在宅医療の提供体制改革と期待される財政効果
ーコメディカルとICTの活用により訪問診療の効率化をー

調査部　主任研究員　成瀬　道紀

目次

１．はじめに

２．わが国の在宅医療の現状と求められる姿

（1）わが国の在宅医療の現状

（2）提供体制の非効率な部分と改善に向けた制度上の課題

（3）求められる政策

３．改革の財政効果

（1）推計の全体像

（2）在宅患者数は2041年に172万人に

（3）医師による訪問診療回数を抑制、コメディカルとオンライン診療へ

（4）在宅医療費の推計結果と財政効果

４．おわりに

補論　在宅医療費の推計方法詳細

（1）実績

（2）将来推計

要約

1．在宅医療は、高齢化に加え、住み慣れた自宅で過ごしたいという患者の希望をかなえ、入院医療費抑制に資するなどのメリットが期待されていることから、需要が急拡大しており、今後もこの傾向は続くとみられる。他方、供給面においては、医師および財源の不足など強い懸念が持たれており、需要増に応えるためには効率化を伴った提供体制の変革が不可欠である。現状、わが国の在宅医療は、諸外国と比べて医師による患者宅への訪問頻度が高く、コメディカル（医師を除く医療従事者）、および、オンライン診療をはじめとするICTを活用する提供体制への改革が求められる。それにより、医師による患者宅への訪問を患者の医療依存度に応じた必要最低限の頻度にとどめて、医療費を抑制しつつ、在宅医療の需要増に応え、コメディカルの専門性発揮を通してケアの質向上も期待できる。

2．そのために、対処すべき制度上の課題として大きく二つ指摘できる。一つは、訪問回数などの資源投入量で評価する診療報酬体系である。とりわけ、在宅医療を提供する診療所や病院にとって収入の柱である医学総合管理料の多寡は、訪問診療（計画的・定期的に患者宅を訪問する診療）の回数に大きく左右される。これにより、診療所等の経営の観点から、少なくとも月１回、通常は月２回の訪問診療が行われる。もう一つは、医師への過度な権限集中である。法律により、看護師は医師の指示がないと医行為を行えず、処方権は医師のみが有する。よって、医師の関与なしにはコメディカルを活用できず、低リスクのものも含め医療が一切成り立たない構造となっている。

3．以上を踏まえ、在宅医療の提供体制の効率化に向けて、以下の２点が求められる。一つ目は、医学総合管理料の評価方法の見直しである。訪問診療の回数などの資源投入量ではなく、患者の医療依存度に応じた評価とする。二つ目は、コメディカルの裁量の拡大である。具体的には、患者の病態の変化を予測し医師が看護師に対してあらかじめ対処方法を指示しておく包括的指示の利便性向上、一枚の処方箋を繰り返し使えるリフィル処方箋の普及促進、医師自ら診察しなくてもコメディカルに指示できるケースの明確化が挙げられる。

4．一定の前提のもとに推計すると、在宅医療を受ける患者数は2022年の95万人から2041年にピークの172万人に達するとみられる。もっとも、上述のような提供体制の改革により、訪問診療を患者の医療依存度に応じた必要最低限の頻度とし、コメディカルの訪問やオンライン診療等へ置き換えられれば、在宅医療費の増加を抑えることができる。在宅医療費は、現行体制のまま需要増に対応すれば2041年度に4.3兆円に達する一方、改革が実現した場合は4.0兆円にとどまり、その財政効果は3,000億円と推計される。

１．はじめに

在宅医療は、高齢化に加え、住み慣れた自宅で過ごしたいという患者の希望をかなえ、入院医療費抑制に資するなどのメリットが期待されていることから、需要が急拡大しており、今後もこの傾向が続くとみられる。他方、供給においては強い懸念が持たれている。懸念の一つは、まずもって何よりも医師の不足である。わが国は国際的にみて人口当たりの医師数が少ないなか（注１）、医師の働き方改革（注２）により長時間労働への規制が強まり、医師不足の深刻化が懸念されている。もう一つは、財源の不足である。そもそもわが国は長年財政赤字が続いているうえ、支え手である現役世代の人口は急速に減少しており、在宅医療を含め、増加を続ける医療費の財源確保は一層困難さを増している。

よって、在宅医療の需要増に応えていくためには、効率化を伴う提供体制の変革が不可欠である。効率化の余地が大きい部分として、医師による患者宅への訪問頻度が指摘できる。わが国では、制度上の要因により、症状が安定した在宅患者に対しても定期的に医師が訪問しているが、これは諸外国に照らして特異である。看護師や薬剤師などのコメディカル、および、オンライン診療をはじめとするICTをさらに活用すれば、医師による患者宅への訪問を患者の医療依存度に応じた必要最小限の頻度にとどめることができよう。それにより、医療費を抑制しつつ、医師不足が懸念されるなかでも需要増に応えることが容易となり、コメディカルの専門性発揮を通してケアの質向上も期待できる。

本稿は、在宅医療の提供体制のあるべき姿を考察し、加えてそうした提供体制が実現した場合に期待できる財政効果を推計する。本稿の構成は次の通りである。続く第２章では、わが国の在宅医療の現状と課題を整理したうえで求められる政策を提示し、第３章では、それらの政策の実行により提供体制の改革が実現した場合に期待できる財政効果を推計する。

（注１）OECD［2023］によると、わが国の人口1,000人当たりの医師数は2.6人で、OECD平均は3.7人である。
（注２）2024年４月から医師の時間外労働を原則年間960時間までとする上限が設けられる。2035年度まで一定の医療機関は例外的に年間1,860時間まで認められるが、それ以降はこうした例外措置も大幅な縮小が計画されている。

２．わが国の在宅医療の現状と求められる姿

(1) わが国の在宅医療の現状

A．患者像

在宅医療は、通院が困難な患者を対象に、自宅をはじめ生活の場で提供される。通院が困難な患者は二つのタイプに分類できる。一つは、在宅患者である。これは、一般に定期的・継続的に在宅医療を受けている患者すなわち訪問診療を受けている患者を指す。もう一つは、在宅患者以外である。普段は通院が可能でも一時的に通院が困難になる場合（注３）における患者である。いずれのタイプに対しても、急激に容体が悪化した場合、往診が行われる。往診とは、患者の求めに応じて医師が臨時的に患者宅を訪ねることである。往診も在宅医療に含まれるが、在宅医療の大半は在宅患者向けが占める。そこで、在宅患者に焦点を絞れば、その疾病、療養場所は以下の通りである。

在宅患者は、65歳以上の高齢者が95%を占める（2022年）（注４）。在宅患者の疾病の内訳は多岐に渡るが、循環器疾患、認知症、脳血管疾患、骨折・筋骨格系疾患などが多い（図表１）。がん（悪性新生物）は患者の絶対数は多いものの、入院での集中的な治療が奏功せず看取りに向けて在宅医療に移行するケー

スが主であり、一般的に在宅療養期間がおおむね１カ月と短い（非がん患者は１～２年程度が多く、長い患者では20年超に及ぶケースもある）（注５）。このため、特定の一時点でみた在宅患者に占めるがん患者の割合は１割程度にとどまる。通院困難な患者が対象のため、在宅患者の約９割は要介護者である。

在宅医療は患者の自宅で提供されるイメージを持たれがちであるが、狭義の自宅（高齢者専用ではなく介護等のサービスの付かない個人宅）に居住するのは在宅患者の半分弱とみられる（注６）。残りの半分強は、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、および、グループホームなどの施設に入居している。以下では、こうした施設も含めて患者宅と表記する。なお、介護医療院、介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などは、確かにそこは居住場所ではあるが、配置医師がいることから在宅医療の範疇に原則入らない（注７）。この点は留意を要する。

（図表１）在宅患者の対象病名と要介護度（n=705）

訪問診療の対象病名（複数回答）	%
循環器疾患（高血圧症、心不全など）	50.1
認知症	32.8
脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）	26.2
骨折・筋骨格系疾患	21.6
糖尿病	12.6
悪性新生物	10.6
呼吸器系疾患	9.1
精神系疾患	8.2
皮膚疾患（褥瘡等）	5.5
難病（神経系）	5.4
神経系疾患	3.8
COPD	2.4
眼科疾患	2.4
脊椎損傷	1.7
難病（神経系以外）	1.6
耳鼻科疾患	0.9
その他	12.6
無回答	3.7

要介護度	%
要介護１	13.6
要介護２	15.5
要介護３	14.6
要介護４	18.4
要介護５	20.9
要支援１・２	5.4
対象外	2.8
非該当	0.4
未申請	1.8
不明	3.0
無回答	3.5

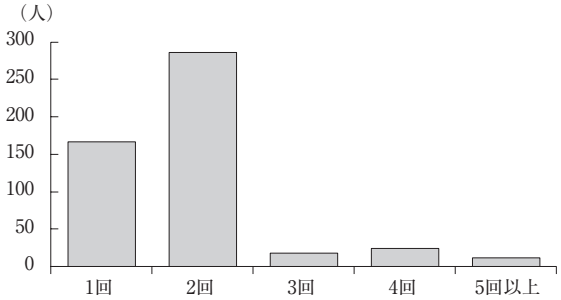
（資料）厚生労働省「令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和４年度調査）の報告案について」より日本総合研究所作成

B．提供主体とサービス

在宅医療の提供主体は、病院や診療所（医療機関と呼ぶ）、訪問看護ステーション、薬局、および、歯科医院など多岐に渡る。これらに所属する医療職が患者宅を訪問しサービスを提供する。主なサービスは以下の通りである。

医療機関からの患者宅への訪問は、医師によるものとコメディカルによるものとがある。まず、医師によるものは、訪問診療と往診がある。訪問診療は、後述する制度上の要因により、少なくとも月１回、通常は月２回行われる（図表２）。訪問診療、往診ともに基本的に医療保険から給付されるが、診療と同時に介護サービスを利用するうえでの助言･指導等を行った場合には、居宅療養管理指導費（注８）として別途介護保険から給付される。

（図表２）１カ月間の訪問診療回数別の患者数（n=509）



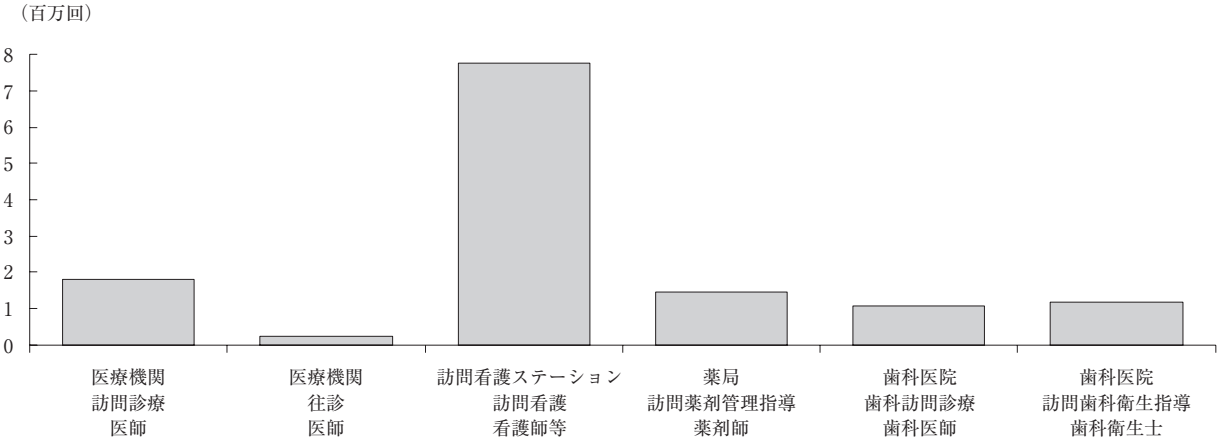
（資料）厚生労働省2023年10月４日中央社会保険医療協議会総会（第557回）「在宅（その２）」より日本総合研究所作成
（注）原データは、厚生労働省「令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」。

次に、コメディカルによるものは、①看護師による訪問看護、②薬剤師による訪問薬剤管理指導、③理学療法士･作業療法士･言語聴覚士などのリハビリ職による訪問リハビリテーション、④管理栄養士による訪問栄養食事指導といった形態がある。ただし、医療機関所属のコメディカルによる①と②は、

診療報酬が低く設定されていることもあり一般的ではなく、もっぱら外部の訪問看護ステーションや薬局にゆだねられる。その際、訪問診療を行う医師により、訪問看護指示書、訪問薬剤管理指導指示書などで指示がなされる。

訪問看護ステーションの訪問看護の具体的なサービス内容は、患者の健康状態の観察や、療養生活の相談、服薬支援、点滴･注射･採血･浣腸･褥瘡の処置･各種医療機器の管理などである。訪問頻度は患者の態様により異なるが、週２回程度が多い。これは医師の訪問診療より頻度が高く（図表３）、看護師は在宅患者にとって最も身近な医療職といえる。容体悪化などの緊急時も、患者やその家族は一般的にはまずは訪問看護ステーションの看護師に相談し、看護師が医師の診療が必要と判断した場合に医師が往診する流れとなる。訪問看護の費用は、要介護者･要支援者の場合、厚生労働大臣の定める疾病等（注９）の者および医師が頻繁な訪問看護が必要と特別に認めた者（注10）は医療保険から、それ以外の者は介護保険から給付される。要介護者･要支援者以外の場合、医療保険から給付される。

（図表３）在宅医療の提供主体・サービス・職種別訪問回数（2022年６月審査分）



（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、厚生労働省「介護給付費等実態統計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より日本総合研究所作成
（注１）訪問看護のみ2021年９月実績。
（注２）訪問看護は看護師の他、准看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含む。

薬局薬剤師は、医師の処方箋を確認して調剤したうえで患者宅を訪問し、訪問薬剤管理指導を行う。主な内容は、残薬の管理、薬の効果と副作用の状況の確認、および、服薬方法の指導などである。さらに、医師の指示通りに患者が服薬できていない場合は一包化や服薬しやすい剤形への変更を提案するなど、医師に次回処方へ向けた提案を行う。ただし、患者の家族等が薬局に処方箋を持ち込み、薬剤を受け取ることもできるため、薬物療法を受けるすべての在宅患者が訪問薬剤管理指導を受けているわけではない。訪問薬剤管理指導の費用は、要介護者･要支援者の場合は介護保険（注11）から、それ以外の場合は医療保険から給付される。

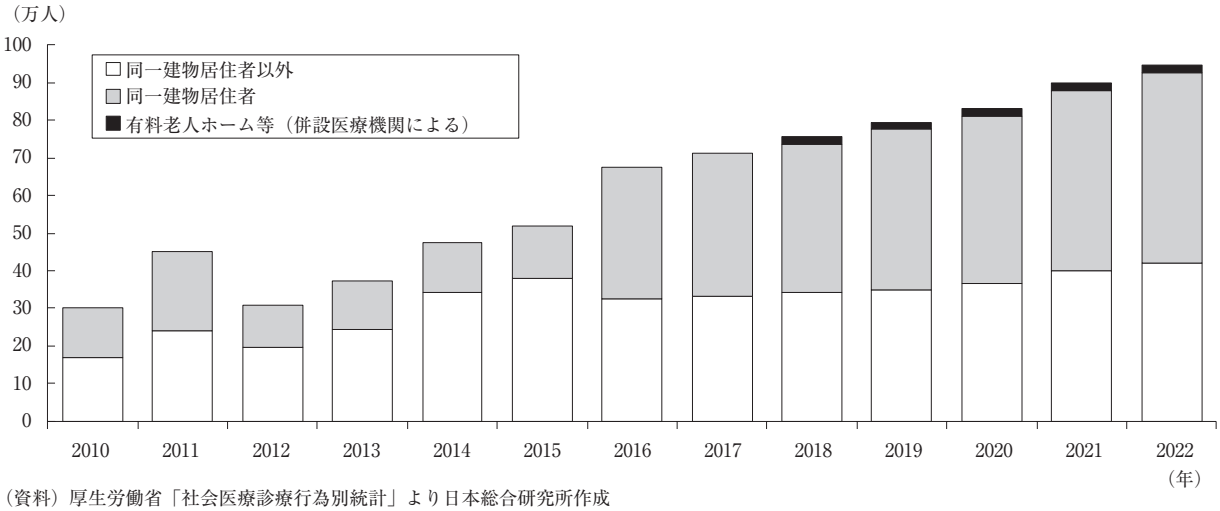
通院困難な患者が歯科領域の診療を必要とする場合、歯科医院の歯科医師が患者宅を訪問して診療する（歯科訪問診療）。歯石の除去などの口腔ケアや衛生指導などは、一般に歯科医師の指示のもと歯科衛生士が患者宅を訪問して行う（訪問歯科衛生指導）。口腔を清潔に保ち正常に機能させることは栄養摂取

の観点から高齢者の健康維持のうえで重要性が高く、定期的に歯科医師または歯科衛生士を呼び、入所者に診療や指導を受ける機会を設ける施設もよくみられる。歯科訪問診療は、基本的に医療保険から給付されるが、介護サービスを利用するうえでの助言･指導等を行った場合には、居宅療養管理指導費として別途介護保険からも給付される（注12）。

C．在宅患者数の推移と増加の背景

わが国では、現状、ほぼすべての在宅患者に対して医師が毎月訪問診療を行っているため、該当月に訪問診療を受けた患者数を在宅患者数（注13）と捉えることができる。それによると、在宅患者数は、2010年の30万人から2022年には95万人と急増している（図表４）。

（図表４）在宅患者訪問診療料の算定患者数



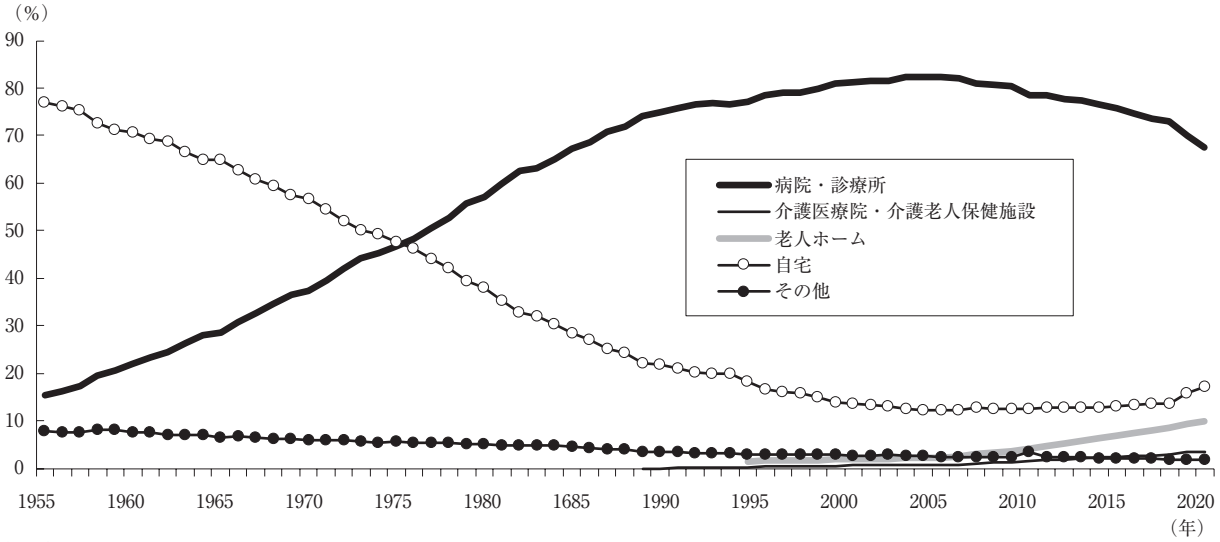
（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」より日本総合研究所作成
（注）各年６月審査分。

在宅患者数の増加要因として、高齢化ももちろんあるが、人々の選好の変化が大きい。高齢になるほど身体が弱くなり、普段から通院が困難な者が増えてくる傾向があることから、高齢化は在宅患者数の押し上げ要因となるが、2010年から2022年の在宅患者数の増加分65万人のうち、高齢化の影響は14万人にとどまる（注14）。残り51万人の増加は、各年齢における在宅医療の受療率の上昇による。これは、人々の選好の変化、すなわち入院医療等よりも在宅医療を選ぶ患者が増加したことを示している。

こうした変化は、死亡場所の割合の推移のデータに端的に表れている。2000年代半ばから、死亡場所に占める医療機関の割合が低下しはじめ、老人ホームや自宅の割合が上昇している（注15）（図表５）。わが国では、戦後しばらくは自宅で亡くなる人が大半であった。その後医療へのアクセスが改善するにつれ、有効か否かを十分に吟味することなく死期が迫り衰弱してくると入院させる傾向が強まったが、そうした終末期のケアの在り方が再考されつつあるといえる。

このような選好の変化の背景には、在宅医療が以下の大きく三つのメリットを持ち、そうしたメリットの認識が広まり、かつ、提供体制が整備され在宅医療を選択しやすくなったことが指摘できる。在宅医療のメリットの一つ目は、自宅で最期まで過ごしたいという患者の希望をかなえられることである。

（図表５）死亡場所の割合



（資料）厚生労働省「人口動態調査」より日本総合研究所作成

日本財団［2021］の67～81歳の国民を対象とした調査（回答数558人）によれば、６割弱（58.8%）が人生の最期を迎えたい場所として自宅を選択している。主な理由としては、住み慣れた場所で過ごしたい、愛着がある、自分らしく過ごしたい、家族に囲まれていたいなどが挙げられている。

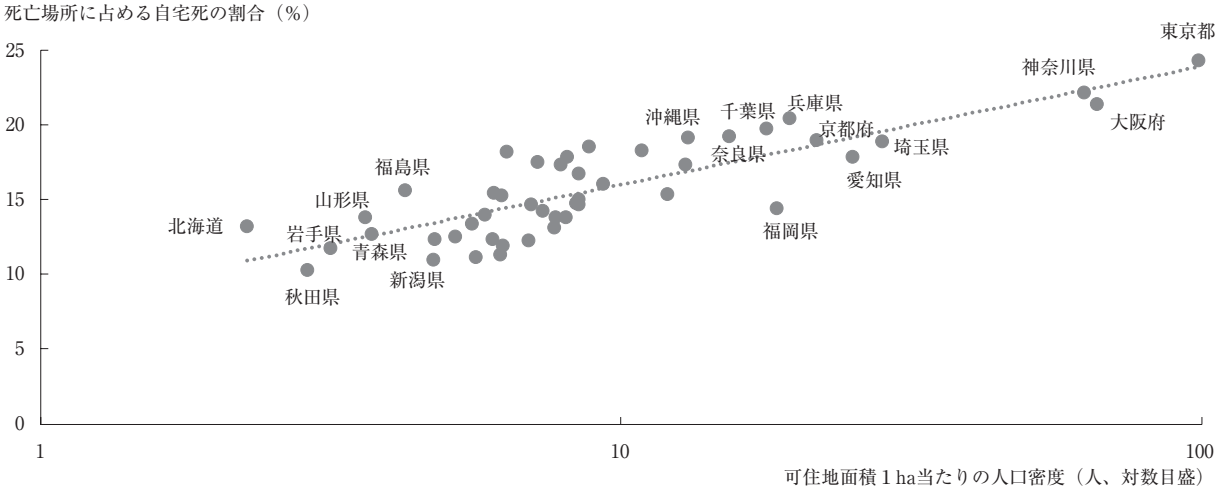
二つ目は、入院医療と比較して患者の健康に良い面がみられることである。入院医療は、医療資源を集中的に投入し疾病を治療することを目的としている。しかし、高齢者の場合複合的な健康問題を抱え、そもそも根治が期待できないことも少なくない。他方、高齢者にとって長期の入院は、環境変化によるストレスや長期間の安静臥床などにより、フレイル（注16）を進行させ、ADL（注17）を下げるリスクが高いことが知られている（注18）（佐々木［2016］）。このように、高齢になるにつれ、入院のメリットは減少し、デメリットは増加する傾向があり、入院医療で治療を目指すよりも在宅医療でケアする方が合理的な場合が多い。実際、入院中食事がとれなかった患者が、自宅に戻ると食欲が回復するような事例もしばしば報告される（桜新町アーバンクリニック在宅医療部［2021］）。学術的にも、進行がん患者の緩和ケアにおいて、在宅の方が病院より有意に生存期間が長いことが示されるなど（Jun Hamanoら［2023］）、近年在宅医療の優位性を示す研究が蓄積されつつある。

三つ目は、入院医療と比較したコストの低さである。入院医療費は14.6兆円（2022年度：概算医療費）と在宅医療費（2.4兆円：次節で詳説）の約６倍にのぼる。わが国の総病床数が157万床（2022年度、医療施設調査）であることを踏まえれば入院患者数は最大でも157万人であり、在宅患者数95万人の1.6倍程度にとどまり、患者一人当たり単価を単純計算すれば入院医療は2.5万円/日と在宅医療の0.7万円/日に比べ圧倒的に高い。もちろん、患者の状態や提供されるサービスが異なるため、単純比較から確定的結論を導くことはできないが、同じような患者群でも在宅医療の方が入院医療より相対的にコストが低いとの研究結果も示されている。例えば、福田ら［2020］は、東京都後期高齢者医療広域連合のレセプトデータから、経管栄養を実施した肺炎、脳血管疾患後遺症、認知症の患者で、患者の個体差によるバイアス除外後で、患者一人当たりの１カ月の在宅医療費は入院医療費を45.9万円下回ると推定している（注19）。

政府もこのような在宅医療のメリットを認識し、普及を促進してきた。主な施策を挙げれば、2006年に在宅療養支援診療所、2008年に在宅療養支援病院それぞれの制度を導入し、24時間対応など一定の要件を満たし在宅療養の支援に積極的に取り組む医療機関の診療報酬を高く設定した（注20）。さらに、2015～2017年にかけて策定された2025年に向けた病床再編に関するビジョンである地域医療構想では、在宅医療を強化しつつ病床数を抑制する方向性が示されるなど、政府として在宅医療を推進する立場を明確にしている。こうしたなかで、在宅医療への参入が進み提供体制が強化され、患者が在宅医療を選択しやすい環境が整いつつある。

なお、提供体制の整備は地域により格差があることが知られている。死亡場所に占める自宅の割合をみると、東京都など効率的に患者宅への訪問が可能な人口密度が高い地域ほど高い傾向がある（図表６）。人口密度の低い地域では、在宅医療を受けられずに入院や施設への入所を余儀なくされる患者が相当数いることが示唆される。

（図表６）都道府県別の人口密度と自宅死の割合（2022年）



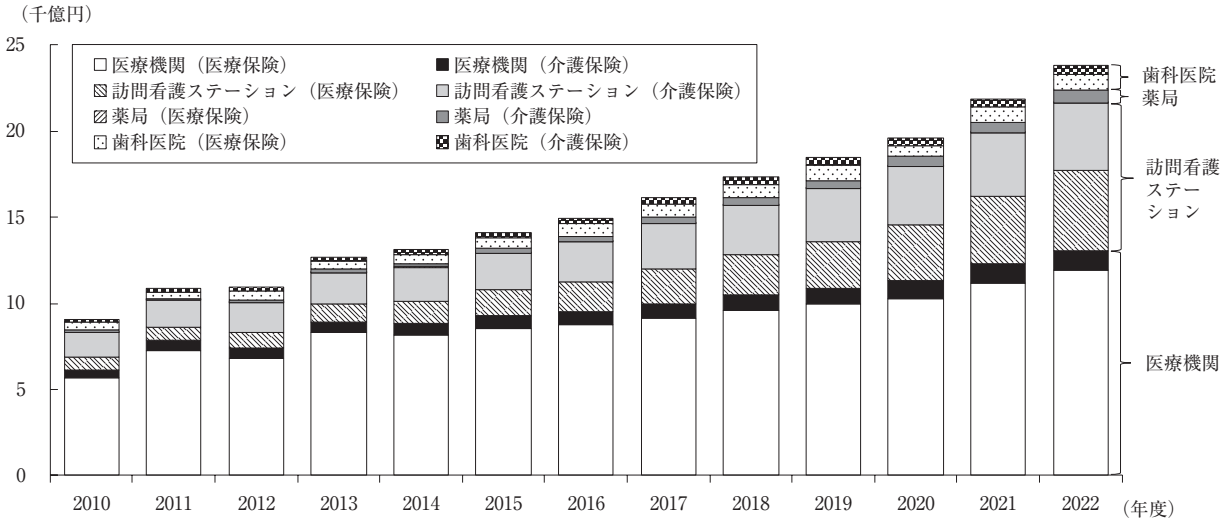
（資料）厚生労働省「人口動態調査」、総務省「統計でみる都道府県のすがた」、総務省「人口推計」より日本総合研究所作成

D．在宅医療費

在宅医療は、提供主体が多岐に渡り、かつ、それぞれ医療保険と介護保険の双方から報酬を得ているなど費用構造が複雑なこともあり、これまで費用の全体像が明らかにされてこなかった。そこで、各提供主体の在宅医療に関する医療保険･介護保険の報酬を集計すると、在宅医療費は主な対象者である在宅患者数と歩調を合わせ増加傾向にあり、2022年度には2.4兆円に達している（図表７）（推計方法は補論参照）。提供主体ごとの内訳をみると、医療機関が過半を占める。

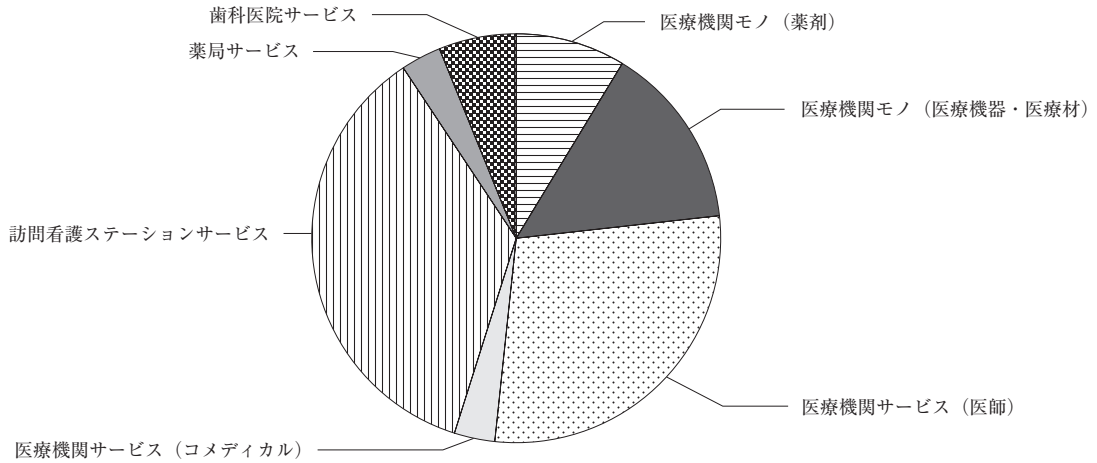
提供主体ごとの患者宅への訪問回数では訪問看護ステーションが圧倒的に多いことを踏まえると（再掲図表３）、費用の配分は医療機関に偏っているようにみえる。これは、医師の給与水準が高いことに起因する部分も大きいが、医療機関と訪問看護ステーションでは費用構造が異なる点には留意が必要である。訪問看護ステーションの報酬はすべてサービスの費用を賄うものであるのに対し、医療機関の報酬には薬剤･医療機器･医療材料などモノの費用を賄うための報酬も相応に含まれている（図表８）。医療機

（図表７）在宅医療費の推移



（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、厚生労働省「介護給付費等実態統計」、厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療費の動向調査」より日本総合研究所作成
（注）社会医療診療行為別統計の数値は、各年６月審査分を12倍することで、年間の数値を推計。

（図表８）在宅医療費の提供主体とモノ・サービス別内訳（2022年度）



（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、厚生労働省「介護給付費等実態統計」、厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療費の動向調査」より日本総合研究所作成

関の医師のサービスへの対価は、訪問看護ステーションの訪問看護サービスへの対価に迫る割合となっており、訪問頻度の違いを踏まえて計算すると、医師による訪問単価は看護師の約３倍に達する。

足元で年間約2.4兆円の在宅医療費は、在宅患者数の増加などを背景に、今後も一層の拡大が見込まれる。医療･介護分野では、政府が普及を図る領域には手厚い報酬を付与して事業者の参入を促し、市場が拡大すると単価の抑制により費用の増大を抑える政策がしばしばとられてきた。在宅医療も同様の経路を辿る可能性がある。もっとも、単純な報酬の引き下げは、在宅医療に携わる医療従事者を疲弊させ、提供の量･質の両面に悪影響を与える懸念があり、入院医療費の増大や国民の厚生の低下といった副作用

を招きかねない。そこで、抑制策がとられるとしても効率化を伴ったものでなければならない。

(2) 提供体制の非効率な部分と改善に向けた制度上の課題

わが国の在宅医療の提供体制において、効率化の余地が大きい部分として、医師による患者宅への訪問頻度が挙げられる。他方、移動時間を節約できるオンライン診療等の活用は低調である。訪問診療などの医師による定期的な診療に情報通信機器を用いた診療が組み込まれている在宅患者は全体の約0.05%にとどまる（図表９）。医師は、医療職のなかで給与水準が高く、かつ、人的資源としてもより希少であり、本来、移動時間のかかる患者宅への医師の訪問は必要最小限にとどめた方が効率的である。

（図表９）医学総合管理料の算定対象患者数（2022 年６月審査分）

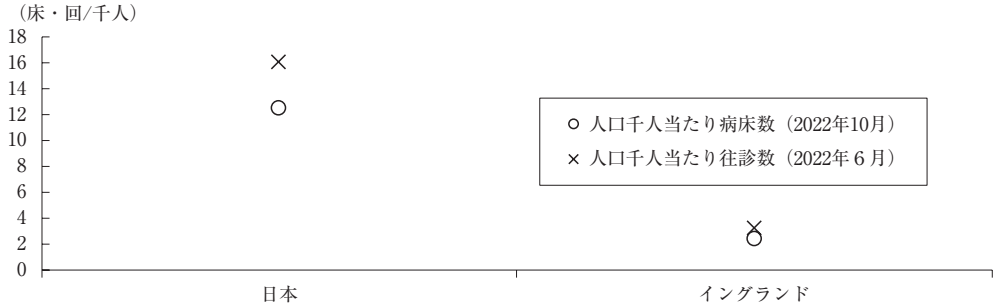
（人）

	在宅時 医学総合管理料	施設入居時等 医学総合管理料	合計
月２回以上訪問診療	217,580	420,843	638,423
月２回以上訪問診療等（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	134	185	319
月１回訪問診療	112,664	78,168	190,832
月１回訪問診療等（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	39	32	71
合計	330,417	499,228	829,645

（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」より日本総合研究所作成

実際、症状が安定した在宅患者に対して、わが国のように定期的に医師が訪問する現状は、海外では一般的ではない。イギリス、アメリカ、フランス、オランダにおける在宅医療の実態を調査した伊藤ら［2022］によると、これらの国では、在宅医療は看護師が中心を担い、医師が診療する場合でも近年はオンライン診療や電話が中心であり、とくに必要性が高い場合を除き医師による患者宅への訪問は稀である。データの取得が相対的に容易なイングランド（注21）と比較すると、人口当たりの医師による患者宅への訪問数は、わが国はイングランドの約５倍に達する（図表10）。なお、イングランドは人口当たりの病床数がわが国よりはるかに少ないことから、療養の場所として病院よりも在宅を選ぶ患者の割合はわが国より高いと考えられる。

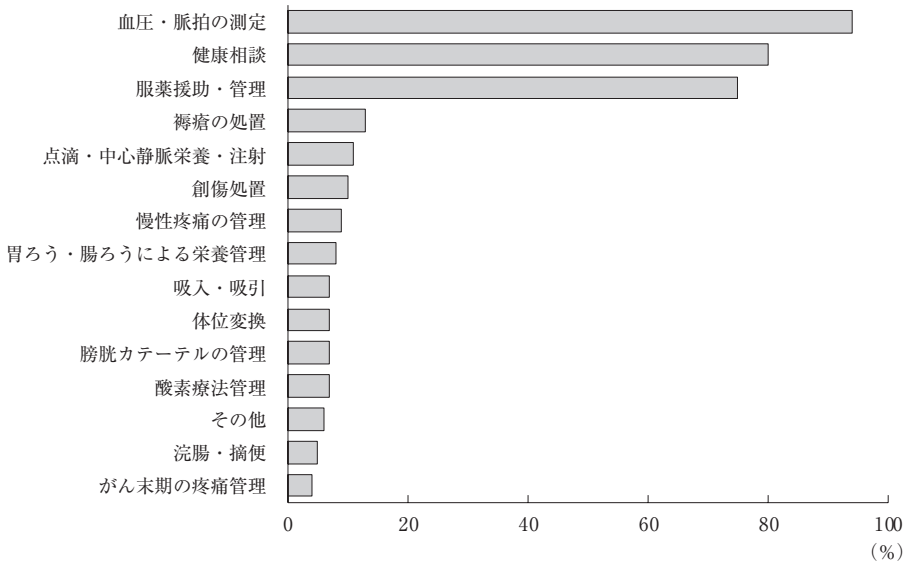
（図表10）日本・イングランドの人口千人当たり病床数と往診数



（資料）厚生労働省「医療施設調査」、厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、総務省「人口推計」、NHS England “Bed Availability and Occupancy”、NHS Digital “Appointments in General Practice”、Office for National Statistics “Population Estimates”より日本総合研究所作成
（注１）日本の往診数は往診と訪問診療の回数の合計。
（注２）イングランドの往診数は、GP診療所の医療従事者によるHome Visitの回数。看護師などのコメディカルによる訪問を含む概念であり、病院の専門医の往診は含まない（原則、病院の専門医は往診をしない）。
（注３）イングランドの病床は日帰り専用病床を含む。

図表３に示した通り、訪問診療と往診でははるかに前者の頻度が高く、わが国で医師による患者宅への訪問回数が多い主因は訪問診療である。そもそも海外では、往診と区別して定期的な患者宅への訪問を意味する訪問診療に該当する用語すら見当たらない。わが国の訪問診療は、血圧･脈拍の測定、健康相談、服薬援助･管理などが中心となっている（図表11）。こうした業務は、本来医師よりも看護師や薬剤師が得意とするところである。看護師は、これらにとどまらず、医師の指示のもと、褥瘡の処置、点滴･注射、創傷処置など患者の身体に負担をかけるいわゆる侵襲的な医療処置にも対応できる。わが国でも、看護師や薬剤師などのコメディカル、および、オンライン診療をはじめとするICTをさらに活用すれば、医師による患者宅への訪問を患者の医療依存度に応じた必要最小限の頻度にとどめることができよう。このような提供体制の改革を「本稿改革案」とする。これにより、医療費を抑制しつつ、医師不足が懸念されるなかでも在宅医療の需要増に応えることが容易となり、コメディカルの専門性発揮を通してケアの質向上も期待できる。

（図表11）訪問診療対象患者に提供している医療内容の内訳（n=2,681）



（資料）厚生労働省2015年２月18日中央社会保険医療協議会総会（第291回）「在宅医療（その１）」より日本総合研究所作成
（注１）原データは、厚生労働省「平成26年度検証部会調査（在宅医療）」。
（注２）医療内容は、原データに記載されている23項目のうち上位15項目を掲載。

もっとも、本稿改革案の実現を目指すうえで、対処すべき制度上の課題が大きく二つある。一つは、訪問回数などの資源投入量で評価する診療報酬体系である。とりわけ、在宅医療を提供する医療機関にとって収入の柱であり、在宅患者への医学的管理を包括的に評価する医学総合管理料の多寡は、訪問診療の回数に大きく左右される。訪問診療を月１回以上行わなければそもそも算定できず、月２回以上行うと点数が高くなる（図表12）。訪問診療の一部をオンライン診療に置き換えると、点数は著しく低くなる。訪問診療の対価は、別途在宅患者訪問診療料（１回8,880円、注22）で評価しているにもかかわらず、医学総合管理料が訪問診療の回数と連動していることは、医療機関にとって月２回まで訪問診療の回数を増やす強い金銭的インセンティブとなっている。

（図表12）在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料の診療報酬点数

（点）

	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（機能強化型・病床あり）			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（機能強化型・病床なし）			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（機能強化型を除く）			その他		
単一建物診療患者数	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
在宅時医学総合管理料												
月2回以上訪問診療（難病等）	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
月2回以上訪問診療等	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
うち1回は情報通信機器活用	3,029	1,685	880	2,789	1,565	820	2,569	1,465	780	2,029	1,180	660
月1回訪問診療等	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,300	1,280	680	1,760	995	560
うち2月目は情報通信機器活用	1,515	843	440	1,395	783	410	1,285	733	390	1,015	590	330
施設入居時等医学総合管理料												
月2回以上訪問診療（難病等）	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
月2回以上訪問診療等	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
うち1回は情報通信機器活用	2,249	1,265	880	2,069	1,175	820	1,909	1,105	780	1,549	910	660
月1回訪問診療等	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,640	920	680	1,280	725	560
うち2月目は情報通信機器活用	1,125	633	440	1,035	588	410	955	533	390	775	455	330

（資料）厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第54号）別表第一」より日本総合研究所作成
（注）1点＝10円。

もう一つは、医師への過度な権限の集中である。医師が自ら患者を診察したうえでコメディカルに指示することを基本とする法体系になっているうえ、診察を省略できる場合が明確化されていないため、医師は頻繁に診察した方が法的リスクを回避できる。看護師は医師の指示がないと医行為を行えず（保健師助産師看護師法第37条）（注23）、処方権は医師のみが有する（薬剤師法第23条）（注24）。よって、医師の関与なしにはコメディカルを活用できず、低リスクのものも含め医療が一切成り立たない構造となっている。さらに、無診察治療等が禁止されていることから（医師法第20条）（注25）、点滴などの処置や調剤･服薬指導は看護師や薬剤師に任せるとしても、医師は看護師への指示や処方箋発行のため、患者を診察しなければならない。これらの法律は大まかな考え方を示したものであり、具体的にどのようなケースで違反となりどこまで許容されるかは法律に規定されておらず、通達などで一部解釈が示されているものの、不明瞭な部分が多く残る。

(3) 求められる政策

以上を踏まえると、本稿改革案の実現に向けて、医学総合管理料の評価の在り方の見直しとコメディカルの裁量の拡大が求められる。

まず、医学総合管理料は、訪問診療の回数などの資源投入量との連動を廃止し、患者の医療依存度に基づく評価とすべきであろう。参考になる先例として、在宅医療と同じく慢性疾患の患者を対象とする療養病床の療養病棟入院基本料がある。療養病棟入院基本料はそれぞれ3段階の医療区分とADL区分の組み合わせにより、9通りの基本料が設定されている（図表13）。医療区分は医療依存度、ADL区分は介護依存度を示す。在宅医療の医学総合管理料の評価の基準となる医療依存度の指標としては、医療区分をたたき台として、在宅医療に携わる専門家等で協議し、在宅医療により適した指標を開発するアプローチが有効と考えられる（注26）。

上述の医学総合管理料と訪問診療の回数の連動廃止について補足すると、回数が０回、すなわち訪問診療を行わない月も医学総合管理料が算定されることになる。医師が自ら訪問診療を行わなくても、患者情報を管理し、訪問看護ステーションの看護師や薬局薬剤師などと連携し、医学的管理を行っているため、コストはかかっている。訪問診療を行わない月にも医療機関に報酬が発生するということは、海外のプライマリ・ケア（外来・在宅医療などの身近な医療）の制度でよくみられる登録制、人頭払い（注27）の導入と捉えることができる。わが国ではフリーアクセスが重視され、日頃から複数の医療機関を受診する患者が多いなか、登録制、人頭払いの導入には抵抗も根強いが、主たる医療機関が明確となっている在宅医療への導入であれば、比較的受け入れられやすいと考えられる。

（図表13）療養病棟入院基本料１と医療区分

（点）

	医療区分３	医療区分２	医療区分１
ADL 区分３	1,813	1,414	968
ADL 区分２	1,758	1,386	920
ADL 区分１	1,471	1,232	815

医療区分３	【疾患・状態】 ・スモン ・医師および看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24 時間持続点滴、中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用、ドレーン法、胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量 3L/ 分以上）
医療区分２	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋委縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患、その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷、肺気腫・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態、体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態、褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創、せん妄、うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 【医療処置】 ・透析、発熱または嘔吐を伴う場合の経管栄養 ・喀痰吸引（１日８回以上）、気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖チェック、創傷、酸素療法
医療区分１	・医療区分２・３に該当しない者

（資料）厚生労働省「令和４年度調査結果（速報）概要」（2023 年６月８日中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織令和５年度第２回入院・外来医療等の調査・評価分科会資料）より日本総合研究所作成
（注）療養病棟入院基本料は１日当たり。１点＝ 10 円。

次に、コメディカルの裁量の拡大に向けては、以下の３点がポイントとなる。一つ目は、医師から看護師への包括的指示の利便性向上である。包括的指示とは、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示することを指し、保健師助産師看護師法第37条でも許容されている（厚生労働省［2010］）。本来、包括的指示は、看護師が一人で対応しなければならないことが多い在宅医療で迅速に医療処置を行うために有効な手段である。しかし、現状では、包括的指示が成り立つためには、指示を受ける看護師が理解し得る程度の指示内容や判断基準が示されている必要があるとされ（厚生労働省［2010］）、病院内の看護師への指示における利用が主流である。病院内であれば、都度詳細な判断基準等を示さなくても院内の業務マニュアル等を参照して指示が出せるし、院内規定や教育研修により共通の理解が得られやすい。他方、医療機関が複数の訪問看護ステーションと連携する在宅医療において、個別に包括的指示を作成するのは手間がかかるうえ、医師が看護師の理解力を把握するのも容易ではない。

そこで、規制改革推進会議［2023］では、政府が在宅医療における包括的指示の例を示すように提言しているが、さらに進めて、政府作成例の文書をそのまま医療現場で使用できるようにすれば利便性が向上する。例えば、訪問看護指示書に、発熱・脱水症状・便秘などのよくみられる症状に関してそれぞれ包括的指示用のチェックボックスを用意しておき、そこに医師がチェックするだけで該当する症状に対して政府作成例に準じた包括的指示を出せるといった具合である。なお、医師と看護師で所属組織が異なる在宅医療では、とくに高度な指示をする場合を除き、看護師の理解力が十分ではない場合の医師の

責任を過度に追及しない旨を明確にしておくことが望まれる（注28）。

二つ目は、１枚の処方箋を繰り返し使って薬剤師が調剤できるリフィル処方箋の普及促進である。在宅患者の多くは薬物療法が中心である。本来、服薬状況や残薬、薬効や副作用の確認、服薬方法の指導などは、医師よりも薬剤師の方が専門的な知識を有しているはずである。わが国でも2022年４月にリフィル処方箋が導入され、制度上は症状が安定した慢性疾患の患者に対して薬剤が必要な都度、医師が診察して処方箋を発行する必要はなくなった。しかし、処方箋全体に占めるリフィル処方箋の割合は0.05%と利用は低調である（注29）。

医師がリフィル処方箋を利用しない要因として、受診回数の減少による診療報酬の減少（注30）もあろうが、本質的には薬剤師が患者の状況から薬効や副作用の発現状況などを正しく評価できるか否かについて医師が不安を持っている点が挙げられる。確かに、従来の薬剤師の業務は薬剤の調製や処方監査（処方箋に問題がないかのチェック）が中心で、患者に十分に向き合えていない旨の指摘も度々されている。今後、薬剤師は、薬学的専門知識を最大限に発揮し薬効や副作用の確認といった本来の役割を果たすためにも、血圧・脈拍・体温・呼吸数などのバイタルサインの取得（注31）など患者の状態を評価するスキル習得に注力し（狭間［2012］）、薬局としてもそれをサポートしていくことが求められる。さらに、薬学部での質の高い教育が重要である（注32）。こうした能力を持つ薬剤師と連携可能であれば、医師としても症状が安定した薬物療法が中心の在宅患者に対しては、リフィル処方箋を活用し、訪問診療の頻度を減らすことができよう。

三つ目は、医師法第20条が定める「無診察治療等の禁止」に関する在宅医療分野における基準明確化である。「診察」の定義を狭く解釈すれば、何らかの医行為を行う都度医師が患者本人を直接対面で診る必要があるようにも捉えられ、実際、かつてはオンライン診療も医師法第20条への抵触が懸念されていた。1997年に厚生省は局長通知（注33）で、診察とは、「問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう」との解釈を示した。オンライン診療における留意点なども盛り込まれており、適正にオンライン診療を行えば無診察治療等に当たらない旨を明確化した重要な通知である。

上記通知で「手段の如何を問わない」とされたように、現状でも診察をかなり幅広く解釈し得るが、どのようなケースが無診察治療等とみなされるのかは不明瞭である。例えば、みなされないケースを次のように明確化しておくべきである。すなわち、在宅療養中の患者をおおむね半年以内に対面で診察しており、看護師や薬剤師と連携して医学的管理をしている場合である。この場合、看護師や薬剤師からの報告をもとに医療処置の指示や処方箋の発行を行っても、無診察治療等に該当しないこととする。併せて、その際の留意点なども示しておけば、必要な診察を安易に省略する不芳事例を防ぐ効果があると考えられる。このように明確化することで、医師が法的リスクを回避するために症状の安定した在宅患者に対して毎月訪問診療を行う必要性は小さくなる。

（注３）体力的に多少の外出は可能でも、休日・夜間などを理由に、近隣の診療所が営業していない場合を含む。
（注４）図表４に示す訪問診療を受けている患者95万人（2022年６月審査分）のうち95%が65歳以上である。
（注５）在宅医療を受けるがん患者と非がん患者の療養期間の著しい格差については、自らの経験などから複数の医療従事者が述べているが、多数のデータを集計した資料としては、日本ホスピスケア緩和協会［2015］.「平成28年度診療報酬改定に向けた提言」がある。それ

によると、がん患者（N=5,936）の在宅療養期間は、平均値68.7日、中央値32日であるのに対し、非がん患者（N=608）は、平均値662.8日、中央値331日である。

（注６）図表９に示す通り、在宅時医学総合管理料を算定する患者より、施設入居時等医学総合管理料を算定する患者の方がやや多い。

（注７）例外として、特別養護老人ホームに入所する末期がん患者、看取りから30日以内の患者は訪問診療の提供が可能である。

（注８）要支援の患者の場合は、介護予防居宅療養管理指導費という名目になる。

（注９）末期の悪性腫瘍、多発性硬化症など特掲診療料の施設基準等別表第７に定められている。

（注10）特別訪問看護指示書により指示が出される。

（注11）介護保険の場合は、居宅療養管理指導と呼ぶが、本稿では簡素化のため、保険財源により用語を区別せず薬剤師による患者宅への訪問サービスは訪問薬剤管理指導と表現する。

（注12）ただし、介護老人保健施設、介護老人福祉施設など配置医師がいる施設の患者に対しては、介護保険の居宅療養管理指導費は算定できない。歯科衛生士による訪問歯科衛生指導については、要介護者・要支援者（配置医師がいる施設に入居する者を除く）の場合は介護保険から、それ以外の場合は医療保険から給付される。

（注13）在宅医療を受けた患者数として、患者調査（厚生労働省）の数値（2020年：17万3,600人）が用いられることがある。この数値は、調査日１日に訪問診療や往診等を受けた患者数であり、継続的に在宅医療を受けている患者のうちごく一部（たまたま調査日に診療を受けた者）が該当する。

（注14）2022年の年齢階級別の在宅医療の受療率が2010年と同じであったと仮定して計算すると、2022年の在宅患者数は44万人となった。

（注15）自宅死のすべてが在宅医療を受けて看取られているわけではなく、少なからぬ割合で孤独死・事故死・自殺・事件などの異常死が含まれているとみられる。東京都監察医務院によると、2021年における東京23区の死亡者のうち16.7%で検案（医師の診察を受けずに死亡した者の死体について医学的に確認すること）が行われている。

（注16）加齢により体力や認知機能が衰えた状態。

（注17）Activity of Daily Livingの略。移動・更衣・食事・排泄・入浴などの日常生活動作を行う能力。

（注18）このような入院による体力や機能の低下を入院関連機能障害（HAD：Hospitalization-Associated Disability）と呼ぶ。

（注19）本研究は介護レセプトを分析対象としていないものの、一般的に在宅医療の患者は介護保険を利用している点に留意が必要である。この点に対し、本研究の考察で、最も費用がかかる要介護５の月平均介護費用額が293,542円であることから、介護保険分の費用を考慮してもなお、在宅で療養する費用が入院医療費を下回る可能性を示唆する結果であるとしている。

（注20）例えば、図表12に示すように医学総合管理料でも在宅療養支援診療所（病院）はその他の医療機関より点数が高く設定されている。

（注21）イギリスを構成する四つのカントリー（国）の一つ。イングランドはイギリス全体の人口の８割超を占める。

（注22）同一建物居住者以外の場合。同一建物居住者は一人につき2,130円である。

（注23）保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。

（注24）薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。

（注25）医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。

（注26）療養病床においても、現在の３段階の医療区分では、同じ区分でも医療資源投入量が大きく異なるとして、より細かい区分とすることが検討されている（2023年11月22日第566回中央社会保険医療協議会総会資料「入院（その４）について」）。在宅医療では、医療依存度にかかわらず病床が占有される入院医療に比べ、よりメリハリの効いた評価が求められる。

（注27）登録された患者数に応じて医療機関に報酬が支払われる制度。患者の医療依存度などによって患者一人当たりの報酬に差を付けている国が多い。

（注28）看護師の雇用主である訪問看護ステーションが、一般的な包括的指示に対応する程度の能力を有することを担保し、仮に能力が十分でない看護師がいる場合は十分にフォローすることが求められる。包括的指示に示された範囲内でも、医師に具体的な指示を仰いではならないということはなく、看護師は少しでも自らの判断に不安を覚えた場合には、医師に連絡し具体的指示を仰ぐことが肝要である。

（注29）2023年11月10日中央社会保険医療協議会総会（第563回）資料「リフィル処方箋の実施状況調査報告書（案）」。

（注30）この点は、在宅医療の分野では、本稿で提言した医学総合管理料の見直しによりおおむね解決されると考えられる。

（注31）以前は薬剤師が患者に触れるべきではないといった考え方もあったようであるが、そもそもこのような人体に危害を及ぼす恐れがない行為は医行為に該当せず、医師や看護師以外の者が行っても法律上何ら問題ない。

（注32）薬学教育モデル・コア・カリキュラム（2022年度改定）では、臨床薬学の分野の学修事項として、薬学的管理に必要な身体所見の観察・測定・評価（フィジカルアセスメント）が明記されている。

（注33）1997年12月24日健政発第1075号「情報通信機器を用いた診療（いわゆる『遠隔診療』）について」。

３．改革の財政効果

本稿改革案は、訪問診療の頻度減少により、医師不足が懸念されるなかでもより多くの患者への在宅

医療の提供を可能とするが、同時に、財政面での効果も期待できる。本章では、その定量的推計を試みる。

(1) 推計の全体像

本稿改革案による財政効果は、現行の提供体制のまま在宅患者数の増加に対応したケース（現行ケース）と、本稿改革案が実現したケース（改革実現ケース）別に在宅医療費の将来推計を行い、その差額を計算することによって求める。在宅医療費は、次の式で記述できる。

在宅医療費＝在宅患者数×在宅患者一人当たり単価（往診費用を除く）＋往診費用

往診費用は、現行ケース、改革実現ケースとも同じとする。よって、以下では在宅患者数と在宅患者一人当たり単価（往診費用を除く）に焦点を当てる（注34）。

(2) 在宅患者数は2041年に172万人に

在宅患者数は、2022年の実績が95万人であり、本稿推計では2041年にピークの172万人に達すると見込まれる。推計の考え方は、以下の通りである。慢性的な医療ニーズを有しつつも通院が困難な患者（以下、通院困難患者）は、在宅医療を受けるか、あるいは、病院や施設で療養する必要がある。

通院困難患者数（A）＝在宅患者数（B）＋施設系サービス利用者数（C）

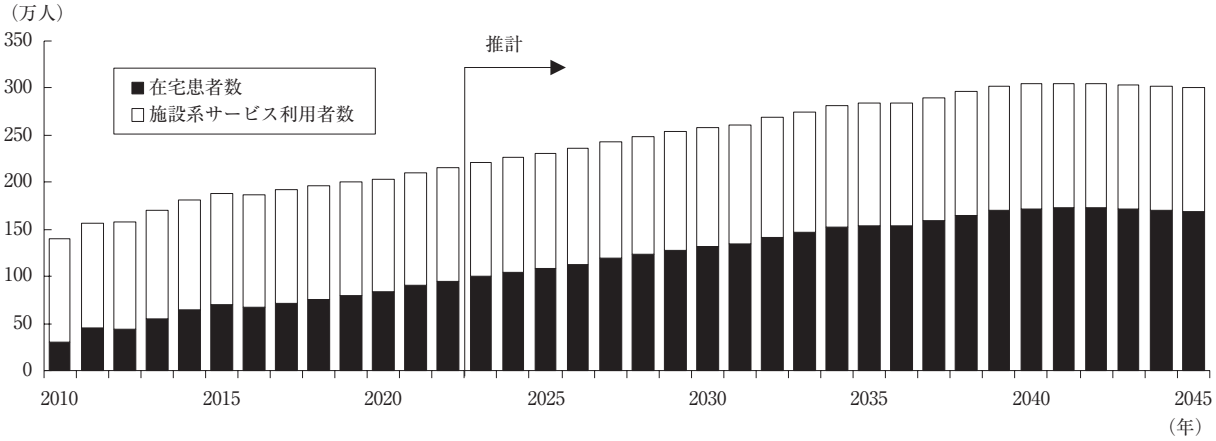
（C）は、療養病床・介護医療院・老健・特別養護老人ホーム、すなわち原則在宅医療の対象外となる施設の利用者数である。本稿では、（A）を推計した後、それを（B）と（C）に振り分ける考え方を採った。

まず、（A）は2022年の実績が215万人（注35）であり、2041年にピークの305万人に達すると推計した（図表14）。５歳ごとの年齢階級ごとの人口に対する通院困難患者の割合が今後も一定であると仮定した（図表15）。例えば、75～79歳の通院困難患者割合は2.5％であり、それにT年の75～79歳人口を掛け合わせることで、T年の75～79歳の通院困難患者数を算出する。各年齢階級でこのように算出した通院困難患者数を合計すれば、T年のわが国全体の通院困難患者数が求められる。この通院困難患者割合は年齢層の上昇に比例し、例えば、90歳以上では33％に達する。

次いで、（A）を（B）と（C）に割り振る。過去の実績をみると、（A）は、2010年の140万人から2022年に215万人へ増加した。この12年間の増加分の75万人のうち86%は（B）、残り14%は（C）の増加によるものである。将来においても、（A）の増加分はこの割合で割り振られるものとし、（B）と（C）を推計した。その結果、（B）は2022年の95万人から2041年にピークの172万人に達すると見込まれる。

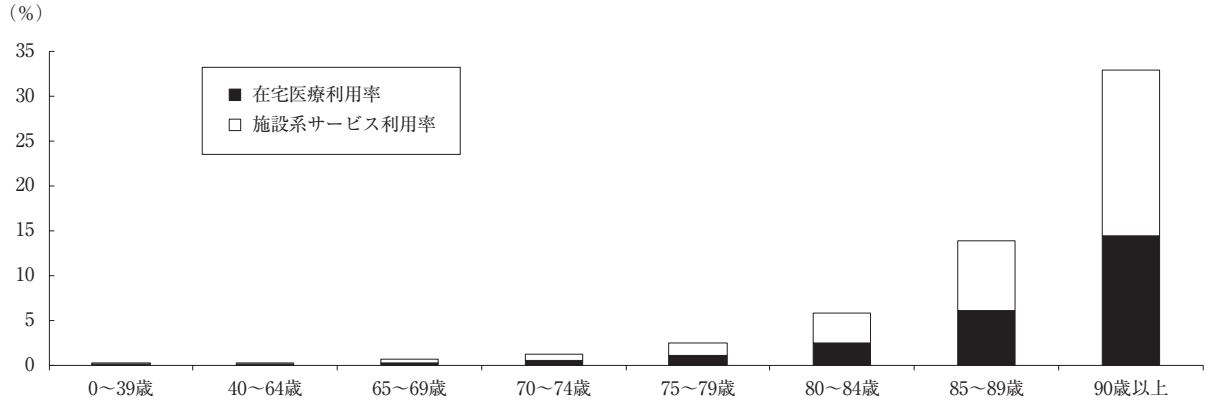
こうした推計結果は、通院困難患者のニーズに一定程度整合した内容と評価できる。既述の通り、人生の最期を迎えたい場所について６割弱が自宅を希望しているとの調査結果もある。本稿推計では、通院困難患者に占める在宅患者の割合（B÷A）は2022年の44%から2041年には57%へと上昇する。他方、ここまでの議論はあくまで需要推計であってこの通りに供給がなされるかは自明ではない点には留意が必要である。これまで急ピッチで在宅医療の供給が拡大してきたことを踏まえればこの通りに供給されることも期待し得るが、医師不足が懸念されるうえ、今後在宅医療の診療報酬の抑制などの政策がとられた場合には供給制約が強まる懸念もある。

（図表14）在宅患者数と施設系サービス利用者数の実績と将来推計



（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、厚生労働省「介護給付費等実態統計」、総務省「人口推計」、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）」より日本総合研究所作成
（注１）将来推計人口は、出生中位（死亡中位）推計を利用。
（注２）施設系サービスは、療養病床（医療・介護）、介護医療院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設。

（図表15）年齢階級別の人口に占める通院困難慢性疾患患者の割合（2022年6月）

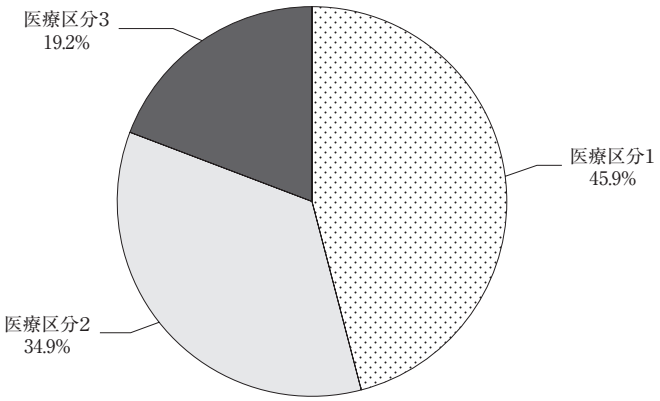


（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」、厚生労働省「介護給付費等実態統計」、総務省「人口推計」より日本総合研究所作成
（注１）在宅医療の利用者数は訪問診療の利用者数。
（注２）施設系サービスは、療養病床（医療・介護）、介護医療院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設。

(3) 医師による訪問診療回数を抑制、コメディカルとオンライン診療へ

在宅患者数がピークに達する2041年における医師による訪問診療の回数は、現行ケースでは月326万回に達する一方、改革実現ケースでは月140万回に抑えられる。改革実現ケースでは、医療の質の維持･向上を図るため、医師による訪問診療の回数抑制分（現行ケース対比月▲186万回）の半分（月93万回）を訪問看護または訪問薬剤管理指導、もう半分（月93万回）をオンライン診療に置き換える。現行ケース、改革実現ケースにおける訪問診療の回数の推計方法は以下の通りである。現行ケースでは、単純に在宅患者数の増加と同じ比率で増加すると仮定した。改革実現ケースでは、医療区分１の患者には６カ月に１回（注36）、医療区分２は月１回、医療区分３は月２回の訪問診療を行う前提とした。なお、在宅患者に占める各医療区分の患者の割合は過去の厚生労働省による調査のデータのまま一定と仮定した（図表16）。

（図表16）訪問診療対象患者の医療区分

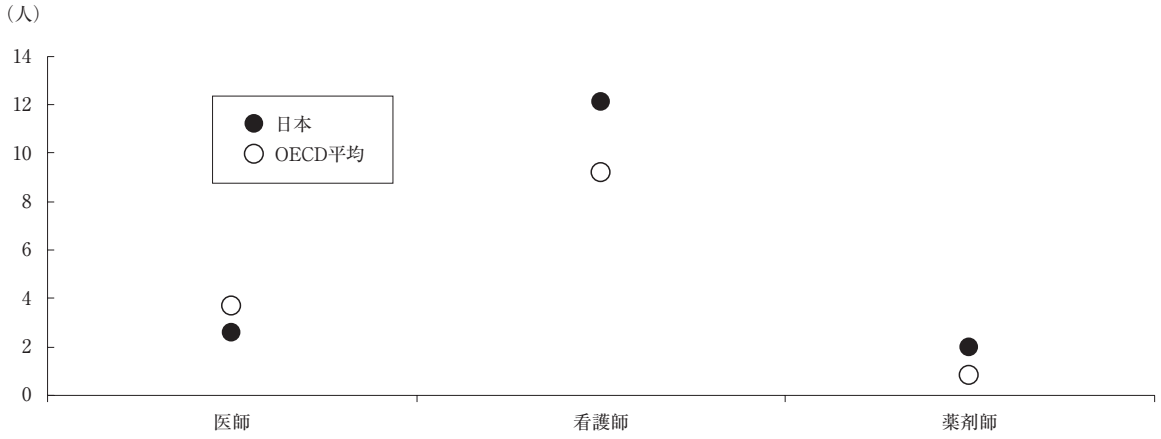


（資料）厚生労働省「平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成24年度調査）在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査 報告書（案）について」より日本総合研究所作成
（注）調査対象364人のうち、医療区分無回答57人を除いた307人のデータで比率を計算。

改革実現ケースの実現可能性を評価するに当たっては、①訪問診療の回数をそこまで減らすことが適切か、②訪問看護や訪問薬剤管理指導を増やす分の看護師や薬剤師を確保できるか、③オンライン診療を普及させられるか、がポイントとなる。①については、医療区分ごとの適正な訪問診療の頻度は明らかではないものの、イングランドの在宅医療と比較すると、総じて無理な減らし方ではないと考えられる。イングランドの医師の人口当たりの患者宅への訪問回数はわが国の約２割にとどまるが、改革実現ケースにおける訪問診療の回数は現行ケース対比４割強である。

②については、看護師や薬剤師の確保は医師に比べて容易とみられる。まず、看護師数は128万人（2020年：衛生行政報告例）と医師（34万人、2020年：医師・歯科医師・薬剤師統計）よりはるかに多い。国際的にみても、わが国は人口当たりの看護師数が多い方である（図表17）。現状、訪問看護ステーションに勤務する看護師数は6.2万人にとどまるが、人口減少により手厚い看護配置が求められる急性期病床での需要減少が見込まれるなか、病院からの労働力のシフトが期待できる。次に、薬剤師数は人口当たりでみ

（図表17）人口千人当たりの医師・看護師・薬剤師数（2021年）



（資料）OECD「Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS」より日本総合研究所作成
（注１）Practicing Physicians、Practicing Nurses、Practicing Pharmacistsの人口1,000人当たりの人数。
（注２）看護師は、わが国の准看護師など看護師より低次の資格の者を含む。

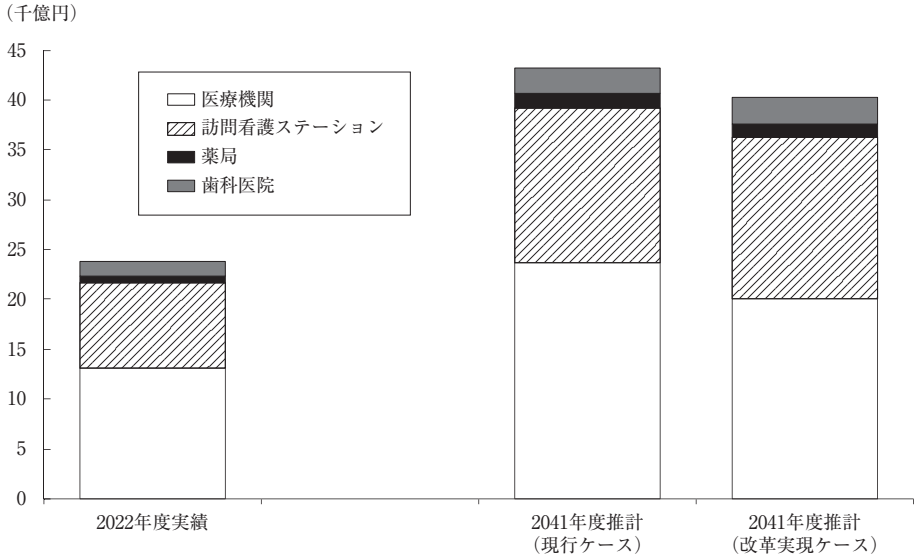
て国際的に突出している。薬剤の調製業務の機械化などを進めれば、薬剤師が在宅医療に取り組む時間をさらに確保することは十分可能である（成瀬［2023］）。

③については、高齢者にはスマートフォンやタブレットなどの情報通信端末の操作に慣れていない者も多いが、患者宅を訪問した看護師や薬剤師、あるいは介護職などのサポートがあれば、オンライン診療の実施は容易である。さらに、遠隔で患者情報が得られる電子聴診器などの新技術はオンライン診療普及の追い風になると期待される。なお、オンライン診療の活用は、とりわけ患者宅への移動時間の長さが在宅医療提供の制約となっている人口密度の低い地域において患者が自宅での療養を選択できる環境を整備するうえで、大きな効果が期待できる。

(4) 在宅医療費の推計結果と財政効果

以上から2041年度の在宅医療費を推計すると、現行ケースで4.3兆円、改革実現ケースで4.0兆円となった（図表18）（推計方法詳細は補論参照）。その差額は3,000億円であり、これが提供体制の改革による財政効果となる。3,000億円という金額は、2041年度の現行ケースの在宅医療費の約７％に当たり、在宅医療の分野の改革としては財政的にも大きなインパクトがあると評価できよう。他方、改革実現ケースでは、2022年度対比で、医師のサービスへの対価（注37）が1.3倍、医師の患者宅への訪問単価（注38）は1.5倍と増加し、医師の金銭面の待遇の観点からも十分受け入れられる内容と考えられる。

（図表18）在宅医療費の推計（2041年度）



（資料）日本総合研究所作成

上記の推計結果は、あくまで現在の診療報酬体系を前提に計算したものである。本稿では、患者の医療依存度に応じた医学総合管理料の導入を提言しているように、その具体的な設計次第で、改革実現ケースの在宅医療費および財政効果は変わり得る点には留意が必要である。

（注34）ただし、各ケース別の在宅医療費を求めるうえで往診費用の推計も必要であるため、補論で簡潔に示す。
（注35）在宅患者数（B:95万人）と施設系サービス利用者数（C:120万人）を合計することで2022年実績215万人を求めた。（B）の算出方法は図表４の通り。（C）は、2022年６月審査分の医療・介護レセプトから確認した次の施設の利用者数の合計である（医療療養病床23万人、介護療養病床１万人、介護医療院４万人、老健35万人、特別養護老人ホーム57万人）。
（注36）訪問看護指示書の指示期間が最長６カ月であることから、６カ月とした。
（注37）図表８の医療機関サービス（医師）、および、補論の図表19のサービス（医師）に該当する費用。
（注38）医師のサービスへの対価を訪問診療と往診の合計の回数で割って算出。

４．おわりに

本稿では、現行の在宅医療の提供体制において効率化の余地が大きい点として、医師による訪問診療の頻度の高さを指摘し、その是正のために、医学総合管理料の見直しとコメディカルの裁量の拡大が重要と主張した。同様のことは、外来も含めたわが国のプライマリ・ケア全体にあてはまる。実際、わが国は、人口当たりの外来受診回数が国際的にみて極めて多い（注39）。その主因は、出来高払いの診療報酬体系と医師への過度な権限集中とみられ、在宅医療における訪問診療の多さと同じ構図である。

そもそも、プライマリ・ケアは多職種の専門性を相互に尊重し、チーム医療で行うことがグローバルスタンダードである。本稿では在宅医療を中心に論じたが、外来も含めたプライマリ・ケア全体で多職種が専門性を最大限発揮できるよう、制度整備や医療従事者への啓発を進めていくことが求められる。

（注39）OECD［2023］によると、わが国の平均外来受診回数は一人当たり11.1回/年（OECD平均は6.0回/年:2021年）と、OECD平均を大きく上回る。

補論　在宅医療費の推計方法詳細

（1）実績

本稿では、医療機関、訪問看護ステーション、薬局、歯科医院の在宅医療に関する費用をそれぞれ医療保険、介護保険から抽出・集計し、在宅医療費の総額を求めた。なお、以下では、在宅医療費の実績値はとくにことわりのない限り2022年度の数値とする。

医療機関の在宅医療費のうち、医療保険分は、診療報酬明細書（レセプト）を集計した統計である社会医療診療行為別統計における医科診療の在宅医療の区分に集計されている費用（2022年度６月審査分:994億円）とした。これは１カ月分の数値であるため、12を乗じて年間の金額に換算した（１兆1,922億円）。介護保険分は、介護給付費等実態統計における、医療機関の医師・薬剤師・管理栄養士による（介護予防）（注40）居宅療養管理指導費（469億円（注41））、（介護予防）訪問リハビリテーション費（637億円）、および、医療機関による（介護予防）訪問看護費（47億円）とした。

訪問看護ステーションの在宅医療費のうち、医療保険分は、国民医療費における訪問看護医療費（2021年度:3,929億円）とした。2022年度の国民医療費は公表前であるため、医療費の動向調査における訪問看護療養費の前年度比伸び率（+18.0%）を用いて2022年度の数値を外挿した（4,635億円）。介護保険分は、介護給付費等実態統計における訪問看護ステーションによる（介護予防）訪問看護費とした（3,891億円）。

薬局の在宅医療費のうち、医療保険分は、社会医療診療行為別統計の薬局調剤の６月審査分から在宅医療に関連する費目を抽出・集計し（注42）（６億円）、12を乗じて年間の金額とした（71億円）。介護保険分は、介護給付費等実態統計における薬局薬剤師による（介護予防）居宅療養管理指導費とした（687

億円)。

歯科医院の在宅医療費のうち、医療保険分は、社会医療診療行為別統計の歯科診療の６月審査分の在宅医療の区分に集計されている費用（78億円）に12を乗じて年間の金額とした（936億円)。介護保険分は、介護給付費等実態統計における歯科医師･歯科衛生士による（介護予防）居宅療養管理指導費とした（524億円)。

(2) 将来推計

在宅医療費の将来推計では、費目ごとに推計し、それを合計した（図表19)。費目の性質によって、在宅患者数、往診回数、訪問診療回数に比例すると考えられるものなどさまざまである。このうち、本文中で推計方法の説明を省略した往診回数は、2022年の月23万回（社会医療診療行為別統計:2022年６月審

（図表19）在宅医療費の将来推計における費目別詳細

		2022年度		2041年度推計	
		実績		現行ケース	改革実現ケース
	在宅患者数（万人）	95		172	172
	往診回数（万回/月）	23		35	35
在宅医療費（億円）	訪問診療回数（万回/月）	179		326	140
	モノ／サービス		連動する指標		
医療機関（A）		13,076		23,692	19,936
医療保険		11,922		21,609	18,278
往診料	サービス（医師）	324	往診回数	486	486
在宅患者訪問診療料	サービス（医師）	1,223	訪問診療回数	2,226	953
医学総合管理料	サービス（医師）	2,260	本文中に説明	4,116	2,232
医学総合管理料（加算）	サービス（医師）	207	本文中に説明	377	204
在宅がん医療総合診療料	サービス（医師）	145	在宅患者数	265	265
訪問看護・指導料	サービス（看護師等）	54	在宅患者数	99	99
訪問リハビリテーション管理指導料	サービス（理学療法士等）	18	在宅患者数	32	32
訪問薬剤管理指導料	サービス（薬剤師）	0	在宅患者数	0	0
訪問栄養食事指導料	サービス（管理栄養士）	0	在宅患者数	0	0
訪問看護指示料	サービス（医師）	151	在宅患者数	276	276
在宅療養指導管理料	サービス（医師）	1,942	在宅患者数	3,537	3,537
在宅療養指導管理材料加算	モノ	3,293	在宅患者数	5,998	5,998
薬剤料	モノ	2,070	在宅患者数	3,770	3,770
特定保険医療材料料	モノ	172	在宅患者数	314	314
その他	サービス（医師）	62	在宅患者数	112	112
介護保険		1,153		2,083	1,659
居宅療養管理指導費（医師）	サービス（医師）	460	往診・訪問診療	821	397
居宅療養管理指導費（薬剤師）	サービス（薬剤師）	3	在宅患者数	5	5
居宅療養管理指導費（管理栄養士）	サービス（管理栄養士）	6	在宅患者数	11	11
訪問リハビリテーション費	サービス（理学療法士等）	637	在宅患者数	1,160	1,160
訪問看護費	サービス（看護師等）	47	在宅患者数	85	85
訪問看護ステーション（B）	サービス（看護師等）	8,526	在宅患者数	15,528	15,528
薬局（C）	サービス（薬剤師）	759	在宅患者数	1,382	1,382
歯科医院（D）	サービス（歯科医師等）	1,461	在宅患者数	2,661	2,661
改革による訪問診療置き換え分（E）		—		—	779
訪問看護・訪問薬剤管理指導	サービス（看護師・薬剤師）	—	本文中に説明	—	622
オンライン診療	サービス（医師）	—	本文中に説明	—	158
合計（A＋B＋C＋D＋E）		23,822		43,262	40,287

（資料）日本総合研究所作成

査分）から現行ケース、改革実現ケースともに2041年には月35万回に増加する。2022年の往診月23万回のうち、約６割の14万回が在宅患者向け、残る約４割の９万回がその他の患者向けとみられる（注43）。在宅患者への往診回数は、在宅患者数の増加（2022年：95万人→2041年：172万人）と同じ比率で増加すると仮定し、2041年は月26万回に達すると推計した。その他の患者への往診回数は、2022年の９万回のまま横這いとした（注44）。

在宅医療費を構成する費目のうち、モノやコメディカルによるサービス（提供体制改革による訪問看護および訪問薬剤管理指導増加分を除く）など、医師によるサービス以外の費用は、在宅患者数に比例し、現行ケースと改革実現ケースで費用は一致する。

医師によるサービスの費用は次のように推計した。往診料は往診の回数に、在宅患者訪問診療料は訪問診療の回数に、居宅療養管理指導費は往診と訪問診療の回数の合計に、それぞれ比例すると仮定した。在宅末期がん患者への医療提供を包括的に評価する在宅がん医療総合診療料、訪問看護指示書の作成・交付への対価である訪問看護指示料、および、在宅療養指導管理料は在宅患者数に比例すると仮定した。在宅療養指導管理料とは、血液透析や酸素療法など特定の医行為を行い患者に療養上の指導をした場合に原則月１回に限り算定できる報酬である。主に医療区分２・３に該当するような医療依存度の高い患者が対象と考えられ、その場合提供体制の改革実施後でも月１～２回の訪問診療が行われる前提としているため、改革に影響されず現行ケースと同様に算定されると想定した。

やや複雑なのは、医学総合管理料およびその加算である。現行ケースでは、患者数と比例して増加すると考えられる。一方、改革実現ケースでは、訪問診療の頻度減少が押し下げ要因となる。医学総合管理料は、訪問頻度だけでなく、療養場所、在宅療養支援診療所（病院）の届出状況、病床の有無、単一建物診療患者数などさまざまな要素に左右される（再掲図表12）。そこで、社会医療診療行為別統計の2022年６月審査分のデータから、訪問頻度が月１回、および、月２回の患者の医学総合管理料の点数の加重平均値をそれぞれ求めた。その値を用いて、医学総合管理料は、月１回訪問診療を行う医療区分２の患者は平均1,758点、月２回訪問診療を行う医療区分３の患者は平均2,423点とした（注45）。なお、訪問診療の頻度が６カ月に１回の医療区分１の患者は、医学総合管理料は算定されない。医学総合管理料の加算は医学総合管理料の算定が要件であるため、改革実現ケースにおける医療区分１の患者には算定しない扱いとした。

改革実現ケースは、現行ケース対比での訪問診療回数の減少分の半分（93万回/月）ずつ、それぞれ訪問看護または訪問薬剤管理指導とオンライン診療を増加させる前提としている。訪問看護・訪問薬剤管理指導の単価は5,550円（注46）、オンライン診療の単価は1,410円（注47）とし、順にそれぞれ年間622億円、158億円の費用増加を織り込んだ。結果、2041年度の在宅医療費は現行ケースで4.3兆円、改革実現ケースで4.0兆円となった。

（注40）介護保険の制度上、同じ内容のサービスであっても、要支援者へ提供されるサービス名には、要介護者へ提供されるサービス名の前に「介護予防」がつけられる。

（注41）うち460億円とほとんどが医師によるものである。

（注42）社会医療診療行為別統計の薬局調剤では、同統計の医科診療、歯科診療と異なり、在宅医療の区分は設けられていない。そこで、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、在宅患者重複

投薬・相互作用等防止管理料、経管投薬支援料を在宅医療に関する費用とした。なお、上記の各費目に関する加算の費用も含む。

（注43）2023年10月４日第557回中央社会保険医療協議会総会で示された資料「在宅（その２）」によると、2022年５月に往診を受けた患者151,826人のうち60.8%に当たる92,353人が訪問診療を受けていた。なお、上記は事務局である厚生労働省がNDBデータから集計した数字である。

（注44）一般の外来と同じく、高齢化が押し上げ要因になる一方、人口減少が押し下げ要因となる。なお、外来受診回数は近年ほぼ横這いで推移している。

（注45）上述した医学総合管理料に影響を与える諸要素のうち、訪問診療の頻度以外は提供体制の改革により影響を受けないと整理した。

（注46）訪問看護の医療保険における訪問看護基本療養費Ⅰイ（１）、すなわち、同一建物居住者以外の患者に対して保健師、助産師、または看護師が訪問する場合（週３日まで）の費用を採用して5,550円とした。なお、訪問薬剤管理指導の単価も、例えば介護保険で単一建物診療患者数が一人の場合は5,170円など、訪問看護とほぼ同水準である。

（注47）再診料（730円）と処方箋料（680円）を算定すると想定した。

（2024.1.16）

参考文献

［１］伊藤智子、佐方信夫、川越雅弘、阿部計大、田宮菜奈子［2022].「令和３年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究報告書 海外における在宅医療の実態 ―英・米・仏・蘭のレビュー―」

［２］小笠原雅彦、溝江篤、近藤敬太、野口善令、大杉泰弘［2022].『在宅医療 藤田総診 リアル実践ガイド』羊土社

［３］規制改革推進会議［2023].「規制改革推進に関する答申～転換期におけるイノベーション・成長の起点～」

［４］厚生労働省［2010].「チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書）」

［５］在宅療養支援診療所薬剤師連絡会［2021].『在支診薬剤師という働き方―在宅医療における新しい役割をデザインする』薬事日報社

［６］桜新町アーバンクリニック在宅医療部［2021].『ポケット介護 ＜みんなで支える＞在宅医療 ＜その人らしさ＞に寄り添い、地域での暮らしを支援』技術評論社

［７］佐々木淳［2016].『これからの医療と介護のカタチ』日本医療企画

［８］中西京子［2016].「訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大と法的責任」Core Ethics Vol.12（2016）

［９］成瀬道紀［2023].「薬剤師供給の在り方―薬剤師の将来ビジョンを描き薬学部定員半減と臨床教育強化を―」JRIレビュー Vol.4, No.107

［10］日本財団［2021].「人生の最期の迎え方に関する全国調査」

［11］狭間研至［2012].「『薬局3.0』と薬剤師にとってのバイタルサインの意義」YAKUGAKU ZASSHI 132

［12］福田治久、前田恵［2020].「厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究報告書 在宅医療に関連する医療提供量・費用分析に関する研究」

［13］悠翔会［2023].「ANNUAL REPORT 2022」

［14］Jun Hamano, Ayano Takeuchi, Masanori Mori, Yasuhiro Saitou, Takahide Yamaguchi, Nobuyuki

Miyata, Masakatsu Shimizu, Ryo Yamamoto, Yousuke Kimura, Yoshiyuki Kamiyama, Yasuyuki Arai, Hiroshi Matsuo, Hideki Shishido, Kazushi Nakano, Tomohiro Nishi, Hiroka Nagaoka, Naosuke Yokomichi, Isseki Maeda, Takashi Yamaguchi, Tatsuya Morita, Takuya Shinjo［2023］. “Comparison of survival times of advanced cancer patients with palliative care at home and in hospital” PLOS ONE.

［15］ OECD ［2023］.「Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS」.