

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。

140

時間の関係上、読み上げは割愛させていただきますので、お目通しいただければ幸いです。

なお、関連する資料を「総－２」の参考にもお付けをしておりますので、施設基準などについて、ご不明な点はこちらのほうをご参照いただきたいと思います。

説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。

質 疑

在宅（その1）について

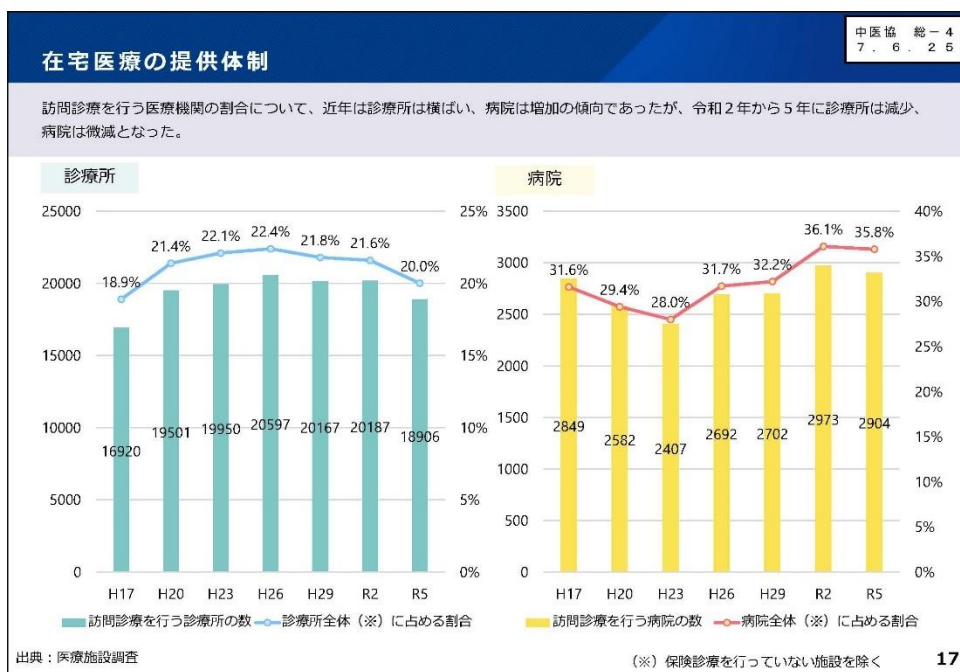
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。最初に江澤委員、よろしくお願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。今日は総論ですので、総括的に意見を申し上げたいと思います。

今後の在宅医療の需要は一部の過疎地域を除いて大きく伸びてまいります。66の二次医療圏では2020年から2040年にかけて、在宅医療の需要が5割増し以上になります。



一方で、資料の17ページにございますように、在宅医療を担う医療機関は伸び悩んでおります。


また、在宅医の年齢の高齢化、あるいは継承するイシの不透明化、いろいろ背景に課題があり、そのあたりをどう考えていくかということが重要になります。もちろん全ての医療機関が在宅医療に取り組む必要はないわけですが、在支診・在支病、それ以外の医療機関とともに総力を挙げて在宅医療を支える必要性もあります。

そのためには、在宅医療の参入のハードルを引き下げる必要もあろうかというふうに思います。特に医師1人で365日24時間の対応をすることは最大の困難であり、これはシステムとは言えません。地域包括ケアシステムの構築に当たりましては、役割分担と連携により地域を面で支えることが重要であります。

すなわち、24時間対応や緊急往診対応などの体制を地域で整えることが大切であり、在宅医療に参入しやすくすべく、施設基準や要件は高めるべきではないというふうに考えております。

もう1点は、参考資料の11ページから13ページに、これまでの在宅医療における診療報酬改定の変遷が示されております。

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



11

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

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



12

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

	訪問診療料	在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料	在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院	その他
平成28年	・訪問診療料2を「同一建物居住者の場合」に一本化	・単一建物診療患者数、重症度、月の訪問回数に応じて細分化	・機能強化型の施設基準に小児在宅医療に係る要件を追加	・在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設等による緊急往診や看取り実績の評価 ・在宅専門医療機関の要件明確化
平成30年	・訪問診療料Ⅰに、2（他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合）を新設 ・訪問診療料Ⅱ（併設する介護施設等の場合）を新設	・月2回以上の訪問診療を行った場合の評価を適正化 ・月1回の訪問診療を行っている場合の評価を充実 ・包括的支援加算を新設	—	・往診料の算定要件を明確化 ・緊急往診加算の対象患者拡大と算定要件の見直し ・ターミナルケアの評価の充実 ・オンライン在宅管理料を新設
令和2年	・訪問診療料Ⅰ2（他医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合）について、6月を超えても算定可能とした	—	—	・在宅療養支援病院の往診にについて、オンコール体制でも良いこととした
令和4年	—	・訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅管理にかかる評価の新設	・地域における協力体制の要件を追加 ・適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件化 ・機能強化型の在支病に係る実績要件の見直し	・在宅療養移行加算の新設 ・外來在宅共同指導料の新設 ・在宅がん医療総合診療料に小児加算追加
令和6年	・在支診・病における訪問診療回数が一定以上の医療機関における5回目以降の評価の見直し	・単一建物診療患者数に応じたさらなる細分化 ・在宅医療情報連携加算の新設 ・頻回訪問加算、包括的支援加算の見直し	・協力医療機関、訪問栄養食事指導体制の要件を追加 ・機能強化型で訪問診療回数が多い医療機関における在宅データ提出加算の要件化	・在宅ターミナルケア加算等の充実 ・介護保険施設等連携往診加算等の新設

13

これを拝見いたしますと、訪問回数、居住場所、すなわち同一建物であるのかなのか。あるいは、居住場所の規模の定員、こういったものがいくらであるのか。そういった観点からの報酬改定の議論に偏りすぎではないかというふうに思っています。医学的見地からのサービスの質に関する議論が乏しいと認識をしておりますし、また、居住場所により患者さんの自己負担が異なることはサービスの対価に対する報酬設定においても、いかななものかとも思っております。

移動コストなどを勘案するのは当然であることを前提として申し上げますが、診療報酬を削りやすいところから適正化する考え方については慎むべきではないかというふうに思っております。また、適正化なり減算なり、かけた場合には、その効果がどうであるかというのも検証していく必要もあろうかというふうに思っております。

続いて訪問看護について申し上げます。一部に高額な算定状況や大規模なグループによる展開があることは承知しておりますけれども、地域の高齢者施設を訪問している、あるいは地域の一軒家の在宅を訪問している中小規模の事業所の中には、必要なコストに対して報酬が追いついていない事例もあると認識をしています。

現状、人材確保、患者さん、利用者さんの確保に苦慮しながら地域を支えている事業所をしっかりと支援していくことも必要と考えております。

なお、一部の1人当たりの請求額が高い訪問看護事業所については、中医協においても教育的指導に入ることとなっておりますので、まずは、そういった実態を分析して今後の方向性を議論すべきというふうに思います。

最後に、訪問栄養指導について申し上げます。要介護の主な原因の1つである高齢者の虚弱、いわゆるフレイルは必須アミノ酸の摂取と筋肉の負荷運動を同時介入すると改善が期待される病態であります。

現状、要介護度が高まるにつれて低栄養状態が悪化することがわかっており、要介護4あるいは5の方においては、低栄養あり、あるいは低栄養の恐れあり、がほぼ全員というような状況にもなっております。したがって、在宅における訪問栄養指導の体制の構築が喫緊の課題であるというふうに認識をしております。

なかなか今、現状、人材不足で難しい面はございますが、例えば、余力のある医療機関から在宅を支援していくような仕組みも求められるのではないかと思います。

私からは以上となりますが、なお、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員の意見を聴く機会について、ご検討いただければ幸いです。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、いかがでしょうか。はい。それでは大杉委員、お願いいたします。

○大杉和司委員（日本歯科医師会常務理事）

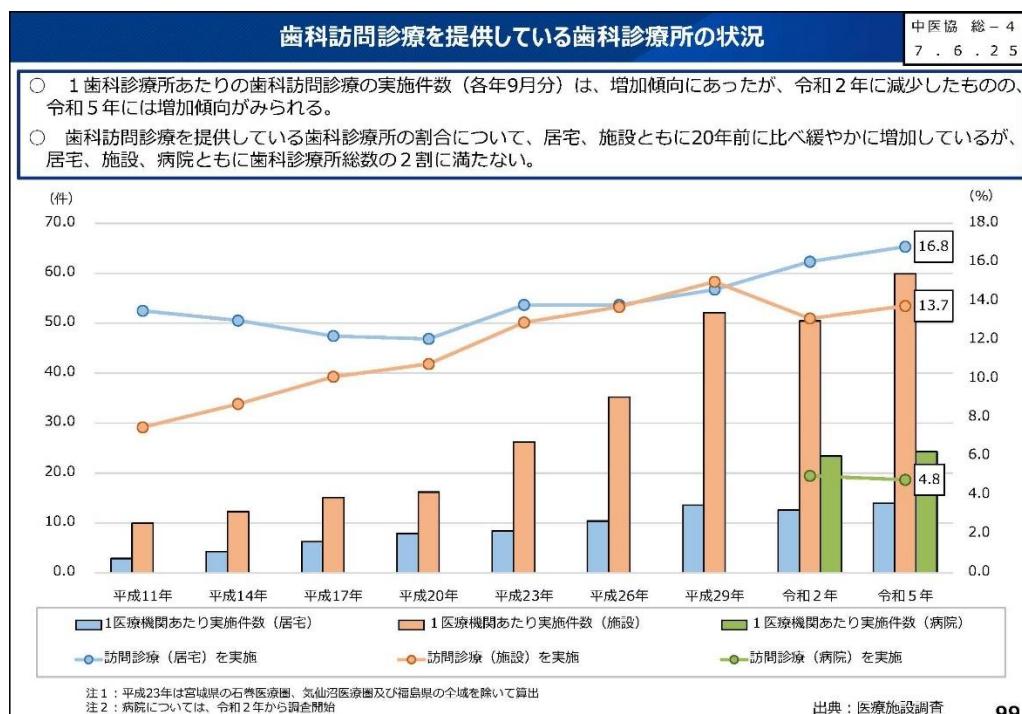
はい。ありがとうございます。「在宅（その1）」ということで資料「総-2」の115ページの小括④に沿って、総論的に意見と要望を述べさせていただきます。

課題(小括④)	
<p>(在宅歯科医療を取り巻く状況)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、特に居家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。 <p>(歯科訪問診療の実施状況等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、患者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。 	
	115

まず、今後の高齢者人口の増加に伴い、誤嚥性肺炎等をはじめとする口腔健康管理が必要とされる患者数は増加が予想されている状況を踏まえると、在宅歯科医療の重要性は言うまでもありません。

一方で、歯科医師の高齢化も進む中、在宅歯科医療を担う歯科医療機関が不足しつつある地域が顕在化しています。

今後の需要増に対し、質の高い在宅歯科医療の提供体制を推進・強化する方策が喫緊の課題と認識しております。



99 ページのデータによれば、1 歯科診療所あたりの歯科訪問診療の実施件数は増加しているものの、実施施設割合は居宅・施設・病院ともに約2割に満たない状況です。

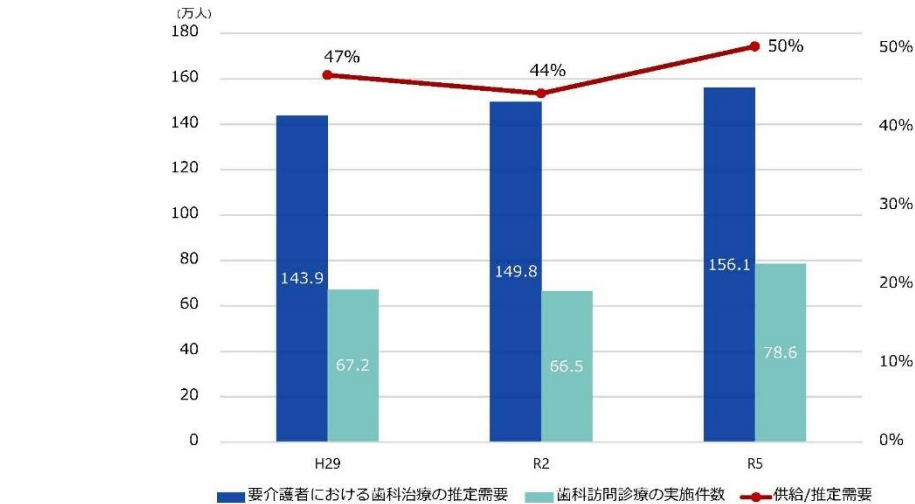
かかりつけ歯科医に通院していた患者さんが通院できなくなる状況になるなどの環境変化に対応して、切れ目なく継続的に歯科医療を提供する体制を構築していくことが不可欠で、次回改定に向け、3 点ご要望させていただきます。

まず1 点目ですが、101、102 ページには、要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要と供給について示されていますが、特に居宅における歯科訪問診療の供給が十分でないため、これまで以上に歯科訪問診療が実施できる歯科医療機関を増やしていく方策が重要と考えます。

要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要と供給

中医協 総-4
7.6.25

○ 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・保潔）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

出典：医療施設調査及び介護保険事業状況報告 101

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。

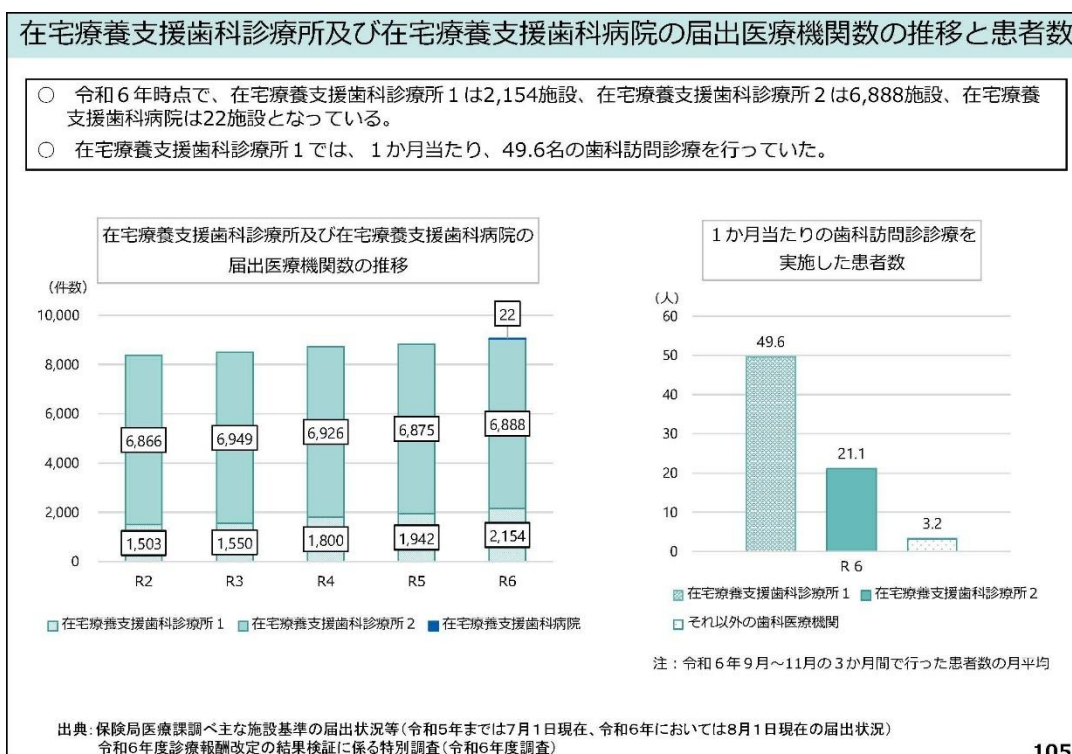
※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保潔）の必要性の有無を歯科医師が判定
 要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

102

なお、これまでも日本歯科医師会として発言してきましたが、診療時間要件については20分を基準とし、診療報酬が異なる仕組みとなっており、令和6年度改定で歯科訪問診療1に関しては時間要件を撤廃していただきました。

ただ、実際には施設で1名を診る予定が、現場で急遽、どうしても要請を受けて、もう1名追加で診る場合には、1名を診る点数と2名を診る点数が乖離してしまうなどの課題があります。

このような状況も踏まえて、歯科訪問診療の状況に応じて歯科訪問診療1および2の取扱いについて、柔軟な運用を検討をお願いいたします。

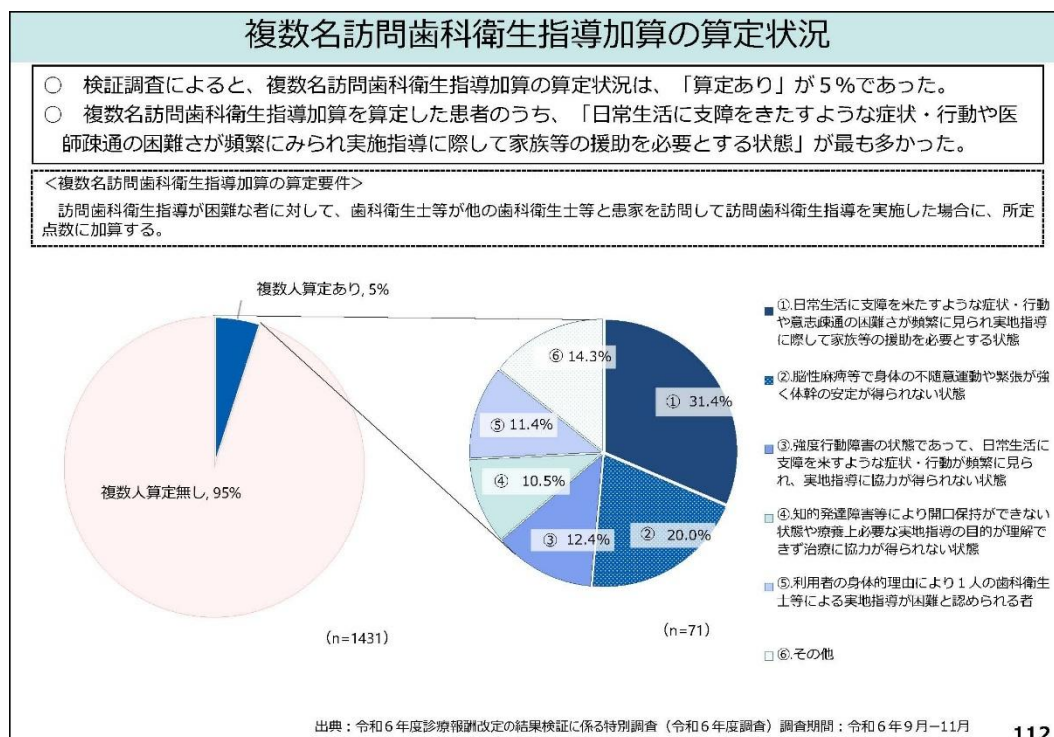


105

続いて2点目ですが、105 ページのデータによれば、在宅療養支援歯科診療所は微増にとどまっています。

また、令和6年度改定で新設された在宅療養支援歯科病院の届出は少なく、22 病院にとどまっております。

地域における在宅歯科医療提供への関わりとして、歯科診療所を後方から支援する役割をさらに充実するなど、届出施設数の増加に向けた検討をお願いいたしたいと思います。



最後、3点目になりますが、112 ページには、令和6年度改定で新設された複数名訪問歯科衛生指導加算の状況が示されていますが、実際には複数名での指導が必要にもかかわらず、あまり算定実績がないので、複数名での指導が必要な患者さんに効果的に指導が提供できるように検討をお願いしたいと考えております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。では、続きまして森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。訪問薬剤管理指導に関する論点について、在宅医療についての全体的な認識とあわせて述べさせていただきたいというふうに思っております。

課題（小括⑤）

（訪問薬剤管理指導における取組等について）

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

129

（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。

人口減少に伴う人口構造が変化していく中で、在宅患者の数は2040年以降にピークを迎えることが予測されております。その中で、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の人口増加も見込まれるため、在宅医療の受け入れ体制の整備は不可欠と考えます。

在宅医療において薬物療法は不可欠で、薬局薬剤師はかかりつけ医、かかりつけ歯科医、看護師をはじめとする多職種と連携して、在宅においても必要な医薬品を提供し、より質の高い薬剤サービスを提供していくことができるよう、質と量の両面からの体制整備が必要です。

また、在宅医療の体制整備を進める上で、休日夜間を含めた緊急時の体制整備、へき地等への対応の視点は外せません。

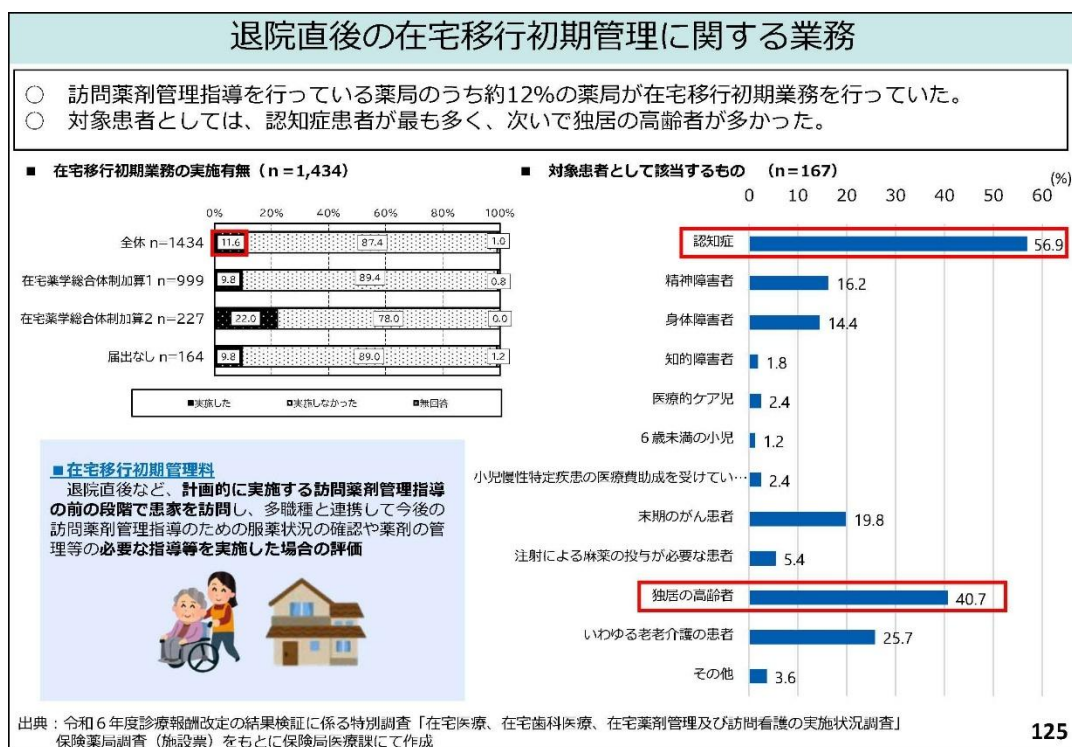
医薬品提供に係る課題は各地域で異なっており、地域の実情を踏まえた対応が必要で、そのためには、個々の薬局の努力のみによる対応だけではなく、先ほど江澤委員からも「地域が総力を挙げて」という話がありましたけれども、薬局間連携による地域を面で支えていく地域体制の構築が必要となります。

第8次医療計画にもあるように、高度な薬学管理等を充実し、多様な病態の患者やターミナルケアへの受け入れ体制を整備、強化していくことも必要となります。

麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応といったことが可能な薬局機能を地域単位で配置して整備していくことが求められています。

次回改定においては、今後の在宅ニーズへの体制整備や地域単位に必要な薬局機能の体制がしっかりと進む評価や方策が必要と考えます。

最後に、125 ページ目に示されている在宅移行初期管理料は前回改定の新規項目で、退院時、多職種と連携して退院後の薬学管理に関する指導を評価するものです。



今後、退院から在宅へのシームレスな移行は、療養環境を踏まえた薬物療法を実施する上で、ますます重要となってきます。対応を促進していく観点での要件や対象患者の見直しも必要と考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

ありがとうございました。ほかはよろしいでしょうか。はい。2号側の委員の方々、よろしいですか。

次、1号側に回りますけれども、その前に、先ほど江澤委員から、ご提案がございましたが、木澤専門委員から、ご発言をお願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

はい。ありがとうございます。2040年に向けて在宅医療の需要が増加しており、多くの二次医療圏で訪問看護の必要量は今後まだまだ増加することが見込まれます。

課題(小括③)
<p>(訪問看護を取りまく状況について)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>(訪問看護の実施状況等)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。

96

〔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。

都市部か人口少数地域にかかわらず、どの地域でも住み慣れた地域で暮らし続けることを 24 時間体制で支援するためには、各地域に訪問看護や在宅医療を整備するとともに、医療・介護間の連携を促進し、また、より広域的な観点から、機能が高く質が高い訪問介護事業所が拠点となって地域を支えていくような訪問看護体制を構築していく必要があります。

訪問看護に関する論点の 2 点目につきましては、データをもとに評価の在り方について議論していくことが重要だと考えております。

一方で、自宅で療養している人工呼吸器等を装着した難病の在宅療養者等、疾患の特性や状態によって、痰の吸引、人工呼吸器の調整等のために頻回な訪問が必要で、緊急時にはすぐ駆けつけることが必要な利用者もいます。

このような方が安心して自宅で療養生活を送ることができるように、実態を踏まえた適切な評価の推進が必要と考えております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。それでは、続きまして松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。事務局におかれましては多数の資料の整備、どうもありがとうございました。

私は総論とですね、個別の課題 2 つについて述べたいと思いますので、いささか少し長くなりますけども、ご容赦いただきたいと思います。

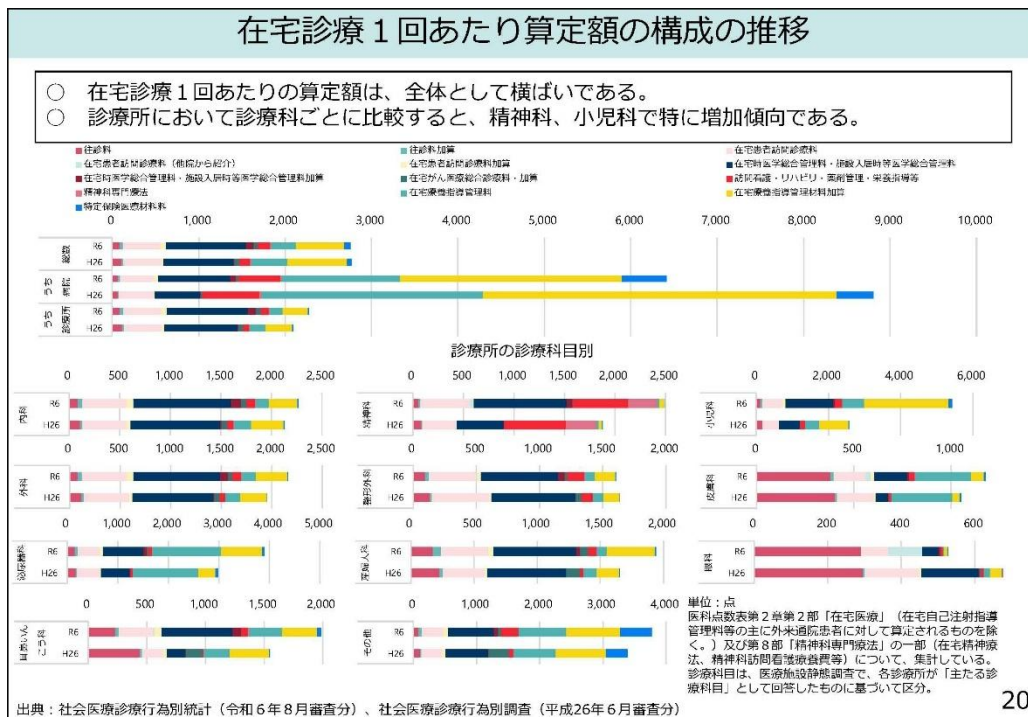
総論といたしましては、今、各委員からもございましたけども、在宅医療につきましては、今後さらにニーズが増えていくことは確実な一方でございます。

一方で、医療資源も財源も限られておりますので、いかに増加するニーズを過不足なく充足するかということが非常に重要になってまいります。

在宅の患者の中には重度の方もいらっしゃる、通院は困難でも、そこまで重度ではないという方もいらっしゃるかというふうに思っております。

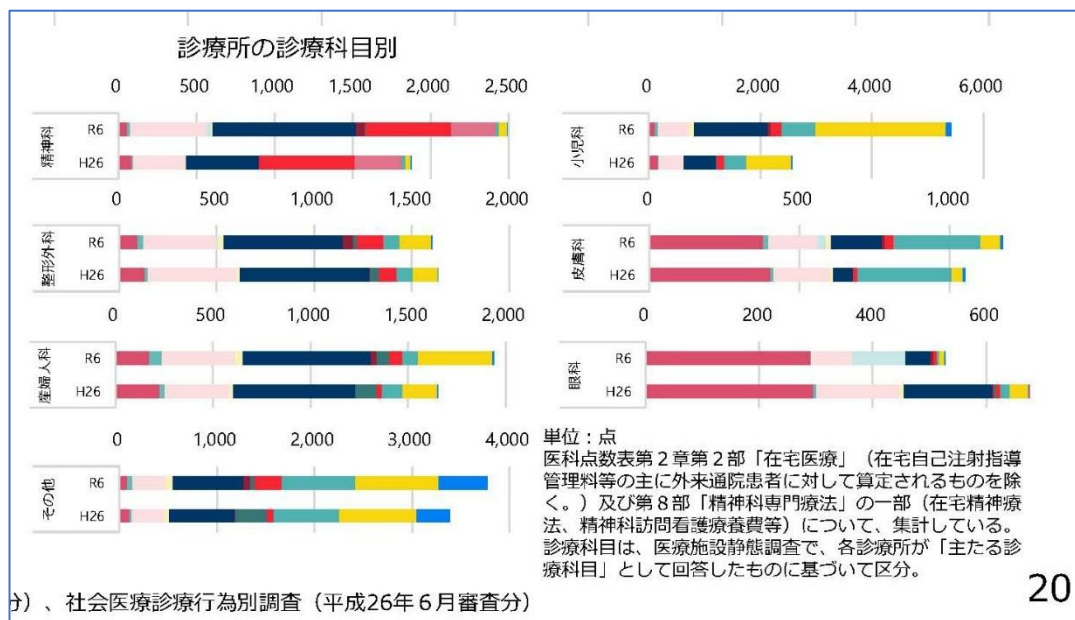
身体的な疾患と精神疾患で必要な対応が異なることも想定されますが、いずれにしても、訪問診療・往診、訪問看護、歯科、調剤に共通する考え方として、提供する医療やケアの内容、施設と患者の自宅の違いなどによる効率性も考慮の上、これまで以上にメリハリのきいた評価にしていくべきだということは、まず最初に指摘させていただきます。

それでは、個別の課題についてコメントいたします。



まず、訪問診療・往診についてでございますが、資料の 20 ページを見てみますと、冒頭にですね、「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」ということが書かれておりますけれども、伸びの構造を見てみますと、少し異なる印象というのを受けております。

そこにご書いてございますグラフのですね、下のですね、「診療所の診療科目別」というのがございますが、



その真ん中の一番上がこれ、精神科になっておりますけども、精神科の場合はこの青い色っていうんですかね。これは上に書いてあります在宅時医学総合管理料が顕著に伸びているということを示しています。

一方、その右側にあります小児科に目を移しますと、こちらのほうは黄色で示されております在宅療養指導管理材料加算というのが増えているということで、

同じものがですね、単純に伸びてるというものではないということが読み取れます。

単価が伸びているということが直ちに問題ということではありませんけども、その背景は分析する必要があるだろうというふうに考えております。

次に、27 ページに目を移しまして、24 時間の往診体制でございますけども、機能強化型の在支病や在支診で民間企業を活用するケースが1割程度あるということでございますけども、委託している業務の中身や、より詳細な医療機関の特徴があるのか。これは少し詳細に検証することが考えられます。

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）



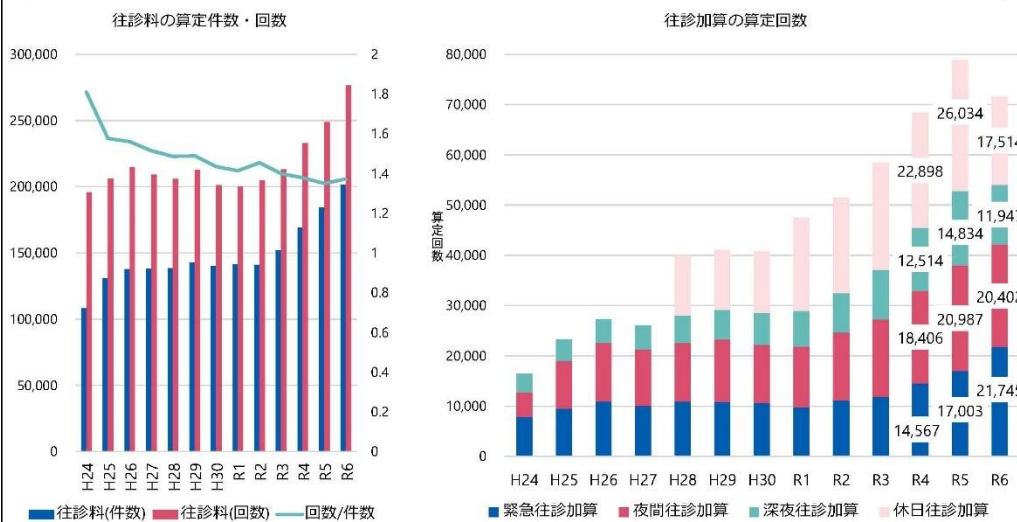
出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関調査）

27

続いて、30 ページ、31 ページの往診料についてですが、前回改定で緊急往診に関する評価を見直した影響が出ていると受け止めておりますけども、

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。

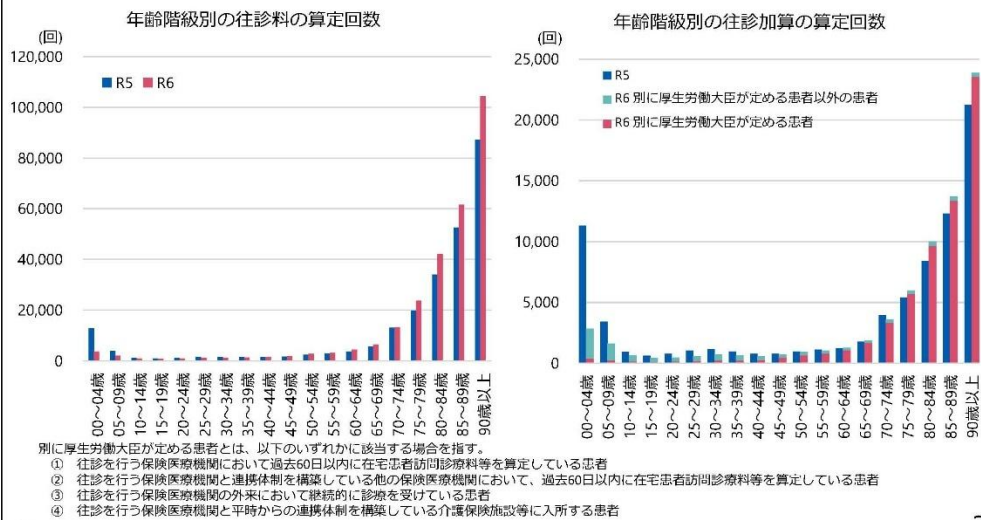


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

30

年齢別の往診料等の算定状況について

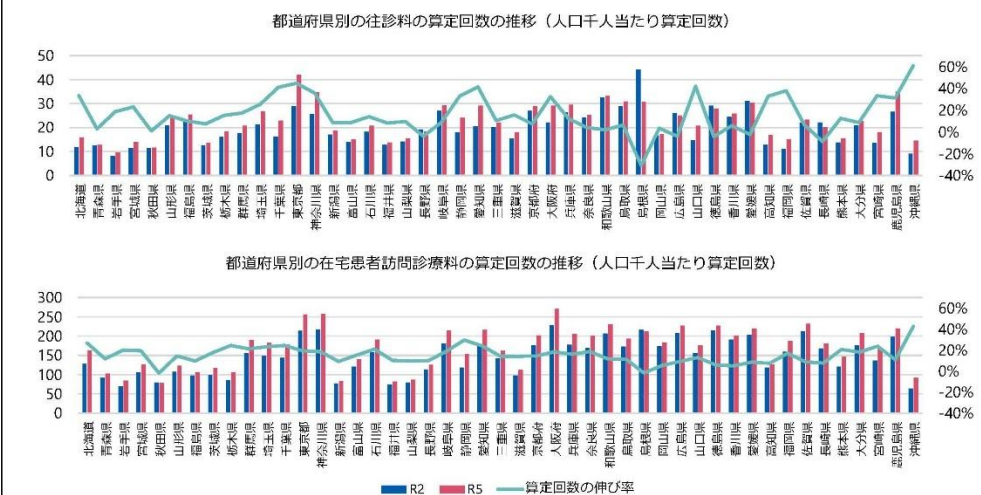
- 令和5年と令和6年の往診料及び往診加算の算定回数を、年齢階級別に比較したところ、小児の算定回数が減少している一方で、高齢者の算定回数が増加していた。



31

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。

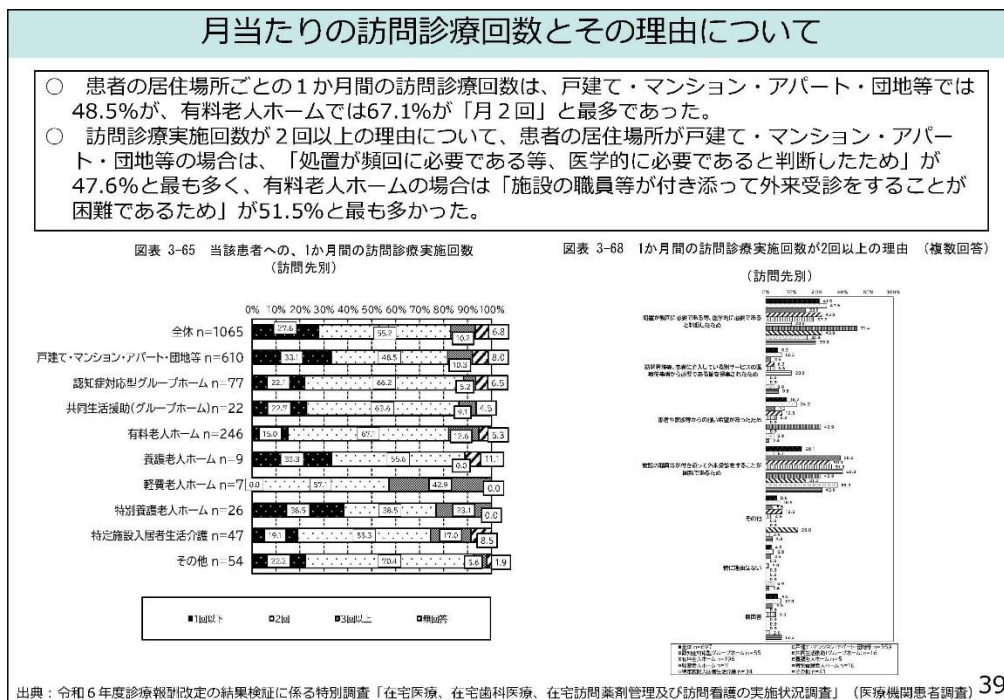


出典：NDBオープンデータ、各年人口推計（総務省統計局）

32

32 ページに目を移しますと、人口当たりの算定回数が令和2年度から5年度にかけて増減、双方で急激に変化している地域がございます。

具体例を申しますと、島根県とか山口県が挙げられると思いますけども、こうしたことが、次回改定で何が対応する必要があるのか、さらに検討すべきだと考えます。



続きまして、39 ページ。訪問診療についてですけども、自宅の患者と有料老人ホームに入所する患者で月2回以上になる理由に違いがあるということで、これが右のグラフに示されておりますけども、患者の状態や医療の内容に違いがあるのか、これはもう少し分析が必要ではないかというふうに感じます。

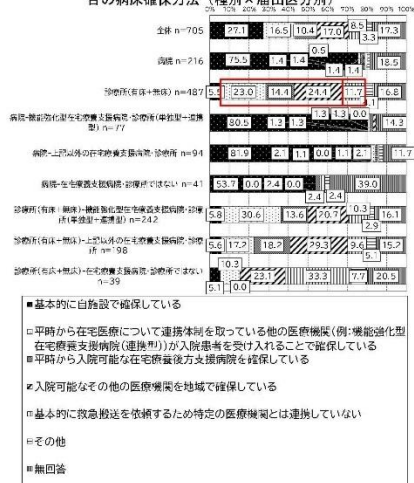
次に、在宅患者に入院が必要になった場合の病床確保の方法については 48 ページに記載がございますが、そこには、救急搬送を依頼するための特定の医療機関とは連携していないと回答した診療所が 11.7%ということがございますが、

先ほど来、2号側のほうからも「面で支える」という観点からいたしますと、この点については次回改定で改善を促す対応を検討すべきだというふうに考えております。

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）

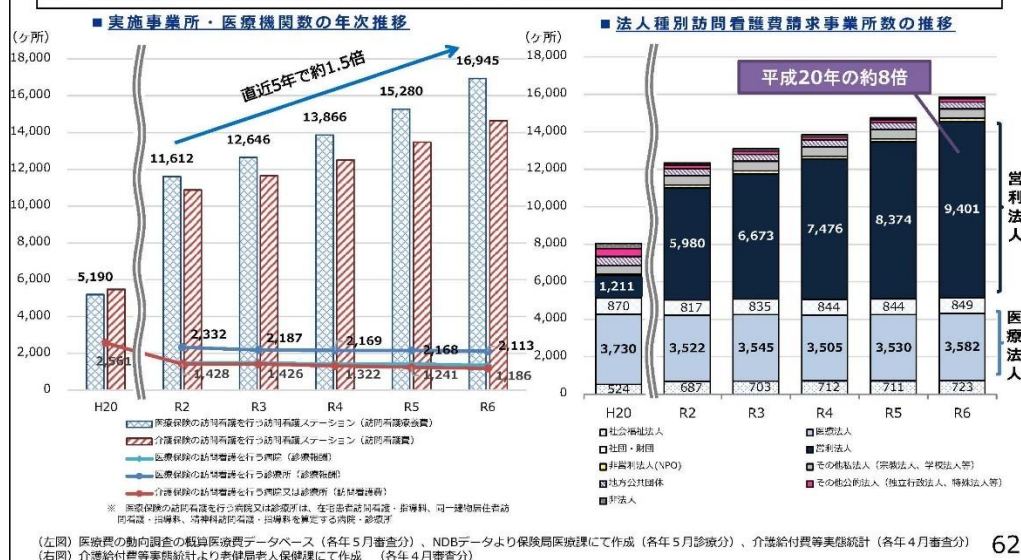


出典：令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（医療機関患者調査）48

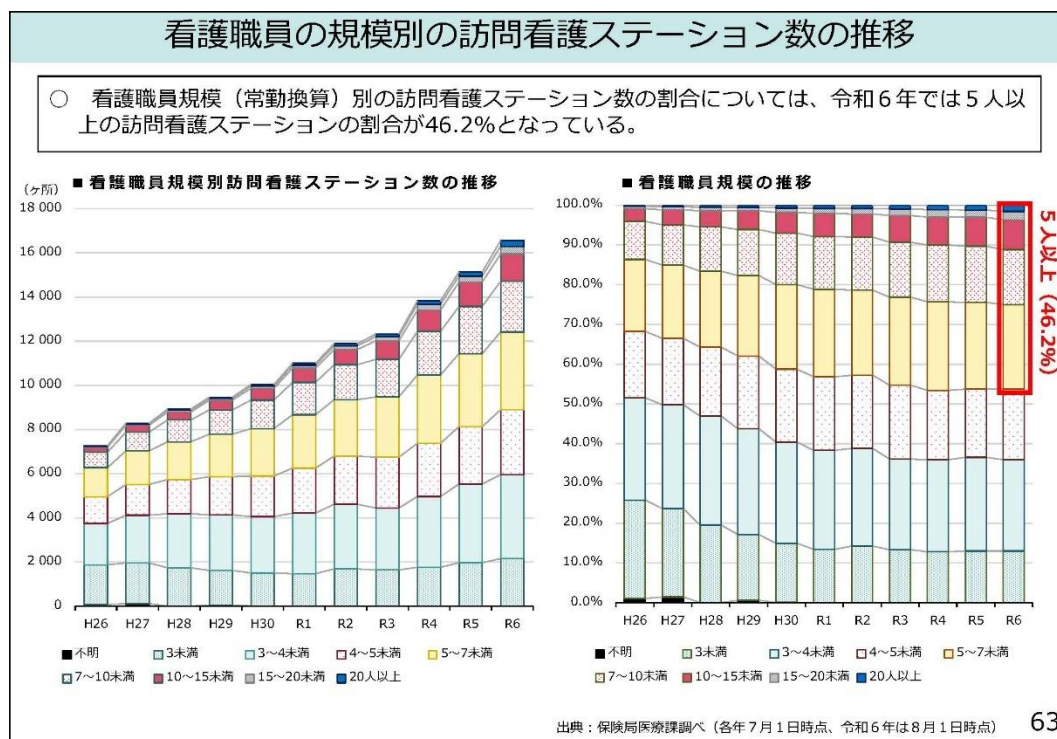
次に、訪問看護に移りますけども、資料 62 ページを拝見いたしますと、営利法人が著しく増えております。

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。



営利法人を否定するものではありませんけども、こういったサービスが提供されているのか、引き続き丁寧に分析する必要があると考えております。



続いて、63 ページに行きますと、この訪問看護ステーションの規模については、この左のグラフにありますけども、近年やや大規模化が停滞しているような印象を受けております。

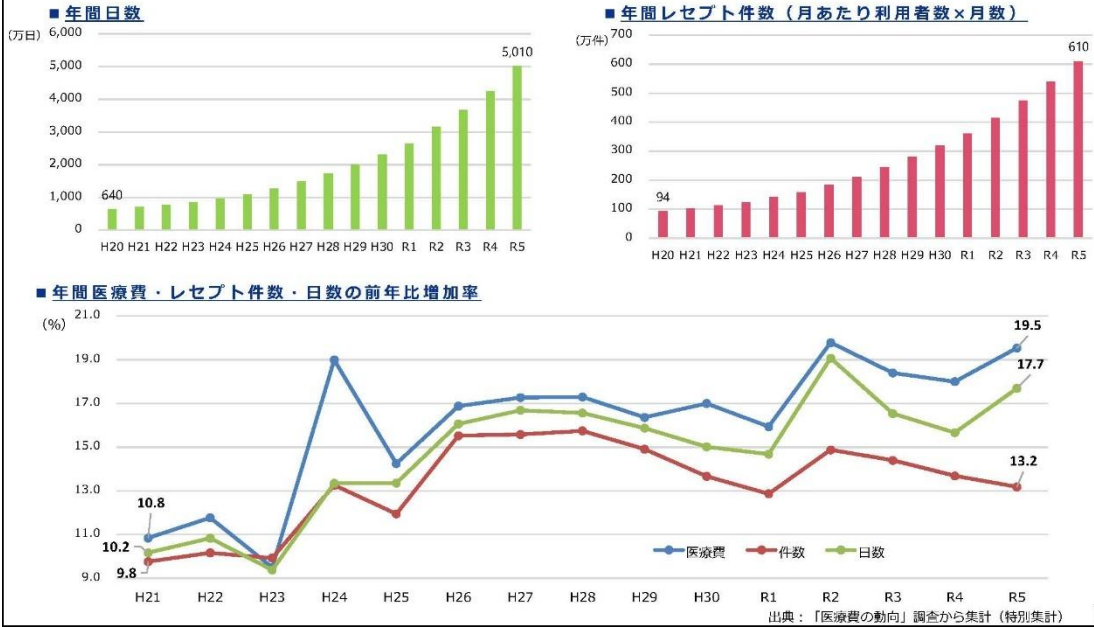
効率性の観点や、24 時間対応を推進するためには、次回改定で何か対応が必要なのか、検討すべきだというふうに感じております。

さらに、訪問看護ステーションの医療費が伸びている構造については、資料の 72 ページを見てみますと、利用者あたりの訪問日数の増加が大きく影響しており、

次のページ、73 ページを見てみますと、レセプト 1 件当たりの日数伸びが特に大きいということで、訪問回数の妥当性については、これは検証が必要だというふうに考えます。

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

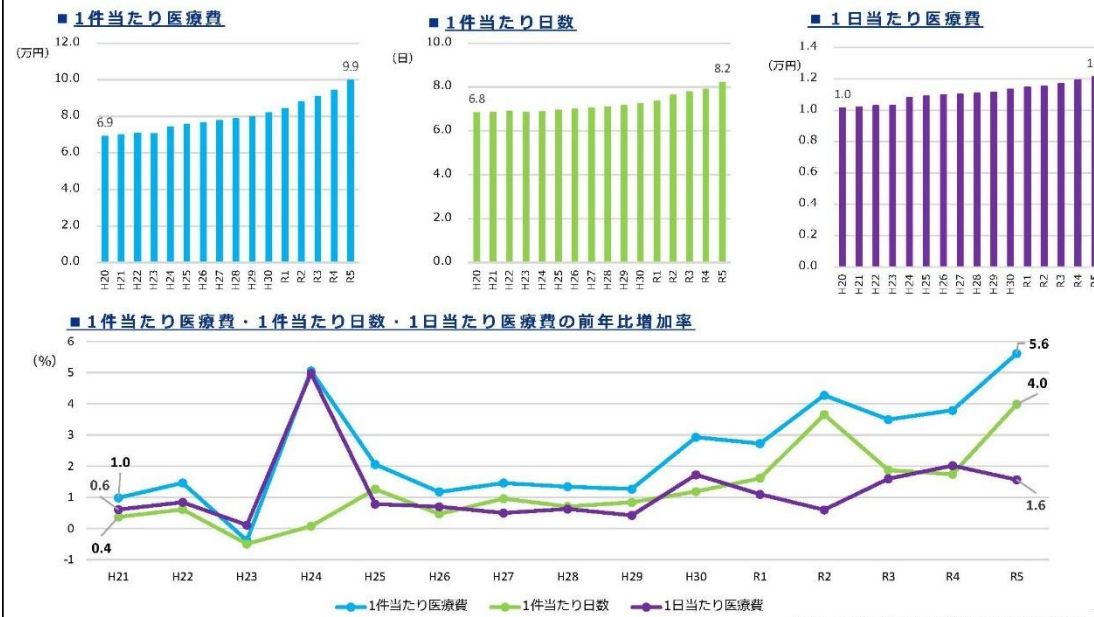
- 訪問看護ステーションの医療費は年間の日数、レセプト件数ともに増加傾向である。
- 前年度増加率でみると年間医療費は令和2年度以降高い傾向である。また、件数の増加率は近年は低下傾向であるものの、日数の増加率は高くなっており、利用者数より利用者あたりの訪問日数の増加の程度の方が大きい。



72

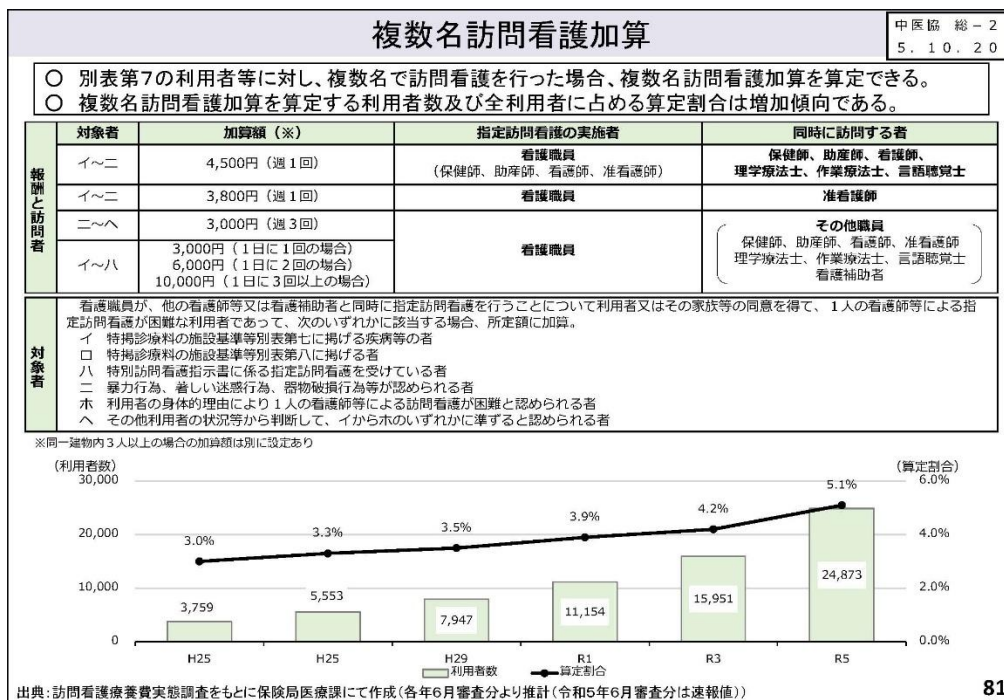
訪問看護ステーションの1件当たり医療費・1件当たり日数・1日当たり医療費と前年比増加率の推移

- 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。

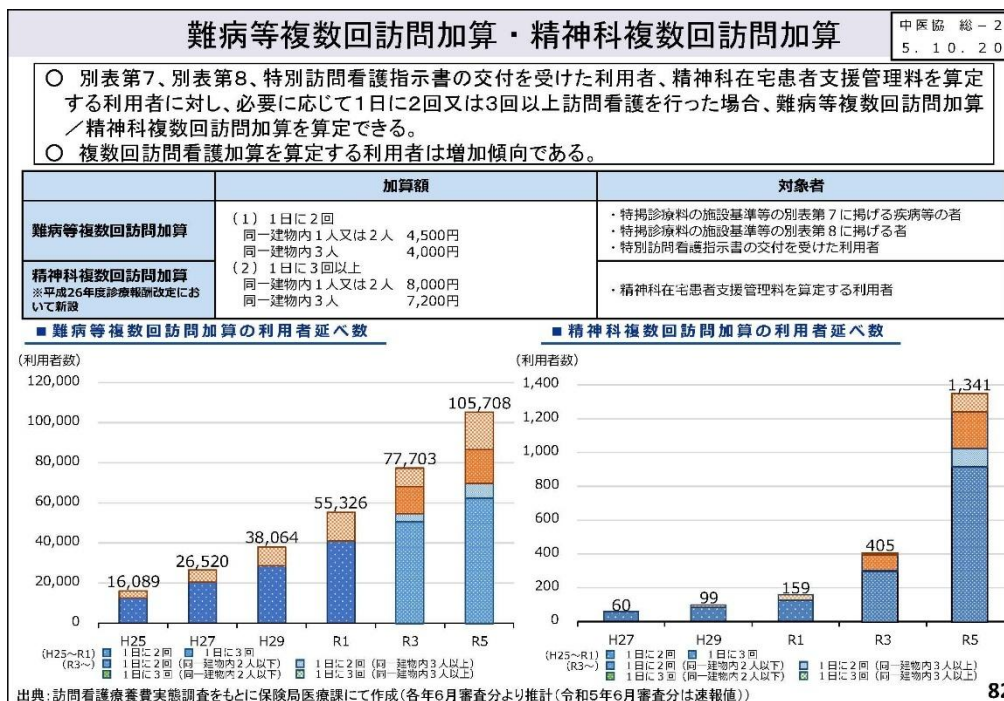


73

81 ページ以降にあります複数名訪問、複数回訪問、夜間・早朝、深夜、緊急の訪問などが増加している背景や、ケアの内容、患者の特徴といったことも丁寧に見ていく必要があります。

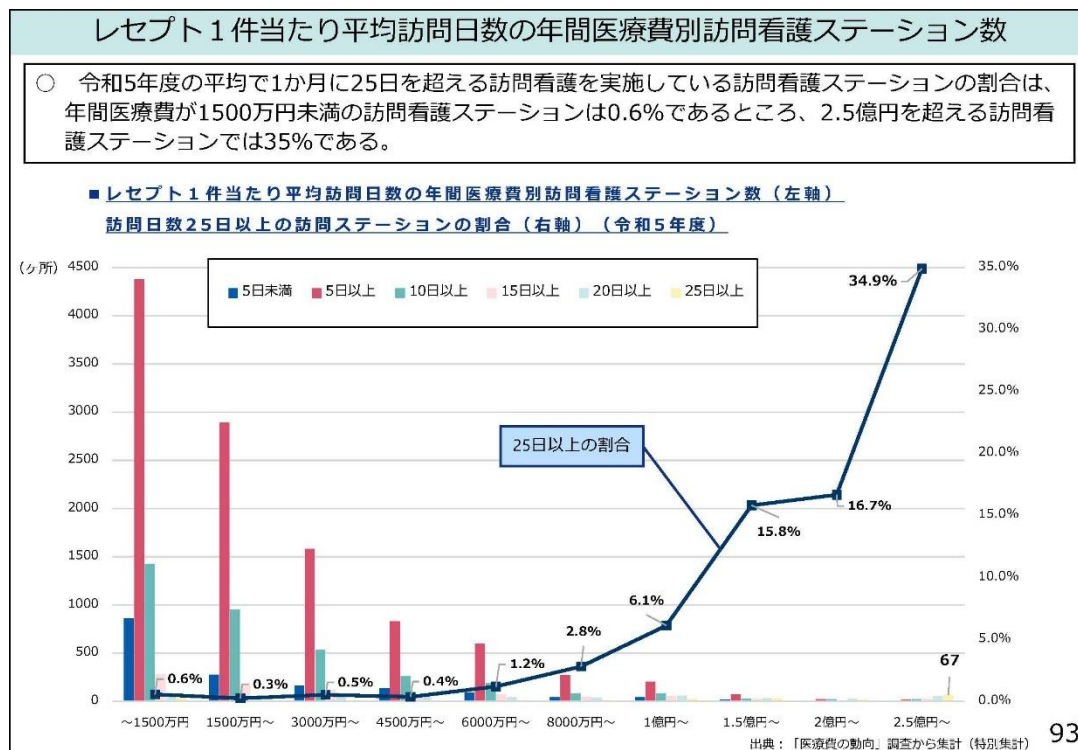


81



82

また、先ほど2号側委員からもありましたけども、サービス提供側の要素として、93ページにあるような月25日以上という著しく訪問日数が多い、かなり年間医療費が多い、高いステーションについても十分に検証をすべきだと考えます。



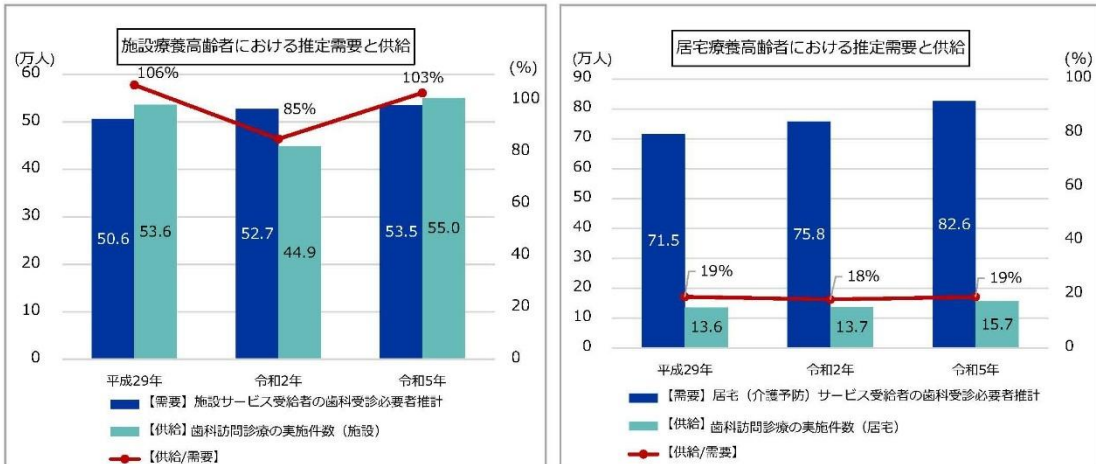
特に、訪問看護については、レセプトのオンライン請求が義務化されましたので、事務局におかれましては、今まで以上に詳細な実態の分析をお願いしたいと思います。

次に、訪問歯科についてですけども、過去の改定でもニーズを充足できていないことが課題になっておりましたけども、今回も102ページで、特に居宅の高齢者で需要と供給に著しい乖離があることが示されております。

108ページに目を移しますと、外来の患者と比べて居宅の患者を治療する場合、1日に対応可能な患者数は半分程度になる一方で、1日あたり単価については約2倍ということで、収益性は概ね同等ということですので、歯科医療機関が居宅の患者をしっかりと治療する方向に進むよう、効率的に対応できる施設系の評価を適正化することも必要だというふうに考えております。

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・保潔）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

102

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)	800点※1 ※1 初診料又は再診料を算定した患者に対して、歯周病検査やスク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	1,658点※2 ※2 歯科訪問診療1を算定した患者に対して、歯周病検査やスク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)	約15人 = 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スクーリング (超音波スクレーパー)：6.7分 計 31.3分 ≒ 31分	約7人 = 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スクーリング：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日中医師 総-2-2 より引用)

出典：平均点数はNDBデータを特別集計、診療時間推計は「歯科診療行為のタイムスタディ調査（日本歯科医学会、2016年度版）」を参照

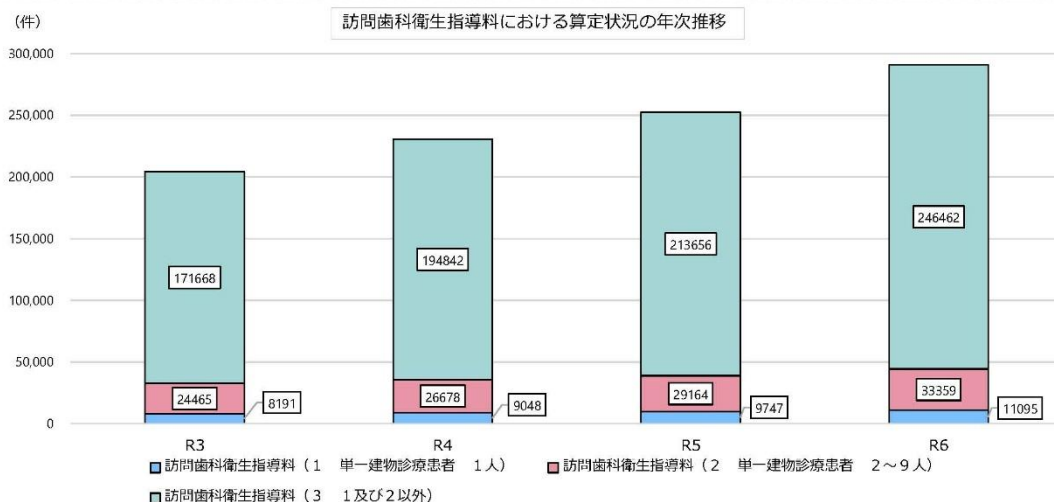
108

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>

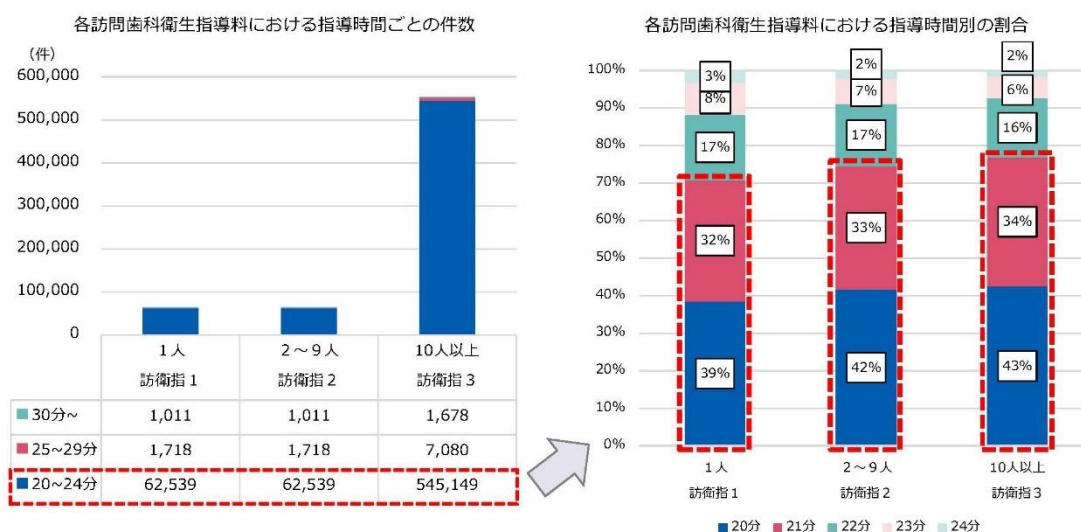
口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が**20分以上行った場合**に、患者1人につき、月4回に限り算定。



出典：社会医療診療行為別統計（令和3年から5年は6月審査分、令和6年は8月審査分） 110

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。



(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

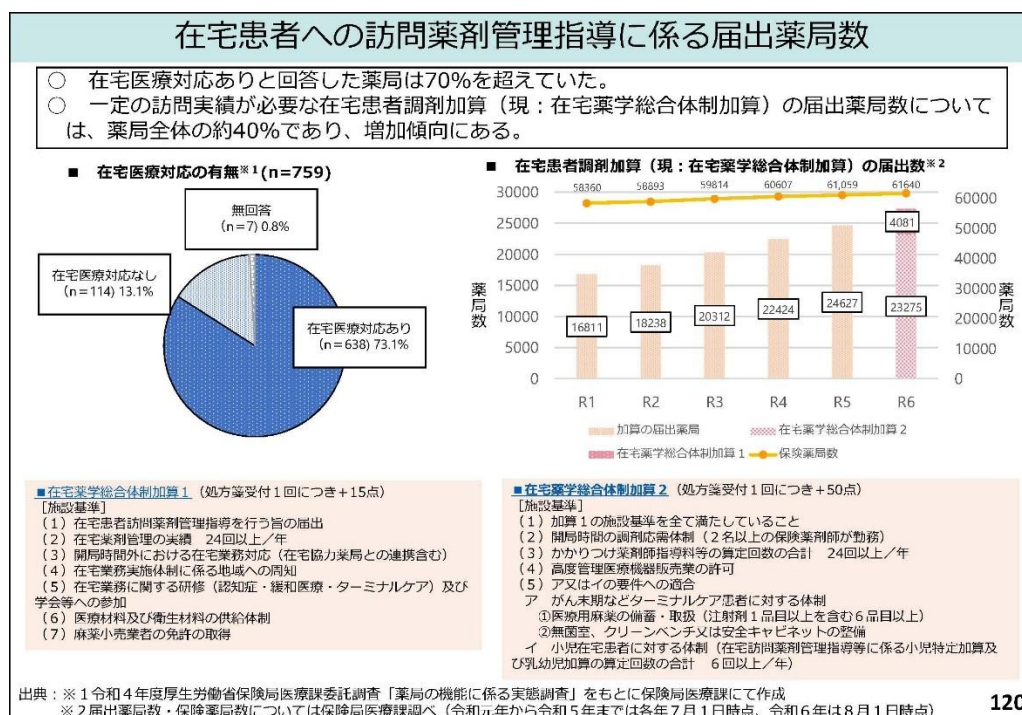
出典：令和6年6月分のNDBを特別集計（外れ値は除く）

111

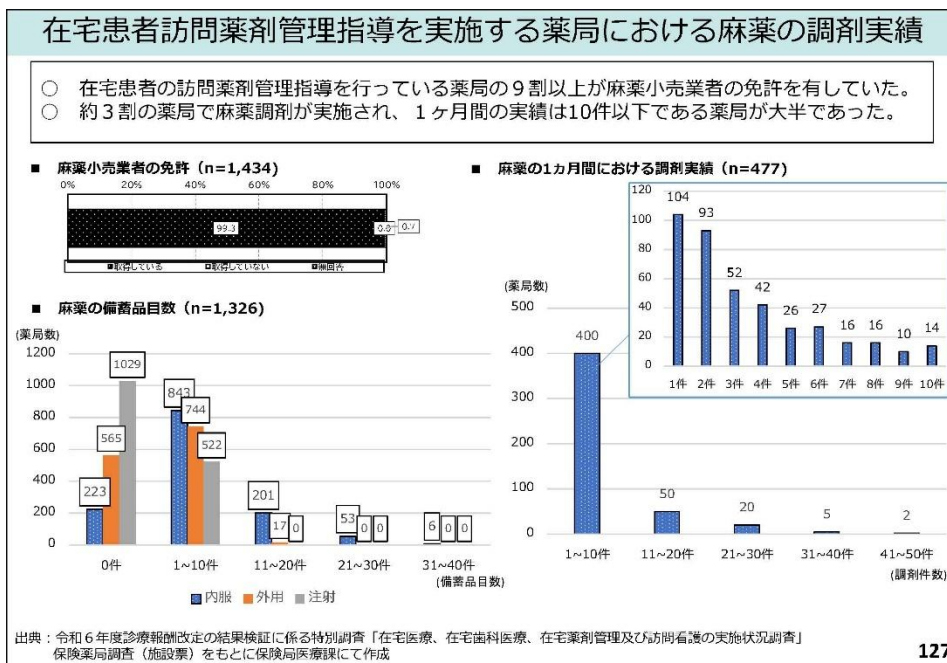
訪問歯科衛生指導料についても、資料 110 ページを見てみますと、かなり効率的な対応が可能な、グラフ上はグリーンで示されておりますけども、単一建物 10 名以上の訪問に集中している状況にあり、しかも、増加そのものも著しいことがわかります。

次のページ。111 ページでは、同一建物の患者数が多いほど、指導時間が、算定要件である 20 分をギリギリ満たすような割合が高いということです。このあたりについては評価を適正化する必要があるのではないかというふうに思っております。

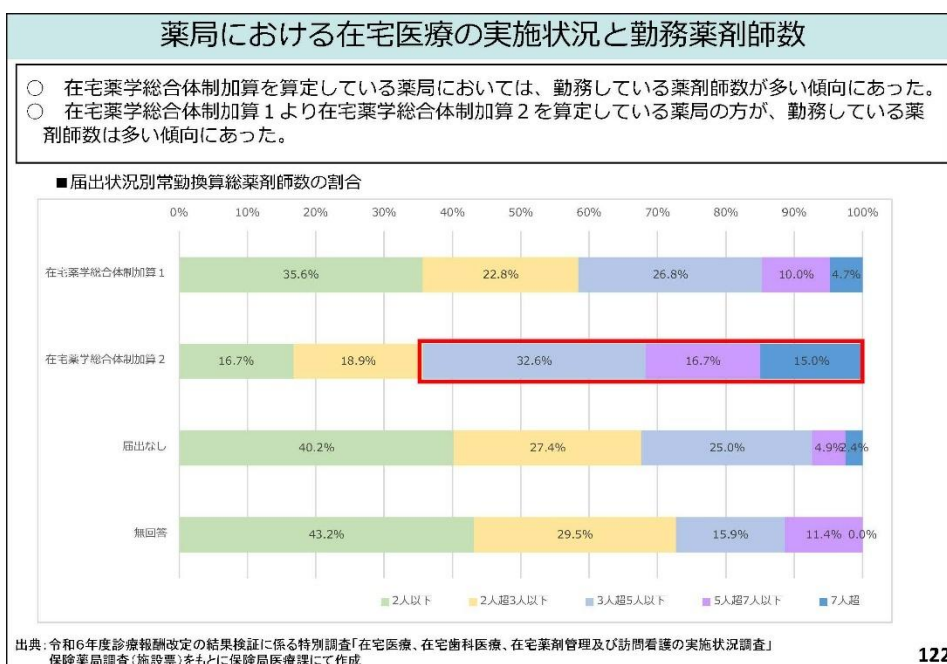
続きまして、薬剤管理指導についてですが、前回改定で麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制整備を進める観点で、在宅患者調剤加算を組み替えて、在宅薬学総合体制加算を新設した結果、加算の届出を行って薬局数が増加したことが資料の 120 ページからは読み取れます。

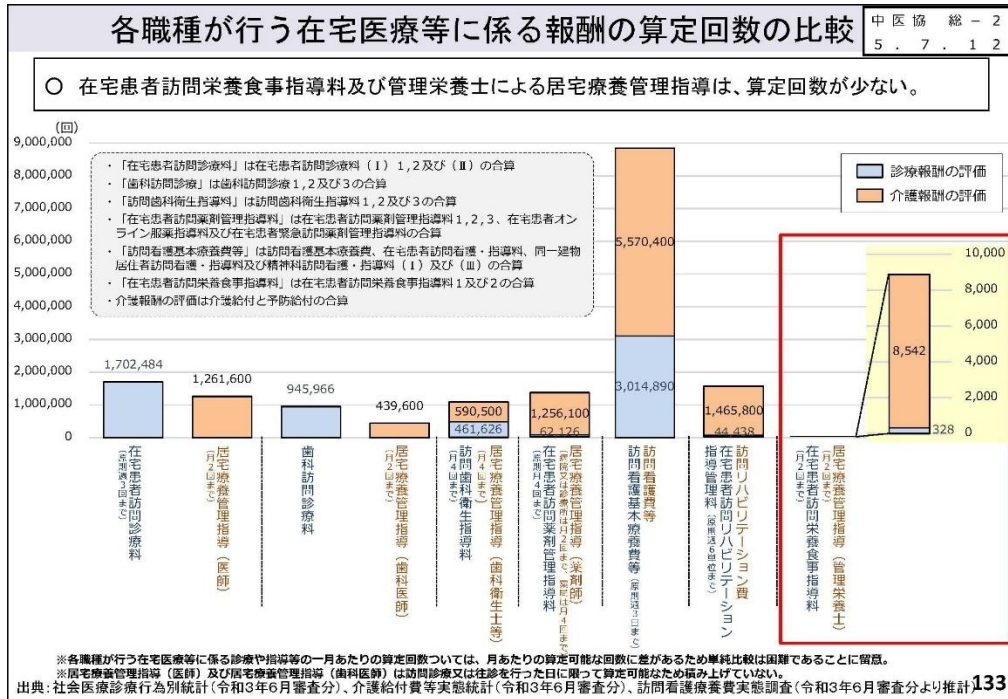


一方で、127 ページに目を移しますと、在宅訪問を行っていても麻薬の備蓄がない薬局や、1 カ月間に麻薬調剤の実績が 10 件以下の薬局が大半という実態も示されております。



資料の122ページに戻りますと、在宅薬学総合体制加算のうち、施設基準の厳しい加算2の薬局では薬剤師が多く、そうした薬局では無菌調剤の実績が一定程度あるということです。体制整備や実績の基準を改めて整理し、評価にメリハリをつける必要があるのではないかと感じています。





最後に、訪問栄養食事指導についてですが、133 ページを見てみますと、赤枠に囲まれておりますが、算定回数が極めて少ないことがわかります。

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、在宅診療ではない診療所は「算定対象となる患者（特別食の提供や栄養管理の必要性が認められる患者）がいない」も 5 割を超えていた。

		N	算定対象となる患者がいない	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のための人材育成・教育が行う余裕がない	自院の管理栄養士がいない	他の医療機関や栄養士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	連携できる管理栄養士がどこにいてもわからない	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

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（令和6年度調査）在宅医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

138

その理由として、138 ページを見てみますと、「院内業務が多忙で」「余裕がない」が最も多くなっておりますけども、在支病・在支診におけるサポートや、栄養ケア・ステーションの活用がどの程度進んだのか、実態も踏まえた上で議論すべきだと考えております。

長くなりましたが、私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、続きまして、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。在宅医療につきまして、介護分野も含めて多くの関係者の方々が連携しながら支援していくことになる中、協力連携体制の確保や I C T の活用が非常に重要だと思っております。

新設された加算の算定が伸び悩んでいる状況について、さらに詳しく分析していく必要があると思っております。

また、皆さまもおっしゃっていましたが、訪問看護につきましては、今後どんどん伸びていく分野だというふうに認識もしておりますが、

一方で、今回の資料からは、同じ意見になりますけども、レセプト 1 件当たりの平均訪問日数が 25 日以上となっているステーションが一定あり、利用者の状況を踏まえた適正な訪問日数となっているか、やはり少し疑問がございます。

また、レセプト 1 件当たりの平均医療費が高額なステーションもかなり増えており、ステーション間の差が大きく、事業者によって提供体制や方法、患者像に違いが生じているのではないかと考えております。

こうした点について今後、議論していきたいと思っておりますので、さらなる実態がわかる資料があれば、ご提示いただきたいというふうに考えております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい。ありがとうございます。今後も在宅医療のニーズは高まっていきますので、入院や外来などの医療機関はもとより、介護施設等との連携をさらに進め、地域における必要な医療を提供できる体制の構築に向けて検討していくことが重要と考えます。

その上で、他の委員からも発言、複数ございましたが、訪問看護においては、頻回であったり、高額なケースも見受けられるということですので、適切な実施に向けて、こういったサービスが提供されているのかなど、さらに詳細を分析し、お示しいただくよう、お願いいたします。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

ありがとうございました。続きまして、伊藤委員、お願いいたします。

○伊藤徳宇委員（三重県桑名市長）

はい、ありがとうございます。本当に、地域のさまざまな関係者と一緒に、この10年間、地域包括ケアシステムの構築に全力を注いでまいりました。

本当に医療関係の皆さん、また介護関係の皆さんなど、本当に多くの方にご協力をいただいておりますね、本当に形になってきているなあということを今、実感をしています。

訪問診療専門のクリニックも出てきたりですね、ご案内のような訪問看護ステーションも桑名市内でも、もう27箇所ということで、本当に多くの方々がですね、この、まさに面的に支える取組にご協力いただいておりますし、また、これをしっかりと2040年に向けてですね、これからはしっかりと取り組んでいかなくてはいけないというふうに思っております。

その一方で、1つ心配をしておりますのは、急性期の医療に取り組んでおられる病院での看護師の離職率の高さです。

桑名市の総合医療センターでも看護師の離職率はやはり 10%を超えているという状況でありまして、さまざまな理由で離職をするわけですが、そのあと、働く場所として、かなり、この訪問看護ステーションを選ばれる方も増えているということで、訪問看護に、何て言うかな、期待をされて、そこをお仕事として選ばれる方もいるんだというふうに思いますけれども、

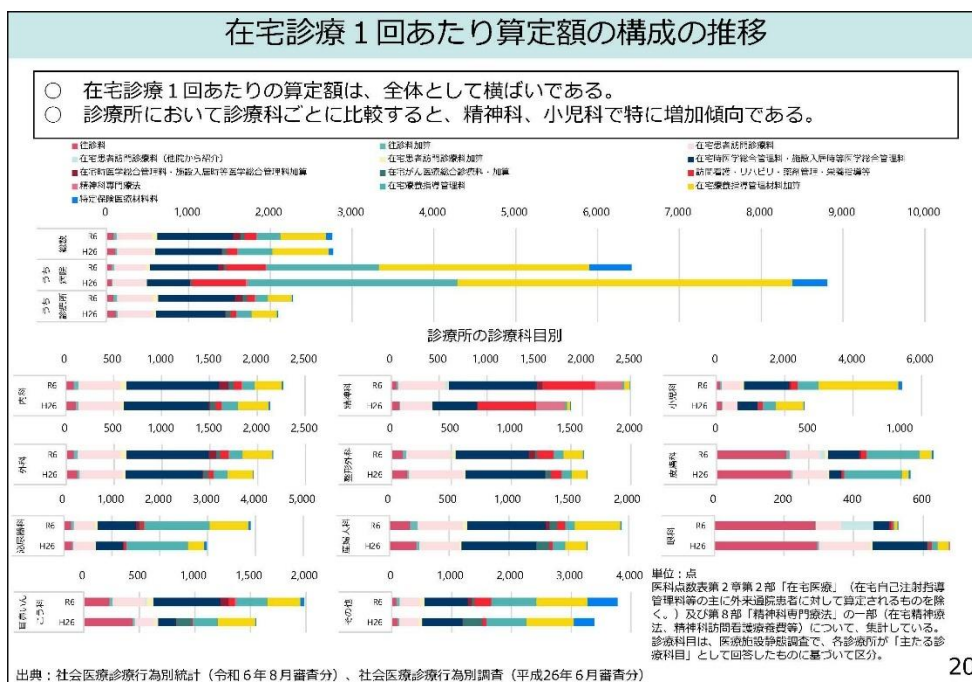
やはり、私たち、この暮らしの中ではですね、やっぱり急性期の医療がしっかり成り立っているということが前提で、その上で、この地域包括ケアができるってことが大事だというふうに思っていますので、この急性期の、本当に大変な現場で頑張っておられる看護師の方たちへのですね、処遇といいますか、そこをしっかりと応援をするんだというような仕組みが要るんじゃないのかなというふうに感じております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。はい。それでは、江澤委員、お願いいたします。

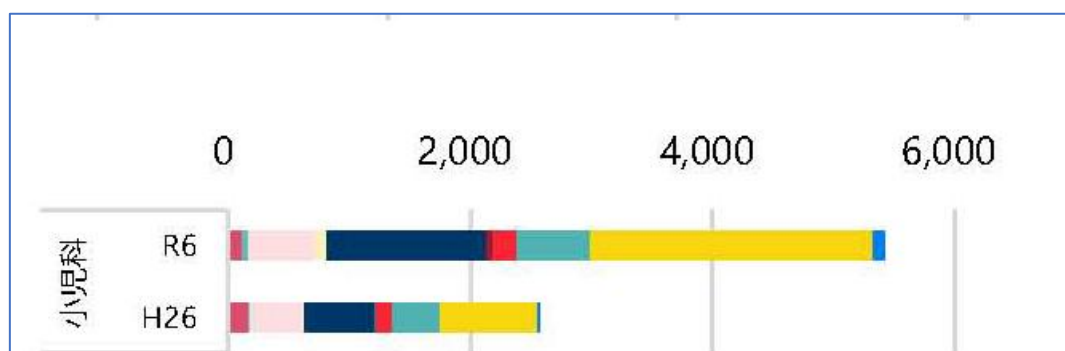
○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。ありがとうございます。20 ページの資料について、コメントさせていただきます。





精神科で在総管とか施設総管が伸びているのは当然、精神科の在宅の患者さんが増えている表れであり、これは政策的に精神科病床の削減、あるいは患者さんの地域移行、地域定着ということを目指している中で、これは、そういったところにそぐうものというふうに思ってます。



また、小児科で在宅療養指導管理材料加算が伸びているのは、ご存知のように医療的ケア児がもう2万、右肩上がりです。2万人を超えており、在宅で在宅医療を受けながら学校に通ったり生活をしたりされている方が増えており、そういったところの医療的ケア児を支えている表れというふうに思っており、われわれとしては非常に好意的に受け止めているものでございます。

また、もう1点。前回の緊急往診の見直しで、原則、緊急往診で医師と患者さんが「初めまして」というのはないですね、という改定があったわけですが、今回の結果を見ると、前回の改定の効果は十分表れているものというふうに判断しております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所特任教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ほかに、特にご発言ないようでしたら、本件に係る質疑はとりあえず、このあたりとさせていただきます。

本日もいろんなご意見、頂戴いたしました。今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくように、お願いいたします。