

平成 29 年 7 月 10 日

厚生労働省 保険局
局長 鈴木 康裕 殿

一般社団法人 全国訪問看護事業協会
会長 伊藤 雅治



平成 30 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。

退院後の円滑な在宅移行、中重度者や医療的ケア児の在宅療養の継続、在宅看取りを支えるため、訪問看護が適時適切に良質なサービスを提供できる仕組みの整備が必要です。

当協会ではこれまでに会員の訪問看護ステーション約 5,000 ヶ所に対し行ったアンケート調査と、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会からの要望書を受け、その内容を基に本要望書を作成しました。

「地域包括ケアシステム」の担い手として訪問看護が十分に役割を発揮し、すべての国民の生活の場での療養を支えていくことができるよう、次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。

平成 29 年 7 月 7 日

厚生労働省 保険局
医療課長 迫井 正深 殿

一般社団法人 全国訪問看護事業協会
会長 伊藤 雅治



平成 30 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。

退院後の円滑な在宅移行、中重度者や医療的ケア児の在宅療養の継続、在宅看取りを支えるため、訪問看護が適時適切に良質なサービスを提供できる仕組みの整備が必要です。

当協会ではこれまでに会員の訪問看護ステーション約 5,000 ヶ所に対し行ったアンケート調査と、神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会からの要望書を受け、その内容を基に本要望書を作成しました。

「地域包括ケアシステム」の担い手として訪問看護が十分に役割を発揮し、すべての国民の生活の場での療養を支えていくことができるよう、次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。

平成 30 年度診療報酬改定に関する重点要望事項

1. 質の高い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を図られたい

- (1) 認知症グループホーム等の看取り介護加算を算定する他施設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、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件として認めること

2. 医療ニーズの高い対象者が、本人の望む限り在宅での療養生活が可能になるよう、訪問看護のさらなる充実を図られたい

- (1) 特別訪問看護指示書が月 2 回発行できる対象者に「褥創以外の皮膚潰瘍等があり頻回な訪問が必要な利用者」を追加すること
- (2) 同一日に複数の訪問看護ステーションが緊急訪問した場合、訪問看護基本療養費と同等に評価をすること
- (3) 24 時間 365 日在宅療養者を支えるために、24 時間体制の評価を「24 時間対応体制加算」に一本化するとともに、評価を引き上げること

3. 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を図られたい

- (1) 訪問看護事業所において、事務職員の配置および I C T 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、「訪問看護事務作業補助体制加算」（仮称）として評価すること

4. 医療機関等と訪問看護事業所の連携により、在宅療養者を支援する切れ目のない体制作りを評価されたい

- (1) 特別の関係にある医療機関との加算等（訪問診療との同一日の計画訪問看護、退院時共同指導加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時カンファレンス加算）を算定可能とすること
- (2) 退院支援指導加算について訪問看護基本療養費と同等に評価し、他の加算を算定可能とすること
- (3) 入院・入所時の医療機関等への情報提供を評価すること
- (4) 在宅がん医療総合診療料を医療機関で算定した場合でも、直接訪問看護事業所に支払う仕組みに変更すること

5. 精神疾患の対象者が安心して継続的に在宅での療養生活が可能になるように訪問看護の充実を図られたい

- (1) 精神疾患の対象者に係る専門の研修を受けた看護師についても「悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアまたは褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問」と同様に報酬算定を可能にすること
- (2) 精神科重症者早期集中支援管理料を算定している者以外であっても、頻回な訪問が必要となる利用者については、退院後 3 ヶ月間に限り「精神科複数回看護加算」を算定可能とすること
- (3) 訪問看護師による医療機関への受診の同行に対する評価を新設すること
- (4) 電話相談についての評価を新設すること

6. 利用者にとってわかりやすい訪問看護制度にするために、加算等において介護保険との齟齬を解消していただきたい

- (1) 複数名訪問看護加算の算定回数の制限をなくし、要件に「身体的理由により訪問看護が困難と認められる場合」を追加すること
- (2) 看護・介護職員連携強化加算を医療保険でも算定できるようにすること
- (3) 長時間訪問看護加算の制限を緩和し、特別管理の状態の者および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についても週 3 回算定可能とすること

7. 訪問看護の提供の場を居宅だけではなく、地域に拡大していただきたい

- (1) 小児訪問看護において、保育園・幼稚園・学校等への訪問を報酬で評価すること

1. 質の高い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を図りたい

- (1) 認知症グループホーム等の看取り介護加算を算定する他施設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、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件として認めること

【説明】

機能強化型訪問看護管理療養費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算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、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、認知症グループホームや看護小規模多機能型居宅介護、ショートステイ（がん末期でショートステイ入所中に死亡した場合）と連携して入居者のターミナルケアを実施する場合、これらの他施設の「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、他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、機能強化型管理療養費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。

また、平成28年度の診療報酬改定において在宅がん医療総合診療料における看取りがターミナル件数に含まれ、超重症児・準超重症児の件数が要件に加わったが、平成28年度の調査^{*1}では、機能強化型管理療養費算定の妨げになっている要件は依然として「ターミナルケア件数」が70.2%と最も多かった。また、平成29年度に機能強化型訪問看護ステーション205カ所を対象に実施した調査^{*2}では、機能強化型1も機能強化型2もターミナルケア件数を算定要件としている事業所が60%以上であり、ターミナル件数が機能強化型管理療養費の算定の可否に大きく影響している。

以上のことから、訪問看護ステーションが、看取り介護加算を算定する他施設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、機能強化型訪問看護管理療養費の算定要件として認めることを要望する。

2. 医療ニーズの高い対象者が、本人の望む限り在宅での療養生活が可能になるよう、訪問看護のさらなる充実を図りたい

(1) 特別訪問看護指示書が月 2 回発行できる対象者に「褥創以外の皮膚潰瘍等があり頻回な訪問が必要な利用者」を追加すること

【説明】

褥瘡以外の皮膚潰瘍等とは、熱傷、難治性潰瘍、壊疽等の処置が必要な利用者を指すが、平成 29 年度に機能強化型訪問看護ステーション 205 カ所を対象に実施した調査^{*2}では、褥瘡以外の皮膚潰瘍等の処置を実施している利用者は 3.2%で、褥瘡の処置を実施している利用者 5.4%とほぼ同程度の利用者に対応していた。高齢者の熱傷や糖尿病患者の壊疽等は、真皮を超える褥瘡の状態にある利用者の創処置と同様に難治性でケアに手間がかかり、医学的なアセスメントと共に、状態に応じて訪問看護による適時適切な処置やケアが重要である。これらの利用者は頻回な訪問を必要とするが、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、必要な訪問が行えない場合がある。

以上のことから、褥瘡以外の皮膚潰瘍等の処置のために頻回な訪問が必要な利用者が、望む限り在宅での療養生活を継続できるためにも、特別訪問看護指示書を月 2 回発行できる対象にしていきたい。

(2) 同一日に複数の訪問看護ステーションが緊急訪問した場合、訪問看護基本療養費と同等に評価をすること

【説明】

難病等医療ニーズの高い在宅療養者が増加している昨今、訪問看護ステーションはそのような利用者を支えており、頻回な訪問を必要とする重度の利用者も数多くいる。難病等多くの医療的ケアを要する利用者は、同一日に複数回の訪問を必要とするが、訪問看護ステーションは小規模のところが多く、十分なケアを提供するために 2 ヶ所以上の訪問看護ステーションが関わっていることが多い。介護保険においては同一日に複数の訪問看護ステーションが関わった場合でもそれぞれの事業所で訪問看護費の算定が可能であるが、医療保険においては訪問看護基本療養費は同一日 1 ヶ所の訪問看護ステーションしか算定することができない。

平成 28 年度の診療報酬改定において同一日に複数の訪問看護ステーションが緊急訪問した場合、緊急対応した事業所は緊急訪問看護加算が算定できるようになった。しかし、緊急対応という高度なアセスメントや対応を求められる訪問にもかかわらず、報酬額は 2,650 円であり、訪問看護基本療養費 5,550 円の半額にも満たない。また、緊急訪問を実施した時間帯が夜間・早朝・深夜であった場合に、緊急訪問看護加算では、夜間・早朝訪問看護加算や深夜訪問看護加算を算定することができない等の不具合が生じている。

一方、医療機関においては、同一日に複数の医療機関からの訪問診療料の算定は不可能であっても、同一日に複数の医療機関からの往診料は算定可能である。

以上のことから、定期訪問以外に他の訪問看護ステーションが緊急に訪問した場合に限り、訪問看護基本療養費と同程度の報酬と夜間・早朝訪問看護加算や深夜訪問看護加算を算定できるよう要望する。

(3) 24 時間 365 日在宅療養者を支えるために、24 時間体制の評価を「24 時間対応体制加算」に一本化するとともに、評価を引き上げること

【説明】

診療報酬における訪問看護の 24 時間体制への評価は「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 種類である。平成 27 年介護サービス施設・事業所調査においては「24 時間対応体制加算」80%に対し、「24 時間連絡体制加算」20%、平成 27 年度に当協会で実施した調査^{※3}においては「24 時間対応体制加算」85.4%に対し、「24 時間連絡体制加算」5.9%であった。今後増加する医療ニーズの高い在宅療養者への看護や在宅看取りに向けて 24 時間 365 日対応できる訪問看護提供体制を確保するため、24 時間の連絡体制にとどまらず、対応体制のとれるステーションを増やすことが重要である。

一方、平成 27 年度に当協会で実施した調査^{※3}では、「24 時間対応体制」について看護職員の常勤換算数別では「7.5 人以上」の事業所で 93.9%と最も高く、看護職員の人数が多いほど届出の割合は高くなっている。体制としては、「自宅待機（オンコール）」の事業所が 90.1%と最も高かった。緊急訪問を行った回数では「月 1～2 回」が 41.7%で最も多く、「4～6 回」が 23.0%で、「20 回以上」の事業所も 6.5%あった。緊急訪問のうち、「土日祝日の日中」が 46.6%と最も多かったが、57%の事業所において夜間・休日に緊急訪問した場合の代休の保証がなかった。また、オンコールの待機手当は平日一晩 1 千円～3 千円が最も多かった。24 時間対応に取り組む事業所を拡充するためには、訪問看護ステーションの大規模化を促進しつつ、訪問看護師の健康や生活を阻害しないで働くことができる環境（代休確保や手当の支給等）を整備する必要がある。

以上のことから、24 時間対応体制加算に 1 本化するとともに、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。

3. 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を図りたい

- (1) 訪問看護事業所において、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、「訪問看護事務作業補助体制加算」(仮称)として評価すること

【説明】

小規模の訪問看護ステーションでは、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看護職員が実施していること、あるいはICT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ことが多い。平成24年度の調査^{*4}から訪問看護ステーションの収支状況をみても、規模の大きい訪問看護ステーションの方が黒字の割合が多くなっている。

事務職員について、平成27年度の調査^{*5}においては66.4%の事業所に専属の事務職員がおり、事業所の規模が大きくなるほど事務職員の雇用率が高くなり、看護職員の常勤換算数が20人以上の事業所では全ての事業所に事務職員が雇用されていた。また、平成28年度の調査^{*1}において事務職雇用率は56.0%で、そのうち、機能強化型訪問看護ステーションでは77.8%^{*2}と、大規模な事業所の事務職雇用率が高かった。

訪問看護ステーションの大規模化とともに、事務職員の配置およびICT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、訪問看護サービスの安定的な供給体制の構築とサービス提供量拡大が可能となるといえる。

一方、平成27年度に行ったICT活用に関するアンケート調査^{*6}では、ICTを利用できない理由として「機械の費用が高い」「ランニングコストが高い」が上位に挙がっており、費用負担がICT導入の障害になっていた。しかし、先駆的にICTを導入している5カ所の訪問看護ステーションのヒアリングからは、以下に示すメリットが明らかにされている。

以上のことから、①事務職員の配置、②ICT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作業の効率化、利用者のサービス履歴や職員の出勤管理のICT化による管理者の事務負担軽減)により訪問看護の周辺業務の効率化を実施した場合に、「訪問看護事務作業補助体制加算」(仮称)として評価することを要望する。

<ICT導入によるメリット>

- ◆看護師の記録時間や事務職の事務処理時間が短縮し、業務が効率的に行われることで時間外が減り、人件費の削減や訪問件数の増加につながる
- ◆利用者情報を紙面で携帯する必要がなく、利用者記録を訪問先で確認できるため、緊急対応時に事業所へ出向くことなく利用者宅と待機場所を直行直帰でき、夜間・休日の対応が楽になる
- ◆どの看護師が訪問しても、利用者の個別性に沿った看護を提供できる
- ◆医療事故や書類の紛失による個人情報漏洩等の防止につながる
- ◆観察項目が選択でき、細かく入力できることにより、看護師の経験年数による記録内容の差がなくなり、正確な記録ができる
- ◆端末自体の機能の活用により、訪問看護ケアの幅が広がる
- ◆ICT活用を看護師募集の際のメリットとして掲載でき、看護師採用につながる

4. 医療機関等と訪問看護事業所の連携により、在宅療養者を支援する切れ目のない体制作りを評価されたい

- (1) 特別の関係にある医療機関との加算等（訪問診療との同一日の計画訪問看護、退院時共同指導加算、在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時カンファレス加算）を算定可能とすること**

【説明】

訪問看護ステーションは1事業所として独立しており、訪問看護指示書を交付する医師が特別の関係であるかに関わらず利用者に提供するサービス内容は同じであり、看護師の労力と使う時間には変わりはない。また、医科診療報酬においても、同一日に複数の診療科を受診する際は、初診と再診の算定は可能となっている。

以上のことから、①訪問診療との同一日の計画訪問看護、②退院時共同指導加算、③在宅患者連携指導加算、及び、④在宅患者緊急時カンファレス加算の算定要件になっている「特別の関係にある医療機関とは算定しないこと」を撤廃していただきたい。

- (2) 退院支援指導加算について訪問看護基本療養費と同等に評価し、他の加算を算定可能とすること**

【説明】

退院直後は身体的、精神的共に状態が不安定である。特にがんの末期など退院日に複数回・複数名の訪問や長時間の訪問を行っても、その日のうちに亡くなってしまいうケースもある。しかしながら、現在の制度では退院当日に訪問看護ステーションから訪問した場合、退院支援指導加算があるが、訪問看護基本療養費を算定できないため、緊急訪問看護加算や複数回・複数名訪問看護加算、長時間訪問看護加算等の加算についても算定することができず、訪問内容・訪問回数に見合った評価とはいえない。

一方、医療機関は退院当日であっても往診料、在宅患者訪問診療料の算定が可能である。

病院から在宅への移行期に十分な支援が行え、実状に見合った算定ができるよう、退院日に訪問し退院支援指導加算を算定する場合、訪問看護基本療養費と同等に他の加算を算定できるようにしていただきたい。

- (3) 入院・入所時の医療機関等への情報提供を評価すること**

【説明】

医療機関・入所施設への入院・入所時に訪問看護ステーションが情報提供書（サマリー）を作成して提供することにより、医療機関や入所施設の従事者が在宅での状況等を踏まえながら支援でき、その利用者の入院・入所及び在宅への移行をスムーズにし、入院・入所期間を短くすることにつながる。また、利用者が退院・退所後に安心して元の生活に戻るためにも訪問看護ステーションからの情報提供は重要である。平成23年度の調査^{*7}において医療機関・入所施設への情報提供書（サマリー）を作成した訪問看護ステーションは63.9%であり、そのための時間と労力を使っている。

また、医療機関等からの退院時には退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について医療機関等は「退院調整加算」を算定でき、介護支援専門員が利用者の入院時に情報提供

をすると「入院時情報連携加算（介護報酬）」が算定できる。

以上の理由により、利用者が入院する際に医療機関等に対し情報提供を行った場合、情報提供料を算定可能とするよう要望する。

<例>

訪問看護情報提供料Ⅱの新設

（４）在宅がん医療総合診療料を医療機関で算定した場合でも、直接訪問看護事業所に支払う仕組みに変更すること

【説明】

平成 27 年度調査^{※5}において、「主治医が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者」で「ターミナルケア療養費」または「ターミナルケア加算」の算定要件を満たしていた利用者がある訪問看護ステーションは 17.2%であった。平成 29 年度に機能強化型訪問看護ステーション 205 カ所を対象に実施した調査^{※2}では、在宅がん医療総合診療料を算定した訪問看護ステーションは 24.3%であり、増加傾向である。また、主治医との委託料の 1 利用者あたりの単価は、訪問看護基本療養費等を保険請求した場合と同程度との回答が 73.3%ではあったものの、具体的な金額は 5 千円未満～2 万円以上とばらつきがあった^{※2}。

訪問看護ステーションからの請求は通常であれば、社会保険庁や国保連合会に行うものであるが、在宅がん医療総合診療料については、医療機関に請求する必要がある、訪問看護ステーションおよび医療機関相互の事務作業が煩雑になっている。他の請求と同じように保険から直接訪問看護ステーションに支払う仕組みに変更するよう要望する。

5. 精神疾患の対象者が安心して継続的に在宅での療養生活が可能になるように訪問看護の充実を図りたい

- (1) 精神疾患の対象者に係る専門の研修を受けた看護師についても「悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケアまたは褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問」と同様に報酬算定を可能にすること

【説明】

精神疾患を有する利用者は身体的疾患の利用者に比較し特異な分野であり、専門的な知識と技術を基に医療と生活の両方を支えることが必要である。訪問看護はその両面からアプローチできるサービスであるが、訪問看護ステーションでは、精神疾患を有する利用者に対する特有の（専門性の高い）看護について専門的なアドバイスを必要とすることが少なくない。

平成 27 年度の調査^{*5}においても「精神看護専門看護師」「精神科認定看護師」などのコンサルテーションや同行訪問の必要性について約半数の訪問看護ステーションが「必要性を感じる」と回答している。また、当協会が実施する訪問看護に関する電話相談では、精神科訪問看護に関する相談が平成 28 年度の 1 年間で 270 件寄せられており、その内容は制度や報酬関係から具体的な看護の方法や悩み相談など多岐に渡っている。

継続的に訪問看護師の質を担保し、その利用者に即した看護を提供するためにも、褥瘡ケアまたは緩和ケアの専門性の高い看護師との同行訪問と同様に、精神に係る専門性の高い看護師との同一日訪問の評価を要望する。

- (2) 精神科重症者早期集中支援管理料を算定している者以外であっても、頻回な訪問が必要となる利用者については、退院後 3 ヶ月間に限り「精神科複数回看護加算」を算定可能とすること

【説明】

精神科複数回訪問加算については、精神科重症者早期集中支援管理料を算定している者に限って算定できるが、平成 28 年度の診療報酬改定で要件緩和されたにもかかわらず、平成 28 年 10 月時点で当該加算を各地方厚生局に届け出た医療機関は 21 施設である。さらに、新たに報告された精神科重症者早期集中支援管理料の算定をしている医療機関で訪問看護ステーションと連携して精神科重症者早期集中支援管理料を算定しているのは 4 例にとどまる。

平成 25-27 年度の調査^{*8}では、精神科訪問看護を実施した事業所は平成 25 年度 54.0%、平成 26 年度 54.6%、平成 27 年度 59.8%であり、精神科訪問看護基本療養費の届出事業所は平成 25 年度 28.6%、平成 26 年度 32.7%、平成 27 年度 44.2%に増加している。また、精神疾患に対応している訪問看護ステーションのうち複数回訪問が必要な利用者がある事業所は平成 25 年度 16.7%、平成 26 年度 19.7%、平成 27 年度 18.9%であり、平均利用者数は 2.4 人～3.1 人であった。

このように精神科重症者早期集中支援管理料を算定している事例は少なく、精神科重症者早期集中支援管理料を算定している者以外であっても、退院直後状態が安定するまでの間一日複数回の訪問が必要となる実態がある。平成 27 年度の調査^{*5}においても、一日複数回訪問が必要と判断した利用者（184 人）のうち、退院後 3 ヶ月以内の利用者は 82.6%であった。

以上のことから、精神科重症者早期集中支援管理料を算定している者以外であっても、頻回な

訪問が必要な利用者については、退院後 3 ヶ月間に限り「精神複数回訪問看護加算」を算定できるよう要望する。

<頻回な訪問が必要となるケース例>

- ・退院直後等環境の変化により服薬の自己管理が行えない状態にある場合
- ・精神状態の悪化や合併症の悪化などにより食事が摂取できない状態にある場合
- ・家族等キーパーソンに入院等があり、利用者の生活環境が変化した場合
- ・自傷、他傷がある場合（疑いを含む）
- ・対人拒否傾向があり、訪問看護以外のサービスが利用できていない状態にある場合
- ・本人と家族別々に支援が必要な場合

（３）訪問看護師による医療機関への受診の同行に対する評価を新設すること

【説明】

精神疾患を有する利用者の場合、病状が悪化した際の受診がスムーズに行えないことがあり、受診の遅れにより病状がさらに悪化するケースは少なくない。利用者と信頼関係が構築できている訪問看護師が受診に同行し、医療機関等に状況を報告することは、利用者が治療を継続する上で重要な役割を担っている。

平成 24 年度の調査^{※9}において、患家以外への訪問の実施状況について、特に自身で病状等を伝えられない患者への「同行受診」等の支援の必要性が報告されている。また、平成 25-27 年度の調査^{※8}では、受診同行が必要な利用者がある事業所は平成 25 年度 32.6%、平成 27 年度 40.2% であり、平均利用者数は 2.5 人～3.9 人であった。

以上のことから、医療機関への受診の同行に対する評価を新設するよう要望する。

（４）電話相談についての評価を新設すること

【説明】

精神疾患を有する利用者は、不安感が強く、常に訪問看護ステーションが 24 時間支援できる体制をとっていることは重要である。精神疾患を有する利用者を支えるために、電話やメール、直接訪問看護ステーションへ来所しての相談にも対応できるような体制をとっている訪問看護ステーションは少なくない。精神疾患を有する利用者からの相談は、「対応に時間がかかる」「回数が多し」等、訪問看護ステーション側の負担は大きい。

平成 25-27 年度の調査^{※8}では、精神疾患の利用者からの電話は、利用人数に差はないが、1 人当たりの回数、時間は、精神疾患以外の利用者に比べ、それぞれ約 3 倍の、月当たり 20.1 回、105.6 分であり、相談によって不安の軽減や状態が落ち着いた、薬を適切に使用できたなどの効果が挙げられている。

以上のことから、電話相談について評価を新設するよう要望する。

<例>

- ①精神科疾患相談支援料の新設
- ②精神科訪問看護基本療養費を算定する場合、24 時間対応体制加算の額を上げる。

6. 利用者にとってわかりやすい訪問看護制度にするために、加算等において介護保険との齟齬を解消していただきたい

(1) 複数名訪問看護加算の算定回数の制限をなくし、要件に「身体的理由により訪問看護が困難と認められる場合」を追加すること

【説明】

訪問看護ステーションが算定する複数名訪問看護加算については、訪問看護基本療養費の加算としての複数名訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算、介護報酬による複数名訪問看護加算の3種類が存在する。これらのそれぞれにおいて、算定要件や複数名となる職種（看護師・保健師・准看護師・理学療法士等・精神保健福祉士・看護補助者）の種類、算定可能な回数が違っている。そのことにより、訪問看護ステーションでの訪問対応や請求に混乱をきたしているとともに、利用者や家族、介護支援専門員等にもわかりにくい状況が発生している。

また、介護報酬による複数名訪問看護加算の要件には、「身体的理由により訪問看護が困難と認められる場合」が含まれているが、診療報酬による複数名訪問看護加算の要件には含まれていない。このような利用者に対する複数名訪問看護の必要性は医療保険対象者でも介護保険対象者でも変わりはない。

以上のことから、訪問看護基本療養費の加算としての複数名訪問看護加算の要件に「身体的理由により訪問看護が困難と認められる場合」を追加するとともに、回数制限を撤廃していただきたい。また、可能な限り、訪問看護基本療養費の加算としての複数名訪問看護加算、複数名精神科訪問看護加算、介護報酬による複数名訪問看護加算の算定要件等を統一するよう要望する。

(2) 看護・介護職員連携強化加算を医療保険でも算定できるようにすること

【説明】

介護保険対象の利用者に対しては、喀痰吸引等の指導を介護事業所と連携して指導を行った場合「看護・介護職員連携強化加算」を算定することができる。一方、人工呼吸器装着者など難病等医療依存度の高い利用者は医療保険対象である場合が多いが、医療保険においては、「看護・介護職員連携強化加算」に相当する加算がないため、介護職員等が喀痰吸引等を行う場合の会議や指導については無報酬で実施している実態がある。

今後、医療ニーズの高い療養者が在宅に増加していく中、喀痰吸引等のケアを必要とする在宅療養者も増えていくことが予想される。このような方々が、安心・安全に在宅で生活できるよう、介護職員等と訪問看護師との連携は必須である。

以上のことより、医療保険においても介護保険と同様の対象者に対して「看護・介護職員連携強化加算」を算定可能とするよう要望する。

(3) 長時間訪問看護加算の制限を緩和し、特別管理の状態の者および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についても週3回算定可能とすること

【説明】

長時間訪問看護加算は15歳未満の超重症児又は準超重症児については週3回の算定が可能であるが、特別管理加算の対象者、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については週1回のみ算定である。しかし、特別管理加算の対象者、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についても毎回の処置に係る時間が長く、15歳未満の超重症児又は準超重症児と同様である。また、介護報酬においては、特別管理加算の対象となる利用者に対して、ケアプラン上1時間30分以上の時間が位置づけられていれば、回数制限なく長時間訪問看護加算を算定できる。

以上のことから、特別管理加算の対象者、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についても長時間訪問看護加算を週3回算定可能とするよう要望する。

7. 訪問看護の提供の場を居宅だけではなく、地域に拡大していただきたい

(1) 小児訪問看護において、保育園・幼稚園・学校等への訪問を報酬で評価すること

【説明】

訪問看護ステーションから訪問看護を受ける小児(0~9歳)の利用者数は増加しており、平成13年に比べ平成27年には9.5倍になっている(保健局医療課調べ)。また、当協会の平成27年度調査^{*5}においては、18歳未満の小児を受け入れているステーションは47.4%で3年前の33%から増加しており、小児利用者の状態は、超重症児が28.5%、準超重症児が23.8%、両者以外が47.8%であった。

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、NICUに長期入院後、人工呼吸器、吸引、経管栄養、在宅酸素療養など医療処置の必要な小児の利用者が増加している。そのことを受けて、平成28年6月3日に障害者総合支援法、児童福祉法の一部が改正され、在宅医療体制の整備が進められている。これまで、日常的に医療的ケアが必要な小児は、重症心身障がい児者の範疇の「超重症児、準超重症児の寝たきりの状態」が前提であった。しかし、医療の進歩により、「歩いて、話せるが、様々な医療的ケアが必要な状態」にある小児も急速に増加してきており、これらの小児や家族を支援する医療、保健、福祉、教育、就労等の整備が求められている。

また、身体障がい、知的障がい、精神障がいに加えて、医療的ケア児も障がい児者と認められた。医療的ケアを必要とする小児在宅医療患者数について、19歳までの在宅患者は全国で1万3千人以上いると推測され、人口1万に当たり1.0人であり、0~19歳で人口1万人当たり5.6人と考えられている(平成25年度社会医療診療行為別調査より)。そのような中、医療的ケア児に対する訪問看護も増加していくと予想される。平成27年度の調査^{*10}では、回答事業所766カ所中、学校には2.6%(20事業所)、幼稚園・保育園には0.9%(7事業所)、重症心身障害児通園事業施設には0.7%(5事業所)、重症心身障害児施設には0.4%(3事業所)、児童養護施設・放課後デイサービスなどには0.7%(5事業所)の事業所が小児の訪問看護を実施しており、その費用は、助成金・補助金、利用者負担、施設負担、訪問看護ステーション負担などであった。

医療的ケアの必要な小児の療養・生活の場は、自宅にとどまらず、教育の場や地域を含めて考えていく必要があり、訪問看護師が学校等へ訪問し、医療的ケア児に対してアセスメントを行い、必要な指導、助言を行うことは重要である。

以上のことから、訪問看護の提供の場を居宅だけではなく、地域へ拡大し、医療的ケアを要する小児に対する保育園・幼稚園・学校等への訪問看護を報酬で評価するよう要望する。

【引用文献】

- ※1 平成 28 年度全国訪問看護事業協会調査「平成 30 年度同時改定に向けた調査 機能強化型訪問看護管理療養費に関するアンケート（一次調査）」
- ※2 平成 29 年度全国訪問看護事業協会調査「平成 30 年度同時改定に向けた調査 機能強化型訪問看護管理療養費に関するアンケート（二次調査）」
- ※3 平成 27 年度全国訪問看護事業協会研究事業「訪問看護ステーションにおける 24 時間対応体制に関する調査研究事業 報告書」
- ※4 平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
- ※5 平成 27 年全国訪問看護事業協会調査「平成 28 年診療報酬改定に関するアンケート調査」
- ※6 平成 27 年度全国訪問看護事業協会研究事業「訪問看護ステーションの ICT 普及に向けて～ICT 活用推進プロジェクト報告書～」
- ※7 平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「訪問看護の基礎強化に関する調査研究事業～訪問看護事業所の基盤強化促進に関する実態調査～」
- ※8 平成 25-27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神疾患の医療計画と効果的な医療推進体制構築の推進に関する研究」「研究分担報告 精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究」 研究分担者 萱間 真美
- ※9 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策 分担研究報告書」 研究分担者 萱間 真美
- ※10 平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズの高い療養者の在宅生活を支援する訪問看護ステーションの在り方に関するシステム開発及び調査研究事業」