

日訪財発 第36号
平成30年7月24日

厚生労働省 保険局
局長 鈴木俊彦 様

公益財団法人 日本訪問看護財団
理事長 清水嘉与子



平成30年度診療報酬（訪問看護療養費等）の改定に関する要望について

平成28年度診療報酬改定（訪問看護）では、機能強化型訪問看護管理療養費の要件見直し等が行われたところですが、今後、在宅看取りを含めて訪問看護のニーズがますます高まります。在宅療養者を地域で支える訪問看護の充実に向け、費用対効果を勘案した仕組みや報酬上の評価につきまして下記のとおりご高配お願い申し上げます。

記

I 在宅療養者本位の医療・介護・福祉の連携の評価

1. 「退院時共同指導加算」について、NICU（又は GCU）を退院する医療的ケア児等の場合の回数増
2. がん末期の在宅療養者を支援するため「外来通院時共同指導加算（仮称）」の新設
3. 保険医療機関の「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の算定に伴う連携の評価
4. ALS等在宅療養者や医療的ケア児等の喀痰吸引や経管栄養に際し、介護福祉士等に技術的な指導・助言を行った場合の「喀痰吸引等指導管理加算（仮称）」の新設
5. 医療的ケア児等の地域生活を支援する相談支援専門員との連携を評価した「医療的ケア児等連携体制強化加算（仮称）」の新設
6. 訪問看護情報提供療養費に係る提供先に福祉施設等を追加

II 在宅看取り推進と医師の負担軽減

医師の「死亡診断」に係る訪問看護師からの連携の評価として「ターミナル情報提供療養費（仮称）」の新設

III 在宅療養者のニーズを満たす訪問看護の質と提供量の評価

1. 訪問看護ステーションに専門性の高い看護師を配置した場合の加算の新設
2. 精神科特別訪問看護指示書に係る複数回訪問加算の新設
3. 精神科以外の訪問看護基本療養費における「30分未満」の報酬の新設
4. 訪問看護ステーションにおける理学療法士等の訪問の評価

I 在宅療養者本位の医療・介護・福祉の連携の評価

1. 訪問看護ステーションが算定する「退院時共同指導加算」について、NICU（又は QCU）を退院する医療的ケア児等の回数増を要望する。

【現状】

現行の退院時共同指導加算は入院中に1回（又は、特別管理加算の対象者は2回まで、さらに特別管理指導加算の上乗せあり）がある。NICU等退院する小児では、1回当たりの時間がかかり、回数も3回以上、複数の訪問看護ステーションがかかわるなどの実態がある。小児を受け入れたことがある訪問看護ステーションは169か所（717訪問看護ステーションのうち23.6%）であった。病院への訪問回数は最多で15回、平均は2.6回であった。

このような状況下では、家族が在宅で看護することの不安が軽減されず、NICU等からの退院延期、退院後緊急再入院、家族の育児に係る自信喪失のリスクを招くことが懸念される。

【要望】

医療的ケア児等の退院に際して、「退院時共同指導加算」の回数を5回まで増やしていただきたい。また、1か所に限らず各ステーションが算定できるようにしていただきたい。

（参考資料1）病院に訪問した際の支援内容（複数回答可）（n=169）

1. 病院の医師・看護職員との引継ぎ	148	87.6%
2. 在宅医療処置の実地訓練	75	44.4%
3. 医療機器の取扱い	94	55.6%
4. 在宅療養生活の指導	89	52.7%
5. 家屋の療養環境整備	49	29.0%
6. 在宅ケアをしている先輩ママへの紹介に同行	5	3.0%
7. 地域生活支援の保健医療福祉の諸サービス等の確認	83	49.1%
8. 相談支援専門員等福祉職との連携	67	39.6%
9. その他	15	8.9%

＜引用文献＞

日本訪問看護財団「平成30年度介護・診療報酬改定に関するアンケート」2016年11月

※開設1年以上の財団会員訪問看護ステーション1,513か所中717か所回収（回収率47%）

2. がん末期の在宅療養者を支援するための「外来通院時共同指導加算(仮称)」3,000円(月2回まで)の新設を要望する。

【現状】

在宅療養者の外来通院時に立ちあって医師や看護師・理学療法士等と在宅療養に関する連携の経験があるのは、52.1%と過半数以上であった（本財団アンケート調査）。しかしながら訪問看護提供の場は居宅であり、療養生活を支援するために外来通院の同行や病院外来での同席による相談支援は報酬上算定できない。特に、末期がんの高齢者、重症児、精神科疾患、認知症のある在宅療養者では、外来で主治医の説明を十分理解できないことも多く、在宅療養に反映されないなどのリスクが生じている。

【要望】

そこで訪問看護師ががん末期の在宅療養者と共に通院又は外来受診時に同席し、主治医に利用者の療養状況や心身状態を代弁したり、主治医からの治療等の情報を得て、服薬管理や療養上の必要な指導、看護を実施し、適切な在宅療養生活の継続を支援する場合の評価として「外来通院時共同指導加算(仮称)」3,000円(月2回)を新設していただきたい。

(参考資料1) 外来通院に立ちあつた場合、その利用者の主傷病名 (n=374)

1. がん	211	56.4%
2. 精神疾患	125	33.4%
3. 認知症	111	29.7%
4. 重症児	39	10.4%
5. 心疾患	63	16.8%
6. 糖尿病	75	20.1%
7. その他	133	35.6%

その他の内容) ALS、神経難病、難病、パーキンソン氏病など

(参考資料2) 外来通院に立ちあう目的(複数回答、立ちあいの経験がない場合も含めての回答)

n=717

1. 主治医の治療方針や病状の説明、検査結果の詳細確認	533	74.3%
2. 末期がん患者本人、家族が服薬管理や医療処置等の理解不足・困難の補足	387	54.0%
3. 精神疾患等の症状により単独での通院が困難	240	33.5%
4. 利用者本人や家族が医師に確認したいことの代弁	396	55.2%
5. 本人の思い、治療と看護を統合した訪問看護計画立案の情報収集	285	39.7%
6. 主治医と直接話す機会の確保	409	57.0%
7. その他	40	5.6%

<引用文献>

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』2016年11月
※開設1年以上の財団会員訪問看護ステーション1,513か所中717か所回収(回収率47%)

3. 保険医療機関の「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」の算定に伴う連携の評価として、「在宅患者訪問褥瘡管理連携加算（仮称）」3,000円（月1回）を要望する。

【現状】

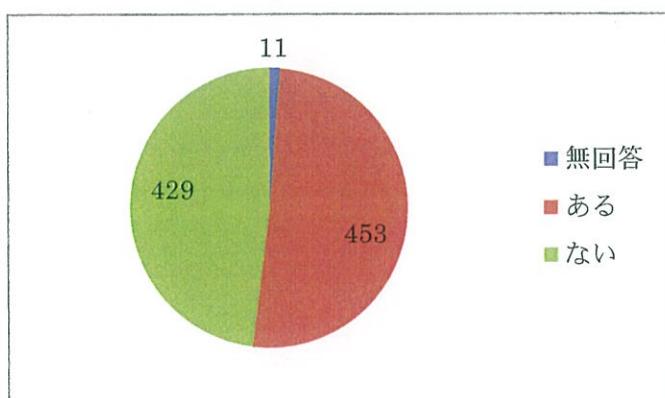
在宅療養者の褥瘡処置等は、訪問看護師が実務的には主となり、医師等と連携して行っている。保険医療機関は下記（参考資料2）の要件により、在宅患者訪問褥瘡管理指導料（750点）が算定できるが、訪問看護ステーションでは褥瘡対策支援チームの一員として連携を行っても評価がない。

褥瘡の処置に関しては、内容や衛生材料等を確認のため、評価カンファレンスへの出席、同行訪問など、通常業務の訪問看護時間を調整して実施することが多い。

【要望】

褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した訪問看護師が訪問看護ステーションに配置されており、在宅褥瘡対策チームの一員としてカンファレンス等に参加し、褥瘡ケアを行った場合に、訪問看護ステーションに対し、医療機関との連携を評価する「在宅患者訪問褥瘡管理連携加算（仮称）」3,000円（月1回）を新設していただきたい。

（参考資料1） 褥瘡処置に関連して連携したことのある訪問看護ステーション



＜引用文献＞

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』2016年11月
※開設1年以上の財団会員訪問看護ステーション1,513か所中717か所回収（回収率47%）

（参考資料2）

1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料とは

多職種から構成される褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

2) 算定要件

当該医療機関内に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。アまたはイのうち、1名は在宅褥瘡対策について十分な経験を有する者であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者であること。ア) 医師、イ) 看護師、ウ) 管理栄養士

（ただし、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者が当該医療機関にいない場合であっても、訪問看護ステーションもしくは他の医療機関の褥瘡対策チームと連携している褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師がカンファレンスに参加し、在宅褥瘡対策チームの一員として褥瘡ケアを行った場合にも算定できる）

4. ALS等在宅療養者や医療的ケア児等の喀痰吸引や経管栄養の実施に際し、介護福祉士等に技術的な指導や連携等の管理を行った場合の「喀痰吸引等連携管理加算（仮称）」2,500円（月1回）の新設を要望する。

【現状】

在宅療養生活の支援では、医療・介護の連携強化や一体化がますます求められる。

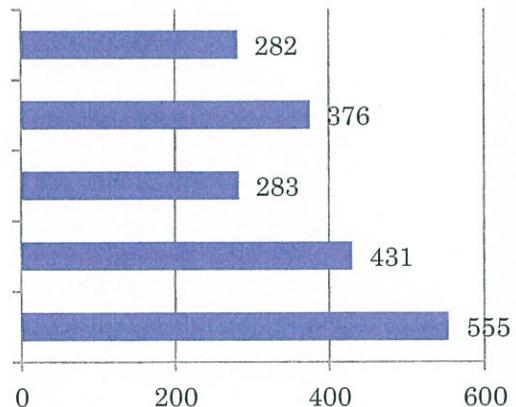
ALS等難病患者は介護保険利用者でありながら、訪問看護は医療保険対応となるため、訪問看護療養費の中で介護職員の喀痰吸引の指導管理をしている。また、医療的ケア児に訪問介護員が喀痰吸引等を実施する場合も同様の管理を必要とする。現状では、指導等に多くの時間を費やし、又、介護職員が交代するたびに指導せざるを得ない。介護職員が計画書を作成するにあたっての療養情報の提供、ケアカンファレンスへの参加など時間を費やしている。

【要望】

医療・介護連携の一環として、「喀痰吸引等指導管理加算（仮称）」2,500円（月1回）を新設していただきたい。

（参考資料1） 介護職員等の指導に係る連携に係る評価を要望したい理由

喀痰吸引をする介護職員が複数名いるのでお互いに協働できるようになるまでに時間がかかる…
介護職員の交代等があるたびに指導が必要となり、継続した指導が困難であるため
医師との連携に係る介護職員等喀痰吸引等計画書・報告書の作成にかかる負担であるため
指導のために訪問件数を調整するのが困難なため
指導の準備、実施、確認に時間がかかるため



資料：平成26年日本訪問看護財団アンケート

（参考資料2）

看護・介護職員連携強化加算：250単位／月（特定行為業務を円滑に行うための支援）

- 緊急時訪問看護加算の届け出をしている訪問看護事業所の場合に算定できる。
- 看護職員が訪問介護員等に対し、たんの吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言を行い、訪問介護員等に同行し業務の実施状況を確認する。又は安全なサービス提供体制に係る会議に出席する。それらの内容を訪問看護記録書に記録する。
- 訪問介護員等に同行し業務の実施状況を確認する場合に通常以上の時間がかかるても、ケアプランに位置付けられた訪問看護費を算定する。※初日の訪問看護実施日に加算をする。
- ※訪問介護員等のたんの吸引等の技術不足を補うための同行、あるいは、技術習得や研修目的で同行訪問を実施した場合は、訪問看護費及び当該加算は算定できない。要支援者は対象外である。

5. 医療的ケア児等の在宅移行及び地域生活を支援するために、相談支援専門員と連携して、看護・医療的ケア体制強化を評価した「医療的ケア児連携体制強化加算（新設）」6,500円（月1回）の新設を要望する。

【現状】

医療的ケア児等が在宅生活に移行して、地域で相談支援専門員の計画作成により、児童発達支援事業等通所サービス等を利用する場合がある。障害保健福祉制度の相談支援専門員は、個別の医療的ケアの相談支援が困難な場合もあり、当該児の計画相談や調整を行う相談支援専門員との連携が必要となっている。

【要望】

病院外の相談支援事業所内等で、相談支援専門員と連携し、医療的ケアにかかる療養上のコンサルテーションの実施を評価すること、さらに医療的ケア児の在宅療養者宅への同行訪問など病院以外での家族の相談支援を行うことについての評価を要望する。

＜算定出来る看護師等の研修要件の設定＞

1. 訪問看護ステーションに次の2. の要件を満たす看護師等の配置が1以上あること。
2. 医療的ケア児等の相談支援については、①2日間の医療的ケア児等支援者養成研修（内容：医療的ケア、疾患の特徴、成長・発達、療育支援、障害福祉制度、多職種協働、地域の社会資源活用など）修了者、②日本看護協会等が実施している①に相当する研修修了者、小児救急認定看護師等を要件とする。

6. 在宅療養者の医療・介護一体的ケアの継続を促進するために、訪問看護情報提供先を介護保険施設に拡大することを要望する。

また、医療・障害福祉の切れ目のないサービスの提供の観点から、医療的ケア児等が利用する施設への情報提供の評価を要望する。

【現状】

訪問看護情報提供療養費に係る、提供先は、市区町村、保健センター、精神保健福祉センターとなっている。たとえば、介護保険利用者であっても訪問看護は医療保険適用で、介護保険の短期入所等を利用する場合がある。訪問看護情報を介護保険施設入所時に提供することで、利用者を中心とした医療・介護の切れ目のない療養が継続可能で、一貫性のあるケアの提供につながる。医療的ケア児についても同様に医療と福祉の連携が必要である。訪問看護ステーションから入所時サマリーを提供して効果を上げている実績がある。

そのような介護保険施設または障害福祉関連施設（短期入所含む）に入所時には、在宅療養生活の状況や医療・看護情報を提供が不可欠である。

【要望】

訪問看護ステーションからの情報提供療養費に係る情報提供先を拡大し、介護保険施設、医療的ケア児等の入所等施設についても情報提供先として評価していただきたい。

II 在宅看取り推進と医師の負担軽減

医師の「死亡診断」に係る訪問看護師からの連携の評価として「ターミナ情報供療養費（仮称）」を要望する。

【現状】

多死社会を迎えるわが国では、在宅での看取り数が増加する。都市部でも在宅医療に従事する医師不足は深刻であり、小規模診療所の医師の夜間対応は激務との報告もある（厚生労働省医政局「全国在宅医療会議」）。

特別地域や中山間地域では、医療過疎の課題があり、特に訪問診療や往診に対応する医師が不足している。当該地域の自宅で在宅療養者が死亡した場合、24時間以内に診察していない場合は対診による死亡診断となるが対応しきれないため入院となる。

このような状況では、人生の最終段階は病院や施設に入院・入所せざるを得ず、本人の思いが十分にかなえられない。

【要望】

医師が死亡診断書を作成するにあたって、あらかじめ相当の研修を修了した看護師が死の三兆候等を確認し、ICT活用により、主治医に情報提供することによって、主治医が死亡診断書を作成できるように規制緩和を行い、看護師の観察及び判断について、訪問看護ターミナルケア療養費とは別に、「ターミナル情報提供療養費（仮称）」の新設を要望する。
＜当該加算を算定できる看護師の要件＞

国が定めた研修を修了している看護師の他、認定看護師、専門看護師、特定行為に係る看護師の研修修了者であること。

III 在宅療養者のニーズを満たす訪問看護の質と適切な提供量の評価

1. 専門性の高い看護師を配置して、機能を強化した訪問看護ステーションを評価するための「看護機能強化体制加算」2,500円（月1回）の新設を要望する。

【現状】

訪問看護ステーションは、24時間体制で、ターミナルケア又は医療的ケア児等、特掲診療料の施設基準等別表第7に該当する医療依存度の高い利用者への訪問看護が求められる。看護職員とは保健師、助産師、看護師、又は准看護師であるが、認定看護師や専門看護師又は特定行為に係る指定研修を修了した看護師が配置されている場合には、一層、看護機能の強化が期待できる。特に、訪問看護認定看護師は多職種連携の活動をより活発に行い、地域の訪問看護ステーションの研修企画などにより看護の質向上にも貢献している。

【要望】

「看護機能強化体制加算（仮称）」2,500円（月1回）を新設していただきたい。

＜算定要件＞

訪問看護認定看護師又は専門看護師、若しくは特定行為に係る研修を修了した看護師が1人以上配置され、24時間体制で、ターミナルケア又は医療的ケア児等、特掲診療料の施設基準等別表第7に該当する医療依存度の高い利用者への訪問看護を行うこと、さらに年2回以上は地域活動として、他職種連携会議等の企画・開催、または講師としての活動、事例検討会、地域のネットワーク構築を行うなどの一定の要件を課する。

2. 精神科特別訪問看護指示書において、複数回訪問加算の新設を要望する。

【現状】

精神科訪問看護での1日複数回訪問のできる「精神科複数回訪問加算」の対象は、「精神科重症患者早期集中支援管理料」算定する場合に限り複数回加算が算定できる。

病状不安定等で頻回な訪問看護が必要になり、「特別訪問看護指示書」が交付されても1日1回限りの算定しかできない。

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では、毎日の訪問が可能であり、更に1日に3回までの加算「難病等複数回訪問加算」がある。

【要望】

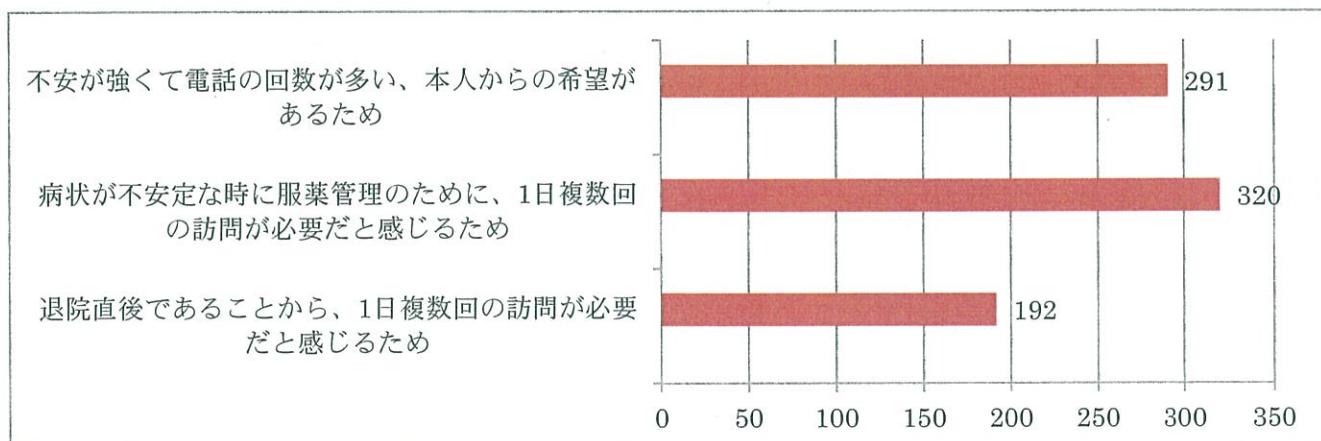
精神科訪問看護基本療養費の加算として、精神科特別訪問看護指示書を交付された期間においても複数回訪問を新設していただきたい。

（参考資料）

日本訪問看護財団「平成28年度制度報酬改定に向けた会員アンケート（平成27年5月）」

精神科訪問看護特別指示書での同一日複数回の訪問看護の評価を要望するかの問い合わせには、「要望したい」が約4割であった。「病状が不安定な時に服薬管理のために、1日複数回の訪問が必要だと感じるため」が最も多く、次いで「不安が強くて電話の回数が多い、本人からの希望があるため」、「退院直後であることから、1日複数回の訪問が必要だと感じるため」等がみられた。

複数回訪問看護の必要な理由



資料：平成26年日本訪問看護財団アンケート

**3. 精神科訪問看護基本療養費以外の訪問看護基本療養費における「30分未満」の報酬
(4,250円) の新設を要望する。**

【現状】

地域包括ケアシステムにおいて、訪問看護体制を充実させることは喫緊の課題である。必要な訪問看護の提供には、効率的かつ必要十分な看護の提供が欠かせない。

従来、訪問看護基本療養費は30分以上1時間30分を概ねとして報酬が設定されてきたが、看取り期の状態観察、点滴注射の抜針、定期的なカテーテル交換やリハビリテーション等は30分未満でも必要な看護が提供でき、費用対効果を高めることが可能である。実態調査の結果でも約30分の訪問看護内容が挙げられている。すでに、精神科訪問看護基本療養費では、30分未満と30分以上の基本療養費が設定されている。

【要望】

不必要的滞在とそれに伴う利用者負担の増加、訪問看護師の訪問件数の減少につながらないように、精神科訪問看護基本療養費以外の訪問看護基本療養費における「30分未満」の報酬を新設していただきたい。

<要件>

30分未満を算定する場合は、週のうち1回以上は30分から1時間30分の訪問看護基本療養費を算定すること。

(参考資料)

過去6か月間において、約30分/回の訪問を「行なった」訪問看護ステーションは66.8%でした。主な内容は、「看取りや急性憎悪の病状観察」が最も多く、次いで「点滴の抜去」、「気管内吸引」の順でした。その他の内容としては、精神科疾患の利用者宅への訪問（服薬確認・日常生活援助・病状観察・リハビリなど）、内服管理（内服確認・セッティング等）、褥瘡処置、ストーマの装具交換、経管栄養管理、リハビリテーション、在宅酸素療法管理などでした。

約30分の訪問を行った際の看護内容 (n=479)

インスリン注射	88	18.4%
気管内吸引	104	21.7%
導尿	57	11.9%
点滴の抜去	259	54.1%
看取りや急性憎悪の病状観察	286	59.7%
その他	152	31.7%

<引用文献>

日本訪問看護財団「平成30年度介護・診療報酬改定に関するアンケート」2016年11月※開設1年以上の財団会員訪問看護ステーション1,513か所中717か所回収(回収率47%)

4. 訪問看護ステーションにおける理学療法士等の適切なリハビリテーション提供に資する基準等の見直しを要望する。

【現状】

医療保険では、「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位：300点）」があり、同一建物居住者の場合は255点とし、週6単位（退院の日から起算して3か月以内の患者では12単位）としている。また患者の急性増悪による頻回リハビリテーションは14日を限度として1日4単位に限り算定可としている。

介護保険では、訪問看護ステーションにおける訪問看護の範疇で訪問し、1回につき20分以上で302単位週6回を限度としている。

訪問看護療養費では1回30分以上1時間30分を概ねとし、報酬が算定できる。

介護保険でも医療保険でも在宅療養者のリハビリテーションニーズが高く、理学療法士等の役割は重要である。

昨今、訪問看護ステーションにおける理学療法士等の増加により平成27年度の実態調査では、要介護2が最も多く次いで要介護1となっている（介護保険制度創設以来要介護5が最も多く次いで要介護4を対象としてきた）。

また、訪問看護ステーションの22%は、看護師が訪問することは基本的にはないという。さらに、訪問看護従事者のうち、理学療法士等が40%以上の事業所では、24時間対応体制や医療ニーズ対応の特別管理加算の届け出が7%以下、80%以上では届出なしという結果がある（第142回社会保障審議会介護給付費分科会資料）。

利用者が訪問看護に求めるることは24時間体制、医療処置等があり病状が重くても対応してくれる、療養相談に乗ってくれるなどであるが、リハビリテーションが主となる訪問看護ステーションでは対応できていない実態がある（前出資料）。

【要望】

訪問看護ステーションは「療養上の世話と必要な診療の補助」を行う事業所であり、在宅療養者の疾病や治療・療養状況、看護・介護状況などをトータルにアセスメントして訪問看護計画を立て、訪問看護師と理学療法に関してはより専門性の高い理学療法士等が協働して療養生活を支援する体制が必要である。以下のような体制が実施されるように規定を見直していただきたい。

- 1) 原則として月1回以上は看護師が訪問して総合的なアセスメント及び看護・療養指導・介護指導を行い、ケア方針を共有すること。
- 2) 管理者は、リハビリテーションと一体化した訪問看護計画書及び訪問看護報告書を管理し、主治医との密な連携を行うこと。
- 3) 上記1)、2)を実効ある規定とするために、職員比率において、看護職員：理学療法士等の比率が1：4以上の割合で理学療法士等が多い場合は、基本療養費の100分の90の減算規定を検討していただきたい。