

# 訪問看護の報酬・基準について

## I. 訪問看護の現状と課題

- 平成17年5月中の訪問看護の費用額は約102億円、利用者数は約25万人で、要介護3～5の中重度者が6割を占める。
- 費用額、利用者数の伸びは平成13年5月比で約3割増となっており、居宅サービス全体の伸び（約2.4倍）と比較すると低くなっている。
- 現行制度においては、要介護者に対する訪問看護については介護保険から給付することとなっており、医療保険からの給付は末期の悪性腫瘍や難病の場合など一部の例外を除き行われたい。

	介護保険	医療保険
原則	要介護者等に対する訪問看護	要介護者等以外の者に対する訪問看護
例外		要介護者等に対する訪問看護のうち ①末期の悪性腫瘍や難病※の場合 ②急性増悪等により一時的に頻回に訪問看護が必要となり、主治医が特別訪問看護指示書を交付した場合（1ヶ月に14日間を限度） ③精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に精神看護経験者が訪問看護を行った場合

※ 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、ハンチントン舞踏病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病（ヤールの臨床的症度分類のステージ3以上であって生活機能症度がⅡ度またはⅢ度のもの）、シャイ・ドレーガー症候群、クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

## Ⅱ. 訪問看護に関するこれまでの指摘等の概要

### 【衆議院厚生労働委員会附帯決議】

二 難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者への対応や在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点から、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用して医療と介護の連携を図ることにより、在宅療養をより一層支援していくために必要な措置を講じること。

### 【参議院厚生労働委員会附帯決議】

十八 難病など医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者への対応や在宅におけるターミナルケアへの対応などの観点から、訪問看護ステーションや地域に密着した医療機関を活用して医療と介護の連携を図ることにより、在宅療養をより一層支援していくために必要な措置を講じること。

### 社会保障審議会介護保険部会報告書（平成16年7月30日）

- 在宅生活の継続を支える条件としては、夜間・緊急時を含む24時間対応、医療との連携などが指摘されているが、特に、重度者は医療と介護のニーズを併せ持つ場合が多く、「医療と介護の連携」を強化する必要がある。
- ターミナルケアを含む医療ニーズへの対応という観点から、訪問看護については、介護保険と医療保険の間、あるいは在宅サービスの間の給付調整の在り方に関して見直しを検討していく必要がある。

### 高齢者介護研究会報告書（平成15年6月26日）

- 要介護度の高い利用者等への対応のため24時間対応可能な体制を整備することが求められている。

### Ⅲ. 訪問看護の報酬・基準に関する論点

#### (基本的な考え方)

- 要介護者に対する訪問看護の報酬・基準については、次のような基本的な考え方に沿って見直しを行うこととしてはどうか。
  - ① 24時間対応体制の強化
  - ② 在宅ターミナルケアへの対応
  - ③ 医療保険と介護保険の機能分担の明確化

#### (具体的な論点)

#### 24時間対応体制の強化

##### 〈短時間の巡回型訪問の評価〉

- 現行の訪問看護の介護報酬は、時間単位の設定が基本となっており、所要時間により3区分の設定となっている。

(例：指定訪問看護ステーションの場合)

所要時間30分未満の場合	425単位
所要時間30分以上1時間未満の場合	830単位
所要時間1時間以上1時間30分未満の場合	1,198単位
※夜間・早朝の場合	25/100加算
深夜の場合	50/100加算

- 早朝・夜間、深夜における計画的訪問看護は、気管内吸引などの医療処置の実施や、ストーマ管理（パウチのガス抜きなど）や体位交換など、短時間の訪問で対応可能な内容が主であることから、早朝・夜間、深夜の訪問看護に適用する短時間の訪問を新たな時間区分として設定してはどうか。

##### 〈緊急時訪問看護加算の見直し〉

- 現行の「緊急時訪問看護加算」は、利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制を評価（1月当たり定額）したものであり、計画に位置づけられていない訪問（緊急時訪問）を行った場合には、所要時間に応じた所定の訪問看護の単位数を算定できることとなっているが、早朝・夜間、深夜の加算は算定できないこととなっている。

- 早朝・夜間、深夜等における機動的な対応を強化する観点から、体制全体についての評価を適正化する一方、緊急時訪問が早朝・夜間、深夜に及ぶ場合については、加算を算定できることとしてはどうか。

○ **緊急時訪問看護加算** 1月につき 540単位（訪問看護ステーション）  
290単位（医療機関）

※ 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事業所において、看護師等が利用者にその旨を説明し、同意を得た場合に加算できる。

※ 当該月において、計画外の緊急訪問を行った場合には、所要時間に応じた所定単位数を算定できる。ただし、早朝・夜間、深夜の加算は算定できない。

### **在宅ターミナルケアへの対応**

- 現行のターミナルケア加算は、①死亡月の前月以前に訪問看護を開始し、②死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定できることとなっているが、「前月」要件があるために、訪問看護実施期間にかかわらず、開始日により算定できるかどうかが決まってしまうため、算定が低い状況にある。

- このため、「前月」訪問の算定要件を見直すとともに、24時間連絡体制の確保や、家族等への説明などターミナルケアのプロセスを算定要件に加えることとしてはどうか。

○死亡月の前月以前に訪問看護を開始し、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合、1,200単位を加算。

(算定状況)

訪問看護ステーション（1020カ所）の平成16年7月～12月の利用者  
在宅死亡の訪問看護利用者数 1,948人

うち、ターミナルケア加算を算定しなかった者 1,052人(54%)

うち、訪問看護開始月内に死亡した者 309人

(平成16年度「訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査」

:財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構)

## **医療保険と介護保険の機能分担の明確化**

- 在宅療養での器具使用など特別な管理を必要とする利用者については、現在、「特別管理加算」として 1 月につき 250 単位が加算されているが、これについては、現行の一律の評価を見直し、例えば処置の難易度等を反映した評価としてはどうか。

## **その他**

- 在宅の中重度者の口腔機能向上等の観点から、訪問リハビリテーションにおける言語聴覚士による訪問の評価と併せ、訪問看護ステーションからの言語聴覚士による訪問を評価してはどうか。また、これと併せて、人員基準においても言語聴覚士を追加することとしてはどうか。

# 訪問リハビリテーションの報酬・基準について

## I. 訪問リハビリテーションの現状と課題

- 平成17年5月中の訪問リハビリテーションの費用額は約5億円、利用者数は約2万人で、要介護3～5の中重度者が6割を占める。
- 介護保険全体の費用額、利用者数に占める割合はそれぞれ0.1%、0.6%と低い割合となっている。

## II. 訪問リハビリテーションに関するこれまでの指摘等の概要

### 社会保障審議会介護保険部会報告書（平成16年7月30日）

- 現行の訪問リハビリテーションについては、退院・退所直後や生活機能が低下した際に、福祉用具使用の指導との組み合わせなどを含め、計画的、集中的に実施するなど、その機能の明確化を図り、基準・報酬についても見直しを行う必要がある。

### 高齢者リハビリテーション研究会報告書（平成16年1月）

- 訪問リハビリテーションは、退院・退所直後や生活機能が低下したときに、計画的に集中して実施するサービスとして位置づけ、拡充していく必要がある。
- 脳卒中による失語症の患者が在宅に多いにもかかわらず、言語聴覚士がサービス提供者として位置づけられていないといった問題も指摘されている。

### 訪問リハビリテーションの実態と連携等に関する調査（平成16年度）

- 実態としては、31%が2年を超えて継続利用し、利用頻度においても利用継続期間による差はみられず、1週当たり1.2～1.3回である。

### Ⅲ. 訪問リハビリテーションの報酬・基準に関する論点

#### (基本的な考え方)

- 訪問リハビリテーションについては、退院・退所後、早期に実用的な在宅生活における諸活動の自立性を向上させるため、短期間に集中して実施するサービスとしての位置づけを明確化してはどうか。

#### (具体的な論点)

#### 短期・集中的なリハビリテーションの評価

- 退院・退所直後に日常生活活動訓練を短期・集中的に実施することを高く評価する一方で、利用期間による逡減制を導入してはどうか。

#### 【参考：訪問リハビリテーションの利用状況

(平成16年度「訪問リハビリテーションのサービス提供に関する調査研究：UFJ総合研究所)】

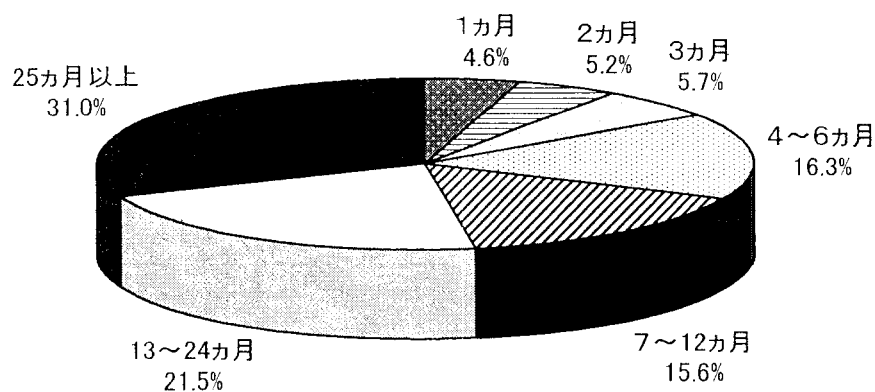
訪問リハビリテーションの利用期間 (月数) (n=1,659)

	件数	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
病院または診療所	1,659	20.0	20.0	14.0	160.0	1.0

訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,659)

	合計	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4～6ヵ月	7～12ヵ月	13～24ヵ月	25ヵ月以上
病院または診療所	1,659	77	86	95	270	259	357	515
	100.0%	4.6%	5.2%	5.7%	16.3%	15.6%	21.5%	31.0%

訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,659)



(平成16年度「訪問リハビリテーションのサービス提供に関する調査研究事業」)

要介護度別 訪問リハビリテーションの利用期間 (n=1,682)

	合計	1か月	2か月	3か月	4～6か月	7～12か月	13～24か月	25か月以上	無回答
全体	1,682 100.0%	79 4.7%	88 5.2%	97 5.8%	274 16.3%	262 15.6%	360 21.4%	522 31.0%	0 0.0%
要支援	45 100.0%	2 4.4%	3 6.7%	5 11.1%	11 24.4%	7 15.6%	9 20.0%	8 17.8%	0 0.0%
要介護1	271 100.0%	17 6.3%	19 7.0%	20 7.4%	50 18.5%	50 18.5%	57 21.0%	58 21.4%	0 0.0%
要介護2	282 100.0%	15 5.3%	20 7.1%	19 6.7%	38 13.5%	38 13.5%	58 20.6%	94 33.3%	0 0.0%
要介護3	292 100.0%	16 5.5%	15 5.1%	24 8.2%	49 16.8%	51 17.5%	71 24.3%	66 22.6%	0 0.0%
要介護4	340 100.0%	16 4.7%	13 3.8%	11 3.2%	57 16.8%	52 15.3%	69 20.3%	122 35.9%	0 0.0%
要介護5	392 100.0%	11 2.8%	15 3.8%	16 4.1%	59 15.1%	55 14.0%	85 21.7%	151 38.5%	0 0.0%
なし	24 100.0%	0 0.0%	1 4.2%	2 8.3%	4 16.7%	4 16.7%	2 8.3%	11 45.8%	0 0.0%



訪問リハビリテーションの利用時期・期間別 1週間あたりの訪問回数

		件数	平均	標準偏差	中央値	最大値
開始月		1,600	1.3	0.7	1.0	4.0
開始からの経過時間別		1,602	1.2	0.6	1.0	6.0
	1ヵ月	76	1.2	0.5	1.0	3.0
	2ヵ月	84	1.3	0.6	1.0	3.0
	3ヵ月	92	1.2	0.5	1.0	3.0
	4～6ヵ月	258	1.3	0.6	1.0	5.0
	7～12ヵ月	252	1.2	0.6	1.0	5.0
	13～24ヵ月	342	1.3	0.6	1.0	3.0
	25ヵ月以上	498	1.2	0.6	1.0	6.0
利用終了月(利用終了者のみ)		252	1.3	0.8	1.0	4.0
	在宅のまま	113	1.3	0.7	1.0	4.0
	入院・入所による終了者	123	1.3	1.0	1.0	4.0

### 言語聴覚士による言語聴覚療法等の評価

- 脳卒中による失語症で言語聴覚療法を必要としたり、嚥下訓練を必要とする在宅要介護者に対し、言語聴覚士が言語聴覚療法又は摂食機能療法（嚥下訓練）を行った場合について訪問リハビリテーションとして評価することとしてはどうか。また、これと併せて、人員基準においても言語聴覚士を評価することとしてはどうか。

※医療保険の訪問リハビリテーションにおいては、平成16年診療報酬改定により、言語聴覚士による言語聴覚療法等を評価している。