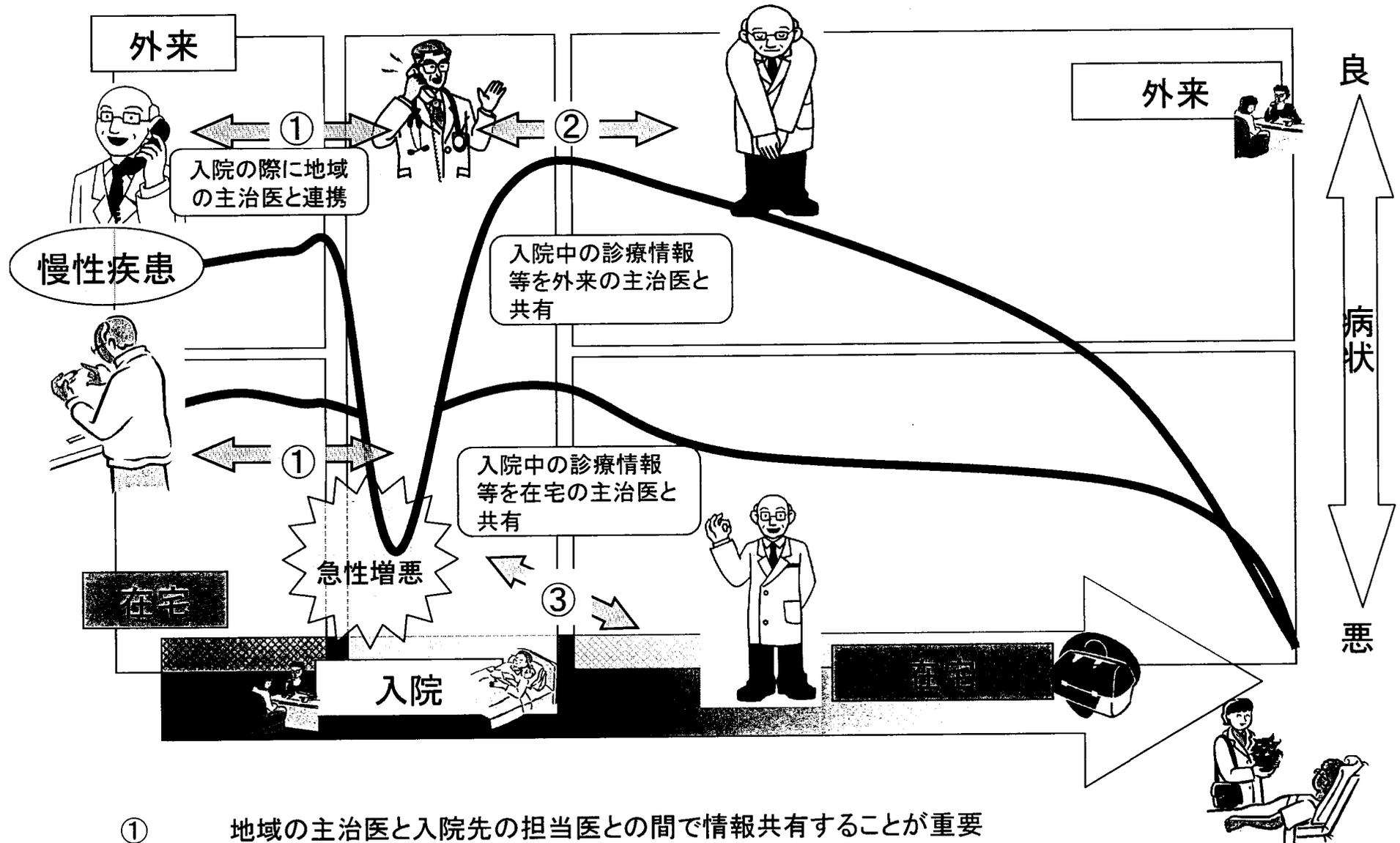


# 後期高齢者の在宅医療等について

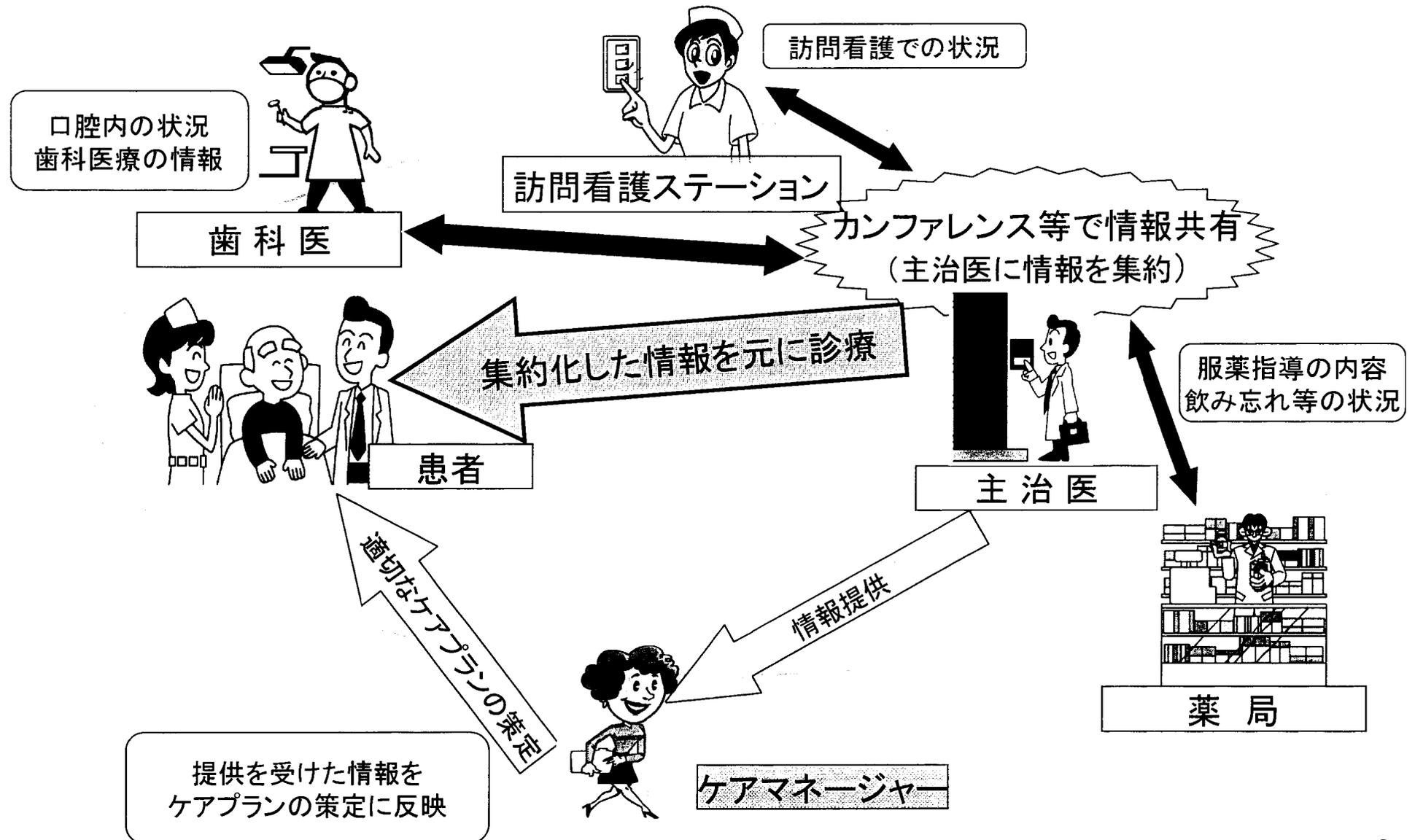
(参考資料)

# 後期高齢者における医療連携のイメージ



- ① 地域の主治医と入院先の担当医との間で情報共有することが重要
- ②・③ 退院後も医療サービス及び介護・福祉サービスが継続的に提供されるため情報伝達及び情報共有が重要

# 在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ



# 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

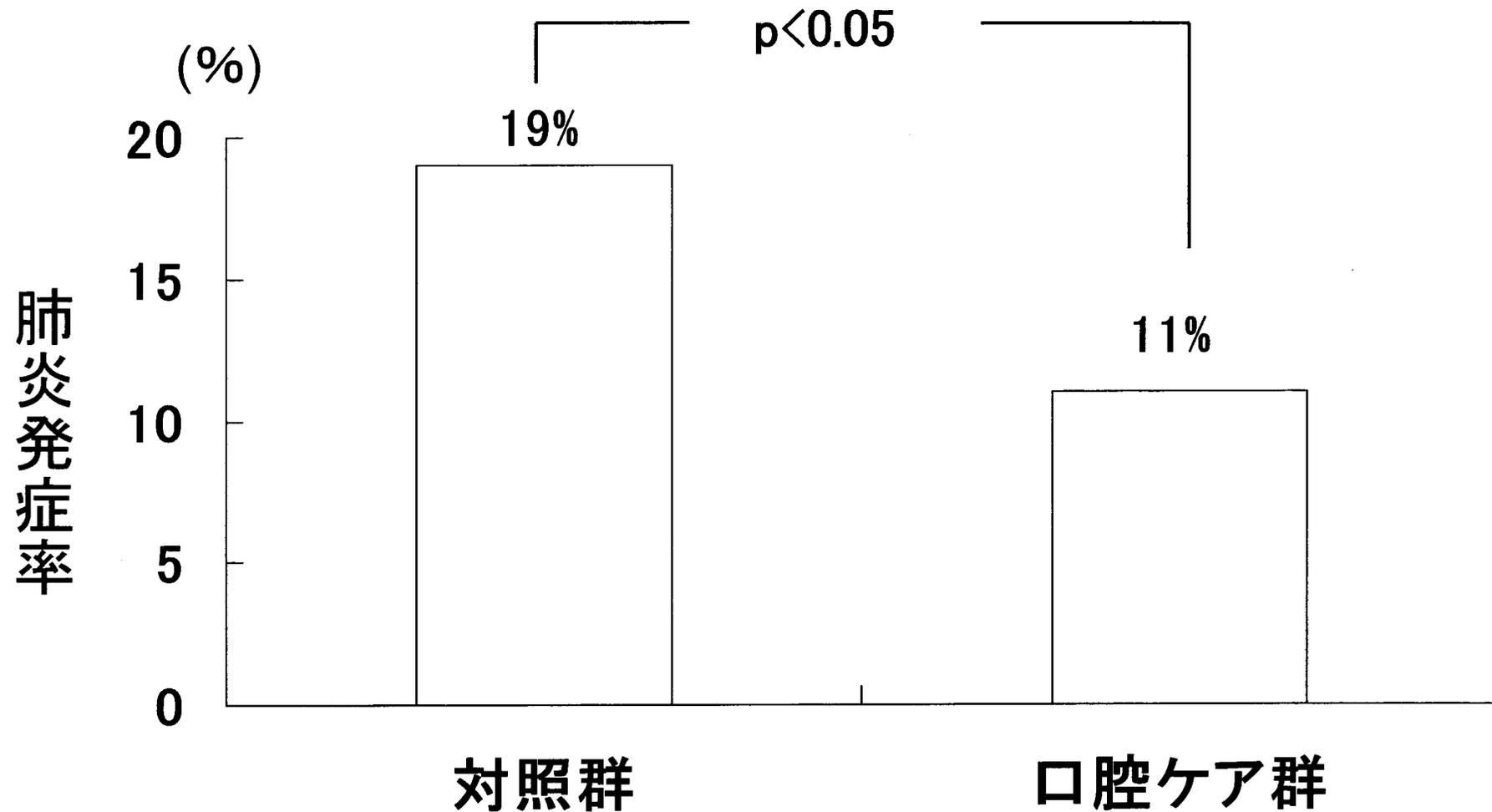
在宅歯科医療における需要と供給体制との間に差がある。

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にあり、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要のあるものは38.0%
- 歯科治療の必要性については、89.4%のものが「何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要」である一方、実際に歯科受診を受診した者は26.9%で、歯科治療の必要性と実際の受診状況には大きな隔たりがあった。

出典:厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究

# 要介護者に対する専門的口腔清掃の効果 (2年間の肺炎発症率)



Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: *Lancet* 354(9177), 515, 1999.

# 在宅療養における薬剤師による服薬支援の例(イメージ)

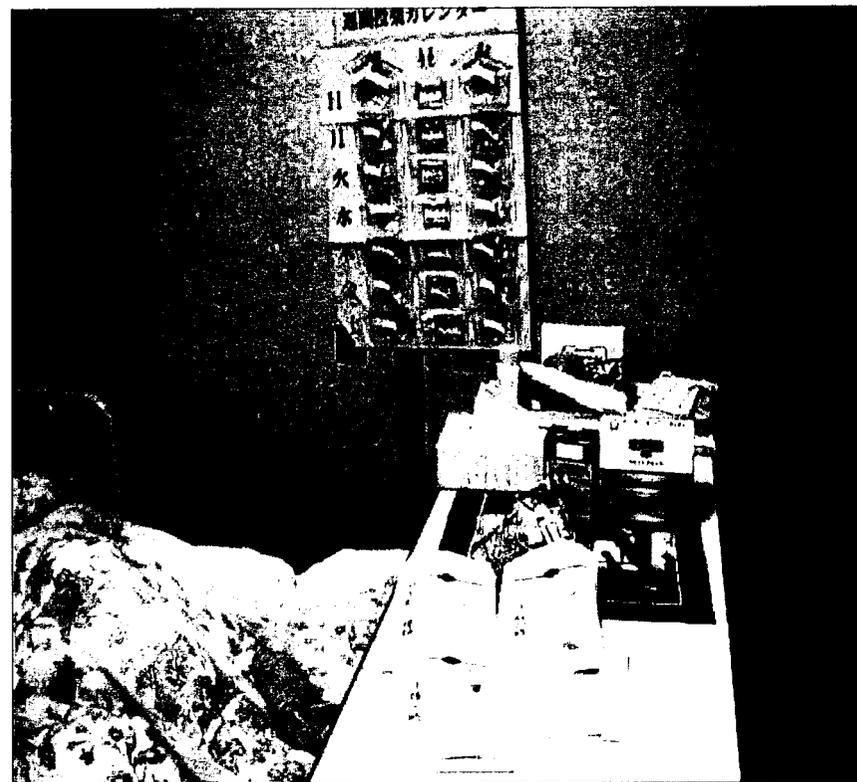
<服薬支援前>



医療機関A: 処方薬 7種類  
医療機関B: 処方薬 4種類

薬は自己管理に任されていたが、適切な服薬管理ができていなかった。

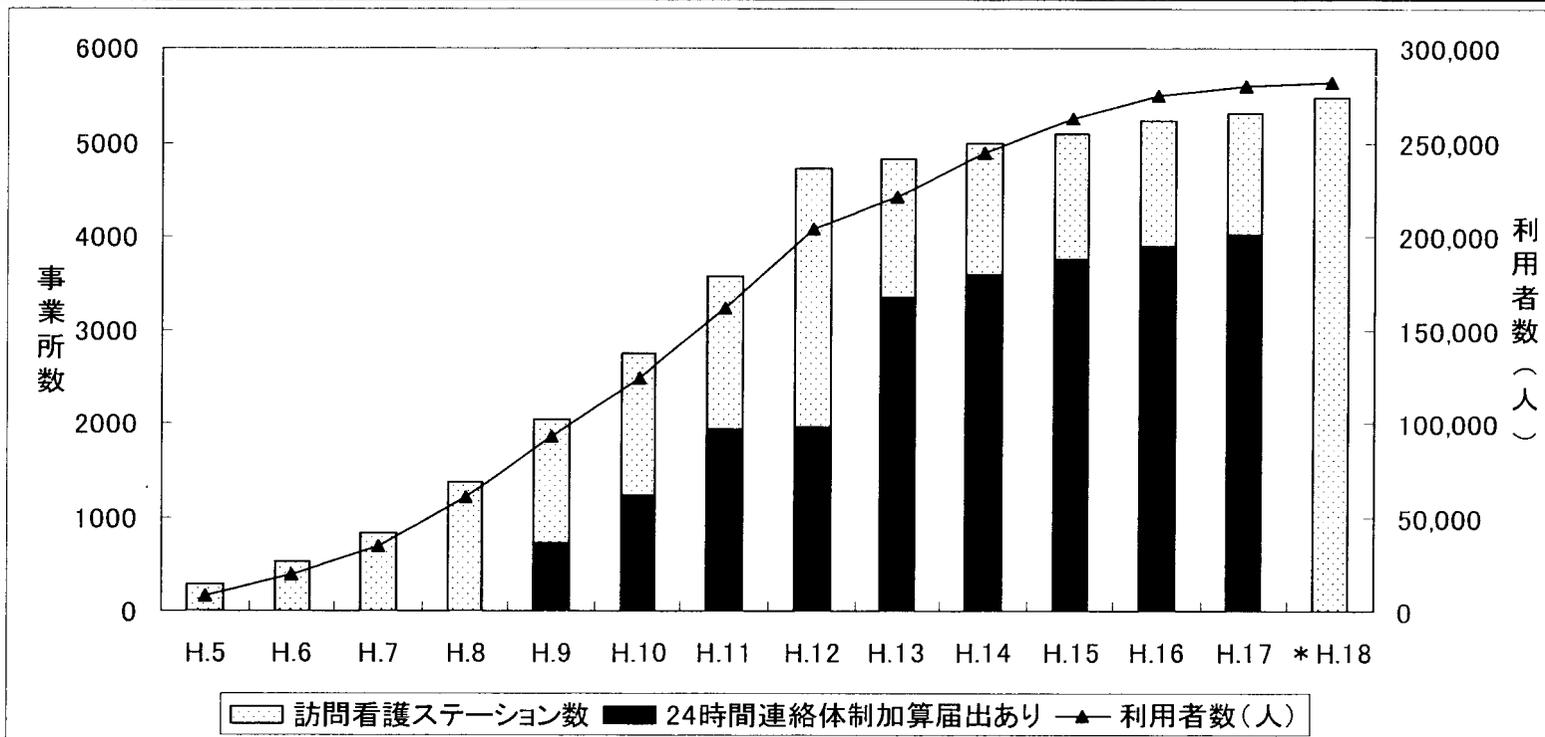
<服薬支援後>



薬の一包化を行い、服薬カレンダーを活用し、服薬指導を行った結果、家族等の支援を得て適切な服薬が可能となった。

# 訪問看護ステーション数及び利用者数の推移

訪問看護ステーションは全国で5,480カ所。利用者数(実人員)は約28万人で漸増傾向。24時間連絡体制をとる訪問看護ステーションは約75%。



	H. 5	H. 6	H. 7	H. 8	H. 9	H. 10	H. 11	H. 12	H. 13	H. 14	H. 15	H. 16	H. 17	H. 18
訪問看護ステーション数	277	516	822	1,374	2,048	2,756 (731)	3,570 (1,237)	4,730 (1,943)	4,825 (1,967)	4,991 (3,352)	5,091 (3,595)	5,224 (3,749)	5,309 (3,893)	5,480 (4,024) (速報値)
利用者数(人)	8,262	18,789	34,093	60,815	92,622	124,310	161,910	203,573	221,005	244,475	262,925	274,567	279,914	281,718
看護職員就業者数	260	176	249	7,921	11,576	15,155	18,773	22,305	25,915	23,771	26,872	26,434	27,266	-

(出典：平成11年までは訪問看護統計調査、平成12年からは介護サービス施設・事業所調査)

訪問看護ステーション数の欄の括弧内は、ステーションのうち24時間連絡体制加算を届け出ているものの数である。( \*平成18年分は未集計)

平成18年度の訪問看護ステーション数は速報値であり今後変更があり得る。利用者数は、介護保険、医療保険を含み、1ヶ月の実績である。

看護職員就業者数については、厚生省報告例(平成6, 8, 10年) 衛生行政報告例(平成12, 14, 16年) 及び推計(平成5, 7, 9, 11, 13, 15)により計上した。

# 医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

	医療保険	介護保険
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定	時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)
報酬構造	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>【訪問看護ステーション】</p> <p>訪問看護基本療養費 (I) (週3日まで) 5,300 円 (週4日以降) 6,300 円</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>訪問看護管理療養費 (月の初日) 7,050 円 (2~12日目まで) 2,900 円</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>【医療機関】</p> <p>在宅患者訪問看護指導料 (週3日まで) 530 点 (週4日以降) 630 点</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>【訪問看護ステーション】</p> <p>訪問看護費 (20分未満) 285 単位 ※夜間、早朝、深夜のみ算定可)</p> <p>(30分未満) 425 単位</p> <p>(60分未満) 830 単位</p> <p>(90分未満) 1,198 単位</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>【医療機関】</p> <p>230 単位</p> <p>343 単位</p> <p>550 単位</p> <p>845 単位</p> </div> </div>
本体部分	<p>※准看護師の場合は、基本療養費-500円、在宅患者訪問看護指導料-50点</p> <p>訪問看護基本療養費 (II) 1回1~3時間 1,600 円 延長(1時間) 400 円</p> <p>※精神障害を有する者であって、障害福祉サービスを行う施設等に入所している複数の者</p>	<p>※准看護師の場合は、所定単位90/100算定</p>
加算部分	<p>特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算)</p> <p>緊急訪問看護加算 (1日につき) 2,650 円</p> <p>難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円 (3回) 8,000 円</p> <p>24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円</p> <p>重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円</p> <p>(重症度の高いもの) 5,000 円</p> <p>地域連携退院時共同指導加算 (1月につき) 4,200 円 (在宅療養支援診療所と連携する場合) 6,000 円</p> <p>訪問看護ターミナルケア療養費 12,000 円 (在宅療養支援診療所の医師が主治医の場合) 15,000 円</p> <p>訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円</p>	<p>早朝・夜間加算 (訪問看護費に25/100加算)</p> <p>深夜加算 (訪問看護費に50/100加算)</p> <p>特別地域訪問看護加算 (1回につき15/100加算) (支給限度額に含めない)</p> <p>緊急時訪問看護加算(1月につき) 540 単位</p> <p>特別管理加算 (1月につき) 250 単位</p> <p>ターミナルケア加算 1,200 単位 (支給限度額に含めない)</p>
	<p>緊急訪問看護加算 (1日につき) 265 点</p> <p>難病等複数回訪問加算 (2回) 450 点 (3回) 800 点</p> <p>在宅移行管理加算 (退院1月) 250 点</p> <p>(重症度の高いもの) 500 点</p> <p>ターミナルケア加算 1,200 点 (同左) 1,500 点</p>	

# 医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

## 医療保険

居宅において療養を行っている通院困難な患者

回数制限のある対象者 (週3日以内)	(要介護者・要支援者でない者)
-----------------------	-----------------

回数制限のない対象者

厚生労働大臣が定める疾病等の患者※	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(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ又はⅢ度のものに限る。))
	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
	プリオン病
	亜急性硬化性全脳炎
	後天性免疫不全症候群
	頸髄損傷
人工呼吸器を装着している患者	

病状の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要であると医師が認めた者(14日間を限度とし、月1回まで)※

※ 居宅要介護者・要支援者であるか否かを問わない。

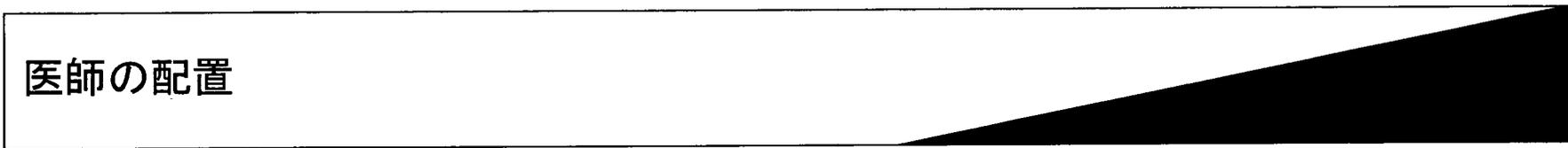
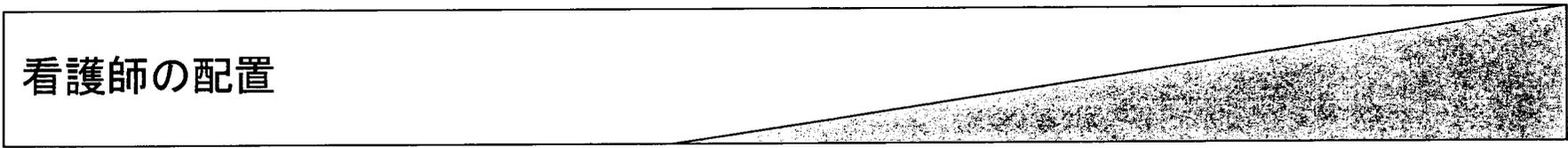
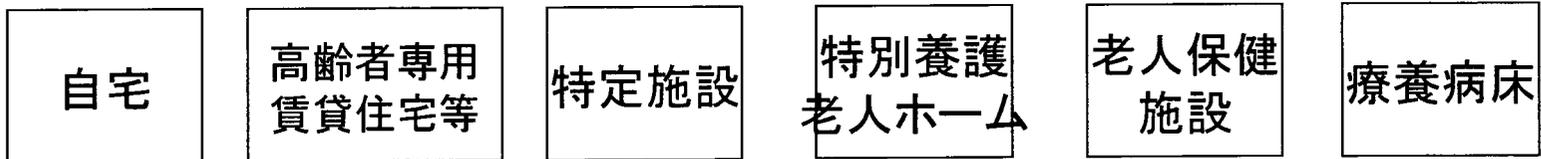
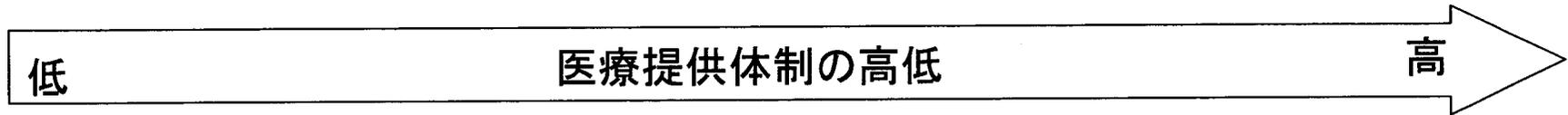
## 介護保険

居宅要介護者・要支援者(末期の悪性腫瘍、その他厚生労働大臣が定める疾病等の患者(左記)、急性増悪により一時的に頻回の訪問看護が必要であると認められた患者を除く)

特定疾病の居宅要介護者・要支援者(40歳以上65歳未満)

特定疾病	がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
	関節リウマチ
	筋萎縮性側索硬化症
	後縦靭帯骨化症
	骨折を伴う骨粗鬆症
	初老期における認知症(法第八条第十六項に規定する認知症をいう。)
	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
	脊髄小脳変性症
	脊柱管狭窄症
	早老症
	多系統萎縮症
	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
	脳血管疾患
	閉塞性動脈硬化症
慢性閉塞性肺疾患	
両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	

# 居住系施設等において医療される医療サービスのイメージ



# 居住系施設等の概要

	高齢者専用賃貸住宅	認知症対応型 共同生活介護事業所 (グループホーム)	特定施設		特別養護老人ホーム
			外部サービス利用型		
基本的性格 (定義)	高齢者のための住宅	認知症高齢者のための 共同生活住居	要介護高齢者も含めた 高齢者のための生活施設		要介護高齢者のための生活施設 (機能訓練・健康管理・ケアつき)
主な人員配置基準		入居者9人の1ユニットの場合  管理者1人 日中 介護職員3人 夜間 夜間職員1人 計画作成担当者 (管理者との兼務可)	管理者1人 生活相談員1人 看護・介護職員3:1 機能訓練指導員1人 計画作成担当者1人	管理者1人 生活相談員1人 利用者・介護職員10:1 計画作成担当者1人	入居者100人の場合 医師1人(非常勤可) 生活指導員1人 介護職員・看護職員の総数34人 (うち看護職員3人以上) 栄養士1人 機能訓練指導員1人 計画作成担当者1人
戸数・受給者数	4,063戸 (H18.5)	95.5千人 (H17.8)	50.4千人 (H17.8)		384.1千人 (H17.8)
受給者数推移 (H15.8→H16.8→H17.8) 単位:千人		42.2 → 70.1 → 95.5	25.2 → 35.9 → 50.4		348.5 → 363.3 → 384.1
平均要介護度*1		2.38	2.34		3.74
受給者数(千人)					
要介護1		24.9	15.6		24.0
要介護2		28.6	8.7		39.5
要介護3		25.7	8.4		73.6
要介護4		12.8	7.9		121.2
要介護5		3.5	5.3		125.7
平均要介護度推移 (H15.8→H16.8→ H17.8)		(2.25 → 2.36 → 2.38)	(2.43 → 2.42 → 2.34)		(3.60 → 3.71 → 3.74)
1施設当たり 患者数*2	11.1	12.1	23.1		47.8

\*1: 平成17年8月審査分の要介護度別受給者数より算出

\*2: 1施設当たり在宅医療患者数:0及び無回答を含まない平均値

• 往診(1回につき)

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
往診料	650点	650点
緊急加算	650点	325点
夜間加算	1,300点	650点
深夜加算	2,300点	1,300点
緊急訪問看護加算	265点 / 2,650円	算定不可

• 在宅において療養する患者の医学管理(月1回)

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
在宅時医学総合管理料	イ 処方せんを交付する場合 4,200点 ロ 処方せん交付しない場合 4,500点	イ 処方せんを交付する場合 2,200点 ロ 処方せん交付しない場合 2,500点
(重症者加算)	1,000点	

• 計画的な訪問診療について(1回につき)

	在宅療養支援診療所の場合	それ以外の場合
在宅患者訪問診療料	830点	830点

# 訪問看護の現状について

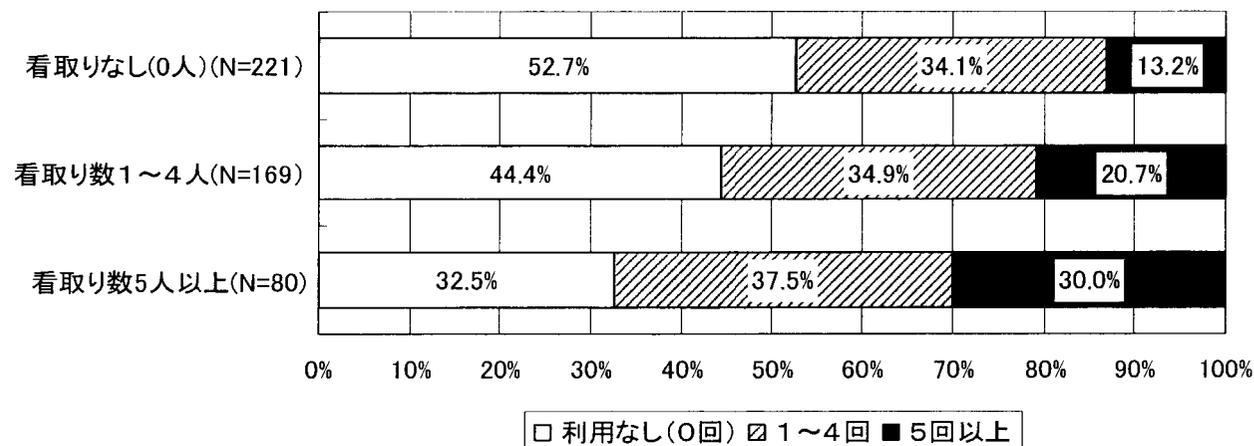
訪問看護ステーションにおいては、看取りに際し、夜間・早朝の訪問や電話相談に対応している。

在宅死亡者に対する死亡前2週間の夜間・深夜・早朝訪問の状況

	夜間・深夜・早朝の訪問を受けた利用者数(A)	在宅死亡者(N=96)に占めるAの割合(%)	在宅死亡者(96人)が受けた総訪問回数(B)	Bのうち、夜間・深夜・早朝訪問回数(C)	(C)の(B)に対する割合(%)
死亡日からさかのぼって7日間	50	52.1	339	72	21.2
死亡前8日から14日まで	8	8.3	229	11	4.8

出典：平成13年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「終末期ケア体制のあり方に関する研究」

訪問看護ステーションの休日・夜間の電話相談延べ回数(／週)



出典：平成18年度日本看護協会看護政策研究事業「訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携に関する研究」



# 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 における手続きの流れ(イメージ図)

