

社会保障審議会介護給付費分科会(第50回)議事次第

日時：平成20年3月25日(火)

午前9時半から午前11時半まで

於：グランドアーク半蔵門

(3階「華」)

議 題

1. 重度化対応加算等の経過措置の見直しに係る諮問について
2. 訪問看護事業について
3. その他

重度化対応加算等の経過措置の見直しに係る諮問について

I これまでの経緯

- 平成18年の介護報酬改定において、介護老人福祉施設等の入所者の重度化に対応し、夜間を含めた看護体制の強化や看取り体制を整備する観点から、重度化対応加算やこれを前提とする看取り介護加算等を創設した。
また、重度化対応加算及び夜間看護体制加算（以下「重度化対応加算等」という。）の算定に当たっては、看護師の確保に要する期間を考慮して、平成19年3月末まで常勤の看護師に代えて常勤の看護職員でも算定可能とする経過措置（以下「本経過措置」という。）を設けた。
- 本経過措置については、平成19年3月29日の社会保障審議会の答申において、さらに平成20年3月末まで延長することとされたが、その際、①各介護老人福祉施設等について、看護師の確保等に努めるとともに、②厚生労働省及び都道府県は、各介護老人福祉施設等における看護師の確保に対する支援措置を講ずべき旨の意見が付された。
- これを受けて、厚生労働省においては、自治体、関係団体及び施設等に対し、看護師の紹介に関する積極的な支援、看護師確保に向けた努力等を要請してきたところであるが、過去2年間の経過措置を経ても、なお常勤の看護師を確保できていない施設の実態や理由について、詳細に把握できていない状況にある。

II 諮問の内容

(1) 基本的な考え方

- 本経過措置の延長の結果、重度化対応加算等の算定状況は、介護老人福祉施設の場合、68.8%（3,988施設）となっている（平成20年1月厚生労働省老健局計画課調べ）。

(参考)

平成19年3月の諮問を行った際の介護老人福祉施設における重度化対応加算等の算定状況 63.
8% (平成18年11月分)

- 常勤の看護師に代えて常勤の看護職員で当該加算を算定している施設は、介護老人福祉施設の場合、全体の9.5% (553施設) 存在している。
- このような常勤の看護職員で当該加算を算定している施設については、本経過措置が終了すれば、重度化対応加算等を算定できなくなるが、これにより、これらの施設で24時間の看護体制や看取りのための体制がとられなくなれば、入所者にとっての安心やサービスの質を維持することができなくなる。
- こうした過去2年間の経過措置を経ても常勤の看護師を確保できていない施設や、看護師を確保しているにもかかわらずなお重度化対応加算等を算定していない施設について、今後の重度化対応加算の在り方を検討する観点から、その実態や理由について調査を行うことが必要である。
- このため、これらの調査に要する期間等を考慮し、平成20年9月末までの間、本経過措置を延長することとし、当該調査の結果を踏まえ、介護給付費分科会において、本年10月以降の本経過措置の取扱いについて御議論いただくこととしたい。
- なお、経過措置を延長した場合であっても、現時点においてもなお当初想定したよりも重度化対応加算等の算定率が低いことから、介護保険財政への影響は想定されない。

(参考)

重度化対応加算等の導入当時の検討時のデータでは、75%程度の施設で重度化対応加算等が算定されるものと想定していた。

(2) 具体的な改正内容

重度化対応加算の経過措置の延長

- 介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設における重度化対応加算の算定に当たって、常勤の看護師に代え常勤の看護職員でも算定可能とする経過措置を平成20年9月30日まで延長することとする。

夜間看護体制加算の経過措置の延長

- 短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護における夜間看護体制加算の算定に当たって、常勤の看護師に代え常勤の看護職員でも算定可能とする経過措置を平成20年9月30日まで延長することとする。

(参考1)

重度化対応加算等について

- 介護老人福祉施設等において、それぞれ重度化対応加算については次の①～⑤の要件、夜間看護体制加算については次の①・②の要件（特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護に係る夜間看護体制加算については①・②に加え※の要件）を満たす場合に、入所者1名につき1日当たり10単位を加算するもの。

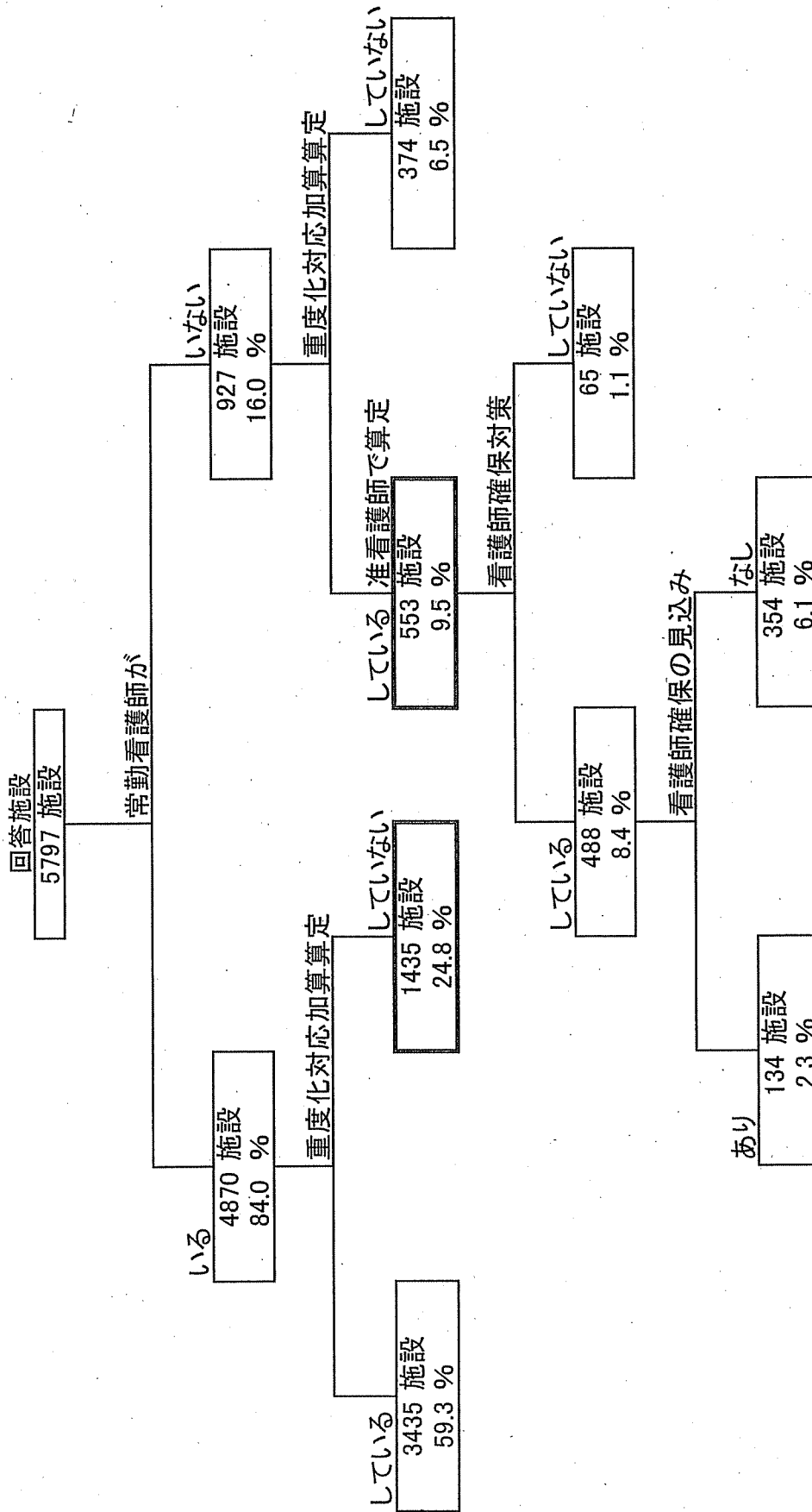
重度化対応加算	介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
夜間看護体制加算	短期入所生活介護 特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護

【重度化対応加算】 1日10単位加算

- ①常勤の看護師（平成20年3月までは常勤の看護職員）を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。
②看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により、入所者に対して、24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。
③看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
④看取りに関する職員研修を行っていること。
⑤看取りのための個室を確保していること。
※重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

- また、重度化対応加算が算定されることが、介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設において看取り介護を行ったことを評価する「看取り介護加算」の算定条件となっている。
- 重度化対応加算等の算定に当たっては、加算創設当初、看護師の確保に要する期間を考慮して、平成19年3月末までは、常勤の看護師に替え常勤の看護職員でも算定可能、との経過措置を設定した。
- 介護老人福祉施設等における夜間を含めた看護体制の強化や看取り体制を整備していくために、引き続き平成20年3月末まで経過措置を延長しているところ。

介護老人福祉施設における重度化対応加算の算定状況



※施設数下の割合(%)は全施設数に対する割合

厚生労働省発老第0325001号
平成20年3月25日

社会保障審議会
会長 貝塚 啓明 殿

厚生労働大臣
舩添 要一

諮 問 書
(重度化対応加算等の経過措置の見直しについて)

介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第5項の規定に基づき、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(平成12年厚生省告示第19号)を別紙のとおり改正することについて、貴会の意見を求めます。

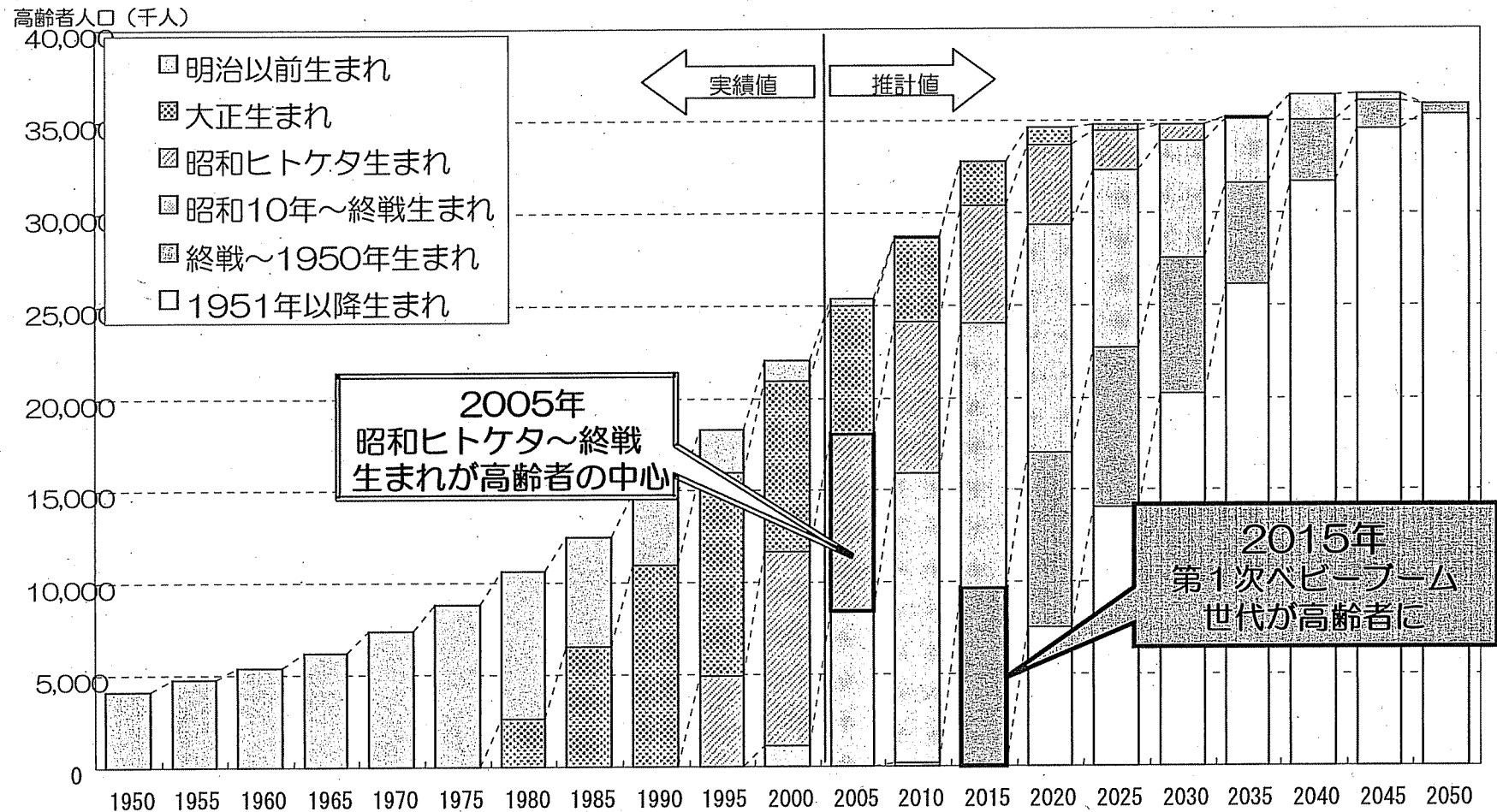
別 紙

- 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における重度化対応加算の算定に当たって、常勤の看護師に代え常勤の看護職員でも算定可能とする経過措置を平成20年9月30日まで延長すること。

- 指定短期入所生活介護、指定特定施設入居者生活介護及び指定地域密着型特定施設入居者生活介護における夜間看護体制加算についても同様の措置を講ずること。

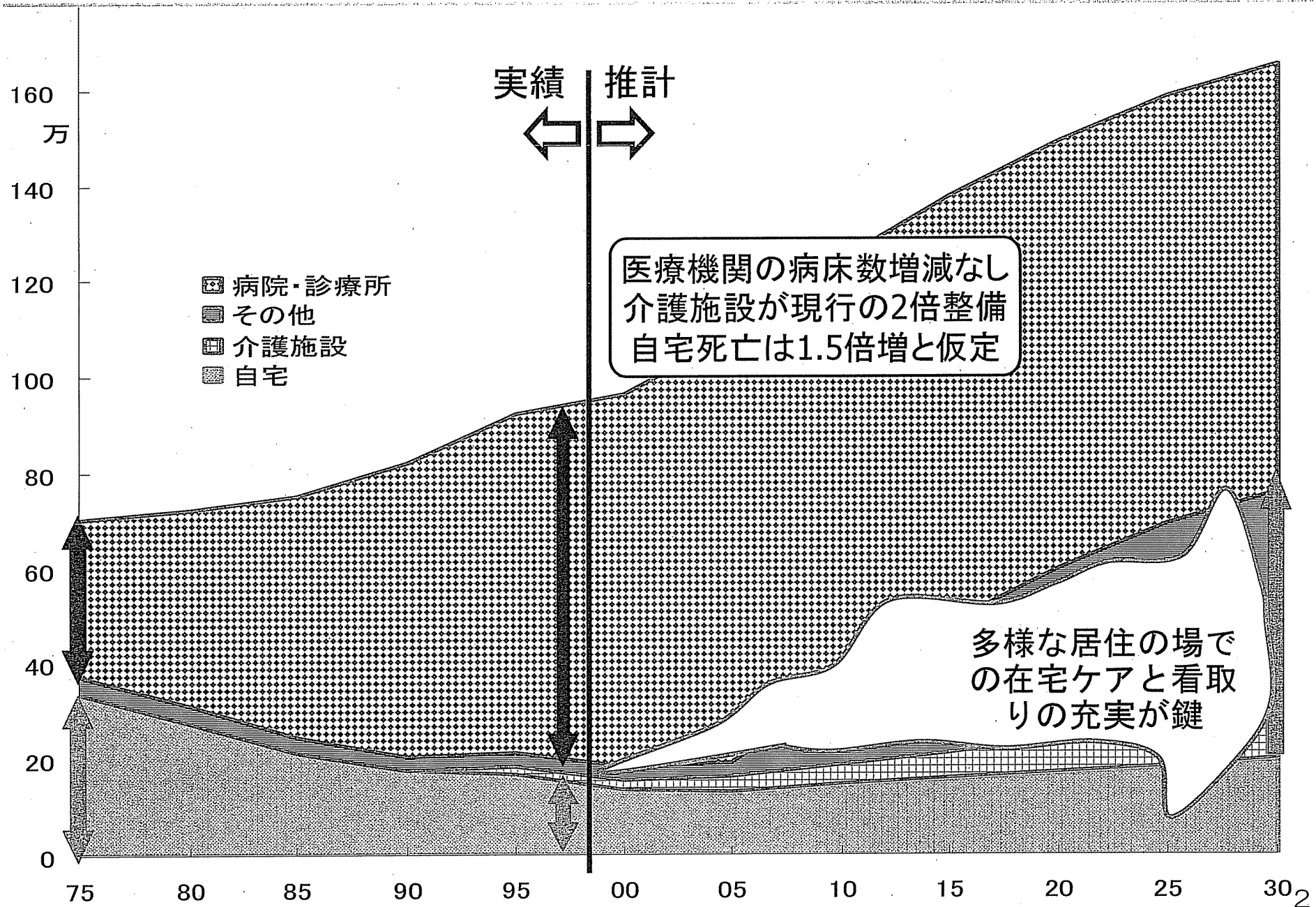
訪問看護事業について

1. 世代別に見た高齢者人口の推移



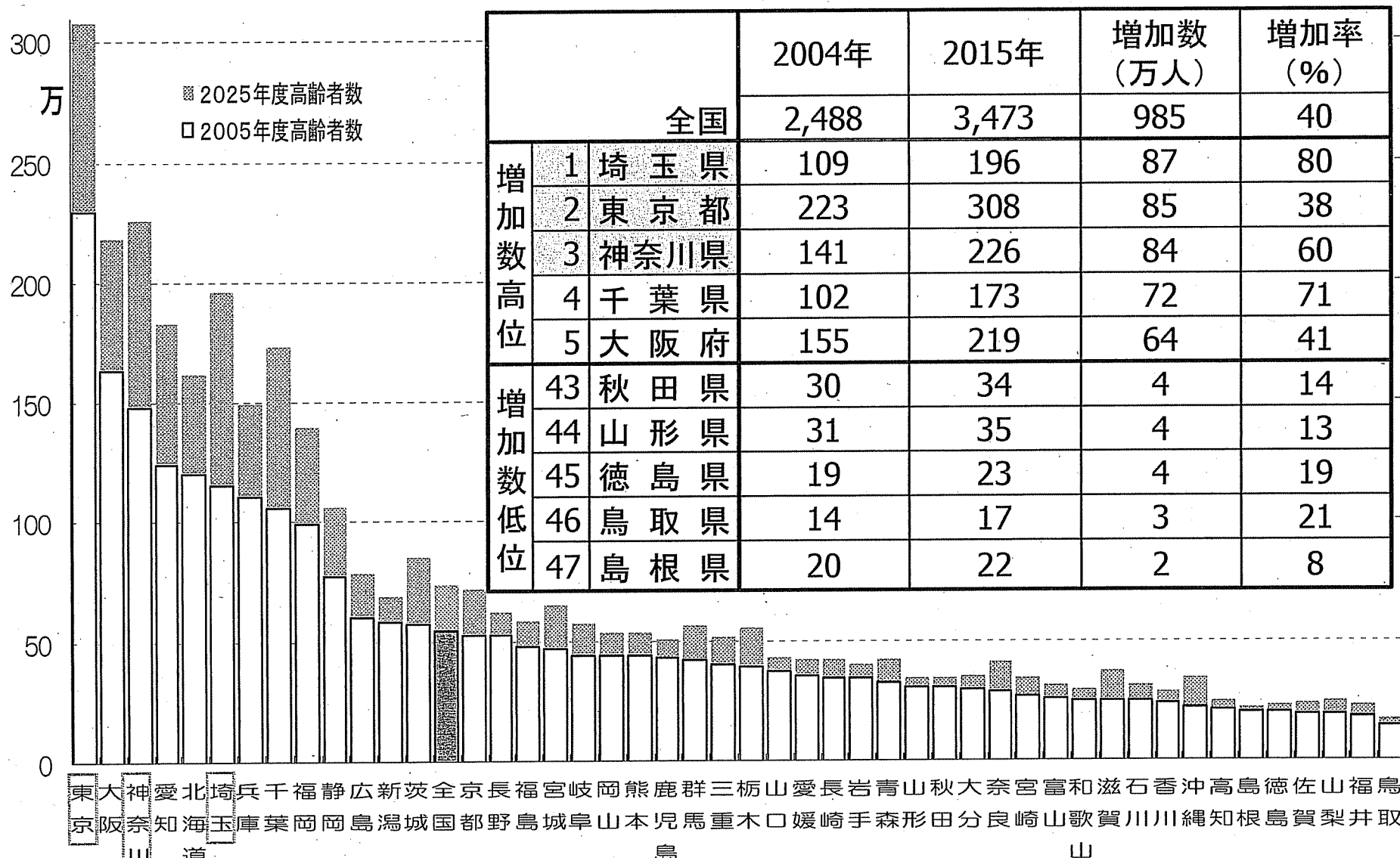
資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」

2. 総死亡数の変化と主な死亡場所の将来推計



3. 都市部で急進する高齢化、高齢者人口の急増

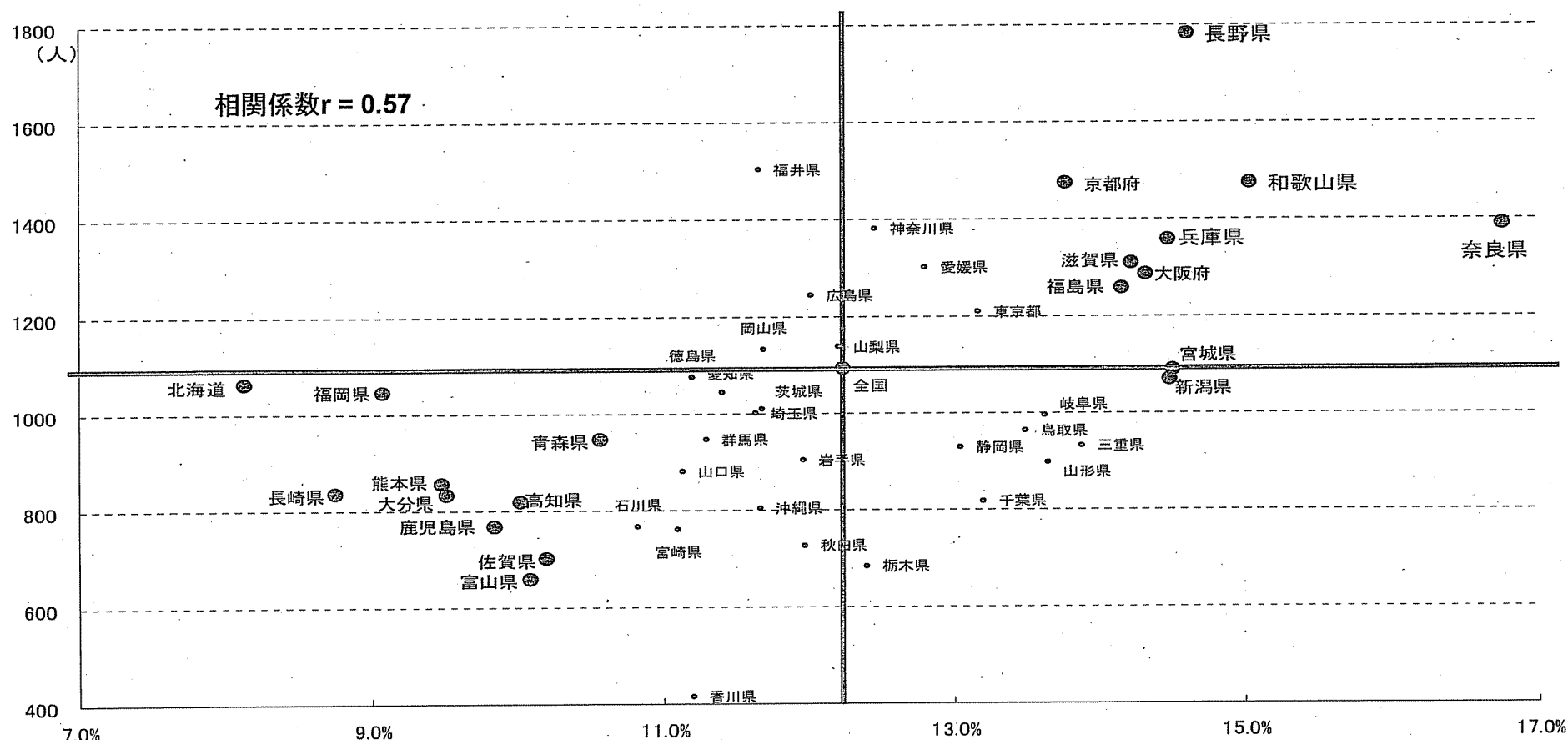
○ 今後は、首都圏域の人口密集地域で高齢化が加速する。



4. 訪問看護の利用人数と自宅死亡の割合





- 都道府県別にみた高齢者人口10万人当たりの訪問看護利用者数には4倍以上の開きがある(最多は長野県、最小は香川県)。
- 訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い。

高齢者人口10万人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合(都道府県別)



出典: 介護サービス施設・事業所調査(平成17年)
 人口動態調査(平成17年)
 高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

5. 諸外国の在宅における看取りのデータ

	スウェーデン 	オランダ 	フランス 	日本 
① 面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
② 総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
③ 高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
④ 80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
⑤ 平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
⑥ 子どもの同居率	5 %	8 %	17 %	50 %
⑦ 高齢者単独世帯率	41 %	32.5 %	32 %	15 %
⑧ 人口千対就業看護師数 (再)訪問看護師、地域看護師	10.6人 ('04) (4.2人)	14.2人 ('05) (2.7人)	7.7人 ('05) (1.2人)	9.0人 ('04) (0.4人)
⑨ 在宅死亡率※	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
⑩ 在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医療・看護を提供する医療チームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して利用。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
⑪ 死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡期直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前を特別視せず必要なケアを提供する。ただし1日2時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応

出典：①World fact book 2008、②～⑤OECD Health Data 2007、

⑥⑦⑨～⑪医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

6. 訪問看護(介護保険・医療保険)の市場について

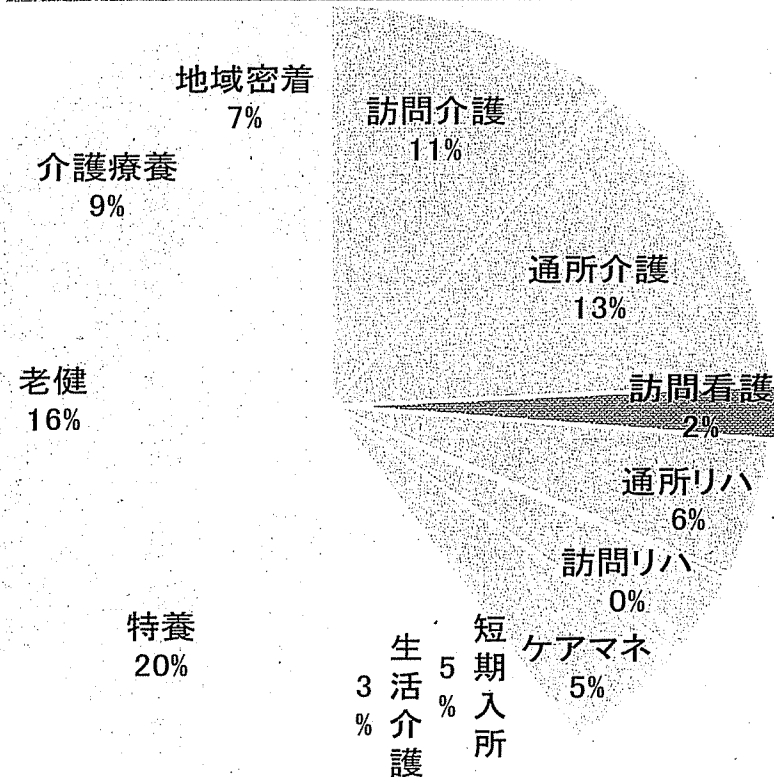
○訪問看護の市場は、介護保険サービス及び医療保険サービスにおいて非常に小さい。

訪問看護のシェアは、

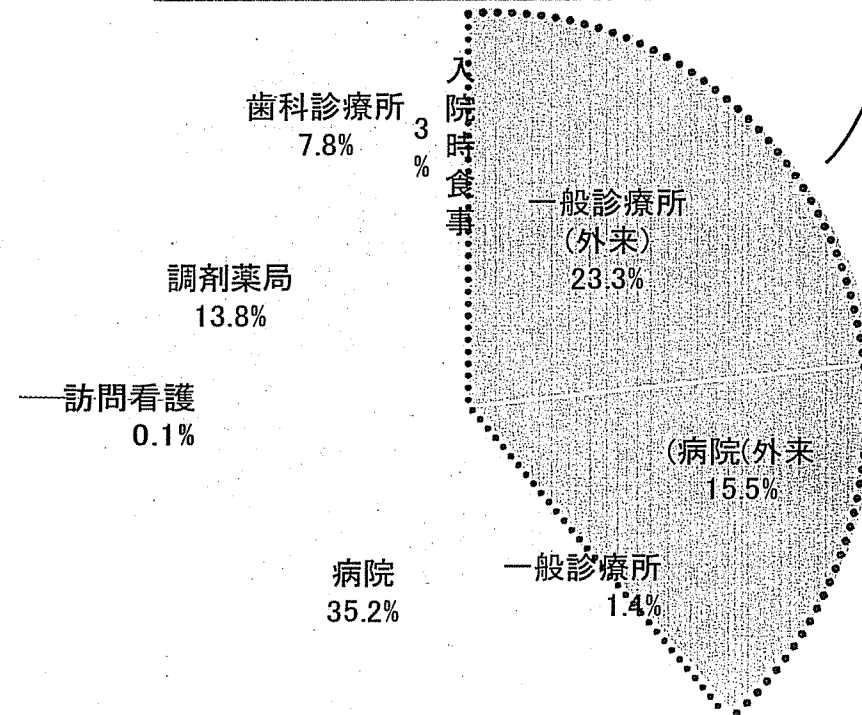
- 介護費全体の約2% (1,300億円程度)
- 国民医療費全体の約0.1% (320億円程度)

※ 保険医療機関からの訪問看護は、「在宅患者訪問看護指導料」として在宅医療に位置づけ。

介護費用額の構成(平成18年3月)

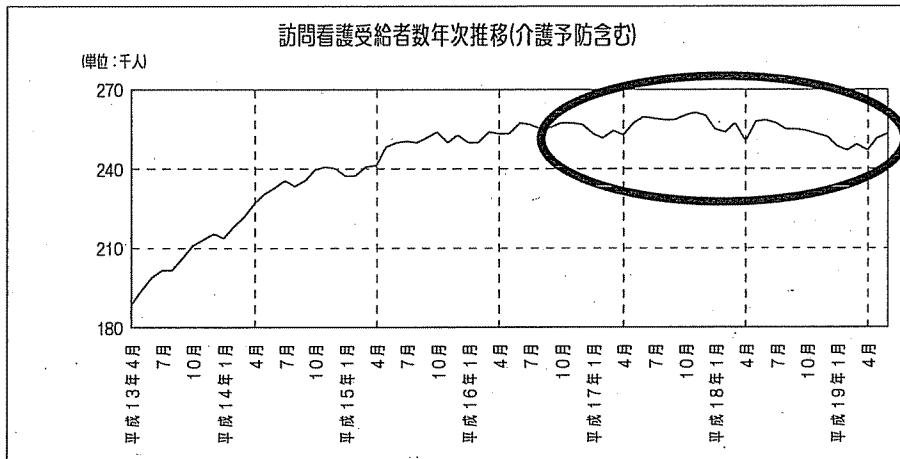


国民医療費の分配(平成17年度)

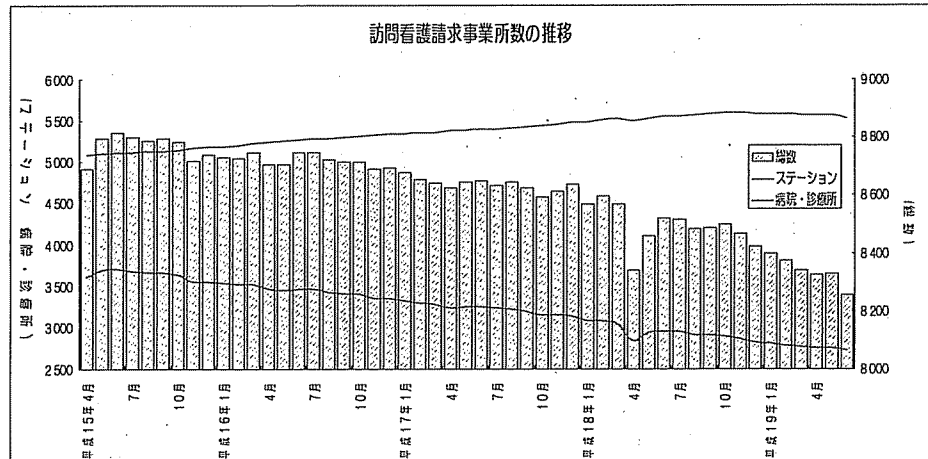


7. 訪問看護事業者の動向について

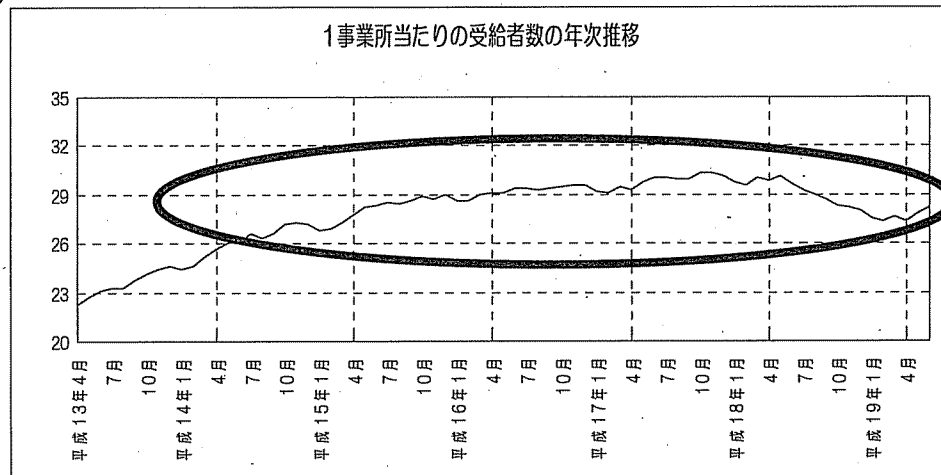
- 訪問看護受給者数は平成18年夏以後、減少に転じている。
- 訪問看護ステーション数は上昇しているが、病院・診療所による訪問看護事業所数は減少しており、結果、訪問看護請求事業所総数は、平成15年6月以降、減少している。



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)



(出典)介護給付費実態調査(厚生労働省)

○1事業所当たりの受給者数は、平成16年度以降はそれほどの増減を見せることはなかったが、平成17年10月をピークに減少し、平成18年4月以降は顕著に減少している。

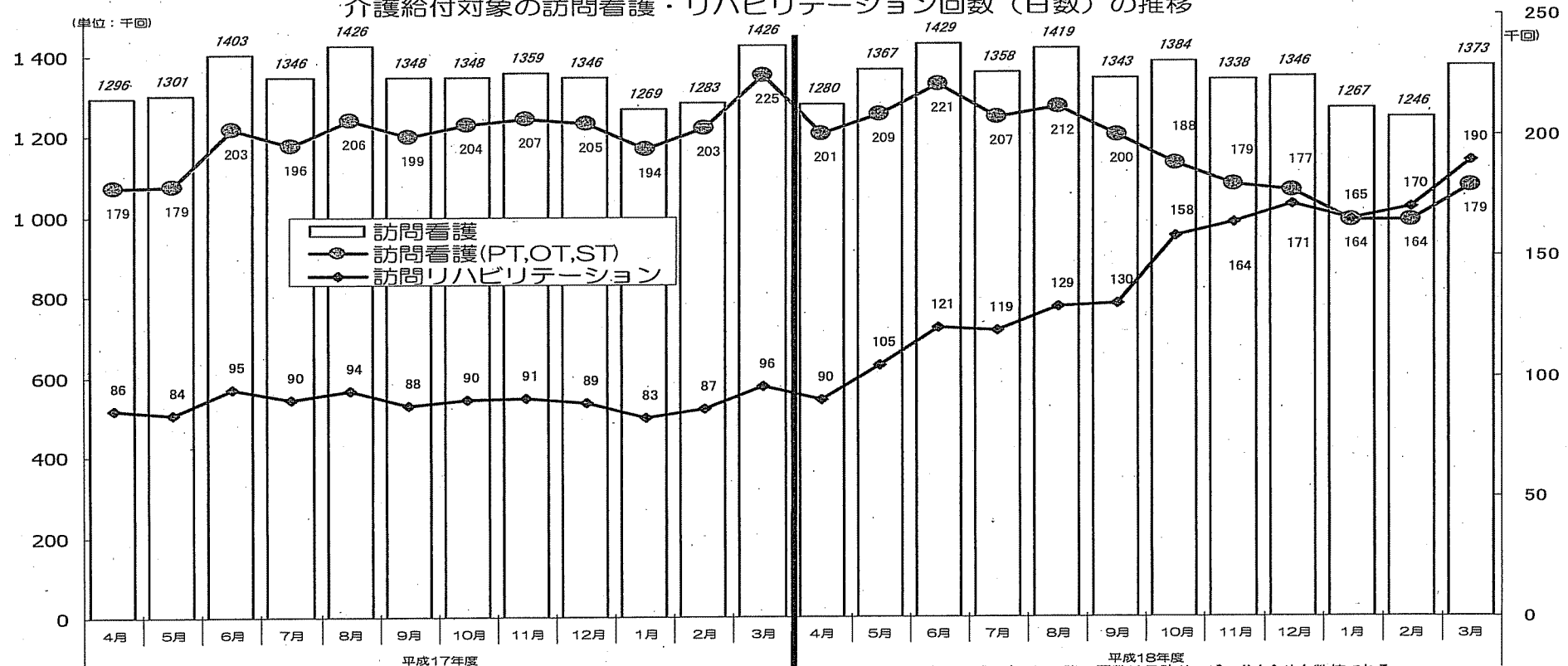
○受給者数が減少に転じた平成18年夏以降、一事業者当たり受給者数も減少に転じている。

8. 訪問看護と訪問リハビリテーションについて

○平成18年4月改定において、「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数を上回るような設定がなされることは適当ではない」とされた。なお、この点については、6ヶ月間の猶予が設けられた。

○この結果、平成18年9月以降、PT、OT、STによる訪問看護は減少した。一方、訪問リハビリテーションが大きく伸展している。なお、訪問看護と訪問リハビリテーションの合計回数は、横ばいである。
→訪問看護によるリハビリテーションから訪問リハビリテーションに利用者が移行しているのではないか。

介護給付対象の訪問看護・リハビリテーション回数（日数）の推移

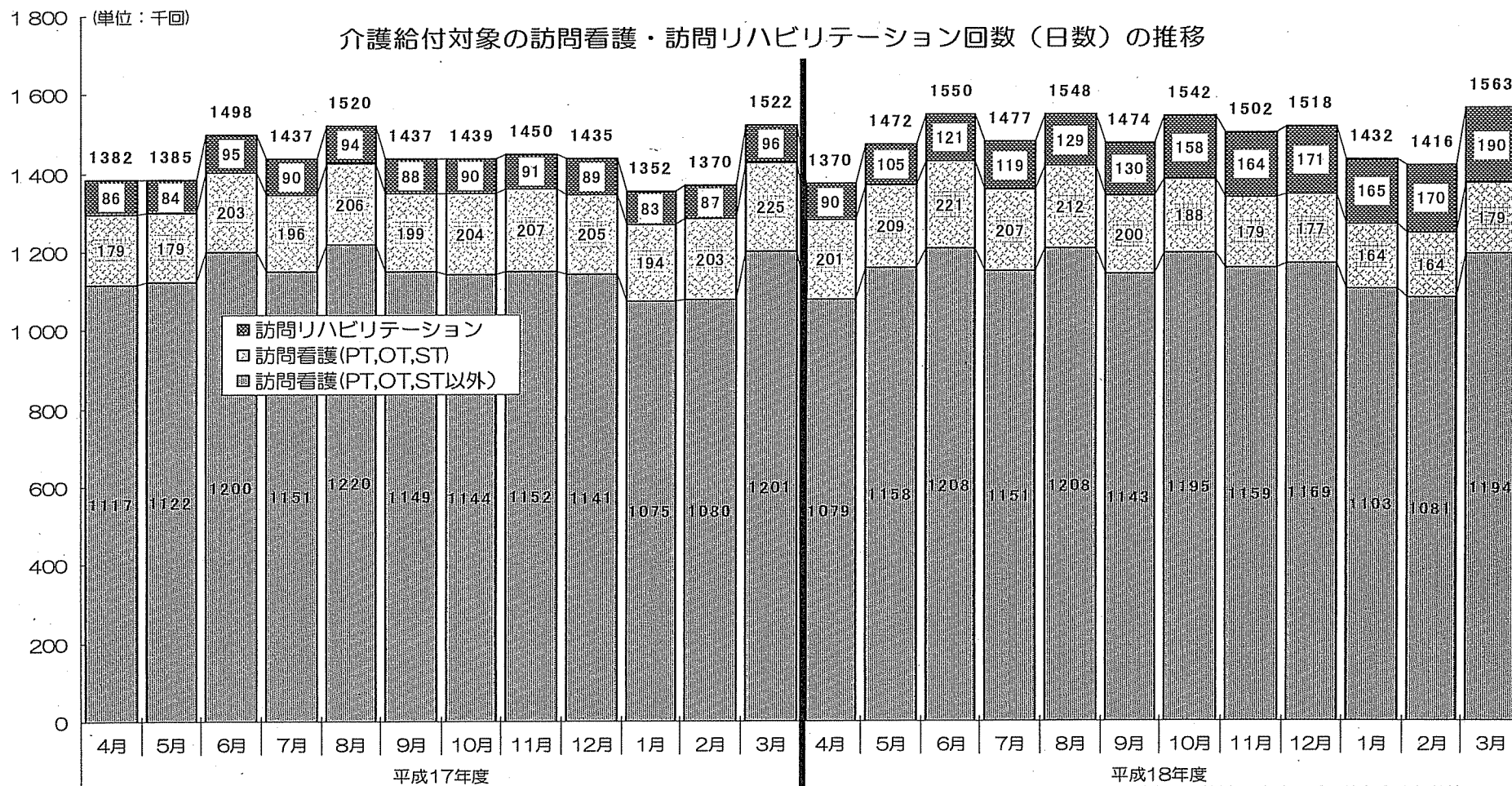


改定

注1) 平成18年4月以降の回数は予防サービス分も含めた数値である。
 注2) 訪問看護(ST)は平成18年4月以降のサービスである。
 注3) 訪問リハビリテーションは日数を集計している。
 *出典: 介護給付費実態調査(各月サービス分)

(参考) 訪問看護と訪問リハビリテーションの回数の推移

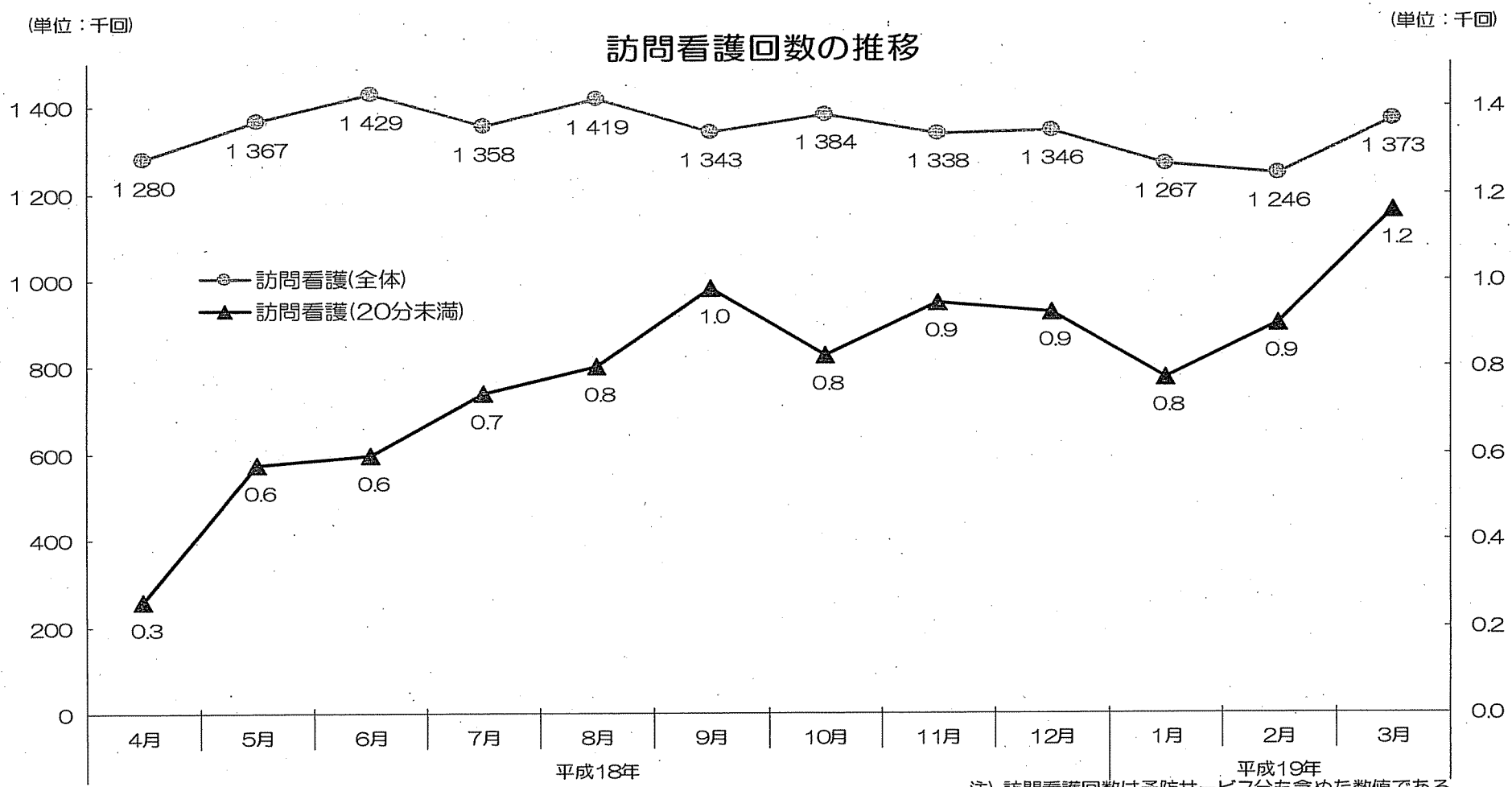
○看護師等(PT、OT、ST以外の従事者)による訪問看護は、横ばい。
 ○訪問看護と訪問リハビリテーションの合計回数は、横ばい。



注1) 平成18年4月以降の回数は予防サービス分も含めた数値である。
 注2) 訪問看護(ST)は平成18年4月以降のサービスである。
 注3) 訪問リハビリテーションは日数を集計している。
 *出典: 介護給付費実態調査(各月サービス分)

9. 訪問看護の短時間訪問の状況

○短時間の訪問看護については、緩やかな増加傾向が見られる。
 →短時間の訪問看護回数の増加は、事業者数が減少する一方で、訪問看護回数は横ばいで推移するという傾向を下支えする程度の増加ではない。



注) 訪問看護回数は予防サービス分も含めた数値である。
 *出典：介護給付費実態調査(各月サービス分)

10. 指定訪問看護事業所の看護職員数について

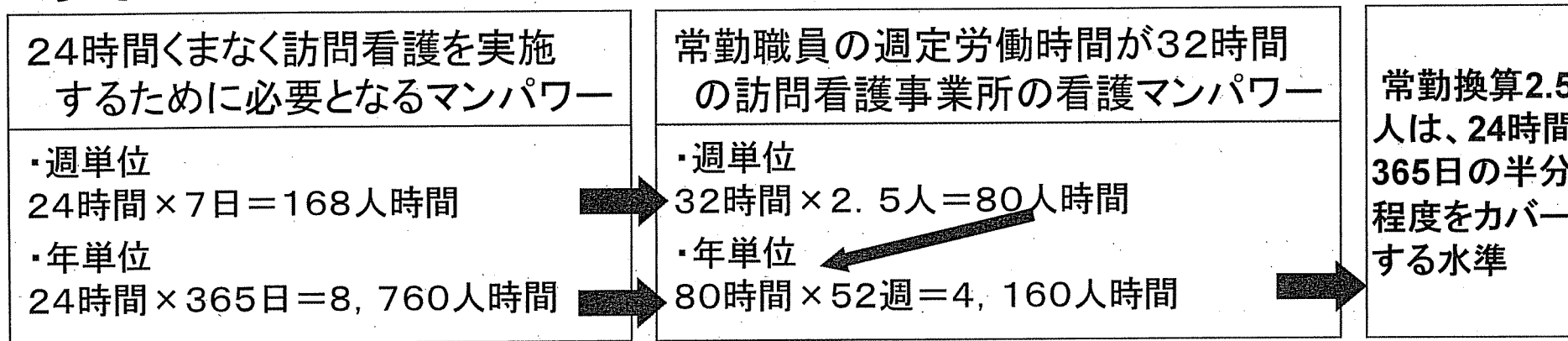
介護保険法、健康保険法又は老人保健法上の人員基準

- ① 原則として、事業所毎に常勤換算2.5人以上の看護職員を配置する。
- ② 待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等(従たる事業所)であって、職員の勤務体制、勤務内容等が一体的に管理される等の所定の要件を満たす場合、一体的サービス提供の単位として、事業所に含めて指定を受けることができる。
- ③ 地域の実情により、効率的な事業の実施が困難な地域に置かれ、訪問看護の提供の拠点としての機能を果たしている出張所等(従たる事業所)については、配置する職員のうち1人以上は保健師、助産師又は看護師とする。

(注) 24時間くまなく訪問看護を実施するには、週当たり168人時間が必要となるが、現行の基準では、事業所単位で週当たり80人時間を確保すればよい水準であり、これは、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数であると考えられる。

(注) すでに出張所等については、看護師等1人での運用を可能としている。

<参考>

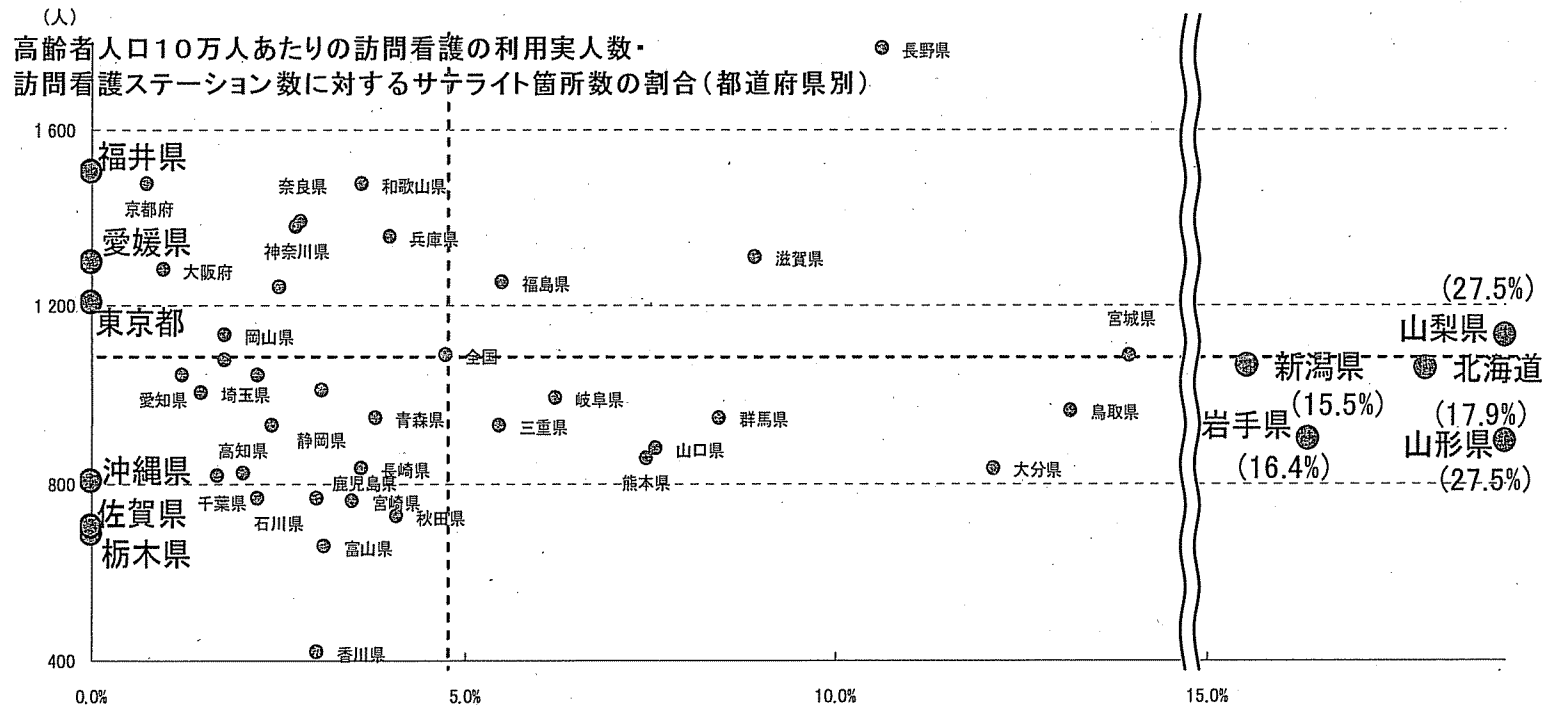
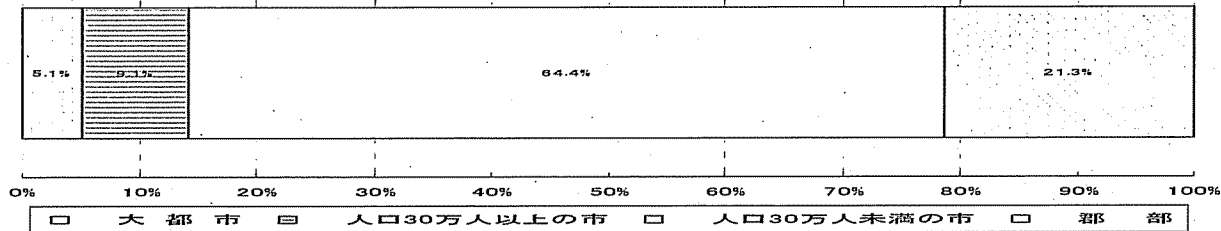


11. サテライトステーションの設置数(所在地別)の推移

	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
訪問看護請求事業所数	—	—	8,464	8,832	8,691	8,707	8,624
訪問看護ステーション数	3,570	4,730	4,825	4,991	5,091	5,224	5,309
サテライト有り事業所(延べ)	55(76)	172(239)	159(212)	189(249)	203(249)	208(275)	201(253)
%	1.5%	3.6%	3.3%	3.8%	4.0%	4.0%	3.8%

(出典:平成11年は訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査、訪問看護事業所数は介護給付費実態調査)

所在地別サテライト設置状況



12. 医療提供体制の各国比較(2005年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	35.7	14.1	14.3 (2004)	2.0 (2004)	63.2 (2004)	9.0 (2004)
ドイツ	10.2	8.5	40.3	3.4	115.1	9.7
フランス	13.4	7.5	45.6	3.4	103.1	7.7
イギリス	7.0	3.9	61.6	2.4	232.7	9.1
アメリカ	6.5	3.2	75.9	2.4	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典):「OECDHealthData2007」

※病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

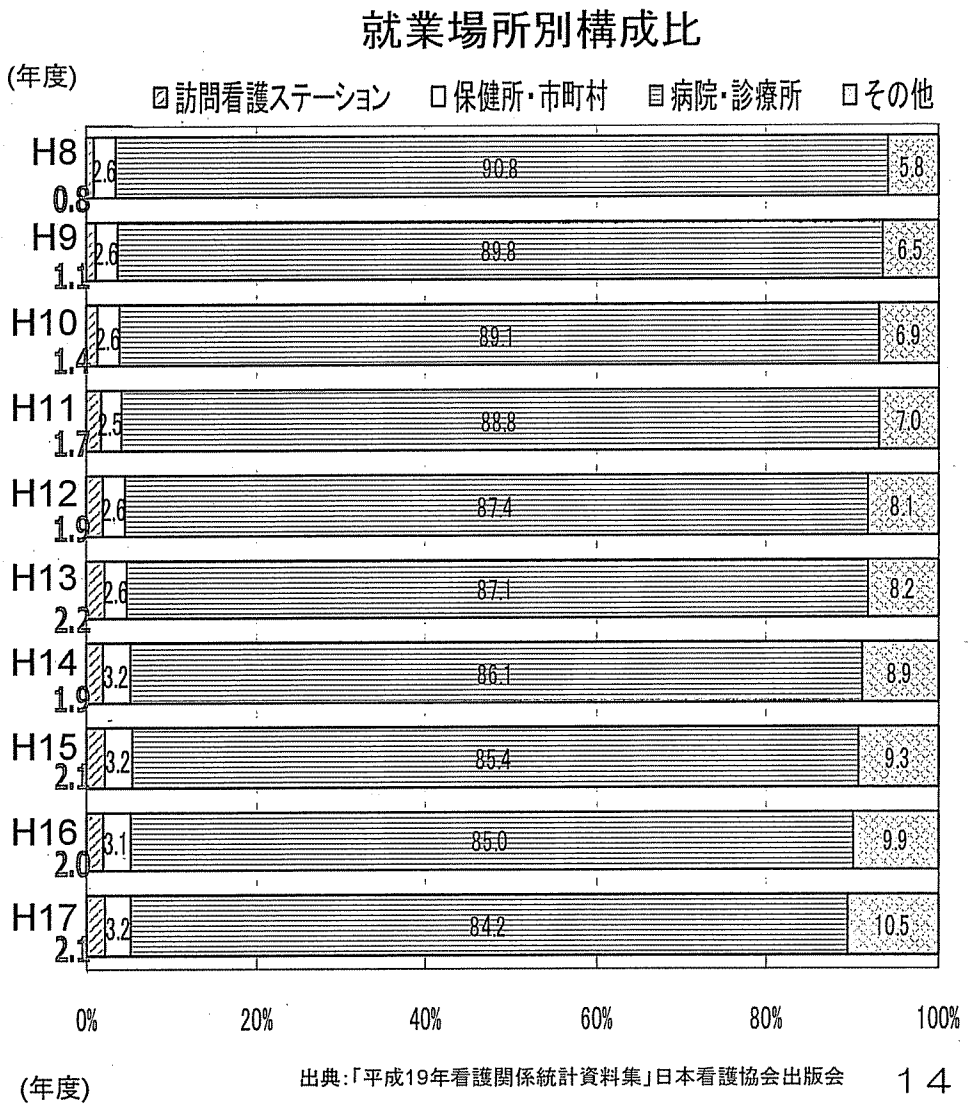
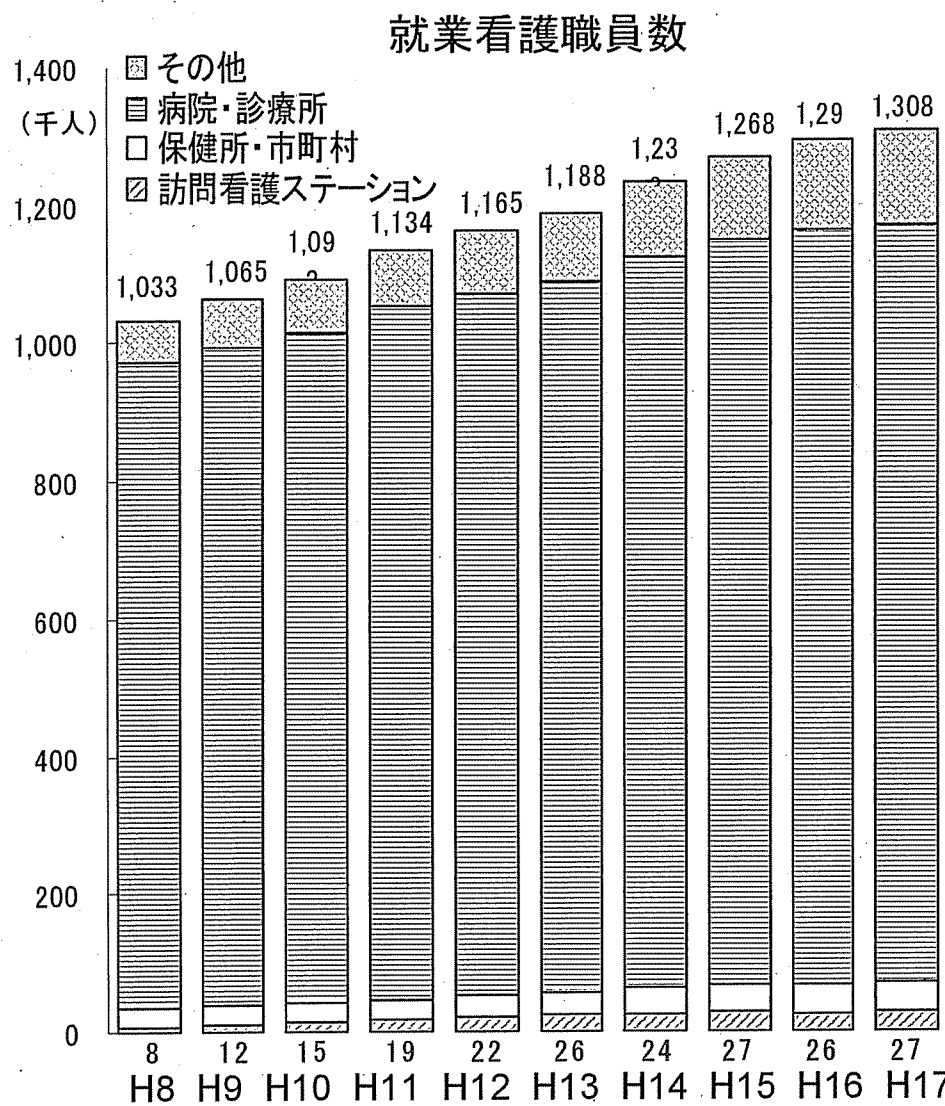
日本:全病院の病床ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

13. 就業看護職員数及び就業場所別構成比の年次推移

○就業看護職員総数は過去10年で3割程度伸び、全国で130.8万人が働いている。
 ○このうち訪問看護ステーションに就業する看護職員は、わずか2%程度である。



14. 看護職員需給見通し・訪問看護の基礎的知識・技術の習得状況

○第六次看護職員需給見通し

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
看護職員需要見通し (再掲、介護保険関係)	1,314,100 (172,600)	1,338,800 (178,500)	1,362,200 (183,800)	1,383,800 (188,800)	1,406,400 (194,200)
看護職員供給見通し (再掲、新卒就業者数)	1,272,400 (51,400)	1,297,100 (51,100)	1,325,100 (51,500)	1,355,900 (51,600)	1,390,500 (52,500)

※第六次看護職員需要見通しに関する検討会報告書(平成17年1月26日)

○訪問看護の基礎的知識・技術を習得済みの看護師等の数

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
訪問看護師養成 講習会修了者数 (累積数)	2,394 (7,873)	1,884 (9,757)	1,567 (11,324)	1,519 (12,843)	1,729 (14,572)	1,338 (15,910)	1,346 (17,256)
	平成11年 3月卒業	平成12年 3月卒業	平成13年 3月卒業	平成14年 3月卒業	平成15年 3月卒業	平成16年 3月卒業	平成17年 3月卒業
在宅看護論を履 修した卒業生数 (累積数)	26,364 (26,364)	47,102 (73,466)	46,403 (119,869)	46,257 (166,126)	46,241 (212,367)	44,852 (257,219)	45,805 (303,024)

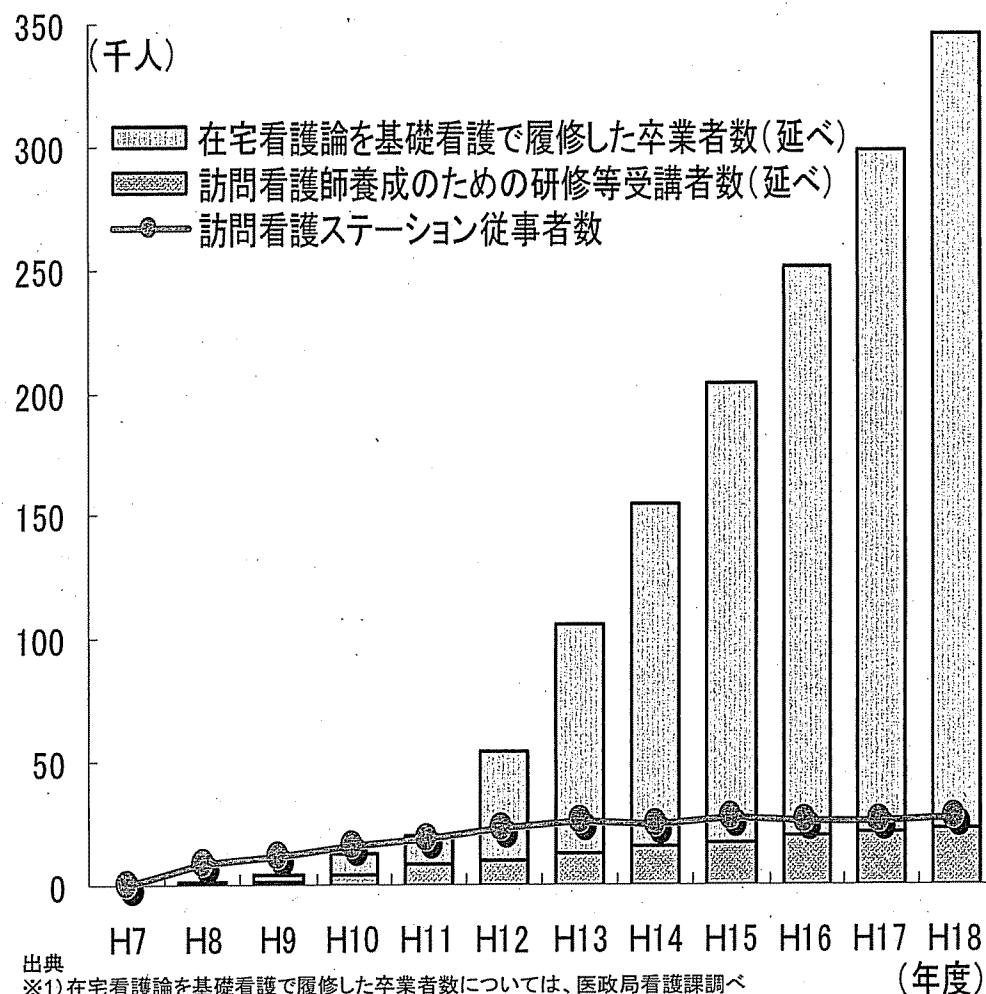
※訪問看護師養成講習会修了者数(中央ナースセンター事業報告)

※在宅看護論を基礎看護学で履修した卒業生数(厚生労働省医政局看護課調べ)

○(社)日本看護協会の会員数(平成18年総会時)

	総数	保健師	助産師	看護師	准看護師
日本看護協会会員数 (就業者中への入会率)	585,177 (48.3%)	21,891 (55.8%)	20,185 (79.9%)	489,244 (64.3%)	53,857 (13.9%)

15. 訪問看護の人材育成と訪問看護従事者数の推移



基礎教育延べ32万人(年間約4万6千人)

- <参考> 基礎教育における在宅看護論の導入
- 看護師学校養成所(3年課程)のカリキュラム
 - ・平成8年保健師助産師看護師学校養成所指定基準の改正により、平成9年4月に施行。
 - ・平成12年3月より卒業開始となる。
 - 看護師学校養成所(2年課程)のカリキュラム
 - ・平成10年看護師学校養成所指定基準の改正により、平成11年4月に施行。
 - ・平成13年3月より卒業開始となる。

卒後教育延べ2万4千人(年間約2千人)

- <参考> 既卒者における訪問看護従事者養成研修
- 都道府県ナースセンター
 - ・看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき平成10年より実施。
 - (財)日本訪問看護振興財団、(社)全国訪問看護事業協会
 - ・平成7年度より実施。

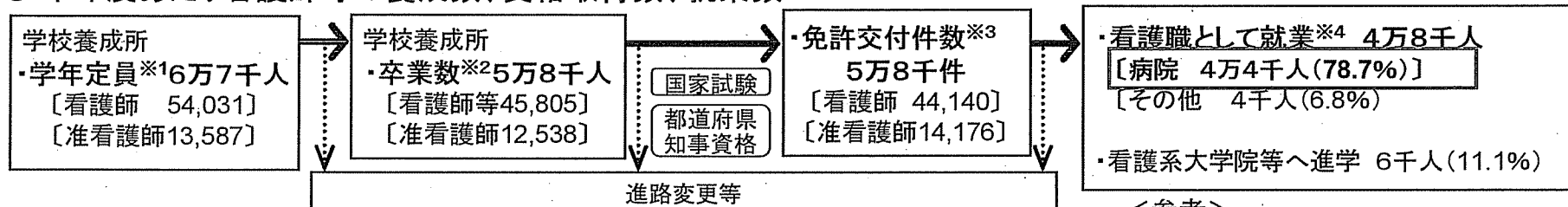
従事者数約2万7千人(常勤換算)で横ばい

出典
 ※1) 在宅看護論を基礎看護で履修した卒業者数については、医政局看護課調べ
 ※2) 訪問看護師養成のための研修等受講者数については、老健局
 ※3) 訪問看護ステーション従事者数については、平成16年度までは医政局看護課調べ。平成17年度以降は、介護サービス施設・事業所調査結果の概況(常勤換算従事者数)、大臣官房統計情報部

○ これまでに、延べ35万人の看護師等が訪問看護の基礎的知識・技術を習得。
 ○ 訪問看護事業に従事する看護師等は、約2万7千人(常勤換算)で横ばい。

16. 看護学生の進路意向と就職先について

○ 単年度あたり看護師等の養成数、資格取得数、就業数



○ 看護学生の希望

(1) 進路希望※7

就職	76.6%
大学院に進学	6.2%
その他	17.3%

(2) 就業場所の希望※7

医療機関	83.3%
自治体保健部門	37.2%
訪問看護事業所等	19.6%
学校の保健室	15.8%
事業所の健康管理室	10.5%

(3) 就職先の決定条件※8

収入が良い
勤務時間が適当
看護内容への期待
通勤に便利
教育研修の充実

○ 看護教官が重視する事項※9

(複数回答、上位5項目)

研修体制が充実している
社会的評価が高い
卒業生が多く就職している
雇用の安定性
キャリアアップにつながる

【参考】

訪問看護事業の従事者数 2万7千人※10
 ・平均年齢41.2歳※11
 ・看護業務経験年数平均15.5年
 (うち訪問看護業務に平均4.2年従事)

<参考>

病院への就業者の構成と平均勤務年数

	構成比※5	平均勤務年数※6
大学病院	43.6%	6~7年
公立病院	19.9%	13年
私立病院	17.6%	7~8年
公的病院	13.9%	11~13年

出典

- ※1) 平成18年4月定員〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
- ※2) 平成18年3月卒業生数〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
看護師等とは、統合教育による卒業生を含むため。
- ※3) 平成17年度交付数〔日本看護協会出版会「看護関係統計資料集」〕
- ※4) 医政局看護課調べ
- ※5) 看護系大学卒業生の進路状況の調査(2001年)日本看護系大学協会
- ※6) 看護の必要度に係る特別調査について等
- ※7) 看護系大学学生の卒業後の進路希望に関する調査(2001年)、
日本看護系大学協議会
- ※8) 1992年看護学生の進路選択に関する調査、日本看護協会
- ※9) 2000年看護教育基礎調査、日本看護協会
- ※10) 常勤換算従事者数(平成18年介護サービス施設・事業所調査)
- ※11) 平成16年度訪問看護ステーションにおけるサービス改善に関する調査
研究事業(全国訪問看護事業協会)

- 就職を希望する学生のうち、約2割は訪問看護事業者等への就業を望んでいる。
- 学生が就職先を選ぶ条件は、収入、勤務時間、看護内容等であり、看護教官は、研修体制、社会的評価、卒業生の存在等を重視して進路指導を行っている。
- その結果、実際には新卒者の約8割が大学附属病院等の医療機関に就業する。

17. 潜在看護職員数の推計について(大まかな推計)

○積算にあたっての前提事項

- ・ 保健師、助産師については、ほとんどが看護師免許を取得していることから、重複を避けるため、看護系大学、看護師学校養成所(3年課程)及び准看護学校養成所の卒業者数を基に免許保持者数を推計する。
- ・ 免許保持者数から就業者数を減じて潜在看護職員数を推計する。
- ・ 潜在看護職員数の対象年齢は65歳までとする。

○免許保持者数の推計方法

(1) 免許取得時の年齢分布の推計

看護系大学、看護師学校養成所(3年課程)及び准看護師学校養成所それぞれに、各年の入学時の年齢構成比を用いて、卒業時点の年齢構成を算出し、これに毎年为国家試験合格率を乗じることにより免許取得時点の年齢構成を推計した。

(2) 免許保持者数の推計

免許取得時点の年齢分布をもとに、各年毎に生存率を乗じて、各年の免許保持者数を算出し、これを昭和30年から平成14年まで積み上げて、平成14年末の免許保持者数を推計した。

○推計結果(平成14年末現在数)

免許保持者数(a)	1,766,981人
就業者数(b)	1,217,198人
a-b	549,783人

潜在看護職員数およそ 55 万人

(参考)

訪問看護の制度について

1. 介護保険・医療保険の訪問看護の対象者

高
医療ニーズ・重症度
低

○医療保険による訪問看護(患者一人につき日単位で週3日を限度に算定する。)

● 厚生労働大臣が定める疾病等の患者(週4日以上算定可。)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・末期の悪性腫瘍 ・筋萎縮性側索硬化症 ・脊髄小脳変性症 ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)) | <ul style="list-style-type: none"> ・多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)・多発性硬化症 ・重症筋無力症 ・スモン ・ハンチントン病 | <ul style="list-style-type: none"> ・進行性筋ジストロフィー症 ・プリオン病 ・亜急性硬化性全脳炎 ・後天性免疫不全症候群 ・頸髄損傷 ・人工呼吸器を装着している状態 |
|--|--|--|

● 急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回の訪問看護が必要であると認められた患者(14日を限度に月1回又は月2回)。

○介護保険による居宅要支援者又は要介護者への訪問看護

● 40歳以上65歳未満の特定疾病

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・がん末期* ・筋萎縮性側索硬化症 ・脊髄小脳変性症 ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病) ・多系統萎縮症 ・関節リウマチ ・後縦靭帯骨化症 | <ul style="list-style-type: none"> ・骨折を伴う骨粗鬆症 ・初老期における認知症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
|---|--|

● 65歳以上

- ・末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(上記)、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く。

*医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限り。

● 居宅で療養している通院が困難な患者(年齢制限なし、週3回を限度)。

0歳～40歳未満

年齢

65歳以上

2. 平成20年診療報酬改定後の訪問看護の算定範囲

現 行

	自宅		居住系施設※1		特定施設等 ※2	特別養護老人 ホーム
	要介護		要介護			
C005在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで530点、週4日以上630点) (准看護師が行う場合、各々480点、580点)	○	△	○	△	△	▲
訪問看護基本療養費Ⅰ						

改 定 後

「自宅」と「居住系施設」の2つに区分され、それぞれに新たな報酬が設定された。

	自宅		居住系施設※1		特定施設等 ※2	特別養護老人 ホーム
	要介護		要介護			
C005在宅患者訪問看護・指導料 (週3日まで555点、週4日以上655点) (准看護師が行う場合、各々505点、605点)	○	△	×	×	×	×
訪問看護基本療養費Ⅰ						
C005-1-2居住系施設入居者等訪問看護・指導料 (週3日まで430点、週4日以上530点) (准看護師が行う場合、各々380点、480点)	×	×	○	△	△	▲
訪問看護基本療養費Ⅲ						

○:算定可。

△:①末期の悪性腫瘍又は難病等の厚生労働大臣が定める疾病等の患者、②急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回の訪問看護が必要であると認められた患者に限って算定できる。

▲:末期の悪性腫瘍患者に対して行う場合に限って算定できる。

×:算定不可。

※1の「居住系施設」とは、高齢者専用賃貸住宅、養護老人ホーム(特定施設以外)、軽費老人ホーム(特定施設以外)、有料老人ホーム(特定施設以外)、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、特定施設(外部サービス利用型)、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護サービスを利用している場合をいう。

※2の「特定施設等」とは、特定施設(外部サービス利用型除く)、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護サービスを利用している場合をいう。

3. 介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系〔本体部分〕

介護保険	
(介護予防) 訪問看護費 ＜訪問看護ステーション＞	＜医療機関＞
20分未満* 保健師、看護師 285単位 准看護師による場合 (90/100) ※日中等の訪問における十分な観察、必要な助言、指導を前提に夜間、早朝、深夜に実施。	230単位 (90/100)
30分未満 保健師、看護師 425単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST* 425単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。	343単位 (90/100)
30分以上60分未満 保健師、看護師 830単位 准看護師による場合 (90/100) PT・OT・ST* 830単位 ※看護業務の一環として行う診療の補助。	550単位 (90/100)
60分以上90分未満 保健師、看護師 1,198単位 准看護師による場合 (90/100)	845単位 (90/100)

○次の場合は算定しないこと。
 ※ 特別指示の日から14日間。
 ※ 短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護若しくは地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を受けている間。

医療保険(平成20年改定後)	
＜訪問看護ステーション＞	＜医療機関＞
訪問看護管理療養費	
月の初日7,050円 2～12日目まで2,900円	
訪問看護基本療養費Ⅰ(1回30～90分)	在宅患者訪問看護・指導料(1回30～90分)
週3日目まで5,550円 (准看護師の場合 5,050円) 週4日目以降6,550円 (准看護師の場合 6,050円)	週3日目まで555点 (准看護師の場合 505点) 週4日目以降655点 (准看護師の場合 605点)
訪問看護基本療養費Ⅲ	居住系施設入居者等訪問看護・指導料
週3日目まで4,300円 (准看護師の場合 3,800円) 週4日目以降5,300円 (准看護師の場合 4,800円)	週3日目まで430点 (准看護師の場合 380点) 週4日目以降530点 (准看護師の場合 480点)
訪問看護基本療養費Ⅱ 〔精神科標榜医の指示で、複数の精神障害者社会復帰施設*等入所者へ訪問〕	精神科訪問看護指導料Ⅱ 〔精神科標榜医療機関の保健師等が複数の精神障害者社会復帰施設*等入所者へ訪問。〕
週3回、1回1～3時間 1,600円 延長(8時間限度に1時間) 400円	週3回、1回1～3時間160点 延長(8時間限度に1時間) 40点
※表中の「精神障害者社会復帰施設等」は、平成18年10月以降、障害者自立支援法附則第8条に基づく施設〔生活介護、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援、福祉ホームをさす。〕	精神科訪問看護指導料Ⅰ 〔精神科標榜医療機関の保健師、看護師等が、患者・家族の看護又は療養上必要な指導を行う。〕
	週3回(退院後3か月以内5回)まで575点 急性憎悪時は7日以内の期間1日1回算定可。 さらに1月以内の連続7日間の継続が可能。 複数訪問時加算450点
	精神科退院前訪問指導料 〔退院前に患家又は精神障害者社会復帰施設*を訪問し、患者・家族等に指導〕
	入院中3回(6ヶ月超入院は6回)まで380点 看護師、精神保健福祉士による 共同指導加算320点

4. 介護保険・医療保険の訪問看護の報酬体系〔加算部分〕

介護保険	
<訪問看護ステーション>	<医療機関>
訪問看護費の 早朝・夜間加算 (25/100) 深夜加算 (50/100)	訪問看護費の (25/100) (50/100)
訪問看護費の 特別地域看護加算 (15/100) ※限度額に含めない	訪問看護費の (15/100)
緊急時（介護予防）訪問看護 加算（1月につき）540単位 ※利用者又は家族等から電話等により 看護に関する意見を求められた場合に 常時対応できる体制にある。	290単位
ターミナルケア加算 ※限度額に含めない1,200単位	1,200単位
特別管理加算（1月につき） 250単位	250単位

医療保険（平成20年改定後）	
<訪問看護ステーション>	<医療機関>
特別地域訪問看護加算 (基本療養費の50/100)	
難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合 4,500円 1日に3回の場合 8,000円	難病等複数回訪問看護加算 1日に2回の場合 450点 1日に3回の場合 800点
長時間訪問看護加算 週1日 5,200円	長時間訪問看護・指導加算 週1日 520点
在宅患者連携指導加算 月1回 3,000円	在宅患者連携指導加算 月1回 300点
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 月2回 2,000円	在宅患者緊急時等カンファレンス加算 月2回 200点
後期高齢者終末期相談支援療養費 1回に限り 2,000円	後期高齢者終末期相談支援加算 1回に限り 200点
退院時共同指導加算（退院又は退所につ き1回に限り又は2回）6,000円	退院時共同指導料1 （入院中1回又は2回）600点
退院支援指導加算 6,000円	
訪問看護情報提供療養費 1月につき 1,500円	
24時間対応体制加算 1月につき 5,400円	
24時間連絡体制加算 1月につき 2,500円	
緊急訪問看護加算1日につき （在療診の主治医） 2,650円	緊急訪問看護加算1日につき （在療診の主治医） 265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
重症者管理加算（1月につき） （重症度等の高いもの） 5,000円 （上記以外） 2,500円	在宅移行管理加算（退院後ひと月1回） （重症度等の高いもの） 500点 （上記以外） 250点

療養病床における現状の診療報酬上の問題点

平20.3.25 日本医師会

中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会
「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」(2007年6月)より

〈ケア時間〉

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	141.3	150.7	190.4	161.7
ADL区分2	118.9	139.4	180.3	136.0
ADL区分1	90.8(認)	106.3(認)	120.0	97.0
	84.9	105.6		
全体	112.9	139.6	184.0	141.3

単位:分

〈医療処置時間〉

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	26.4	39.0	58.2	43.7
ADL区分2	12.6	17.8	36.2	18.5
ADL区分1	10.4(認)	10.7(認)	20.2	13.3
	10.3	16.6		
全体	15.5	29.3	51.8	30.8

単位:分

〈患者1人1日当たり費用〉

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全体
ADL区分3	16,875	17,479	19,828	17,944
ADL区分2	16,355	17,418	19,479	17,108
ADL区分1	15,127(認)	15,974(認)	17,194	15,482
	14,986	15,971		
全体	16,024	17,209	19,594	17,351

単位:円

〈療養病棟入院基本料〉

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885	1,320	1,709
ADL区分2	750		
ADL区分1		1,198	

H20診療報酬改定 新点数

単位:点

平成 20 年 3 月 25 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

社会保障審議会
介護給付費分科会委員
木村 隆次

医療介護連携を体系化するためのツールの提案及び 情報共有・連携に対する介護支援専門員の評価について

本年 4 月より後期高齢者医療制度がスタートします。

この新しい医療制度は高齢者の「生活を重視」し、「尊厳に配慮」すること、そして「安心・納得」できる医療を提供することが基本的視点として謳われています。

高齢者の普段の生活はもとより、病院から退院して在宅へ戻る場合、あるいは在宅から入院・入所する際の個々の動きに合わせて、必要な場で過不足のないサービスを切れ目なく提供することが求められています。その人がどんな暮らし方をしたいのか、居場所は変わっても常に一人ひとりの尊厳が保持されるためには、「ケアマネジメント」を徹底していくことが必要です。

後期高齢者医療を考える上では、後期高齢者が介護保険のサービスを受けていることも多いことから、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、後期高齢者の状態を十分に踏まえたサービス提供を行うなど、医療サービスの枠内に止まらず、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠になります。このため平成 19 年 10 月 10 日に後期高齢者医療の在り方に関する特別部会がまとめた診療報酬体系の骨子には「主治医等とケアマネジャー（介護支援専門員）を中心」として情報の共有・連携を推進することが明記されました。

医療と介護がうまく連携することによって生まれる関係者間の情報共有は、高齢者が安心納得できる暮らしを支えられることになるばかりか、社会保障制度全体を考えた場合に大変意義あることだと考えます。

そこで、医療と介護の連携を体系化するためのツールをご提案するとともに、後期高齢者医療制度において「情報共有・連携」の中心的役割を担うとされた介護支援専門員に対する評価について、ご検討をお願いします。

1. 入退院時や在宅療養時のカンファレンスを円滑に進めるために、 国として「連携」の基本となるシート(様式)を作成することを要望します。

入退院・在宅療養時のカンファレンスや日常的な情報共有を円滑に進め、「連携」を体系化していくために、多くの職種が共通言語として使用できるツール(仮称「連携シート」)のイメージ(資料1)を、本日、提出します。

日本介護支援専門員協会においても、現場で(仮称)「連携シート」を検証していく予定です。

このツールによって関係者が効率的に情報を共有することはもちろんですが、重複する書類を減らすことも可能になります。

このようなことをねらいとして、国として「連携」の基本となるシートの作成をお願いします。

2. 情報共有・連携に対する介護支援専門員の評価について

後期高齢者医療制度においては、診療報酬上で医師等が「退院時共同指導料」及び「在宅患者緊急時等カンファレンス料」を算定する際に、共同して指導を行う者の選択肢の中に居宅介護支援事業者の介護支援専門員が掲げられています。(資料2参照)

ここで示された者のうち、この共同指導(連携)に対する明確な報酬上の評価がされていないのが介護支援専門員です。

高齢者の生活を支えるためには「医療」と「介護」の連携が必須であることはいうまでもありません。診療報酬で示された内容との整合性を踏まえても、新規(初回)の際の手間だけではなく、利用者が入退院を繰り返す際に介護支援専門員が関わったことに対する評価の検討をお願いします。

なお、日本介護支援専門員協会では、指定居宅介護支援事業所において介護支援専門員が担当する利用者状況調査を実施中です。現在、中間集計の段階ですが、この調査からは、利用者の要介護度別の認知症の有無、介護支援専門員一人当たりの担当件数、初回加算Ⅰ・Ⅱ及び特定事業所加算の算定率等、どの算定要件がネックとなって算定できないのか、現行の算定要件が実態に即したものであるのかどうか等、具体的な数値として浮き彫りになりつつあります。

最後に、現状の介護報酬算定の基準では、努力をしても居宅介護支援事業所の収益は頭打ち状態で、このままでは多くの事業所が閉鎖を余儀なくされることは目に見えています。単に報酬だけの問題ではないことは認識していますが、利用者の生活を支え、国民が安心できるケアマネジメントを確立するために努力をしている居宅介護支援事業所、施設、居住系サービスに配置された介護支援専門員の評価、居宅介護支援事業所が自立経営できる評価について、後日、この場で提言させていただく予定です。

以上

(仮称) 連携シートのイメージ

基本情報 1 [記入日：平成 年 月 日]

記入者名：

氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	TEL	
		緊急連絡先	
【介護保険】 未申請・申請中 自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定年月日：平成 年 月 日 有効期限：平成 年 月 日～ 年 月 日		【医療保険】 社保（本人・家族）・国保・その他（ ） 老人医療 老人保健 自治体単独 後期高齢者医療 公費医療 特定疾患 自立支援医療 その他	
障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の生活自立度 自立 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		[取得年月日：平成 年 月 日] 身障手帳 申請中 (級) 養育手帳 (度) 精神障害者福祉手帳 (級) 生活保護 収入 (年金など)	

家族構成・周囲環境

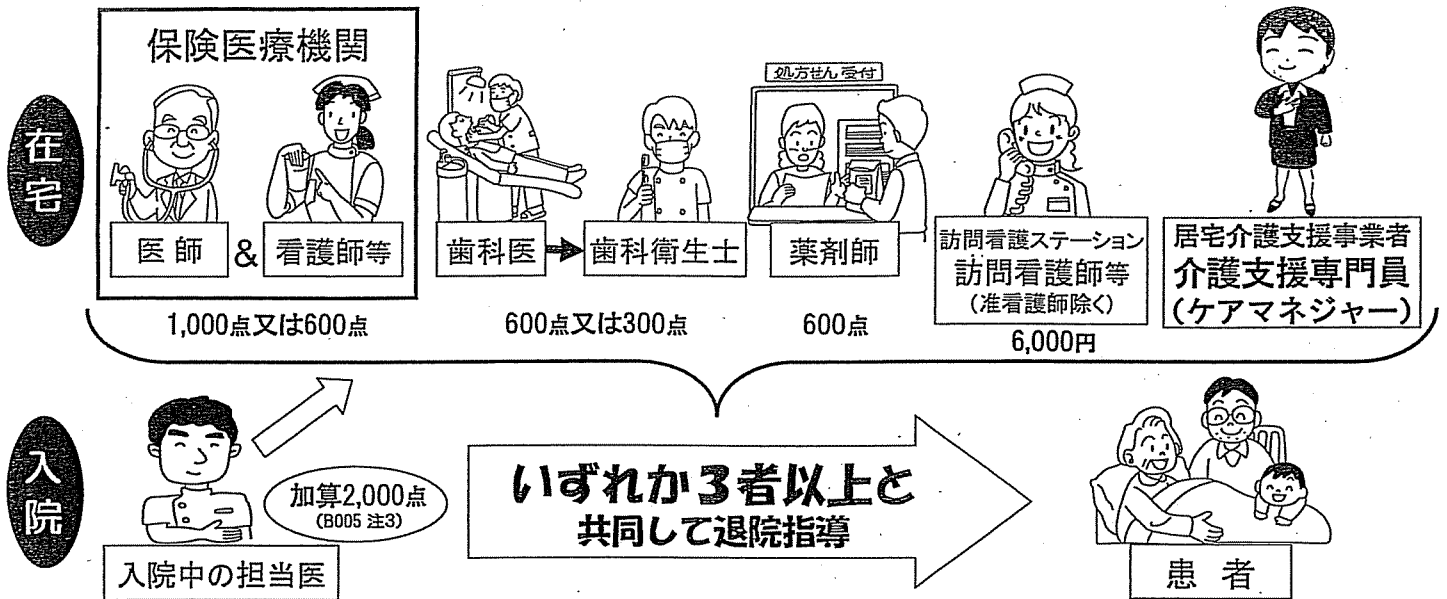
			自宅の見取り図・住宅の周囲	
同居を○で囲む・年齢を記載				
氏名	続柄	特記事項	協力者 (友人・親戚・民生委員・自治会など)	
			氏名	内容

既往歴・現症	在宅の主治医	担当介護支援専門員	
	医療機関	事業所名	
	TEL. 往診 有・無	TEL.	
担当医 (病院・施設) 科 医師 連携担当 (窓口) 入院・入所期間 平成 年 月 日 ~ 月 日	地域包括支援センター	在宅サービスの利用状況	
	担当名	訪問系	
	服薬内容 (詳細はおくすり手帳参照) 薬剤師 (薬局)	通所系	ショート
			福祉用具
		地域密着・小規模多機能 住宅改修 地域支援事業 (オムツ等)	

基本情報2（変化の共有）

項目	在宅・入院・入所時の状態・状況 [記入日： 年 月 日]	現在の状況 [記入日： 年 月 日]	特記事項・介助方法今後の可能性・希望
病状			
痛み	有 無	有 無	
褥瘡・皮膚の状態	有 無	有 無	
食事 (方法・状況)	ペースト・刻み・普通・経管栄養 介助・一部介助・自立・むせこみ	ペースト・刻み・普通・経管栄養 介助・一部介助・自立・むせこみ	
口腔ケア (方法・状況)	自立・一部介助・介助 朝・昼・夜・就寝前	自立・一部介助・介助 朝・昼・夜・就寝前	
移動 (方法・能力)	自立・見守り・手引き・車椅子 杖・シルバーカー・歩行器	自立・見守り・手引き・車椅子 杖・シルバーカー・歩行器	独自の方法、転倒の危険など
立位保持	自立・介助・不可	自立・介助・不可	
座位保持	自立・可（支え有）・不可	自立・可（支え有）・不可	
寝返り	自立・介助・不可	自立・介助・不可	
入浴 (方法・状況)	自立・介助・不可 シャワー・清拭	自立・介助・不可 シャワー・清拭	
排泄 排尿→ 排便→	自立・見守り・介助・オムツ 自立・見守り・介助・オムツ	自立・見守り・介助・オムツ 自立・見守り・介助・オムツ	留置カテーテル・その他（ ）
衣服の着脱 上・下	自立・介助・一部介助 仕上げのみ	自立・介助・一部介助 仕上げのみ	
コミュニケーション	意思の伝達 可・困難	意思の伝達 可・困難	言葉以外の伝達方法
認知症の進行 物忘れ 有・無	状況：	問題行動 悪化・改善	
睡眠	良眠・昼夜逆転・何度か起きる 途中から目が覚める	良眠・昼夜逆転・何度か起きる 途中から目が覚める	睡眠薬 常用・時々・無 就寝 時 分～起床 時 分
精神的不安 生活意欲	訴えが多い・落ち着かない 意欲低下がある	訴えが多い・落ち着かない 意欲低下がある	
入院・入所中に行われた支援 及び 伝達事項	<ul style="list-style-type: none"> ・継続して行う在宅治療 ・緊急性のある症状 ・療養生活指導 ・在宅に向けて医療工夫 ・リハビリの内容 ・必要な物品 ・その他 		
在宅生活が行える条件等	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活上、必要な ADL ・在宅で行われている医療 ・家族の介護量の限界 ・経済状況 ・通院の条件 ・その他 		

後期高齢者の退院時共同指導のイメージ

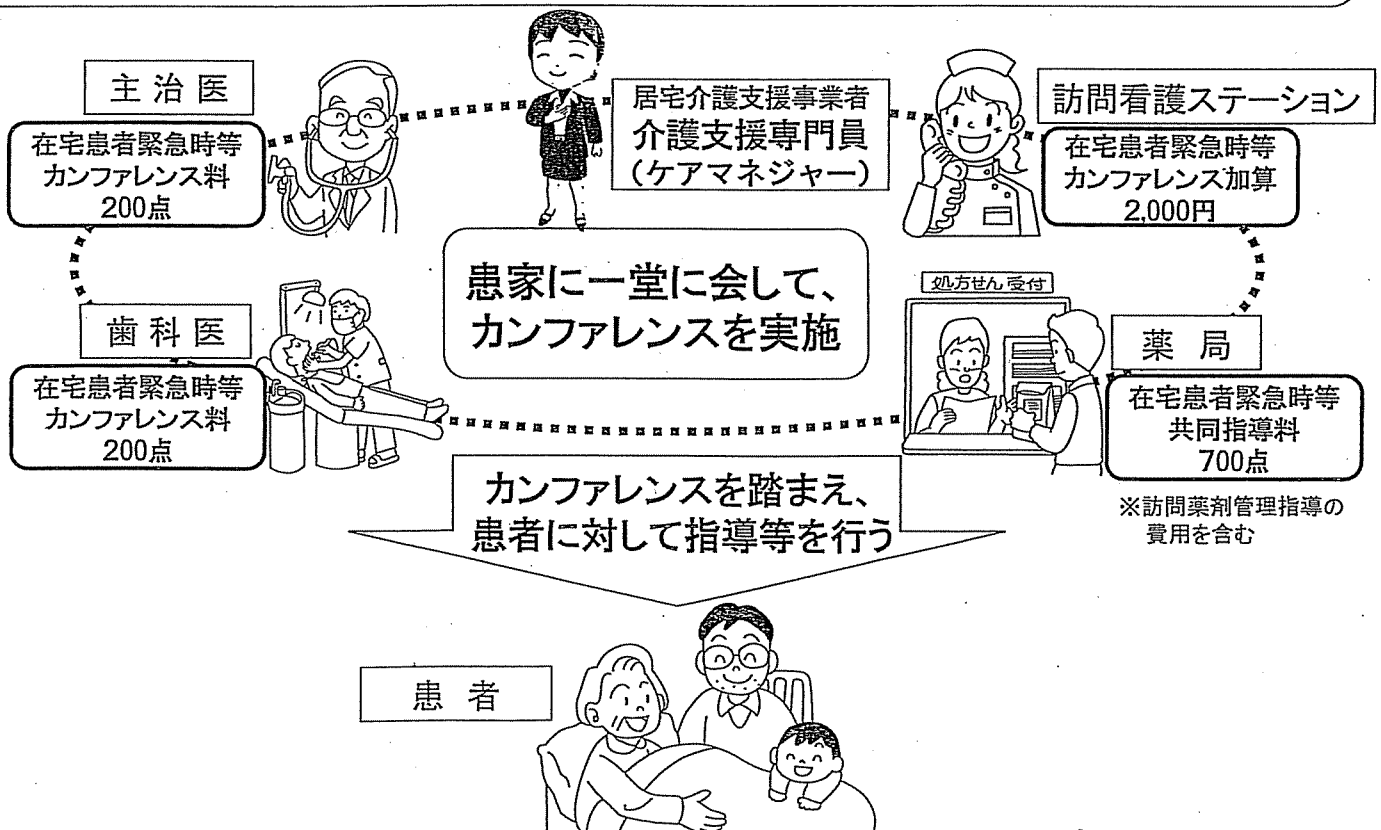


B005 退院時共同指導料2 【300点】【注3 加算 2,000点】

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において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又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。
(中略)

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、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(准看護師を除く。)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2,000点を加算する。

在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ 在宅患者の診療方針の決定に係るカンファレンスの評価 【診療方針の変更等が必要な場合】



3月25日介護給付費分科会資料

訪問看護の活性化に向けて

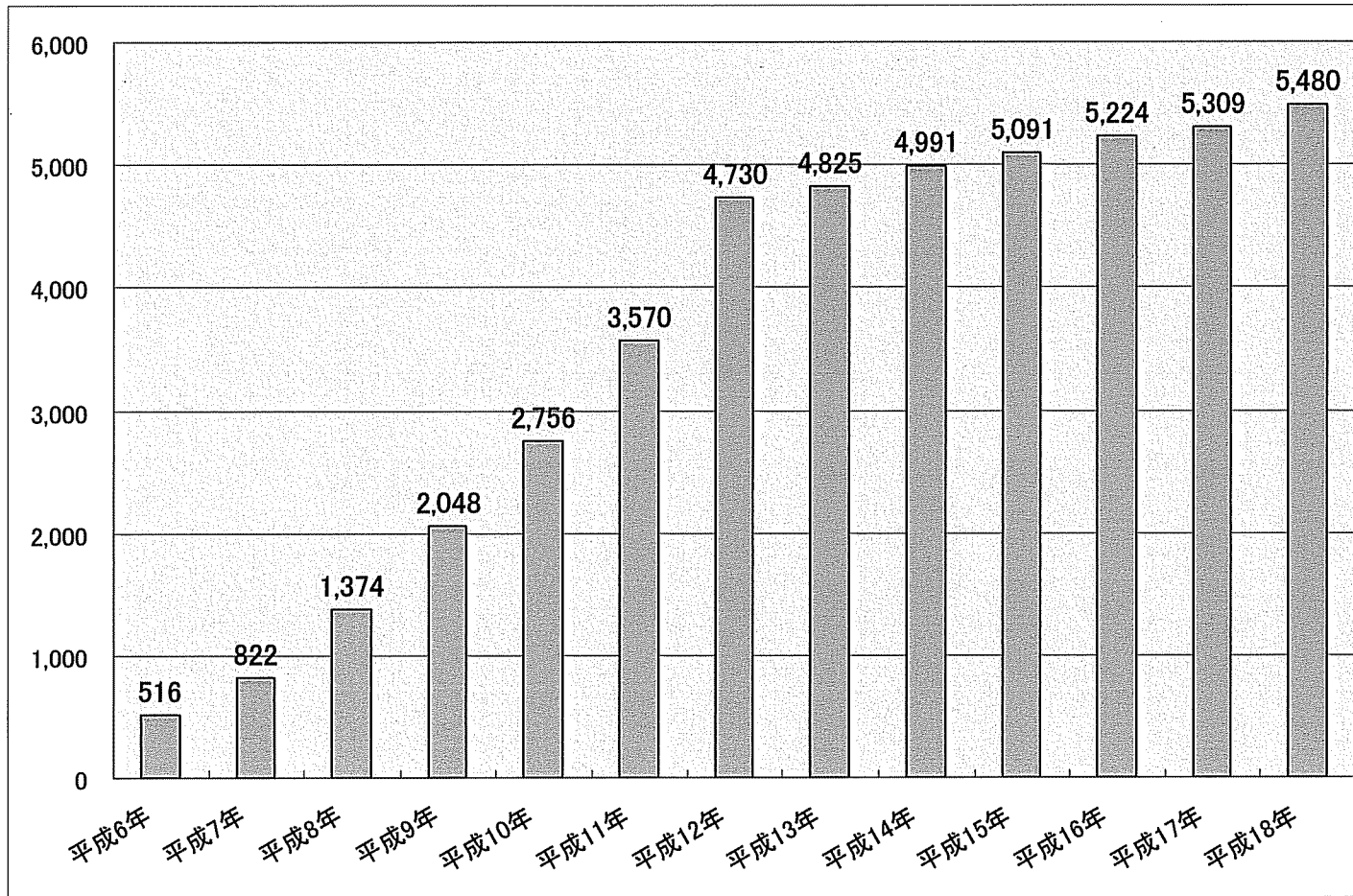
全国訪問看護事業協会

副会長 伊藤雅治

訪問看護の制度的変遷

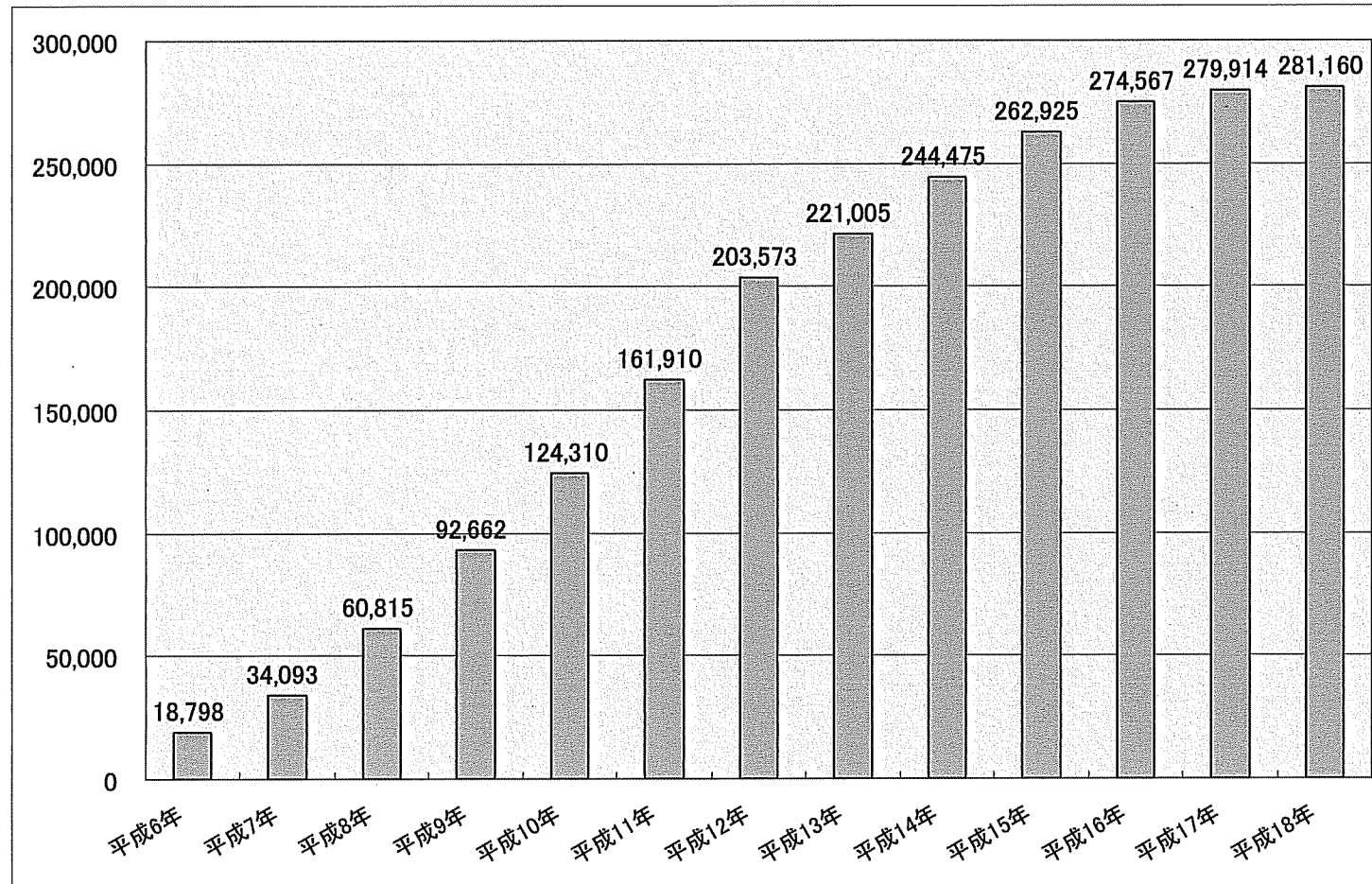
- ・老人保健法制定以前
 - 一部の病院による訪問看護、保健師の訪問指導
- ・1982年老人保健法制定
 - 保健事業としての機能訓練、訪問指導
 - 退院患者継続看護・指導料
- ・1992年老人訪問看護制度の発足
 - 看護師が管理者の独立した事業所に社会保険財源による報酬が配分される仕組みの創設
- ・1994年指定訪問看護制度の創設
 - 訪問看護を老人以外に拡大
- ・2000年介護保険法の施行
 - 介護保険、医療保険の双方に対応する訪問看護制度

訪問看護事業所数の年次推移



出典：厚生労働省 老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告（平成5年～7年）、訪問看護事態調査・老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告（平成7年）、訪問看護統計調査（平成8年～11年）、介護サービス・施設事業所調査（平成12年～18年）

訪問看護利用者数の年次推移



出典：厚生労働省 老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告（平成5年～7年）、訪問看護事態調査・老人訪問看護実態調査・老人訪問看護報告（平成7年）、訪問看護統計調査（平成8年～11年）、介護サービス・施設事業所調査（平成12年～18年）

訪問看護ステーションの概況

- 訪問看護ステーション数、利用者数(介護保険)は、いずれも微増にとどまっている。
- 訪問看護は、介護保険費用額の2%(1270億円/年)、国民医療費の0.12%(390億円)とシェアが小さい。

訪問看護ステーションの利用者・従事者数

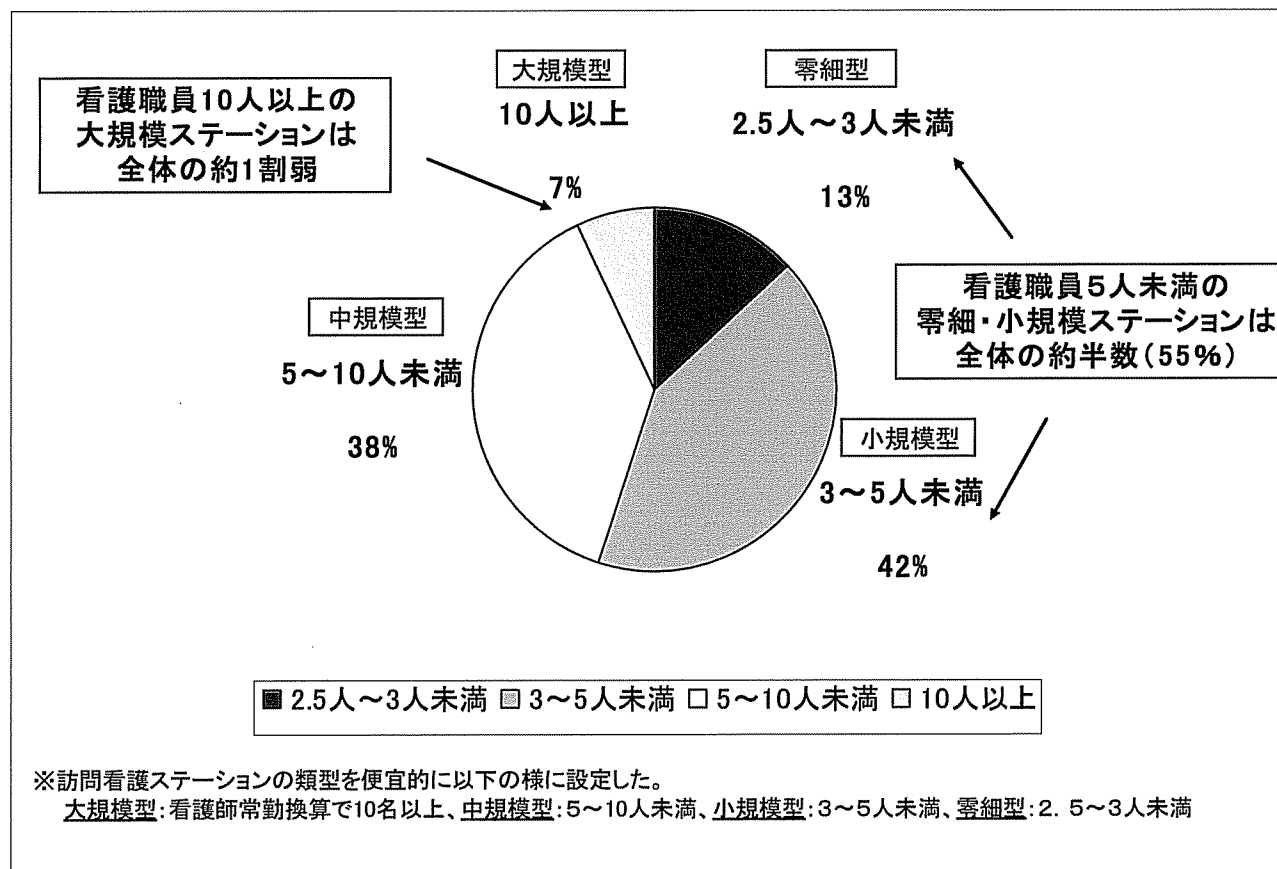
- 訪問看護ステーション設置数 [約5,480カ所 *2]
- 1事業所あたり看護職員数 [平均4.2人 *1]
- 1事業所あたり利用者数
[訪問看護 51.9人、介護予防訪問看護3.0人 *2]
- 常勤換算看護職員1人あたり延利用者数 [平均69.1人 *1]
- 1件当たりの所要時間
[平均123分（滞在時間；65分＋滞在以外時間；58分） *3]

*1 平成17年度介護サービス施設・事業所調査

*2 平成18年度介護サービス施設・事業所調査

*3 平成14年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所におけるサービス提供の在り方に関する調査研究事業」

訪問看護ステーションの看護職員数(常勤換算数)

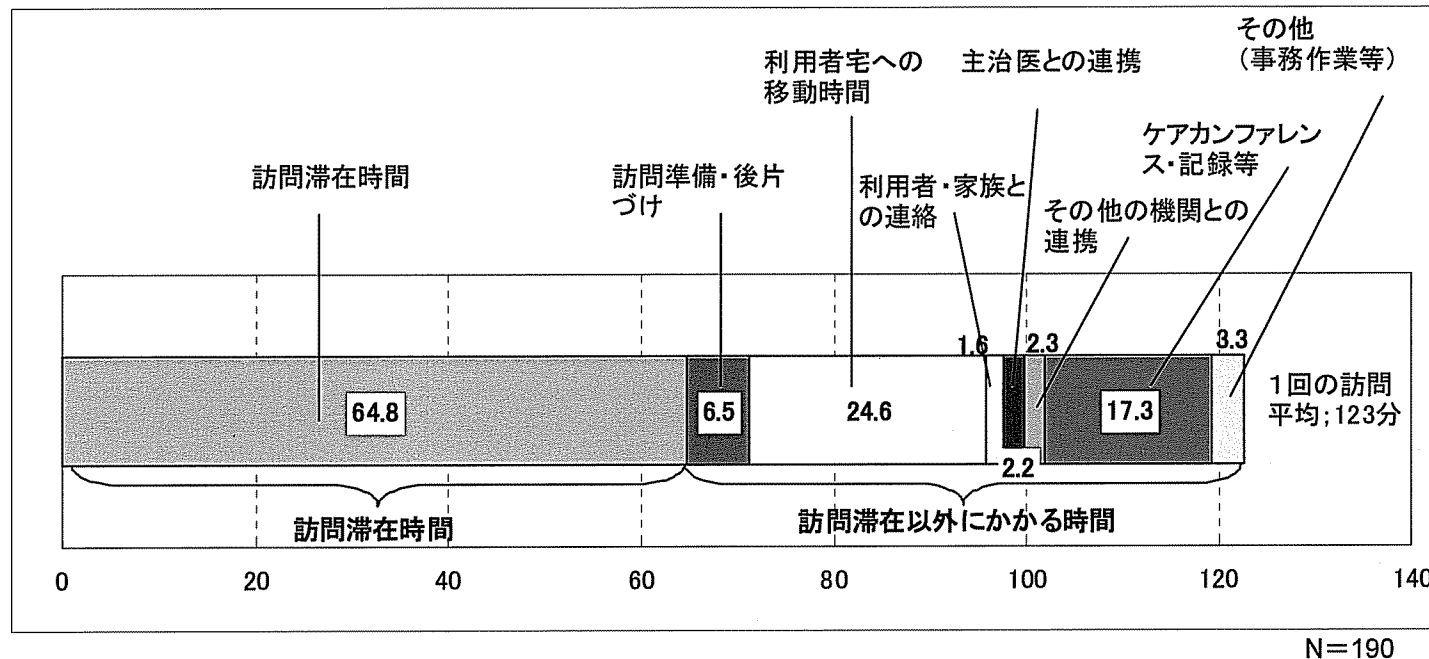


出典: 2005(平成17)年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

○ 訪問看護ステーションは、半数以上が5人未満の零細事業所。10人以上の大規模型は1割未満にとどまっている。

訪問看護サービスにかかる時間・内容

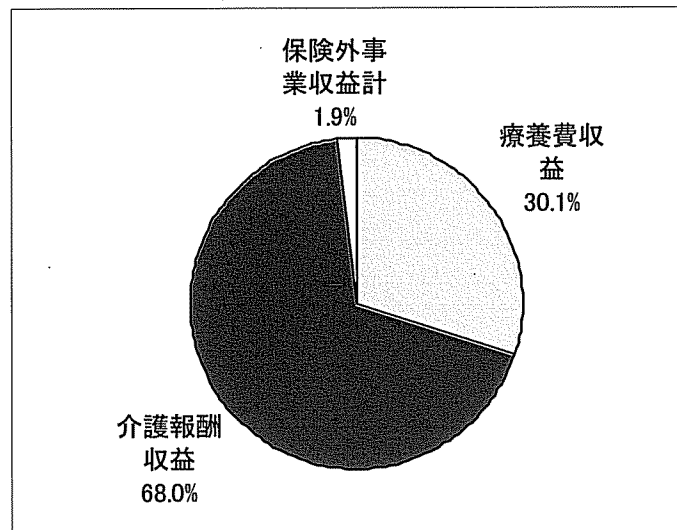
訪問1回にかかる訪問看護労働投入時間



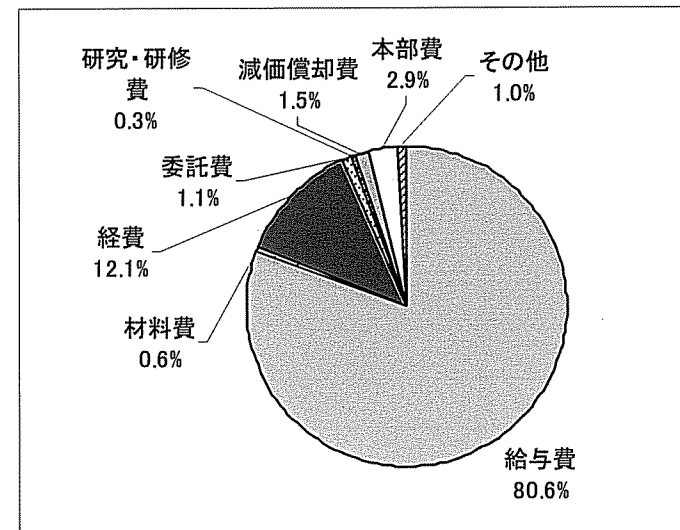
- 利用者1人あたり1ヶ月にかかる訪問看護労働投入量を調査した結果、訪問1回あたりに換算すると、利用者宅に平均65分滞在し、その他、準備・移動・記録・ケアカンファレンス等に58分かかっている。
- 利用者宅での滞在時間に対して、訪問以外の時間が同程度かかる。

訪問看護ステーションの収益構造

収益



費用



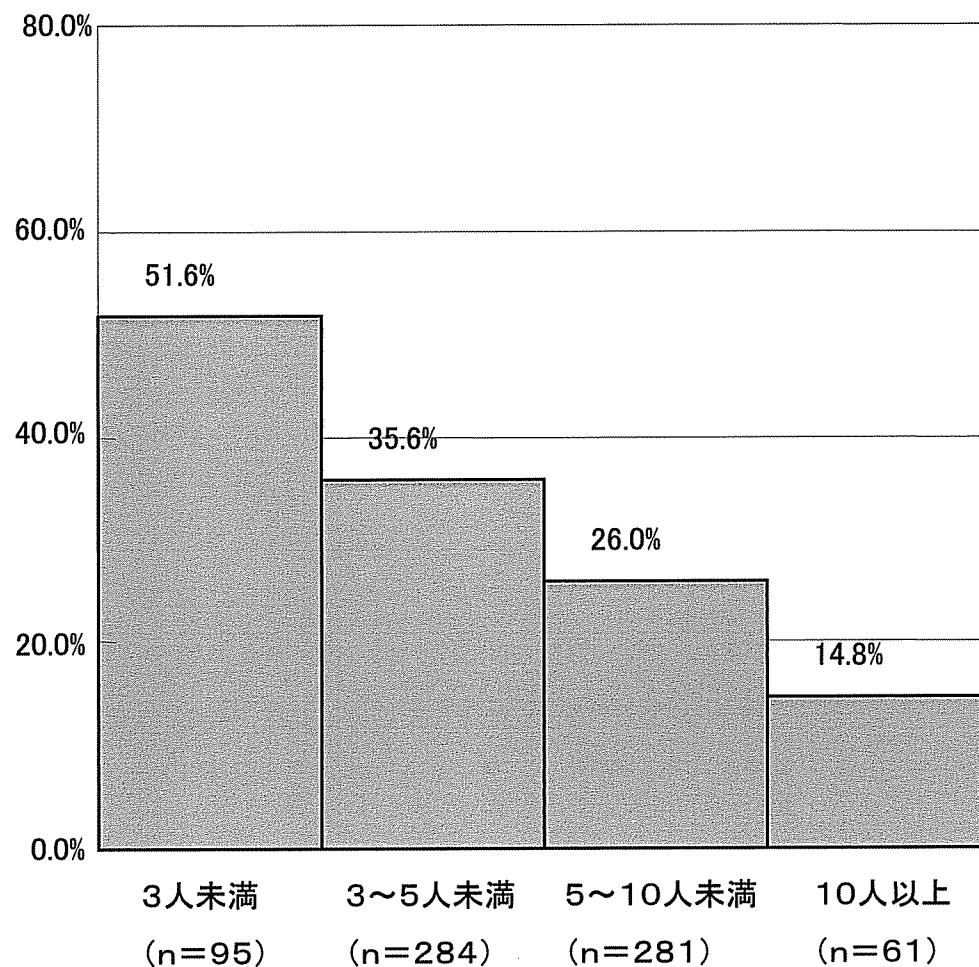
N=763

- 収益は、医療保険が3割、介護保険が7割程度を占める。
- 費用は、給与費が80.6%、経費が12.1%と、給与費が8割を占め、費用のほとんどが人件費の業態である。

出典：全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

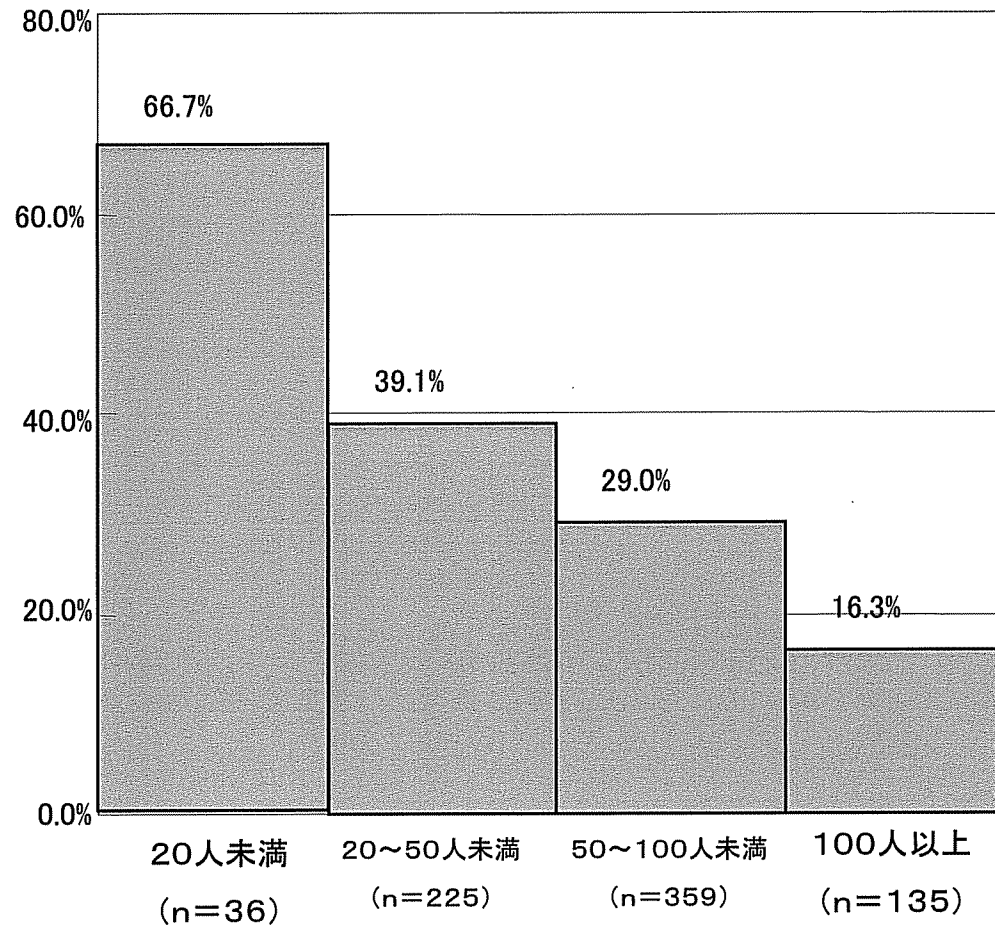
訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

職員数別赤字ステーションの割合



訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

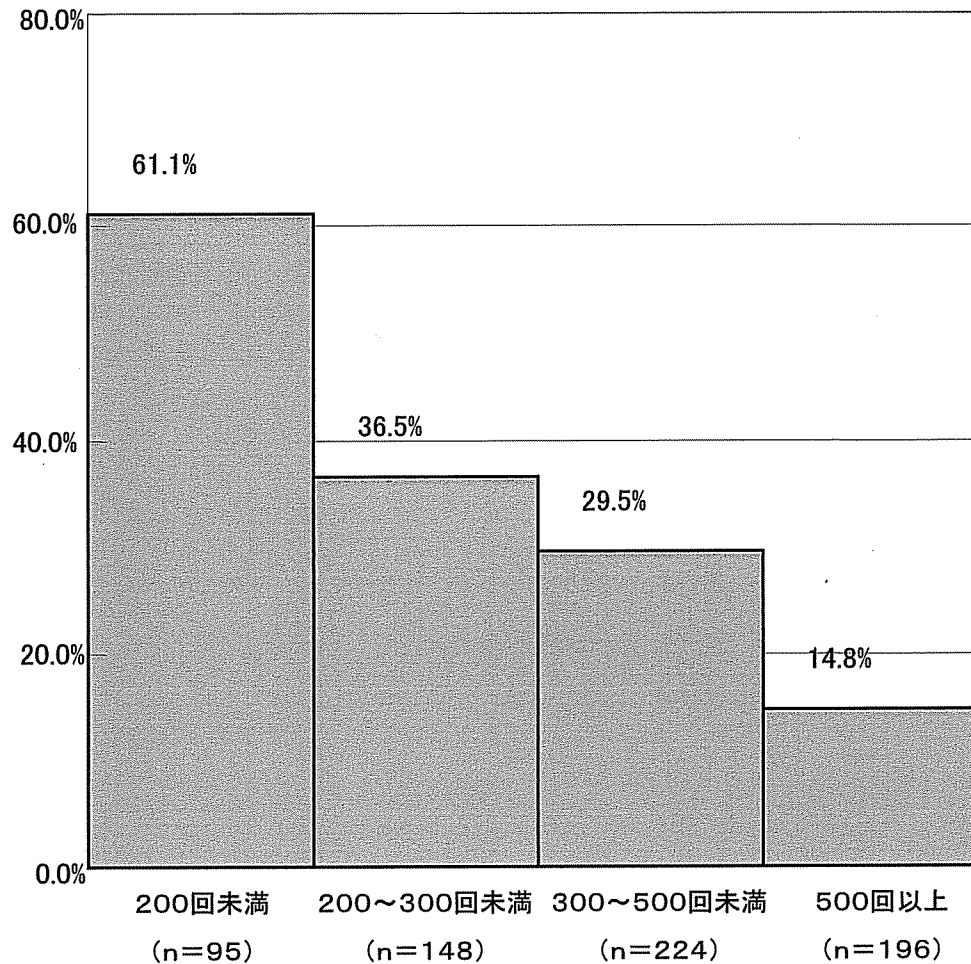
利用者数(医療+介護)別 赤字ステーション割合



出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

訪問看護ステーションの収支(赤字割合)

延訪問回数(医療+介護)別 赤字ステーション割合



出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

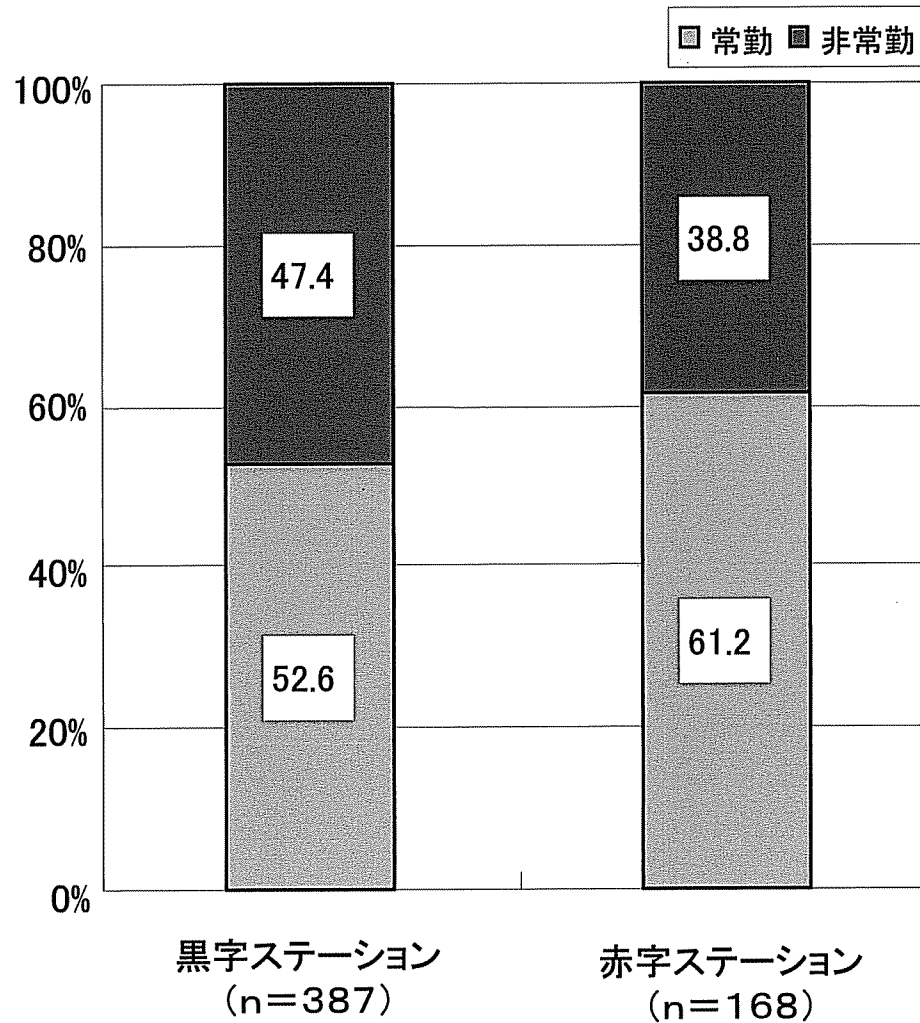
訪問看護ステーションの収支（赤字割合）

- 事業損益（3月分）が赤字のステーションが全体の31.6%。
- 特に、小規模なステーション（職員数が少ない、利用者数が少ない、延訪問回数が少ない）ほど、赤字の割合が高くなっている。

出典：全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果（2007年7月実施）より

黒字事業所における経営努力

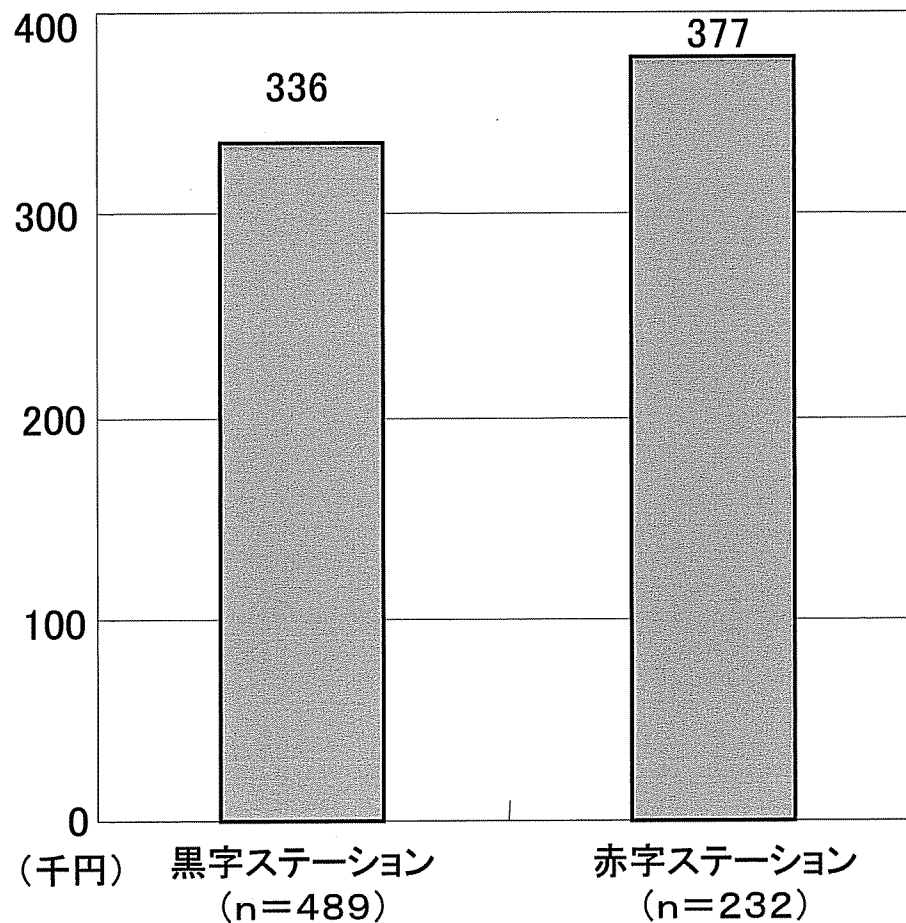
常勤職員の割合



出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

黒字事業所における経営努力

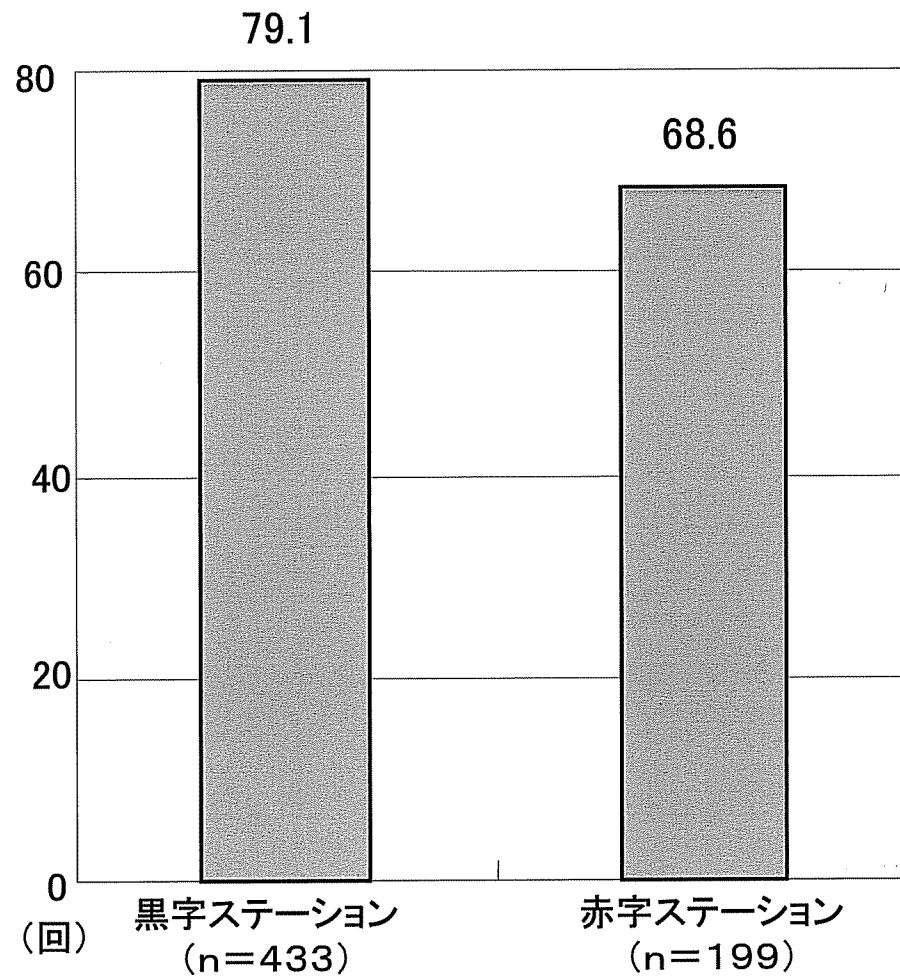
職員1人あたり給与費
(賞与、法定福利費、退職給与引当金等除く)



出典: 全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

黒字事業所における経営努力

職員1人1ヶ月あたりの訪問回数(常勤換算)



出典:全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

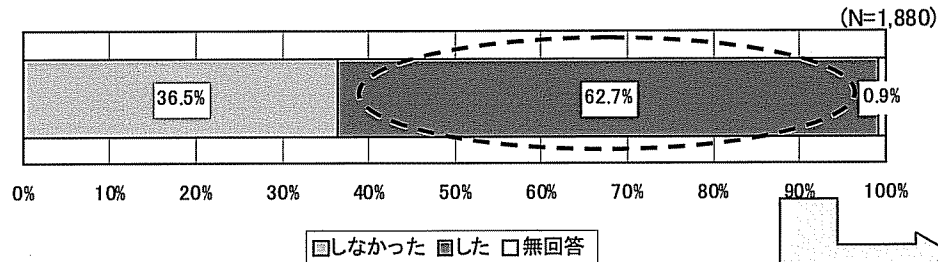
黒字事業所における経営努力

- 黒字の事業所は、非常勤職員を多く雇用し、職員1人あたり給与費を下げ、職員1人あたり訪問回数を多くして、収支を黒字にしている状況がみられる。
- しかしながら、サービスの質の確保、人材確保のためには、本来、常勤職員率をあげ、適正な給与を支払うことが重要。

出典：全国訪問看護事業協会 訪問看護ステーション経営概況緊急調査結果(2007年7月実施)より

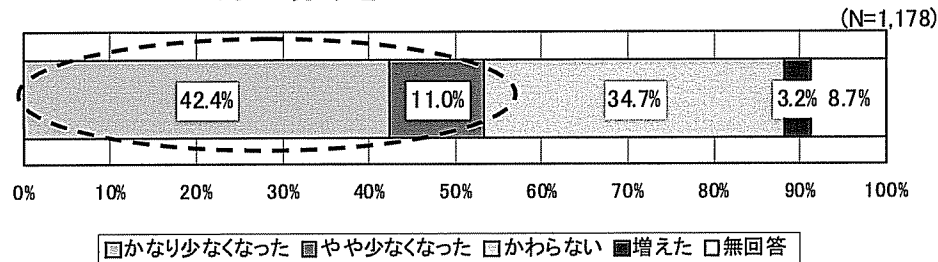
訪問看護ステーションの人材不足の状況

半年間(H18.4~9)の求人募集の有無



- 求人募集をしたステーションが6割。
- うち、求人募集しても、採用できなかったところが35.1%。

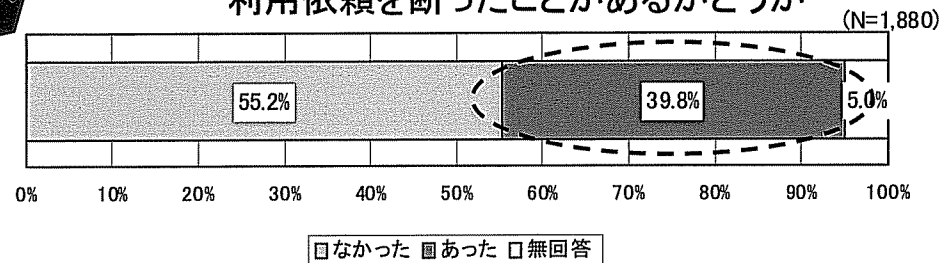
半年間(H18.4~9)に求人募集した反応
(求人募集をしたステーションのみの回答)



- 半年間に求人募集をしたステーションの過半数がこれまでに比べて「少なくなった」と回答。

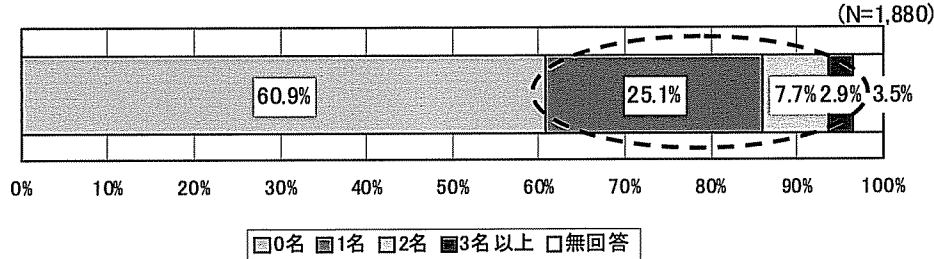
- 人材不足の結果、約4割のステーションが訪問看護の利用を断っている。

半年間に、人材不足により訪問看護の利用依頼を断ったことがあるかどうか



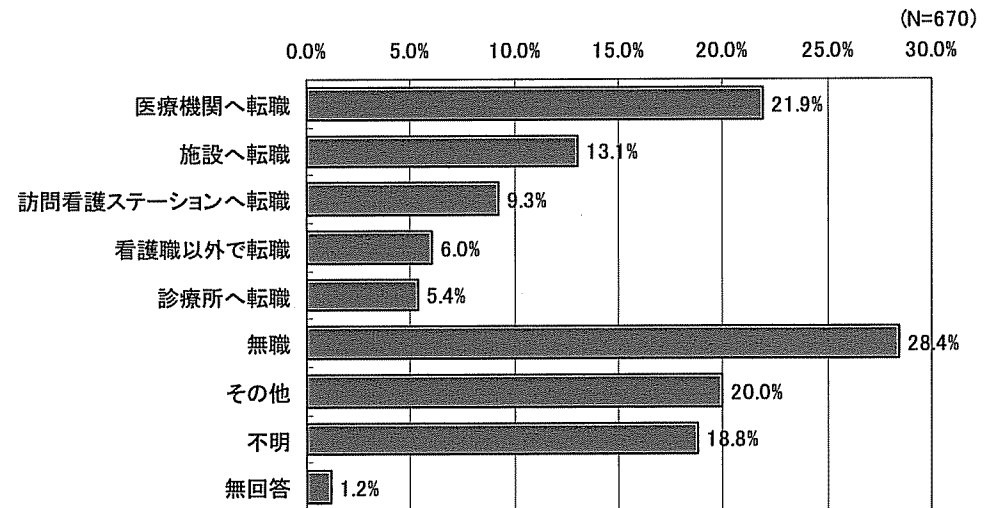
離職の状況

半年間(H18.4~9)の退職者数



- 半年間に退職者がいたステーションは4割。
- 退職者の転職先は、「医療機関」「施設」の順に多い。「その他」としては、「同法人内病院への異動」「居宅介護支援事業所へ異動」など。

退職者の転職先

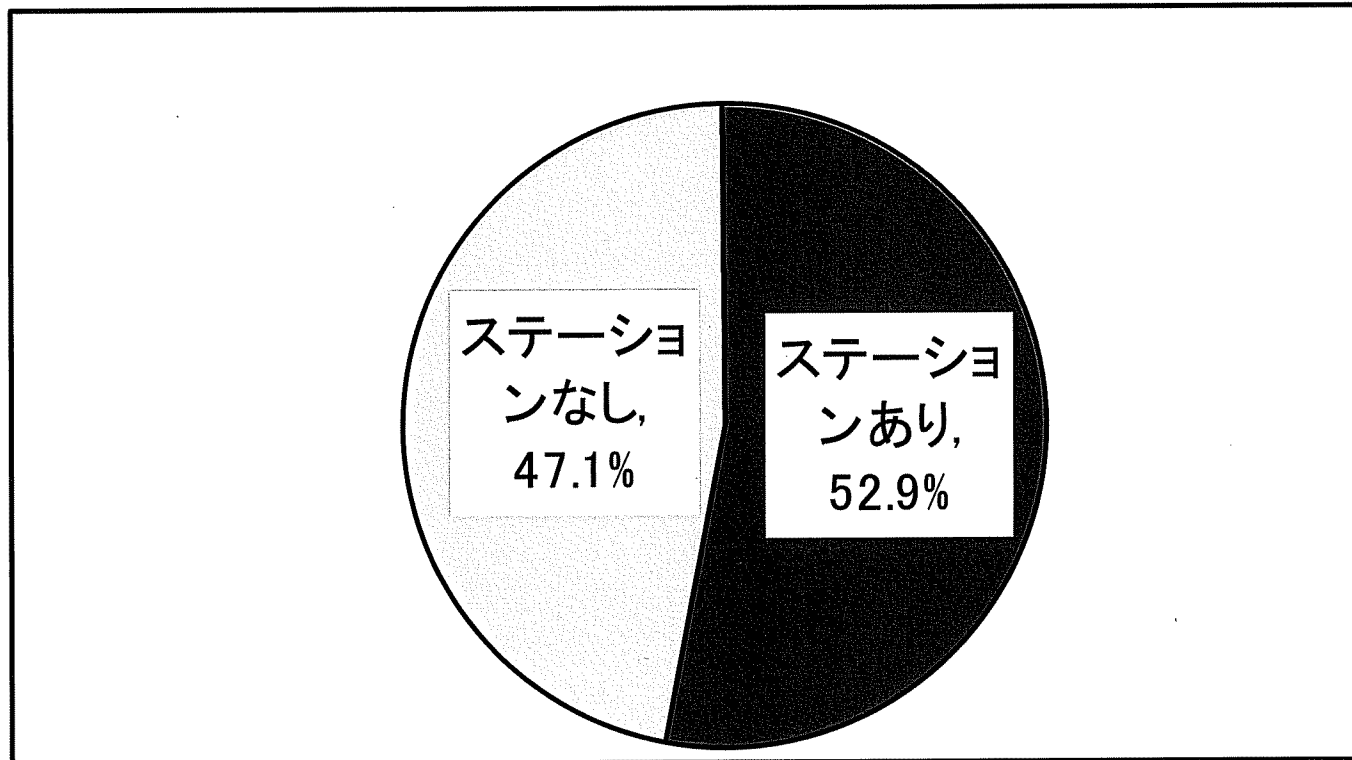


出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

全国における訪問看護サービスの遍在

全国の市町村における訪問看護ステーションの有無（H17.10.1現在）

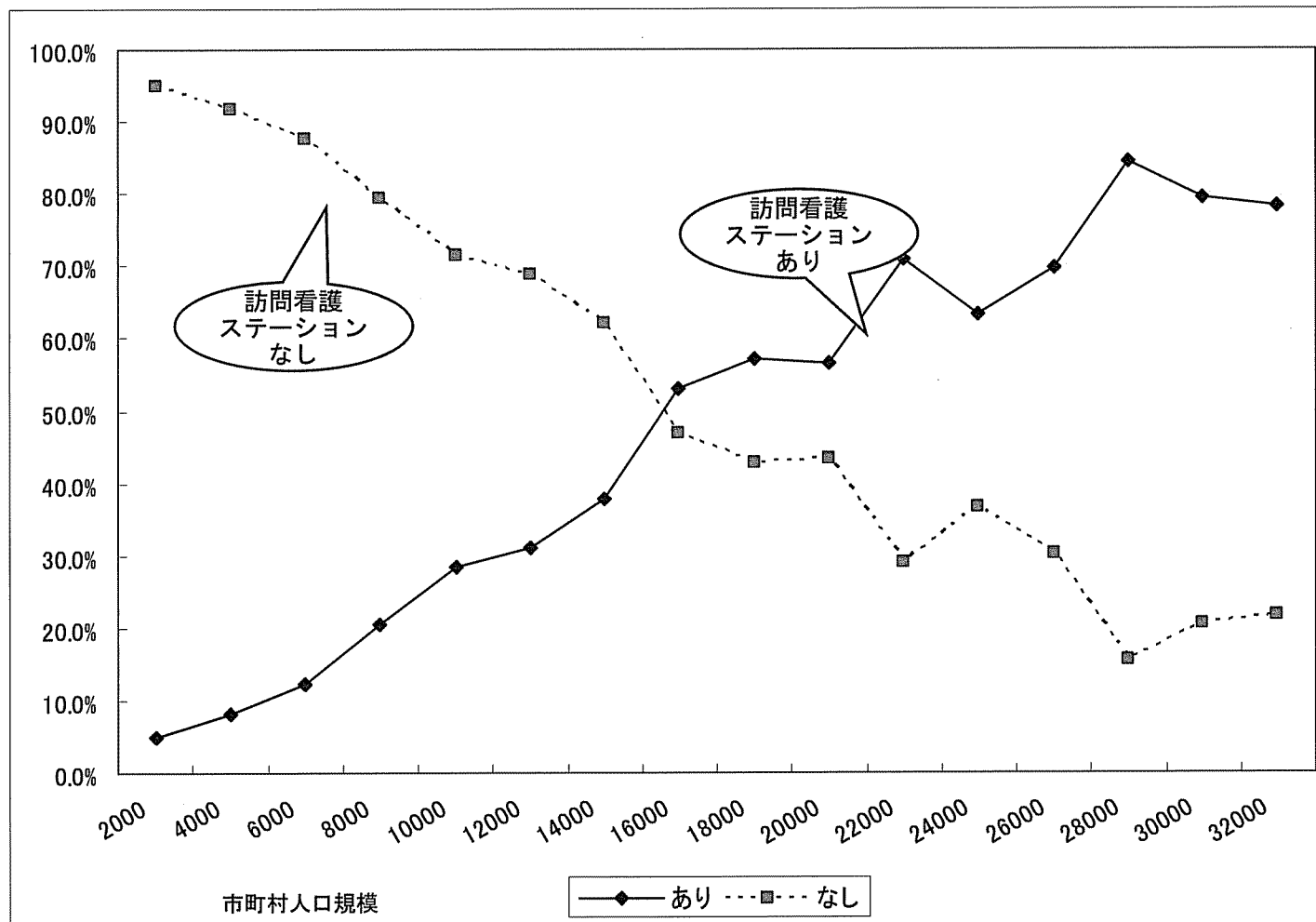
市町村数=2217



- 出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

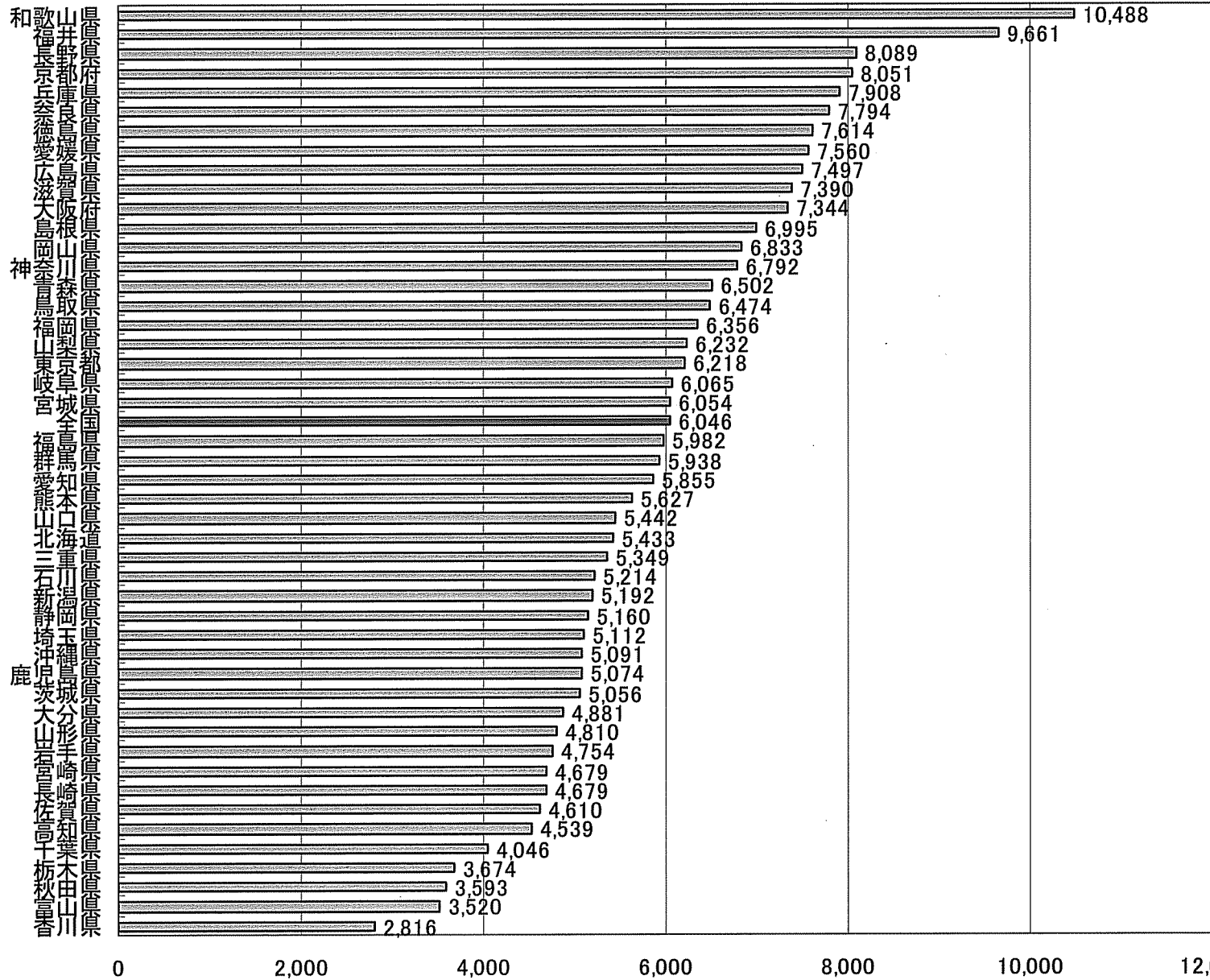
市町村人口規模別の訪問看護ステーション設置率

(H17.10.1現在)



出典: 全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数(都道府県別)

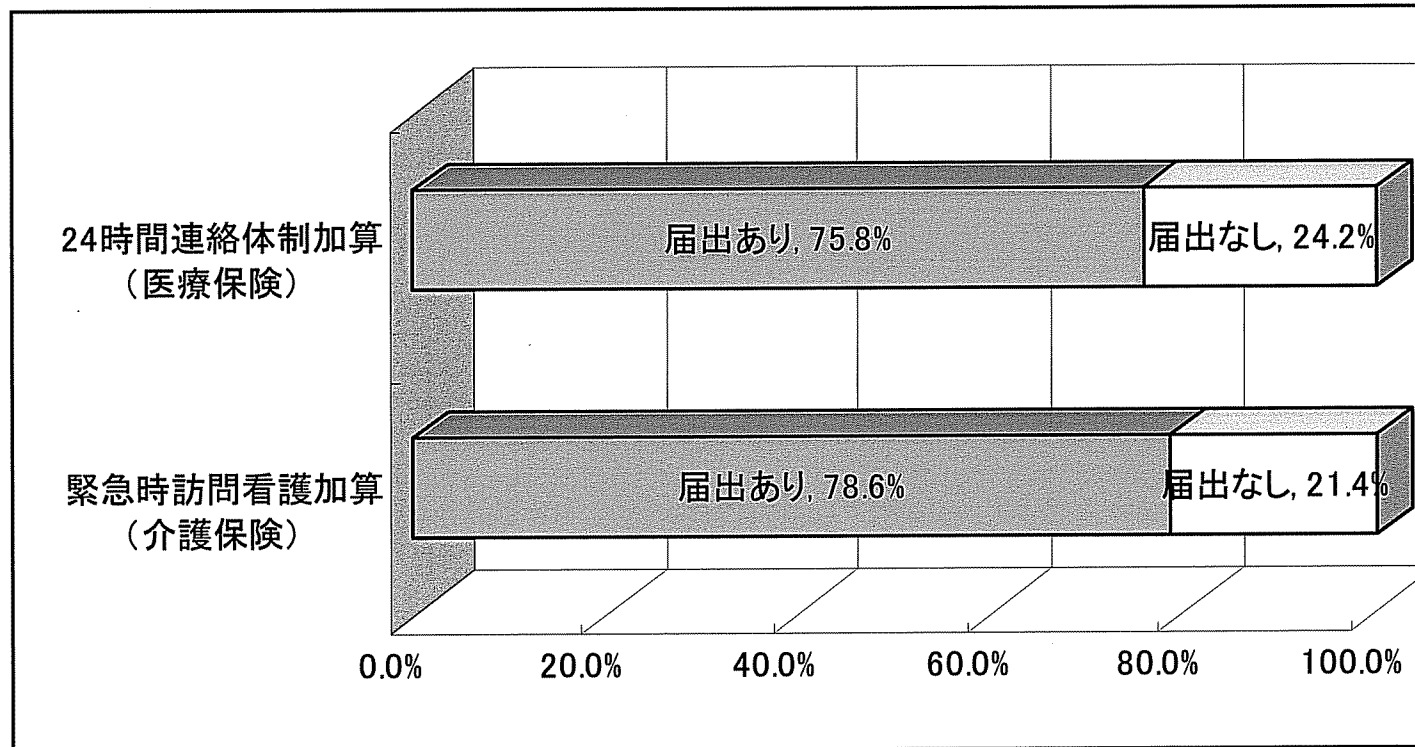


訪問看護サービスの偏在

- 訪問看護ステーション未設置市町村が半数。小規模市町村では、未設置が多い。
- 都道府県別の高齢者人口10万人あたりの訪問看護の回数は4倍の開きがある。

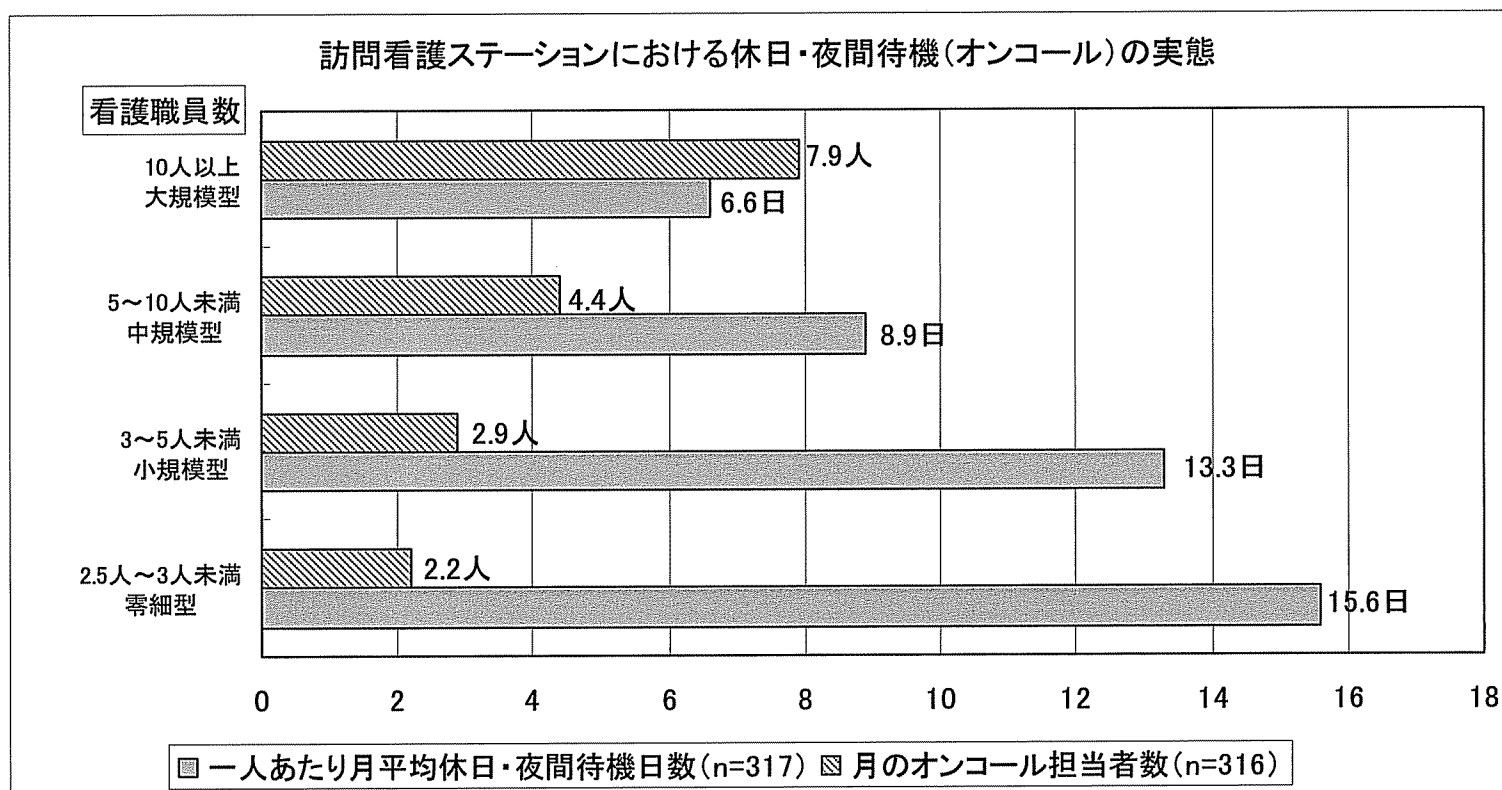
出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションに係わる介護保険サービスにおける看護提供体制のあり方に関する研究」

24時間オンコール対応の負担



出典:厚生労働省平成17年度介護サービス・施設事業所調査

24時間オンコール対応の負担



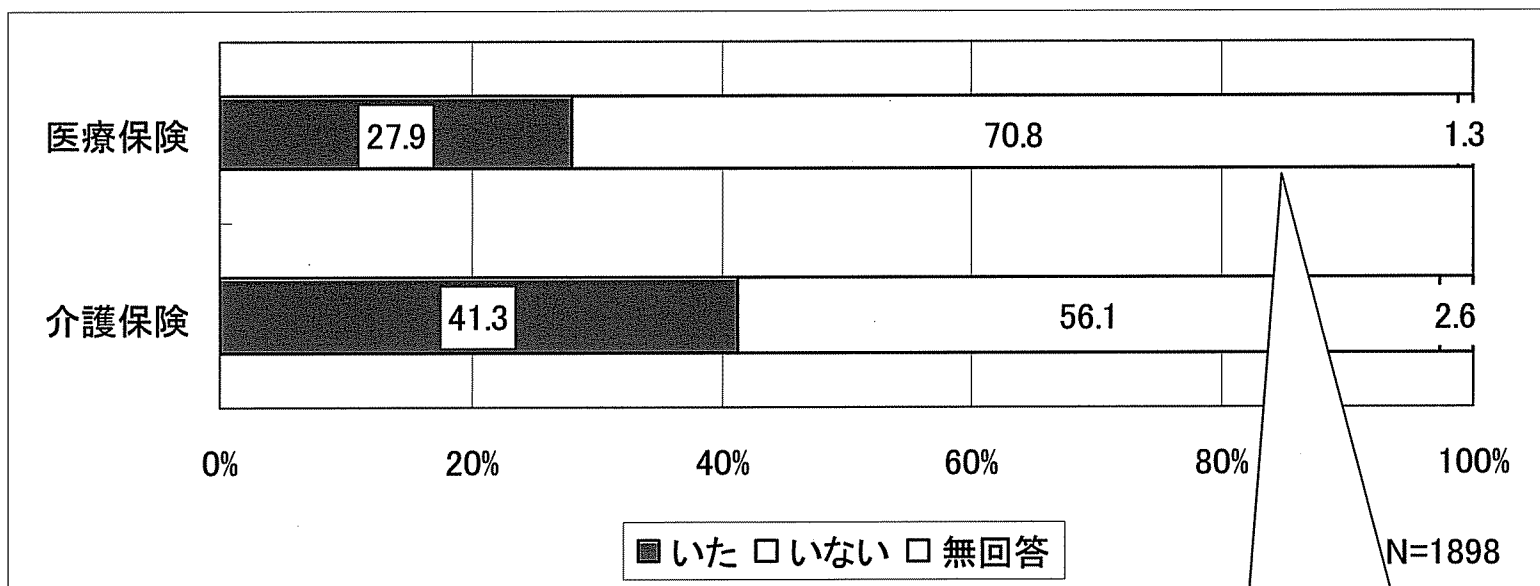
出典:平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会

24時間オンコール対応の負担

- 8割弱のステーションが24時間対応を行っている。
- 医療機器装着者など、夜間のトラブル発生があるため、職員の負担感が大きい。
- 小規模ステーションでは、職員1人が24時間オンコール対応を行う回数が多い。
- 特に、零細型(3人未満)では、平均15.6日(2日に1回)夜間携帯を持参して自宅で待機しており、職員にかかる負担が非常に大きい。

退院前訪問、退院日訪問について(介護保険)

退院前訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)

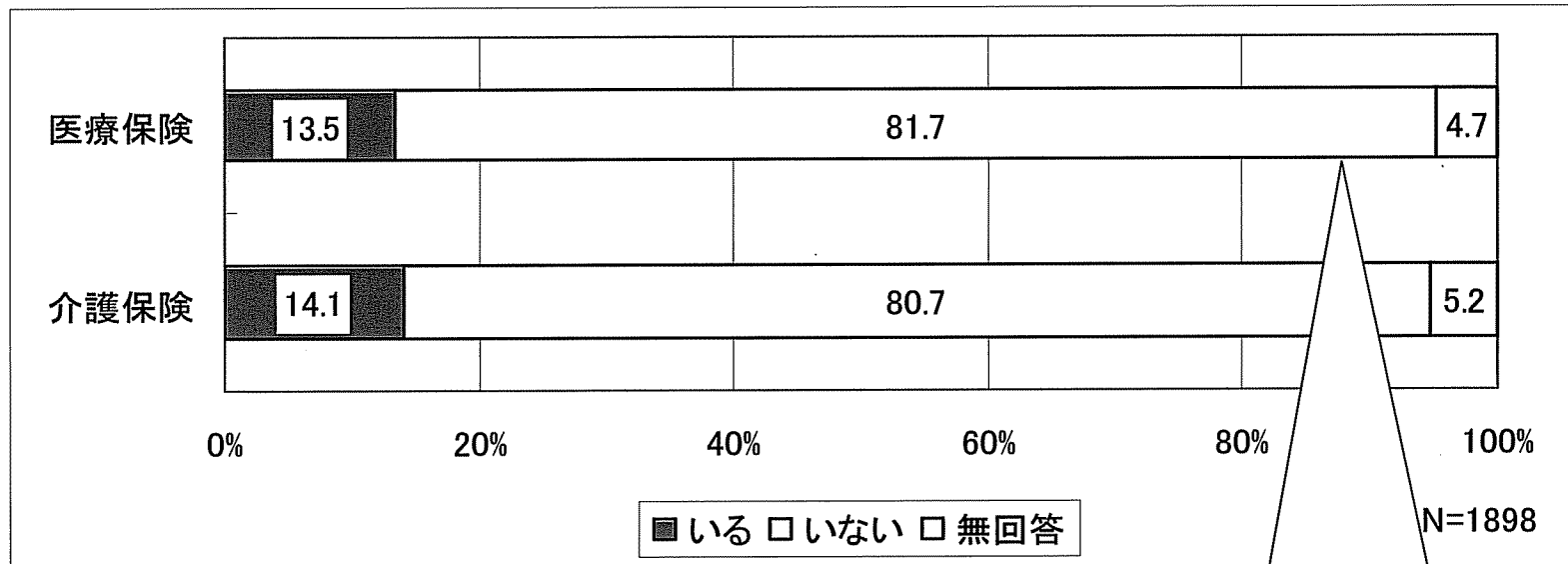


○ 医療機器を装着したまま退院となる患者などについて、入院先の病院に出向いて退院調整・指導を行っている。

介護保険では、退院前訪問(カンファレンス等)の評価がない。

退院前訪問、退院日訪問について(医療保険)

退院当日に訪問をした利用者の有無(1ヶ月間)



○ 退院当日に在宅で医療機器のセッティングや家族への介護指導等を行っている。

医療保険では、退院当日の訪問看護の評価はがん末期等である。

出典:全国訪問看護事業協会 平成18年度老人保健健康増進等事業「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」

衛生材料の円滑な供給体制について

- 薬事法により訪問看護ステーションでは衛生材料等の管理ができないため、カテーテルの閉塞、点滴のつまりなど、トラブル発生時に訪問看護師が迅速な対応が困難。
- 在宅療養指導管理料算定者に必要な衛生材料・医療材料は主治医から供給される仕組みになっているが、実際には、脱脂綿、滅菌手袋、消毒綿、ガーゼ、ドレッシング材など、利用者の個人負担やステーションからの持ち出しも多い。
- 衛生材料・医療材料が量・質ともに適切な時に供給されるシステムづくりが不可欠。

訪問看護ステーションの現状のまとめ

訪問看護ステーションの現状

- 訪問看護ステーション設置数 [約5,480カ所]
- 訪問看護ステーション看護職員数 [平均4.2人]
- 1件当たりの所要時間 [平均123分]
- 利用者数 [28万人程度]
- 介護保険におけるシェア [1,270億円]
- 医療保険におけるシェア [390億円]

経営に関する諸課題

- 規模が小さく安定的な事業運営が困難
- 全国的に事業所が偏在・不足
- マンパワー不足で新規利用者の受け入れ困難
- 報酬設定が低く、採算が合わない
- 診療報酬上評価されていない内容が多い
- 記録・請求事務が繁雑で業務に支障
- 訪問看護サービスの内容・価値のPR不足

10年後の2018年に向けて

超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって

訪問看護のミッション

国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう、24時間365日にわたり療養生活と在宅看取りの支援が可能な安定的なサービス供給を実現する

在宅看取りの推進及び訪問看護ステーションの 拡充に向けたH30(2018)年までの目標

○在宅死亡者割合を高める

- ・H17(2005)年の在宅(自宅・介護老人保健施設・老人ホーム)死亡者割合15.0%
について、H25(2013)年;20%、H30(2018)年;25%を目標とする
- ・在宅とは、自宅、居宅系サービス、介護保険施設を含めた様々な居住の場をさす

○在宅死亡者の訪問看護利用者割合を高める

- ・H17(2005)年現在、在宅死亡者のうち訪問看護を利用していたのは約17%であった
- ・H30(2018)年には、17%→50%(現在の約3倍)に引き上げること目標とする

○安定的な24時間サービス提供基盤の整備

- ・現在の訪問看護ステーションを「大規模訪問看護ステーション(仮称)」、「中規模訪問看護ステーション(仮称)」に拡充する。

訪問看護の活性化に向けたアクションプラン

	1. 利用者把握の適正化	2. 提供体制の確立とサービス質向上	3. 事業経営の安定化
訪問看護業界	<ul style="list-style-type: none"> ・需要予測方法の確立 ・需要把握方法の確立 ・訪問看護イメージアップ戦略 ・病院の退院調整機能の強化 ・在宅療養支援診療所との連携強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースセンター機能強化(訪問看護への新人や再就職者の積極的採用) ・研修の充実と強化:訪問看護師の新卒・継続教育の支援 ・訪問看護の機能(在宅移行、ターミナル)拡充 ・ステーション管理者強化・支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・コモン・システムの確立:訪問看護の周辺業務コモン・システム化による効率化の検討・試行・設置支援 ・経営戦略コンサル ・事業規模拡大・複合化 ・他職種との連携強化 ・ステーション管理者強化・支援
行政	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅ケア需要予測方法の確立 ・医療計画上の扱いの明確化 ・事業所の整備支援 ・退院調整機能の強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師確保策の推進 ・看護師需給見通しにおける訪問看護の扱いの明確化 ・僻地等での事業所の経営支援(移動の評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ・コモン・システム設置・拡大支援 ・記録・請求業務の簡素化 ・衛生材料供給システムの改善
社会	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・訪問看護の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間企業の訪問看護への参入 	<ul style="list-style-type: none"> ・IT業界・事務請負業者による参入

利用者把握の適正化

- ・医療圏毎に訪問看護の需要予測を行い、在宅ケア供給体制の整備目標の設定
- ・訪問看護ニーズの発生から利用までの阻害要因の分析・対策
病院の退院時の対応、ケアプラン作成段階、
- ・急性期の入院医療の需要予測との違い
関係するfactorが多様で複雑
病院の退院調整、利用者の価値観、訪問看護ステーションの
対応能力、ケアマネの能力等
⇒調査研究班のメンバー構成等の検討

医師の指示についての規定の見直し

- 「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」平成15年3月24日

療養上の世話については、行政解釈では医師の指示を必要としないとされている。療養上の世話については、看護師が医師等と適切に連携しつつ、その自律性、専門性を発揮することが必要であり、今後引き続き検討すべき課題である。

- 老人訪問看護制度創設時の検討の経緯

現行の訪問看護指示書

㊦訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書 (平18保医発0306001)

(別紙様式12)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)												
患者住所	電話 () -												
主たる病名													
現在の状況	病状・治療												
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.						
日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2				
	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M					
要介護認定の状況	要支援												
	要介護 (1 2 3 4 5)												
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜透析装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 (/min)										
	4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ										
項目に○等	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ)			日に1回交換									
	8. 留置カテーテル (サイズ)			日に1回交換									
	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定)												
	10. 気管カニューレ (サイズ)	11. ドレーン (部位:											
	12. 人工肛門	13. 人工膀胱	14. その他 (
	14. その他 (
留意事項及び指示事項													
I 療養生活指導上の留意事項													
II 1. リハビリテーション													
2. 褥瘡の処置等													
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理													
4. その他													
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)													
緊急時の連絡先 不在時の対応法													
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)													
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名)													

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

提供体制の確立とサービスの質向上

- 研修の充実と強化
- 訪問看護の機能拡充

医療処置、疼痛コントロール、栄養・排泄管理、死後の処置等に24時間対応し、在宅ケア、在宅死を希望する患者を支援する機能の強化

- 教育・研修機能・在宅看取り機能を持った訪問看護ステーションの体制整備⇒機能強化型訪問看護ステーション(仮称)の提案(日本訪問看護振興財団:在宅医療推進会議)

事業経営の安定化

- 事業規模拡大・複合化
- 多様な居住の場への訪問看護の拡大
- IT化促進、コモンシステムの確立

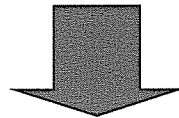
同一地域の設置主体の異なる法人の開設する事業所のネットワーク化等のモデル事業

全国訪問看護事業協会の方針

- 訪問看護事業の健全な発展を図るため、訪問看護事業の経営、サービスの質の確保・向上に関する調査研究および研修会等を行い、地域の訪問看護ステーションの情報拠点として、訪問看護事業の普及活動をする

全国訪問看護事業協会 平成20年度事業計画

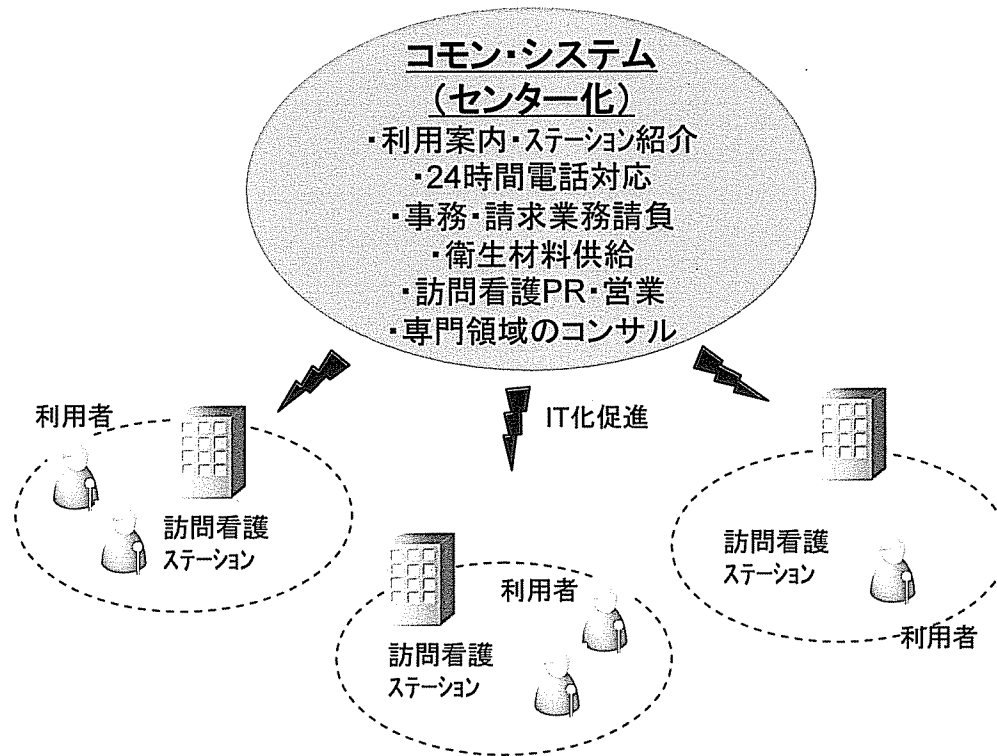
訪問看護師が訪問看護に専念できる体制の整備



- 訪問看護ステーション運営の支援
- 訪問看護ステーションの地域連携の強化
- 訪問看護ステーションサービスの共通システムの検討とモデル事業への取り組み

訪問看護ステーションのコモン・システム確立

訪問看護師が訪問看護業務に専念できるよう
事務作業・24時間電話対応など、周辺業務をコモン・システム化



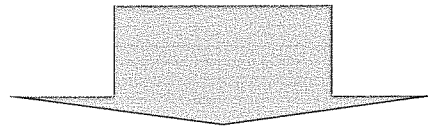
- 周辺業務をセンターへ委託 (Outsource peripheral tasks to the center)
- 24時間の電話対応 (24-hour phone support)
- 事務作業、請求事務の委託 (Outsource office work and invoicing tasks)
- 衛生材料の供給 (Supply of hygiene materials)
- 地域住民へのPR等 (PR to local residents, etc.)

訪問看護師が業務に専念することにより、より専門的・高度なケアの提供を可能にし、日本全体の在宅ケアの水準向上を目指す。

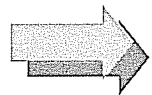
【最期まで在宅で安心して暮らせる社会の実現】

日本看護協会の方針

病院と在宅の切れ目のない医療の提供の仕組みを充実させ、訪問看護を必要とする人に、必要なサービスが確実に提供される体制をつくる

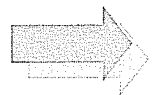


■訪問看護ステーションの経営基盤の強化



- 訪問看護の適正な報酬上の評価
- 訪問看護に従事する看護師の量的・質的な人材の確保

■人々がどこに暮らしていても一定の訪問看護サービスが同様に受けられるよう、地域性を踏まえた訪問看護の提供体制の整備



- 小規模の事業所同士の連携及び統合、大規模の事業所からの事業支援等

日本看護協会 平成20年度事業計画

●利用者ニーズの把握方法についての検討

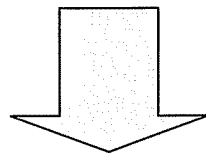
●訪問看護のイメージアップ戦略、訪問看護に対する認知度と効果的な情報発信の方法についての検討

●事業所の規模拡大と人材育成の方策についての検討

●事業所の機能充実(多機能化・看取りの推進・在宅移行支援)に向けた要件整理についての検討

日本訪問看護振興財団の方針

在宅移行期から看取りまで、24時間・365日の訪問看護等を実践し、住み慣れた地域での療養生活が支援できる在宅看護供給体制の充実にめざす



1. 訪問看護サービスの質の均てん化
2. 訪問看護の量的確保と経営の安定化
3. 在宅看護サービスの拠点化と多職種協働の推進

平成20年度 日本訪問看護振興財団事業計画

1. 訪問看護サービスの質の均てん化

- 訪問看護認定看護師の育成と活用
- 訪問看護のブロック研修実施
- eラーニングの開始
- 研究発表の機会拡大（第14回交流集会の活用）

2. 訪問看護サービスの量的確保と経営の安定化

- 訪問看護ステーションの経営コンサルテーション事業

3. 在宅看護サービスの拠点化と多職種協同の推進

- 機能（教育・看取り等）強化型訪問看護ステーションの設置促進
- 地域における看護の役割の周知徹底
- 療養通所介護開設促進
- 在宅関連職種間の連携促進（第14回交流集会の活用）

行政への要望・提案事項

1. 訪問看護の医療計画上の位置づけの明確化

4疾病5事業以外の需要も踏まえたサービス提供体制の確立

2. 看護師需給見通しにおける訪問看護部門の扱いの明確化

3. 平成17年度から開始された「訪問看護推進事業」の評価と見直し

訪問看護拡充10ヵ年戦略(仮称)の策定に向けて

利用者メリット

最期まで住まい
で療養できる。

事業者メリット

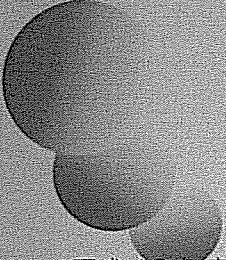
良質な訪問看護
サービスの供給
ができる。

保険者メリット

効率的な保険
運用を実現。

1. 訪問看護事業の計画的拡充方針の明確化
 - 2018年までを見越した段階的な利用者と訪問看護ステーション設置拡充策の検討(H21-H23、H24-26、H27-29)。
2. 介護報酬改定における報酬体系の適切な評価、体系の見直し
 - 訪問看護機能の専門分化の促進とその評価。
 - 居住系施設等との連携による効率化。
3. 利用者視点を重視した訪問看護インフラ整備
 - 医用材料等供給支援センターモデル事業、帳票管理・請求及び会計に係る電子処理センターモデル事業、24時間コールセンターモデル事業、高度専門的在宅ケア支援事業、広域対応ネットワークモデル事業、等。
4. 事業規模の拡大及び事業基盤の強化
 - サテライトの設置推進について、改めて周知。
 - 自治体又は大学との連携や民間の大規模展開等、事例集積・ベンチマーク事業の実施。
5. マンパワー確保・就労支援対策
 - 地域別需給計画の立案及び介護保険事業計画等への反映。
 - ナースセンター機能の強化。
6. 訪問看護の人材育成と質の保障
 - 新人看護師に対する訪問看護教育システムの整備
 - 訪問看護認定看護師教育の拡充
 - 訪問看護ステーション管理者の管理能力向上と支援

平成19年度 厚生労働省補助金調査研究事業中間報告会 「在宅ケア最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～」



平成19年度 厚生労働省補助金調査研究事業

中間報告会

「在宅ケア最前線！～明日の在宅ケアを考えよう～」

スライド原稿版

日本看護協会
日本訪問看護振興財団
全国訪問看護事業協会

日時：平成20年3月3日（月）13:30～18:30
場所：丸ビルホール&コンファレンススクエア Room4
（東京都千代田区丸の内2-4-1 丸ビル8階）

