

# 14 訪問看護について

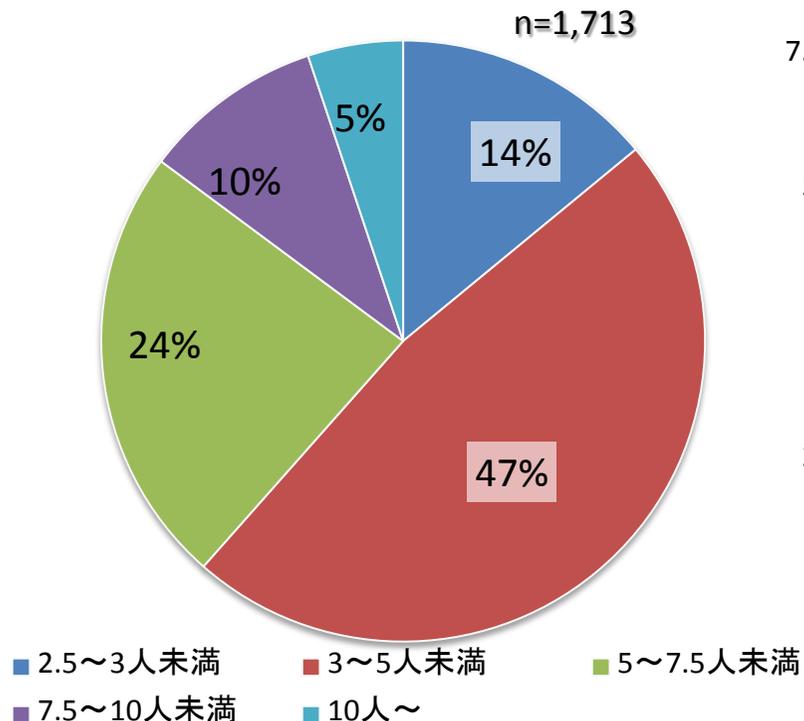


# 訪問看護ステーションの現状と課題

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%  
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

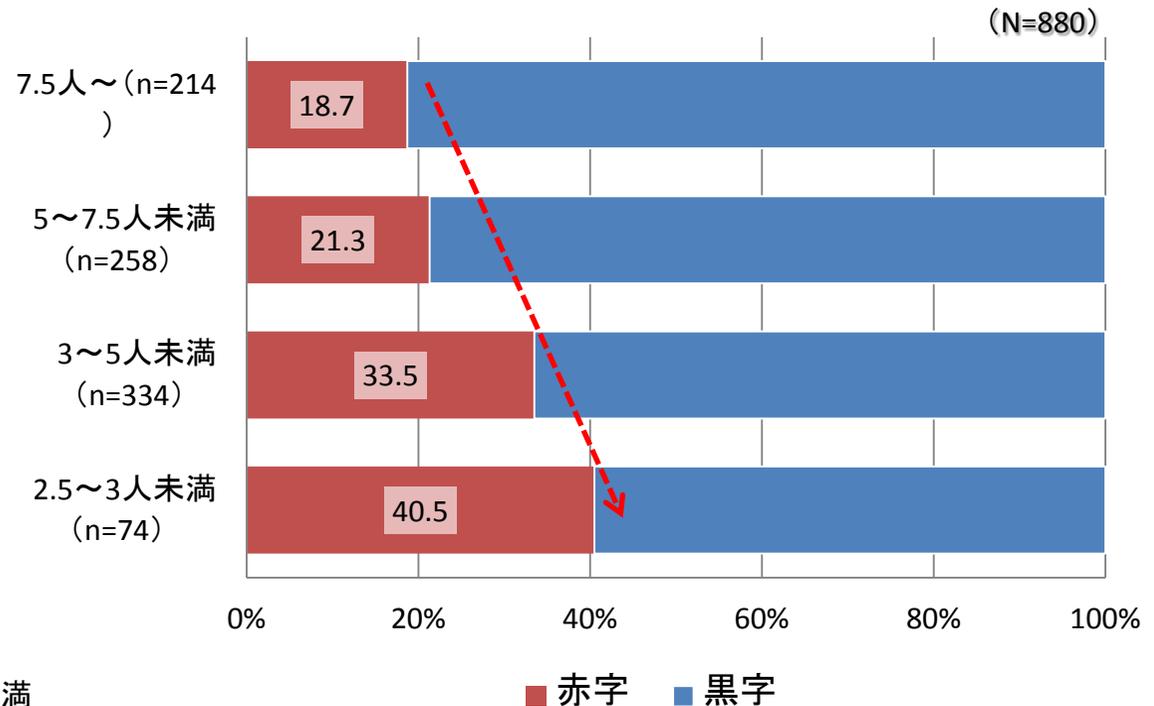
## 職員\*数規模別にみた事業所数の構成

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

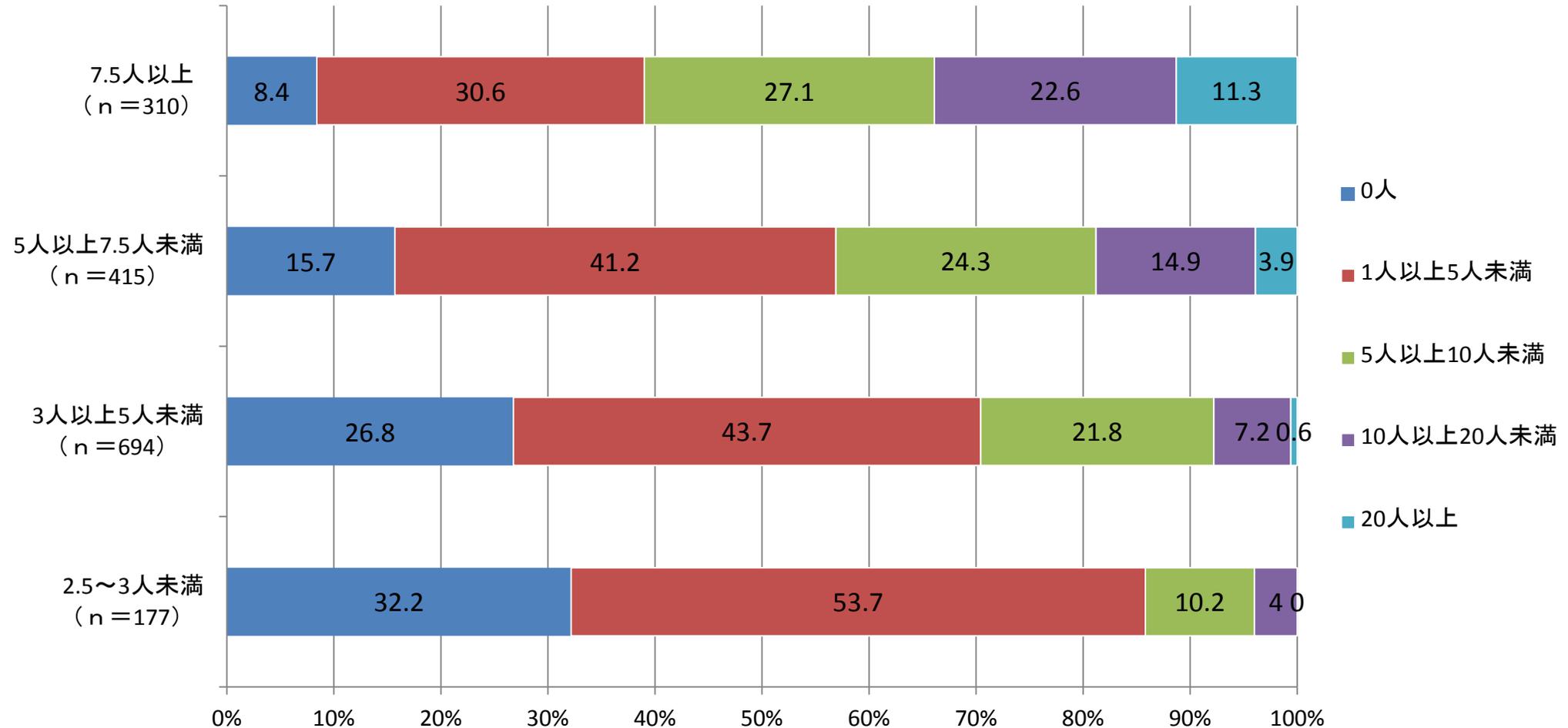


## 職員\*数規模別にみた収支の状況

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

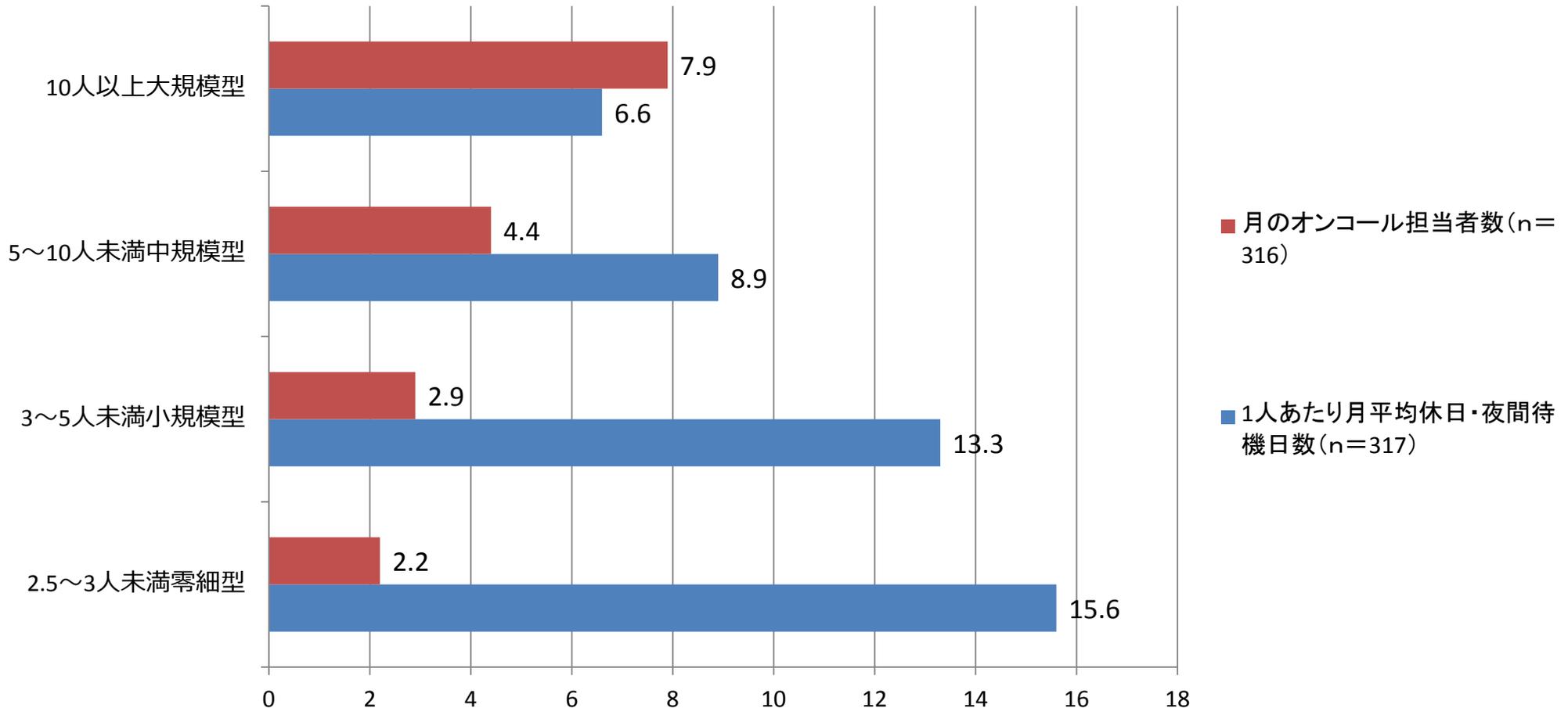


# 訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

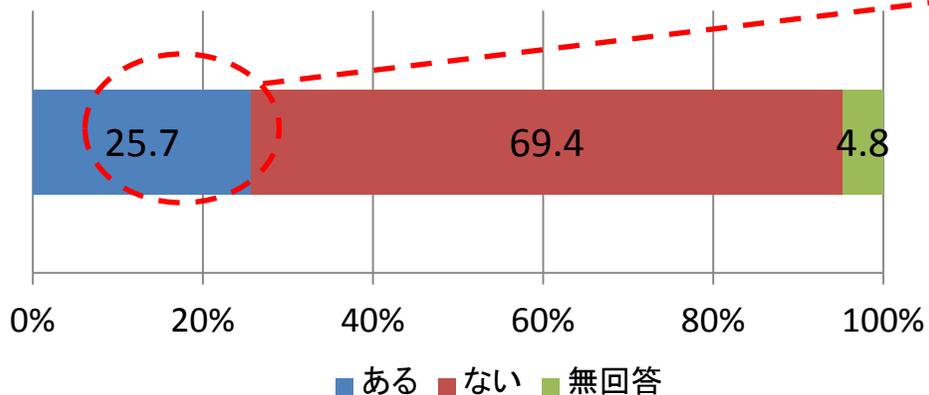
# 訪問看護事業所の規模別24時間 オンコール対応の状況



○訪問看護事業所の規模が小さいほど、オンコールの負担が大きい傾向がある。

# 訪問看護ステーションからの 複数名での訪問看護

看護職員と介護職員の2人以上で訪問した  
ケースがあるかどうか。※(N=1898)



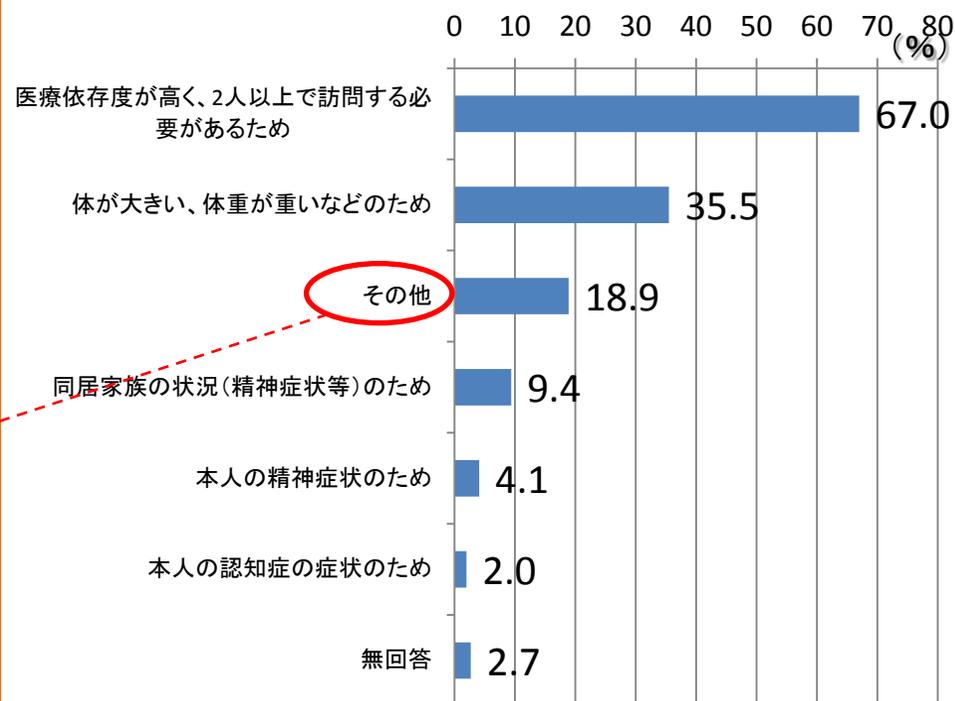
※過去11月1ヶ月に医療保険対象者への訪問看護について調査

## その他の主な回答

- ・ケアの役割分担、協働のため
- ・処置時間短縮のため
- ・独居で寝たきりのため
- ・本人の負担を最小限にするため

等

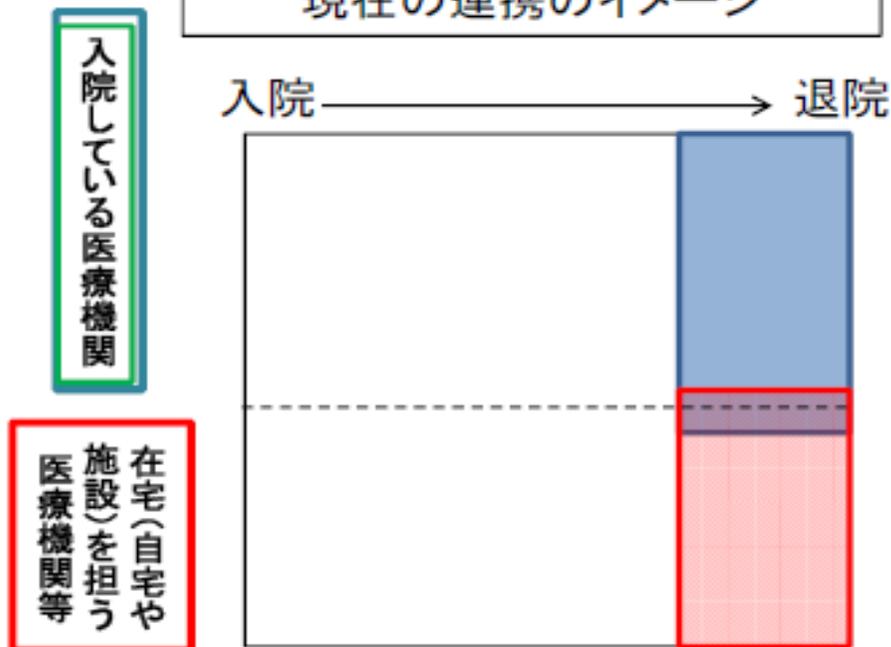
看護職員と介護職員の2人以上で訪問した  
主な理由※(N=488)(複数回答)



# 15 退院調整について

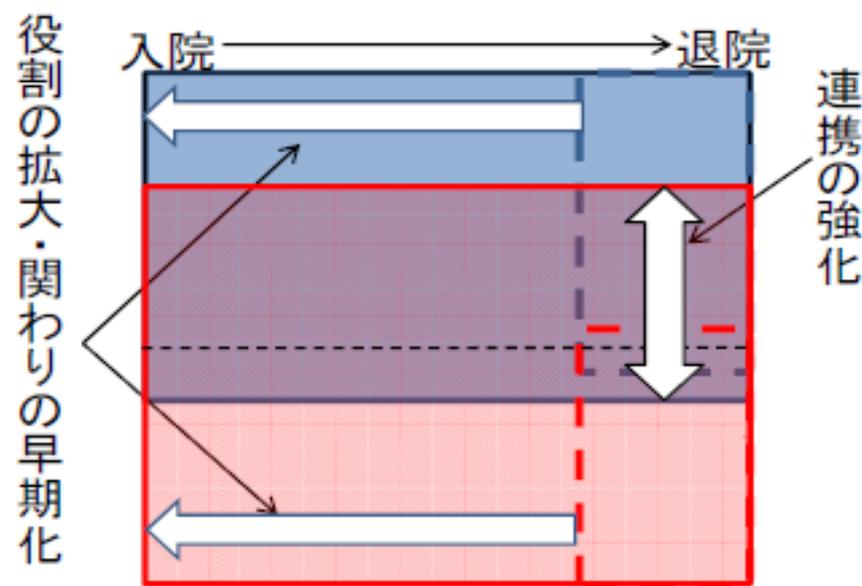
# 入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ

現在の連携のイメージ



- ・入院後症状の安定が見込まれた時期からの退院調整
- ・在宅療養を担う医療機関の入院医療機関における退院後の療養上の指導のみ評価
- ・退院時期を中心とした連携

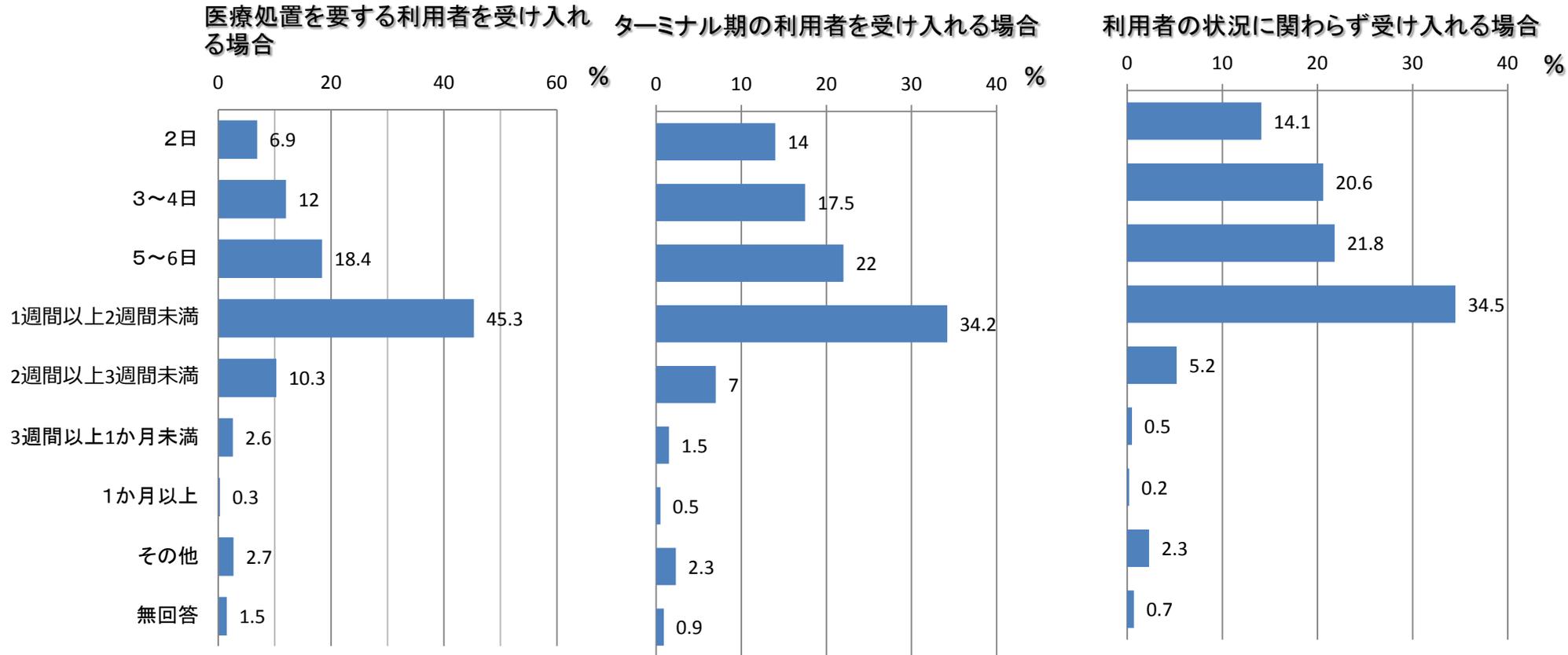
将来の連携のイメージ



- ・医療機関において入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を行う
- ・退院支援における在宅療養を担う医療機関の役割を強化
- ・入院医療と在宅療養を担う医療機関の連携を強化

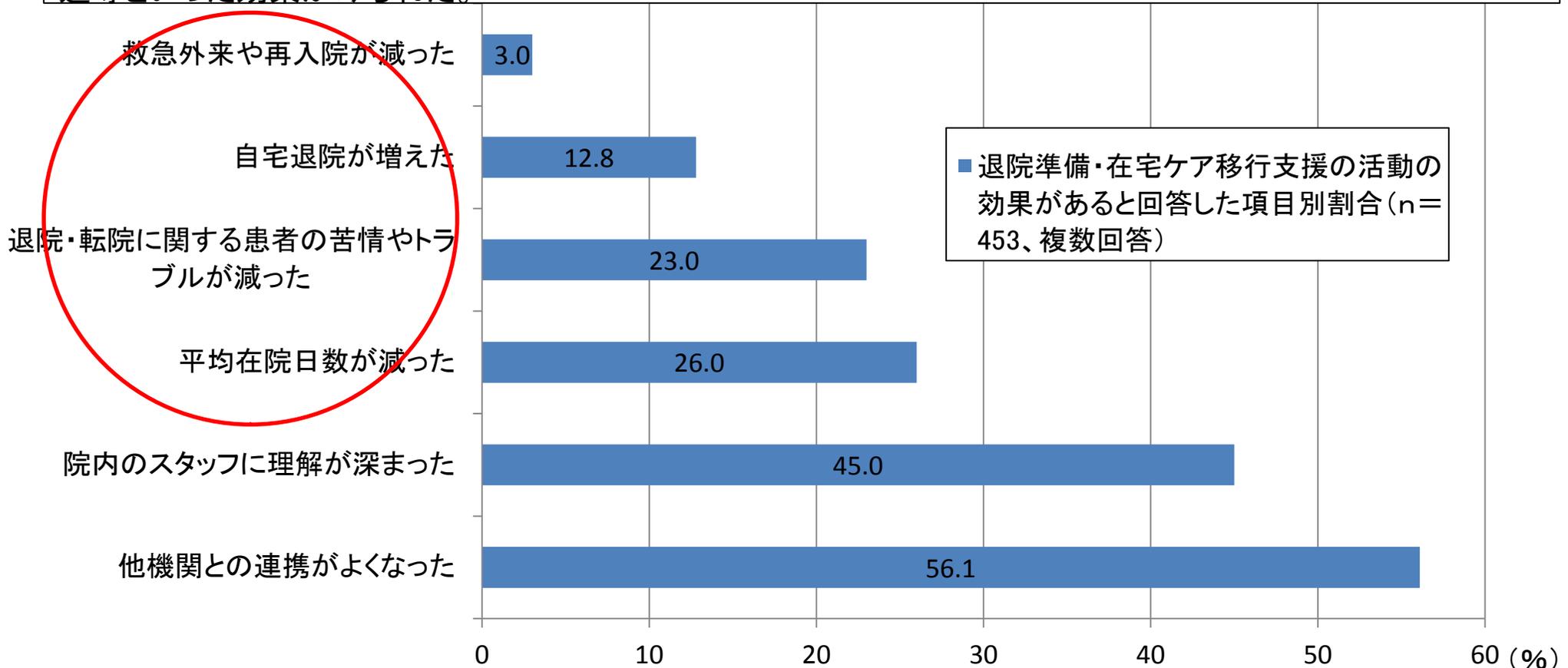
# 在宅への移行に必要な準備期間

医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



# 退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後(再入院を繰り返す場合は再入院前)に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。

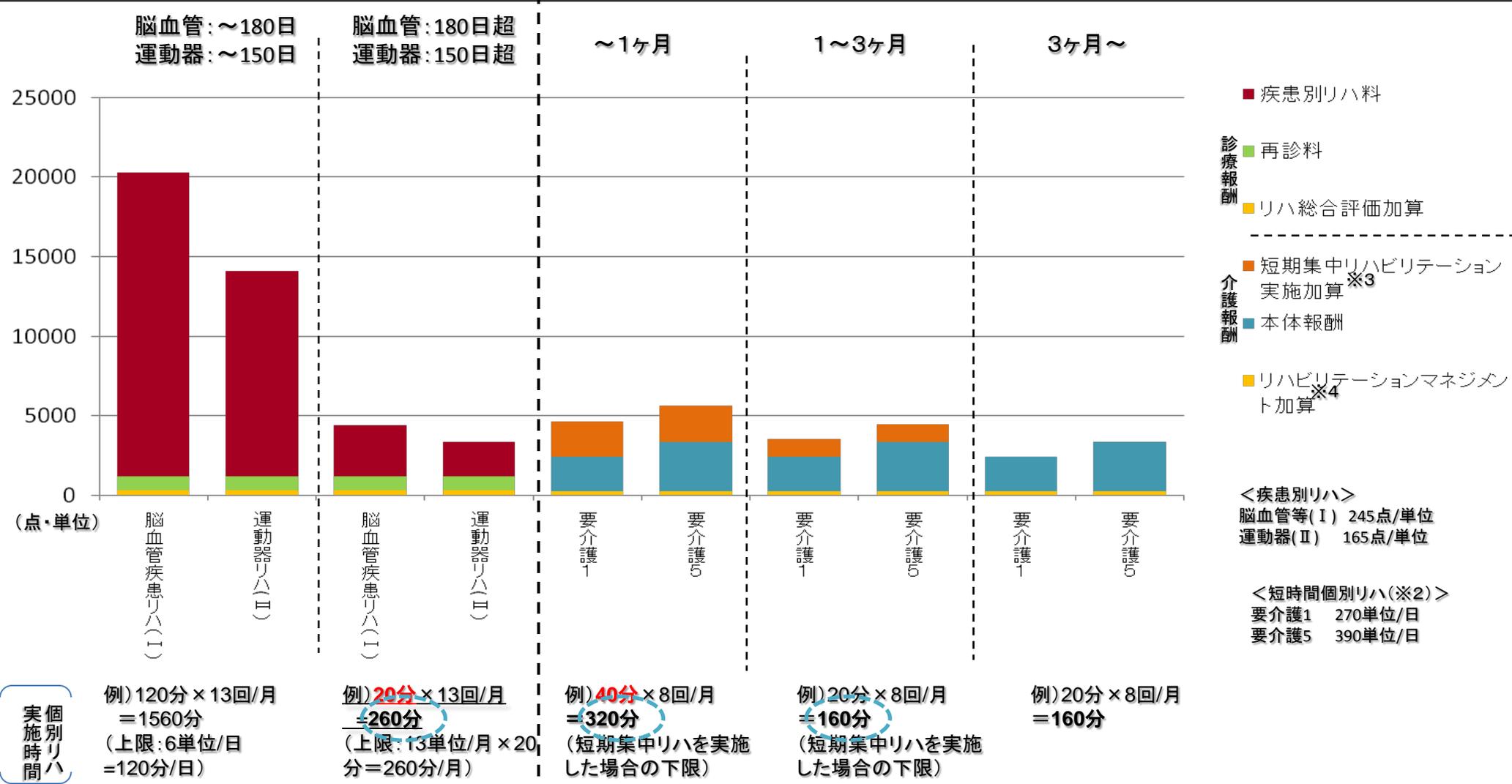


出典：平成18年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 報告書

# 16 リハビリテーションについて

# 疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

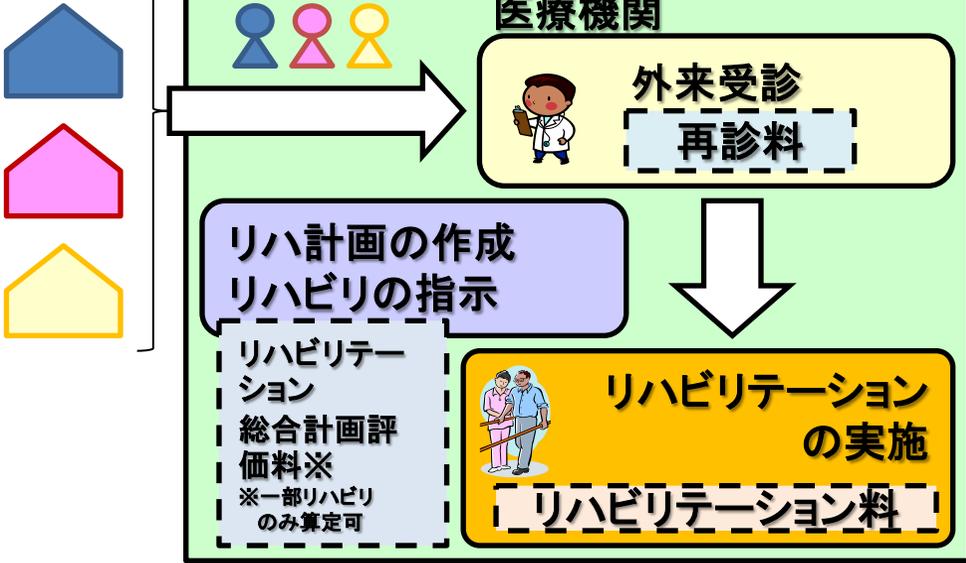
【医療保険※1】（急性期・回復期） → 【医療保険※1】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ※2の場合）】（生活期（維持期））



※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。  
 ※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。  
 ※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。  
 ※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

# 入院外のリハビリテーションについて

## 外来リハビリテーション

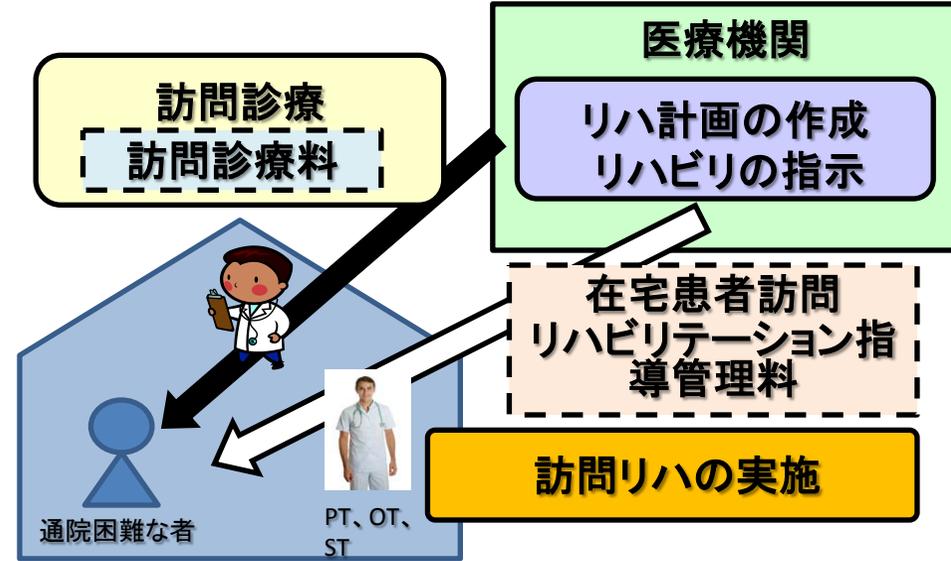


- 定期的<sup>に</sup>リハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に基本的な診察が前提
- 医療機関内でのリハビリ提供のため、急変時対応が訪問の場合より容易
- 訪問リハビリの患者と比較して、状態像がよい

(費用のイメージ)

$$\left[ \begin{array}{c} \text{初・再診料} \\ \text{(定期的な評価)} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{c} \text{再診料} \\ \text{リハビリ料} \\ \text{(日々のリハビリ)} \end{array} \right] \times \text{リハビリ毎}$$

## 訪問リハビリテーション



- 定期的<sup>に</sup>リハビリの効果判定を行い、リハビリ計画を作成
- リハビリ提供時に必ずしも診察を要さない
- 居宅等でのリハビリ提供のため、急変時対応が外来の場合より困難
- 外来リハビリの患者と比較して、状態像が悪い

(費用のイメージ)

$$\left[ \begin{array}{c} \text{訪問診療料} \\ \text{(定期的な評価)} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{c} \text{在宅患者訪問} \\ \text{リハビリテーション} \\ \text{指導管理料} \\ \text{(日々のリハビリ)} \end{array} \right] \times \text{リハビリ毎}$$

※上記は説明のための簡潔な模式図

# 17 介護施設において提供される医療 について

# 介護保険施設等の主な人員配置基準等

		小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
1人当たり居室(宿泊室)面積		7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
1部屋の定員数		原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
主な 人員 配置 基準	医師				必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以上 ※うち看護職員1 以上		看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上
	介護職員		3:1以上	利用者100人の場 合、看護3人	入所者100人 の場合、看護3人		6:1以上
	リハビリテーション 専門職※1					PT・OT・ST いずれかが 100:1以上	PT及びOTが 適当数
	機能訓練指導員※2			1以上	1以上		
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

# 介護施設において提供される医療のイメージ

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型医 療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等					
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)			医療保険で給付	緊急時施設療養費※1	
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)					特定診療費※2
医学的指導管理				介護保険で給付	

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

# 18 災害医療について

# 災害医療等のあり方に関する検討会

## 目的

東日本大震災後の対応の中で明らかとなった問題に対して、災害医療体制の一層の充実を図る観点から、災害医療等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催する。

## 検討内容

- (1) 災害医療におけるDMAT及び災害拠点病院の役割について
- (2) 災害時における医療機関等の連携について 等

## 構成員

井伊久美子	日本看護協会常任理事
石井 正三	日本医師会常任理事
石原 哲	医療法人社団誠和会白鬚橋病院長
生出泉太郎	日本薬剤師会副会長
大友 康裕	東京医科歯科大学救急災害医学分野教授
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長
酒井 和好	公立陶生病院長
佐藤 保	日本歯科医師会常務理事
佐藤 裕和	岩沼市健康福祉部長
高桑 大介	蔵野赤十字病院事務部調度課長
内藤万砂文	長岡赤十字病院救命救急センター長
野原 勝	岩手県福祉保健部医療推進課総括課長
和田 裕一	国立病院機構仙台医療センター院長

## 検討スケジュール

- 7月13日 第1回
- 災害拠点病院等のあり方について
  - 東日本大震災での災害拠点病院の診療状況等について
- 7月27日 第2回
- 災害医療のあり方について
  - 東日本大震災での災害医療について

平成23年中 報告書とりまとめ

# 医療計画における災害医療の位置づけ

- 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

## 4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき  
省令で規定)

- 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

〈医療法施行規則第30条の28〉

- **がん**
- **脳卒中**
- **急性心筋梗塞**
- **糖尿病**

## 5 事業[=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- **救急医療**
- **災害時における医療**
- **へき地の医療**
- **周産期医療**
- **小児医療(小児救急医療を含む)**

- ・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

### 考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

# 災害拠点病院指定要件と論点の整理

	現在の要件	論点案	
建物の耐震性	耐震構造を有する	耐震構造を全ての建物が有するべきか	
災害時用の通信回線	記載無し	最低限備えるべき通信手段は何か (衛星電話・衛星インターネット等)	
EMIS	原則端末を有する	災害時に確実に入力できる体制を整えるべきではないか	
自家発電機	ライフラインの維持機能を有する	自家発電機の適切な容量はどれくらいか	
水	ライフラインの維持機能を有する	診療機能に影響しないよう確保すべきか	
備蓄	食料・水	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	医薬品等	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	自家発電機等の燃料	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
流通の確保	記載無し	災害時の物資の供給が不足しない方策はあるか(関係団体との協定の締結等)	

※現在の指定要件では、「基幹災害拠点病院については、災害医療の研修に必要な研修室を有すること」となっている