

医療ジャーナリストからみた 在宅医療・訪問看護

2024年1月18日（木）19：00～20：30

@東京財団政策研究所&ウェビナー開催

あなたが最期を迎えるなら、自宅がよいですか？病院がよいですか？

～看護がつなく医療と暮らし～

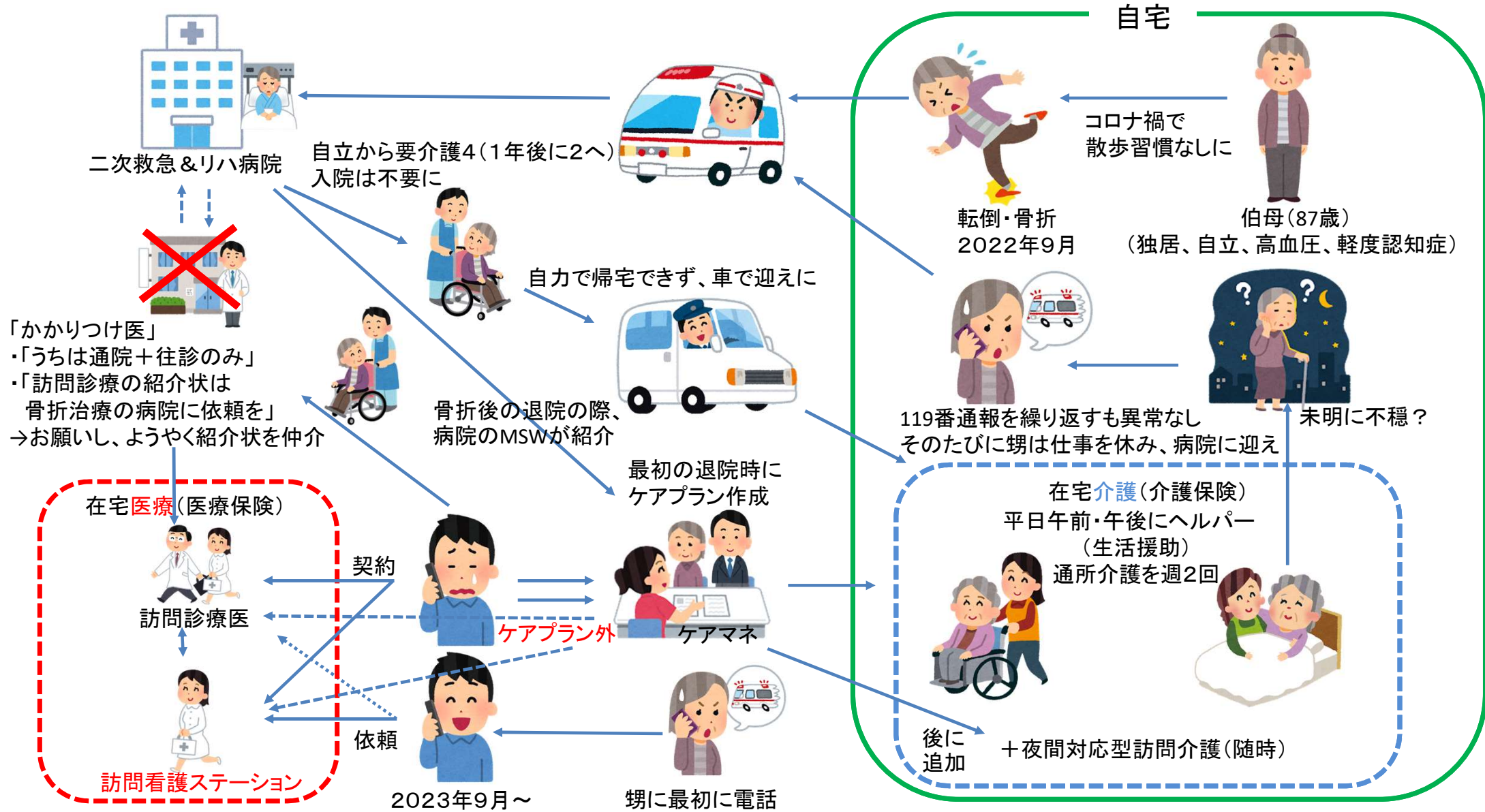
日本経済新聞社 東京本社 社会保障エディター

前村 聡

akiramaemura@gmail.com

執筆記事・活動実績 <https://www.nikkei.com/journalists/20011701>

【訪問看護ステーションにたどり着くまで1年を要した】



「診療報酬」「介護報酬」は2024年度が6年に1度の同時改定
→「医療保険」を議論する中医協ではどんな議論をしているのか？

1. 訪問診療・往診等について

- 1-1 これまでの議論について
- 1-2 患者の状態に応じた訪問診療について
- 1-3 在宅医療における24時間の医療提供体制の確保について

2. 訪問看護について

- 2-1 これまでの議論について
- 2-2 **医療ニーズの高い利用者**の退院支援について
- 2-3 集合住宅等における効率的な訪問看護等について
- 2-4 介護保険における訪問看護との制度上の差異について

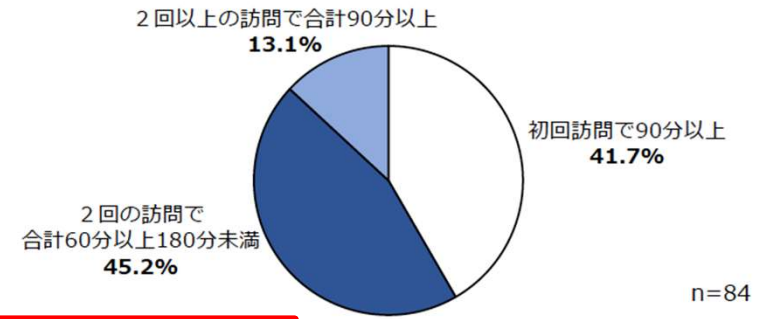
退院日当日の訪問看護の状況

- 退院日当日に2回以上の訪問看護を実施していた事業所は全体の14.5%であった。
- 2回以上の訪問で合計90分以上となっている利用者は13.1%であり、60分以上180分未満は45.2%であった。退院日に2回以上の訪問看護を実施した利用者は、別表第7該当が75.0%、別表第8該当が76.1%であり、末期を含む悪性腫瘍等の利用者が多かった。

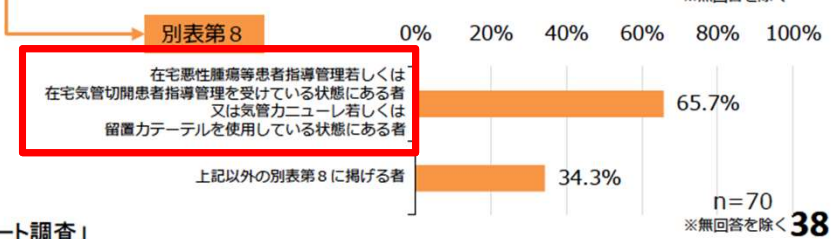
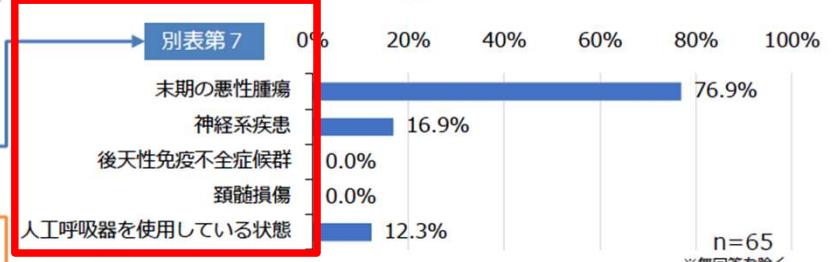
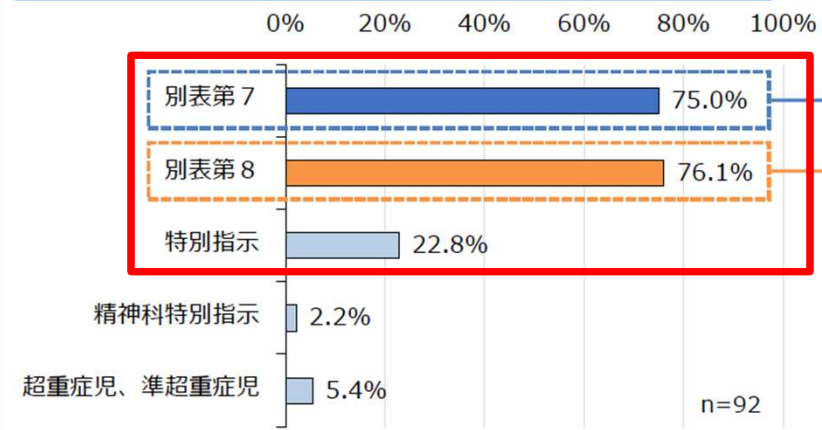
■ 退院支援指導を実施した事業所数・割合

	事業所数	割合
調査回答事業所	441	—
退院支援指導加算算定あり	272	61.7%
退院日当日に2回以上の訪問看護を実施	64	14.5% ※退院支援指導加算を算定した事業所に占める割合は23.5%

■ 訪問回数と合計訪問時間



■ 退院日に2回以上の訪問看護を実施した利用者の概況



出典:公益財団法人日本訪問看護財団「令和6年度報酬改定に関する緊急アンケート調査」

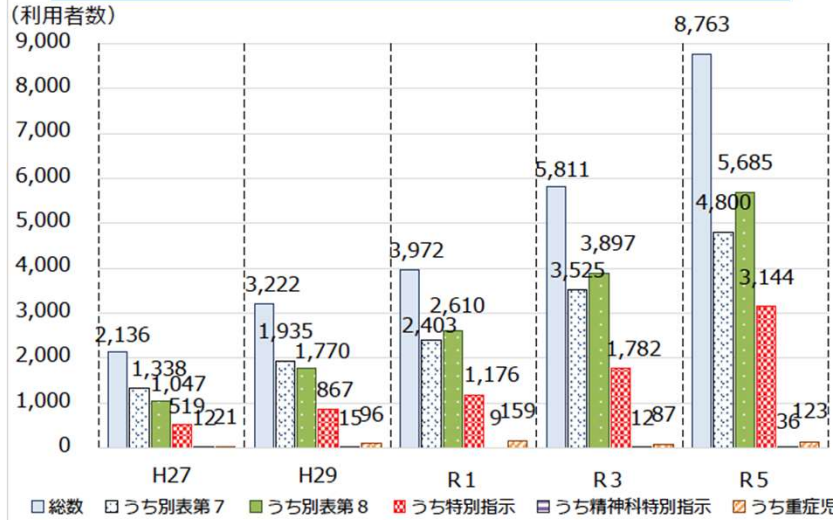
退院日当日の訪問看護

中医協 総-2
5. 7. 12改

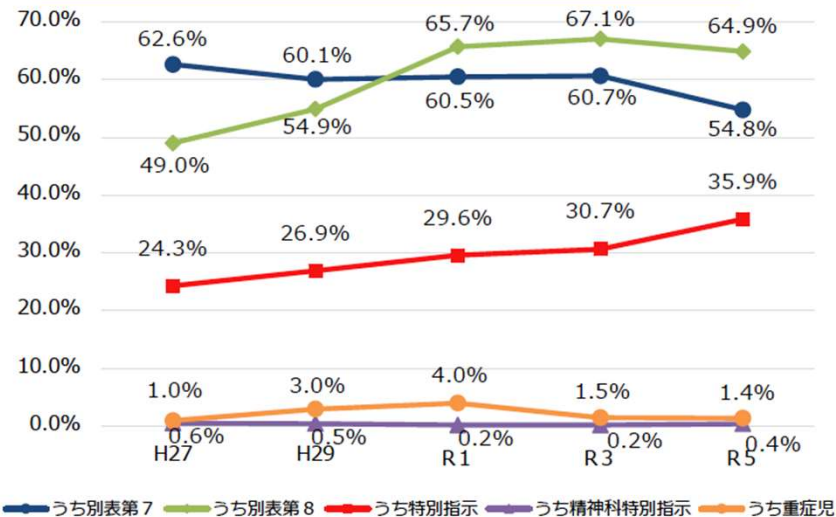
○ 退院日当日の療養上の退院支援指導の評価である退院支援指導加算を算定する利用者数は年々増加しており、退院支援指導加算を算定する利用者のうち、別表第8に掲げる者が最も増加傾向にある。

基本療養費／加算名	費用	算定対象	要件等
退院支援指導加算	6,000円 長時間にわたる療養上必要な指導を行った場合 8,400円	<p>【退院日に療養上の退院支援指導が必要な利用者】</p> <p>(1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者</p> <p>(2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者</p> <p>(3) 退院日の訪問看護が必要であると認められる者</p> <p>【長時間の訪問を要する者】(令和4年4月1日～)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・15歳未満の超重症児又は準超重症児 ・特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 ・特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 	退院支援指導を要する者が、保険医療機関から退院するに当たって、当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときは、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円(別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円)を加算する。

■ 退院支援指導加算の算定状況 (総数を除き重複あり)



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



出典: 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成(各年6月審査分より推計(令和5年6月審査分は速報値))

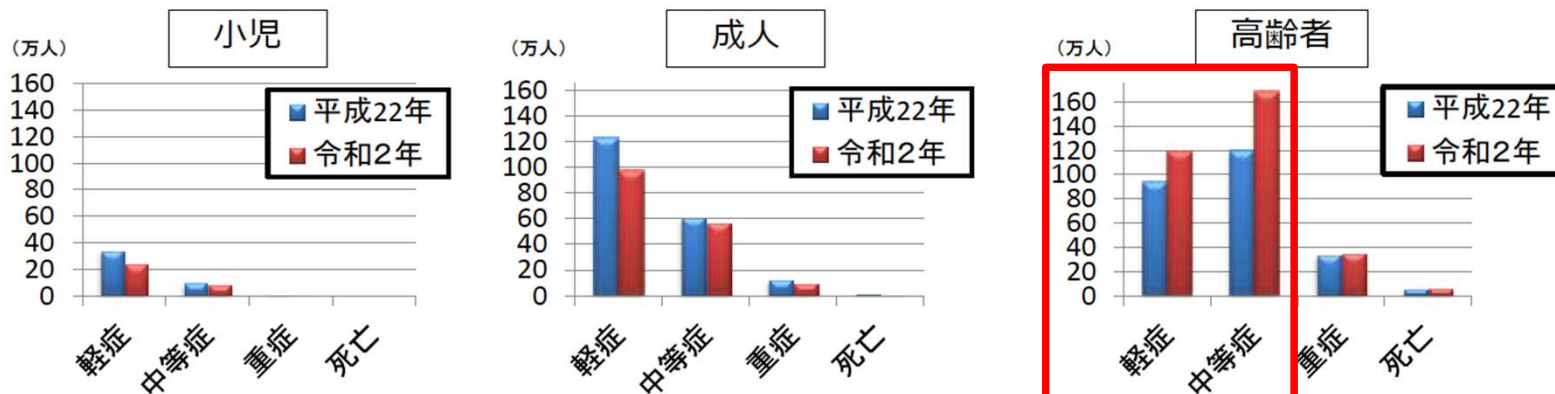
でも今後の問題は...

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症(長期入院)：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症(入院診療)：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症(外来診療)：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

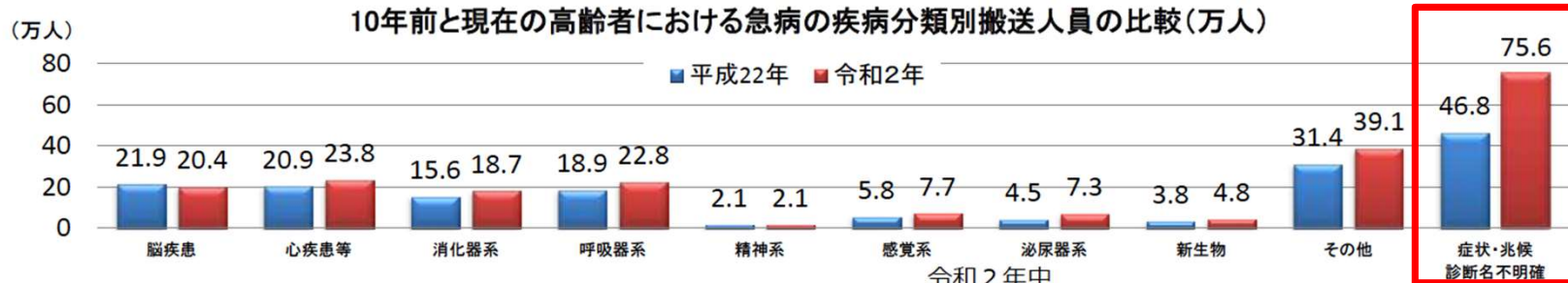
6

中央社会保険医療協議会 総会(2023年12月6日開催)
【総一1】個別事項(救急医療)を一部改変

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

第11回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年7月27日
資料 1

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

中央社会保険医療協議会 総会(2023年12月6日開催)
【総-1】個別事項(救急医療)を一部改変

しかし、中医協の議論では...

救急医療についての論点

【論点】

(救急医療における患者の病態に応じた効率的な医療の提供のための転院搬送について)

- 患者の病態に応じた効率的な医療を推進する観点から、救急医療機関等を受診後に他の医療機関でも対応可能な患者を転院搬送する取組に対する評価の在り方について、これまでの取組事例等を参考に、以下を要件とすることについてどのように考えるか。
 - 搬送元医療機関における救急搬送の受入実績が一定程度以上あること。
 - 搬送元の医療機関の救急外来から直接又は入院後速やかに転院搬送を行い、搬送先の医療機関に入院した場合を評価の対象とした上で、救急外来から直接転院した場合をより高く評価すること。
 - 搬送元医療機関において、受入先の候補となる各医療機関が受入が可能な疾患や病態について各医療機関や地域のMC協議会と協議を行った上で、候補となる医療機関を事前にリスト化しておくこと。
 - 搬送先からの相談に応じる体制及び搬送先で患者が急変した場合等に再度患者を受け入れる体制があること。
 - 転院先の医療機関等と定期的に救急患者の受入について協議を行うとともに、その際に搬送した患者のその後の診療経過について共有を受けていること。
 - 搬送元医療機関と搬送先医療機関が特別の関係にない場合に、診療報酬上の評価の対象となること。
- 急性期病棟から他の急性期病棟への転院については、搬送元医療機関に入院後速やかに行われた場合に限り、在宅復帰率の評価対象から除外することについてどのように考えるか。

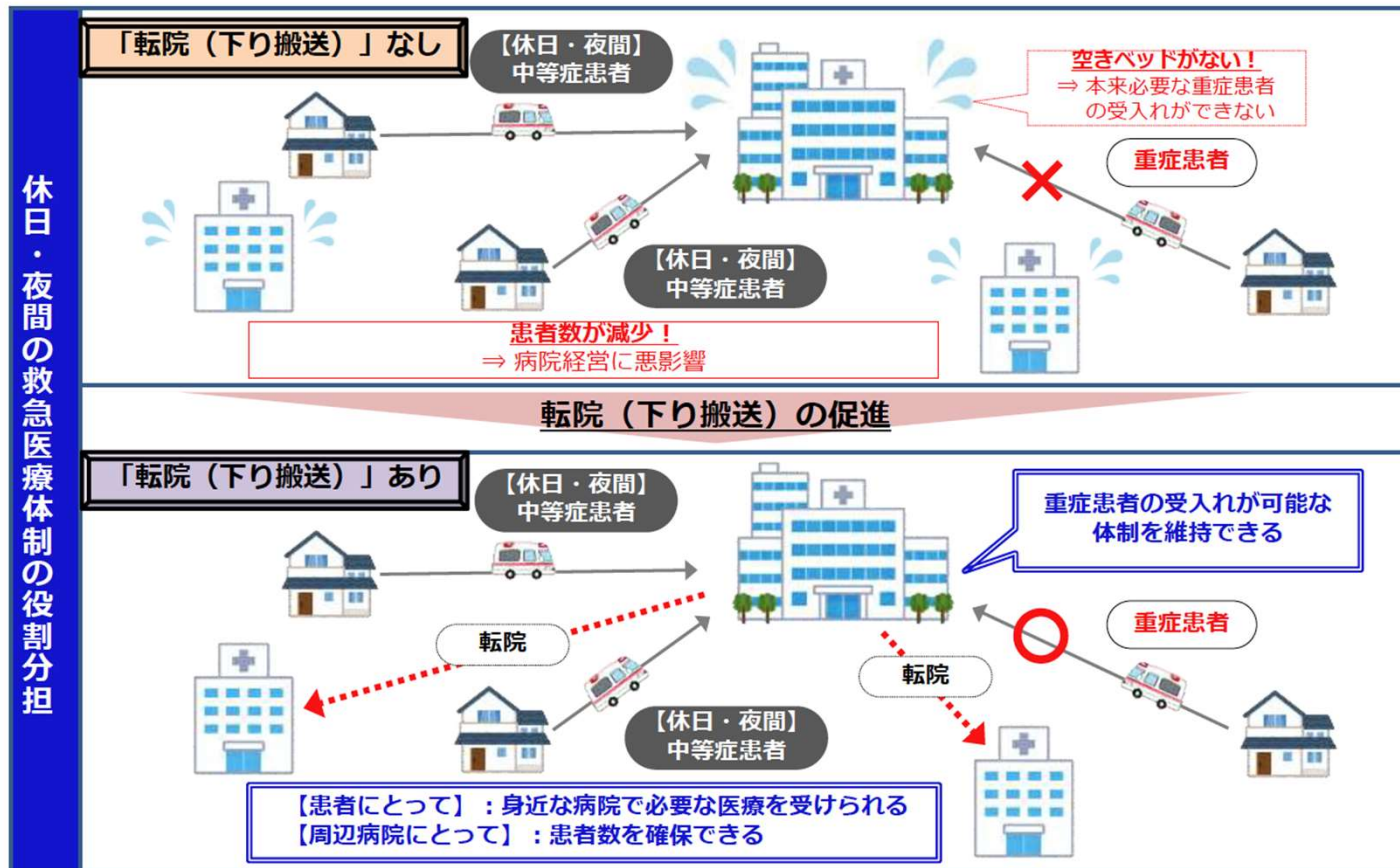
(救急医療管理加算について)

- 救急医療管理加算について、JCS 0の場合の「意識障害又は昏睡」、P/F比400以上やNYHA 1度の場合の「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」により算定する場合の評価についてどのように考えるか。
- 救急医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合が高い医療機関が存在することを踏まえ、「その他の重症な状態」の取扱いについてどのように考えるか。

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改変）

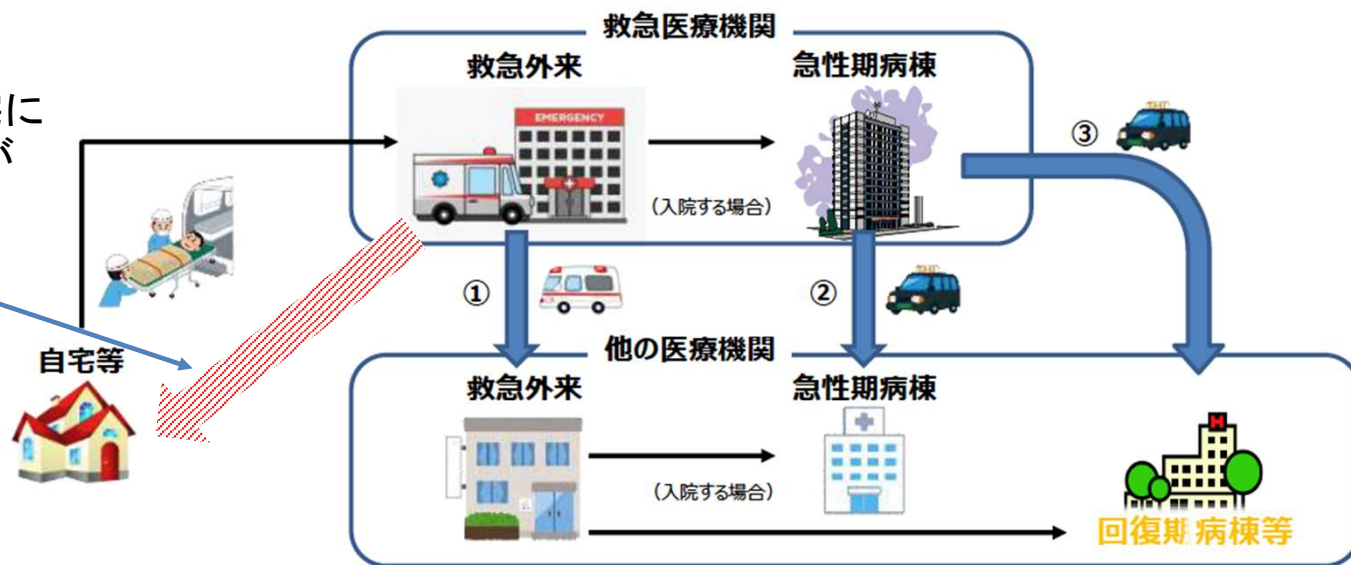
- 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。



急性期患者の転院搬送等に関する診療報酬上の主な評価

- 救急外来における初期対応後の他の急性期病院等への転院搬送については、医師が同乗して診療を行った場合に評価されており、看護師や救急救命士が同乗した場合には評価の対象となっていない。
- また、他の急性期病院で対応可能な患者を入院後早期に転院させた場合は、急性期病棟の施設基準のうち在宅復帰率が低下することとなる。

軽症ですぐに自宅に戻る高齢者対応が
抜け落ちている



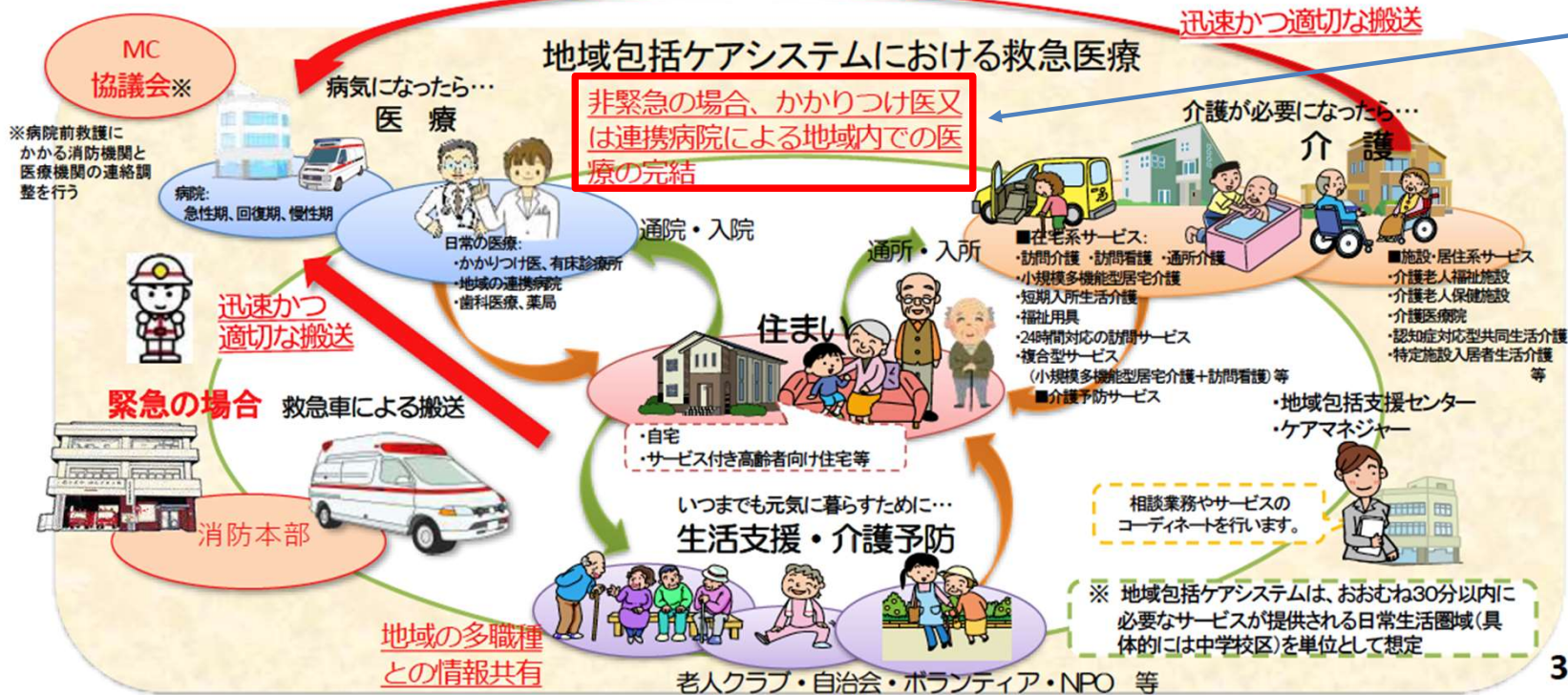
	①の場合	②の場合	③の場合
転院搬送元 における主な評価	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合） 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 入退院支援加算 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合） 	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供料 入退院支援加算 入院料の施設基準（在宅復帰率） 救急搬送診療料（医師が同乗して診療を行った場合）
転院搬送先 における主な評価	<ul style="list-style-type: none"> 夜間休日救急搬送医学管理料（第二次救急医療機関が夜間休日に受入を行った場合） 		<ul style="list-style-type: none"> 急性期患者支援病床初期加算（地域包括ケア病棟入院料の場合）

地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

- 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- 介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。

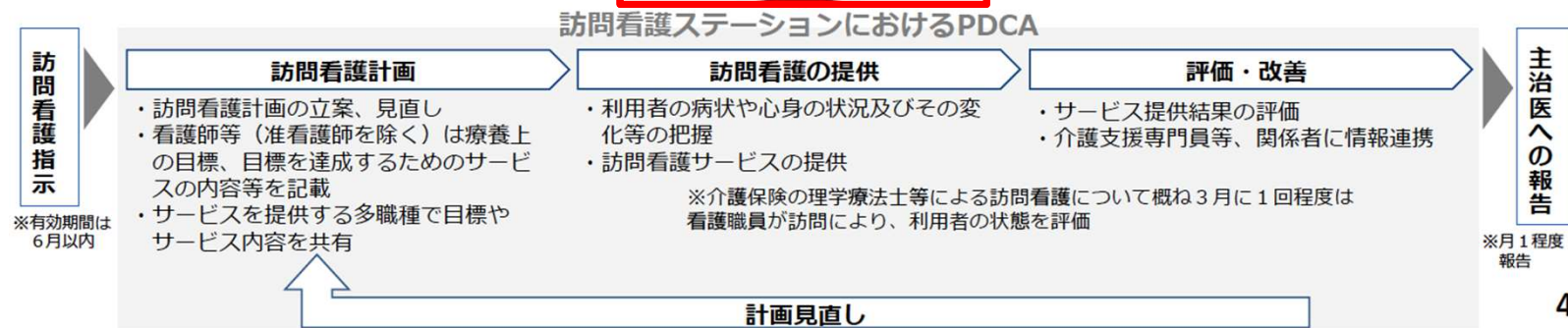
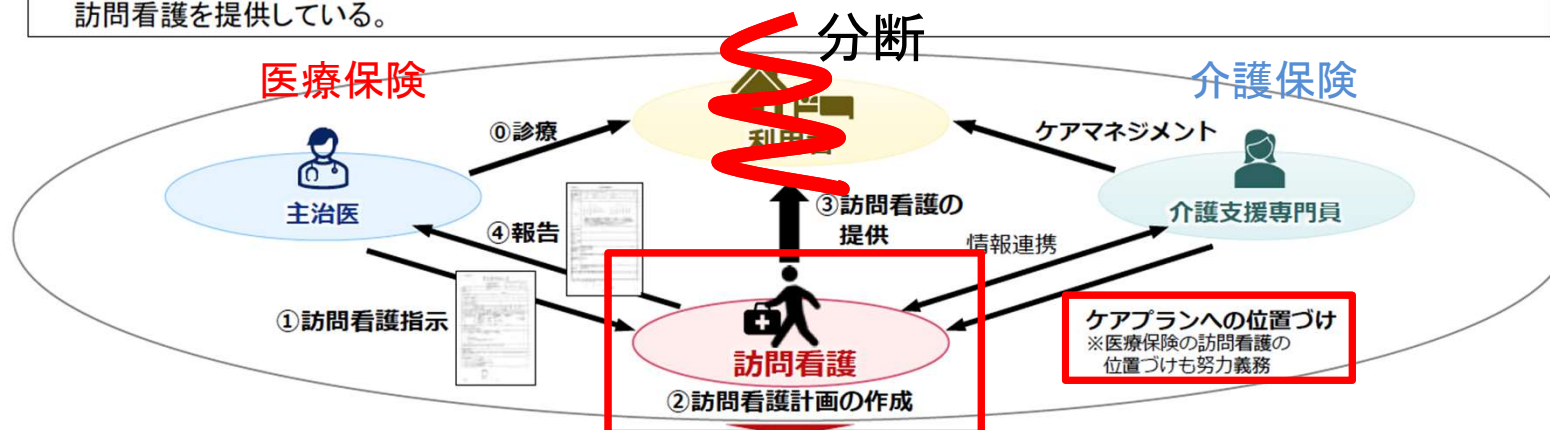
かかりつけ医と訪問看護STの役割が重要だが、不十分な地域が少なくない



訪問看護の提供

意見交換 資料-2参考
R 5 . 5 . 1 8

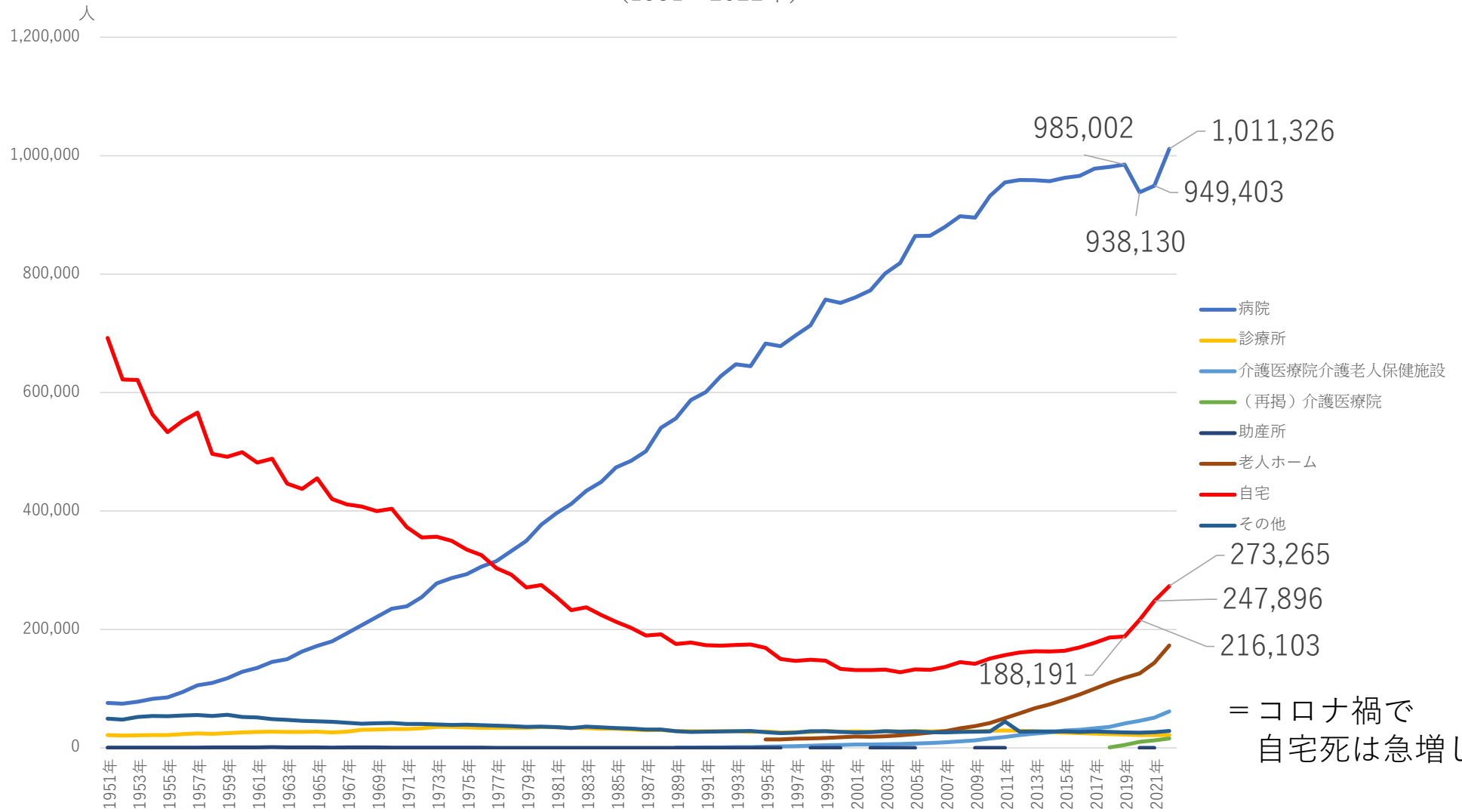
- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



→医療保険と介護保険をつなぐのは訪問看護！

中央社会保険医療協議会 総会
(2023年10月20日開催)【総一2】在宅(その3)を一部改変

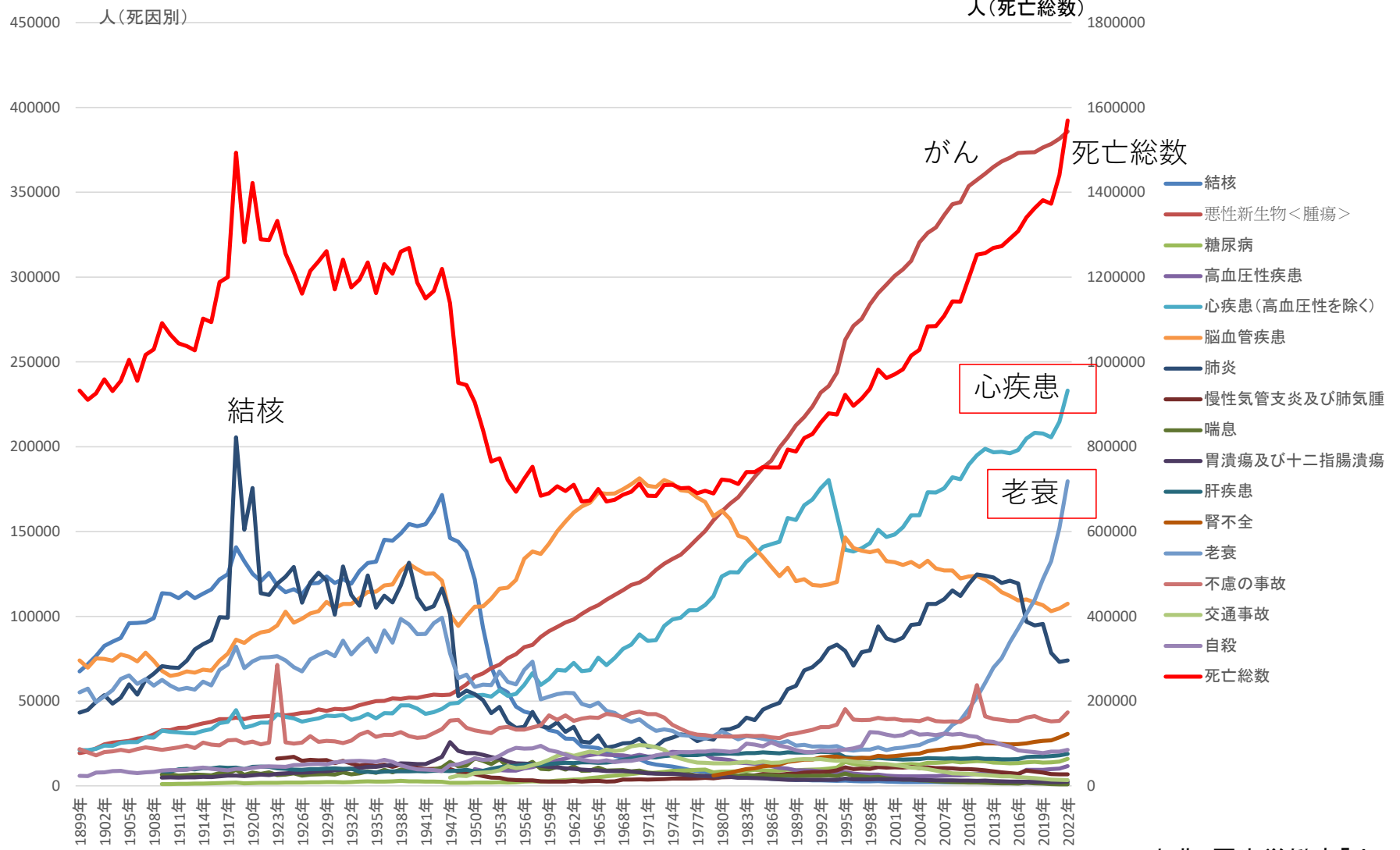
死因年次推移分類別の死亡数
(1951～2022年)



= コロナ禍で
自宅死は急増した

出典:厚生労働省「人口動態統計」

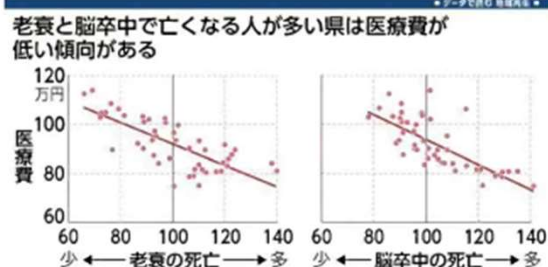
死因年次推移分類別の死亡数 (1898～2022年)



出典:厚生労働省「人口動態統計」

老衰＝自宅や高齢者施設で亡くなった場合に診断される
 病死＝病院で亡くなった場合は病名がつくことがほとんど
 →訪問診療医と訪問看護ステーションが十分に活用され、地域包括ケアが
 実態を伴えば、自宅などで最期を迎える「大往生」が増える

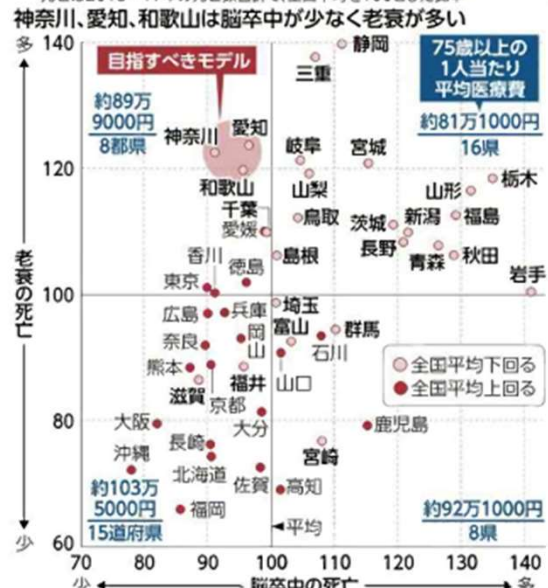
データで読む
地域再生



高齢化の進展で膨張が続く医療費。高齢者の幸福を追求しながらどう医療費を抑えていくかが大きな課題になっていく。社会保障のデータを読み解くと、脳卒中を減らしながら大往生となる老衰を増やす対策が重要となることが見えてきた。神奈川県、愛知など地域ぐるみの取り組みが一つのモデルとなる。（関連記事を地域経済面に）

国民医療費は2018年度は43兆4千億円で、10年で8兆円余り増えた。後期高齢者医療制度（3面きょうのこたば）の対象となる原則75歳以上の医療費は4割を占め、年代別で1人当たり医療費は92万6千円と最も高い。保険料以外に公費を投入し、国や都道府県の財政を圧迫する。政府は現役世代の負担軽減のため75歳以上の医療費の窓口負担を1割から2割に増やす法案を今国会に提出したが、医療費の適正化も不可欠だ。日本経済新聞は47都道府県、全市区町村について75歳以上の1人当たり医療費（年齢調整済み）、死別の死亡数、健康や医療・介護に関する

（注）各都道府県の女性を対象。医療費は75歳以上1人当たり（2018年度）。死亡は2013～17年の死亡数合計で、全国平均を100とした比率



（注）死亡数は2013～17年の合計で、全国平均を100とした比率。厚生労働省が男女別に算出しており、平均寿命の長い女性を対象とした。男性も同様の傾向

大往生 医療費抑える

全国で格差最大40万円

約400項目のデータを分析した。医療費が最も低い岩手県は74万6千円、最も高い高知県は113万7千円で約40万円の開きがある。格差から課題が見えてくる。

病状数が多いと医療費が高くなる。必要度の低い入院や長期入院が増えるからだ。さらに75歳以上が1万人以上の407市区町村を分析すると、死因で老衰と脳卒中も多しと医療費が少ないう傾向がある。長野県は平均寿命が長く医療費が少ない。だが老衰とともに脳卒中も多い。最も医療費が低い岩手のほか、静岡や三重の各県も同じ傾向だ。突然死は医療費が少ないが、望ましい死とは言えない。

老衰死は高齢者で死亡の原因となる病気がなく、寿命を全うする例となる。都道府県別の散布図で横軸に脳卒中で亡くなる人の多さ、縦軸に老衰で亡くなる人の多さを取ると、左上が「脳卒中が少なく老衰が多い」目指すべき地域と言える。男女とも神奈川県、愛知、和歌山が左上に入り、75歳以上の1人当たり医療費は全国平均より低い。「じっと家にいないことが健康長寿の秘訣」。老衰が全国平均より男女とも1.4倍程度多い神奈川県茅ヶ崎市に住む90代の男性は笑う。同市は75歳以上の医療費が全国平均より約13万円低い。かかりつけ医がいる高齢者

モデルは神奈川県、愛知、和歌山



スマートフォンでQRコードを読み込むと、電子版ビジュアルデータ「じつとこクリック」をご覧いただけます。

は9割で、在宅医療を支える診療所が多い。日常生活の延長で自宅などでみとる体制が根付いている。同じ湘南地域の藤沢市も老衰は多く医療費も10万円超低い。湘南地域は高齢社会のモデルになる。

愛知は県内市町村の8割で老衰が全国平均より多い。豊田市では中学校区ごとに保健師を配置。健康データを分析し、野菜を多く使う料理法の教室やラジオ体操などを展開した結果、野菜摂取量は増え血圧の平均値も低下した。

高知県は老衰が少ない。病床数は全国最多で、最も医療費を費やしながら健康長寿につながっていない。福岡県は脳卒中、老衰とも少ない。医療費は高知に次ぐ2番目で在宅医療のあり方が課題だ。医療費が低い地域は高齢者の就業率が高く、保健師などの地域ぐるみで健康管理することが突然死を減らし医療費も抑え、老衰による最期を迎える高齢者が増える「大往生社会」に近づけるカギとなる。（社会保障エディター 前村 聡、地域再生エディター 桜井 佑介、瀬口 威弘）

コメント

- 高齢者が病院を退院した際、窓口となるのはケアマネジャーが中心だが、介護保険中心で医療保険の利用は壁がある
- 介護保険の場合、要介護度が低いとヘルパーが中心となり、本人や家族は訪問看護ステーションは利用しにくい
- 医療保険、介護保険の知識を持ち、駆使できる家族は少ない
→訪問看護ステーションは利用者が直接利用しにくい

- 急増している軽症（&中等症）の高齢者の救急搬送や在宅への退院を入り口に、退院を支援する病院がケアマネだけでなく、訪問診療医や訪問看護ステーションも連携に加わりやすい仕組みが必要ではないか
- 退院後に在宅へ移行した「入り口」から訪問診療医と訪問看護ステーションが関わることで、「最期は自宅で」という望みを叶えやすくなるのではないか