

平成 29 年 7 月 10 日

厚生労働省 老健局
局長 蒲原 基道 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 福井 トシ子



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 30 年度介護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や在宅療養の継続、看取りを支えるため、訪問看護が適時適切にサービスを提供できる仕組みの整備が必要です。

「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、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. 訪問看護サービスの安定的供給と迅速な対応体制の整備
2. 看護小規模多機能型居宅介護の整備促進と機能強化
3. 特養やグループホームにおける医療ニーズ対応に向けた看護機能強化
4. 医療ニーズ等を踏まえた適時適切なケアマネジメントの推進

1. 訪問看護サービスの安定的供給と迅速な対応体制の整備

1) ICTを活用した死亡診断における看護師による情報提供の評価

ICTを活用した死亡診断において訪問看護師が医師への情報提供に係る所定の業務を行った場合、「ターミナルケア情報提供料」として評価すること

<趣旨>

規制改革推進会議で打ち出された「在宅看取りにおける規制の見直し」の方針に基づき、診察後24時間以上経過してからの死亡については、法医学等に関する一定の教育を受けた看護師による医師への報告、ICTの活用など一定の要件を満たした場合に、医師の死後診察がなくても死亡診断書の交付を可能とする方向で、平成29年度中の措置を目途に検討・準備が進められている。

ICTを活用した死亡診断のスキームにおいて、看護師は通常のターミナルケアの業務に加え、医師とあらかじめ取り決めた様々な確認事項を確認し、医師の判断に必要な情報を速やかに報告する役割を担うことになる。特に訪問看護を利用する在宅での看取りにおいては、訪問看護師が利用者家族への声かけや説明、ICTによる情報提供のための準備、情報の記録・送信等の業務を、利用者家族の状況に配慮しつつ、単独で迅速かつ正確に行うことが必要であり、それらの業務に係る時間と労力について適切に評価すべきである。

以上のことから、ICTを活用した死亡診断において、訪問看護師が医師への情報提供に係る所定の業務を行った場合、「ターミナルケア情報提供料」として訪問看護ターミナルケア加算に上乘せして評価するよう要望する。

2) 24時間対応体制の評価の引き上げ

緊急時訪問看護加算の評価を引上げること

<趣旨>

利用者が訪問看護に求める役割としては「24時間対応」という回答割合が高くなっており（平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査）、安心・安全な在宅療養継続のために、訪問看護による24時間対応体制は必須の要件である。

介護保険の緊急時訪問看護加算を算定し、24時間対応を行うステーションは87%に上る（平成27年介護サービス施設・事業所調査）。一方、ステーションの人員規模は「5人未満」が46%を占めており、少人数でのオンコール体制で24時間対応を担っている事業所が多い。日本看護協会が2014年に実施した調査によれば、看護職員1人あたりのオンコール待機回数は、看護職員（実人数）「15人以上」の事業所では月平均7.5回に対し、「3～5人」の事業所では月平均11.9回となっており、少人数の事業所ほど一人当たりのオンコール業務負担が重い（日本看護協会2014年「訪問看護実態調査」）。訪問看護ステーションの大規模化を促進するためにも、24時間対応に取り組む事業所の評価を拡充する必要がある。

以上のことから、現行の緊急時訪問看護加算（540単位/月）の評価を引き上げるよう要望する。

3) 緊急訪問時の夜間・早朝加算および深夜加算の算定要件緩和

特別管理加算対象者への緊急訪問時の夜間・早朝加算および深夜加算について、訪問の都度算定できるよう要件を見直すこと

<趣旨>

特別管理加算を算定する利用者への夜間・早朝および深夜の緊急時訪問については、1月以内の2回目以降の訪問に限って夜間・早朝加算および深夜加算の算定が認められており、当月の1回目の緊急時訪問には加算が認められていない。

重度者の状態の悪化・急変は時間帯を問わず発生する可能性があることから、24時間対応体制を整え、夜間・早朝や深夜にも緊急訪問を実施しうる訪問看護ステーションについては、その都度の訪問に係る労力を適切に評価すべきである。

以上のことから、特別管理加算の算定対象者への緊急訪問時の夜間・早朝加算および深夜加算について「1月以内の2回目以降」の要件を撤廃し、訪問の都度算定できるよう見直しを要望する。

4) 訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問に係る基準の見直し

訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問について、看護師と理学療法士等の共同によるリハビリテーション実施計画の作成、看護師によるアセスメントの実施等を運営基準に明記すること

<趣旨>

近年、訪問看護ステーションにおける訪問看護費に占める理学療法士等による訪問（リハビリテーション）の割合が著しく増加している。介護給付費等実態調査（平成27年度概況）によれば、訪問看護ステーションからの「理学療法士等による訪問」による介護報酬請求額は、医療機関からの訪問リハビリテーションの介護報酬請求額を上回っている。

訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問については、訪問看護サービスの算定基準の留意事項において「その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものである」と明記されており、看護職員との連携協働のもと、訪問看護を利用する中重度者やターミナル期の利用者の在宅療養継続に資するリハビリテーション提供が期待される。

訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問について、趣旨に基づいた運用が正しくなされるよう、以下のように運営基準の見直しを要望する。

- (1) 医師の指示書の内容を踏まえ、看護師と理学療法士等が共同して、理学療法士等が実施するリハビリテーションの実施計画を作成すること（訪問看護計画と一体のものとして作成）
- (2) 訪問看護ステーションから理学療法士等による訪問を利用する利用者については、原則として同月中に1回以上は看護師が訪問してアセスメントを実施し、看護職員と理学療法士等の情報や方針の共有に努めること

2. 看護小規模多機能型居宅介護の整備促進と機能強化

1) サテライト型看護小規模多機能型居宅介護の新設

看護小規模多機能型居宅介護のサテライト類型を新設すること

<趣旨>

平成 24 年度改定で創設された看護小規模多機能型居宅介護は、平成 28 年 10 月時点で全国 179 市町村（一部広域連合を含む）に 330 事業所となっている。事業所数は年々増加しているものの、地域密着型サービスとして日常生活圏域で利用できるには未だ程遠い状況であり、さらなる整備促進が急務である。

複数の事業所で人材を活用し、より利用者に身近な地域でサービス提供を可能にする一方策として、サテライト型事業所の整備が併せて必要である。平成 24 年度改定で「小規模多機能型居宅介護」についてはサテライト事業所が新設され、小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護を本体事業所としたサテライト展開が可能となっているが、「看護小規模多機能型居宅介護」のサテライト事業所についてはまだ認められていない。

看護小規模多機能型居宅介護の利用者である中重度要介護者や、医療ニーズ・看取り期の利用者に対し、より個別的なケアを身近な地域で提供する拠点を増やすため、看護小規模多機能型居宅介護のサテライト類型を新設されたい。

2) 看多機事業所内に往診が入れる時間帯の要件緩和

看護小規模多機能型居宅介護において、通所の時間帯にも事業所内への医師の往診を認めること

<趣旨>

看護小規模多機能型居宅介護では、「宿泊」の時間帯に医師が事業所へ訪問診療や往診を行うことが認められているが、「通所」の時間帯については、事業所への訪問診療や往診は認められていない。

看護小規模多機能型居宅介護は中重度要介護者、医療ニーズや看取り期の利用者が多く、事業所内での「通所」の利用中に状態が悪化するケースもあるが、事業所の求めに応じ緊急の往診を行った場合も、「通所」の時間帯には往診料は算定できない。

在宅看取りの推進に向けては、看多機事業所内での緊急的な医療対応を充実し、無理なく在宅療養が継続できるサービス体制が必要である。

以上のことから、看護小規模多機能型居宅介護においては、「宿泊」に加え「通所」の時間帯にも事業所内での医師の往診を認めるよう要望する。

3) 事業開始時支援加算の延長

看多機の全国的な整備状況を鑑み、事業開始時支援加算を延長すること

<趣旨>

複合型サービス（現：看多機）創設時に、平成 26 年度末までの時限措置として設けられた事業開始時支援加算（500 単位／月）は、事業所の加算算定状況や収支状況等を踏まえ、平成 27 年度改定において平成 29 年度末までの延長が決定された。

この間、看多機の事業所数は全国で 330（平成 28 年 10 月現在）まで増加したものの、未だに看多機が 1 つもない市町村が全体の約 9 割となっており、身近な地域で利用できるサービスには程遠い状況である。特に、東京 23 区で看多機がある区は 8/23 区（34.8%）、政令指定都市で看多機が 10 以上ある市は 2/20 市（10.0%）など、今後の人口集中が見込まれる大都市部での設置の遅れが顕著である。

大都市部では相対的に地価や家賃が高く、新規開設にあたり事業者の負担が大きいことも踏まえ、事業運営が軌道に乗るまでの初期支援は引き続き必要である。

また、事業者の看多機開設前の事業としては「小規模多機能型居宅介護」が 41%で最も多く、「訪問看護ステーション」が 32%である（平成 27 年度介護報酬改定検証調査）。訪問看護ステーション併設の看多機は、訪問看護体制強化加算や特別管理加算の取得率が高く、中重度者対応に力を入れている。今後は医療ニーズや看取り対応のスキル・ノウハウを備えた訪問看護ステーションによる看多機併設促進が期待されるが、訪問看護ステーションから看多機を開設する場合はあらたに建物の建設又は取得等、より多くの初期費用が必要となる。

以上のことから、質の高い看多機サービスの整備促進に向け、事業開始時支援加算については次々回改定（平成 32 年度末）まで再延長することを要望する。

3. 特養やグループホームにおける医療ニーズ対応に向けた看護機能強化

1) 専門性の高い看護師による特養職員への支援・助言に対する評価

外部の専門性の高い看護師が特養に出向き、特養スタッフに医療的ケアに関する助言・指導を行った場合について評価すること

<趣旨>

特養には介護・医療ニーズを併せ持つ利用者が多く、特に褥瘡や認知症、がん、糖尿病、摂食嚥下障害など、重度要介護者に多い疾患・状態については、適切な医療的ケアや日常生活援助により、症状の改善あるいは悪化予防を図りながら特養での療養継続を支える体制が必要である。

平成 24 年度診療報酬改定では、訪問看護を利用するがん患者及び褥瘡を有する患者に対し、がん緩和ケアや褥瘡ケアの専門性を有する看護師が、他の医療機関や訪問看護ステーションの訪問看護師と同日訪問してケアの技術指導等を行った場合の評価が創設されている。

同様に、褥瘡、認知症、糖尿病、摂食嚥下障害、感染症など特養での療養継続の困難要因となる疾患・状態について、高い専門知識や技術を有する外部の看護師等（認定看護師、専門看護師等）が特養に訪問し、施設スタッフに指導・助言を実施する仕組みを設けることによって、特養等における医療安全やケア技術が向上し、入居者の安定的な療養継続に寄与することが期待できる。

以上のことから、外部の専門性の高い看護師が特養に出向き、特養スタッフに対し医療的ケアに関する助言・指導をおこなった場合について、「医療ケア体制支援加算」として、特養における医療ケアの提供体制支援を評価するよう要望する。

2) 認知症グループホームにおける看護機能強化

①医療連携体制加算の上位類型創設、②医療保険による訪問看護の対象拡大 により、グループホームの看護機能を強化すること

<趣旨>

認知症グループホーム（以下：グループホーム）利用者は重度化傾向にあり、利用者の医療ニーズが「増えている」「やや増えている」という事業所が約半数を占めている。また、グループホームからの退居要因として「医療ニーズの増加」が最も多くなっている。（日本認知症グループホーム協会 平成 27 年度老人保健健康増進等事業「認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点として活用するための調査研究事業」）。

現在、約 8 割の事業所が「医療連携体制加算」を算定し、事業所への看護職員配置または訪問看護ステーション等との連携体制をとっている。しかし、現行の医療連携体制加算は「看護職員による日々の健康管理と 24 時間の緊急対応」を想定した単価設定であり、毎日あるいは頻回な医療処置が必要な入居者に対して、現行加算内でグループホームと訪問看護の連携体制をとるのは困難な状況である。

また、グループホームに訪問看護（医療保険）が提供できるケースは、がん末期等や特別訪問看護指示書交付時に限られており、毎日の医療処置が必要であったり、非がんのターミナルケアなど、

現行制度上では看護サービスの谷間にあたる利用者が少なからず存在する。

以上のことから、①グループホームの医療連携体制加算について上位類型を設け、日常的な医療処置や看取りに対応できる事業所を評価すること、②訪問看護が医療保険で提供できる対象者を拡大すること を要望する。

4. 医療ニーズ等を踏まえた適時適切なケアマネジメントの推進

1) 医療的ケアマネジメント加算の新設

医療ニーズのアセスメントを含めたケアマネジメント実施体制について評価すること

<趣旨>

医療ニーズのある要介護者の在宅療養の増加をふまえ、ケアマネジャーには、医療に関する知識やアセスメント力に基づき、疾病の悪化予防や状態の維持・改善の観点に立ったケアマネジメントを実施することが求められている。しかし、現行の介護報酬ではその労力に対する評価がなされていない。

要介護度を問わず、医療や看護のニーズがある要介護者（医療器具等を装着している状態、慢性疾患の自己管理が困難、進行性疾患で悪化リスクあり、退院直後で病状不安定等）に対して、医療ニーズへの対応を含めたケアマネジメントを行った場合に、医療的ケアマネジメント加算として、所定単位に加算を設けるよう要望する。

医療ニーズへの対応を含めたケアマネジメントの実施体制としては、①医療・看護の基礎資格を有し、ケアマネジャーとしての実務経験年数1年以上の者の配置、又は②併設事業所あるいは外部の事業所との契約により、医療職の専門的見地からケアプラン策定への助言が得られる体制確保を要件とし、ケアマネジメントの質の担保を図りたい。

2) 特定事業所集中減算の廃止

特定事業所集中減算を廃止すること

<趣旨>

特定のサービス事業所にケアプランが集中した場合に、ケアマネジャーの居宅介護支援費を減算する「特定事業所集中減算」については、「ケアマネジメントの公正中立性の維持」という本来の目的達成につながっておらず、むしろ良質なサービスを提供する事業所への依頼を阻み、集中割合の調整などケアマネジャーの業務負担をもたらしているとの指摘がある。平成27年度改定で訪問看護を含む全ての居宅サービスが減算対象に拡大されたが、訪問看護サービスにおいても、医療ニーズ対応や看取り対応などの実績が多いステーションにおいて、特定事業所集中減算の影響により依頼件数が減少したとの報告がある。

ケアマネジャーが利用者の状態やニーズに適したサービス事業所を選択しケアプランが策定できるよう、特定事業所集中減算については廃止を要望する。ケアマネジメントの公正中立性の確保については市町村による監査指導の強化等、別途対策を講じるべきである。