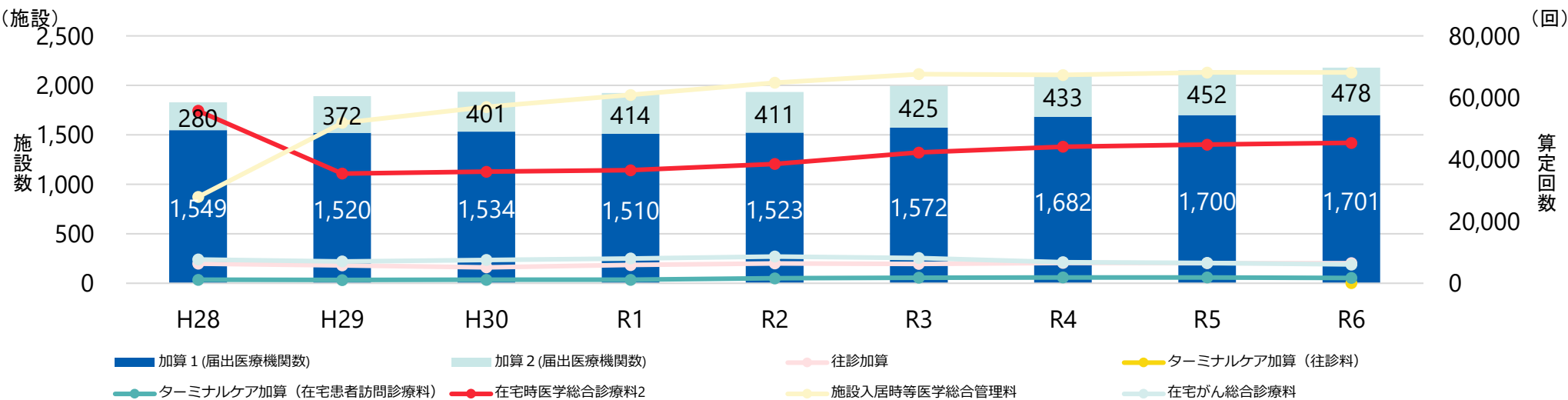
在宅療養実績加算

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

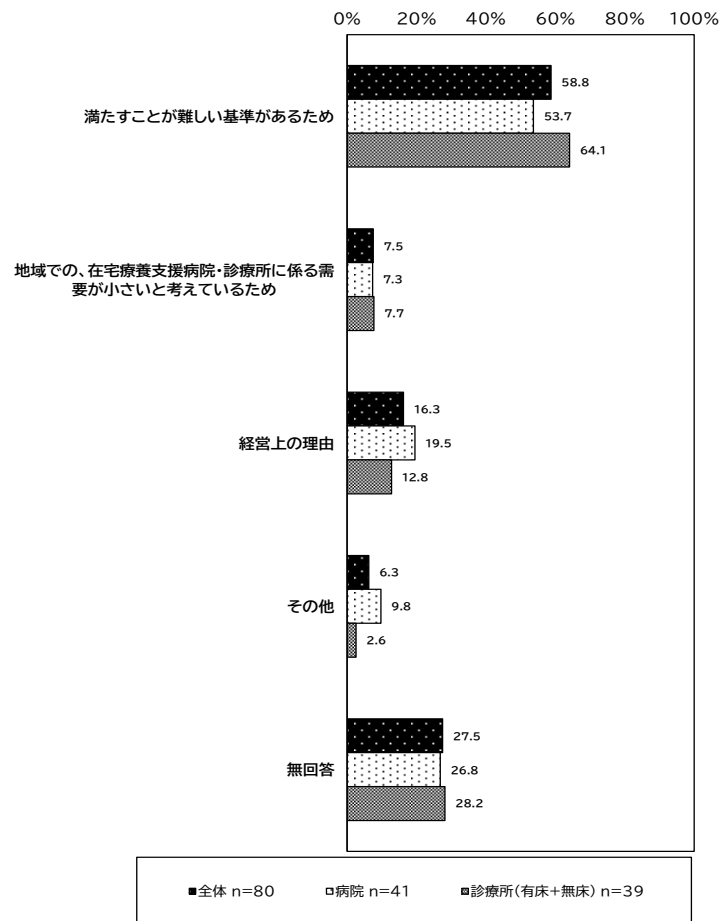


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

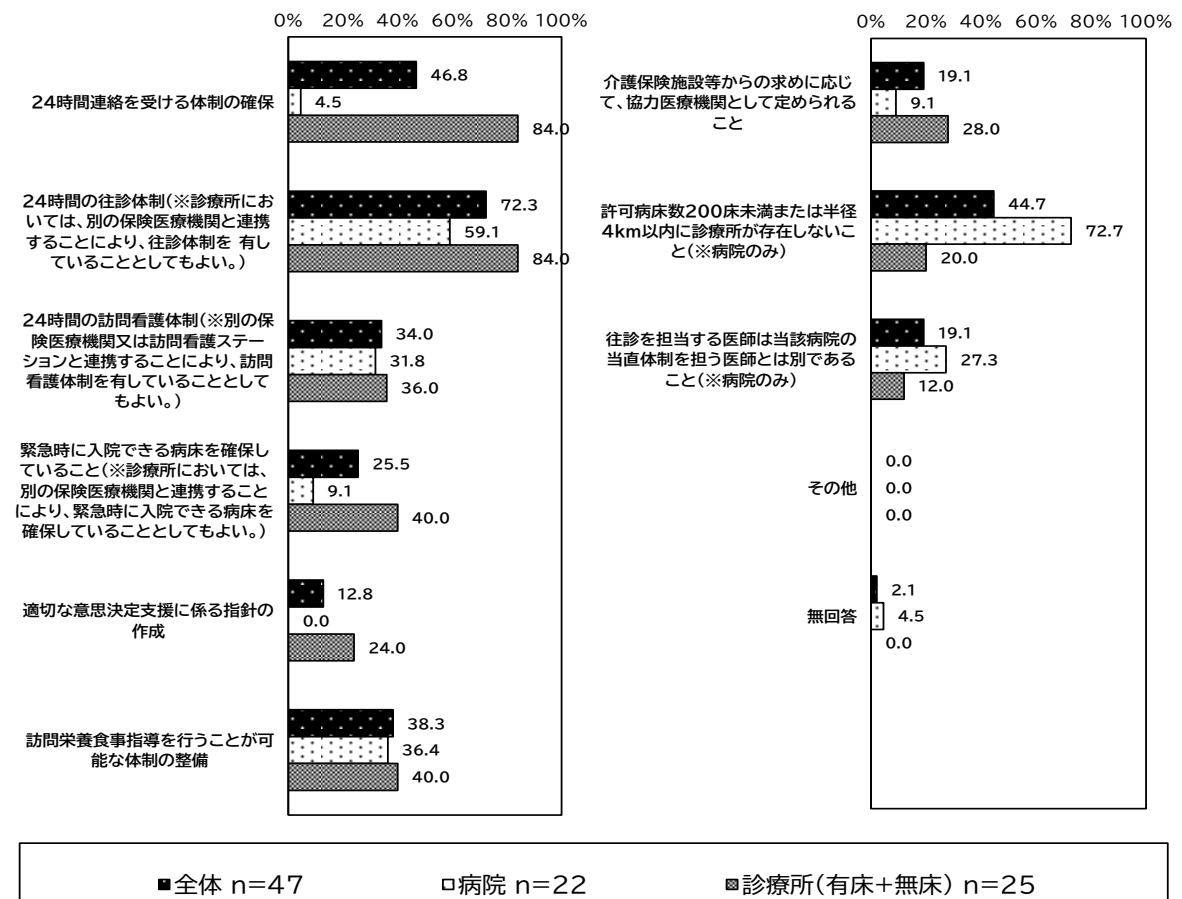
在支診・在支病になるに当たって、満たすことが難しい基準

- 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4 km以内に診療所が存在しないこと」と回答し、それぞれ最多であった。

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



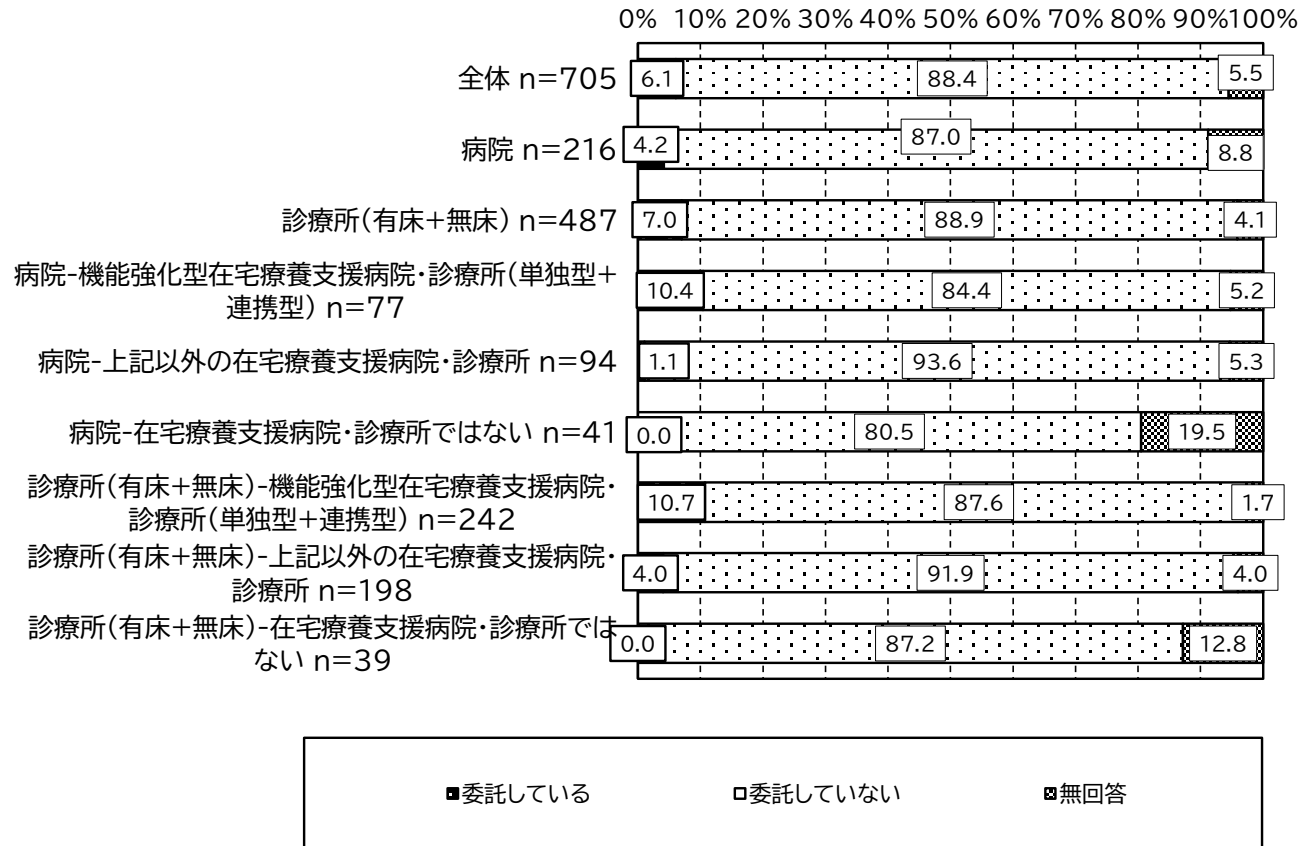
図表 2-32 満たすことが難しい基準（複数回答）
（種別（病院・診療所））



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。

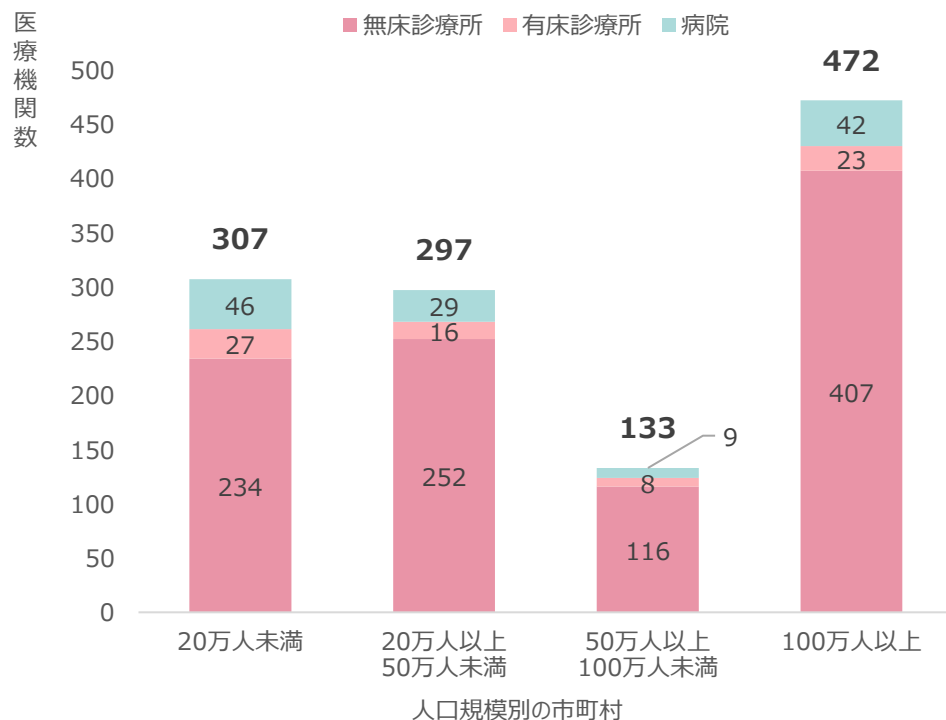
図表 2-43 24時間の往診担当医の確保方法として、第三者（民間企業等）への委託の有無（種別×届出区分別）



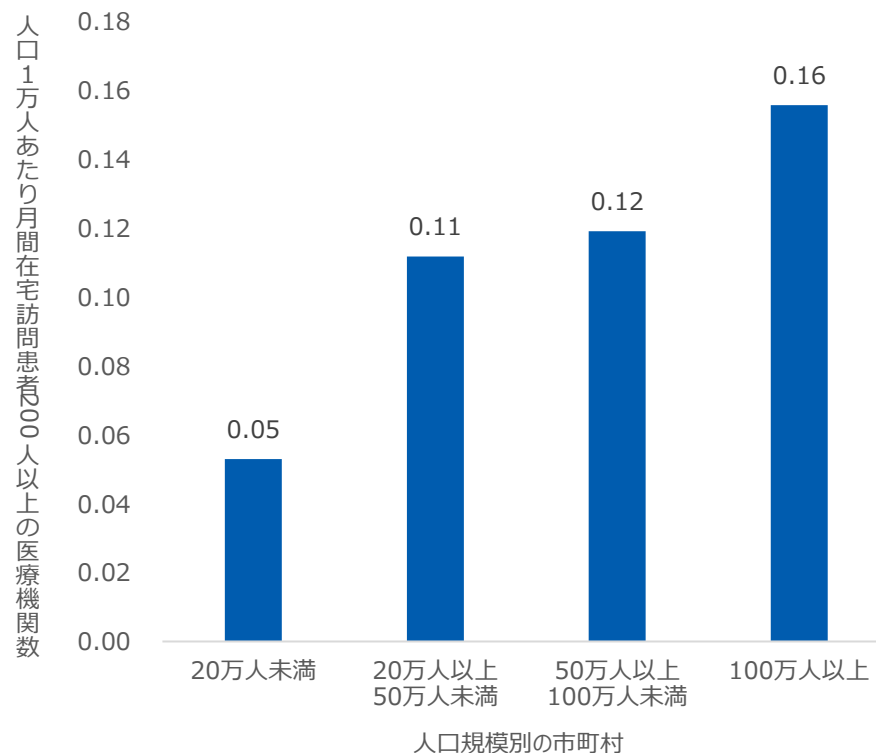
多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関について

- 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赴き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赴い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

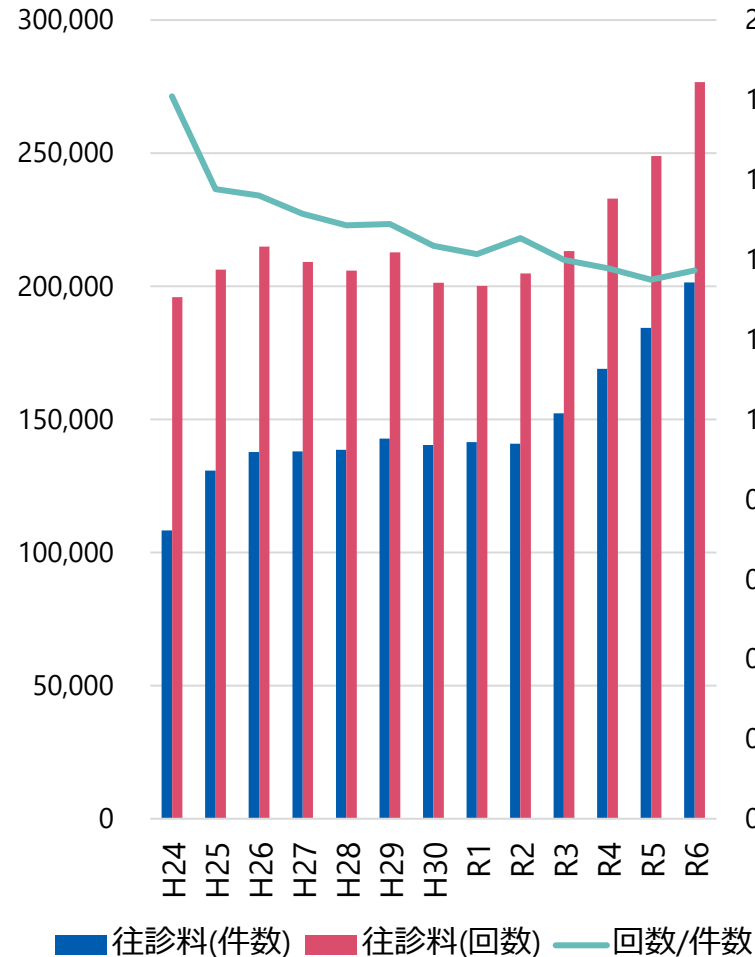
夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

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。

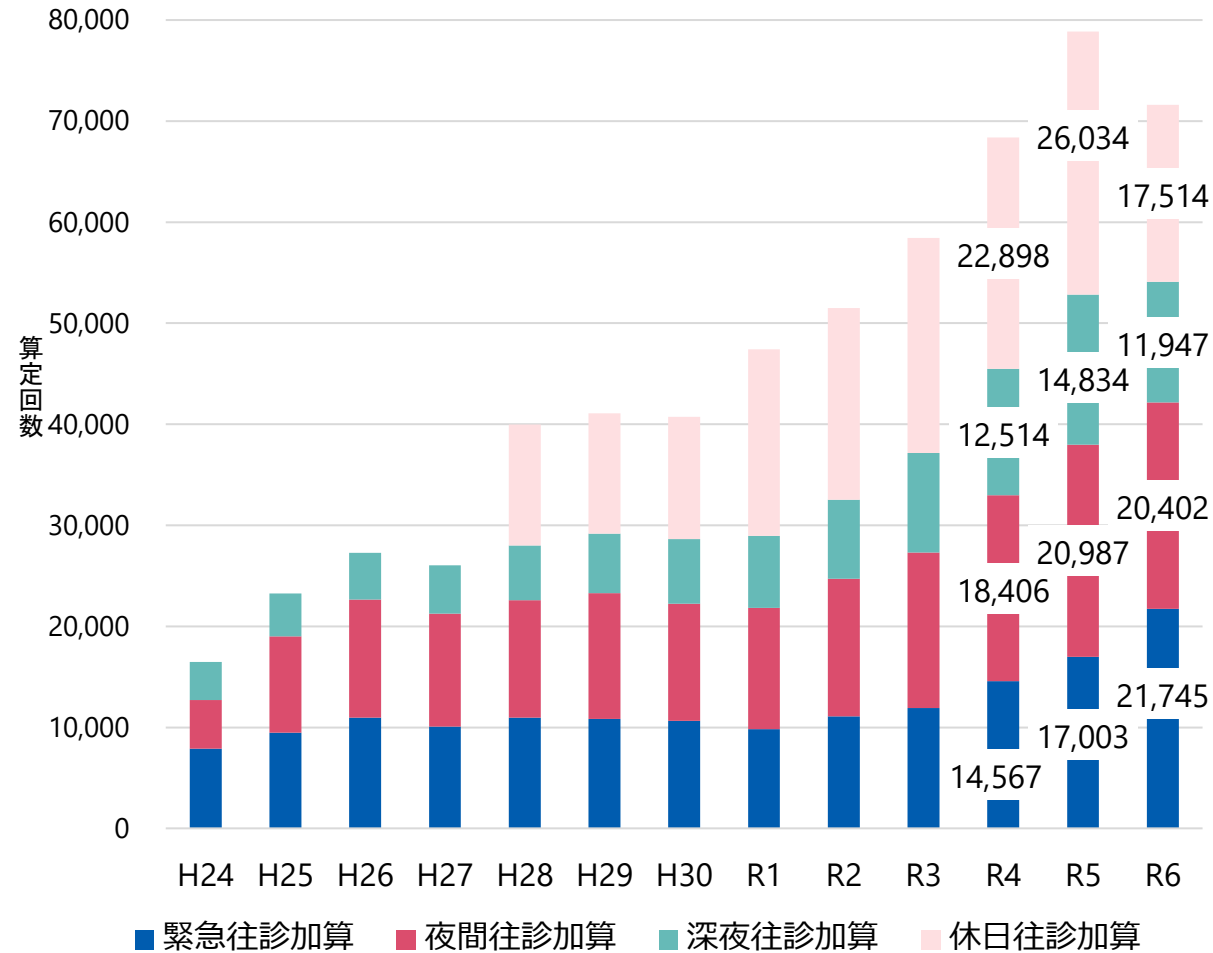
往診料等の算定状況について

- 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



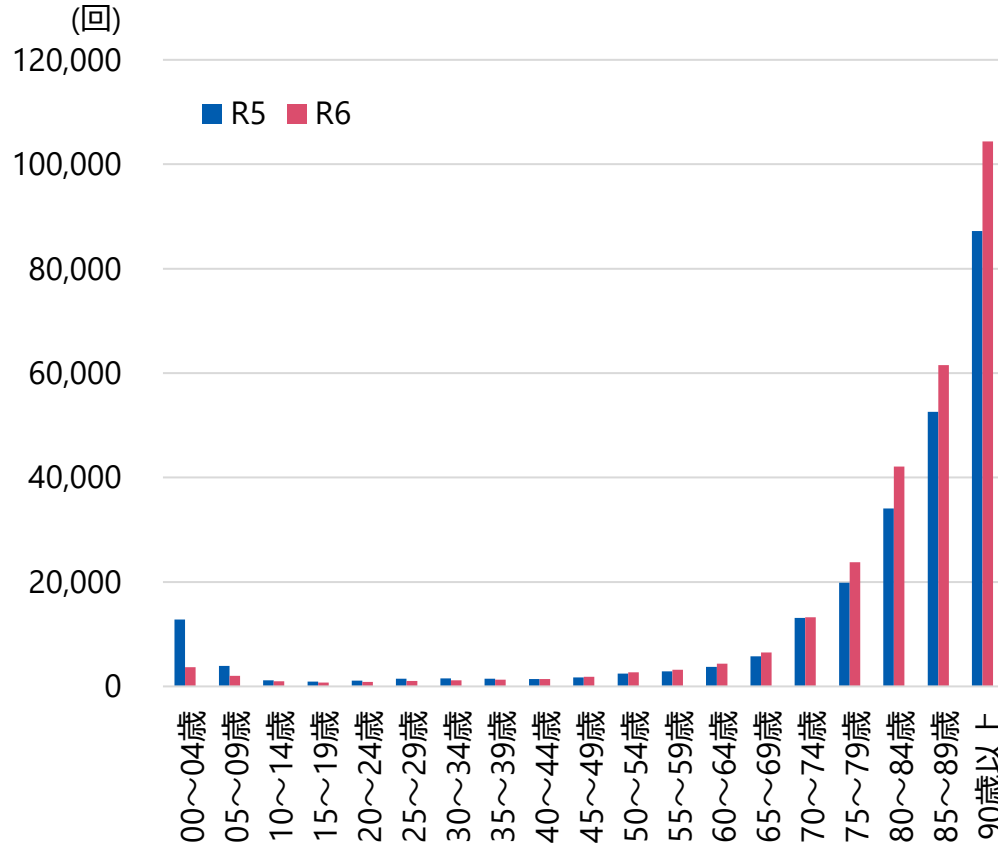
往診加算の算定回数



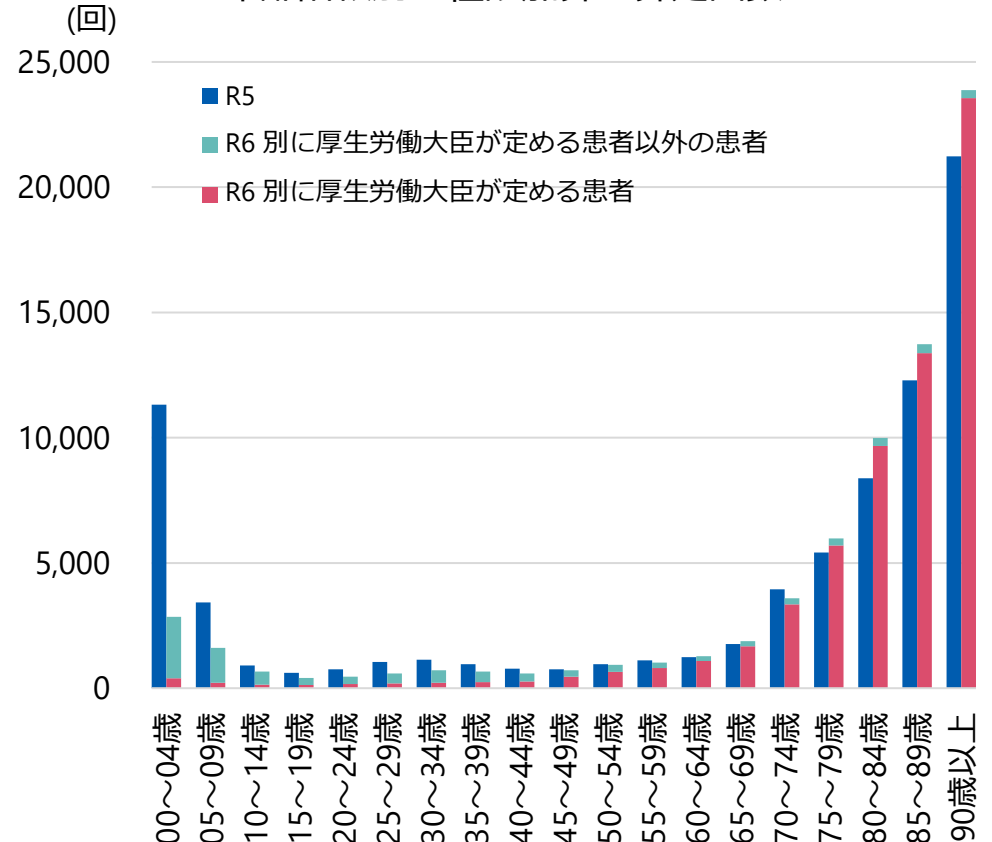
年齢別の往診料等の算定状況について

- 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



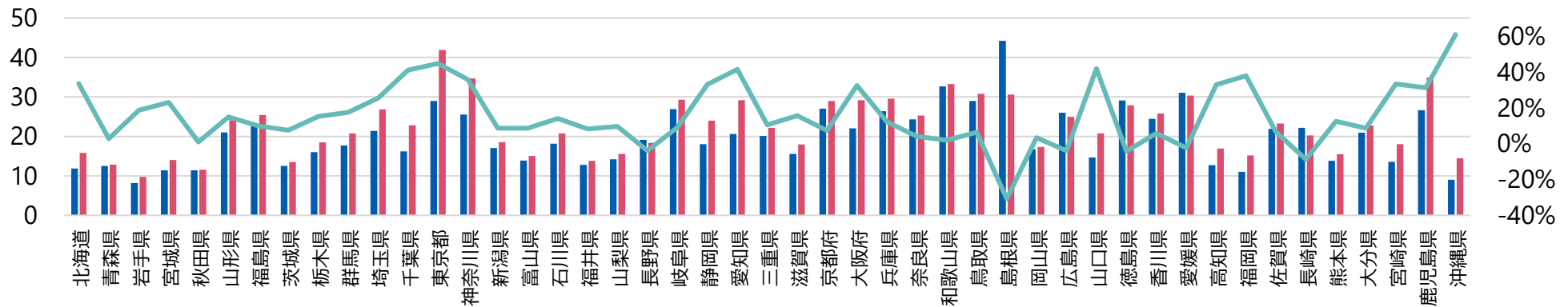
別に厚生労働大臣が定める患者とは、以下のいずれかに該当する場合を指す。

- 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

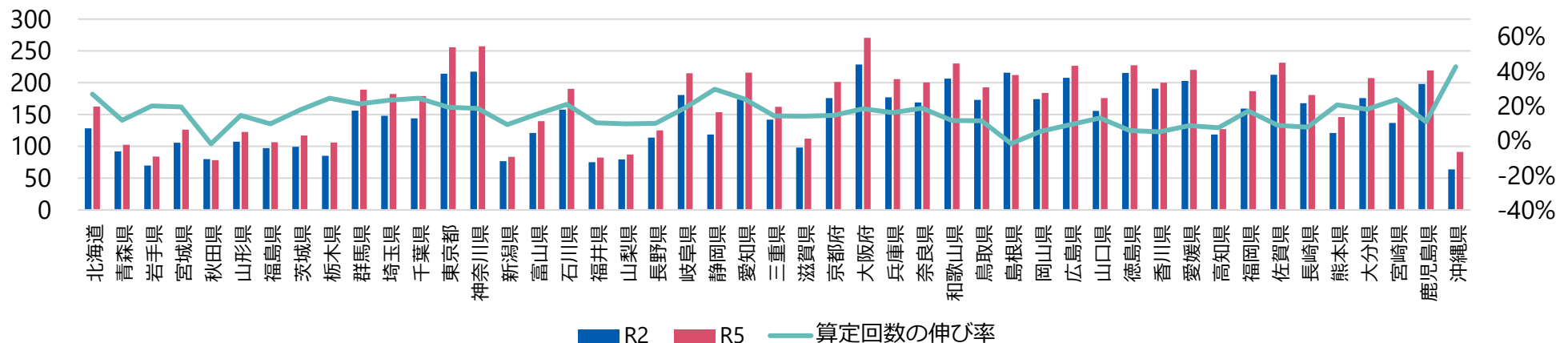
都道府県別の往診料及び在宅患者訪問診療料の算定状況について

- 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

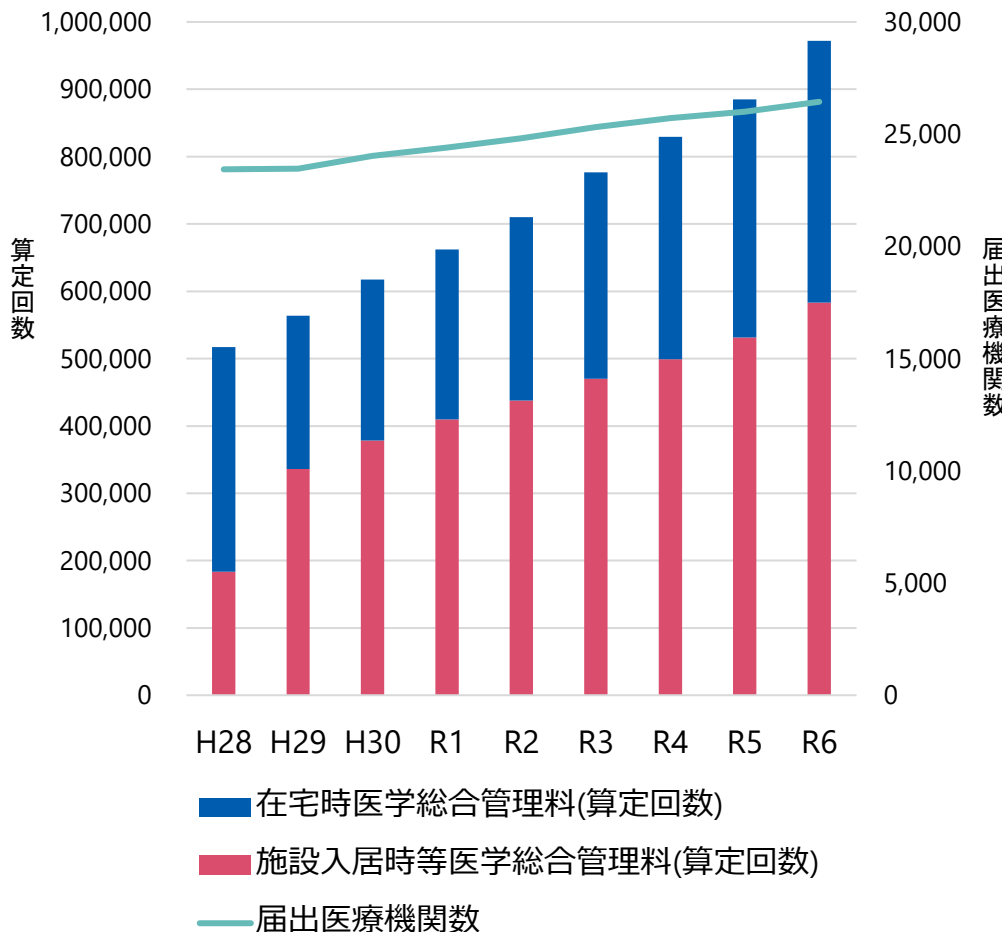
- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理料を行った場合について、評価している。

	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

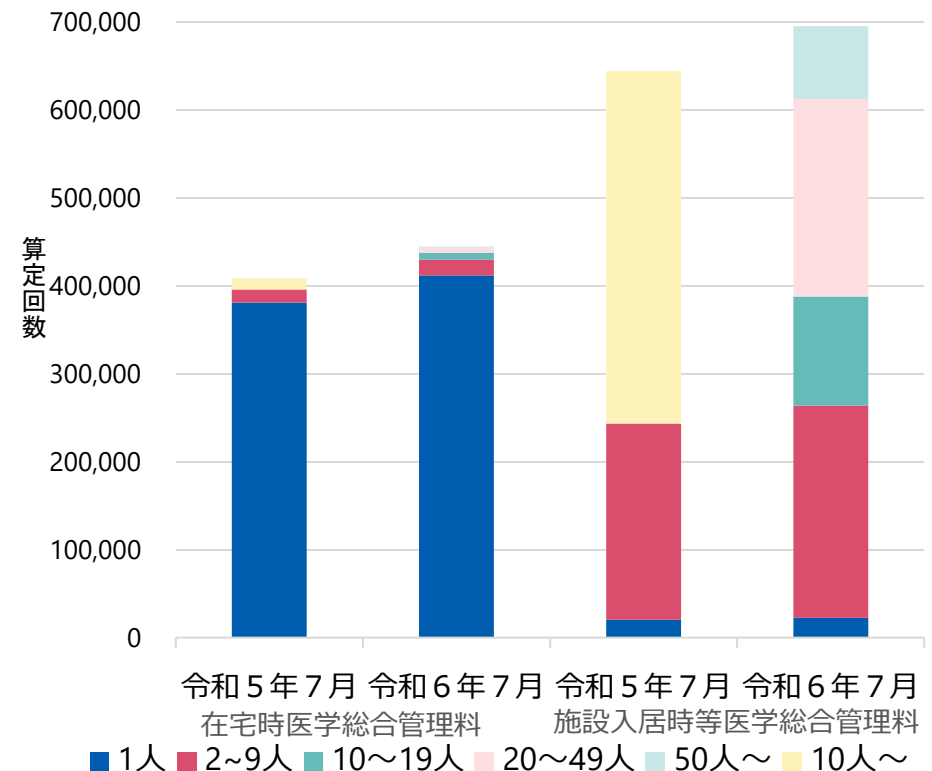
在医総管・施設総管の算定回数等について

- 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)

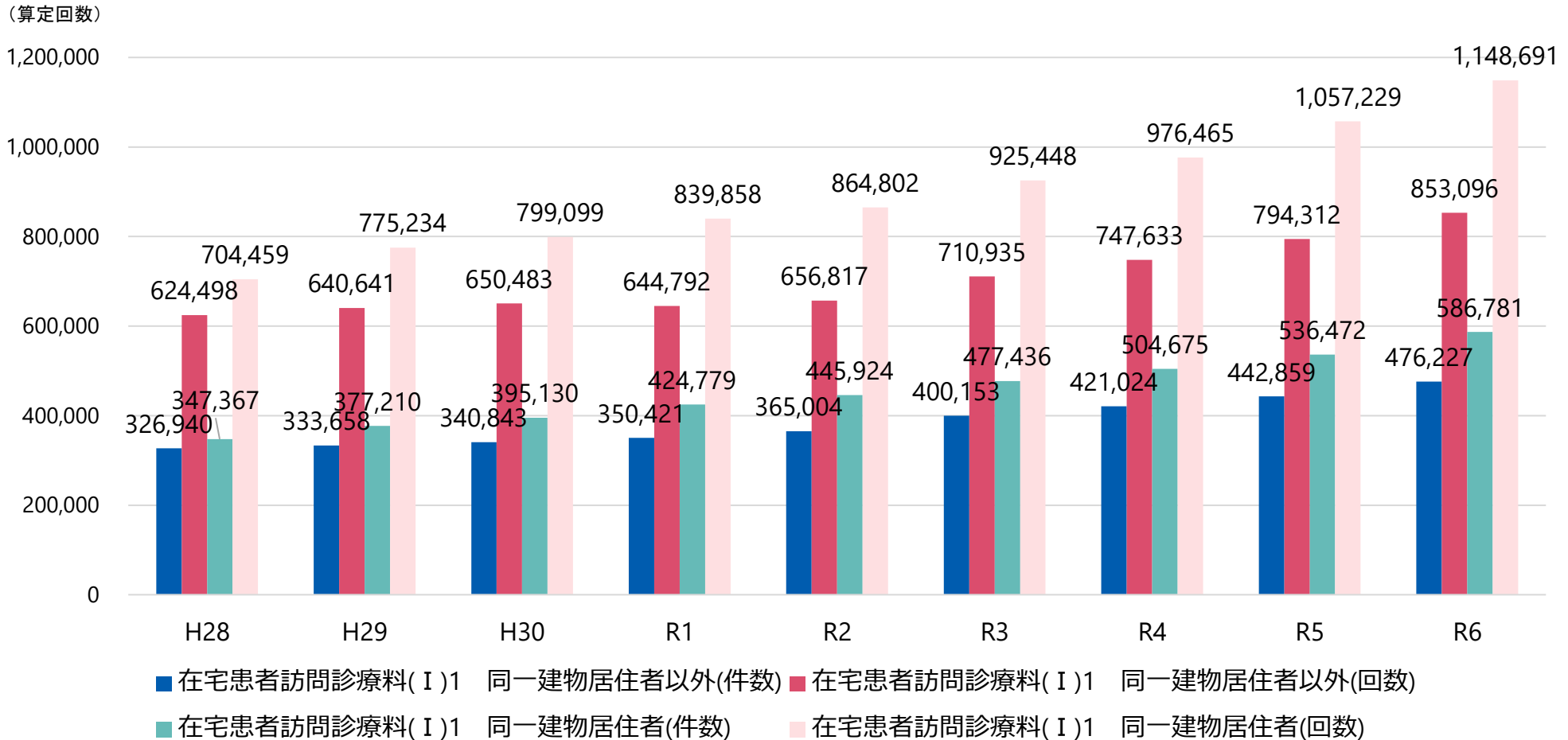
1 有料老人ホーム等に入居する患者 **150点**

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。

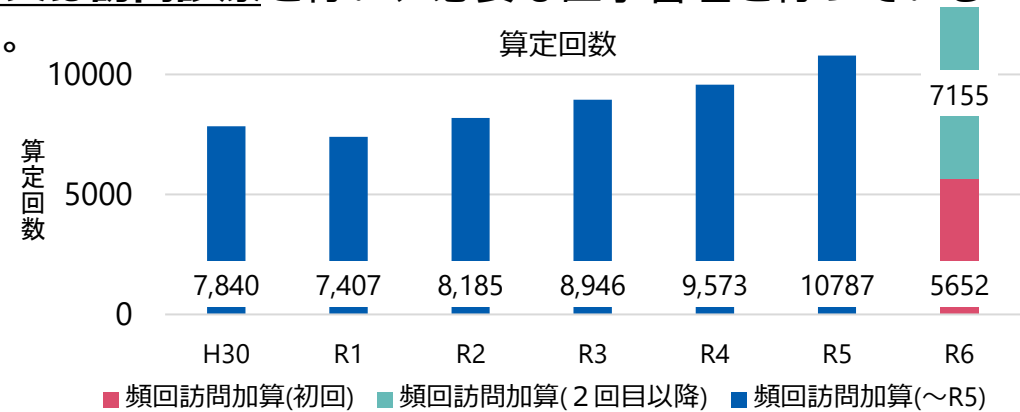


頻回訪問診療に係る評価について

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

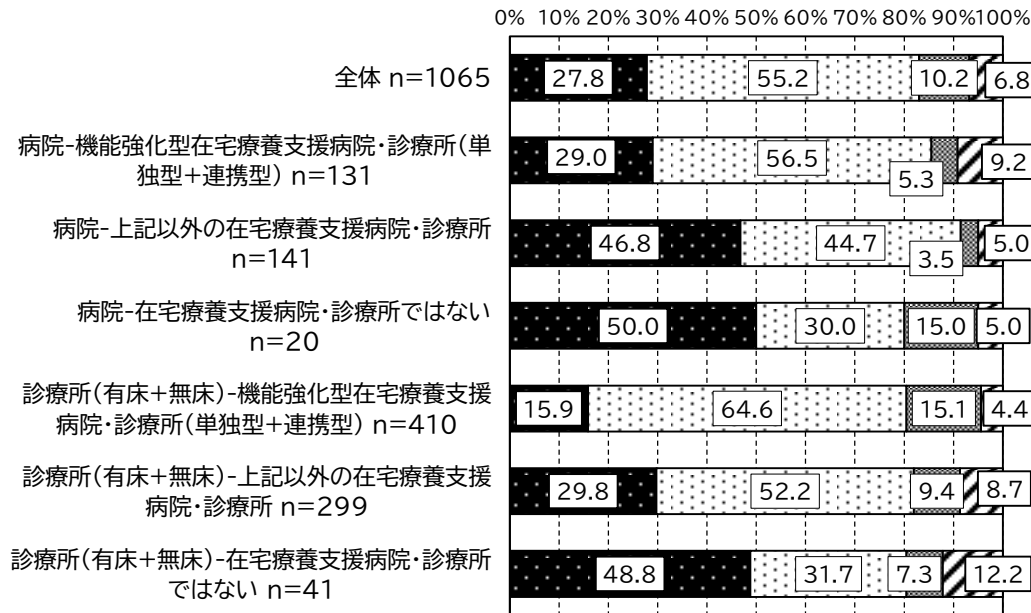
施設調査(医療機関患者票)の結果②

中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3

訪問診療回数(報告書P196・P231)

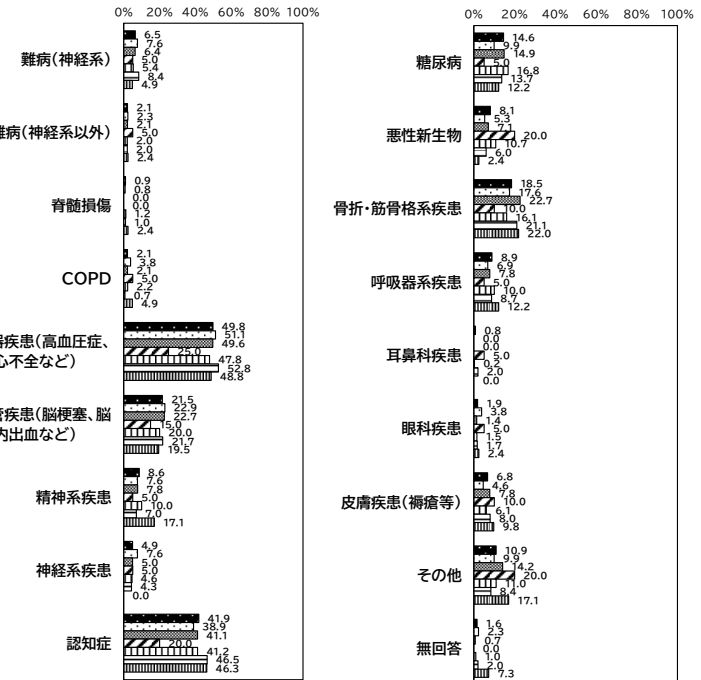
- 訪問診療の対象患者への、1か月間の訪問診療実施回数は、以下のとおりであった。
- 訪問診療の対象病名について、「循環器疾患(高血圧症、心不全など)」が49.8%と最も多かった。

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)

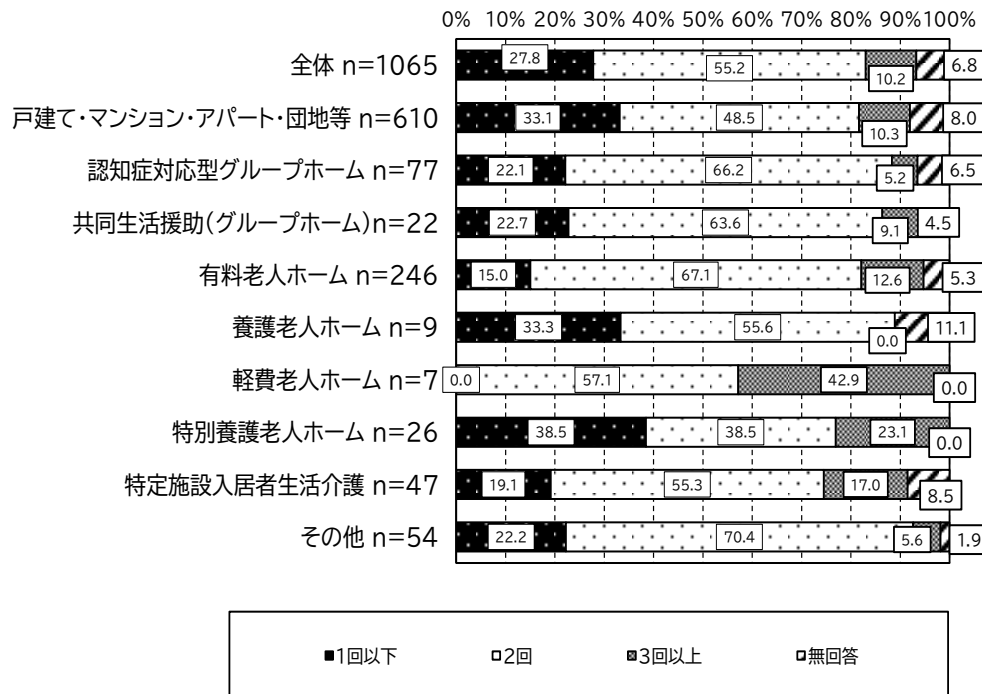


- 全体 n=1065
- 病院-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=131
- ▨ 病院-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=141
- ▩ 病院-在宅療養支援病院・診療所ではない n=20
- ▩ 診療所(有床+無床)-機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型+連携型) n=410
- ▩ 診療所(有床+無床)-上記以外の在宅療養支援病院・診療所 n=299
- ▩ 診療所(有床+無床)-在宅療養支援病院・診療所ではない n=41

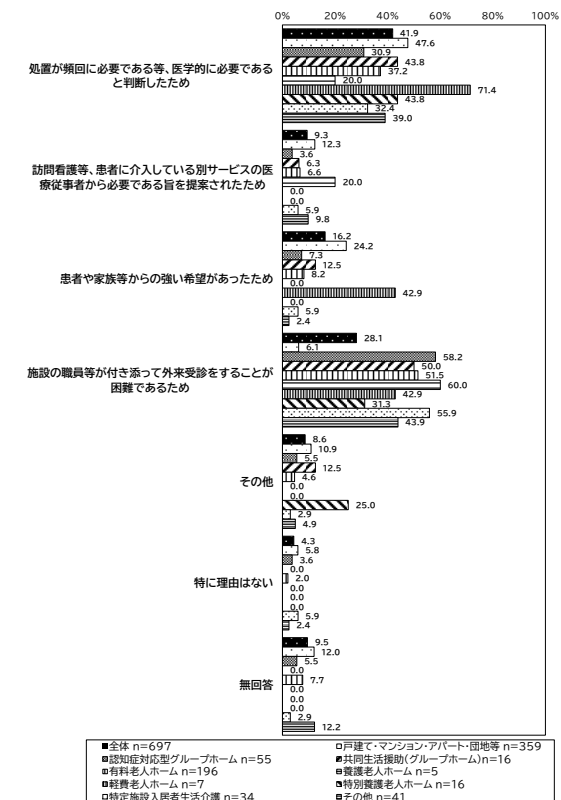
月当たりの訪問診療回数とその理由について

- 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)



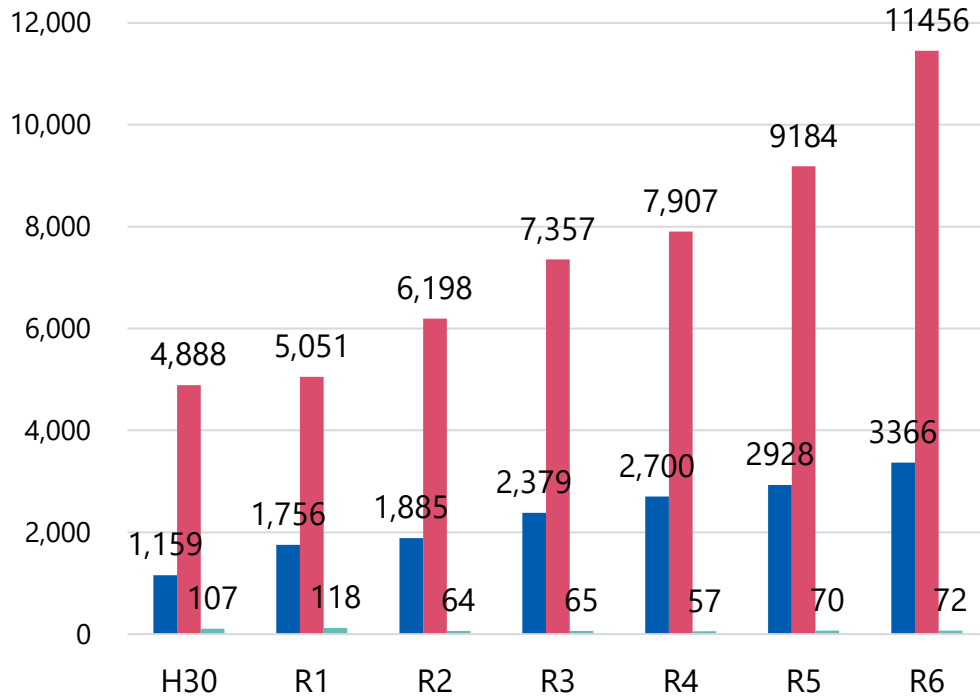
図表 3-68 1か月間の訪問診療実施回数が2回以上の理由 (複数回答)
(訪問先別)



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）

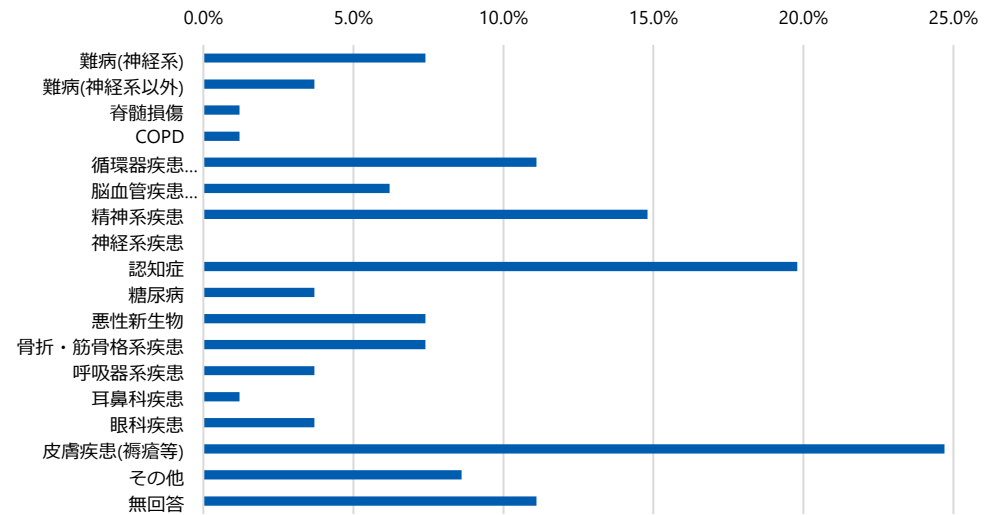


■ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2 同一建物居住者以外

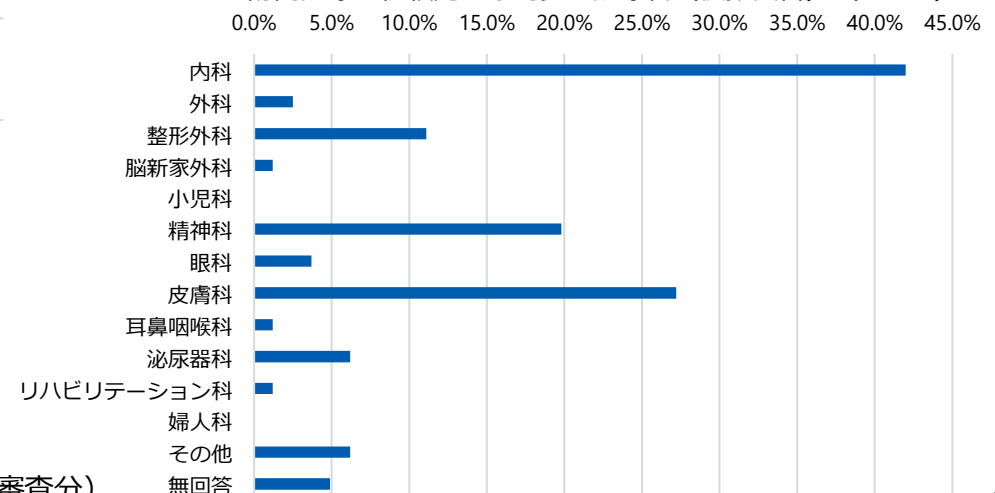
■ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2 同一建物居住者

■ 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）



出典：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

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

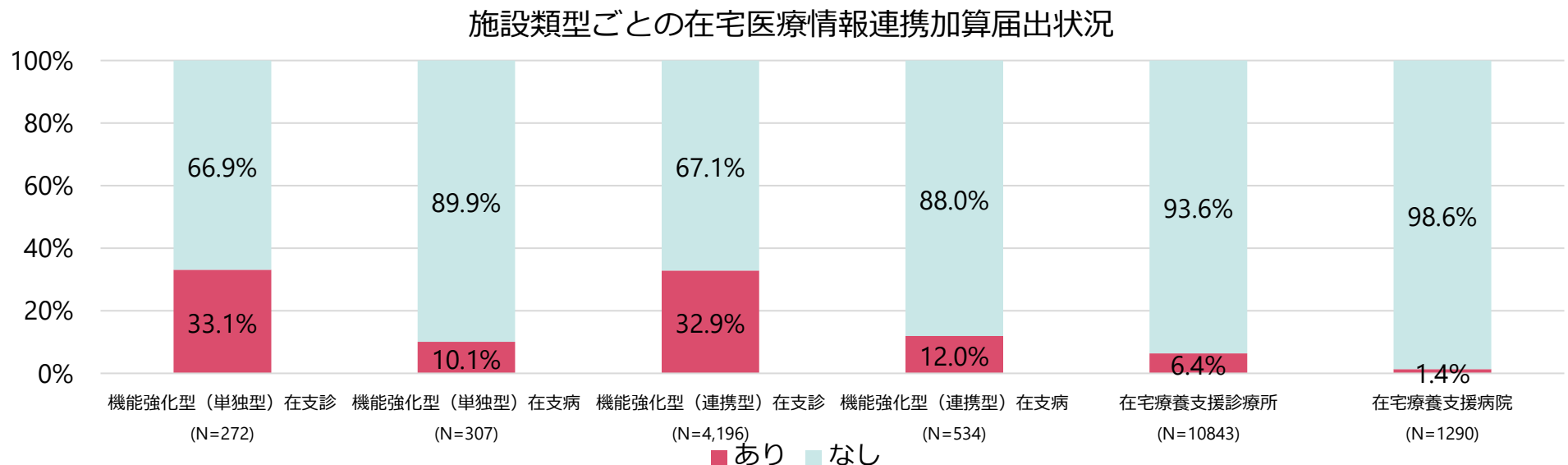
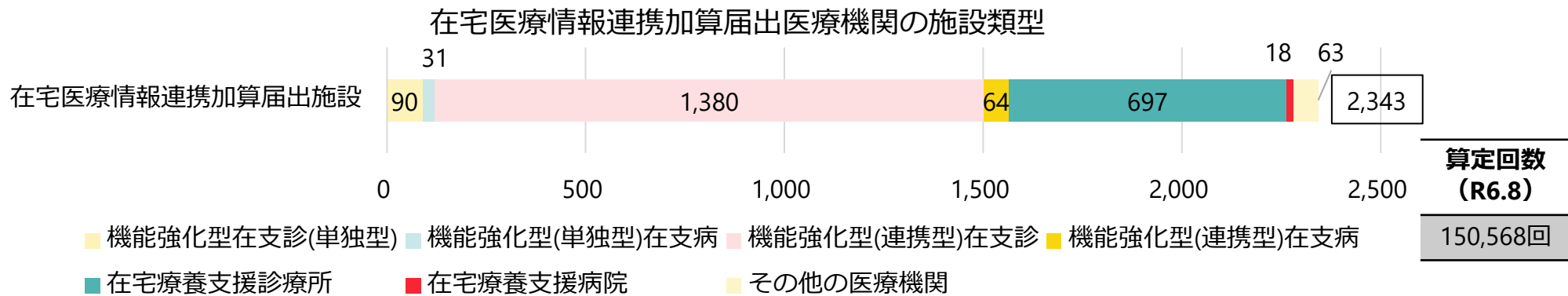
在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 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。



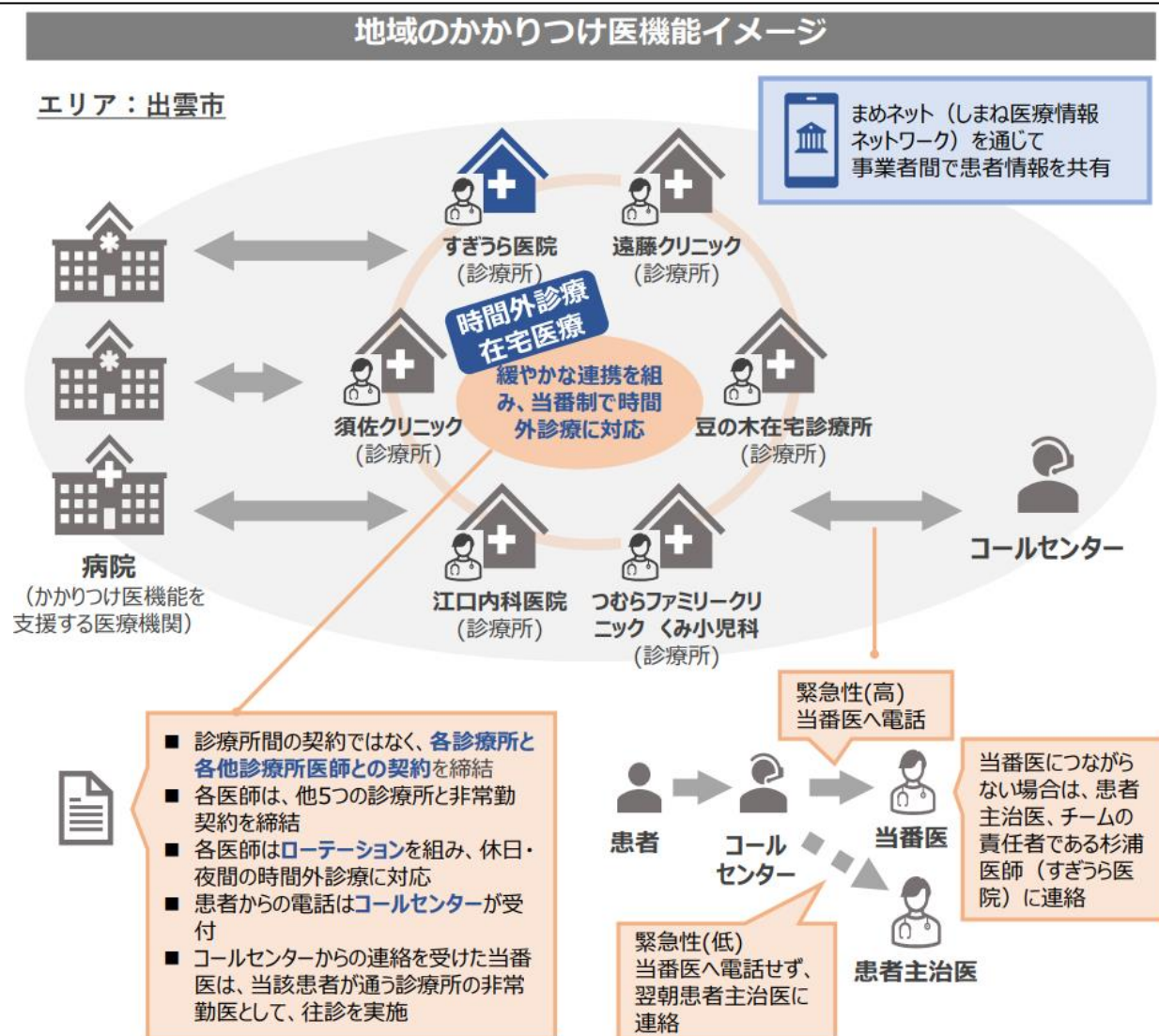
在宅医療情報連携加算の届出状況について

- 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。



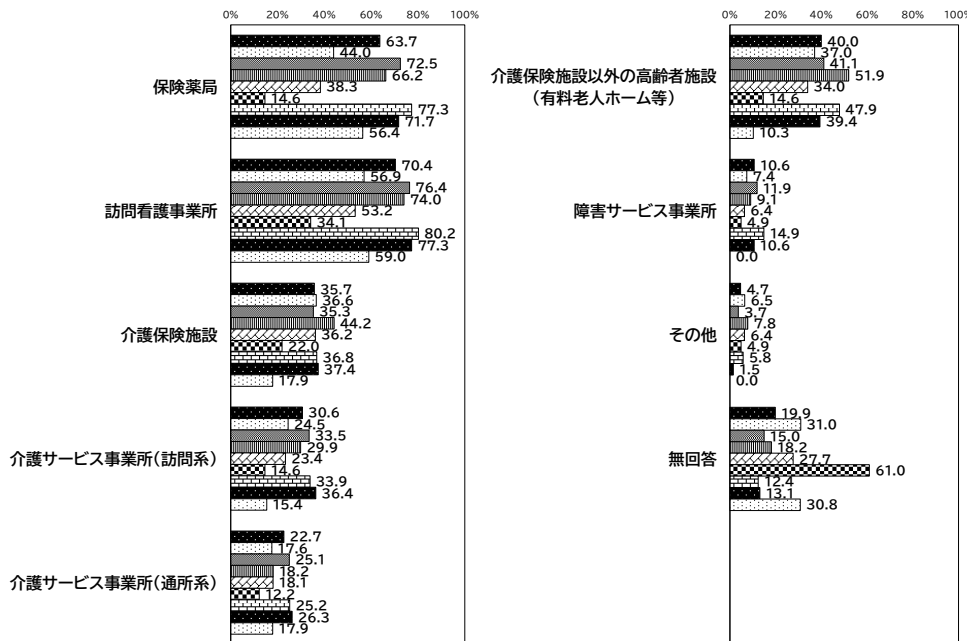
施設調査(医療機関票)の結果④-1

中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3

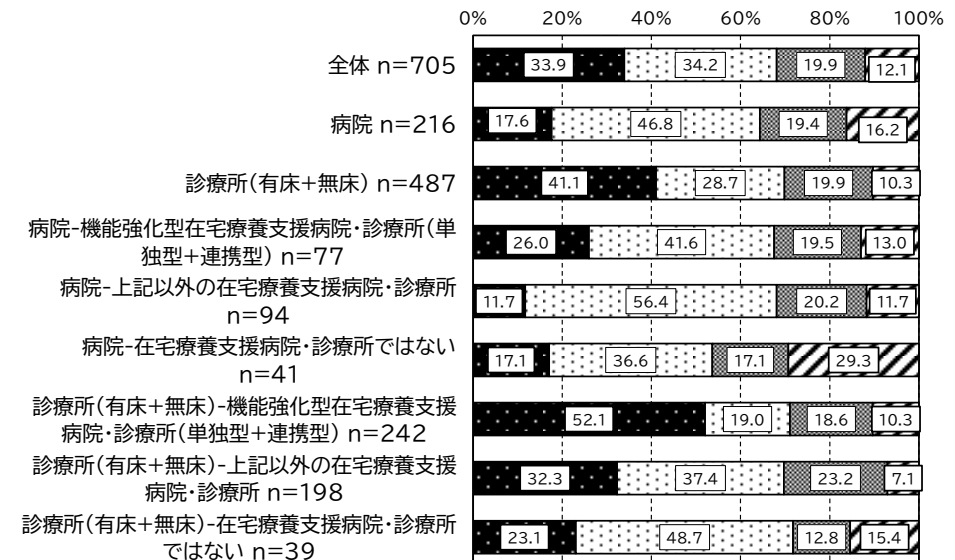
保険医療機関以外の関係機関との連携(報告書P86・P88)

- 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

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]

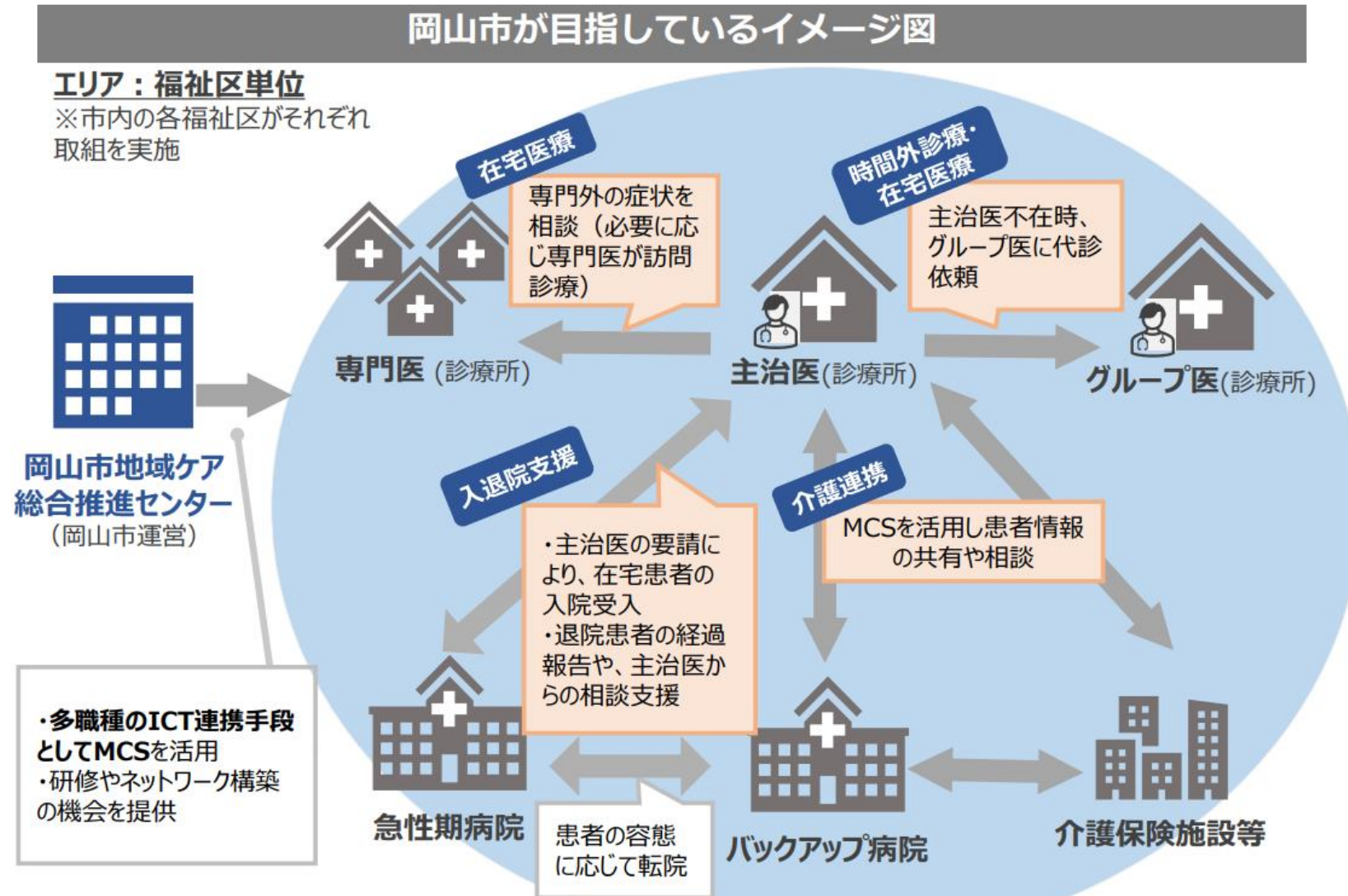
- ・ **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定**できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当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

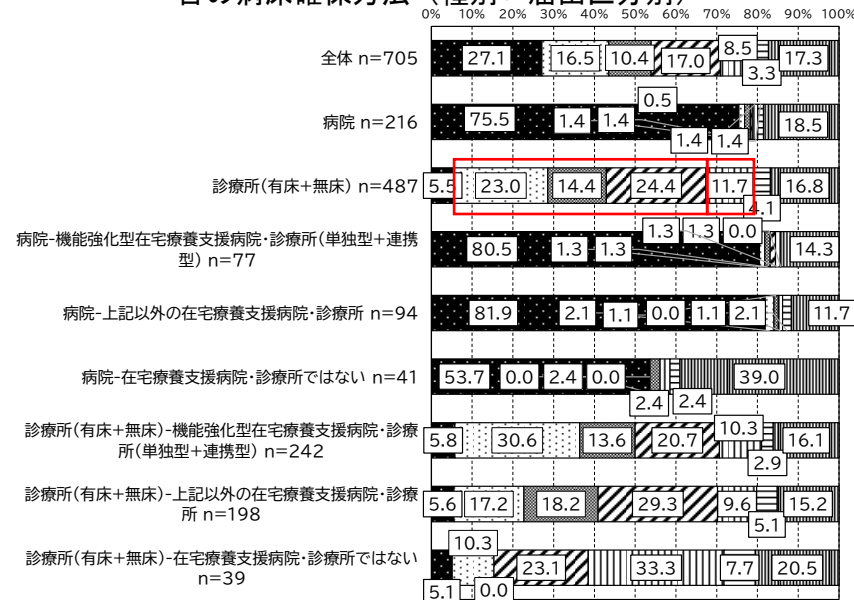
- 在宅医療を提供する医療機関が、緊急時の入院受け入れ病院及び介護保険施設等とICTを用いて平時から患者情報の共有を行うことで、円滑な入院受入相談等を行うための連携体制を構築している事例がある。



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

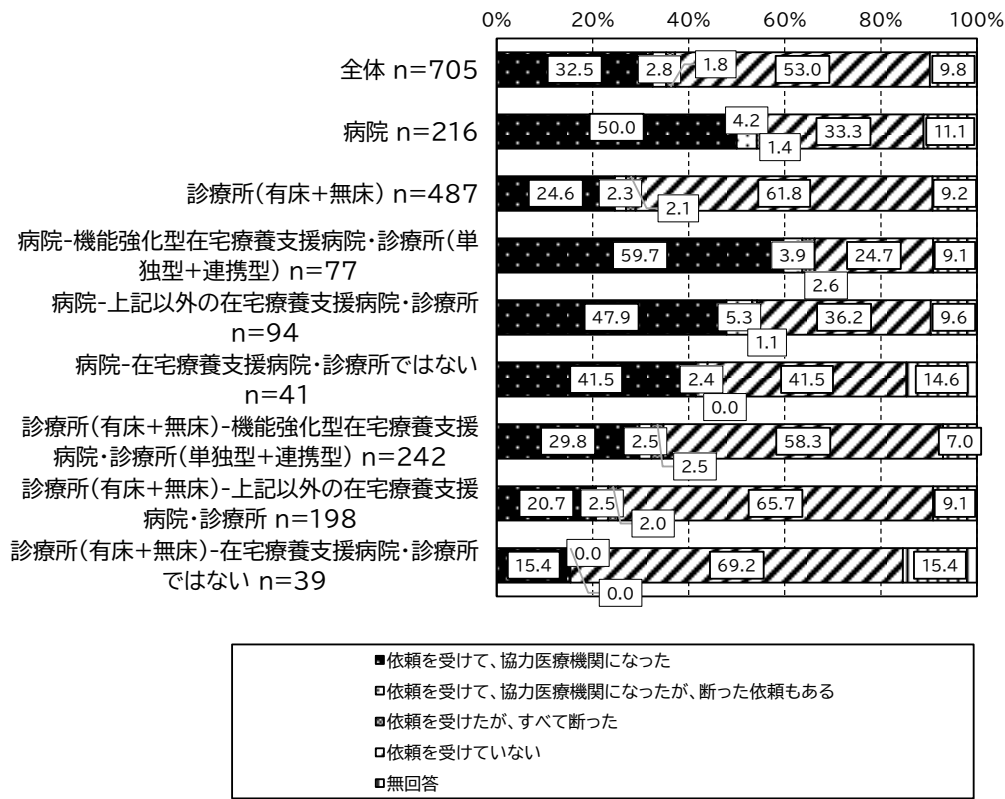
- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

施設調査(医療機関票)の結果⑤-1

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）



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	1.6	55.2
	介護医療院	3	1.3	33.0
	特別養護老人ホーム	22	2.1	102.4
	特定施設入居者生活介護	4	2.8	56.3
	認知症対応型共同生活介護	7	2.1	19.3
	軽費老人ホーム	1	1.0	0.0
	養護老人ホーム	1	1.0	60.0
	障害者支援施設等	4	1.0	16.5
診療所	介護老人保健施設	11	2.0	33.5
	介護医療院	1	1.0	15.0
	特別養護老人ホーム	21	1.1	49.6
	特定施設入居者生活介護	10	1.8	31.4
	認知症対応型共同生活介護	25	1.7	16.5
	軽費老人ホーム	7	1.6	26.6
	養護老人ホーム	4	1.5	20.0
	障害者支援施設等	6	3.0	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

●：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りの努力義務化**

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
- ・ **早期退院の受入りの努力義務化**
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

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

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
オンライン在宅管理料	4	36	73	47			
在宅時 医学総合管理料	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

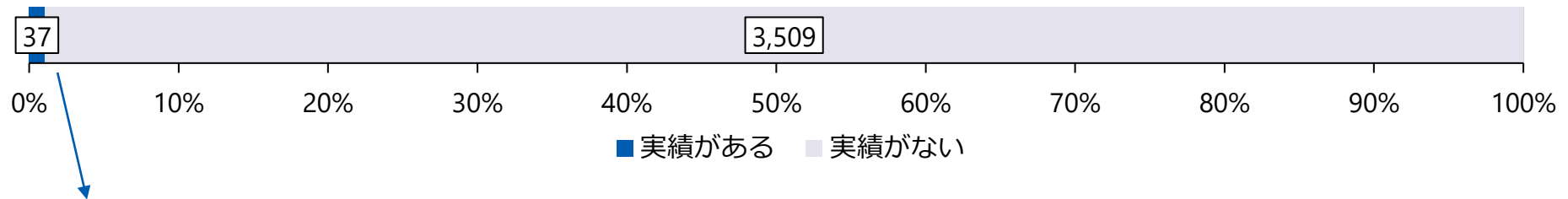
	R4	R5	R6
在宅時医学総合管理料	0.052%	0.038%	
施設入居時等医学総合管理料	0.043%	0.029%	

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

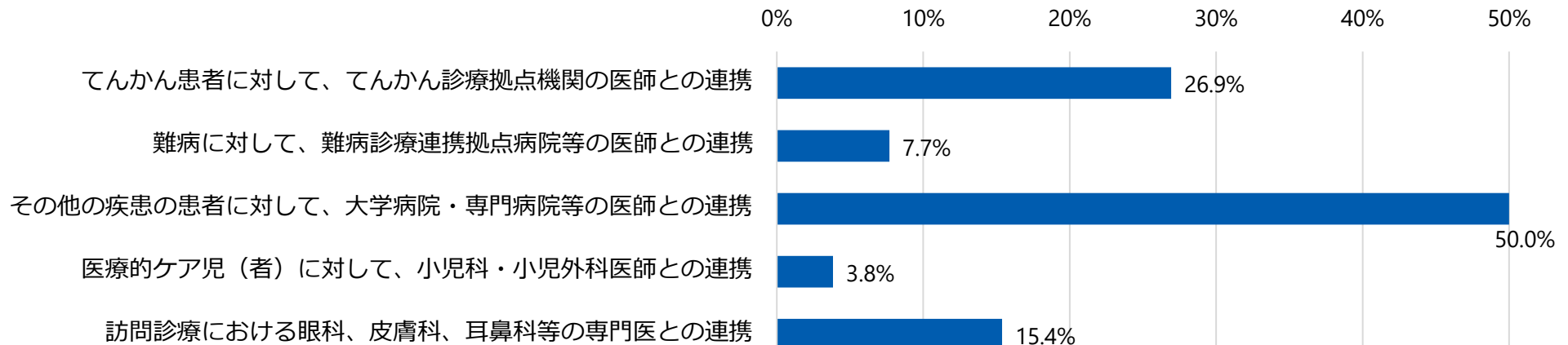
中医協 総 - 3
7 . 7 . 1 6

- 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年間において、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)

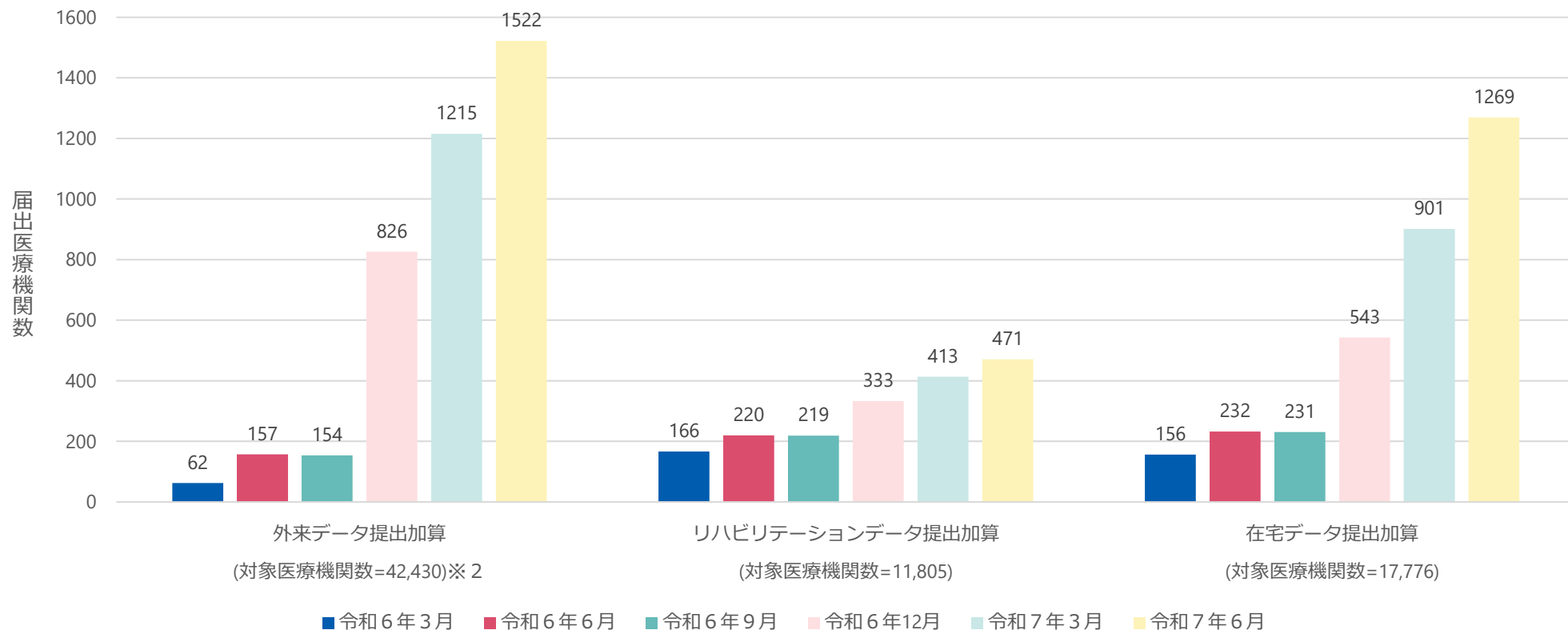
※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

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大きい。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

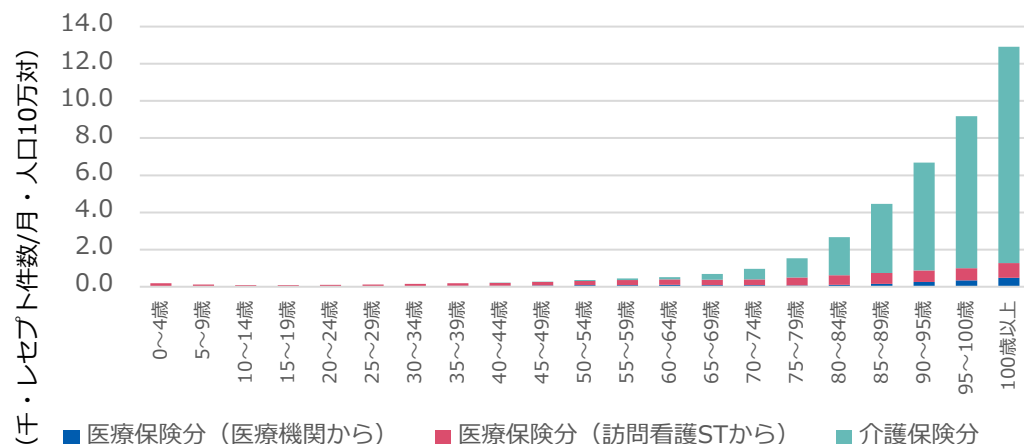
訪問看護の必要量について

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

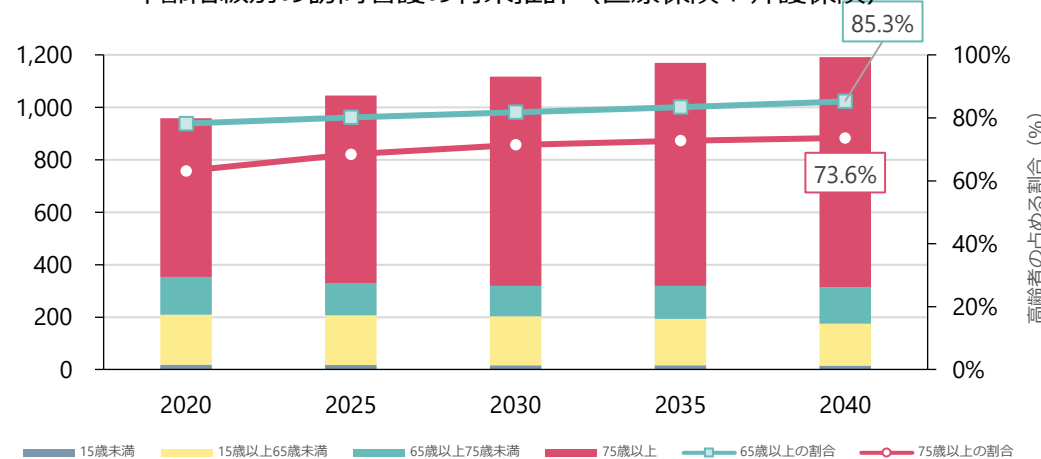
資料
改

- 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。

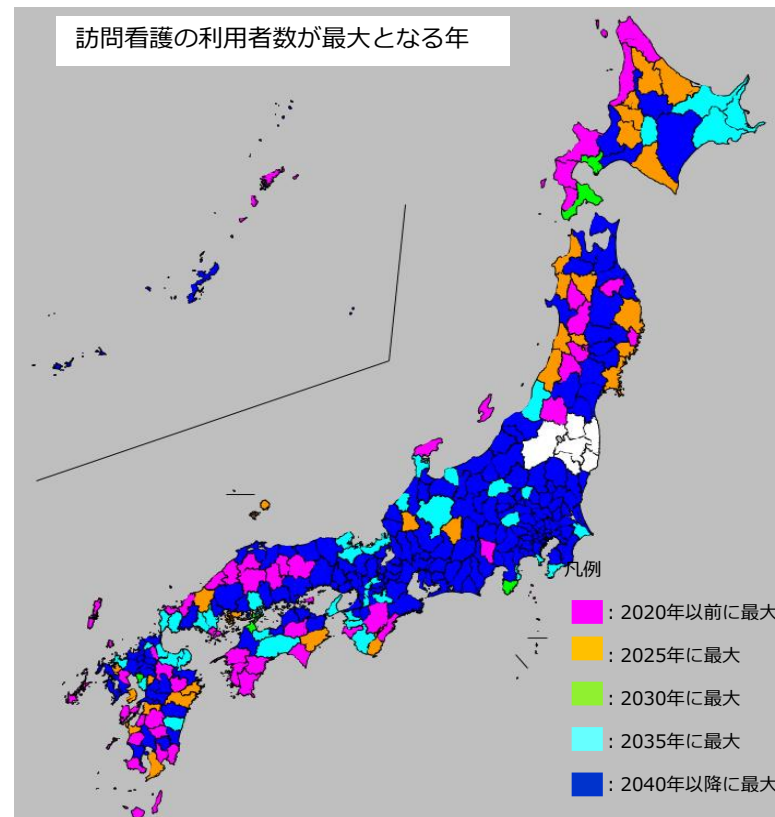
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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。

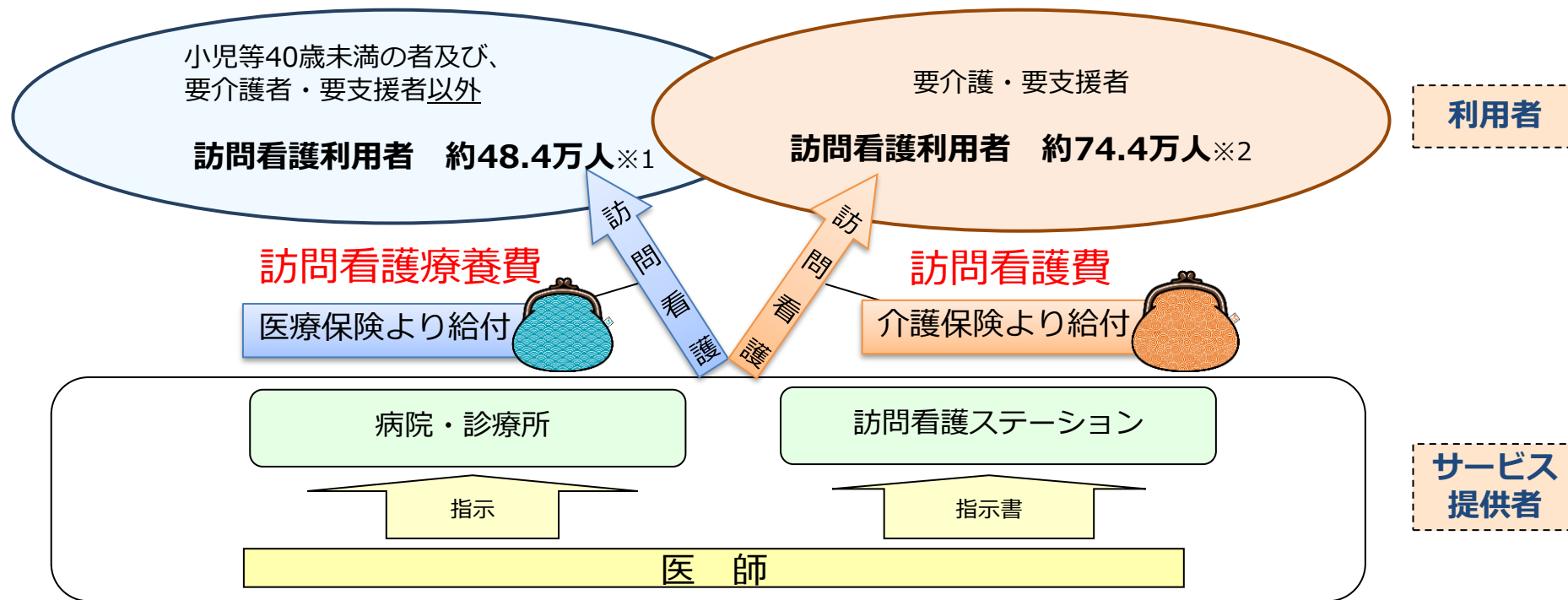
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。

※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	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

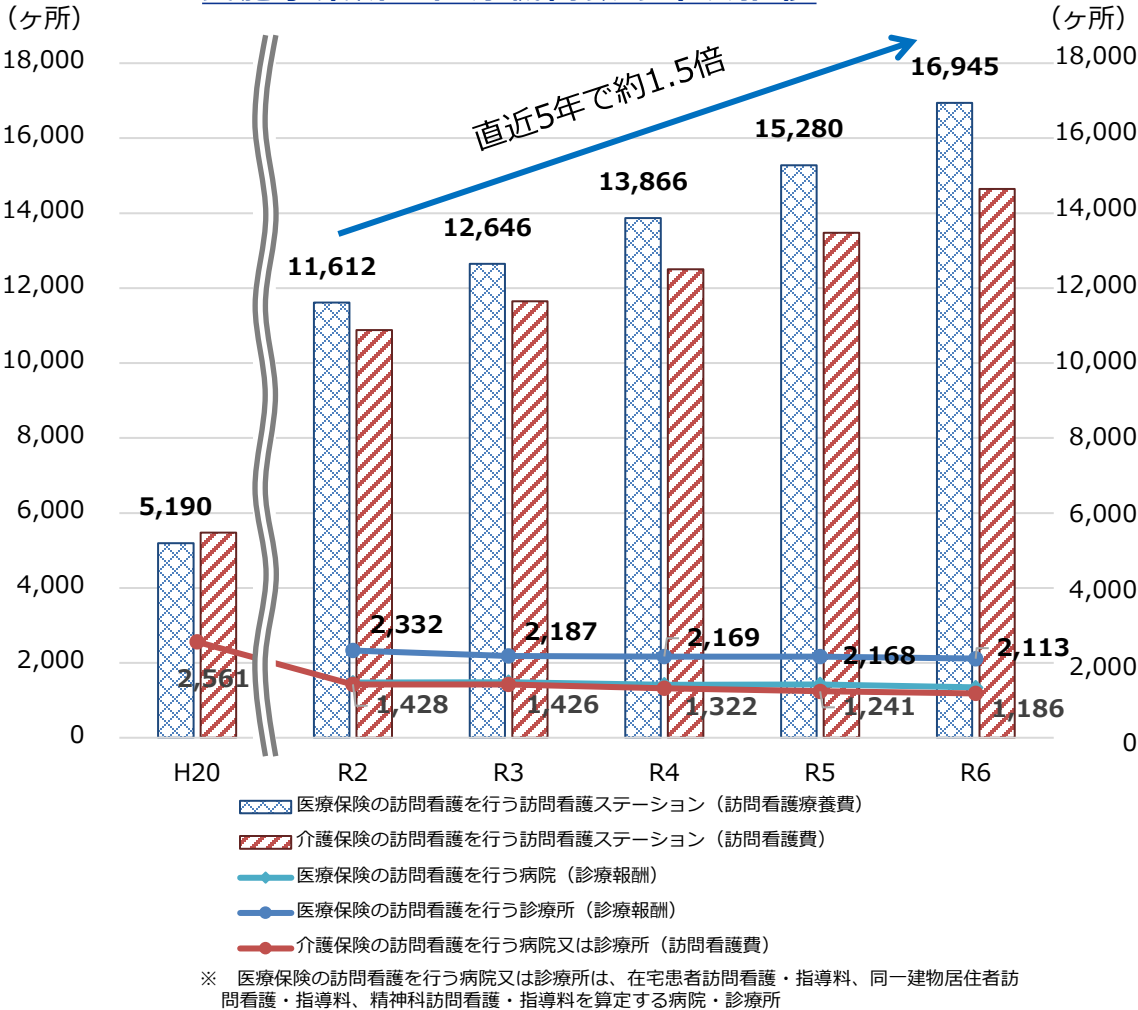
- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は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

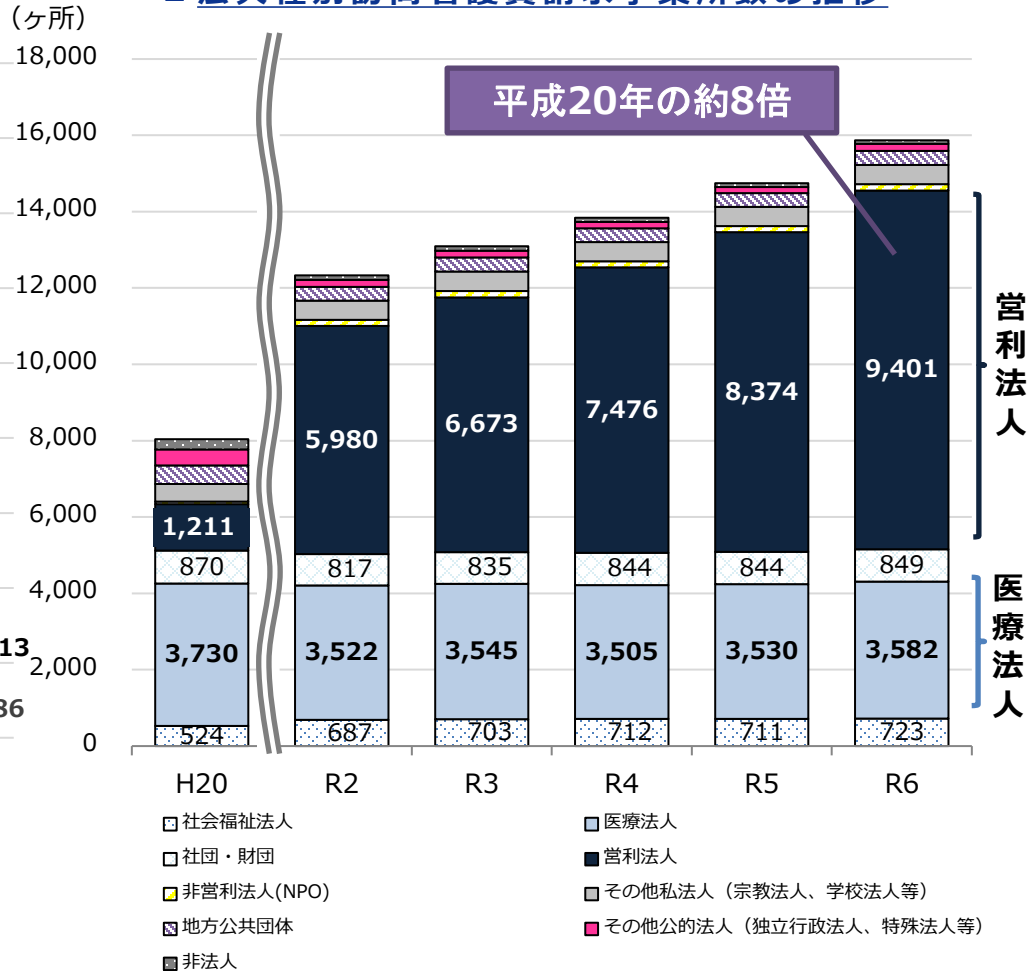
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 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

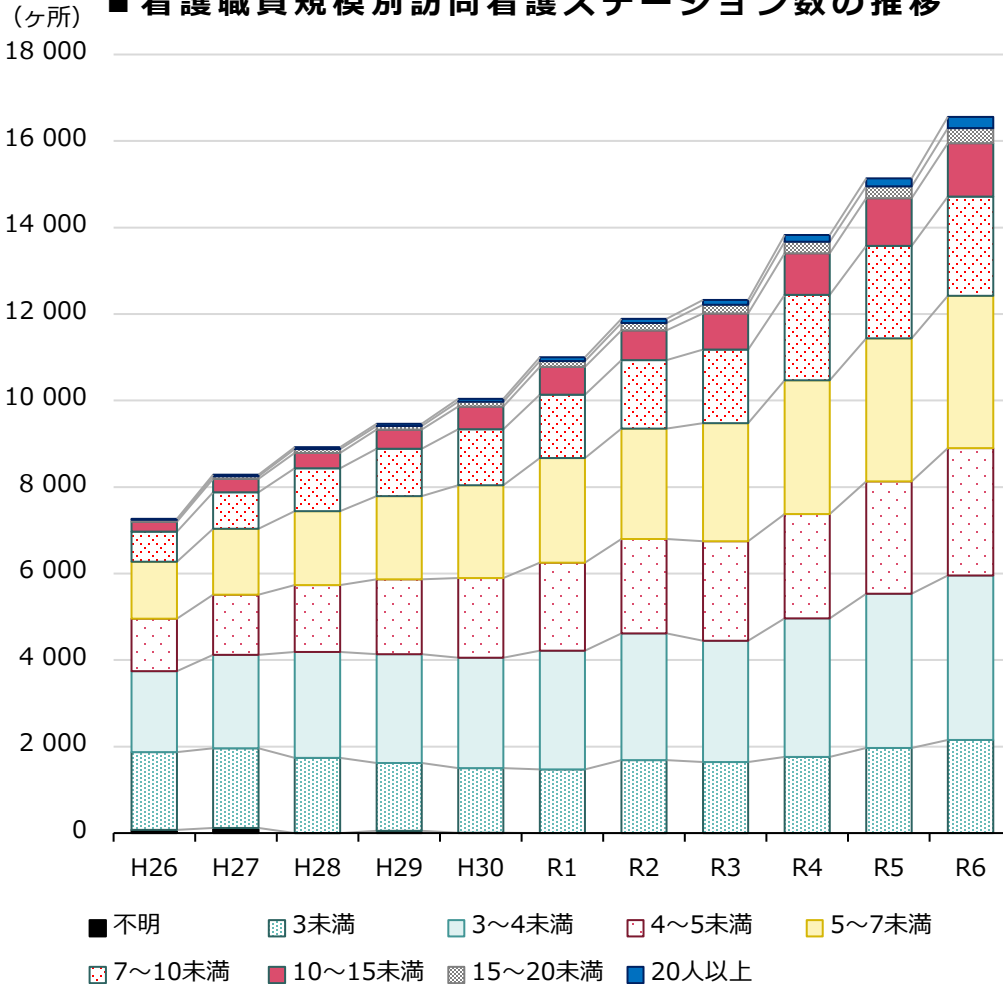


(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年5月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年5月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年4月審査分)
 (右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年4月審査分)

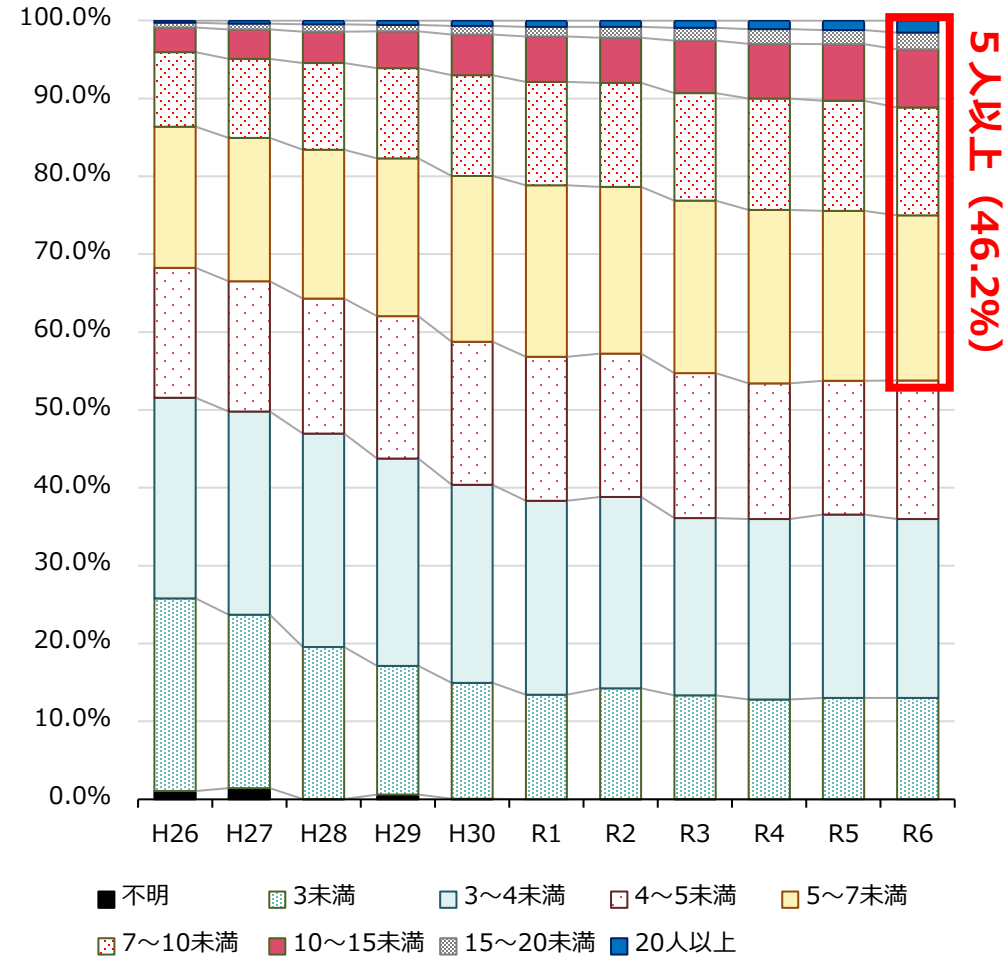
看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

- 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。

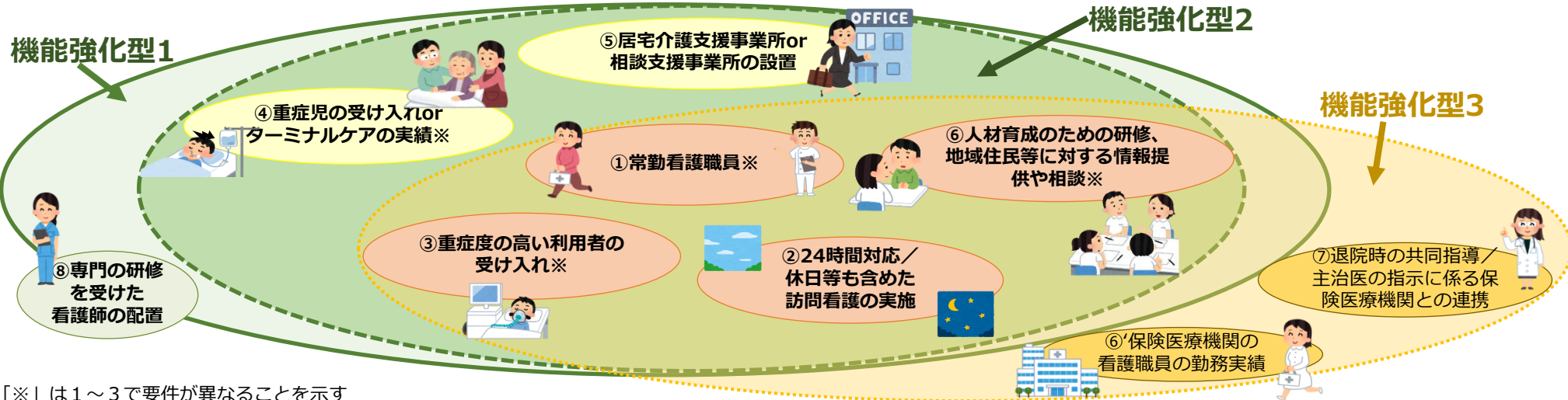
■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移



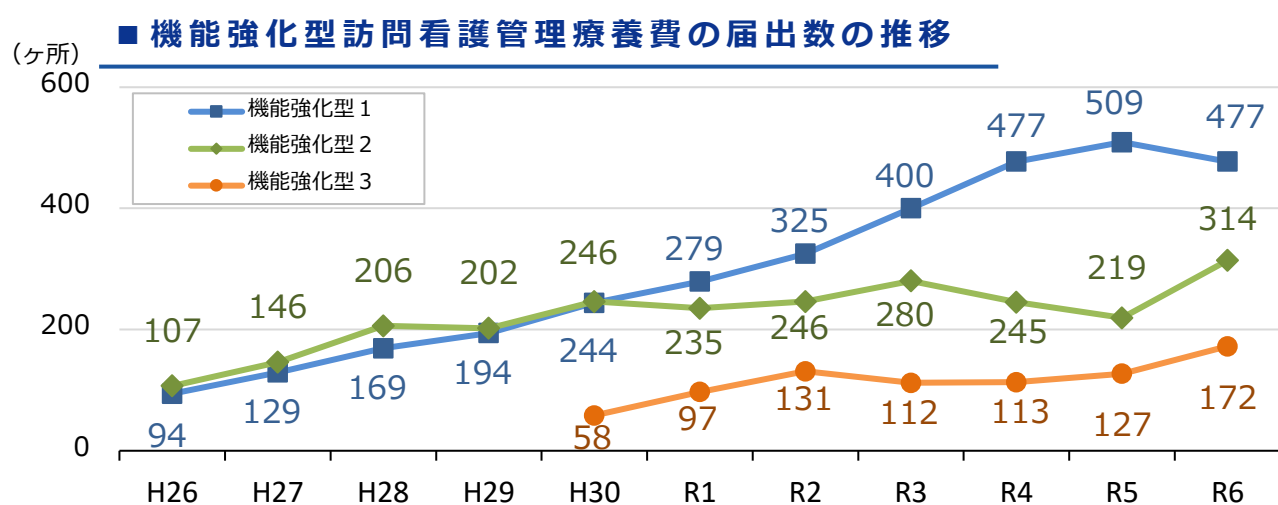
機能強化型訪問看護ステーションの要件等



要件	ターミナルケアや重症児の受け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

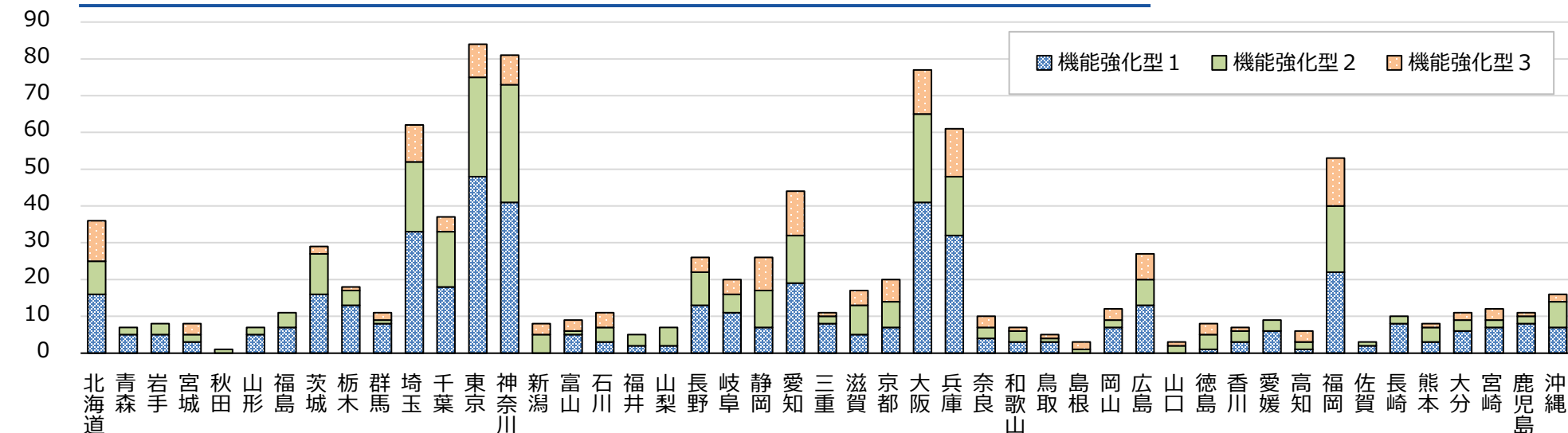
- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和6年8月時点で機能強化型1が477事業所、機能強化型2が314事業所、機能強化型3が172事業所である。



(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

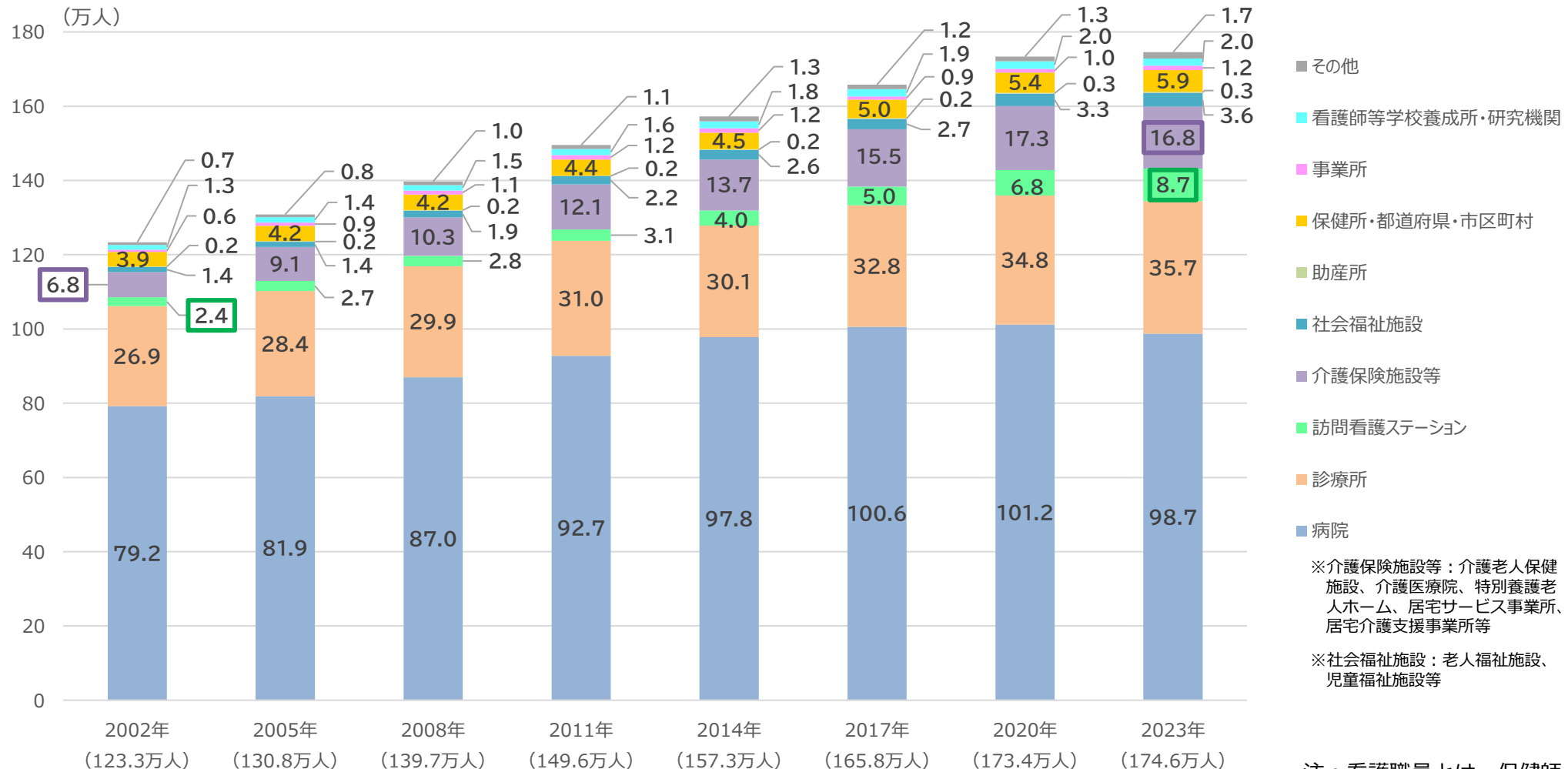
■ 都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（令和6年8月時点）



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。

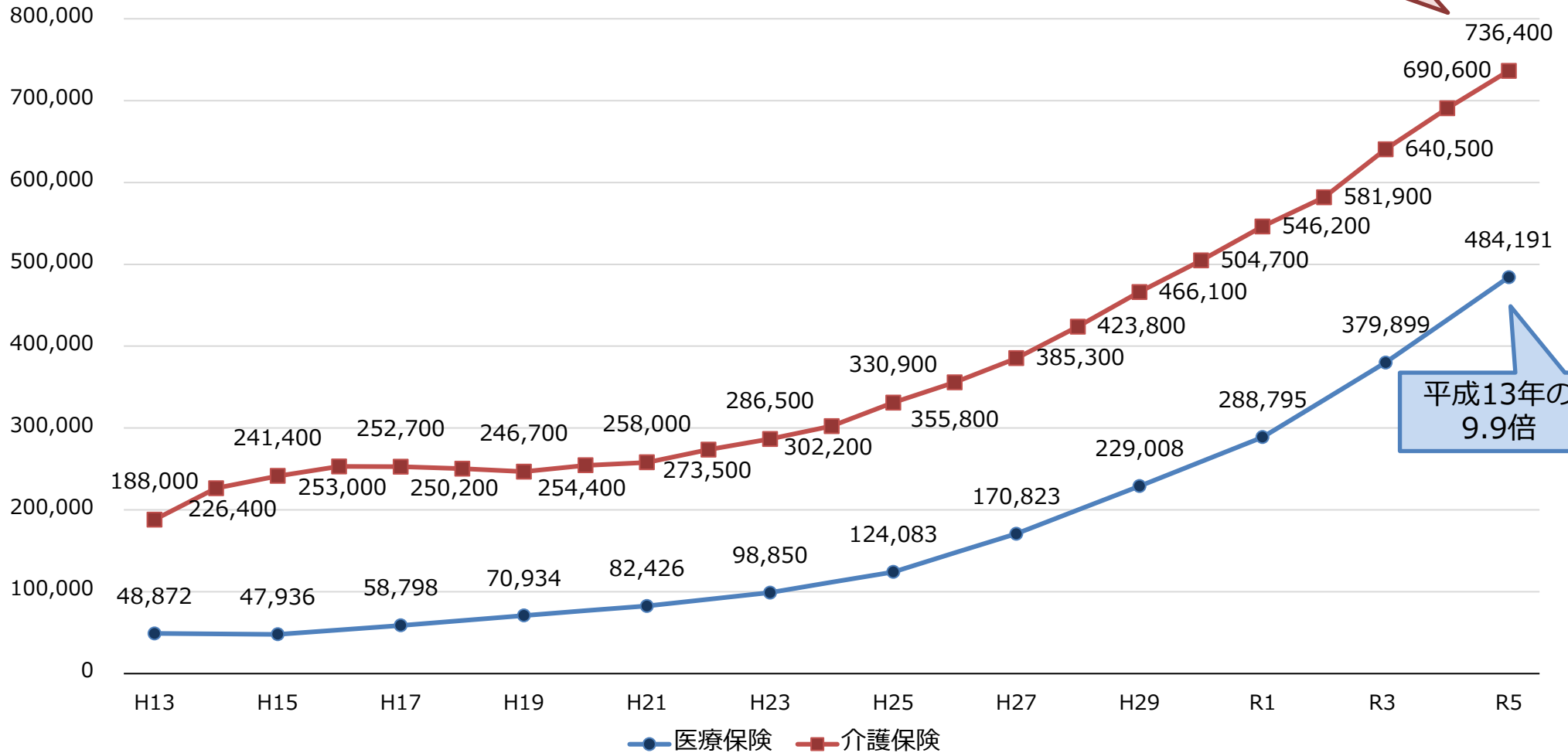
訪問看護の利用者数の推移

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

(人)

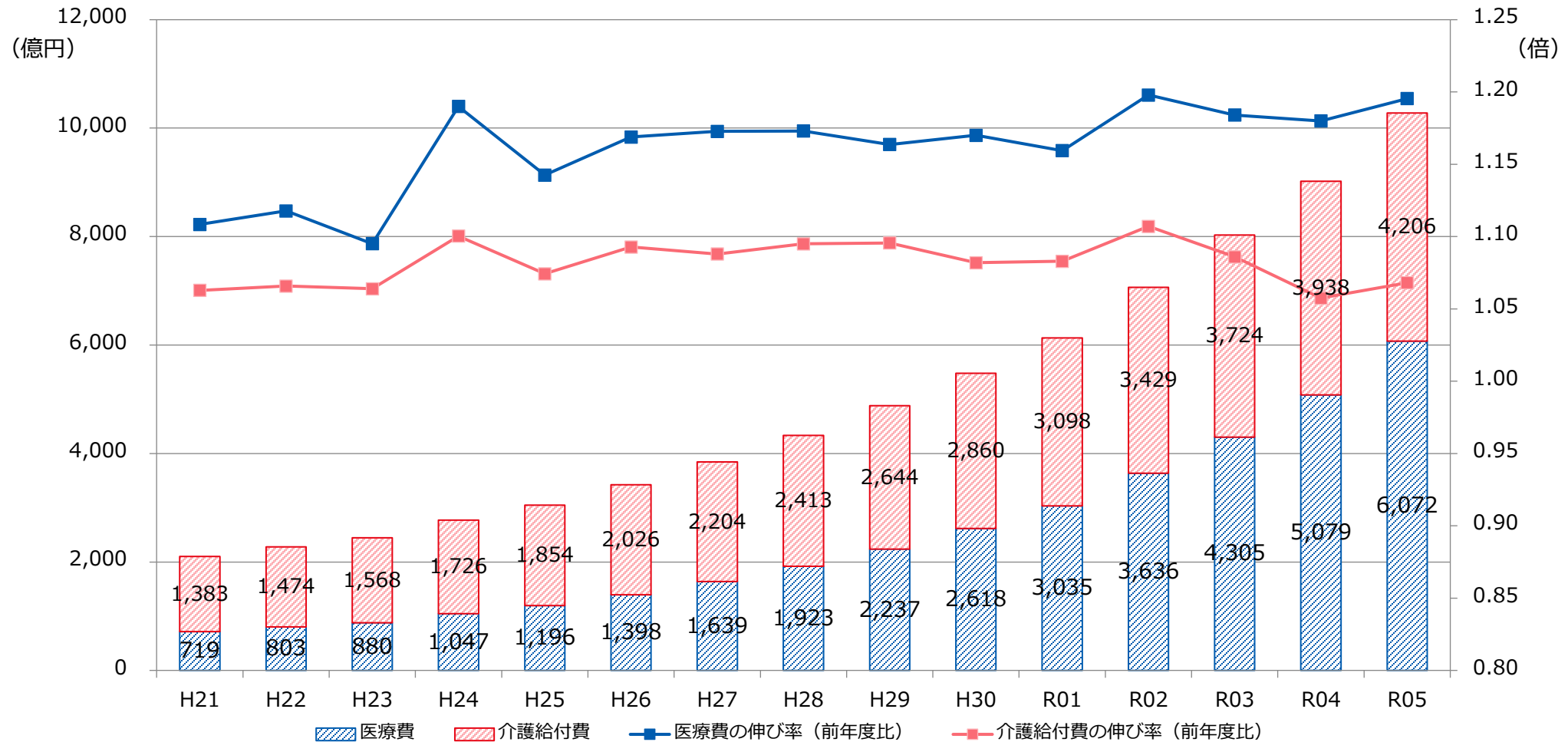


平成13年の
3.9倍

平成13年の
9.9倍

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。

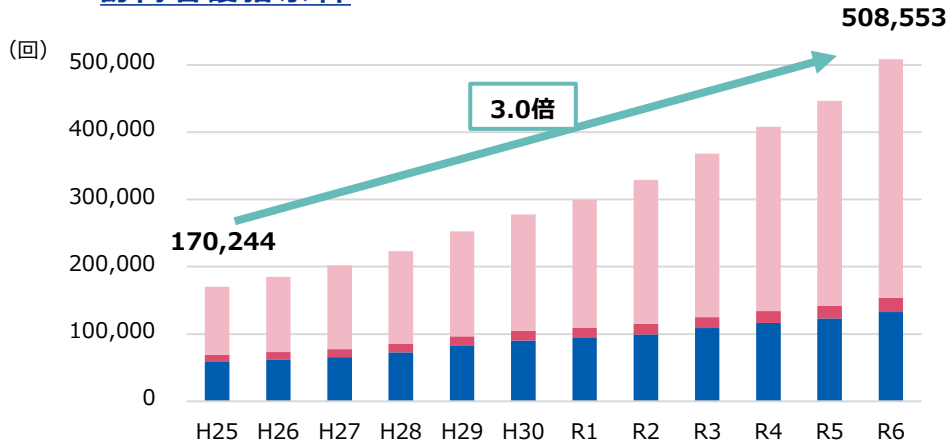


※ 医 療 費：健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
 ※ 介護給付費：訪問看護費・介護予防訪問看護費

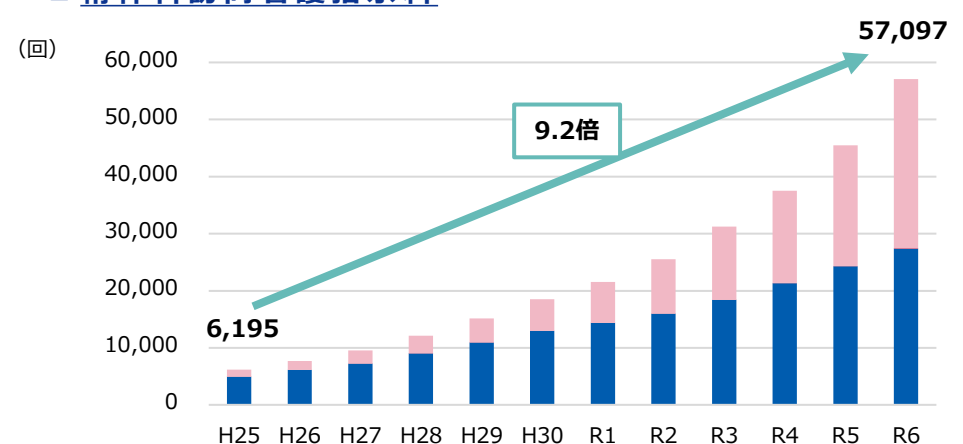
訪問看護指示料等の算定回数の推移

- 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。

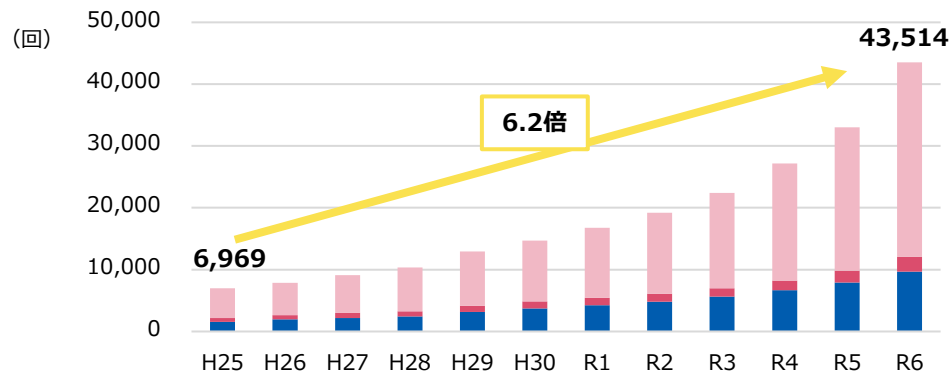
■ 訪問看護指示料



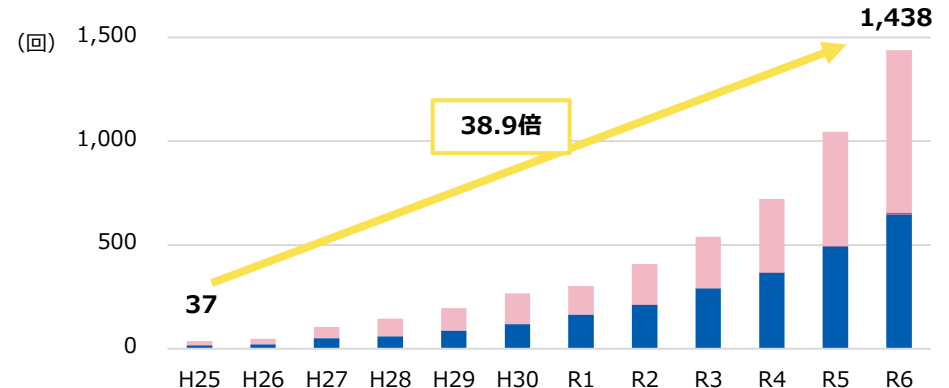
■ 精神科訪問看護指示料



■ 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

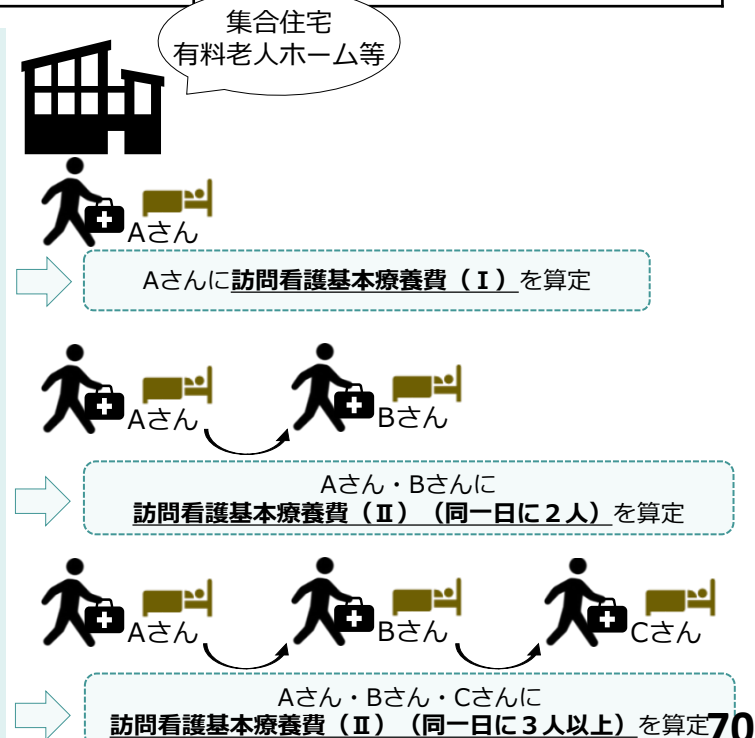
- 同一日に同一建物に居住する3人以上の利用者に対して訪問看護を実施する場合は、同一日に2人以下のときよりも低い額を算定することとしている（訪問看護基本療養費（Ⅱ））。

	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。

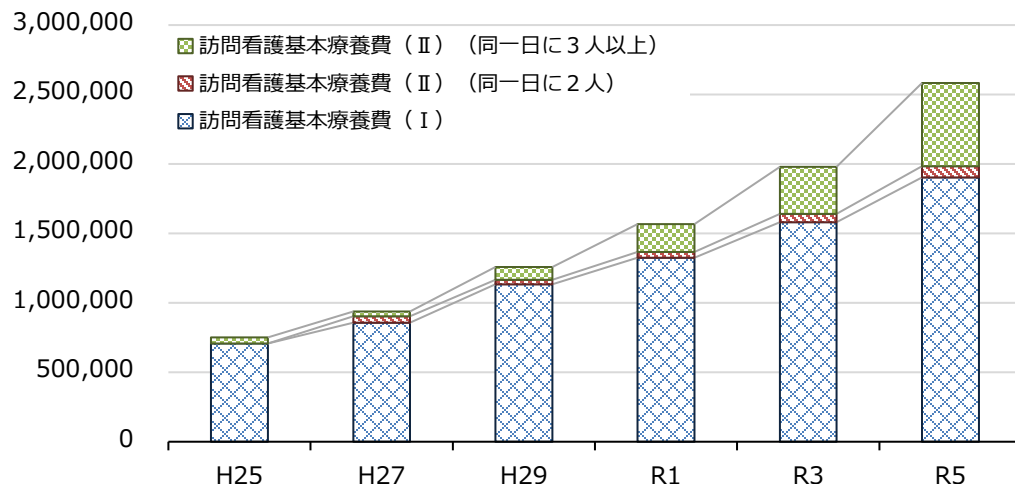


同一建物居住者への訪問看護の状況

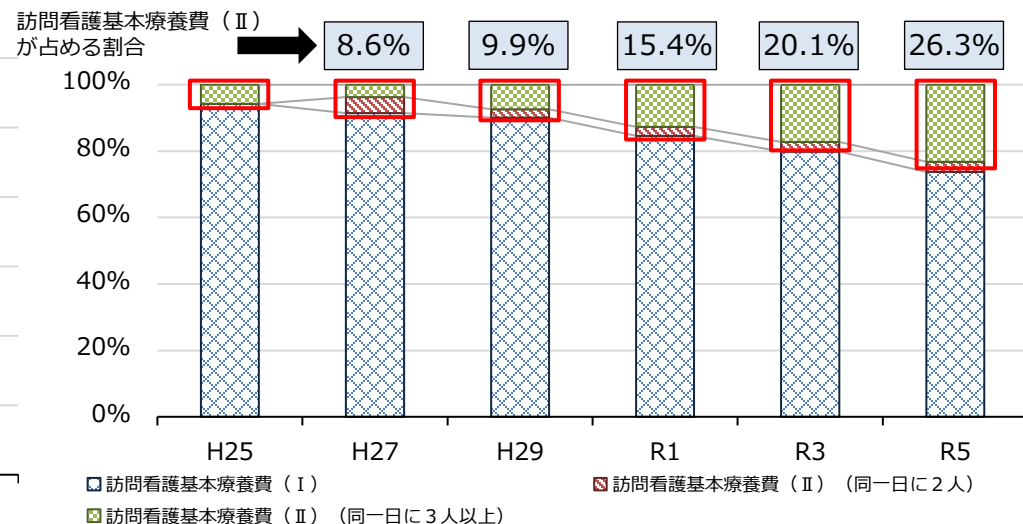
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

○ 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。

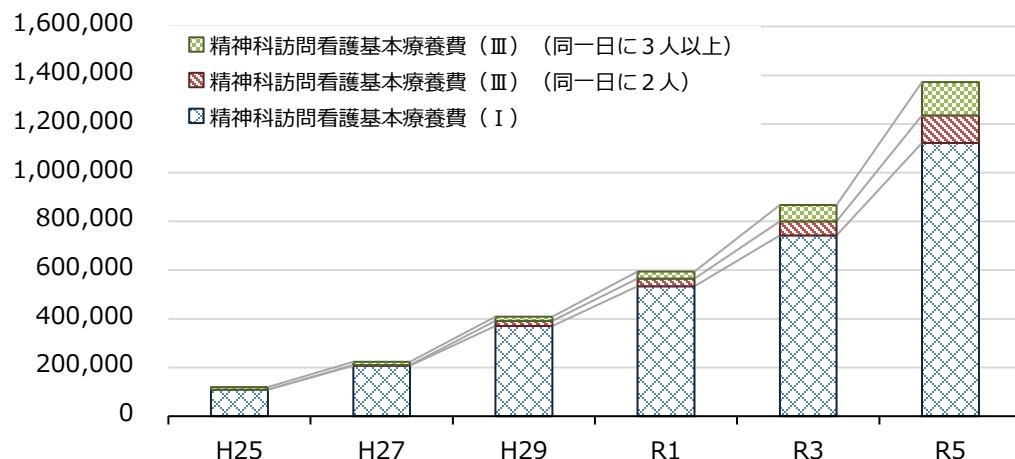
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定回数の推移



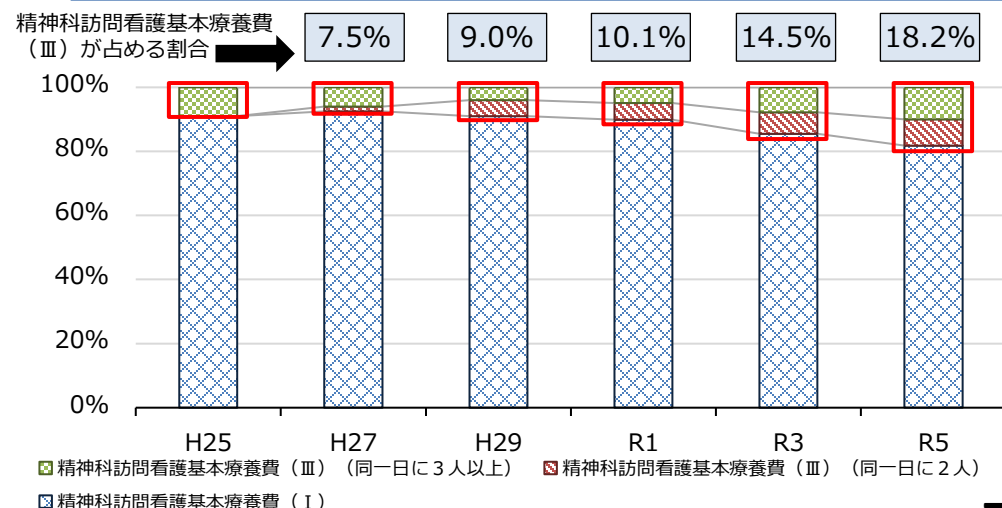
■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の算定割合の推移



■ 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

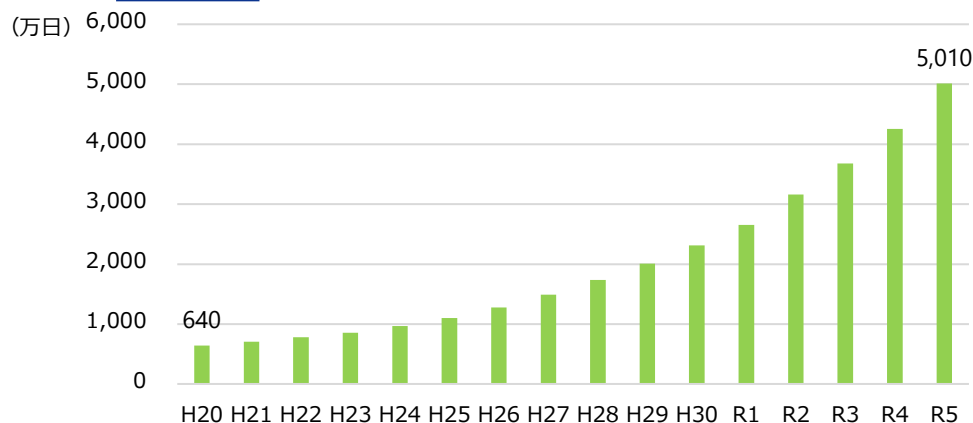


出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

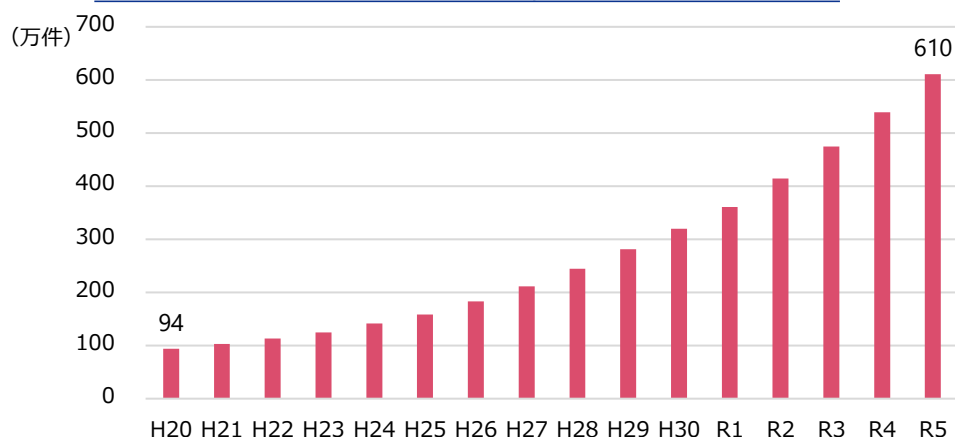
訪問看護ステーションの医療費における年間日数・件数、前年比増加率の推移

- 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。

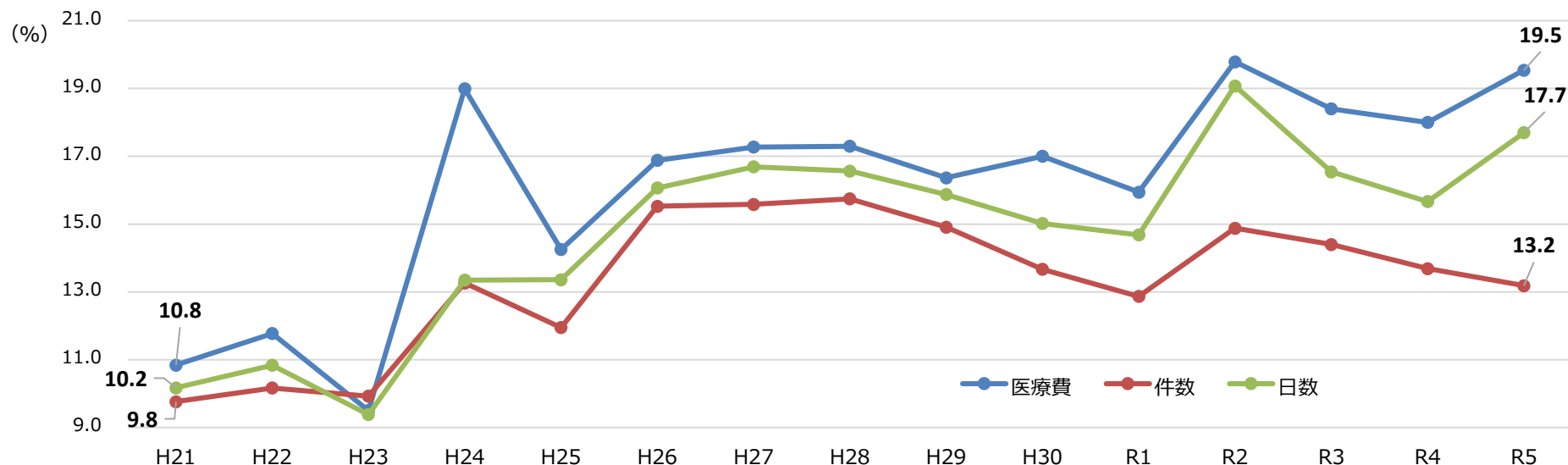
■ 年間日数



■ 年間レセプト件数（月あたり利用者数×月数）



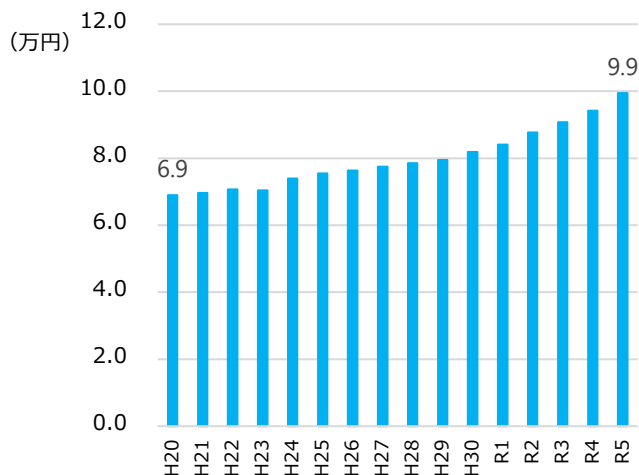
■ 年間医療費・レセプト件数・日数の前年比増加率



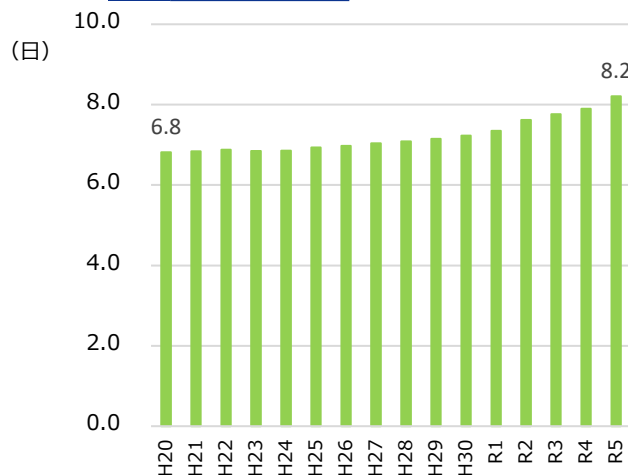
訪問看護ステーションの1件当たり医療費・1件当たり日数・1日当たり医療費と前年比増加率の推移

- 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。

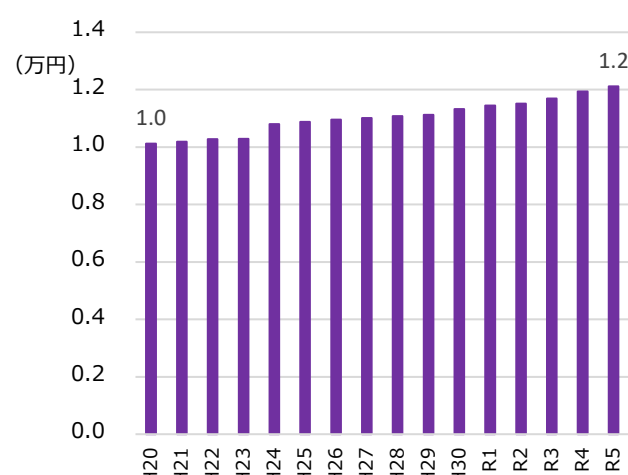
■ 1件当たり医療費



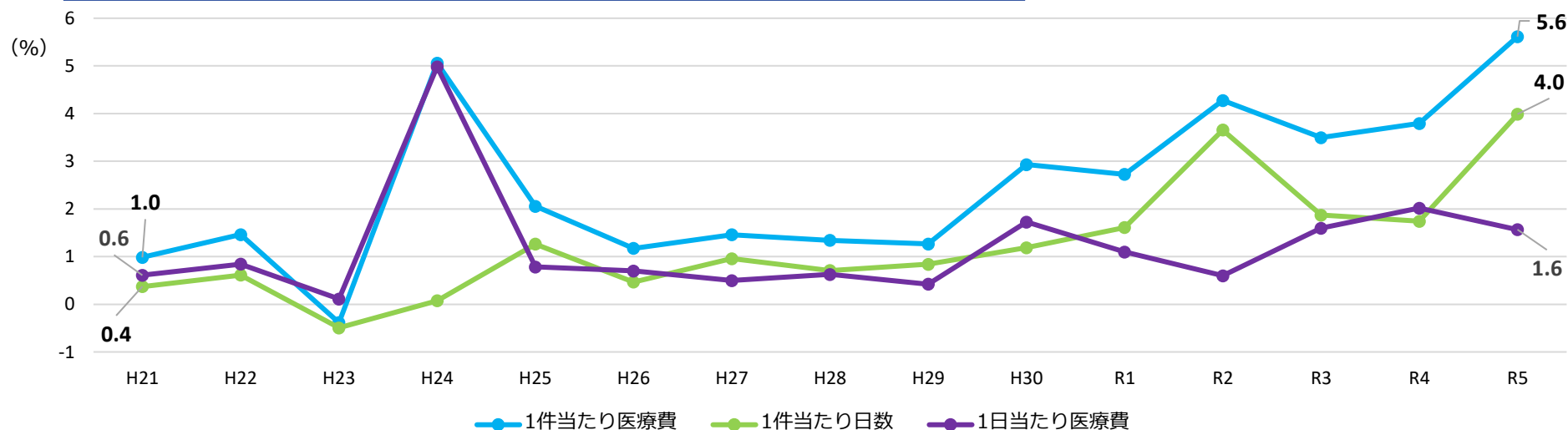
■ 1件当たり日数



■ 1日当たり医療費



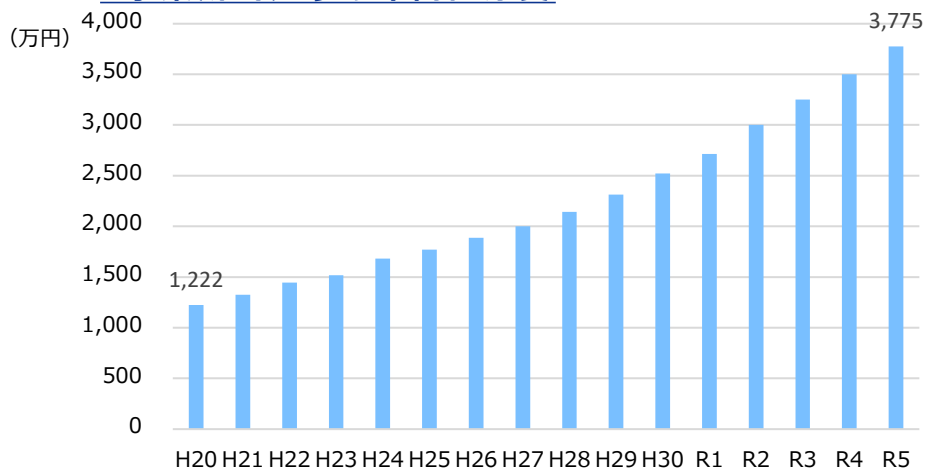
■ 1件当たり医療費・1件当たり日数・1日当たり医療費の前年比増加率



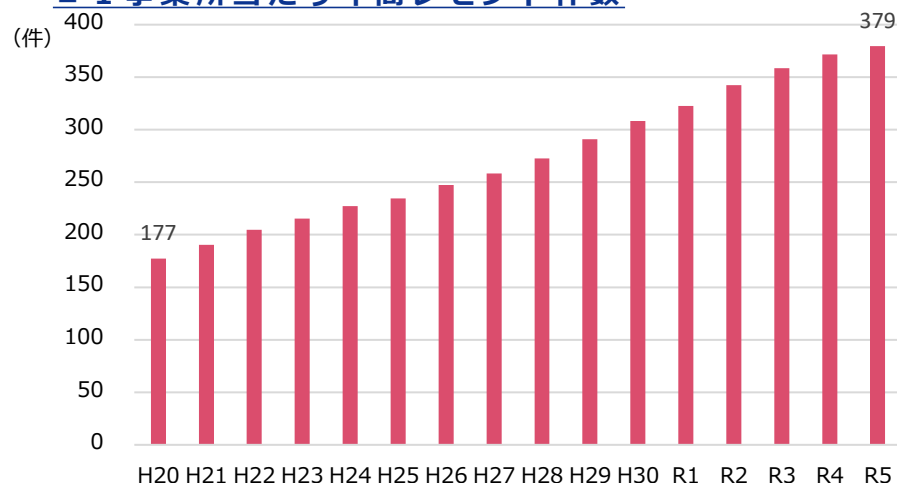
訪問看護ステーションの1事業所当たりの年間医療費・年間件数、前年比増加率の推移

- 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。

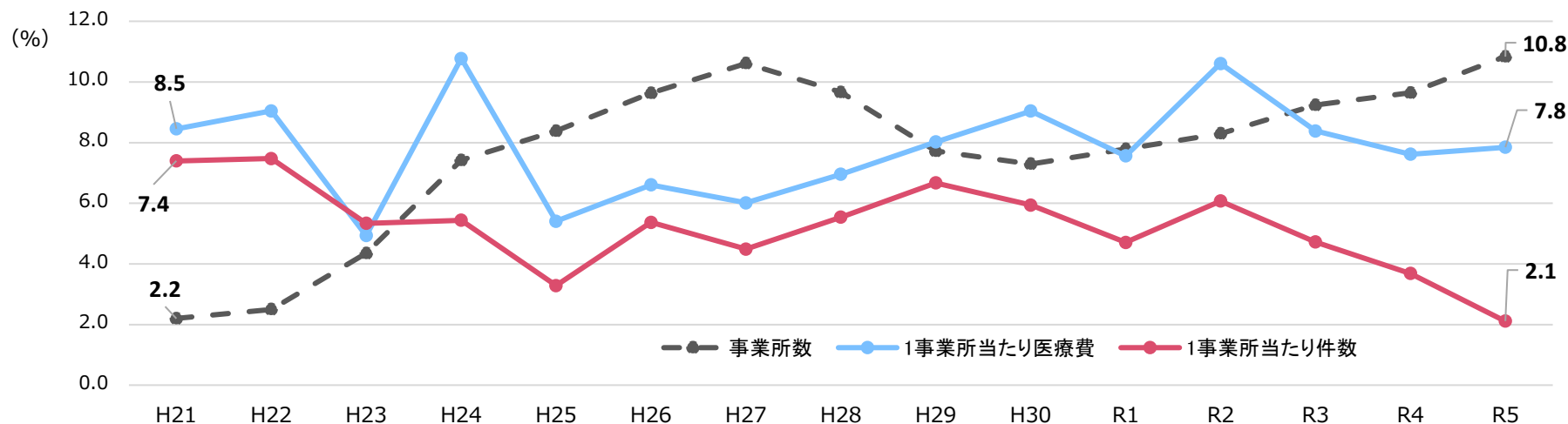
■ 1事業所当たりの年間医療費



■ 1事業所当たり年間レセプト件数



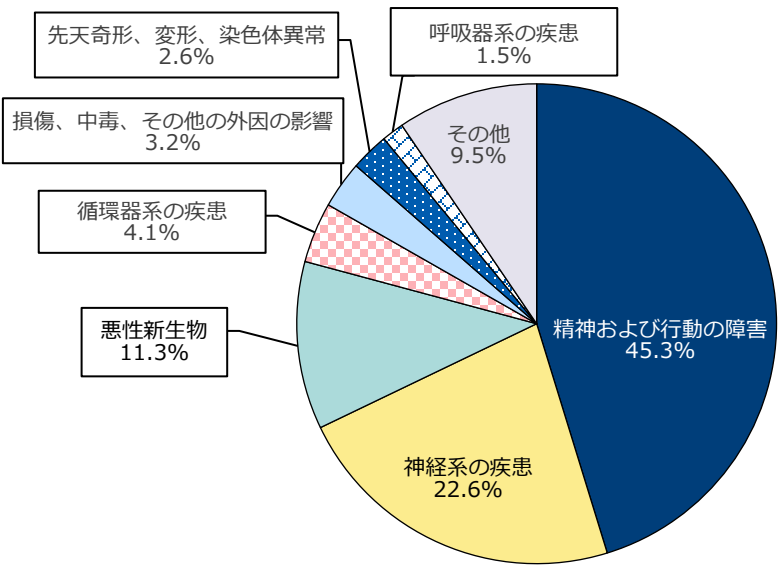
■ 事業所数・1事業所当たり医療費・1事業所当たり件数の前年比増加率



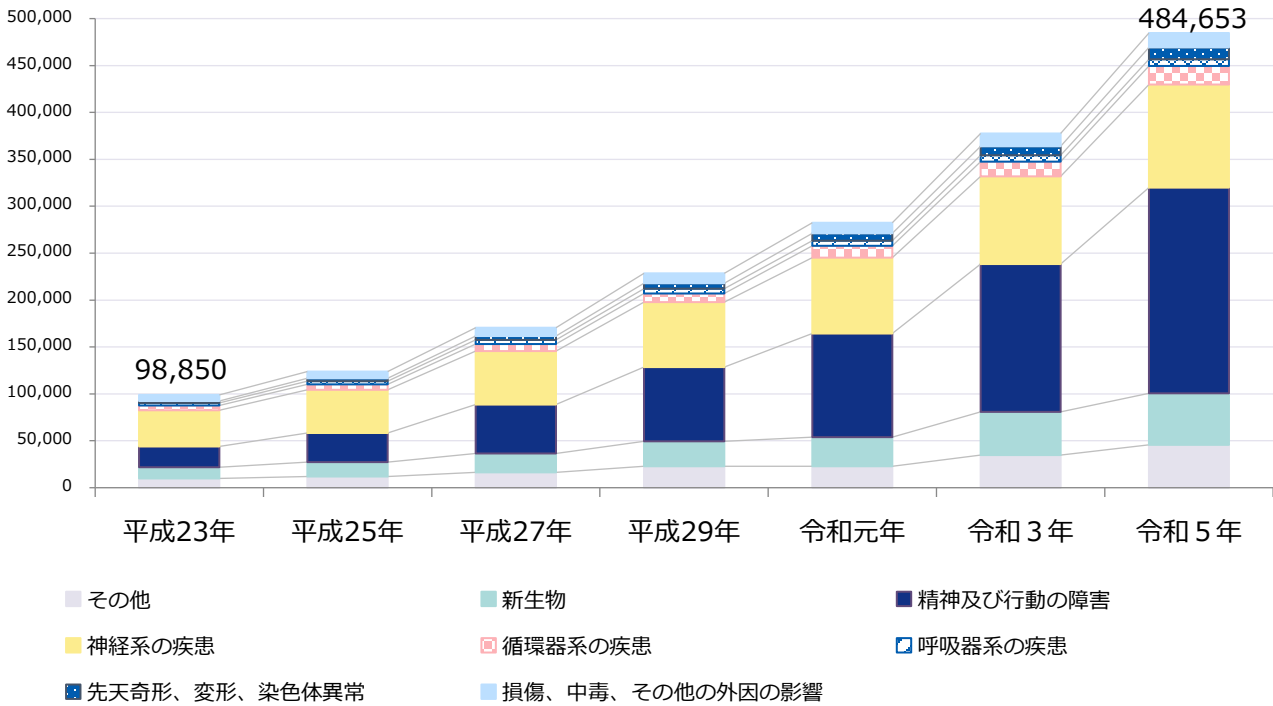
医療保険の訪問看護ステーションの利用者の状態

- 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

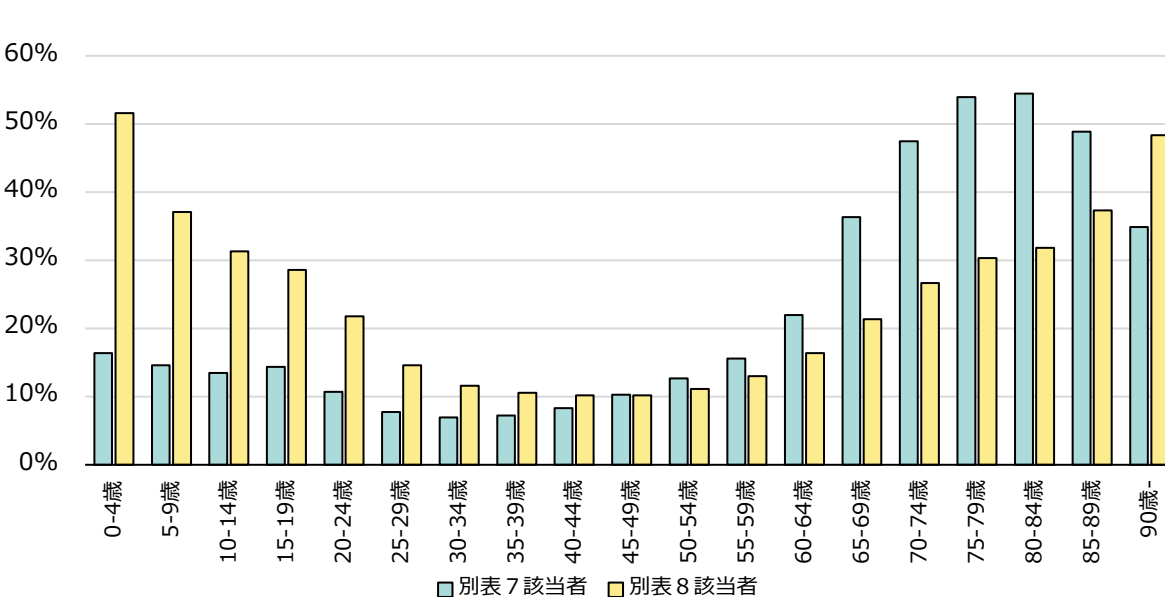
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

	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

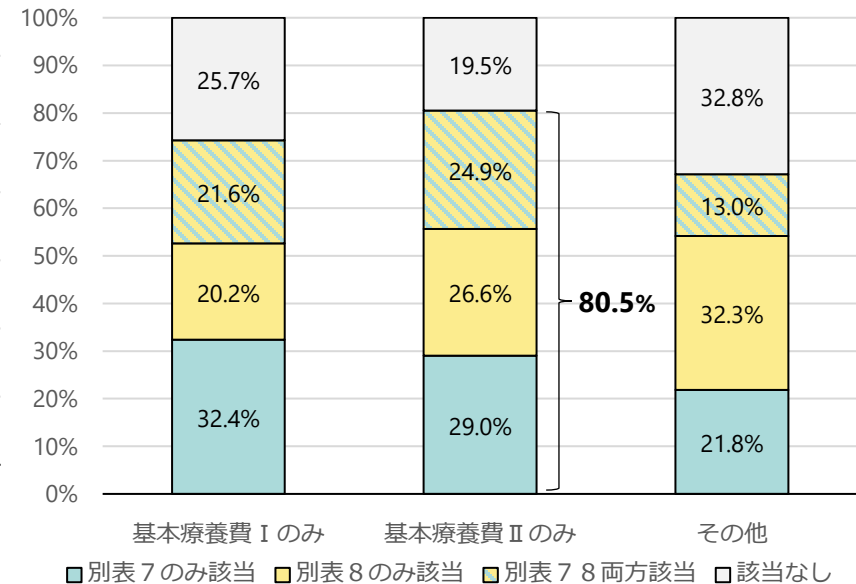
医療保険の訪問看護利用者の別表第7及び別表第8の該当状況

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

■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）算定者の該当割合



【別表第7】

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

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

※要介護被保険者等に関わらず医療保険での訪問看護が可能
算定日数制限なし

【別表第8】

- 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 以下のいずれかを受けている状態にある者

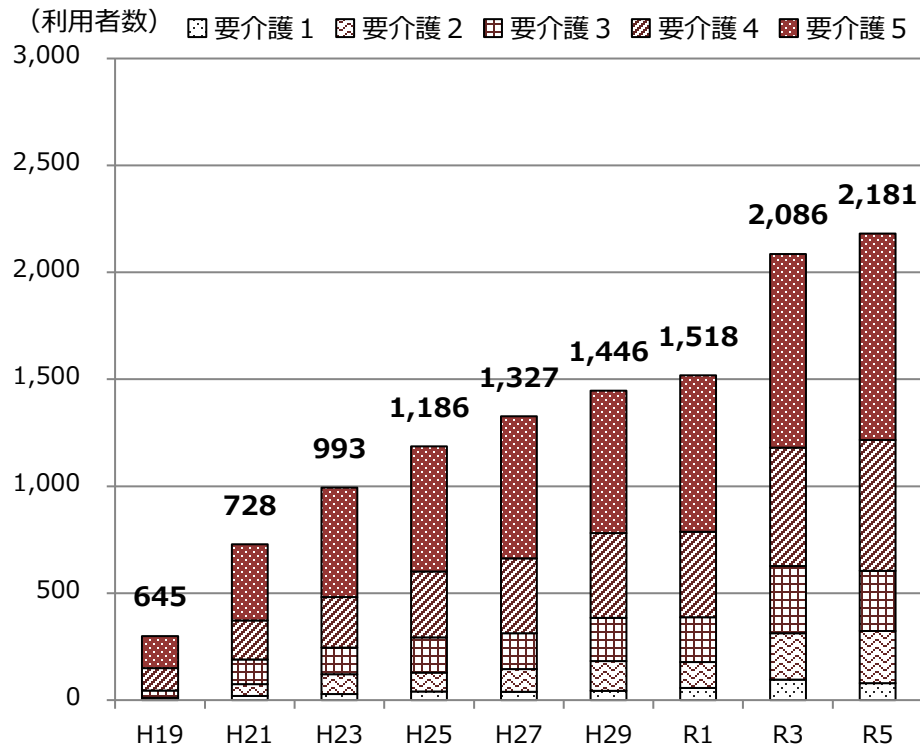
在宅自己腹膜灌流指導管理	在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理	在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- ※算定日数制限なし

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

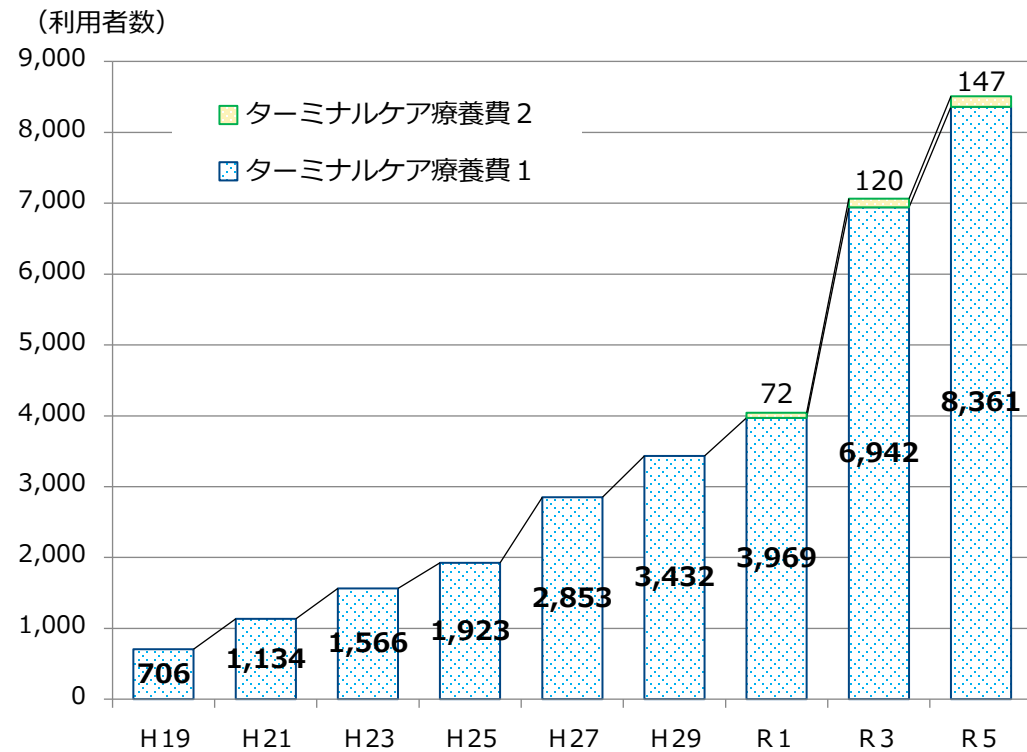
○ 介護保険のターミナルケア加算と医療保険の訪問看護ターミナル療養費はともに増加傾向であり、令和3年は特に増加し、令和5年も継続的に増加している。

■ 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

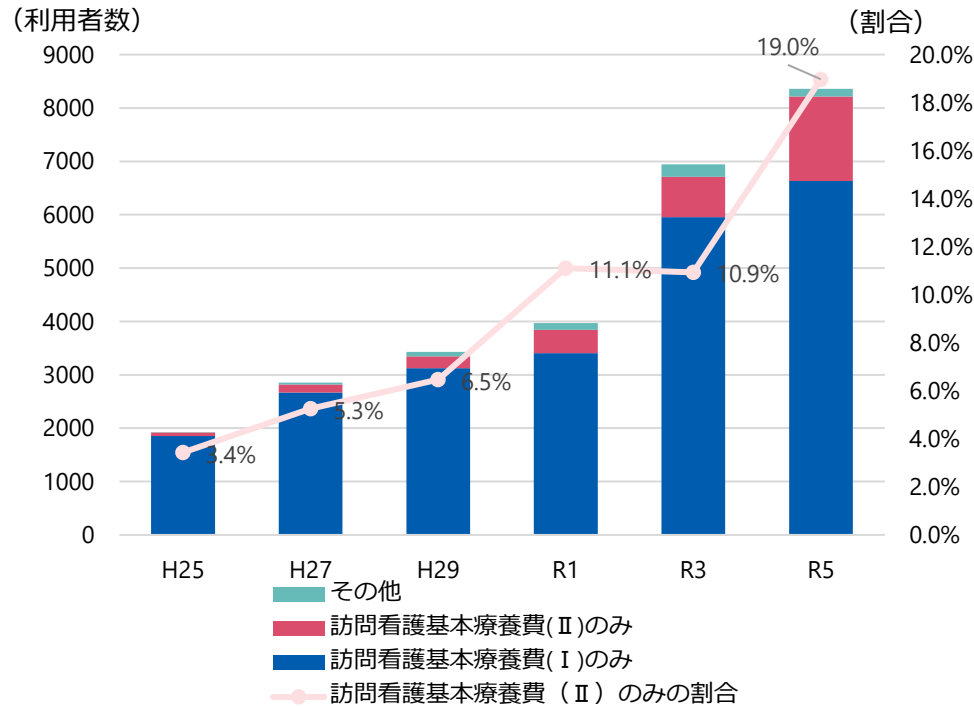
ターミナルケア加算・訪問看護ターミナル療養費

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

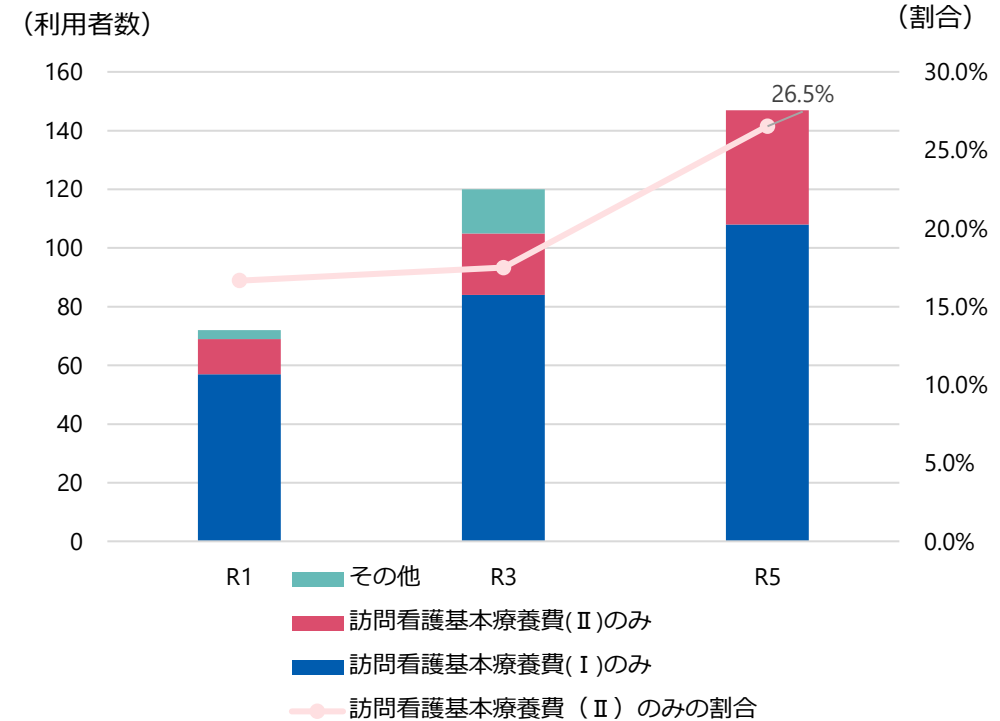
- 訪問看護ターミナルケア療養費を算定する利用者のうち、訪問看護基本療養費（Ⅱ）のみを算定する者の割合は、訪問看護ターミナルケア療養費 1 及び 2 どちらも令和 5 年度で特に増加している。

■ 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

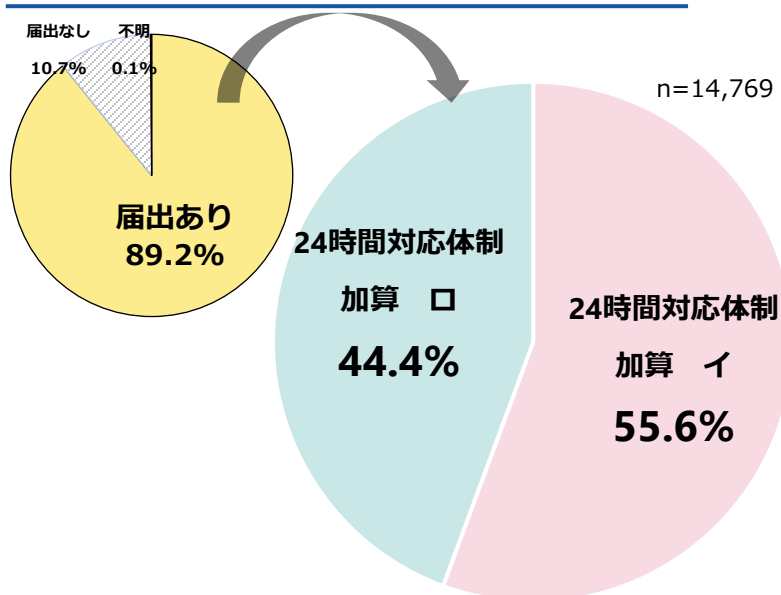
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔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

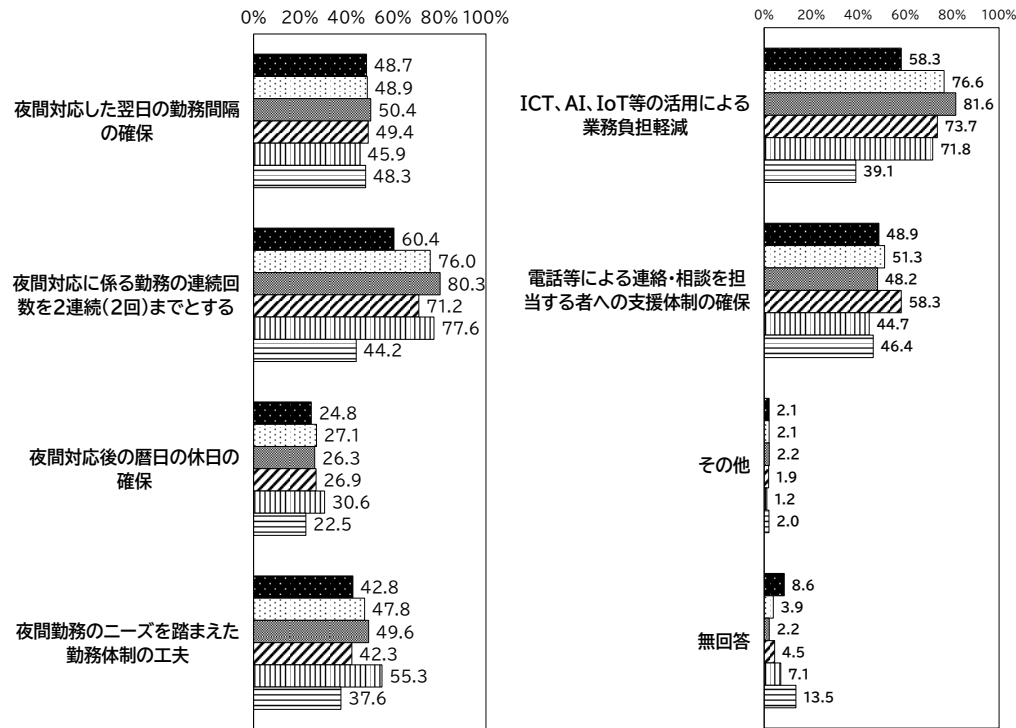
施設調査(訪問看護施設票)の結果①-2

24時間対応体制加算(報告書P418・P426)

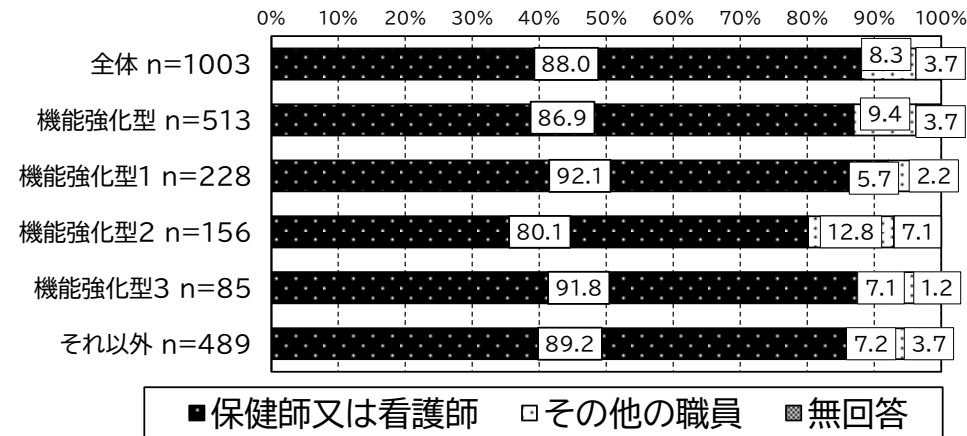
中医協 総-4-3-1
7 . 4 . 2 3

- 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)



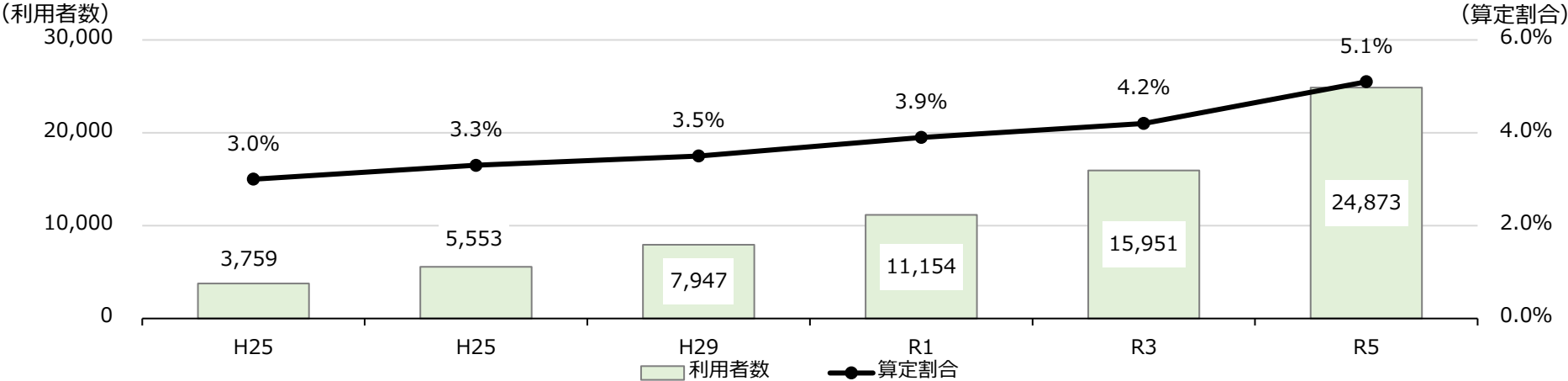
■全体 n=1003 □機能強化型 n=513 ■機能強化型1 n=228
 ▨機能強化型2 n=156 ▩機能強化型3 n=85 □それ以外 n=489

複数名訪問看護加算

- 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～二	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～二	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 □ 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 二 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

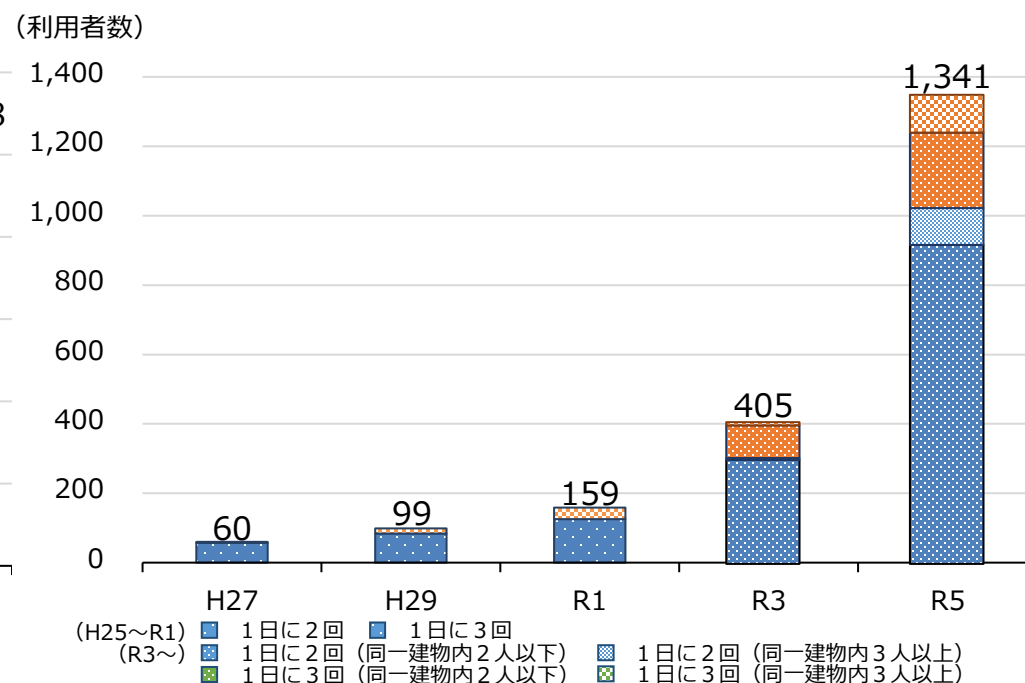
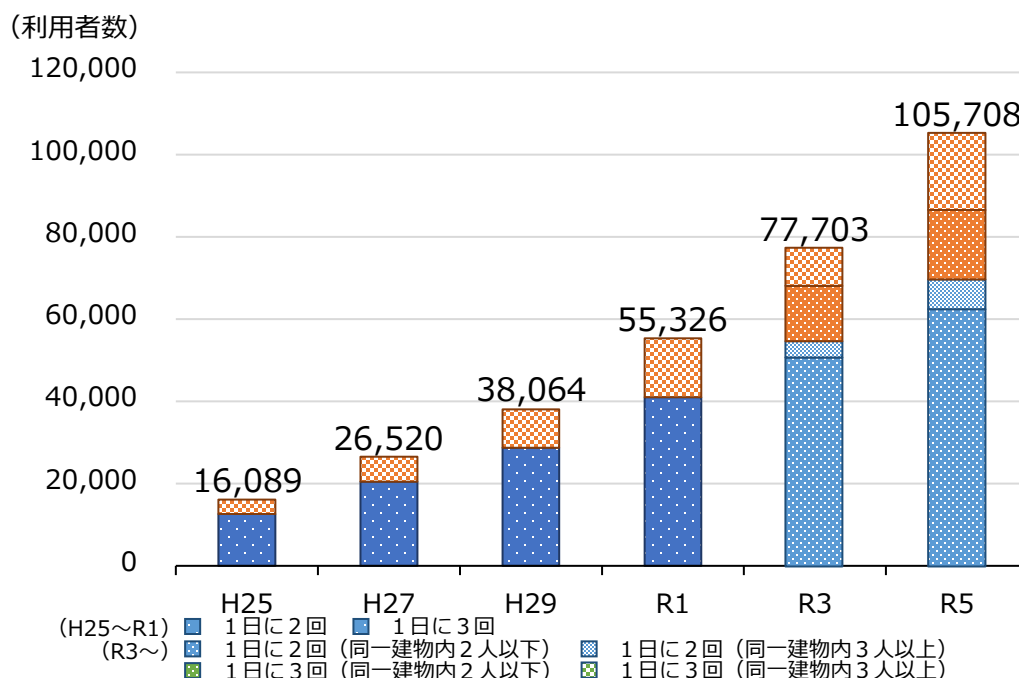
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 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



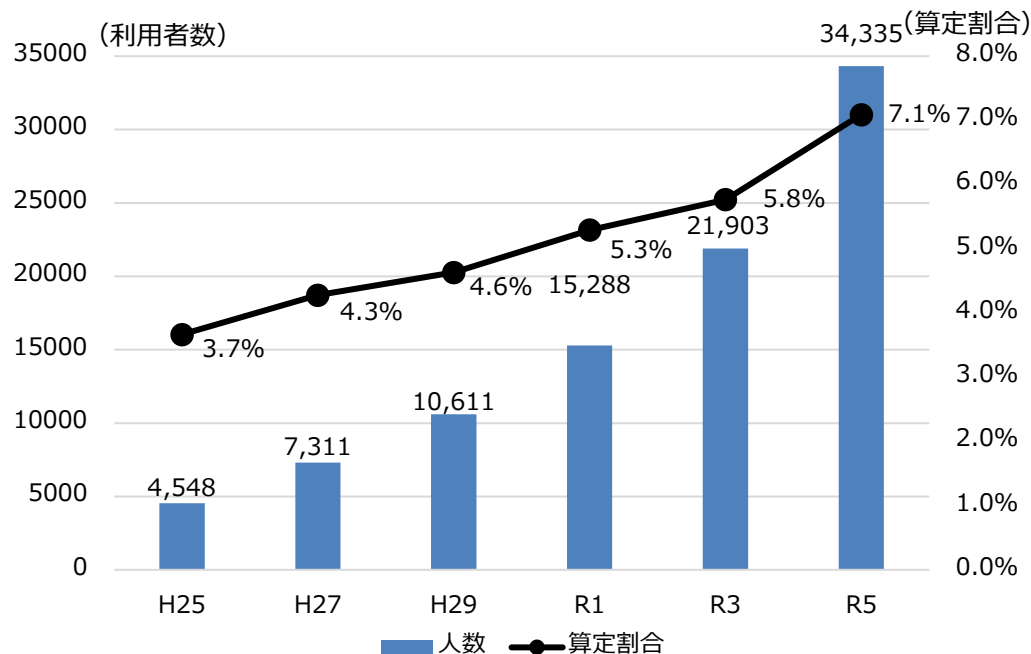
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算①

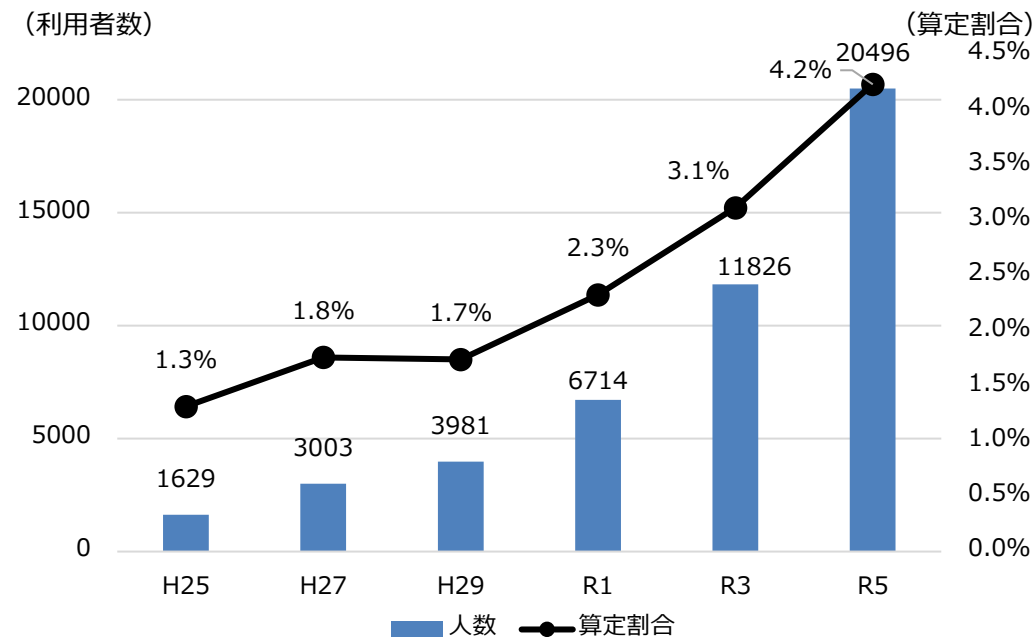
- 夜間・早朝又は深夜に訪問看護を行った場合、対象者の限定なく夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定できる。
- 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算を算定する利用者数、全利用者に占める算定割合は増加傾向である。

	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

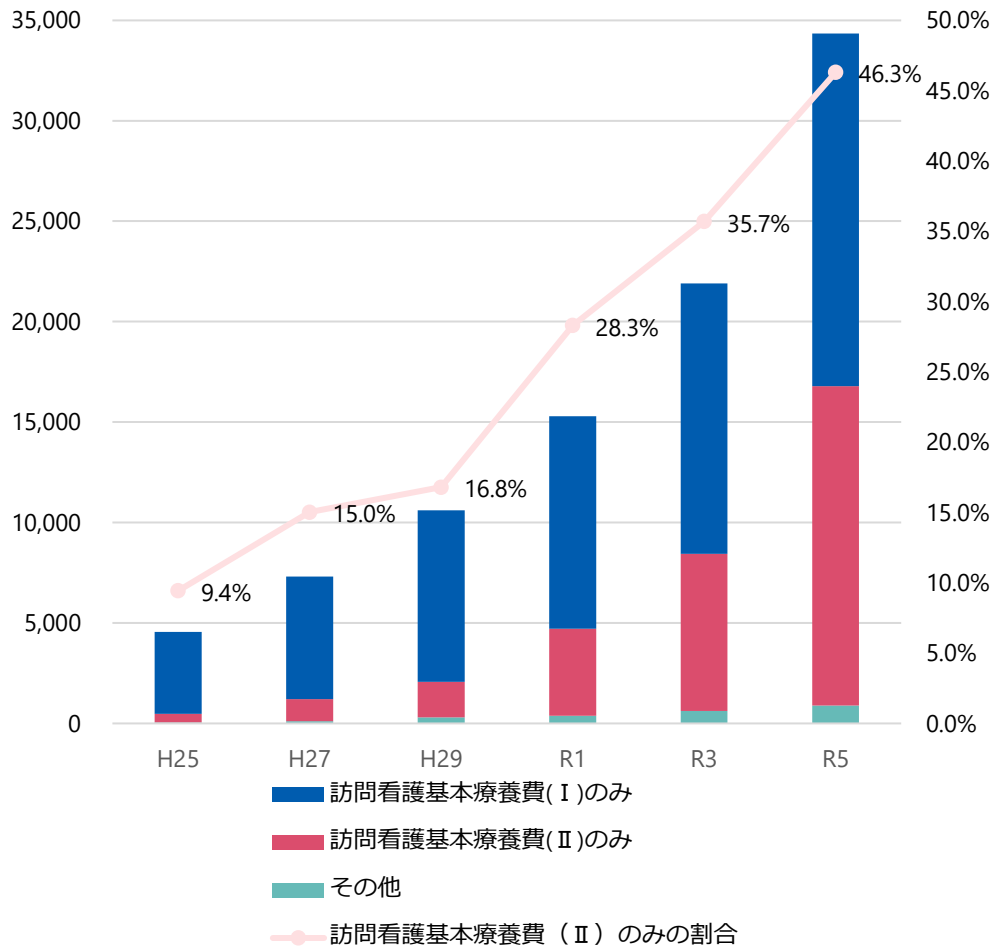


夜間・早朝、深夜における訪問看護の状況②

- 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。

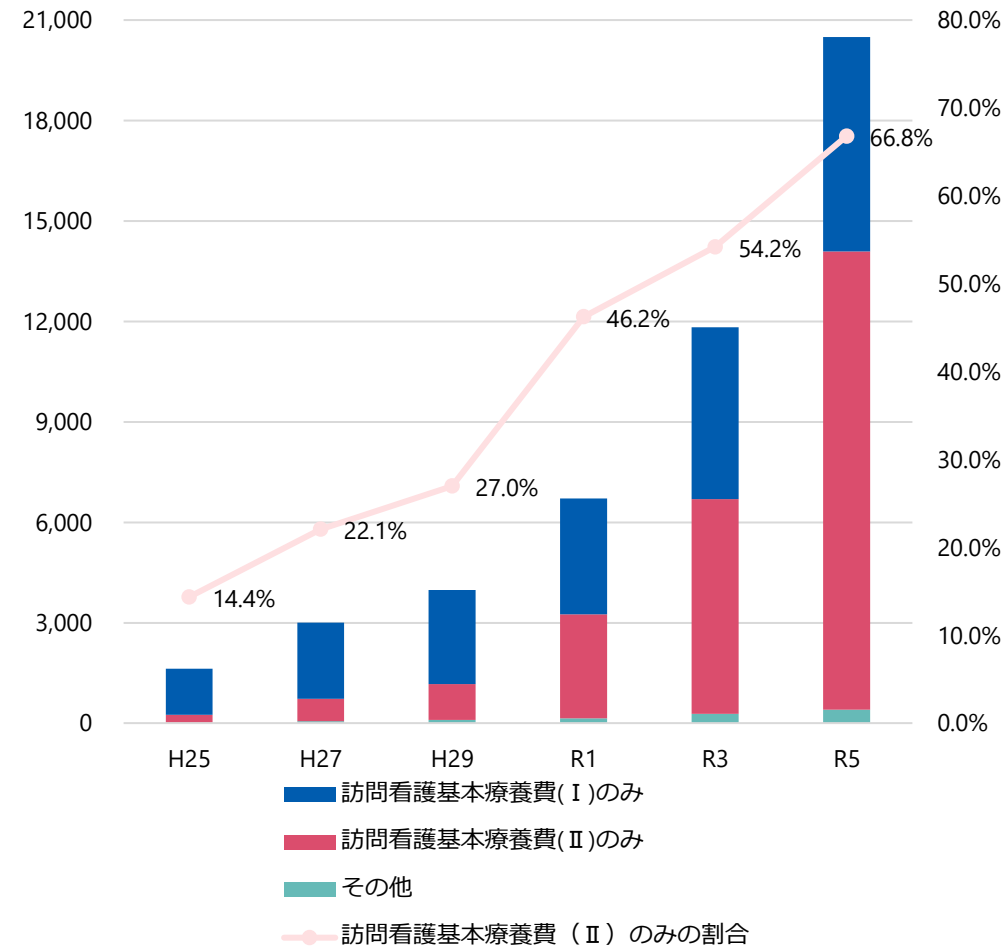
■ 夜間・早朝訪問看護加算

(利用者数)



■ 深夜訪問看護加算

(利用者数)



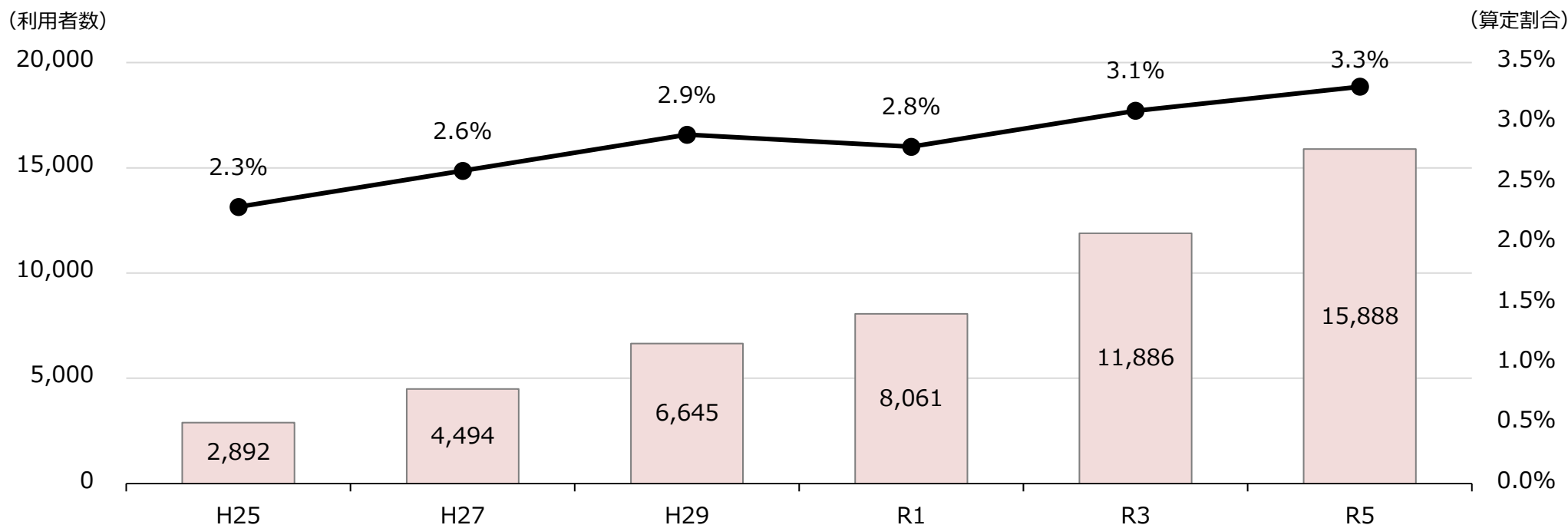
出典：訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計）

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）	● 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

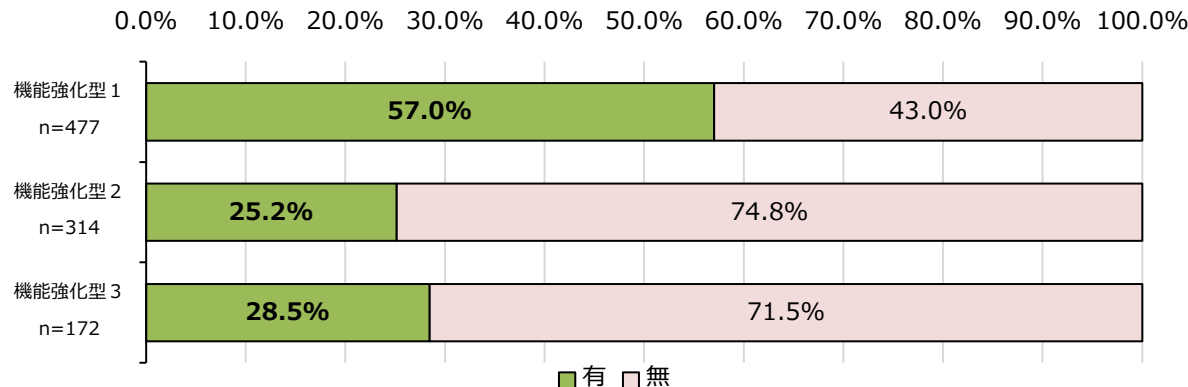
略

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。

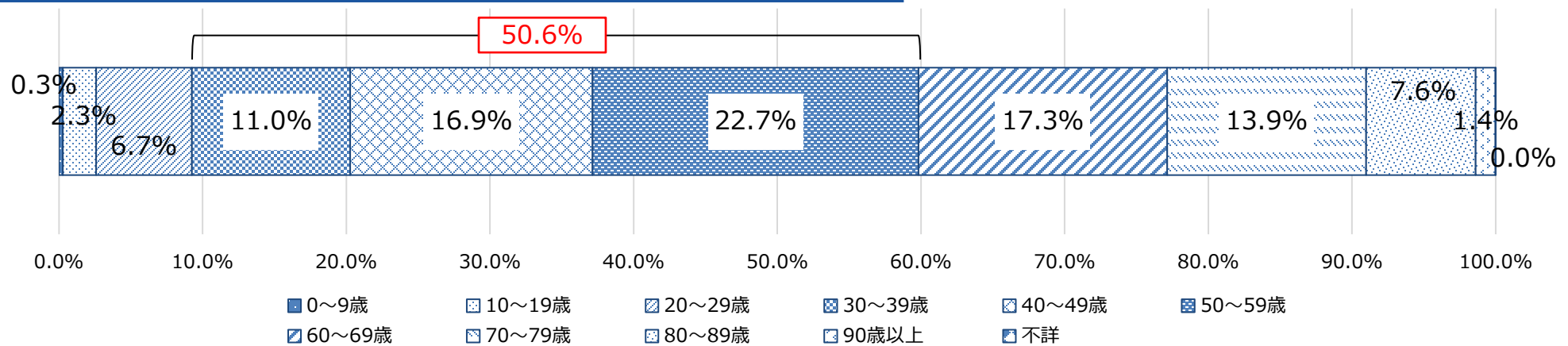
- ①日本看護協会の認定看護師教育課程
- ②日本看護協会が認定している看護系大学院の専門看護師教育課程
- ③日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程
- ④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

精神科訪問看護の利用者の状況

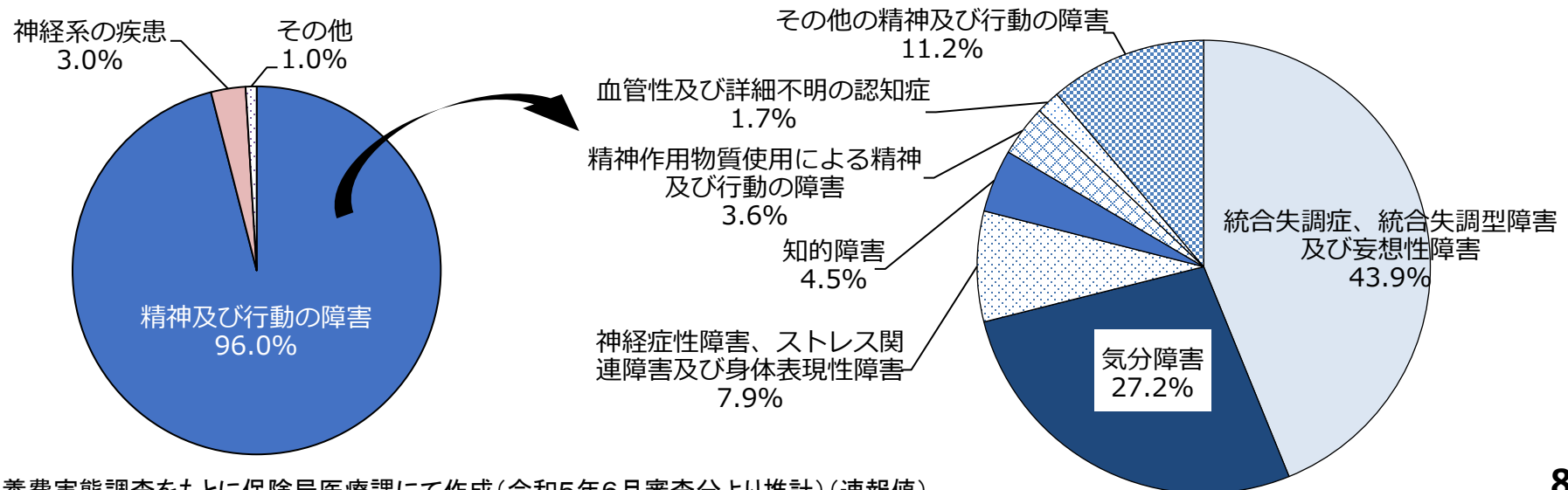
中医協 総 - 2
5 . 1 0 . 2 0

- 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



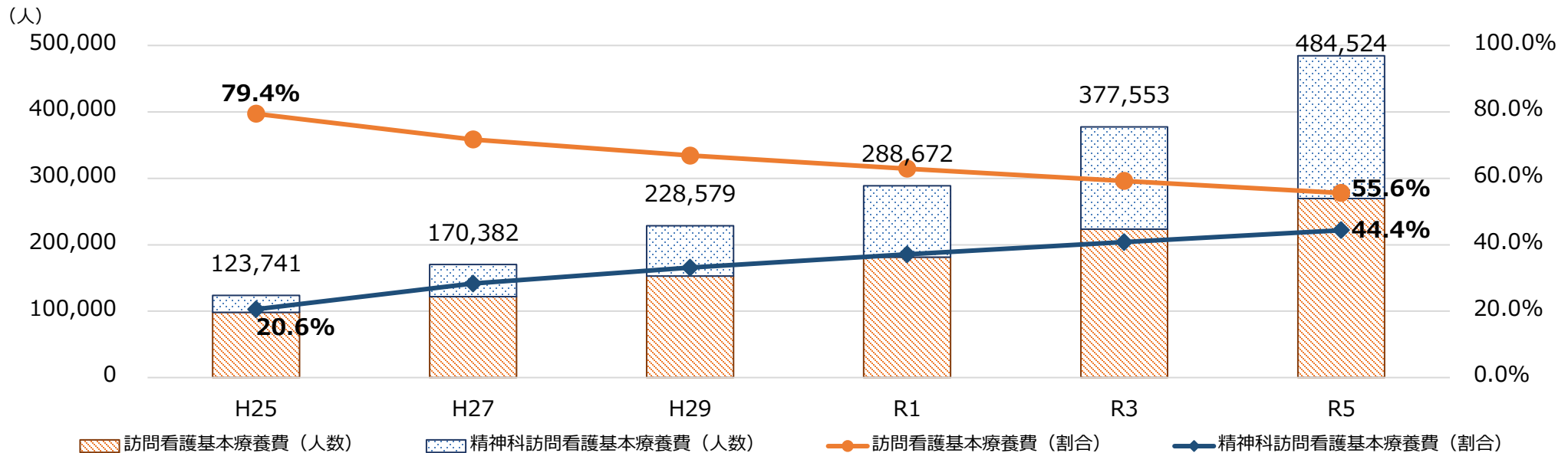
■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



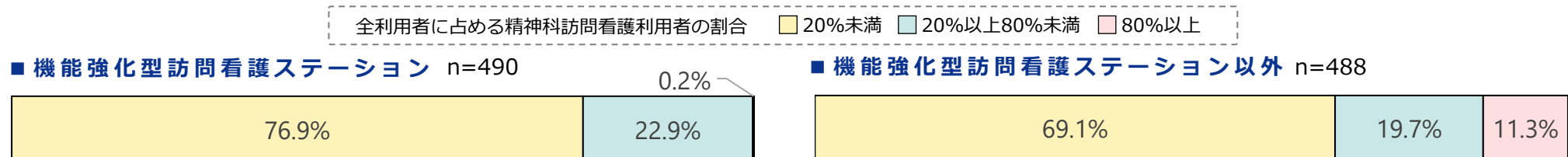
精神科訪問看護基本療養費の算定状況

- 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」

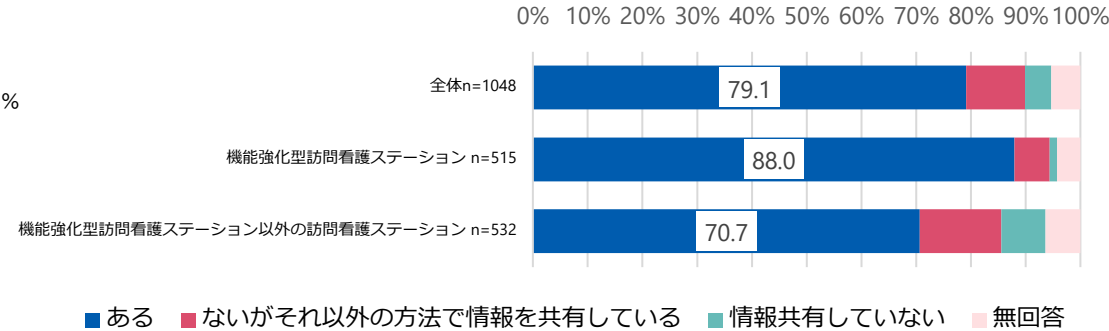
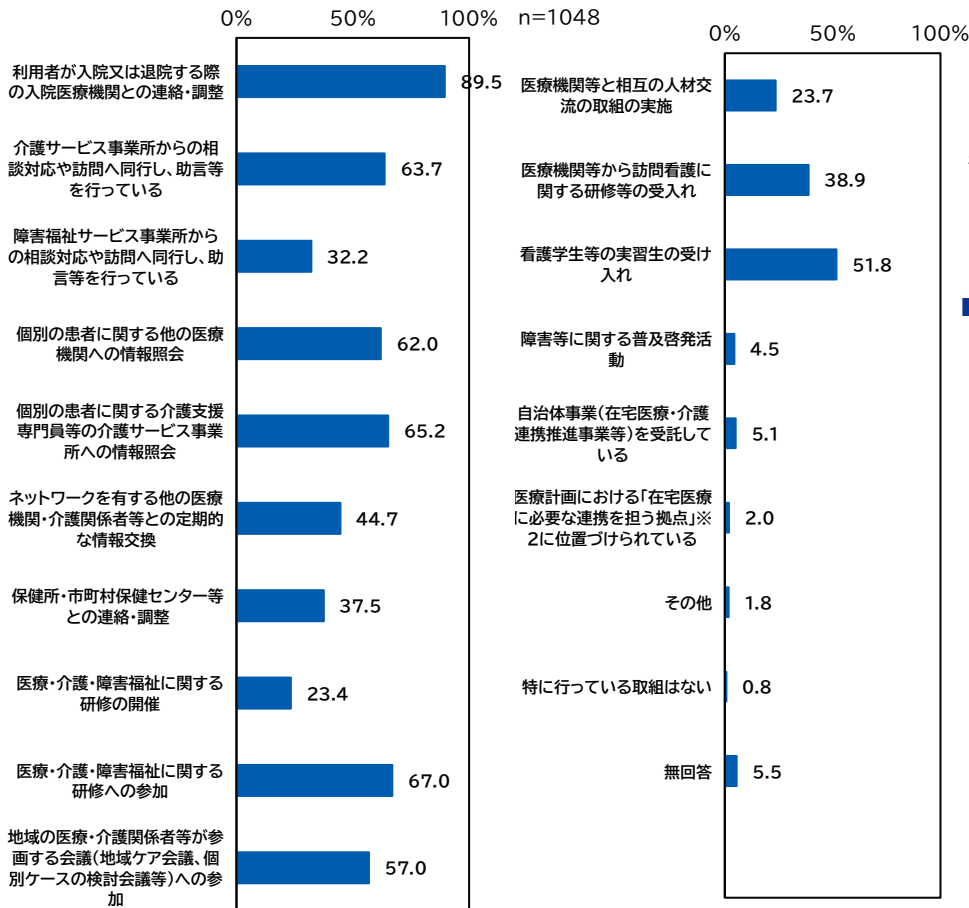
（訪問看護票（施設・利用者票））をもとに保険局医療課にて作成

医療機関・地域の関係者との連携状況や取組について

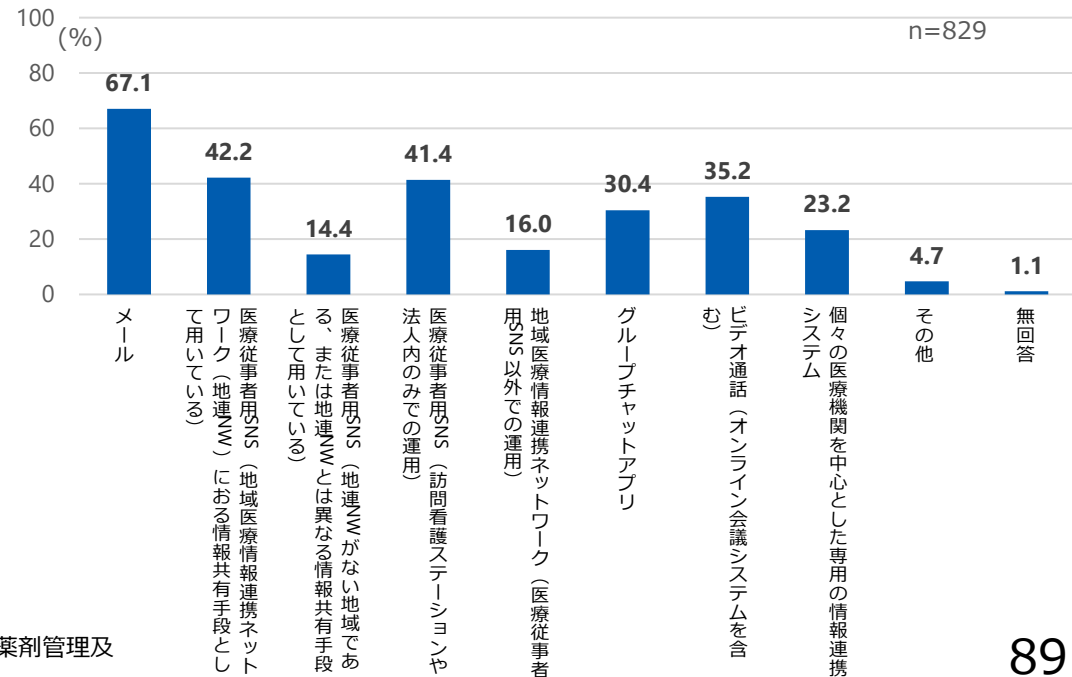
- 訪問看護ステーションの医療機関等との連携状況で最も多かったのは「利用者が入院又は退院する際の入院医療機関との連絡・調整」が89.5%と最も高い。
- ICT連携体制が「ある」訪問看護ステーションは79.1%で、活用しているICTは「メール」の割合が最も高かった。

■ 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



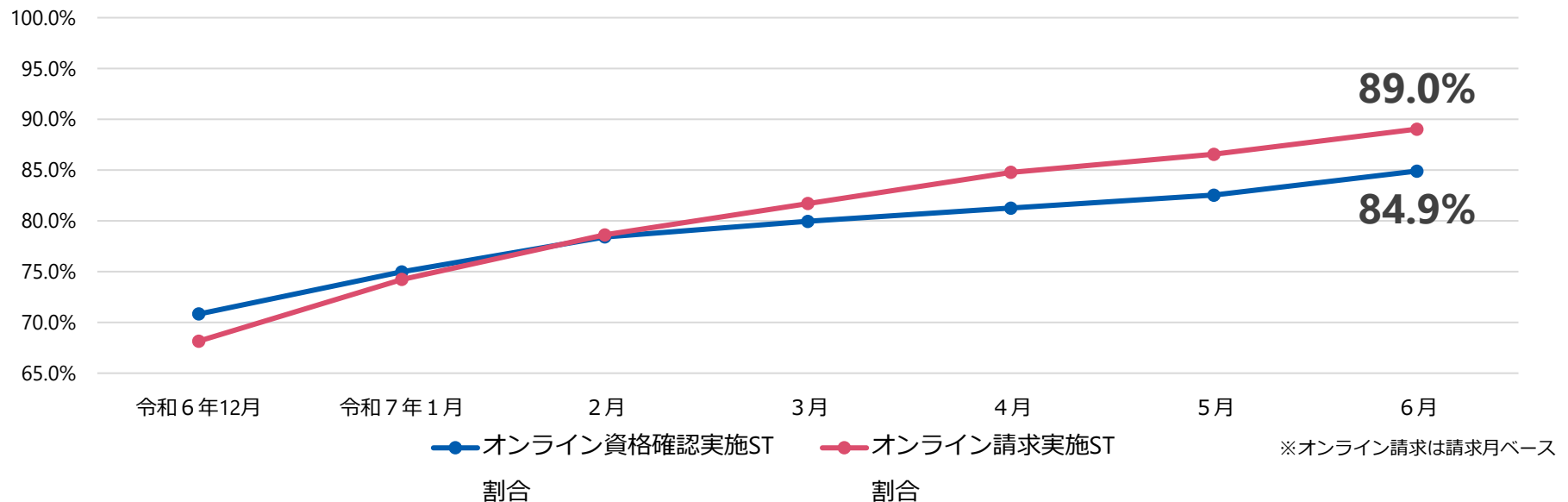
訪問看護ステーションのオンライン資格確認とオンライン請求

- 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



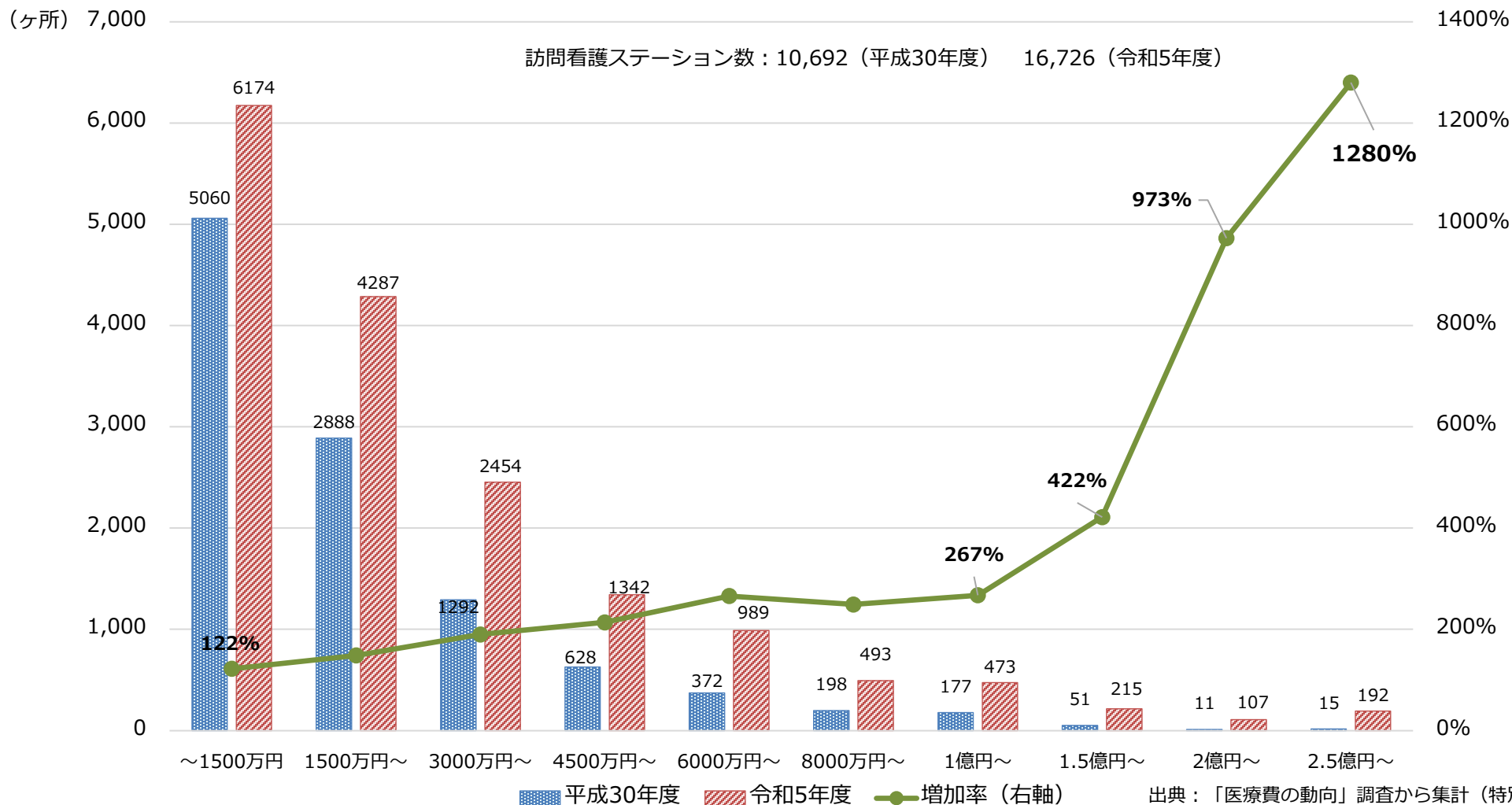
年間医療費総額階級別の訪問看護ステーション数の推移

中医協 総 - 1 2
7 . 3 . 1 2

- 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



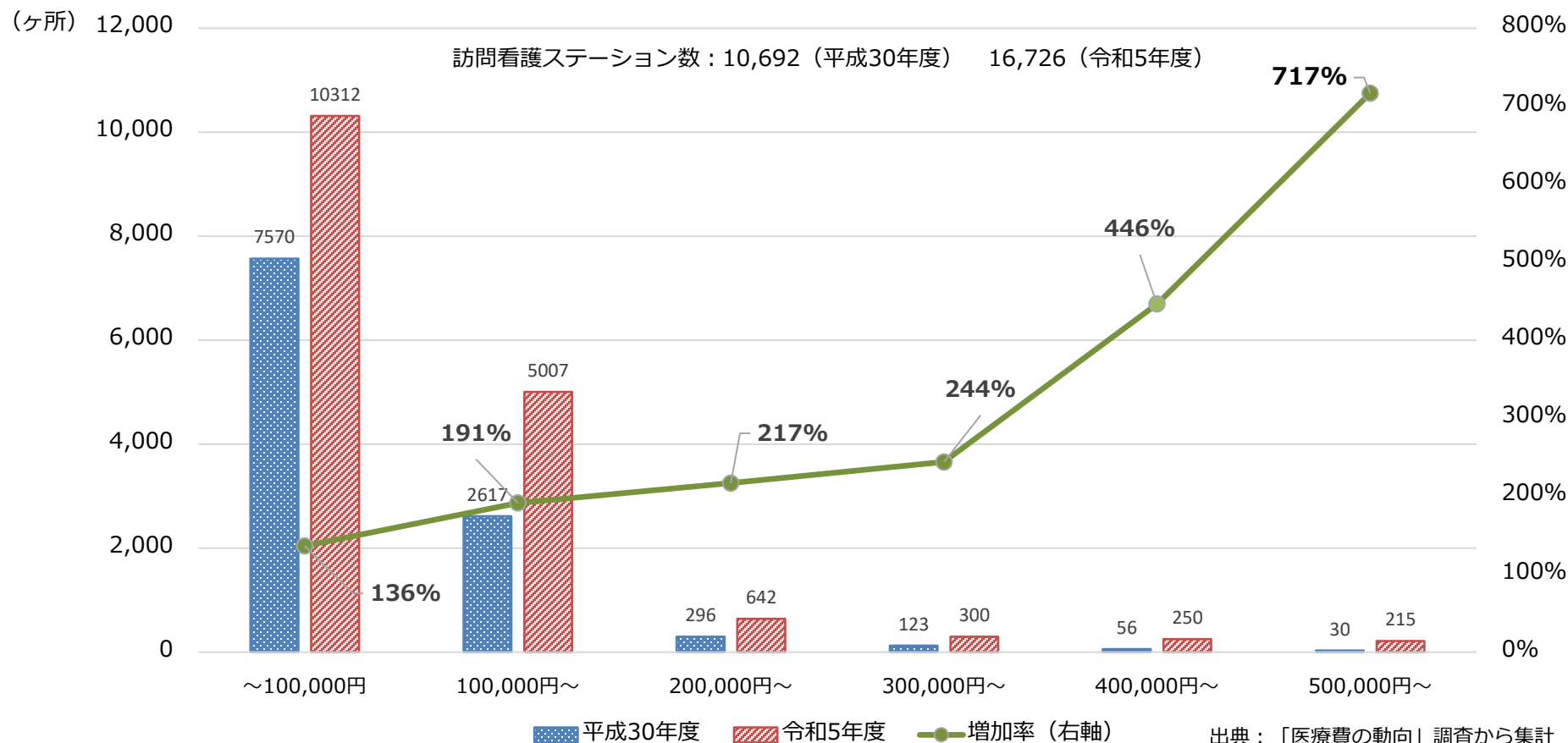
レセプト1件当たりの平均医療費別訪問看護ステーション数の推移

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

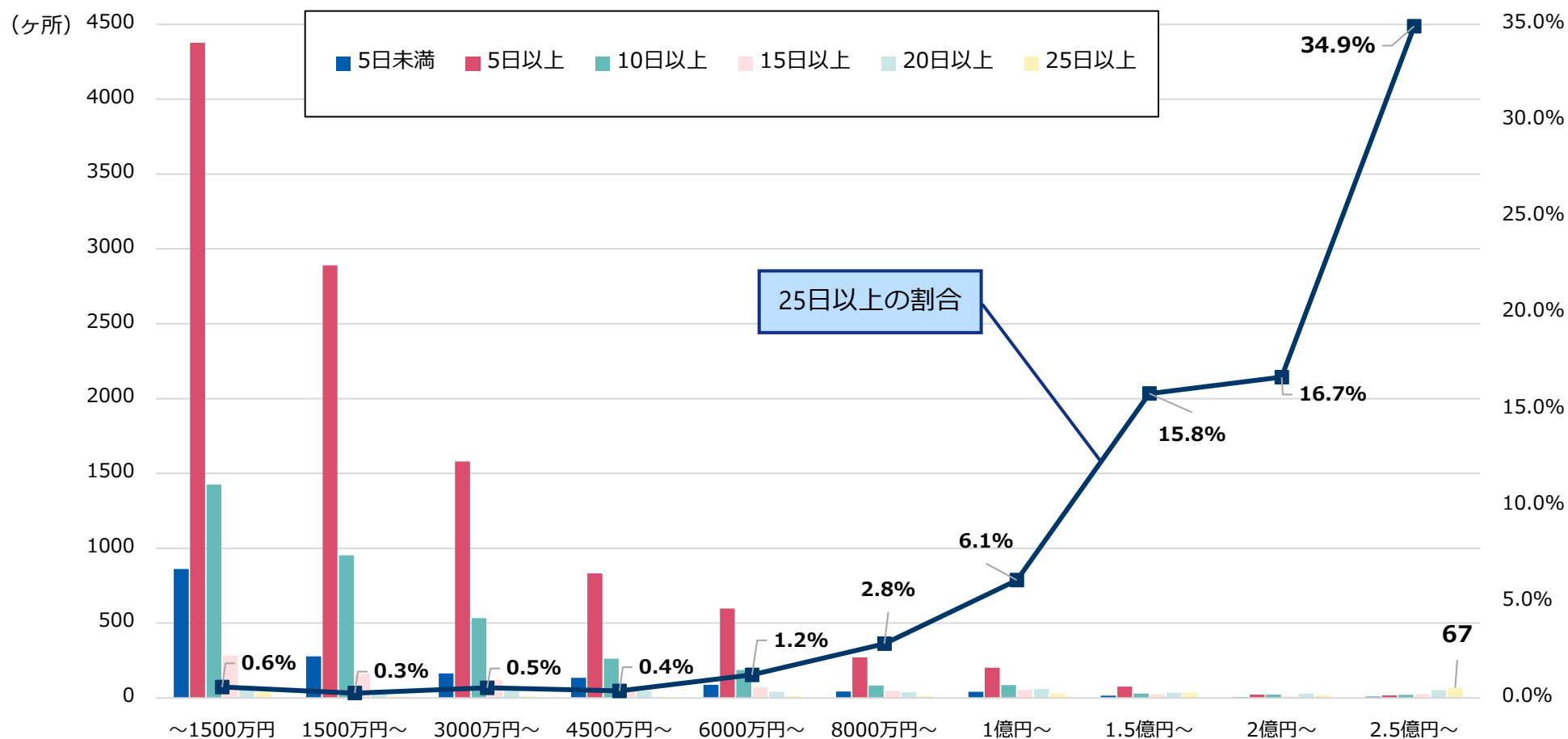


レセプト1件当たり平均訪問日数の年間医療費別訪問看護ステーション数

- 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 of 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、医療費の伸び率が大きい。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)

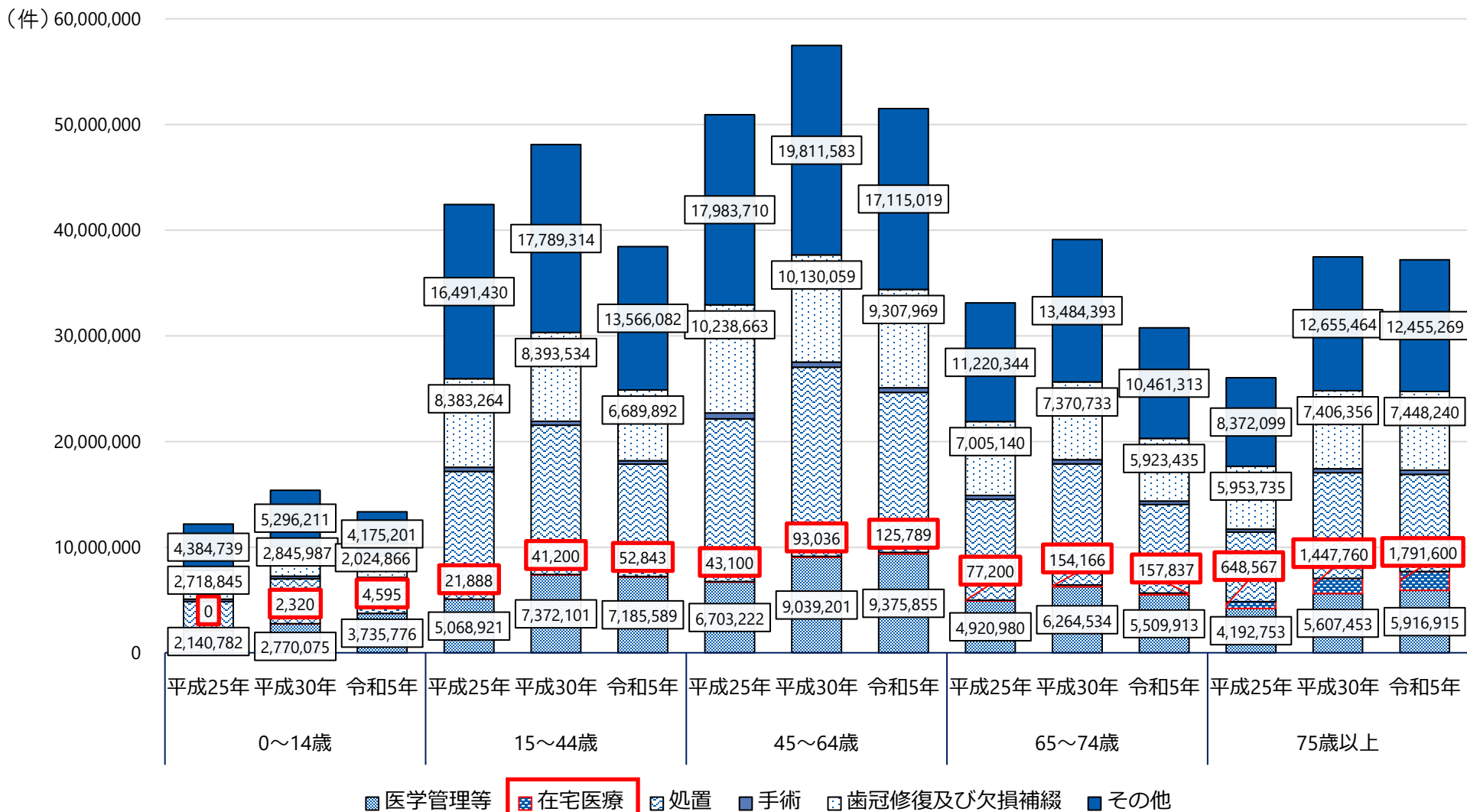
- ・ 訪問看護ステーションの医療保険の利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、統合失調症等の利用者が約半数を占めている。
- ・ 令和6年度診療報酬改定において、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直された。24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーションのうち、55.6%は24時間対応体制加算イを届け出ている。
- ・ 同一建物居住者に対する訪問看護、複数名による訪問看護や複数回訪問看護の算定回数・算定割合が増加している。また、夜間・早朝、深夜における訪問看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）

○ 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。

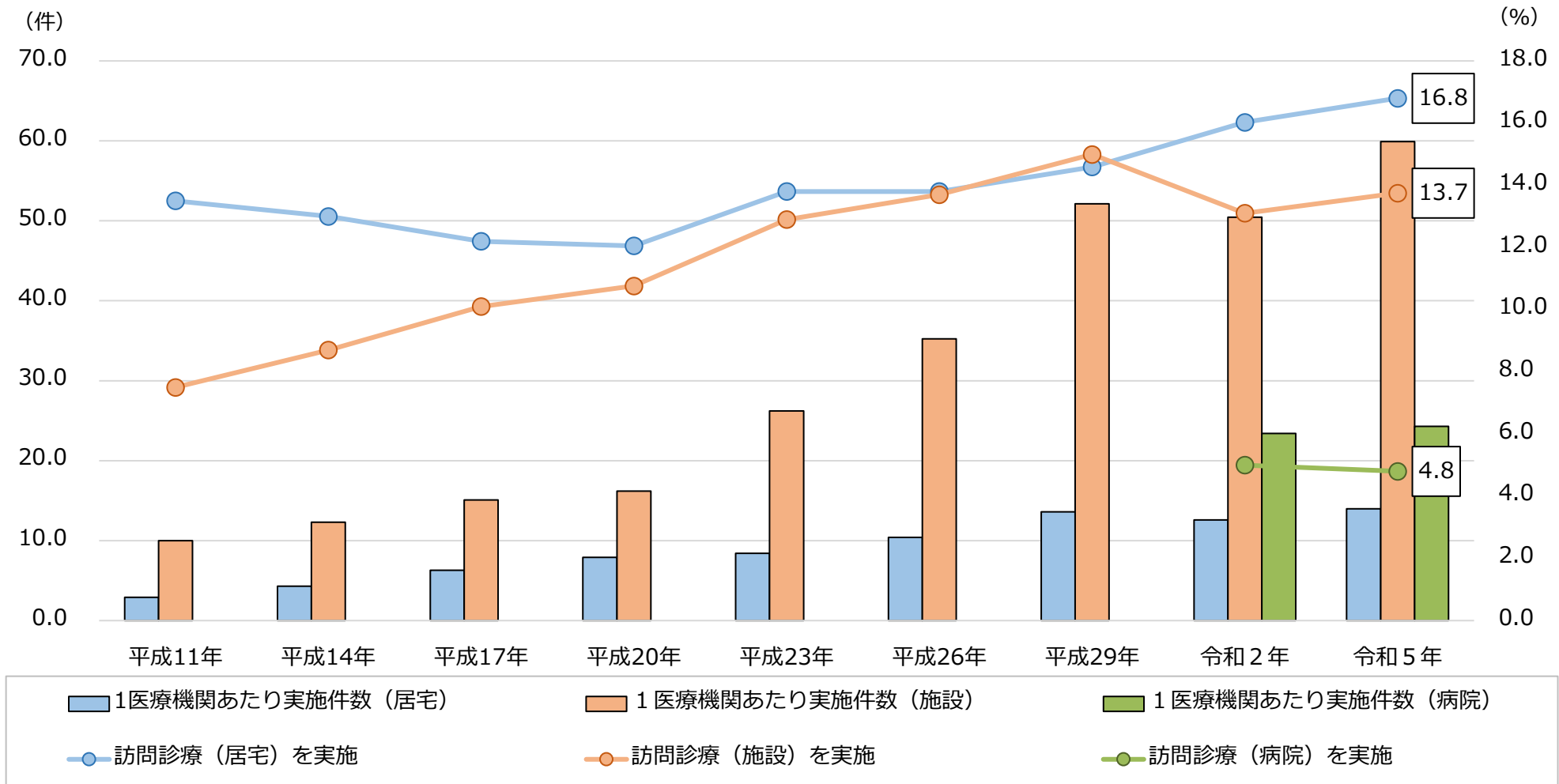
※在宅医療：歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料 等



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

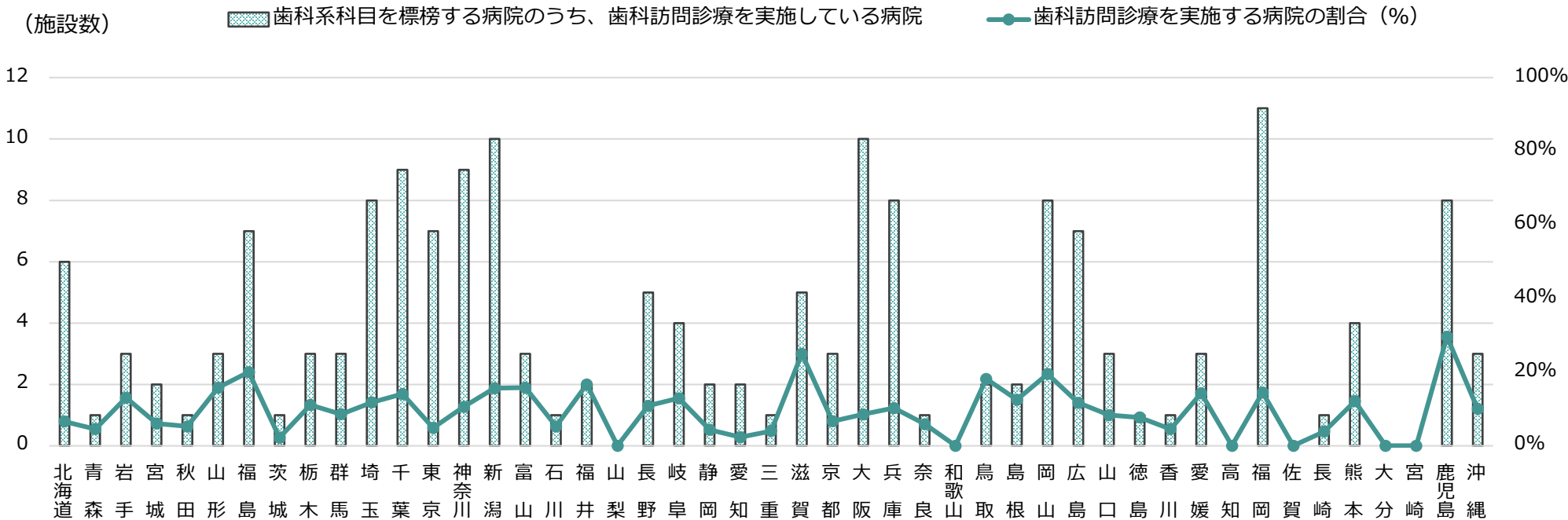
歯科訪問診療を実施している歯科系の診療科を標榜する病院数

- 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）>

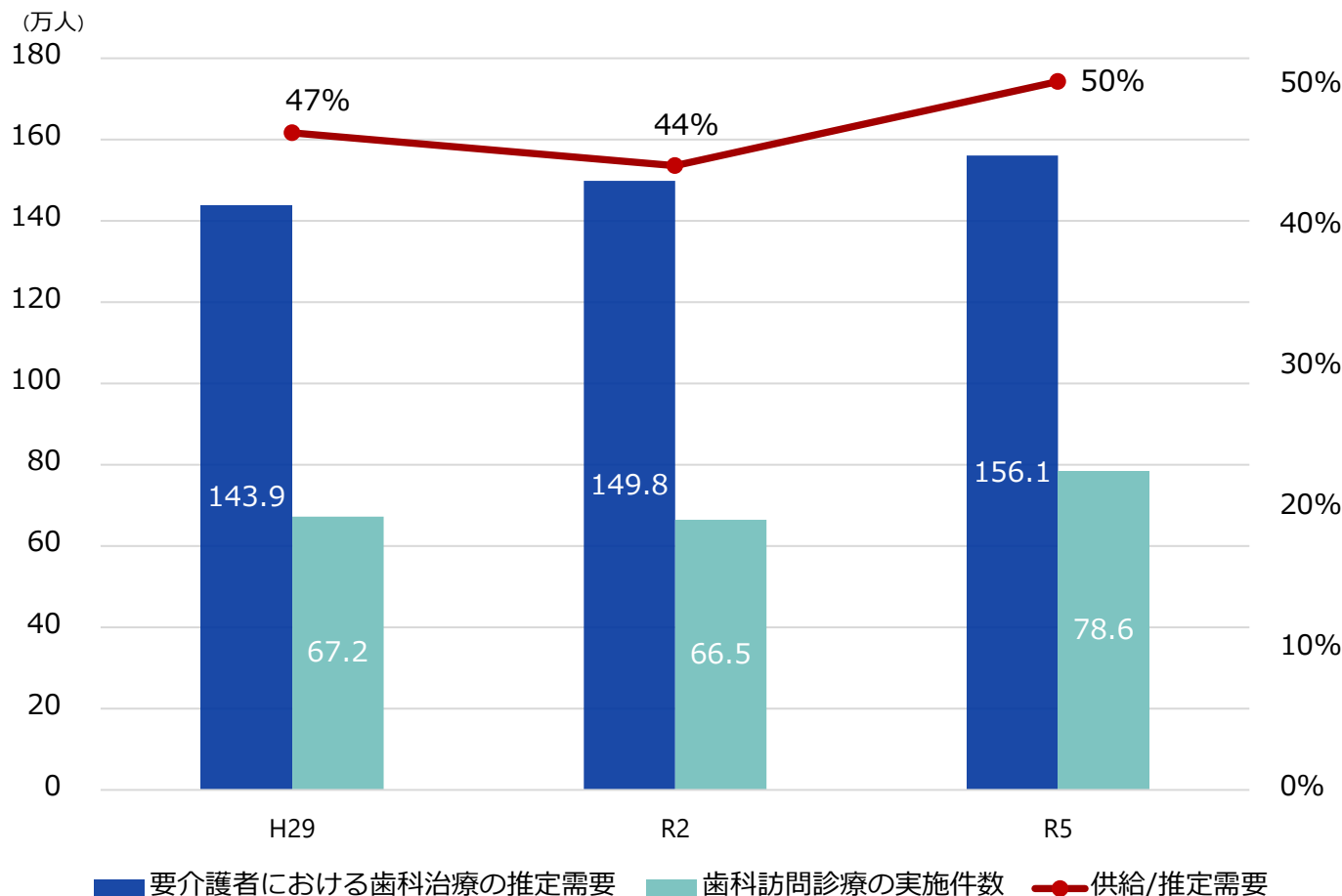
歯科系の診療科を標榜する病院数	歯科訪問診療を実施する病院数	歯科訪問診療を実施する病院の割合（%）
1,823施設	174施設	9.5%

<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。

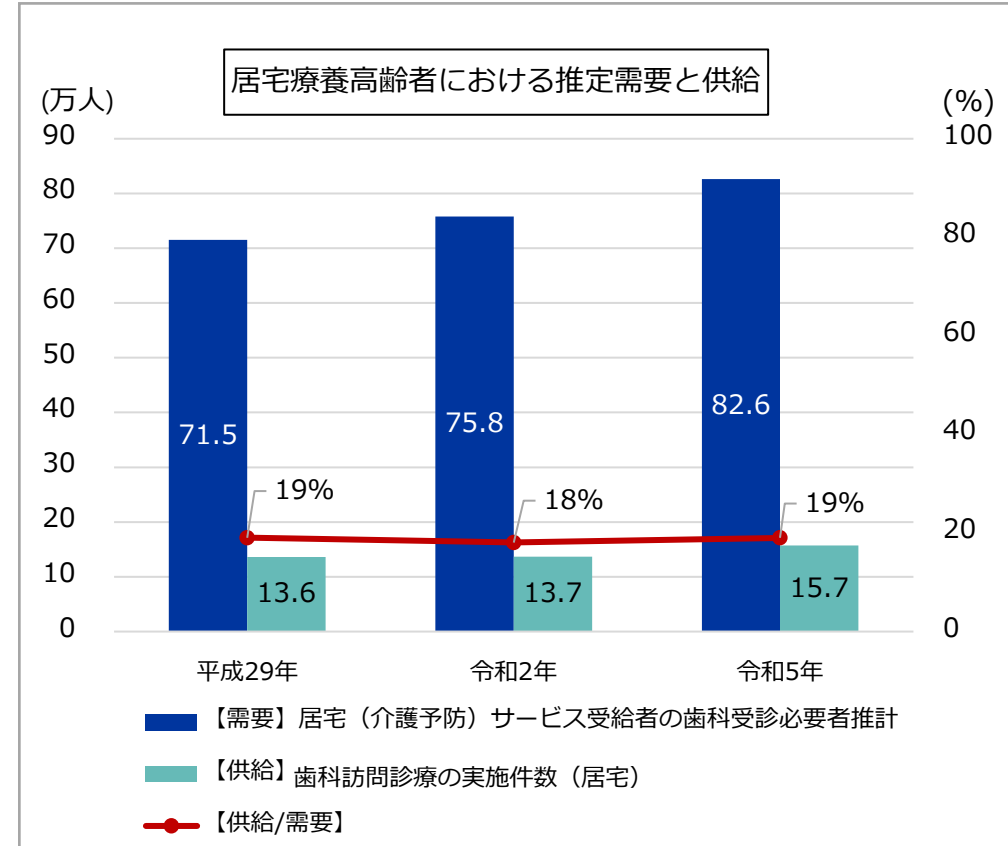
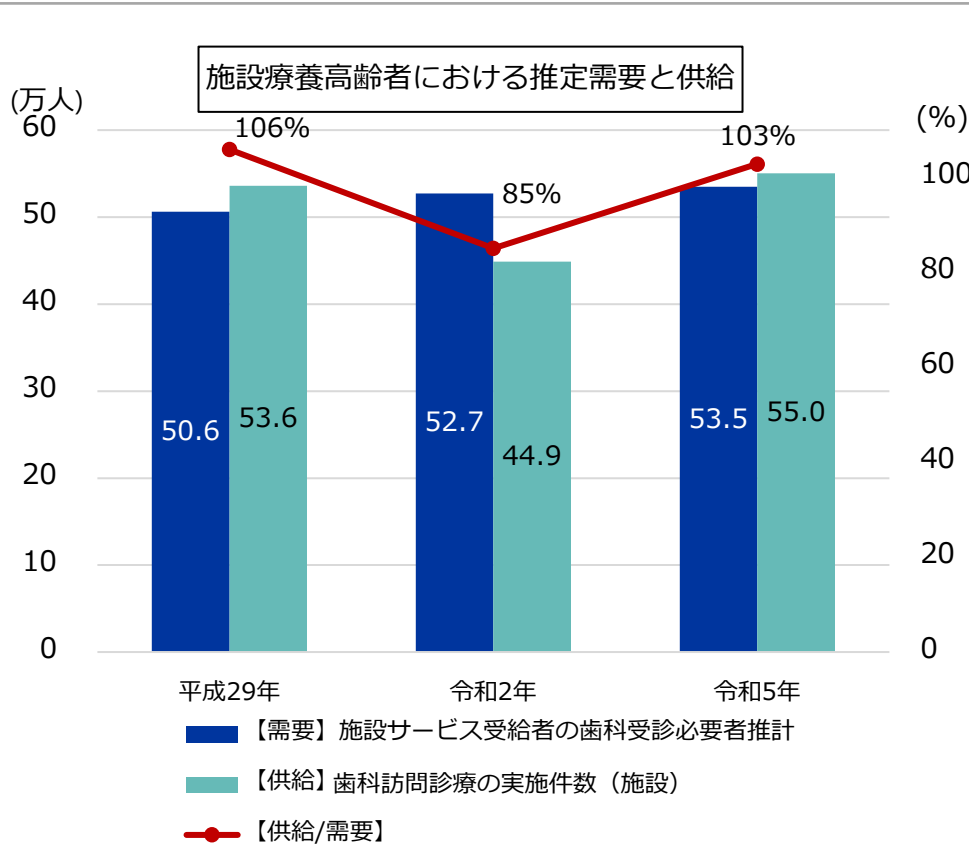
要介護者における歯科治療の推定需要：「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究（日本歯科医学会：令和元年）」より、「要介護高齢者（N=290、平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）において、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

※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

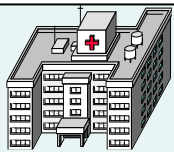
- 歯科訪問診療料は、訪問先の建物の種類に関わらず、訪問診療にかかった「時間」及び同一建物における「患者数」で整理されており、個々の診療にかかる診療報酬は、外来診療と同様に出来高で算定する取扱い。

居宅、居宅系施設



通院困難な患者

歯科の標榜がない病院（介護療養型医療施設等含む。）



入院中の通院困難な患者

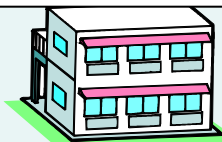
歯科の標榜がある病院（周術期口腔機能管理に関連する場合に限る）

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

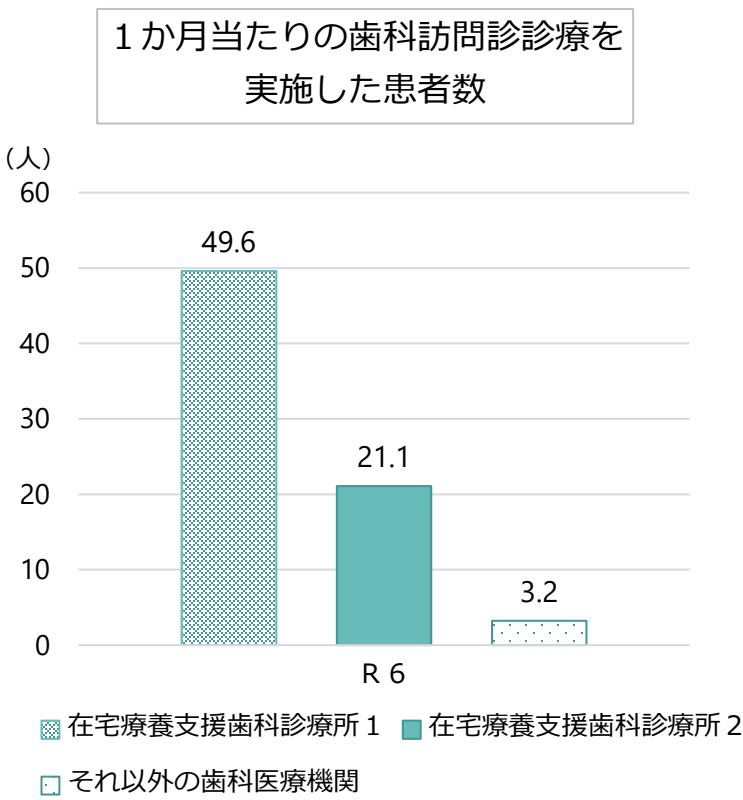
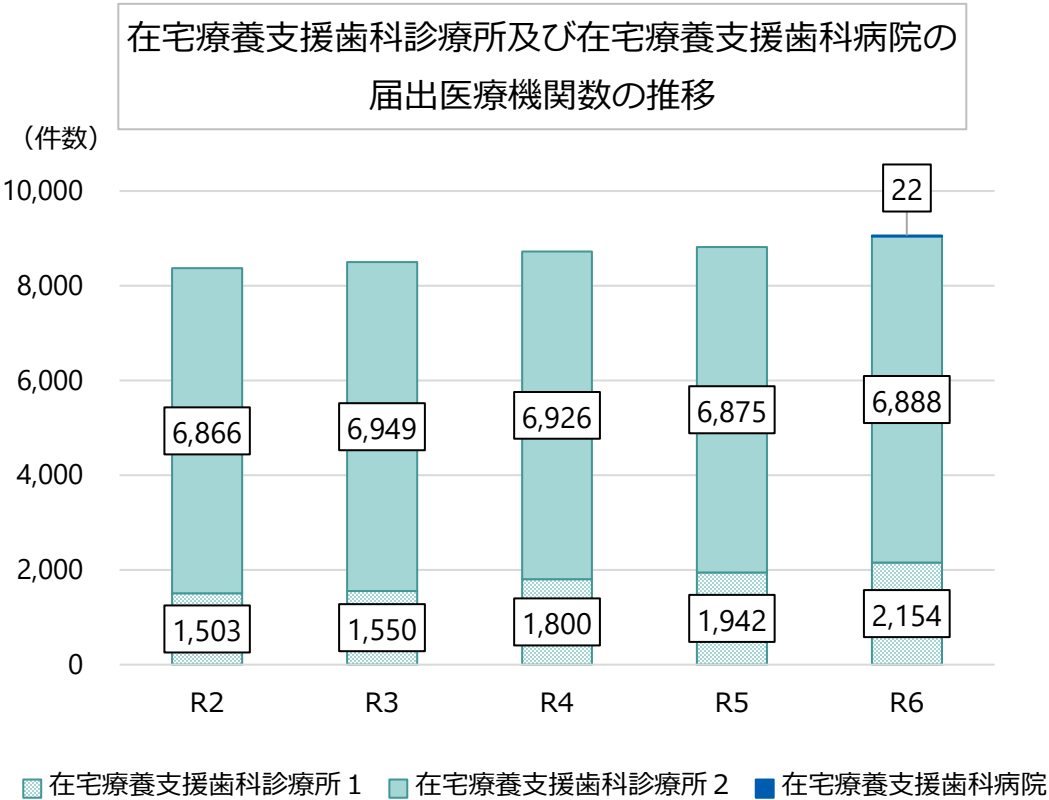
・歯科訪問診療料及び特別対応加算を算定した患者に対しては、処置の部と歯冠修復及び欠損補綴（一部除外あり）の部を行った場合に100分の30～50に相当する点数を加算

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
	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
診療報酬の評価(例)	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。

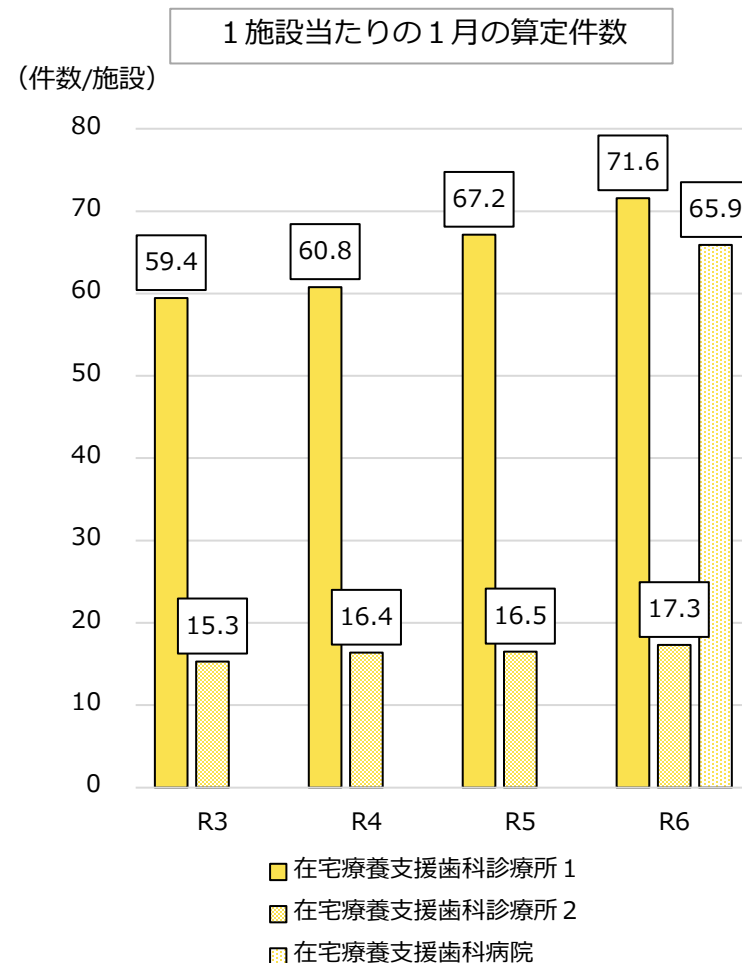
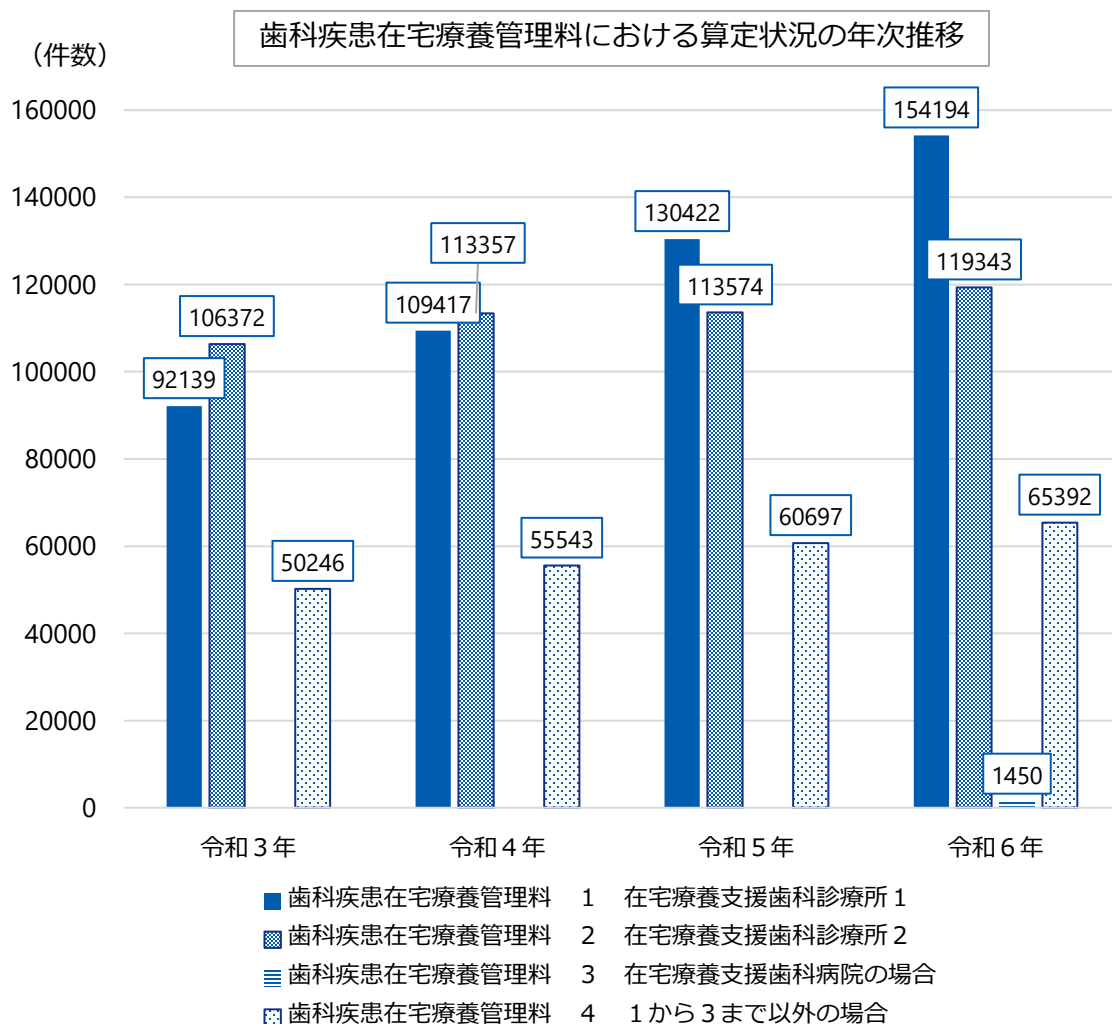


注：令和6年9月～11月の3か月間で行った患者数の月平均

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

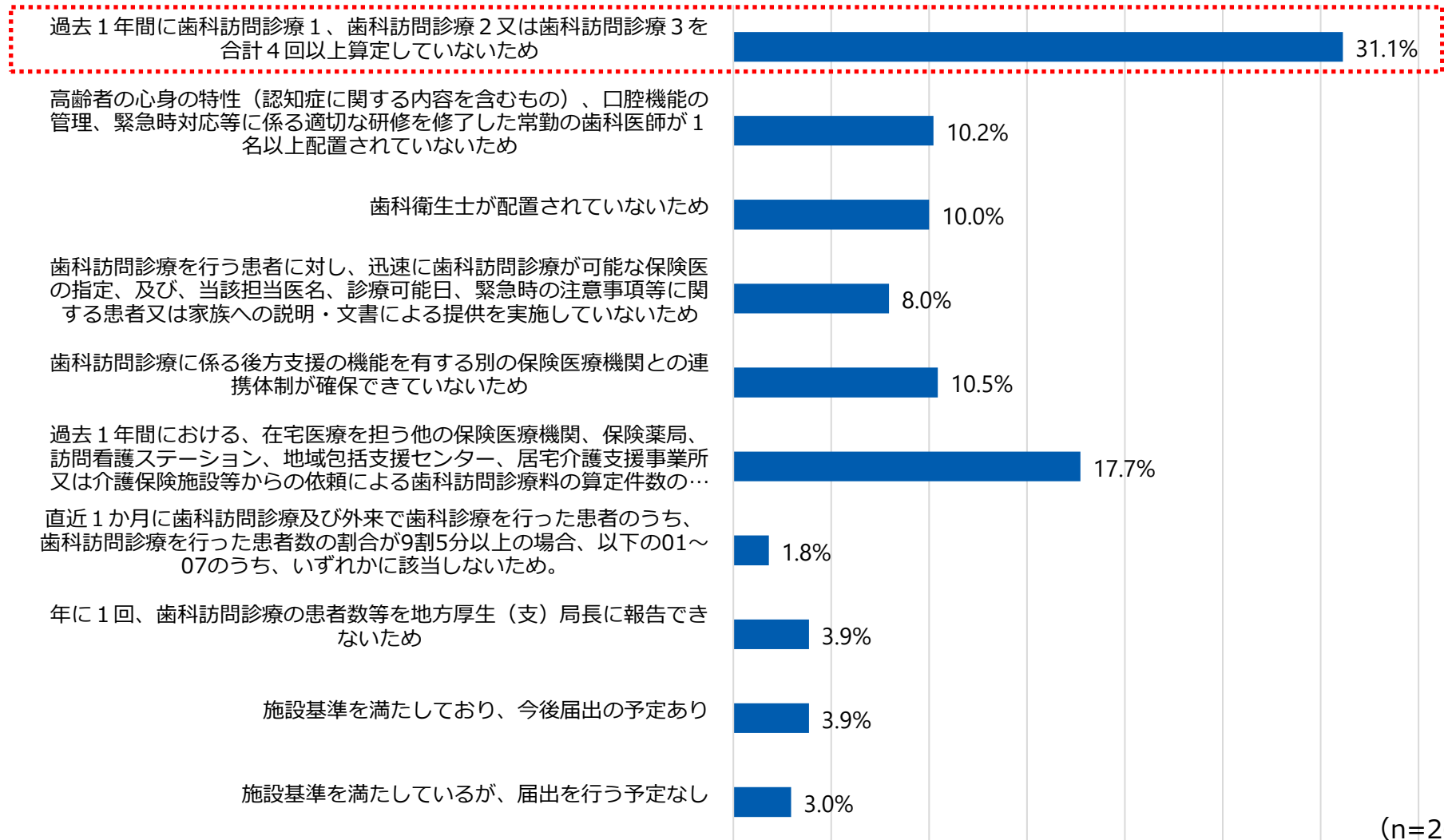
- 在宅療養支援歯科診療所 1 による算定数は増加し、在宅療養支援歯科診療所 2 による算定はほぼ横ばいに推移している。
- 在宅療養支援歯科診療所 1 と在宅療養支援歯科病院が 1 施設あたりの算定件数が多い。



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）

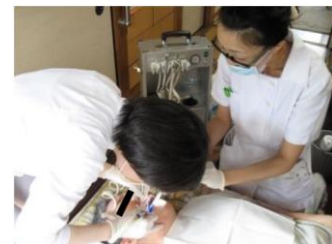
- 「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っていない理由としては、「過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していないため」が、31.1%で最も多かった。



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)	<u>800点</u>※1 ※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	<u>1,658点</u>※2 ※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
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)	<u>約15人</u> = 480分(8時間) 31分(※3 1患者あたり時間) ※3 歯周治療の下記①～④の時間を合算 ①初診・再診：4.8分 (初診及び再診時間を加重平均) ②歯科パノラマ断層撮影：7.7分 ③歯周精密検査：12.1分 ④スケーリング (超音波スケーラー)：6.7分 計 31.3分 ≒ 31分	<u>約7人</u> = 480分(8時間) 70分(※4 1患者あたり時間) ※4 在宅歯科診療の下記①～⑦の時間を合算 ①移動(往路)：15.1分 ②機器の設置：6.5分 ③初診・再診：5.3分 (初診及び再診時間を加重平均) ④歯周精密検査：12.1分(左記の値を引用) ⑤スケーリング：9.2分 ⑥機器の撤収：6.4分 ⑦移動(復路)：15.3分 計 69.9分 ≒ 70分 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。



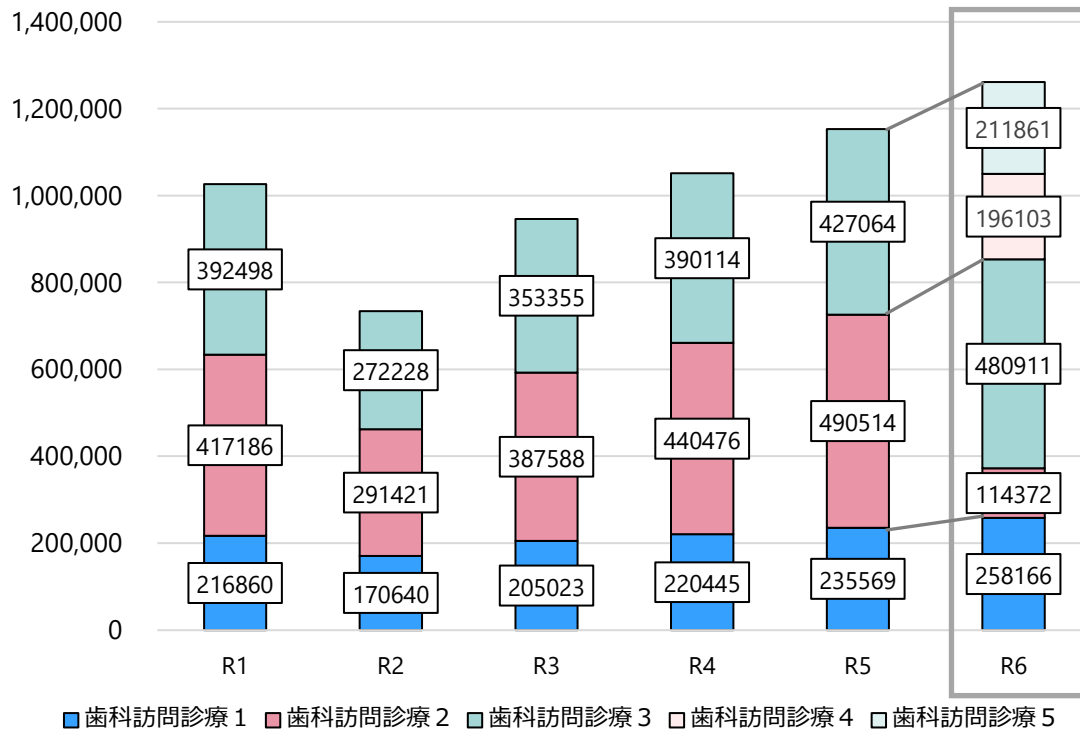
訪問診療用ポータブルユニット
(平成23年6月3日中医協 総-2-2 より引用)

歯科訪問診療料の算定状況

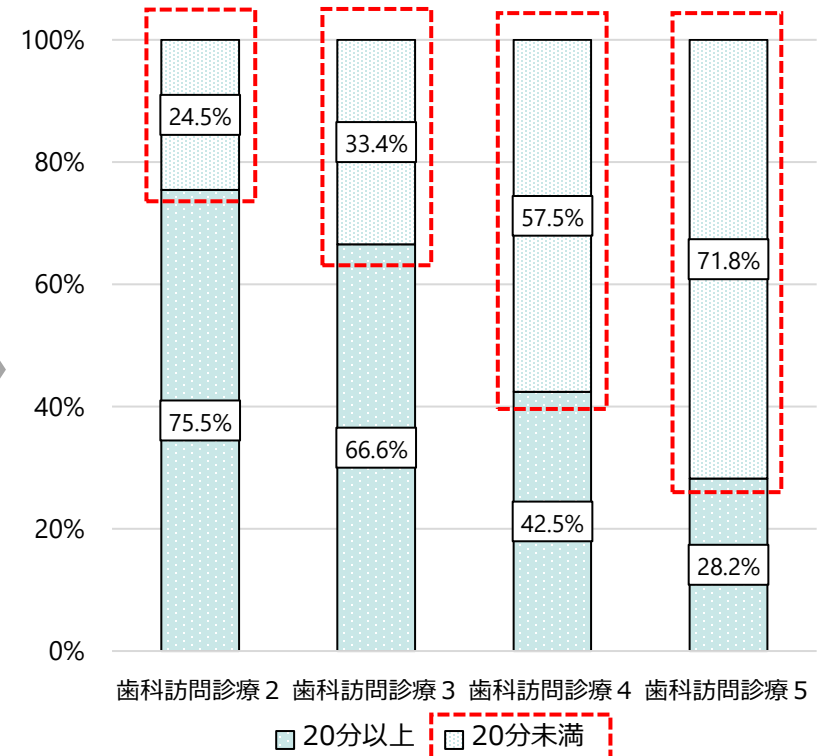
- 歯科訪問診療料の算定状況は、令和2年に減少したものの令和5年には増加傾向がみられ、特に歯科訪問診療2及び3の増加が著しい。歯科訪問診療の人数が多くなるにつれて、20分未満の診療の割合が多くなっている。
- なお、全体の歯科訪問診療料の算定回数が増加する中で、20分未満の割合が相対的に高い「同一の建物居住する患者数が10人以上」の算定回数は改定後に減少している。

(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

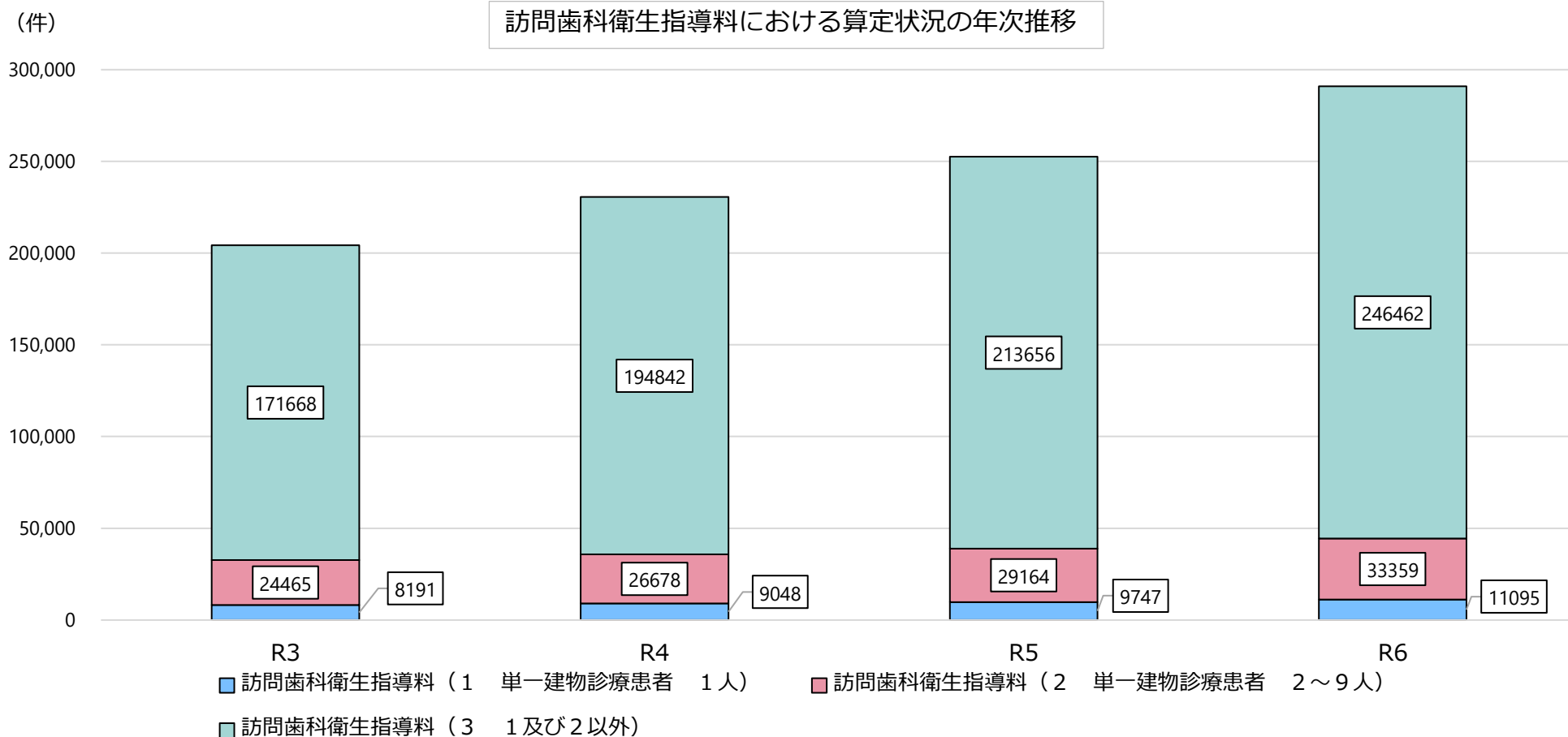
歯科訪問診療 1：同一の建物居住する患者数が1人のみ
 歯科訪問診療 2：同一の建物居住する患者数が2～3人
 歯科訪問診療 3：同一の建物居住する患者数が4～9人
 歯科訪問診療 4：同一の建物居住する患者数が10～19人
 歯科訪問診療 5：同一の建物居住する患者数が20人以上

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>

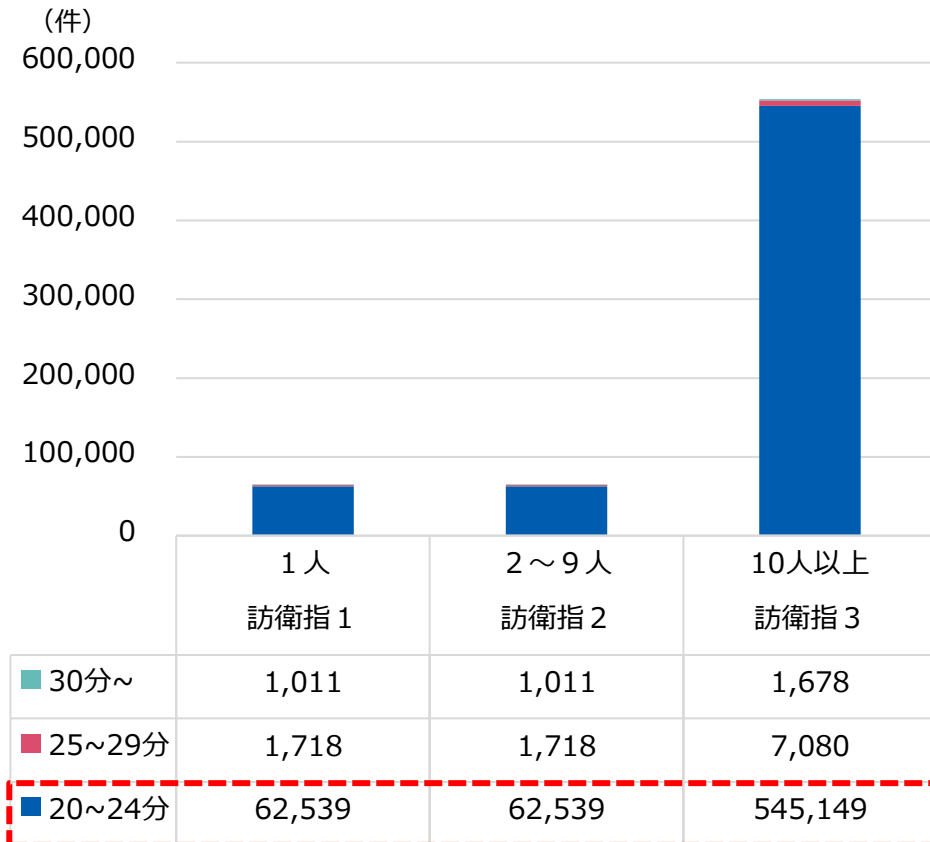
口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が**20分以上行った場合**に、患者 1 人につき、月 4 回に限り算定。



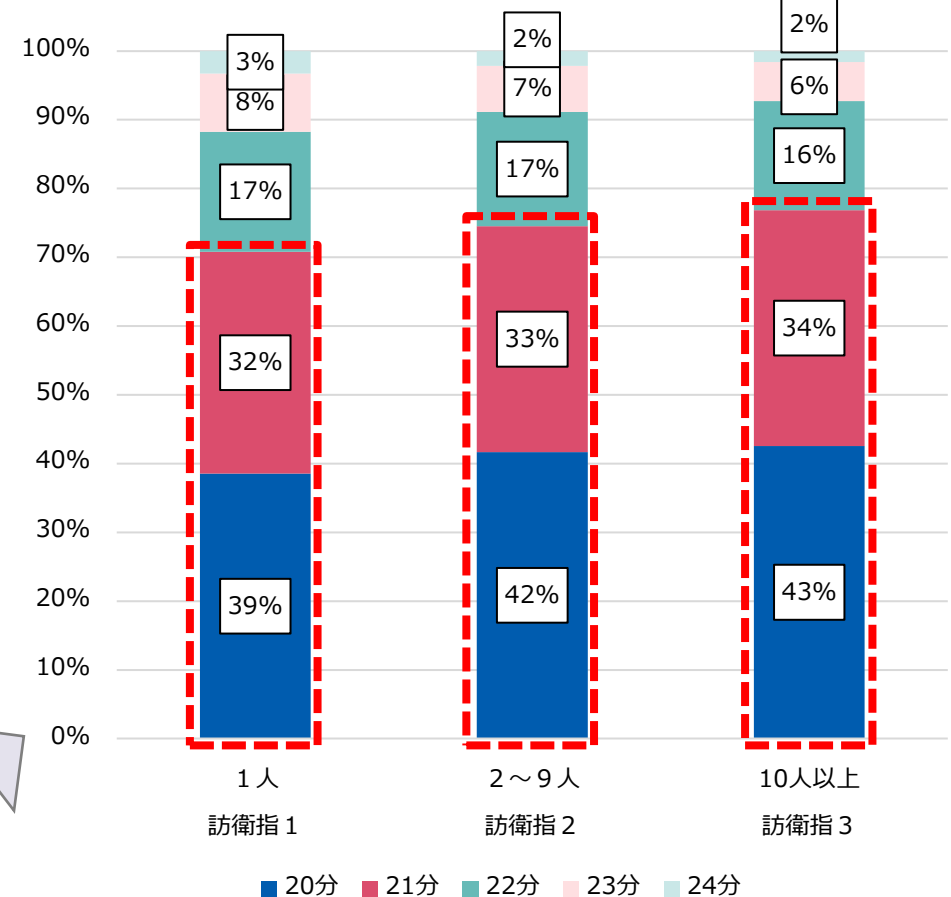
訪問歯科衛生指導料の算定状況②

- 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

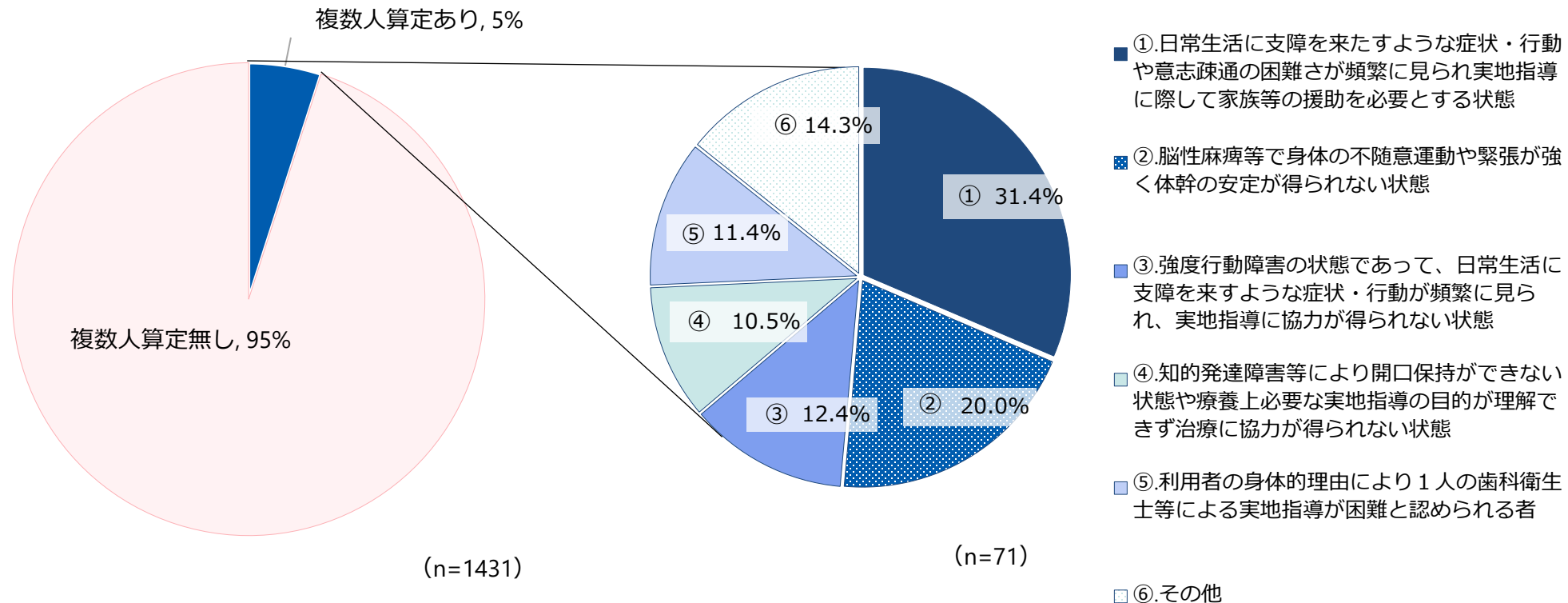
出典：令和6年6月分のNDBを特別集計（外れ値は除く）

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・行動や医師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＞

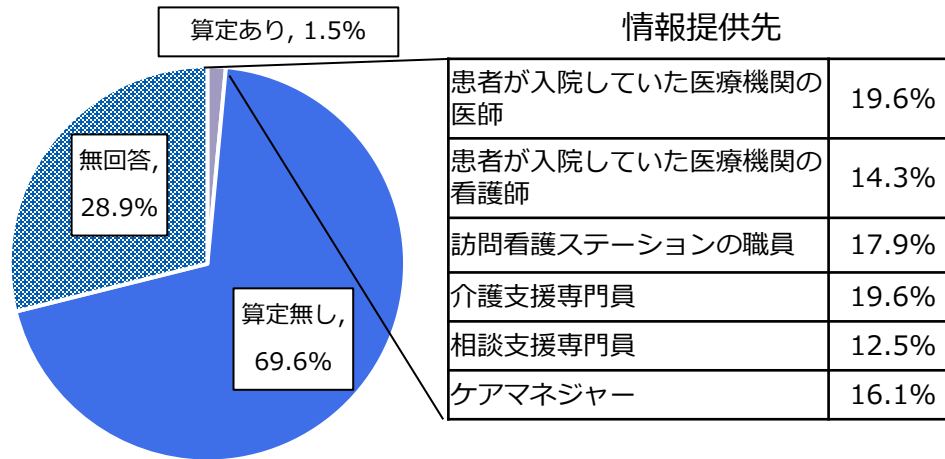
訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が他の歯科衛生士等と患家を訪問して訪問歯科衛生指導を実施した場合に、所定点数に加算する。



在宅歯科医療情報連携加算の算定状況

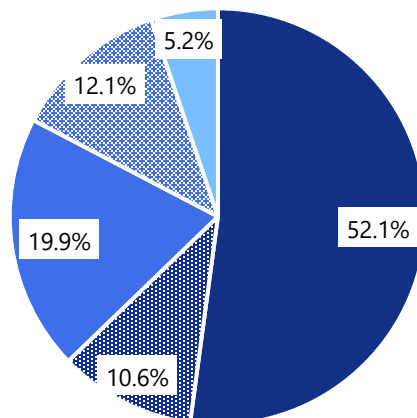
- 在宅歯科医療情報連携加算の算定状況は「算定あり」が1.5%であり、連携先は、患者が入院していた医療機関の医師や介護支援専門員が最も多く、連携した情報は、患者の基礎情報や疾患に関する情報が最も多かった。
- 届出していない理由は「ICTを活用した患者の診療情報等の共有体制の確保が困難である」が約半数を占めていた。

<在宅歯科医療情報連携加算の算定>

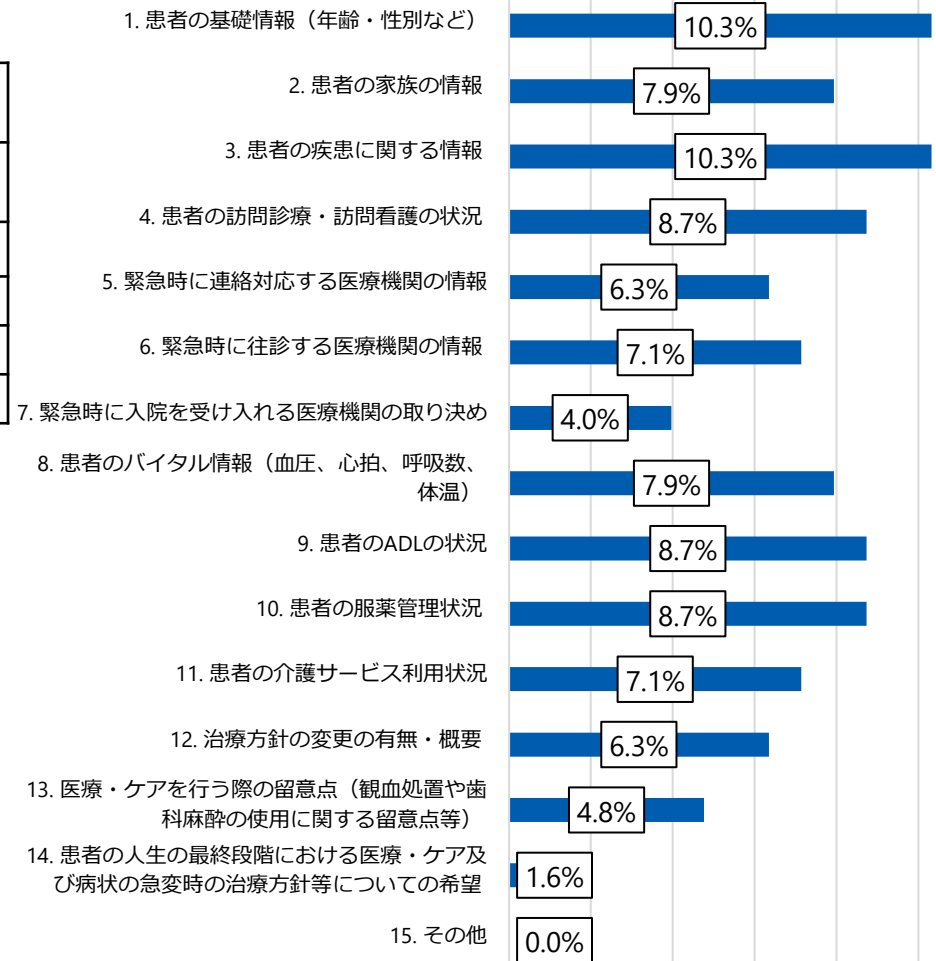


<届出していない理由>

- 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



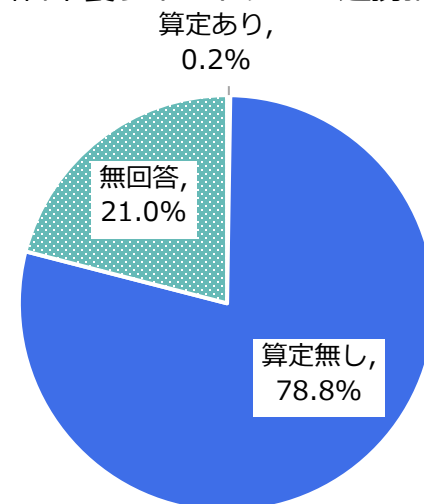
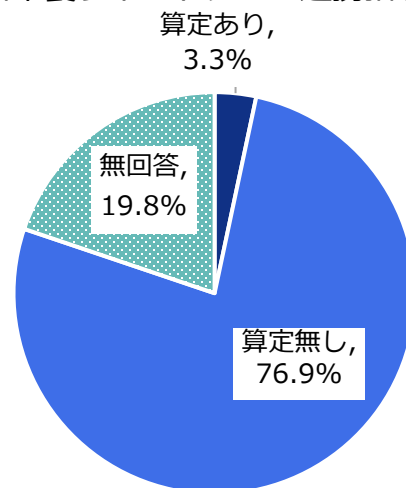
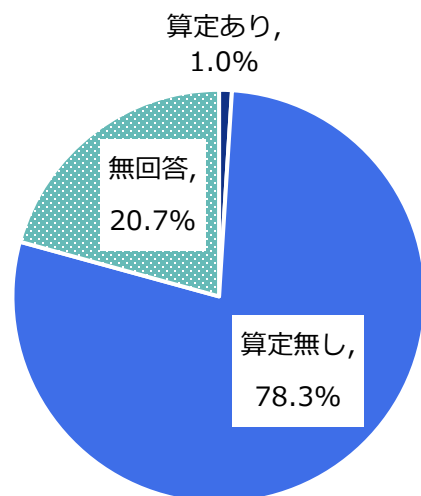
<連携した情報>



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>

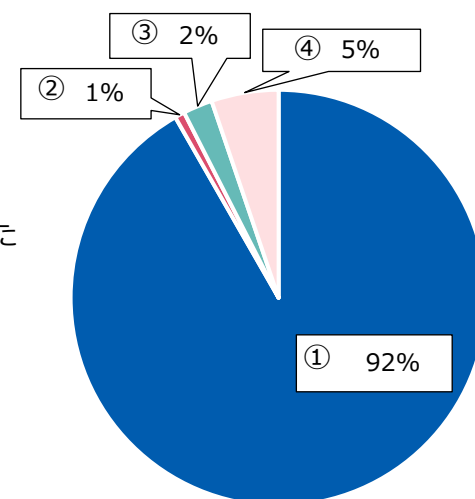


<算定要件の概要>

- 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・薬局の役割（イメージ）

○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

資料

令和4年7月28日

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

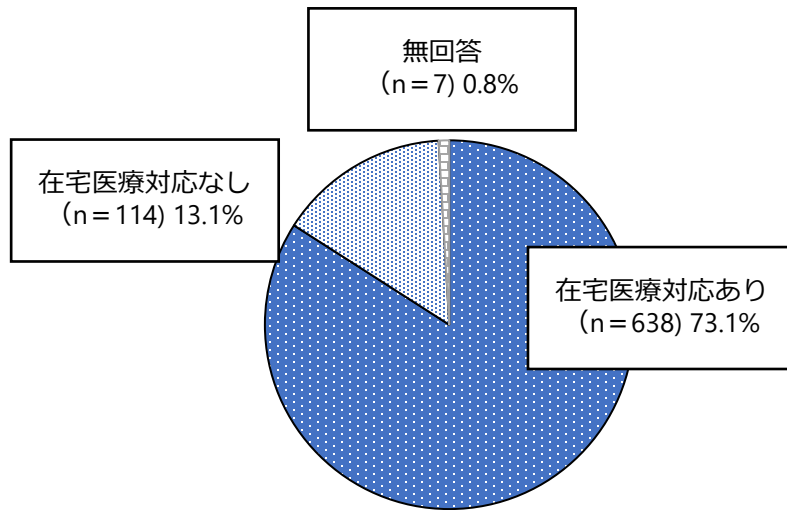
全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込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

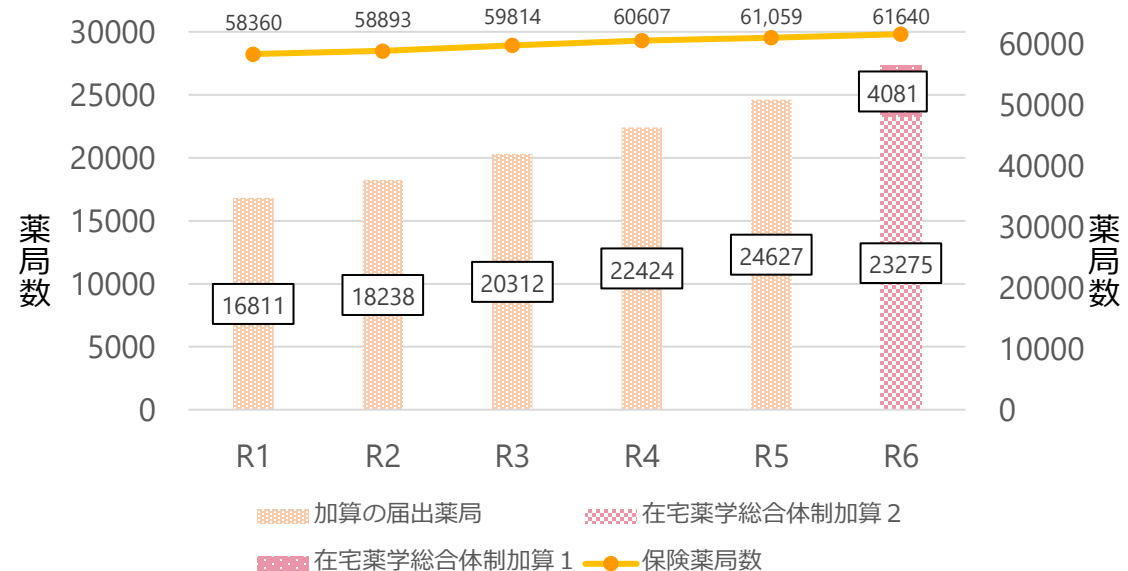
在宅患者への訪問薬剤管理指導に係る届出薬局数

- 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】

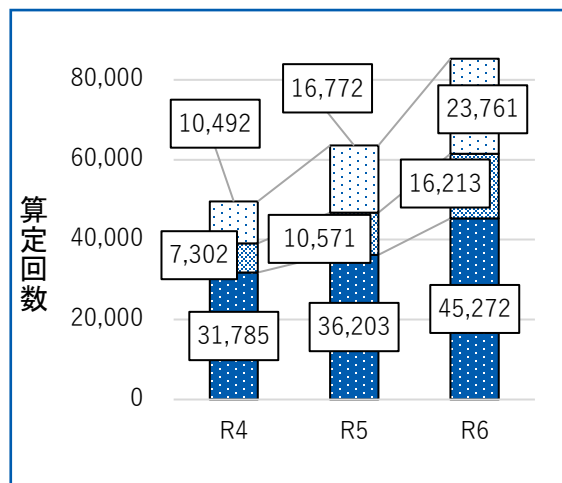
- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制（2 名以上の保険薬剤師が勤務）
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上/年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ① 医療用麻薬の備蓄・取扱（注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上）
 - ② 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制（在宅訪問薬剤管理指導に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上/年）

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

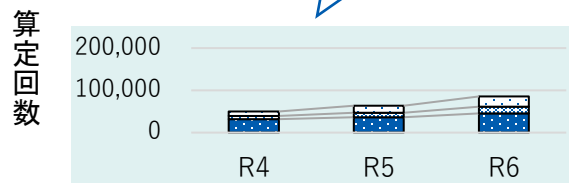
- 薬局における在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導料（医療保険）、居宅療養管理指導費（介護保険）の算定回数についてはいずれも増加傾向である。
- 訪問薬剤管理指導全体では、訪問先の単一建物あたりの診療患者が10人以上である割合が高い。

■ 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

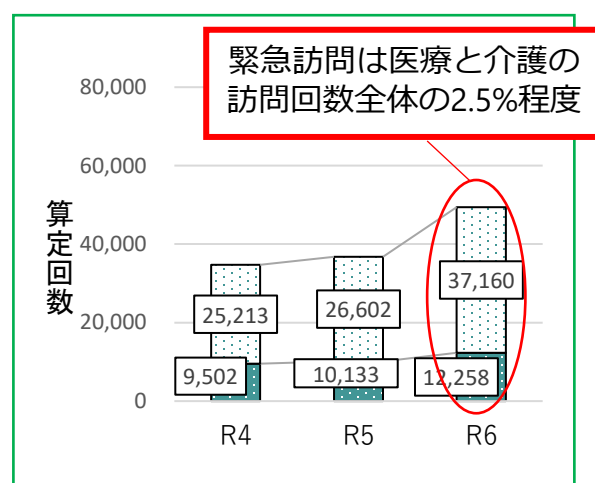


拡大

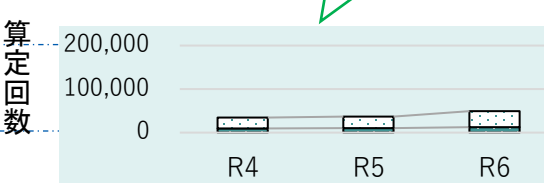


■ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（医療保険）

- 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）
- （注）令和6年度診療報酬改定で上限回数見直し

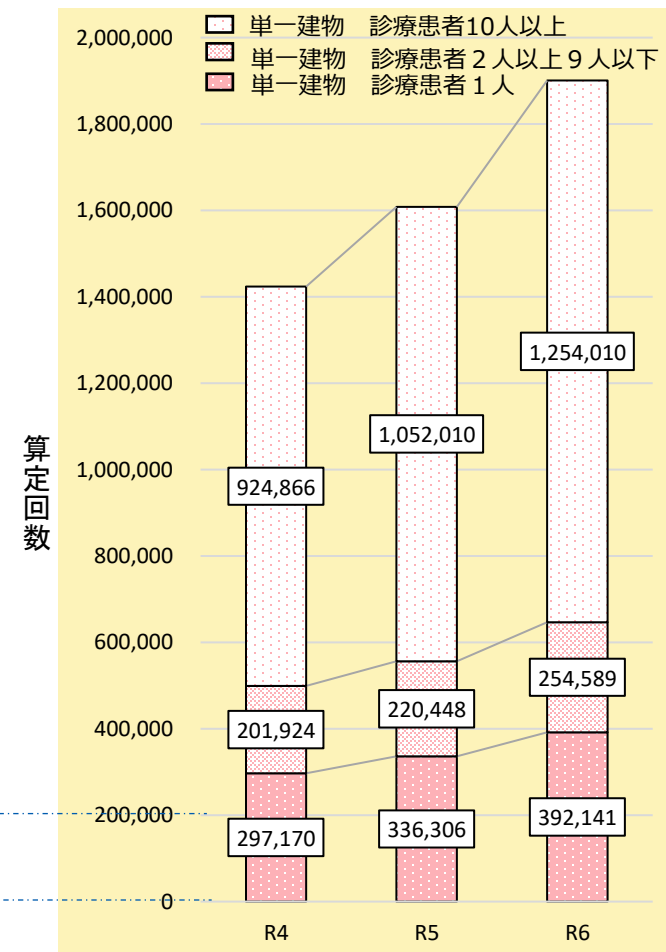


拡大



■ 薬局における居宅療養管理指導費（介護保険）

- 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



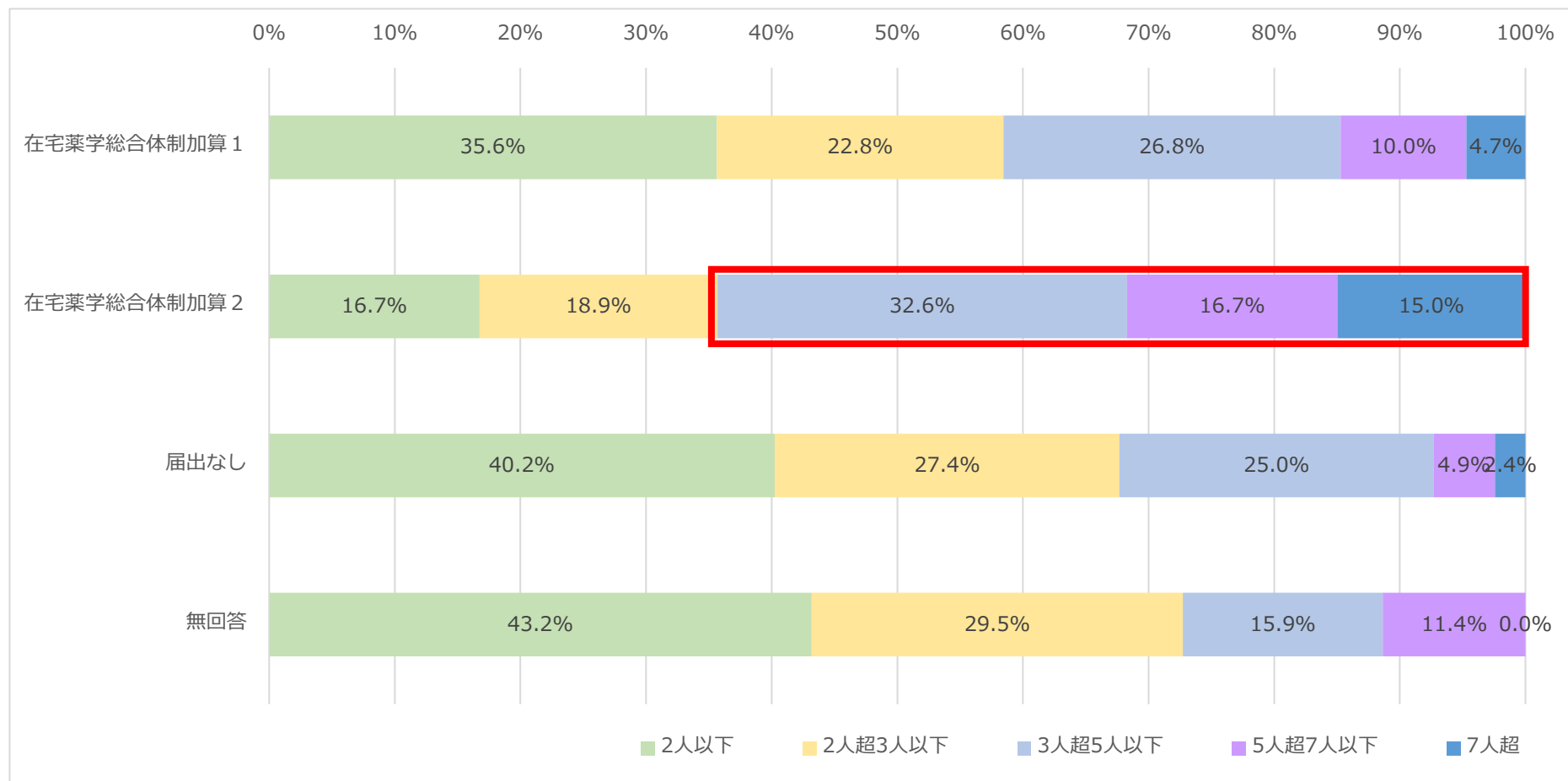
出典：社会医療診療行為別統計（令和4・5年は各年6月審査分、令和6年は8月審査分）

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

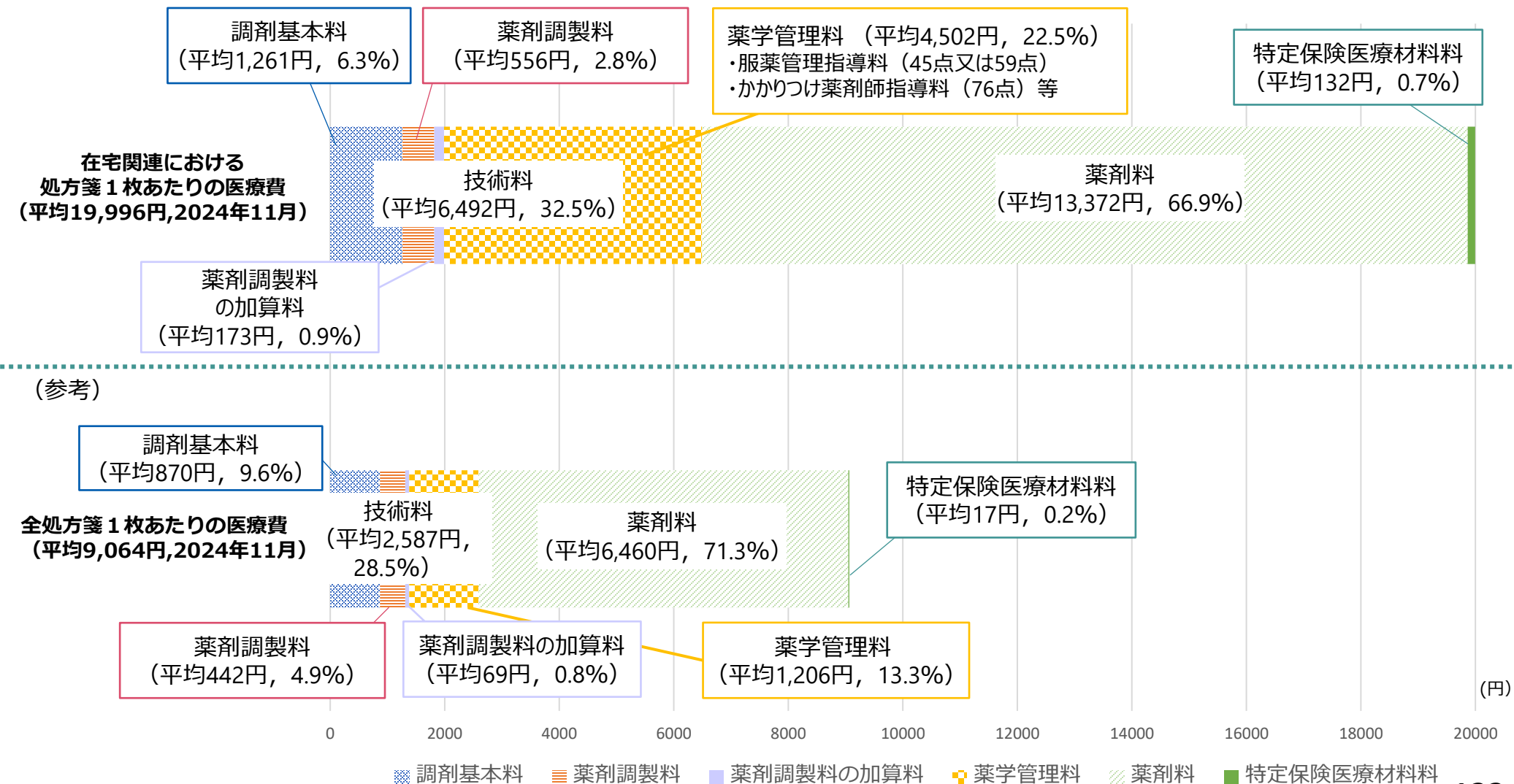
- 在宅薬学総合体制加算を算定している薬局においては、勤務している薬剤師数が多い傾向にあった。
- 在宅薬学総合体制加算 1 より在宅薬学総合体制加算 2 を算定している薬局の方が、勤務している薬剤師数が多い傾向にあった。

■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

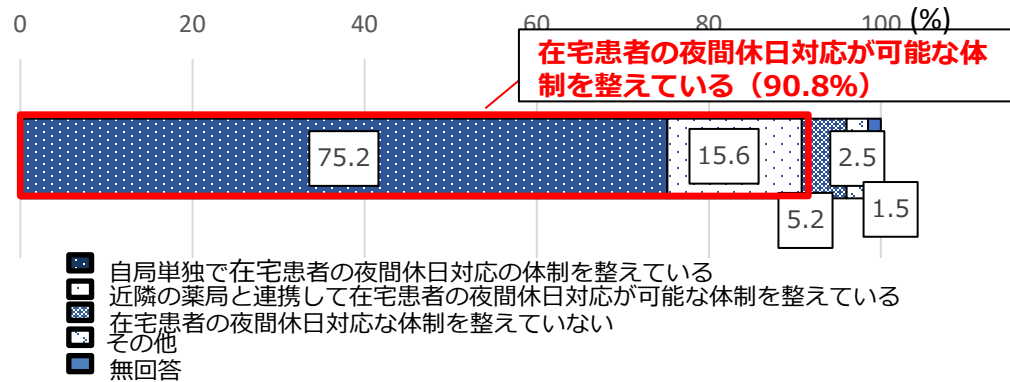
- 在宅患者訪問薬剤管理指導にかかる処方箋 1 枚あたりの医療費の内訳は、技術料が6,492円（約32.5%）、薬剤料が13,372円（約66.9%）、特定保健医療材料料が132円（約0.7%）であった。



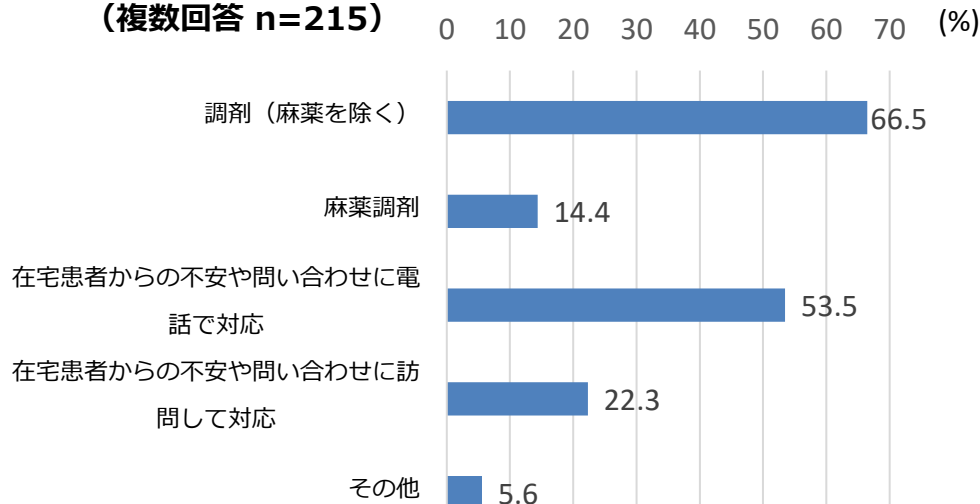
在宅患者の夜間休日対応の体制等

- 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。

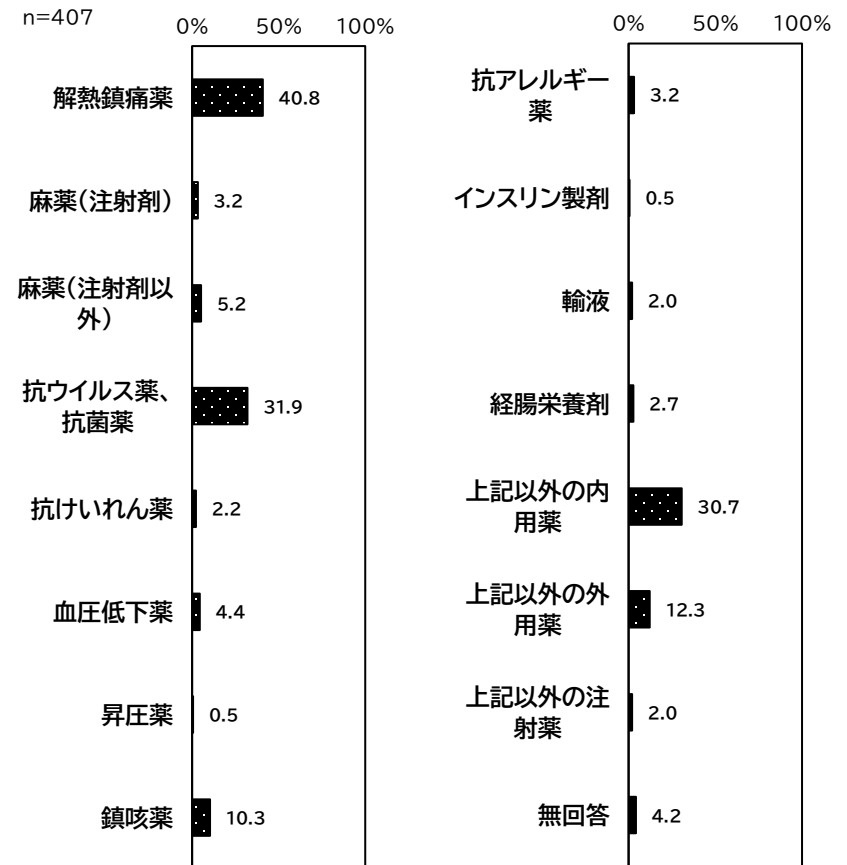
■ 在宅患者の夜間休日対応の体制 (n=1,434)



■ 在宅患者の夜間休日対応での業務内容 (複数回答 n=215)



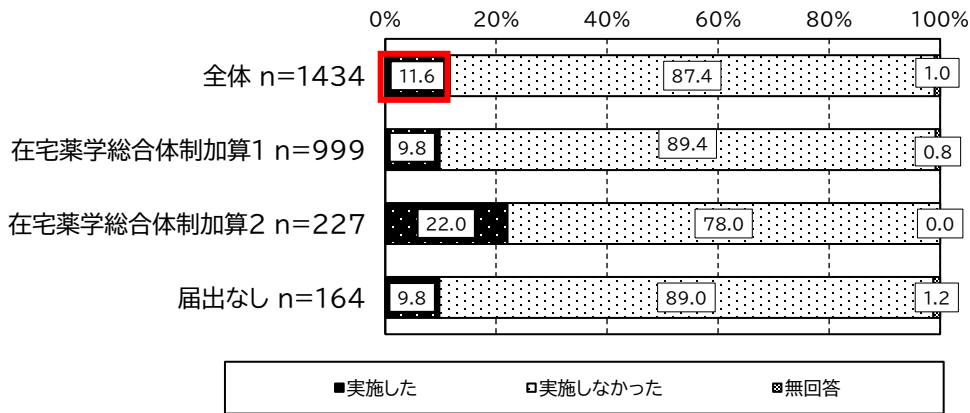
■ 緊急訪問で届けた薬剤の種類



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）

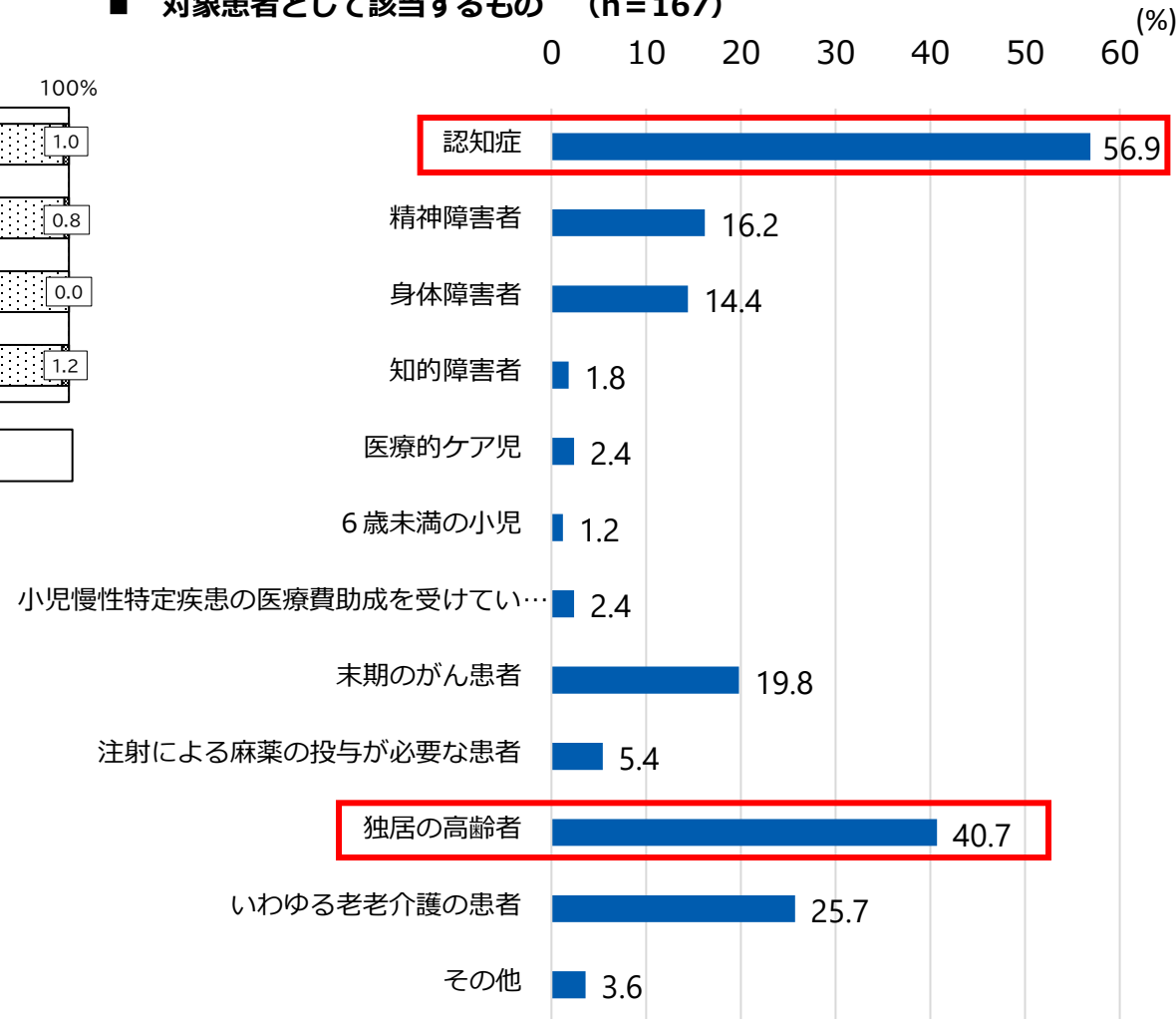


■ 在宅移行初期管理料

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



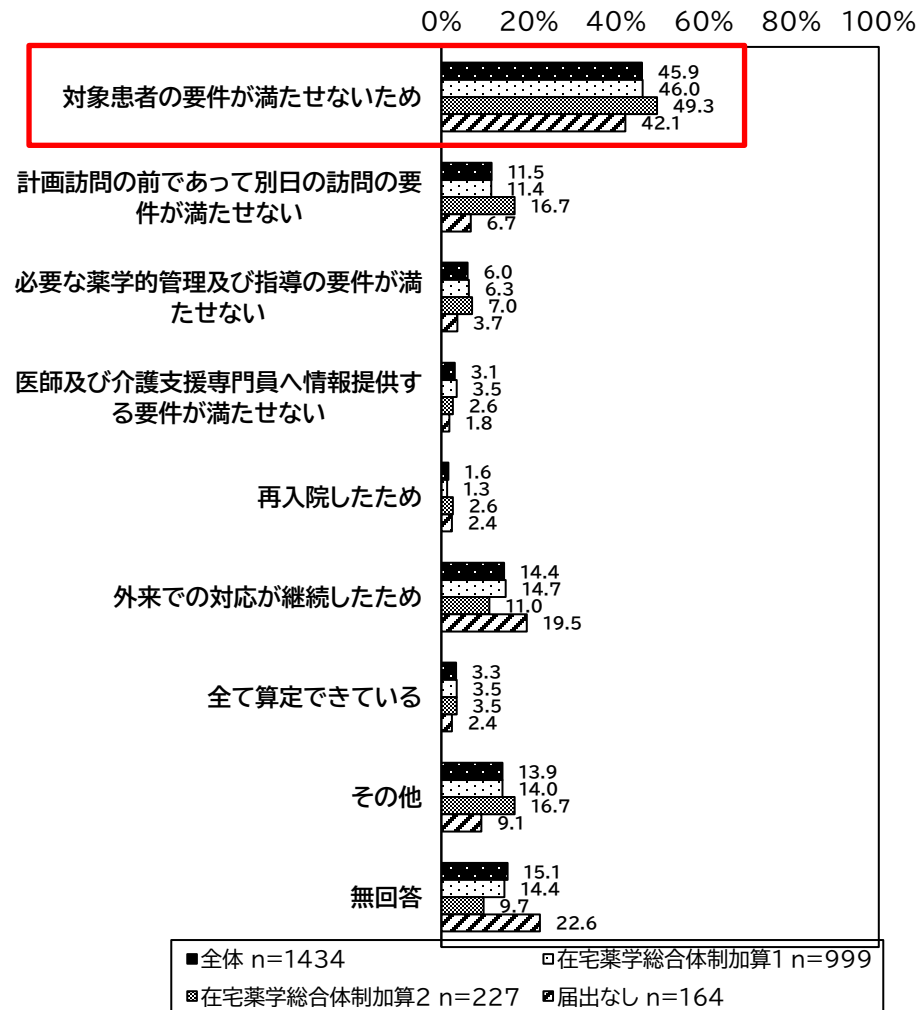
■ 対象患者として該当するもの（n = 167）



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。

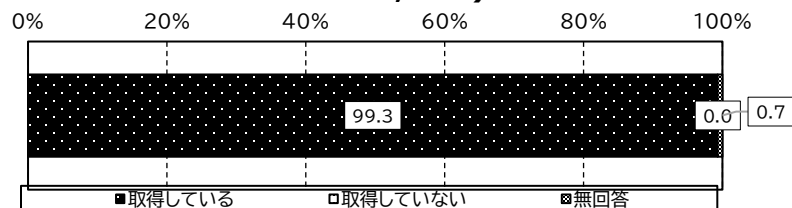
■ 算定できない理由



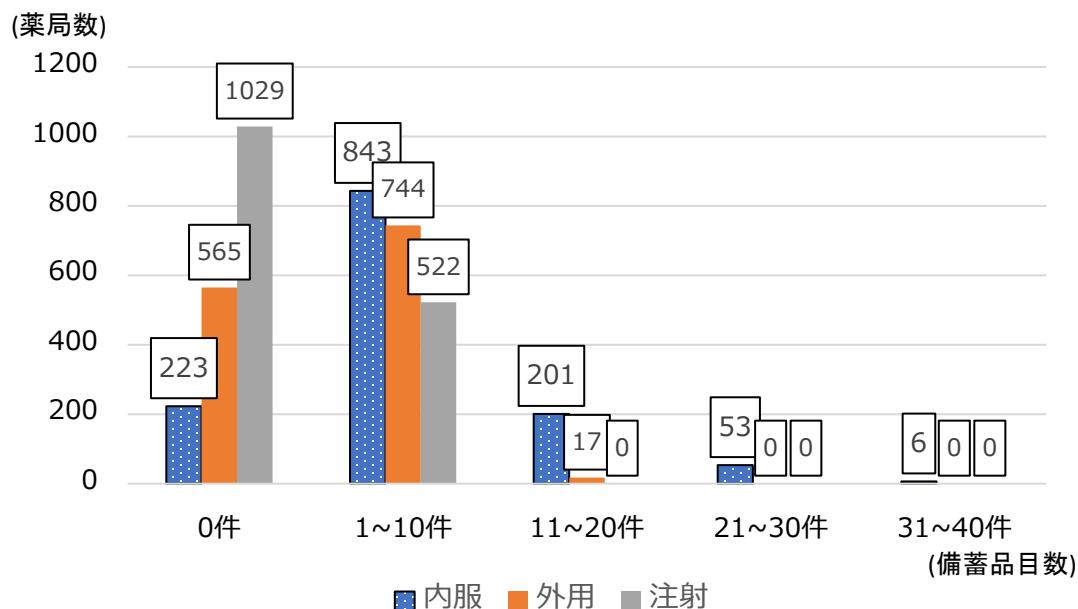
在宅患者訪問薬剤管理指導を実施する薬局における麻薬の調剤実績

- 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。

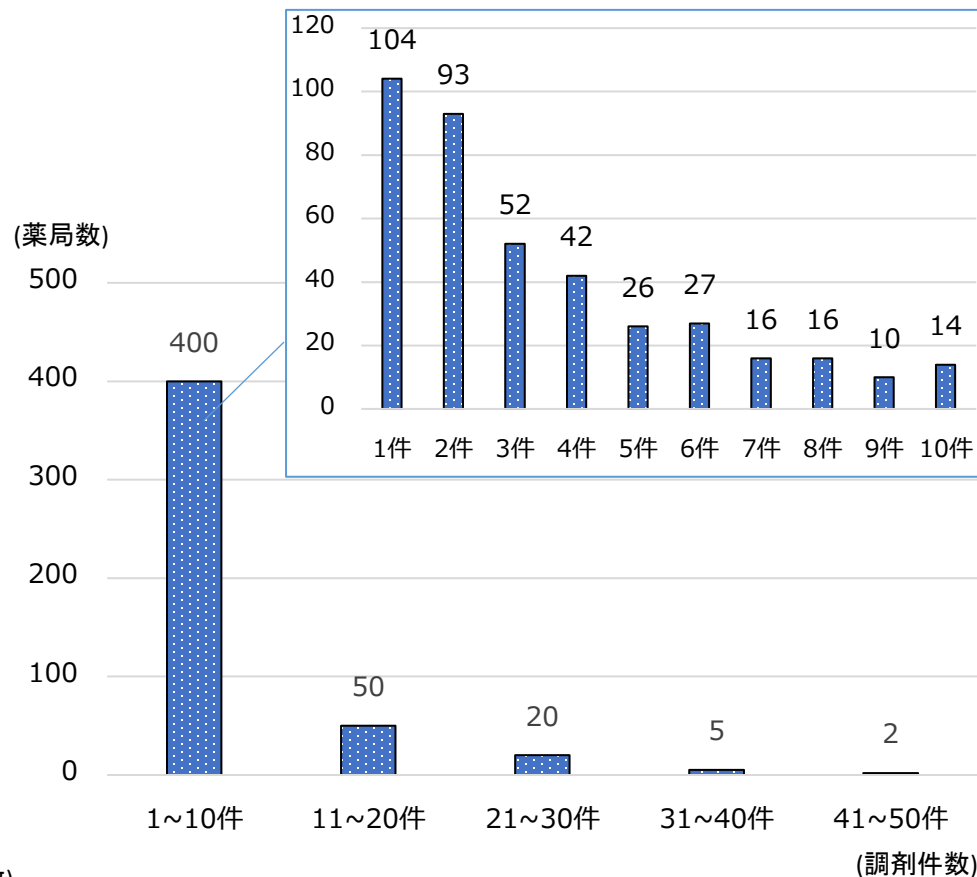
■ 麻薬小売業者の免許 (n=1,434)



■ 麻薬の備蓄品目数 (n=1,326)



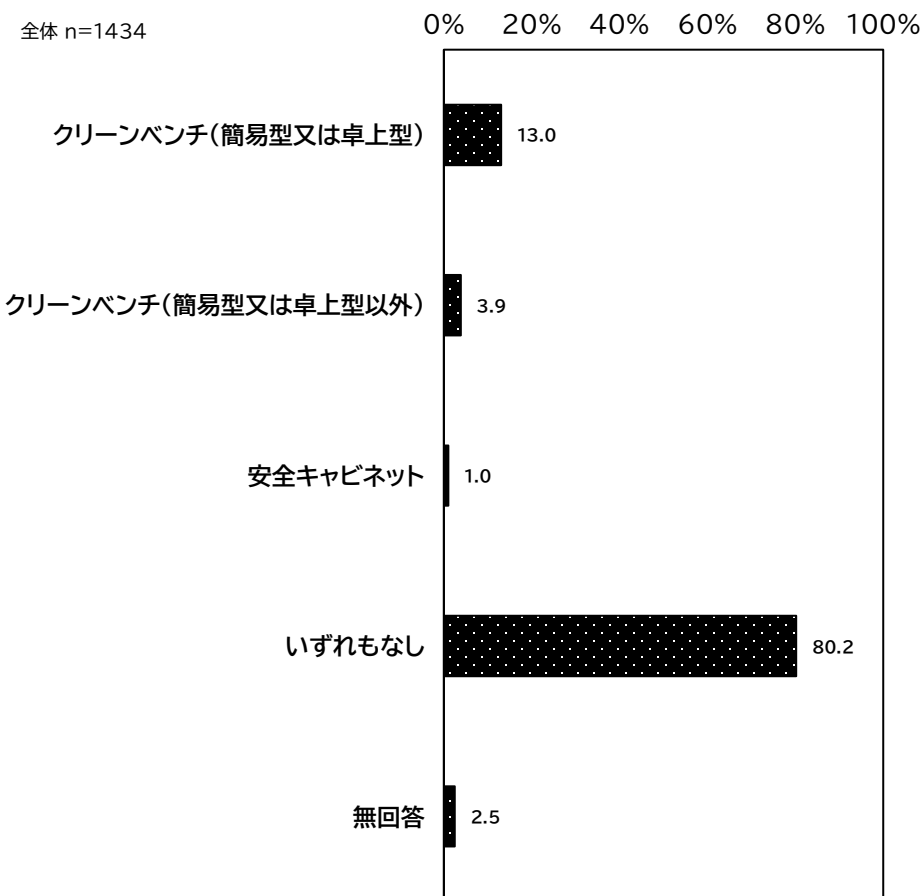
■ 麻薬の1ヵ月間における調剤実績 (n=477)



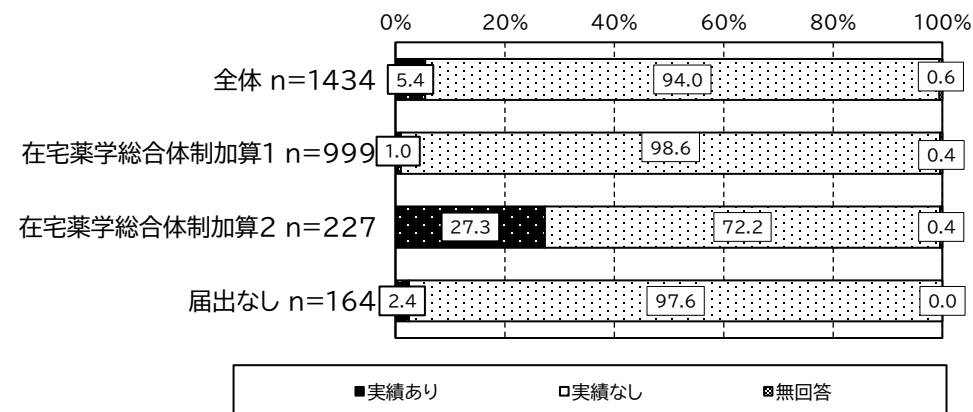
無菌製剤処理の実施状況等

- 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。

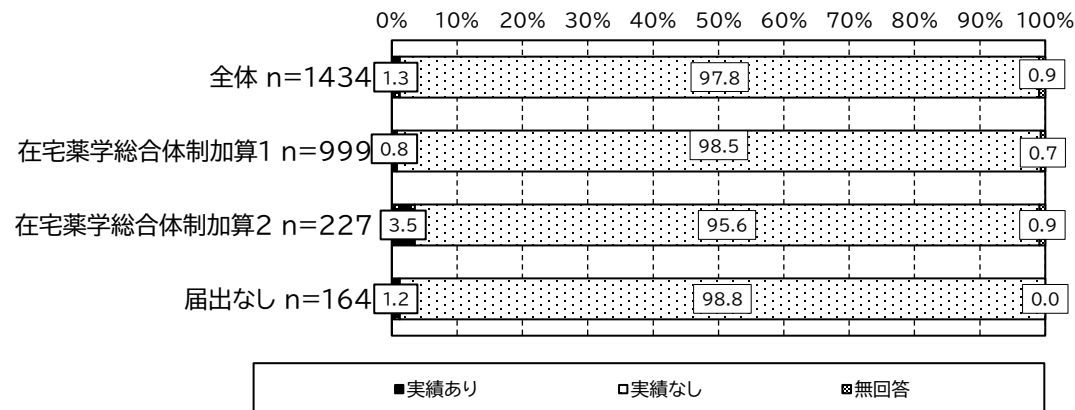
■ 無菌製剤処理を行うための設備



■ 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）



（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

在宅療養要介護高齢者における栄養障害と摂食・嚥下障害の状況

○ 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

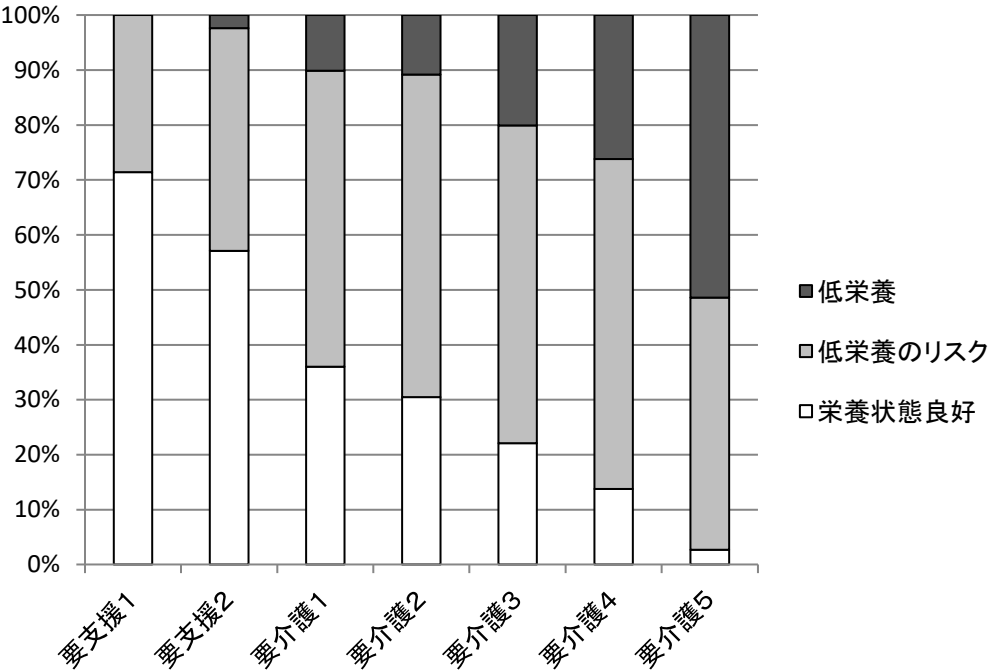


図 要介護度とMNA®-SF* 3群との関係

* 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)

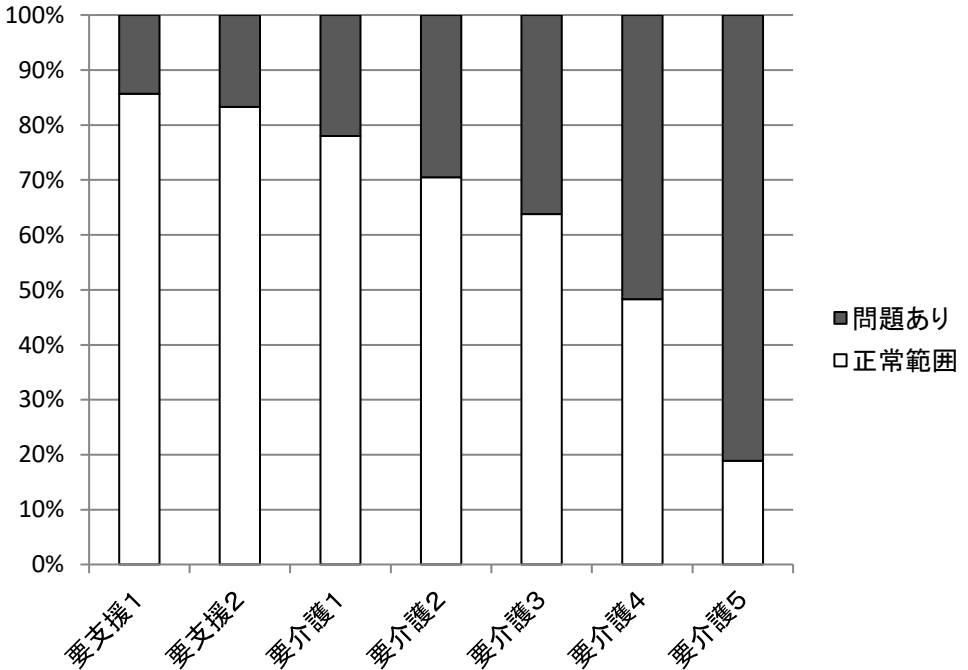


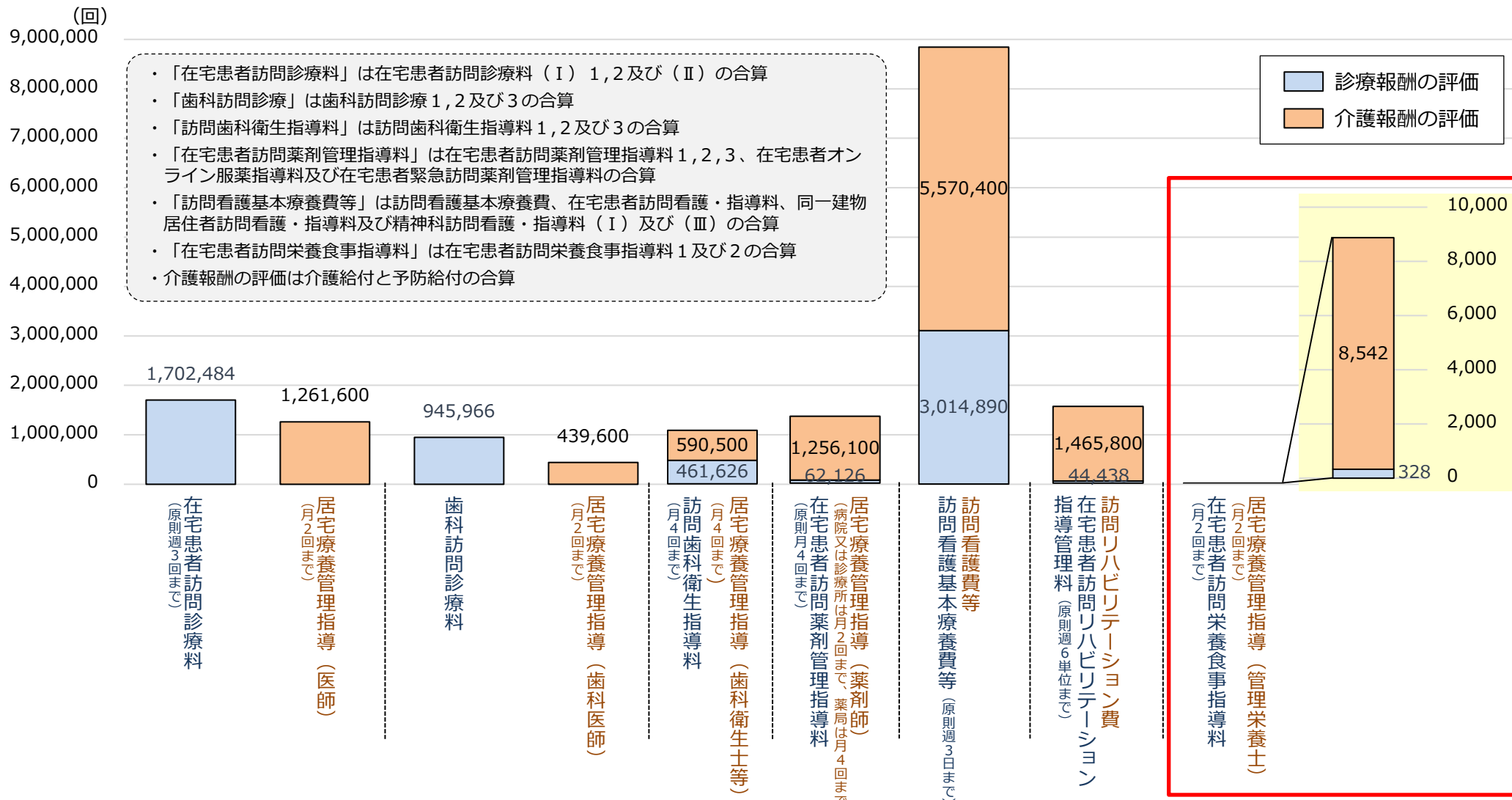
図 要介護度とDSS** (正常範囲とそれ以外) との関係

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

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。

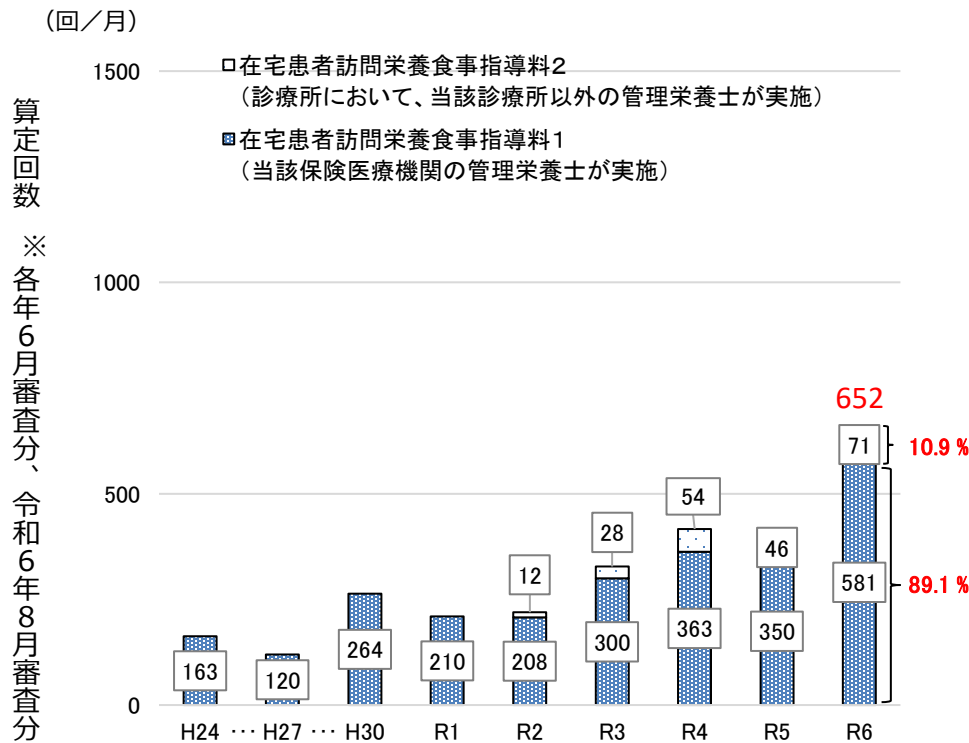
※居宅療養管理指導（医師）及び居宅療養管理指導（歯科医師）は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

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

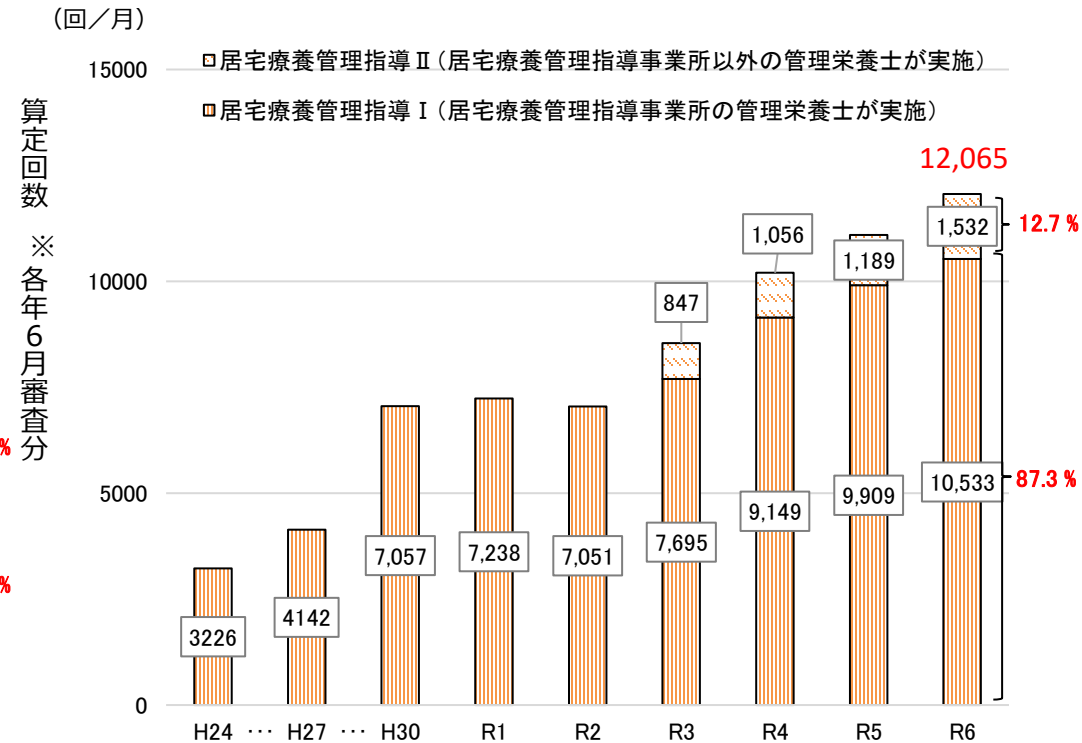
訪問栄養食事指導の実施状況

- 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）]

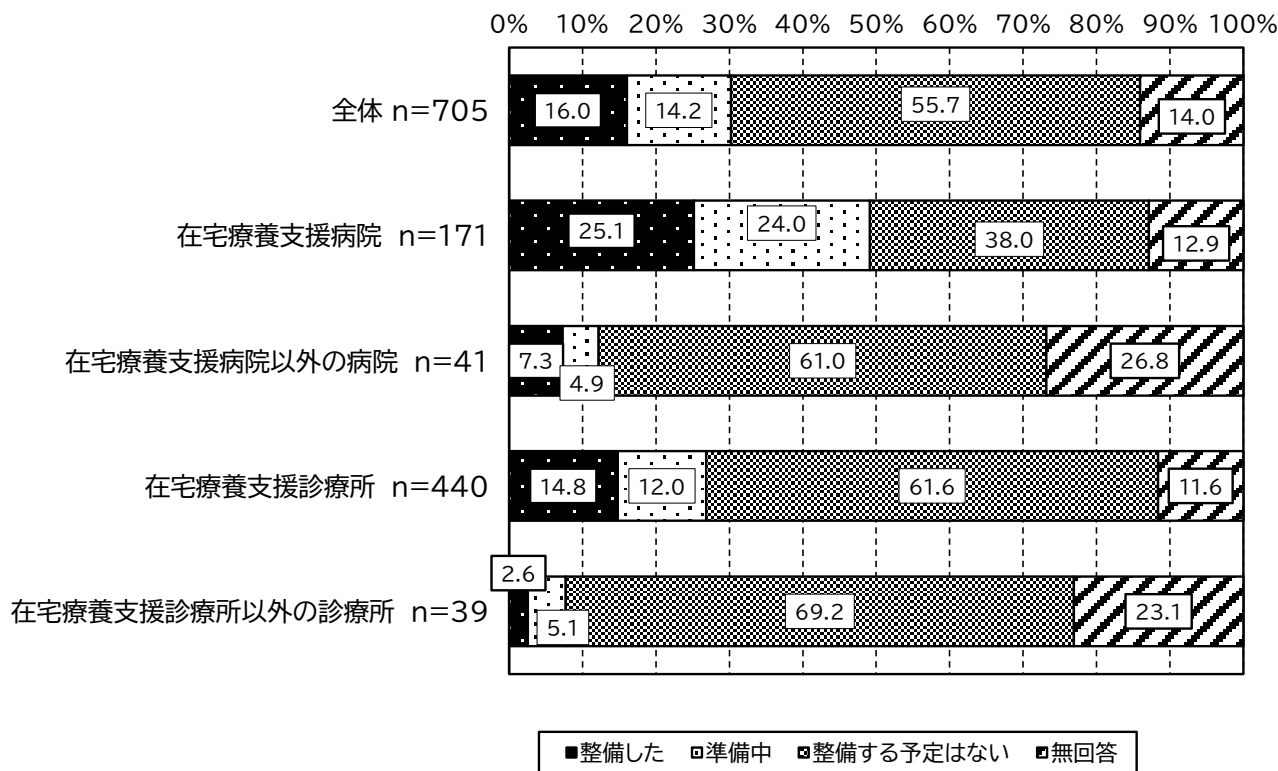
- ・ 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
- ・ 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行う。
- ・ 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（1月に2回）を超えて、2回を限度として行うことができる。

※ 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

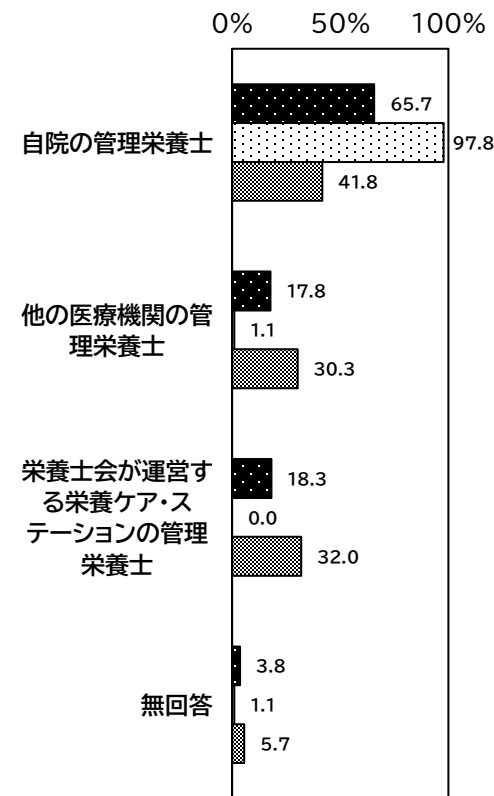
訪問栄養食事指導を行う体制の整備状況

- 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ないかわからない	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の見直しを行った。
- 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。

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。