

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座
2022年診療報酬改定の動向
その5～在宅医療と訪問看護



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - 在宅医療
- パート 2
 - 訪問看護



パート1 在宅医療

- (1) 2025年の在宅必要量
- (2) 2022年診療報酬改定と在宅医療

(1) 2025年の在宅必要量

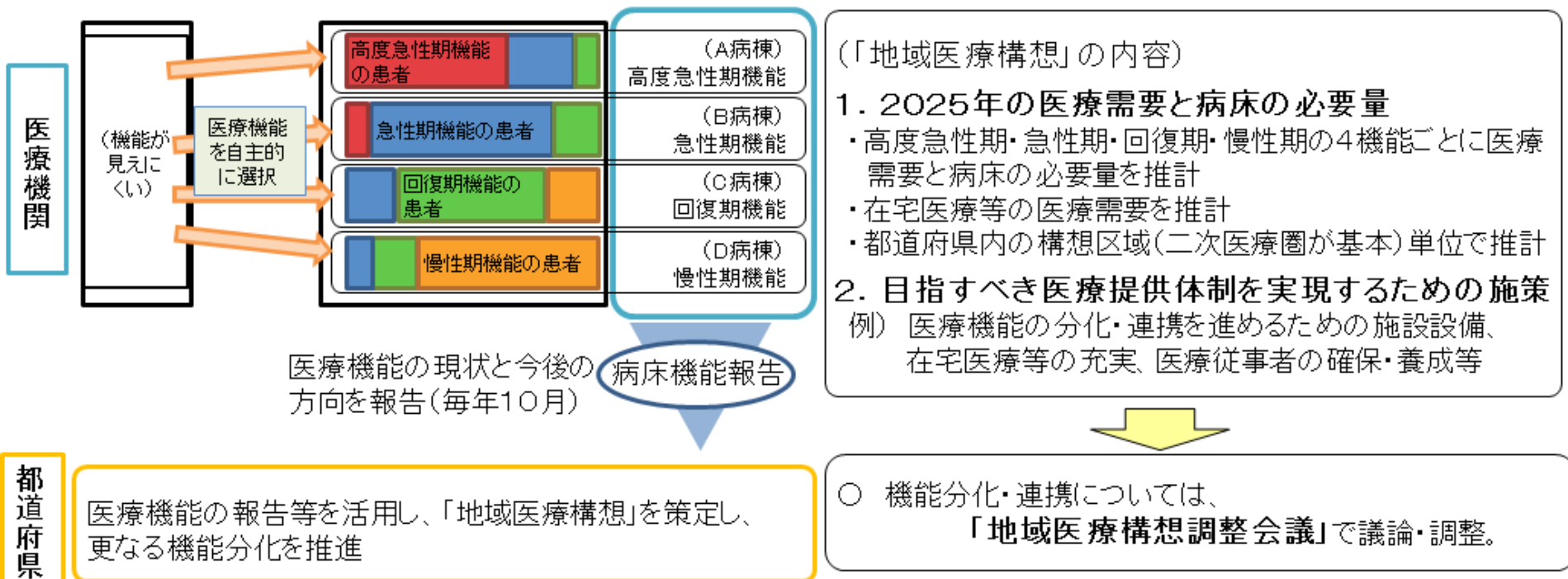
地域医療構想

「第11回 地域医療構想に関するワーキンググループ」
「第3回 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」
合同会議 2018年3月2日



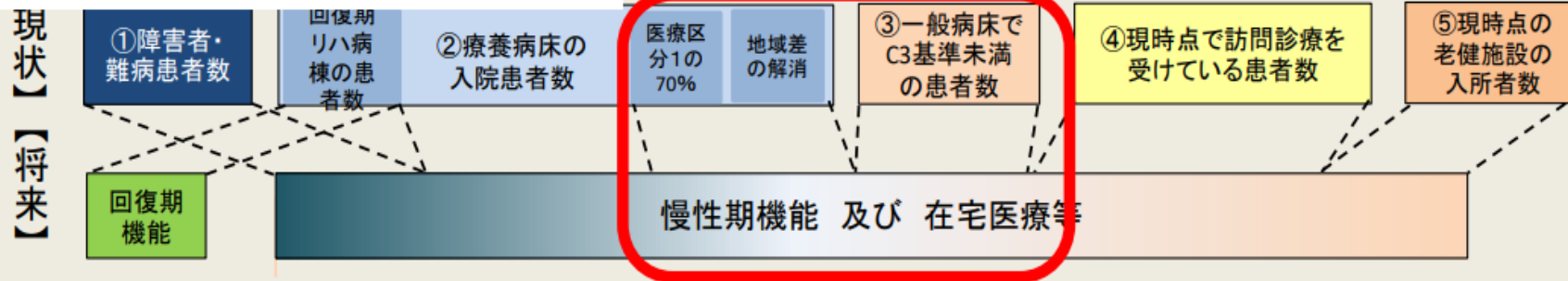
地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



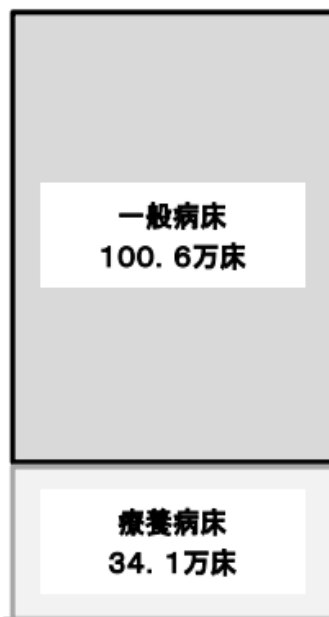
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

平成27年6月15日
内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」公表

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

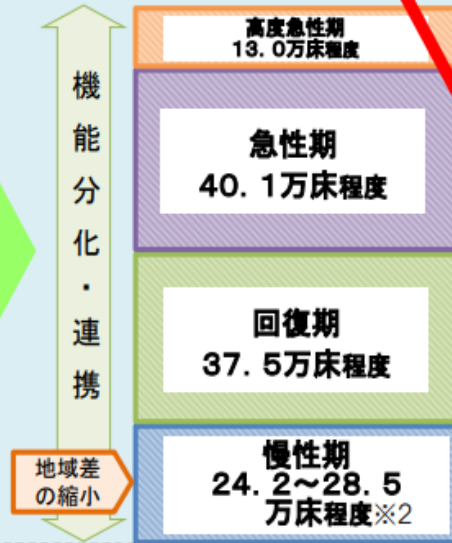
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしていないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

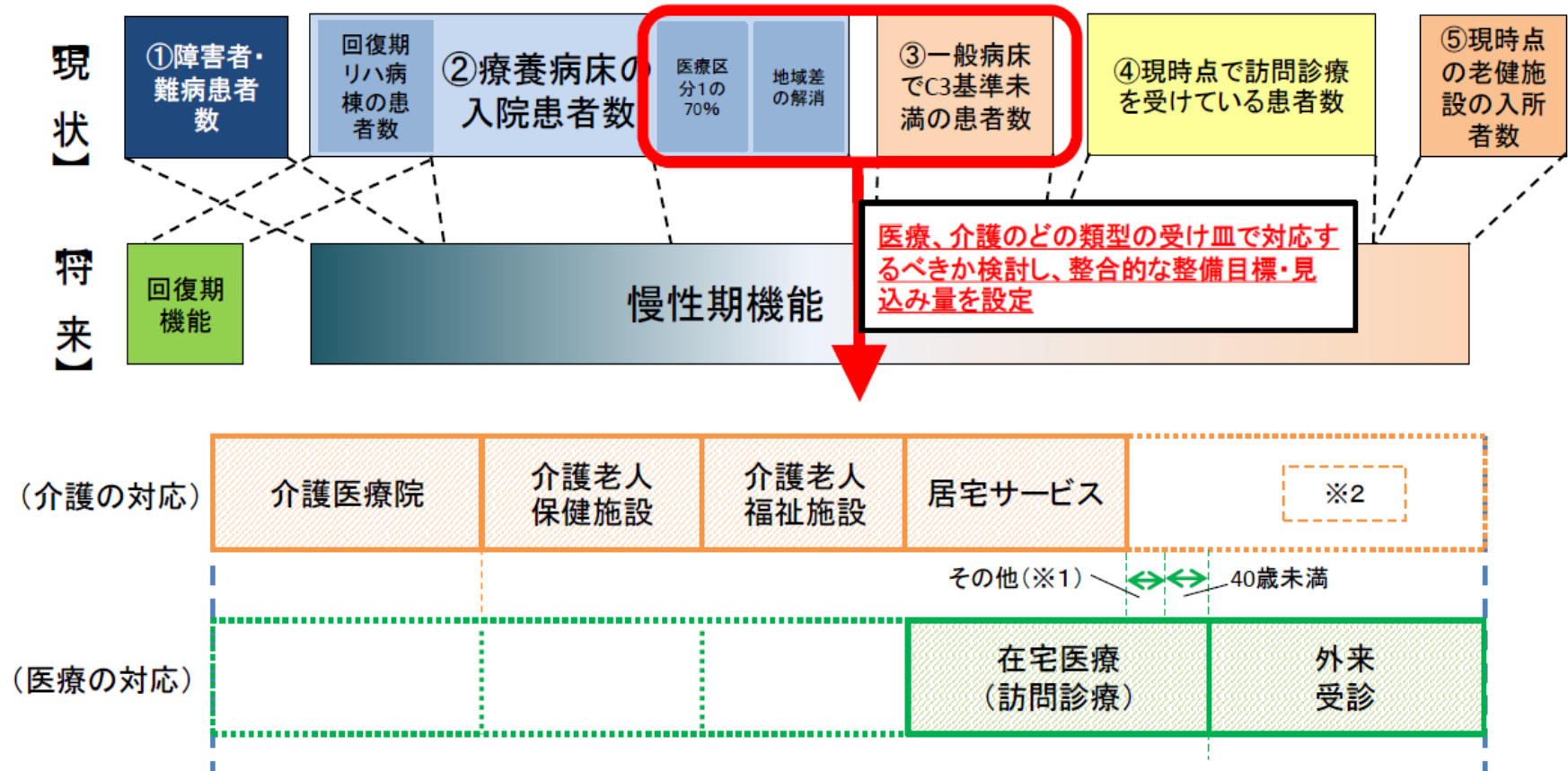
* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、2014年度の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し等に関する検討会
平成29年3月8日
資料 1改

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における整合的な整備目標・見込み量を設定する。



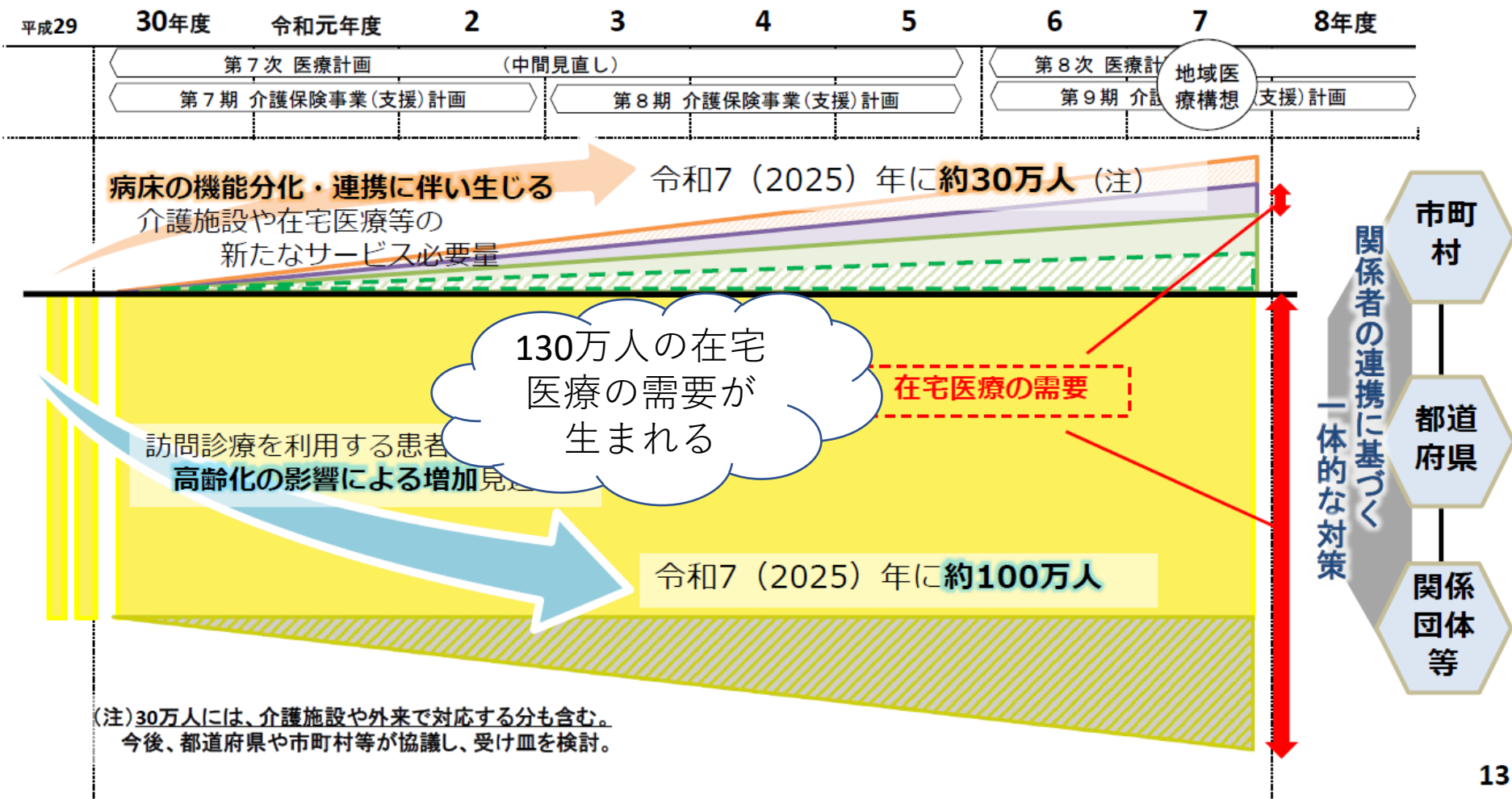
(※1)その他:介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2)外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**してることが重要。

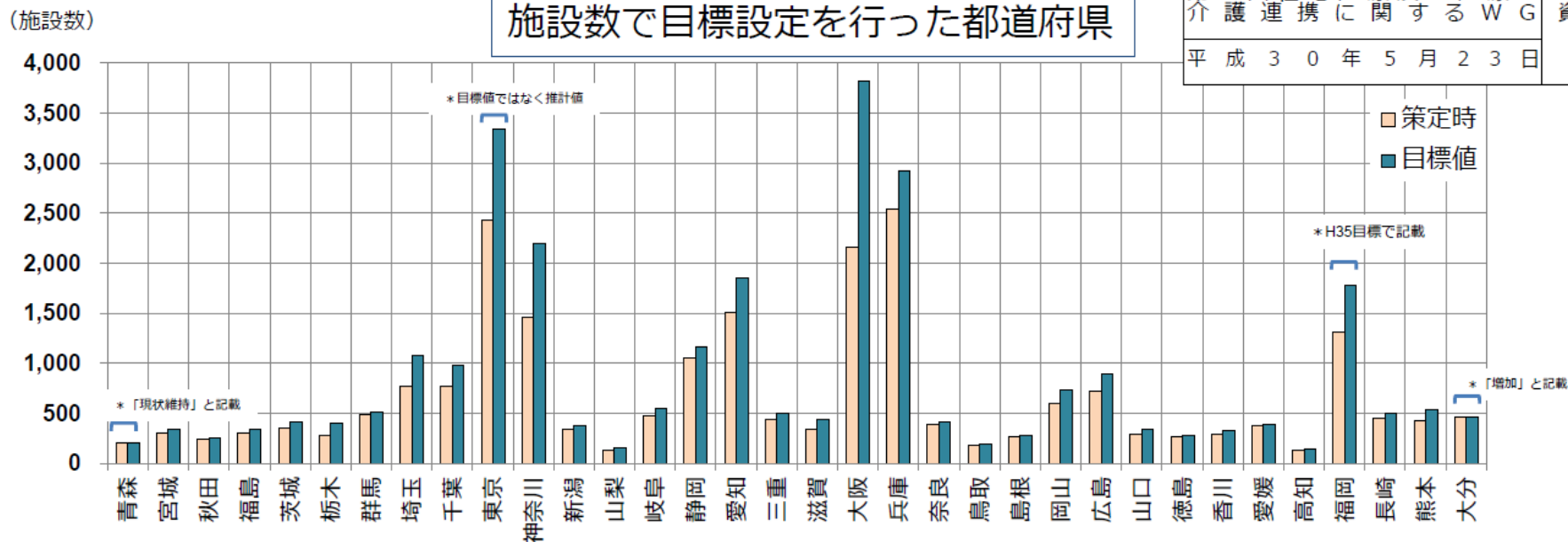
2025年



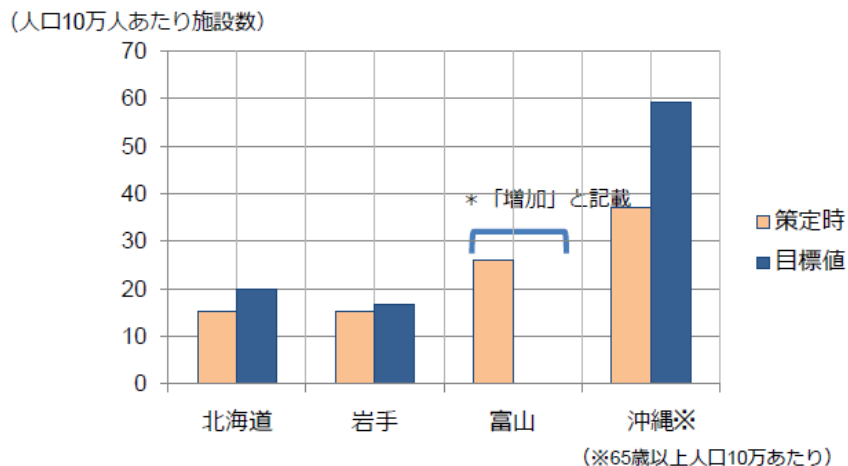
訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料 1

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県



施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

(訪問診療を実施している医療機関の割合)

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

在宅医療の体制

第13回医療計画の見直し等に関する検討会	資料 1-2
平成30年9月28日	一部改変

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

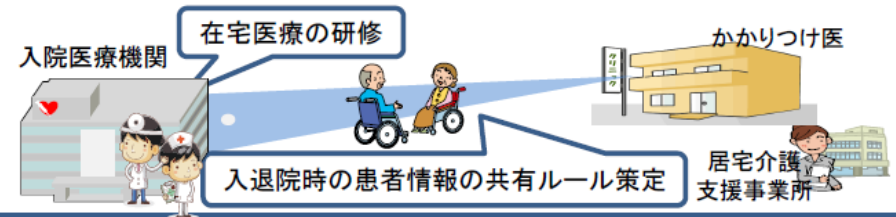
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化。

多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
(例)・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



地域支援事業と連携した取組

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 広域的な連携が必要な事項については、都道府県の支援のもと、複数の関係市町村、関係者等と連携し、協議・検討を実施。¹¹

(2) 2022年診療報酬改定 と在宅医療



在宅医療の4つのポイント

- ①継続診療加算
- ②在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
- ③外来と在宅の連携
- ④ターミナルケア加算
- ⑤小児緊急往診

ポイント①

継続診療加算

一般の診療所が在宅医療を継続するにあたって、
複数の診療所が協力して行う仕組み

継続診療加算について

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料 (平成30年度診療報酬改定において新設)

継続診療加算 216点(1月に1回)

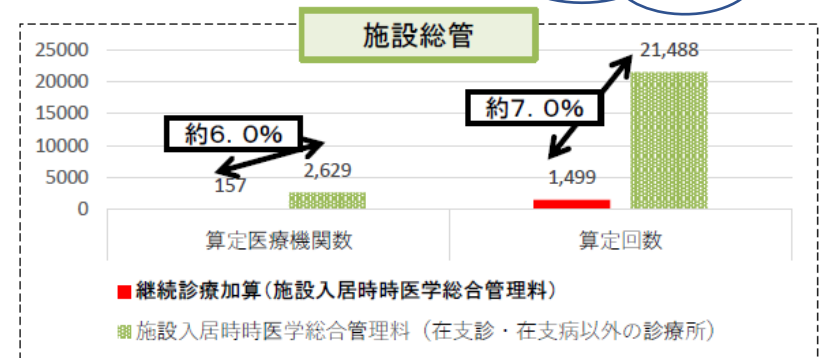
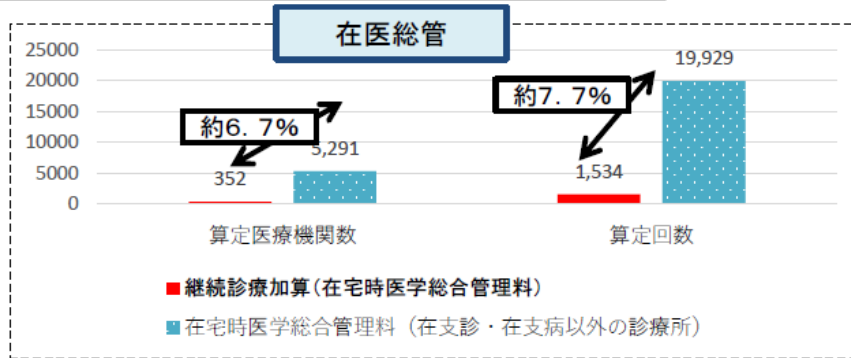
在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価。

[主な算定要件]

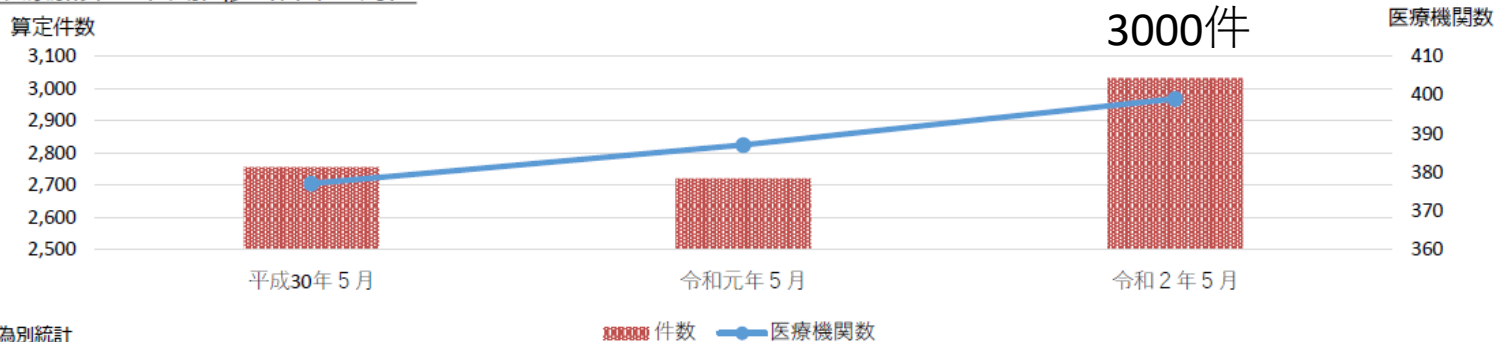
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築していること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

在医総管、
施設総管の
7%!

●継続診療加算等の算定状況(令和2年5月診療分)



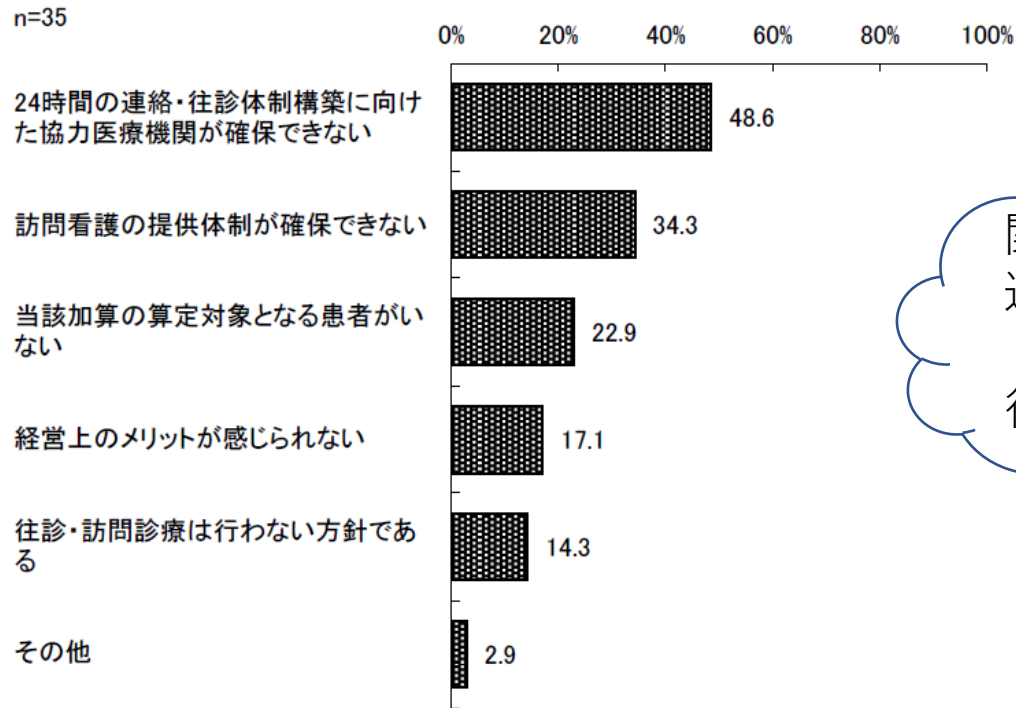
●継続診療加算の年次推移(各年5月)



継続診療加算について

○ 継続診療加算を算定していない理由は以下のとおりであり、最も多いものは、「24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない」であった。

継続診療加算を算定していない理由



関係機関の
連携で24時
間体制を
行っては？

「24時間」の要件について

- 24時間の往診体制や連絡体制等についての要件は以下のとおり。
- 継続診療加算においては、当該医療機関単独又は他の医療機関と連携した上で、24時間の「往診を行う体制」及び「連絡を受ける体制」を求めている。

		24時間要件					
		往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
		単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	○	○	○	○	×
在宅療養支援病院	単独型	○	×	○	○	○	×
	連携型	○	○	○	○	○	○
	その他	○	×	○	○	○	×
継続診療加算		○	○	—	—	○	○

○:要件を満たす
 ×:要件を満たさない
 —:施設基準上の要件ではない

地域で取り組まれている在宅医療連携モデル(例)

- 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

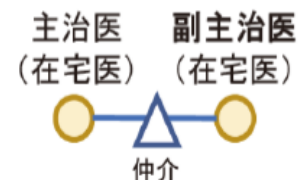
(1) 在宅医の相互協力

背景

- 板橋区ではもともと地域に根付いた2代目、3代目の在宅医が多く、地域に根付いた医療が行われていた。
- 区主催の「在宅医療推進協議会」(年1回開催)では病床確保等について協議が行われ、同じく板橋区主催(H28までは医師会主催)の「在宅療養ネットワーク懇和会」(半年に1回開催)では、医師会・薬剤師会・歯科医師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。

連携の一例

- 医師会療養相談室が仲介を行う主治医・副主治医制の運用
- 在宅医が学会等へ参加する等の事情で看取りが必要な患者の対応ができない可能性がある等の場合、別の在宅医が当該患者の対応を行えるシステムを運用



地域で有効に機能している在宅医療連携モデル(例)

- 各地域において、在宅医療を提供している医療機関同士の連携が、様々な形で行われている。

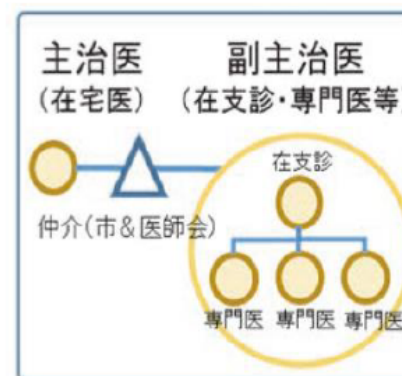
(2) かかりつけ医によるグループ形成

背景

- 柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加し、「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービス提供に迫られている(病院は多いが病床稼働率が高く、早晚患者受入れの限界になる)。
- 一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や24時間対応に不安があり、在宅医療に取り組む医師が少なかった。
- そこで、柏市は柏市医師会と理念共有のもとで、多職種を巻き込みながら、在宅医の増加・連携づくり・市民啓発に取り組んでいる。

連携の一例

- 医師会及び市による、かかりつけ医グループ形成によるバックアップ
- 主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供する。



24時間往診・連携体制確保が 困難な理由

- 算定クリニック側から、他院に協力を依頼しにくい
 - 算定クリニックAが協力クリニックBに協力依頼をしても、加算の算定はAクリニックのみ。
 - 1か月あたり216点の継続診療加算を2つのクリニック間で契約で分配しても微々たるもの
- 地域医師会が仲介して、医療機関の協力を面で推進することも考えられる。
- 次回改定ではこうした地域体制を評価してはどうか？

ポイント②

在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院

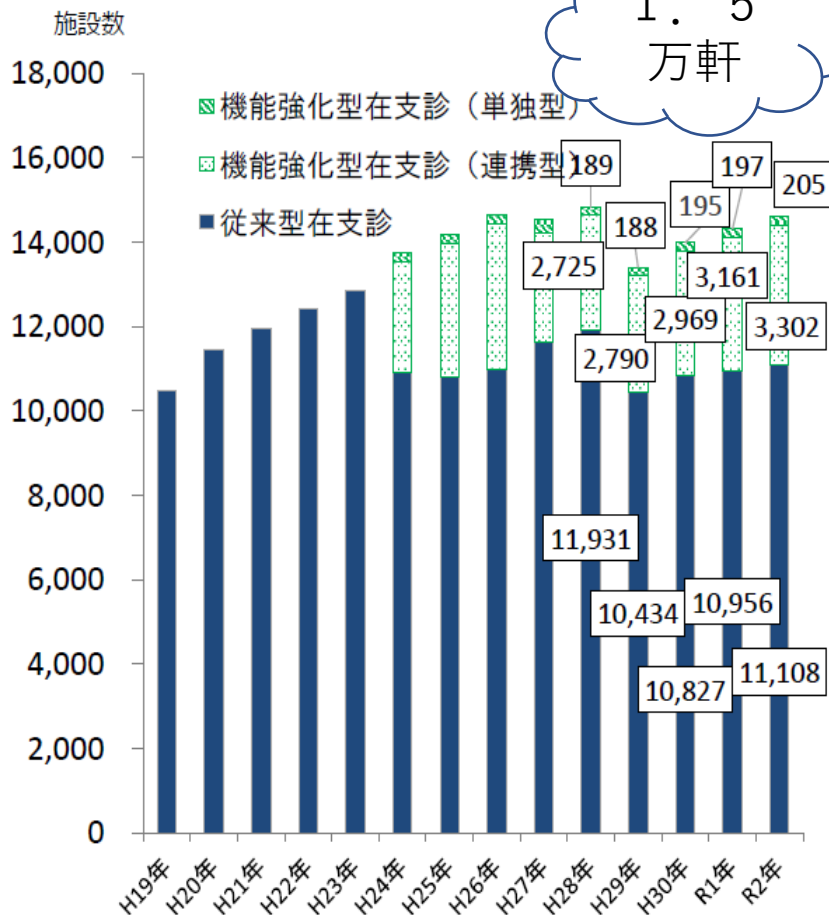
在宅療養支援診療所(在支診)及び在宅支援病院(在支病)の施設基準の概要(平成30年度～)

	機能強化型在支診・在支病		在支診・在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型	連携型		
全ての在支診・在支病が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		/	○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病が満たすべき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満			
機能強化型在支診・在支病が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

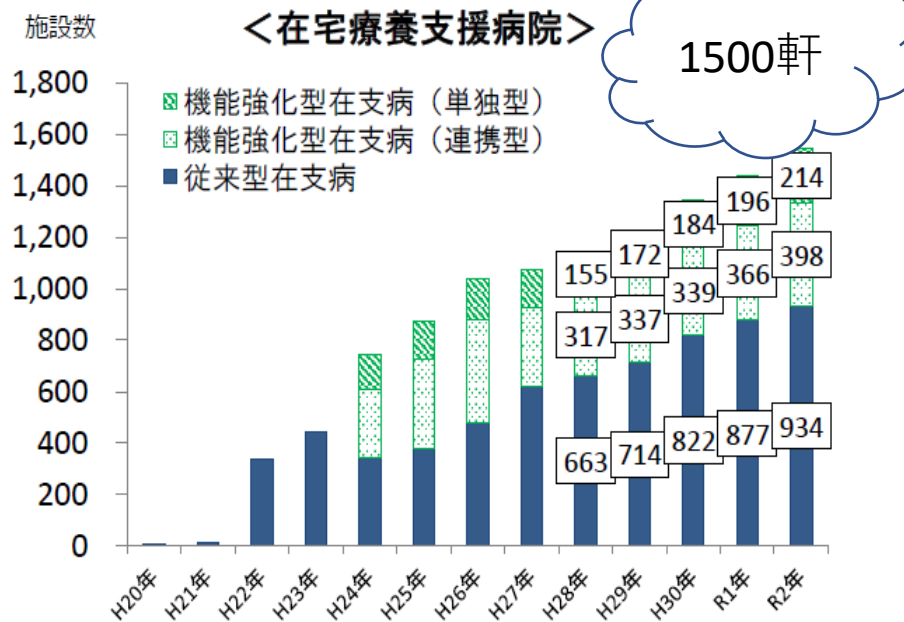
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

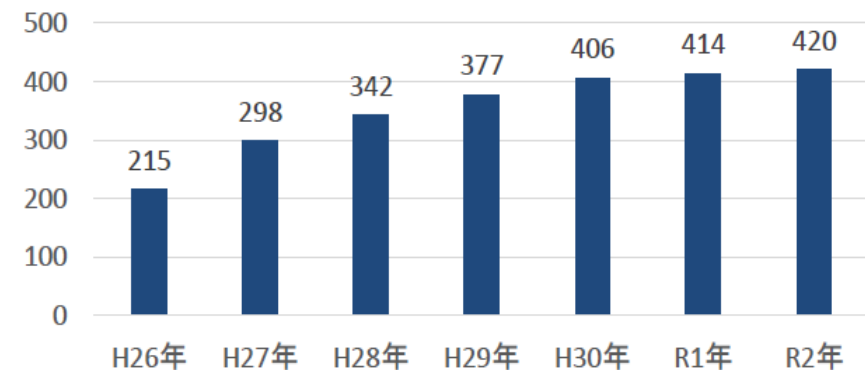
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、年間の緊急往診件数は以下のとおり。
- 0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。
- 緊急往診件数が0件の病院の、在宅患者の年間の入院受入数は、31件以上が最多であった。

〈年間の緊急往診件数〉

緊急往診件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上
平成27年度	38	70	47	24
平成28年度	42	75	53	31
平成29年度	47	81	55	34



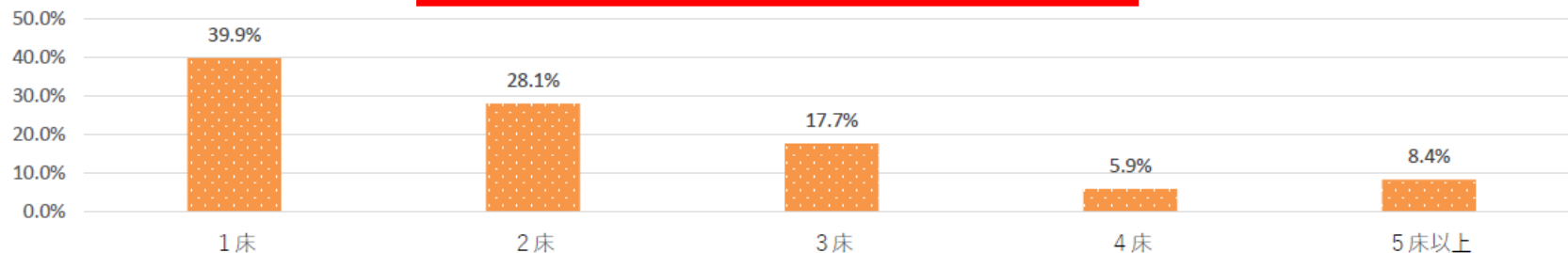
〈在宅患者の年間総入院数〉

受入件数	0件	1～10件	11～30件	31件以上	未記入	合計
平成27年度	2	3	0	27	6	38
平成28年度	3	3	1	27	8	42
平成29年度	4	2	0	33	8	47

在宅療養支援病院の実績について

- 在宅療養支援病院について、緊急時入院のための常時確保病床の状況及び在宅患者入院受入数は以下のとおり。
- 緊急時入院のための常時確保病床について、1床との病院が最多であった。一方、5床以上の病院もみられた。
- 在宅患者の年間入院受入数について、0件の病院がみられる一方、31件以上の病院もみられた。

緊急時入院のための常時確保病床数 (n=203)



在支診からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	57	27	14	19
平成28年度	59	29	19	23
平成29年度	69	36	18	26

在支診以外からの在宅患者入院受入数

受入件数	0件	1~10件	11~30件	31件以上
平成27年度	33	15	13	49
平成28年度	34	15	14	54
平成29年度	41	17	14	60

次回改定では在支病の
緊急往診や入院実績を
評価しては？

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割

在支病の6割
で地域包括ケ
ア病棟を届け
ている

①急性期治療を経過した
患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ

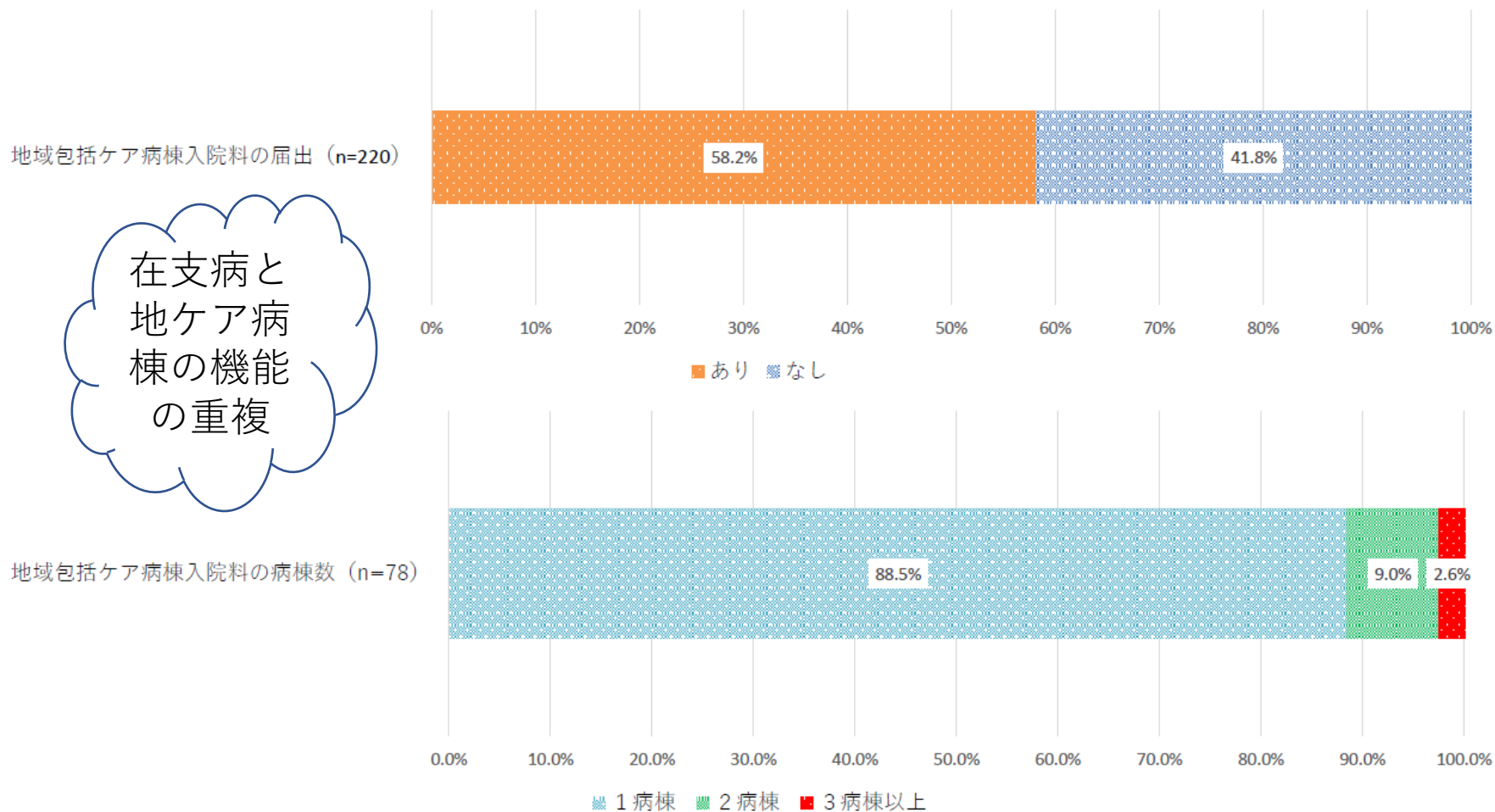


③在宅復帰支援



在宅療養支援病院における地域包括ケア病棟について

○ 在宅療養支援病院において、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている割合は約6割であった。



ポイント③

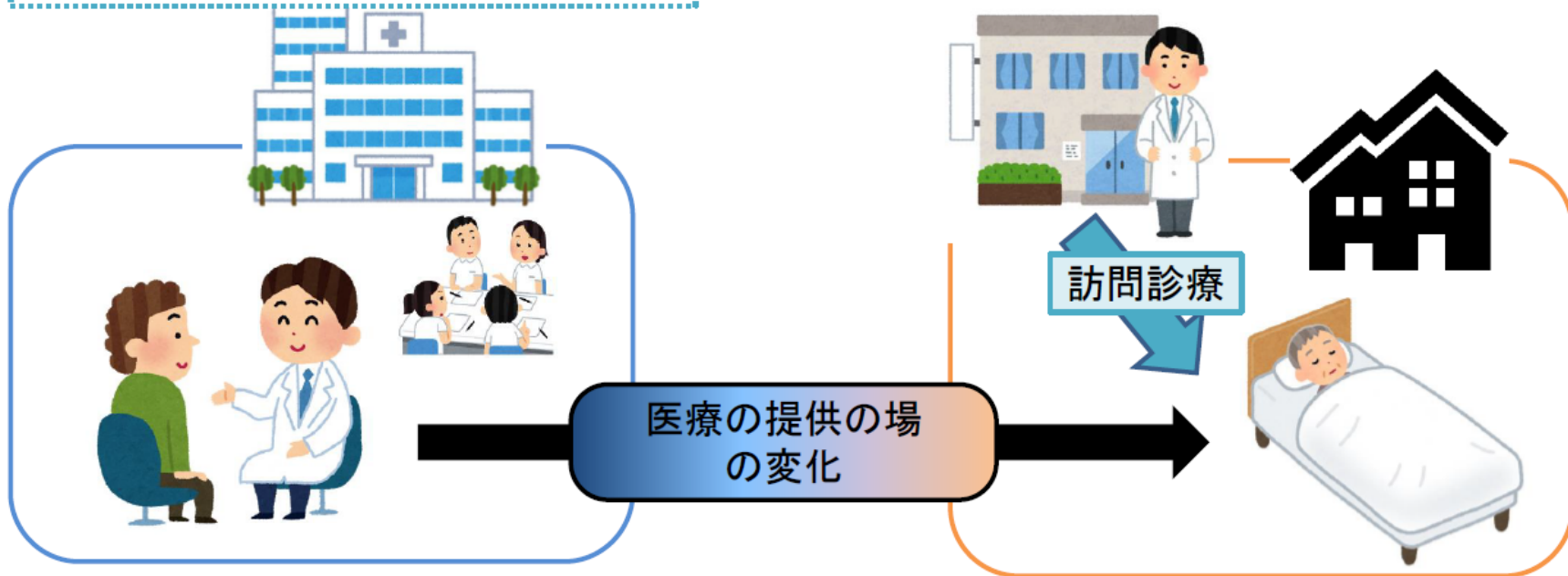
外来と在宅との連携

外来から在宅への移行について

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

- ・患者に対して継続的に外来医療を提供している
- ・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

- ・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)

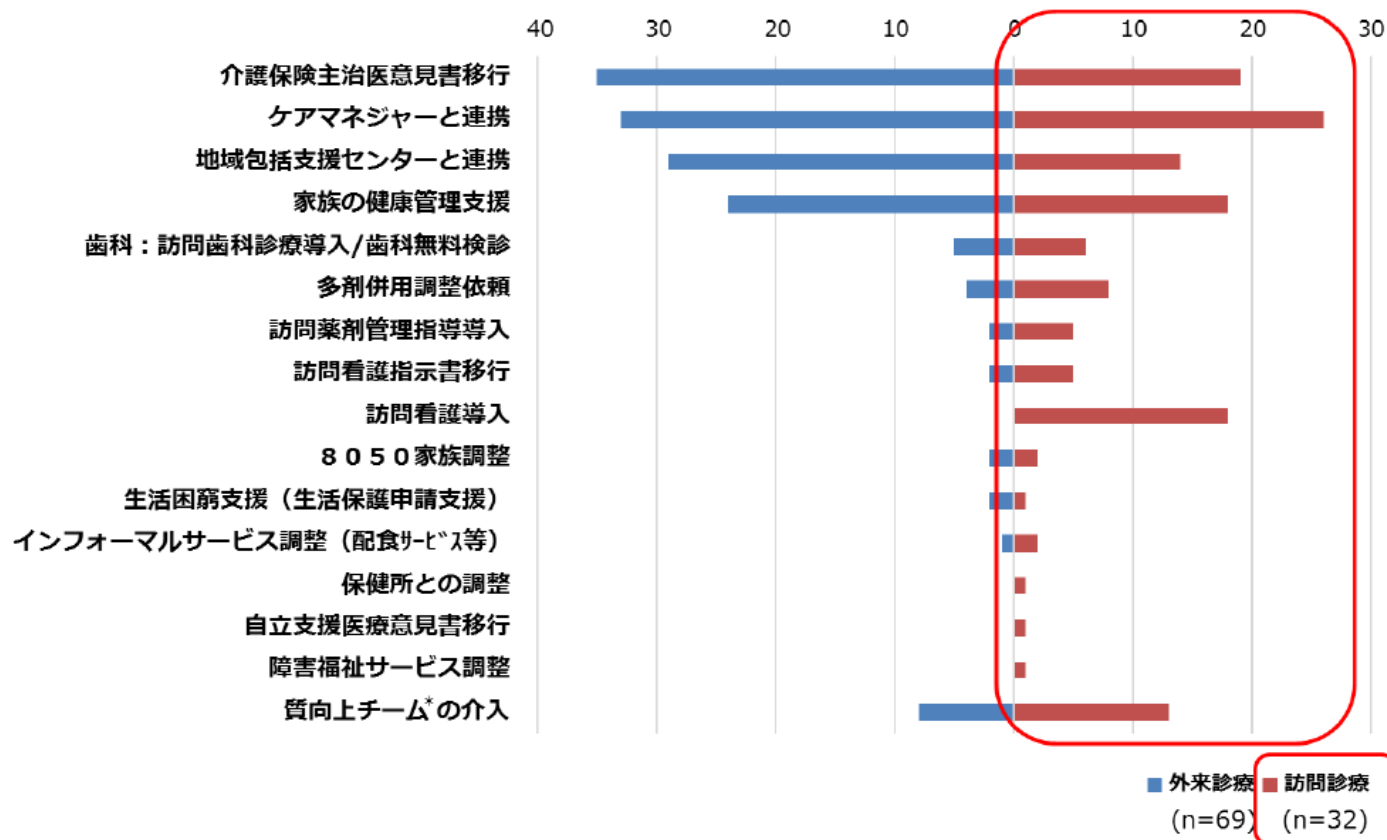


- ・外来に継続的に通院していた患者
- ・経過中、「通院困難な者」となる

外来から在宅への移行について

○ 外来から在宅への移行に当たっては、以下のような調整が具体的に必要となりうる。その調整内容は外来・在宅いずれの場においても求められている内容である。

調整内容（重複あり）



*センター所属の歯科衛生士、管理栄養士、リハビリ専門職による、口腔、栄養、身体・高次機能障害の把握またはアセスメント

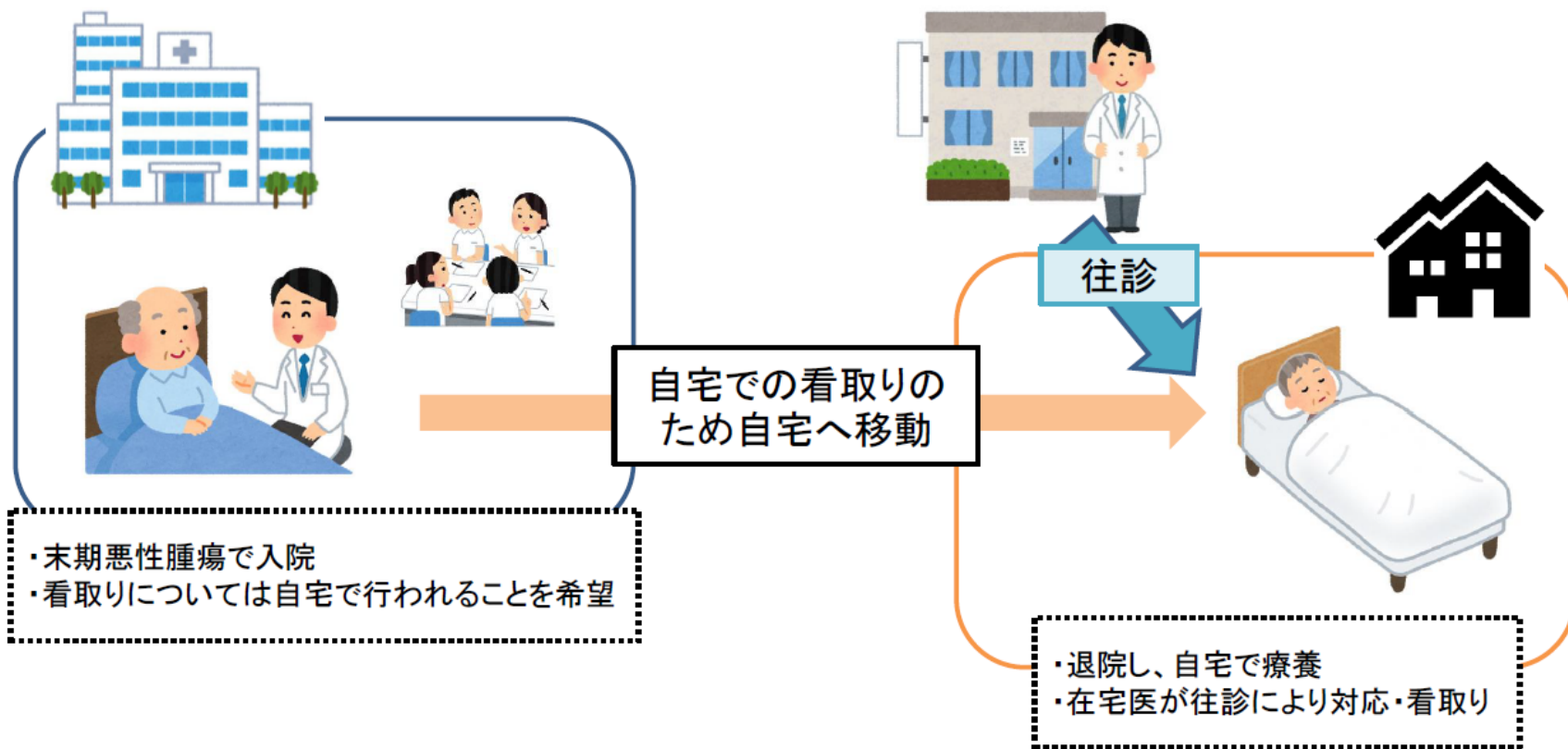
外来から在宅医療への
移行についても多職種
の連携を評価する必要あり

ポイント④ ターミナルケア加算

要件：死亡日・死亡日前の14日以内に
2回以上の往診又は訪問診療を実施する

ターミナルケアについて(イメージその1)

- 在宅医療においては、在宅医療を担う医師により、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療が行われている。
- 一方で、入院中の患者が、自宅での看取りを希望しターミナルケアを在宅で受けることとなり、医師が訪問診療の計画のために往診のみを行っている期間があるため、計画を立てた初回の訪問診療までに看取りに至る場合がある、との指摘がある。
- このように、往診のみでターミナルケアを行って看取りに至った場合、在宅ターミナルケア加算の算定はできない。



ターミナルケアについて(イメージその2)

- 状態が安定し、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援等は、訪問診療の中で行っていた患者に対し、月に1回の訪問診療を行っていた。
- 訪問診療の予定日前に、状態の急変があり、往診を行ったが、そのまま看取りとなった。
- このような場合については、在宅ターミナルケア加算の算定はできない。



n月				n+1月			
1週目	2週目	3週目	4週目	1週目	2週目	3週目	4週目
訪問診療	-	-	-	往診→看取り	訪問診療 (予定)	-	-



死亡日前14日

往診



「2回以上の往診又は訪問診療」の要件を満たさない

次回改定では、ターミナルケア加算の
「死亡日・死亡日前の14日以内に2回
以上の往診又は訪問診療を実施する」
要件を緩和しては？

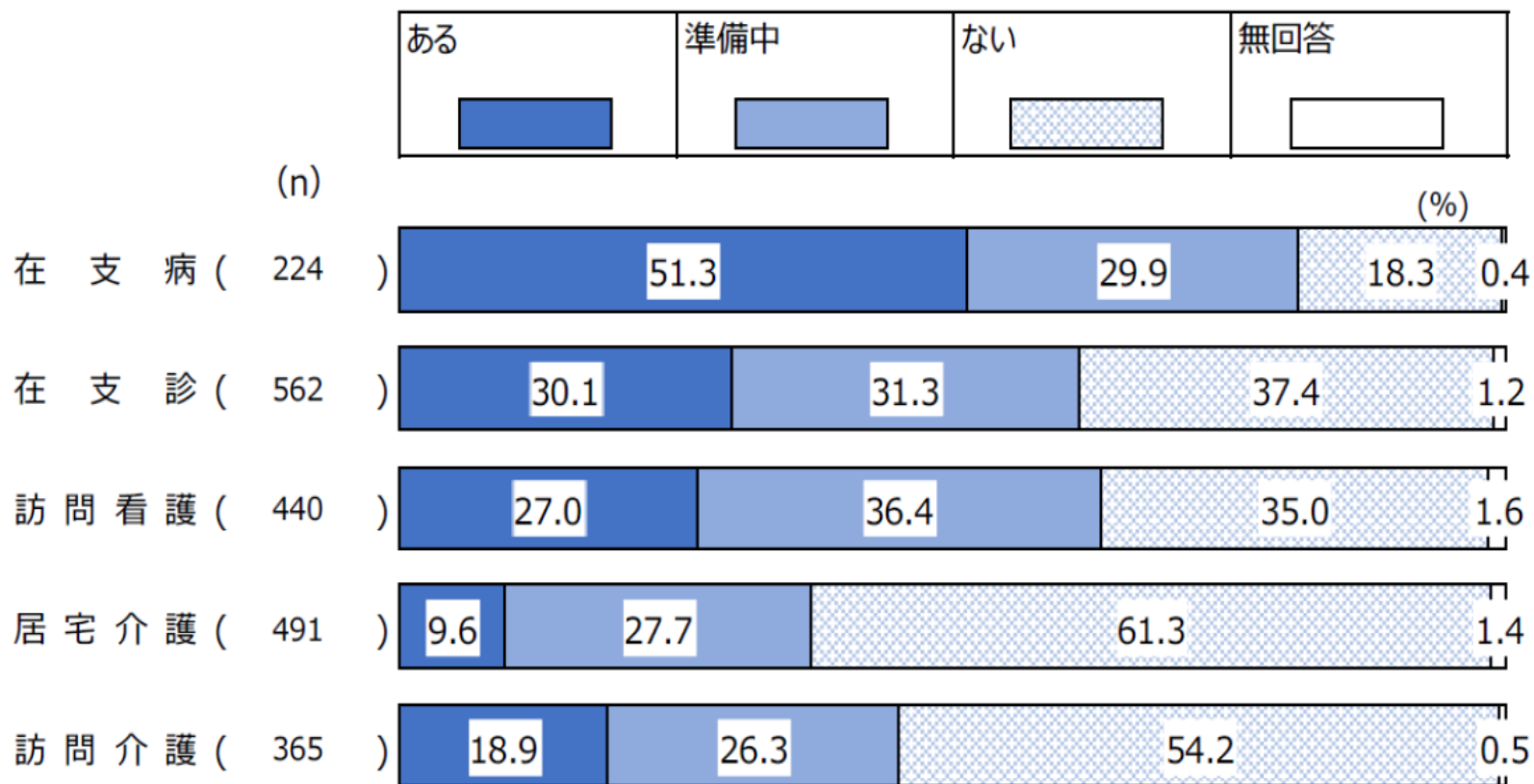
在宅療養支援病院・診療所 へのACPの施設基準化？

支払い側は賛成だが、診療側は加算対応を要望

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応について

- 人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針の有無については、以下のとおりであった。
- 「ある」及び「準備中」をあわせると、在宅支援病院は約8割、在宅療養支援診療所は約6割であった。

図表. 医療・ケアの意思決定支援に関する取組方針



⑤小兒緊急往診

医療的ケア児数

○ 在宅の医療的ケア児は増加している。

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児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

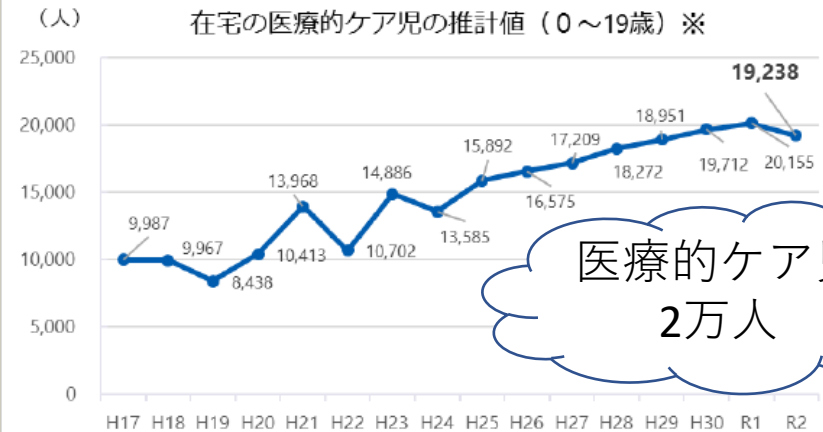


- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※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]



* 画像転用禁止



医療的ケア児
2万人

（出典：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）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

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

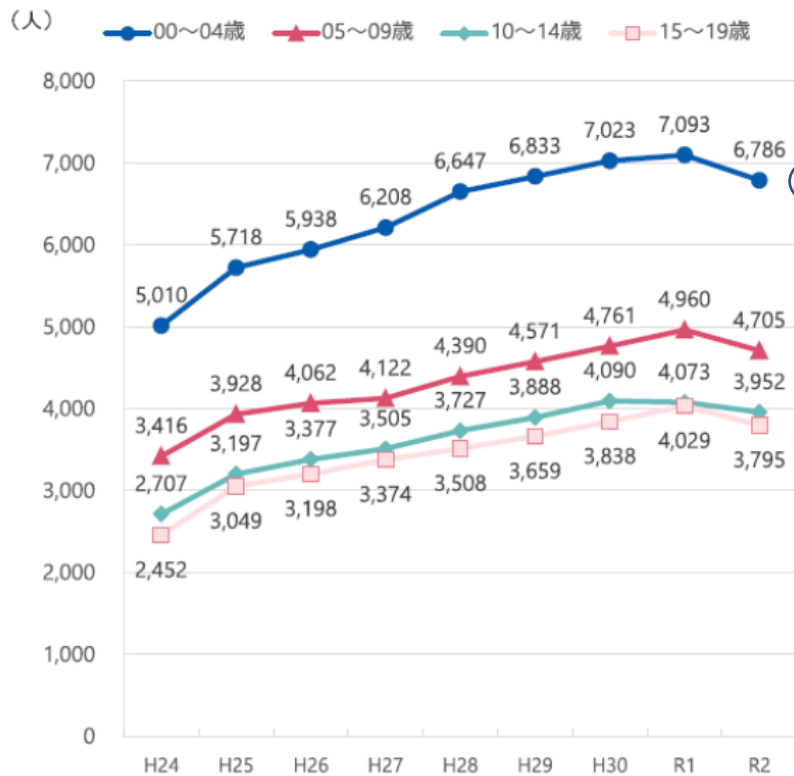
「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳以上の年齢階級の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

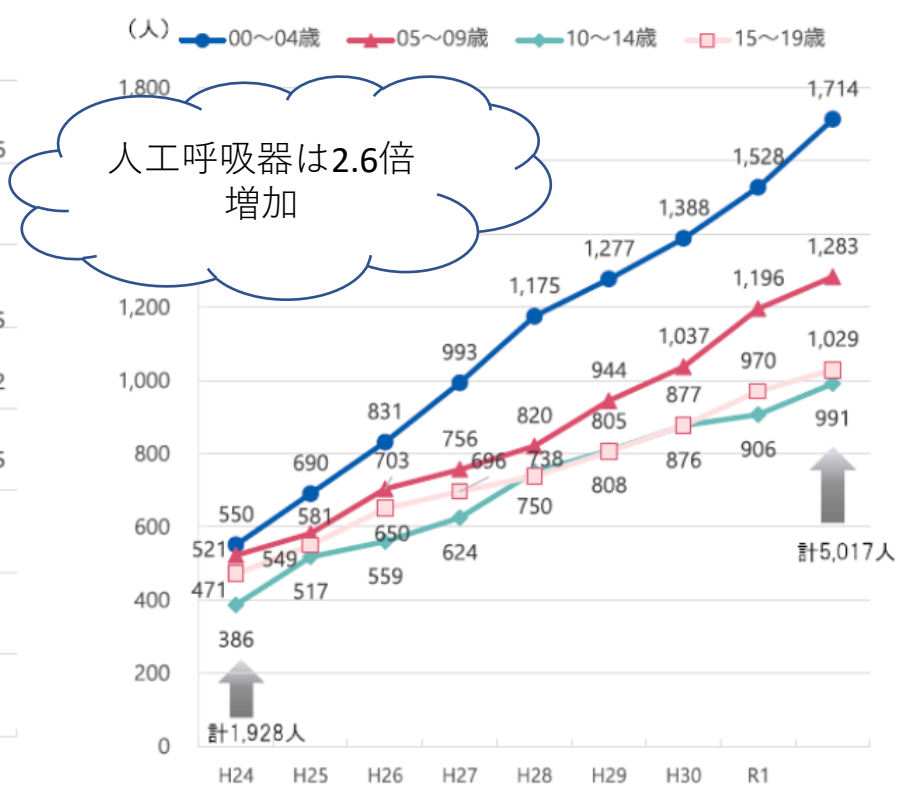
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

小児の緊急の往診について

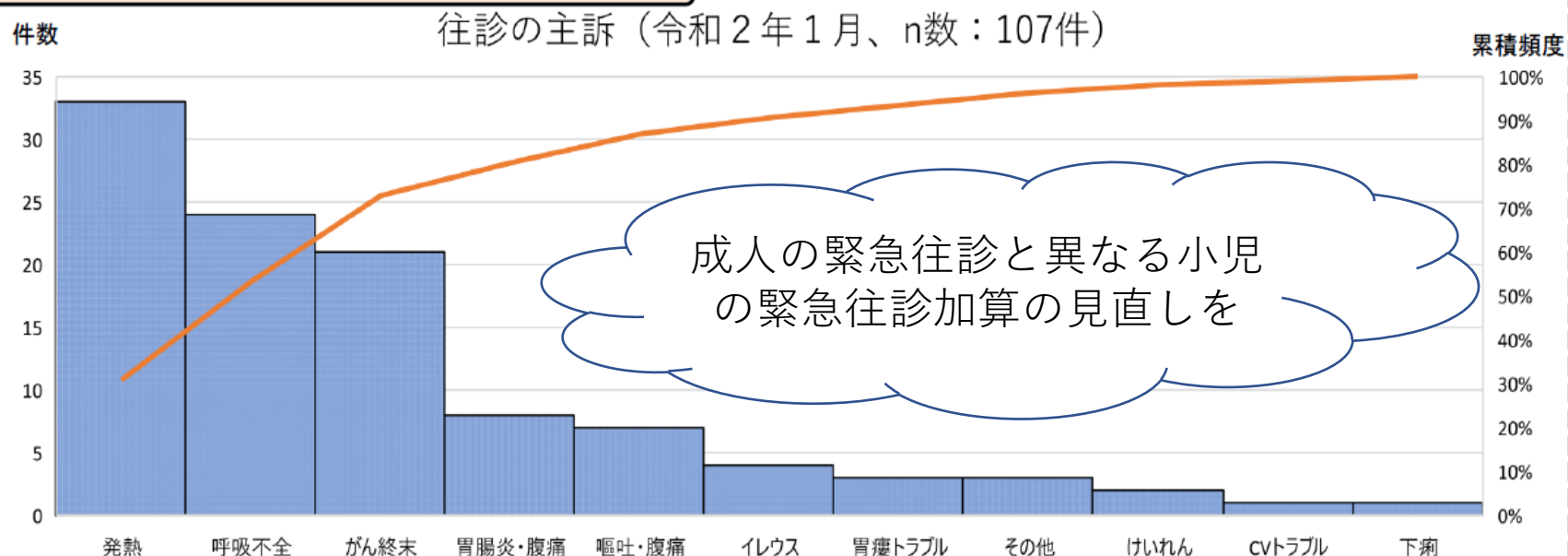
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できるとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの(例)

- 急性の呼吸不全（呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典：さいわいこどもクリニック 宮田章子医師

小児における緊急往診が必要となる病態の主訴



出典：医療法人財団 はるたか会 前田浩利理事長

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

小児がんは脳腫瘍が多い

代表的な静注用麻薬製剤使用量 (一人当たりの使用量平均)

	成人	小児
オキシコドン (mg)	18.8	108
モルヒネ (mg)	195.9	1297

輸血量 (一人当たりの輸血単位数平均)

	成人	小児
濃厚赤血球 (単位)	0	0.5
濃厚血小板 (単位)	0	15.3

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセトアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

- 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。
- 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

＜在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）＞

- 医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
- 居住形態： 一軒家
- 診療内容： 1日に1回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

①定期的に訪問して診療を行った場合の評価	在宅がん医療総合診療料 1日当たり1,800点
②総合的な医学的管理等を行った場合の評価	
③指導管理等に対する評価 (在宅療養指導管理料・材料加算)	

在宅で療養する末期の
小児がん患者に訪問診察を
行った場合の評価の見直しを



パート 2

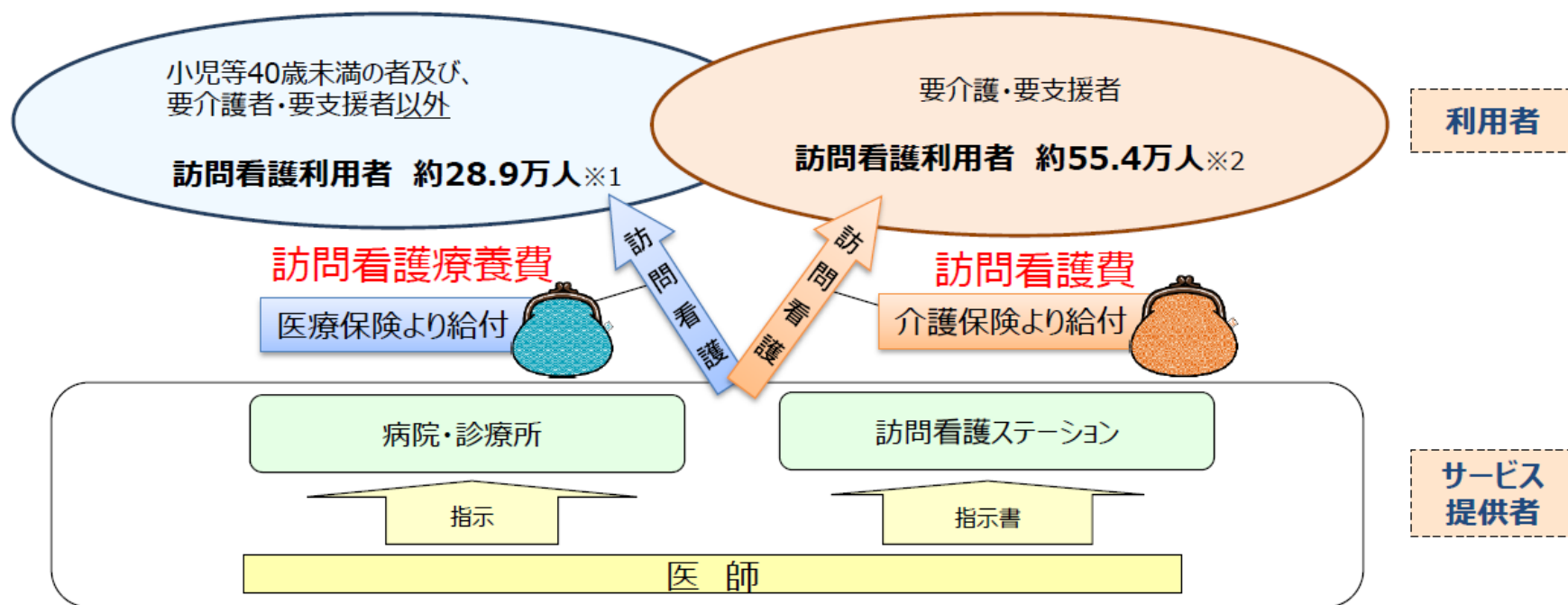
訪問看護

- ①訪問看護の利用者増と訪問看護事業所
- ②訪問看護事業所におけるリハビリ専門職の在り方
- ③専門性の高い看護師による同行訪問
- ④訪問看護と特定行為研修修了者
- ⑤ICTを活用した看取り
- ⑥退院直後のターミナルケア

①訪問看護の利用者増と 訪問看護事業所

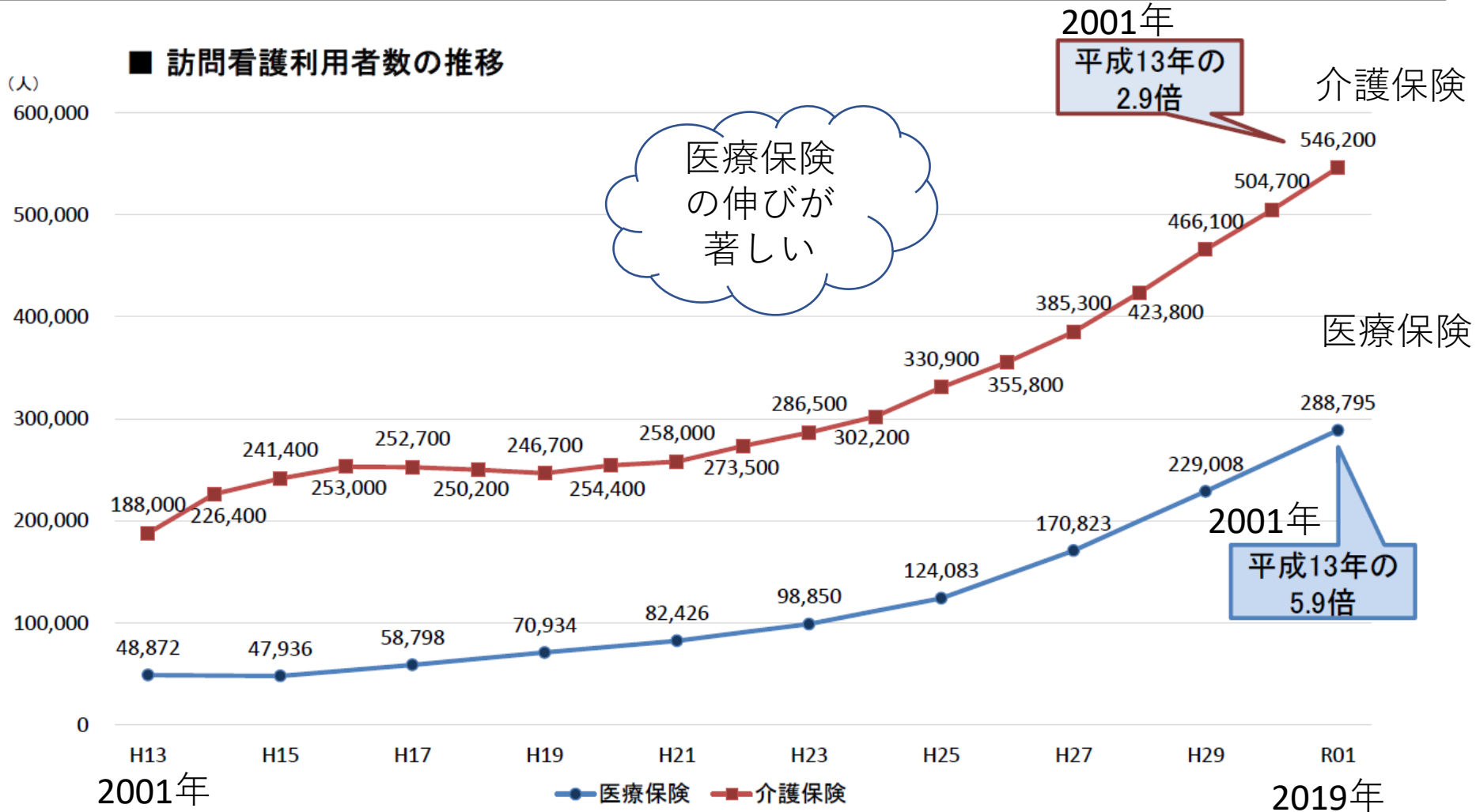
訪問看護の仕組み

- 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。



訪問看護利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向



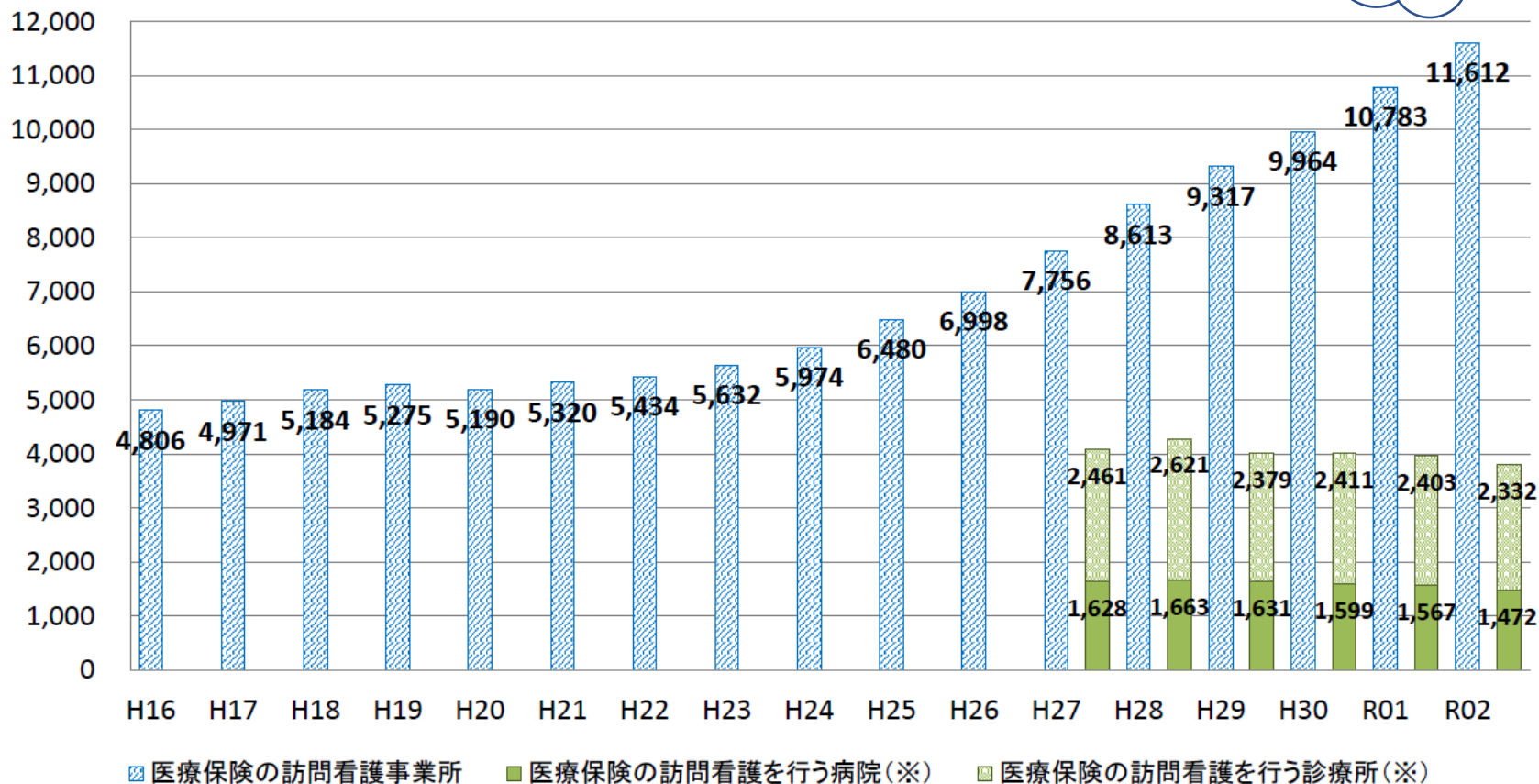
【出典】介護給付費実態調査(各年5月審査分)、訪問看護療養費実態調査(平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計)

訪問看護ステーション数及び訪問看護を行う医療機関数の年次推移

○ 訪問看護ステーションは増加傾向、訪問看護を行う病院・診療所は横ばい。

15400
軒

■ 医療保険の訪問看護ステーション数及び医療保険の訪問看護を行う医療機関数



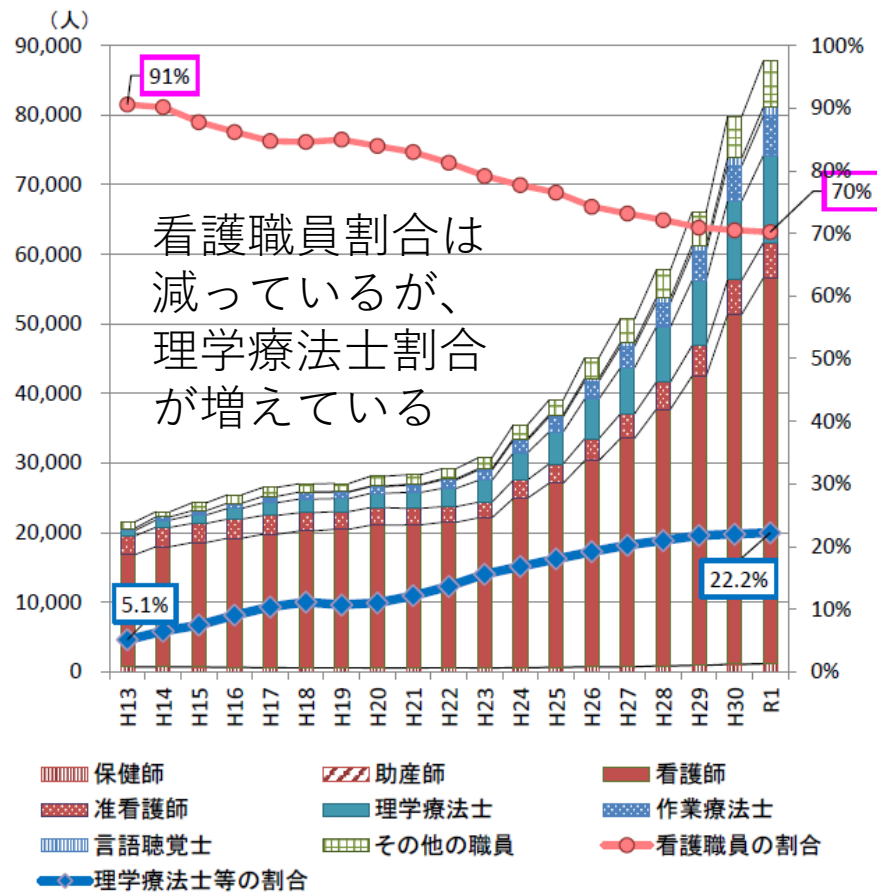
※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

②訪問看護ステーション におけるリハビリ問題

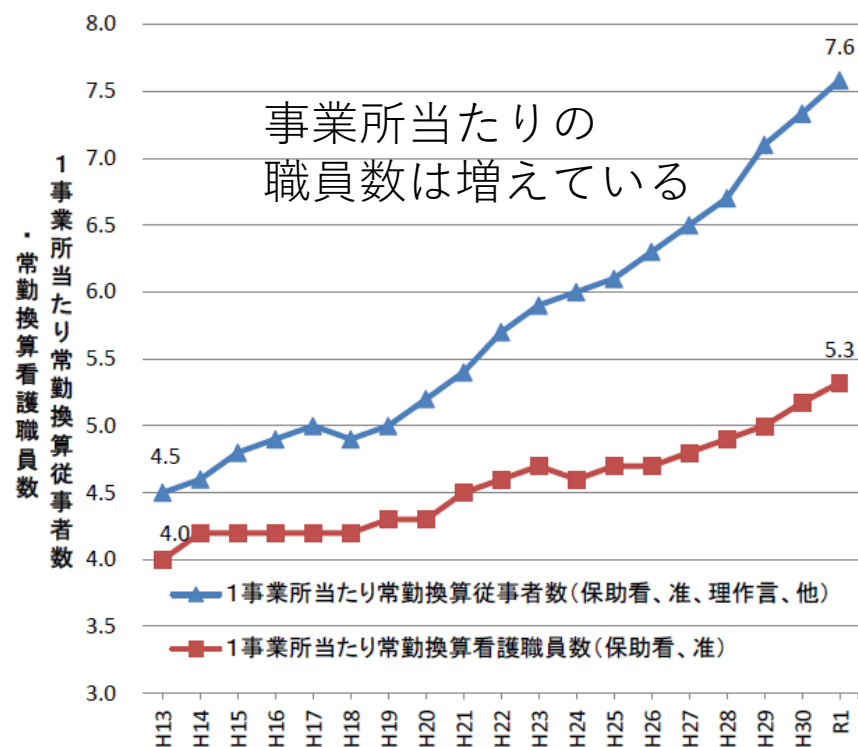
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加傾向。

■ 訪問看護ステーションにおけ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)



※ 理学療法士等:理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

リハビリスタッフの 多い訪問看護事業所

一部の訪問看護事業所では、スタッフのほとんどをリハビリ専門職が占めているところがある。こうした事業所では24時間体制を取っていない、重症な利用者の対応を行わない、ターミナルケアの実施が十分でないなどの指摘がある。

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上*

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上*

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上
- 看護職員 6割以上*

[経過措置] (看護職員割合の要件について)

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

看護職員
6割以上

* 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。(人員配置に係る基準のみ抜粋)

理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

➤ 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱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

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く)
 - (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目以降 6,550円
- ロ 准看護師による場合
 - (1)週3日目まで 5,050円 (2)週4日目以降 6,050円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱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

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

➤ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

[算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- 訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。

③専門性の高い看護師による同行訪問

専門看護師・認定看護師の概要

※日本看護協会HP・R2看護白書をもとに作成 (2021.6)

	専門看護師	認定看護師	
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図る。	
役割	<ul style="list-style-type: none"> 実践 相談 調整 倫理調整 教育 研究 	<ul style="list-style-type: none"> 実践 指導 相談 	
経験	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は専門分野の実務研修)	通算5年以上の実務経験者 (うち3年以上は認定看護分野の実務研修)	
教育	看護系大学院修士課程修了者で、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位(総計26単位または38単位)を取得していること。	A課程(特定行為研修なし) 2026年度にて終了	B課程(特定行為研修あり) 2020年度より開始
		認定看護師教育A課程修了 (6ヶ月以上~1年以内・600時間以上)	認定看護師教育B課程修了 (1年以内・800時間程度)
教育機関	108大学院 347課程	32機関 23課程 (665名分)	16機関 29課程 (579名分)
専門・認定看護分野(人)	<ul style="list-style-type: none"> 急性・重症患者看護 (312名) 慢性疾患看護 (226名) 感染症看護 (90名) がん看護 (937名) 精神看護 (364名) 老人看護 (206名) 小児看護 (275名) 母性看護 (84名) 遺伝看護 (11名) 家族支援 (74名) 在宅看護 (86名) 地域看護 (27名) 災害看護 (22名) 	<ul style="list-style-type: none"> 救急看護 (1238名) がん性疼痛看護 (753名) がん化学療法看護 (1639名) 不妊症看護 (176名) 透析看護 (276名) 摂食・嚥下障害看護 (1006名) 小児救急看護 (256名) 脳卒中リハビリテーション看護 (759名) 慢性呼吸器疾患看護 (308名) 慢性心不全看護 (452名) 訪問看護 (650名) 皮膚・排泄ケア (2272名) 感染管理 (2824名) 糖尿病看護 (841名) 新生児集中ケア (429名) 手術看護 (658名) 乳がん看護 (370名) 認知症看護 (1836名) がん放射線療法看護 (353名) 	<ul style="list-style-type: none"> クリティカルケア (217名) 緩和ケア (40名) がん薬物療法看護 (31名) 生殖看護 (1名) 腎不全看護 (8名) 摂食嚥下障害看護 (24名) 小児プライマリケア (4名) 脳卒中看護 (14名) 呼吸器疾患看護 (22名) 心不全看護 (15名) 在宅ケア (16名) 皮膚・排泄ケア (300名) 感染管理 (96名) 糖尿病看護 (81名) 新生児集中ケア (2名) 手術看護 (17名) 乳がん看護 (1名) 認知症看護 (31名) がん放射線療法看護 (2名)
		2,714名 (13分野)	20,673名 (21分野)
認定機関	公益社団法人 日本看護協会		

2700人

※1 A課程修了の認定看護師について
 ●特定行為研修+移行手続きをする場合
 →現在取得している認定分野と同一、または統合、もしくは変更した新たな分野名称の認定を受け、「特定認定看護師」を名乗ることができる。
 ○移行手続きをしない場合
 →現在取得している認定看護分野の資格が継続され、「認定看護師」のままとなる。

※2 B課程修了者について
 ○2021年6月現在で922名の認定看護師が特定行為研修を修了しており、特定認定看護師として審査・移行手続きを終えた。

※2 今後、特定行為研修修了者が増加していくと、A課程修了者は減少し、B課程修了者が増加していく ※2

2.2万人

専門性の高い看護師による同行訪問

○ 褥瘡ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、医療機関によるものが多い。

■専門性の高い看護師に係る診療報酬上の評価

■ 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、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱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

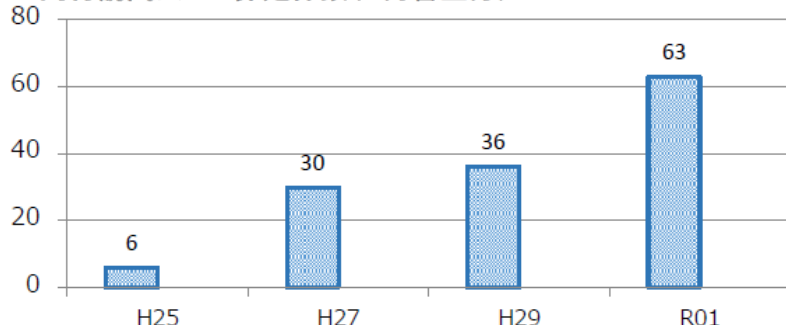
■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料³

■ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱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、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱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。

※平成30年度診療報酬改定において人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを追加

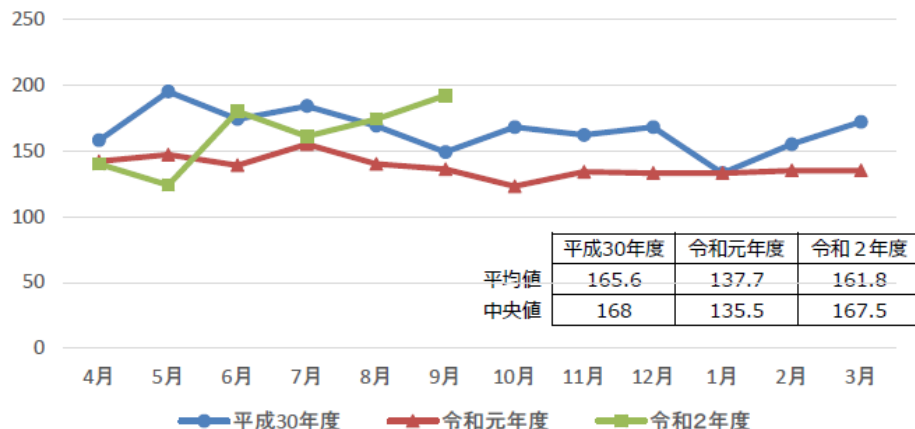
■訪問看護ステーションにおける専門の研修を受けた看護師の同行訪問※1の算定件数(6月審査分)



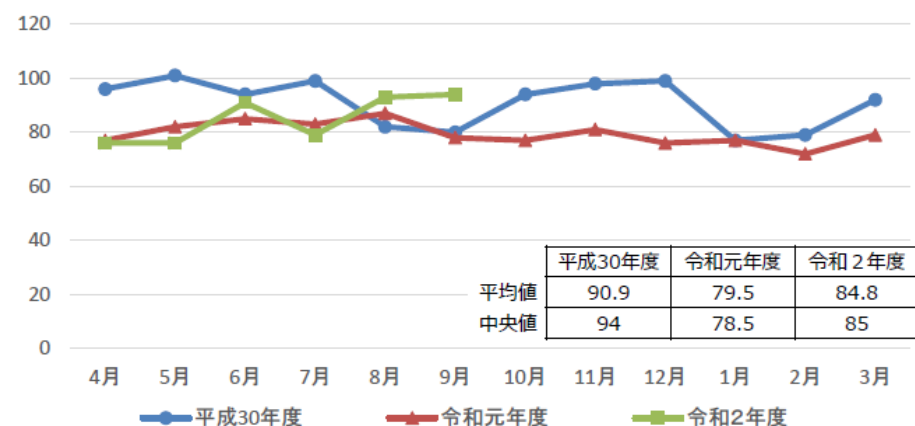
※1訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）ハ（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合）の合計

【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成(隔年)

■医療機関における専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2の算定件数



■専門の研修を受けた看護師の同行訪問※2を算定した医療機関(施設数)



※2 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(ともに(悪性腫瘍患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合)の合計

【出典】厚生労働省保険局医療課にてNDBデータをもとに作成

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

- 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・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、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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若しくは准看護師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若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・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、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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若しくは准看護師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若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

ストーマ陥凹の例

凸面型器具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くほみがでるため、**用手形成皮膚保護剤で調整し**、便のもぐり込みを予防した。

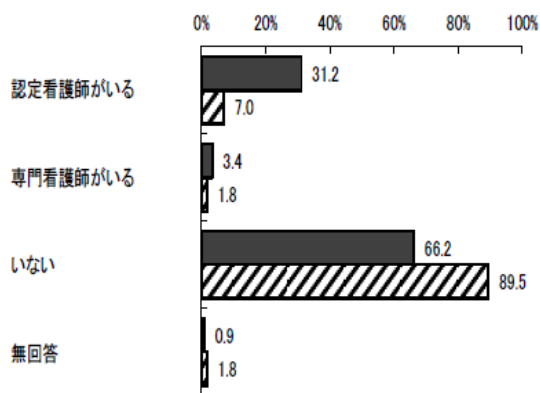


【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き (日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

訪問看護ステーションに所属する認定看護師・専門看護師

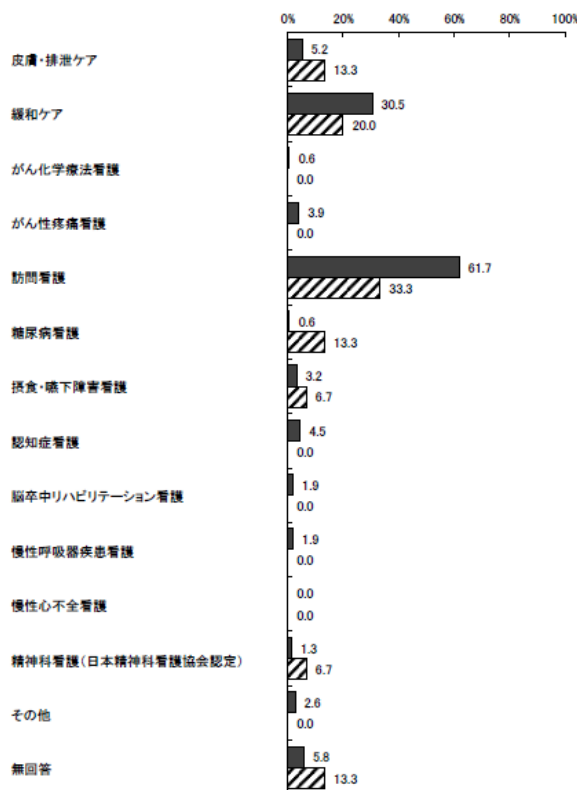
○ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の事業所への所属の有無と専門分野は以下の通り。

■ 専門性の高い看護師(認定看護師・専門看護師)の有無(令和2年10月1日時点)



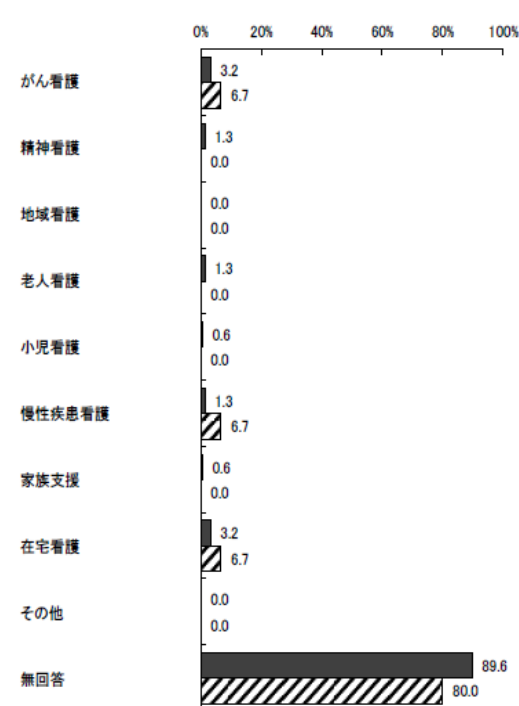
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=468
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=171

■ 認定看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=154
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=15

■ 専門看護師の専門分野(令和2年10月1日時点)(複数回答)



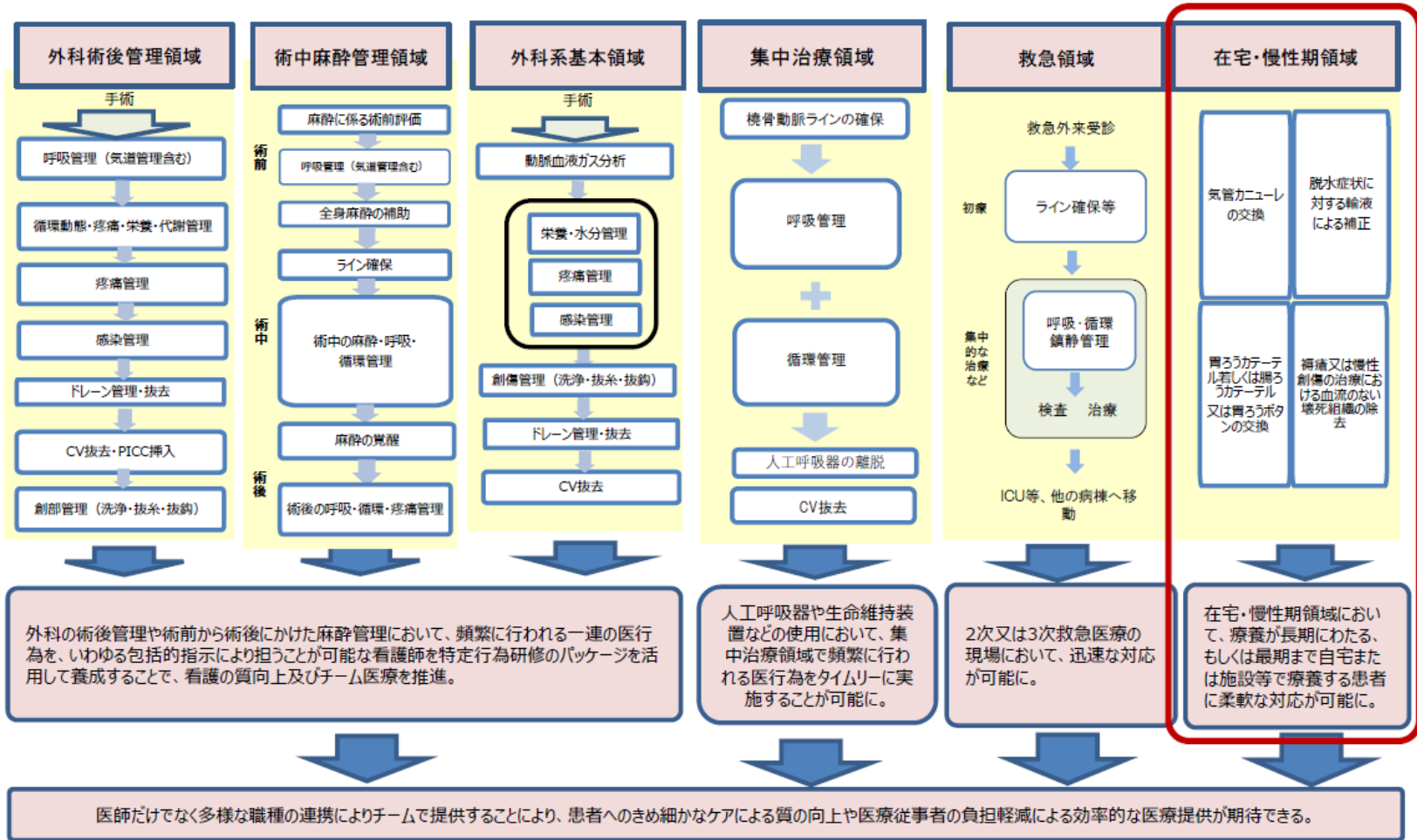
■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=154
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=15

【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」(訪問看護調査・事業所票)

④訪問看護と 特定行為研修修了者

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



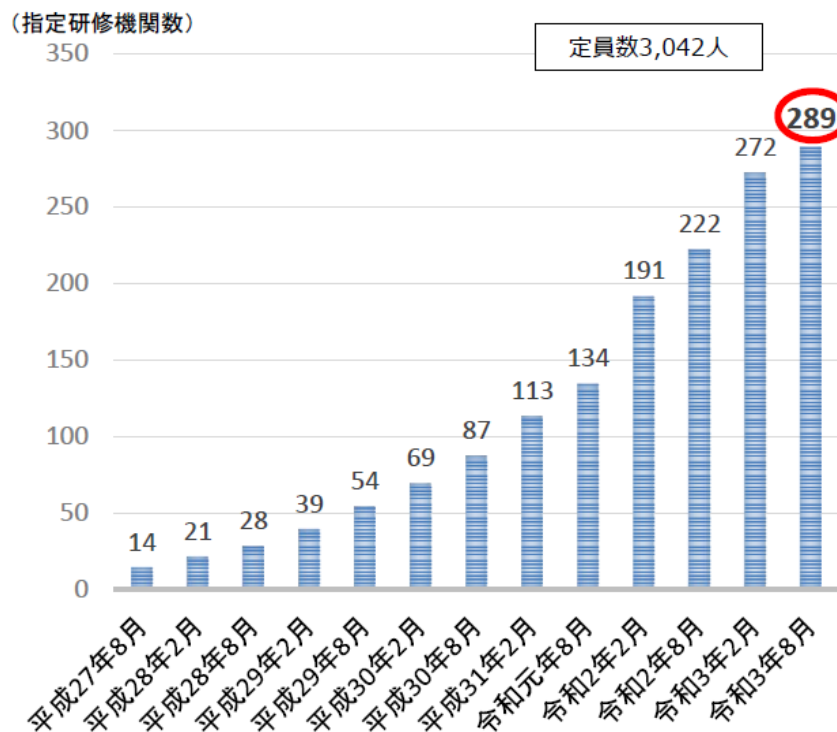
訪問看護での活躍が期待される領域

(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

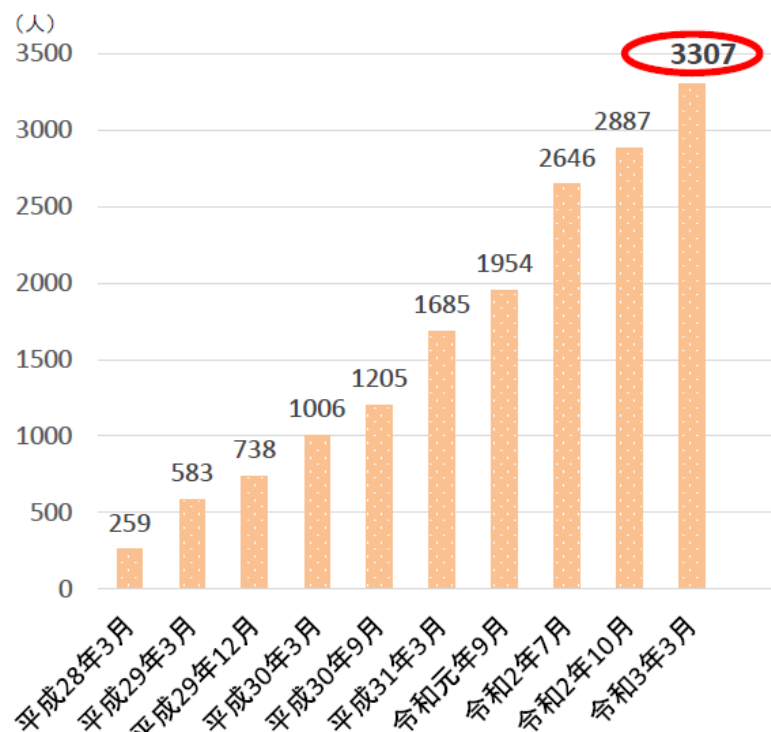
特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和3年8月現在で289機関である。
- これらの指定研修機関が年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,042人（令和3年8月現在）となっている。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和3年3月現在で3,307名である。

■ 指定研修機関数の推移



■ 研修修了者数の推移



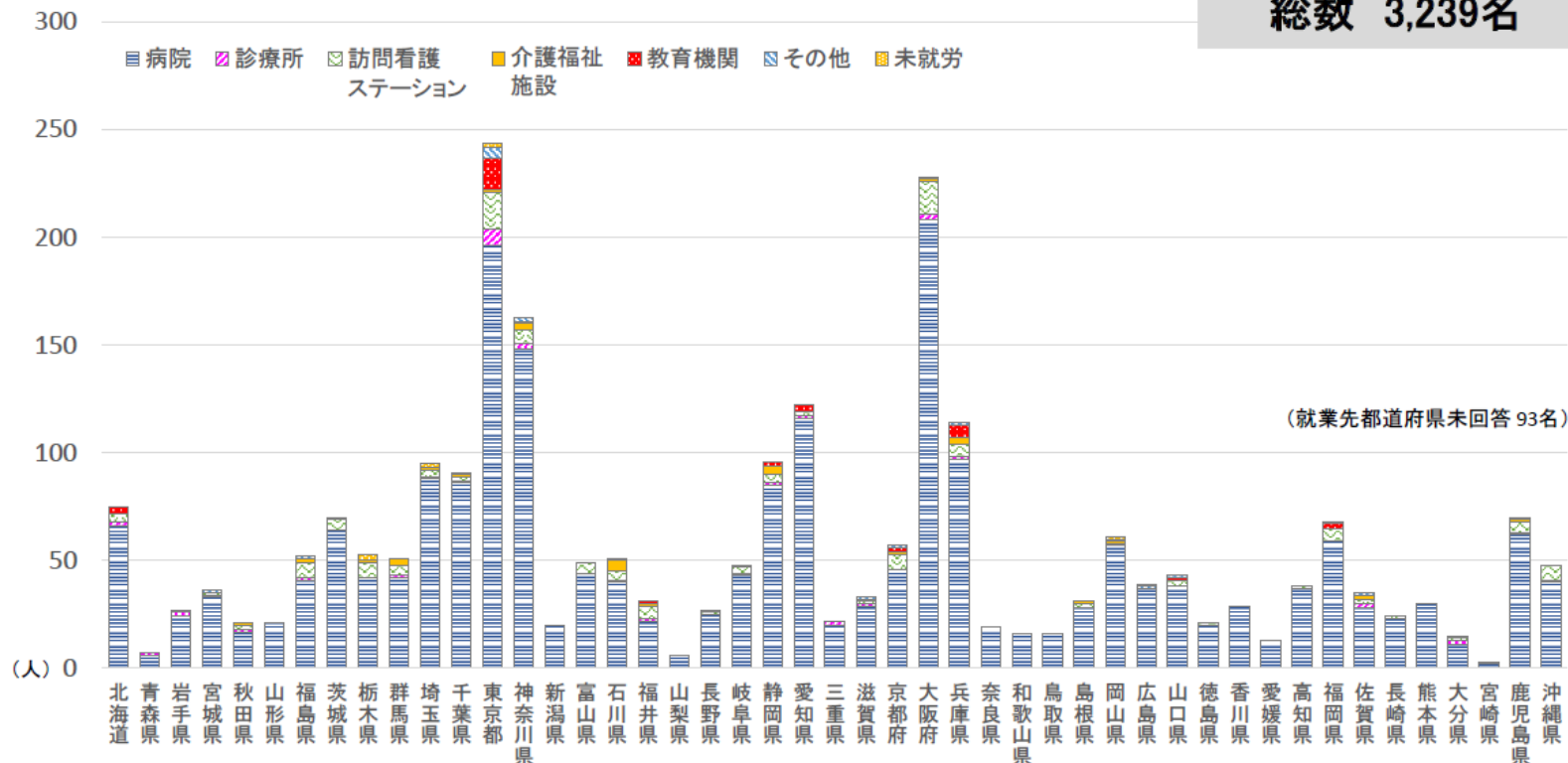
(看護課調べ)

特定行為研修修了者の就業状況

令和3年6・7月現在

【都道府県別】

総数 3,239名



【就業場所別】

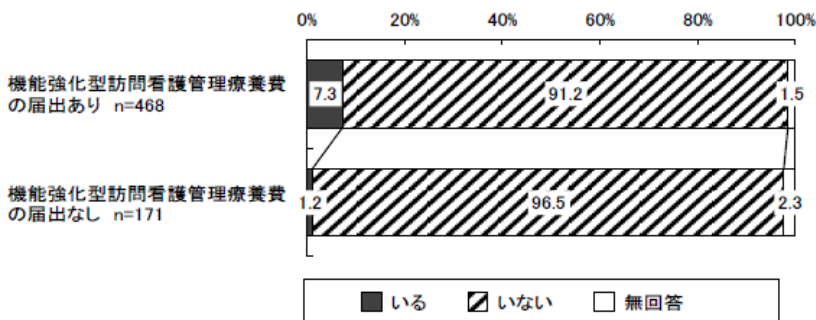
就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2240	40	145	34	41	16	16	707
割合	69.2%	1.2%	4.5%	1.0%	1.3%	0.5%	0.5%	21.8%

(令和3年度 看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業)

訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者数と活動状況は以下の通り。

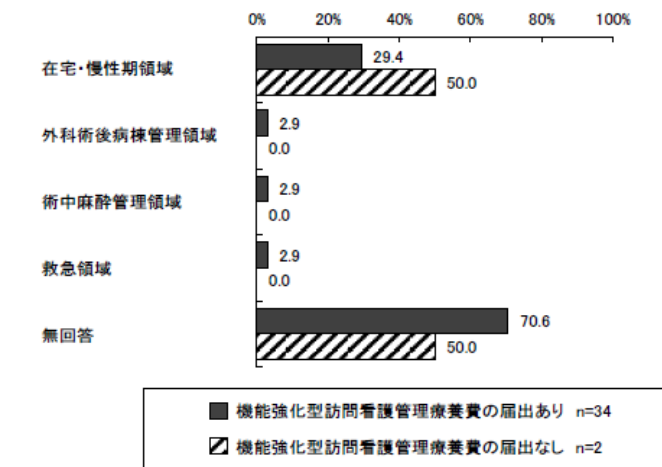
■ 特定行為研修修了者の有無(令和2年10月1日時点)



■ 特定行為研修修了者が修了している特定行為区分(令和2年10月1日時点)(複数回答)



■ 特定行為研修修了者が修了しているパッケージ研修(令和2年10月1日時点)(複数回答)

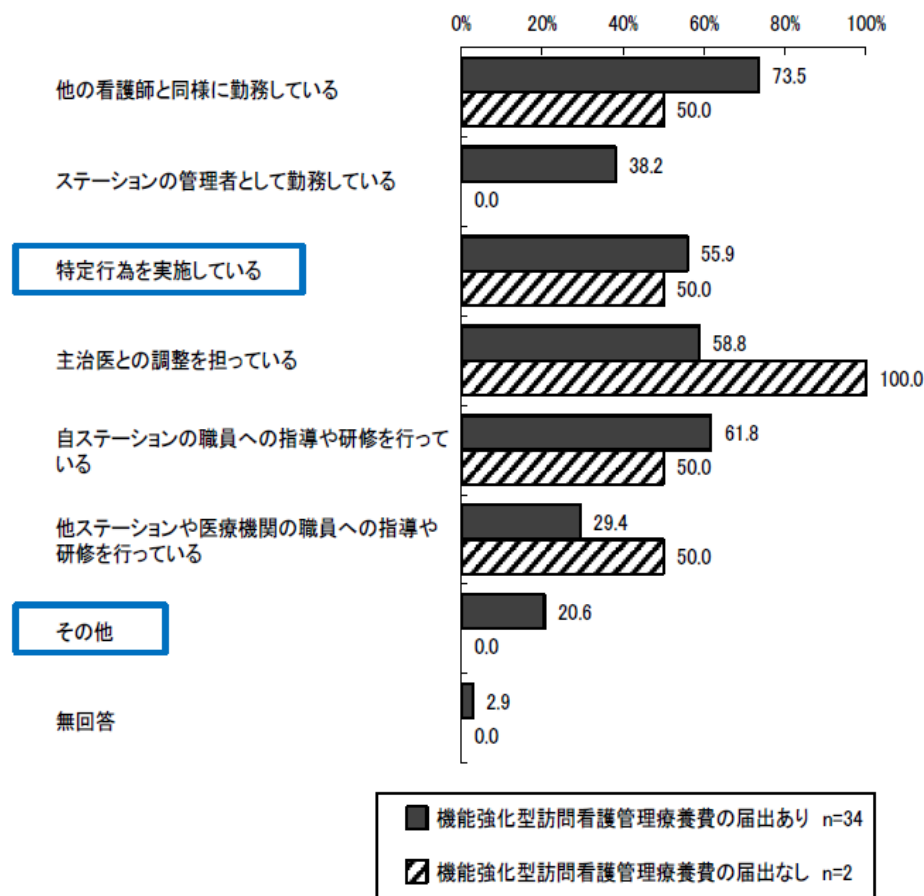


■ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出あり n=34
 ▨ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし n=2

訪問看護ステーションに所属する特定行為研修修了者

○ 事業所に所属する特定行為研修者の活動状況は以下の通り。

■ 特定行為研修修了者が行っている活動(令和2年10月1日時点)(複数回答)



実施している特定行為

- ・創傷関連
- ・気管カニューレの交換、胃瘻チューブ交換、膀胱瘻カテーテル交換
- ・ろう孔、潰瘍・褥瘡処置
- ・デブリードマン(壊死組織除去)、陰圧閉鎖療法
- ・呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
- ・脱水症状に対する輸液補正

その他の活動

- ・栄養管理(経口から胃ろうorTPNへの変更)についての意思決定支援、慢性創傷のアセスメントと治療の調整
- ・コンサルテーション、相談指導
- ・県の研修
- ・ヘルパー、デイサービス職員へのアドバイス
- ・高校の養護教諭へ障がい児への吸引や気管切開チューブ交換の指導

⑤ICTを活用した看取り

○C島の概要 人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期的診療・訪問看護	緊急時対応
市営 島内診療所	<外来> 月～金 8:30～17:00、土 8:30～12:00 <往診> 1回/週 <休診日> 土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 <医療職> 医師1名(2～3年毎交代)、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 (医師は本土に居住)
D訪問看護ステーション(本土) (C島への訪問看護は当該事業所のみ)	1回/週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全（在宅酸素療法実施） 家族：妻と2人暮らし、子どもは島外在住
経過	<ul style="list-style-type: none"> 肺がんに対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録をしていた。 <p>【医師不在時の事前取り決め】</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内（本土側）の港に待機。 ➢ C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 ➢ 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実際	<ul style="list-style-type: none"> 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 搬送先のF病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。



意見	家族 (搬送に時間がかかり) 大事なときに夫のそばにすることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、 希望していない蘇生を受けた。そのまま静かに自宅で見送りがかった。
----	---

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

【背景】

- 最後の診察から24時間経過後に患者が死亡した場合、医師は、対面で死後診察をした後、死亡診断書を交付している。
- 一方で、在宅での看取りを希望していても、住み慣れた場所を離れ病院や介護施設に入院・入所して看取りを行わざるを得なかったり、死後診察を受けるため遺体の長時間保存・長距離搬送が余儀なくされたりなど、患者や家族が不都合を強いられているとの指摘があった。

規制改革実施計画（平成28年6月2日閣議決定）

在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、以下のa～eの全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。

- 医師による直接対面での診療の経過から早晩死亡することが予測されていること
- 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること
- 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること
- 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること
- 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせることで患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること

患者や家族が希望する、住み慣れた場所での穏やかな看取りの実現

「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」策定（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）
H28年度厚生労働科学研究「ICTを利用した死亡診断に関するガイドライン策定に向けた研究」に基づきガイドラインを策定。

ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業

平成28年度から同旨事業を継続して実施中（下記概要等は令和3年度事業に関するもの）

【事業概要】「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」等に基づき、医師による死亡診断等に必要な情報を報告する看護師を対象にした法医学等に関する研修 及び ICTを利用した死亡診断を行う可能性のある医師を対象とした研修を実施する。

【看護師に対する研修内容】

- ① 法医学に関する講義（死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因子等）
- ② 法医学に関する実地研修
- ③ 看護に関する講義・演習（機器を用いたシミュレーション、患者・家族とのコミュニケーション等）

計177名の看護師が研修を修了
（令和3年10月末時点）

医師によるICTを利用した死亡診断等をサポートする看護師を対象とした研修

講義・演習

- ◆法医学に関する一般的事項
死因究明・死因統計制度、死因論、内因性急死、外因死
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の概要、関係法令
 - ◆ICTを利用した死亡診断等の制度を活用する患者・家族への接し方（意思決定支援含む。）
 - ◆実際に使用する機器を用いたシミュレーション
- ◇2日間程度

実地研修

- ◆2体以上の死体検案※
又は解剖への立ち会い
（※コロナ対応による要件変更あり）
- ◇1～2日間程度

研修は単位制とし、分割して履修が可能。
厚生労働省医政局長より全てのプログラムを履修した場合に修了証が交付される。

○対象者

看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験3例以上があり、かつ、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った（※）看護師。

※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。

ICTを利用した死亡診断等の流れ

○ ICTを用いた死亡診断等にあたって、研修を受けた看護師が、遺族への対応、遺体の観察・写真撮影、死亡診断書作成の補助等を行う。

STEP1 患者死亡前に準備すべきこと	STEP2 遺族とのコミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と死亡診断書の交付
<ul style="list-style-type: none"> 本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。 ICTを利用して報告する看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。 医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師-遺族間のコミュニケーションを図る。 看護師は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。 看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を渡す。 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div data-bbox="28 978 434 1149"> </div> <div data-bbox="1410 1006 1613 1049"> <p><実際の事例></p> </div> <div data-bbox="1613 978 1903 1092"> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 離島在住の90代のがん患者 ◆ 主治医の医療機関からは車3時間+船1時間（直線距離約200km） ◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。 <p>⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。</p> </div> <div data-bbox="28 1149 763 1358"> </div>				

【出典】「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」（医政発0912第1号 平成29年9月12日医政局長通知）をもとに医政局にて作成

左下のイラストは、平成28～30年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽）「エンドオブライフ・ケアにおける在宅・特養での死亡確認をめぐる問題の所在と検討」（東北大学大学院 尾崎章子）によるパンフレットに掲載のものを使用

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

➤ 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行

【在宅患者訪問診療料】

患者において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。



「情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師と連携



改定後

【在宅患者訪問診療料】

死亡診断を行った場合には、**死亡診断加算**として、200点を所定点数に加算する。

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

以下の要件を満たしている場合であって、「**情報通信機器 (ICT) を用いた死亡診断等ガイドライン (平成29年9月厚生労働省)**」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

参考) 算定回数

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

【出典】算定回数：令和2年社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

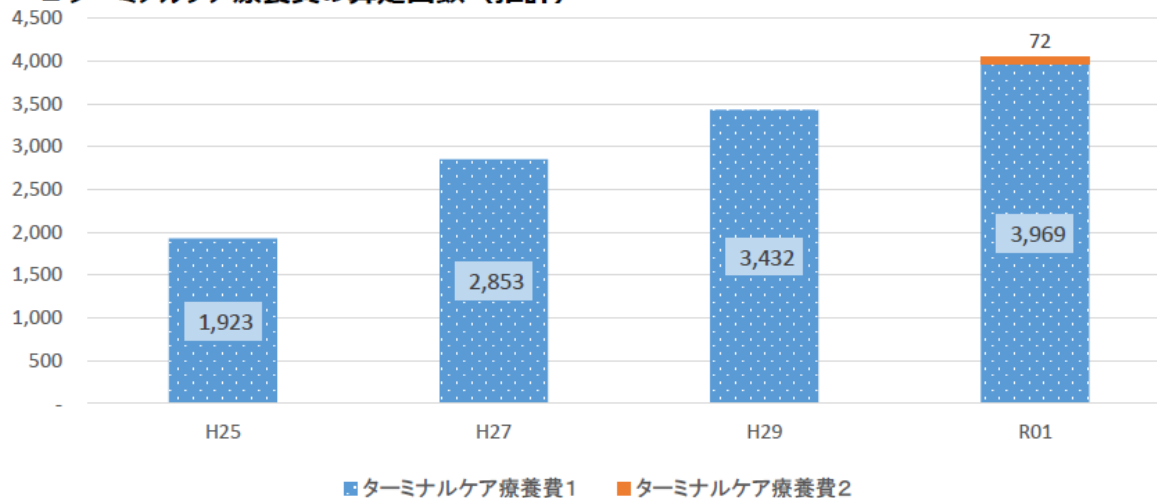
※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

訪問看護ターミナルケア療養費の主な要件と算定状況

- ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等を行った医療機関については在宅患者訪問診療料の加算による評価があるが、ICTを活用した死亡診断等の支援を行った訪問看護ステーションについては評価されていない。

	訪問看護ターミナルケア療養費1【25,000円】	訪問看護ターミナルケア療養費2【10,000円】
対象者	<p>◆在宅で死亡した利用者</p> <p>◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者を除く)</p> <p>※ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅(特別養護老人ホーム等)以外で死亡した者を含む</p>	<p>◆特別養護老人ホーム等で死亡した利用者 (看取り介護加算等を算定している利用者に限る)</p> <p>※ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む</p>
主な要件	<p>○主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施する。</p> <p>○訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上で、ターミナルケアを実施する。</p> <p>○ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。</p>	

■ターミナルケア療養費の算定回数(推計)



ICTを活用した死亡診断に関する 評価が訪問看護療養費には設定さ れていない

- 吉川専門員

- 法医学研修の受講、看取り期に着目した手厚いケアの実施など、通常とは異なる特別な訪問看護提供を行うこととなり、加算等で評価してほしい

- 城守委員

- 医師と看護師との間に非常に強い、通常の訪問看護提供とは異なるレベルの信頼関係が求められる。訪問看護ステーションの個別評価ではなく、医師と看護師のチームでの機能を評価すべきではないか？

⑥退院直後の ターミナルケア

訪問看護ターミナルケア療養費

退院直後のターミナルケアについて

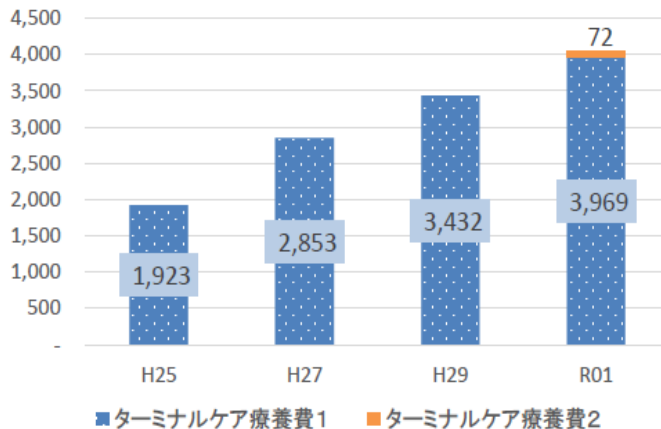
○ 退院当日の訪問は訪問看護基本療養費を算定できず、例えば退院日とその翌日に訪問した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の算定対象とならない。

訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上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**、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

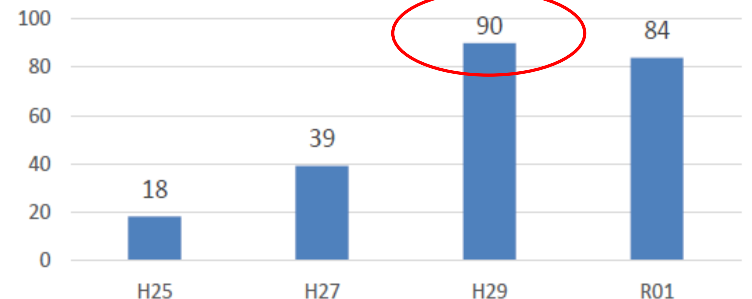


■ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数(推計)









【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに保険局医療課にて作成(隔年)

■ 退院支援指導加算(※1)は算定したが、訪問看護ターミナルケア療養費を算定しなかった利用者(※2)(推計)



※1 退院支援指導加算: 退院日に療養上必要な指導を行った場合、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた日に加算する。
 ※2 当該月に死亡した利用者であって、退院支援指導加算を算定しているが訪問看護ターミナルケア療養費を算定していない明細書。退院日以降に指定訪問看護を実施していない場合を含む。

退院当日	退院後1日	退院後2日	ターミナルケア療養費の算定
			算定可
 ※退院支援指導加算のみ			算定不可

まとめと提言

- 2025年在宅医療は130万人時代
- 在宅医療と訪問看護の必要性がますます高まる
- 2025年までに診療報酬改定は次回2022年と2024年の診療報酬介護報酬同時改定の2回のみ
- 2025年へ向けて在宅医療体制を準備しよう

医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

第1章

- コロナと医療提供体制

第2章

- 規制改革会議と医療DX

第3章

- 規制改革会議と科学的介護

第4章

- 規制改革会議と医薬品・医療機器

第5章

- 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp