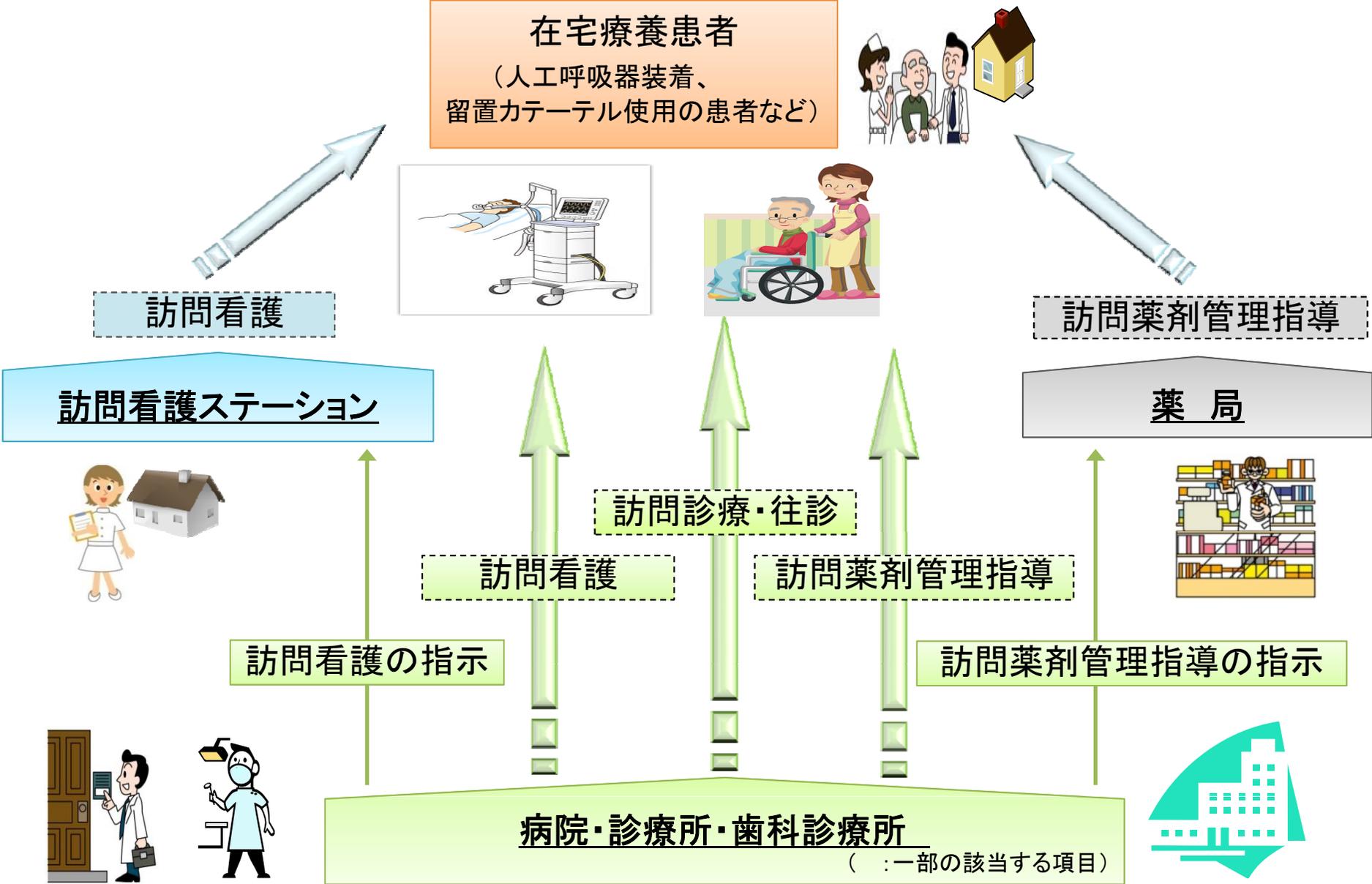


訪問看護について

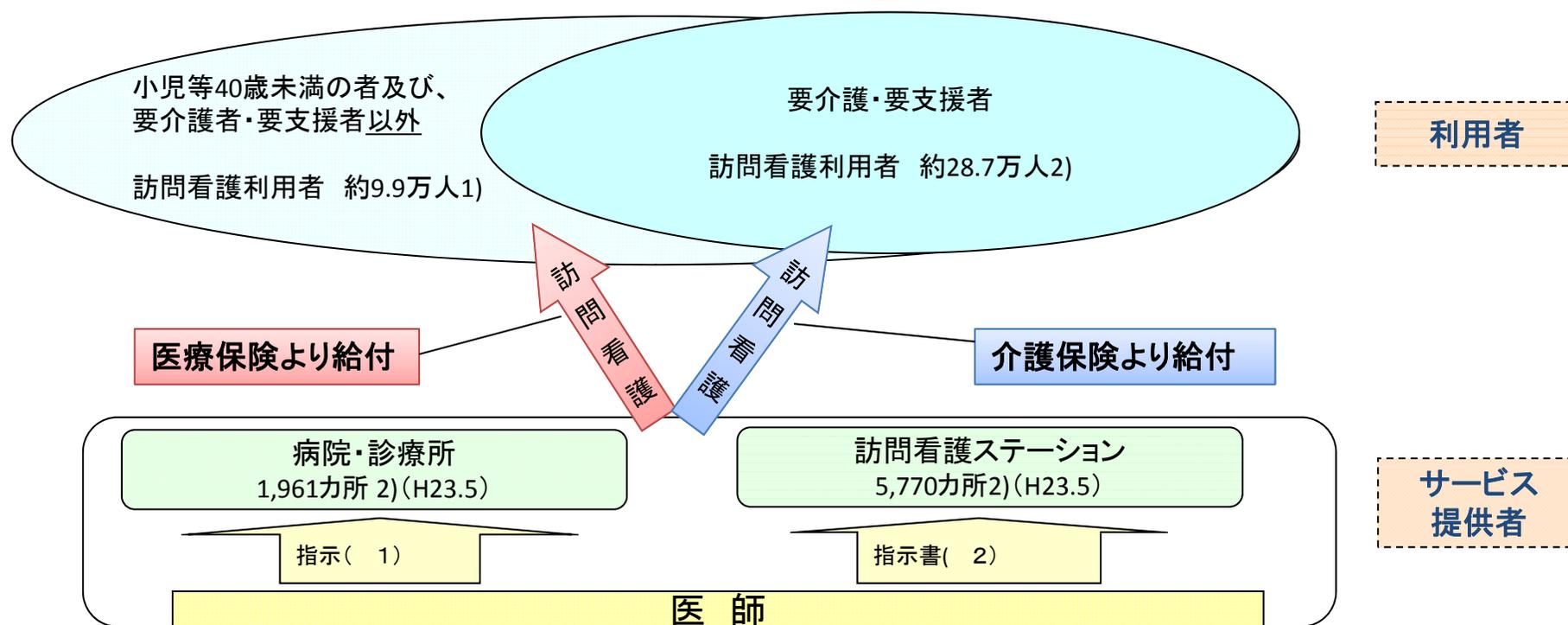
1. 訪問看護の現状

在宅医療の仕組み(イメージ)



訪問看護とは

- 疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 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。



- (1) 他医療機関への指示の場合 診療情報提供料 250点(医療保険)を算定
- (2) 訪問看護指示料 300点(医療保険)を算定

(出典)1) 保険局医療課調べ(平成23年)

2) 介護給付費実態調査(平成23年5月審査分)

医療保険・介護保険の訪問看護の対象者のイメージ

【医療保険】

居宅において継続して療養を受け
る状態にあり通院困難な患者

原則週に3回

(40歳未満の者及び40歳以上の要支援者・要介護者でない者)

【介護保険】

居宅要介護者・要支援者

特定疾病の居宅要支援者・要介護者

(40歳以上65歳未満)

末期の悪性腫瘍等

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、
頸髄損傷、人工呼吸器装着者 等

回数制限がない
(週4日以上)

特別訪問看護指示書

14日間を限度とし、月1回まで

- ・気管カニューレを使用
- ・真皮を越える褥瘡

病状の急性増悪等

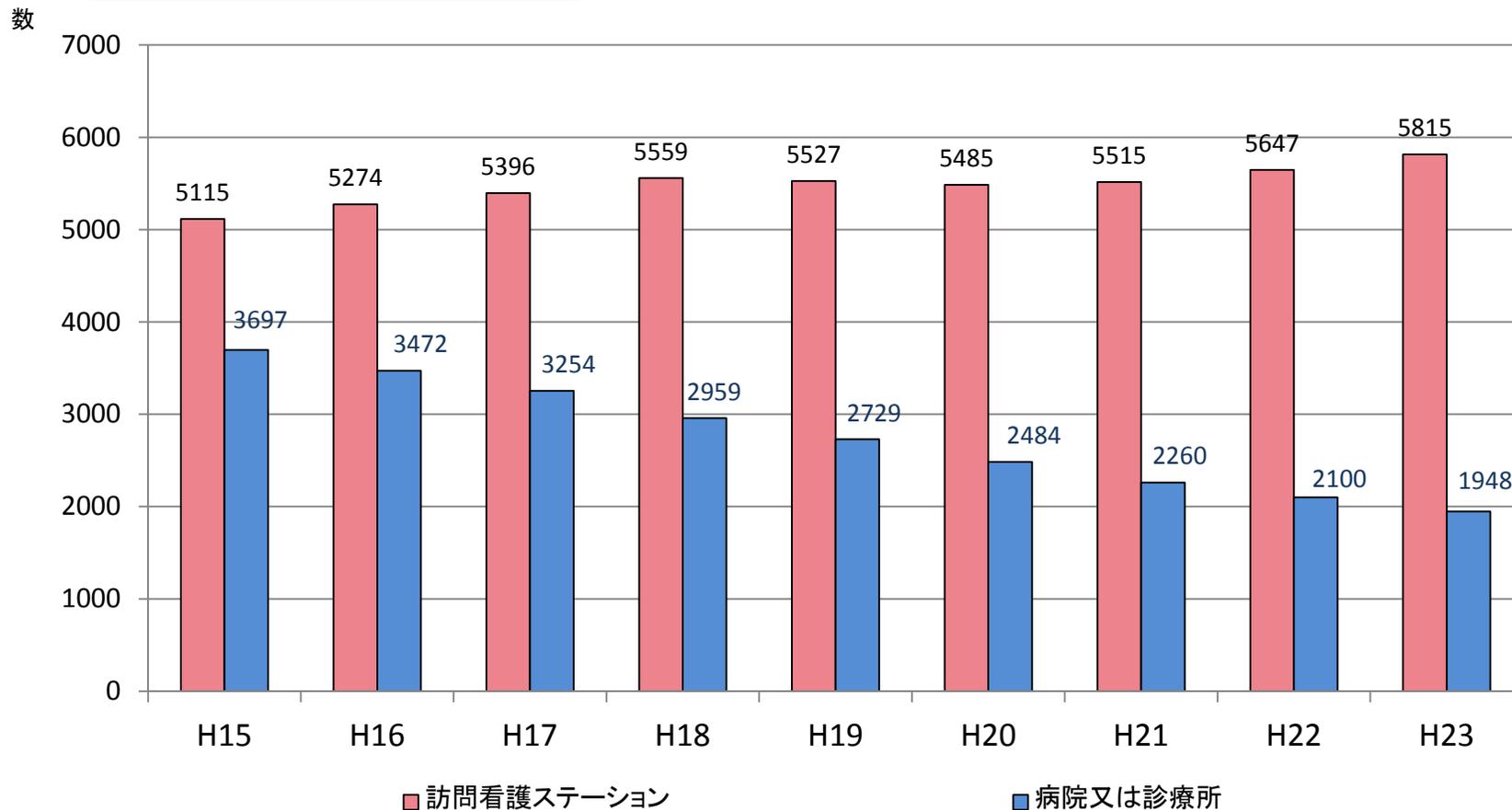


月に2回まで可能な者

訪問看護事業所数の推移

○ 訪問看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護数は減少している。

■ 訪問看護事業所数の推移

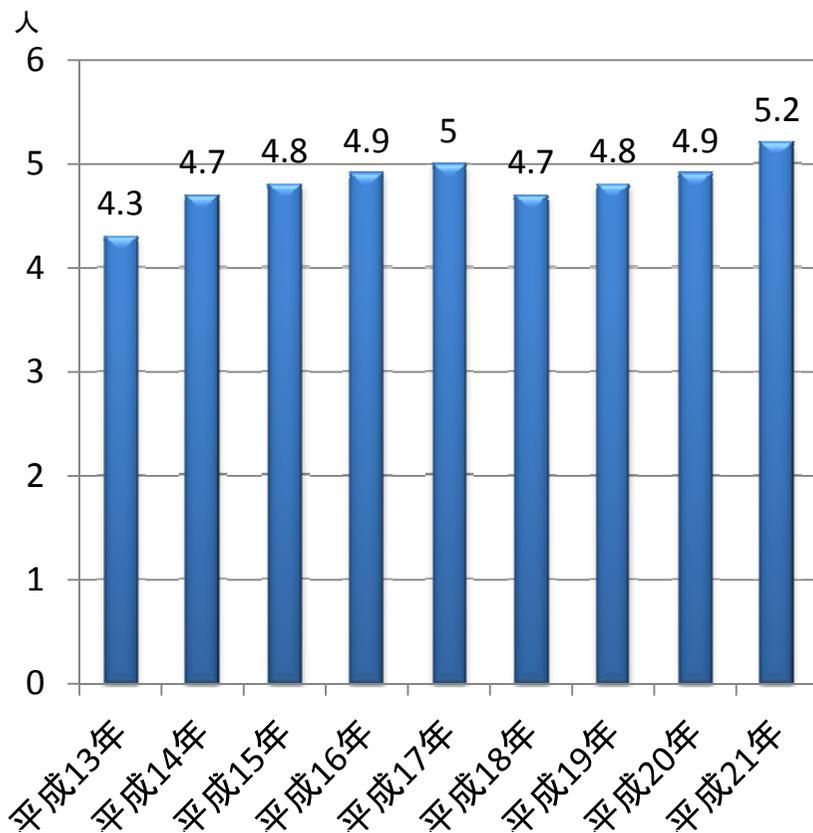


介護給付費実態調査(各年7月審査分)

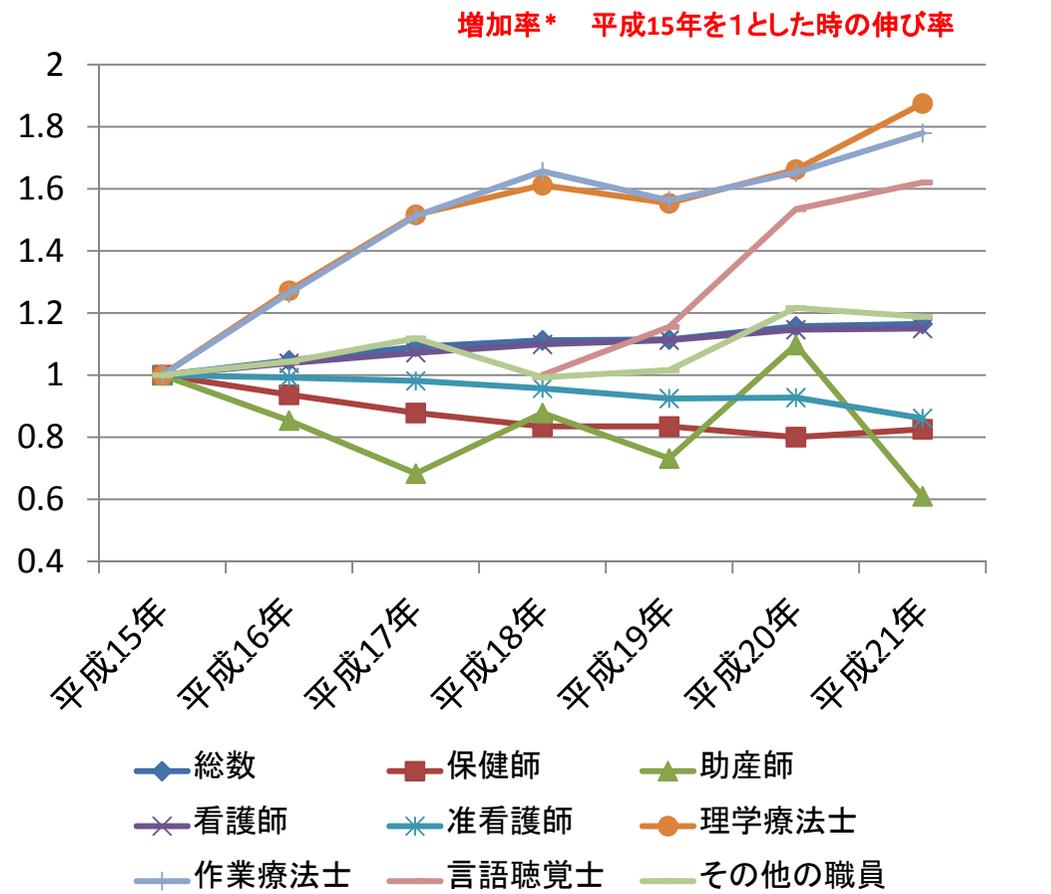
訪問看護ステーションの従事者数

- 1事業所あたりの常勤換算従事者数は、5人前後のまま横ばいである。
- 作業療法士、言語療法士数の増加が著しい。

■ 1事業所あたりの常勤換算従事者数



■ 職能別従事者数の経年変化



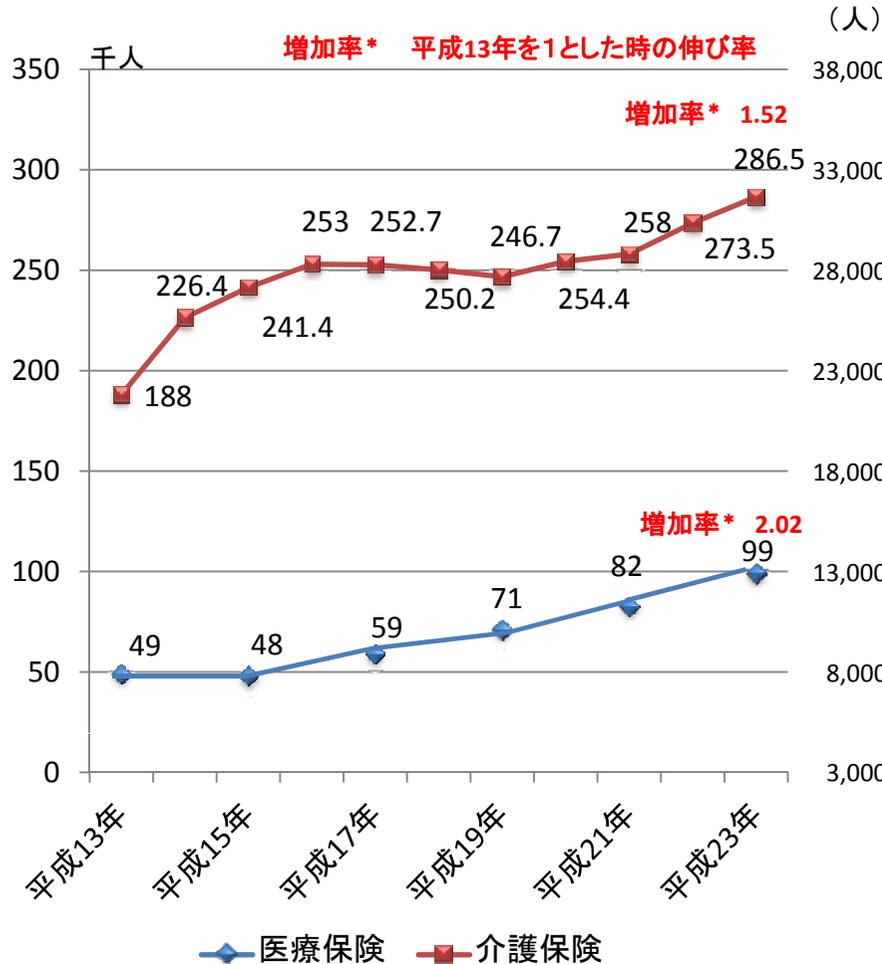
常勤換算従事者数

介護サービス施設・事業所調査

訪問看護の利用者数の推移

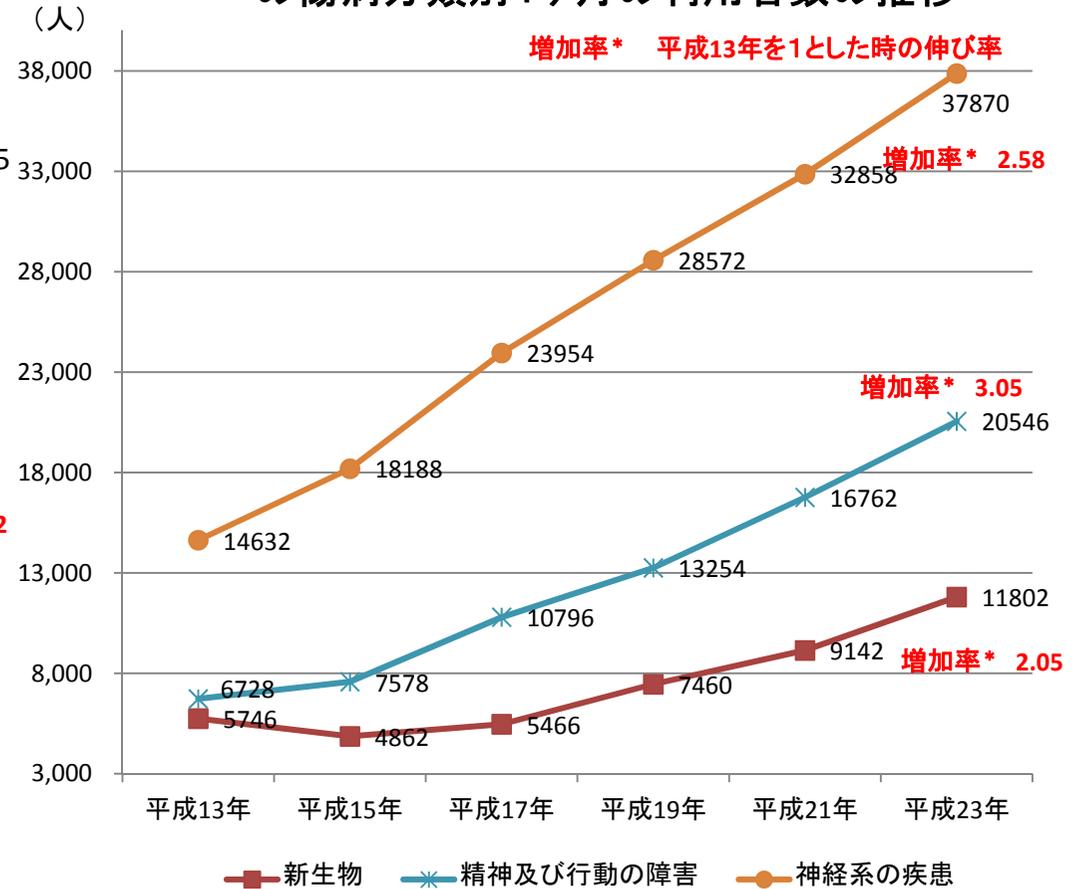
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者の疾患は、神経系の疾患、精神及び行動の障害、新生物の順に多い。

■訪問看護利用者数の推移



介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査分
 医療保険「保険局医療課調べ」(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

■医療保険の訪問看護基本療養費() の傷病分類別1ヶ月の利用者数の推移



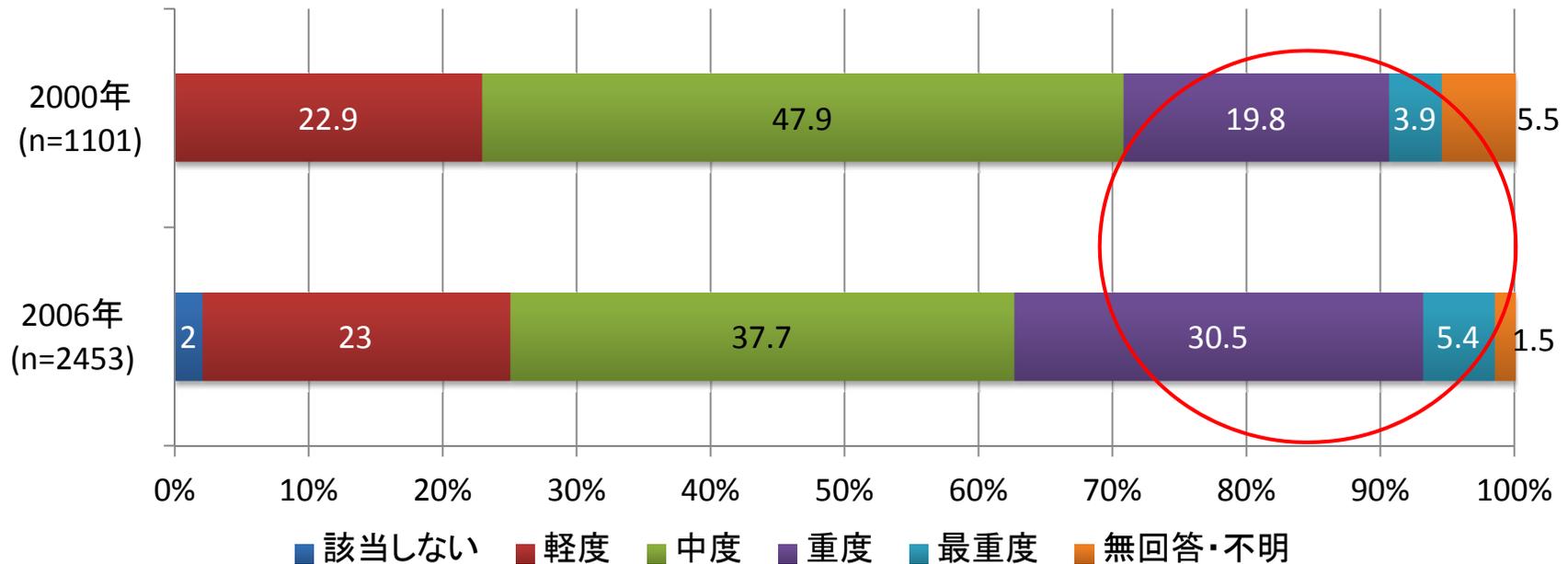
訪問看護基本療養費() 居宅に個別に訪問した場合に算定できる
 全19疾病分類のうち、特に増加の著しい3疾病のみ抜粋

保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

訪問看護の利用者の変化

○訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度・最重度の割合が増加しており、緊急時の対応など24時間対応体制が必要な利用者が増加している。

【訪問看護利用者における医療依存度の状況】



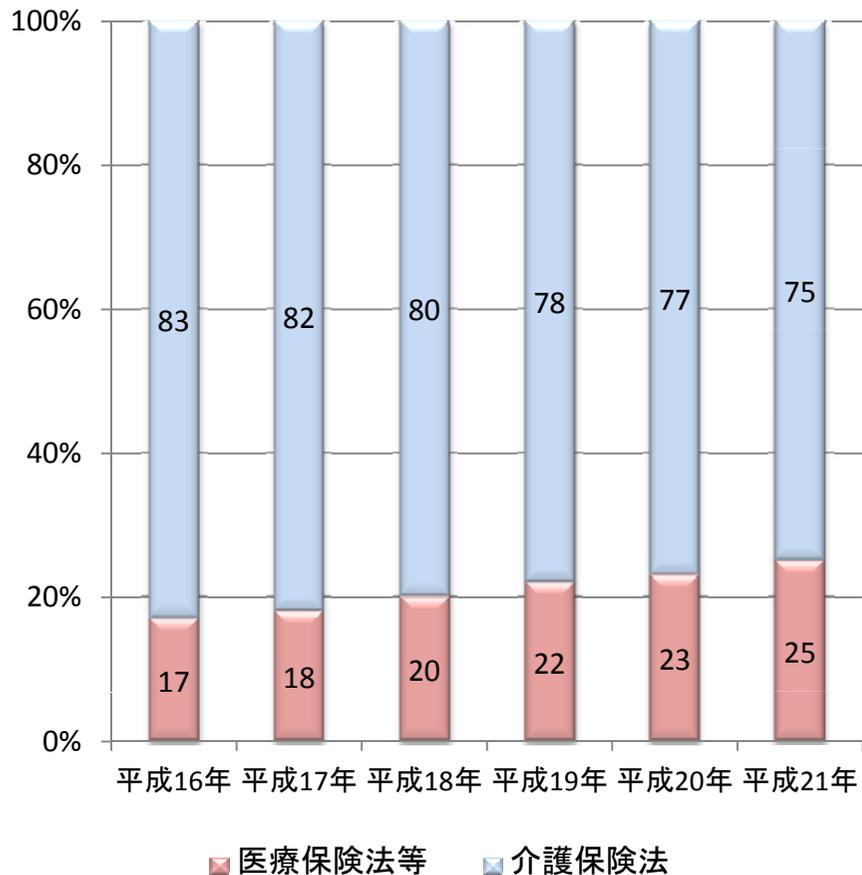
※「該当しない」は2006年のみ把握。医療依存度は、利用者の状態に応じて各訪問看護ステーションの回答者が合致するレベルを判断して回答。

レベル	状態
軽度	病状安定だが、時々バイタルサインチェック
中度	病状安定だが再発の危険あり。必要時にバイタルサインチェック
重度	病状やや不安定。定期的にバイタルサインチェック
最重度	病状不安定。常時バイタルサインチェック

保険別の訪問看護ステーションの利用者

- 医療保険の訪問看護の利用者の割合は2割程度である。
- 医療保険の訪問看護では、神経系の疾患、統合失調症、悪性新生物の割合で約60%で、介護保険利用者とはその疾病が異なる。

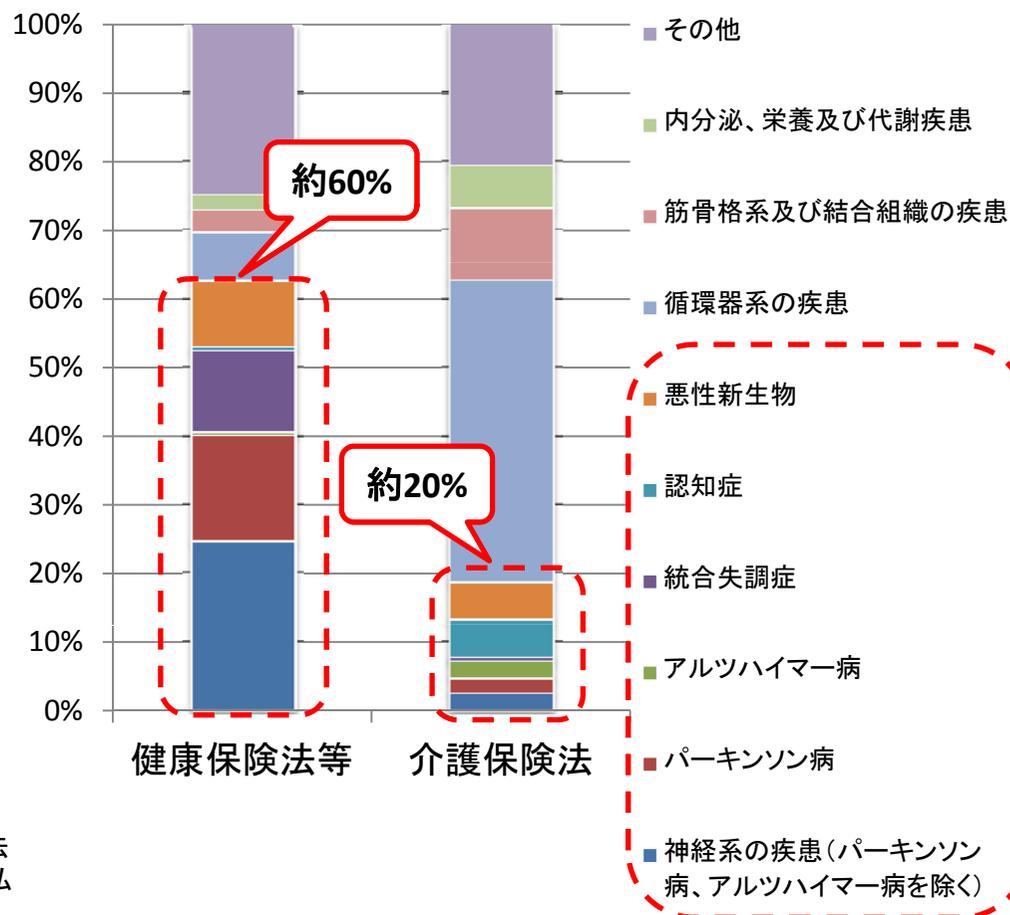
■保険別 訪問看護ステーションの利用実人員数割合



「健康保険法等」の利用者は、介護保険法の支払いがなく、老人保健法及びそれ以外の政府管掌健康保険等の医療保険、公費負担医療等の支払いがあった者であり、以下「医療保険」とする。

介護サービス施設・事業所調査

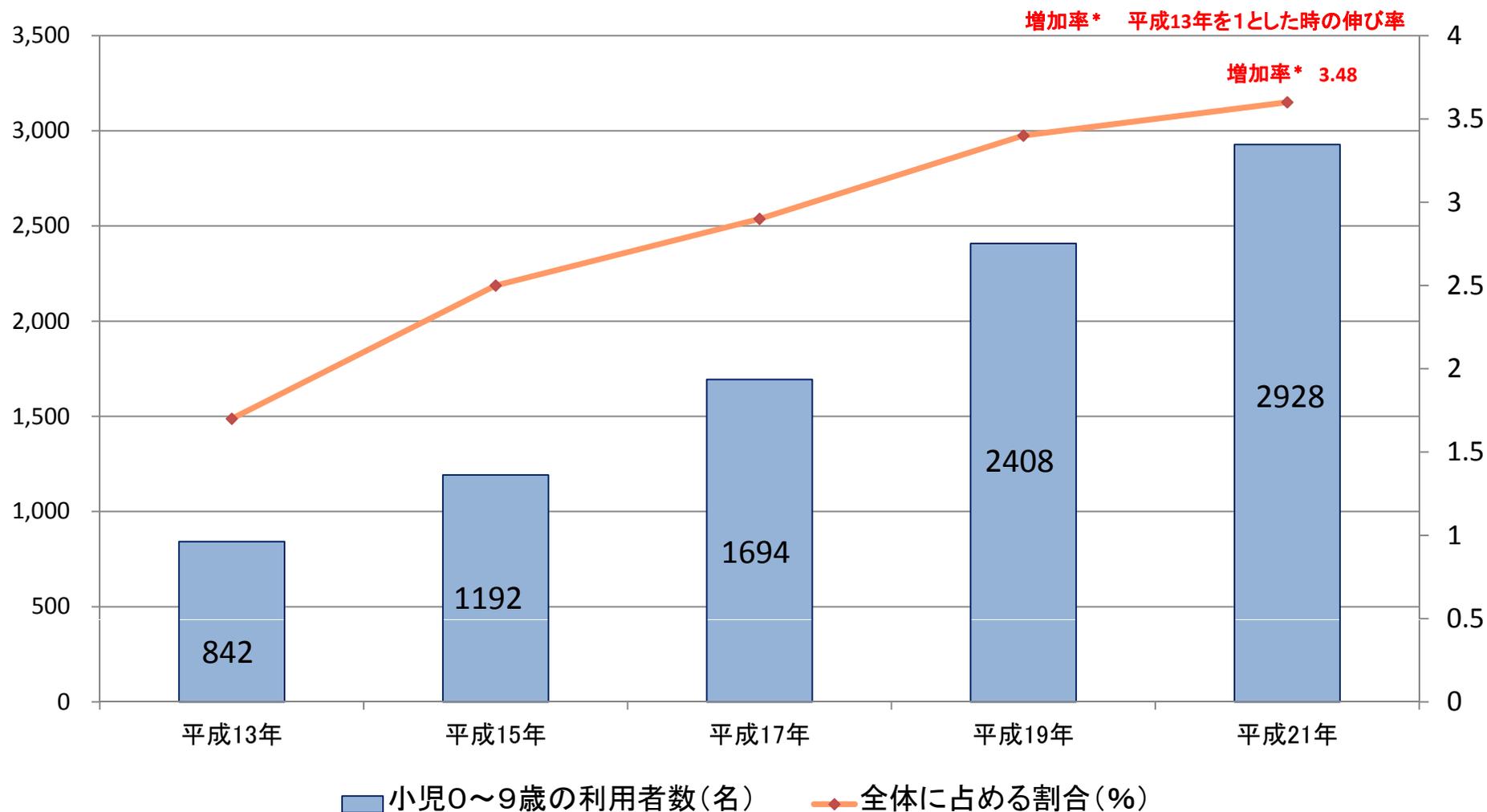
■傷病分類別訪問看護ステーション利用者数の割合



平成19年 介護サービス施設・事業所調査

小児(0～9歳)の利用者数及び全体に占める割合の推移

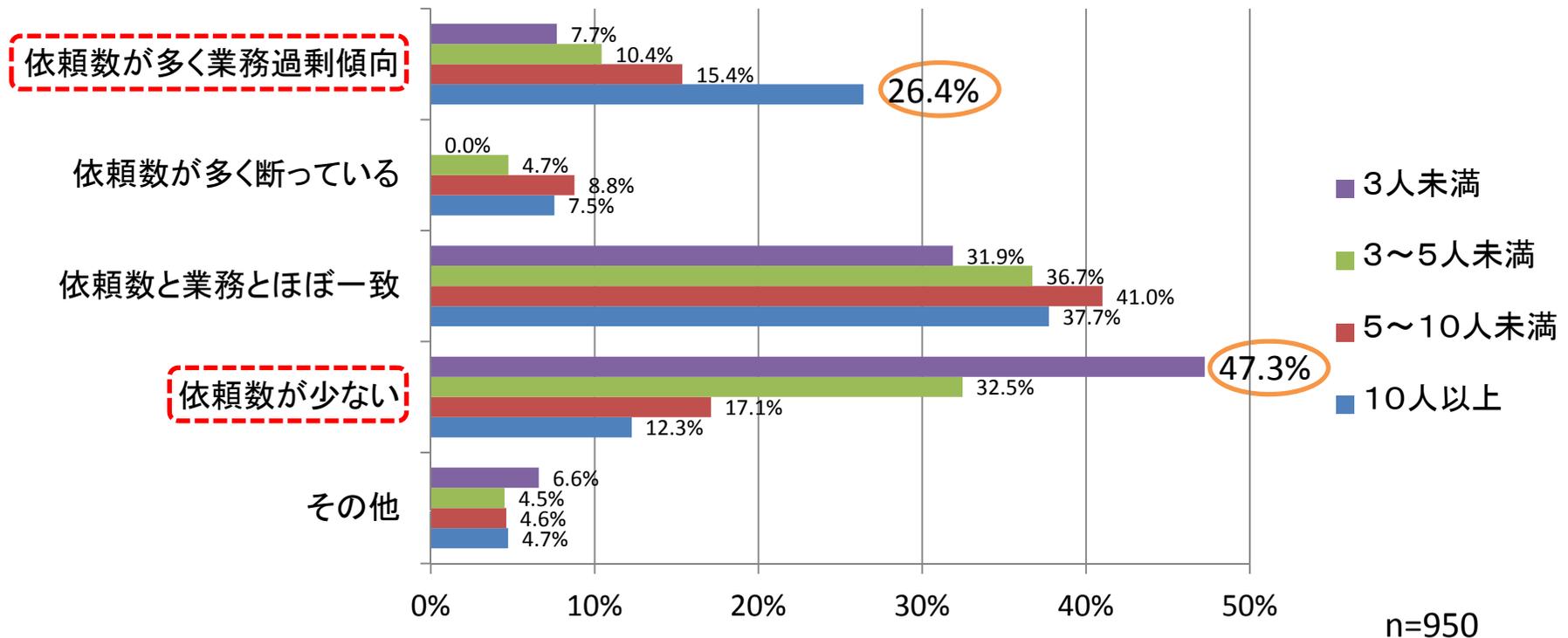
○医療保険からの訪問看護を受ける小児(0～9歳)の利用者は増加傾向にある。



保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

訪問看護ステーションの規模別利用者受入状況

○ 事業所の規模が大きいほど訪問看護の「依頼数が多く業務過剰傾向」が多いが、規模が小さいほど「依頼数が少ない」が多い傾向がある。

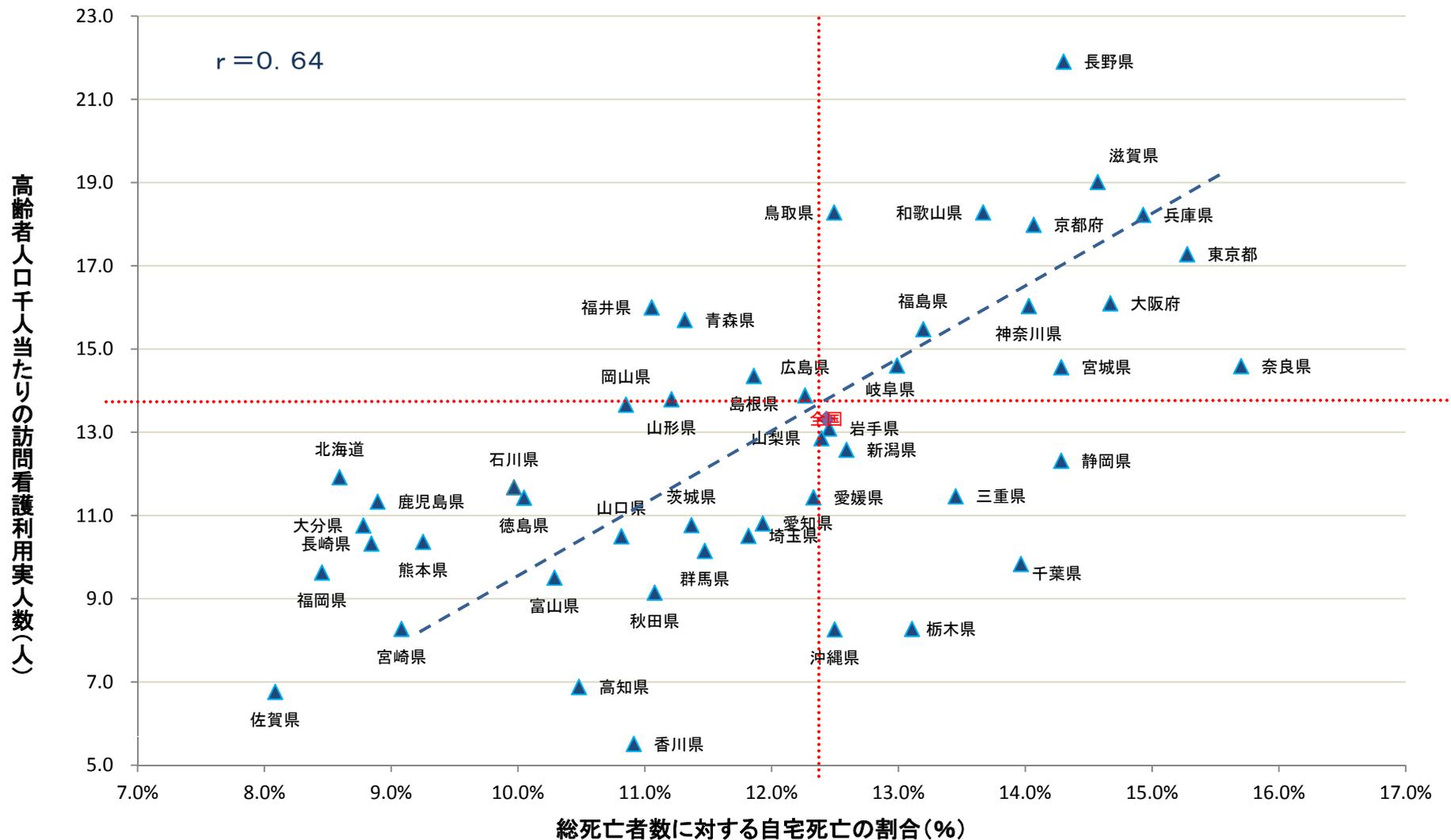


出典：平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金、訪問看護事業所の基盤強化に関する調査・研究事業 一訪問看護事業所の活動経営状況に関する全国実態調査一報告書、平成22年3月、社団法人全国訪問看護事業協会

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

平成23年
1月21日
中医協資料

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。

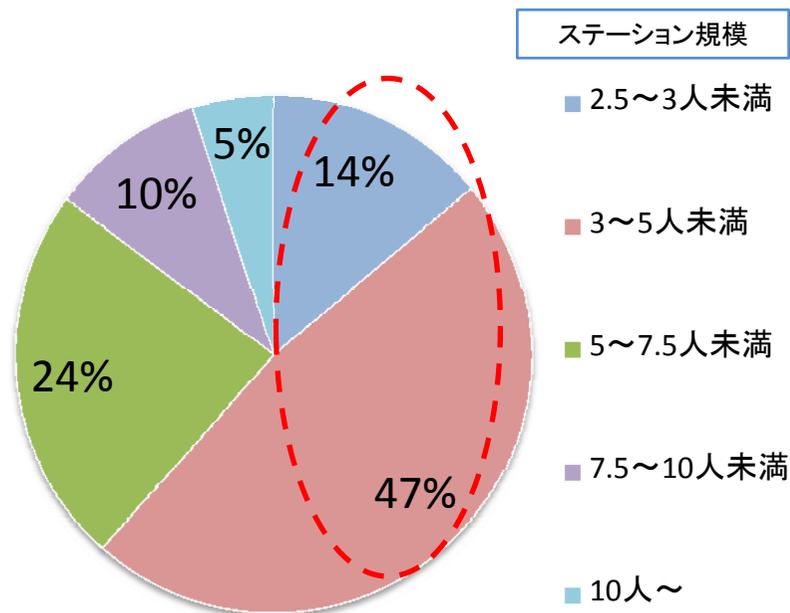


介護サービス施設・事業所調査(平成21年), 人口動態調査(平成21年)をもとに厚生労働省にて作成

訪問看護ステーションの規模別状況①

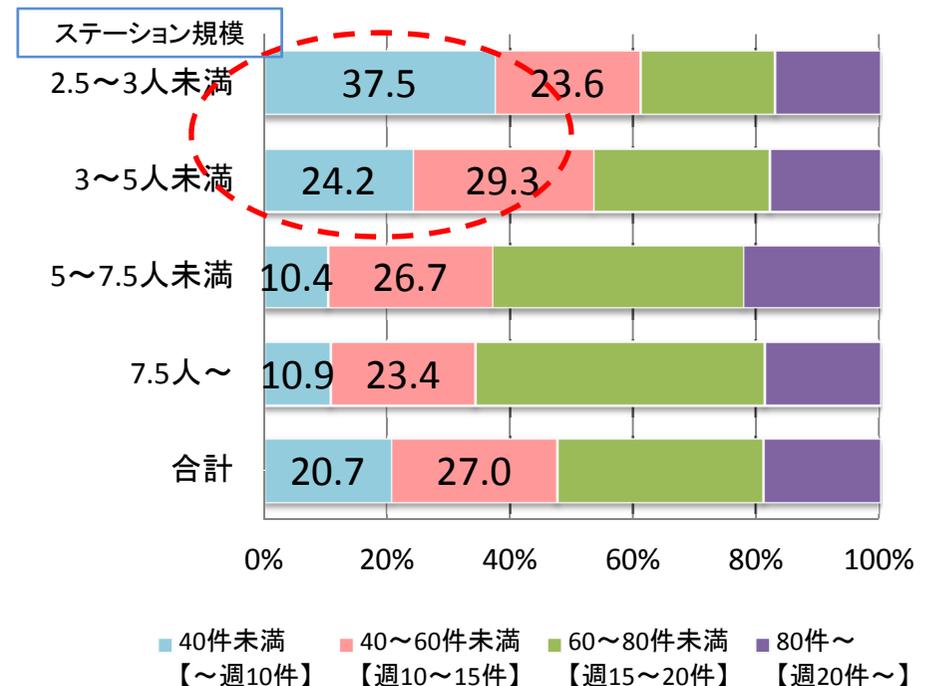
- 5人未満の小規模なステーションが約60%を占めている。
- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

■職員 数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

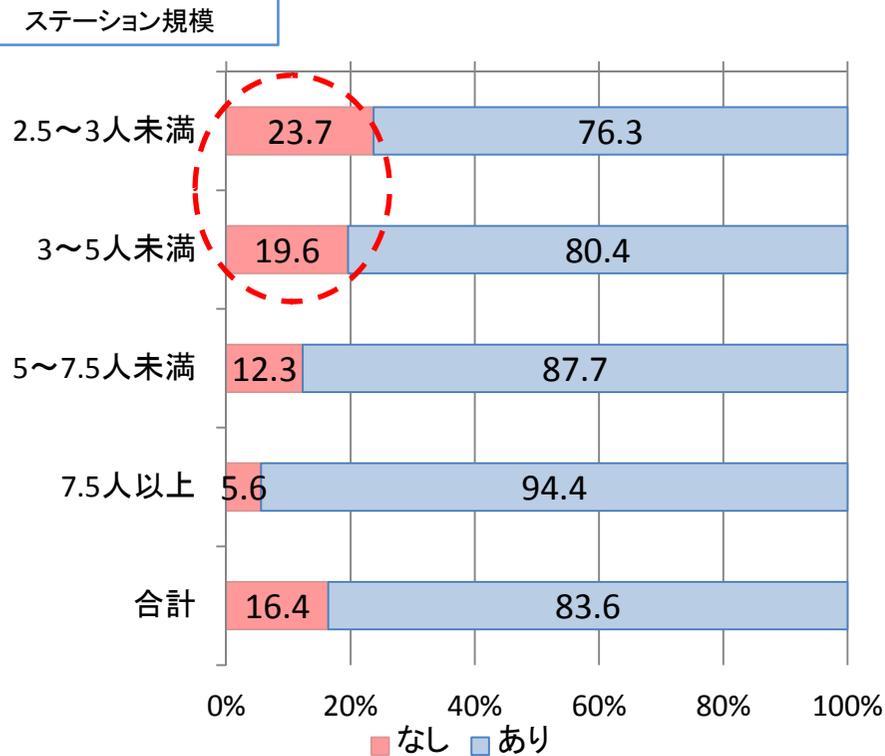
■職員 数規模別にみた職員一人月当たりの訪問看護件数 (N=1,556)



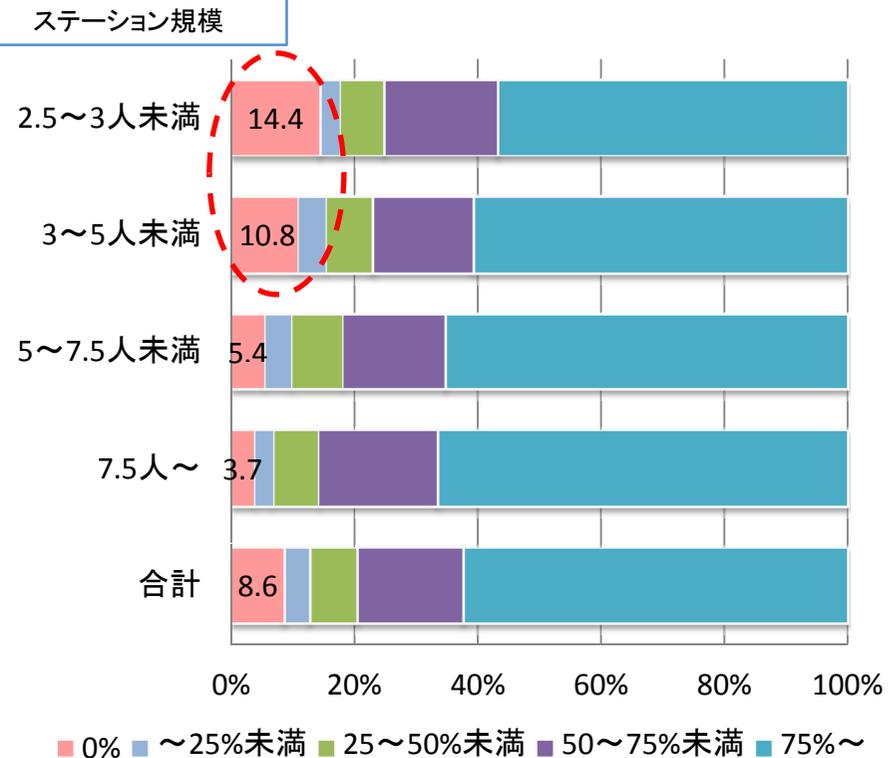
訪問看護ステーションの規模別状況③

- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- 小規模なステーションは、医療保険による訪問看護実施率が低い(=重度患者をあまり見ていない)

■職員 数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



■職員 数規模別にみた24時間連絡体制加算算定利用者数の医療保険利用者に占める割合 (N=1,082)



訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

日本看護協会: 訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業(平成21年3月)をもとに厚生労働省にて作成

訪問看護ステーションの規模別状況②

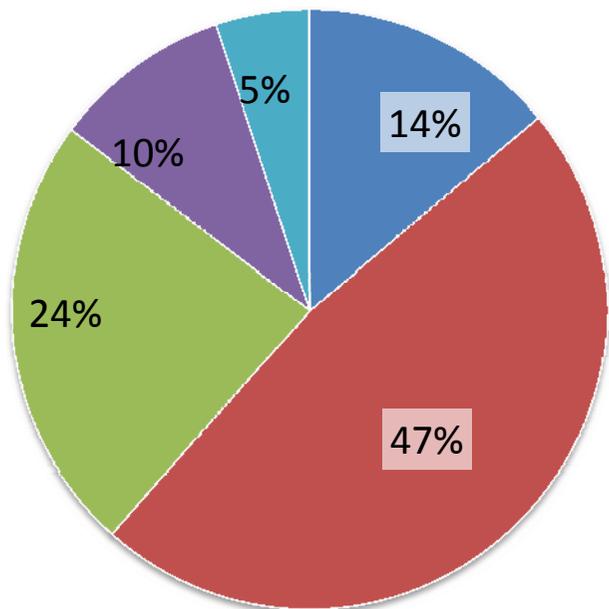
平成23年
1月21日
中医協資料

- 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

n=1,713



■ 2.5～3人未満 ■ 3～5人未満 ■ 5～7.5人未満
■ 7.5～10人未満 ■ 10人～

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

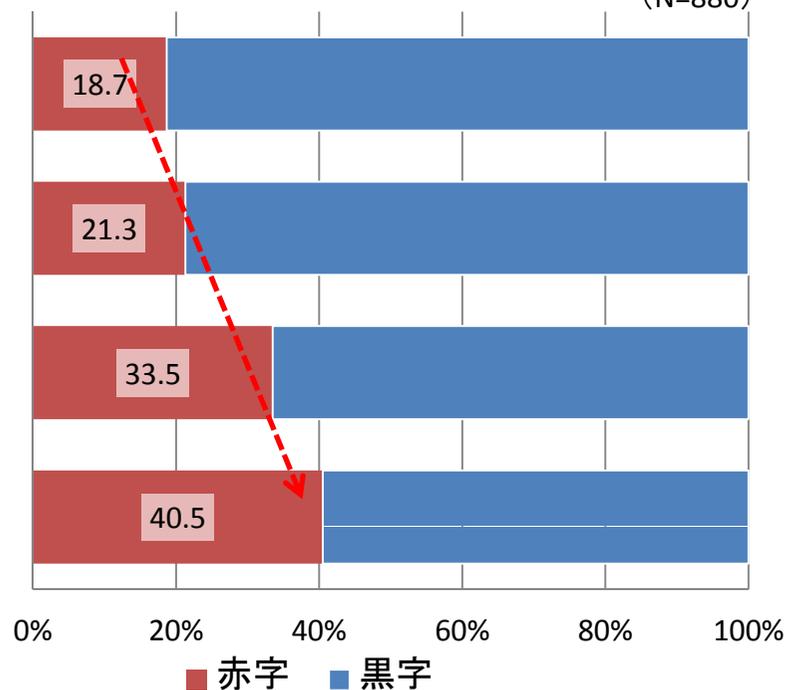
(N=880)

7.5人～(n=214)

5～7.5人未満(n=258)

3～5人未満(n=334)

2.5～3人未満(n=74)

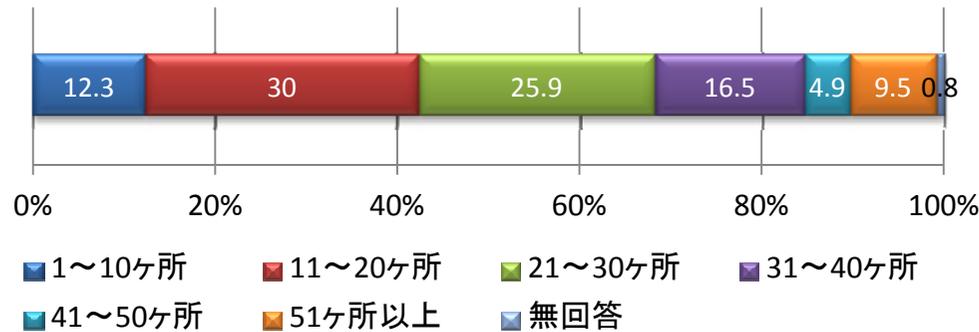


日本看護協会：訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業(平成21年3月)

訪問看護の連携先

- 訪問看護指示書を受けている医療機関数は**平均26.8件**だった。
- 居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援事業所は**平均17.3件**だった。
- 訪問看護に関し、直接の報酬につながらない相談の頻度について、「頻繁に」と「たまに」の合計でみると、**ケアマネジャーからは96.7%、医師からは77%、他機関の看護師からは64.6%**だった。
→**医療・介護の連携拠点としての機能を果たしている。**

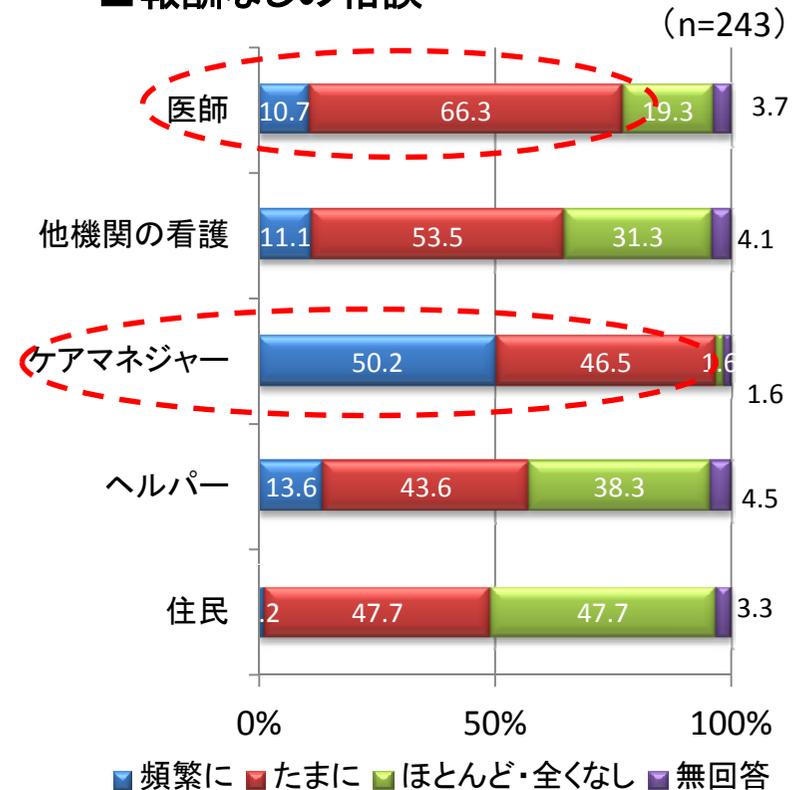
■ 訪問看護指示書を受けている医療機関数 (n=243)



■ 居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援事業所数 (n=239)



■ 報酬なしの相談 (n=243)



訪問看護ステーションの現状

① 小規模な事業所が多く、非効率さやスタッフの負担が課題となっている。

- ・事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。
- ・小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低く、同様に算定者の割合も小さい。
- ・訪問看護指示書を受けている医療機関数は平均26.8件、居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援事業所は平均17.3件と複数の医療機関や事業所と連携している。

② 訪問看護を必要とする者は増加しており、そのニーズは多様化している。

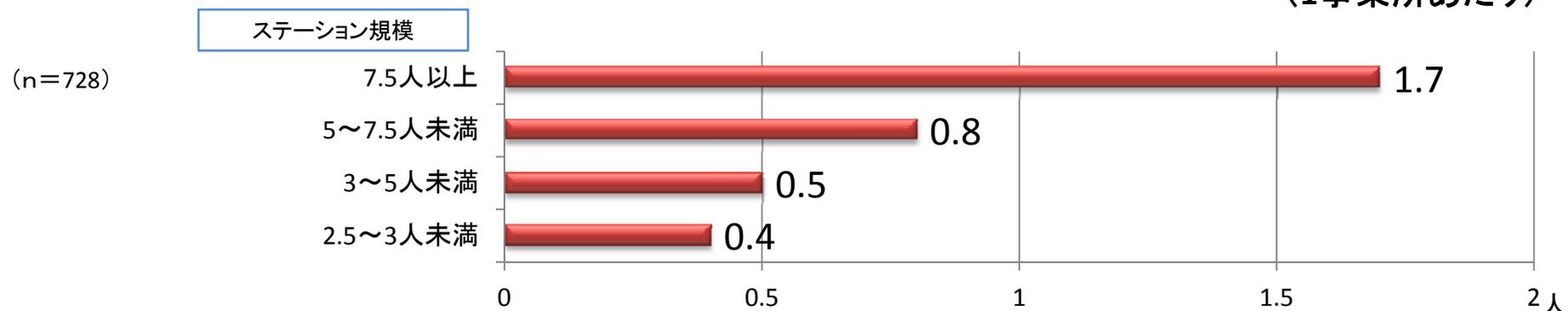
- ・医療依存度の高い患者が増加している。
- ・難病、がん、小児の利用者が増加し、利用者のニーズは多様化している。
- ・訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向があり、訪問看護の担う役割は大きい。

2. 効率的な訪問看護 —補助者との同行訪問—

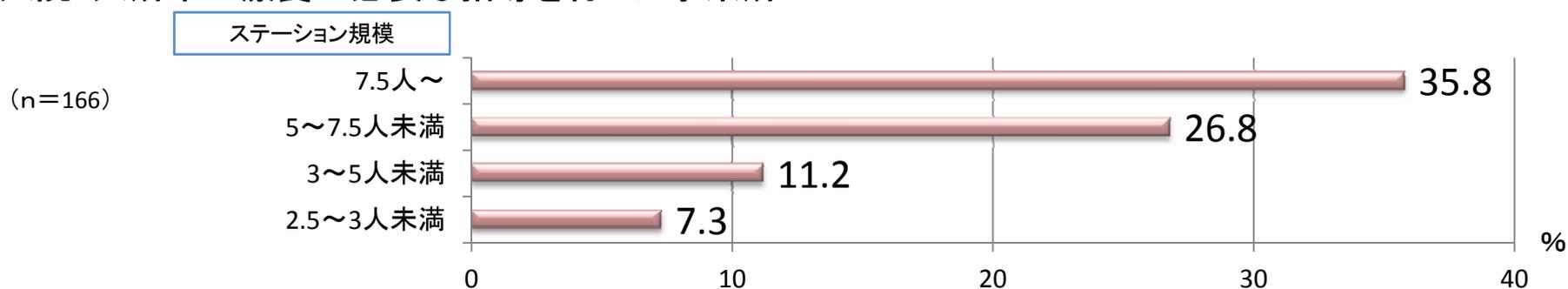
入院中の患者に対する訪問看護事業所の 関わり(健康保険)

- 新規利用者のうち、「医療機関や老人保健施設から退院・退所した人」の月平均数を事業所の規模別にみたところ、大規模な事業所ほど新規利用者が多い傾向がみられた。
- また、入院・入所中に療養上必要な指導を行った人の有無についても、大規模な事業所ほど多い傾向がみられた。

■訪問看護の新規利用者のうち、「医療機関や老人保健施設から退院・退所した人」の月平均数 (1事業所あたり)



■入院・入所中に療養上必要な指導を行った事業所



平成22年診療報酬改定 複数看護師による訪問

患者の状態に応じた訪問看護の充実

- 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が**同時に複数の看護師等**と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算(週1回)

(看護師等の場合) 4,300円¹ / 430点²

(准看護師の場合) 3,800円¹ / 380点²

(注) 対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- 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

複数名による訪問

- 複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者がいたと回答したのは、25%であった。
- また、看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者がいたと回答したのは、17%であった。

■複数名の職員（保健師、助産師、看護師、PT、OT、ST、准看護師）が同時に訪問を行った利用者の有無



■看護職員が医療職以外の職種（看護補助者など）と同時に訪問する利用者の有無



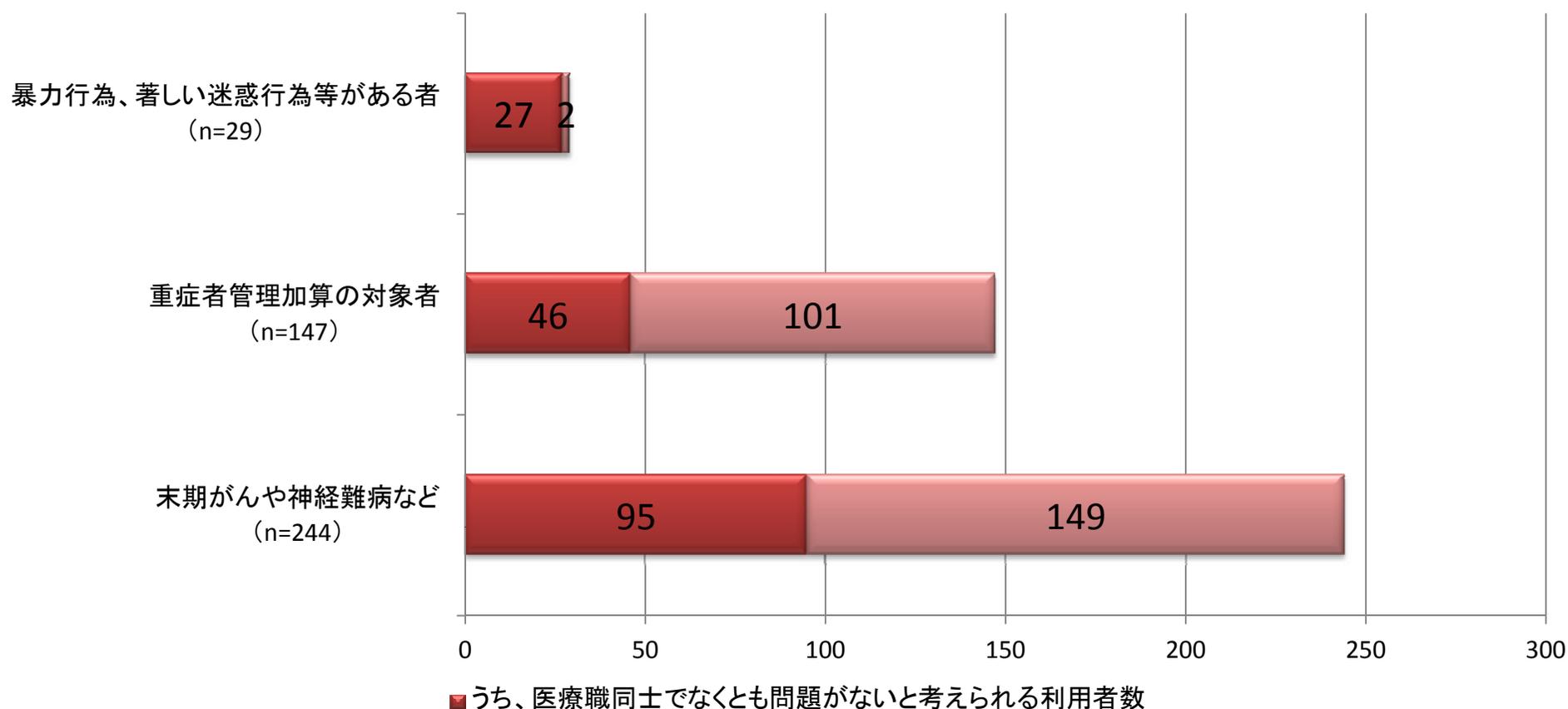
平成22年度診療報酬改定 検証調査(H23年)

複数名の職員*が同時に訪問を行った利用者の有無

- 末期がんや神経難病、および重症者管理加算の対象となる利用者のうち約3割、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のうち約9割は、医療者同士の訪問でなくとも問題ないという回答であった。

■ 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

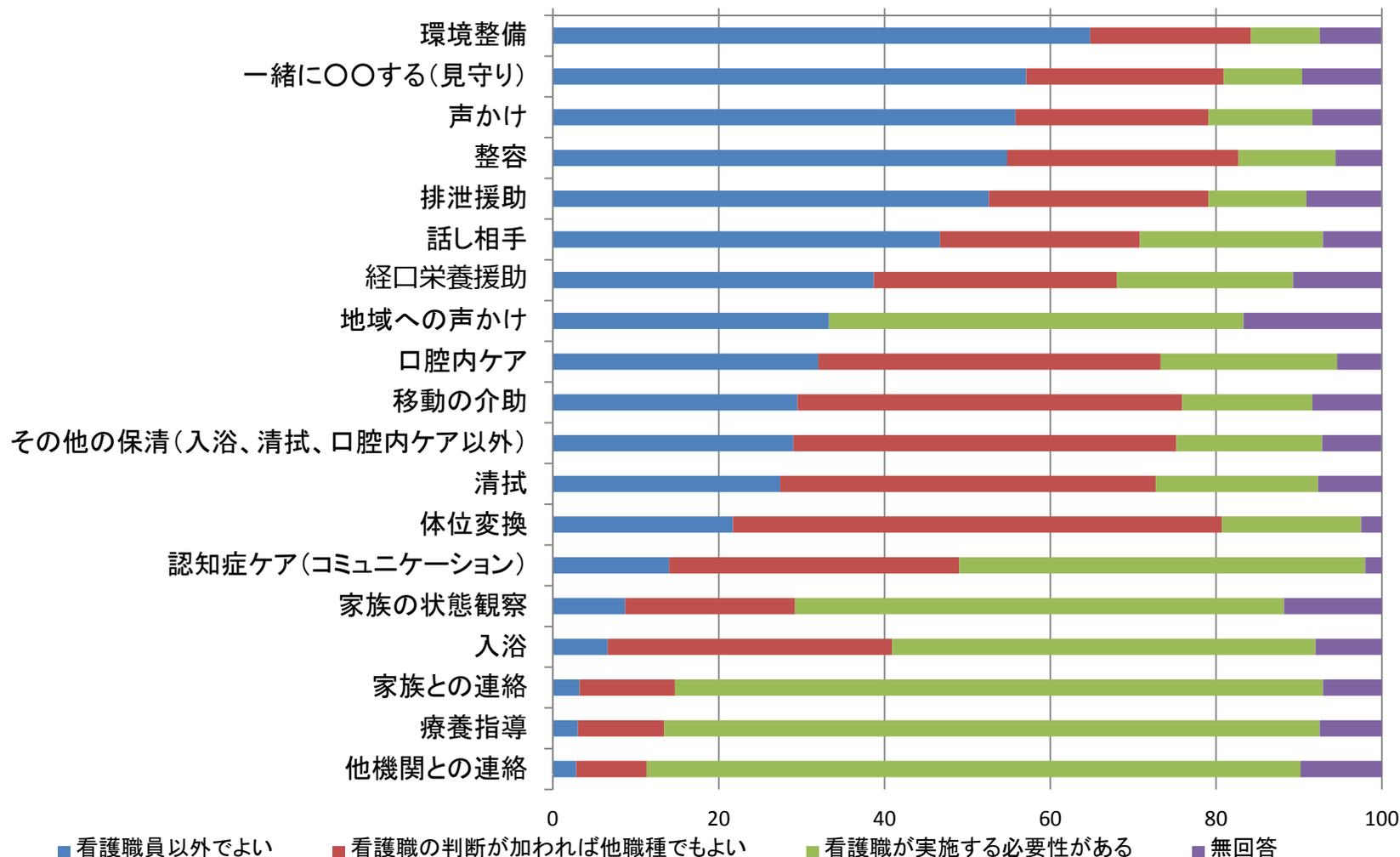
単位：人



平成22年度診療報酬改定 検証調査(H23年)

ケア内容別看護職員が実施する必要性

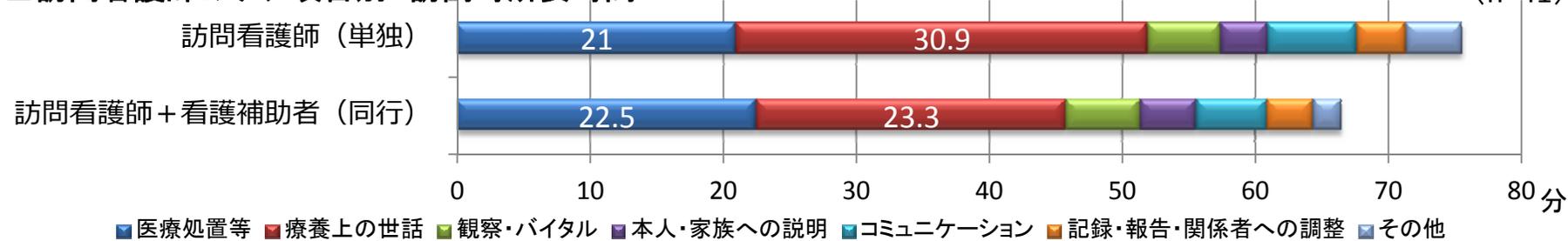
○ 利用者(612人)のうち身の周りの世話に関連する行動、コミュニケーション、本人以外の働きかけを実施した利用者について、看護職以外でもよいという割合が高かった行為もあるが、看護職の判断が加われば、他職種でも良いとする行為も一定程度ある。



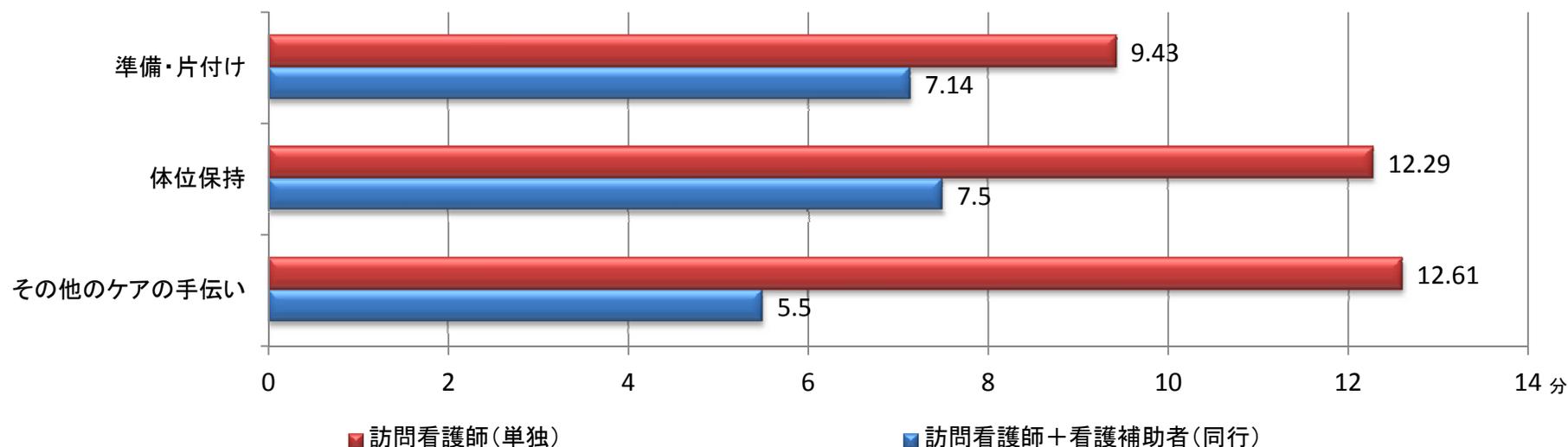
訪問看護ステーションからの複数名での訪問看護

- 訪問看護師が単独で訪問するよりも、看護補助者と同行したほうが、訪問時間が短縮した。
 - 訪問看護師が看護補助者と同行した際には、家族によるケアの実施率が低下した。
- 訪問看護師と看護補助者の同行訪問により、訪問看護師が行う療養上の世話の一部を看護補助者と分担することで、訪問時間の短縮・効率化、家族の負担軽減が可能である。

■訪問看護師のケア項目別 訪問時所要時間 (n=41)



■家族の補助 ケア項目別所要時間(分)



論点1 効率的な訪問看護

■背景

- 訪問看護ステーションは小規模事業所が多い。
- 大規模ほど、24時間対応の負担が少なく、新規利用者を多く受け入れているなど、メリットが明らかになっている。
- 訪問看護ステーションが、医療依存度の高い患者への対応や多様なニーズに対応するためには、効率化を図っていく必要がある。

■論点

- 訪問看護のケア内容の中で必ずしも看護職員が行わなければならない業務ではないものに関しては、看護補助者への役割分担を促進してはどうか。

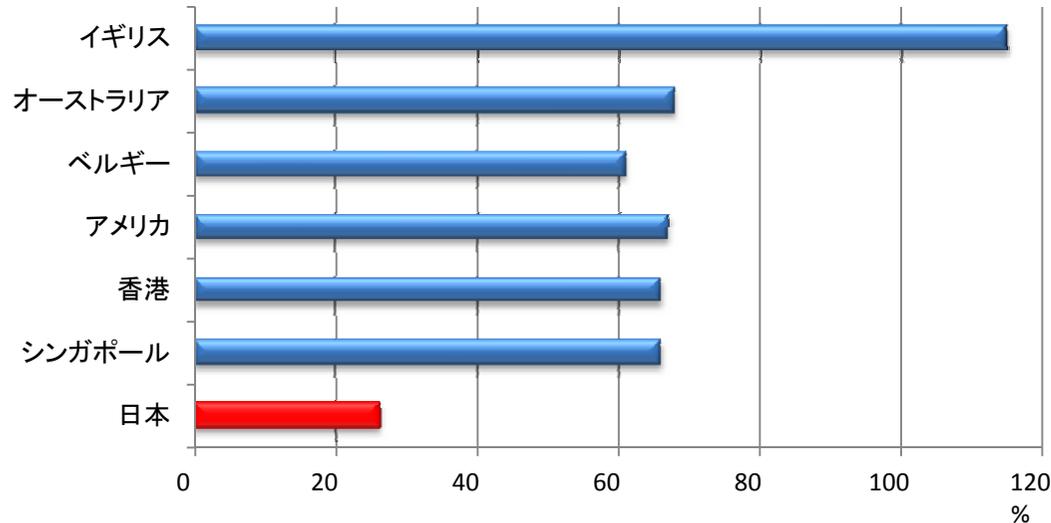
3. 医療ニーズが高い等多様な患者に
対する訪問看護の充実①
—がん—

日本の緩和ケアの提供体制

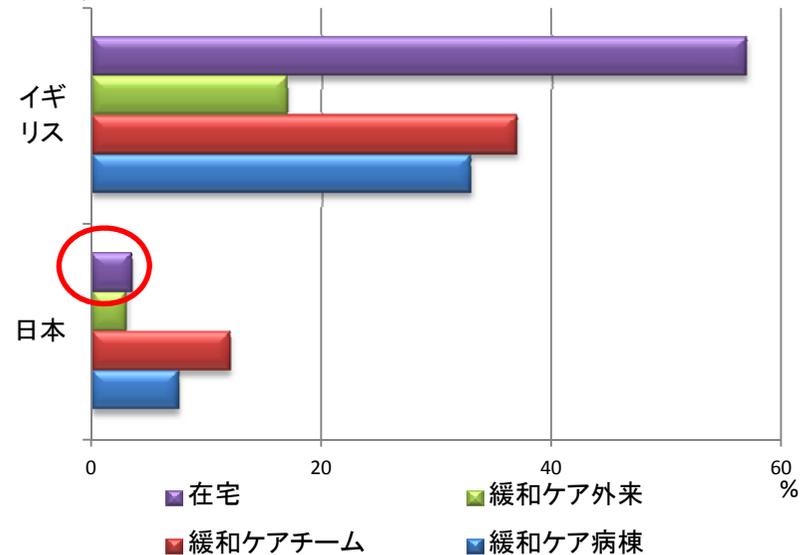
平成23年
10月26日
中医協資料

■緩和ケアを受けている患者数の国際比較¹⁾

分母: がん患者死亡者数
分子: 在宅緩和ケア、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟利用者等の合計(重複カウントあり、国により、サービス種の差あり)



イギリスと日本の詳細データの比較

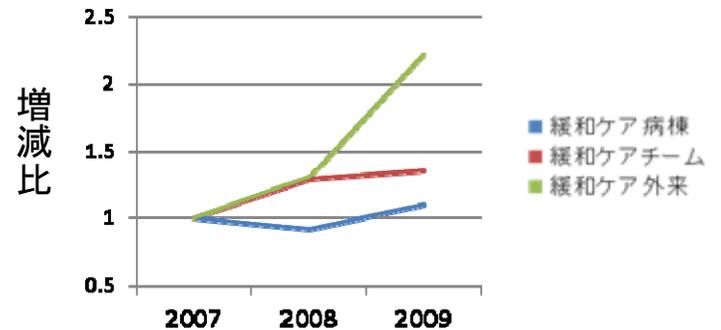


■緩和ケアを受けている患者数

- 828施設に調査票を送付し、785施設(91%)から回答
- 緩和ケア外来の新規患者数 **10,216人/年²⁾**
- 地域緩和ケアチームの新規患者数 **519人/年³⁾**
- 緩和ケアチーム(入院)の新規患者数 **43,716人/年²⁾**

がん罹患数(年間新規患者数)	693,784人/年 ⁴⁾
がん死亡患者数	353,499人/年 ⁵⁾
総患者数(継続的な医療を受けている者)	152万人 ⁶⁾

■緩和ケア外来の需要³⁾



地域緩和ケアプログラムが実施された4地域での緩和ケアサービスのニーズの推移

1) National Council for palliative Care (U.K.) MDS full report 2009-2010; Tang ST, Psychooncology 2010;19:1213; Rosenwax LK, Palliat Med 2006; 20: 439; et al

4) 地域がん登録全国推計値(平成18年)

2) 木澤ら. 緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究班

3) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010

5) 人口動態調査 2010

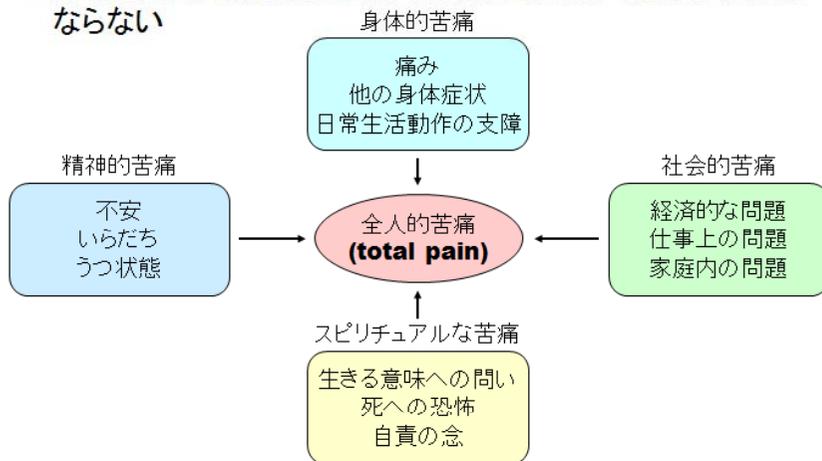
6) 患者調査 2008

緩和ケアについて

■緩和ケアの概要

全人的苦痛 (total pain)

- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければならぬ



■日本の外来がん患者の緩和ケアの多彩なニーズ

1 全国の外来通院中の進行・遠隔転移にある患者1493名¹⁾

身体的苦痛	
中程度以上の痛み	20%
痛み以外の身体的苦痛	21%
精神的苦痛(気持ちのつらさ)	24%
生きている意味などスピリチュアルな苦痛	
迷惑をかけてつらい	54% など

2 外来化学療法に通院しているがん患者4000例²⁾

身体的苦痛			
倦怠感	23%	痛み	14%
不眠	19%	呼吸困難	13%
食欲不振	17%	しびれ	12%
便秘	16%		
精神的苦痛(気持ちのつらさ)		15%	
病状に関する説明・意思決定の支援		14%	

厚生労働省委託事業
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」テキストより

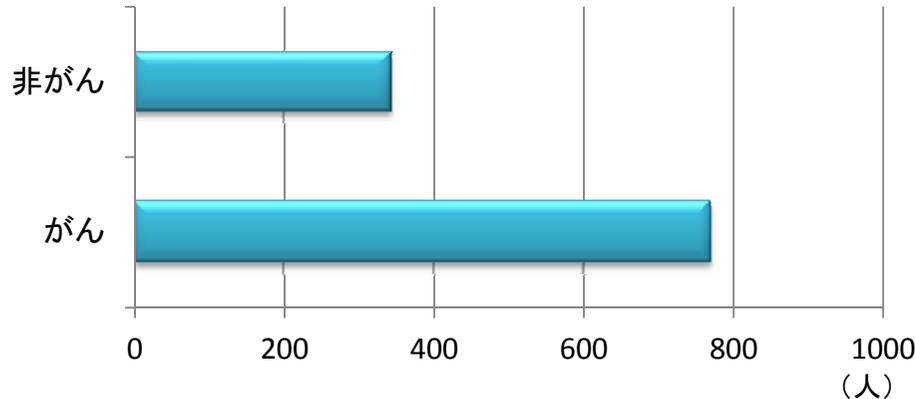
1) 厚生労働科学研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究班」2010
Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage (in press)

2) Yamagishi A, Morita T. J Pain Symptom Manage 2009; 37; 823

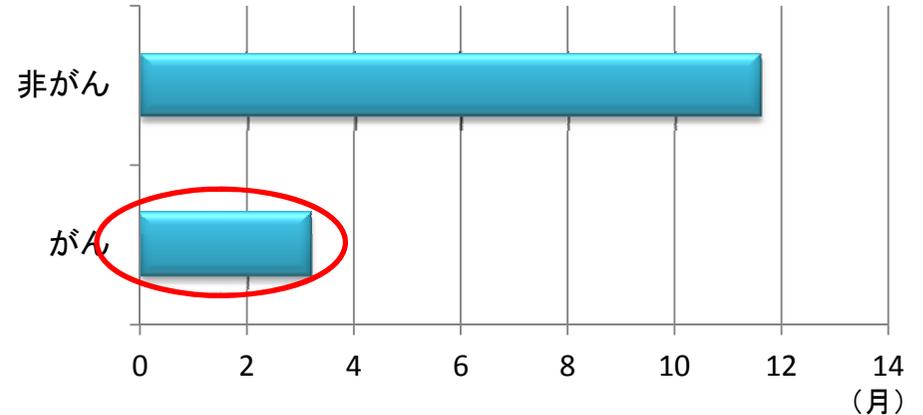
がん・非がん別の訪問看護に関する比較

- がん患者は、非がん患者と比較し、在宅ターミナル加算の算定件数が多く、訪問看護から死亡までの期間が3分の1程度であり、最後の退院から死亡までの期間も短い傾向が見られた。
- がん患者は、非がん患者と比較し、死亡前14日間の訪問回数が多く、訪問時間は長い傾向が見られた。

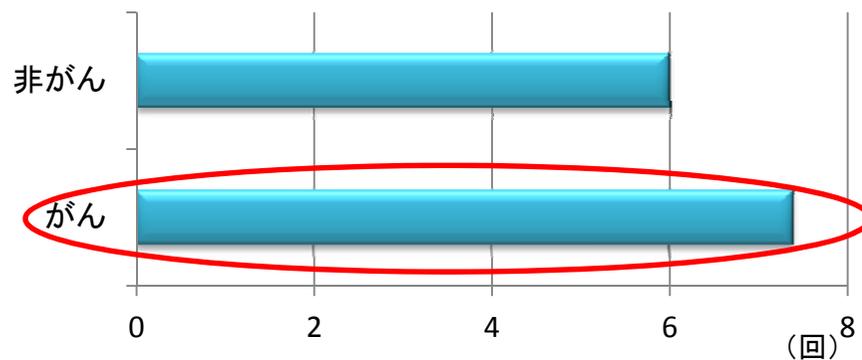
■ターミナルケア療養費又は在宅ターミナルケア加算を算定した利用者



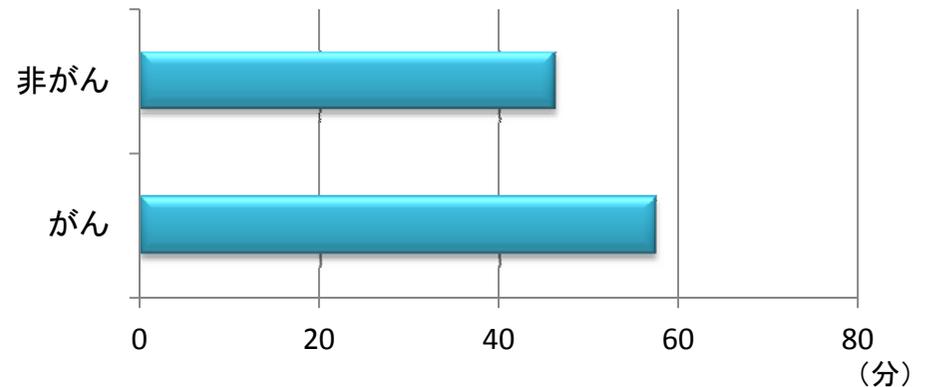
■訪問看護開始から死亡までの期間



■死亡前14日以内の訪問回数

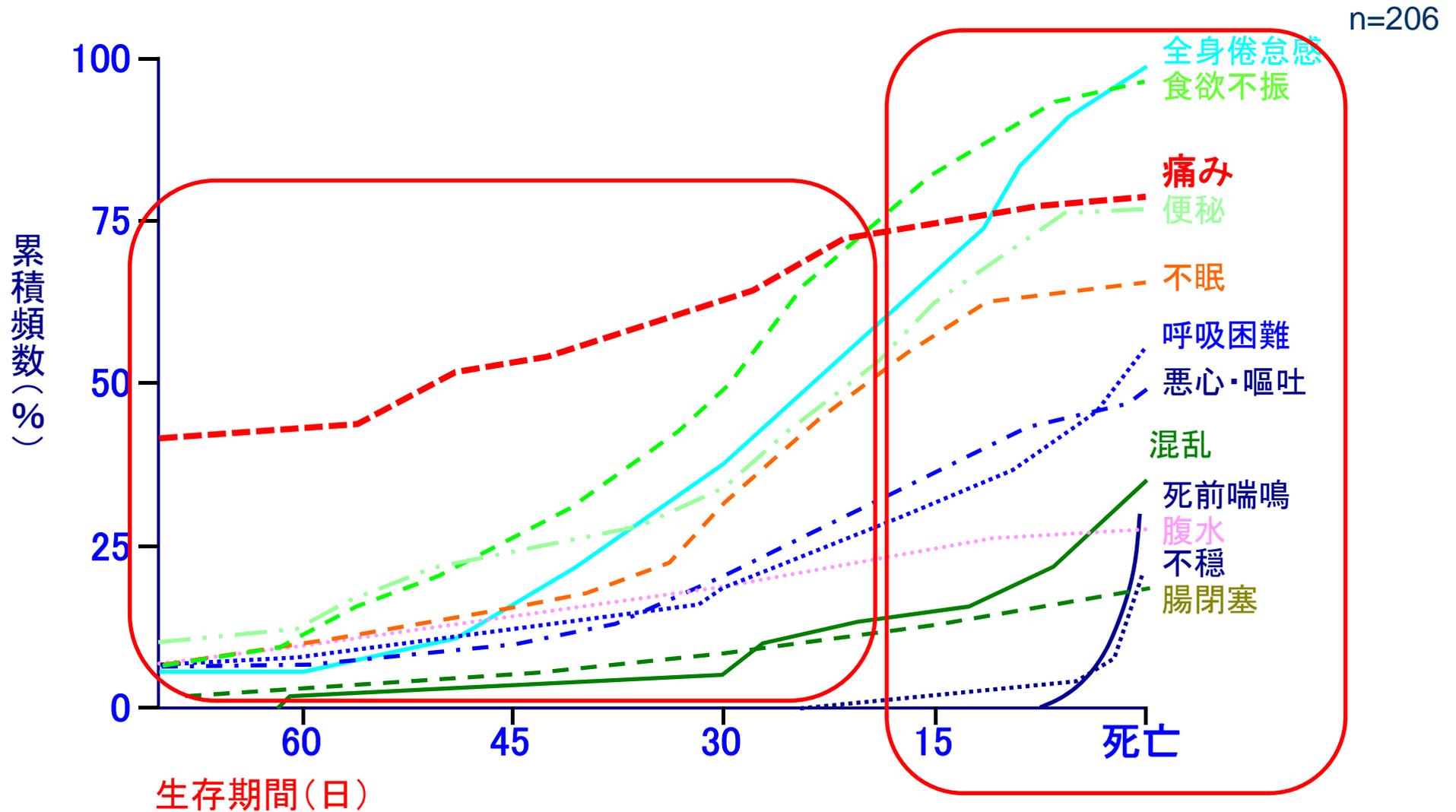


■死亡前14日以内の1回あたりの訪問時間



がん患者における身体症状の出現からの生存期間

○ がん患者の場合、さまざまな症状が出現するのは、死前数週間のことが多い。



恒藤 暁ほか：ターミナルケア，6(6)，482(1996)

看護師が行う患者指導の効果

○ 看護師からの電話モニタリングは、外来がん患者の難治性の鎮痛を改善し、必要以上の受診を抑制しうる。

聖隷三方原病院

対象：平成19年1月～平成21年12月に病院の外来で医療用麻薬による鎮痛治療を介した72名

方法：患者の同意を得て、看護師が医療用麻薬・鎮痛補助薬の服薬後に電話で効果・副作用をモニタリングし、既存の指示内で患者指導を実施、または、新しく医師に指示を得て患者指導を実施。緩和ケアチームの診療対象となった難治性の疼痛患者に対して実施。

■ 背景

* モニタリング

72名に対して107回のモニタリングが実施
1名当たり中央値2回(1～5回)
モニタリング時間 10分(5～25分)

* 患者背景

年齢 63歳±10歳

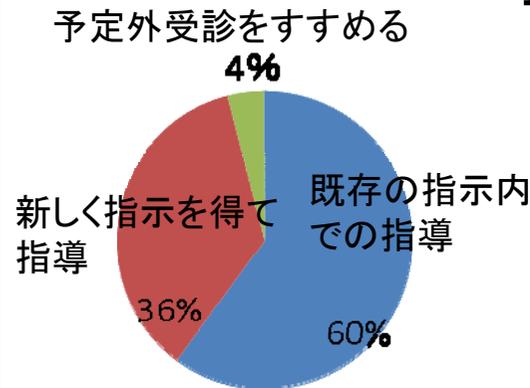
疼痛

中程度(4～6) 3%
強度(7～10) 97%

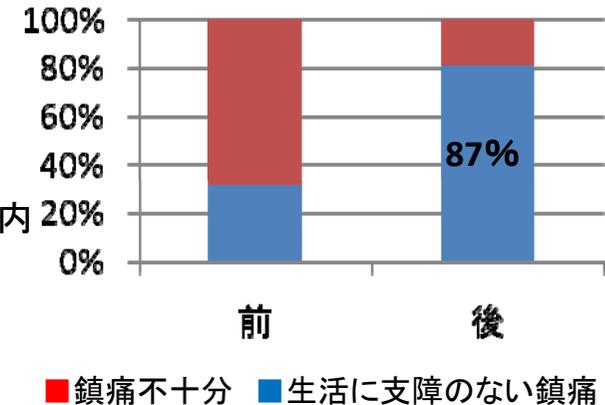
原疾患

肺がん、大腸・直腸がん、すい臓がん
など

■ 看護師が行った対応



■ 効果



最大の痛み

7.7±1.8 → 5.2±2.0

P<0.001, Effect size=1.3(大きい効果)

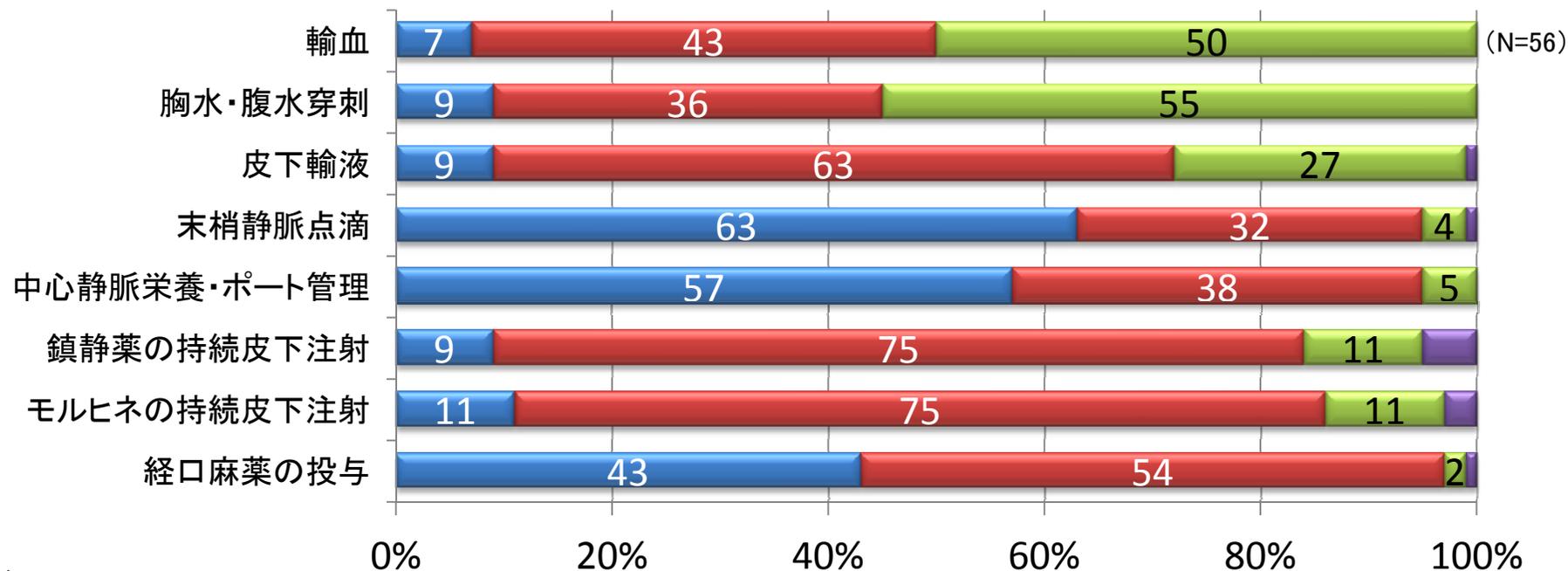
在宅がん緩和ケアに係る医療処置を必要な患者への看護 (訪問看護)

○ 在宅で以下の医療処置を行っている患者の看護を担当することの可能性について、訪問看護師が、それぞれの項目について、『できない』『(緩和ケアの)専門家に相談すれば行える』『自信を持って行える』のうち1つを回答。

→専門家の支援を得られれば、在宅で行うがん緩和医療の範囲の拡大の可能性が示唆された。

【現行】

同一日に、複数の医療機関からの訪問看護及び複数の訪問看護ステーションからの訪問看護を行っても、原則、どちらか一方の医療機関及び訪問看護ステーションにおいて訪問看護の費用を算定することはできない。



注

■ 自信を持って行える ■ 専門家に相談できれば行える ■ 対応は困難 ■ 無回答

注) 当該手技に限らず、管理や急変時の対応を含め、これらの処置を行っている患者の看護を担当することの可否についての設問

出典: Yamagishi A, Morita T, Miyashita M. Providing palliative care: the views of community general practitioners and district nurses in Japan J Pain Symptom Manage. 2011

専門性のある看護師(がん関連)

	認定看護師	専門看護師
認定プロセス	認定看護師教育課程修了 (6ヶ月・600時間以上)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護系大学院修士課程修了者 ・日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位)を取得していること ・実務研修が通算5年以上うち3年間以上は専門看護分野の実務研修であり、このうち6ヶ月は修士課程修了後の実務研修であること
審査・更新プロセス	書類審査・筆記試験	書類審査・筆記試験
分野と人数 ※人数は平成23年10月1日時点	5分野 <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア 1,100名 ・がん性疼痛看護 563名 ・がん化学療法看護 844名 ・乳がん看護 163名 ・がん放射線療法看護 64名 	1分野 <ul style="list-style-type: none"> ・がん看護 250名

<参考>

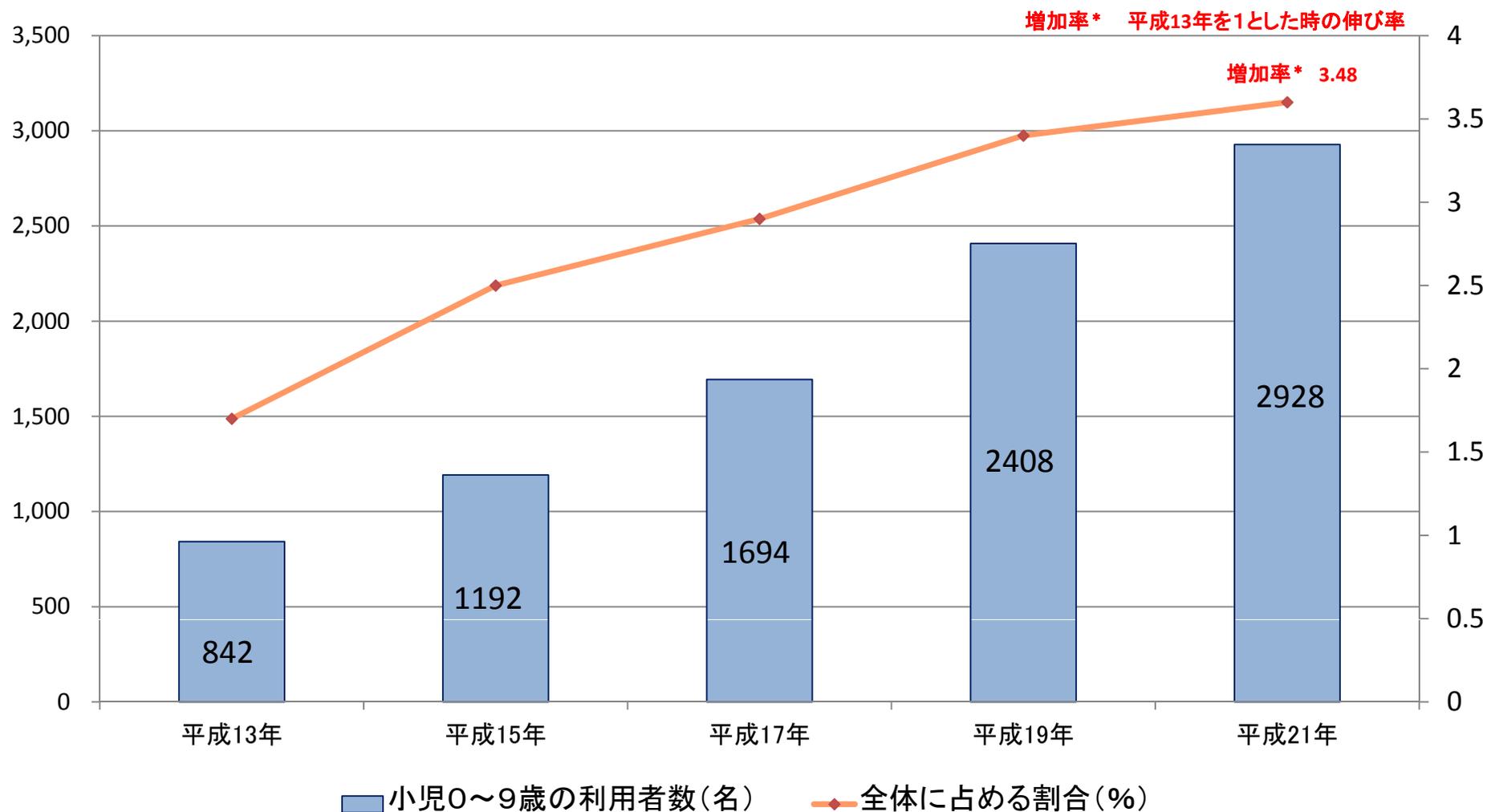
全分野:認定看護師(21分野)9,048名、専門看護師(10分野)612名(平成23年10月1日時点)

日本看護協会調べ

3. 医療ニーズが高い等多様な患者に
対する訪問看護の充実②
—小見—

小児(0～9歳)の利用者数及び全体に占める割合の推移

○医療保険からの訪問看護を受ける小児(0～9歳)の利用者は増加傾向にある。



保険局医療課調べ(平成13年のみ8月、他は各年6月審査分)

準・超重症児への医療に関する現状

- 下記表 の運動機能が座位までであり、かつ、 の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)としている。
- 我が国の在宅療養している準・超重症児の推計値 **2万5000人¹⁾**
- 人工呼吸器装着中の準・超重症児の割合:23%²⁾
- 在宅療養中の準・超重症児のうち、訪問診療を利用している児は7%、訪問看護を利用している児は18%¹⁾。

■ 準・超重症児の判定基準³⁾

評価項目		点数
I	運動機能:座位まで	
	レスピレーター管理	10点
	気管内挿管、気管切開	8点
	鼻、咽頭エアウェイ	8点
	O ₂ 吸入またはSaO ₂ 90%以下の状態が10%以上 (+ インスピロンによる場合の加算)	5点(+3点)
	1回/時間 以上の頻回の吸引 (または6回/日 以上の頻回の吸引)	8点
	ネブライザー常時使用 (またはネブライザー3回/日 以上使用)	5点(3点)
II	IVH	10点
	経管、経口全介助 (胃・十二指腸チューブなどを含める)	5点
	姿勢制御、手術等にも関わらず、内服剤で抑制出来ないコーヒ用嘔吐がある場合	5点
	血液透析	10点
	定期導尿 (3回/日 以上)、人工肛門 (各)	5点
	体位交換 (全介助) (6回/日 以上)	3点
	過緊張により3回/週 以上の臨時薬を要する	3点

1)日本重症児福祉協会 2008年

2)日本小児科学学会倫理委員会 超重症心身障碍児の医療的ケアの現状と問題点 2007年

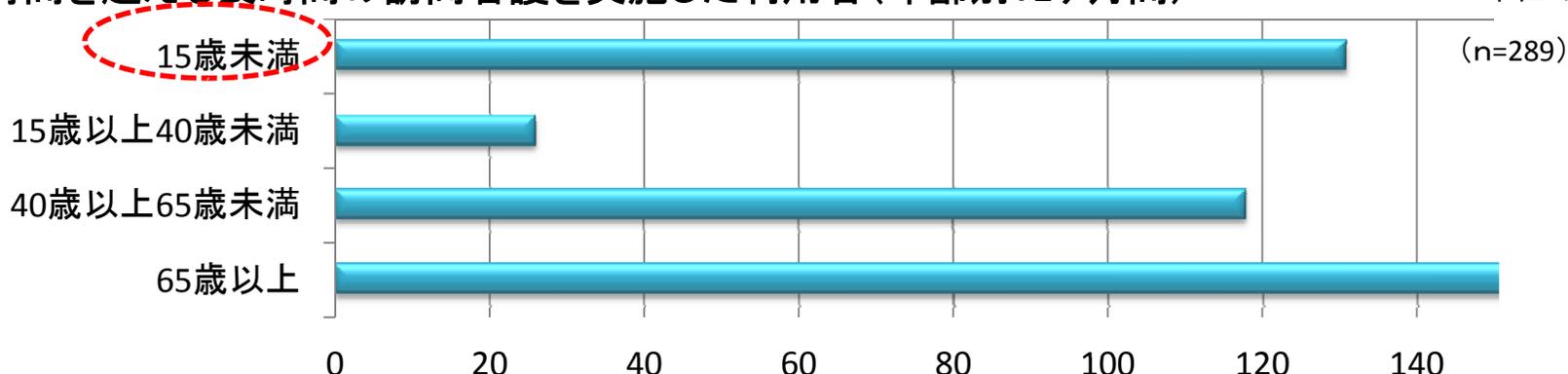
3)「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて(平成16年2月27日付保医発第0227002号)」別紙6

2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者

- 2時間を超える長時間の訪問看護は、人工呼吸器を使用している状態にある者が週1日を限度に算定できる。
- 2時間を超える長時間の訪問看護は、小児のニーズも高齢者と並んで高かった・特に、3-5歳の小児は106人と最も利用者が多かった。
- 2時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者数のうち、週1回の訪問ではサービスが足りないケースがあると回答した訪問看護事業所は、5割を超えた。

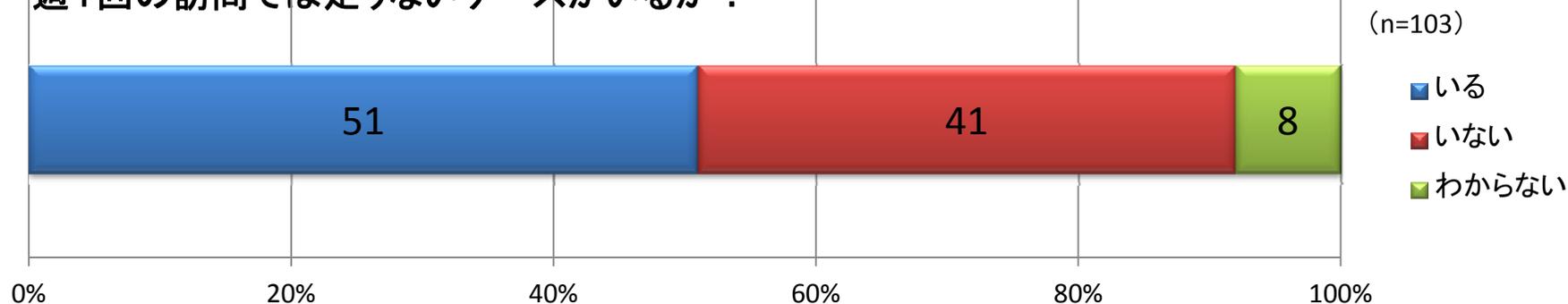
■ 2時間を超える長時間の訪問看護を実施した利用者(年齢別:1ヶ月間)

単位:人



■ 算定の有無にかかわらず、2時間を超える長時間の訪問看護を実施している利用者のうち、週1回の訪問では足りないケースがいるか？

(n=103)



3. 医療ニーズが高い等多様な患者に
対する訪問看護の充実③
一・夜間・深夜・早朝加算；緊急時のみ一

緊急時の訪問看護事業所への連絡

- 体調等で心配なことがあった場合に、まず訪問看護師に連絡するという回答が最も多かった。
- 患者の約半数が訪問看護事業所への緊急連絡をしたことがあると回答し、その際の対応として、「すぐに来てくれた」「電話で相談に乗ってくれ、問題が解決してくれた」が大半を占めた。

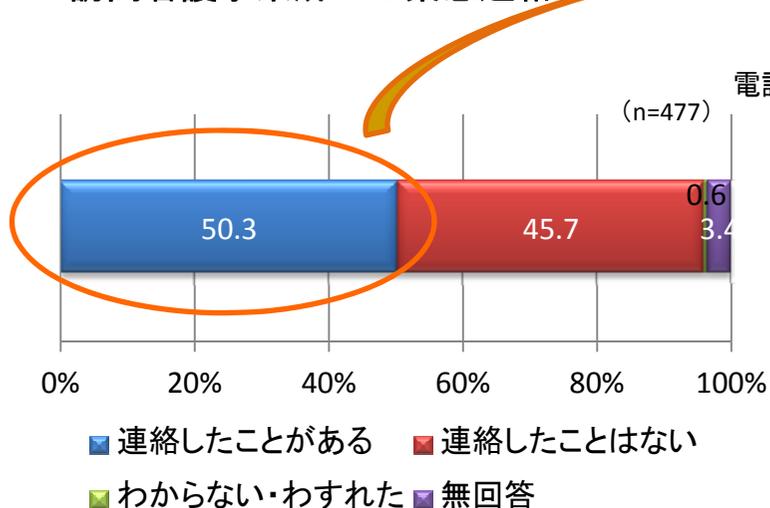
■ 体調等で心配なことがあった場合の連絡先

(n=569)



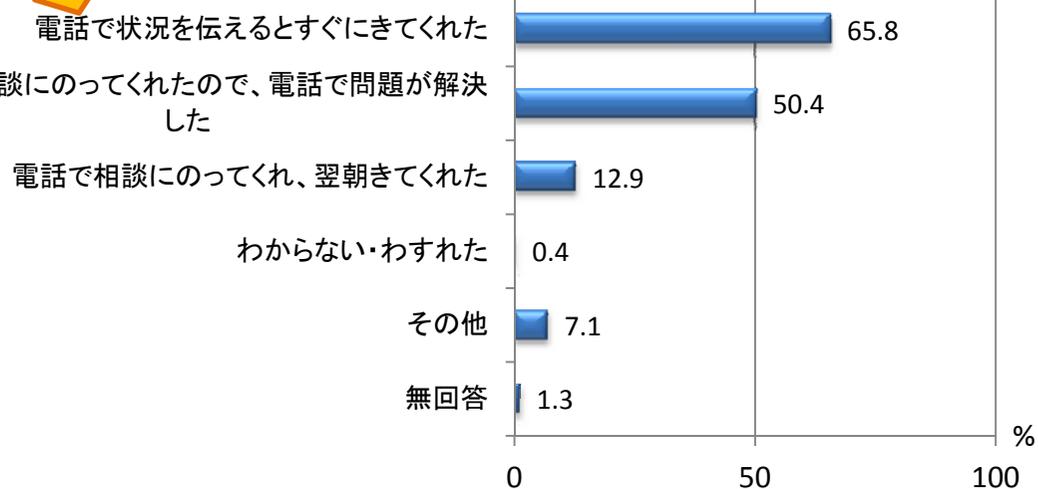
■ 訪問看護事業所への緊急連絡

(n=477)



■ 緊急連絡時の訪問看護師の対応

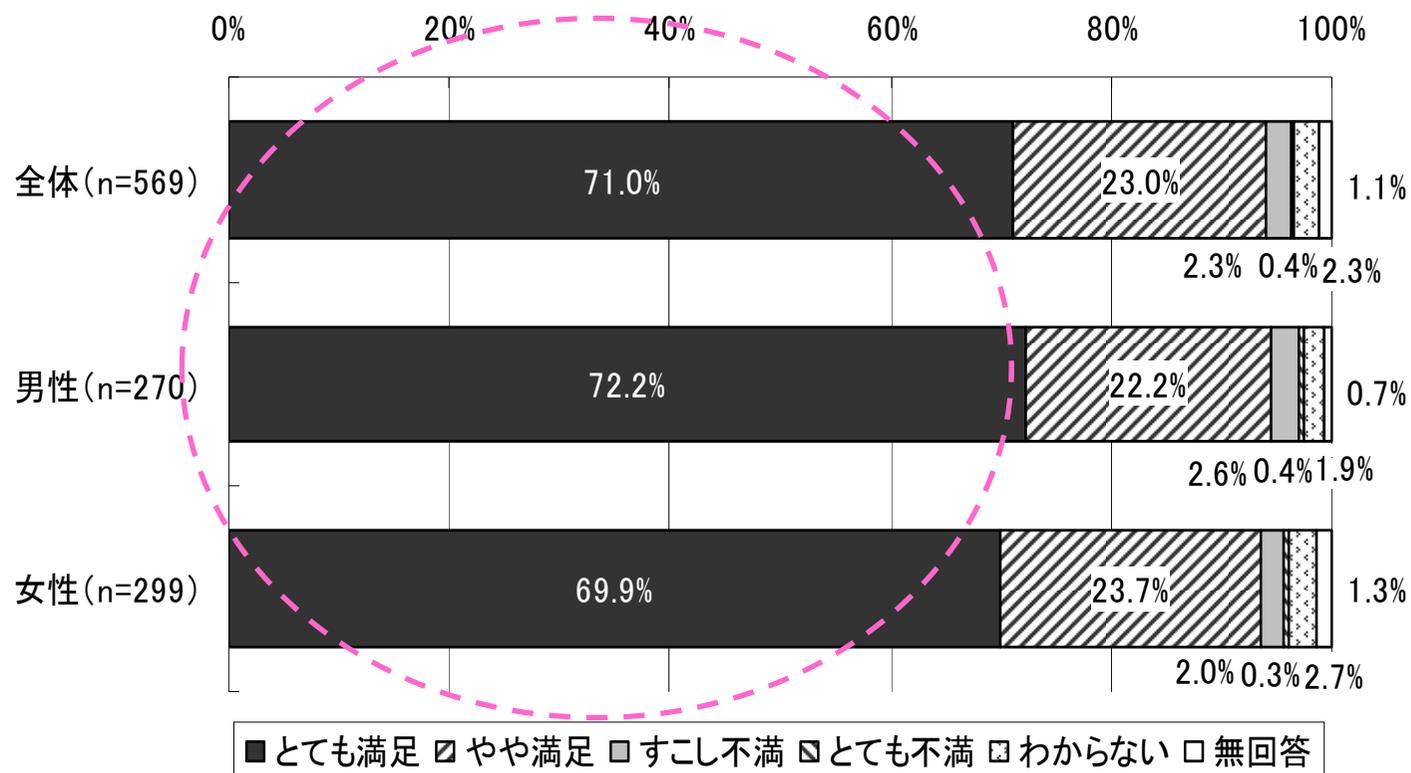
n=240



訪問看護師による緊急時の対応への評価

○訪問看護師が電話で緊急時の対応を行うことで、問題解決に結びついているケースが半数を超えており、こうした体制への利用者の満足度も高い。

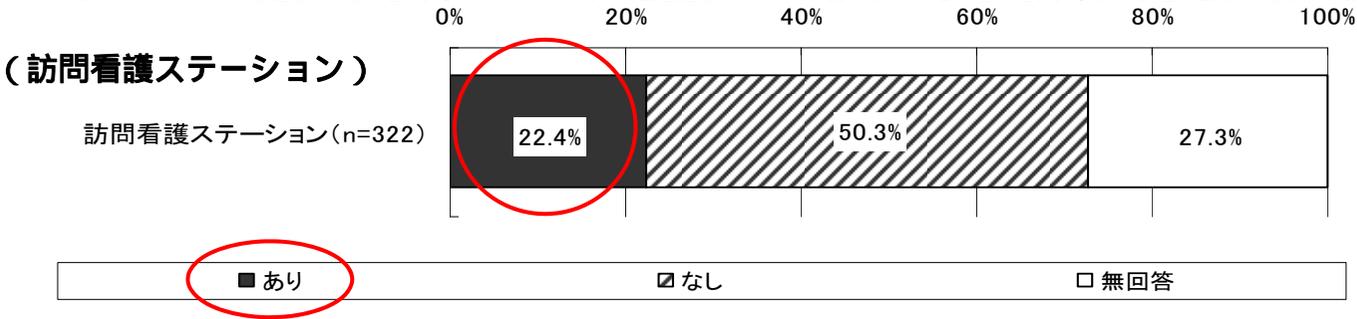
【専門家に相談できることについての満足度(男女別)】



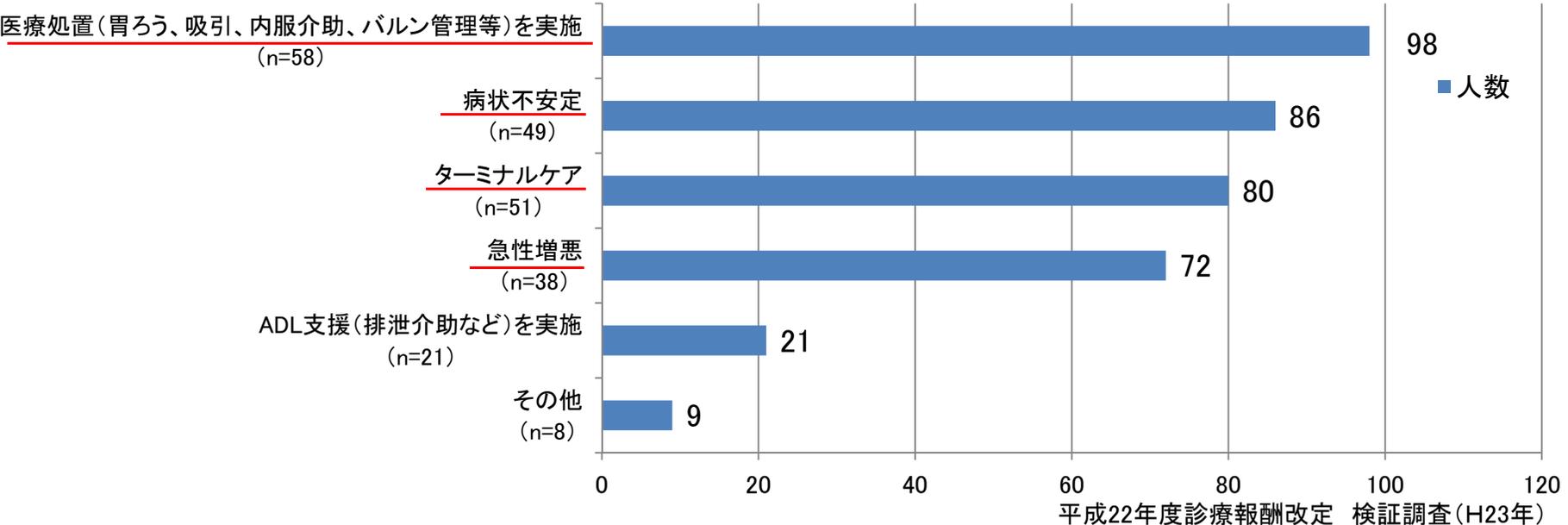
訪問看護ステーションの時間外のサービス提供に係るその他利用料の徴収状況

- 時間外に訪問看護を提供しても、実際には利用者からその費用を徴収していないもしくはできていないケースが2割以上ある。
- 時間外に提供している訪問看護の多くが、医療的なニーズによるものである。

【利用者の希望によりサービス提供時間外にサービスを提供した場合でも時間外料金等を徴収しないケースの有無】



【早朝、夜間、深夜に訪問看護を実施した利用者の状態別人数】 (複数回答)



平成22年度診療報酬改定 検証調査(H23年)

在宅医療における時間外加算の設定について

- 医療保険の訪問看護ステーションの場合、時間外料金は、「その他の利用料」として利用者から基本利用料のほかに徴収することができ、その料金はあらかじめ各ステーションにおいて設定することができる。
- 時間外料金の徴収は、介護保険における訪問看護及び往診料においては加算として認められているが、**医療保険における訪問看護には同様の加算設定がないため、患者の自己負担が大きくなってしまふ。**

【現行上の時間外加算の整理】

	医療保険		医療保険	介護保険
	 保険医療機関 	在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院	 訪問看護ステーション 	 訪問看護ステーション 
加算	○ 「C000往診料」の加算	○ 「C000往診料」の加算	× 「その他の利用料」	○ 「訪問看護費」の加算
1回あたりの加算額	夜間(深夜を除く12時間) ※ 650点 深夜(22時～6時) ※1,300点 夜間・深夜以外の緊急 ※ 325点	夜間(深夜を除く12時間) ※1,300点 深夜(22時～6時) ※2,300点 夜間・深夜以外の緊急 ※ 650点	訪問看護ステーションごとに当該指定訪問看護の提供に要する費用の範囲内で設定できる	夜間(18時～22時)又は早朝(6～8時) ※所定単位数の25/100 深夜(22時～6時) ※所定単位数の50/100
患者負担	1割又は3割	1割又は3割	全額自己負担	1割

訪問看護ステーションが徴収できる 時間外料金について



○訪問看護ステーションの時間外料金は、「その他の利用料」として利用者から基本利用料のほかに徴収することができ、その料金はあらかじめ各ステーションにおいて設定することができる。

○指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（厚生省令第80号の抜粋）

2 指定訪問看護事業者は、基本利用料のほか、**その他の利用料**として、次の各号に掲げる額の支払を利用者から受けることができる。

一 利用者の選定に係る指定訪問看護ステーションが定める時間以外の時間における指定訪問看護**その他の厚生労働大臣が定める指定訪問看護の提供**に関し、当該指定訪問看護に要する費用の範囲内において、健康保険法第88条第4項又は高齢者医療確保法第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額を超える額

○厚生労働大臣が定める指定訪問看護（厚生省告示第169号の抜粋）

二 訪問看護ステーションが定める営業日以外の日又は営業時間以外の時間における指定訪問看護

○指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（保発第70号・老発第397号の抜粋）

(8)利用料(基準第13条関係)

基準第13条は、利用者から支払われる利用料の範囲等について規定したものであり、その運用に当たっては、次の点に留意すること。

イ「厚生労働大臣の定める指定訪問看護等」(平成12年3月厚生省告示第169号)に定める指定訪問看護に係る特別の料金については、利用者の選定に基づき提供される場合に限り徴収できるものであり、指定訪問看護事業者の都合による場合には徴収できないものであること。

ロ イの利用料の額については、指定訪問看護ステーションごとに当該指定訪問看護の提供に要する費用の範囲内で設定できるものであること。

※利用料については、指定訪問看護を提供する前に、あらかじめ、利用者やその家族等に対し、基本利用料並びに**その他の利用料の内容及び額**に関して説明を行い、同意を得なければならないこと。また、利用者から利用料の支払を受ける場合には、費用の細目を記載した領収書を交付する必要があること。

論点2 医療ニーズが高い等多様な患者に対する訪問看護の充実

■背景

- 通院中の患者においても、身体的な痛みや痛み以外の苦痛があり、看護師が指導をすることによって、鎮痛を和らげる効果が期待される。
- 在宅療養をしている小児患者については、2時間を超える長時間の訪問看護のニーズが高い。
- 深夜等の時間帯に緊急時の訪問看護を実施した場合の評価が無い。

■論点

- 医療ニーズが高く専門的な看護が必要な患者に、より適切に訪問看護が提供されるようにしてはどうか。

4. 医療から介護への円滑な移行①

—外泊中・退院日の訪問看護—

外泊中の訪問看護ステーションの関わり

【現行制度】 医療機関では、入院患者に対して退院に先立って訪問することが評価されている。

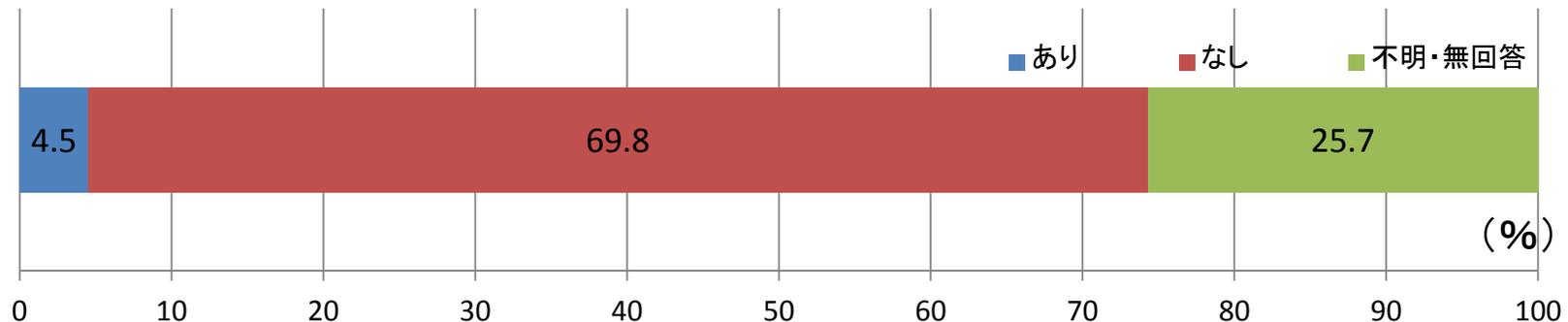
	医療機関	訪問看護ステーション
外泊中の訪問看護	○	×

退院前訪問指導料410点・・・入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又は家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合、入院中1回算定可能（入院中早期に退院前訪問指導が必要である場合2回）。

外泊中の入院料については、入院料の基本の点数の15%を算定する（精神では30%）

外泊時の訪問看護ステーションからの訪問看護は医療保険対象外である。（N=1989）
退院・退所に向けた試験外泊時の訪問を行ったステーションは4.5%にとどまっている。

■退院・退所に向けた試験外泊時の訪問（平成19年1月～3月の間）



出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年度社会福祉・医療事業財団（長寿社会福祉基金）助成事業、平成15年3月

患者が外泊中の訪問看護

- 約8割の医療機関が、患者が外泊中に訪問看護を利用できるようになると、退院が促進されると回答した。
- そのうち、半数が月3人以上(1機関あたり)の退院が促進されると回答した。

■外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか

無回答を除いた305件

対象：医療機関の退院支援部署の職員



外泊中に訪問看護が利用できれば、退院が促進されると思われる患者数(月あたり)

対象；退院を促進すると思うと回答した機関<回答のあった機関のみ>



(注) 「外泊中の訪問看護が利用できることは、患者の退院を促進すると思うか」に対して「思う」の回答があった240施設のうち、患者数について回答のあった166件を集計対象とした。

退院当日の訪問看護

【現行制度】 退院当日は入院期間(入院中)であり、訪問看護療養費を算定することはできないため、退院当日の訪問看護は次に訪問看護を行った場合に評価される。

	退院日	退院日の次の訪問
訪問看護の実施	○	○
訪問看護療養費の算定	×	当日の訪問看護療養費 退院支援指導加算(退院日の訪問分)

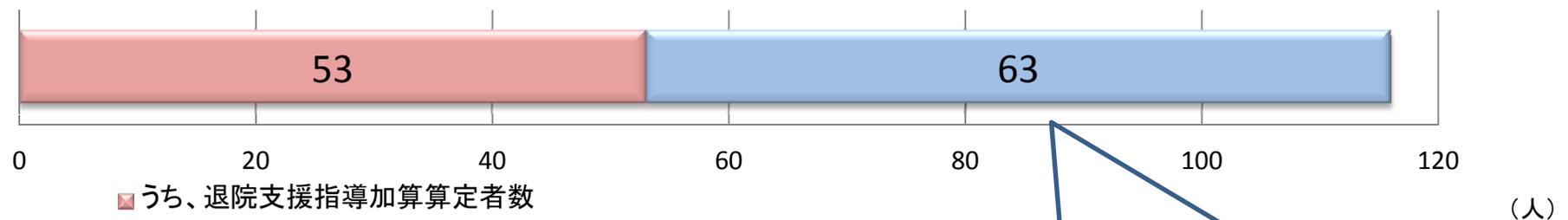
* 退院支援指導加算: 末期の悪性腫瘍等の患者および特別な管理が必要な利用者に対し、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が 退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合、退院日の翌日以降の訪問看護を行った際に加算

参考) 【医療機関】退院前訪問指導料410点・・・入院期間が1月を越えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又は家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合、入院中1回算定可能(入院中早期に退院前訪問指導が必要である場合2回)。

○ 退院当日に訪問看護を実施した5割強のケースが退院支援指導加算*を算定できていない。

■退院当日に訪問看護を実施した人数 (n=116)

医療機関・老健からの退院・退所者728人のうち16%



算定できなかった理由(重複回答)
介護保険の適用になってしまったため90%、
再入院や死亡 9.5%

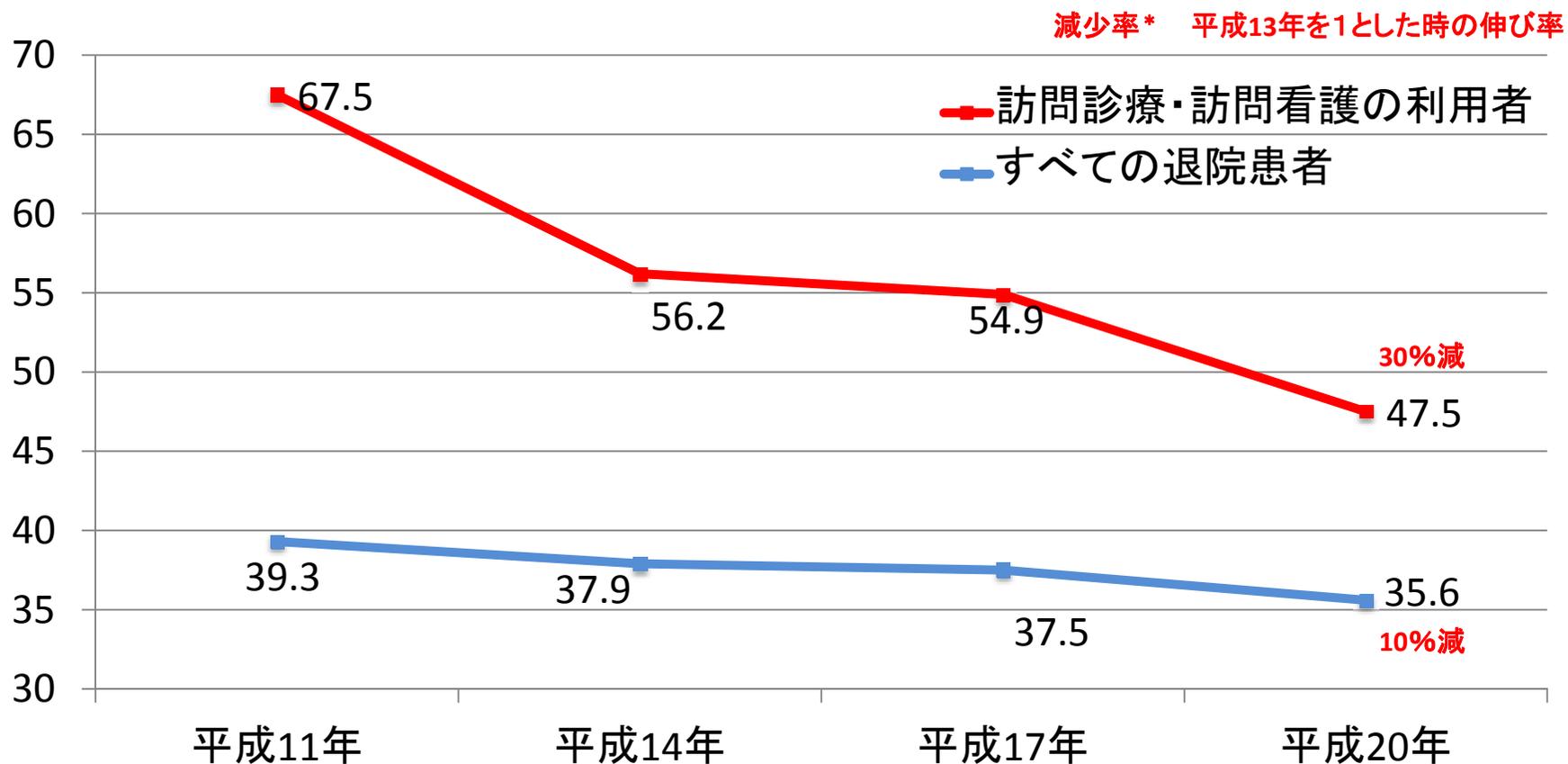
4. 医療から介護への円滑な移行②

—退院直後の訪問看護—

退院後、訪問診療・訪問看護を利用する 患者の在院日数の変化

- 退院後、在宅療養に移行し、訪問診療または訪問看護を利用した患者の在院日数を経年変化で見ると、10年で約20日間短縮しており、すべての退院患者の在院日数よりも短縮率が高い。

(日)



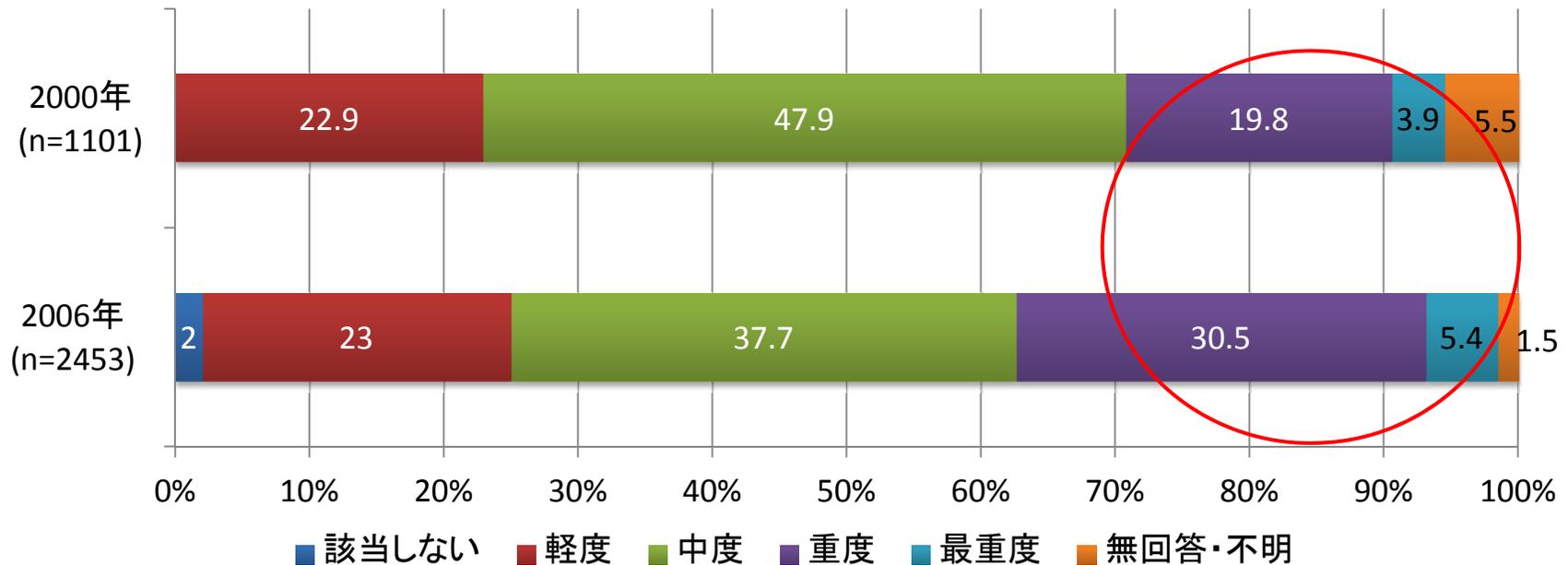
各年「患者調査」を基に作成

訪問看護の利用者の変化

再掲

○訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度・最重度の割合が増加しており、緊急時の対応など24時間対応体制が必要な利用者が増加している。

【訪問看護利用者における医療依存度の状況】



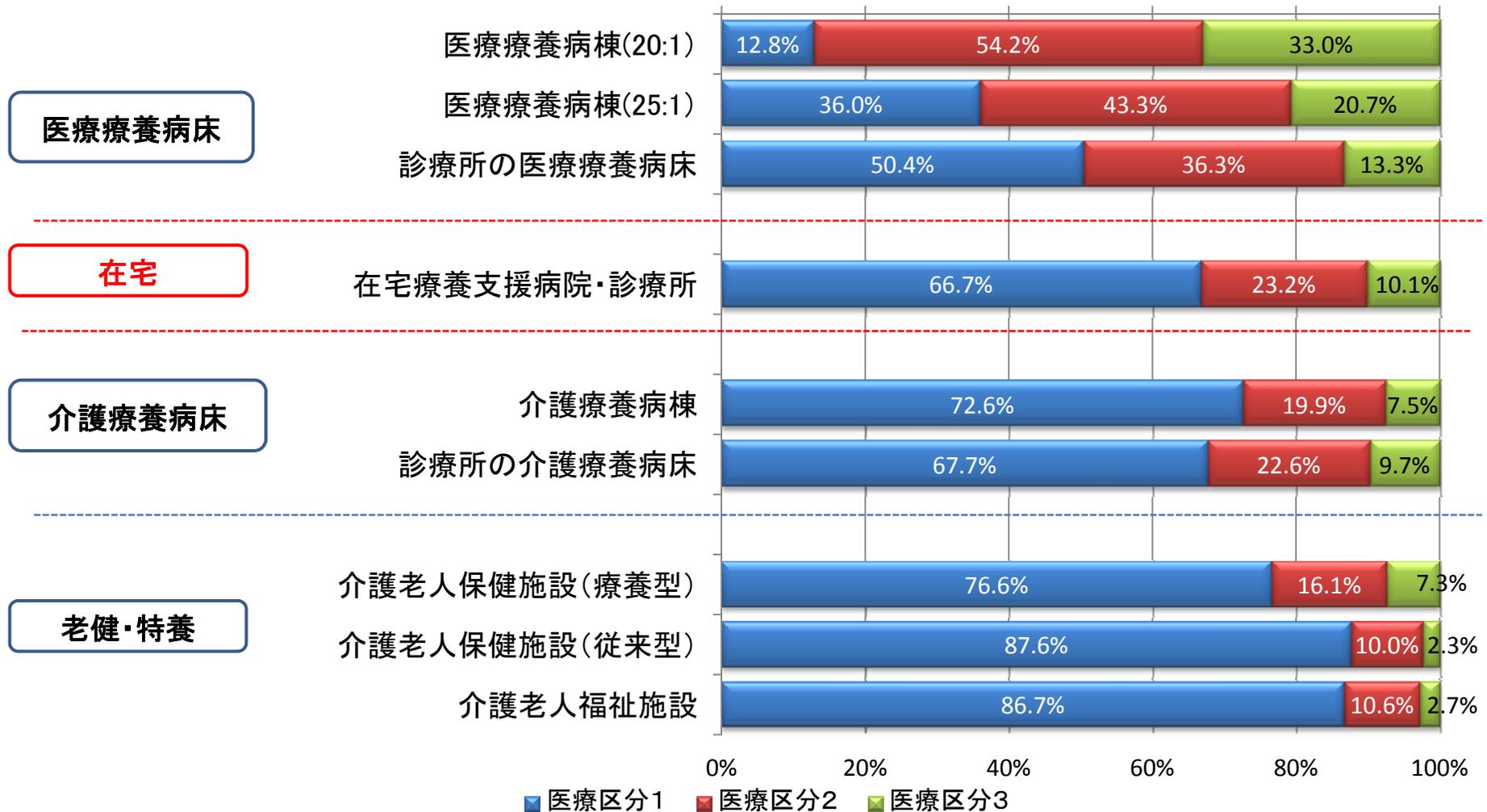
※「該当しない」は2006年のみ把握。医療依存度は、利用者の状態に応じて各訪問看護ステーションの回答者が合致するレベルを判断して回答。

レベル	状態
軽度	病状安定だが、時々バイタルサインチェック
中度	病状安定だが再発の危険あり。必要時にバイタルサインチェック
重度	病状やや不安定。定期的にバイタルサインチェック
最重度	病状不安定。常時バイタルサインチェック

医療施設・介護施設患者・入所者の状態像の比較(高齢者)

○ 在宅療養中の患者は、介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院・入所中の者よりも、医療を必要とするものが多い。(医療区分1<医療区分2<医療区分3)

■医療区分の割合



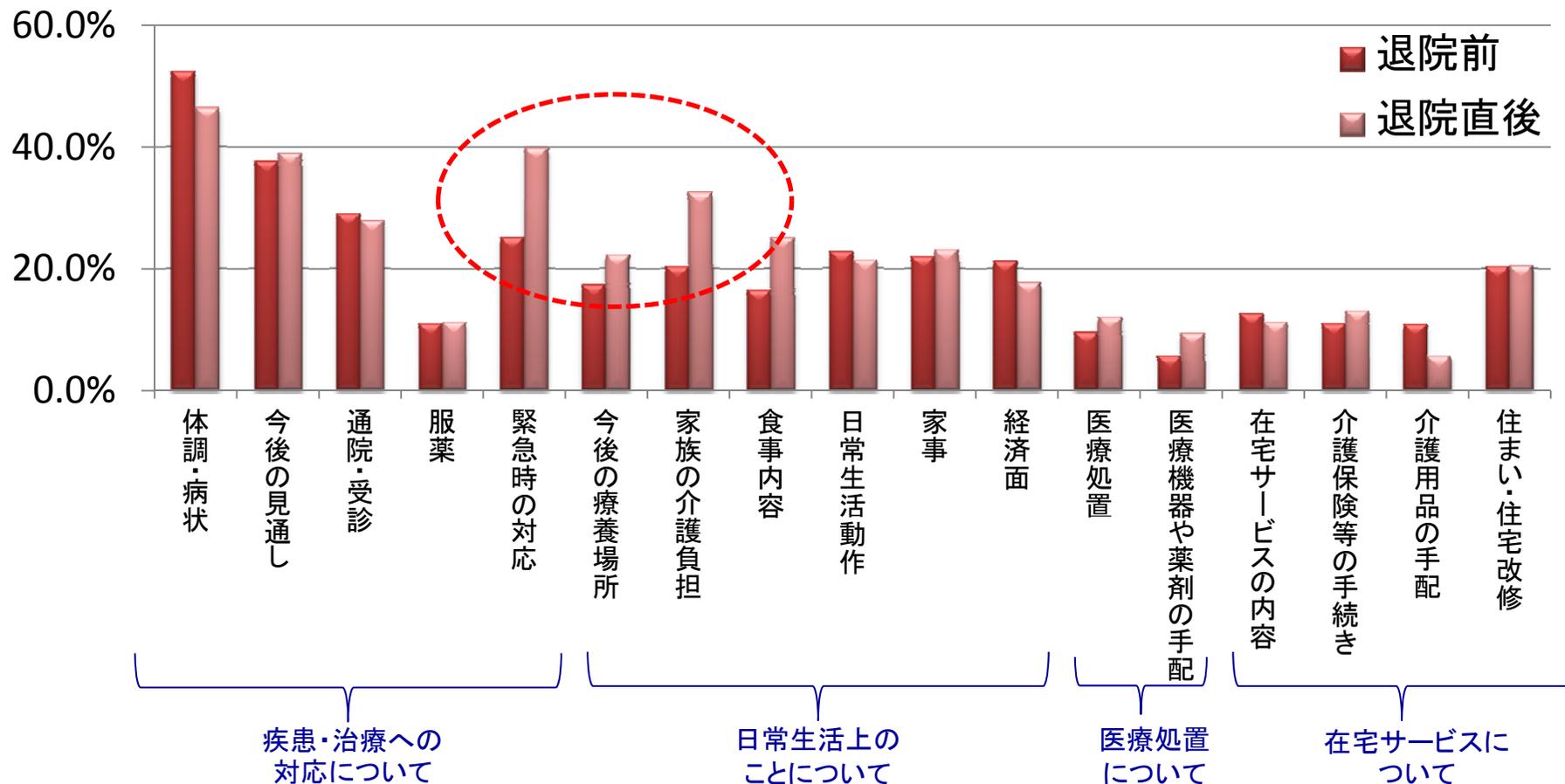
平成22年9月「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」

患者が退院前後で「不安・困り事」を有する割合

○ 退院前後の患者の不安や困り事は、1)疾患・治療への対応について、2)日常生活上のことについて、3)医療処置について、4)在宅サービスについてなどが挙げられる。特に、入院中に具体的な状況を想像しにくいことは、退院後に不安が大きくなることが予想される。

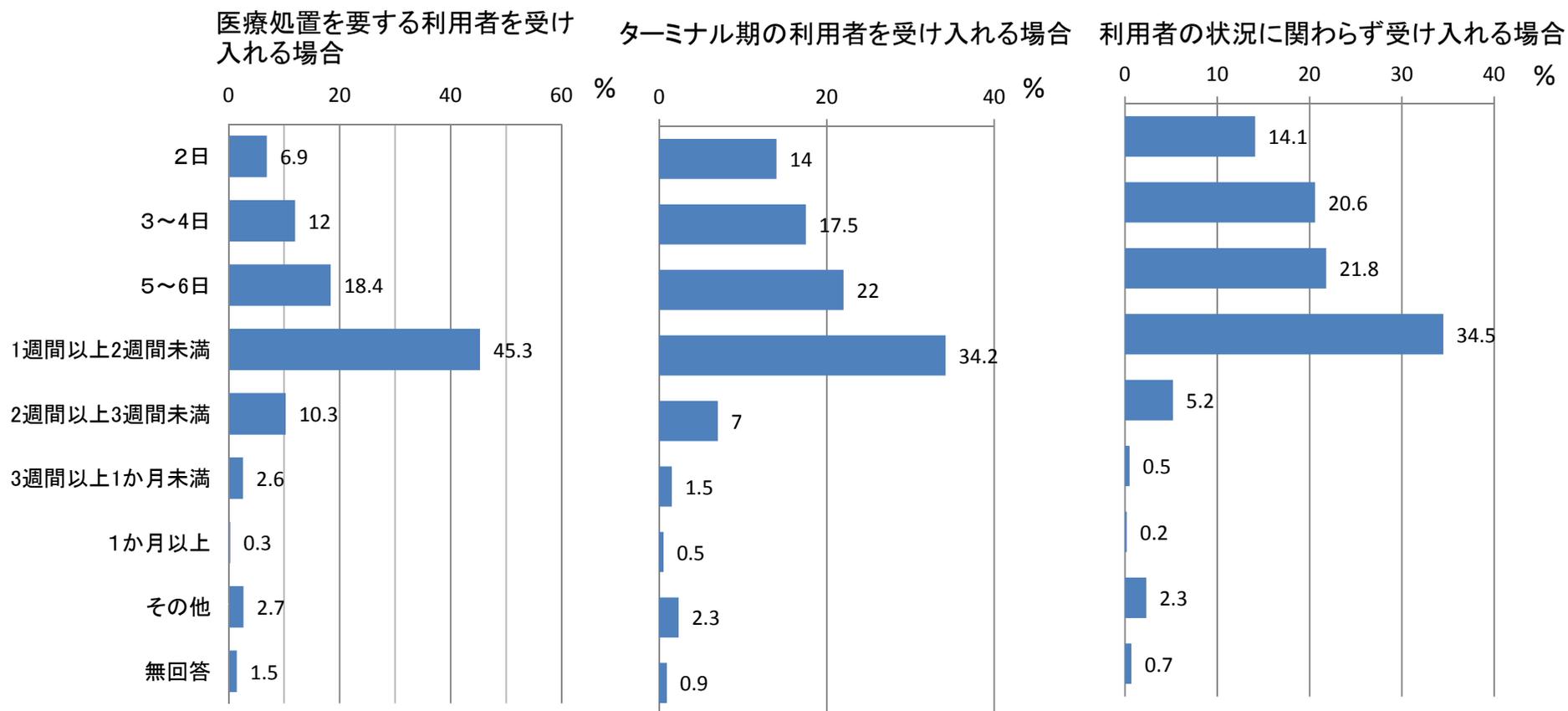
退院前:入院中、病棟で調査票に記入

退院後:退院して1週間から10日後に、自宅に調査票を郵送



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。



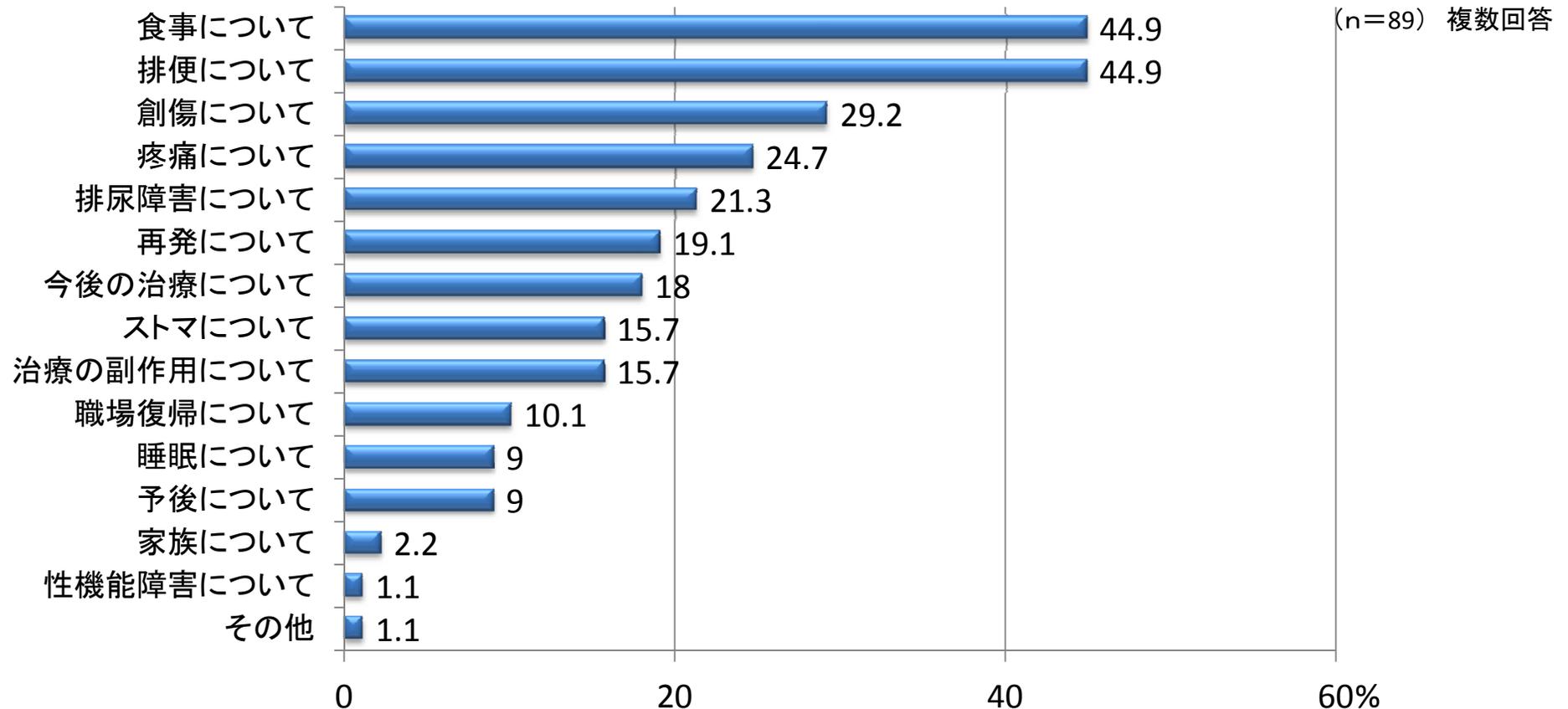
川越博美: 早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究
平成14年社会福祉・医療事業財団(長寿社会福祉基金)助成事業3月

退院1週間後の困りごと・心配事

○ がん患者の退院1週間後の困りごと・心配事として、「食事」「排便」「創傷」「疼痛」など、療養上の対処法および留意点の指導が有効な内容であった。

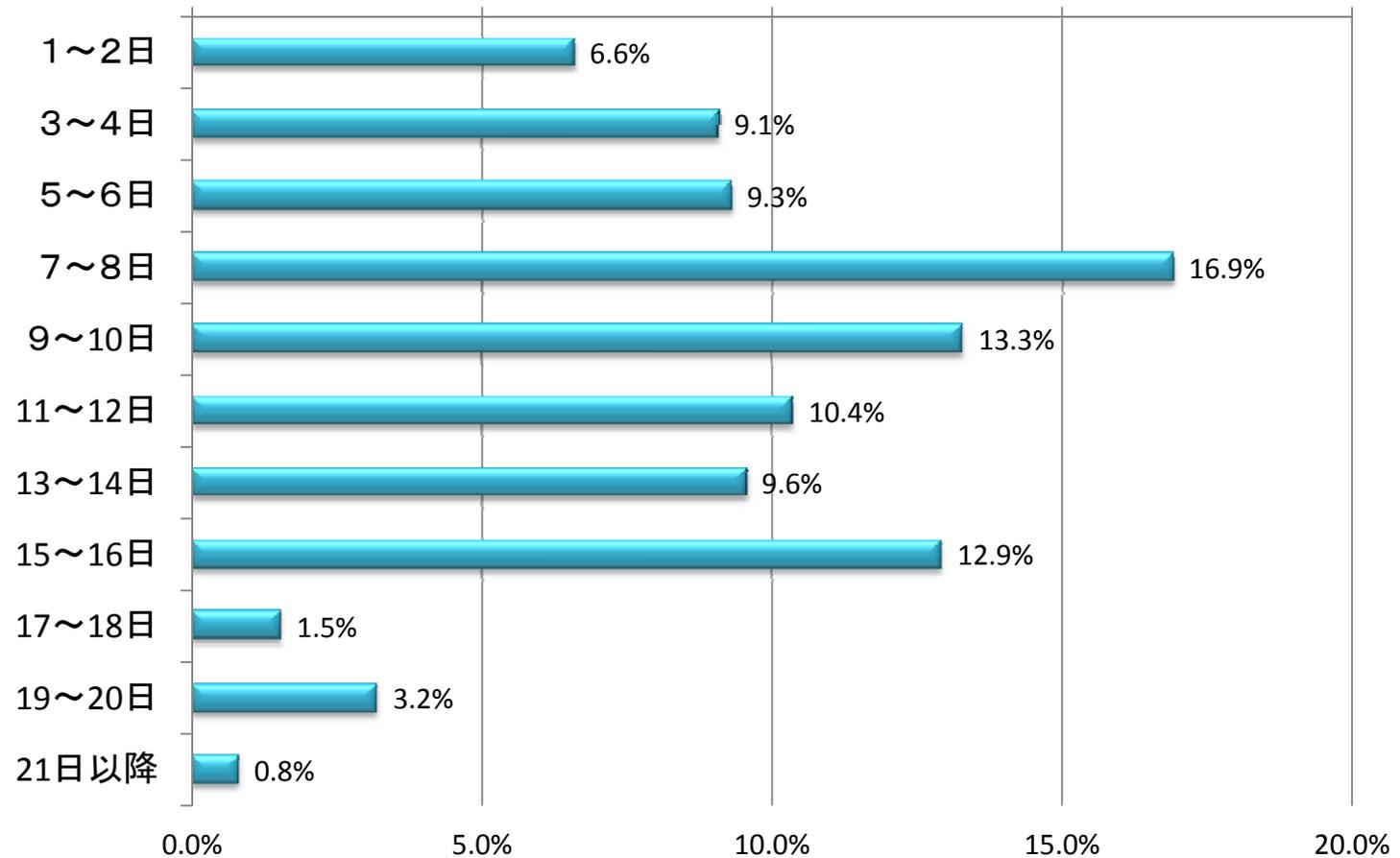
■対象

性別 : 男性65.2% 女性32.6% 平均年齢: 64.6歳 平均在院日数: 17.8日
 入院目的: 手術85% 化学療法2% その他13%
 疾患 : 胃がん36% 直腸がん33% 大腸がん14% 腎・膀胱がん11% その他 6%



特別訪問看護指示があった場合の訪問回数

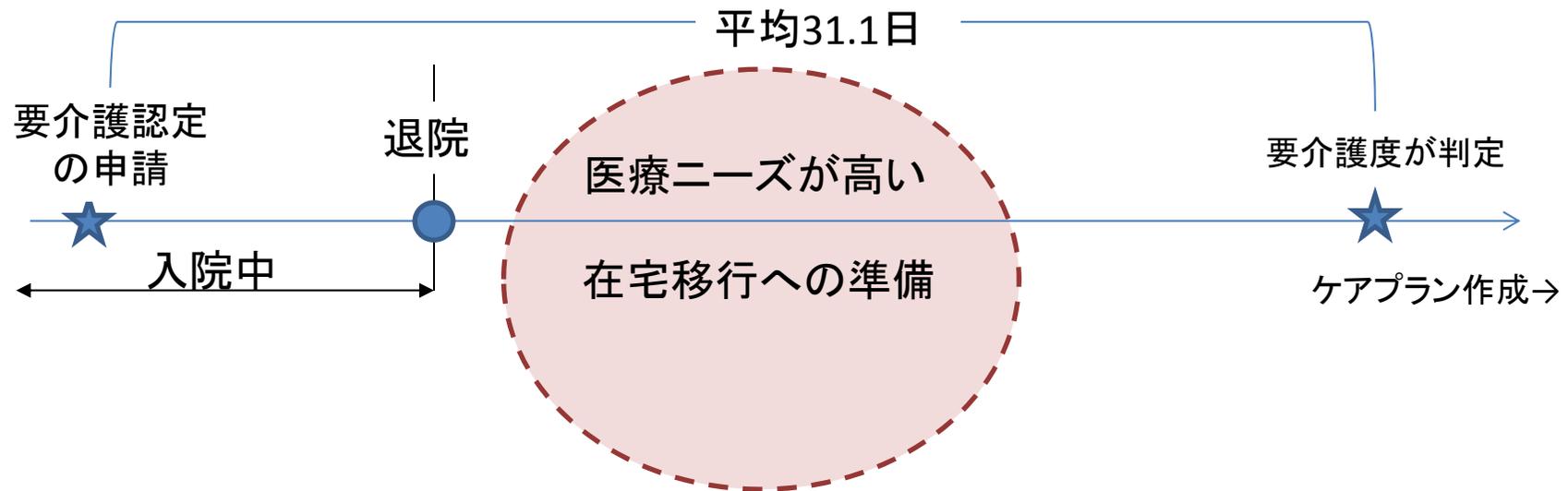
特別訪問看護指示があった場合(月1回の場合)のその月の訪問日数の分布を示した。



保険局医療課調べ(平成23年)

現在の退院前後の患者の状況

退院直後の患者については、医療ニーズが高いこと、また、入院中に要介護認定の申請を行っても、**判定されるまでに平均31.1日**かかることを踏まえると、退院直後の一定期間の訪問看護について、どのように考えるか。

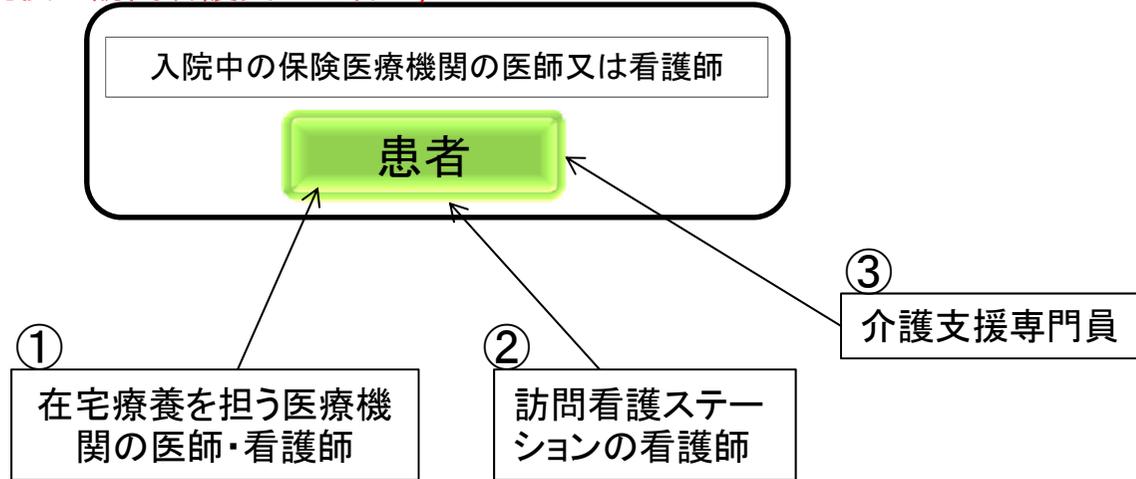


- 要介護被保険者等への訪問看護は介護保険の訪問看護の対象（要介護被保険者でなければ、医療保険）
- 要介護認定は申請日にさかのぼって行われ、暫定的に訪問看護の利用は可能であるが、要介護認定が非該当となると医療保険の訪問看護となる。

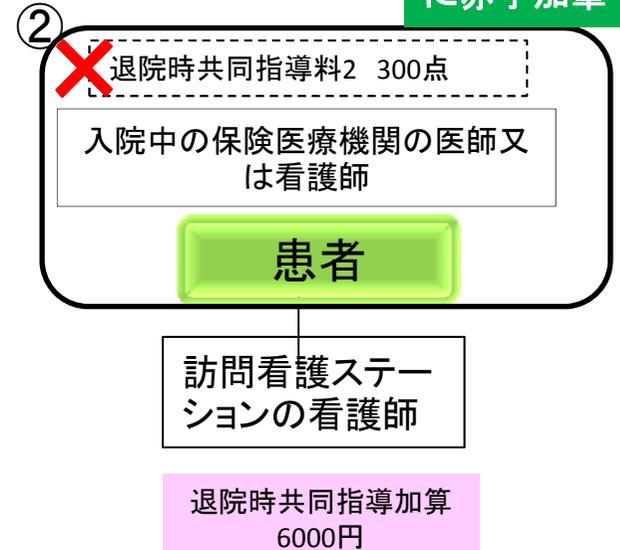
入院中の患者に共同で指導を行う場合

平成23年
2月2日
中医協資料
に赤字加筆

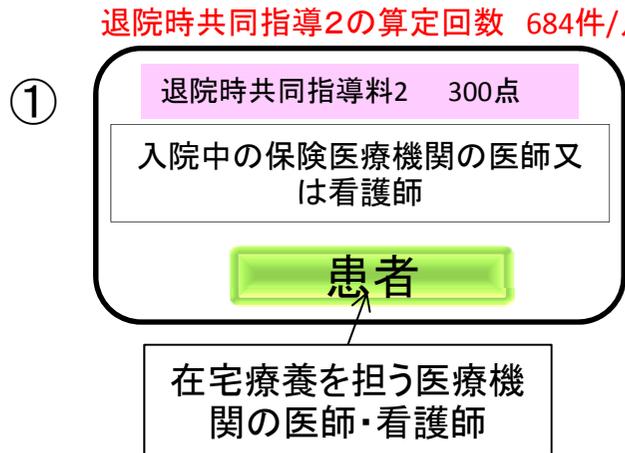
退院患者 1,259,600人/月¹⁾
退院後に訪問看護を受けた者13,451人²⁾



入院入所中に指導を実施した比率 42.9%²⁾



退院時共同指導加算の算定回数 762件/月⁴⁾



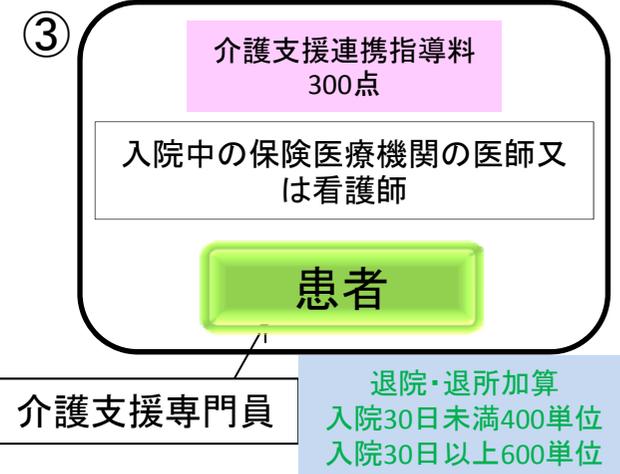
退院時共同指導2の算定回数 684件/月

退院時共同指導料1 1000点(在支診以外600点)

退院時共同指導1の算定回数 292件/月³⁾

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に

2000点加算する。
保険医共同加算 443件³⁾
3者加算 220件³⁾



1) 患者調査 平成22年度
2) 老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所の基盤強化に関する調査研究事業報告書」平成23年3月
3) 社会医療診療行為別調査 4) 医療課調べ

論点3 医療から介護への円滑な移行

■背景

- 外泊中に訪問看護を行うことで退院が促進されるという指摘があるが、現在、外泊中については訪問看護療養費を算定することはできない。
- 在院日数短縮化の流れの中、在宅療養中の患者の医療依存度は高くなっており、要介護者等の退院直後の訪問看護は、患者の状態が不安定なためケアプランに基づくサービス提供では、柔軟に対応できないなどの指摘がある。

■論点

- 円滑に在宅療養に移行するための訪問看護については外泊中や退院日に評価を行うこととしてはどうか。
- 退院直後に頻回な訪問看護が必要と判断された場合、要介護者(介護保険優先)であっても訪問看護指示書に基づき、医療保険の訪問看護提供を可能にしてはどうか。
- 訪問看護ステーションが患者の入院している医療機関に赴き、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合、在宅医療を担う医療機関と同様に入院中の医療機関が退院時共同指導料²を算定できるようにしてはどうか。

医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

(参考資料)

	医療保険		介護保険	
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定		時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)	
報酬構造	【訪問看護ステーション】 訪問看護基本療養費(Ⅰ) (週3日まで) 5,550 円 (週4日以降) 6,550 円 訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1回1~3時間 1,600 円 延長(1時間) 400 円 ※精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者 訪問看護基本療養費(Ⅲ) (週3日まで) 4,300 円 (週4日以降) 5,300 円 ※同一建物居住者に対して訪問看護を行う場合(准看護師の場合は、基本療養費-500円、同一建物居住者訪問看護・指導料-50点) + 訪問看護管理療養費 (月の初日) 7,300 円 (2~12日まで) 2,950 円		【医療機関】 在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで) 555 点 (週4日以降) 655 点 同一建物居住者訪問看護・指導料 (週3日まで) 430 点 (週4日以降) 530 点	
	訪問看護費 (20分未満) 285 単位 ※夜間、早朝、深夜のみ算定可 (30分未満) 425 単位 (60分未満) 830 単位 (90分未満) 1,198 単位		【医療機関】 230 単位 343 単位 550 単位 845 単位	
本体部分			※准看護師の場合は、所定単位90/100算定 ※※原則、1単位は10円である。	
加算部分	特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算)		早期・夜間加算 (訪問看護費に25/100加算) 深夜加算 (訪問看護費に50/100加算)	
			特別地域訪問看護加算 (1回につき15/100加算) (支給限度額に含めない) 中山間地域等にサービスを提供する場合 (1回につき10/100加算) 中山間地域等における小規模事業所の評価 (1回につき5/100加算)	
	緊急訪問看護加算 (1日につき) 2,650 円	緊急訪問看護加算 (1日につき) 265 点		
	難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円	難病等複数回訪問加算 (2回) 450 点		
	(3回) 8,000 円	(3回) 800 点		
	長時間訪問看護加算 (週1回) 5,200 円	長時間訪問看護加算 (週1回) 520 点	長時間訪問看護加算 (1回につき) 300 単位	
	24時間対応体制加算 (1月につき) 5,400 円		緊急時訪問看護加算 (1月につき) 540 単位	290 単位
	24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円			
	重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円	在宅移行管理加算 (退院1月) 250 点	特別管理加算 (1月につき) 250 単位	
	(重症度の高いもの) 5,000 円)	(重症度の高いもの) 500 点)		
	退院時共同指導加算 (退院後1回又は2回) 6,000 円			
	退院支援指導加算 (退院後1回) 6,000 円			
	在宅患者連携指導加算 (1月につき) 3,000 円	在宅患者連携指導加算 (1月につき) 300 点		
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 2,000 円	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで) 200 点		
	複数名訪問看護加算 4,300 円	複数名訪問看護加算 430 点	複数名訪問加算 30分未満 (1回につき) 254 単位	
	※准看護師と訪問の場合は、-500円	※准看護師と訪問の場合は、-50点	30分以上 (1回につき) 402 単位	
	乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 500 円	乳幼児加算(3歳未満) (1日につき) 50 点		
	幼児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 500 円	幼児加算(3歳以上6歳未満) (1日につき) 50 点		
	訪問看護ターミナルケア療養費☆ 20,000 円	在宅ターミナルケア加算☆ 2,000 点	ターミナルケア加算 2,000 単位 (支給限度額に含めない)	
	訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円	☆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	サービス提供体制強化加算 (1回につき) 6 単位	