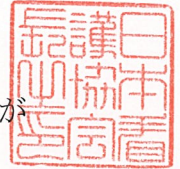


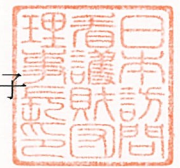
平成 27 年 7 月 10 日

厚生労働省
保険局長 唐 澤 剛 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 伊 藤 雅 治



平成 28 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、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. 年齢や疾患にかかわらず、住み慣れた地域や家庭的な環境のもとで療養を継続できるよう、ライフステージに応じた訪問看護提供体制の拡充を図られたい。
2. 訪問看護の安定的な提供体制整備に向け、機能強化型訪問看護ステーションの設置促進や訪問看護周辺業務の効率化に向けた取り組みを支援されたい。
3. 医療機関と訪問看護ステーションの連携により、退院後の在宅療養や外来通院時において切れ目ない支援体制を構築する取り組みを評価されたい。

1. 年齢や疾患にかかわらず、住み慣れた地域や家庭的な環境のもとで療養を継続できるよう、ライフステージに応じた訪問看護提供体制の拡充を図られたい。

(1)重症度の高い小児への訪問看護の充実

小児に対応可能な訪問看護ステーションを拡充し、NICU 退院児等の重症度の高い小児の円滑な在宅療養移行および継続を支えるため、小児版の「機能強化型訪問看護ステーション」を評価すること

【要望の趣旨】

周産期医療の進歩に伴い、超低出生体重児や重症新生児の救命率が改善される一方で、医療機関退院後の在宅サービス等の受け皿は不足しており、NICU に長期入院する児が増加傾向にある。

重症児の NICU 退院から在宅療養へのスムーズな移行支援、医療的ケアや療養相談の 24 時間対応、育児支援等において訪問看護が果たす役割は大きく、近年医療保険の訪問看護を受ける小児（0～9 歳）の利用者数は増加傾向にある。しかし、小児の受け入れ体制のある訪問看護ステーション数はまだ少なく、18 歳以下の利用者割合が 0% というステーションが 47.4% に上っている※。

小児の在宅療養においては、児の発達段階に応じて医療保険のサービスの他、障害者総合支援法・児童福祉法に基づく障害福祉サービスや市町村の子ども・子育て支援制度など、多職種・多機関との連携調整が不可欠である。小児の場合、介護保険のケアマネジャーに相当する調整機能を担う職種が定められておらず、これらの連携・調整業務を訪問看護ステーションが担っている。

また、小児訪問看護の実績のあるステーションでは、地域の医療職に向けた講習会や、ステーションでの研修受け入れ等を通じ、小児訪問看護のノウハウの普及に寄与している。こうしたステーションの教育機能を活用し、小児に対応可能な訪問看護ステーションの数・質の向上を図っていくことが必要である。

以上のことから、小児訪問看護の受け入れ体制と教育機能を備えた訪問看護ステーションを、小児版の機能強化型訪問看護ステーションとして評価されたい。具体的には、利用者総数に占める小児の利用者数が一定以上で、かつ外部に向けて小児訪問看護の講習会や研修等の実績がある訪問看護ステーションについては、これらの機能を、現行の機能強化型訪問看護ステーションの算定要件「ターミナルケア療養費（加算）の件数」に読み替えて評価できるよう、要件を見直すことを要望する。

※全国訪問看護事業協会「医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査報告書」（平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業）

(2)訪問看護の提供の場の拡大

特別養護老人ホームや居住系サービスにおける医療ニーズ対応、夜間・緊急対応体制を強化するため、外部からの訪問看護サービス導入について、対象となる疾患や状態像を拡大すること

【要望の趣旨】

「終の棲家」の役割を果たす特別養護老人ホームや、認知症グループホーム、特定施設入居者生活介護等では入居者の重度化が進み、医療ニーズ対応や夜間・緊急対応の強化が求められている。

しかしながら、全ての特養や居住系サービスが内部の体制として医療職を必要時に配置することは困難であり、また「生活の場」に濃厚な医療提供体制は不要である。夜間の救急搬送や「看取り」のための入院を減らし、生活の場での療養を継続するため、今後は必要に応じて適時適切に外部から訪問看護サービスを導入できる体制を整備すべきである。

以上のことから、現行制度では、特養において末期がんや精神科訪問看護の場合のみ、認知症グループホームにおいて末期がん等の厚生労働大臣が定める疾病や精神科訪問看護、(精神科) 特別訪問看護指示書の場合にのみ医療保険適用が認められている「訪問看護の導入」について、対象となる疾患や状態像を拡大することを要望する。

(3)人生の最終段階における意思決定支援の体制整備

人生の最終段階における在宅医療の提供について、訪問看護師が主治医等と連携のもと、利用者およびその家族等の意思決定支援や関係者間の調整を行った場合に、「意思決定支援療養費」(仮称)として評価すること

【要望の趣旨】

訪問看護師は、医療処置対応のみならず、看護の一環として療養環境の調整や家族等の関係者との連絡調整も行い、人生の最終段階における在宅療養について患者や家族等の相談にのっている。症状の変化等で患者や家族の気持ちが揺れ動いた場合にも、患者の意思を尊重した医療提供について関係者の合意形成を図ることができる。

そこで、訪問看護師が主治医を中心とした多職種と連携し、患者や家族等の意思決定支援や関係者間の調整を行った場合に、「意思決定支援療養費」(仮称)として評価することを要望する。

2. 訪問看護の安定的な提供体制整備に向け、機能強化型訪問看護ステーションの設置促進や訪問看護周辺業務の効率化に向けた取り組みを支援されたい。

(1) 訪問看護の安定的な提供体制整備に向けた業務効率化の推進

訪問看護ステーションにおいて、事務職員の配置およびICTの活用により訪問看護に係る書類作成等の周辺業務の効率化を図った場合に、「事務処理体制強化加算」(仮称)として評価すること

【要望の趣旨】

訪問看護ステーション数は平成 24 年改定以降増加傾向にあり、平成 26 年 4 月現在約 7,500^{※1}に上る。一方で、1ステーションあたりの従事者数(常勤換算)「5人未満」の小規模ステーションが 66.3%^{※2}となっており、大規模化により安定的な提供体制を整備することが今後の課題である。

小規模ステーションでは、訪問看護サービスに付随する書類作成、連絡調整などの周辺業務も含めて看護職員が実施していること、あるいは I C T の導入が進んでいないことにより、看護職員が訪問看護業務に専念できる体制になっていないという指摘がなされている。事務職員の配置および I C T の活用により周辺業務の効率化を図ることで、看護職員が訪問看護に集中でき、サービスの提供量拡大が可能となる。

以上のことから、1) 事務職員の配置、2) I C T の体制整備(訪問先でのタブレット端末活用等による看護職員の事務負担軽減、利用者のサービス履歴や職員の出退勤管理の I C T 化による管理者の事務負担軽減等)により訪問看護の周辺業務の効率化を実施した場合に、「事務処理体制強化加算」(仮称)として評価することを要望する。

※1 厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査

※2 全国訪問看護事業協会「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業」(平成 25 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

(2) 訪問看護の 24 時間対応体制の拡充

訪問看護の 24 時間体制評価を「24 時間対応体制加算」に一本化するとともに、評価を引き上げる

【要望の趣旨】

診療報酬における訪問看護の 24 時間体制評価は「24 時間対応体制加算」(電話連絡に 24 時間対応でき、必要に応じ緊急訪問ができる体制)と「24 時間連絡体制加算」(電話連絡に 24 時間対応できる体制)の 2 段階に分かれており、平成 26 年 3 月時点での算定割合は「24 時間対応体制加算」76.2%に対し、「24 時間連絡体制加算」9.3%、「いずれも算定なし」が 14.5%となっている^{*}。

医療ニーズの高い在宅療養者への安定的な訪問看護提供体制を確保するため、今後は 24 時間の「連絡体制」にとどまらず、「対応体制」の取れるステーションを増やすことが重要である。

以上のことから、24 時間連絡体制加算については経過措置を設けて一定期間後に廃止するとともに、24 時間対応体制加算(現行 5,400 円)の評価を引上げ、訪問看護の 24 時間対応の拡充を図ることを要望する。

※全国訪問看護事業協会「訪問看護の質の確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業」報告書(平成 25 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

(3)機能強化型訪問看護ステーションの算定要件緩和

訪問看護ステーションが、①在宅末期総合診療料を算定する医師との連携による看取りや、②認知症グループホーム入居者の看取りを実施した場合についても、ターミナルケア療養費(ターミナルケア加算)の算定実績と同等に評価し、機能強化型訪問看護ステーションの算定要件として認めること

【要望の趣旨】

平成 26 年度改定で創設された機能強化型訪問看護ステーションの算定にあたっては、看取りの実績を示す要件として、ターミナルケア療養費および介護保険のターミナルケア加算の年間合計算定件数が定められている（機能強化型Ⅰ：20 件以上、機能強化型Ⅱ：15 件以上）。

現行の看取り実績は、訪問看護ステーション自身がターミナルケア療養費（加算）を算定したケースに限られるため、実際に訪問看護ステーションがターミナルケアを実施した利用者であっても、連携先の医師が「在宅がん医療総合診療料」を算定している場合、訪問看護ステーションはターミナルケア療養費（加算）を算定できず、看取りの実績としてカウントできない。また、認知症グループホームや特別養護老人ホームと連携して入居者のターミナルケアを実施する場合、グループホームや特養の「看取り介護加算」（介護保険）と訪問看護ステーションのターミナルケア療養費はどちらか一方しか算定できない定めとなっており、施設側で加算を取得した場合は、訪問看護ステーションの看取りの実績としてカウントできない。このため、実際のターミナルケアの実施状況に比べ加算の算定件数が少なくなり、機能強化型の要件を満たせない訪問看護ステーションがある。

上記のような複数サービスの連携によるターミナルケアの実施は、在宅・介護領域ではごく当たり前であり、ターミナルケア療養費（加算）の算定につながらなくても訪問看護は看取りにおいて役割を果たしている実態がある。

以上のことから、訪問看護ステーションが①在宅がん医療総合診療料を算定する医師や、②看取り介護加算を算定する認知症グループホーム等と連携して看取りを実施した場合も、ターミナルケア療養費（加算）の算定実績と同等に評価し、機能強化型ステーションの算定要件として認めることを要望する。

3. 医療機関と訪問看護ステーションの連携により、退院後の在宅療養や外来通院時において切れ目ない支援体制を構築する取り組みを評価されたい。

(1) 末期がん患者の外来受診時における医療機関と訪問看護の共同指導に対する評価

末期がん患者が外来通院でがん化学療法等を受療する際に訪問看護師が同行し、在宅での服薬指導や副作用対策等について、医療機関の医師等と共同指導を行った場合に、「外来受診時共同指導加算」(仮称)として評価すること

【要望の趣旨】

がん化学療法等で外来通院しながら在宅療養する末期がん患者への訪問看護においては、主治医の指示、服薬管理、副作用対策、精神的ケアなど医療機関との緊密な連携が必要である。訪問看護師は必要に応じ外来受診に同行して医療機関と情報共有し、在宅での療養環境の調整や家族への説明を行っている。また、日常的に患者に接している訪問看護師は、患者の症状変化や悩み・不安を把握しており、外来受診同行時に、症状の説明や現在の悩み・不安、今後患者が望む治療などについて医師に適確に伝えるためのサポート役を果たしている。

以上のことから、訪問看護師が末期がん患者の外来受診に同行し、医療機関の医師等と連携して指導・支援にあたった場合に「外来受診時共同指導加算」(仮称)として評価することを要望する。

(2) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する医療機関と連携する訪問看護ステーションへの評価

訪問看護師が、在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する医療機関の医師・看護師と、カンファレンスや外来受診・患家訪問同行等により連携し、褥瘡ケアにあたった場合に「褥瘡管理共同指導加算」(仮称)として評価すること

【要望の趣旨】

平成 26 年度改定で創設された「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の算定医療機関と連携している訪問看護ステーションは、情報共有や処置内容の確認のため、患家訪問や外来受診時に同行したり、評価カンファレンスに出席する等の対応を行っているが、現状では訪問看護ステーションがこれらの連携協働に要する時間・労力については評価がなされていない。

訪問看護師が在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する医療機関の医師・看護師とカンファレンス等で連携した場合に、「褥瘡管理共同指導加算」(仮称)として評価することを要望する。