

参考資料

社団法人 日本看護協会

①24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価

○ 持続点滴や尿道留置カテーテルのトラブル、認知症による不穏行動など、医療ニーズの高い利用者は夜間に訪問看護が必要な場合が多い。医療保険の「24時間連絡体制加算」は、1月につき2,500円(介護保険「緊急時訪問看護加算」は5,400円)。サービスに見合った報酬ではなく、経営上、24時間体制をとることが困難。

○ ターミナルケアとは、終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援などである。

※訪問看護の「ターミナルケア加算」は15,000円だが、医師の「在宅ターミナルケア加算」は、看取りに立ち会うと100,000円

②訪問看護ステーションにおける衛生材料※の常備

○ 褥瘡の処置、尿道留置カテーテルの交換、点滴など、処置をする看護師が、薬事法により衛生材料を管理できないことにより、患者負担の増大と迅速な処置対応の阻害による在宅医療の質の低下をきたしている。夜間の尿閉、点滴のつまりなどのトラブルが発生した場合、訪問看護ステーションに衛生材料を常備していないため、すみやかに的確な対応を行うことが困難。救急車で病院に搬送する例もある。

⇒薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備できるようにする必要がある。

※衛生材料：生理食塩水、キシロカインゼリー(尿道カテーテル交換に使用)、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

③ 訪問看護の裁量を拡大

○ 訪問看護指示書には、療養生活に関する指示は出ていない。「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。

④ その他の訪問看護の評価における課題

○ 退院調整の評価が低い。認知症や医療機器を装着したまま退院となる神経難病、がん末期の患者等、在宅に向けた退院指導が1回(6,000円)しか算定できない。2回目以降は無償となっている。

※医師の場合は10,000円2回まで算定可

○ 退院当日の訪問看護が認められていない。重症度の高い患者(がん末期、神経難病等)には無償で実施している実態がある。

○ 週4回以上の訪問の対象者が限定されている。

インシュリン注射、胃ろう・経管栄養・吸引・吸入等のケアは、毎日訪問が必要

①地域連携の推進 ⇒ 拠点訪問看護ステーション※の設立

かかりつけ訪問看護ステーションの推進

【説明】

地域包括支援センターと拠点訪問看護ステーションが連携する。

一人ひとりの高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションが担当し、疾患の管理や家族への相談・指導などを行う。地域包括支援センターでは、年1回の生活機能評価を義務付け、全ての後期高齢者について健康状態と医療・介護ニーズの把握・対応を行う。事前指示書(リビング・ウィル)により、高齢者の尊厳(意思決定)を確認する。

拠点訪問看護ステーションとそれらの情報を共有し、かかりつけ訪問看護ステーションが支援を提供する。後期高齢者は困ったときに、気軽に相談や看取りの意思決定に対する支援を受けることができる。

※拠点訪問看護ステーション

- ①後期高齢者の疾病管理を担う機関として、各市町村に拠点訪問看護ステーションを設置する。
- ②地域包括支援センターと連携し、後期高齢者をかかりつけ訪問看護ステーションに振り分け、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
- ③拠点訪問看護ステーションには、認定看護師・専門看護師等の専門性の高い看護師を配置する。かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや、困難事例に対応する。
- ④拠点訪問看護ステーションは24時間体制をとり、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理する。

在宅医療の推進には、訪問看護の拡がりが重要

○訪問看護ステーションが実施するケア

「病状観察・医療処置等」、「療養上の世話・予防」が中心。

○利用者への具体的な医療処置

バイタルサインのチェック、栄養・排泄・呼吸・心理面など全身状態のアセスメント、経管経腸栄養、人工肛門・人工膀胱の管理、膀胱留置カテーテルの交換・導尿、点滴・注射、褥瘡の予防処置・創傷処置、人工呼吸器・酸素療法の管理、モニター測定機器の管理、リハビリテーションなど。

○ターミナルケア

訪問看護ステーションは、ターミナルケア（終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援等）を実施。

訪問看護の推進を阻む要因

訪問看護に対する評価が低いため、経営が成り立たず、人事管理（採用・定着）も難しいことから、事業の開始・継続が困難。

○訪問看護ステーション事業所数

平成17年は5,309カ所であり、ゴールドプラン21策定時の目標9,900カ所の約5割しか到達していない

看護職は後期高齢者の在宅医療や終末期医療において、人間らしさを尊重した生活を支援する上で欠かせない存在。
（在宅ケア先進国では、在宅医療は看護職が中心）

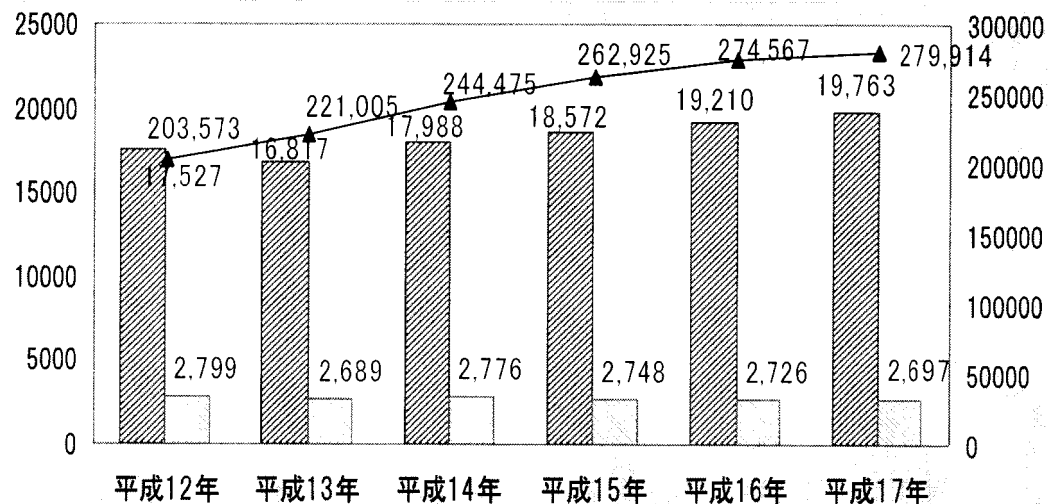
高齢者やその家族に寄り添い、療養生活の具体的な支援や精神的サポートを行う訪問看護の包括的ケアは重要

ターミナルケアを提供しているのは看護職



適正な評価による訪問看護の拡充を！

訪問看護ステーション看護職員数と利用者数の推移

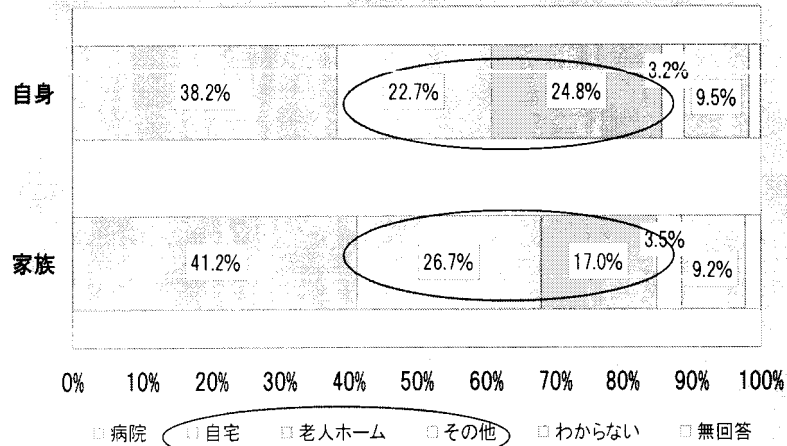


■ 看護師数 □ 准看護師数 ▲ 利用者数

※看護師数には保健師、助産師を含む。

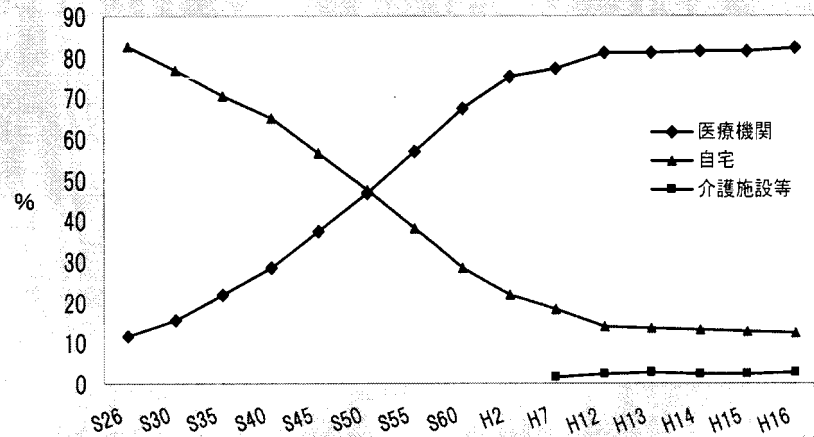
出典：介護サービス施設・事業所調査

終末期医療に対する国民の意識



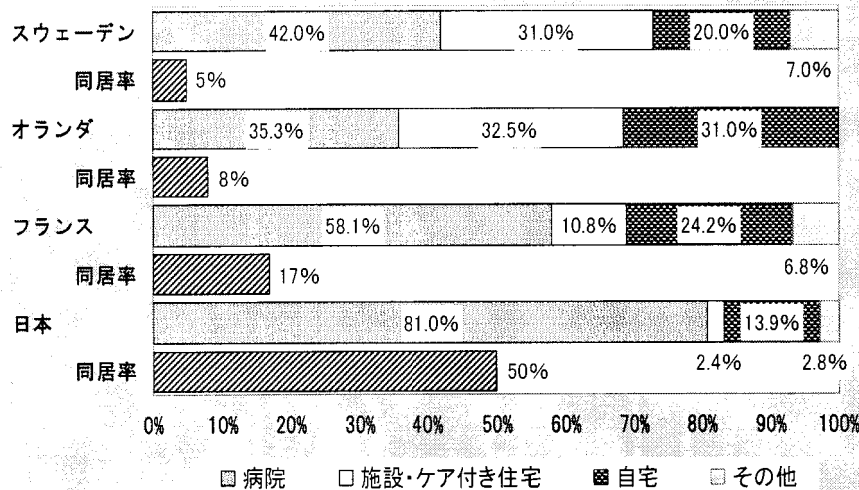
出典:平成16年「終末期医療に関する調査等検討会」報告書より改編

死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移



出典:平成17年 人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

要介護高齢者の死亡場所と同居率



出典:平成13年「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」医療経済研究機構より改編

- 国民のおよそ5割が終末期の療養場所として「病院以外」を希望。
- しかし、昭和52～53年を境に、「医療機関」における死亡が「自宅」における死亡を上回り増加の一途。
- 「介護施設等」における死亡は依然として少数派。

- わが国では核家族化による独居高齢者・老老世帯の増加により、介護力のない世帯が増加。
- 他の先進諸国では同居率が低くても在宅死の割合は高い(オランダでは同居率8% 在宅死31.0%)。

- 訪問看護利用終了者(入院・入所を含む)で死亡した者(利用者全体の38.7%)のうち自宅での死亡は48%

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

在宅医療では、医療と介護の両方について、ケアニーズを持つ高齢者が多い。
しかし、現行の保険制度では、身体の状態に応じて医療保険と介護保険を使い分ける必要があり、国民にとって複雑で非常に分かりづらい体系である。

65歳以上の要介護認定者の場合、診療は医療保険、介護は介護保険。訪問看護は介護保険優先だが、厚生労働大臣の指定する特定疾病患者、がんターミナル患者と急性増悪により医師から特別訪問看護指示書が交付された患者（2週間に限る）については医療保険で算定する。

【例】ターミナルケアの算定要件

- ・死亡前2週間以内に複数回の訪問看護、24時間以内にターミナルケアを実施（医療保険）
- ・死亡前24時間以内にターミナルケアを実施、24時間体制、訪問看護記録書への記録（介護保険）

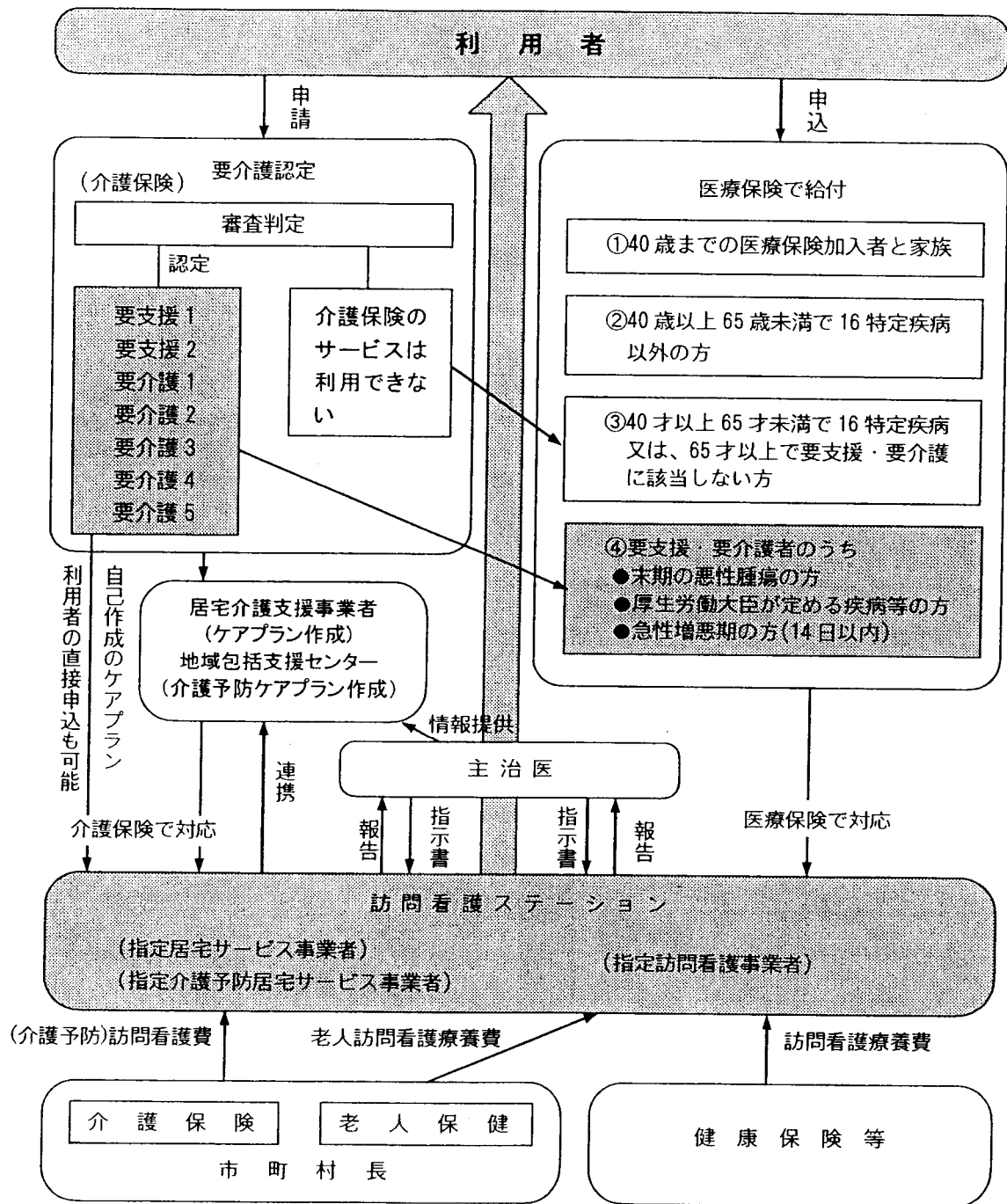
過剰な医療により、高齢者のQOLの低下をきたしている。

- ・90歳代の認知症高齢者に、身体拘束をしながら透析治療を継続する。
- ・誤嚥性肺炎の高齢者は管理の簡便性だけを目的とした胃管や胃ろう留置により表情が乏しくなる。一口でも経口摂取へ移行することにより、「口から食べる」楽しみ、喜びで表情が明るくなる。
- ・本人の意思が明確でないまま、医療処置を開始せざるを得ない救急医療の現状。リビングウィルがないため家族も延命治療に疑問を持ちつつ意思決定ができない。

過剰な医療を制限し、国民にとって分かりやすい報酬体系を導入。

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する総合的ケアの視点を重視した報酬体系とする。

訪問看護のしくみ（介護保険と医療保険の訪問看護の調整）



- * 在宅の要介護被保険者は介護保険給付の訪問看護
ただし、がん末期、神経難病等厚生労働大臣が定める疾病等および急性増悪期（14日を限度）の患者は医療保険給付
- * 介護保険に基づく訪問看護利用料は1割負担で、医療保険で高齢者（老人保健制度加入者又は70歳～74歳の方）については一般の方は訪問看護に要する費用の1割負担（自己負担限度額12,000円）、一定以上の所得の方は訪問看護に要する費用の2割負担（自己負担限度額40,200円）となる。

医療保険・介護保険に係る訪問看護等の報酬（1）

訪問看護ステーション

●医療保険（老人）訪問看護療養費

イ（老人）訪問看護基本療養費（Ⅰ）	
（1）保健師，看護師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	
（一）週3日まで	5,300円
（二）週4日目以降	6,300円
（2）准看護師	
（一）週3日まで	4,800円
（二）週4日目以降	5,800円
○緊急訪問看護加算（在宅療養支援診療所の指示）	2,650円
○難病等複数回訪問加算	2回 4,500円
	3回以上 8,000円
（週4日以上の訪問看護を算定できる利用者のみ）	
□（老人）訪問看護基本療養費（Ⅱ）	1,600円
○延長時間加算（3時間以上8時間まで1時間400円）	
○特別地域訪問看護加算（基本療養費の50/100）	
（イ，□共通）	

+

（老人）訪問看護管理療養費	
月の初日	7,050円
2日目以降12日まで	2,900円
○地域連携退院時共同指導加算（1月につき）	
（1）在宅療養支援診療所との連携	6,000円
（2）それ以外	4,200円
○24時間連絡体制加算（1月につき）	2,500円
○重症者管理加算（1月につき）	
・在宅悪性腫瘍患者指導管理	} 5,000円
・在宅気管切開患者指導管理	
・気管カニューレを使用している状態	
・留置カテーテルを使用している状態	
・その他	2,500円

+

（老人）訪問看護情報提供療養費（1月につき） 1,500円

+

（老人）訪問看護ターミナルケア療養費	
（1）在宅療養支援診療所との連携	15,000円
（2）それ以外	12,000円
※死亡前2週間以内に死亡日を除いて複数回の訪問看護かつ死亡前24時間以内の訪問看護	

※癌末期等厚生労働大臣が定める状態にある患者については2カ所の訪問看護ステーションの訪問が算定可
 ※介護老人福祉施設に入所している末期悪性腫瘍患者については在宅療養支援診療所の指示により訪問看護算定可
 ※在宅末期医療総合診療料は在宅療養支援診療所であること

●介護保険 訪問看護費・介護予防訪問看護費

（1）20分未満（夜間・早朝・深夜）	285単位
（2）30分未満	425単位
（3）30分以上1時間未満	830単位
（4）1時間以上1時間30分まで	1,198単位
○准看護師については 所定額の90/100	
○理学療法士，作業療法士，言語聴覚士については（2）と（3）を算定	

+

早朝・夜間加算	基本単位の25%
深夜加算	基本単位の50%

+

特別地域訪問看護加算	基本単位の15%
（離島等に該当する地域における事業所）	

+

緊急時訪問看護加算（1月につき）	540単位
※計画的に訪問することになっていない緊急訪問を行った場合は所要時間に応じた所定単位数を算定。なお、特別管理加算の対象者には1月のうち2回目以降には早朝・夜間・深夜の加算がつく	

+

特別管理加算（1月につき）	250単位
---------------	-------

+

ターミナルケア加算	1,200単位
※24時間連絡体制を確保し，身体状況等の記録をしている	
※死亡前24時間以内の訪問看護，自宅以外での死亡も算定可	
※介護予防訪問看護費については算定しない	
※支給限度基準額の外で算定する	

※1単位は10円であるが地域によって10.48～10円まで地域差がある

※居住系施設（認知症グループホーム，短期入所生活介護，介護老人福祉施設，有料老人ホーム等）との契約により訪問して健康管理を行うことができる

後期高齢者医療に関する健保連の考え方

現在健保連では、平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度の創設に向けて、多角的な視点からその診療報酬のあり方等について議論しているところである。今後、各論ではさらに議論を深めることとなるが、ベースとなる考え方を現段階で取りまとめると以下の通りである。

<基本的な考え方>

- 慢性疾患を中心に複数の疾患（認知症も含む）を抱え、複数医療機関間の受診、検査・投薬の重複という傾向があり、終末期医療の問題も切実といった後期高齢者の特性に配慮した医療が、患者の尊厳、安心、納得等が確保された上で、効率的に提供されることが重要である。
- そのためには、わかりやすい情報が適切に患者・家族へ提供されるとともに、提供される医療サービスが「病気の治療」から保健・医療・介護が一体的に提供される「生活を支えるサービス」を主体としたものに転換されていくことが重要である。
- また、診療報酬は、上記の後期高齢者の特性や望ましいサービス提供のあり方等を勘案し、74 歳以下の医療との整合性も視野に入れつつ、病院、診療所等それぞれの機能・役割の明確化と連携推進並びに包括払い方式の拡大をより一層進める等、後期高齢者の医療に相応しい体系とすべきである。

<外来医療について>

- 患者にとって信頼できるいわゆる「かかりつけ医」を持つことは、安心・納得の医療を受けるための有力な手段であり、特に後期高齢者の場合、複数医療機関間の受診、検査・投薬の重複といった医療の無駄と危険性の是正（患者にとっては最適な医療の享受）にもつながる。さらに、今日的には若年からの生活習慣病の予防を目的とした継続一貫した保健指導や重症化予防のための疾病管理についても重要な役割を果たすことが期待されるところである。

- しかし、「かかりつけ医」については、○欧米におけるいわゆる「家庭医」、「総合診療医」といった一定の専門的教育を受けた幅広い技術や能力を有する医師とは異なり、むしろ特定分野の専門技術を基盤としていること、○さらに、自由標榜制下で本人の専門分野と標榜している診療科目に乖離が見受けられること—など、その機能を有効に発揮させるために解決すべき多くの課題がある。
- これらの課題への対応に加え、新たな医療計画制度の着実な推進による医療連携体制の構築（病院・診療所の外来機能の分化促進を含む）や診療報酬点数の包括化—等を通じて、「かかりつけ医」に期待される機能を明確化していく取り組みが必要である。
- なお、イギリス等における「家庭医」に患者を登録させる方式についても、上記の課題解決に併せて検討されるべきであり、また、医療機関等へのフリーアクセスを一定程度、制限・制約することについても検討する必要がある。

<入院医療について>

- 平成18年度診療報酬改定で導入された医療療養病床における患者の特性（患者分類）に基づく包括払い点数（入院基本料）を、検証を踏まえて見直し、対象範囲を急性期以外の入院医療全体に拡大していくべきである。
- 「地域連携クリティカルパス」について、現在診療報酬上評価されている大腿骨頸部骨折における実績を踏まえつつ、その対象となる疾患の範囲を拡大し、地域におけるスムーズな医療連携を促進していくべきである。

<在宅医療について>

- 後期高齢者の心身の特性に配慮し、その安心を支えるためには、在宅（及び居住系施設）を中心とした保健・医療・介護の切れ目のない連携が重要かつ不可欠である。
- 24時間体制で在宅医療を支える中心的な存在として診療報酬上評価されている「在宅療養支援診療所」は、「かかりつけ医」の重要な機能の一つであり、今後とも整備・推進が図られるべきで

あるが、その求められる機能に即した実態になっているかどうかの検証も必要である。なお、現在届け出が診療所に限られていることの是非についても検討するべきである。

- 患者の居所（医療施設、介護施設、有料老人ホーム、在宅等）にかかわらず、適切な医療、介護サービスが弾力的に提供されるよう、診療報酬、介護報酬の関係を整理し、見直すべきである。

<ホテルコストについて>

- 病院等におけるホテルコストについては、在宅医療推進の観点から、在宅と施設との整合性を図るべきである。

<終末期医療について>

- 終末期医療については、単に医療費抑制の観点から捉えるのではなく、むしろ医療提供体制のあり方や医の倫理、患者の尊厳・選択等も含めて幅広かつ総合的に検討する必要がある。
- 法制面の課題等も含めたガイドラインの作成や、適切な終末期医療の提供に向けた疾患・病態（例えば、がん、認知症等）ごとのプロセスに応じたキメ細やかな検討等が必要である。
- 終末期医療に向き合う患者や家族の視点に立って、リビングウィル（尊厳死宣言書）の普及やホスピス等施設整備にも積極的に取り組むべきである。

<薬剤給付の適正化について>

- 後期高齢者への医薬品の重複給付の防止等、適正な医薬分業のあり方、特に分業の「質」を高めるための見直しが必要である。
- 慢性疾患が多い後期高齢者医療においては特に、後発医薬品の普及促進を図るとともに、代替調剤の促進策も検討する必要がある。

<その他>

- 私たちは、新たな後期高齢者医療制度について、当初から、制度運営に費用負担者が参画することの重要性を主張してきた。後期高齢者の診療報酬を議論するにあたって、その前提の下に取り組んで参りたい。

高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書（概要）

平成18年12月 国民健康保険中央会

1. 研究の趣旨・目的

さきの第164回国会で、「健康保険法等の一部を改正する法律」が成立した。これにより、平成20年度から、後期高齢者を対象とする独立した医療制度が創設されることとなり、その診療報酬体系については、基本的な考え方を平成18年度中にとりまとめ、国民の議論に供した上で策定することとされた。創設にあたり、国民健康保険中央会に設置された「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会」（水野肇委員長）では、後期高齢者に焦点を当てて、より良い医療体制のあり方を検討するとともに、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について検討を行い、具体的な提言をとりまとめた。

2. 研究の概要

検討に当たっては、本年4月以来会合（研究会5回・小委員会5回）を重ねて、議論を深めるとともに、ヨーロッパ4か国（イギリス・デンマーク・オランダ・フランス）の関係機関等にヒアリングを行った。

3. 提言

（1）後期高齢者の医療におけるかかりつけ医体制の強化

後期高齢者を対象として、在宅医療を中心とするかかりつけ医の体制を強化すべきである。具体的には以下の通り。

- ① 後期高齢者は、原則として診療所の中にかかりつけ医を選ぶ
（病気になった場合には、最初にかかりつけ医を受診することを原則とする）
- ② かかりつけ医は以下のような役割を担う
 - －登録された後期高齢者の健康状態の把握と、健康上の相談への対応（例えば、健康づくりや保健指導、疾病予防、介護予防）
 - －診察、治療（専門医や病院への紹介を含む）
 - －リハビリテーションの指導
 - －ターミナルケアの対応と看取り
- ③ かかりつけ医は、登録された後期高齢者が介護保険給付の対象となっても、そのサービス提供機関・施設と協力しながら、引き続き、かかりつけ医としての役割を果たす

（2）かかりつけ医に係る報酬体系の新設

- ① 登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬を導入する
- ② 後期高齢者におけるかかりつけ医の報酬は、出来高払いと上記定額払いを併用する

（3）効果

後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化することによって、以下のような効果が期待できる。

- ① 医療機関に対するフリーアクセス（「いつでも、誰でも、どこでも、どこへでも」）の中の「どこへでも」をある程度制限することにより病診機能が明確になり、効率的な医療が提供される。その結果、真に医療を必要とする人に必要な医療が提供されるようになる
- ② 後期高齢者におけるQOLの向上が推進される
- ③ 診察から入退院、リハビリテーション、介護サービスとの連携まで含めて、継続的な医療が推進される