

2011年6月27日

厚生労働省
保険局医療課長
鈴木康裕様

看護系学会等社会保険連合会
代表 井部 俊子



平成 24 年度診療報酬改定に関する要望書【解説】

急速な高齢化と技術革新により、日本の医療費は増加の一途をたどっています。今後は、急性期医療へ資源を集中投入し、在宅医療・療養への転換を促進するといった大胆なシフトチェンジにより、社会のニーズに適した医療の提供が求められます。

看護はまさに入院医療と在宅医療・療養をつなぐ役割を担っています。平成 24 年度診療報酬改定では、看護師が果たしている在宅医療・療養を推進する機能について重点的に評価していただきたく、下記について要望いたします。

記

I. 在宅医療・療養を推進する看護師の機能への評価

医療の現場では、患者が入院医療から在宅医療・療養へスムーズに転換できるよう、看護師による積極的な指導が実施されています。今まで診療報酬で評価されていなかった看護師による指導について、実態に即した評価を要望いたします。また、患者が安心して在宅医療・療養を行えるための「支える仕組み」に対する評価を要望いたします。

II. 新たなチーム医療への評価

高度実践家の育成が進み、多くの専門的な医療チームが誕生しています。在院日数が減少していく中で、集中的・効果的に入院から退院を見据えた医療が提供できる新たなチーム医療に対し、評価を要望いたします。

III. 在宅療養を支える訪問看護への評価

入院医療から在宅医療・療養への転換には、訪問看護が欠かせません。平成 24 年度は診療報酬と介護報酬の同時改定において、スムーズな訪問看護の導入と継続ができる制度の見直しを要望いたします。

IV. 医療の安全性を高める機能への評価

高齢患者や認知症患者の増加に伴い、医療の現場では安全面への配慮に一層の努力をしています。これら安全管理への取り組みに対し、評価を要望いたします。

V. 算定要件の拡大

現行の診療報酬における算定要件の拡大を要望いたします。

[目次]

I. 在宅医療・療養を推進する看護師の機能への評価

1. 看護師による在宅療養指導への評価
 - 1) 小児の在宅医療（育児支援を含む）推進のための療養指導..... 1
 - 2) 排泄障害を有する患者への総合的な療養指導 2
 - 3) がん治療に伴う合併症への予防的な療養指導..... 2
 - 4) 末期腎不全治療選択のためのカウンセリングへの評価..... 3
 - 5) 糖尿病療養指導への評価..... 3
2. 看護師による入院および在宅医療の移行調整機能への評価
 - 1) 外来通院がん患者への療養の調整に対する評価（在宅から入院へ） 4
 - 2) NICU入院児の退院支援への評価（入院から在宅へ） 4
3. 在宅医療・療養を支える仕組みへの評価
 - 1) 電話による療養相談やトリアージに対する評価 5

II. 新しいチーム医療への評価

1. 精神科コンサルテーション・リエゾンチーム医療への評価..... 6
2. 小児における虐待防止チーム活動の評価 6
3. ストーマ排泄リハビリテーションチームによる
ストーマ造設に伴うケアへの評価 7
4. 慢性腎臓病(CKD)患者へのサポートチームによる療養指導の評価 7
5. ハイリスク新生児に対する栄養サポートチームの介入への評価..... 8

III. 在宅療養を支える訪問看護への評価

1. 医療ニーズの高い退院後の患者への医療保険による訪問看護の適応..... 9
2. 24時間対応が可能となるような体制の創設..... 9
3. 重症者管理加算の算定要件拡大..... 10
4. 超重症児(者)・準超重症児(者)への訪問看護の要件拡大..... 10

IV. 医療の安全性を高める機能への評価

1. 急性期治療が必要な認知症患者へのケアに関する評価	11
-----------------------------------	----

V. 算定要件の拡大

1. 院内トリアージ加算	12
--------------------	----

2. 精神療法	12
---------------	----

3. がん患者カウンセリング料

1) 回数制限の緩和	13
------------------	----

2) 緩和ケア専従看護師への算定拡大	13
--------------------------	----

4. 生活習慣病指導管理料	14
---------------------	----

<u>引用文献リスト</u>	15
----------------------	----

I. 在宅医療・療養を推進する看護師の機能への評価

1. 看護師による在宅療養指導への評価

要望 在宅療養指導料の算定要件拡大と点数の引き上げ、および、看護師の判断で指導を実施した場合にも算定可能となるよう要望する。

現行の「在宅療養指導料（170点）」は、「在宅療養指導管理料」を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合にのみ算定できる。

しかし、疾病構造の複雑化により、現行の算定要件以外にも在宅療養指導を必要とする患者が増加している。医師が短い診療時間の中で、患者の生活背景に即した個別性のある在宅療養指導を行うことは困難であり、実際にはその役割を看護師が担っている〔解説資料 1〕。また、多くの病院では、各専門分野に精通した看護師が在宅療養指導を担当しており、その技術力・アセスメント能力・指導力は高度である。

以上のことから、現行の「在宅療養指導料」について、「在宅療養指導管理料」を算定していなくても、看護師の判断で在宅療養指導を行った場合にも算定できると、器具を装着していない患者であっても、療養上必要な指導が行われた場合に算定できることを要望する。また、現行点数 170 点を在宅療養指導管理料と同程度に引き上げることも要望する。

以下に、積極的な在宅療養指導の実施によって効果をあげたケースを例示する。

1) 小児の在宅医療（育児支援を含む）推進のための在宅療養指導

日本小児総合医療施設協議会に参加している 29 施設に対し、看護外来に関する調査を実施した結果、回答のあった 23 施設中 14 施設において、小児分野における看護外来を開設し、児と家族への支援を行っていることが明らかとなった〔解説資料 2〕。看護指導内容は、家族に対する経管栄養指導・吸引指導・褥瘡処置指導などの医療技術指導や、児に対する自己導尿指導など、多岐に亘っている。特に小児の場合、児の成長に伴う処置方法の変更や、家族に対する育児支援など、長期に及ぶ指導・支援が重要となっている。

以上のことから、小児の在宅医療の推進のため療養指導への評価を要望する。

〔関係団体：日本小児総合医療施設協議会看護部長部会、日本小児看護学会〕

2) 排泄障害を有する患者への総合的な療養指導

日本泌尿器科学会泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班の“尿失禁診療ガイドライン”では、尿失禁のタイプ別診断と治療について記載しており〔解説資料 3-1〕、下部尿路リハビリテーション(排泄介助、排尿誘導、膀胱訓練、骨盤底筋運動など)は合併症を生じることなく尿失禁の頻度を減らすことができると報告している。特に、骨盤底筋を強化する処置〔解説資料 3-2〕により、軽度尿失禁は 30~40%軽減、便失禁では 70%程度の症状改善を認めることが報告されている¹⁾。また、適切なアセスメントに基づく個別的な下部尿路リハビリテーションが尿失禁を軽減させることが、数多く報告されている^{2)~5)}。

排泄障害に精通した医師・看護師が総合的に計画的に指導管理を行うことは、社会生活の制限を余儀なくされている患者の早期社会復帰を促進し、QOL を向上させ、医療費や在宅・施設への介護負担を軽減し、介護費用やおむつ費用などの社会福祉費用の削減にもつながる。

以上のことから、排泄障害を有する患者への総合的な療養指導への評価を要望する。

[関係団体：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会]

3) がん治療に伴う合併症への予防的な療養指導

放射線療法では、照射部位およびその周囲の皮膚炎は高頻度(約 90%)に発症する。頭頸部がん患者で放射線治療を受けた 113 名の患者に皮膚炎管理プログラム(患者指導：患部の保清方法の指導と Grade に応じた処置)を用いた結果(頭頸部放射線治療患者管理前向き介入試験：研究代表 全田貞幹)⁶⁾、重篤な皮膚炎の発症を予防し、対象者全員が予定の治療を完遂した。また、看護師による皮膚ケア患者指導と悪化時の対応を含めた“計画的皮膚ケア管理”【1. 放射線治療計画に基づく皮膚のリスクアセスメント(：照射野の範囲の確認、線量分布の確認)、2. 患部のスキンケア(保湿、洗浄、摩擦を避ける)、3. 放射線性皮膚炎の grading に基づくセルフアセスメント】⁷⁾による療養指導を行っているケースもある〔解説資料 4〕。

放射線療法や化学療法に伴う口腔粘膜障害に対しては、必要な口腔ケア指導管理を実施することで、良好な口腔衛生状態維持が可能となり、肺炎予防や栄養摂取不良の回避、ついには治療完遂率の向上につながっている⁸⁾。

以上のことから、がん治療に伴う合併症に対する予防的な療養指導への評価を要望する。

[関係団体：日本がん看護学会]

4) 末期腎不全治療選択のためのカウンセリングへの評価

我が国の末期腎不全の治療法については、従来から血液透析が多く、腹膜透析は透析療法全体の3%に過ぎない。外来診療という限られた時間では、患者やその家族が納得して治療法を選択するには不十分である。そこで、腎不全看護に関する研修を修了した看護師（慢性疾患看護専門看護師、透析看護認定看護師^{※1}、透析療法指導看護師^{※2}）により、末期腎不全と診断された患者や家族に対し、十分に配慮された環境で行うカウンセリングが重要となる。カウンセリング内容には①現在の病状や予後、②末期腎不全治療の3つ（血液透析、腹膜透析、腎移植）の特徴と身体侵襲の程度、③各治療法の効果、④各治療に伴う危険性や合併症などの問題点、⑤使用する薬剤、⑥費用負担などの説明が含まれる。また、腎移植は限られた施設でのみ行われているため、医療機関間のネットワークづくりが不可欠である。

看護師等が他機関との連携を担当しつつ、きめ細かい療法選択についての説明を計画的に実施することにより、患者は自分の治療法を主体的に選択することができる。

以上のことから、看護師が行う末期腎不全治療選択のためのカウンセリングへの評価を要望する。

※1 慢性疾患看護専門看護師 48名、透析看護認定看護師 113名（2011年5月1日現在）

※2 透析療法指導看護師 884名（2011年6月1日現在）…日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓学会等の5学会合同で認定している

[関係団体：日本腎不全看護学会]

5) 糖尿病療養指導への評価

2001年の調査によると、在宅療養指導料を算定している200床以上の病院の66%で、在宅療養指導料の適応外であるインスリン自己注射をしていない糖尿病患者に対し、看護師による30分以上の個別相談・指導が行われていた〔解説資料1〕。

糖尿病患者は、食事、運動、薬物療法、血糖自己測定など、多岐にわたる自己管理を強いられる。患者が自己管理を継続するためには、患者のライフスタイルを十分に考慮した上での療養指導が重要である。糖尿病に精通した看護師（糖尿病看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師^{※3}、日本糖尿病療養指導士^{※4}）が療養指導を行うことで、重症合併症の予防や発症の遅延に寄与するものと推察される。

以上のことから、看護師による糖尿病療養指導への評価を要望する。

※3 糖尿病看護認定看護師 248名、慢性疾患看護専門看護師 48名（2011年5月1日現在）

※4 糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師 4,495名（2011年6月21日現在）…日本糖尿病療養指導士認定機構

[関係団体：日本糖尿病教育・看護学会]

2. 看護師による入院および在宅医療の移行調整機能への評価

1) 外来通院がん患者への療養調整に対する評価（在宅から入院へ）

要望 外来通院中のがん患者に対し、看護師が患者の療養先の調整を行った場合に「療養調整指導料（仮称）」を算定できるよう要望する。

現行の「退院調整加算」は入院患者のみを対象としており、外来患者に対する療養場所の調整に対する評価はない。

近年、通院によるがん治療を継続している患者は増加し、進行がんであっても外来での治療を継続するケースは多い。しかし、進行がん患者は、時間の経過とともに病状が著しく進行するため、症状コントロールに加え、治療法や療養の場に関する意思決定への支援や調整が必要となる〔解説資料 5〕。

以上のことから、外来通院中のがん患者に対し、看護師が療養先（緩和ケア病棟、在宅療養診療所・訪問看護ステーションの利用、他の入院施設）の決定に向けた調整を行うことに対し、新たに「療養調整指導料（仮称）」を創設して評価することを要望する。

[関係団体：日本がん看護学会]

2) NICU 入院児の退院支援への評価（入院から在宅へ）

要望 「新生児特定集中治療室退院調整加算」の算定回数の拡大を要望する。

現行の「新生児特定集中治療室退院調整加算（退院時 1 回 300 点）」により、NICU 入院児の退院促進を図っている。

NICU 入院児の退院に向けては、入院時から子供と家族、地域・社会資源などをアセスメントし、それに基づいて綿密な退院計画を組み立てる必要がある。そして、退院計画に基づいて、後方病棟への転棟や試験外泊、家族への技術教育を実施し、カンファレンス等を繰り返しながら継続的な支援を実施している〔解説資料 6〕。そのため、「新生児特定集中治療室退院調整加算」のように退院時 1 回のみの評価では、現状にそぐわない内容になっている。

以上のことから、「新生児特定集中治療室退院調整加算」の退院時 1 回という算定回数の拡大を要望する。

[関係団体：日本小児看護学会、日本小児総合医療施設協議会看護部長部会]

3. 在宅医療・療養を支える仕組みへの評価

1) 電話による療養相談やトリアージに対する評価

要望 在宅医療推進と適切な救急外来受診のため、電話による療養相談やトリアージの実施に対する評価を要望する。

現行の電話相談は、患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に、医師が再診料(69点)を算定することができる。

しかし、在院日数の短縮化によって、人工呼吸器などの医療機器を装着した在宅患者、外来にて化学療法や放射線療法など受けるがん患者など、医療を受けながら在宅で生活する患者が増加している。また小児においては、外来受診直後から1カ月までの間に、電話による療養相談を実施しているケースが多く、特に親への対応を迫られている〔解説資料 7〕。このような患者に対する在宅医療・療養支援の一つに、救急外来に拠点を置いた電話による療養相談やトリアージがある。電話による対応によって、受診に関わる患者・家族の経済的および身体的負担や、適切な救急外来の受診につなげることができる。

以上のことから、電話による療養相談やトリアージを実施している体制への評価を要望する。

[関係団体：日本がん看護学会、日本小児看護学会]