中医協　総－５
２９．１１．１５

在宅医療（その４）

平成29年11月15日

在宅医療（その4）

１．訪問看護の提供体制（総論）

２．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

３．病院併設の訪問看護ステーション

４．関係機関との連携

在宅医療（その4）

1．訪問看護の提供体制（総論）

2．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

3．病院併設の訪問看護ステーション

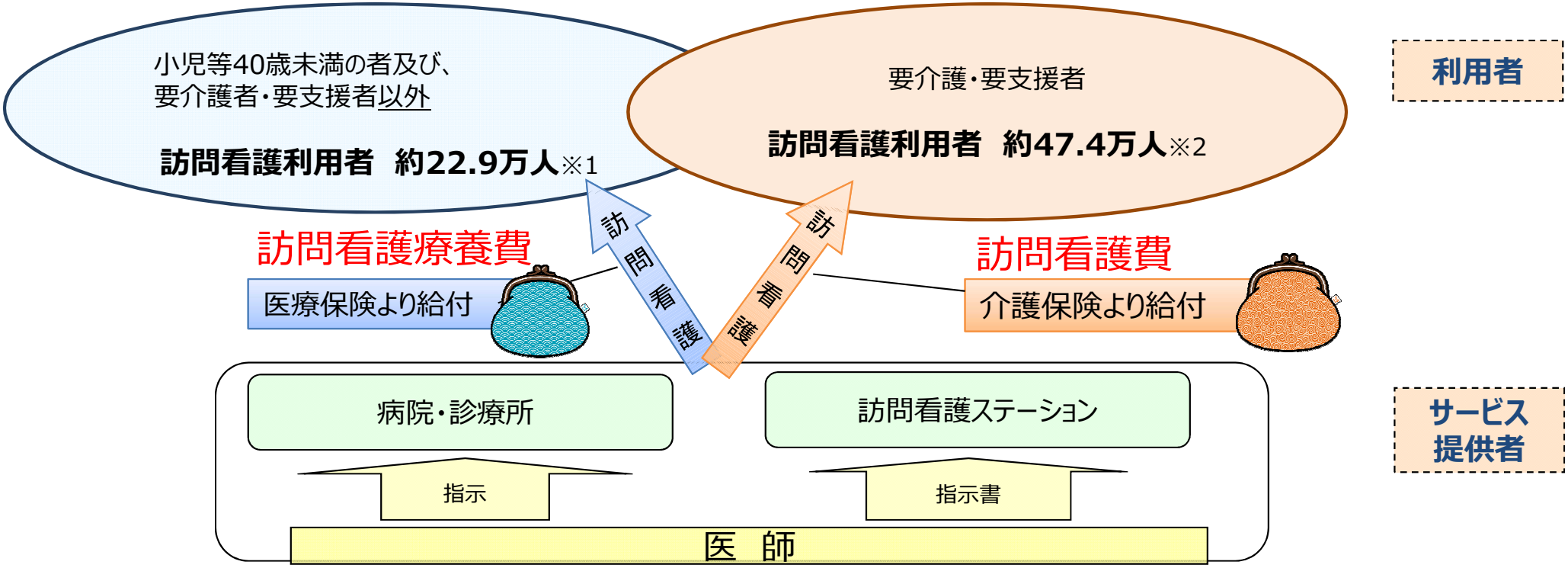
4．関係機関との連携

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29年6月審査分より推計、暫定値）

※2介護給付費等実態調査（平成29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】

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）

【介護保険】

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。

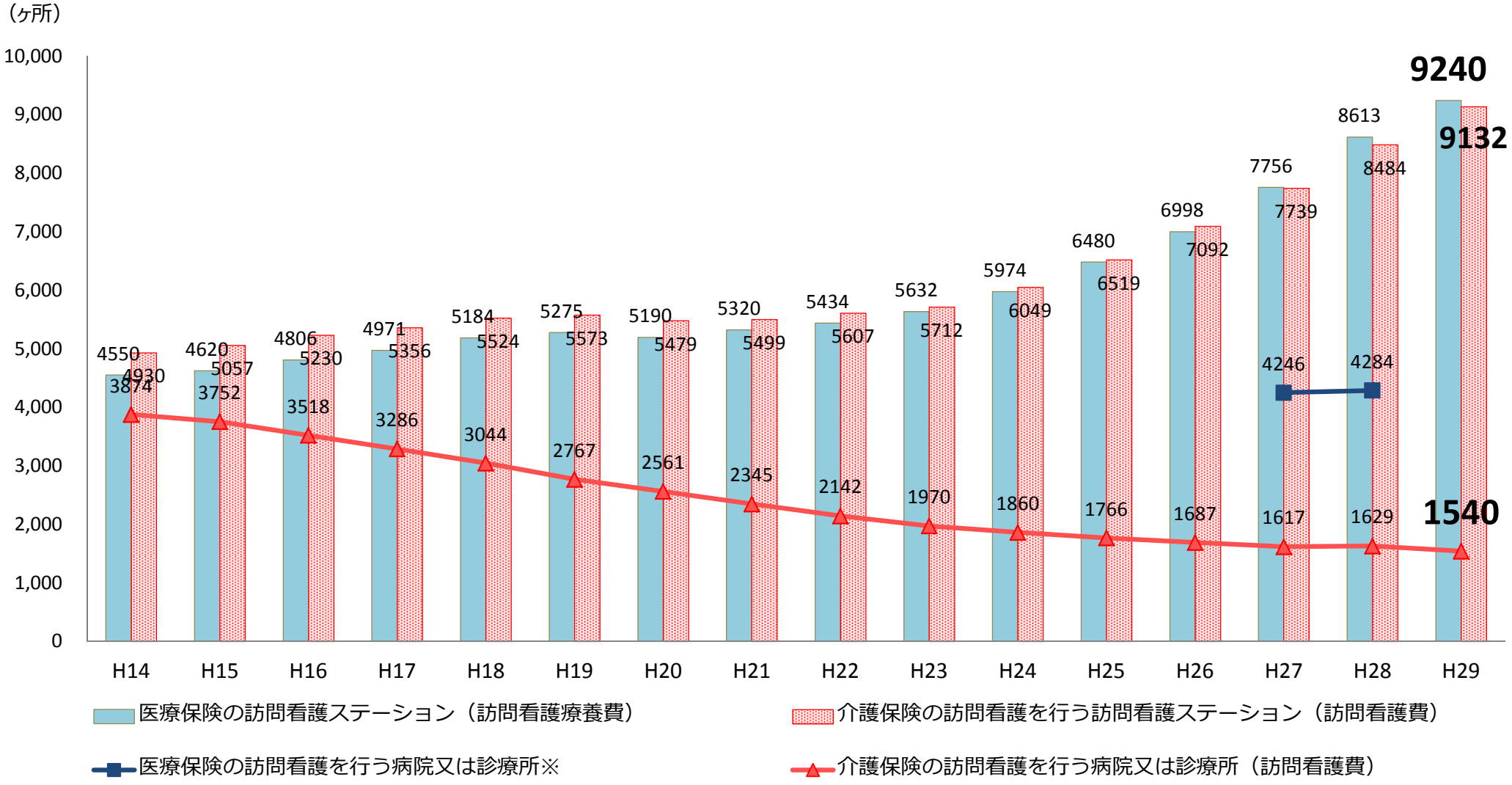
※3：別表第8

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。



※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

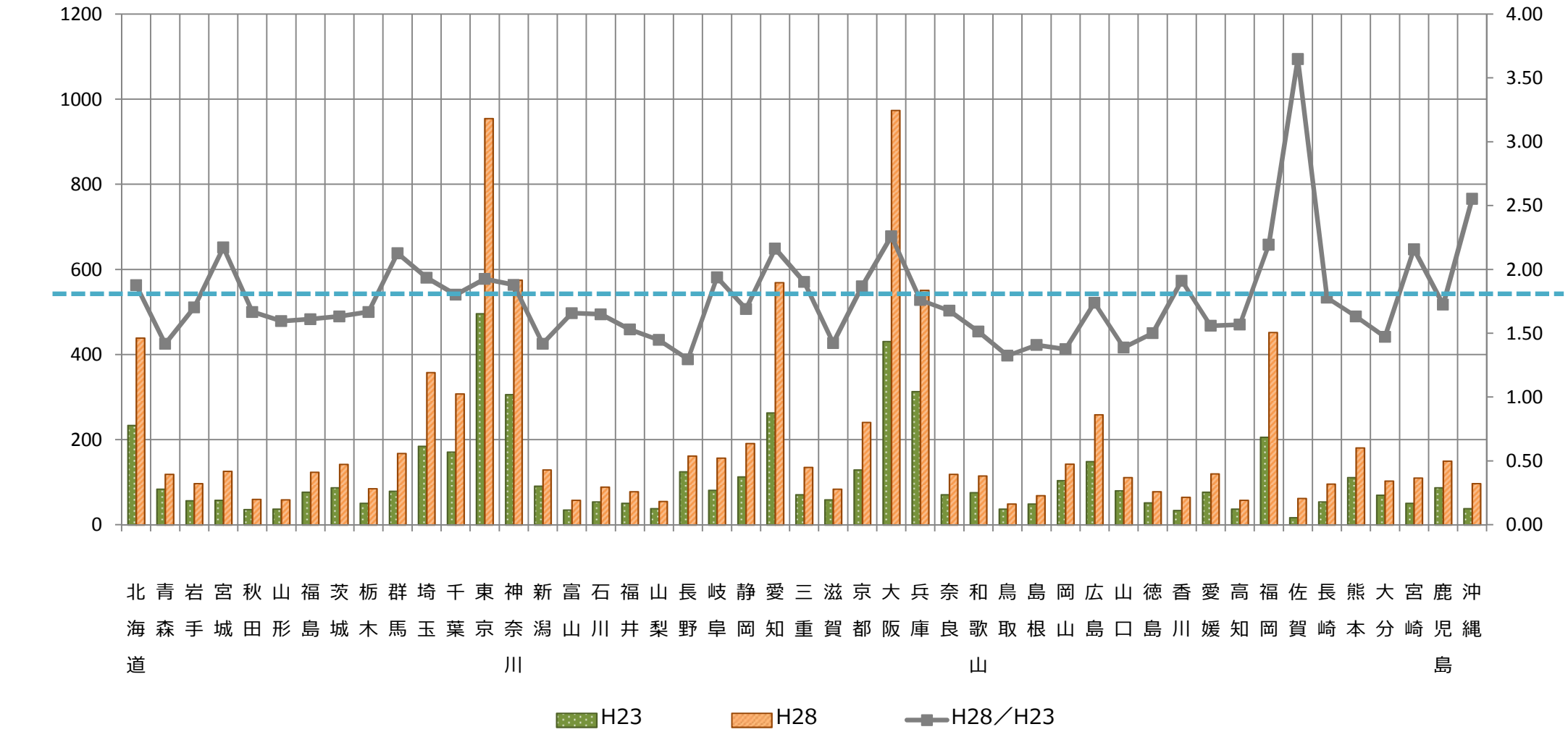
出典：「医療費の動向調査」の概算医療費データベース（各年５月審査分、平成29年のみ4月審査分）、NDBデータ（各年５月診療分）、「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

都道府県別　訪問看護ステーション数の推移（平成23年と平成28年の比較）

○　平成23年から平成28年まですべての都道府県で増加しており、最大3.6倍、最小1.3倍、全国平均で1.83倍まで増加している。

■　**平成23年と平成28年の訪問看護ステーション数及び増加率**

H28事業所数／H23事業所数
全国平均　1.83



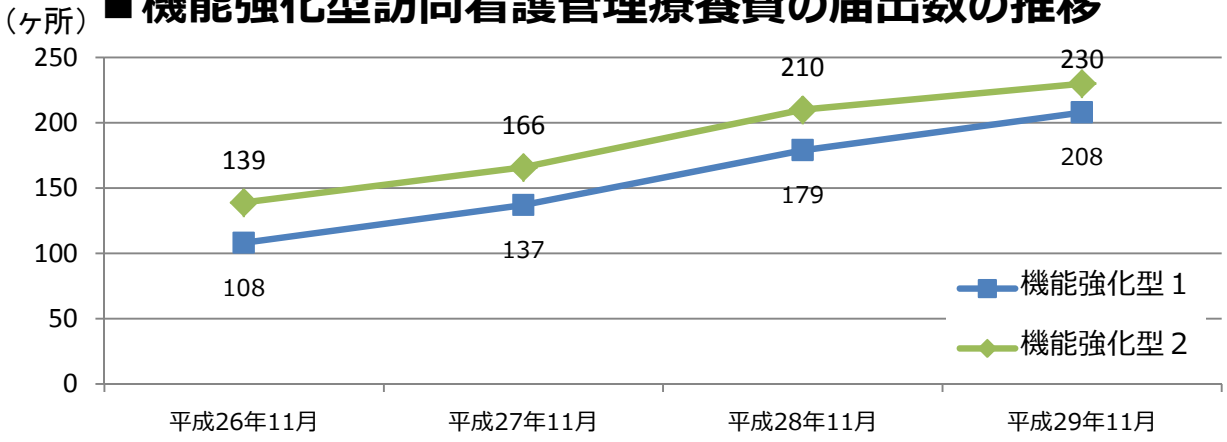
出典：平成23、28年度「介護サービス施設・事業所調査」

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

○　機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成29年11月時点で機能強化型１が208事業所、機能強化型２が230事業所であり、機能強化型１に比べ機能強化型２の届出数が多い。

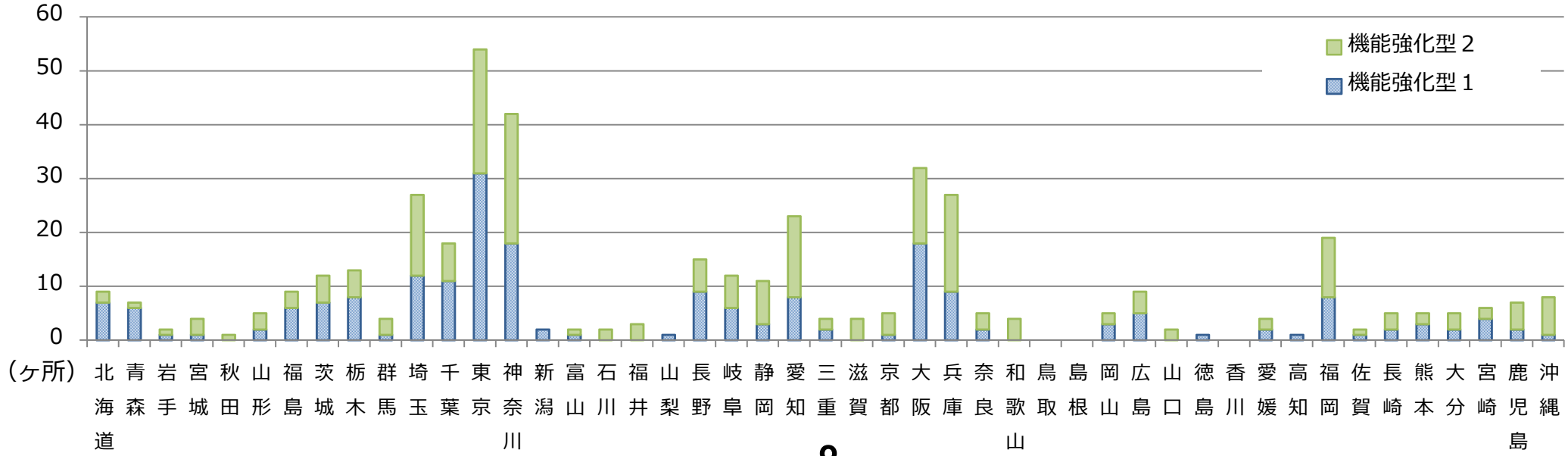
○　大都市部で届出が多い傾向があり、届出がない県は３県ある。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費１	機能強化型 訪問看護管理療養費２	計
208	230	438

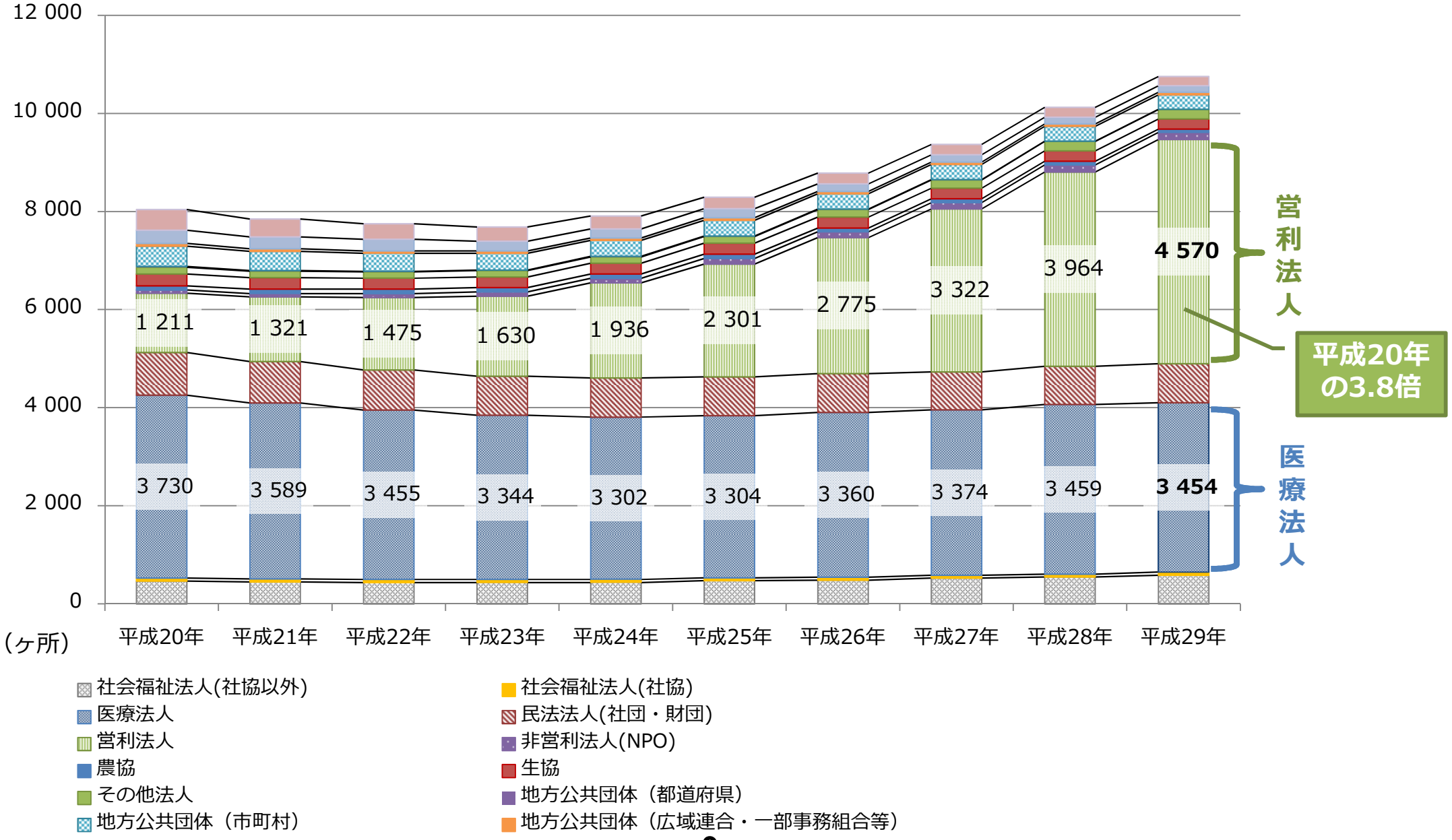
■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数



出典：保険局医療課調べ（平成29年11月1日時点）

法人種別訪問看護ステーション数の推移

○　法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

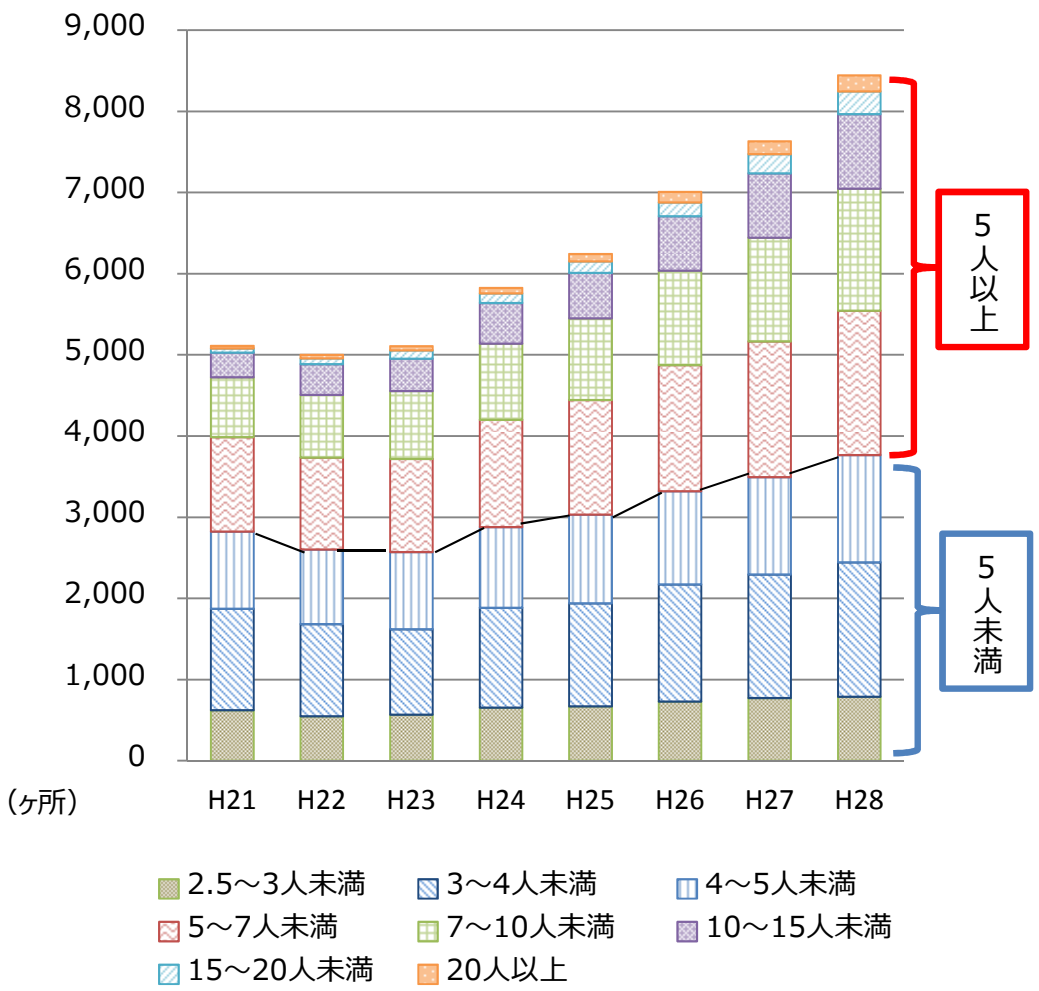


出典：介護給付費実態調査（各年4月審査分）

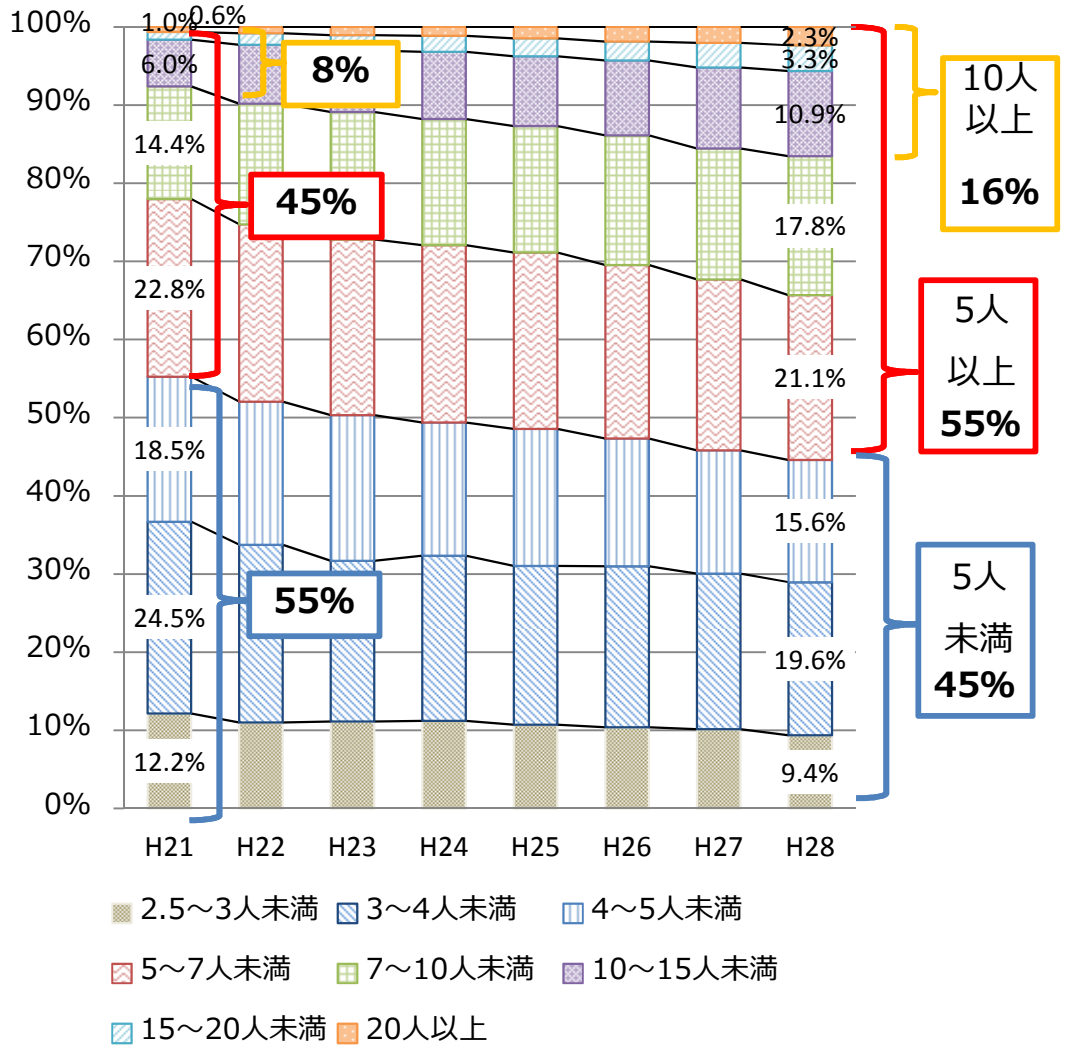
訪問看護ステーションの従業員規模別の推移

○　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。
○　従業員が10人以上のステーションの全体における割合は2倍となっている。

■　**従業員規模別の訪問看護ステーション数の推移**



■　**従業員規模別の訪問看護ステーション数（割合）の推移**



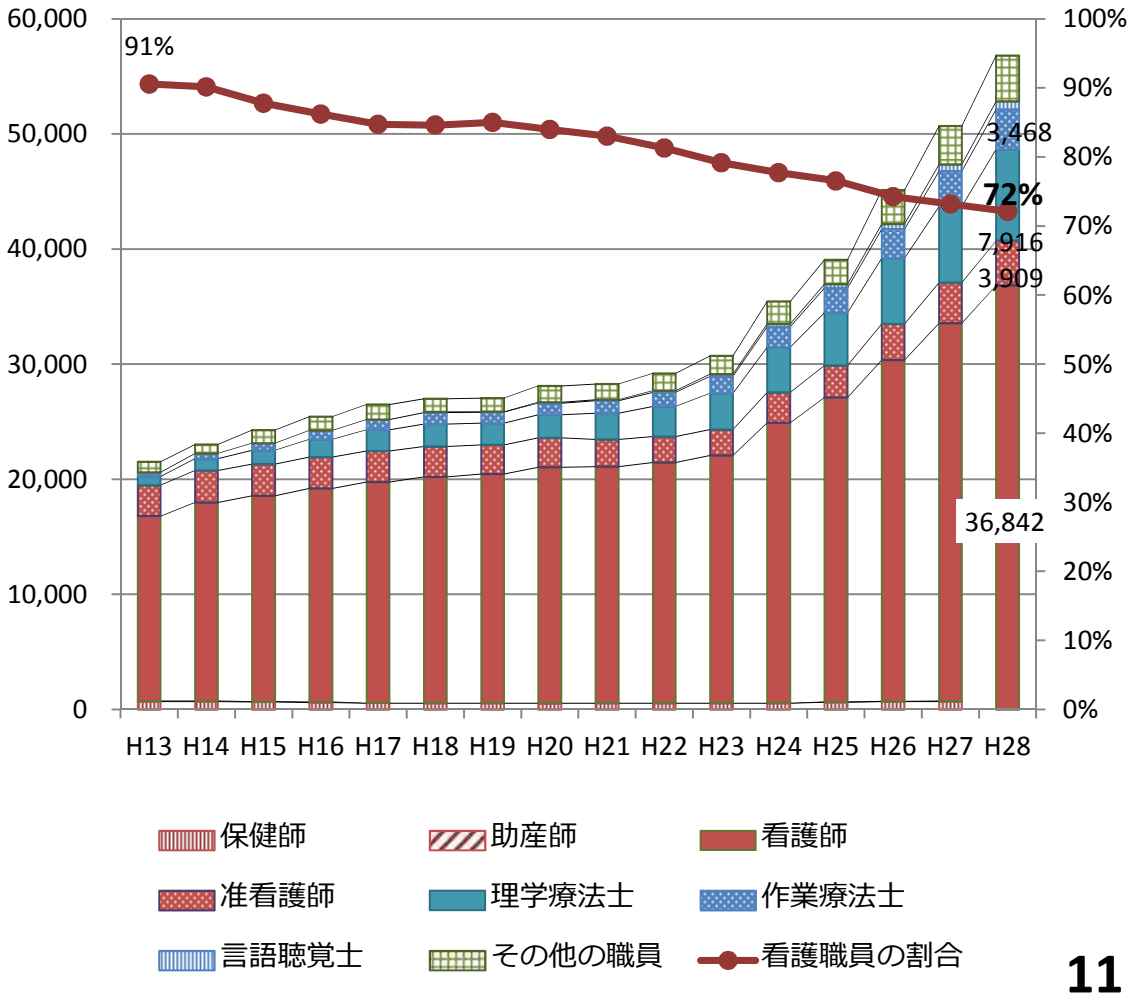
出典：介護サービス施設・事業所調査より保険局医療課にて作成

訪問看護ステーションの従事者数の推移

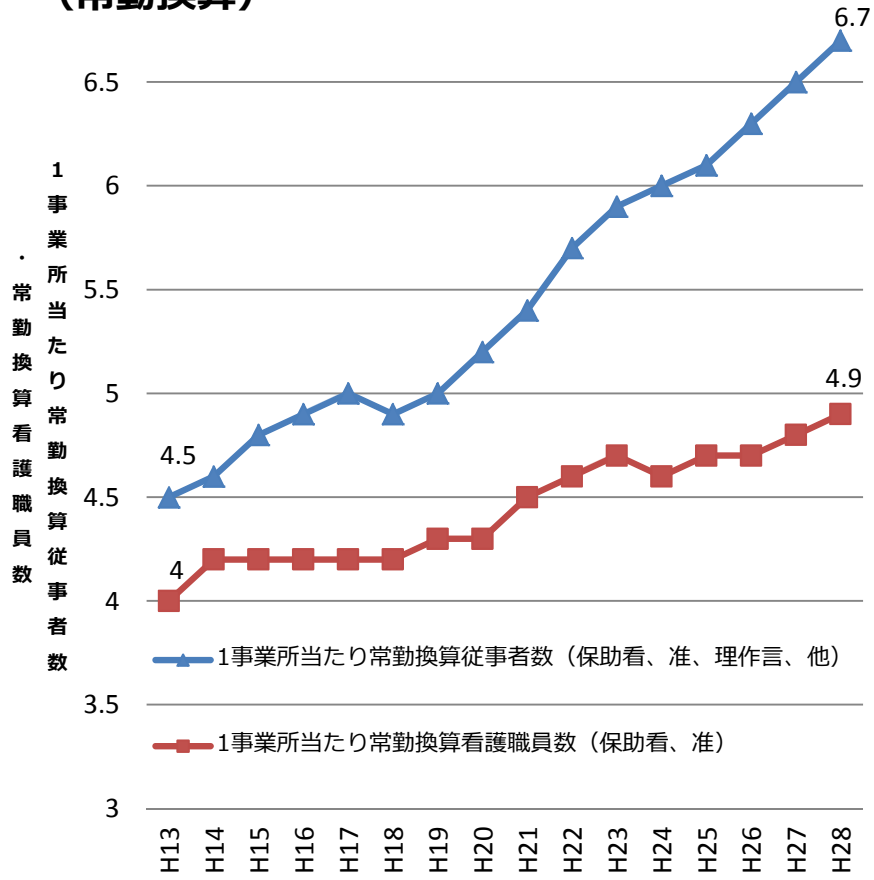
○　訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）は看護師約37,000人、准看護師約3,900人、理学療法士約7,900人、作業療法士約3,500人であり、いずれの職種も年々増加している。全従事者に占める看護職員の割合は72%であり、低下傾向である。

○　1事業所あたりの従事者数は6.7人で、そのうち看護職員は4.9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）

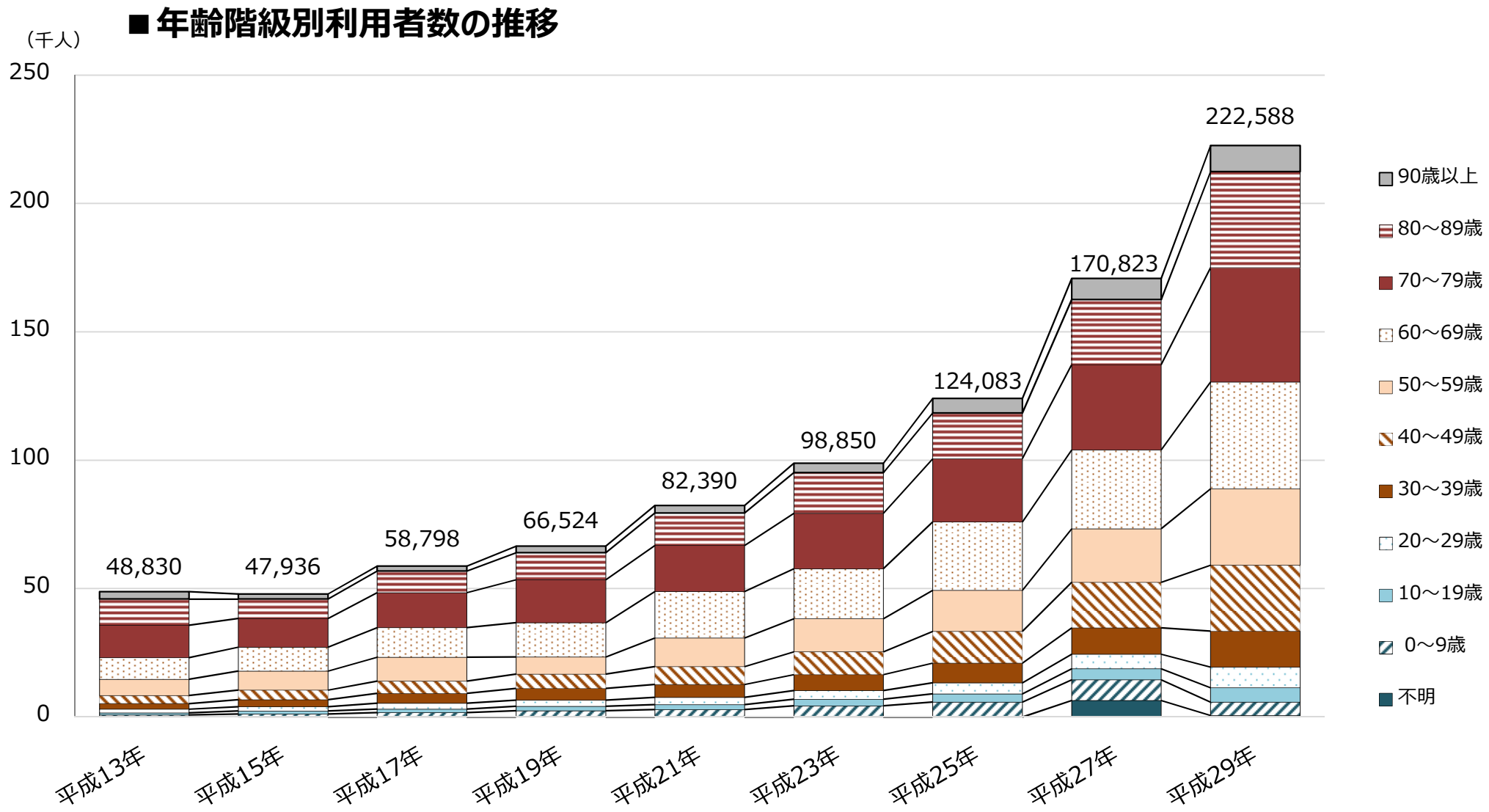


保助看：保健師・助産師・看護師　　准：准看護師
理作言：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

出典：介護サービス施設･事業所調査

訪問看護ステーションの利用者　①利用者数の推移

○　訪問看護の利用者は高齢者が半数以上であるが、利用者数の推移は、どの年齢層も増加している。



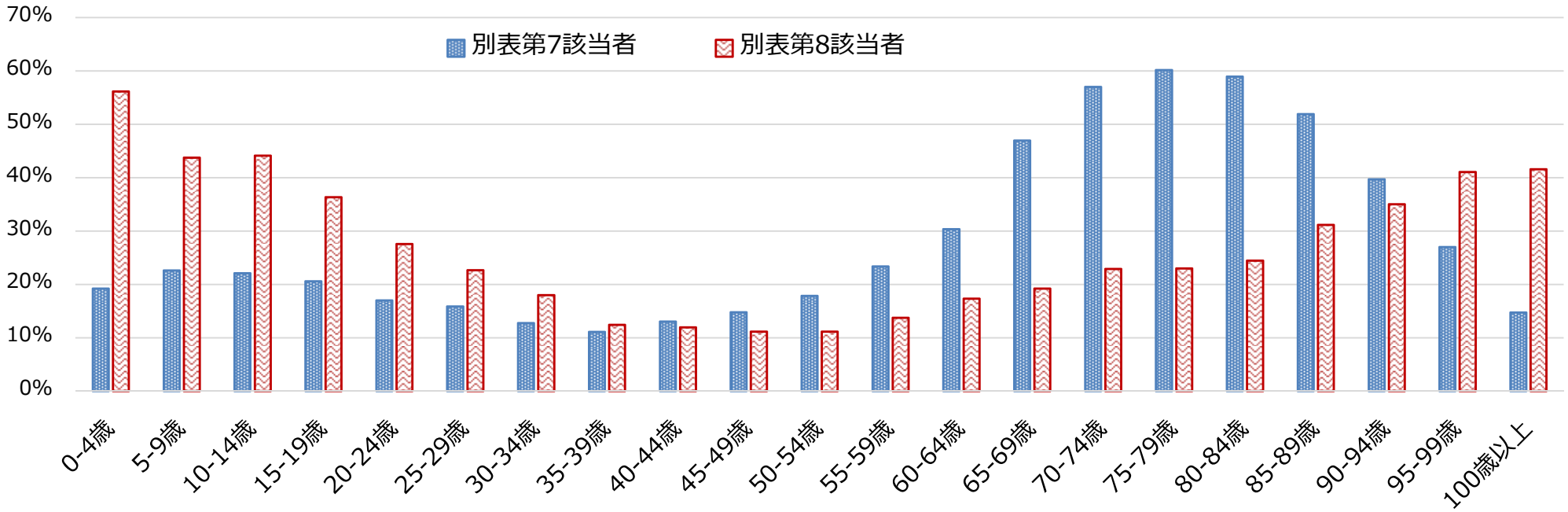
出典：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

訪問看護ステーションの利用者　②状態

○　末期の悪性腫瘍や難病等の別表第７に該当する利用者の割合は高齢者に多い。

○　医療機器を使用している等、医療ニーズが高い状態である別表第8の該当者は、小児が多い。

■別表第7及び別表第8の該当者割合



出典：保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計、暫定値）

※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：別表第８

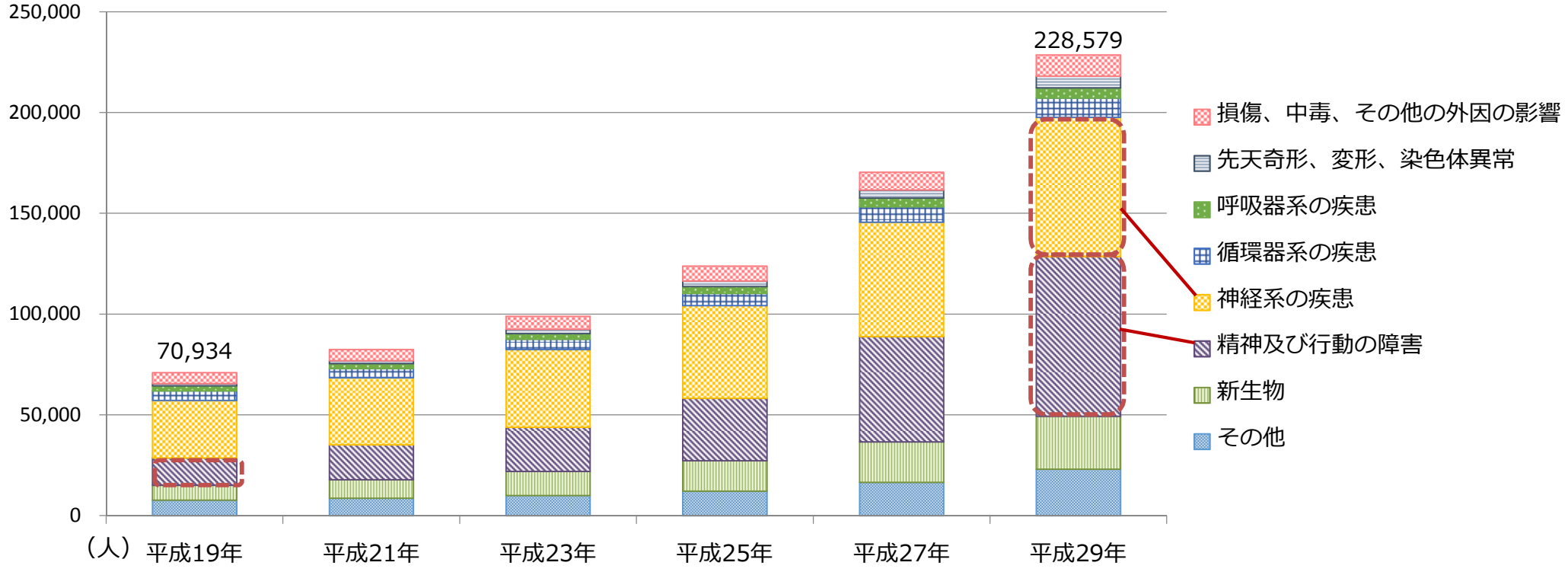
1　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護ステーションの利用者　③主傷病別

○　訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」である。

○　利用者数の増加率（対平成19年比）をみると、「精神及び行動の障害」「先天奇形、変形、染色体異常」の者が高い。

■傷病分類※（主傷病）別利用者数の推移



■ H29/H19年比

新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	**5.86**	2.42	2.05	1.96	**5.44**	1.93

※傷病分類（主傷病）は、「社会保険表章用疾病分類表」による。

出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

在宅医療（その4）

１．訪問看護の提供体制（総論）

２．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

３．病院併設の訪問看護ステーション

４．関係機関との連携

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（訪問看護の提供体制）の課題①

【課題】

【24時間対応体制の整備及び緊急時の対応】

- 訪問看護ステーションの看護職員数が多くなるほど24時間対応体制加算の届出をしている事業所の割合が高い。24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数は増加しており、特に24時間対応体制加算の増加が大きい。緊急訪問看護加算の算定回数は増えており、訪問以外においても電話対応等を行っており、特にがん末期や終末期の利用者に多い。

【複数名による訪問看護】

- 身体的理由により複数名による訪問看護が必要な患者でも、別表第7に掲げる疾病に該当せず、別表第8に掲げるような医療機器の使用等はない場合等、複数名訪問看護加算の対象とならない場合がある。
- 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。職種別では、回数の制限がない看護補助者との同行訪問による算定が増えている。
- 1レセプトあたりの算定回数において、算定回数の制限がない複数名訪問看護加算（看護補助者）をみると、10回以内が約7～8割であるが、算定回数が1か月当たり400回以上のレセプトが存在する。

【複数の実施主体の組合せによる訪問看護】

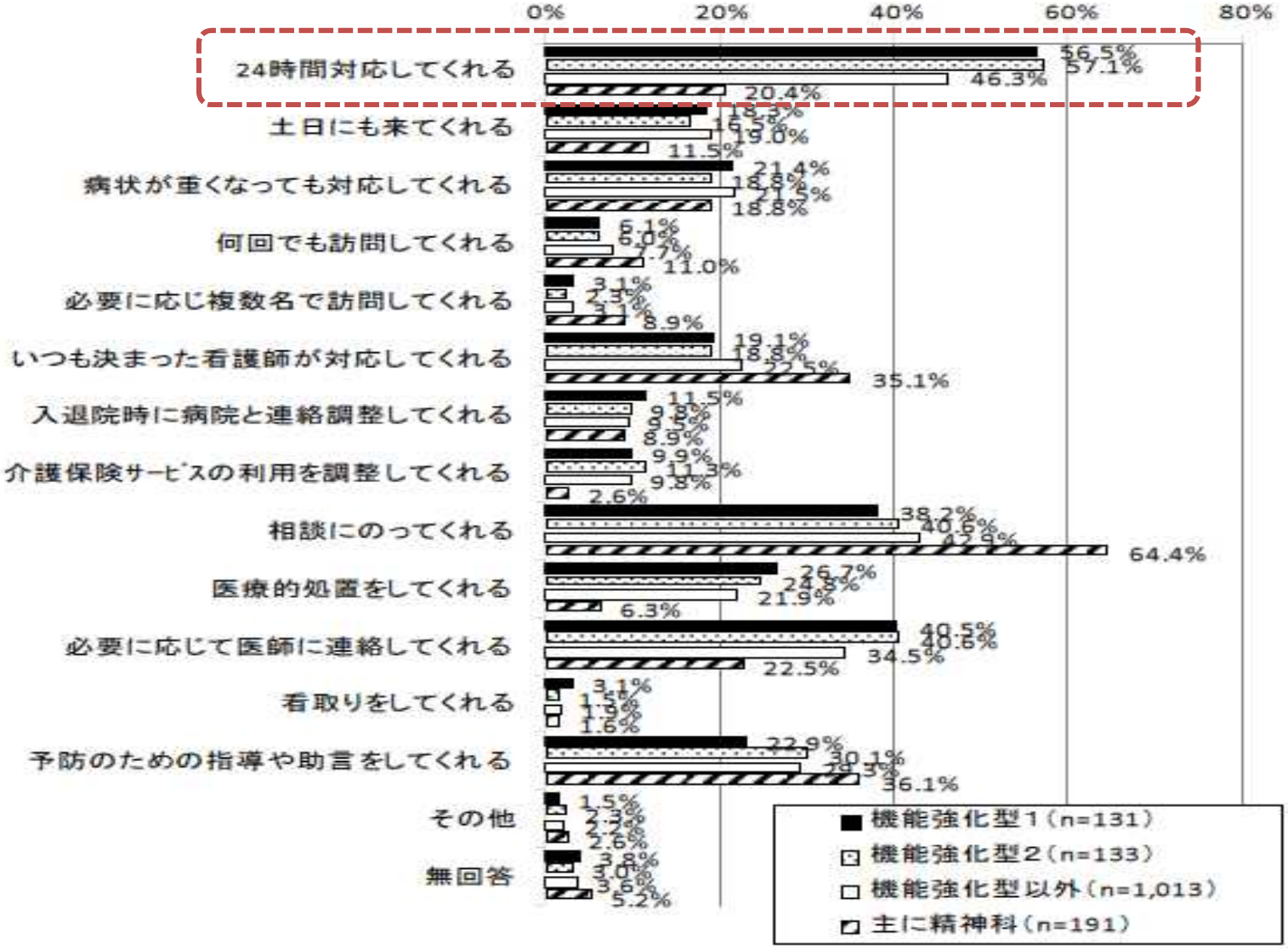
- 複数の実施主体により訪問看護が提供されている場合の加算の算定において、訪問看護ステーションと病院・診療所との組合せによって取扱いが異なっている。
- 1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施する場合について、「十分に連携を図ること」としているが、具体的な連携は示されていない。

24時間対応体制の整備及び緊急時の対応

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）



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」

24時間対応体制加算と24時間連絡体制加算

○　訪問看護ステーションにおける24時間の体制の評価として、24時間対応体制加算と24時間連絡体制加算があり、24時間対応体制加算は、電話等による対応を行う体制に加えて、必要に応じて緊急時に訪問看護を行う体制にある必要がある。

【算定要件】

24時間対応体制加算　5,400円	**24時間連絡体制加算**　2,500円
• 利用者又はその家族等に対して基準に規定する24時間の対応体制又は連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、月１回を限度として所定額に加算する。 • １人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。 • 指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。	
● 利用者又はその家族等から**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場合であって**、**緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるもの**として地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。 	● 利用者又はその家族等から**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もの**として地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。

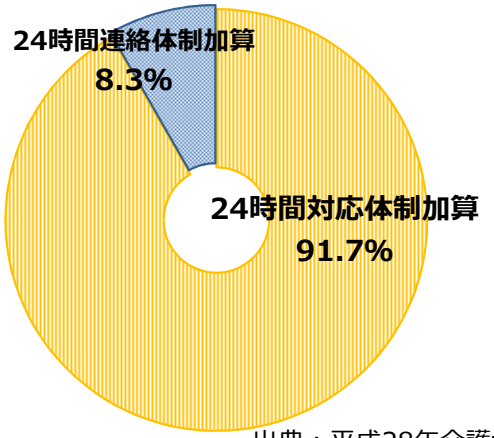
24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の届出と利用者数の推移

○　24時間対応体制加算と24時間連絡体制加算の届出における割合は、24時間対応体制加算が9割を占めている。

○　訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）別でみると、看護職員数が多くなるほど24時間対応体制加算の届出をしている事業所の割合が高い。

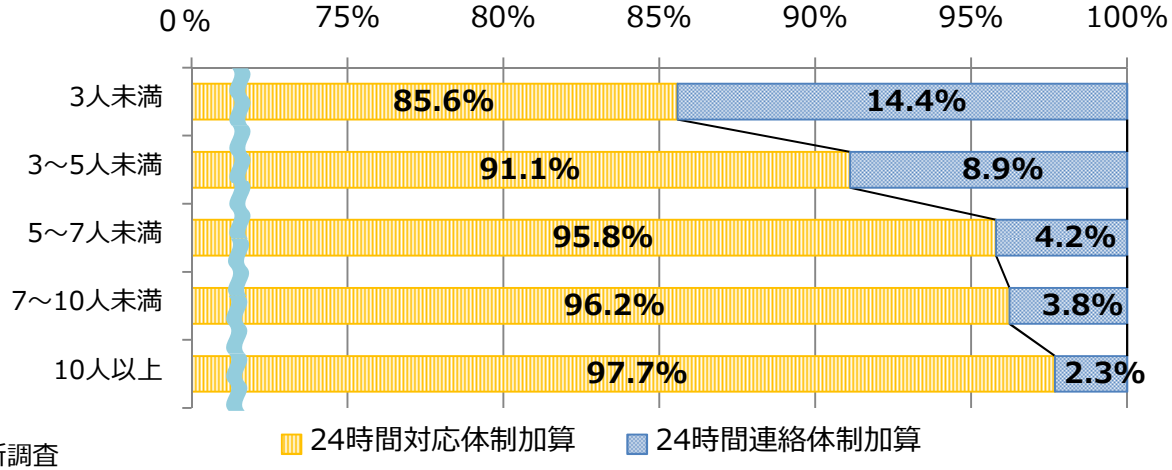
○　24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数は増加しており、特に24時間対体制加算の増加が大きい。

■24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の届出の割合
（平成28年）



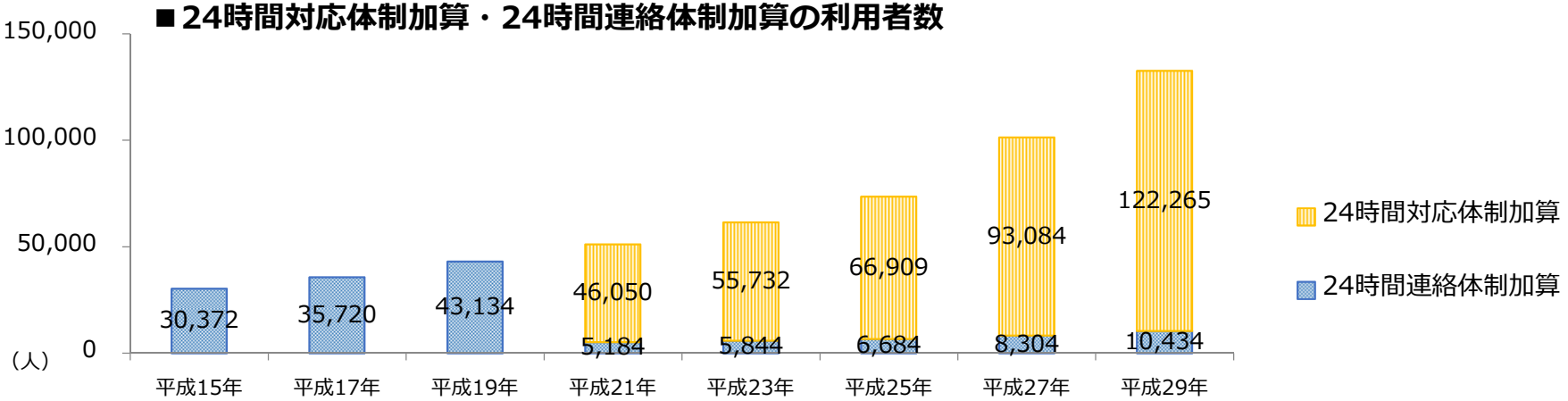
出典：平成28年介護サービス施設・事業所調査

■　看護職員規模別（常勤換算）の
24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の届出状況



出典：平成28年介護サービス施設・事業所調査より保険局医療課にて作成

■24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数



出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

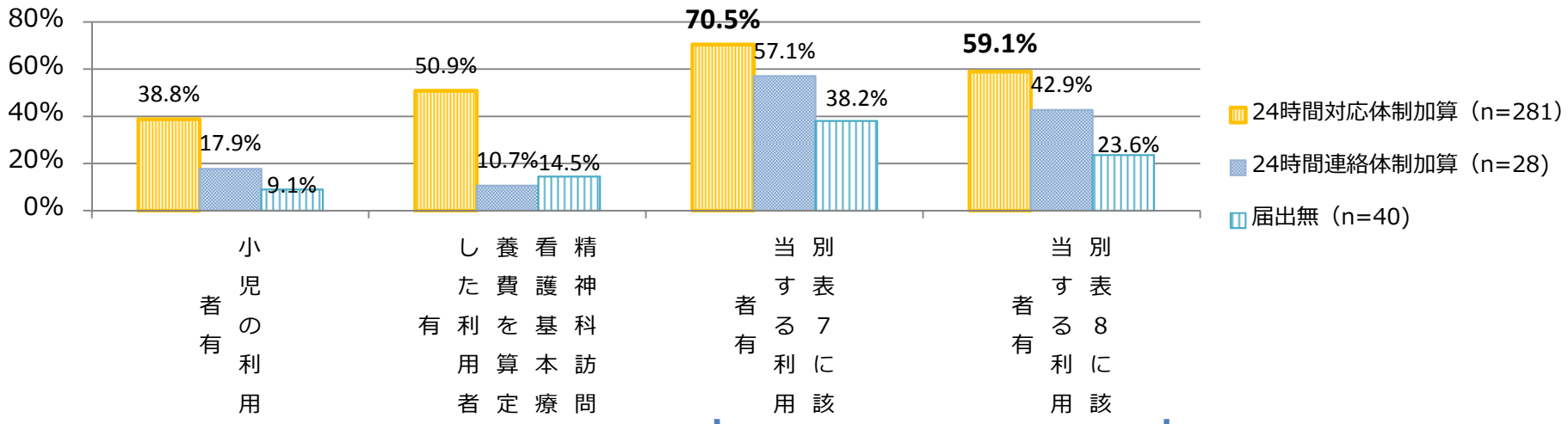
24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用状況

○　24時間連絡体制加算を届け出ている訪問看護ステーションは、24時間対応体制加算を届け出ているステーションに比べ、小児、精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者及び別表７・８に該当する利用者が少ない。

■　**24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算届出別の訪問看護の状況（平均／平成28年9月分）**

	24時間対応体制加算 (n=281)	24時間連絡体制加算 (n=28)	届出なし (n=55)
利用者数	61.7人	53.3人	61.6人
訪問回数	410.9回	373.2回	384.5回

■　**24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算届出別の利用者割合（利用者の特性別／平成28年9月分）**



該当する利用者数の平均	24時間対応体制	24時間連絡体制	届出なし
別表7	9.1人	6.2人	6.9人
別表８	9.6人	3.1人	4.2人

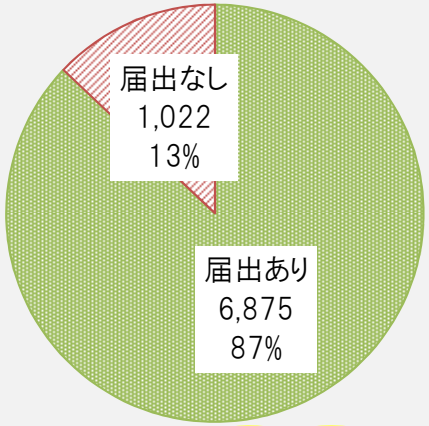
出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
（一部、医療課にて再集計）

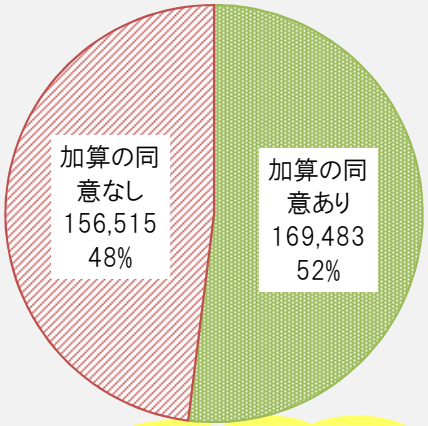
訪問看護における24時間対応体制と緊急訪問の状況

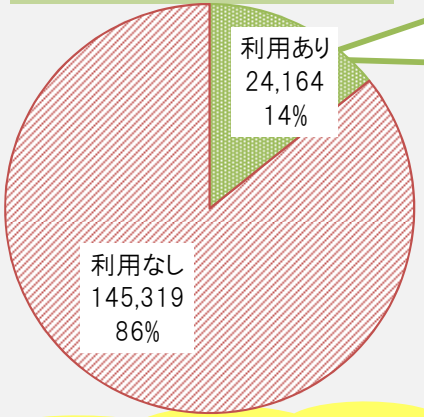
○　介護保険と医療保険の利用者において、加算に同意している利用者の割合及び緊急訪問の利用状況に大きな違いはなく、届出をしているステーションの利用者の約半数が加算の同意をしている。
○　実際に緊急訪問を利用しているのは加算に同意している者の約15%（利用者全体の8%）で、利用者1人当たりの訪問回数は約3回である。

加算の届出の有無（事業所数）　→（届出有のうち）→　加算の同意の有無（利用実人員数）　→（同意有のうち）→　緊急訪問の有無（利用実人員数）

介護保険　緊急時訪問看護加算







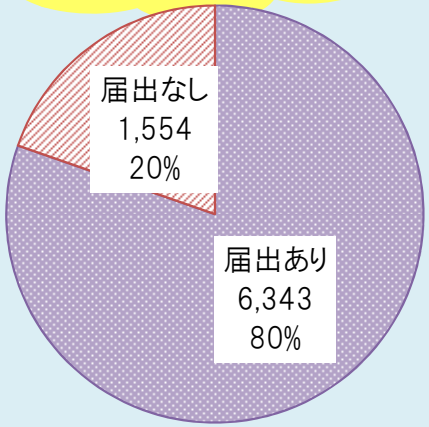
利用者1人あたりの緊急訪問回数
3.0回

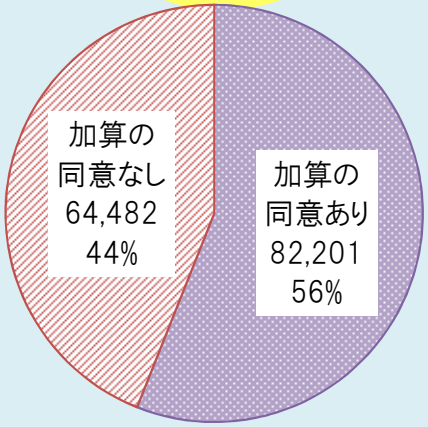
事業所の**80～90%**が届出あり

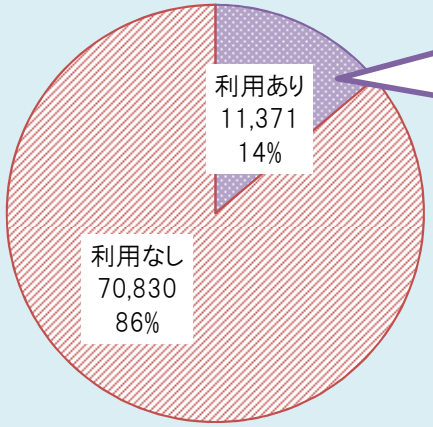
加算に同意している者は全利用者の**約半数**

実際に緊急の訪問看護を利用している者は、加算に同意している者の**約15%（利用者全体の8%）**で訪問回数は**約3回**

医療保険　24時間対応体制加算







利用者1人あたりの緊急訪問回数
2.9回

出典：平成27年介護サービス施設･事業所調査

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

訪問看護ステーションにおける緊急訪問

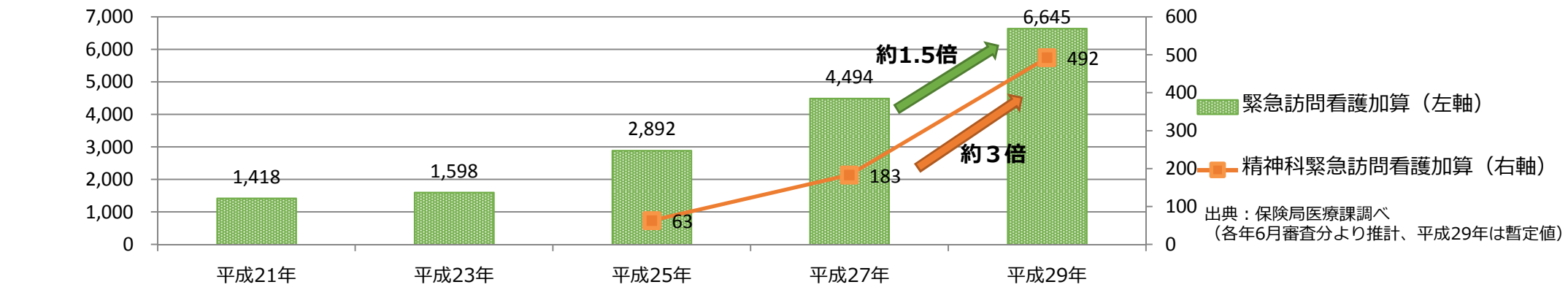
○　緊急訪問看護加算の算定回数は増加傾向である。

○　平成28年9月1か月間の緊急訪問した利用者の有無についてみると、「いた」の割合は、「機能強化型1」「機能強化型２」では約9割であるが、「機能強化型以外」では5割弱であった。

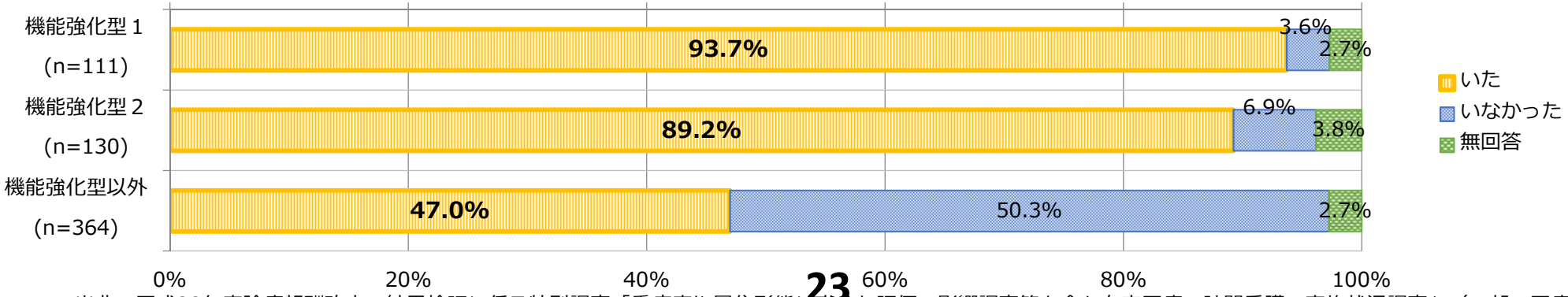
緊急訪問看護加算　　2,650円／日

- 利用者又はその家族等の求めに応じて、その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加算
- 診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下「連絡担当者」という。）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。

■　緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算の算定回数の推移



■　平成28年9月1か月間の緊急訪問した利用者の有無（訪問看護ステーション種類別）



出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」（一部、医療課にて再集計）

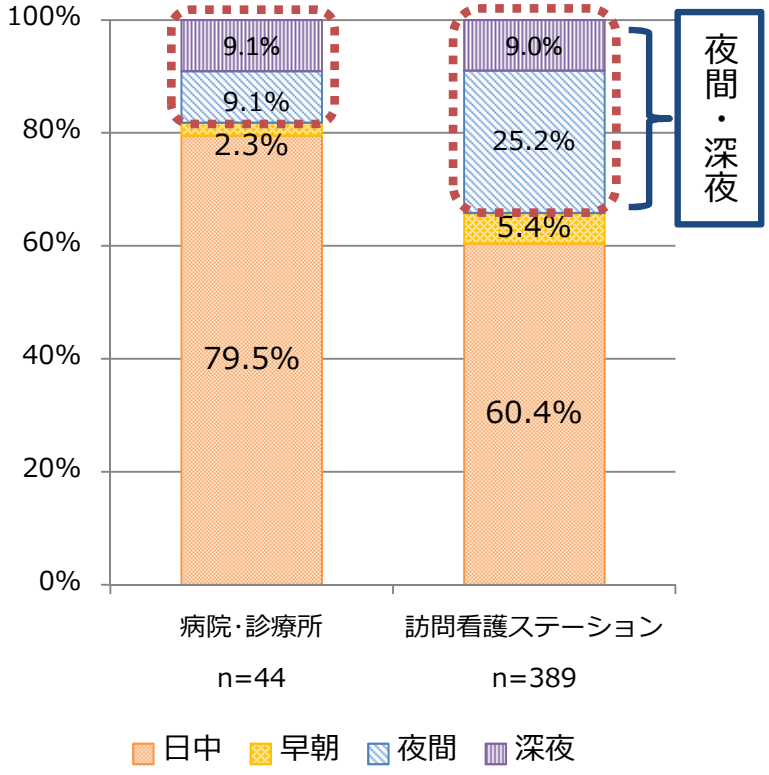
参考

訪問看護ステーションにおける緊急訪問（介護保険）

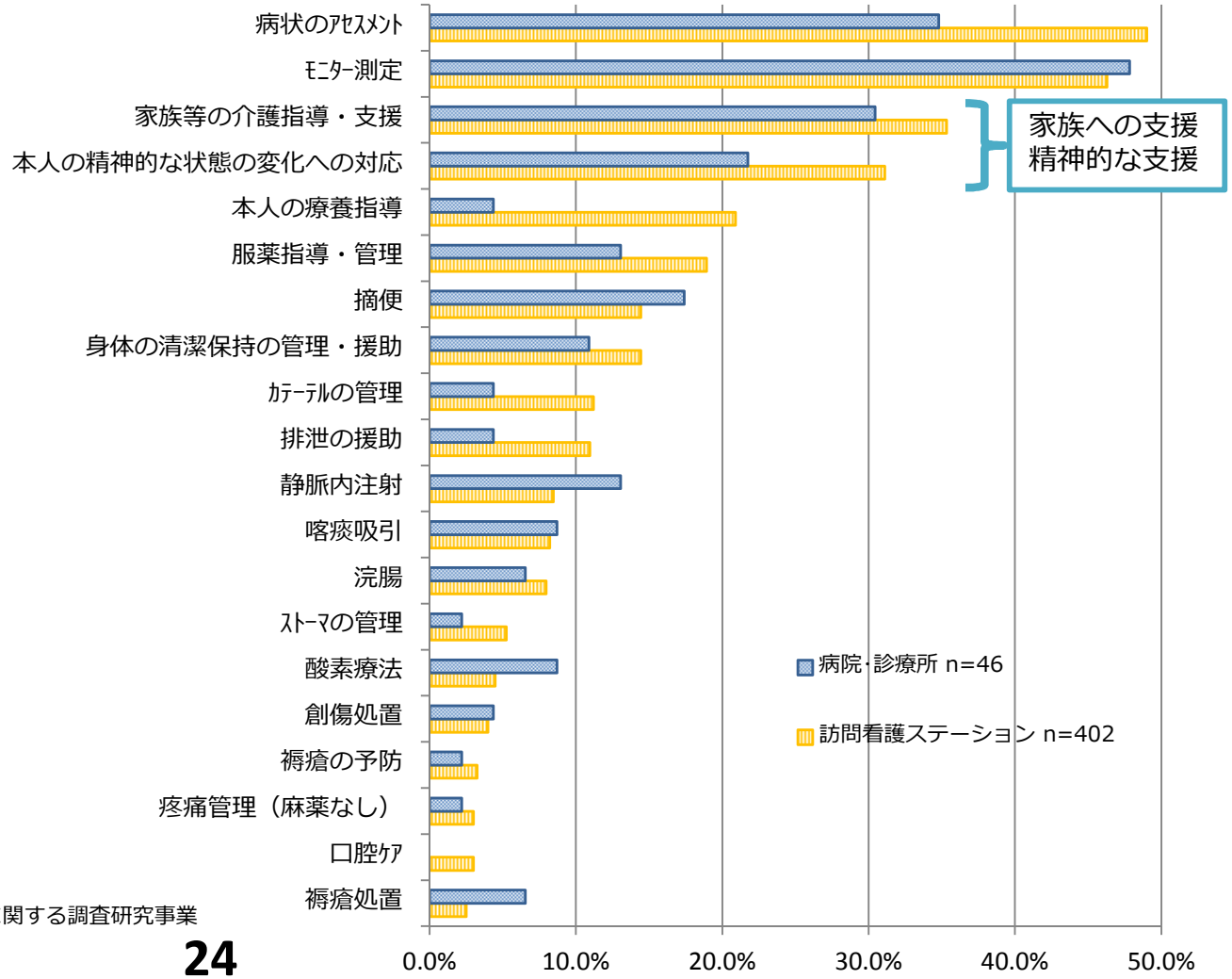
○　緊急訪問の時間帯の割合は、訪問看護ステーションで3割強が夜間と深夜であり、病院・診療所より多い。
○　緊急訪問で実施した内容は、「病状のアセスメント」や「モニター測定」が多く、他に「家族等の介護指導・支援」といった家族への支援や、「精神的な状態の変化への対応」といった精神的な支援も行われていた。

利用者又はその家族等からの要請を受けて居宅サービス計画に位置付けられていない訪問看護を行い、（介護予防）訪問看護費を算定した直近の緊急訪問について（平成29年7月分）

■　緊急訪問の時間帯（直近の緊急訪問／施設別）



■　緊急訪問で実施した内容（直近の緊急訪問／施設別／複数回答）



出典：平成29年度介護報酬改定検証・研究調査　訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業
速報データをもとに医療課において整理

訪問看護ステーションにおける訪問以外の電話等による利用者への対応

○　訪問看護ステーションでは訪問以外にも、利用者や家族との電話対応といった連絡対応を行っている。がん末期や終末期の利用者、独居の利用者においては、多くのケースにおいて訪問以外の対応を行っている。
○　「利用者・家族から受けた電話連絡回数」を疾患別にみると、精神疾患が多い。

■　利用者※1への訪問以外の電話等の連絡対応※2について（n=515）

疾患・介護者等別	連絡対応の有無				連絡対応回数		連絡対応時間	
	合計	有り	無し	無回答	回答件数	平均（回）	回答件数	平均(分)
小児（6歳以下）	44	22(50.0%)	22(50.0%)	0	44	1.5	22	27.0
小児（7～19歳）	25	6(24.0%)	18(72.0%)	1(4.0%)	24	1.1	6	**42.8**
がん末期の利用者	38	**32(84.2%)**	6(15.8%)	0	38	**4.9**	32	**53.8**
がん以外の終末期の利用者	17	**15(88.2%)**	2(11.8%)	0	17	**3.6**	15	30.6
神経難病	59	29(49.2%)	30(50.8%)	0	59	1.1	27	20.7
脳血管疾患	61	30(49.2%)	31(50.8%)	0	61	1.4	30	22.3
呼吸器疾患または循環器疾患	78	40(51.3%)	38(48.7%)	0	78	1.8	39	29.7
精神疾患	29	13(44.8%)	16(55.2%)	0	29	1.4	13	20.5
認知症	53	36(67.9%)	17(32.1%)	0	53	2.7	35	34.1
その他	111	63(56.8%)	48(43.2%)	0	111	2.5	62	39.9
主介護者がいない	39	24(61.5%)	15(38.5%)	0	39	3.0	24	34.3
独居	96	**60(62.5%)**	36(37.5%)	0	96	2.7	60	30.6

訪問以外の連絡対応が有りの場合

※１　機能強化型訪問看護管理療養費１または２を算定している訪問看護ステーション10か所において抽出された515名の利用者情報（平成28年11月分）
※２　訪問以外の連絡対応：電話等の連絡対応（事務連絡除く）

出典：平成28年度老人保健健康増進等事業　「訪問看護のケア実態及び必要性に関する調査研究事業」

■　1か月の電話連絡回数（疾患別）

	神経難病	脳血管疾患	がん	認知症	呼吸器疾患	精神疾患
利用者・家族から受けた電話連絡回数（平均±SD）	1.9(±3.4)	1.9(±2.4)	3.6(±4.1)	3.1(±5.3)	3.7(±5.2)	12.6(±32.1)

出典：平成22年度　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」

複数名による訪問看護

訪問看護ステーションにおける複数名訪問に係る加算

複数名訪問看護加算 （平成22年度改定）			
報酬と訪問者	加算額	指定訪問看護の実施者	同時に訪問する者
	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**※１。 要件(4)(5)の場合は週１回）	看護職員	看護補助者
要件	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。 **（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** **（２）特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者** **（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** **（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** **（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）**		

※１　複数名精神科訪問看護加算においても、回数制限のない組み合わせがある。

複数名による訪問看護①～対象者

複数名による訪問看護が必要な患者のイメージ

利用者（患者）

35歳　　外傷性脳損傷後

（身体の状態）

- 体重：90kg
- 自力で身体を動かせない
- 知覚の麻痺がある

別表第７に掲げる疾病に該当せず、別表第８に掲げるような医療機器の使用等はないため、身体的特性から複数名による訪問が必要な場合であっても、複数名訪問看護加算の対象とならない。

1人で訪問看護で行う場合のリスク

体位変換

・体格が大きい患者を１人で無理に動かすと、摩擦等により皮膚損傷を起こす可能性がある。

移乗

・知覚麻痺や脱力等がある患者の移乗は、特に打撲などの配慮が必要であるが、１人での移動は事故の危険性が高まる。

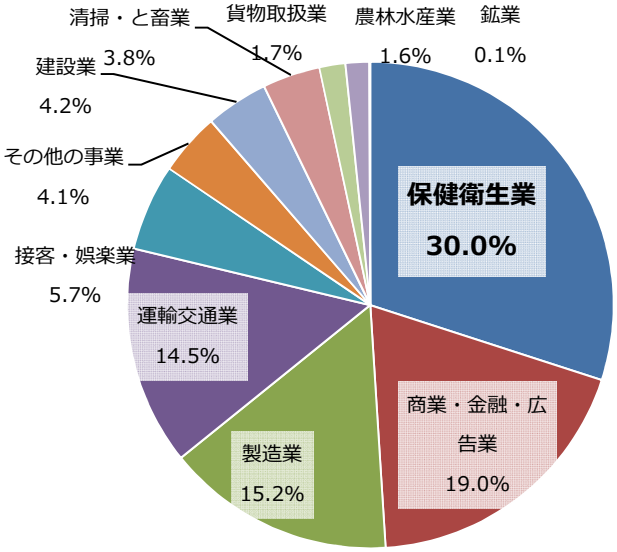
参考

看護・介護において業務上発生する腰痛と腰痛予防対策指針

○　業務上発生した腰痛の状況を業種別にみると、保健衛生業が3割で最も多い。社会福祉施設の腰痛発生状況においては、約8割が単独作業中に発生している。

○　平成25年に改訂された「職場における腰痛予防対策指針」では、作業様態別の対策として、訪問介護・看護、特別支援学校等が追加され、「福祉・医療等における看護・介護作業」全般が対象となり、事業者が講じる対策などを示している。

■業務上発生した腰痛の状況（業種別）n=4751



出典：平成28年業務上疾病発生状況調査

■社会福祉施設の被災場所別、単独・共同作業の別腰痛発生状況 n=344

被災場所別	単独作業又は共同作業の別
事業場内 275(79.9%)	単独 235（85.5%）
	共同 40（14.5%）
事業場外 69(20.1%)	単独 53（76.8%）
	共同 16（23.2%）

出典：職場における腰痛発生状況の分析について（平成20年2月6日付基安労発第0206001号）

「職場における腰痛予防対策指針」（看護・介護作業）

平成25年の改訂で、保健衛生業の腰痛大幅増への対応のため、作業様態別の対策に、**訪問介護・看護**、特別支援学校等が追加され、作業様態別の対策として**「福祉・医療等における看護・介護作業」全般が対象となった。**

腰痛発生に関与する要因	対象者の要因、看護・介護者の個人的要因、福祉用具の状況、作業姿勢・動作の要因（抱き上げ、不自然・不安定な姿勢）、作業環境の要因等
事業者が講じる対策	1. 問題発生に関与する要因の把握 2. リスクの評価 3. リスクの回避・低減措置の検討及び実施 ① 対象者の残存機能等の活用 ② 福祉用具の利用 ③ 作業姿勢・動作の見直し ④ 作業の実施体制 福祉用具の使用が困難で対象者を人力で抱え上げざるを得ない場合は、対象者の状態及び体重等を考慮し、できるだけ適切な姿勢にて身長差の少ない2名以上で作業すること ⑤ 作業標準の策定 ⑥ 休憩・作業の組合せ ⑦ 作業環境の整備 ⑧ 健康管理 ⑨ 労働衛生教育等 4. リスクの再評価、対策の見直し及び実施継続

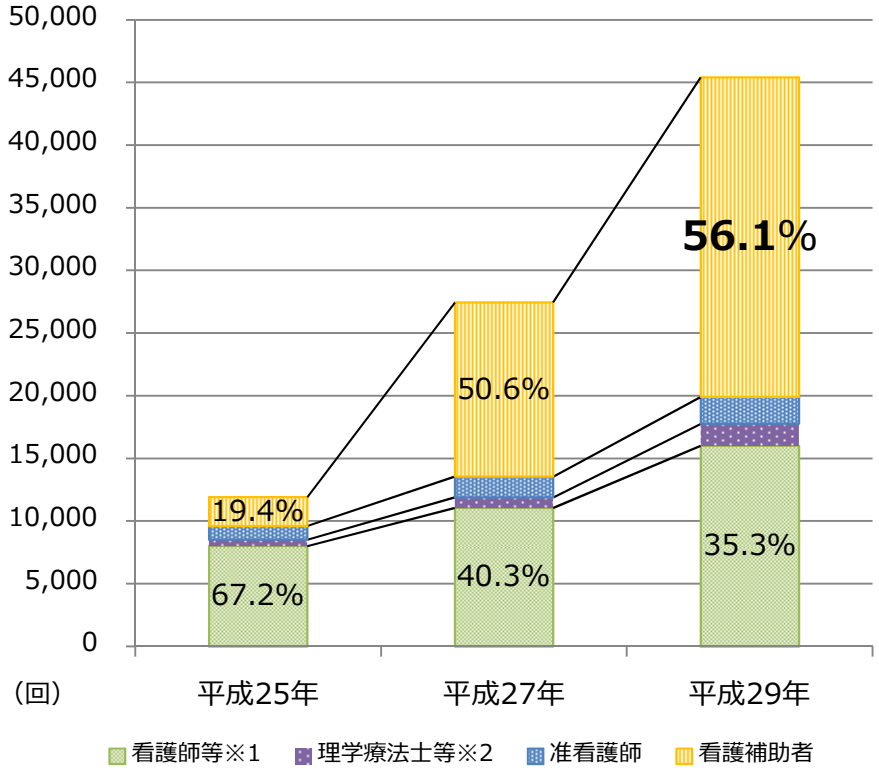
職場における腰痛予防対策指針の改訂及びその普及に関する検討会報告書（平成25年6月18日）

複数名による訪問看護②～訪問回数

○　複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。職種別では、回数の制限がない看護補助者との同行訪問による算定が増えている。

○　1レセプトあたりの算定回数において、算定回数の制限がない複数名訪問看護加算（看護補助者）をみると、10回以内が約７～８割であるが、算定回数が1か月当たり400回以上のレセプトが存在する。

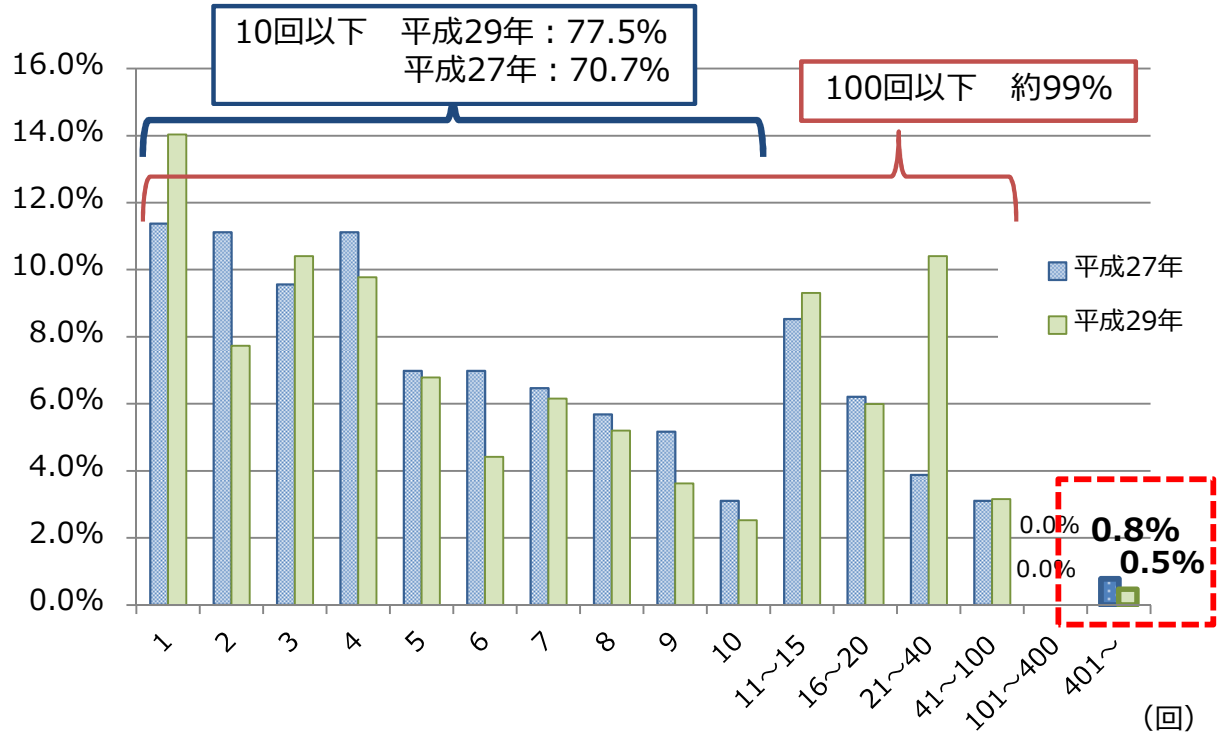
■複数名訪問看護加算の算定回数（職種別／1か月）



※１　保健師、助産師、看護師
※２　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

■複数名訪問看護加算（看護補助者）の算定回数における レセプト1枚当たりの回数



（参考）難病等複数回訪問加算

別表７・８に該当する利用者又は特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて**１日に２回**又は**３回以上**指定訪問看護を行った場合に加算。	
1日に2回	4,500円
1日に3回以上	8,000円

複数の実施主体の組合せによる訪問看護

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

➢ 病院・診療所と訪問看護ステーションの、2か所又は3か所からの訪問看護を組み合わせた利用に関して、複数の訪問看護ステーションの組合せと同様に末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者に限る。

【複数の訪問看護の組合せが認められる場合】	訪看ST×訪看ST		訪看ST×病院・診療所		病院・診療所×病院・診療所	
	同一月	同一日	同一月	同一日	同一月	同一日
別表第7、別表第8	○	－	○	－	－	－
特別訪問看護指示書／精神科特別訪問看護指示書の交付	○※2	－	○※2	－	－	－
退院後1か月（精神科訪問看護・指導料を算定している場合は、退院後3か月）	－	－	○※3	○※3	○	○※6
専門の研修を受けた看護師との共同	○	○	○	○	○	○※6
精神科重症患者早期集中支援管理料を算定	－	－	○	○※5	－	－
精神保健福祉士が精神科訪問看護・指導料を算定　※1	－	－	○※4	－	－	－

※1：精神科重症患者早期集中支援管理料に係る届出を行っている保険医療機関が算定する場合に限る。（平成29年3月31日までは、届出を行っていない場合でも算定可。）
※2：週4日以上の訪問看護が計画されている場合に限る。
※3：病院・診療所側が、患者が入院していた保険医療機関の場合に限る。
※4：精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）を限度とする。
※5：保険医療機関が精神科重症者早期集中支援管理料1を算定する場合は、特別の関係の訪問看護STと連携する場合であって、病院・診療所からの訪問看護が作業療法士又は精神保健福祉士の場合に限る。
※6：特別の関係の場合を除く。

同一日2か所目の訪問看護ステーションによる緊急訪問の評価

➢ 医療ニーズが高く複数の訪問看護ステーションから訪問を受けている利用者に対して、同一日に2か所の訪問看護ステーションから緊急訪問を実施した場合を評価する。

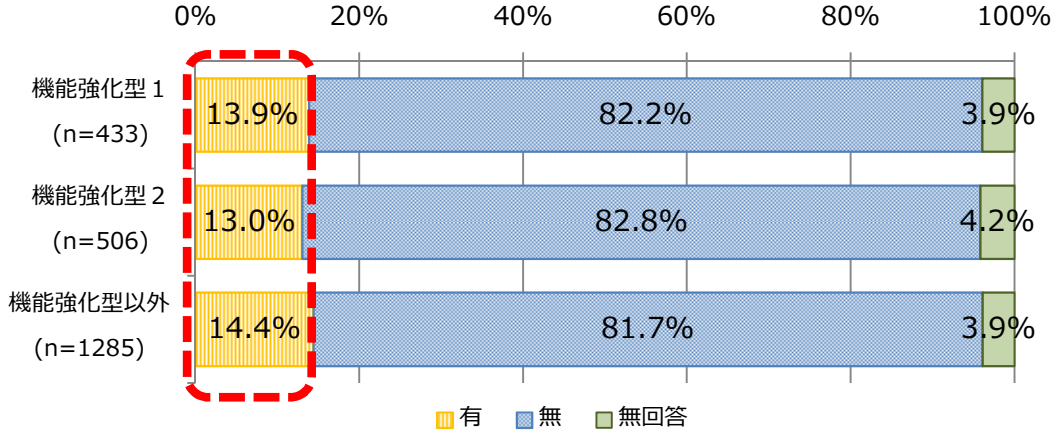
［施設基準］
① 24時間対応体制加算を届け出ていること。
② 同一日に2か所目の訪問看護ステーションとして緊急訪問看護加算の算定日前1月間に、当該利用者に対して訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定していること。

複数の実施主体からの訪問看護の提供状況

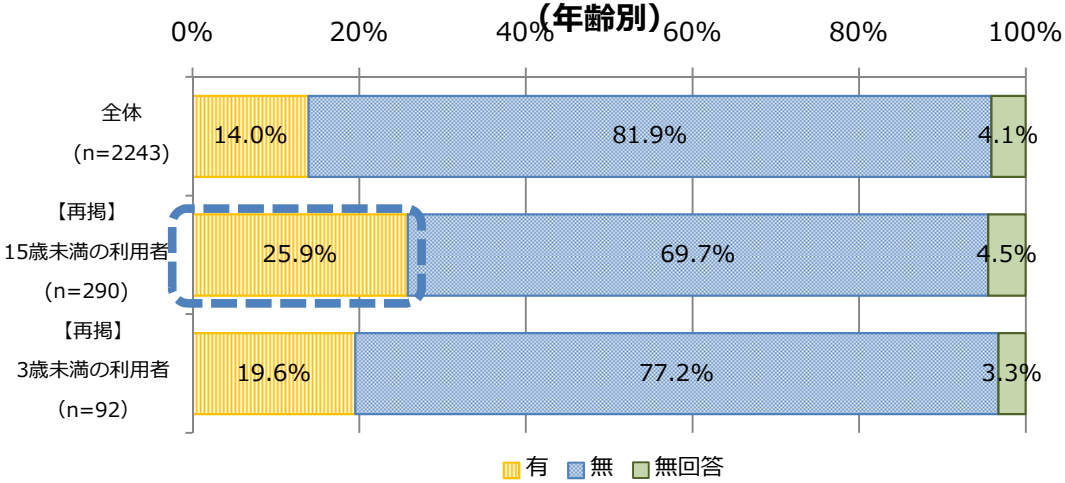
○　複数の訪問看護ステーション等を利用している利用者は、いずれの種類の訪問看護ステーションにおいても約1割強存在し、患者の年齢別では、15歳未満の患者は約４人に１人が複数の訪問看護ステーション等を利用している。

○　１人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施する場合について、「十分に連携を図ること」としているが、具体的な連携は示されていない。

■自事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所がある利用者の割合（事業所の種類別）



■自事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所がる利用者の割合（年齢別）



複数の訪問看護ステーションが訪問看護する場合の規定

訪問看護管理療養費について

（訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について）（抜粋）

（６）１人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。

具体的な連携が示されていないため、例えば、訪問看護計画等が共有されないなど、利用者にとって効果的な訪問看護が展開されない可能性がある。

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

複数の実施主体（訪問看護ステーションと病院・診療所）による加算の算定

○　複数の実施主体により訪問看護が提供されている場合、訪問看護ステーションと訪問看護ステーションの組合せでは一方でしか算定できない訪問看護ターミナルケア療養費において、訪問看護ステーションと病院・診療所もしくは病院・診療所同士の組合せでは、双方で算定可能である。

○　一方、在宅患者連携指導加算・在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、多職種・多施設間の連携が要件となるが、訪問看護ステーションと訪問看護ステーションの組合せにおいて一方でしか算定できない。

■　複数の実施主体による訪問看護の取扱い（加算）

【複数の訪問看護の組合せ】	訪看ST×訪看ST	訪看ST×病院・診療所	病院・診療所×病院・診療所
訪問看護ターミナルケア療養費（在宅ターミナルケア加算）	×	○	○
在宅患者連携指導加算	×	○	○
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	×	○	○

（参考）各加算の内容

訪問看護ターミナルケア療養費（在宅ターミナルケア加算）	在宅で死亡した利用者（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者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定
在宅患者連携指導加算	月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、利用者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り加算
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	急変等に伴い、在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り加算

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（訪問看護の提供体制）の課題②

【課題】

【専門の研修を受けた看護師によるストーマケア】

- 訪問看護を利用している人工肛門・人工膀胱（ストーマ）を造設している利用者は増えている。訪問看護ステーションの看護師がストーマケアで困ったこととしては、「スキントラブル」や「排泄物の漏れ」が多い。
- 専門の研修を受けた看護師による同行訪問では、現行は、緩和ケア・化学療法中のケア・褥瘡ケアのみが対象となっているが、ストーマケアの場合でも同行訪問が実施されており、同行訪問後、ストーマトラブルが改善されている事例が示されている。

【理学療法士等による訪問看護】

- 訪問看護基本料療養費（Ⅰ）と（Ⅱ）の職種別の算定日数では、理学療法士等による訪問看護の割合が2割から3割弱程度となっている。
- 検証調査において、訪問看護で提供したケアについて「リハビリテーション」に該当した利用者で、主たる実施者が理学療法士等の利用者について、看護職が訪問看護を行う日がないとした事業所は4割強である。

【複数の主治医がいる場合の訪問看護の指示】

- 患者が、複数の傷病に罹患している場合等に、別の保険医療機関の医師による訪問診療が必要となる事例がある。
- 訪問看護指示書は主治医から出されるものであるが、複数の主治医がいる場合は、それぞれの主治医からの訪問看護指示が可能である。

専門の研修を受けた看護師によるストーマケア

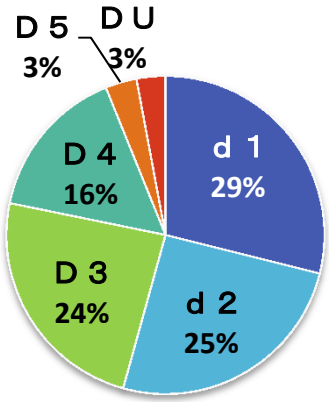
訪問看護利用者における褥瘡の状態

○　訪問看護利用者における褥瘡の保有状況は4.4%であり、そのうち訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者は2.6%、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者は1.8%である。
○　訪問看護利用中に新たに発生した褥瘡の方が、重症度は低い。

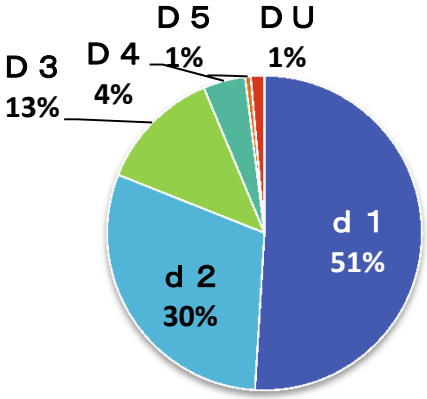
■訪問看護利用者における褥瘡保有状況（平成27年６月１日時点の状況（平成27年６月１日時点の全利用者数＝506,058人））

	全利用者数に占める割合
①訪問看護の全利用者のうち、d1以上の褥瘡を有している利用者	4.4%
②　①のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者	2.6%
③　①うち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者	1.8%

<②訪問看護利用開始時の褥瘡重症度>



<③訪問看護利用中に発生した褥瘡の重症度>



【DESIGN-R 褥瘡経過評価用】

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する		
d	0	皮膚損傷・発赤無し
	1	持続する発赤
	2	真皮までの損傷
D	3	皮下組織までの損傷
	4	皮下組織を越える損傷
	5	関節腔、体腔に至る損傷
	U	深さ判定が不能の場合

■訪問看護ステーション別の褥瘡保有率×新規発生率（平成27年）（n=7,549事業所（有効回答のみに限る））

訪問看護利用開始時褥瘡保有率	訪問看護利用中の褥瘡発生率 0～2%	（うち、0%）	2%～4%	4%～6%	6%以上	合計
0～2%	3,039（40.3%）	2,420（32.1%）	466（6.2%）	250（3.3%）	204（2.7%）	3,959（52.4%）
（うち、0%）	2,198（29.1%）	1,983（26.3%）	264（3.5%）	165（2.2%）	165（2.2%）	2,792（37.0%）
2%～4%	818（10.8%）	594（7.9%）	335（4.4%）	118（1.6%）	124（1.6%）	1,395（18.5%）
4%～6%	463（6.1%）	360（4.8%）	146（1.9%）	104（1.4%）	77（1.0%）	790（10.5%）
6%以上	814（10.8%）	732（9.7%）	186（2.5%）	131（1.7%）	274（3.6%）	1,405（18.6%）
合計	5,134（68.0%）	4,106（54.4%）	1,133（15.0%）	603（8.0%）	679（9.0%）	7,549（100.0%）

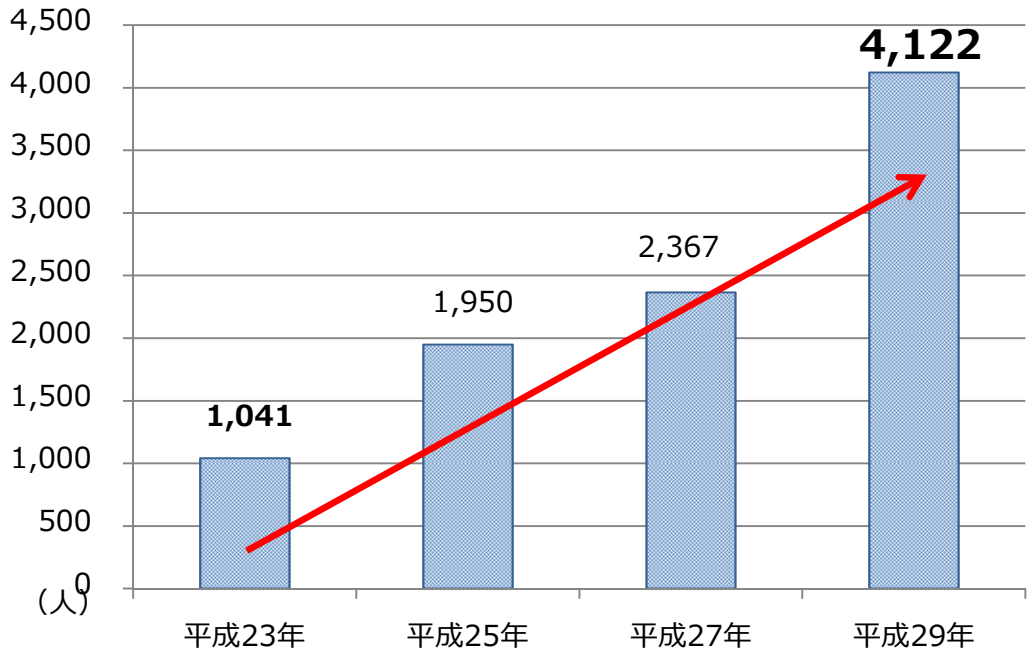
①褥瘡保有率＝d1以上の褥瘡を有していた利用者数／（H27年６月１日時点の訪問看護ステーション全利用者数）
②訪問看護利用開始時褥瘡保有率＝（H27年６月１日時点において褥瘡を有していた利用者のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた者数）／（H27年６月１日時点の訪問看護ステーション全利用者数）
③訪問看護利用中の褥瘡発生率＝（H27年６月１日時点において褥瘡を有していた利用者のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数）／（H27年６月１日時点の訪問看護ステーション全利用者数）

出典：保険局医療課調べ（平成27年７月の各訪問看護ステーションからの報告による）

在宅における人工肛門・人工膀胱（ストーマ）を造設している利用者と訪問看護

○　人工肛門・人工膀胱（ストーマ）を造設している訪問看護の利用者は増えている。
○　訪問看護ステーションの看護師がストーマケアで困ったこととしては、「スキントラブル」や「排泄物の漏れ」が多い。

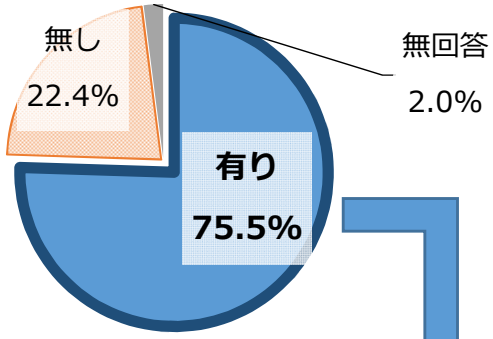
■　人工肛門・人工膀胱を造設している訪問看護の利用者数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

■　訪問看護師がストーマケアで困った経験の有無

宮城県の訪問看護ステーション67ヶ所にアンケート調査を実施し、ストーマケアの経験がある49ヶ所を対象とした。



ストーマケアで困ったこと（複数回答）	
スキントラブル	22件
排泄物の漏れ	14件
装具代の相談	11件
自分自身の技術に不安	10件
入浴方法	6件
装具の特徴がわからなかった	4件

出典：高橋真紀他. ストーマリハビリテーションの変貌とその対応
ストーマケアの地域連携. 日本ストーマ学会誌. 20:27-35,2004.

専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定状況

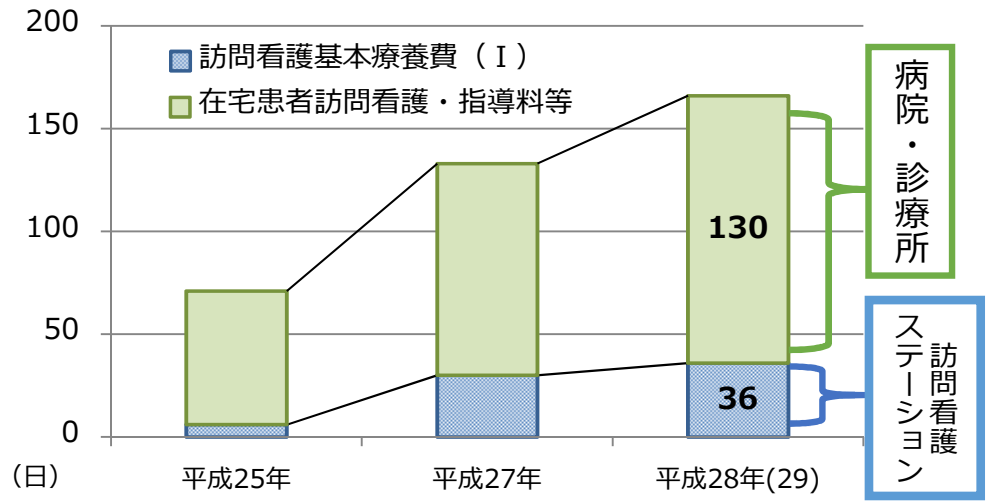
○　専門の研修を受けた看護師による訪問看護は、約8割が病院・診療所の看護師によるものである。
○　専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定が少ない理由には「依頼がない」「忙しい」の他、「対象が褥瘡に限定されている」が多い。

■ **訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）**
　ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円

■ **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**
　３　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点

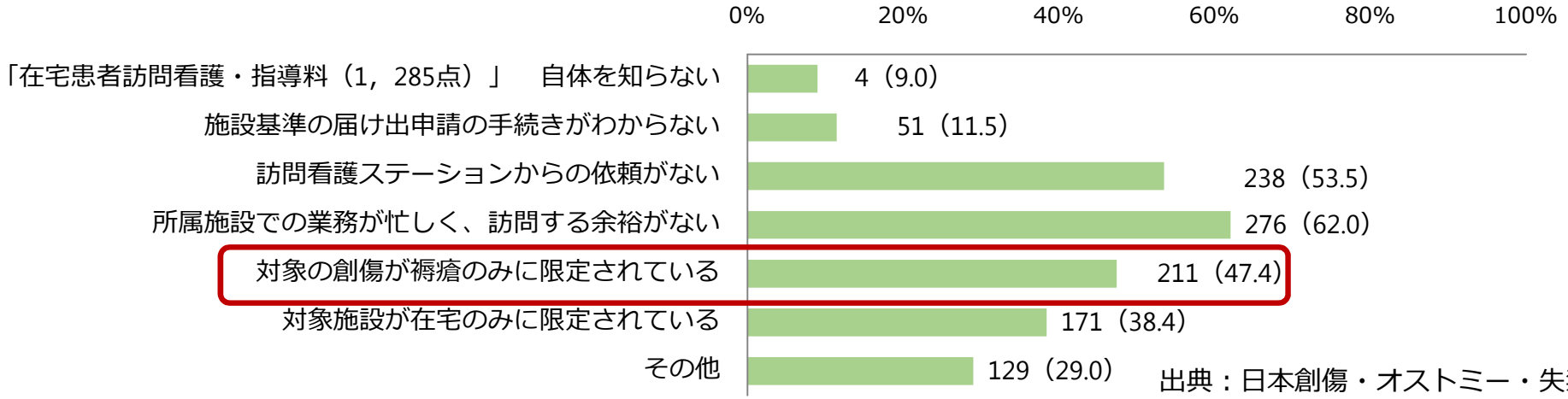
悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は**真皮を越える褥瘡の状態にある利用者**に対して、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。

■ **専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定日数**



出典：保険局医療課調べ、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分より推計）
（平成28年（29）→社会医療診療行為別統計は平成28年、保険局医療課調べは平成29年のデータ・暫定値）
※在宅患者訪問看護・指導料等：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

■ **専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定が少ない要因**　**皮膚・排泄ケア認定看護師445名への調査（1名／施設）**



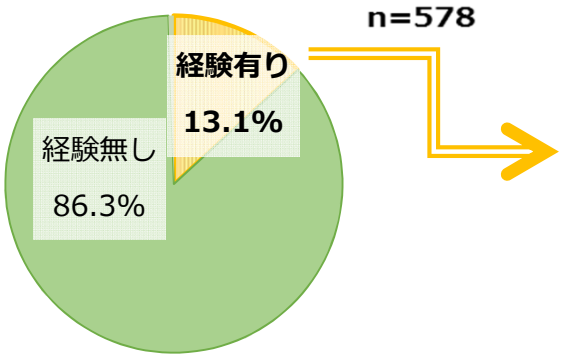
出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供資料

専門の研修を受けた看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）による同行訪問①

○　他の訪問看護ステーションや医療機関に所属する皮膚・排泄ケア認定看護師と同行訪問でのコンサルテーションの経験があった訪問看護ステーションは約1割強であった。

○　コンサルテーションの理由や利用者の状況では、現行の専門の研修を受けた看護師の訪問における報酬が算定できない「ストーマケア」に係るものがあがった。

■ 自訪問看護ステーション所属以外の皮膚・排泄ケア認定看護師への、利用者宅への同行訪問によるコンサルテーション

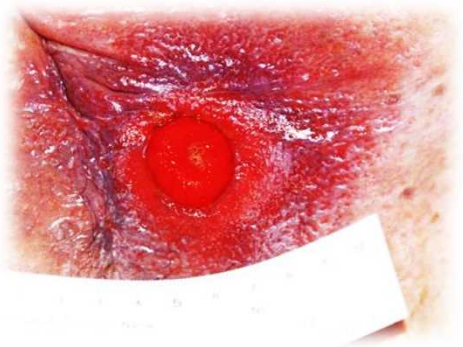


■ コンサルテーションの理由

ケア内容の評価、助言（軟膏や処置方法、ポジショニング）が欲しいため（20件）
難治性の褥瘡ケアについて相談したいため（7件）
ストーマケア方法の再確認をしたいため（7件）
物品について助言を受けたいため（3件）
訪問診療を実施している医療機関の看護師が皮膚・排泄ケア認定看護師だったため（2件）
ストーマ装具から排泄物のもれが改善できないため（2件）

出典：日本訪問看護財団調べ（平成29年8月）

■ ケア介入の例



びらんが生じ、強い痛みがある。
ストーマ装具を貼ってもすぐ剥がれるため、排泄物の漏れが気になり、夜も眠れない状況。

びらんへの刺激が少なく、痛みの少ない洗浄剤、洗浄方法を指導。
交換の頻度と装具代を考慮し、びらんのない皮膚を保護するなど適切なドレッシング材を貼付し、その後ストーマ装具装着を指導。

1週間後びらんが改善

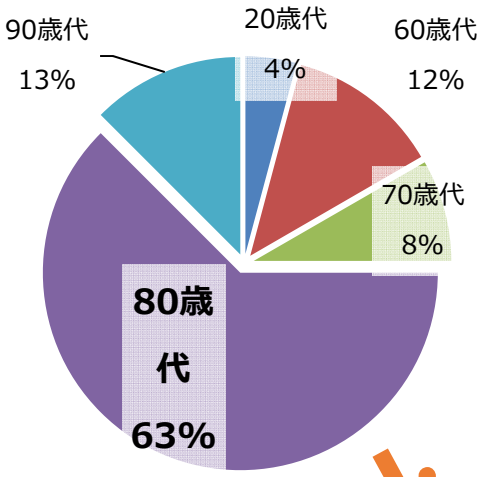
出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供資料

専門の研修を受けた看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）による同行訪問②

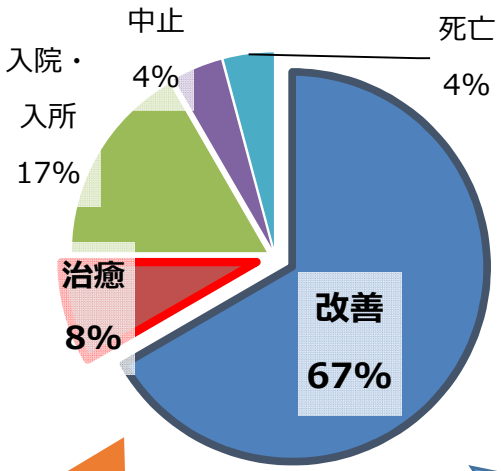
○　専門の研修を受けた看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）による報酬算定外の同行訪問では、ストーマケアの利用者が多い。
○　同行訪問実施後、ストーマケアの利用者の転帰は全員が改善している。

皮膚・排泄ケア認定看護師が報酬算定外で他のステーションの訪問看護師と同行訪問を行った利用者の状況
24人　（Aステーションの平成26年のデータ）

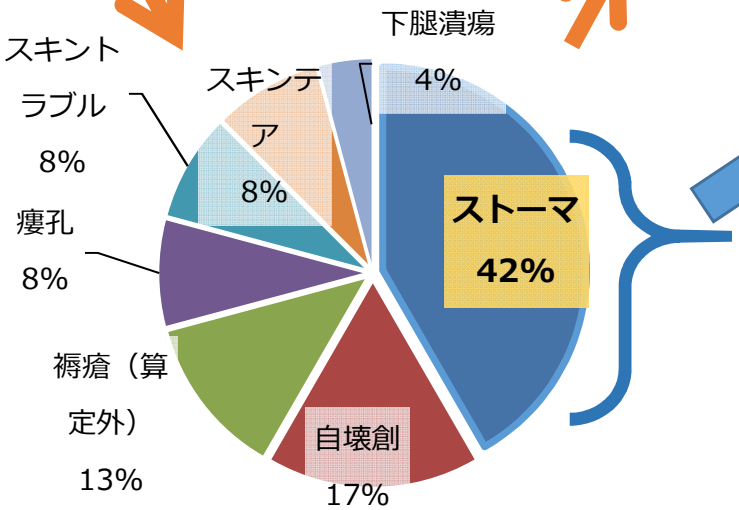
■ 利用者の年齢



■ 同行訪問後の転帰



■ 相談内容



ストーマケアの利用者　*n=10*

- 全員が改善
- 同行訪問の回数は１～２回
- 同行訪問開始から治癒までの期間は全員が1か月

◆相談内容

ストーマ周囲スキントラブル	4人
装具選択	4人
ストーマ脱出のケア	1人
ストーマ狭窄のケア	1人

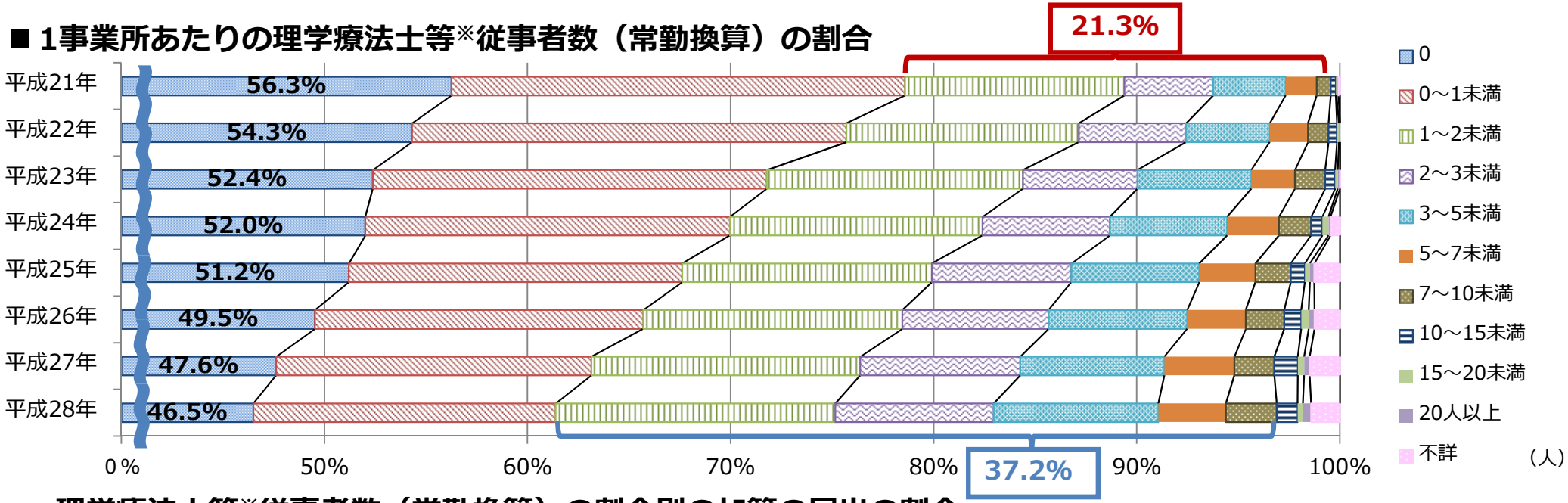
出典：日本創傷・オストミー・失禁管理学会提供資料をもとに保険局医療課にて作成

理学療法士等による訪問看護

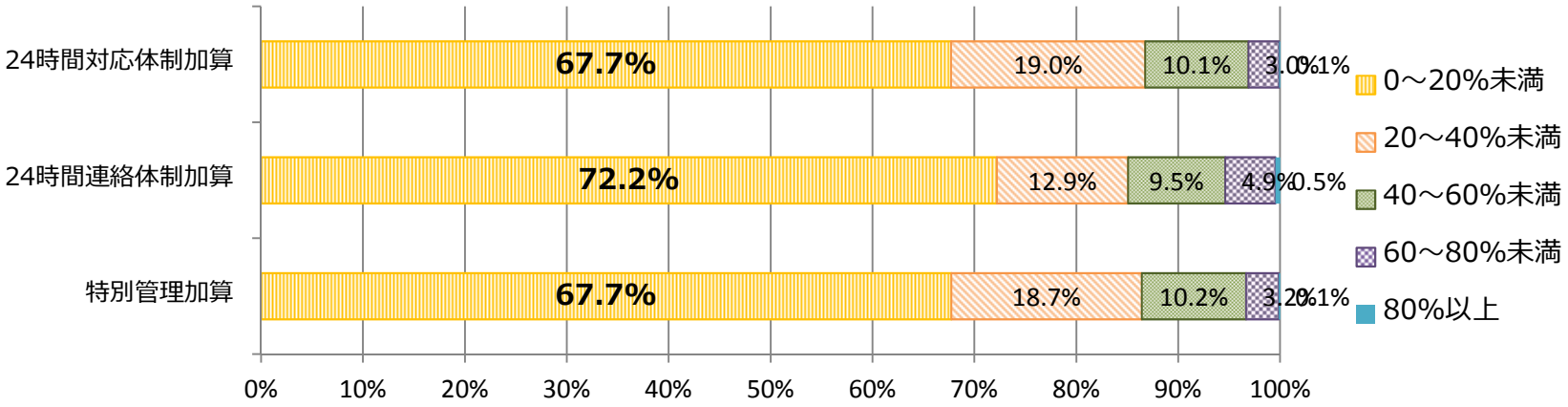
訪問看護ステーションにおける理学療法士等従事者の状況

○　1事業所あたりの理学療法士等従事者数では平成21年と平成28年では０人のステーションが約10ポイント減少し、1人以上のステーションは15.9ポイント増加している。
○　24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算及び特別管理加算の届出をしている訪問看護ステーションでは、理学療法士等従事者数（常勤換算）の割合が20%以下の事業所の割合が約６～7割である。

■ 1事業所あたりの理学療法士等※従事者数（常勤換算）の割合



■ 理学療法士等※従事者数（常勤換算）の割合別の加算の届出の割合（平成28年）



特別管理加算：気管カニューレや人工呼吸器の使用など特別な管理を必要とする利用者に対して訪問看護を行う場合の加算

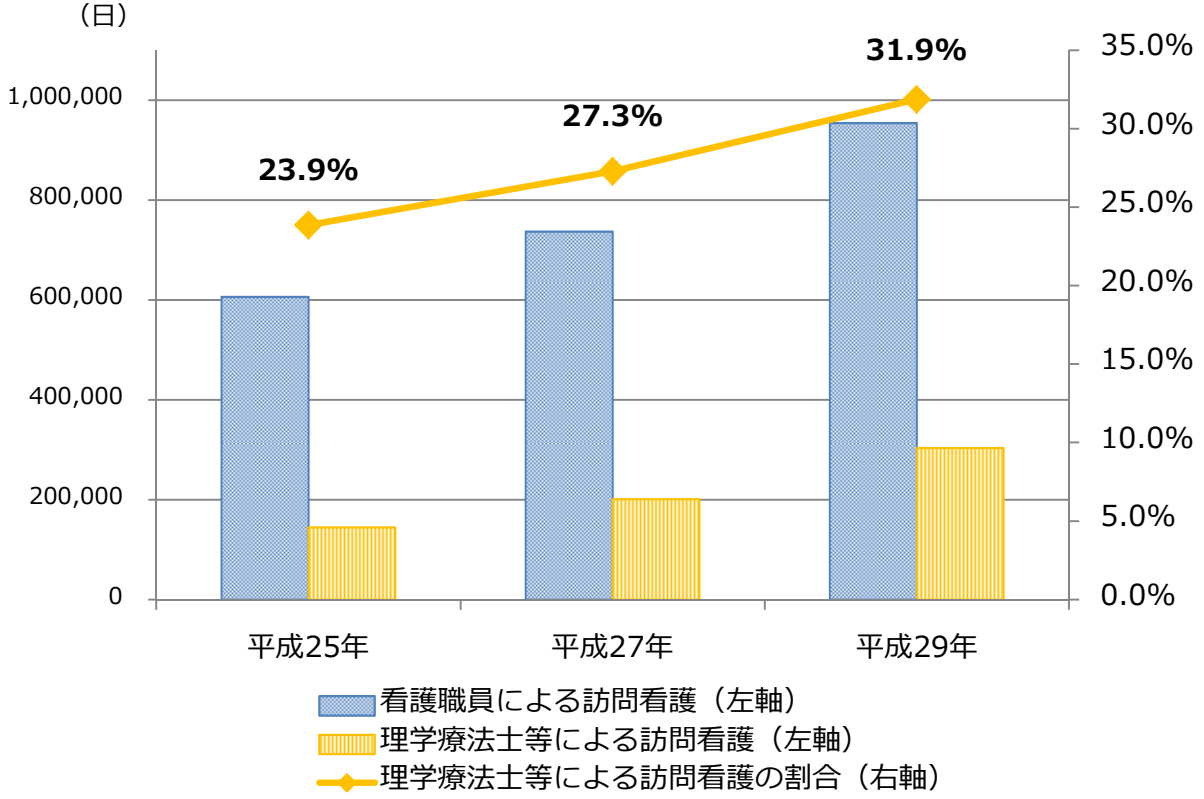
※　理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

出典：「介護サービス施設・事業所調査」より保険局医療課にて作成

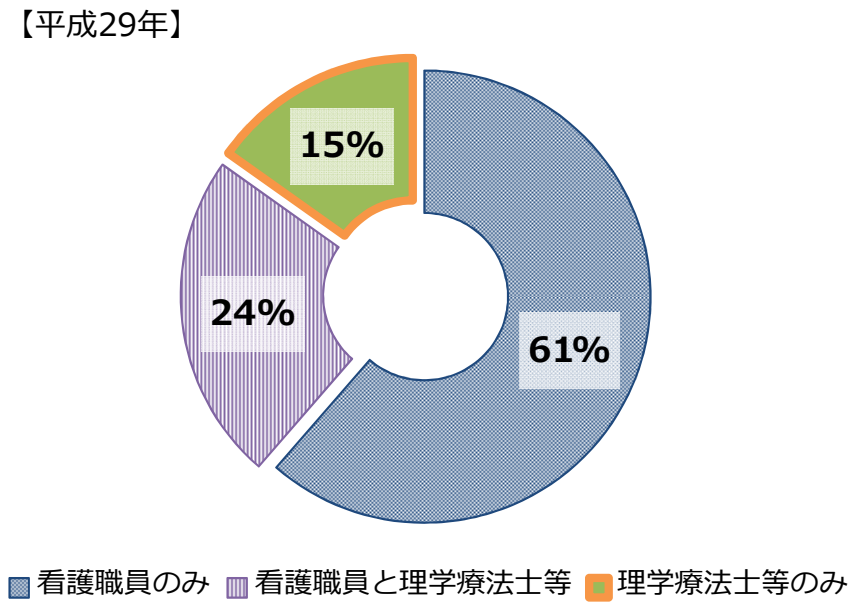
訪問看護ステーションの理学療法士等が行う訪問看護

○　訪問看護基本料療養費（Ⅰ）と（Ⅱ）の職種別の算定日数では、理学療法士等による訪問看護の割合が2割から3割弱程度となっている。
○　訪問看護基本療養費（Ⅰ）の算定額を1人の利用者に対する訪問職種別でみると、看護職のみの訪問によるものが約6割程度、理学療法士等のみの訪問によるものは約1.5割である。

■訪問看護基本療養費（Ⅰ）と（Ⅱ）における算定日数（訪問者の職種別）と理学療法士等による訪問看護の割合



■訪問看護基本療養費（Ⅰ）の算定額に占める職種別割合（職種組合せ別）



※看護職員：保健師、助産師、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

出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分、平成29年は暫定値）

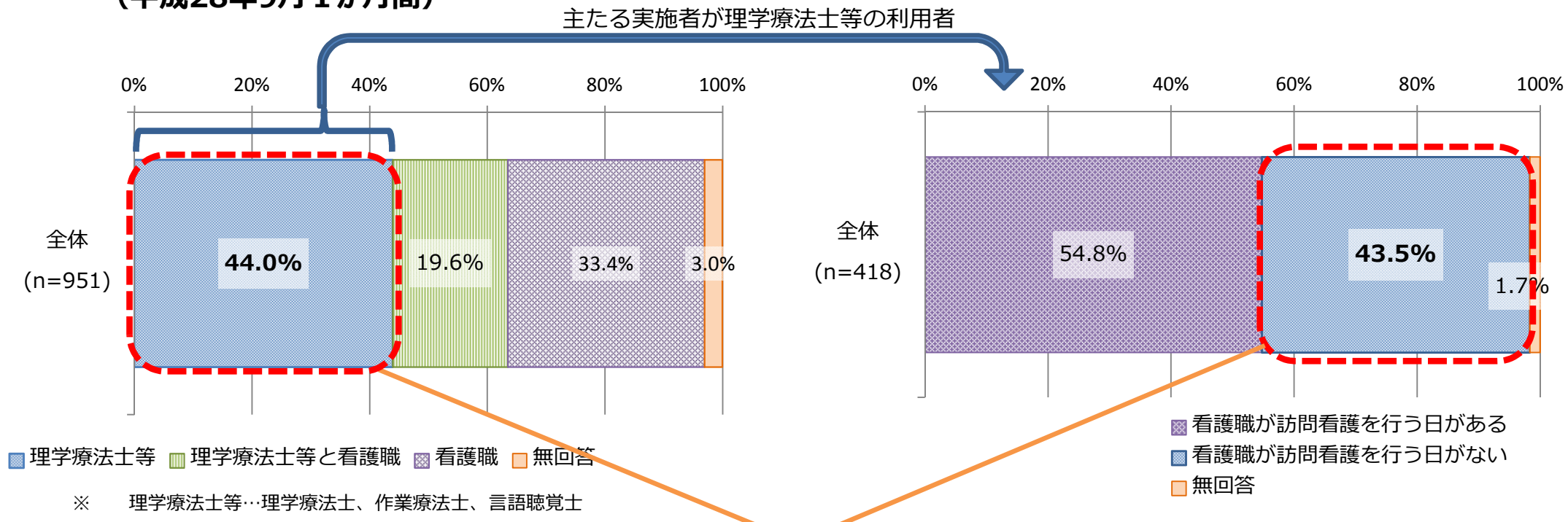
理学療法士等による訪問看護の提供状況

○　検証調査において、訪問看護で提供したケアについて「リハビリテーション」に該当した利用者で、主たる実施者が理学療法士等である者の割合は、4割を超えていた。

○　主たる実施者が理学療法士等の利用者について、看護職が訪問看護を行う日がないとした事業所が4割強である。

■訪問看護で提供したケアについて「リハビリテーション」に該当した利用者の訪問看護主たる実施者（平成28年9月１か月間）

■看護職による訪問看護の実施状況



主たる実施者がリハビリ職であり、看護職が訪問看護を行う日がない利用者は、全体の23.5%

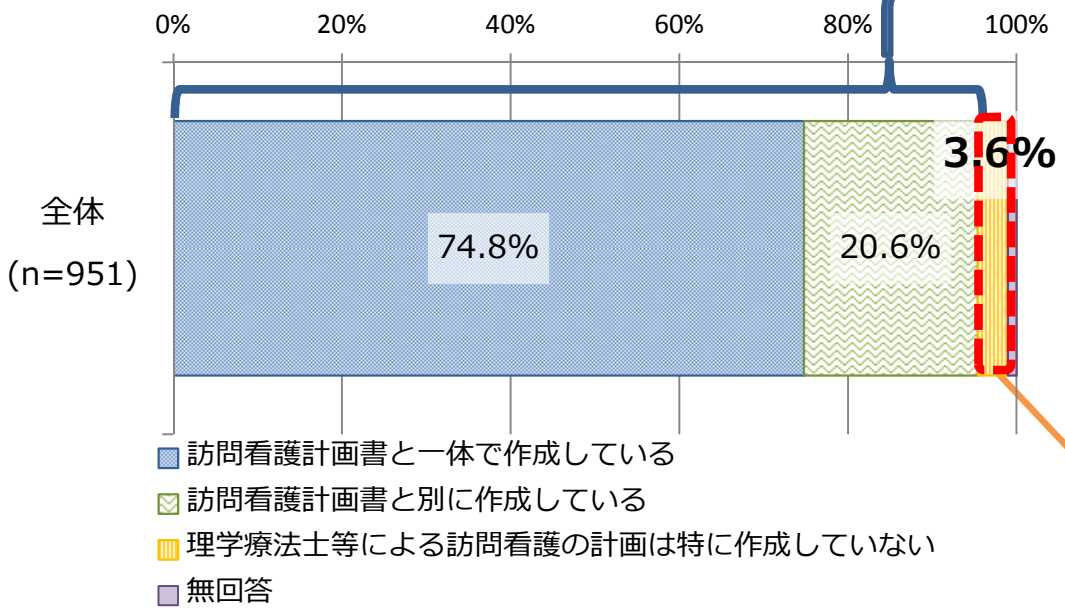
出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

理学療法士等による訪問看護の計画・評価の状況

○　検証調査において、訪問看護で提供したケアについて「リハビリテーション」に該当した利用者の計画を、訪問看護計画書と一体で作成しているのは、全体で7.5割程度であった。

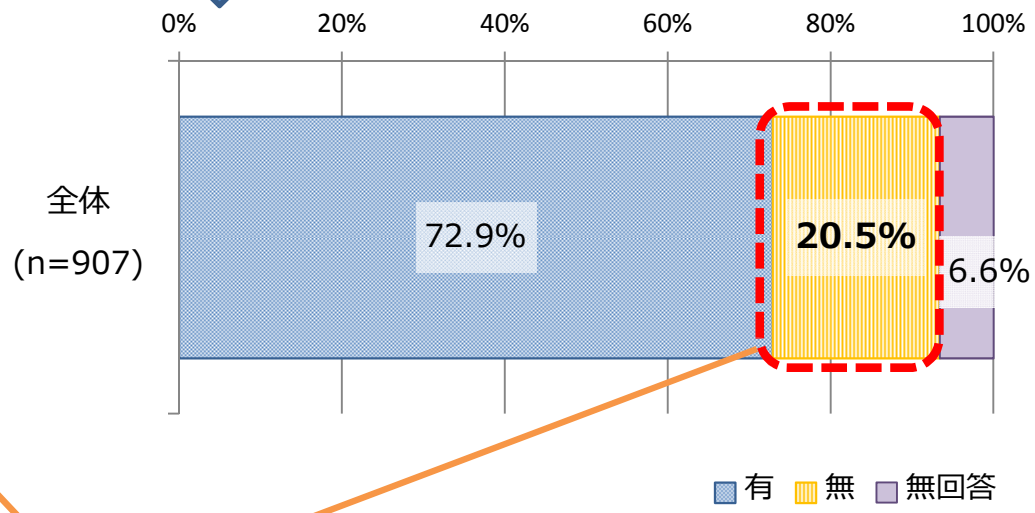
○　計画を作成していない者、及び作成しているが計画の作成・評価に看護職が関与していない利用者は、全体の２割程度。

■訪問看護で提供したケアについて「リハビリテーション」に該当した利用者の計画の作成方法（平成28年9月１か月間）



計画を作成している利用者

■計画の作成・評価への看護職の関与の有無



<u>リハビリテーションに関する計画を作成していない、</u>

<u>及び、作成していても看護職が関与していない利用者</u>は、全体の<u>19.6%</u>

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
（一部、医療課にて再集計）

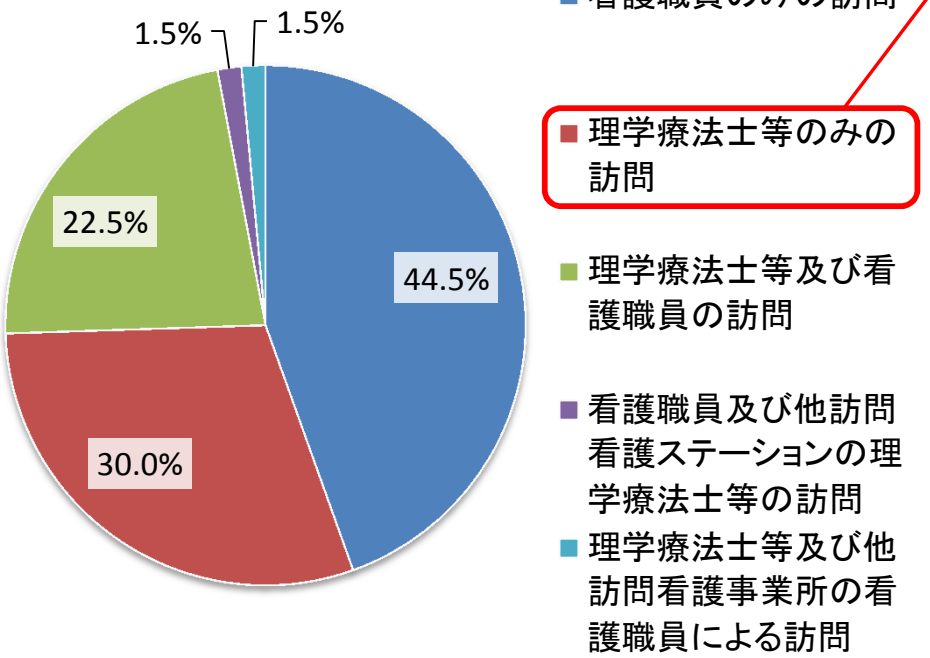
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

○　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。

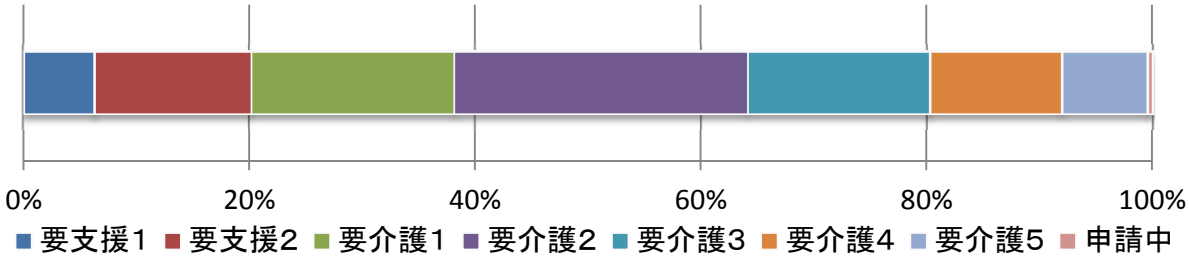
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数（2016年10月）(n=600)（※理学療法士等による訪問を行っているSTに限る）

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

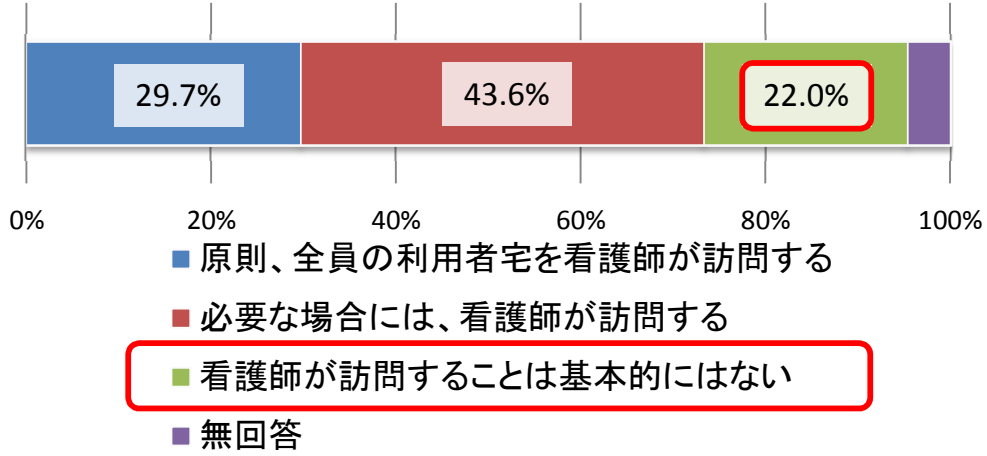
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数（74.1人）の訪問者職種別の割合



■ 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



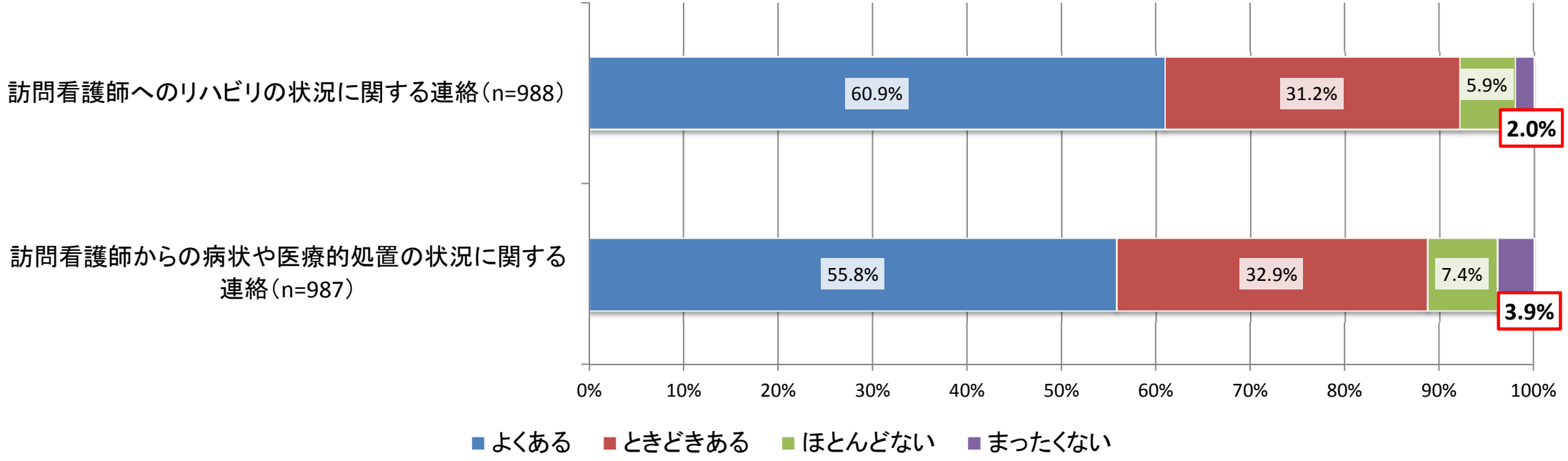
■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況（n=619）

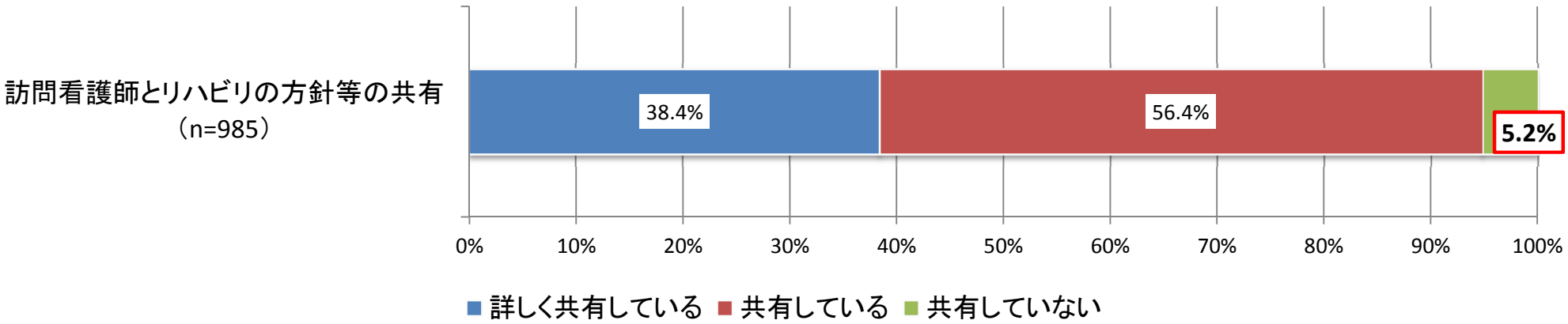


出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）「通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業」報告書

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。



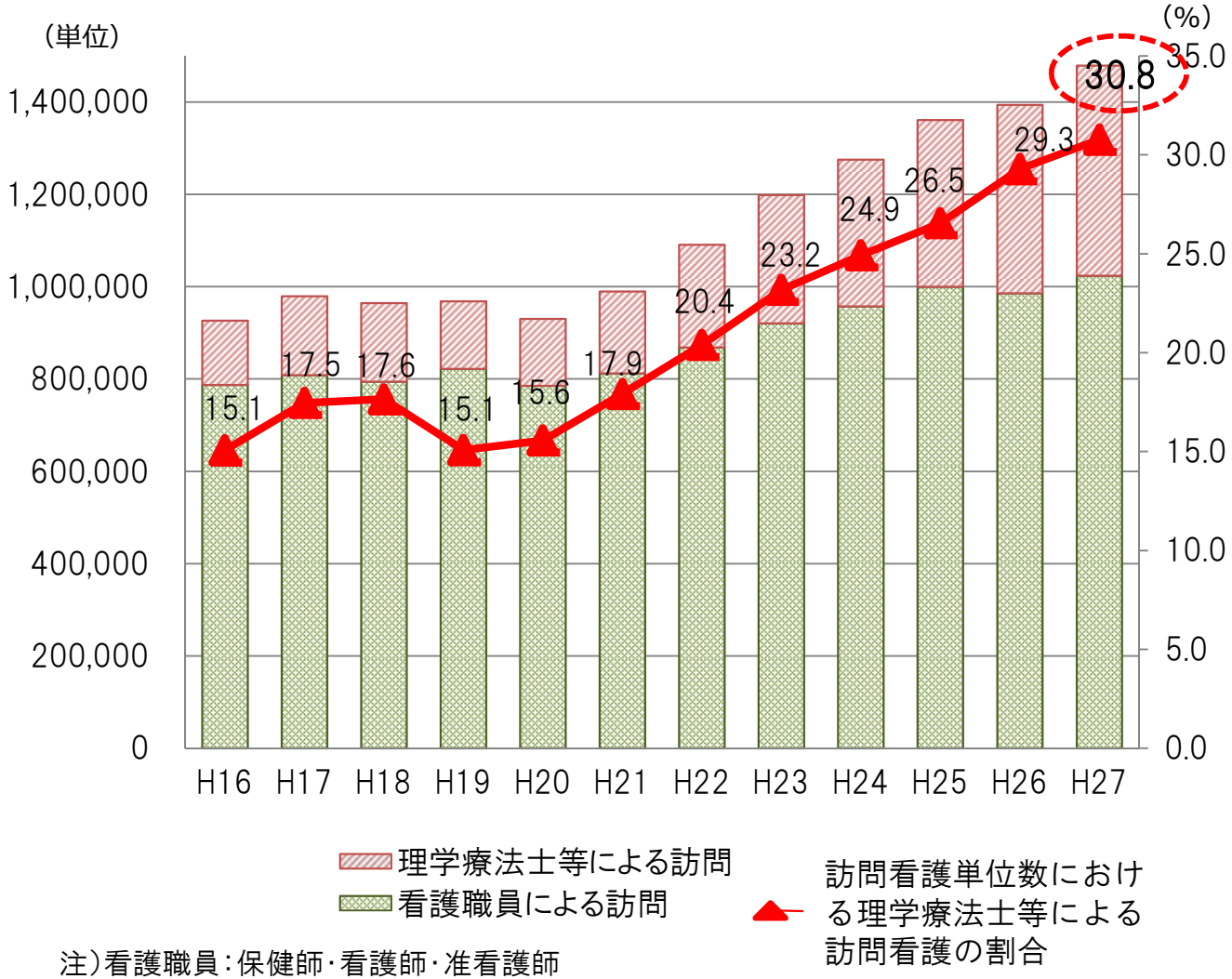


出典：平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）「通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業」 報告書

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。

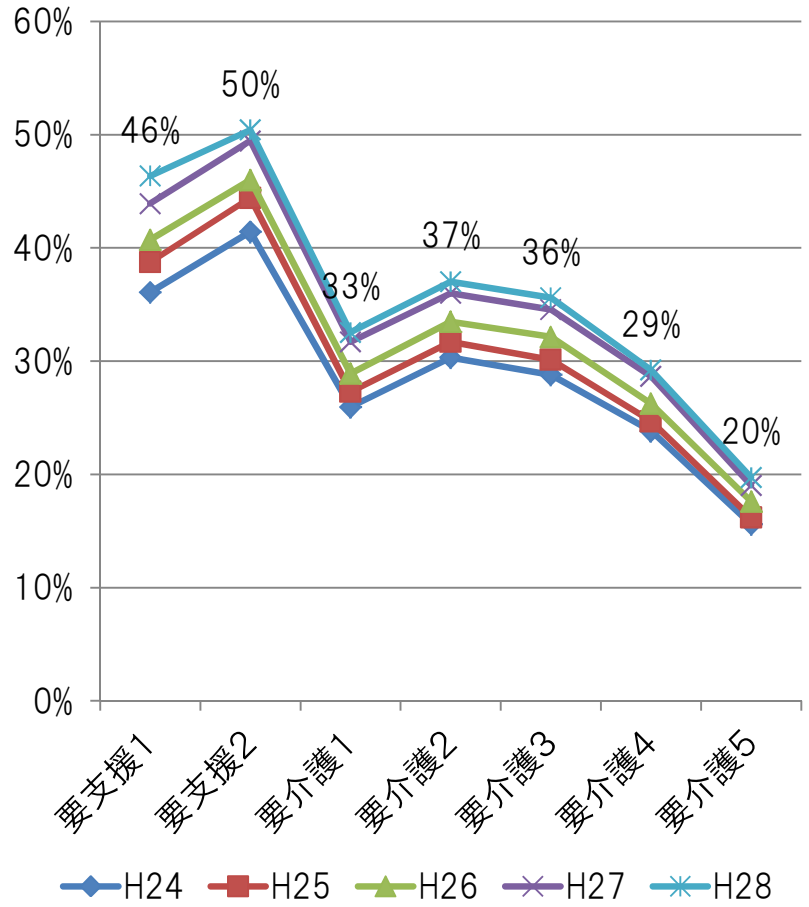
■ 職種別訪問看護単位数の推移、理学療法士等による訪問看護の割合の推移



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

【出典】介護給付費実態調査（各年9月審査分）

■ 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）

複数の主治医がいる場合の訪問看護の指示

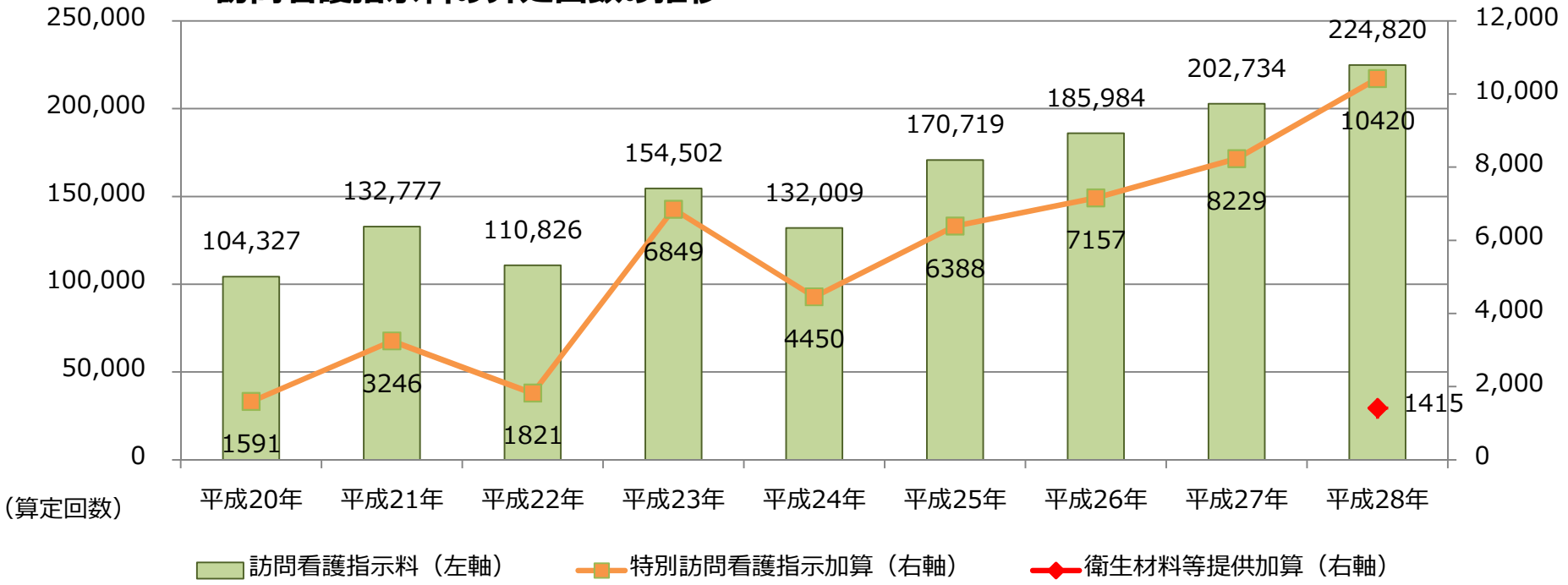
指定訪問看護に関する主治医からの指示

○　指定訪問看護の実施は、在宅で療養を行っている利用者の診療を担う「主治医」による訪問看護指示が必要であり、診察の状況によっては、複数の主治医からの訪問看護の指示が可能である。

○　訪問看護指示書を交付した際に算定する訪問看護指示料の算定回数は増加傾向である。

訪 問 看 護 指 示 料	特別訪問看護指示加算
在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。**主治医**。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、作成した訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定。	患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については２回）を限度として算定する。

■訪問看護指示料の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別調査･統計（各年6月審査分）

複数の医療機関による訪問診療に対する診療報酬上の取扱い

○　１人の患者に対して1つの医療機関の医師が在宅患者訪問診療料を算定している場合、その患者に対して、別の医療機関の医師が訪問診療を行っても、在宅患者訪問診療料を算定することはできない取扱いとなっている。

○　在宅時医学総合管理料等は、主として診療を行う医師の医療機関が算定可能となっている。

■診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)（平成28年3月4日保医発0304第3号)（抜粋）

C001 在宅患者訪問診療料

（6）在宅患者訪問診療料は、<u>１人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定する</u>が、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。
ただし、区分番号「C108－2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、１人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、１日につきそれぞれ１回に限り算定できる。
なお、この場合においても、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

C002 在宅時医学総合管理料、C002－2 施設入居時等医学総合管理料

（14）在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して<u>主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定</u>するものであること。

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（訪問看護の提供体制）の論点（案）

【論点（案）】

○　利用者からのニーズや訪問看護の提供状況を考慮し、訪問看護ステーションの24時間対応の評価について、24時間対応体制に一本化し、見直してはどうか。

○　複数名訪問看護加算においては、看護補助者との同行訪問に算定回数の制限がないことから、算定回数の設定について検討してはどうか。
○　利用者の安全のために、利用者の身体的理由をもって複数名訪問を実施した場合にも加算の算定を行えるよう、複数名訪問看護加算の要件を見直してはどうか。

○　1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施する場合の訪問看護ステーション間の相互の連携を推進するために、連携の具体を明示してはどうか。
○　複数の実施主体から訪問看護を受ける利用者について、訪問看護ステーションと医療機関による訪問看護の提供において算定できる加算について適正に評価してはどうか。

○　専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、利用者の生活の質に直結する排泄トラブルを早期に改善するために、訪問の対象について見直してはどうか。

○　訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問看護は、看護職員と理学療法士等の協働が十分でない場合があることから、協働して訪問看護の提供がされるよう、理学療法士等のみが訪問している利用者においても、訪問看護の計画や評価に看護職員が関与するなど、看護職員の参画を必要としてはどうか。

○　複数の主治医がいる場合の訪問看護指示書の取扱いについてどう考えるか。

在宅医療（その4）

１．訪問看護の提供体制（総論）

２．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

３．病院併設の訪問看護ステーション

４．関係機関との連携

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（利用者のニーズへの対応）の課題①

【課題】

【医療的ケア児等への対応】

- 小児の訪問看護は困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。難しい理由は、小児の経験のある人材の不足とともに「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」といった内容があがっている。
- 超重症児・準超重症児 は、週3回、長時間訪問看護加算を算定することが可能であるが、医療的ケアが必要であっても、歩行が可能である小児は、週1回のみの算定となる。

【精神障害を有する者への重点的支援】

- 措置入院患者の退院後等の頻回な訪問が必要な患者であっても、当該患者の主治医（医療機関）が精神科重症患者早期集中支援管理料を算定していない場合には、精神科訪問看護複数回加算は算定できない。精神科重症患者早期集中支援管理加算を届け出ている訪問看護ステーション数は多いが、算定回数は少ない。当該管理料を届け出ている医療機関数及び算定回数も少ない。
- 集団を対象とする精神科訪問看護基本療養費Ⅱは、社会復帰指導等を目的に創られたが、算定人数は少ない。同一建物に居住する利用者精神科訪問看護は、個別の状況に即して実施する別評価（精神科訪問看護基本療養費Ⅲ等）で算定可能である。

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（利用者のニーズへの対応）の課題②

【課題】

【過疎地域等における訪問看護】

- 特別地域訪問看護加算の定める地域に所在する訪問看護ステーションは全体の1.6%。特別地域訪問看護加算の定める地域にない訪問看護ステーションにおいて、当該地域に居住する利用者がいる訪問看護ステーションは少ないものの存在する。訪問看護ステーションが定める地域外に所在する場合は、当該地域に住む利用者を訪問しても算定できない。
- 特別地域訪問看護加算で定める地域に所在する訪問看護ステーションは、地域外に所在する訪問看護ステーションと比べて、訪問看護ステーション当たりの看護師等の従事者数の平均が少なく、24時間対応体制加算の届出の割合も低い。
- 特別地域訪問看護加算の定める地域にある医療機関が訪問看護を行っている地域があるが、医療機関からの訪問看護（在宅患者訪問看護・指導料等）には、特別地域訪問看護加算は設定されていない。

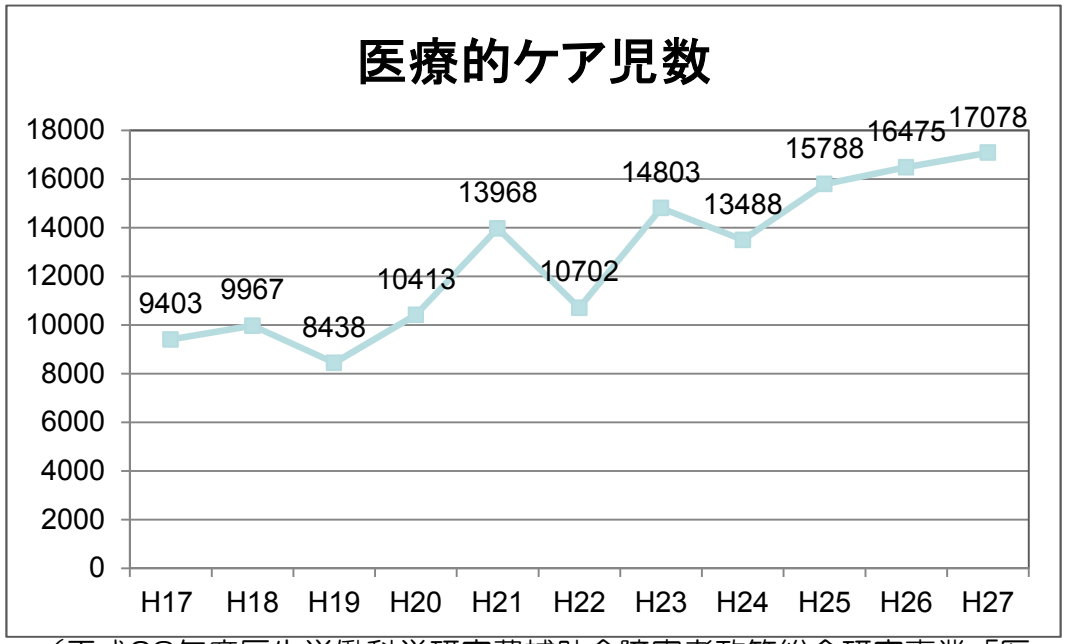
医療的ケア児等への対応

医療的ケア児について

○　医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、　たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。
○　全国の医療的ケア児は約1.7万人〈推計〉　［平成28年厚生労働科学研究田村班中間報告］

○　歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
○　生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養　等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田.2012推計値］



（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の中間報告）

児童福祉法の改正
（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）
第五十六条の六第二項
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

小児に対する訪問看護

○　小児に対する訪問看護は、家族へのケア方法の指導・精神的支援及び学校や病院との調整等、小児を取り巻く環境への支援が含まれている。
○　小児の訪問看護は困難であると答える訪問看護ステーションは約半数であった。難しい理由は、人材不足とともに「保護者との関係づくり・保護者へのケアが難しい」といった内容があがっている。

■重症児・家族への訪問看護師による支援項目・支援内容

支援項目	支援内容
重症児の健康状態確認・健康管理	• 全身状態の観察 • 医学的管理　児のＱＯＬ向上のケア
介護負担軽減	• 医療的ケアを実施 • 母親の介護負担軽減
助言やケア方法の指導	• 緊急時対応のケア • 母親ができる経管栄養の方法を助言・指導 • 吸引器や酸素の取り扱い、消毒の方法、過度な全身緊張や啼泣に対するケアの指導
学校や病院、サービスの調整	• 病状変化への対応がスムーズにできるよう在宅主治医と連携。医療・保健・福祉・教育の支援機関の全スタッフが集まってのケア会議を企画。ヘルパーへの助言 • 退院前に調整会議を実施
家族への支援	• 母親に対する精神的支援 • 経済的問題に対するケア • 父親がケアを代行できる意識とスキルを持てるよう母親、父親、母方祖母へ関わった

※文献検索し、訪問看護の対象となっている重症児の年齢、医療的ケアの有無、訪問看護の実施方法の内容、支援内容が含まれていた15件をまとめたもの

出典： 杉山友理他. 重要心身障害児とその家族に対する訪問看護師の支援に関する文献検討. 日本小児看護学会誌. 2014；23(1): 29-35　から保険局医療課にて抜粋

■小児の訪問看護の難しさについて　n=20（訪問看護ＳＴ）

小児訪問看護の難しさ	とても難しい	4(20%)
	まあまあ難しい	7(35%)
	あまり難しくない	4(20%)
	全く難しくない	0(0%)
	無回答	5(25%)

■小児の訪問看護が難しい理由　n=18(訪問看護ＳＴ／複数回答)

小児看護の経験のある**スタッフがいない**	9(50.0%)
小児看護の知識や技術を学べる機会が少ない	8(44.4%)
人材の**マンパワーが不足**しているため	7(38.9%)
ケアマネージャーのような**コーディネーターがいない**	7(38.9%)
保護者（家族）との関係づくり・保護者へのケアが難しい	5(27.8%)
福祉サービス等の福祉機関との連携が難しい	5(27.8%)

※調査対象は、茨城県央・県北地域にある全訪問看護ステーション38か所に質問紙調査票を郵送にて配布し、返送が得られた20ヶ所

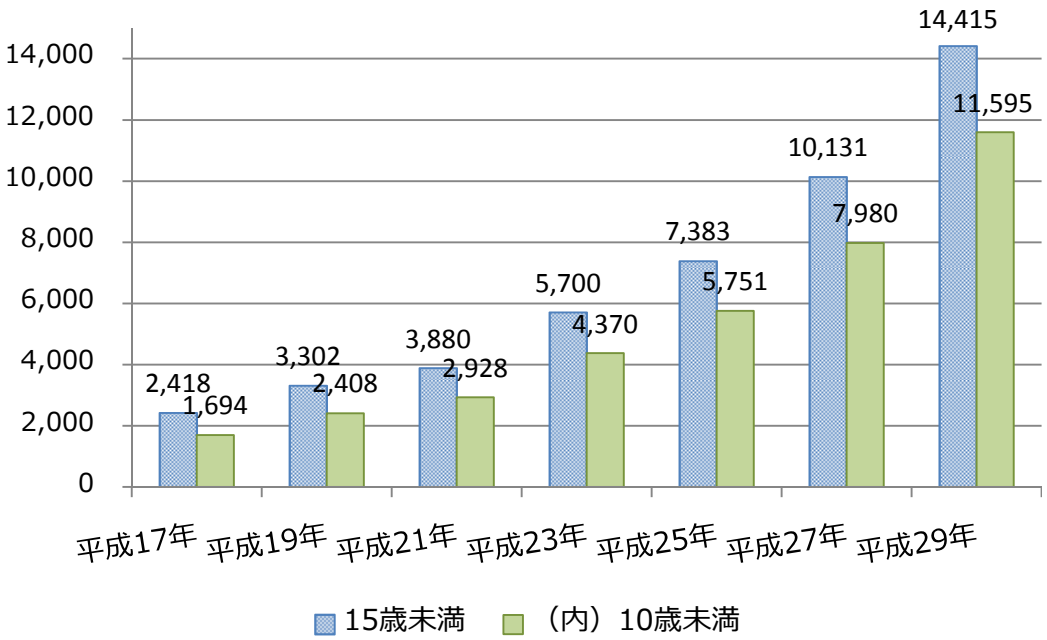
出典： 松澤明美他.茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題.茨城キリスト教大学看護学部紀要. 2015；7(1): 19-27

小児の訪問看護利用者の状況

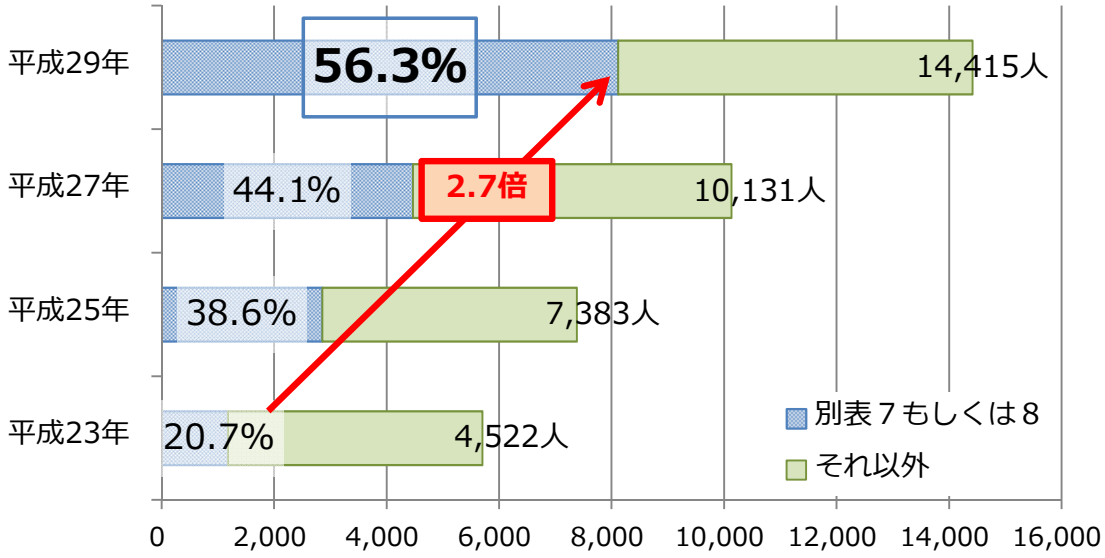
○　訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児（15歳未満）の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。

○　小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア（基準告示第2の１）に該当する者の割合は、平成23年に比べて平成29年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の１に該当する者※1,2の割合



出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

※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：別表第８

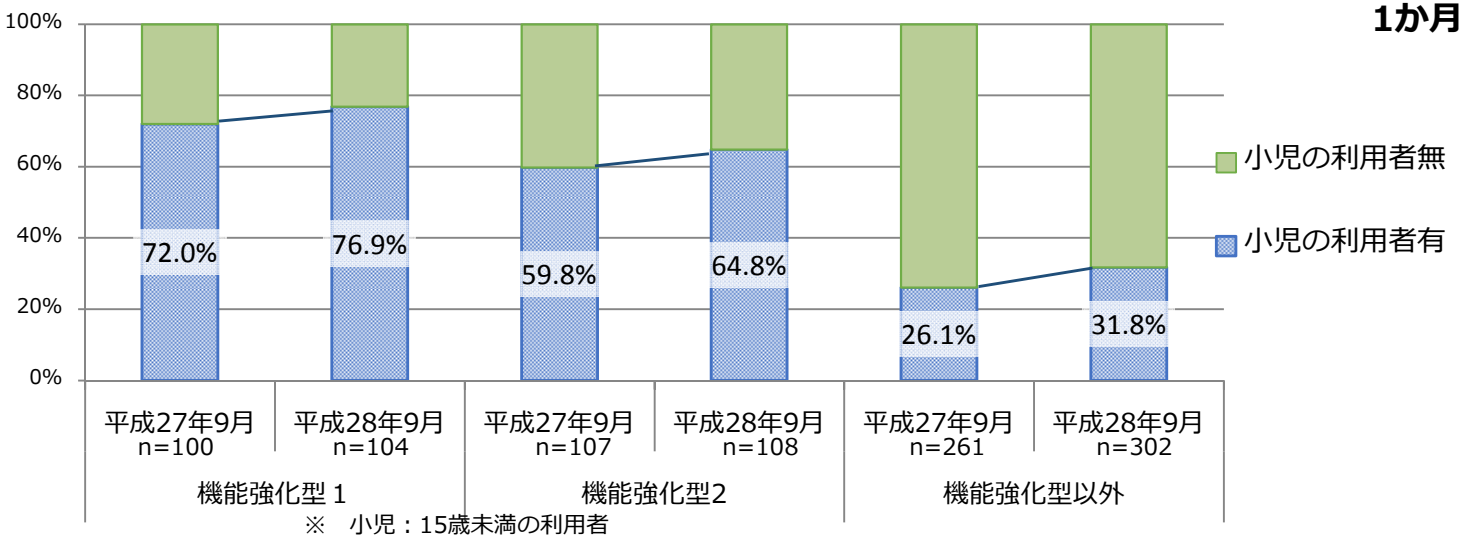
1　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション

○　小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は、平成27年から平成28年において増えている。訪問看護ステーション1か所あたりの小児の利用者数の平均は、機能強化型以外のステーションで3.1人である。

○　乳幼児加算・幼児加算の算定者数、算定日数は増加傾向であり、乳幼児加算を算定する利用者数は平成29年は平成25年に比べて約２倍になっている。

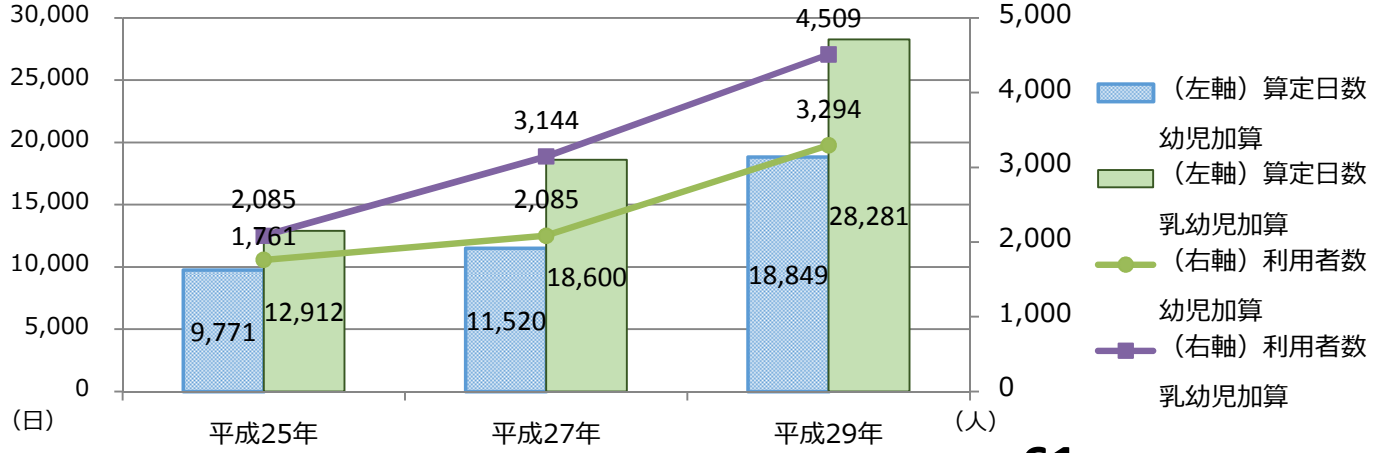
■小児※の訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合



※　小児：15歳未満の利用者

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

■乳幼児加算、乳児加算の算定日数と利用者数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

■超重症児・準超重症児・医療的ケア児等の1か月あたりの平均小児利用者数※（平成28年4～9月）

機能強化型1	小児全体	6.5人
	超重症児	2.8人
	準超重症児	2.4人
	医療的ケア児	2.6人
	その他の小児	2.9人
機能強化型2	小児全体	4.7人
	超重症児	2.3人
	準超重症児	2.6人
	医療的ケア児	2.1人
	その他の小児	1.7人
機能強化型以外	小児全体	3.1人
	超重症児	2.0人
	準超重症児	2.1人
	医療的ケア児	1.8人
	その他の小児	1.9人

※当該小児の利用者がいないステーションは除く

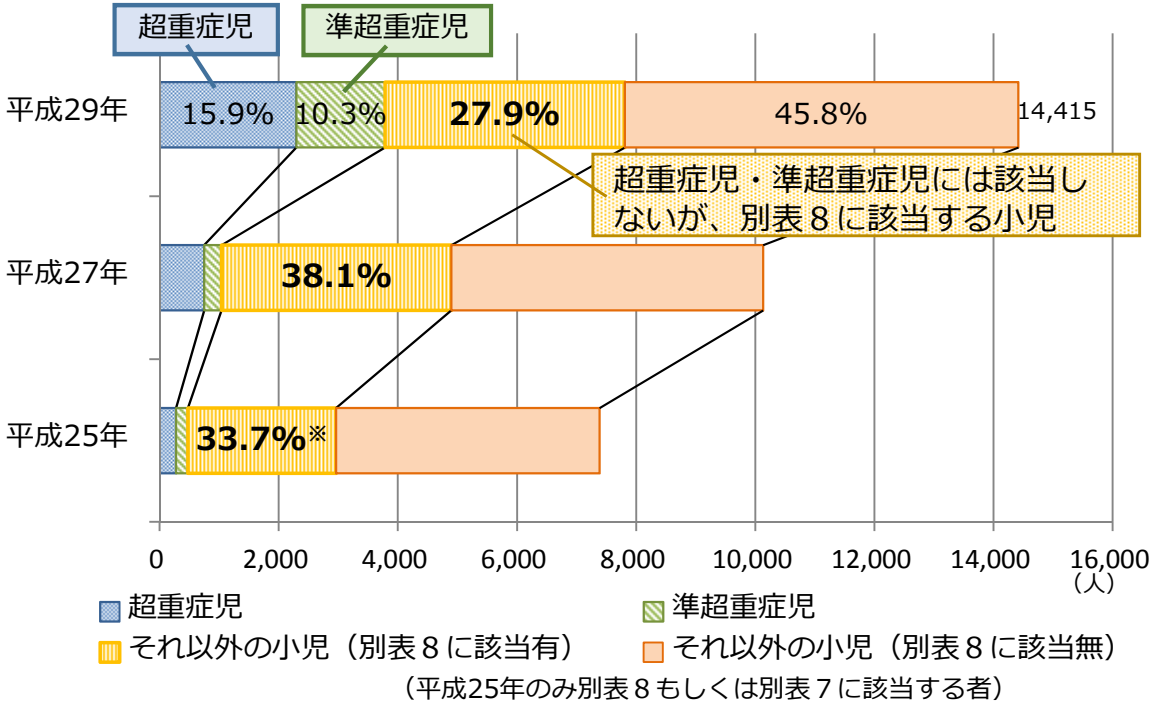
出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」（一部、データを元に医療課で集計）

超重症児・準超重症児・それ以外の小児に対する訪問看護

○　超重症児・準超重症児の利用者数は増加傾向である。また、超重症児・準超重症児には該当はしないものの、医療的ケアが必要といった別表８に該当する小児も一定数訪問看護を利用している。

○　超重症児(者)・準超重症児(者) は、週3回、長時間訪問看護加算を算定することが可能であるが、医療的ケアが必要であっても、歩行が可能である小児は、週1回のみの算定となる。

■超重症児・準超重症児等の利用者数の推移



（平成25年のみ別表８もしくは別表７に該当する者）

出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

以下の各項目に規定する状態が６か月以上継続する場合に、それぞれのスコアを合算する。

１．運動機能：**座位まで**（共通項目）

２．判定スコア

（１）レスピレーター管理

（２）気管内挿管、気管切開

（３）鼻咽頭エアウェイ　　等　１４項目

スコア

＜判定＞

運動機能が座位までであり、かつ、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点未満の場合を準超重症児(者)

基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日　保医発0304第1号　別添６・別紙14）

長時間訪問看護加算

15歳未満の超重症児又は準超重症児、別表8に該当する者※、特別訪問看護指示書が出ている利用者といった長時間の訪問を要する者に対し、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、１人の利用者に対して週１回（**15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週３回**）に限り、訪問看護基本療養費に加算。

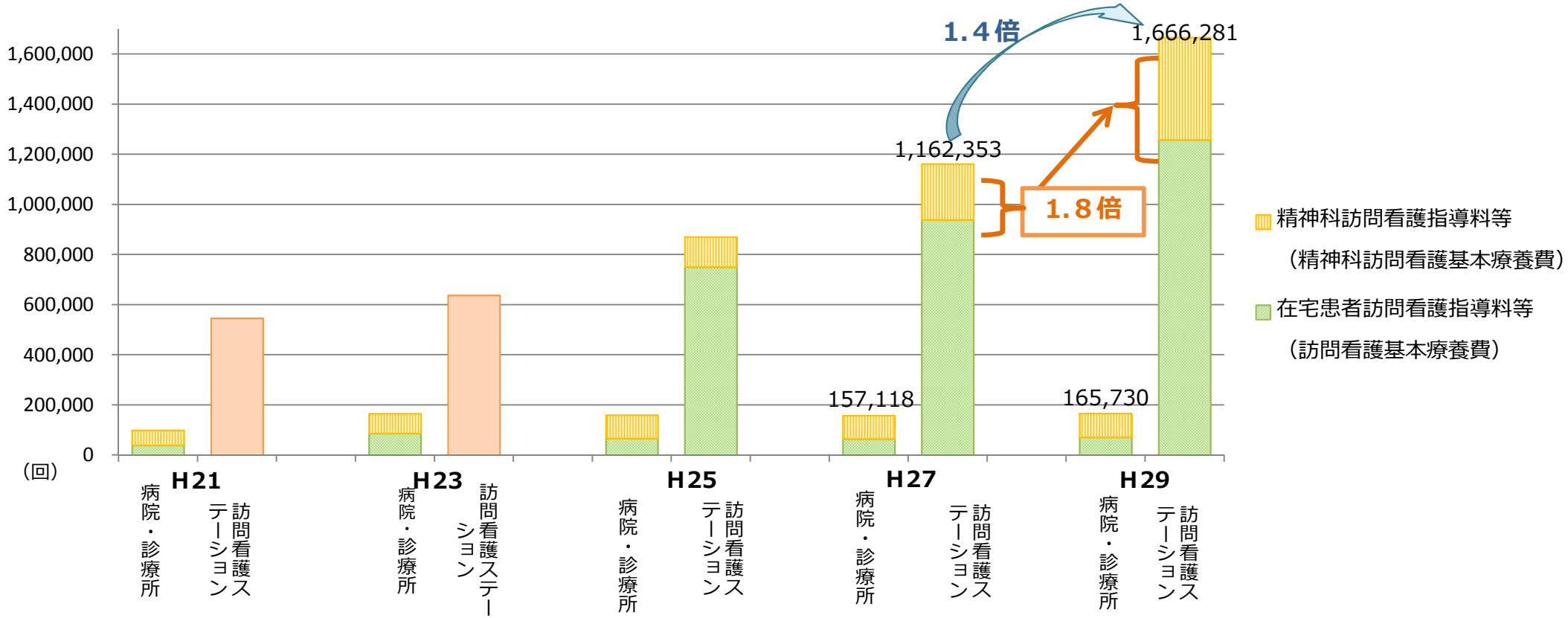
※別表７・別表８：Ｐ５参照

精神障害を有する者への重点的支援

精神科訪問看護の実施回数の推移（病院・診療所／訪問看護ステーション）

○　訪問看護ステーションからの訪問看護の全体の実施回数は平成27年から平成29年において1.４倍であるが、精神科訪問看護基本療養費のみでは約1.8倍となっている。

○　一方、病院・診療所からの精神科訪問看護は、平成23年より大幅な増加はみられない。



※各年において下記の実施回数を積み上げている。

年	病院・診療所		訪問看護ステーション	
	在宅患者訪問看護・指導料等	精神科訪問看護指導料等	訪問看護基本療養費	精神科訪問看護基本療養費
21	在宅患者訪問看護・指導料 居住系施設入居者等訪問看護指導料	精神科訪問看護指導料（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）	
23	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	精神科訪問看護指導料（Ⅰ）	訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）	
25～	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	精神科訪問看護指導料（Ⅰ）（Ⅲ）	訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）

出典：「社会医療診療行為別調査・統計」（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

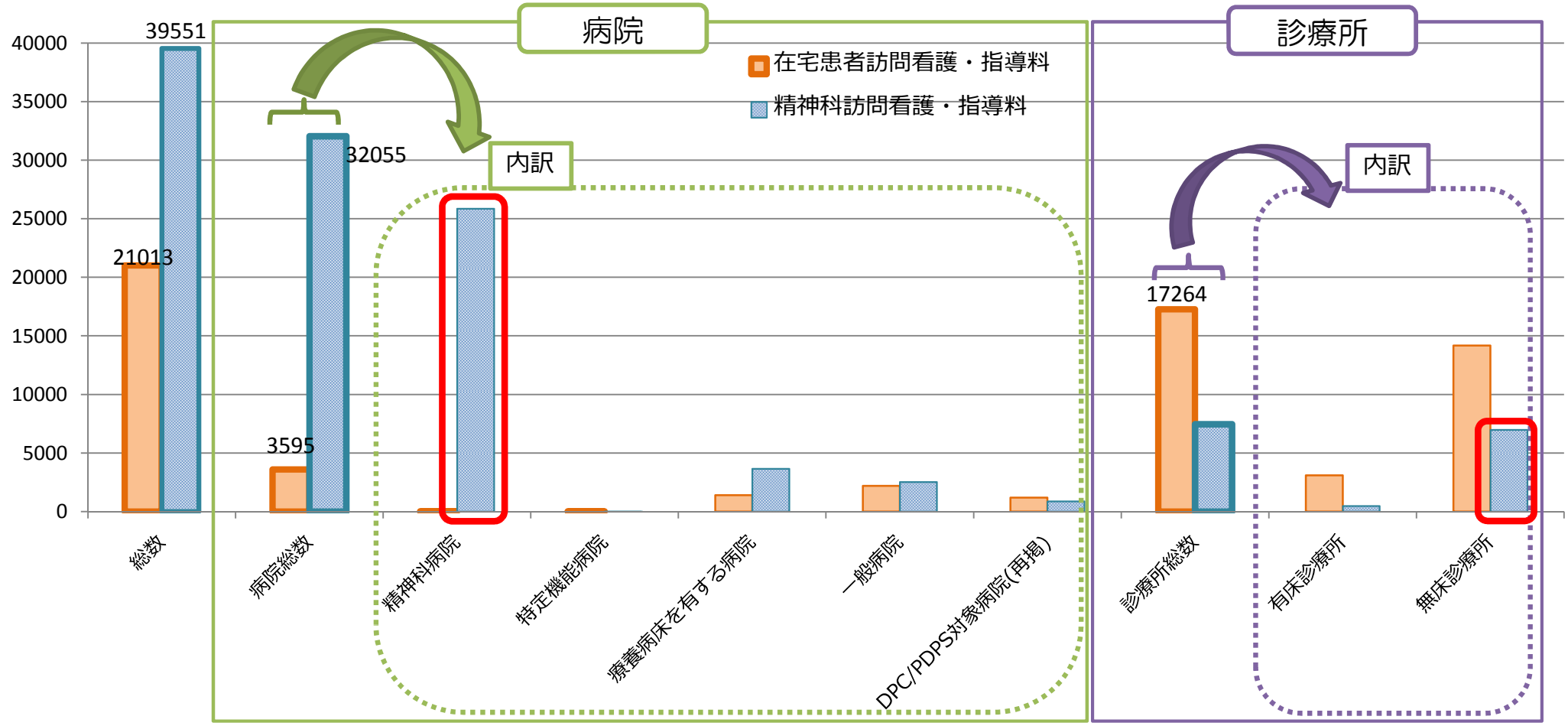
病院・診療所からの精神科訪問看護の実施状況

○　病院からの訪問看護は、約9割が精神科病院からの精神科訪問看護・指導である。

○　診療所からの精神科訪問看護・指導は、9割以上が無床診療所によるものである。

■病院・診療所からの訪問看護・指導の実施件数（平成28年6月審査分）

	総数（件）	病院	診療所
在宅患者訪問看護・指導料※1	21,013　（100.0%）	3,595　（10.1%）	17,264　（69.8%）
精神科訪問看護・指導料※2	39,551　（100.0%）	32,055　**（89.9%）**	7,459　（30.2%）
合計	60,564　（100.0%）	35,650　（58.9%）	24,723　（40.8%）



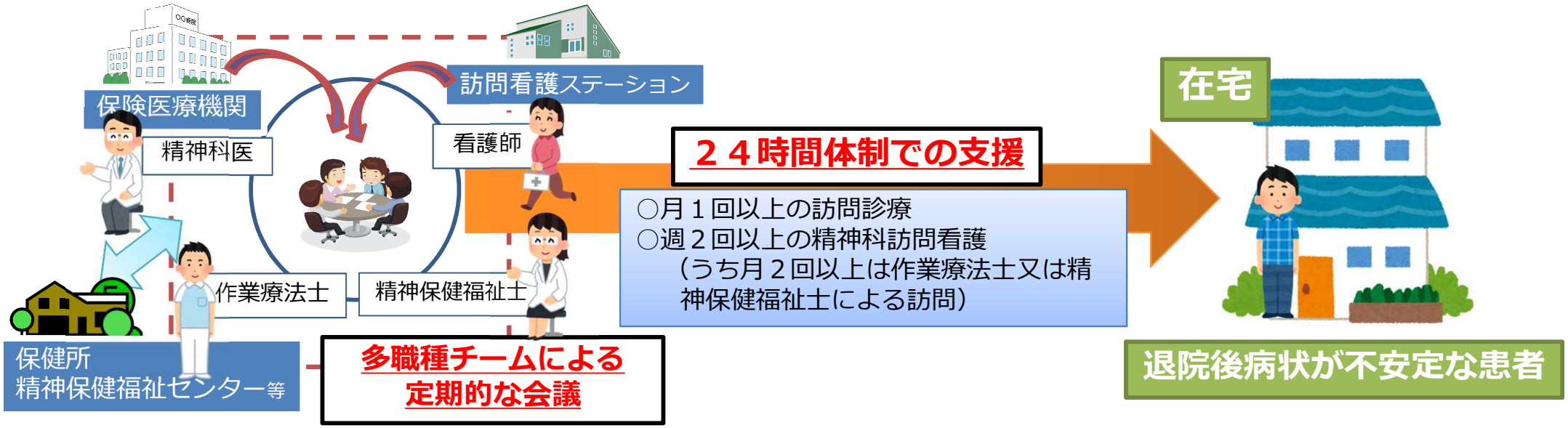
※1　在宅患者訪問看護・指導料：在宅患者訪問看護・指導料と同一建物居住者訪問看護・指導料の細分類の実施件数を積み上げている

※2　精神科訪問看護・指導料：精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）～（Ⅲ）の細分類の実施件数を積み上げている

出典：「社会医療診療行為別統計」（平成28年6月審査分）

精神科重症患者早期集中支援管理料

精神科重症患者早期集中支援管理料は、長期入院患者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者に対し、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等 の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施すると ともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価。



算定要件	訪問診療を月１回以上及び精神科訪問看護を週２回以上（うち月１回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問）実施している患者に対し、退院した日から起算して６月以内の期間に限り算定する
対象患者	以下①～④のすべてを満たす者。 ①１年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。 ②統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の者。 ③精神科への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む）。
施設基準	①常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。（作業療法士は非常勤でも可） ②24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

精神科複数回訪問加算と精神科重症患者早期集中支援管理連携加算

○　措置入院患者の退院後等の頻回な訪問が必要な状態の患者であっても、主治医（医療機関）が精神科重症患者早期集中支援管理料を算定していない場合には、精神科複数回訪問加算は算定できない。

○　精神科重症患者早期集中支援管理加算を届け出ている訪問看護ステーションは多いが、算定回数は少ない。精神科重症患者早期集中支援管理料を届け出ている医療機関数は22であり、管理料の算定回数も少ない。

精神科複数回訪問加算	精神科重症患者早期集中支援管理連携加算
• 「診療報酬の算定方法」に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者に対して、１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護基本療養費に加算する。	• 診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に対して、在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月１回に限り、訪問看護管理療養費に加算する。

医療機関が算定する管理料であるため、医療機関が算定しないと、訪問看護ステーションは、この加算は算定できない。

■精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の届出と算定件数（訪問看護ステーション）

届出訪問看護ステーション数	算定回数	
平成27年7月	平成27年	平成29年
８９１ステーション	9	54

出典：（届出訪問看護ステーション数）保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
（算定回数）保険局医療課調べ（各年6月審査分、平成29年は暫定値）

■精神科重症患者早期集中支援管理料の届出と算定回数（医療機関）

届出医療機関数 （平成28年7月）	算定回数 （平成28年6月審査分）
２２医療機関	２回

出典：（届出医療機関数）保険局医療課調べ
（算定回数）社会医療診療行為別統計

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ／精神科訪問看護・指導料Ⅱ

○　同時に複数の者（集団）を対象とする精神科訪問看護基本療養費Ⅱは、社会復帰指導等を目的に創られたが、その算定人数は少ない。

○　同一建物に居住する利用者への個別の状況に即した精神科訪問看護は、精神科訪問看護基本療養費Ⅲ（精神科訪問看護・指導料Ⅲ）で算定可能である。

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ／精神科訪問看護・指導料Ⅱ
1,600円（160点）

- 指定訪問看護を受けようとする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又は福祉ホームに入所している複数のものに対して同時に指定訪問看護を行った場合**に、週３日を限度として算定する。
- 1日に訪問する利用者の数は5名程度を標準とし、8名を超えることはできない。

【経緯】

➢ 平成6年：精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）新設
「精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健婦等が、グループホーム又は医師若しくは看護婦の配置を義務づけられていない精神障害者社会復帰施設の了解の下に、これらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して、同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定」。

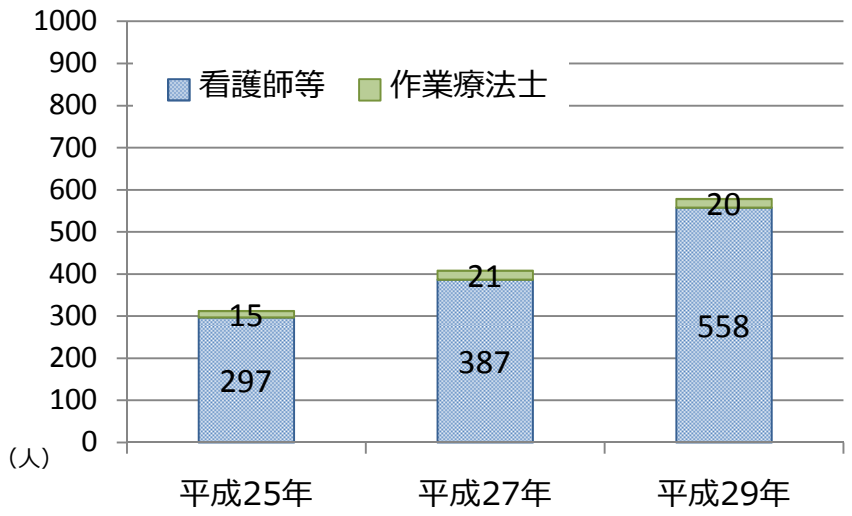
➢ 平成10年：訪問看護基本療養費（Ⅱ）新設
「精神障害を有するものであって精神障害者社会復帰施設等に入所している複数のものに対して訪問看護を行った場合に算定できる訪問看護基本療養費(Ⅱ)を新設」。平成24年より精神科訪問看護の1類型となっている。

精神科訪問看護基本療養費Ⅲ／精神科訪問看護・指導料Ⅲ
5,550円（580点）※

- 精神疾患を有する者又はその家族等（精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定するものを除く。）であって**同一建物居住者に対して、指定訪問看護を行った場合に算定**

※　同一日に2人　週3日目まで　30分以上の訪問

■精神科訪問看護基本療養費Ⅱの算定利用者数



出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

過疎地域等における訪問看護

地域における訪問看護の提供体制

○　訪問看護ステーションが０（ｾﾞﾛ）の市町村は517あるが、そのうち、200の市町村では、診療所・病院からの訪問看護の実績がみられる。
○　訪問看護ステーション及び訪問看護を実施している診療所・病院とも無い市区町村は317か所である。

都道府県	市区町村数			
	市区町村数	**訪問看護ステーションが０**	訪問看護ステーションが０だが、**訪問看護を実施している診療所・病院※がある**	訪問看護ステーション・訪問看護を実施している診療所・病院の**両方とも０**
北海道	179	103	26	77
青森	40	18	5	13
岩手	33	9	3	6
宮城	35	9	5	4
秋田	25	9	3	6
山形	35	14	6	8
福島	59	32	10	22
茨城	44	8	3	5
栃木	25	5	3	2
群馬	35	12	4	8
埼玉	63	10	5	5
千葉	54	11	4	7
東京	62	11	5	6
神奈川	33	5	2	3
新潟	30	7	2	5
富山	15	1	0	1
石川	19	3	2	1
福井	17	3	3	0
山梨	27	11	3	8
長野	77	33	11	22
岐阜	42	11	8	3
静岡	35	4	2	2
愛知	54	5	1	4
三重	29	9	4	5

都道府県	市区町村数			
	市区町村数	**訪問看護ステーションが０**	訪問看護ステーションが０だが、**訪問看護を実施している診療所・病院※がある**	訪問看護ステーション・訪問看護を実施している診療所・病院の**両方とも０**
滋賀	19	2	0	2
京都府	26	4	1	3
大阪府	43	5	3	2
兵庫	41	2	1	1
奈良	39	17	5	12
和歌山	30	10	3	7
鳥取	19	7	5	2
島根	19	3	2	1
岡山	27	8	3	5
広島	23	0	0	0
山口	19	2	0	2
徳島	24	10	5	5
香川	17	4	4	0
愛媛	20	3	1	2
高知	34	20	8	12
福岡	60	8	3	5
佐賀	20	5	3	2
長崎	21	5	3	2
熊本	45	13	5	8
大分	18	3	1	2
宮崎	26	10	9	1
鹿児島	43	16	11	5
沖縄	41	17	4	13
合計	**1741**	**517**	**200**	**317**

（※）在宅患者訪問看護・指導（医療保険分）または、訪問看護（介護予防サービスを含む）（介護保険分）いずれかを実施している診療所・病院数

出典：平成26年介護サービス施設事業所調査(厚生労働省)(特別集計)
平成26年度医療施設調査(厚生労働省)　（特別集計）

過疎地域等における訪問看護①～特別地域訪問看護加算

○　特別地域訪問看護加算で定める地域にあるとした訪問看護ステーションは全体の1.6%。特別地域訪問看護加算の対象となる地域にない訪問看護ステーションにおいて、当該地域に居住する利用者がいる訪問看護ステーションが少ないものの存在する。

○　訪問看護ステーションが特別地域訪問看護加算で定める地域外に所在する場合は、当該地域に住む利用者を訪問しても算定できない。

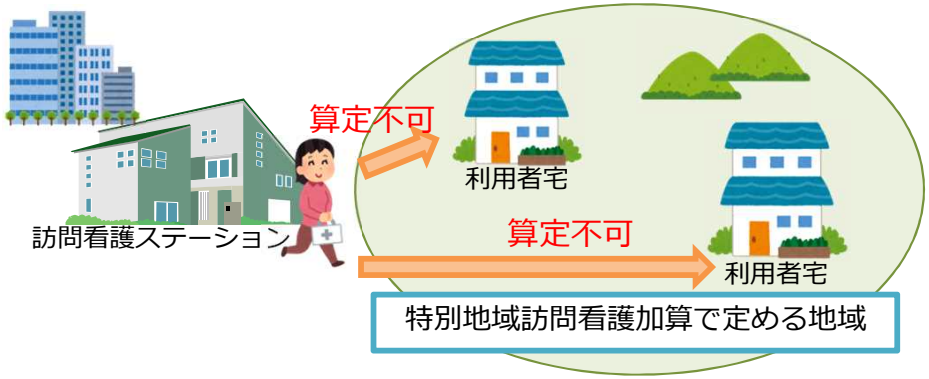
特別地域訪問看護加算

- **厚生労働大臣が定める地域※に所在する訪問看護ステーション**の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合に所定額の100分の50に相当する額を加算する。

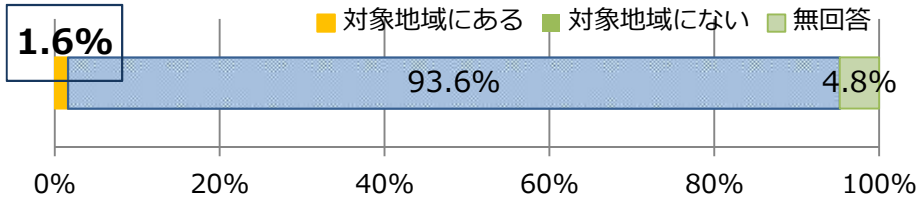
※厚生労働大臣が定める地域：P73参照

【訪問看護ステーションが当該地域にある場合に算定可能】

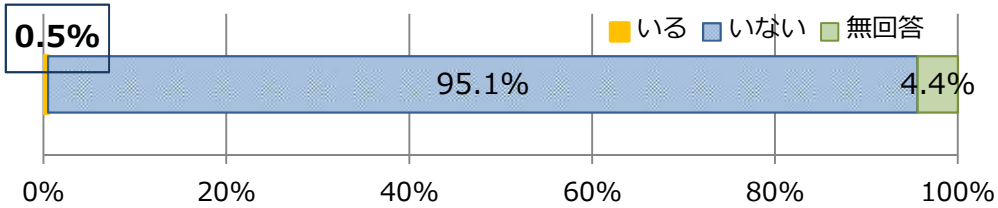
【訪問看護ステーションが当該地域にない場合は算定不可】



■訪問看護ステーションが特別地域訪問看護加算の当該地域にあるか（n=610）



■特別地域訪問看護加算の当該地域に居住する利用者の有無（当該地域にない訪問看護ステーション）（n=571）



■特別地域訪問看護加算の算定利用者数

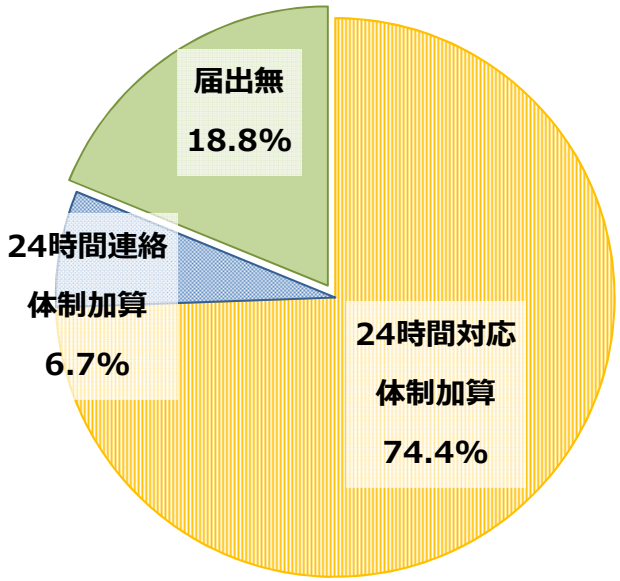
事業所数	算定利用者数（平均値）
n=9	20.2

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

過疎地域等における訪問看護②～24時間体制

○　特別地域訪問看護加算で定める地域に所在する訪問看護ステーションは、地域外に所在する訪問看護ステーションと比べて、訪問看護ステーション当たりの保健師・助産師・看護師の従事者数の平均が少なく、24時間対応体制加算の届出の割合も低い。

■全訪問看護ステーションの24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の加算届出状況



出典：平成28年介護サービス施設・事業所調査

■特別地域訪問看護加算の対象地域にある訪問看護ステーションの24時間対応の加算届出と従事者数

	特別地域訪問看護加算で定める地域（n=10）	特別地域訪問看護加算で定める地域外※（n=355）
◆ 従事者数（平均値）		
保健師・助産師・看護師	**3.4人**	**4.3人**
准看護師	0.6人	0.4人
理学療法士等	1.2人	1.1人
その他の職員	0.3人	0.5人
◆ 24時間対応体制加算/24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数		
24時間対応体制加算	5（**50%**）	277(**78.0%**)
24時間連絡体制加算	1（10%）	27(7.6%)
届出なし	3（30%）	37(10.4%)
無回答	1(10%)	14(4.0%)

※機能強化型以外のステーションを集計

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
（一部医療課にて再集計）

過疎地域等における訪問看護③～医療機関

○　３道県を例にしてみると、訪問看護ステーションが０（ｾﾞﾛ）であるが、訪問看護を実施している診療所・病院がある市区町村は、特別地域看護加算に該当する市区町村であることが多い。

○　医療機関からの在宅患者訪問看護・指導料等には、特別地域訪問看護加算は設定されていない。

都道府県（例）	市区町村数	訪問看護ステーションが０		訪問看護ステーションが０だが、訪問看護を実施している診療所・病院※がある	
			（内）特別地域訪問看護加算の地域		（内）特別地域訪問看護加算の地域
北海道	179	103	99	26	24
長野	77	33	26	11	9
高知	34	20	19	8	8

※　在宅患者訪問看護・指導（医療保険分）または、訪問看護(介護予防サービスを含む)（介護保険分）いずれかを実施している診療所・病院数

出典：平成28年介護サービス施設・事業所調査(特別集計)、平成26年度医療施設調査（特別集計）を元に、医政局地域医療計画課・保険局医療課作成

特別地域訪問看護加算※に係る厚生労働大臣の定める地域　**※訪問看護療養費のみにかかる加算（医療機関にはない）**

- 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

参考

介護保険の訪問看護における配慮が必要な地域への加算

特別地域訪問看護加算	中山間地域等の小規模事業所加算	中山間地域等提供加算
別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定訪問看護事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く）又はその一部として使用される事務所の看護師等が指定訪問看護を行った場合は、特別地域訪問看護加算として、イ及び口については１回につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を、ハについては１月につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。	別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ、別に厚生労厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定訪問看護事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の看護師等が指定訪問看護を行った場合は、イ及び口については１回につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を、ハについては１月につき所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定。単位数に加算する	指定訪問看護事業所の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅サービス基準第73条第５号に規定する通常の事業の実施地域をいう）を越えて、指定訪問看護を行った場合は、イ及び口については１回につき所定単位数の100分の５に相当する単位数を、ハについては１月につき所定単位数の100分の５に相当する単位数を所定単位数に加算する。
①離島振興対策実施地域（離島振興法） ②奄美諸島 ③振興山村（山村振興法で指定する地域） ④小笠原諸島 ⑤沖縄振興特別措置法に規定する離島 ⑥人口密度が希薄・交通が不便等の理由で、サービス確保が著しく困難な地域として厚生労働大臣が定めた地域	特別地域訪問看護加算の対象地域を除いた以下に該当する地域 ❶豪雪地帯・特別豪雪地帯（豪雪地帯対策特別措置法） ❷辺地（辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律） ❸半島振興対策実施地域（半島振興法） ❹特定農山村地域（特定農山村法） ❺過疎地域（過疎地域自立促進特別措置法）	①～⑤ 及び ❶～❺の地域

イ：指定訪問看護ステーションの場合
ロ：病院又は診療所の場合
ハ：指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所都連携して指定訪問看護を行う場合

利用者の様々な状況に対応する訪問看護（利用者のニーズへの対応）の論点（案）

【論点（案）】

○　医療的ケア児が増加している中で、地域で療養しながら生活することを支えるために、長時間訪問看護加算の評価の対象等、医療的ケア児に対する評価を拡充してはどうか。

○ 措置入院患者の退院直後又は入退院を繰り返す等、病状が不安定な精神障害を有する利用者の、退院後の地域での生活を支援するために、精神科複数回訪問看護加算の対象となる利用者について見直してはどうか。

○　福祉ホーム等に入所している複数の利用者に対して同時に訪問看護が行われる場合の評価（精神科訪問看護療養費Ⅱ等）については、個別の利用者の状況に応じて効果的に訪問看護を提供する必要があることや、同一建物居住者に対する評価があることから、廃止してはどうか。

○　住み慣れた地域で療養しながら生活を継続していくために、過疎地域等における訪問看護について対象となる地域の要件や24時間対応体制加算の届出基準を見直してはどうか。あわせて、過疎地域等における医療機関からの訪問看護について評価してはどうか。

在宅医療（その4）

１．訪問看護の提供体制（総論）

２．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

３．病院併設の訪問看護ステーション

４．関係機関との連携

病院併設の訪問看護ステーションの課題

【課題】

- 医療機関の訪問看護の実施件数は訪問看護ステーションの約3分の1であり、全医療機関数のうち、訪問看護を実施する医療機関は、約3.9%である。
- 訪問看護ステーションに比べて医療機関からの訪問看護は精神科訪問看護の割合が多い。
- 併設している病院が有る訪問看護ステーションは、約15%程度である。病院併設の訪問看護ステーションの方が、病院併設でない訪問看護ステーションより、平均利用者数、平均訪問回数、緊急訪問の実施、重症の利用者の受け入れが多く、「地域ケア会議への参加」等の活動を行っている割合が多い。また、従事している平均看護職員数もやや多い。
- 就業看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは約3%と少ないが、訪問看護ステーションに就業している看護職員は少しずつ増加している。
- 看護系大学の卒業生の就職先において、訪問看護ステーションが0.1%であるが、病院看護師の約2割が、訪問看護ステーションへの就労意思がある。

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、行いやすくするべき。

○　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るべき。

（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が、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。

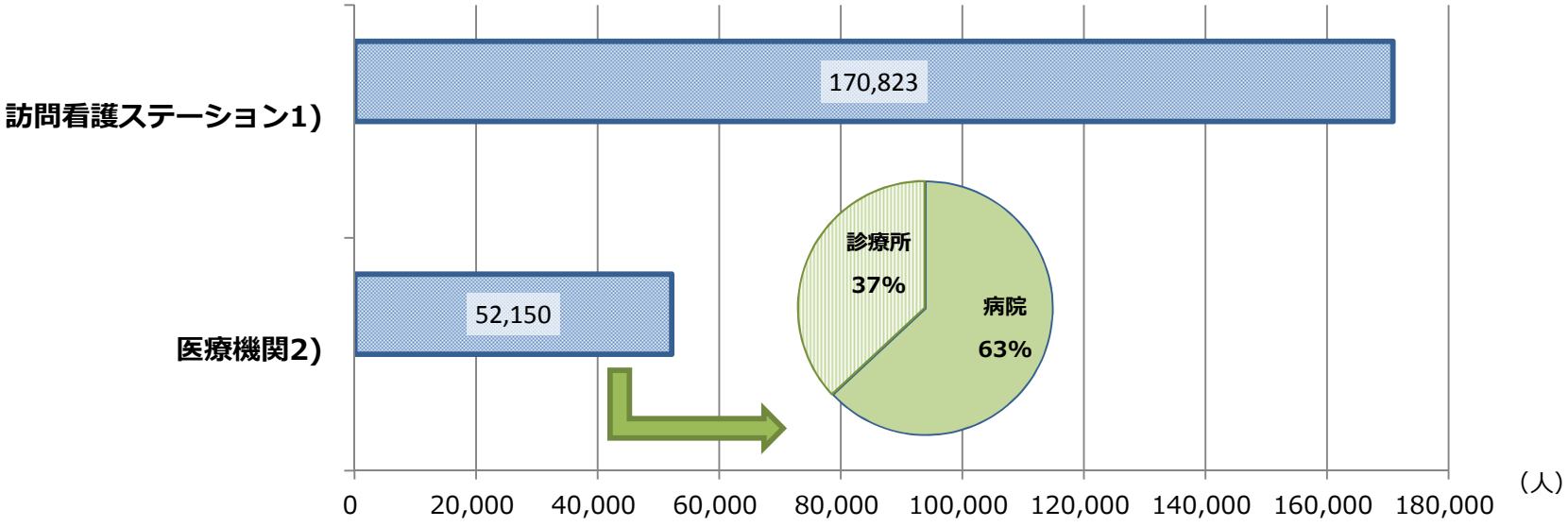
○　病院・診療所からの訪問看護は減少傾向で、訪問看護ステーションは増加しているが、訪問看護師は人材不足であり、PT・OTが増えているのではないかという実感。

訪問看護の実施件数

○　訪問看護の実施件数は、訪問看護ステーションのほうが多く、医療機関の実施件数は訪問看護ステーションの約３分の１である。

○　全医療機関数のうち、訪問看護を実施する医療機関は、約3.9%である。

■医療保険における訪問看護の実施件数（1か月間）



■訪問看護を実施している医療機関※数

（※在宅患者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定している医療機関）

医療機関数3)		医療保険において訪問看護を実施する医療機関数2)
病院	8,429	1,663（19.7%）
診療所	101,782	2,621（ 2.6%）
合計	110,211	4,284（ 3.9%）

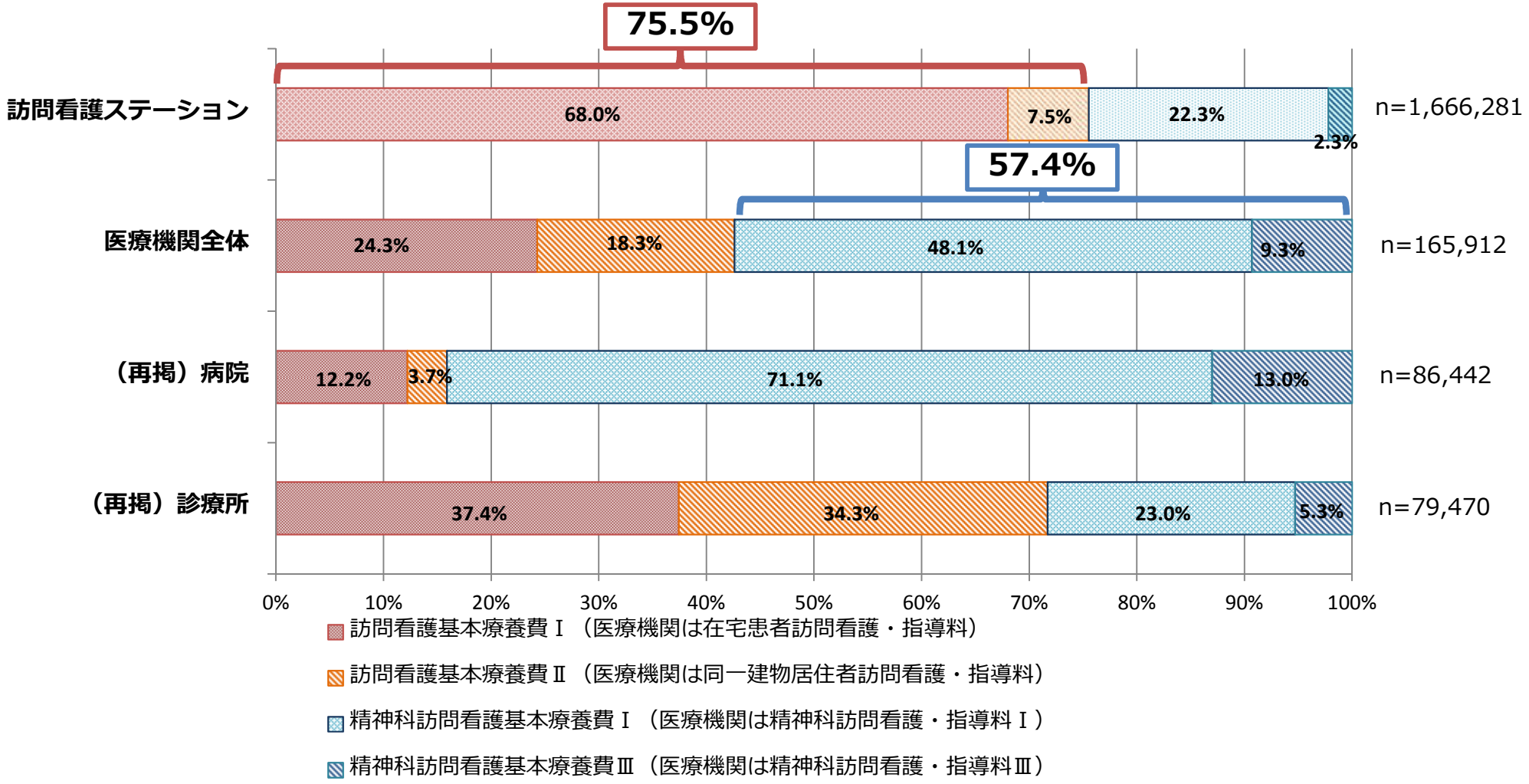
1) 保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計、暫定値）
2) NDBデータ（平成28年5月診療分）
3)「医療施設動態調査」（平成29年5月末概数）

実施主体による訪問看護の算定回数における各種別の割合

○　訪問看護ステーションに比べて医療機関からの訪問看護は精神科訪問看護の割合が多い。病院からの訪問看護・指導における精神科訪問看護・指導は全体の約８割を占める一方、診療所では3割弱である。

○　同一建物居住者への訪問看護・指導は、診療所の訪問看護・指導の約4割を占める。

■訪問看護ステーションと医療機関の各訪問看護の算定回数における割合



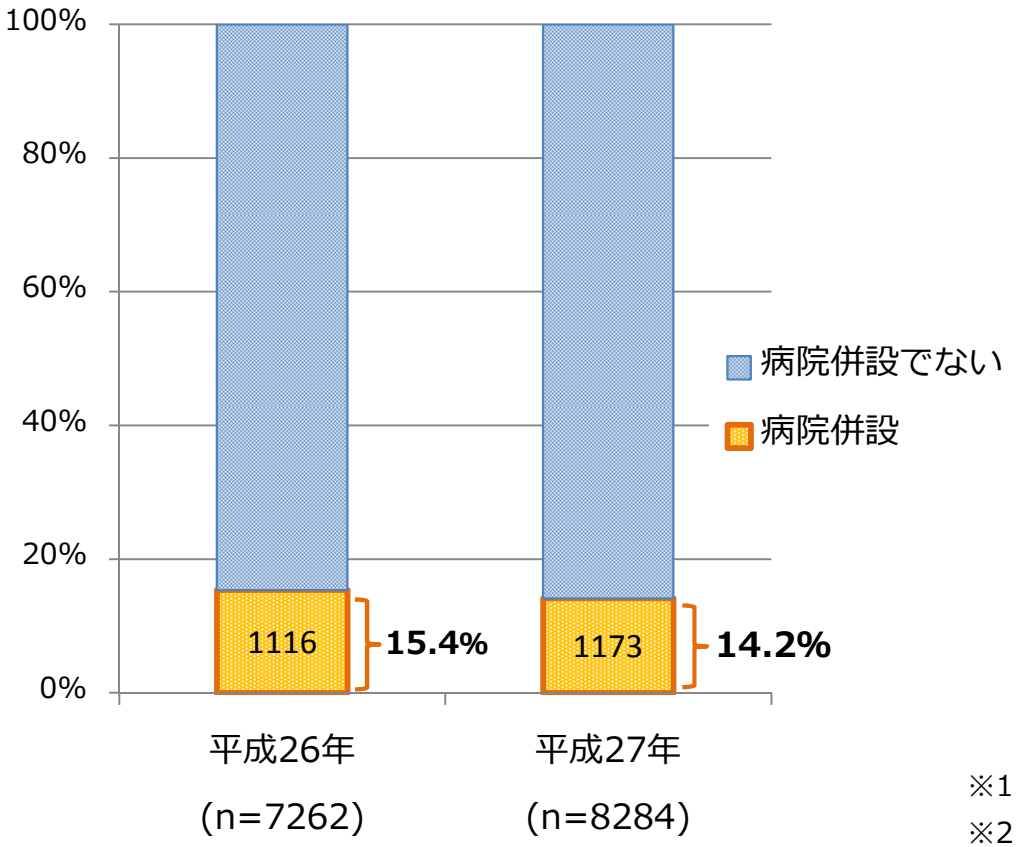
出典：保険局医療課調べ（平成29年6月審査分より推計、暫定値）
NDBデータ（平成28年5月診療分）

病院併設の訪問看護ステーション①

○　併設している病院が有る訪問看護ステーションは、約15%程度である。

○　訪問看護ステーションに従事している平均看護職員数は病院併設のステーションの方がやや多い。

■　**病院併設※1の訪問看護ステーションの割合**



■　**病院併設※1別の訪問看護ステーションの平均従業員数**

	病院併設 (n=1173)	病院併設でない (n=7111)
保健師	0.3	0.2
助産師	0.0	0.0
看護師	4.7	4.2
准看護師	0.5	0.8
理学療法士等※2	1.4	1.9

※1　病院併設：同一敷地内の施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション

※2　理学療法士等：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

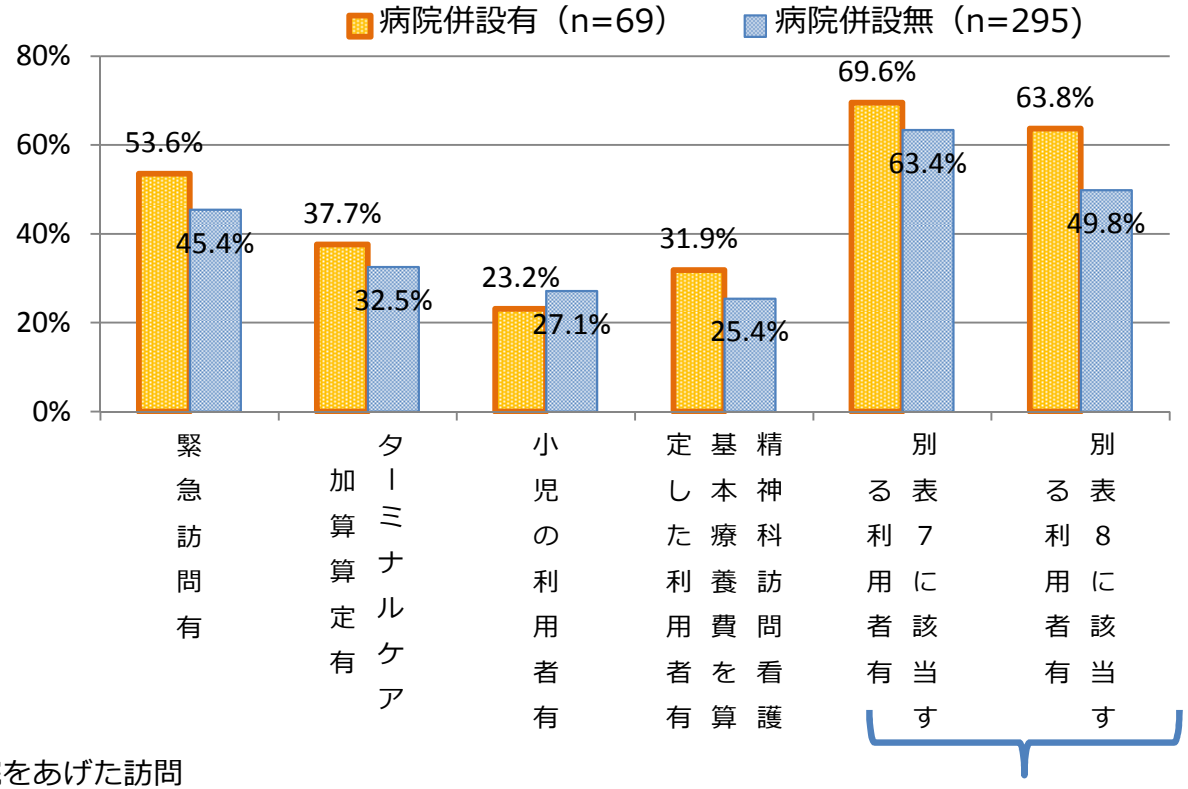
病院併設の訪問看護ステーション②

○　病院併設の訪問看護ステーションは、病院併設でない訪問看護ステーションより平均利用者数、平均訪問回数ともに多い。
○　病院併設の訪問看護ステーションは、緊急訪問の実施や重症の利用者の受け入れが、病院併設でないステーションよりも多い。

■病院併設※1有無別の訪問看護の利用者数・訪問回数（平均／平成28年9月分）

	病院併設（n=69）	病院併設でない（n=295）
利用者数	81.2人	56.7人
訪問回数	461.5回	391.1回

■病院併設※1有無別の訪問看護ステーションの利用者割合（利用者の特性別／平成28年9月分）



該当する利用者数の平均	病院併設	病院併設でない
別表7	11.1人	8.1人
別表８	7.2人	6.2人

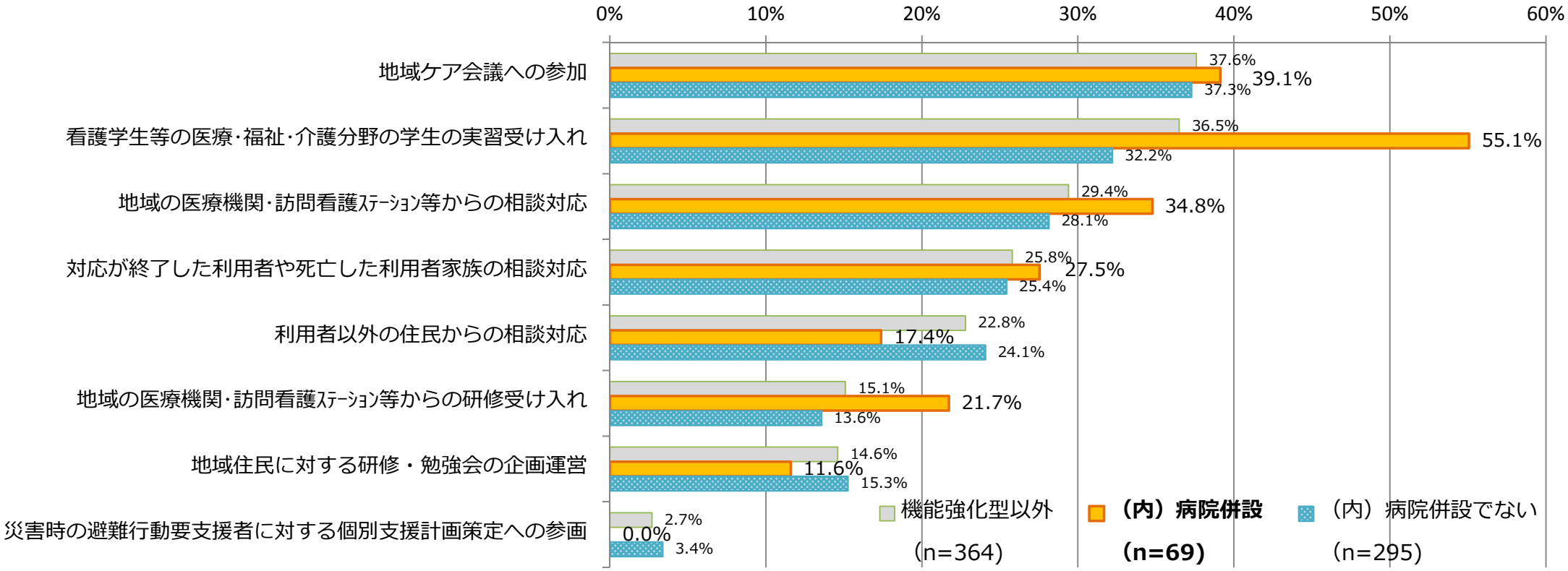
※1　病院併設：同一敷地内又は隣接している施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション（機能強化型以外の訪問看護ステーションのみ

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
（一部、医療課にて再集計）

病院併設の訪問看護ステーション③

○　機能強化型以外で病院を併設しているステーションの地域での活動状況は、「地域ケア会議への参加」、「看護学生等の実習受け入れ」、「地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの相談対応や研修受け入れ」等の活動を行っている割合が、病院併設していないステーションよりも多い。

■病院併設※1有無別の訪問看護ステーションの地域での活動状況※2（機能強化型以外のステーション）



※１　病院併設：同一敷地内又は隣接している施設・事業所として病院をあげた訪問看護ステーション（機能強化型以外の訪問看護ステーションのみ）
※２　医療保険・介護保険による指定訪問看護は除く

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療･訪問看護の実施状況調査」
（一部、医療課にて再集計）

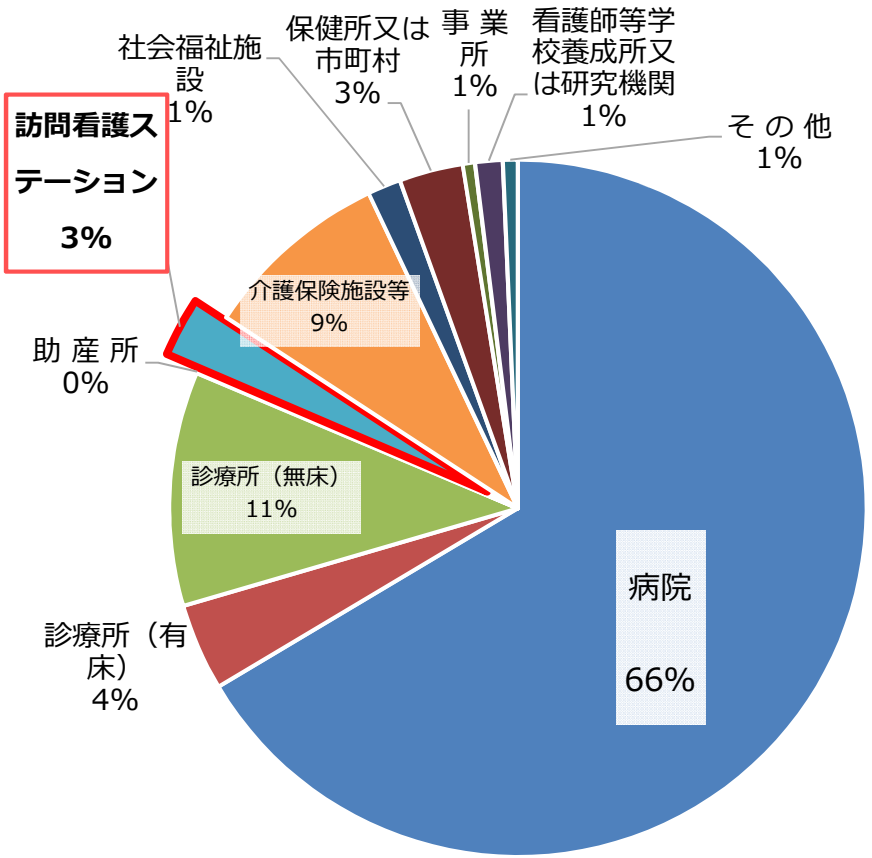
訪問看護ステーションの就業者数

○　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3%である。

○　平成26年から平成28年において、訪問看護ステーションの就業看護職員数は、就業看護職員総数と同様に増加している。

■就業場所別看護職員数（常勤換算）

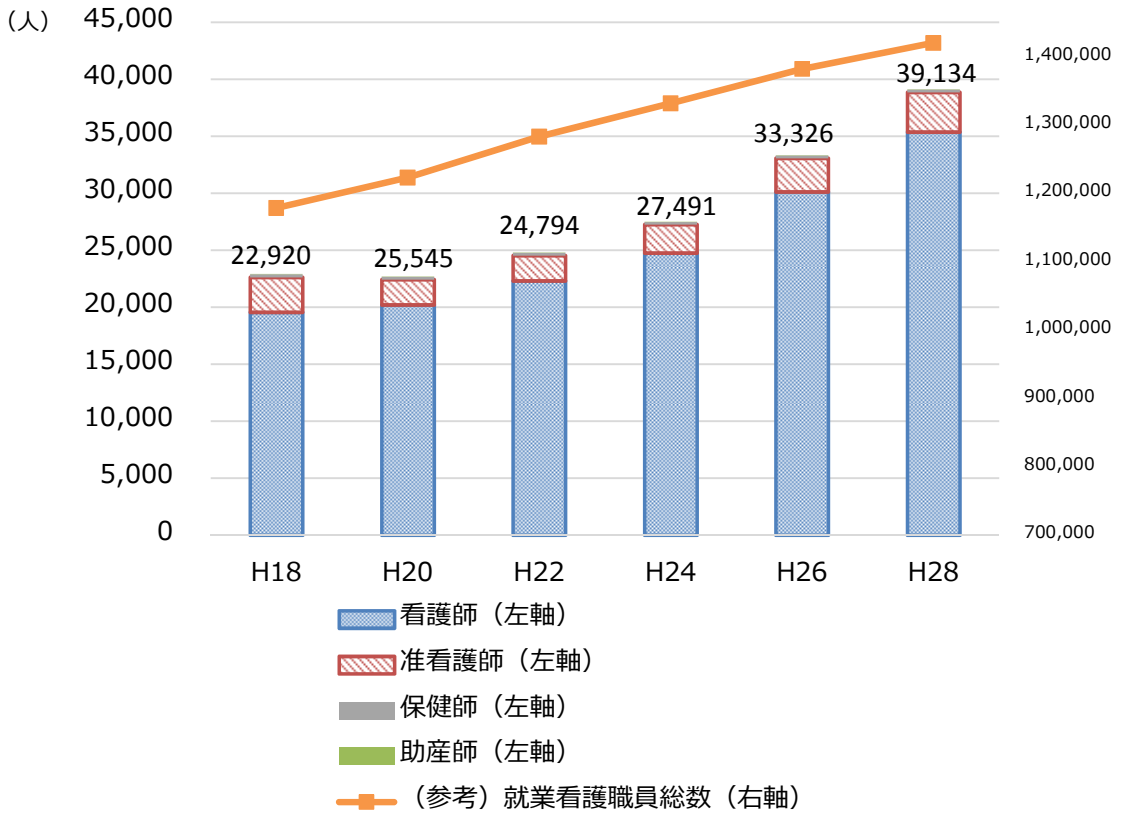
（平成28年12月末現在）



※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）の推移

（各年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

出典：衛生行政報告例

看護師の訪問看護ステーションへの就労意思

○　看護系大学の卒業生の就職先は、病院・診療所は8割を超えるのに対し、訪問看護ステーションが0.1%である。一方、病院看護師の約2割弱が訪問看護ステーションへ就労意思があると回答している。
○　病院と訪問看護で看護職員の人事交流をすることにより、病院において能力を発揮するといったメリットがある。

■看護系大学の卒業生の就職先

就職先等	学部卒業生
病院・診療所	14,584(83.7%)
介護・福祉施設関係	18(0.1%)
訪問看護ステーション	12(0.1%)
保健所・市町村・検診センター	677(3.9%)
企業	54(0.3%)
学校（教諭として）	170(1.0%)
大学・短大・研究機関等	10(0.1%)
専修・各種学校	11(0.1%)
その他（行政職を含む）	82(0.5%)
進学その他	1,811(10.4%)
合計	17,429(100.0%)

出典：「『看護系大学の教育等に関する実態調査』2015年度状況調査」日本看護系大学協議会

■病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思の有無

n=235

就労意思なし	就労意思あり
192(81.7%)	43(18.3%)

出典： 楢原理恵他. 病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思に関する実態と関連要因. 大阪医科大学看護研究雑誌. 2014；4：60-67

■病院から訪問看護ステーションへの出向・長期研修派遣によるメリット

病院看護師が在宅医療を経験し、病院看護へ活かす（抜粋）

病院と訪問看護の人事交流をすると看護師の意識が高まり、キャリアの1つとして考えるようになる。訪問看護から戻った看護師が臨床現場で高い能力を発揮していることが、周りの多くの看護師に伝わり、訪問看護のイメージや看護の面白さを多くの人に植えつけることができる。このような組織立った取り組みが必要。

※病院（地域医療支援病院及び自治体病院など）の看護管理者6名を対象としたフォーカスグループディスカッションによる調査

出典：平成26年度厚生労働科学研究補助金「訪問看護事業所の新たな人材確保対策に係る研究（大都市圏における在宅医療を含めた医療提供体制に関する研究）」研究分担者 福井小紀子（研究代表者 河原和夫）

訪問看護ステーションからの訪問看護と病院・診療所からの訪問看護の違い

○　訪問看護療養費は、基本療養費に加えて訪問看護管理療養費が設定されている。

○　訪問看護ステーションでは、看護職員の人員が2.5人以上で専用の事務室を有する等の施設設備を整備する必要があるが、病院・診療所においては規定はない。

訪問看護ステーション（訪問看護療養費）

訪問看護基本療養費（1日につき）	精神科訪問看護基本療養費（1日につき）
週3日目まで 5,550円	週3日目まで30分以上 5,550円
＋　基本療養費に係る加算	

＋

訪問看護管理療養費
＋　管理療養費に係る加算

＋

訪問看護情報提供療養費
訪問看護ターミナルケア療養費

病院・診療所（診療報酬）

在宅患者訪問看護・指導料　（1日につき）	精神科訪問看護・指導料（1日につき）
週3日目まで 580点	週3日目まで30分以上 580点
＋　加算（在宅ターミナルケア加算等）	

	訪問看護ステーション	病院・診療所
事業所の指定	必要	不要
施設設備	・　事業の運営に必要な面積を有する専用の事務室 ・　指定訪問看護に必要な設備・備品等	特になし
人員基準（看護職員）	２．５人以上	特になし
医師の指示	訪問看護師指示書が必要（医療機関は問わない）	同一医療機関の医師からの指示
その他	・　主治医が制限されないため、利用者の選択が広がる。 ・　保険外の対応が可能なため、患者の生活スタイルに合わせ、サービスを組み合わせて提供できる（ライフイベント時の付添、滞在等）	・　院内に医師がおり、緊急時の連絡等の連携がとりやすい。

病院併設の訪問看護ステーションの論点（案）

【論点（案）】

○　訪問看護に従事する看護職員の確保と訪問看護の提供体制を拡充するために、重症度の高い利用者の受け入れや人材育成等、病院に併設している訪問看護ステーションの機能や特性についてどう考えるか。

在宅医療（その4）

１．訪問看護の提供体制（総論）

２．利用者の様々な状況に対応する訪問看護

－訪問看護の提供体制

－利用者のニーズへの対応

３．病院併設の訪問看護ステーション

４．関係機関との連携

機能強化型訪問看護ステーションにおける

障害福祉サービスとの連携

機能強化型訪問看護ステーションにおける障害福祉サービスとの連携の課題

【課題】

- 特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所を併設している訪問看護ステーションは少数ではあるが、小児や精神科訪問看護の利用者を多く受け入れている。
- 訪問看護ステーションが指定を受けている介護保険サービス・障害福祉サービスは、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が多い。介護保険サービス以外に、障害児へのサービスである「児童発達支援」「放課後等デイサービス」については、2%程度であるが実施されている。
- 児童発達支援、放課後等デイサービスにおいて、医療的ケアを実施している事業所は11～25%であり、 医療的ケア児を受け入れる事業所が限られている。
- 訪問看護ステーションの管理者は、同時に他の訪問看護ステーションの管理はできないが、管理業務に支障がない範囲で他の事業所等の職務と兼ねることができる。機能強化型訪問看護管理療養費の届出基準については、常勤看護職員5又は7名以上の配置が求められている。

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

➢ 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

改定前

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ　訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 20回以上

ホ　居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ　訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計 15回以上

ホ　居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

ハ　次のいずれかを満たすこと。

① ターミナルケア件数※を合計した数が年に 20以上

② ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上

③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上

ホ　居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

【機能強化型訪問看護管理療養費2】

ハ　次のいずれかを満たすこと。

① ターミナルケア件数を合計した数が年に 15以上

② ターミナルケア件数を合計した数が年に 10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上

③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上

ホ　居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。

※ターミナルケア件数：
訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

機能強化型訪問看護ステーションの評価

※ ★印は必須要件
☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績注)（いずれかを満たすこと） ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	 ①20件／年 ②15件／年、4人 ③6人	 ①15件年 ②10件／年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上／月	7人以上／月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 （居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成）		
6. 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成（地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施）		

別表第７

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

注）ターミナルケア件数は過去１年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

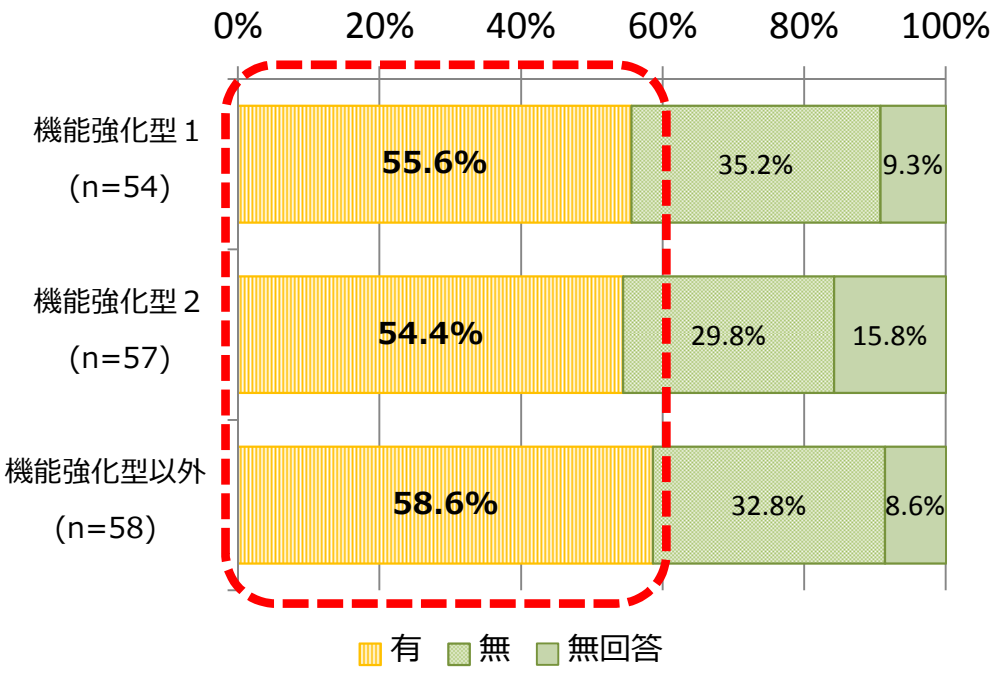
超重症児・準超重症児における特定相談事業者や障害児相談事業者との連携状況

○　超重症児・準超重症児の利用者について、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の割合は、いずれの種別の訪問看護ステーションにおいても半数以上であった。

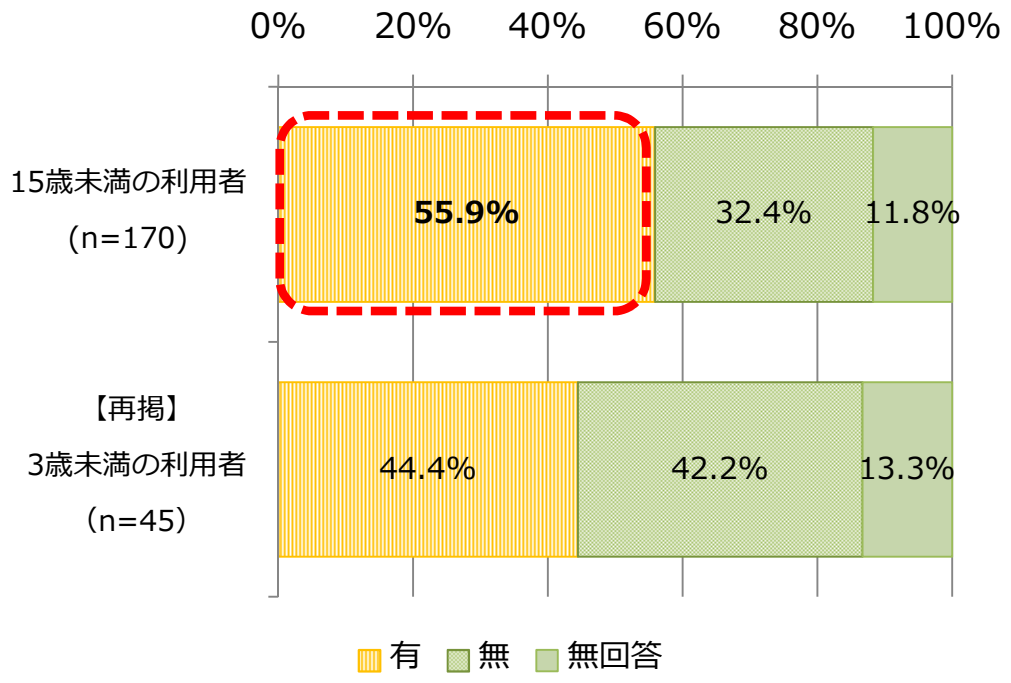
○　特定相談事業者や障害児相談事業者との連携を利用者の年齢別でみると、「15歳未満の利用者」ではは5割強、「3歳未満の利用者」では4割強であった。

超重症児・準超重症児の利用者　n=170

■特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無（事業所の種類別）



■特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無（年齢別）



出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査　「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」

参考

計画相談支援・障害児相談支援

１．対象者

（障害者総合支援法の計画相談支援の対象者）

・　障害福祉サービスを申請した障害者又は障害児　　・　地域相談支援を申請した障害者

※　介護保険制度のサービスを利用する場合については、障害福祉サービス固有の行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、 就労移行支援、就労継続支援等の場合で、市町村が必要と認めるとき求めるものとする。

（児童福祉法の障害児相談支援の対象者）

障害児通所支援を申請した障害児

２．サービス内容

○ 支給決定時（サービス利用支援・障害児支援利用援助）

・　支給決定又は支給決定の変更前に、サービス等利用計画・障害児支援利用計画（以下、「計画」という。）案を作成。

・　支給決定又は変更後、サービス事業者等との連絡調整、計画の作成。

○ 支給決定後（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）

・　厚生労働省令で定める期間ごとに、サービス等の利用状況の検証を行い計画の見直しを行う（モニタリング）。

・　サービス事業者等との連絡調整、支給決定又は支給決定の変更に係る申請の勧奨。

３．事業の実施者（市町村が指定する特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者（計画作成担当））

（人員基準）

→　管理者及び相談支援専門員（従前の指定相談支援事業者と同じ）とする。

※　事業所ごとに、専従の者を配置しなければならない。（地域相談支援は業務に支障がないものとして兼務可）
ただし、業務に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

（運営基準）

○　計画作成に当たっては、利用者の希望等を踏まえて作成。

○　計画作成手続

①　支給決定前に、利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを行い、計画案（モニタリング期間の提案を含む）を作成。
②　利用者等の同意を得て、計画案を利用者に交付。
③　支給決定後、事業者と連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議の開催等により、計画案の内容の説明及び意見を求める。
④　③により意見を求めた計画案について、利用者等に説明し、文書により同意を得て、計画を利用者に交付。

○　掲示等

重要事項（運営規定の概要、業務の実施状況、従事する者の資格・経験年数、勤務体制等）の掲示義務の他、公表の努力規定。

相談支援事業所を併設している訪問看護ステーションの状況

○　特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所を併設している訪問看護ステーションは少数ではあるが、小児や精神科訪問看護の利用者を多く受け入れている。

		小児（平均利用者数）		精神科訪問看護	
機能強化型１（n=100）		超重症児	1.7人	届出あり	53.2%
		準超重症児	1.3人		
		医療的ケア児	1.4人	平均利用者数	5.5人
		その他	0.9人		
機能強化型２（n=103）		超重症児	0.9人	届出あり	58.5%
		準超重症児	1.1人		
		医療的ケア児	0.7人	平均利用者数	5.0人
		その他	0.6人		
機能強化型以外（n=260）		超重症児	0.3人	届出あり	48.1%
		準超重症児	0.2人		
		医療的ケア児	0.3人	平均利用者数	5.6人
		その他	0.2人		
（内）	特定相談支援事業所併設※（n=9）	超重症児	3.5人	届出あり	66.7%
		準超重症児	2.6人		
		医療的ケア児	3.9人	平均利用者数	26.5人
		その他	2.0人		
	障害児相談支援事業所併設※（n=9）	超重症児	3.3人	届出あり	55.6%
		準超重症児	3.6人		
		医療的ケア児	4.1人	平均利用者数	15.6人
		その他	2.1人		

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」
（一部、医療課にて再集計）

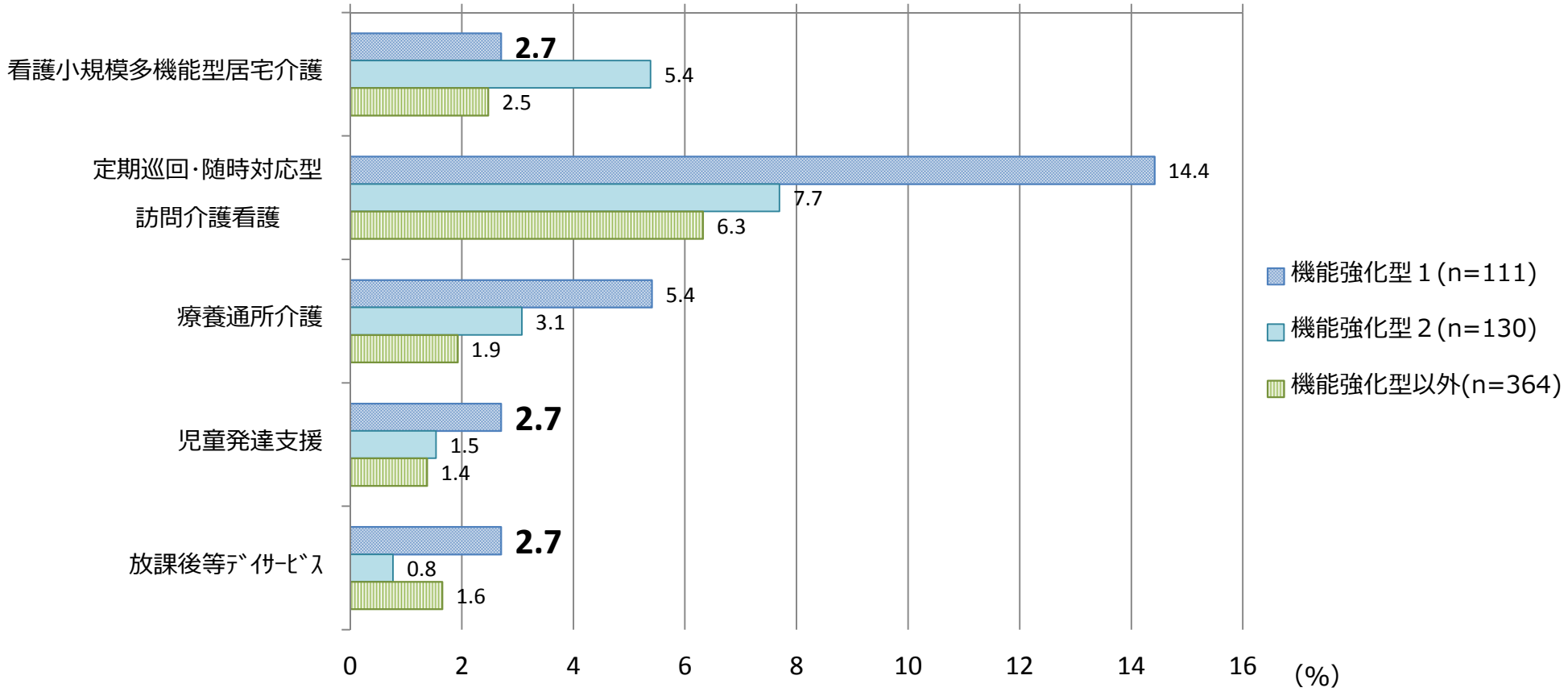
※併設：同一敷地内または隣接している施設・事業所としてあげたもの

訪問看護ステーションが併設で行う介護保険サービス・障害福祉サービス

○　訪問看護ステーションが指定を受けている介護保険サービス・障害福祉サービスは、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が多い。

○　介護保険サービス以外に、障害児へのサービスである「児童発達支援」「放課後等デイサービス」については、２％程度であるが実施されている。

■ 併設で行っている介護保険サービス･障害福祉サービスの種類別割合（複数回答）



出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療･訪問看護の実施状況調査」

障害福祉サービス（通所）における医療的ケア児の支援の現状

○　児童発達支援、放課後等デイサービスにおいて、医療的ケアを実施している事業所は11～25%であり、医療的ケア児を受け入れる事業所が限られている。

○児童発達支援（重症心身障害児事業所含む）

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	232	614	96	942
構成比%	24.6%	65.2%	10.2%	100.0%

○放課後等デイサービス（重症心身障害児事業所含む）

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	204	730	108	1,042
構成比%	19.6%	70.1%	10.4%	100.0%

○児童発達支援（うちその他の障害児事業所のみ）

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	72	494	74	640
構成比%	11.3%	77.2%	11.6%	-

○放課後等デイサービス（うちその他の障害児事業所のみ）

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	155	714	105	974
構成比%	15.9%	73.3%	10.8%	-

出典：障害児通所支援事業所における医療的ケアの実施状況（平成27年度障害福祉等サービス報酬改定検証調査）

障害児につき、児童発達支援センターその他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

児童発達支援

学校教育法 第一条 に規定する学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学している障害児につき、授業の終了後又は休業日に児童発達支援センターその他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他の便宜を供与することをいう。

放課後等デイサービス

参考

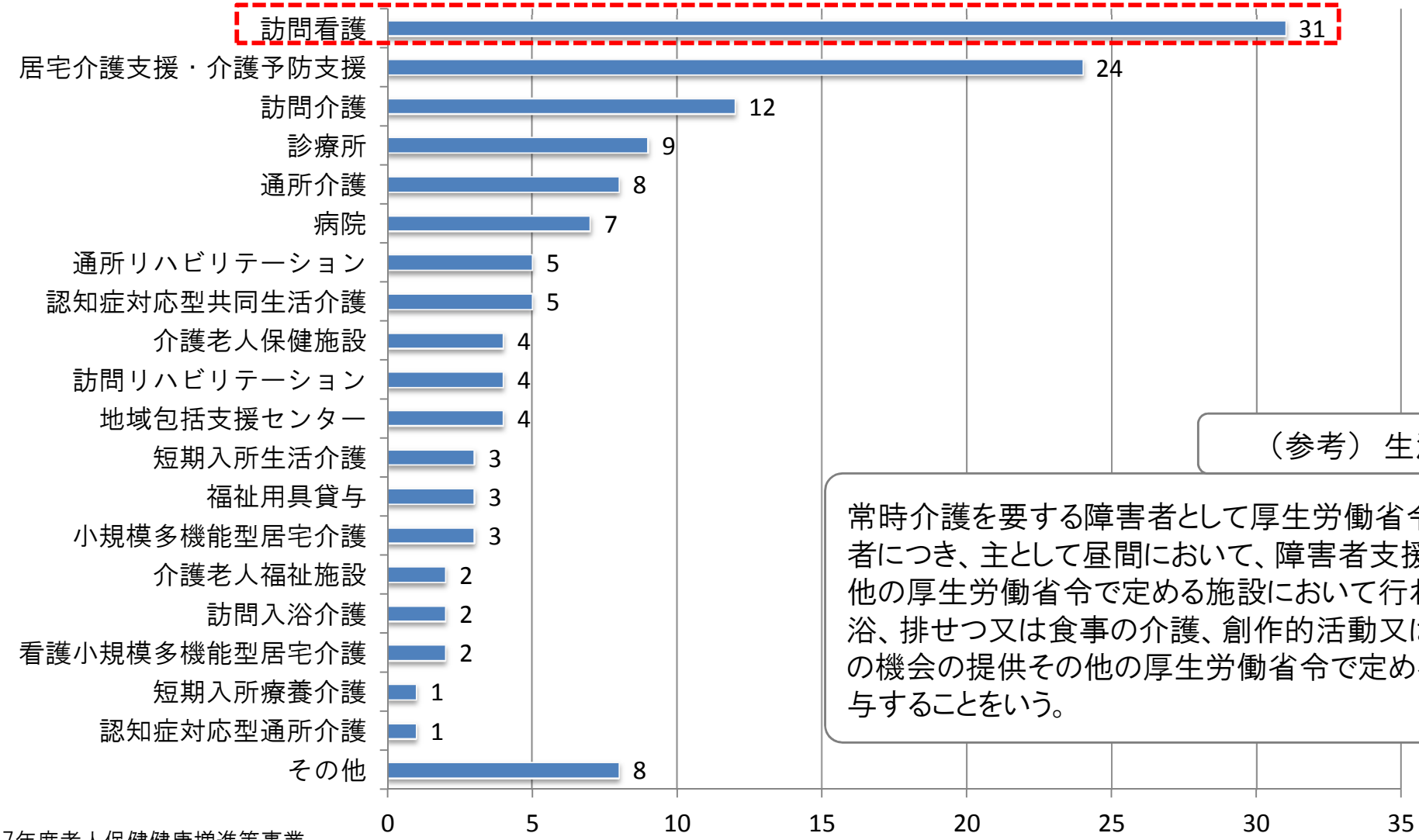
関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
1	○医療の進化で日々新たな状態像の対象者が現れる医療的ケア児者の特性を理解し、報酬改定で加算などを創設するに際し、支援を必要とする者の漏れのない定義、判定方法を設定すること。	全国医療的ケア児者支援協議会
2	○障害児の通所系サービスにおける医療的ケア児受入れ促進のため、医療的ケアの判定をもって重症心身障害児扱いとした上で、医療的ケア加算を創設する。	日本医師会
3	○医療的ケア児に関する報酬体系を創設することや、医療的ケア児を支援するため、看護職員を追加配置した場合の新たな加算制度を構築すること等が必要である。 また、事業所が医療的ケアへの対応を実践的に学ぶための研修体制を構築すること。	熊本県
4	○超重症児等への医療的ケアには現行基準を大幅に超える手厚い看護配置が必要である。医療的ケア児者の受け入れを促進するために、必要な医療的ケアに応じて、医療的ケア児者加算、準超重症児者加算、超重症児者加算を新設するべき。	全国重症心身障害日中活動支援協議会
5	○医療的ケア児の受け入れのためには、心身の状態を観察し、異常の有無をアセスメントでき、医療行為が実施できる看護職の配置が必要である。看護職を配置している場合には、報酬上の評価をすべき。	日本看護協会　他 （同旨：全国重症心身障害日中活動支援協議会）
6	○医療的ケア児が利用できる放課後デイサービスを整備・推進すべき。	日本看護協会
7	○医療的ケア児者の通園、通学、通所にかかる送迎について、看護職等の同乗化及び加算を創設すべき。	日本医師会
8	○「医療的ケア」の定義（判定基準）を早急に設定し、該当する場合は「重症心身障害」扱いとする。（その際には、国立療養所における、いわゆる「動く重心」との整合性を考慮し、運動機能は考慮せずに判定する）	全国手をつなぐ育成会連合会

療養通所介護事業所の定員

○　療養通所介護事業所の同一法人の運営施設等としては、訪問看護が最も多く、31カ所である。

■　療養通所介護事業所の同一法人の運営施設（複数回答）（n=35）



（参考）　生活介護

常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定める者につき、主として昼間において、障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

出典：平成27年度老人保健健康増進等事業
「看護・介護のケアミックスによる療養通所介護事業の適切な実施に関する調査研究事業」

参考　重症心身障害児を通わせる児童発達支援等を療養通所介護事業所において実施する場合の取扱い

○　療養通所介護事業所において、主に重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施する場合には、療養通所介護事業所の管理者が児童発達支援管理者との兼務が可能であることなど、医療的ニーズの高い重症心身障害児・者の地域での受入を促進し、QOLの向上及び介護者等のレスパイトを推進するために、定員や人員配置等の指定基準の取扱いが示されている。

主に重症心身障害児を通わせる児童発達支援の事業等を療養通所介護事業所において実施する場合の取扱い（概要）

（平成24年4月3日　事務連絡　社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課　老健局老人保健課）

指定基準の概要

		療養通所介護 （介護保険法）	主に重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等	
			主に重症心身障害児を通わせる 児童発達支援・放課後等デイサービス	主に重症心身障害者を通わせる 生活介護事業
定員		９名以下	５名以上 （左記の定員のうち上記定員を設定可）	
人員配置	管理者	管理者１名 （看護師：兼務可）	１名　（左記との兼務可）	
	嘱託医	－	１名　（特に要件なし）	
	従業者	看護師又は介護職員 （利用人数に応じて1.5：１を配置） （定員内で利用者外の者を受け入れる場合、利用者合計数に応じて1.5：１を満たす配置が必要）	児童指導員又は保育士１名以上 看護師１名以上 機能訓練担当職員１名以上 ※提供時間帯を通じて配置	生活支援員 看護職員 理学療法士又は作業療法士(実施する場合) ※上記職員の総数は障害程度区分毎に規定 （例：平均区分5以上の場合、３：１） （左記と一体的に配置することが可能）
	支援管理責任者	－	児童発達支援管理責任者１名 （管理者との兼務可。専任加算あり）	サービス管理責任者１名 （管理者及び左記との兼務可）
設備		専用部屋　（6.4㎡／人） 必要な設備（兼用可）	指導訓練室の他、必要な設備　（左記と兼用可）	

※主に、重症心身障害児・者を通わせる場合、児童発達支援及び放課後等デイサービス、生活介護を一体的に運営することが可能。

※主に、重症心身障害児・者を通わせる場合、療養通所介護事業の人員基準に規定のない「児童指導員又は保育士」と「児童発達支援管理責任者」又は「サービス管理責任者」の配置が必要。

訪問看護ステーションにおける人員配置の基準等

○ 訪問看護ステーションの管理者は、管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に他の職務を兼ねることができる。

○ 機能強化型訪問看護療養費の届出基準には、常勤看護職員の数が５もしくは7以上と定められている。

訪問看護ステーションの管理者（指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準）

管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。
ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、**他の職務を兼ねることができる**。

- 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合
- 当該指定訪問看護ステーションが介護保険法による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合
- 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該**他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合**（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

機能強化型訪問看護ステーションの人員（機能強化型訪問看護管理療養費の届出基準）

機能強化型訪問看護管理療養費１

常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が**７以上**であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。

機能強化型訪問看護管理療養費２

常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が**５以上**であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。

【参考】訪問看護ステーションの看護師等の員数

保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この条において「看護職員」という。）　指定訪問看護ステーションの看護職員の勤務延時間数を当該指定訪問看護ステーションにおいて常勤の看護職員が勤務すべき時間数で除して得た数が２．５以上となる員数

機能強化型訪問看護ステーションにおける障害福祉サービスとの連携の論点（案）

【論点（案）】

○　居宅介護支援事業所以外に、特定相談支援事業所や療養通所介護等のサービスの機能を併設して運営する訪問看護ステーションが一定数あることを踏まえて、小児や精神障害を有する利用者等を支援するための機能強化型の訪問看護ステーションの要件についてどう考えるか。

関係機関との連携の課題

【課題】

【自治体との連携】

- 訪問看護情報提供療養費は、自治体との連携を目的とした情報提供だが、対象者について特に規定はない。訪問看護情報提供療養費の算定回数は増加傾向である。
- 自治体へ情報提供をしている訪問看護ステーションは約6割である。情報提供書を送付した利用者は、末期の悪性腫瘍や難病等の者及び精神科訪問看護基本療養費を算定する者が多かった。

【学校との連携】

- 小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおける連携については、「児の通学する支援学校との連携や情報交換」といった学校との連携が約3割行われている。
- 医療保険以外での学校での訪問看護の提供にあたっては、訪問看護ステーションと学校の間で日々の様子等、頻回に情報共有が行われている。

【介護職員等との連携】

- 介護職員が喀痰吸引等の特定行為を行うにあたり、医師・看護職員との連携が必須となっている。介護保険では看護・介護職員連携強化加算があるが、医療保険では該当する評価がない。
- 利用者が医療保険の訪問看護を利用しているケースの場合、報酬はないものの、介護職員等の痰の吸引等の実施にあたり、連携している訪問看護ステーションは一定程度ある。

自治体との連携

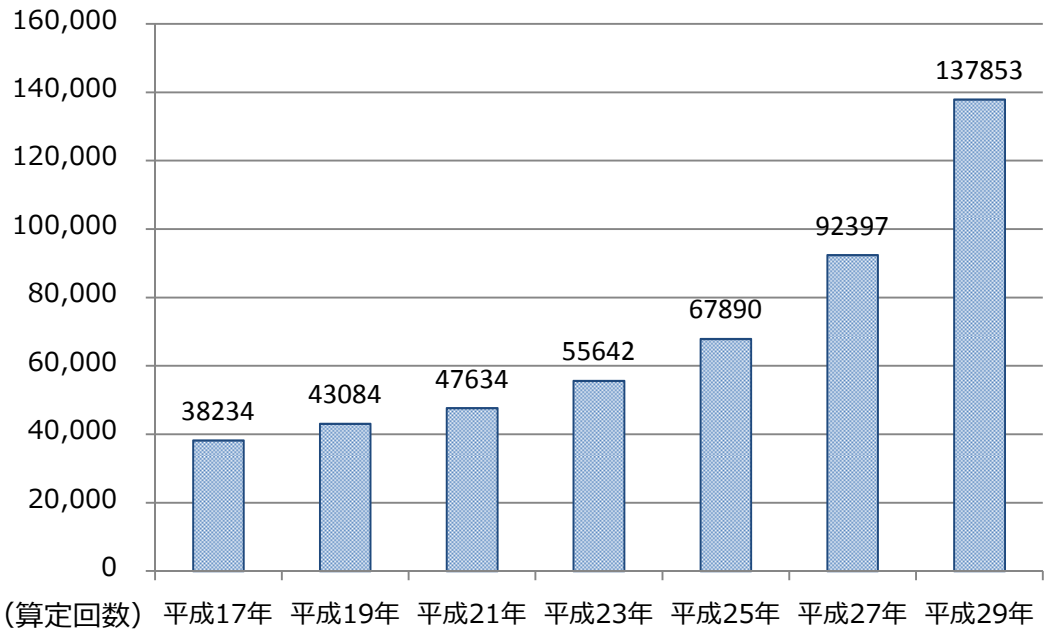
訪問看護情報提供療養費について

○ 訪問看護情報提供療養費は、自治体との連携を目的とした情報提供だが、対象者について特に規定はない。
○ 訪問看護情報提供療養費の算定回数は増加傾向である。

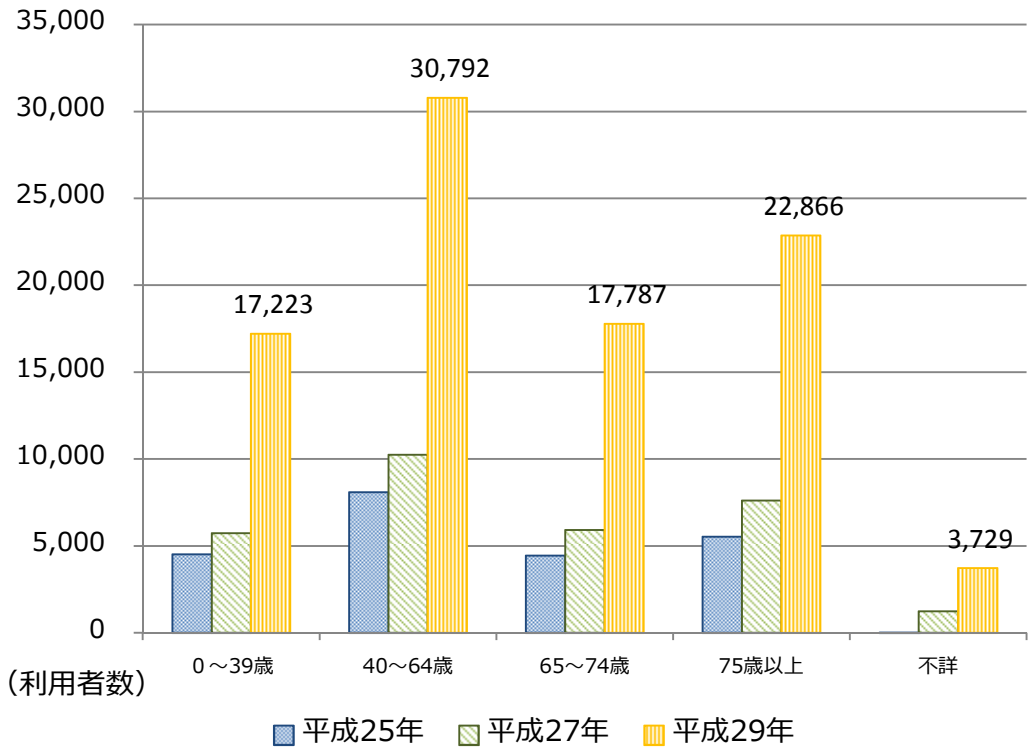
訪問看護情報提供療養費　1,500円

- 訪問看護ステーションと市町村等の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とするものである。
- 訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該市町村等が利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス（入浴、洗濯等のサービスも含む。）等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。

■訪問看護情報提供療養費の算定回数の推移



■訪問看護情報提供療養費の利用者数（年齢別）



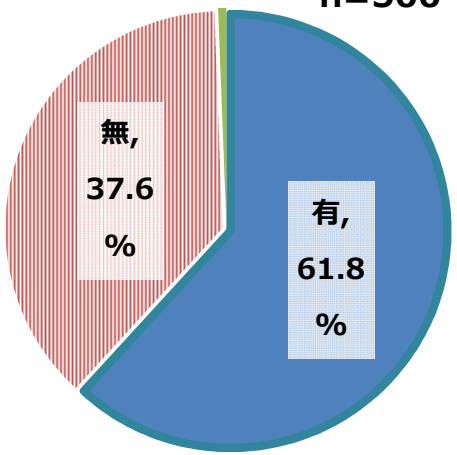
出典：保険局医療課調べ（各年6月審査分より推計、平成29年は暫定値）

訪問看護ステーションから自治体への情報提供の状況

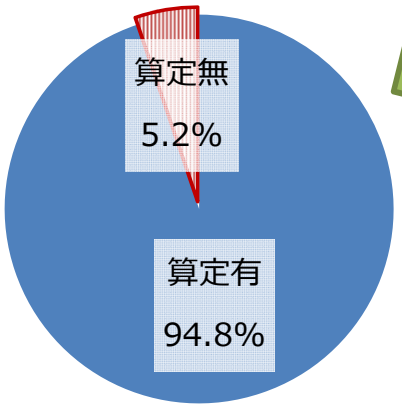
○　自治体へ情報提供をしている訪問看護ステーションは約6割である。

○　情報提供書を送付した利用者は、末期の悪性腫瘍や難病等の者及び精神科訪問看護基本療養費を算定する者が多かった。

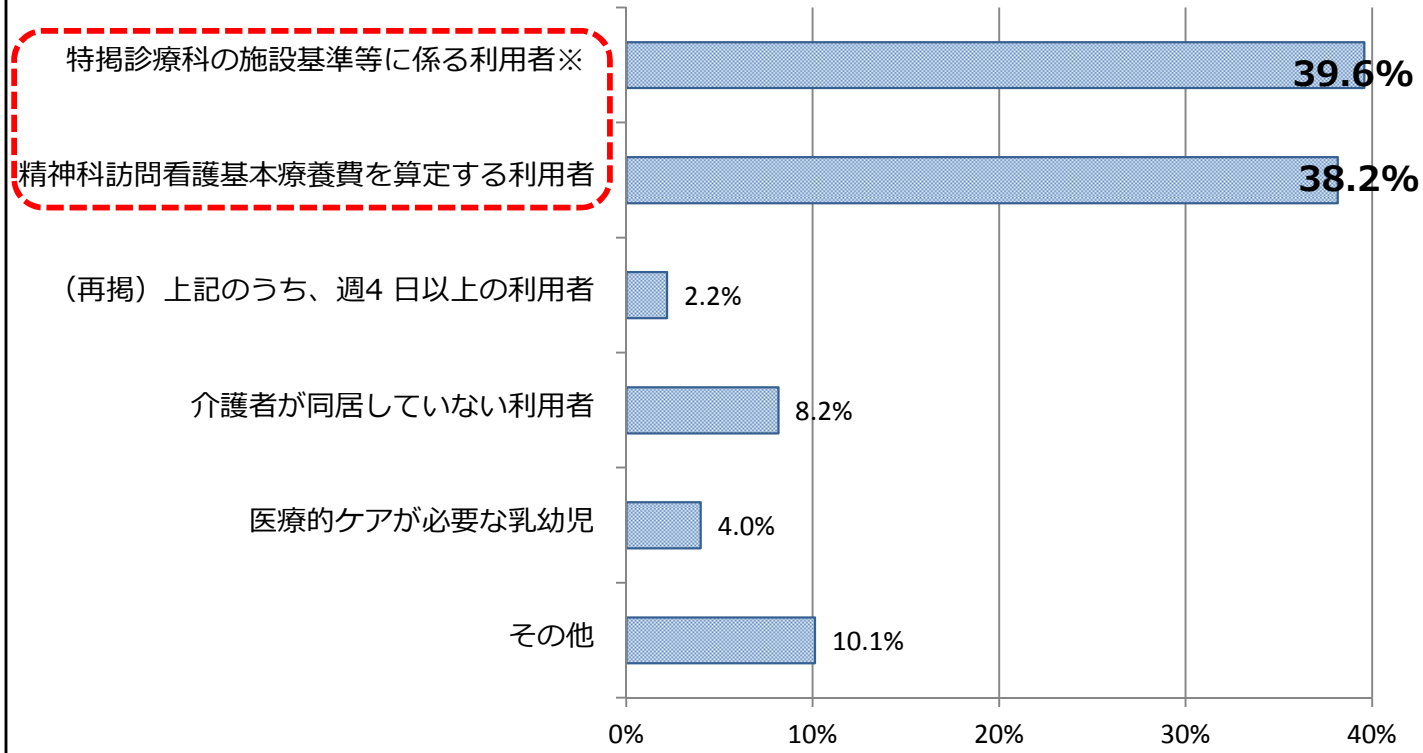
■自治体への情報提供の送付の有無（訪問看護ステーション）n=500



■自治体へ情報提供した利用者における訪問看護情報提供療養費の算定の有無（利用者数）n=5,494



■自治体へ情報提供書を送付した利用者の状況　n=5,494



その他：特別訪問看護指示書による訪問、末期の悪腫瘍、重症心身障害等

※特掲診療料の施設基準等・別表第７に掲げる疾病等の利用者

出典：平成29年度　厚生労働省　老人保健健康増進等事業　　訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（速報値）（一部、データを元に医療課で集計）

学校との連携

3　国家戦略特区による大胆な規制改革

＜２＞新たに講ずべき具体的施策

ⅲ）更なる規制改革事項の追加等

（待機児童への対応など、持続可能な社会保障システムの構築）

⑦「医療的ケア児」への義務教育のための看護に関する新たな仕組みの構築

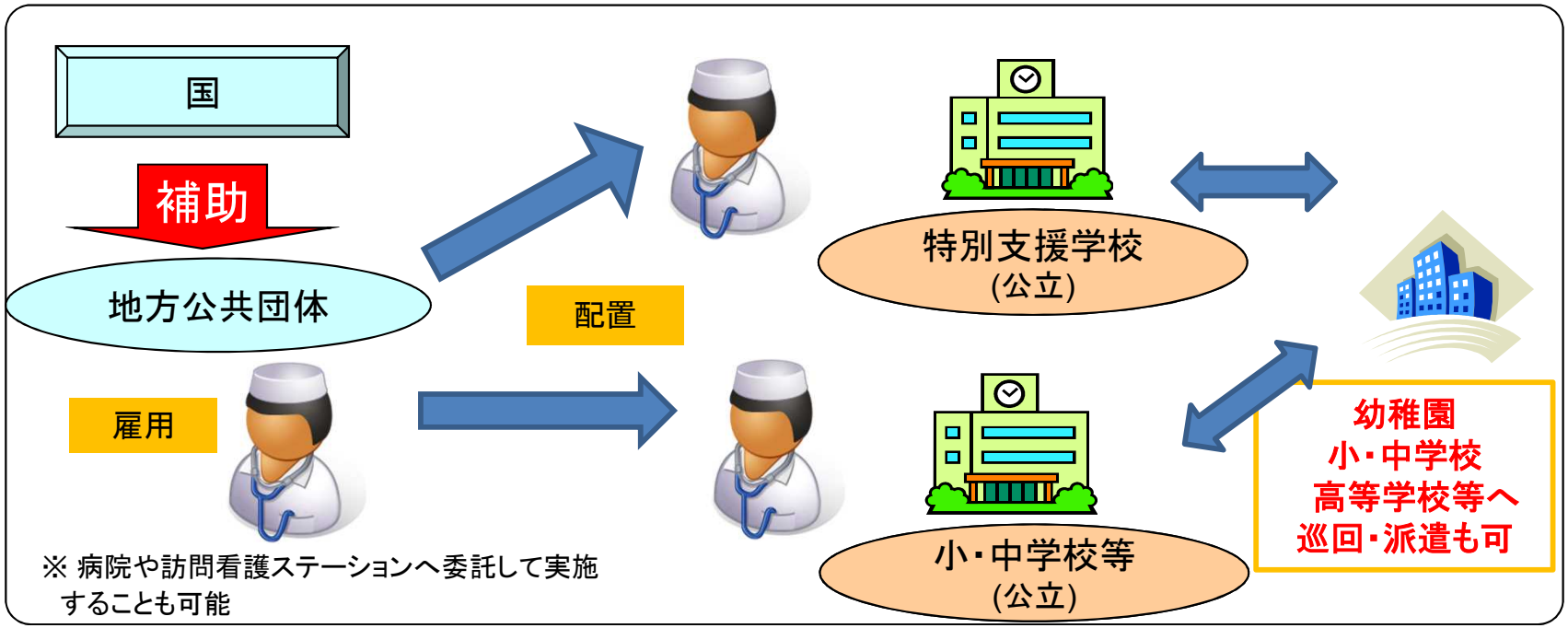
- 日常生活の中で痰の吸引や経管栄養等の「医療的ケア」を必要とする子どもが急増する中で、こうした、いわゆる「医療的ケア児」が義務教育を十分に受けられる機会を保障するため、現在の訪問看護の見直しを含め、学校や通学時等の居宅以外の場所での看護が可能となるよう検討し、速やかに結論を得る。
- その際、財源の在り方や財政制約も十分考慮した上で、関係各省の既存の施策とも密接に連携を図るものとする。

参考

医療的ケアのための看護師配置事業（切れ目ない支援体制整備充実事業）

平成 30年度概算要求額　1,050百万円（平成29年度予算額　840百万円）

近年、学校において日常的にたんの吸引や経管栄養等の「医療的ケア」が必要な児童生徒が増加している。
これらの児童生徒等の教育の充実を図るため、学校に看護師を配置し、医療的ケアの実施等行う。



想定される業務例

- 医療的ケアの実施
- 教員への指導・助言
- 研修の講師　等

補助金概要

◇補助率：1／3

◇配置人数：1,500人　（ 平成 29年度：1,200人）

◇補助対象経費：看護師の雇用に係る報酬、共済費、旅費等

文部科学省 → 補助 →

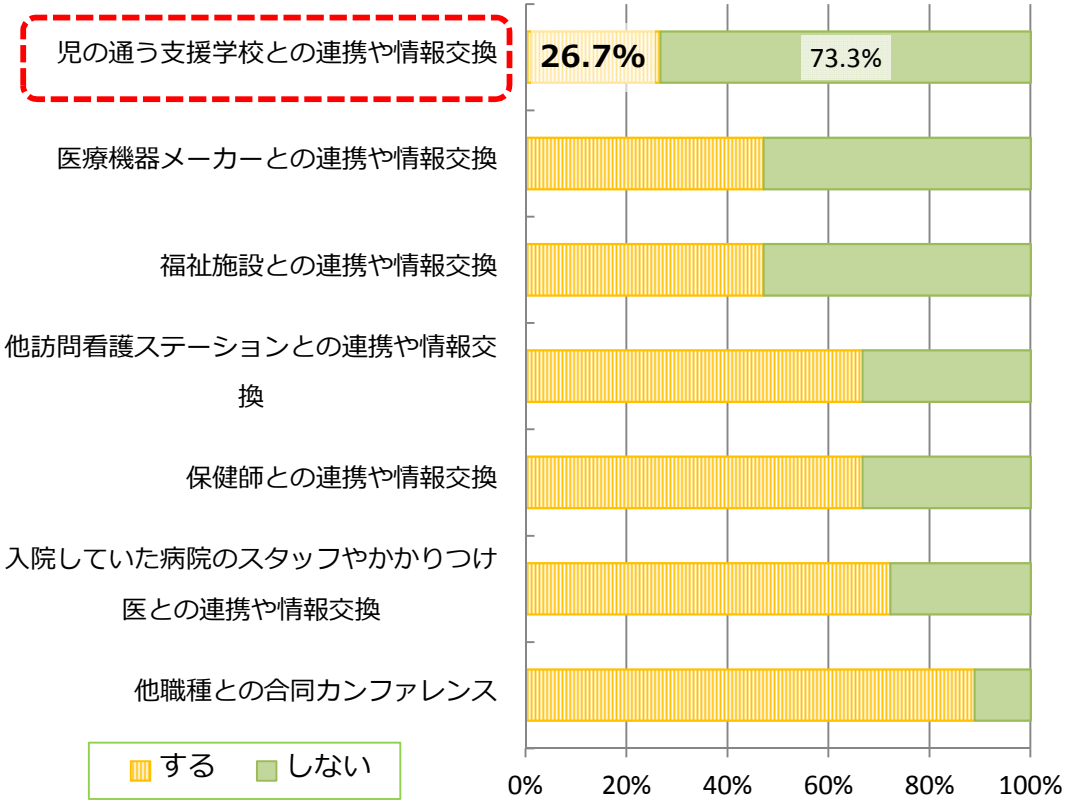
◇都道府県・市区町村
※平成29年度より、市区町村についても、間接補助ではなく、都道府県に事務委任し、直接補助。

訪問看護ステーションと学校との連携

○　小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおける連携については、「児の通学する支援学校との連携や情報交換」といった学校との連携が約3割行われている。

○　医療保険以外での学校での訪問看護の提供にあたっては、訪問看護ステーションと学校の間で日々の様子等の情報共有が行われている。

■小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおける関係機関等との連携



※調査対象は大分県内の訪問看護ステーションで小児の訪問看護を実施している19施設のうち回答が得られた18ステーション

出典： 草野淳子他. 大分県の在宅療養児の訪問看護. 看護科学研究. 2015；13: 1-8 のデータを元に保険局医療課が作成

■訪問看護ステーションと学校の連携の例

教職員	• ノートや申し送り・連携会議などで連携。 • 病状や精神面等について、面会や電話連絡で連携している。 • 処置時間前後に教頭か担当教員に挨拶。訪問した際、その日の学校での様子を聞き処置後必ず状態・状況を教員に伝える。
学校看護師	• 学校看護師とは一番最初のみの顔合わせで、直接申し送る機会がないので、学校に申し送り用のノートを準備してもらい、訪問看護担当曜日以外の情報を入手している。また、訪問看護ステーションも担当日の様子をノートに書いて申し送りをしている。

※自治体や教育委員会等からの依頼により、学校を訪問し医療的ケア等の訪問看護を提供している訪問看護ステーション20か所への調査

出典：全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団調べ（平成29年9月）

（参考）　障害者総合支援法施行３年後の見直しについて　（抜粋）
～社会保障審議会障害者部会報告書～（平成２７年１２月１４日）

○ 医療技術の進歩等を背景として、NICU 等に長期間入院した後、人工呼吸器等を使用し、たんの吸引などの医療的ケアが必要な障害児（医療的ケア児）が増加している。このような医療的ケア児が在宅生活を継続していこうとする場合、障害児に関する制度の中で医療的ケア児の位置付けが明確ではないこと等から、必要な福祉サービスが受けにくいほか、**医療、福祉、教育等の関係機関との連携が十分ではないこと等から、家庭に大きな負担がかかっているとの指摘がある。**

介護職員等との連携

喀痰吸引等の業務を行う事業者の登録基準

医療関係者との連携に関する基準

① 介護福祉士等が喀痰吸引等を実施するにあたり、**医師の文書による指示**を受けること。

② 医師・看護職員が喀痰吸引等を必要とする方の状況を定期的に確認し、介護福祉士等と**情報共有**を図るこ とにより、医師・看護職員と介護福祉士との連携を確保するとともに、適切な役割分担を図ること。

③ 喀痰吸引等を必要とする方の個々の状況を踏まえ、医師・看護職員との連携の下に、喀痰吸引等の実施内容等を記載した**計画書を作成**すること。

④ 喀痰吸引等の実施状況に関する**報告書を作成**し、医師に提出すること。

⑤ 喀痰吸引等を必要とする方の状態の急変に備え、緊急時の医師・看護職員への連絡方法をあらかじめ定めておくこと。

⑥ 喀痰吸引等の**業務の手順等を記載した書類**（業務方法書）を作成すること。

介護職員が痰吸引等の特定行為を行うにあたり、
医師・看護職員との連携が必須となっている。

介護保険における看護・介護職員連携強化加算について

○　介護保険では看護・介護職員連携強化加算があるが医療保険では該当する評価はない。

○　例えば、介護保険を利用していた者が医療保険の訪問看護を利用することになった場合、訪問看護ステーションが引き続き介護職員等の痰の吸引等の実施について連携しても算定できなくなる。

看護・介護職員連携強化加算　250単位（介護報酬）

➢ 社会福祉士及び介護福祉士法が改正され介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度が開始されるのに合わせ、平成24年度の介護報酬改定にて新設。

	告　示	通　　知
報酬	指定訪問看護事業所が社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）附則第20条第1項の登録を受けた指定訪問介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し同項に規定する特定行為業務を円滑に行うための支援を行った場合は、1月に1回限り所定単位数を加算する。 	• 看護・介護職員連携強化加算は、訪問看護事業所の看護職員が、訪問介護事業所の訪問介護員等に対し、たんの吸引等の業務が円滑に行われるよう、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行うとともに当該訪問介護員等に同行し、利用者の居宅において業務の実施状況 について確認した場合、又は利用者に対する安全なサービス提 供体制整備や連携体制確保のための会議に出席した場合に算定する。 • 訪問看護が二十四時間行える体制を整えている事業所として緊急時訪問看護加算を届け出をしている場合に算定可能である。 • 訪問看護事業所の看護師等が、訪問介護員等と同行し、たんの吸引等の実施状況を確認する際、通常の訪問看護の提供以上に時間を要した場合であっても、ケアプラン上に位置づけられた訪問看護費を算定する。 • 訪問介護員等のたんの吸引等の技術不足を補うために同行訪問を実施することを目的としたものではないため、訪問介護員等のたんの吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的で、訪問看護事業所の看護職員が同行訪問を実施した場合は、算定できない。

算定状況	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
	0.1（千回）	0.1（千回）	0.1（千回）	0.1（千回）	0.1（千回）	0.1（千回）

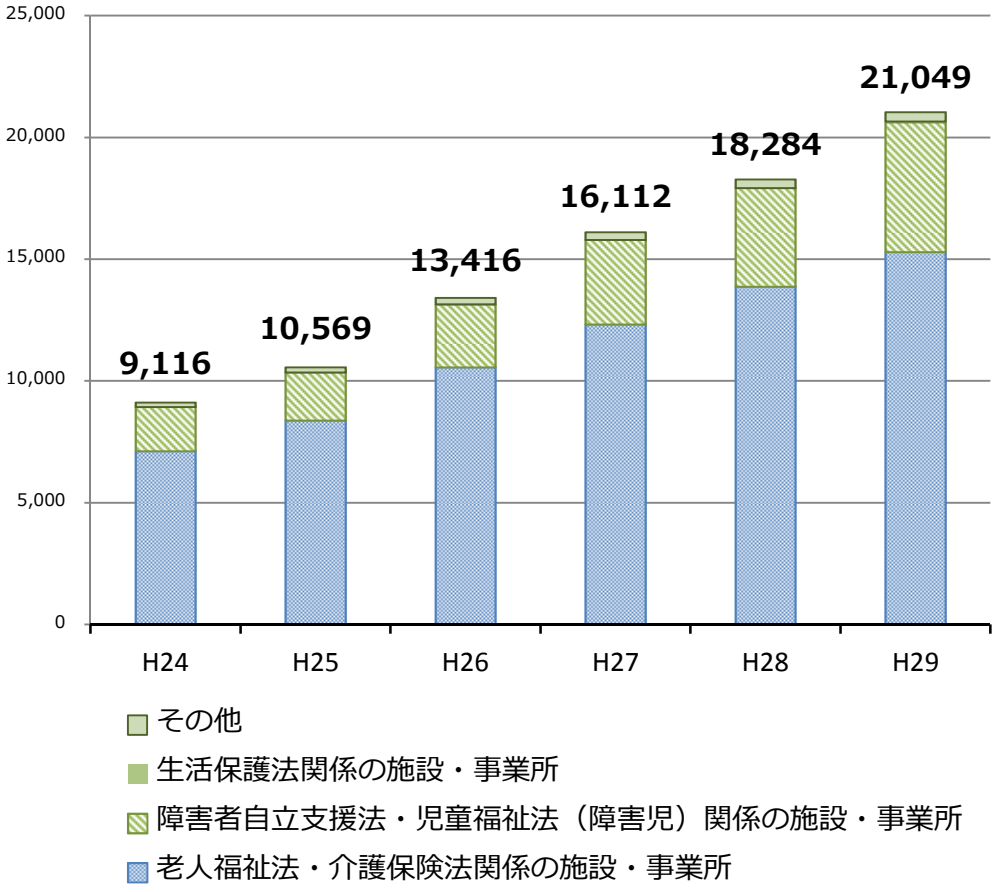
出典：介護給付費実態調査（各年６月審査分）

喀痰吸引等を実施する介護職員等と訪問看護ステーションの連携

○　登録特定行為事業者（喀痰吸引等の業務を行う事業者）は増加傾向である。

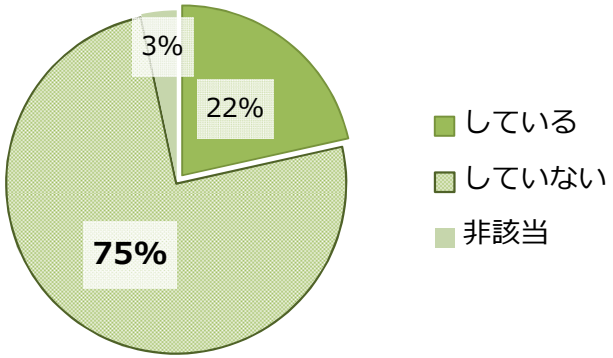
○　喀痰吸引等を必要とする利用者が訪問看護を医療保険で実施する場合、現行診療報酬上の評価はないが、必要となる介護職員への助言などを訪問看護ステーションが行っている。

■登録特定行為事業者数　（事業所種別）

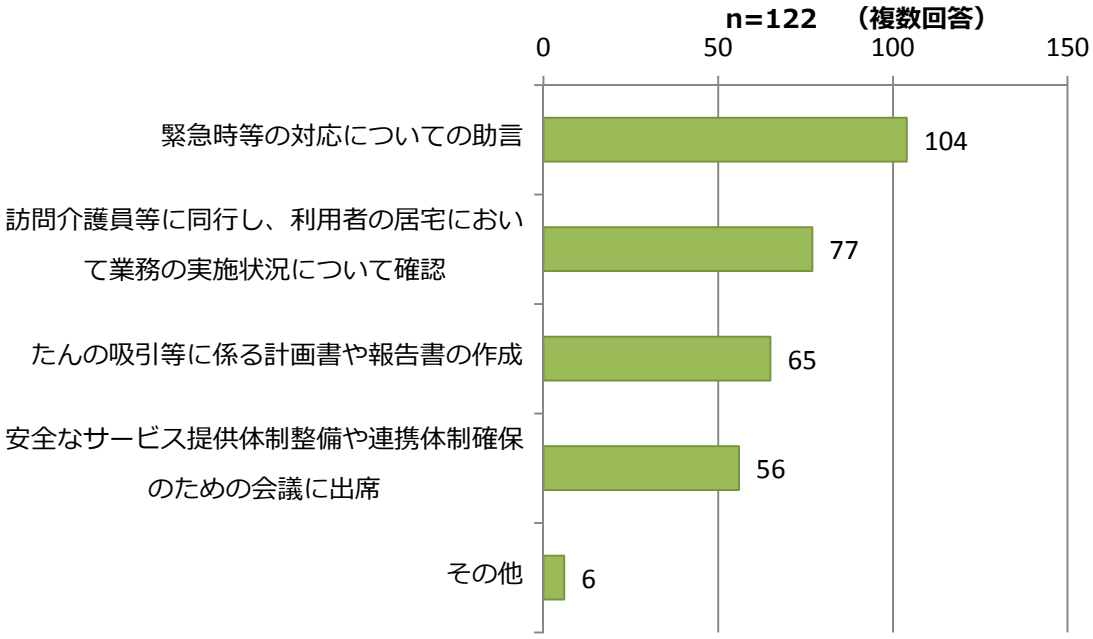


出典：都道府県喀痰吸引等登録状況事務調査集計表（各年4月1日時点）を元に保険局医療課で作成

■介護職員による喀痰吸引等を必要とする利用者※の場合、介護職員に利用者宅で指導を行っているか　n=567



■介護職員が喀痰吸引等を実施する場合※の訪問看護師の連携内容



※医療保険の利用者について調査

出典：日本訪問看護財団調べ（平成29年9月）

参考

趣旨

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

（「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正）

〇介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、これまでは、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認。

実施可能な行為

〇たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※　保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

☆具体的な行為については省令で定める

・たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）

・経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）

介護職員等の範囲

〇介護福祉士

☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める

〇介護福祉士以外の介護職員等

☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

〇たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録

（全ての要件に適合している場合は登録）

〇登録の要件

☆基本研修、実地研修を行うこと

☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事

☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合

☆具体的な要件については省令で定める

※　登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

登録事業者

〇自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録

（全ての要件に適合している場合は登録）

〇登録の要件

☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

☆具体的な要件については省令で定める

※　登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

＜対象となる施設・事業所等の例＞

・　介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）

・　障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）

・　在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先を含む）等）

・　特別支援学校

※医療機関は対象外

出 典：介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

実施時期及び経過措置

〇平成24年4月1日施行

（介護福祉士については平成28年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。）

〇現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるために必要な経過措置

関係機関との連携の論点（案）

【論点（案）】

○　自治体への情報提供を評価する訪問看護情報提供療養費について、情報の有効な活用といった観点から、算定する利用者について要件を設けることとしてはどうか。

○　義務教育を受ける医療的ケア児等について、学校での医療的ケアの実施がより円滑、安全に行われるよう、学校の看護職員や教職員との連携についてどう考えるか。

○　在宅において、介護職員等による必要な特定行為の実施を推進し、利用者のニーズに対応した在宅医療に向けて、特定行為を実施する介護職員等との連携の評価についてどう考えるか。

医療機関等との連携

医療機関等との連携の課題

【課題】

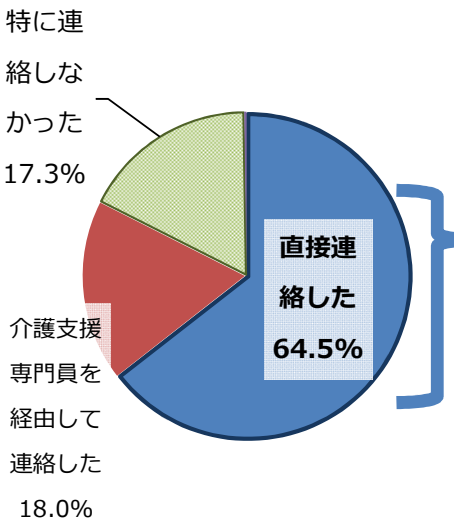
- 平成29年5月～7月に入院・入所した利用者のうち、在宅での状況等を訪問看護ステーションから入院・入所先へ直接連絡した者は6割、介護支援専門員を経由した連絡と合わせると約8割強が連絡していた。連絡内容は、「疾患・病歴・病状」や「服薬状況」といった診療に関する情報とともに、「訪問看護の提供状況・内容」や「自宅での生活の様子」といった看護に関する情報が多い。
- 入院患者が退院するにあたり、医療機関と訪問看護ステーションとが共同して指導した場合には各種評価が設定されている。一方で、在宅療養中の利用者が入院にあたり、医療機関と訪問看護ステーションとの情報共有や連携に関する評価はない。
- 訪問看護ステーションと病院・診療所間での情報のやりとりについては、いずれの種別の訪問看護ステーションにおいても一定数行われている。居宅支援事業所への文書による情報提供は、報酬による評価はないもののやりとりの回数は多い。
- 訪問看護ステーションから医療機関への情報提供の内容には、医学的な情報以外の疾病等の受け止めやADLの状況や支援方法など看護に関する具体的な情報が含まれている。
- 退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関等との連携に関する加算において、特別の関係にある医療機関等との連携では算定できない。

訪問看護ステーションから病院への情報提供の状況

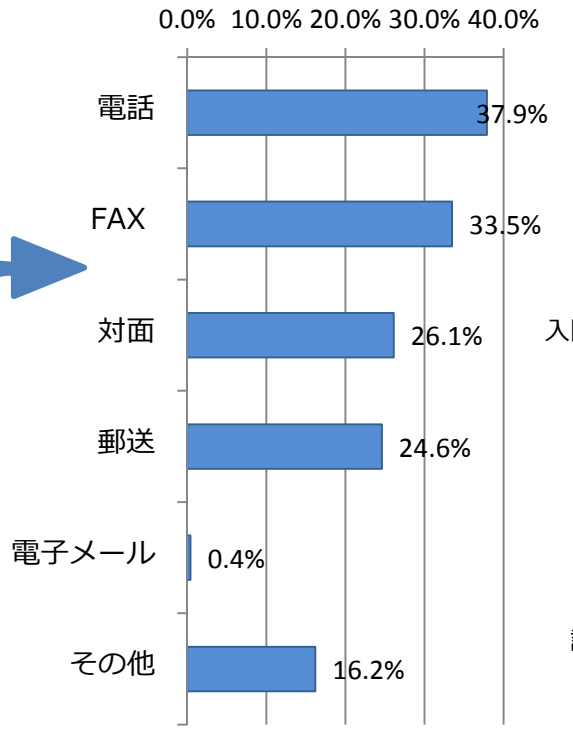
○　平成29年5月～7月に入院・入所した利用者のうち、在宅での状況等を訪問看護ステーションから入院・入所先へ直接連絡した者は6割を超えていた。介護支援専門員を経由した連絡と合わせると約8割強が連絡していた。

○　連絡内容は、「疾患・病歴・病状」や「服薬状況」といった診療に関する情報とともに、「訪問看護の提供状況・内容」や「自宅での生活の様子」といった看護に関する情報が多かった。

■在宅での状況等の、入院・入所先への連絡の有無
n=422

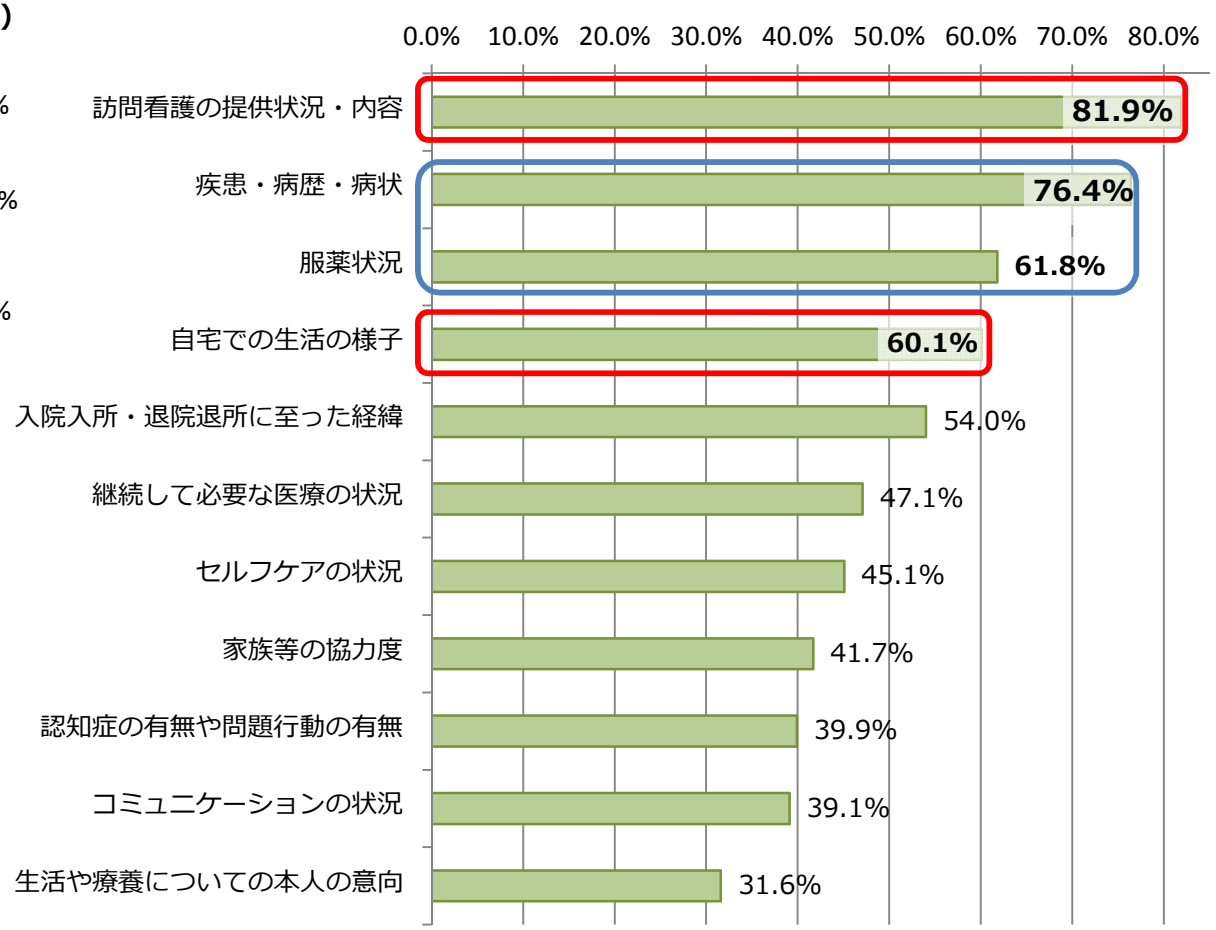


■連絡方法（直接連絡した場合）
n=272（複数回答）



※その他：「サマリー」「訪問看護情報提供書」等

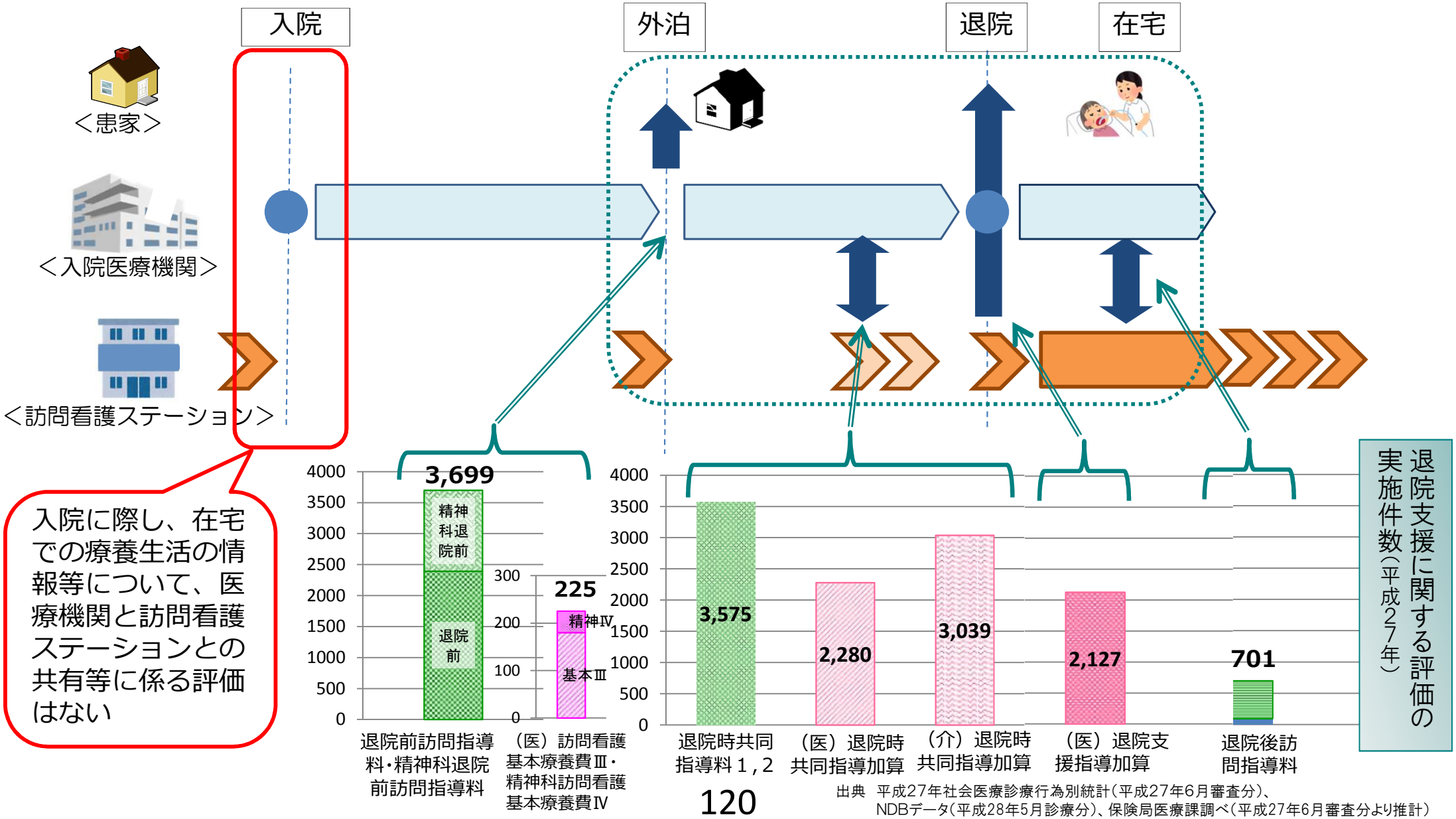
■（連絡した場合）連絡内容　n=272（複数回答）



出典：平成29年度　厚生労働省　老人保健健康増進等事業
訪問看護における地域連携のあり方に関する調査研究事業（速報値）

入退院時の在宅療養支援に係る連携に関する評価

○　入院患者が退院するにあたり、医療機関と訪問看護ステーションとが共同して指導した場合には各種評価が設定されている。一方で、在宅療養中の利用者が入院にあたり、医療機関と訪問看護ステーションとの情報共有や連携に関する評価はない。



出典　平成27年社会医療診療行為別統計（平成27年6月審査分）、NDBデータ（平成28年5月診療分）、保険局医療課調べ（平成27年6月審査分より推計）

訪問看護ステーションが行う療養生活にかかる情報提供等の状況

○　訪問看護ステーションと病院・診療所間での情報のやりとりについては、いずれの種別の訪問看護ステーションにおいても一定数行われている。
○　居宅支援事業所への文書による情報提供は、報酬による評価はないもののやりとりの回数は多い。

■他施設・事業所と訪問看護ステーション間の療養に関する文書の授受回数　平均値
（平成28年９月の医療保険の利用者）

（回）

		病院	診療所	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設	その他介護保険サービス事業所	地域包括支援センター	特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者	保育所・幼稚園・学校
機能強化型1	療養に関する文書を提供した回数	**8.4**	**10.0**	13.2	0.3	1.3	1.1	0.9	0.04
	療養に関する文書を受け取った回数	**5.2**	**7.5**	8.9	0.1	0.7	0.7	0.3	0.0
機能強化型2	療養に関する文書を提供した回数	**7.5**	**7.8**	11.8	0.3	1.0	1.1	0.6	0.04
	療養に関する文書を受け取った回数	**4.6**	**3.2**	5.4	0.2	0.4	0.4	0.4	0.04
機能強化型以外	療養に関する文書を提供した回数	**2.9**	**3.4**	3.3	0.1	0.2	0.2	0.1	0.02
	療養に関する文書を受け取った回数	**1.9**	**2.1**	2.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.02

出典：平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「重症度や居住形態に応じた評価の影響調査等を含む在宅医療・訪問看護の実施状況調査」（一部、医療課にて再集計）

訪問看護ステーションから医療機関へ提供する看護に関する情報

○　訪問看護ステーションから医療機関への情報提供内容には、既往歴や病状の経過といった医学的情報の他に、家族構成や支援体制、疾病等についての受け止めや不安、ＡＤＬの状況と支援など看護に関する具体的な情報が含まれている。

診療情報提供料の項目 （別紙様式11）	訪問看護ステーションからの医療機関への情報共有の項目 （横浜在宅看護協議会　様式※）	
医師氏名	かかりつけ医	
氏名、住所、生年月日等	氏名、住所、生年月日等	
傷病名	主たる病名	
紹介目的	－	
既往歴	既往歴、入院期間	
家族歴	－	
症状経過	－	
検査結果	感染症の有無	
治療経過	－	
現在の処方	医療機器管理（具体的な処方、処置等）	
備考	家族	家族構成（独居／同居）・連絡先、家族の支援体制・実施ケア内容・受け止めや不安
	看護上の問題等	本人の受け止めや不安、今回の看護経過、看護上の問題点
	看護の内容	褥瘡・創処置、在宅酸素管理指導、呼吸器管理等
	社会資源	要介護認定、障害者手帳等
	ADL及び具体的な介護状況・具体的注意点等	食事の形態・自立度、排泄の方法と介助、清潔保持の方法と自立度・最終保清日、睡眠、認知症状や視聴覚の状況を含めたコミュニケーション、寝たきり度や麻痺・拘縮の状況と移動の支援方法　等

※　横浜在宅看護協議会　平成27－28年度看護サマリー検討委員会作成

特別の関係にある医療機関等との連携

○　退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関等との連携に関する加算において、特別の関係にある医療機関等との連携では算定できない。

■医療機関等との連携に関する加算と特別の関係における算定

	加 算	特別の関係
退院時共同指導加算	保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に算定	×
在宅患者連携指導加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に算定	×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に算定	× （特別の関係にある関係者のみとカンファレンスを行った場合は×）
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合に算定	×

※　特別の関係

ア　当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合
(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合
(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合
(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の３を超える場合
(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

※総会は、準備が整い次第、適宜開始

医療機関等との連携の論点（案）

【論点（案）】

○　訪問看護の利用者が療養の場を変更する際、新しい療養の場で利用者の特性に合わせた療養支援を継続的に受けることができる等、円滑な移行を進めていくために、訪問看護ステーションから病院等への情報提供についてどう考えるか。

○　退院時共同指導加算等の訪問看護ステーションと医療機関との連携に関する加算において、医療機関等と特別の関係にある場合の算定について見直してはどうか。