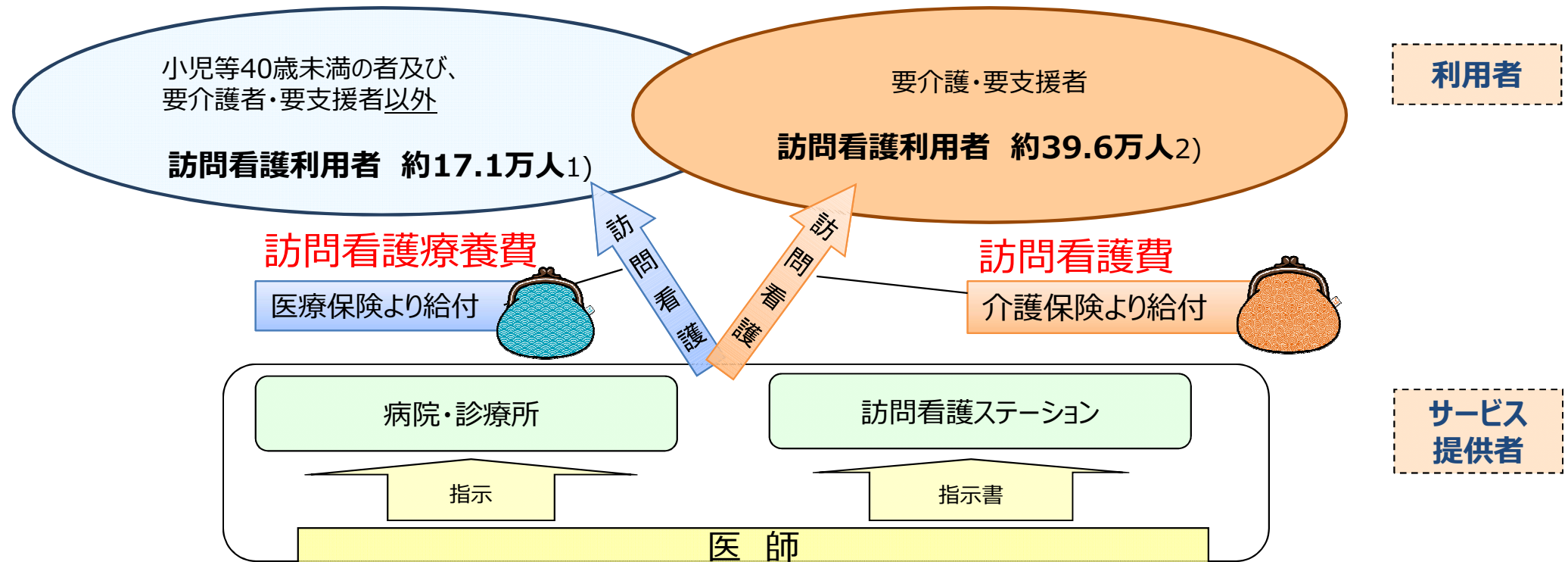


訪問看護 (参考資料)

訪問看護の仕組み

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



出典：1) 保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）

2) 介護給付費実態調査（平成27年6月審査分）

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ（図）

【医療保険】

【介護保険】

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）

要支援者・要介護者

〔限度基準額内 無制限〕
〔ケアプランで定める〕

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

算定日数
制限無し

※1：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

※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 在宅悪性腫瘍等患者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

訪問看護 [基準等]

基本方針

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

必要となる人員・設備等

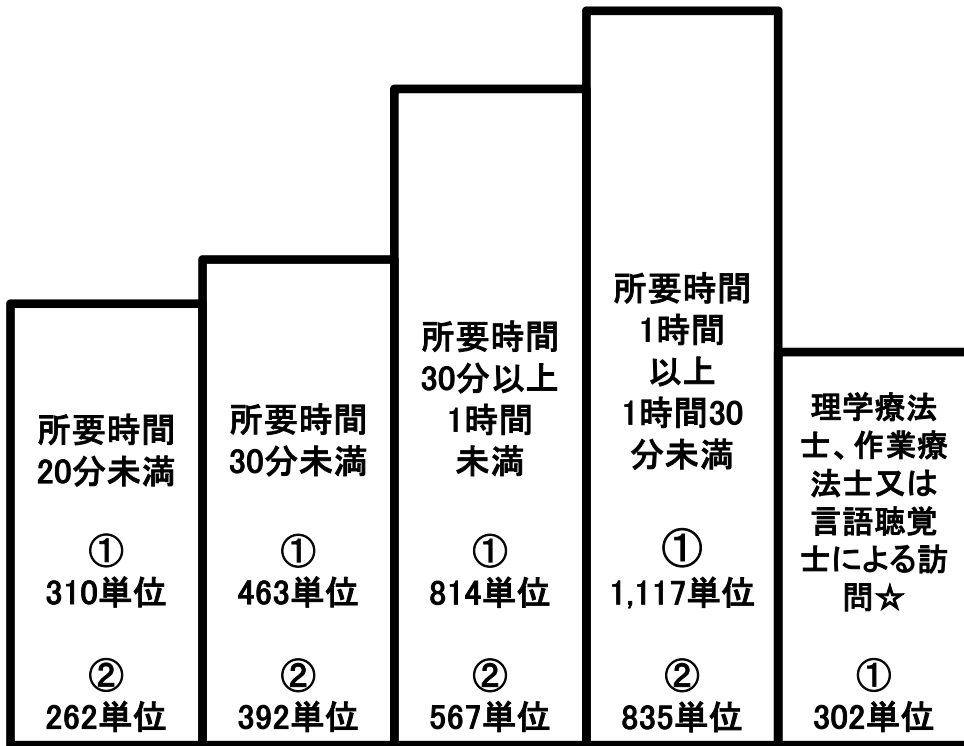
	指定訪問看護ステーション	病院又は診療所である 指定訪問看護事業所※
人員配置基準	<ul style="list-style-type: none"> 保健師、看護師又は准看護師(看護職員) 常勤換算で2.5以上となる員数 うち1名は常勤 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数 【管理者】 <ul style="list-style-type: none"> 専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者 	<ul style="list-style-type: none"> 指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数
設備・備品	<ul style="list-style-type: none"> 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等 	<ul style="list-style-type: none"> 事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら事業の用に供する区画 指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品

※ 介護保険のみ

訪問看護 [報酬のイメージ]

※加算・減算は主なものを記載

サービス提供内容・時間に応じた基本サービス費



指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と
連携して訪問看護を行う場合
③2,935単位/月

①指定訪問看護ステーションの場合、②病院又は診療所
の場合、「共」は①②③に共通の意

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

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

看護体制強化加算
(①②とも300単位/月)

夜間・早朝の訪問(①②とも+25%/回)
深夜の訪問(①②とも+50%/回)

通算1時間30分以上の訪問【長時間訪問
看護加算】(①②とも300単位/回)

退院時、医師等と共同指導した場合【退院時
共同指導加算】(①③600単位/回)

24時間の訪問看護対応体制を評価【緊急
時訪問看護加算】
(①540単位/月、②290単位/月)

在宅で死亡した利用者へのターミナルケ
アを評価【ターミナルケア加算】(※)
(共2,000単位/月)

職員研修等を実施【サービス提供体制
強化加算】
(①②6単位/回、③50単位/月)

利用者が事業所と同一敷地内又は隣接
する敷地内に所在する建物(養護・軽費・
有料老人ホーム及びサ付きに限る)に居
住する場合または利用者が上記以外の
範囲に所在する建物(建物の定義は同
上)に居住する場合(1月あたり20人
以上の場合)
(①②-10%)

2人の看護師等が同時に訪問看護を行う
場合【複数名加算】(①②とも30分未満
254単位/回、30分以上402単位/回)

過去2月間に当該事業所から訪問看護を
提供していない場合【初回加算】
(共300単位/月)

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

保健師・看護師・准看護師による要介護5の利
用者への訪問(※)(③800単位/月)

特別な管理の評価【特別管理加算】(共
250単位/月、500単位/月)

特別地域訪問看護加算
(①②+15%/回、③+15%/月)
中山間地域等の小規模事業所加算
(①②+10%/回、③+10%/月)
中山間地域等居住者へのサービス提供加算
(①②+5%/回、③+5%/月)

准看護師による訪問看護
(①②-10%、③-2%)

理学療法士、作業療法士又は言語聴
覚士による訪問(①1日に2回を超えたら
1回につき-10%)

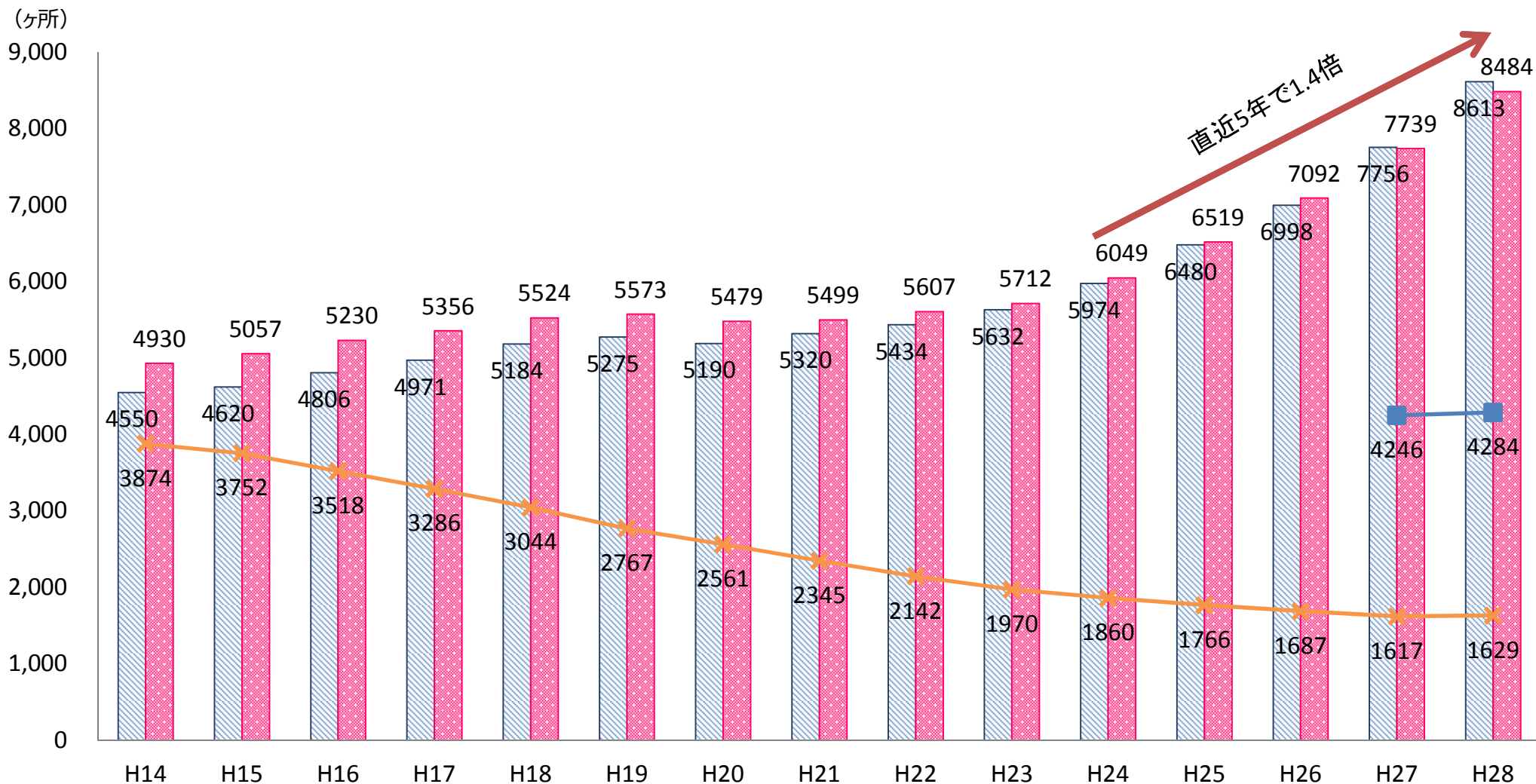
特別指示による訪問看護の実施(※)(③
-97単位を指示日数に乗じる)

(注1)※印の加算については、指定訪問看護にのみ適用
(指定介護予防訪問看護には適用されない)

(注2)点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションの数は、近年の増加が著しい。訪問看護を行う病院・診療所は、医療保険で実施する病院・診療所が多く、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。



■ 医療保険の訪問看護ステーション(訪問看護療養費)

■ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所※

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
及び精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

■ 介護保険の訪問看護を行う訪問看護ステーション(訪問看護費)

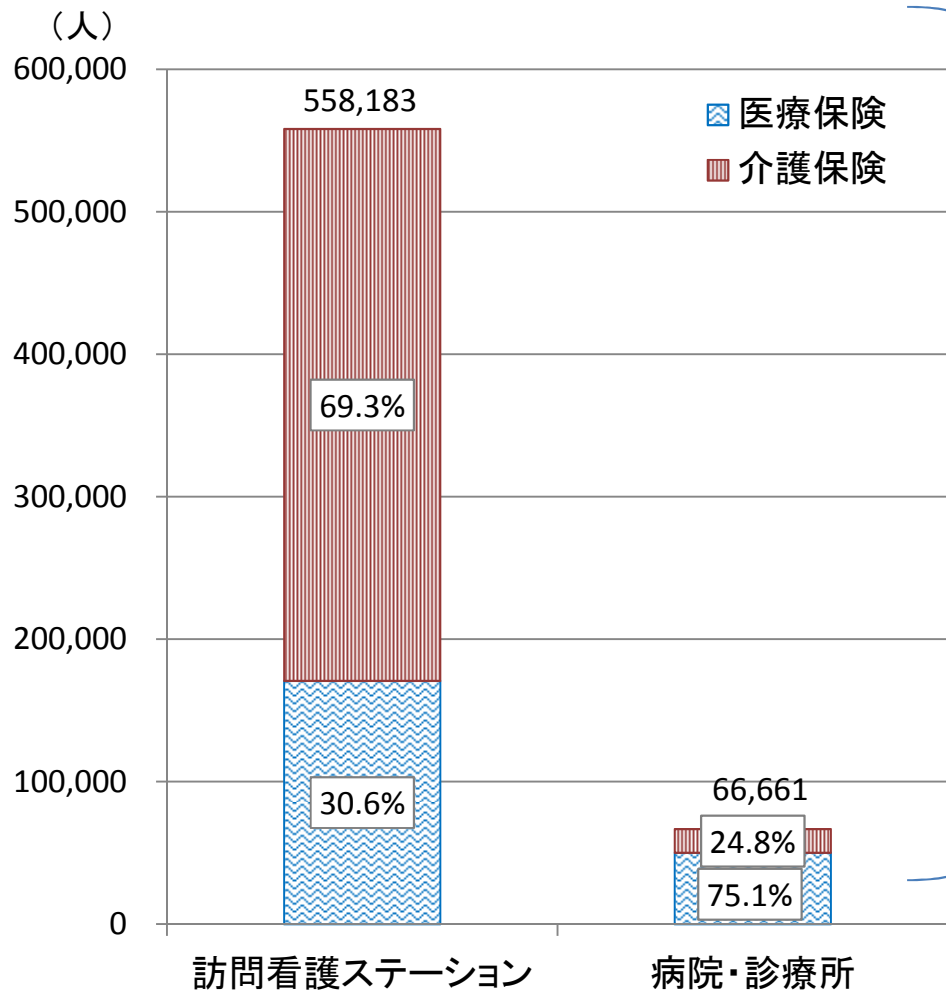
■ 介護保険の訪問看護を行う病院又は診療所(訪問看護費)

出典：「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（各年5月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

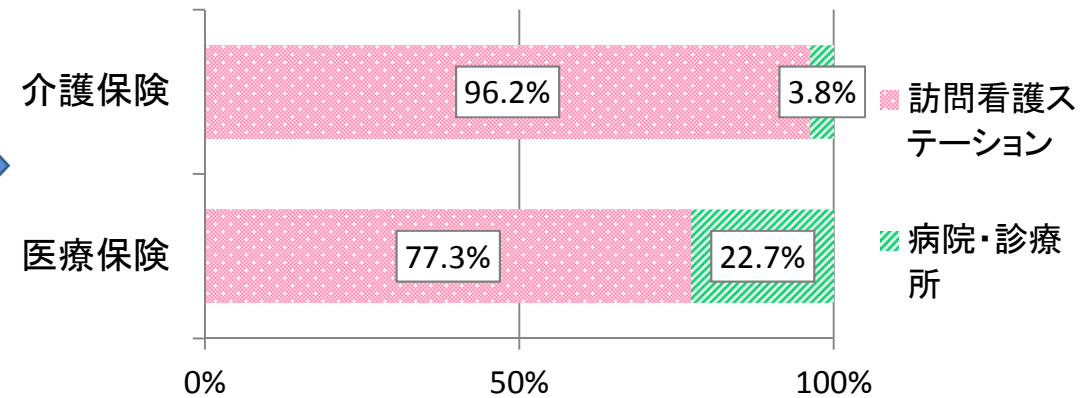
実施主体別の訪問看護

- 訪問看護の利用について、実施主体別にみると、訪問看護ステーションからの提供が多い。
- 病院・診療所からの提供は、介護保険より医療保険で実施される数が多い。

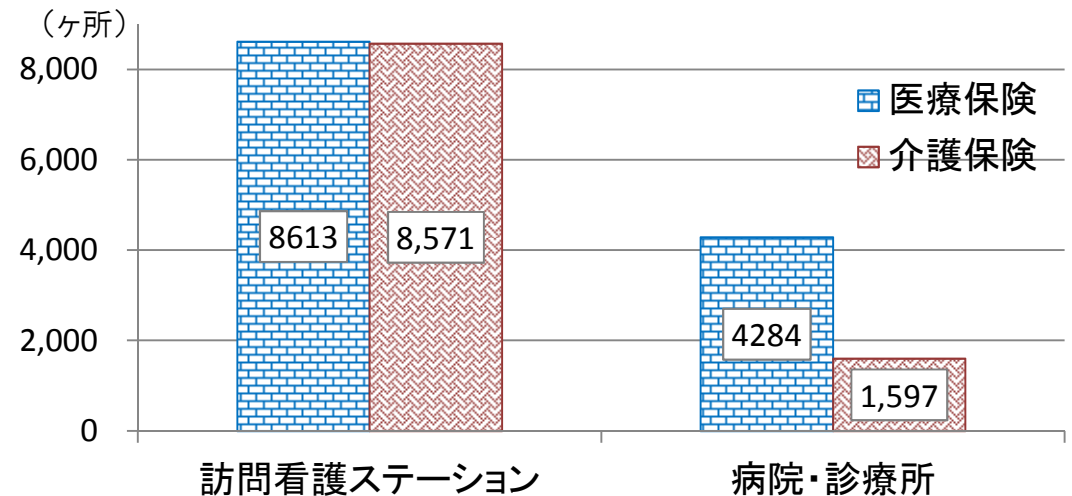
■ 1月あたりの訪問看護実施主体別の利用者数¹⁾³⁾ (H27)



■ 保険制度別の1月あたりの訪問看護実施主体別の利用者数割合¹⁾³⁾ (H27)



■ 1月あたりの訪問看護の実施施設数²⁾⁴⁾⁵⁾ (H28)

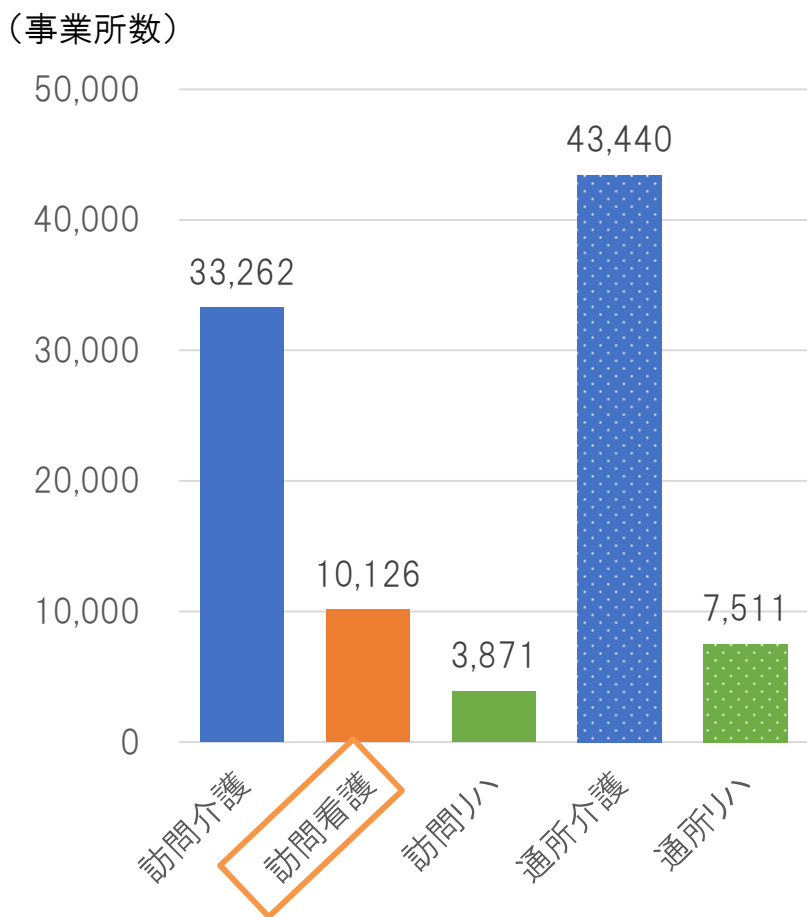


出典：1)介護給付費実態調査（平成27年6月審査分）、2)介護給付費実態調査平成28年5月審査分）、3)保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）、4)「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（平成28年5月審査分）、5)NDBデータ（平成28年5月診療分）

訪問看護事業所と主な介護サービス事業所の事業所数の比較

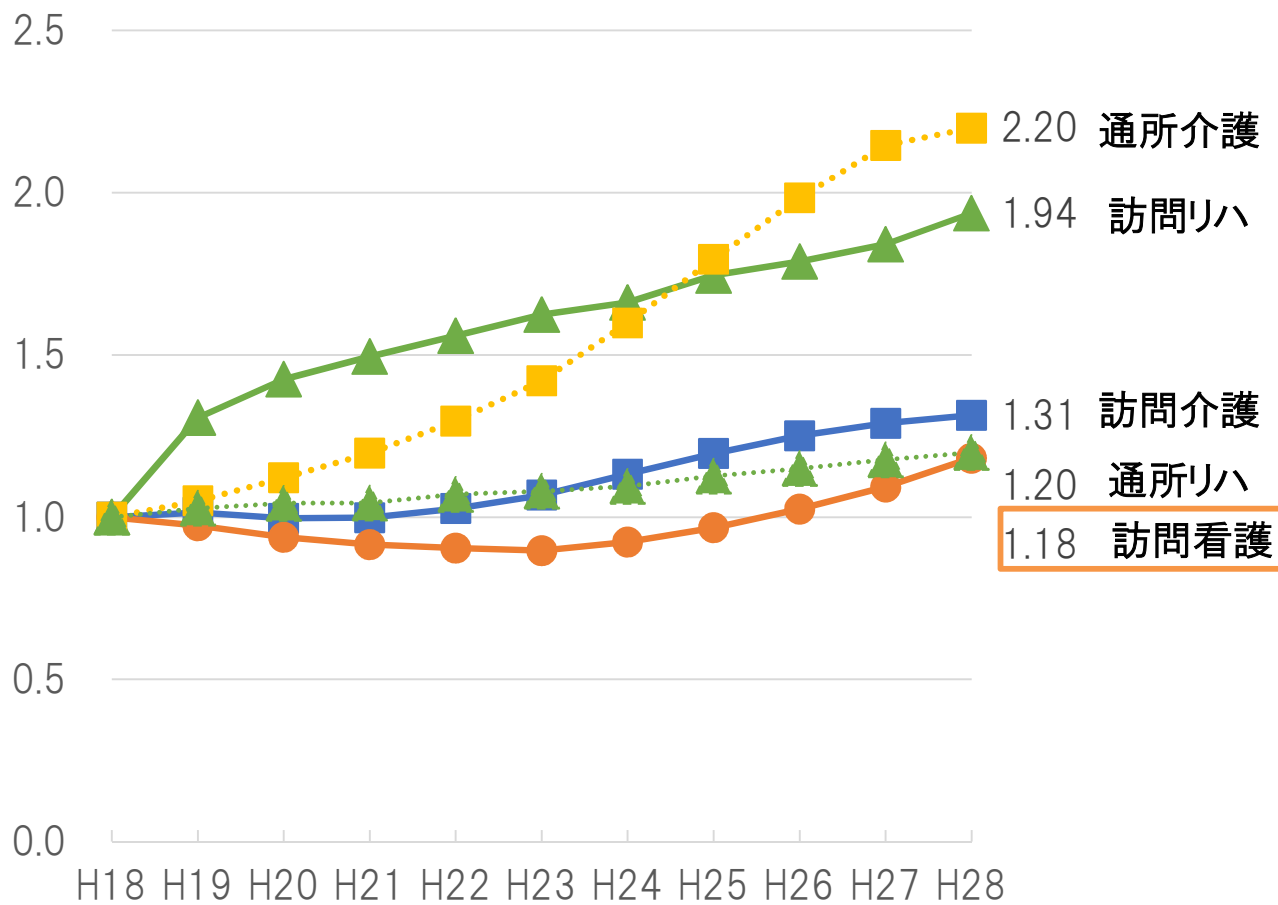
- 訪問介護事業所数は訪問看護事業所の約3.3倍、訪問リハビリテーション事業所は訪問看護事業所の約0.4倍である。
- 訪問看護事業所数は、過去10年で約1.2倍に増加しているが、他のサービス事業所に比べて伸び率が低い。

■ 主な介護サービスの事業所数



■ 主な介護サービスの事業所数の伸び率

※平成18年の事業所数を1とした時の伸び率



※ 訪問看護事業所数は、訪問看護ステーションと病院・病院診療所の合算

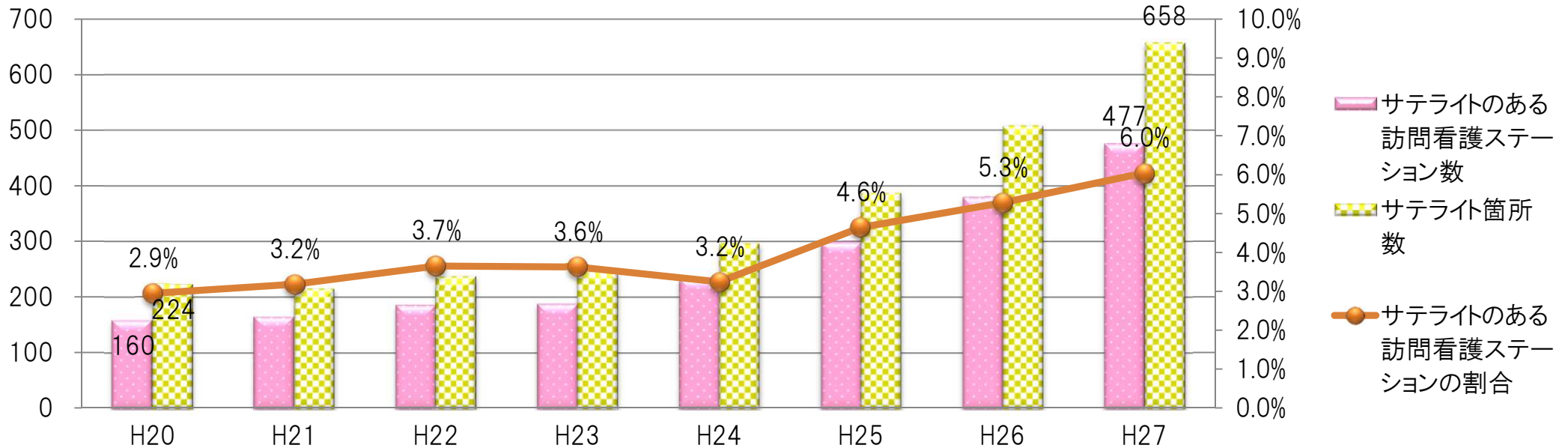
出典：介護給付費等実態調査(平成28年4月審査分)

出典：介護給付費等実態調査(各年4月審査分)

従たる事業所（サテライト）数の推移

○ 従たる事業所を設置する訪問看護ステーションは、平成27年度で約6%であるが、徐々に増えてきており、近年の従たる事業所の箇所数の伸びが大きい。

■ サテライトのある訪問看護ステーション数等の推移



出典：介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

■ 従たる事業所（サテライト）について

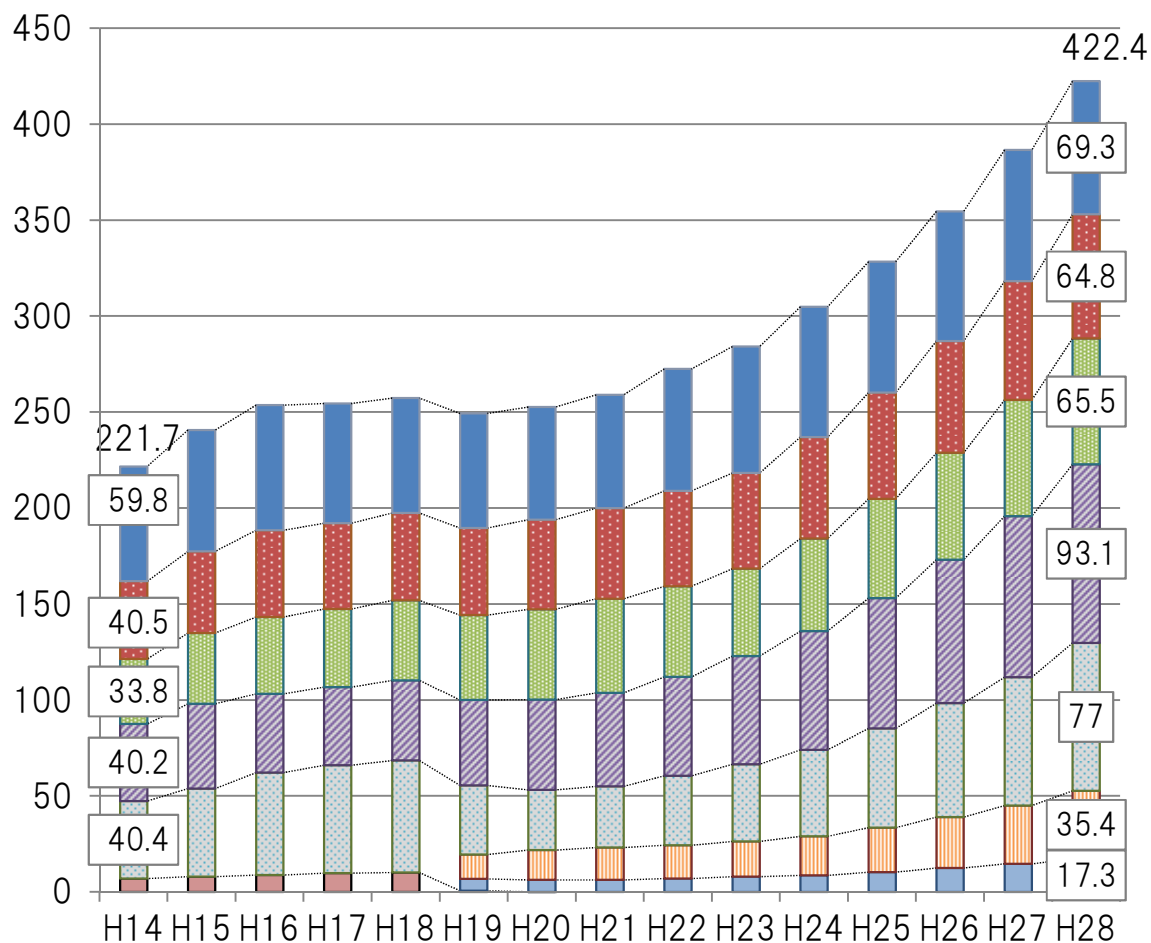
利用者宅に近い場所から、より効率的に訪問看護を提供するため、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等(以下「従たる事業所」という。)であって、一定の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として、従たる事業所（サテライト）を主たる事業所と含めて指定することが可能となっている。



訪問看護利用者数の推移

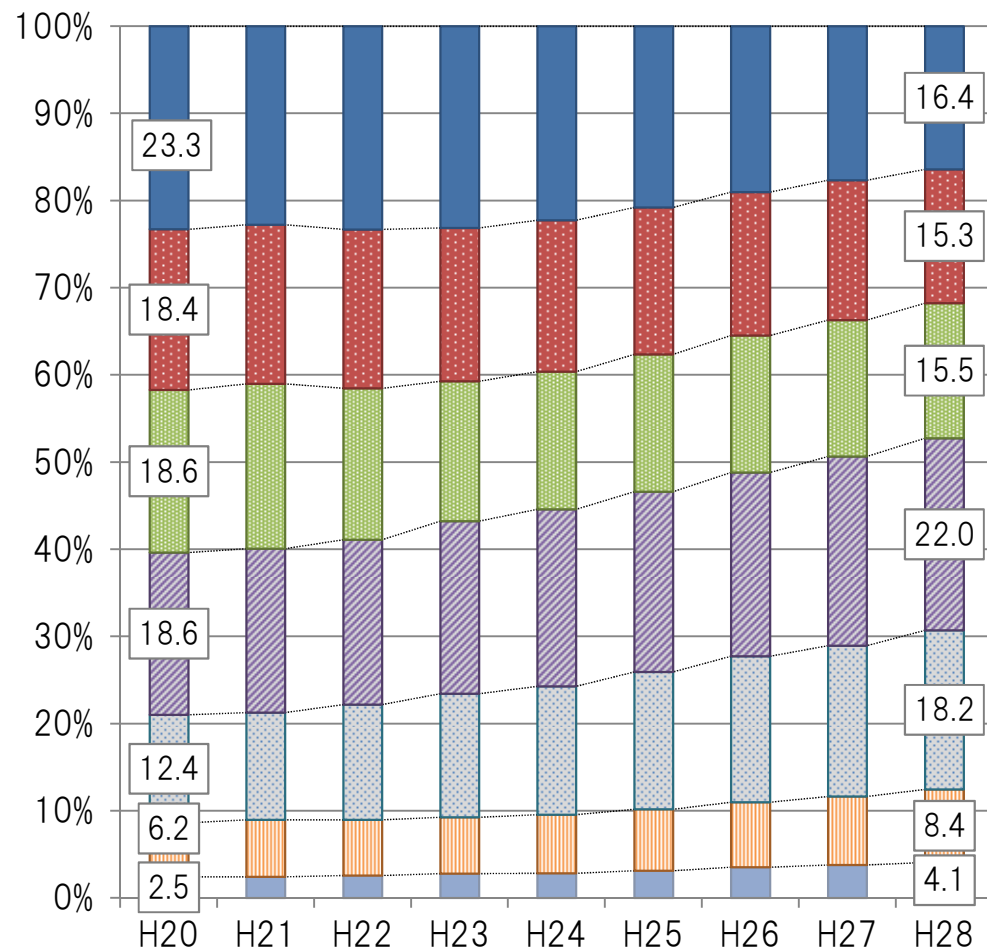
- 訪問看護利用者数は1ヶ月あたり約42万人であり、近年の増加が著しい。
- 要介護度別の割合では、要介護1、2の割合が増加している。

■ 要介護度別利用者数の推移
(千人)



■ 要支援等 ■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1
■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

■ 要介護度別の割合の推移

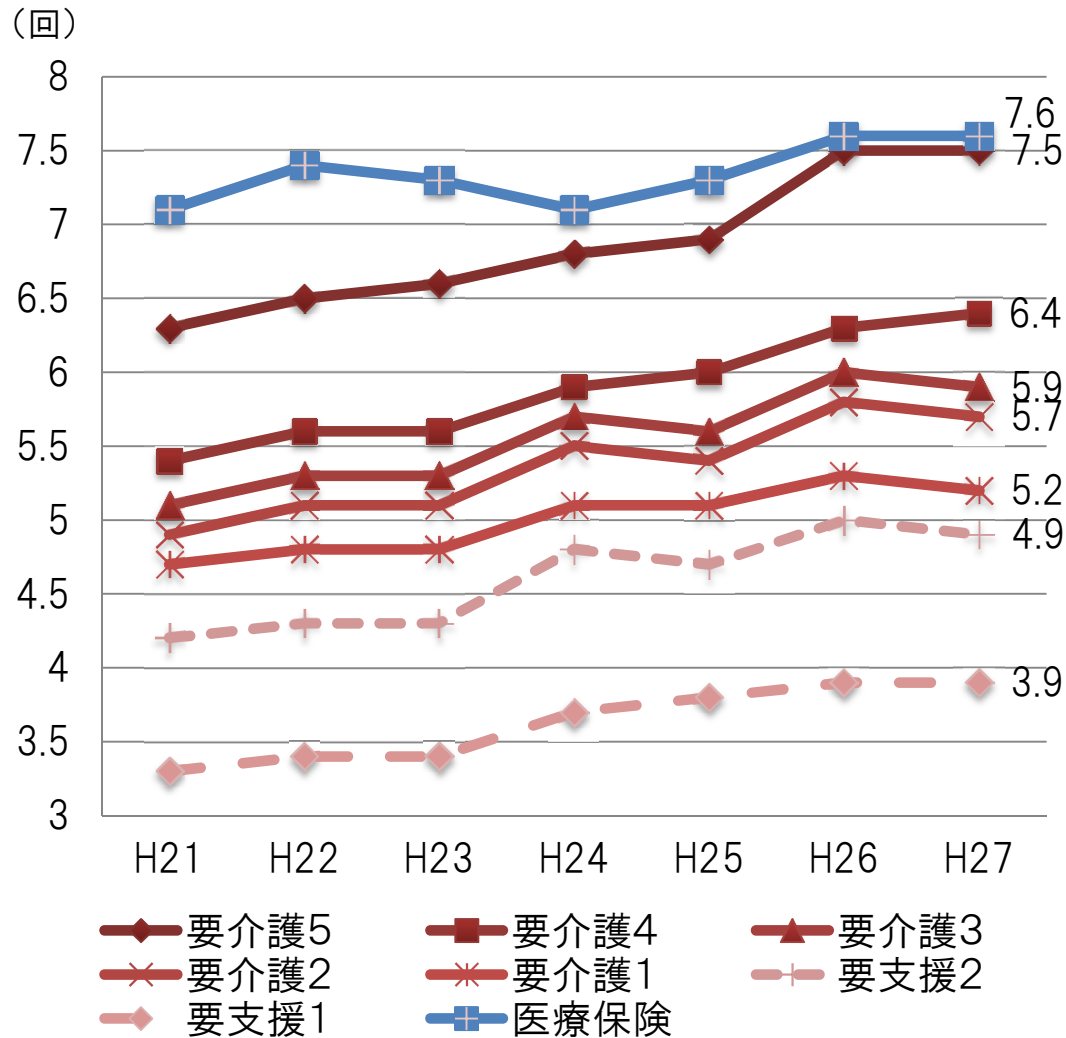


■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1 ■ 要介護2
■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5

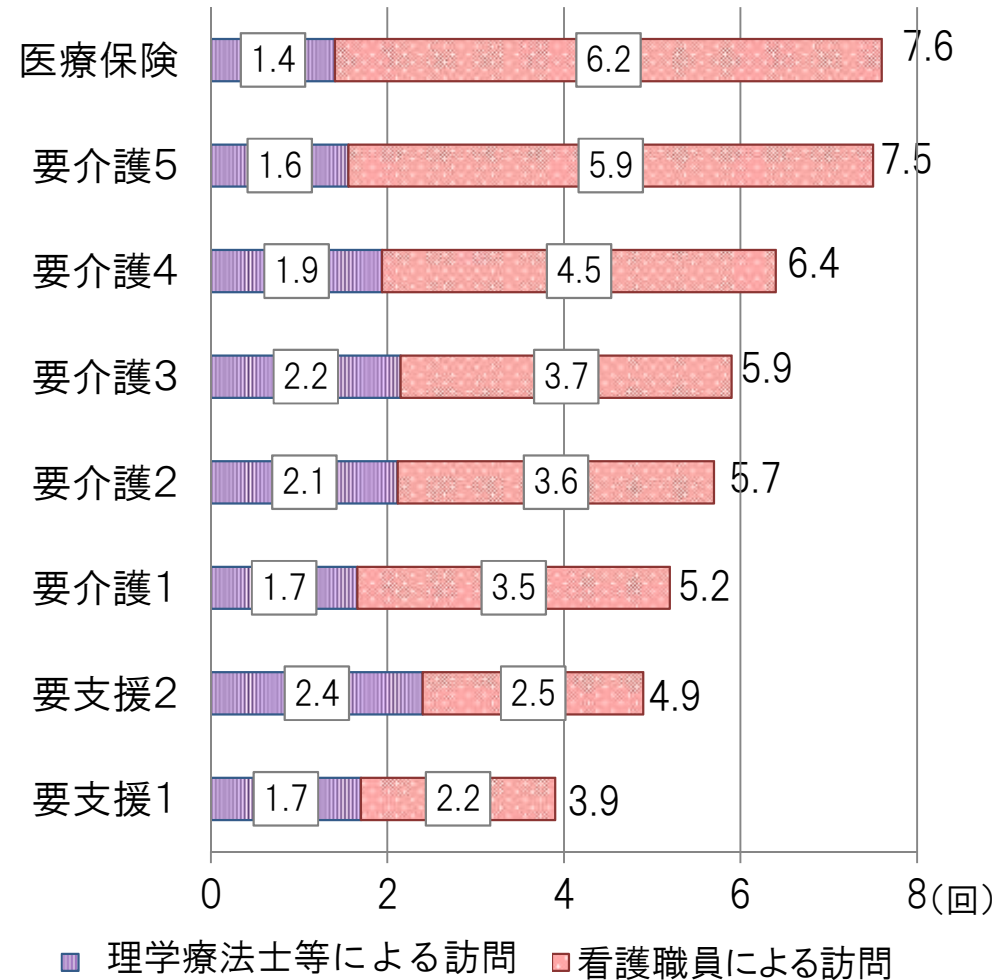
利用者1人あたりの訪問看護回数

- 利用者1人あたりの訪問回数は、医療保険適応が最も多く、介護保険では要介護度が高いほど訪問回数が多い。
- 職種別の訪問回数では、介護度が高くなるにつれて看護職員による回数が増えている。

■ 利用者1人あたりの1か月の訪問回数の推移



■ 利用者1人あたりの1か月の職種別の訪問回数(H27)

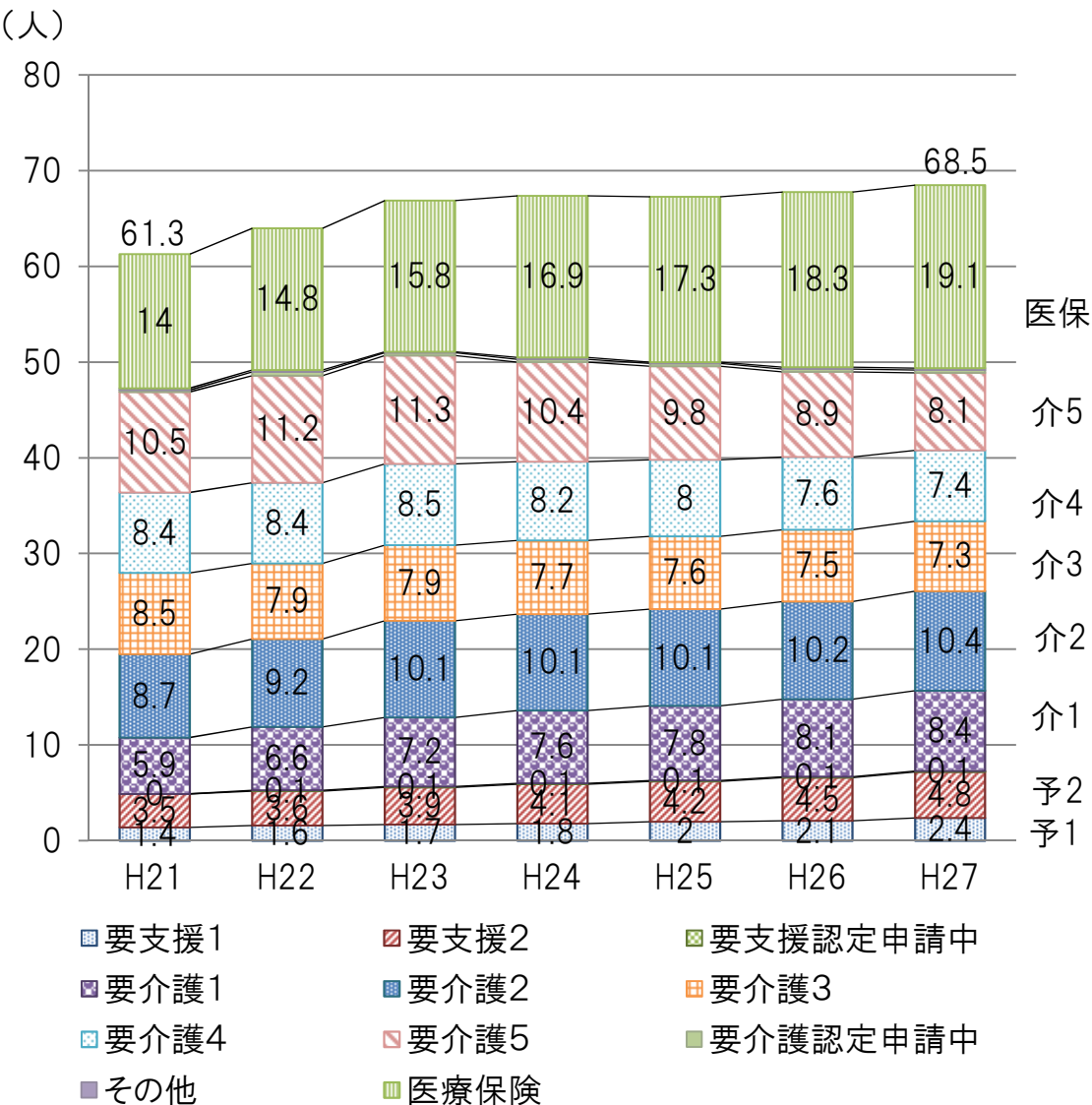


※ 理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

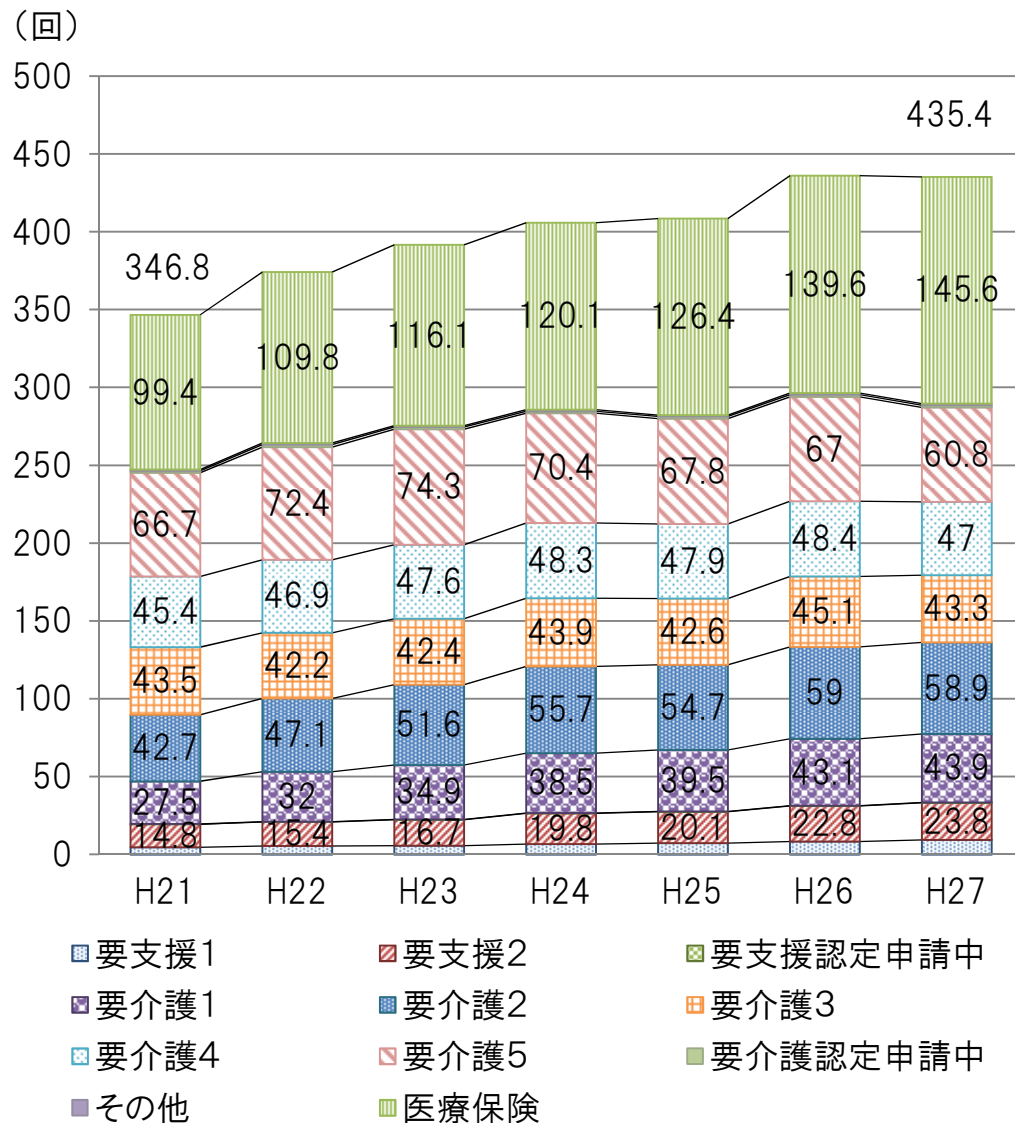
訪問看護ステーション1事業所あたりの利用者数等

○ 1事業者あたりの利用者実人員数は68.5人、訪問回数は435.4回で、1事業所あたりの介護保険の利用者数及び訪問回数が多いが、医療保険の占める数が徐々に増えている。

■ 1事業所あたりの利用者実人員数(1ヶ月)の推移

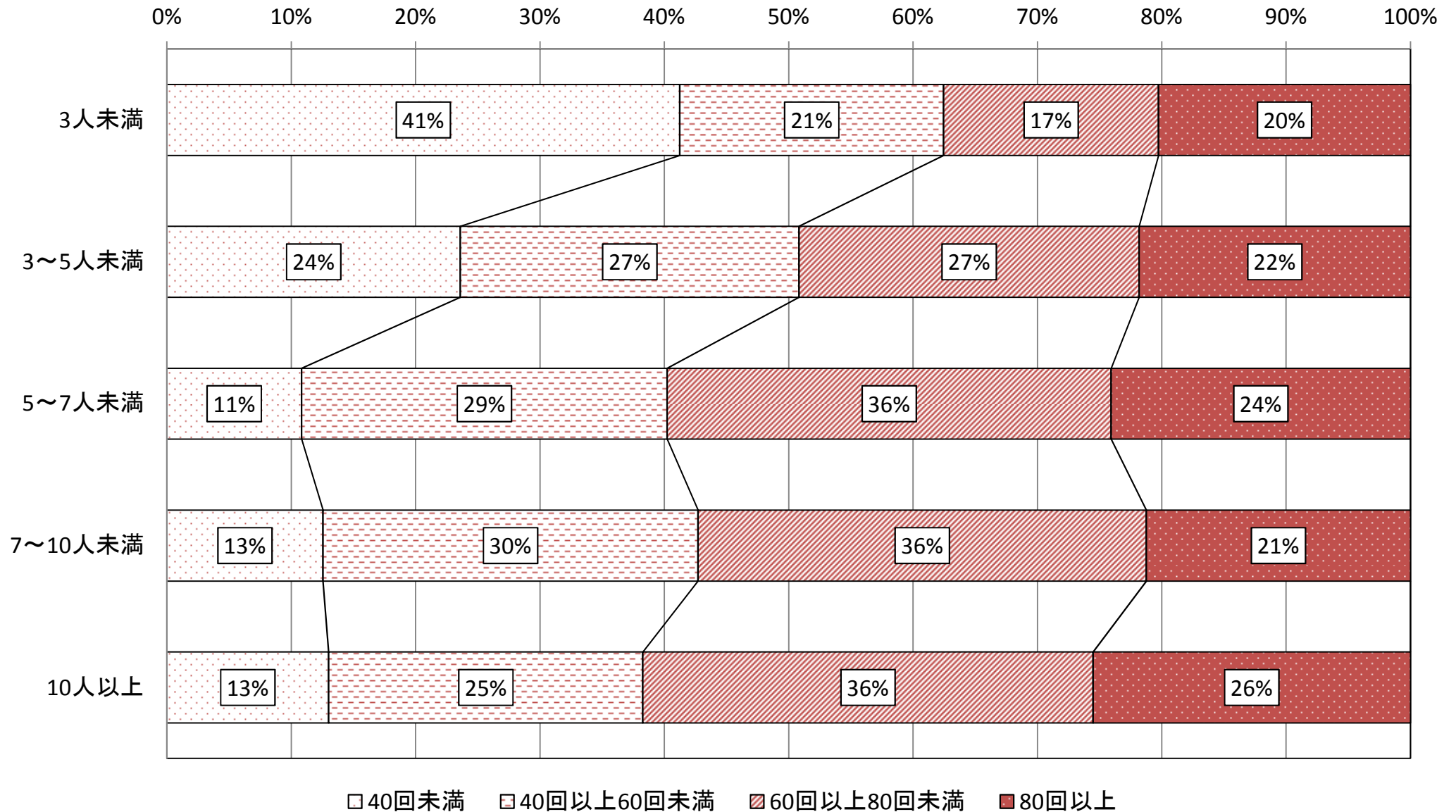


■ 1事業所あたりの訪問回数(1ヶ月)の推移



訪問看護ステーションの看護職員規模別の看護職員1人あたりの訪問回数

○ 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)が3人未満の事業所の看護職員1人あたりの訪問回数は40回未満が41%、40回以上60回未満が21%である。



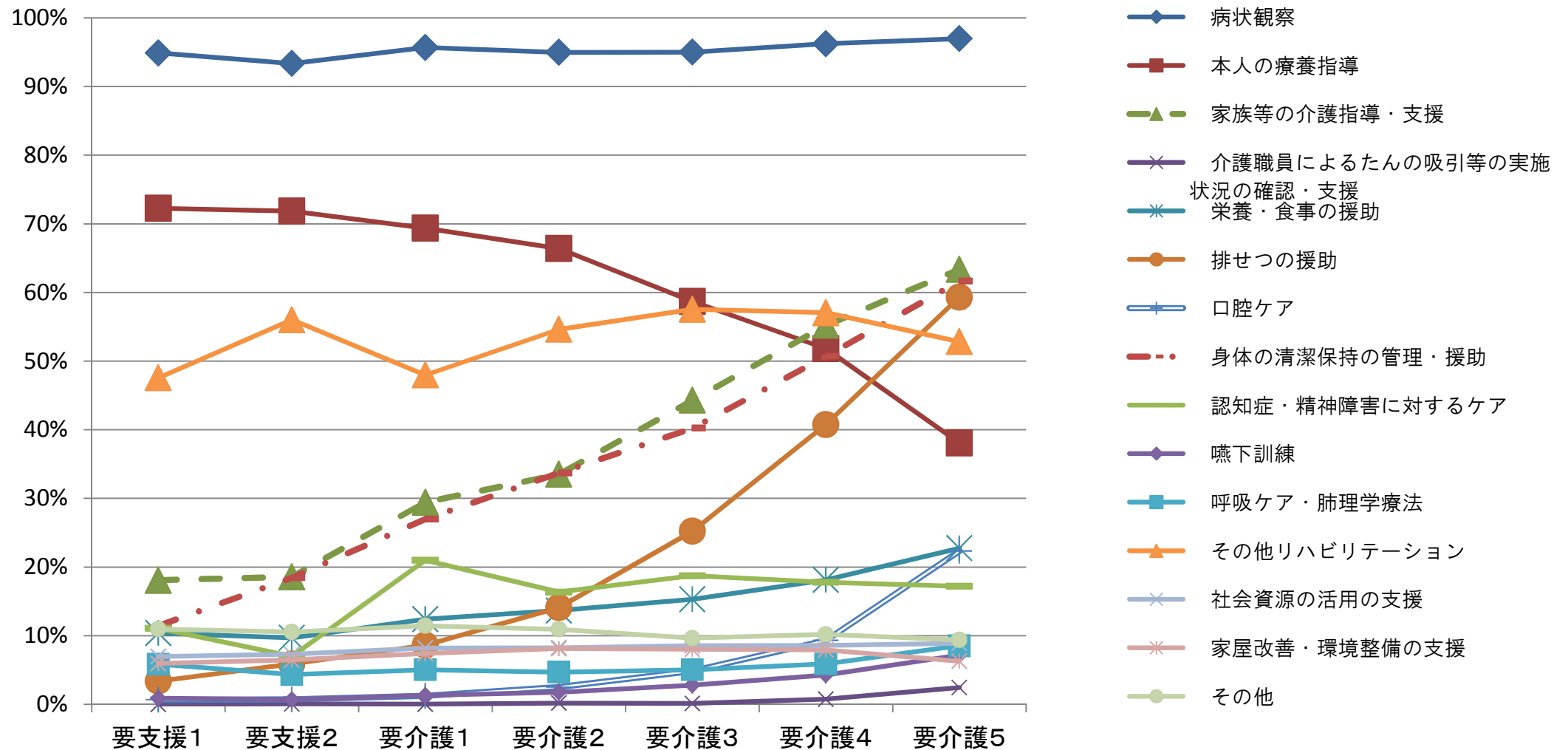
※訪問回数には医療保険による訪問看護の回数も含む

出典:介護サービス施設・事業所調査 平成27年9月(特別集計)

訪問看護の実施状況

○ 訪問看護の看護内容について、介護度が高くなるにつれ「家族等の介護指導・支援」「身体の清潔保持の管理・援助」「排泄の援助」「栄養・食事の援助」「口腔ケア」等の実施割合が高くなっている。

■ 訪問看護の提供内容(1ヶ月)(複数回答)



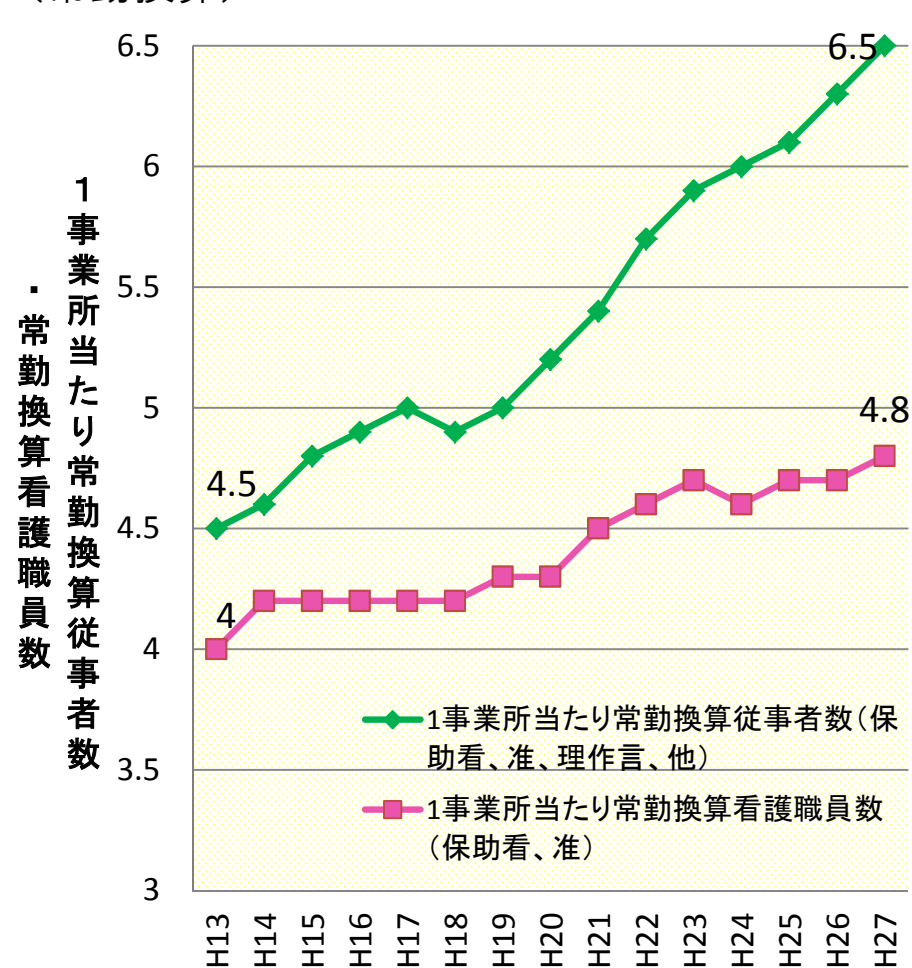
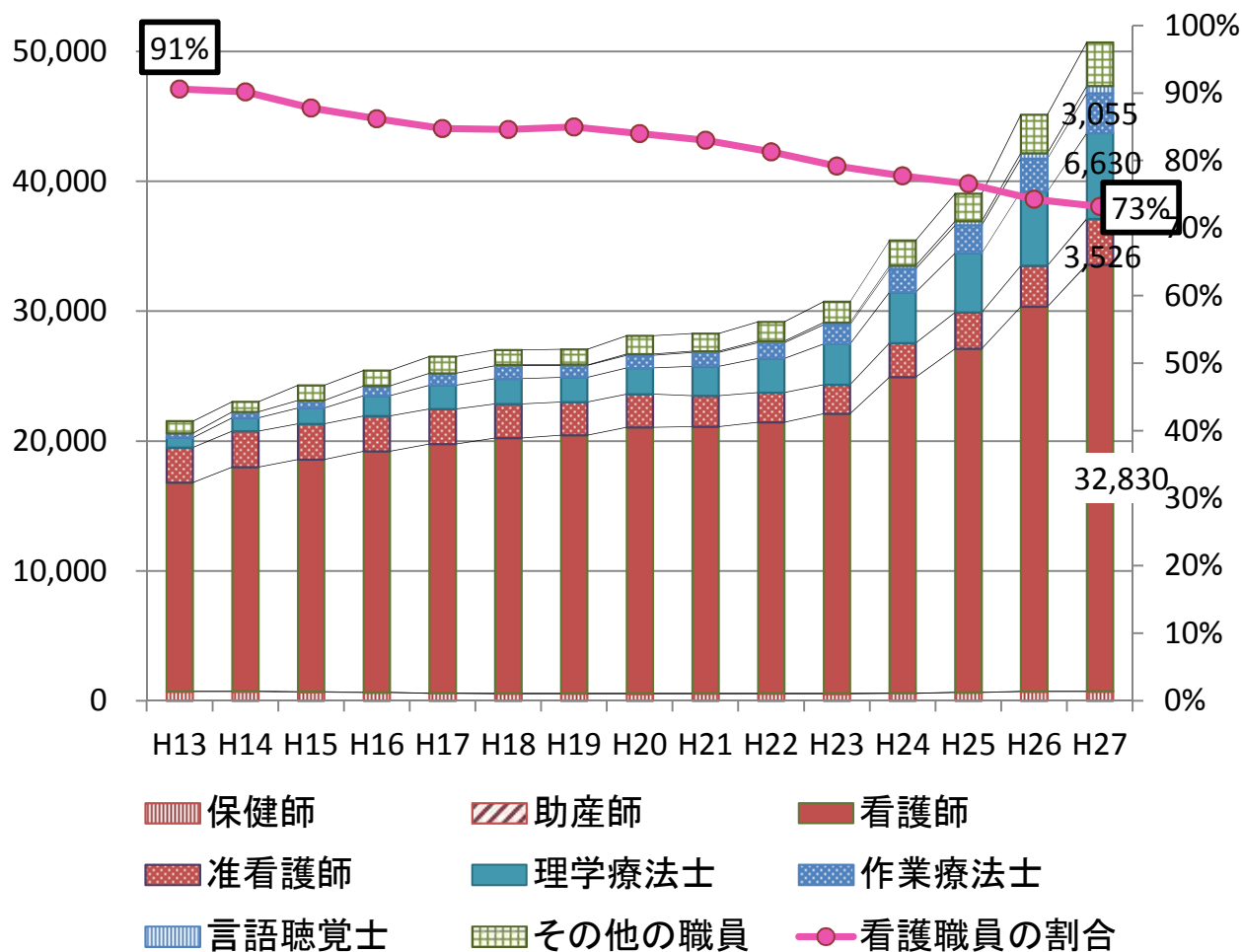
訪問看護ステーションの従事者数の推移

○ 訪問看護ステーションの従事者数(常勤換算)は看護師約33,000人、准看護師約3,500人、理学療法士約6,600人、作業療法士約3,000人であり、いずれの職種も年々増加している。全従事者に占める看護職員の割合は73%であり、低下傾向である。

○ 1事業所あたりの従事者数は6.5人で、そのうち看護職員は4.8人である。

■ 職種別の従事者数の推移(常勤換算)

■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)

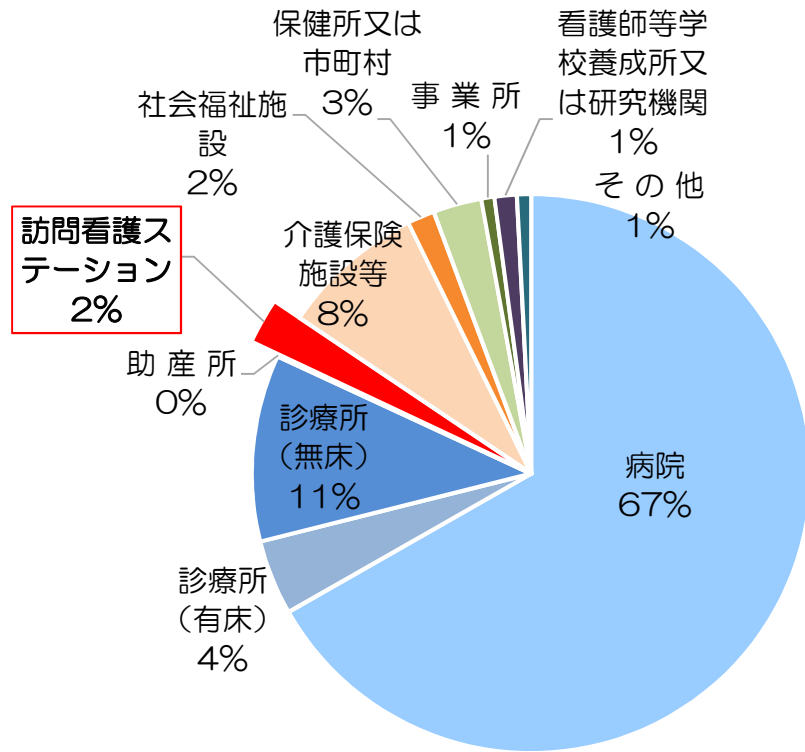


訪問看護ステーションの就業者数の推移

- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは約2%である。
- 訪問看護ステーションに就業している看護職員数は年々増加している。

■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

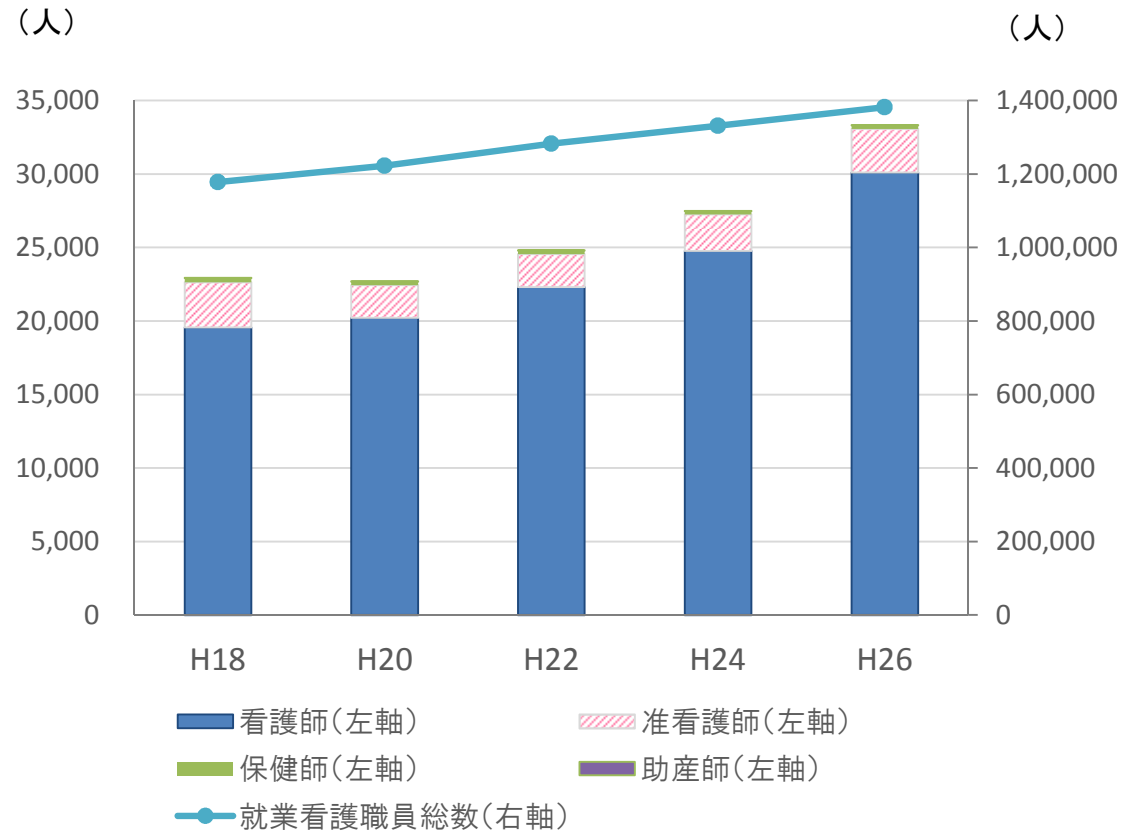
（平成26年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）

と総看護職員数の推移（各年年12月末現在）

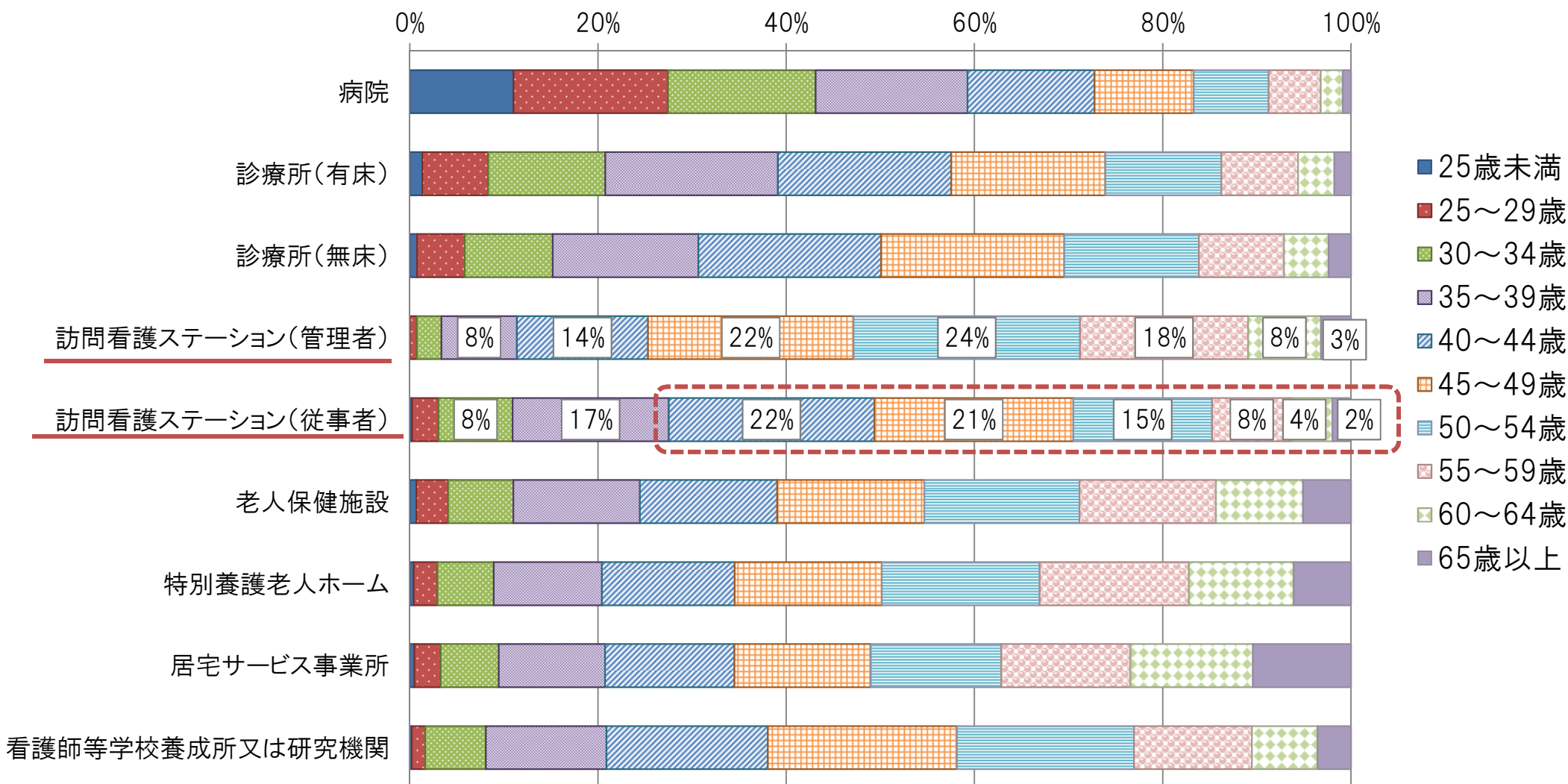


※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数

就業場所別の看護師の年齢階級別割合

○ 訪問看護ステーション（従事者）の看護師は、40代以上が7割を占めている。病院の看護師は20～30代の職員で半数を占めている。

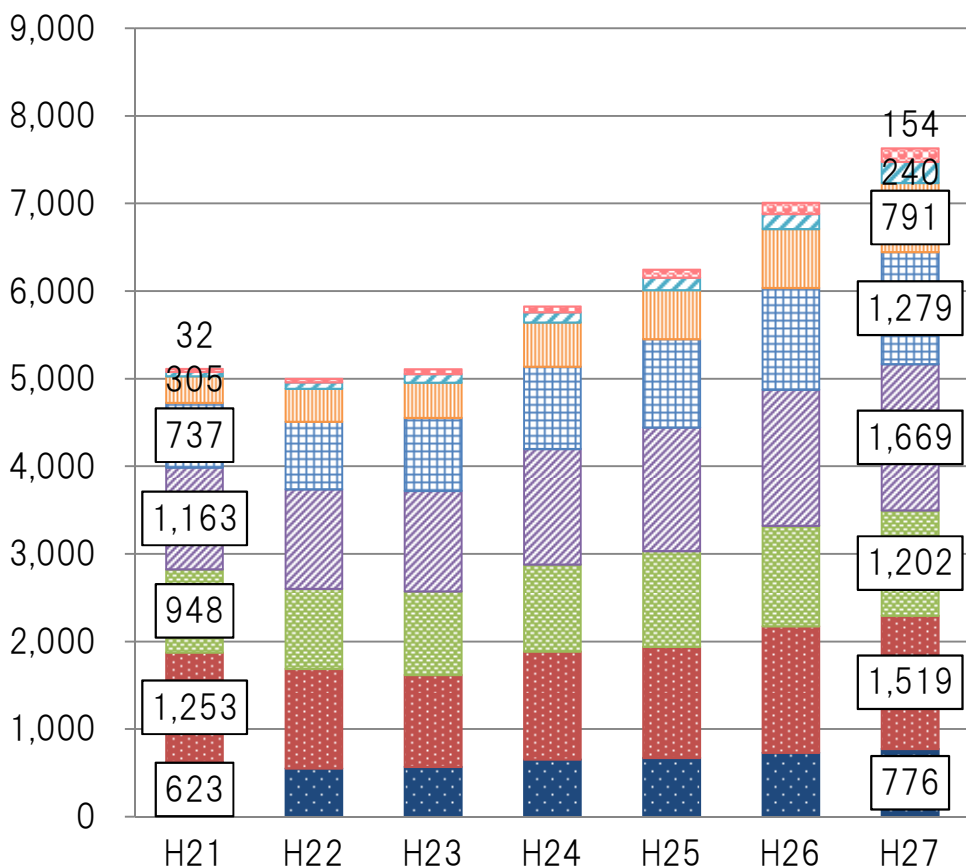
■ 就業場所別の看護師数(実人員)の年齢階級別割合



訪問看護ステーションの従業員規模別の推移

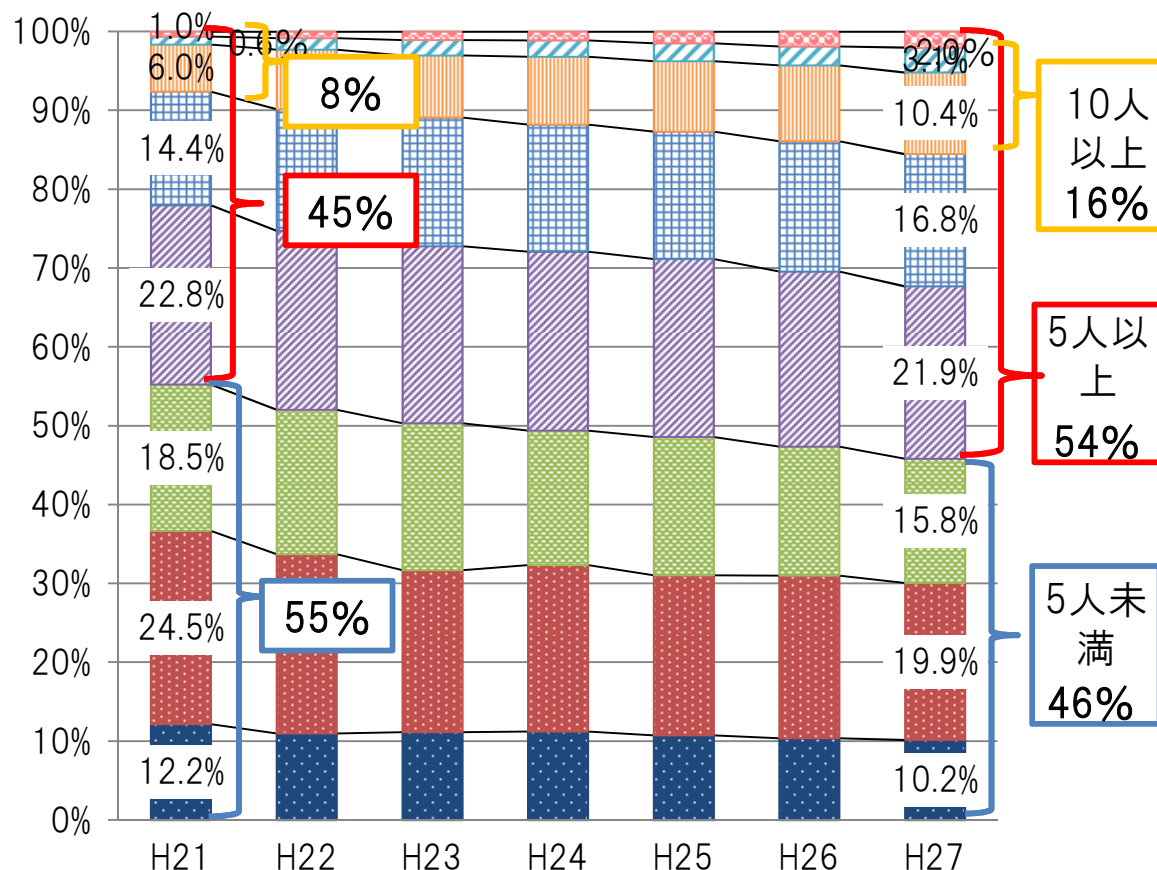
○ 訪問看護ステーションの従業員数(常勤換算)は、5人未満のステーションが約半数であるが、5人以上のステーションが徐々に増えている。

■ 従業員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 2.5~3人未満 ■ 3~4人未満 ■ 4~5人未満
 ■ 5~7人未満 ■ 7~10人未満 ■ 10~15人未満
 ■ 15~20人未満 ■ 20人以上

■ 従業員規模別の訪問看護ステーション数(割合)の推移

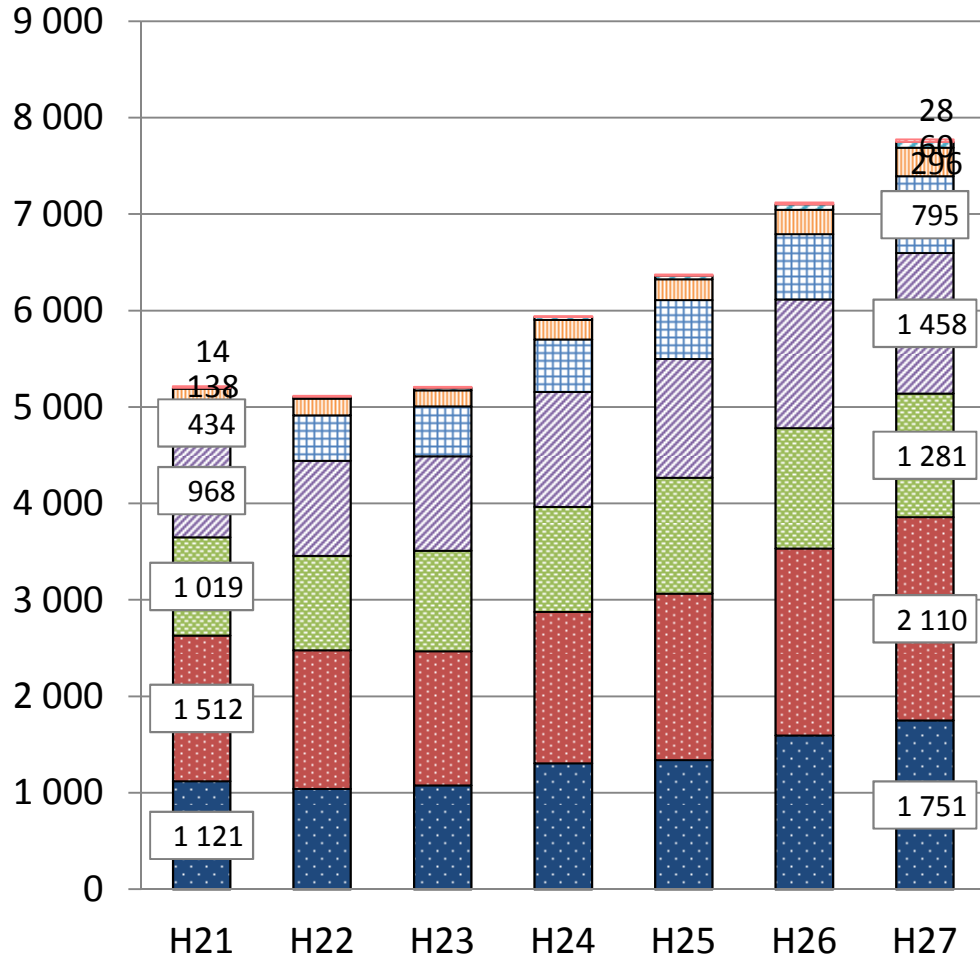


■ 2.5~3人未満 ■ 3~4人未満 ■ 4~5人未満
 ■ 5~7人未満 ■ 7~10人未満 ■ 10~15人未満
 ■ 15~20人未満 ■ 20人以上

訪問看護ステーションの看護職員規模別の推移

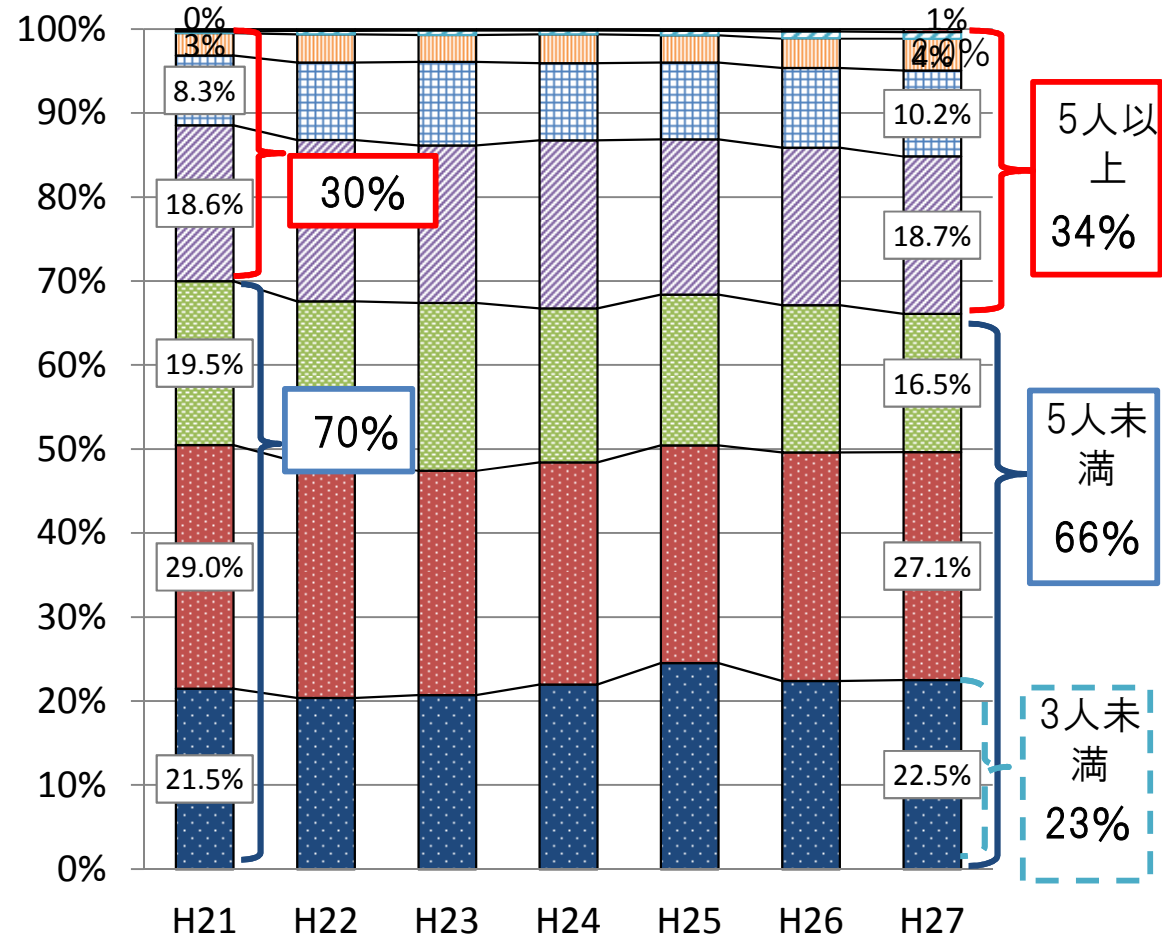
○ 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)は、5人未満のステーションが約66%、5人以上のステーションが約34%とほぼ横ばいである。

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 2.5~3未満 ■ 3~4未満 ■ 4~5未満 ■ 5~7未満
 ■ 7~10未満 ■ 10~15未満 ■ 15~20未満 ■ 20人以上

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数(割合)の推移

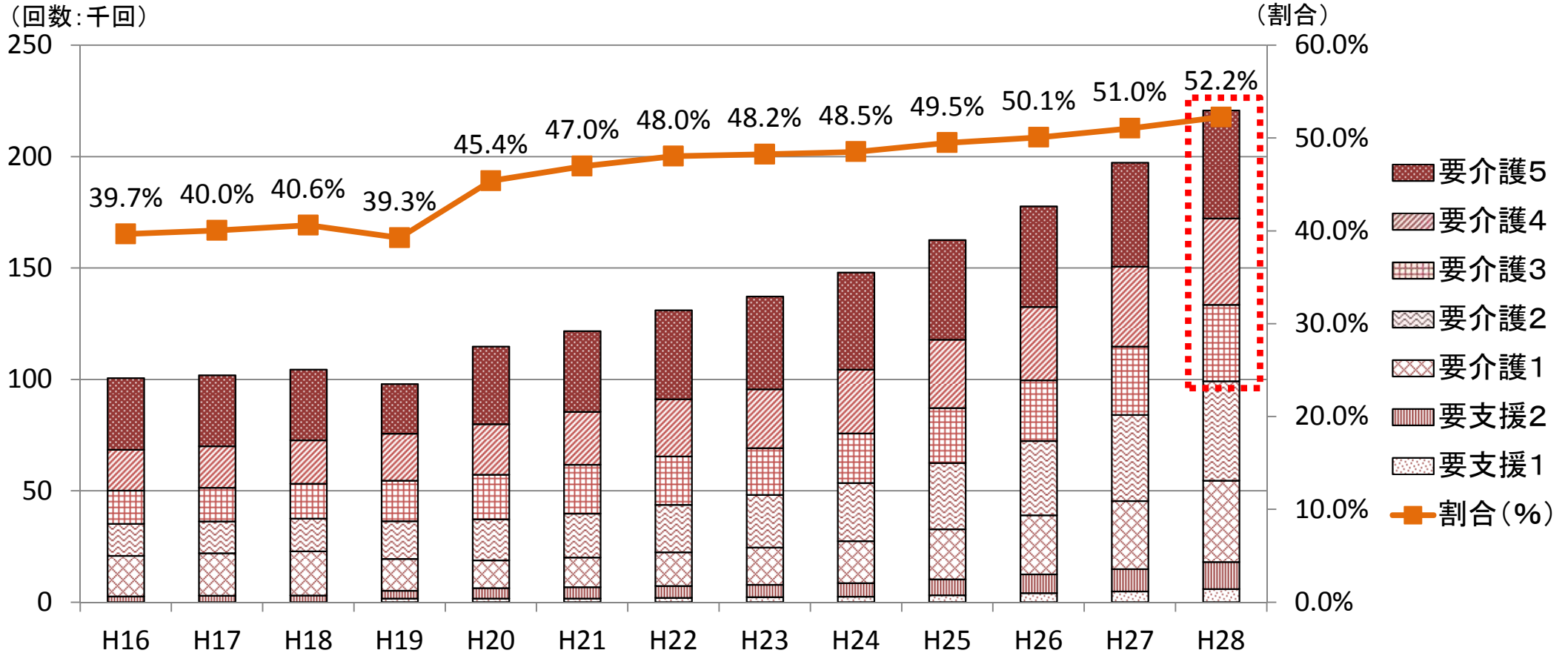


■ 2.5~3未満 ■ 3~4未満 ■ 4~5未満 ■ 5~7未満
 ■ 7~10未満 ■ 10~15未満 ■ 15~20未満 ■ 20人以上

訪問看護の加算状況 <緊急時訪問看護加算>

○ 訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算(注)の算定者割合は、微増しており、平成28年は約52%である。要介護度別では、要介護3以上の中重度者が約55%を占めている。

■ 緊急時訪問看護加算の算定数及び訪問看護利用者に占める緊急時訪問看護加算算定割合の推移



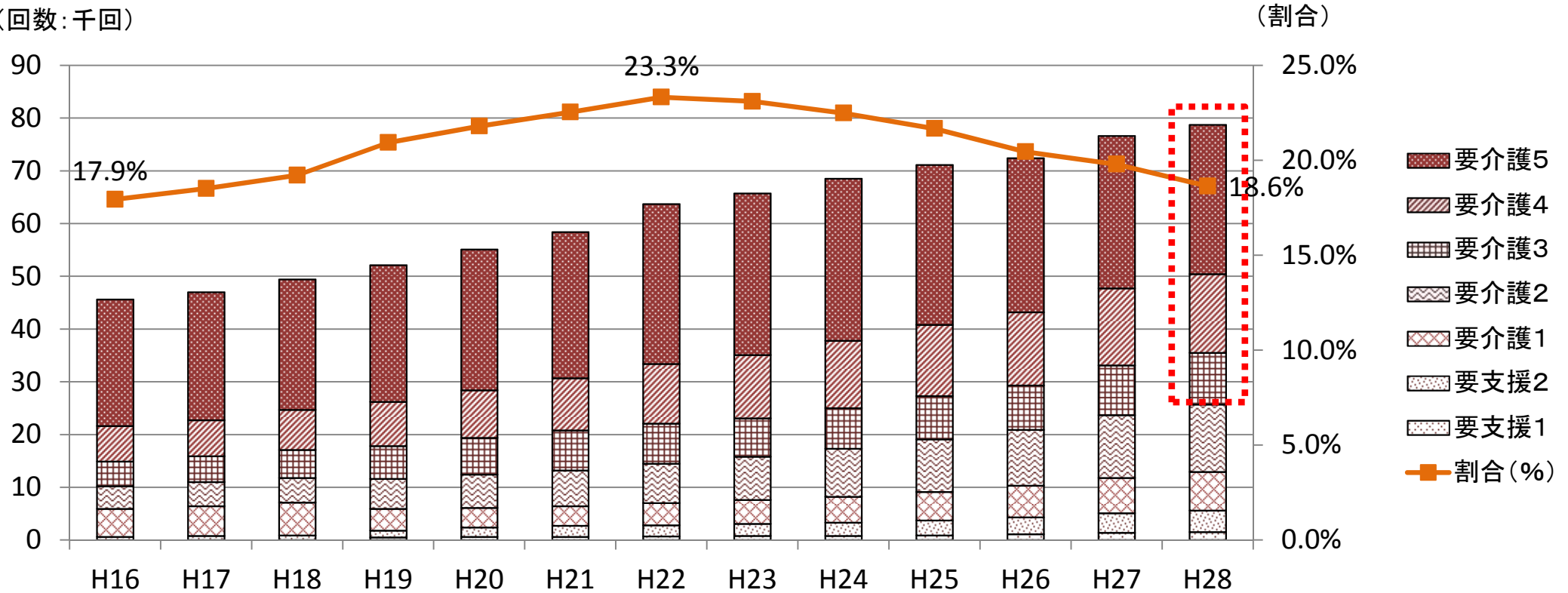
緊急時訪問看護加算 訪問看護ステーション540単位、病院・診療所290単位(1月あたり)

(注) 緊急時訪問看護加算とは、指定訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあつて、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。指定訪問看護を担当する医療機関においては、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)

訪問看護の加算状況 <特別管理加算>

○ 訪問看護利用者に占める特別管理加算(注)の算定者割合は、平成22年以降は微減であり平成28年は約19%である。要介護度別では要介護3以上の中重度者が約67%を占めている。

■ 特別管理加算の算定数及び訪問看護利用者に占める特別管理加算算定割合の推移
(回数:千回)



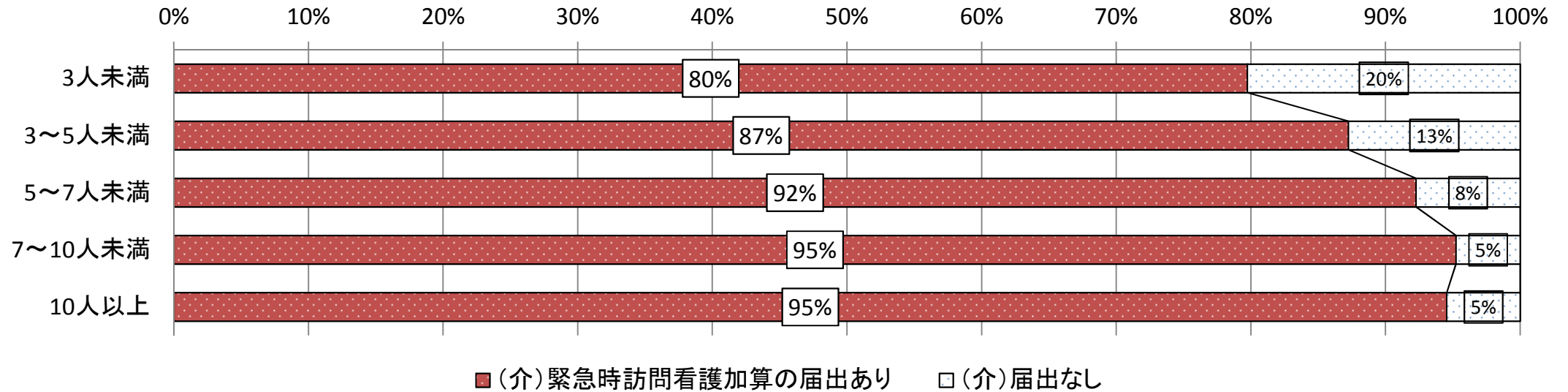
特別管理加算 (I)500単位 (II)250単位(1月あたり)

- (注) 特別管理加算とは、特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態に該当する以下の状態にある者に対して指定訪問看護を行う場合に加算する。(区分支給限度基準額の算定対象外)
- 特別管理加算(I) 医科診療報酬点数表に掲げる在宅悪性腫瘍患者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。
 - 特別管理加算(II) 医科診療報酬点数表に掲げる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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態。

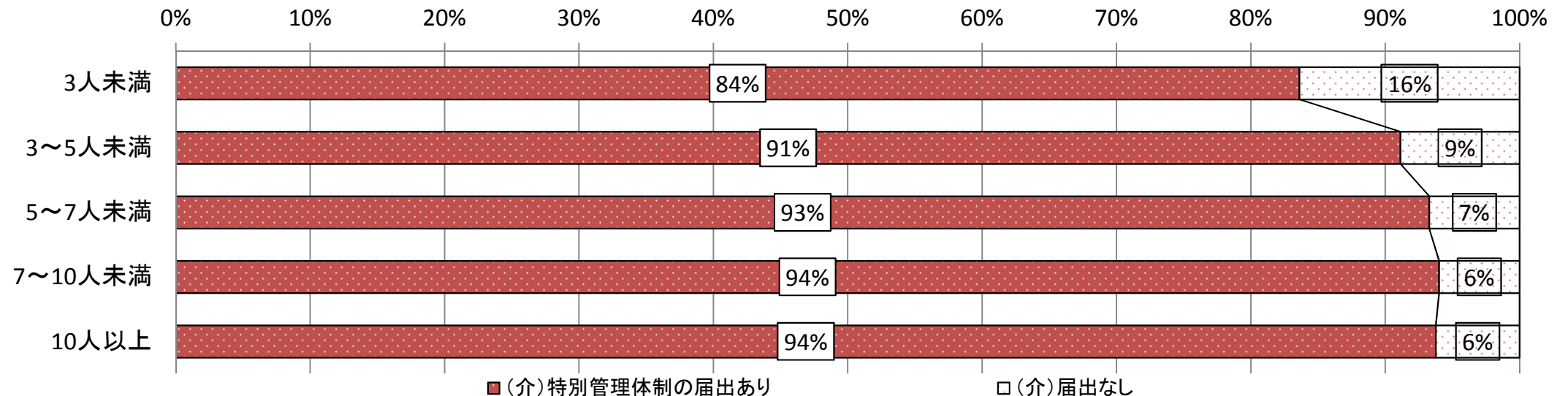
訪問看護ステーションの看護職員規模別の加算届出の状況

○ 訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算)が多くなるほど緊急時訪問看護加算及び特別な医療的管理に対応する届出をしている事業所の割合が高い。

■ 緊急時訪問看護加算の届出状況

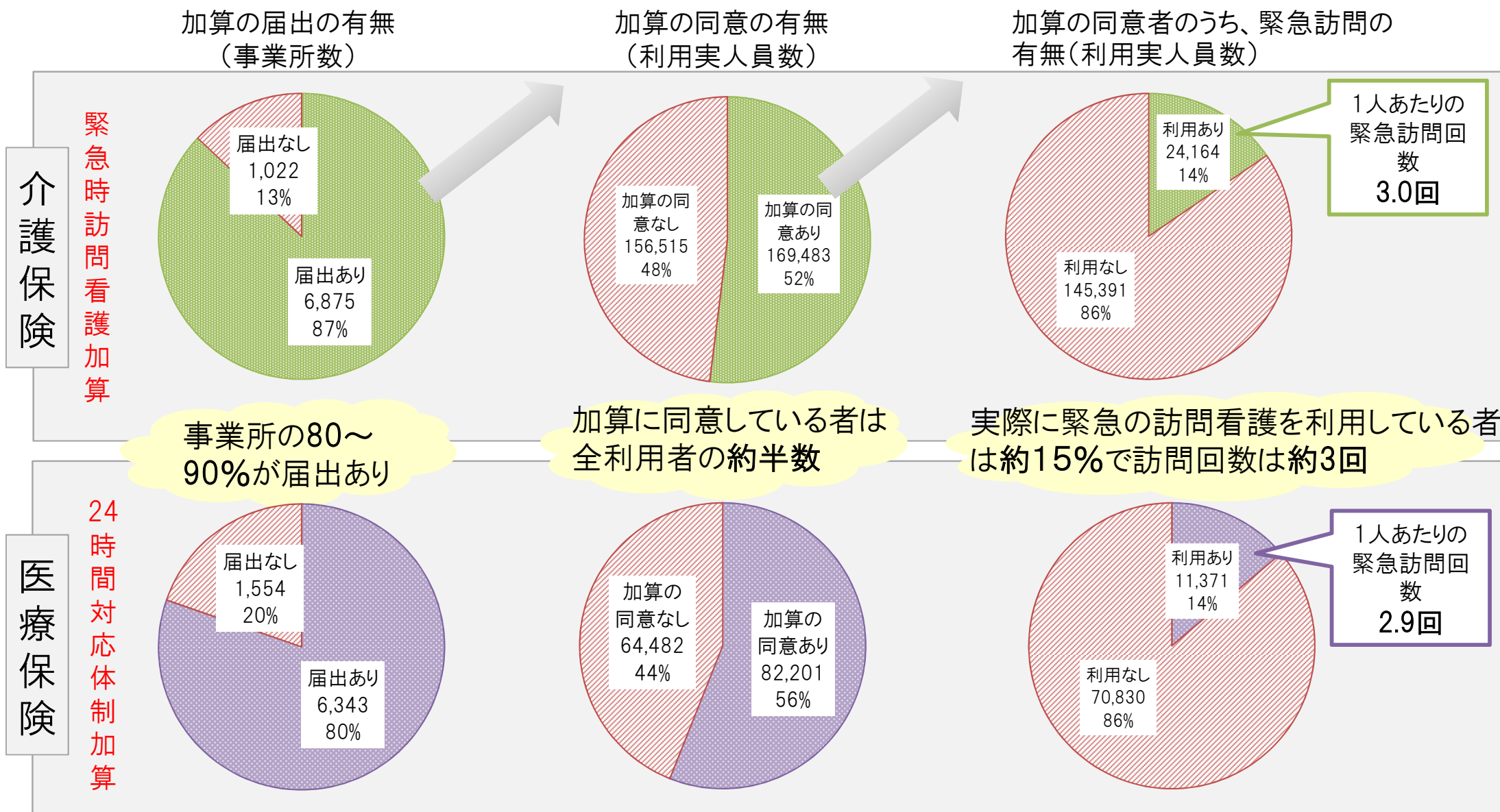


■ 特別管理体制の届出状況



訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況①

○ 介護保険と医療保険の利用者において、加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の約半数が加算の同意をしている。



緊急時訪問看護加算・24時間対応体制加算: 同意を得た利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、必要に応じ緊急時訪問を行う体制として届け出た場合に月1回加算

訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況②

- 介護保険の訪問看護のうち、緊急に訪問した回数の割合は1.3%である。
- 緊急に訪問した回数のうち、特別管理加算算定者では早朝、夜間、深夜帯の訪問の割合は46.9%である。

■ 訪問看護ステーションにおける訪問回数と緊急に訪問した回数の割合(平成28年10月分)

	介護保険※1	医療保険(精神科以外)※2	精神科の訪問看護※3	合計
訪問看護ステーションによる訪問回数	132,042	51,922	12,912	196,876
うち緊急に訪問した回数	1,653	1,110	48	2,811
訪問回数に占める緊急に訪問した回数の割合	1.3%	2.1%	0.4%	1.4%

※1 n=377、※2 n=365、※3 n=151

出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)(2)病院・診療所等が行う中重度者の医療ニーズに関する調査研究事業報告書

■ 特別管理加算の算定者の訪問時間帯別の訪問回数及び緊急に訪問した回数に占める割合(平成28年10月分)

	早朝	夜間	深夜	合計
特別管理加算算定者の訪問回数※1	155	417	203	775
緊急に訪問した回数(1,653回)に占める割合	9.4%	25.2%	12.3%	46.9%

※1 n=340

■ 訪問看護における24時間対応体制と緊急時訪問における早朝、夜間、深夜に係る加算の関係

制度	介護保険	医療保険
加算の名称	緊急時訪問看護加算	24時間対応体制加算
事業所	訪問看護ステーション	病院・診療所
報酬	540単位/月	290単位/月
要件	利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡できる体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。	利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算する。
	利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間対応できる体制にあって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う場合に加算する。利用者又はその家族等の求めに応じて、主治医の指示に基づき、緊急に指定訪問看護を実施した場合には、24時間対応体制加算とは別に緊急訪問看護加算を算定できる	
緊急時訪問を行った場合の早朝・夜間、深夜の加算※の算定の可否		
早朝・夜間、深夜の加算※	算定できない	算定できる
うち特別管理加算を算定する状態の者		
早朝・夜間、深夜の加算※	1月以内の2回目以降の緊急時訪問の場合に算定できる	算定できる

※(介護保険) 早朝・夜間加算：午前6～8時及び午後6～10時に訪問看護を行った場合に所定単位数の100分の25に相当する単位数を加算

深夜加算：午後10～午前6時の訪問看護を行った場合に所定単位数の100分の50に相当する単位数を加算

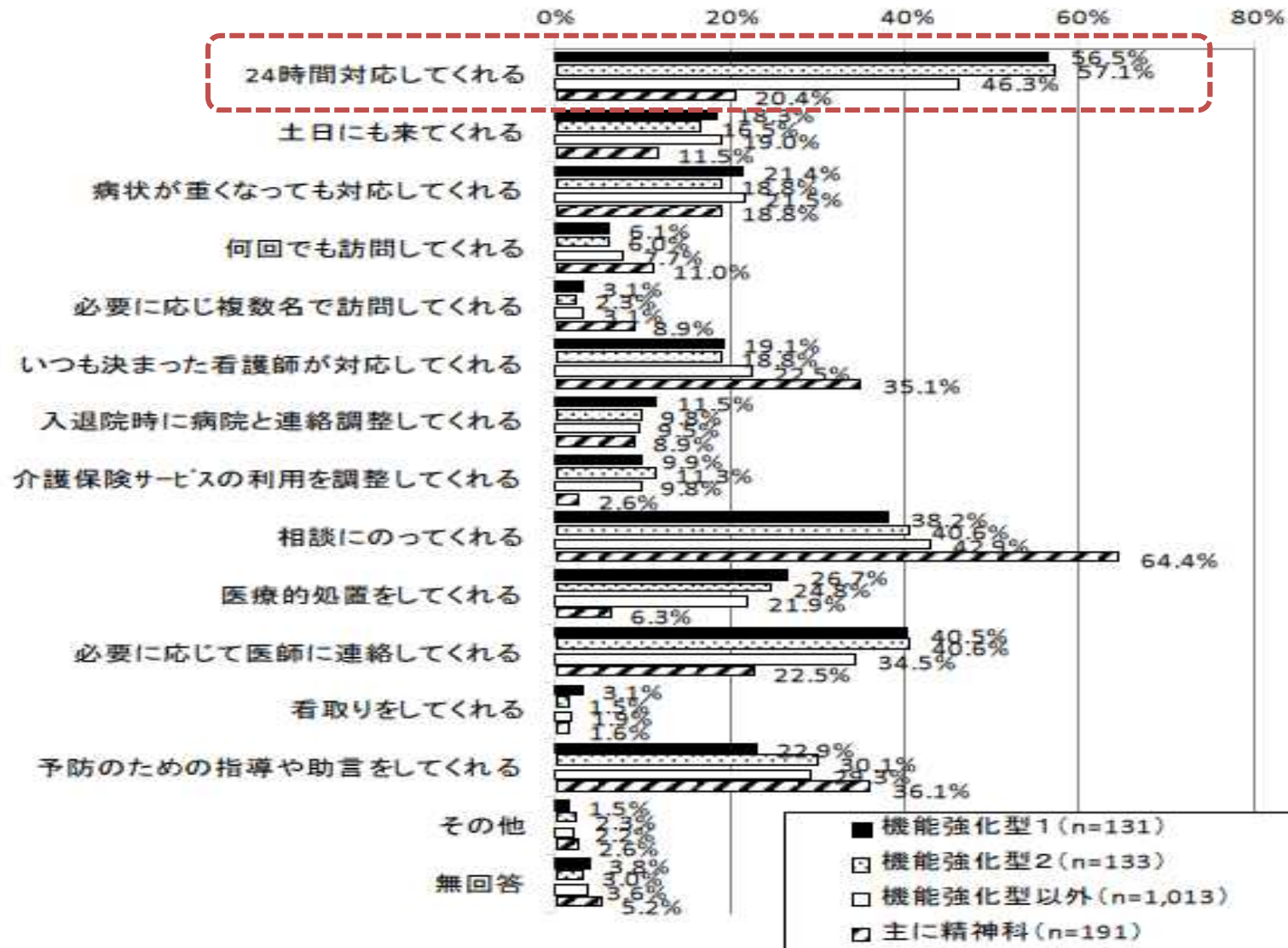
(医療保険) 夜間・早朝訪問看護加算：午前6～8時及び午後6～10時に指定訪問看護を行った場合に2,100円を加算

深夜訪問看護加算：午後10～午前6時に指定訪問看護を行った場合に4,200円を加算

利用者が訪問看護に求めること

○ 利用者が訪問看護師に求めることとして、主に精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーション以外で「24時間対応してくれる」が多い。

■ 訪問看護師に求めること(上位3つまで)



訪問看護ステーションにおける複数名訪問に係る加算の要件等

		介護保険 (複数名加算)		医療保険 (複数名訪問看護加算)			
		加算	指定訪問看護 の実施者	同時に 訪問する者	加算	指定訪問看護の実施 者	同時に訪問する者
報酬と訪問者	30分未満：254単位 30分以上：402単位		保健師等 (保健師、看護 師、准看護 師、理学療法 士、作業療法 士、言語聴覚 士)	保健師等	4,300円(週に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
					3,800円(週に1回)	看護職員	准看護師
					3,000円 (要件(1)(2)(3)の場合は回数制限なし。 要件(4)(5)の場合は週1回。)	看護職員	看護補助者
要件	<p>同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合に、指定訪問看護の所要時間に応じ、1回につき所定の単位数に加算。</p> <p>(イ)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場合</p> <p>(ロ)暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合</p> <p>(ハ)その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる場合</p>			<p>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。</p> <p>(1)特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</p> <p>(2)特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> <p>(3)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</p> <p>(4)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</p> <p>(5)その他利用者の状況等から判断して、(1)～(4)のいずれかに準ずると認められる者(看護補助者に限る)</p>			
			<p>(参考) 厚生労働省保険局医療課 事務連絡(平成24年4月20日)</p> <p>(問)複数名訪問看護加算において評価されている看護補助者には、業務の定義や資格要件はあるのか。また、訪問看護ステーションに雇用されていない看護補助者でもよいのか。</p> <p>(答)看護補助者については、訪問看護を担当する看護師の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、当該訪問看護ステーションに雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。</p>				

複数名による訪問看護

- 介護保険においては、複数名による訪問看護として同時に行う者については保健師等に限定されている。
- 医療保険の訪問看護では、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者が若干存在している。

複数名の職員が同時に訪問する利用者の理由	対象利用者数割合	対象利用者全体のうち、週1回以上の訪問が必要と考えられる利用者数割合	対象利用者全体のうち、医療職同士でなくとも問題がないと考えられる利用者数割合
末期がんや神経難病など利用者 ^{※1} (n=179訪問看護ST)	2.8%	2.1%	1.0%
特別訪問看護指示期間中の利用者(n=156訪問看護ST)	0.7%	0.6%	0.3%
重症者管理加算の対象となる利用者 ^{※2} (n=168訪問看護ST)	4.0%	3.1%	1.1%
暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損などが認められる利用者(n=157訪問看護ST)	0.3%	0.2%	0.1%

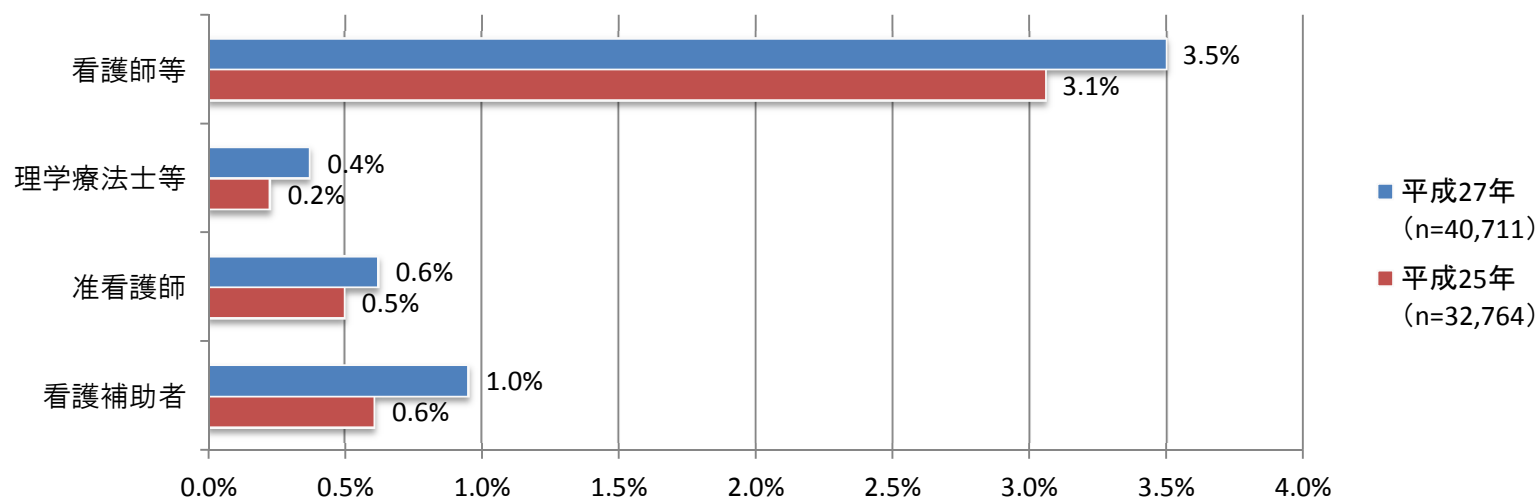
(注)割合は、訪問看護実施利用者のうち複数名の職員が同時に訪問する利用者の割合

※1特掲診療料の施設基準等別表七に掲げる者
 ※2特掲診療料の施設基準等別表八に掲げる者

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)

医療保険の訪問看護(訪問看護ステーション)利用者における複数名訪問看護加算の算定利用者の割合

看護職員と同時に訪問する職種



(参考)医療保険では平成24年度診療報酬改定より看護職員と同時に訪問する職種として看護補助者が追加された。

出典：訪問看護療養費実態調査を元に算出

訪問看護〈中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制の評価〉 (平成27年度介護報酬改定資料)

概要

- ・在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所に対する評価を行う。

点数の新旧

(なし)



(新規)
看護体制強化加算 +300単位/月

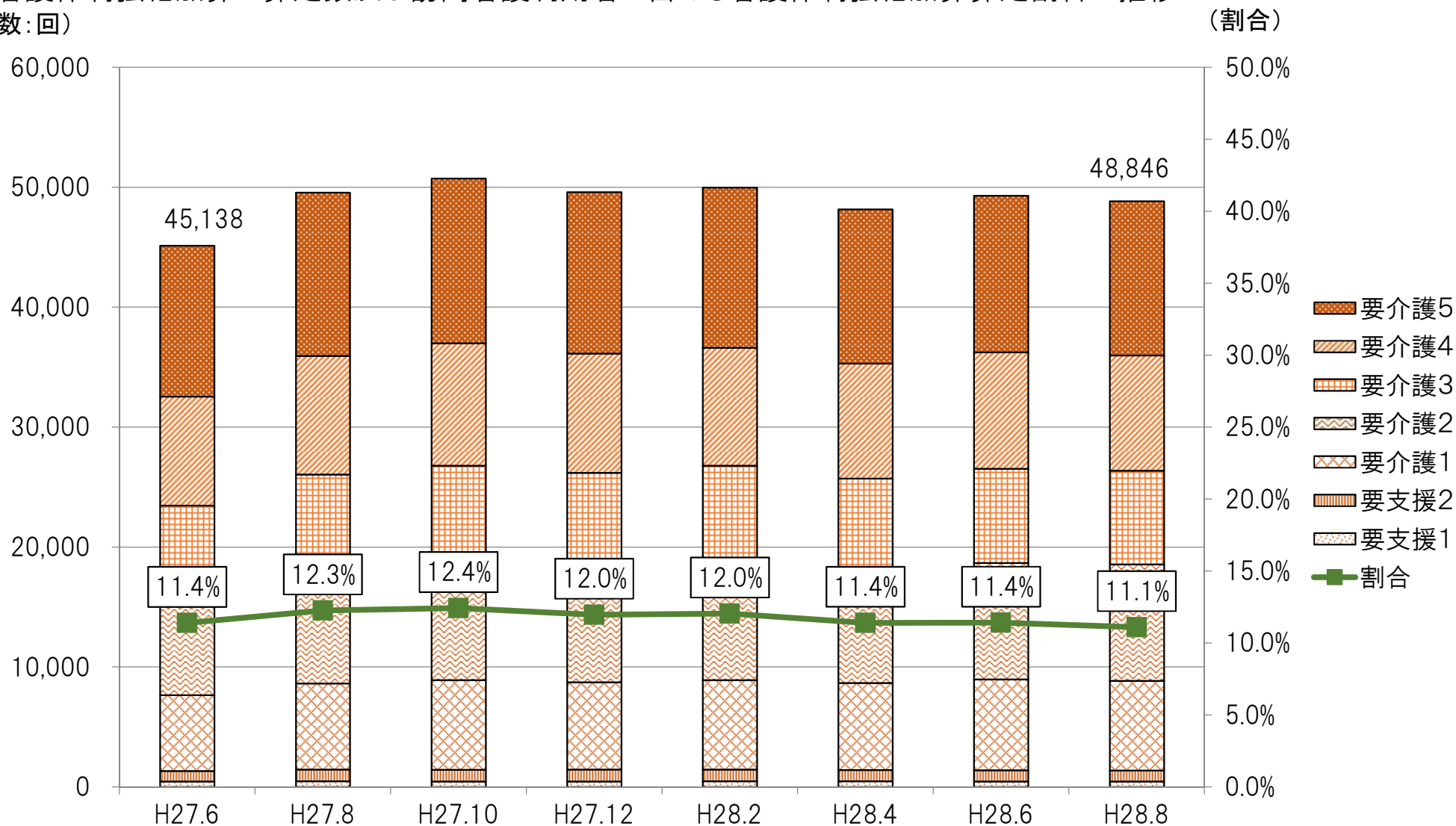
算定要件

- ・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
 - ① 算定日が属する月の前3月において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。
 - ② 算定日が属する月の前3月において、指定訪問看護事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であること。
 - ③ 算定日が属する月の前12月において、指定訪問看護事業所におけるターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上であること(介護予防を除く)。

訪問看護の加算状況 <看護体制強化加算>

○ 看護体制強化加算は、平成27年に新設され、訪問看護利用者に占める看護体制強化加算の算定者割合は約11%でほぼ横ばいである。

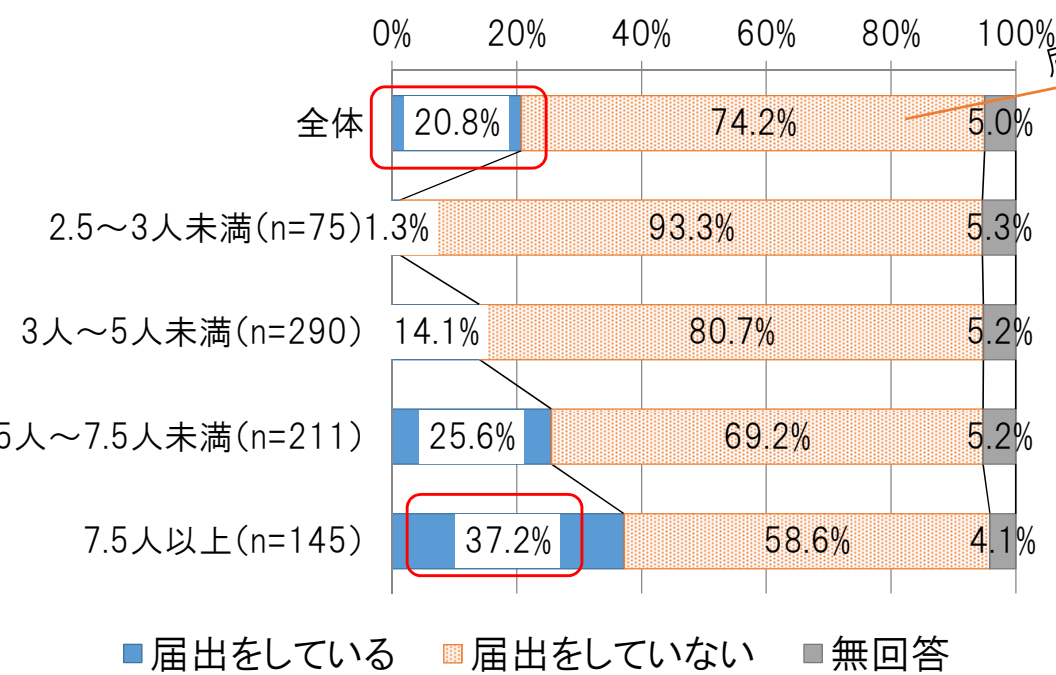
■ 看護体制強化加算の算定数及び訪問看護利用者に占める看護体制強化加算算定割合の推移
(回数:回)



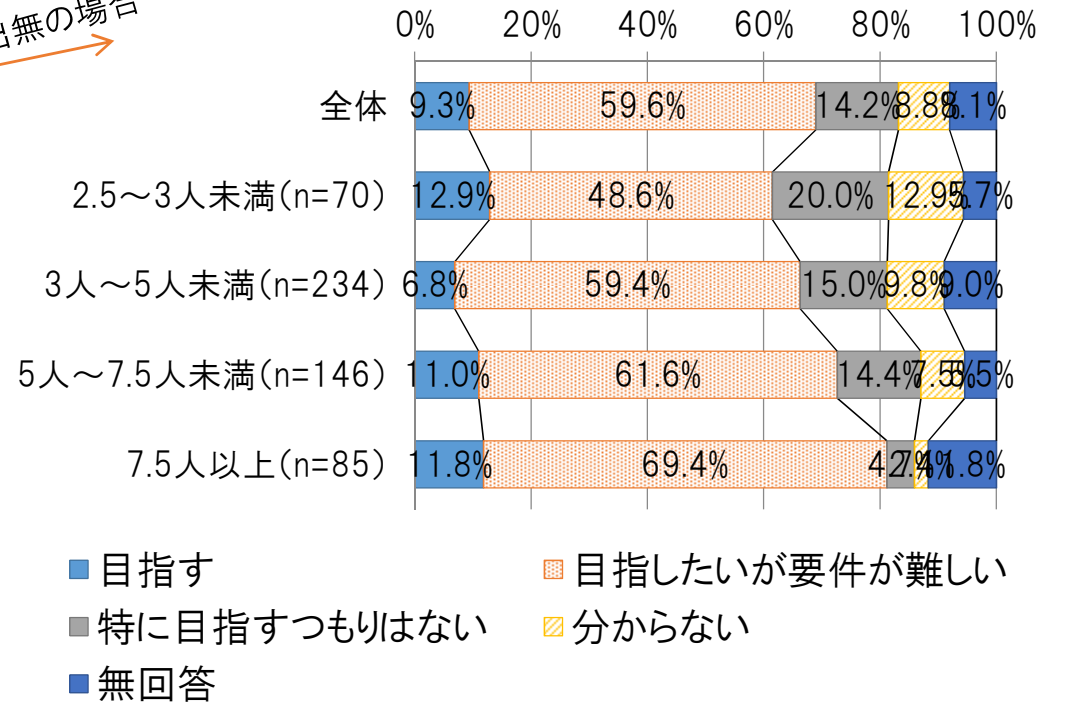
訪問看護ステーションの看護職員（常勤換算）規模別の看護体制強化加算の届出状況

○ 看護体制強化加算は、約20%で届出されており、看護職員が多くなるほど届出をしている事業所の割合が高い。
 ○ 要件を満たしている場合で届出をしていない理由については、「月によって要件を満たせるかどうかが変わる」が約88%で、月によって要件を満たせるか変化する加算としては「特別管理加算」が最も多かった。

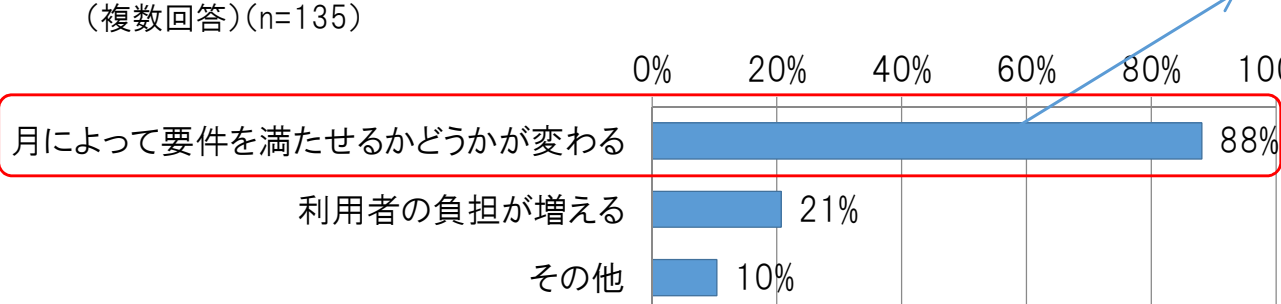
■ 看護体制強化加算の届出状況



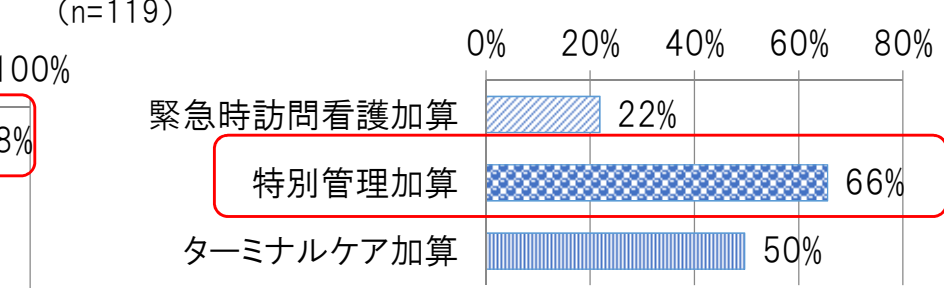
■ 看護体制強化加算の届出無の場合の今後の方針



■ 要件を満たしている場合で届出をしていない理由



■ 月によって要件を満たせるか変化する加算(複数回答)



出典：平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業」

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ2:訪問看護】

在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について、どのように考えるか。

（訪問看護ステーションの事業規模拡大）

○ 近年、事業所数が増えているが、訪問看護師の人材確保が課題。従業員数5人未満の事業所が約半分を占めており、訪問看護師を確保して、拡大をしていく方向性が正しい。

（病院・診療所が行う在宅支援の拡大）

- かかりつけ医機能を持つ有床診療所と中小病院は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所となって、訪問看護だけでなく介護も含めて総合的に在宅支援を行う必要がある。
- 病院・診療所から直接訪問看護に行くことは、緊急時の入院対応等が円滑に進むので、報酬での対応も含め、行いやすくすべき。
- 病院・診療所が行う訪問看護が増えないことについて、報酬だけではなく様々な基準も含めて早目に検討すべき。

（人材育成）

- 人材育成については、各職能団体の研修や多職種連携の研修を開催することも必要。
- 人材育成の観点から、機能強化型の訪問看護ステーションの役割が期待される。また、病院・診療所で勤務しながら、一定期間、訪問看護ステーションでも勤務する仕組みを進めるべき。
- 人材育成や地域連携において、管理者の力量による面が大きい。現在の開設者要件は、適切な知識と技能を持っている者と定義が曖昧であり、管理者の研修を受けなかった者が約3割もおり課題である。
- 病院・診療所からの訪問看護は減少傾向で、訪問看護ステーションは増加しているが、訪問看護師は人材不足であり、PT・OTが増えているのではないかという実感。

訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の取り扱いについて

4 訪問看護費

(4) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

① 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものである。

なお、言語聴覚士による訪問において提供されるものは、あくまでも看護業務の一部であることから、言語聴覚士の業務のうち保健師助産師看護師法の規定に関わらず業とされている診療の補助行為に限る。

② 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施することとし、1人の利用者につき週6回を限度として算定する。

(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について)

【理学療法士等による訪問看護に係るQ&A】

(問) 理学療法士等の訪問については、訪問看護計画において、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされてもよいのか。

(答) リハビリテーションのニーズを有する利用者に対し、病院、老人保健施設等が地域に存在しないこと等により訪問リハビリテーションを適切に提供できず、その代替えとしての訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問が過半を占めることから、理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定もあると考える。

(平成21年3月23日 介護保険最新情報)

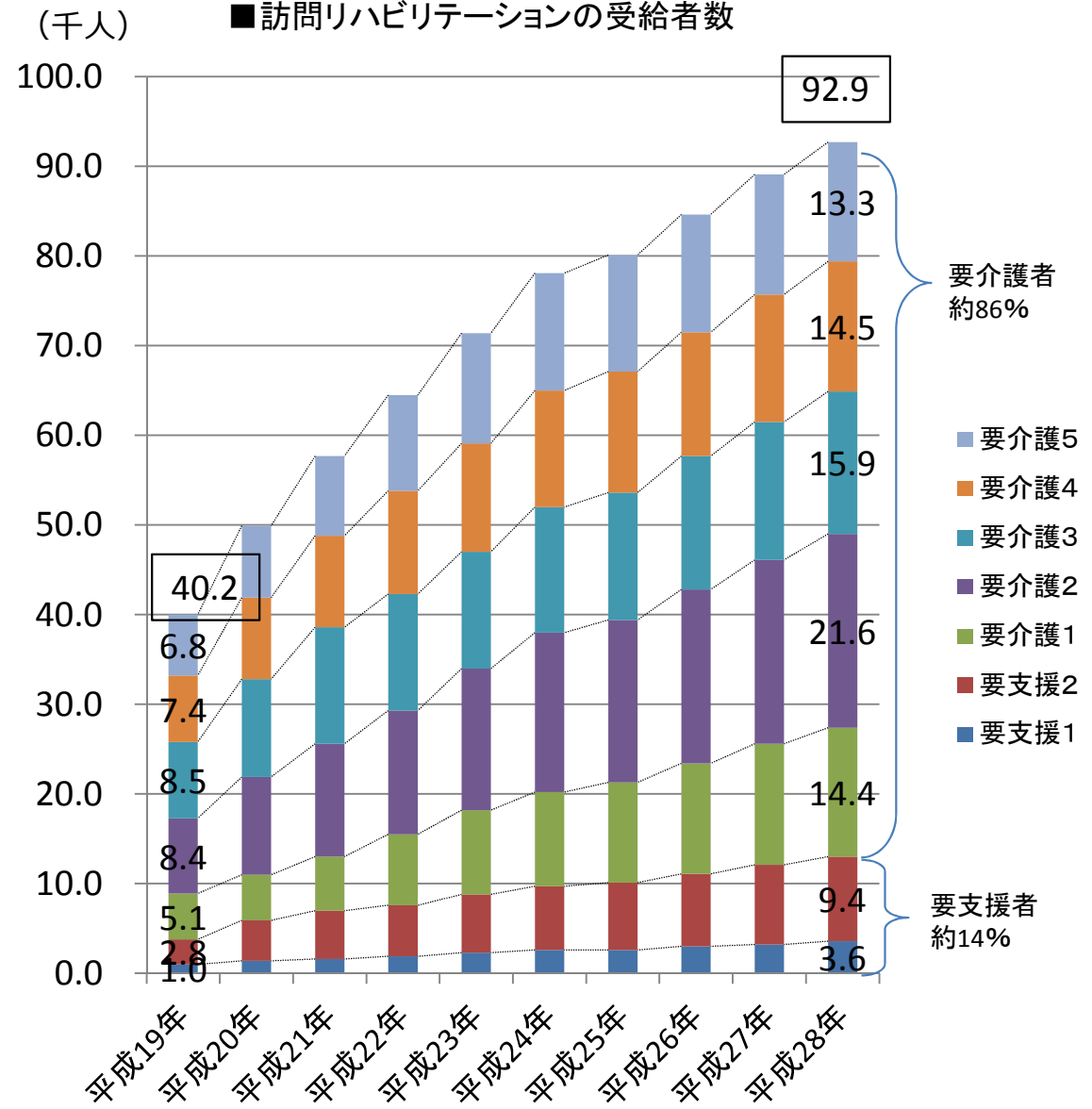
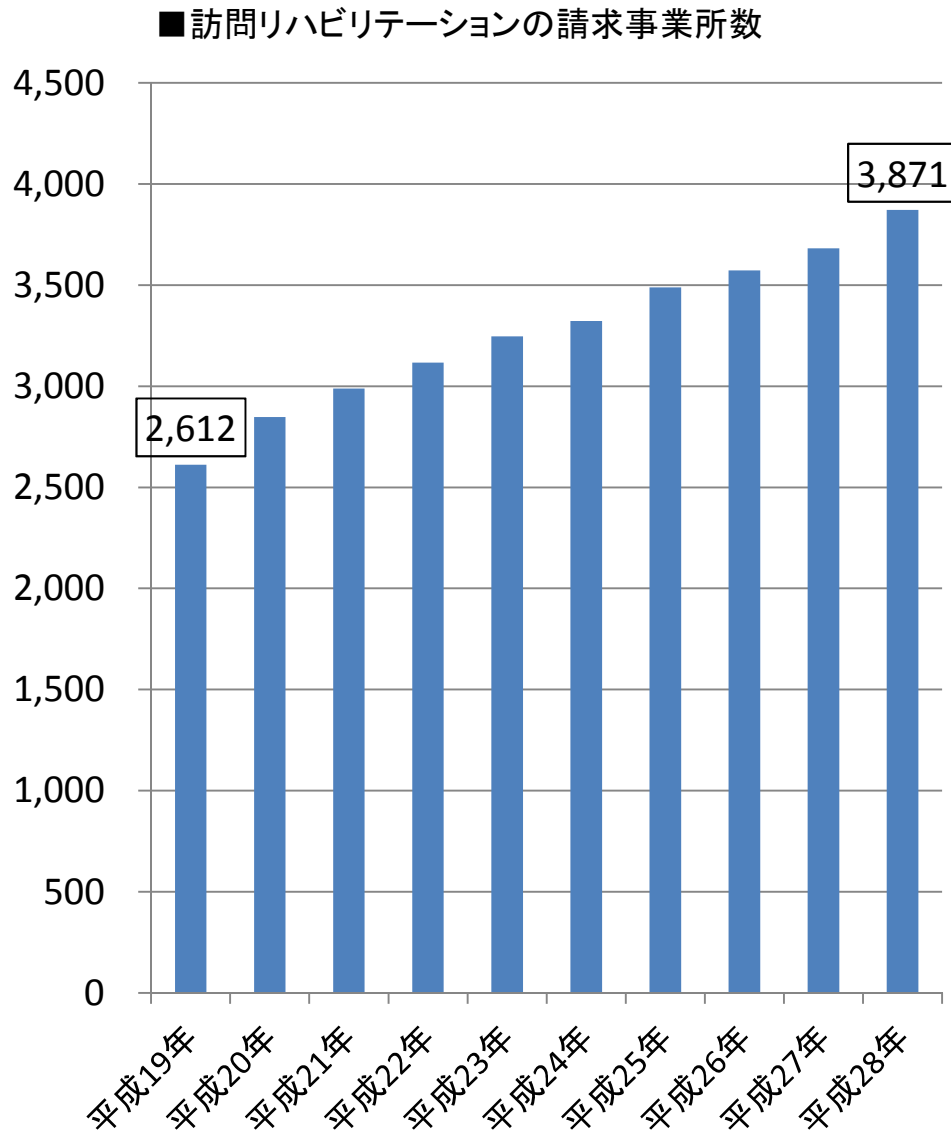
(問) 理学療法士等による訪問看護のみを利用する利用者について特別管理加算は算定できるか。

(答) 特別管理加算については、別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者に対して、当該状態にかかる計画的な管理を行った場合に算定するとされており、訪問看護ステーションの理学療法士等によりリハビリテーションを中心とした訪問看護のみを利用する利用者については、そうした計画的な管理が行われているとは想定されないため、一般的には、当該加算は算定できない。

(平成15年5月30日 事務連絡)

訪問リハビリテーション事業所数と利用者数の推移

- 訪問リハビリテーション事業所数及び利用者数は増加している。
- 平成19年を1とした場合、要介護3以上の利用者の増加率(約1.9倍)に比べ、要介護2以下の利用者の増加率(約2.8倍)が大きい。

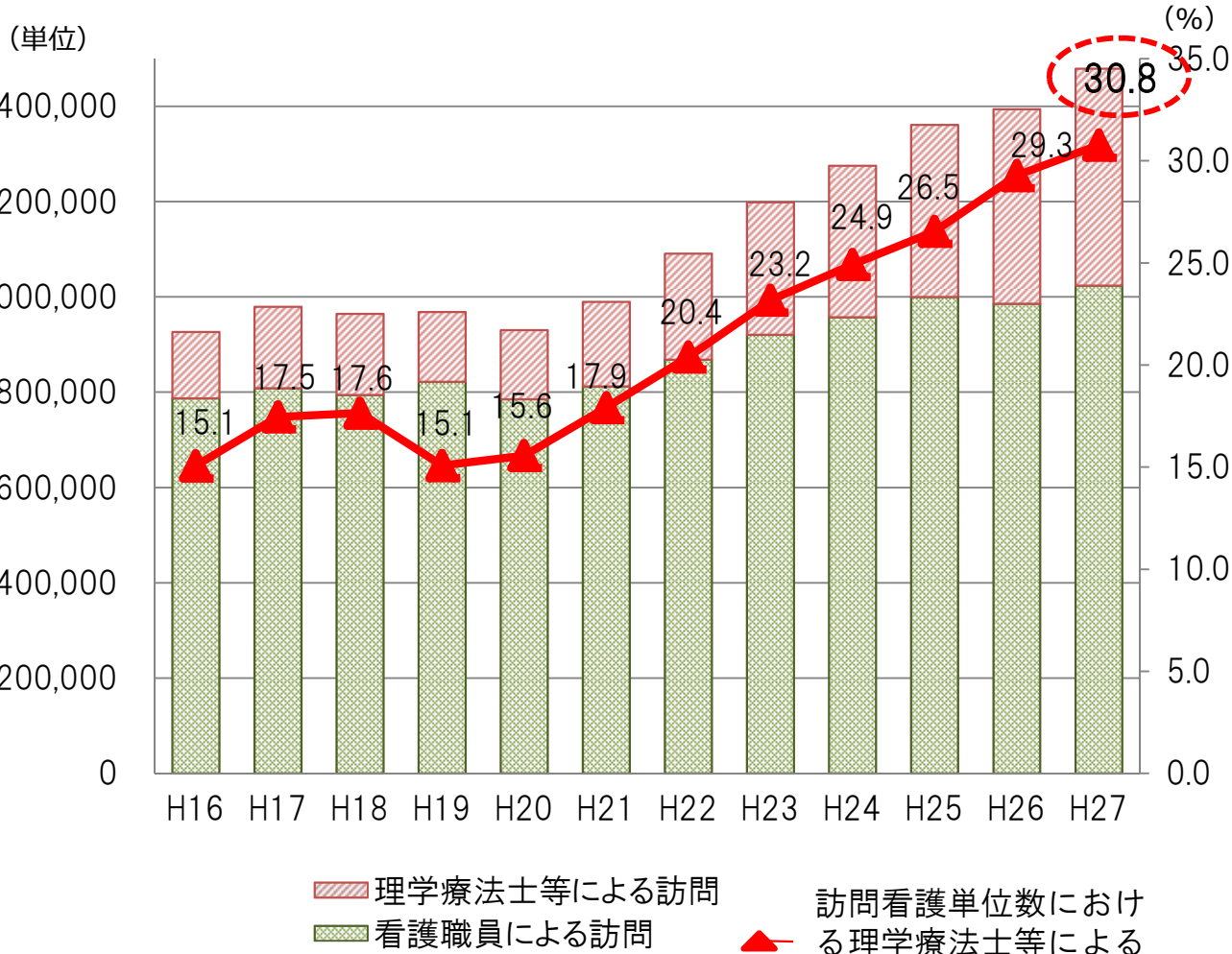


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。
※介護予防サービスは含まない。

訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問看護の現状

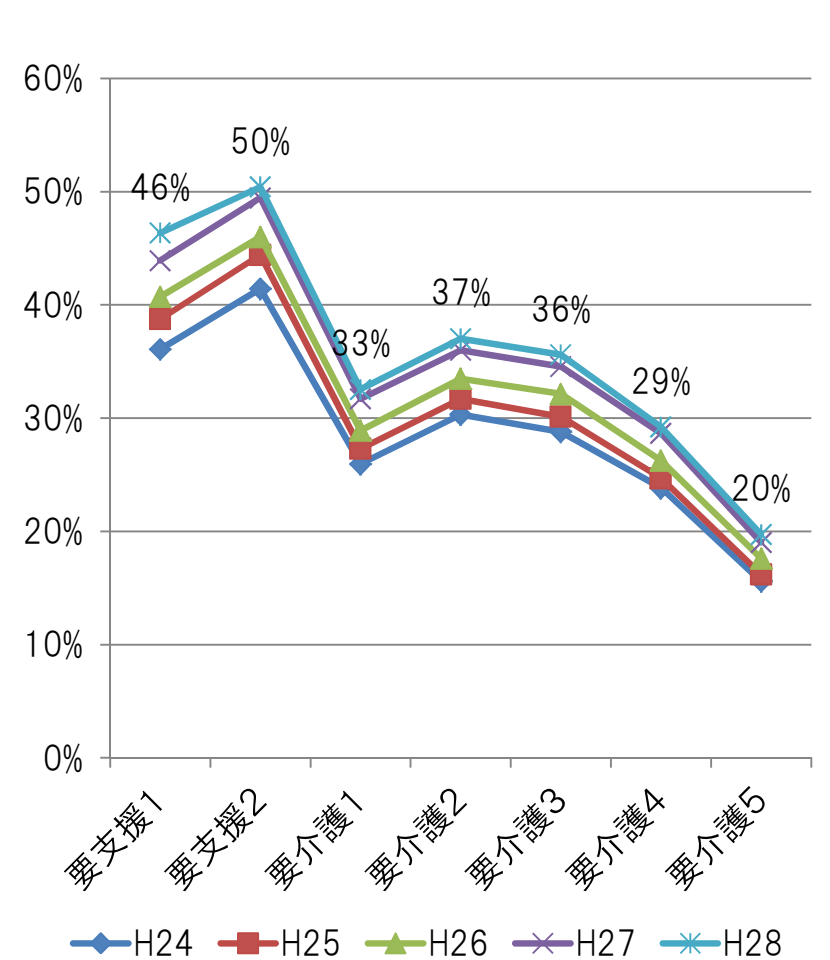
○ 訪問看護ステーションにおける訪問看護費は、平成21年頃より、訪問看護の一環としての理学療法士等による訪問(単位数)の増加率が著しい。特に要支援における理学療法士等による訪問(単位数)の割合が高い。

■ 職種別訪問看護単位数の推移、理学療法士等による訪問看護の割合の推移



注) 看護職員: 保健師・看護師・准看護師
 理学療法士等: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

■ 訪問看護費に占める要介護度別の理学療法士等による訪問(単位数)の割合



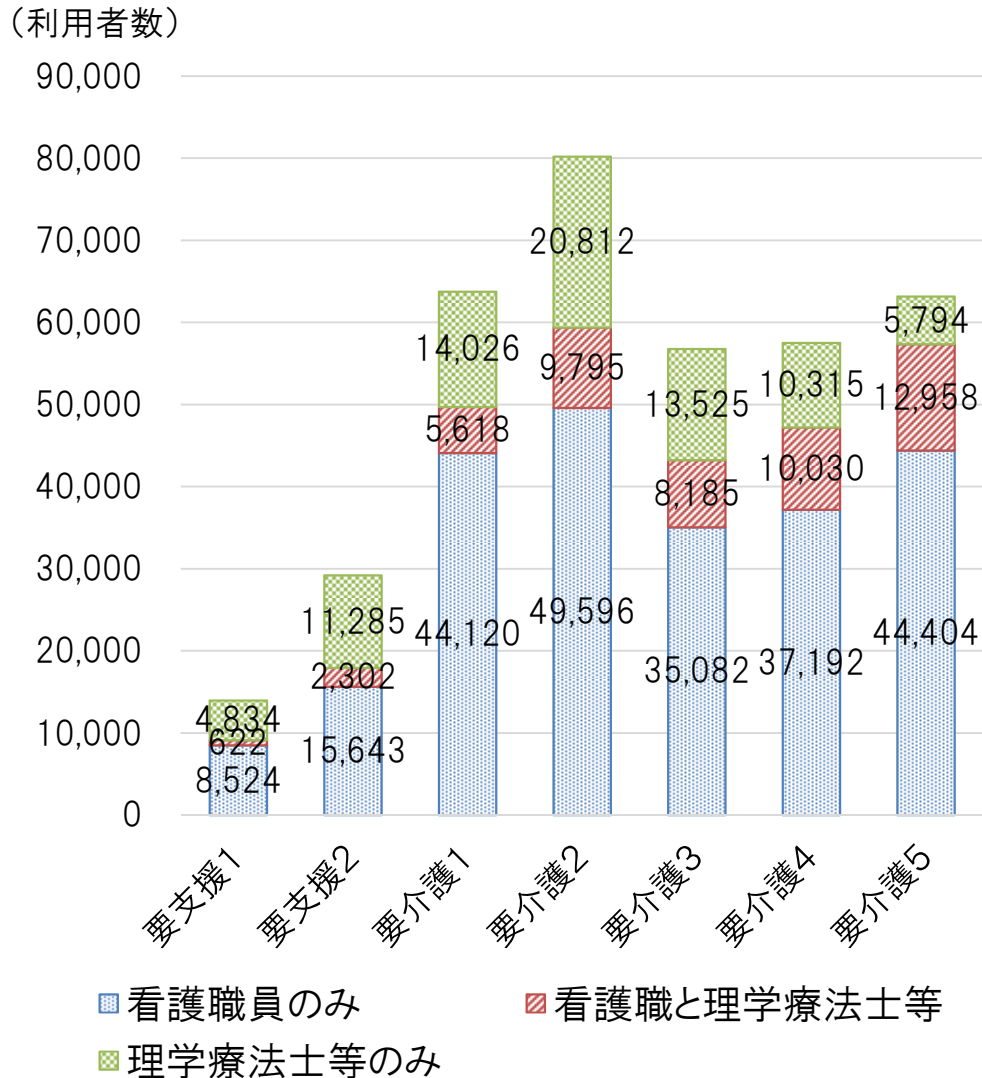
【出典】介護給付費実態調査 (各年3月審査分)

【出典】介護給付費実態調査 (各年9月審査分)

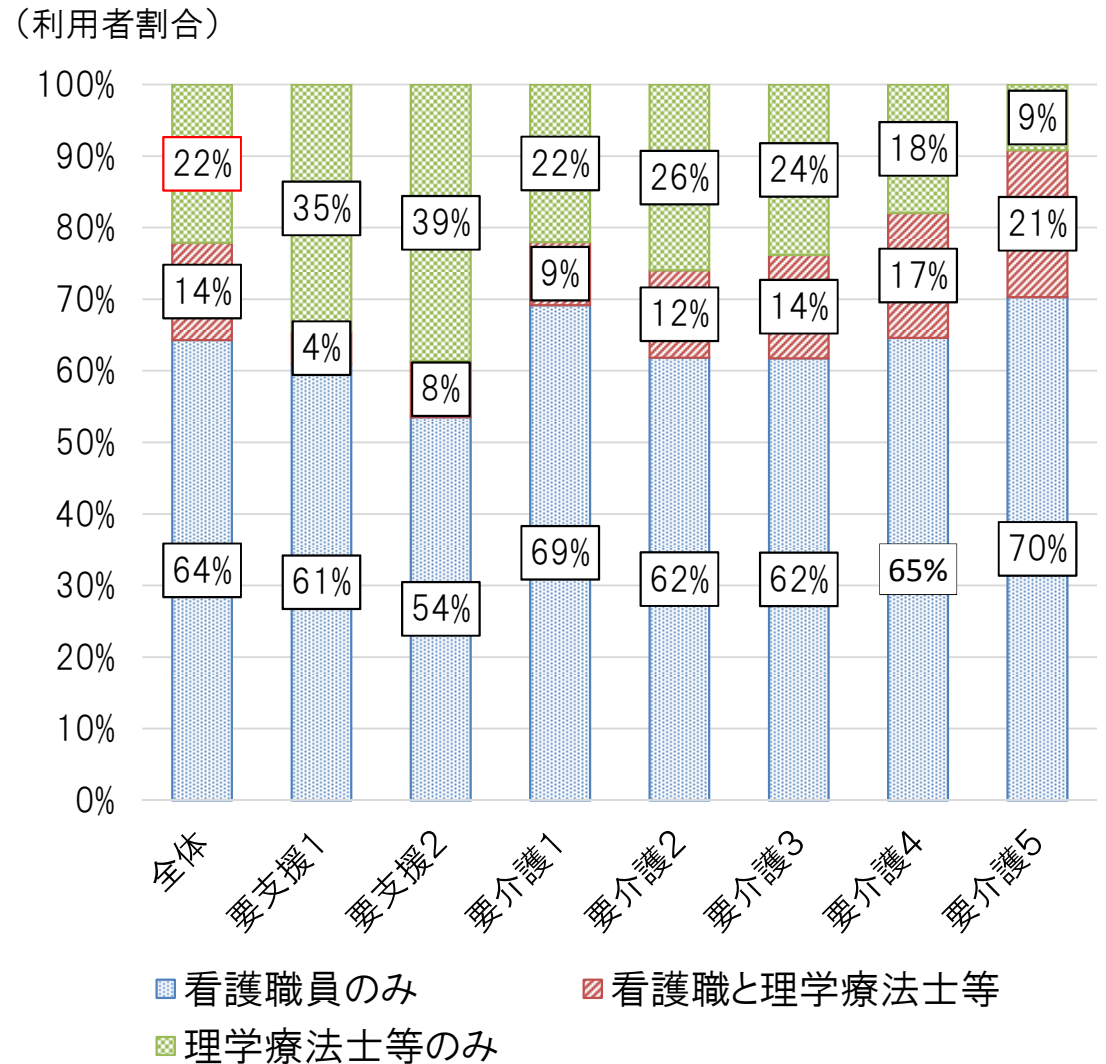
職種別の訪問看護の状況

- 看護職員のみでの訪問看護を利用している利用者が最も多いが、理学療法士等のみによる訪問看護の利用者も存在する。
- 理学療法士等のみでの訪問看護を利用している利用者は、全体では約22%であるが、要支援1で約35%、要支援2で約39%と要支援者に多い。

■ 訪問の職種別の利用者数



■ 訪問の職種別の利用者数の割合



出典：老健局老人保健課調べ(平成27年6月審査分)

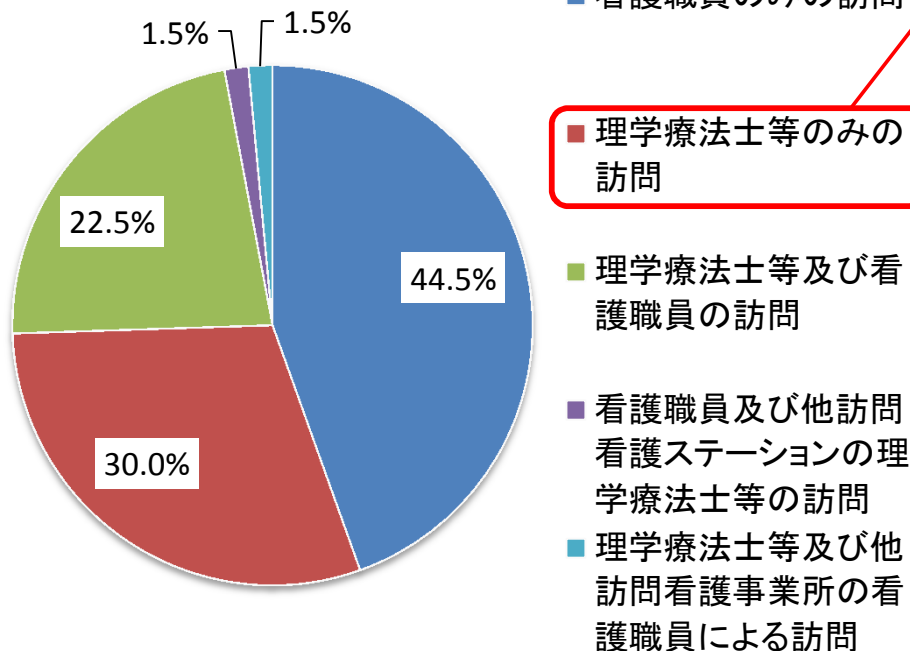
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

- 理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの介護保険の利用者のうち、30%が理学療法士等のみの訪問であり、要支援2以下が約20%である。
- 理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、「看護師がアセスメント等のために訪問することは基本的にはない」とした割合は約22%であった。

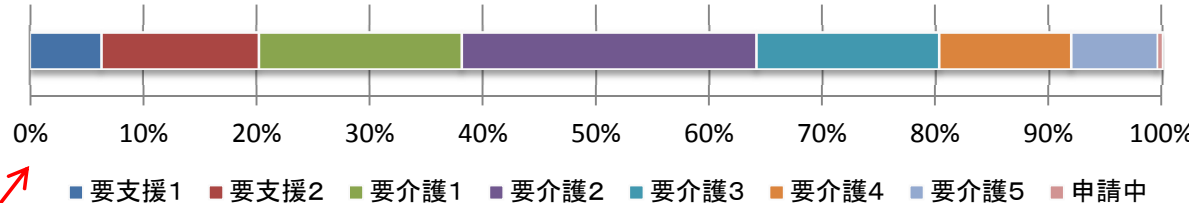
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数 (2016年10月)(n=600)(※理学療法士等による訪問を行っているSTIに限る)

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

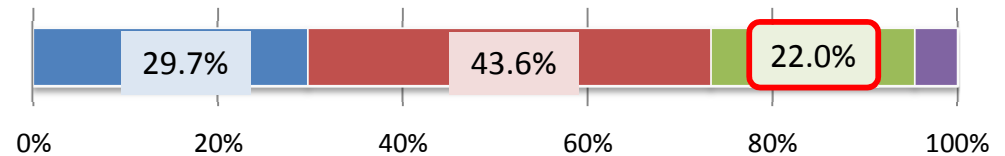
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数(74.1人)の訪問者職種別の割合



■ 理学療法士等のみの訪問における要介護度別利用者数割合



■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況(n=619)

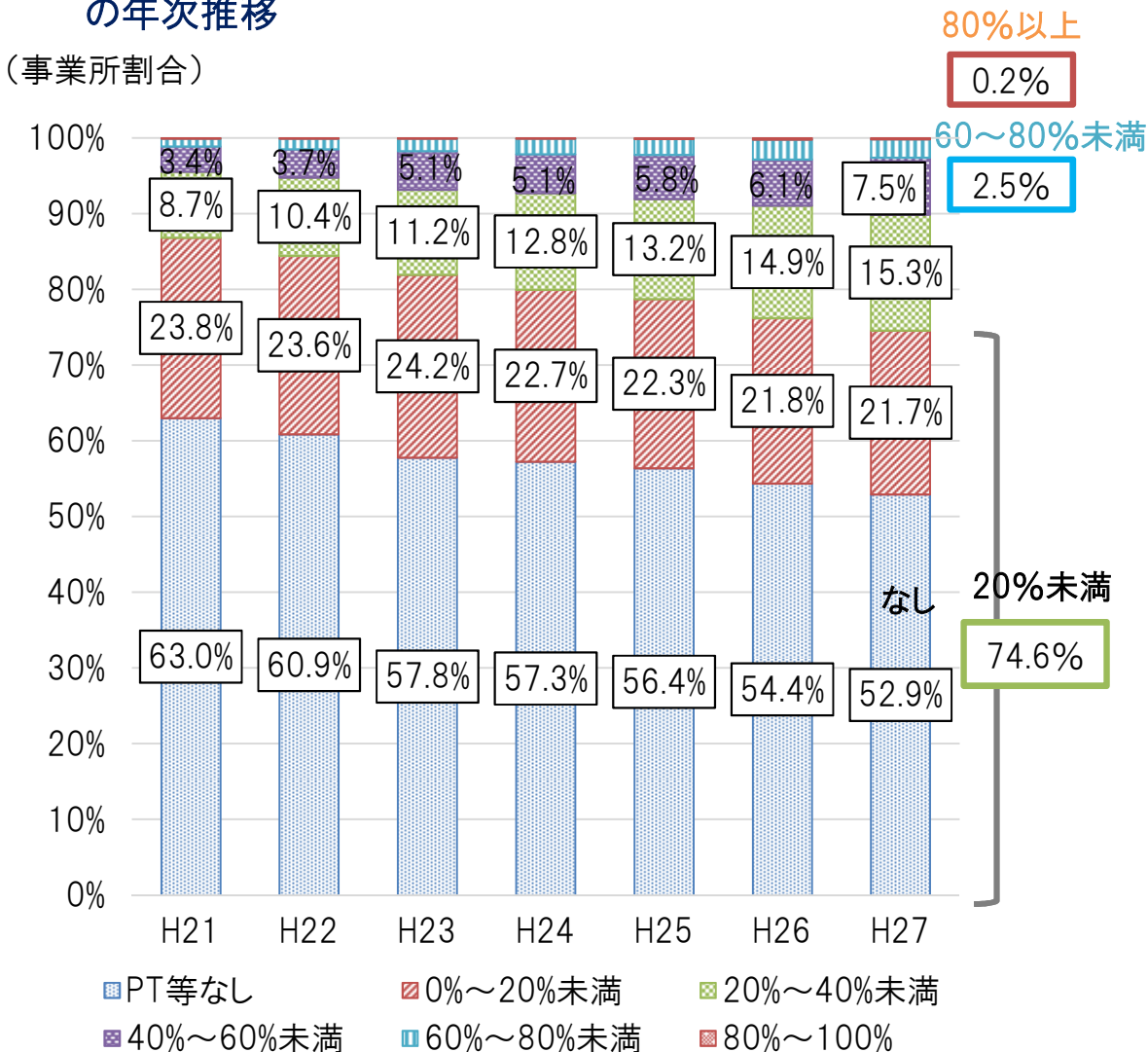


- 原則、全員の利用者宅を看護師が訪問する
- 必要な場合には、看護師が訪問する
- 看護師が訪問することは基本的にはない
- 無回答

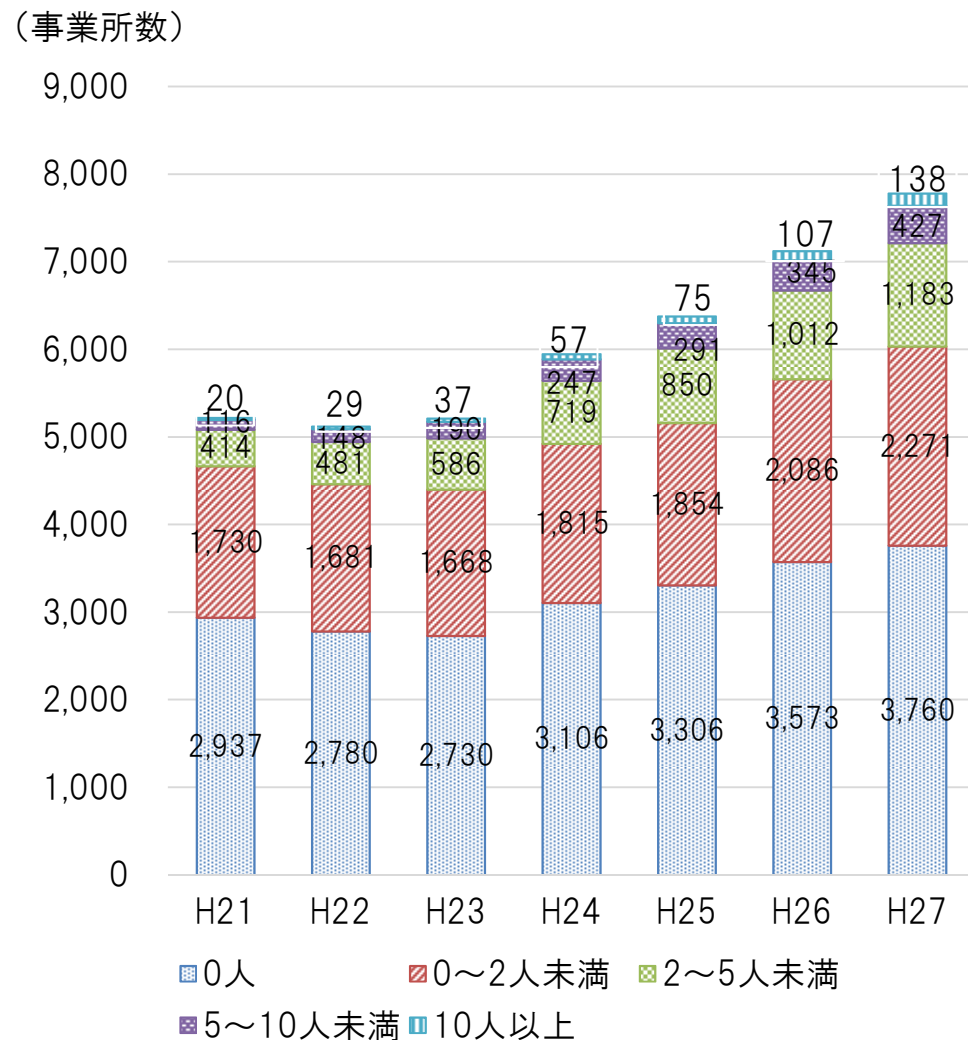
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況①

- 訪問看護ステーションにおける従事者のうち理学療養士等(常勤換算)の割合は、20%未満が約75%を占める。また、20%以上の割合は徐々に増加しており、60~80%未満は2.5%、80%以上は0.2%である。
- 理学療法士等が10名以上の事業所数は平成21年の20か所から平成27年の138か所へと約7倍に増加している。

■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別の年次推移
(事業所割合)



■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別事業所数の年次推移
(事業所数)

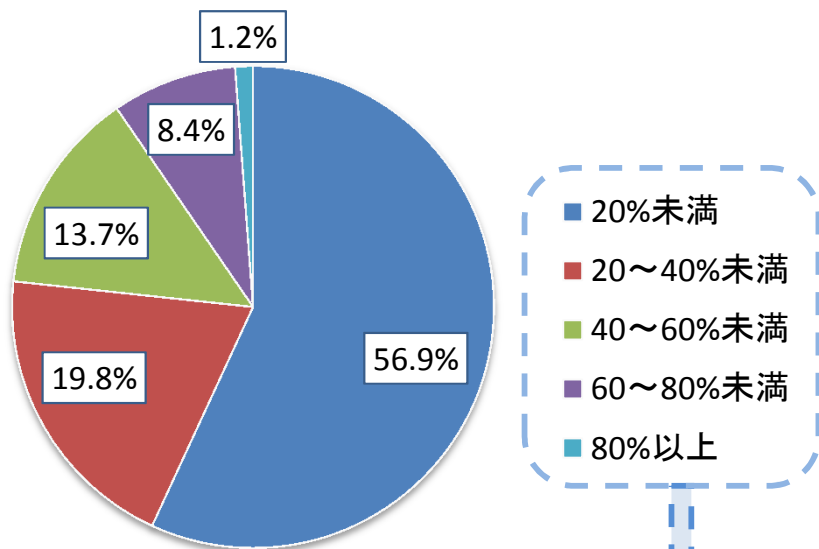


※常勤換算理学療法士等(P.T・O.T・S.T)従事者数の常勤換算保健師～言語聴覚士従事者数に占める割合階級別は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員＋理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。

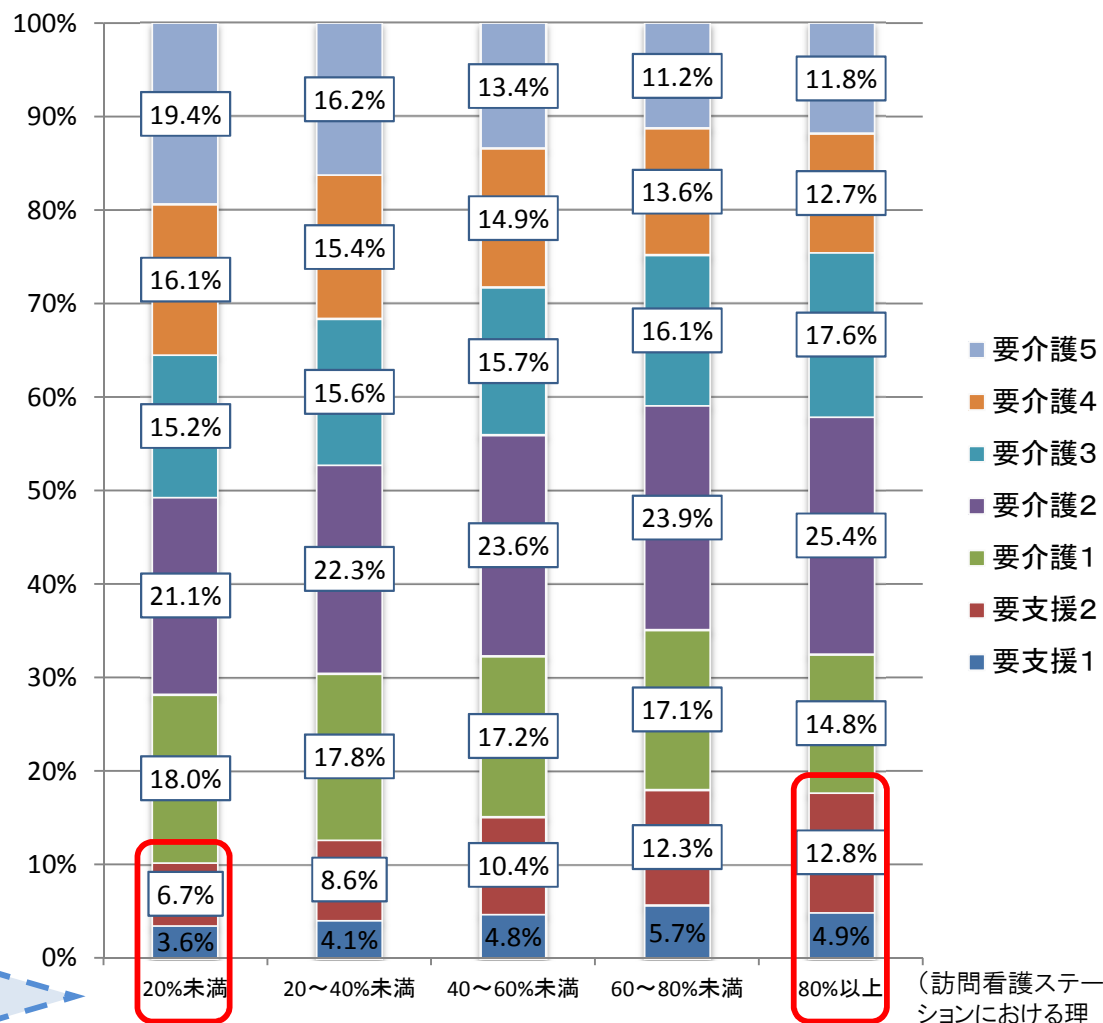
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況②

○ 訪問看護の利用者について、訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者(常勤換算)の割合が大きくなるにつれ、要支援者の割合も大きくなっている。

■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別の介護保険の訪問看護利用者の介護保険の訪問看護利用者(n=363,758)



■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合階級別の介護保険の訪問看護利用者の要介護度別割合

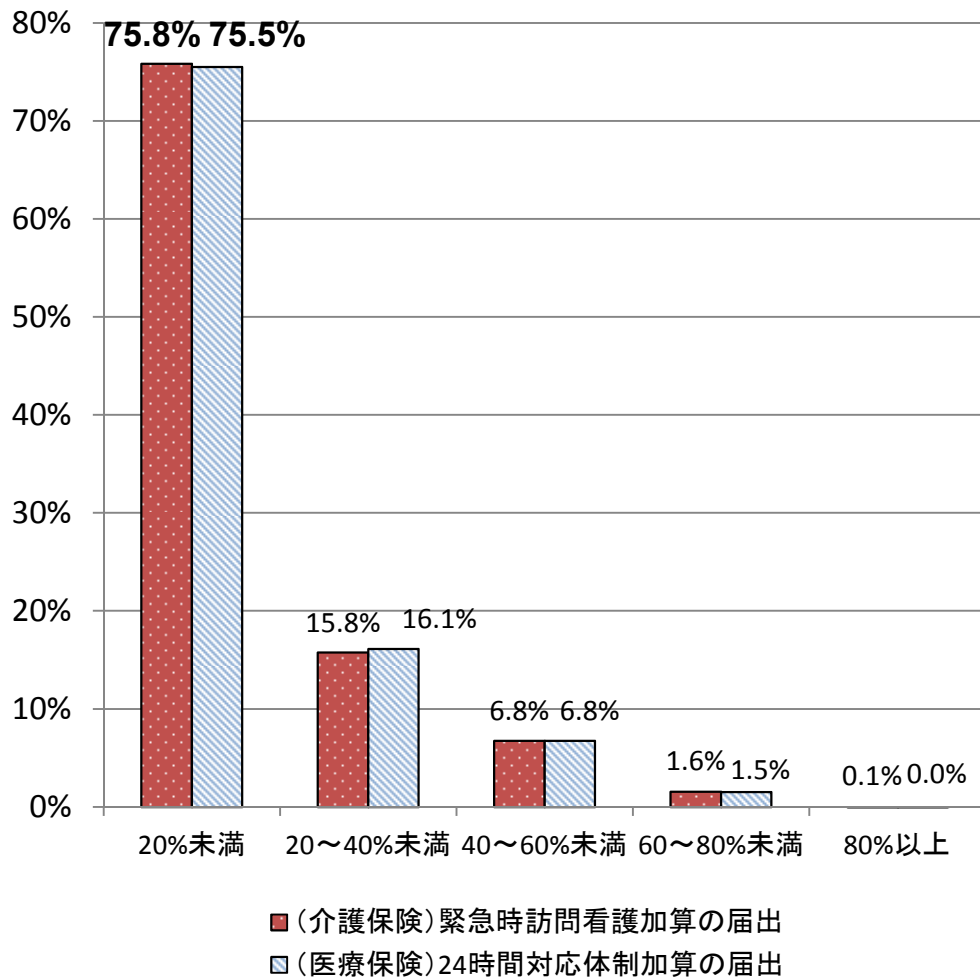


※常勤換算理学療法士等(P.T・O.T・S.T)従事者数の常勤換算保健師～言語聴覚士従事者数に占める割合階級別は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員+理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。

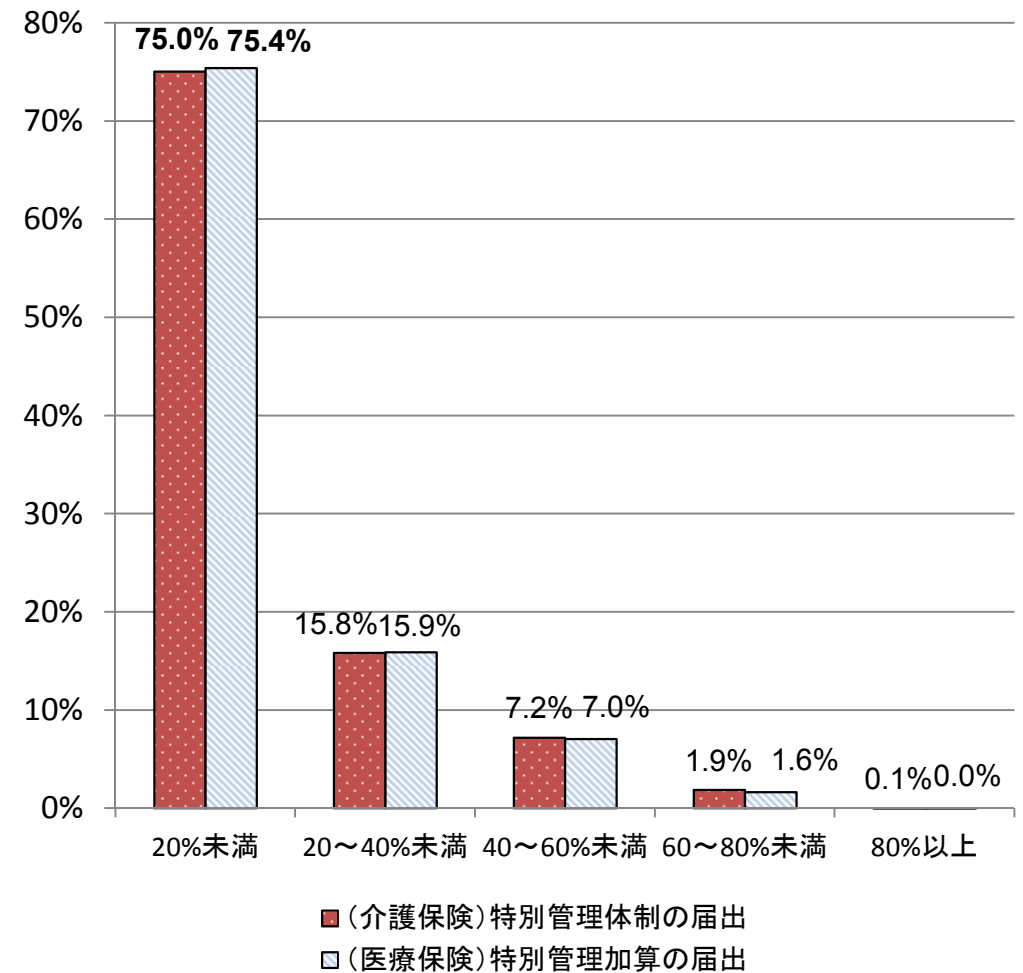
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況③

○ 理学療養士等従事者数(常勤換算)の割合が20%未満の事業所では、緊急時訪問看護加算/24時間対応体制加算及び特別管理体制/特別管理加算の届出を行っている事業所の割合が高い。一方、40%以上の事業所では両加算の届出割合が約7%以下であり、80%以上の事業所ではほとんど届出がなされていない。

■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合別の緊急時訪問看護加算/24時間対応体制加算の届出の割合



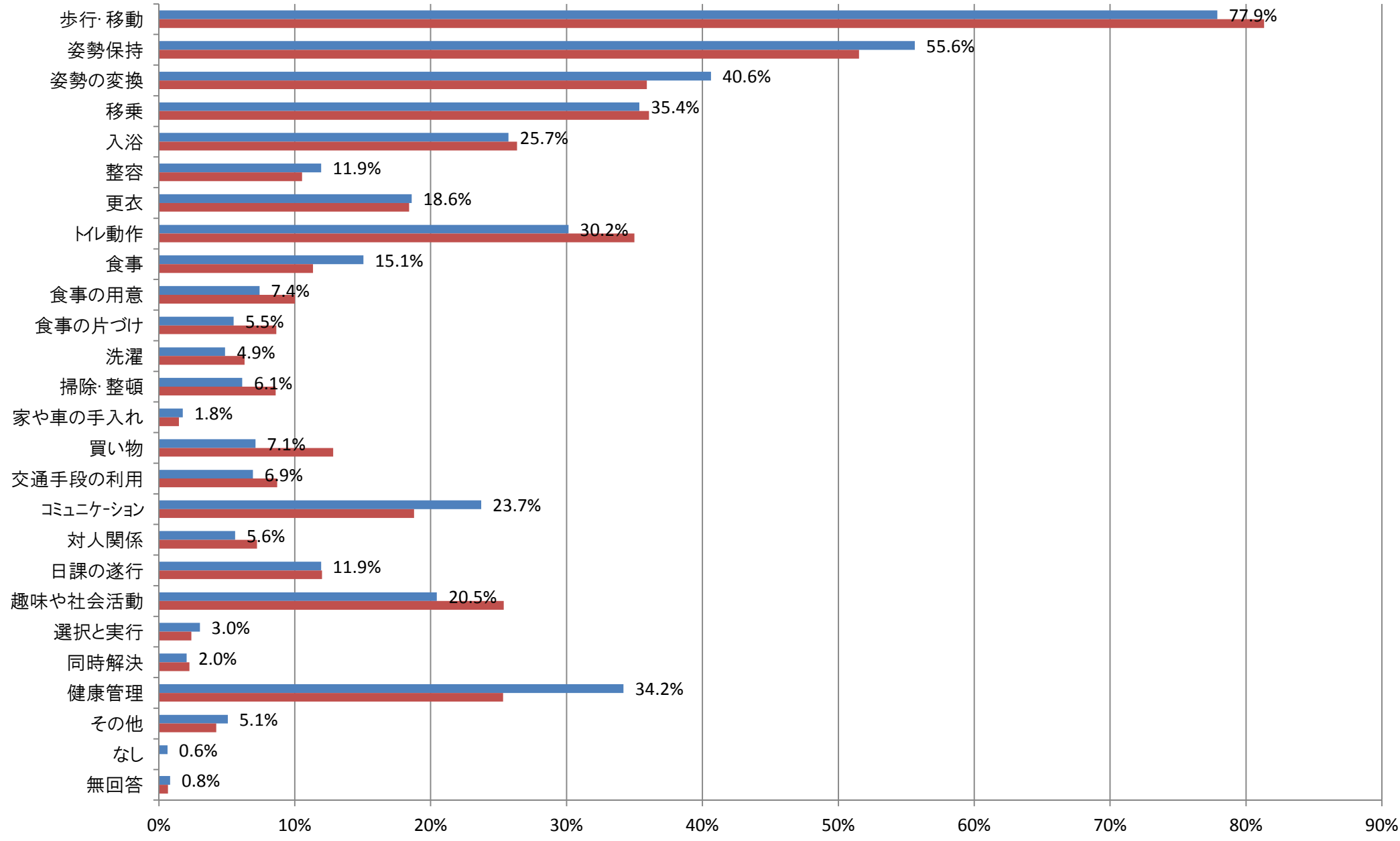
■ 理学療法士等従事者数(常勤換算)の割合別の特別管理体制/特別管理加算の届出の割合



※ 理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

訪問看護※と訪問リハビリテーションの計画における設定した日常生活上の課題領域（複数回答）

※理学療法士等が看護業務の一環であるリハビリテーションを提供している利用者に限る



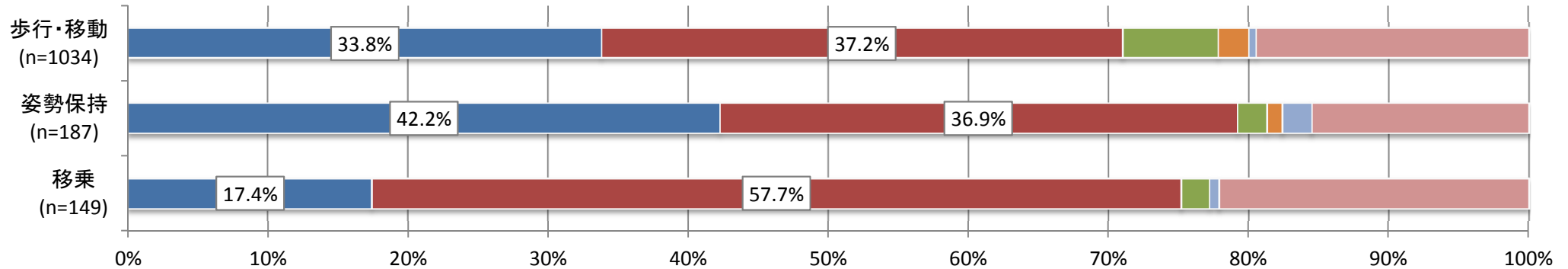
■ 訪問看護 (n=2,053) ■ 訪問リハビリテーション (n=1,966)

注1) 「選択と実行」複数の物や事象、課題から選択し実行する 注2) 「同時解決」問題や状況を同定し、解決法を見出し、結果を予測し、実行する

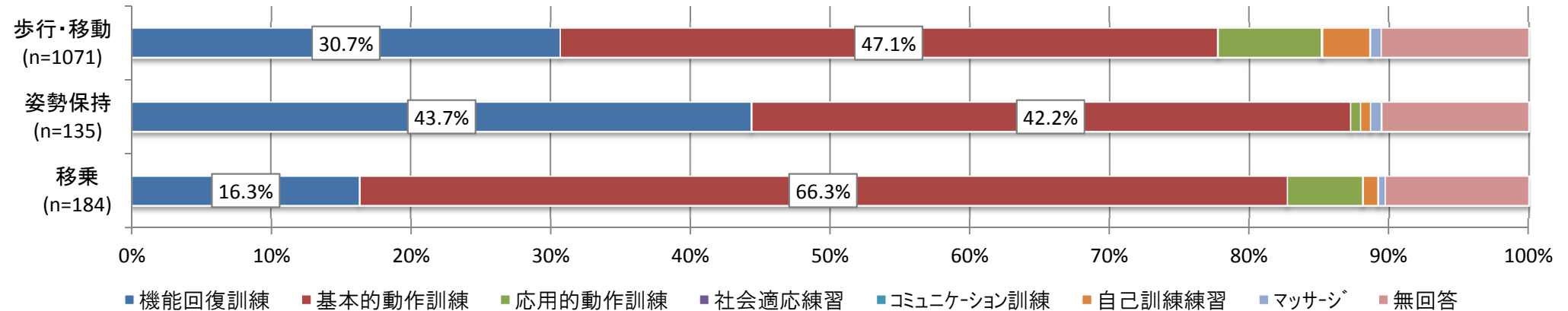
訪問看護※と訪問リハビリテーションの訓練内容

最も優先順位が高い課題領域（上位3項目）に対して最も多く行っている訓練

■訪問看護（※理学療法士等が看護業務の一環であるリハビリテーションを提供している利用者に限る）



■訪問リハビリテーション



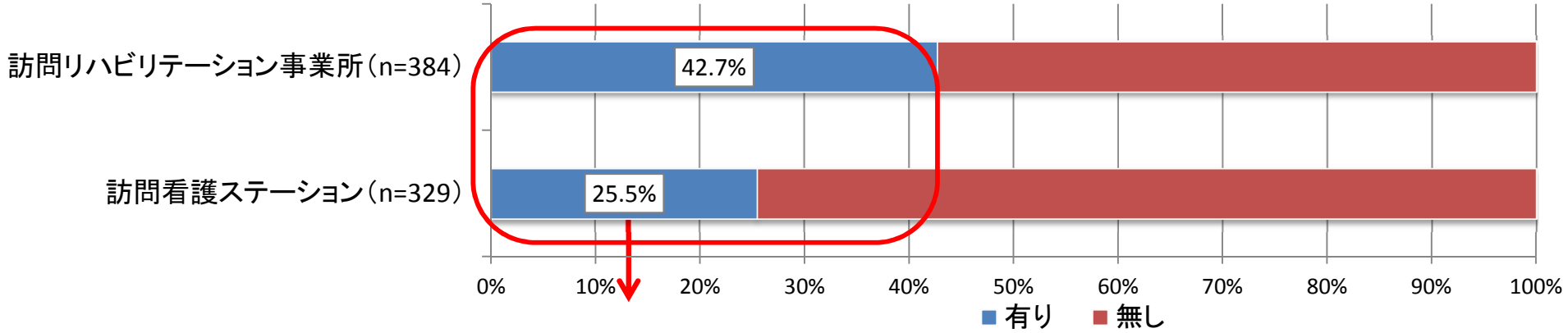
機能回復訓練	呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練
基本的動作訓練	姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用訓練
応用的動作訓練	一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習
社会適応練習	対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）（1）通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業 報告書

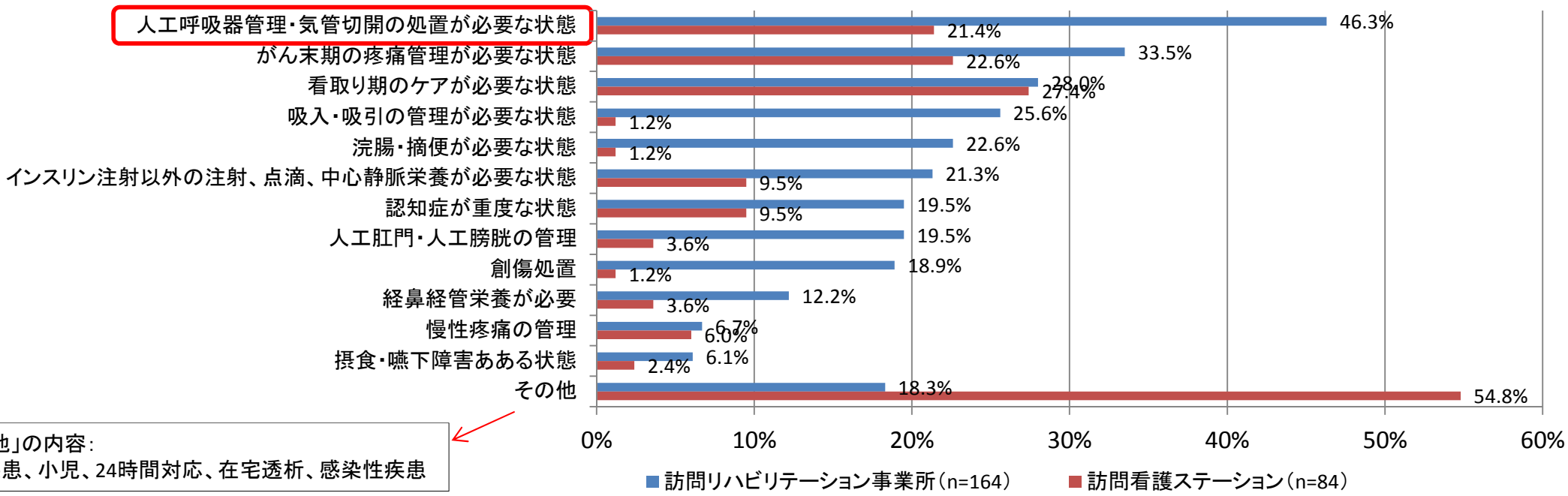
訪問リハビリテーション事業所と訪問看護ステーションの対応できない利用者の状態像

○ 訪問リハビリテーション事業所は訪問看護ステーションより「対応できない利用者」が「有り」とする割合が高い。具体的な対応できない状態像については、訪問リハビリテーション事業所では、「人工呼吸器管理・気管切開の処置」「がん末期の疼痛管理」が必要な状態などにおいて、訪問看護ステーションよりその割合が高い。

■ 事業所別対応できない利用者の状態像の有無



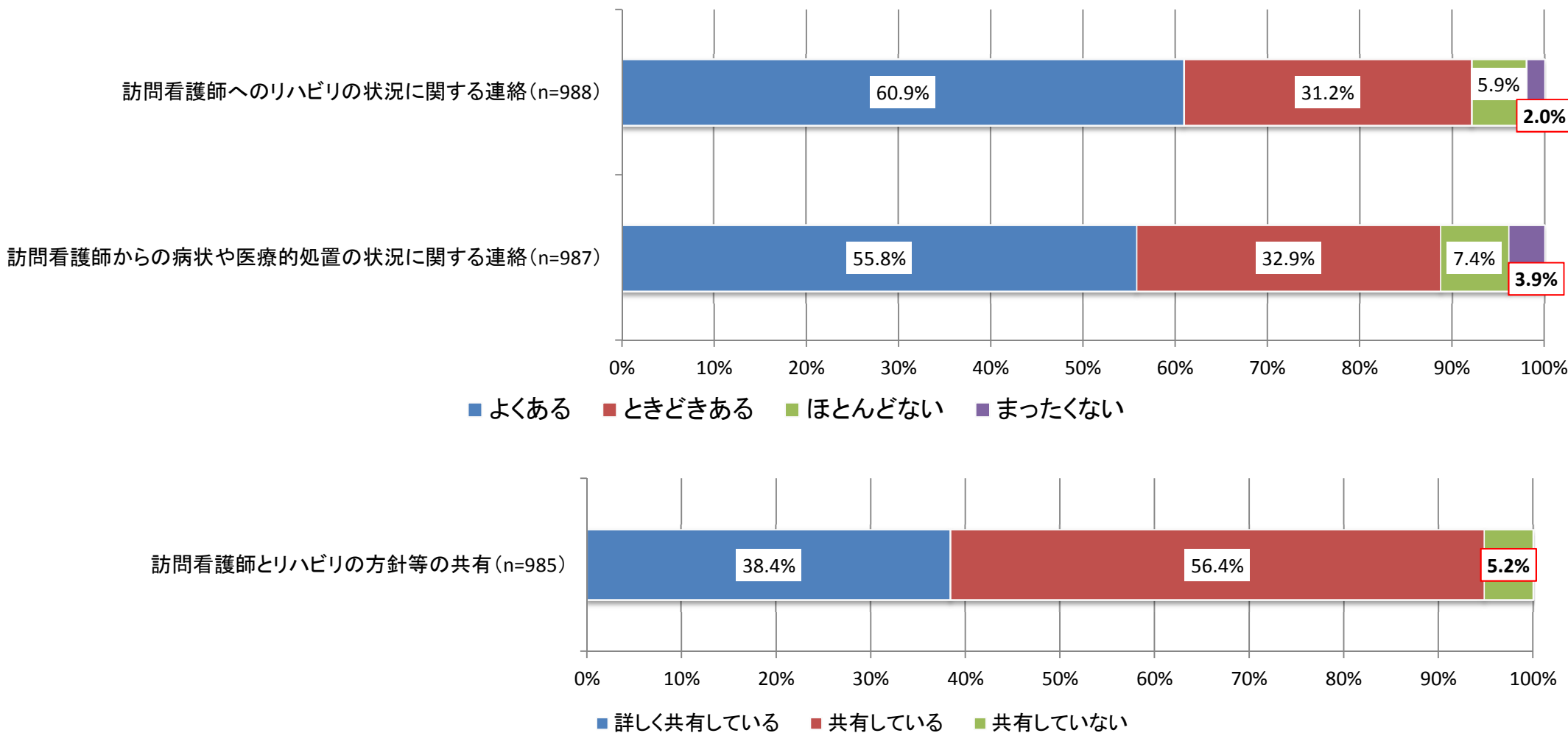
■ 事業所別対応できない状態像が「有り」の場合の状態像(複数回答)



「その他」の内容：
精神疾患、小児、24時間対応、在宅透析、感染性疾患

訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員との連携について

○ 訪問看護ステーションの理学療法士等と看護職員による訪問が行われている利用者における連携について、「理学療法士等からの看護職員への連絡」や「看護職員から理学療法士等への連絡」について「まったくない」とする割合は前者が約2.0%、後者が約4.0%である。また、リハビリ方針等を訪問看護師と「共有していない」とする割合は約5.2%となっている。

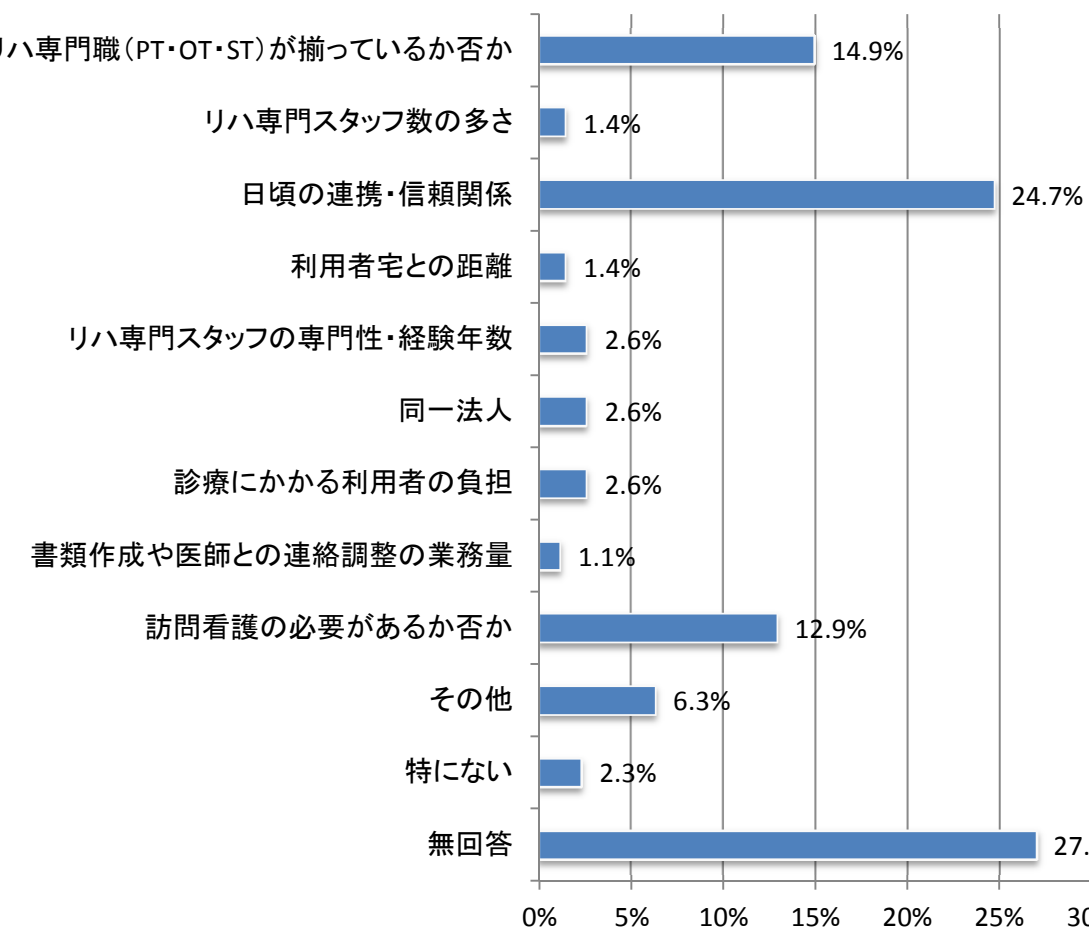
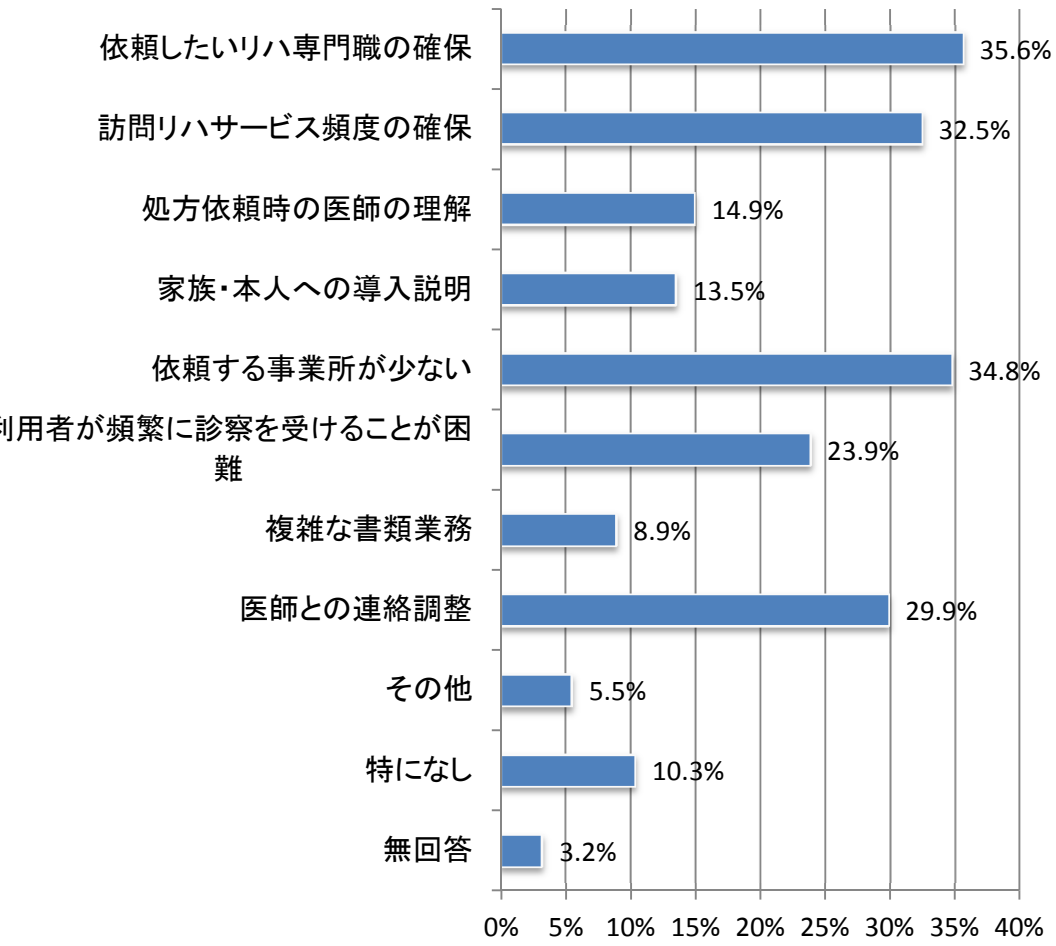


訪問リハサービス(※)導入に係るケアマネジャーの認識について

- ケアマネジャーが訪問リハサービス導入時に苦労することについては、「依頼したいリハ専門職の確保」「依頼する事業所が少ない」「訪問リハサービス頻度の確保」などの順に多く、いずれも30%以上となっている。
- 訪問リハサービスの選択の決め手については、「日頃の連携・信頼関係」「リハ専門職が揃っているか否か」「訪問看護の必要があるか否か」の順に多い。

■ ケアマネジャーが訪問リハサービス(※)導入時に苦労すること(n=348) (複数回答)(居宅介護支援事業所425事施設より回答)

■ ケアマネジャーが訪問リハサービス(※)を依頼するために、訪問看護ステーションか訪問リハ事業所のいずれかを選択する際、最終的に決め手となる最も多い理由(n=348)(居宅介護支援事業所425事施設より回答)



※訪問リハビリテーション及び訪問看護ステーションに所属するリハ職による訪問サービス

【テーマ2:訪問看護】(再掲)

在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について、どのように考えるか。

- 病院・診療所からの訪問看護は減少傾向で、訪問看護ステーションは増加しているが、訪問看護師は人材不足であり、PT・OTが増えているのではないかという実感。

【テーマ3:リハビリテーション】

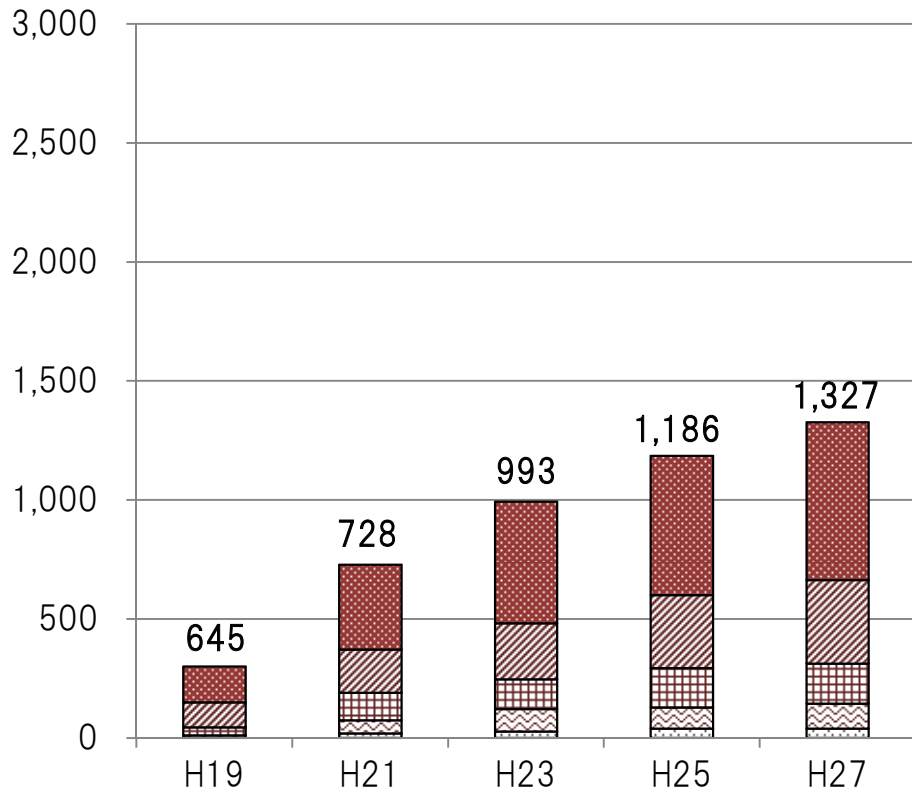
その他

- 訪問看護師がなかなか増えない中、PT・OTが訪問看護ステーションに勤め、訪問リハビリテーションを増やしているという現状について、あり方を考えたほうがいい。

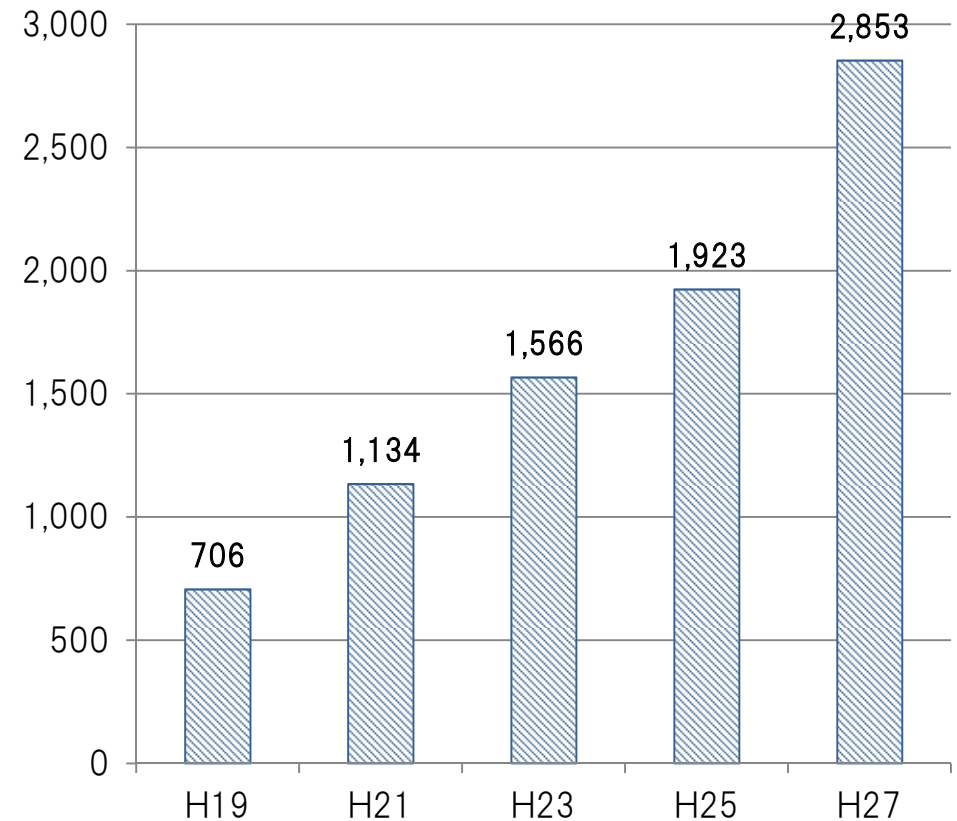
訪問看護ステーションにおけるターミナルケア利用者数

○ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が多く、ターミナルケアの評価であるターミナルケア療養費の算定件数も多い。

■ ターミナルケア加算(介護保険)の算定数※
(利用者数)
※病院・診療所の訪問看護事業所の算定数を含む



■ ターミナルケア療養費(医療保険)の算定数
(利用者数)



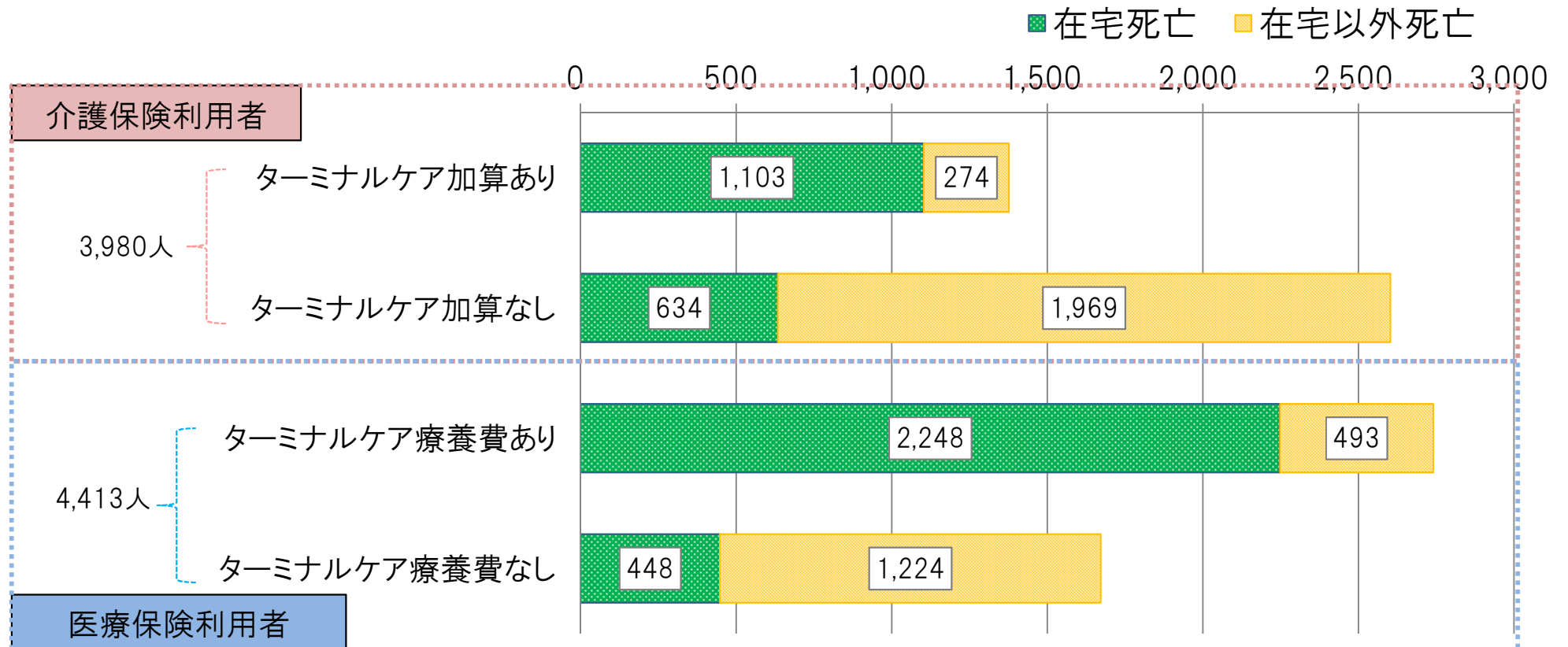
ターミナルケア加算(介護保険): 死亡月につき2,000単位

(注)ターミナルケア加算とは、基準に適合している指定訪問看護事業所が、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(死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者(末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める状態にある者に限る。)に対して訪問看護を行っている場合にあつては、1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。(区分支給限度基準額の算定対象外)

訪問看護利用者におけるターミナルケアの状況

- 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者では、介護保険の利用者よりも医療保険の利用者の方が若干上回っている。
- ターミナルケアを受けている利用者のほうが、在宅での死亡が在宅以外での死亡より多い。

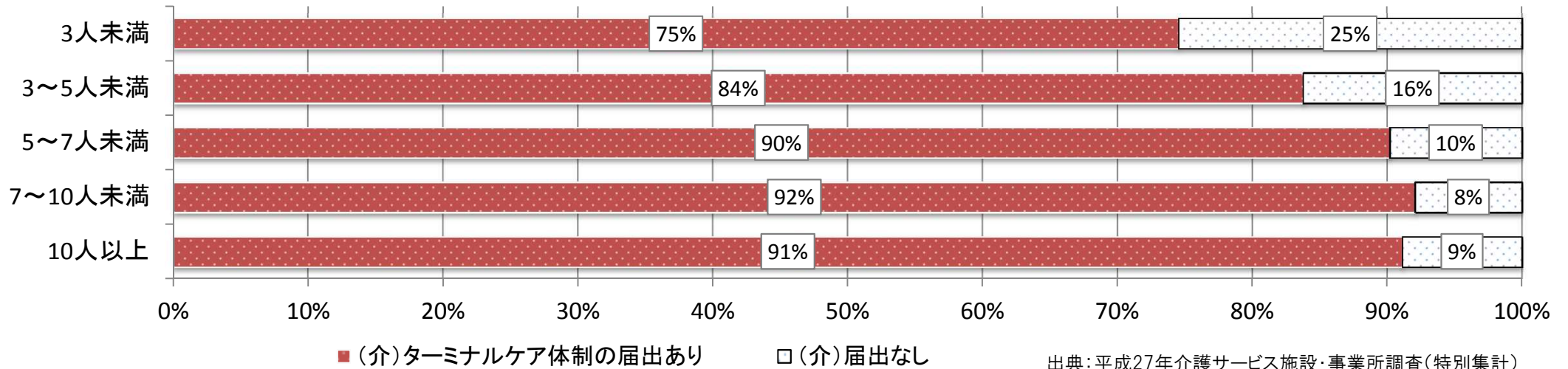
■ 平成27年9月中の死亡によるサービスの終了者数の状況（総数 8,393人）



訪問看護の加算状況 <ターミナルケア体制 >

- 訪問看護ステーションの看護職員（常勤換算）が多くなるほどターミナルケア体制の届出をしている事業所の割合が高い。
- 死亡前1ヶ月間の訪問回数は訪問看護で約19回、訪問介護で約42回で、概ね死亡日に近いほど訪問回数が多い。

■ 看護職員（常勤換算）規模別のターミナルケア体制の届出状況



■ 訪問看護ステーション(n=378)及び訪問介護事業所(n=305)における死亡前1ヶ月間の訪問状況※

	(日数)	訪問看護回数	訪問介護回数
		平均値	平均値
死亡30日前～22日前	(9日間)	4.2	11.2
死亡21日前～15日前	(7日間)	3.8	10.2
死亡14日前～8日前	(7日間)	計18.9	計42.2
死亡7日前～2日前	(6日間)	4.5	8.7
死亡前日及び死亡日	(2日間)	2.0	2.0

(参考)対象者の基本属性	訪問看護	訪問介護
	(n=255)	(n=102)
年齢	84.6歳	83.2歳
要介護度(「要介護度5」の割合)	50.6%	44.2%
主疾患(「がん」の割合)	53.7%	45.1%
(「脳血管疾患」の割合)	10.6%	3.5%
(「循環器」の割合)	10.2%	16.8%
利用期間(平均日数)	348.7日	532.3日
死亡場所(「在宅」の割合)	91.4%	70.8%

※訪問回数は個別データ回収数(訪問看護255件、訪問介護113件)の利用者あたりの平均値

※対象は過去1年以内に在宅で死亡した要介護高齢者(在宅もしくは在宅で終末期を過ごし入院後24時間以内に死亡した事例)

※訪問看護について医療保険又は介護保険の区別はしていない

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ1:看取り】

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

- 訪問診療を行うかかりつけ医、24時間対応の訪問看護、いつでも入院のできる地域の有床診療所や中小病院の病床の3点セットが必要。地域包括ケアを支援する有床診療所や中小病院の役割を確立して評価する必要がある。看取り期には特に、医療と介護を一体的に提供することが家族や介護職を支えるために重要。また、医療機関が在宅で看取りをした場合、診療報酬と介護報酬いずれで評価するのか、明確にするべき。
- 高齢者が亡くなるときは、老衰で亡くなる場合と大きな病気が急に起きて亡くなる場合があり、分けて考えるべき。
- 在宅や施設で患者を診ている医師が救命センター等と連携し、救急搬送した際にどこまで措置するかを共有した上で病院が受け入れることが重要。大病院で多くの医師がいる場合は難しく、中小病院がそうした役割を担っていくのが非常に重要。
- 介護支援専門員の35.8%が通院同行している。かかりつけ医と日常的に連携していく上で、利用者の疾病理解や状況を説明するために同行受診している状況を踏まえると、本人や家族に対する理解やサポートが非常に重要。
- 入院中からも継続的に介護支援専門員が関わり、急な退院や緊急時の対応に備えられる体制が必要。また、訪問看護師と介護支援専門員が連携を取り、環境整備や調整をする必要があり、そのために、看取りに向けた会議の開催が重要。介護支援専門員にとって、身近に相談できる医師が非常に重要であり、共同してうまくいった事例を活用できるよう共有していく取り組みが必要。
- 看取り期の患者や入所者が服薬に関する課題を抱えている場合、地域の薬局・薬剤師を効率的に活用して、必要に応じて薬剤師の薬学管理を受けられるようにすることで、看取り期に関する医療、介護の負担、不安を軽減することにつながる。そのためにどのような仕組みが必要かについて、今後議論する必要がある。

策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。
※平成26年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

ガイドラインの概要

1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

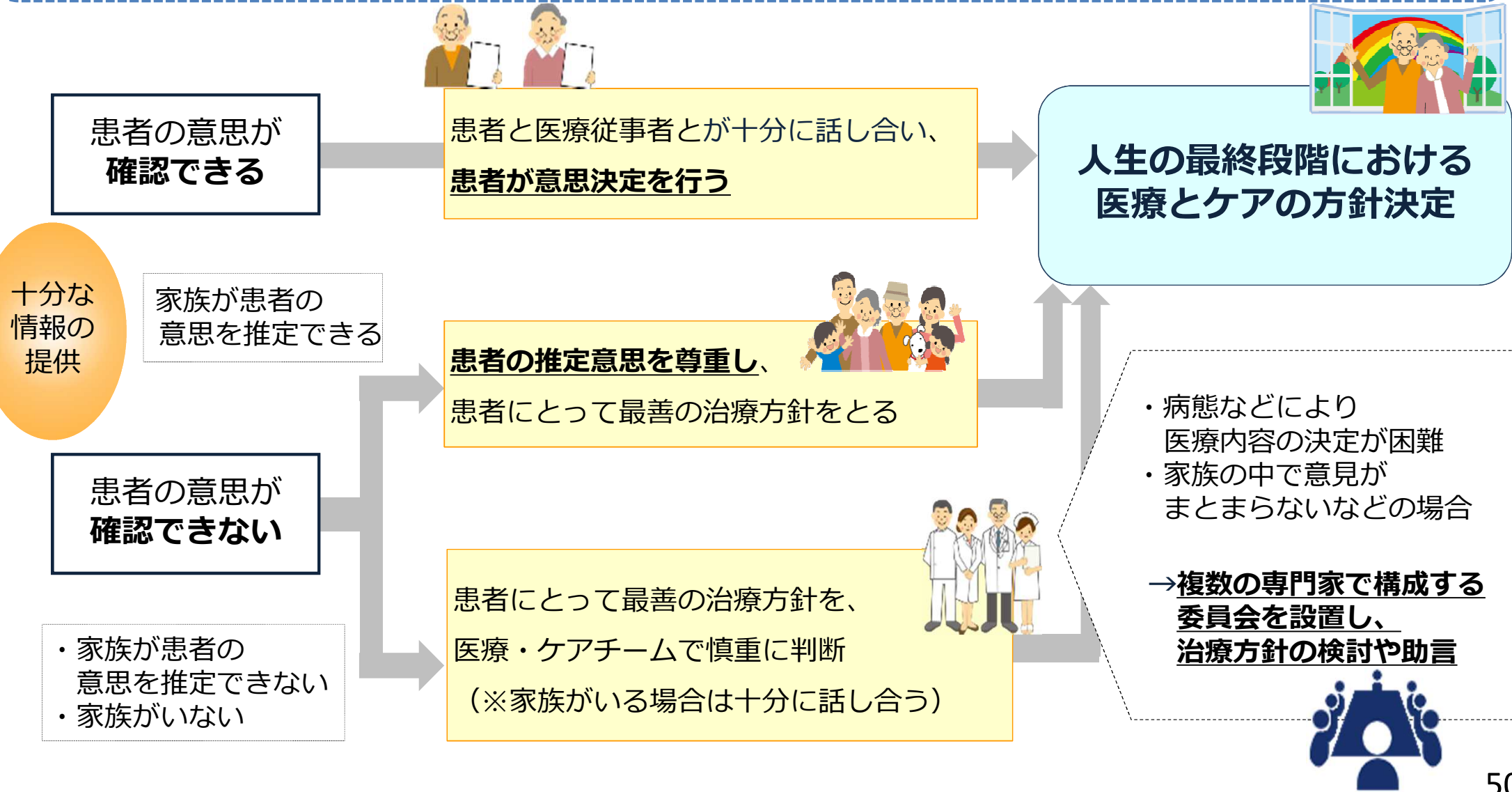
2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 方針決定の流れ（イメージ図）

意見交換 資料-2 参考1
2 9 . 3 . 2 2

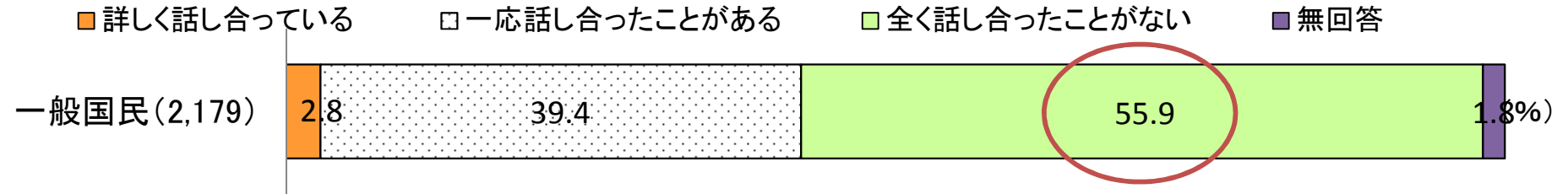
人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



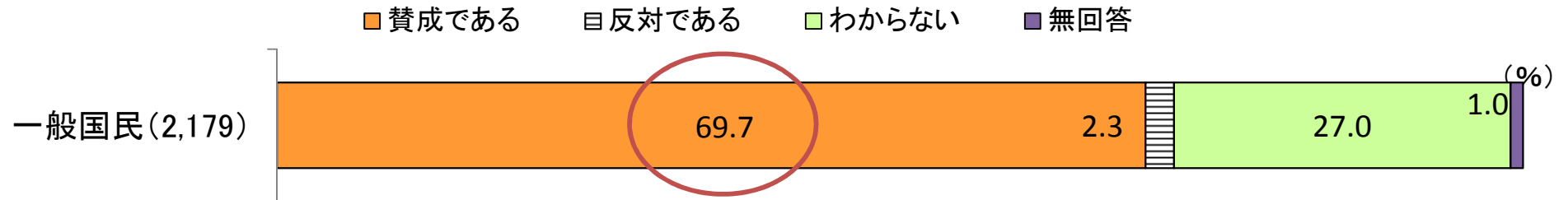
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換 資料-2 参考1
29.3.22

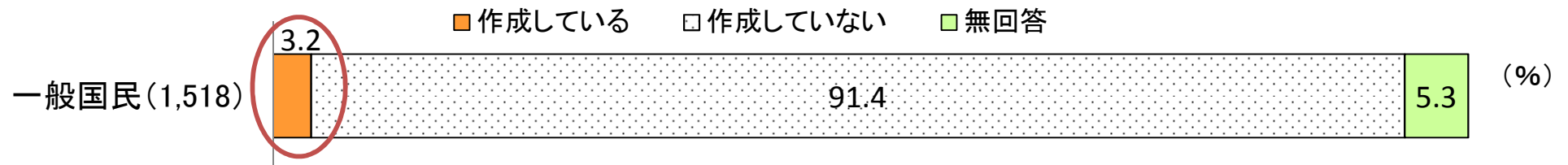
■ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合



■ 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことへの賛否



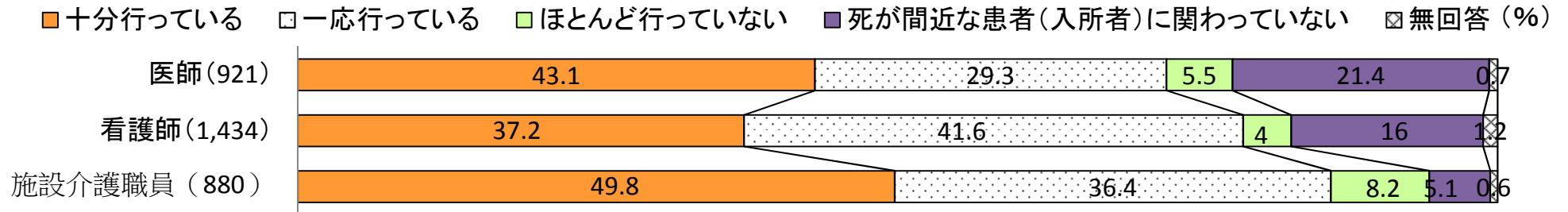
■ 意思表示の書面の作成状況（意思表示の書面の作成に「賛成」と回答した者）



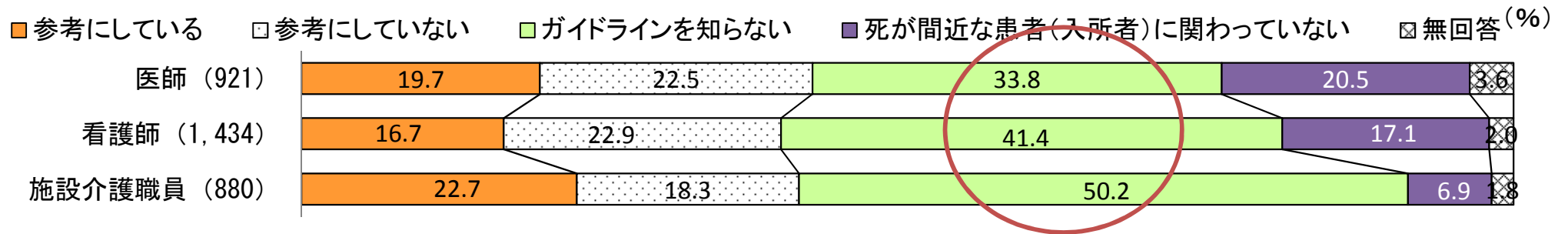
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換 資料-2 参考1
29.3.22

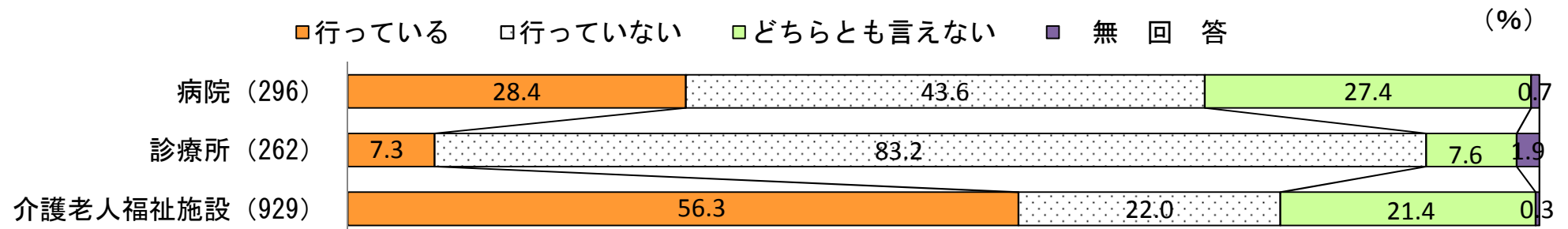
■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



【テーマ1:看取り】

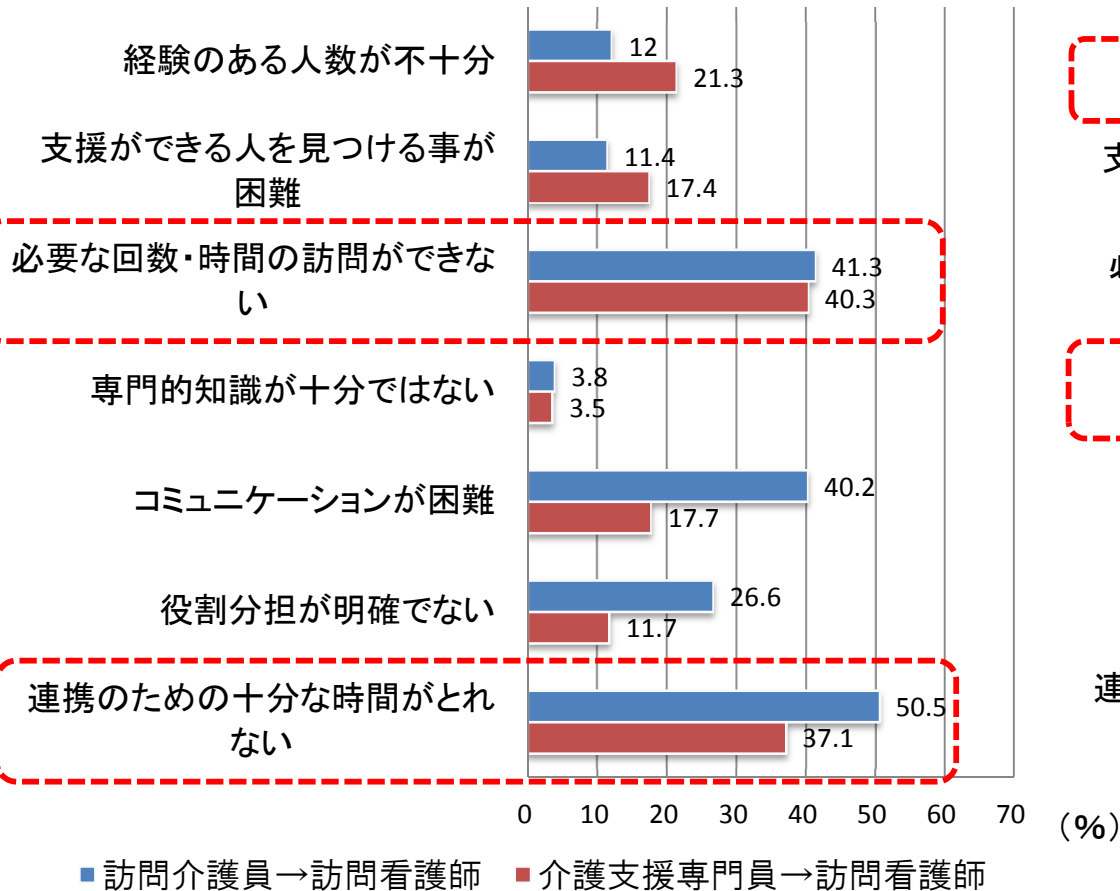
「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

- 超高齢社会の進展に伴い今後さらに死亡者数が増加することに対して、医療介護従事者や国民の看取りに関する理解がまだ不十分。地域包括ケアシステムを構築し、住みなれた地域でできるだけ長く暮らしながら看取りを迎えることができるように、必要性と地域性に応じて在宅、入院、外来医療及び在宅、施設介護サービスを選択して利用できる体制を整備する必要がある。
- 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインがほとんど浸透していないことが問題。しっかりと広報・啓発を図っていくことが今後必要。
- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、一番問題。国民の70%が意思表示を紙面で行うことに賛成しているが、3%しか行っていないという乖離を解消する必要がある。例えば、75歳になって後期高齢者制度に変わり保険証を渡す際、ガイドラインの説明を行う等、その時点で、人生の最終段階においてどのような医療等を希望するかについての考え方を確認することも一つの方法。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。介護支援専門員が、意思表示の確認に対して責任を持つことは難しいが、意思があるかないかについては把握する必要がある。
- リビング・ウィルよりも、生前にかかりつけ医と十分話し合っていくことが重要であり強調すべき。
- リビング・ウィルが進んでいないが、意思がなくなったときの治療等について任せる人を指名する代理人制度について検討すべき。

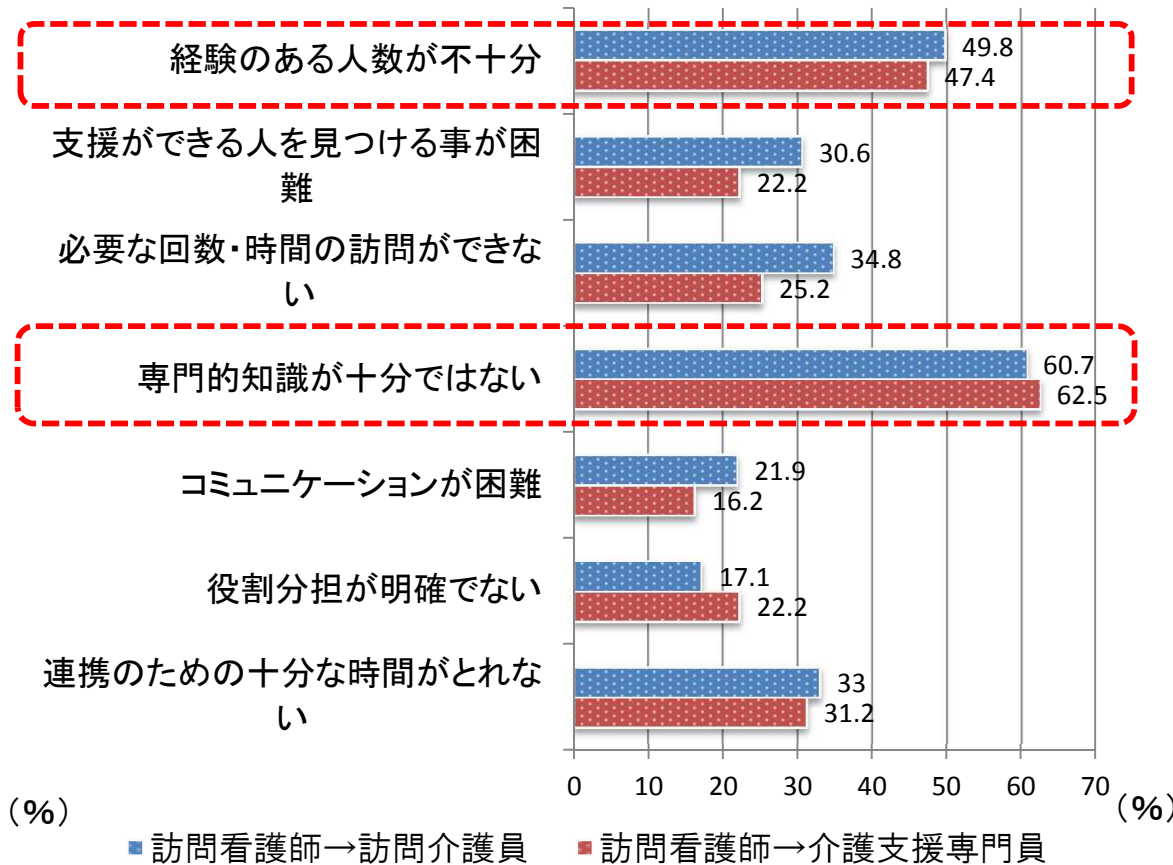
在宅で看取りを行う場合の他職種との連携上の課題

- 在宅で看取りを行う場合の連携を円滑に進めるための課題について、訪問介護員及び介護支援専門員は訪問看護師との連携においては、「必要な回数・時間の訪問ができない」「連携のための十分な時間が取れない」を課題と認識している割合が高い。
- 一方、訪問看護師は訪問介護員及び介護支援専門員との連携においては、「専門的知識が十分ではない」「経験のある人数が不十分」を課題として認識している割合が高い。

■ 訪問介護事業所及び居宅介護支援事業所からみた訪問看護師との連携を円滑に進めるための課題(複数回答)
訪問介護事業所(n=184)、居宅介護支援事業所(n=367)



■ 訪問看護ステーションからみた訪問介護員及び介護支援専門員との連携を円滑に進めるための課題(複数回答)
訪問看護ステーション(n=333)



医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ1:看取り】

末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について、どのように考えるか。

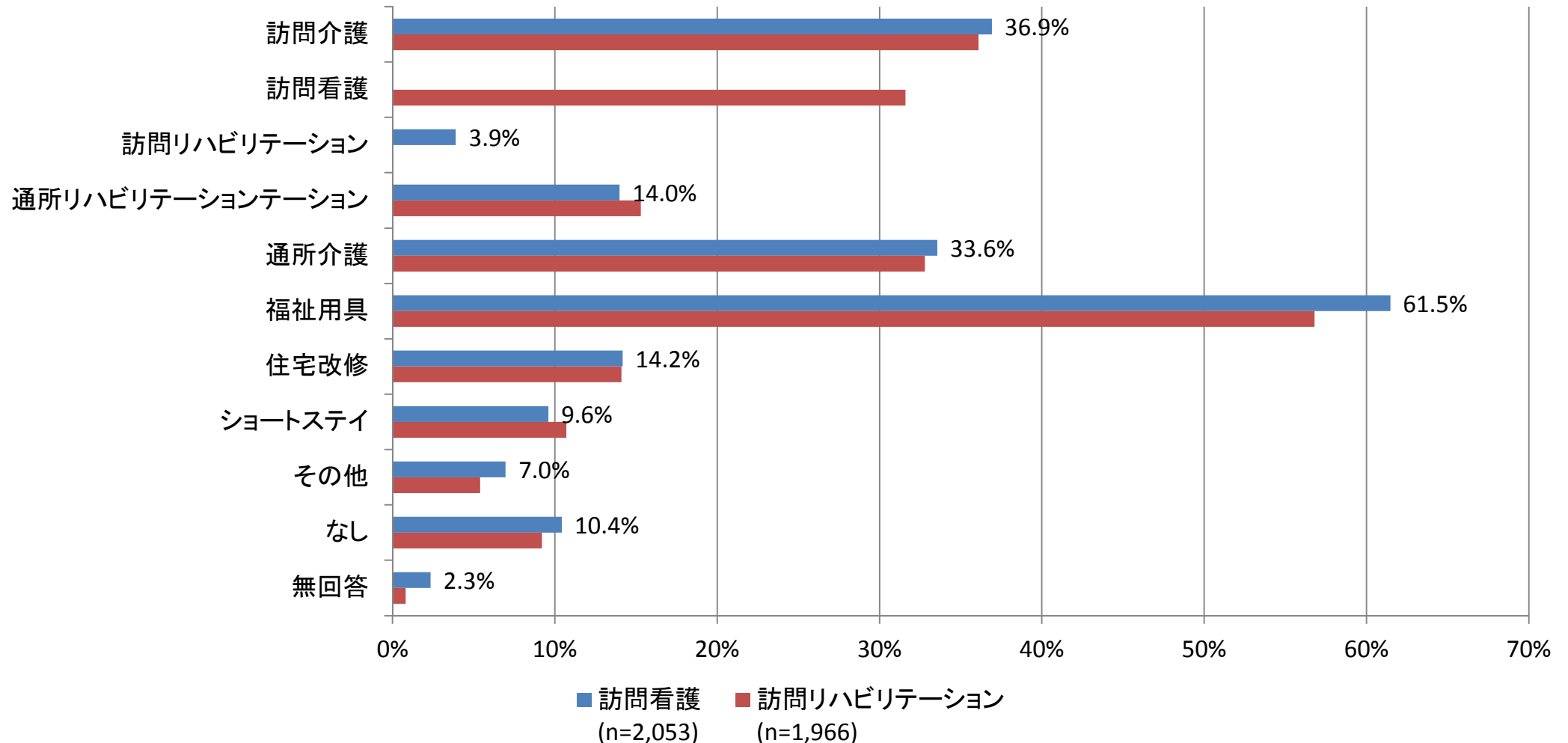
- 末期の悪性腫瘍のように病状が進行性でかつ不安定な場合、医師の指示が優先されるべき。介護支援専門員は質を向上させて24時間かかりつけ医と情報交換を行い、直ちに対応できるようにする必要がある。
- 急速に亡くなっていく場合は介護職の情報提供があっても間に合わないことがあることや、研修を行っても全ての介護支援専門員が医療に強くなることには時間がかかることから、医療の目を入れていく方策が必要。医師や看護師に相談することをタイミングよくやれるような調整が必要。
- 介護報酬における介護支援専門員の入院時情報連携加算に関して、7日以内の情報提供が算定要件だが、約6割が2日ぐらいで行っており、実態に合わせた形に移行していくべき。

訪問看護ステーションの利用者のサービスの利用状況

○ 訪問看護ステーションの利用者については、福祉用具、訪問介護、通所介護等のサービスを利用している者が多い。

■ 訪問看護ステーション※及び訪問リハビリテーション利用者の他の介護保険サービスの利用状況(複数回答)

※理学療法士等による訪問を受けている者に限る



出典:平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成28年度調査)(1)通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業 報告書を元に集計

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ4:関係者・関係機関の調整・連携】(抄)

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。

- 超高齢社会では、高齢者に対する医療と介護は一体化し、1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要となる。そのために、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにすることが必要。
- 末期の悪性腫瘍等状態の変化が大きい患者へのサービスの提供に際しては、介護支援専門員が医療職から取り残されないよう24時間対応を行うことも一つの方法。また、先に医師の指示の下でサービスを提供しておいて、後からケアプランに反映させることも検討すべき。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今の状況だけではなく今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ICTを活用したカンファレンスについて、平成30年度同時改定において議論を行うべき。ICTを使うことで、スムーズかつ頻回に会議ができ、利用者がよくなるために利する。医師も介護支援専門員も複数の患者・利用者と担当している中で、関係者が一同に会してカンファレンスをするということは現実的ではなく、実現できそうな仕組みにするべき。
- 今後、医療が必要な患者が増えていく中で、医療的ケアが複数のサービス上必要なケースが出てくることが予想され、サービスの調整が必要となるが、患者に対しどのような支援が必要なのかを関係者間で共有することが必要。その時には、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に相談し、医療的ケアのところを把握することが必要。
- 情報共有は重要であるが、情報があればよいのではなく、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。介護支援専門員からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。