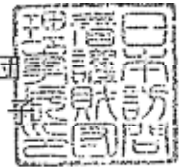




日訪財発第48号  
平成26年7月25日

厚生労働省 老健局  
局長 三浦 公嗣 様

公益財団法人 日本訪問看護財団  
理事長 清水 嘉与



## 平成27年度介護報酬（訪問看護費等）改定に関する要望について

これからの超高齢社会で最も必要なのは在宅療養の支援です。訪問看護師は日々の健康支援や療養の支援から緊急時対応、看取り、残された家族のグリーフケアによる介護予防まで、多職種と連携しながら役割を担います。

本年6月に実施したアンケート（本財団会員である訪問看護ステーション1,534か所）の集計結果及び本財団調査報告書等をもとに、在宅療養の充実強化に向けて、下記のとおり要望いたしますのでご高配方よろしくお願い申し上げます。

### 記

#### I 訪問看護の要望

1. 支給限度基準額の枠外訪問看護費の新設
2. 特別管理加算算定対象者への緊急訪問における夜間・早朝・深夜加算の算定要件見直し
3. 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）への訪問看護の提供を拡大すること
4. 医療機関や介護老人保健施設からの退院・退所日の訪問看護対象者を拡大すること
5. 複数名訪問加算の2人目の従事者に看護補助者を追加し、効率・効果を上げること
6. 看護介護職員連携強化加算の対象サービスを拡大すること
7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携型訪問看護ステーションの報酬を引き上げ、さらに訪問看護提供の自由度を上げること
8. 介護予防の観点から地域における訪問看護活動を評価すること

#### II 看護職員による居宅療養管理指導の要望

1. 指定要件及び算定要件を見直すこと
2. 医療保険の訪問看護を利用している要介護者等の医療情報を介護支援専門員と共有することについての情報提供を評価すること

#### III 療養通所介護

1. 送迎加算の新設
2. 医療連携を要する重度者ケアの評価

#### IV 居宅介護支援事業

医療ニーズのアセスメントおよび、医療との連携強化を含めた在宅療養マネジメントを評価すること

## 1. 訪問看護の要望事項

### 1. 支給限度基準額の枠外訪問看護費の新設

#### 【現行制度】

在宅療養者の重度化・重症化（複数の医療ニーズ）が進み、訪問看護等医療系のサービスが回数・時間数共に増大しているにもかかわらず、居宅サービスの区分支給限度基準額は平成12年の介護保険制度施行当時から改定されていない。

※介護保険の要介護者等であっても、末期の悪性腫瘍等別に厚生労働大臣が定める疾病等、精神科訪問看護、（精神科）特別訪問看護指示書の指示期間は医療保険適用となる。「気管カニューレ」と「真皮を超える褥瘡」の状態では特別訪問看護指示書を月2回まで交付されて頻度の高い訪問看護を医療保険で提供できる。

#### 【要望趣旨】

訪問看護を必要な回数利用することで、重度化・重症化を防止し在宅療養生活の継続が可能となり、入院・入所を回避又は先送りできる。特に

褥瘡等創傷ケア、非がんのターミナルケア、吸引、ストーマケア・排泄ケア、インスリン注射に対して頻回な訪問看護を必要とする。

上記対象については支給限度基準額の枠外として訪問看護費の算定を可能とすること。

※介護保険と医療保険の同時改定では、医療保険への移行も検討していただきたい。

#### 【報酬改定要望に関する参考資料】

過去6か月間で、「必要な訪問回数を入れるため枠外にしたい利用者がいた」と回答した訪問看護ステーションは147か所（24.5%）で、2名が42か所、1名が38か所、多いところでは30名が1か所あった。

★資料：「平成27年度介護報酬改定に関する財団会員アンケート調査」（別添資料）

本財団会員の1,543訪問看護ステーションに対するアンケート調査

調査期間：2014年6月13日～27日

回収：600か所（回収率38.9%）

### 2. 特別管理加算算定対象者への緊急訪問における夜間・早朝・深夜加算の算定要件の見直し

#### 【現行制度】

夜間・早朝・深夜の訪問看護は、ケアプランに位置付けられた計画的な訪問看護が当該時間内に行われた場合にのみ算定できる。

また、特別管理加算の算定対象者は、月の2回目以降の訪問に限って当該時間帯に訪問した場合に夜間・早朝、深夜加算が算定可となっている。

#### 【要望趣旨】

介護保険の訪問看護利用者は状態が安定しているとはいえ、終末期や緊急時対応を要する場合がある。訪問看護では24時間365日体制で緊急時対応を求められている。

「特別管理加算」を算定している利用者にとっては、月の2回目以降の当該加算の算定要件を撤廃して、訪問の都度算定できるようにしていただきたい。

### 3. 認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）への訪問看護の提供を拡大すること

#### 【現行制度・現状】

当該ホームに看護職員の配置基準はないが、医療連携体制加算が 39 単位/人・日が設定されて、事業所の看護職員配置や 24 時間体制の訪問看護ステーションとの連携で算定可となっている。医師や訪問看護ステーションの看護師との共同で「看取り介護加算」も算定可となっている。

24時間体制の訪問看護ステーションは事業所間の委託契約による健康管理を週1回程度行っているところもあるが、常時看護を必要とする入所者が増え、看取りも行われるようになって、1週間に1回程度の健康管理では対応できない入所者が増えつつある。

訪問看護が定期的に必要な対象者は、特に、

排泄コントロール、褥瘡・創傷処置、留置カテーテル、ターミナルケア、インスリン注射、吸引、疾病管理・病状管理が挙げられる。

※医療保険により、がん末期等別に厚生労働大臣が定める疾病等及び精神科疾患、特別訪問看護指示書の交付期間（14日間又は28日間以内）に訪問看護を行うことはできる。

#### 【要望趣旨】

入居者の医療ニーズはますます増えて、重症化・重度化しており看取りも行うため、定期的な訪問看護や頻回の訪問看護を確保し重症化防止・緊急入院を防止する必要がある。

案1) 介護保険の訪問看護が提供できるようにすること。

案2) 短期入所生活介護事業所との委託契約による健康管理の仕組みを認知症対応型共同生活介護に応用する。

当該施設に「在宅中重度受入れ加算（看護師等が来て健康上の管理等を行った日のみ算定）」を新設し、利用者個々に対して訪問看護による医療的ケアを可能とする。

※医療保険と介護保険の同時改定では、特別訪問看護指示書の対象拡大で、主治医が必要と認める場合に限って、上記疾患や状態については常時・定期の訪問看護を医療保険適用とすることも検討していただきたい。

#### 【報酬改定に関する参考資料】

本財団会員のアンケート調査によると、委託契約による健康管理を実施している訪問看護ステーションは、116 か所（19.3%）あった。そのうち110 か所（94.8%）が定期的な訪問看護を必要と答えている。対象は85件であった。

★資料：「平成27年度介護報酬改定に関する財団会員アンケート」

#### 4. 医療機関や介護老人保健施設からの退院・退所日の訪問看護対象者の拡大

##### 【現行制度・現状】

介護保険利用者の場合に、退院日又は退所日に訪問看護が認められているのは「特別管理加算」の対象者に限られている。

現状では、半数近くが特別管理加算の対象外であり、対応としては、無料サービスやボランティアとなっている。また、翌日まで対象者に待っていただくか、自費の訪問、病院の緊急訪問になることもある。

##### 【要望趣旨】

対象者を特別管理加算の対象者に限らず必要な対象者に拡大していただきたい。

##### 【報酬改定に関する参考資料】

本財団のアンケート調査によると、545 か所（90.8%）が要望している。過去6か月間に訪問看護の対象がいた訪問看護ステーションは256 か所（43.4%）あった。対象者数では2名が29.3%、次いで1名が15.0%であった。

★資料：「平成27年度介護報酬改定に関するアンケート」

#### 5. 複数名訪問加算の2人目の従事者に看護補助者を追加し、効率・効果を上げること

##### 【現行制度】

複数名訪問加算：254単位又は402単位

別に厚生労働大臣が定める基準において、同時に複数の看護師等が1人の利用者に計画的に訪問看護を行ったときに、2人目の従事者の所要時間により加算する。

イ 所要時間が30分未満の場合	254単位／1回
ロ 所要時間が30分以上の場合	402単位／1回

##### 別に厚生労働大臣が定める基準

- |   |
|---|
| <p>○同時に複数の保健師・看護師・准看護師または理学療法士・作業療法士、言語聴覚士により訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ていること</p> <p>○次のいずれかに該当すること</p> <p>①利用者の身体的理由（体重が重いなど）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</p> <p>②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合</p> <p>③その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合</p> |
|---|

##### 【要望趣旨】

別に厚生労働大臣が定める基準をみると、体重が重いなどから、医療従事者ではなく看護補助者の同行によって費用対効果も図られる。

看護補助者の配置による複数名訪問加算を新設していただきたい。

※利用者の心身の状態や介護の内容から、同一時間帯にケアプランに位置づけられた上で、複数の訪問サービス（訪問看護と訪問介護等）を利用した場合はそれぞれに算定できるが、ケアプランに位置付けることが困難である。

※医療保険では看護補助者加算3,000円が設定されている。

## 6. 看護介護職員連携強化加算の算定対象サービスの拡大

介護職員等喀痰吸引等指示書の交付先である訪問入浴介護や連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護にも拡大すること

## 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護との連携型訪問看護ステーションの報酬引き上げと訪問看護提供の自由度を上げること

### 【現行制度】

要介護1～4で2920単位/月、さらに要介護5では800単位/月の加算がある。

### 【要望趣旨】

報酬が低く、月3回程度の限られた訪問となり、必要な訪問看護に対応できない。結局持ち出しで行われている場合がある。連携型訪問看護ステーションが増えない理由の一つがそこにあり、訪問看護ステーションで連携型になるメリットを疑問視する声がある。そこで次のとおり要望する。

案1) 医療ニーズに係るケアマネジメントの結果、ケアプランで訪問看護に係る報酬を上乗せできる仕組みを新設すること。

※介護保険と医療保険の同時改定では、医療保険への移行も検討していただきたい。特別訪問看護指示書の対象拡大で、主治医が必要と認める場合に限って、常時・定期の訪問看護を医療保険適用とすること。

## 8. 地域における看護機能の活用を評価（訪問看護等における健康増進、介護予防、重度化・重症化予防、意思の決定・自己管理の支援の評価）

### 1) 認知症のアセスメントと情報提供、初期支援等の評価

訪問看護ステーションでは、家族も含めてあらゆる在宅療養者への訪問看護を行っており、認知症の早期発見・医療への連携ができる立場にある。

いわゆる「認知症初期集中支援チーム」と連携して、認知症の初期アセスメントを実施し情報を提供することや家族支援などの初期支援を行うことを評価する

案1) 地域包括支援センターとの委託契約により認知症の初期アセスメントを行って、本人・家族支援などを行う。

案2) 看護職員による居宅療養管理指導の算定要件を見直し、対象者、算定期間、回数、内容等を認知症者の早期発見、介護支援専門員等への情報提供、初期対応、家族支援等を行う内容とする。

### 2) 重度化・重症化予防に向けた支援としての通院・外来での共同指導及び情報提供・共有の評価

(1) 居宅で行う訪問看護の延長として外来受診時における共同指導を評価すること。

介護保険利用者で病状不安定等により看護師による通院介助の評価、

外来での治療方針や患者指導の情報共有及び共同指導の評価、

受診拒否のような認知症者などへの適切な受療支援を評価すること。

(2) 病院・介護老人保健施設等への入院（入所）に際し訪問看護情報の提供を評価すること。

### 3) 遺族（特に高齢者夫婦世帯）のグリーフケアによる介護予防の評価

#### 【要望趣旨】

特に高齢者夫婦世帯で伴侶を亡くした場合に、介護予防の観点から訪問して健康に関する相談支援が必要となる。そのための活動について介護保険制度で評価をしていただきたい。

案1) 地域包括支援センターにおける介護予防事業の一環として評価する。

案2) 看護職員による居宅療養管理指導の一環として評価する。

#### 【報酬改定要望に関する参考資料】

訪問看護ステーションの約9割がグリーフケアを業務として認めている。自宅訪問時には「健康状態の把握と健康問題の予防」を7割が行っており、健康課題には「抑うつ傾向」、「不眠」、「食欲不振」、「持病の悪化」が挙げられている。

訪問時期が遅い方は、「持病の悪化、新たな疾患の発症」が挙げられている。平均1.1回、36.8分の滞在時間で訪問時期の平均は死亡後22.2日であった。

★資料：日本訪問看護財団「家族介護を経験した高齢者の健康づくり・社会参加に資する取り組みとその効果に関する調査研究事業」2013年3月

### 4) 地域での健康づくり、療養に関する相談・支援

案1) 介護保険制度でも、地域活動を強化した機能強化型訪問看護ステーションを評価する。ただし、地域での健康支援活動（来室による健康相談、療養に関する研修会開催、行政の会議に参加）を必須要件とする。

案2) 看護職員による居宅療養管理指導を介護予防に活用する。

#### 【報酬改定要望に関する資料】

本財団のアンケート調査によると、医療保険の機能強化型訪問看護管理療養費が算定できない理由の6割は常勤看護職員数と在宅看取りの算定数不足である。

★資料：「平成27年度介護報酬改定に関する財団会員アンケート」

## II. 看護職員による居宅療養管理指導

算定要件を見直し、予防的視点をもった、実効あるサービスとしての機能を強化したうえでケアプランに療養支援の視点を導入できるようにすること。

### 【現行制度・現状】

ほとんど居宅療養管理指導の報酬は算定されていない。制度については図表1参照。

### 【要望趣旨】

#### 1) 算定要件の見直しを要望する。

##### ●みなし指定で実施できるようにすること

居宅療養管理指導の指定を受ける申請手続きが煩雑で、申請手続きに費用がかかる。保険医療機関・保険薬局と同様に訪問看護ステーションであれば「みなし指定」としていただきたい。

##### ●利用者が治療を受けている場合であっても「看護」そのものを評価すること

介護保険要介護者等は、主治医による意見書を交付されており、そもそも最初から通院している人が多いので、対象者から外される。眼科や耳鼻科、歯科診療所に通院しても算定対象外となってしまう。診断・治療とは別に「療養上の相談支援」を評価していただきたい。

##### ●ケアマネジャーのケアプランに位置付けることなく算定できる手続きとすること

ほかの職種同様にケアマネジャーのケアプランに位置付けなくとも、看護職員の居宅療養管理指導が実施可能とする仕組みが必要。はじめに看護職員が療養生活や家族の介護等トータルにアセスメントして、ケアマネジャーに情報提供し、ケアマネジャーはケアプランに反映させることが重要。

##### ●現行手続きであれば、ケアマネジャーが主治医意見書を閲覧する仕組みをつくること

主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見 (5) 医学的管理の必要性」の「看護職員の訪問による相談・支援」にチェックがあるか、看護職員の訪問による相談支援の必要があると記載された対象者とされている。ケアマネジャーから依頼がなかったため算定されていない場合が9割ある。現行手続き度行うのであれば、ケアマネジャーが主治医意見書をみることができ仕組みが必要と考える。

##### ●算定可能な期間と回数を他の職種と同様に改定すること

医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士及び歯科衛生士はそれぞれ職種により算定回数や報酬は異なるが、毎月算定できる。一方、看護職員の場合は、算定可能な時期として「新規認定、更新認定又は区分変更の際に作成されたケアプランに基づくサービス開始から6月の間」と規定され、さらに算定回数は6か月間に2回までという限度がある。

算定可能な期間と回数を他の職種と同様に改定していただきたい。

(参考資料参照)

#### 2) 医療保険の訪問看護を利用している要介護者等の医療情報を介護支援専門員と共有することについての情報提供を評価すること

図表 1 各職種別の居宅療養管理指導

職種	単位	算定回数	医師の指示	事業所指定 (病院、診療所、薬 局又は訪問看護ステ ーション)
医師	500 単位	月 2 回まで	—	保険医療機関は みなし指定
歯科医師	500 単位	月 2 回まで	—	保険医療機関は みなし指定
病院又は診療 所の薬剤師	550 単位	月 2 回まで	医師又は歯科医師の指 示	保険医療機関は みなし指定
薬局の薬剤師	500 単位	月 4 回まで	処方医の情報提供に基 づき当該薬剤師が策定 した薬学的管理指導計 画	保険薬局はみなし 指定
管理栄養士	530 単位	月 2 回まで	計画的な医学的管理を 行っている医師の指示	保険医療機関は みなし指定
歯科衛生士	350 単位	月 4 回まで	医療機関に勤務する歯 科衛生士が当該医療機 関の歯科医師から直接 指示	保険医療機関は みなし指定
看護職員	400 単位 (看護師 の場合)	新規認定、更新認定 又は区分変更の際 に作成されたケア プランに基づくサ ービス開始から 6 月 の間に 2 回まで	主治医意見書の「看護 職員による居宅療養管 理指導」にチェック (訪問看護指示書は不 要)	訪問看護ステーシ ョンは指定が必要 保険医療機関の訪 問看護ははみなし 指定

\* 単位は同一建物居住者以外の者の場合



### Ⅲ. 療養通所介護の要望事項

#### 【現行制度】

報酬は3～6時間未満で1,007単位、6～8時間で1,511単位である。

定員枠は9人で、人員配置基準は利用者1.5人に対し従事者1人（常勤専従看護師を1人以上配置）となっている。管理者は看護師である。

#### 【現状】

サービス事業所数：78か所

図表2 利用回数

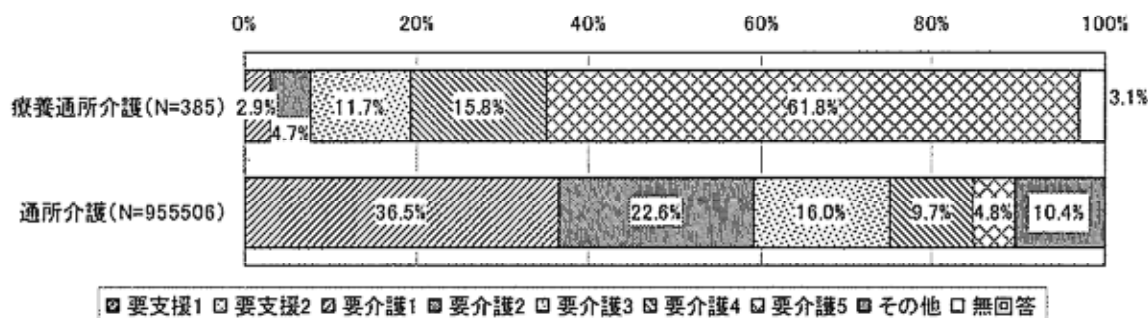
総回数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5,400回	100回	200回	400回	900回	3,800回

●3～6時間未満利用：800回

●6～8時間利用：4,600回

★出典：介護給付費実態調査月報2014年5月審査分、介護保険請求事業所数

図表3 利用者の要介護度別割合（通所介護との比較）



※通所介護は、厚生労働省「平成18年介護サービス施設・事業所調査」結果の概要より作成

★出典：日本訪問看護振興財団「療養通所介護事業の適切な運営に関する調査研究事業報告書」、2008年3月発行

#### 【要望趣旨】

人員配置基準は手厚く、送迎は一人ひとりの個別送迎となり多くの場合に看護職員が送迎に同乗せざるを得ない。

また、利用者は重度の要介護者であり医療的ケアが多く、急変時の対応も含め主治医とは連携用紙等で密に連携する必要がある。さらに、特別な管理によって安全で安心なケアを提供し、嚥下訓練や呼吸機能訓練等によって機能回復・改善が図られ、介護者の負担軽減にもなる。

しかし、9人以下の小規模では事業経営・運営が困難な報酬であり、事業所数も増えない。

1. 送迎加算を新設していただきたい
2. 重症者への特別管理加算を新設していただきたい

#### IV. 居宅介護支援に関する要望

医療ニーズのアセスメントおよび、医療との連携強化を含めた在宅療養マネジメントの評価

##### 【現状】

これからの超高齢社会・多死社会にそなえ、医療ニーズや療養に係るケアマネジメント、医療との連携が求められる。しかし、法定資格が医師、看護職員以外では、医療に係る研修カリキュラム等で強化が行われても現実厳しい状況にある。

##### 【要望趣旨】

ケアマネジャーの基礎資格で保健師、看護師等看護職員が減少していることから、医療・療養・健康状態の悪化防止に資するケアプラン作成が危惧されている。居宅介護支援事業所に看護職員を配置することで、報酬上の引き上げを行い、看護師の雇用を保証する。

今後、看護職員のケアマネジャーはますます必要となることからインセンティブを与える必要がある。

特に療養ニーズがある対象者として、特別管理加算の対象者、褥瘡等創傷ケア、非がんのターミナルケア、糖尿病や高血圧、心疾患等の自己管理が困難な対象者へのケアマネジメントが挙げられる。

案1) 居宅介護支援事業所に看護師のケアマネジャーを配置した場合に特定事業所加算でさらに評価すること。

案2) 看護師のケアマネジャーを配置した場合に、療養マネジメント加算（仮称）として、評価すること。

※案1) 及び2) については、訪問看護ステーションや医療機関の併設により十分な医療連携が確保できる居宅介護支援事業所についても加算を可能とすること。