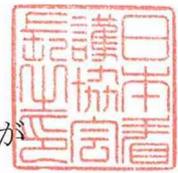


平成 25 年 6 月 11 日

厚生労働省 保険局長
木 倉 敬 之 殿

訪問看護推進連携会議
公益社団法人 日本看護協会
会 長 坂 本 すすが



公益財団法人 日本訪問看護財団
理事長 清 水 嘉 与 子



一般社団法人 全国訪問看護事業協会
会 長 長 沼 明



平成 26 年度診療報酬改定に関する要望書

本格的な少子高齢社会・多死社会の到来を前に、国民の安全・安心な在宅療養環境を確保するため、訪問看護サービスの機能拡充と基盤強化が求められます。

地域包括ケアシステムの中で訪問看護が十分に役割を発揮し、高齢者の生活の場での療養を支えて行けるよう、下記の事項についてご検討ならびにご配慮をお願い申し上げます。

重点要望

1. 地域における看取りや 24 時間対応を積極的に行い、他職種・他機関との連携や、人材育成において基幹的な役割を果たす訪問看護ステーションを、「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)として評価すること。
2. 退院後の円滑な在宅移行や在宅療養の継続、看取りを支えるため、訪問看護による適時適切なサービス提供が可能な仕組みを整備すること。
3. 地域包括ケアシステムの推進に向け、地域における医療と介護の連携、看一看護連携の仕組みを強化すること。
4. 精神科訪問看護の報酬体系について、利用者の地域生活移行・地域定着に資する訪問看護を提供できるよう、実態に応じた見直しを行うこと。

1. 地域における看取りや 24 時間対応を積極的に行い、他職種・他機関との連携や、人材育成において基幹的な役割を果たす訪問看護ステーションを、「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)として評価すること。

【説明】

国民が在宅で最期まで安全・安心な療養生活を続けられるよう、地域の訪問看護には、24 時間対応や重度化・看取りへの対応ができる安定的なサービス提供体制が求められる。

現状では、全国に約 7,000 ケ所ある訪問看護ステーションのうち、約半数は看護職員 5 人未満の小規模事業所であり、少人数での 24 時間対応や看取り、職員の人材育成に苦慮している事業所が多い。地域包括ケアシステムの構築に向け、大規模な訪問看護ステーションが「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)として、夜間や重度者対応における他事業所への支援や人材育成の機能を担う体制が今後必要と考えられる。

そこで、地域における基幹的な役割を果たすための要件として、24 時間対応体制、看取り件数、サービスを安定的に提供しうる看護職員配置、在宅療養支援診療所等との連携、地域の専門看護師・認定看護師等との連携体制、研修の実施、地域の住民や事業者に対する相談支援体制等の機能を備えた「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)の類型を創設し、評価することを要望する。

2. 退院後の円滑な在宅移行や在宅療養の継続、看取りを支えるため、訪問看護による適時適切なサービス提供が可能な仕組みを整備すること。

1) 特別訪問看護指示書を月 2 回まで発行できる対象に①非がん疾患によるターミナル期、②開放性の創傷(熱傷、壊疽など)を追加すること。

【説明】

特別訪問看護指示書は、気管カニューレを使用している状態にある利用者および真皮を超える褥瘡の状態にある利用者に関り月 2 回まで交付可であり、それ以外の疾患・状態については月 1 回までとなっている。

週 3 日以上訪問看護提供が可能な対象者要件に該当せず、訪問看護ステーションが対応に苦慮しているケースとして、非がん疾患によるターミナル期の利用者がいる。がんターミナルに比べ、非がん疾患のターミナル期は予後予測が困難であり、状態に応じ訪問看護による適時適切な疼痛緩和や呼吸ケアが重要であるが、現行では特別訪問看護指示書は月 1 回までの交付に限られており、看取りに際して頻回な訪問ができなくなる場合がある。

また、熱傷や壊疽等の開放性創傷がある利用者に対しては、感染予防や疼痛緩和のケアのために頻回な訪問看護が必要となる場合があるが、同じく、現行制度下では特別訪問看護指示書の交付は月 1 回までに限られている。

以上のことから、特別訪問看護指示書が月 2 回まで交付可能な疾患・状態像に、①非がん疾患によるターミナル期の状態、②熱傷・壊疽等の開放性創傷を追加するよう要望する。

2)退院時共同指導加算について、退院後の訪問看護につながらなかった場合も算定可能とすること。

【説明】

「退院時共同指導加算」は、訪問看護ステーションの看護師等と入院施設の医師、看護師等が、退院後の在宅療養についての指導を共同で行った場合、退院日翌日以降の訪問看護初日の管理療養費に対して加算される。

しかしながら、在院日数短縮化や本人・家族の在宅看取りの希望により、重症度に関わらず退院し短期間で死亡・再入院等となった場合、その後の訪問看護につながらないため、退院時共同指導に係る労力・時間が必ずしも評価されない状況にある。

以上のことから、「退院時共同指導加算」の算定要件を見直し、特別な事由がある場合は退院後の訪問看護の提供に関わらず適切に評価することを要望する。

3)医療機関からの退院当日に複数回の訪問看護を実施した場合に、訪問回数に応じた評価を行うこと。

【説明】

医療機関からの退院当日に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅療養上必要な指導を行った場合、「退院支援指導加算」を算定する。

退院当日は、在宅での療養環境の整備や家族への指導に加え、利用者の状態不安定等の理由で複数回の訪問を要する場合があるが、退院支援指導加算は 1 回(6,000 円)の算定に限られている。

以上のことから、円滑な在宅復帰支援に向けた退院当日の支援が適切に評価されるよう、訪問回数に応じて退院支援指導加算を算定可能とすることを要望する。

4)夜間・早朝訪問看護加算を、訪問回数に応じて算定可能とすること。

【説明】

「夜間・早朝訪問看護加算」は夜間(18時から22時)や早朝(6時から8時)に指定訪問看護を行った場合に、1日に1回まで算定可能となっている。

現状では、利用者や家族の求めに応じて、急性増悪や退院直後で状態が不安定等の事由で1日に複数回の夜間・早朝訪問を行う場合があるが、加算の算定は1回までに限られている。一方、介護保険における「夜間・早朝加算」は1回毎の算定となっており、医療保険と介護保険による評価の齟齬が生じている。

以上のことから、「夜間・早朝訪問看護加算」について、介護保険の「夜間・早朝加算」と同様に、訪問回数に応じて算定可能とすることを要望する。

3. 地域包括ケアシステムの推進に向け、地域における医療と介護の連携、看一看護連携の仕組みを強化すること。

1) 専門性の高い看護師による訪問看護師との同日訪問を評価する訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）のハ」等について、算定対象を拡大すること。

【説明】

平成 24 年度診療報酬改定において、「訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）のハ」および「在宅患者訪問看護・指導料 3」として、悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の訪問に対する評価が新設された。がん緩和ケアや褥瘡ケアの高い専門性を持つ看護師と、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションの看護師が共同して同日訪問を行うことにより、地域の訪問看護の質と効率性の上げが期待される。

今後はより多様な年齢・疾患・状態像の在宅療養者を支える観点から、がん緩和ケアと褥瘡ケア以外の領域においても、地域で専門性の高い看護師の活用を推進することが必要である。

したがって、「訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）のハ」等の対象となる疾患・状態像を拡大し、ストーマケア、認知症ケア、精神科領域、感染管理、NICU 退院児等について、算定可能とすることを要望する。

2) 訪問看護利用者の入院・入所先に訪問看護ステーションが看護情報を提供した場合に、「訪問看護情報提供療養費（Ⅱ）」として評価すること。

【説明】

訪問看護ステーションでは利用者が入院・入所する場合に、訪問看護の経過等に関してサマリーを保険医療機関等へ提供しており、退院後の在宅復帰を見越した円滑な入院の支援と医療機関間の地域連携を担っている。

訪問看護ステーションからの情報提供については、利用者の居住する市町村や保健所等に訪問看護に関する情報を提供した場合に、「訪問看護情報提供療養費」として評価されている。一方で、市町村等との連携と同様に、円滑な在宅復帰支援のために必須となる入院・入所先への情報提供については、現状では何ら評価がなされていない状況である。

以上のことから、訪問看護ステーションから利用者の入院・入所先の保険医療機関等に情報提供を行った場合に、「訪問看護情報提供療養費（Ⅱ）」としてあらたに評価することを要望する。

3) 介護職員による喀痰吸引を行う訪問介護事業所等と連携し、支援や助言を行う訪問看護ステーションに対して評価を行うこと。

【説明】

平成 24 年度より、所定の研修を修了した介護職員等による喀痰吸引や経管栄養の実施が可能となった。訪問看護ステーションが訪問介護事業所等と連携し、介護職員

等による喀痰吸引等の安全な実施のために支援や助言を行った場合、介護報酬上では「看護・介護職員連携強化加算」として評価されている。

しかし、対象者が医療保険による訪問看護を利用している場合は、上記の加算に相当する評価はない。例えばALSやパーキンソン病など「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する在宅療養者や、重症心身障害児の喀痰吸引について、訪問看護ステーションが介護職員等への助言や実施状況の確認を行っても、何ら報酬上では評価されていない状況である。

在宅療養児・者の安全な療養環境を整備するためにも、介護報酬との齟齬を改善し、診療報酬上でも「看護・介護職員連携強化加算」と同等の評価を設けるよう要望する。

4. 精神科訪問看護の報酬体系について、利用者の地域生活移行・地域定着に資する訪問看護を提供できるよう、実態に応じた見直しを行うこと。

1) 複数名精神科訪問看護加算について、同行者や訪問時間による算定制限を見直すこと。

【説明】

保健師又は看護師が他の保健師等と同行訪問した場合には「複数名精神科訪問看護加算」が算定できるが、同行者が看護補助者又は精神保健福祉士の場合は、週1回の回数制限が設けられている。また、30分未満の短時間訪問については、複数名訪問看護加算の算定は認められていない。

病状が重篤または不安定な利用者や、暴力行為やセクシュアルハラスメントがある利用者に対しては、安全性の確保や効率的なケアの実施のため、同行者の職種や訪問時間の長短を問わず、複数名による訪問が有効な場合がある。

以上のことから、複数名精神科訪問看護加算の算定要件を見直し、同行者の職種や訪問時間の長短を問わず、訪問回数に応じた算定が可能となるよう要望する。

2) 精神科訪問看護における24時間対応体制加算の報酬を引き上げること。

【説明】

精神科訪問看護は、定期訪問以外に電話対応や緊急訪問の要請が多く、24時間365日の対応体制が求められる。また、利用者のその日の状態によって定期訪問のキャンセルや拒否が発生することがあり、予定外の事態に対応するための労力・時間に比して、報酬上の不採算性が大きいという問題がある。

以上のことから、精神科訪問看護の精神科訪問看護基本療養費を算定する対象者について、24時間対応体制加算の報酬を引き上げることがを要望する。

3)精神科訪問看護基本療養費の加算として「複数回訪問加算」を設置すること。

精神科以外の訪問看護では、「基準告示第2の1」に規定する疾病等（別表第7、第8）の利用者及び特別訪問看護指示書を交付された利用者に対し、1日複数回の訪問を実施した場合、「難病等複数回訪問加算」（1日3回まで）を算定できる。

一方、精神科訪問看護基本療養費の加算には「難病等複数回訪問加算」に相当する評価はない。そのため、病状不安定等の理由で「特別訪問看護指示書」が交付され、1日複数回の訪問看護を実施した場合に、それに係る労力・時間が適切に評価されない現状にある。

以上のことから、精神科訪問看護においても、特別訪問看護指示書等による1日複数回訪問の実施について、「難病等複数回訪問加算」と同等の評価を行うよう要望する。