



日訪財発 第 45 号  
平成 23 年 5 月 31 日

厚生労働省 保険局  
局長 外口 崇 様

財団法人 日本訪問看護振興財団  
理事長 清水 嘉与子



### 平成 24 年度診療報酬（訪問看護療養費等）の改定について（要望）

平素より訪問看護事業の推進につきましてはご指導、ご支援を賜り感謝申し上げます。

さて、平成 22 年度診療報酬改定では在宅移行支援や在宅医療の推進に因んで、特に小児等の訪問看護の充実、在宅医療安全体制の評価がされたところです。

訪問看護では、地域（居住系施設含む）の多様な医療ニーズに的確に対応して病院からの在宅移行、在宅看取りまで行うサービス提供体制の強化・充実が不可欠です。さらに今回の同時改定を機に医療保険と介護保険の双方に係る訪問看護の齟齬をできる限り解消して、在宅療養者が必要な訪問看護を受けられるような改善が必要と考えます。

つきましては、24 時間 365 日体制で、切れ目なく医療ニーズの高い在宅療養者を支援できるように、平成 24 年度の報酬改定におきましては、下記の事項について一層の評価をお願い申し上げます。

### 記

#### 1 重点要望事項

1. 訪問看護を必要とする在宅療養者に対して、24 時間切れ目なく訪問看護が必要なだけ提供できる体制を評価すること。
2. 病院等から円滑に退院し安全に安心して在宅療養生活が進められる支援を評価すること。
3. 在宅療養が安全に安心して継続できるように、医療器材・衛生材料等のタイムリーな入手・負担軽減を図ること。
4. 訪問看護ステーションにその他職員配置を可能とし、安全で効率の良い訪問看護を評価すること。
5. 医療依存度の高い在宅療養者を専門的に支援する認定看護師等の配置を評価すること。
6. 24 年度における介護保険と医療保険の同時改定を機に両制度の整合性を図ること。
7. 通学施設等の対象者へ訪問看護が提供できるようにすること。
8. 地域連携を評価すること。
9. 保険医療機関に対して訪問看護との連携を評価すること。

## II 要望内容

1. 訪問看護を必要とする在宅療養者に対して、24時間切れ目なく訪問看護が必要なだけ提供できる体制を評価すること。
- 1) 「訪問看護基本療養費」において週3日の回数制限を設けない対象者に「重症者管理加算」の対象者を追加していただきたい。

### 【趣旨】

在宅医療は家族介護を前提とし療養環境の未整備のまま推進されてきた。訪問看護も直接ケアの提供よりも本人・家族への「指導」を中心とし、健康の回復（あるいは安らかな死）、自己管理ができることを到達目標としてきた。

在院日数の短縮化にともない医療ニーズの高い退院患者の増加、独居・高齢者世帯の増加、看護師等の配置がない居住系施設も少なくない。在宅医療処置が必要にもかかわらず、自己管理が不十分であったり処置の実施困難な状況が増えてきた。また、医療ニーズがあるために家庭に帰れず長期入院せざるを得ない実態を改善する必要がある。

このような対象者に訪問看護が必要なだけ提供されるように、「重症者管理加算」の対象者に、週4日以上訪問看護が提供されることを評価する。

### 【現行】

○厚生労働大臣が定める疾病等の対象者、特別訪問看護指示期間を除いて週3日となっている。

○急性増悪の状態に限って「特別訪問看護指示書」が交付されるため、慢性的な状態で週4日以上訪問看護を常時必要とする場合には適応されない。

### 【参考】 重症者管理加算

#### (1) 5,000円/月（病院・診療所は500点/月）の場合

在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理、気管カニューレを使用している状態にある者、留置カテーテルを使用している状態にある者

#### (2) 2,500円/月（病院・診療所は250点/月）の場合

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- ・ドレーンチューブを使用している状態にある者
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

- 2) 特別訪問看護指示書が月2回まで交付可能な対象者として、①非がん疾患によるターミナル期の対象者及び、②点滴静脈注射を要する対象者を追加していただきたい。

### 【趣旨】

- ① 非がんの疾患で老衰等では、予後の予測が困難なターミナル期がある。在宅療養を継続し終末期まで訪問看護で本人および家族等を支援できるようにしていただきたい。
- ② 経口摂取が不十分で低栄養状態にある在宅療養者の状態改善、脱水から来る熱中症の改善の

ために点滴静脈注射あるいは皮下注射による補液が必要な場合がある。2週間を超えることがあるが、介護保険の対象者では、必要な点滴ができなくなるので、訪問看護が必要な期間持続できるようにする必要がある。

**【現行】**

- 特別訪問看護指示書を2回/月交付できるのは、①気管カニューレを使用している状態、②真皮を越える褥瘡の状態にある利用者に限る。
- 介護保険の要介護者等であっても急性増悪等により週4回以上訪問看護を要する場合はその期間中は医療保険の訪問看護とし、必要な医療が受けられる仕組みとなっている。

**3) 早朝・夜間・深夜加算を新設していただきたい。**

**【趣旨】**

訪問看護は病状の安定した在宅療養者の支援が中心で、従来、夜間早朝深夜の訪問看護は、利用者の選定(希望)に基づく訪問看護とされ、「その他利用料」として差額を徴収する仕組みであった。

しかし、在宅医療が推進されて在院日数も短縮され、医療依存度の高い在宅療養者、がん末期等が増加してきた。在宅看取りの期間には夜間でも在宅療養者の医療ニーズや精神的な不安への対応が必要となる。平成18年からは在宅療養支援診療所との連携で訪問看護も行い、夜間早朝深夜については、緊急往診に近い形態で訪問看護を行っているので、在宅療養者の負担軽減の観点からも夜間等を報酬で評価していただきたい。

なお、創傷処置や経管栄養、人工呼吸器等装着者の吸引等は夜間早朝などにも訪問看護が必要となるので、計画的な訪問看護としても評価が必要である。

**【現行】**

- 24時間365日体制が前提となっている介護保険制度の訪問看護費では夜間・早朝・深夜の加算が算定できる。
- 保険医療機関の医師による緊急往診では夜間等の加算がある。

**4) 「訪問看護管理療養費」において、12日までの日数制限を撤廃していただきたい。**

**【趣旨】**

特に医療依存度の高い在宅療養者を支援するためには、訪問看護師による在宅療養全般の医療的ケアマネジメントは、主治医との連携を密にして、在宅医療を安全に適切に提供する上で重要である。13日目以降であっても訪問ごとに主治医等他職種連携や調整、情報提供、家族指導等を含めた管理業務が発生し、制度上の通減制はなじまない実態がある。

1回の訪問看護においても、実質的な訪問看護提供時間は通常の訪問看護に比較して長いし、管理業務が多く発生することを評価する。

**【現行】**

訪問看護管理療養費の報酬は、イ：月の初日が7,300円、ロ：月の2日目以降12日まで2,950円となっている。13日目以降の報酬設定がない。

5) 難病等複数回訪問加算の報酬を引き上げていただきたい。

【趣旨】

がん末期など1日に2回訪問する場合は1回当たり5,025円、3回訪問する場合には約4,517円となるため5,550円より1,000円以上低くなる。

今後、がん末期などの在宅療養を最期まで支援するためには、1回ごとの（1日複数回訪問しても1回の看護内容は殆ど変わらない）の訪問看護を適切に評価していただきたい。

【現行】

1日の2回目の訪問看護の加算は4,500円、1日3回以上訪問した場合の加算は8,000円

6) 複数訪問看護ステーションの相互連携による訪問看護を評価していただきたい

【趣旨】

神経難病、がん末期患者等厚生労働大臣が定める疾病等の訪問看護で複数の訪問看護ステーションが同一日に算定できるようにし、24時間体制で医療ニーズに的確に対応する。

【現行】

○医療保険では同一日には1ヶ所の訪問看護ステーションしか算定できない。急性増悪期の特別訪問看護指示書の期間は医療保険となり、介護保険で同一日に2ヶ所関わっている場合も1ヶ所に絞られてしまう。

○主治医の訪問看護指示書が交付された利用者については2ヶ所の訪問看護ステーションの対応が可能であるが、訪問看護ステーション同士の連携による24時間対応等はできない。

【提案】

1日に1ヶ所の訪問看護ステーションしか算定できないので、2ヶ所目は「緊急連携訪問看護加算（仮称）」のようにして、2ヶ所目訪問看護ステーションの訪問日に加算できるようにしてはどうか。

7) 重症者管理加算の対象に在宅自己注射指導管理の対象者を新たに追加していただきたい。

【趣旨】

在宅で訪問看護師が指導や管理を実施している実態を評価する。在宅自己注射は、入院中に指導を受けて退院するが、自宅で実施する状態になって、本人・家族が十分に対応できないことが多い。指導管理を行う医師に加えて、訪問看護師による指導等で在宅療養継続の支援が実際に行われていることを評価する。

8) 長時間訪問看護の要件緩和・対象者の拡大をしていただきたい

【趣旨】

在宅医療を推進するためには、保険適用により在宅患者の負担軽減を図る必要がある。重症心身障害児者の訪問看護、点滴静脈注射や褥瘡処置、洗腸・摘便など、看護師が最終実施者として安全かつ的確に対応し責務が果たせるようにする。

【現行】

- 人工呼吸器使用者で2時間以上の長時間訪問看護の報酬5,200円/週1回の報酬がある。
- 医師による「在宅患者訪問診療料」においては1時間超30分を増すごとに100点の加算がある。
- 介護保険制度では特別管理加算の対象者については300単位の加算を毎回の訪問看護で算定できる。

## 2. 病院等から円滑に退院し安全に安心して在宅療養生活が進められるように在宅移行支援を評価すること。

- 1) 病院等から退院後一定期間については回数制限をなくして訪問看護を提供できるようにしていただきたい。

### 【趣旨】

医療保険で週3日制限のある医療器具装着等の在宅療養者、重度障害者、不安定な状態にある統合失調症等精神科の退院患者は、在宅退院促進と在宅療養を支援する為に一定期間は回数制限のない訪問看護を可能とする。

介護保険の要介護認定者等であっても、訪問看護による療養生活・健康面の支援が退院直後に入ること、在宅療養を安心して開始でき、緊急再入院の防止となる。介護保険のケアマネジャーに対して医療ニーズに関する情報提供となり、有効なケアプラン作成を支援できる。

### 【提案】

厚生労働大臣が定める疾病等に「退院直後一定期間の療養上不安定な状態」を追加する。  
※介護保険の「末期悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」にも上記を追加する。

### 【現行】

○診療報酬の「精神科訪問看護・指導料」では、回数制限の上限が緩和され、退院後3か月間以内の在宅患者については週5日まで算定できる。

※介護保険の訪問看護利用者は「悪性腫瘍末期その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」、「特別訪問看護指示書」の対象者に限って医療保険の訪問看護となる。

※介護保険制度の要介護者等の退院に際しては、介護支援専門員の導入が評価されているのみで医療ニーズに対応困難である。

介護保険では訪問看護師による「退院時共同指導」、「退院支援指導」、「在宅患者連携指導」、「在宅患者緊急時等カンファレンス」、「情報提供療養費」が無いため、医療ニーズを併せ持つ退院患者への支援が不十分となる。

- 2) 「退院時共同指導加算」及び「退院支援指導加算」については、退院後の訪問看護の初日に加算として算定するのではなく独立した在宅移行支援活動として評価していただきたい。また、報酬を引き上げていただきたい。

### 【趣旨】

訪問看護につながらない限り、全く無報酬の働きになってしまう。在宅療養を安心して開

始でき、緊急再入院の防止が前提ではあるが、訪問看護師の活動を評価する必要がある。

**【現行】**

- 往復の交通費も算定できず、1回の訪問で実質2時間以上かかっているため、算定し難い加算となっている。
- 居宅において訪問看護が発生しない限り無報酬である。

**3. 在宅療養が安全に安心して継続できるように、医療器材・衛生材料等のタイムリーな入手・在宅療養者の負担軽減を図ること。**

- 1) 電源を必要とする医療器材等を使用している在宅療養者にバッテリーを医療保険で提供(レンタル)し、訪問看護ステーションでも貸し出し可能としていただきたい。

**【趣旨】**

災害や停電時等に際して、在宅人工呼吸器使用者、在宅酸素療法者・在宅人工透析者、吸引・吸入等を要する在宅療養者の生命を守る必要から、例えば人工呼吸器の付属品としてバッテリー(充電込み)も含め保険適用とし、在宅医療安全管理体制の一環としてタイムリーに届けられるように訪問看護ステーションでも取扱可能としていただきたい。

**【現行】**

バッテリーは「在宅療養」の指導管理料に含まれないため、在宅療養者が自費で購入している実態があるが高価で負担が大きい。停電等の緊急事態を脱するまでの16時間程度の電力を確保する必要がある。

- 2) 必要な医療材料は、処置指導管理料とは別にし、処方箋にて必要な医療材料が保険適用されるようにしていただきたい。また、必要なときに使用する衛生材料等については、訪問看護ステーションで「その他利用料」として実費請求を可能としていただきたい。

**【現行】**

厚生労働省通知「在宅医療に係る衛生材料等の取扱いについて」(平成15年3月31日保医発0331014)によって「在宅療養指導管理料は必要かつ十分な量の衛生材料又は保健医療材料を支給した場合に算定することになっており、保険医療機関は訪問看護ステーションとの連携等により在宅医療に必要な衛生材料等の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を支給すること」と定められている。

※患者によって必要量・供給期間・材料に個人差があるが、在宅療養指導管理料の報酬は一定でありその範囲で最小限に留めようとしている。

- 具体的な量や、統一された方針が無いので医師によっても対応にバラつきが生じている。
- 在宅療養指導管理料を算定しない保険医療機関では、衛生材料を供給しても請求できない。
- 2つ以上の保険医療機関では主たる指導管理を行った保険医療機関しか算定できない。

**【現状】**

包括指示のもと、必要な処置を迅速に行い在宅療養者の苦痛や不安を解消するためには訪問看護ステーションに医療材料・衛生材料等を保管して、適時使用する必要がある。災害や

停電時等に際しても同様である。訪問看護で必要性の高い器材等として、吸引カテーテル、バルンカテーテル、キシロカインゼリー、デュオアクティブ、フィルム材、消毒薬、血糖値測定器、ガーゼなど。また、貸し出し器材として、吸引機、パルスオキシメーターなどがある。

#### 【課題】

- 訪問看護ステーションで夜間等緊急時に医療材料が必要な場合に、そのつど、病院等に向いて対応してもらうために時間と手間がかかり過ぎる。
- 病院・診療所においては、在宅療養指導管理料及びその加算・薬剤・特定保険医療材料が算定でき、在宅患者に対して、必要十分な医療材料を提供することとなっているが、提供材料が徹底されない。在宅療養者が全額自費で購入するなど、費用負担に格差が生じている。
- 訪問看護ステーションでは、衛生法規上も医療・医薬品等の取扱いに関しても技術的な管理を行うことが可能であり、衛生管理が義務付けられている。

### 4. 訪問看護ステーションにその他職員配置を可能とし、安全で効率の良い訪問看護を評価すること。

#### 【趣旨】

重症者や医療器具装着等の重度障害者、不安定な状態にある統合失調症等精神科の在宅患者、認知症患者、寝たきり者等の訪問看護では2人訪問が必要な場合があるが必ずしも看護職員でなくても可能である。二人目の従事者についても評価し、安全で効率のよいサービス提供を実現する。

また喀痰吸引が必要な在宅療養者において、訪問看護計画に基づき喀痰吸引等を安全に実施する。

#### 【現行】

- 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）の加算として1人以上は看護職員とし、「複数名訪問看護加算」がある。
- 診療報酬の「精神科訪問看護・指導料」では同行訪問の加算（450点）が設定されている。

### 5. 医療依存度の高い在宅療養者を専門的に支援する認定看護師等の配置を評価すること。

#### 【趣旨】

訪問看護ステーションの体制として、安全で質の高いサービス提供を評価するため、認定看護師、専門看護師、認定看護管理者の配置がある訪問看護ステーションを評価する。医療ニーズの高い利用者を積極的に受け入れることが可能となるため、一層の在宅移行支援につながる。

#### 【現行】

- 介護保険制度では、「サービス提供体制強化加算」として、1回につき6単位が算定できる。

### 6. 24年度における介護保険と医療保険の同時改定を機に両制度の整合性を図ること

- 1) 厚生労働大臣が定める疾病等の対象を同じにしていきたい。  
介護保険でも医療保険でも「退院直後一定期間の療養上不安定な状態」を追加する。
- 2) ターミナルケアの評価は死亡日を含め14日以内に2回の訪問看護基本療養費を算定することで要件が満たせるようにしていきたい。
- 3) 長時間訪問看護加算は、重症者管理加算の対象とし、週1回に限らず必要時算定できるようにしていきたい。

## 7. 通学・通園施設、通所施設における外付けサービスとして、訪問看護ステーションの訪問看護が提供できるようにすること。

### 【趣旨】

気管切開、経管栄養などで医療依存度の高い小児、難病やがん末期患者など重症者の受診は安全性の確保、付き添う家族の負担軽減のために訪問看護師が同行して吸引等の看護を提供する必要がある。

訪問看護の提供場所が「居宅」と定められているため、訪問看護が利用できない。特に通学施設では保護者の負担が大きく、保護者の都合で付き添えない場合は、児童も学校を休まざるを得ない状況がある。通所施設などは生活の場であるため「居宅等」として訪問看護が提供できるようにする。

### 【現状】

○通園事業等実施施設から、外部サービスとして、通園児への訪問看護の導入の希望がある。また、看護師を増員してもそれに見合うだけの重度障害児は少ないので、訪問看護の活用のほうが効率的である。

○NICU退室後、在宅療養支援が必要な重症児の一時預かりとして療養通所介護を活用できる。近くに療育センター等がほとんどない現状では本人の社会参加と家族介護負担軽減から社会資源として活用が望まれる。

出典：「重症心身障害児者の地域生活支援のあり方に関する調査研究」（厚生労働省障害者保健福祉推進事業補助金）平成21年3月 日本訪問看護振興財団

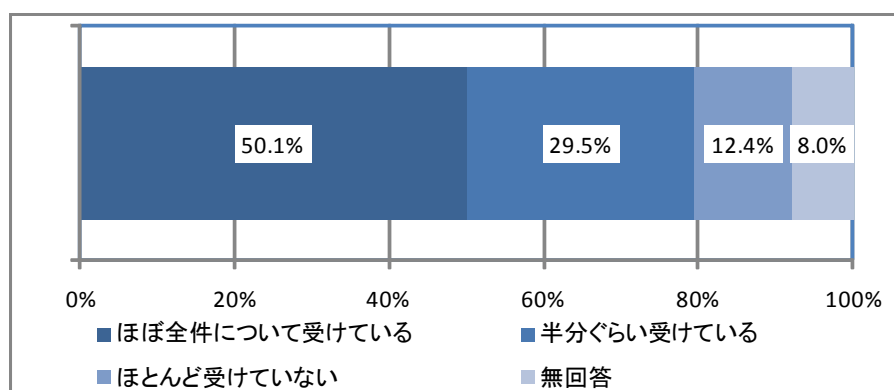
## 8. 地域連携の評価

### 1) 「訪問看護情報提供療養費」の提供先を拡大していきたい。

病院・老人保健施設等入院・入所施設へ「在宅療養のサマリー」を提供した場合に評価していきたい。入院時に訪問看護ステーションからのサマリーを全数で受けているとしているのは50.1%あった。

出典：平成22年度 日本看護協会委託研究事業「退院調整看護師に関する実態調査」

図表 1 (入院時) 訪問看護ステーションからの訪問看護情報の提供 (n=563)



2) 在宅療養支援診療所との連携で24時間体制の訪問看護を提供している訪問看護ステーションを評価していただきたい。

【趣旨】

訪問看護の24時間体制を提供して、看取りを行っていることを評価する。

【現行】

○在宅療養支援診療所では、本来ファーストコールは在宅療養支援診療所で受けることで評価されているにもかかわらず、在宅患者からのファーストコールを訪問看護ステーションに委任しているところが多い。訪問看護ステーションではその体制を提供しているにもかかわらず、在宅療養支援診療所のような一般診療所・病院より高い評価を受けることがない。

3) 在宅患者連携指導加算の連携対象の要件緩和をしていただきたい。

【趣旨】

訪問診療を実施していない医療機関、ケアマネジャーやホームヘルパーに拡大することで、実態として行われている業務を評価する。医療情報の共有とそれに基づいた医療連携及びケアの提供が推進できる。

【現行】

連携職種は、訪問診療等を行う医療関係機関（同一法人除く）と限定しているために、使いにくい報酬となっている。また、要介護・要支援者除くとなっており、利用者が限定される。

4) 訪問看護ステーションと指示書交付機関が「特別の関係」であっても、同一敷地内に訪問看護ステーションが併設されていない場合については、退院時共同指導等が算定できるようにしていただきたい。

9. 保険医療機関に対して訪問看護との連携を評価すること。

診療報酬の「退院時共同指導料2」の要件緩和で、訪問看護ステーションの看護師と病院の医師・看護師・本人等で退院時共同指導を行った場合であっても、算定できるようにしていただきたい。