

平成 29 年 7 月 10 日

厚生労働省 保険局  
局長 鈴木康裕 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



## 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。

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. 高齢多死社会における在宅看取りの体制整備
2. 入院時や在宅療養時における訪問看護と医療機関等の連携強化
3. 訪問看護ステーションの大規模化推進
4. 訪問看護の業務効率化および職種間連携の強化

## 1. 高齢多死社会における在宅看取りの体制整備

### (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療養費に上乗せして評価するよう要望する。

## 2. 入院時や在宅療養時における訪問看護と医療機関等の連携強化

### (1) 入院・入所時の訪問看護事業所から医療機関への情報提供に対する評価

訪問看護利用者が病院等へ入院・入所する際に、訪問看護事業所から病院等への利用者の治療・療養に関する情報提供を評価すること

#### <趣旨>

在宅療養者が病院や施設に入院・入所する場合には、現病歴や既往歴、服薬状況、認知症の有無、在宅療養の状況、本人や家族の意向等の情報を入院（入所）先に迅速に情報提供し、治療やケアの方針決定、退院（退所）に向けた計画策定等に役立てることが重要である。

介護保険サービスを利用する在宅療養者の入院時連携については、ケアマネジャーから入院先への情報提供が「入院時情報連携加算」（介護報酬）として評価されている。一方、医療保険で訪問看護等を利用する在宅療養者の場合、ケアマネジャーに相当する連携調整の担当職が定められておらず、訪問看護事業所が病院等の求めに応じて、治療や療養に必要な情報を提供している実態がある。

以上のことから、訪問看護利用者の病院や障害児・者の施設等への入院・入所に際し、訪問看護事業所から病院等へ利用者の治療・療養に関する情報提供を行った場合の評価を新設するよう要望する。

## （２）在宅療養患者の医療機関外来通院時における訪問看護ステーションとの連携・情報共有に対する評価

がん末期等の在宅療養患者の医療機関外来通院時に訪問看護師が同席し、患者の状態や治療に係る情報について、外来の医師・看護師等と情報共有した場合に評価すること

### ＜趣旨＞

近年、がん治療における外来化学療法の実施件数が増えており、高齢がん患者や進行がん患者に対しても外来化学療法が積極的に導入されている。在宅での化学療法・緩和ケアについては、在宅で使用できる薬剤や訪問可能な医療機関に限られていることもあり、訪問看護等の在宅サービスを利用しながら、医療機関の外来に通院して治療を続けるケースがある。

外来通院しながら在宅療養を継続する患者のうち、特に末期がんの高齢者や、認知症、精神疾患等のある患者においては、外来で主治医の説明内容を正確に理解できなかつたり、自身の症状を訴えられない場合があり、治療や療養に必要な情報を医療機関と訪問看護等で共有することが困難な場合がある。こうした状況に応じ、在宅療養者の外来通院に訪問看護師が同行し、医療機関のスタッフと情報共有を行った経験がある訪問看護事業所は 52.1%に上っている。（2016 年 日本訪問看護財団「平成 30 年度介護・診療報酬改定の要望に関するアンケート調査」）

現行制度下では、退院時における医療機関と訪問看護ステーション等との連携は退院時共同指導料や退院支援加算等で評価されているが、外来通院時の情報共有に係る評価は設けられていない。

訪問看護師が患者の外来通院に同行し、患者の心身や療養の状況について主治医への説明を代行したり、主治医から治療等に関する説明を受けることにより、医療機関と在宅の情報共有や、在宅での医療処置・療養上の世話などに役立てた場合に、外来通院時の共同指導加算として評価するよう要望する。

## 3. 訪問看護ステーションの大規模化推進

### （１）訪問看護の 24 時間対応体制の拡充

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、評価を上げること

### ＜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 段階に分かれている。平成 27 年 3 月時点での算定割合は「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%である。（平成 27 年度 全国訪問看護事業協会調査）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、対応体制のとれるステーションを増やすことが重要である。

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、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。

## （２）機能強化型訪問看護ステーションの看取り場所の拡大

機能強化型訪問看護ステーションが認知症グループホーム入居者等の看取りを実施した場合についても、訪問看護ターミナルケア療養費の算定実績と同様に評価し、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

### ＜趣旨＞

機能強化型訪問看護ステーションの算定要件である看取り件数のカウントは、訪問看護ステーション自身が訪問看護ターミナルケア療養費（又はターミナルケア加算）を算定したケースおよび連携先の医師が「在宅がん医療総合診療料」を算定しているケースとなっている。

在宅・介護領域では複数事業所の連携による看取り体制が報酬上評価されているが、訪問看護ステーションが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いるため、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。日本看護協会が 2015 年に実施した調査では、看護職員常勤換算 7 人以上の訪問看護ステーションが機能強化型を算定しない理由として「看取りの件数が少ない」46.1%が最も多く、次いで「看取りは行っているが、ターミナルケア療養費（加算）の算定が少ない」が 37.4%であった。（日本看護協会 平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業」）

複数事業所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の算定につながらなくとも、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認知症グループホーム入居者等の看取りを実施した場合についても、訪問看護ターミナルケア療養費（又は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よう要望する。

## 4. 訪問看護の業務効率化および職種間連携の強化

### (1) ICT活用等による訪問看護の周辺業務効率化に対する評価

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「事務作業補助体制加算」として評価すること

#### <趣旨>

訪問看護ステーション数は近年順調に増加し、平成28年5月時点で8613か所<sup>※1</sup>に上っているが、1事業所あたりの従事者数（常勤換算）は「5人未満」の小規模ステーションが全体の46%<sup>※2</sup>を占めている。24時間対応や看取り対応など、訪問看護の安定的な提供体制の確保に向けては事業所の大規模化推進が今後の課題である。

小規模事業所では、訪問看護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ICTの導入の遅れにより、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、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 または2)ICT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ICT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、「事務作業補助体制加算」として評価することを要望する。

※1 厚生労働省「概算医療費データベース」 ※2 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

### (2) 複数名訪問看護加算の対象拡大

複数名訪問看護加算の算定対象として「利用者の身体的な理由により、単独での訪問看護が困難な場合」を追加するとともに、算定回数制限を見直すこと

#### <趣旨>

訪問看護の業務効率化に向け、他職種との適切な役割分担を促進し、訪問看護師がより専門性の高い看護業務に注力できる体制整備が必要である。

平成24年度診療報酬改定より、複数名訪問看護加算の算定パターンとして「看護補助者との同行」が追加され、看護師と看護補助者が2名で訪問することが可能となった。利用者にとって安全・安楽なケア提供につながる他、役割分担による業務効率化、訪問看護師の負担軽減・安全確保の観点からも、利用者の状態に応じた複数名訪問が柔軟にできる体制が望ましい。

しかし現行の要件では、医療保険の複数名訪問看護加算の対象は①別表第7や別表第8の該当者、②特別訪問看護指示書が交付されている、③暴力行為等が認められる、④その他①～③に準ずる者とされており、介護保険の同加算で算定対象になっている「利用者の身体的な理由により、単独での訪問看護が困難な場合」が明記されていない。このため、身体に麻痺や拘縮がある利用者や、過体重の利用者を支えながらの医療処置など、複数名訪問看護により業務効率化が可能なケースについて、医療保険では加算対象となっていない状況である。

複数名訪問看護加算の算定対象として「利用者の身体的な理由により、1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合」を追加するとともに、算定回数制限を撤廃することを要望する。

### (3) 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、介護保険の訪問看護においては、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問（リハビリテーション）の割合が急増しており、介護報酬請求額では医療機関からの訪問リハビリテーションを上回っている。

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、介護保険の訪問看護サービス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。

医療保険の訪問看護においては、職種による訪問看護の内容について特に区別はなく、報酬上も保健師・助産師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問は同一区分となっているが、リハビリテーションの提供体制としては介護保険と同様に、看護職との連携協働のもとで実施することが望ましい。

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、看護職とリハビリ専門職の連携協働のもとで質の高いサービスが提供されるよう、以下のように運営基準や報酬算定基準の見直しを要望する。

#### (1) 下記の実施体制を運営基準に明記すること

- 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) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）の職種区分について以下のように見直すこと

##### <現行>

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問
- ロ 准看護師による訪問

⇒

##### <見直し案>

- イ 保健師、助産師、看護師による訪問
- ロ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問
- ハ 准看護師による訪問