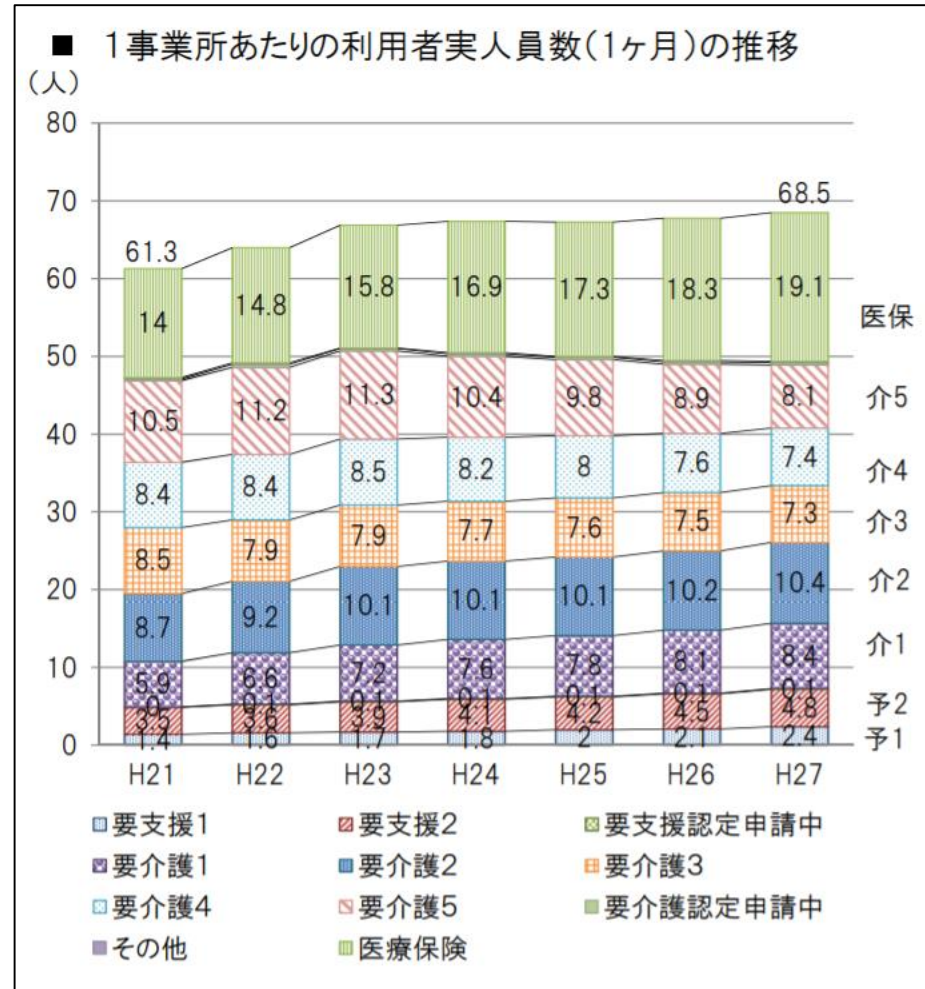
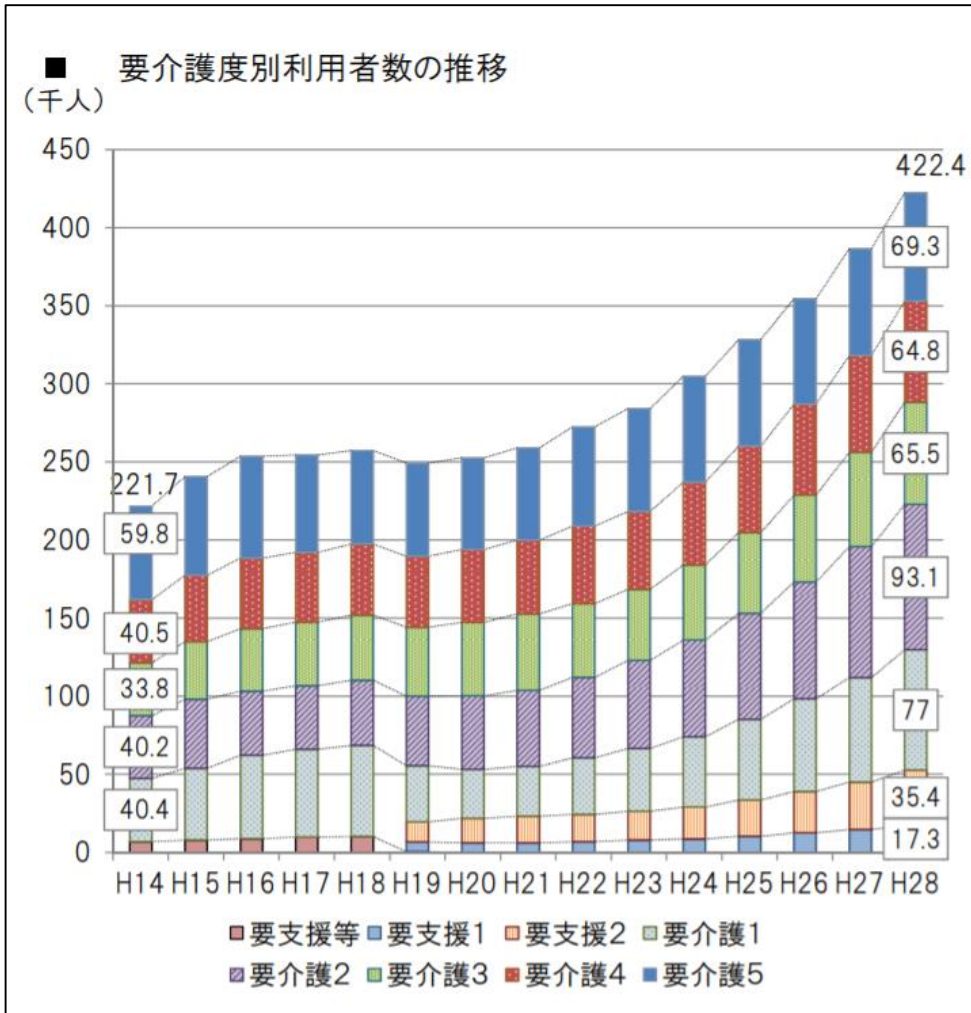


訪問看護の仕組みの基本

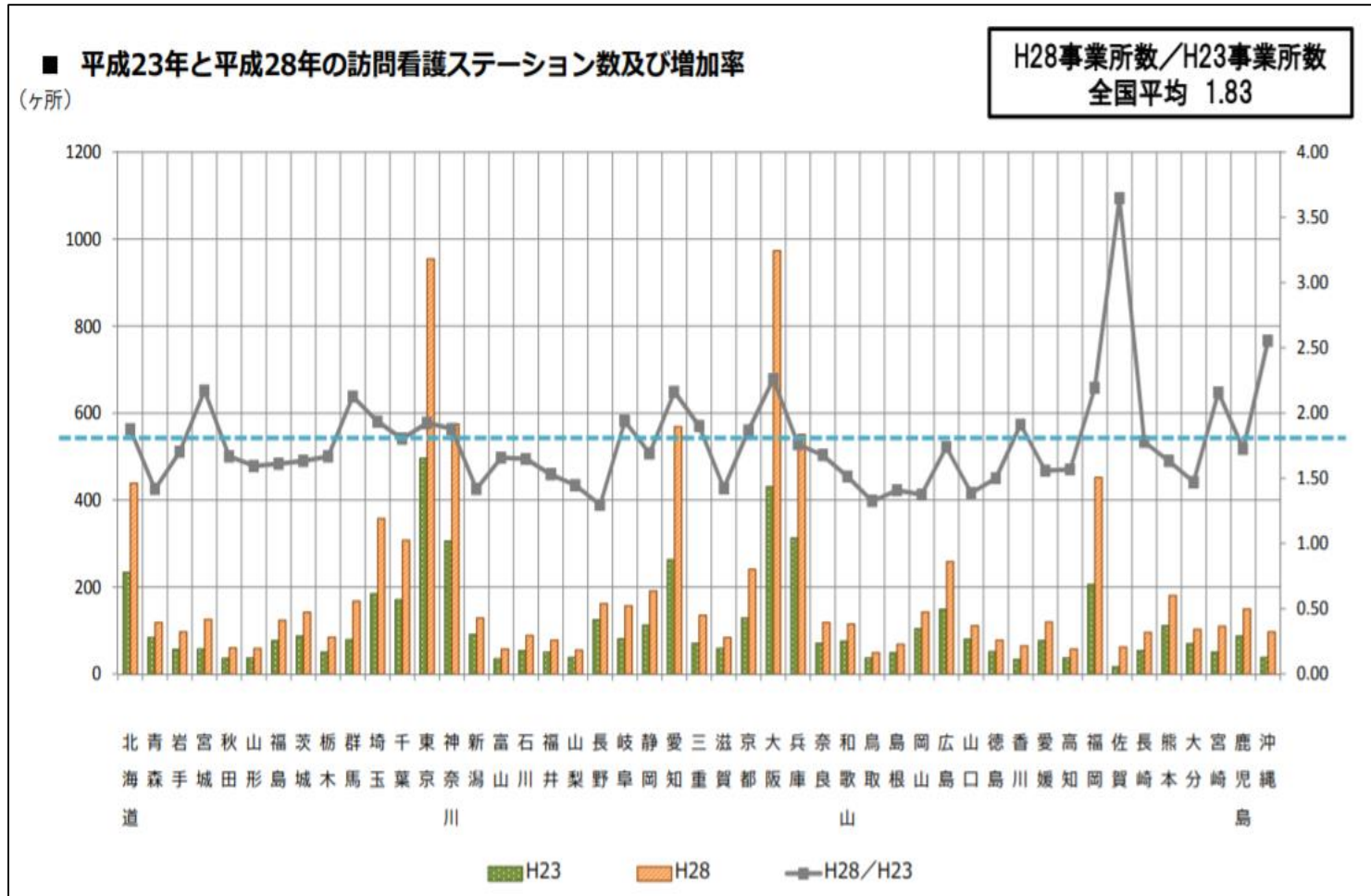


ニーズが高まる訪問看護



訪問看護ステーションを立ち上げた後、利用者増に苦勞している事業所があることは否定できないが、左図の通りニーズは確実に高まっている。事業所の規模が大きいほど経営状況が良い、という報告もあるが、地域に出て積極的な地域連携の展開を行うことが求められる。

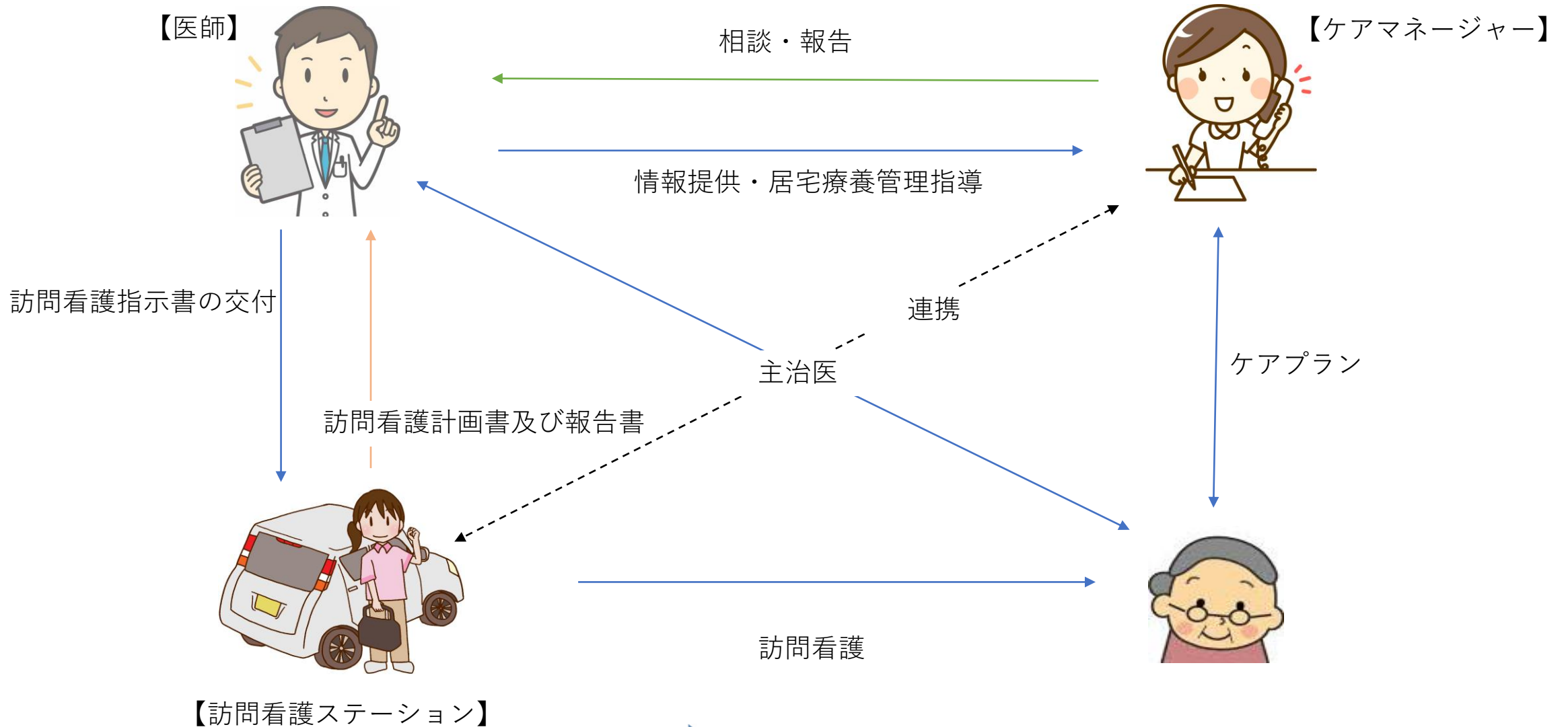
訪問看護ステーション数の推移



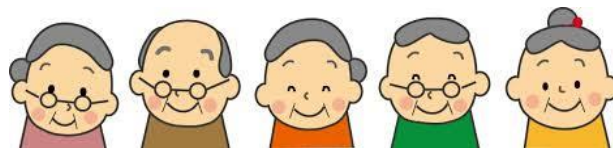
訪問看護ステーションの数は地域による濃淡こそあるものの、継続的にステーションの数を伸ばしてきた。

在宅医療と訪問看護、訪問介護といった多方面からの支援基盤が整わなければ、地域包括ケアシステムの構築がおぼつかないまま、2025年以降を迎えることになる。

訪問看護における他職種連携イメージ



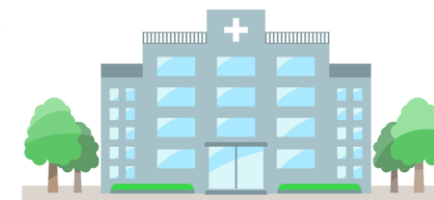
訪問看護を提供する事業主体と職種



訪問看護ステーション

保健師、看護師、准看護師、PT等
(PT等が訪問しても、
請求は訪問看護療養費)

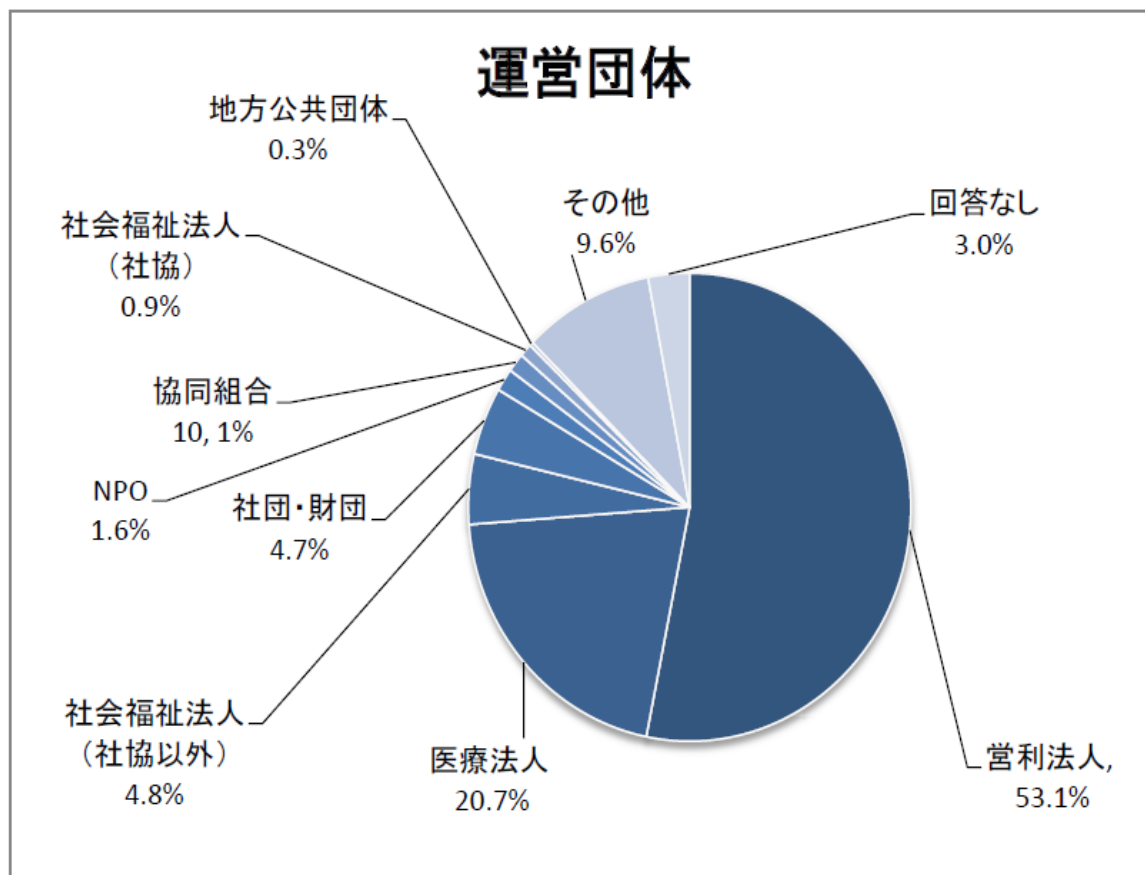
保健師、看護師、准看護師、PT等
(※PT等が行う場合は、
訪問リハビリテーションで保険請求)



医療機関 (病院・診療所)

訪問看護は、医療機関が行うことも、訪問看護ステーションが行うことも、どちらも可能。訪問看護ステーションの看護師等または医療機関の看護師等は、主治医の指示を受け、訪問看護を提供する。

訪問看護ステーションの運営主体



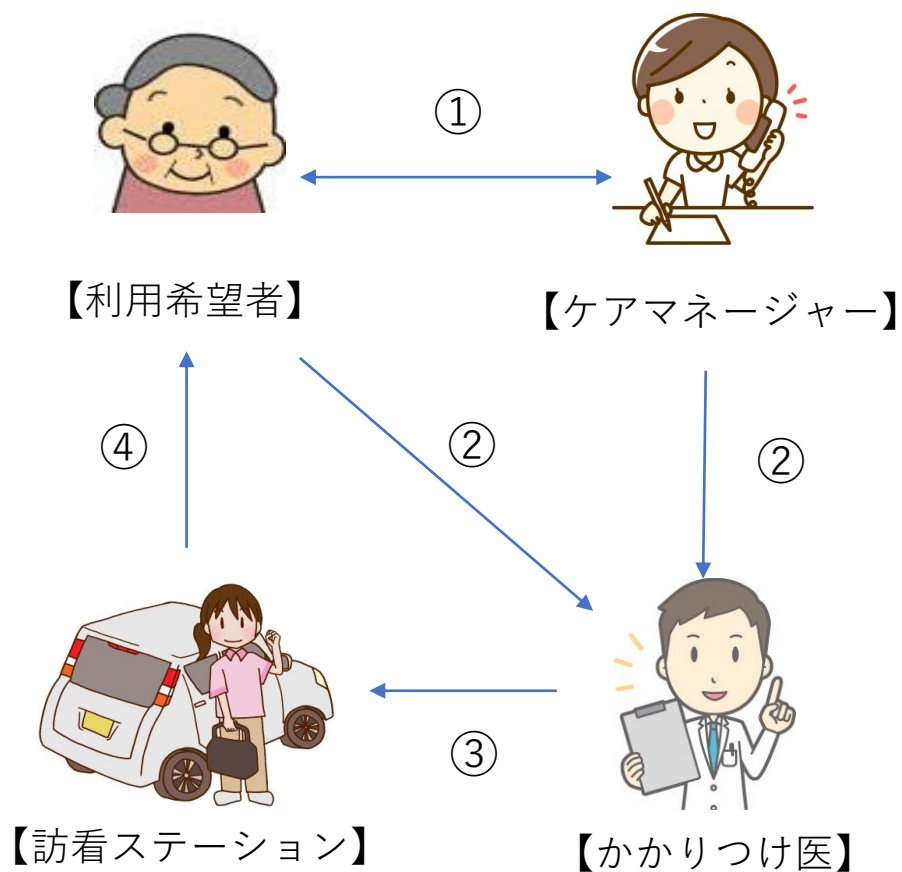
左図は大阪府における、訪問看護ステーション（以下、訪看St.）の事例。

運営団体は営利法人が53%を約半数を占め、医療法人が開設しているケースは20%程度となっている。

近年、事業所数が増加しているが、事業規模としては従業員5人未満の事業所が約半数を占めており、訪問看護師の人材確保が課題とされている。

訪問看護サービスの流れ

【介護保険の場合】



[介護保険の場合]

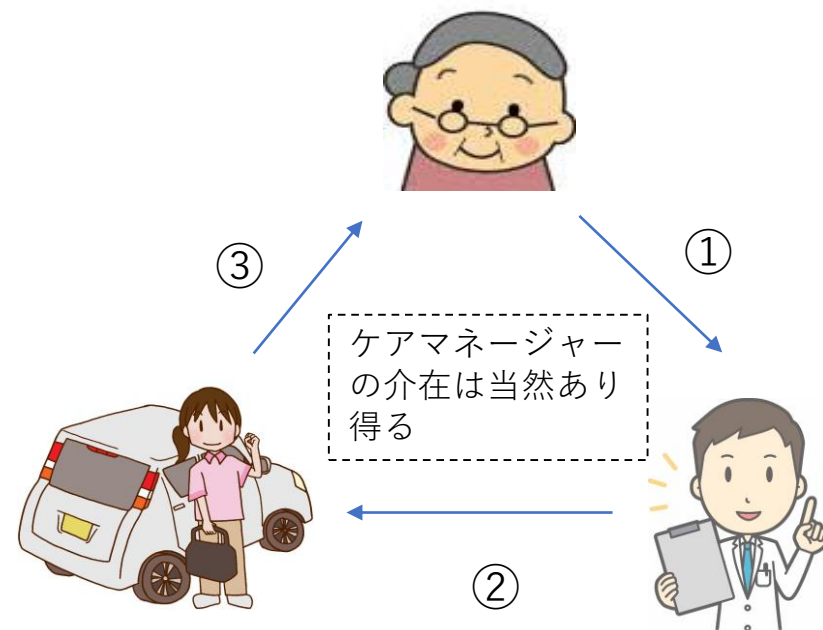
①利用希望者がケアマネージャーに訪問看護の利用について相談（又はケアマネからの提案）

②かかりつけ医に訪問看護の利用を依頼

③訪問看護の必要を認められた場合、訪問看護指示書を交付

④訪問看護ステーションは利用者へサービス提供

【医療保険の場合】



[医療保険の場合]

①利用希望者は医師へ訪問看護の利用について相談 ②医師は訪問看護指示書を交付 訪問看護ステーションは利用者へサービス提供

訪問看護で提供できるサービス

区分	概要
病状の観察	病気や障害の状態、血圧や体温、脈拍等のバイタルチェック、医療の早期発見
在宅療養のお世話	清拭や洗髪、入浴介助の他、食事や排せつ等の介助や指導
薬の相談・指導	薬の作用・副作用の説明、服薬指導、残薬の確認など
医師の指示による医療処置	点滴、カテーテル管理（胃ろう、尿道留置カテーテルなど）、インシュリン注射等
医療機器の管理	在宅酸素、人工呼吸器などの管理
褥瘡の予防や処置	褥瘡防止の工夫や指導、褥瘡の処置
認知症や精神疾患のケア	利用者と家族の相談、助言等
介護予防	健康管理、低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス等
家族への介護支援や相談	介護方法の助言や、病気や介護に関する相談・助言等
在宅でのリハビリテーション	拘縮予防や機能の回復、嚥下訓練等
ターミナルケア	ガン末期や終末期を自宅で過ごせるよう支援

「介護保険」の訪問看護と「医療保険」の訪問看護

利用者	介護保険対象者	原則、要介護認定または要支援認定を受けた者
	医療保険対象者	原則、介護保険の要介護者でない者
	※ 介護保険対象者でも、疾病や状態、急性増悪時には医療保険対象者となる	

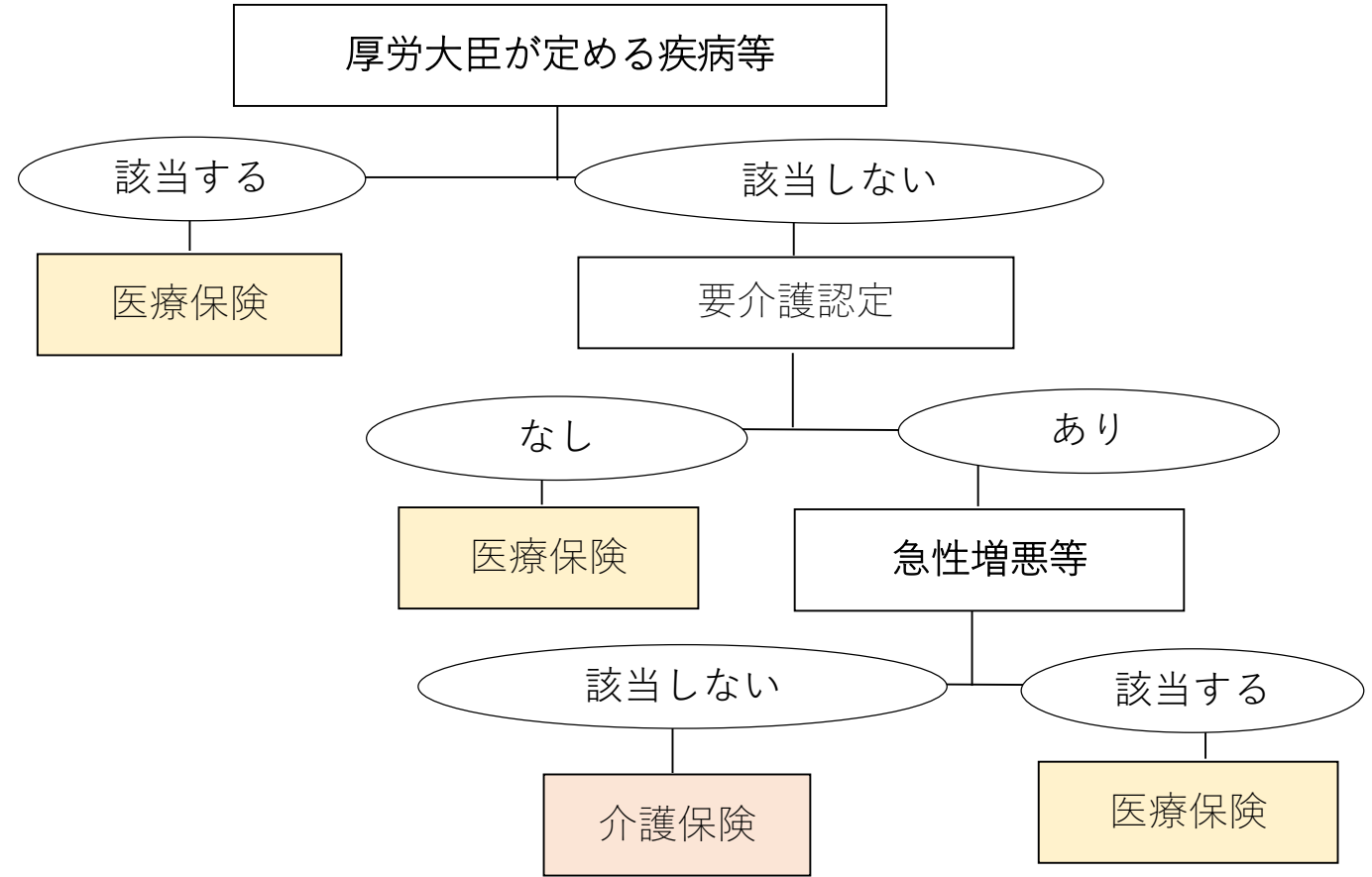
※ 訪問看護は医療保険より介護保険からの給付が優先されるが、次の1～5に該当する場合は、医療保険による訪問看護の対象となる

【1. 厚労大臣が定める疾病等】

- | | | |
|-----------------|---------------------------------------|--------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍 | ①進行性核上性麻痺 | 11. プリオン病 |
| 2. 多発性硬化症 | ②大脳皮質基底核変性症 | 12. 亜急性硬化性全脳炎 |
| 3. 重症筋無力症 | ③パーキンソン病 | 13. ライソゾーム病 |
| 4. スモン | (ホーエン・ヤールの重症度分類Ⅲ度以上かつ生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度) | 14. 副腎白質ジストロフィー |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症 | 10. 多系統萎縮症 | 15. 脊髄性筋萎縮症 |
| 6. 脊髄脳変性症 | ①線条体黒質変性症 | 16. 球脊髄性筋萎縮症 |
| 7. ハンチントン病 | ②オリーブ橋小脳萎縮症 | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 | ③シャイ・ドレガー症候群 | 18. 後天性免疫不全症候群 |
| 9. パーキンソン病関連疾患 | | 19. 頸髄損傷 |
| | | 20. 人工呼吸器を使用している状態 |

- 【2. 特別訪問看護指示書が交付された場合】
- 【3. 精神科訪問看護指示書が交付された、認知症以外の精神疾患患者】
- 【4. 介護認定非該当者（要支援・要介護認定を受けていない者）】
- 【5. 64歳までの医療保険加入者と家族】

= 訪問看護算定チャート =



【要Check】 訪問看護は医療保険より介護保険が優先

訪問看護は、「介護保険」と「医療保険」の両方に位置付けられているが、基本的には介護保険からの給付が優先される（健康保険法等において、同一の疾病または障害について、介護保険により給付を受けることができる場合には、次の場合を除き、医療保険からの給付を行わない旨が規定されている）。

介護保険の訪問看護対象者

- ・ 慢性期で状態は比較的安定
- ・ 自力での通院は困難
- ・ 日常のケアにより状態の悪化を防ぐ
- ・ 異常の早期発見

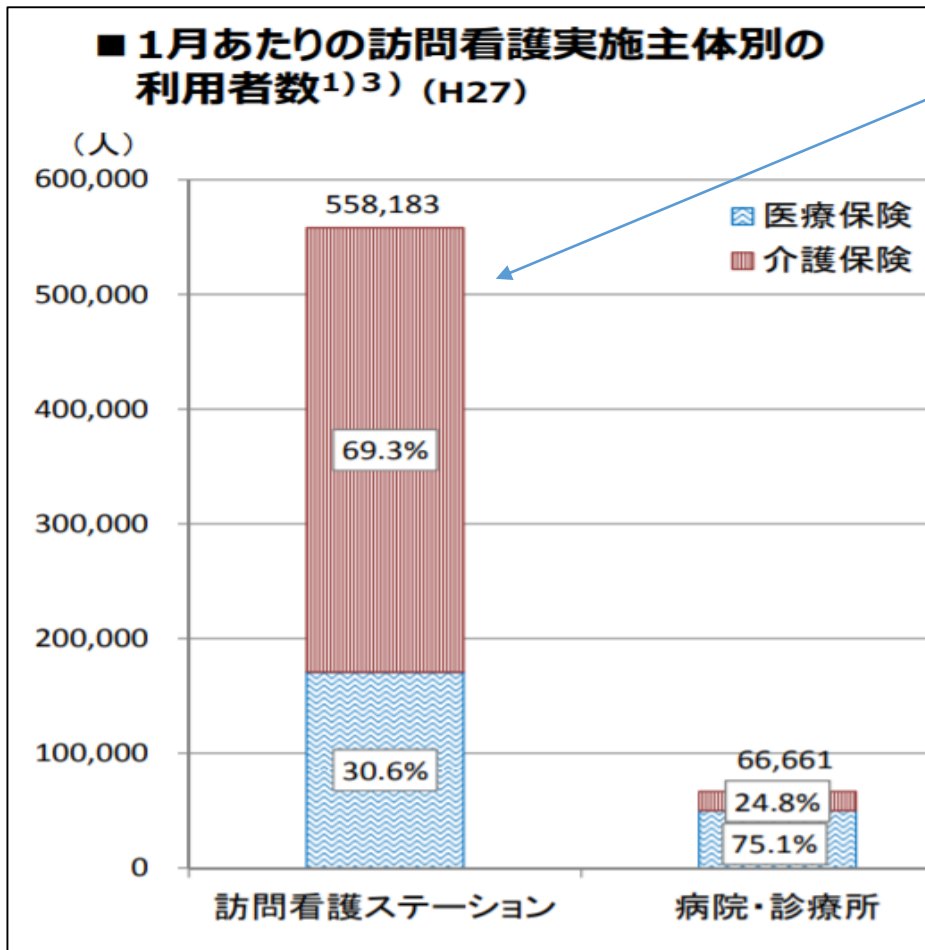
同一月内であっても、急性増悪時など、状況によって介護保険と医療保険の両方の給付が存在するケースはある。

医療保険の訪問看護対象者

- ・ 厚労大臣の定める疾病に該当
- ・ 急性増悪期
- ・ 退院直後等で状態が不安定
- ・ （特別訪問看護指示書の指示期間中）
- ・ 要介護認定非該当者
- ・ ターミナル期

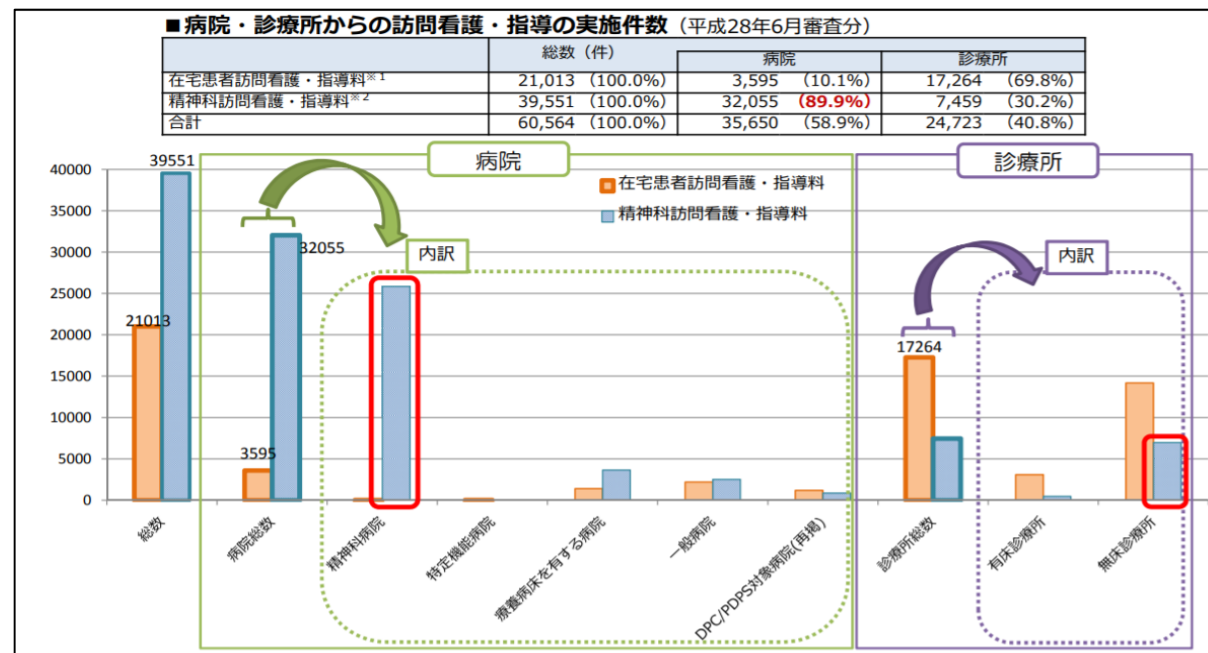


医療保険と介護保険の割合

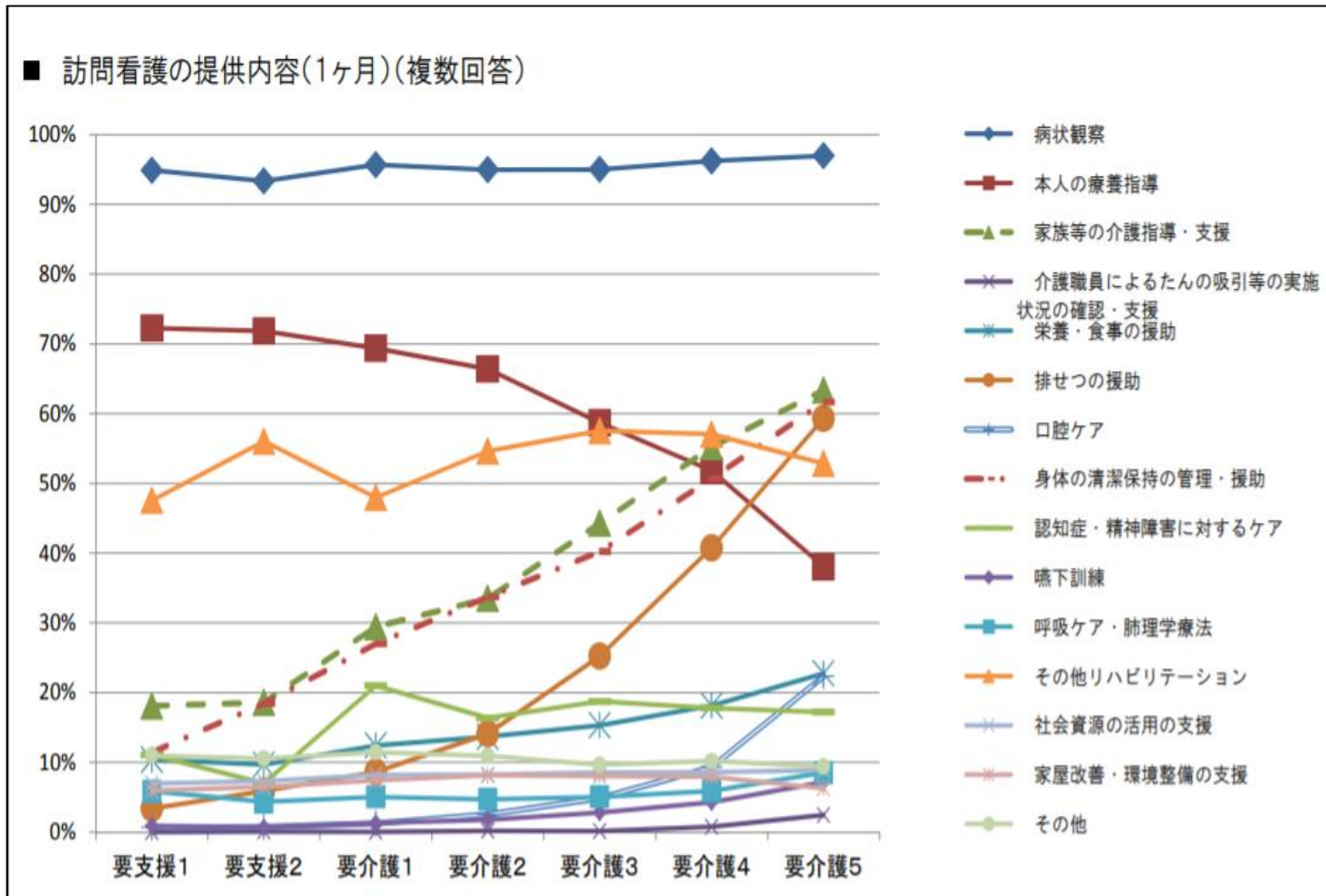


出典 訪問看護 (介護給付費分科会 平成29年7月5日)

一般的に、訪問看護における医療保険と介護保険の割合は、概ね7：3（介護保険7：医療保険3）の割合になっている。一方で、病院や診療所からの訪問看護では、この構造が逆になっている。病院からの訪問看護のケースにおいては、精神科訪問看護の割合が高いことも要因と考えられる。

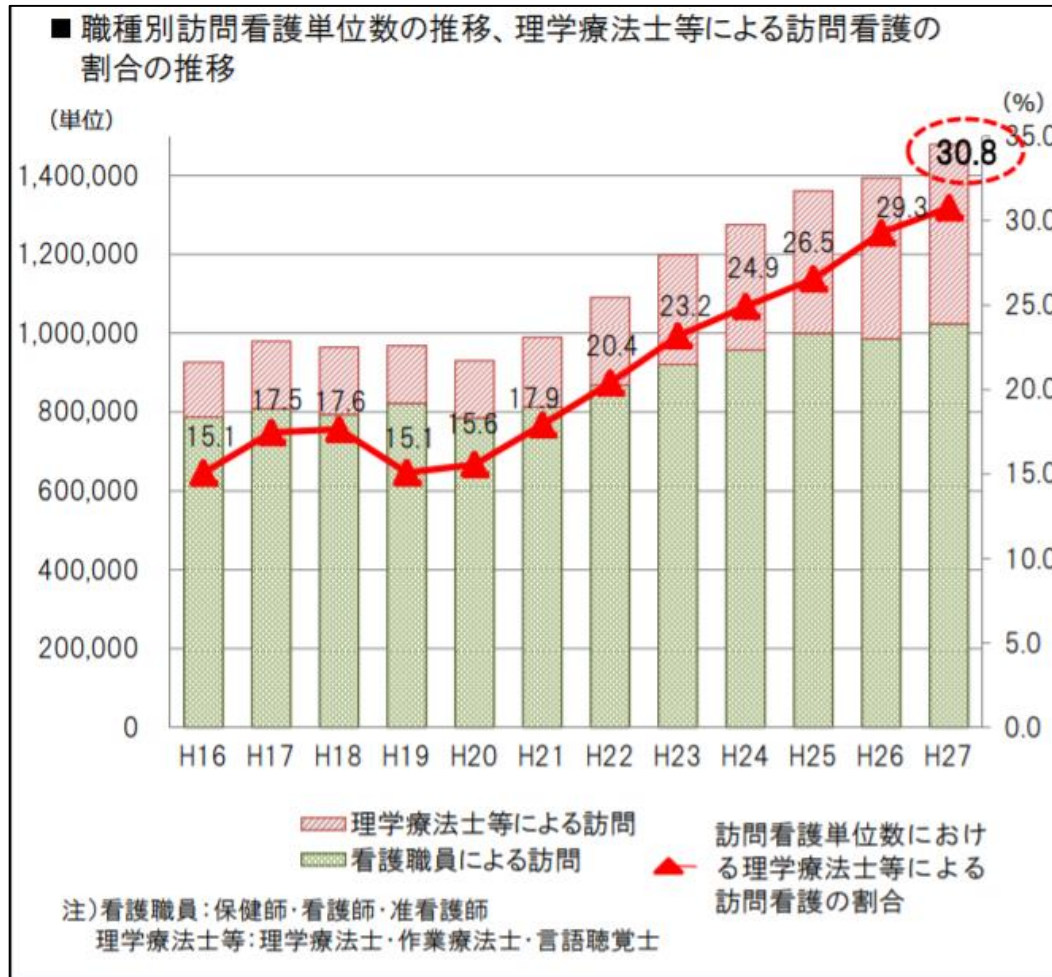


訪問看護の提供内容



訪問看護の提供内容をみると、主たるものはどのレベルにおいても「病状観察」「療養指導」「排泄の介助」が中心に行われている。介護度があがると、本人の療養指導よりも、「家族等の介護指導・支援」の重要度が増してくる点は、要介護者へのケアだけでなく、在宅療養を行うにあたって、家族へのフォローの重要性を物語っているように思える。

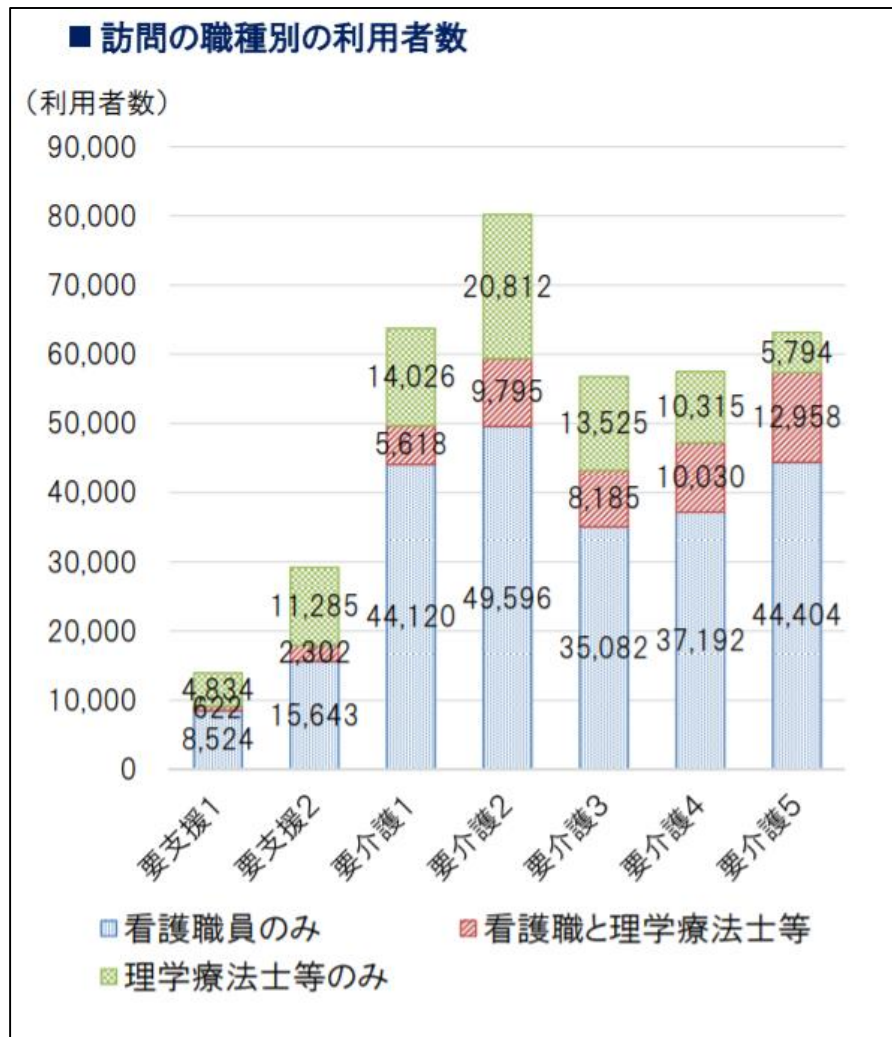
理学療法士等による訪問看護



近年、理学療法士等の増加率が著しいことを受け、2018年の改定では、「訪問看護ステーションに所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護は、訪問リハビリテーションではなく、看護業務の一環としてのリハビリテーション中心の訪問看護という位置づけをすることが明確化された。

2019年7月17日に開催された中医協総会では、訪看St.の従事者数において、理学療法士の割合が増加しているもののうち、中には8割を超えるケースも報告されており、次回の報酬改定の行方が注視される。

職種別の訪問看護の現状



職種別の訪問看護の状況をみると、理学療法士等のみで訪問しているケースは、要介護2の利用者をボリュームゾーンに、要介護1、要介護3、要支援2の順に続く。

理学療法士等のみで訪問しているケースは全体で約22%あるが、比較的軽度者への対応となっている。

先にあげたような事業所のケース（従業員に占める理学療法士の割合が高い事業所）では、24時間対応に積極的でない事業者が多いという傾向もあることから、訪看St.における理学療法士等によるリハビリテーションの在り方が議論にあげられることが多くなっている背景がある。

訪問リハビリの対象者

要支援者・要介護者に対する訪問リハビリテーションは、介護保険優先の原則により、介護保険給付が適用される。ただし、訪問看護ステーションからの訪問リハビリの場合、要介護者であっても「厚労大臣が定める疾病等」にある者や、次に該当する利用者については、医療保険での給付対象となる。

【厚労大臣が定める疾病等】



【特定疾病】

訪問リハにおける医療保険の給付対象

- ①ガン末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥初老期における認知症 ⑦進行性上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎を含む） ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

= 以下参考資料 =

医療保険における、医療機関からと訪問St.からのサービス
提供による諸点数（単位）の比較



ベース部分 1 (訪問看護指導料：訪問看護療養費)

【医療機関】

在宅患者訪問看護・指導料		
区分	週3日目まで	週4日目以降
保健師、助産師、看護師による場合	580点	680点
准看護師による場合	530点	630点
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、人口肛門ケア、人口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 (月1回)	

【訪問看護St.】

訪問看護基本療養費 (I)		
区分	週3日目まで	週4日目以降
保健師、助産師、看護師による場合	5,550円	6,550円
准看護師による場合	5,050円	6,050円
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、人口肛門ケア、人口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 (月1回)	

ベース部分2 (同一建物居住者関連)

【医療機関】

同一建物居住者訪問看護・指導料				
区分	同一日に2人		同一日に3人以上	
	週3日目まで	週4日目以降	週3日目まで	週4日目以降
保健師、助産師、看護師による場合	580点	680点	293点	343点
准看護師による場合	530点	630点	268点	318点
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、人口肛門ケア、人口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 (月1回)			

【訪問看護St.】

訪問看護基本療養費 (II)				
区分	同一日に2人		同一日に3人以上	
	週3日目まで	週4日目以降	週3日目まで	週4日目以降
保健師、助産師、看護師による場合	5,550円	6,550円	2,780円	3,280円
准看護師による場合	5,050円	6,050円	2,530円	3,030円
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア、人口肛門ケア、人口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 (月1回)			

加算等 1

【医療機関】

退院前訪問指導料	
入院中1回	580点

退院前訪問指導料は、入院中（外泊時を含む）又は退院日に患家を訪問し、退院後の在宅での療養指導を行った場合に算定

加算等		
緊急訪問看護加算	1日につき	265点
難病等複数回訪問加算	1日に2回	450点
	1日に3回以上	800点
長時間訪問看護・指導加算		520点
乳幼児加算（6歳未満）		150点
複数名訪問看護加算	保健師、看護師等と訪問	450点
	准看護師と訪問	380点
	看護補助者と訪問	300点
夜間・早朝訪問看護加算		210点
深夜訪問看護加算		420点

【訪問看護St.】

訪問看護療養費（Ⅲ）	
外泊中1日につき	8,500円

訪問看護療養費（Ⅲ）は退院後に訪問看護を受けようとする患者が、在宅療養に備えて一時的に外泊した際、訪問看護を利用した場合に算定

加算等		
緊急訪問看護加算	1日につき	2,650円
難病等複数回訪問加算	1日に2回	4,500円
	1日に3回以上	8,000円
長時間訪問看護加算		5,200円
乳幼児加算（6歳未満）		1,500円
複数名訪問看護加算	保健師、看護師等と訪問	4,500円
	准看護師と訪問	3,800円
	看護補助者と訪問	3,000円
夜間・早朝訪問看護加算		2,100円
深夜訪問看護加算		4,200円

加算等 2

【医療機関】		加算等
退院時共同指導料 I / II		600点/400点
特別管理指導加算		200点
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月2回）		200点
在宅患者連携指導加算（月1回）		300点
在宅移行管理加算 （1月につき）	在宅悪性腫瘍患者指導管理を受けている状態	500点
	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態	
	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	250点
看護・介護職員連携強化加算（月1回）		250点

【訪問看護St.】		加算等
24時間対応体制加算（月1回）		6,400円
退院時共同指導加算		8,000円
特別管理指導加算		2,000円
退院支援指導加算（退院日）		6,000円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月2回）		2,000円
在宅患者連携指導加算（月1回）		3,000円
特別管理加算（1月につき）	在宅悪性腫瘍患者指導管理を受けている状態	5,000円
	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態	
	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
看護・介護職員連携強化加算（月1回）		2,500円

その他

【医療機関】

類似する該当項目なし	
------------	--

その他	
在宅（同一建物居住者）ターミナルケア加算1	2,500点
在宅（同一建物居住者）ターミナルケア加算2	1,000点

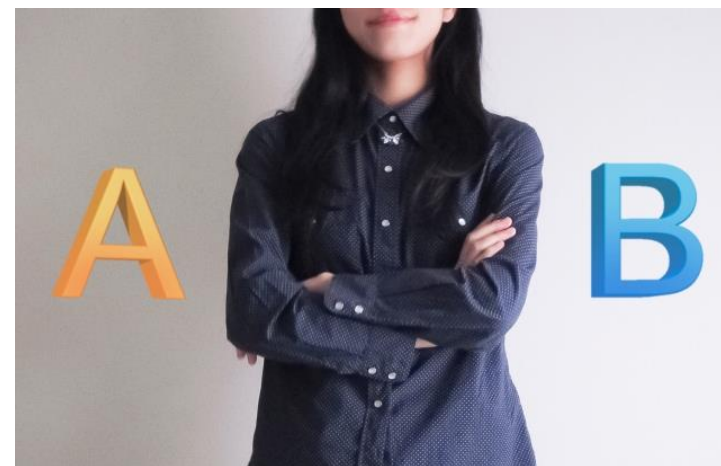
【訪問看護St.】

訪問看護管理療養費	
機能強化型1（Ns 7人以上）	（月の初日）12,400円
機能強化型2（Ns 5人以上）	（月の初日）9,400円
機能強化型3（Ns 4人以上）	（月の初日）8,400円
上記以外の場合	（月の初日）7,400円
月2回目以降	（1日につき）2,980円

* 機能強化型については、他に「重症度の高い利用者の受け入れ要件」や「年間のターミナル件数」等の要件化がある

その他	
訪問看護情報提供療養費 1	1,500円
〃 2	1,500円
〃 3	1,500円
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

介護保険における、医療機関からと訪問St.からのサービス
提供による諸点数（単位）の比較



介護保険比較 全体像

区分		医療機関				訪問看護St			
訪問看護費	20分未満	訪問看護	263単位	介護予防訪問看護	253単位	訪問看護	311単位	介護予防訪問介護	300単位
	30分未満		396単位		379単位		467単位		448単位
	30分以上1機関未満		569単位		548単位		816単位		787単位
	1時間以上1時間30分未満		836単位		807単位		1,118単位		1,080単位
	PT OT STによる訪問は、1回あたり20分以上。利用者1人につき、週6回を限度			1日2回まで	訪問看護	296単位	介護予防訪問看護	286単位	
						1日3回以上		266単位	257単位
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 早朝（AM6:00～AM8:00）・夜間（PM6:00～PM8:00）は25%増し ➤ 深夜（PM10:00～AM6:00）は50%増し ➤ 次の場合は、単位数の90/100で算定 准看護師の場合、PT OT STの1日2回以上の訪問の場合（3回目以降）、事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス 									

加算等比較 1

区分・項目			医療機関	訪問看護St.	
加算等 (支給限度額内)	退院時共同指導加算 (適応時)			600単位	
	初回加算 (月1回)		300単位	300単位	
	長時間訪問看護加算 (適応時)		300単位	300単位	
	複数名訪問看護加算 (1回につき)	看護師等 + 看護師	30分未満	254単位	254単位
			30分以上	402単位	402単位
		看護師等 + 看護補助者	30分未満	201単位	201単位
			30分以上	317単位	317単位
	看護体制強化加算 (月1回)		I	600単位	600単位
			II	300単位	300単位
	看護・介護職員連携強化加算 (月1回)		250単位	250単位	

* 看護体制強化加算 I または II には、「直近 6 ヶ月間における緊急時訪問看護加算の算定割合 (50/100)」、「特別管理加算の算定割合 (30/100)」の他、「直近 1 年間にけるターミナルケア加算の算定人数 5 人以上」などの要件がある

加算等比較 2

区分・項目		医療機関	訪問看護St
加算等 (支給限度額外)	緊急訪問看護加算 (月1回)	315単位	574単位
	特別管理加算 (月1回)	I	500単位
		II	250単位
	サービス提供体制強化加算 (1回につき)	6単位	6単位
	ターミナルケア加算 (適応時)	2,000単位	2,000単位

- 緊急訪問看護加算、サービス提供体制強化加算の要件には、一定の要件あり
- 特別管理加算Ⅰの対象者
 - ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
 - ・気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態 (経管栄養やIVHの状態にある利用者も該当)
- 特別管理加算Ⅱの対象者 (次の在宅管理指導を受けている患者)

<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・在宅中心静脈栄養指導管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅自己導尿指導管理 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・人口肛門または人口膀胱を設置している状態 ・真皮を超える褥瘡の状態 ・点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

まとめ

- 訪問看護の提供は、医療機関（病院、診療所）または訪問看護ステーションから行われる（点数は医療機関、訪問看護ステーションで相違がある）
 - **介護保険優先の原則**から、介護保険による給付（請求）が行われるが、**患者の状態により、医療保険での給付（請求）も**行われる。同一の利用者に対し、同一月で状態の変化により、介護保険と医療保険の併用はあり得る
 - 訪問看護ステーションから行われる訪問リハビリテーションにおいては、患者の状態によっては、医療保険での給付（請求）が可能
- 次回の「☆キラリと光る 病院マネジメントのヒント」は、9月1日の防災の日前日ということで、「消防・防火、防災対策を考える」をテーマにお届けします。次号もお楽しみに！

参考文献

- 大阪府訪問看護ステーション実態調査報告書（平成29年度）
- 在宅医療その4 中医協総会 平成29年11月15日
- 訪問看護師のための診療報酬&介護報酬のしくみと基本 「(株)メディカ出版」
- たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル 第5版 「日経BP社」
- 訪問看護 介護給付費分科会 平成29年7月5日

