

(控)

日訪財発第 20 号
令和元年 6 月 11 日

厚生労働省 保険局
局長 樽見 英樹 様

公益財団法人 日本訪問看護財団
理事長 清水 嘉与子

令和 2 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 30 年度診療報酬改定では、機能強化型訪問看護管理療養費 3 が新設され、24 時間対応体制加算や訪問看護ターミナルケア療養費の引き上げ等が行われたところですが、今後、在宅療養者が一人暮らしであっても、健康を維持し、症状の悪化防止を図り最期まで地域で支える訪問看護の充実に向けて、生産性の向上を勘案した仕組みや報酬上の評価による推進を下記のとおり要望しますので、ご高配方お願い申し上げます。

記

【重点事項】

I 在宅療養者本位に訪問看護と保健・医療・介護・福祉・教育との連携の評価

1. 訪問看護情報提供療養費 1, 2, 3 の要件等に関する改定及び、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
2. 訪問看護療養費に係る別表第七又は八（特別管理加算）の対象者の追加
3. 特別訪問看護指示書を月 2 回交付できる対象者の追加
4. 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
5. NICU/GCU 退院時共同指導加算の回数増

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「死亡時情報提供療養費（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、効率化

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. ICT 活用による訪問看護業務の効率化

【要望事項の説明】

I 在宅療養者本位に訪問看護と保健・医療・介護・福祉・教育との連携の評価

1 訪問看護情報提供療養費 1, 2, 3の要件等に関する改定を要望する

【現状】

平成30年度の改定で、訪問看護情報提供先は市町村等のみならず、学校や入院・入所先に拡大されたが、一方で対象者の適正化が行われ、市町村等の求めに応じて提供するなどの要件が設定されたために、必要な情報が必要な時期に提供できない等の実態がある。

このような状況では、訪問看護ステーションの持つ情報が有効に活用されているとは言えず、地域包括ケアシステムの構築や災害時の情報による住民の生命と安全を守る「連携体制」に影響しかねない等が懸念される。以上のことから標記について以下の通り算定要件の改定等を要望する。

要望1. 訪問看護情報提供療養費1の情報提供ができる対象者の拡大

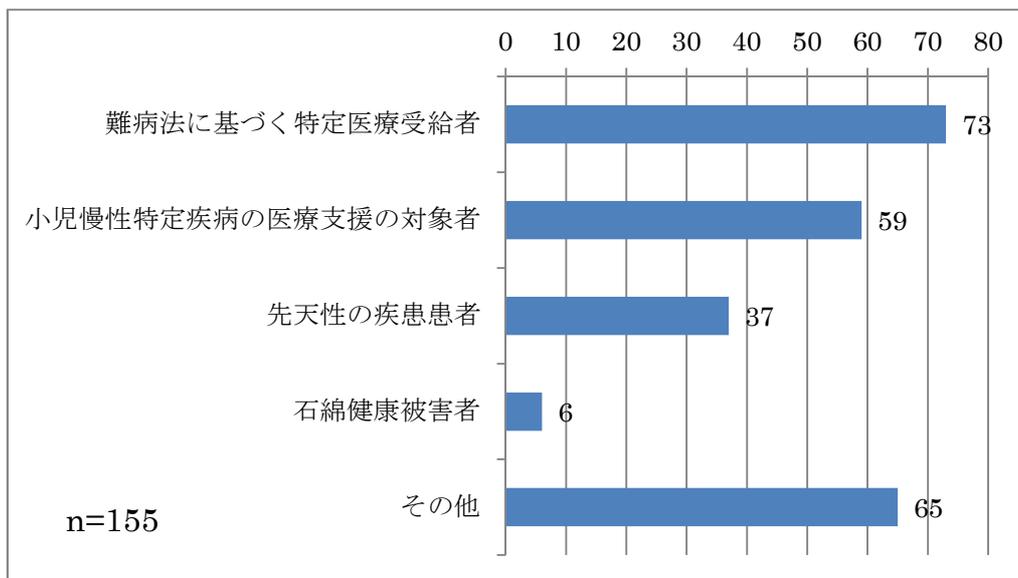
厚生労働大臣が定める利用者（別表第7、別表第8、精神障害を有する者又は家族）以外で情報提供を必要とする利用者の情報が提供できるように対象者を拡大する。

難病法に基づく特定医療受給者、小児慢性特定疾病の医療支援対象者、先天性疾患患者、児童虐待

【参考】

訪問看護情報提供療養費1（市町村等）を算定した平均人数は12.8人であった。また、厚生労働大臣が定める利用者（別表第7、8、精神障害者及び家族）以外で情報提供を必要と考えた利用者が「いた」のは155か所（22.5%）であり平均人数は3.6人であった。「いた」と回答した際の状態（複数回答）では、「難病法に基づく特定医療受給者」が73件で最も多く、次いで「小児慢性特定疾病の医療支援の対象者」59件であった。

図表1 厚生労働大臣が定める疾病以外で情報提供を必要と考える対象者（直近3か月）



※その他：生活保護（9件）、精神疾患（7）、虐待（7）、困難事例（4）、障害者（4）

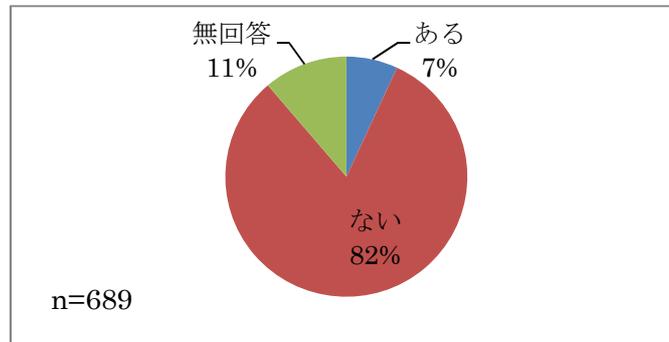
<資料> 日本訪問看護財団会員調査「2020年度診療報酬改定の要望に関するアンケート（2019年2月）

※開設後1年以上の訪問看護ステーション1,869か所のうち689か所（回収率36.9%）

【児童虐待に関する調査結果】

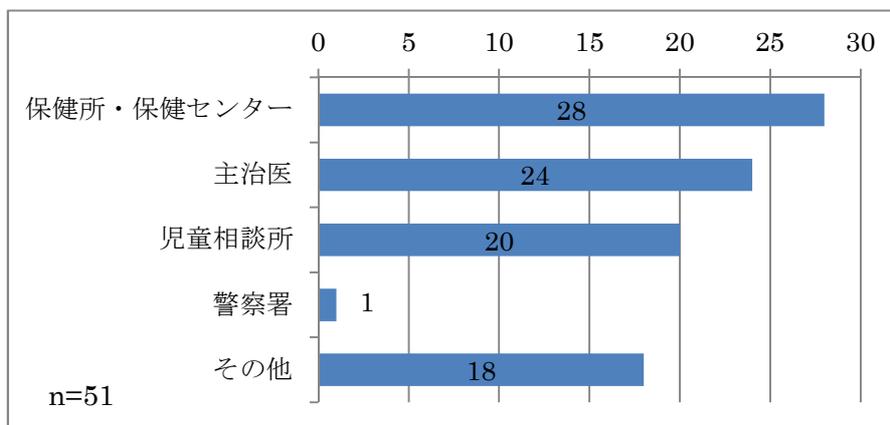
1) 回答者 689 件中、児童虐待と思われる兆候を発見したことがありと回答した人は 51 件 (7.4%) であり、一事業所当たりの平均人数は 1.5 人であった。

図表 2 児童虐待と思われる兆候 (直近 3 か月間)



2) 虐待の兆候 (自由記載) としては、ネグレクト (24 件)、暴言 (12)、暴力 (8) 外傷 (5)、るい瘦 (2)、学校に登校させていない (2)、不衛生な環境 (2)、心的暴力 (2) があげられた。
 3) 虐待と疑われる兆候を発見した場合に外部への通報は、「保健所・保健センター」が 28 件と最も多く、次いで「主治医」24 件であった (複数回答)。

図表 3 虐待と疑われる兆候を発見した場合に外部への通報 (直近 3 か月間)



<資料> 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート (2019 年 2 月)」

要望 2. 訪問看護情報提供療養費 2 の要件の見直し

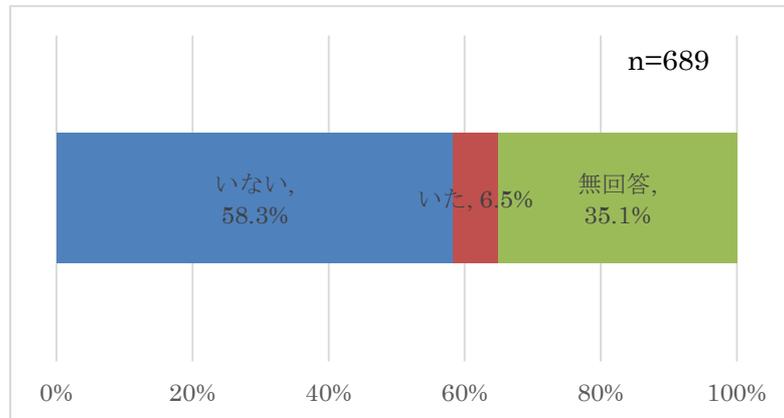
入学・転学時等初めて義務教育諸学校に在籍する月に 1 人に 1 回限りの情報提供となっているが、医療的ケア児は病状や状態の季節変動、日内変動もあり、病状が不安定であること、家族も緊張を強いられており支援が必要なことから、継続的に情報提供や支援が必要となる実態がある。

- ① 初めて在籍する月以外も必要時に訪問看護情報提供療養費 2 が算定できるようにする。
- ② 当該学校に看護職員の配置がない場合であっても、養護教諭等との連携で訪問看護情報提供療養費 2 が算定できるようにする。
- ③ 関係担当者が一堂に会したカンファレンスで情報を共有した場合には報酬を引き上げる。

【参考】

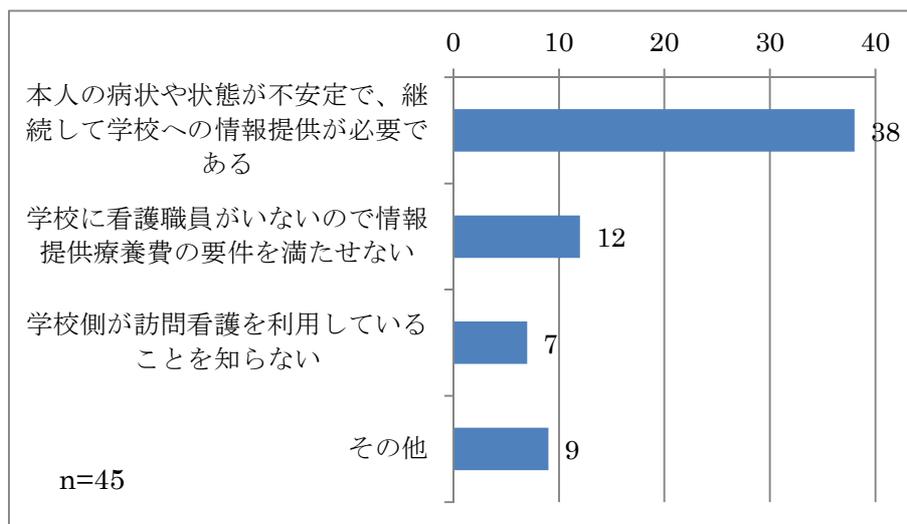
訪問看護情報提供療養費 2 を算定した平均人数は 0.5 人であった。また、情報提供を必要と思ったケースが「いた」と回答したのは 45 件 (6.5%) であり、平均人数は 1.4 人であった。

図表 4 義務教育諸学校への情報提供について (直近 3 か月)



「いた」場合の対象者は、「本人の病状や状態が不安定で、継続して学校への情報提供が必要である」が最も多く 38 件であった。次いで「学校に看護職員がいないので情報提供療養費の要件を満たせない」12 件であった (複数回答)。

図表 5 情報提供が必要と思ったが提供できなかったことについて (直近 3 か月)



※その他：学校の理解不足 (3 件)、連携希望 (2)、医療的ケアになった、進級時の連携希望等

<資料> 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート (2019 年 2 月)」

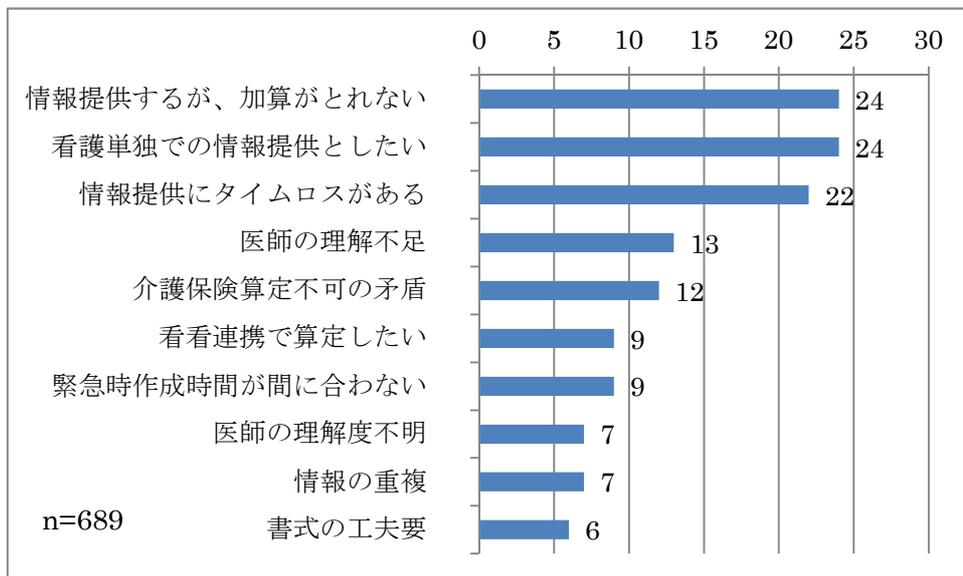
要望 3. 訪問看護情報提供療養費 3 の要件の見直し

主治医の所属する保険医療機関に情報提供書を提供することで報酬が算定できるが、主治医を介するため、主治医が情報提供をしない場合は看護情報が届かない。特に緊急入院においては、直接、訪問看護ステーションから入院先に訪問看護情報を提供し、看護師同士が連携し情報共有して入院患者の看護に活用できるように、主治医から入院・入所先への情報提供の有無に関わらず、必要に応じ訪問看護ステーションから入院・入所先に情報提供を行った場合に算定できるように要件の見直しを要望する。

【参考】

情報提供療養費 3 を算定した平均人数は 1.1 人であった。入院・入所する利用者の訪問看護情報を主治医に提供した場合の課題（自由記載）を以下の通り。

図表 6 訪問看護情報提供療養費 3（入院・入所先）の算定について（直近 3 か月）



<資料> 日本訪問看護財団会員調査「2020 年度診療報酬改定の要望に関するアンケート（2019 年 2 月）」

要望 4. 介護保険サービス・施設等への「訪問看護情報提供療養費 4（仮称）」の新設

【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利用者（例：がん末期の在宅療養者）が存在し、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となり、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り、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・看護情報の提供が不可欠である。

【要望】

訪問看護ステーションからの訪問看護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。

2 訪問看護療養費に係る別表第七又は八（特別管理加算）の対象者の追加を要望する

【現状】

別表第七と第八（特別管理加算）の対象者は、現在、表（1）、（2）の通りであり、週4日以上の頻回な訪問看護が継続できる。それ以外で頻回な訪問看護が必要な場合は、主治医より特別訪問看護指示書が交付されて訪問看護を行っている。

【要望】

現特別管理加算に該当しない下記の利用者については、訪問看護が有効に活用されているとは言えず、利用者の必要な訪問看護を確保するために、別表第七又は八（特別管理加算該当）に下記の対象者を追加することを要望する。

難治性潰瘍、慢性皮膚疾患（表皮水泡症、類天疱瘡、紅皮症等）

【参考】基準告示第2の1に規定する疾病等（別表第7、別表第8）

第2 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

1 週3日を超えて訪問看護を行う必要がある利用者であって次のいずれかに該当する者

※3日を超えない訪問も可、難病等複数回訪問加算の算定可

表(1) 特掲診療料の施設基準等「別表第7」に掲げる疾病等の者

○末期の悪性腫瘍 ○多発性硬化症 ○重症筋無力症 ○スモン ○筋萎縮性側索硬化症 ○脊髓小脳変性症 ○ハンチントン病 ○進行性筋ジストロフィー症 ○パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。)) ○多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群） ○プリオン病 ○亜急性硬化性全脳炎 ○ライソゾーム病 ○副腎白質ジストロフィー ○脊髄性筋萎縮症 ○球脊髄性筋萎縮症 ○慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ○後天性免疫不全症候群 ○頸髄損傷 ○人工呼吸器を使用している状態の者

※慢性心不全の患者で「在宅人工呼吸指導管理」、「人工呼吸器管理加算の2」を算定している場合は人工呼吸器

表(2) 特掲診療料の施設基準等「別表第8」に掲げる者

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、又は、気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 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、又は、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
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

3 特別訪問看護指示書を月2回交付できる対象者の追加を要望する

【現状】

頻回な訪問看護が必要な場合は、主治医より特別訪問看護指示書が交付され、月1回、診療の日から14日間に限り訪問できる。さらに、気管カニューレを使用している状態と真皮を超える褥瘡の状態にある者は2回交付が認められ、介護保険の利用者では医療保険で訪問看護を利用することができる。

介護保険の利用者で老衰や認知症等によるターミナルケアの時期は、月1回のみ14日間の特別訪問看護指示書が交付され、医療保険で14日間訪問看護を行った後、再び介護保険適用となるが、介護保険制度の支給限度基準額管理があり、訪問看護を頻回に利用することが制限されることが多い。認知症グループホームの利用者についても同様に必要な期間に訪問看護が入る方法がない。

【要望】

訪問看護ステーションの有効活用と、訪問看護体制を確保するために、「在宅患者診療・指導料」のC007「訪問看護指示料」において、算定できる対象者を以下の通り追加することを要望する。

① がん末期以外のターミナルケア（認知症、心疾患、呼吸器系疾患等慢性疾患、難病）

日本緩和医療学会では、がん以外の疼痛や、呼吸不全、心不全、ALSによる呼吸苦の緩和医療にモルヒネ使用が検証され、英国では心不全、パーキンソン氏病の緩和ケアのRCT検証が進行している等がん以外のターミナルケアが見直されている。

② 重症度の高い熱傷（熱傷の深度分類 深達性Ⅱ度以上）

③ 皮膚潰瘍（手術に伴う創傷、静脈鬱滞性潰瘍、虚血性潰瘍、糖尿病性潰瘍、自己免疫疾患に伴う潰瘍、放射線潰瘍）

④ 術後の皮膚処置・切断創

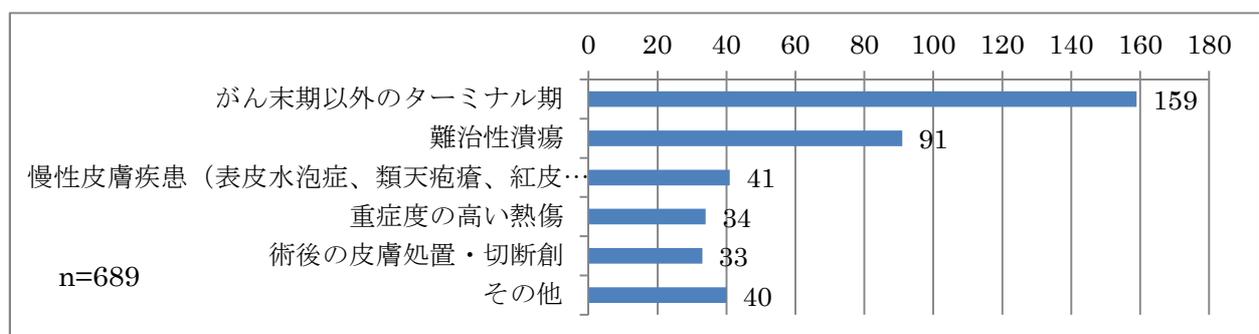
⑤ その他皮膚のケア

ステロイド長期服用患者等の重度のスキントケア、失禁関連皮膚炎（IAD）、帯状疱疹・ヘルペスによる重度の皮膚感染症は深度分類に照合すると浅い創になるが、長期的ケアが必要となる。

【参考】

- 1) 回答者 689 件のうち、気管カニューレと真皮を超える褥瘡以外で月2回必要と判断する対象者（実人数）が「いた」と回答したのは144件（20.9%）、「いないが今後必要になる」67件（9.7%）であり一事業所あたりの平均人数は1.8人であった。
- 2) 「いた」、「いないが今後必要になる」と回答した際、該当する疾患（複数回答）は、「がん末期以外のターミナル期」が最も多く159件であった。次いで「難治性潰瘍」91件であった。

図表7 気管カニューレと真皮を超える褥瘡以外で月2回必要と判断する対象者（直近3か月）



<資料> 日本訪問看護財団会員調査「2020年度診療報酬改定の要望に関するアンケート（2019年2月）」

図表8 熱傷の深度分類表 日本皮膚科学会 創傷・熱傷ガイドライン 2012

熱傷の深度分類	
深度分類	状態・治療過程
I 度 epidermal burn	<ul style="list-style-type: none"> ● 表皮熱傷で受傷部の発赤のみ。 ● 瘢痕を残さず治癒。
浅達性II度 superficial dermal burn	<ul style="list-style-type: none"> ● 水疱形成あり、水疱底の真皮が赤色(痛い!) ● 1-2週間で表皮化し治癒する。
深達性II度 deep dermal burn	<ul style="list-style-type: none"> ● 水疱形成あり、水疱底の真皮が白色(痛くない...) ● 3-4週間で表皮化。肥厚性瘢痕やケロイドを残す可能性。
III度 deep burn	<ul style="list-style-type: none"> ● 皮膚全層の壊死。白色or褐色レザー様、炭化。 ● 植皮を施行しなければ肥厚性瘢痕や痙攣性拘縮 受傷部位の辺縁からのみ、1-3ヶ月以上を要し表皮化

受傷当日は正確な分類はできない。
熱傷深度は進行する。

日本皮膚科学会 創傷・熱傷ガイドライン 2012

【引用文献】

- 1) 日本訪問看護財団会員調査「2020年度診療報酬改定の要望に関するアンケート（2019年2月）
- 2) 中島孝,西川満則：日本緩和医療学会ニュース 第61号-1102
- 3) 宮島加耶：日本緩和医療学会ニュース 第62号-0201
- 4) Johnson M,Follon M.Just good care? Thepalliative care of those with non-malignantdisease. Palliative Medicine 2013;27(9):803-804.

4 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)」（月2回の新設を要望する

【現状】

在宅療養者の外来通院時に立ちあつて医師や看護師・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%と過半数であつた（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)を新設していただきたい。

図表9 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. 糖尿病	75	20.1%
5. 心疾患	63	16.8%
6. 重症児	39	10.4%
7. その他	133	35.6%

その他の内容) ALS、神経難病、難病、パーキンソン病など

図表 10 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. 主治医と直接話す機会の確保	409	57.0%
3. 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%
4. 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%
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. 精神疾患等の症状により単独での通院が困難	240	33.5%
7. その他	40	5.6%

<資料> 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

5 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 GCU）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算定可）がある。NICU 等を退院する小児は、1 回当たりの退院時共同指導に時間がかかり、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。

家族が在宅で看護することの不安を軽減し、NICU 等からの退院延期や退院後緊急再入院、家族の育児に係る自信喪失のリスクを招かないようにするために、必要に応じた回数や時間の共同指導が求められている。

【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」の算定回数を 5 回まで増やしていただきたい。また、1 か所に限らず各連携する訪問看護ステーションが算定できるようにしていただきたい。

図表 11 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. 医療機器の取扱い	94	55.6%
3. 在宅療養生活の指導	89	52.7%
4. 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%
5. 在宅医療処置の現地訓練	75	44.4%
6. 相談支援専門員等福祉職との連携	67	39.6%
7. 家屋の療養環境整備	49	29.0%
8. 在宅ケアをしている先輩ママへの紹介に同行	5	3.0%
9. その他	15	8.9%

<資料> 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

6 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（仮称）」（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、訪問看護師と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。特に重症児の児童発達支援事業等の利用では在宅医療・看護の情報は不可欠である。

【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。

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、訪問看護ターミナルケア療養費の上乗せとして「死亡時情報提供料（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。

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なえられない。そこで、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。特に在宅看取りにおいては、訪問看護師が訪問し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、単独で行う必要があるが、業務に係る時間と労力について適切な評価がない。

【要望】

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、「死亡時情報提供料（仮称）」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ことを要望する。

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、効率化の評価

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（仮称）」（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。

一般社団法人日本訪問看護認定看護師協議会「訪問看護認定看護師の活動状況及び成果における調査（2016年）」等でも、多機関との連携や意思決定支援に貢献していることが明らかになっている。

【要望】

「看護機能強化体制加算（仮称）」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在宅看護専門看護師、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】

精神科訪問看護において、1日に複数回訪問が可能な「精神科複数回訪問加算」の対象は、「精神科在宅患者管理料1（ハを除く）又は2」を算定する場合に限られている。

病状不安定等で頻回な訪問看護が必要になり、「精神科特別訪問看護指示書」が交付されても精神科訪問看護基本療養費は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回までの訪問看護が可能となる「難病等複数回訪問加算」がある。

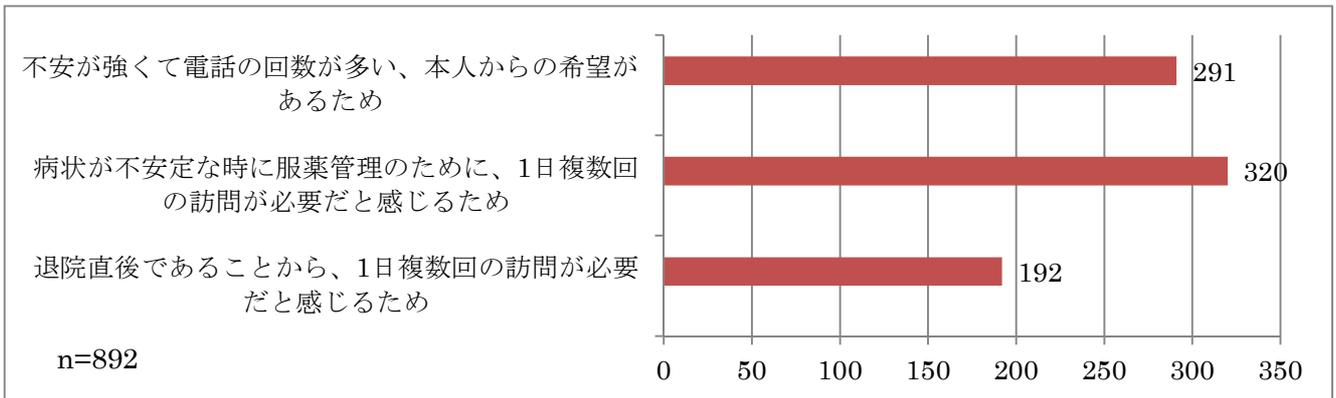
【要望】

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】

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。

図表 12 複数回訪問看護の必要な理由



<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(2015 年 5 月)」

3 退院時共同指導加算等において ICT 活用によるカンファレンス開催が可能となる要件を緩和し、訪問看護の間接業務の効率化を図ることを要望する

【現状】

平成 30 年度改定で多機関・多職種連携について一部 ICT の活用を認める要件緩和が行われ、訪問看護関連では退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算について、「やむを得ない事情により参加できない場合」又は「関係者のいずれかが医療資源の少ない地域に属する医療機関等の場合」に、それぞれ限定的な条件のもとでビデオ通話による一部関係者のカンファレンス参加が可能とされている。しかし、「3 者のうち 2 者以上は対面で参加していること」や「医療資源の少ない地域」等の限定により、ほとんどの訪問看護ステーションにとって実効性のある業務効率化とはなっていない。

【要望】

カンファレンスに参加できない「やむを得ない事情」として長距離・長時間の移動を勘案することとし、かつ「3 者のうち 2 者以上は対面で参加していること」や「医療資源の少ない地域」等の要件を緩和し、在宅領域における多職種連携・情報共有に係る業務効率化を進められたい。

※ 栗原雄樹ほか(2012) 「『直接・間接業務時間比』からみた訪問看護ステーション利用者の特徴」日本医療・病院管理学会誌 (227) 37 -47